

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΜΕ ΘΕΜΑ:**

**ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ  
&  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

**ΓΑΛΑΝΗ ΓΕΩΡΓΙΑ  
ΜΟΥΡΔΟΥΚΟΥΤΑ ΔΗΜΗΤΡΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:**

**ΔΡ. ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2005**

**Αφιέρωση**

*Στις αγαπημένες μας οικογένειες,  
για τα όσα έκαναν και συνεχίζουν να κάνουν για εμάς,  
με απέραντη αφοσίωση, σεβασμό και αγάπη.*

**Γαλάνη Γεωργία  
Μουρδουκούλα Δήμητρα**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμές ευχαριστίες στον Δρ. Ιωάννη Δετοράκη, Επιστημονικό Συνεργάτη του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών για την αμέριστη βοήθεια και συμπαράστασή του καθώς και για την καθοδήγηση και το ενεργό ενδιαφέρον του για την εκπόνηση αυτής της εργασίας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Αφιέρωση πτυχιακής.....	i
Ευχαριστίες.....	ii
Περιεχόμενα.....	iii
Πρόλογος.....	1
Εισαγωγή.....	3

## ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

Ανατομία του δέρματος.....	7
Εξαρτήματα του δέρματος.....	10
Ανατομία τρίχας.....	12
Αγγεία του δέρματος.....	13
Φυσιολογία του δέρματος.....	15

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

<b>ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΙΑΣΕΙΣ</b> .....	24
Μολυσματικό κηρίο.....	24
Δοθιήνωση.....	27

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

<b>ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΑΣΕΙΣ</b> .....	31
Θυλακίτιδα.....	31
Σταφυλοκοκκική ή στρεπτοκοκκική θυλακίτιδα.....	31

Θυλαλκίτιδα από ψευδομονάδα.....	33
Ερυσίπελας και φλέγμονας.....	34

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**

<b>ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΕΣ</b>	39
Ψώρα.....	39
Αστεατωτικό έκζεμα.....	45
Δερματομυκητίαση τριχωτού κεφαλής.....	48
Δερματομυκητίαση των ποδιών.....	53
<b>Ακμή</b> .....	55
Κοινή Ακμή.....	61
Μετεφηβική ακμή στην ώριμη γυναίκα.....	62
Βρεφική ακμή.....	63
Οξειδιοκυστική ακμή.....	63
Τραυματική ακμή νεαρών γυναικών.....	75
Ροδόχρους ακμή.....	76
<b>Φθειρίαση</b> .....	83
Φθειρίαση της κεφαλής.....	84
Φθειρίαση του σώματος.....	87
Φθειρίαση εφηβαίου.....	89
Δήγματα εντόμων.....	90
<b>Πρωτοπαθής ερεθιστική δερματίτιδα από επαφή</b> .....	98
Δερματίτιδα πάνας.....	99
Πρωτογενής ερεθιστική δερματίτιδα των χεριών της νοικοκυράς.....	103
Αλλεργική δερματίτιδα από επαφή.....	107
Δερματίτιδα από επαφή με μέταλλο.....	109
Δερματίτιδα από επαφή με ελαστικό.....	110

Δερματίτιδα από επαφή αρωμάτων και καλλυντικών.....	111
Δερματίτιδα από επαφή με βερνίκι για τα νύχια.....	113
Δερματίτιδα από επαφή με φάρμακα.....	113
Δερματίτιδα από σουλφίδιο του φωσφόρου.....	115
Δερματίτιδα από επαφή με φυτά.....	118
Δερματίτιδα από βολβούς.....	118
Δερματίτιδα από χρυσάνθεμα και αερομεταφερόμενη.....	119
<b>Φωτοδερματίτιδα από επαφή.....</b>	<b>120</b>
Φυτοφωτοδερματίτιδα.....	121
Δερματίτιδα του Berlonque.....	122
Φωτοαλλεργική δερματίτιδα από επαφή.....	124

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

<b>ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΩΝ ΝΥΧΙΩΝ</b>	128
Οξεία παρωνυχία.....	128
Χρόνια παρωνυχία.....	130
Ονυχομυκητίαση.....	134

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

<b>ΚΑΡΚΙΝΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ</b>	140
Βασικό κυτταρικό καρκίνωμα.....	141
Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.....	142
Ακτινική υπερκεράτωση.....	142

## ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Γενική νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με δερματοπάθειες	148
σ' όλα τα θεραπευτικά στάδια.....	
Νοσηλευτική φροντίδα.....	149
Γενική φροντίδα και προφύλαξη.....	149
Γενική νοσηλεία των ασθενών με μυκητιάσεις.....	152
Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	159
Επίλογος.....	161

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	162
------------------	-----

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	164
---------------------	-----

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το δέρμα! Αυτός ο υπέροχος εύθραυστος φλοιός του σώματος. Χαρά των αισθήσεων και χάρτης της ψυχής μας. Πάνω στο δέρμα βρίσκονται τα ίχνη των εμπειριών και των συναισθημάτων μας. Κι όμως το αντιμετωπίζουμε τόσο επιδερμικά, σαν όλη μας η προσοχή να είναι εστραμμένη στις κάθε λογής ενοχλήσεις κάτω από την επιδερμίδα. Ένας πόνος στο στομάχι, για παράδειγμα μας ανησυχεί περισσότερο από μια παράξενη ελιά που άνθισε στην πλάτη μας.

Το δέρμα μας όμως δεν τρέφεται μόνο από αέρα, νερό και χάρδια. Βομβαρδίζεται καθημερινά από βλαβερές υπεριώδεις ακτίνες και όζον. Δέχεται την ανελέητη εισβολή της μολυσμένης ατμόσφαιρας, καίγεται από το αλκοόλ και συρρικνώνεται από τον καπνό. Χάνει την ομορφιά και το σφρίγος του από την κακή διατροφή και το στρες.

Αν και η πλέον σοβαρή πηγή κινδύνου για σχεδόν όλες τις δερματικές ασθένειες και την ανάπτυξη κακοήθειας φέρεται η υπερβολική έκθεση στην ηλικιακή ακτινοβολία πρέπει να ξέρουμε ότι, συν-υπεύθυνες είναι όλες οι άλλες αιτίες που προαναφέραμε με σοβαρότερη όλων την άγνοια και την αδιαφορία.

Μήπως λοιπόν αντιμετωπίζουμε το πρόβλημα επιδερμικά; Η πιο επικίνδυνη ασθένεια είναι η άγνοια ενώ η αποτελεσματικότερη θεραπεία είναι η πρόληψη. Γι' αυτό πρέπει να μάθουμε να ζούμε.

Με αφορμή λοιπόν όλη αυτή την ανευθυνότητα που διακατέχει τον ανθρώπινο πληθυσμό σήμερα όσο αναφορά την υγεία, το πολυτιμότερο αγαθό πάνω στον πλανήτη, επιλέξαμε σαν θέμα της πτυχιακής μας τις «παθήσεις του δέρματος» αναφερόμενοι



στις πιο γνωστές δερματοπάθειες που μαστίζουν τον κόσμο στις μέρες μας απ' τις εκατοντάδες χιλιάδες που υπάρχουν προκειμένου να μεταδώσουμε μια πληροφόρηση αλλά πολύ περισσότερο να μάθουμε κι εμείς οι ίδιοι σαν μέλλοντες νοσηλευτές την ιδιαίτερη προσοχή που πρέπει να δώσουμε στους ασθενείς δερματικών παθήσεων κατά την νοσηλευτική μας φροντίδα έχοντας σαν απώτερο στόχο να υποστηρίξουμε ότι το επάγγελμά μας αποτελεί «λειτούργημα» και όχι καθ' αυτό όπως συνηθίζουμε να το βλέπουμε, ένα απλό επάγγελμα που θα μας εξασφαλίσει τα «προς το ζην».

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εφόσον το δέρμα είναι ανέπαφο και ο ξενιστής διαθέτει ανοσολογική επάρκεια, δύσκολα προκαλείται λοίμωξη του δέρματος, ακόμα και πειραματικά. Η σχετική ξηρότητα του δέρματος, οι φυσικές αντιμικροβιακές ουσίες που περιέχονται στο σμήγμα, καθώς και η τοπική μικροβιακή χλωρίδα περιορίζουν τον αποικισμό του δέρματος από τα δυνητικά παθογόνα. Στους επιτόπιους μικροοργανισμούς περιλαμβάνεται *Propionibacterium acnes* (αναερόβιο διφθεροειδές), αερόβια διφθεροειδή, ο *Staphylococcus epidermidis*, μικρός αριθμός αναερόβιοι σταφυλόκοκκοι και, στις περισσότερες περιπτώσεις, Gram - αρνητικοί βάκιλλοι. Αυτοί μετατρέπονται σε παθογόνους εφόσον τους παρέχεται η ευκαιρία, για παράδειγμα, γύρω από μόνιμους καθετήρες είτε σε προσθετικές βαλβίδες.

Στις περισσότερες περιπτώσεις πρωτοπαθούς πυοδερματίτιδας το αίτιο είναι ο *Staphylococcus aureus*, είτε η ομάδα των Α στρεπτόκοκκων που, αποτελούν συνήθεις εισβολείς του δέρματος με έκζεμα είτε τραύματα. Οι σταφυλόκοκκοι μπορούν επίσης να αποικίσουν το δέρμα πρόσκαιρα είτε, σε ορισμένες θέσεις όπως η μύτη, μάλλον μόνιμα, ως μέρος της κατάστασης φορέα. Μπορούν να παράγουν τοξίνες όπως είναι η αποφολιδωτική τοξίνη, υπεύθυνη για το σύνδρομο της σταφυλοκοκκικής επιδερμικής νεκρόλυσης, είτε η πυρετογόνα εξωτοξίνη που προκαλεί το σύνδρομο της τοξικής καταπληξίας. Το τελευταίο εμφανίζεται ιδιαίτερα σε συσχέτιση με σηπτική έκτρωση και έχει περιγραφεί σε γυναίκες που κατά την εμμηνορρυσία χρησιμοποιούν υπεραπορροφητικά

ταμπόν. Το αποτέλεσμα συνίσταται σε πυρετό, τοξικό ερύθημα, πολυσυστηματική συμμετοχή και κυκλοφορική καταπληξία.

Οι σταφυλόκοκκοι πρωτογενώς μεταφέρονται με τα χέρια από ρινικούς φορείς, και αυτό έχει σημασία για τα νοσοκομεία και τις κλινικές. Παράγοντες που αφορούν το ξενιστή, και ιδιαίτερα η ανοσοκαταστολή, καθώς και τα τοπικά και συστηματικά στεροειδή, αυξάνουν την επιρρέπεια προς τη λοίμωξη. Η εκτεταμένη εμφάνιση αντίστασης των σταφυλοκόκκων προς τα αντιβιοτικά αποτελεί ήδη μείζον πρόβλημα στη θεραπευτική.

Ουσιαστικά, όλοι οι στρεπτόκοκκοι της ομάδας Α είναι αιμολυτικοί, και μπορούν να προσδιορίζονται στο εργαστήριο από την ευαισθησία τους προς τη βακιτρακίνη. Προκαλούν πρωτογενείς πυοδερματίτιδες και μπορούν να επεκτείνονται με τα λεμφαγγεία και να προκαλούν λεμφαγγειίτιδα. Άλλες ομάδες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αποτελούν δευτερογενείς εισβολείς. Μη πυογόνα αλλεργικά επακόλουθα όπως είναι ο οξύς ρευματικός πυρετός, η οξεία σπειραματονεφρίτιδα και το οζώδες ερύθημα περιορίζονται στην ομάδα Α, και από αυτό απορρέει η σημασία τους και η ανάγκη για τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Στελέχη της φαρυγγικής ομάδας των στρεπτοκόκκων μπορούν επίσης να παράγουν ερυθρογόνες τοξίνες, από τις οποίες προκαλείται οστρακιά είτε, συνηθέστερα, μια ελαφρότερη νόσος και τοξικό ερύθημα που καταλήγει σε εκτεταμένη αποφολίδωση, ιδιαίτερα στα άκρα. Οι στρεπτόκοκκοι ανταποκρίνονται στην πενικιλίνη είτε, για τα άτομα με αλλεργία προς τη πενικιλίνη, στην ερυθρομυκίνη.

## ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

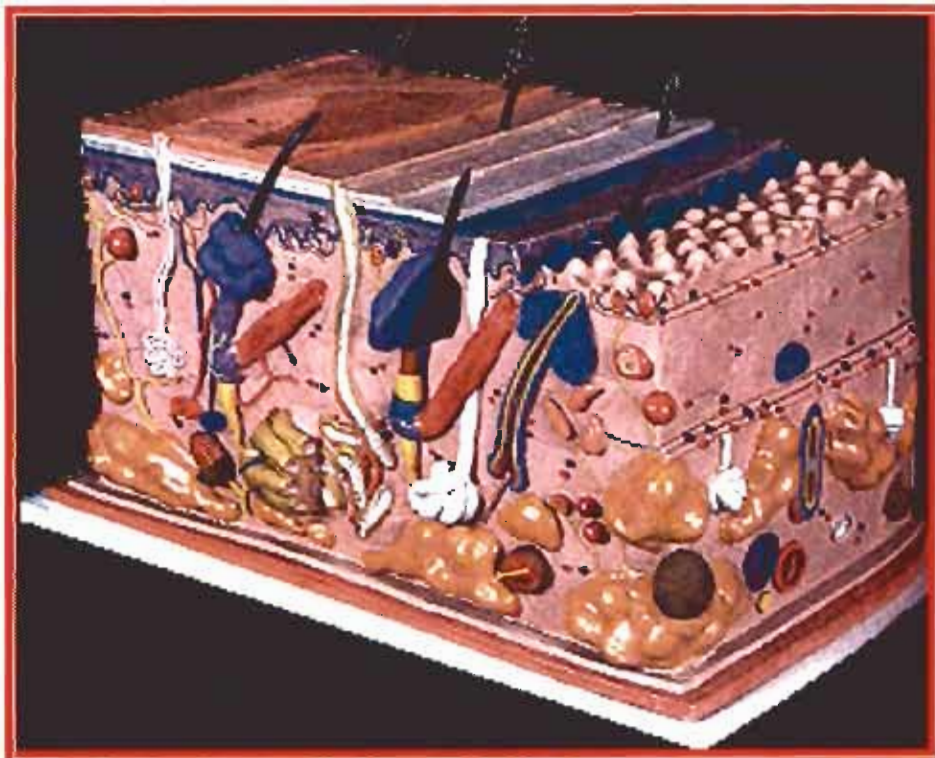


## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα είναι όργανο όλου του σώματος και αποτελεί την ελαστική μεμβράνη η οποία καλύπτει ολόκληρη την εξωτερική επιφάνεια του σώματος. Στις οπές αυτού δηλαδή του σώματος π.χ. στόμα, μύτη, γεννητικά όργανα, μεταπίπτει στο βλεννογόνο.

Το πάχος του δέρματος ποικίλει ανάλογα της θέσεως του π.χ βλέφαρα από 0,7- 1 χιλιοστά, πέλματα παλάμαι 2-3 (MM) χιλιοστά. Το χρώμα του δέρματος διαφέρει από άτομο σε άτομο, από τη μια περιοχή του σώματος σε άλλη και από τη μια ηλικία σε άλλη.

Η επιφάνεια είναι ανώμαλη και καλύπτεται σε ορισμένες περιοχές του σώματος από τρίχες και η υπόλοιπη επιφάνεια από χνούδι εκτός των παλαμών, πελμάτων, και καμπτικής επιφάνειας δακτύλων.



Ανατομία Δέρματος

Στην επιφάνεια του δέρματος διακρίνονται:

1. Οι πόροι που είναι το στόμα εξόδου των αδένων και είναι ορατά με το γυμνό μάτι.
2. Οι δερματικές ακρολοφίες όπου έχουν ορισμένη κατεύθυνση και δίδουν τα δακτυλικά αποτυπώματα κάθε ανθρώπου. Αυτές βρίσκονται στις παλάμες και στα πέλματα.
3. Οι πτυχές του δέρματος που είναι αύλακες ή γραμμές παραγόμενες από τη διάταξη των δεσμίδων του κολλαγόνου και ελαστικού ιστού στο χώρο (γραμμές LANGER).

Το δέρμα μας αποτελείται από τρία μέρη:

1. Την επιδερμίδα
2. Το κυρίως δέρμα
3. Την υποδερμίδα ή υπόδερμα.

Ας εξετάσουμε από τι αποτελείται το κάθε μέρος:

## 1. Η επιδερμίδα

Δεν έχει αγγεία και αποτελείται από πέντε στοιβάδες κυττάρων την μία πάνω στην άλλη, είναι δε οι εξής από έξω προς τα μέσα:

➤ **Κερατίνη στοιβάδα:** Είναι η πρώτη απ' τις στοιβάδες από πλατιά κύτταρα χωρίς πυρήνα.

➤ **Διαφανής στοιβάδα:** Βρίσκεται κάτω από την κερατίνη, είναι δε σαν μια ταινία και περιέχει λίπη, λιποειδή και γλυκογόνο.

➤ **Κοκκώδης στοιβάδα:** Αποτελείται από 1-2 στοίχους ρομβοειδών κυττάρων, περιέχει δε κοκκία και σταγονίδια μιας ουσίας η οποία λέγεται κερατοϋαλίνη.

➤ **Στοιβάδα των ακανθωτών κυττάρων:** Είναι η πλατύτερη όλων και αποτελείται από πολυεδρικά εμπύρηννα κύτταρα.

➤ **Βλαστική ή Βασική στοιβάδα:** Αποτελείται από μια σειρά κυλινδρικών κυττάρων, το ένα δίπλα στο άλλο σαν πάσσαλοι, η δε βάση τους είναι οδοντωτή και συνδέονται έτσι με το θηλώδες στρώμα. Στη στοιβάδα αυτή γεννιέται και το μελάχρωμα του δέρματος. Είναι η σπουδαιότερη στοιβάδα όλων, γιατί απ' αυτήν αναγεννιέται η επιδερμίδα, γι' αυτό όταν καταστραφεί η στοιβάδα αυτή έχουμε ουλώδη ατροφία (σημάδι).

Τις τρεις πρώτες στοιβάδες τις ονομάζουμε Κεράτινη ζώνη, ενώ τις δύο τελευταίες, δηλαδή των ακανθωτών κυττάρων και την βασική, τις ονομάζουμε Μαλπίγειο σώμα ή Μαλπιγειανή στοιβάδα.

## 2. Το κυρίως δέρμα

Είναι το σπουδαιότερο τμήμα του δέρματος και αποτελείται από μια ουσία η οποία λέγεται κολλαγόνο και από κύτταρα συνδετικού ιστού, τα οποία πλέκονται με μυϊκές και ελαστικές ίνες.

Γενικά σ' αυτό το τμήμα υπάρχουν οι θύλακες των τριχών, λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία, οι σμηγματογόνοι και ιδρωτοποιοί αδένες, νεύρα.

Αποτελείται από δύο στοιβάδες:

➤ **Το θηλώδες στρώμα:** Σ' αυτό υπάρχει πυκνό δίκτυο αγγείων τα οποία εξασφαλίζουν την διατροφή της επιδερμίδας, η οποία όπως αναφέρθηκε δεν έχει αγγεία. Στο πάνω μέρος το στρώμα αυτό δημιουργεί προεξοχές, οι οποίες ονομάζονται θηλές.



Το μεταξύ δύο θηλών τμήμα της επιδερμίδας λέγεται επιθηλιακή θηλή.

➤ **Το χόριο:** Είναι το πυκνότερο, στερεότερο και μεγαλύτερο τμήμα του δέρματος, αποτελείται δε από κύτταρα συνδετικού ιστού. Μέσα σε αυτό υπάρχουν αγγεία, νεύρα, αδένες, τα οποία περιβάλλονται από θήκη συνδετικού ιστού. Από το χόριο ξεκινούν οι θύλακες των τριχών.

### 3. Η υποδερμίδα ή υπόδερμα

Αυτή μοιάζει πολύ με το χόριο και αποτελείται από δεσμίδες συνδετικού ιστού μεταξύ των οποίων υπάρχει το υποδόριο λίπος. Το λίπος αυτό είναι περισσότερο σε ορισμένα μέρη, ενώ σε άλλα δεν υπάρχει, όπως στους αγκώνες, στην επιγονατίδα, στην ραχιαία επιφάνεια των χεριών, γι' αυτό εκεί το δέρμα είναι ακίνητο. Στις παλάμες και στα πέλματα το λίπος μοιάζει με προσκεφάλι και έτσι στηρίζεται το δέρμα όταν πονάμε.

## ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Τα εξαρτήματα του δέρματος είναι τα εξής:

- Αδένες
- Τρίχες
- Νόχια

## **ΑΔΕΝΕΣ :**

Υπάρχουν κυρίως στο κυρίως ή ιδίως δέρμα οι σμηγματογόνοι ή στεατώδεις αδένες και οι ιδρωτοποιοί αδένες

## **Τρίχες:**

Είναι κεράτινα όργανα και μπαίνουν σε κόλπωμα του δέρματος, το οποίο λέγεται θύλακας της τρίχας. Βρίσκονται σε όλη την επιφάνεια του δέρματος και διακρίνουμε δύο είδη τριχών:

### **Τις χονδρές**

### **Τις χνουώδεις (χνούδι)**

Το μήκος τους μπορεί να φθάσει μέχρι 2,30 μέτρα. Ο αριθμός τους στο τριχωτό του κεφαλιού είναι μεταξύ 90.000 μέχρι και 150.000.

Το χρώμα των τριχών δημιουργείται από κοκκία χρωστικής τα οποία βρίσκονται στον φλοιό αυτής, από το χρώμα του κυτταροπλάσματος των κυττάρων και από τον αέρα που υπάρχει μεταξύ των κυττάρων. Όταν υπάρχει αέρας μεταξύ των κυττάρων τότε έχουμε άσπρες τρίχες, αλλά στο άσπρισμα των τριχών παίζει ρόλο το νευρικό σύστημα, η ηλικία και άλλοι παράγοντες. Βέβαια, το χρώμα εξαρτάται και από την φυλή.

## **Νύχια:**

Χρησιμεύουν σαν στηρίγματα των άκρων των δακτύλων, έχουν δύο επιφάνειες, την κοίλη, η οποία εφάπτεται με το δέρμα και λέγεται κοίτη και την κυρτή επιφάνεια, δηλαδή αυτή που βλέπουμε και λέγεται άρνεμος.

Το πίσω μέρος, που μπαίνει μέσα στο δέρμα λέγεται μητέρα του νυχιού και το δέρμα που σκεπάζει το μέρος αυτό λέγεται παρωνύχιο.

Το νύχι αποτελείται από 3 μέρη:

Από το σώμα, δηλαδή το ορατό μέρος,

Από την κορυφή ή το χείλος του νυχιού και

Από την ρίζα, η οποία στον αντίχειρα έρχεται προς τα έξω σαν λευκή ζώνη και λέγεται μηνίσκος ή ανατολή.

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΡΙΧΑΣ

Η τρίχα αποτελείται από τα εξής μέρη:

Από την ελεύθερη μοίρα, δηλ. αυτή που είναι πάνω από το δέρμα και λέγεται στέλεχος και

Από το τμήμα μέσα στο δέρμα που λέγεται ρίζα.

Το στέλεχος αποτελείται από τρεις στοιβάδες από έξω προς τα μέσα:

Το περιτρίχιο

Το φλοιό και

Τον μυελό.

Η ρίζα βρίσκεται στον τριχοσμηγματικό θύλακα. Στο κάτω μέρος η ρίζα είναι διογκωμένη και λέγεται βολβός ενώ από το ένα μέρος του ο θύλακας έχει ένα μυ, ο οποίος λέγεται ορθωτής μυς.

α) επιδερμίδα

β) σμηγματογόνοι αδένες

γ) μυς ορθωτής

δ) δέρμα

ε) βολβός της τρίχας

στ) θριξ (τρίχα)

ζ) θηλή της τρίχας

η) εξωτερική επιθηλιακή θήκη

ι) εσωτερική επιθηλιακή θήκη



Αγγεία Τύπος

## ΑΓΓΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Τα αγγεία του δέρματος είναι περισσότερα στο θηλώδες στρώμα και μετά στο χόριο. Έρχονται από μέσα δηλαδή από την υποδερμίδα και φθάνουν μέχρι των κορυφών των θηλών.

Το αγγειακό σύστημα του δέρματος μας αποτελείται από δύο δέσμες αιμοφόρων αγγείων, δηλαδή αρτηρίες- φλέβες και από μία δέσμη λεμφικών αγγείων τα οποία βαίνουν παράλληλα προς το φλεβικό σύστημα.

Οι αρτηρίες είναι η επιφανειακή δέσμη των αιμοφόρων αγγείων, που βρίσκονται πιο πολύ στο θηλώδες στρώμα και φθάνει μέχρι των κορυφών των θηλών, διαπτοίζει την επιδερμίδα μας με

αίμα, η οποία όπως αναφέρθηκε στερείται αγγείων και περισσότερο διαποτίζεται με αίμα η βασική ή βλαστική στοιβάδα.



Αγγεία του Δέρματος

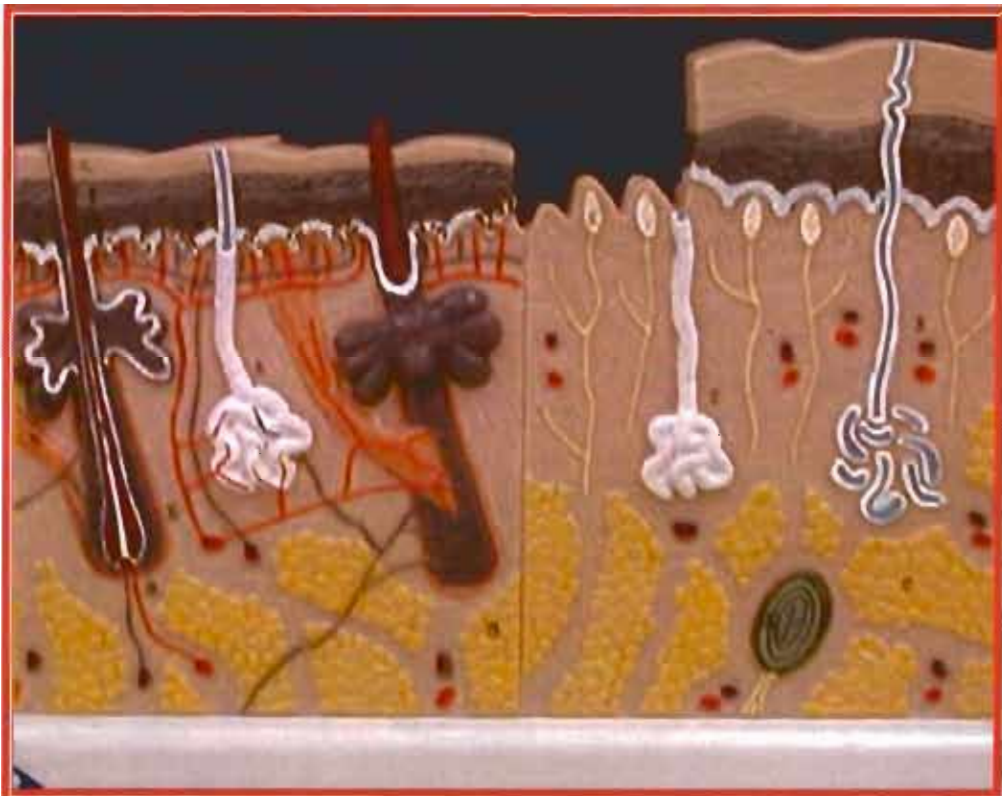
Οι φλέβες είναι πιο βαθιά δέσμη και βρίσκεται μεταξύ χορίου και υποδέρματος. Απομακρύνουν τις άχρηστες ουσίες και το διοξείδιο του άνθρακα.

Τέλος, η δέσμη των λεμφαγγείων βαίνει παράλληλα προς τις φλέβες και με λεμφοφόρα τριχοειδή αγγεία διαποτίζει τα κύτταρα με θρεπτικές ουσίες και παίρνει τις άχρηστες. Διότι από τα αιμοφόρα τριχοειδή εξέρχεται προς το λεμφικό υγρό πλάσμα αίματος, περιέχοντας θρεπτικές ουσίες, τις οποίες αφού αποδώσει επιστρέφει πάλι στο αίμα.

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Η κύρια λειτουργία του δέρματος είναι η προφύλαξη του σώματος από τις επιδράσεις του περιβάλλοντος. Γι' αυτό το σκοπό επιτελεί τις εξής επιμέρους λειτουργίες:

- α. απορρόφηση και απέκκριση
- β. διαπνοή
- γ. θερμορύθμιση και
- δ. αίσθηση



Φυσιολογία του Δέρματος

Την προφύλαξη του οργανισμού έχουν σαν σκοπό η κερατινοποίηση, η παραγωγή χρωστικής (μελανίνης) η φυσικοχημεία του δέρματος και ο σχηματισμός επιδερμικού λίπους.

Η ελαστικότητα και η ύπαρξη ορισμένης τάσεως αποτελούν χαρακτηριστικές ιδιότητες του δέρματος. Όσο αφορά τη διαβατό-

τητα του δέρματος συμβαίνουν τα εξής: Το μεν νερό εύκολα εξέρχεται ενώ είναι αδύνατη η είσοδος του δια μέσω του δέρματος, τα δε λιποειδή εισέρχονται δύσκολα δια του δέρματος.

## Κερατινοποίηση

Κερατινοποίηση καλείται το σύνολο των εξεργασιών οι οποίες γίνονται στην επιδερμίδα για το σχηματισμό της κερατίνης και του λίπους της.

Οι εξεργασίες της κερατινοποίησης αρχίζουν από τη βασική στοιβάδα. Τα κυλινδρικά κύτταρα αυτής μετατρέπονται αρχικά σε κύτταρα της μαλπιγιανής στιβάδας, στη συνέχεια της κοκκώδους και τελικά κερατινοποιούνται. Κατά τις χημικές μεταβολές οι οποίες συνοδεύουν την κερατινοποίηση σχηματίζονται διαδοχικοί: κερατουαλίνη, ελαιοειδίνη, γλυκογόνο, λίπη και κερατίνη.

Η κερατίνη χημικά είναι σκληροπρωτεΐνη αποτελούμενη κυρίως από θειούχα αμινοξέα.

Διακρίνεται δε αυτή σε σκληρή (χωρίς λίπος) και μαλακή (με λίπος). Στο σχηματισμό αυτής επιδρούν ορμονικοί και βιταμινικοί παράγοντες. Τα οιστρογόνα οι ορμόνες των επινεφριδίων και η βιταμίνη Α δρουν ανασταλτικά στον σχηματισμό αυτής.

Στην εναπόθεση της κερατίνης οφείλει η επιδερμίδα την ελαστικότητα και αντοχή της.

## Χρωστική του Δέρματος

Το χρώμα του δέρματος είναι διαφορετικό στις διάφορες φυλές (λευκή, κίτρινη, μαύρη κ.τ.λ) και στα διάφορα μέρη του σώματος.

Προέρχεται από την επίδραση χρωστικών ουσιών:

1. Από το κόκκινο της οξυαιμοσφαιρίνης.
2. Από το κίτρινο των καροτινοειδών.
3. Από το μαύρο της μελανίνης.
4. Από το άσπρο της κερατοϋαλίνης της κοκκώδους στοιβάδας.

Υπάρχουν όμως και χρωστικές ουσίες, οι οποίες αλλοιώνουν το χρώμα του δέρματος, όπως π.χ η διάχυση της χολής, η αναιμία, η υπεραιμία.

### **Τι είναι το κόκκινο της οξυαιμοσφαιρίνης;**

Σημαίνει ότι το κόκκινο χρώμα οφείλεται στο δίκτυο των αιμοφόρων αγγείων. Κατά την αναπνοή το οξυγόνο πηγαίνει στους πνεύμονες και από εκεί στο αίμα, όπου ενώνεται με την χρωστική ουσία του αίματος, την αιμοσφαιρίνη και δίνει μια ασταθή ένωση, την οξυαιμοσφαιρίνη.

### **Τι είναι το κίτρινο των καροτινοειδών;**

Τα κύτταρα της επιδερμίδας περιέχουν λίπη, είτε ελεύθερα, είτε αναμεμειγμένα με πρωτεΐνες. Υπάρχουν όμως και λίπη στο δέρμα και στο συνδετικό ιστό κάτω από το δέρμα. Τα λίπη αυτά είναι αναμεμειγμένα με καροτινοειδείς ουσίες, οι οποίες δίνουν το κίτρινο χρώμα. Τα καροτινοειδή λίπη είναι εφεδρικά λίπη.

### **Τι είναι το μαύρο της μελανίνης;**

Η μελανίνη είναι μια ουσία, στα κοκκία της οποίας οφείλεται το μαύρο χρώμα του δέρματος και η οποία βρίσκεται στις βαθύτερες στοιβάδες της επιδερμίδας και στο χόριο.



## Τι είναι το άσπρο της κερατοϋαλίνης;

Είναι μια ουσία που βρίσκεται στην κοκκώδη στοιβάδα της επιδερμίδας. Όπου η επιδερμίδα είναι παχύτερη π.χ. στα πέλματα, το χρώμα είναι πιο κίτρινο.

Το δέρμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ένας απλός καθρέπτης, που αντανακλά την γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου και σε γενικές γραμμές έχει ως εξής:

1. Καθαρά ροδοκόκκινα μάγουλα, σημαίνουν συνήθως πολύ καλή υγεία.
2. Κίτρινο δέρμα σημαίνει ότι υπάρχει κάποια ασθένεια, όπως π.χ. ηπατίτιδα.
3. Παρουσιάζονται πολλές φορές εξανθήματα στο πρόσωπο, που μπορεί να προέρχονται από διάφορες αλλεργίες, από καλλυντικά ή από αναφυλαξία από ορισμένα είδη διατροφής.

## Το Δέρμα και η Θερμοκρασία του

Το δέρμα κάνει διάφορες λειτουργίες. Μεταξύ αυτών είναι να ρυθμίζει την θερμοκρασία του σώματος και δρα και σαν αποταμιευτικό και προστασπιστικό κατά της αποβολής της θερμότητας.

Είναι δηλαδή:

### Ρυθμιστής της σωματικής θερμοκρασίας.

Αυτό γίνεται με την άδηλο αναπνοή. Με αυτήν αποβάλλεται CO<sub>2</sub> υδρατμοί και το 80% της παραγόμενης στο σώμα θερμότητας.

Όταν η θερμοκρασία ανεβαίνει, τότε δημιουργείται ιδρώτας, ο οποίος για να εξατμισθεί απορροφάει θερμότητα και έτσι η θερμοκρασία του σώματος μένει σταθερή.

Το δέρμα είναι αποταμιευτικό και προασπιστικό κατά της αποβολής της θερμότητας.

Αυτό γίνεται με το υποδόριο λίπος και τις τρίχες.

### **Το Δέρμα σαν Όργανο Αίσθησης**

Το δέρμα είναι εκείνο το οποίο μας δίνει την αίσθηση:

- 1) Της αφής και πίεσεως.
- 2) Του θερμού και ψυχρού
- 3) Του άλγους

Η αίσθηση της απλής επαφής γίνεται δια της νευρώσεως των τριχών ενώ η αφή εξυπηρετείται από τα σωματίδια WEISSNER, η δε εν τω βάθει αίσθηση της πίεσης με τα σωματίδια των VATER-PACINI.

Η αίσθηση του θερμού και ψυχρού γίνεται δι' ειδικών νευρικών απολήξεων όπως είναι τα σωματίδια του RUFFINI.

Η αίσθηση του άλγους εξυπηρετείται με τις ελεύθερες νευρικές απολήξεις της επιδερμίδας και του χορίου.

### **Το Δέρμα σαν Όργανο Άμυνας**

Το δέρμα αμύνεται:

1. Κατά των εξωτερικών μηχανικών επιδράσεων με τη λεία επιφάνεια του, του πάχους του και της ελαστικότητάς τους.
2. Κατά των χημικών παραγόντων με την κεράτινη ουσία η οποία δεν επηρεάζεται από τις ουσίες αυτές.
3. Κατά των μικροβιακών εξωτερικών παραγόντων, οι οποίοι βρίσκονται σε αφθονία πάνω από αυτό, με την κεράτινη στιβάδα που εμποδίζει την είσοδο αυτών.

4. Κατά των φυσικών ή ακτινικών παραγόντων με διάφορες χημικές μεταβολές οι οποίες λαμβάνουν χώρα στην επιδερμίδα.

Στις περισσότερες παθήσεις του δέρματος εμφανίζεται αρχικά μια βλάβη που καλείται στοιχειώδης βλάβη. Η βλάβη αυτή είναι πολύ σημαντική για να τεθεί η διάγνωση διότι από τα χαρακτηριστικά της (χρώμα, σχήμα, σύσταση, εντόπιση) κατευθύνεται ο γιατρός στο να θέσει τη σωστή διάγνωση.

Οι στοιχειώδεις βλάβες διακρίνονται σε πρωτογενείς, σε δευτερογενείς όταν εμφανίζονται στην εξέλιξη της δερματοπάθειας ή προκαλούνται από επιμόλυνση ή κνησμό και σε ειδικές βλάβες όταν έχουν ορισμένες χαρακτηριστικές δομές και αλλοιώσεις.

### **Πρωτοπαθείς Στοιχειώδεις Βλάβες**

**Κηλίδα:** Είναι καλώς περιγεγραμμένη, επίπεδη περιοχή του δέρματος, που διαφέρει στο χρώμα από το υπόλοιπο δέρμα. Έχει μέγεθος μικρότερο από 0,5cm. Όταν το μέγεθος είναι μεγαλύτερο από 0,5 cm τότε ονομάζεται κηλιδώδης πλάκα. Ανάλογα με το χρώμα διακρίνονται σε λευκές, μελανές, κυανές, ερυθρές.

**Βλατίδα:** Η βλατίδα είναι στερεή επηρμένη βλάβη που έχει μέγεθος μικρότερο από 1 εκατοστό διάμετρο.

**Πομφός:** Ο πομφός είναι ειδικός τύπος βλατίδας ή πλάκας που αποτελείται από λευκό ή ρόδινο οίδημα (πρήξιμο). Οι πομποί εμφανίζονται και εξαφανίζονται μέσα σε ώρες. Είναι η χαρακτηριστική στοιχειώδης βλάβη της κνίδωσης.

**Φυσαλίδα:** Είναι μικρό έπαρμα της επιδερμίδας (διάμετρου κάτω των 0,5 εκατοστών) που περιέχει ορώδες ή αιματηρό υγρό.

**Πομφόλυγα:** Η πομφόλυγα είναι έπαρμα της επιδερμίδας άνω των 0,5 εκατοστών που περιέχει ορώδες ή αιματηρό υγρό.

**Φλύκταινα:** Φυσαλίδα που αντί για υγρό περιέχει πύον.

**Οζίδιο:** Το οζίδιο είναι μια καλώς περιγεγραμμένη, συχνά στρογγυλή βλάβη που έχει συμπαγή σύσταση και διάμετρο μεγαλύτερη από 1 εκατοστό

**Όγκος:** Όταν η διάμετρος του οζιδίου είναι μεγαλύτερη του 1 εκατοστού τότε έχουμε ένα όγκο.

### **Δευτεροπαθείς Στοιχειώδεις Βλάβες**

**Εφελκίδα:** Η εφελκίδα σχηματίζεται από συσσώρευση αποξηραμένου υγρού και κυτταρικών υπολειμμάτων.

**Λέπτι:** Είναι πετάλια της επιδερμίδας που αποτελούνται από συσσώρευση φυσιολογική ή μη κερατίνης.

**Έλκωση:** Πρόκειται περί εστιακής απώλειας της επιδερμίδας η οποία φθάνει μέχρι το χόριο. Όταν η έλκωση υποχωρήσει αφήνει ουλή.

**Ουλή:** Είναι η αντικατάσταση των φυσιολογικών στοιχείων του δέρματος από συνδετικό ιστό.

**Ατροφία:** Οφείλεται σε λέπτυνση της επιδερμίδας ή του χορίου και εμφανίζεται ως εμβυθισμένη περιοχή του δέρματος.

### **Ειδικές Στοιχειώδεις Βλάβες**

**Εκδορά:** Είναι μια διάβρωση που προκαλείται από ξύσιμο.

**Φαγέσωρας:** Προκαλείται από βύσμα κερατίνης που φράζει την έξοδο του τριχικού θύλακα.

**Κύστη:** Είναι μια κοιλότητα που περιβάλλεται από τοιχώματα και περιέχει υλικό συμπαγές ή υγρό.

**Σήραγγα:** Οφιοειδής σήραγγα που οφείλεται στην πορεία ενός παρασίτου στο δέρμα. είναι χαρακτηριστική στη ψώρα.

**Λειχηνοποίηση:** Οφείλεται στο ξύσιμο. Παρατηρείται πάχυνση της επιδερμίδας.

**Τηλεαγγειεκτασία:** Είναι η διάταση των επιφανειακών αγγείων του δέρματος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>



## ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΙΑΣΕΙΣ

Ο πιο συχνός τύπος σταφυλόκοκκου είναι ο **χρυσίζοντας** που προσβάλλει εκλεκτικά το θυλάκιο της τρίχας. Μεταξύ των σταφυλοκοκκιάσεων ξεχωρίζουμε:

### Μολυσματικό Κηρίο (Impetigo)

#### Ορισμός

Οξεία, μολυσματική επιφανειακή λοίμωξη του δέρματος, που οφείλεται είτε στον *Staphylococcus aureus* είτε σε ένα βήτα αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ή και στους δύο μαζί.



Μολυσματικό Κηρίο (Impetigo)

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Φυσαλίδες που ρήγνυνται εύκολα.
- Χρυσίζουσες εφελκίδες.
- Ταχεία επέκταση.
- Συχνά στο πρόσωπο.

### Αιτιολογία

Η νόσος είναι συνήθης σε νεαρά άτομα. Είναι μεταδοτική και οι εξάρσεις εμφανίζονται σε ιδρύματα όπως σε παιδικούς σταθμούς και οικοτροφεία σχολείων. Το μολυσμένο άτομο κατά τα άλλα είναι υγιές, αλλά σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει ένας προδιαθεσικός παράγων όπως δήγματα εντόμων, ψείρες στο τριχωτό της κεφαλής είτε τραύμα. Μια προϋπάρχουσα δερματική νόσος όπως το έκζεμα μπορεί να καταστήσει το δέρμα ευπαθές σε δευτερογενή μικροβιακή λοίμωξη, οπότε και χρησιμοποιείται ο όρος “κηριοειδές.”

### Κλινικά χαρακτηριστικά

Ο ασθενής είτε οι γονείς του πάντοτε αναφέρουν ότι οι βλάβες αρχίζουν ως φυσαλίδες. Σε μερικές περιπτώσεις οι φυσαλίδες διατηρούνται για λίγες μέρες, με το περιεχόμενο κίτρινο πύον να διακρίνεται ευκρινώς. Στη συνέχεια, οι φυσαλίδες ρήγνυνται, και το πυώδες εξίδρωμα αποξηραίνεται και σχηματίζει χρυσίζουσες εφελκίδες (Σε άλλες περιπτώσεις οι φυσαλίδες είναι παροδικές και οι εφελκίδες αποτελούν το εμφανέστερο χαρακτηριστικό, αν και απομεινάρια της φυσαλιδώδους εξεργασίας μπορεί να είναι ορατά στα όρια της βλάβης. Οι βλάβες εμφανίζουν πολυκυκλική είτε κυκλική μορφολογία, και μπορούν να εμφανίζονται σε οποιοδήποτε



μέρος του δέρματος, και ιδιαίτερα στο πρόσωπο. Εάν η λοίμωξη εντοπίζεται βαθύτερα, κάτω από την ει ελκίδα σχηματίζεται αβαθές έλκος και η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως έκθυμα. Αυτή είναι συχνότερη σε τροπικά κλίματα και συχνότερα παρατηρείται στα κάτω άκρα μετά από δήγματα εντόμων.

Μία ασυνήθης επιπλοκή είναι το σύνδρομο της σταφυλοκοκκικής τοξικής επιδερμικής νεκρόλυσης (staphylococcal scaled skin syndrome [νόσος του Lyell]). Πρόκειται για νόσο της βρεφικής και της παιδικής ηλικίας, και συνήθως προέρχεται από μόλυνση από άλλα μέλη της οικογένειας είτε από το σχολείο, τα οποία έχουν σύνηθες μολυσματικό κηρίο. Οφείλεται σε επιδερμολυτική εξωτοξίνη, που προέρχεται συνήθως από λοίμωξη με σταφυλόκοκκο της ομάδας 2 (phage type 71). Η επιδερμίδα διαχωρίζεται με την επίδραση της τοξίνης μεταξύ της κοκκώδους και της ακανθοκυτταρικής στιβάδας. Το παιδί δεν αισθάνεται καλά και παραπονείται για αίσθημα καύσου από το δέρμα. Εμφανίζεται διάχυτο ερύθημα. Μεγάλα τμήματα του δέρματος αποπίπτουν και αφήνουν πίσω τους ευαίσθητες, ερυθρές και διιδρωματικές διαβρώσεις.

Σε μερικές περιπτώσεις, 3 εβδομάδες μετά τη λοίμωξη με νεφριτιδογόνο στέλεχος του στρεπτόκοκκου, μπορεί να εμφανισθεί νεφρίτιδα. Το γεγονός αυτό καθίσταται ολοένα και σπανιότερο καθώς οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες βελτιώνονται.

## **Αντιμετώπιση**

Η νόσος σπάνια δεν διαγιγνώσκεται σωστά, μολονότι ο απλός έρπητας, και ιδιαίτερα οι πρωτογενείς προσβολές, σε μερικές περιπτώσεις εκλαμβάνεται εσφαλμένα ως μολυσματικό κηρίο, ενώ σε άλλες περιπτώσεις συμβαίνει το αντίθετο.

Η θεραπεία με το κατάλληλο αντιβιοτικό είναι αποτελεσματική. Μολονότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν τοπικά αντιβιοτικά, τα συστηματικά αντιβιοτικά για 5 μέρες είναι περισσότερο αποτελεσματικά και το εξάνθημα συνήθως εξαφανίζεται μέσα σε 24 ώρες. Οι στρεπτόκοκκοι ανταποκρίνονται στην πενικιλίνη (είτε στην ερυθρομυκίνη για τα άτομα που είναι αλλεργικά στην πενικιλίνη), πολλά όμως στελέχη σταφυλοκόκκων εμφανίζουν αντίσταση, οπότε η ερυθρομυκίνη είτε η φθοριοκλοξακιλλίνη είναι τα φάρμακα που προτιμούνται.

## Δοθιήνωση (Furunculosis [Boils])

### Ορισμός

Οξύ απόστημα θυλάκου τριχός εξαιτίας λοίμωξης από τον *Staphylococcus aureus*.



Δοθιήνωση (Furunculosis [Boils])

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Επώδυνη.
- Ερυθρά οζίδια.
- Φλυκταινώδης επιφάνεια.

### Αιτιολογία

Η νόσος διαφέρει από τη θυλακίτιδα κατά το ότι υπάρχει μεγαλύτερου βαθμού φλεγμονή, η οποία επεκτείνεται από το θύλακο της τρίχας προς το περιβάλλον χόριο. Η νόσος οφείλεται στον *S. Aureus*, ο οποίος συνήθως εντοπίζεται και στη μύτη, τις μασχάλες ή το περίνεο. Συχνότερα παρατηρείται σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες, και ο ασθενής κατά τα άλλα είναι υγιής. Η διερεύνηση για την παρουσία σακχαρώδους διαβήτη, μολονότι πάντοτε αναφέρεται στα βιβλία, συνήθως δεν καταλήγει σε θετικό αποτέλεσμα.

### Κλινική χαρακτηριστικά

Ο δοθιήνας συνίσταται σε ερυθρό, επώδυνο οζίδιο, που περιέχει πύο, που εκκενώνεται αυτόματα και ιάται με ουλή είτε και χωρίς ουλή (ανάλογα με το βάθος της βλάβης), ολόκληρη δε η εξεργασία διαρκεί λίγες μέρες. Ο ψευδάνθρακας αποτελείται από πολλούς δοθιήνες, και γι' αυτό παρατηρούνται πολλαπλές θέσεις εκκένωσης. Σ' αυτή την περίπτωση ο ασθενής μπορεί να μην αισθάνεται καθόλου καλά και να έχει πυρετό.

### Αντιμετώπιση

Εάν ο δοθιήνας εμφανίζει αιχμή, μπορεί να εκκενώνεται από το πύον που περιέχει. Σε περιπτώσεις πολλαπλών δοθιήνων, είτε σε ασθενείς με ανοσοκαταστολή, πρέπει να λαμβάνονται δείγματα

υλικού για καλλιέργειες, και ο ασθενής να υποβάλλεται σε θεραπεία με συστηματικά αντιβιοτικά. Η ερυθρομυκίνη είτε η φθοριοκλοξακιλλίνη συνήθως είναι αποτελεσματικά, η θεραπεία όμως πρέπει να μεταβάλλεται εφόσον οι ευαισθησίες των καλλιεργειών αποδεικνύουν την παρουσία αντίστασης. Σε μερικές περιπτώσεις, ένας κατά τα άλλα υγιής ασθενής υποφέρει από υποτροπιάζοντες δοθιήνες. Υπό αυτές τις συνθήκες λαμβάνονται δείγματα υλικού από όλες τις θέσεις (μύτη, μασχάλες, τριχωτό της κεφαλής και το περίνεο) και οι θετικές θέσεις υποβάλλονται στην κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Σε βαριές περιπτώσεις, όλα τα μέλη της οικογένειας πρέπει να διερευνώνται για την ανεύρεση της πηγής του σταφυλοκόκκου. Ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει συστηματικά αντιβιοτικά για 3 μήνες, σε πλήρη δοσολογία για 2 εβδομάδες, και στη συνέχεια δύο φορές ανά 24ωρο. Οι εμπλεκόμενες θέσεις-φορείς πρέπει να Θεραπεύονται με χλωρεξιδίνη και νεομυκίνη, είτε με άλλα κατάλληλα αντιβιοτικά. Η μουπιροκίνη είναι ιδιαίτερα κατάλληλη γιατί δεν χρησιμοποιείται συστηματικά, και γι' αυτό δεν υφίσταται φόβος για την ανάπτυξη αντίστασης. Χρήσιμη είναι η προσθήκη εξαχλωροφαίνης στο νερό του καθημερινού λουτρού.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>



## ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΑΣΕΙΣ

Το χαρακτηριστικό τους είναι ότι προσβάλλουν περιοχές που δεν είναι τριχωτές. Ξεχωρίζουμε:

### Θυλακίτιδα (Folliculitis)

Με αυτό τον όρο περιγράφεται κάθε φλεγμονώδης νόσος των θυλάκων των τριχών, αλλά σ' αυτό το Κεφάλαιο περιλαμβάνονται μόνο οι βλάβες από τις οποίες απομονώνονται παθογόνοι μικροοργανισμοί.

### Σταφυλοκοκκική ή στρεπτοκοκκική θυλακίτιδα (μολυσματικό κηρίο του Boeckhart)

#### Ορισμός

Οξύ, επώδυνο, φλυκταινώδες εξάνθημα των θυλάκων των τριχών, που προκαλείται από τον *staphylococcus aureus* ή στρεπτοκόκκους είτε, και από τους δύο μαζί.



### **Διαγνωστικά χαρακτηριστικά**

- Επώδυνες κίτρινες φλύκταινες.
- Περιβάλλονται από ερύθημα
- Κεντρική τρίχα στη φλύκταινα.
- Άκρα.
- Συχνά μετά από εφαρμογή τοπικών στεροειδών.

### **Αιτιολογία**

Προκαλείται από τους παραπάνω μικροοργανισμούς που προσβάλλουν το εξωτερικό τμήμα του θυλάκου των τριχών. Μπορεί να εμφανίζεται de novo, αλλά έχει καταστεί ιδιαίτερα συχνό σε εκζεματικούς ή ψωριασικούς ασθενείς που θεραπεύονται με ισχυρά στεροειδή, Ιδιαίτερα με κάλυψη με πολυαιθυλένιο.

### **Κλινικά χαρακτηριστικά**

Αυτή η νόσος προσβάλλει συχνότερα δασύτριχα άτομα. Εμφανίζονται μικρές, επώδυνες, διάκριτες, κίτρινες φλύκταινες, που περιβάλλονται από ερύθημα. Στο κέντρο της φλύκταινας συνήθως υπάρχει μία τρίχα.

### **Αντιμετώπιση**

Η νόσος ανταποκρίνεται προς την ερυθρομυκίνη ή τη φθοριοκλωξακιλλίνη. Σε ασθενείς με υποκείμενες δερματοπάθειες πρέπει επίσης να χρησιμοποιείται και συνδυασμός τοπικού στεροειδούς-αντιβιοτικού.

## Θυλακίτιδα από ψευδομονάδα (*Pseudomonas folliculitis*)

### Ορισμός

Οξύ, φλυκταινώδες εξάνθημα των θυλάκων των τριχών, που προκαλείται από την Ρευάοπιουιατ αετυδίποφα, που προέρχεται από μη καλά καθαριζόμενες μπανιέρες.

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Οξεία έναρξη.
- Φλύκταινες.
- Περιβάλλον ερύθημα.
- Κορμός και άκρα.
- Έκθεση σε μολυσμένη μπανιέρα.

### Αιτιολογία

Επιδημίες θυλακίτιδας που οφείλονται σε μόλυνση από μπανιέρες έχουν περιγραφεί στις ΗΠΑ από το 1975. Ο υπεύθυνος μικροοργανισμός είναι η *Pseudomonas aeruginosa*. Οι μπανιέρες με το στροβιλιζόμενο νερό δεν μπορούν να συντηρούνται τόσο εύκολα όσο οι πισίνες, γιατί το χλώριο εξατμίζεται ευκολότερα σε υψηλές θερμοκρασίες και με τη συνεχή κίνηση του νερού. Επιπρόσθετα, περισσότερα άτομα λούζονται ανά μονάδα όγκου νερού, με συνέπεια η συγκέντρωση οργανικής ύλης να αυξάνεται, με αποτέλεσμα την προώθηση της αύξησης των μικροοργανισμών και την αναγωγή του χλωρίου σε λιγότερο δραστικές μορφές.



## Κλινικά χαρακτηριστικά

Ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται είτε και να μη αισθάνεται καλά, με χαμηλό πυρετό και λεμφαδενοπάθεια. Ομάδες από κιτρινωπές φλύκταινες αναπτύσσονται στον κορμό και τα άκρα 24-48 ώρες μετά την έκθεση. Μπορούν επίσης να εμφανίζονται επιπεφυκίτιδα, έξω ωτίτιδα, μαστίτιδα, καθώς και ουρολοιμώξεις, για τις οποίες απαιτείται θεραπεία με αντιβιοτικά. Μολαταύτα η δερματική νόσος είναι αυτοπεριοριζόμενη και αποδράμει μέσα σε 10 μέρες από το χρόνο της έκθεσης.

## Αντιμετώπιση

Από υλικό που λαμβάνεται από φλύκταινα αναπτύσσεται με καλλιέργεια *P.aeruginosa*, η οποία συχνά αποτελεί ένδειξη για την ταυτότητα της νόσου εφόσον δεν έχει ακόμα τεθεί η διάγνωση. Για το δερματικό εξάνθημα δεν υπάρχει θεραπεία, και ο ασθενής αναρρωνύει πλήρως από μόνος του.

## Ερυσίπελας και Φλέγμονας (Erysipelas and Cellulitis)

### Ορισμός

Οξεία λοίμωξη του χορίου και των υποδορίων ιστών από τον *Streptococcus pyogenes*, και σε μερικές περιπτώσεις από άλλους μικροοργανισμούς, η οποία μπορεί να προκαλεί βαρεία συστηματική διαταραχή.



Ερυσίπελας και Φλέγμονας (Erysipelas and Cellulitis)

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Αιφνίδιος πυρετός, ρίγη, έμετος και σύγχυση.
- Ετερόπλευρο ερύθημα και οίδημα.
- Πρόσωπο είτε κάτω άκρα.

### Αιτιολογία

Η διάκριση μεταξύ του ερυσιπέλατος και του φλέγμονα συχνά δεν είναι σαφής από κλινική άποψη, αλλά σύμφωνα με τα βιβλία, το ερυσίπελας είναι επιφανειακό, και αφορά το χόριο και την άνω στιβάδα του υποδορίου ιστού, ενώ ο φλέγμονας μπορεί να προσβάλλει ολόκληρο τον υποδόριο ιστό. Τα περιφερικά όρια του ερυσιπέλατος είναι σαφέστερα καθορισμένα από εκείνα του φλέγμονα, και η λεμφαγγειίτιδα είναι εμφανής. Το ερυσίπελας σχεδόν πάντοτε οφείλεται σε ομάδα Α βήτα-αιμολυτικών στρεπτοκόκκων. Ο φλέγμονας συνήθως προκαλείται από τον S.

ryogenes, αλλά σε μερικές περιπτώσεις οι υπεύθυνοι μικροοργανισμοί είναι ο *Staphylococcus aureus* είτε ο *Haemophilus influenzae*.

Η νόσος μπορεί να εμφανίζεται σε οποιαδήποτε ηλικία, μεγαλύτερη δε επιρρέπεια εμφανίζουν οι υποσιτιζόμενοι, οι αλκοολικοί, καθώς και τα άτομα με δυσγαμμασφαιριναιμία. Μολαταύτα, στην κλινική πράξη, συχνά ο ασθενής κατά τα άλλα είναι καλά, και μπορεί να ανταπεξέρχεται σε επανειλημμένες υποτροπιάζουσες προσβολές στο πρόσωπο είτε στα κάτω άκρα. Αυτές πιστεύεται ότι οφείλονται σε λεμφική ανεπάρκεια, που πιθανώς οφείλεται σε προϋπάρχουσα υποπλασία του λεμφικού συστήματος, η οποία δεν εκδηλώνεται παρά μόνο βραδύτερα κατά τη διάρκεια της ζωής, αλλά επιδεινώνεται από τη λοίμωξη, και έχει την τάση να υποτροπιάζει. Το σημείο εισόδου μπορεί να είναι μια ασήμαντη εκδορά, έξω ωτίτιδα, τριχοφυτία μεταξύ των δακτύλων του άκρου ποδός, είτε και μετά από χειρουργική επέμβαση. Συχνά εμφανής αιτία δεν αποκαλύπτεται.

### **Κλινικά χαρακτηριστικά**

Η εισβολή είναι αιφνίδια. Ο ασθενής δεν αισθάνεται καλά, έχει υψηλό πυρετό με ρίγη, και μπορεί να έχει εμέτους και σύγχυση, και σε μερικές περιπτώσεις να έχει παραλήρημα. Κατά την εξέταση αποκαλύπτεται ετερόπλευρο ερύθημα στο πρόσωπο είτε σε κάτω άκρο. Η εμπλεκόμενη περιοχή εμφανίζει ευαισθησία, ερυθρότητα, και συνήθως είναι οίδηματώδης. το δε οίδημα πολλές φορές οδηγεί σε δημιουργία φυσαλίδων και διαβρώσεων. Οι στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις μπορεί να εξελίσσονται σε νεφρίτιδα και σηψαιμία, οπότε η κατάσταση εξελίσσεται σε επείγον ιατρικό περιστατικό. Όταν ο φλέγμονας προσβάλλει κάτω άκρο πολλοί

ασθενείς τελικά παραμένουν με επίμονο οίδημα.

### **Αντιμετώπιση**

Η νόσος ανταποκρίνεται κατά τρόπον εντυπωσιακό στην πενικιλίνη (είτε στην ερυθρομυκίνη σε άτομα που εμφανίζουν αλλεργία είτε αντίσταση στη πενικιλίνη). Μολαταύτα, ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν υποτροπιάζουσες προσβολές, οι οποίες μπορούν να αποφεύγονται με μεγάλη αποτελεσματικότητα με μια πολύ μικρή (250mg ανά 24ωρο) δόση πενικιλίνης V, είτε ερυθρομυκίνης εφόρου ζωής, γεγονός που συχνά δεν εκτιμάται όσο πρέπει. Η λογική βάση της θεραπείας με αυτό τον τρόπο δεν κατανοείται πλήρως.

Σημαντικό είναι να αντιμετωπίζεται θεραπευτικά η θύρα εισόδου του μικροοργανισμού εφόσον αυτή έχει ανιχνευθεί. Για παράδειγμα, στους ασθενείς που έχει αποδειχθεί με μυκητολογική εξέταση ότι πάσχουν από επιδέρμωση των κάτω άκρων αξίζει τον κόπο η προσπάθεια για την εξάλειψη της λοίμωξης με γκριζεοφουλβίνη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>



## ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΕΣ

### Ψώρα (Scabies)

#### Ορισμός

Ένα έντονα κνησμώδες, μεταδοτικό εξάνθημα, που προκαλείται από παρασίτωση από άκαρι που διανοίγει σήραγγες μέσα στην κερατίνη στιβάδα.



Ψώρα (Scabies)

#### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Έντονος κνησμός.
- Μόλυνση ατόμων του στενού περιβάλλοντος του ασθενούς.
- Σήραγγες, ιδιαίτερα στις παλάμες και τα πέλματα.
- Βλατίδες μεταξύ των δακτύλων, στον κορμό και τα γεννητικά όργανα.
- Εκδορές και μώλωπες, ιδιαίτερα στις κνήμες.

## Αιτιολογία

Η ψώρα συνίσταται σε παρασίτωση από το *Sarcoptes scabiei*, ένα άκαρι με 8 πόδια. Μεταδίδεται από το ένα άτομο στο άλλο με παρατεταμένη φυσική, και συνήθως πολύ προσωπική επαφή. Δεν μεταδίδεται με μια βραχεία κοινωνική επαφή όπως η χειραψία. Σε σπάνιες περιπτώσεις μεταδίδεται από αντικείμενα, όπως αποδείχθηκε από τον Mellanby με την εργασία του σχετικά με τη ψώρα κατά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Μολαταύτα, ο Mellanby κατόρθωσε να μολύνει μόνο τρία άτομα από τα εκατό που κοιμήθηκαν μέσα σε υπνόσακους που πρόσφατα είχαν χρησιμοποιηθεί από ασθενείς με ψώρα. Κατά συνέπεια, στις περισσότερες περιπτώσεις η ψώρα μεταδίδεται σε σεξουαλικά απελευθερωμένα άτομα μάλλον παρά σε μονογαμικά είτε άγαμα άτομα. Μολαταύτα, τα βρέφη και τα μικρά παιδιά είναι επιρρεπή προς την παρασίτωση γιατί υφίστανται συχνά και για μακρά χρονικά διαστήματα τα χάρδια από άτομα που έχουν τη ψώρα, ώστε το άκαρι να μπορεί να μεταδίδεται στο δέρμα τους. Τα παιδιά μεταδίδουν τη νόσο πολύ εύκολα το ένα στο άλλο γιατί παίζουν μεταξύ τους και έρχονται σε φυσική επαφή πολύ περισσότερο από τους ενήλικους κατά τις συνήθεις κοινωνικές συναναστροφές.

Όταν το άκαρι βρεθεί σε επαφή με καινούργιο ξενιστή, αρχίζει την περιπλάνησή του προς ανεύρεση συντρόφου, ή εάν πρόκειται για θηλυκό παράσιτο που ήδη εγκυμονεί, αυτό καταλήγει σε περιοχές του δέρματος όπου η κερατίνη στιβάδα είναι παχύτερη και ευκολότερα μπορεί να διανοιχθούν οι σήραγγες, ιδιαίτερα στις παλάμες και τα πέλματα. Το θηλυκό γεννά 2 αυγά ανά 24ωρο για χρονικό διάστημα περίπου δύο μηνών. Οι προνύμφες εκκολάπτονται σε 2 ως 4 μέρες και εγκαταλείπουν τη σήραγγα. Η νύμφη υφίσταται έκδυση σε 4- 6 μέρες και το ενήλικο άκαρι αρχίζει

και πάλι ένα καινούργιο κύκλο. Το θηλυκό μπορεί να καταστεί ωοφόρο σε 14 μέρες από την ημέρα της γέννησής του ως αυγού.

Μέσα σε λίγες εβδομάδες αναπτύσσεται από τον οργανισμό ανοσολογική αντίδραση προς το άκαρι, με αποτέλεσμα την έναρξη του κνησμού και του βλατιδώδους εξανθήματος. Τα επίπεδα των ανοσοσφαιρινών στον ορό, και ιδιαίτερα των IgG και IgM, αυξάνονται.

### **Κλινικά χαρακτηριστικά**

Ο κνησμός αρχίζει ύπουλα από τους μηρούς. Είναι ασυνεχής, αλλά συνήθως είναι εντονότερος μετά από μπάνιο είτε την αφαίρεση των ενδυμάτων, και κατά την κατάκλιση στο κρεβάτι. Ο κνησμός γρήγορα καθίσταται περισσότερο έντονος και αφορά όλες τις περιοχές του σώματος εκτός από το πρόσωπο. Η νόσος είναι μεταδοτική έτσι ώστε τα άτομα που κοιμούνται μαζί είτε και άλλα άτομα που έρχονται σε στενή επαφή με τον πάσχοντα να μολύνονται.

Η ανεύρεση μιάς σήραγγας, συνήθως στα χέρια ή στα πόδια είναι διαγνωστική. Αυτή δε συνίσταται σε ερπητικό, γραμμικό ίχνος, μήκους λίγων mm, που εμφανίζει ελαφρά έπαρση, με ένα μαύρο στίγμα στη μια άκρη. Ο παρατηρητικός ασθενής αναφέρει ότι οι σήραγγες είναι ιδιαίτερα κνησμώνειες. Οι χαρακτηριστικές εντοπίσεις είναι κατά μήκος των πλάγιων επιφανειών των δακτύλων, στις παλάμες, και γύρω από τους καρπούς, μολονότι παρατηρούνται επίσης και στα πέλματα και κατά μήκος των πλάγιων επιφανειών των ποδιών, ιδιαίτερα σε βρέφη.

Η σήραγγα είναι ορατή ενωρίς κατά τη νόσο, αλλά συνήθως παρεμβάλλεται ένα χρονικό διάστημα πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων. Αυτά οφείλονται σε αλλεργική αντίδραση προς την



παρουσία των ακάρεων, αναπτύσσεται δε ερυθρηματώδες βλατιδώδες εξάνθημα, το οποίο στον κορμό συχνά είναι μικρο βλατιδώδες και καθίσταται ιδιαίτερα καλά ορατό κατά την παρατήρηση του ασθενούς από τα πλάγια υπό συνθήκες καλού φωτισμού. Βλατίδες ανευρίσκονται επίσης μεταξύ των δακτύλων, στους αγκώνες, στους γλουτούς, στην πρόσθια επιφάνεια της μασχάλης, γύρω από τις θηλές των μαστών, και στα γεννητικά όργανα. Τα γεννητικά όργανα στον άνδρα προσβάλλονται τόσο συχνά ώστε η παρουσία βλατίδων στο σώμα και τη βάλανο του πέους, καθώς και στο όσχεο, να είναι τόσο χαρακτηριστικά ώστε στην πράξη να είναι παθογνωμονικές της ψώρας. Σε ορισμένους ασθενείς αυτές οι βλατίδες μεγενθύνονται τόσο πολύ ώστε να μετατρέπονται σε οζίδια που επιμένουν για πολλές εβδομάδες, και παραμένουν κατά περιόδους κνησμώδεις Παρά την επιτυχή εξάλειψη της παρασίτωσης.

Ο δυσάρεστος κνησμός οδηγεί σε εκτεταμένες εκδορές στο δέρμα, ιδιαίτερα στα κάτω άκρα. Οι μώλωπες, που προκαλούνται από το ξύσιμο, συχνά είναι εκσεσημασμένοι, ιδιαίτερα στους μηρούς σε γυναίκες. Ένα ανομοιογενές έκζεμα μπορεί να παρατηρηθεί στα άκρα, μετά από ξύσιμο του δέρματος. Αυτό μπορεί να προκαλεί σύγχυση, και συχνά οδηγεί σε εσφαλμένη διάγνωση και την αναγραφή τοπικών στεροειδών, τα οποία επιτρέπουν στα ακάρεα να ευδοκιμήσουν, γιατί αυτά είναι ανοσοκατασταλτικά. Σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται εκτεταμένη παρασίτωση (που καμιά φορά αποκαλείται και “Νορβηγική ψώρα”). Μολαταύτα, οι περισσότεροι ασθενείς, σε άμεση ερώτηση παρατηρούν ότι τα τοπικά στεροειδή, μολονότι προκαλούν πρόσκαιρη ανακούφιση, τελικά επιδεινώνουν την κατάσταση.

Τα φυσικά σημεία ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ υγιών ατόμων, αυτό δε πιθανώς οφείλεται στην προσωπική υγιεινή του ατόμου. Όσο συχνότερα ο ασθενής κάνει μπάνιο, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα της απομάκρυνσης των ακάρεων με μηχανικό τρόπο, και έτσι το φορτίο της παρασίτωσης περιορίζεται, όχι όμως και ο βαθμός του κνησμού. Στους ασθενείς αυτούς παρατηρούνται λιγότερες σήραγγες, γεγονός που καθιστά τη διάγνωση δυσχερέστερη. Φρόνιμο είναι να λαμβάνεται υπόψη το ενδεχόμενο της ψώρας σε κάθε άτομο που παραπονείται για ερεθισμό του δέρματος, ενώ προηγούμενα δεν είχε εμφανίσει καμιά δερματοπάθεια.

### Διάγνωση

Η διάγνωση της ψώρας θα πρέπει να αποτελεί ενδεχόμενο για κάθε ασθενή που εμφανίζει κνησμό, αλλά βέβαια αυτό είναι ένα πολύ σύνηθες σύμπτωμα, και οι συνηθέστερες νόσοι που μπορεί να συγχέονται με τη ψώρα είναι: το έκζεμα, ο ομαλός λειχήνας, τα δήγματα εντόμων και η κνήφη. Θα πρέπει να ανευρίσκεται μια σήραγγα, και το άκαρι είτε τα αυγά του να εξάγονται με απόξεση της σήραγγας με μια καρφίτσα, στην οποία το άκαρι προσκολλάται όταν η οροφή της σήραγγας έχει αποξεσθεί. Το άκαρι μόλις διακρίνεται με γυμνό οφθαλμό, αλλά εύκολα παρατηρείται με το μικροσκόπιο όταν τοποθετείται σε αντικειμενοφόρο πλάκα με λίγες σταγόνες διαλύματος υδροξειδίου του καλίου: αυτή είναι και η τελική επιβεβαίωση της διάγνωσης. Συχνά χρήσιμο είναι ο ίδιος ο ασθενής να δει το άκαρι στο μικροσκόπιο για να συνειδητοποιήσει τη διάγνωση και να εφαρμόσει πιστά τη θεραπευτική αγωγή.

## Αντιμετώπιση

Η νόσος είναι βέβαια ιάσιμη, αλλά η επιτυχία εξαρτάται από ορισμένες επεξηγήσεις που πρέπει να δίδονται στον ασθενή και στην πιστή εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής. Όλα τα φάρμακα δυνητικά προκαλούν ερεθισμό του δέρματος και μπορεί να προκαλέσουν δευτεροπαθή δερματίτιδα και βέβαια σύγχυση. Το γάμμαεξαχλωροβενζόλιο προτιμάται έναντι του benzyl benzoate, το οποίο δεν γίνεται καλά ανεκτό. Επαλείφεται σε ολόκληρο το δέρμα, εκτός από το πρόσωπο, μετά από θερμό λουτρό. Σημαντικό είναι να τονίζεται ότι η επάλειψη πρέπει να αφορά όλες τις περιοχές του δέρματος, ακόμα και εκείνες στις οποίες δεν φαίνεται να υπάρχει ερύθημα τα πέλματα, τα μεταξύ των δακτύλων διαστήματα, η μεσογλουτιαία σχισμή και τα γεννητικά όργανα συχνά παραλείπονται. Είναι προφανές ότι η θεραπεία θα αποτύχει όταν τα ακάρεια τυχαίνει να εντοπίζονται σε περιοχή του δέρματος που δεν υποβάλλεται σε θεραπεία, και αυτό ακριβώς το σημείο είναι που χρειάζεται να τονισθεί ιδιαίτερα στον ασθενή. Η λοσιόν αφήνεται στο δέρμα για 24 ώρες και μετά αποπλένεται, και η επάλειψη επαναλαμβάνεται για άλλες 5 24 ώρες.

Προβλήματα ερεθιστικής δερματίτιδας εγείρονται εάν το φάρμακο χρησιμοποιηθεί περισσότερες φορές. Εντούτοις, παρά τις συμβουλές, οι ασθενείς συχνά χρησιμοποιούν το φάρμακο αρκετές φορές, κυρίως γιατί ο κνησμός δεν υποχωρεί αμέσως. Μολονότι η νόσος θεραπεύεται με δύο μόνο επαλείψεις, η αλλεργική αντίδραση μπορεί να διατηρείται μέχρι και ένα ακόμη μήνα για να υποχωρήσει. Έτσι, μολονότι ο κνησμός περιορίζεται σημαντικά, και ο ασθενής μπορεί επιτέλους να κοιμάται, μπορεί να εμφανίζονται σποραδικές εξάρσεις κνησμού. Ο ασθενής εκλαμβάνει αυτό

το σύμπτωμα ως υποτροπή της νόσου και επαναλαμβάνει την επάλειψη με τη λοσιόν.

Με το ξύσιμο στη ψώρα προκαλείται, σε ορισμένους ασθενείς, μια μερική εκζεματική απάντηση, η δε θεραπεία μπορεί να την επαυξάνει. Γι' αυτό απαραίτητο είναι ο ασθενής να παρακολουθείται μετά τη θεραπεία, γιατί μπορεί να απαιτηθεί η εφαρμογή ενός τοπικού στεροειδούς και μαλακτικού για την αντιμετώπιση του δευτερογενούς αυτού εκζέματος. Εκπληκτικό είναι το γεγονός ότι με το ξύσιμο σπάνια μόνο προκαλείται δευτεροπαθής μικροβιακή λοίμωξη.

Η ψώρα αποτελεί μεταδοτική νόσο και είναι απαραίτητη η αναζήτηση και η θεραπεία των ατόμων που έχουν έλθει σε επαφή με τον πάσχοντα. Βέβαια, φρόνιμο είναι η θεραπεία να επεκτείνεται στην οικογένεια του πάσχοντα έστω και εάν δεν υπάρχουν συμπτώματα. Εάν ο ασθενής πληροφορηθεί ότι η νόσος συνήθως έχει μεταδοθεί λίγες εβδομάδες πριν από τα πρώτα της συμπτώματα. Θα μπορέσει να θυμηθεί την αρχική έκθεση και να υποβληθεί στην ανάλογη θεραπεία.

## **Αστεατωτικό Έκζεμα (Έκζεμα Craquele) Asteatotic eczema (Eczema Craquele)**

### **Ορισμός**

Δερματοπάθεια που εκδηλώνεται με ξηρότητα και επιφανειακές ρωγμές στο δέρμα, συνήθως στις κνήμες ηλικιωμένων ατόμων, που εκλύεται με την αποξηραντική επίδραση του ψύχους του χειμώνα, είτε από υπερβολικό πλύσιμο.



Αστεατωτικό Έκζεμα (Έκζεμα Σταθιόλη)

Asteatotic eczema (Eczema Craquelé)

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Κνησμός και πόνος.
- Ξηρότητα και ρωγμές του δέρματος (εικόνα πλακόστρωτου με πλάκες με αλλόκοτα σχήματα).
- Ιδιαίτερα εμφανίζεται στην πρόσθια επιφάνεια της κνήμης.
- Ανταποκρίνεται στα μαλακτικά.

### Αιτιολογία

Το αστεατωτικό έκζεμα είναι νόσος των ηλικιωμένων. Πιθανώς υπάρχει ελάττωση των λιπιδίων στην επιφάνεια του δέρματος και η νόσος σε μερικές περιπτώσεις αποτελεί χαρακτηριστικό εμφάνισης του μυξοιδήματος. Οι ασθενείς μπορεί να είχαν μια τάση για ελαφρά ξηρότητα του δέρματος σε όλη τους τη ζωή, είτε αυτή η ξηρότητα άρχισε να εμφανίζεται με την πρόοδο της ηλικίας, ιδιαίτερα εφόσον υπήρχε και η καταστρεπτική επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας. Η ιστολογική εικόνα είναι αυτή του εκζέματος.

Αποτελεί μορφή της πρωτογενούς ερεθιστικής δερματίτιδας, η οποία συνήθως εκλύεται από: (1) ψυχρό χειμώνα με χαμηλή σχετική υγρασία, (2) εισαγωγή στο νοσοκομείο και συχνότερο πλύσιμο του σώματος σε σύγκριση με τις προηγούμενες συνήθειες του ασθενούς (συνήθως καθημερινό μπάνιο από νοσοκόμες), (3) εγκατάσταση κεντρικής θέρμανσης χωρίς την κατάλληλη ύγρανση του αέρα, με αποτέλεσμα τη ξηρά ατμόσφαιρα, και 4) λήψη διουρητικών.

### **Κλινικά χαρακτηριστικά**

Η εικόνα είναι πολύ χαρακτηριστική. με εμφάνιση σαν λάσπης που έχει αποξηρανθεί στον ήλιο και εμφανίζει ρωγμές. Υπάρχουν πάρα πολλές επιφανειακές ρωγμές, που διασταυρώνονται στην επιφάνεια του δέρματος. Το δέρμα είναι ερυθρό, ξηρό και έχει λέπια. Η πρόσθια επιφάνεια των κνημών αποτελεί την περισσότερο χαρακτηριστική θέση της βλάβης.

### **Θεραπευτική αντιμετώπιση**

Η πρόγνωση συνήθως είναι καλή εφόσον προσφέρεται η κατάλληλη φροντίδα του δέρματος

#### **Μαλακτικά**

Αυτά ενέχουν ιδιαίτερη σημασία και ο χρόνος που διατίθεται για την επεξήγηση της λιπαντικής τους επίδρασης δεν πάει χαμένος. Ο ίδιος ο γιατρός καλό είναι να επαλείφει το δέρμα με ένα μαλακτικό κατά την επίσκεψη στο ιατρείο, για να δώσει την πρέπουσα έμφαση στη σημασία του.

#### **Τοπικά στεροειδή**

Τα στεροειδή της τάξης III είναι δευτερεύουσας σημασίας και συχνά δεν χρειάζονται. Εφόσον αναγράφονται, θα πρέπει να χο-

ρηγούνται με τη μορφή της αλοιφής και όχι της κρέμας, γιατί σε αυτή την περίπτωση η ξηρότητα του δέρματος θα επιδεινωθεί.

### Άλλα μέτρα

Το μπάνιο πρέπει να περιορίζεται σε δυο φορές την εβδομάδα και η γαλακτωματοποιητική αλοιφή να χρησιμοποιείται αντί για σαπούνι. Τα μάλλινα δεν πρέπει να έρχονται σε επαφή με το δέρμα.

## Δερματομυκητίαση τριχωτού κεφαλής (Tinea capitis)

### Ορισμός

Λοίμωξη του τριχωτού της κεφαλής και του δέρματος σε μικρά παιδιά από δερματόφυτα, ανθρωποφιλικά ή ζωοφιλικά, που προσβάλλουν το εσωτερικό είτε το εξωτερικό μέρος του στελέχους της τρίχας.



Δερματομυκητίαση τριχωτού κεφαλής (Tinea capitis)

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Παιδιά.
- Απώλεια τριχώματος κατά περιοχές.
- Οι ζωοφιλικόι δερματομύκητες προκαλούν ανθηρά φλεγμονή.
- Οι ανθρωποφιλικόι δερματομύκητες γίνονται καλώς ανεκτοί, με ελαφρά μόνο φλεγμονή.

### Αιτιολογία

Η δερματομυκητίαση του τριχωτού της κεφαλής είναι συχνότερη στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες και σε συνθήκες συνωστισμού και κακής προσωπικής υγιεινής. Μπορεί να μεταδίδεται με τις βούρτσες για μαλλιά, κτένες, σκούφια και μαξιλαροθήκες. Ορισμένα είδη απαντούν παντού, ενώ άλλα έχουν σχετικά περιορισμένη γεωγραφική κατανομή. Οι δερματομυκητιάσεις είναι σπάνιες μετά την εφηβεία, πιθανώς γιατί μετά από αυτό το στάδιο το σμήγμα περιέχει κορεσμένα λιπαρά οξέα τα οποία είναι εχθρικά προς τον μύκητα. Βέβαιο είναι ότι αυτός ο παράγων είναι εκμεταλλεύσιμος όσον αφορά το είδος της θεραπευτικής αγωγής. Το ενδεκανοϊκό οξύ, ένα λιπαρό οξύ, χρησιμοποιείται αποτελεσματικά για την τοπική θεραπεία. Ενδιαφέρον είναι ότι τα έλαια για τα μαλλιά επιδρούν ανασταλτικά, και στις φυλές που αυτά χρησιμοποιούνται τακτικά η επίπτωση της νόσου είναι πολύ μικρότερη.

Η μορφή του εξανθήματος καθορίζεται από την πηγή της λοίμωξης και τον τρόπο εισβολής των τριχών. Οι λοιμώξεις από ανθρωποφιλικούς μύκητες προκαλούν πολύ μικρού βαθμού ερύ-



θημα και απολέπιση, αλλά οι λοιμώξεις από ζωοφιλικούς μύκητες προκαλούν σημαντική φλεγμονή γιατί η αντίσταση του ξενιστή είναι ασυνήθως υψηλή. Αυτό έχει ως επακόλουθο το σχηματισμό κολλώδους μάζας από φλεγμαίνον και πυορροούν δέρμα που αποκαλείται “κηρίο.” Ορισμένοι μύκητες εισβάλλουν στο εξωτερικό μέρος του στελέχους της ρίζας της τρίχας (εξωτριχικοί), και της προσδίδουν μια μάλλον μουντή εμφάνιση και προκαλούν την αποκοπή της πάνω από την επιφάνεια του δέρματος της κεφαλής. Αντίθετα, άλλοι μύκητες εισβάλλουν στο εσωτερικό στέλεχος της τρίχας (ενδοτριχικοί), και προκαλούν μεγαλύτερη βλάβη έτσι ώστε οι τρίχες να αποκόπτονται από σημείο πολύ κοντά στην επιφάνεια του δέρματος.

Οι δερματομυκητιάσεις του τριχωτού της κεφαλής παραδοσιακά ταξινομούνται ως εξωτριχικές και ενδοτριχικές λοιμώξεις, κηρίο και άχωρ (κασίδα) αντίστοιχα. Υπεύθυνα είναι μόνο τα γένη του *Microsporum* και του *Trichophyton*.

Οι συνηθέστερες λοιμώξεις του τριχωτού της κεφαλής σ’ αυτή τη χώρα (Μεγάλη Βρετανία) προκαλούνται από το *Microsporum canis* και το *M. audouinii*, από τα οποία το πρώτο είναι ζωοφιλικό (προέρχεται από σκύλο ή γάτα), ενώ το δεύτερο είναι ανθρωποφιλικό. Ο μύκητας εισβάλλει πρώτα στην κερατίνη στιβάδα του δέρματος του τριχωτού της κεφαλής και στη συνέχεια στο έξω στέλεχος της τρίχας, και την επικαλύπτει με σπόρια. Αυτό το επικάλυμμα φθορίζει με ζωηρό πράσινο φως όταν φωτίζεται με τη λυχνία του Wood, σημείο που αποτελεί μια ταχεία μέθοδο για την εξέταση παιδιών για την παρουσία λοίμωξης από το *Microsporum*.

Τα ανθρωποφιλικά είδη του γένους *Trichophyton* σπάνια προκαλούν δερματομυκητίαση του τριχωτού της κεφαλής, αλλά οι

ζωοφιλικόι μύκητες την προκαλούν, και ιδιαίτερα τα *T. verucosum*. και *T. mentagrophytes var. granulare*. Και τα δυο αυτά είδη προσβάλλουν βοοειδή και άλογα, και το τελευταίο προσβάλλει τρωκτικά, και με αυτό τον τρόπο ένα οικιακό ζώο μπορεί να αποτελεί την πηγή για τη λοίμωξη. Αυτά τα είδη των μυκήτων δεν φθορίζουν όταν φωτίζονται με τη λυχνία του Wood.

Οι ενδοτριχικές λοιμώξεις είναι όλες ανθρωποφιλικές και δεν είναι ενδημικές στην Αγγλία, Αυτές προκαλούνται από τα *T. sudanense* (Αφρική), *T. violaceum* (Μεσόγειος, Κεντρική Ευρώπη, Ρωσία, Βόρεια Αφρική), *T. tonsurans* ή *sulphureum* (σε όλο τον κόσμο, αλλά ιδιαίτερα στη Βόρεια και Κεντρική Αμερική), και *T. sch*(Μέση Ανατολή, Ανατολική Ευρώπη, Μεσόγειος και Νότια Αφρική). Το κλειδί στη διάγνωση είναι η διαπίστωση ότι το παιδί ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό, και έτσι επισύρεται η προσοχή του γιατρού ώστε να λάβει ξέσματα για εξέταση.

### Κλινικά χαρακτηριστικά

Υπάρχουν μια ή περισσότερες περιοχές με αλωπεκία. Τα μη φλεγμονώδη επιδημικά ανθρωποφιλικά είδη, *M. audouinii* προκαλούν απολέπιση με ελαχίστη μόνο φλεγμονή του τριχωτού της κεφαλής. Αρχίζει ως μια μικρή, ερυθρά βλατίδα που περιβάλλει το στέλεχος της τρίχας, και επεκτείνεται φυγόκεντρα και σχηματίζει καλά προσδιοριζόμενες κηλίδες που μπορεί να εκτείνονται από την κορυφή της κεφαλής προς το οπίσθιο μέρος του αυχένα. Οι προσβαλλόμενες τρίχες είναι γκριζες και μουντές, και αυτό οφείλεται στην κάλυψή τους με σπόρια, και αποκόπτονται ακριβώς πάνω από την επιφάνεια του δέρματος του τριχωτού της κεφαλής.

Τα φλεγμονώδη είδη που προέρχονται από το χώμα είτε από ζώα (*M.canis*, *T. verucosum*, κλπ), προκαλούν φλυκταινώ-

δη θυλακίτιδα, η οποία μπορεί να εξελίσσεται σε κηρίο, που αποτελείται από φλεγμονώδη λασπώδη μάζα διάστικτη με κομμένες τρίχες, που αναβλύζει πυώδες υλικό από τα στόμια των θυλάκων των τριχών. Αυτή η νόσος είναι κνησμώδης, και σε μερικές περιπτώσεις οδυνηρή, μπορεί δε να συνοδεύεται από πυρετό και λεμφαδενοπάθεια.

Οι ενδοτριχικές λοιμώξεις καταστρέφουν το στέλεχος της τρίχας μέχρι τέτοιο σημείο ώστε να αποκόπτεται αμέσως πάνω από την επιφάνεια του δέρματος του τριχωτού της κεφαλής. Παρατηρούνται μαύρα στίγματα τα οποία αντιστοιχούν στα υπολείμματα των τριχών που έχουν αποκοπεί, και τα οποία καθ'ίστανται ορατά με ελάχιστη μόνο απολέπιση.

### Διάγνωση

Από τις προσβλημένες περιοχές του τριχωτού της κεφαλής λαμβάνονται τρίχες και λέπια και αποστέλλονται στο εργαστήριο. Ο μύκητας είναι ορατός με το μικροσκόπιο σ' αυτά τα δείγματα μετά από μονιμοποίηση με KOH, γι' αυτό όμως απαιτείται και κάποια πείρα. Ο καλύτερος τρόπος για τη συλλογή των δειγμάτων είναι το έντονο βούρτσισμα του δέρματος του τριχωτού της κεφαλής και του τριχώματος, και στη συνέχεια η εμβύθιση των τριχών της οδοντόβουρτσας (με την οποία έγινε το βούρτσισμα) σε τριβλίο Sabugaoud. Αλλά και μόνη η συλλογή τριχών που αποκόπτονται από πολύ κοντά στο δέρμα του τριχωτού της κεφαλής, με άφθονα λέπια, είναι επίσης ικανοποιητική.

Με φωτισμό με τη λυχνία του Wood και τα δύο είδη του *Microsporum* φθορίζουν με λαμπρό πράσινο φως. Το *Microsporum audouinii* είναι πολύ μεταδοτικό και μεταδίδεται από το ένα παιδί στο άλλο στο σχολείο, και γι' αυτό πρέπει αμέσως να ει-

δοποιείται ο σχολίατρος, Η λυχνία του Wood μπορεί να χρησιμοποιείται για την ομαδική εξέταση των παιδιών στο σχολείο, και με αυτό τον τρόπο να ελέγχεται η πιθανή επιδημία. Η νόσος δεν αποτελεί πλέον τη μάστιγα που ήταν άλλοτε. Πριν από τη χρησιμοποίηση της γκριζεοφουλβίνης το 1959, η νόσος ήταν χρόνια, που δεν είχε την πιθανότητα να αποδράμει πριν από την εφηβεία. Η αποτρίχωση (των προσβλημένων τριχών) με τη χρησιμοποίηση ακτίνων Χ ήταν η μόνη αποτελεσματική θεραπεία. Δυστυχώς, κατά την έναρξη της εφαρμογής αυτής της μεθόδου, πολλά παιδιά υπερακτινοβολήθηκαν, με αποτέλεσμα τη μόνιμη μάλλον παρά την προσωρινή απώλεια του τριχώματος εξαιτίας της ουλοποίησης του δέρματος του τριχωτού της κεφαλής. Μερικοί από τους ασθενείς αυτούς βρίσκονται ακόμα στη ζωή και διατρέχουν σήμερα τον κίνδυνο για ανάπτυξη κακοήθων όγκων του δέρματος στις περιοχές που έχουν ακτινοβοληθεί.

## Δερματομυκητίαση των ποδιών (Tinea pedis)

### Ορισμός

Μια δερματομυκητίαση των ποδιών και σε μερικές περιπτώσεις των νυχιών των δακτύλων των ποδιών.



Δερματομυκητίαση των ποδιών (Tinea pedis)

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Απολέπιση και/ή διαβροχή στα μεταξύ των δακτύλων των ποδιών διαστήματα (χρόνια εξανθήματα).
- Μηνοειδής απολέπιση στα πέλματα (χρόνιο εξάνθημα).
- Ετερόπλευρες φυσαλίδες (οξεία εξανθήματα).
- Ασυμμετρία.
- Σε μερικές περιπτώσεις συμμετοχή των νυχιών των δακτύλων των ποδιών.

### Κλινικά χαρακτηριστικά

Η νόσος αρχίζει από τις μεσοδακτυλικές πτυχές. Παρατηρείται διαβροχή του δέρματος, αποφλοίωση και ερύθημα, συνήθως στις μεσοδακτυλικές πτυχές των έξω δακτύλων, η οποία μπορεί να επεκτείνεται και στην κάτω επιφάνεια των δακτύλων και στα πέλματα, αλλά σπάνια μόνο και στο πίσω μέρος του ποδιού. Η νόσος είναι κνησμώδης, αλλά μπορεί να καταστεί και οδυνηρή εφόσον στο εξάνθημα εμφανισθούν ρωγμές. Συνήθως είναι ασύμμετρη, με το ένα πόδι να εμπλέκεται περισσότερο από το άλλο, γεγονός που το διακρίνει από ενδογενείς νόσους όπως τη ψωρίαση. Η νόσος μπορεί να εμφανίζεται με τις ακόλουθες μορφές.

1. **Χρόνια δερματομυκητίαση των ποδιών.** Το δέρμα είναι ξηρό και κονιώδες, με κάποια αποφλοίωση και την εμφάνιση μηνοειδούς απολέπισης. Είναι ύπουλη όσον αφορά την εξέλιξή της. Συνήθως οφείλεται στο *T. rubrum*, το οποίο προκαλεί την έντονη αντίδραση του ξενιστή. Συχνά εμπλέκονται και τα νύχια.

2. **Οξεία δερματομυκητίαση των ποδιών.** Αναπτύσσονται κυστίδια, τα οποία συντήκονται μεταξύ τους και σχηματίζουν

φουσαλίδες. Το εξάνθημα συνήθως είναι ετερόπλευρο (γεγονός που το ξεχωρίζει από το δυσιδρωσικό έκζεμα), και συνήθως προκαλείται από το *T. mentagrophytes* var. *Unterigitale*. Μπορεί να παρατηρηθεί λεμφαγγειίτιδα και λεμφαδενοπάθεια.

3. **Δερματομυκητίαση των ποδιών και στεροειδή.** Εάν η δερματομυκητίαση των ποδιών δεν υποβληθεί στην ενδεδειγμένη θεραπεία, αλλά με τοπικά στεροειδή, επεκτείνεται στη ραχιαία επιφάνεια του ποδιού και προκαλεί εξάνθημα με ενεργό περίμετρο, με ελαφρά υπέγερση.

Μολονότι όχι σύνηθες, σε μερικές περιπτώσεις αναπτύσσεται αμφοτερόπλευρο, συμμετρικό, φουσαλιδώδες δυσιδρωσικό έκζεμα στις παλάμες των χεριών, ως αλλεργική αντίδραση προς τον μύκητα, που σε μερικές περιπτώσεις χαρακτηρίζεται ως φαινόμενο Id. Η νόσος ανταποκρίνεται σε θεραπεία μυκητίασης στα πόδια.

## Ακμή (Acne)

### Ορισμός

Χρόνια νόσος της τριχοσημηγατογόνου συσκευής, που καταλήγει σε λιπαρότητα του δέρματος και μια ποικιλία βλαβών στο πρόσωπο και τον κορμό.

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Λιπαρότητα του δέρματος.
- Φαγέλιοι, κέγχρια, βλατίδες, φλύκταινες, οζίδια, κύστες, ουλές, χηλοειδή και υπερμελάγχρωση.
- Στο πρόσωπο, τη ράχη και την πρόσθια επιφάνεια του θώρακα.

## Αιτιολογία

Η ακμή αποτελεί, εκτός από τις ακροχορδόνες, τη συνηθέστερη αιτία για την προσφυγή του ασθενούς στο δερματολόγο. Προκαλείται από υπερδραστηριότητα των σμηγματογόνων αδένων και την απόφραξη του εκφορητικού τους πόρου. Οι αδένες αυτοί βρίσκονται υπό τον έλεγχο των ανδρογόνων. Παράγουν το σμήγμα, που αποτελείται από μείγμα λιπιδίων, τα οποία μπορεί να μετατρέπονται, από μικροοργανισμούς που διαβιούν μέσα στον αδένα, σε ελεύθερα λιπαρά οξέα τα οποία προκαλούν τοπικό ερεθισμό και τη γένεση φαγέσωρων. Τα συστατικά αυτά αναλύονται παρακάτω με μεγαλύτερη λεπτομέρεια.

### Οι σμηγματογόνοι αδένες

Αυτοί οι αδένες βρίσκονται σε ολόκληρο το δέρμα εκτός από τις παλάμες και τα πέλματα, και ελέγχονται από τα ανδρογόνα. Δεν εκκρίνουν μέχρι την εφηβεία, εκτός από μια πρόσκαιρη δραστηριότητα κατά τη βρεφική ηλικία, που πιθανώς οφείλεται σε διέγερση των επινεφριδίων. Οι αδένες έχουν το μεγαλύτερό τους μέγεθος στο πρόσωπο, το λαιμό, την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του θώρακα, όπου και βρίσκονται σε συνδυασμό με τους θυλάκους των τριχών και μοιράζονται με αυτούς κοινό εκκριτικό πόρο είτε έξοδο από το δέρμα, ο οποίος αποκαλείται τριχοσμηγματοφόρος πόρος. Στα ζώα οι αδένες αυτοί χρειάζονται για να καθιστούν το τρίχωμά τους αδιάβροχο, και πιθανώς αρχικά να ήσαν απαραίτητοι και στον άνθρωπο, αλλά κατά τη διάρκεια της εξέλιξης έχουν περιπέσει σε επίπεδο ενοχλητικού εξαρτήματος, όπως είναι και η σκωληκοειδής απόφυση. Βέβαια, τα παιδιά δεν ενοχλούνται καθόλου από την έλλειψη δραστηριοποιημένων σμηγματογόνων αδένων.

## Σμήγμα

Η έκκριση του σμήγματος αναμφίβολα αυξάνεται στην ακμή, κατά γενικό δε κανόνα ορθό είναι να λέγεται ότι όσο βαρύτερη είναι η ακμή, τόσο μεγαλύτερη είναι και η παραγωγή του σμήγματος. Εντούτοις, η ακμή δεν αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό ορισμένων καταστάσεων λιπαρότητας του δέρματος όπως είναι η μεγαλακρία (η αυξητική ορμόνη αυξάνει την παραγωγή του σμήγματος), είτε της νόσου του Parkinson (μηχανισμός άγνωστος). Επιπρόσθετα, η κοινή ακμή συνήθως υποχωρεί κατά την αρχή της τρίτης δεκαετίας της ζωής, χωρίς η έκκριση του σμήγματος να περιορίζεται σημαντικά κατ' αυτό το χρόνο.

Οι φλύκταινες της ακμής συνίστανται σε συλλογή σμήγματος και είναι, αντίθετα από αυτό που κοινώς πιστεύεται, απόλυτα στείρες. Το σμήγμα παράγεται από το σμηγματογόνο αδένα με διεργασία ολοκρινική, δηλαδή τα κύτταρα του αδένα διασπώνται και μετατρέπονται καθ' ολοκληρία σε λιπίδια - γλυκερίδια, ελεύθερα λιπαρά οξέα, εστέρες κηρού, σκουαλένη, χοληστερόλη και εστέρες της. Οι σμηγματογόνοι αδένες αναπαράγονται συνεχώς, και πιθανώς απαιτείται χρονικό διάστημα ενός μηνός για την ωρίμανσή τους, όπως συμβαίνει και με άλλα εξαρτήματα της επιδερμίδας. Αυτό αποτελεί και την εξήγηση γιατί η θεραπεία απαιτείται να εφαρμόζεται για τόσο χρονικό διάστημα για να αρχίσει να επιδρά. Τα ελεύθερα λιπαρά οξέα, δηλαδή τα προϊόντα διάσπασης του σμήγματος, είναι ερεθιστικές ουσίες που προκαλούν τη γένεση φαγέσωρων: όταν ενιούνται στο δέρμα, προκαλούν μια στείρα φλεγμονώδη αντίδραση με πολυμορφοπύρηνα και λεμφοκύτταρα, το ίδιο ακριβώς που παρατηρείται σε περιπτώσεις που το σμήγμα διαρρέει μέσα στο δέρμα που βρίσκεται γύρω από τον αδένά.



Η λειτουργία του σμήγματος δεν έχει σαφώς διευκρινισθεί. Είναι γνωστό ότι διαθέτει μυκητοστατικές ιδιότητες όσον αφορά τα δερματόφυτα, γεγονός που πιθανώς παρέχει την εξήγηση γιατί η τριχοφυτία του τριχωτού της κεφαλής είναι πολύ σπάνια μετά την εφηβεία. Εξάλλου, ο μύκητας της ποικιλόχρου πιτυρίασης είναι λιπόφιλος και ευδοκιμεί όταν έχει στη διάθεσή του σμήγμα, η δερμάτινη νόσος είναι συνήθης μετά την εφηβεία. Απόφραξη του τριχοσμηγματοφόρου πόρου.

Ο φαγέσωρας ή μαύρο στίγμα, συνίσταται σε απόφραξη του τριχοσμηγματοφόρου πόρου με βύσμα από κερατίνη. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η επιδερμίδα που επενδύει τον πόρο δεν υφίσταται κερατινοποίηση με φυσιολογικό μηχανισμό, με αποτέλεσμα η κερατίνη να μην αποβάλλεται κανονικά. Πράγματι, τα πέταλα της κερατίνης προσκολλώνται μεταξύ τους, μαζί με σμήγμα και μικροοργανισμούς και αποφράσσει τον αδένα. Ορισμένες ουσίες ευνοούν την παραγωγή των φαγέσωρων, όπως τα ελεύθερα λιπαρά οξέα, τα βιομηχανικά έλαια, οι πομάδες για τα μαλλιά, και οι μπριγιαντίνες. Εξαιτίας της απόφραξης ο αδένας διογκώνεται. Εάν η απόφραξη είναι επιφανειακή, το αποτέλεσμα είναι η γένεση ερυθρών βλατίδων και φλυκταινών. Εάν η απόφραξη γίνεται σε βαθύτερα στρώματα μπορεί να εμφανίζονται μεγαλύτερες οδυνηρές βλατίδες και κύστες που καταλήγουν σε ουλοποίηση.

### Μικροβιολογία

Η ακμή είναι προφανές ότι δεν είναι μεταδοτική νόσος και δεν μπορεί να μεταδίδεται από ένα άτομο σε άλλο. Μολαταύτα, ο τριχοσμηγματοφόρος πόρος, καθώς και η επιφάνεια του δέρματος αποικίζονται από σημαντικούς μικροοργανισμούς – *Propionobacterium acnes* (παλαιότερα γνωστό ως *Corynebacterium acnes*), *Staphylococcus epidermis* και ο μύκητας *Pityro-*

sporogon ovale - από τα οποία το *P. acnes* είναι το επικρατέστερο. Μολονότι ο απόλυτος αριθμός τους δεν συσχετίζεται με τη βαρύτητα της ακμής, οι διάφορες θεραπείες που έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό στον αριθμό τους βελτιώνουν τη νόσο. Είναι πιθανόν ότι οι μικροοργανισμοί παράγουν διαμεσολαβητικές ουσίες για πρόκληση φλεγμονής που προσελκύουν κύτταρα φλεγμονής.

### Ορμόνες

Οι σμηγματογόνοι αδένες βρίσκονται υπό άμεσο ορμονικό έλεγχο.

1. Τα ανδρογόνα είναι οι πλέον σημαντικές ορμόνες. Η έκκριση του σμήγματος στο νεογνό είναι ίδια με αυτή που παρατηρείται στον ενήλικα, αλλά κατά το χρονικό διάστημα που έπεται της βρεφικής ηλικίας, ως την εφηβεία, οι σμηγματογόνοι αδένες είναι πολύ μικροί, και η έκκριση του σμήγματος είναι πολύ χαμηλή. Η ακμή εμφανίζεται κατά την εφηβεία, και στην πραγματικότητα αποτελεί τον προάγγελο της εφηβείας. Γι' αυτό το λόγο, στον ευνούχο δεν αναπτύσσεται ακμή, εκτός εάν του χορηγηθεί τεστοστερόνη. Μολαταύτα, δεν είναι γνωστό γιατί η ακμή υποχωρεί μετά την εφηβεία ενώ τα επίπεδα της τεστοστερόνης παραμένουν τα ίδια. Μπορεί να υπάρχει υπερδραστηριότητα των οργάνων-στόχων, τέτοια ώστε να παρατηρείται αυξημένη μετατροπή της τεστοστερόνης στην πλέον δραστική μορφή της διϋδροτεστοστερόνης από το ένζυμο 5-αλφα-αναγωγάση στο επίπεδο των υποδοχέων των σμηγματογόνων αδένων για τα ανδρογόνα. Το βέβαιο είναι ότι δεν φαίνεται να υπάρχει καμιά ένδειξη, τουλάχιστο για τους άνδρες, ότι η παραγωγή της τεστοστερόνης είναι αυξημένη, καθόσον η έκκριση σε όλους τους άρρενες διεγείρεται ήδη στο μέγιστο δυνατό επίπεδο. Μολαταύτα,

όσον αφορά τις θήλεις, οι μελέτες είναι αμφιλεγόμενες. Το κλειδί στην υπόθεση μπορεί να είναι η υπερδραστηριότητα του οργάνου-στόχου, ορισμένοι δε ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τα ανδρογόνα που κυκλοφορούνται στο αίμα είναι αυξημένα. Εξάλλου, έχει αποδειχθεί ότι σε ορισμένες γυναίκες η σφαιρίνη που δεσμεύει τις γεννητικές ορμόνες στο αίμα είναι ελαττωμένη και κατά συνέπεια τα επίπεδα των γεννητικών ορμονών που δεν είναι συνδεδεμένα είναι υψηλά, μπορεί δε αυτά τα επίπεδα να είναι υπεύθυνα για τη νόσο. Ο λόγος για τον οποίο η δεσμευτική σφαιρίνη είναι ελαττωμένη δεν είναι γνωστός, ούτε γιατί όλοι οι σμηγματογόνοι αδένες δεν επηρεάζονται από την αυξημένη δραστηριότητα των ανδρογόνων σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, αλλά μόνο ορισμένοι από αυτούς. Έτσι, η ακμή είναι μια νόσος του μεταβολισμού των ανδρογόνων, και είναι φανερό ότι μπορεί στη γυναίκα να αποτελεί χαρακτηριστικό ανδροποιητικής νόσου (αν και σπάνια αυτό συμβαίνει), οπότε και θα υπάρχουν και άλλα σημεία ανδροειδισμού.

2. Τα οιστρογόνα περιορίζουν το μέγεθος των σμηγματογόνων αδένων. Εντούτοις, υψηλές δόσεις, όπως 50 mg αιθινυλοιστραδιόλης ανά 24ωρο απαιτούνται για την επίτευξη θεραπευτικής επίδρασης.
3. Η προγεστερόνη προκαλεί κατακράτηση ύδατος, με συνακόλουθη διόγκωση της επιδερμίδας και αποκλεισμό των τριχοσμηγματοφόρων πόρων. Γι' αυτό και πολλές ώριμες γυναίκες παρατηρούν ότι η ακμή τους επιδεινώνεται λίγο πριν από την εμμηνορρυσία.

4. Η θυροξίνη διεγείρει τους σμηγματογόνους αδένες. Γι' αυτό το ξηρό δέρμα αποτελεί χαρακτηριστικό του υποθυρεοειδισμού.

### Διαμεσολαβητικές ουσίες της φλεγμονής

Το αίτιο της αντίδρασης φλεγμονής δεν είναι γνωστό, αλλά το *P. acnes*, ο σημαντικότερος μικροοργανισμός που εμπλέκεται στην ακμή, εμφανίζει θετικό χημειοτακτισμό για τα κύτταρα φλεγμονής και παράγει μια ουσία που μοιάζει με τις προσταγλαδίνες, η οποία μπορεί να ενεργοποιεί την κλασική και την εναλλακτική οδό του συμπληρώματος.

### Κλινικά χαρακτηριστικά

Στα φυσικά σημεία της ακμής περιλαμβάνονται λιπαρότητα του δέρματος, φαγέσωροι, κεγχρία, ερυθρές βλατίδες και φλύκταινες, που εμφανίζονται σε ορισμένες περιπτώσεις μαζί με οζίδια, κύστες, ουλές (συμπεριλαμβανομένων και χηλοειδών), καθώς και μεταφλεγμονώδης υπερμελάγχρωση. Οι βλάβες εμφανίζονται κυρίως στο πρόσωπο και στον κορμό.

Υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές κλινικές μορφές ακμής.

### Κοινή ακμή

Αυτή είναι η συνήθης ποικιλία της ακμής. Αποτελεί μια από τις πρώτες εκδηλώσεις της εφηβείας, και ως τέτοια σήμερα αρχίζει πολύ νωρίτερα από άλλοτε. Έτσι σήμερα είναι πολύ σύνηθες να παρατηρούνται φαγέσωροι και κεγχρία σε παιδιά ηλικίας 10 ετών. Η νόσος εμφανίζει τη μέγιστη δραστηριότητά της στις ηλικίες 16 ως 18 ετών και μετά υποχωρεί, συχνά όμως δεν εξαφανίζεται μέ-

χρι την αρχή είτε και το μέσο της τρίτης δεκαετίας, γεγονός που γενικά δεν γίνεται καλά κατανοητό από τους ασθενείς. Η νόσος μπορεί να θεωρείται σαν σχεδόν καθολική σε κάποιο βαθμό κατά τη διάρκεια της εφηβείας, και έτσι σε ορισμένα άτομα θεωρείται εντελώς φυσιολογική κατάσταση που μπορεί να αγνοείται, ενώ σε άλλα αντιπροσωπεύει νόσο για την οποία απαιτείται ενεργητική θεραπευτική αγωγή.

### **Μεταφηβική ακμή στην ώριμη γυναίκα**

Πολύ συνήθης σε γυναίκες κατά την τρίτη και τέταρτη δεκαετία της ζωής, οι οποίες διατείνονται ότι δεν είχαν κανένα πρόβλημα με την ακμή κατά την εφηβεία τους. Η νόσος συνήθως αποδράμει κατά το μέσο ή περί το τέλος της τετάρτης δεκαετίας, όχι όμως σε όλες τις περιπτώσεις. Εμφανίζει χαρακτηριστική προτίμηση για το πηγούνι και τη γνάθο και καταλήγει σε οδυνηρά και εντω βάθει οζίδια, ιδιαίτερα λίγες μέρες πριν από την αναμενόμενη εμμηνορρυσία. Οι περισσότερες από τις ασθενείς έχουν χαμηλά επίπεδα σφαιρίνης που δεσμεύει τις γεννητικές ορμόνες, και η συνακόλουθη αύξηση της ελεύθερης τεστοστερόνης που κυκλοφορεί στο αίμα είναι υπεύθυνη για την ακμή. Ορισμένες από τις ασθενείς έχουν χαρακτηριστικά του συνδρόμου της πολυκυστικής ωοθήκης. Μερικές γυναίκες συσχετίζουν τη νόσο τους με τη διακοπή την έναρξη είτε και την αλλαγή του είδους του αντισυλληπτικού δισκίου που χρησιμοποιούν, πολλές όμως από αυτές ποτέ δεν έχουν λάβει αντισυλληπτικά. Τα αντισυλληπτικά δισκία που περιέχουν περισσότερο ανδρογενετικό προγεσταγόνο πιθανώς επιδεινώνουν την κατάσταση. Αντίθετα, τα ελάχιστα ανδρογενετι-

κά προγεσταγόνα, σε συνδυασμό με αιθινυλοιστραδιόλη μπορεί να είναι ευεργετικά για τη νόσο.

### **Βρεφική ακμή**

Είναι πολύ συχνή στην αρχή της βρεφικής ηλικίας και μπορεί να οφείλεται σε διαπλακουντική διέγερση των σμηγματογόνων αδένων από τα ανδρογόνα των επινεφριδίων μάλλον παρά σε πρόσληψη ανδρογόνων από τη μητέρα με το θηλασμό. Η ακμή εμφανίζεται κατά κύριο λόγο στα μάγουλα και υποχωρεί μετά από λίγους μήνες. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να πρόκειται για πρώιμο σύμπτωμα ανδροποιητικού όγκου είτε συγγενούς υπερπλασίας των επινεφριδίων.

### **Οξιδιοκυστική ακμή (acne conglobata)**

Πρόκειται για εξαιρετικά δυσάρεστη μορφή ακμής. Διαφέρει από την κοινή ακμή κατά το βαθμό των φυσικών σημείων, τη χρονιότητά της και, μέχρι τελευταία, για τη σχετική της αντίσταση στη συνήθη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η νόσος, η οποία συνήθως αρχίζει κατά την εφηβεία, παρατηρείται και στα δύο φύλα, αλλά πιθανώς συχνότερα στους άρρενες.

Οι βλάβες που τη διακρίνουν από την κοινή ακμή είναι οι βαθιές και οδυνηρές βλατίδες και οζίδια που εμφανίζονται, καθώς και η επακόλουθη ουλοποίηση, η οποία προκαλεί δυσμορφία με το σχηματισμό χηλοειδών. Η νόσος δεν αποδράμει μετά την εφηβεία, αλλά συχνά επιμένει και μέχρι την αρχή της μέσης ηλικίας. Μπορούν να εμπλέκονται το πρόσωπο, ο θώρακας και η ράχη ξεχωριστά είτε και όλα μαζί: εκπληκτικό είναι να εξετάζει Κανείς α-

σθενή του οποίου το πρόσωπο φαίνεται φυσιολογικό, και μετά να ανακαλύπτει ότι η ράχη είτε ο θώρακας εμφανίζουν βαριά νόσο. Επανάσταση στη θεραπεία αυτής της νόσου επέφερε η χρήση του 13-cis-ρετινοϊκού οξέος.



Οξεία ακμή (acute acne)

### Παράγοντες που επηρεάζουν την ακμή

#### 1. Κλιματικές συνθήκες.

Άτομα με προδιάθεση για την ακμή συχνά εμφανίζουν επιδείνωση της νόσου σε θερμά, υγρά και ιδιαίτερα σε τροπικά κλίματα. Αποτέλεσε πρόβλημα για τα Βρετανικά στρατεύματα στην Άπω Ανατολή κατά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, όχι όμως και για τους Αμερικανούς στρατιώτες στο Βιετνάμ, πιθανώς γιατί τα άτομα με σημαντικού βαθμού ακμή είχαν εξαιρεθεί από το στρατεύμα. Η θεραπευτική της αντιμετώπιση μπορεί να είναι δύσκολη, εκτός από τη μετακίνηση του ασθενούς σε εύκρατη ζώνη. αν και με τη χρήση του 13- cis-ρετινοϊκού οξέος όλα αυτά μπορεί να αλ-

λάξουν. Μια ποικιλία της είναι η ακμή της Μαγιόρκας, νόσος κατά την οποία μικρές θυλακιώδεις βλατίδες εμφανίζονται κατά κύριο λόγο στο άνω μέρος του κορμού κατά τις διακοπές σε ηλιόλουστη περιοχή. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε απόφραξη των θυλάκων των τριχών εξαιτίας της υπερυδάτωσης της επιδερμίδας, που πιθανώς να υφίσταται έξαρση με την επίδραση των ελαίων που χρησιμοποιούνται για το μαιζρισμα με την ηλιοθεραπεία.

## 2. Φάρμακα.

Τα σκευάσματα για τοπική χρήση, όπως μπριγιαντίνες και πομάδες μπορεί να επιδεινώνουν την ακμή. Εάν αυτά τα σκευάσματα έρχονται σε επαφή με το δέρμα του μετώπου, τα στόμια των τριχοσμηγματοφόρων πόρων αποφράσσονται, με αποτέλεσμα τη δημιουργία φαγέσωρων και την εμφάνιση ακμής.

## 3. Καταστάσεις που προκαλούν απόφραξη των πόρων.

Ακμή μπορεί να προκαλείται από μεταβολές του μικροπεριβάλλοντος του δέρματος. Τα εφαρμοστά ενδύματα μπορεί να συμβάλλουν στην απόφραξη των τριχοσμηγματοφόρων πόρων, έτσι ώστε άτομα που φοράνε εφαρμοστά τζηνς μπορεί να αναπτύξουν ακμή στους γλουτούς και τους μηρούς. Το παρατεταμένο κάθισμα σε καρέκλες με υψηλή ράχη, ιδιαίτερα εάν αυτές είναι κατασκευασμένες από υλικά όπως τα πλαστικά, που ευνοούν την εφίδρωση και την ενυδάτωση του δέρματος, μπορεί να προκαλέσει απόφραξη των πόρων και την εμφάνιση ακμής.

## 4. Βιομηχανία.

Οι εργάτες σε βιομηχανίες μπορεί να αναπτύξουν ακμή όταν εκτίθενται σε αλογονωμένους υδρογονάνθρακες (χλωρακμή). Μια επιδημία αυτής της ακμής παρατηρήθηκε μετά από ατύχημα κατά το οποίο απελευθερώθηκε 2, 3, 7, 8 -τετραχλωροδιβενζοδιοξίνη (TCDC) στο Σεβέζο το 1976. Το αποτέλεσμα ήταν η πρόκληση



οξέος ερυθήματος στο εκτεθειμένο δέρμα, και η επακόλουθη (μετά από 1-2 μήνες) βαρείας μορφής ακμή, η οποία επέμενε για 18 περίπου μήνες.

### 5. Φάρμακα.

Τα αλογόνα μπορούν επίσης να προκαλέσουν ακμή όταν χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική είτε στη διαγνωστική. Έτσι, τα ιωδιδια που περιέχονται σε σκευάσματα για το βήχα, σε ακτινολογικά υλικά, και σε φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της θυρεοειδικής νόσου, καθώς και το ιώδιο που περιέχεται σε φύκια, εφόσον αυτά καταναλίσκονται σε μεγάλη ποσότητα, μπορεί να είναι υπεύθυνα για την πρόκληση ακμής. Τα βρωμιούχα, μολονότι σπάνια χορηγούνται σήμερα, προκαλούν ακμή. Η φαινοβαρβιτόνη, η τροξιδόνη και η ισονιαζίδη προκαλούν ακμή. Τα συστηματικά στεροειδή προκαλούν μια μάλλον χαρακτηριστική ακμή που εντοπίζεται στον κορμό, τους ώμους και τα άνω άκρα, με μονομορφικές, κατά κύριο λόγο φλυκταινώδεις βλάβες.

### Αντιμετώπιση

Σημαντικό είναι να καθορίζεται από το ιστορικό η επίδραση της νόσου στο ηθικό του ασθενούς, και από την εξέταση ο βαθμός της βλάβης που έχει προκληθεί στο δέρμα. Η ελαφρά ακμή μπορεί να γίνεται αποδεκτή από τον ή την έφηβο, εφόσον και άλλα άτομα της συντροφιάς πάσχουν από την ίδια νόσο, αλλά η μέτριας βαρύτητας ακμή μπορεί να είναι περισσότερο δύσκολο να αντιμετωπίζεται, και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να αποδιοργανώσει πλήρως τη ζωή του ασθενούς. Τα χαρακτηριστικά που αναζητούνται κατά την εξέταση είναι οι βαθιές βλατίδες (που συ-

νήθως είναι οδυνηρές), τα οζίδια, οι κύστες, οι ουλές, καθώς και η μεταφλεγμονώδης υπερμελάγχρωση. Η εμφάνιση της μεταφλεγμονώδους υπερμελάγχρωσης και η ουλοποίηση πρέπει να προλαμβάνονται γιατί για μεν την πρώτη απαιτείται μακρό χρονικό διάστημα για την αποδρομή της, για δε τη δεύτερη η βλάβη είναι μόνιμη. Όλα τα παραπάνω αποτελούν ενδείξεις για ενεργητική συστηματική θεραπευτική αντιμετώπιση.

### Τοπική Θεραπεία

Αυτή είναι ικανοποιητική για την ελαφρά κοινή ακμή της εφηβείας και την ελαφρά ακμή τη εγκυμοσύνης, καθώς και ως επικουρική της συστηματικής θεραπείας. Το πρόσωπο ανταποκρίνεται καλύτερα από τον κορμό. Τα σκευάσματα για τοπική χρήση είναι κατά το πλείστο αντιμικροβιακά είτε κερατινολυτικά, και περιορίζουν την ανώμαλη κερατινοποίηση στο επίπεδο του τριχοσμηγματοφόρου πόρου. Συχνά διατίθενται σε συνδυασμό με τη δικαιολογία ότι δεν υπάρχει απλή απάντηση όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ακμής.

1. Το βενζουλοϋπεροξειδίο είναι αποτελεσματικό αντιμικροβιακό καθώς και φαγεσωρολυτικό. Σε μερικές περιπτώσεις συνδυάζεται με θείο είτε με άλλες ομάδες αντιμικροβιακών. Διατίθεται σε συγκεντρώσεις 5 και 10%, και επειδή προκαλεί ερεθισμό του δέρματος, φρόνιμο είναι η θεραπεία να αρχίζει με τη μικρή συγκέντρωση, νύκτα παρά νύκτα, έτσι ώστε ο ασθενής να εθίζεται στη χρήση του.
2. Ρετινοϊκό οξύ. Αυτό χρησιμοποιείται ως κερατινολυτικό γιατί επιταχύνει τις μιτώσεις των κυττάρων της βασικής στιβάδας, την εναλλαγή του επιθηλίου και τη διάσπαση των φαγέσω-

ρων. Προκαλεί φλεγμονή, η οποία δεν γίνεται αποδεκτή από ορισμένους ασθενείς.

3. Θείο, σαλικυλικό οξύ και ρεσορκίνη. Η ρεσορκίνη (1,3-διυδροξυβενζόλιο), που συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με σαλικυλικό οξύ και θείο, πιστεύεται ότι επιδρά ως κερατινολυτικό.
4. Τοπικά αντιβιοτικά. Το βενζουλοϋπεροξειδίο είναι το συχνότερα χρησιμοποιούμενο τοπικό αντιβιοτικό στην Αγγλία. Άλλα τοπικά αντιβιοτικά μόλις τελευταία διατίθενται στην Αγγλία, μολονότι χρησιμοποιούνται ευρύτατα στις ΗΠΑ, και ιδιαίτερα η κλινδαμυκίνη (1%). Όταν λαμβάνεται από το στόμα, η κλινδαμυκίνη μπορεί να προκαλέσει ψευδομεμβρανώδη κολίτιδα, υπήρξαν δε φόβοι ότι τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να προκύψουν με την απορρόφηση του φαρμάκου από τοπικά σκευάσματα, αλλά αυτό δεν συμβαίνει. Οι μικροβιολόγοι εξέφρασαν τον φόβο μήπως η χρήση αυτών των σκευασμάτων οδηγήσει στην ανάπτυξη ανθεκτικών στη κλινδαμυκίνη μικροοργανισμών, αλλά αυτό δεν παρατηρήθηκε μετά από χρήση της στις ΗΠΑ για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο της δεκαετίας. Η τοπική ερυθρομυκίνη και τετρακυκλίνη δεν είναι τόσο αποτελεσματικές όσο η κλινδαμυκίνη.

Η νεομυκίνη και η χλωραμφαινικόλη διετίθεντο σε συνδυασμό σε σκευάσματα που περιείχαν θείο και ένα ασθενές κορτικοστεροειδές για αρκετά χρόνια. Μολαταύτα η χρησιμοποίησή τους αμφισβητήθηκε για πολλούς λόγους. Διατυπώθηκε η άποψη ότι η απορρόφηση από το δέρμα θα μπορούσε να προκαλέσει συστηματική δηλητηρίαση — απλαστική αναιμία από την τοπική χρήση της χλωραμφαινικόλης, και ωτοτοξικότητα από την τοπική χρήση της νεομυκίνης — χωρίς όμως να υπάρξουν ενδείξεις για το βάσι-

μο αυτών των απόψεων. Ούτε και υπήρξαν ενδείξεις για την απόδειξη της θεωρίας ότι η τοπική χρήση της χλωραμφαινικόλης έχει προκαλέσει αύξηση της αντίστασης των μικροβίων στην από το στόμα χορηγούμενη χλωραμφαινικόλη για τη θεραπεία του τυφοειδούς πυρετού. Μολονότι η νεομυκίνη και η χλωραμφαινικόλη είναι δυνητικοί ευαισθητοποιητικοί παράγοντες για το δέρμα, η δερματίτιδα από επαφή προς αυτές τις ουσίες, όταν χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ακμής είναι εξαιρετικά σπάνια.

Αυτά τα σκευάσματα με συνδυασμούς φαρμάκων σε μερικές περιπτώσεις περιέχουν και ασθενή κορτικοστεροειδή. Μολονότι τα στεροειδή από μόνα τους δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για την ακμή, αυτά πράγματι περιορίζουν τις φλεγμονώδεις επιδράσεις των κερατινολυτικών (που μερικοί ασθενείς δεν αποδέχονται) και γι' αυτό η χρήση τους επιτρέπεται.

5. Υπεριώδεις ακτίνες. Πολλοί ασθενείς παρατηρούν ότι η ακμή τους βελτιώνεται κατά τους θερινούς μήνες. Οι υπεριώδεις ακτίνες Β χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία σε επαρκείς δόσεις ώστε να προκαλούν μέτριας έντασης ερύθημα και κατά συνέπεια και απολέπιση του δέρματος.

### Συστηματικά αντιβιοτικά

Αυτά αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας. Η πενικιλίνη από το στόμα δεν είναι καθόλου αποτελεσματική, αλλά οι τετρακυκλίνες, η ερυθρομυκίνη, η τριμεθοπρίμη, η σεπτρίνη, η φλουκλοξακιλλίνη και η αμπικιλίνη είναι όλες αποτελεσματικές καθώς συγκεντρώνονται στην τριχοσμηγματογόνο μονάδα. Προκαλούν ελάττωση της συγκέντρωσης των ελεύθερων λιπαρών οξέων στο σμήγμα, γιατί προκαλούν τροποποίηση της επίδρασης

των λιπασών των μικροοργανισμών. Επίσης περιορίζουν τη φλεγμονή της ακμής γιατί αναστέλλουν τη χημειοτακτική δραστηριότητα των ου δετεροφίλων.

Όλα τα αντιβιοτικά δεν λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο σε όλους τους ασθενείς, και γι' αυτό ο γιατρός θα πρέπει να ανακαλύψει το αντιβιοτικό που είναι κατάλληλο για τον συγκεκριμένο ασθενή. Ούτε και τα φάρμακα εξασκούν άμεση επίδραση, ο δε ασθενής πρέπει να ενημερώνεται ότι δεν πρέπει να αναμένει σημαντική βελτίωση για ένα τουλάχιστο μήνα. Οι παρενέργειες δεν είναι συνήθεις, πιθανώς γιατί οι δόσεις που χρησιμοποιούνται είναι μικρότερες από αυτές που χορηγούνται για την κλασική αντιμικροβιακή θεραπεία.

Συνήθως γίνεται έναρξη με τετρακυκλίνη όπως την οξυτετρακυκλίνη, 250 mg δυο φορές ανά 24ωρο. Σε μερικές περιπτώσεις οι δόσεις απαιτείται να είναι μεγαλύτερες. Πρέπει να λαμβάνεται μισή ώρα πριν από το φαγητό για την ενίσχυση της απορρόφησης, και να μη λαμβάνεται μαζί με γαλακτοκομικά προϊόντα, τα οποία περιορίζουν την απορρόφησή της.

Για τους ασθενείς που δεν ανέχονται είτε δεν ανταποκρίνονται στην τετρακυκλίνη, η μινοκυκλίνη είναι, αν και ακριβότερη, εναλλακτικό αποτελεσματικό φάρμακο. Η δόση είναι 50 mg δυο φορές ανά 24ωρο. Εμφανίζει μεγάλη λιποδιαλυτότητα, και γι' αυτό διεισδύει εύκολα στους ιστούς, διαθέτει δε το εξαιρετικό πλεονέκτημα ότι μπορεί να λαμβάνεται με την τροφή και τα ποτά, καθώς και με γάλα. Πολλοί δερματολόγοι τη χρησιμοποιούν ως το αντιβιοτικό εκλογής.

Άλλα εναλλακτικά φάρμακα είναι η ερυθρομυκίνη και η τριμεθοπρίμη. Η τελευταία πιθανώς μόνη παρά σε συνδυασμό με σουλφοναμίδες, για τον πιθανό κίνδυνο αντιδράσεων υπερευαι-

σθησίας. Ένα σύνηθες σφάλμα είναι η αναγραφή των φαρμάκων για λίγες μόνο εβδομάδες. Τα φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών, συχνά δε για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. “Θεραπεία” της ακμής μέσα σε ορισμένα χρονικά πλαίσια δεν υπάρχει γιατί η ακμή είναι χρόνια νόσος, τα δε αντιβιοτικά απλά την “ελέγχουν” μέχρις ότου αυτή αρχίζει να υποχωρεί.

### Ορμονική θεραπεία

1. Θεραπεία με οιστρογόνα σε υψηλές δόσεις. Τα αντισυλληπτικά δισκία με 50 mg αιθινυλοιστραδιόλη εξασκούν ευεργετική επίδραση στη ώριμη γυναίκα με εκσεσημασμένη αναζωπύρωση της ακμής πριν από την εμμηνορρυσία. Αντίθετα, τα αντισυλληπτικά με προγεστερόνη μπορεί να προκαλέσουν έξαρση της ακμής αυτού του τύπου, και γι’ αυτό αυτά πρέπει να αποφεύγονται.
2. Θεραπεία με συνδυασμό αντιανδρογόνων και οιστρογόνων. Η ιδέα για ένα φάρμακο που να περιορίζει τη μετατροπή της τεστοστερόνης προς ένα πολύ ισχυρό ανδρογόνο, την διυδροτεστοστερόνη, είναι πολύ ελκυστική. Η Dianette, που αποτελεί συνδυασμό 2 mg οξικής κυπροτερόνης και 30 mg αιθινυλοιστραδιόλης περιορίζει την παραγωγή του σμήγματος. Η δοσολογία της οξικής κυπροτερόνης είναι χαμηλή και σε μερικές περιπτώσεις αξίζει τον κόπο να συνδυάζεται με επιπρόσθετα 50 ή 100 mg κυπροτερόνη από την 5η ως τη 15η ημέρα του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Οι παρενέργειες των οιστρογόνων είναι ίδιες με αυτές των αντισυλληπτικών που λαμβάνονται από το στόμα και είναι πολύ γνωστές. Η μείζονα παρενέργεια της οξικής κυπροτερόνης συνίσταται στη θηλυκοποίηση του άρρενος εμβρύου, και γι’ αυτό Πά-

ντοτε συνδυάζεται με οιστρογόνο για την εξασφάλιση της αντισύλληψης. Αυτή η θεραπευτική προσέγγιση είναι ιδανική για τη γυναίκα που ήδη χρησιμοποιεί αντισυλληπτικό από το στόμα.

3. Θεραπεία με συστηματικά ρετινοειδή. Η ανάπτυξη του 13-cis-ρετινοϊκού οξέος υπήρξε μια από τις πλέον σημαντικές προόδους της θεραπευτικής στη δερματολογία κατά τη δεκαετία του 1980. Ήταν καλά γνωστό ότι η βιταμίνη Α ήταν αποτελεσματική στην ακμή, αλλά οι παρενέργειες της θεραπευτικής της δοσολογίας δεν ήταν αποδεκτές. Το 13-cis-ρετινοϊκό οξύ (Roaccutane) είναι δραστικό αλλά λιγότερο τοξικό συνθετικό παράγωγο βιταμίνης Α, που επηρεάζει όλα τα μείζονα χαρακτηριστικά της παθογένειας της ακμής, δηλαδή:

Ελαττώνει την έκκριση του σμήγματος κατά 90% μέσα σε ένα μήνα.

Περιορίζει τους μικροοργανισμούς που δραστηριοποιούνται κατά την ακμή, και ιδιαίτερα το *P.acnes* τόσο στην επιφάνεια του δέρματος όσο και στον τριχοσμηγματοφόρο πόρο.

Ελαττώνει την απόφραξη των τοιχωματικών κυττάρων του πόρου.

Περιορίζει τη φλεγμονή και τη χημειοταξία.

Το πλέον εντυπωσιακό χαρακτηριστικό από παθολογοανατομική άποψη είναι ότι προκαλεί υποστροφή των σμηγματογόνων αδένων στη προεφηβική τους κατάσταση. Αυτό το επιτυγχάνει όχι με ορμονική επίδραση αλλά με τη σημαντική επίδρασή του στην αύξηση και τη διαφοροποίηση του επιθηλίου.

Αυτό αποτελεί σήμερα το φάρμακο εκλογής για την οξειδωτική ακμή, για την ακμή που δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά

στην παραδοσιακή θεραπεία, και ιδιαίτερα για την ακμή που προκαλεί ουλές. Χορηγείται σε δόση 1 mg/kg από το στόμα, για 4 μήνες. Όπως και οι άλλες συστηματικές θεραπείες για την ακμή, τα αποτελέσματα δεν είναι άμεσα, αλλά κάποια επίδραση θα πρέπει να παρατηρείται σε 6 εβδομάδες. Πάρα πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι πρόκειται για την καλύτερη θεραπευτική αγωγή που έχουν δοκιμάσει, ιδιαίτερα γιατί η νόσος εξακολουθεί να εμφανίζει βελτίωση και μετά τη διακοπή της θεραπείας. Μια πλήρης "σειρά" θεραπείας είναι συνήθως επαρκής.

Όλοι οι ασθενείς αναπτύσσουν ξηρότητα του δέρματος, ιδιαίτερα στα χείλη, αλλά όχι τόσο σοβαρή ώστε να απαιτείται διακοπή της θεραπείας. Επίσης, μπορεί να παρατηρηθούν ρινορραγίες, αλλά συνήθως μόνο σε ασθενείς με σχετική επιρρέπεια. Σε μερικές περιπτώσεις εμφανίζονται αρθραλγίες και μυαλγίες, ιδιαίτερα σε εφήβους. Μπορεί να παρατηρηθεί κεφαλαλγία, καθώς και καλοήθους ενδοκρανιακή υπέρταση, η οποία αποτελεί και αντένδειξη για την περαιτέρω χρήση της. Πολύ σπάνια περιγράφηκαν περιπτώσεις διάχυτης υπερόστωσης του διαμέσου ιστού. Το φάρμακο προκαλεί μια πρόσκαιρη υπερλιπιδαιμία και καθώς αυτό μεταβολίζεται στο ήπαρ, φρόνιμο είναι να γίνεται μέτρηση τόσο των λιπιδίων του αίματος όσο και η εκτέλεση δοκιμασιών της λειτουργίας του ήπατος πριν από την έναρξη της θεραπείας.

Η πλέον σημαντική παρενέργεια είναι η τερατογένεση. Το φάρμακο στην Αγγλία αναγράφεται μόνο από δερματολόγους, υπήρξε δε σχετικά μικρός αριθμός ανεπιθυμητών κυήσεων, αλλά στις ΗΠΑ, όπου η αναγραφή του δεν βρίσκεται υπό έλεγχο, οι κυήσεις ήσαν πολύ περισσότερες. Η αναγραφή του φαρμάκου χωρίς την εξασφάλιση της αντισύλληψης δεν αποτελεί φρόνιμη ενέργεια εφόσον η ασθενής έχει σεξουαλική δραστηριότητα είτε



όχι! Έτσι, η απόφαση για τη χρήση του φαρμάκου σε γυναίκα πρέπει να λαμβάνεται μετά από κατάλληλη συζήτηση της ασθενούς με τον οικογενειακό της γιατρό και το δερματολόγο. Η αντισύλληψη πρέπει να συνεχίζεται για τουλάχιστο τρεις μήνες μετά τη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής. Το φάρμακο είναι ακριβό.

### Άλλες ειδικές θεραπείες

1. *Τριαμκινολόνη μέσα στις βλάβες.* Στις μεγάλες κύστεις με φλεγμονή μπορεί να γίνεται ένεση με μικρή ποσότητα (μικρότερη από 0,1 ml) διαλύματος τριαμκινολόνης 2,5 mg/ml, μετά την κένωση της κύστης από οποιοδήποτε υλικό περιέχεται σ' αυτή. Ατροφία του δέρματος μπορεί να προκληθεί εφόσον η ένεση γίνεται σε βαθύτερα στρώματα του δέρματος.
2. *Εγχείρηση.* Δύσμορφες ουλές και επίμονες κύστεις, όταν πλέον δεν φλεγμαίνουν, μπορούν να εξαιρούνται. Η δερμαπόξεση δεν ευδοκίμησε στην Αγγλία γιατί τα αποτελέσματα αυτού του είδους της θεραπείας δεν υπήρξαν ικανοποιητικά. Πιθανώς η δεξιοτεχνία και η αφοσίωση στην τεχνική αυτή δεν σταθεροποιήθηκαν στην Αγγλία εξαιτίας της ποικιλίας του αποτελέσματος. Τα ίδια σχόλια μπορούν να διατυπωθούν και για τα εμφυτεύματα κολλαγόνου.

## Τραυματική Ακμή Ναρκών Γυναικών (Acne Excoriata des Jeunes Filles)

### Ορισμός

Νόσος του προσώπου που προκαλείται από μια έμμονη ιδέα και νευρωσική τάση για ενασχόληση με το δέρμα.

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Δυστυχισμένες γυναίκες.
- Πρόσωπο.
- Εκδορές, μεταφλεγμονώδης υπερμελάγχρωση και ουλές.
- Ουσιαστικά μη θεραπεύσιμη.

### Αιτιολογία

Η νόσος περιορίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε γυναίκες, οι οποίες δεν είναι πάντοτε ιδιαίτερα “νεαρές.” Μολονότι πολλά άτομα ασχολούνται με τα “σπυράκια” τους, Τα οποία παρενοχλούν συνεχώς με διάφορους τρόπους και κυρίως με συμπίεση με τα δάκτυλα, κλπ, μέχρις ενός σημείου, οι γυναίκες που πάσχουν από αυτή τη νόσο κατατρύχονται από μια έμμονη ιδέα όσον αφορά την αντιμετώπιση της κατάστασης, με καταστρεπτικά για το δέρμα τους αποτελέσματα. Το πιθανότερο είναι ότι δεν έχουν καθόλου ακμή, είτε εάν υπάρχει, αυτή είναι ελαφρού τύπου. Φαίνεται ότι πρόκειται για προστατευτική ενασχόληση, κάτω από την οποία υποκρύπτεται συναισθηματική απογοήτευση.

## Κλινικά χαρακτηριστικά

Τα φυσικά σημεία είναι σχεδόν αποκλειστικά αυτά που προκύπτουν από τις διάφορες “επεμβάσεις” και παρενοχλήσεις της ασθενούς στο δέρμα της, με αποτέλεσμα την πρόκληση δύσμορφων εκδορών, μεταφλεγμονώδους υπερμελάγχρωσης και ουλών. Συνήθως εμπλέκονται το πρόσωπο, οι παρειές, το πηγούνι και η περιοχή της γνάθου.

## Αντιμετώπιση

Μολονότι αυτές οι γυναίκες παραδέχονται ότι παρενοχλούν συνεχώς το δέρμα τους, ουσιαστικά είναι αδύνατο να πεισθούν να σταματήσουν αυτή τη συνήθεια, η οποία μπορεί να αντιπροσωπεύει μια μορφή άμυνας, πιθανώς ένα πρόσχημα για μια ακατάλληλη η δυστυχησμένη ζωή. Η ψυχιατρική βοήθεια ελάχιστα μόνο μπορεί να προσφέρει σ’ αυτή την κατάσταση.

## Ροδόχρους Ακμή (Rosacea)

### Ορισμός

Νόσος που χαρακτηρίζεται από βλατίδες και φλύκταινες στο πρόσωπο, που συχνά συσχετίζονται με ερύθημα και έξαψη.



Ροδαγγρος Ακμή (Rosacea)

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Βλατίδες και φλύκταινες.
- Εξάψεις και ερύθημα.
- Πάρσιες, μέτωπο, μύτη και/ή πηγούνι.
- Τα μάτια μπορεί να εμπλέκονται.
- Εκλύεται από οινόπνευμα, θερμά ποτά και κλιματικές αλλαγές.
- Ανταποκρίνεται στα αντιβιοτικά.

### Αιτιολογία

Η νόσος είναι συνήθης, παρατηρείται εξίσου και στα δύο φύλα και εμφανίζεται σε οποιαδήποτε ηλικία από την 4η δεκαετία

και άνω. Ιδιαίτερη επιρρέπεια παρατηρείται σε άτομα της Κελτικής φυλής, ενώ στους νέγρους σπάνια παρατηρείται. Η νόσος διαρκεί μερικούς μήνες και στη συνέχεια αποδράμει, μολονότι συχνά όχι μόνιμα. Σε άλλους η νόσος είναι χρόνια με τον ένα ή τον άλλο τρόπο. Από ιστολογική άποψη υπάρχει αγγειοδιαστολή και υπερπλασία των σμηγματογόνων αδένων. Το αίτιο είναι άγνωστο, φαίνεται όμως ότι υφίσταται αγγειοκινητική αστάθεια, η οποία είναι προφανής στην κλινική από το ερύθημα στο πρόσωπο και από μια τάση για εξάψεις στο πρόσωπο. Αυτά όλα με τη σειρά τους μπορεί να επηρεάζονται από:

### 1. Διαιτολόγιο.

Υπήρξαν πολλές γνώμες όσον αφορά γαστρεντερικές διαταραχές στη ροδόχρου ακμή, αλλά καμιά δεν έχει τεκμηριωθεί. Μολαταύτα, πολλοί ασθενείς παρατηρούν ότι η νόσος τους επιδεινώνεται από τα ζεστά ποτά καθώς και από τις ζεστές, καρυκευμένες τροφές. Τα ζεστά ποτά προκαλούν έξαρση της ροδόχρου ακμής γιατί με τη θερμότητα προκαλείται αγγειοδιαστολή του δέρματος, και όχι για την οποιαδήποτε περιεκτικότητά τους σε καφεΐνη. Όλες οι αγγειοδιασταλτικές ουσίες, με κλασικό παράδειγμα το οινόπνευμα, μπορούν να προκαλούν έξαρση της νόσου.

### 2. Κλίμα.

Οι διακυμάνσεις της θερμοκρασίας επιδεινώνουν τη νόσο. Οι ασθενείς παρατηρούν ότι εμφανίζουν την τάση για εξάψεις όταν μετακινούνται από θερμό σε ψυχρό περιβάλλον και αντίστροφα. Επίσης, τα θερμά κλίματα επιδεινώνουν τη ροδόχρου ακμή. Έχει διατυπωθεί η άποψη σύμφωνα με την οποία ο αγγειοκινητικός τόνος των αγγείων του προσώπου διαταράσσεται.

### 3. Τοπικά γλυκοκορτικοστεροειδή.

Αυτοί οι παράγοντες εξασκούν εμφανώς καταστροφική επίδραση στη ροδόχρου ακμή. Στη δεκαετία του 1960 και στις αρχές της δεκαετίας του 1970 στην Αγγλία επικράτησε η εσφαλμένη αντίληψη της αναγραφής ισχυρών τοπικών στεροειδών για τη θεραπεία της νόσου. Το φαινόμενο δεν είναι τόσο συχνό σήμερα, αλλά σε ορισμένες χώρες αυτά τα φάρμακα διατίθενται χωρίς ιατρική συνταγή και χρησιμοποιούνται ανεξέλεγκτα από τους ασθενείς. Εξάλλου, οι ασθενείς μπορούν να τα προμηθεύονται από καλόπιστους φίλους τους, είτε και να χρησιμοποιούν κρέμες που περιέχουν στεροειδή που αναγράφονται για άλλες νόσους. Τα τοπικά στεροειδή προκαλούν αγγειοσυστολή στο δέρμα, και έτσι μπορεί να φαίνονται ότι αποτελούν μια λογική θεραπευτική αγωγή για μια νόσο όπου η αγγειοδιαστολή αποτελεί το προέχον χαρακτηριστικό. Πράγματι, η ροδόχρου ακμή συχνά εμφανίζει πρόσκαιρη βελτίωση, αλλά επιδεινώνεται και πάλι λίγο μετά τη διακοπή της θεραπείας, πιθανώς εξαιτίας μιας αντιδραστικής υπεραιμίας ως φαινομένου ανάκρουσης. Με αυτό τον τρόπο η νόσος εμφανίζει έξαρση κάθε φορά που ο ασθενής διακόπτει τη χρήση του στεροειδούς και, νομίζοντας (εσφαλμένα) ότι το στεροειδές υποβοηθεί στον έλεγχο μιάς κατά τα άλλα επιδεινούμενης κατάστασης, επαναλαμβάνει τη χρήση του για την καταστολή των συμπτωμάτων. Το αποτέλεσμα συνίσταται στην εγκατάσταση ενός φαύλου κύκλου και μιάς ψευδοεξάρτησης από τα στεροειδή.

Μολονότι η αγγειοκινητική διαταραχή φαίνεται ως η πιθανή αιτία της ροδόχρου ακμής, η ορθή θεραπευτική αγωγή είναι με τη χρήση αντιβιοτικών, γεγονός που θα μπορούσε να οδηγήσει στη σκέψη ότι πρόκειται για νόσο που προκαλείται από μικροβιακό παράγοντα. Μολαταύτα, η παρουσία ενός τέτοιου παράγοντα δεν

διαπιστώθηκε ακόμα. Ένα άκαρι, το *Demodex folliculorum*, που αποτελεί μόνιμο φιλοξενούμενο του θυλάκου των τριχών, έχει εμπλακεί στην αιτιολογία της ροδόχρου ακμής, γιατί σε μερικές περιπτώσεις ανευρίσκεται σε μεγάλη αφθονία στις βλάβες. Εντούτοις, ο αριθμός του δεν περιορίζεται με τη θεραπεία. Έτσι, εάν αυτός ο μικροοργανισμός έχει κάποια σχέση με τη νόσο, ο ρόλος του προς το παρόν παραμένει άγνωστος.

### Κλινικά χαρακτηριστικά

Η νόσος είναι καταφανής, αλλά συχνά η διάγνωση και η θεραπεία είναι εσφαλμένες. Ο ασθενής παραπονείται για σημάδια, συχνά με κιτρινωπή κεφαλή, που εμφανίζονται στο πρόσωπο, και παρατηρεί μια τάση για εξάψεις πάρα πολύ εύκολα και επιδείνωση της κατάστασης με τις μεταβολές της Θερμοκρασίας του περιβάλλοντος. Κατά την εξέταση διαπιστώνεται η παρουσία ερυθρών βλατίδων και κιτρινωπών φλυκταινών, χωρίς όμως φαγέσωρες, κύστεις είτε ουλές που παρατηρούνται στην ακμή. Οι παρειές, η μύτη, το μέτωπο και το πηγούνι συχνά εμφανίζουν ερυθρά χροιά και περιβάλλονται από “σημαδάκια.” Αυτή είναι η κλασική εικόνα της ροδόχρου ακμής, υπάρχουν όμως και κλινικές ποικιλίες:

Σε μερικές περιπτώσεις μόνο η μύτη εμφανίζει ερύθημα, με ελάχιστα μόνο “σημαδάκια” σε άλλα σημεία.

Η μύτη μπορεί να προσβάλλεται με εξαιρετικά μεγάλη ανάπτυξη των μαλακών της μορίων εξαιτίας της υπερτροφίας των σμηγματογόνων αδένων. Αυτή η κατάσταση, η οποία είναι συχνότερη στους άρρενες, είναι γνωστή ως ρινόφυμα, και μπορεί να εμφανίζεται χωρίς άλλα συνακόλουθα στοιχεία ροδόχρου ακμής.

Τα μάτια μπορούν επίσης να προσβάλλονται. Ο ασθενής παραπονείται για ενόχληση, που συχνά χαρακτηρίζεται ως “άμμος

στα μάτια.” Μπορεί επίσης να εμφανίζονται επιπεφυκίτιδα, βλεφαρίτιδα και κερατίτιδα, με εξέλκωση και αγγείωση του κερατοειδούς. Μπορεί επίσης να υπάρχει εμφανές λεμφοίδημα γύρω από τα μάτια.

### Διαφορική διάγνωση

Η νόσος σε πολλές περιπτώσεις συγχέεται με την ακμή, αλλά αιτιολογική ομοιότητα με την ακμή δεν υπάρχει, και έτσι η ονομασία της νόσου είναι παραπλανητική. Οι πλέον σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο περιλαμβάνονται στην.

### Αντιμετώπιση

Πρόκειται για νόσο που παρέχει μεγάλη ικανοποίηση σχετικά με τη θεραπεία της.

#### 1. Αντιβιοτικά.

Οι τετρακυκλίνες, η ερυθρομυκίνη, η σεπτρίνη είτε η μετρονιδαζόλη είναι αποτελεσματικές. Συνήθως δεν απαιτούνται παρά μικρές μόνο δόσεις, π.χ. οξυτετρακυκλίνη, 250 mg 2 φορές/24ωρο. Η ροδόχρους ακμή ανταποκρίνεται στη θεραπεία σε λίγες μόνο μέρες (ταχύτερα από την ακμή). Τα φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται για μακρό διάστημα για τον έλεγχο της νόσου, αλλά οι δόσεις είναι μικρότερες σε σύγκριση με τις απαιτούμενες για την ακμή, και έτσι οι ασθενείς συμβουλεύονται να προσαρμόζουν τη δοσολογία ώστε να επιτυγχάνουν πλήρη έλεγχο της νόσου. Έτσι, η τετρακυκλίνη καθημερινά είτε μέρα παρά μέρα, μπορεί να επαρκεί πλήρως.

#### 2. Τοπικά φάρμακα.

Κανένα δεν έχει μεγάλη αποτελεσματικότητα, και η ροδόχρους ακμή αντιμετωπίζεται καλύτερα με συστηματικούς παράγοντες. Η κρέμα με θείο, που αρχίζει με 1% με βαθμιαία αύξηση,



αποτελεί παραδοσιακό σκεύασμα και καλό είναι να λαμβάνεται υπόψη σε περιπτώσεις εγκυμοσύνης όπου, ιδιαίτερα Οι τετρακυκλίνες αντενδείκνυνται, αν και η ερυθρομυκίνη μπορεί να γίνεται αποδεκτή μετά το πρώτο τρίμηνο, εφόσον η ροδόχρους ακμή είναι βαριά.

### 3. Διαιτολόγιο.

Πολλοί ασθενείς επιδεικνύουν μεγάλη προτίμηση στο τσάι ή καφέ, που καταναλίσκουν σε μεγάλες ποσότητες. Αξίζει τον κόπο αυτή η συνήθεια να περιορίζεται, είτε να υιοθετείται η Αμερικανική συνήθεια να λαμβάνονται παγωμένο τσάι ή παγωμένος καφές. Επίσης τα καρυκεύματα πρέπει να περιορίζονται. Σημαντικό είναι η κατάχρηση οινοπνεύματος να αποκαλύπτεται και να αντιμετωπίζεται με το σωστό τρόπο.

### 4. Κατάχρηση τοπικών στεροειδών.

Ουσιαστικό είναι να αποκαλύπτεται κατά πόσο οι ασθενείς χρησιμοποιούν τοπικά στεροειδή, γιατί η θεραπεία σ' αυτή την περίπτωση πρέπει να ξεκαθαρίζεται. Παραγγέλλεται στον ασθενή να διακόψει αμέσως τη χρήση τους και να προειδοποιηθεί ότι θα υπάρξει φαινόμενο ανάκρουση της νόσου για 3 ως 4 μέρες μέχρις ότου τα αντιβιοτικά να αρχίσουν να φέρουν αποτέλεσμα. Εάν ο ασθενής κατανοήσει ότι το δέρμα έχει "εθισθεί προς το στεροειδές," σπάνια θα υπάρξει πρόβλημα στην αντιμετώπιση αυτής της συνήθειας. Η ροδόχρους ακμή ανταποκρίνεται σε χαμηλές δόσεις αντιβιοτικών και δεν χρειάζεται η χρήση οιαδήποτε άλλου τοπικού φαρμάκου εκτός, πιθανώς από κάποιο ενυδατωτικό σκεύασμα. Η πλήρης αποδρομή της νόσου Πρέπει να αναμένεται με βεβαιότητα.

Οι διάφορες ποικιλίες της ροδόχρου ακμής μπορούν να αντιμετωπίζονται ως ακολούθως:

### 1. Ρινόφυμα.

Οι πλαστικοί χειρουργοί έχουν την ικανότητα για αφαίρεση των υπερτροφικών σμηγματογόνων αδένων και την επαναδιαμόρφωση της μύτης κατά τρόπον ικανοποιητικό και ευάρεστο. Το ρινόφυμα δεν ανταποκρίνεται στα αντιβιοτικά, αλλά μπορεί να είναι απαραίτητο να διατηρείται η οποιαδήποτε μορφή της ροδόχρου ακμής υπό έλεγχο με αντιβιοτικά.

### 2. Επιπλοκές από τα μάτια.

Τα αντιβιοτικά είναι χρήσιμα, αλλά οι αλλοιώσεις από τα μάτια επιπλέκονται, και η παραπομπή σε οφθαλμίατρο συνιστάται.

### 3. Ερυθρότητα στη μύτη.

Ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν μόνο ερύθημα στη μύτη, με ελάχιστες μόνο βλατίδες και φλύκταινες. Αυτή η νόσος δεν ανταποκρίνεται καλά σε οποιαδήποτε επέμβαση, αλλά η έντονη θεραπεία με αντιβιοτικά απαιτείται, σε συνδυασμό με πλήρη απαγόρευση του οινοπνεύματος καθώς και άλλων αγγειοδιασταλτικών ουσιών.

### 4. Λεμφοίδημα.

Αυτό δεν ανταποκρίνεται στα αντιβιοτικά, αλλά η περίσσεια ιστού μπορεί να αφαιρείται από πλαστικό χειρουργό.

## ΦΘΕΙΡΙΑΣΗ (PEDICULOSIS)

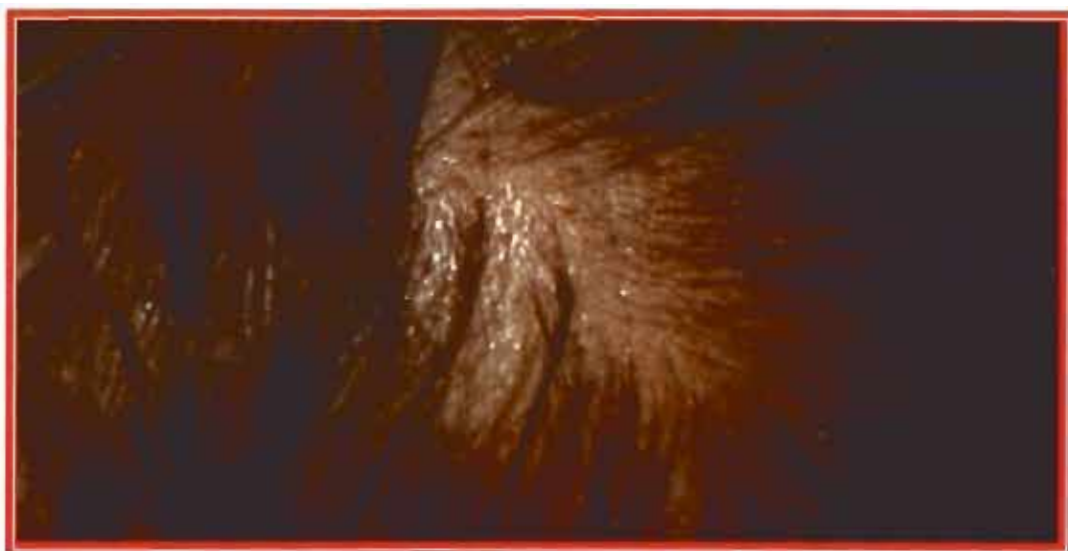
### Ορισμός

Παρασίτωση του δέρματος από έντομο που απομυζά αίμα, και η οποία προκαλεί σημαντικό ερεθισμό του δέρματος.

## Εισαγωγή

Υπάρχουν δύο είδη φθειρών οι οποίες αποτελούν ειδικά ε-ξωπαράσιτα στον άνθρωπο, η *Phthirus rubis* και η *Pediculus hu- manus*. Η τελευταία μπορεί να παρασιτεί την κεφαλή (φθειρίαση του τριχωτού της κεφαλής), είτε το σώμα (φθειρίαση του σώμα-τος). Και οι δύο έχουν επιμήκη μορφή και εμφανίζουν όμως μετα-ξύ τους ελαφρές ανατομικές διαφορές: η *P. rubis* είναι βραχύτερη και το πλάτος της είναι όσο και το μήκος της. Η *Pediculus hu- manus* εμφανίζει σημαντική κινητικότητα, αλλά η *P. rubis* δεν με-τακινείται πολύ (στα πόδια της φέρει γαμψά νύχια με τα οποία συ-γκρατείται γερά στις τρίχες του εφηβαίου όπου προτιμά να παρα-μένει). Οι φθείρες έχουν 6 πόδια και δεν έχουν πτερά. Αντίθετα με αυτό που συμβαίνει με το άκαρι, στον άνθρωπο δεν αναπτύσσεται ανοσία έναντι των φθειρών και γι' αυτό οι παρασίτωση μπορεί να επαναλαμβάνεται.

### Φθειρίαση της κεφαλής



Φθειρίαση της κεφαλής

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Έντονος ερεθισμός του δέρματος του τριχωτού της κεφαλής.
- Ερυθρές συγκεντρωμένες βλατίδες στο σβέρκο.
- Φθείρες που εμφανίζουν κινητικότητα.
- Κόνιδες προσκολλημένες στις τρίχες.

### Αιτιολογία

Η παρασίτωση του τριχωτού της κεφαλής εμφανίζεται κατά κύριο λόγο στα παιδιά που φοιτούν σε σχολείο και σπανιότερα σε ενηλίκους. Επί του παρόντος είναι αξιοσημείωτα συχνή, είχε ιδιαίτερα μεγάλη επίπτωση κατά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, ενώ κατά τη δεκαετία του 1960 κατέστη σπάνια. Η μετάδοση γίνεται με σκούφιες, βούρτσες και χτένες, καθώς και με γενική φυσική επαφή μεταξύ των παιδιών και των γονιών και των δασκάλων τους.

### Κλινικά χαρακτηριστικά

Η παρασίτωση είναι κνησμώδης και οι φθείρες φαίνονται καθαρά με γυμνό μάτι όταν μετακινούνται. Τα αυγά, τα οποία αποκαλούνται “κόνιδες” είναι προσκολλημένα στα στελέχη των τριχών. Μικρές κνησμώδεις βλατίδες εμφανίζονται ιδιαίτερα στον αυχένα, αλλά επίσης και στους καρπούς, από τα δήγματα των φθειρών.

Εάν η ορθή διάγνωση δεν γίνει, μπορεί να αναπτυχθεί δευτερογενής μικροβιακή λοίμωξη, με τραχύτητα και εφελκιδοποίηση του δέρματος, καθώς και λεμφαδενοπάθεια. Το παιδί μπορεί να είναι πολύ άρρωστο σ’ αυτό το στάδιο.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η διάγνωση συνήθως είναι προφανής. Μολαταύτα, μια ψείρα μπορεί να συλλαμβάνεται με λαβίδα είτε με προσκόλληση σε σελλοτέιπ και να εξετάζεται στο μικροσκόπιο για οριστικοποίηση της διάγνωσης. Τα αυγά μπορούν να διακρίνονται από τη πιτυρίδα γιατί είναι στερρά προσκολλημένα στις τρίχες. Εάν μια προσβλημένη τρίχα αποκοπεί και εξετασθεί στο μικροσκόπιο, η ωοειδής κάψα της κόνιδας φαίνεται προσκολλημένη στο στέλεχος της τρίχας. Επειδή έχει ανακοινωθεί ανάπτυξη αντίστασης έναντι του γάμα-εξαχλωροβενζολίου, σήμερα χρησιμοποιείται μαλαθείο (0,5%). Εάν αυτό αποτύχει, μπορεί να χρησιμοποιηθεί 0,5% καρβαρύλη, η οποία είναι επίσης αποτελεσματική. Η λοσιόν επαλείφεται στο δέρμα του τριχωτού της κεφαλής και αφήνεται εκεί για 12 ώρες. Οι κόνιδες και τα έντομα φονεύονται μέσα σε δύο ώρες, με μια μόνο επάλειψη. Οι λοσιόν με οινόπνευμα μπορεί να έχουν κακή οσμή, όπως και όλες γενικά οι λοσιόν. Στην αγορά διατίθεται και ένα σαμπουάν, αλλά αυτό πρέπει να χρησιμοποιηθεί τρεις φορές με μεσοδιαστήματα τριών ημερών. Οι κόνιδες πρέπει να απομακρύνονται με λεπτή κτένα. Είναι απαραίτητο όλα τα άλλα μέλη της οικογένειας, καθώς και τα παιδιά στο σχολείο, να εξετάζονται, γιατί διαφορετικά η παρασίτωση θα επανέλθει.

## Φθειρίαση του σώματος



Φθειρίαση του σώματος

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Έντονος ερεθισμός ολόκληρου του δέρματος.
- Εκτεταμένες εκδορές.
- Συχνά δευτεροπαθής σηψαιμία.
- Οι φθείρες και οι κόνιδες ανευρίσκονται κυρίως στα ενδύματα και όχι στο δέρμα.

### Αιτιολογία

Πρόκειται για νόσο των πτωχών, και είναι σπάνια υπό κανονικές συνθήκες διαβίωσης. Παρατηρείται υπό συνθήκες εξαθλίωσης, όπου επικρατεί το χάος, συνωστισμός και κατάρρευση των συνθηκών υγιεινής. Υπό αυτές τις συνθήκες, οι φθείρες του σώμα-

τος μπορεί να μεταδίδουν ρικέτσιες, και η κατάσταση να καταλήξει σε εξανθηματικό τύφο, πυρετό των χαρακωμάτων ή υπόστροφο πυρετό. Οι περιθωριακοί τύποι προσβάλλονται συχνά γιατί μολύνονται από άλλους συγκατοίκους και από τα κοινά τους κρεβάτια και κλινοσκεπάσματα σε πρόσκαιρα, ακατάλληλα καταλύματα. Αυτές οι φθείρες δεν ανευρίσκονται στο δέρμα, αν και απομυζούν αίμα και δια- τρέφονται από τον ασθενή. Οι φθείρες διαβιούν και αναπαράγονται στα ρούχα και τα κλινοσκεπάσματα.

### **Κλινικά χαρακτηριστικά**

Υπάρχει έντονος κνησμός σε περιοχές του δέρματος που είναι πλησιέστερα προς τα ρούχα, όπως είναι οι ώμοι, ο τράχηλος, οι μαστοί και γύρω από τους γλουτούς, και κατά την εξέταση αποκαλύπτονται κνιδωτικές βλατίδες και εκτεταμένες εκδορές, που σε μερικές περιπτώσεις οδηγούν σε λοίμωξη. Εξαιτίας του συνεχούς ξυσίματος το δέρμα καθίσταται μελαγχρωματικό, παχύ, ξηρό και λεπιδώδες.

### **Αντιμετώπιση**

Η διάγνωση σε μερικές περιπτώσεις είναι εσφαλμένη γιατί ο γιατρός παραμελεί να εξετάσει τα ενδύματα του ασθενούς. Οι φθείρες ιδιαίτερα προτιμούν τις ραφές των εσωρούχων.

Θεωρητικά ο ασθενής μπορεί να ιαθεί εάν απαλλαγεί από τα μολυσμένα του ρούχα. Μολαταύτα το σώμα του συνήθως επαλείφεται με γάμμα εξαχλωροβενζόλιο όπως και στην περίπτωση της ψώρας. Ο ασθενής πρέπει να εφοδιάζεται με άλλα ρούχα, ενώ τα προηγούμενα μολυσμένα ενδύματα υποκαπνίζονται (απολυμαίνονται) με DDT (Έχω δει ασθενείς να φορούν τα προηγούμενά τους ρούχα μετά τη θεραπευτική επέμβαση σε τμήμα ατυχημάτων

νοσοκομείου, γεγονός που προφανώς αποτελεί σαφώς απώλεια χρόνου). Συνήθως αυτό μόνο χρειάζεται, αν και σε μερικές περιπτώσεις απαιτείται η χορήγηση συστηματικών αντιβιοτικών έναντι της συνακόλουθης σηψαιμίας. Σε μερικές περιπτώσεις ένα ελαφρό στεροειδές είναι χρήσιμο μετά τη θεραπευτική επέμβαση, εφόσον παρατηρείται εκζεματοποίηση.

### Φθειρίαση εφηβαίου (*Pediculus pubis*)



Φθειρίαση εφηβαίου (*Pediculus pubis*)

#### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Βρεθισμός κατά το εφήβαιο.
- Ψθείρες που μετακινούνται βραδέως.
- Κόνιδες προσκολλημένες στις τρίχες.
- Μπορεί να εμπλέκονται και άλλες περιοχές του δέρματος.



## Αιτιολογία

Η *Rhithirus rubis* συνήθως μεταδίδεται με τη γενετήσια επαφή, αλλά είναι φανερό ότι η μόλυνση μπορεί να επέλθει και με τη χρησιμοποίηση δανεικών μολυσμένων ρούχων.

## Κλινικά χαρακτηριστικά

Οι φθείρες εντοπίζονται Κατά κύριο λόγο στις τρίχες του εφηβαίου, αλλά μπορούν να διασπείρονται, ιδιαίτερα σε δασύτριχο άτομο, στα άκρα, στο θώρακα, στις μασχάλες, ακόμα και στα φρύδια και τα ματόκλαδα, ποτέ όμως στο τριχωτό της κεφαλής. Είναι έντονα κνησμώδης, και τόσο οι φθείρες όσο και οι κόνιδες τους είναι εύκολα ορατές με γυμνό μάτι.

## Αντιμετώπιση

Η διάγνωση σπάνια διαφεύγει, με την προϋπόθεση ότι η κατάσταση λαμβάνεται υπόψη και ο ασθενής υποβάλλεται σε κατάλληλη εξέταση. Όλες οι προσβλημένες περιοχές επαλείφονται με γάμα-εξαχλωροβενζόλιο, το οποίο εκπλύνεται μετά 24 ώρες. Η επάλειψη επαναλαμβάνεται μετά από 10 μέρες για την καταστροφή φθειρών που έχουν εκκολαφθεί στο μεσολαβούν χρονικό διάστημα. Δεν απαιτείται ξύρισμα των τριχών του εφηβαίου. Τα εσώρουχα μπορούν να απολυμαίνονται με DDT.

## ΔΗΓΜΑΤΑ ΕΝΤΟΜΩΝ (INSECT BITES)

### Ορισμός:

Αντίδραση του δέρματος προς αρθρόποδο που δαγκώνει

είτε κεντρίζει, που συνήθως προκαλεί κνησμό, και σε μερικές περιπτώσεις λειτουργεί ως φορέας νόσου.



Διηθητική εντόμων (Insect bites)

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Κνησιμώδες.
- Κνησιμώδεις βλατίδες, σε μερικές περιπτώσεις με κεντρικό βοθρίο, συχνά με εκδορές.
- Συχνά φυσαλλίδες.
- Εμφανίζονται κατά ομάδες.
- Ασύμμετρα.
- Συχνά προσβάλλεται ένα μόνο μέλος της οικογένειας.

## Αιτιολογία

Το πρόβλημα παρατηρείται σε όλο τον κόσμο, οι πηγές ποικίλλουν από τόπο σε τόπο, και γι' αυτό η γνώση της συμπεριφοράς των τοπικών αρθροπόδων είναι απαραίτητη. Οι συνηθέστερες Πηγές είναι:

### 1. Τα κατοικίδια ζώα.

Οι σκύλοι και οι γάτες παρασιτούνται από ψύλλους, ψώρα των ζώων (σαρκοκόπτης) και από ένα άλλο αρθρόποδο, τη Cheyletiella. Σε μερικές περιπτώσεις είναι δύσκολο να πεισθούν οι ιδιοκτήτες αυτών των ζώων ότι το κατοικίδιό τους, που “ποτέ δεν βγαίνει έξω” είτε που “είναι Πάντοτε τόσο καθαρό” είναι υπεύθυνο για την κατάσταση: Υλικό από τη βούρτσα με την οποία βουρτσίζεται το ζώο πρέπει να αποστέλλεται στο εργαστήριο, για να πεισθούν οι ασθενείς για την εμπλοκή του κατοικίδιου. Βέβαια, μπορεί το υπεύθυνο ζώο να μην ανήκει στην οικογένεια αλλά σε κάποιο φίλο, το σπίτι του οποίου ο ασθενής επισκέπτεται.

### 2. Πτηνά.

Τα πτηνά, και ιδιαίτερα τα περιστέρια, μπορούν να φέρουν ακάρεα είτε ψύλλους, και το σπίτι πρέπει να ερευνάται για τη διαπίστωση της παρουσίας είτε όχι φωλεών σε διάφορα σημεία. Τα έντομα μπαίνουν μέσα στο σπίτι από τα παράθυρα.

### 3. Ο κήπος.

Αλεπούδες και σκαντζόχοιροι φέρουν ψύλλους και δεν είναι σπάνιο αυτά τα ζώα να συχνάζουν σε κήπους στα προάστια. Στον κήπο μπορεί να υπάρχουν έντομα που δαγκώνουν. Ιδιαίτερο πρόσφατο πρόβλημα προέκυψε στην Αγγλία με μια κάμπια με καστανόχρωμη ουρά, η οποία διατρέφεται με φύλλα από δέντρα και μπορεί να πέφτει από τα δέντρα πάνω σε ανθρώπους που

κυκλοφορούν από κάτω. Τα αγκάθια αυτής της κάμπιας μπορεί να προκαλέσουν εκσεσημασμένα κνησμώδη εξανθήματα.

#### 4. Κρεβάτια, έπιπλα και μοκέτες, κλπ.

Οι κοριοί διαβιούν σε ρωγμές, σε έπιπλα και τοίχους. Η “πηγή” μπορεί να είναι μια αντίκα που έχει αποκτηθεί πρόσφατα, είτε το κρεβάτι στο καινούργιο σπίτι. Οι ψύλλοι πολλαπλασιάζονται σε χαραμάδες, ρωγμές, στις σανίδες του πατώματος και στο “ντύσιμο” των επίπλων, ιδιαίτερα όταν υπάρχει σκόνη και ακαθαρσία. Ιδιαίτερα απολαμβάνουν τα σπίτια με κεντρική θέρμανση και μοκέτες. Επιβιώνουν για μήνες χωρίς τροφή και επιτίθενται στους καινούργιους ενοίκους του σπιτιού ή του διαμερίσματος που παρέμεινε αδειανό. Γι’ αυτό σημαντικό είναι να γνωρίζουμε αν ο προηγούμενος ένοικος είχε κατοικίδια ζώα.

#### 5. Ταξίδια.

Τα ταξίδια στο εξωτερικό είναι συνήθη και μπορούν να καταλήξουν σε έκθεση του ατόμου σε κουνούπια, τσιμπούρια και τον φλεβοτόμο. Από αυτά μπορούν να μεταδίδονται νόσοι, όπως για παράδειγμα, η ελονοσία (κουνούπια), ο κηλιδοβλατιδώδης πυρετός των Βραχωδών ορέων (τσιμπούρια), και η λεισμανίαση (φλεβοτόμος).

### **Κλινικά χαρακτηριστικά**

Το κύριο σύμπτωμα είναι ο κνησμός. Ο ασθενής μπορεί αρχικά να έχει υποψία για τα δήγματα, αλλά μετά δεν ασχολείται μ’ αυτά, καθώς συχνά ένα μόνο μέλος της οικογένειας προσβάλλεται. Αυτό μπορεί να μπερδέψει τόσο τον ασθενή όσο και το γιατρό. Οι βλάβες μπορεί να συνίστανται σε κνησμώδεις πομφούς, που σε μερικές περιπτώσεις εμφανίζουν ένα σημάδι στο κέντρο τους, ενώ συχνά φέρουν εκδορές. Βλατίδες και φουσαλίδες, και σε

μερικές περιπτώσεις μεγάλες φυσαλίδες μπορεί να υπάρχουν, μπορεί δε να εμφανίζεται μεταφλεγμονώδης υπερμελάγχρωση. Οι βλάβες συνήθως συγκεντρώνονται, κατά κύριο λόγο, στα κάτω άκρα και στα σφυρά. Συχνά είναι δυνατό να εμφανίζεται δευτεροπαθής λοίμωξη, ιδιαίτερα σε θερμά κλίματα.

Οι ψύλλοι συχνά δημιουργούν μια ομάδα από τρεις ή τέσσερις βλάβες στη γραμμή, που συχνά αναφέρονται ως "πρόγευμα, γεύμα, τσάι και δείπνο." Προσβάλλουν κυρίως τα κάτω άκρα και ιδιαίτερα τα σφυρά. Οι γυναίκες και τα παιδιά εμφανίζουν μεγαλύτερη επιρρέπεια σε σύγκριση με τους ενηλίκους άνδρες, γιατί τα παντελόνια συνήθως παρέχουν κάποια προστασία. Οι γάτες αποτελούν τις συνήθεις πηγές, και τα αντιψυλλικά κολλάρα (για τα ζώα) δεν αποτελούν αποτελεσματική προστασία. Οι ψύλλοι είναι πολυπληθέστεροι το καλοκαίρι και ενωρίς το φθινόπωρο. Οι Cheyletiella είναι ακάρεα που παρασιτούν στις γάτες, στους σκύλους, στα κουνέλια, στις αλεπούδες, στους σκίουρους και σε ορισμένα πουλιά. Οι σκύλοι προσβάλλονται συχνότερα, αλλά παραμένουν ασυμπτωματικοί: Στο ζώο εμφανίζεται λεπτή απολέπιση μάλλον παρά πιτυρίδα κατά μήκος της μέσης γραμμής στη ράχη, και σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται απώλεια του τριχώματος. Τα ακάρεα μπορούν να διέρχονται μέσα από τα ρούχα και να προσβάλλουν τον άνθρωπο, και να προκαλούν κνησμώδη είτε βλατιδώδη εξανθήματα. Η κατανομή συνήθως αντιστοιχεί στα σημεία που το ζώο έρχεται σε επαφή με τον άνθρωπο. Έτσι οι βλάβες παρατηρούνται στο κάτω μέρος του θώρακα, στην κοιλιά, στα αντιβράχια και στους μηρούς. Οι εκδηλώσεις στον άνθρωπο είναι συχνότερες κατά το φθινόπωρο και το χειμώνα μάλλον παρά το Καλοκαίρι (όταν τα ζώα παραμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα έξω από το σπίτι).

Τα ζώα μπορεί να προσβάλλονται από ψώρα και να τη μεταδίδουν στον άνθρωπο. Οι σκύλοι προσβάλλονται συχνότερα και υποφέρουν από έντονο κνησμό, με απολέπιση και απώλεια του τριχώματος από το πρόσωπο, τα αυτιά και τους αγκώνες. Στον άνθρωπο δεν μεσολαβεί χρόνος επώασης για τη ψώρα των ζώων, ούτε και ανευρίσκονται σήραγγες όπως στη ψώρα του ανθρώπου. Το εξάνθημα είναι έντονα κνησμώδες, και πολλαπλές μικρές βλατίδες εμφανίζονται σε σημεία του σώματος που έρχονται σε επαφή με το ζώο, και ιδιαίτερα στον κορμό και στα άκρα.

Οι κοριοί (*cimex lectularius*) προκαλούν μεγαλύτερη φλεγμονή από τους ψύλλους στον άνθρωπο. Αποφεύγουν το φως, δραστηριοποιούνται κατά τη νύκτα, και διατρέφονται από εκτεθειμένες περιοχές του δέρματος που δεν καλύπτονται από κλινοσκεπάσματα, κλπ. Οι βλάβες μπορεί να είναι σημαντικές, ερυθρές και οιδηματώδεις, μπορεί δε το πρωί να παρατηρούνται κηλίδες αίματος στα σεντόνια, παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς εξακολουθούν να κοιμούνται χωρίς να αντιλαμβάνονται την επίθεση. Με επανειλημμένες επιθέσεις ο ασθενής μπορεί να μην αισθάνεται καθόλου καλά, με δευτεροπαθή λοίμωξη, πυρετό και λεμφαδενοπάθεια. Οι κοριοί προτιμούν υποβαθμισμένα σπίτια, με ξύλινες κατασκευές, όπου υπάρχουν ρωγμές και φθαρμένες χάρτινες ταπετσαρίες.

Μια επιπλοκή από δάγκωμα οποιουδήποτε ζώου είναι η βλατιδώδης κνίδωση. Η νόσος προσβάλλει κατά κύριο λόγο μικρά παιδιά, και συνίσταται σε επανειλημμένες προσβολές δηγμάτων από έντομα κάθε χρόνο. Οι περισσότερες βλάβες αποτελούν επακόλουθα καινούργιων δηγμάτων, ορισμένοι όμως ειδικοί πιστεύουν ότι αναπτύσσεται μια ειδική υπερευαισθησία, η οποία ο-

δηγεί σε κνησμώδεις βλάβες που δεν οφείλονται σε προηγηθέν δήγμα από έντομο.

### **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Η διάγνωση πολλές φορές μπορεί να είναι δύσκολη, και ιδιαίτερα δυσχερώς αποδεικνύεται, Συχνά αντιμετωπίζονται δύσπιστοι ασθενείς, και έτσι απαιτείται κάποιος βαθμός διερεύνησης του θέματος. Έχω διαπιστώσει ότι τα ακόλουθα μέτρα είναι χρήσιμα:

**1.** Η “SOS” επίσκεψη Πρέπει να παραχωρείται.

Χρήσιμη είναι η εξέταση του ασθενούς όταν το εξάνθημα βρίσκεται στη έξαρσή του, οπότε οι κνησμώδεις βλατίδες μπορούν να παρατηρούνται. Επίσης, είναι ευκολότερο για τον ασθενή να θυμάται πού ακριβώς βρισκόταν και με τι ακριβώς ασχολείτο κατά τις τελευταίες 48 ώρες, γεγονότα που μπορούν να προσφέρουν τις απαραίτητες πληροφορίες όσον αφορά την πηγή της λοίμωξης.

**2.** Εξέταση του κατοικιδίου ζώου.

Η εξέταση του κατοικιδίου ζώου μπορεί να διευκολύνει την κατάσταση. Στο τρίχωμα του ζώου μπορεί να ανευρεθούν ερυθροκαστανές συλλογές από κόπρανα φύλλων, είτε να παρατηρηθεί απώλεια του τριχώματος και άφθονη απολέπιση από την *Cheyletiella*. Δείγματα μπορούν να συλλέγονται με έντονο βούρτσισμα του ζώου, ενώ αυτό συγκρατείται, σε όρθια θέση, πάνω σε ένα κομμάτι χαρτί καστανού χρώματος (με τη γυαλιστερή επιφάνεια προς τα άνω). πιτυρίδα, τρίχες και λέπια μπορούν να συλλέγονται με αυτό τον τρόπο και να αποστέλλονται σε εντομολόγο για μικροσκοπική εξέταση.

**3.** Εξέταση του σπιτιού.

Ο ασθενής πρέπει να εξετάσει το κάθε δωμάτιο, τα στηθαία και τις μαρκίζες των παραθύρων, για στίγματα που μπορεί να αντιπρο-

σωπεύουν το παράσιτο είτε τμήματά του, και πρέπει αυτά να προσκομίζονται για εξέταση. Εάν ο ασθενής έχει κατοικίδιο ζώο Πρέπει με ιδιαίτερη προσοχή να εξετάζονται το κρεβατάκι του ζώου, η ευνοούμενη του πολυθρόνα και άλλα του καταφύγια. (Χρήσιμο είναι το κρεβατάκι του ζώου να τινάζεται μέσα σε σακούλα από πολυαιθυλένιο και στη συνέχεια να εξετάζεται το υλικό που συλλέγεται με αυτό τον τρόπο. Το χαλί όπου το ζώο συνηθίζει να κοιμάται μπορεί να καθαρισθεί με απορροφητική σκούπα και στη συνέχεια να εξετάζεται το περιεχόμενο της σακούλας της σκούπας). Σε δύσκολες καταστάσεις χρήσιμο είναι να καλείται η ειδική υπηρεσία του τμήματος Δημόσιας Υγείας.

#### 4. Βιοψία.

Τα δήγματα των εντόμων προκαλούν μια ιδιαίτερη παθολογοανατομική εικόνα: διάχυτη διήθηση του δέρματος, που Περιλαμβάνει λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα και συχνά σημαντικό αριθμό ηωσινοφίλων. Η βιοψία ενέχει επίσης και θεραπευτική επίδραση, γιατί ο ασθενής νοιώθει ότι κάτι έχει γίνει για την αποκάλυψη της αιτίας της νόσου του.

Είναι σαφές ότι η πηγή της λοίμωξης πρέπει να ευρεθεί και να αντιμετωπισθεί γιατί διαφορετικά η νόσος θα συνεχίζεται. Μολαταύτα, χρήσιμα τοπικά φάρμακα για χρήση κατά τη διάρκεια της διερεύνησης της κατάστασης, και μέχρις ότου η πηγή να έχει απομακρυνθεί, είναι:

##### 1. Crotamiton/υδροκορτιζόνη.

Διατίθενται εμπορικά σκευάσματα που αποτελούνται από crotamiton, ένα αντιπαρασιτικό φάρμακο, σε συνδυασμό με υδροκορτιζόνη, που είναι χρήσιμα για την αντιφλεγμονώδη τους επίδραση.

##### 2. Καλαμίνη.



Η λοσιόν καλαμίνης είναι χρήσιμη για την αντικνησμική της επίδραση.

3. Συστηματικά αντισταμινικά.

Αυτά είναι χρήσιμα, κυρίως κατά τη νύκτα.

4. Συστηματικά αντιβιοτικά.

Αυτά ενδείκνυνται εφόσον υπάρχει λοίμωξη.

Σε μερικές περιπτώσεις η ασθενής (αυτό συνήθως παρατηρείται σε γυναίκες) είναι πεπεισμένη ότι πάσχει από παρασίτωση, χωρίς όμως να ανευρίσκεται το παραμικρό κατά την εξέταση του δέρματος. Τα ελάχιστα δείγματα που η ασθενής προσκομίζει αποτελούνται μόνο από σκόνη και λέπια από το δέρμα. Η ασθενής επισκέπτεται πάρα πολλούς γιατρούς, και επιπρόσθετα καταφεύγει σε ειδικές υπηρεσίες ελέγχου των παρασίτων, το προσωπικό των οποίων επιβαρύνεται με ακόμα μια σπαζοκεφαλιά! Η νόσος αποκαλείται παραισθητική παρασιτοφοβία.

## **ΠΡΩΤΟΓΑΘΗΣ ΕΡΕΘΣΤΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΕΓΓΑΦΗ (Primary irritant contact dermatitis)**

### **Ορισμός**

Η δερματίτιδα που προκαλείται από υπερέκθεση του δέρματος σε ερεθιστική ουσία.

### **Αιτιολογία**

Δερματίτιδα από ερεθισμό μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε άτομο, με την προϋπόθεση ότι ο ερεθιστικός παράγων επιδρά με ικανή συγκέντρωση, Και η διάρκεια της επίδρασης είναι αρκετά παρατεταμένη. Αυτή η αντίδραση εμφανίζει μεγάλη ποικι-

λία, ορισμένα δε άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερη επιρρέπεια σε σύγκριση με άλλα, και ιδιαίτερα τα ατοπικά άτομα. Δεν αποτελεί το επακόλουθο ανοσολογικής αντίδρασης, αλλά της βλάβης του εξωτερικού προστατευτικού στρώματος του δέρματος, δηλαδή της κερατίνης στιβάδας. Οι ισχυρές ερεθιστικές ουσίες, όπως οι καυστικές ουσίες προκαλούν αυτή την αντίδραση, αλλά αυτό δεν περιλαμβάνεται στα πλαίσια αυτής της συζήτησης. Η πρωτοπαθής ερεθιστική δερματίτιδα προκαλείται από τις επαναλαμβανόμενες κακώσεις στο δέρμα, που αθροίζονται και τελικά καταλήγουν στη δερματίτιδα. Η αντίδραση μπορεί να εμφανίζεται σε οποιοδήποτε μέρος του δέρματος. Η διαβροχή της πάνας στα βρέφη και το γλείψιμο των χειλιών, καθώς και το βύζαγμα του αντίχειρα στα παιδιά αποτελούν παραδείγματα καταστάσεων στις οποίες μπορεί να αναπτυχθεί η πρωτοπαθής ερεθιστική δερματίτιδα. Μολαταύτα, οι τρεις κύριες νόσοι που απαντώνται συνήθως και χρειάζονται ιδιαίτερη περιγραφή είναι η δερματίτιδα της πάνας, η δερματίτιδα των χεριών της οικοκυράς, και μια κατάσταση που ονομάζεται αστεατωτικό έκζεμα.

## **Δερματίτιδα Πάνας (Diaper dermatitis)**

### **Ορισμός**

Εκζεματοειδής αντίδραση μετά παρατεταμένη έκθεση σε υγρά του σώματος, που εμφανίζεται στην περιοχή της πάνας στο βρέφος.



Διευρημπίδα πάνας (Διαφάνη δερματίτιδα)

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Ερυθρότητα, με είτε και χωρίς απολέπιση.
- Περιορίζεται στην περιοχή της πάνας του βρέφους.
- Οι μηρογεννητικές πτυχές δεν προσβάλλονται.

### Αιτιολογία

Δεν είναι γνωστό γιατί ορισμένα βρέφη εμφανίζουν επιρρέπεια προς τη νόσο και άλλα όχι, Συνήθως δεν οφείλεται σε έλλειψη πείρας από τη μητέρα, γιατί σε πολλές περιπτώσεις αυτή έχει μεγαλώσει και άλλα παιδιά χωρίς να υπάρξει αυτό το πρόβλημα. Η επίπτωση είναι μικρότερη στα βρέφη που θηλάζουν, και μεγαλύτερη σε βρέφη με διάρροια και σε εκείνα που λαμβάνουν αντιβιοτικά. Τα πλέον επιρρεπή είναι τα βρέφη που αφήνονται στις φροντίδες παιδοκομικών σταθμών, όπου η γαστρεντερίτιδα αποτελεί συνήθη νόσο. Πιστεύεται ότι προκαλείται από τη συνεχή και

παρατεταμένη διαβροχή με ούρα και κόπρανα, που συγκρατούνται στη θέση τους με βρεγμένη πάνα και αδιάβροχο παντελονάκι από πλαστικό. Η τριβή που εξασκείται από την πάνα και το παντελονάκι, και η εμβροχή με τα υγρά του σώματος, προκαλούν την εκτριβή και τη διάσπαση του προστατευτικού φραγμού του δέρματος. Τα ούρα που αφήνονται στο ουροδοχείο για αρκετές ώρες σε θερμοκρασία του σώματος, προκαλούν δερματίτιδα όταν επαλείφονται στο δέρμα, ενώ τα νωπά ούρα δεν έχουν τέτοια επίδραση. Αυτό σημαίνει ότι τα μεγάλα χρονικά διαστήματα μεταξύ αλλαγών της πάνας μπορεί να αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση της νόσου. Είναι πιθανόν ότι λιπάσες και πρωτεάσες που περιέχονται στα κόπρανα προκαλούν υδρολυτική διάσπαση της ουρίας των σύρων, με αποτέλεσμα την απελευθέρωση αμμωνίας, η οποία με τη σειρά της επιδρά ως ερεθιστικός παράγων. Συχνά από τη δερματίτιδα της πάνας απομονώνεται *Candida albicans*, αλλά αυτό θεωρείται ότι οφείλεται σε δευτερογενή εισβολή στο μουσκεμένο δέρμα.

### **Κλινικά χαρακτηριστικά**

Η δερματίτιδα της πάνας εμφανίζεται κατά τους πρώτους μήνες της ζωής. Παρατηρείται συρρέον ερύθημα με απολέπιση στις κυρτές επιφάνειες που καλύπτονται από την πάνα. Έτσι, αυτή αφορά το κάτω μέρος της κοιλιάς, την περιοχή του εφηβαίου, τους γλουτούς, τα γεννητικά όργανα και το άνω μέρος των μηρών, αλλά δεν προσβάλλει τις μηρογεννητικές πτυχές. Η νόσος επιμένει για λίγες εβδομάδες και βαθμιαία υποχωρεί καθώς το βρέφος διατηρείται στεγνό. Η μεταφλεγμονώδης υποχρωμάτωση είναι συχνή στις έγχρωμες φυλές, απαιτείται δε χρόνος αρκετών μηνών για την αποκατάσταση της χρωστικής του δέρματος. Μια περισ-

σότερο τραυματική κατάσταση, η οποία συχνά οφείλεται σε έλλειψη εμπειρίας είτε και σε αμέλεια, είναι η εμφάνιση φυσαλίδων και διαβρώσεων από τη λερωμένη και υγρή πάνα που αφήνεται σε επαφή με το δέρμα για πολλές ώρες.

### **Διαφορική διάγνωση**

Η διαφορική διάγνωση των εξανθημάτων που οφείλονται στην πάνα συνοψίζονται στην Εικόνα 4.4.

### **Θεραπευτική αντιμετώπιση**

Η νόσος είναι πρόσκαιρη και γι' αυτό η διαβεβαίωση για την καλή πορεία της νόσου ενέχει ιδιαίτερη σημασία. Τα θεραπευτικά μέτρα κατευθύνονται προς τη διατήρηση του βρέφους όσο το δυνατό στεγνού. Τα βρέφη ουρούν κατά συχνά χρονικά διαστήματα, αλλά όσο μεγαλώνουν οι ουρήσεις αραιώνουν, το δε ποσό των ούρων που αποβάλλεται κάθε φορά αυξάνεται. Οι αλλαγές της πάνας πρέπει να είναι συχνές στα αρχικά στάδια και το βρέφος πρέπει να επισκοπείται κάθε μία ώρα εφόσον αυτό είναι εφικτό. Δεν φαίνεται να έχει σημασία εάν η πάνα είναι πολλαπλών χρήσεων είτε μιας μόνο χρήσης. Μεγαλύτερη σημασία έχει το βρέφος να παραμένει χωρίς πάνα και πλαστικό παντελονάκι όσο το δυνατό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Εάν το βρέφος είναι στεγνό, τότε χρησιμοποιείται λευκή μαλακή παραφίνη, είτε συνδυασμός λευκής μαλακής παραφίνης και υγρής παραφίνης ως απωθητικό των υγρών και μαλακτικό, αλλά εάν το βρέφος είναι βρεγμένο, το δέρμα πρέπει να καθαρίζεται με νερό και ένα υποκατάστατο σαπουνιού, όπως με γαλακτωματοποιητική αλοιφή. Ενδείκνυται η χρήση τοπικών στεροειδών της τάξης I. 1% αλοιφή υδροκορτιζόνης επαλείφεται σε περιορισμένη ποσότητα στην περιοχή του εκ-

ζέματος, γιατί η απορρόφηση του στεροειδούς από το δέρμα του βρέφους είναι αυξημένη.

## **Πρωτογενής Ερεθιστική Δερματίτιδα των Χεριών της Νοικοκυράς (Housewife's dermatitis)**

### **Ορισμός**

Εκζεματοειδές εξάνθημα, κατά κύριο λόγο στη ραχιαία επιφάνεια των δακτύλων και των χεριών, που παρατηρείται σε άτομα που εξαιτίας του επαγγέλματός τους τα χέρια τους έρχονται σε συχνή επαφή με νερό και άλλες ερεθιστικές ουσίες.

### **Διαγνωστικά κριτήρια**

- Έκζεμα
- Ραχιαία επιφάνεια των δακτύλων και των χερκών χωρίς προσβολή των παλαμών.
- Συχνά προηγούμενο είτε οικογενειακό ιστορικό ατοπίας.
- Συχνά επαγγελματική, για παράδειγμα σε κομμώτρια, ντόπαντρη είτε μητέρα με βρέφος.

### **Αιτιολογία**

Η νόσος είναι συνήθης, και προσβάλλει κατά κύριο λόγο νεαρές ενήλικες γυναίκες. Μολονότι συνηθίζεται να αποκαλείται "δερματίτιδα της νοικοκυράς," εμφανίζεται σε άτομα οποιουδήποτε επαγγέλματος κατά το οποίο απαιτείται συχνή έκθεση σε νερό και ερεθιστικές ουσίες, όπως απορρυπαντικά και Shampoo. Επιπρόσθετα εμφανίζονται οι κομμώτριες, οι αδελφές νοσοκόμες, οι μαγει-

ρισσες, οι καθαρίστριες και οι μηχανικοί. Υπολογίζεται ότι ποσοστό 50% των νεαρών κομμωτριών εμφανίζουν σε κάποιο βαθμό πρωτογενή ερεθιστική δερματίτιδα στα χέρια κατά την περίοδο της εκμάθησης της κομμωτικής, οπότε κυρίως ασχολούνται με το λούσιμο των μαλλιών των πελατισσών. Πολλές εμφανίζουν ευαισθησία προς το νικέλιο, η σημασία του οποίου δεν έχει διευκρινισθεί, αλλά σε μια μελέτη που έγινε στην Ανατολική Γερμανία διαπιστώθηκε ότι, εφόσον τα ευαίσθητα προς το νικέλιο άτομα αποκλείονται από το επάγγελμα, η επίπτωση του εκζέματος στα χέρια περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό. Επιπρόσθετα, η νόσος είναι πολύ συχνότερη σε άτομα που έχουν οικογενειακό ή και ατομικό ιστορικό ατοπίας, και ιδιαίτερα ατοπικού εκζέματος.

### **Κλινικά χαρακτηριστικά**

Το έκζεμα συνήθως εμφανίζεται κάτω από ένα δακτυλίδι και στη συνέχεια επεκτείνεται στο δάκτυλο στο οποίο το δακτυλίδι έχει μετακινηθεί. Βαθμιαία προσβάλλεται η ραχιαία επιφάνεια των δακτύλων και της άκρας χειρός, με χαρακτηριστική απουσία της νόσου από τις παλάμες των χεριών. Το δέρμα είναι κνησμώδες, ροδίνης χροιάς, τραχύ, και κατά την εξέταση διαπιστώνεται η παρουσία ρωγμών. Σε βαριές περιπτώσεις, με συμμετοχή του δέρματος γύρω από τη έκφυση του νυχιού, η ανάπτυξη του νυχιού μπορεί να εμφανίζει διαταραχές, με αποτέλεσμα την εμφάνιση οριζοντίων γραμμώσεων στο νύχι.

### **Θεραπευτική Αντιμετώπιση**

Περιορισμός της έκθεσης σε νερό και ερεθιστικές ουσίες

Το δέρμα πρέπει να διατηρείται έξω από το νερό όσο το δυνατό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Για τη νοικοκυρά αυτό ι-

σοδυναμεί με την αναθεώρηση ολόκληρου του ημερήσιου της προγράμματος. Συχνά χρήσιμο είναι να καταρτίζει ένα κατάλογο των δραστηριοτήτων της προηγούμενης ημέρας και στη συνέχεια να υπολογίζει πόση έκθεση στο νερό ήταν πράγματι αναγκαία. Το πλύσιμο των ρούχων πρέπει να γίνεται στο πλυντήριο, εφόσον αυτό είναι εφικτό. Η παρασκευή φαγητού για το οποίο απαιτείται καθάρισμα λαχανικών πρέπει να απαγορεύεται και να επιλέγονται άλλα διαφορετικά menu. Οι προσωπικές και κοινωνικές συνήθειες, όπως το πλύσιμο των χεριών πριν από το φαγητό είτε μετά την ούρηση πρέπει προσωρινά να παραλείπονται.

### **Μαλακτικά**

Χρησιμοποιούνται ελεύθερα.

### **Αντιισταμινικά από το στόμα**

Το έκζεμα είναι κνησμώδες και τα καταπραϋντικά αντιισταμινικά σε ορισμένες περιπτώσεις είναι απαραίτητα.

### **Τοπικά γλυκοκορτικοστεροειδή**

Η υδροκορτιζόνη δεν είναι αποτελεσματική. Απαιτείται η χρησιμοποίηση στεροειδών της τάξης III. Εντούτοις, σημαντικό είναι να παραγγέλλεται στην ασθενή να χρησιμοποιεί την αλοιφή μόνο στις βλάβες και να μην την επαλείφει σε ολόκληρη την ραχιαία επιφάνεια της άκρας χειρός, για τον περιορισμό κατά το δυνατό της πιθανότητας για παρενέργειες.

### **Ανάπαυση**

Σε μερικές περιπτώσεις η πρωτογενής ερεθιστική δερματίτιδα των χεριών αντανακλά την αδυναμία της συζύγου και της μητέρας να ανταπεξέλθει με την κατάσταση στο σπίτι της σε τέτοιο βαθμό που να παραμελεί τον εαυτό της και να αφήνει το δέρμα της να καταστρέφεται κατ' αυτό τον τρόπο. Γι' αυτό, κατά κάποιο τρόπο, η νόσος αποτελεί επίκληση για βοήθεια από το σύζυγό



της. Βλέπει τον εαυτό της σαν να υπηρετεί αυτόν, το σπίτι και τα παιδιά, χωρίς να έχει ως αντάλλαγμα την προσοχή που αξίζει. Η νόσος ανταποκρίνεται αμέσως με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, όπου η ασθενής θα τύχει της κατάλληλης προσοχής και εξυπηρέτησης. Γι' αυτό, στις περιπτώσεις αυτές θα βοηθούσε πολύ εάν ο σύζυγος συμμετείχε περισσότερο στις δουλειές του νοικοκυριού και, πιθανώς το σημαντικότερο, να έδειχνε μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τη γυναίκα του. Η νόσος σε ορισμένες ασθενείς εμφανίζει την τάση να παρατείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα, συχνά δε αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι αυτοί οι παράγοντες δεν αντιμετωπίζονται με τον κατάλληλο τρόπο.

### **Επαγγελματική απασχόληση**

Μπορεί να παρίσταται ανάγκη η ασθενής να αλλάξει επάγγελμα. Για παράδειγμα, η μετάθεση από το χειρουργείο στο εξωτερικό ιατρείο μπορεί να είναι ό,τι χρειάζεται στην περίπτωση αδελφής νοσοκόμας με τη νόσο. Για μια κομμώτρια, η νόσος μπορεί να βελτιωθεί όταν αυτή προβιβασθεί στη δουλειά της και δεν είναι πια υποχρεωμένη να πλένει τα μαλλιά των πελατισσών του κομμωτηρίου. Μολαταύτα, σε μερικές περιπτώσεις η επαγγελματική απασχόληση πρέπει να εγκαταλείπεται. Κατά κανόνα το λογικό είναι να υποδεικνύεται στα ατοπικά άτομα να μην ακολουθούν επαγγέλματα όπου απαιτείται αυτού του είδους η έκθεση.

### **Πίσσα**

Η λιθανθρακόπισσα δεν χρησιμοποιείται όσο θα έπρεπε για τη θεραπεία του πρωτογενούς ερεθιστικού εκζέματος. Η λιθανθρακόπισσα (διάλυμα 20%) σε γαλακτωματοποιητική αλοιφή αποτελεί πολύ χρήσιμο υποκατάστατο του σαπουνιού.

## **Αλλεργική Δερματίτιδα από Επαφή (Allergic contact dermatitis)**

### **Ορισμός**

Πρόκειται για όψιμη αντίδραση υπερευαισθησίας, η οποία καταλήγει σε έκζεμα. Όταν πια το άτομο που έχει τη σχετική προδιάθεση ευαισθητοποιηθεί, η πιθανότητα για αντίδραση διατηρείται για αόριστο χρονικό διάστημα, και η δερματίτιδα επανέρχεται εφόσον ο ασθενής επανεκτίθεται προς το αλλεργιογόνο.

### **Διαγνωστικά χαρακτηριστικά**

- Συνήθως οξύ με φυσαλίδες, πομφόλυγες και δίδρωμα.
- Διαδοχικές εξάρσεις για σαρανταοκτώ ώρες μετά την έκθεση.
- Συχνά δεν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό εκζέματος.
- Συχνά προσβάλλονται το πρόσωπο και τα βλέφαρα ως δευτερογενές φαινόμενο.
- Δεν αντιδρά αποτελεσματικά Προς τα τοπικά στεροειδή.

### **Αιτιολογία**

Πρόκειται για γνήσιο αλλεργικό φαινόμενο, που αντιστοιχεί στην υπερευαισθησία τύπου IV (ταξινόμηση κατά Gel και Coombes). Η αντίδραση δεν εμφανίζεται με την πρώτη έκθεση, γιατί το ανοσοποιητικό σύστημα χρειάζεται έναυσμα. Το αλλεργιογόνο συνήθως συνίσταται σε χαμηλού μοριακού βάρους χημική ουσία, η οποία συνδέεται με μια πρωτεΐνη. Υφίσταται επεξεργασία από κύτταρα Langerhans και μακροφάγα, και στη συνέχεια αυτά

μεταφέρονται με τα λεμφαγγεία στην παραφλοιώδη περιοχή των λεμφαδένων. Σ' αυτό το σημείο, τα λεμφοκύτταρα που προέρχονται από τον θύμο αδένά δέχονται το έναυσμα, και στη συνέχεια επανέρχονται στο δέρμα με τα λεμφαγγεία είτε και με τα αιμοφόρα αγγεία, έτοιμα να αντιδράσουν με το αντιγόνο. Γι' αυτήν την "εναυσματοποίηση" απαιτούνται περίπου 7-10 μέρες. Σε μεταγενέστερη έκθεση προς το αντιγόνο αυτή η κυτταρική αντίδραση καταλήγει σε δερματίτιδα μέσα σε 48-72 ώρες. Τα συνηθέστερα μη βιομηχανικά αντιγόνα αναγράφονται στην. Οι συνηθέστεροι βιομηχανικοί παράγοντες είναι άλατα χρωμίου στο τσιμέντο, ρητίνες στη βιομηχανία των πλαστικών, χρώματα, ελαστικό, και συγκολλητικές ουσίες. Το διαγνωστικό "σήμα" για βιομηχανική δερματίτιδα συνίσταται σε έκζεμα σε Τμήματα του δέρματος που έχουν εκτεθεί. και το οποίο έχει την τάση να υφίεται κατά τα Σαββατοκύριακα, είτε σε περιόδους εορτών, όταν ο ασθενής βρίσκεται μακριά από τη εργασία του. Και άλλοι εργάτες μπορεί να εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα. Επειδή αυτή η διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε δικαστικούς αγώνες και την ανεργία, απαιτούνται συμβουλές από ειδικούς, συχνά από δερματολόγο που εξειδικεύεται στη βιομηχανική ιατρική.

Τα αλλεργιογόνα από επαφή είναι πολλά, και η προσφυγή σε δερματολόγο είναι σχεδόν πάντοτε απαραίτητη, γιατί χρειάζεται να γίνουν ειδικές δοκιμασίες ευαισθητοποίησης. Εάν το αλλεργιογόνο δεν καταστεί δυνατό να πιστοποιηθεί έγκαιρα, και ο ασθενής εξακολουθεί να εκτίθεται, μπορεί να προκύψει χρόνια δερματίτιδα, παρά τη μεταγενέστερη απομάκρυνση του αλλεργιογόνου.

## Κλινικά χαρακτηριστικά

Ο ασθενής συνήθως παρέχει ιστορικό ενδεικτικό οξέος εκζέματος, και περιγράφει έντονο ερεθισμό, πομφόλυγες και διίδρωση από το δέρμα. Συχνά εμπλέκεται και το πρόσωπο, ιδιαίτερα ως μέρος διεργασίας αυτοευσαιθητοποίησης, η οποία συνίσταται σε αντίδραση του δέρματος προς δερματίτιδα από επαφή σε κάποιο άλλο μέρος του σώματος. Το ενδεικτικό σημείο για διάγνωση της αλλεργικής δερματίτιδας από επαφή είναι η κατανομή του εκζεματοειδούς εξανθήματος, η απουσία ιστορικού για προηγούμενο έκζεμα σε παιδική ηλικία, και η αδυναμία επαρκούς ελέγχου του εξανθήματος με τοπικά στεροειδή, Παρά μόνο μετά την απομάκρυνση του αλλεργιογόνου. Τα κλινικά χαρακτηριστικά ορισμένων συνήθων παραδειγμάτων της δερματίτιδας από επαφή περιγράφονται παρακάτω.

### Δερματίτιδα από επαφή με μέταλλο

Η δερματίτιδα από μέταλλο αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία δερματίτιδας από επαφή, και προσβάλλει κατά κύριο λόγο τις γυναίκες. Το νικέλιο και το κοβάλτιο αποτελούν συστατικά κοσμημάτων που δεν αποτελούνται από καθαρό χρυσό ή άργυρο, καθώς και ένα σωρό άλλων αντικειμένων. Η διάγνωση είναι ύποπτη από τις θέσεις του σώματος που εκδηλώνεται.



Δερματίτιδα από επαφή με μέταλλο

### Δερματίτιδα από επαφή με ελαστικό

Αυτή η δερματίτιδα είναι συνήθης στη βιομηχανία, αλλά συχνά παρατηρείται ακόμα και στο περιβάλλον του σπιτιού. Το αλλεργιογόνο συνήθως είναι ουσία-επιταχυντής είτε αντιοξειδωτική του ελαστικού μάλλον παρά το ίδιο το ελαστικό. Τα συνηθέστερα σημεία εντόπισης της δερματίτιδας από ελαστικό αναγράφονται στην. Τα γάντια από ελαστικό αποτελούν την κυριότερη Πηγή. Το έκζεμα εμφανίζεται στην οπίσθια επιφάνεια των δακτύλων και των άκρων χειρών, καθώς και γύρω από τους καρπούς, όπου το εξάνθημα μπορεί να εμφανίζεται σαφώς περιγεγραμμένο. Οι παλάμες συνήθως παραμένουν ελεύθερες, προφανώς γιατί το αλλεργιογόνο δυσκολεύεται να διεισδύσει μέσα από το πολύ παχύ στρώμα της κερατίνης στιβάδας. Η ευαισθητοποίηση μπορεί να

αποτελέσει παράγοντα επιπλοκής σε ασθενείς οι οποίοι έχουν ήδη ένα πρωτογενές ερεθιστικό στοιχείο, είτε ιδιοσυστασιακό έκζεμα, και οι οποίοι χρησιμοποίησαν ελαστικά γάντια για να προφυλάξουν τα χέρια τους. Δερματίτιδα από υποδήματα από ελαστικό παρατηρείται σε μέρη του πέλματος που φέρουν το βάρος του σώματος, έτσι ώστε η καμάρα του ποδιού να παραμένει ελεύθερη, καθώς και στη ραχιαία επιφάνεια των άκρων ποδών και των δακτύλων τους, με ελεύθερες τις μεσοδακτυλικές σχισμές. Την παρουσία ελαστικού στην ενδυμασία εύκολα μπορεί κανείς να την υποψιασθεί, γιατί η κατανομή του εξανθήματος αντιστοιχεί πολύ καλά με το είδος της ενδυμασίας.

### Δερματίτιδα από επαφή αρωμάτων και καλλυντικών



Δερματίτιδα από επαφή αρωμάτων και καλλυντικών

Τα συνήθη αλλεργιογόνα αναγράφονται στην. Τα καλλυντικά σπάνια προκαλούν αλλεργική δερματίτιδα από επαφή, εάν ληφθεί υπόψη η τεράστια έκταση της χρησιμοποίησής τους. Πολλά επενεργούν ως ερεθιστικά μάλλον παρά ως αλλεργιογόνα, ιδιαίτερα σε ατοπικά άτομα, και οι επιδερμικές δοκιμασίες ευαισθησίας είναι αρνητικές. Όταν πια η δερματίτιδα έχει αντιμετωπισθεί θεραπευτι-

κά, και έχει υποστεί ύφεση, τα καλλυντικά μπορούν και πάλι να χρησιμοποιούνται χωρίς περαιτέρω προβλήματα. Τα αρώματα αποτελούντα πλέον συνήθη αλλεργιογόνα, η δε δερματίτιδα εμφανίζεται στη θέση της εφαρμογής τους, συνήθως στο λαιμό και τους καρπούς, καθώς και στο πρόσωπο, από το άρωμα που χρησιμοποιείται ως αεροσόλη για να αρωματίσει την ατμόσφαιρα. Εντούτοις, πολλές ουσίες είναι αρωματισμένες έτσι ώστε η δερματίτιδα μπορεί να εμφανίζεται στα χέρια από αρωματισμένο σαπούνι, είτε στη μασχάλη από αρωματισμένο αποσμητικό. Τα τελευταία περιέχουν επίσης και φορμαλδεύδη, και επειδή η μασχάλη αποτελεί αποκεκλεισμένη περιοχή, από την οποία η διείσδυση ουσιών στο δέρμα είναι ενισχυμένη, η ευαισθητοποίηση είναι συχνή.

Στις διάφορες κρέμες προστίθενται συντηρητικά για την προφύλαξή τους από τις μολύνσεις. Η Parabens ήταν ένα σύνθετο συντηρητικό που προκαλούσε αλλεργική δερματίτιδα από επαφή, αλλά σήμερα έχει ήδη αντικατασταθεί από συντηρητικά που απελευθερώνουν φορμαλδεύδη, όπως είναι η Dowicil 200, και η εμφάνιση υπερευαισθησίας σ' αυτούς τους παράγοντες βαίνει αυξανόμενη. Η λανολίνη βαθμιαία απομακρύνεται από πολλές κρέμες προσώπου, καθώς είναι γνωστό ότι προκαλεί ευαισθητοποίηση. Οι βαφές μαλλιών (παραφαινουλενοδιαμίνη) προκαλεί σε μερικές περιπτώσεις ευαισθητοποίηση, και στο παρελθόν ορισμένες βαφές υφασμάτων προκαλούσαν παρόμοια προβλήματα, τα οποία σήμερα δεν είναι πια συνήθη. Καινούργιες ουσίες που προκαλούν ευαισθητοποίηση συνεχώς εμφανίζονται, ένα δε πρόσφατο παράδειγμα είναι η ουσία μόσχος, που προστίθεται στις λοσιόν για μετά το ξύρισμα, η οποία έχει προκαλέσει αντίδραση φωτοευαισθητοποίησης.

### **Δερματίτιδα από επαφή με βερνίκι για τα νύχια**

Η δερματίτιδα από βερνίκι των νυχιών αξίζει τον κόπο να αναφέρεται ξεχωριστά γιατί, ενώ η δερματίτιδα από καλλυντικά εγείρει εύκολα την υποψία, για τη δερματίτιδα από το βερνίκι των νυχιών σπάνια αυτό συμβαίνει, τόσο από μέρους του ασθενούς όσο και από μέρους του γιατρού. Ο λόγος είναι ότι το εξάνθημα εμφανίζεται στα σημεία επαφής με το βερνίκι των νυχιών, όπως στο πρόσωπο, το λαιμό, τη γνάθο και το άνω μέρος του σώματος μάλλον παρά στα δάκτυλα, όπως θα αναμένεται. Αυτό συμβαίνει γιατί οι γυναίκες επαλείφουν το βερνίκι με τόση προσοχή στα νύχια, τα οποία δεν ευαισθητοποιούνται, χωρίς αυτό να έρχεται σε επαφή με το γειτονικό δέρμα. Το εξάνθημα, όπως και σε άλλες μορφές δερματίτιδας από επαφή, μπορεί να είναι οξύ είτε υποξύ, και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να προκαλεί σύγκλιση των οφθαλμών και πρήξιμο στο πρόσωπο. Συχνά, ωοειδούς σχήματος κηλίδες, που αντιστοιχούν στα νύχια των δακτύλων, μπορεί να εμφανίζονται στα μάγουλα είτε στο δέρμα που καλύπτει την κάτω γνάθο. Το αλλεργιογόνο είναι η Santolite (αρυλ-σουλφοναμίδη φορμαλδεύδη).

### **Δερματίτιδα από επαφή με φάρμακα (Dermatitis Medicamentosa)**

Η ιατρογενής δερματίτιδα από επαφή είναι συνήθης και μπορεί να αποφεύγεται εάν ορισμένες κατηγορίες ουσιών δεν χρησιμοποιούνται στο δέρμα. Τα τοπικά αναισθητικά, καθώς και τα τοπικά αντιισταμινικά είναι ευαισθητοποιητικές ουσίες. Γι' αυτό το λόγο οι δερματολόγοι σπάνια μόνο τις χρησιμοποιούν. Τοπικά



αναισθητικά συχνά αναγράφονται για τον κνησμό του ορθού από καλόπιστους χειρουργούς, αλλά τελικά προκαλείται ευαισθητοποίηση σε σημαντικό αριθμό ασθενών. Τα τοπικά αντιισταμινικά διατίθενται χωρίς ιατρική συνταγή και χρησιμοποιούνται για όλα τα εξανθήματα, συμπεριλαμβανομένων και των δηγμάτων από έντομα. Δεν έχουν αποδεδειγμένη αξία και καλύτερα είναι να αποφεύγονται.

Τα τοπικά αντιβιοτικά, όπως είναι η νεομυκίνη και οι ουσίες που εμφανίζουν διασταυρούμενη αντίδραση μαζί της (σοφαμυκίνη και φραμυκετίνη) σπάνια προκαλούν προβλήματα, εκτός από την περίπτωση που αναγράφονται για κίρσοειδές έκζεμα και κίρσοειδή έλκη. Αυτές οι καταστάσεις είναι ιδιαίτερα ευπρόσβλητες από τη δερματίτιδα medicamentosa για λόγους που δεν έχουν πλήρως διευκρινισθεί. Η έξω ωτίτιδα, η οποία είναι ένα είδος σμηγματορροϊκής δερματίτιδας που προσβάλλει το αυτί μπορεί επίσης να αντιδρά προς τα τοπικά αντιβιοτικά. Τα τοπικά αντιβιοτικά αναγράφονται σε μεγάλη έκταση σε διάφορα σκευάσματα έναντι της ακμής, αλλά σπάνια μόνο δημιουργούν προβλήματα σ' αυτές τις περιπτώσεις. Αναγράφονται επίσης σε συνδυασμό με τοπικά στεροειδή, αλλά και πάλι η δερματίτιδα από επαφή είναι ασυνήθης, εκτός από την περίπτωση του κίρσοειδούς εκζέματος. Για τη διάγνωση πρέπει να εγείρεται υποψία εφόσον ένα εκζεματοειδές εξάνθημα, που κανονικά θα πρέπει να ανταποκρίνεται σε ένα τέτοιο σκεύασμα, επιδεινώνεται. Η χλωραμφαινικόλη που χρησιμοποιείται σε κολλύρια μπορεί να προκαλεί ευαισθητοποίηση, αλλά μάλλον σπάνια εάν ληφθεί υπόψη η εκτεταμένη χρησιμοποίησή της, και γι' αυτό δεν πρέπει να υπάρχει επιφύλαξη για τη χρήση της.

## **Δερματίτιδα από σουλφίδιο του φωσφόρου (σπίρτα) (Phosphorus sesquisulphide dermatitis)**

Το σουλφίδιο του φωσφόρου αποτελεί συστατικό των σπίρτων που ανάβουν με τριβή σε οποιαδήποτε επιφάνεια, για παράδειγμα τα σπίρτα Swan Vesta (στο UK), και περιέχεται στην κεφαλή του σπύρτου και στην πλάγια επιφάνεια του κουτιού. Ουσιαστικά αποτελεί νόσο των αρρένων και σπάνια μόνο ο ασθενής την υποψιάζεται. Προσβάλλεται το πρόσωπο, καθώς ο καπνός διαχέεται προς τα άνω μετά το άναμμα του σπύρτου. Η έξω επιφάνεια του μηρού είτε η πρόσθια επιφάνεια του θώρακα προσβάλλονται, που αντιστοιχούν σε τσέπη του παντελονιού ή του υποκαμίσου όπου τοποθετούνται τα σπίρτα. Η νόσος υφίσταται αναζωπύρωση σε οποιοδήποτε δημόσιο χώρο υπάρχουν καπνιστές που χρησιμοποιούν αυτά τα σπίρτα.

### **Θεραπευτική Αντιμετώπιση**

Η διάγνωση ύποπτης δερματίτιδας από επαφή πρέπει πάντοτε να επιβεβαιώνεται με τις σχετικές δοκιμασίες.

Υπάρχουν περίπου τριάντα αλλεργιογόνα που απαντώνται αρκετά συχνά ώστε να χρησιμοποιούνται σε μια σειρά από δοκιμασίες του δέρματος. Επίσης, και άλλα πιθανά αλλεργιογόνα προστίθενται σ' αυτή τη σειρά, για παράδειγμα τμήματα από παπούτσια, εφόσον διερευνάται η περίπτωση εξανθήματος στο πόδι, καθώς και τα καλλυντικά και το βερνίκι για τα νύχια της ασθενούς, εφόσον πρόκειται για διερεύνηση δερματίτιδας στο πρόσωπο. Οι χημικές αυτές ουσίες τοποθετούνται σε φρεάτια από αλουμίνιο που βρίσκονται καθηλωμένα σε κολλητική ταινία και στερεώνονται σε επαφή με τη ράχη του ασθενούς. Αφαιρούνται μετά από 48-72

ώρες, και το δέρμα εξετάζεται για περιοχές δερματίτιδας που αντιστοιχεί στη θέση επαφής του με το αλλεργιογόνο. Μερικές αντιδράσεις είναι όψιμες, και γι' αυτό φρόνιμο είναι το δέρμα να εξετάζεται και μετά πάροδο άλλων 48 ωρών. Γι' αυτές τις δοκιμασίες απαιτείται η σχετική πείρα και κανονικά εκτελούνται πάντοτε από δερματολόγο. Προσοχή απαιτείται για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, γιατί είναι δυνατό να παρατηρηθούν αντιδράσεις ερεθισμού. Αυτό συμβαίνει πάντοτε όταν δοκιμάζονται διάφορα shampoo. Η αντίδραση ερεθισμού θα έχει εξαφανισθεί μέχρι τη δεύτερη ανάγνωση του αποτελέσματος, ενώ μια αλλεργική αντίδραση θα εξακολουθεί να υφίσταται ακόμα. Ορισμένοι διατυπώνουν την άποψη σύμφωνα με την οποία όλοι οι ασθενείς με έκζεμα πρέπει να υποβάλλονται σε τέτοιες δοκιμασίες, γιατί η κλινική εκτίμηση δεν είναι πάντοτε ακριβής, αλλά αυτό δεν είναι πάντοτε εφικτό, και υπάρχει ο κίνδυνος της ευαισθητοποίησης ασθενούς προς αλλεργιογόνο κατά την εκτέλεση της δοκιμασίας. Το πλεονέκτημα της δοκιμασίας του δέρματος είναι ότι καταδεικνύει τόσο στον ασθενή όσο και στο γιατρό το αίτιο της δερματίτιδας.

Είναι φανερό ότι ο ασθενής γίνεται καλά εφόσον το αντιγόνο απομακρύνεται μόνιμα. Σε μερικές περιπτώσεις χρησιμοποιούνται υποκατάστατα, για παράδειγμα, ορισμένες φίρμες που εξειδικεύονται σε υποαλλεργικά προϊόντα παράγουν βερνίκι για τα νύχια χωρίς santolite, καθώς και καλλυντικά χωρίς αρώματα. Εντούτοις, υπάρχουν ορισμένα σημεία για τα οποία απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή. Για παράδειγμα, στη δερματίτιδα από νικέλιο, μερικοί ασθενείς αρέσκονται σε ρούχα με μεταλλικά στολίδια, τα οποία είναι δύσκολο να αποχωρισθούν. Σημαντικό είναι να επισημαίνεται ότι η παρεμβολή υφάσματος μεταξύ του μετάλλου και του δέρματος

δεν παρακωλύει την αντίδραση, γιατί στοιχεία από το μέταλλο μεταφέρονται με τον ιδρώτα. Επίσης, η επικάλυψη του μετάλλου με βερνίκι για τα νύχια δεν αποτελεί ικανοποιητική προστασία γιατί το βερνίκι γρήγορα ξεφλουδίζεται.

Οι ασθενείς με ευαισθητοποίηση προς το ελαστικό συμβουλεύονται να χρησιμοποιούν γάντια από χλωριούχο πολυβινύλιο (PVC), κατά προτίμηση επενδυμένα εσωτερικά με βαμβακερό ύφασμα, και υποδήματα από γνήσιο δέρμα είτε από PVC. Τα ελαστικά από τα εσώρουχα πρέπει να απομακρύνονται, συνιστώνται δε σουτιέν από lycra. Στους ασθενείς πρέπει να υπενθυμίζονται και άλλες πιθανές πηγές ελαστικού, για παράδειγμα μπάλες για το τένις, ελαστικά αυτοκινήτου, καθώς και κάτω σεντόνια και μαξιλάρια από λάστιχο.

Σε δημόσιους χώρους είναι δυνατό να προκαλείται έκθεση του ασθενούς με δερματίτιδα από ευαισθητοποίηση σε σπίρτα, οι δε ασθενείς με ευαισθησία σε αρώματα πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα τους χώρους όπου διατίθενται αρώματα σε καταστήματα και τα duty free καταστήματα στα αεροδρόμια.

Η ιατρογενής δερματίτιδα (mendocamentosa) θα μπορούσε να αποφεύγεται εάν ο γιατρός αποφεύγει να θεραπεύει το κίρσοειδές έκζεμα και τα έλκη με τοπικά αντιβιοτικά και να αποφεύγει επίσης τη χρησιμοποίηση αλοιφών που περιέχουν αιθυλενοδιαμίνη, καθώς και τα τοπικά αναισθητικά και αντιισταμινικά.

## Δερματίτιδα από Επαφή με Φυτά (Plant contact dermatitis)

### Ορισμός

Όψιμη αλλεργική αντίδραση υπερευαισθησίας από επαφή με φυτό.



Δερματίτιδα από επαφή με φυτά (Plant contact dermatitis)

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Δερματίτιδα από πριμούλη και ρους (Rhus)
- Οξεία, διδρωμυτική, φυσαλιδοπομπολυγώδης.
- Άκρες δακτύλων και χέρια
- Αντιβράχια
- Άλλες περιοχές που αγγίζονται με τα θάκτυλα, όπως το πρόσωπο (ιδιαίτερα τα βλέφαρα), και τα γεννητικά όργανα.

## Δερματίτιδα από βολβούς

Χρόνιο έκζεμα με ξηρότητα δέρματος, υπερκεράτωση και ρωγμές.

Άκρες δακτύλων.

Κάτω από τα νύχια.

## **Δερματίτιδα από χρυσάνθεμα και αερομεταφερόμενη**

Χρόνιο λειχηνοποιημένο έκζεμα.

Πρόσωπο, αυχέννας, χέρια, αντιβράχια (εκτεθειμένο δέρμα).

Επαγγελματική

### **Αιτιολογία**

Τα φυτά που είναι υπεύθυνα για τη δερματίτιδα ποικίλλουν ανάλογα με την τοπική χλωρίδα. Τα συνηθέστερα στη Βόρεια Αμερική ανήκουν στο γένος ρους (*Rhus*), ιδιαίτερα η δηλητηριώδης βελανιδιά και ο κισσός. Στη Μεγάλη Βρετανία, το συνηθέστερο είναι η πρίμουλα εξαιτίας της παρουσίας μιάς κινόνης (πριμίνη) στατριχίδια των φύλλων, των μίσχων και των ανθέων. Στα χρυσάνθεμα και άλλα περιέχονται λακτόνες στους κλαδίσκους και στα φύλλα, οι οποίες ευαισθητοποιούν τους ανθοπώλες και τους ανθοκόμους συχνότερα από όσο εκείνους που λαμβάνουν τα άνθη για τη γιορτή τους! Οι βολβοί των τουλιπών, του σκόρδου και των κρεμμυδιών περιέχουν ένα φυσικό μυκητοκτόνο, την αλφामεθυλο-γαμμα-βουτυρολακτόνη, και προκαλούν δερματίτιδα στα άκρα των δακτύλων. Αερομεταφερόμενη δερματίτιδα από επαφή μπορεί να Προέρχεται από μερικά είδη, για παράδειγμα το Αμερικανικό αγριόχορτο *Ambrosia*, και στην Ινδία υπάρχει μια δερματίτιδα που προκαλείται από το αγριόχορτο *Parthenium hysterophorus*, που άθελα έχει μεταφερθεί εκεί από το Τέξας.

### **Κλινικά χαρακτηριστικά**

Τα κλινικά χαρακτηριστικά ποικίλλουν ανάλογα με την πηγή της ευαισθητοποιητικής ουσίας. Η δερματίτιδα από την πρίμουλα

και τα Rhus είναι οξεία, με βλατιδοφυσαλιδώδη είτε βλατιδοπομφολυγώδη μορφολογία και γραμμοειδή ή κηλιδώδη διαμόρφωση. Η δερματίτιδα από βολβούς είναι ένα χρόνια υπερκερατωσικό έκζεμα των άκρων των δακτύλων και κάτω από τα νύχια, ενώ η δερματίτιδα από χρυσάνθεμα συνίσταται σε λειχηνοποιημένο έκζεμα των εκτεθειμένων μερών, που μοιάζει με αερομεταφερόμενη δερματίτιδα από επαφή.

### Θεραπευτική αντιμετώπιση

Οι δοκιμασίες του δέρματος είναι απαραίτητες για την πιστοποίηση της διάγνωσης, απαιτείται δε αυστηρή απομάκρυνση του αλλεργιογόνου για την αποφυγή των υποτροπών. Τα δραστικά τοπικά στεροειδή είναι απαραίτητα για τη θεραπεία του εξανθήματος, μπορεί δε να απαιτηθεί και η χρήση συστηματικών στεροειδών σε περιπτώσεις οξείας προσβολής δερματίτιδας από Rhus.

## ΦΩΤΟΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΕΠΑΦΗ (PHOTOCONTACT DERMATITIS)

### Εισαγωγή

Η φωτοδερματίτιδα από επαφή συνίσταται σε αλληλεπίδραση μεταξύ μίας φωτοευαισθητοποιητικής ουσίας και της υπεριώδους ακτινοβολίας, με την οποία προκαλείται τοξική είτε αλλεργική απάντηση. Οι φωτοτοξικές αντιδράσεις δεν είναι ανοσολογικές, και οποιοδήποτε άτομο μπορεί να εμφανίσει την αντίδραση εφόσον υφίστανται οι κατάλληλες συνθήκες ικανής έκθεσης προς τη χημική ουσία και την υπεριώδη ακτινοβολία. Η αντίδραση μπορεί να

είναι τοπική είτε συστηματική. Η τελευταία συζητείται με τα φαρμακευτικά εξανθήματα. Οι συνήθεις τοπικές αντιδράσεις είναι η φυτοφωτοδερματίτιδα και η δερματίτιδα του Berloque.

## Φυτοφωτοδερματίτιδα

### Ορισμός

Πρόκειται για αντίδραση μεταξύ χημικής ουσίας που προέρχεται από φυτό και υπεριώδους ακτινοβολίας, με αποτέλεσμα την οξεία εμφάνιση φυσαλίδων και υπέρχρωσης του δέρματος.

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Οξύ, φυσαλιδοπομφολυγώδες εξάνθημα.
- Γραμμοειδείς ραβδώσεις.
- Μεταιρλεγμονώδης υπέρχρωση.
- Καλοκαιρινοί μήνες.

### Αιτιολογία

Η χημική ουσία είναι μία 5-μεθοξυπροσαλένη που περιέχει φουροκουμαρίνη, η οποία έρχεται σε επαφή με το δέρμα, συνήθως όταν κανείς ξαπλώνει σε ένα λιβάδι, είτε όταν καθαρίζει τον κήπο του από ζιζάνια μια καλοκαιρινή μέρα. Παρατηρείται μια άμεση αντίδραση μεταξύ της υπεριώδους ακτινοβολίας μεγάλου μήκους κύματος και της ψωραλένης, με αποτέλεσμα την εμφάνιση αντίδρασης φλεγμονής.

Τα κυριότερα φυτά που εμπλέκονται είναι το δαυκί, το ηράκλειο σφονδύλιο, ο μαϊντανός, το άνηθο, η αγγέλικα, το μάραθο, το σέλινο, το *Amni majus*, το κίτρο, η περγαμινέα και η πορτοκα-



λιά. Το Ammi majus, που φύεται στην κοιλάδα του Νείλου, παρουσιάζει κάποιο ενδιαφέρον. Ήταν γνωστό στην Αίγυπτο ως φωτοτοξικός παράγων επί αιώνες και χρησιμοποιήθηκε για τη θεραπεία της λεύκης. Περιέχει μία ψωραλένη, η οποία σήμερα χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της ψωρίασης, ως μέρος της φωτοχημειοθεραπείας (PUV A).

### **Κλινικά χαρακτηριστικά**

Ο βαθμός της αντίδρασης φλεγμονής ποικίλλει, αλλά συνήθως είναι φυσαλιδοπομφολυγώδης και πάντοτε ακολουθείται από υπέρχρωση, η οποία συνίσταται από παράξενο δίκτυο γραμμώσεων τόσο χαρακτηριστικό ώστε να αποτελεί σημείο για άμεση διάγνωση της νόσου.

### **Θεραπευτική αντιμετώπιση**

Μπορεί να ενδείκνυται η χρησιμοποίηση δραστικού τοπικού στεροειδούς στις οξείες φάσεις αλλά, η απλή επεξήγηση της κατάστασης είναι συνήθως όλο όσο χρειάζεται.

## **Δερματίτιδα του Berlozque**

### **Ορισμός**

Η αντίδραση μεταξύ της 5-μεθοξυψωραλένης σε κολώνιες και αρώματα, και της υπεριώδους ακτινοβολίας μεγάλου μήκους κύματος καταλήγει σε μεταφλεγμονώδη υπέρχρωση του δέρματος.

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Παράξενη γραμμοειδής υπέρχρωση του δέρματος
- Συνήθως στα πλάγια του λαιμού.

### Αιτιολογία

Η δερματίτιδα του Berlonque έχει παρόμοιο μηχανισμό με τη φυτοφωτοδερματίτιδα, αλλά οφείλεται σε αντίδραση μεταξύ του ελαίου της περγαμινέας, που περιέχει 5- μεθοξυψωραλένιο, και της υπεριώδους ακτινοβολίας μεγάλου μήκους κύματος. Το έλαιο της περγαμινέας (περγαμότο) περιέχεται σε πολλές κολόνιες και αρώματα.

### Κλινικά χαρακτηριστικά

Το οξύ φλεγμονώδες στάδιο της δερματίτιδας του Berlonque συχνά καθόλου δεν εμφανίζεται, και ο ασθενής προσέρχεται με μια παράξενη γραμμοειδή υπέρχρωση του δέρματος, η οποία προφανώς είναι μεταφλεγμονώδης αντίδραση. Η υπέρχρωση μπορεί να παρατηρηθεί οπουδήποτε στο σώμα όπου το άρωμα έχει έλθει σε επαφή με το δέρμα, αλλά τα πλάγια του λαιμού αποτελούν τη συνηθέστερη θέση. Η υπέρχρωση βραδέως υποχωρεί μέσα σε χρονικό διάστημα πολλών μηνών.

### Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η επεξήγηση του φαινομένου συνήθως επαρκεί.

## Φωτοαλλεργική δερματίτιδα από επαφή

### Ορισμός

Όψιμη κυτταρική ανοσολογική αντίδραση υπερευαισθησίας μεταξύ αλλεργιογόνου και υπεριώδους ακτινοβολίας, η οποία παρατηρείται μόνο σε άτομα με τη σχετική προδιάθεση.

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Έκζεμα
- Περιοχές του δέρματος που εκτίθενται στο φως.

### Αιτιολογία

Το δέρμα πρέπει πρώτα να έχει δεχθεί την επίδραση του εναύσματος και στη συνέχεια να επανεκτεθεί προς το αλλεργιογόνο. Η ευαισθητοποίηση διαρκεί σε ολόκληρη τη ζωή, και η δερματίτιδα επανέρχεται κάθε φορά που ο ασθενής εκτίθεται στη συγκεκριμένη χημική ουσία και στο ηλιακό φως. Το καλύτερα γνωστό παράδειγμα αυτού του προβλήματος παρατηρήθηκε πριν από 30 χρόνια. Ορισμένες μικροβιοστατικές ουσίες, και συγκεκριμένα η τετραχλωρο-(ή βρωμο-)σαλικυλανίδα, είχαν προστεθεί σε καλλυντικά και σαπούνια, και ιδιαίτερα στο σαπούνι Lifebuoy. Το εκζεματικό εξάνθημα εμφανίσθηκε σε εκτεθειμένες περιοχές του δέρματος κατά ηλιόλουστες μέρες, εφόσον υπήρχαν ακόμα ίχνη της χημικής ουσίας από το σαπούνι στο δέρμα. Επρόκειτο για γνήσια φωτοαλλεργική δερματίτιδα από επαφή. Η νόσος δεν παρατηρείται πλέον στη Μεγάλη Βρετανία, αλλά σε μερικές περιπτώσεις μικρές επιδημίες παρατηρούνται όταν οι χημικές αυτές ουσίες προστίθενται σε σαπούνια από κατασκευαστές που δεν γνωρίζουν

αυτή τους την ιδιότητα. Η βιθιονόλη και η εξαχλωροφαίνη σε μερικές περιπτώσεις προκαλούν παρόμοια προβλήματα. Πριν από λίγα χρόνια προσετέθη σε παρασκεύασμα λοσιόν για μετά το ξύρισμα και σε κολώνιες ένα άρωμα που περιείχε μόσχο, οπότε και εμφανίσθηκε δερματίτιδα από φωτοεπαφή σε εκτεθειμένες περιοχές του δέρματος και ιδιαίτερα στο πρόσωπο. Το εξάνθημα σπανιότερα εμφανίζεται εφόσον η συγκέντρωση του μόσχου στο σκεύασμα είναι μικρότερη είτε και όταν βέβαια σταματήσει η χρησιμοποίησή του.

Τοπικά φάρμακα που περιέχουν σουλφοναμίδες και προμεθαζίνη, όταν χρησιμοποιούνται στο δέρμα μπορούν να συμπεριφέρονται ως αλλεργιογόνα από φωτοεπαφή, αλλά βέβαια δεν υπάρχει λόγος να αναγράφονται, και έτσι το πρόβλημα δεν θα πρέπει να υφίσταται.

Συστηματικοί παράγοντες σε μερικές περιπτώσεις προκαλούν δερματίτιδα από φωτοεπαφή, ιδιαίτερα σε εργάτες που παρασκευάζουν φάρμακα όπως φαινοθειαζίνες, και σε ασθενείς που λαμβάνουν, για παράδειγμα, υδροχλωρική προ μεθαζίνη είτε σουλφοναμίδες, προς τις οποίες έχουν ευαισθητοποιηθεί με την τοπική οδό.

### **Κλινικά χαρακτηριστικά**

Το εξάνθημα είναι κατά κύριο λόγο εκζεματοειδές και εμφανίζεται σε εκτεθειμένα μέρη του δέρματος όπως στο πρόσωπο, στο “V” του λαιμού, στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών και στις γάμπες των γυναικών. Περιοχές του δέρματος που προστατεύονται από το ηλιακό φως, για παράδειγμα οι περιοχές πίσω από τα αυτιά, και κάτω από τα φρύδια, η μύτη, το πηγούνι και τα μαλλιά δεν προσβάλλονται.

## **Θεραπευτική αντιμετώπιση**

Σημασία έχει η πιστοποίηση του αντιγόνου με φωτοδερμικές δοκιμασίες. Τα αλλεργιογόνα τοποθετούνται στην πλάτη με τον συνήθη τρόπο για 48 ώρες, και στη συνέχεια η περιοχή ακτινοβολείται μετά την αφαίρεση των φορέων των αλλεργιογόνων, τα δε αποτελέσματα αναγιγνώσκονται μετά από 48 ώρες.

Το αλλεργιογόνο πρέπει να αποφεύγεται από τον ασθενή εφόρου ζωής γιατί διαφορετικά οι ασθενείς αυτοί μπορεί να αναπτύξουν επίμονη αντίδραση προς το φως και να εμφανίζουν μια κατάσταση που αποκαλείται ακτινικό δικτυοειδές, έστω και αν τελικά αποφεύγουν την επαφή με το φωτοαλλεργιογόνο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>



## ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΩΝ ΝΥΧΙΩΝ (INFECTION OF THE NAILS)

### Οξεία παρωνυχία (Acute paronychia)

#### Ορισμός

Οξεία, συνήθως σταφυλοκοκκική λοίμωξη πλάγιας ή οπίσθιας πτυχής των νυχιών.



Οξεία παρωνυχία (Acute paronychia)

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Οξεία και επώδυνη
- Ερύθημα και διόγκωση.
- Συχνά υπάρχει πύο.

### Αιτιολογία

Ο μικροοργανισμός, ο οποίος συνήθως είναι ο *Staphylococcus aureus*, αλλά σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι ο *Streptococcus pyogenes*, εισδύει στην οπίσθια είτε την πλάγια πτυχή του νυχιού από μικρή κάκωση (που μπορεί να προέλθει ακόμα και από δάγκωμα του νυχιού), είτε από το νύχι που ήδη εμφανίζει βλάβη. Στην τελευταία περίπτωση συχνά ο υπεύθυνος μικροοργανισμός είναι η *Pseudomonas aeruginosa*. Σε μερικές περιπτώσεις η λοίμωξη μπορεί να αναπτύσσεται κάτω από το πέταλο του νυχιού.

### Κλινικά χαρακτηριστικά

Η νόσος είναι οξεία κατά την έναρξη και οδυνηρή. Εάν αυτή αφορά τις πτυχές του νυχιού, η λοίμωξη μπορεί να είναι εντελώς επιφανειακή και η παρουσία του πύου εμφανής. Εξάλλου, αυτή μπορεί να εντοπίζεται βαθύτερα με ερυθρά χροιά και επώδυνη διόγκωση γύρω από το νύχι. Εάν η λοίμωξη εντοπίζεται κάτω από το νύχι, το πέταλο του νυχιού χαλαρώνεται και παραμορφώνεται, μπορεί σε να υπεγείρεται και να αποκαλύπτεται από κάτω πύωδες υλικό.



## Αντιμετώπιση

### 1. Αντιβιοτικά ευρέος φάσματος.

Στα πρώτα στάδια της λοίμωξης ένα αντιβιοτικό όπως η ερυθρομυκίνη, 250 mg 4 φορές ανά 24ωρο για μια εβδομάδα μπορεί να είναι αποτελεσματικό.

### 2. Χειρουργική.

Το πύο από επιφανειακές λοιμώξεις μπορεί να εκκενώνεται με εντομή, εάν όμως εντοπίζεται βαθύτερα μπορεί να απαιτηθεί χειρουργική παροχέτευση, Για τις λοιμώξεις που εντοπίζονται κάτω από το νύχι μπορεί να απαιτηθεί η αφαίρεση του νυχιού.

## Χρόνια παρωνυχία (Chronic paronychia )

### Ορισμός

Χρόνια λοίμωξη συνήθως μετά από ιαυ1ίαα α11ιαιιε, που προσβάλλει την οπίσθια είτε τις πλάγιες πτυχές του νυχιού.



Χρόνια παρωνυχία (Chronic paronychia )

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Ερυθρότητα και διόγκωση.
- Σε μερικές περιπτώσεις σταγονίδια από πύο.
- Οπίσθια και πλάγιες πτυχές του νυχιού.
- Απώλεια του επωνύχιου.
- Οριζόντιες γραμμώσεις στο νύχι.
- Κατά προτίμηση σε γυναίκες.

### Αιτιολογία

Η πάθηση είναι συνήθης, προσβάλλει γυναίκες πολύ συχνότερα από άνδρες, και συχνά παρατηρείται σε οικοκυρές. Παρατηρείται επίσης σε άτομα που το επάγγελμά τους απαιτεί συνεχή εμβύθιση των χεριών σε νερό αδελφές νοσοκόμες, προσωπικό σε μπαρ, μάγειροι, κομμώτριες. Σημασία έχει η κατανόηση της παθογένειας της νόσου, γιατί τις περισσότερες φορές η θεραπεία μάλλον δεν είναι η ορθή παρά η διάγνωση εσφαλμένη. Το αίτιο είναι το νερό, γιατί με την επίδρασή του προκαλείται μαλάκυνση και τελικά καταστροφή του επωνύχιου. Το υγρό και απομονωμένο μικροπεριβάλλον που προκύπτει με αυτό τον τρόπο υπό τη πτυχή του νυχιού είναι ιδανικό για τον συμβιωτικό και ευκαιριακό μικροοργανισμό *C. albicans*. Σε μερικές περιπτώσεις η ασθενής μπορεί να πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη είτε καντιδίαση του κόλπου. Και οι δυο αυτές νόσοι καθιστούν τη νόσο του νυχιού πιθανότερη. Συχνά η ασθενής ασχολείται υπερβολικά με τα νύχια της και ωθεί το επωνύχιο προς τα πίσω περισσότερο από όσο πρέπει.

## Κλινικά χαρακτηριστικά

Ο δείκτης είτε το μικρό δάκτυλο προσβάλλονται συχνότερα, αν και σε παραμελημένες περιπτώσεις η προσβολή αφορά περισσότερα από ένα νύχι. Η ασθενής παραπονείται για διόγκωση γύρω από το νύχι η οποία δεν είναι τόσο επώδυνη, εκτός κατά την παρουσία επιπρόσθετης μικροβιακής λοίμωξης. Η ασθενής συχνά αναφέρει ότι κάθε τόσο αποβάλλεται και μια σταγόνα πύο. Τα φυσικά σημεία συνίστανται σε ερυθρά, σε μερικές περιπτώσεις σπογγώδη διόγκωση της οπίσθιας και πλάγιας πτυχής του νυχιού. Το επωνύχιο ελλείπει, παρατηρείται δε κενό μεταξύ της πτυχής και του πετάλου του νυχιού. Μεταγενέστερα το ίδιο το νύχι εμφανίζει οριζόντιες γραμμώσεις, που οφείλονται σε διαταραχή εξαιτίας της αύξησής του, προσβολής της μήτρας του νυχιού υπό τη πτυχή του. Σε μερικές περιπτώσεις το ίδιο το πέταλο του νυχιού μπορεί να προσβάλλεται από *C. albicans* είτε από *Pseudomonas pyocyanea*. Η πρώτη του προσδίδει καστανή χροιά, ενώ η δεύτερη πράσινη.

## Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση της νόσου αποτελεί πρόκληση για το γιατρό γιατί η ίαση εξαρτάται από τις ικανότητές του για κατάλληλη επικοινωνία. Η επιτυχής αντιμετώπιση τελικά βρίσκεται στα χέρια της ασθενούς. Η αποτυχία να την πείσετε για τη σημασία της υγρασίας θα έχει ως αποτέλεσμα την αποτυχία της θεραπείας.

Πολλές ασθενείς δεν πιστεύουν ότι είναι δυνατό να διατηρήσουν το δέρμα στεγνό εφόσον είναι υποχρεωμένες να φροντίζουν το σπίτι, το σύζυγο και τα μικρά παιδιά. Μολαταύτα η εφευρετικότητά τους είναι εκπληκτική όταν αρχίζουν να κινητοποιούνται προς την ορθή κατεύθυνση. Οι επίδεσμοι πρέπει να απαγορεύονται,

γιατί επαυξάνουν την υγρασία του περιβάλλοντος, τα δε γάντια από ελαστικό πρέπει να αποφεύγονται γιατί το δέρμα ιδρώνει μέσα στο γάντι και το νύχι βρίσκεται συνεχώς εμβαπτισμένο μέσα σε ιδρώτα. Εάν τα γάντια είναι απαραίτητα πρέπει να προτιμούνται αυτά που έχουν φόδρα από βαμβακερό ύφασμα, και δεν πρέπει να φοριούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το πλύσιμο των χεριών (συμπεριλαμβανομένου και εκείνου πριν από το γεύμα είτε και μετά την ούρηση), η ετοιμασία και το καθάρισμα των λαχανικών, το πλύσιμο των ρούχων (αυτά μπορούν να γίνονται από άλλα μέλη της οικογένειας), καθώς και η “περιποίηση” των νυχιών πρέπει να απαγορεύονται. Όλα αυτά είναι απαραίτητα για τη στέριση από τον μικροοργανισμό του ιδανικού του περιβάλλοντος και να επιτρέψουν στο επωνύχιο να αναγεννηθεί.

Τοπικά, το μόνο που χρειάζεται είναι η εφαρμογή στις πτυχές του νυχιού σκευάσματος αντι-Candida. Αυτό δεν πρέπει να ωθείται κάτω από το νύχι, γιατί έτσι παρακωλύεται η αναγέννηση του επωνύχιου. Η νόσος χρειάζεται αρκετό χρόνο για την ίαση, αλλά εάν η ασθενής αρχικά εξετάζεται ανά 15θήμερο, για την εξακρίβωση της πιστής τήρησης των οδηγιών, όλα θα πάνε καλά. Για την παρακολούθηση της προόδου καλό είναι να λαμβάνονται φωτογραφίες, είτε η εικόνα να απεικονίζεται με σχετικά σκιαγραφήματα.

Εάν το πέταλο του νυχιού εμφανίζει δυσχρωσία, τεμαχίδια από το νύχι πρέπει να αποστέλλονται στο εργαστήριο για εξέταση για μύκητες. Εάν υπάρχει Candida σ’ αυτά τα δείγματα η νόσος αντιμετωπίζεται με συστηματική κετοконаζόλη, 200 mg ανά 24ωρο, που μπορεί να χρειασθεί να λαμβάνεται μέχρι και 4 μήνες εφόσον η νόσος είναι βαριά. Η κετοконаζόλη δυνητικά είναι ηπατοτοξική, και γι’ αυτό το φάρμακο δεν πρέπει να χορηγείται παρά

μόνο εφόσον αποδεικνύεται ότι το πέταλο του νυχιού έχει προσβληθεί.

Η χρόνια παρωνυχία συχνά αντιμετωπίζεται εσφαλμένα. Σημαντικό είναι να τονίζεται ότι η γκριζοφουλβίνη δεν είναι αποτελεσματική έναντι της *Candida*, τα αντιβιοτικά δεν είναι κατάλληλα εκτός από τις περιπτώσεις όπου υπάρχει σηπτική κατάσταση, η δε χειρουργική τομή δεν ενδείκνυται.

### Ονυχομυκητίαση (*Tinea unguium*)

#### Ορισμός

Λοίμωξη του πετάλου του νυχιού από επιδερμόφυτα.



Ονυχομυκητίαση (*Tinea unguium*)

### Διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Ασύμμετρη συμμετοχή των νυχιών των δακτύλων των ποδιών.
- Ετερόπλευρη λοίμωξη των νυχιών δακτύλων του χεριού.
- Δυσχρωσία, πάχυνση και καταστροφή.
- Αρχίζει από τα πλάγια όρια του νυχιού.

### Αιτιολογία

Το *Trichophyton* ή το *T. mentagrophytes* var. *interdigitale* αποτελούν τα συχνότερα αίτια της ονυχομυκητίασης. Μολαταύτα, επιτόπια είδη μυκήτων επικρατούν στις διάφορες χώρες. Η νόσος συνήθως αρχίζει από το δέρμα των ποδιών ως μυκητίαση των ποδιών, και η προσβολή γίνεται με τον ίδιο τρόπο. Στη συνέχεια, η λοίμωξη επεκτείνεται στα νύχια των δακτύλων των ποδιών, και σε μερικές περιπτώσεις επεκτείνεται στο δέρμα του ενός χεριού, και από εκεί στα νύχια δακτύλων του χεριού. Η λοίμωξη των νυχιών στο χέρι είναι ασυνήθης χωρίς τη συμμετοχή νυχιών στα πόδια, αλλά αυτό μπορεί να παρατηρηθεί, ιδιαίτερα σε παιδιά. Ο μύκητας εισέρχεται είτε από την πλάγια πτυχή από την κοίτη του νυχιού. Πολλοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από σημαντικά χαμηλή θερμοκρασία του δέρματος στην περιφέρεια (κακή κυκλοφορία του αίματος).

### Κλινικά χαρακτηριστικά

Συχνά ο ασθενής δεν προσφεύγει στο γιατρό για τις αλλοιώσεις των νυχιών παρά μόνο όταν αυτές έχουν ήδη προχωρήσει αρκετά. Τα πλάγια των νυχιών αρχικά εμφανίζουν καστανόχρωμη, λευκωπή είτε κιτρινωπή δυσχρωσία. Στη συνέχεια το νύχι και η

κοίτη του παχύνονται και το πέταλό του αρχίζει να θρυμματίζεται, γεγονός που είναι μάλλον χαρακτηριστικό, και μπορεί να παρατηρηθεί κατά τη λήψη τεμαχίων για μυκητολογική εξέταση. Η κοίτη του νυχιού αποτελείται από μαλακό υπερκερατωσικό υλικό που μπορεί να αποξέεται με αμβλύ νυστέρι. Καθώς η προσβολή επεκτείνεται, ολόκληρο το νύχι και η κοίτη του παχύνονται, εμφανίζεται δε δυσχρωσία και παραμόρφωση. Το νύχι μπορεί να αποκολληθεί εντελώς από την κοίτη του, με αποτέλεσμα την πλήρη καταστροφή του. Πρόκειται για ασύμμετρη νόσο, με διάφορου βαθμού συμμετοχή μεμονωμένων νυχιών, αυτό δε αποτελεί υποβοηθητικό φυσικό σημείο για τη διάγνωση. Πρώτα τα νύχια στο ένα πόδι μπορεί να συμμετέχουν περισσότερο από του άλλου, και δεύτερο το αντίστοιχο δάκτυλο στο άλλο πόδι μπορεί να μη έχει προσβληθεί, είτε να προσβάλλεται σε πολύ περιορισμένο βαθμό. Είναι αξιοσημείωτο ότι πολλά νύχια σε ένα πόδι μπορεί να προσβάλλονται σε μεγάλο βαθμό, ενώ άλλα στο ίδιο πόδι να παραμένουν σχετικά άθικτα. Επίσης, είναι ακόμα περισσότερο αξιοπερίεργο ότι πολλά νύχια στο ένα χέρι μπορεί να προσβάλλονται χωρίς συμμετοχή δακτύλων του άλλου χεριού. Πράγματι, το ένα χέρι μπορεί να έχει προσβληθεί για πολλά χρόνια, πριν η νόσος αρχίσει να επεκτείνεται και στο άλλο, γεγονός που μπορεί και να μη συμβεί ποτέ.

### Διάγνωση

Για τη μυκητολογική εξέταση είναι απαραίτητο να λαμβάνονται αρκετά μεγάλα τεμαχίδια από το προσβλημένο τμήμα του νυχιού και από το υπερκερατωσικό υλικό από το υπονύχιο. Δεν είναι απαραίτητο ο δερματολόγος να επιχειρήσει να εξετάσει αυτά τα τεμαχίδια ο ίδιος με το μικροσκόπιο, γιατί αυτά πρέπει πρώτα να διαβραχούν με διάλυμα ΚΟΗ για μερικές ώρες. Αλλά ακόμα και

μετά από αυτή την προετοιμασία, η πιστοποίηση της παρουσίας υφών δεν είναι τόσο εύκολη. Τα αποτελέσματα της άμεσης μικροσκόπησης είναι διαθέσιμα σχετικά γρήγορα, ενώ της καλλιέργειας είναι διαθέσιμα μετά 4 εβδομάδες. Μολονότι ο μύκητας συνήθως εύκολα είναι ορατός με μικροσκόπιο, δεν είναι πάντα τόσο εύκολο να καλλιεργηθεί. Εάν τα αποτελέσματα της εξέτασης είναι αρνητικά, καλό είναι η εξέταση να επαναλαμβάνεται.

### **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Η ονυχομυκητίαση ανταποκρίνεται σε πολύμηνη συστηματική θεραπεία με γκριζοφουλβίνη είτε κετοконаζόλη. Γι' αυτό το λόγο είναι απαραίτητο η διάγνωση να έχει επιβεβαιωθεί πριν την έναρξη της θεραπείας, η οποία διαφορετικά μπορεί να αποβεί άκαρπη.

Πάντοτε αξίζει τον κόπο η θεραπεία της νόσου των νυχιών στα χέρια, γιατί αυτή διαρκεί μόνο έξι περίπου μήνες. Η θεραπεία όμως της νόσου σε δάκτυλα των ποδιών συζητείται, γιατί στις περιπτώσεις αυτές η γκριζοφουλβίνη είτε η κετοконаζόλη θα πρέπει να λαμβάνονται για 18 μήνες ως 2 χρόνια. Αλλά ακόμα και τότε η ίαση δεν μπορεί να είναι βέβαιη. Πιθανώς λογικότερο είναι να θεραπεύονται νεότεροι ασθενείς, οι οποίοι θα μπορούσαν να λαμβάνουν τα φάρμακα καθημερινά χωρίς διακοπή. Επίσης φαίνεται ότι αυτά τα άτομα ανταποκρίνονται καλύτερα από τους ηλικιωμένους ασθενείς, στους οποίους τα νύχια δεν μεγαλώνουν τόσο γρήγορα. Οι θεραπευτικοί αυτοί παράγοντες είναι μυκητοστατικοί, και γι' αυτό δεν φονεύουν τον μύκητα, αλλά η παρουσία τους στο νεοπαραγόμενο νύχι είναι καταστρεπτική για τον μύκητα, με αποτέλεσμα ο ασθενής να γίνεται καλά εφόσον το νύχι που έχει προσβληθεί αυξάνεται, και το νοσούν τμήμα του αποκόπτεται. Ορι-



σμένοι συνιστούν την εξαίρεση των νυχιών των δακτύλων των ποδιών για την εξάλειψη της νόσου.

Οι τοπικοί παράγοντες δεν υπήρξαν αποτελεσματικοί για τη θεραπεία της ονυχομυκητίασης. Μολαταύτα, επιτυχίες έχουν ανακοινωθεί σχετικά με τη χρήση μιας καινούργιας ιμιδαζόλης (tioconazole) σε ενδεκυλενικό οξύ, που επαλείφεται 2 φορές/24ωρο για μήνες. Το βέβαιο είναι ότι αυτό μπορεί να επαυξάνει τις πιθανότητες ίασης όταν συνδυάζεται με συστηματική θεραπεία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>



## ΚΑΡΚΙΝΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

### *Τι είναι ο καρκίνος του Δέρματος;*

Είναι μια νόσος στην οποία καρκινικά (κακοήθη) κύτταρα ανευρίσκονται στις εξωτερικές στοιβάδες του δέρματος.

Το δέρμα προστατεύει το σώμα από τη ζέστη, την ακτινοβολία, τις μολύνσεις και τους τραυματισμούς. Είναι επίσης αποθήκη ύδατος, λίπους και βιτ. Έχει 2 κύριες στοιβάδες και αρκετά είδη κυττάρων. Η εξωτερική στοιβάδα λέγεται επιδερμίδα και περιέχει 3 ειδών κύτταρα: επίπεδα, λεπιδώδη κύτταρα στην επιφάνεια που λέγονται ακανθωτά κύτταρα, στρογγυλά κύτταρα που λέγονται κύτταρα βασικής στοιβάδας και τα μελανοκύτταρα που δίνουν το χρώμα στην επιδερμίδα. Η εσωτερική στοιβάδα λέγεται χόριο και είναι πιο παχιά, περιέχει δε αγγεία, νεύρα και ιδρωτοποιούς αδένες.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι καρκίνου που αρχίζουν από το δέρμα. Οι πιο συχνοί είναι το Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (επιθηλίωμα) και το Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Το Μελάνωμα είναι ένας άλλος τύπος καρκίνου που αρχίζει από τα μεταλοκύτταρα. Δεν είναι τόσο συχνός όσο οι προηγούμενοι τύποι, αλλά είναι πολύ σοβαρότερος. Στις επόμενες σειρές, λέγοντας δερματικό καρκίνο, θα εννοούμε όλους τους άλλους εκτός από το Μελάνωμα (θα αναφερθούμε ξεχωριστά σ' αυτό).

Ο δερματικός καρκίνος είναι πιο συχνός σε ανοιχτόχρωμα άτομα που έχουν εκτεθεί πολύ στην ηλικιακή ακτινοβολία. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο, αλλά είναι συχνότερος στις εκτεθειμένες στον ήλιο περιοχές, όπως το πρόσωπο, ο λαιμός, τα κάτω χείλη και τα χέρια.

Η εμφάνισή του, μπορεί να είναι διαφορετική κάθε φορά. Η συνηθέστερη αρχική εμφάνιση, είναι η εμφάνιση ενός μικρού «σπυριού» ή μιας πληγής που δεν επουλώνεται. Άλλες φορές υπάρχει ένα μικρό ογκίδιο, λείο, γυαλιστερό χρώματος κόκκινου ή κόκκινο-καφέ και άλλοτε μια επίπεδη κόκκινη κηλίδα με «άγρια», γεμάτη λέπια επιφάνεια. Φυσικά δεν είναι όλες οι καινούριες βλάβες του δέρματος καρκίνοι, έτσι ο δερματολόγος σας θα σας διευκρινίσει το θέμα αυτό.

Όπως συμβαίνει και με όλους τους καρκίνους, όσο πιο γρήγορα τίθεται η διάγνωση, τόσο πιο εύκολη είναι η θεραπεία. Πολλές φορές ο γιατρός θα χρειαστεί να πάρει ένα κομματάκι από τη βλάβη για να εξεταστεί στο μικροσκόπιο. Αυτό λέγεται βιοψία και μερικές φορές γίνεται και στο γραφείο του γιατρού.

Οι περισσότεροι δερματικοί καρκίνοι είναι ισότιμοι. Η πρόγνωση (δηλ. η πιθανότητα ίασης) και η μέθοδος της θεραπείας εξαρτώνται από το είδος του καρκίνου, το χρόνο που έχει περάσει από την εμφάνισή του και από την εξάπλωσή του.

Άλλα είδη καρκίνου που μπορεί να προσβάλλουν το δέρμα είναι το Τα-λέμφωμα και το Σάρκωμα Kaposi.

## ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

### **Βασικό κυτταρικό Καρκίνωμα**

Είναι η πιο συχνή κακοήθεια. Εμφανίζεται συνήθως σε εκτεθειμένες στο ήλιο περιοχές του δέρματος. Συχνά εμφανίζεται σαν ένα μικρό ογκίδιο που έχει λεία, «μαργαριτοειδή» επιφάνεια με αγγεία που φαίνονται πάνω της. Άλλες φορές μοιάζει με ουλή και είναι σκληρή στην αφή. Τα βασικοκυτταρικά, επεκτείνονται στους

γύρω ιστούς, αλλά σπανιότατα θα δώσουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

### **Ακανθοκυτταρικό Καρκίνωμα**

Ακανθοκυτταρικά Καρκινώματα στο κάτω χείλος και στο πτερύγιο του αυτιού

Και αυτό εμφανίζεται σε εκτεθειμένες στον ήλιο περιοχές του δέρματος και πιο συχνά στην άκρη της μύτης, στο μέτωπο, στο κάτω χείλος και στα χέρια. Μπορεί επίσης να εμφανισθεί σε περιοχές του δέρματος που είχαν καεί, είχαν εκτεθεί σε χημικές ουσίες ή είχαν ακτινοβοληθεί. Εμφανίζεται σαν ένα ερυθρό σκληρό ογκίδιο, σαν μια λεπιδώδης βλάβη που μπορεί να αιμορραγεί ή να σκεπάζεται από εφελκίδα. Το ακανθοκυτταρικό δίνει μεταστάσεις στους επιχώριους (τοπικούς) λεμφαδένες.

### **Ακτινική Υπερκεράτωση**

Δεν είναι καρκίνος, αλλά είναι βλάβη που μπορεί να εξαλλαχτεί σε βασικοκυτταρικό καρκίνωμα ή σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα σε μερικούς ασθενείς. Φαίνεται σαν μια τραχιά, ερυθρή ή καφέ πλάκα με λέπια στην επιφάνεια, συνήθως σε εκτεθειμένες στον ήλιο περιοχές.

### **Θεραπεία καρκίνων του δέρματος**

Θεραπείες υπάρχουν για όλα τα είδη καρκίνου.

Η **χειρουργική αφαίρεση** είναι ο πιο συχνά εφαρμοζόμενος τρόπος θεραπείας. Ο γιατρός μπορεί επίσης να αφαιρέσει τη βλάβη χρησιμοποιώντας μια από τις ακόλουθες μεθόδους:

**Απόξεση και διαθερμοπηξία** (απομάκρυνση της βλάβης με ένα αιχμηρό εργαλείο και καυτηριασμός).

**Κρυθεραπεία** (ή κρυοχειρουργική). Με τη μέθοδο αυτή, παγώνουμε τον όγκο και τον καταστρέφουμε.

Η **θεραπεία με Laser** χρησιμοποιεί μια στενή δέσμη φωτός για να απομακρύνει τα καρκινικά κύτταρα.

Οι χειρουργικές μέθοδοι μπορεί να αφήσουν ουλή στο σημείο εκείνο. Ανάλογα και με το μέγεθος της βλάβης, ο γιατρός μπορεί να πάρει δέρμα από ένα άλλο σημείο του σώματος και να το μεταμοσχεύσει στο σημείο από το οποίο αφαιρέθηκε ο όγκος. Το κομμάτι αυτό λέγεται δερματικό μόσχευμα.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ακτίνες X για να σκοτωθούν τα καρκινικά κύτταρα και να συρρικνωθούν οι όγκοι.

Η χημειοθεραπεία είναι η χρησιμοποίηση φαρμάκων για να σκοτωθούν τα καρκινικά κύτταρα. Ειδικότερα στους καρκίνους του δέρματος (μιλάμε πάντα για να ακανθοκυτταρικά και τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα), η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται με τη μορφή κρέμας (τοπική χημειοθεραπεία). Όταν η χημειοθεραπεία γίνεται με χάπια ή ενέσεις λέγεται συστηματική.

Υπάρχουν κι άλλες μορφές θεραπείας που εφαρμόζονται και δεν θα τις αναφέρουμε εδώ.

## Θεραπεία ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου.

Το είδος της θεραπείας εξαρτάται από τον τύπο και το στάδιο της νόσου, την ηλικία και την γενικότερη κατάσταση της υγείας.

## Θεραπευτικές επιλογές για το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα.

- **Χειρουργική αφαίρεση.**
- **Καταστροφή με διαθερμοπηξία** (τείνει να καταργηθεί).
- **Κρυοπηξία** (μεγάλο της πλεονέκτημα η ευκολία για τον γιατρό και για τον ασθενή).
- **Ακτινοβολίες**
- **Θεραπεία Laser**
- **Τοπική χημειοθεραπεία**
- **Φωτοδυναμική θεραπεία**

Με οποιαδήποτε μέθοδο όμως και αν γίνει η αφαίρεση, πάντα υπάρχει η πιθανότητα της υποτροπής και έτσι θα πρέπει να παρατηρείται κανονικά το δέρμα σας για τυχόν επανεμφάνιση (υποτροπή) του όγκου.

## Θεραπευτικές επιλογές για το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.

- **Χειρουργική αφαίρεση**
- **Καταστροφή με διαθερμοπηξία** (τείνει να καταργηθεί).
- **Κρυοπηξία**
- **Ακτινοβολίες**

- Θεραπεία Laser
- Τοπική χημειοθεραπεία
- Τα περι υποτροπής ισχύουν και εδώ.

### Θεραπευτικές επιλογές για την ακτινική υπερκεράτωση.

Τοπική χημειοθεραπεία  
Κρυοθεραπεία  
Διαθερμοπηξία  
Laser

### Θεραπευτικές επιλογές για το υποτροπιάζον καρκίνωμα

Οποιαδήποτε από τις προηγούμενες θεραπείες ή συνδυασμός τους.



## ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>



## **ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ Σ' ΟΛΑ ΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ**

Κάθε άτομο που εισάγεται στο νοσοκομείο για να νοσηλευτεί, προσέρχεται από κάποιο πρόβλημα υγείας οξύ ή χρόνιο με γνωστή ή άγνωστη αιτιολογία, με σκοπό τη διάγνωση, θεραπεία και την τελική αποκατάστασή του. Είναι γεγονός πως, κάθε ασθενής ανεξάρτητα με την αιτιολογία της εισαγωγής του, υποφέρει και αγωνιά περισσότερο για τις υποθέσεις που άφησε πίσω του, δηλαδή σκέφτεται την οικογένειά του, τις επαγγελματικές του υποχρεώσεις και οτιδήποτε θα ήθελε να πραγματοποιήσει και δεν πρόλαβε.

Θεωρείται σημαντικό οι Νοσηλευτές-τριες, να έχουν την ικανότητα και το σθένος να ανταποκρίνονται στις σωματικές, ψυχικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες του ασθενή. Με τον τρόπο που εκτελείται η νοσηλεία και οι διάφορες τεχνικές και δεξιότητες οι νοσηλευτές μεταβιβάζουν και εμπνέουν τον ανάλογο σεβασμό και ενδιαφέρον προς τον άρρωστο ή και το αντίθετο.<sup>28</sup>

Δεν πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι η συμπεριφορά των νοσηλευτών προς την οικογένεια του αρρώστου, προσδιορίζει την περαιτέρω συνεργασία τους με σκοπό την αποκατάσταση του ασθενή. Σε πολλές περιπτώσεις, έχει αποδειχθεί πως η συμβολή της οικογένειας στην οργάνωση και εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου, είναι πολύ σημαντική.

Συμπερασματικά, στόχος των Νοσηλευτών είναι προγραμματισμός και εκτέλεση της φροντίδας, που επεκτείνεται πέρα απ' τα συμπτώματα της παθήσεως, αντιμετωπίζοντας τον άρρωστο άνθρωπο ως βιοψυχοκοινωνικοπνευματική οντότητα.

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η συμβολή της νοσηλεύτριας σε άτομα με δερματικές παθήσεις είναι το ίδιο μεγάλη και αναγκαία όσο και σε οποιοδήποτε άλλο ασθενή.

Ο κνησμός – η αισθητική του δέρματος, η περιέργεια των γύρω, η αντιμετώπιση του κοινωνικού περιγύρου φέρουν τον ασθενή σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση.

Άγχος ανησυχία τον καταβάλλουν και τον κάνουν δύστροπο, απαιτητικό και ευεραίσθητο.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο αυτές τις στιγμές όχι μόνο φροντίζοντας για την ίαση και για την ανακούφιση από τα συμπτώματα.

Η συζήτηση νοσηλεύτριας-ασθενούς είναι απαραίτητη βοηθά τον ασθενή να ξεπεράσει το πρόβλημά του να μάθει ποια είναι η σωστή αντιμετώπιση και πώς να προφυλάγεται από τις δερματοπάθειες.

## **Γενική φροντίδα και προφύλαξη**

Η νοσηλεύτρια μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη των δερματικών παθήσεων, διδάσκονται στη σωστή περιποίηση του φυσιολογικού δέρματος και ενθαρρύνοντας στους ανθρώπους

να αποζητούν ιατρική συμβουλή, για ανώμαλες καταστάσεις του δέρματος. Αυτό μπορεί να γίνει καθώς συναντά ανθρώπους στη δουλειά, στο σχολείο, στο σπίτι, στο νοσοκομείο και οπουδήποτε αλλού στην κοινωνία.

## 1. Καθαριότητα

Η παλιά παροιμία του λαού λέει ότι η "καθαριότητα είναι η μισή αρχοντιά" δεν είναι αποκλειστικά σωστή. Άνθρωποι από πολιτισμούς που δεν διακρίνονται για την καθαριότητα δεν είναι απαραίτητο να έχουν περισσότερες δερματικές παθήσεις από τους άλλους.

Το εξωτερικό στρώμα των δερματικών κυττάρων και ο ιδρώτας έχουν όξινη αντίδραση και η παρουσία τους εμποδίζει τη ζωή και την ανάπτυξη των μικροβίων. Δυνατά σαπούνια που έχουν αλκαλική αντίδραση, μπορούν να εξουδετερώσουν αυτό το όξινο προστατευτικό περιβάλλον του δέρματος. Μπορεί ακόμη να απομακρύνουν τις λιπαρές εκκρίσεις των σμηγματογόνων αδένων που λιπαίνουν το δέρμα και συμβάλλουν στην υγεία του.

Το δέρμα πρέπει να πλένεται αρκετά συχνά για να απομακρύνονται οι εκκρίσεις και να προφυλάσσεται από μυρωδιές. Αυτό όμως δεν πρέπει να γίνεται τόσο συχνά επειδή προκαλεί ξηρότητα και βλάβες του δέρματος. Απολυμαντικά καθαριότητας είναι καλύτερα από τα σαπούνια στον καθαρισμό του δέρματος. Εν τούτοις και τα απολυμαντικά καθαριότητας και τα σαπούνια μπορεί να προκαλέσουν δερματικές αντιδράσεις, υπάρχει μεγάλη διαφορά ανθρώπων στη συχνότητα του απαραίτητου μπάνιου για να εξασφαλίσει τον καθαρισμό του δέρματος, χωρίς τη δημιουργία δερματικής αντίδρασης. Δηλαδή ένα άτομο που έχει λιπαρό δέρμα και

ιδρώνει εύκολα ίσως να χρειάζεται μπάνιο δύο φορές και να πλένει το πρόσωπό του πολλές φορές.

Ενώ το άτομο με ξηρό δέρμα, πρέπει να χρησιμοποιεί κρέμες και λοσιόν για να προφυλάξει το δέρμα.

Οι εκκρίσεις του δέρματος λιγοστεύουν όταν ο καιρός είναι κρύος γι' αυτό οι περισσότεροι άνθρωποι χρειάζεται να χρησιμοποιούν προστατευτικές κρέμες για να προλαμβάνουν δερματικές αντιδράσεις αυτής της εποχής. Σήμερα υπάρχουν πολλές κρέμες στο εμπόριο μπάνιου οι οποίες αφήνουν ένα στρώμα λαδιού πάνω στο σώμα πιθανόν να ελαττώνουν τον κνησμό που προκαλεί η ξηρότητα. Φυσικά όμως πολλοί δερματολόγοι δεν εγκρίνουν τη χρήση τους γιατί το ελαιώδες επίστρωμα εμποδίζει τις φυσιολογικές εκκρίσεις από τους πόρους.

## 2. Παρατήρηση Ανωμαλιών

Η φροντίδα του φυσιολογικού δέρματος περιλαμβάνει κανονική παρατήρηση των μελαχρωματικών περιοχών του δέρματος των σπύλων (ελιών) ή άλλων φαινομενικά αλλοιώσεων του δέρματος, κάθε αλλαγή στο χρώμα, στο μέγεθος πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό αμέσως.

## 3. Κίνδυνος Αυτοθεραπείας

Οι άνθρωποι πρέπει να υποκινούνται για να αναζητούν την αρμόδια ιατρική βοήθεια όταν αναπτύσσονται βλάβες στο δέρμα. Αν και οι παθήσεις του δέρματος σπάνια προκαλούν το θάνατο, δημιουργούν όμως δυσφορία σε πολλά άτομα και σοβαρές διακοπές εργασίας.

Πολλά άτομα έχουν την τάση να στηρίζονται στις συμβουλές των φίλων ή τοπικών πρακτικών φαρμακοποιών ή σε φάρμακα που ίσως να έχουν στα χέρια τους. Το δέρμα κάθε ανθρώπου αντιδρά διαφορετικά στην κάθε θεραπεία και ένα δέρμα που έχει ερεθιστεί ή προσβληθεί μπορεί να αντιδράσει βίαια σε μη κατάλληλη θεραπεία. Ακόμη μπορεί να μην δώσουν ικανοποιητικά αποτελεσματικά φάρμακα που δόθηκαν στον ίδιο ασθενή για παρόμοια δερματική βλάβη, λόγω αλλαγών του δέρματος.

## Γενική Νοσηλεία των Ασθενών με Μυκητιάσεις

Η νοσηλευτική φροντίδα κατευθύνεται περισσότερο στο να αισθανθεί ο ασθενής όσο το δυνατόν περισσότερη άνεση, ελέγχοντας τον πόνο και τον κνησμό, προλαμβάνοντας μολύνσεις.

### 1. Ανακούφιση του Κνησμού

Ο κνησμός ή το ξύσιμο καθορίστηκε από αιώνες πριν σαν την πιο ενοχλητική αίσθηση που δημιουργεί την επιθυμία για ξύσιμο. Λίγα όμως αναφέρονται για τον φυσιολογικό μηχανισμό που προκαλεί τον κνησμό. Πιστεύεται ότι συνδέεται στενά με τον μηχανισμό των νεύρων που προκαλεί τον πόνο. Η αίσθηση διεγείρεται στις νευρικές απολήξεις του δέρματος. Ο κνησμός επιδεινώνεται από την διάταση των τριχοειδών αγγείων, την ανοξία των ιστών που επέρχεται μετά από φλεβική στάση και την παρουσία μη φυσιολογικών ουσιών στο δέρμα όπως χολή.

Ο κνησμός μπορεί να εξοργίσει και να εξαθλιώσει τον ασθενή. Είναι ανώφελο να του λέμε να μην ξύνεται, γιατί είναι αδύνατο να συμμορφωθεί σ' αυτή τη συμβουλή.

Ο τραυματισμός από το ξύσιμο μπορεί να προληφθεί με κόψιμο των νυχιών και προτροπή στον ασθενή ώστε να προσπαθεί να πιέζει τις βλάβες με τα δάχτυλα ή με το πίσω μέρος των νυχιών αντί να ξύνεται. Τα χέρια πρέπει να είναι καθαρά για να μειωθεί ο κίνδυνος μόλυνσεως.

Για να μετριασθεί το ξύσιμο ο ασθενής πρέπει να ασχολείται με κάτι το ευχάριστο. Αν ο ασθενής είναι τύπος ανήσυχος τότε αυξάνεται η επιθυμία για ξύσιμο και μειώνεται η δύναμη της θελήσεως. Μετρώντας από το ένα ως το εκατό πριν ξυστούν, μερικοί ασθενείς είναι ικανοί να ελέγξουν την επιθυμία έως ότου η πιο ισχυρή εσωτερική ώθηση εξαφανιστεί.

Τα ρούχα πρέπει να είναι δροσερά και ελαφριά ώστε να βοηθήσει στη μείωση του κνησμού. Ακόμη στο κρεβάτι πρέπει να χρησιμοποιούνται μαλακά παλιά σεντόνια και αν είναι ανάγκη λινά σεντόνια, ουδέτερα.

Ο κνησμός αυξάνει συνήθως με την ανύψωση της θερμοκρασίας του σώματος, ενέργειες που προκαλούν εφίδρωση πρέπει να αποφεύγονται, διότι η εφίδρωση υγραίνει το δέρμα και προκαλεί και αυξάνει τον κνησμό, ιδιαίτερα κάτω από τα ρούχα και σε περιοχές που η μια εφάπτεται με την άλλη. Εκτός αυτού και ξηρότητα του δέρματος που προέρχεται από ψηλή θερμοκρασία δωματίου και χαμηλή υγρασία μπορεί να αυξήσει τον κνησμό. Συνήθως θερμοκρασία δωματίου 20-21°C και υγρασία 30%-40% είναι ιδανικές για ασθενή κνησμό.



## 2. Ηπιότητα Χειρισμών

Η ηπιότητα στους χειρισμούς είναι απαραίτητη. Οι δερματικές αλλοιώσεις πρέπει να αγγίζονται ελαφρά, ποτέ να μην τρίβονται, και ο ερεθισμός της γύρω περιοχής της αλλοιώσεως θα πρέπει να αποφεύγεται, διότι διεγείρει την κυκλοφορία προκαλώντας αύξηση θερμότητας και κνησμού. Το άγγιγμα, η τριβή, ο κνησμός, η απομάκρυνση των επιδέσμων και η εξέταση των αλλοιώσεων είναι ενέργειες που έχουν σχέση με την επούλωση και επιπλέον είναι πειρασμός για τους ασθενείς.

## 3. Ανάπαυση - Ηρεμία

Όπως όλες οι δερματικές παθήσεις έτσι και οι δερματομυκητιάσεις απαιτούν ύπνο και ξεκούραση. Οι παθήσεις του δέρματος και ο κνησμός που ακολουθεί γίνονται εντονότερες το βράδυ όταν όλοι γύρω είναι ήσυχα και υπάρχει λίγη απόσπαση προσοχή. Ο ασθενής χρειάζεται την προσοχή των νοσηλευτικών φροντίδων για να κοιμηθεί, όπως ένα ζεστό ποτό, μασάζ της πλάτης, ελάττωση θορύβου και φωτός, και προσοχή για καλό αερισμό του δωματίου. Κάθε προσπάθεια θα πρέπει να αποβλέπει στο να τον βοηθήσει να κοιμηθεί χωρίς φαρμακευτική βοήθεια, επειδή αυτή μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερο κνησμό ή πιθανόν να προκαλέσει αύξηση της ανησυχίας που είναι βλαβερή. Ηρεμιστικά όπως ενυδροχλωράλη, που σπάνια δημιουργεί δερματικές αντιδράσεις μπορεί να δοθεί καμία φορά.

Εάν ο ασθενής είναι ξύπνιος θα πρέπει να του λεχθεί να καλεί της νοσηλεύτρια ή να ανάβει το φως για να διαβάσει κάτι ή να απασχολεί τον εαυτό του ώστε να μην υπόκειται στον πειρασμό να ξύσει τις δερματικές βλάβες.

Είναι απαραίτητο για τον ασθενή να έχει μοναχικό δωμάτιο στο νοσοκομείο, αλλά όμως πρέπει να μεταφέρεται για λίγο στην βεράντα ή στο σαλόνι ψυχαγωγίας καθημερινά έτσι ώστε να έρχεται σε επικοινωνία με άλλους ανθρώπους. Αυτό τον βοηθά όχι μόνο στο να είναι κοινωνικός αλλά στο να ξεφεύγει από τη σκέψη του κνησμού.

#### 4. Ψυχολογική Υποστήριξη

Επειδή πολλές δερματικές βλάβες είναι όμορφες στη θέα και δύσκολα επουλώνονται, ο ασθενής χάνει το κουράγιο του και είναι ευερέθιστος. Ίσως φοβάται που δεν αρέσει στους άλλους ή δεν είναι απαράδεκτος και οι άλλοι δεν θέλουν την παρέα του, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν αλλοιώσεις σε εκτεθειμένα μέρη του σώματός του. Η αντίδραση αυτή μπορεί να οφείλεται κατά ένα μέρος στην ιδέα ότι αυτές οι άμορφες βλάβες συνδέονται με ανθυγιεινή διατροφή ή μεταδοτικά νοσήματα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να προσπαθήσει να νοιώσει ο ασθενής ότι είναι κοινωνικά απαράδεκτος από τους γύρω του, πρέπει να προσέχουν να μην δείχνεται καμία αποστροφή και να μην γίνεται φανερή η δυσκολία που παρουσιάζει η νοσηλεία.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει κάθε ασθενή και να καταστρώνει το ανάλογο ατομικό σχέδιο νοσηλείας. Παραδείγματος

χάρη, ένας ασθενής μπορεί να είναι χαρούμενος όταν του επιτρέπεται να αλλάξει μόνος του έχει ανάγκη από προστασία και προσοχή δεν αισθάνεται καλά όταν του συνιστούμε αυτοφροντίδα. Οπωσδήποτε, σ' όλες τις περιπτώσεις η νοσηλεύτρια θα πρέπει να κάνει μόνη της ένα μέρος της νοσηλείας ακόμη και αν ο ασθενής προσπαθεί να αυτοεξυπηρετείται. Αποτέλεσμα αυτού είναι να παρατηρεί τις βλάβες προσεκτικά και να βοηθά τον ασθενή να μην αισθάνεται παραπεταμένος.

Η εργασιοθεραπεία και η ψυχαγωγία είναι ωφέλιμη στη φροντίδα των μυκητιάσεων. Κάθε δραστηριότητα που κρατά τον ασθενή απασχολημένο έχοντας αποσπασμένη την προσοχή του μακριά από τις δερματικές βλάβες και τις φοβερές συνέπειες τους είναι σωστή θεραπεία. Το πρόγραμμα που ακολουθεί η εργασιοθεραπεία βοηθάει συχνά τους ασθενείς να κοιμούνται τη νύχτα. Η εργασιοθεραπεία πρέπει να σχεδιάζεται προσεκτικά γιατί σε μερικές περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να είναι ευαίσθητο στα υλικά που χρησιμοποιούνται γι' αυτές τις δραστηριότητες.

## **5. Μπάνιο και Καθαριότητα**

Ο ασθενής έχοντας οποιαδήποτε μορφή μυκητίασης δεν θα πρέπει να κάνει μπάνιο έως ότου εξετασθεί από το γιατρό. Τα ρούχα, οι γάζες και οι αλλοιώσεις αυτές με τις κρούστες και τις εκκρίσεις, θα πρέπει να μένουν όπως είναι εκτός αν δόθηκε ορισμένη εντολή από το γιατρό για θεραπεία.

Μετά την αρχική εξέταση του γιατρού, ίσως συσταθεί λάδι για τον καθαρισμό του δέρματος. Μεταλλικό λάδι ή βαμβακέλαιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί το οποίο πρέπει να ζεσταθεί λίγο και να

τοποθετηθεί μ' ένα μαλακό τολύπιο, με προσοχή να μην ξύσει ή πληγώσει τις αλλοιώσεις ή το γύρω δέρμα. Γάζα δεν χρησιμοποιείται εξαιτίας του κινδύνου του τραυματισμού. Σκληρές κρούστες ή παχύρρευστα εκκρίματα, συνήθως μαλακώνουν με φυσιολογικό ορό ή διάλυμα χλωριούχου Νατρίου (NaCl), οξυζενέ, PHISOHEX (αντισηπτικό) με νερό ή ένα μέτριο διάλυμα πράσινου σαπουνιού σε ζεστό νερό. Επειδή η μυκητιάσεις είναι μεταδοτικές χρησιμοποιείται άσηπτη τεχνική.

Κανονικά μπάνια σπάνια επιτρέπονται. Χλιαρά μπάνια με σφουγγάρι χωρίς τη χρήση σαπουνιού συνιστώνται και η περιοχή των γεννητικών οργάνων μπορεί να καθαρίζεται συχνά όσο είναι αναγκαίο. Το νερό πρέπει να μαλακώνετε με μια χούφτα από πίτουρα ή πολτό βρώμης ή μια κουταλιά από άβραστο άμυλο σε μια λεκάνη νερό. Βορικό οξύ και σόδα χρησιμοποιούνται μερικές φορές για να μαλακώσουν το νερό και να κατευνάσουν τον κνησμό, αλλά αυτά ξηραίνουν το δέρμα και γι' αυτό σπάνια συνιστώνται αν ο ασθενής είναι ηλικιωμένο ή έχει ξηροδερμία.

Μετά το μπάνιο, το δέρμα πρέπει να σκουπίζεται ήπια με μαλακή πετσέτα. Τα φάρμακα τοποθετούνται αμέσως (μετά) και ο ασθενής παραμένει στο κρεβάτι τουλάχιστον για μισή ώρα, για να αποφεύγει τυχόν ρίγος.

## 6. Κομπρέσες και Επίδεσμοι

Οι τρόποι επιδέσεως ενός δερματολογικού τραύματος αναφέρονται σαν ανοικτοί, κλειστοί ή σταθεροί επίδεσμοι.

Ανοικτοί, είναι οι περιπτώσεις εκείνες που δεν τοποθετείται κανένας επίδεσμος πάνω στο τραύμα. Σταθεροί όταν το τραύμα καλύπτεται από κολλοειδή κρέμα, ζελατινώδη ή άλλου είδους υλι-

κά. Κλειστοί όταν τοποθετείται κάλυμμα από επιδέσμους πάνω στο τραύμα.

Για την νοσηλεία των δερματολογικών παθήσεων χρειάζεται μεγάλη ποικιλία επιδεσμικού υλικού. Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων και των επιδόσεων μπορεί να εξαρτηθεί κατά πολύ από την επινοητικότητα της νοσηλεύτριας. Η νοσηλεύτρια της δερματολογικής μονάδας συχνά γίνεται συλλέκτρια. Συλλέγει παλαιά λινά υφάσματα, πετσέτες φαγητού μουσελίνα, ζώνες, κάλτσες, γάντια και κάθε τι που θα μπορούσε να κοπεί και να χρησιμοποιηθεί για επίδεση ορισμένων περιοχών του σώματος. Για την συγκράτηση του επιδερμικού υλικού στα δάκτυλα των χεριών και των ποδιών χρησιμοποιούνται πλεκτά δάκτυλα.

## **7. Εκπαίδευση του Ασθενή**

Επειδή συνήθως ασθενής με δερματομυκητιάσεις δεν νοσηλεύονται στο νοσοκομείο η νοσηλεύτρια θα πρέπει να δώσει τις οδηγίες της στον ασθενή ή σε κάποιο μέλος της οικογένειας που είναι υπεύθυνο για την φροντίδα του.

Το καλύτερο που έχει να κάνει η νοσηλεύτρια είναι να δώσει γραπτά και λεπτομερώς τις οδηγίες. Ένα συνηθισμένο λάθος που κάνουν οι ασθενείς που νοσηλεύονται σπίτι τους είναι ότι πιστεύουν πως θα ήταν καλύτερα να χρησιμοποιούν μεγαλύτερη φαρμακευτική δόση.

Η νοσηλεύτρια θα τον βοηθήσει στο να ετοιμάσει το υλικό που του χρειάζεται, και θα του διδάξει πώς να τοποθετεί τις αλοιφές, πώς να αποστειρώνει λινούς επιδέσμους με το σίδερο και πώς να τους διπλώνει προς τα μέσα. Εκτός αυτών πρέπει να του δοθούν οδηγίες για τον καθαρισμό του σώματός του και την αποστείρωση των ρούχων του.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μελετώντας το θέμα των δερματικών παθήσεων και ειδικότερα των δερματομυκητιάσεων βλέπουμε ότι η αιτία ανάπτυξης μυκήτων στο δέρμα είναι η ελλιπής φροντίδα περιποίησης και καθαριότητας του δέρματος.

Άλλες αιτίες είναι η συχνότητα επαφής του ατόμου με μολυσμένο περιβάλλον, ο τρόπος ζωής, ο τόπος διαμονής, η διατροφή, ο τόπος και συνθήκες εργασίας, οι ασχολίες και οι συνήθειες του καθενός.

Σημαντική είναι και η αντιμετώπιση του ατόμου στην περαιτέρω ανάπτυξη της μόλυνσης.

**Οι προτάσεις μας για την προφύλαξη και αντιμετώπιση από τις δερματομυκητιάσεις είναι:**

- Να γίνονται διδασκαλίες στα σχολεία, για την προφύλαξη από κατάλληλα άτομα, όπως νοσηλεύτριες ή επισκέπτριες νοσηλεύτριες.
- Στα χωριά και στις αγροτικές περιοχές θαλό είναι η νοσηλεύτρια του αγροτικού ιατρείου να κάνει συγκεντρώσεις με θέμα οι αιτίες και οι τρόποι προφύλαξης από τις μεταδοτικές δερματοπάθειες.
- Διδασκαλίες θα πρέπει να γίνονται ακόμη και στα μεγάλα εργοστάσια.

- Καλό είναι να γίνεται διδασκαλία και στα άτομα που εργάζονται στον τομέα καθαριότητας του δήμου (καθαριστές- υπάλληλοι δημοσίων ουρητηρίων κ.τ.λ.)
- Με την σωστή διδασκαλία στο ευρύ κοινό πιστεύεται ότι το πρόβλημα ελαττώνεται κατά μεγάλο ποσοστό γιατί η γνώση είναι η καλύτερη προφύλαξη.
- Τρόποι προφύλαξης.
- Η καλύτερη προφύλαξη είναι η ατομική δηλαδή προφύλαξη που προσφέρει ο καθένας στον εαυτό του πέρα από αυτό από το κράτος πρέπει να παίρνονται τα ανάλογα μέτρα.
- Αυτά είναι: όπως είπαμε διδασκαλία και διαφώτιση από νοσηλεύτες και επισκέπτριες αδελφές.
- Υγειονομικός έλεγχος σε κουρεία -κολυμβητήρια- αποδυτήρια γυμναστηρίων, σχολείων κ.τ.λ. όπως και επιμελημένη καθαριότητα.
- Έλεγχος παραλικών και θαλασσών καθώς και φροντίδα να κρατηθούν αυτές σε ικανά όρια καθαρές και αμόλυντες.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κλείνοντας την εργασία μας αυτή για τις «παθήσεις του δέρματος» και δίνοντας κάποια σχετική όψη για το θέμα μας γεννιέται η ελπίδα πως με την εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, μπορεί να γίνει καλύτερη διαφώτιση στο κοινό για την πρόληψη των μυκητιάσεων του δέρματος και ότι θα βρεθούν ακόμα πιο αποτελεσματικοί τρόποι θεραπείας και φυσικά καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών τόσο απ' το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό δυναμικό, το οποίο έχει αυξηθεί σημαντικά σήμερα και έχει να προσφέρει σπουδαία φροντίδα στο χώρο της ιατρικής.

Τέλος η νοσηλευτική παρέμβαση αισιοδοξούμε να γίνει καλύτερη απ' την ήδη υπάρχουσα επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον της όχι μόνο στη φαρμακευτική θεραπεία αλλά και στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς καλύπτοντας τις ψυχοσωματικές του ανάγκες και ενισχύοντας της πίστη του για ένα αισιόδοξο μέλλον.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες- Προβλήματα Νοσηλευτική διά- γνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. <b>Άνθρακας – Δερματική μορφή</b> Φυσαλίδες γεμάτες με σκουρόχρωμο υγρό - διόγκωση λεμφαδένων (δορυφόρων)	Αποκατάσταση επιφάνειας δέρματος σε 2 εβδομάδες.	Χορήγηση IV Πενικιλίνης σε δόση 1.200.000 μονάδων ημερησίως για 5-7 ημέρες.	Η Νοσηλεύτρια καθιερώνει τη δερματική βλάβη χωρίς πολυλούς χειρισμούς προς αποφυγή διασποράς. Διεκτεταμένη-Υλοποίηση.	Αποκατάσταση δέρματος σε 12 ημέρες.
2. <b>Έρπητας Ζωστήρας</b> Κνησμός και πόνος που οφείλεται σε εξάνθημα που συνίσταται από φυσαλίδες	Μείωση κνησμών και πόνου καθώς και του εξανθήματος.	Χορήγηση τοπικής χρήσης IDU (3-5 ημέρες)	Διεκτεταμένη-Υλοποίηση.	Απώλεια πόνου και κνησμών καθώς επίσης και εξαχθένση του εξανθήματος.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Arndt, Kenneth A., Wintroub, Bruce U. (1997). *Primary care dermatology*, Philadelphia: Saunders
- Arnold, Harry L., Odom, Richard B., James, William D.A. (1990). *Andrews' diseases of the skin: clinical dermatology*, Philadelphia: W .B. Saunders Co.
- Cohen, Bernard A. (1999). *Παιδιατρική δερματολογία*, Αθήνα : Μαρία Γρ. Παρισιάνου
- Du Vivier, Anthony, Σταυρόπουλος, Παναγιώτης, Στρατηγός, Ιωάννης Δ., Βαρελτζίδης, Αντώνης Γ. (1997). *Κλινική δερματολογία: με έγχρωμες εικόνες*, Αθήνα : Π. Χ. Πασχαλίδης
- Du Vivier, Anthony, Χατζημηνάς, Ιωάννης. (1996). *Η δερματολογία στην πράξη*, Αθήνα : Μαρία Γρ. Παρισιάνου
- Edwards, Libby. (1997). *Dermatology in emergency care*, New York: Churchill Livingstone
- Fitzpatrick, Thomas B. (Thomas Bernard), Κατσάμπας, Ανδρέας Δ., Κατούλης, Αλέξανδρος Κ. (2002). *Κλινική δερματολογία*, Αθήνα : Π. Χ. Πασχαλίδης
- Freedberg, Irwin M. (1999). *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*, New York: McGraw-Hill
- Γιαννόπουλος, Νικόλαος. (1992). *Μαθήματα δερματολογίας*, Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας
- Habif, Thomas P. (1996). *Clinical dermatology: a color guide to diagnosis and therapy*, United States: Mosby
- Χατζής, Ιωάννης. (1994). *Βασική δερματολογία - αφροδισιολογία*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας
- Χατζής, Ιωάννης. (2002). *Δερματολογία φαρμακευτικών αντιδράσεων*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας
- Helm, Klaus F, Marks, James G. (1998). *Atlas of differential diagnosis in dermatology*, New York: Churchill Livingstone
- Hurwitz, Sidney. (1993). *Clinical pediatric dermatology*, Philadelphia: W .B. Saunders Co.
- Kane, Kay Shou-Mei. (2002). *Color atlas & synopsis of pediatric dermatology*, New York: McGraw-Hill
- Κατσάμπας, Ανδρέας Δ., Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο (20ο), Ιατρική Εταιρεία Αθηνών. (1994). *Πρόσφατες εξελίξεις στη δερματολογία*, Αθήνα : Τεχνόγραμμα

- Κατσάμπας, Ανδρέας Δ., Πανεπιστήμιο Αθηνών - Νοσοκομείο "Α. Συγγρός" - Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων. (2001). *Μαθήματα δερματολογίας αφροδισιολογίας*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
- Κολοκώστα-Βασιλειάδου, Μαρία. (1996). *Στοιχεία βιολογίας και δερματολογίας*, Αθήνα: ΙΩΝ
- Levene, G.M., Calnan, C.D., Χατζής, Ιωάννης. (1995). *Εγχρωμος άτλας δερματολογίας*, Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας
- Lookingbill, Donald P., Marks, James G. (1993). *Principles of dermatology*, Philadelphia: W. B. Saunders Co.
- Maibach, Howard I., Roenigk, Henry H. (1998). *Psoriasis*, New York: M. Dekker
- Marks, James G., DeLeo, Vincent A. (1997). *Contact & occupational dermatology*, St. Louis: Mosby
- Sober, Arthur J., Fitzpatrick, Thomas B. (1997). *Year book of dermatology 1997*, St. Louis: Mosby
- Sybert, Virginia P. (1997). *Genetic skin disorders*, New York: Oxford University Press
- Theodore Rosen, Marilyn B. Lanning, Marcia J. Hill. (1993). *The nurse's atlas of dermatology*, Boston: Little, Brown & Company
- Thiers, Bruce H., Lang, Pearson G. (1998). *Year book of dermatology and dermatologic surgery 1998*, St. Louis: Mosby
- Weston, William L., Lane, Alferd T., Morelli, Joseph G. (1996). *Color text-book of pediatric dermatology*, United States: Mosby

