

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

# ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

---

ΕΡΕΥΝΑ

ΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ  
ΠΙΤΙΑ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΙΟΡΔΑΝΗΣ

22 ΙΑΝΟΥΡΙΟΥ 2017

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	3
ABSTRACT .....	4
1 ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ .....	5
1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	6
1.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .....	8
1.2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ.....	8
1.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ .....	9
1.4 ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΑ ΚΑΙ ΣΥΧΝΑ ΑΝΕΠΑΡΚΩΣ ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .....	10
1.4.1 ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ .....	10
1.4.2 ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ.....	11
1.4.3 ΑΝΟΙΑ .....	12
2 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ .....	13
3 ΕΡΕΥΝΑ .....	15
3.1 Οι 10 πιο συχνές δερματολογικές παθήσεις στις γυναίκες .....	16
3.2 Οι 10 πιο συχνές δερματολογικές παθήσεις στους άνδρες.....	30
4 ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	44
4.1 ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ .....	44
4.2 ΑΛΩΠΕΚΙΑ(νόσος των τριχών-τριχόπτωση) .....	59
4.3 ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑ(ΒΕ) .....	71
4.4 ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ(ΑΚ) .....	74
4.5 ΣΜΗΓΜΑΤΟΡΡΟΙΚΕΣ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΕΙΣ(ΣΥ):.....	81
4.6 ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΙΚΕΣ Ή ΣΜΗΓΜΑΤΟΓΟΝΕΣ ΚΥΣΤΕΣ.....	84
4.7 ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΚΝΥΖΑ.....	94
4.8 ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΗ.....	99
4.9 ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ .....	103
4.10 ΠΑΡΑΤΡΙΜΜΑ.....	108
4.11 ΟΝΥΧΟΜΥΚΗΤΙΑΣΗ.....	112
4.12 ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑ.....	117
4.13 ΨΩΡΙΑΣΗ.....	122

4.14	ΕΚΖΕΜΑ .....	127
4.15	ΜΥΡΜΗΚΙΕΣ.....	130
4.16	ΘΥΛΑΚΙΤΙΔΑ .....	133
5	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.1	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.2	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.3	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.4	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως θέμα τις μεταβολές του δέρματος στα άτομα της τρίτης ηλικίας, με τίτλο «Γηριατρική Δερματολογία(Έρευνα)». Η Γηριατρική Δερματολογία είναι ένας κλάδος της δερματολογίας που ασχολείται με την εξέλιξη και τις μεταβολές του δέρματος ως αποτέλεσμα της γήρανσης. Ένα μεγάλο μέρος της Αισθητικής ασχολείται με θεραπείες που αφορούν την αντιμετώπιση προβλημάτων σε πρόσωπο και σώμα. Ο μέσος όρος της ζωής έχει αυξηθεί, οπότε οι περισσότεροι θεραπευόμενοι που θα επισκέπτονται κάποιο ινστιτούτο Αισθητικής θα είναι ηλικιωμένοι. Εκεί επέρχεται η συνεργασία Αισθητικής και Δερματολογίας, εφόσον το δέρμα, τα μαλλιά και τα νύχια θα πρέπει να διατηρούνται σε καλή κατάσταση για περισσότερο χρόνο.

Αρχικά, αναλύθηκε η βιολογία του γήρατος και αναφέρθηκαν τα συχνότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς άνω των 60 ετών και των δύο φύλων, με διαγνωσμένες δερματολογικές παθήσεις. Αφού ολοκληρώθηκε η εξέταση των ασθενών, συγκεντρώθηκαν τα αποτελέσματα και καταγράφηκαν οι δερματολογικές παθήσεις που εντοπίστηκαν. Τα αποτελέσματα αυτά κατηγοριοποιήθηκαν σε πίνακες, όπου φαίνονται τα στατιστικά στοιχεία της έρευνας. Τέλος, έγινε η αναφορά και η ανάλυση των περισσότερων παθήσεων που συγκεντρώθηκαν.

Σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη όλων των δερματολογικών ασθενειών, που μπορεί να εμφανίσουν οι ηλικιωμένοι, η καταγραφή τους και η ανάλυσή τους, καθώς και η συνεργασία του Αισθητικού και του Δερματολόγου για την αντιμετώπιση των παθήσεων.

## *ABSTRACT*

This graduation project specializes in the skin alterations in the elderly, entitled “Geriatric Dermatology (Research)”. The Geriatric Dermatology is a dermatology branch that deals with the development and changes of the skin as a result of aging. A large part of the Aesthetics includes treatments of the face and the body. The average of life has been increased, so most patients who visit a beauty salon will be elderly. In this context occurs cooperation of Aesthetics and Dermatology, since the skin, hair and nails should be perserved in good condition for longer.

Initially, the biology of aging has been analyzed and reported the most common health problems faced by the elderly. Then, it presents the survey conducted in patients over 60 years old of both genders, with diagnosed dermatological diseases. After the examination of patients was completed, the results were compiled and the dermatological diseases, that identified, were recorded. These results were categorized into tables, showing the statistics of the survey. Finally, there has been made the reporting and the analysis of most diseases that were conceived.

The purpose of the final work is the study of all dermatological diseases, which can be presented to the elderly. Furthermore, the results of the research were recorded and analyzed. In the end, this project aims to the cooperation of an aesthetician and a dermatologist for treating the diseases.

# 1 ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Πιθανότατα η διαδικασία του γήρατος μεταλλάσσεται από συγκεκριμένες επιδράσεις του περιβάλλοντος και ρυθμίζεται με ενδογενείς κυτταρικούς μηχανισμούς, άρα το φυσιολογικό γήρας δεν μπορεί να οριστεί με σαφήνεια. Πολύ συχνά καθίσταται δύσκολη η διάκριση για κάποιον, της πιθανότητας και την ποσότητας μιας μεταβολής που μετράται, επερχόμενη σε ένα ηλικιωμένο άτομο, μπορεί να αντιστοιχιστεί σε αναγκαία συνέπεια της διαδικασίας του γήρατος ή από την άλλη μιας προλαμβανόμενης ασθένειας. Το συμπέρασμα αυτό προκύπτει από το αδύνατο του υπολογισμού των εμπειριών της ζωής του καθενός, όντας ατομικές και η συνδυαστική διαμόρφωση όλων των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος. Από το θέμα αυτό προκύπτουν βαρυσήμαντες κλινικές συνέπειες. Άξιο σημασίας θα οριζόταν το παράδειγμα της γνώσης του ποσοστού μείωσης των σωματικών λειτουργιών που διαφαίνεται με την πάροδο του χρόνου, θα ήταν δυνατή η πρόληψη, εφαρμόζοντας πρέποντα μέτρα που προφυλάσσουν.

Στη συνέχεια, αναφέρεται ότι σε κάθε σύστημα, ο οργανισμός συμπεριφέρεται συνολικά με διαφορετικό τρόπο στην πορεία του γήρατος. Παρακάτω δηλώνονται ορισμένα ποσοστά μείωσης κάποιων λειτουργιών του σώματος ανάμεσα σε ηλικίες των τριάντα και των ογδόντα ετών. Προφανώς στην ηλικία των τριάντα ο οργανισμός βρίσκεται στο εκατό τις εκατό της απόδοσης του, όμως σταδιακά από την ηλικία των πενήντα(50) το σάκχαρο αίματος νηστείας αντιδρά περίπου στο εξήντα πέντε τοις εκατό(65), στην ηλικία των πενήντα πέντε(55) αντιδρά ο δείκτης ηρεμίας της καρδιάς περίπου στο πενήντα εννέα τοις εκατό(59). Επιπλέον η ροή του αίματος στα νεφρά στην ηλικία των εξήντα(60) αποδίδει περίπου το πενήντα τοις εκατό(50), η μέγιστη χωρητικότητα της αναπνοής σε ηλικία εξήντα οκτώ(68) είναι σαράντα τοις εκατό(40) και η πιο μεγάλη αποκόμηση οξυγόνου σε ηλικία εβδομήντα δύο(72) αποδίδει σε ποσοστό περίπου τριάντα οκτώ τοις εκατό(38). Σύμφωνα με την ηλικία παρουσιάζουν μείωση της βασικής φυσιολογικής λειτουργίας τους συγκεκριμένα όργανα, όπως οι νεφροί, οι πνεύμονες και το ανοσολογικό σύστημα, αντίθετα εξακολουθούν να διαθέτουν φυσιολογικά πλαίσια λειτουργίας σε σύγκριση με το επίπεδο της σε πιο νέα άτομα, άλλα όργανα, όπως η καρδιά, ο μυελός των οστών και το ήπαρ. Έπειτα, θα παραταθούν ελαττώσεις της φυσιολογικής λειτουργίας των κυττάρων αλληλένδετες με την ηλικία σε σχέση με το σύστημα των οργάνων. Ελάττωση λειτουργίας είναι εκείνη της ενδογενούς συσταλτικής λειτουργίας, της αγωγιμότητας, της πλήρωσης των κοιλιών, της λειτουργίας των πιεσüποδοχέων και της αύξησης της συστολικής αιματικής πίεσης που αφορούν το καρδιαγγειακό σύστημα. Μείωση μέγιστης αναπνευστικής χωρητικότητας, της λειτουργίας κάθαρσης με τη βλέννα, της ελαστικότητας των πνευμόνων, των χημειούποδοχέων ρύθμισης της αναπνοής, αύξηση του κινδύνου δευτεροπαθών λοιμώξεων και ελάττωση αρτηριακής PO<sub>2</sub> αντανακλώνται στο αναπνευστικό σύστημα. Ελάττωση της ανοχής της γλυκόζης, των ανδρογόνων και των οιστρογόνων, των αντιδράσεων έκκρισης νοραδρεναλίνης και μείωση ορμονικών ανταποκρίσεων στα ερεθίσματα αφορούν το ενδοκρινικό σύστημα. Έπειτα, η ανοσία επιφέρει μείωση του αριθμού των κυττάρων T, αύξηση των κατασταλτικών κυττάρων, ελάττωση των βοηθητικών κυττάρων T, της κυτταρικής ανοσίας, των κυττάρων μνήμης, αύξηση της αυτοανοσίας, ελάττωση των τίτλων αντισωμάτων προς γνωστά αντιγόνα. Όσον αφορά το αυτόνομο νευρικό σύστημα επιφέρει αύξηση της ευαισθησίας στην υποθερμία, ελάττωση της γαστρεντερικής κινητικότητας, του αντανακλαστικού των πιεσüποδοχέων και της

ανταπόκρισης στη στέρση υγρών. Τέλος, ελάττωση της γεύσης και της όσφρησης, πρεσβυωπία, καταρράκτης και βαρηκοΐα συμπεριλαμβάνονται στις ειδικές αισθήσεις. Η διαδικασία του γήρατος στα πιο πολλά οργανικά συστήματα διακρίνεται από μείωση της εφεδρικής τους ικανότητας, η οποία διαφαίνεται με αμβλίες και διάφορης έντασης αντιδράσεις στην αύξηση του κάθε ερεθίσματος. Αυτή η μείωση της εφεδρικής ικανότητας έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ικανότητας των ηλικιωμένων για τη διατήρηση της ομοιόστασης κατά τη διάρκεια σωματικής υπερέντασης (stress). Στη συνέχεια ακολουθεί μια πιο αργή, σε σχέση με τα νεότερα άτομα, ανάρρωσή τους από κακώσεις ή επιπλοκές παθήσεων και όσον αφορά ζητήματα που συσχετίζονται με τις ηλικιακές μεταβολές χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη επιρρέπεια των ηλικιωμένων στην προσβολή από διάφορα νοσήματα. Οι ίδιες αλλαγές της ανοσολογικής λειτουργίας πιστεύεται ότι συμμετέχουν στη μεγαλύτερη συχνότητα του καρκίνου στις μεγάλες ηλικίες. Οι ηλικιωμένοι χαρακτηρίζονται λιγότερο ικανοί να επιβιώσουν και πιο πολύ ευαίσθητοι σε συσχέτιση με τα νεότερα άτομα από πολλά λοιμώδη νοσήματα εξαιτίας σχετικής με την ηλικία μείωσης των αμυντικών μηχανισμών τους, ιδιαίτερα της κυτταρικής ανοσίας. Πάντως, δεν έχουν γίνει γνωστοί με βεβαιότητα, οι ενδογενείς κυτταρικοί μηχανισμοί που έρχονται σαν επακόλουθα του γήρατος, όμως έχουν εκφραστεί ορισμένες θεωρίες. Μια από αυτές βεβαιώνει ότι το γήρας είναι αποτέλεσμα της συσσώρευσης τυχαίων γενετικών σφαλμάτων, η οποία με την πάροδο του χρόνου έχει ως επακόλουθο την μείωση της σύνθεσης πρωτεϊνών και της κυτταρικής λειτουργίας. Όσον αφορά τη θεωρία του προγραμματισμένου γήρατος, το γήρας τίθεται σε λειτουργία με γενετικούς μηχανισμούς και οι σχετιζόμενες με την ηλικία αλλαγές της κυτταρικής λειτουργίας φανερώνονται ως μείωση της ανοσολογικής και της νευροενδοκρινικής λειτουργίας η οποία τελικά συμμετέχει στην επιρρέπεια προς τα νοσήματα και στην τελική ακολουθία του θανάτου. Σύμφωνα με τη θεωρία των ελεύθερων ριζών το γήρας συσχετίζεται με την προοδευτική ελάττωση της ικανότητας των κυττάρων να εξουδετερώνουν γρήγορα εκείνους τους μεταβολίτες με τελευταίο αποτέλεσμα την μη επανορθώσιμη βλάβη τους. Η θεωρία αυτή συμβαίνει λόγω της φυσιολογικής παραγωγής ελεύθερων ριζών από τα κύτταρα, παραδείγματος χάριν(π.χ.) υπεροξειδίου του υδρογόνου, ως παραπροϊόντα του μεταβολισμού τους. Επιπλέον, μια άλλη αιτία του γήρατος λαμβάνεται η προοδευτική μείωση της ικανότητας αποκατάστασης των βλαβών του DNA των κυττάρων, η οποία έχει ως αποτέλεσμα σφάλματα κατά τη σύνθεση RNA και πρωτεϊνών, με βλαβερές επιδράσεις στην κυτταρική λειτουργία.

## **1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Αρκετοί πληθυσμοί σύμφωνα με τις στατιστικές από τις αρχές του αιώνα έχουν μπει στη διαδικασία του γήρατος και συνεχίζουν να γερνούν. Το παρακάτω φαινόμενο του γήρατος της κοινωνίας σχετίζεται με τη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης και της βαθμιαίας μείωσης της γεννητικότητας. Ούτως ή άλλως εξαιτίας των διαφορών του προσδόκιμου επιβίωσης περίπου στο 75<sup>ο</sup> έτος ο γυναικείος αριθμός χαρακτηρίζεται διπλάσιος από τον ανδρικό αριθμό. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής(ΗΠΑ) ανάμεσα στο 1900 και στο 1980 το ποσοστό ηλικίας άνω των 65 ετών πληθυσμού αυξήθηκε από 4% σε 12% περίπου και ακολουθώντας τους υπολογισμούς γύρω στο 2030, όταν τα πιο πολλά μέλη της γενεάς της μεταπολεμικής πληθυσμιακής έκρηξης θα έχουν υπερβεί το 65<sup>ο</sup> έτος της

ηλικίας τους, οι ηλικιωμένοι θα μετριοούνται πάνω από το 20% του πληθυσμού. Το μέγιστο ποσοστό ανάπτυξης θα εντοπιστεί σε άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών. Σημειώνεται απόλυτη αύξηση του αριθμού των ατόμων ηλικίας 65-74 ετών και άνω των 75 από το 1910 μέχρι σήμερα, καθώς και η αναμενόμενη αύξηση για το έτος 2030. Επιπλέον, το ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία άνω των 65 ετών έχει παρατηρήσει σημαντική αύξηση από το 6% του αντιπροσωπευόμενου συνολικού πληθυσμού το 1940, σε 11% στις σημερινές ημέρες. Η ανάπτυξη, λοιπόν του αριθμού των ηλικιωμένων δεν φανερώνει απλά τη γενική αύξηση του συνολικού πληθυσμού και μάλιστα υπάρχει πρόβλεψη ότι κατά το 2030 το 16% του πληθυσμού θα βρίσκεται σε ηλικία άνω των 65 ετών. Όταν επέρχεται η πάροδος του χρόνου αυξάνεται στο άτομο ο κίνδυνος λειτουργικής εξάρτησης και παρουσιάζεται μεγαλύτερη συχνότητα οξέων και χρόνιων νοσημάτων. Με κάποιους μικρούς υπολογισμούς στις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (λουτρό, ένδυση, χρησιμοποίηση της τουαλέτας και μεταφορά από το κρεβάτι στο κάθισμα, βάδιση) το 5,3% των ενηλίκων μεταξύ 65 και 75 ετών έχει ανάγκη βοήθειας και σε καθημερινές δραστηριότητες με χρήση εργαλείων (παρασκευή γεύματος, οικιακές εργασίες, αγορές, χρησιμοποίηση του τηλεφώνου, και χειρισμό οικονομικών ζητημάτων) ένα ποσοστό λίγο μικρότερο από το 6% έχει ανάγκη βοήθειας. Η ανάγκη οξείας και χρόνιας φροντίδας της υγείας αυξάνεται από τη λειτουργική εξάρτηση και μεγαλώνει τον κίνδυνο του εγκλεισμού σε ιδρύματα. Κατά την ηλικία των 85 ετών τα ποσοστά αυτά μεγεθύνονται εντυπωσιακά στο 35% και 40% αντίστοιχα. Σε ηλικία 65-74 ετών το ποσοστό του πληθυσμού που εμφανίζει σημαντικές αναπηρίες είναι μικρό και ακολουθούνται από λειτουργική εξάρτηση και ανάγκη βοήθειας στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής. Στη συνέχεια σε ηλικία 74-84 τα ποσοστά αυξάνονται περίπου 10% , ενώ σε ηλικία άνω των 85 σημειώνεται σημαντική αύξηση της τάξης περίπου 30%. Επιπρόσθετα σημειώνονται για συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τα έθνη, οικονομικές συνέπειες από την εντυπωσιακή μεγένθυση της αναλογίας του ηλικιωμένου πληθυσμού. Οι ηλικιωμένοι αφιερώνουν μεγάλο ποσοστό των χρημάτων τους στην υγεία εξαιτίας της μεγαλύτερης ανάγκης παροχής ιατρικής περίθαλψης όσο περνά η ηλικία. των κονδυλίων που διατίθενται για την υγεία. Αν και ανευρίσκονται μόνο στο 12% του πληθυσμού, αντιπροσωπεύουν και το 33% όλων των εισαγωγών σε νοσοκομεία, το 44% όλων των ημερών νοσηλείας και το μεγαλύτερο ποσοστά των επισκέψεων σε γιατρούς. Οι οικονομικές παροχές που προσφέρονται για την υγεία περίπου το 36% αφορά στους ηλικιωμένους και μεγάλο μέρος του αντίστοιχου ποσού δαπανάται κατά τα τελευταία χρόνια της ζωής τους. Η νοσηλεία σε νοσοκομεία παραλληλίζεται με το ποσοστό του 40% των κονδυλίων για υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων και ιατρικές επισκέψεις που συνάπτουν σε άλλα 40%(ανά 20%). Ορισμένες εξειδικευμένες υπηρεσίες καθίστανται απαραίτητες προκειμένου να ελαττωθεί ο κίνδυνος της εισαγωγής των ατόμων αυτών σε οίκους ευγηρίας εξαιτίας της μεγάλης συχνότητας των χρόνιων παθήσεων και των λειτουργικών αναπηριών στους ηλικιωμένους,. Συγκεκριμένα στις ΗΠΑ ο μεγαλύτερος χορηγός(70 δισεκατομμύρια δολάρια) ιατρικής περίθαλψης ηλικιωμένων είναι η Medicare και συνεχίζει η Medicaid με 20 δισεκατομμύρια και κάποιιοι άλλοι οργανισμοί με 10δισεκατομμύρια δολάρια. Στο μεγαλύτερο πληθυσμό των ηλικιωμένων ατόμων η πρωτοβάθμια περίθαλψη και η προληπτική περίθαλψη εμφανίζουν σοβαρές ελλείψεις ακόμα και αν η υψηλή τεχνολογία άμεσης περίθαλψης σε οξέα περιστατικά είναι ευκολοπρόσιτη. Επιπλέον, παρουσιάζονται ιδιαιτέρως έντονοι οι ανάγκες φροντίδας κατ'οίκον κοινωνικές υπηρεσίες βοήθειας. Τελος, αναμφίβολα στο άμεσο μέλλον θα



επέλθει επιρροή στις προτεραιότητες και τον τρόπο άσκησης της Ιατρικής και η αδιάκοπη γρήγορη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων με χρόνιες παθήσεις και η λειτουργική εξάρτηση θα επιφέρουν κακά αποτελέσματα για την παρούσα κρίση της περίθαλψης.

## **1.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

### **1.2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ**

Αρκετά συχνά τα κλινικά σημεία και συμπτώματα της νόσου είναι άτυπα ή και δε βρίσκονται αν δε συμβεί η διαγνωστική εκτίμηση του ηλικιωμένου ασθενούς με πολύ προσεκτικά βήματα. Ένα σημαντικό παράδειγμα καλείται εκείνο της θυρεοτοξίκωσης, η οποία στους ηλικιωμένους καθίσταται πιο πιθανό να φανερώνεται με νοητική δυσλειτουργία, ανορεξία, μυϊκή αδυναμία, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, κολπική μαρμαριγή σε συσχέτιση με ένα άτομο νεαρότερης ηλικίας που τυπικά εμφανίζει μια ποικιλία κλασικών σημείων και συμπτωμάτων (π.χ. νευρική τάση, τρόμο, ταχυκαρδία και απώλεια βάρους). Ένας ηλικιωμένος όταν παρουσιάζει έμφραγμα του μυοκαρδίου, δυσουρία, λοίμωξη, δύσπνοια, πνευμονία ή βήχα είναι δυνατόν να μην προκύψει η αναφορά σε θωρακικό πόνο. Το παραπάνω περιστατικό αποδεικνύει πως ακόμα και με μια σαφή λήψη ιατρικού ιστορικού δεν προκύπτουν πάντα τα προβλεπόμενα διαγνωστικά στοιχεία. Από την άλλη μεριά η παρουσία λοίμωξης, συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας ή μεταβολικής διαταραχής μπορεί να υποβόσκει ένα πραγματικό ψυχιατρικό πρόβλημα, π.χ. η κατάθλιψη, είναι δυνατό να φανερώνεται με γενικά συμπτώματα, όπως κεφαλαλγία ή αδυναμία και ζάλη ή ψυχιατρικά συμπτώματα. όπως απροσεξία, καταθλιπτική διάθεση, διαταραχή της προσωπικότητας. Σε συχνές περιπτώσεις μόνο ασαφή μη ειδικά σημεία και συμπτώματα υποδεικνύουν την υφιστάμενη οξεία νόσο. Τα συμπτώματα αυτά είναι η ανάπτυξη της υπνηλίας, η ανορεξία, η αύξηση της συχνότητας των πτώσεων και η αλλαγή της ψυχολογικής κατάστασης. Πολλαπλές φορές τη διαγνωστική σύγχυση χειροτερεύουν τα φάρμακα, των οποίων οι παρενέργειες μπορούν να μοιάσουν ή να δυσχεραίνουν τα συμπτώματα οξέων νοσημάτων. Επίσης, δυσκολίες στην αναγνώριση της αιτίας της κλινικής χειροτέρευσης σε έναν ηλικιωμένο ασθενή ακολουθεί ως αποτέλεσμα, όταν τα συμπτώματα μιας χρόνια πάθησης αποκρύπτουν τα συμπτώματα ενός νέου νοσήματος. Για παράδειγμα, όταν ο ασθενής κατέχει ιστορικό χρόνιας υποτροπιάζουσας επώδυνης αρθρίτιδας της ίδιας άρθρωσης είναι δυνατή η χρονοτριβή μιας οξείας σηπτικής αρθρίτιδας. Επιπρόσθετα, επικίνδυνες παθήσεις για τη ζωή μπορεί να εμφανισθούν στους ηλικιωμένους αρχικώς με συμπτώματα που προκαλούν για τον κλινικό διαγνωστικά προβλήματα. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι δεν αποτελεί σπάνια περίπτωση ένας ηλικιωμένος με πνευμονία, σηψαιμία εξαιτίας ουρολοίμωξης ή βαρύτατο οξύ ενδοκοιλιακό νόσημα, να εμφανίζει λίγα μόνο διαγνωστικά κλινικά σημεία, χαμηλό ή καθόλου πυρετό και αριθμό λευκοκυττάρων ελαφρώς αυξημένο, φυσιολογικό ή ακόμα και χαμηλό. Η περίεργη πτώση της θερμοκρασίας του σώματος τις περισσότερες φορές προκαλεί κακό σημείο πρόγνωσης. Στους ηλικιωμένους ασθενείς με μείωση της γνωσιακής λειτουργίας, υποσιτισμό εξάντληση ή πολλαπλά χρόνια παθολογικά προβλήματα(αιτίες για τις οποίες αυτά τα περιστατικά φέρνουν στην επιφάνεια τις πιο πολλές φορές τα μεγαλύτερα διαγνωστικά προβλήματα), οι πιθανότητες άτυπης εκδήλωσης της πάθησης αφορούν τους πιο πολλούς.

### 1.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Αρχικώς, σημειώνονται καταστροφικά αποτελέσματα στα άτομα μεγάλης ηλικίας από την πάθηση. Επιπλέον, η ανάρρωση του ηλικιωμένου ακολουθεί πιο αργά βήματα σε συσχέτιση με κάποιον νεαρότερο και αν καθίσταται σημαντικό να επέλθει η άνοδος του στην προηγούμενη από τη νόσο κατάσταση, να χρειάζεται μεγαλύτερες και εντατικότερες περιόδους ανάνηψης και αποκατάστασης. Επιπρόσθετα, ελαφρά νοσήματα στους ηλικιωμένους μπορεί να τείνουν σε αρνητικά έντονα αποτελέσματα των νοητικών και των σωματικών λειτουργιών. Ένας άλλος παράγοντας κινδύνου εγκλεισμού σε ίδρυμα ενός ηλικιωμένου είναι εκείνος που οδηγεί στην απώλεια της λειτουργικής ανεξαρτησίας εξαιτίας της σωματικής ή νοητικής αναπηρίας. Σημαντικό θεωρείται η κάθε ιατρική εκτίμηση του ηλικιωμένου ασθενούς εκτός των άλλων να εμπεριέχει μια αξιολόγηση της λειτουργικής και νοητικής κατάστασής του και τις βάσεις ενός σχεδίου θεραπείας για την επίτευξη της αποκατάστασης της ανεξαρτησίας του. Ακόμα, για να συγκεκριμενοποιηθούν τα απαιτούμενα μέσα που θα εδιναν τη δυνατότητα στον ασθενή να γυρίσει ή να μείνει στην ασφάλεια του σπιτιού του κρίνεται αναγκαία η βαθιά εκτίμηση της υποδομής της κοινωνικής υποστήριξης του ασθενούς (της οικογένειας, των συγγενών και φίλων), της οικονομικής του κατάστασης και του οικογενειακού περιβάλλοντός του. Τα συγκεκριμένα στοιχεία, λοιπόν προάγουν το σημαντικότερο εγχείρημα της γηριατρικής, όμως ζητούν επίμονα πλήρη πολύπλευρη αξιολόγηση από γιατρούς, φυσικοθεραπευτές επαγγελματικούς θεραπευτές, φαρμακοποιούς, νοσοκόμους, κοινωνικούς λειτουργούς σύμφωνα πάντα με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς πολλούς άλλους ειδικούς πάνω στον τομέα της πρόνοιας και της υγείας. Παρακάτω θα γίνει αναφορά των ειδικών των επαγγελματιών υγείας που σχετίζονται με την πολύπλοκη και πολύπλευρη εκτίμηση των αδύναμων ηλικιωμένων ασθενών. Υφίσταται μια κύρια ομάδα που είναι αναγκαίο να προχωρά στη βέλτιστη δυνατή εκτίμηση κάθε ασθενούς. Σε αυτή συμπεριλαμβάνονται, όπως προαναφέρθηκε ιατροί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, νοσοκόμοι, φυσικοθεραπευτές και ειδικοί θεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, διαιτολόγοι, φαρμακοποιοί. Τα συμβουλευτικά μέλη της ομάδας (ειδικοί παθολόγοι, οδοντίατροι, ψυχολόγοι, λογοθεραπευτές και ειδικοί ορθοπεδικοί) δρουν ανάλογα με τις ανάγκες. Αδήριτη ανάγκη σε αρκετές περιπτώσεις έχει ο σημαντικός ρόλος στην ανάπτυξη του σχεδίου θεραπείας και διαδικασιών είναι δυνατόν να συμμετάσχει κάποιος σύμβουλος, π.χ. ο οδοντίατρος, ο ψυχολόγος ή ο εξειδικευμένος σε υποειδικότητα της Παθολογίας. Οπότε στα πλαίσια εφαρμογής ενός πλάνου που περιέχει την πιο μικρή εφικτή χρήση φαρμάκων, μια τακτική σε βάθος χρόνου αποκατάστασης της σωματικής ή νοητικής λειτουργίας ή της θρέψης και την βέλτιστη ιατρική περίθαλψη της πάθησης επέρχεται η σωστή συνεννόηση με τα διάφορα μέλη των ομάδων που αναφέρθηκαν. Έπειτα παρατηρούνται κάποια περιστατικά ηλικιωμένων ασθενών που υπολογίστηκε ότι υπήρχαν σημαντικές δυνατότητες αποκατάστασης. Αρκετές μελέτες φανέρωσαν πως αυτού του συγκεκριμένου είδους οι τακτικές της εκτίμησης και της περίθαλψης ηλικιωμένων καθίστανται παραγωγικές, κάνουν καλύτερη τη λειτουργική κατάσταση του ασθενούς και οδηγούν σε μεγάλο μέρος ηλικιωμένων ασθενών στην επάνοδο της οικίας τους ή τη διαμονή τους σε αυτή.

## **1.4 ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΑ ΚΑΙ ΣΥΧΝΑ ΑΝΕΠΑΡΚΩΣ ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

### **1.4.1 ΠΟΛΥΦΑΡΜΑΚΙΑ**

Οι ηλικιωμένοι μπορεί να βρεθούν σε μεγάλο κίνδυνο από την λήψη φαρμάκων. Ο κυριότερος λόγος για τον κίνδυνο αυτό είναι ότι παίρνουν πολλά φάρμακα. Ο μέσος όρος ηλικιωμένων ασθενών άνω των 70 ετών λαμβάνει 4,5 συνταγογραφημένα φάρμακα και 3,5 από τα χορηγούμενα χωρίς συνταγή. Καθώς, λοιπόν, αυξάνεται ο αριθμός των φαρμάκων, αυξάνεται και ο κίνδυνος πολλών ανεπιθύμητων αντιδράσεων και ελλιπούς συμμόρφωσης προς τις οδηγίες. Παραδείγματος χάρη, οι πιθανότητες ανεπιθύμητων φαρμακευτικών αντιδράσεων αυξάνονται από 2%, σε ασθενείς που λαμβάνουν δύο ή λιγότερα φάρμακα, έως 13%, σε ασθενείς που λαμβάνουν έξι ή περισσότερα φάρμακα. Στην ελλιπή συμμόρφωση, άλλωστε, μπορεί να επηρεάσουν το συχνά απαγορευτικό κόστος των φαρμάκων και τα περίπλοκα σχήματα θεραπείας που μερικές φορές εφαρμόζονται. Το πρόβλημα, επίσης, βρίσκεται στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι επισκέπτονται συχνά πολλούς γιατρούς, τους οποίους αμελούν να ενημερώσουν για τα φάρμακα που χορήγησαν άλλοι γιατροί, έχοντας ως αποτέλεσμα τη λήψη πολλών φαρμάκων, ή την λήψη κάποιου φαρμάκου δύο φορές, και τις ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων.

Πέρα από αυτά, στους ηλικιωμένους υπάρχουν πιθανότητες να δημιουργηθούν προβλήματα και εξαιτίας των ηλικιακών μεταβολών της φαρμακοκινητικής και φαρμακοδυναμικής. Ο χρόνος που χρειάζεται για να αποβληθούν πολλά φάρμακα είναι μεγαλύτερος στους ηλικιωμένους, στους οποίους είναι επίσης πιθανή η εμφάνιση τοξικών εκδηλώσεων ακόμα κι αν η συγκέντρωση κάποιου φαρμάκου στο αίμα μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική για τα νεότερα ηλικιακά άτομα. Πρέπει, λοιπόν, να μειώνεται ανάλογα η δοσολογία ορισμένων φαρμάκων, διότι ο ασθενείς μπορεί εύκολα να εμφανίσει τοξικά συμπτώματα. Έχει βαθύτερη σημασία να τονισθεί στα ηλικιωμένα άτομα η ανάγκη της σωστής και ακριβούς λήψης των φαρμάκων και η παράλειψη εκείνων που δεν είναι απαραίτητα καθώς και να δοθεί η σιγουριά και η επιβεβαίωση ότι η χορήγηση των φαρμάκων δεν θα φέρει επιδείνωση στην πάθηση του.

#### **1.4.1.1 ΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Οι δυσκολίες βάδισης και η έλλειψη της ισορροπίας είναι συχνές στους ηλικιωμένους με αποτέλεσμα στο 30%, περίπου, των άνω των 70 ετών ατόμων να καταγράφονται μία ή περισσότερες πτώσεις κάθε χρόνο, οι οποίες επιφέρουν σε μεγάλη συχνότητα κάταγμα του ισχίου και άλλες κακώσεις περιορίζοντας τους ασθενείς στο κρεβάτι και αυξάνοντας πολλούς άλλους κινδύνους παθολογικών προβλημάτων, όπως για παράδειγμα αφυδάτωσης, πνευμονίας, επίσχεσης ούρων και λοιμώξεων. Οι αιτίες των πτώσεων αυτών μπορεί να είναι η μείωση της οράσεως, οι νευρολογικές ή αιθουσαίες επιπλοκές, η ορθοστατική υπόταση, η ελάττωση της μυϊκής μάζας, οι παθήσεις των αρθρώσεων και άλλες διάφορες διαταραχές των ποδιών. Συχνά οι πτώσεις διαδραματίζονται κατά τη διάρκεια της νύχτας, συμβαίνουν πιο εύκολα σε άτομα που πάσχουν από άνοια και αυξάνονται με την χρήση φαρμάκων. Πρόσφατες μελέτες θέτουν ότι η αποκατάσταση και οι ασκήσεις αύξησης της μυϊκής δύναμης μπορούν να βελτιώσουν τη μυϊκή μάζα, την ισορροπία και το βάδισμα, καθώς και να ελαττώσουν τον κίνδυνο των πτώσεων.

#### 1.4.2 ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ

Το παραλήρημα ορίζεται ως μία οξεία συγχυτική κατάσταση, η οποία συνήθως παρατηρείται στους ηλικιωμένους ασθενείς που βρίσκονται στο νοσοκομείο. Η διάγνωση, που θα πρέπει να είναι κλινική, πρέπει να παρουσιαστεί πιθανόν σε κάθε περίπτωση ηλικιωμένου ατόμου με σύγχυση που έχει εισαχθεί πρόσφατα σε ίδρυμα και συνοδεύεται από διακυμάνσεις του επιπέδου της συνείδησης. Στοιχεία της κλινικής εικόνας μπορούν να θεωρηθούν η ελάττωση της ικανότητας διατήρησης της προσοχής, η υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας, οι παραισθήσεις, η διάσπαση προσανατολισμού και η απώλεια της μνήμης. Στα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να εκδηλωθεί με παραλήρημα κάθε διαταραχή. Τα αίτια του παραληρήματος είναι η αφυδάτωση, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, οι λοιμώξεις των πνευμόνων ή του ουροποιητικού και ο αυξημένος αριθμός των φαρμάκων που λαμβάνονται. Πέρα από τα φάρμακα που έχουν γνωστές επιπλοκές στο κεντρικό νευρικό σύστημα, έχει καταγραφεί ότι το παραλήρημα μπορεί να εμφανιστεί και μετά από την χορήγηση πενικιλίνης, διγοξίνης, σιμετιδίνης και μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, όπως της ασπιρίνης και της ιβουπροφαίνης. Ακόμα και με χορήγηση φαρμάκων με δόσεις που δεν θεωρούνται τοξικές, στα μεγάλης ηλικίας άτομα μπορεί να παρατηρηθεί παραλήρημα. Στους ηλικιωμένους ασθενείς είναι πιθανό να παρατηρηθεί παραλήρημα ακόμα και ως αποτέλεσμα αλλαγής του περιβάλλοντός τους, για παράδειγμα κατά την εισαγωγή τους σε νοσοκομείο ή κάποιο οίκο ευγηρίας. Επιπλέον, συχνό στους ηλικιωμένους είναι και το μετεγχειρητικό παραλήρημα, το οποίο παρατηρείται σχεδόν στο 50% των ασθενών μετά από επέμβαση στο ισχίο. Στην περίπτωση αυτή η αιτιολογία θεωρείται πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει χορήγηση φαρμάκων και λοιμώξεις. Το παραλήρημα παρατηρείται συχνότερα σε ασθενείς με ήδη υπάρχουσες νοητικές διαταραχές. Επειδή το παραλήρημα είναι δυνητικά αναστρέψιμο, δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να παραγνωρίζεται, χαρακτηριζόμενο ως «γεροντική άνοια» ή ως «οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο». Για την αντιμετώπιση του παραληρήματος θα πρέπει να γίνει ακριβή διάγνωση και θεραπεία, απαγόρευση ή αλλαγή όλων των φαρμάκων που μπορεί να συντελέσουν στην επιδείνωσή του, καθώς και σε επιθετική θεραπεία της αφυδάτωσης. Όταν παρατηρηθεί έντονη διέγερση είναι δυνατό να χορηγηθούν κατασταλτικά ή ηρεμιστικά φάρμακα. Το φάρμακο που επιλέγεται, αν και όχι το ιδανικό, είναι η αλοπεριδόλη, η οποία συνήθως χορηγείται αρχικά σε δόση 0,5 mg ενδομυϊκώς η από το στόμα και επαναλαμβάνεται κάθε 30 λεπτά ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός. Αν και τις περισσότερες φορές η αλοπεριδόλη θεωρείται αρκετά ανεκτική, μία σπάνια αλλά δυνητικά θανατηφόρος ανεπιθύμητη αντίδρασή της είναι η ανάπτυξη του κακοήθους συνδρόμου των νευροληπτικών, το οποίο συνοδεύεται από πυρετό και εξωπυραμидικά σημεία. Για την ίαση του παραληρήματος, χορηγείται σε συνδυασμό με την αλοπεριδόλη οι βενζοδιαζεπίνες (π.χ. η διαζεπάμη). Δεν πρέπει να μεριμνάται, όμως, ότι και τα ίδια τα φάρμακα μπορεί να είναι αίτια παραληρήματος. Τα κατασταλτικά πρέπει να αποτρέπονται σε ασθενείς με υπνηλία και δεν πρέπει να χορηγούνται για μεγάλες χρονικές περιόδους. Στους ασθενείς με παραλήρημα εφαρμόζεται φαρμακευτικός και σωματικός περιορισμός (δεσμά), αλλά και οι δύο τρόποι ακολουθούνται από μεγάλη νοσηρότητα και πρέπει όσο είναι δυνατόν να μην χρησιμοποιούνται.

### 1.4.3 ΑΝΟΙΑ

Η άνοια ορίζεται ως γενική απώλεια των νοητικών λειτουργιών, και χαρακτηρίζεται από διαταραχές της μνήμης, της γλώσσας, του προσανατολισμού, της σκέψης και των συναισθημάτων ή της προσωπικότητας. Το γήρας ακολουθείται από μικρές διαταραχές της μνήμης (τη λεγόμενη καλοήγη αμνησία), αλλά τα ελαττώματα που παρεμποδίζουν την ανεξάρτητη λειτουργία δεν οφείλονται ποτέ από το ίδιο το γήρας και αποτελούν σημάδια πάθησης. Η άνοια είναι μία πάθηση αρκετά συχνή στους ηλικιωμένους και αναφέρεται στο 20% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 85 ετών. Τα δύο σημαντικότερα αίτια της άνοιας είναι η νόσος του Alzheimer και η άνοια εξαιτίας πολλαπλών εμφράκτων. Επειδή ορισμένες περιπτώσεις μπορούν να εκδηλωθούν με ανατάξιμο κλινικό σύνδρομο, που φέρει ομοιότητες με την εικόνα της άνοιας, κάθε ασθενής με άγνωστη αιτία διανοητική δυσλειτουργία πρέπει να υποβάλλεται σε πλήρη παθολογική και νευροψυχιατρική διάγνωση και κατάλληλη εργαστηριακή και ακτινολογική διερεύνηση. Η έρευνα αυτή θα πρέπει να δώσει σημαντική βάση στον αποκλεισμό της κατάθλιψης, της χρόνιας κατάχρησης οινόπνευματος, της θυρεοτοξίκωσης, του μυξοιδήματος, της έλλειψης της βιταμίνης B12 ή του φυλλικού οξέος, της δηλητηρίασης από βαρέα μέταλλα ή φάρμακα ή του φυσιολογικής πίεσης υδροκεφάλου ως αιτιών της νοητικής διαταραχής. Οι περισσότερες υποθέσεις απώλειας της νόησης που αναφέρονται στους ηλικιωμένους οφείλονται στη νόσο του Alzheimer και στην αγγειακή άνοια (ή άνοια λόγω πολλαπλών εμφράκτων). Η νόσος του Alzheimer παρουσιάζεται ύπουλα με προοδευτική απώλεια μνήμης. Ένα συχνό πρώιμο χαρακτηριστικό της είναι η εμφάνιση δυσκολιών της γλώσσας, που εκδηλώνονται κυρίως με εκφραστική και αισθητική αφασία, οι οποίες σταδιακά επιδεινώνονται. Οι ασθενείς πολλές φορές αδυνατούν να αναγνωρίσουν κοινά αντικείμενα και συχνά χάνονται σε οικείο περιβάλλον. Με την πάροδο του χρόνου και την εξέλιξη της νόσου, δημιουργούνται περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως επιθετικότητα, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις. Ιδιαίτερη ανησυχία αντιμετωπίζουν εκείνοι που φροντίζουν τον ασθενή, κυρίως λόγω της διέγερσης αργά το απόγευμα (της «δύσης του ηλίου»), οι περιπλανήσεις του και η διαταραχή του κύκλου του ύπνου του. Αν και κατά βάση η αρχική διάγνωση της νόσου Alzheimer τίθεται με την κλινική εκτίμηση, μπορεί να αναγνωριστεί με τη μεταθανάτια ιστολογική εξέταση του εγκεφάλου. Τα διαγνωστικά ιστολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της νόσου είναι οι πολλαπλές διαπλεκόμενες μάζες νευρικών ινιδίων και οι νευριτικές πλάκες που περιέχουν αμυλοειδή πρωτεΐνη τύπου β. Αν και τόσο οι μάζες των διαπλεκόμενων νευρικών ινιδίων (που θεωρείται ότι αντιπροσωπεύουν εκφυλιζόμενα νευρωνικά σώματα), όσο και οι νευριτικές πλάκες, παρατηρούνται και σε άλλες καταστάσεις, η παρουσία τους σε μεγάλους αριθμούς σε συνδυασμό με το κλασικό κλινικό ιστορικό της προοδευτικής μείωσης της γνωσιακής λειτουργίας, τοποθετείται ισχυρά υπέρ της διάγνωσης της νόσου του Alzheimer. Σε κάποιες περιπτώσεις άτυπης εικόνας ή πρώιμης έναρξης συμπτωμάτων (σε ηλικία κάτω των 60 ετών) μπορεί να γίνει βιοψία εγκεφάλου, η οποία να επιτρέψει τη διάγνωση σπάνιων διαταραχών και να απαλύνει τις ανησυχίες της οικογένειας.

Η άνοια λόγω πολλαπλών εμφράκτων του εγκεφάλου μπορεί να διακριθεί από τη νόσο του Alzheimer. Το κυριότερο παθολογοανατομικό χαρακτηριστικό της είναι τα πολλαπλά εγκεφαλικά έμφρακτα που οφείλονται σε αθηροσκλήρυνση και θρομβοεμβολές. Αντίθετα με την νόσο του Alzheimer, όπου η εξέλιξή της είναι συνεχής, η αγγειακή άνοια



εμφανίζεται τυπικά πιο απότομα και επιδεινώνεται κατά φάσεις. Συχνά σημειώνονται εστιακές νευρολογικές αλλοιώσεις και συναισθηματική αστάθεια, και επίσης υπάρχει ιστορικό υπέρτασης και προγενέστερων εγκεφαλικών επεισοδίων. Κατά κύριο λόγο τα πολλαπλά εγκεφαλικά έμφρακτα μπορούν να φανερωθούν με μαγνητική τομογραφία, η οποία χρησιμεύει σημαντικά για τη διάγνωση της αγγειακής άνοιας.

Λόγω των αυξημένων ποσοστών στους ηλικιωμένους που πάσχουν από άνοια, ο γιατρός που παρέχει πρωτοβάθμια περίθαλψη πρέπει να έχει πλήρη γνώση για το σύνδρομο αυτό και να έχει λογική πρόσβαση την έρευνα και στην παραπομπή του ασθενούς. Οι πολυδάπανες διαγνωστικές εξετάσεις, ιδιαίτερα η μαγνητική και η αξονική τομογραφία, δεν πρέπει να εκτελούνται αδιάκριτα σε όλες τις περιπτώσεις και κατά γενικό κανόνα η ακτινολογική εκτίμηση πρέπει ελαχιστοποιείται στους ασθενείς των οποίων τα συμπτώματα έχουν διάρκεια μικρότερη των 2 ετών ή αυτούς που εμφανίζουν ανεξήγητα εστιακά νευρολογικά σημάδια.

Όταν αποκλεισθούν όλες οι πιθανές ανατάξιμες αιτίες της νοητικής δυσλειτουργίας του ασθενούς, η αντιμετώπιση της κατάστασής του πρέπει να επικεντρωθεί στη διατήρηση της καλύτερης δυνατής υγείας με την εφαρμογή μέτρων πρόληψης, την αναγνώριση και θεραπεία των παθολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων, την ενημέρωση της οικογένειας και των ατόμων που φροντίζουν τον ασθενή, την εγκατάσταση του ασθενούς σε κατάλληλες ομάδες βοήθειας και την αντιμετώπιση, κάποιες φορές, της επιθετικής ή διασπαστικής συμπεριφοράς με ηρεμιστικά. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει αποδεδειγμένα ωφέλιμη θεραπεία επανόρθωσης της νοητικής έκπτωσης που προκαλούν η νόσος του Alzheimer ή η άνοια λόγω πολλαπλών εγκεφαλικών εμφράκτων. Για την άνοια λόγω πολλαπλών εγκεφαλικών εμφράκτων προτείνεται η χορήγηση ασπιρίνης σε μικρές δόσεις ως μέσου προφύλαξης από καινούρια εγκεφαλικά επεισόδια. Τα παθολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα πρέπει να διακρίνονται και να αντιμετωπίζονται γρήγορα. Στα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας, είτε πάσχουν από ανοϊκή νόσο είτε όχι, κάθε οξεία ή υποξεία παθολογική διαταραχή μπορεί να προκαλέσει την σημαντική μείωση των νοητικών και σωματικών λειτουργιών. Στις περισσότερες περιπτώσεις, πάντως, με την κατάλληλη αντιμετώπιση των επιπλοκών και την υποχώρηση της οξείας διαταραχής, μπορεί ο ασθενής να επανέλθει στο βασικό επίπεδο της λειτουργίας του.

## 2 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ

Το δέρμα αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος του ανθρώπινου σώματος και είναι το μέρος που έρχεται σε άμεση επαφή με το περιβάλλον, γι' αυτό το λόγο διαθέτει ορισμένες ιδιότητες που είναι απαραίτητες για την επιβίωση του ανθρώπου. Επίσης, λόγω της εξωτερικής του εμφάνισης, έχει το προνόμιο να ελέγχεται εύκολα και να παρατηρούνται σε αυτό όλες οι βλάβες που μπορεί να εμφανιστούν. Με την πάροδο του χρόνου, όμως, το δέρμα ατροφεί, εξαιτίας της μείωσης του όγκου και του βάρους του, και εντοπίζονται δερματικά προβλήματα, που είτε οφείλονται στην πάροδο του χρόνου είτε σε άλλες

συνθήκες, όπως η κληρονομικότητα, το κλίμα, το φύλο, το επάγγελμα, η καταγωγή, η έκθεση στον ήλιο κ.α.

Με όλες αυτές τις μεταβολές που δέχεται το δέρμα, μετά από χρόνια, γίνεται πιο λεπτό και εμφανίζει ρυτίδες, καθώς χάνει την ελαστικότητά του. Στην τρίτη ηλικία, το συνδετικό υπόστρωμα εμφανίζεται σκληρό και το υποδόριο λίπος ελαττωμένο, ενώ το πάχος της επιδερμίδας φτάνει έως και 0,1 mm. Με την πάροδο του χρόνου, επίσης, παρατηρούνται πολλές αλλαγές και σε διάφορα εξαρτήματα του δέρματος, όπως τα μαλλιά, και τα νύχια, δημιουργώντας σε αυτά μειωμένη λειτουργικότητα και αλλοιώνοντας την εξωτερική τους όψη.

Τα νύχια εμφανίζονται πιο θαμπά, λεπτότερα και πιο εύθραυστα και ευαίσθητα, ενώ η ανάπτυξή τους μειώνεται κατά 50%, σε σχέση με τις νεότερες ηλικίες. Η ποιότητα και η λειτουργία τους επιδεινώνονται εάν υπάρχουν προβλήματα κυκλοφορίας αίματος στα άκρα.

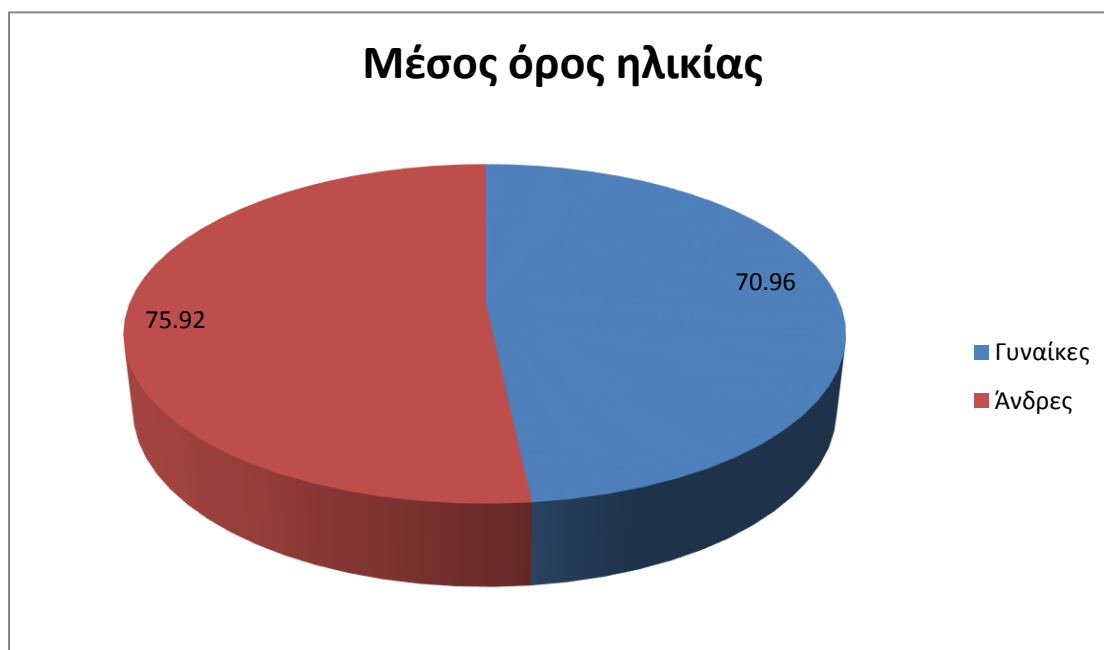
Ενώ και στα δύο φύλα παρουσιάζονται οι ίδιες μεταβολές, όσον αφορά τους σμηγματογόνους αδένες παρατηρείται διαφορά στην παραγωγή σμήγματος ανάμεσα στα δύο φύλα της τρίτης ηλικίας. Στους άντρες η παραγωγή και η έκκριση σμήγματος παραμένει η ίδια μέχρι και την ηλικία των 80 χρόνων, σε αντίθεση με τις γυναίκες που μειώνεται σε μεγάλο βαθμό μετά την εμμηνόπαυση και ακόμη περισσότερο μετά την ηλικία των 60 χρόνων. Επιπλέον, ο αριθμός των ιδρωτοποιών αδένων ελαττώνεται σημαντικά, καθιστώντας έτσι την ικανότητα και την ένταση της εφίδρωσης στην τρίτη ηλικία σχεδόν ανύπαρκτη. Εξαιτίας της μείωσης του υποδόριου λίπους, παρατηρείται ελλειμματική προστασία από το κρύο και καθιστά τους ηλικιωμένους επιρρεπείς σε τραυματισμούς, στην ανάπτυξη ατόνων ελκών και κατακλίσεων στις περιοχές όπου το δέρμα δέχεται πίεση.

Η αλλαγή χρώματος στο δέρμα διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία, εξαιτίας της μείωσης του αριθμού των μελανοκυττάρων και της διαταραχής στη δραστηριότητα της τυροσίνης. Κατά κύριο λόγο, οι περιοχές που βρίσκονται εκτεθειμένες στο ήλιο εμφανίζουν μελαγχρωματικές κηλίδες ή άλλου είδους δερματικές χρωστικές βλάβες, ενώ οι περιοχές που δεν εκτίθενται στον ήλιο τείνουν να γίνονται πιο ανοιχτόχρωμες. Το χρώμα των μαλλιών αλλάζει σταδιακά από τους κροτάφους προς την κορυφή, αποκτώντας άσπρο χρώμα οι τρίχες στο κεφάλι και οι τρίχες εμφανίζονται πιο λεπτές και ατροφικές, χάνοντας την ζωντάνια τους. Στο σώμα παρατηρούνται περιοχές, όπως οι μασχαλιαία περιοχή, που ειδικότερα στο γυναικείο φύλο μπορεί αν μην αλλάξουν χρώμα. Επίσης, παρατηρούνται υποδόριες αιμορραγίες, λόγω της ευθραυστότητας των αγγείων, αφού με το χρόνο διευρύνονται.

Το συχνότερο δερματικό πρόβλημα των ατόμων τρίτης ηλικίας είναι ο κνησμός. Αιτίες κνησμού μπορούν να θεωρηθούν το άγχος και η υπέρταση. Ο κνησμός αυτός μπορεί να είναι ανυπόφορος και βασανιστικός. Παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει κνησμό είναι το έκζεμα, επίσης, που εμφανίζεται σαν συνοδό σύμπτωμα.

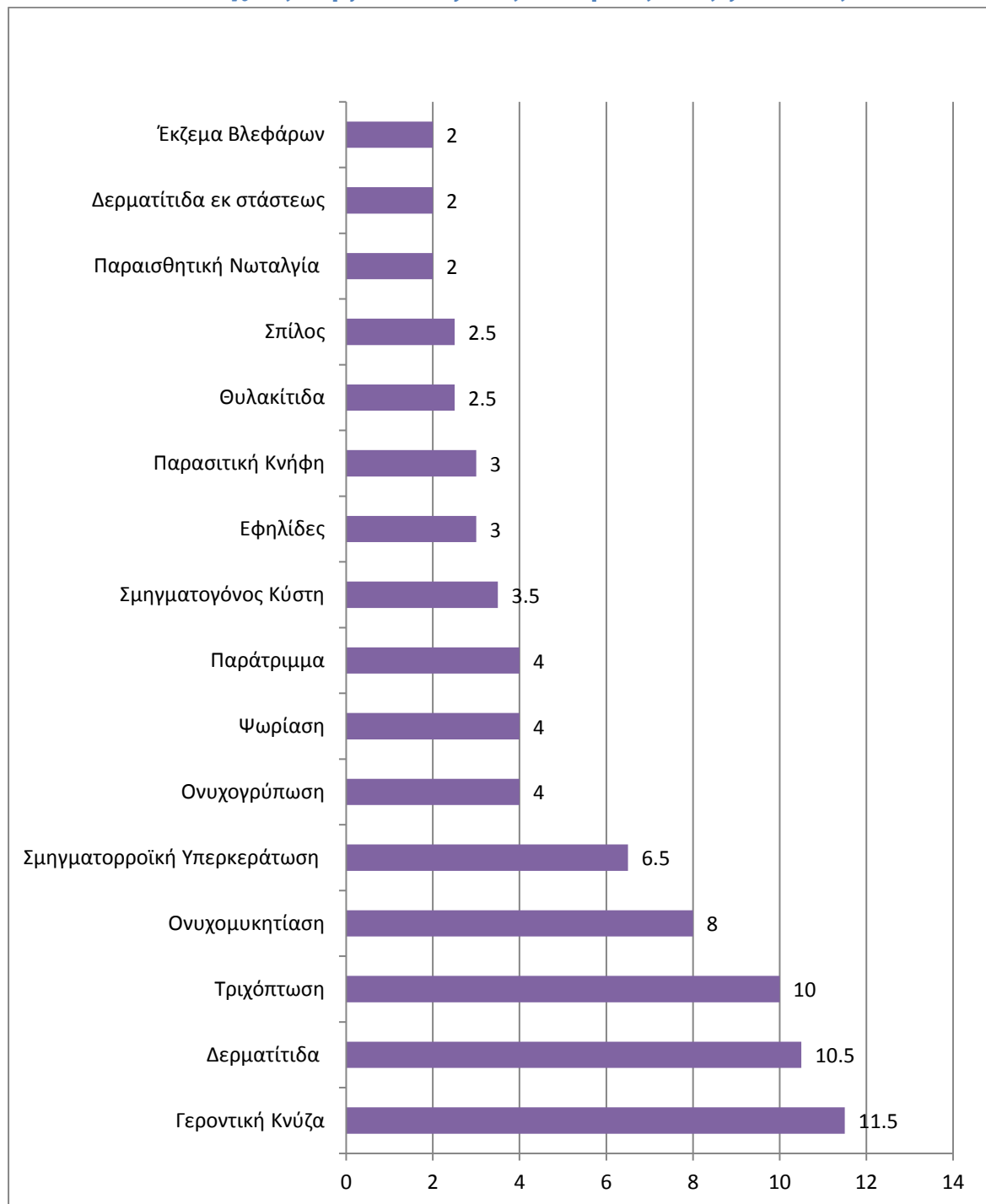
### 3 ΕΡΕΥΝΑ

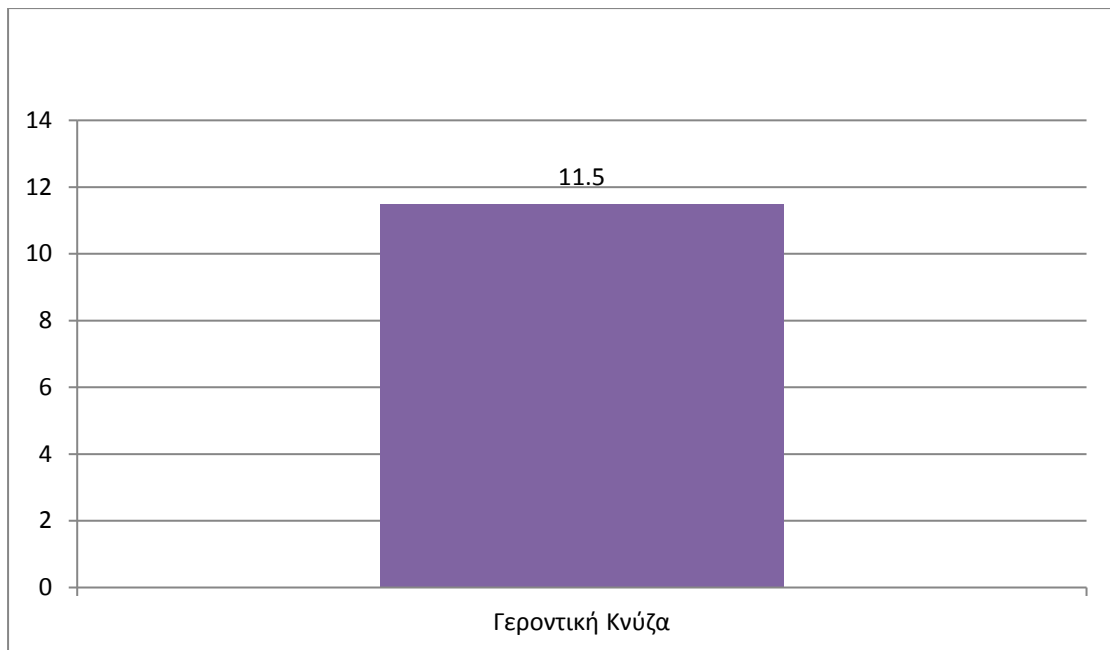
Τα στοιχεία που παρατίθενται αντιστοιχούν στις ημερομηνίες από τον Μάιο του 2015 μέχρι τον Φεβρουάριο του 2017 και έχουν συλλεχθεί από τα ΚΑΠΗ του Δήμου Θεσσαλονίκης και του Δήμου Νεάπολης-Συκεών. Η έρευνα διεξήχθη σε 2622 άτομα εκ των οποίων τα 1602 είναι άντρες και τα 1020 είναι γυναίκες. Στη συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα 122 αντρών και 200 γυναικών. Στο τέλος, στη Βιβλιογραφία γίνεται αναφορά στις πηγές που βοήθησαν στο σχολιασμό των πινάκων σε συνδυασμό με τις γενικές μας δερματολογικές γνώσεις.



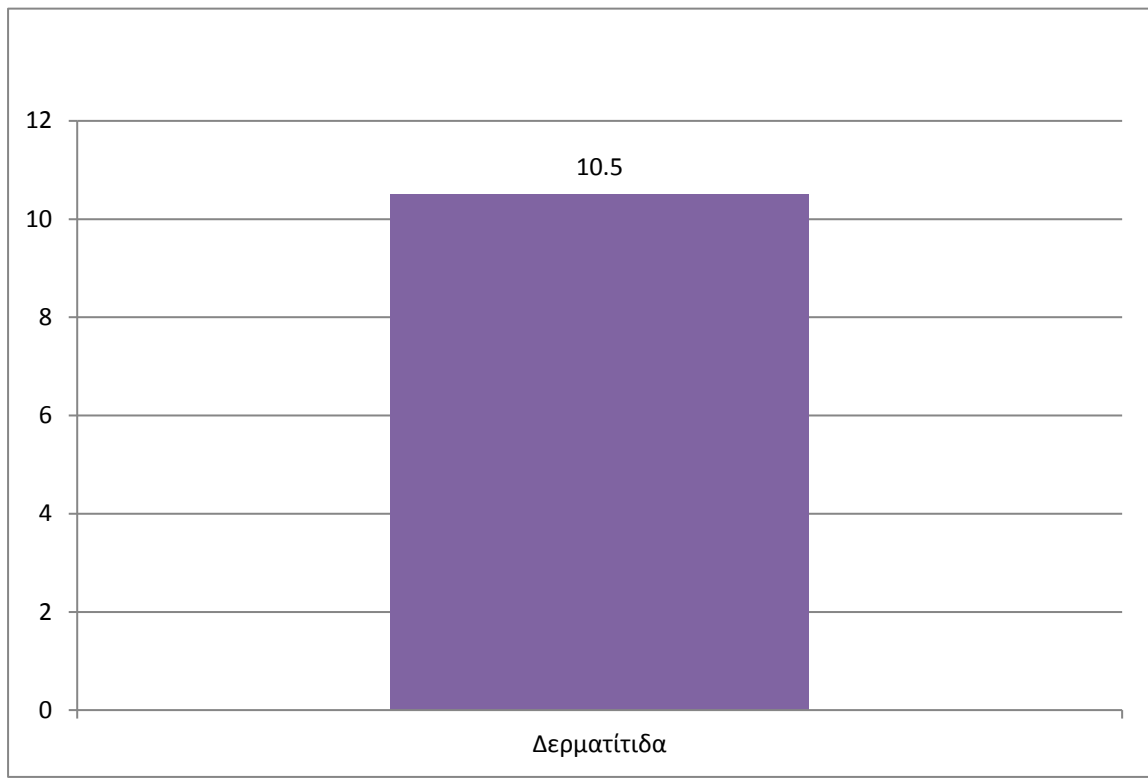


### 3.1 Οι 10 πιο συχνές δερματολογικές παθήσεις στις γυναίκες

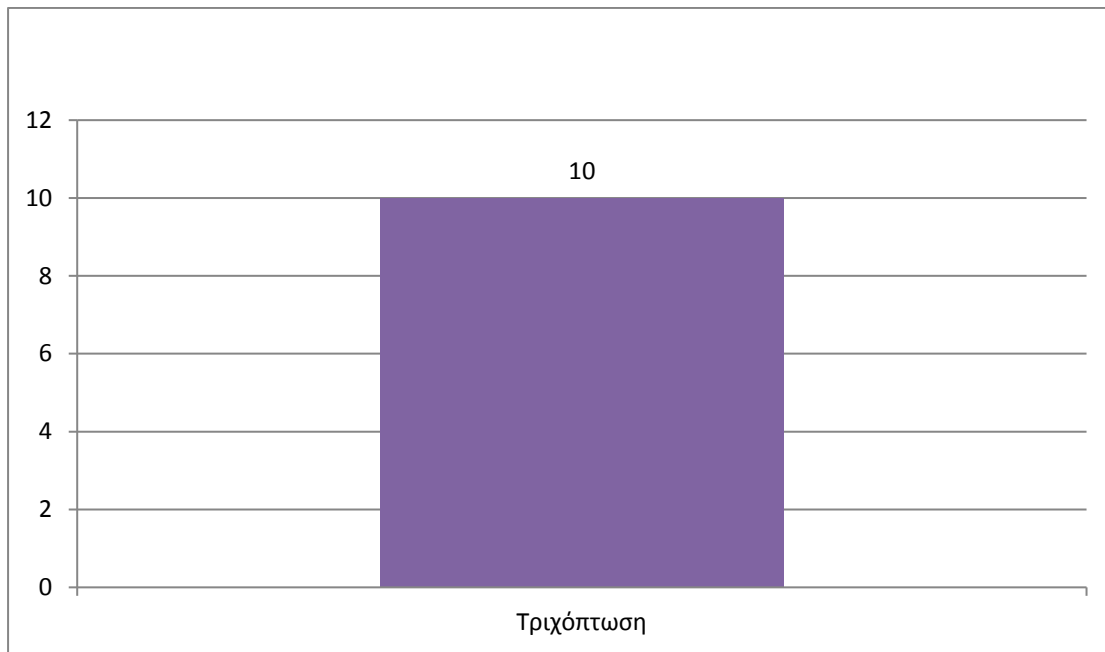




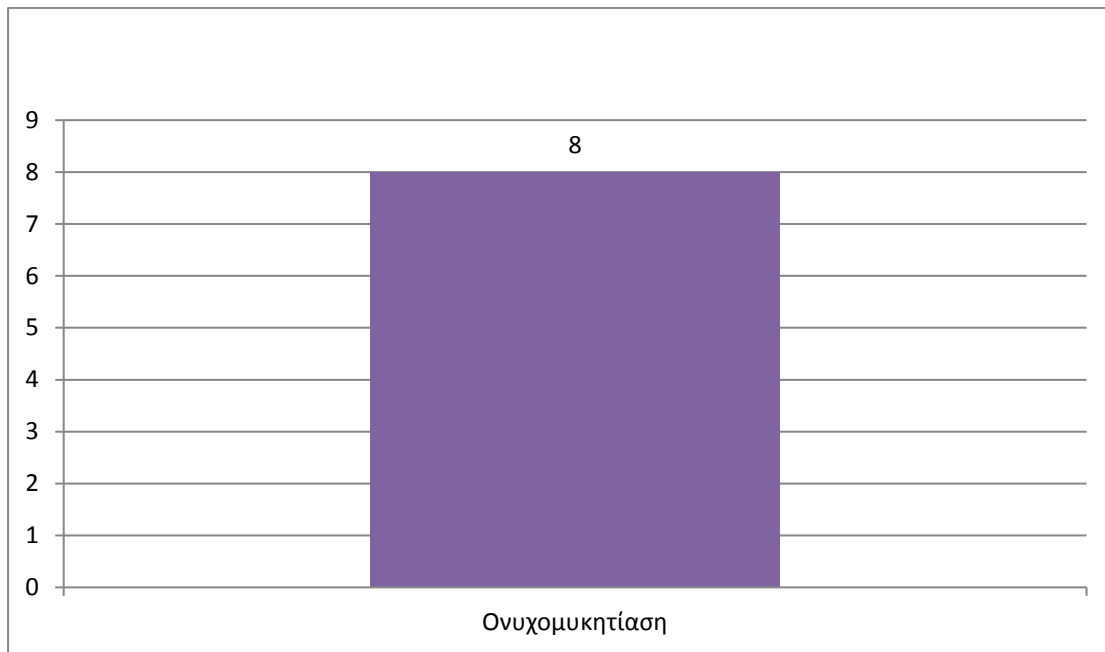
**1)Γεροντική κνύζα:** Μετά από την εμμηνόπαυση οι δυστροφικές καταστάσεις του δέρματος και ο κνησμός συμβαίνουν αρκετές φορές. Μειώνεται το πάχος της επιδερμίδας και ο όγκος του χορίου ελαττώνεται. Η σύνθεση κολλαγόνου συμβαίνει με πιο αργό ρυθμό και η περιεκτικότητα του στο χόριο μειώνεται. Οι ηλικιωμένες γυναίκες φορούν περισσότερα ρούχα, συχνά συνθετικά, επειτείνοντας το πρόβλημα, γι'αυτό συνιστώνται βαμβακερά 100%. Καταστάσεις άγχους ή υπερτάσεως δημιουργούν έξαρση κνησμού. Τα πιο συνήθη αίτια είναι οι ψυχιατρικές παθήσεις, λευχαιμία, υπερθυρεοειδισμός, σιδηροπενική αναιμία, αλλεργία,λοιμώξεις, λειχήνας.



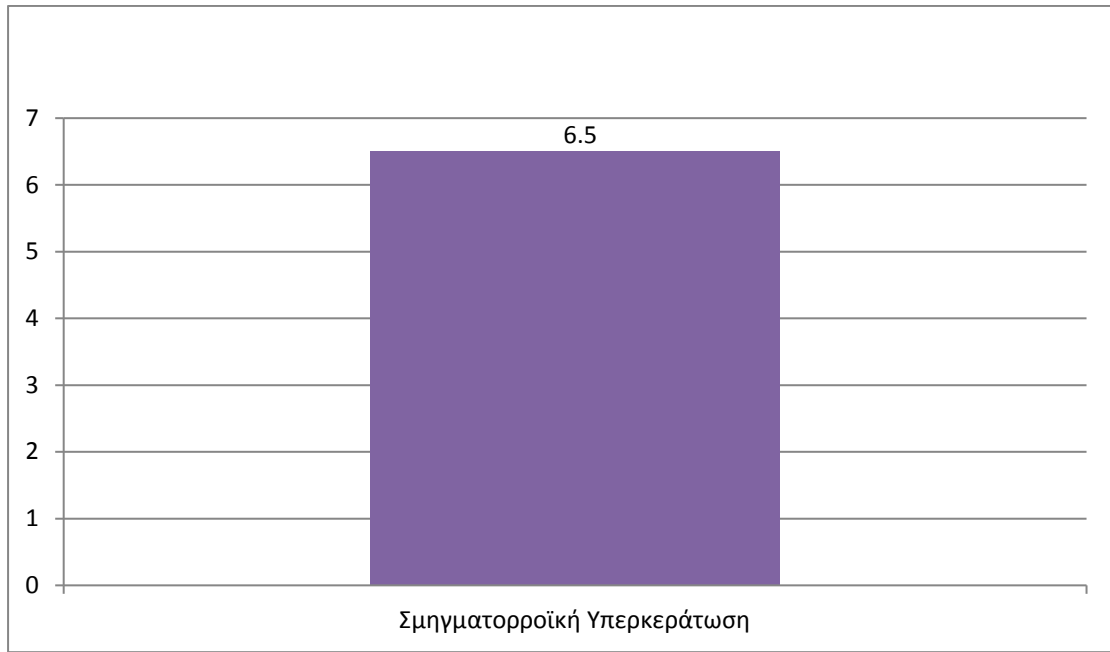
**2) Δερματίτιδα:** Χαρακτηρίζεται ως μια φλεγμονώδης αντίδραση του δέρματος ενδογενών και εξωγενών παραγόντων. Οι δερματίτιδες διακρίνονται ανάλογα με τη δράση ενδογενών ή εξωγενών παραγόντων σε εξωγενούς αιτιολογίας (ερεθιστική εξ επαφής δερματίτιδα, αλλεργική εξ'επαφής δερματίτιδα) και ενδογενούς αιτιολογίας (ατοπική δερματίτιδα, σημγματορροϊκή δερματίτιδα, δυσιδρωσικό έκζεμα, νομισματοειδές έκζεμα). Υπάρχει, όμως σύγχυση στην διάκριση από τον όρο <έκζεμα>, καθώς εκτός από τον διαχωρισμό των παραγόντων ο όρος <δερματίτιδα> λαμβάνεται ως πρόθεμα για άσχετες και ξεχωριστές νοσολογικές καταστάσεις, όπως η ερπητοειδής δερματίτιδα, η περιστοματική και η δερματίτιδα από πρόκληση. Τα αίτια της δερματίτιδας ποικίλλουν κατά περίπτωση, όμως στις περισσότερες περιπτώσεις εκδηλώνεται με ερεθισμό, οίδημα και φαγούρα στην επιδερμίδα, με το δέρμα να εμφανίζει εξανθήματα και φουσκάλες που ξεφλουδίζουν ή έχουν κρούστα στην επιφάνειά τους.



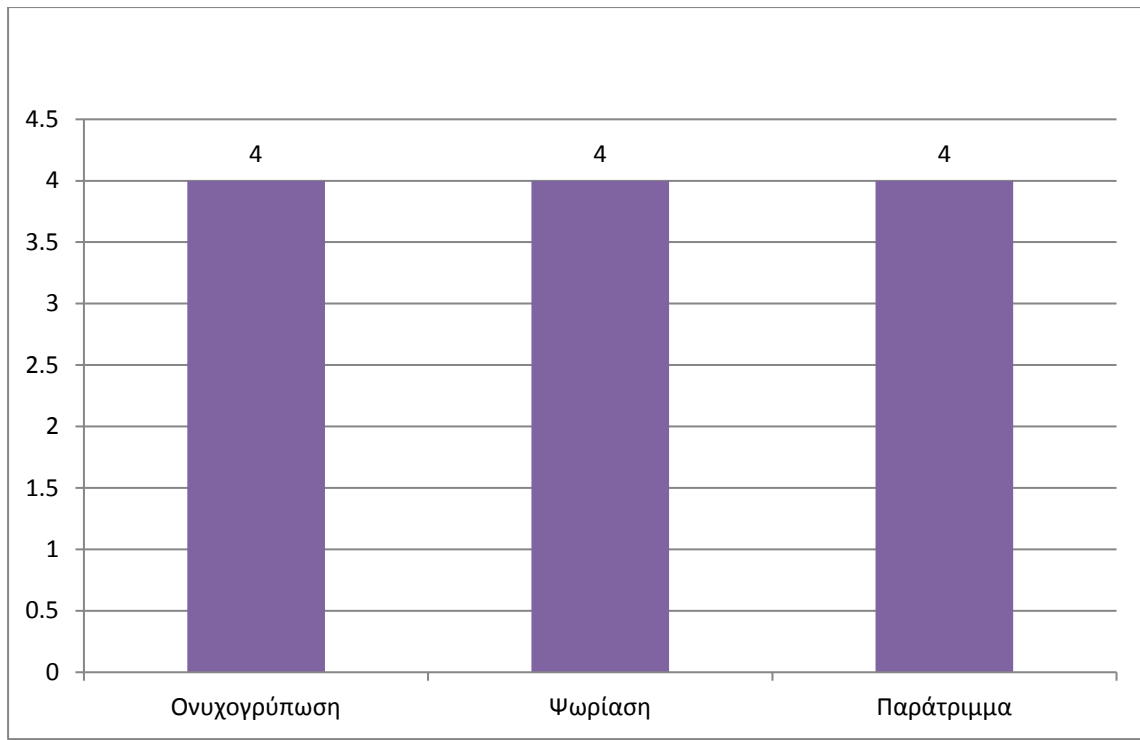
**3)Τριχόπτωση:** Τα γεγονότα που χαρακτηρίζουν την εμμηνόπαυση είναι η έλλειψη ωρίμανσης των ωοθυλακίων, η μη παραγωγή των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, τελική εξαφάνιση ωοθυλακίων και αύξηση της τεστοστερόνης. Η έλλειψη ωοθηκικών ορμονών έχουν ως συνέπεια την δημιουργία χαρακτηριστικής ατροφίας του συνδετικού ιστού και του δέρματος που βρίσκεται γύρω από τα εξωτερικά γεννητικά όργανα. Με τον τρόπο αυτό παρουσιάζεται σμίκρυνση του όγκου των ορμονών αυτών και λέπτυνση δέρματος. Επιπλέον, παρουσιάζεται αραίωση των θυλάκων των τριχών και ελάττωση της λειτουργίας των σμηγματογόνων και ιδρωτοποιών αδένων. Η έλλειψη σιδήρου με ή χωρίς αναιμία είναι μια περιστασιακή ανακάλυψη της έρευνας της διάχυτης αλωπεκίας, ιδίως στις γυναίκες που ως επί το πλείστον παρουσιάζουν έλλειψη σιδήρου. Ο σίδηρος είναι απαραίτητος για την αιμοσφαιρίνη που μεταφέρει οξυγόνο στο σώμα και λόγω της μη σωστής κυκλοφορίας του αίματος στις γυναίκες εμφανίζεται η έλλειψη σιδήρου.



**4)Ονυχομυκητίαση:** Σχετίζεται άμεσα και σημαντικά με την σωματική και ψυχολογική νοσηρότητα. Η κατανομή των διαφορετικών παθογόνων δεν είναι ομοιόμορφη, καθώς αυτό εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως το κλίμα, τη γεωγραφία και τη μετανάστευση. Για μια γυναίκα, η οποία περιποιείται τα άκρα των ποδιών και των χεριών της είναι σημαντική μετά αμέσως από την υγεία των νυχιών της και η καλαισθησία τους. Απαιτείται υπομονή από την ασθενή, διότι πρέπει να πραγματοποιηθεί πρώτα μικροσκοπική εξέταση ή καλλιέργεια, έχοντας κάνει λήψη πολύ λεπτών τριμμάτων ή ξεσμάτων από την ονυχιαία κοίτη και συμβαίνει αργός ρυθμός ανάπτυξης του νυχιού. Έπειτα μια αισθητικός μπορεί να προχωρήσει σε λέπτυνση της ονυχιαίας πλάκας μέσω τροχού προκειμένου να δράσει καλύτερα η αντιμυκητιασική αγωγή που πιθανά να έχει χορηγηθεί από τον δερματολόγο.



**5)Σμηγματορροϊκή Υπερκεράτωση:** Παρουσιάζονται καλοήθη νεοπλάσματα από κερατινοκύτταρα του δέρματος και αφορά και τα δύο φύλα Συγκεκριμένα η εντόπιση των σμηγματορροϊκών υπερκερατώσεων στον κορμό που βρίσκονται σε αφθονία, μορφοποιούνται σύμφωνα με <χριστουγεννιάτικο δένδρο> ακολουθώντας τις πρωτογενείς γραμμές του δέρματος. Όταν παρουσιάζονται μεγάλες σε μέγεθος σμηγματορροϊκές υπερκερατώσεις σε θέσεις διαλείπουσας ηλιακής έκθεσης, όπως η ράχη και το πρόσθιο τμήμα του θώρακα ευθύνεται κάποιες φορές η επιρροή της ηλιακής ακτινοβολίας χωρίς όμως αρκετά στοιχεία για να υπάρξει αυτή η συσχέτιση. Επιπρόσθετα, δημιουργείται οίδημα, εφελκιδοποίηση, αιμορραγία και μεταβολή στο χρώμα από τοπικό ερεθισμό ή λοίμωξη. Οι σμηγματορροϊκές υπερκερατώσεις μπορεί να ερεθιστούν από την τριβή των ρούχων ή από κάποιο τραυματισμό. Η αισθητικός είναι δυνατόν να χρησιμοποιήσει απόξεση. Η αφαίρεση συμβαίνει με διαθερμοπληξία ή με κρυοπηξία για αισθητικούς λόγους.

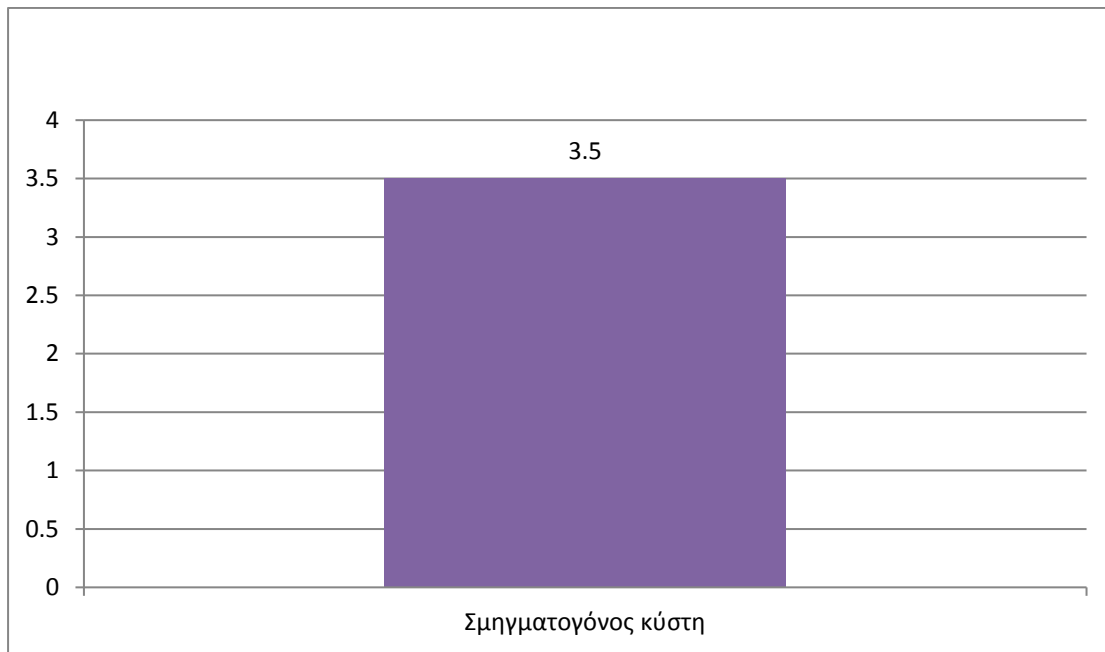


**6) Ονυχογρύπωση:** Η ονυχογρύπωση είναι η δυστροφία που σχετίζεται με τους όνυχες των μεγάλων δακτύλων των ποδιών, ενώ είναι ιδιοπαθής ή επίκτητη. Η επίκτητη ονυχογρύπωση είναι συνήθως αποτέλεσμα χρόνιων μικροτραυματισμών από λάθος παπούτσια (στενά/ μυτερά), επειδή όλα τα νύχια προσανατολίζονται στον μέσο άξονα του ποδιού, όπως επίσης σε τροφικές διαταραχές, σύφιλη ή ιχθύαση. Ορισμένα από τα πιο κοινά συμπτώματα αυτής της πάθησης των νυχιών είναι πως παρουσιάζουν δυσμορφία, παχύνσεις, επιμηκύνσεις, κυματισμούς (νύχια με γραμμές) και κυρτώσεις προς τα πλάγια με κιτρινοπράσινη, καφέ ή σκούρα γκρι (μελανόφαιη) χροιά. Τα προσβεβλημένα από ονυχογρύπωση νύχια έχουν επίσης επιμήκεις γραμμώσεις στην επιφάνειά τους. Μια αισθητικός-ποδολόγος με ειδικά κερατολυτικά σκευάσματα και επαγγελματικό τροχό περιποιείται το υπερτροφικό νύχι. Καθαρίζεται η ονυχαία αύλακα πάρα πολύ καλά, αφαιρώντας όλες τις υπερκερατώσεις. Με αυτόν το τρόπο προλαμβάνονται οι τυχόν μολύνσεις. Η μόλυνση μπορεί να προχωρήσει πέρα από το μηνίσκο του νυχιού. Αρκετές φορές συνίσταται μερική ή ολική αφαίρεση του νυχιού, διότι υπάρχει πιθανότητα μετά την αφαίρεση να αρχίσει η φυσιολογική αναγέννηση.

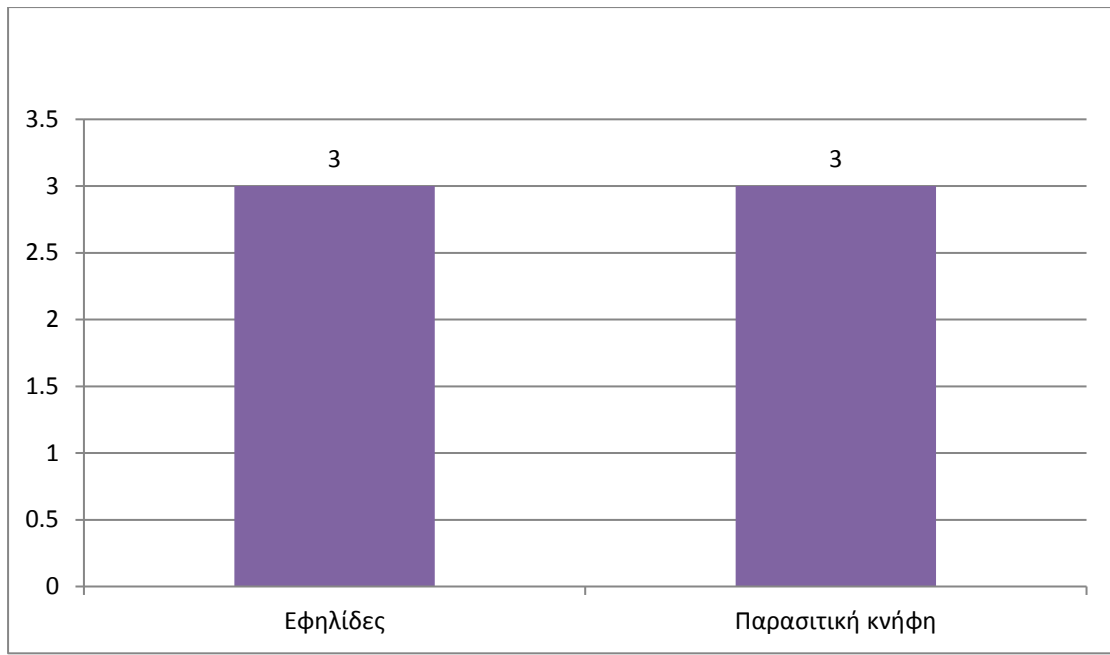
**6)Ψωρίαση:** Η νόσος εμφανίζεται σε παρόμοια ποσοστά στα δύο φύλα. Οι γυναίκες και τα άτομα με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό ψωρίασης τείνουν να παρουσιάζουν πιο νωρίς την νόσο. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες της νόσου καλούνται ο τραυματισμός του υγιούς δέρματος κατά την εκδορά ή σε χειρουργικά τραύματα ή από άλλο παράγοντα που δημιουργεί στη θέση του τραυματισμού τη δημιουργία ψωρίασης σε πάσχοντες ή σε άτομα που έχουν την προδιάθεση ανάπτυξης ψωρίασης, αυτό ονομάζεται φαινόμενο Koebner. Η αισθητικός θα καλό είναι να ωθήσει τον ασθενή να νοιώσει πιο άνετα και να προβεί σε ήπιες εφαρμογές, ούτως ώστε να μην ξεκινήσει η πάθηση λόγω φαινομένου Koebner. Ακόμα, αποτελεί ευχαρίστηση για τον πελάτη μια ήπια χαλαρωτική μάλαξη με ενυδατικούς και αντιφλεγμονώδεις παράγοντες στις πάσχουσες περιοχές, καλυτερεύοντας προσωρινά, αλλά σε έναν μεγάλο βαθμό την κλινική εικόνα του ασθενούς. Τέλος, όσον αφορά το μακιγιάζ σώματος υφίσταται η δυνατότητα μέσω μη αλλεργιογόνων καλυπτικών προϊόντων, η κάλυψη των πασχόντων περιοχών.

**6)Παράτριμμα:** Το παράτριμμα είναι επιφανειακή φλεγμονώδης δερματοπάθεια που συμβαίνει ανάμεσα σε δύο στενές και απέναντι περιοχές του δέρματος ως αποτέλεσμα της υγρασίας, της τριβής και της έλλειψης εξαερισμού. Είναι πιο κοινή στους ηλικιωμένους, λόγω αποδυναμωμένου ανοσοποιητικού συστήματος, ακράτειας, ακινησίας. Οκόλπος υφίσταται συρρίκνωση και χάνει την ελαστικότητα του και οι σεξουαλικές επαφές είναι επώδυνες. Το ενδομήτριο και η μήτρα υφίστανται σταδιακή ατροφία. Το βάρος της μήτρας ελαττώνεται στο μισό ή και  $\frac{1}{4}$  του αρχικού βάρους. Το ενδομήτριο παρά την ατροφία του παραμένει η ικανότητα να δράσει με υπερπλασία στο οιστρογόνο ερέθισμα μέχρι το βαθύ γήρας. Έτσι, οι οισρογονοεκκριτικοί όγκοι των ωοθηκών δημιουργούν αιμμοραγίεστου ενδομητρίου και σε μεγάλη ηλικία. Ορισμένες γυναίκες που φορούν πάνες ή άλλου είδους αντικείμενα που στοχεύουν στην κατακράτηση της υγρασίας, εμφανίζουν παράτριμμα και η ουροδόχος κύστη και η ουρήθρα είναι ευαίσθητες στη δράση των οιστρογόνων.



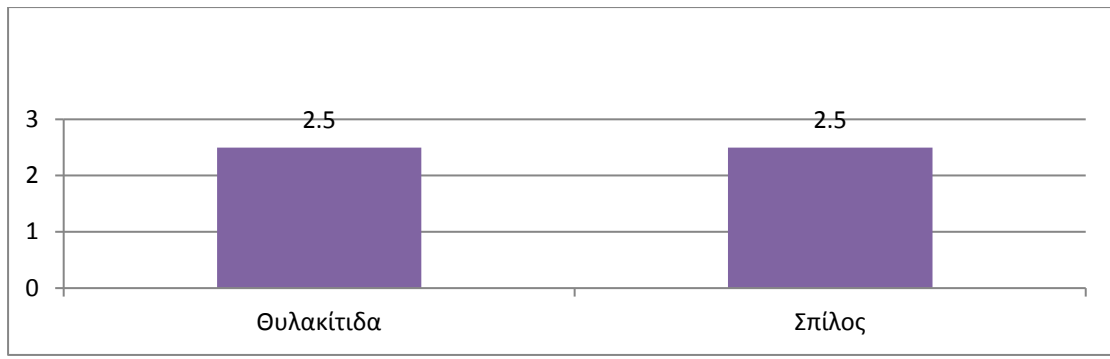


**7)Σμηγματογόνος κύστη:** Αποτελεί μια πολύ συχνή πάθηση και αναφέρεται σε μαλακές, ψηλαφητές, σφαιρικές ή ημισφαιρικές, καλοήθεις κύστες που εντοπίζονται στην υποδόρια στοιβάδα του δέρματος, περιβάλλονται από κάψα και περιλαμβάνουν σμήγμα. Προκαλείται μια απόφραξη από δυσλειτουργία του σμηγματογόνου αδένου, όπου το σμήγμα δεν μπορεί να παροχετευθεί στο δέρμα φυσιολογικά. Η δυσλειτουργία που είχε ως αποτέλεσμα τη συσσώρευση του υδαρούς, υπόλευκου σμήγματος με τη χαρακτηριστική οσμή, μπορεί να έχει προκύψει από τρίχες που τυχόν έχουν συγκεντρωθεί στο σημείο, από κάποιο τραύμα και πύον ή ακόμη και από υπολείμματα που προϋπάρχουν από εμβρυϊκή ηλικία. Οι διογκωμένες σμηγματογόνες κύστες είναι ακίνδυνες και αποτελούν κυρίως ένα αισθητικό πρόβλημα. Διαθέτουν τάση αύξησης με το πέρασμα του χρόνου, ενώ συνήθως δεν έχουν συμπτώματα πόνου. Η αφαίρεση γίνεται με τη χρήση απλού νυστεριού, με laser ή με ραδιοσυχνότητες. Μια αισθητικός είναι δυνατόν να χρησιμοποιήσει laser για αισθητικά δερματολογικά προβλήματα αρκεί να είναι προσεκτική ούτως ώστε να μην ξεπεράσει το προβλεπόμενο μήκος κύματος.



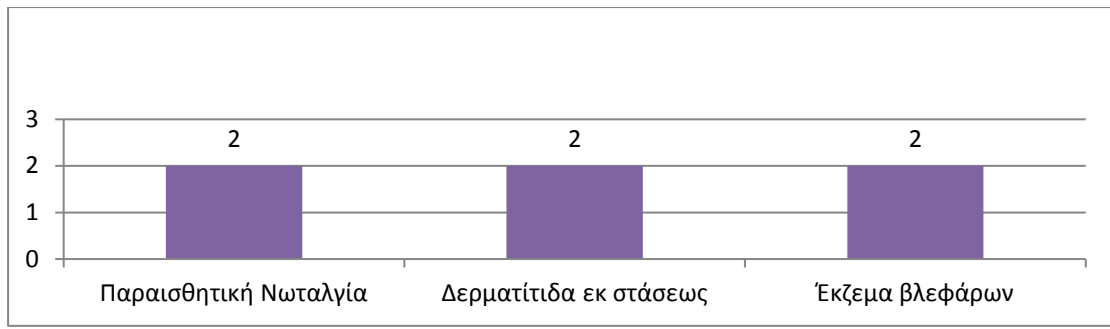
**8)Εφηλίδες(Φακίδες):** Η εφηλίδα παρουσιάζεται από έντονη παραγωγή μελανίνης λόγω της υπεριώδους ακτινοβολίας, χωρίς πολλαπλασιασμό των μελανοκυττάρων. Οι εφηλίδες είναι ασυμπτωματικές και ελαττώνονται κατά τον χειμώνα, εφόσον υπάρχουν πιο πολλά ρούχα με το δέρμα να είναι λιγότερο εκτεθειμένο. Εμφανίζονται κυρίως στο πρόσωπο, ιδιαίτερα στις παρειές και την περιοχή της μύτης. Μια αισθητικός μπορεί να παρέμβει στη βελτίωση της εμφάνισής τους, καθώς πλήρης εξαφάνισή τους καθίσταται δύσκολη, εφόσον το δέρμα μπορεί να έχει την τάση επανεμφάνισης, ιδίως κατά την περίοδο του καλοκαιριού. Είναι δυνατή η αντιμετώπιση με φωτοδυναμικές θεραπείες, αντίστοιχα αντιηλιακά προϊόντα με προηγούμενες βαθιές ενυδατώσεις και καλυπτικά προϊόντα μακιγιάζ.

**8)Παρασιτική κνήφη:** Κνησμώδης κατάσταση που είναι δυνατόν να προκληθεί από ζώα οικιακού περιβάλλοντος(πολλές ηλικιωμένες έχουν για παρέα και προστασία κάποιο ζώο, όπως σκύλος ή γάτα). Χαρακτηρίζονται ως φορείς ακάρεων, ψύλλων και ειδών Cheyletiella(τύπος αρθρόποδου). Κνήφη μπορεί να συμβεί και με ζώα του περιβάλλοντος των ασθενών. Ακόμα, τα περιστέρια είναι δυνατόν να φέρουν ακάρεα και ψύλλους και να δημιουργούν φωλιές σε μέρη του σπιτιού ή να μπαίνουν στο σπίτι από ανοιχτά παράθυρα. Επιπλέον, αρκετές ασθενείς σε αυτή την ηλικία λόγω κόπωσης και απώλειας ενδιαφερόντων πολλές φορές δεν καθαρίζουν σωστά κάτω από κρεβάτια και κλινοσκεπάσματα, σε σχισμές και ρωγμές που επιβιώνουν οι κοριοί. Επιπρόσθετα, συμβαίνει αναπαραγωγή των ψύλλων που μπορούν να ζήσουν για αρκετό καιρό χωρίς τροφή, ιδίως σε πολύ ζεστό εσωτερικό οικιακό περιβάλλον. Τέλος, πρόκληση κνήφης συμβαίνει σε ταξίδια στο εξωτερικό, αλλά και στην εξοχή(τσιμπούρια, σκνίπες).



**9)Θυλακίτιδα:** Κατά την εμμηνόπαυση, η δυσάρεστη επιρροή από την παύση της έκκρισης των ωοθηκών γίνεται πιο κατανοητή από το γεγονός ότι το δέρμα και τα παράγωγά του (τρίχες, σμηγματογόνοι και ιδρωτοποιοί αδένες) συναποτελούν στόχους της δράσης των οιστρογόνων, δεδομένης της ύπαρξης υποδοχέων για τα οιστρογόνα στα σημεία αυτά. Η θυλακίτιδα συμβαίνει όταν στα τριχοθυλάκια επέλθει βακτηριακή μόλυνση. Η θυλακίτιδα είναι η φλεγμονή του θύλακα της τρίχας και κατ' επέκταση του δέρματος στην πάσχουσα περιοχή. Η μόλυνση εμποδίζει την τρίχα να αναπτυχθεί φυσιολογικά με αποτέλεσμα αντί να ακολουθεί ανοδική πορεία προς την επιφάνεια της επιδερμίδας να γυρίζει προς τα μέσα. Μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, αλλά συνήθως οι γυναίκες ενδιαφέρονται να το θεραπεύσουν σε μεγάλα σημεία του σώματος, όπως τα πόδια. Εδώ έγκειται η θεραπεία με laser ή φωτόλυσης από αισθητικό, λαμβάνοντας υπ' όψιν σε κάθε περίπτωση το ιστορικό του ασθενούς, τον τύπο της τρίχας, το χρώμα του δέρματος, το μήκος κύματος που διεισδύει η ακτινοβολία. Ο σχηματισμός της μελανίνης καθίσταται ενεργός στο αναγενές στάδιο της τρίχας, όπου η εφαρμογή laser είναι αποτελεσματική. Οι τρίχες στο στάδιο αυτό χαρακτηρίζονται από ευαισθησία σε χημικούς, φυσικούς και ορμονικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, οι τρίχες στο πρώιμο αναγενές στάδιο έχουν μικρότερο μέγεθος και επιφανειακή θέση.

**9)Σπίλος:** Οι σπίλοι συνάδουν με την εμφάνιση καλοήθους πολλαπλασιασμού κυτταρικών στοιχείων που βρίσκονται στο δέρμα φυσιολογικά. Ο μελανοκυτταρικός σπίλος(ελιά) πρόκειται για καλοήθους εκδήλωση πολλαπλασιασμού των μελανοκυττάρων(φυσιολογικά συστατικά της βασικής κυτταρικής στοιβάδας της επιδερμίδας). Από την άλλη ένας επιδερμικός σπίλος εκδηλώνεται με καλόηθους πολλαπλασιασμό των κερατινοκυττάρων της επιδερμίδας που πηγάζουν από το εμβρυικό εξώδερμα. Μπορεί να υπάρξει μεικτός τύπος κυττάρων λόγω του ότι τα κύτταρα του εξωδέρματος χαρακτηρίζονται ως πολυδύναμα και είναι δυνατός ο σχηματισμός όχι μόνο κερατινοκυττάρων, αλλά και εξαρτημάτων του δέρματος. Συγκεκριμένα, ο σπίλος του συνδετικού ιστού παρουσιάζεται με περιγεγραμμένες αμαρτωματοειδείς βλάβες της εξωκυττάριας ουσίας του χορίου, ιδίως του κολλαγόνου και των ελαστικών ινών και κάνουν την εμφάνισή τους μόνοι ή μέσω τμήματος οζώδους σκλήρυνσης(κολλαγονώματα) ή του συνδρόμου Buschke-Ollendorff (ελαστώματα). Αναφέρθηκε ο συγκεκριμένος λόγω ατροφίας συνδετικού ιστού και ελάττωση της δράσης κολλαγόνου και ελαστίνης στις γυναίκες αυτής της ηλικίας.

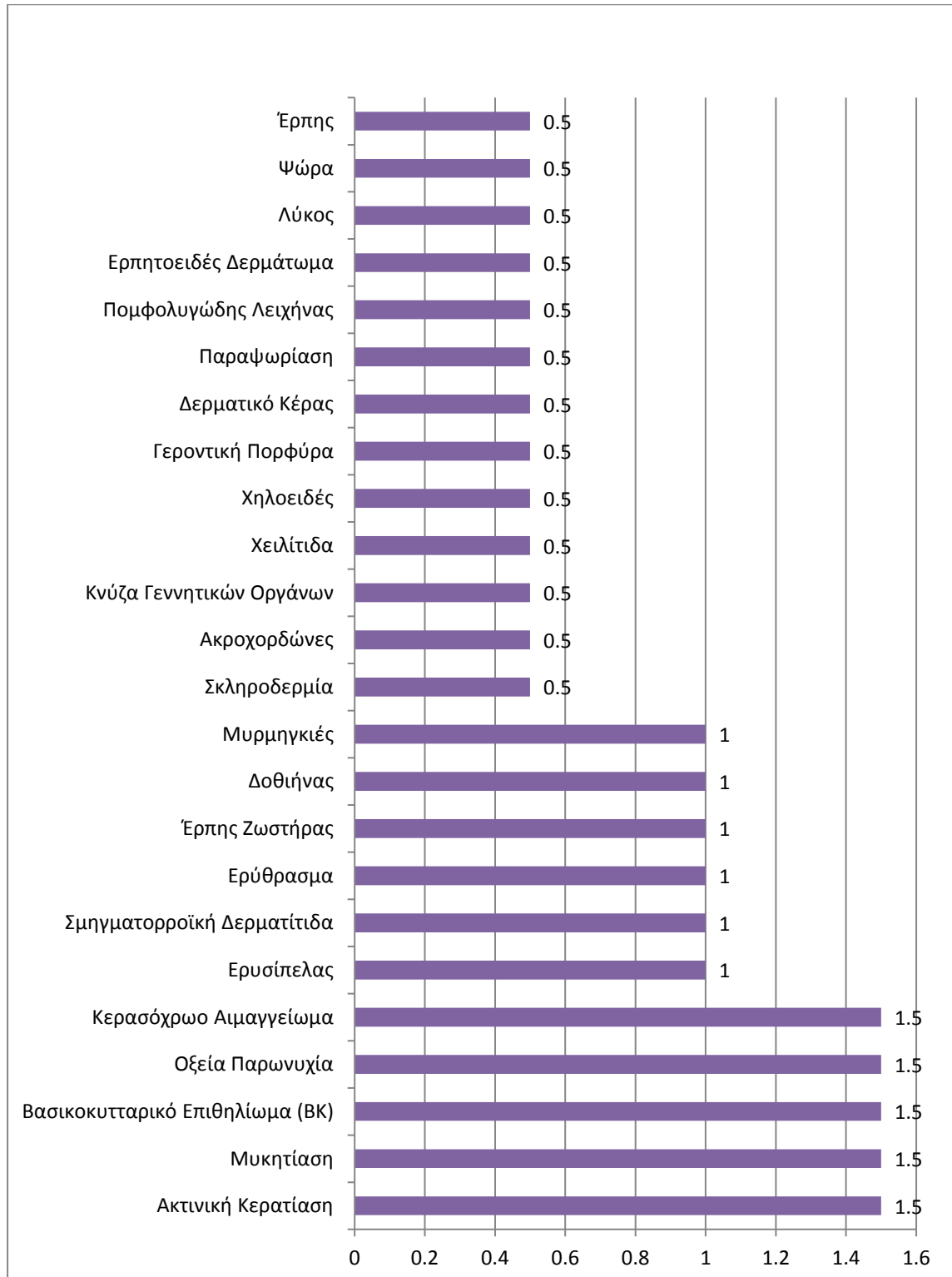


**10)Παραισθητική Νωταλγία:** Πρόκειται για μια πάθηση που συνδυάζει επίμονο κνησμό ή και πόνο σε μια σχετικά μικρή περιοχή στην ράχη συνήθως κάτω από την μία ή την άλλη ωμοπλάτη και συνοδεύεται από ασαφώς περιγεγραμμένη υπέρχρωση του δέρματος. Είναι μια χρόνια κατάσταση που εκδηλώνεται με εξάρσεις και υφέσεις και τελικά μειώνει σε σημαντικό βαθμό της ποιότητα ζωής των πασχόντων. Η διαδερμική ηλεκτρική διέγερση των νεύρων (TENS ) και η ηλεκτρική διέγερση των μυών (EMS) θεωρείται ότι σε πολλές περιπτώσεις έχουν θεραπεύσει ή βελτιώσει το σύνδρομο. Σε επίμονες περιπτώσεις έχει εφαρμοσθεί θεραπεία με botox ή διηθήσεις των αντιστοίχων νευρικών στελεχών με κορτιζόνη ή αναισθητικό. Ο επιπολασμός της είναι άγνωστος. Μια αισθητικός μπορεί να αναλάβει προιοντικές θεραπείες πριν την εφαρμογή του botox και διάφορες ενυδατικές, αντηλιακές και αντιγηραντικές θεραπείες.

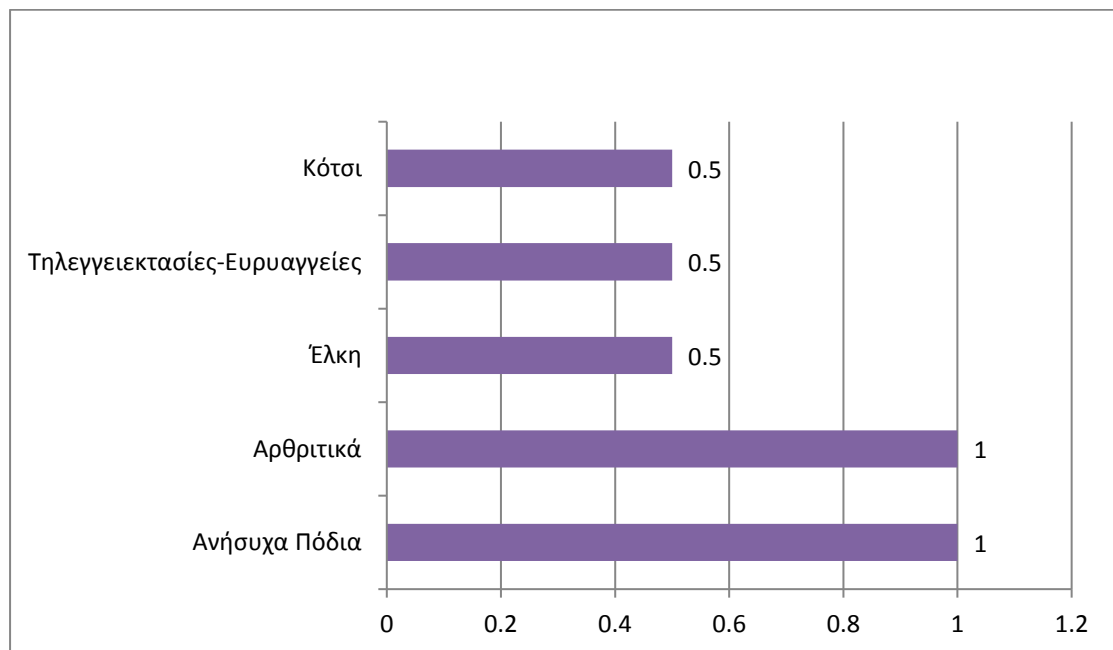
**10)Δερματίτιδα εκ στάσεως:** (Υποδερματίτιδα) Πρόκειται για χρόνια φλεγμονή συνεπεία της φλεβικής και λεμφικής στάσης. Οι ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζουν τη νόσο λόγω συγκεντρωτικής κούρασης και ορθοστασίας από διάφορα επαγγέλματα(εργοστάσιο, πωλήτριες). Η δερματίτιδα στάσεως εκδηλώνεται όταν υπάρχουν κίρσοι ή άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού, με αποτέλεσμα να συσσωρεύονται υγρά στα κάτω άκρα. Το οίδημα εμποδίζει την επαρκή παροχή αίματος και οξυγόνου στο δέρμα, κι έτσι το δέρμα στα πόδια χάνει το φυσιολογικό του χρώμα, γίνεται πιο παχύ και εκδηλώνεται φαγούρα. Η αισθητικός προτείνει ενυδατικές κρέμες και αλοιφές οι οποίες βοηθούν ιδιαίτερα μεταξύ των εξάρσεων και πρέπει να εφαρμόζονται μετά το μπάνιο σε ελαφρά υγρό δέρμα.

**10)Έκζεμα βλεφάρων:** Το έκζεμα βλεφάρων και το έκζεμα γύρω από τα μάτια προκαλείται συνήθως από προϊόντα μακιγιάζ, από φακούς επαφής ή σταγόνες για τα μάτια. Το έκζεμα βλεφάρου είναι δύσκολο στη θεραπεία, υποτροπιάζει συχνά και δεν υποχωρεί εύκολα. Μια αισθητικός καλείται να προτείνει μη αλλεργιογόνα και ειδικά για κάθε γυναίκα καλλυντικά προϊόντα ματιών είτε για ενυδάτωση είτε για αντιγήρανση είτε για μακιγιάζ.

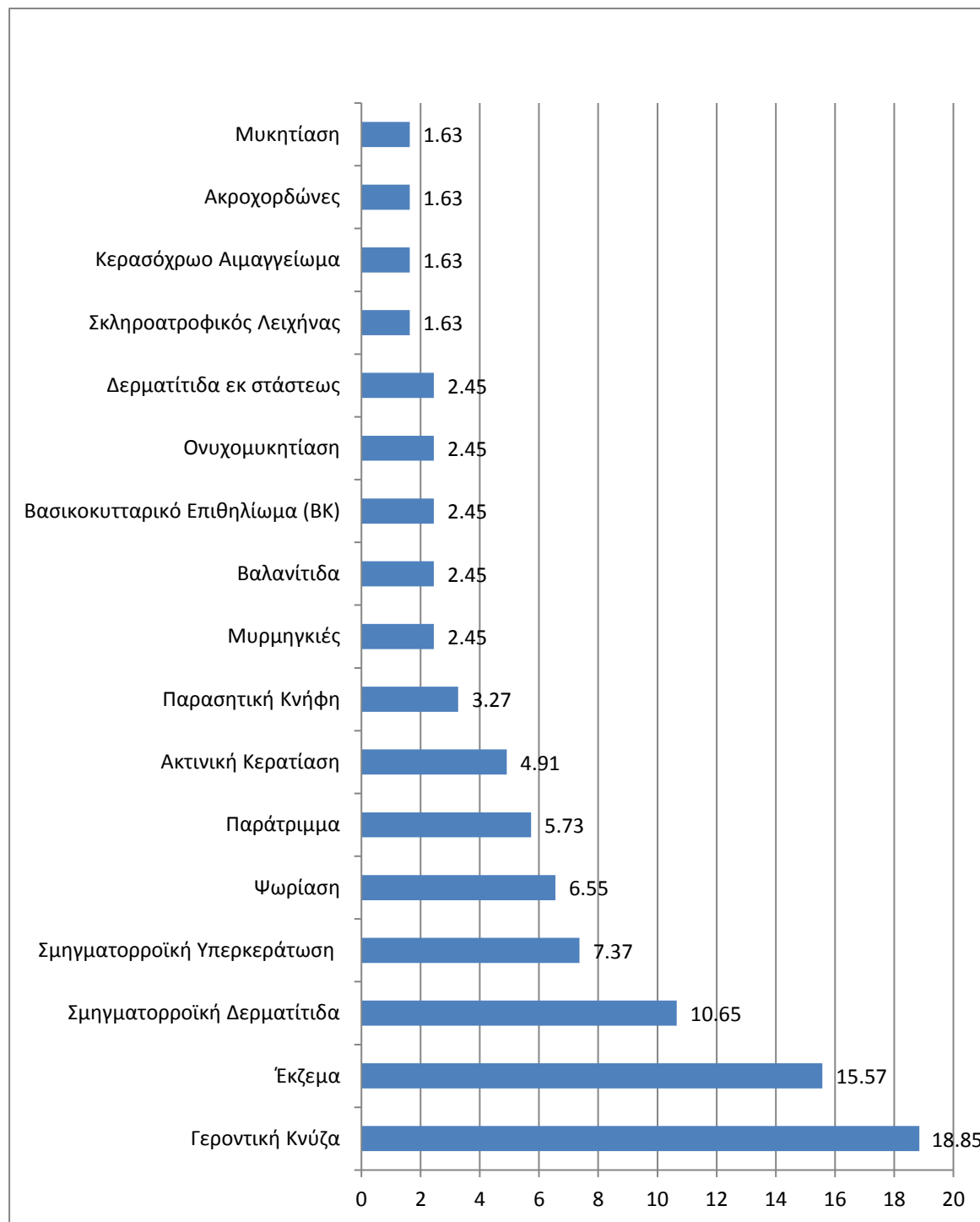
## Οι υπόλοιπες δερματολογικές παθήσεις που παρουσιάστηκαν στις γυναίκες

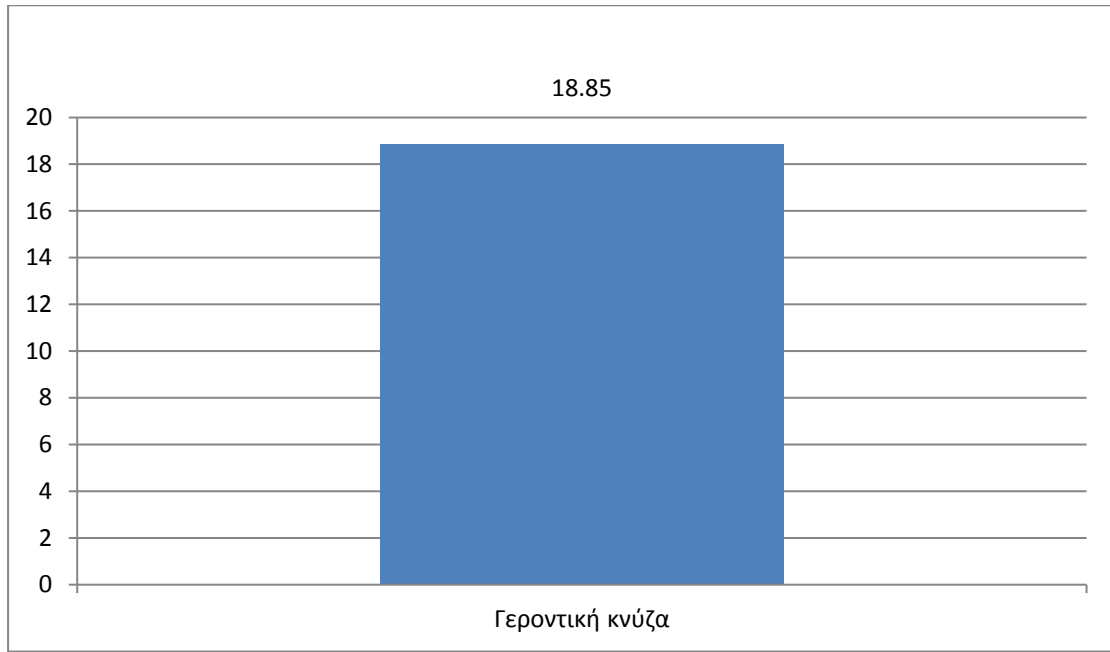


*Οι παθήσεις που παρουσιάστηκαν αλλά ανήκουν σε άλλες ειδικότητες*



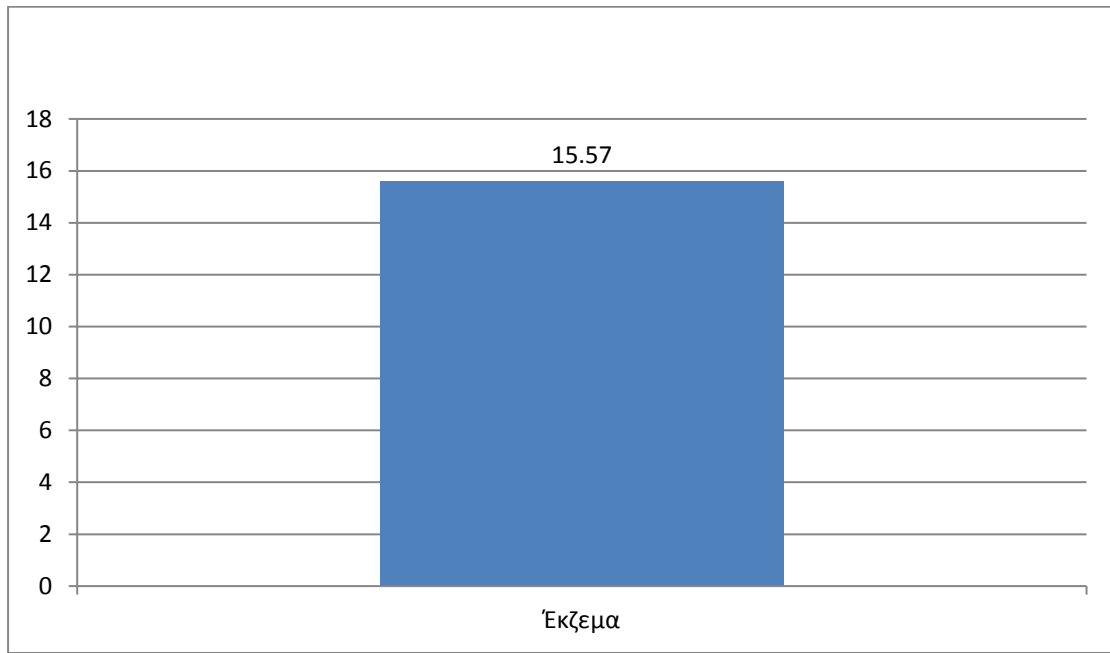
### 3.2 Οι 10 πιο συχνές δερματολογικές παθήσεις στους άνδρες



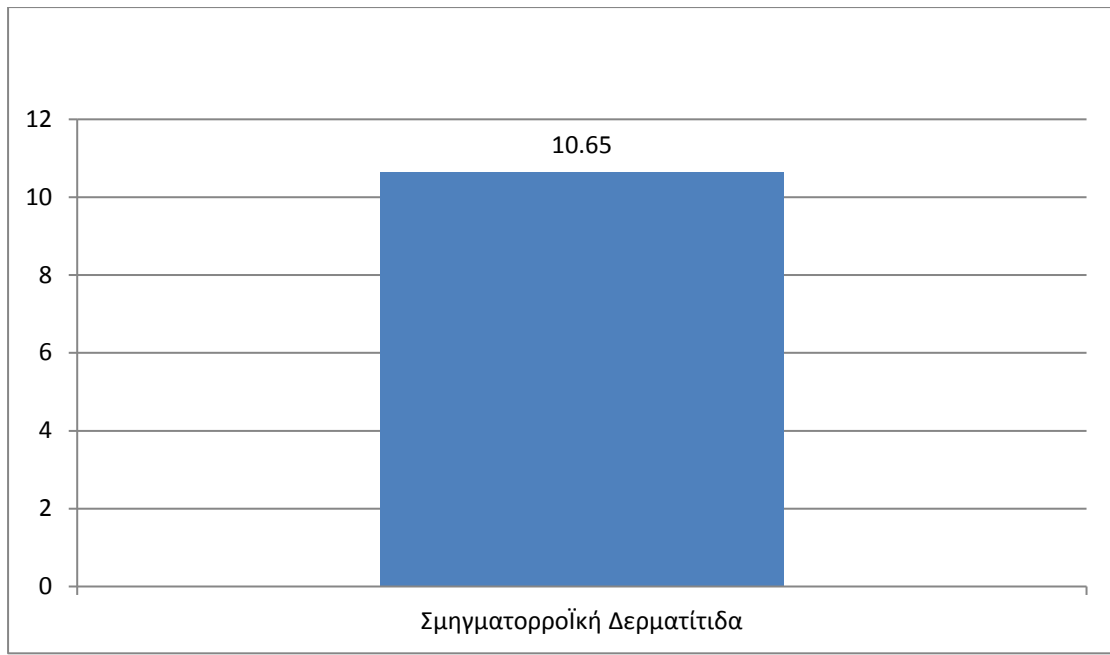


**1)Γεροντική κνύζα:** Η δυσάρεστη αίσθηση που προκαλεί την επιθυμία για γρατσουνιά. Είναι συχνή και στα δύο φύλα. Οι κύριες περιφερικές ίνες που φέρουν την αίσθηση κνησμού από το δέρμα είναι οι C fibers(ίνες). Αυτές οι μικρές αμύελες, συγκεκριμένες ίνες των νεύρων μπορεί να είναι η εξαρτημένη ισταμίνη ή η ανεξάρτητη ισταμίνη. Άλλα αίτια γενικευμένου κνησμού είναι η ουραιμία(χρόνια νεφρική ανεπάρκεια), σακχαρώδης διαβήτης, καρκίνος, αποφρακτικός ίκτερος,αλκοολισμός, αντιβιοτικά φάρμακα. Η ηλικιακή αλλαγή μπορεί να συνεισφέρει στην παρουσία της χρόνιας κνύζας μέσω τριών διαφορετικών μηχανισμών: δερματική ξηροδερμία(ξηρό δέρμα), νευροπαθητική(αλλαγές νεύρων)και ανοσολογικές αλλαγές. Η αισθητικός είναι δυνατόν να χρησιμοποιήσει και θεραπείες ενάντια στο ξηρό δέρμα με ενυδατικά προϊόντα και εξειδικευμένα στην εξισσορόπηση της κατώτερης στοιβάδας της επιδερμίδας.





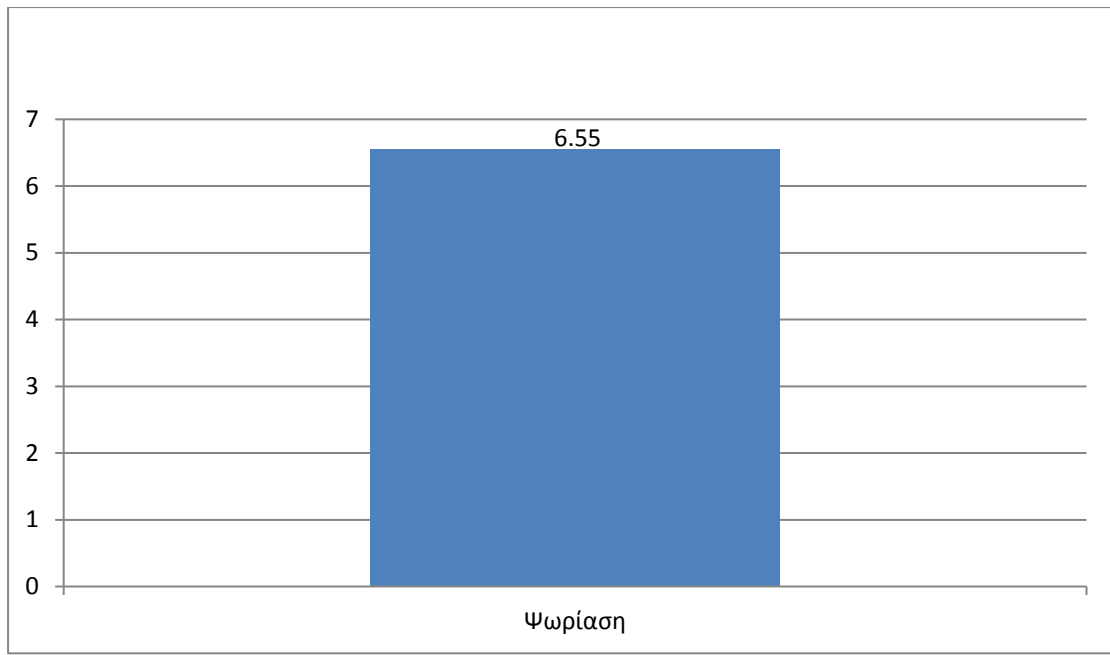
**2) Έκζεμα:** Χρησιμοποιείται ως γενικός όρος για πολλούς τύπους δέρματος φλεγμονή και αλλεργικού τύπου δερματικά εξανθήματα. Χωρίζεται σε χρόνια και οξύ έκζεμα στο οποίο παρουσιάζεται υπεκεράτωση(υπερπαραγωγή κερατίνης), ακάνθωση(πάχυνση επιθηλίου) και σημαντικό μεσοκυττάριο οίδημα(σπογγίωση)με αποτέλεσμα τον σχηματισμό μικροφυσαλίδων. Στο χρόνια συνεχίζει να υπάρχει υπερκεράτωση, σημαντική ακάνθωση. Αυξάνεται το μήκος των ακρολοφιών της επιδερμίδας, παρατηρείται ελάχιστη σπογγίωση και στο χόριο συμβαίνει διήθηση από λεμφοκύτταρα που περικλείουν τα διατεταμένα αιμοφόρα αγγεία. Ατοπική δερματίτιδα είναι ένα πιο συγκεκριμένο σύνολο τριών συναφών όρων που συμβαίνουν στο ίδιο το πρόσωπο συμπεριλαμβανομένων εκζέματος, αλλεργίας, άσθματος. Συνήθως οι ασθενείς είναι επιρρεπείς σε τουλάχιστον ένα από αυτά, ιδίως λόγω συνθετικών ρούχων και φαρμάκων που έχουν ήδη αναφερθεί και ηλικιωμένων ανδρών με αναπνευστικά προβλήματα. Μια αισθητικός είναι δυνατόν να προτείνει προϊόντα με ειδικές λιπαντικές ουσίες για αποφυγή ξηρότητας κατά τη διάρκεια του μπάνιου και το σωστό στέγνωμα του δέρματος μετά από αυτό. Τέλος, είναι καλό να τονιστεί η δυσμενής επίδραση χαμηλής θερμοκρασίας και χαμηλής σχετικής υγρασίας του περιβάλλοντος κατά τους χειμερινούς μήνες.



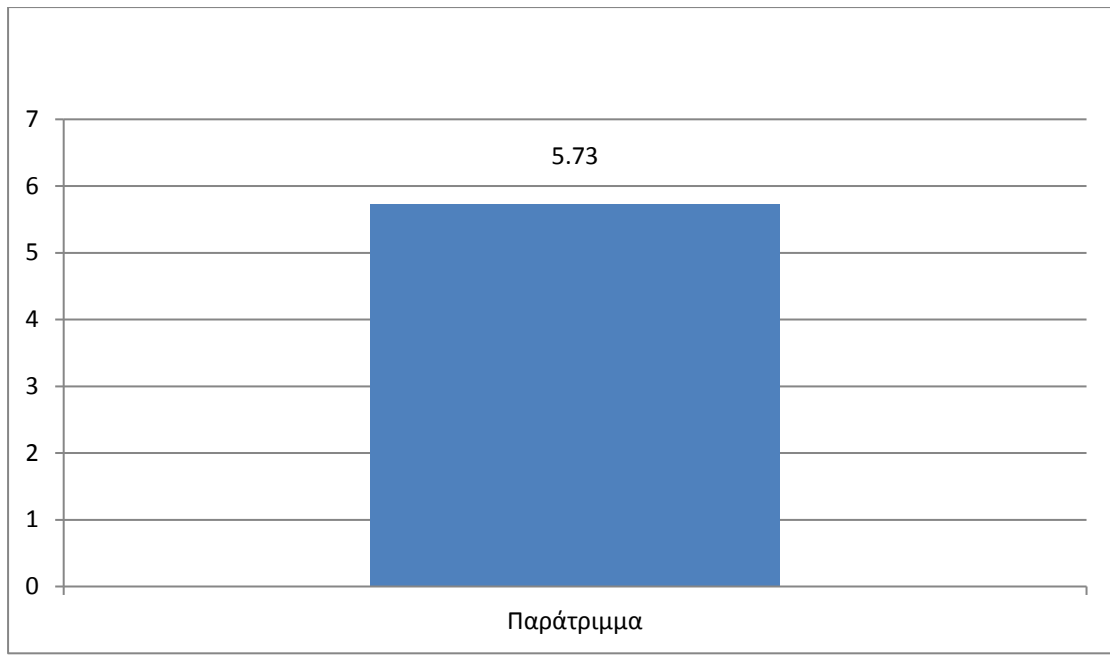
**3)Σμηγματορροϊκή Δερματίτιδα(ή Έκζεμα):** Πρόκειται για μια εκζεματικού τύπου εξεργασία που εντοπίζεται στο τριχωτό της κεφαλής, το πρόσωπο, τις πτυχές και το άνω τμήμα του κορμού και επηρεάζεται από την υπερανάπτυξη του ζυμομύκητα ωοειδές πιτυρόσπορο (*pityrosporum ovale*). Ο όρος <σμηγματορροϊκό > χαρακτηρίζεται ατυχής. Τα ξηρά, κίτρινα λέπια της ασθένειας πιστεύτηκαν πως αναπαριστούν αποξηραμένο σμήγμα,όμως συμβαίνει μαζική αποβολή των κερατινοκυττάρων με τη μορφή λεπίων. Συνήθως, παρουσιάζεται σε περιοχές με αυξημένο αριθμό σμηματογόνων αδένων(πρόσωπο, πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια θώρακος), όμως είναι δυνατή η εμφάνισή του στη βουβωνική περιοχή και στις μασχάλες. Ακολουθούν απολέπιση, ερυθρότητα και ξηρότητα δέρματος. Λόγω ηλικίας το ανοσοποιητικό σύστημα υφίσταται μια πτώση και οι άνδρες σε αυτή τη ηλικία γίνονται πιο επιρρεπής, ιδίως από ορισμένα φάρμακα με ιντερφερόνη Α και νευρολογικές διαταραχές (νόσος Parkinson). Μια αισθητικός μπορεί να χρησιμοποιήσει διάφορες ενυδατικές θεραπείες και απαλά προϊόντα καθαρισμού.



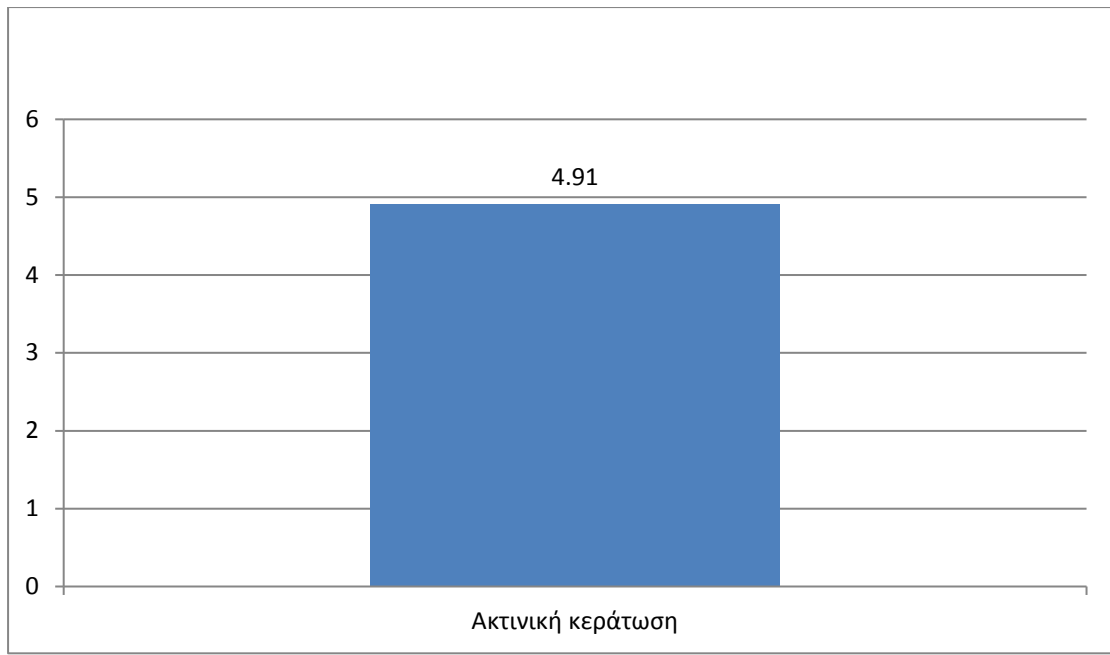
**4)Σμηγματορροϊκή Υπερκεράτωση:** Αφορά και τα δύο φύλα. Η υπερκεράτωση χαρακτηρίζεται από πάχυνση του πιο επιφανειακού τμήματος της επιδερμίδας, δηλαδή της κερατίνης στοιβάδας. Σε αυτό το επίπεδο, τα κύτταρα διαθέτουν την κερατίνη, πρωτεΐνη που τους προσδίδει ξηρή και πολύ σκληρή όψη. Σε κάποιες περιπτώσεις, συμβαίνει μη φυσιολογική άθροιση της κερατίνης με αποτέλεσμα τη δημιουργία πλακών από ξηρό δέρμα και καλυμμένο με κρούστες. Εντοπίζεται στο πρόσωπο και στα χέρια, οι ΣΥ είναι δυνατόν να μείνουν επιφανειακές και να γίνει δύσκολη η διαφορική διάγνωση από γεροντικές φακές ή μελαγχρωματικές ακτινικές υπερκερατώσεις. Όσο περνά η ηλικία οι ΣΥ μεγαλώνουν σε αριθμό και μέγεθος. Η κερατωσική επιφάνεια είναι δυνατό να αφαιρεθεί με ευκολία, όμως εμφανίζεται ξανά. Καθίσταται συνήθης ασυμπτωματική, αλλά μπορεί να αποτελεί ένα αίτιο κνησμού, ιδίως σε ηλικιωμένα άτομα.



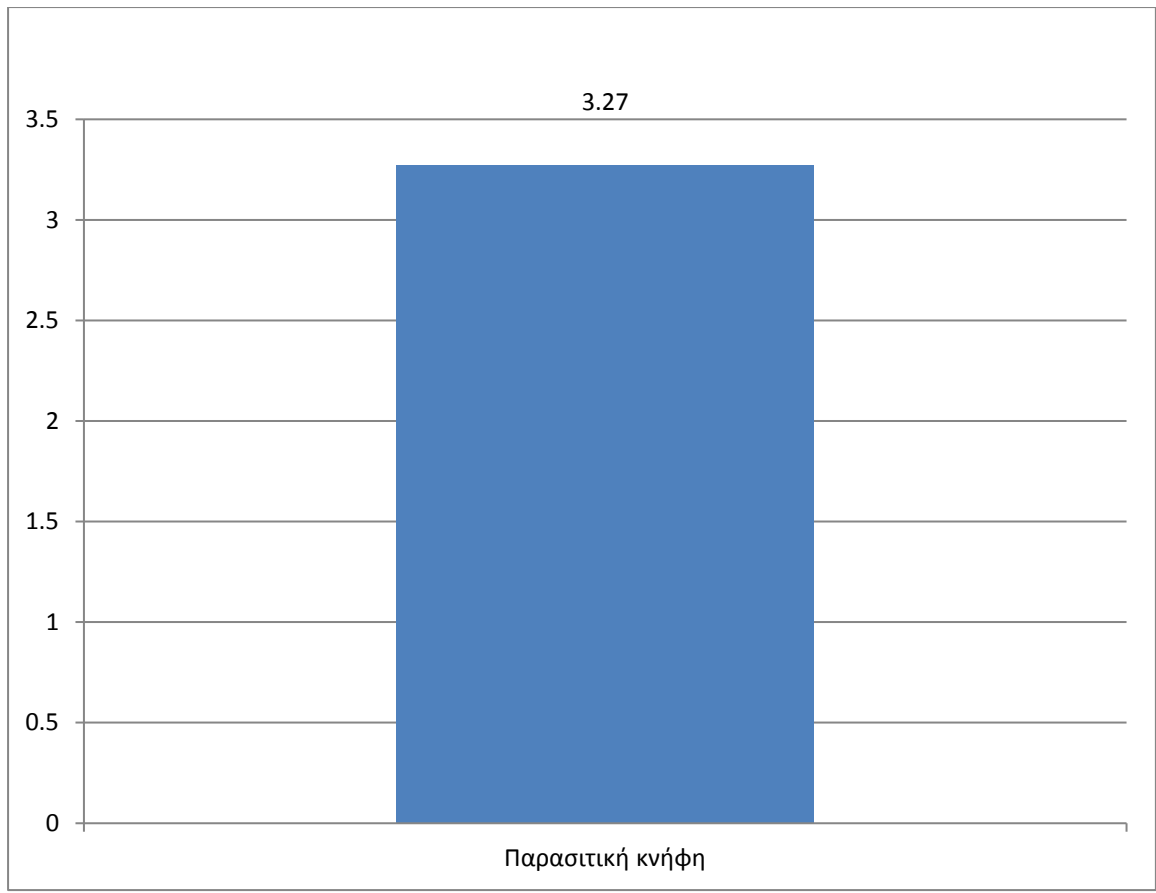
**5)Ψωρίαση:** Η ασυμπτωματική νόσος εμφανίζεται σε παρόμοια ποσοστά στα δύο φύλα. Η αιτία παραμένει άγνωστη, όμως σημειώνεται η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης της νόσου. Η πάθηση μπορεί να εμφανιστεί σε ποσοστό 25% σε ένα παιδί, όταν ένας από τους δύο γονείς έχει ψωρίαση, ενώ στην πιθανότητα και των δύο, το ποσοστό βρίσκεται στο 50%. Στην περίπτωση υγιών γονέων και το παιδί αποτελεί πάσχων από ψωρίαση, τότε το επόμενο παιδί εμφανίζει πιθανότητα 20% εμφάνισης της νόσου. Πρόκειται για συμμετρικές βλάβες επηρμένες που κατλήγουν σε <λεύκανση> , η επούλωση των βλαβών ξεκινά από το κέντρο τους, εμφανίζοντας δακτυλιοειδούς τύπου εξάνθημα. Οι περιοχές που εντοπίζεται η ψωρίαση είναι το τριχωτό της κεφαλής, τα γόνατα, οι εκτατικές επιφάνειες των αγκώνων, η ιερά περιοχή και τα άκρα, πιθανόν όμως να ανευρεθεί σε κάθε περιοχή του σώματος, ακόμα και στα γεννητικά όργανα. Επιβαρύνονται καπνιστές και παχύσαρκοι και άτομα με βακτηριακές λοιμώξεις λόγω συστηματικής χορήγησης ή τοπικής εφαρμογής ισχυρών κορτικοστεροειδών. Ακόμα, δπικινδυνότητα φέρουν διάφορα φάρμακα (λίθιο, β-αποκλειστές, ανθελονοσιακά, ινδομεθακίνη, τετρακυκλίνες)και έντονη κατανάλωση αλκοόλ.



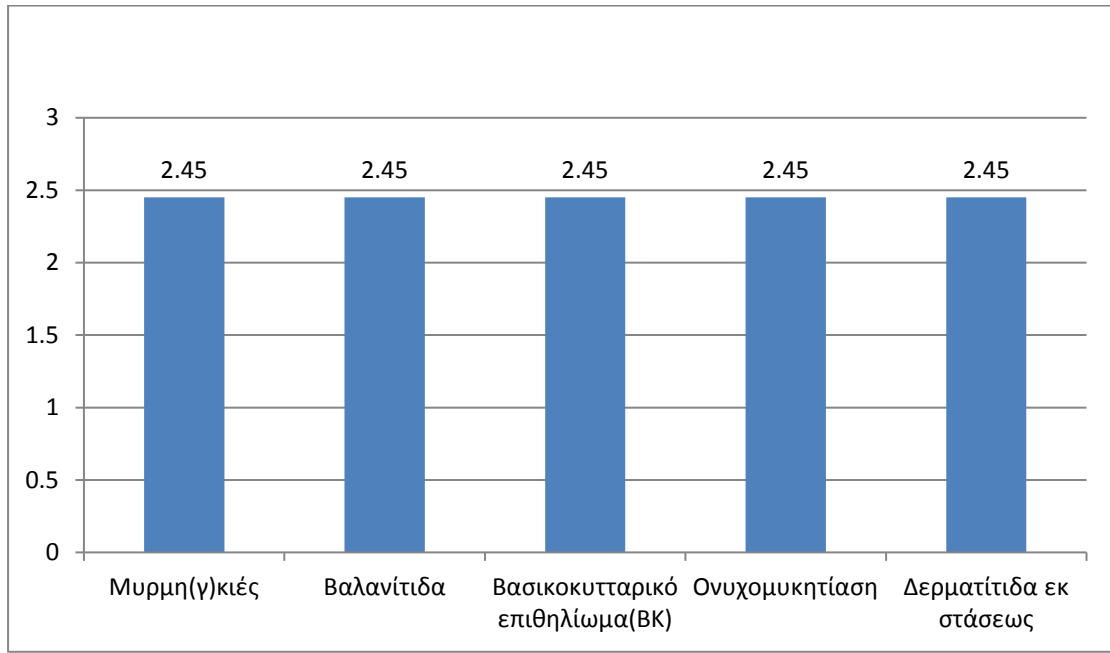
**6)Παράτριμμα:** Είναι δυνατόν να εμφανιστεί ερυθματώδες εξάνθημα σε άνδρες. Η γήρανση δημιουργεί επιπλέον εναπόθεση λίπους και συνδετικού ιστού με παράλληλη μείωση των συσταλών ιστών του μυός με αποτέλεσμα η μείωση στη μυϊκή δύναμη να είναι μεγαλύτερη από την πραγματική μείωση που παρατηρείται στη μυϊκή μάζα απώλεια αριθμού μυϊκών ινών, καθώς επίσης και στη μείωση του μεγέθους τους. Οπότε, υφίσταται ακινησία και άρα περισσότερη τριβή μεγάλων μερών του σώματος και ευκολότερης εμφάνισης παρατρίμματος. Επίσης, επιτυγχάνεται μείωση της ελαστικότητας του δέρματος και πτώση γεννητικών οργάνων με αποτέλεσμα την ακράτεια και χρήση πάνες ή άλλου είδους αντικείμενα που στοχεύουν στην κατακράτηση της υγρασίας. Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστεί και σε ασθενείς με παχυσαρκία, με σακχαρώδη διαβήτη λόγω αποδυνάμωσης του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι άνδρες με σακχαρώδη διαβήτη διαθέτουν αυξημένο ποσοστό γλυκόζης στο αίμα, δηλαδή υπεργλυκαιμία. Η διαδικασία στένωσης των αρτηριών συμβαίνει γρηγορότερα και υπάρχει κίνδυνος καρδιακής προσβολής και εγκεφαλικής αιμοραγίας.



**7)Ακτινική κεράτωση:** Η ακτινική υπερκεράτωση ανευρίσκεται κυρίως στις χρονίως εκτεθειμένες στον ήλιο επιφάνειες του προσώπου, των αυτιών, της ραχιαίας επιφάνειας των άκρων χεριών και των αντιβραχιόνων. Παλαιότερα οι άνδρες εργάτες εκτείθονταν πιο πολλή ώρα στον ήλιο και δεν υπήρχε ενημέρωση για σωστή αντιηλιακή προστασία που παρέχουν διάφορων ειδών προϊόντα της Αισθητικής και Κοσμητολογίας, όπως αντιηλιακές κρέμες, τζελ, σπρέι και φυσικά λιγότερη ώρα κάτω από ηλιακή ακτινοβολία. Επιπλέον δεν υπήρχε επαρκής ενημέρωση, όπως σήμερα μέσω του διαδικτύου. Είναι δυνατή η μετατροπή της νόσου σε ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα. Στις ευπαθείς ομάδες ανήκουν τα άτομα που είναι ανοσοκατεσταλμένοι ως αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας του καρκίνου, σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), ή μεταμόσχευση οργάνων, καθώς και άτομα ανοιχτόχρωμου δέρματος. Η πιο επιθετική μορφή της κεράτωσης, είναι η ακτινική χειλίτιδα, που εμφανίζεται στα χείλη(ξηρότητα, απολέπιση γύρω από τα χείλη-εξέλιξη σε άσπρες πλάκες).



**8)Παρασιτική κνήφη:** Μια δερματική αντίδραση στην περιοχή δείγματος(δαγκώματος) ή νυγμού(κεντρίσματος) από αρθρόποδο. Αρκετές φορές παρουσιάζεται κνησμός και το έντομο κινείται ως ενδιάμεσος ξενιστής για την εμφάνιση ασθένειας. Είναι δυνατόν οι βλάβες να αποτελούνται από κνιδωτικούς πομφούς, οριμένες φορές με μια φυσαλίδα στο κέντρο και προβάλλονται εκδορές. Βλατίδες, φυσαλίδες και μεγάλες πομφόλυγες είναι πιθανό να παρουσιαστούν και να σημειωθεί μεταφλεγμονώδης μελάγχρωση. Στα θερμά κλίματα μπορεί να εμφανιστεί δευτερογενώς βακτηριακή επιμόλυνση. Η συγκέντρωση των βλαβών είναι κυρίως στις κνήμες και τους αστραγάλους.



**9)Μυρμη(γ)κιές:** Αρκετά συνήθης λοίμωξη του δέρματος και των βλεννογόνων που προέρχεται από τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων(HPV). Ο ιός HPV διεγείρει τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων του ακανθωτού επιθηλίου και μυρμηγκιές. Υπάρχουν διάφορων ειδών μυρμηγκιές, αλλά και τύποι ιών ανθρώπινων θηλωμάτων. Κακοήθης εξαγωγή στο πέος είναι δυνατόν να συσχετίζεται με τη ύπαρξη κονδυλωμάτων από τους ιούς HPV-16 και HPV-18. Οι κοινές μυρμηγκιές <τύπου μωσαϊκού> προέρχονται από τον ιό HPV-2, οι ομαλές μυρμηγκιές από τον HPV-3 και οι βαθιά αυξανόμενες προς τα μέσα στις παλάμες και τα πέλματα από τον HPV-1. Παρουσιάζονται σε κάθε σημείο του σώματος, πιο συχνά στα χέρια και στα πόδια και είναι αντιαισθητικές. Χαρακτηρίζονται ως μια μεταδοτική πάθηση που επεκτείνεται ευκολότερα, όταν υφίσταται τοπικός τραυματισμός του δέρματος ή των βλεννογόνων. Οι ηλικιωμένοι άνδρες μπορεί να τις αποκτήσουν από κοινόχρηστους χώρους(π.χ. ΚΑΠΗ), κοινά λουτρά, καταστήματα.

**9)Βαλανίτιδα:** Κάποιες φορές ως βαλανίτιδα λαμβάνεται μόνο η φλεγμονή της κεφαλής του πέους (βάλανος), ενώ αναφέρεται ως ακροποσθίτιδα τη φλεγμονή στο πετσάκι. Όταν,όμως υπάρχει φλεγμονή και στα δύο το ονομάζουν



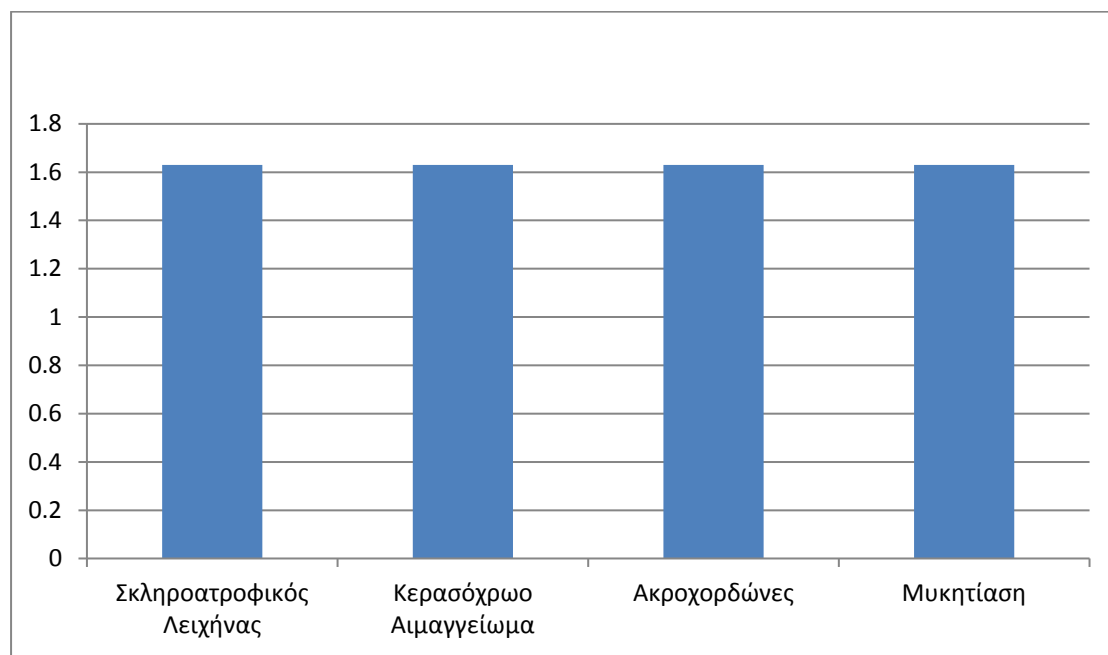
βαλανοποσθίτιδα. Οι άντρες που έχουν προδιάθεση για την ανάπτυξη βαλανίτιδας είναι εκείνοι που μπορεί να έχουν συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρίτιδα, κίρρωση, νοσογόνο παχυσαρκία. Ακόμα, κακή προσωπική υγιεινή, ευαισθησία σε χημικά ερεθιστικά (για παράδειγμα, σαπούνια και λιπαντικά), αλλεργίες σε φάρμακα. Οι άντρες με διαβήτη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν βαλανίτιδα επειδή η γλυκόζη ενθαρρύνει την ανάπτυξη βακτηρίων και μυκήτων στο δέρμα. Η βαλανίτιδα μπορεί να αποτελεί ένα ξεχωριστό κλινικό χαρακτηριστικό σε άνδρες με αντιδραστική αρθρίτιδα.

**9)Βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα(ΒΚ):** Αποτελεί κακοήγη όγκο του δέρματος. Το επιθηλίωμα αυτό προέρχεται από την επιθηλιακή διόγκωση του έξω επιθηλιακού ελύτρου του θυλάκου της τρίχας, κάτω από τον ισθμό και την εκβολή του πόρου του σμηγματογόνου αδένου. Ακολουθεί την εκτρωτική εμβρυογένεση της τρίχας, όμως αυξάνεται συνεχώς. Τα ΒΕ παρουσιάζονται στο πρόσωπο(βλέφαρα, ζυγωματική χώρα, μάγουλα, μέτωπο, μύτη, άνω χείλος κ.α.). Στην κατηγορία αυτή, όπως και στην ακτινική κερατίαση επηρεάζονται αρκετά άνδρες λόγω παρατεταμένης ηλιακής έκθεσης και αναπτύσσεται εξαιτίας της εργασίας τους(αγρότες, ναυτικοί). Με τη σωστότερη ενημέρωση και έγκαιρη προσέλευση του ασθενούς σε γιατρό ή ειδικό κέντρο μπορεί να αποφευχθεί η νόσος ή να αντιμετωπιστεί σε πρώιμο στάδιο. Οι αισθητικοί,όντας μέλη της κοινωνίας αφουγκραζόμενοι την ενημέρωση με σύγχρονα μέσα είναι δυνατόν να προβάλλουν στα ινστιτούτα τους καμπάνιες για την προστασία από ηλιακή έκθεση και να προτείνουν τα κατάλληλα προϊόντα και θεραπείες αντηλιακής προστασίας.

**9)Ονυχομυκητίαση:** Πολλοί άνδρες σε αυτή την ηλικία παρουσιάζουν σακχαρώδη διαβήτη και ορισμένες φορές λόγω των αλλοιώσεων που προκαλεί η αισθητική παραμόρφωση του νυχιού είναι δυνατόν να υπάρξουν δευτερογενείς λοιμώξεις, όπως σε ανοσοκατασταλαμένους(πάσχοντες AIDS ή καρκινοπαθείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία) και σακχαροδιαβητικούς. Οι άντρες έχουν την τάση να εμφανίζουν συχνότερα ονυχομυκητίαση, λόγω των συχνών αθλητικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων τους.

**9)Δερματίτιδα εκ στάσεως:** (Υποδερματίτιδα) Πρόκειται για χρόνια φλεγμονή συνεπεία της φλεβικής και λεμφικής στάσης. Οι ηλικιωμένοι άνδρες εμφανίζουν την πάθηση εξαιτίας ορθοστασίας και κούρασης ανα τα χρόνια(αγρότες, εργοστάσια). Προκαλείται από καταστάσεις που καθυστερούν την επιστροφή του αίματος από τα πόδια στην καρδιά, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η παχυσαρκία. Πολλοί ηλικιωμένοι λόγω κατοχικού συνδρόμου και ακινησίας παρατηρείται η παχυσαρκία και άλλα σχετιζόμενα καρδιακά και αναπνευστικά σύνδρομα. Εμφανίζεται στην περιοχή του δέρματος πάνω από τις πάσχουσες φλέβες, κυρίως στην περιοχή του αστραγάλου όπου η κυκλοφορία του αίματος στα άτομα με φλεβική ανεπάρκεια, δεν είναι καλή. Η χρόνια φλεβική ανεπάρκεια των κάτω άκρων κλινικά εκφράζεται

με τις εξής μορφές: ευρυαγγείες, κίρσοι, οίδημα, δερματικές διαταραχές - λιποδερματοσκλήρυνση και φλεβικό έλκος.



**10)Σκληροατροφικός Λειχήνας:** Αρχικώς είχε περιγραφεί ως αντικατάσταση του ομαλού λειχήνα. Αποτελεί ένα χρόνια νόσημα του δέρματος που προσβάλλει κυρίως τα γεννητικά όργανα και τις γύρω από τον πρωκτό περιοχές. Είναι δυνατό να υφίσταται δυσχέρεια τραβήματος της ακροποσθίας(και αποκάλυψη βαλάνου του πέους) ή στην ούρηση. Παρουσιάζονται βλατίδες με χρώμα λευκό σαν ελεφαντοστού.Το δέρμα εμφανίζει εύκολα σχισμή και προβάλλονται εκχυμώσεις και ατροφίες, τηλεγγειεκτασίες και πορφύρα. Μπορεί επίσης να υπάρχει κνησμός, αιμορραγία, δυσκολία στην ούρηση και φουσκάλες. Η αιτία του σκληροατροφικού λειχήνα είναι άγνωστη, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μιας υπερδιέγερσης του ανοσοποιητικού συστήματος και είναι ασυμπτωματικός. Ο σκληροατροφικός λειχήνας συσχετίζεται και με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα (σκληροδερμία, ομαλός λειχήνας, λεύκη και γυροειδή αλωπεκία).

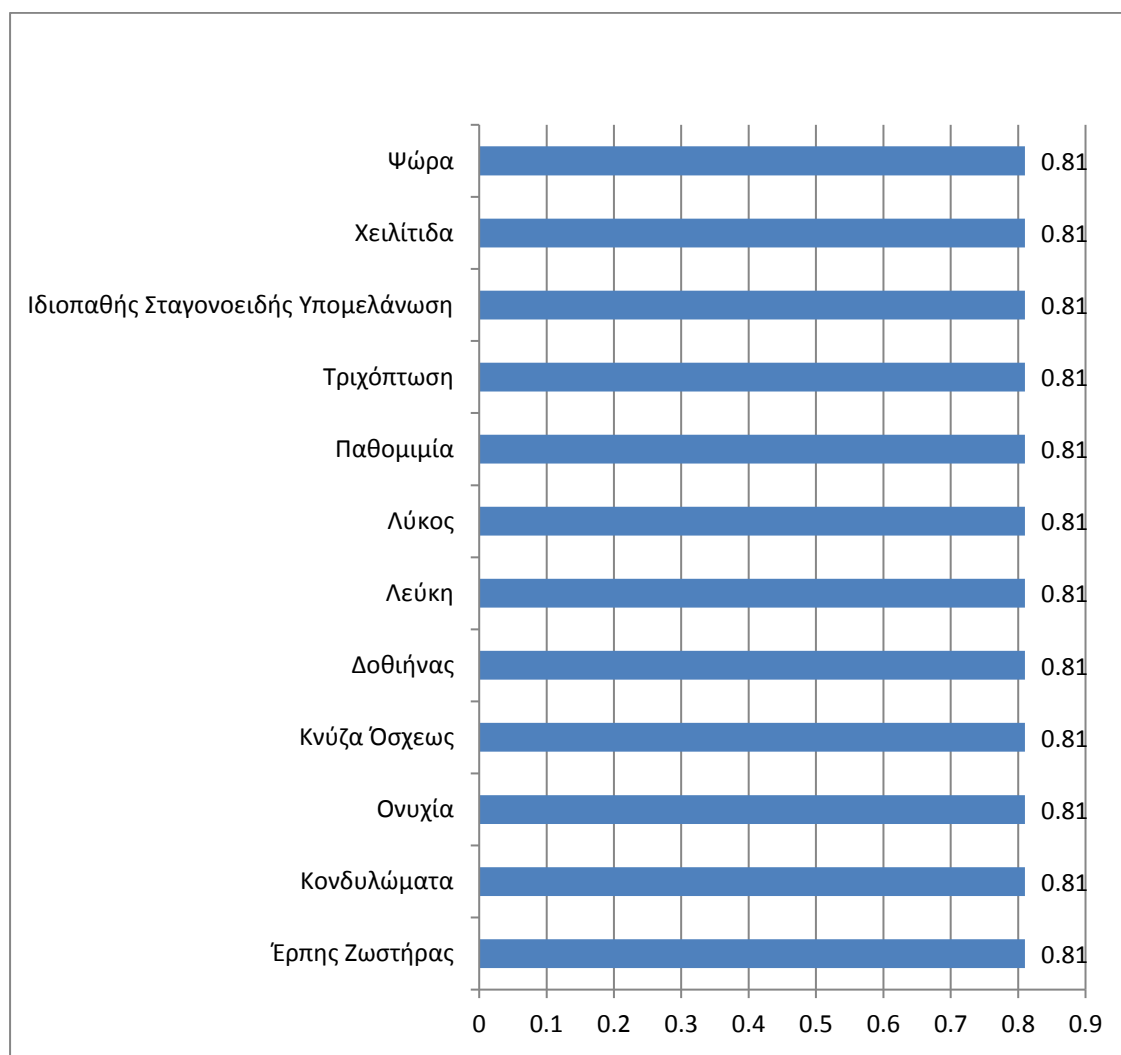
**10)Κερασόχρω Αιμαγγείωμα(ή κερασοειδές):** Είναι κληρονομούμενες καλοήθεις αγγειακές βλάβες που αποτελούν μόνο αισθητικό πρόβλημα. Λέγονται επίσης και στίγματα του Morgan. Είναι όλα τα σκούρα κόκκινα στίγματα που μπορεί να εντοπίζονται σε διάφορα σημεία του σώματος μας. Τα κερασοειδή αιμαγγειώματα αποτελούνται από συστάδες τριχοειδών αγγείων στην επιφάνεια του δέρματος , σχηματίζοντας βλατίδα, η οποία μπορεί να έχει επίπεδη κορυφή. Επειδή τα αιμοφόρα αγγεία που περιλαμβάνει κερασοειδές αιμαγγείωμα είναι τόσο κοντά στην επιφάνεια του δέρματος, μπορεί με τριβή με κάποιο ρούχο ή σε σεντόνι να αιμορραγήσουν. Η αντιμετώπιση του γίνεται με κρυοχειρουργική ή

ηλεκτροχειρουργική, όπου επιτυγχάνεται με καταστροφή/κάψιμο του ιστού με έναν καθετήρα που έχει ηλεκτρικό ρεύμα. Επίσης αποτελεσματική είναι η χρήση λέιζερ, με πολύ καλά αισθητικά αποτελέσματα και χωρίς να μένουν ουλές ή υπερμελαγχρώσεις.

**10)Ακροχορδώνες:** Οι ακροχορδώνες ή θηλώματα δέρματος είναι καλοήθεις όγκοι του δέρματος και δεν έχουν σχέση με καρκίνωμα. Συνίστανται από λιποκύτταρα, νευρικά κύτταρα και ίνες και καλύπτονται από δέρμα. Εντοπίζονται στο πρόσωπο, στο λαιμό, στις μασχάλες, κάτω από το στήθος και στα γεννητικά όργανα. Στα άτομα με ακροχορδώνες συχνά ανευρίσκονται διαταραχές μεταβολισμού του σακχάρου αλλά και πολύποδες εντέρου. Οι ακροχορδώνες λαιμού αντιμετωπίζονται εύκολα με ηλεκτροκαυτηρίαση, κρυοθεραπεία, laser, χειρουργική αφαίρεση κ.α. Για τους ακροχορδώνες προσώπου αποφεύγουμε συνήθως της κρυοθεραπεία καθώς αφήνει συχνά μετά την επέμβαση αντιαισθητικές υποχρωματισμένες – λευκές περιοχές.

**10)Μυκητίαση:** Συνήθεις λοιμώξεις που προκαλούνται από μικροοργανισμούς, οι οποίοι αναπτύσσονται όταν βρουν τις κατάλληλες συνθήκες, όπως η ζέστη και η υγρασία. Οι δερματικές μυκητιάσεις χωρίζονται σε τρεις βασικές κατηγορίες, αναλόγως με τους μύκητες που τις προκαλούν: σε αυτές που προκαλούνται από δερματόφυτα, στην ποικιλόχρους πιτυρίαση και στις μυκητιάσεις από candida. Τα δερματόφυτα εντοπίζονται σε οποιοδήποτε σημείο στο σώμα, τα νύχια. Πρόκειται για μύκητες που υπάρχουν στο χώμα, αλλά και στα κατοικίδια ζώα. Στα νύχια εμφανίζονται διάφορες αλλοιώσεις: μπορεί να κιτρινίσουν ή να λευκανθούν, να είναι εύθρυπτα, να έχουν γραμμώσεις πάνω, να είναι πεπαχυσμένα ή λεπτά. Μια αισθητικός επεμβαίνει με τον τροχό και προϊόντα θρεπτικά για τα νύχια. Στις μυκητιάσεις από candida μυκητίαση εμφανίζεται κάτω από τον μαστό, στις μεσοδακτύλιες περιοχές σε χέρια και πόδια, στις μηρογεννητικές πτυχές, στις μασχάλες, καθώς και μεσογλουτιαία, δηλαδή σε περιοχές που λόγω ακινησίας και τριβής αρκετοί ηλικιωμένοι τείνουν να είναι πιο επιρρεπής. Τα συμπτώματα της μυκητίασης των ποδιών που είναι δυνατόν να εντοπιστούν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό μεταξύ τους, είναι ξηροδερμία, κνησμός, απολέπιση, φλεγμονή και φλύκταινες, οι οποίες συχνά σκάνε, δημιουργώντας επώδυνες και φλεγμίνουσες πληγές. Μια αισθητικός επεμβαίνει με θεραπείες ενάντια στην ξηρότητα του δέρματος με ενυδατικά σκευάσματα. Τέλος, επειδή μέρος της αισθητικής είναι και η υγιεινή και στο χώρο εργασίας και στα σκευάσματα και εργαλεία καλό είναι να τονιστεί η σωστή μέθοδος υγιεινής και για το δέρμα και για τα ρούχα. Όσοι ιδρώνουν πάρα πολύ (δηλαδή έχουν υπεριδρωσία) μπορεί να χρειασθούν ειδική αγωγή, με διακοπτόμενη χρήση ειδικών λοσιόν και καθημερινή χρήση απορροφητικών σκευασμάτων σε μορφή πούδρας (συνδυασμός με κοσμητολογικό κομμάτι).

*Οι υπόλοιπες δερματολογικές παθήσεις που παρουσιάστηκαν στους άνδρες*



## 4 ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

### 4.1 ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Το κακόηθες μελάνωμα πιθανότατα επέρχεται στον οργανισμό λόγω της υπερδιέγερσης από την υπεριώδη ακτινοβολία των μελανοκυττάρων- που πηγάζει το δυνητικά μοιραίο δερματικό καρκίνωμα- και μεταβαίνει μέσα από τα λεμφαγγεία στους λεμφαδένες και την κυκλοφορία του αίματος στον εγκέφαλο, στους πνεύμονες, στο ήπαρ, στα οστά και στο δέρμα (ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ VIVIER: σελ.262:Πρόκειται...κυκλοφορίας-σελ.263:Το κακόηθες...και τέλος στο δέρμα).

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:**Αν και δεν πρόκειται για συχνό φαινόμενο το μελάνωμα αυτό τείνει να εμφανίζεται συχνά. Η συνέπεια εμφάνισής του έχει διπλασιαστεί μέσα σε μια δεκαετία στη Σκανδιναβία και στην Αυστραλία. Στην Αριζόνα έχει τετραπλασιαστεί στους Καυκάσιους, καθώς και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ανά 100.000κατοίκους υπάρχουν 50 περιστατικά στο Queensland στην Αυστραλία. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής(ΗΠΑ) αποτελεί την πέμπτη πιο συχνή μορφή καρκίνου(ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ VIVIER:σελ.262: Αν και το κακόηθες...μορφή καρκίνου) και κατά την περίοδο 1969-1999 πενταπλασιάστηκε περιστατικό μελανώματος σε άνδρες ηλικίας 65 και άνω από 18.8 σε 91.9 από τις 100.000 πληθυσμό ανά χρόνο(ROOK'S-38.23: In the USA..per annum). Όσον αφορά το επίπεδο θνησιμότητας μελανώματος στη Σκωτία κατά τη χρονική περίοδο 1979-1998 παρέμειναν στατικά στα αρσενικά όλων των ηλικιών και ελαττώθηκαν πολύ λίγο στα θηλυκά. Συγκεκριμένα η αλματώδης αύξηση των συμβάντων ανταποκρίνεται σε μεγαλύτερα αρσενικά από παρελθοντική ή παροντική έκθεση σε αιτιολογικούς παράγοντες και ορισμένοι ασθενείς που οδηγούνται σε εγχείριση οφείλεται σε λεπτότερους πρωταρχικούς όγκους(ROOK'S-38.23: In Scotland..tumours). Το επιφανειακό, επεκτεινόμενο και το οζώδες κακόηθες μελάνωμα κάνουν την εμφάνισή τους σε κλειστούς χώρους όχι στην ύπαιθρο, ενώ τα βασικοκυτταρικά και ακανθοκυτταρικά επιθηλιώματα και οι ακτινικές υπερκερατώσεις παρουσιάζονται σε ανθρώπους που εκτίθενται στον ήλιο και την ύπαιθρο για μεγάλα χρονικά όρια. Οπότε, το πιο σημαντικό για τη νόσο έγκειται στην έκθεση στον ήλιο ανά διαστήματα παρά στη χρόνια και συνεχόμενη. Παρολ'αυτά η νόσος που εμφανίζεται σε ηλικιωμένους και καλείται μελάνωμα τύπου κακοήθους φακής δέχεται επιρροές από τη χρόνια ηλιακή έκθεση. Το οζώδες κακόηθες μελάνωμα παρουσιάζεται κυρίως σε άρρενες άνω των 40ετών και υπάρχει δυσκολία στην πρόληψη καθώς δεν εμφανίζει οριζόντια, αλλά κάθετη επέκταση. Όταν πρόκειται για την κακοήθους φακή που βρίσκεται μέσα στην επιδερμίδα(in situ) για αρκετό χρονικό διάστημα η πρόγνωση είναι εξάισια και στο επιφανειακά επεκτεινόμενο κακοήθους μελάνωμα συμβαίνει πριν την κάθετη διείδυση. Η πρόγνωση ευνοεί πιο πολύ τις γυναίκες από τους άνδρες και βασίζεται από την εντόπιση της βλάβης με χειρότερα αποτελέσματα στην πλάτη (ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ VIVIER:σελ.262: Ο τύπος της έκθεσης...ηλιακή ακτινοβολία/σελ.263: Το οζώδες...40 ετών/ σελ.263: Έτσι η πρόγνωση...παρά στους άνδρες). Έπειτα, τη γενετική προδιάθεση ανάπτυξης του όγκου έχουν τα άτομα με εμφάνιση εφηλίδων, μικρή ικανότητα μαυρίσματος και αυξημένη ηλιακού ερυθρήματος, με μαλλιά ερυθρού χρώματος και μπλε μάτια (ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ VIVIER:σελ.262: Τη μεγαλύτερη...ηλιακού εγκαύματος/ROOK'S-38.25: Patients...to sunlight). Επιπλέον, διαθέτουν την τάση για

φακίδες και περισσότερο άτυπους και δυσπλαστικούς σπίλους. Αυτά τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά επηρεάζονται από διάφορα γονίδια. Το γονίδιο υποδοχέα της μελανοκορτίνης 1(MC1R) γονίδιο χρωμοσώματος 17 κωδικοποιεί την παραγωγή σκούρας ευμελανίνης που βρίσκεται σε πιο σκούρα μαλλιά, σε πιο σκούρες επιδερμίδες λευκών ατόμων ή φαιομελανίνης η οποία είναι παραλλαγή μελανίνης εντοπιζόμενη σε κόκκινα κεφάλια. MC1R πολυμορφισμοί είναι πιο σύνηθεις σε κοκκινομάλληδες με φακίδες(ROOK'S-38.25:They also have...tendency). Προδιαθεσικοί τύποι σπίλων για ανάπτυξη κακοήθους μελάνωματος είναι το σύνδρομο γιγαντιαίου μελαγχρωματικού σπίλου, συγγενείς μελανοκυτταρικοί σπίλοι και σύνδρομο άτυπων ή δυσπλαστικών σπίλων(ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ VIVIER:σελ.263: Παρόλ' αυτά υπάρχουν...δυσπλαστικών σπίλων).

## **ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ**

### **1)ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΥΠΟΥ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΦΑΚΗΣ**

#### ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Σύμπτωμα: Εμφανίζεται μια <κηλίδα> στο πρόσωπο

Μορφολογία: Παρουσιάζεται σαν μια επίπεδη μελαγχρωματική βλάβη(Εικ.2-αρίθμηση κατακόρυφη, όπως εμφανίζονται οι εικόνες παρακάτω) η οποία αυξάνεται σταδιακά. Αρχικώς, τα όρια θεωρούνται ανώμαλα με εγκοπές ή οδοντώσεις και τα χρώματα διαφοροποιούνται μέσα στη βλάβη από καφεοειδές, μελανοκαφεοειδές, ως μαύρο(Εικ.3). Συμβαίνει οριζόντια ανάπτυξη, πολύ αργή και σε αυτή τη φάση επονομάζεται κακοήθης φακή ή μελανωτική φακή του Hutchinson ή προκαρκινωματώδης μελάνωση του Dubreuilh. Μερικές φορές γύρω από τη από τη βλάβη βεβαιώνονται σημεία βλάβης από χρόνια έκθεση στην ακτινοβολία του ηλίου. Στο τέλος, παίρνει την ονομασία κακοήθης μελάνωμα τύπου κακοήθους φακής στο τμήμα της βλάβης που γίνεται πιο παχύ και παίρνει οζώδη μορφή όταν εισχωρήσει από τη βασική μεμβράνη μέσα χόριο(Εικ.4). Σπανίως, η κατά βάθος διείσδυση εναρμονίζεται με το σχηματισμό πολλαπλών οζιδίων(Εικ.5).

Κατανομή: Παρατηρείται στο πρόσωπο (συνήθως στις παρειές, στη μύτη, στη κροταφική χώρα, ή στο μέτωπο), αλλά σε άλλες περιπτώσεις στο λαιμό, ή στο αυτί, και κυρίως σε άτομα μεγάλης ηλικίας (Εικ.6).

Ιστοπαθολογία: Η κακοήθης φακή, σταθερά έπεται από ατροφία της επιδερμίδας και ηλιακή ελάσωση, ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά του δέρματος από τη χρόνια έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. Μία τυπική, εδραιωμένη βλάβη διακρίνεται από αναπαραγωγή πανομοιότυπων άτυπων μελανοκυττάρων, κυρίως κατά μήκος της βασικής στιβάδας της επιδερμίδας.Αυτά τα κύτταρα έχουν ανώμαλους υπερχρωματικούς πυρήνες και χαρακτηριστικά εμφανίζουν έντονη κενοτοπιώδη εμφάνιση στο κυτταρόπλασμα. Το άτυπα μελανοκύτταρα δρουν βλαπτικά στις βασικές στιβάδες των τριχικών θυλάκων. Η μελάγχρωση διαφέρει σε ένταση, αλλά στις πιο πολλές φορές προβάλλεται σημαντικά αυξημένη και προσβάλλει τα γειτονικά κερατινοκύτταρα, τα μακροφάγα του χορίου (μελανοφάγα), και μερικές φορές τα κεράτινα πέταλα στην κερατίνη στιβάδα. Καθώς ο

όγκος προοδεύει, ομάδες άτυπων κυττάρων συναθροίζονται και παραμένουν στο δερμοεπιδερμικό όριο και εμφανίζουν ατρακτοειδή μορφή. Η εισχώρηση είναι τυπικά πολυεστιακή και ο όγκος που συνάγεται - δηλ. το κακόηθες μελάνωμα τύπου κακοήθους φακής – παρουσιάζει ατρακτοκυπαρική μορφή.

## **2)ΕΝΔΟΕΠΙΔΕΡΜΙΔΙΚΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ**

### ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

**Συμπτώματα:** Ένας σπίλος που μεγαλώνει ή μετατρέπει το χρώμα του.

**Μορφολογία:** Το μελάνωμα in situ ξεκινά σαν μία επίπεδη, σκούρα κηλίδα (Εικ.7). Στη συνέχεια φθάνει τα όρια του ακτινωτά και υπάρχει πιθανότητα να μοιάζει με επιφανειακά επεκτεινόμενο κακόηθες μελάνωμα με ποικίλου βαθμού μελάγχρωση και με ανώμαλο περίγραμμα και να μετασχηματίζεται σε βλατίδα και πιο μετά σε οζώδες κακόηθες μελάνωμα(Εικ.8).

**Κατανομή:** Η βλάβη είναι πιθανό να παρουσιαστεί οπουδήποτε, αλλά κυρίως στα άκρα και στον κορμό. Το ενδοεπιδερμικό κακόηθες μελάνωμα φαίνεται σε πολύ νεαρότερα άτομα, δεν συναντάται μόνο στην περιοχή του προσώπου και δεν συσχετίζεται με σημαντική βλάβη από τον ήλιο ή ελάστωση, ξεχωρίζοντας από την κακοήθη φακή, η οποία είναι μία in situ μορφή μελανώματος,

## **3)ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΑ ΕΠΕΚΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ**

### ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

**Συμπτώματα:** Ένας σπίλος που μεταμορφώνεται σε άλλο χρώμα και αυξάνεται.

**Μορφολογία:** Ξεκινά σαν μία επίπεδη υπερχρωματική κηλίδα, η οποία στη συνέχεια μετατρέπεται σε μόλις ψηλαφητή βλατίδα. Έχει ανώμαλο περίγραμμα, εξαπλώνεται πλαγίως και οριζοντίως, με εγκοπές και οδοντώσεις (Εικ.9) και σι πτυχές του δέρματος στην αρχή είναι διακριτές αλλά σιγά σιγά δε γίνονται πλέον αντιληπτές. Διακρίνονται εστίες ερυθρού, κυανού και πορφυρού (ερυθροιώδους) χρώματος και διάφορες χρωματικές αποχρώσεις του καφέ (Εικ.10), όχι πάντα σε ανάμειξη με μαύρο χρώμα. Άξια σημασίας πρέπει να ληφθεί η πρόγνωση στη διάρκεια της οριζόντιας φάσης ανάπτυξης (Εικ.11), όμως εντείνεται προς το κακό, καθώς η βλάβη γίνεται πιο παχιά(Εικ.12)και παίρνει οζώση μορφή(Εικ.13).

**Κατανομή:** Ο όγκος παρατηρείται συχνότερα στις κνήμες των γυναικών και στον κορμό των ανδρών, όμως μπορεί να εμφανιστεί σε όλο το ανθρώπινο σώμα. Κάποιοι επιστήμονες θεωρούν ότι αυτή η κατανομή των βλαβών οφείλεται στην ηλικιακή έκθεση για λόγους αναψυχής. Αυτός ο τύπος του μελανώματος συσχετίζεται τις περισσότερες φορές με άτυπους και άλλου σπίλους, Κυριότερα εντοπίζεται σε νέους και μεσήλικες και συγκεκριμένα σε γυναίκες.

#### **4)ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ ΦΑΚΟΕΙΔΟΥΣ (ΕΦΗΛΙΔΟΕΙΔΟΥΣ) ΤΥΠΟΥ (ΦΑΚΟΜΑΤΩΔΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ)**

##### ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΩΝ ΠΑΛΑΜΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΕΛΜΩΤΩΝ

###### Κλινικά Χαρακτηριστικά

**Συμπτώματα:** Ο όγκος παρουσιάζεται σαν μια ανώμαλη μελάγχρωση στις παλάμες ή στα πέλματα και ορισμένες φορές πηγάζει από έναν προϋπάρχοντα σπίλο.

**Μορφολογία:** Η διήθηση, ο σχηματισμός οζιδίων (Εικ.14) και οι μεταστάσεις κάνουν πιο νωρίς την εμφάνισή τους αν και διακρίνεται ομοιότητα με την κακοήθη φακή και το επιφανειακά επεκτεινόμενο κακόηθες μελάνωμα.

**Κατανομή:** Η βλάβη διακρίνεται στο πέλμα (όπου δεν παρατηρείται εύκολα και προσδιορίζεται αργά, όταν σχηματιστεί ένα αιμορραγικό οζίδιο Εικ.15) ή στην παλάμη.

#### **5)ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΩΝ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΩΝ**

###### Κλινικά Χαρακτηριστικά

**Συμπτώματα:** Μία ανώμαλη μελαγχρωματική κηλίδα που παρουσιάζεται στη στοματική κοιλότητα, στην περιοχή του πρωκτού ή στα γεννητικά όργανα.

**Μορφολογία:** Η μελαγχρωματική περιοχή του μελανώματος των βλεννογόνων διαθέτει ανώμαλο περίγραμμα και ανομοιογενή χρωματισμό.

**Κατανομή:** Σπανίζουν αυτού του είδους τα μελανώματα, όμως κάνουν την εμφάνισή τους στη στοματική κοιλότητα, στην περιοχή του πρωκτού και στα γεννητικά όργανα. Οι καλοήθεις κηλίδες των γεννητικών οργάνων είναι δυνατόν να προκαλέσουν ταραχή στη διάγνωση.

#### **6)ΥΠΟΝΥΧΙΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ**

###### Κλινικά Χαρακτηριστικά

**Συμπτώματα:** Εμφανίζεται μελάγχρωση κάτω από τον όνυχα.

**Μορφολογία:** Ο όνυχας χαρακτηρίζεται βαθιά μελαγχρωματικός, με σκιάσεις του μελανού χρώματος(Εικ.16), με ανώμαλες αποχρώσεις, χρωματικές διαβαθμίσεις, όμως χωρίς να εντοπίζεται το βαθιά ερυθρό ή πορφυρό (ερυθροιώδες)χρώμα που μοιάζει με αιμορραγία, ούτε επιπλέον τα γειτονικά στη βλάβη πολύ μικρά κατακόκκινα σημεία που επισημαίνουν αιμορραγία. Ο όνυχας υποαναπτύσσεται, μεταλάσσεται, στρεβλώνεται και σπάει καθώς ο όγκος γίνεται πιο παχύς (Εικ.17) , Ανευρίσκεται συχνά μια επίπεδη, ανώμαλη, μεγάλη περιοχή του δέρματος των ονυχιαίων πτυχών.

**Κατανομή:** Το μελάνωμα εντοπίζεται κάτω από τον όνυχα.



## 7)ΒΛΑΤΙΔΩΔΕΣ ΚΑΙ ΟΖΩΔΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

### Κλινικά Χαρακτηριστικά

**Συμπτώματα:** Και τα δύο προκύπτουν ως ένας αυξανόμενος σπίλος. Υπάρχει πιθανότητα στο οζώδες να προκληθεί αιμορραγία μετέπειτα.

**Μορφολογία:** Η βλάβη ξεκινά σαν μια βλατίδα (Εικ.18και Εικ.19)η οποία σταδιακά μεταλλάσσεται σε οζίδιο(Εικ.20) και είναι δυνατό να ξεκινήσει να αιμορραγεί, να σχηματισθεί έλκος και να μεταφερθεί σε διάφορα σημεία. Το περίγραμμα της βλάβης δεν χαρακτηρίζεται ανώμαλο και ορισμένες φορές παρουσιάζει μία περιβάλλουσα άλω ωχρής απόχρωσης. Το χρώμα του όγκου μπορεί να είναι πορφυρό ή ερυθροκαφεοειδές με πολύ μικρή αλλαγή στη μελάγχρωση, κυριότερα μελανό, αλλά και <αμελανωτικό>μελάνωμα αν και συνηθέστερα υπάρχει μία στενή στεφάνη καφέ χρώματος στη μια πλευρά της βλάβης που υποδεικνύει τη σωστή διάγνωση .

**Κατανομή:**Το βλατιδώδες και το οζώδες μελάνωμα μπορεί να εμφανιστούν οπουδήποτε, αλλά κυρίως στα άκρα (γυναίκες) ή στον κορμό (άνδρες).

## 8)ΔΕΣΜΟΠΛΑΣΤΙΚΟ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

### Κλινικά Χαρακτηριστικά

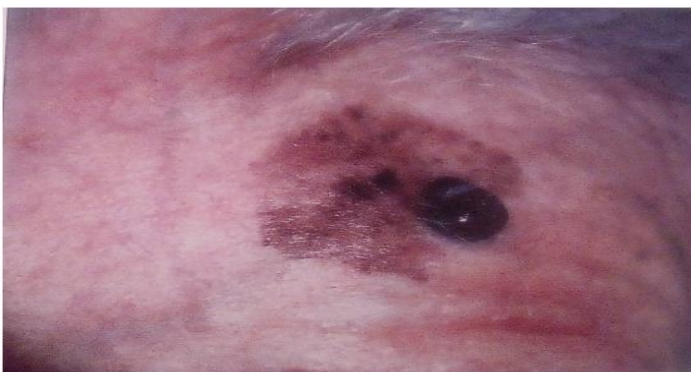
**Συμπτώματα:** Ο ασθενής τις πιο πολλές φορές ηλικιωμένος είναι πιθανό να συγκρατεί στη μνήμη του μια αλλαγή σε μια καφέ χρώματος πλάκα.

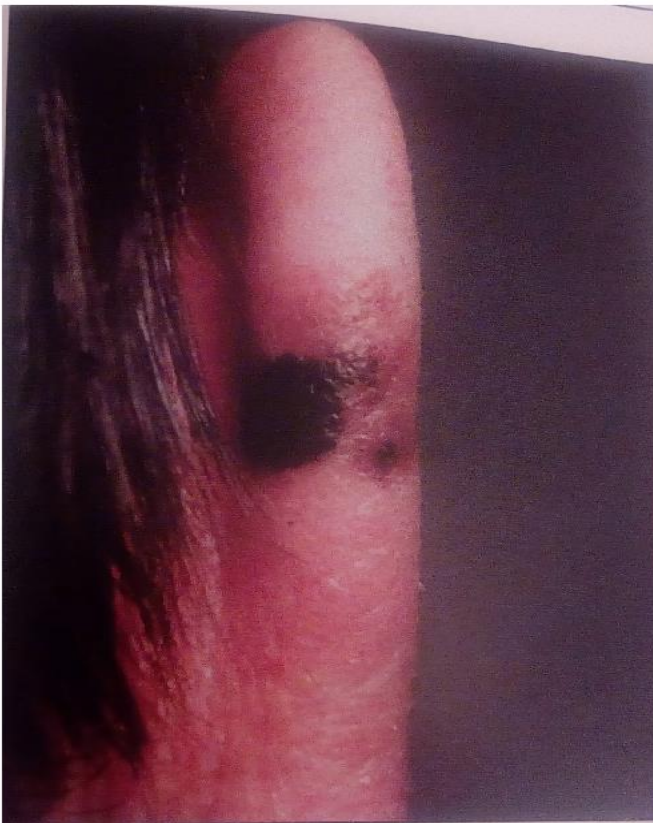
**Μορφολογία και Κατανομή:** Η βλάβη του δεσμοπλαστικού μελανώματος χαρακτηρίζεται από μια όχι ιδιαίτερα μελαγχρωματική, υπόσκληρη στη σύσταση πλάκα ή οζίδιο και ανευρίσκεται στο κεφάλι ή το λαιμό. (ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ VIVIER:σελ.265-275)

Όπως αναφέρεται και από το όνομα το μελάνωμα αυτό αποτελεί συνδυασμό κακοήθους μελανώματος και δεσμοπλαστικής αλλαγής της επιδερμίδας. Δύο μελέτες έχουν αναφέρει ότι κακοήθη μελανοκύτταρα σε αυτές τις βλάβες λεκιάζουν Ι55 αξιόπιστα με τα αντισώματα NKI C3 και HMB 45 και τα δύο αντισώματα που χρησιμοποιούνται πιο πολύ στον εντοπισμό των μελανοκυττάρων στα τμήματα του συνδετικού ιστού. Μια μελέτη προτείνει ότι η δεσμοπλασία συνδέεται με στατιστικά σημαντικά καλύτερη επιβίωση, τη στιγμή που άλλα ευρήματα δείχνουν ότι δεν υπάρχει διαφορά επιβίωσης. Μια παθολογική ποικιλία κάποιες φορές συνυπάρχει μαζί με το δεσμοπλαστικό μελάνωμα και το νευροτρόπο μελάνωμα. Σε αυτή την ποικιλία το μοτίβο της μεταστατικής εξάπλωσης είναι μαζί με τους δερματικό νεύρο κορμούς. (ROOK'S-38.31: As the name suggests...nerve trunks).

### ΕΙΚΟΝΕΣ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ:



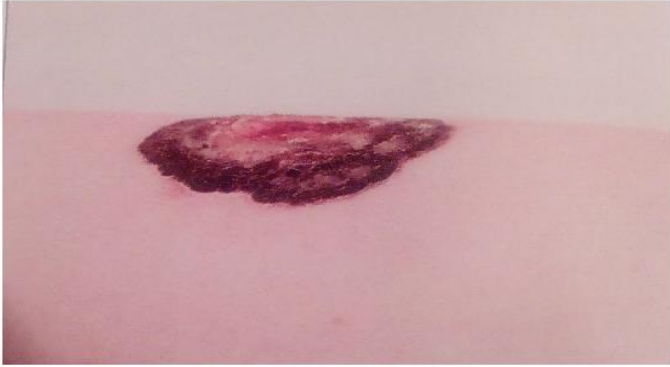


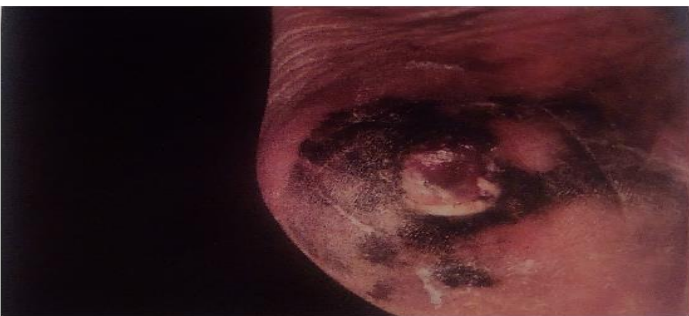






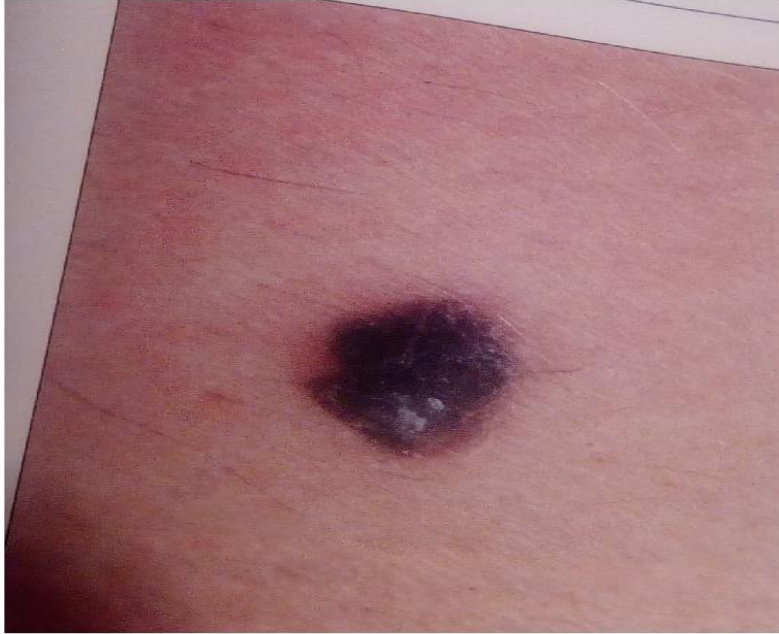














## Εικόνες 1-20(κατακόρυφα):

- 1) Δυσπλαστικός σπίλος: Είναι μεγαλύτερου μεγέθους από ένα συνηθισμένο σπίλο. Το περίγραμμα αώμαλο και η κατανομή της μελανίνης γενικότερα ομοιογενής εκτός στο ένα άκρο της βλάβης. Συνετό να αφαιρείται.
- 2)-4-5) Κακώθης μελάνωμα τύπου κακώθους φακής
- 3)-6) Κακώθης φακή
- 7)-8)Μελάνωμα in situ
- 9)-10)-11)-12) Επιφανειακά επεκτεινόμενο κακώθης μελάνωμα
- 13) Κάθετη διείδυση επιφανειακά επεκτεινόμενου κακώθους μελανώματος
- 14)-15) Κακώθης μελάνωμα των άκρων (φακοειδούς τύπου)
- 16)-17) Υπονύχιο μελάνωμα
- 18)-19) Βλατιδώδες κακώθης μελάνωμα
- 20) Οζώδες κακώθης μελάνωμα

## 4.2 ΑΛΩΠΕΚΙΑ(νόσος των τριχών-τριχόπτωση)

Αλωπεκία ονομάζεται η τέλεια έλλειψη ή αραιώση των τριχών της κεφαλής ή και του σώματος λόγω πτώσεως ή σπανίως λόγω αγενεσίας(τρίχες ανιχνεύονται, αλλά σπασμένες σε μικρό ύψος όταν εκφύονται από το δέρμα). Οι τρίχες υφίστανται κάθε μέρα απόπτωση(50-100τρίχες), αλλά και συνεχή αναγέννηση. 'Αλωπεκία συμβαίνει, όταν υπάρχει ανωμαλία στην ισορροπία πτώσεως - αναγεννήσεως των τριχών, είτε γιατί συμβαίνει επιτάχυνση της πτώσης τους είτε γιατί συμβαίνει αναστολή της αναγέννησης τους. Τα αίτια τής αλωπεκίας μπορεί να είναι κληρονομικά, ορμονικά, λοιμώδη, τοξικά, μηχανικά, χημικά, άλλα επίσης και νευροψυχικά, ανοσολογικά, ενώ άλλα παραμένουν ακόμα άγνωστα. Η αλωπεκία τού τριχωτού τής κεφαλής εμφανίζεται πιο συχνά και αποτελεί σοβαρή κοσμητική ανωμαλία. Διακρίνεται αφενός σε διάχυτη, σε περιγεγραμμένη (κατά αποψιλωμένης πλάκας) και στην ολική (φαλακρωτική) αφετέρου στην παροδική και στη μόνιμη, κατηγοριοποιείται δε και στη μη ουλωτική και στην ουλωτική. Κατά την μη ουλωτική αλωπεκία το δέρμα παραμένει φυσιολογικό ή σχεδόν φυσιολογικό, ενώ στις τρίχες κατά κανόνα συμβαίνει αναγέννηση και επανέκφυση. Κατά την ουλωτική αλωπεκία το δέρμα είναι ατροφικό ή και ουλωτικό, οι τρίχες, εφ' όσον οι θηλές τους είναι κατεστραμμένες δεν συμβαίνει αναγέννηση ούτε επανέκφυση.

**ΜΗ ΟΥΛΩΤΙΚΗ ΑΛΩΠΕΚΙΑ:** Στον φυσιολογικό ενήλικα το 85% των τριχών του τριχωτού της κεφαλής βρίσκονται στο αναγενές στάδιο, το 14% στο καταγενές και το 1% στο τελογενές στάδιο. Όταν ασκούν επίδραση ισχυρά ερεθίσματα από φυσιολογικούς ή παθολογικούς εσωτερικούς ή εξωτερικούς παράγοντες είτε από εξωτερικές τοξικές επιδράσεις, οι τρίχες του αναγενούς σταδίου υπάρχει πιθανότητα ή να μεταβούν ταχύτατα

στο τελογενές στάδιο και να υπάρξει απόπτωση σε ένα τρίμηνο ή να συμβεί πρόωρα, καθυστερώντας τον κύκλο εξέλιξης τους. Στο πρώτο φαινόμενο η αλωπεκία λέγεται φυσιολογική ή τελογενής(Telogen effluvium) και στο δεύτερο τοξική ή αναγεννήσιμη αλωπεκία(Anagen effluvium). Η συχνότητα της μη ουλωτικής αλωπεκίας αγγίζει το 10% περίπου των περιστατικών που πηγαίνουν σε δερματολογικά ιατρεία και επηρεάζει υπερήλικες γυναίκες και άνδρες που ενδιαφέρονται για την κοσμητική εμφάνιση των μαλλιών τους. Η κρισιμότητα της κατάστασης βασίζεται στο είδος, την ένταση και τη διάρκεια του αίτιου που την προκαλεί, αλλά και από άγνωστες ατομικές απόψεις. Οι κυριότερες φυσιολογικές και παθολογικές καταστάσεις εμφάνισης της νόσου είναι η νεογνική ηλικία, η κύηση. λοιμώδεις νόσοι, φυσικά τραύματα, δερματικά νοσήματα, μεταβολικές και ορμονικές διαταραχές, συγκινησιακοί παράγοντες και ψυχικά νοσήματα, φάρμακα και τοξικές ουσίες. Η μη ουλωτική αλωπεκία ταξινομείται στη Γυροειδή αλωπεκία, στην αλωπεκία ανδρικού και γυναικείου τύπου και άλλα είδη(νεογνική, μετά τον τοκετό, σε γενικές νόσους και παθολογικές διαταραχές, από φάρμακα και χημικές ουσίες, τραυματική)(ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΝΙΤΑΚΗ σελ.1449-1451: Αλωπεκία...μη ουλωτικής αλωπεκίας/σελ.1474-1479-ονομαστικά αλωπεκίες: Άλλα είδη...τραυματική αλωπεκία).

**ΟΥΛΩΤΙΚΗ ΑΛΩΠΕΚΙΑ:** Ουλωτική ονομάζεται η αλωπεκία που είναι μόνιμη ως απόρροια παθολογικών εξεργασιών ή νόσων που ωθούν μη αναστρέψιμες αλλοιώσεις του χορίου και καταστροφή των τριχικών θυλάκων. Στην περιοχή που υπάρχουν αποψιλωμένες πλάκες το δέρμα είναι είτε ουλωτικό είτε ατροφικό. Όταν είναι ατροφικό η διάγνωση καθίσταται εύκολη, ιδίως όταν υπάρχει ανώμαλη ή χειλοειδής ουλή, ενώ όταν πρόκειται για ατροφικό η διάγνωση είναι δυσκολότερη και χρησιμοποιείται μεγεθυντικός φακός για πιο λεπτομερή κλινική εξέταση ή και ιστοπαθολογική. Τα αίτια της νόσου πολλαπλά και κατηγοριοποιείται στην αλωπεκία από δερματικές ή συστηματικές νόσους(όπως ερυθρηματώδης λύκος, ομαλός λειχήνας-Εικ.8-σκληροδερμία, σαρκοείδωση), στην αλωπεκία από λοιμώξεις του δέρματος(αποψιλωτική θυλακίτις του Quinsquad), σε αυτή από εξωτερικά φυσικά αίτια, στην αλωπεκία προερχόμενη από όγκους, σπίλους και άλλες συγγενείς ανωμαλίες του δέρματος και σε αυτή από άγνωστα αίτια(ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΝΙΤΑΚΗ σελ.1481-1482: Ουλωτική αλωπεκία...αγνώστου αιτιολογίας/σελ.14821484-ονομαστικά νόσοι και λοιμώξεις:Ερυθρηματώδης...Quinsquad)

**1)ΓΥΡΟΕΙΔΗΣ ΑΛΩΠΕΚΙΑ:** Μη ουλωτική αλωπεκία με στρογγυλές ή ωοειδείς περιγεγραμμένες αποψιλωμένες πλάκες που βρίσκονται στο τριχωτό της κεφαλής.

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:** Αποτελεί τη συχνότερη αλωπεκία μετά από αυτή του ανδρικού τύπου, δεν είναι μεταδοτική, αφορά και τα δύο φύλα σε όλες τις ηλικίες, ιδίως σε παιδιά και νέους ενήλικες. Πολλές φορές συμβιώνει με το σύνδρομο Down, τη λεύκη, την ψωρίαση και με αυτοάνοσα νοσήματα. Πιθανά αίτια η κληρονομικότητα, ανοσολογικές, ενδοκρινικές και νευροψυχικές διαταραχές και λοιμώξεις(εστιακή λοίμωξη κοντά στο τριχωτό της κεφαλής-κοκκίωμα της ρίζας του δοντιού, δόντια με τερηδόνα χρόνια αμυγδαλίτιδα). Όσον αφορά το πρώτο σε μονογενή δίδυμα βρίσκεται σε ποσοστό 72,7% η νόσος και όταν υπάρχει κληρονομικότητα μεταφέρεται στον τύπο που επικρατεί πιθανά, όμως η εκφραστικότητα και η διεισδυτικότητα διαφέρει αρκετά. Όσον αφορά το δεύτερο αίτιο συμβιώνει με άλλα

αυτοάνοσα νοσήματα(θυρεοειδίτιδα Hashimoto), όταν κυκλοφορούν ειδικά αντισώματα στον πάσχοντα θυρεοειδούς, θυρεοσφαιρίνης, η λεμφοκυτταρική διήθηση των πλακών της γυροειδούς αλωπεκίας, η ανακάλυψη διογκωμένων λεμφογαγγλίων. Στις ενδοκρινικές διαταραχές ο υποθυρεοειδισμός και ο υπερθυρεοειδισμός, ακόμα και αν θεραπευτούν δε σημαίνει άμεση θεραπεία της γυροειδούς αλωπεκίας. Η κύηση επιδρά άλλοτε ευνοικά άλλοτε δυσμενώς στην νόσο αυτή. Τα αντισυλληπτικά δεν προκαλούν γυροειδή αλωπεκία.(H.Hill, 1968).

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ:** Η γυροειδής αλωπεκία αρχίζει χωρίς συμπτώματα και σπάνια με τοπικό κνησμό ή παραισθησία. Η παρουσία της γίνεται γνωστή από συγγενικά άτομα και από το κομμωτήριο. Η κλινική εικόνα διακρίνεται από την αποψιλωμένη πλάκα και από τις τρίχες της γυροειδούς αλωπεκίας. Η πρώτη ξεχωρίζει από το στρογγυλό ή ωοειδές σχήμα, στην επιφάνεια της οι τρίχες είναι ανύπαρκτες, το δέρμα λευκό, λείο, κάποιες φορές λιπαρό, με διασταλμένους πόρους και χωρίς ερυθρότητα ή λέπια(Εικ.1 και 2). Στην αρχική της μορφή μόνο μπορεί να εμφανίσει το δέρμα ελαφριά ερυθρότητα και οίδημα, ενώ σε προχωρημένη μορφή εμφανίζεται ξηρό, λεπτό, χωρίς εμφανείς πόρους. Παρουσιάζεται συνηθέστερα στο τριχωτό της κεφαλής και σπανιότερα στην περιοχή των γενίων, στο μουστάκι, τα φρύδια, τις βλεφαρίδες(Εικ.3). Η δεύτερη αποτελείται από σπασμένες τρίχες μήκους 3mm, παχιές, με μελανό χρώμα στο ελεύθερό τους άκρο, χάνουν το χρώμα τους και λεπταίνουν τη στιγμή που βρίσκονται κοντά στο μικρό και ατροφικό βολβό ο οποίος είναι πλήρης(δυσπλαστικές τελογενείς τρίχες). Στην περιοχή γύρω από την αποψιλωμένη πλάκα κάποιες φορές βρίσκονται νεκρές τρίχες(αποσπώνται εύκολα και χωρίς πόνο) και <μελανά στίγματα>(μοιάζουν με φαγέσωρες-αποτελούνται από δυστροφικές τρίχες και απονεκρωμένους τριχικούς θύλακες).

**ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ:** Α)ΔΙΚΤΥΟΕΙΔΗΣ ΜΟΡΦΗ: Παρατηρούνται πολλές πλάκες στο τριχωτό της κεφαλής, οπότε η απομένουσα έντριχος μοίρα παίρνει εικόνα παχέος δικτύου. Β)ΔΙΑΧΥΤΟΣ ΜΟΡΦΗ: Η μορφή αυτή σπανίζει και εξαιτίας της συμβαίνει η ταχεία λεύκανση τριχών, εφόσον οι μελανές τρίχες ευαίσθητες οδηγούνται σε απόπτωση, ενώ οι λευκές πιο ανθεκτικές μένουν.

Γ)ΟΦΙΟΕΙΔΗΣ ΑΛΩΠΕΚΙΑ: Αλλιώς ονομάζεται και αλωπεκία του Κέλσου. Ξεκινά κατά την ινιακή χώρα και εξαπλώνεται στη βρεγματοκροταφική περιοχή. Είναι δυνατόν λόγω της σοβαρότητας της να εξαπλωθεί και να συμβεί ολική αλωπεκία που μπορεί να γίνει μόνιμη.

**2)ΑΛΩΠΕΚΙΑ ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ-ΦΑΛΑΚΡΟΤΗΤΑ**(διαφορετικά σημηματορροική, πιτυρώδης, πρόωρος, ανδρογενής, κοινή αλωπεκία): Συγκατατάσσεται στη μη ουλωτική αλωπεκία του τριχωτού της κεφαλής(Εικ.4).

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ:** Αρχικά, παίζει ρόλο η κληρονομικότητα που βασίζεται στην αυξημένη ευαισθησία των τριχικών θυλάκων, ορισμένων περιοχών του τριχωτού της κεφαλής σε αντίθεση με ανδρογόνες ορμόνες και μεταλλάσσεται στην επόμενη γενιά με διάφορες εκφράσεις. Επιπλέον, επηρεάζει την παθογένεια της αλωπεκίας η τεστοστερόνη και ιδιαίτερα όχι στο ύψος της ποσότητας του αίματος που κυκλοφορεί, αλλά σε αυτές που μεταβάλλονται, όπως η 5<sup>α</sup>-διυδροτεστοστερόνη, η ανδροστενδιόνη και η ανδροστερόνη.

Αυτές οι ορμόνες καθίστανται ένοχες για την λανθασμένη λειτουργία του συστήματος αδενοκυκλάση c-AMP. Ο Adachi(1973) υποστήριξε ότι η 5<sup>α</sup>-διυδροτεστοστερόνη δρα ελαττώνοντας την αδενοκυκλάση. Επομένως, το c-AMP των κυττάρων ελαττώνεται, η μιτωτική δραστηριότητα των κυττάρων αυξάνεται, όπως και ο κύκλος εξέλιξης των τριχών, συμβαίνει ταχεία μετάπτωση των τριχών του αναγεννιόμενου σταδίου στο τελογενές στάδιο και έτσι σημειώνεται πρόωρη εξάντληση του τριχικού θυλάκου(πρώιμος αλωπεκία, Stuttgart and Schaeffer, 1977). Παλαιότερες απόψεις υποστήριζαν ως αιτιολογία και παθογένεια της αλωπεκίας αυτής την πίεση του στρατιωτικού ηλικίου, του επικρανίου απονευρώσεως εξαιτίας δυσανάλογης αύξησης των οστών του κρανίου και του δέρματος της κεφαλής. Επιπρόσθετα, η ηλικία επηρεάζει την αιτιολογία εφόσον ξεκινά στην ηλικία στους άνδρες-που επί το πλείστον αφορά-16-18ετών, στις γυναίκες 25-30ετών και φτάνει μέχρι το γήρας με συγκεκριμένο χρωμοδιάγραμμα. Μετά την ηλικία των 60ετών η αλωπεκία δεν στηρίζεται σε ορμονικές επιδράσεις, αλλά σε φυσιολογική ατροφία των τριχικών θυλάκων εξαιτίας του γήρατος.

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ:** Στους ασθενείς παρατηρείται λιπαρότητα του τριχωτού της κεφαλής και αυξημένη τριχόπτωση. Η αλωπεκία δεν εμφανίζεται στη φάση της κλινικής εξέτασης μόνο σε κάποιες φορές σε γυναίκες κατά μήκος της μετωπιαίας παρυφής του τριχωτού της κεφαλής(λεπτή λωρίδα από τρίχες τελικού τριχώματος που όταν μπαίνουν προς τα μέσα μετατρέπονται σε σκληρές, λεπτές και ανοιχτόχρωμες. Το πρώτο κλινικό στάδιο της αλωπεκίας είναι οι τριγωνικές πλάκες στους κροτάφους και αλλαγή θέσης προς τα πίσω της μετωπιαίας γραμμής της κόμης. Στη συνέχεια παρουσιάζεται στρογγυλή πλάκα αλωπεκίας στην κορυφή της κεφαλής(Εικ.5) και στο τρίτο στάδιο ενώνονται η αλωπεκία των κροτάφων με αυτή της κορυφής της κεφαλής(Εικ.6). Στο τέταρτο στάδιο εμφανίζεται Ιπποκρατείου τύπου αλωπεκία(Εικ.7), όπου το δέρμα παρουσιάζεται λείο, σιλννό και λεπτότερο του φυσιολογικού εξαιτίας ατροφίας των τριχικών θυλάκων. Στην επιφάνεια του βρίσκονται με μεγεθυντικό φακό χνοώδεις τρίχες ή φαίνεται τελείως αποψιλωμένο. Πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η περιοδικότητα εξέλιξης της αλωπεκίας κατά την οποία συμβαίνει επαναληπτική επανέκφυση των τριχών και σταδιακά οι τρίχες εμφανίζονται λεπτότερες με λιγότερη μελανίνη μέχρι να υπάρξει ατροφία και να φύγουν πλήρως. Μεγάλη τριχόπτωση πραγματοποιείται συνήθως το φθινόπωρο και την άνοιξη, ενώ στις ενδιάμεσες εποχές μειώνεται ή βρίσκεται σε φυσιολογικά πλαίσια. Σημαντική επιδείνωση εμφανίζεται στην ηλικία των 35ετών( διαρκεί 4-5έτη) και έπειτα στην ηλικία των 60ετών λόγω γήρατος. Επιπρόσθετα, παρατηρείται ελαιώδης σμηγματόρροια στο τριχωτό της κεφαλής, αλλά και στο πρόσωπο εξαιτίας των ανδρογόνων ορμονών και της υπερέκκρισης σμηγματογόνων αδένων. Τέλος, υπάρχουν ψυχικές επιπτώσεις, όπως κατάθλιψη ή σε κάποια συμπτωματική εκδήλωση(ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΝΙΤΑΚΗ σελ.1451-1458: Γυροειδής αλωπεκία...εικ.554/σελ.1466-1471: Αλωπεκία ανδρικού τύπου...προσοχήν του πάσχοντος).

**ΔΙΑΧΥΤΗ ΤΡΙΧΟΠΤΩΣΗ: Οξεία τελογενής αλωπεκία, τελογενής αλωπεκία εγκυμοσύνης και χρόνια διάχυτη αλωπεκία**

**ΟΡΙΣΜΟΣ:** Διάχυτη αλωπεκία είναι μια αυτοπεριοριζόμενη, διάχυτη απώλεια τριχών από το τριχωτό της κεφαλής που συνήθως εμφανίζεται 3-6 μήνες μετά από μια σοβαρή ασθένεια ή άλλο παρόμοιο έναυσμα. Συνήθως, αλλά όχι πάντα, επιλύεται σε 3-6 μήνες με



την αποκατάσταση των μαλλιών στην κανονική της κατάσταση. Τελογενής αλωπεκία εγκυμοσύνης είναι το όνομα που δίνεται σε μια διάχυτη αλωπεκία που ακολουθεί τον τοκετό. Χρόνια διάχυτη αλωπεκία είναι πολύ λιγότερο συχνή. Αυτή η χρόνια διάχυτη αλωπεκία λέγεται ότι συμβαίνει όταν η αυξημένη απόπτωση των μαλλιών επιμένει πέραν των 6 μηνών.

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ:** Η διάχυτη αλωπεκία είναι ένα από τα πιο συχνά αίτια της διάχυτης απώλειας μαλλιών. Ωστόσο, πολλοί ασθενείς δεν αναζητούν ιατρική παρακολούθηση, γεγονός που καθιστά την ακριβή συχνότητα δύσκολο να προσδιοριστεί. Εκτιμάται ότι η διάχυτη αλωπεκία επηρεάζει το ένα τρίτο έως το ήμισυ όλων των γυναικών μετά τον τοκετό. Και πάλι πολλές περισσότερες περιπτώσεις είναι υποκλινική. Για λόγους που δεν είναι απολύτως σαφείς, χρόνια διάχυτη αλωπεκία εμφανίζεται σχεδόν μόνο στις γυναίκες.

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:** Μία ευρεία ποικιλία εναυσμάτων έχουν ενοχοποιηθεί για οξεία διάχυτη αλωπεκία. Σοβαρή εμπύρετη νόσο, η εγκυμοσύνη (κατά διάχυτη αλωπεκία), χρόνια συστηματική ασθένεια, μια αλλαγή στη φαρμακευτική αγωγή, μια μεγάλη αιμορραγία, μια αυστηρή δίαιτα ή αιφνίδια πείνα, τυχαίο τραύμα, χειρουργικές επεμβάσεις ή συναισθηματικό στρες είναι η πιο κοινή. Ενώ η χρόνια διάχυτη αλωπεκία μπορεί να ακολουθήσει μια οξεία τελογενής αλωπεκία, πιο συχνά δεν είναι προφανές κανένα έναυσμα.

**ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ:** Η φυσιολογική ημερήσια αποβολή των λίγων τελογενών θαμπών τριχών από το κρανίο είναι μια φυσική συνέπεια του κύκλου της τρίχας. Οι θύλακες κανονικά διατηρούν τελογενείς τρίχες έως ότου έχουν ξαναμπει στο αναγενές. Τελικά, η νέα αναγενής τρίχα σπρώχνει την παλιά τελογενή έξω. Αυτή η αποβολή δεν παράγει αλωπεκία και δεν αλλοιώνει το τριχόγραμμα(μελέτη μορφολογίας και βιολογίας τριχών: κύκλος, πάχος, ταχύτητα αύξησης μήκους τριχών, πυκνότητα, περίοδος αναγέννησης, αριθμός αποπιπτουσών τριχών ). )(ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΝΙΤΑΚΗ σελ.1435-1436: Τριχόγραμμα...αποπιπτουσών τριχών) Διάχυτη αλωπεκία παρουσιάζεται όταν ένας σημαντικός αριθμός αναγενών τριχών ενεργοποιούνται για να σταματήσει πρόωρα και να μπει στο καταγενές στάδιο και στη συνέχεια στο τελογενές. Η υπερβολική απόπτωση των μαλλιών μπορεί να συμβεί ανάμεσα σε 2-3 μήνες μετά την αρχική εκδήλωση. Μια προσωρινή αλωπεκία εξελίσσεται όπως οι μακριές τρίχες αντικαθίστανται από τις μικρές, κοσμητικά ασήμαντες, νέες αναγενείς τρίχες. Η αλωπεκία επιλύεται όσο μεγαλώνουν οι νέες αναγενείς τρίχες. Η διάχυτη αλωπεκία εγκυμοσύνης παρουσιάζεται επειδή τα υψηλά οιστρογόνα που κυκλοφορούν στον πλακούντα παρατείνουν το αναγενές στάδιο και οδηγούν σε ένα πολύ πλήρες κεφάλι από τρίχες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η απόσυρση αυτών των τροφικών ορμονών κατά την παράδοση προκαλεί όλες τις τρίχες που βρίσκονται στο αναγενές στάδιο να εισέλθουν ταυτόχρονα στο καταγενές. Οι τελογενείς τρίχες αποπίπτουν μερικούς μήνες αργότερα. Η αιτία αυτής της χρόνιας διάχυτης αλωπεκίας είναι αβέβαιη, αλλά μπορεί να οφείλεται σε μείωση της αναγενούς φάσης του κύκλου. Έχει προταθεί ότι απόπτωση δεν είναι αισθητή μέχρι το αναγενές στάδιο να μειωθεί κατά 50%, ωστόσο, επίσημες μελέτες δεν είναι διαθέσιμες.

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:** Περίπου 2-3 μήνες μετά την εναρκτήρια εκδήλωση είναι μια περίοδος δραματικής απώλειας μαλλιών. Είναι διάχυτη η απώλεια από το τριχωτό της κεφαλής και συνεχίζει για μερικές εβδομάδες έως μήνες. Η διάχυτη πτώση των μαλλιών



μπορεί να παράγει σημαντική λέπτυνση της τρίχας του τριχωτού της κεφαλής (Εικ.10 ). Οι ασθενείς συχνά δεν συνδέουν αυτά τα γεγονότα με την πρόσφατη ασθένειά τους και αρχίζουν να ανησυχούν ότι πρόκειται να γίνουν φαλακροί. Η δοκιμή έλξης των μαλλιών είναι ισχυρά θετικό με συστάδες από τελογενείς τρίχες που εξάγονται με ευκολία τόσο από την κορυφή και τα περιθώρια του τριχωτού της κεφαλής. Η παρουσίαση της χρόνιας διάχυτης αλωπεκίας τείνει να εξαφανιστεί. Οι γυναίκες που επηρεάζονται είναι μεταξύ των ηλικιών 30 και 50 και έχουν ένα πολύ πλήρες, παχύ κεφάλι της τρίχας . Συχνά υπάρχει μια ιστορία ικανότητας αύξησης των μαλλιών τους σε πολύ μακριά στην παιδική ηλικία, γεγονός που υποδηλώνει μια ιδιαίτερα μακρά φάση αναγέννησης. Διαμαρτύρονται για μια απότομη έναρξη της τριχόπτωσης συχνά αρκετή για να εμποδίσει την υγρασία μετά από ένα ντους με λεπτότητα των μαλλιών τους. Κατά την εξέταση υπάρχει εξέχουσα ύφεση και ένα θετικό τεστ έλξης για τα μαλλιά εξίσου πάνω από την κορυφή και ινίο, αλλά είναι δύσκολο να πεισθεί από λεπτότητα τρίχας. Δεν υπάρχει διαπλάτυνση του κεντρικού τμήματος, όπως είναι κοινή σε ανδρογενετική αλωπεκία. Παρ 'όλα αυτά, οι ασθενείς είναι ανένδοτοι ότι είχαν προηγουμένως περισσότερα μαλλιά και είναι στενοχωρημένοι από την προοπτική να γίνουν φαλακροί. Συνήθως δεν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό πρώιμης εμφάνισης ανδρογενετικής αλωπεκίας και βιοψία του τριχωτού της κεφαλής δείχνει μόνο λίγη μικρογραφία ιστίου-όπως θύλακες των τριχών.

### **Η έλλειψη σιδήρου και άλλων θρεπτικών ουσιών αίτια της διάχυτης αλωπεκίας:**

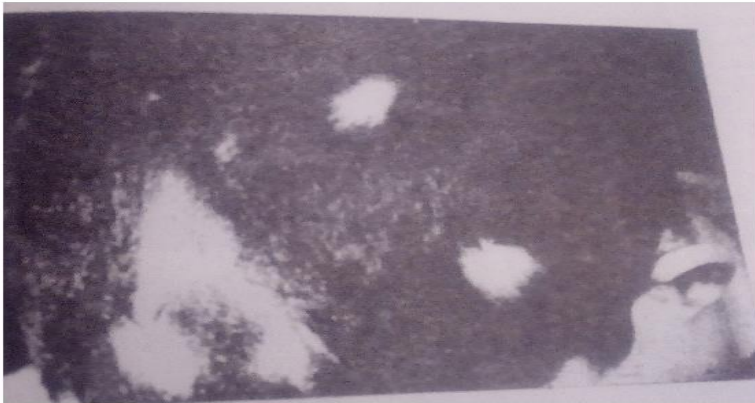
**ΟΡΙΣΜΟΣ:** Η έλλειψη σιδήρου με ή χωρίς αναιμία είναι μια περιστασιακή ανακάλυψη της έρευνας της διάχυτης αλωπεκίας. Σε ορισμένες από αυτές τις περιπτώσεις η θεραπεία υποκατάστασης σιδήρου προκαλεί τη διακοπή της τριχόπτωσης και επανεμφάνισης τριχών Σε πολλές άλλες περιπτώσεις η αναπλήρωση των αποθεμάτων σιδήρου του οργανισμού δεν παράγει κάποια βελτίωση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η έλλειψη σιδήρου είναι πιθανώς ένα τυχαίο εύρημα και αυτοί οι άνθρωποι έχουν μια εναλλακτική αιτία της απώλειας των μαλλιών τους, όπως η πρώιμη ανδρογενετική αλωπεκία ή χρόνια διάχυτη αλωπεκία.

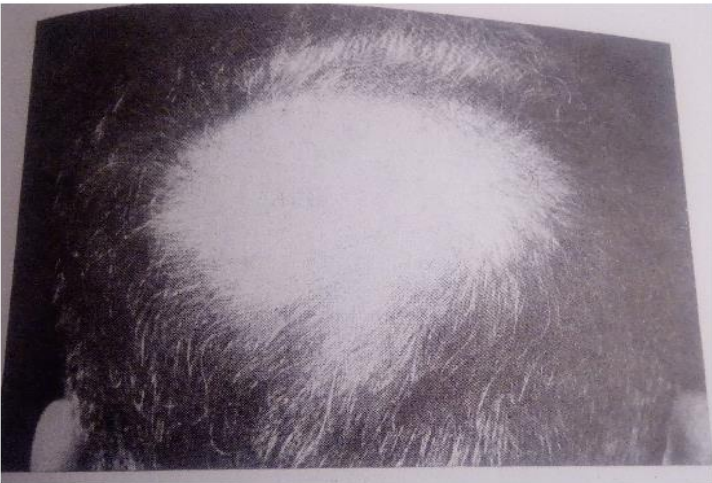
**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ:** Η σιδηροπενική αναιμία έχει αναφερθεί σε ποσοστό 72% των γυναικών που παρουσιάζουν διάχυτη τελογενή τριχόπτωση, αλλά το ποσοστό αυτό είναι μια υπερεκτίμηση. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις στη λογοτεχνία, όπου ασθενείς που έλαβαν θεραπεία σιδήρου από το στόμα είχαν επανέκφυση των μαλλιών τους που συνδέονται με την ομαλοποίηση των αποθηκών σιδήρου τους. Τη διακοπή της θεραπείας αντικατάστασης σιδήρου η αναιμία και απώλεια μαλλιών επέστρεψε, επιβεβαιώνοντας ότι τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις, η έλλειψη σιδήρου είναι ένας αιτιολογικός παράγοντας στην αλωπεκία τους(Εικ.11).

(Handbook of diseases of the hair and scalp/Rodney D.Sinclair, Cedric C.Banfield, Rodney P.R.Dawber/κεφάλαιο 5-σελ.64-68:Acute telogen...ferritin below 20μg/l)

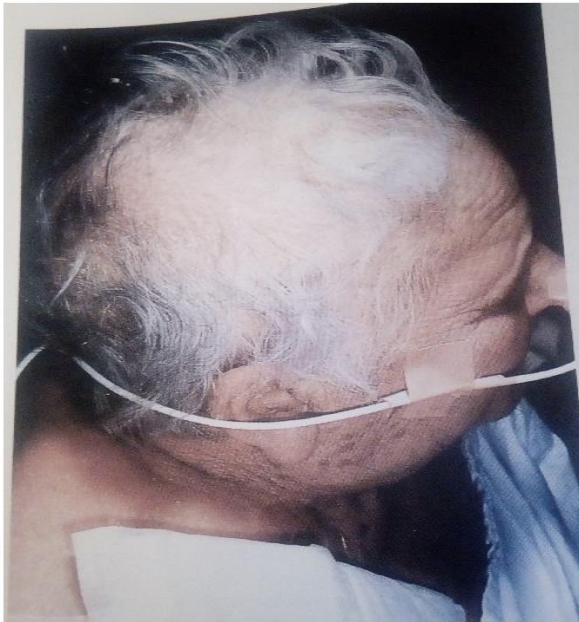
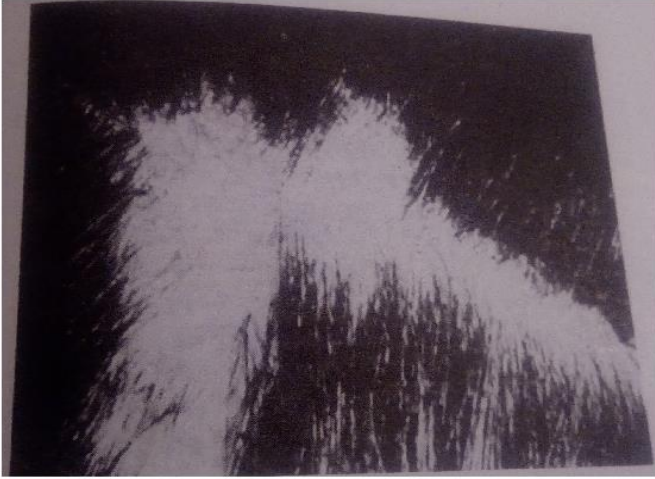
### **ΕΙΚΟΝΕΣ ΓΙΑ ΑΛΩΠΕΚΙΑ:**



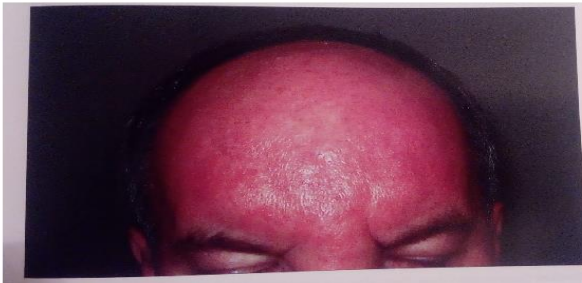
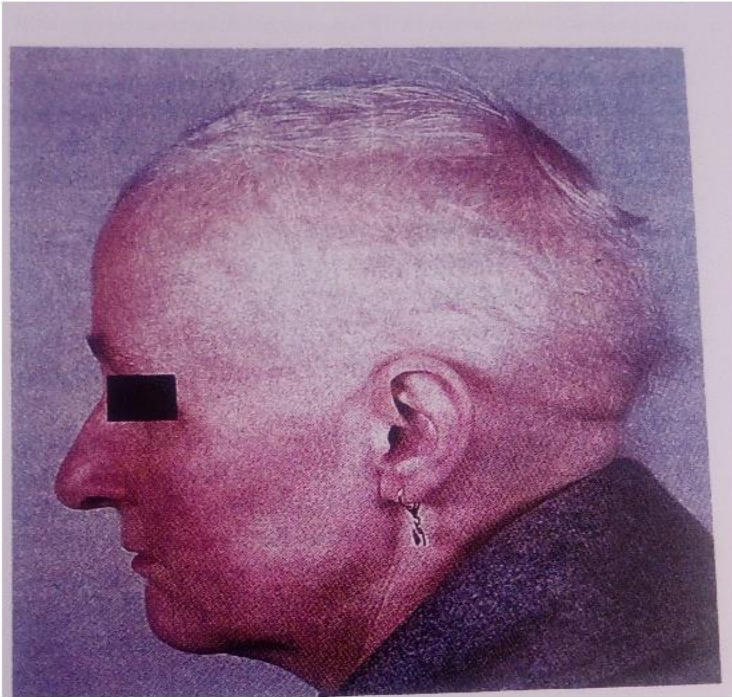












- 1)-2)-3) Γυροειδής αλωπεκία
- 4) Αλωπεκία ανδρικού τύπου Στάδιο 1
- 5) Αλωπεκία ανδρικού τύπου Στάδιο 2
- 6) Αλωπεκία ανδρικού τύπου Στάδιο 3
- 7) Αλωπεκία ανδρικού τύπου Στάδιο 4
- 8) Ουλωτική αλωπεκία από ομαλό λειχήνα
- 9) Διάχυτη Αλωπεκία
- 10) Διάχυτη Αλωπεκία(λόγω έλλειψης σιδήρου, αναιμία)
- 11) Ανδρογενετική αλωπεκία (αντρικού και γυναικείου τύπου)

### 4.3 ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑ(ΒΕ)

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:** Ο Krompacher πρώτος καθιέρωσε τον ορισμό βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα, εστιάζοντας στην ομοιότητα των κυττάρων του όγκου προς τα κύτταρα της βασικής στοιβάδας της επιδερμίδας. Οι κυτταροκερατίνες είναι υπεύθυνες για τον κυτταρικό σκελετό των επιθηλιακών κυττάρων και διαφοροποιούνται στον επιθηλιακό ιστό στο είδος και την ποικιλία τους και συναποτελούνται από 20περίπου ινώδεις πρωτεΐνες. Το επιθηλίωμα αυτό προέρχεται από την επιθηλιακή διόγκωση του έξω επιθηλιακού ελύτρου του θυλάκου της τρίχας, κάτω από τον ισθμό και την εκβολή του πόρου του σημηματογόνου αδένα. Ακολουθεί την εκτρωτική εμβρυογένεση της τρίχας, όμως αυξάνεται συνεχώς. Το καρκίνωμα αυτό ελαττώνει τον όγκο του με δύο μηχανισμούς: την απόπτωση(τα κύτταρα αυτά μεμονωμένα ή σε ομάδες με πυρηνικά ή πρωτοπλασματικά χαρακτηριστικά) και την αμυλοειδική εκφύλιση. Η αμυλοειδική εκφύλιση των κυττάρων του όγκου δε βοηθά στην επιτάχυνση της κλινικής αύξησης του βασικοκυτταρικού καρκίνου. Το καρκίνωμα συμπεριλαμβάνει αμυλοειδές Κ που χρωματίζεται θετικά με πολυκλωνικά αντικερατινικά αντισώματα. Το ΒΕ σπανίως μεθίσταται σε διάφορα όργανα παρόλο που παρουσιάζεται ως σύνηθες καρκίνο. Η <τοπική κακοήθεια> και διήθηση οφείλεται σε αλλαγές συστατικών της βασικής μεμβράνης και τα δομικά στοιχεία που διαφοροποιούν την έκφρασή τους σε αυτή την περίπτωση είναι τα αντιγόνα του πεμφιγοειδούς, Α6 και Β4 ιντεγκρίνες και η επιλιγκρίνη. Έπειτα, το σύνδρομο πολλαπλών βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων ή σύνδρομο Gorlin διακρίνεται από ανωμαλίες που σχετίζονται με τον σκελετό, τους οφθαλμούς και άλλες αμαρτωματικού χαρακτήρα διαταραχές. Τα κλινικά στοιχεία του συνδρόμου χαρακτηριστικά φαίνονται με το υπεύθυνο γονίδιο που στην εμβρυική ζωή αντικατοπτρίζει την ιστογένεση και μετά τη γέννηση συμβαίνει δράση ανασταλτικού ογκογονιδίου. Στα πολλαπλά σύνδρομα συγκαταλέγονται η μελαγχρωματική ξηροδερμία, ο αλφισμός(απουσία τυροσινάσης-ενύμου για το σχηματισμό μελανίνης) και το σύνδρομο Basex και Rombo. Στα άτομα με μελαγχρωματική ξηροδερμία τα επιδερμικά κύτταρα είναι ανίκανα να διορθώσουν τις ζημιές που συμβαίνουν από την υπεριώδη ακτινοβολία στο DNA τους. Στη συνέχεια μεταλλάξεις του p53 συνθέτουν τη συχνότερη γενετική ανωμαλία που σημειώνεται



στους καρκίνους του ανθρώπου. Επιπλέον, οι πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες, η ιονίζουσα ακτινοβολία και τα παράγωγα αρσενικού αποτελούν αιτίες εμφάνισης καρκίνου.

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ:** Τα ΒΕ παρουσιάζονται στο πρόσωπο(βλέφαρα, ζυγωματική χώρα, μάγουλα, μέτωπο, μύτη, άνω χείλος κ.α.). Εκτός από το πρόσωπο το ΒΕ διαφαίνεται πιο σπάνια και σε άλλα σημεία της επιφάνειας του δέρματος, ιδίως ο επιφανειακός του τύπος. Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα κάνει την εμφάνισή του συνήθως με μια βλάβη, Σπανιότερα είναι δυνατόν να καλλιεργούνται στο ίδιο άτομο δύο και περισσότερα καρκινώματα., ιδίως στους βλεννογόνους. Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα συστήνεται αρχικά σαν ρόδινη βλατίδα που μεγεθύνεται σταδιακά ή ξεκινά με διάβρωση χωρίς τάση επούλωσης είτε τέλος σαν διογκώσεις μαργαριταροειδούς χρώματος με επιφάνεια ομαλή και λεία. Ο οριστικός κλινικός τύπος του βασικοκυτταρικού καρκινώματος αποσαφηνίζεται μετά από κάποια χρόνια από τη εμφάνισή του. Οι κλινικοί τύποι κατά τον Lever είναι επτά 7: 1) Το οζώδες και ελκωτικό βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, που είναι και ο συνηθέστερος τύπος. 2) το μελαγχρωτικό, 3) το ΒΕ σαν εντοπισμένη σκληροδερμία, 4) το επιφανειακό ή παζετοειδές, 5) το ινοεπιθηλίωμα του Pinkus 6) σύνδρομο πολλαπλών ΒΕ, 7) γραμμοειδής βασικοκυτταρικός σπίλος και γενικευμένος θυλακικός βασικοκυτταρικός σπίλος(συγκαταλέγεται στην κατηγορία αυτή και το σύνδρομο Basex και Rombo, το ΒΕ που καλλιεργείται σε σημηματογόνο-οργανοειδή σπίλο-Jadassohn, ιδιαίτερα τα βασικοακανθοκυτταρικά καρκινώματα).

## **1)ΟΖΩΔΕΣ ΚΑΙ ΕΛΚΩΤΙΚΟ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ(ΒΚ):**

Ο κλινικός τύπος του ΒΚ ξεκινά ως ένα μικρό οζίδιο οπαλιόχρωμο που παρουσιάζει συχνά στην επιφάνειά του λίγα μικρά διευρυσμένα τριχοειδή αγγεία. Σημειώνεται αργή ανάπτυξη και τελικά μετά από μερικά χρόνια επέρχεται ο σχηματισμός επηρμένης πλάκας διαμέτρου λίγων εκατοστών. Η βλάβη στο στάδιο αυτό εμφανίζεται ωσειδής άλλες φορές λιγότερο άλλες περισσότερο διηθημένη, όμως η διήθηση δεν υπερβαίνει τα όρια της ορατής βλάβης. Παρατηρούνται προσκολλημένες καφεοειδείς εφελκίδες, που η αποκόλλησή τους προκαλεί εμφάνιση λίγου αίματος. Η βλάβη δημιουργεί στην περιφέρεια της «όχθη» εάν με τα δάκτυλα τεντώσουμε το δέρμα, από «κομπολόγι» που αποτελείται από μαργαριταροειδές κόκκους. Οι μαργαριταροειδείς αυτές διογκώσεις τόσο χαρακτηριστικές τον βασικοκυτταρικού καρκίνου, συνήθως υπάρχουν μόνο σε ορισμένα σημεία της περιφέρειας της βλάβης(Εικ.1).Κεντρικά της βλάβης διαφαίνεται εμβάθυνση και υπάρχει αβαθής έλκωση, ακανόνιστη, με πυθμένα ομαλό ή κοκκιώδη, εύκολα αιμορραγική που καλύπτεται από φαιά-μελανή εφελκίδα. Έπειτα, συμβαίνει ουλοποίηση που μπορεί να επεκταθεί. Το δύσκολο στη διάγνωση επηρμένο βασικοκυτταρικό καρκίνωμα παρουσιάζεται σφαιροειδές, κίτρινο-ερυθρό οζίδιο, διαυγές με ορισμένες ευρειαγγείες. Σημαντικές αναπηρίες ή σοβαρές αιμορραγίες αν διαβρωθούν από τον καρκίνο μεγάλα αγγεία διαφαίνονται στο ελκωτικό ΒΚ(Εικ.2).

**2)ΜΕΛΑΓΧΡΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ:** Ο τύπος αυτός διαφέρει από το οζώδες και ελκωτικό στο χρώμα της βλάβης (Εικ.3) . Η βλάβη στο μελαγχρωματικό καρκίνωμα φαίνεται φαιά ή φαιό μελανή εξαιτίας της εναπόθεσης χρωστικής (μελανίνης). Ορισμένες φορές η βλάβη παρουσιάζεται έντονα μελαγχρωματική

και μπορεί να ληφθεί λανθασμένα κλινικώς σαν μελάνωμα. Ο τύπος αυτός του μελαγχρωματικού βασικοκυτταρικού καρκίνου εντοπίζεται συχνότερα στους μελαχρινούς-μελαφούς (σκούροι φωτότυποι). Η διάγνωση γίνεται σωστά με την προσεκτική αναζήτηση της επιθηλιωματώδους όχθης και με την χρήση δερματοσκοπίου.

### **3)ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΩΝ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ**

**ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ(σύνδρομο Gorlin):** Συμβαίνει λόγω αυτοσωματικού επικρατούντα τύπου. Σημαντική η παρουσία πολλών βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων, ανωμαλίες από άλλους ιστούς, όπως κύστες γνάθων, σκελετικές ανωμαλίες, εμβυθύνσεις στις παλάμες και πέλματα και διάφοροι άλλοι όγκοι. Οι ανωμαλίες από το δέρμα είναι δυνατόν να παρουσιαστούν μετά την γέννηση ή στην παιδική ή εφηβική ηλικία. Τα ΒΚ ξεκινούν την αύξησή τους μεταξύ εφηβείας και ηλικίας 35 ετών(Εικ.4). Είναι δυνατόν να εντοπιστεί σε οποιαδήποτε θέση του σώματος, όμως πιο συχνά στις φωτοεκτεθειμένες περιοχές(πρόσωπο-λαιμό-χέρια). Αυτό διαφαίνεται στο 40% των περιπτώσεων μαύρων με σύνδρομο Gorlin εξαπλώνεται το καρκίνωμα σε σχέση πάντα με λευκούς αριθμό ασθενείς. Οι βλάβες παρουσιάζονται σαν επηρμένες ημισφαιροειδείς βλατίδες με χρώμα ερυθρορόδινο ή ελαφρώς καφέ ασυμπτωματικές. Οι όγκοι στις μασχάλες, λαιμό και βλέφαρα τείνουν να γίνονται μισχωτοί. Στο 65% περίπου των δερματολογικών περιπτώσεων εντοπίζονται στις παλάμες και τα πέλματα μικρές λακκούβες και στο 30% κέγχρια στο πρόσωπο και επιδερμοειδείς κύστες. Οι οδοντικές κύστες είναι αρκετές και υπάρχουν στη μία ή και στις δύο γνάθους. Το γονίδιο που πιθανώς ευθύνεται για αυτό το σύνδρομο είναι το ομόλογο για τον άνθρωπο του γονιδίου Patched που ήρθε σε ταύτιση πρώτα στο έντονο Drosophila(το γονίδιο αυτό επιτυγχάνει κωδικοποίηση διαμεμβρανικής πρωτεΐνης που συμμετέχει στηνιστογένεση του εμβρύου.

### **4)ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΟ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ Ή ΠΑΖΕΤΟΕΙΔΕΣ:**

Παρουσιάζεται στο κορμί (κοιλιά, ράχη, οσφυϊκή χώρα), αλλά και το πρόσωπο. Τις πιο πολλές φορές παρουσιάζεται μονήρες, αλλά μπορεί να υπάρχουν δύο ή και περισσότερες βλάβες. Η βλάβη είναι ερυθρηματολεπιδώδης, ελαφρώς διηθημένη, με τάση για αργή περιφερική επέκταση. Η καρκινική αυτή πλάκα εντοπίζεται σε κάποια σημεία της περιφέρειάς της μόλις υποσημεινόμενης μαργαριταροειδής όχθης. Στην επιφάνεια της βλάβης εμφανίζονται επιφανειακές διαβρώσεις που καλύπτονται με λεπτές εφελκίδες. Το ερυθρηματώδες επιθηλίωμα συνθέτει διάφορες μορφές του επιφανειακού βασικοκυτταρικού καρκίνου που μοιάζει κλινικά με το χρόνιο δισκοειδή ερυθρηματώδη λύκο ή παρακερατωσική πλάκα.

### **5)ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΑΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ**

**ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑ:** Παρουσιάζεται κλινικά με μορφή λευκοκίτρινης σκληρής πλάκας με ασαφή όρια. Περικλύεται από επιθηλιωματώδη όχθη που συμβαίνει συνήθως μετέπειτα. Τελικά εντοπίζεται έλκωση στην επιφάνεια της πλάκας. Η σωστή διάγνωση της εντετοπισμένης σκληροδερμίας ακολουθείται από μονήρες επιθηλίωμα και ανευρίσκεται στο πρόσωπο.

**6)ΙΝΟΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑ ΤΟΥ Pinkus:** Είναι παρόμοιο με ενδοεπιδερμικό καρκίνωμα, σμηγματορροϊκές υπερκερατώσεις, με τη νόσο του Bowen και ανευρίσκεται στη ράχη.

Παρουσιάζεται μονήρης με πιο πολλά ογκίδια που είναι συμπαγή με λεία επιφάνεια ρόδινου χρώματος.

## **7)ΓΡΑΜΜΟΕΙΔΗΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΣ ΘΥΛΑΚΙΚΟΣ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ**

**ΣΠΙΛΟΣ:** Ο σπίλος αυτός συντίθεται από επίμηκες γραμμοειδές εξάνθημα, μονόπλευρο, με πολλά οζίδια αντιστοιχιζόμενα με βασικοκυτταρικά καρκινώματα. Επιπλέον, υπάρχουν επιδερμικές κύστες, φαγέσωροι και περιοχές ατροφίας. Στο γενικευμένο θυλακικό βασικοκυτταρικό σπίλο εμφανίζεται αλωπεκία εξαιτίας κατστροφής των τριχικών θυλάκων από τα βασικοκυτταρικά αμαρτώματα που καλλιεργούνται. (ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ/ Νικόλαος Γ.Σταυριανέας-Ανδρέας Μ.Γιακουμέττης: σελ.179-187: Αιτιολογία...βασικοκυτταρικά αμαρτώματα)

### **4.4 ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ(ΑΚ)**

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:** Ο δερματικός ακανθοκυτταρικός καρκίνος προκαλείται από την κακοήθη ανάπτυξη των κερατινοκυττάρων της επιδερμίδας. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα εξαπλώνεται τόσο στο δέρμα όσο και στους βλεννογόνους( πιο συνήθης καρκίνος τους). Εντοπίζεται στο στόμα (γλώσσα, υπερώα, γωνία στόματος, έσω επιφάνεια παρειών) γεννητικά όργανα (πέος, έξω γεννητικά όργανα γυναίκας, τράχηλος της μήτρας) και πρωκτό και ο ημιβλεννογόνος του κάτω χείλους. Ο ακαν-θοκυτταρικός καρκίνος μπορεί να καλλιεργηθεί είτε de novo σε δέρμα ή βλεννογόνο που δεν εμφανίζει κλινική αλλοίωση ή σε έδαφος κάποιας προϋπάρχουσας δερματικής ή βλεννογόνιας επιθηλιακής προκαρκινικής βλάβης. Οι βλάβες αυτές μπορούν να αναπτυχθούν κλινικά σε διηθητικό καρκίνο. Μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής(ΗΠΑ) περισσότερο από 1.000.000 άτομα παρουσιάζουν κάθε χρόνο δερματικούς καρκίνους και 200.00 άτομα εμφανίζουν ΑΚ. Στην Αυστραλία υπάρχουν 250 περιστατικά σε 100.000 κατοίκους και σε μια πενταετία οι άνδρες διπλασίασαν ποσοστά ανάπτυξης ΑΚ σε σχέση με τις γυναίκες. Στη Μινεσότα των ΗΠΑ για το διάστημα 1984-1986 η ετήσια επίπτωση του ΑΚ από 136περιπτώσεις/100.000κατοίκους για τους άνδρες και 46 για τις γυναίκες κατέληξε στις 156 και 100 περιπτώσεις αντίστοιχα για το διάστημα 1990-1992. Για τους μαύρους των ΗΠΑ εμφανίζεται σε τρεις περιπτώσεις ΑΚ σε 100.000 άτομα. Από τα νούμερα αυτά διαφαίνεται η μεγάλη σημασία της προστασίας από την υπεριώδη ακτινοβολία που είναι κατάλληλη η μελανίνη. Η μελανίνη παραγόμενη από τα μελανοκύτταρα μέσω της διαδικασίας της μελανογένεσης καλύπτει τους πυρήνες των κερατινοκυττάρων από τις βλαπτικές επιδράσεις που εξασκεί στο DNA των πυρήνων τους η υπεριώδης ακτινοβολία. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη ΑΚ είναι αλληλένδετος με δυο βασικούς παράγοντες: την αθροιστική δόση της υπεριώδους ακτινοβολίας που έχει δεχθεί το δέρμα ενός ατόμου και το βαθμό μελάγχρωσης του. Εκτός της υπεριώδους ακτινοβολίας, κύριος καρκινογενετικός παράγοντας για ανάπτυξη ΑΚ ανευρίσκονται και άλλες παράμετροι για καρκινογενετική δράση στο δέρμα, όπως: ιοί της ομάδας HPV, ακτινοβολία(ακτίνες Roentgen, Grenz, ακτίνες γ), αρσενικό, πολυκυκλικό υδρογονάνθρακες, ουλές και χρόνιες φλεγμονές, υπέρυθη ακτινοβολία, ανοσοκαταστολή(HIV, μεταμοσχευμένοι), κληρονομικότητα.

Οι γενοδερματοπάθειες που προκαλούν ΑΚ είναι μελαγχρωματικό ξηρόδερμα με τις υποομάδες του και ποικιλία του, δερματοοφθαλμικός αλφισμός, σύνδρομο Rothmund-Thompson, μυρμηκιάδης επιδερμοδυσπλασία, πολλαπλά αυτοιώμενα ακανθοκυτταρικά

επιθηλώματα( σύνδρομο Ferguson-Smith), σύνδρομο Werner, δυστροφική μορφή πομφυλογώδους επιδερμόλυσης, συγγενής δυσκεράτωση, σύνδρομο Fanconi, ιχθύαση ύστριξ, σύνδρομο KID(keratitis, ichthyosis, deafness-κερατίτιδα, ιχθύαση, κώφωση). Οι προκαρκινικές βλάβες για ανάπτυξη ΑΚ ή εξέλιξης προς ΑΚ ή ΒΚ: 1. Οι ακτινικές ή ηλιακές υπερκερατώσεις: ακτινικό κέρατο (Εικόνες 1,2). 2. Οι ποροκερατώσεις: Mibelli και διάχυτη επιφανειακή ακτινική ποροκεράτωση. 3. Οργανοειδής επιθηλιακός μυρμηκιάδης σπίλος: σπίλος του Jadassohn (σημιότερα αναπτύσσεται ΒΚ. αλλά είναι δυνατή η ανάπτυξη και ΑΚ). 4. Γραμμοειδής επιδερμικός μυρμηκιάδης σπίλος (σπάνιος ο ΑΚ)(Δερματολογική Ογκολογία- Ο δερματικός...σπάνιος ο ΑΚ).

Αιτία ΑΚ είναι η υπεριώδης ακτινοβολία ιδιαίτερα στους Καυκάσιους, στα άτομα του Queensland(Αυστραλία) και του Τέξας(ΗΠΑ). Η βλάβη ξεκινά στο δέρμα από χρόνια ηλιακής έκθεση και μεθίσταται ή προηγουμένως είναι δυνατή η ύπαρξη ακτινικής υπερκεράτωσης ή νοσου Bowen, οπότε οι μεταστάσεις δεν είναι συνήθεις. Επίσης, η ακτινοβολία Χ που είχε ως αποτέλεσμα στα χέρια των ακτινολόγων κίνδυνο ανάπτυξης όγκου και με ορισμένες παθήσεις συνεχίζεται το ΑΚ, όπως η ψωρίαση, η δερματομυκτίαση, η ακμή και η αγκυλωτική σπονδυλίτιδα. Επιπλέον, οι πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες, η πίσσα και τα προϊόντα πίσσας, διάφορα ορυκτέλαια, το ανθρακένια, η άσφαλτος, η αιθάλη(καρκινογόνα) που αντιμετωπίζουν διάφορα άτομα στα πλαίσια της εργασίας, όπως στα διυλιστήρια, την κατασκευή δρόμων, παραγωγή πλίνθων καύσης και ηλεκτροδίων. Παρολ' αυτά σημειώνεται μείωση ΑΚ εξαιτίας των καλύτερων συνθηκών εργασίας και τη διόρθωση της ατομικής υγιεινής. Οι χημικές αυτές ουσίες ωθούν στη διάχυτη υπερμελάγχρωση των εκτεθειμένων περιοχών(κυρίως στο πρόσωπο), το σύνδρομο Favre-Racouchot και υπερκερατώσεις από πίσσα και τα προϊόντα πίσσας. Επιπρόσθετα, αν έχει ληφθεί προηγούμενα από το στόμα αρσενικό μπορεί να εμφανιστεί ΑΚ, καθώς και κάθε εξεργασίας που προκαλεί ουλές, όπως εγκάυματα, διάφορες δερματοπάθειες που δημιουργούν ουλές(π.χ. πομφολυγώδης επιδερμόλυση, κοινός λύκος ή σπάνια κισώδη έλκη). ΑΚ συνδέεται με αλφισμό και μελαγχρωματική ξηροδερμία. Στο πρώτο λείπει το ειδικό ένζυμο για την παραγωγή μελανίνης που προστατεύει από την ηλιακή ακτινοβολία. Το ΑΚ δεν είναι σύνηθες σε ασθενείς με λεύκη στην οποία απουσιάζουν τα μελανοκύτταρα που παράγουν τη μελανίνη. Στο δεύτερο εμφανίζεται ενζυμική ανεπάρκεια σε ειδικό ένζυμο που επαναφέρει βλάβες του DNA προκαλούμενες από έντονη ηλιακή έκθεση. Σαν αποτέλεσμα, λοιπόν το DNA δεν επιδέχεται επιδιόρθωση και εντοπίζεται πρώιμη εμφάνιση καρκίνου του δέρματος. Ακόμα, δερματοπάθειες που προσβάλλουν τους βλεννογόνους είναι προκαρκινωματώδεις εκδηλώσεις. Ο ομαλός λειχήνας αλλοιώνει τη στοματική κοιλότητα και ο σκληρός, ατροφικός λειχήνας τη γεννητική περιοχή. Στη συνέχεια ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων, οι τύποι συγκεκριμένα ιού HPV-16 και HPV-18 είναι ογκογόνοι και εμφανίζονται στ γεννητικά όργανα, όπως και άνδρες που εμπλέκονται σε φωτοχημειοθεραπεία(PUVA). Η εμφάνιση ΑΚ συσχετίζονται πιο πολύ με μεταλλάξεις που προσβάλλουν το γονίδιο p53 με ηλιακή έκθεση παρά με φωτοχημειοθεραπεία(PUVA), αφού μειώνει το βαθμό ανοσολογικής επιτήρησης και αυτό αφήνει ορισμένα κύτταρα που περιέχουν το γονίδιο αυτό να εξαπλωθούν. Συνήθως δε χρησιμοποιείται αυτού του είδους η θεραπεία σε άτομα που έχουν υποστεί βλάβη από ηλιακή ακτινοβολία. Ακανθοκυτταρικό επιθηλώμα προκαλείται από σολάριουμ και άλλες μορφές υπεριώδους ακτινοβολίας που μεγαλώνει την πιθανότητα εμφάνισης κακοήθους

μελανώματος. Η θεραπεία ακμής μετέπειτα μπορεί να εμφανίσει κακοήγη βλάβη. Σπάνιως ΑΚ διαφαίνεται σε θεραπεία αζωθυπερίτη(αζωτούχος μουστάρδα) που χρησιμοποιείται στη θεραπεία της σπογγοειδούς μυκητίασης. Τέλος, το ΑΚ κάνει την εμφάνισή του σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, σε άτομα που έχουν προβεί σε μεταμόσχευση οργάνου και υπάρχει λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Οι άνδρες είναι πιο επιρρεπείς από τις γυναίκες και ιδιαίτερα ευαίσθητα σημεία αποτελούν το κεφάλι, ο λαιμός και το τριχωτό της κεφαλής.(Ατλας Κλινικής Δερματολογίας- Ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα...πτωχότερη πρόγνωση).

## ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:** Μια μη επουλωμένη πληγή του δέρματος ή βλεννογόνου.

**ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ:** Το ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα ξεκινά σαν μια πάχυνση του δέρματος και επεκτείνεται μετέπειτα σε υπόσκληρη πλάκα. Υπάρχει πλάγια ανάπτυξη, κάθετη και σταδιακά στερεωμένη στους υποκείμενους ιστούς και μετατρέπεται σε οζίδιο. Η επιφάνειά του μπορεί να εφελκιδιοποιηθεί, να διαβρωθεί ή να ελκωθεί. Τα έλκη εφελκιδιοποιούνται, αλλά μία πυώδης βάση διαφαίνεται όταν αφαιρεθεί η εφελκίδα. Τα όρια φαίνονται σταθερά σαφή, και περισσότερο επηρμένα απ'ότι στο βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα και πολλές φορές ανεστραμμένα και ανωμάλου σχήματος. Η βλάβη καλλιεργείται γρηγορότερα από το βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα, αλλά όχι τόσο γρήγορα όσο το κερατοακάνθωμα

**ΚΑΤΑΝΟΜΗ:** Οι πιο πολλές βλάβες εμφανίζονται στο πρόσωπο τα αυτιά και το κάτω χείλος, οι εκτατικές επιφάνειες των χεριών, οι πτυχές, το κάτω τμήμα των κνημών, κυρίως οι ηλιοεκτεθειμένες περιοχές. Το γύρω <υγιές>δέρμα εμφανίζει σημεία ηλιακής βλάβης, αλλά και στο μη ηλιοεκτεθειμένο δέρμα εντοπίζεται ΑΚ στη γεννητική περιοχή και στον πρωκτό. Σπάνια εντοπίζεται όγκος στο πέλμα(μυρμηκίωδες επιθηλίωμα). Η μεγάλη σημασία του ΑΚ έγκειται στο γεγονός ότι μεθίσταται στους λεμφαδένες και υπάρχει περίπτωση θανάτου. Προγνωστικά μετριάζει η προηγηθείσα βλάβη. ΑΚ που καλλιεργούνται σε ακτινική υπερκεράτωση ή σε δερματική νόσο του Bowen., σπάνια προβαίνουν σε μεταστάσεις. Αυτά όμως που καλλιεργούνται de novo ή από άλλες αιτίες, όπως απότοκα επίδρασης ακτινοβολίας-Χ ή επεκτεινόμενα σε έδαφος χρόνιων ουλών από διάφορες παθήσεις, είναι δυνατόν να μεθίστανται. Επιπλέον η εντόπιση. Βλάβες που εμφανίζονται στα αυτιά και ερυθρό κράσπεδο των χειλέων συχνά μετατοπίζονται. Επίσης, οι βλάβες που ανευρίσκονται στα έξω γεννητικά όργανα και στο δακτύλιο, όπως και οι αναπτυσσόμενες ως εξέλιξης νόσου Bowen των βλεννογόνων είναι δυνατόν να μεθίστανται. Επιπρόσθετος παράγοντας καθορισμού της νόσου είναι η ανοσοκαταστολή. Οι βλάβες που παρουσιάζονται σε δέκτες μοσχευμάτων να και σε εκείνους που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικούς φαρμακευτικούς παράγοντες, όπως αζαθειοπρίνη και κυκλοσπορίνη για καταστάσεις όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα(πιο επιθετικές, τοπικά πιο διηθητικές) και διαθέτουν μεγαλύτερη τάση για υποτροπή και για ανάπτυξη μεταστάσεων. Ακόμα, ο βαθμός διαφοροποίησης(διαφοροποιημένο-ασαφώς διαφοροποιημένο με όχι τόσο καλή πρόγνωση). Τέλος, το βάθος διείσδυσης στο οποίο ο όγκος με μεγαλύτερο βάθος διείσδυσης τη στιγμή που συμβαίνει η διάγνωση διαθέτει πτωχότερη πρόγνωση.

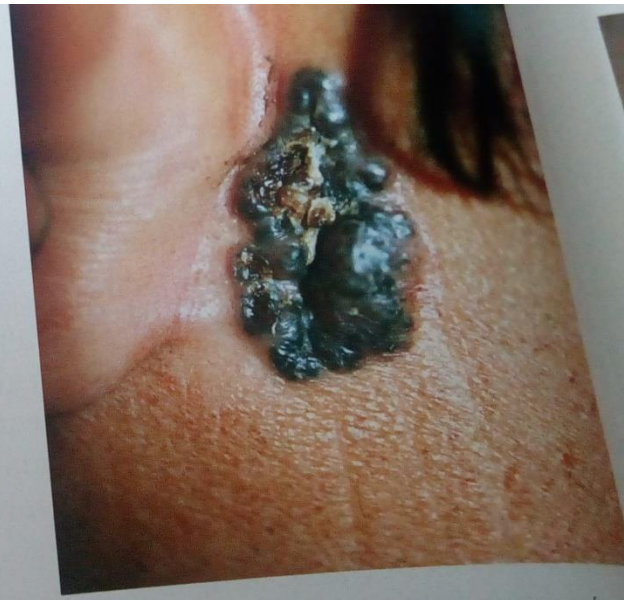
## **ΑΚ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΟ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ**

**ΑΚΤΙΝΟΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑΣ(ΡΑΔΙΟΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑΣ) :** Τα πιο πολλά περιστατικά αυτής της μορφής ΑΚ σχετίζονται με επαγγελματική έκθεση (ιατρικά επαγγέλματα, τεχνολόγοι, μηχανικοί, φυσικοί) ή μετά από έκθεση σε ακτίνες Ro για θεραπευτικούς σκοπούς. Σημειωτέον ότι κάποια χρόνια πριν χρησιμοποιούνταν ως προσφιλή θεραπευτική μέθοδο για πολλές δερματοπάθειες (π.χ. μυκητίαση τριχωτού κεφαλής με αποψιλωτική δόση ακτίνων Ro). Οι ακτίνες Ro και η ιονίζουσα ακτινοβολία γενικά μπορεί να οδηγήσει σε ΑΚ στο δέρμα. Ο καθορισμός, όμως της ελάχιστης δόσης ακτίνων που μπορεί να προκαλέσει καρκίνο καθίσταται δύσκολη. Κατά κανόνα υφίσταται η δόση κάτω από 1000 rad που δεν αποτελεί πρόβλημα στο δέρμα (χρόνια ακτινοδερματίτιδα ή ΑΚ) . Παρόλα τα δεδομένα αυτά είναι σημαντικό τα άτομα που έχουν δεχθεί θεραπείες παρελθοντικά για δερματολογικά νοσήματα με δόσεις  $Ro < 1000$  rad να παρακολουθούνται. Λόγο αποτελεί ότι έχουν δημοσιευθεί περιπτώσεις και μετά δεκαετίες ακόμη ανάπτυξης δερματικών καρκίνων σε περιοχές δέρματος που είχαν ακτινοβοληθεί στο παρελθόν με τέτοιες χαμηλές δόσεις ακτίνων Ro. Υπερκερατώσεις ΑΚ και ΒΚ εκτός από τις εκδηλώσεις της οξείας και χρόνιας ακτινοδερματίτιδας (ραδιοδερματίτιδας) παρουσιάζονται από ιονίζουσα ακτινοβολία στο δέρμα. Το ΑΚ αυτών των περιστάσεων χαρακτηρίζεται επιθετικό στη βιολογική του συμπεριφορά. Καλλιεργείται και διογκώνεται γρήγορα και έχει τάση να δίνει μεταστάσεις και παρουσιάζεται κλινικά σαν διάβρωση ή έλκωση. Συχνά αλληλοκαλλιεργούνται στην ακτινοβολημένη περιοχή περισσότερο από ένα ΑΚ και συχνά οδηγούνται σε εμφάνιση ΒΚ. Τα ΑΚ που αναπτύσσονται σε έδαφος ακτινοβολημένου δέρματος με τον έντονα αναπλαστικό του χαρακτήρα μπορεί να εμφανίζουν την ιστολογική εικόνα του ατρακτοκυτταρικού καρκινώματος. Δυσδιάκριτη η ιστολογική του εικόνα από εκείνη του ινοσαρκώματος και μελανώματος στις κλασικές ιστολογικές χρώσεις.

**ΠΕΡΙΩΝΥΧΙΟΣ ΚΑΙ ΥΠΩΝΥΧΙΟΣ ΑΚ:** Στην αρχή τόσο κλινικά όσο και ιστολογικά φαίνονται σαν μυρμηγκιές οι ΑΚ που καλλιεργούνται στα δάκτυλα κάτω από τα νύχια των χεριών και των ποδιών. Παρατηρείται συχνά ιστορικό έκθεσης σε X-Ray ακτινοβολία και καλό είναι να καταγράφεται, όπως και επανειλημμένες βιοψίες για σωστή τεκμηριωμένη διάγνωση.

**DE NOVO ΑΚ:** Αυτή η μορφή ΑΚ καλλιεργείται σε περιοχή του δέρματος που δεν παρουσιάζει κάποια άλλη δερματολογική βλάβη ούτε κλινικά ούτε ιστολογικά, δηλαδή σε δέρμα απολύτως υγιές. Η όψη ακολουθεί αυτή του ογκιδίου, η σκληρή επηρμένη υπερκερατωσική πλάκα με στρογγυλεμένα όρια. Εμφανίζει τάση γρήγορης ανάπτυξης και μεθίσταται σε ποσοστό 8% κατά τους Graham και Helwig. Εντοπίζεται σε φωτοεκτεθειμένες και καλυμμένες περιοχές του δέρματος. (Δερματολογική Ογκολογία- ΑΚ Αναπτυσσόμενο...χρώσεις/ Περιωνύχιος...Helwig)

## **ΕΙΚΟΝΕΣ ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑΤΟΣ:**



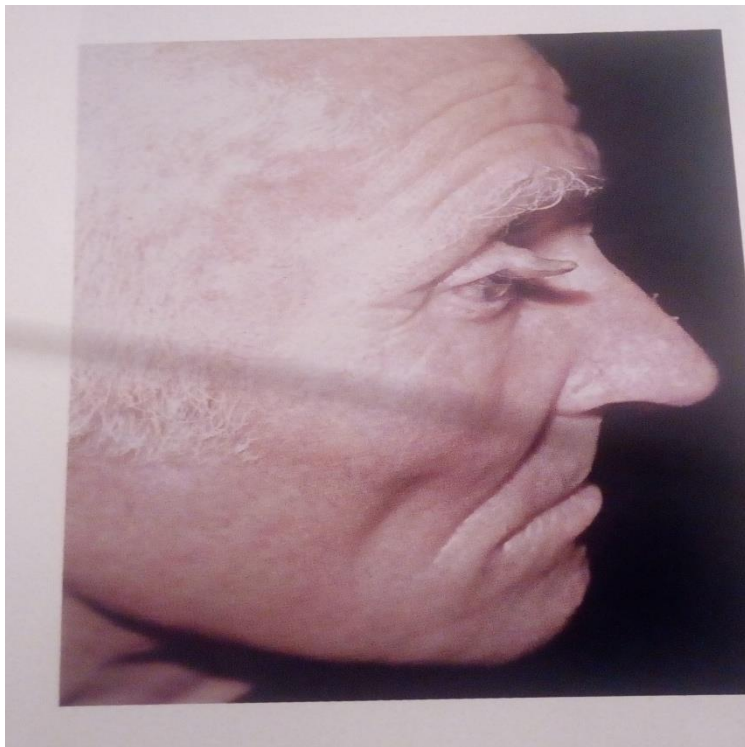




**ΕΙΚΟΝΕΣ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑΤΟΣ:**







**ΒΚ-1)** Βασιλοκυτταρικός καρκίνος(επιθηλωματώδης όγκος στην περιφέρεια της βλάβης) 2)  
Οζώδες βασιλοκυτταρικό καρκίνωμα(επιρμένο τύπος)

3) Μελαγχρωματικός βασιλοκυτταρικός καρκίνος(δύσκολη διάκριση από κακώθης  
μελάνωμα σε κλινικό επίπεδο)

4) Σύνδρομο πολλαπλών βασιλοκυτταρικών καρκινωμάτων

**ΑΚ-1)**Πλειάδα ηλιακών ή ακτινικών υπερκερατώσεων στο δέρμα του προσώπου

2)-3)Δερματικό κέρας

#### **4.5 ΣΜΗΓΜΑΤΟΡΡΟΙΚΕΣ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΕΙΣ(ΣΥ):**

**ΟΡΙΣΜΟΣ:** Αρκετές φορές εμφανίζονται σε ηλικιωμένα άτομα καλοήγη νεοπλάσματα από κερατινοκύτταρα του δέρματος. Σύνηθες φαινόμενο αποτελεί η εμφάνισή τους μετά το πέρας της ηλικίας των 30 ετών σε πολλαπλά μέρη του σώματος, εκτός των βλεννογόνων και αφορά και τα δύο φύλα. Συγκεκριμένα η εντόπιση των σμηγματορροϊκών υπερκερατώσεων στον κορμό που βρίσκονται σε αφθονία, μορφοποιούνται σύμφωνα με <χριστουγεννιάτικο δένδρο> ακολουθώντας τις πρωτογενείς γραμμές του δέρματος(Blaschko lines). Αυτό το γεγονός αποδεικνύει πως η πλειονότητα των ανθρώπων στο πέρας της ζωής τους παρουσιάζουν όχι μόνο έναν όγκο, αλλά πολλαπλά, ακόμη και εκατοντάδες. Οι σμηγματορροϊκές υπερκερατώσεις ελαχίστως παρουσιάζουν βαθμιαία υποανάπτυξη αυτόματα, ενώ καινούργιες βλάβες εξακολουθούν να προκαλούν εμφάνιση για χρόνια. Επιπλέον, ο όρος <stucco keratosis> σχετίζεται με χρωμική παραλλαγή, εμφανιζόμενη συχνά στα άκρα.. Οι σμηγματορροϊκές υπερκερατώσεις δεν αποτελούν συχνό φαινόμενο στους Νέγρους και τους ερυθρόδερμους. Ο όρος <dermatosis papulosa nigra> σχετίζεται με διάφορους όγκους στο πρόσωπο σε νέγρους, με την ί-δια ιστολογική εικόνα, όμως προκύπτει σε πιο μικρή ηλικία.

**ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:** Όσον αφορά την αιτία εμφάνισης των σμηγματορροϊκών υπερκερατώσεων χαρακτηρίζεται άγνωστη, ενώ διάφορες σμηγματορροϊκές υπερκερατώσεις είναι δυνατό να διαθέτουν οικογενές χαρακτηριστικό, με αυτοσωματική επικρατούσα κληρονομικότητα. Όταν παρουσιάζονται μεγάλες σε μέγεθος σμηγματορροϊκές υπερκερατώσεις σε θέσεις διαλείπουσας ηλιακής έκθεσης, όπως η ράχη και το πρόσθιο τμήμα του θώρακα ευθύνεται κάποιες φορές η επιρροή της ηλιακής ακτινοβολίας χωρίς όμως αρκετά στοιχεία για να υπάρξει αυτή η συσχέτιση.Επίσης, έχει γίνει γνωστό ότι ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων λόγω της μυρμηκιάδους εμφάνισης ευθύνεται για τη νόσο , όμως δεν έχει προβεί σε απομόνωση παρόλο τον συνεχή έλεγχο από νεότερες τεχνικές της μοριακής βιολογίας. Οι παράγοντες ανάπτυξης της επιδερμίδας (epidermal growth factors) προκαλούν ερέθισμα για τους ερευνητές. Η εξανθηματική παρουσίαση πολλών σμηγματορροϊκών υπερκερατώσεων(σημείο Leser Trelat) σε σύγκριση με εσωτερική κακοήθεια και η συμβίωση μελανίζουσας ακάνθωσης. η οποία είναι μια άλλη επιδερμική υπερπλαστική κατάσταση, φανερώνει ότι ένας παράγοντας που βγαίνει από τον κακοήγη όγκο και δημιουργεί υπερπλασία της επιδερμίδας είναι υπεύθυνος σε αρκετές περιστάσεις στην πρόκληση σμηγματορροϊκών υπερκερατώσεων. Στην ιστολογική εικόνα των ΣΥ η υπερπλασία των μελανοκυττάρων αποτελεί κοινό στοιχείο. Τέλος, οι αοθενείς

υποστηρίζουν την εμφάνιση σμηγματορροϊκών υπερκερατώσεων σε θέση που προυπήρχε κερασοειδές αγγείωμα (cherry angioma). Παρολ'αυτά η συσχέτιση τους ακόμα διερευνάται.

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ:** Οι σμηγματορροϊκές υπερκερατώσεις καλλιεργούνται πιο συχνά στο πρόσωπο και το άνω μέρος του κορμού. Αρχικά, φανερώνεται με ελαφρά υπερμελάγχρωση και λεπτή κοκκώδη απώλεια της στιλπνότητας του δέρματος σε μικρές περιοχές. Στο πρόσωπο και στα χέρια, οι ΣΥ είναι δυνατόν να μείνουν επιφανειακές και να γίνει δύσκολη η διαφορική διάγνωση από γεροντικές φακές ή μελαγχρωματικές ακτινικές υπερκερατώσεις. Με μεγεθυντικό φακό υπάρχουν αυταπόδεικτα στοιχεία ότι η αλλοίωση αυτή παραλληλίζεται με μια σειρά από λεπτές εμβυθίσεις που δημιουργούν ένα δίκτυο, συγκεκριμένα γύρω από τα τριχοειδή των θηλών του χορίου. Χαρακτηριστικό των σμηγματορροϊκών υπερκερατώσεων είναι τα θυλακικά βύσματα και η απουσία στιλπνότητας. Τα θυλακικά βύσματα είναι δυνατό να είναι ωχρά σε σκουρότερες βλάβες ή καφέ ή μαύρα σε ανοιχτόχρωμες βλάβες. Μια κλινική παραλλαγή εντοπίζεται στα βλέφαρα και τις καμπυλικές επιφάνειες, όπου οι ΣΥ μπορεί να είναι μισχωτές, χωρίς κερατωτική επιφάνεια. Επιπλέον, παρουσιάζεται πιο συχνά ως κλινική εικόνα μια ωοειδής μυρμηκιάδης πλάκα διαμέτρου από 1mm έως μερικά cm επαπτόμενη πάνω στην επιδερμίδα, με χρώμα από βρώμικο κίτρινο μέχρι μαύρο, με χαλαρά προσφυόμενη λιπαρή κερατίνη στην επιφάνεια. Επιπρόσθετα, δημιουργείται οίδημα, εφελκιδοποίηση, αιμορραγία, ορορροή, και μεταβολή στο χρώμα από τοπικό ερεθισμό ή λοίμωξη. Ακόμα, μια φλεγμονώδης δερματοπάθεια είναι δυνατό να φέρει στην επιφάνεια γρήγορη έκθυση σμηγματορροϊκών υπερκερατώσεων. Μετά τη θεραπεία της δερματοπάθειας μπορεί να υπάρξει αυτόματη υποχώρηση των βλαβών που χαρακτηρίζονται αρκετά κνηστώδεις. Όσο περνά η ηλικία οι ΣΥ μεγαλώνουν σε αριθμό και μέγεθος. Η κερατωσική επιφάνεια είναι δυνατό να αφαιρεθεί με ευκολία, όμως εμφανίζεται ξανά. Καθίσταται συνήθως ασυμπτωματική, αλλά μπορεί να αποτελεί ένα αίτιο κνησμού, ιδίως σε ηλικιωμένα άτομα( Δερματολογική Ογκολογία-Ορισμός...κυττάρων σ' αυτό)

## **ΕΙΚΟΝΕΣ ΣΜΗΓΜΑΤΟΡΡΟΙΚΗΣ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΗΣ:**



## 4.6 ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΙΚΕΣ Ή ΣΜΗΓΜΑΤΟΓΟΝΕΣ ΚΥΣΤΕΣ

Κατατάσσονται στους όγκους των εξαρτημάτων του δέρματος, συγκεκριμένα των σμηγματογόνων αδένων και χαρακτηρίζονται ως μεγάλα ανώδυνα ογκίδια κάτω από την επιδερμίδα που συνεχίζονται με αργό ρυθμό και παρουσιάζονται στο πρόσωπο, το λαιμό και τον κορμό (Άτλας Δερματολογίας-Όγκοι...κορμό) (Εικόνα 6).

### **ΑΡΘΡΑ:1)Κλινικά χαρακτηριστικά των επιδερμικών κύστεων της διώρυγας του έξω ακουστικού πόρου**

#### **Ιστορικό και Στόχοι**

Η επιδερμική κύστη είναι μια κοινή καλοήθης ασθένεια του δέρματος που προκαλείται από φλεγμονή του φλοιού των θυλάκων των τριχών και τον πολλαπλασιασμό των επιδερμικών κυττάρων εντός του χορίου ή επιφανειακές του υποδόριου ιστού. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση των χαρακτηριστικών των επιδερμικών κύστεων του έξω ακουστικού πόρου (EAC), αναλύοντας τα κλινικά και ακτινολογικά χαρακτηριστικά.

#### **Θέματα και Μέθοδοι**

Τα κλινικά αρχεία αυτά αναδρομικά για τους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με επιδερμική κύστη της EAC από τον Μάρτιο του 2004 μέχρι τον Δεκέμβριο του 2013. Οι επιδερμικές κύστες είχαν διαγνωστεί κλινικά με εξετάσεις ενδοσκόπησης και μικροσκοπίας και από κροταφικού οστού CT εικόνες, και επιβεβαιώθηκαν από ιστοπαθολογική εξέταση. Συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά των επιδερμικών κύστεων στην οστεώδη EAC και τραγανός EAC.

#### **Αποτελέσματα**

Οκτώ ασθενείς είχαν επιδερμικές κύστες στον οστεώδη EAC και εννέα ασθενείς είχαν ένα στο χόνδρινο EAC. Πρήξιμο και ωταλγία ήταν κοινά συμπτώματα, αλλά το 47% των κύστεων βρέθηκαν τυχαία. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 49,6 χρόνια (εύρος ηλικίας, 26-67 ετών) στις οστεώδη EAC περιπτώσεις και 26,1 έτη (εύρος ηλικίας, 6 - 57 ετών) σε χόνδρινων EAC περιπτώσεις. Το μέσο μέγεθος της επιδερμικής κύστης ήταν 3,50 χιλιοστά (εύρος μεγέθους 2-7 mm) στην οστεώδη EAC περιπτώσεις και 9,55 χιλιοστά (εύρος μεγέθους, 2-20 mm) σε χόνδρινων EAC περιπτώσεις.

#### **Συμπεράσματα**

Σύγκριση των επιδερμικών κύστεων των οστικών EAC και το χόνδρινο EAC αποκάλυψε ότι επιδερμικές κύστες του οστεώδους EAC βρίσκεται συνήθως τυχαία, προέκυψε σε ηλικιωμένους ασθενείς και είχε μικρότερο μέγεθος.

#### **Εισαγωγή**

Η επιδερμική κύστη είναι μια κοινή καλοήθης ασθένεια του δέρματος που προκαλείται από φλεγμονή του φλοιού των θυλάκων των τριχών και τον πολλαπλασιασμό των επιδερμικών κυττάρων εντός του χορίου ή επιφανειακές στον υποδόριο ιστό. Συνήθως προκύπτει σε περιοχές που αναπτύσσουν μαλλιά συμπεριλαμβανομένου του τριχωτού της κεφαλής, το πρόσωπο, το λαιμό, τον κορμό, τα άκρα και το όσχεο. Η κύστη είναι γεμάτη με κερατίνη και επενδεδυμένα με στρωματοποιημένο πλακώδες επιθήλιο. Είναι συνήθως μια αργή αναπτυσσόμενη μάζα που κυμαίνεται σε μέγεθος από μερικά χιλιοστά έως μερικά

εκατοστά. Η επιδερμидική κύστη μπορεί να παραμείνει μικρή για χρόνια ή μπορεί να αναπτυχθεί με ταχείς ρυθμούς. Είναι συνήθως ασυμπτωματική, αλλά μερικές φορές μπορεί να προκαλέσει κοσμητικά προβλήματα ή φλεγμονή όταν ο τοίχος της κύστης παθαίνει ρήξη στον υποδόριο ιστό. Σχηματισμό αποστήματος, αιμορραγία, και κακοήθη μετασχηματισμό έχουν αναφερθεί ως επιπλοκές των επιδερμидικών κύστεων [4]. Παρά τη σπανιότητα της τυχαίας κακοήθειας σε μια επιδερμидική κύστη, κυστικές βλάβες του δέρματος που είναι μεγάλες, ταχέως μεταβαλλόμενο μέγεθος, φλεγμονή ή επώδυνη πρέπει να εξετάζονται ιστοπαθολογικά για τον αποκλεισμό κακοήθειας.

## **Θέματα και Μέθοδοι**

Τα κλινικά αρχεία αυτά αναδρομικά για τους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με επιδερμидική κύστη της EAC σε τριτοβάθμια κέντρο παραπομπής από τον Μάρτιο 2004 έως τον Δεκέμβριο του 2013. Οι επιδερμидικές κύστες είχαν διαγνωστεί κλινικά με εξετάσεις ενδοσκόπησης και μικροσκοπίας και από κροταφικού οστού αξονική τομογραφία (CT) εικόνες, και επιβεβαιώθηκαν από την ιστοπαθολογική εξέταση. Αναλύσαμε τα κύρια συμπτώματα και κλινικά ευρήματα των επιδερμидικών κύστεων, όπως η τοποθεσία, τον εντοπισμό, το μέγεθος και τα αποτελέσματα της θεραπείας για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των επιδερμидικών κύστεων της EAC. Τοποθεσία ορίστηκε ως το τοίχωμα που εμπλέκονται με επιδερμидικές κύστες, σύμφωνα με τα ευρήματα της ενδοσκόπησης και μικροσκοπίας, με την *umbro* ως άξονα και το *manubrium* του σφύρα ως βάση της γωνίας: πρόσθιο μεταξύ 45 και 135 μοιρών, κατώτερα μεταξύ 135 και 225 βαθμούς, οπίσθια μεταξύ 225 και 315 βαθμούς, και την ανώτερη μεταξύ 315 και 45 μοιρών. Ο εντοπισμός ταξινομήθηκε ως οστού και χόνδρου σύμφωνα με την κατανομή της επιδερμидικής κύστης. Συγκρίναμε τα χαρακτηριστικά της επιδερμидικής κύστης στην οστεώδη EAC και τραγανή EAC. Μέγεθος προσδιορίστηκε με βάση τις μετρήσεις που λαμβάνονται από μια φωτογραφία του κάθε δείγματος μετά την εκτομή, λαμβάνοντας τη μέτρηση του κύριου άξονα και του δευτερεύοντα άξονα σε ορθή γωνία προς τον κύριο άξονα και τον υπολογισμό της μέσης τιμής των δύο μετρήσεων. Όταν η επιδερμидική κύστη είχε υποστεί ρήξη κατά τη διάρκεια της εκτομής, το μέγεθος της κύστης προσδιορίστηκε με βάση τις μετρήσεις που λαμβάνονται από το κροταφικό οστό στην αξονική τομογραφία. Ένας καθαρός τόνος ακουογράμματος ελήφθη και οι μέσες τιμές για τις συχνότητες 0.5, 1, 2, και 3 kHz υπολογίστηκαν για ένα τεστ ακοής. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας SPSS έκδοση 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Μεταβλητές συνοψίστηκαν ως μέσο  $\pm$  τυπικής απόκλισης. Το Mann-Whitney U τεστ χρησιμοποιήθηκε αν τα δεδομένα ήταν συνεχής μεταβλητή. Η ακριβής δοκιμασία του Fisher χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση κατηγορικές μεταβλητές. Δύο όψεων *p*-τιμές μικρότερες από 0.05 θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές.

## **Αποτελέσματα**

Δεκαεπτά ασθενείς (6 άντρες και 11 γυναίκες) με επιδερμοειδείς κύστες της EAC συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (Πίνακας 1). Όλοι οι ασθενείς είχαν μια άθικτη τυμπανική μεμβράνη, και κανένας δεν είχε πριν τραύμα, χειρουργική επέμβαση ωτολογική, ή ανωμαλία στον ακουστικό πόρο. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 37,1 χρόνια (εύρος ηλικίας, 6 - 67 ετών) και κάθε ασθενής είχε μια ενιαία, μονόπλευρη επιδερμидική κύστη.

Πρήξιμο και ωταλγία ήταν κοινά συμπτώματα, αλλά κύστες στο 47% των ασθενών που βρέθηκαν τυχαία. Πέντε ασθενείς είχαν μια συνδυασμένη λοίμωξη γύρω από την κύστη. Τρεις ασθενείς είχαν μια αγωγή απώλεια ακοής που οφείλεται σε απόφραξη της EAC από την επιδερμική κύστη. Οι ανώτεροι και κατώτεροι τοίχοι ήταν συνήθως εμπλεκόμενες τοποθεσίες. Το μέσο μέγεθος της επιδερμικής κύστης ήταν 6,7 mm (εύρος μεγέθους, 2-20 mm). Οκτώ ασθενείς είχαν επιδερμικές κύστες στην οστεώδη EAC και εννέα ασθενείς είχαν μία στο χόνδρινο EAC. Η επιδερμική κύστη καλύφθηκε με άθικτο, υγιές δέρμα και εντοπίστηκε εντός της EAC (Εικ. 1A). Η CT έδειξε μία κυστική μάζα στον αυλό της EAC χωρίς οστεώδη διάβρωση (Εικ. 1B). Τρεις υποθέσεις της επιδερμικής κύστης είχαν υποστεί ρήξη κατά τη διάρκεια της εκτομής; Ωστόσο, το τοίχωμα επένδυση αφαιρέθηκε εντελώς. Οι επιδερμικές κύστες ήταν στρογγυλές και τα τοιχώματά τους ήταν λευκά (Σχ. 1 C). Ιστοπαθολογική εξέταση του κάθε ασθενή έδειξε ότι η κύστη ήταν επενδεδυμένη με πλακώδες επιθήλιο που περιέχει πλαστικοποιημένο υλικό κερατίνης, το οποίο ήταν συμβατό με μια επιδερμική κύστη (Εικ. 1D). Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν 8,3 μήνες (παρακολούθηση εύρος, 4-26 μήνες). Δεν αναφέρθηκαν επιπλοκές κατά τη διάρκεια ή μετά την αφαίρεση των κύστεων, και καμία υποτροπή που αναπτύχθηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης.

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 49,6 χρόνια (εύρος ηλικίας, 26-67 ετών) στον οστεώδη EAC περιπτώσεις και 26,1 έτη (εύρος ηλικίας, 6 - 57 ετών) σε χόνδρινων EAC περιπτώσεις. Το μέσο μέγεθος της επιδερμικής κύστης ήταν 3,50 χιλιοστά (εύρος μεγέθους 2-7 mm) στην οστεώδη EAC περιπτώσεις και 9,55 χιλιοστά (εύρος μεγέθους, 2-20 mm) σε χόνδρινων EAC περιπτώσεις. Η μέση ηλικία και το μέσο μέγεθος της επιδερμικής κύστης έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιδερμικών κύστεων που προκύπτουν σε οστεώδη EAC και στο χόνδρινο EAC. Οι επιδερμικές κύστες σε έξι ασθενείς (75%) με κύστες στον οστεώδη EAC βρέθηκαν τυχαία κατά την αξιολόγηση άλλων δυσφοριών του αυτιού: για παράδειγμα, ωταλγία ή εμβοές του αυτιού από την άλλη πλευρά (Εικ. 1). Τέσσερις ασθενείς (44%) με επιδερμικές κύστες στην χόνδρινη EAC είχαν πρησμένο EAC (Εικ. 2) και δύο ασθενείς (22%) είχαν ωταλγία. Μεταξύ των χόνδρινων περιπτώσεις, πέντε ασθενείς είχαν μια συνδυασμένη εξωτερική μόλυνση στο αυτί γύρω από την κύστη και τρεις ασθενείς είχαν μια αγωγή απώλεια ακοής που οφείλεται σε απόφραξη της EAC.

## Συζήτηση

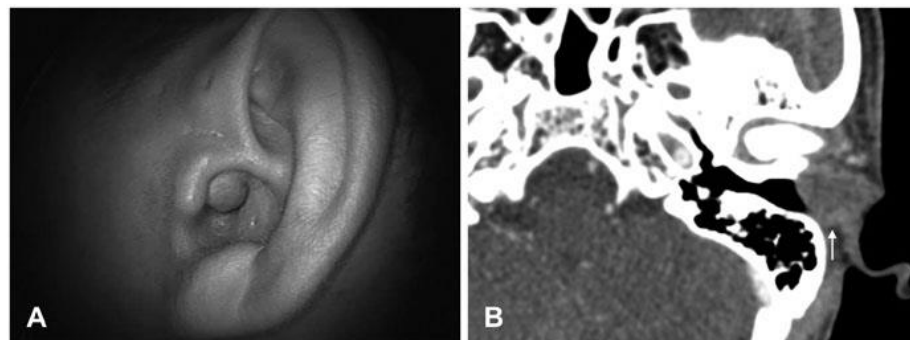
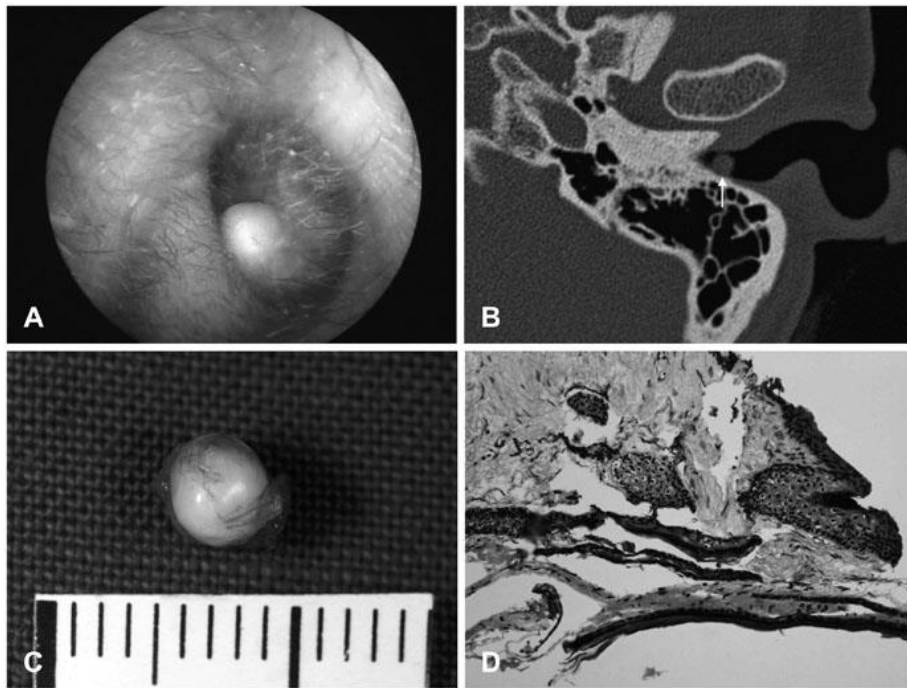
Επιδερμικές κύστες μπορεί να είναι συγγενείς ή επίκτητες; Συγγενείς επιδερμικές κύστες μπορεί να οφείλονται στην παγίδευση των στοιχείων εξωδερμικής ενδοδερμικά ή υποδόρια κατά τη διάρκεια της σύντηξης του πρώτου και του δεύτερου καμάρες βρογχιακού. Οι επίκτητες κύστες προέρχονται από τραυματική ή ιατρογενή υλοποίηση του πολλαπλασιασμού των επιδερμικών κυττάρων στο χόριο λόγω διεισδυτικού τραυματισμού ή απόφραξης ενός αγωγού σημηματογόνων αδένων στο θύλακα της τρίχας. Η τυμπανομαστοειδής χειρουργική επέμβαση μπορεί να προκαλέσει μια τραυματική επιδερμική κύστη ως επιπλοκή. Αν και αυτές οι κύστες συχνά ανευρίσκονται στο τριχωτό της κεφαλής, το πρόσωπο, το λαιμό, τον κορμό, τα άκρα, και το όσχεο, μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε δέρμα που φέρει μαλλιά. Ωστόσο, την εμφάνισή τους στην EAC είναι πολύ σπάνια. Ο Abdel-Aziz ανέφερε εννέα περιπτώσεις επιδερμικής κύστης του χόνδρινου EAC σε παιδιατρικούς ασθενείς. Παρά το γεγονός ότι οι ηλικίες των ασθενών διέφερε μεταξύ

έκθεσης Abdel-Aziz » και την έκθεσή μας, τα μεγέθη και τα συμπτώματα των κύστεων ήταν παρόμοια.

Το δέρμα των EAC δείχνει σημαντικές διαφορές στη μορφολογία μεταξύ του οστεώδους καναλιού και χόνδρινου καναλιού. Το δέρμα του οστεώδους καναλιού είναι πολύ λεπτό; που μετρά περίπου 0,2 χιλιοστά σε πάχος. Το δέρμα του οστεώδους καναλιού στερείται τριχών και άλλων εξαρτημάτων του δέρματος. Αντίθετα, το δέρμα του χόνδρινου καναλιού είναι πολύ παχύτερο (0,5-1,0 mm) και η επιδερμίδα αποτελείται από τέσσερα στρώματα. Έχει πολλές τρίχες, καθώς και σμηγματογόνους αδένες και κυψελώδεις αδένες. Ως εκ τούτου, επιδερμικές κύστες του οστεώδη EAC είναι εξαιρετικά σπάνια διότι ο μέσος οστικός EAC στερείται σμηγματογόνων αδένων και των θυλάκων της τρίχας. Οι τέσσερις περιπτώσεις επιδερμικών κύστεων του οστέινου EAC έχουν αναφερθεί ως μια υπόθεση παρουσίας. Οι ηλικίες των ασθενών κυμαίνονταν από 3 έως 25 ετών. Τα μεγέθη των κύστεων κυμάνθηκαν από 7 μέχρι 20 mm και συνδέθηκαν με μεγάλη διάβρωση του οστέινου EAC. Στη μελέτη μας, οκτώ περιπτώσεις προέκυψαν στον οστεώδη EAC, αλλά κανένας δεν είχε οστική διάβρωση. Οι ηλικίες των ασθενών μας κυμαινόταν από 26 στα 67 έτη και το μέγεθος των κύστεων κυμαινόταν από 2 έως 7 mm. Δύο ασθενείς είχαν νευροαισθητήρια απώλεια ακοής, η οποία μπορεί να οφείλεται στη διαδικασία της γήρανσης. Επιδερμικές κύστες στη μελέτη μας προέκυψε σε ηλικιωμένους ασθενείς και έδειξε μικρότερο μέγεθος. Θεωρούμε ότι οι επαναλαμβανόμενες μικρής σημασίας τραύμα στο οστεώδες κανάλι μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της επιδερμικής κύστης; το δέρμα του οστεώδους EAC είναι χαλαρά επισυναπτόμενο στον υποκείμενο οστό, έτσι είναι αρκετά ευάλωτο σε τραύμα. Επιδερμικές κύστες του οστεώδους EAC είχε αρκετά χαρακτηριστικά που σε αντίθεση με κύστες των χόνδρινων EAC. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα μεγαλύτερα και το μέγεθος της κύστης ήταν μικρότερο. Επιδερμικές κύστες των οστεωδών EAC συνήθως βρίσκονται τυχαία, ενώ οίδημα και ωταλγία ήταν κοινά συμπτώματα των επιδερμικών κύστεων των χόνδρινων EAC. (article-korea med- clinical characteristics...introduction-the epidermoid cyst... exclude malignancy-subjects and methods...discussion...cysts of the cartilaginous EAC)

## **EΙΚΟΝΕΣ:**





1) Εικόνες από την περίπτωση 4. A: Οτοσκοπική εικόνα αποκαλύπτει μια ασημί σφαιρική μάζα στο οστεώδες μέρος του αριστερού έξω ακουστικού πόρου (EAC). B: κροταφικού οστού αξονική τομογραφία; η εικόνα δείχνει μια στρογγυλή μάζα (βέλος) στο τμήμα οστεώδους του EAC. Να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει προφανής οστική διάβρωση. C: Η μάζα ήταν σφαιρικά διαμορφωμένη και διαχωρίζεται εύκολα από το EAC δέρμα. D: Η ιστοπαθολογική εικόνα αποκαλύπτει ότι η μάζα είναι επενδεδυμένη με πλακώδες επιθήλιο και περιέχει υλικό κερατίνης (αιματοξυλίνη-ηωσίνης,  $\times 100$ ).

2) A: Η εικόνα αποκαλύπτει μια χρωματώδη σάρκα σφαιρικής μάζας στο χόνδρινο τμήμα του αριστερού έξω ακουστικού πόρου (EAC). B: Η εικόνα της υπολογιστικής τομογραφίας με ενίσχυση δείχνει μια στρογγυλή μάζα (βέλος) στο χόνδρινο τμήμα της EAC χωρίς ενίσχυση.

## 2) Κακοήθης πολλαπλασιαζόμενος όγκος του τριχωτού της κεφαλής με δευτερογενή λοίμωξη σε έναν ηλικιωμένο άνδρα

## Περίληψη

Ένας ηλικιωμένος άνδρας 65χρονών παρουσιάζεται με τις καταγγελίες μιας αύξησης στο τριχωτό της κεφαλής, η οποία υπέστη αυθόρμητη ρήξη οδηγεί σε αιμορραγία και έκκριση αποκρουστικής μυρωδιάς που συνδέεται με έντονο πόνο. Εξέταση αποκάλυψε πολλαπλασιαζόμενη ελκώδης ανάπτυξη με κέλυφος και γύρω σκλήρυνση, μολυσμένο με σκουλήκια. Ιστοπαθολογική εξέταση αποκάλυψε πολλαπλασιαζόμενος τριχοειδής όγκος (ΡΤΤ) με δευτερογενή μόλυνση. Ευρεία εκτομή του όγκου έγινε με περιθώριο 1 cm όλα γύρω από αυτό. Ο ΡΤΤ είναι μια καλοήθης νεοπλασία που σπάνια μπορεί να υποστεί κακοήθης μεταλλαγή, επειδή πιστεύεται ότι προέρχονται από τριχοειδή κύστη. Κακοήθης ΡΤΤ (ΜΡΤΤ) επηρεάζει κυρίως το τριχωτό της κεφαλής, τα βλέφαρα, το λαιμό και το πρόσωπο και η θεραπεία που συνιστάται είναι μια ευρεία τοπική εκτομή.

## Εισαγωγή

Πολλαπλασιαζόμενος τριχοειδής όγκος (ΡΤΤ) είναι ένας σπάνια καλοήθης εξαρτηματικός όγκος του δέρματος με ένα θηλυκό προτίμησης και προκύπτει συνήθως ως μια μοναχική μάζα επί του τριχωτού της κεφαλής κατά τη διάρκεια της τέταρτης με όγδοης δεκαετία της ζωής τους; αν και άλλες περιοχές, όπως τα άνω άκρα, την πλάτη, περιοχή των γλουτών και του αιδοίου έχουν αναφερθεί. Τυπικά η ιστορία είναι μια μακροχρόνια κυστική βλάβη που δείχνει προοδευτική ανάπτυξη κατά τη διάρκεια αρκετών μηνών έως χρόνια στην ίδια περιοχή πριν συμβεί ταχεία διεύρυνση. Το τραύμα και η φλεγμονή μπορεί να προκαλέσει μια τριχοειδή κύστη για να πολλαπλασιάζονται. Εδώ αναφέρουμε την περίπτωση ενός κακοήθους ΡΤΤ (ΜΡΤΤ) σε έναν 65χρονών αρσενικό, το οποίο είναι αρκετά σπάνιο (ενδελεχτή βιβλιογραφική έρευνα αποκάλυψε μόνο μια χούφτα των περιπτώσεων στους άνδρες άνω των 50 ετών).

## Αναφερόμενη υπόθεση

Ένας άνδρας 65χρονών ήρθε με τα παράπονα της επώδυνης αύξησης στο τριχωτό της κεφαλής για 4 χρόνια που έσκασε αυθόρμητα οδηγεί σε έλκος, αιμορραγία και έκκριση αποκρουστικής μυρωδιάς. Η κλινική εξέταση αποκάλυψε μια ανάπτυξη ενός πολλαπλασιαζόμενου έλκους με κέλυφος και γύρω σκλήρυνση, μολυσμένο με σκουλήκια. Σκουλήκια απομακρύνθηκαν, και μια ακραία βιοψία έγινε (Εικ. 1).

Μικροσκοπικά, ο όγκος παρουσίασε στρωματοποιημένο πλακώδες επιθήλιο διατεταγμένα σε λοβιακό σχέδιο στο χόριο, που επεκτείνεται από την επιδερμίδα (Εικ. 2). Η απότομη κερατινοποίηση ήταν παρούσα στο κέντρο των κυτταρικών μαζών με palisading (Ένας όρος που αναφέρεται σε ένα μονόστρωμα σχετικά μακρών κυττάρων ή οργανισμών διατεταγμένο χαλαρά κάθετα προς μια επιφάνεια και παράλληλα μεταξύ τους) στην περιφέρεια (Εικ.3) και (Εικ 4). Εντύπωση ήταν ΡΤΤ με δευτερογενή μόλυνση. Αρχικά υποβλήθηκε σε επεξεργασία με αντιβιοτικά ευρέος φάσματος που ακολουθείται από ευρεία εκτομή του όγκου έγινε με περιθώριο 1 cm όλα γύρω από αυτό.

## Συζήτηση

Δερματικοί όγκοι που προέρχονται από την περιοχή του ισθμού του εξωτερικού ριζικού ελύτρου των τριχοθυλακίων, τα οποία δείχνουν τριχοειδή κερατινοποίηση, είναι οι

τριχοειδείς κύστες, πολλαπλασιαζόμενες τριχοειδείς κύστες και κακοήθεις πολλαπλασιαζόμενες τριχοειδείς κύστες. Τα τελευταία χρόνια, υπήρξε μια σταθερή αύξηση του αριθμού των δειγμάτων της βιοψίας του δέρματος που υποβάλλονται για ιστοπαθολογική εξέταση. Συνηθισμένες καλοήθεις δερματικές κύστες είναι πολύ συχνές στην καθημερινή πρακτική και μπορεί να περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα φορέων, η καλοήθης τέλος που αντιπροσωπεύεται από την τριχοειδή κύστη. Παθολογική εξέταση των τριχοειδών κύστεων παραμένει ο χρυσός κανόνας για την ανίχνευση της κυτταρολογικής και αρχιτεκτονικής ατυπίας, και θα πρέπει να γίνεται τακτικά, ακόμη και όταν δεν υπάρχει υποψία κακοήθους διαδικασίας. Μια πιθανότητα κληρονομικότητας των τριχοειδών κύστεων σε μια κατάσταση αυτοσωματικό-κυρίαρχη, που συνδέεται με το χρωμόσωμα 3, έχει αναφερθεί. Κλινικά, αυτά μπορεί να είναι λάθος για ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, οζώδες μελάνωμα ή κερατοακάνθωμα. Οι περισσότεροι βλάβες μετρούν αρκετά εκατοστά σε διάμετρο, αλλά γιγάντιοι όγκοι έως 25 cm έχουν περιγραφεί και χαρακτηρίζονται από τριχοειδή κερατινοποίηση. Ο Wilson - Jones περιέγραψε για πρώτη φορά PTT το 1966 ως μια οντότητα που μπορεί κλινικά και ιστολογικά να προσομοιωθεί σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Αρχικά ταξινομούνται ως ψευδοεπιθηλιακή υπερπλασία, έχουν χρησιμοποιηθεί μια σειρά από άλλους όρους, όπως πολλαπλασιασμό επιδερμική κύστη, Pilar όγκος του τριχωτού της κεφαλής, πολλαπλασιαζόμενες τριχοειδείς κύστες, πολλαπλασιαζόμενες επιδερμικές κύστες, γιγάντιος όγκος της μήτρας μαλλιά, μύλη κερατινική κύστη, τριχοχλαμιδοκαρκίνωμα και έχει χρησιμοποιηθεί επεμβατικός όγκος της μήτρας των μαλλιών. Η μετάσταση από πολλαπλασιαζόμενο τριχοειδή όγκο είναι σπάνια. Ωστόσο, μια σποραδική κακοήθη παραλλαγή δείχνει μια επιθετική κλινική πορεία και μια τάση για λεμφαδένα και άπω μετάσταση μετά την επεξεργασία του πρωτογενούς ή κατά την αρχική παρουσίαση, έχει αναφερθεί. Έχει προταθεί ότι ακόμη και τα συμβατικά PTT, χωρίς άτυπα χαρακτηριστικά, είναι μια μορφή ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα *ab initio*(από την αρχή) , που περιγράφεται με τον όρο πολλαπλασιαζόμενο τριχοειδής κύστεος, πλακώδες καρκίνωμα. Βλάβες που δείχνουν ένα στρογγυλεμένο, λιγότερο πολύπλοκο σύνορο και την απουσία του πυρηνικού συνωστισμού με αυξημένες μιτώσεις πρέπει να ονομαστεί πολλαπλασιαζόμενη τριχοειδής κύστη του ακνθώματος αναλόγως. Ωστόσο, η άποψη αυτή δεν συμερίζονται όλοι οι συγγραφείς και τα κριτήρια για κακοήθεια δεν έχουν διευθετηθεί. Πρόσφατα, μια πρόταση για τον ορισμό των καλοήθων και κακοήθων παραλλαγών έχει γίνει, με μια προσπάθεια να χαρακτηρίσει τον PTT σε τρεις μορφολογικές ομάδες ανάλογα με την ιστολογική τους εμφάνιση.

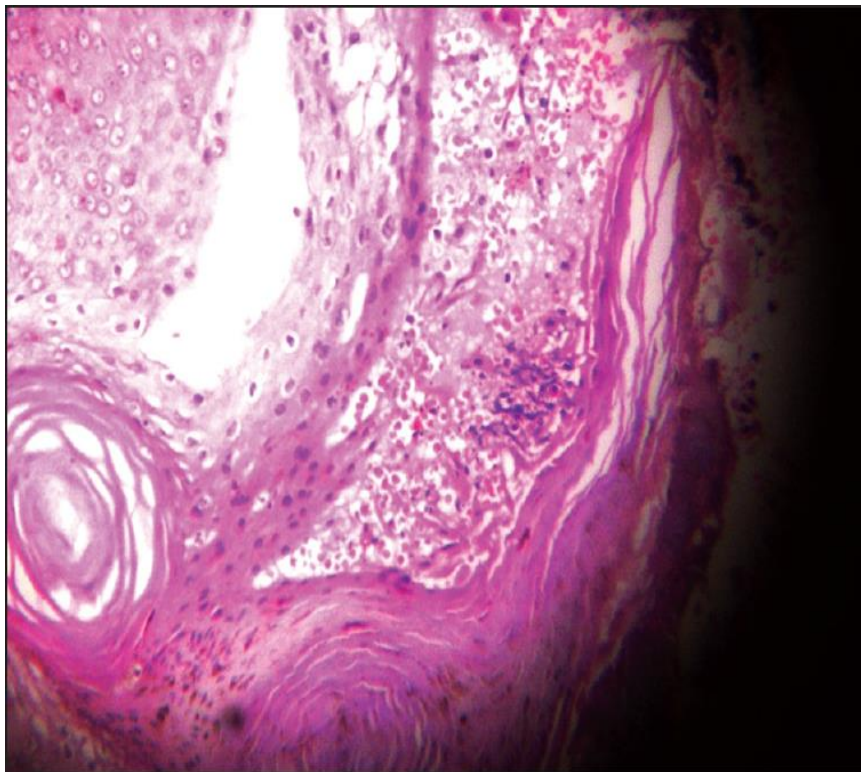
Αυτά περιλαμβάνουν:

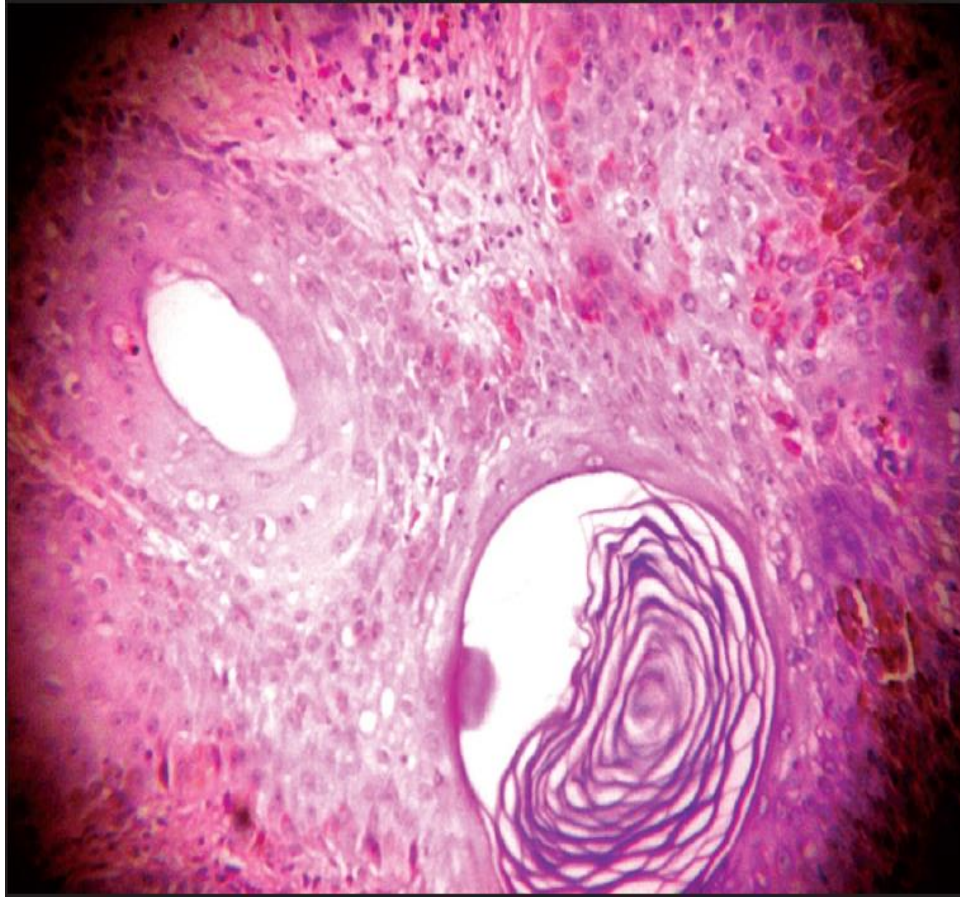
1. Ένας καλοήθης PTT συμπεριφέρεται με καλοήθη τρόπο,
2. Χαμηλής ποιότητας MPPT έχει δυνατότητες για τοπική επιθετική ανάπτυξη και,
3. Υψηλής ποιότητας MPPT έχει μεταστικό δυναμικό.

Χαρακτηριστικά που ευνοούν καλοήθη συμπεριφορά περιλαμβάνουν έντονο περίγραμμα, τριχοειδούς κερατινοποίησης, η έλλειψη της επιδερμικής σύνδεσης και χαμηλής μιτωτικής δραστηριότητας. Χαμηλής ποιότητας MPPT διακρίνεται από καλοήθεις PTT από στρωματική εισβολή του χορίου και ήπιες κυτταρολογικές ανωμαλίες, ενώ υψηλής ποιότητας MPPT

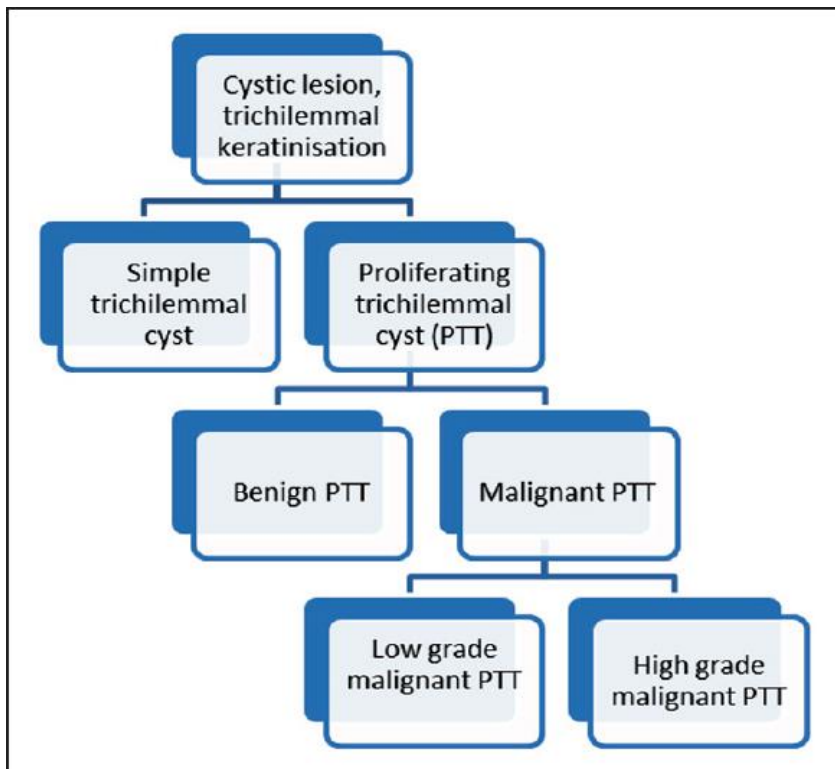
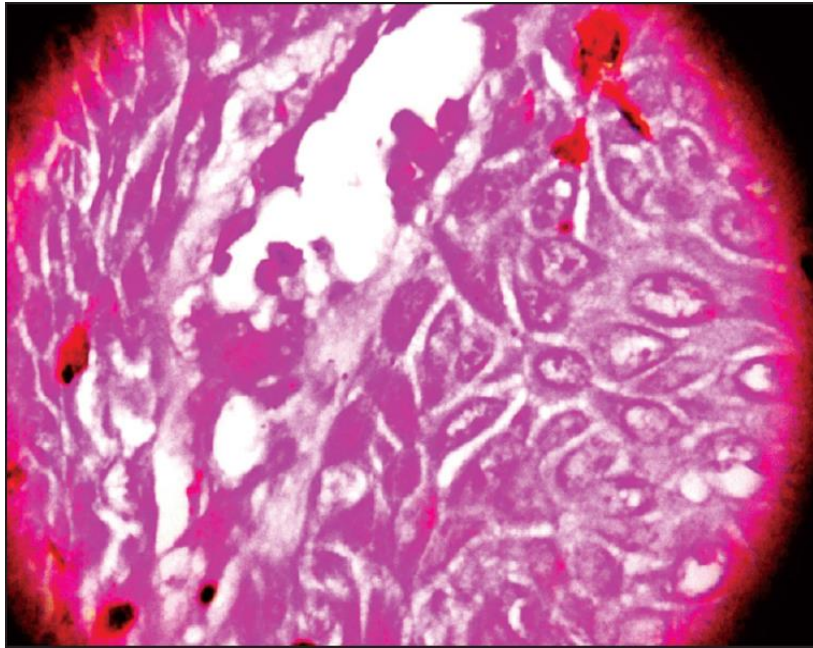
δείχνει επιπλέον την ένδειξη της πυρηνικής ανάπλασης.(Εικ.5)(article-amhs journal-malignant proliferating...nuclear anaplasia)

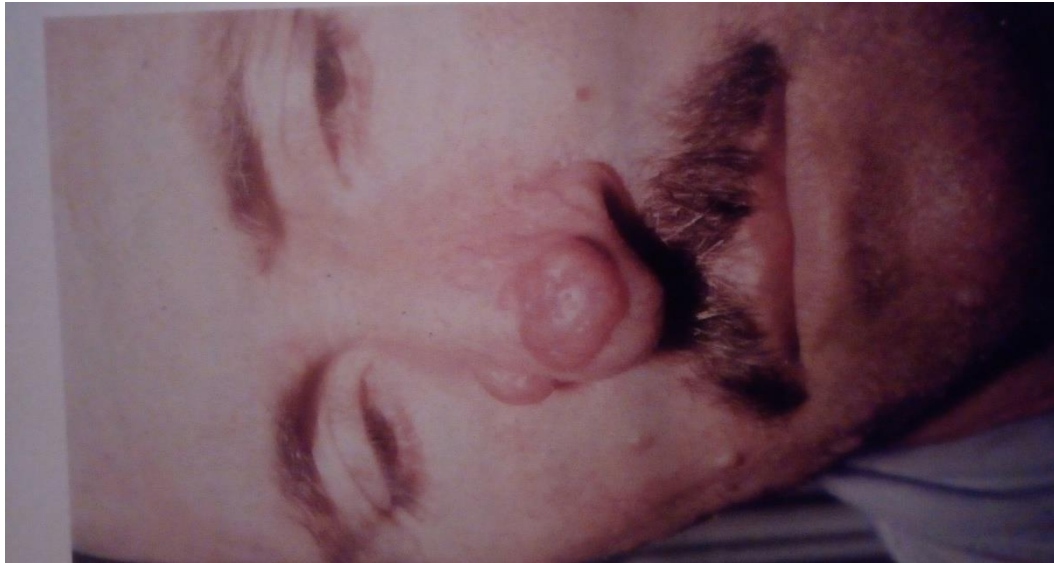
ΕΙΚΟΝΕΣ:











- 1) Φωτογραφία του όγκου πριν από την ευρεία εκτομή
- 2) Μαργαριτάρια κερατίνης με πλακώδες επιθήλιο (H και E, × 200)
- 3) Μαργαριτάρι κερατίνης με palisading (H και E, × 200)
- 4) Πλακώδη κυττάρια σε υψηλή ανάλυση (H και E, × 400)
- 5) Ταξινόμηση των κυστικών βλαβών με τριχοειδή κερατινοποίηση
- 6) Επιδερμική σμηγματογόνος κύστη από ακρορρίνιο

## 4.7 ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΚΝΥΖΑ ΚΝΗΣΜΟΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η χρόνια φαγούρα αποτελεί ένα συνηθισμένο και εξουθενωτικό σύμπτωμα στους ηλικιωμένους. Η ξηροδερμία του δέρματος, η ανοσολογία του γηρασμού και κάποιες νευροπαθητικές αλλαγές είναι κοινές αιτίες κνησμού των ηλικιωμένων. Οι δερματολογικές ασθένειες, οι συστηματικές καταστάσεις και οι ψυχογενείς ανωμαλίες μπορούν επίσης να αυξήσουν την κνύζα ενός ηλικιωμένου ασθενούς. Η απόφαση της αιτιολογίας της κνύζας καθίσταται δύσκολη και σε ορισμένες περιπτώσεις η γεροντική κνύζα είναι ιδιοπαθείς. Οι θεραπείες πρέπει να κάνουν γνωστές τις αλλαγές του δέρματος, οι οποίες απευθύνονται συγκεκριμένα στο γήρας, επιπρόσθετα να θεραπεύουν υποκείμενες δερματικές, συστηματικές ή ψυχογενείς καταστάσεις που προκαλούν φαγούρα. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει επίκαιρη φαρμακευτική αγωγή, συστηματική και ψυχολογικές θεραπείες. Η

σωστή θεραπεία μπορεί να αποφασιστεί από την κατανόηση της παθοφυσιολογίας της κνύζας των ηλικιωμένων.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Αρχικά, η κνύζα ή κνησμός(ή κοινώς φαγούρα-pruritus or itch) ορίστηκε από το γερμανό δερματολόγο Samuel Hafeffreffer ως η δυσάρεστη αίσθηση που προκαλεί την επιθυμία για γρατσουνιά. Η χρόνια κνύζα ορίζεται ως η κνύζα η οποία διαρκεί για παραπάνω από έξι εβδομάδες. Η αναφερόμενη επικράτηση της χρόνιας κνύζας στον ηλικιωμένο πληθυσμό κυμαίνεται από 7% και 37% σε διαφορετικές χώρες. Σε μια πρόσφατη μελέτη στην επικράτηση και τα χαρακτηριστικά του κνησμού στη γηριατρική του ισπανικού πληθυσμού, μια επικράτηση του 25% αναφέρθηκε. Η έντονη κακοήθης κνύζα έχει αναφερθεί πως είναι 6+-2.1 που θεωρείται ότι οδηγεί σε κίνδυνο. Η χρόνια κνύζα αποτελεί σύνηθες πρόβλημα στους ηλικιωμένους και διαθέτει αρνητική επιρροή στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η σωστή εκτίμηση της διαδικασίας γήρανσης σε έναν ηλικιωμένο ασθενή είναι σημαντική και σε κάποιες περιπτώσεις απαιτείται εργαστήριο και εικονικές σπουδές για να γίνει σωστή διάγνωση. Η θεραπεία αποτελεί μια σημαντική θεώρηση εξαιτίας της παρουσίας πολυφαρμακίας στην απέραντη πλειοψηφία των υποθέσεων.

## **ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΝΥΖΑΣ**

Μια βελτιώτερη κατανόηση των υποκείμενων μηχανισμών κνύζας έχει επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια. Οι κύριες περιφερικές ίνες που φέρουν την αίσθηση κνησμού από το δέρμα είναι οι C fibers(ίνες). Αυτές οι μικρές αμμούλες, συγκεκριμένες ίνες των νεύρων μπορεί να είναι η εξαρτημένη ισταμίνη ή η ανεξάρτητη ισταμίνη. Διάφορες άλλες διεργασίες προκύπτουν στο δέρμα, όταν οι C fibers ωθούνται, συμπεριλαμβάνοντας νευρογενείς φλεγμονές με μικροαγγειακές αλλαγές και ανοσοποιητικές αλλαγές που μπορούν να έχουν επεκτεινόμενη επιρροή στην κνύζα του ασθενούς. Οι C fibers από σύνοψη με δεύτερη σε σειρά προβολές στο ραχιαίο κέρας. Το σήμα του κνησμού ανέρχεται στο ετερόπλευρο ακανθοθαλαμικής οδού

με προβολές στο θάλαμο. Από το θάλαμο η κνύζα μεταφέρεται σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου που περιλαμβάνονται στην αίσθηση, αξιολογικές διαδικασίες, συναισθήματα και η μνήμη. Παρόμοιες με τις ίνες κνησμού στο δέρμα, η κεντρική ίνα επίσης διαθέτει μονοπάτια εξαρτημένης ισταμίνης και ανεξάρτητης ισταμίνης που έχουν μοναδικά, αλλά συχνά επικαλυπτόμενα δίκτυα στον εγκέφαλο. Οι ασθενείς που φέρουν την εμπειρία χρόνιας κνύζας μπορεί να διαθέτουν συστατικό της περιφερικής ή της κεντρικής υπερευαίσθητοποίησης συμπεριλαμβανομένης της alloknosis και της hyperknosis που συμμετέχουν στην αντίληψη της ίνας. Εξαιτίας πολλαπλών διάφορων αλληλεπιδράσεων σε έναν κυτταρικό ιστό και σε οργανικά επίπεδα που απαιτούνται για να δημιουργηθεί η αίσθηση του κνησμού, η παθοφυσιολογία του κνησμού είναι περίπλοκη και απαιτεί περαιτέρω έρευνα.

## **ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΙΔΕΑΖΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΝΥΖΑ**



Η ηλικιακή αλλαγή μπορεί να συνεισφέρει στην παρουσία της χρόνιας κνύζας μέσω τριών διαφορετικών μηχανισμών: δερματική ξηροδερμία(ξηρό δέρμα), νευροπαθητική(αλλαγές νεύρων)και ανοσολογικές αλλαγές. Οι δύο συχνότεροι υποκείμενοι παράγοντες, υπεύθυνοι για πρόκληση κνύζας στους ηλικιωμένους ξηροδερμία δέρματος ή ξηρό δέρμα. Η ξηροδερμία συνήθως παρουσιάζεται σαν ραγισμένο, ξηρό δέρμα το οποίο μπορεί να επιφέρει κλιμάκωση, σχισμές και κνησμό σε ορισμένες περιπτώσεις. Παρόλο που η ξηροδερμία δεν συνδέεται τυπικά με εξάνθημα, το ξύσιμο από το φαγουρισμένο δέρμα μπορεί να προκαλέσει δευτερογενείς βλάβες. Πιστεύεται ότι η ξηροδερμία αναπτύσσεται στους ηλικιωμένους εξαιτίας ενός συνδυασμού ελαττωματικής απολέπισης, αλλαγμένης λειτουργίας των πρωτεασών , αλλαγές στην επιφάνεια των λιπιδίων, αλλαγές στο pH και μειωμένο οιστρογόνο.

Υπάρχουν επί του παρόντος μια σειρά από μοντέλα που διατίθενται για την πρόγνωση της απολέπισης. Για να συμβεί ρίξη των κερατινοκυττάρων από την κεράτινη στοιβάδα(KΣ), κερατοδεσμοσώματα απαιτούνται για να διαχωριστούν. Σε ηλικιωμένους ασθενείς με ξηροδερμία, τα κερατοδεσμοσώματα δεν διαχωρίζονται, όπως συμβαίνει με το κανονικό δέρμα. Έχει προταθεί ότι η ελαττωματική απολέπιση στην ξηροδερμία είναι δυνατό να αποδοθεί αναποτελεσματική πρωτεόλυση των κερατοδεσμοσωμάτων. Μια μελέτη από τον Rawlings έδειξε ότι καθώς κάποια πρωτεάση παίζει ρόλο στην απολέπιση με το να υποβιβάζουν καντερίνες και κερατοδεσμοσώματα, υπάρχουν άλλες πρωτεάσες που μπορεί να λειτουργούν κατά της απόπτωσης των κυττάρων του δέρματος; επιπρόσθετες μελέτες μπορεί να βοηθήσουν να διαλευκανθεί ο ρόλος της πρωτεάσης στην απολέπιση.

Καθώς ο άνθρωπος γερνά, το περιεχόμενο της κεράτινης στοιβάδας σε νερό μειώνεται. Η έλλειψη ενυδάτωσης στο ηλικιωμένο δέρμα επεμβαίνει με την απολέπιση, που οδηγεί σε αυξημένη απολέπιση, τραχύτητα και ξηροδερμία. Επίσης, η ενυδάτωση εξυπηρετεί στο να διατηρηθεί η ευελιξία των κερατινοκυττάρων, οπότε η κεράτινη στοιβάδα δεν γίνεται εύθραυστη. Παρόλ'αυτά είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η δερματική ενυδάτωση, ενώ συνδέεται με ξηροδερμία, δεν έχει δείξει ότι έχει επίπτωση πλήρως στην κνύζα.

## **ΚΝΗΣΜΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

### **ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΦΑΓΟΥΡΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Αν και λέγεται συχνά ότι κνησμός ορίζεται καλύτερα ως μια δυσάρεστη αίσθηση που οδηγεί σε μια ανεπιθύμητη επιθυμία που οδηγεί σε μια επιθυμία για φαγούρα είναι το πιο συχνό σύμπτωμα στη δερματολογία; είναι εκπληκτικά λίγες μελέτες σχετικά με τον επιπολασμό ή τη συχνότητα εμφάνισης της κνύζας σε συγκεκριμένες ασθένειες ή σε ειδικές ομάδες ασθενών. Οι ηλικιωμένοι πιστεύεται ότι είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε κνησμό, ειδικά χρόνια κνησμό- η παλινδρόμηση στην ακεραιότητα του δερματικού συστήματος του ανθρώπου διαχρονικά είναι καλά τεκμηριωμένη και περιλαμβάνει απώλεια της ενυδάτωσης του δέρματος, ένα προφλεγμονώδες ανοσοποιητικό σύστημα, απώλεια κολλαγόνου και υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης δευτερευόντως ξηρού δέρματος σε μείωση στη συγκέντρωση των επιδερμικών λιπιδίων και της παραγωγής σμήγματος.

Οι εκτιμήσεις της σειράς επικράτησης κυμαίνονται μεταξύ 11,5 και 41%. Στην πραγματικότητα, η φαγούρα είναι το πιο κοινό δερματολογικό παράπονο σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών; Η ξηροδερμία ήταν μια στενή δεύτερη σε μια μελέτη από το 1900, με τους περισσότερους δερματολόγους αναγνωρίζοντας το ξηρό δέρμα ως την πιο κοινή αιτία του κνησμού στους ηλικιωμένους. Είναι ενδιαφέρον ότι, ο όρος <γεροντική κνύζα> ή <φαγούρα του Willan > εισήχθη και χρησιμοποιείται ευρέως στην ιατρική βιβλιογραφία για να περιγράψει χρόνιο κνησμό άγνωστης προέλευσης σε άτομα γήρατος. Ίσως ακόμα πιο αποκαλυπτικό, είναι το σχόλιο που <γεροντικής κνύζα> είναι συνώνυμη με <το κοινό παράπονο της ανεξήγητης φαγούρας στους ηλικιωμένους> και ότι είναι <διάγνωση του αποκλεισμού>. Δυστυχώς, η αιτία της γεροντικής κνύζας παραμένει ατελώς κατανοητή τώρα όπως είχε το 1809.

Οι ηλικιωμένοι στις ΗΠΑ αντιπροσωπεύουν το ταχύτερα αναπτυσσόμενο τμήμα του πληθυσμού με την παλαιότερη ομάδα (> 85 χρόνια) που είχαν το υψηλότερο ποσοστό ανάπτυξης κατά τις τελευταίες δεκαετίες; μια ακόμη μεγαλύτερη ανάπτυξη αναμένεται μετά το 2030, όταν τα πρώιμα στάδια θα φτάσουν την ηλικία αυτή. Αυτή η ταχεία δημογραφική μετατόπιση έχει δημιουργήσει προβλήματα τόσο στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και για την κοινωνία γενικότερα. Περιέργως, δεν φαίνεται να υπάρχει γενική συναίνεση στην ιατρική βιβλιογραφία ως προς το τι συνιστά την εκεί ηλικιωμένους-δεν υπάρχει κανένας ακριβής διακόπτης αποκοπής ηλικίας-επιπλέον, δεν είναι σαφές τι θα πρέπει να αναμένεται σε αυτούς τους πληθυσμούς ασθενών των κλινικών παρουσιάσεων της φαγούρας. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η αναπόφευκτη αύξηση της φαγούρα ανάμεσα στον ηλικιωμένο πληθυσμό των ασθενών αποτελεί μια αυξανόμενη πρόκληση λόγω της μεταβολής της δημογραφικής κατανομής. Αυτό το βάρος της νόσου στους ηλικιωμένους είναι σχεδόν σίγουρα υποτιμημένο, με βάση τα διαθέσιμα δεδομένα.

Πολλές συνθήκες που επικρατούν στους ηλικιωμένους συμβάλλουν στην φαγούρα. Φαγούρα μπορεί να συμβεί σε απομόνωση ή σε συνδυασμό με πρωτοπαθή νόσο του δέρματος, μιας συστημικής διαταραχή (χρόνια νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια), ή μπορεί να έχει πολυπαραγοντική ή ιδιοπαθή αιτία. Επιπλέον, πολυφαρμακία είναι κοινή, λόγω της υψηλής συχνότητας των χρόνιων νόσων παρούσα σε αυτόν τον πληθυσμό, και πολλές συστημικές και τοπικά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν κνησμό. Επιπλέον, φαγούρα μπορεί να είναι ενδεικτική μιας υποκείμενης κακοήθειας όπως λέμφωμα, συμπαγείς όγκοι, ή μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα.

## **ΚΛΑΣΣΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΚΝΗΣΜΟ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Όλοι οι άνθρωποι ζουν την εμπειρία του κνησμού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Μπορεί να είναι ένα σημαντικό σύμπτωμα σε πολλές συστημικές διαταραχές, η πιο κοινή είναι η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, χολοστατική ηπατική νόσος, διαβήτης και λέμφωμα. Επιπλέον, ο κνησμός συχνά έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής μέσα από διαταραχές που σχετίζονται με τον ύπνο, την προσοχή και τη σεξουαλική λειτουργία.

Δυσπροσαρμοστικές διαταραχές ύπνου και διαταραχές της διάθεσης συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της κατάθλιψης είναι κοινές σε κνησμάδες ασθενείς και μπορεί να επιδεινώσει τον κνησμό. Στην πραγματικότητα, μια πρόσφατη μελέτη έδειξε

ότι η χρόνια φαγούρα είναι τόσο εξουθενωτική όπως ο χρόνιος πόνος. Ίσως δεν αποτελεί έκπληξη ότι ο χρόνιος κνησμός είναι ένα τεράστιο βάρος για την κοινωνία μέσω δαπανών σχετιζόμενες με τη θεραπεία, η οποία είναι ιδιαίτερα μεγάλη, ως αποτέλεσμα του υψηλού ποσοστού της θεραπευτικής αποτυχίας σε αυτούς τους ασθενείς. Για να περιπλέξει τα πράγματα, η κλινική εμπειρία δείχνει ότι οι ασθενείς συχνά δεν συμβουλευόμαστε ένα γιατρό για την οξεία φαγούρα, αλλά πιο συχνά για τη χρόνια φαγούρα (ορίζεται ως φαγούρα που διαρκεί περισσότερο από 6 εβδομάδες). Επιπλέον, οι περισσότερες από τις μελέτες στη βιβλιογραφία αναφέρονται σε συγκεκριμένες ασθένειες ή ομάδες ασθενών, γεγονός που περιπλέκει τη συγκρισιμότητα και την εγκυρότητα των υφιστάμενων μελετών.

Μελέτες με βάση τον πληθυσμό επιπολασμού του κνησμού στον γηριατρικό πληθυσμό υστερούν. Οι πιο πολλές μελέτες μέχρι σήμερα περιορίζονται από μικρά μεγέθη δείγματος, μεροληψία επιλογής και τα αποκλίνοντα τελικά μέρη της μελέτης. Για παράδειγμα μια μελέτη από τη δεκαετία του 1980 που επικεντρώθηκε σε προβλήματα του δέρματος στους ηλικιωμένους (ηλικίες 50-91 ετών) διαπίστωσε ότι κνησμός ήταν το πιο συχνό παράπονο που επηρεάζει σχεδόν το ένα τρίτο των ασθενών σε γηροκομείο. Μια άλλη μελέτη με μια πολύ μεγαλύτερη ομάδα ασθενών διαπίστωσε ότι φαγούρα χτύπησε πρώτη μεταξύ της κατανομής των ασθενειών του δέρματος (11,5%) που επηρεάζουν περισσότερο τις γυναίκες από ό,τι άνδρες, με την υψηλότερη επικράτηση σε ασθενείς 85 χρόνια και άνω (19,5%); ενδιαφέροντως, φαγούρα πάντοτε βρέθηκε να είναι στην πρώτη πεντάδα με τις πιο συχνές διαγνώσεις, ανεξάρτητα από την εποχή, ειδικά κατά τη διάρκεια του χειμώνα και του φθινοπώρου. Σε μια άλλη μελέτη, κνησμός και ξηροδερμία ήταν τα πιο συνηθισμένα παράπονα (41% και 39%, αντίστοιχα). Αυτές οι μελέτες τονίζουν την ανάγκη για πιο καλά σχεδιασμένες επιδημιολογικές έρευνες, προκειμένου να διαπιστωθεί μια βάση με αποδεικτικά στοιχεία για τον ισχυρισμό ότι κνησμός είναι συχνός σε ηλικιωμένους.

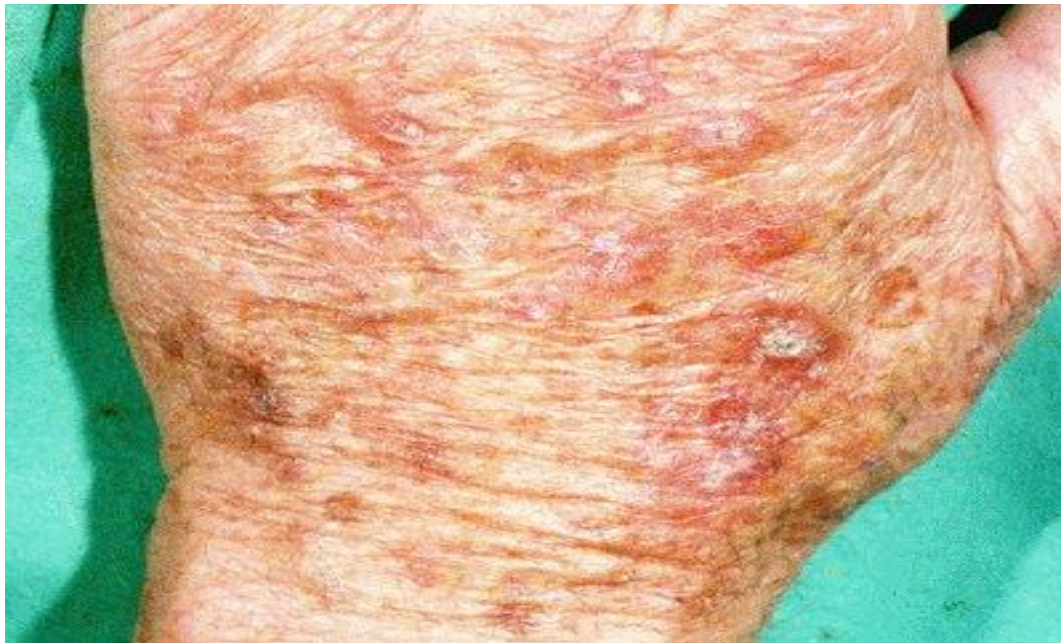
## **ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΚΝΗΣΜΟΣ**

Ο κνησμός συνήθως αναφέρεται ως μια επιπλοκή σε φαρμακευτική αγωγή, αλλά η επικράτηση του φαρμάκου που προκαλείται ο κνησμός δεν έχει καλά μελετηθεί μέχρι σήμερα. Μια κλασική μεγάλη μελέτη από τη δεκαετία του 1980 έδειξε ότι μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών, η κνύζα χωρίς ταυτόχρονα δερματικές βλάβες αντιπροσωπεύουν ποσότητα περίπου 5% των ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από ένα φάρμακο. Δυστυχώς, αυτά τα δεδομένα είναι δύσκολο να προεκταθούν σε φάρμακα που συνταγογραφούνται στα εξωτερικά ιατρεία, καθώς μόνο σε εσωτερικούς ασθενείς έχουν αναλυθεί.

Τα πιο σημαντικά φάρμακα τα οποία που έχουν ενοχοποιηθεί για να είναι σημαντικοί συνεισφέροντες στην φαγούρα στους ηλικιωμένους από μια μεγάλη μελέτη ασθενών-μαρτύρων που περιλαμβάνονται καρδιακά (διουρητικά, angiotensin-αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου, αναστολείς των διαύλων ασβεστίου, υπολιπιδαιμικά φάρμακα), σαλικυλικά και χημειοθεραπευτικοί παράγοντες.

#### 4.8 ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΗ

Η ακτινική υπερκεράτωση είναι μία προκαρκινική ανάπτυξη του δέρματος που εμφανίζεται κυρίως σε περιοχές που έχουν εκτεθεί σε μεγάλο βαθμό στην ηλιακή ακτινοβολία. Συνήθως παρουσιάζεται σε ασθενείς που φέρουν άσχημα τραυματισμένο δέρμα λόγω της ακτινοβολίας του ηλίου ή του κλειστού μαυρίσματος (solarium). Κατά κύριο λόγο οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν περισσότερες από μία ακτινικές κερατώσεις. Η ακτινική υπερκεράτωση πρέπει να επιβλέπεται από δερματολόγο, καθώς αν μείνει αθεράπευτη και χωρίς την κατάλληλη επίβλεψη μπορεί να μετατραπεί σε έναν τύπο καρκίνου του δέρματος, ο οποίος ονομάζεται καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων.



Εικόνα 1 - Ακτινική υπερκεράτωση στην άνω ράχη του χεριού

Η ακτινική υπερκεράτωση ανευρίσκεται κυρίως στις χρονίως εκτεθειμένες στον ήλιο επιφάνειες του προσώπου, των αυτιών, της ραχιαίας επιφάνειας των άκρων χεριών και των αντιβραχιόνων. Συχνά εμφανίζεται στο φαλακρό τριχωτό της κεφαλής των ανδρών, οι οποίοι είναι στην κατάσταση αυτή απο νεαρή ηλικία. Το σημείο αυτό θεωρείται αρκετά τρωτό και επιρρεπές στην ανάπτυξη ακτινικών υπερκερατώσεων και πολλές φορές διαγιγνώσκονται λανθασμένα ως έκζεμα. Γενικότερα η ακτινική υπερκεράτωση είναι δυνητικά κακοήθης και ξεκινάει την πάχυνσή του βαθμιαία με αποτέλεσμα ίσως αργότερα να εξελιχθεί σε ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα. Παρ' όλα αυτά η πρόγνωση είναι κυρίως καλή διότι σπάνια κάνει μεταστάσεις.



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Εικόνα 2 - Ακτινική υπερκεράτωση στη μετωπιαία περιοχή

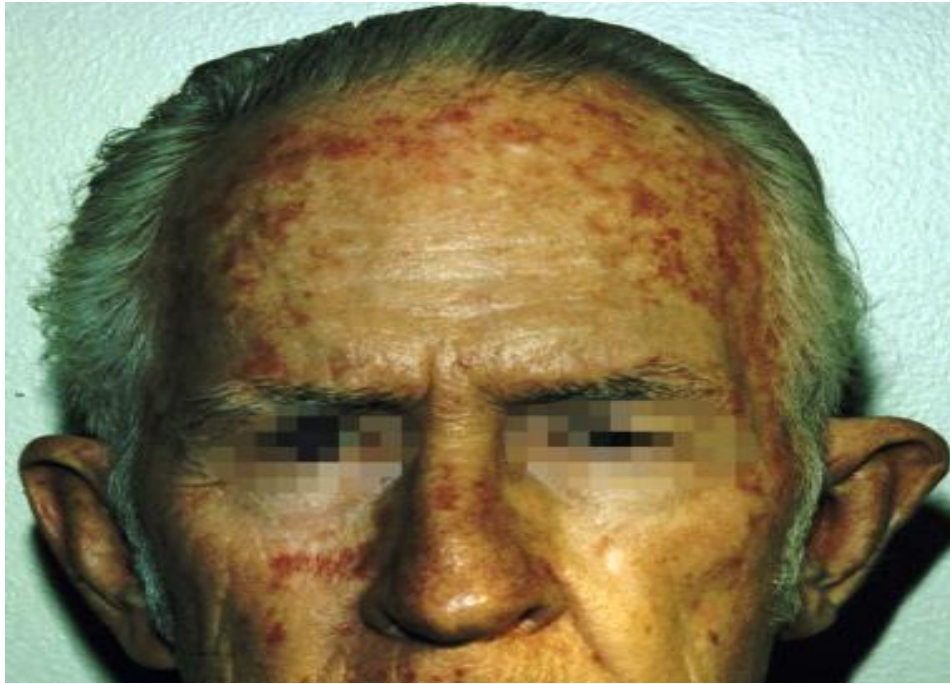
Αρχικά διακρίνεται μία αρκετά μικρή περιοχή με τηλεαγγειεκτασίες και στην συνέχεια εξελίσσεται σε μία σαφώς αφοριζόμενη βλατίδα ή πλάκα, επίπεδη ή επηρμένη, με ανώμαλη όψη και αρκετά τραχιά υφή, ερυθρή, μελαγχρωματική ή στο χρώμα του δέρματος. Συνήθως παρατηρούνται καλά προσκολλημένα κιτρινοκαφέ λέπια, τα οποία αφαιρούνται δύσκολα και αφήνουν μία ωμή και αιμορραγούσα επιφάνεια. Οι βλάβες που παρατηρούνται είναι αρκετά μικρές με διάμετρο 3 mm έως 1 cm, με τις περισσότερες από αυτές να έχουν διάμετρο μικρότερη από 6 mm. Σε περίπτωση που η διάμετρος της βλάβης ξεπερνάει τα 6 mm θα πρέπει να γίνει βιοψία για την ακριβή διάγνωσή της. Σπάνια μπορεί να εμφανιστεί ένα μικρό κέρασ, σαν το υλικό του νυχιού, το οποίο μεγαλώνει.



Εικόνα 3 - Κέρας ακτινικής υπερκερατώσης στην κεφαλή

Η ακτινική υπερκεράτωση θεωρείται η συνηθέστερη επιθηλιακή προκαρκινωματώδης βλάβη. Οι βλάβες τυπικά εμφανίζονται σε άτομα άνω των 40 ετών και κυρίως στους ηλικιωμένους, πράγμα που πιθανό σχετίζεται με την χρόνια έκθεση του ηλίου, ωστόσο μπορεί να παρατηρηθεί και στις ηλικίες των 20 και 30 ετών, σε ασθενείς που έχουν αρκετά ανοιχτόχρωμο δέρμα και κατοικούν σε περιοχές υψηλής έκθεσης της ηλιακής ακτινοβολίας. Κατά κύριο λόγο οι ασθενείς που εμφανίζουν ακτινική υπερκεράτωση έχουν τάση για ανάπτυξη μη μελανωματικών καρκίνων του δέρματος.





Εικόνα 4 - Ακτινική υπερκεράτωση από χρόνια έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία στη μετωπιαία περιοχή και στις παρειές

Μπορούν να αναγνωριστούν έξι ιστολογικοί τύποι ακτινικής υπερκεράτωσης οι οποίοι είναι οι εξής: υπερτροφική, ατροφική, μποβενοειδής, ακανθολυτική, μελαγχρωματική και λειχνοειδής ακτινική υπερκεράτωση. Ο πιο κοινός τύπος της ακτινικής υπερκεράτωσης αποτελείται από ποικίλου βαθμού υπερακανθωτικό επιθήλιο ακανθωτού τύπου το οποίο καλύπτεται από ένα παχυμένο λέπι με εναλλαγή παρακεράτωσης και υπερκεράτωσης. Η επιδερμίδα που έχει δυσπλαστική μορφή καλύπτεται από παρακεράτωση και η υπερκεράτωση σχετίζεται με τα ενδοεπιδερμικά τμήματα μη προσβεβλημένων επικουρικών δομών του δέρματος. Η δυσπλασία του επιθηλίου είναι σταθερό εύρημα και χαρακτηρίζεται από αναστολή στην ωρίμανση, ανωμαλίες στην κυτταρική πόλωση, κυτταροπλασματικό πολυμορφισμό, κερατινοποίηση μεμονωμένων κυττάρων και ανώμαλες εικόνες κυτταρικών μιτώσεων, τόσο στην θέση και στην εντόπιση όσο και στην μορφή. Ο ατροφικός τύπος χαρακτηρίζεται από παρακεράτωση και υπερκεράτωση, η οποία καλύπτει μία μικρού πάχους επιδερμίδα, και εμφανίζει κυρίως επιθηλιακή δυσπλασία στην περιοχή της βασικής στιβάδας ή πάνω από αυτή. Οι μποβενοειδούς τύπου ακτινικές υπερκερατώσεις εμφανίζουν δυσπλασία που είναι ολικού πάχους και σε καμία περίπτωση δεν διαχωρίζονται ιστολογικά από τη νόσο του Bowen. Η ακανθολυτικού τύπου ακτινική υπερκεράτωση χαρακτηρίζεται από την επιθηλιακή δυσπλασία και από το σχηματισμό σχισμοειδών χώρων, πάνω από την περιοχή της βασικής στιβάδας. Η λειχνοειδής ακτινική υπερκεράτωση είναι μία ασυνήθιστη, μονήρης, βλάβη με ιστολογική εικόνα που μοιάζει με αυτήν του ομαλού λειχήνα.

Οι θεραπείες που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση της ακτινικής υπερκεράτωσης είναι η κρυοθεραπεία, η χειρουργική αφαίρεση, η τοπική θεραπεία, η φωτοδυναμική θεραπεία και η ηλιοπροστασία με την χρήση αντιηλιακών προϊόντων.



Εικόνα 5 - Ακτινική υπερκεράτωση στο πρόσωπο

#### 4.9 ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΑ

Η γεροντική πορφύρα είναι μία κοινή καλοήθους πάθηση, που χαρακτηρίζεται από την επαναλαμβανόμενη εμφάνιση μωβ εκχυμώσεων ή μωλώπων. Είναι γνωστή και ως πορφύρα του Bateman, χάρη στον βρετανό πρωτοπόρο δερματολόγο Bateman Thomas που πρώτος περιέγραψε το φαινόμενο το 1818, και επίσης ως ακτινική πορφύρα, εξαιτίας της σύνδεσής της με την φθορά που επιφέρει η ηλικιακή ακτινοβολία.





Εικόνα 6 - Γεροντική πορφύρα στην άνω ράχη του χεριού

Συχνότερα εμφανίζεται σε ασθενείς άνω των 50 ετών και είναι εξίσου συχνή και στα δύο φύλλα. Το γεγονός ότι επηρεάζει περισσότερο τους ηλικιωμένους ασθενείς οφείλεται στην δερματική ατροφία των ιστών τους και στην ευθραυστότητα των αιμοφόρων αγγείων τους. Η πάροδος του χρόνου και η φωτογήρανση αποδυναμώνουν τους δερματικούς ιστούς και μειώνουν σημαντικά τις ποσότητες του κολλαγόνου, με συνέπεια την εμφάνιση βλαβών στο δέρμα. Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της πορφύρας είναι η χρόνια έκθεση στον ήλιο, η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η χρήση από του στόματος ή τοπικά κορτικοστεροειδών και αντιθρομβωτικών φαρμάκων. Επιπλέον η πορφύρα μπορεί να οφείλεται σε κάποια πάθηση του αίματος.

Οι βλάβες που παρουσιάζονται είναι ερυθροϊώδεις, οι οποίες δεν λευκαίνουν κατά την άσκηση πίεσης όπως συμβαίνει με το ερύθημα. Οι επίπεδες πορφυρικές βλάβες ονομάζονται πετέχειες και εντοπίζονται κατά κύριο λόγο στα κάτω άκρα. Γενικότερα εμφανίζονται ακανόνιστου σχήματος κηλίδες με διάμετρο από 1 έως 4 εκατοστά, που έχουν σκούρο μωβ χρώμα και καθορισμένα περιθώρια.



Εικόνα 7 - Πετέχεις στα κάτω άκρα

Οι βλάβες που έχουν μεγαλύτερο μέγεθος ονομάζονται εκχυμώσεις ή μώλωπες. Η γύρω περιοχή του δέρματος είναι συχνά ανελαστική, λεπτή και χρωματισμένη και συνοδεύεται από την παρουσία άλλων σημάδιών στην επιφάνεια του δέρματος εξαιτίας της γήρανσης και της φθοράς από την ηλιακή ακτινοβολία. Τα σημεία όπου παρατηρείται κυρίως η πορφύρα είναι στην επιφάνεια των εκτεινόντων βραχιόνων και στην ραχιαία όψη των χεριών. Σπάνια, μπορεί να εμφανιστεί στην περιοχή του λαιμού και του προσώπου.

Η διάγνωση μπορεί να γίνει μόνο με βάση τα κλινικά χαρακτηριστικά και την εντόπιση των βλαβών στην περιοχή που έχει προσβληθεί. Η γεροντική πορφύρα είναι καλοήθης και παρέρχεται και σε καμία περίπτωση δεν σχετίζεται με συστηματικές νόσους. Οι ασθενείς πρέπει να προφυλάσσονται από την ηλιακή ακτινοβολία και να κάνουν χρήση κατάλληλων μέσων για την αποφυγή της φωτογήρανσης.



Εικόνα 8 - Γεροντική πορφύρα στο χέρι



Εικόνα 9 - Γεροντική πορφύρα στα χέρια





Εικόνα 10 - Γεροντική πορφύρα στην πρόσθια θωρακική περιοχή



Εικόνα 11 - Γεροντική πορφύρα σε ολόκληρη την περιοχή των χεριών

#### 4.10 ΠΑΡΑΤΡΙΜΜΑ

Το παράτριμμα είναι επιφανειακή φλεγμονώδης δερματοπάθεια που συμβαίνει ανάμεσα σε δύο στενές και απέναντι περιοχές του δέρματος ως αποτέλεσμα της υγρασίας, της τριβής και της έλλειψης εξαερισμού. Αφορά, κυρίως, τις μεγάλες πτυχές του δέρματος που υφίστανται τριβή. Έχει οριστεί ως «ερυθηματώδες εξάνθημα σε μία πτυχή δέρματος, που προκαλείται από την υγρασία και τη θερμότητα» ή ως «μία δερματική φλεγμονώδη διαδικασία σε αντίθετες επιφάνειες δέρματος». Τη φλεγμονή του δέρματος επιδεινώνουν, επίσης, οι σωματικές εκκρίσεις, όπως ο ιδρώτας, τα ούρα και τα κόπρανα. Συχνά το βρίσκουμε στις περιοχές κάτω από το στήθος, στις βουβωνικές, στις κοιλιακές και περιπρωκτικές. Είναι πιο κοινή στους ηλικιωμένους, λόγω αποδυναμωμένου ανοσοποιητικού συστήματος, ακράτειας, ακινησίας, αν και μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία.



Εικόνα 12 - Παράτριμμα στην περιοχή κάτω από το στήθος

Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστεί και σε ασθενείς με παχυσαρκία, με σακχαρώδη διαβήτη, σε κληήρεις και σε ασθενείς που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV. Κυρίως εμφανίζεται σε ασθενείς με μεγάλες πτυχές δέρματος και σε εκείνους που φορούν πάνες ή άλλου είδους αντικείμενα που στοχεύουν την κατακράτηση της υγρασίας. Οι ασθενείς που είναι παχύσαρκοι έχουν την τάση να ιδρώνουν περισσότερο δημιουργώντας έτσι έντονη θερμότητα απ' ό,τι τα άτομα που έχουν φυσιολογική μάζα σώματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της θερμότητας, της τριβής και της υγρασίας στο δέρμα. Καθώς η κεράτινη στιβάδα μουλιάζει, λόγω της θερμότητας, της υγρασίας και της υπερενυδάτωσης, η τριβή αυξάνεται δημιουργώντας σοβαρές βλάβες στον επιδερμικό ιστό και τον αποδυναμώνει. Η

κατάσταση αυτή μπορεί να αποβεί αρκετά σοβαρή και να εξελιχθεί σε φλεγμονή και βλάβη του δέρματος. Η βλάβη αυτή πολλές φορές μπορεί να είναι το σημείο εισόδου μικροοργανισμών με συνέπεια τη δημιουργία μολύνσεων και λοιμώξεων.

Η υπερβολική τριβή και η φλεγμονή μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη του δέρματος, με αποτέλεσμα το κατεστραμμένο δέρμα να γίνει δευτερεύουσα μόλυνση από βακτήρια και μύκητες. Η μόλυνση που προκύπτει από μύκητες είναι εύκολο να αναγνωριστεί λόγω των περιμετρικών του αλλοιώσεων, συχνά συνοδεύεται από βλατίδες και φλύκταινες και μία δύσωδη οσμή. Συχνά οι ασθενείς παραπονιούνται για κνησμό, τσούξιμο και αίσθημα καύσου.



Εικόνα 13 - Παράτριμμα στην περιοχή του ποδιού

Οπτικά συμπτώματα είναι οι αλλοιώσεις του δέρματος, η έντονη ερυθρότητα και το υγρό δέρμα. Επίσης, πολλές φορές το παράτριμμα μπορεί να είναι και ασυμπτωματικό και να γίνεται δύσκολη η διάκρισή του από άλλες διαταραχές του δέρματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις ένα στοιχείο που θα βοηθήσει πολύ στην διάγνωση του παρατρίμματος είναι το ιστορικό του ασθενούς. Στο ιστορικό θα πρέπει να δωθεί ιδιαίτερη έμφαση σε προηγούμενες θεραπείες που υποβλήθηκε ο ασθενής και κυριότερα στην χρήση τοπικών στεροειδών και αντιβακτηριδικά σαπούνια και αλοιφές. Τα στεροειδή μπορεί να προκαλέσουν ατροφία και διαβροχή του δέρματος και μερικά σαπούνια να επιδεινώσουν τη φλεγμονή.

Για την αποφυγή αλλά και τη θεραπεία του παρατρίμματος συνιστάται το δέρμα να παραμένει καθαρό, στεγνό και δροσερό, εφαρμόζοντας παράλληλα προστατευτικά φράγματα, όπως αλοιφές, για την μείωση της διάστασης του



δέρματος και την ανακούφιση από τον κνησμό και τον πόνο. Για την μείωση της τριβής συμβουλεύεται η χρήση απορροφητικών προϊόντων, όπως γάζες και βαμβάκι, και διάφορα αντισηπτικά μέσα ξήρανσης, για παράδειγμα σε σκόνη, τα οποία όμως δεν πρέπει να εφαρμόζονται μαζί με τις αλοιφές. Τέλος, όταν η μόλυνση έχει προχωρήσει αρκετά πρέπει να χορηγούνται αντιβιοτικά από του στόματος για την αντιμετώπιση των μυκητιασικών και βακτηριακών λοιμώξεων.



Εικόνα 14 - Παράτριμμα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων



Εικόνα 15 - Παράτριμμα στην περιοχή της μασχάλης



Εικόνα 16 - Παράτριμμα στην περιοχή κάτω από το στήθος





Εικόνα 17 - Παράτριμμα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων

#### 4.11 ΟΝΥΧΟΜΥΚΗΤΙΑΣΗ

Η ονυχομυκητίαση είναι μία κοινή ασθένεια των νυχιών που, αν και δεν είναι απειλητική, αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για την δημόσια υγεία λόγω της μεγάλης επικράτησής της, αφού επηρεάζει σχεδόν το 5,5% του πληθυσμού παγκοσμίως και αντιπροσωπεύει το 20-40% του συνόλου των ονυχοπαθήσεων και περίπου το 30% των δερματικών μυκητιάσεων. Σχετίζεται άμεσα και σημαντικά με την σωματική και ψυχολογική νοσηρότητα. Η κατανομή των διαφορετικών παθογόνων δεν είναι ομοιόμορφη, καθώς αυτό εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως το κλίμα, τη γεωγραφία και τη μετανάστευση. Η ασθένεια μπορεί να έχει κάποιες αρνητικές συνέπειες, όπως πόνο, και να υπονομεύσει την εργασία και την κοινωνική ζωή. Θεωρείται η πιο δύσκολη ασθένεια από τα δερματόφυτα για να θεραπευτεί εξαιτίας της εγγενούς αργής ανάπτυξης των νυχιών.



**Εικόνα 18 - Ονυχομυκητίαση στα νύχια των ποδιών**

Η επικράτηση της ονυχομυκητίασης καθορίζεται από την ηλικία, το επάγγελμα, το κλίμα και τη συχνότητα των ταξιδιών. Επίσης, η αυξημένη συχνότητα της τα τελευταία χρόνια οφείλεται στην αύξηση της ηλικίας του πληθυσμού, σε νοσηρές παθήσεις όπως ο διαβήτης, στην μανιώδη συμμετοχή σε αθλήματα, στην εμφάνιση του ιού HIV, στις εμπορικές πισίνες και στην αποφρακτική φθορά του ποδιού. Οι άντρες έχουν την τάση να εμφανίζουν συχνότερα ονυχομυκητίαση, λόγω των συχνών αθλητικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων τους. Τα νύχια των ποδιών επηρεάζονται επτά φορές περισσότερο από τα νύχια των χεριών, λόγω του τρεις φορές πιο αργού ρυθμού ανάπτυξής τους. Το περπάτημα χωρίς υποδήματα ή υποδήματα με κακή τοποθέτηση, η ονυχοφαγία, το τραύμα του νυχιού, το κάπνισμα, η ψωρίαση, η ενασχόληση με χημικά και η περιφερειακή αγγειακή νόσος φέρουν, επίσης, προδιάθεση ονυχομυκητίασης σε ασθενείς.



Εικόνα 19 - Ονυχομυκητίαση στα νύχια των ποδιών

Η πιο συχνή αιτιολογία παραγόντων για την ονυχομυκητίαση είναι τα δερματόφυτα, ιδιαίτερα τα *Trichophyton rubrum* και *Trichophyton var. Interdigitale*, ακολουθούμενα από είδη μύκητα *Candida* και μη δερματοφυτικών καλουπιών (NDMs). Έχουν αναγνωρισθεί αρκετές κλινικές παραλλαγές. Η ονυχομυκητίαση από *Candida* επηρεάζει πιο συχνά τα νύχια, αφού αντιπροσωπεύει σχεδόν το 70% των περιπτώσεων και συνοδεύεται από παρονυχία.



Εικόνα 20 - Ονυχομυκητίαση στα νύχια των χεριών



Η μόλυνση κυρίως ξεκινάει στο δέρμα των άκρων ως δερματομυκητίαση και συνεχίζει στους όνυχες των δακτύλων των άκρων. Είναι ασυνήθιστο να προσβληθούν τα νύχια των δακτύλων των χεριών χωρίς συγχρόνως να μολυνθούν τα νύχια των δακτύλων των ποδιών. Αρχικά μολύνονται οι πάγιες περιοχές του νυχιού, οι οποίες εμφανίζονται δυσχρωμικές με κίτρινη, λευκή ή καφέ απόχρωση. Ακολούθως, παρουσιάζεται μία πάχυνση της κοίτης του νυχιού περιφερικά και το σώμα του νυχιού γίνεται εύθρυπτο. Καθώς εξαπλώνεται η μόλυνση του νυχιού, ολόκληρο το νύχι εμφανίζει έντονη πάχυνση, δυσχρωμία και έπεται η καταστροφή του. Σε αυτήν την περίπτωση το νύχι μπορεί να χωριστεί από την κοίτη του, προκαλώντας ονυχόλυση ή να διασπάται στο σύνολό του, καταλήγοντας σε ολική καταστροφή του.



Εικόνα 21 - Ονυχομυκητίαση στα νύχια των ποδιών

Για την ανεύρεση του μύκητα πραγματοποιείται μικροσκοπική εξέταση ή καλλιέργεια, λαμβάνοντας υλικό από το νύχι ή την υπονύχια υπερκεράτωση. Μία άμεση εξέταση είναι η λήψη πολύ λεπτών τριμμάτων ή ξεσμάτων από την ονυχιαία κοίτη και η κατεργασία τους με διάλυμα ΚΟΗ. Για να απομονωθεί ο μύκητας χρησιμοποιούνται τόσο εργαστήρια ιατρού, όσο και κεντρικά εργαστήρια. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές πιθανότητες τα αποτελέσματα να είναι ψευδή και ανακριβή. Η ταυτοποίηση του γένους και των ειδών του μύκητα μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την καλλιέργεια.



Εικόνα 22 - Ονυχομυκητίαση στα νύχια των ποδιών



Εικόνα 23 - Ονυχομυκητίαση στα νύχια των χεριών



Εικόνα 24 - Ονυχομυκητίαση στα νύχια των χεριών

#### 4.12 ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΙΑ

Η σκληροδερμία ορίζεται ως μία συστηματική αυτοάνοση νόσος του συνδετικού ιστού και θεωρείται το νόσημα-πρότυπο των ινωτικών δερματικών νοσημάτων, δηλαδή των νοσημάτων που χαρακτηρίζονται από υπερβολική εναπόθεση κολλαγόνου και άλλων στοιχείων του συνδετικού ιστού, γεγονός που οδηγεί τελικά σε ίνωση του χορίου. Η ίνωση του χορίου μπορεί να συμβεί και σε συγκεκριμένα μεταβολικά και ανοσολογικά νοσήματα και ειδικότερα στη χρόνια μορφή της νόσου μοσχεύματος έναντι του δείκτη, στην πορφυρία, στην φαινυλκετονουρία, στο καρκινοειδές σύνδρομο και σε κάποιες παραπρωτεϊναιμίες. Έχει αναφερθεί επίσης ένα σύνδρομο το οποίο κυρίως χαρακτηρίζεται από σκλήρυνση των δακτύλων και αρθρικές ρικνώσεις και κυρίως παρουσιάζεται σε νεαρούς διαβητικούς ασθενείς. Επιπλέον, ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να προκαλεί ίνωση του χορίου είναι οι χημικές ουσίες. Η προοδευτική συστηματική σκλήρυνση μπορεί να προσβάλλει εκτός από το δέρμα και εσωτερικά όργανα, όπως την καρδιά, τους νεφρούς, τους πνεύμονες και το γαστρεντερικό σωλήνα.



Εικόνα 25 - Σκληροδερμία στην περιοχή των χεριών

Η σκληροδερμία, κυρίως, ξεκινάει την εμφάνιση της με το φαινόμενο Raynaud. Τα συμπτώματα που παρατηρούνται ιδιαίτερα κατά την έκθεση στο κρύο είναι ότι τα δάκτυλα των χεριών γίνονται ωχρά, ως αποτέλεσμα της αρτηριδιακής αγγειοσυστολής, στη συνέχεια παίρνουν ένα κυανό χρώμα λόγω κυάνωσης και τέλος μετατρέπονται σε θερμά, ερυθρά και κυρίως επώδυνα λόγω της επακόλουθης αντιδραστικής αγγειοσυστολής. Με αυτόν τον τρόπο παρατηρούνται διάφορες παραμορφώσεις και δυσλειτουργίες των δακτύλων των χεριών. Κάποιοι ασθενείς παρουσιάζουν έντονο πόνο και δυσκαμψία στις αρθρώσεις. Η σκληροδερμία όμως πολλές φορές μπορεί να περιορίζεται στις δερματικές βλάβες και μόνο, χωρίς να εμφανίζει σπλαχνικές βλάβες, έχοντας την μορφή πλάκας, γραμμειοδή ή γενικευμένη μορφή. Δύο τύποι συστηματικής σκληροδερμίας είναι η προοδευτική συστηματική σκλήρυνση και το σύνδρομο CREST, ενώ οι δερματικοί τύποι της σκληροδερμίας είναι η εντοπισμένη morphea, η αλληλοεπικάλυψη morphea-σκληρού και ατροφικού λειχήνα, η γενικευμένη morphea, το ατροφόδερμα του Pasini και Pierini, η πανσκληρωτική morphea, η εν τω βάθει morphea (Profunda) και η γραμμοειδής σκληροδερμία.





Εικόνα 26 - Σκληροδερμία στην άνω ράχη των χεριών

Μία πιο καλοήθης υποκατηγορία αυτής της νόσου είναι γνωστή ως **σύνδρομο CREST**, που χαρακτηρίζεται από ασβέστωση, φαινόμενο Raynaud, δυσλειτουργία του οισοφάγου, σκληροδακτυλία και τηλεαγγειεκτασία. Είναι γνωστό επίσης ότι η γαστρο-εντερική οδός μπορεί σε μεγάλο βαθμό να συμμετέχει στην σκληροδερμία. Η συχνότερη βλάβη της είναι στον οισοφάγο και παρουσιάζεται στους ασθενείς δυσφαγία, η οποία θεωρείται ένα πρώιμο σύμπτωμα και κάποιες φορές μπορεί να προηγείται από τις δερματικές βλάβες. Συχνά παρατηρείται στους ασθενείς σκληροδακτυλία, έντονο αίσθημα καύσου στο οπισθοστερνικό σημείο ή τελαγγειεκτατικά πλέγματα, τα οποία έχουν κυρίως ομαλό περίγραμμα. Σε αυτή τη μορφή σκληροδερμίας, σε γενικότερα πλαίσια, δεν παρουσιάζεται κάποια σοβαρή νεφρική ή πνευμονική προσβολή.





Εικόνα 27 - Σκληροδερμία στην άνω ράχη των χεριών

Άλλη υποκατηγορία της σκληροδερμίας είναι η **προοδευτική συστηματική σκλήρυνση**, η οποία είναι μία γενικευμένη διαταραχή του συνδετικού ιστού. Στην προοδευτική συστηματική σκλήρυνση προκαλείται κυρίως πάχυνση των δεσμίδων του κολλαγόνου του χορίου, καθώς επίσης και ίνωση και αγγειακές ανωμαλίες των εσωτερικών οργάνων. Η πρώτη εκδήλωση της νόσου είναι το φαινόμενο Raynaud, ενώ ένα άλλο σύμπτωμα που παρατηρείται είναι ένα “ξυλώδες” οίδημα των άκρων χεριών. Σε αυτή τη μορφή σκληροδερμίας προσβάλλονται και τα εσωτερικά όργανα, όπως οι πνεύμονες, η καρδιά, η γαστρεντερική οδός, οι νεφροί και άλλα όργανα. Κατά κύριο λόγο η νόσος συναντάται περισσότερο στο γυναικείο φύλο από ότι στο αντρικό και έχει μεγαλύτερη επίπτωση κατά την τρίτη έως πέμπτη δεκαετία.



Εικόνα 28 - Σκληροδερμία στην άνω ράχη των χεριών

Η **εντοπισμένη morphea** συναντάται δύο φορές περισσότερο στις γυναίκες από ότι στους άντρες και παρουσιάζεται κυρίως ως κηλίδες ή ως πλάκες λίγων εκατοστών αλλά μπορεί επίσης να έχει τη μορφή ταινιών ή σταγονοειδών βλαβών ή οζιδίων. Μετά την εμφάνιση των ρόδιων κηλίδων ακολουθούνται λείες, σκληρές, κιτρινόλευκες ή στο χρώμα του ελεφαντοστού βλάβες. Οι βλάβες αυτές εντοπίζονται κυρίως στον κορμό αλλά και στα άκρα.

Η **αλληλοεπικάλυψη morphea** εμφανίζεται, κατά κύριο λόγο, στις γυναίκες, οι οποίες επίσης μπορεί να εμφανίσουν βλάβες **σκληρού και ατροφικού λειχήνα**. Συνήθως πρόκειται για ασθενείς με εκτεταμένη morphea, που έχουν τις τυπικές βλάβες του σκληρού και ατροφικού λειχήνα, οι οποίες είτε εντοπίζονται σε διαφορετικές περιοχές, είτε καλύπτουν τις βλάβες της morphea.

Η **γενικευμένη morphea** χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη ανάπτυξη σκληρυμένων πλακών με μελαγχρωματικές αλλοιώσεις και συνήθως υπάρχει μυϊκή ατροφία χωρίς όμως την συμμετοχή των εσωτερικών οργάνων. Οι ρυτίδες των ασθενών μπορεί να εξαφανιστούν λόγω της έντονης σκληρότητας και της σύσπασης του δέρματος.

Το **ατροφόδερμα του Pasini και Pierini** εκδηλώνεται με λείες ατροφικές βλάβες, ωοειδούς, στρογγυλού ή ακανόνιστου σχήματος και χρώματος γκρι-καφέ που εμφανίζουν καθίζηση κάτω από την επίπεδο του δέρματος και αφορίζονται με ένα εντόνως κεκλιμένο περίγραμμα. Η πάθηση αυτή εντοπίζεται κυρίως στον κορμό.

Η **πανσκληρωτική morphea** διαγιγνώσκεται με τη σκλήρυνση του χορίου, του υποδόριου, της περιτονίας, του μυός και ίσως κάποιες φορές του οστού. Σε αυτήν την πάθηση παρατηρείται δυσκολία της κινητικότητας των αρθρώσεων με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία.

Η **εν τω βάθει morphea (Profunda)** προσβάλλει κυρίως τον υποδόριο ιστό, συμπεριλαμβανομένης και της περιτονίας.

Η **γραμμοειδής σκληροδερμία** αποτελείται από γραμμοειδείς βλάβες, οι οποίες εκτείνονται είτε κατά μήκος του άνω ή κάτω άκρου ακολουθώντας τις γραμμές του Blaschko, είτε παράλληλα στο μετωπιαίο τμήμα του τριχωτού της κεφαλής συνεχίζοντας προς τα κάτω στο μέτωπο δίκην χτυπήματος σπάθης. Μία μορφή της γραμμοειδής σκληροδερμίας είναι το σύνδρομο Parry-Romberg.



Εικόνα 29 - Σκληροδερμία στην κοιλιακή περιοχή του σώματος

#### 4.13 ΨΩΡΙΑΣΗ

Η ψωρίαση είναι μία συχνή, χρόνια και υποτροπιάζουσα φλεγμονώδης πάθηση του δέρματος. Θεωρείται καλοήθης, υπερπαραγωγική και ανοσολογική νόσος, που συχνά συνδέεται με την κληρονομικότητα και μερικές φορές σχετίζεται με την προσβολή των αρθρώσεων και των ονύχων. Η ψωρίαση προσβάλλει σχεδόν το 1-2% του πληθυσμού στην Μ. Βρετανία, στην Ευρώπη και στην Βόρεια Αμερική, ενώ είναι λιγότερο συχνή στην Ινδία

και δεν εντοπίζεται καθόλου σε Αφρο-Αμερικανούς, σε Αφρικανούς, σε Ινδιάνους, σε Ιάπωνες και σε Κινέζους.

Το εξάνθημα της ψωρίασης είναι συνήθως συμμετρικό και εμφανίζεται σταδιακά, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και αιφνίδια με την συνοδεία πολυάριθμων σταγονοειδών βλαβών. Οι πρώτες βλάβες που παρατηρούνται είναι μικρές ερυθματώδεις κηλίδες, οι οποίες καλύπτονται με ξηρά, αργυρόχροα λέπια. Στη συνέχεια οι βλάβες αυξάνονται σε μέγεθος με περιφερική εξάπλωση και συρροή. Τα λέπια συσσωρεύονται το ένα πάνω στο άλλο, που σημαίνει ότι απολεπίζονται κατά στιβάδες, και εφάπτονται στην περιφέρεια των βλαβών, όπου είναι στερεά προσκολλημένα στο κέντρο. Καθώς απομακρύνονται από από τις βλάβες με απόξεση του άνω θηλώδους χορίου επιθηλίου, αφήνουν μικροσκοπικές αιμορραγούμενες κηλίδες από τα διατεταμένα επιφανειακά τριχοειδή αγγεία. Αν και προεξάρχουν οι πλάκες, των οποίων το μέγεθος και το σχήμα ποικίλει σε μεγάλο βαθμό, οι βλάβες μπορεί να είναι πολυκυκλικές ή δακτυλιοειδείς. Οι παλιές πλάκες μπορεί να γλινουν παχιές και να καλύπτονται από σκληρά φυλλώδη λέπια.



Εικόνα 30 - Ψωρίαση στο τριχωτό της κεφαλής

Η ψωρίαση συχνότερα προσβάλλει το τριχωτό της κεφαλής, τις εκτατικές επιφάνειες των αγκώνων, τα γόνατα, την ιερά περιοχή και τα άκρα, αλλά το εξάνθημα της ψωρίασης μπορεί να εντοπιστεί σε κάθε περιοχή του δέρματος, συμπεριλαμβανόμενης και την περιοχή των γεννητικών οργάνων. Η ανάστροφη ψωρίαση εμφανίζεται κυρίως στις περιοχές που υπάρχει τριβή, ενώ οι φλυκταινώδεις μορφές της ψωρίασης μπορούν να είναι χρόνιες όταν εμφανίζονται στις περιοχές των παλάμων και των πελμάτων, ή να είναι εξανθηματικές και να συνοδεύονται από σοβαρή τοξικότητα και υπασβεστιαϊμία. Επίσης, η ψωρίαση μπορεί να προσβάλλει και τους όνυχες, στους οποίους παρατηρείται περιφερική ονυχόλυση, ανάπτυξη βοθρίων κατά τυχαίο τρόπο, σταγόνες ελαίου ή κηλίδες στο χρώμα του σολομού. Η μεγάλου πάχους υπονύχια υπερκεράτωση πολλές φορές ταυτίζεται με την ονυχομυκητίαση.





Εικόνα 31 - Ψωρίαση στους όνυχες

Στους παράγοντες, που συντελούν στην εμφάνιση της ψωρίασης, πρωταρχικό ρόλο έχει το οικογενιακό ιστορικό και όχι τόσο η περιβαλλοντική επίδραση, καθώς η ψωρίαση πιθανώς κληρονομείται με αυτοσωματικό επικρατή τύπο κληρονομικότητας με ατελή διεισδυτικότητα. Οι ασθενείς με ψωρίαση συχνά έχουν συγγενείς που πάσχουν από την πάθηση, ενώ θεωρείται πιθανή η πολυπαραγοντική κληρονομικότητα. Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί ανά πάσα στιγμή από τη βρεφική ηλικία μέχρι και τη γεροντική ηλικία, αν και η αρχική περίοδος της ενήλικης ζωής και το τέλος της μέσης ηλικίας αποτελούν τις πιο συχνές ηλικιακά χρονικές περιόδους. Η πιο συχνή συσχέτιση της νόσου είναι με το αντιγόνο ιστοσυμβατότητας HLA-Cw6, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος να αυξάνεται στο δεκαπλάσιο, αλλά παρατηρείται ότι υπάρχει και θετική συσχέτιση με τα αντιγόνα ιστοσυμβατότητας HLA-B27 στη φλυκταίνωδη ψωρίαση και στην ψωριασική αρθρίτιδα.



Εικόνα 32 - Πελματιαία ή Παλαμιαία ψωρίαση

Επιπλέον, η ψωρίαση μπορεί να εμφανιστεί σε περιοχές του δέρματος που έχουν τραυματιστεί, όπως σε εκδορές από κνησμό, σε τραύματα ή σε χειρουργικές τομές, ή ως αποτέλεσμα της τριβής είτε από τα πολύ στενά ρούχα είτε λόγω παχυσαρκίας, ή από ερεθιστικές ουσίες. Το φαινόμενο αυτό αναγνωρίζεται ως φαινόμενο Koebner ή

ισομορφικό φαινόμενο. Συνήθως, κάνει την παρουσία του 7-14 ημέρες μετά τον τραυματισμό. Άλλος παράγοντας εμφάνισης ψωρίασης είναι και μία στρεπτοκοκκική λοίμωξη, ιδιαίτερα στον φάρυγγα, η οποία μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση σταγονοειδούς ψωρίασης. Η χρήση νικοτίνης, αλκοόλ, ανθελονοσιακών φαρμάκων και λιθίου, η επίδραση της εγκυμοσύνης και η υπεριώδης ακτινοβολία είναι παράγοντες που μπορούν να επιδεινώσουν την κατάσταση της ασθένειας.

## **ΤΥΠΟΙ ΨΩΡΙΑΣΗΣ**

- *Σμηγματορροϊκού τύπου ψωρίαση:* Κάποιες από τις περιπτώσεις της ψωρίασης πολλές φορές αλληλοεπικαλύπτονται με τη σμηγματορροϊκή δερματίτιδα. Οι σμηγματορροϊκές βλάβες που παρατηρούνται συχνά εντοπίζονται στο πρόσωπο, κάτω από τους μαστούς, στο τριχωτό της κεφαλής, τις πτυχές και τη μασχαλιαία χώρα. Οι βλάβες αυτές συνήθως είναι έφυγρες και ερυθματώδεις με κιτρινωπά, λιπαρά λέπια, κυρίως μαλακής συστάσεως παρά ξηρά και φυλλώδη.



**Εικόνα 33 - Σμηγματορροϊκού τύπου ψωρίαση**

- *Ανάστροφη ψωρίαση:* Η μορφή αυτή της ψωρίασης προσβάλλει αποκλειστικά τις πτυχές, τα κολπώματα και τις καμπτικές επιφάνειες, όπως είναι τα αυτιά, οι μασχάλες, οι βουβωνικές περιοχές, οι υπομαζικές πτυχές, ο ομφαλός, τα μεσοδακτύλια διαστήματα, το πέος και η μεσογλουτιαία πτυχή. Σπάνια μπορούν να προσβληθούν και το τριχωτό της κεφαλής και οι όνυχες.



**Εικόνα 34 Ανάστροφη ψωρίαση**

- *Ψωριασική αρθρίτιδα:* Υπάρχουν 5 κλινικοί τύποι αρθρίτιδας:

1. Ασύμμετρη περιφερειακή μεσοφαλαγγική αρθρική προσβολή με βλάβη των ονύχων
2. Παραμορφωτική αρθρίτιδα με οστεόλυση των φαλαγγών και των μετακαρπίων
3. Συμμετρική πολυαρθρίτιδα τύπου ρευματοειδούς αρθρίτιδας, με γαμψοχειρία
4. Ολιγοαρθρίτιδα με οίδημα και τενοντορογονίτιδα μιας ή λίγων αρθρώσεων της άκρας χειρός
5. Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα μόνη ή σε συνδυασμό με περιφερική αρθρίτιδα

Αν και τα περισσότερα ακτονογραφικά ευρήματ μοιάζουν με εκείνα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, συγκεκριμένα ευρήματα είναι διαγνωστικά της ψωρίασης.

- *Σταγονοειδής ψωρίαση:* Είναι μία χαρακτηριστική μορφή ψωρίασης, καθώς οι βλάβες που εμφανίζονται έχουν το μέγεθος σταγόνων νερού, με διάμετρο 2 έως 5 mm. Οι βλάβες παρουσιάζονται αιφνίδια με ένα εξάνθημα, το οποίο έπεται κάποιας λοίμωξης, όπως για παράδειγμα μίας στρεπτοκοκκικής φαρυγγίτιδας. Εμφανίζεται σε ασθενείς κάτω των 30 ετών και ανταποκρίνεται πλήρως στην υπεριώδη ακτινοβολία.



Εικόνα 35 - Σταγονοειδής ψωρίαση

- *Γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση:* Οι ασθενείς έχουν ψωρίαση κατά πλάκας και συχνά ψωριασική αρθρίτιδα, ενώ εμφανίζονται πάσχοντες και εκδηλώνουν πυρετό, ερυθροδερμία, καχεξία και υποασβηταιμία. Τις περισσότερες φορές υπάρχει το αίσθημα του κνησμού και του καύσου και τα χείλη μπορεί να είναι εξέρυθρα και λεπιδώδη να παρουσιαστούν επιφανειακές εξελκώσεις στη γλώσσα και η στοματική κοιλότητα.



Εικόνα 36 - Γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση

- *Ερυθροδερμική ψωρίαση:* Οι ασθενείς που πάσχουν από ψωρίαση μπορεί να αναπτύξουν γενικευμένη ερυθροδερμία



Εικόνα 37 - Ερυθροδερμική ψωρίαση

#### 4.14 ΕΚΖΕΜΑ

Το δέρμα έχει περιορισμένους τρόπους με τους οποίους αντιδρά, ένας τρόπος από αυτούς είναι και το έκζεμα, το οποίο δεν αποτελεί μία ομοιογενή πάθηση και δεν στοιχειοθετεί από μόνη της μία ενιαία διάγνωση. Υπάρχουν διάφορα στάδια εκζέματος, τα οποία εξαρτώνται από το βαθμό της φλεγμονής στο δέρμα. Τα στάδια αυτά είναι γνωστά ως οξύ, υποξύ ή χρόνια έκζεμα και είτε ένα, είτε και όλα μαζί μπορούν να παρατηρηθούν σε έναν ασθενή οποιαδήποτε στιγμή

Τα δερματικά αγγεία είναι διεσταλμένα και περιβάλλονται από φλεγμονώδη κύτταρα, τα οποία μεταναστεύουν μέσα στην επιδερμίδα, με αποτέλεσμα μεγάλο βαθμό οιδήματος τόσο μεταξύ των επιδερμικών κυττάρων όσο και μέσα σε αυτά. Στη συνέχεια, τα επιδερμικά κύτταρα παρουσιάζουν δυσλειτουργία και το επιθηλίο παχύνεται με



υπερπαραγωγή κερατίνης και απολέπιση. Στο οξύ έκζεμα παρατηρείται υπερκεράτωση, ακάνθωση και σημαντικό μεσοκυττάριο οίδημα, το οποίο προκαλεί ερυθρές βλατίδες, οι οποίες μπορεί να μετατραπούν σε πομφόλυγες, εάν είναι σημαντικό το οίδημα, ή και σε βλατιδοφυσαλίδες. Στο υποξύ έκζεμα παρατηρείται στίλβουσα απόχρωση της ορορροής, όπως επίσης και ερυθρότητα, απολέπιση και εφελκίδωση. Τέλος, στο χρόνια έκζεμα παρατηρείται υπερκεράτωση, σημαντική ακάνθωση και αύξηση του μήκους των ακρολοφιών της επιδερμίδας, ενώ το δέρμα είναι ξηρό και λεπιδώδες και με μία τάση να σκάει και να σχηματίζει ρωγμές.



Εικόνα 38 - Έκζεμα στην γύρω περιοχή του στόματος

Κύριο χαρακτηριστικό του εκζέματος είναι ο έντονος κνησμός, σε όλους τους τύπους εκζέματος, εκτός από το σημηματορροϊκό έκζεμα. Αυτός ο κνησμός, βέβαια, έχει σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς να ξύνουν και να τρίβουν μανιωδώς το δέρμα τους, μια κατάσταση η οποία οδηγεί στο σχηματισμό εκδορών και λειχηνοποίηση του δέρματος. Έτσι λοιπόν, εξαιτίας των εκδορών που σχηματίζονται από τον ξεσμό και την αποδιοργάνωση του επιδερμικού φραγμού, λόγω του εκζέματος, υπάρχει προδιάθεση σε λοιμώξεις και μολύνσεις.



Εικόνα 39 - Έκζεμα με ερυθρότητα

## ΣΜΗΓΜΑΤΟΡΡΟΪΚΟ ΕΚΖΕΜΑ

Το σμηγματορροϊκό έκζεμα είναι μία εκζεματικού τύπου εξεργασία, με μία τάση εμφάνισης στο τριχωτό της κεφαλής, το πρόσωπο, τις πτυχές και τοάνω τμήμα του κορμούκαι σχετίζεται με την υπερανάπτυξη του ζυμομύκητα ωσειδές πιτυρόσπορο. Προσβάλλει κατά κύριο λόγο του ενήλικες και ο βαθμός της σοβαρότητας του ποικίλει ανάλογα μ την κατάσταση που βρίσκεται ο κάθε ασθενής.

Δεν έχει παρατηρηθεί ακόμη κάποια αιτιολογία για την εμφάνιση του σμηγματορροϊκού εκζέματος, αν και έχει αναφερθεί από τον Sabouraud ότι η νόσος σχετίζεται στενά με τον μύκητα *P. Ovale*. Βέβαια, η θεωρία αυτή επανεξετάζεται, καθώς παρατηρήθηκε ότι ο συστηματικός αντιμυκητιασικός φαρμακευτικός παράγοντας κετοконаζόλη, που είναι δραστική ουσία κατά τον μύκητα *P. Ovale*, εξαλείφει το εξάνθημα του σμηγματορροϊκού εκζέματος, όμως μετά τη διακοπή της θεραπείας εμφανίζονται υποτροπιάσεις. Η πειραματική μόλυνση με τον μικροοργανισμό προκαλεί την ασθένεια, γεγονός που κάνει αρκετά πειστικό το πόρισμα, όμως ο μύκητας αυτός μπορεί επίσης να ανευρεθεί και στο υγιές δέρμα και κάποιοι αποτελεσματικοί παράγοντες ενάντια στον *P. Ovale* δεν θεραπεύουν αποτελεσματικά την ασθένεια.

Κλινικά εμφανίζονται ξηρά, κίτρινα λέπια, τα οποία δεν παριστάνουν αποξηραμένο σμήγμα, αλλά πρόκειται για μαζική αποφολίδωση των κυττάρων της κεράτινης στιβάδας. Το δέρμα χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα, απολέπιση, ξηρότητα και τραχύτητα. Το έκζεμα συνήθως παρουσιάζεται στο πρόσωπο και στην πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του θώρακα,στις περιοχές δηλαδή που εντοπίζεται μεγάλος αριθμός σμηγματογόνων αδένων, παρ' όλ' αυτ'α μπορεί να παρουσιαστεί και σε περιοχές με μικρό αριθμό σμηγματογόνων αδένων.



Εικόνα 40 - Σμηγματορροϊκό έκζεμα στην ρινοπαραρριική περιοχή

#### 4.15 ΜΥΡΜΗΚΙΕΣ

Οι μυρμηκίες είναι μία συχνή λοίμωξη του δέρματος και των βλεννογόνων που οφείλεται στον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus=HPV). Έχουν βρεθεί πάνω από 100 τύποι του ιού HPV. Οι περισσότεροι τύποι του HPV προκαλούν συγκεκριμένους τύπους μυρμηκιών και θεωρείται ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό από τους τύπους HPV, σπάνια μπορούν να προκαλέσουν κάποια βλάβη, ενώ δείχνουν να είναι παθογόνοι μόνο σε ανοσοκατασταλαμένους ασθενείς ή άτομα με μυρμηκιώδη επιδερμοδυσπλασία. Ο ιός HPV ορίζεται σαν ένας μικρός ιός του DNA που προκαλεί τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων του ακανθωτού επιθηλίου και μυρμηκίες. Κυρίως, μπορούν να προσβληθούν παιδιά και νεοί ενήλικες, ενώ η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης παρατηρείται μεταξύ 12-16 ετών.

Η λοίμωξη με HPV μπορεί αν είναι κλινική, υποκλινική και λανθάνουσα. Οι κλινικές αλλοιώσεις συνήθως είναι ορατές με απλή επισκόπηση. Οι υποκλινικές αλλοιώσεις παρατηρούνται κυρίως με υποβοηθούμενη εξέταση, ενώ η λανθάνουσα λοίμωξη είναι πιο συχνή στα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων και περιγράφει την παρουσία του ιού HPV σε φυσιολογικό δέρμα. Έχει μελετηθεί και αποδειχθεί ότι ορισμένοι ιοί HPV είναι ογκογόνοι σε ζώα, ενώ η κακοήθης εξαλλαγή στον τράχηλο της μήτρα και στα γεννητικά όργανα σχετίζεται με την ύπαρξη κονδυλωμάτων, από τους ιούς HPV-16 και HPV-18. Σε γενικότερη ανάλυση οι άλλοι τύποι HPV δεν θεωρούνται ογκογόνοι.

Οι μυρμηκίες είναι μεταδοτικές και μπορούν πολύ εύκολα να εμφανιστούν και σε άλλες περιοχές του σώματος, ειδικά όταν έχει προηγηθεί τραυματισμός του δέρματος ή των βλεννογόνων. Για το λόγο αυτό είναι συχνότερες στα χέρια και στα πόδια.



Εικόνα 41 - Διάσπαρτες μυρμηκίες στα ακροδάκτυλα

### Οι τύποι των μυρμηκιών είναι:

- *Κοινές μυρμηκιά:* Οι κοινές μυρμηκιά είναι ασυμπτωματικές, αλλά τις περισσότερες φορές προκαλούν την απογοήτευση των ασθενών, καθώς είναι αρκετά αντιαισθητικές. Προκαλούνται από τους ιούς HPV-1, -2, -4, -27, -57, -63 και συνήθως εμφανίζονται μεταξύ της ηλικίας των 5 με 20 ετών. Η φυσική ιστορία των κοινών μυρμηκιών είναι η αυτόματη επούλωση. Συχνότερα, εντοπίζονται στις περιοχές των χεριών, με ιδιαίτερη προτίμηση στα δάχτυλα και τις παλάμες. Το μέγεθος των μυρμηκιών ποικίλει, από μέγεθος καρφίτσας σε περισσότερο από 1 cm, ενώ οι περισσότερες έχουν μέγεθος σχεδόν 5 mm. Έχουν την τάση να μεγαλώνουν σε μέγεθος για εβδομάδες έως και μήνες και συνήθως παρουσιάζονται με επηρμένες, αποστρογγυλεμένες βλατίδες, οι οποίες έχουν μία χαρακτηριστική τραχιά, γκριζωπή επιφάνεια. Στην επιφάνεια των μυρμηκιών είναι εύκολο να παρατηρηθούν μικροσκοπικές μαύρες κουκίδες, οι οποίες είναι θρομβωμένα διασταλμένα τριχοειδή αγγεία. Συχνότερα, εντοπίζονται στις περιοχές των χεριών, με ιδιαίτερη προτίμηση στα δάχτυλα και τις παλάμες. Στα άτομα που τρώνε τα νύχια τους μπορούν να παρατηρηθούν περιωνύχιες μυρμηκιά, καθώς επίσης να εμφανιστούν και στη γλώσσα και στα χείλη.



Εικόνα 42 - Κοινές μυρμηκιά

- *Ομαλές μυρμηκιά:* προκαλούνται από τους ιούς HPV-3, -10, -28 και -41. Κατά κύριο λόγο προσβάλλονται τα παιδιά και οι νεαροί ενήλικες. Τις περισσότερες φορές οι μυρμηκιά παρουσιάζονται ως μεγέθους 2-4 mm βλατίδες με επίπεδη επιφάνεια και είναι ελαφρώς ερυθματώδεις ή καφεοειδείς ε ανοιχτόχρωμο δέρμα και υπερχρωματικές σε σκουρόχρωμο δέρμα. Εμφανίζονται ομαδοποιημένες κυρίως στο πρόσωπο, το λαιμό, τις ραχιαίες επιφάνειες των χεριών, τους καρπούς, τους αγκώνες ή στα γόνατα, ενώ στο μέτωπο, τα μάγουλα, τη μύτη και την περιοχή γύρω από το στόμα και στην ράχη των χεριών έχουν διαίτερη προτίμηση.





Εικόνα 43 - Ομαλές μυρμηκίες

- *Πελματιαίες μυρμηκίες:* Κύρια ευθύνη για τις πελματιαίες μυρμηκίες έχουν οι ιοί HPV-1, -2, -4, -27 και -57. Ο μυρμηκιδής τύπος της μυρμηκιάς παρουσιάζεται ως λείας επιφάνειας, βαθύς, συχνά φλεγμαίνων και με επώδυνες βλατίδες ή πλάκες, κατά κύριο λόγο στα πέλματα, στις παλάμες, γενικότερα σε περιοχές που δέχονται πίεση όπως και στη μέση μετατάρσια περιοχή, αλλά και λίγο σπανιότερα κάτω ή δίπλα από τα νύχια και στις ράγες των δακτύλων. Μερικές φορές ομαδοποιούνται σαν μία οντότητα. Πρόκειται για μαλακούς πομφολυγώδους πυρήνες που περιβάλλονται από ένα σκληρό, κερατινοποιημένο δακτύλιο. Κάποιες φορές μπορεί να προκαλέσουν δυσκολία στη διαφοροδιάγνωση από τύλους και κάλους, αλλά έχουν ένα μαλακό κεντρικό πυρήνα και μαύρα αιμορραγικά στίγματα όταν διατέμνονται, γεγονός που δεν έχουν οι κάλοι.



Εικόνα 44 - Πελματιαίες μυρμηκίες

#### 4.16 ΘΥΛΑΚΙΤΙΔΑ

Η θυλακίτιδα ορίζεται ως μία φλεγμονώδης πάθηση που προσβάλλει τους θύλακες των τριχών και κατηγοριοποιείται σε σηπτική και άσηπτη θυλακίτιδα. Η σηπτική θυλακίτιδα στη περιοχή του γενείου είναι γνωστή ως σύκωση του γενείου, αλλά μπορεί να προσβληθεί και το δέρμα που φέρει τρίχες στα άκρα ή στον κορμό του σώματος, ιδιαίτερα με τη χρήση των τοπικών γλυκοκορτικοστεροειδών φαρμάκων. Η άσηπτη θυλακίτιδα είναι συχνότερη και προκαλείται από τη είσφρυση των τριχών. Εμφανίζεται κατά κύριο λόγο στην περιοχή της γενειάδας, κάτω από το λαιμό, αλλά και σε άλλα μέρη του σώματος, όπως στα άκρα και στους μηρούς. Η κατάσταση μπορεί να επιδεινωθεί σε άτομα δασύτριχα και κυρίως αν φοράνε στενά ρούχα ή αν έρχονται συχνά σε επαφή με πετρέλαιο, ή σε άτομα που έχουν τάση ακμής. Θυλακίτιδα, επίσης, μπορεί να παρουσιαστεί και σε όλο το τριχωτό της κεφαλής, εαν η περιοχή αυτή έχει ξυρισθεί κάποια χρονική στιγμή. Στην περίπτωση αυτή η θυλακίτιδα δεν παρουσιάζεται μόνο εξαιτίας της είσφρυσης των τριχών, αλλά μπορεί να είναι και επακόλουθο της μόλυνσης από το χρησιμοποιημένο ξυραφάκι.



Εικόνα 45 - Σηπτική θυλακίτιδα στην περιοχή του γενείου



Εικόνα 46 - Θυλακίτιδα με τη συνοδεία βλατίδων



## 5 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### 1)ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

- σελ.1285-1294(Ο ορισμός...λογικές...λειτουργίας του.)
- Εικόνα 121-1 σελ.128 -Εικόνα 121-1 σελ.1286
- Εικόνα 121-2 σελ.1287 -Εικόνα 121-3 σελ.1287
- Εικόνα 121-4 σελ.1289-Πίνακας 121-2 σελ.1290
- Πίνακας 121-3 σελ.1291- Εικόνα 121-5 σελ.1293
- Applegate WB, Blass, JP, Williams TF: Instruments for the functional assessment of older patients. N Engl J Med 322:1207 – 1214, 1990.
- Francis J, Martin D, Kapoor WN: A prospective study of delirium in hospitalized elderly. JAMA 263:1097 – 1101. 1990.
- Grisso JA, Kelsey JL, Strom BL, Chiu GY, Maislin G, O'Brien LA, Hoffman S, Kaplan F: Risk factors for falls as a cause of hip fractures in women. N Engl J Med 324:1326 – 1331, 1991.
- Hazzard WR, Andres R, Bierman EL, et al (eds): Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 2nd ed. New York, McGraw-Hill Book Co, 1990.
- Katzman R, Jackson JE: Alzheimer's disease: Basic and clinical advances. J Am Geriatr Soc 39:516 – 525, 1991.
- Miller RA: Minireview. The cell biology of aging: Immunological models. J Gerontol 44:4 – 8, 1989.
- Montamat SC, Cusack BJ, Vestel RE: Management of drug therapy in the elderly. N eng J Med 321:303 – 309, 1989.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- 1)Εγχειρίδιο Γηριατρικής: Φραγκίσκου Ιωαν.Χανώτη(Διδάκτωρ Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών)

-σελ.145-147: Το δέρμα...αυχένα

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

1)Σημειώσεις Δερματολογίας 4: Παπαδόπουλος Ιορδάνης(Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Κοσμητολόγος-Αισθητικός Α.Τ.Ε.Ι.Θ)Νοέμβριος 2014

-σελ.15: Το προσβεβλημένο...χημειοθεραπεία/Η συμμετοχή...αγωγή

-σελ.25: Τα γεγονότα...κνησμός...μετά την εμμηνόπαυση/ Ο κόλπος...ηλικία/ Η ουροδόχος...οιστρογόνων

-σελ.26: Η δυσμενής...ιδρωτοποιών αδένων

-σελ.13: Οι γυναίκες...ίση/ Η αιτιολογία...Koebner/Μπορεί...ερυθροδερμική ψωρίαση

-σελ.14: Ο Αισθητικός...ασθενή

2) Διατροφή για Υγεία, Άσκηση και Αθλητισμό: (Μαρία Χασαπίδου, Άννα Φαχαντίδου-university studio press)

-σελ.248: Ο διαβήτης..ινσουλινοεξαρτώμενους

3) Αποτρίχωση με laser και IPL: (Ιωάννα Χ.Λεονταρίδου-university studio press)

-σελ.104(Ο σχηματισμός...εφαρμογής)

4) ΑΤΛΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ: Anthony du Vivier με έγχρωμες εικόνες/ Γενική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Χριστίνα Αντωνίου, Ανδρέας Κατσάμπας/ εκδόσεις: Broken Hill

-σελ.188-189: Ινοιστιοκυτταρικοί όγκοι...όμως στα άκρα

-σελ.143: Οι σπίλοι...μεικτός τύπος κυττάρων

-σελ.149: Σπίλος συνδετικού...ελαστώματα.

-σελ.99: Κοινή...γεννητικών οργάνων

-σελ.70-71: Σμηγματορροϊκό...ξηρότητα δέρματος

-σελ.212 :Ακτινική...λευκοπλακία

-σελ.206-207 : Εφηλίδες...μύτης

-σελ.406 : Δήγματα...Ταυλάνδης/Κλινικά...αστραγάλους

- σελ.358: Μυρμηκιές...σωλήνα
- σελ.57 : Εικόνα 3.1-3.2
- σελ.67: Θεραπευτική...μαλακτικά είναι τα ακόλουθα
- σελ.589: Κλινικά...ούρηση
- σελ.590: Άνδρες...πέους

5)Εγχειρίδιο Γηριατρικής: Φραγκίσκου Ιωαν.Χανώτη(Διδάκτωρ Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών)

- σελ.146-147: Πολύ συνηθισμένο...αλκοολισμός

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

1)ΑΤΛΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ: Anthony du Vivier με έγχρωμες εικόνες/ Γενική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Χριστίνα Αντωνίου, Ανδρέας Κατσάμπας/ εκδόσεις: Broken Hill

- σελ.262:Πρόκειται...κυκλοφορίας-σελ.263:Το κακόηθες...και τέλος στο δέρμα
- σελ.262: Αν και το κακόηθες...μορφή καρκίνου
- σελ.262: Ο τύπος της έκθεσης...ηλιακή ακτινοβολία/σελ.263: Το οζώδες...40 ετών/  
σελ.263: Έτσι η πρόγνωση...παρά στους άνδρες
- σελ.262: Τη μεγαλύτερη...ηλιακού εγκαύματος
- σελ.263: Παρόλ'αυτά υπάρχουν...δυσπλαστικών σπίλων
- σελ.265-267: Μορφές κακοήθους...βλάβη από τον ήλιο ή ελάστωση
- σελ.267-268: Επιφανειακά επεκτεινόμενο...με άτυπους και άλλου είδους σπίλους
- σελ.268-269: Κακόηθες μελάνωμα των άκρων...ή στην παλάμη
- σελ.269-270: Μελάνωμα των βλεννογόνων...από τον όνυχα
- σελ.271-272: Βλατιδώδες και οζώδες...ή στον κορμό(άνδρες)
- σελ.274-275: Δεσμοπλαστικό μελάνωμα...κεφάλι ή στο λαιμό
- Εικόνα 11.54 σελ.265 -Εικόνα 11.57 σελ.266-Εικόνα 11.58 σελ.266
- Εικόνα 11.59 σελ.266-Εικόνα 11.60 σελ.266-Εικόνα 11.61 σελ.267
- Εικόνα 11.63 σελ.267-Εικόνα 11.66 σελ.268-Εικόνα 11.67 σελ.268

- Εικόνα 11.68 σελ.268-Εικόνα 11.69 σελ.269 -Εικόνα 11.70 σελ.269
- Εικόνα 11.72 σελ.269-Εικόνα 11.74 σελ.270-Εικόνα 11.78 σελ.271
- Εικόνα 11.80 σελ.271-Εικόνα 11.85 σελ.273-Εικόνα 11.86 σελ.273
- Εικόνα 11.87 σελ.273

2)ROOK'S TEXTBOOK OF DERMATOLOGY: volume 2 seventh edition /edited by Tony Burns, Stephen Breathnach, Neil Cox, Christopher Griffiths/εκδόσεις: Blackwell Publishing

- 38.23: In the USA..per annum
- 38.23: In Scotland..tumours
- 38.25: Patients...to sunlight
- 38.25:They also have...tendency
- 38.31: As the name suggests...nerve trunks

3)ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΝΙΤΑΚΗ(Κωνσταντίνου Ι.) εκδόσεις: Σακκούλα Θεσ/κη 1982

- σελ.1449-1451: Αλωπεκία...μη ουλωτικής αλωπεκίας/σελ.1474-1479-ονομαστικά αλωπεκίες: Άλλα είδη...τραυματική αλωπεκία
- σελ.1481-1482: Ουλωτική αλωπεκία...αγνώστου αιτιολογίας/ σελ.1482-1484-ονομαστικά νόσοι και λοιμώξεις:Ερυθματώδης...Quinsquad
- σελ.1451-1458: Γυροειδής αλωπεκία...εικ.554/σελ.1466-1471: Αλωπεκία ανδρικού τύπου...προσοχήν του πάσχοντος
- σελ.1435-1436: Τριχόγραμμα...αποπιπτουσών τριχών
- σελ.1454(Εικόνα 549-550)/σελ.1455(Εικόνα 551)/σελ.1468(Εικόνα 560)/σελ.1469(Εικόνα 561)/σελ.1470(Εικόνα 562-563)/σελ.1483(Εικόνα 569)

4)Handbook of diseases of the hair and scalp(Rodney D.Sinclair, Cedric C.Banfield, Rodney P.R.Dawber) εκδόσεις: Blackwell Science

- κεφάλαιο 5-σελ.64-68:Acute telogen...ferritin below 20μg/l
- σελ.66(Εικόνα 5.2)/σελ.67(Εικόνα 5.6)

5) ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ (Boni E. Elewski, Lauren C. Hughey, Margaret E. Parsons) Ιατρικές εκδόσεις Κωνσταντάρας

-σελ.71(Εικόνα)

6) ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ/(Νικόλαος Γ. Σταυριανέας-Ανδρέας Μ. Γιακουμέττης) εκδόσεις Πασχαλίδη

-σελ.179-187: Αιτιολογία...βασικοκυτταρικά αμαρτώματα

-σελ.183(Εικόνα 2)/σελ.184(Εικόνα 5 και 6)/σελ.185(Εικόνα 8)

-σελ.195-198: Ο δερματικός...σπάνιος ο ΑΚ/σελ.199(Εικόνα 2 και 3)

-σελ.206(ΑΚ Αναπτυσσόμενο...χρώσεις)

-σελ.207-208(Περιωνύχιος...Helwig)

7) ΑΤΛΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ: Anthony du Vivier

-σελ.221-225(Ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα...πτωχότερη πρόγνωση)

8) ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ/(Νικόλαος Γ. Σταυριανέας-Ανδρέας Μ. Γιακουμέττης) εκδόσεις Πασχαλίδη

-σελ.115-117(Ορισμός...κυττάρων σ' αυτό)

-Εικόνα 1 σελ.183-Εικόνες 5,6 σελ.184- Εικόνες 2,3 σελ.199

ΑΤΛΑΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ(Ιωάννη Α. Καπετανάκη)/επιστημονικές εκδόσεις Γρηγορίου κ. Παρισσιανού Αθήνα 1980

-σελ.186(Εικόνα 440 δερματικό κέρας)

9) ΑΤΛΑΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ(Ιωάννη Α. Καπετανάκη)/επιστημονικές εκδόσεις Γρηγορίου κ. Παρισσιανού Αθήνα 1980

-Εικόνα 358-359 σελ.154

-σελ.155(Όγκοι..σμηγματογόνων...κορμό)

-Εικόνα 360 σελ.157

10) ΑΤΛΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ: Anthony du Vivier

-σελ. 208-211, Ακτινική Υπερκεράτωση

-σελ. 450-455, Γεροντική Πορφύρα

-σελ. 696-699, Ονυχομυκητίαση

-σελ. 376-377, Παράτριμμα

-σελ. 582-584, Σκληροδερμία

-σελ. 57, Έκζεμα -σελ. 58, Ατοπικό Έκζεμα –σελ. 70-71, Σμηγματορροϊκό Έκζεμα

-σελ. 97-102, Ψωρίαση

-σελ. 358-362, Μυρμηκιές

-σελ.740-741, Θυλακίτιδα

11) ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ: William D. James, Timothy G. Berger, Dirk M. Elston

-σελ. 1005-1010, Γεροντική Πορφύρα

-σελ. 392-394, Ονυχομυκητίαση

-σελ. 346, Παράτριμμα

-σελ. 226-230, Σκληροδερμία

-σελ. 253-259, Ψωρίαση

-σελ. 109-110, Έκζεμα

-σελ. 514-521, Μυρμηκιές

-σελ. 326, Θυλακίτιδα

12) Άρθρο- published by Saptarshi Paul, Harishchandra Badekila, Anantha Prabhu Kumble

Department of General Surgery, Yenepoya Medical College, Mangalore, Karnataka, India

-Malignant proliferating trichilemmal tumor of the scalp with secondary infection in an elderly man(Malignant proliferating...nuclear anaplasia)

-Figure 1and 2

[http://www.amhsjournal.org/article.asp?issn=2321-4848;year=2015;volume=3;issue=1;spage=94;epage=96;aulast=Paul\(2015\)/](http://www.amhsjournal.org/article.asp?issn=2321-4848;year=2015;volume=3;issue=1;spage=94;epage=96;aulast=Paul(2015)/)

13) Άρθρο- Clinical Characteristics of Epidermoid Cysts of the External Auditory Canal (Clinical characteristics...introduction-the epidermoid cyst... exclude malignancy-subjects and methods...discussion...cysts of the cartilaginous EAC)



-Εικ.1,2,,3,4,5

<https://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.7874/jao.2016.20.1.36>( απρίλης 2016

14) Άρθρο- Published by Afton Metkowski ,Rodrigo Valdes-Rodriguez, Gil Yosipovitch/October 2015

[http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-642-27814-3\\_158-1/](http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-642-27814-3_158-1/)

15) Advanced age pruritus/ look from the inside of the book: Live reference- constantly updated [springer.com/](http://springer.com/) springer reference

16) Άρθρο- Published by Kevin Chun-Kai Wang/2015

Pruritus in older patients/ look from the inside of the book: Advances in geriatric dermatology

[http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-18380-0\\_2](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-18380-0_2)

17) Άρθρο: - Published by American Academy of Dermatology

Actinic Keratosis

<https://www.aad.org/public/diseases/scaly-skin/actinic-keratosis#causes>

- Published by Scott M. Dinehart, M.D. January 2000

The Treatment of Actinic Keratosis

[http://www.jaad.org/article/S0190-9622\(00\)47194-X/abstract](http://www.jaad.org/article/S0190-9622(00)47194-X/abstract)

18) Άρθρο: - Published by David J. Kuter, MD, DPhil, Harvard Medical School;Massachusetts General Hospital Cancer Center September 2014

Senile Purpura

<https://www.msdmanuals.com/professional/hematology-and-oncology/bleeding-due-to-abnormal-blood-vessels/senile-purpura>

- Published by Ken Hiu-Kan Ip, Medical Student, University of Auckland. Chief Editor: Dr Amanda Oakley, Dermatologist, Hamilton New Zealand. February 2014

Senile Purpura

<http://www.dermnetnz.org/topics/senile-purpura/>

19) Άρθρο: - Published by MONICA G. KALRA, DO, Methodist Health System of Dallas, Dallas, Texas KIM E. HIGGINS, DO, Physician Senior Services, Dallas, Texas BRUCE S. KINNEY, DO, Methodist Health System of Dallas, Dallas, Texas April 1, 2014

Intertrigo and Secondary Skin Infections

[http://www.drkney.com/pdfs/intertrigo\\_040114.pdf](http://www.drkney.com/pdfs/intertrigo_040114.pdf)

- Published by Patriek Mistiaen and Meike van Halm-Walters 13 July 2010

Prevention and treatment of intertrigo in large skin folds of adults: a systematic review

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-9-12>

20) Άρθρο: - Published by Archana Singal Deepshikha Khanna 21-Oct-2011

Onychomycosis: Diagnosis and management

<http://www.ijdvl.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2011;volume=77;issue=6;spage=659;epage=672;aulast=Singal>

- Published by Boni E. Elewski 1998

Onychomycosis: Pathogenesis, Diagnosis, and Management

<http://cmr.asm.org/content/11/3/415.short>

21)Άρθρο: - Published by Magdalena Marek and Robert Rudny 2016 Jun 3

Scleroderma of geriatric age and scleroderma-like paraneoplastic syndrome – description of two cases

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4918051/>