

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα πρωτοπαθών δερματικών λεμφωμάτων

Σοφία Τσελεγκίδου¹, Μαριάννα Ανδρέου²

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ.Παπανικολάου

2. Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ.Παπανικολάου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα Πρωτοπαθή Δερματικά Λεμφώματα είναι μια ομάδα νοσημάτων που εμφανίζει πολυπλοκότητα στη διάγνωση, την κλινική εικόνα και την αντιμετώπιση. Ο σκοπός της παρούσας ανασκοπικής εργασίας είναι η παρουσίαση του ρόλου του νοσηλευτή στη φροντίδα ατόμων με Πρωτοπαθή Δερματικά Λεμφώματα, τόσο ως μέρος μιας πολυεπιστημονικής ομάδας, όσο και ως αυτόνομου επιστήμονα υγείας στη διάγνωση, θεραπεία, στήριξη των ασθενών και στην αντιμετώπιση των επιπλοκών. Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε εκδόσεις ελληνικών ιατρικών περιοδικών, νοσηλευτικών βιβλίων, ηλεκτρονικών βάσεων επιστημονικών εταιρειών και στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων pubmed και google scholar για το χρονικό διάστημα 2004-2018. Χρησιμοποιήθηκαν 53 αναφορές. Η συνδρομή του νοσηλευτή είναι καίρια τόσο στον αρχικό εντοπισμό της νόσου, όσο και στην εξέλιξη και στη θεραπεία της. Κυρίαρχος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας με την ιδιότητα του καθοδηγητή (nurse navigator). Επίσης, θα παρουσιαστούν οι τοπικές και συστηματικές θεραπείες, δίνοντας έμφαση στο νοσηλευτικό ρόλο κατά την εφαρμογή τους. Παράλληλα, παρουσιάζονται τα δυνητικά προβλήματα στη νοσηλεία αυτών των ασθενών και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως εντοπίστηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ολοκληρώνοντας, αναφέρεται ότι νοσηλευτής μπορεί να συμβάλει στην επίλυση πολλών προβλημάτων που αφορούν στην κατανόηση των συμπτωμάτων και της πορείας της νόσου, αλλά και να αποτελέσει στήριγμα για τον ασθενή και τους φροντιστές του. Παράλληλα, αναδεικνύεται ως ένας χρήσιμος καθοδηγητής μέσα σε ένα πολύπλοκο σύστημα υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Θεραπεία, νοσηλευτής, ποιότητα ζωής, Πρωτοπαθή Δερματικά Λεμφώματα

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Σοφία Τσελεγκίδου
Email: tselenkidous@gmail.com

Ημερομηνία υποβολής: 05/07/2019
Ημερομηνία δημοσίευσης: Οκτώβριος 2020

Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Αναφορά του άρθρου ως: Τσελεγκίδου Σ. & Ανδρέου Μ. (2020). Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα πρωτοπαθών δερματικών λεμφωμάτων. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 13(4): 26-37, <https://doi.org/10.24283/hjns.202043>

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Τα πρωτοπαθή δερματικά λεμφώματα είναι μια νόσος με μεγάλη ετερογένεια και ποικιλομορφία.
- Για να αντιμετωπιστούν τα πρωτοπαθή δερματικά λεμφώματα απαιτείται μια πολυεπιστημονική ομάδα, μέλος της οποίας είναι ο νοσηλευτής.
- Ο νοσηλευτής-καθοδηγητής (nurse navigator) αναδεικνύεται ως ένας επιπρόσθετος ρόλος του νοσηλευτή που θα μπορούσε να υιοθετηθεί από ένα καλά οργανωμένο κέντρο.
- Ο ρόλος του νοσηλευτή διαμορφώνεται από την ανάγκη για ανακούφιση και αναχαίτιση της νόσου, πρόληψη και αντιμετώπιση των παρενεργειών και επιπλοκών της θεραπείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος λεμφώματα περιλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς καρκίνους, που αφορούν τα λεμφοκύτταρα, τα οποία διαχωρίζονται σε T-λεμφοκύτταρα, B-λεμφοκύτταρα και Natural Killers (NK-λεμφοκύτταρα) και αποτελούν περίπου το 20% των λευκών αιμοσφαιρίων. Ένα λέμφωμα μπορεί να προέλθει από οποιαδήποτε από αυτές τις κατηγορίες λεμφοκυττάρων (LLS 2014).

Τα πρωτοπαθή δερματικά λεμφώματα είναι μια ετερογενής ομάδα εξωλεμφαδενικών non Hodgkin λεμφωμάτων, τα οποία, κατά τη διάγνωση, εντοπίζονται στο δέρμα (Wilcox 2017). Βασικό στοιχείο της διάγνωσης είναι η αποκλειστική εμφάνιση στο δέρμα, χωρίς τη συμμετοχή άλλης λεμφοϋπερπλασίας σε διαφορετικά σημεία του σώματος. Αν εντοπίζεται και αλλού, τότε θεωρούμε ότι το δέρμα συμμετέχει δευτεροπαθώς (Miyashiro & Sanches 2015, Sokolowska-Wojdylo et al 2015). Τα δερματικά λεμφώματα είναι είτε από B-λεμφοκύτταρα, είτε από T-λεμφοκύτταρα, με συνηθέστερα αυτά που προέρχονται από τα T-λεμφοκύτταρα σε ποσοστό 75%, εκ των οποίων τα δύο τρίτα περίπου είναι η σπογγοειδής μυκητίαση (Mycosis Fungoides, MF) και το Σύνδρομο Sezary (SS) (Willemze et al 2005, Wilcox 2017).

Η επίπτωση των δερματικών T-λεμφωμάτων είναι στα 6,4 άτομα ανά εκατομμύριο, σύμφωνα με τα αρχεία του Ινστιτούτου Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER), με τα μεγαλύτερα ποσοστά να εντοπίζονται στους άνδρες (2:1) και στους Αφρικανο-Αμερικανούς (32% περισσότερο απ' ό,τι στους λευκούς) και μέση ηλικία διάγνωσης ανάμεσα στα 50-60 έτη (LLS 2014, Wilcox 2017). Αποτελέσματα επιδημιολογικής μελέτης που δημοσιεύτηκε το 2015 στην Αμερική, αναφέρουν ότι ίσως υπάρχουν εξωτερικοί δημογραφικοί παράγοντες που πυροδοτούν την εμφάνιση των T-δερματικών λεμφωμάτων (Litvinov et al 2015). Επίσης υπάρχουν μελέτες που αποδίδουν τη λεμφοϋπερπλασία των T-λεμφοκυττάρων στη χρήση ορισμένων φαρμάκων, καθώς και στην ύπαρξη γενετικών παραγόντων που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση της σπογγοειδούς μυκητίασης (Wilcox 2017). Παρά το γεγονός ότι παρατηρείται αύξηση, συνε-

χίζει να θεωρείται σπάνια νόσος και ίσως αυτή η αύξηση να εξηγείται από την καλύτερη ιατρική παρακολούθηση και καταγραφή των τελευταίων ετών (Booher et al 2011).

Λόγω της ετερογένειας των πρωτοπαθών δερματικών λεμφωμάτων και των σημαντικών διαφοροποιήσεων στην ιστοπαθολογία, το φαινότυπο και την πρόγνωση, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Έρευνας και Θεραπείας του Καρκίνου (European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) κατέληξαν σε μια κοινή ταξινόμηση, που στόχο είχε να συγκεράσει τις προηγούμενες ταξινομήσεις και να διευκολύνει τη διάγνωση και τη θεραπεία (Willemze et al 2005, Miyashiro & Sanches 2015, Sokolowska-Wojdylo et al 2015).

Όσον αφορά τη σταδιοποίηση και εδώ χρησιμοποιείται το σύστημα TNMB, όπου Tumor οι δερματικές εκδηλώσεις, Nodes οι λεμφαδένες, Metastasis οι εσωτερικές μεταστάσεις και Blood η συμμετοχή του αίματος (Scarlsbrick 2006). Η σταδιοποίηση είναι τεράστιας σημασίας, γιατί καθορίζει τη θεραπεία και την πρόγνωση και πρέπει να γίνεται άμεσα με τη διάγνωση. Για παράδειγμα, ασθενείς αρχικού σταδίου μπορεί να αντιμετωπιστούν με τοπική θεραπεία, ενώ αυτοί προχωρημένου σταδίου χρειάζονται συστηματική θεραπεία (Παπαδαυίδ και συν 2010, Booher et al 2011).

Ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η παρουσίαση των δερματικών λεμφωμάτων, η παρουσίαση των θεραπειών και συγκεκριμένα αυτά που οφείλει να γνωρίζει ο νοσηλευτής γι' αυτές και, βέβαια, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών και την προαγωγή της υγείας των ασθενών.

ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η πιο συχνή μορφή δερματικών λεμφωμάτων είναι τα T-δερματικά λεμφώματα και από αυτά η συνηθέστερη είναι η Σπογγοειδής Μυκητίαση. Κυριότερα συμπτώματα είναι οι κηλίδες, οι φολιδώσεις, οι ερυθρηματώδεις πλάκες με ή χωρίς βλατίδες, που μπορεί να παρουσιάζουν απολέπιση ή όχι και εντοπίζονται συνηθέστερα στα σημεία που δεν εκτίθενται στον ήλιο, όπως γλουτοί ή μαστοί

ή ακόμη και στις παλάμες ή στα πέλματα. Οι βλάβες διαφέρουν χρωματικά μεταξύ τους και μπορεί να είναι από κόκκινες μέχρι βιολετί. Επίσης, μπορεί να εξελιχθούν σε ευπίεστους ερυθροϊώδεις όγκους και να παρατηρείται γενικευμένη ερυθροδερμία (Ζακοπούλου και συν 2009; Γεροχρήστου και συν 2015; Miyashiro & Sanches 2015). Ακόμη, αναφέρεται κνησμός έως και δέκα χρόνια πριν τη διάγνωση, τόσο κατά τον ύπνο, όσο και κατά την ημέρα (Booher et al 2012, Sokolowska-Wojdylo et al 2015, Lucas & Ciccolini 2016).

Η διάγνωση γίνεται με επισκόπηση και ψηλάφηση του δέρματος, το πλήρες ιστορικό και επιβεβαιώνεται με τη βιοψία δέρματος, η οποία πρέπει να συνοδεύεται με τη σταδιοποίηση της νόσου, κάτι που θα δώσει την ευκαιρία για καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση (Sokolowska-Wojdylo et al 2015, Bagherani & Smoller 2016).

Το Σύνδρομο Sezary καθορίζεται από την ύπαρξη ερυθροδερμίας (πάνω από 80%), γενικευμένης λεμφαδενοπάθειας και την παρουσία νεοπλασματικών Τ-κυττάρων (κυττάρων Sezary) στο δέρμα, τους λεμφαδένες και το αίμα (Willemze et al 2005). Άλλα κλινικά χαρακτηριστικά είναι η απολέπιση, το οίδημα, ο έντονος κνησμός, η αλωπεκία, η ονυχοδυστροφία, η υπερκεράτωση των πελμάτων και των παλαμών, η απώλεια βάρους, πυρετός και ρίγος. Θεωρείται η πιο επιθετική μορφή Τ-δερματικών λεμφωμάτων με επικρατούσα επιβίωση τα 4 χρόνια από τη διάγνωση (Παπαδαυίδ και συν 2010, LLS 2014, Miyashiro & Sanches 2015).

Άλλα Τ-δερματικά λεμφώματα είναι η Λεμφωματοειδής Βλατίδωση, το Υποδερματικό Τ-Λέμφωμα, το Πρωτοπαθές Δερματικό Αναπλαστικό Λέμφωμα με παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά και τη διάγνωση να καθορίζεται από τη βιοψία δέρματος (Willemze et al 2005, Παπαδαυίδ και συν 2010).

Όσον αφορά τα Β-δερματικά λεμφώματα, αυτά αποτελούν περίπου το 25% των δερματικών λεμφωμάτων, και είναι απαραίτητος για τη διάγνωση επαρκής ιστολογικός και ανοσοϊστοχημικός έλεγχος συγκεκριμένου τμήματος της βλάβης, καθώς και πλήρες ιστορικό και έλεγχος όλων των συστημάτων (Senff et al 2008). Τα περιφερικής ζώνης (marginal-zone) Β-δερματικά λεμφώματα εμφανίζονται με κόκκινες έως βιολετί βλατίδες, πλάκες ή οζίδια που βρίσκονται στον κορμό ή στα άκρα, κυρίως στα χέρια και δεν εξελκύνονται (Willemze et al 2005, Sokolowska-Wojdylo et al 2015).

Τα εκ των βλαστικών κέντρων δερματικά λεμφώματα εμφανίζονται ως ένα ή πολλαπλά οζίδια κυκλωμένα από ερυθρές βλατίδες στο κρανίο, το πρόσωπο ή στο πάνω μέρος του κορμού και είναι χαμηλής κακοήθειας (Willemze et al 2005, Miyashiro & Sanches 2015).

Αντίθετα, τα δερματικά λεμφώματα από μεγάλα Β-κύτταρα του άκρου ποδός (leg type) είναι υψηλής κακοήθειας και προσβάλλουν συνήθως ηλικιωμένους,

ιδιαίτερα γυναίκες. Αναπτύσσουν γρήγορα κόκκινους όγκους στο ένα ή και στα δύο πόδια (Willemze et al 2005, Miyashiro & Sanches 2015).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΠΟΛΥΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Μεγάλη σημασία έχει η έγκαιρη ευαισθητοποίηση των λειτουργών υγείας στα αρχικά στάδια της νόσου και η σκέψη του δερματικού λεμφώματος στις διαφορικές διαγνώσεις, καθώς κάποια περιστατικά αντιμετωπίζονται αρχικά μόνο συμπτωματικά για τον κνησμό ή την ερυθρότητα, χωρίς να έχει γίνει προηγουμένως διερεύνηση. Βέβαια, σ' αυτό βοηθάει η μη ειδικότητα των συμπτωμάτων και πολλές φορές οδηγούμαστε στο να περάσουν αρκετά χρόνια μέχρι να τεθεί η διάγνωση (Κουλουρίδης και συν 2010, Bagherani & Smoller 2016). Σημαντικό ρόλο σε αυτό το πρωταρχικό στάδιο μπορεί να έχει και ο νοσηλευτής, καθώς, σε κάποιες περιπτώσεις, είναι η πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας (McCann et al 2016).

Επίσης, πρωταρχική σημασία έχει τα περιστατικά αυτά να αναλαμβάνονται από μια πολυεπιστημονική ομάδα, που να αποτελείται από αιματολόγο, δερματολόγο, ιστοπαθολόγο, ακτινοθεραπευτή και νοσηλεύτη, ώστε να διασφαλιστεί η έγκαιρη και σωστή διάγνωση, ταξινόμηση, σταδιοποίηση, αλλά και η κατάλληλη θεραπεία και φροντίδα των βλαβών (Gemmill 2006, Scarisbrick 2006, Tyler et al 2015, American Cancer Society 2016). Επιπρόσθετος ρόλος του νοσηλεύτη σ' αυτή την ομάδα θα μπορούσε να είναι η θέση του συντονιστή/καθοδηγητή (nurse navigator), ο οποίος θα αναλάμβανε την καθοδήγηση του ασθενή στο σύστημα υγείας, την εξειδικευμένη φροντίδα του, αλλά και την εκπαίδευση και ψυχολογική του στήριξη (Rummel 2015, Lucas & Ciccolini 2016).

Ο ρόλος αυτός του nurse navigator ορίζεται από την Ακαδημία των Νοσηλευτών Ογκολογίας ως «ένας επαγγελματίας υγείας, του οποίου η κλινική εξειδίκευση και εκπαίδευση καθοδηγεί τους ασθενείς και τους φροντιστές τους να πάρουν σωστές αποφάσεις, συνεργαζόμενος με μια πολυεπιστημονική ομάδα με στόχο τον πρώιμο εντοπισμό του καρκίνου, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αυξημένη υποστηρικτική φροντίδα στην πορεία του καρκίνου». Στην περίπτωση των δερματικών λεμφωμάτων, αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία καθώς η νόσος αντιμετωπίζεται από διαφορετικές ειδικότητες, που η κάθε μία έχει διαφορετικούς θεραπευτικούς στόχους. Ακόμη και η καθοδήγηση του ασθενή σε ένα κέντρο που να διαθέτει την υποδομή για την ολοκληρωμένη αντιμετώπισή του είναι κάτι πολύ βασικό, μια που, για παράδειγμα η φωτοθεραπεία ή η ακτινοβόληση είναι θεραπείες που δεν παρέχονται σε πολλές δομές. Προκύπτουν, λοιπόν, θέματα πρόσβασης, ενδεχόμενα ασφαλιστικά και οικονομικά προβλήματα, ζητήματα επικοινωνίας και κατανόησης της

κατάστασης (Rummel 2015, Lucas & Ciccolini 2016).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ

Αρχικά, θα πρέπει να τονισθεί ότι στόχος της θεραπείας πρέπει να είναι η βελτίωση των συμπτωμάτων και της ποιότητας ζωής και παράλληλα η αποφυγή της τοξικότητας των θεραπειών (Marengo & Price 2014, McCann et al 2016, Wilcox 2017). Η επιλογή της θεραπείας καθορίζεται, εκτός από τη σταδιοποίηση και από κάποιους άλλους επιμέρους παράγοντες, όπως η ηλικία, η συνολική κατάσταση της υγείας, η πρόγνωση της νόσου (Mian et al 2010), η δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας και το κόστος (Parker & Bradley 2006, American Cancer Society 2016).

Οι θεραπείες για τα πρωτοπαθή δερματικά λεμφώματα διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες τις τοπικές, οι οποίες εφαρμόζονται στα αρχικά στάδια της νόσου και τις συστηματικές στα προχωρημένα στάδια, όπου η νόσος υποτροπιάζει ή δεν ανταποκρίνεται στις τοπικές θεραπείες (Παπαδαυίδ και συν 2010).

Τοπικές Θεραπείες

Τοπικά Μαλακτικά συστήνονται συχνά για την ανακούφιση από την αίσθηση της αποφολίδωσης, της ξηρότητας και του κνησμού. Επίσης συμβάλλουν στην αποτροπή του κινδύνου της λύσης της συνέχειας του δέρματος που κάνει τους ασθενείς επιρρεπείς σε μολύνσεις (Scarlsbrick 2006).

Τοπικά κορτικοστεροειδή με τη μορφή κρέμας, αλοιφής, gel ή lotion που χρησιμοποιούνται σε κηλιδώδεις και λεπτές πλάκες κατά τα πρώιμα στάδια. Εφαρμόζονται μία-δύο φορές την ημέρα με πολύ καλά αποτελέσματα τόσο στις βλάβες, όσο και στον κνησμό. Συνιστάται να χρησιμοποιεί κανείς περιέδση για να ενισχύσει την αποτελεσματικότητά τους. Τα προϊόντα πρέπει να εφαρμόζονται με προσοχή μόνο στις βλάβες και οπωσδήποτε χωρίς να έρθουν σε επαφή με τους οφθαλμούς. Μετά την εφαρμογή το δέρμα δεν πρέπει να πλένεται για τουλάχιστον μία ώρα (Parker & Bradley 2006). Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στον διάστημα εφαρμογής, καθώς η μακροχρόνια χρήση συνδέεται με ατροφία του δέρματος (με κίνδυνο τη λύση της συνέχειάς του και την επιμόλυνση), ραγάδες, τριχοφυΐα και κρύβει τον κίνδυνο της συστηματικής απορρόφησης (Willemze et al 2005, Marengo & Price 2014, Γεροχρήστου και συν 2015). Φυσικά, δεν πρέπει να παραβλέπεται η συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς, καθώς παραμένει η πιθανότητα της υποτροπής μετά την τοπική θεραπεία με κορτικοστεροειδή (Yarimci & Kutlubay 2017).

Η τοπική χρήση **μουστάρδας του αζώτου** (μεκλωραιθαμίνη υδροκλωρική, HN2, Valchlor) έχει πολύ καλά αποτελέσματα σε ποσοστό ασθενών 20-25% με πλήρη κάθαρση έως και 10 έτη (Γεροχρήστου και συν 2015).

Προτιμάται η χρήση του gel και όχι της αλοιφής, καθώς το πρώτο είναι πιο σταθερό, στεγνώνει πιο γρήγορα και είναι πιο εύχρηστο. Οι ασθενείς θα πρέπει να εκπαιδευτούν, από το νοσηλεύτη, για την εφαρμογή της μεκλωραιθαμίνης και να ενημερωθούν για τις ανεπιθύμητες δράσεις του φαρμάκου. Θα πρέπει να γίνει σύσταση να χρησιμοποιούνται γάντια νιτριλίου για την εφαρμογή ενός λεπτού στρώματος gel στις βλάβες, προσέχοντας τους οφθαλμούς, τα χείλη και την περιοχή των γεννητικών οργάνων. Η προτεινόμενη ώρα είναι το βράδυ πριν την κατάκλιση ή τουλάχιστον τέσσερις ώρες πριν το μπάνιο για να μπορέσει το φάρμακο να παραμείνει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Μετά την εφαρμογή ο ασθενής θα πρέπει να πλένει τα χέρια του με σαπούνι και να απορρίπτει προσεκτικά τα γάντια και τη συσκευασία (Booher et al 2011, McCann et al 2016). Οι πιο συχνές παρενέργειες είναι ο κνησμός, η δερματίτιδα και η υπέρχρωση του δέρματος. Ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για ερυθρότητα, αίσθημα καύσου, οίδημα, επιμολύνσεις και εξελκώσεις. Σ' αυτήν την περίπτωση θα πρέπει να διακόπτεται η χρήση της μεκλωραιθαμίνης για λίγο και να χορηγούνται κορτικοστεροειδή ή να χορηγούνται αυτά παράλληλα (Chase et al 2015, Yardimci & Kutlubay 2017).

Τοπικά χημειοθεραπευτικά (Καρμουσίνη, BCNU). Η τοπική χρήση καρμουσίνης έχει πολύ καλά αποτελέσματα, αλλά δε συνιστάται σε ασθενείς που η συμμετοχή του δέρματος είναι μεγαλύτερη του 3%, καθώς υπάρχει ο κίνδυνος της συστηματικής απορρόφησης. Η καρμουσίνη μπορεί να χορηγηθεί σε διάλυμα αλκοόλης ή αναμεμειγμένη με μία αλοιφή βαζελίνης. Ο δεύτερος τρόπος χρήσης είναι καλύτερα ανεκτός, αλλά λιγότερο αποτελεσματικός (Γεροχρήστου και συν 2015). Η χρήση του φαρμάκου μία φορά την ημέρα είναι αρκετή. Πιθανές τοπικές παρενέργειες είναι η ερυθρότητα, το οίδημα και ο καύσος, καθώς και ο κίνδυνος ανάπτυξης άλλων μορφών καρκίνων του δέρματος (LLS 2014, American Cancer Society 2016). Τέλος, θα πρέπει να γίνεται αιμοληψία για γενική αίματος δύο φορές την εβδομάδα με σκοπό τον έγκαιρο εντοπισμό ανοσοκαταστολής (Yardimci & Kutlubay 2017).

Ρετινοειδή-Βηξαρτένιο, Tazarotene (Targretin, Tazorac). Πρόκειται για ένα συνθετικό ρετινοειδές που προκαλεί κυτταρική διαφοροποίηση και επάγει την απόπτωση. Τα πρώτα αποτελέσματα αναμένονται μετά από 3-4 μήνες. Αυτό που χρειάζεται προσοχή για το gel είναι να μην χρησιμοποιείται σε επιφάνεια σώματος πάνω από 15%, ενώ κατά τα άλλα είναι σχετικά καλά ανεκτό και μπορεί σταδιακά να εφαρμοστεί έως και τέσσερις φορές την ημέρα (Bagherani & Smoller 2016). Κάποιες φορές αναφέρεται ερεθιστική δερματίτιδα, κνησμός ή καύσος και γι' αυτό το λόγο μπορούμε να συστήσουμε παράλληλη χρήση κορτικοειδών και την επάλειψη της υγιούς περιοχής γύρω από τις βλάβες με βαζελίνη για να προστατευτεί το δέρμα (Parker & Bradley 2006). Η σύσταση που πρέπει

να γίνεται στους ασθενείς αυτούς είναι να αποφεύγουν την έκθεση στον ήλιο στα σημεία που εφαρμόζεται το βηξαροτένιο (Marengo & Price 2014, Γεροχρήστου και συν 2015, American Cancer Society 2016).

Φωτοθεραπεία είτε με Β υπεριώδη (UVB) ακτινοβολία, είτε με PUVA δηλαδή Α υπεριώδη ακτινοβολία (UVA) σε συνδυασμό με ψωραλένιο (Oxsoresalen). Ο αριθμός και η διάρκεια των συνεδριών ρυθμίζεται κατά περίπτωση και συνήθως είναι έως τρεις φορές την εβδομάδα με την τάση να μειώνονται με την εμφάνιση θετικών αποτελεσμάτων (Querfeld et al 2005; Scarisbrick 2006; Parker & Bradley 2006). Να σημειωθεί επίσης ότι η UVB ακτινοβολία προτιμάται στις πιο επιφανειακές βλάβες, ενώ η PUVA στις παχύτερες και πιο πλακώδεις, καθώς διεισδύει περισσότερο (Γεροχρήστου και συν 2015). Η σύσταση είναι να παίρνει ο ασθενής το ψωραλένιο από το στόμα 90 λεπτά πριν τη συνεδρία. Το ψωραλένιο είναι μία ουσία που ενισχύει τη φωτοσύνθεση, αλλά κάποιες φορές προκαλεί ναυτία, η οποία όμως αντιμετωπίζεται εύκολα με αντιεμετικά φάρμακα (Booher et al 2011). Οι συνθετικές επιπλοκές είναι η φωτοευαισθησία, κυρίως στα μάτια, και γι' αυτό συστήνεται η χρήση γυαλιών ηλίου, η ερυθρότητα και η ξηρότητα του δέρματος, που αντιμετωπίζεται με τη χρήση ενυδατικών κρεμών, αλλά, επίσης, ελλοχεύει ο κίνδυνος της πρόκλησης δευτερογενούς καρκινώματος ή μελανώματος (Γεροχρήστου και συν 2015, Yardimci & Kutlubay 2017).

Ακτινοθεραπεία- skin electron beam (SEB). Χρησιμοποιείται δέσμη ηλεκτρονίων στην επιφάνεια του σώματος εντοπισμένα ή ολόσωμα (total skin electron beam, TSEB), όταν πρόκειται για εκτεταμένες βλάβες, με την κάθε συνεδρία να διαρκεί περίπου 10-15 λεπτά και τον ασθενή να στέκεται σε μια περιστρεφόμενη βάση (Parker & Bradley 2006, Sokolowska-Wojdylo et al 2015, Bagherani & Smoller 2016). Ο στόχος είναι τα ηλεκτρόνια να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα και χρησιμοποιείται συνήθως όταν οι βλάβες είναι εκτεταμένες ή όταν το λέμφωμα δεν αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με τις παραπάνω θεραπείες (Booher et al 2011). Πριν τη συνεδρία πρέπει ο ασθενής να φορέσει προστατευτικά στα μάτια και στα νύχια των άνω και κάτω άκρων, γιατί διαφορετικά είναι πολύ πιθανόν να προκληθούν βλάβες. Πιθανές επιπλοκές είναι η ερυθρότητα, η αλωπεκία, η υπέρχρωση, οι ευρυαγγείες, οι επιμολύνσεις του δέρματος, οι δευτερογενείς καρκίνοι του δέρματος. Οι επιπλοκές αυτές αντιμετωπίζονται συμπτωματικά με τοπική εφαρμογή μαλακτικών κρεμών, αλλά και προφυλακτικά παρακολουθώντας τον ασθενή και διασφαλίζοντας τη συνέχεια του δέρματος (Scarisbrick 2006, American Cancer Society 2016, Yardimcci & Kutlubay 2017).

Χειρουργική εξαίρεση προτείνεται όταν πρόκειται για εντοπισμένη νόσο που εκδηλώνεται με μία ή λίγες βλάβες. Βέβαια, σε αρκετές περιπτώσεις, το λέμφωμα ξα-

να εμφανίζεται, χωρίς πολλές φορές να είναι σίγουρο αν πρόκειται για υποτροπή ή νέα νόσο. Το βασικό νοσηλευτικό μέλημα είναι η περιποίηση του τραύματος και η πρόληψη της επιμόλυνσης, αλλά και η επαγρύπνηση για νέες βλάβες (Senff et al 2008, American Cancer Society 2016).

Συστηματικές Θεραπείες

Η **εξωσωματική φωταφαίρεση ή λευκαφαίρεση (Extracorporeal photopheresis, ECP)** εφαρμόζεται συχνά στο σύνδρομο Sezary (SS) και μπορεί να συνδυάζεται και με άλλες παρεμβάσεις (Willemze et al 2005, Sokolowska-Wojdylo et al 2015). Πρόκειται για μια στοχευμένη θεραπεία που περιλαμβάνει την αφαίρεση αίματος από τον ασθενή, το διαχωρισμό των λευκών αιμοσφαιρίων, την έκθεσή τους στο Methoxsalen και σε μια προκαθορισμένη δόση UVA ακτινοβολίας και την επιστροφή τους στον ασθενή, με σκοπό την ενίσχυση της ανοσολογικής απάντησης του οργανισμού (Marengo & Price 2014, Zic 2015, Wilcox 2017; Yardimci & Kutlubay 2017). Είναι γενικά μια διαδικασία καλά ανεκτή, διαρκεί λίγες ώρες (2-5) και δεν είναι απαραίτητο ο ασθενής να νοσηλευτεί μετά τη συνεδρία. Παρόλα αυτά κατά τη διάρκεια της ECP ο νοσηλευτής φροντίζει να λαμβάνει σε τακτά χρονικά διαστήματα την αρτηριακή πίεση για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο της υπότασης, θερμομέτρηση για τυχόν πυρετό και έλεγχο του δέρματος για να εντοπίσει έγκαιρα ερύθημα ή κνησμό (Γεροχρήστου et al 2015). Επίσης ενημερώνει τον ασθενή ότι πρέπει να προστατεύεται από το φως τουλάχιστον για ένα εικοσιτετράωρο, καθώς υπάρχει ο κίνδυνος για έγκαυμα (American Cancer Society 2016). Ενδιαφέρον παρουσιάζει η προτίμηση σε περιφερική φλέβα έναντι του Κεντρικού Φλεβικού Καθετήρα, λόγω της αυξημένης πιθανότητας επιμόλυνσης του καθετήρα (Parker & Bradley 2006, Booher et al 2011).

Τα **ρετινοειδή** (π.χ. bexarotene, δηλαδή Targretin), που είναι παράγωγα της βιταμίνης Α, εκτός από τοπική εφαρμογή, χρησιμοποιούνται και σαν συστηματική από του στόματος θεραπεία, είτε σαν μονοθεραπεία, είτε σε συνδυασμό με άλλες παρεμβάσεις (Scarisbrick 2006, Yardimci & Kutlubay 2017, Wilcox 2017). Η κυριότερη μέριμνα του νοσηλευτή είναι ο έλεγχος της υπερλιπιδαιμίας και ο έλεγχος της λειτουργίας του θυροειδούς, για την αποφυγή υποθυροειδισμού. Οι περισσότεροι ασθενείς λαμβάνουν στατίνες για να διορθώσουν την υπερλιπιδαιμία και συμπληρωματική θυροειδική ορμόνη για την ομαλή λειτουργία του αδένα. Η μυελοκαταστολή που μπορεί να προκληθεί είναι ήπια και δεν δημιουργεί πρόβλημα (Bagherani & Smoller 2016, Wilcox 2017). Ακόμη αναφέρονται κεφαλαλγίες, αρθραλγίες, μυαλγίες, ξηροδερμία, κατακράτηση υγρών (Booher et al 2011, American Cancer Society 2016). Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας για τον κίνδυνο τερατογένεσης σε περίπτωση εγκυμοσύνης

(Booher et al 2011, Yardımcı & Kutlubay 2017).

Οι **ιντερφερόνες (IFNs)**, ιδιαίτερα η INFα, χρησιμοποιείται σαν στοχευμένη θεραπεία μόνη της ή σε συνδυασμό (Willemze et al 2005, Scarisbrick, 2006, LLS, 2014, Miyashiro & Sanches 2015). Χορηγείται με υποδόρια ένεση συνήθως τρεις φορές την εβδομάδα ή μπορεί να μειωθεί σε μία φορά την εβδομάδα, ανάλογα με τις παρενέργειες που παρουσιάζει ο ασθενής και τα αποτελέσματα (Παπαδαυίδ et al 2010, Booher et al 2011, American Cancer Society 2016). Οι παρενέργειες που πρέπει να αναμένονται προσομοιάζουν τα συμπτώματα της γρίπης, όπως είναι ρίγος, πυρετός, κόπωση, μυαλγίες. Προληπτικά χορηγείται στον ασθενή παρακεταμόλη μία ώρα πριν τη χορήγηση ιντερφερόνης. Συστήνεται η χορήγηση της ιντερφερόνης να γίνεται βράδυ ώστε να μειωθεί η αίσθηση των ανεπιθύμητων παρενεργειών λόγω ύπνου (Παπαδαυίδ et al 2010, Wilcox 2017). Ο νοσηλευτής όμως πρέπει να επαγρυπνεί και για πιο σημαντικές παρενέργειες, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, οι διαταραχές του ύπνου, η απώλεια βάρους, η υπέρταση, η δυσκολία συγκέντρωσης, η περιφερική νευροπάθεια (Booher et al 2011, Marerro & Price 2014, American Cancer Society 2016).

Η **Δενιλευκίνη (Denileukin deftitox, Ontak)** είναι μια πρωτεΐνη που οδηγεί στην απελευθέρωση μιας τοξίνης που με τη σειρά της προκαλεί το θάνατο του καρκινικού κυττάρου (Παπαδαυίδ et al 2010, LLS 2014). Χορηγείται με ενδοφλέβια έγχυση και πρέπει να προηγηθεί προετοιμασία από το νοσηλευτή με στεροειδή, αντισταμινικά και παρακεταμόλη για τη μείωση των ανεπιθύμητων ενεργειών. Αυτές μπορεί να είναι πυρετός, αλλεργική αντίδραση, υπόταση, οίδημα (Parker & Bradley 2006, Booher et al 2011, McCann et al 2012).

Το Vorinostat (Zolinza) ανήκει στην κατηγορία αντινεοπλασματικών παραγόντων που είναι γνωστό **ως αναστολείς της αποσπαστικής ιστώνης (HDAC)** (LLS 2014, Miyashiro & Sanches 2015, Wilcox 2017). Λαμβάνεται από το στόμα και παρουσιάζει παρενέργειες όπως: γαστρεντερικές διαταραχές, απώλεια βάρους, κόπωση, πονοκέφαλο, αλλοιώσεις γεύσης, αύξηση κρεατινίνης αίματος, οίδημα κάτω άκρων, αφυδάτωση (Booher et al 2011, McCann & Story 2013, Bagherani & Smoller 2016). Ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται για αναιμία, ουδετεροπενία ή θρομβοκυτταροπενία, αλλά και για ηλεκτρολυτικές διαταραχές, καθώς και ηλεκτροκαρδιογραφικά για παράταση του διαστήματος QT (Παπαδαυίδ et al 2010, Marerro & Price 2014, American Cancer Society 2016). Επίσης, ενθαρρύνεται να ενυδατώνεται με δύο λίτρα υγρών καθημερινά (Booher et al 2011).

Τα Μονοκλωνικά Αντισώματα είναι οι πιο συνήθεις βιολογικοί παράγοντες για τη θεραπεία των λεμφωμάτων (Scarisbrick 2006; Marerro & Price 2014). Το Alemtuzumab χορηγείται συχνά στα δερματικά λεμ-

φώματα, κυρίως με υποδόρια ένεση για την αποφυγή τοξικότητας σχετιζόμενης με την έγχυση, αλλά και ενδοφλέβια αρκετές φορές την εβδομάδα (American Cancer Society 2016). Ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή να είναι πολύ προσεκτικός λόγω της εξασθένησης του ανοσοποιητικού συστήματος, να λαμβάνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για πρόληψη λοιμώξεων και να αποφεύγει την έκθεση σε πολυσύχναστους χώρους. Συχνά μάλιστα χορηγείται και προφυλακτική αγωγή γι' αυτόν τον λόγο (LLS 2014, Wilcox 2017).

Ένα άλλο **μονοκλωνικό αντίσωμα** που χρησιμοποιείται είναι το Rituximab. Χορηγείται ενδοφλέβια μία φορά την εβδομάδα ή σε μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα ή όχι (Senff et al 2008). Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προλάβει και να αντιμετωπίσει τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες όπως εξάνθημα, πυρετό, ρίγος, πονοκέφαλο, που εμφανίζονται κυρίως κατά την πρώτη έγχυση (American Cancer Society 2016).

Το Brentuximab (Adcetris) εγχέεται ενδοφλέβια, συνήθως, κάθε τρεις εβδομάδες και ο νοσηλευτής θα πρέπει να περιμένει γαστρεντερικές διαταραχές, κόπωση, πυρετό και περιφερική νευροπάθεια (Marerro & Price 2014, American Cancer Society 2016, Yardımcı & Kutlubay 2017).

Η **συστηματική χημειοθεραπεία** τόσο από το στόμα, όσο και ενδοφλέβια είναι φυσικά μια επιλογή για τα Πρωτοπαθή Δερματικά Λεμφώματα. Γίνεται χορήγηση ενός παράγοντα ή συνδυασμός διαφορετικών, όπως μεθοτρεξάτη, χλωραμβουκίλη, βινκριστίνη, ντοξορουμπικίνη, κυκλοφωσφαμίδη, ετοποσίδη με γρήγορη απάντηση, μικρής όμως διάρκειας (Senff et al 2008, Παπαδαυίδ et al 2010, Wilcox 2017). Τα σχήματα αυτά επαναλαμβάνονται αρκετές φορές σε κύκλους, συνήθως χορηγούνται σε εξωτερικούς ασθενείς, αλλά ορισμένες φορές χρειάζεται νοσοκομειακή περίθαλψη (Marerro & Price 2014, American Cancer Society 2016). Η χορήγηση χημειοθεραπείας σχετίζεται τόσο με προβλήματα και επιπλοκές κατά την ώρα της έγχυσης, όπως εξαγγείωση και αλλεργική αντίδραση, όσο και με απώτερα προβλήματα που προκαλούνται από την καταστολή του μυελού, όπως ουδετεροπενία, αναιμία, θρομβοκυτταροπενία. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει τις γνώσεις να τα αντιμετωπίσει και να διδάξει στον ασθενή μέτρα προφύλαξης. (Pfreundschuh et al 2004, Allart-Vorelli et al 2015, American Cancer Society 2016, Shahrasbi et al 2017).

Η **Μεταμόσχευση Αιμοποιητικών Κυττάρων (Stem Cell Transplantation)** είναι μία λύση που επιλέγεται σε πολύ προχωρημένη ή επιθετική νόσο, όπου οι άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει (Willemze et al 2005, Booher et al 2011, Miyashiro & Sanches 2015, Bagherani & Smoller 2016). Η αυτόλογη μεταμόσχευση δε συστήνεται, γιατί, αν και έχει άμεσα αποτελέσματα, αυτά είναι πολύ μικρής διάρκειας και συνήθως υπάρχει υποτρο-

πή της νόσου σε δύο με τρεις μήνες (Scarlsbrick 2006, Παπαδαυίδ et al 2010). Η αλλογενής μεταμόσχευση έχει καλύτερα αποτελέσματα πιθανότατα λόγω της δράσης του μοσχεύματος κατά του λεμφώματος (graft versus lymphoma) (Scarlsbrick 2006, Γεροχρήστου et al 2015, Wilcox 2017). Βέβαια, τα έως σήμερα αποτελέσματα στηρίζουν τη χρήση χαμηλής έντασης προπαρασκευαστικών σχημάτων (reduced intensity), ώστε να μειωθεί η τοξικότητα. (Παπαδαυίδ et al 2010, LLS 2014). Η μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων είναι μία παρέμβαση κατά την οποία ο νοσηλευτής έρχεται αντιμέτωπος με πολλά προβλήματα και επιπλοκές, μεγαλύτερη πρόκληση, πάντως, θεωρείται η πρόληψη και αντιμετώπιση των λοιμώξεων και της Νόσου του Μοσχεύματος κατά του Ξενιστή (Graft Versus Host Disease-GVHD) (Rimkus 2009, Mamerro & Price 2014, Yardimci & Kutlubay 2017).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΛΕΜΦΩΜΑ

Βλέποντας τις διαφορετικές θεραπείες των δερματικών λεμφωμάτων, παρατηρούμε ότι κάποια προβλήματα είναι επαναλαμβανόμενα, λόγω της ύπαρξης των συγκεκριμένων βλαβών και φυσικά λόγω των παρεμβάσεων. Έτσι ο ρόλος του νοσηλευτή διαμορφώνεται αρχικά από την ανάγκη για ανακούφιση και αναχαίτιση της εξέλιξης της νόσου και δευτερευόντως για πρόληψη και αντιμετώπιση των παρενεργειών και επιπλοκών των θεραπειών. Πιο συγκεκριμένα:

Η **δερματίτιδα**, η οποία ξεκινάει από την ερυθρότητα, την ξηροδερμία, τις αποφολιδώσεις, τον κνησμό και φτάνει μέχρι τη φλεγμονή του δέρματος, μπορεί να είναι είτε χαρακτηριστικό της νόσου, είτε παρενέργεια της θεραπείας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εντοπίσει το πρόβλημα έγκαιρα και να παρακολουθεί την εξέλιξη του (Gemmill 2006). Αν προέρχεται από κάποια θεραπεία, θα πρέπει να συζητήσει την ενδεχόμενη διακοπή της για λίγο και να ασχοληθεί με την ανακούφιση των ενοχλήσεων. Τα συμπτώματα υποχωρούν με τη χορήγηση τοπικών κορτικοστεροειδών και αντισταμινικών, για τη βελτίωση του αισθήματος καύσου και του κνησμού. Για τον κνησμό, εάν είναι πολύ επίμονος θα μπορούσε να χορηγηθεί γκαμπαπεντίνη και μιρταζαπίνη σε συνεννόηση με τον κατάλληλο γιατρό (Γεροχρήστου et al 2015). Επιπλέον η εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων, μαλακτικών κρεμών, και πολτού βρώμης είναι μέτρα που βελτιώνουν γενικότερα τα συμπτώματα και μπορούν να εφαρμόζονται σε όλη τη διάρκεια της νόσου και ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί γι' αυτά από το νοσηλευτή (Parker & Bradley 2006, Chase et al 2015, McCann et al 2016).

Ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα της νόσου είναι οι **εξελκώσεις** που μπορεί να δημιουργηθούν και ο κίνδυνος που προκύπτει από την κατάλυση του δερματικού φραγμού και πολύ περισσότερο για ασθενείς που μπορεί να

είναι ανοσοκατασταλμένοι. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει να διατηρούνται άψογες συνθήκες υγιεινής, τόσο στον θάλαμο και στα κλινοσκεπάσματα, όσο και στην ατομική καθαριότητα του ασθενή και να του παρέχει κάθε δυνατή βοήθεια, αν ο ίδιος δεν είναι σε θέση να φροντίσει τον εαυτό του. Η χρήση ενός ήπιου τοπικού αντισηπτικού προϊόντος, ίσως να είναι σκόπιμη, προκειμένου να αποφύγουμε τις επιμολύνσεις, ακόμη και η χρήση αντιβιοτικών, όταν κρίνεται απαραίτητη (Gemmill 2006, Chase et al 2015, McCann et al 2016).

Ενδεχόμενη **αλλεργική αντίδραση** στην εφαρμογή των τοπικών θεραπειών είναι δυνατόν να παρουσιαστεί και γι' αυτό η πρώτη εφαρμογή θα πρέπει να γίνεται από το νοσηλευτή σε μια μικρή περιοχή. Σε περίπτωση που παρουσιαστεί αλλεργική αντίδραση, θα πρέπει να χορηγηθούν αντισταμινικά και κορτικοειδή. Ακολούθως θα πρέπει να ενημερωθεί ο θεράπων γιατρός και να συζητηθεί ενδεχομένως κάποια εναλλακτική θεραπεία (Ulrich et al 1997, Chase et al 2015).

Φυσικά πολύ σημαντικές είναι οι παρενέργειες της χρήσης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, με κυρίαρχες αυτές που προέρχονται από την καταστροφή των υγιών κυττάρων του αίματος. Η αναιμία που επέρχεται μπορεί να οδηγήσει σε εύκολη κόπωση και ταχυκαρδία. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή το λόγο που του συμβαίνει αυτό και να τον καθησυχάσει ότι θα λάβει υποστηρικτικά αυξητικούς παράγοντες ή μεταγγίσεις ερυθρών μέχρι να παρουσιάσει βελτίωση. Παράλληλα θα πρέπει να τον παροτρύνει να ξεκουράζεται να παραμένει ήρεμος (Rummel 2015). Η **θρομβοκυταροπενία** είναι επίσης ένα σημαντικό πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί και ο ρόλος του νοσηλευτή, εκτός της μετάγγισης αιμοπεταλίων, όταν αυτό κριθεί απαραίτητο, είναι να ενημερώσει τον ασθενή ότι θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός και να αποφεύγει τραυματισμούς, γιατί υπάρχει ο κίνδυνος της αιμορραγίας (Ulrich et al 1997, Rummel 2015). Τέλος, η **ουδετεροπενία** είναι μία κατάσταση ιδιαίτερα επικίνδυνη, καθώς μπορεί να συνυπάρχουν και εξελκώσεις και άρα αυξημένος κίνδυνος επιμολύνσεων. Φυσικά η λήψη μέτρων για αποφυγή των λοιμώξεων επιβάλλεται. Θα πρέπει δηλαδή, ο ασθενής να ενημερωθεί να τηρεί σχολαστικά τους κανόνες υγιεινής, να μη δέχεται επισκέψεις (Parker & Bradley 2006). Παρόλα αυτά είναι πιθανή κάποια γενικευμένη λοίμωξη, γι' αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να θερμομετρεί τον ασθενή συχνά και να παρατηρεί για τυχόν ρίγος. Σ' αυτήν την περίπτωση έχει μεγάλη σημασία η γρήγορη παρέμβαση με αντιπυρετικά και αντιβιοτικά και η χορήγηση αυξητικών παραγόντων για τα λευκά αιμοσφαίρια (LLS 2014, Rummel 2015, American Cancer Society 2016).

Κατάσταση που σχετίζεται με την ουδετεροπενία είναι οι πιθανές **μυκητιάσεις** που μπορεί να εμφανιστούν στις περιπτώσεις που η άμυνα του οργανισμού είναι χαμηλή.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει ενημερώσει τον ασθενή για την πιθανότητα των μυκητιάσεων και τη σημασία της στοματικής υγιεινής και να έχει χορηγήσει προφυλακτικά στοματικό διάλυμα. Επίσης, θα πρέπει να είναι σε επαγρύπνηση για τον έγκαιρο εντοπισμό των βλαβών και για την περιγραφή συμπτωμάτων, όπως δυσκολία στην κατάποση ή την ομιλία. Άμεσα θα πρέπει να χορηγηθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, αλλά και παυσίπονα, καθώς είναι μια κατάσταση που συνοδεύεται από πολύ πόνο. Η συνδρομή ενός διαιτολόγου, ίσως χρειαστεί για τη διαμόρφωση της δίαιτας του ασθενή (Rummel 2015).

Άλλα προβλήματα από τη χορήγηση χημειοθεραπείας είναι η **τάση για εμετό και η ναυτία**. Βέβαια ο νοσηλευτής θα πρέπει να χορηγεί προφυλακτικά αντιεμετικά φάρμακα καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας και θα πρέπει να συμπεριλάβει στη δίαιτά του ασθενή τροφές που δεν είναι ερεθιστικές για το στομάχι. Σ' αυτήν την προσπάθεια ίσως χρειαστεί τη συμβουλή ενός διατροφολόγου (Lemone & Burke 2006). Αν, παρόλη την προληπτική αυτή προσπάθεια, ο ασθενής παρουσιάσει ναυτία, θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να δοκιμάσει έναν άλλο συνδυασμό αντιεμετικών, μέχρι να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα (LLS 2014, Rummel 2015).

Όπως και σε κάθε άλλη περίπτωση χορήγησης χημειοθεραπείας, έτσι και στην θεραπεία του δερματικού λεμφώματος ο νοσηλευτής θα πρέπει να προλάβει τυχόν **εξαγγελίωση**. Αυτό περιλαμβάνει τη σωστή επιλογή του σημείου καθετηριασμού και έναν εύκαμπτο καθετήρα, καθώς και τον προσεκτικό έλεγχο για την καλή κατάσταση και λειτουργικότητα της φλέβας (Jackson-Rose et al 2018). Καθ' όλη τη διάρκεια χορήγησης του φαρμάκου, θα πρέπει να ελέγχεται η ακεραιότητα του αγγείου και φυσικά ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει πόσο ερεθιστικό είναι το φάρμακο που χορηγεί και να έχει ενημερώσει τον ασθενή για τα συμπτώματα που θα τον ανησυχίσουν (Kreidieh et al 2016). Αν παρόλα αυτά σημειωθεί πόνος, ερυθρότητα, αίσθημα καύσου ή τοπικό οίδημα, θα πρέπει να σταματήσει η χορήγηση του χημειοθεραπευτικού και ανάλογα με τη δραστική ουσία να χορηγηθεί ή όχι αντίδοτο. Σε κάθε περίπτωση προτείνεται να γίνεται πρώτα αναρρόφηση του φαρμάκου και έπειτα να αφαιρείται ο φλεβοκαθετήρας (Fidalgo et al 2012, West Midlands Expert Advisory Group for Chemotherapy 2017).

Εφόσον η Μεταμόσχευση Αιμοποιητικών Κυττάρων είναι θεραπευτική επιλογή, ο νοσηλευτής της Μονάδας Μεταμόσχευσης οφείλει να γνωρίζει τη **Νόσο του Μοσχεύματος Κατά του Ξενιστή** (Graft Versus Host Disease-GVHD) στις τρεις βασικές μορφές της (δέρματος, ήπατος και γαστρεντερικού σωλήνα) και να μπορεί έγκαιρα να αναγνωρίσει σημεία έναρξης GVHD, όπως εξάνθημα, έλκη, ερυθρότητα στο δέρμα και τους οφθαλμούς, ξηροστομία, διαρροϊκές κενώσεις (Barton-Burton et al 2008, Rimkus 2009, Neumann 2017). Οι παρεμβάσεις αφορούν

κυρίως την τοπική περιποίηση των δερματικών βλαβών, την αλλαγή του διαιτολογίου και την ενυδάτωση, καθώς επίσης και τη διαχείριση τυχόν παρενεργειών από τα στεροειδή (νευροπάθεια, νεφρική δυσλειτουργία), τη Methotrexate και την ανοσοκαταστολή, που είναι η βασική προφύλαξη και θεραπεία του GVHD (Lindsey 2010, Araujo et al 2015, Neumann 2017).

Επίσης δε θα πρέπει να παραλείψουμε να αναφερθούμε στο συναισθηματικό κομμάτι, το οποίο είναι πολύ βασικό, καθώς πρόκειται για έναν χρόνιο πάσχοντα, με μια μορφή καρκίνου και μάλιστα ενός καρκίνου ο οποίος είναι εμφανής στο σώμα του και αλλάζει την εικόνα του εαυτού του (Gemmill 2006). Ο ασθενής με δερματικό λέμφωμα νιώθει **συναισθηματική ανασφάλεια** για την εξέλιξη της νόσου, αλλά και για τις αλλαγές που καλείται να κάνει στην καθημερινότητά του και αφορούν στην εργασία του, στη συναναστροφή του με τους γύρω του και στην ανταπόκρισή του στη θεραπεία. Όλα αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων, τόσο στο λειτουργικό, όσο και στο συναισθηματικό κομμάτι (Lemone & Burke 2006, Sampogna et al 2008, Selman et al 2015, Lucas & Ciccolini 2017). Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να τον βοηθήσει να αναγνωρίσει τους παράγοντες που του προκαλούν άγχος, να τον ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του και να τον στηρίξει εξηγώντας του την πορεία της νόσου του και το θεραπευτικό πλάνο. Επίσης, θα πρέπει να του συστήσει να ξεκουράζεται επαρκώς και να ασχολείται με δραστηριότητες που δεν τον κουράζουν και τον ευχαριστούν. Σ' αυτήν την προσπάθεια θα είναι χρήσιμη η συμμετοχή ενός ψυχολόγου στη θεραπευτική ομάδα, αλλά και η σύσταση στον ασθενή να έρθει σε επαφή με σχετικούς συλλόγους (Parker & Bradley 2006, Rummel 2015, McCann et al 2016).

Τέλος, ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα των ασθενών με δερματικά λεμφώματα είναι το **έλλειμμα γνώσεων** που έχουν, όπως είναι αναμενόμενο, καθώς πρόκειται για μία νόσο με ποικίλη συμπτωματολογία, πράγμα που κάνει τη διαχείρισή της από τους πάσχοντες πολύ δύσκολη (McCann 2007, Lucas & Ciccolini 2017). Εδώ έρχεται ο νοσηλευτής να καλύψει αυτό το κενό από τη στιγμή της διάγνωσης και σε όλη τη διάρκεια της νόσου. Θα πρέπει, είτε ως nurse navigator, είτε ως απλό μέλος της ομάδας να κατευθύνει τον ασθενή στην κατάλληλη δομή υγείας και να τον φέρει σε επαφή με τους γιατρούς που θα αναλάβουν τη φροντίδα του (Rummel 2015). Στη συνέχεια, στη διάρκεια της θεραπείας του, θα πρέπει να τον ενημερώσει για τους στόχους και τις προσδοκίες της θεραπείας, να τον εκπαιδεύσει στη σωστή λήψη της αγωγής του, καθώς και για ενδεχόμενες επιπλοκές, που πρέπει να περιμένει. Πολλές φορές προκύπτουν προβλήματα κατανόησης και επικοινωνίας, που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με εξατομικευμένο κάθε φορά τρόπο. Ο

ασθενής θα πρέπει να κατανοήσει το σημαντικό ρόλο που έχει ο ίδιος στη θεραπεία του (Lucas & Ciccolini 2016, McCann et al 2016). Ακόμη και μετά το τέλος των θεραπευτικών παρεμβάσεων, θα πρέπει ο νοσηλευτής να ενημερώσει τον ασθενή ότι κάποιες παρενέργειες ίσως υπάρχουν για ένα διάστημα ακόμη και ότι ενδεχομένως η υγεία του να μην είναι στην πρότερη της κατάσταση. Τέλος, είναι σημαντικό να γνωρίζει ο ασθενής το πλάνο παρακολούθησης που προβλέπεται, και να δεσμευτεί σ' αυτό, ώστε να γίνεται ο απαραίτητος έλεγχος και να αντιμετωπίζονται τυχόν προβλήματα (Rummel 2015).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως είναι φανερό, τα Πρωτοπαθή Δερματικά Λεμφώματα είναι μια σύνθετη ομάδα νοσημάτων με τις δυσκολίες να ξεκινούν ακόμη από την έγκαιρη διάγνωση. Ιδιαίτερα μάλιστα αν αναλογιστεί κανείς ότι η νοσηλευτική βιβλιογραφία γι' αυτά τα νοσήματα είναι σχετικά περιορισμένη, εκτιμάται ότι η παραπάνω ανασκόπηση θα μπορούσε να αποτελέσει έναν ολοκληρωμένο οδηγό για τους νοσηλευτές που καλούνται να τα διαχειριστούν. Επιπλέον, διαφαίνεται η ανάγκη για την παρουσίαση μελετών περίπτωσης που θα μπορούσαν να ακολουθήσουν και να συμπληρώσουν την ανασκόπηση, δίνοντας την ευκαιρία να δει κανείς την πορεία αυτών των περιστατικών, να εντοπίσει σωστές πρακτικές και λάθη και να ενισχύσει

την κλινική πράξη.

Στη διεθνή βιβλιογραφία πολλές φορές συναντώνται όροι όπως δερματολογικός νοσηλευτής, ογκολογικός νοσηλευτής, νοσηλευτής navigator. Είναι αλήθεια ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αυτές οι εξειδικεύσεις, πράγμα που κάνει τη διαχείριση αυτών των ασθενών ακόμη μεγαλύτερη πρόκληση. Αν αναλογιστεί δε κανείς το σύστημα υγείας της χώρας μας, τις υγειονομικές ανισότητες του πληθυσμού και την πολυπλοκότητα της νόσου, ο ρόλος του nurse navigator αναδεικνύεται εξαιρετικά σημαντικός, τόσο για την ολιστική προσέγγιση που μπορεί να προσφέρει, όσο και για την επίλυση πολλών προβλημάτων όλων των εμπλεκομένων και θα μπορούσε ενδεχομένως να υιοθετηθεί από ένα οργανωμένο κέντρο.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ:

ΑΜ: Μελέτη βιβλιογραφίας, συγγραφή εργασίας, γενική επιμέλεια

ΤΑ: Συντονισμός έργου, μελέτη βιβλιογραφίας, συγγραφή εργασίας, έλεγχος βιβλιογραφίας, γενική επιμέλεια

Προηγούμενη δημοσίευση:

Προφορική Ανακοίνωση: 46ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο ΕΣΝΕ, 8-11/05/2019, Μήλος, CD περιλήψεων
Προφορική Ανακοίνωση: Επετειακό Νοσηλευτικό Συνέδριο Γ.Ν. Παπαγεωργίου, 7-8/06/2019, Θεσσαλονίκη

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Allart-Vorelli P., Porro B., Baguet F., Michel A. & Cousson-Gelie F. (2015). Haematological cancer and quality of life: a systematic literature review. *Blood Cancer Journal* 5(4):e305.
- American Cancer Society. (2016). Treating Lymphoma of the Skin, s.l.: American Cancer Society.
- Araujo D.D., Bezerra Rodrigues A., de Oliveira P.P., Silveira Silva L., Vecchia B.P., de Silveira E.A. (2015). Nursing diagnoses and interventions for patients with graft-versus-host disease submitted to hematopoietic stem cell transplantation. *Cogitare Enferm* 20(2):305-313.
- Bagherani N. & Smoller B.R. (2016). An overview of cutaneous T cell lymphomas [version 1; referees: 2 approved]. F1000Research, 5(F1000 Faculty Rev):1882.
- Barton-Burton M., Dwinell D.M., Kafkas L., Lavalley C., Sands H., Proctor C. & Johnson E. (2008). Graft-Versus-Host Disease: A Complex Long-Term Side Effect of Hematopoietic Stem Cell. *Oncology* 22(11):31-45.
- Booher S., McCann A. & Tawa M.C. (2011). Cutaneous T-Cell Lymphoma: Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome: Part 2. *Journal of the Dermatology Nurses' Association* 3(2):75-83.
- Chase A.B., Markel K. & Tawa M.C. (2015). Optimizing Care and Compliance for the Treatment of Mycosis Fungoides Cutaneous T-Cell Lymphoma With Mechlorethamine Gel. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 19(6):E131-139.
- Fidalgo J.A.P., Fabregat L.G., Cervantes A., Margulies A., Vidall C. & Roila F. (2012). Management of chemotherapy extravasation: ESMO-EONS Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology* 23(7):528-534.
- Gemmill R. (2006). Cutaneous T-cell lymphoma. *Semin Oncol Nursing* 22(2):90-96.
- Guenova E., Ignatova D., Chang Y.T., Contassot E., Mehra T., Saulite I., Navarini A.A., Mitev V., Dummer R., Kazakov D.V., French L.E., Enecker W.H. & Cozzio A. (2015). Expression of CD164 on Malignant T Cells in Sezary Syndrome. *Acta Dermologica and Venereologica* 96:464-467.
- Jackson-Rose J., Monte J.D., Groman A., Dial L.S., Atwell L., Graham J., O'Neil Semler R., O'Sullivan M., Pittman L.T., Cunningham T.A., Roman-Fischetti L., Constantinou E., Rimkus C., Banavage A.J., Dietz B., Colussi C.J., Catania K., Wasko M., Schreffler K.A., West C., Siefert M.L. & Rice R.D. (2018). Chemotherapy Extravasation Establishing a national benchmark for incidence among cancer centers. *Clinical Journal Of Oncology Nursing* 21(4):438-445.
- Kadin M. (2014). <http://imagebank.hematology.org>. Available at: <http://imagebank.hematology.org/image/2865/seacuteczary-syndrome--1> [Πρόσβαση 23 09 2018].
- Kempf W. & Sander C.A. (2010). Classification of cutaneous lymphomas – an update. *Histopathology* 56(1):57-70.
- Kreidieh F.Y., Moukadem H.A. & El Saghir N.S. (2016). Overview, prevention and management of chemotherapy extravasation. *World Journal of Clinical Oncology* 7(1):87-97.
- Lemone P. & Burke K. (2006). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. 3η επιμ. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
- Lindsey H. (2010). Graft-Versus-Host Disease: A Complicated but Treatable Condition. *Oncology Times* 32(22):5-8.
- Litvinov I.V., Tetzlaff M., Rahme E., Jennings M.A., Risser D.R., Gangar P., Netchiporouk E., Moreau L., Prieto V., Sasseville D. & Duvic M. (2015). Demographic patterns of cutaneous T-cell lymphoma incidence in Texas based on two different cancer registries. *Cancer Medicine* 4(9):1440-1447.
- LLS T.L. (2014). Cutaneous T-Cell Lymphoma Facts, s.l.: The Leukemia & Lymphoma Society (LLS).
- Lucas A.S. & Ciccolini K. (2016). Nursing Best Practice Referral Algorithm for the Early Detection of Mycosis Fungoides. *Dermatology Nurses' Association* 8(2):109-120.
- Lucas A.S. & Ciccolini K. (2017). The Role of Oncodermatology In The Care Of Patients Receiving Cancer Therapy. *Seminars in Oncology Nursing* 33(4):393-401.
- Marerro V. & Price N. (2014). Understanding Treatment Options In Cutaneous Lymphoma, Birmingham: Cutaneous Lymphoma Foundation.
- McCann S. (2007). Cutaneous T-cell lymphoma: overview and nursing perspectives. *Nursing Clinics of North America* 42(3):421-455.
- McCann S.A., Chase A.B. & Tawa M.C. (2016). Gelling Your Dermatology Nursing Practice A Practical Guide for Managing the Treatment of Mycosis Fungoides Cutaneous T-Cell Lymphoma With Mechlorethamine Gel. *Journal Of The Dermatology Nurses' Association* 8(3):180-192.
- McCann S., Akilov O.E. & Geskin L. (2012). Adverse Effects of Denileukin Diftitox and Their Management in Patients With Cutaneous T-Cell Lymphoma. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 16(5):E164-172.
- McCann S. & Story S.K. (2013). Histone Deacetylase Inhibitors in Cutaneous T-cell Lymphoma: Nursing Considerations. *Journal of the Dermatology Nurses' Association* 10(5):305-313.
- Mian M., Marcheselli L., Luminari S., Federico M., Cantonetti M., Sarris A.H., Rossi A., Rambaldi A., Frontani M., Devizzi L., Gianni A.M., Busetto M., Berti E., Martinelli G., Tsand R.W., Ferreri A.J., Pinotti G., Rogliani E., Zucca E. & Cortelazzo S. (2010). CLIPI: a new prognostic index for indolent cutaneous B cell lymphoma proposed by the International Extranodal Lymphoma Study Group (IELSG 11). *Annals of Hematology* 90(4):401-408.
- Miyashiro D.R. & Sanches J.A. (2015). Cutaneous lymphomas: A review. *Cumhuriyet Medical Journal* 37(2):67-86.
- Neumann J. (2017). Nursing Challenges Caring for Bone Marrow Transplantation Patients with Graft Versus Host Disease. *Hematology/Oncology and Stem Cell Therapy* 10(4):192-194.
- Parker S.R.S. & Bradley B. (2006). Treatment of Cutaneous T-Cell Lymphoma/Mycosis Fungoides. *Dermatology Nursing* 18(6):566-575.
- Pfrendschuh M., [HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Tr%C3%BCmper+L&cauthor_id=15016643"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Tr%C3%BCmper+L&cauthor_id=15016643)
- Trümper L., [HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Kloess+M&cauthor_id=15016643"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Kloess+M&cauthor_id=15016643)
- Kloess M., [HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Schmits+R&cauthor_id=15016643"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Schmits+R&cauthor_id=15016643)
- Schmits M., [HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Feller+AC&cauthor_id=15016643"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Feller+AC&cauthor_id=15016643)
- Feller A., [HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=R%C3%BCbe+C&cauthor_id=15016643"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=R%C3%BCbe+C&cauthor_id=15016643)
- Rübe C., [HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Rudolph+C&cauthor_id=15016643"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Rudolph+C&cauthor_id=15016643)
- Rudolph C., [HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Reiser+M&cauthor_id=15016643"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Reiser+M&cauthor_id=15016643)
- Reiser M., [HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Hossfeld+DK&cauthor_id=15016643"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Hossfeld+DK&cauthor_id=15016643)
- Hossfeld D., [HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Eimermacher+H&cauthor_id=15016643"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Eimermacher+H&cauthor_id=15016643)
- Eimermacher H., [HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Hasenclever+D&cauthor_id=15016643"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Hasenclever+D&cauthor_id=15016643)
- Hasenclever D., [HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Schmitz+N&cauthor_id=15016643"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Schmitz+N&cauthor_id=15016643)
- Schmitz N., [HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Schmitz+N&cauthor_id=15016643"](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Schmitz+N&cauthor_id=15016643)

- nih.gov/?term=Loeffler+M&cauthor_id=15016643" Loeffler M., HYPERLINK "https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=German+High-Grade+Non-Hodgkin%27s+Lymphoma+Study+Group%5BCorporate+Author%5D" German High-Grade Non-Hodgkin's Lymphoma Study Group (2004). Two-weekly or 3-weekly CHOP chemotherapy with or without etoposide for the treatment of elderly patients with aggressive lymphomas: results of the NHL-B2 trial of the DSHNHL. *Blood* 104(3):634-641.
- Querfeld, C. και συν., 2005. Long-term Follow-up of Patients With Early-Stage Cutaneous T-Cell Lymphoma Who Achieved Complete Remission With Psoralen Plus UV-A Monotherapy. *Arch Dermatol.*, Issue 141, pp. 305-311.
- Rimkus, C., 2009. Acute Complications Of Stem Cell Transplant. *Seminars in Oncology Nursing*, 25(2), pp. 129-138.
- Rummel, P., 2015. Non-Hodgkin Lymphoma and Hodgkin Lymphoma: The Role of the Nurse Navigator in Improving Patient Outcomes. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.theoncologynurse.com>
[Πρόσβαση 02 07 2018].
- Sampogna, F. και συν., 2008. Quality of life and psychological distress in patients with cutaneous lymphoma. *British Journal of Dermatology*, Issue 160, pp. 815-822.
- Scarisbrick, J., 2006. Staging and management of cutaneous T-cell lymphoma. *Clinical and Experimental Dermatology*, Issue 31, pp. 181-186.
- Selman, L. E. και συν., 2015. 'We're all carrying a burden that we're not sharing': a qualitative study of the impact of cutaneous T-cell lymphoma on the family. *British Journal of Dermatology*, Issue 172, pp. 1581-1592.
- Senff, N. J. και συν., 2008. European Organization for Research and Treatment of Cancer and International Society for Cutaneous Lymphoma consensus recommendations for the management of cutaneous B-cell lymphomas. *Blood*, 112(5).
- Shahrasbi, A. και συν., 2017. Hematologic Adverse Effects following Systemic Chemotherapy. *J Oncol Med & Pract*, 2(1).
- Sokolowska-Wojdyło, M., Olek-Hrab, K. & Ruckemann-Dziurdzińska, K., 2015. Primary cutaneous lymphomas: diagnosis and treatment. *Postep Derm Alergol*, XXXII(5), pp. 368-383.
- Tyler, K. H. και συν., 2015. The role of an integrated multidisciplinary clinic in the management of patients with cutaneous lymphoma. *Frontiers in Oncology*, 5(136).
- Ulrich, S. P., Canale, S. W. & Wendell, S., 1997. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
- West Midlands Expert Advisory GroupforChemotherapy, 2017. Network Guidelines for the Management of Extravasation of a Systemic Anti-Cancer Therapy Including Cytotoxic Agents, England: NHS.
- Whittaker, S., Hoppe, R. & Prince, H. M., 2016. How I treat mycosis fungoides and Sezary syndrome. *Blood*, 127(25).
- Wilcox, R. A., 2017. Cutaneous T-cell lymphoma: 2017 update on diagnosis, risk-stratification, and management. *Am J Hematol.*, Issue 92, p. 1085-1102.
- Willemze, R. και συν., 2005. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. *BLOOD*, 105(10), pp. 3768-3785.
- Witzig, T. E., 2018. www.merckmanuals.com. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <https://www.merckmanuals.com/professional/hematology-and-oncology/lymphomas/cutaneous-t-cell-lymphomas-ctcl>
[Πρόσβαση 23 09 2018].
- Yardımcı, G. & Kutlubay, Z., 2017. Treatment of Cutaneous T-cell Lymphoma. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.avidscience.com>
[Πρόσβαση 02 07 2018].
- Zic, J. A., 2015. Extracorporeal Photopheresis in the Treatment of Mycosis Fungoides and Sezary Syndrome. *Dermatol Clin*, Issue 33, pp. 765-776.
- Γεροχρήστου, Μ., Δούβαλη, Θ., Κυριακού, Σ. & Κοντοχριστόπουλος, Γ., 2015. Σπογγοειδής μυκητίαση. Θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με δερματικό Τ-λέμφωμα. *Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας Αφροδισιολογίας*, 26(1), pp. 17-29.
- Γεροχρήστου, Μ., Κυριακού, Σ., Κυριακού, Θ. & Κοντοχριστόπουλος, Γ., 2015. Σπογγοειδής μυκητίαση. Διάγνωση ασθενών με δερματικό Τ-λέμφωμα. *Ελλ. Επιθ. Δερμ. Αφρ.*, 26(1), pp. 31-41.
- Ζακοπούλου, Ν., Βλαχάκη, Χ., Κοντοχριστόπουλος, Γ. & Τασσίδου, Α., 2009. Αναδρομική κλινική και επιδημιολογική μελέτη δερματικών λεμφωμάτων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(5), pp. 647-655.
- Κουλουμβάκη, Α. Ν. & Ζουριδάκη, Ε., x.x. www.iatrikionline.gr. [Ηλεκτρονικό]
Available at: http://www.iatrikionline.gr/derma_88/2.pdf
[Πρόσβαση 01 07 2018].
- Κουλουρίδης, Ι. και συν., 2010. Σύνδρομο Sezary σε ηλικιωμένο ασθενή. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 6(Συμπληρωματικό Τεύχος).
- Παπαδαυίδ, Ε., Σιακαντάρη, Μ. & Αντωνίου, Χ., 2010. Δερματικά Τ λεμφώματα. *Haema*, 1(1), pp. 72-84.

The nurse's role in the care of primary cutaneous lymphomas

Sophia Tselenkidou¹, Marianna Andreou²

1. RN, MSc, Haematology Department, General Hospital of Thessaloniki G.Papanikolaou

2. RN, Haematology Department, General Hospital of Thessaloniki G.Papanikolaou

ABSTRACT

Primary Cutaneous Lymphomas are a group of lymphomas that show complexity in diagnosis, clinical presentation and treatment. The aim of this review paper is to present the nurse's role in the care of Primary Cutaneous Lymphomas, both as member of a multidisciplinary team, as well as an independent healthcare professional in the diagnosis, treatment, support of patients' and in the management of the adverse complications. A review of the publications in Greek medical journals, nursing books, electronic databases of scientific societies and in pubmed and google scholar database, for the period from 2004 to 2018. From the papers found 53 were used. The nursing role is crucial, both in the initial diagnosis of the disease, as well as in the progress and treatment. The nurse's role as a member of the multiprofessional team is emphasized, especially as nurse navigator. At the same time, the potential problems during treatment and the nursing interventions are presented. In conclusion, it is stated that a nurse can help solve many problems related to the understanding of symptoms and the course of the disease, but also be a supportive person for the patient and his/her caregiver. At the same time, the nurse is presented as a useful guide with the complexity of healthcare system.

Key Words: Nurse, quality of life, Primary Cutaneous Lymphoma, treatment

Corresponding author: Sophia Tselenkidou
Email: tselenkidous@gmail.gr

Submission date: 05/07/2019
Publication date: October 2020