**Trawsgrifiad Deall a Rheoli Briwiau Croen mewn Gofal Sylfaenol.**

**Mehefin 2021**

**Dr Jonathan Bertalot, Partner Meddyg Teulu a Meddyg Arbenigol mewn Dermatoleg, BIPBC.**

0:01 **Cadeirydd:** Croeso i'r weminar hon ar bopeth yn ymwneud â dermatoleg. Mae'n bleser mawr gennyf gyflwyno Dr Jonathan Bertalot, sy'n feddyg teulu â chanddo ddiddordeb arbennig mewn dermatoleg. Felly, dwi'n siwr ei fod yn mynd i fod yn sesiwn ardderchog.

0:25 **Siaradwr:** Diolch yn fawr iawn pawb. Fy enw i felly yw Jonathan Bertalot. Rwy’n bartner meddyg teulu yn Llangefni ac yn feddyg Dermatoleg arbenigol, yn gweithio pedwar sesiwn/dau ddiwrnod yr wythnos yn benodol mewn briwiau croen a chanser y croen. Rydw i'n mynd i siarad am friwiau anfalaen, malaen a chyn-falaen y croen a sut i'w hadnabod a rhoi ychydig o fframwaith ar sut i'w rheoli.

0:48 **Siaradwr:** Felly, mae hon yn broblem gofal sylfaenol bwysig. Gwyddom oll ei fod yn rhan fawr o'ch llwyth gwaith ac ychydig iawn o hyfforddiant sydd ar gael mewn dermatoleg a hyd yn oed llai mewn briwiau croen. Felly, ceir llawer o atgyfeiriadau diangen. Ac fel y gwyddoch efallai, yma yn Ysbyty Bangor, rydym wedi dechrau system newydd ar gyfer ceisio brysbennu’r atgyfeiriadau hyn ac i geisio rhoi cyngor ac arweiniad lle bo angen ac osgoi teithiau diangen i’r cleifion i’r ysbyty.

1:21 **Siaradwr:** Felly, efallai eich bod wedi gweld posteri fel hyn, yn ystafelloedd derbyn meddygon teulu neu mewn adrannau dermatoleg. Mae'n rhyw fath o agwedd o’r pen i’r gwaelod lle rydych chi'n ceisio cofio sut olwg sydd ar y briwiau hyn. Felly rydych chi'n gweld melanoma mawr hyll, neu Carsinoma Cell Waelodol (BCC) nodweddiadol ac rydych chi'n ceisio’i gofio, ac rydych chi'n meddwl: 'Reit, dyna sut olwg sydd arno. Rydw i'n mynd i chwilio am hwnnw y tro nesaf'.

1:42 **Siaradwr:** Ond mae'n werth ceisio atgoffa'ch hun o anatomeg y croen a'r patholeg sy'n achosi'r briwiau hyn. Felly, mae angen mwy o ymdriniaeth o’r gwaelod i fyny a ddylai gynyddu eich cywirdeb diagnostig pan ddaw'n amser ceisio penderfynu beth yw'r pethau hyn. A phwysigrwydd yr ymdriniaeth hon yw ei fod yn golygu na ddylech, gobeithio, hepgor y nodweddion o wir berygl.

2:06 **Siaradwr:** O ran penderfynu ar friwiau croen - ydyn nhw'n gas neu'n ddiniwed? Mae'n syml iawn - oherwydd ei fod yn broses un cam. Nid oes unrhyw siartiau llif cymhleth i'w cofio. Y cyfan sydd angen i chi ei wneud yw penderfynu:

* A yw hyn yn anfalaen? Felly ydw i'n ei adael ac yn tawelu meddwl y claf neu
* Ydy hyn yn amheus? Ydw i'n trin y briw a'r claf? A thrwy driniaeth, mae'n amlwg bod sbectrwm o bethau y gallwch chi eu cyflawni.

Felly, mae hwn wedi cael ei alw y protocol gorau, gadewch lonydd os yn anfalaen gan dawelu meddwl y claf neu ei drin os ydyw’n amheus. Mor syml. Byddech chi'n gadael y ceratosis seborrhoeic (seb-k) yn y llun hwn felly a byddech chi'n amlwg yn trin y melanoma malaen sy'n lledaenu'n arwynebol.

2:50 **Siaradwr:** Asesu briwiau. Wrth gwrs, peidiwch ag anghofio conglfeini meddygaeth, sef hanes, archwiliad ac ymchwiliadau arbennig. Mae'r hanes yn holl bwysig a dyma'r un peth sy'n dueddol o gael ei anghofio gyda dermatoleg a briwiau, oherwydd, wrth gwrs, mae'n arbenigedd gweledol iawn, iawn. Mae llawer o ddiagnosis yn y fan a’r lle yn digwydd. Mae archwiliad yn haws os ydych chi'n ymestyn y croen, a bod gennych olau da. Ac o ran ymchwiliadau arbennig, yr un a olygwn, wrth gwrs, yw biopsi.

3:19 **Siaradwr:** Nawr, dim ond atgof cyflym o anatomi'r croen, oherwydd mae hyn i gyd yn bwysig wrth benderfynu o ble daw’r briwiau. Felly mae’r epidermis ar y brig. Mae yna nifer o haenau o'r epidermis. Y prif fath o gell yw'r ceratinocyt, ac mae’r ceratinocytau yn cael eu creu ar hyd pilen gwaelodol sydd ar hyd y gyffordd dermo epidermaidd. Maent yn mudo i fyny trwy'r wyneb nes eu bod yn ffurfio'r stratum corneum ar yr wyneb allanol o le maent yn chwyddo. Mae'r dermis o dan yr epidermis ac yn ymwthio i fyny i'r epidermis gyda chyfres o estyniadau tebyg i fysedd sy'n ffurfio'r cribau rete. Yna o fewn y dermis mae gennych y pentwr o unedau sebaceous, sy'n cynnwys y ffoliglau gwallt, chwarreni chwys a chyhyrau’r pili arrector. Mae gennych bibellau intradermol a phibellau o dan y croen neu hypodermaidd.

4:14 **Siaradwr:** Felly, pan ddaw i gyflawni’r penderfyniad diagnostig hwn (a yw'n anfalaen neu a yw'n amheus?) mae'n helpu i allu adnabod y briwiau anfalaen. Rydyn ni'n mynd i gael atgof cyflym iawn felly o beth yw'r briwiau anfalaen hyn, a'r nodweddion amlwg a fydd yn caniatáu ichi gyflawni diagnosis ar y pryd.

Gadewch i ni gychwyn yn syth.

**Dermatofibroma.**

Beth sy'n achosi dermatofibroma? Wel, mae pawb yn gwybod bod brathiadau pryfed yn achosi dermatofibroma. Sut ydych chi'n gwybod hynny? Oherwydd dywedodd rhywun hynny wrthym. Wel, nid yw mor syml â hyn! Cafwyd dadl ers tro ynghylch a ydyn nhw'n ymfflamychol – felly er enghraifft yn dilyn brathiad gan bryfyn neu bethau eraill, neu a ydyn nhw mewn gwirionedd, yn neoplastig. Bu astudiaethau genetig diweddar sy'n awgrymu eu bod yn neoplastig. Gallai, wrth gwrs, fod yn gyfuniad o'r ddau felly, proses malaen neu broses neoplastig a ysgogir gan drawma. Ond maen nhw'n bapiwlau caled, cadarn, brown golau i frown tywyll. Maent yn gyffredin yn y trydydd a'r pedwerydd degawd o fywyd, ar y breichiau a'r coesau. Pan fyddwch chi felly’n eu gwasgu nhw o'r ochrau, mae gennych chi'r prawf gwasgu hyn, mae’r briw yn pantio; mae canol y briw yn ymddangos yn isel. Mae'n arwydd defnyddiol iawn, iawn. Wrth gwrs, gallant achosi anawsterau diagnostig a phan fyddwch chi'n cael dermatofibroma hyper pigmentog sy'n amlwg yn wahanol, atgyfeiriwch yn bendant. Mae hynny'n atgyfeiriad digon teg. Maent yn mynd trwy gyfnod o dwf cyflym ac yna’n sefydlogi, ac erbyn i chi eu gweld, ar y cyfan maent wedi sefydlogi felly nid ydynt yn newid mwyach. Os ydynt yn newid, yna arwydd o wir berygl yw hynny, ac mae angen torri allan unrhyw friw newydd sy'n datblygu ar oedolyn, sy’n ymgodol ac yn newid. Felly, dyna un o'r negeseuon i’w cofio. Mae dermatofibroma fel arfer yn syml, ond gallant fod yn anodd os ydynt yn y cyfnod twf cyflym. Maent yn ymgodi o ffibroblastau'r dermis fel yr awgrymir yn yr enw. Felly, tiwmor dermol ydyw.

6:24 **Siaradwr:** Iawn, gan symud ymlaen i'r un nesaf, Hemangioma.

**Hemangioma.**

Mae'r rhain naill ai'n gapilarïau ymledol neu'n gamffurfiadau gwythiennol rhydwelïol bach iawn. Maent yn hynod o gyffredin, ac mae llawer o fathau. Rydych chi'n eu gweld ar draws y corff ac ym mhob grŵp oedran gwahanol. Mae hwn yn smotyn Campbell de Morgan nodweddiadol. Maent yn aml yn lluosog ac yn aml ar yr aelodau. O ran anhawster diagnostig - wel, os ydyn nhw wedi derbyn trawma, wrth gwrs, maen nhw'n gallu bod yn debyg i felanomau. Felly, dyma hemangioma sydd wedi derbyn trawma sy'n edrych fel melanoma a gellir ei atgyfeirio am am ymholiad o felanoma o fewn 2 wythnos. Mae'r rhain yn codi'n gyffredinol yn y plecsws isdermol felly, nid yw'r cartŵn hwn yn gywir mewn gwirionedd oherwydd bod y bibell plecsws isaf yma o fewn y dermis. Mewn gwirionedd, dylai fod o fewn y braster, ychydig yn is na'r dermis ac maent naill ai'n ymlediadau capilari neu'n gamffurfiadau gwythiennol.

7:24 **Siaradwr:** Iawn. Dyna oedd yr ail o'r ddau friw anfalaen. Y trydydd diagnosis yn y fan a’r lle y mae angen ichi ei gyflawni yw un o’r rhai mwyaf cyffredin na fyddwch yn mynd am ddiwrnod mewn practis cyffredinol heb ei weld, sef briwiau ceratinocytig anfalaen.

**Briwiau ceratinocytig anfalaen.**

Y rhain yw lentigos heulog a ceratosis seborrhoeic ac maent yn bodoli ar sbectrwm. Macwlau nodweddiadol wedi'u diffinio'n dda yw'r lentigos heulog, yn frown gwastad gyda ymyl rhiciog neu fylchog mewn mannau sydd wedi eu hamlygu i'r haul. Maent ar y dwylo, wyneb a’r bongorff, ac yn gyffredin iawn, iawn. Gallant ymddangos yn hen; gall fod ganddynt ffurf od ac ymddangosiad amlwg. Gallant fod yn fwy na'r briwiau eraill fel yn yr achos yma. Gall fod ganddynt ffurf rhyfedd iawn fel hyn ond maent yn gwbl anafalaen cyn belled â'u bod yn aros yn wastad ac yn frown. Daw anhawster diagnostig penodol pan fyddant ar yr wyneb oherwydd bod briwiau pigmentog gwastad yn faes anodd, ac mae angen gwahaniaethu rhwng naill ai lentigo heulog sydd mewn gwirionedd yn anfalaen a lentigo maligna sy'n felanoma malaen yn y fan a'r lle. Mae'n anodd i wahaniaethu rhyngddynt. Math arall sydd angen ei wahaniaethu yw ceratosis actinig pigmentog (AK), ond nid yw naefysau yn y prawf gwahaniaethu oherwydd nid yw naefysau ar yr wyneb byth yn wastad. Naefysau dermol yw naefysau ar y wyneb sydd yn ymgodol ac yn gnawdol. Felly, macwlau brown gwastad ar yr wyneb yw’r rhain - meddyliwch am lentigo heulog, lentigo maligna neu efallai ceratosis actinig pigmentog. Ar yr un sbectrwm mae ceratinocyt anfalaen a ceratosis seborrhoeic ac rydym ni i gyd wrth gwrs wedi gweld cleifion fel hyn gyda channoedd o'r briwiau nodweddiadol hyn ynghlwm iddynt; maen nhw'n seimllyd, gallwch chi eu pigo i ffwrdd, mae ganddyn nhw ffiniau sydd wedi'u diffinio'n dda. Daw’r anhawster wrth gwrs pan fydd gennych chi glaf fel hyn neu (gan ddangos y sleid flaenorol), sut ydych chi'n dewis y melanoma ymhlith y rhain i gyd? Mae'n anodd. Does dim ffordd hawdd o’i wneud. Mae angen i chi dreulio llawer o amser yn archwilio'r claf, amser hir gyda cymorth dermatosgop.

9:42 **Siaradwr:** Nawr, mae ceratosis seborrhoeic( Seb K) yn cynhyrchu ceratin. Mae’n codi o blith ceratinocytau, ond gall fod yn bigmentog a melanin yw’r pigment yn y ceratinocytau. Mae'n dod felly o felanosytau, ond mae’n cynhyrchu ceratin ond yn felanotig, oherwydd melanin sy’n achosi'r pigment ynddo. A phan ydyw’n bigmentog iawn a phan mae’n dioddef trawma, mae’n gallu achosi anawsterau diagnostig. Rydyn ni'n cael llawer iawn o atgyfeiriadau yn ystod y cyfnod aros o bythefnos, sy'n troi allan i fod yn ceratosis seborrhoeic, ond gan gwestiynu a ydynt yn felanomau. Felly, y ceratinocytau sy'n ffurfio'r lentigo heulog a’r ceratoses seborrhoeic hyn yw’r haen waelodol o geratinocytau. Yn y diagram hwn felly, maent wedi'u gosod ychydig uwchlaw’r gyffordd epidermaidd-dermol, sy’n esbonio pam mae’r term papiloma cell gwaelodol yn cael ei ddefnyddio’n gyfystyr am Ceratosis seborrhoeic.

10:36 **Siaradwr:** Gan symud ymlaen at friw anfalaen arall, yn y grŵp o bump y dylech allu eu diagnosio yn y man a’r lle, Hyperplasia Sebaceous.

**Hyperplasia Sebaceous**

Mae hyn yn gyffredin iawn mewn dynion â chanddynt groen seimllyd. Maent yn aml yn cael eu camddiagnosio fel Carsinoma Celloedd Gwaelodol (BCC) oherwydd eu bod yn ymddangos yn debyg iawn, iawn. Maent yn ymgodol, mae ganddynt bibell yn y canol, ac maent yn aml/lluosog felly mae hynny'n gwneud diagnosis yn haws. Er enghraifft, fel a welir ar y dyn hwn ar y sleid, mae hynny'n gwneud diagnosis yn syml iawn. Os ydyn nhw ar eu pen eu hun fel maen nhw yma, yna mae'n hawdd eu drysu â BCC ac mae dermosgopi, fel y byddwn ni'n gweld yn nes ymlaen, yn eich cynorthwyo chi i wahaniaethu rhyngddynt.

11:23 **Siaradwr:** Iawn, mae hyn yn hypoplasia o'r chwarren sebaceous. Pam ydyw’n digwydd? Wel, gall ffactorau hormonaidd, ffactorau genetig, amlygiad i'r haul chwarae rhan nad ydym yn siŵr iawn.

11:30 **Siaradwr:** Yn olaf, ystyriwn y grŵp mawr nesaf o friwiau anfalaen, y Naefysau a dyma’r grŵp sy'n achosi dryswch diagnostig gyda melanomau. Dyma'r un sy'n rhoi cur pen i chi wrth geisio gwahaniaethu rhyngddynt. Ai naefys neu felanoma ydyw?

**Naefysau**

Mae hynny'n bwnc enfawr ynddo'i hun. I grynhoi felly, mae yna ystod eang o fathau sy'n cael eu dosbarthu'n bennaf yn fath Cyfforddol yn erbyn math Cyfansawdd yn erbyn math Dermol, sy'n cyfeirio at ddyfnder yr ymlediad trwy'r croen. Gellir eu dosbarthu fel math sy’n gynhenid yn erbyn yr hyn a gaffaelir. Yr hyn sy’n nodweddu’r rhain yn histolegol yw toreth o felanosytau nythu anfalaen. Felly yn wahanol i felanomau malaen, sy'n doreth annodweddiadol o felanosytau malaen, mae'r rhain yn felanosytau anfalaen sy'n clystyru ynghyd.

Nawr, mae hwn yn olwg agosach o’r gyffordd epidermaidd dermol ac mae'r epidermis a'r melanosytau yn bodoli ar hyd y gyffordd epidermaidd ddermol, fel arfer mewn cymhareb o rwng dua 1:10 a 1:40 o geratinocytau. Dyna'r sefyllfa arferol felly, ond yn achos naefysau, mae llawer mwy ohonyn nhw. Felly, mae'r cartŵn hwn yn dangos beth sy'n digwydd pan fydd y naefysau cyfforddol melanosytig yn dechrau treiddio'n ddyfnach. Maent yn gyfforddol pan fydd y melanosytau yn aros ar y gyffordd epidermaidd ddermol. Wrth i'r melanosytau ddyfnhau a chynnwys y dermis, maent hefyd yn ffurfio nodiwl ar yr wyneb allanol; deuant yn fwy cnawdol ac yn ymgodol. Wrth iddynt fynd yn ddyfnach fyth, byddwch yn cael melanosytau dermol yn bennaf, yn achosi nodiwl cnodiog wedi ymgodi cryn dipyn ar yr wyneb allanol. Dyna ddatblygiad naefysau wrth iddynt symud o’r math cyfforddol i’r math cyfansawdd i’r math dermol ac eto, rydych chi'n aml yn gweld cleifion fel hyn gyda llawer, llawer o naefysau. Yr anhawster diagnostig i chi yw ei bod hi'n anodd nodi'r melanoma ymhlith y naefysau hyn. Fel y soniais o'r blaen, ar yr wyneb mae naefysau yn ymgodol felly nid naefys yw’r marc brown gwastad ar yr wyneb. Mae'n ddigon posib mai naefys yw cromen cnodiog ymgodol ar yr wyneb. Mae blew aeddfed yn gliw defnyddiol i natur anfalaen y briwiau hyn. Nid ydyw’n golygu eu bod o reidrwydd yn anafaelen, ond mae'n gliw defnyddiol iawn ac yn galonogol iawn os ydych yn eu gweld.

Y rhain yw **Naefysau Cynhenid Enfawr**. Yr unig reswm y mae angen i chi wybod am y rhain mewn gwirionedd yw a) eu bod yn anghyffredin a b) os ydynt dros 20 centimetr o ran maint, maent yn cynyddu'r risg o felanoma yn aruthrol i'r claf hwnnw yn y dyfodol. Mae'n un o ddau beth sydd wir yn cynyddu'r risg. Un yw naefysau cynhenid enfawr, dros 20 centimetr o ran maint, fel sydd gan y claf hwn a'r llall yw cyfrif uchel o dros 100 o naefysau a fydd yn cynyddu eich risg o gael melanoma. Ond yr hyn sy'n ddiddorol i'w nodi yw bod y risg yn y ddau achos hynny i'r claf, yn hytrach nac o’r naefysau. Felly bydd y rhan fwyaf o felanomau yn y ddwy sefyllfa honno'n codi mewn croen arferol, nid mewn naefys sy'n bodoli eisoes, ac nid yw'r rhesymau dros hynny yn gwbl glir.

14:49 **Siaradwr**: Math gwahanol o naefys anfalaen yw **Naefysau Glas**. Nawr, melanosytau yw'r rhain, sydd mewn lleoliad anatomegol annodweddiadol. Mewn gwirionedd melanosytau yw'r rhain o fewn y dermis yn hytrach na'r gyffordd epidermaidd. Sut maen nhw'n cyrraedd y dermis? Wel, nid yw'n hysbys mewn gwirionedd, ond ystyrir y gall fod yn ymwneud â mudo melanosytau yn ystod datblygiad embryolegol. Maen nhw'n dod o'r crib niwral yn yr ecsoderm ac yn mudo i'r epidermis yn ystod cyfnod cynnar bywyd felly. Ond mae rhai melanosytau yn cael eu hatal yn y cyfnod pontio hwn yn y dermis. Credir y gall hyn achosi naefysau dermol. Felly mae'r rhain yn friwiau homogenaidd iawn, a gallant ddynwared melanoma malaen ac mae'n anodd gwahaniaethu rhyngddynt. Yr unig ffordd wirioneddol ddibynadwy i wneud hynny yw yn eu hanes. Byddwch yn cael hanes o sefydlogrwydd gyda'r rhain, maen nhw wedi bod yno ers amser maith, heb newid. Os ydych chi'n gweld beth sy'n edrych fel naefys glas ac mae wedi bod yno ers pythefnos, rydych chi'n ei dorri allan oherwydd mae angen torri allan unrhyw friw nodylaidd newydd sy'n tyfu mewn oedolyn. Unwaith eto, dyna'r un neges i’w chofio, os nad ydych chi'n cofio unrhywbeth arall.

16:00 **Siaradwr**: Felly i grynhoi, hyd yn hyn, rydym wedi ystyried y briwiau anfalaen: Dermatofibroma; Hemangioma; Lentigo heulog-ceratinosytig anfalaen / Ceratosis Seborrhoeic; hyperplasia chwarren sebwm; Naefysau-cyfforddol / cyfansawdd / dermol / enfawr / glas.

A yw'n anafalaen? A allaf ei enwi yn un o'r pump hynny? Mae hanes o sefydlogrwydd yn allweddol a theimlwch y briwiau bob tro.

16:17 **Siaradwr**: Rydyn ni'n mynd i symud ymlaen nawr at friwiau malaen a chyn-falaen.

Gelwir yr hyn a elwid gynt yn ganser y croen nad yw'n felanoma bellach yn Ganser Ceratinocyt (KC), a'r rheswm am hyn yw bod canser y croen nad yw'n felanoma yn ddiffiniad rhyfedd; mae'n bopeth nad yw'n wir am felanoma, sy'n amlwg yn creu llawer o bethau rhyfedd a rhyfeddol. Gwell o lawer categoreiddio pethau o'u cell tarddiad ac mae'r malaeneddau croen mwyaf cyffredin yn y byd – Carsinoma Celloedd Gwaelodol (BCC )a Charsinoma Celloedd Cennog (SCC) yn deillio o ceratinocytau ac felly fe'u gelwir yn Ganserau Ceratinocyt (KCs). Mae patholeg eu datblygiad yn wahanol. Felly, gallwch weld ar y sleid hon ar y llinell uchaf, mae datblygiad o Ceratosis Actinig (AK) i glefyd Bowen i SCC. Mae canserau’r celloedd gwaelodol yn wahanol.

Felly, yn gyntaf rydym yn mynd i edrych ar ddatblygiad **Ceratosis Actinig (AK), Clefyd Bowen a Charsinoma Celloedd Cennog (SCC).**

17:16 **Siaradwr**: A'r pwynt yma yw eu bod i gyd oherwydd ceratinocytau dysplastig. Mae ceratinocytau dysplastig wedi datblygu a chodi oherwydd ymbelydredd uwchfioled yn achosi annormaleddau genetig a dysplasia, ac mae'n digwydd yn y lefelau arwynebol yn gyntaf ac yna'n treiddio'n ddyfnach trwy'r croen. Pan mae'n arwynebol iawn felly, mae hynny'n AK hynny yw Ceratosis Actinig. Y ffactorau risg yw heneiddio, amlygiad i'r haul, math oleuach o groen a gwrthimiwnedd. Gall fod newid i’r arwynebedd lle rydych chi'n rhwbio'ch llaw dros dalcen y dyn hwn ac mae'r cyfan yn arw fel papur tywod ac yn sych. Neu gall fod yn friwiau y gellir eu teimlo lle mae briwiau bach wedi cyfuno. Ac wrth gwrs, gall y ddau gydfodoli ar yr un pryd.

18:11 **Siaradwr**: Dyma enghraifft arall o newid arwynebedd a briwiau. Gall briwiau fynd yn hyperceratotic pan fyddwch chi'n cael y corn Ceratin nodweddiadol ac mae'r rhain i gyd yn cynrychioli ceratinocytau dysplastig, sydd mewn gwirionedd yn eithaf arwynebol ar y croen.

18:23 **Siaradwr**: Ydy’r rhain yn cael eu hystyried yn gyn-falaen? Wel, mae'r risg o ddatblygu i Garsinoma Celloedd Cennog (SCC) yn isel iawn. Wyddoch chi, fe welwch lawer o ffigyrau wedi'u dyfynnu. Rwyf wedi ei weld yn cael ei ddyfynnu y bydd 3% o gleifion â Cheratosis Actinig (AK) yn datblygu’n SCC. Rwyf wedi ei weld yn cael ei ddyfynnu fel pe bai y risg o ddatblygu SCC o fewn pum mlynedd yw 10 i 15% os oes 10 neu fwy o friwiau. Ond y pwynt yw y gall ddatblygu'n glefyd Bowen ac yna'n SCC. Fodd bynnag, yr hyn sy'n ddiddorol yw y byddech chi'n meddwl o'r arsylwi hwnnw, y dylai trin AK leihau'r risg o ddatblygu SCC, oherwydd mae hynny'n rhesymegol, onid yw? Rydyn ni'n gwybod eu bod nhw'n datblygu, felly os byddwch chi'n atal, os ydych chi'n trin y cam cynnar, rydych chi'n atal yr SCC. Fodd bynnag, hyd yn hyn, nid oes dim tystiolaeth wedi'i chyhoeddi bod trin AK yn arwain at nifer llai o SCC. Nid yw hynny'n golygu nad yw'n gweithio, dim ond bod dim tystiolaeth hyd yn hyn.

19:27 **Siaradwr**: Sut ydych chi'n eu trin? Rydych chi'n eu cynghori ynghylch niwed yr haul, i gadw allan o’r haul. Rydych yn eu cynghori i roi lleithydd, bloc haul, gwisgo het ac egluro'r nodweddion a fyddai'n eu harwain i feddwl y gallai fod datblygiad o ran dyfnder y ceratinocytau hynny a fyddai angen triniaeth ar gyfer Clefyd Bowen neu ar gyfer Carsinoma Celloedd Cennog (SCCs).

19:49 **Siaradwr**: Mae crynodeb da iawn y byddaf yn dod ato mewn eiliad ar wefan y Gymdeithas Dermatoleg Gofal Sylfaenol (PCDS). Gallwch chi drin yr arwynebedd, neu gallwch chi drin y briw. Mae trin yr arwynebedd yn cynnwys dewis o diclofenac neu 5FU, sef Efudix neu Aldara neu Actikeral. Gellir trin briwiau gyda cryotherapi, gyda nitrogen hylifol neu ciwretio neu Actikeral neu weithiau Efudix. Ac mae'r rhain i gyd yn dibynnu ar y set o sgiliau sydd gennych.

20:19 **Siaradwr**: Mae tabl da iawn yma o wefan y Gymdeithas Dermatoleg Gofal Sylfaenol. Nawr nid oes gennyf unrhyw gysylltiad o gwbl â hi, ond mae'r wefan yn glir iawn. Mae’n ddefnyddiol iawn, iawn, a gallwch chi lawrlwytho canllawiau triniaeth ardderchog fel hyn, sy'n eich galluogi i drafod gyda'r claf beth sydd orau iddo a dewis y driniaeth mwyaf priodol.

20:40 **Siaradwr**: Mae Clefyd Bowen yn digwydd pan fydd y ceratinocytau dysplastig hynny yn tewhau trwy'r epidermis ac yn cyrraedd y bilen epidermaidd ddermol felly mae’n dysplasia trwch llawn. Y safle clasurol iddo yw'r coesau. Fe'i gelwir hefyd yn Garsinoma Celloedd Cennog (SCC)yn y fan a’r lle neu Garsinoma Mewn-epidermol, sy'n dangos mai'r unig wahaniaeth rhwng hyn a SCC ymledol yw dyfnder y goresgyniad. Mae'r ceratinocytau yn edrych yr un peth. Dim ond un pwynt y byddaf yn sôn amdano yma yw os ydych chi'n gwneud biopsi o gelloedd AK, Bowen neu SCC yn eich practis, mae angen pensaernïaeth y briw arnoch er mwyn i'r histopatholegydd roi'r diagnosis cywir i chi. Mewn geiriau eraill, os cymerwch ychydig o samplau o'r gell, boed hynny trwy giwretio neu fiopsi bychan, fel biopsi 3mm, yna mae'r patholegydd yn y bôn yn gweithio gyda sytoleg, ac ni allant werthfawrogi dyfnder y goresgyniad a'r bensaernïaeth o'r briw hwnnw. Felly, os byddwch yn gwneud biopsi ohonynt, naill ai cymerwch fiopsi dyrnu da sy'n mynd trwy drwch llawn y croen, lleiafswm o 4 milimetr, mae 5 milimetr yn well, neu gallwch ddefnyddio ciwret a chymryd sgŵp mawr ohono sy'n mynd i lawr i gynnwys y dermis papilari fel gall y patholegydd weld a yw ceratinocyt malaen yn ymledu trwy'r gyffordd epidermaidd ddermol.

22:12 **Siaradwr**: Felly, Clefyd Bowen clasurol yw’r rhain. Ardal ar y coesau yw'r mwyaf cyffredin; yn gennog, garw, ddim yn cosi nac yn boenus yn gyffredinol, fel arfer heb symptomau.

22:25 **Siaradwr**: Mae'r rhain yn Glefyd Bowen a allai fod wedi bod yn Garsinoma Celloedd Cennog (SCC). Fe wnes i gyflawni biopsi ohonynt. Daethant yn ôl fel clefyd Bowen.

22:34 **Siaradwr**: Y driniaeth yw diogelwch rhag yr haul. Gall cryotherapi helpu ond byddwch yn ofalus ar yr ardal cyn-tibiaidd oherwydd gall achosi wlsereiddio. Gall Efudix helpu. Gall ciwretio helpu. Gellir cyflawni’r holl bethau hyn mewn gofal sylfaenol yn dibynnu ar eich set o sgiliau.

22:48 **Siaradwr**: Symudwn ymlaen at y canserau peryglus.

**Carsinoma Celloedd Cennog (SCC).** Felly mae'r celloedd bellach wedi treiddio trwy bilen islawr ac wedi ymledu i'r dermis a dyma lle maen nhw'n dod yn beryglus. Mae'r ffactorau risg, wrth gwrs, yr un peth ar gyfer clefyd AK a Bowen sef amlygiad i olau uwch-fioled, math croen Fitzpatrick 1 a 2, a gwrthimiwnedd. Felly, mae cleifion trawsblaniad arennol yn arbennig o agored i risg o'r rhain. Mae llid cronig yn y coesau hefyd yn risg.

23:23 **Siaradwr**: Ac mae'r risg yn dibynnu ar y safle, y maint a graddau’r gwahaniaethu. Gellir eu gwahaniaethu'n dda, eu gwahaniaethu'n gymedrol neu eu gwahaniaethu'n wael, sef yr un gwaethaf. Felly, yma mae'r ceratinocytau malaen wedi mynd yn ddyfnach ac maen nhw nawr yn y dermis. Bellach maent mewn perygl o fetastaseiddioio a gallant fod yn beryglus iawn, iawn nawr. Maent yn drwch llawn. Mae trwch llawn yn golygu ymlediad o geratinocyt dysplastig trwy’r croen.

23:45 **Siaradwr**: Ardaloedd o risg uchel yw'r rhannau o'r pen a'r gwddf yn bennaf, ond maent yn gyffredin ym mhob man sy'n agored i'r haul: cefn y llaw, croen y pen, y glust.

23:55 **Siaradwr**: Felly mae hyn yn gwireddu pob gofyniad i fod yn ganser uchel o ran risg. Mae ar y pen a'r gwddf, mae dros 2cm, wedi'i wahaniaethu'n wael, sef y gwaethaf. A hyd yn oed pe bai hyn yn cael ei dorri allan gan adael ymylon clir, byddai angen i’r claf gael ei ddilyn am nifer o flynyddoedd mewn dermatoleg i wirio'r nodau lymff a gwneud gwiriad croen llawn ar ôl hynny.

24:17 **Siaradwr**: Sut ydych chi'n gwybod a oes rhywbeth wedi datblygu o glefyd Bowen i Garsinoma Celloedd Cennog (SCC)? Mae hwn yn benbleth cyffredin ac mae'n rhywbeth rwy'n ceisio mireinio fy sgiliau fy hun yn ei gylch yn barhaus. Yn aml mae biopsi yn cael ei gyflawni ac mae'n dod yn ôl fel Ceratosis Actinig Bowen lle rydych wedi amau SCC. Ond mae dau awgrym sy'n helpu i wahaniaethu rhyngddynt. Os oes gennych gorn ceratin, fel yn y llun uchaf yma, mae hynny'n dangos yn gyffredinol a yw'n mynd i fod yn SCC neu'n SCC ceratineiddio wedi ei wahaniaethu. Mae'n fwy tebygol o fod yn SCC yn hytrach na chlefyd Bowen os oes ganddo sylfaen gnawdol nodylaidd, fel yn y briw hwn. Felly dyna un cliw. Nawr, y cliw arall yw poen. Mae SCC yn mynd yn boenus ac mewn gwirionedd mae ymchwil gyhoeddedig wedi dangos bod dyfnder ymlediad y SCC hwnnw yn cyfateb i'r boen fel y'i nodir ar sgôr poen gan y claf cyn llawdriniaeth. Mewn geiriau eraill felly, os yw'r claf yn dweud bod y briw yn boenus iawn, yna nid yn unig y mae'n debygol o fod yn SCC, ond mae hefyd yn debygol o fod wedi treiddio yn ddyfnach na briw llai poenus.

Pam ydyn nhw'n boenus? Wel maen nhw'n ymosod ar nerfau. Rhywbeth y bydd pob patholegydd yn adrodd amdano yn yr adroddiad histopatholeg, yw a oes goresgyniad perinenaidd ai peidio? Ystyrir yn arwyddocaol os yw'r nerf sy'n cael ei oresgyn yn fwy na 0.2 milimetr felly, mae goresgyniad perinenaidd hefyd yn perthyn ar y cŷd â phoen. Dyna'r ddwy ffordd o ddylanwadu ar eich penderfyniad ynghylch a yw'n SCC.

26:04 **Siaradwr**: Sut ydych chi’n eu trin? Rydych yn eu hatgyfeirio fel amheuaeth o ganser ar frys, oherwydd y potensial iddo fetastastaseiddio. Felly, os nad ydych chi'n glir beth allai fod, cyflawnwch fiopsi ond anfonwch y biopsi i'r USC a bydd hynny'n rhoi ateb i chi. Yn aml, rydyn ni'n cyflawni biopsi ar bethau, cyn eu torri nhw allan. Y driniaeth, os ydynt wedi'u cadarnhau neu’n cael eu drwgdybio o fod yn Garsinoma Celloedd Cennog (SCCs) yw eu torri nhw allan, a bydd hyn yn gwella'r claf yn y rhan fwyaf o achosion.

26:37 **Siaradwr**: Amrywiad o SCC yw **Ceratoacanthoma**. Mae dadlau wedi bod ers blynyddoedd ynghylch a yw hwn yn fath ar wahân neu'n is- fath o SCC. Unwaith eto, yn fwy diweddar, mae astudiaethau genetig wedi dangos mai is-fath ydyw mewn gwirionedd; mae gabddo geneteg gref a rennir gyda SCC. Felly, mae hwn yn is-fath o SCC, ond mae'n ymddwyn yn wahanol fel y gwyddom. Mae'n tyfu'n gyflym iawn, iawn ac yna mae'n ymgilio. Maen nhw'n tueddu i edrych yn eithaf clasurol, fel yr un yma yn y llun gydag ardal pantiog tebyg i losgfynydd yng nghanol llwyth o geratin ar y tu allan. Erbyn i chi eu hatgyfeirio, efallai eu bod wedi dyblu mewn maint yn barod neu efallai weithiau eu bod ar y ffordd i ymgilio i bwynt o fod yn anweledig. Fodd bynnag, mae'n is-fath o SCC. Mae'n anodd iawn ei wahaniaethu yn histopatholegol ac felly mae'r driniaeth yr un peth. Rydych yn eu cyfeirio fel SCC posibl; eu torri nhw allan ar sail amheuaeth o ganser ar frys.

27:34 **Siaradwr**: Yr ail fath o ganser ceratinocyt yw **Carsinoma Celloedd Gwaelodol (BCC)**, sef y canser croen mwyaf cyffredin. Mae dros 80% o'r holl achosion yn BCC. Ceir llwyth o ddiagnosau’r flwyddyn yn y DU. Yn ôl pob tebyg mae traean risg oes y bydd pob dyn yn cael un o’r rhain; ychydig yn is i ferched. Anaml y byddant yn metastaseiddio, ond maent yn achosi problemau oherwydd eu bod yn codi mewn mannau sydd wedi'u niweidio gan yr haul ar y pen a'r gwddf lle mae llawer, llawer o strwythurau y gallant ymosod arnynt. Felly,mae cyfradd twf araf iawn iddo; 2-3mm y flwyddyn. Ac am y rheswm hwn, rwy'n meddwl bod pobl yn aml yn eu hesgeuluso oherwydd eu bod yn friwiau sy'n tyfu’n mor araf. Nid yw’n anghyffredin i bobl ddod atom gyda phethau sydd wedi bod yn erydu’n araf ers 5 neu 10 mlynedd gydag effeithiau lleol yn unig a all achosi afiechyd sylweddol.

28:35 **Siaradwr**: Felly, yn wahanol i’r sbectrwm AK/Bowen/SCC, mae'r rhain yn dechrau ar y bilen islawr. Ceratinocytau gwaelodol malaen ydynt felly y tro hwn ac ar unwaith maent yn dod yn ddysplastig. Maent yn goresgyn y bilen islawr, ond maent yn tueddu i lynu wrth ochr isaf y bilen islawr. Maen nhw yn y dermis ar unwaith felly, ond maen nhw'n dueddol o beidio â lledaenu'n arbennig o ddwfn. Ac fel y gwnaethom grybwyll, maent yn tyfu'n araf iawn, iawn. Mae patrwm y lledaenu yn penderfynu pa is-fath ydyw, ac yn gyffredinol gall fod o ddau fath.

29:05 **Siaradwr**: Mae'r rhan fwyaf o fathau yn isel o ran risg, a bydd y rhan fwyaf naill ai'n arwynebol neu'n nodylaidd. Yn yr amrywiaeth arwynebol, bydd y ceratinocytau hynny sydd wedi treiddio i’r bilen islawr yn ymledu yn ochrol, a byddant yn glynu o dan yr wyneb mewn math o haen denau ac yn lledaenu'n ochrol. Neu gallant ddod yn nodylaidd lle ceir nodiwl arwahanol ei ffurfio o dan wyneb isaf y bilen islawr. Yr hyn sy'n ddiddorol yw y gall diagnosis o BCC nodylaidd yn histolegol fod yn wahanol i'r hyn rydych chi'n ei alw'n BCC nodylaidd yn glinigol. Felly, bydd yr histopatholegydd yn gweld nodiwl ar ei sleid a bydd yn ei alw'n BCC nodylaidd. Nawr fel arfer, bydd y nodiwl hwnnw'n achosi’r croen i gromenni ar yr wyneb, a byddwch chi'n gallu ymestyn y croen a gweld yr ymyl rholiog a'i alw'n BCC nodylaidd, ond nid bob tro. Weithiau rydych chi'n cael yr adroddiad histopatholeg sy'n dod yn ôl fel BCC nodylaidd ac rydych chi'n ystyried, beth sy'n digwydd yn y fan hon? Roedd hwn yn friw gwastad. Felly, gall ddigwydd. Mae BCC arwynebol a nodylaidd yn isel o ran risg ac arwyddocâd hynny yw bod tiwmorau isel o ran risg mewn mannau isel o ran risg yn addas ar gyfer triniaethau mewn gofal sylfaenol os oes gennych sgiliau digonol. Felly, mae'n werth dysgu amdanyn nhw a'u hadnabod.

30: 33 **Siaradwr**: Mae'r BCCau uchel eu risg yn cynnwys is-fathau ymdreiddiol, lle byddwch yn cael llinynnau o geratinocytau malaen sy'n ymestyn allan i bob cyfeiriad i'r dermis. Maent yn morffoeig neu morffeoffurf, sy'n fannau gwyn fel craith. Celloedd Cennog gwaelodol yw’r rhain sydd ar y ffordd i ddod yn Garsinoma’r Celloedd Cennog ac yn Ficronodylaidd. Mae BCCau nodylaidd yn isel eu risg; mae rhai micronodylaidd yn uchel eu risg. A bydd y patholegydd yn mesur maint y nodylau ac os yw cyfran fawr o'r nodylau hynny o dan faint penodol, caiff ei ddosbarthu yn micronodylaidd, sy'n uchel o ran risg.

31: 03 **Siaradwr**: Dyma'r BCC arwynebol nodweddiadol. Mae'n ddarn coch gwastad, yn ehangu'n araf; efallai bod ganddo gennau. Gallant fod yn lluosog ac os ydych chi'n cymysgu’r rhain gyda darn o ecsema anghytgord neu ddarn o soriasis, peidiwch â phoeni, rydyn ni i gyd wedi'i wneud. Mae'n sefyllfa berffaith mewn gofal sylfaenol lle, os nad ydych chi'n siŵr beth ydyw, mae biopsi dyrnu yn ddefnyddiol iawn, iawn. Felly byddwn yn annog pawb i feithrin eu sgiliau eu hunain a bod yn gyfforddus yn cyflawni biopsïau dyrnu oherwydd byddwch chi'n gwybod wedyn a ydych chi'n ei drin fel BCC arwynebol, neu a ydych chi'n ei drin fel soriasis neu beth bynnag ydyw. Mae’n ddefnyddiol iawn.

31: 42 **Siaradwr**: Dyma'r BCC nodylaidd clasurol. Yr ymyl rholiog. Gallwch chi ymestyn y croen i bwysleisio'r ymyl rholiog hwnnw. Yn gyffredin iawn ceir hanes clasurol o grachenu, gwaedu, cramenu, sychu ac mae hynny'n digwydd drosodd.

32: 02 **Siaradwr** Gall Carcinoma’r Celloedd Gwaelodol (BCCs) Morffoeig neu ymdreiddiol fod yn anodd iawn, iawn i'w gweld. Mae'n fan ysgafn iawn, gwyn tebyg i graith o dan y llygad.

32:12 **Siaradwr** Dyma olwg agos o Garsinoma Celloedd Gwaelodol nodylaidd clasurol, pan fyddwch yn cael yr ymyl rholiog a elwir weithiau yn ymyl whipcord a byddwch yn cael pibell, Telangiectasia. Gyda llaw, mae’r pibellau hynny yn amlwg iawn, a dyna pam ydyw’n mor hawdd i'w gweld. Yn ddermatosgopig, maent yn ymddangos fel pibellau canghennog amlwg. Mae hynny oherwydd bod stroma BCC isel ei risg yn tueddu i fod yn glir ac yn debyg i jeli. Felly, mae'r golau'n treiddio'n dda, ac mae'r pibellau’n ymddangos fel pibellau amlwg. Mae'r BCCau uwch eu risg (BCCau ymdreiddiol a Morffoeig) yn dueddol o fod â stroma ffibrog trwchus iawn, felly ni allwch weld y pibellau’n mor glir. Felly, rydych chi'n tueddu i gael y pibellau clasurol mewn BCCau nodylaidd clasurol isel eu risg.

33:03 **Siaradwr** Ar yr wyneb, mae hwn yn gamgymeriad hollol dderbyniol i'w wneud. A yw hwn yn naefys intradermol neu a yw'n BCC? A gall fod yn anodd. Felly peidiwch â phoeni os ydych yn gwneud y camgymeriad hwnnw. Unwaith eto, rydym i gyd wedi ei wneud.

33:19 **Siaradwr** Cwpl o enghreifftiau eraill o BCCau arwynebol a BCCau ymdreiddiol. Felly mynegiant o amheuaeth fyddai tipyn o amrywiaeth yn eu hymddangosiad.

33:27 **Siaradwr** Y driniaeth. Mae Carsinoma Celloedd Gwaelodol (BCCs) nodylaidd ac arwynebol yn addas ar gyfer triniaeth mewn gofal sylfaenol. Felly gallwch chi i gyd wneud hyn os ydyn nhw mewn lleoliadau isel eu risg, gall y BCCau isel eu risg hyn gael eu trin gennych chi. Gallwch giwretio BCCau arwynebol; eu torri nhw allan, torri o'u hamgylch. Gallwch ddefnyddio Imiquimod sef Aldara. Neu gallwch gytuno i wneud dim mewn rhai cleifion oedrannus gyda BCCau lluosog sy’n deall eu cyflwr ac a ddylir eu trin neu beidio – sy’n gwbl resymol hefyd. Y safon aur am BCCau nodylaidd yw eu torri nhw allan gan adael ymylon 4 mm, gan anelu at glirio'r briw hwnnw'n ochrol a dwfn yn gyfangwbl a bydd adroddiad arno yn yr adroddiad patholegol. Os oes gennych BCC ymdreiddiol, er enghraifft, yr ydych wedi'i brofi ar fiopsi dyrnu, byddwch yn atgyfeirio'r claf hwnnw oherwydd eu bod yn anodd eu rheoli. Mae angen ymylon eang arnynt i wneud yn siŵr eich bod wedi cael y briw cyfan allan.

34:23 **Siaradwr** Symudwn ymlaen at yr un nad ydym am ei golli.  **Melanomau.** Mae melanomau yn deillio o felanocytau malaen ar y bilen gwaelodol. Felly fel y soniais, maent fel arfer maent mewn cymhareb o 1:10 i 1:40 o felanocytau i geratinocytau. Rydych chi'n cael clystyru o'r briwiau hynny gyda melonomau, ac mae'r sleid yma yn rhoi rhai ystadegau i chi amdanyn nhw. Gall fod yn anodd cofio ystadegau ar sleidiau weithiau, ac os ydych chi rhywbeth fel fi nid ydych bob amser yn cofio'r pethau hyn. Ond y pwynt yw eu bod yn dod yn fwy cyffredin, ac mae angen mynegai uchel o amheuaeth arnoch ar gyfer y rhain oherwydd byddwch yn gweld un neu fwy nag un fel meddyg teulu. Mae'n debyg y gallai'r rhan fwyaf o feddygon teulu gytuno eu bod yn nodi melanoma bob tair i bedair blynedd, byddwn yn dychmygu. Rydym yn gweld llawer mewn dermatoleg.

35:20 **Siaradwr** Dim ond un melanoma sydd ei angen arnoch i gael rhaniad annormal i ffurfio clôn o felanosytau malaen, ac yna mae’n felanoma malaen. Yna gallant ymledu, a gallant ymledu mewn modd pagetoid, gan godi i fyny drwy'r epidermis, neu gallant ymledu mewn modd lentiginous, gan ehangu'n ochrol ar hyd y bilen epidermaidd ddermol. Ar yr amod eu bod wedi'u cyfyngu i'r epidermis gan y bilen epidermaidd ddermol, byddant yn felanomau malaen yn y fan a'r lle, a elwir yn lentigo maligna ar yr wyneb. Yna, cyn gynted ag y byddant yn treiddio i’r bilen waelodol, maent yn melanomau ymledol, a dyna pryd rydych chi'n mesur y trwch.

36:09 **Siaradwr** Felly byddai rhai pobl yn galw lentigo maligna yn gyn-falaen. Rwy'n ei ystyried yn falaen, ond yn amlwg gyda risg isel iawn, iawn o festastasis. Felly mae'r ffactorau risg, cyfrif mawr o naefysau a naefysau cynhenid mawr, math croen Fitzpatrick 1 neu 2, melanoma blaenorol, hanes teuluol, oedran cynyddol ac amlygiad cynyddol i haul uwch fioled.

Dyma’r cwestiynau sgrinio safonol yr wyf yn eu gofyn pan fydd gennyf rywun sy’n eistedd o’m blaen ac sydd wedi’i atgyfeirio â man geni brown tywyll amheus:

Ydych chi neu aelod o'ch teulu wedi cael unrhyw fath o ganser y croen?

Ydych chi erioed wedi byw dramor?

Allwch chi gofio llosgi fel plentyn hyd at y pwynt o gael pothellu neu bilio?

Ydych chi'n cael lliw haul yn hawdd neu'n mynd yn goch yn gyntaf?

Gwneir hyn i geisio canfod eu math o groen.

37:05 **Siaradwr** Dyma'r mathau o felanomau. Gallwch chi’n ddyfalu amdanynt yn glinigol, ond yn ôl histoleg mewn gwirionedd y mae modd gwahaniaethu.

37:12 **Siaradwr** A gadewch i ni edrych ar rai melanomau. Dyma felanoma arwynebol sy'n lledaenu. Byddai hwn yn methu’r meini prawf ABCE yr ydych i gyd wedi clywed amdanynt o’r blaen: A ar gyfer anghymesuredd, B am ffiniau afreolaidd, C ar gyfer lliwiau gwahanol, D ar gyfer dimensiwn gwahanol, sydd fel y gwelwn yn ystyfnig erbyn hyn. Yn gyffredinol, maent yn wastad wrth gael eu teimlo nes iddynt fynd i mewn i'r cyfnod twf fertigol cyflym.

37:37 **Siaradwr** Mae melanomau nodylaidd yn mynd trwy gyfnod twf fertigol cyflym yn y cyfnod cynharach. Ac mae'r rhain yn aml yn friwiau dyrchafedig.

37:45 **Siaradwr** Dyma'r un ar yr wyneb rydyn ni wedi'i weld o'r blaen, sef Lentigo maligna. Felly mae'r rhain wedi'u cyfyngu i'r epidermis gan y gyffordd epidermaidd ddermol. Gall fod yn anodd iawn eu gwahaniaethu wrth lentigo heulog. Gallant dyfu'n araf iawn. Gall claf gael y rhain am ddegawdau cyn iddo hyd yn oed ystyried gweld y meddyg teulu. Fel arfer darn amhenodol, gwastad, brown, ac weithiau yr unig gliw yw arlliwiau gwahanol o liw.

38: 17 **Siaradwr** Felly, fel y crybwyllais yn gynharach, a yw lentigo maligna, yn gyn-falaen? Wel, rwy'n meddwl ei fod oherwydd y melanocytau hynny, nid ydynt yn gwybod a ydynt yn yr epidermis neu a ydynt yn y dermis. Mae ganddyn nhw'r un geneteg; maent o'r un clôn o felanoma malaen ag sy'n mynd trwy dyfiant adrannol afreolus. Felly yn fy marn i, mae hyn yn falaen. Mae'n digwydd bod yn gyfyngedig i'r epidermis ac felly mae ganddo gyfradd isel iawn o fetastasis. Rwy'n gwybod eich bod yn gweld ar ddogfennau o hyd eu bod yn cael eu galw'n gyn-falaen, ond nid dyna fy marn i. Nid yw malaenedd o reidrwydd yn golygu'r potensial i fetastaseiddio. Gellir ei ddiffinio fel rhywbeth dinistriol yn lleol yn unig.

39:05 **Siaradwr:** Mae melanomau acral yn ymddwyn yn wahanol. Nid ydynt ar rai mannau agored. Dyma'r math mwyaf cyffredin o felanoma ar fathau o groen tywyllach, ac maent yn aml yn cael eu drysu gyda naefysau a gallant gael eu camddiagnosio'n aml oherwydd hanes trawma.

39:25 **Siaradwr:** Mae melanomau tanewinol yn anghyffredin iawn. Ar ôl cyflawni biopsi o lawer iawn o'r melanomau tanewinol hyn yn union fel yr un a welwch yn y ffotograff, nid wyf wedi gwneud diagnosis o un eto. Felly, rwy'n dal i gadw at yr un rheol hon, sef rheol arall y byddwn yn eich annog i'w chofio - mae unrhyw bigmentiad tanewinol hydredol newydd mewn oedolyn, yn galw am atgyfeiriad o amheuaeth o ganser ar frys (USC). Peidiwch â chael eich arwain ar gyfeiliorn gan drawma oherwydd mae trawma ar y traed mor gyffredin fel bod pobl yn aml yn dweud bod ganddynt hanes o drawma, a byddant yn cysylltu hynny â'r afliwio yn eu meddwl eu hunain. Mae mor gyffredin. Mewn gwirionedd, bu cysylltiadau achosegol â thrawma ac awgrymiadau y gall trawma sbarduno melanoma. Nid yw hynny erioed wedi'i brofi un ffordd na'r llall, ond mae'n gyffredin. Yn wir, rydym i gyd yn gwybod bod Bob Marley wedi marw o felanomau tanewinol. Wel, am flynyddoedd bu’n cysylltu ei felanoma i drawma o chwarae pêl-droed yn droednoeth. Felly peidiwch â chael eich arwain ar gyfeiliorn gan hanes o drawma.

40:30 **Siaradwr:** Cynghorion i wneud diagnosis. Felly mae'r gwahaniaeth yn aml rhwng melanoma a naefysau cyfforddol, sef briwiau pigmentog gwastad, sy’n felanocytig hefyd. Mae'r hanes yn hollbwysig. Felly rydych chi bob amser yn gofyn am hanes o newid cyflym: newid lliw, newid ffurf a newid modwlariaeth. Os bydd pethau oedd yn wastad yn ymgodi – arwydd o berygl yw honno.

40:56 **Siaradwr:** Mae'r arwydd o’r hwyaden bychan hyll yn ddefnyddiol. Rwy'n siŵr eich bod chi'n gwybod am hyn. Ai dyna'r un y tynnir eich llygaid ato yn gyntaf pan welwch y claf hwnnw fel yn yr achos hwn yma?

41:07 **Siaradwr:** Dyma’rmeini prawf ABCDE, ac maent yn ddefnyddiol, fel cymorth i benderfynu beth i'w atgyfeirio. Felly pan ddaw i anghymesuredd, rydych chi'n edrych ar natur anhrefnus meinwe malaen sy'n tyfu mewn modd afreolus ac mae dyfnder yr ymlediad mewn gwahanol rannau o'r briw yn arwain at liwiau gwahanol. Mae afreoleidd-dra'r ymyl yn bwysig iawn felly, mae anhrefn cymesuredd ymylon hefyd yn gliw defnyddiol iawn. Yn yr un modd mae lliwiau lluosog a dimensiynau, a ddisgrifiwyd yn wreiddiol fel dros chwe milimetr pan gyflwynwyd y meini prawf ABCD gyntaf yn berthnasol. Nid yw dimensiwn yn berthnasol. Mae’r melanocytau malaen hynny, maen nhw'n melanocytau malaen p'un ai ydyn nhw'n 4 cell, neu'n 400,000 o gelloedd. Nid ydynt yn gwybod a ydynt yn 2mm o ran maint neu 6mm o ran maint. Rydyn ni'n gwybod oherwydd gallwn ni ei fesur. Ond ers datblygiad dermosgopi, mae'n gyffredin i wneud diagnosis o felanomau 2-3mm mewn diamedr. Felly nid yw hyn yn berthnasol bellach. Meddyliwch am EFG fel yr hyn sy’n ymgodol, yn gadarn ac yn tyfu, sy'n arwyddion o berygl am unrhyw friw newydd.

42:28 **Siaradwr:** Os ydych chi'n ei amau, cyfeiriwch ef at USC. Peidiwch â chyflawni biopsi fel mewn gofal sylfaenol. Y rheswm am hyn yw bod gan fiopsi rhannol siawns gyfyngedig o ddiagnosio’r briw. Mae'r briwiau'n heterogenaidd iawn yn eu dosbarthiad histopatholegol o gelloedd malaen yn erbyn celloedd sydd wedi atchwelyd ac yn y blaen. Gan fod siawns cryf o golli'r diagnosis gyda biopsi rhannol, cyfeiriwch nhw at amheuaeth o ganser ar frys (USC) ac mae gofal eilaidd yn cymryd drosodd y rheolaeth o'r fan honno.

Fel arfer mae'n weithdrefn dau gam gydag un toriad diagnostig neu fiopsi, ac yna os caiff ei gadarnhau, byddant yn cael toriad eang yn lleol gyda thriniaeth bellach os oes ei angen. Bydd yr holl felanomau ac eithrio rhai yn y fan a'r lle yn cael eu dilyn i gael archwiliad croen llawn ac archwiliad o’r nodau lymff. Felly mae angen mynegai uchel o amheuaeth arnoch ar gyfer y rhain.

43:25 **Siaradwr:** Mae'r rhain yn Felanomau Amelanotig. Maent yn anodd eu diagnosio, ond maent yn dod o dan y rheol EFG: yn ymgodol, yn gadarn ac yn tyfu. Byddwch yn atgyfeirio'r rhain at ofal eilaidd. **Felly’r neges bwysicaf i’w chofio yw** – mae unrhyw friw nodylaidd, newydd sy’n tyfu ar oedolyn yn galw am atgyfeiriad USC.

43:30 **Siaradwr:** Felly dyma grynodeb o friwiau malaen.

Melanomau:

* Ymlediad nodylaidd ac arwynebol sydd fwyaf cyffredin.
* Byddwch yn ofalus â phobl iau
* Aseswch gyda'r ffactorau risg, yr hanes a defnyddiwch feini prawf ABCDEFG fel cymorth cof defnyddiol.
* Ac os ydych chi'n eu hamau, rydych chi'n eu hatgyfeirio at USC.

Canserau Ceratinocyt:

* BCC yw'r mwyaf cyffredin.
* Ceisiwch eu dosbarthu uchel o ran risg neu isel o ran risg. Os ydynt yn isel o ran risg, gallwch eu trin mewn gofal sylfaenol. Os nad oes gennych y sgiliau eto, y sgiliau llawfeddygol, yna ewch ati i wella eich sgiliau. Mae llawer o gyrsiau i alluogi hynny. Mae'n atodiad boddhaol iawn, iawn i'ch sgiliau fel meddyg gofal sylfaenol.
* Os ydych yn amau ei fod yn SCC, atgyfeiriwch at USC. Cofiwch sut i geisio dewis yr SCC o blith y cyflyrau croenol o niwed gan yr haul eraill sef AK a Chlefyd Bowen. Poen ac yn fodiwlaidd yr olwg yw dwy prif nodwedd SCC.

44:45 **Siaradwr:** Iawn, nawr rydw i'n mynd i sôn yn fyr iawn am ddermosgopi. Rwy'n ymwybodol nad wyf am fynd ymlaen yn rhy hir, felly rwyf wedi ceisio mynd yn gyflym. Bydd yn cael ei recordio, felly gallwch chi fynd drosto eto.

Rwyf dim ond am sôn am ddermosgopi nawr. Mae llawer ohonoch, rwy’n siŵr y byddwch yn gyfarwydd â Dermosgopi neu Ddermatosgopi, pa bynnag ffordd yr hoffech ei alw. Ond i'r rhai ohonoch nad ydych yn gyfarwydd, rwyf am egluro ei fuddioldeb a'i ddefnyddioldeb, oherwydd mae hon yn dechneg sydd wedi bod o gwmpas ers 10/15 mlynedd, hynny yw efallai hyd yn oed 20 mlynedd mewn defnydd cyffredin. Mae wedi trawsnewid yr archwiliad o gyflyrau’r croen - briwiau croen yn bennaf, er ei fod yn cael ei ddefnyddio fwyfwy ar gyfer cyflyrau llidus o’r croen hefyd. Mae’n hynod ddefnyddiol ac mae'n llawer o hwyl ac yn rhoi boddhad mawr, felly os nad ydych wedi mentro, ewch ati i’w ddefnyddio. Mae wir yn cynyddu eich mwynhad o ddermatoleg.

Felly pan edrychwch ar yr epidermis, ni allwch weld yn ddwfn iawn drwy'r epidermis o gwbl. Ac mae'r epidermis tua 90 micron o drwch, sef 0.09mm. Nawr os ydych chi'n disgleirio golau arferol ar y croen, yn y stratum corneum bydd yn cael ei adlewyrchu mewn modd gwasgaredig a bydd yn disgleirio i fforddiwch yn achosi llewyrch. Nawr, mae dwy ffordd i oresgyn hyn. Gallwch naill ai ddefnyddio hylif fel heintydd uwchsain, sy'n atal golau rhag gwasgaru, neu gallwch ddefnyddio trawstiau golau polariaidd, sy'n golygu bod y trawstiau golau yn rhedeg yn gyfochrog yn hytrach na rhedeg ar wahanol onglau i’w gilydd. Mae hyn yn cynyddu dyfnder yr hyn y gallwch chi ei weld i 150 micron, felly 0.15mm, a fydd yn mynd â chi ychydig trwy'r epidermis ac i mewn i ddermis arwynebol y capilari. Mae hyn yn agor byd cyfan o strwythurau a lliwiau a ffurfiau y gallwch chi wedyn eu dehongli trwy ddulliau amrywiol.

46:50 **Siaradwr:** Mae'r dystiolaeth bod hon yn eich helpu bellach yn aruthrol. Dim ond ychydig o enghreifftiau sydd yma o astudiaethau sy'n dangos sut y bydd addysgu dermosgopi/defnyddio dermosgopi nid yn unig yn cynyddu eich cywirdeb diagnostig, ond bydd yn lleihau eich cyfradd cyfeirio ddiangen a bydd yn lleihau cyfraddau torri allan yn ddiangen. Felly yn amlwg mae'r holl bethau hyn yn werth eu cyflawni a gellir ei wneud gyda sesiynau addysgu byr iawn â ffocws gan unrhyw un. Nid oes rhaid i chi fod yn ddermatolegydd. Nid oes rhaid i chi fod yn feddyg teulu, nyrs practis, nyrs, yn gynorthwyydd gofal iechyd. Gall unrhyw un ddysgu dermosgopi. Nid yw'n anodd.

47:30 **Siaradwr:** Felly dyma ychydig o enghreifftiau.

Dydw i ddim yn mynd i ddysgu dermosgopi i chi nawr, ond rydw i eisiau dangos i chi ychydig o achlysuron lle mae'n ddefnyddiol.

Nawr, efallai eich bod yn cofio mai'r llun llaw chwith hwn oedd y bachan a ddangosais ar ddechrau'r daith gyda briw anfalaen, dermatofibroma. Ond roedd hwn yn un oedd yn sefyll allan fel hwyaden fechan hyll oherwydd ei fod yn dywyll, yn bigmentog, mae’n friw unigol. Gallai fod yn atgyfeiriad i USC. Ai melanoma ydyw? Wel, rhowch y dermatosgop arno. Edrychwch ar y dde, fe welwch ardal ganolog debyg i graith. O gwmpas iddo fe welwch chi ymyl pigmentog sy'n pylu i'r cyrion i bob cyfeiriad gyda dosbarthiad gwastad o'r pigment hwnnw. Mae hyn yn nodweddiadol o ddermatofibroma ac nid oes angen toriad ar y claf hwn.

48:22 **Siaradwr:** Dyma enghraifft arall. Edrychwch ar y dyn ar y chwith. Cafodd ei atgyfeirio fel ymholiad USC o felanoma malaen. Mae ganddo friw newydd. Mae'n friw unigol. Mae'n amlwg yn hwyaden fechan hyll. Rydych chi'n rhoi'r dermatosgop ymlaen ac mae'n cymryd hanner eiliad i weld clwstwr o ymddangosiad grawnwin nodweddiadol, coch tywyll neu borffor gyda septa ffibrog gwyn, yn hollti'r pibellau gwaed wedi'u modiwleiddio. Hemangioma Band 4 yw hwn. Nid oes angen toriad arno a gellir ei ryddhau o'r clinig.

49:02 **Siaradwr:** Dyma un arall. Ydych chi'n cofio'r dyn hwn? Roedd hefyd yn atgyfeiriad USC o felanoma. Mae’n hollol deg. Mae'n friw hyll iawn, onid yw? Rhowch y dermatosgop ymlaen ac unwaith eto, fe welwch y clwstwr hwnnw o ymddangosiad grawnwin. Mae'r mannau tywyllach yn syml wedi'u trawmateiddio, gwaed wedi'i gelu ar yr wyneb. Hemangioma yw hwn. Unwaith eto felly gallwch dawelu meddwl y claf.

49:23 **Siaradwr:** Hwn oedd y dyn a gafodd y briw rhyfedd yr olwg a oedd yn fwy na'r lleill i gyd. Nid oes unrhyw nodweddion sy'n peri pryder amlwg, ond mae’n amlwg yn hwyaden fechan hyll. Mae'n sefyll allan. Nawr edrychwch ar y ddelwedd dermatosgopig. Mae ganddo'r hyn a elwir yn ffin afreolaidd, riciog. Mae'n afreolaidd gyda llawer o frathiadau yn mynd ag ef i'r canol. Mae'r lliw yn frown golau a brown canolig, sy'n galonogol byddwn i’n dyfalu. Does dim lliw tywyll na du yno. Mae'r patrwm, er nad yw'n dod allan yn dda, yn fain iawn a llinellau crwm. Fe'i gelwir yn batrwm olion bysedd. Lentigo heulog yw hwn.

50:12 **Siaradwr:** Gallwch weld y patrwm yn well yn y ffotograff hwn yma lle gallwch weld yr olion bysedd mân iawn. Felly dyma lentigo heulog nodweddiadol arall. Gallwch chi dawelu meddwl y cleifion hyn felly. Ac mae'r rhain yn gleifion a gyfeiriwyd at ofal eilaidd oherwydd bod ganddynt friwiau rhyfedd yr olwg.

50:29 **Siaradwr:** Mae'n debyg mai dyma'r amser mwyaf cyffredin y bydd o gymorth. Mae Ceratosis Seborrhoeic mor gyffredin, a gallant fod mor dywyll o ran pigment, maent yn aml yn lluosog, ond yn aml nid ydynt. Nawr, edrychwch ar y dyn hwn ar ochr chwith y llun. Mae ganddo un briw hwyaden fechan hyll, unigol, tywyll iawn, yn sefyll allan. Edrychwch ar y llun ar y dde. Mae iddo ffin unffurf swta. Mae codennau tebyg i filia, sy'n golygu'r dotiau bach gwyn hynny, sef ceratin yn y bôn, sydd o dan yr wyneb, ac nid yw wedi'i ocsideiddio. Ar adegau fe welwch dolchenni melyn, sef ceratin lle mae'n torri trwodd i'r wyneb ac yn ocsideiddio ac yn newid lliw. Rydych chi'n gweld y meicro wlserau hyn a elwir weithiau'n agoriadau fel comedo. Dim ond ceratosis seborrheic gall hyn fod. Mae'n rhoi cymaint o foddhad pan fydd gennych glaf fel hyn wedi'i atgyfeirio fel ymholiad brys o ganser melanoma. Rydych chi'n gosod yr dermatosgop ac rydych chi'n dweud, na, mae'n hollol iawn, peidiwch â phoeni amdano. A gallai ychydig iawn o hyfforddiant dermosgopi eich arwain i'r lefel honno mewn gofal sylfaenol. Felly os nad ydych chi'n gyfarwydd â hyn eto, yna byddaf yn dangos rhai adnoddau i chi.

51:52 **Siaradwr:** Rwyf wedi derbyn ychydig o gwestiynau - a allaf wneud rhywfaint o addysgu dermosgopi? Byddwn wrth fy modd yn gwneud rhywfaint o addysgu dermosgopi. Yn amlwg, nid oeddwn yn gallu ei gynnwys yn hwn, ond os oes galw amdano, byddwn wrth fy modd yn gwneud rhywfaint mewn fformat tebyg i hwn.

52:16 **Siaradwr:** Dyma enghraifft arall. Cafodd y dyn hwn gyda briw unigol ar ei foch chwith, ei gyfeirio fel ymholiad o BCC. Rydych chi'n rhoi'r dermatosgop ymlaen ac rydych chi'n gweld cydgasgliad o lobylau melynaidd yn y canol. Rydych chi'n gweld y pibellau hyn yn dod i'r globylau o'r ochr, ond nid ydynt yn croesi'r llinell ganol. Felly, hyperplasia sebaceous yw hwn ac mae hefyd yn un hawdd iawn i'w ddiagnosio pan fyddwch chi'n gwybod beth rydych chi'n chwilio amdano gyda'r dermatosgop.

52:41 **Siaradwr:** Felly dyma ddau lyfr rhagorol. Mae yna lawer iawn o lyfrau da ar Ddermatosgopi. Dyma ddau sydd gen i. Dwi wedi darllen y ddau o glawr i glawr. A byddwn yn eu hargymell. Mae’r PCDS y soniais amdano’n gynharach hefyd yn cynnal diwrnodau astudio, sy’n wych ym Mhrifysgol Caerdydd. Hefyd, mae cwrs ar-lein 12 wythnos neu fe wnaethon nhw wneud hyn o leiaf. Fe wnes i hynny tua phump/chwe blynedd yn ôl. Felly maen nhw'n ddau adnodd da iawn ac mae yna dudalen y Gymdeithas Dermosgopi Rhyngwladol ar Facebook. Credwch fi, os nad ydych wedi mynd i mewn iddo, yna mae'n beth mor foddhaus oherwydd mae cynnydd aruthrol yn eich cronfa o wybodaeth newydd ac mae'n rhoi boddhad ar unwaith. Cawsoch adborth ar unwaith, felly dyna neges arall i’w chofio - defnyddiwch ddermosgopi.

53:33 **Siaradwr:** I grynhoi'r sgwrs felly, oherwydd rydyn ni'n dod i'r diwedd nawr. Rydw i'n mynd i gymryd anadl ac arafu. Rwy'n gwybod fy mod wedi bod yn symud ar gyfradd aruthrol i geisio cynnwys y cyfan.

Felly pan ddaw'n fater o asesu briwiau croen, dim ond un penderfyniad sydd angen i chi ei wneud. A yw'n anafalaen? A allaf ei adael yn llonydd? Neu a yw'n amheus? Oes angen i mi wneud rhywbeth? Gall gwneud rhywbeth olygu atgyfeiriad neu fiopsi neu ei dorri allan, gan ddibynnu ar eich set o sgiliau.

Diagnosisau yn y fan a’r lle yw’r briwiau anfalaen cyffredin, felly meddyliwch am y pump hynny y soniais amdanynt ac ymgyfarwyddwch â phrif nodweddion pob un o’r rheini.

Briwiau amheus yw canserau ceratinocyt a melanomau. Mae canserau ceratinocyt naill ai ar y sbectrwm ceretineiddio - AK, Clefyd Bowen, SCC neu maen nhw'n BCC, ac mae angen i chi geisio meddwl, a yw'n risg uchel neu'n risg isel? Yna mae'r rhai mwyaf peryglus, y briwiau melanocytig, melanomau malaen,. Aseswch nhw gyda meini prawf ABCE, ond byddwch yn ymwybodol o gyfyngiadau'r dull hwnnw. Ond cofiwch, y neges i’w chofio yn anad dim arall, yw bod angen atgyfeirio unrhyw friw ymgodol, sy’n newid, yn newydd neu sy’n tyfu at USC.

Pe baech am wella'ch sgiliau, byddwn yn eich cynghori'n gryf i ddysgu rhywfaint o ddermosgopi. Dysgwch rai sgiliau llawfeddygol er mwyn rheoli'r briwiau hynny y gellir eu gwneud fel meddyg gofal sylfaenol, y BCCau risg isel yn ogystal â chyflawni biopsi ar bob briw mewn gwirionedd. Felly, rwy'n gobeithio bod hynny wedi bod o gymorth mawr i chi.

Os oes unrhyw gwestiynau, yna byddaf yn ceisio ateb rhai ohonynt.

55:36 **Siaradwr:** Unrhyw awgrymiadau ar ffotograffiaeth croen?

Oes Yma yng ngogledd-orllewin Cymru, rydym yn brysbennu ein hatgyfeiriadau, a gofynnwn am ffotograffau gyda phob briw. Yr hyn rwy'n ei gynghori i gleifion - rydym eisiau ffotograffau mewn golau da ac mewn ffocws. Defnyddiwch y prif gamera ar gefn y ffôn, nid y camera hunlun, oherwydd mae ansawdd y prif gamera yn well. Rydyn ni eisiau dau lun, un yn dangos y briw yn agos ac un o bellter ac mae'n rhaid i'r ffotograff o bell ei ddangos yn ei gyd-destun, felly does dim rhaid i chi weld y person cyfan, dim ond y rhan honno o'r corff / yr wyneb. Mae'n ddefnyddiol cael tâp mesur a dynodwr y claf hefyd ar y ffotograff hwnnw o bellter. Felly, dyma fy awgrymiadau. Nid oes angen i chi fod yn ffotograffydd gwych, ond mae angen ychydig o bwyntiau syml y gallwch eu trosglwyddo i'r cleifion.

56:35 **Siaradwr:** Nesaf atgyfeiriadau SCC uniongyrchol. Wel, does dim rheol bendant am hyn. Mewn dermatoleg, rydym yn torri llawer o'r pethau hyn allan. Felly, mae'n gwbl deg, os nad ydych chi'n siŵr, i gyfeirio at ddermatoleg yn gyntaf. Y rhai yr ydym yn wyliadwrus ohonynt yw rhai risg uchel. Felly mewn ardaloedd risg uchel uwchlaw pont yr ysgwydd a risg uchel o ran maint dros ddau gentimetr. Ac yn aml byddaf yn gweld na fyddaf yn gweld y claf mewn atgyfeiriad, byddaf yn ei gyfeirio at naill ai plastigau neu’r adran enol wynebol yn ein hardal. Mae tîm y genau a'r wyneb yn derbyn yr atgyfeiriadau SCC. Felly os ydych chi'n meddwl bod hwn yn friw uchel ei risg, ei fod yn uwch na phont yr ysgwydd, mae dros 1.5cm o ran maint yna atgyfeiriwch yn uniongyrchol at yr adran enol wynebol. Ond fel arall rydym yn fwy na pharod i dderbyn yr atgyfeiriadau o SCCau llai o'r gwddf i lawr, hynny yw’r briwiau mwyaf cyffredin i ni weld mewn dermatoleg. Rydym yn fwy na pharod i roi cyngor os caiff y pethau hyn eu hanfon i mewn.

57:41 **Siaradwr:** Tan ba oedran ydych chi'n gadael naefys mefus cynhenid i wella cyn ei atgyfeirio?

Does dim rheol bendant am hyn. Bydd y rhan fwyaf o naefysau mefus yn gwella yn ystod cyfnod canol i ddiwedd plentyndod. Mae'n dibynnu a yw'n poeni'r rhieni ac a yw'n poeni'r plentyn. Os yw'n poeni un neu ddau ohonynt, y rhieni yn hytrach na'r plentyn ydyw fel arfer. Byddai triniaeth yn tueddu i fod (gan fod y rhain yn blant) mewn canolfan drydyddol gyda dermatoleg bediatrig, arbenigwyr trydyddol sydd â mynediad at driniaethau laser ar gyfer y briwiau hynny os daw i hynny. Felly fel arfer ceisir atalyddion beta i leihau'r briwiau hyn ac yna os na, os ydynt yn achosi problemau cosmetig, yna mae triniaethau laser yn opsiwn da iawn, iawn. Felly os oes angen triniaeth ar y rhieni neu blant, yna byddem yn tueddu i'w hatgyfeirio at Alder Hey, sef ein canolfan atgyfeirio drydyddol agosaf ar gyfer dermatoleg bediatrig.

58:53 **Siaradwr:** Felly roedd cwestiwn: a allwch chi ddefnyddio dermatosgop trwy groen lliw? Gallwch, yn bendant. Nid yw'n effeithio ar y nodweddion amlycaf, y nodweddion diagnostig yr ydych yn chwilio amdanynt ym mhob briw penodol. Gall weithiau ei wneud yn anoddach, ond mae’n rhaid i'r nodweddion cardinal hynny fod yno o hyd os edrychwch amdanynt.

59:14 **Siaradwr:** Beth yw maint yr ymyl ar gyfer toriad BCC risg isel?

Felly, rydych chi'n torri allan BCC nodylaidd o dan bont yr ysgwydd gydag ymyl microsgopig 4mm. Felly beth mae hynny'n ei olygu yw y byddwch chi'n marcio'r briw a byddwch chi'n mesur pedwar milimetr o amgylch yr ochrau, a byddwch chi'n torri allan y maint hwnnw o groen arferol. Pan ddaw’r adroddiad histoleg yn ôl, bydd gennych ymyl lai ar yr adroddiad histoleg am ddau reswm. Yn gyntaf, oherwydd bydd y croen yn crebachu. Mewn geiriau eraill, pryd bynnag y byddwch yn anfon sbesimen allan, mae bob amser yn lleihau ac yn ymddangos yn llai nag yr oedd yn y fan a'r lle. Ac yn ail, bydd y fformiwla y byddwch chi'n ei rhoi ynddo yn crebachu'r briw ymhellach, ond hefyd oherwydd yn ficrosgopig ni allwch weld yr ymyl mewn gwirionedd ac fel arfer mae'n cael ei ymestyn ychydig y tu hwnt i'r man lle gallwch chi weld. Felly rydych chi'n cymryd ymyl clinigol macrosgobig 4mm ac mae hynny'n debygol iawn o roi ymyl histolegol dros 1mm i chi, sy'n cael ei drin yn ddigonol. Felly os yw dros 1mm yn histolegol ar yr adroddiad patholeg, rydych chi'n ystyried ei fod wedi'i drin yn llawn ac ni ddylai fod angen unrhyw waith dilynol arno.

1:00:30 **Siaradwr:** Unrhyw argymhellion ar gyfer y dermatosgop fforddiadwy cyntaf?

Ni allaf argymell unrhyw un oherwydd mae cymaint ar y farchnad. Y mathau cyffredin sy'n dda iawn - mae Heine; gwneuthuriad a elwir Oxiclar, sy’n dda iawn; ac mae yna wneuthuriad o'r enw Dermlite sy'n dda iawn. Mae gen i Dermlite DL4 yw'r model. Ond maen nhw i gyd yn gweithio. Felly does dim ots mewn gwirionedd. Felly os nad ydych yn siŵr ac nad ydych am wario gormod o arian, dewiswch un rhatach. Mae digon o ddermatosgopau rhad iawn, iawn ar gael. Pan ddwi'n dweud rhad, dwi'n sôn am £2-300. Credwch fi, byddwch chi'n ei ddefnyddio'n fwy na'ch stethosgop, eich offthalmosgop, eich otosgop gyda'i gilydd. Rwy'n sicr. Ac yn fy marn ostyngedig i, rwy'n meddwl bod y stethosgop yn offeryn hen ffasiwn ac anaml yn ddefnyddiol, tra bod y dermatosgop yn offeryn amhrisiadwy sy'n newid ac yn hysbysu'ch rheolaeth bob tro y byddwch chi'n ei ddefnyddio.

1:01:55 **Siaradwr:** Cwestiwn olaf gan David. Beth yw'r drefn orau ar gyfer ceratosis heulog?

Felly os oes gan glaf ceratosis heulog, byddaf yn dweud wrtho am ddefnyddio'r un drefn ag ar gyfer clefyd Bowen, sef un cymhwysiad y noson am dair i bedair wythnos. Rydych chi'n rhybuddio'r cleifion y bydd yn creu llid a dolur. Pan fydd hynny'n digwydd, gall atal y drefn ar y pwynt hwnnw oherwydd bydd wedi gweithio. A gallwch chi dawelu ei feddwl, os yw'n cael poen oherwydd dolur, mae hynny'n dangos bod y driniaeth yn gweithio. Gall ddefnyddio steroid argroenol ysgafn i helpu i setlo llid ac yna ei adael am dri mis. Ac os yw wedi gwneud y tric pan fyddwch yn eu hadolygu ar ôl tri mis dylid fod wedi gwella, dylai fod yn llawer gwell. Ond yn aml gyda ceratosis heulog, rwy'n dechrau gyda diclofenac solareze oherwydd ei fod yn llawer llai llidus.

1:01:55 **Siaradwr:** Iawn, diolch, David. Ie

1:01:56 **Cadeirydd:** Wel, diolch yn fawr iawn. Wel, roedd hynny fel gosod gwerth maint cae o wybodaeth mewn beudy. Rydych chi wedi gwneud yn arbennig o dda. A diolch i bawb am wrando ac am y cwestiynau. Os oes digon o alw amdano, rwy’n siŵr y bydd Jonathan yn hapus iawn i gynnal sesiwn ar ddermosgopi, felly byddwn yn gweld beth a gawn yn yr adborth. Ond diolch i bawb am wrando.