

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΥΚΑΣ

ΕΚΔΟΣΗΣ ..... Ηλίας Καυκάς, Δερματολόγος  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ: ..... Νατάσσα Παπαθανασίου  
ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ: ..... Μαρία Μπτά, Έλενα Λαγανά  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ..... Ηλίας Καυκάς  
ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΥΛΗΣ: ..... Βάσω Χαλιώτη  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ: ..... Νίκος Τζουρμέτας

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΚΑΤΣΑΜΠΑΣ Α. Καθηγητής Δερματολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

ΜΕΛΗ

ΑΜΑΞΟΠΟΥΛΟΣ Κ. Επιμετ. Α', Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη  
ΑΝΤΩΝΙΟΥ Χ. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών  
ΑΥΓΕΡΙΝΟΥ Γ. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών  
ΒΑΓΕΝΑ Α. Δ/ντρια Δερματολογικής Κλινικής Νοσ. "Ερρίκος Ντυνάν"  
ΒΑΚΑΛΗ-ΜΑΤΘΑΙΟΥ Γ. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης  
ΒΑΛΛΑΡΟΥΤΣΟΣ Κ. Δερματολόγος, Θεσ/νίκη  
ΒΕΡΡΟΣ Κ. Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, Τρίπολη  
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. Ομότ. Επικ. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης  
ΚΑΡΑΚΑΤΣΑΝΗΣ Γ. Αν. Δ/ντής, Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη  
ΚΑΤΣΑΡΟΥ-ΚΑΤΣΑΡΗ Α. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών  
ΚΕΤΩΝΗΣ Γ. Δερματολόγος, Λευκωσία, Κύπρος  
ΚΟΝΤΟΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Δ/ντής, Β' Δερματολογική Κλινική, Νοσ. "Α. Συγγρός"  
ΚΟΥΜΑΝΤΑΚΗ-ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗ Ε. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών  
ΚΟΥΣΙΔΟΥ Θ. Δ/ντρια, Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη  
ΚΟΥΣΚΟΥΚΗΣ Κ. Καθηγ. Δερματολογίας Δημοκρίτειου Παν/μίου  
ΚΡΥΓΚΕΡ-ΚΡΑΣΑΓΑΚΗ ΣΑΜΠΙΝΕ ΕΛΚΕ Αν. Καθηγ. Παν/μίου Κρήτης  
ΚΩΣΤΑΚΗΣ Π. Δ/ντής, Γ' Δερματολογική Κλινική Νοσ. "Α. Συγγρός"  
ΛΑΣΚΑΡΗΣ Χ. Γ. Ομότ. Αν. Καθηγ. Στοιματολογίας Ιατρικής Σχολής,  
Επισκέπτης Καθηγητής Πανεπιστημίου Λονδίνου  
ΛΕΦΑΚΗ-ΜΑΝΤΕΚΟΥ Ι. Δ/ντρια, Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη  
ΜΗΝΑΣ Α. Ομότ. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης  
ΜΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΚΑΡΑΚΙΤΣΟΥ Κ. Ομότ. Επικ. Καθηγ. Δερματολογίας  
ΜΟΥΡΕΛΛΟΥ-ΤΣΑΤΣΟΥ Ο. Ομότ. Δ/ντρια, 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. Επιμετ. Α', Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΟΥ-ΔΕΒΛΙΩΤΟΥ Δ. Ομότ. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Α. Δ/ντής, Γ' Δερματολογική Κλινική Νοσ. "Α. Συγγρός"  
ΠΑΠΑΓΑΡΥΦΑΛΛΟΥ Ι. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης  
ΠΑΠΑΡΙΣΟΣ Β. Δ/ντής, Πανεπιστημιακή Κλινική Νοσ. "Α. Συγγρός"  
ΠΕΤΡΙΔΗΣ Α. Δ/ντής, Γ' Δερματολογική Κλινική Νοσ. "Α. Συγγρός"  
ΠΙΤΣΙΔΙΟΣ Χ. Δερματολόγος, Λεμεσός, Κύπρος  
ΠΟΤΟΥΡΙΔΟΥ Ε. Δ/ντρια, Β' Δερματολογική Κλινική Νοσ. "Α. Συγγρός"  
ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ Δ. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών  
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ Θ. Δ/ντής, Δερματολογική Κλινική Παν/μίου Πατρών  
ΣΤΑΥΡΙΑΝΕΑΣ Ν. Καθηγητής Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών  
ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Π.Γ. Επικ. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών  
ΣΤΡΑΤΗΓΟΣ Α. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών  
ΣΩΤΗΡΙΑΔΗΣ Δ. Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης  
ΤΟΣΚΑ-ΧΑΪΔΑ ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Κρήτης  
ΧΑΪΔΕΜΕΝΟΣ Γ. Δ/ντής, Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη  
ΧΑΤΖΗΣΤΥΛΙΑΝΟΣ Μ. Επιμετ. Α', Νοσ. Αφροδ. & Δερματικών Νόσων, Θεσ/νίκη  
ΧΡΥΣΟΜΑΛΛΗΣ Φ. Ομότ. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Θεσ/νίκης



# 10<sup>th</sup> Δερματολογική Διημερίδα

21 - 24 Μαΐου 2010, ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ

Διοργάνωση: Γ' Δερματολογική Κλινική Νοσοκομείου «Α. Συγγρός», Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική Αλεξάνδρειας

Το χρονικό διάστημα 21 με 24 Μαΐου διοργανώθηκε στην Αλεξάνδρεια η 10η Δερματολογική Διημερίδα της Γ' Δερματολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Α. ΣΥΓΓΡΟΣ» σε συνεργασία με την Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική Αλεξάνδρειας. Πλήθος Ελλήνων και αλλοδαπών Δερματολόγων παρακολούθησαν τις πολύ επιτυχημένες δραστηριότητες του Συνεδρίου, που περιλάμβαναν διαλέξεις από προσκεκλημένους ομιλητές, στρογγυλά τραπέζια, φροντιστήρια, ελεύθερες ανακοινώσεις και posters. Το INFO DERMA δημοσιεύει μέρος από τις περιλήψεις μερικών από τις πιο επιτυχημένες εισηγήσεις στα πλαίσια του Συνεδρίου, προσφέροντας άμεσα ενημέρωση στους συναδέλφους που δεν μπόρεσαν να το παρακολουθήσουν.

## Σπίλοι και κύση: Υπάρχει κίνδυνος;

ΚΛΕΙΩ ΔΕΣΙΝΙΩΤΗ

1η Δερματολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

**Ε**ίναι διαδεδομένη η υπόθεση ότι οι ορμονικές αλλαγές κατά την εγκυμοσύνη μπορεί να προκαλούν αλλαγές στους μελανοκυτταρικούς σπίλους.

Ωστόσο, υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία που να υποστηρίζουν την άποψη αυτή. Έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη του υποδοχέα οιστρογόνων ERβ στα μελανοκύτταρα των κοινών και των δυσπλαστικών σπύλων, καθώς και στο κακόηθες μελάνωμα. Όμως, ο ακριβής ρόλος του υποδοχέα αυτού στα μελανοκύτταρα παραμένει άγνωστος. Ολιγάριθμες προοπτικές μελέτες έχουν εξετάσει αλλαγές στο μέγεθος, το χρώμα, ή τα ιστολογικά ή/και τα δερματοσκοπικά χαρακτηριστικά των σπύλων κατά την εγκυμοσύνη. Τα τρέχοντα στοιχεία υποδεικνύουν πως οι σπίλοι δεν αλλιάζουν ιδιαίτερα κατά την εγκυμοσύνη. Έτσι, ένας σπίλος που αλλιάζει κατά την εγκυμοσύνη θα πρέπει να εξετάζεται ιστολογικά,

όπως ισχύει και για τις μη-έγκυες ασθενείς. Ωστόσο, οι γυναίκες με σύνδρομο δυσπλαστικών σπύλων αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα ασθενών, με συχνότερες κλινικές αλλαγές στους σπίλους κατά την εγκυμοσύνη, σε σχέση με τις υπόλοιπες περιόδους της ζωής τους. Έτσι, συστήνεται συχνότερη παρακολούθηση των ασθενών αυτών κατά την εγκυμοσύνη.

Οι αλλαγές στους σπίλους κατά την εγκυμοσύνη δεν θα πρέπει να θεωρούνται 'φυσιολογικές', θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με ιστολογική εξέταση άμεσα, και χωρίς καθυστέρηση λόγω της κύησης, ώστε να μην καθυστερεί η διάγνωση πιθανού κακόηθους μελάνωματος. Καθώς το κακόηθες μελάνωμα εμφανίζεται με υψηλή επίπτωση στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, η σωστή παρακολούθηση των σπύλων κατά την εγκυμοσύνη προς αποκλεισμό μελάνωματος είναι απαραίτητη.

## Ανεμευλογιά και κύση

ΣΤΑΜΑΤΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ

1η Δερματολογική Πανεπιστημιακή Κλινική, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

**Η** εμφάνιση της ανεμευλογιάς στη διάρκεια της κύησης αποτελεί ένα δύσκολο πρόβλημα για τον κλινικό ιατρό λόγω των δυνητικών επιπλοκών, τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβρυο.

Η εμφάνιση της λοίμωξης στο 1ο τρίμηνο της κύησης έχει 2% πιθανότητα να οδηγήσει σε σύνδρομο συγγενούς ανεμευλογιάς, με δέρμα δίκην παπύρου, υδροκέφαλο, καταρράκτη και χοριοαμφιβληστροειδίτιδα. Η εμφάνιση στο 3ο τρίμηνο μπορεί να επιπλακεί με πρόωρο τοκετό και πνευμονία της μητέρας με θνητότητα ως και 40%. Η εμφάνιση της λοίμωξης περιγεννητικά μπορεί να οδηγήσει σε

νεογνική ανεμευλογιά με θνητότητα ως και 30% και πρώιμο έρπη ζωστήρα. Η συνιστώμενη θεραπεία είναι η χορήγηση ακυκλοβίρης, χωρίς όμως να υπάρχουν επαρκείς μελέτες για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα στη μείωση των επιπλοκών. Η έκθεση στον ιό περιγεννητικά, χωρίς συμπτώματα, αποτελεί ένδειξη για τη χορήγηση στη μητέρα ή το νεογνό άνοσσης σφαιρίνης ανεμευλογιάς - ζωστήρα. Ο ρόλος του εμβολιασμού σε όλες τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας αποτελεί θέμα προτεραιότητας, αν και λίγα κράτη έχουν εφαρμόσει καθολικά υποχρεωτικά προγράμματα εμβολιασμού του πληθυσμού.



### 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 σχετικά 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. • Αφιερώματα σε συναδέλφους που απεβίωσαν. • Νέα ιατροφαρμακευτικά προϊόντα. • Αγγελίες με ιατρικό περιεχόμενο. • Προαναγγελίες επιστημονικών εκδηλώσεων. • Επίσης, το INFO DERMA δέχεται για δημοσίευση εργασίες που είναι σύντομες 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:

- α) 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)
- β) 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:

- α) 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 σχήματα, φωτογραφίες, διαφάνειες και CD ή διακείες 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 αλλαγή που κρίνει αναγκαία για την καλύτερη παρουσίαση της ύλης, χωρίς να αλλοιώνεται η έννοια του κειμένου.

Παρακαλώ αποστείλτε το υλικό προς δημοσίευση στην παρακάτω διεύθυνση:

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

Τηλ.: 210 677590, Fax: 210 6756352

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



## Συστηματικά και τοπικά κορτικοστεροειδή. Σε ποια δόση;

ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ ΔΑΝΟΠΟΥΛΟΥ

Αν. Καθηγ. Δερματολογίας, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

**Η βασικότερη μέριμνα του θεράποντος ιατρού, όταν χορηγεί φαρμακευτική αγωγή σε εγκυμονούσες γυναίκες, είναι η αποφυγή τερατογένεσης και η ανησυχία του εστιάζεται κυρίως στους πρώτους μήνες της κύησης.**

Εν τούτοις, μικρότερου τύπου συγγενείς ανωμαλίες ή άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες, μπορεί να προκύψουν και σε πιο προχωρημένη εγκυμοσύνη και μάλιστα ορισμένα φάρμακα, όπως τα κορτικοστεροειδή (ΚΣ) γίνονται πιο επικίνδυνα τους τελευταίους μήνες της κύησης. Όταν χορηγούνται ΚΣ θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη η ορμονική τους φύση, η μεταβολική τους δράση, καθώς και αλληλεπίδρασή τους με τις γεννητικές ορμόνες.

Παράλληλα, πρέπει τόσο οι ιατροί όσο και οι έγκυες γυναίκες να μην λησμονούν ότι συγγενείς ανωμαλίες μπορεί να εμφανισθούν σε 5% των νεογέννητων παιδιών, από τις οποίες μόνο μικρό ποσοστό οφείλεται σε φάρμακα. Σ' αυτά τα πλαίσια θα πρέπει να εκτιμήσει κανείς τις λίγες περιπτώσεις νεογνών με πλαγόχειλο-πυκνόστομα που έχουν αναφερθεί μετά από λήψη ΚΣ. Θα πρέπει να επιλέγονται σκευάσματα

που δεν προκαλούν μεγάλη κατακράτηση νατρίου και που αποβάλλονται σχετικά γρήγορα. Για τη συστηματική χορήγηση, σκεύασμα εκλογής θεωρείται η πρεδνιζόνη. Η δόση του φαρμάκου θα εξαρτηθεί από τη σοβαρότητα του νοσήματος και θα χορηγηθεί με προσοχή, αλλά χωρίς να υποδοσοολογούμε, ειδικά όταν θεραπεύουμε σοβαρά αυτοάνοσα νοσήματα. Δεδομένου ότι οι κυοφορούσες γυναίκες έχουν αποδεδειγμένα την τάση να παίρνουν μικρότερες δόσεις από τις συνιστώμενες και έχουν ιδιαίτερο φόβο για ορισμένα φάρμακα, όπως τα ΚΣ, θα πρέπει να γίνεται αναλυτική ενημέρωσή τους πριν από τη χορήγηση των φαρμάκων αυτών. Το ενδεχόμενο να γεννηθεί λιποβαρές νεογνό ή και σε πιο σπάνιες περιπτώσεις, να προκύψει αποβολή, εξαρτάται κυρίως από τη δόση και τη διάρκεια της θεραπείας. Η ενδεχόμενη παροδική καταστολή του άξονα υπόφυσης-επινεφριδίου είναι επίσης δοσοεξαρτώμενη. Όσον αφορά τα τοπικώς χορηγούμενα ΚΣ, οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους εξαρτώνται από την συνολική επιφάνεια στην οποία χρησιμοποιούνται, αλλά και βεβαίως, από τη διάρκεια και το είδος του σκευάσματος. Γενικά, τα ΚΣ θεωρούνται ασφαλή φάρμακα στην κύηση όταν γίνεται ορθολογική χορήγησή τους.

## Αντιισταμινικά στην κύηση

Δ. ΚΑΛΟΓΕΡΟΜΗΤΡΟΣ

Αν. Καθηγ. Αλλεργιολογίας - Δερματολογίας, Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

**Τα αντιισταμινικά αποτελούν συχνά χορηγούμενα φάρμακα, καθώς στις περισσότερες χώρες μπορούν να χορηγηθούν και χωρίς ιατρική συνταγή. Χαρακτηρίζονται από άριστο προφίλ ασφάλειας και υψηλή αποτελεσματικότητα σε παθήσεις όπου η ισταμίνη αποτελεί ουσιώδη μεσοληβητή.**

Η λειτουργία τους βασίζεται στην ικανότητά τους να συνδέονται με τους υποδοχείς ισταμίνης, καθιστώντας τους λιγότερο ενεργούς και ευαίσθητους σε αυτήν, με αποτέλεσμα να μειώνεται η δράση της στα κύτταρα στόχους. Μέχρι σήμερα έχουν αναγνωρισθεί 4 τύποι υποδοχέων ισταμίνης (H1, H2, H3, H4) και έχουν παραχθεί αντίστοιχα 4 τύποι αντιισταμινικών, με εκείνα έναντι των H4 υποδοχέων να βρίσκονται ακόμα στο επίπεδο των κλινικών δοκιμών. Τα κύτταρα του δέρματος διαθέτουν σε ποσοστό 90% H1 υποδοχείς και επομένως τα H1 αντιισταμινικά συνιστούν θεραπεία εκλογής σε δερματοπάθειες με συμμετοχή ισταμίνης. Τα H1 αντιισταμινικά διακρίνονται, ανάλογα με την εκλεκτικότητα στη δράση, αλλά και την ιδιότητά τους να διέρχονται τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό, σε 1ης και 2ης γενιάς. Τα 2ης γενιάς αντιισταμινικά πλεονεκτούν διότι συνδέονται εκλεκτικά με τους H1 υποδοχείς, περιορίζοντας έτσι στο ελάχιστο τυχόν παρενέργειες από διέγερση χολινεργικών, μουςκαρινικών, σεροτονινεργικών και άλλων υποδοχέων, ενώ δεν προκαλούν υπνηλία από δράση στο ΚΝΣ, σε αντίθεση με τα 1ης γενιάς αντιισταμινικά. Επιπλέον, τα αντιισταμινικά επιδεικνύουν και επιπρόσθετες αντιφλεγμονώδεις δράσεις.

Καθώς τα αντιισταμινικά αποτελούν σημαντικό μέρος της καθημερινής ιατρικής συνταγογράφησης, είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο καθορισμός της ασφάλειάς τους, ιδίως για το έμβρυο και το νεογνό που θηλάζει. Τα 1ης γενιάς αντιισταμινικά διαθέτουν περισσότερα στοιχεία ασφάλειας, καθώς διατίθενται στην αγο-

ρά εδώ και πολλά χρόνια. Το 1998, στα πλαίσια της μελέτης ISAAC (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood), πραγματοποιήθηκε μετανάλυση 24 μελετών που δημοσιεύτηκαν το διάστημα 1960-1991 και περιελάμβαναν 200.000 εγκύους υπό θεραπεία με αντιισταμινικά. Η μετα-ανάλυση αυτή κατέδειξε ότι η συγκεκριμένη κατηγορία φαρμάκων δεν αυξάνει τον κίνδυνο τερατογένεσης, αλλά και οποιασδήποτε άλλης σοβαρής παρενέργειας. Σε ότι αφορά το θηλασμό, τα δεδομένα των μελετών επίσης δεν ανέδειξαν συσχέτιση της χρήσης των αντιισταμινικών από τη μητέρα και ενδεχόμενης εμφάνισης σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών.

Με βάση τα ως τώρα δεδομένα ασφάλειας, προτείνεται καταρχάς, εφόσον είναι εφικτή, η αποφυγή των αντιισταμινικών κατά το 1ο τρίμηνο της κύησης. Πρέπει όμως πάντοτε να αξιολογείται η σχέση κινδύνου/ωφέλους από τη χορήγησή τους το διάστημα αυτό, καθώς υπάρχουν παθήσεις οι οποίες εφόσον δεν αντιμετωπιστούν μπορεί να οδηγήσουν αυτές στην εμφάνι-

ση επιπλοκών στην κύηση (συστηματική αναφυλαξία, σοβαρή αλλεργική ρινίτιδα, δερματοπάθειες με έντονο κνησμό). Για το υπόλοιπο διάστημα της εγκυμοσύνης, όπως και κατά το θηλασμό, τα ως τώρα δεδομένα επιτρέπουν τη χρήση αντιισταμινικών. Ειδικά ως προς το θηλασμό και παρά τα ισχυρά δεδομένα ασφάλειας, δέον είναι να εφιστούμε την προσοχή των μητέρων που λαμβάνουν αντιισταμινικά για το ενδεχόμενο καταστολής (1ης γενιάς) ή διέγερσης στα νεογνά (2ης γενιάς, αν και δεν έχει ποτέ περιγραφεί στα κυκλοφορούντα σκευάσματα).

Τα αντιισταμινικά 2ης γενιάς αποτελούν τα φάρμακα εκλογής και κατά το διάστημα της κύησης – θηλασμού, καθώς συνδέονται με λιγότερες παρενέργειες σε σχέση με τα 1ης γενιάς. Εξ αυτών η σετιριζίνη (Zirtek) και κυρίως η λοραταδίνη (Clarityne) έχουν το καλύτερο προφίλ ασφάλειας, ενώ από τα 1ης γενιάς, η χλωρφαϊνιραμίνη (Istamex) θεωρείται η πιο ασφαλής επιλογή. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δεδομένα ασφάλειας για τα κυριότερα αντιισταμινικά.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΝΤΙΪΣΤΑΜΙΝΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ**

1ης ΓΕΝΙΑΣ		2ης ΓΕΝΙΑΣ	
Όνομα φαρμάκου	Κατηγορία ασφάλειας	Όνομα φαρμάκου	Κατηγορία ασφάλειας
Υδροξυζίνη (Atarax)	?	Σετιριζίνη (Zirtek)	B
Διμεθινδέν (Fenistil)	B	Λεβοσετιριζίνη (Xozal)	B
Προμεθαζίνη (Titanox, Phenergan)	C	Λοραταδίνη (Clarityne)	B
Οξατομίδη (Tinset)	C	Δεσλοραταδίνη (Aerius)	C
Διφαινυδραμίνη (Benadryl)	B	Ρουπαταδίνη (Rupafin)	?
Χλωρφαϊνιραμίνη (Istamex)	?	Μιζολιστίνη (Mizollen, Oriens)	?
Κετοϊφαίνιο (Zaditen)	C	Εβαστίνη (Kestine)	?

**Κατηγορία B:** Πειράματα σε ζώα έδειξαν ότι το έμβρυο δεν επηρεάζεται ή επηρεάζεται σε μικρό βαθμό. Πληροφορίες επί των ανθρώπων δεν υπάρχουν. **Κατηγορία C:** Χωρίς επαρκείς κλινικές ή πειραματικές παρατηρήσεις. Μερικά φάρμακα της κατηγορίας αυτής προκαλούν βλάβες εμβρύου σε πειράματα επί ζώων. Δεν υπάρχουν πληροφορίες για τον άνθρωπο.



**Έρπητας ζωστήρας στη μητέρα. Υπάρχει κίνδυνος για το έμβρυο;**

Γ. ΚΟΝΤΟΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ

Διευθυντής ΕΣΥ, Β' Δερματολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

**Ο**ι ανοσολογικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της κύησης με σκοπό την επιβίωση του εμβρύου, είναι δυνατόν να αυξήσουν τη συχνότητα εμφάνισης δερματικών λοιμώξεων ή να τροποποιήσουν την κλινική τους έκφραση.

Η επαναδραστηριοποίηση του ιού της ανεμευλογιάς - έρπητας ζωστήρας που βρίσκεται σε λαν-

θάνουσα κατάσταση στα οπίσθια αισθητικά γάγγλια, λόγω πτώσης της κυτταρικής ανοσίας, έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση έρπητα ζωστήρα στην έγκυο γυναίκα.

Αντίθετα με την ανεμευλογιά που συνιστά την πρωτοπαθή λοίμωξη στον ιό και χαρακτηρίζεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, ο έρπητας ζωστήρας κατά την κύηση δεν προκαλεί ενδομήτρια

λοιμώξη και δε συνδέεται με συγγενείς ανωμαλίες ή άλλες επιπλοκές. Χαμηλός, επίσης, είναι και ο κίνδυνος εμφάνισης μεθερπητικής νευραλγίας.

Παρόλα αυτά, η στενή συνεργασία μεταξύ δερματολόγου και γυναικολόγου είναι απαραίτητη για τη σωστή αντιμετώπιση της νόσου, με την κατάλληλη αντιική αγωγή και την χωρίς προβλήματα ολοκλήρωση της κύησης.

**Καντινιασική κολπίτιδα στην εγκυμοσύνη**ΕΛΜΑ ΚΟΥΜΑΝΤΑΚΗ - ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗ  
Αν. Καθηγ. Δερματολογίας Παν/μίου Αθηνών

**Η** καντινιασική κολπίτιδα οφείλεται στο βλαστομύκητα του γένους *Candida* και κυρίως στο είδος *C. Albicans* και πολύ λιγότερο στα είδη *Tropicalis* και *Glabrata*.

Πολύ συχνή νόσος με παγκόσμια διασπορά. Είναι το πιο συχνό αίτιο κολπίτιδας. Θεωρείται ότι 75% των γυναικών στην αναπαραγωγική ηλικία θα παρουσιάσουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο κολπικής καντινίας. Η επίπτωσή της αυξάνεται στην εγκυμοσύνη.

Οι ορμονικές μεταβολές κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης τροποποιούν την επιφάνεια του βλεννογόνου του κόλπου αυξάνοντας τον αποικισμό (διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ της *Candida* και του pH του κόλπου).

Τα σημεία και συμπτώματα της κολπικής καντινίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι παρόμοια με της κολπίτιδας χωρίς κύηση (τοπικός ερεθισμός, αυξημένο λευκωπό κολπικό έκκριμα, αίσθημα κνησμού και καύσου, δυσουρία).

Η περίοδος της κύησης δεν είναι η κατάλληλη για αυτοδιάγνωση και θεραπεία,

αλλά χρήζει επικοινωνίας με το Μαιευτήρα. Το λευκό κολποτραχηλικό έκκριμα με ήπια οσμή μπορεί να είναι φυσιολογικό ή να υποκρύπτει άηλου είδους κολπίτιδα. Η παρουσία μυκήτων στην κοιλότητα του κόλπου δε σημαίνει απαραίτητα λοίμωξη. Η διάγνωση θα πρέπει να τεκμηριωθεί με εργαστηριακό έλεγχο, άμεση μικροσκοπήση κολπικού εκκρίματος και καλλιέργεια εάν η άμεση είναι αρνητική.

Επειδή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν συνιστώνται αντιμυκητιασικά από το στόμα, η καντινιασική λοίμωξη αντιμετωπίζεται με τοπική θεραπεία (κρέμες, γέλες, υπόθετα). Παράλληλα, είναι χρήσιμο η έγκυος να λαμβάνει ορισμένα μέτρα προφύλαξης, ώστε να μειώνεται ο κίνδυνος αύξησης του αποικισμού της *Candida* (χρήση κατάλληλων ενδυμάτων, σωστοί κανόνες υγιεινής της γεννητικής περιοχής, κατάλληλη διαίτα).

Τοκετός με συνύπαρξη αιδοιοκολπικής καντινίας συνεπάγεται σε υψηλό ποσοστό μόλυνση του νεογνού κατά τη δίοδο από το γεννητικό σωλήνα και εκδήλωση - μετά τον τοκετό - νεογνικής καντινίας, η οποία είναι καλής πρόγνωσης.

**Χρήση αντιηλιακών στην κύηση**

Α. ΠΑΤΣΑΤΣΗ

Λέκτωρ Δερματολογίας, Αριστοτέλειο Παν/μιο Θεσσαλονίκης

**Κ**ατά τη διάρκεια της κύησης οι ανάγκες φωτοπροστασίας αυξάνονται σημαντικά.

Η «μάσκα της εγκυμοσύνης», το μέλασμα, είναι ίσως το κυριότερο κοσμητικό πρόβλημα για την εγκυμονούσα. Βιβλιογραφικά, το ποσοστό εμφάνισης μελάσματος στην κύηση κυμαίνεται μεταξύ 50-70%, ενώ το χρονικό διάστημα παραμονής του κυμαίνεται μεταξύ 1-10 έτη μετά τον τοκετό. Η χρήση αντιηλιακού κρίνεται απαραίτητη.

Μελέτες έδειξαν ότι η χρήση ευρέως φάσματος αντιηλιακών με υψηλό SPF και υψηλό UVA-PF είναι περισσότερο αποτελεσματική για την πρόληψη του μελάσματος στις εγκυμονούσες και ότι αυτά πρέπει να συνταγογρα-

φούνται έγκαιρα από τους θεράποντες ιατρούς.

Είναι γνωστό ότι η επιλογή του αντιηλιακού γενικά, εξαρτάται από το φωτότυπο και τις ανάγκες φωτοπροστασίας, όπως π.χ. το προϋπάρχον μέλασμα, την ύπαρξη γνωστής φωτοευαισθησίας, τις κλιματικές συνθήκες (γεωγραφική περιοχή - ένταση της ηλιακής ακτινοβολίας) κ.ά.

Πόσο ασφαλή είναι όμως τα αντιηλιακά στην κύηση; Υπάρχουν δραστικά συστατικά που θα πρέπει να αποφεύγονται; Μπορεί η εγκυμονούσα να φορά αντιηλιακό καθ'όλη τη διάρκεια αυτής της τόσο ευαίσθητης περιόδου και με τι κριτήρια πρέπει να γίνεται η επιλογή τους;

**Μέλασμα και κύηση**

ΕΛΕΝΗ ΠΟΛΥΧΡΟΝΑΚΗ

Γ' Δερματολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

**Τ**ο μέλασμα (ή μάσκα της κύησης) είναι επίκτητη, συμμετρική υπερμελάχρωση, εντοπισμένη κυρίως στο πρόσωπο (μέτωπο, παρειές, ράχη ρινός, άνω χείλος), υπό μορφή χαρακτηριστικών ακανόνιστου σχήματος υπέρχρωμων κηλίδων.

Εμφανίζεται και στα δύο φύλα, με μεγαλύτερη επίπτωση στις γυναίκες. Ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της κύησης, 50-70% των γυναικών παρουσιάζουν μέλασμα, λόγω πολλαπλών ορμονολογικών μεταβολών.

Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο η κύηση επηρεάζει τη με-

λανογένεση δεν είναι γνωστός. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να έχουν τα επίπεδα των οιστρογόνων, της προγεστερόνης και της MSH (Melanocyte Stimulating Hormone) που αυξάνονται κατά τη διάρκεια της κύησης, σε συνδυασμό με έκθεση στην UV ακτινοβολία.

Από μελέτες, προκύπτει ότι τα μελανοκύτταρα έχουν υποδοχείς οιστρογόνων, που διεγείρουν αυτά τα κύτταρα να γίνουν υπερδραστικά.

Η προγεστερόνη έχει εξίσου σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση μελάσματος, από παρατηρήσεις που έχουν γίνει και σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.



⇒ Επίσης, το «stress της κύησης» αυξάνει την έκφραση της α-MSH στα μελανοκύτταρα. Από παρατηρήσεις προκύπτει ότι ο κίνδυνος εμφάνισης μελάσματος αυξάνει όταν η κύηση συμβαίνει σε μεγάλη ηλικία, όπως επίσης μετά από πολλές κυήσεις.

Πέραν της κύησης, γενετικοί, φυλετικοί, ορμονολογικοί παράγοντες, ακτινοβολία (UV-A, UV-B, ορατό φως), ορισμένα καλλυντικά, αντιεπιληπτικά και φωτοτοξικά φάρμακα εμπλέκονται στη παθογένεια του μελανώματος.

Η ταξινόμηση του μελάσματος με βάση το βάθος της εντόπισης της χρωστικής γίνεται με τη ρυχνία του Wood (επιδερμικό, χοριακό, μεικτό) και είναι σημαντική για την πρόγνωση και θεραπεία.

Το μέλασμα αποτελεί ένα σημαντικό αισθητικό πρόβλημα που μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογία της εγκύου.

Κατά τη διάρκεια της κύησης δε συιστάται θεραπευτική αντιμετώπιση, εκτός από τη χρήση αντιηλιακών ευρέως φάσματος και σύσταση αποφυγής έκθεσης στον ήλιο.

## Ακμή: επιδείνωση ή βελτίωση;

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΠΕΦΟΝ

Επιμελήτρια Β', Γ' Δερματολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

**Κ**ατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η εμφάνιση ή η κλινική εξέλιξη προϋπάρχουσας ακμής είναι απρόβλεπτη.

Οι ορμονικές αλλαγές κατά τη διάρκεια του πρώτου κυρίως τριμήνου, με την αύξηση ανδρογόνων ορμονών, όπως η προγεστερόνη, έχουν σαν αποτέλεσμα την αυξημένη παραγωγή σμήγματος από τους σμηγματογόνους αδένες. Έτσι, εμφανίζεται ή επιδεινώνεται η ακμή. Στην πορεία της εγκυμοσύνης, η ακμή φαίνεται να βελτιώνεται. Αυτό πιθανά σχετίζεται με την αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων και με την παραγωγή της προγεστερόνης από τον πλάκούντα αντί για τις ωοθήκες.

Παρόλα αυτά, εμφάνιση ή επιδείνωση της ακμής μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια



της εγκυμοσύνης. Σε κάποιες γυναίκες βελτίωση παρατηρείται μερικούς μήνες μετά τον τοκετό, ενώ σε κάποιες άλλες, αντίθετα, παρατηρείται επιδείνωση μετά τον τοκετό λόγω απότομης μείωσης των οιστρογόνων. Έτσι, η πορεία της ακμής δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί ή να αποτραπεί.

Οι μορφές της ακμής που παρατηρούνται είναι φαγεσωρική, φλυκται-

νώδης, κυστική και ακμή ράχης. Οι συνήθεις τοπικές και από του στόματος θεραπείες αποφεύγονται έως και απαγορεύονται.

Λόγω της πιθανής ορμονικής αιτιολογίας που επανέρχεται στα φυσιολογικά με το πέρας της εγκυμοσύνης, αλλά και της ιδιαιτερότητας της κατάστασης, προτιμούνται τα συντηρητικά μέσα υποστηρικτικής θεραπείας.

## Συχνότεροι τοπικοί θεραπευτικοί παράγοντες

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΠΑΠΑΡΙΖΟΣ

Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Νοσοκομείο «Α. Συγγρός»

**Η** κύηση αποτελεί περίοδο αυξημένης ευπάθειας, τόσο για τη μητέρα όσο και για το κύημα. Δεδομένου ότι κίνδυνοι κατά την κύηση προκύπτουν δυναμικά από τη χρήση φαρμάκων, η ασφάλεια των οποίων είναι αδύνατον να τεκμηριωθεί, η ασφαλέστερη πρακτική κατά την κύηση είναι η ελάχιστη δυνατή χρήση φαρμάκων. Αυτό αφορά επίσης και στην τοπική χρήση φαρμακευτικών ή άλλων σκευασμάτων.

Τοπικά φαρμακευτικά και παραφαρμακευτικά προϊόντα μπορούν να απορροφώνται σε άλλοτε άλλο βαθμό στην συστηματική κυκλοφορία και να επιδρούν στις λειτουργίες της μητέρας ή του κυήματος.

Κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, οι κίνδυνοι εντοπίζονται ιδιαίτερα στην οργανογένεση του εμβρύου. Στο δεύτερο τρίμηνο, διακυβεύονται η ομαλή ανάπτυξη του νευρικού συστήματος, αλλά και η συνολική ανάπτυξη του παιδιού, ενώ στο τρίτο τρίμηνο δημιουργού-

**Γενική αρχή για το διάστημα της κύησης είναι η αποφυγή χρήσης οποιουδήποτε φαρμάκου ή προϊόντος εάν δεν είναι απόλυτη ανάγκη**

νται προβλήματα, κυρίως στο αναπνευστικό σύστημα. Οι επιδράσεις αυτές ασκούνται είτε απ' ευθείας στο έμβρυο, είτε στο μητρικό περιβάλλον στο οποίο αυτό φιλοξενείται και αναπτύσσεται.

Για τη μεγάλη πλειοψηφία των φαρμάκων, η ασφάλεια κατά την κύηση δεν είναι δυνατόν να τεκμηριωθεί με αξιόπιστες, τυχαιοποιημένες μελέτες. Ενδείξεις για πιθανή ασφάλεια ή τοξικότητα προέρχονται από μελέτες σε πειραματόζωα, από αναδρομικές μελέτες επί εγκύων που εκτέθηκαν σε φάρμακα χωρίς να το γνωρίζουν και από αναφορές περιπτώσεων στη βιβλιογραφία.

Τοπικά σκευάσματα ρετινοειδών και κυτταροστατι-

κών, ορμονικά σκευάσματα, ιωδιούχος ποβιδόνη και αντιβιοτικά όπως οι αμινογλυκοσίδες και οι τετρακυκλίνες απαγορεύονται ή αντενδίδκνυνται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Πολλά άλλα φάρμακα χορηγούνται μόνο σε μεγάλη ανάγκη και εάν το προσδοκώμενο όφελος υπερβαίνει τον πιθανό κίνδυνο, ενώ λιγότερα χαρακτηρίζονται ως σχετικώς ασφαλή. Για προϊόντα παραφαρμακευτικά και καλλυντικά, όπως ενυδατικά και μαλακτικά σκευάσματα, αρώματα, τριχοβαφές κ.λπ. ελάχιστα δεδομένα υπάρχουν, αν και γενικώς δεν θεωρούνται ιδιαίτερος επικίνδυνα.

Γενική αρχή για το διάστημα της κύησης είναι η αποφυγή χρήσης οποιουδήποτε φαρμάκου ή προϊόντος εάν δεν είναι απόλυτη ανάγκη. Εν τούτοις, η αποφυγή συνταγογράφησης απαραίτητου φαρμάκου είναι δυνατό να βλάψει τη μητέρα ή το παιδί. Κατά συνέπεια, η εκάστοτε απόφαση πρέπει να λαμβάνεται με περισκεψη και εάν είναι εφικτό, σε συνεργασία με τον θεράποντα γυναικολόγο και την ίδια την ασθενή.



## Βαφή μαλλιών - μύθοι και αλήθειες

ΚΑΙΤΗ ΜΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΡΑΚΙΤΣΟΥ  
Επικ. Καθηγ. Δερματολογίας

**Η πανάρχαια συνήθεια της τριχοβαφής έχει τα τελευταία χρόνια σχεδόν γενικευτεί από γυναίκες και άνδρες, κυρίως λόγω μόδας και επιθυμίας ελκυστικότερης εμφάνισης. Οι σύγχρονες βαφές μαλλιών περιλαμβάνουν τις:**

- Φυσικές, π.χ. χέννα, χαμομήλι, καρδόφυλλα και τις
- Συνθετικές, μόνιμες ή ποροβαφές, ημιμόνιμες ή νιτροβαφές και προσωρινές ή αλκοβαφές.

Οι μόνιμες βαφές μαλλιών αντιπροσωπεύουν το 80% της αγοράς. Αποτελούνται από άχρωμους διαμέσους, ρ-φαινολενοδιαμίνη, ρ-αμινοφαινόλες και συζευκτικές m-αμινοφαινόλες, m-υδροξυφαινόλη που με την παρουσία υπεροξειδίου σχηματίζουν με χημική αντίδραση έγχρωμα ολιγομερή. Διαφέρουν από τις προσωρινές, επειδή διεισδύουν στο μυελό της τρίχας, ενώ οι προσωρινές απαλείφουν το περιτρίχιο και «φτάνουν» στην επιφάνεια του φλοιού τους. Απορροφώνται όμως σε ποσοστά 0,1-0,5% και από το τριχωτό της κεφαλής, ενώ η ανάμιξη αρωματικών αμινών στη διάρκεια της διαδικασίας της βαφής είναι δεδομένη, κατά συνέπεια παρατηρούνται στους χρήστες τριχοβαφών ανε-

πιθύμητες ενέργειες, όπως στο τριχωτό της κεφαλής:

- Τοπικές, όπως ερεθισμός, κνησμός, θυλακίτιδα, διασταυρούμενη αντίδραση, «κολλημένες» τρίχες.
- Έκτοπα στο δέρμα, όπως δερματίτιδα από επαφή, ερεθιστική ή αλλεργική, οίδημα βλεφαρώων, σπανιότερα κνίδωση. Ακόμη,
- Οι τρίχες αλλιάζουν υφή, γίνονται σκληρές, πορώδεις, θαμπές, διογκωμένες, εύθρυπτες, ενώ υποφέρουν και οι κομμωτές που εμφανίζουν έκζεμα χεριών δισιδρωτικό κ.ά.

Οι τριχοβαφές έχουν ακόμη ενοχοποιηθεί για συστηματικά νοσήματα, όπως λέμφωμα (μη Hodgkin), καρκίνος μαστού, ωοθηκών, εγκεφάλου (γλιόωμα), ουροδόχου κύστεως, λευχαιμία κ.ά.

Πόσο αληθινές είναι όλες αυτές οι συσχετίσεις; Στην πραγματικότητα υπάρχει μεγάλο χάσμα μεταξύ του βαθμού προσιμότητας των χρηστών από τη βαφή και προσφοράς της.

Οι αντιδράσεις είναι συνήθως ήπιες, περιοδικές και παροδικές. Είναι ίσως οι καταναλωτές που πολλές φορές τις μεγαλοποιούν και άλλοτε, τις αποκρύπτουν από το φόβο υπόδειξης από το δερματολόγο αποφυγής τους!

Αληθεύει επίσης, ότι δεν υπάρχουν ενι-

αίες προδιαγραφές Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και Αμερικής (ΗΠΑ) για τις τριχοβαφές. Μύθος είναι ακόμη, ότι απαιτούνται περισσότερες προδιαγραφές συστατικών και ολιγότερες προειδοποιήσεις στο τελικό προϊόν. Είναι όμως αναγκαία η ενιαία πολιτική, π.χ. η ΕΕ από το 2005, σε μια θαυμάσια ανασκόπηση των συστατικών της βαφής μαλλιών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «Οι τριχοβαφές από το 1980 και μετά είναι απολύτως ασφαλείς». Υπάρχουν όμως αντιρρήσεις εάν οι εγκυμονούσες θα χρησιμοποιήσουν βαφές. Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι «το ποσό της βαφής που διεισδύει δεν φαίνεται ικανό να βλάψει το έμβρυο». Άλλες «ζητούν αναβολή της βαφής στη διάρκεια της εγκυμοσύνης».

Τα ευρήματα αυτά επομένως χαρακτηρίζονται ως ασταθή (inconsistent), εξάλλου τα μηνύματα για τις τριχοβαφές είναι αντιφατικά, ακόμη και αν προέρχονται από επίσημες πηγές. Έτσι, η Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) στις μόνιμες τριχοβαφές έχει τις παρακάτω επισημάνσεις:

- «Ερεθιστική του δέρματος».
- «Όχι στις βλεφαρίδες και στα φρύδια. Μπορεί να προκαλέσει τύφλωση».
- «Το προϊόν έχει αποδειχτεί καρκινογόνο σε πειραματόζωα».

- «Το προϊόν δεν διαφαίνεται να ενέχει κινδύνους για την υγεία».

Στον τομέα των προειδοποιήσεων, στις 30/6/2007, η Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου όρισε ως εξής τις τριχοβαφές - προφυλάξεις:

«Οι τριχοβαφές βλάπτουν αν:

- Είναι συχνές,
- Υπερβούν οι χρήστες τον καθορισμένο χρόνο παραμονής τους στα μαλλιά,
- Δεν ξεβγάζονται σχολαστικά,
- Η βαφή εφαρμοστεί σε αποχρωματισμένα μαλλιά (decoloration, decapage),
- Έχουν αναμιχθεί διαφορετικά προϊόντα βαφής (φόβος δερματικών αντιδράσεων) και αν:
- Βάφουν τα φρύδια και τις βλεφαρίδες».

Ακολουθούν προτάσεις, όπως:

- «Καθυστερήσαμε την έναρξη τριχοβαφής, ωστόσο τα μαλλιά γκριζάρουν».
- «Προτιμήσατε το κομμωτήριο από το σπίτι, τις ανταύγιες από την καθολική βαφή, τη χέννα παρά τις κοκκινωπές ανταύγιες» και
- «Συζητήσατε το θέμα αναβολής βαφής στην εγκυμοσύνη με τον ιατρό σας».

