

23^Η

13 - 14

Δεκεμβρίου 2024
Ίδρυμα Ευγενίδου
(Πλανητάριο)

ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΗΜΕΡΙΔΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Υπό την Αιγίδα:



Επιστημονική Οργάνωση:
Δερματολογική Κλινική ΕΣΥ
Νοσοκομείου «Α. Συγγρός»

Οργανωτικός Φορέας:



www.dermameetingsyggros.gr

Εταιρεία Διοργάνωσης:



Ασκήσιου 17 - 106 80 Αθήνα
Τηλ: 210 36 34 9 44
E-mail: info@era.gr
www.era.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΟΜΙΛΙΩΝ



ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι

Προβληματισμοί - Διλήμματα – Αποφάσεις στη «Ρουτίνα» του Ιατρού

Μακρόχρονη ήπια ή μέτρια ακμή: τοπικές ή συστηματικές θεραπείες

Κ. Δεσινιώτη

Η ακμή θεωρείται μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος του δέρματος, καθώς μπορεί να διαρκεί για πολλά χρόνια ή και να συνεχίζει κατά την ενήλικη ζωή του/της ασθενούς μετά την ηλικία των 20 ετών. Μια πληθώρα τοπικών και συστηματικών θεραπειών είναι διαθέσιμες για την ήπια και μέτρια ακμή. Οι τοπικές θεραπείες περιλαμβάνουν τα τοπικά ρετινοειδή, όπως η αδαπαλένη και η τριφαροτένη, καθώς και το υπεροξειδίο του βενζοϋλίου, το αζελαϊκό οξύ, και τους τοπικούς συνδυασμούς σταθερής δόσης. Οι συστηματικές θεραπείες για την ήπια και μέτρια ακμή περιλαμβάνουν κυρίως τα συστηματικά αντιβιοτικά και, για τις γυναίκες, τα αντιανδρογόνα. Η σπιρονολακτόνη έχει χρησιμοποιηθεί σε δυο τυχαίοποιημένες μελέτες με στοιχεία αποτελεσματικότητας για τις ενήλικες γυναίκες με μέτρια φλεγμονώδη ακμή. Συστήνεται να γίνεται συνεκτίμηση διαφόρων παραγόντων στα πλαίσια της θεραπευτικής απόφασης και της επιλογής της τοπικής ή συστηματικής θεραπείας, όπως η κλινική βαρύτητα της ακμής, ο κίνδυνος ουλών, η ανταπόκριση σε προηγούμενες θεραπευτικές αγωγές και οι δυνατότητες του/της ασθενούς να ακολουθήσει την προτεινόμενη θεραπεία με βάση την καθημερινή του ζωή.

Έλκη γεννητικών οργάνων - Πρακτική προσέγγιση

Β. Βασάλου

Τα έλκη της γεννητικής χώρας παρουσιάζουν παγκόσμια μια μεγάλη επίπτωση που ξεπερνάει τα 20.000.000 ετησίως. Τα συχνότερα αίτια που τα προκαλούν είναι ο απλός έρπητας και η σύφιλη, ενώ τρίτη σε σειρά είναι ο *H. Ducreyi*. Στην Αγγλία μάλιστα περίπου το 90% των ελκώσεων της περιοχής οφείλονται στον απλό έρπη. Είναι όμως όλα τα έλκη της γεννητικής χώρας έρπη ή σύφιλη;

Η διαφορική διάγνωση των ελκώσεων περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό νοσημάτων.

- **Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα**, όπως ο απλός έρπης τύπου II, η σύφιλη, το μαλακό έλκος, το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, το βουβωνικό κοκκίωμα και το ηροχ.

- **Μη σεξουαλικά μεταδιδόμενες λοιμώξεις**, όπως ο έρπης τύπου I (αυτοενοφθαλμισμός), ο **Epstein-Barr virus (EBV)**, ο **Cytomegalovirus (CMV)**, ο **ιός της ανεμευλογίας ή έρπης ζωστήρ (shingles)**, οι **λοιμώξεις από στρεπτόκοκκο τύπου A**, το Μυκόπλασμα και η κολπική candidiasis.

- **Συστηματικά νοσήματα**, όπως η νόσος Crohn, το σύνδρομο **Behçet**, η **εντεροπάθεια σε γλουτένη (coeliac disease)**, ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος, το Σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής Ανεπάρκειας που οφείλεται στον HIV και μυελοδυσπλαστικές διαταραχές.

- **Αυτοάνοσα και αυτοφλεγμονώδη νοσήματα**, όπως δερματίτιδα, ομαλός λειχήνας, σκληρυντικός λειχήνας, σταθερό φαρμακευτικό, νόσος Darier, γαγγραινώδες πυόδερμα και διαπηχτική ιδρωταδενίτιδα

- **Πομφολυγώδη νοσήματα**, όπως η πέμφιγα, το πεμφιγοειδές των βλενογόννων (cicatricial pemphigoid), το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές, το πολλαπλό ερύθημα, η **Epidermolysis bullosa** και η οικογενής πέφιγα (Hailey-Hailey disease).

- **Νεοπλασίες**, όπως το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, η Vulval intraepithelial neoplasia και σπάνιες κλινικές εκδηλώσεις εξωμαζικής Paget, το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, Β-λέμφωμα, λευχαιμία και ιστοκυττάρωση Χ.

Η κλινική προσέγγιση του ασθενούς που προσέρχεται με μια τέτοια βλάβη θα πρέπει να περιλαμβάνει αρχικά ένα λεπτομερές ιστορικό, κλινική εκτίμηση της βλάβης και έναν αδρό εργαστηριακό έλεγχο με πρώτο και κύριο στόχο τον αποκλεισμό κάποιου σεξουαλικά μεταδιδόμενο νοσήματος καθώς και τον αποκλεισμό κάποιας νεοπλασίας.

Υπάρχουν πολλαπλοί αλγόριθμοι που βοηθούν στη διαφορετική προσέγγιση και διάγνωση. Το πρώτο και κύριο όπλο στην διαγνωστική μας θα αποτελέσει αναμφισβήτητα το ιστορικό. Στοιχεία



από τον ασθενή, όπως το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη κάποιου άλλου νοσήματος (πχ σακχαρώδης διαβήτης), η χρήση αλκοόλ ή/και ναρκωτικών, φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής, αλλά και συμπληρώματα. Τέλος, ο σεξουαλικός προσανατολισμός και οι συνήθειες, αλλά και προηγούμενο ιστορικό με ΣΜΝ, η έμμηνος ρύση και τα αποτελέσματα από προηγούμενο Παπ-τεστ.

Στη συνέχεια θα αναζητηθούν στοιχεία από την ίδια την νόσο, όπως η διάρκεια, η μορφή της αρχικής εμφάνισης, καθώς και οι υποτροπές ή οι εξάρσεις – υφέσεις. Αν υπάρχει κάποια σύνδεση με σεξουαλική δραστηριότητα, σύνδεση με σαπούνια, προφυλακτικά, με άγχος κλπ. Τέλος, η συνύπαρξη με βλάβες στόματος ή δέρματος, καθώς και η συστηματική συμπτωματολογία.

Η κλινική εικόνα στην περίπτωση των έλκων στην γεννητική περιοχή, είναι μερικές φορές καθοριστική για την κατεύθυνση της διαγνωστικής. Ο αριθμός των βλαβών, η εντόπιση, το βάθος, τα όρια και ο πυθμένας. Η παρουσία διήθησης, ή φλεγμονή πέριξ της βλάβης και η διαπύηση. Ορισμένα συνοδά σημεία και άλλες βλάβες σε δέρμα ή βλεννογόνους (βλατίδες, φυσαλίδες, δρυφάδες κλπ). Η συνύπαρξη ή η απουσία λεμφαδενίτιδας (σύστοιχης, αμφοτερόπλευρης, γενικευμένης). Θα πρέπει να αναζητηθεί η υποκειμενική συμπτωματολογία (πόνος, κνησμός, καυσalgία, νυγμώδες άλγος κλπ), καθώς και λοιπά συστηματικά συμπτώματα (πυρετός, αρθραλγίες κλπ).

Με την συλλογή των ανωτέρω στοιχείων θα γίνει η εκτίμηση / επιλογή της κατάλληλης μεθόδου-εξέτασης που θα ζητηθεί από το εργαστήριο. Συχνά, είναι απαραίτητη η αναζήτηση εργαστηριακής συνδρομής καθότι δεν υπάρχει η «μαγική εξέταση». Οι εξετάσεις που θα ζητηθούν εξαρτώνται από την κλινική υποψία και την επιβεβαιώνουν ή απομακρύνουν από αυτήν.

Σε επίπεδο ιατρείου πρακτικά θα ζητηθεί μια εξέταση PCR για επιβεβαίωση ή αποκλεισμό των συνηθών λοιμωδών αιτιών, ενώ σε κάθε ελκωτική βλάβη στην γεννητική χώρα είναι απαραίτητος ο ορολογικός έλεγχος για επιβεβαίωση/αποκλεισμό της σύφιλης, καθώς και ο έλεγχος για ηπατίτιδα Β, C και HIV. Παράλληλα είναι δυνατόν να διενεργηθεί καλλιέργεια για κοινά μικρόβια καθώς και γενικός εργαστηριακός έλεγχος με γενική αίματος, C αντιδρώσα πρωτεΐνη και ANA.

Η βιοψία είναι χρήσιμη για τον αποκλεισμό νεοπλασίας ή προκαρκινικής βλάβης (Queyrat κλπ). Είναι χρήσιμη σε διαφοροδιάγνωση πέμφιγας, σκληροατροφικού λειχήνα, ή σπανιότερων καταστάσεων (Paget, αγγειίτιδων όπως p.gagrenosum, εξελκωμένων κοκκιωμάτων όπως λείσμανια, λέπρα, εν τω βάθει μυκητίαση κλπ), ενώ είναι ακατάλληλη στη διαφορική διάγνωση «κοινών» παθήσεων, όπως τραύμα, άφθωση, δερματίτις εξ επαφής, πολύμορφο ερύθημα κλπ.

Ο αρχικός χειρισμός ενός έλκους στην γεννητική περιοχής - εάν δεν υπάρχει έντονη υπόνοια ΣΜΝ ή νεοπλασίας και επί μη προφανούς διάγνωσης, θα είναι ο καθαρισμός με ήπιο σαπούνι και οι τοπικές κομπρέσες με φυσιολογικό ορό. Στη συνέχεια θα τοποθετηθεί κάποιο τοπικό αντιφλεγμονώδες (χωρίς κορτιζόνη) – ή μια επουλωτική αλοιφή. Επανεκτίμηση είναι αναγκαίο σε περίπτωση προφανούς επιμόλυνσης με τοπικό αντισηπτικό ± τοπικό αντιμικροβιακό. Εάν χρειασθεί συστηματική αντιβίωση, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται φάρμακα που δεν δρουν στη σπειροχαιτή (πχ TMSP, Ciprofloxacin).

Επι υποψίας ΣΜΝ και μέχρι την οριστική διάγνωση, θεραπεία, δεν πρέπει να παραλείπονται ο έλεγχος των σεξουαλικών συντρόφων και η αποφυγή της σεξουαλικής δραστηριότητας και της αιμοδοσίας!

Βιβλιογραφία :

1. *Sexually Transmitted Diseases, Fourth Edition 4th Edition, by King Holmes (Author), P. Sparling (Author), Walter Stamm (Author), Peter Piot (Author), Judith Wasserheit (Author), Lawrence Corey (Author), Myron Cohen (Author)*
2. *Approach to the patient with genital ulcers -UPTODATE_- AUTHORS: Susan Tuddenham, MD, MPH, Khalil G Ghanem, MD, PhD, SECTION EDITOR: Jeanne Marrazzo, MD, MPH, FACP, FIDSA, DEPUTY EDITOR: Jennifer Mitty, MD, MPH, Literature review current through: Oct 2024*
3. *Differential diagnosis of vulval ulcers -DermNet- Author: Dr Estella Janz-Robinson, Resident Medical Officer, ACT Health, Canberra, Australia. DermNet New Zealand Editor in Chief: Hon A/Prof Amanda Oakley, Dermatologist, Hamilton, New Zealand. Copy editor: Maria McGivern. April 2017.*



HPV Λοιμώξεις: συντηρητική ή επεμβατική αντιμετώπιση

Ο. Κοτσαύτη

Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι καλοήθεις εξωφυτικές βλάβες του δέρματος και του βλεννογόνου των γεννητικών οργάνων και της γύρω περιοχής. Οφείλονται στον ιό HPV (Human papillomavirus), συγκεκριμένα στους υπότυπους 6 και 11 > 95% των περιπτώσεων, και αποτελούν το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Πολλαπλοί τύποι HPV μπορεί να συνυπάρχουν στα οξυτενή κονδυλώματα, συμπεριλαμβανομένων και 'υψηλού κινδύνου' ογκογόνων τύπων όπως είναι ο 16 και 18, χωρίς όμως να αποδεικνύεται βιβλιογραφικά πως αποτελούν και την αιτία αυτών.

Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι κατά κύριο λόγο ασυμπτωματικά. Ωστόσο, ανάλογα με το μέγεθός τους και την περιοχή στην οποία εμφανίζονται μπορεί να είναι επώδυνα ή να προκαλούν κνησμό ή αιμορραγία. Σε κάθε περίπτωση, απαιτείται θεραπεία για αποφυγή περαιτέρω μετάδοσης του ιού.

Η θεραπεία εξατομικεύεται ανάλογα με την περίπτωση, αναλυτικότερα: εξαρτάται από τον αριθμό, το μέγεθος, τη θέση και τη μορφολογία των βλαβών, την προτίμηση και συμμόρφωση του ασθενούς, τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, την εμπειρία του γιατρού και τέλος το κόστος της αγωγής.

Οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (IUSTI) χωρίζουν τις θεραπείες σε 2 βασικές υποκατηγορίες: αυτές που γίνονται από τον ασθενή στο σπίτι υπό την καθοδήγηση του δερματολόγου του και τις επεμβατικές που γίνονται στο ιατρείο. Ο γιατρός μπορεί εξατομικευμένα ανάλογα με την περίπτωση να επιλέξει είτε συντηρητική θεραπεία με εφαρμογή διαφόρων κρεμών και διαλυμάτων, είτε επεμβατική που συμπεριλαμβάνει καυτηριασμό, κρυοπηξία ή εκτομή των βλαβών. Από τις ανωτέρω επιλογές μόνο η χειρουργική εκτομή εξασφαλίζει πρωτογενή κάθαρση σε ποσοστό σχεδόν 100%.

Σημαντικό είναι να γνωρίζουμε και να επικοινωνούμε και στον ασθενή μας ότι: καμία μέθοδος απαραίτητα δεν εξαφανίζει όλα τα κονδυλώματα, δεν εξαλείφει τον ιό και δεν αποτρέπει τις υποτροπές. Επιπλέον, όλες οι μέθοδοι σχετίζονται με τοπικές δερματικές αντιδράσεις, όπως ερύθημα, αίσθημα καύσου, διαβρώσεις και πόνο.

Παράλληλα, συνιστάται ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος του ασθενή και αποφυγή των παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν ενεργοποίηση του ιού.

Μυκητιάσεις τριχωτού κεφαλής: όταν η αντιμυκητιασική αγωγή δεν

Αποδίδει

Χ. Στεφανάκη

Η μυκητίαση του τριχωτού κεφαλής συνήθως προσβάλλει τα παιδιά, οφείλεται αποκλειστικά σε δερματόφυτα και τα συχνότερα στην Ελλάδα είναι: *M. Canis*, *T. violaceum* και *T. Tonsurans*. Ο στόχος της θεραπείας είναι η κλινική και μυκητολογική ίαση την οποία διαπιστώνουμε με επαναλαμβανόμενες καλλιέργειες.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούμε για τη θεραπεία της δερματοφυτίας του τριχωτού είναι η τερμπιναφίνη, η ιτρακοναζόλη και η φλουκοναζόλη σε δόσεις που κυμαίνονται ανάλογα με την ηλικία ή το βάρος του παιδιού. Η γκριζοφουφλβίνη δεν είναι διαθέσιμη πλέον, οπότε δεν αποτελεί επιλογή.

Παρόλο που τα φάρμακα θεωρούνται πολύ αποτελεσματικά υπάρχουν περιπτώσεις που η θεραπεία αποτυγχάνει λόγω ελλιπούς συμμόρφωσης (ιδίως σε θεραπευτικά σχήματα μεγάλης διάρκειας), ελλιπούς απορρόφησης του φαρμάκου, ανθεκτικότητας του δερματόφυτου στο φάρμακο, επαναμόλυνσης ή λάθους διάγνωσης.

Προβληματισμοί στη διαχείριση των λοιμώξεων μαλακών μορίων

Ε. Ταμπουρατζή

Οι λοιμώξεις του δέρματος και των μαλακών μορίων ταξινομούνται με βάση το βάθος κατανομής, την ανατομική θέση, την αιτία και τον βαθμό σοβαρότητας. Με βάση την Αμερικανική λοιμωξιολογική εταιρία χωρίζονται σε επιφανειακές ανεπίπλεκτες και επιπλεγμένες. Το μολυσματικό κηρίο ανήκει στις επιπολής με τον σταφυλόκοκκο aureus να αποτελεί την πιο συχνή αιτία, το έκθυμα αποτελεί ένα «εν τω βάθει» μολυσματικό κηρίο ενώ η θυλακίτιδα είναι επιφανειακή ή εν τω βάθει και αφορά φλεγμονή των



τριχικών θυλάκων και των εξαρτημάτων του δέρματος. Η θυλακίτιδα μπορεί να εξελιχθεί σε δοθιήνα ή ψευδάνθρακα. Οι προβληματισμοί στην διαχείριση λοιμώξεων μαλακών μορίων αποτελούν τα υπερβακτήρια ή "superbags". Κάθε φορά που ένα νέο αντιβιοτικό εισάγεται και χρησιμοποιείται ευρέως, ένας μικρός αριθμός βακτηρίων «αποκρυπτογραφεί» πώς να αντισταθεί στις βακτηριοκτόνες επιδράσεις του φαρμάκου. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω μεταλλάξεων, δημιουργώντας έναν πληθυσμό ανθεκτικών στα αντιβιοτικά μικροοργανισμών. Επίσης, τα ανθεκτικά βακτήρια μπορούν επίσης να μεταφέρουν τα πρόσφατα αποκτηθέντα γονίδια αντοχής τους σε άλλα είδη βακτηρίων μέσω της διαδικασίας σύζευξης γνωστή ως οριζόντια μεταφορά γονιδίων ή "bacterial sex". Τα "superbags" μπορεί να είναι βακτήρια, ιοί, παράσιτα ή μύκητες και δεν αντιμετωπίζονται με φάρμακα 1^{ης} γραμμής για το υποκείμενη λοίμωξη που προκαλούν. Η μικροβιακή αντοχή που προκαλείται από τα "superbug" σύμφωνα με μια έκθεση του ΠΟΥ που δημοσιεύτηκε το 2018 εντοπίστηκε σε 500.000 άτομα σε 22 χώρες, προκαλεί περίπου 700.000 θανάτους ετησίως παγκοσμίως, με τον αριθμό να αναμένεται να φτάσει τα 10 εκατομμύρια έως το 2050, με αποτέλεσμα την οικονομική απώλεια 100 τρισεκατομμυρίων δολαρίων. Οι πιο συνηθισμένοι τύποι "superbags" είναι η *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *S. aureus* και *S. pneumoniae*, ακολουθούμενα από *Salmonella* spp. Θεραπείες για να «νικηθούν» τα "superbags" αποτελούν οι συνδυαστικές, οι θεραπείες πολλαπλών στόχων, οι θεραπείες «φάγων» και τα προβιοτικά. Οι προσεγγίσεις για την καταπολέμηση των "superbugs" όπως:

- ορθολογική χρήση αντιβιοτικών
- εφαρμογή αποτελεσματικών πρακτικών ελέγχου των λοιμώξεων
- ανάπτυξη νέων αντιβιοτικών και εναλλακτικών θεραπειών, συμπεριλαμβανομένου του εμβολιασμού

μπορούν να μετριάσουν τις αρνητικές επιπτώσεις της αντοχής στα ανθεκτικά στα μικρόβια αντιβιοτικά και να σημειώσουμε πρόοδο προς την επίτευξη ίασης.



Νεότερες τεχνικές απεικόνισης για τη διάγνωση των όγκων: πόσο χρήσιμες είναι

A. Ζάρρας

Οι νεότερες απεικονιστικές τεχνικές έχουν θέση και μπορούν πραγματικά να είναι χρήσιμες για την έγκαιρη και πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου του δέρματος.

Συνοπτικά η συνεστιακή μικροσκοπία είναι μία ειδική in vivo τεχνική που επιτρέπει την οριζόντια απεικόνιση του δέρματος με μία ανάλυση σε κυτταρικό και αρχιτεκτονικό επίπεδο. Παρέχει τη δυνατότητα μιας εικονικής βιοψίας, χωρίς ουδεμία επεμβατική διαδικασία. Η συσκευή χρησιμοποιεί ένα διοδικό λέιζερ, με ένα εγγύς υπέρυθρο μήκος κύματος στα 830 nm, που διεισδύει στο δέρμα και φωτίζει ένα μικρό σημείο μέσα στον ιστό. Οι δομές με υψηλότερο δείκτη εμφανίζονται φωτεινές στην μικροσκοπία.

Η εφαρμογή της προσφέρει σημαντική βοήθεια στην αύξηση της διαγνωστικής ευαισθησίας σε σχέση με το δερματικό μελάνωμα, που κυμαίνεται από 68 - 97%. Είναι καθοριστική η συμβολή της για την πρώιμη ανίχνευση κυρίως της κακοήθους φακίδας, αλλά και του βασικοκυτταρικού καρκινώματος. Το βασικό μειονέκτημα είναι το χαμηλό βάθος ανίχνευσης.

Η οπτική τομογραφία συνοχής αποτελεί μια επίσης μη επεμβατική μέθοδο. Χρησιμοποιεί κύματα φωτός, με φάσμα κοντά στο υπέρυθρο και μήκος κύματος περίπου στα 800 nm. Η βασική της λειτουργία στηρίζεται στη μερική σκέδαση και αντανάκλαση μιας συνεχούς δέσμης φωτός που προβάλλεται. Κατέχει εξέχουσα θέση στην ακριβή διαγνωστική προσέγγιση του βασικοκυτταρικού καρκινώματος. Είναι μία γρήγορη απεικονιστική τεχνική με υψηλό βάθος ανάλυσης (1000 – 2000μm).

Η τομογραφία συνεκτικής οπτικής συνοχής συνδυάζει τις αρχές της συνεστιακής μικροσκοπίας και της οπτικής τομογραφίας συνοχής. Αποτυπώνει ολοκληρωμένη εικόνα του δέρματος σε βάθος που προσεγγίζει τα 500μm και συνδυάζει την υψηλή συμβατότητα σε σχέση με την ιστοπαθολογική εικόνα.

Στην ομιλία θα γίνει εκτενής αναφορά στην πρακτική τους χρησιμότητα, αλλά και γενικότερα πως οι σύγχρονες διαγνωστικές τεχνικές θα κατέχουν μελλοντικά περίοπτη θέση στην καθημερινή κλινική πρακτική.

ΜΙΝΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Έλκη κάτω άκρων

Έλκη κάτω άκρων: προβληματισμοί και διλήμματα στη διάγνωση

Θ. Σγόντζου

Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα του Jockenhofeg και συν. τα πιο συχνά αίτια των χρόνιων ελκών των κάτω άκρων είναι τα αγγειακά έλκη με τα φλεβικά να αφορούν στο 51%, τα αρτηριοφλεβικά στο 12% και τα αρτηριακά στο 11%. Λιγότερο συχνά συναντώνται τα αγγειοϊδικά έλκη(4,5%), τα μετατραυματικά(3,2%), το γαγγραινώδες πυόδερμα(2,8%), τα έλκη επί λεμφοιδήματος(1,7%), τα νεοπλάσματα(1%) κá. Καθώς αναμένεται η αύξηση του επιπολασμού τους στο μέλλον, κρίνεται απαραίτητη η ορθή διερεύνησή τους, εξαλείφοντας τους όποιους προβληματισμούς ή διλήμματα που ανακύπτουν κατά την προσεγγιστική διαγνωστική τους.

Το gold standard για τη διάγνωση των φλεβικών ελκών είναι η έγχρωμη υπερηχητική τομογραφία του φλεβικού συστήματος. Παρόλα αυτά, το 25% των ασθενών με φλεβική παλινδρόμηση δεν εμφανίζουν τυπικές κλινικές αλλαγές και οι περισσότεροι δερματολόγοι δεν αξιολογούν συχνά την φλεβική ανεπάρκεια στο επιπολής δίκτυο, καθώς επίσης διαγιγνώσκουν τα αρτηριοφλεβικά έλκη ως αμιγώς αρτηριακά ή ως αμιγώς φλεβικά έλκη. Επίσης, δεν συμπεριλαμβάνουν στη διαφοροδιάγνωσή τους και την πελιδνοειδή αγγειοπάθεια με την χαρακτηριστική τριάδα κλινικών σημείων των επώδυνων, υποτροπιαζόντων, "punched out" ελκών, της συμπτωματικής δικτυωτής πελιδνώσης(livedo racemosa) και της λευκής ατροφίας. Επιπρόσθετα, αρκετά συχνά παραλείπεται ο έλεγχος θρομβοφιλίας σε νέους ασθενείς <40y με ιστορικό DVT/θρομβοφλεβίτιδας, ή αποβολών ή πελιδνοειδής αγγειοπάθειας ή με την κλινική παρουσία συμπτωματικής δικτυωτής πελιδνώσης(livedo racemosa).



Αντίστοιχα, κατά τη διαγνωστική προσέγγιση των αρτηριακών ελκών με τον σφυροβραχιόνιο δείκτη (ABI < 0,9), μπορεί να αναδειχθούν ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα για την περιφερική αρτηριοπάθεια σε γλυκοζυλίωση ή ασβεστοποίηση των αγγείων λόγω αδυναμίας αγγειοσύσπασης, σε περιπτώσεις ΣΔ, ΧΝΑ ή προχωρημένης ηλικίας. Τα υπερτασικά ισχαιμικά έλκη των κάτω άκρων (HYTILU) του Martorell, όπως και η καλσιφύλαξη που προσομοιάζουν με αρτηριακά έλκη, παρουσιάζουν παρόμοια ιστολογικά ευρήματα αλλά διαφορετικό ιστορικό φυσιολογικής λειτουργίας των νεφρών ή των παραθυρεοειδών και τελικού σταδίου νεφρικής νόσου ή μετά από επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού και δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό, αντίστοιχα. Πρόσφατα, έχει αναγνωρισθεί χαρακτηριστικό σημείο στα HYTILU, το "red lipstick sign", όπου αναγνωρίζεται η κάλυψη των χειλέων του έλκους ενίοτε περιμετρικά με κόκκινο λεπτή γραμμή.

Παρόμοιους προβληματισμούς δημιουργούν και οι ελκώσεις στους άκρους πόδες στη διαφοροδιάγνωση των διαβητικών ελκών είτε νευροισχαιμικών είτε νευροπαθικών από άλλης αιτιολογίας περιφερικής νευροπάθειας έλκη. Επιπρόσθετα, σε κάθε περίπτωση κρίνεται επιτακτική η ανάγκη αποκλεισμού-επιβεβαίωσης οστεομυελίτιδας στα διαβητικά έλκη. Εξίσου σημαντική είναι και η διαγνωστική προσέγγιση των ελκών στην πτέρνα αν είναι αμιγώς έλκη εκ κατακλίσεως ή προέρχονται από περιφερική αγγειακή νόσο καθώς μειώνεται ο ρυθμός επούλωσης και αυξάνει η πιθανότητα θανάτου από συννοσηρότητες αν ανευρίσκεται η ΠΑΝ.

Τα άτυπα έλκη που αφορούν στο 20% των άτονων ελκών συνήθως ακολουθούν διαγνωστική καθυστέρηση. Συνήθως το γαγγραινώδες πυόδερμα ακολουθεί μια τέτοια καθυστέρηση καθώς η διάγνωση μπαίνει πάντα δια αποκλεισμού, όπως και η συσχέτισή του πολλές φορές με αυτοφλεγμονώδη σύνδρομα (PAPA, PASH, PA-PASH) παραλείπεται.

Τα αγγειοπαθικά έλκη συχνά προβληματίζουν στη διάγνωση και γι' αυτό πρέπει πέραν του ιστορικού να επισημαίνονται χαρακτηριστικές ενδείξεις για την αναγνώριση του μεγέθους των αγγείων που προσβάλλονται κάθε φορά. Τέτοιες ενδείξεις είναι η δικτυωτή πελιδνώση ή πορφύρα, οι αιμορραγικές πομφόλυγες (μεγάλες), τα υποδόρια οζίδια και τα νεκρωτικά έλκη που ήδη μελετώνται, όπου η παρουσία τέτοιων βλαβών αφορά συνήθως σε αγγειίτιδα των αγγείων μέσου μεγέθους (PAN) ή σε αγγειίτιδα μικρών και μέσου μεγέθους αγγείων (ANCA-σχετιζόμενη αγγειίτιδα ή κρουσφαιριναιμική αγγειίτιδα). Αντίστοιχα, η παρουσία των παραπάνω βλαβών και σύγχρονης ψηλαφητής πορφύρας αφορά συνήθως σε αγγειίτιδα μικρών και μέσου μεγέθους αγγείων. Επιπλέον, κρίνεται αναγκαία η έγκαιρη λήψη εντός 24-48h βιοψίας από τα χείλη του έλκους χωρίς προηγηθείσα θεραπεία και του DIF εντός 24h, όπως και η διαφοροδιάγνωση της αγγειίτιδας από την αγγειοπάθεια (εμβολές, ενδαγγειακοί θρόμβοι, κρουσφαιριναιμίες, διαταραχές πήξης-κεραυνοβόλο πορφύρα, πελιδνοειδή αγγειοπάθεια, θεραπεία με κουμαρινικά, διαταραχή C,S).

Συχνά, οι λοιμώξεις δημιουργούν προβληματισμό στη διάγνωση. Ως εκ τούτου η λήψη ενδεδειγμένου ιστορικού και η αναγνώριση χαρακτηριστικών σημείων (π.χ θερμό άκρο με σαφώς αφορισμένο ερύθημα – ερυσίπελας-) και εργαστηριακών ευρημάτων όπως π.χ άμεση αναζήτηση για λειψομάνια ή καλλιέργεια για μυκοβακτηρίδια και ανάλογες χρώσεις.

Τέλος, η υποψία της διάγνωσης ενός ελκωτικού νεοπλάσματος αφορά σε έλκος χωρίς επούλωση εντός εξαμήνου ενδεδειγμένης θεραπείας, συχνά με κοκκώδη ιστό που καλύπτει >75% του πυθμένα, άλλοτε ανώματος ή βαθύς, με νέκρωση (λεμφώματα, έλκη επί χρόνιου τραύματος ή ουλώδους ιστού – Marjolin ulcers) ή με οσμή.

Οι προβληματισμοί και τα διλήμματα στη διάγνωση των ελκών των κάτω άκρων αποτελούν συχνό φαινόμενο καθώς τα άτονα έλκη στα κάτω άκρα προσομοιάζουν μεταξύ τους, γεγονός που καθιστά επιτακτική την ανάγκη αναγνώρισής τους στα πλαίσια της διαφοροδιάγνωσης τους μέσα από την έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση των ειδικών σημείων και ενίοτε εργαστηριακών ευρημάτων σε σχέση πάντα με το ιστορικό του ασθενούς.



Κηλιδοβλατιδώδη εξανθήματα στα παιδιά: προβλήματα, διλήμματα και αποφάσεις στη διαχείριση

Ε. Ρεμουντάκη

Παιδοδερματολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»

Ένας αριθμός παθήσεων μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση κηλιδοβλατιδώδους εξανθήματος και πυρετού στα παιδιά. Αυτά περιλαμβάνουν νοσήματα που οφείλονται τόσο σε ιούς όσο και σε βακτήρια, σύνδρομο υπερευαισθησίας αλλά και φαρμακευτικές αντιδράσεις.

Πολλές από αυτές τις καταστάσεις αποτελούν επείγοντα ιατρικά περιστατικά. Για το λόγο αυτό η έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία είναι ζωτικής σημασίας. Η διαφορική διάγνωση όσων αφορά στα κηλιδοβλατιδώδη εξανθήματα που συνοδεύονται από πυρετό είναι ευρεία.

Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού και φυσικής εξέτασης είναι σημαντικό για τη διάγνωση. Παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη σε κάθε ασθενή που παρουσιάζει κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα και πυρετό περιλαμβάνουν την κατανομή της δερματίτιδας του ασθενούς (κεντρική έναντι της περιφερικής), η έκθεση σε ασθενείς με παρόμοια συμπτώματα, νέα φάρμακα που ενδεχομένως έλαβε ο ασθενής και τα πρόσφατα ταξίδια.

Ένα συχνό νόσημα είναι το λοιμώδες ερύθημα με την εμφάνιση ερυθρών βλατιδών στις παρειές που συρρέουν σε μια ερυθρή, θερμή οίδηματώδη πλάκα. Το εξάνθημα παρουσιάζει συμμετρικότητα ενώ φειδεται τη ράχη τη μύτης και την περιστοματική περιοχή. Το εξάνθημα από το πρόσωπο υποχωρεί σε διάστημα 4 ημερών ενώ εμφανίζεται στα άνω άκρα, σπανιότερα και στα κάτω άκρα με τη χαρακτηριστική εικόνα «δαντέλας» 2 μέρες μετά την εμφάνιση του εξανθήματος στο πρόσωπο.

Επίσης συχνό νόσημα αποτελεί αιφνίδιο εξάνθημα το οποίο οφείλεται στους HHV6 και HHV7 και χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό ενώ με την ύφεση του πυρετού εμφανίζεται το εξάνθημα που ξεκινά από τον κορμό επεκτείνεται στον τράχηλο και τα άκρα. Χαρακτηριστικά δεν προσβάλλει το πρόσωπο ενώ οι κηλίδες και βλατίδες του εξανθήματος περιβάλλονται από λευκή άλω

Επίσης η οστρακιά εμφανίζεται με πυρετό και κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, Χαρακτηριστικά το εξάνθημα ξεκινά από το πρόσωπο και επεκτείνεται προς τον κορμό, ενώ βοηθητικά στοιχεία για τη διάγνωση αποτελούν

τα εξερυθρα παρίσθια η δυσκαταποσία, η περιστοματική ωχρότητα και οι επώδυνοι τραχηλικοί λεμφαδένες.

Ωστόσο τα κηλιδοβλατιδώδη εξανθήματα στα παιδιά δεν συνοδεύονται πάντα με πυρετό.

Τα φάρμακα είναι δυνατό να αποτελούν μια φαρμακευτική αντίδραση και κάτω από αυτή την έννοια το εξάνθημα μπορεί να εμφανιστεί μέσα σε 15 ημέρες αλλά είναι δυνατό αν υπάρχει προηγούμενη έκθεση ο χρόνος αυτός να μειωθεί από ώρες έως 7 μέρες. Σε αυτή την περίπτωση η κατανομή του εξανθήματος από τον κορμό και ον συνοδός κνησμός βοηθούν στη διάγνωση.

Τέλος υπάρχουν και άλλα κηλιδοβλατιδώδη εξανθήματα που δεν συνοδεύονται από πυρετό και τίθενται στη διαφορική διάγνωση όπως η μαστοκυττάρωση.



Ενδοκρινείς αδένες και δέρμα

Σ. Πάσχου

Το ενδοκρινικό σύστημα και το δέρμα συνδέονται στενά, καθώς πολλές ορμόνες έχουν άμεσες ή έμμεσες επιδράσεις στη δομή και στη λειτουργία του δέρματος. Διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, οι θυρεοειδοπάθειες, το σύνδρομο Cushing και το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (ΣΠΩ), επηρεάζουν τη φυσιολογία του δέρματος και οδηγούν σε εμφανείς δερματικές αλλοιώσεις, οι οποίες μπορεί να αποτελούν και διαγνωστικά κριτήρια για την αναγνώριση των ενδοκρινικών νόσων.

Δράσεις των ορμονών στο δέρμα

Γλυκοκορτικοειδή: Μειώνουν τη φλεγμονή στο δέρμα, αλλά υπερβολικά επίπεδα λόγω ενδογενούς υπερκορτιζολαιμίας ή παρατεταμένης χορήγησης κορτικοστεροειδών μπορεί να οδηγήσουν σε λεπτότερο δέρμα, καθυστέρηση στην επούλωση των πληγών και αυξημένη ευαισθησία σε λοιμώξεις.

Ανδρογόνα: Διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση των σημηματογόνων αδένων του δέρματος, ενισχύοντας την παραγωγή σμήγματος, καθώς και στη φυσιολογική τριχόση. Υψηλές συγκεντρώσεις ανδρογόνων μπορούν να προκαλέσουν ακμή, σημηματορόρα, υπερτριχόση στο σώμα και αλωπεκία στην κεφαλή.

Οιστρογόνα: Αυξάνουν την ενυδάτωση και την ελαστικότητα του δέρματος, προάγοντας τη σύνθεση κολλαγόνου. Κατά την εμμηνόπαυση, η μείωση των επιπέδων οιστρογόνων συσχετίζεται με απώλεια ελαστικότητας και αυξημένη ρυτίδωση.

Ινσουλίνη και IGF-1: Ρυθμίζουν μεταβολικά και αυξητικά μονοπάτια του δέρματος και συμβάλλουν στη συνολική του υγεία. Σε καταστάσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και το ΣΠΩ η αντίσταση στην ινσουλίνη συνδέεται με υπερινσουλιναίμια, που έχει η ίδια δερματικές εκδηλώσεις, αλλά και επαγόμενη υπερανδρογοναιμία.

Ενδοκρινολογικές και δερματικές επιπλοκές

1. Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης προκαλεί μακροχρόνιες επιπλοκές στο δέρμα λόγω της χρόνιας υπεργλυκαιμίας, η οποία επηρεάζει τη μικροκυκλοφορία και οδηγεί σε βλάβη των νεύρων και των αγγείων. Μπορεί να εμφανιστούν τα εξής:

- Διαβητικά έλκη: συχνά εμφανίζονται στα κάτω άκρα και προκύπτουν λόγω νευροπάθειας και διαταραχής αιμάτωσης, που επιβραδύνει την επούλωση των τραυμάτων.
- Ξηροδερμία και υπερκερατώσεις: Η ελλιπής ενυδάτωση λόγω μειωμένης λειτουργίας των ιδρωτοποιών αδένων προκαλεί ξηρότητα του δέρματος.
- Νεκροβίωση: Σπάνια, αλλά σοβαρή επιπλοκή με χαρακτηριστικά καστανόχρωμα οζίδια, που εμφανίζονται κυρίως στην κνήμη.

2. Θυρεοειδοπάθειες

- Υπερθυρεοειδισμός: Σχετίζεται με ζεστό, λεπτό και συχνά ερυθρό δέρμα. Επιπλέον, συχνή είναι η υπεριδρωσία στα άτομα με υπερθυρεοειδισμό.
- Υποθυρεοειδισμός: Το δέρμα γίνεται ξηρό, παχύ, ωχρο και ψυχρό, λόγω της μείωσης του μεταβολικού ρυθμού και της κατακράτησης υγρών. Συχνά παρατηρείται ξηρότητα στα μαλλιά, με πιθανή τριχόπτωση.

3. Σύνδρομο Cushing

Το σύνδρομο Cushing χαρακτηρίζεται από υπερβολική παραγωγή ή λήψη γλυκοκορτικοειδών, που προκαλεί σειρά επιδράσεων στο δέρμα:

- Λέπτυνση του δέρματος: Η υπερβολική έκθεση στα κορτικοστεροειδή οδηγεί σε ατροφία του δέρματος.
- Ραβδώσεις: Η αυξημένη κατανομή του υποδόριου λίπους και η λέπτυνση του κολλαγόνου προκαλούν μωβ ή κόκκινες ραβδώσεις, κυρίως στην κοιλιά, στους μηρούς και τους γλουτούς.
- Προδιάθεση για μύλωπες και δερματικές λοιμώξεις: Η ανοσοκατασταλτική δράση των γλυκοκορτικοειδών προκαλεί ευθραυστότητα των τριχοειδικών αγγείων και αυξάνει την ευαισθησία σε λοιμώξεις.

4. Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών

Η υπερανδρογοναιμία, που είναι βασικό χαρακτηριστικό του ΣΠΩ, οδηγεί σε:

- Ακμή: Η αύξηση των ανδρογόνων διεγείρει την παραγωγή σμήγματος, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη των πόρων και φλεγμονή.



- Υπερτρίχωση: Υπερβολική τριχοφυΐα σε μη φυσιολογικές περιοχές για τις γυναίκες, όπως το πρόσωπο, το στέρνο και η κοιλιά. Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί ανδρογενετική αλωπεκία στην κεφαλή.

Το ΣΠΩ σχετίζεται συχνά με αντίσταση στην ινσουλίνη και υπερινσουλιναίμια. Αυτό οδηγεί επίσης σε:

- Μελανίζουσα ακάνθωση: Σκούρες, παχιές πλάκες στο δέρμα, κυρίως στο λαιμό και στις μασχάλες.
- Ακροχορδώνες, που είναι εμφανείς κυρίως στο λαιμό και αποτελούν έκφραση των αυξητικών δράσεων της ινσουλίνης στο δέρμα.

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΙ

Προβληματισμοί - Διλήμματα – Αποφάσεις στη «Ρουτίνα» του Ιατρού

Διλήμματα και αποφάσεις στη χορήγηση νεοεπικουρικής ανοσοθεραπείας στο SCC

A. Μπεφόν

Η **νεοεπικουρική ανοσοθεραπεία** αποτελεί μία καινοτόμο προσέγγιση στη θεραπεία του δερματικού ακανθοκυτταρικού καρκινώματος (cutaneous squamous cell carcinoma, cSCC), ειδικά σε προχωρημένα ή μεταστατικά στάδια της νόσου.

Το cemiplimab είναι ένας αναστολέας του υποδοχέα προγραμματισμένου κυτταρικού θανάτου-1 (PD-1), που στοχεύει στην ενίσχυση της ανοσολογικής απόκρισης του οργανισμού έναντι του όγκου. Η θεραπεία με cemiplimab έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική, επιτυγχάνοντας υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό cSCC. Σύμφωνα με κλινικές μελέτες, η χρήση του ως νεοεπικουρική θεραπεία μπορεί να μειώσει σημαντικά το μέγεθος του όγκου πριν από τη χειρουργική επέμβαση, επιτρέποντας λιγότερο εκτεταμένες εκτομές και βελτιώνοντας τα ογκολογικά και αισθητικά αποτελέσματα.

Ένα από τα σημαντικά πλεονεκτήματα της ανοσοθεραπείας με cemiplimab είναι η μακροχρόνια ανταπόκριση, καθώς το ανοσοποιητικό σύστημα συνεχίζει να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα ακόμη και μετά τη διακοπή της θεραπείας. Επιπλέον, η θεραπεία παρουσιάζει γενικά καλό προφίλ ανοχής, με συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες να περιλαμβάνουν κόπωση, εξάνθημα και διαταραχές του θυρεοειδούς. Παρόλα αυτά, απαιτείται προσοχή στη διαχείριση των ανοσοσχετιζόμενων ανεπιθύμητων ενεργειών, οι οποίες μπορεί να είναι σοβαρές σε ορισμένες περιπτώσεις. Η παρακολούθηση των ασθενών και η άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων είναι κρίσιμη για την επιτυχή ολοκλήρωση της θεραπείας.

Σε επίπεδο κλινικών μελετών για νεοεπικουρική χρήση βρίσκεται επιπλέον το pembrolizumab και αναμένονται τα πρώτα αποτελέσματα.

Η νεοεπικουρική χρήση της ανοσοθεραπείας προσφέρει νέες προοπτικές στη διαχείριση του cSCC και ενδέχεται να αλλάξει σημαντικά το θεραπευτικό τοπίο, συμβάλλοντας στη βελτίωση της πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών.



Προβληματισμοί, διλήμματα και αποφάσεις στην ιστοπαθολογική εκτίμηση

Δ. Μουρτζούκου

Το μελάνωμα (Μ.) αποτελεί επιθετικό νεόπλασμα του δέρματος, αλλά και των βλεννογόνων, των οφθαλμών και λιγότερο συχνά των σπλάγχων. Η επίπτωση του οποίου παρουσιάζει ταχεία αύξηση τα τελευταία 50 χρόνια. Παρά τον επιθετικό χαρακτήρα του, η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη θεραπεία μπορεί να εξασφαλίσει στον ασθενή ευνοϊκή πρόγνωση.

Τόσο σε μορφολογικό όσο και ανοσοϊστοχημικό επίπεδο το Μ. ενδέχεται να δημιουργήσει ιδιαίτερα προβλήματα στην διαμόρφωση μιας ασφαλούς διάγνωσης. Πολλά εκ των μορφολογικών χαρακτηριστικών μπορεί να θέσουν διλήμματα στην ιστοπαθολογοανατομική εκτίμηση, όπως η απουσία χρωστικής/μελανίνης (αμελανωτικό Μ.) και τα ασυνήθη κυτταρολογικά χαρακτηριστικά όπως ο ραβδοειδής, ο πλασματοκυτταροειδής, ο μικροκυτταρικός υπότυπος, αλλά και το σπιλοκυτταροειδές και το δεσμοπλαστικό / ατρακτοκυτταρικό Μ. Επίσης, το αδιαφοροποίητο στοιχείο, ιστολογικά και ανοσοϊστοχημικά, ενδέχεται να ανευρεθεί αμιγώς (αδιαφοροποίητο Μ.) ή σε συνδυασμό με συμβατικό μελάνωμα (αποδιαφοροποιημένο Μ.), προκαλώντας ιδιαίτερα προβλήματα στην ταυτοποίηση του όγκου, τόσο στην πρωτοπαθή όσο και σε μεταστατική εστία.

Σε ανοσοϊστοχημικό επίπεδο, εκτός από την αναμενόμενη θετική έκφραση των κακοήθων μελανοκυττάρων σε S100, SOX10, HMB45, MelanA, MiTF κλπ, σε κάποιες περιπτώσεις ενδέχεται να παρατηρηθεί παράδοξη / 'aberrant' θετικότητα σε ανοσοχρώσεις όπως κερατίνες, νευροενδοκρινείς, δείκτες, δείκτες μυικών ινών κλπ. Επισημαίνεται ότι η ανοσοχρώση έναντι PRAME ενδέχεται να εκφραστεί εστιακά σε σπίλους, ενώ μπορεί να εκφραστεί και σε άλλα νεοπλάσματα, όπως σε καρκινώματα, μεσεγχυματικά νεοπλάσματα π.χ. MPNST, συνοβιακό σάρκωμα, μυξοειδές λιποσάρκωμα, αλλά και όγκοι γενετικών κυττάρων κ.α. Μόνο το 35% των δεσμοπλαστικών / ατρακτοκυτταρικών Μ. παρουσιάζουν διάχυτο πυρηνικό PRAME.

Ιδιαίτερη σημασία τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί στην παρουσία μελανοκυτταρικής διαφοροποίησης σε: α) νεοπλάσματα μαλακών μοριών (διαυγοκυτταρικό σάρκωμα, PEComa, κακοήθης μελανωτικός όγκος ελυτρου νεύρων, αλλά και νέες οντότητες όπως δερματικοί όγκοι με μελανοκυτταρική διαφοροποίηση και διαμεταθέσεις π.χ. *MITF::CREM*) β) νεοπλάσματα επιθηλιακής αρχής π.χ. ακανθομελανοκύττωμα, βασικομελανοκύττωμα και διάφοροι υπότυποι καρκινωμάτων (ενδομητρικό, ουροθηλιακό, MiTF-σχετιζόμενο νεφροκυτταρικό).

Προβληματισμό, επίσης, περιστασιακά προκαλεί η πιθανότητα μεταστατικής εστίας μελανώματος στη λήψη διαγνωστικών αποφάσεων, ιδιαίτερα όταν αναγνωρίζεται ενδοεπιδερμικό / συνδεσμικό στοιχείο, δεδομένου ότι σπανίως παρατηρείται επιδερμοτροπισμός σε μετάσταση.

Η μεγάλη ποικιλία και αλληλοεπικάλυψη χαρακτηριστικών σε κυτταρολογικό - μορφολογικό επίπεδο του μελανώματος, σε συνδυασμό με τον πιθανό παράδοχο ανοσοφαινότυπο, αλλά και συγκεκριμένους 'προβληματικούς' συχνά υποτύπους όπως το δεσμοπλαστικό, το αδιαφοροποίητο / αποδιαφοροποιημένο, το σπιλοκυτταροειδές και το Spitz Μ., καθιστούν σε κάποια περιστατικά αναγκαίο τον περαιτέρω έλεγχο του όγκου με μοριακές / κυτταρογενετικές τεχνικές, για την ανάδειξη συγκεκριμένων μεταλλάξεων ή διαμεταθέσεων (π.χ. *BRAFmut*, *NF1mut*, *ALK translocation*). Σε κάθε περίπτωση, ο συνδυασμός των κλινικών-δερματοσκοπικών, μορφολογικών-ιστολογικών, ανοσοϊστοχημικών κι ενδεχομένως μοριακών ευρημάτων βοηθά στην συνολική θεώρηση και τελική λήψη αποφάσεων για την ορθή και ασφαλή τυποποίηση του νεοπλάσματος.



Αντιηλιακά για την πρόληψη των όγκων του δέρματος: υπάρχουν ακόμη προβληματισμοί και διλήμματα για τη χρήση τους

Μ. Κωστάκη

Στους ανοιχτόχρωμους πληθυσμούς περίπου το 95% των κερατινοκυτταρικών καρκίνων και το 70-95% των μελανωμάτων του δέρματος προκαλούνται από την υπεριώδη ακτινοβολία. Πολυετείς τυχαίοποιημένες μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η τακτική χρήση αντιηλιακής προστασίας σχετίζεται με μειωμένη εμφάνιση ακανθοκυτταρικού καρκίνου έως και 40%, καθώς και με μειωμένα ποσοστά βασικοκυτταρικού καρκινώματος και μελανώματος. Τα αντιηλιακά δύνανται να περιέχουν οργανικά (χημικά) ή/και μη οργανικά (φυσικά) φίλτρα. Η νομοθεσία διαφέρει ανάμεσα στις ΗΠΑ και την Ευρώπη με αποτέλεσμα στην Αμερική να έχουν έγκριση μόλις 17 φίλτρα, έναντι 29 εγκεκριμένων στην Ευρώπη. Σύμφωνα μάλιστα με τον FDA τα μόνα ενεργά συστατικά των αντιηλιακών που αναγνωρίζονται ως ασφαλή και αποτελεσματικά είναι το οξείδιο του ψευδαργύρου και το διοξείδιο του τιτανίου. Παρά την πολυετή παρουσία αντιηλιακών φαίνεται πως εξακολουθούν να υπάρχουν προβληματισμοί για την ασφάλειά και τις ενδεχόμενες επιπτώσεις από τη χρήση τους. Η πρόκληση ή μη, βλάβης μέσω συστηματικής απορρόφησης, η επίδραση στην πρόσληψη βιταμίνης D, οι πιθανοί κίνδυνοι από την προσθήκη αντιοξειδωτικών, η ενδεχόμενη συσχέτιση με την πρόσθια ινωτική αλωπεκία αλλά και το αποτύπωμα της χρήσης τους στο περιβάλλον αποτελούν τα κύρια ερωτήματα που καλούνται να απαντήσουν οι επιστήμονες. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν ερευνητικές μελέτες που να τεκμηριώνουν αιτιολογική σχέση για βλαπτική επίδραση των αντιηλιακών καθώς τα δεδομένα σε συνθήκες πραγματικής ζωής δεν είναι αρκετά. Ο ρόλος του δερματολόγου κρίνεται καθοριστικός στην εκπαίδευση του ασθενούς για τη λήψη των κατάλληλων μέτρων προστασίας από την υπεριώδη ακτινοβολία στα οποία συγκαταλέγεται και η ορθή χρήση αντιηλιακών.

Δερματοπάθειες γεννητικής περιοχής: πότε χρειάζεται η συνεργασία γυναικολόγου- δερματολόγου - αφροδισιολόγου

Α. Μορτάκης

Η συνεργασία μεταξύ των δύο ειδικοτήτων, της γυναικολογίας και της δερματολογίας είναι απαραίτητη στις ακόλουθες περιπτώσεις:

1. Προκαρκινικές αλλοιώσεις και καρκίνος αιδοίου
2. Χρόνιες φλεγμονώδεις δερματοπάθειες
 - a. Ανατομικές παραμορφώσεις
 - b. Παρακολούθηση για πρόληψη καρκίνου
 - c. Συστηματική αγωγή
3. Αιδοιοκολπίτιδες
4. Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (HPV, HSV, βλεννόρροια, σύφιλη)
5. Ουρογεννητικό σύνδρομο της εμμηνόπαυσης
6. Αιδοιοδυνία

Οι προκαρκινικές αλλοιώσεις του αιδοίου χαρακτηρίζονται ως VIN (Vulvar Intraepithelial Neoplasia). Διακρίνουμε δύο κατηγορίες VIN:

- Usual VIN (uVIN). Είναι ο πιο συχνός τύπος VIN (90%). Σχετίζεται με λοίμωξη από HPV υψηλού κινδύνου.
- Differentiated VIN (dVIN). Είναι σπανιότερος τύπος (10%) και απαντάται συνήθως σε γυναίκες με λειχήνα αιδοίου.

Χειρότερη πρόγνωση έχουν οι ασθενείς με dVIN (συχνότερη και ταχύτερη εξέλιξη σε καρκίνο).

Καλόν είναι οι ασθενείς με ιστορικό κονδυλωμάτων να παρακολουθούνται ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που είχαν ανιχνευτεί HPV υψηλού κινδύνου, όπως επίσης και οι ασθενείς με ιστορικό λειχήνα αιδοίου (σκληρυντικού και ομαλού).

Οι ασθενείς με λειχήνες δεν κινδυνεύουν μόνο από καρκινογένεση στο αιδοίο (κίνδυνος 3%-5% ανάλογα με την ηλικία) αλλά κινδυνεύουν και από ανατομική παραμόρφωση της περιοχής με δυσάρεστα επακόλουθα ιδιαίτερη στη σεξουαλική τους ζωή.



Οι αιδοιίτιδες συνοδεύονται συνήθως από κολπίτιδες και απαιτούν τη συνεργασία δερματολόγου και γυναικολόγου για τη θεραπεία της φλεγμονής και την αποκατάσταση της χλωρίδας του κόλπου και του δέρματος του αιδοίου.

Οι λοιμώξεις από τους γεννητικούς HPV είναι πολυεστιακές και συνήθως πολυκεντρικές και αφορούν αιδοίο, κόλπο, τράχηλο μήτρας αλλά και περιπρωκτική περιοχή. Καλόν είναι ιδίως σε περιστατικά με υποτροπιάζοντα οξυτενή κοδυλώματα να ελέγχεται διεξοδικά το σύνολο της πρωκτογεννητικής περιοχής και να γίνονται HPV τεστ και τεστ Παπανικολάου για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Οι λοιμώξεις από HSV απασχολούν τόσο τους γυναικολόγους, όσο και τους δερματολόγους ιδιαίτερα οι περιπτώσεις με υποτροπές και οι λοιμώξεις κατά την κύηση. Απαιτούν συχνά τη συνεργασία των δύο ειδικοτήτων όπως και τα άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (βλεννόρροια και σύφιλη).

Το ουρογεννητικό σύνδρομο της εμμηνόπαυσης οφείλεται στην ατροφία των ιστών, που προκαλείται από την πτώση των οιστρογόνων. Σε πολλές γυναίκες η συμπτωματολογία είναι έντονη και οι επιπτώσεις ιδιαίτερα στη σεξουαλική ζωή των γυναικών και κατ'επέκταση στη ψυχολογία τους είναι μεγάλες. Σήμερα υπάρχουν φαρμακευτικές και ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές τεχνικές που μπορεί να βοηθήσουν στην ανατομική και λειτουργική αποκατάσταση της περιοχής. Γυναικολόγοι και Δερματολόγοι πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι και να επιλαμβάνονται ενωρίς προτού δημιουργηθούν μόνιμες δυσμορφίες (συνήθως στένωση κόλπου).

Ως αιδοιοδυνία ορίζεται ο νευροπαθητικός πόνος στο αιδοίο, που έχει διάρκεια μεγαλύτερη από 3 μήνες.

Καλόν είναι η αιδοιοδυνία να αναγνωρίζεται έγκαιρα από γυναικολόγους και δερματολόγους, επειδή όσο περισσότερο διαρκούν τα συμπτώματα, τόσο δυσκολότερη είναι η θεραπεία.

Η αιδοιοδυνία συνήθως συνοδεύεται από άλλες συνοσηρότητες (όπως κατάθλιψη, σπασμός πυελικών μυών, υποτροπιάζουσες λοιμώξεις και φλεγμονές) και η θεραπεία της σχεδιάζεται με βάση τα συνοδά αίτια.



ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΙΙ

Παθήσεις τριχών: Διλήμματα και αποφάσεις όταν το θεραπευτικό πεδίο διευρύνεται

Μαλλιά που δεν μακραίνουν: υπάρχει λύση;

Σ. Πανούση

Ο κύκλος ζωής των τριχών περιλαμβάνει την αναγεννή, καταγεννή, τελογενή και διατροφική φάση. Όταν διαταράσσεται η αναλογία των τριχών λόγω νοσημάτων ή συνδρόμων έχουν ως αποτέλεσμα τα μαλλιά να μη μακραίνουν, να είναι κοντά, εύθρυπτα μαλλιά.

Θα πρέπει να παρθεί πλήρες ιστορικό, να γίνει σωστή κλινική εξέταση, να συσχετισθεί με τυχόν γενικότερο πρόβλημα υγείας, να γίνει μικροσκοπική εξέταση του βολβού και του στελέχους της τρίχας. Εάν χρειάζεται : συνίσταται βιοψία, τριχοριζόγραμμα, και γενετικός έλεγχος.

Οι διαταραχές στελέχους της τρίχας ταξινομούνται βάση ευθραυστότητας.

Η αυξημένη ευθραυστότητα στελέχους τρίχας περιλαμβάνει:

- **Σύνδρομο χάλαρων αναγεννών τριχών:** αφορά συνήθως ξανθά κορίτσια, έχει συσχέτιση με Σύνδρομο Noonan`s και υποιδρωτική δυσπλασία. Το pull-test είναι θετικό, η πλειοψηφία των τριχών είναι στην αναγεννή φάση >70%, υπάρχει τάση βελτίωσης με την αύξηση της ηλικίας και χρειάζεται προσεκτική περιποίηση με τάση βελτίωσης με την ηλικία και τοπική χρήση μινοξιδίλης.

- **Σύνδρομο βραχύβιων αναγεννών τριχών:** Σπάνια συγγενής ανωμαλία τριχών, τα μαλλιά είναι κοντά από την γέννηση σε μήκος χωρίς αλωπεκία και φυσιολογική εικόνα στελέχους. Το pull-test είναι θετικό και στο τριχοριζόγραμμα υπάρχει αυξημένη αναλογία τελογενών τριχών >5% σε σχέση με τις αναγεννείς.

- **Τριχόρρηξη με εγκολεασμό (S.Netherton)** :Κληρονομείται με αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα με ποικίλη διεισδυτικότητα, είναι μετάλλαξη στο γονίδιο SPINK 5 του χρωμοσώματος 5q32 και κωδικοποιεί τον αναστολέα πρότασης της σερίνης LETKI.Συνυπάρχει ιχθύαση και ατοπία. Στο τριχοριζόγραμμα διαπιστώνεται εγκολεασμός της τρίχας στο εγγύς τμήμα αυτής (bamboo hair).Τα μαλλιά βελτιώνονται με την ηλικία, έχουν δοθεί συστηματικά ρετονοειδή, PUVA,χαμηλές δόσεις κορτικοστεροειδών, τοπικά tacrolimus,γαλακτικό οξύ 12%.

- **Οζώδης τριχόρρηξη:** χαρακτηρίζεται από εντοπισμένη καταστροφή του φλοιού της τρίχας, στο μικροσκόπιο φαίνεται σαν εικόνα δυο πινέλων που περιπλέκονται.

Πρωτοπαθής οζώδης τριχόρρηξη: Τα μαλλιά είναι συνήθως φυσιολογικά κατά την γέννηση και βελτιώνονται με την ηλικία.

Συγγενής οζώδης τριχόρρηξη: Αργινοηλεκτρική οξυουρία ,Κιτρουλιναιμία. Τα σύνδρομα έχουν ως διαγνωστικό σημείο την οζώδη τριχόρρηξη, την νοητική και αναπτυξιακή καθυστέρηση και διαταραχή του κύκλου της ουρίας με υπεραμμωνίαιμία, κιτρουλιναιμία και χαμηλά επίπεδα αργινίνης.

- **Pilli- torti (περιστρεμμένες τρίχες)** :3-4 ομαλές συστροφές 180 μοιρών και σπάνια 90 η 360 μοιρών, εύρους 0,4-0,9mm σε ακανόνιστα διαστήματα κατά μήκος του στελέχους της τρίχας.

Ο κλασικός τύπος pilli-torti έχει πρώιμη έναρξη, θήλυ φύλο, τα μαλλιά είναι σαν σχοινιά, ανοιχτότερο χρώματος από τα άλλα μελί της οικογένειας, σπασμένα σε διάφορα μήκη. Τα φρύδια και οι βλεφαρίδες είναι εύθρυπτα από την γέννηση.

Η όψιμη μορφή αφορά άτομα λευκής φυλής, τα μαλλιά γίνονται (σκούρα μαύρα), άκαμπτα, τραχιά, συνυπάρχει νοητική υστέρηση.

Άλλα Σύνδρομα όπου τα μαλλιά είναι κοντά είναι: S.Bojnstard, S. Crandall.

- **Μονιλέθριξ:** κληρονομείται με αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα με υψηλή διεισδυτικότητα και ποικίλη έκφραση.

Κλινικά τα μαλλιά εμφανίζονται κοντά (1-8 mm) λόγω ευθραυστότητας με εστιακή ή διάχυτη αλωπεκία δίκην (ξυρισμένου γενείου). Συνυπάρχει κοιλονυχία, θυλακική υπερκεράτωση, καθυστέρηση ανάπτυξης και νεανικός καταρράκτης. Στο τριχοριζόγραμμα το στέλεχος παρουσιάζει κομβολογιοειδούς σχηματισμούς που συνενώνονται με στενότερα μεσοδιαστήματα τα οποία είναι αμμύελα και υπάρχει η θραύση της τρίχας. Παρατηρείται βελτίωση με την ηλικία, και δίδεται τοπική χρήση μινοξιδίλης



- **Ανδρογενετικού τύπου αλωπεκία:** πρώιμη έναρξη στους εφήβους περίπου 15%. Η ΑΓΑ όταν εμφανίζεται σε μικρότερες ηλικίες < 10 ετών χρήζει παιδο-ενδοκρινολογική εκτίμηση. Γενικότερα δίδεται έλεγχος θυροειδούς ωοθηκών και επινεφριδίων.

- **Γυροειδής Αλωπεκία:** 1-5% των δερματολογικών ασθενών, παρατηρείται ίδια συχνότητα με τους ενήλικες. Είναι αυτοάνοσο (απρόβλεπτο) νόσημα και κατά την επανέκφυση χρήζει θεραπείας για να μακραίνουν τα μαλλιά με τοπική χρήση μινοξιδίλης .

Συμπερασματικά: Τα μαλλιά που δεν μακραίνουν απαιτούν ευρύτητα γνώσεων, σωστή διαχείριση, εξέταση και εργαστηριακό όπου απαιτείται για την ορθή διάγνωση και θεραπεία. Οι αλλαγές στο μήκος της τρίχας μπορεί να αφορά αρχικές εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων και σημαντικό διαγνωστικό σημείο για περαιτέρω παθήσεις του ασθενούς. Η σωστή διάγνωση και η έγκαιρη θεραπεία αποτελούν αποτελούν σημαντικούς γνώμονες για την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και το καλύτερο αποτέλεσμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Trueb RM Causes and management of hypertrichosis
Am J Clin Dermatol 2002;3:9:617-27
2. Ulrike Blume- Peytavi et al European Consensus on the evaluation of women presenting with excessive hair growth
Eur J Dermatol 2009;19:6:1-6
3. Rodney Dawber and Dominique Van Neste. *Hair and Scalp Disorders second edition. Taylor & Francis Group, 2004; 255-269*
4. M. E. Gonzalez et al. AGA in pediatric population: a retrospective review.
Br J Dermatol, 2010 ;163:378-385.
5. Laleh A. Bedocs and Anna L. Bruckner Adolescent hair loss.
Current Opinion in Pediatrics, 2008; 20:431-435
6. U. Blume-Peytavi et al. S1 guideline for diagnostic evaluation in androgenic alopecia in men, women and adolescents.
Br J Dermatol 2011; **164**:5-15
7. Vera H. Price Androgenetic Alopecia in Adolescents. *Cutis, 2003; 71:115-121*
8. Beom Joon KIM et al. Androgenetic alopecia in adolescents: A report of 43 cases. *Journal of Dermatology* 2006 ;33: 10:696-699

ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ Ι

Προβληματισμοί – Διλήμματα – Αποφάσεις στην Κοσμητική Δερματολογία

Peelings: συνδυάζονται με άλλες τεχνικές για καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα

Φ. Μπαγεώργου

Το χημικό peeling είναι η αρχαιότερη μέθοδος αισθητικής βελτίωσης που παραμένει επίκαιρη μέχρι και σήμερα . Το γεγονός αυτό την έχει υποβάλει σε εξέλιξη , αλλαγή , βελτίωση και προσαρμογή .

Διαμορφώθηκαν, σε αυτές τις δεκαετίες, οι χημικές συνθέσεις ώστε να εξυπηρετήσουν τις εκάστοτε ενδείξεις , προσαρμόστηκαν αναλόγως οι συγκεντρώσεις , ενώ ανακαλύφθηκαν και νέοι παράγοντες.

Στα πλαίσια αυτά, το χημικό peeling άρχισε να συνδυάζεται με άλλες μεθόδους , ενέσιμες θεραπείες , συσκευές φωτός και λέιζερ. Αυτούς τους συνδυασμούς θα παρουσιάσουμε , αναδεικνύοντας τις αμέτρητες δυνατότητες που μας δίνουν ώστε να χαρίσουμε στους ασθενείς μας βέλτιστα αποτελέσματα .



Echo δέρματος: είναι χρήσιμο για την εφαρμογή κοσμητικών τεχνικών και τη διαχείριση των επιπλοκών

A. Υφαντή

Οι ενέσιμες θεραπείες για αισθητική βελτίωση γίνονται όλο και πιο δημοφιλείς τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, όταν η βελόνα/κάνουλα διεισδύει στο δέρμα, η έγχυση είναι «τυφλή» τόσο ως προς το βάθος, όσο και ως προς την ακριβή θέση της.

Ο υπέρηχος ως γρήγορη και ανώδυνη μέθοδος, χρησιμοποιείται ήδη από άλλες ιατρικές ειδικότητες για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς και αποτελεί ένα σημαντικό εκπαιδευτικό εργαλείο για την εφαρμογή μιας "ασφαλέστερης" ενέσιμης θεραπείας.

Με τον υπέρηχο δέρματος, απεικονίζεται σε πραγματικό χρόνο η ανατομία του ατόμου στο οποίο εφαρμόζονται ενέσιμες θεραπείες, δίνοντας τη δυνατότητα "μετατροπής" της στατικής σε κινητή ανατομία. Ο υπέρηχος δέρματος μας βοηθάει στην ορθή ή μη τοποθέτηση του δερματικού εμφυτεύματος, μέσω της καλύτερης κατανόησης του σωστού ανατομικού πλάνου κατά την διάρκεια της εγχυσης. Η κατευθυνόμενη υπερηχογραφικά έγχυση εμφυτευμάτων βοηθάει στην ασφάλεια και την ακρίβεια σε περιοχές αυξημένου ρίσκου. Επίσης, μας δίνει πληροφορίες για προηγούμενες εφαρμογές (τύπος ή μέγεθος του εμφυτεύματος). Η μεγαλύτερη του συμβολή ωστόσο, είναι στην διάγνωση και τη διαχείριση των επιπλοκών των δερματικών εμφυτευμάτων (τόσο των αγγειακών συμβαμάτων όσο και των late onset επιπλοκών).

Με την χρήση του έγχρωμου Doppler, μπορούμε να πραγματοποιήσουμε αγγειακή χαρτογράφηση, να προσδιορίζουμε την ροή του αίματος ή την απουσία αυτής μέσα στο αγγείο, να προσδιορίζουμε την κατεύθυνση της, καθώς επίσης να διαπιστώσουμε αν το αγγείο είναι αρτηρία ή φλέβα.

Έτσι, ο υπέρηχος δέρματος καθιερώνεται ως ένα ανεκτίμητο εργαλείο μάθησης, βελτίωσης των τεχνικών και της ακριβείας έγχυσης, μέσω της οπτικοποίησης τόσο του ανατομικού πλάνου όσο και των ζωτικών δομών. Στόχος μας είναι να προσφέρουμε μακροπρόθεσμα και φυσικά αποτελέσματα χωρίς επιπλοκές.

ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΨΩΡΙΑΣΗ – ΜΕΡΟΣ Ι

Προβληματισμοί – Διλήμματα – Αποφάσεις στη διαχείριση της Ψωριασικής Νόσου

Έχει εφαρμογή η τεχνητή νοημοσύνη (AI) στη διαχείριση της ψωρίασης;

N. Ρομποτή

Η τεχνητή νοημοσύνη (artificial intelligence; AI) φαίνεται να εμπλέκεται τα τελευταία χρόνια με αυξανόμενο ρυθμό στον τομέα της δερματολογίας. Ως προς την ψωριασική νόσο, το AI έχει βρει εφαρμογή τόσο στο κομμάτι της διάγνωσης, όσο και τη θεραπευτική λήψη αποφάσεων και τη διαχείριση του νοσήματος αυτού.

Η ανάπτυξη κατάλληλων αλγορίθμων οδήγησε στον εντοπισμό ψωριασικών βλαβών, τη διάγνωση και την ταξινόμηση της νόσου από AI συστήματα με αποτελέσματα συγκρίσιμα με αυτά των κλινικών ιατρών. Παράλληλα, AI αλγόριθμοι κατάφεραν να διαφοροδιαγνώσουν την ψωριασική νόσο από άλλες φλεγμονώδεις δερματοπάθειες, όπως η ατοπική δερματίτιδα, το μολυσματικό κηρίο, η κοινή ακμή αι η ροδόχρους ακμή. Σε άλλα μοντέλα AI, παρατηρήθηκε υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα στη διαφοροποίηση της ψωρίασης από την ατοπική δερματίτιδα και τη σπογγοειδή μυκητίαση. Ακόμα και στην περιοχή του τριχωτού κεφαλής, η χρήση AI λογισμικού με αξιοποίηση δερματοσκοπικών εικόνων ή μέσω smartphone μπόρεσε με 65-75% ευαισθησία και 70-80% ειδικότητα να διαφοροδιαγνώσει την ψωρίαση τριχωτού από τη σημηματορροϊκή δερματίτιδα. Σημαντικό είναι και το γεγονός ότι προγράμματα AI εφαρμόζονται με επιτυχία για τη διάγνωση δερματοπαθειών, όπως η ψωρίαση, σε διαφορετικούς πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένου του ασιατικού, ενισχύοντας έτσι την ορθή διάγνωση σε πληθυσμούς διαφορετικού χρωματικού τόνου (skin diversity).

Στον τομέα της αξιολόγησης της βαρύτητας της ψωρίασης, AI συσκευές φαίνεται να είναι πολύ χρήσιμες για την αναπαραγωγικότητα τους και φορητά μηχανήματα έχουν



χρησιμοποιηθεί για την αυτοματοποιημένη μέτρηση του PASI μετά από ολική απεικόνιση του σώματος του ασθενή με ψηφιακή φωτογράφιση.

Θεραπευτικά, η χρήση μοντέλων ΑΙ έχει αναδείξει με υψηλή ευαισθησία την πιθανότητα ανταπόκρισης σε βιολογικές θεραπείες μέσα από μια σειρά αιματολογικών εξετάσεων. Επιπρόσθετα, προγράμματα ΑΙ χρησιμοποιούνται στη σημερινή εποχή για την ανάλυση του γονιδιώματος που εμπλέκεται στην ψωριασική νόσο και την εντόπιση δραστικών ουσιών (νέων ή και ήδη υπαρχόντων) με ενδεχόμενο θεραπευτικό ρόλο στην ψωρίαση. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του χρονικού διαστήματος και του κόστους για την ανάπτυξη φαρμακευτικών σκευασμάτων και να αυξήσει το ποσοστό επιτυχίας κλινικών μελετών.

Παράλληλα, η χρήση εφαρμογών σε κινητά τηλέφωνα ή και η τηλεϊατρική με τη βοήθεια του ΑΙ έχει συμβάλλει στη διαχείριση της ψωριασικής νόσου, την καλύτερη επικοινωνία με τον ασθενή και την καθοδήγηση του.

Το ΑΙ επομένως μπορεί να διαδραματίσει στα σωστά πλαίσια ένα καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση της ψωρίασης και να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο στα χέρια του ιατρού και του ασθενή.



Επιλέγοντας την καταλληλότερη και αποτελεσματικότερη θεραπεία σκιαγραφώντας το profil του ασθενούς

Π. Παναγάκης

Τις τελευταίες δεκαετίες η σημαντική πρόοδος που έχει επιτευχθεί στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας και η ανάδειξη του ανοσολογικού υπόβαθρου της νόσου, είχαν ως αποτέλεσμα την αναγνώριση μιας σειράς νέων θεραπευτικών στόχων ενώ η παράλληλη ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας οδήγησε σε σημαντική αύξηση των θεραπευτικών επιλογών μας.

Η πληθώρα των θεραπευτικών επιλογών έχει δημιουργήσει την ανάγκη εξατομίκευσης της θεραπείας. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται καλύτερη συμμόρφωση και καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Πολύ είναι λοιπόν οι παράγοντες που πρέπει κάθε φορά εκτιμώνται και να επηρεάζουν την θεραπευτική μας απόφαση:

A) Χαρακτηριστικά του ασθενή (Ηλικία & φύλο, δείκτης μάζας σώματος, επίδραση QoL, προ ηγηθείσες συστηματικές θεραπείες, συμμόρφωση)

B) Χαρακτηριστικά της νόσου (Έκταση , μορφή, προσβεβλημένες περιοχές, συχνότητα υποτροπών, ύπαρξη συν νοσηροτήτων) και τέλος

Γ) Ύπαρξη συννοσηροτήτων (ΨΑ, ΙΦΝΕ, Μεταβολικό σύνδρομο, Κατάθλιψη κλπ)

Δ) Χαρακτηριστικά του φαρμάκου (Ταχύτητα δράσης, διατήρηση αποτελεσματικότητας, διαχείριση συν νοσηροτήτων, ευκολία χορήγησης, ασφάλεια).

