

Значај здравствених радника у превенцији меланома

Меланом је малигни тумор меланоцита који чини око 5% свих малигнитета коже. Болест се може лако препознати у раној фази, отклонити хирушким путем и на тај начин спречити метастазе и смртни исход. Дијагностика и лечење меланома спроводе се у специјализованим установама, обавезно уз претходан конзилијарни преглед пацијента. С тога су превентивне мере јако важне, здравствени радници као и козметичари-естетичари су одговорни за рано откривање меланома.

Фактори ризика за настанак меланома су присуство прекурсорних лезија (диспластични невус и конгенитални меланоцитни невус), податак о малигном меланому у породици, светла кожа (фототип I и II) и претерано излагање сунцу поготово у периоду детињства. Предилекциона места код жене су ноге, а код мушкараца труп. У раној фази болести тумор расте и ограничен је у оквиру епидерма (*melanoma in situ*), а касније долази до инвазивног „вертикалног“ раста у дерм и појаве потенцијалних метастаза и из тог разлога је врло битно рано откривање.

Меланом се јавља на кожи, слузокожи, очима, можданицама (ретко) и ноктима (теже се дијагностикује). Меланом се може развити на претходно постојећем невусу или на здравом делу коже. Постоје четири основна типа меланома:

- ✚ ***Lentigo maligna***: јавља се у виду тамне, нејасно ограничене макуле, на лицу, код старијих особа. Јавља се у 4-10% случајева.
- ✚ **Површинско-ширећи меланом**: чини 70% свих меланома и настаје из предходно постојећих младежа. Може се јавити на било ком делу тела, ивице су неравне. Расте 1-5 година пре инвазије (метастаза), чешће се јавља код мађих особа. У почетку се шири споро да би касније почео нагло да се шири и продире дубоко у слојеве коже и поткожног ткива

- ✚ **Нодуларни меланом:** не настаје из предходних невуса, одмах почиње да се шири и продире у кожу. Изнад равни коже, пре метастазе расте од неколико месеци до 2 године, чешће се јавља код особа средњих година. Учесталост је између 15-30%.
- ✚ **Акрални lentigo меланом:** јавља се ретко, 2-8%. Настаје на длановима, стопалима и субунгвинално.

1 Превенција меланома

Примарна превенција меланома коже подразумева стратешке мере Министарства здравља за унапређење заштите становништва од ултравиолетног (УВ) зрачења. С обзиром на то да за сада још није могуће утицати на остале факторе ризика, заштита од УВ зрачења остаје једини метод примарне превенције меланома. Та заштита се постиже избегавањем коришћења вештачких извора УВ зрачења- соларијума, као и редукцијом изложености природном УВ зрачењу. Директно излагање коже сунцу, без одеће, током спортских и радних активности, без заштите, може да повећа ризик од настанка рака коже. Светска здравствена организација је 2009. године, прогласила соларијуме карциногеном прве класе. Ризик је посебно везан за млађу популацију, код којих коришћење соларијума доводи до знатне акумулације оштећења од УВ зрачења. Важно је правилно информисати јавност и о одржавању физиолошких нивоа витамина Д. За синтезу довољне количине витамине Д потребно је 15 минута у јутарњим и поподневним сатима током лета, а зими 45-60 минута.

Секундарна превенција меланома подразумева рано откривање меланома. Овај ниво превенције се обезбеђује едукацијом становништва о редовном самопрегледу коже, едукацијом здравствених радника о препознавању раног меланома и упућивању на клинички и дермоскопски преглед, као и едукацијом дерматолога о правилној примени дермоскопије. Дерматоскопија представља неинвазивну дијагностичку технику микроскопије површине коже која је помоћ у дијагностици неких облика меланома и евалуацији пигментних и не пигментованих кожных лезија. Поузданост процене меланома голим оком је око 65%, а дерматоскопским прегледом проценат поузданости се повећава и до 95%. Метода подразумева да се суспектна промена визуелно повећа, осветли и детаљније посматра.

Терцијарна превенција меланома подразумева рано откривање метастатске фазе болести. Код свих пацијената с меланомом неопходан је комплетан клинички и дермоскопски преглед, због ризика од настанка другог меланома или немеланомских карцинома коже, који је већи него у општој популацији. Ранија дијагноза метастатске болести омогућава и раније започињање одговарајуће терапије чиме се знатно побољшава исход болести.

2 Улога козметичара-естетичара и здравствених радника у превенцији

Козметичар-естетичар у свом свакодневном раду долази у контакт са кожом клијената, те је у могућности да примети промене и на оним регијама које клијент сам није у прилици да види и прати (капилицијум, задња страна врата, леђа), а које могу указивати на малигно обољење. У случају да се примети било каква суспектна промена здравствени радник је дужан да упути пацијента на даље консултације и прегледе. Потребно је узети породичну анамнезу о присуству меланома код чланова породице и обавити скрининг. Скрининг технике подразумевају:

- ✚ одређивање фототипа коже
- ✚ преглед читаве коже и одређивање броја младежа
- ✚ преглед читаве коже и утврђивање типова младежа

Део свакодневног рада козметичара-естетичара требало би да буде и едукација клијената о значају и примени редовне и правилне антисоларне заштите. Заштита од УВ зрака обухвата:

- ✚ избегавање директно излагање сунцу у периоду од 10.00 до 17.00 часова
- ✚ коришћење препарате са заштитним фактором у свим временским условима, у свакој сезони, препоручљиво је користити фактор заштите од сунца SPF 50+ у летњим месецима и SPF 30+ у зимским месецима, битно је да производ обезбеди и заштиту од УВА и УВБ зрачења
- ✚ обнављање SPF-а више пута у току дана

- ✚ капе и шешире са широким ободима и одећу светлих боја, од природних материјала, по могућству са дугим рукавима, или специјалну одећу са заштитним фактором (одећа са „UPF - ultraviolet protection factor“ ознаком)
- ✚ наочаре за сунце са 100% УВА/УВБ заштитом

2.1 Самопреглед коже и ABCDE правило

На меланом треба посумљати када постојећа пигментисана кожа почне да мења боју (појављивањем нијанси плаве, беле, сиве, црвене и црне), величину, облик, површину, конзистенцију, уколико почне да се издиже, сврби, боли или крвари. Потребно је пратити абекеду младежа.

Јако је важно спроводити редовни самопреглед коже. Поступак самопрегледа коже је следећи. Лице и уши погледати помоћу огледала, а за преглед капилицијума користити фен. Погледати дланове, руке и нокте, а помоћу огледала лактове, пазушну регију и надлактице. Прегледати врат, стомак и груди. Уз помоћ малог огледала у великом огледалу прегледати потиљак, рамена, задњицу, задњи део бедара, руку и ушију. У седећем положају прегледати унутрашњу страну бедара, ноге, табане, горњи део стопала, нокте и гениталну регију помоћу огледала. При прегледу младежа потребно је применити ABCDE правило:

✚ *Asymmetry - асиметрија*

Каквог је облика младеж? Малигни меланом је асиметричан.

✚ *Border - ивице*

Какве су ивице? Ивице код меланома су неправилне и наzubљење.

✚ *Color – боја*

Колико има боја? Код меланома има више боја у промени (од светло смеђе до црне).

Dimension – величина

Које је величине? Сумњиве су промене веће од 6 мм.

Evolution – развој

Има ли промена у величини, боји и дебљини?

Меланом коже кој се не лечи , расте локално, шири се у околну кожу где може да формира нодусе, на раздаљини од 2 цм. Меланом често даје метастазе, најчешће у регионалне лимфне чворове, мозак, плућа, јетру и кости. Лимфним путем се шири према најближем дренажном подручју те настају регионалне, лимфонодалне метастазе. Меланомске ћелије у лимфним путевима, између примарног тумора и лимфних нодуса, могу формирати нодусе који захватају и кожу, те се називају метастазама „у пролазу“. Крвљу се може ширити у све удаљене органе и ткива. Нелечени меланоми се завршавају смртним исходном.

Први корак ка коначној дијагнози сваке промене на кожи, клинички и дермоскопски сумњиве на меланом, јесте комплетна ексцизиона биопсија. Она подразумева потпуно исецање промене резом којим се захвата пуна дебљина коже и масно ткиво, делом или потпуно. За промене код којих се сумња на меланом, маргине ексцизионе биопсије су 1–3 мм од ивице промене.

Инцизиона (парцијална) биопсија подразумева исецање дела тумора суспектног на меланом. Парцијална биопсија је индикована у случајевима када су лезије великих димензија као код *lentigo maligna* лезија на лицу, акралних или мукозних лезија или уколико комплетна ексцизија може да услови козметичке или функционалне недостатке на појединим деловима тела, као што су лице, врат и шаке. Парцијална биопсија се примењује када клинички и дермоскопски постоји низак степен сумње на меланом.

Најважнији клинички фактор прогнозе је стадијум болести у време постављене дијагнозе. Регионалне и удаљене метастазе погоршавају прогнозу. За локализовану болест даљи ток зависи од дебљине примарног меланома коже. Прогноза зависи од примењеног лечења, као и квалитета операције.

Подаци о клиничко-патолошким карактеристикама меланома у Републици Србији указују на касну дијагнозу и потребу за ефикаснијим мерама примарне и секундарне превенције, имајући у виду да се високоризични локализовани меланом иницијално дијагностикује код 30% - 40% пацијената.

Дијагностика меланома коже у почетном стадијуму и адекватна ексцизија су кључни за успешно лечење. Уколико се меланом коже дијагностикован у „in situ“ стадијуму, када малигне ћелије нису пробиле базалну мембрану, излечење је стопроцентно. Јако је важно адекватно информисање популације и подизање свести о штетном дејству УВ зрачења и неопходној заштити током целе године.