

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ

ΕΚΔΟΤΗΣ: Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ & ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ: Μαριάννα Δεληγιαννάκη
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ: Νατάσσα Παπαθανασίου
ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: Μαρία Μπτό, Αναστάσιος Σέντρης, Ελένα Λαγανά, Χριστίνα Βάτσα, Κλίσια Ρόκα
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: Ηλίας Καυκάς
ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΥΛΗΣ: Βάσω Χαλιώτη
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ: Νίκος Τζουρμής

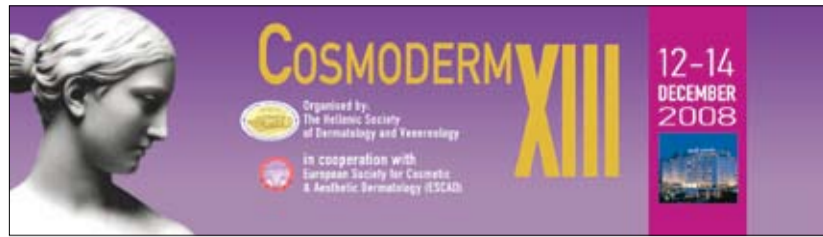
ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΚΑΤΣΑΜΠΑΣ Α. Καθηγητής Δερματολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

ΜΕΛΗ

ΑΜΑΞΟΠΟΥΛΟΣ Κ. Επιμελ. Α', Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Χ. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΑΥΓΕΡΙΝΟΥ Γ. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΒΑΚΑΛΗ-ΜΑΤΘΑΙΟΥ Γ. Επικ. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης
ΒΕΡΡΟΣ Κ. Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, Τριπολιθ
ΓΕΩΡΓΑΛΑ Σ. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΓΟΥΛΕΣ Δ. Ρευματολόγος, Αθήνα
ΓΟΥΡΓΙΩΤΟΥ Κ. Δερματολόγος, Αθήνα
ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΗΣ Γ. Δερματολόγος, Αθήνα
ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Δ. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης
ΚΑΛΟΓΕΡΟΜΗΤΡΟΣ Δ. Αν. Καθηγ. Αλλεργιολογίας - Δερματολογίας, Νοσ. "Αττικόν", Αθήνα
ΚΑΠΕΤΗΣ Ε. Επικ. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης
ΚΑΡΑΚΑΤΣΑΝΗΣ Γ. Επιμελ. Α', Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη
ΚΑΤΣΑΡΟΥ-ΚΑΤΣΑΡΗ Α. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΚΟΝΤΟΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Αν. Δ/ντής, Β' Δερματολογικό Τμήμα, Νοσ. "Α. Συγγρός"
ΚΟΥΜΑΝΤΑΚΗ-ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗ Ε. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΚΟΥΣΙΔΟΥ Θ. Επιμελ. Α', Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη
ΚΟΥΣΚΟΥΚΗΣ Κ. Καθηγ. Δερματολογίας Δημοκρίτειου Παν/μίου
ΚΡΥΓΚΕΡ-ΚΡΑΣΑΓΑΚΗ ΣΑΜΠΙΝΕ ΕΛΚΕ Επικ. Καθηγ. Παν/μίου Κρήτης
ΚΩΣΤΑΚΗΣ Π. Αν. Δ/ντής, Γ' Δερματολογικό Τμήμα Νοσ. "Α. Συγγρός"
ΛΑΣΚΑΡΗΣ Χ. Γ. Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής,
Επισκέπτης Καθηγητής Πανεπιστημίου Λονδίνου
ΛΕΦΑΚΗ-ΜΑΝΤΕΚΟΥ Ι. Αν. Διευθύντρια, Νοσ. Αφροδ.
& Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη
ΜΗΝΑΣ Α. Ομότ. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης
ΜΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΚΑΡΑΚΙΤΣΟΥ Κ. Επικ. Καθηγ. Δερματολογίας
ΜΟΥΡΕΛΛΟΥ-ΤΣΑΤΣΟΥ Ο. Διευθύντρια, Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη
ΜΠΑΣΙΟΥΚΑΣ Κ. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Ιωαννίνων
ΜΠΡΑΖΙΩΤΗΣ Α. Αν. Δ/ντής ΔΘΚΑ Νοσ. «Υγεία»
ΝΑΟΥΜ Χ. Αν. Δ/ντής Δερματολογικής Κλινικής Νοσ. "Ο Ευαγγελισμός"
ΝΟΥΤΣΗΣ Κ. Δ/ντής Δερματολογικής Κλινικής Νοσ. "Ο Ευαγγελισμός"
ΞΕΝΙΔΗΣ Ε. Επιμελ. Α', Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη
ΠΑΝΑΠΙΩΤΙΔΟΥ-ΔΕΒΛΙΩΤΟΥ Δ. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης
ΠΑΝΑΠΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Α. Αν. Δ/ντής, Γ' Δερματολογικό Τμήμα Νοσ. "Α. Συγγρός"
ΠΑΠΑΓΑΡΥΦΑΛΛΟΥ Ι. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης
ΠΑΠΑΡΙΖΟΣ Β. Επιμελ. Α', Πανεπιστημιακή Κλινική Νοσ. "Α. Συγγρός"
ΠΕΤΡΙΔΗΣ Α. Δ/ντής, Γ' Δερματολογικό Τμήμα Νοσ. "Α. Συγγρός"
ΠΙΤΣΙΛΛΟΣ Χ. Δερματολόγος, Λεμεσός, Κύπρος
ΠΟΤΟΥΡΙΔΟΥ Ε. Επιμελ. Α', Β' Δερματολογικό Τμήμα Νοσ. "Α. Συγγρός"
ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Δ. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Θ. Επιμελ. Α', Δερματολογική Κλινική Παν/μίου Πατρών
ΣΤΑΥΡΙΑΝΕΑΣ Ν. Καθηγητής Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Π.Γ. Επικ. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών
ΣΩΤΗΡΙΑΔΗΣ Δ. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης
ΤΟΣΚΑ-ΧΑΪΔΑ ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Κρήτης
ΧΑΪΔΕΜΕΝΟΣ Γ. Αν. Δ/ντής, Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη
ΧΑΤΖΗΣΤΥΛΙΑΝΟΣ Μ. Επιμελ. Α', Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη
ΧΡΥΣΟΜΑΛΛΗΣ Φ. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης



12-14 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2008, ΑΘΗΝΑ

Β' ΜΕΡΟΣ

13^ο COSMODERM

Διεθνής συνάντηση της ESCAD και της Ελληνικής Δερματολογικής και Αφροδισιολογικής Εταιρείας

Το χρονικό διάστημα 12 με 14 Δεκεμβρίου 2008 διοργανώθηκε στην Αθήνα το 13^ο COSMODERM, σε συνεργασία με την Ελληνική Δερματολογική - Αφροδισιολογική Εταιρεία. Πλήθος Ελλήνων και αλλοδαπών Δερματολόγων παρακολούθησαν τις πολύ επιτυχημένες δραστηριότητες του Συνεδρίου, που περιλάμβαναν διαλέξεις από προσκεκλημένους ομιλητές, στρογγυλά τραπέζια, σεμινάρια, ελεύθερες ανακοινώσεις και posters.

Το INFO DERMA δημοσιεύει το δεύτερο μέρος από τις περιλήψεις μερικών από τις πιο επιτυχημένες εισηγήσεις στα πλαίσια του Συνεδρίου, προσφέροντας άμεση ενημέρωση στους συναδέλφους που δεν μπόρεσαν να το παρακολουθήσουν.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Χ. ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ, Κ. ΠΕΡΟΓΙΑΝΝΗ

Ειδικευόμενοι Δερματολόγοι-Αφροδισιολόγοι
Νοσοκομείου «Α. Συγγρός»

Επαγγελματική αλλεργία στη Φορμαλδεΐδη

K. Aalto-Korte¹, K. Suuronen², O. Kuuliala¹, K. Alanko¹
¹Control of hypersensitivity diseases, ²Occupational medicine,
Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland

Ιστορικό: Η αλλεργία στη φορμαλδεΐδη είναι συχνή, και συχνά προερχόμενη από βιοκτόνα που απελευθερώνουν φορμαλδεΐδη, τα οποία χρησιμοποιούνται σε προϊόντα αισθητικής και σε όλα τα προϊόντα που περιέχουν νερό και χρησιμοποιούνται στις κατοικίες ή σε διάφορες βιομηχανίες.

Σκοποί: Η μελέτη έχει σαν σκοπό να αναλύσει τους τύπους των αλλεργικών επιδερμικών αντιδράσεων στη φορμαλδεΐδη και σε προϊόντα που απελευθερώνουν φορμαλδεΐδη, καθώς και τις πηγές της ευαισθητοποίησης.

Μέθοδοι: Στο Φιλανδικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Υγείας, ανατρέξαμε στα αρχεία των επιδερμικών δοκιμασιών για αλλεργικές αντιδράσεις στη φορμαλδεΐδη και σε 12 ουσίες που απελευθερώνουν φορμαλδεΐδη.

Οι ασθενείς με εξ επαφής αλλεργία σε οποιοδήποτε από τα συστατικά συμπεριλήφθηκαν και τα αρχεία τους επανεξετάστηκαν όσον αφορά το ε-

παγγέλμα, τη διάγνωση, την εντόπιση της δερματίτιδας και τις πληροφορίες για έκθεση στη δουλειά και στο σπίτι (σήμανση των προϊόντων, ενδείξεις ασφαλείας και χημικές αναλύσεις).

Αποτελέσματα: Μεταξύ του Ιανουαρίου 2001 και του Μαΐου 2007 διενεργήθηκαν επιδερμικές δοκιμασίες σε 80 ασθενείς με αλλεργία στη φορμαλδεΐδη και σε 18 με αλλεργία εξ επαφής σε κάποιες ουσίες που απελευθερώνουν φορμαλδεΐδη χωρίς όμως ξεκάθαρη αλλεργία στη φορμαλδεΐδη. Εξήντα από τις αλλεργίες στη φορμαλδεΐδη ήταν νέες ευαισθητοποιήσεις και 25 από αυτές θεωρήθηκαν επαγγελματικές. Οι πηγές των επαγγελματικών ευαισθητοποιήσεων ήταν υγρά κατεργασίας μετάλλων, προστατευτικές κρέμες, προϊόντα μασάζ, προϊόντα που χρησιμοποιούσαν οι κομμωτές, καθαριστικά και υγρά σαπούνια χειρών. Δύο επαγγελματικές αλλεργίες στην ουσία (2-bromo-2-nitropropane-1, 3-diol) προήλθαν από προϊόντα μασάζ και 2 επαγγελματικές ⇨

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΤΟΥ INFO DERMA

Το INFO DERMA δέχεται για δημοσίευση:

- Ανασκοπήσεις δερματολογικών ή ιατρικών θεμάτων, στις οποίες τονίζονται ιδιαίτερα οι σύγχρονες απόψεις. • Επικαιρά δερματολογικά θέματα ή θέματα σχετιζόμενα με την ειδικότητα της Δερματολογίας. • Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις με πρακτικό ενδιαφέρον. • Αναφορά σε συνέδρια, επιστημονικές εκδηλώσεις που έγιναν, με παρουσίαση των αποτελεσμάτων των εργασιών τους και με ιδιαίτερη έμφαση στις σύγχρονες θεραπευτικές προσεγγίσεις.
- Κλινικοεργαστηριακά ή επιδημιολογικά θέματα. • Θέματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στη Δερματολογία. • Σημαντικές ειδήσεις από τη δραστηριότητα επιστημονικών ιατρικών εταιρειών. • Ειδικά άρθρα. • Παρουσίαση σύγχρονων τεχνολογιών στη Δερματολογία.
- Ενημέρωση για τεχνικά θέματα που αφορούν στον τεχνικό εξοπλισμό του δερματολογικού ιατρείου και των δερματολογικών κλινικών. • Πρακτικές κατευθύνσεις σε δύσκολα δερματολογικά θέματα. • Επιστολές προς τη Σύναξη. • Ανασκόπηση του διεθνούς Ιατρικού Τύπου. • Δερματολογικές ή ιατρικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες. • Δερματολογία και Πληροφορική. • Δερματολογία και Ιστορία. • Βιβλιοπαρουσιάσεις, βιβλιοκρισίες.
- Ερωτήσεις αυτοελέγχου δερματολογικών γνώσεων. • Αφιέρωματα σε συναδέλφους που απεβίωσαν. • Νέα ιατροφαρμακευτικά προϊόντα. • Αγγελίες με ιατρικό περιεχόμενο. • Προαναγγελίες επιστημονικών εκδηλώσεων. • Επίσης, το INFO DERMA δέχεται για δημοσίευση εργασίες που είναι σύμφωνες μεταφράσεις στα ελληνικά εργασιών που έχουν δημοσιευτεί σε ξενόγλωσσα περιοδικά.

Οδηγίες για τη σύνταξη εργασιών για δημοσίευση στο INFO DERMA

Οι εργασίες που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να αποστέλλονται σε ηλεκτρονική μορφή:

- είτε σε CD με το κείμενο σε αρχείο Word και τις φωτογραφίες σε μορφή jpg σε υψηλή ανάλυση (300 dpi) ή τυπωμένες σε φωτογραφικό χαρτί (glossy)
- είτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση kafkas@otenet.gr με την ένδειξη «Για την εφημερίδα INFO DERMA».

Το κείμενο που αποστέλλεται πρέπει να αποτελείται από τα εξής στοιχεία:

- Σελίδα τίτλου (περιλαμβάνει τον τίτλο και στοιχεία των συγγραφέων: ονοματεπώνυμο, ιδιότητα, διεύθυνση, τηλέφωνο, fax, e-mail), β) Κείμενο, γ) Βιβλιογραφία, δ) Πίνακες - Σχέδια (σε ξεχωριστό φύλλο το καθένα), ε) Υπότιτλοι των εικόνων.

Προσοχή: Κείμενα δημοσιευμένα ή μη, καθώς και σχέδια, φωτογραφίες, διαφάνειες και CD ή διακέτες δεν επιστρέφονται.

Ο συγγραφέας είναι υπεύθυνος για το περιεχόμενο της εργασίας του, καθώς και για την εγκυρότητα και τα δικαιώματα των χρησιμοποιούμενων πηγών. Η Συντακτική Επιτροπή διατηρεί το δικαίωμα να επιφέρει κάθε αλληγορά που κρίνει αναγκαία για την καλύτερη παρουσίαση της ύλης, χωρίς να αλλοιώνεται η έννοια του κειμένου.

Παρακαλώ αποστείψτε το υλικό προς δημοσίευση στην παρακάτω διεύθυνση:

Προς INFO DERMA: Εκδόσεις Καυκάς, Μεσογείων 215, Αθήνα 115 25

Τηλ.: 210 6777590, Fax: 210 6756352

ή με e-mail στην ηλεκτρονική διεύθυνση kafkas@otenet.gr

⇒ αλλεργίες στο benzyl hemiformal από μαλακτικό. Από τους ασθενείς τους αλλεργικούς σε φορμαλδεΐδη, το 79% αντέδρασε τουλάχιστον σε μία ουσία που απελευθέρωνε φορμαλδεΐδη.

Συμπεράσματα: Η επαγγελματική αλλεργία στη φορμαλδεΐδη ήταν συχνή και εκδηλωνόταν σε εργάτες μετάλλων, σε κομμωτές, σε μασέρ και σε εργάτες που χρη-

σιμοποιούσαν προστατευτικές κρέμες, καθαριστικά και υγρά σαπούνια. Όταν συγκρίθηκε με μελέτες που αφορούσαν γενικά τους δερματολογικούς ασθενείς, η εξ επαφής αλλεργία σε ουσίες που απελευθερώνουν φορμαλδεΐδη χωρίς αλλεργία στη φορμαλδεΐδη ήταν σπάνια. Παρόλα ταύτα, στο σύνολο των δοκιμασιών ανευρέθησαν 2 επαγγελματικές ευαισθητοποιήσεις ειδικές στο benzyl hemiformal, το οποίο γνωρίζουμε ότι δεν έχει προηγουμένως περιγραφεί.

Η αλιτρετινοΐνη είναι ένα ενδογενές, φυσικό ρετινοειδές. Σε τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, η αλιτρετινοΐνη, όταν δόθηκε σε δόσεις 10mg και 30mg από του στόματος μία φορά ημερησίως, αποδείχθηκε σημαντικά δοσοεξαρτώμενη αποτελεσματικότητα για τη θεραπεία του σοβαρού χρόνιου εκζέματος χειρών (ΧΕΚΧ) σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονταν σε ισχυρά τοπικά κορτικοστεροειδή.

Στη φάση τρία της μελέτης BACH για την αλιτρετινοΐνη στο χρόνιο έκζεμα χειρών, εγγραφήκαν 1032 ασθενείς με σοβαρό ΧΕΚΧ, οι οποίοι προηγουμένως δεν έδειξαν καμία ανταπόκριση ή μη ικανοποιητική ανταπόκριση σε ισχυρά τοπικά κορτικοστεροειδή και είχαν μέση διάρκεια νόσου τα 9 χρόνια, όταν μπήκαν στη μελέτη. Από τους 409 ασθενείς που έλαβαν αλιτρετινοΐνη σε δόση 30mg, το 48% είχε καθαρά ή σχεδόν καθαρά χέρια στο τέλος της θεραπείας (12 ή 24 εβδομάδες, ανάλογα με την ανταπόκριση) όπως καθορίζεται σύμφωνα με την παγκόσμια ιατρική εκτίμηση (PGA), συγκρι-

νόμενο με το 17% των ασθενών στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου (n=205). Στην ομάδα της αλιτρετινοΐνης των 30mg, υπήρξε μέση μείωση 75% στην τροποποιημένη ολικής βλάβης συμπτώματος μέτρηση (mTLSS), καθώς επίσης στην έκταση της νόσου σε σύγκριση με το 39% και το 33% αντίστοιχα στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου.

Από τους ασθενείς που ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία, το 68% δεν απαντούσαν στα κριτήρια για επανάληψη θεραπείας μέσα στο χρονικό διάστημα των 6 μηνών υποτροπής. Η αλιτρετινοΐνη ήταν καλά ανεκτή στις δόσεις που μελετήθηκαν με προφίλ ασφαλείας που αντιστοιχούσε με επιδράσεις γνωστών ρετινοειδών. Οι παρενέργειες, που αφορούσαν σε ποσοστό >5% των ασθενών, περι-

λάμβαναν κεφαλαλγία, ερύθημα και αλλοίωση στις τιμές των τριγλυκεριδίων, της χοληστερόλης και των επιπέδων της θυρεοτρόπου ορμόνης. Οι βλεννοδερματικές επιδράσεις ήταν νοσοεξαρτώμενες και η συχνότητά τους ήταν περίπου 10% για τη μεγαλύτερη δόση που ερευνηθηκε. Γνωρίζοντας ότι τα ρετινοειδή είναι τερατογόνα, οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας πρέπει αυστηρά να λάβουν μέτρα αντισύλληψης πριν, κατά τη διάρκεια και ένα μήνα μετά το τέλος της θεραπείας με αλιτρετινοΐνη. Η μελέτη συμπεριέλαβε 117 ασθενείς οι οποίοι ανταποκρίθηκαν στην αρχική θεραπεία στη μελέτη BACH και έπειτα υποτροπίασαν μέσα σε 24 εβδομάδες. Η υποτροπή ορίστηκε ως η επανεμφάνιση της νόσου που αντιστοιχούσε τουλάχιστον στο 75% της βα-

σικής γραμμής mTLSS στη μελέτη BACH. Από τους ασθενείς, οι οποίοι είχαν προηγουμένως ανταποκριθεί στη θεραπεία με 30mg αλιτρετινοΐνης και έλαβαν δεύτερη θεραπεία με 30mg, το 80% πέτυχε καθαρά ή σχεδόν καθαρά χέρια συγκρινόμενο με το 8% των ασθενών που έλαβαν δεύτερη θεραπεία με εικονικό φάρμακο.

Δεν υπήρχαν καινούργιες ενδείξεις ασφαλείας στη δεύτερη θεραπεία με αλιτρετινοΐνη και παρατηρήθηκε παρόμοιο προφίλ παρενεργειών με την πρώτη θεραπεία. Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την καταλληλότητα της αλιτρετινοΐνης για διαλείπουσα, επαναλαμβανόμενη θεραπεία, η οποία μπορεί να χρειαστεί για μία επιτυχημένη μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση του ΧΕΚΧ.

Αλιτρετινοΐνη - Μία νέα, αποτελεσματική μακράς διάρκειας θεραπεία

J. Berth-Jones

Department of Dermatology, George Eliot Hospital, Nuneaton, United Kingdom

Θεραπεία παιδιών με ατοπική δερματίτιδα και ειδικές IgE και IgG4 στο αγελαδινό γάλα

P.V. Chernyshov

Department of Dermatology and Venereology, National Medical University, Kiev, Ukraine

Ιστορικό: Στις ημέρες μας, δεν υπάρχει ουσιαστικά αποτελεσματική θεραπεία για την ατοπική δερματίτιδα. Οι πληροφορίες που υπάρχουν, σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προβιοτικών για τη θεραπεία της ατοπικής δερματίτιδας, είναι αντικρουόμενες. Κάποιοι ερευνητές έλαβαν θετικά κλινικά αποτελέσματα από τη χορήγηση προβιοτικών για τη θεραπεία ατοπικής δερματίτιδας στα παιδιά, άλλοι δεν ανακάλυψαν τέτοια επίδραση. Ανακαλύφθηκαν θετικά αποτελέσματα από τη χρήση των προβιοτικών στη θεραπεία της ατοπικής δερματίτιδας, ιδίως στα παιδιά με αλλεργία στο αγελαδινό γάλα.

Σκοποί: Ο σκοπός αυτής της εργασίας ήταν να μελετήσει την επίδραση του Lacidofill (95% του L. rhamnosus Rosell-11 και 5% του L. acidophilus Rosell-52) στην κλινική πορεία και των ειδικών IgE

και IgG4 στο αγελαδινό γάλα σε παιδιά με ατοπική δερματίτιδα.

Μέθοδοι: Μελετήσαμε τριάντα παιδιά, τα οποία ήταν κάτω των τεσσάρων ετών, με ατοπική δερματίτιδα και τα οποία έλαβαν σύνθετη θεραπεία με προβιοτικό Lacidofill και μαλακτική κρέμα Trixera και μαλακτικό μπάνιου Trixera (η κύρια ομάδα) και 30 παιδιά κάτω των τεσσάρων ετών με ατοπική δερματίτιδα τα οποία έλαβαν εικονικό φάρμακο (malto-dextrin), μαλακτική κρέμα Trixera και μαλακτικό μπάνιου Trixera (ομάδα ελέγχου). Σε όλους τους ασθενείς, πριν και μετά τη θεραπεία, μετρήθηκαν το SCORAD, η IgE και οι ειδικές IgE και IgG4 στο αγελαδινό γάλα.

Αποτελέσματα: Το SCORAD μειώθηκε σημαντικά στην κύρια ομάδα (P<0.01) και όχι ιδιαίτερα ση-

μαντικά στην ομάδα ελέγχου (P<0.05). Δεν υπήρξαν σημαντικές αλλαγές της IgE (P,0.05) και στις δύο ομάδες. Υπήρξε σημαντική μείωση της ειδικής IgE (P<0.05) και σημαντική αύξηση στα επίπεδα της ειδικής IgG4 (P<0.05) στην κύρια ομάδα και αύξηση της ειδικής IgE (P<0.05) και όχι σημαντικές αλλαγές στην ειδική IgG4 στην ομάδα ελέγχου μετά τη θεραπεία.

Συμπέρασμα: Παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του SCORAD στην κύρια ομάδα. Η χρήση του Lacidofill σχετίστηκε με μείωση της ειδικής IgE στο αγελαδινό γάλα στην κύρια ομάδα. Δεδομένα από άλλες μελέτες, σχετικά με την ανασταθτική επίδραση του IgG4, μας επέτρεψε να λάβουμε την αύξηση στην κύρια ομάδα μετά τη θεραπεία σαν θετική επίδραση του Lacidofill.





Χρόνιο έκζεμα χειρών

Μία νόσος με σημαντική επίδραση στην υγεία και την ποιότητα της ζωής

T. L. Diepgen

Department of Clinical Social Medicine, Occupational and Environmental Dermatology, University Hospital Heidelberg, Heidelberg, Germany

Το έκζεμα χειρών είναι η πιο συχνή δερματοπάθεια που προσβάλλει τα χέρια. Η συχνότητα του εκζέματος χειρών είναι υπολογισμένη στο 10% στο γενικό πληθυσμό, με σημαντικά υψηλότερη συχνότητα σε συγκεκριμένες επαγγελματικές ομάδες που σχετίζονται με έκθεση στο νερό ή έκθεση σε ερεθιστικές και/ή αλλεργικές ουσίες, όπως οι κομμωτές, οι μάγειρες, οι καθαριστές, οι επαγγελματίες υγείας, οι εργαζόμενοι στη βιομηχανία μετάλλων και οι εργαζόμενοι στην τυπογραφία. Από τους 50% περίπου ασθενείς με έκζεμα χειρών που ζητούν θεραπεία, περίπου το 5% από αυτούς είναι σε αναρρωτική άδεια.

Στις περισσότερες μελέτες, η συχνότητα του εκζέματος χειρών είναι υψηλότερη στις γυναίκες (ιδιαίτερα στις νεαρές γυναίκες) από ό,τι στους άνδρες,

το οποίο φαίνεται να οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παρά σε γενετικούς παράγοντες.

Η ατοπία είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για το έκζεμα χειρών. Έχει υπολογιστεί ότι το 70-80% του παιδικού εκζέματος οφείλεται σε μία κληρονομούμενη αλλεργική ευπάθεια, καθώς ανάμεσα σε αυτούς με παιδικό έκζεμα έχει παρατηρηθεί τριπλάσια ανάπτυξη εκζέματος χειρών. Η έκθεση σε ερεθιστικές ουσίες ή αλλεργιογόνα και ενδογενείς παράγοντες, όπως η ατοπία, παίζουν αλληλοσχετιζόμενους ρόλους στην αιτιολογία του εκζέματος χειρών, καθιστώντας αδύνατο να αναγνωριστούν και να απομακρυνθούν όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες. Σε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών, το έκζεμα χειρών μεταπίπτει σε μία χρόνια κατάσταση, ακόμα και όταν ο αρχικός αιτιολογικός παράγοντας έχει αποφευχθεί.

Το ποσοστό του χρόνιου σοβαρού εκζέματος χειρών (ΧΕΚΧ) έχει υπολογιστεί στο 5-7% όλων των ασθενών με έκζεμα χειρών.

Τα κλινικά σημεία και συμπτώματα του ΧΕΚΧ περιλαμβάνουν τους κλινικούς χαρακτήρες του εκζέματος που εντοπίζεται στα χέρια, συμπεριλαμβανομένων του ερυθρήματος, του οιδήματος, της φυσαλλιοποίησης, των υπερκερατώσεων, των ρωγμών, του κνησμού και του πόνου. Οι επαγγελματίες, οικογενειακές, κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του ΧΕΚΧ είναι τεράστιες. Οι επώδυνες πομφόλυγες και οι ρωγμές όχι μόνο επηρεάζουν την καθημερινή ζωή, αλλά μπορούν να εμποδίσουν τη χειρωνακτική εργασία, οδηγώντας σε σοβαρή αναπηρία και σημαντική οικονομική ζημία τόσο στο άτομο όσο και στην κοινωνία. Σε μία μελέτη, το επαγγελματικό έκζεμα

χειρών οδήγησε σε παρατεταμένη αναρρωτική άδεια στο 20% και απώλεια εργασίας στο 23% των ασθενών στη διάρκεια ενός χρόνου, με τη σοβαρότητα που εμφανίζεται να αποτελεί τον κύριο παράγοντα κινδύνου. Το κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με μία δερματοπάθεια σε μία πολύ ευκρινή περιοχή του σώματος μπορεί να αποτελέσει επίσης σοβαρό εμπόδιο. Τα χέρια είναι σημαντικά όργανα επικοινωνίας και έκφρασης και οποιαδήποτε βλάβη στην εμφάνιση ή στη λειτουργικότητά τους μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση και κοινωνική φοβία. Συμπερασματικά, το σοβαρό ΧΕΚΧ έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα της ζωής των ασθενών και θέτει ένα εμπόδιο με πολλή πρόσωπα τόσο στο άτομο όσο και στην κοινωνία στο σύνολό της.

Θεραπευτική εκπαίδευση

Ένα εργαλείο για τη θεραπεία της ατοπίας

C. Gelmetti¹, M. Ambonati², C. Segard³, C. Taieb⁴

¹Servizio di Dermatologia pediatrica, Irccs Ospedale Maggiore, ²Milan Italy, Medical Dpt, Laboratoire Dermatologique Ducray, Lavaur,

³Medical, Fondation Recherche Atope, Toulouse, ⁴Public Health and Quality of Life, PFSA, Boulogne Billancourt, France

Σκέψη: Η θεραπευτική εκπαίδευση είναι ένα σύνολο πρακτικών, οι οποίες στοχεύουν στο να βοηθούν τους ασθενείς ή αυτούς που είναι υπεύθυνοι για εκείνους να αποκτήσουν γνώση και ικανότητα, έτσι ώστε ενεργά να αντιμετωπίσουν την πάθηση, τη θεραπεία και την παρακολούθηση της πορείας τους. Η θεραπευτική εκπαίδευση, η οποία έχει ήδη αποδειχτεί για τον σακχαρώδη διαβήτη και το άσθμα, γίνεται γνωστή στα ατοπικά παιδιά.

Σκοπός: Να δημιουργήσουμε ένα εκπαιδευτικό εργαλείο το οποίο να βοηθάει τους ασθενείς και αυτούς γύρω από εκείνους να κατανοήσουν την ασθένεια τους και τη θεραπεία της, να συνεργαστούν καλύτερα με τους θεραπευτές τους και να διατηρήσουν ή να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους.

Αποτελέσματα: Βασισμένα στις συνεντεύξεις με παιδιά, γονείς και θεραπευτές, έχει επιβεβαιωθεί ότι οι ανάγκες των ατοπικών παιδιών ποικίλουν κατά

τη διάρκεια της ημέρας, ανάλογα με τις δραστηριότητες τους. Σχεδιασμένο για παιδιά από τεσσάρων έως επτά ετών, οι δημιουργοί του «ατοπικού ρολογιού» επέλεξαν την περίπτωση να μαθαίνουν τα παιδιά να ήλνε την ώρα και να διαιρούν την ημέρα σε χρονικά τμήματα, τα οποία αντιστοιχούν στον ίδιο αριθμό τμημάτων των διαφορετικών δραστηριοτήτων των παιδιών.

Έτσι, το χρονικό διάστημα από τις 5-6 π.μ. εξετάζει τον ύπνο, το χρονικό διάστημα από τις 6-7 π.μ. εξετάζει το πρωινό ξύπνημα και το υπνοδωμάτιο, το χρονικό διάστημα από τις 7-8 π.μ. εξετάζει το πλύσιμο, 8-9 π.μ. ασχολείται με το ντύσιμο της ημέρας, το 9-11 π.μ. κομμάτι δίνει πληροφορίες σχετικά με τον παιδικό σταθμό και το σχολείο, αυτό στις 11-1 μ.μ. βλέπει το δεκατιανό, το απογευματινό γεύμα, το διάστημα 1-4 μ.μ. κομμάτι περιγράφει τις προφυλάξεις που πρέπει να ληφθούν για τις δραστηριότητες μετά το σχολείο και το 4-5 μ.μ. στο απογευματινό διάστημα αντιστοιχεί στην

επιστροφή στο σπίτι, για τσάι και τα λοιπά. Το ατοπικό ρολόι είναι ένα εργαλείο χαράς και εκπαίδευσης, διαθέσιμο στους δερματολόγους, να εξηγήσουν στους γονείς των ατοπικών παιδιών τι να κάνουν κατά τη διάρκεια της ημέρας και κατά τη διάρκεια του έτους.

Το ατοπικό ρολόι είναι επίσης μία πληροφοριακή υποστήριξη σχεδιασμένη για παιδιά, από τα πολύ μικρά έως τα μεγαλύτερα παιδιά, που μπορούν να βρουν χρήσιμες πληροφορίες έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν καλύτερα την πάθησή τους.

Συμπέρασμα: Το ατοπικό ρολόι, το οποίο επικεντρώνεται στον ασθενή, αφορά την καθημερινότητα των παιδιών και τον ψυχοκοινωνικό τους περίγυρο και περιλαμβάνει τις οικογένειές τους και το φιλικό τους περιβάλλον.

Μπορεί να συμπεριληφθεί στη θεραπεία και τη φροντίδα του παιδιού και ανταποκρίνεται στα κριτήρια που έχουν θέσει οι μεθοδολόγοι.





Σύγχρονες θεραπευτικές στρατηγικές του χρόνιου εκζέματος χειρών Οφέλη και περιορισμοί

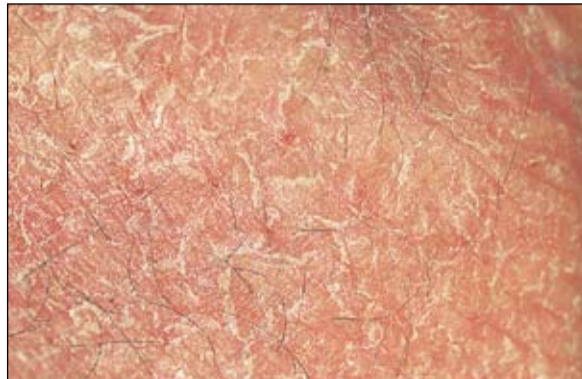
R. A. C. Graham-Brown

Department of Dermatology, Leicester Royal Infirmary, Leicester, United Kingdom

Οι ασθενείς με χρόνιο έκζεμα χειρών χρειάζονται μακροχρόνια διαχείριση και η θεραπεία συνήθως δίδεται σε τρία διαδοχικά βήματα:

1. Εκπαίδευση που αφορά μέτρα προστασίας του δέρματος και αλλαγές στον τρόπο ζωής για να ελαχιστοποιηθεί η έκθεση σε αλλεργιογόνα ή ερεθιστικούς παράγοντες. Τα χέρια μπορούν να προστατευθούν με γάντια για να αποφευχθεί η έκθεση σε εκλυτικούς παράγοντες (παρόλο που τα γάντια μπορούν στην πραγματικότητα να επιδεινώσουν την κατάσταση) και με τη χρήση μίας ενυδατικής κρέμας που δημιουργεί ένα προστατευτικό φραγμό και η οποία βοηθάει επίσης το δέρμα να παραμένει ενυδατωμένο.

2. Τα τοπικά κορτικοστεροειδή είναι αποτελεσματικά στον έλεγχο του ΧΕΚΧ σε πολλούς ασθενείς, παρόλο αυτά η καταλληλότητα τους περιορίζεται από το φαινόμενο rebound, την ταχυφυλαξία και από την έλλειψη αποτελεσματικότητας σε σοβαρά προσβεβλημένους ασθενείς. Μακροχρόνια χρήση των



κορτικοστεροειδών μπορεί να προκαλέσει ατροφία του δέρματος και μπορεί να συμβάλει σε περαιτέρω εξασθένηση του δερματικού φραγμού.

3. Η φωτοθεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες, αλλά έχει σημαντική επίδραση στον τρόπο ζωής του ασθενούς και δεν είναι ευρέως διαθέσιμη. Το σοβαρό ΧΕΚΧ έχει υπολογιστεί ότι αποτελεί το 5-7% όλων των ασθενών με έκζεμα χειρών. Κατά προσέγγιση το 2-4%

από αυτούς τους ασθενείς έχει υπολογιστεί να είναι ανθεκτικό στην τοπική θεραπεία και οι σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές για αυτούς τους ασθενείς είναι σαφώς περιορισμένες. Η μη εγκεκριμένη χρήση συστηματικών θεραπειών, όπως της κυκλοσπορίνης και άλλων ανοσοκατασταλτικών, έχει αναφερθεί, αλλά υπάρχει έλλειψη κλινικών μελετών που να υποστηρίζει τη μακροχρόνια αποτελεσματικότητα και ασφάλεια για αυτή την ένδειξη. Συμπερασματικά, υπάρχει κλινική ανάγκη για συστηματικές θεραπείες οι οποίες να θεραπεύουν αποτελεσματικά το σοβαρό ΧΕΚΧ που είναι ανθεκτικό στο τοπικά κορτικοστεροειδή.

Τα ρετινοειδή έχουν χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά στη θεραπεία σοβαρών δερματολογικών παθήσεων από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Ενώ τα σύγχρονα ρετινοειδή έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικά για τη θεραπεία της ψωρίασης, της ακμής και κάποιων γενοδερματοπαθειών, η αλιτρετινοΐνη είναι η πρώτη που έχει αποδειχτεί αποτελεσματική για τη θεραπεία του ΧΕΚΧ.

Η θεραπεία με Αλεφασέπτη (μία LFA-3/IgG πρωτεΐνη σύντηξης) βελτιώνει το ατοπικό έκζεμα

D. Simon¹, S. Hfsl², G. Kostylina², H. Simon², N. Yawalkar¹¹Department of Dermatology, Bern University Hospital, ²Institute of Pharmacology, University of Bern, Bern, Switzerland

Ιστορικό: Το ατοπικό έκζεμα είναι μία χρόνια φλεγμονώδης δερματοπάθεια, που ενορχηστρώνεται κυρίως από τα Τ-λεμφοκύτταρα, τα δενδριτικά κύτταρα, τα ηωσινόφιλα, τα Β-λεμφοκύτταρα, τα μαστοκύτταρα και τα κερατινοκύτταρα. Η anti-LFA3 πρωτεΐνη σύντηξης αλεφασέπτη μειώνει την ενεργοποίηση των μνημονικών Τ-λεμφοκυττάρων, εμποδίζοντας τη συνδιέγερσή τους και μειώνοντας τον αριθμό των Τ-λεμφοκυττάρων.

Σκοπός: Αυτή η μελέτη προσπαθεί να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με αλεφασέπτη στο ατοπικό έκζεμα.

Μέθοδοι: Μία ερευνητική αρχόμενη, προοπτική, ανοιχτή πιλοτική μελέτη διενεργήθηκε, η οποία συμπε-

ριέλαβε 10 ασθενείς με μέτριο προς σοβαρό ατοπικό έκζεμα.

Οι ασθενείς έλαβαν ενδομυϊκά αλεφασέπτη (Amevine, Biogen-Dompri) 15mg για 12 εβδομάδες.

Κλινικές παράμετροι: (EASI, βαθμός κνησμού, συγχρηγούμενα φάρμακα), ανάλυση κυττάρων περιφερικού αίματος που περιελάμβανε ανοσοφαινότυπο, ιστολογία δέρματος, ανάλυση με ανοσοφθορισμό κυττάρων που διηθούν το δέρμα, έκφραση κυτταροκινών από τα PBMC και από κύτταρα που διηθούν το δέρμα, με προσδιορισμό του mRNA και του επιπέδου των πρωτεϊνών.

Αποτελέσματα: Σε όλους τους ασθενείς παρατηρήθηκε βελτίωση των συμπτωμάτων του ατοπικού εκζέματος



κατά τη διάρκεια της θεραπείας με αλεφασέπτη, με παρατεταμένη επίδραση στην περίοδο παρατήρησης των επόμενων 10 εβδομάδων.

Το EASI ήταν σημαντικά μειωμένο [17.7±1.9 πριν τη θεραπεία, 4.7±1.6 μετά τη θεραπεία (12^η εβδομάδα), 2.8±0.7 (22^η εβδομάδα), p<0.01] παράλληλα με τη μείωση του κνησμού.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με αλεφασέπτη παρατηρήσαμε μείωση στον αριθμό και στην ενεργοποίηση των Τ-λεμφοκυττάρων του αίματος. Οι βιοψίες του δέρματος ανέδειξαν σημαντική μείωση της σπογγίωσης, της ακάνθωσης και του αριθμού των κυττάρων που διηθούν το δέρμα όπως τα Τ-λεμφοκύτταρα, τα Β-λεμφοκύτταρα και τα ηωσινόφιλα. Η έκφραση των κυτταροκινών, και συγκεκριμένα των IL-5 και IL-13, στο δέρμα ήταν σημαντικά μειωμένη με τη θεραπεία.

Συμπέρασμα: Η θεραπεία με αλεφασέπτη αποδείχθηκε αποτελεσματική στο μέτριο με σοβαρό ατοπικό έκζεμα. Τα αποτελέσματά μας υπογραμμίζουν τον κυρίαρχο ρόλο των Τ-λεμφοκυττάρων στην παθογένεση του ατοπικού εκζέματος.





Προβλήματα του τριχωτού της κεφαλής Ψυχοκοινωνικές εκδοχές της απώλειας μαλλιών

U. Gieler

Κλινική Ψυχοσωματικής Ιατρικής και Ψυχοθεραπείας, Justus-Liebig-Πανεπιστήμιο της Γκίσεν, Γκίσεν, Γερμανία

Παρόλο που μερικοί συγγραφείς διαπραγματεύονται την επίδραση του συγκινησιακού στρες στις παθολογίες της αλωπεκίας και της απώλειας μαλλιών (van de Steen, 1992), υπάρχουν συνήθως γεγονότα στη ζωή ή και άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που δημιουργούν άγχος και οι οποίοι έχουν αυξηθεί σημαντικά (Perini, 1984, Dutray et al 2007, Egle, 1987). Είναι ολοφάνερο λοιπόν, ότι η νόσος συνοδεύεται από κατάθλιψη, ανησυχία και κοινωνική φοβία (Koo 1994, Manolache & Benea 2007).

Η ελιπτωματική λειτουργία οδηγεί τον ασθενή, κυρίως σε σοβαρές περιπτώσεις, σε ψυχολογική κατάπτωση και σε συμπεριφορές κοινωνικής αποφυγής, απέχθειας και αιδούς. Η συμπεριφορά που εκδηλώνεται εξαρτάται από την υπερέχουσα δομή της προσωπικότητας και ενδέχεται να παρουσιάσει προβλήματα στην ψυχοκοινωνική αντίληψη των ασθενών.

Είναι χρήσιμο να έχουμε μία βαθύτερη επικοινωνία με τον ασθενή, όσον αφορά τις ψυχοσωματικές πλευρές. Είναι απαραίτητο δε, να προσεγγιστούν κα-

τά την πρώτη συνεδρία κάποιες περιπτώσεις πιθανών ψυχοκοινωνικών επιρροών. Η προσεκτική επικοινωνία δερματολόγου-ασθενούς είναι σημαντική, προκειμένου να αναγνωριστούν οι συναισθηματικές επιρροές, οι οποίες αποτελούν διαγνωστική αρωγή για την αναγνώριση του ψυχολογικού τομέα στη νόσο (π.χ. αίσθημα αιδούς και απέχθειας, καθώς και κοινωνική φοβία και κατάθλιψη). Τα ψυχομετρικά ερωτηματολόγια βοηθούν στο να συνειδητοποιήσουμε καταθλιπτικές συμπεριφορές, τη γενικότερη ανησυχία, καθώς και την αλληλοίωση της ποιότητας της ζωής (Finlay 1997, ανασκόπηση). Μερικές φορές, υπάρχουν δυσκολίες στην αναγνώριση της τριχοτιλλομανίας (Pericin, 1996; Sah 2008), η οποία είναι απαραίτητη προκειμένου να διαφοροποιήσουμε τις ποικίλες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Ο δερματολόγος και ο ασθενής επικοινωνούν και εστιάζουν κυρίως στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αλλά δίνουν και ιδιαίτερη βάση στην ανασφάλεια του ασθενούς. Δεν υπάρχουν μελέτες να δείχνουν τη βελτίωση μόνο με την εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης. Υπάρχει μία μελέτη, σχετικά με το συνδυασμό της αυ-

τογενούς εξάσκησης, φαντασίας και μικρής δόσης ανοσοκατασταλτικής αγωγής (ψυχο-ανοσοποιητική θεραπεία), (Teshima, 1991). Σε μερικές περιπτώσεις, η ψυχοδυναμική ή η ψυχοαναλυτική ψυχοθεραπεία δείχνει να είναι αποτελεσματική (Koblentz 1987, ανασκόπηση, Willenberg 1987). Δεν υπάρχουν μελέτες που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας της συμπεριφοράς, αλλά μπορεί να βοηθήσει η εκπαίδευση για κοινωνική αντιμετώπιση ή η μείωση των κοινωνικών ανησυχιών. Παράλληλα με τις αποδεκτές στρατηγικές, μία θεραπεία σε όλη την οικογένεια μπορεί να είχε αποτελέσματα σε παιδιά. Σε κάποιες περιπτώσεις, αναφέρεται και η υπνοθεραπεία, αλλά χωρίς να αναφέρονται καθαρά αποτελέσματα για την επανεμφάνιση τριχών (Harrison, 1991). Σε μία ελεγχόμενη διπλή τυφλή μελέτη, όπου χρησιμοποιήθηκε εικονικό φάρμακο (placebo), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι 5 εκ των 7 ασθενών παρουσίασαν καλύτερα αποτελέσματα με λιμπαμίνη. Υπήρξε σημαντική κλινική επανεμφάνιση τριχών σε σύγκριση με την ομάδα που δεν χρησιμοποίησε το εικονικό φάρμακο, η οποία δεν παρουσίασε αποτελέσματα (Perini, 1994).

Συστηματική προσέγγιση της συχνής απώλειας μαλλιών στις γυναίκες

R.M.Trueb

Τμήμα Δερματολογίας, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ζυρίχης, Ζυρίχη, Ελβετία

Μερικά είναι τα δερματολογικά προβλήματα που συνδέονται με την ψυχολογία και το κυριότερο εξ αυτών είναι η απώλεια μαλλιών στις γυναίκες. Αν και η πάθηση μπορεί να μοιάζει δυσανάλογη σε σχέση με την έκταση της γενικότερης πάθησης της απώλειας μαλλιών, η εμφάνιση του συμπτώματος κυριαρχεί συστηματικά.

Πέρα από την ψυχολογική του εξήγηση, η απώλεια μαλλιών μπορεί να αποτελεί εκδήλωση γενικότερου ιατρικού προβλήματος. Στην ανησυχία του ασθενούς έρχονται να προστεθούν και προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες από γιατρούς που θεωρούν κάτι κοινότυπο την πάθηση της απώλειας μαλλιών. Η συμπεριφορά αυτή, από την πλευρά των γιατρών, μπορεί να προκύπτει από έλλειψη γνώσης. Ως εκ τούτου, δυσκολεύονται να ασχοληθούν με τέτοιες περιπτώσεις. Η γνώση των κύριων αιτιών της απώλειας μαλλιού προαπαιτείται, προκειμένου να επιληχτεί η κατάλληλη ιατρική φροντίδα. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η απώλεια μαλλιών προκύπτει από διαταραχή του κύκλου ανάπτυξης των τριχών. Όποια και αν είναι η περίπτωση, ο θύλακος συμπεριφέρεται με ανάλογο τρόπο. Παρόλο που ο κάθε θύλακος διαθέτει το δικό του μεμονωμένο μηχανισμό ελέγχου σχετικά με την εξέλιξη και την ενεργοποίηση των επιτυχών φάσεων του κύκλου της τρίχας, συστηματικοί παράγοντες, όπως ορμόνες, κυτοκίνες, παράγοντες ανάπτυξης, καθώς και εξωτερικοί παράγοντες

Παρόλο που ο κάθε θύλακος διαθέτει το δικό του μεμονωμένο μηχανισμό ελέγχου σχετικά με την εξέλιξη και την ενεργοποίηση των επιτυχών φάσεων του κύκλου της τρίχας, συστηματικοί παράγοντες, όπως ορμόνες, κυτοκίνες, παράγοντες ανάπτυξης και εξωτερικοί παράγοντες που συνδέονται με το περιβάλλον, όπως κλιματικοί παράγοντες, τοξίνες και έλλειψη θρεπτικών συστατικών, βιταμινών και ενέργειας επηρεάζουν και αυτοί.

που συνδέονται με το περιβάλλον, όπως κλιματικοί παράγοντες, τοξίνες και έλλειψη θρεπτικών συστατικών, βιταμινών και ενέργειας επηρεάζουν και αυτοί. Υπάρχουν πειστικές αποδείξεις για την περιοδικότητα στην ανάπτυξη και στην απώλεια μαλλιών, η οποία εκδηλώνεται με μέγιστη αναλογία τελογενών τριχών στα τέλη του καλοκαιριού και στις αρχές του φθινοπώρου. Μία ειδική διάγνωση μπορεί να εφαρμοστεί με ιδιαίτερη προσοχή, εστιάζοντας κυρίως στη χρονολογική σειρά των γεγονότων, στην εξέταση του κεφαλιού, σε δείγματα των τριχών που πέφτουν, στα αποτελέσματα μίας εξέτασης όπου προσπαθούμε να αποσπάσουμε μαλλιά με τράβηγμα, στην εξέταση των βομβών των τριχών που έχουν πέσει και ει-

δικές εξετάσεις αίματος. Μόλις καθοριστεί η διάγνωση, η κατάλληλη θεραπεία μπορεί να ελέγξει την απώλεια μαλλιών. Εφόσον υπάρχει μεγάλο εμπορικό ενδιαφέρον που στρέφεται κυρίως στη θρεπτική αξία των συμπληρωμάτων βιταμινών και αμινοξέων, ένα ερώτημα το οποίο προκύπτει είναι αν με την αύξηση της ποσότητας συγκεκριμένων αμινοξέων, βιταμινών και/ή ιχνοστοιχείων σε μία ήδη επαρκή σε θρεπτικά στοιχεία διατροφή, μπορεί να επιτευχθεί περαιτέρω ανάπτυξη μαλλιών. Αν και έχουν διαπιστωθεί χαμηλά επίπεδα φερριτίνης σε γυναίκες με απώλεια μαλλιών, πρόσφατα αποτελέσματα δείχνουν ότι στις γυναίκες που πάσχουν από διάχυτη αλωπεκία τελογενούς τύπου δεν υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ χαμηλής φερριτίνης (π.χ. 10ng/mL) και απώλειας μαλλιών. Η λογική αιτιολόγηση για τη χρήση της κυστίνης L (L-cystine) βασίζεται στη βιοχημεία του μεταβολισμού της κυστίνης και συσχετίζεται με τον θύλακο της τρίχας. Τέλος, κλινικές παρατηρήσεις πάνω στις διαταραχές που παρουσιάζει ο μεταβολισμός της κυστίνης στα μαλλιά, καθώς και στην έλλειψή της προκύπτουν από αποτελέσματα ερευνών σε ζώα καθώς και σε ανθρώπους.

Βιβλιογραφία

1. Lengg N, Heidecker B, Troeb RM. Συμπλήρωμα διατροφής αυξάνει το ρυθμό αναγενούς φάσης των τριχών στις γυναίκες με διάχυτη αλωπεκία τελογενούς τύπου: αποτελέσματα σε ελεγχόμενη διπλή τυφλή δοκιμή με εικονικό φάρμακο (placebo). Θεραπεία 2007; 4: 59-65.
2. Bregy A, Troeb RM. Καμία σχέση μεταξύ επιπέδου φερριτίνης >10microgram/L και απώλεια μαλλιών στις γυναίκες. Δερματολογία 2008; 217: 1-6.



Πρόγραμμα υπολογιστών πάνω στην επιστήμη της φροντίδας του τριχωτού της κεφαλής (V-1.5)

Επαγγελματικό διαγνωστικό πρόγραμμα για τριχολόγους-χρήστες υπολογιστών

V.P Tkachev

Τριχολόγος-Νευρολόγος, Επικεφαλής του Τμήματος Τριχολόγων στο Πανεπιστήμιο της Φιλίας των Λαών Ρωσίας, Μόσχα, Ρωσική Ομοσπονδία

Η απώλεια μαλλιών είναι ένα κοινό πρόβλημα στη δερματολογία. Επειδή λοιπόν η πάθηση της απώλειας μαλλιών και τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι δύσκολο να εκτιμηθούν, με βάση τις κλασικές μεθόδους, υπήρξε η ανάγκη για ακριβή τεχνολογία προκειμένου να επιτευχθούν ακριβείς μετρήσεις της ανάπτυξης των τριχών, καθώς και για να ελεγχθούν ηλεκτρονικά οι απαντήσεις που θα οδηγήσουν στη θεραπεία αντίστοιχα.

Τα εργαλεία γραφείου αναπτύχθηκαν πρόσφατα και εγκρίθηκαν, συμπεριλαμβανομένης και της μεθόδου TrichoScan®, η οποία συνδυάζει μεθόδους δερματοσκόπησης με αυτόματη ψηφιακή ανάλυση εικόνας. Στη Ρωσία, αναπτύξαμε ένα πρόγραμμα το οποίο ονομάσαμε Trichoscience® και το οποίο, μαζί

με το σύστημα κάμερας Aramo®, δίνει τη δυνατότητα για ανάλυση των ακολούθων βιολογικών παραμέτρων της ανάπτυξης μαλλιών: 1) πυκνότητα μαλλιών (ανά cm²), 2) διάμετρο τρίχας (σε m), 3) ρυθμό ανάπτυξης της τρίχας (mm ανά ημέρα) και 4) ποσοστό των τριχών που πέφτουν.

Επιπροσθέτα, το πρόγραμμα δίνει τη δυνατότητα για ταυτόχρονη εξέταση των παραμέτρων μορφομετρίας των μαλλιών σε ανδρογόνο-εξαρτώμενη και ανδρογόνο-ανεξάρτητη ζώνη, για επίτευξη της εργασίας με ποικίλο οπτικό εξοπλισμό και διάφορες λειτουργίες οπτικού ζουμ, τον υπολογισμό των παραμέτρων μορφομετρίας με 10 επιπρόσθετα παράθυρα λαμβάνοντας όλες τις μετρήσεις αριθμητικά, την επιλογή της περιοχής που βιντεοσκοπείται και τη μορφή της (κυκλική ή ορθογώνια), την επιλογή αυ-

τόματου υπολογισμού της σπάνταρ απόκλισης κατά τον υπολογισμό της διαμέτρου της τρίχας, τον υπολογισμό των τριχών και του ποσοστού των θυλάκων και τον υπολογισμό πιθανής έντασης απώλειας μαλλιών για την επερχόμενη περίοδο από 1 έως 5 μήνες.

Επίσης, το πρόγραμμα προσφέρει επιπρόσθετες δυνατότητες για συνολική φωτογραφική εκτίμηση, εξέταση του τριχωτού της κεφαλής, του άξονα της τρίχας καθώς και του βολβού της, διατήρηση βάσης δεδομένων και τέλος, παρακολούθηση εξωτερικών ασθενών και αρχείο ψυχολογικών τεστ. Το καινοτόμο αυτό πρόγραμμα προσφέρει τη δυνατότητα για περίπλοκη εκτίμηση του τριχωτού του ασθενούς με τη χρήση της τεχνολογίας καθώς και για χρήση για σκοπούς κλινικής έρευνας.

Ανοιχτές κλινικές δοκιμές πάνω στην αποτελεσματικότητα της κυστίνης L-ιατρικής μαγιάς-παντοθενικού οξέος και βιταμίνης B (CYP)-βασικό ενεργό παρασκεύασμα (Pantovigar®) σε γυναίκες με διάχυτη αλωπεκία τελογενούς τύπου

T.V. Tsimbalenko¹, V. Tkachev², M. Khaldina³, O. Panova⁴

¹Ιατρικό Κέντρο Θεραπειών Κοσμητολογίας Έκλαν, Πολυκλινική της Ρωσικής Ακαδημίας Επιστημών,

²Επικεφαλής του τμήματος Τριχολόγων στο Πανεπιστήμιο της Φιλίας των Λαών της Ρωσίας, ³Πολυκλινική 1, Τμήμα Δερματολογίας,

⁴Γενικός Διευθυντής Ιατρικού Κέντρου Θεραπειών Κοσμητολογίας Έκλαν, Πολυκλινική της Ρωσικής Ακαδημίας Επιστημών, Μόσχα, Ρωσική Ομοσπονδία

Η αποτελεσματικότητα της κυστίνης L-ιατρικής μαγιάς-παντοθενικού οξέος και της βιταμίνης B (CYP) ενεργό παρασκεύασμα (Pantovigar®) για θεραπεία σε κατά τα άλλα υγιείς γυναίκες με διάχυτη αλωπεκία τελογενούς τύπου εξετάστηκε σε μία προκαθορισμένη ανοιχτή κλινική δοκιμή με τυφλά αποτελέσματα αξιολόγησης. Κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: ιστορικό αυξημένης τριχόπτωσης, με ή χωρίς κλινικά ευρήματα απώλειας μαλλιών σε γυναίκες του τύπου Ludwig I και II, καθώς και ποσοστό πτώσης μαλλιών μεγαλύτερο του 15%.

Συνολικά σαράντα γυναίκες, ηλικίας από 18 έως 45 ετών, πήραν μέρος στις δοκιμές και τοποθετήθηκαν είτε στην ενεργή ομάδα είτε στην ανενεργή ομάδα.

Τριάντα οκτώ από αυτές ολοκλήρωσαν τη μελέτη:

δεκαοκτώ στην ενεργή ομάδα και είκοσι στην ανενεργή. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της ενεργής ομάδας έναντι της ανενεργής ομάδας (ομάδα χωρίς θεραπεία) μετρήθηκαν μέσω μικροσκοπίου δερματοσκόπησης με αυτόματη ανάλυση ψηφιακής εικόνας, χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα Trichoscience v.1.3, το οποίο δημιουργήθηκε πρόσφατα για αυτό το σκοπό, καθώς και ολικής φωτογράφισης μηχανήματα εκτίμησης. Οι παράμετροι μορφομετρίας περιελάμβαναν: το ποσοστό τελογενών τριχών, την πυκνότητα του μαλλιού, τη διάμετρο της τρίχας, καθώς και το ποσοστό κατεστραμμένων αναγεννών τριχών.

Μετά από τέσσερις μήνες θεραπείας, η ενεργή ομάδα έδειξε στατιστικά σημαντική μείωση ($p < 0.01$) του ποσοστού των τριχών που πέφτουν, μαζί με μία μείωση του ποσοστού κατεστραμμένων μαλλιών της μετωποβρεγματικής περιοχής ($p < 0.001$),

και αύξηση της διαμέτρου των τριχών σε αμφότερες τις περιοχές, μετωποβρεγματική και ινιακή ($p < 0.001$). Στην ανενεργή ομάδα δεν παρατηρήθηκε καμία τέτοια αλλαγή.

Σε αμφότερες τις ομάδες, η πυκνότητα του μαλλιού δεν έδειξε καμία σημαντική αλλαγή. Η σημαντική βελτίωση των παραμέτρων ανάπτυξης μαλλιού φάνηκε σε μία εξίσου σημαντική βελτίωση στην κατάσταση του μαλλιού, που διαπιστώθηκε στην ολική φωτογραφική εκτίμηση των ασθενών, οι οποίοι δέχτηκαν ενεργό παρασκεύασμα, ενώ καμία τέτοια αλλαγή δεν παρατηρήθηκε στην ανενεργή ομάδα.

Τα ευρήματα αυτά μπορούν να εξηγηθούν μέσω του αποτελέσματος του ενεργού παρασκευάσματος, όσον αφορά την αύξηση των τελικών τριχών σε αναγεννείς, τονίζοντας έτσι την ενθαρρυντική ιδιότητα του Pantovigar® στην ανάπτυξη μαλλιών. **ID**