Βιβλιογραφική Ενημέρωση

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΧΑΡΙΣΗ, ΣΤΑΜΑΤΙΑ ΠΑΝΟΥΣΗ, ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ
Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

Μια διερευνητική μελέτη για τον καθορισμό της αποτελεσματικότητας της κρέμας πιμεκρόλιμους 1% στη θεραπεία της pityriasis alba

Wayne Fujita, Hawaii

Ο ερευνητής αναφέρει ότι η pityriasis alba είναι μια πάθηση του δέρματος που παρουσιάζεται συχνά σε ατοπικά παιδιά και επιδεινώνεται με την έκθεση στον ήλιο και την ξηρότητα του δέρματος. Η σημερινή θεραπεία με μαλακτικά, ήπια καθαριστικά, ηλιακή προστασία και τοπικά κορτικοστεροειδή είναι αναποτελεσματική και απαράδεκτη. Η κρέμα πιμεκρόλιμους είναι ένα μη στεροειδές, αναστολέας της καλσινευρίνης, που έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη θεραπεία της ατοπικής δερματίτιδας. Για το λόγο αυτό αποφασίστηκε και η δοκιμή της με ανοιχτή μελέτη και στη θεραπεία της pityriasis alba.

Μέθοδος

Δέκα (10) ασθενείς (3 άντρες, 7 γυναίκες) με ηλικίες από 12 έως 35 χρονών και τύπους δέρματος IV και V κατά Fitzpatrick. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 12 εβδομάδες. Οι ασθενείς έβαζαν κρέμα πιμεκρόλιμους 1% στις υπομελαγχρωματικές περιοχές δύο φορές την ημέρα (κάθε 12 ώρες) για 3 μήνες. Όλοι οι ασθενείς χρησιμοποιούσαν ως συμπληρωματική θεραπεία ενυδατικές κρέμες με SPF 15 και ήπια καθαριστικά χωρίς σαπούνι. Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν πριν αρχίσει η θεραπεία και στις 3, 6 και 12 εβδομάδες για απολέπιση, μη ομοιόμορφη απόχρωση του δέρματος, κνησμό, έκζεμα και θυλακική υπερκεράτωση. Η κλίμακα ήταν από 0 (χωρίς αλλοιώσεις) έως 3 (σοβαρή). Σε κλίμακα επίσης 0-3 μετρήθηκε και η ικανοποίηση των ασθενών από τη θεραπεία, όπως και το πόσο πιθανό είναι να συνεχίσουν τη θεραπεία με πιμεκρόλιμους.

Αποτελέσματα

• Ποσοστό 8 στους 10 ασθενείς ολοκλήρωσαν τις 12 εβδομάδες θεραπείας.

• Η περιεκτικότητα 1% της κρέμας πιμεκρόλιμους ήταν καλά ανεκτή από τους ασθενείς για θεραπεία στο πρόσωπο και τα άνω άκρα.

• Κλινικά αισθητή βελτίωση στην ανομοιομορφία της χροιάς του δέρματος και απόλυτη ύφεση της απολέπισης παρατηρήθηκε στις 3 εβδομάδες θεραπείας, ενώ σχεδόν απόλυτη ύφεση της ανομοιογένειας της χροιάς του δέρματος παρατηρήθηκε στις 12 εβδομάδες θεραπείας.

• Ο κνησμός, το έκζεμα και η θυλακική υπερκεράτωση ανταποκρίθηκαν γρήγορα με σχεδόν πλήρη ύφεση στις 3 εβδομάδες.

• Αυτά τα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν σε ασθενείς με τύπους δέρματος IV και V και έντονη έκθεση στον ήλιο.

Εν κατακλείδι ο συγγραφέας παρατήρησε ότι η θεραπεία της pityriasis alba με κρέμα πιμεκρόλιμους 1% είναι τόσο αποτελεσματική όσο και ασφαλής.

Φωτοδυναμική θεραπεία με χρήση αμινολεβουλενικού οξέος για ασθενείς με ακτινικές υπερκερατώσεις του προσώπου και του τριχωτού

Loss RW, Weiss J, Sharin J, Barba A, Zeide D, Brodell RT
Eastern Virginia Medical School

• Οι ακτινικές υπερκερατώσεις είναι οι πιο συχνές προκαρκινωματώδεις βλάβες μεταξύ ατόμων με ανοικτόχρωμες επιδερμίδες. Πιστεύεται ότι εξελίσσονται σε βασικοκυτταρικό καρκίνωμα in situ και στη συνέχεια σε διηθητικά στο 12-13% των ασθενών που αφέθηκαν χωρίς θεραπεία.

• Αμινολεβουλενικό οξύ (ALA) έχει χρησιμοποιηθεί στη φωτοδυναμική θεραπεία για επιπολής, καλοήθεις και κακοήθεις δερματικές νόσους. Είναι η φυσική πρόδρομη ουσία για την πρωτοπορφυρίνη IX και παράγεται στον ανθρώπινο οργανισμό για την υποστήριξη της βιοσύνθεσης της αίμης.

• Η βάση για τη θεραπεία με ALA-PDT είναι η ελεγχόμενη τοπική προενεργοποίηση της Pp IX. Με την τοπική εφαρμογή το ALA ενζυματικά μετατρέπεται σε Pp IX, η οποία συσσωρεύεται στα επιδερμιδικά κύτταρα. Τα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα όπως αυτά στις AKs φαίνεται ότι μετατρέπουν πιο πολύ ALA σε Pp IX απ' ό,τι τα φυσιολογικά επιδερμιδικά κύτταρα.

• Μια καινούρια θεραπεία για την αντιμετώπιση των μη υπερκερατωσικών AK του προσώπου και του τριχωτού που περιλαμβάνει συνδυασμό τοπικού διαλύματος 20% σε ALA και 10 J/cm^2 ορατού μπλε φωτός (417nm) εγκρίθηκε από το FDA το 1999.

Μέθοδος

Ανοικτή μελέτη από πολλά κέντρα και συμμετοχή 110 ασθενών με AKs στο πρόσωπο και το τριχωτό. Οι ασθενείς ήταν άντρες και μη έγκυες γυναίκες ηλικίας από 43 έως 89 χρόνων, με 6-12 AKs, μη υπερκερατωσικές (βαθμού 1 και 2 σε κλίμακα 0-3) στο πρόσωπο και το τριχωτό. Από κάθε ασθενή επιλέχθηκαν δύο βλάβες για βιοψία και στις υπόλοιπες βλάβες επαλείφθηκε διάλυμα 20% ALA. Δεκατέσσερις έως δεκαοκτώ (14-18) ώρες μετά την επάλειψη οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε συνεδρία με μπλε φως, 10 J/cm^2 στα 10 mW/cm^2. Η θεραπεία επαναλήφθηκε το δεύτερο μήνα εφόσον χρειαζόταν. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν κάθε μήνα για 12 μήνες από την αρχική θεραπεία. Ελήφθησαν βιοψίες από βλάβες που δεν ανταποκρίνονταν στη θεραπεία, καθώς και από καινούριες βλάβες.

Αποτελέσματα

• 100% υποχώρηση των βλαβών παρατηρήθηκε στο 76% των ασθενών τον πρώτο μήνα.

• 60% των ασθενών χρειάστηκαν δεύτερη συνεδρία για τις εμμένουσες βλάβες το δεύτερο μήνα.

• Το ποσοστό των ασθενών με ύφεση 100% των βλαβών μετά και τη δεύτερη συνεδρία ήταν από 86% τον 3ο μήνα έως και 78% τον 12ο.

• Το ποσοστό των βλαβών που υφέθησαν τελείως ήταν μεγαλύτερο γι' αυτές που βρίσκονταν στο πρόσωπο, παρά γι' αυτές του τριχωτού.

• Το ποσοστό υποτροπής ήταν 24% και μετά από βιοψία 19%.

• Χωρίς ιδιαίτερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι φωτοτοξικές αντιδράσεις που παρουσιάστηκαν δεν ήταν σοβαρές και υφέθηκαν ένα μήνα μετά το τέλος της θεραπείας. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας διαπιστώθηκαν ελάχιστες αλλοιώσεις της μελάγχρωσης.

Οι ερευνητές καταλήγουν στο ότι η εφαρμογή ALA-PDT παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα από αυτά που έχουν αναφερθεί με την κρυοθεραπεία (67% στους 3 μήνες).

Ταζαροτένη έναντι ταζαροτένης με κλινδαμυκίνη και υπεροξείδιο του βενζολίου στη θεραπεία της ακμής: μια πολυκεντρική, διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη

Tanghetti E, Abramovitz W, Solomon B, Loren K, Shalita A
University of California, Baylor University, Dallas

Τα τοπικά ρετινοειδή (όπως η ταζαροτένη) συνιστώνται ως θεραπεία πρώτης γραμμής για την ακμή εξαιτίας της ικανότητάς τους να εμποδίζουν την ανάπτυξη μικροφαγεσώρων, που είναι οι πρόδρομες βλάβες όλων των άλλων. Δρουν κυρίως με την ομαλοποίηση της θυλακικής κερατινοποίησης, αλλά και με το να καθιστούν λεπτότερη την κεράτινη στιβάδα, οπότε βοηθούν στη διείσδυση άλλων παραγόντων. Οι συγγραφείς θεωρούν ότι ο συνδυασμός του τοπικού ρετινοειδούς με άλλους παράγοντες μπορεί να αποδειχθεί πιο αποτελεσματικός. Αποφάσισαν να χρησιμοποιήσουν ως συμπληρωματική θεραπεία το συνδυασμό κλινδαμυκίνης/υπεροξειδίου του βενζολίου, λόγω της συνδυασμένης δράσης τους, τόσο στη φλεγμονώδη όσο και στη μη φλεγμονώδη ακμή.

Μέθοδος

• Πολυκεντρική, διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη με παράλληλες ομάδες.

• Οι ασθενείς ήταν άνω των 12 ετών με σταθερή μέση προς σοβαρή φλεγμονώδη ακμή (15-60 βλατίδες και φλύκταινες, 10-100 φαγέσωρες, όχι πάνω από 2 οζίδια ή κυστικές βλάβες έως 5mm).

• Μια ομάδα χρησιμοποιούσε μόνο ταζαροτένη κάθε βράδυ και placebo το πρωί και η άλλη ταζαροτένη το βράδυ και κλινδαμυκίνη/υπεροξείδιο του βενζολίου το πρωί. Και οι δυο ομάδες χρησιμοποιούσαν ελεύθερα ενυδατικές κρέμες εφόσον χρειαζόταν.

Αποτελέσματα

• Από τους 121 ασθενείς που εκτιμήθηκαν, το 82% στην ομάδα της ταζαροτένης και το 87% στην ομάδα ταζαροτένης/κλινδαμυκίνης/υπεροξειδίου του βενζολίου συμπλήρωσαν τις 12 εβδομάδες. Κανένας ασθενής δεν διέκοψε τη θεραπεία λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών.

• Η ομάδα της ταζαροτένης/κλινδαμυκίνης/υπεροξειδίου του βενζολίου είχε καλύτερη αποτελεσματικότητα στη μείωση των ανοικτών και κλειστών φαγεσώρων, με 34% μείωση την 4η εβδομάδα και 70% την 12η, έναντι 18% και 60% αντίστοιχα στην ομάδα της ταζαροτένης.

• Η ομάδα ταζαροτένη/κλινδαμυκίνη/υπεροξείδιο του βενζολίου ήταν πιο αποτελεσματική στη μείωση και των βλατίδων και φλυκταινιδίων με 30% μείωση την 4η εβδομάδα και 63% τη 12η, έναντι 22% και 58% αντίστοιχα στην ομάδα της ταζαροτένης.

• Και στις δυο ομάδες τα σκευάσματα ήταν καλά ανεκτά με μια μικρή υπεροχή στην ομάδα της ταζαροτένης/κλινδαμυκίνης/υπεροξειδίου του βενζολίου (λιγότερη απολέπιση και ξηρότητα). Οι συγγραφείς καταλήγουν στο ότι ο συνδυασμός ταζαροτένης/κλινδαμυκίνης/υπεροξειδίου του βενζολίου έχει ταχύτερα και καλύτερα αποτελέσματα από την ταζαροτένη μόνη της, χωρίς αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Πρωτοπαθής υπεριδρωσία: συγκριτική μελέτη μείωσης της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής ανάλογα με την εντόπιση του προβλήματος και σε σχέση με μη υπεριδρωσικούς μάρτυρες

Henning H, Naumann MK, Kozma C, Kowalski JW, Kutt S, Teulz C
Πανεπιστήμια Wurzburg, Augsburg, Germany, South Carolina USA

Η πρωτοπαθής υπεριδρωσία είναι η συμμετρική υπερέκκριση ιδρώτα πέραν της απαραίτητης ποσότητας για να ψυχθεί το σώμα ανάλογα με τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Η παθοφυσιολογία της αποδίδεται σε υπερέκκριση των εκκρινών ιδρωτοποιών αδένων. Ο επιπολασμός της φτάνει σε πρόσφατες μελέτες στο 2,8% του πληθυσμού στις ΗΠΑ. Παρά το ότι προηγούμενες μελέτες έχουν υπολογίσει την επίδραση του προβλήματος στην ποιότητα ζωής των ασθενών, δεν έχει γίνει σύγκριση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των υπεριδρωσικών ανάλογα με την περιοχή εντόπισης του προβλήματος και συγκριτικά με μάρτυρες.

Μέθοδοι

Η μελέτη έγινε με συμπλήρωση ερωτηματολογίων από υπεριδρωσικούς ασθενείς που προσήλθαν στις παραπάνω κλινικές από το Μάρτιο 1999 ως το Φεβρουάριο του 2000 και μάρτυρες νοσηλευτικό προσωπικό και φοιτητές των νοσοκομείων. Χρησιμοποιήθηκαν 3 αξιολογήσεις βάσει του Hypehidrosis Impact Questionnaire, του SF-12 Health Survey και του Dermatology Life Quality Index. Η στατιστική ανάλυση έγινε με δοκιμασία X^2 για τις συγκρίσεις, Mann-Whitney για τη σύγκριση των ηλικιών έναρξης και ANOVA για τις μέσες τιμές.

Αποτελέσματα

• Τριακόσιοι σαρανταπέντε (345) υπεριδρωσικοί και 154 μάρτυρες ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Εκατόν εξήντα πέντε (165) υπεριδρωσικοί ανέφεραν τη μασχάλη ως σημαντικότερη εντόπιση του προβλήματος, 116 τις παλάμες και 64 άλλες περιοχές.

• Ποσοστό 37% των υπεριδρωσικών συγκριτικά με 9% των μαρτύρων ανέφεραν οικογενειακό ιστορικό υπεριδρωσίας.

• Ασθενείς με μασχαλιαία υπεριδρωσία είναι περισσότερο πιθανό να έχουν οικογενειακό ιστορικό θετικό συγκριτικά με ασθενείς με παλαμιαία υπεριδρωσία (40% έναντι 28%).

• Στους περισσότερους ασθενείς η υπεριδρωσία ήταν αμφοτερόπλευρη και συμμετρική (87%). Πιο πολλοί μασχαλιαίοι υπεριδρωσικοί ανέφεραν ετερόπλευρη εντόπιση (21%) από ό,τι παλαμιαίοι υπεριδρωσικοί (6%).

• Διαβροχή ή δευτερογενείς επιμολύνσεις δεν αναφέρθηκαν από κανέναν ασθενή.

• Η έναρξη του προβλήματος ήταν σε ηλικία <12 ετών στο 60% των παλαμιαίων υπεριδρωσικών και μόνο στο 7% των μασχαλιαίων και σε ηλικίες >17 ετών στο 5% των παλαμιαίων και 44% των μασχαλιαίων υπεριδρωσικών.

• Ποσοστό 85% των ασθενών είχαν επισκεφθεί ιατρό για την υπεριδρωσία τους προηγούμενους 12 μήνες.

• Ποσοστό 88% των ασθενών είχαν χρησιμοποιήσει αντιιδρωτικά, 62% φυτικά προϊόντα, 32% ιοντοφόρηση, 21% συνταγογραφούμενα από ιατρούς προϊόντα, 7% βοτουλινική τοξίνη και 2% συμπαθεκτομή. Η πλειοψηφία των ασθενών χαρακτήρισε τις θεραπείες αυτές ως αναποτελεσματικές με 2 εξαιρέσεις: 72% των ασθενών χαρακτήρισαν τη θεραπεία με βοτουλινική τοξίνη ως καλή ή πολύ καλή 66% των ασθενών χαρακτήρισαν τη χειρουργική θεραπεία ως μέτρια καλή ή πολύ καλή.

• Ποσοστό 42% των ασθενών ανέφεραν ότι η υπεριδρωσία τους απέτρεψε να ακολουθήσουν το επάγγελμα που θα ήθελαν.

• Ποσοστό 11% των ανέργων απέδωσαν την αδυναμία να βρουν εργασία στην υπεριδρωσία.

• Ποσοστό 63% των υπεριδρωσικών και 1% του πληθυσμού αναφοράς ανέφεραν ότι αισθάνονταν να περιορίζονται οι εργασιακές τους δραστηριότητες, ενώ 44% και 0% αντίστοιχα ανέφεραν ότι η απόδοσή τους στην εργασία ήταν χαμηλότερη του επιθυμητού. Η επίδραση στις εργασιακές δραστηριότητες ήταν ίδια σε ασθενείς με παλαμιαία και μασχαλιαία υπεριδρωσία.

• Ποσοστό 70% των ασθενών με μασχαλιαία υπεριδρωσία, 31% με παλαμιαία και 2% των μαρτύρων άλλαζαν ρούχα 2 ή περισσότερες φορές την ημέρα.

• Ποσοστό 27% των ασθενών με μασχαλιαία, 10% με παλαμιαία και 3% των μαρτύρων έκαναν μπάνιο 2 ή περισσότερες φορές την ημέρα.

• Ποσοστό 38% των ασθενών με μασχαλιαία υπεριδρωσία, 22% με παλαμιαία και 7% των μαρτύρων αφιέρωναν 15 λεπτά την ημέρα ή περισσότερο για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

• Ποσοστό 77% των ασθενών με μασχαλιαία 70% με παλαμιαία και 0% των μαρτύρων ανέφεραν ψυχολογικά τραύματα εξαιτίας της υπεριδρωσίας.

• Ποσοστό 71% των ασθενών με μασχαλιαία, 54% με παλαμιαία και 0% των μαρτύρων δήλωσαν δυστυχισμένοι ή καταθλιπτικοί εξαιτίας του προβλήματος.

• Ποσοστό 78% των ασθενών με μασχαλιαία, 77% με παλαμιαία και 3% των μαρτύρων δήλωσαν ότι έχουν λιγότερη αυτοπεποίθηση εξαιτίας του προβλήματος

• Ποσοστό 59% των υπεριδρωσικών δήλωσαν ότι έχουν εξαιρετική δυσκολία (βαθμός 3 σε κλίμακα 3 βαθμών) στο να δημιουργήσουν σχέση, 54% στις σχέσεις με φίλους ή στην οικογένεια, 34% στη σεξουαλική δραστηριότητα, 71% αισθάνονταν άβολα στην πρώτη γνωριμία με κάποιον, 56% αισθάνονταν άβολα στο να βρίσκονται σε δημόσιους χώρους και 58% είχαν πρόβλημα να δώσουν το χέρι στη χειραψία.

Οι ασθενείς με παλαμιαία υπεριδρωσία δυσκολεύονταν περισσότερο στο να δώσουν το χέρι σε χειραψία, ενώ οι ασθενείς με μασχαλιαία στο να βρίσκονται σε δημόσιους χώρους.

Οι δείκτες ποιότητας ζωής ήταν πολύ επιβαρυμένοι στους υπεριδρωσικούς σε σύγκριση με τους μάρτυρες με score DLQI παρόμοιο με το score ασθενών με έκζεμα και ψωρίαση. Γενικά διαπιστώνουμε ότι επρόκειτο για αναμενόμενα χαρακτηριστικά, τα οποία όμως κανείς δεν είχε ανακοινώσει νωρίτερα.

Θεραπεία keratosis pillaris με τοπική εφαρμογή κρέμας ταζαροτένης

Del Rosso JQ
Πανεπιστήμιο της Νεβάδα, Las Vegas, USA

Η keratosis pillaris αποτελεί συχνή διαταραχή που εκδηλώνεται ως μικρές σκληρές θυλακικές βλατίδες με χαρακτηριστική υφή στην ψηλάφηση.

Πολλοί ασθενείς έχουν ιστορικό ατοπικής νόσου. Ιστολογικά οι βλάβες χαρακτηρίζονται από ορθοκερατωσικό θυλακικό βύσμα που μπορεί να εγκλωβίζει τμήμα της τρίχας.

Οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν:

• Προϊόντα περιποίησης δέρματος: Ήπια καθαριστικά και ενυδατικά μέσα μπορεί να προσφέρουν κάποια βελτίωση, ιδίως σε ασθενείς με ατοπικό υπόβαθρο και ξηρότητα δέρματος.

• Κερατολυτικά: Προϊόντα γαλακτικού οξέος και αμμωνίου, γλυκολικού οξέος, ουρίας και σαλικυλικού οξέος έχουν χρησιμοποιηθεί με άλλοτε άλλη επιτυχία στη θεραπεία της keratosis pillaris.

• Τοπικά ρετινοειδή: Έχει χρησιμοποιηθεί τοπική τρετινοΐνη. Η σημαντικότερη ανεπιθύμητη ενέργεια είναι ο τοπικός ερεθισμός, που όμως συνήθως συνδέεται με αρχική υπερβολική ποσότητα εφαρμογής του ρετινοειδούς.

• Άλλοι θεραπευτικοί παράγοντες που έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία είναι: βιταμίνη D σε δόση 50.000 U/ημέρα για 3 μήνες. Η φλεγμονώδης παραλλαγή (υπερκερατωσική θυλακίτιδα) έχει αντιμετωπιστεί με μινοκυκλίνη και ερυθρομυκίνη, καθώς και με μέτριας ισχύος τοπικά στεροειδή.

Σκοπό της μελέτης αποτέλεσε η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της τοπικής κρέμας ταζαροτένης 0,1% στη θεραπεία της keratosis pillaris.

Εικοσιπέντε (25) ασθενείς με συμμετρική αμφοτερόπλευρη keratosis pillaris στα άνω άκρα συμπεριελήφθησαν στη μελέτη.

Κανείς δεν είχε λάβει θεραπεία πέραν ενυδατικών προϊόντων για 16 εβδομάδες πριν την έναρξη της μελέτης. Δεν υπήρχε ιστορικό συστηματικής πάθησης, παρά μόνο ατοπικής δερματίτιδας σε 13 ασθενείς, εποχιακής ρινίτιδας σε 9 ασθενείς, άσθματος σε 7 ασθενείς και υπέρτασης σε 2 ασθενείς.

Οι συγχορηγούμενες θεραπείες ήταν φεξοφεναδίνη σε 7 ασθενείς (ρινίτιδα), αμλοδιπίνη στους 2 που είχαν υπέρταση και αντισυλληπτικά σε 9 ασθενείς.

Η keratosis pillaris σε όλους τους ασθενείς χαρακτηρίστηκε μέτρια ή σοβαρή από τους ερευνητές υποκειμενικά ανάλογα με την έκταση και την υφή στην ψηλάφηση.

Στους ασθενείς εφαρμόστηκε ταζαροτένη 0,1% στο ένα άκρο βράδυ παρά βράδυ και ενυδατικά και στα δύο άκρα κάθε βράδυ που δεν περιείχαν γαλακτικό αμμώνιο, γλυκολικό οξύ ή σαλικυλικό οξύ. Σε όλους τους ασθενείς συνταγογραφήθηκε το ίδιο ήπιο καθαριστικό.

Η μελέτη ήταν τυφλή, δηλαδή ασθενείς και ερευνητές δεν γνώριζαν σε ποιο άκρο εφαρμοζόταν ταζαροτένη και σε ποιο μόνο ενυδατικά. Οι ασθενείς επανεξετάζονταν κάθε 4-6 εβδομάδες για διάστημα 12 εβδομάδων.

Σε κάθε επανεξέταση ο ερευνητής αξιολογούσε αν η keratosis pillaris επιδεινώθηκε, παρέμεινε σταθερή, βελτιώθηκε λίγο, βελτιώθηκε αρκετά, βελτιώθηκε σημαντικά ή ιάθηκε (επισκοπικά και με την αφή). Την ίδια αξιολόγηση έκαναν και οι ασθενείς.

Επιπλέον καταγράφηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες: αίσθημα νυγμών, καύσου, κνησμού ή ξηρότητας.

Εικοσιτέσσερις (24) ασθενείς ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Οι 20 ζήτησαν να συνεχίσουν την ταζαροτένη και μετά τις 12 εβδομάδες.

Αξιολόγηση

	Ταζαροτένη	Ενυδατικό
Ίαση	4/24	0/24
Σημαντική βελτίωση	11/24	3/24
Αρκετή βελτίωση	4/24	5/24
Μικρή βελτίωση	3/24	3/24
Καμία αλλαγή	2/24	2/24
Επιδείνωση	0/24	0/24

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Ένας ασθενής σταμάτησε τη θεραπεία λόγω τοπικού ερεθισμού που υποχώρησε εντός 5 ημερών. Από τους 24 που ολοκλήρωσαν τη μελέτη, 11 ανέφεραν ήπιο ερύθημα, 9 ήπια απολέπιση και 4 ήπιο κνησμό στο χέρι που εφαρμοζόταν ταζαροτένη τις εβδομάδες 1-3. Οι αντιδράσεις αυτές υποχώρησαν σε 3-4 ημέρες.

Συμπέρασμα

Η εφαρμογή ταζαροτένης 0,1% σε keratosis pillaris επιφέρει σε 12 εβδομάδες σημαντική βελτίωση στο 58,3% των ασθενών και ικανοποιητική βελτίωση στο 79,1% των ασθενών. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην αξιολόγηση των ίδιων των ασθενών ήταν 66% και 83,3%.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ήπιες και τοπικές και υποχωρούν σε λίγες ημέρες, γι' αυτό και 83,3% των ασθενών επέλεξαν να συνεχίσουν τη θεραπεία και μετά τη 12η εβδομάδα.