



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (Σ.Ε.Υ.Π.)

ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

"ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ"



Επιβλέπων Καθηγητής: κ. Παπαδόπουλος Ιορδάνης

Φοιτήτριες:

Γαγάνη Δήμητρα (Α.Μ. 2013/4295)

Μπόππη Χριστίνα (Α.Μ. 2013/4289)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος-Ευχαριστίες.....	7
Περίληψη στα ελληνικά.....	8
Περίληψη στα αγγλικά.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΓΚΟΣ.....	9
1.1 Ορισμός.....	9
1.2 Κατηγορίες Όγκων.....	9
1.2.1 Καλοήθεις όγκοι.....	9
1.2.2 Κακοήθεις όγκοι.....	10
1.3 Διάγνωση Όγκων.....	10
1.3.1 Διάγνωση καλοηθών όγκων.....	11
1.3.2 Διάγνωση καρκίνου.....	11
1.4 Όγκος: Αιτίες.....	12
1.4.1 Ηλιακή ακτινοβολία UV.....	12
1.4.2 Διατροφικές συνήθειες.....	13
1.4.3 Ιοί.....	13
1.4.4 Χημικοί τρόποι.....	13
1.4.5 Ορμονικοί λόγοι.....	13
1.4.6 Κληρονομικότητα.....	14
1.4.7 Τρόπος ζωής.....	14
1.5 Θεραπεία Όγκων.....	15
1.5.1 Θεραπεία Καλοηθών Όγκων.....	15

1.5.1.1 Χειρουργική Επέμβαση.....	15
1.5.1.2 Αφαίρεση Με Laser ή IPL.....	16
1.5.1.3 Κρυοθεραπεία.....	16
1.5.1.4 Ηλεκτροχειρουργική.....	17
1.5.2 Θεραπεία Κακοηθών Όγκων.....	17
1.5.2.1 Θεραπεία Με Ορμόνες.....	18
1.5.2.2 Θεραπεία Με Ακτινοβολία.....	18
1.5.2.3 Χημειοθεραπεία.....	19
1.5.2.4 Χειρουργική Επέμβαση.....	20
1.5.2.5 Κρυοθεραπεία.....	20
1.6 Πρόληψη.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑΣ.....	22
2.1 Ορισμός Επιδερμίδας.....	22
2.2 Στιβάδες Της Επιδερμίδας.....	23
2.3 Καλοήθεις Όγκοι Της Επιδερμίδας.....	24
2.3.1 Σμηγματορροϊκές Υπερκερατώσεις.....	24
2.3.2 Κερατοακάνθωμα.....	25
2.3.3 Ακάνθωμα από Διαυγή Κύτταρα του DEGOS.....	26
2.3.4 Δυσκερατωσικά Ακανθώματα.....	27
2.3.5 Άλλα Επιδερμικά Ακανθώματα.....	27
2.3.6 Επιδερμικά Αμαρτώματα.....	27
2.3.7 Ρωγμώδες Ακάνθωμα.....	29
2.3.8 Ακροχορδόνες.....	29

2.3.9 Κύστεις.....	30
2.3.10 Σπίλοι.....	32
2.3.10.1 Μέθοδοι Αφαίρεσης Σπίλων.....	32
2.3.10.2 Αιτίες Αφαίρεσης Σπίλων.....	32
2.3.10.3 Είδη Σπίλων.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΧΟΡΙΟΥ.....	39
3.1 Ορισμός Χορίου.....	39
3.2 Κύτταρα Χορίου.....	40
3.3 Ίνες Χορίου.....	41
3.4 Βασική Ουσία Χορίου.....	41
3.5 Αγγεία Και Νεύρα Χορίου.....	41
3.6 Καλοήθεις Όγκοι Του Χορίου.....	43
3.6.1 Όγκοι Του Ινώδους Ιστού.....	43
3.6.2 Ινοϊστιοκυτταρικοί Όγκοι.....	44
3.6.3 Όγκοι Του Νευρικού Ιστού.....	45
3.6.4 Όγκοι Του Λιπώδους Ιστού.....	46
3.6.5 Όγκοι Του Μυϊκού Ιστού.....	48
3.6.6 Όγκοι Αγγειακής Προέλευσης (Αμαρτώματα, Δυσπλασίες, Υπερπλασίες, Καλοήθη Νεοπλάσματα).....	49
3.6.7 Αμαρτώματα.....	57
3.6.8 Δυσπλασίες.....	58
3.6.9 Υπερπλασίες.....	62
3.6.10 Καλοήθη Νεοπλάσματα.....	64

3.6.11 Κεγγρία.....	68
3.6.12 Τερατώματα/Τερατοειδείς Κύστεις.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ....	69
4.1 Ορισμός.....	69
4.2 Καλοήθεις Όγκοι Των Εκκρινών Αδένων.....	69
4.2.1 Εκκρινές Ιδροκύστωμα.....	70
4.2.2 Συριγγώματα.....	70
4.2.3 Εκκρινή Ακροσπειρώματα.....	71
4.2.3.1 Ορισμός.....	71
4.2.3.2 Εκκρινές Πόρωμα.....	71
4.2.3.3 Απλό Ιδρωτοακάνθωμα.....	72
4.2.3.4 Χοριακός Σωληνώδης Όγκος.....	72
4.2.3.5 Συρριγγοακάνθωμα.....	72
4.2.4 Εκκρινές Συριγγοϊνοαδένωμα.....	73
4.2.5 Εκκρινές Θηλώδες Αδένωμα.....	73
4.2.6 Εκκρινές Σπειραδένωμα.....	74
4.2.7 Οζώδες Ιδρωταδένωμα.....	74
4.2.8 Χονδροειδές Συρίγγωμα.....	75
4.3 Καλοήθεις Όγκοι Των Αποκρινών Αδένων.....	76
4.3.1 Αποκρινές Ιδροκύστωμα.....	76
4.3.2 Θηλωματώδες Ιδρωταδένωμα.....	76
4.3.3 Θηλωματώδες Συριγγοκυσταδένωμα.....	77
4.3.4 Αποκρινή Αδενώματα.....	77

4.3.5 Κυλίνδρωμα.....	78
4.4 Καλοήθεις Όγκοι Των Σμηγματογόνων Αδένων.....	79
4.4.1 Ορισμός.....	79
4.4.2 Σμηγματικός Σπίλος.....	79
4.4.3 Επίκτητη Σμηγματική Υπερπλασία.....	80
4.4.4 Σμηγματικές Κύστεις.....	81
4.4.5 Σμηγματικό Αδένωμα.....	81
4.5 Καλοήθεις Όγκοι Των Τριχών.....	82
4.5.1 Ορισμός.....	82
4.5.2 Τριχοθυλάκωμα.....	83
4.5.3 Τριχικός Σπίλος.....	83
4.5.4 Όγκοι Της Τριχικής Χοάνης.....	83
4.5.5 Ινοθυλάκωμα.....	85
4.5.6 Τριχοαδένωμα.....	85
4.5.7 Θυλακικές Κύστεις.....	85
4.5.7.1 Κύστεις Της Τριχικής Χοάνης.....	86
4.5.7.2 Τριχειλημματώδεις Κύστεις.....	87
4.5.8 Τριχειλήμωμα.....	87
4.5.9 Πιλοματρίκωμα.....	88
4.5.10 Αδιαφοροποίητοι Θυλακικοί Όγκοι.....	88
4.5.11 Όγκοι Του Περιθυλακικού Μεσεγγύματος.....	90
Βιβλιογραφία.....	91

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η πτυχιακή μας εργασία με τίτλο “Καλοήθεις όγκοι του δέρματος” είναι αποτέλεσμα έντονης ζύμωσης πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, για να μπορέσουμε να καταγράψουμε αναλυτικά και με την πι σωστή μέθοδο τις πληροφορίες. Προσπαθήσαμε να καλύψουμε όσο το δυνατόν μεγαλύτερο φάσμα πληροφοριών και να καταγράψουμε τους βασικότερους από τους καλοήθεις όγκους. Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός, χωρίσαμε την πτυχιακή μας εργασία σε τέσσερα κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο, αναφέρουμε τον ορισμό του όγκου, καθώς και τα αίτια προδιάθεσής τους, όπως, επίσης και τις μεθόδους αντιμετώπισης και διάγνωσής τους. Στο δεύτερο, αναφέρουμε τους καλοήθεις όγκους της επιδερμίδας και τον ορισμό της, μαζί με τα επιμέρους τμήματά της, Στο τρίτο κεφάλαιο, επισημαίνουμε τους καλοήθεις όγκους του χορίου, τον ορισμό του χορίου και τα συστατικά του. Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο, κάνουμε λόγο για τους καλοήθεις όγκους των εξαρτημάτων του δέρματος.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε προσωπικά τον καθηγητή μας κ. Παπαδόπουλο Ιορδάνη, ο οποίος στάθηκε σύμβουλος και βοηθός μας σε όλα σε όλα τα στάδια ολοκλήρωσης της πτυχιακής μας εργασίας.

Γαγάνη Δήμητρα

Μπόππη Χριστίνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι καλοήθεις όγκοι του δέρματος είναι δυνατό να εμφανιστούν στην επιδερμίδα, στο χόριο ή υπόδερμα, ακόμα και στα εξαρτήματα του δέρματος, όπως είναι οι αδένες και οι τρίχες. Εκδηλώνονται πολύ συχνά σε ανθρώπους οποιασδήποτε ηλικίας, συνήθως, στις εκτεθειμένες περιοχές του σώματος, όπως είναι το πρόσωπο ή το τριχωτό της κεφαλής. Ωστόσο, οι περισσότερες καλοήθειες έχουν την τάση να αναπτύσσονται με αργό ρυθμό, μη μπορώντας να εξελιχθούν σε κάποια κακοήθεια. Κάποιες παθήσεις δεν παρουσιάζουν κανένα απολύτως σύμπτωμα, ενώ άλλες εμφανίζουν δυσάρεστα συμπτώματα. Έτσι, δεν είναι λίγοι οι ασθενείς που αποφασίζουν να αποχωριστούν το πρόβλημα μέσω ποικίλων μεθόδων αντιμετώπισης, είτε για λόγους ανακούφισης από τα συμπτώματα, είτε για αισθητικούς λόγους.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: καλοήθεις όγκοι του δέρματος, θεραπεία, αιτιολογία ογκογένεσης, διάγνωση

ABSTRACT

Benign skin tumors can appear on the epidermis, dermis, or underlying, even on skin components such as glands and hair. They occur very often in people of any age, usually in the exposed areas of the body, such as the face or scalp. However, most benign tumors tend to develop slowly, unable to develop into malignancy. Some diseases have absolutely no symptoms, while others show unpleasant symptoms. Thus, there are few patients who decide to separate the problem through a variety of methods of treatment, either for relief of symptoms or for aesthetic reasons.

KEY WORDS: benign skin tumors, treatment, tumorigenesis, diagnosis

Κεφάλαιο 1: Όγκος

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Κάθε ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από κύτταρα, τα οποία σε φυσιολογικές συνθήκες πολλαπλασιάζονται έτσι ώστε να πάρουν τη θέση των φθαρμένων κυττάρων. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατό τα κύτταρα να μεταλλαχτούν και να αυξηθούν σε αριθμό, δημιουργώντας έτσι, μια σταδιακή συνάθροιση κυττάρων σε κάποια περιοχή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της έκτασης της περιοχής αυτής που καλείται όγκος. Ο όγκος προκύπτει από τη δημιουργία καινούριων κυττάρων εξαιτίας του πολλαπλασιασμού των ήδη φθαρμένων κυττάρων δίχως να χρειάζεται να γίνει αυτό.

1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΟΓΚΩΝ

Οι όγκοι διακρίνονται σε δυο κατηγορίες:

- Καλοήθεις όγκοι
- Κακοήθεις όγκοι

1.2.1 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Οι καλοήθεις όγκοι είναι όγκοι, οι οποίοι αναπτύσσονται πολύ πιο αργά από τους κακοήθεις όγκους και έχει διαπιστωθεί ότι συναντώνται συχνότερα. Χαρακτηριστικό αυτών των όγκων είναι η ανικανότητα της μετάστασης σε γειτονικά μέρη του ανθρώπινου οργανισμού, με αποτέλεσμα να μην επηρεάζεται συνήθως, η υγεία του ανθρώπου. Μερικοί από τους καλοήθεις όγκους είναι οι εξής:

- καλοήθεις σπίλοι: συναντώνται στο δέρμα
- λιπώματα: υπάρχουν στο δέρμα

- καλοήθεις κύστεις: υπάρχουν στο στήθος
- καλοήθεις όγκοι του βλεννογόνου του στομάχου
- ογκοκύττωμα: καλοήθης όγκος του νεφρού

1.2.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Οι κακοήθεις όγκοι ή αλλιώς καρκίνος είναι η μη κανονική υπέρμετρη διαίρεση των κυττάρων που έχουν την ικανότητα να κάνουν μετάσταση σε άλλα μέρη του σώματος. Επίσης, μια κακοήθης μάζα κυττάρων δεν είναι οπωσδήποτε ανεξάρτητη, αφού εξακολουθεί να φέρει κοινά στοιχεία με τα κύτταρα που δημιουργήθηκε. Ορισμένες φορές είναι εύκολο να οδηγηθεί μια καλοήθεια σε κακοήθεια. Για το λόγο αυτό, πρέπει να υπάρχει έλεγχος των συμπτωμάτων από ειδικούς ιατρούς. Έχει διαπιστωθεί ότι τα καρκινικά κύτταρα είναι περισσότερο εύκαμπτα από τα φυσιολογικά κύτταρα γεγονός που τείνει στην ευκολότερη εξάπλωση του όγκου. Κάποιοι από τους πιο γνωστούς κακοήθεις όγκους είναι οι παρακάτω:

- κακοήθες μελάνωμα: απαντάται στο δέρμα
- οστεοσάρκωμα: συναντάται στα οστά
- κακοήθες λέμφωμα: συναντάται σε διάφορα μέρη του σώματος

1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ

Ορισμένοι όγκοι καλοήθεις και κακοήθεις μπορούν να παρουσιάσουν ομοιότητες στον τρόπο της διάγνωσής τους. Ενώ κάποιοι όγκοι είναι εμφανείς σαν τους καλοήθεις και τους κακοήθεις όγκους του δέρματος, κάποιοι άλλοι είναι δυνατό να διαγνωστούν μέσω διαφόρων εξετάσεων που γίνονται εξαιτίας της εμφάνισης απλών ή ενοχλητικών συμπτωμάτων. Δεν είναι σπάνιο φαινόμενο

μερικοί όγκοι καλοήθεις ή κακοήθεις να διαγνωστούν με εντελώς τυχαίο τρόπο.

1.3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ

Ένα μεγάλο ποσοστό καλοηθειών δεν είναι απαραίτητο να αφαιρεθούν, αφού πολλοί από αυτούς δεν είναι σε θέση να αναπτυχθούν περαιτέρω και να κάνουν μετάσταση σε άλλα μέρη του ανθρώπινου σώματος. Επίσης, μερικές από τις καλοήθειες δεν παρουσιάζουν κανένα ενοχλητικό σύμπτωμα, οπότε και δεν απαιτούν καμία αντιμετώπιση. Η διάγνωση των συγκεκριμένων όγκων μπορεί να επιτευχθεί με τις ακόλουθες μεθόδους:

- κάποιες καλοήθειες ψηλαφώνται, όπως, για παράδειγμα στο στήθος και για το λόγο αυτό, πρέπει να αφαιρεθούν έτσι ώστε να διαπιστωθεί αν όντως αντιπροσωπεύουν τους καλοήθεις όγκους ή αν θεωρούνται ύποπτοι για να μετατραπούν σε καρκίνο.
- οι διάφορες μορφές των όγκων του δέρματος διαθέτουν κλινικά χαρακτηριστικά που είναι εμφανή στο δέρμα.
- με την αξονική ή μαγνητική τομογραφία
- ορισμένοι τύποι καλοηθών όγκων έχουν την τάση να παρουσιάζουν συμπτώματα που οδηγούν τον ασθενή στην εξέταση από τον ιατρό για να εξακριβωθεί τι ακριβώς έχει.

1.3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Διάφοροι καρκίνοι δεν παρουσιάζουν συνήθως συμπτώματα με αποτέλεσμα να ανιχνεύονται αρκετά αργά όταν είναι πλέον επικίνδυνοι για την υγεία του ανθρώπου. Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη θεραπεία. Η ανίχνευση του καρκίνου ενδέχεται να πραγματοποιηθεί με τα παρακάτω μέσα:

- με εξέταση του ιστού που πάρθηκε σαν δείγμα έτσι ώστε να φανεί αν πρόκειται για καλοήθη ή κακοήθη όγκο

- με εξέτασης αίματος προκειμένου να ανιχνευτούν στοιχεία που συνδέονται με τους καρκίνους
- με ακτινογραφίες
- με αξονική ή μαγνητική τομογραφία
- με υπερηχογράφημα
- έλεγχος συμπτωμάτων από τον ιατρό

1.4 ΟΓΚΟΣ: ΑΙΤΙΕΣ

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που ευθύνονται για τη δημιουργία όγκων τόσο καλοηθών όσο και κακοηθών, καθώς, επίσης, είναι ικανό να ευθύνονται και συνδυαστικά κάποιοι από τους παράγοντες αυτούς. Σταδιακά, εφόσον το σώμα είναι επιρρεπές σε κάποια ή κάποιες από τις παρακάτω αιτίες, είναι πιθανό να σχηματιστούν κάποιες μάζες κυττάρων σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Ειδικότερα, οι λόγοι δημιουργίας των όγκων τόσο κακοηθών όσο και καλοηθών αναφέρονται παρακάτω:

1.4.1 ΗΛΙΑΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ UV

Η ηλιακή ακτινοβολία UV που εκπέμπεται από τον ήλιο είναι βλαβερή για τα κύτταρα που υπάρχουν στο δέρμα, διότι καταστρέφονται έπειτα από μακροχρόνια έκθεση στον ήλιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ήπιων βλαβών του δέρματος όπως είναι ο σχηματισμός εφηλίδων, ποικίλων σπύλων, εφελκίδων, αλλά και σοβαρότερων βλαβών του δέρματος, όπως είναι η ανάπτυξη μελανωμάτων. Για το λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητο ο άνθρωπος να αποφεύγει την έκθεση στον ήλιο κυρίως, το μεσημέρι που η ηλιακή ακτινοβολία είναι πιο βλαβερή.

1.4.2 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Η σωστή διατροφή συμβάλλει θετικά στην υγεία του ανθρώπου. Έχει παρατηρηθεί πως άνθρωποι που τρέφονται με μεγάλες ποσότητες οπωρολαχανικών διατρέχουν μικρό κίνδυνο να παρουσιάσουν κάποιας μορφής όγκο, διότι περιέχουν συστατικά που αποτρέπουν τον καρκίνο. Ωστόσο, μερικές τροφές έχουν υψηλό ποσοστό να προκαλέσουν κάποιων ειδών καρκίνους. Έτσι, καλό είναι να αποφεύγονται τροφές που περιλαμβάνουν πολλά λιπαρά, οι οποίες ενδέχεται να προκαλέσουν καρκίνο στομάχου ή καρκίνο παχέως εντέρου.

1.4.3 ΙΟΙ

Δεν είναι λίγες οι φορές που έχει προκληθεί ένας όγκος από τη δράση κάποιων ιών. Τέτοιοι ιοί είναι ο ιός ανθρώπινων θηλωμάτων HPV που συνδέεται με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, αλλά και τον καρκίνο των αμυγδαλών. Επιπλέον, οι ασθενείς που πάσχουν για πολύ μεγάλο διάστημα από τον ιό της ηπατίτιδας Β και C, δύνανται να νοσήσουν από όγκο στο ήπαρ.

1.4.4 ΧΗΜΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ

Αρκετά προϊόντα περιέχουν χημικές ενώσεις, οι οποίες είναι επικίνδυνες για την υγεία των ανθρώπων, αφού μπορούν να προκαλέσουν ποικίλες μορφές καρκίνου. Αυτές οι ενώσεις ονομάζονται πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες και συνήθως αποτελούν την πίσσα του τσιγάρου, τη ναφθαλίνη, αλλά και πολλά ακόμα προϊόντα που χρησιμοποιούνται καθημερινά.

1.4.5 ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ

Δύναται να προκύψει ένας όγκος εξαιτίας της υπέρμετρης έκκρισης ορμονών τόσο από το ίδιο το σώμα όσο και από την παροχή ορμονών μέσω φαρμάκων.

Με αυτό τον τρόπο, κλονίζεται η φυσιολογική αναλογία των διαφόρων ορμονών κι, ως εκ τούτου να υπάρχει κίνδυνος ύπαρξης όγκου στο γεννητικό σύστημα του άνδρα ή της γυναίκας.

1.4.6 ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Ένα ποσοστό των όγκων που σχηματίζονται στους ασθενείς προέρχεται από κληρονομική προδιάθεση για καρκίνο. Το γενετικό υλικό των κυττάρων μπορεί να μην είναι φυσιολογικό σε ανθρώπους που παρουσιάζονται γενετικές παθήσεις. Επιπροσθέτως, είναι πιθανό να μην υπάρχει η δυνατότητα να διορθωθεί το γενετικό αυτό υλικό. Στα άτομα αυτά υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να παρουσιαστεί ένας κακοήθης όγκος.

1.4.7 ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

Στην καλή υγεία του ανθρώπου σημαντικό ρόλο παίζουν οι καθημερινές συνήθειές του. Σε αυτή συμβάλλουν πολλοί παράγοντες και είναι οι ακόλουθοι:

- γυμναστική σε καθημερινή βάση
- αποφυγή οινόπνευματών ποτών
- αποφυγή καπνίσματος, αλλά και αποφυγή του παθητικού καπνίσματος
- αποφυγή στρες

Το κάπνισμα και τα οινόπνευματώδη ποτά, κυρίως όταν λαμβάνονται σε υψηλές ποσότητες, μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο στους πνεύμονες, καρκίνο στο λάρυγγα και καρκίνο στο συκώτι.

1.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΓΚΩΝ

Σε ένα σημαντικό ποσοστό είναι χρήσιμη η αντιμετώπιση της ύπαρξης των όγκων για ποικίλους λόγους. Αρχικά, είναι αναγκαίο να εκτιμηθούν ορισμένες παράμετροι έτσι ώστε να ληφθεί υπόψη το μέγεθος του προβλήματος. Για παράδειγμα, κρίνεται απαραίτητη η κατηγοριοποίηση της κάθε μάζας κυττάρων, αφού, πάντοτε οι κακοήθεις μάζες χρήζουν αντιμετώπισης. Όμως, συχνό φαινόμενο αποτελεί και η μόνιμη αντιμετώπιση των καλοηθών μαζών κυττάρων για αρκετούς λόγους. Επομένως, είναι σκόπιμο να γίνει αναφορά για τις θεραπείες που χρησιμοποιούνται ανάλογα με την κατηγοριοποίηση των όγκων.

1.5.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ

Οι καλοήθεις είναι γενικά ακίνδυνες και σπάνια, επηρεάζουν την υγεία του ανθρώπου. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι καλοήθεις όγκοι αναπτύσσονται αργά και σχεδόν πάντοτε, είναι ανίκανοι να διεισδύσουν σε γειτονικούς ιστούς και όργανα. Πολλοί από αυτούς τους όγκους δεν είναι αναγκαίο να αφαιρεθούν ποτέ, εκτός και αν αυξηθούν σε μέγεθος με αποτέλεσμα να ασκήσουν πίεση σε κάποιο γειτονικό ιστό ή όργανο. Ωστόσο, δεν είναι σπάνια η αφαίρεση τέτοιων όγκων για λόγους αισθητικής. Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις, πρόκειται να διαφοροποιηθεί μια καλοήθεια σε κακοήθεια. Επομένως, θα κριθεί αναγκαία η αφαίρεσή του πριν παρουσιαστεί πρόβλημα μετάστασης. Η αντιμετώπιση των καλοηθειών μπορεί να πραγματοποιηθεί με τις ακόλουθες μεθόδους:

1.5.1.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Δεν είναι λίγοι οι καλοήθεις όγκοι που απαιτείται να αφαιρεθούν μέσω της χειρουργικής επέμβασης. Υπό κάποιες προϋποθέσεις, αυτή η μέθοδος είναι αναπόφευκτη, προκειμένου να γίνει βιοψία του όγκου. Με αυτό τον τρόπο, θα αποκλειστεί το ενδεχόμενο να πρόκειται για κάποιον κακοήθη όγκο και ο ασθενής

θα επιστρέψει γρήγορα στους ρυθμούς της καθημερινότητάς του. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται σε καλοήθειες που βρίσκονται:

- στο στήθος
- στην κεφαλή
- στο δέρμα

1.5.1.2 ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΜΕ LASER Ή IPL

Μια συνηθισμένη εφαρμογή για την αφαίρεση καλοηθών όγκων είναι η εφαρμογή ορισμένων τύπων laser ή IPL. Αυτή η μέθοδος αποτελεί μια ασφαλή και γρήγορη θεραπεία, καθώς διαρκεί λίγα μόνο λεπτά και η ενέργεια της ακτινοβολίας απορροφάται μόνο από την περιοχή που χρήζει αντιμετώπισης. Είναι οι καλοήθειες βλάβες του δέρματος και διάφοροι όγκοι στην στοματική κοιλότητα. Ένα σημαντικό προτέρημα των laser είναι το γεγονός ότι είναι σχετικά ανώδυνα τόσο πριν την εφαρμογή όσο και μετά, αφού δεν απαιτείται η συρραφή της περιοχής που εφαρμόζεται. Επίσης, έχουν πολύ καλά αποτελέσματα στη θεραπεία. Τα laser ή το IPL χρησιμοποιούνται για την αφαίρεση καλοηθειών που εντοπίζονται σε περιοχές του σώματος, όπως είναι:

- καλοήθειες βλάβες του δέρματος
- καλοήθειες όγκοι στη στοματική κοιλότητα

1.5.1.3 ΚΡΥΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτή η θεραπεία βασίζεται στην καταστροφή των κυττάρων εξαιτίας των εξαιρετικά χαμηλών θερμοκρασιών που δημιουργούνται στην περιοχή που βρίσκεται ο όγκος. Φαίνεται να έχει μεγάλη αποτελεσματικότητα για μεγάλο αριθμό τύπων όγκου, αφού τα κύτταρα επιβιώνουν σε φυσιολογικές

θερμοκρασίες και δεν έχουν την ικανότητα να υποστούν το πολύ ψύχος. Η κρυοθεραπεία είναι δυνατό να εφαρμοστεί σε καλοήθεις όγκους που ταξινομούνται σε αρκετά μέρη του σώματος, όπως είναι:

- καλοήθεις όγκοι του δέρματος
- καλοήθεις όγκοι του τραχήλου της μήτρας

1.5.1.4 ΗΛΕΚΤΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Η ηλεκτροχειρουργική χρησιμοποιείται αρκετά συχνά για την εξάλειψη καλοηθών μαζών κυττάρων. Κατά τη μέθοδο αυτή, θερμαίνεται η προβληματική περιοχή μέσω του ηλεκτρικού ρεύματος κι, εν συνεχεία εξαλείφεται αποτελεσματικά. Η ηλεκτροχειρουργική είναι μια επιλεγμένη εφαρμογή, επειδή με τη σωστή χρήση της αποτρέπονται τυχόν παρενέργειες. Επιπλέον, αποτελεί μια εύκολη λύση για τον ασθενή, διότι δεν κρίνεται αναγκαία η διαμονή του στο νοσοκομείο έπειτα από τη θεραπεία και γίνεται με τη χρήση αναισθησίας τοπικά. Χρησιμοποιείται σε περιοχές που υπάρχουν καλοήθεις όγκοι, όπως είναι:

- μη καρκινικοί σπίλοι
- κονδυλώματα

1.5.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ

Οι κακοήθεις όγκοι ή αλλιώς ο καρκίνος είναι πολύ επικίνδυνος για τη ζωή του ανθρώπου ανάλογα με την ικανότητα που έχει να μεταστάται σε άλλους ιστούς ή όργανα του σώματος. Επομένως, είναι απαραίτητη η άμεση θεραπεία του καρκίνου, διότι, συχνά, έχει την τάση να εξαπλώνεται σε αρκετά μικρό χρονικό διάστημα. Ανάλογα με την περιοχή του σώματος που έχει προσβληθεί από τον καρκίνο, αλλά και το ρυθμό μετάστασής του από έναν ιστό ή όργανο σε

κάποιο άλλο, υπάρχουν ποικίλες θεραπείες που ο θεράπων ιατρός θα κρίνει ποιιά από αυτές θα χρησιμοποιήσει προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Οι συνηθέστερες μέθοδοι θεραπείας των κακοηθών όγκων αναφέρονται στη συνέχεια:

1.5.2.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΟΡΜΟΝΕΣ

Σε φυσιολογικές συνθήκες ο οργανισμός εκκρίνει πολλές ορμόνες σε σωστή αναλογία μεταξύ τους. Μόλις επηρεαστεί αυτή η αναλογία λόγω υπερέκκρισης ορμονών ενδέχεται να παρουσιαστεί καρκίνος. Έτσι, η θεραπεία αυτών των τύπων καρκίνου επιτυγχάνεται με χορήγηση ορμονών που συμβάλλουν στην επαναφορά της σωστής αναλογίας μεταξύ των ορμονών και αναστέλλουν τη δράση των καρκινικών κυττάρων. Η ορμονοθεραπεία πραγματοποιείται σε καρκίνους που είναι ορμονοευαίσθητοι. Ορμονοευαίσθητοι καρκίνοι είναι οι καρκίνοι που αναπτύσσονται εξαιτίας των παραγόμενων ορμονών από των οργανισμών, όπως για παράδειγμα:

- ο καρκίνος του προστάτη
- ο καρκίνος των ωοθηκών

1.5.2.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί σαν βασική θεραπεία ή ακόμη και συνδυαστικά με την χειρουργική επέμβαση και τη χημειοθεραπεία. Η ακτινοβολία απορροφάται από τον όγκο αλλά και από την υγιή περιοχή γύρω από τον όγκο με σκοπό να καταστρέψει τα κύτταρα και να ελαττωθεί το μέγεθος του καρκίνου. Σε καρκίνους που έχουν εξαπλωθεί και σε άλλες περιοχές του σώματος μπορεί να χορηγηθεί χημειοθεραπεία έτσι ώστε να καταστραφούν όσο το δυνατό περισσότερες μάζες και στη συνέχεια να χορηγηθεί και ακτινοθεραπεία

για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Επίσης, φέρεται να υπάρχει μειωμένη πιθανότητα να επανεμφανιστεί κάποιος καρκίνος σε περίπτωση που αφαιρεθεί με χειρουργική επέμβαση και εν συνεχεία, να χορηγηθεί μια σειρά ακτινοθεραπειών. Καρκίνοι που μπορούν να αντιμετωπιστούν σε μεγάλο ποσοστό αν διαγνωστούν εγκαίρως είναι:

- καρκίνος των μαστών
- καρκίνος του προστάτη

1.5.2.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πρόκειται για μια θεραπεία που χορηγείται με φάρμακα συνήθως σε ενέσιμη μορφή για να περάσει στην αιματική ροή, αλλά και δια του στόματος με σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων ή συνδυαστικά. Σε αρκετές περιπτώσεις, η χημειοθεραπεία χορηγείται μετά από μια εγχείρηση αφαίρεσης όγκου. Ωστόσο, μπορεί να δοθεί σε καταστάσεις για την πλήρη ίαση του καρκίνου ή για την μείωση του πολλαπλασιασμού των κυττάρων όταν ο καρκίνος βρίσκεται σε πολύ προχωρημένο στάδιο και είναι αδύνατο να θεραπευτεί. Η χορήγηση των φαρμάκων δια του στόματος αποτελεί μια βολική θεραπεία, διότι ο ασθενής έχει την ικανότητα να λάβει τα φάρμακα ακόμη και στο σπίτι του. Ενδέχεται όμως, να υπάρξουν ανεπιθύμητες ενέργειες εφόσον ο ασθενής δεν τηρήσει τους κανόνες λήψης της θεραπείας, κάτι που συμβαίνει συχνά λόγω της ελλιπούς ενημέρωσης για το φάρμακο που λαμβάνει. Παρόλα αυτά, η χημειοθεραπεία είτε είναι ενδοφλέβια είτε ληφθεί από το στόμα, φέρεται πως προκαλεί μια σειρά από ανεπιθύμητες δυσάρεστες για τον ασθενή ενέργειες. Αυτές οφείλονται στην καταστροφή και των υγιών κυττάρων του οργανισμού εξαιτίας της μη στοχευμένης θεραπείας. Για το λόγο αυτό, σχεδόν πάντα, δίνεται στον ασθενή μια σειρά άλλων φαρμάκων προκειμένου να ελαττώσουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες, μερικές από τις οποίες είναι οι εξής:

- πτώση τριχών
- πυρετός

1.5.2.4 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Η χειρουργική επέμβαση επιβάλλεται να πραγματοποιηθεί όταν χρειάζεται να ταυτοποιηθεί ένας όγκος, δηλαδή αν πρόκειται για έναν καλοήγη ή έναν κακοήγη όγκο. Σε πρώιμο στάδιο ανίχνευσης του καρκίνου είναι ικανό να αφαιρεθεί αυτή η μάζα κυττάρων με εγχείρηση. Δεν υπάρχουν λίγες περιπτώσεις, στις οποίες ο καρκίνος εξαλείφθηκε μόνο με τη μέθοδο της εγχείρησης. Παρόλα αυτά, για την καλύτερη αντιμετώπιση του καρκίνου ενδέχεται να χορηγηθούν στον ασθενή και άλλες συνδυαστικές θεραπείες σαν την ακτινοθεραπεία. Ορισμένες φορές, ο ασθενής συνίσταται να αφαιρέσει προληπτικά περιοχές που μπορεί στην πορεία της ζωής του να παρουσιαστεί καρκίνος ούτως ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος να νοσήσει. Για παράδειγμα, κάποιοι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο στους μαστούς λόγω γενετικής προδιάθεσης κι έτσι, μερικοί από αυτούς λαμβάνουν την απόφαση να προχωρήσουν σε αφαίρεση των μαστών.

1.5.2.5 ΚΡΥΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η κρυοθεραπεία, που όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είναι μια θεραπεία, η οποία χαρακτηρίζεται από την καταστροφή των κυττάρων της μάζας λόγω της υπερβολικά χαμηλής θερμοκρασίας. Η θεραπεία αυτή εφαρμόζεται και σε περιπτώσεις ύπαρξης καρκίνου. Όπως προκύπτει, είναι ικανό να εφαρμοστεί μαζί με άλλες μεθόδους θεραπείας, δηλαδή σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία, έτσι ώστε να υπάρξει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα ίασης. Δεν είναι σπάνιο το γεγονός ότι η εφαρμογή της κρυοθεραπείας μπορεί να βοηθήσει στην σμίκρυνση του όγκου στις ακόλουθες περιοχές που εμφανίζονται οι κακοήθεις όγκοι:

- καρκίνος των πνευμόνων

- στον καρκίνο των οστών

1.6 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η εμφάνιση των όγκων είναι πλέον ένα πολύ συχνό φαινόμενο ανεξαρτήτου ηλικίας που προκύπτει εξαιτίας πολλών παραγόντων. Παρόλα αυτά, ο άνθρωπος μπορεί να προβεί σε κάποιες ενέργειες, με τις οποίες υπάρχει η ικανότητα να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης κάποιων όγκων τόσο καλοηθών όσο και κακοηθών. Τα μέτρα που καθίσταται αναγκαίο να ληφθούν από τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά είναι τα παρακάτω:

- κρίνεται απαραίτητο ο καθένας να πραγματοποιεί συχνές εξετάσεις έτσι ώστε αν αναπτυχθεί κάποια μάζα κυττάρων να βρεθεί σε πρώιμο στάδιο. Όσο πιο γρήγορα γίνει η ανίχνευση του όγκου τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η θεραπεία. Για παράδειγμα, κάθε χρόνο χρειάζεται να γίνεται μαστογραφία και ψηλάφηση των μαστών ή να γίνεται έλεγχος κάποιων δερματικών βλαβών.
- είναι αναγκαίο όλοι οι άνθρωποι να προσέχουν τον εαυτό τους και την υγεία τους, ακολουθώντας μια υγιεινή διατροφή χωρίς να υπάρχει στη ζωή τους η κατάχρηση ουσιών, παραδείγματος χάρη κάπνισμα και οينوπνευματώδη ποτά.
- χρειάζεται να αποφεύγουν την ηλιακή ακτινοβολία ειδικότερα το μεσημέρι, αφού η ακτινοβολία είναι πιο βλαβερή από κάθε άλλη ώρα της ημέρας, καθώς, όπως προαναφέρθηκε παραπάνω, ο ήλιος καταστρέφει τα κύτταρα του δέρματος. Έτσι, ο άνθρωπος θα πρέπει να φορά αντηλιακά με υψηλό δείκτη προστασίας
- Θα πρέπει να γίνεται καλός και συχνός καθαρισμός του δέρματος από τους ατμοσφαιρικούς ρύπους για να διατηρείται το pH της επιδερμίδας σταθερό με σκοπό την αποφυγή μολύνσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑΣ

Το δέρμα διαιρείται σε τρία τμήματα, στην επιδερμίδα, η οποία είναι η εξωτερική στιβάδα, το χόριο, το οποίο είναι η εσωτερική στιβάδα και το υπόδερμα (υποδόριο ή λιπώδη ιστό). Η επιδερμίδα θεωρείται ένα πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο και από αυτήν προέρχονται οι τριχοσμηγματογόνοι θύλακοι και οι ιδρωτοποιοί αδένες και αποτελεί το 5% του πάχους του δέρματος. Αποτελείται από τέσσερα είδη κυττάρων, τα κερατινοκύτταρα (που προστατεύουν την επιφάνεια της επιδερμίδας δημιουργώντας ένα στρώμα κερατίνης), τα μελανοκύτταρα, (τα οποία αποτελούν δενδρικά κύτταρα που προστατεύουν το δέρμα από την ηλιακή ακτινοβολία παράγοντας τη μελανίνη), τα κύτταρα Merkel (τα οποία βρίσκονται στο ανώτερο μέρος του δέρματος ανάμεσα στα κερατινοκύτταρα της βασικής στιβάδας, σχετίζονται με την αφή και συνδέονται με το νευρικό κύτταρο) και τα κύτταρα Langerhans (τα οποία προέρχονται από τον μυελό των οστών, αποτελούν δενδρικά κύτταρα και παίζουν ανοσολογικό ρόλο), όπως επίσης και από τέσσερις στιβάδες, την βασική, ακανθωτή, κοκκώδη και την κερατίνη στιβάδα. Στις παλάμες και τα πέλματα η επιδερμίδα είναι παχύτερη για αυτό και παρατηρείται ακόμα μια στιβάδα ανάμεσα στην κοκκώδη και την κερατίνη, η διαυγής. Καλοήθεις όγκοι της επιδερμίδα ονομάζονται εκείνοι όπου προέρχονται από μεσοεξαρτηματικά κερατινοκύτταρα.



Εικόνα 2.1 Δέρμα

2.2 ΣΤΙΒΑΔΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑΣ

- **Βασική στιβάδα ή μητρική**

Η βασική (μητρική) στιβάδα είναι η βαθύτερη στιβάδα της επιδερμίδας. Είναι η πιο σημαντική από όλες τις στιβάδες, διότι όλες οι υπόλοιπες στιβάδες της επιδερμίδας προέρχονται από αυτή, για αυτό ονομάζεται και μητρική. Αποτελείται από έναν στίχο κυλινδρικών ή κυβοειδών κυττάρων, τα οποία είναι κατανεμημένα το ένα δίπλα στο άλλο. Εκεί πραγματοποιείται η δημιουργία κερατινοκυττάρων τα οποία πολλαπλασιάζονται ανεβαίνοντας προς τα πάνω με αποτέλεσμα τη δημιουργία της κερατίνης στιβάδας. Μεταξύ των κυττάρων της βασικής στιβάδας υπάρχουν σε σημεία πολυγωνικά κύτταρα με μικρό πυρήνα και διαυγές πρωτόπλασμα, τα οποία ονομάζονται διαυγή κύτταρα του Masson, μέσα στα οποία σχηματίζεται η μελανίνη. Η βασική στιβάδα αποτελεί το όριο μεταξύ της επιδερμίδας και του χορίου. Αποτελείται κατά 8% σε νερό κατά την περίοδο γήρανσης του ανθρώπου χάνει την ικανότητα συγκράτησης νερού και λεπταίνει.

- **Ακανθωτή στιβάδα**

Η ακανθωτή στιβάδα είναι η πιο παχιά στιβάδα της επιδερμίδας. Αποτελείται από αρκετά στρώματα κυττάρων, (6-15) τα κύτταρα των οποίων είναι πεπλατυσμένα στα κατώτερα επίπεδα και όσο ανεβαίνουμε προς τα ανώτερα επίπεδα αποπλατίζονται. Τα κύτταρα της ονομάζονται ακανθωτά διότι έχουν μικρά αγκάθια στο εξωτερικό των μεμβρανών τους.

- **Κοκκώδης στιβάδα**

Η κοκκώδης στιβάδα αποτελείται από δύο έως τέσσερα στρώματα αποπλατυσμένων κυττάρων (κοκκώδη κύτταρα). Επίσης μέσα της υπάρχουν κοκκία κερατουαλίνης, τα οποία αποτελούν βασική ουσία της κερατίνης. Στην κοκκώδη στιβάδα ξεκινάει η διαδικασία της κερατινοποίησης των κερατινοκυττάρων, όπου εμπλουτίζονται με μεγάλη ποσότητα ινών κερατίνης και γίνονται πιο πεπλατυσμένα.

- **Κερατίνη στιβάδα**

Η κερατίνη στιβάδα είναι η εξωτερική στιβάδα της επιδερμίδας και έρχεται σε άμεση επαφή με το περιβάλλον. Αποτελείται κατά κύριο λόγο από νεκρά κύτταρα, (κερατινοκύτταρα) που είναι αποτέλεσμα της επιδερμικής διαφοροποίησης. Η κερατίνη στιβάδα καταλαμβάνει το 10% της ποσότητας του νερού που βρίσκεται στην επιδερμίδα, για αυτό και συμβάλλει σημαντικά στην διατήρηση της υγρασίας του δέρματος. Τέλος η κερατίνη στιβάδα έχει και προστατευτικό ρόλο, καθώς τα κύτταρα της δημιουργούν έναν σταθερό δεσμό μεταξύ τους κάνοντας το δέρμα αδιαπέραστο προς τους ατμοσφαιρικούς ρύπους.

2.3 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΑΣ

2.3.1 ΣΜΗΓΜΑΤΟΡΡΟΪΚΕΣ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΕΙΣ

Ως προς την κλινική εικόνα πρόκειται για μορφώματα που εμφανίζονται συνήθως σε άτομα μέσης ηλικίας (50 ετών) και των δύο φύλων. Εμφανίζονται κυρίως στις σμηγματογόνες περιοχές του προσώπου, στο θώρακα, στη ράχη, στην κοιλιακή χώρα, στις μασχάλες και στην βουβωνική περιοχή. Στο αρχικό τους στάδιο έχουν μικρή διάμετρο είναι ελαφρώς διηθημένα στο δέρμα και έχουν καφέ ή κίτρινο χρώμα. Σε επόμενο στάδιο εμφανίζονται πιο εξογκωμένα και σκουρόχρωμα (γκρι, καφέ, μελανό χρώμα). Στο τελικό στάδιο ανάπτυξης τους έχουν τη μορφή εκβλαστήσεων και η επιφάνειά τους καλύπτεται από παχιά απολέπιση. Οι κλινικές τους μορφές ποικίλουν ανάλογα, με το σημείο που βρίσκονται στο άτομο, με τον αριθμό των βλαβών και με την αιτιοπάθεια των βλαβών. Τέλος, όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση τους υπάρχουν τέσσερις μέθοδοι (κρυοθεραπεία, εκτομή με ξέστρο και δερματοαπολέπιση για να μην καταλειφθεί η ουλή όπως επίσης και η χειρουργική επέμβαση που προτιμάται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις).



Εικόνα 2.2 Σμηγματορροϊκές Υπερκερατώσεις

2.3.2 ΚΕΡΑΤΟΑΚΑΝΘΩΜΑ

Ως προς την κλινική περιγραφή πρόκειται για μόρφωμα στρογγυλού συμμετρικού σχήματος που εμφανίζεται και στα δύο φύλλα σε ηλικία μεταξύ 50-60 ετών. Συχνά σημεία εμφάνισης του μορφώματος είναι το πρόσωπο (ρίνα, παρειές, χείλη, βλέφαρα) και η μοίρα των άνω άκρων (ραχιαία επιφάνεια άνω άκρων χεριών, καρπών και αντιβραχίων). Ο χρόνος ύπαρξης του εκτιμάται στους 2 με 3 μήνες. Στο αρχικό στάδιο εμφανίζεται ως σφαιρική βλατίδα κόκκινου ή φυσιολογικού χρώματος του δέρματος. Έπειτα σε επόμενο στάδιο αυξάνεται η διάμετρός του κατά 10 με 20mm και παίρνει σφαιρική μορφή με λεία επιδερμίδα που καλύπτεται από υπερκερατωσικό βύσμα με μορφή εφελκίδας. Στο τελικό του στάδιο το βύσμα αυτό πέφτει από το δέρμα και υποχωρεί η μοίρα της βλάβης με αποτέλεσμα τη δημιουργία ατροφικής ουλής. Οι κλινικές του μορφές διακρίνονται ανάλογα, με το σημείο που βρίσκεται (τριχωτό κεφαλής, όσχεο, υπωνύχια αύλακα, βλεννογόνοι), ανάλογα με την εξέλιξη της βλάβης, σε άτυπη μορφολογία του και σε πολυεστιακές μορφές. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην δημιουργία κερατοακανθωμάτων είναι τέσσερις: γενετικοί, λοιμογόνοι, ανοσοποιητικοί, περιβαλλοντικοί. Τέλος, όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση εάν η φάση της βλάβης έχει ολοκληρωθεί μπορούμε να αποφύγουμε την θεραπεία. Εάν όμως η βλάβη είναι σε φάση ανάπτυξης μπορούμε να επέμβουμε με χειρουργική αφαίρεση η οποία προτιμάται για τα

κερατοακανθώματα της ρινός, των βλεφάρων, των ώτων και της ραχιαίας επιφάνειας των άνω άκρων ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα διότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ταχείας ανάπτυξης της βλάβης.



Εικόνα 2.3 Κερατοακάνθωμα

2.3.3 ΑΚΑΝΘΩΜΑ ΑΠΟ ΔΙΑΥΓΗ ΚΥΤΤΑΡΑ ΤΟΥ DEGOS

Πρόκειται για όγκο με μικρή διήθηση και διάμετρο που συνήθως δεν υπερβαίνει τα 10mm. Εμφανίζεται συνήθως στην κάτω κνήμη. Είναι μórφωμα στρογγυλού σχήματος και έχει ξηρή, υγρή (αιματώδη) επιφάνεια. Η βλάβη μπορεί να εντοπισθεί διάσπαρτη και εξανθηματική όπως και να εμφανιστεί σε συνδυασμό με φλεβική ανεπάρκεια κάτω άκρων. Η κλινική του εικόνα το χαρακτηρίζει ως ακάνθωμα που βρίσκεται στο εσωτερικό μιας υγιούς επιδερμίδας και αποτελείται από μελαγχρωματικά κύτταρα με διαυγές κυτταρόπλασμα και μεγάλη περιεκτικότητα σε γλυκογόνο. Ανάμεσα σε αυτά τα κύτταρα υπάρχει μεσοκυττάριο οίδημα το οποίο διακόπτει τη συνέχειά τους. Οι παράγοντες και τα αίτια εμφάνισης καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση αυτού του μορφώματος είναι άγνωστα.

2.3.4 ΔΥΣΚΕΡΑΤΩΣΙΚΑ ΑΚΑΝΘΩΜΑΤΑ

Τα δυσκερατωσικά ακανθώματα διακρίνονται σε επιδερμολυτικά ακανθώματα (επιδερμικοί μονήρεις όγκοι με μικρή διάμετρο) και σε μυρμηκίομορφο δυσκεράτωμα, όπου μιλάμε για καλοήγη όγκο της επιδερμίδας με ακανθώματα. Η κλινική του εικόνα χαρακτηρίζεται ως μόρφωμα με βλατίδες και εφελκίδες στην επιφάνεια του και ομφαλωτό σημάδι στο κέντρο του. Έχει διάμετρο 3 με 8 mm και εμφανίζεται συνήθως στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Η θεραπεία του επιτυγχάνεται με χειρουργική επέμβαση.

2.3.5 ΆΛΛΑ ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΑ ΑΚΑΝΘΩΜΑΤΑ

Σε αυτήν την κατηγορία επιδερμικών ακανθωμάτων έχουμε το ακανθολυτικό ακάνθωμα, το ακάνθωμα από ευμεγέθη κύτταρα και την μονήρης λειχηνοειδής υπερκεράτωση. Στο ακανθολυτικό ακάνθωμα μιλάμε για παρουσία βλατιδοειδούς ακανθώματος και αποδιοργάνωση κερατινοκυττάρων. Στο ακάνθωμα από ευμεγέθη κύτταρα έχουμε μια στρογγυλή πλάκα με διάμετρο 2 με 10mm που εμφανίζεται συνήθως στα άκρα των ηλικιωμένων ανθρώπων. Η διαφορά αυτού του ακανθώματος είναι το μέγεθος των κερατινοκυττάρων το οποίο είναι διπλάσιο από το φυσιολογικό. Τέλος στη μονήρη λειχηνοειδή υπερκεράτωση έχουμε μια βλατίδα μεγάλης διαμέτρου που εντοπίζεται κυρίως στις περιοχές όπου εκτίθενται στην ηλιακή ακτινοβολία (ντεκολτέ, αντιβραχιόνων, σπανιότερα στο πρόσωπο). Η μονήρης λειχηνοειδής υπερκεράτωση ιάται αυτομάτως.

2.3.6 ΕΠΙΔΕΡΜΙΔΙΚΑ ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΑ

Το καλοηθές επιδερμικό αμάρτωμα χαρακτηρίζεται από παθολογική διάταξη των ιστών και την παθολογική αύξηση του αριθμού των κυττάρων και της επιδερμίδας.

- **Σύνδρομο του Solomon**

Στο σύνδρομο επιδερμидικού αμαρτώματος Solomon έχουμε διάφορες πιθανές δυσπλασίες και αλλοιώσεις στις αρθρώσεις, στο εσωτερικό των οργάνων καθώς και στο δέρμα. Όσον αφορά τις αρθρώσεις τα επιδερμидικά αμαρτώματα εντοπίζονται κυρίως στα άκρα (οστά άκρων χεριών ή ποδιών. Μερική ή πλήρης απουσία μέλους και παραμόρφωσή του) ή αλλιώς σε τμήμα του σώματος(κορμός ή κεφαλή όπου δεν έχουμε σωστό σχηματισμό οστών και σπονδύλων) . Οι δυσπλασίες των αμαρτωμάτων που προσβάλουν το εσωτερικό των οργάνων αφορούν κυρίως την καρδιά που τυγχάνει να είναι και η πιο επικίνδυνη έως και θανατηφόρα καθώς και τα νεφρά, το ουροποιητικό σύστημα και τα επινεφρίδια που είναι συνηθέστερα. Επίσης τα αμαρτώματα μπορεί να προσβάλουν και τα εγκεφαλικά κύτταρα προκαλώντας επιληψία (σε ποσοστό 6%), διανοητικά προβλήματα, έλλειψη κινητικότητας (μερική αναπηρία), προβλήματα στην όραση και στην ακοή. Τέλος το σύνδρομο Solomon μπορεί να εντοπιστεί στην επιδερμίδα μαζί με μελαχρωματικούς σπίλους.

- **Σύνδρομο Φλεγμονώδους Επιδερμидικού Αμαρτώματος**

Το σύνδρομο αυτό εκδηλώνεται μόνο στα άτομα του γυναικείου φύλου και έχει ως αποτέλεσμα ανωμαλίες των οστών καθώς και βλάβες στο εσωτερικό των οργάνων. Το σύνδρομο αυτό ονομάστηκε και σύνδρομο CHILD διότι θα μπορούσε να αποτελέσει δερματοπάθεια που μεταβιβάζεται μέσω των χρωμοσωμάτων χ τα οποία θα υπήρξαν θανατηφόρα στα ομοζυγωτικά αρσενικά έμβρυα.

- **Επιδερμολυτικό Επιδερμидικό Αμάρτωμα**

Το επιδερμидικό αυτό αμάρτωμα είναι καθαρά κληρονομικό. Έχει μορφή βλατιδώδους πλάκας καφέ χρώματος. Καταλαμβάνει μεγάλη έκταση του σώματος με μορφή γραμμοειδών ζωνών.

- **Θεραπεία και αντιμετώπιση Επιδερμικών Αμαρτωμάτων**

Ενίοτε χρησιμοποιήθηκαν πολλοί μέθοδοι (χειρουργική επέμβαση) αντιμετώπισης τους χωρίς όμως ικανοποιητικά αποτελέσματα. Ωστόσο όμως η χορήγηση βιταμίνης D για τοπική εφαρμογή πάνω στη βλάβη επέφερε αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα.

2.3.7 ΡΩΓΜΩΔΕΣ ΑΚΑΝΘΩΜΑ

Πρόκειται για έναν επιθηλιακό όγκο που δημιουργείται από τραυματισμό πίσω από το πτερύγιο των αυτιών (χρήση λανθασμένου σκελετού γυαλιών) και στη ράχη της μύτης. Η θεραπεία είναι η αντικατάσταση του σκελετού των γυαλιών με έναν ελαφρύτερο.

2.3.8 ΑΚΡΟΧΟΡΔΟΝΕΣ

Από τους πιο συχνούς καλοήθεις όγκους της επιδερμίδας. Οι ακροχορδόνες έχουν κληρονομικό χαρακτήρα και εμφανίζονται συνήθως μετά τα 30 έτη και είναι συχνότερη η εμφάνιση τους στο γυναικείο από ότι στο αντρικό φύλο σε παχύσαρκα άτομα σε μεγαλύτερο ποσοστό λόγω αυξημένης εφίδρωσης(δημιουργία υγρασίας στο δέρμα). Έχουν μέγεθος περίπου 1 με 4mm όμως υπάρχουν και περιπτώσεις που μεγαλώνουν σε διάμετρο με αποτέλεσμα να κρέμονται από το δέρμα. Στην εμμηνόπαυση και την εγκυμοσύνη το μέγεθος τους αυξάνεται. Πολλές φορές οι βλάβες αποκόπτονται μόνες τους από το δέρμα. Εντοπίζονται κυρίως στο λαιμό, στις πτυχές, στο άνω τμήμα του κορμού, στα άκρα και γενικά στις περιοχές όπου υπάρχει τριβή. Επίσης, συχνά εμφανίζονται γύρω από τα μάτια, οπότε στην περίπτωση αυτή, μπορεί να είναι ιδιαίτερα ενοχλητικά, ακόμα και για την όραση όταν είναι μεγάλες και πολύ κοντά στο μάτι. Το χρώμα τους, ποικίλει από το χρώμα του δέρματος μέχρι σκούρο καφέ ή μαύρο. Καμιά φορά λόγω τριβής μπορεί να επιμολυνθούν οι ακροχορδόνες αλλά

γενικά η κλινική τους εικόνα είναι καλή και δεν προκαλούν προβλήματα παρά μόνο στην τριβή των ρούχων. Θεραπευτικά, οι ακροχορδόνες αντιμετωπίζονται εύκολα με χειρουργική επέμβαση όπου γίνεται χρήση τοπικής αναισθησίας με ένεση, ή τοπικής αναισθητικής κρέμας δύο ώρες πριν την επέμβαση. Έπειτα οι βλάβες κόβονται με ψαλίδι και η βάση τους καυτηριάζεται με λέιζερ ή με ηλεκτροκαυτηριασμό. Άλλος τρόπος αντιμετώπισης που χρησιμοποιείται είναι η κρυοθεραπεία. Οι βλάβες που είναι κοντά ή πάνω στα γεννητικά όργανα, πρέπει να εγείρουν υποψίες και να ξεχωρίσουν, από τα κονδυλώματα, οπότε στις περιπτώσεις αυτές, χρειάζεται ένα καλό σεξουαλικό ιστορικό. (αν εμφανίστηκαν μετά από επαφή, αν υπάρχει ιστορικό κονδυλωμάτων του/της ασθενούς ή του/της συντρόφου τους).



Εικόνα 2.4 Ακροχορδόνες

2.3.9 ΚΥΣΤΕΙΣ

Οι κύστεις είναι όγκοι (καρούμπαλα) που δημιουργούνται από φραγμό των πόρων του δέρματος και περιέχουν μέσα τους πηχτό υγρό ή ημιστερεό δύσοσμο υλικό. Χωρίζονται σε επιδερμοειδείς και δερμοειδείς.

- **Επιδερμοειδείς κύστες**

Οι επιδερμοειδείς κύστεις ή αλλιώς σμηγματογόνες κύστεις προέρχονται από τους σμηγματογόνους αδένες του δέρματος (από όπου πήραν το όνομα τους) και

είναι από τους πιο σύνηθες καλοήθεις όγκους της επιδερμίδας. Το σμήγμα που παράγεται, οδηγείται μέσω του πόρου στην επιφάνεια της επιδερμίδας, δημιουργώντας λιπαρότητα στο δέρμα. Όταν ο πόρος αυτός φράξει, τότε το σμήγμα συσσωρεύεται στον αδένα, ο οποίος μετατρέπεται σε κύστη. Έχουν συνήθως κίτρινο ή λευκό χρώμα και εμφανίζονται κυρίως στο πρόσωπο, στον λαιμό και στην πλάτη. Επιβάλλεται η χειρουργική αφαίρεση τους (χρήση τοπικής αναισθησίας), διότι συνήθως συνεχίζουν να μεγαλώνουν, αλλά και γιατί εύκολα μπορούν να εξελιχθούν σε αποστήματα (συσσώρευση φλεγμονώδους υγρού) με κίνδυνο τη μόλυνση.

- **Δερμοειδείς κύστες**

Οι δερμοειδείς ή συγγενείς κύστεις δημιουργούνται από ανωμαλίες κατά την εμβρυϊκή ανάπτυξη. Οι βλάβες εντοπίζονται από τον πρώτο χρόνο της ζωής του ανθρώπου. Εμφανίζονται κυρίως στο πρόσωπο, (έξω γωνία φρυδιού, στη ρίζα της μύτης, στο μέτωπο, στο έδαφος του στόματος) στο τριχωτό της κεφαλής (μέση γραμμή τριχωτού κεφαλής), στον θώρακα, στην ράχη και στην κοιλιά. Έχουν μεταβαλλόμενη διάμετρο από λίγα έως αρκετά χιλιοστά. Το περιεχόμενο τους δεν είναι υγρό αλλά συμπαγές και η διαφορά τους με τις επιδερμοειδείς κύστες είναι ότι οι δερμοειδείς είναι ότι στο εσωτερικό των δερμοειδών κύστεων βρίσκονται και εξαρτήματα του δέρματος, όπως τρίχες και ιδρωτοποιοί αδένες. Αφαιρούνται και αυτές με χειρουργική επέμβαση που είναι λίγο δυσκολότερη διότι η επιδερμίδα είναι πιο παχιά.



Εικόνα 2.4 Επιδερμοειδής-Δερμοειδείς Κύστη

2.3.10 ΣΠΙΛΟΙ

Οι σπίλοι (ελιές) είναι καλοήθεις όγκοι που προέρχονται από τα μελανοκύτταρα, τα κύτταρα που παράγουν τη μελανίνη. Κάποιοι εμφανίζονται από την παιδική ηλικία (συγγενείς) και άλλοι εμφανίζονται αργότερα (επίκτητοι). Εντοπίζονται σε όλα τα σημεία του σώματος, όμως είναι πιο συχνοί στα σημεία που είναι εκτεθειμένα στην ηλιακή ακτινοβολία. Μπορεί να είναι κόκκινοι, στο χρώμα του δέρματος ακόμα και μαύροι. Έχουν διάφορα σχήματα και μεγέθη τα οποία πρέπει να παρακολουθούνται για τυχόν παραμορφώσεις ή αλλοιώσεις.

2.3.10.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΣΠΙΛΩΝ

- Χειρουργική επέμβαση
- Καυτηριασμός (με λέιζερ ή χωρίς)
- Δερματόξεση
- Χημικές ουσίες

2.3.10.2 ΑΙΤΙΕΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΣΠΙΛΩΝ

- Για αισθητικούς λόγους
- Υποψία δημιουργίας κακοήθειας
- Ενόχληση από ρουχισμό

2.3.10.3 ΕΙΔΗ ΣΠΙΛΩΝ

1. Συγγενείς Μελανοκυτταρικοί Σπίλοι

Ο συγγενής μελανοκυτταρικός σπίλος δημιουργείται κατά τη γέννηση και

διατηρείται σε ολόκληρη τη ζωή του ανθρώπου. Έχει ποικίλα μεγέθη και η διάμετρος του μπορεί να φτάσει αρκετά εκατοστά, όμως τις περισσότερες φορές έχουν μικρό μέγεθος και αυτή είναι η διαφορά τους με τους επίκτητους. Έχει στρογγυλό σχήμα με σημάδια στην επιφάνεια του και το κέντρο του είναι πιο σκούρο από το υπόλοιπο κομμάτι. Επίσης στην επιφάνειά του μπορεί να έχει και τρίχες.



Εικόνα 2.5 Συγγενείς Μελαγχρωματικοί Σπίλοι

2. Επίκτητοι Μελανοκυτταρικοί Σπίλοι

Επίκτητοι μελανοκυτταρικοί σπίλοι είναι αυτοί που εμφανίζονται μετά την εφηβεία, στην ενήλικη ζωή. Όσο αφορά το χρώμα τους ποικίλει. Μπορεί να είναι ροζ, μπεζ, καφέ οι πιο σκουρόχρωμοι σπίλοι εμφανίζονται σε άτομα με πιο σκούρο χρώμα δέρματος. Χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες : Πρώιμοι συνδεσμικοί σπίλοι, Μικτοί μελανοκυτταρικοί σπίλοι, Ενδοδερμικοί (χοριακοί) σπίλοι.

3. Κυανός Σπίλος

Ο κυανός σπίλος είναι μια κηλίδα με σκούρο μπλε και μαύρο χρώμα. Ο συγκεκριμένος σπίλος μπορεί να είναι συγγενής ή επίκτητος. Παραμένει σταθερός και στις περισσότερες περιπτώσεις αρκεί η απλή παρακολούθηση για ενδεχόμενη ανάπτυξη του σπύλου.



Εικόνα 2.5 Κυανός Σπίλος

4. Σπίλος του Ota- Σπίλος Ito

Οι σπίλοι Ota και Ito είναι σημάδια του δέρματος μπεζ, καφέ, γκρι χρώματος. Τα μελανοκύτταρα του σπίλου Ota εντοπίζονται βαθύτερα στο δέρμα από το φυσιολογικό (στο χόριο και όχι στην επιδερμίδα). Μπορεί να εμφανιστεί κατά τη γέννηση αλλά δεν είναι κληρονομικός. Η διαφορά μεταξύ των δυο αυτών σπίλων είναι το σημείο εμφάνισης στο σώμα. Ο σπίλος του Ota συνήθως εντοπίζεται στο μέτωπο, το πρόσωπο και γύρω από τα μάτια. Ο σπίλος του Ito συνήθως εμφανίζεται στους ώμους και στο επάνω μέρος των χεριών.

5. Σπίλος Spitz

Ο σπίλος Spitz είναι ένας καλοήθης στρόγγυλος όγκος ανοιχτού κόκκινου ή καφέ χρώματος. Αναπτύσσεται και αλλάζει ταχύτατα μέσα σε λίγους μήνες. Εμφανίζεται κυρίως στην παιδική ηλικία με κύρια σημεία εντοπισμού το κεφάλι και το λαιμό.

6. Άτυποι ή Δυσπλαστικοί Σπίλοι

Για να χαρακτηριστεί ένας σπίλος ως άτυπος θα πρέπει να γίνει γνωμάτευση από εξιδανικευμένο γιατρό, ο οποίος θα κρίνει αν ο όγκος πληρεί κάποια συγκεκριμένα ιστολογικά κριτήρια. Οι σπίλοι αυτοί εμφανίζονται στον κορμό και συγκεκριμένα στην πλάτη, μπορεί όμως να εμφανιστεί και σε άλλα σημεία του σώματος. Είναι πολύ συχνό φαινόμενο να μετατραπεί σε μελάνωμα για αυτό σε περίπτωση υποψίας μετάλλαξης θα πρέπει να αφαιρείται.



Εικόνα 2.6 Άτυποι ή Δυσπλαστικοί Σπίλοι

7. Σπίλος Σπιλοκυτταρικός

Ο σπιλοκυτταρικός σπίλος χαρακτηρίζεται ως μια δερματική αλλοίωση από πολλαπλές μελαγχρωματικές κηλίδες που φέρει πάνω της πολυάριθμες μικρότερες σκούρες καστανές κηλίδες ή βλατίδες. Μπορεί να είναι συγγενής ή αποκτώμενη. Ωστόσο, η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη. Έχει μικρή δυνατότητα να εξελιχθεί σε κακοήθες μελάνωμα (5%), αλλά παρ' όλα αυτά θα πρέπει να παρακολουθείται συχνά από δερματολόγο.



Εικόνα 2.7 Σπίλος Σπιλοκυτταρικός

8. Σπίλος του Becker

Ο σπίλος του Becker είναι μια δερματική βλάβη που συμβαίνει κατά κύριο λόγο άνδρες στην παιδική ή στην εφηβική ηλικία. Ο σπίλος σε πρώτο στάδιο εμφανίζεται κυρίως ως μία μελαχρωματική κηλίδα (ασύμμετρου σχήματος και διαμέτρου) στο βραχίονα ή στο άνω μέρος του κορμού, η οποία σταδιακά μεγαλώνει ακανόνιστα και μπορεί να φέρει στην επιφάνεια του δέρματος πυκνές και παχιές τρίχες.



Εικόνα 2.8 Σπίλος του Becker

9. Επιδερμικοί Σπίλοι

Ο επιδερμικός σπίλος εντοπίζεται στην επιδερμίδα με τη μορφή μυρμηκιώδους πλάκας. Εμφανίζεται από τη γέννηση ή μέσα στη πρώτη δεκαετία της ζωής. Το μέγεθός του μπορεί να αυξηθεί στην εφηβεία. Ο επιδερμικός σπίλος είναι στο χρώμα του δέρματος και εντοπίζεται κυρίως στο πάνω μέρος του σώματος. Δεν προδιαθέτει κακοήθους μορφή.

10. Φλεγμονώδης γραμμοειδής μυρμηκιώδης επιδερμικός σπίλος

Οι φλεγμονώδεις γραμμοειδείς μυρμηκιώδεις επιδερμικοί σπίλοι εντοπίζονται στην επιδερμίδα με τη μορφή μυρμηκιώδους πλάκας. Όπως υποδηλώνει και το όνομά τους, η όψη τους είναι φλεγμονώδεις και μοιάζει πολύ με αυτή της ψωρίασης. Παρατηρούνται συνήθως στα άκρα. Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει έντονος κνησμός (σύμπτωμα ψωρίασης), καθώς επίσης και συμπτώματα στις αρθρώσεις (αρθραλγία ή αρθρίτιδα). Σε κάποιες

περιπτώσεις οι σπίλοι αυτοί μπορεί να υποχωρήσουν χωρίς ιατρική παρέμβαση (αυτοάνοσα), παρόλο που στην πλειοψηφία των περιπτώσεων εξακολουθούν να υφίστανται επ' αόριστον.

11. Φαγεσωρικός Σπίλος

Ο φαγεσωρικός σπίλος είναι ένας ασυνήθιστος τύπος επιδερμικού σπίλου και αποτελεί βλάβη του θυλάκου της τρίχας (γεμίζει ο θυλάκος με κερατίνη) με αποτέλεσμα την εμφάνιση πολλών φαγεσώρων που εντοπίζονται σε γραμμοειδή διάταξη στην επιφάνεια της επιδερμίδας. Συνήθως εμφανίζεται στην παιδική ηλικία ή την ενηλικίωση σαν μεμονωμένη βλάβη και εντοπίζεται στο πρόσωπο στον λαιμό και στα άνω άκρα ή εμφανίζεται με τη μορφή πολλαπλών βλαβών στον αυχένα, τον κορμό και τους βραχίονες. Η θεραπεία των βλαβών που δεν έχουν επηρεαστεί από φλεγμονώδεις κύστεις και οζίδια είναι κυρίως αισθητική, για αυτό και προτείνεται σαν θεραπεία ο βαθύς καθαρισμός προσώπου ώστε να γίνει αφαίρεση των πόρων και εξαγωγή των φαγεσώρων. Έτσι βελτιώνουμε αρκετά την αισθητική εμφάνιση. Άλλος τρόπος θεραπείας είναι η τοπική εφαρμογή τρετινοΐνης, η οποία μπορεί να είναι ωφέλιμη. Ασθενείς με φλεγμονώδεις βλάβες είναι πολύ δυσκολότερο να θεραπευτούν. Αν η προσβεβλημένη περιοχή είναι περιορισμένη μπορεί να εξεταστεί η χειρουργική εκτομή.



Εικόνα 2.9 Φαγεσωρικός Σπίλος

12. Αγγειακός Σπίλος

Ο αγγειακός σπίλος είναι ένας όγκος, έντονου κόκκινου χρώματος που έχει στρογγυλό σχήμα. Ο αγγειακός σπίλος μπορεί να εμφανιστεί κατά τη γέννηση ή αργότερα, ενώ φθάνει στο τελικό μέγεθός του στους 6 μήνες της ζωής του ανθρώπου. Συνήθως ο σπίλος εντοπίζεται στο κεφάλι και στο λαιμό, αλλά μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε άλλο σημείο του σώματος. Συναντάται συχνότερα στα πρόωρα βρέφη και σύμφωνα με έρευνες αποτελεί ανωμαλία της εμβρυικής αγγειοβλαστικής ανάπτυξης. Ο αγγειακός σπίλος κατά περιόδους μπορεί να αιμορραγεί, όμως με τοπική πίεση σταματάει η αιμορραγία. Ο αγγειακός σπίλος μπορεί να αφαιρεθεί χειρουργικά μόνο όμως κατά τη δεύτερη δεκαετία της ζωής. Άλλη μέθοδος θεραπείας αποτελεί η συστηματική αγωγή με κορτικοστεροειδή ή και με Β -αναστολείς, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν αρκετά στην παιδική ηλικία, ειδικά για τους αγγειακούς σπίλους που αιμορραγούν.

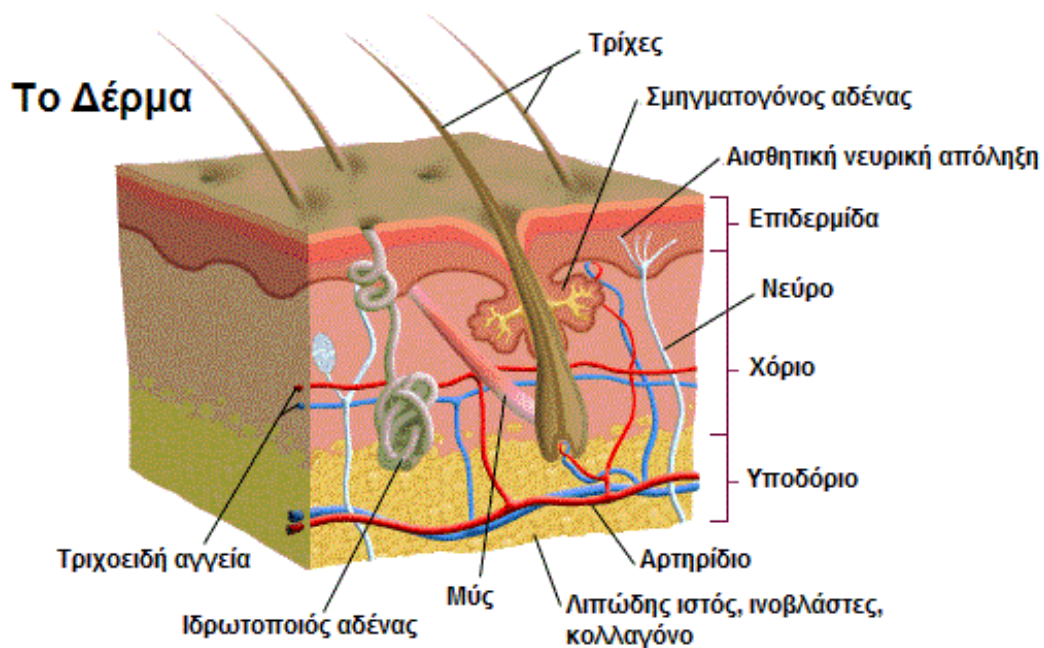


Εικόνα 2.10 Αγγειακός σπίλος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Καλοήθεις Όγκοι Χορίου

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΧΟΡΙΟΥ

Το χόριο αποτελεί τη δεύτερη κυριότερη στιβάδα του δέρματος. Παίζει βοηθητικό ρόλο προς την επιδερμίδα καθώς συμβάλλει στην θρέψη των κυττάρων της, αποβάλλει τις μη χρήσιμες χημικές ουσίες και ρυθμίζει την κυκλοφορία του αίματος. Βρίσκεται κάτω από την επιδερμίδα και αποτελείται από κύτταρα, ίνες, βασική ουσία, αγγεία και νεύρα. Το χόριο διαιρείται επίσης σε δύο υποστιβάδες, τη θηλώδη (η επιφάνεια της στιβάδας αυτής εμφανίζει κωνικές ή κυλινδρικές προεξοχές οι οποίες εισέρχονται μέσα στην επιδερμίδα και σχηματίζουν τις επιθηλιακές θηλές) και τη δικτυωτή (στην οποία τα κύτταρα βρίσκονται σε μικρότερο αριθμό).



Εικόνα 3.1 Δέρμα

3.2 ΚΥΤΤΑΡΑ ΧΟΡΙΟΥ

- **Ινοβλάστες**

Οι ινοβλάστες αποτελούν κύτταρα επιμήκη και ωειδή, τα οποία άλλοτε ενώνονται μεταξύ τους με τις πρωτοπλασματικές προεκτάσεις και άλλοτε είναι ελεύθερα και κινητά.

- **Ιστιοκύτταρα**

Τα ιστοκύτταρα μοιάζουν αρκετά με τους ινοβλάστες, διαφέρουν όμως αφενός μορφολογικά και αφετέρου λειτουργικά. Το σχήμα τους είναι λιγότερο επίμηκες και ο πυρήνας τους μεγαλύτερος και πιο στρογγυλός από τους ινοβλάστες. Διακρίνονται για την κινητικότητά τους και τις φαγοκυτταρικές τους ικανότητες. Οι ινοβλάστες και τα ιστοκύτταρα ανήκουν στο δικτυοενδοθηλιακό σύστημα. Ωστόσο αν και αποτελούν τα κυριότερα κύτταρα του χόριου, ο αριθμός τους στο χόριο είναι σχετικά μικρός.

- **Μαστοκύτταρα**

Τα μαστοκύτταρα βρίσκονται στο δέρμα σε πληθυσμό πολύ λιγότερο από τα δύο παραπάνω. Είναι ελαφρώς μεγαλύτερα από τα ιστοκύτταρα, έχουν ποικίλα σχήματα και παράγουν και αποθηκεύουν ισταμίνη και ηπαρίνη.

- **Λεμφοκύτταρα, Πολυμορφικά, Ουδετερόφιλα, Ηωσινόφιλα**

Τα κύτταρα αυτά είναι αιματικής προέλευσης, είναι δυνατόν όμως να σχηματίζονται και στο χόριο. Είναι λίγα στον αριθμό, αυξάνονται όμως σε φλεγμονή ή άλλη παθολογική κατάσταση.

- **Πλασματοκύτταρα**

Τα πλασματοκύτταρα χαρακτηρίζονται από άφθονο σκουρόχρωμο βασεόφιλο πρωτόπλασμα και από στρογγυλό πυρήνα που περιέχει χρωματίνη.

3.3 ΙΝΕΣ ΧΟΡΙΟΥ

- **Κολλαγόνες Ίνες**

Οι ίνες κολλαγόνου διατάσσονται με μορφή κυματοειδή σαν δεμάτια, τα οποία φέρονται προς όλες τις κατευθύνσεις. Επιπλέον πλέκονται δικτυοειδώς μεταξύ τους, αποτελώντας το μεγαλύτερο μέρος του συνδετικού ιστού του δέρματος.

- **Ελαστικές Ίνες**

Οι ελαστικές ίνες είναι πολύ λιγότερες από τις κολλαγόνες καθώς η ποσότητά τους ανέρχεται στο 2 με 4 % του δέρματος. Είναι λεπτές και σχηματίζουν δίκτυο σε όλο το πάχος του δέρματος.

- **Δικτυωτές Ίνες**

Οι δικτυωτές ίνες είναι λεπτές, βρίσκονται σε μεγάλη ποσότητα στο θηλώδες στρώμα και συμμετέχουν στο σχηματισμό της βασικής μεμβράνης και των γύρω αγγείων των ιδρωτοποιών αδένων.

3.4 ΒΑΣΙΚΗ ΟΥΣΙΑ ΧΟΡΙΟΥ

Η βασική ουσία του χορίου είναι άμορφη, κολλώδης, περιέχει όξινους και ουδέτερους βλεννοπολυσακχαρίτες και περιβάλλει τα κύτταρα και τις ίνες του χορίου. Οι βλεννοπολυσακχαρίτες έχουν σαν κύριο συστατικό το υαλουρονικό οξύ και βρίσκονται στο φυσιολογικό χόριο σε πολυμερισμένη μορφή, η οποία δίνει στη βασική ουσία του χορίου την χαρακτηριστική κολλώδη της σύσταση.

3.5 ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ ΧΟΡΙΟΥ

- Τα αγγεία του χορίου βρίσκονται σε δύο επίπεδα (πλέγματα), το υποδερμικό πλέγμα(το οποίο βρίσκεται κοντά στο όριο δέρματος και

υποδέρματος) και το υποθηλώδες πλέγμα(όπου τα αρτηριόλια σχηματίζουν παράπλευρες αγγειακές αγκύλες προς το επιπολής χόριο). Η τριχοειδική κυκλοφορία, μπορεί να παρακάμπτει το δέρμα μέσω της άμεσης ροής από τα αρτηριόλια στα φλεβικά τμήματα του υποθηλώδους πλέγματος. Η οδός αυτή παίζει σπουδαίο ρόλο στη θερμορρύθμιση. Το λεμφαγγειακό σύστημα αρχίζει με λεμφικά τριχοειδή από κάθε μία θηλή του χορίου και αυτά εκβάλλουν σ' ένα υποθηλώδες λεμφικό δίκτυο. Υπάρχει ακόμα ένα βαθύτερο δίκτυο λεμφαγγείων με βαλβίδες, από το οποίο το λεμφικό σύστημα κινείται κεντρικά, ακολουθώντας την οδό των μεγαλύτερων αιμοφόρων αγγείων, εκβάλλοντας τελικά στους επιχώριους λεμφαδένες.

- Τα νεύρα του δέρματος είναι ελεύθερες νευρικές ίνες. Δεσμίδες νεύρων εισέρχονται στο χόριο από τον υποδόριο λιπώδη ιστό και στέλνουν κλάδους προς την επιφάνεια του δέρματος. Οι νευρικές ίνες συναντώνται μεταξύ τους από τη μία δεσμίδα στην άλλη, έτσι ώστε παρά την τάση που έχουν να ακολουθούν την πορεία των αγγείων, να δημιουργούν εν τέλει ένα εκτεταμένο δίκτυο από διαπλεκόμενες νευρικές ίνες σε όλα τα επίπεδα του χορίου. Η διαδικασία της νεύρωσης του δέρματος πραγματοποιείται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και από τις αισθητικές νευρικές ίνες. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα πραγματοποιεί νεύρωση μέσω των χολινεργικών ινών στους εκκρινείς ιδρωτοποιούς αδένες, τις λείες μυϊκές ίνες των αρτηριολίων και τους ανορθωτήρες μύες των τριχών. Οι αισθητικές νευρικές ίνες είναι διαφόρων ειδών. Αρχικά υπάρχουν οι ελεύθερες αισθητικές νευρικές που βρίσκονται στο κυρίως χόριο καθώς και στην επιδερμίδα και ευθύνονται για το αίσθημα του πόνου. Στη συνέχεια, υπάρχουν αισθητικές νευρικές ίνες που βρίσκονται τριγύρω από τους τριχοθυλάκους και σχετίζονται με τα όργανα αφής. Τέλος, υπάρχουν κάποιες αισθητικές νευρικές ίνες οι οποίες καταλήγουν σε εξειδικευμένους

υποδοχείς, όπου είναι υπεύθυνοι για διάφορες αισθήσεις όπως της αφής, της πίεσης ή της θερμότητας.

3.6 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΧΟΡΙΟΥ

3.6.1 ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΙΝΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ

1. Υπερτροφικές ουλές και χηλοειδή

Πρόκειται για βλάβες οι οποίες είναι επηρμένες με λεία επιφάνεια και στερεό περιεχόμενο. Ιστολογικά μιλάμε για βλάβες που περιέχουν ινώδη ιστό ο οποίος αποτελείται από πλατιές δεσμίδες κολλαγόνου. Εμφανίζονται σε οποιοδήποτε σημείο του δέρματος και μπορεί να διαταράσσουν αισθητικά και λειτουργικά τους ασθενείς. Τα χηλοειδή και οι υπερτροφικές ουλές αντιπροσωπεύουν μια αποκλίνουσα απόκριση στη διαδικασία επούλωσης των πληγών. Τα χηλοειδή και οι υπερτροφικές ουλές προκαλούνται από δερματικές βλάβες και ερεθισμούς, όπως τραύμα, δάγκωμα εντόμων, έγκαυμα, χειρουργική επέμβαση, εμβολιασμός, διάτρηση του δέρματος, ακμή, θυλακίτιδα, ανεμοβλογιά και μόλυνση από έρπητα ζωστήρα. Σε περιπτώσεις ακμής μπορεί να δημιουργηθεί σχηματισμός χηλοειδών στο στέρνο, στην πλάτη και στους ώμους. Συγκεκριμένα, οι επιφανειακοί τραυματισμοί που δεν φθάνουν στο δικτυωτό χτένι ποτέ δεν προκαλούν χηλοειδή και υπερτροφικές ουλές. Αυτό υποδηλώνει ότι αυτές οι παθολογικές ουλές οφείλονται σε βλάβη σε αυτό το στρώμα του δέρματος. Παρ όλο που σχετικά είναι δύσκολη η αντιμετώπιση τους, οι γιατροί έχουν φέρει στο φως έναν αριθμό θεραπευτικών μεθόδων που δρουν με τη μείωση της φλεγμονής. Οι μέθοδοι αυτοί περιλαμβάνουν έγχυση κορτικοστεροειδών (ταινία, αλοιφή), ακτινοθεραπεία, κρυοθεραπεία, θεραπεία συμπίεσης, θεραπεία σταθεροποίησης, θεραπεία με 5-φθοροουρακίλη (5-FU), θεραπεία με laser και χειρουργικές μεθόδους που μειώνουν την ένταση.



Εικόνα 3.2 Υπερτροφικές ουλές και χηλοειδή

3.6.2 ΙΝΟΪΣΤΙΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

1. Δερματοΐνωμα

Το δερματοΐνωμα ή αλλιώς ιστοκύττωμα / σκληρυντικό αιμαγγείωμα, είναι ένας δερματικός όγκος με την μορφή επηρμένης βλατίδας με λεία επιφάνεια. Αποτελεί αποτέλεσμα αντίδρασης σε ένα είδος εντόμου και προσβάλλει τους ινοβλάστες, τα ενδοθηλιακά κύτταρα και τα ιστοκύτταρα. Έχει διάμετρο 0,5 με 3 cm. Γενικά παραμένει σταθερό και δεν μετακινείται και η σύσταση του είναι στερεή. Το χρώμα του μπορεί να είναι ερυθρό ή καφέ (σκούρο και ανοιχτό). Ιστολογικά η εικόνα του εξαρτάται από την παρουσία ινοβλαστών, ιστοκυττάρων και κολλαγόνου. Κυρίως εντοπίζεται στο δικτυωτό χόριο. Μπορεί να εμφανιστεί ως μονήρης ή πολλαπλή βλάβη σε κάθε σημείο του σώματος, κυρίως όμως στα άκρα και ειδικότερα στην κνήμη. Για να θεραπεύσουμε αυτήν τη βλάβη μπορούμε να την αφαιρέσουμε καθαρά και μόνο για αισθητικούς λόγους καθώς δεν έχει κακοήθη εξέλιξη.



Εικόνα 3.3 Δερματοΐνωμα

2. Νεανικό ξανθοκοκκίωμα

Το νεανικό ξανθοκοκκίωμα είναι ένας όγκος της παιδικής ηλικίας, ο οποίος αποτελείται από ιστοκύτταρα(που περιέχουν λιπώδες υλικό) και από γιγαντοκύτταρα (τύπου Touton). Πρόκειται για την πιο συχνή μορφή ιστοκυττάρωσης. Ο όγκος εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή και προσβάλλει κυρίως τις θήλεις. Ως προς τη μορφή του μιλάμε για κιτρινωπές ή πορτοκαλί βλατίδες, μονήρεις ή πολλαπλές με διάφορα μεγέθη. Εμφανίζονται κυρίως στο κεφάλι ή στο λαιμό όμως μπορούν να υπάρχουν και σε άλλα σημεία του σώματος.

3.6.3 ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

1. Νευρίνωμα

Το νευρίνωμα και το νευριληματοκυττάρωμα αποτελούν καψυλιωμένους όγκους του δέρματος που προέρχονται από το νευρικό έλυτρο. Το νευρίνωμα είναι μαλακός όγκος με στερεό περιεχόμενο και έχει το χρώμα της μυϊκής σάρκας. Το μέγεθος του ποικίλει αρκετά και εμφανίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του

δέρματος. Ιστολογικά μιλάμε για έναν διακριτό στο μάτι όγκο χωρίς κάψα. Αποτελείται από δεσμίδες κυττάρων του Schwann καθώς επίσης και από βλεννοπολυσακχαρίτες και κολλαγόνο. Το νευριληματοκυττάρωμα (νευρείλημωμα ή σβάννωμα) είναι μονήρης, καλοήθης σφαιρικός όγκος που προέρχεται από τα θύματα των νεύρων. Δεν προκαλεί πόνο, το περιεχόμενό του είναι σταθερό και έχει και αυτό ποικίλα μεγέθη. Συχνά αναφέρεται στον θώρακα κυρίως στον οπίσθιο μεσοθωράκιο, αλλά σπάνια φαίνεται να προκύπτει από το βραχιόνιο πλέγμα. Το σβάννωμα είναι καλά οριοθετημένη βλάβη με αργή ύπουλη ανάπτυξη. Παρουσιάζεται μια περίπτωση ενός μεγάλου βραχιονικού πλέγματος, που καλύπτεται ως κυστική βλάβη στο πλευρικό λαιμό που προέρχονται από τα κύτταρα Schwann των κρανιακών, περιφερικών νεύρων. Η θεραπευτική αντιμετώπισή των βλαβών αυτών μπορεί να είναι χειρουργική με οπισθοσιγμοειδική ή διαλαβυρινθική προσπέλαση, ενώ μπορεί να συνδυαστεί με ακτινοθεραπεία.

2. Κοκκιοκυτταρικός Όγκος

Ο κοκκιοκυτταρικός όγκος είναι ένας όγκος που πιθανώς να προέρχεται από τα κύτταρα του Schwann. Ιστολογικά μιλάμε για ένα ασυμπτωματικό ογκίδιο με λεία ή υπερκερατωσική επιφάνεια. Αποτελείται από ανοιχτόχρωμα πολυγωνικά κύτταρα τα οποία μέσα τους περιέχουν κοκκία ηωσινόφιλα. Ο κοκκιοκυτταρικός όγκος εμφανίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος με πιο συχνή τάση εμφάνισης στο κεφάλι και στο λαιμό. Η θεραπευτική του αντιμετώπιση επιτυγχάνεται με χειρουργική επέμβαση.

3.6.4 ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ

1. Λίπωμα

Τα λίπωμα είναι πολύ κοινός καλοήθης νεοπλασματικός, μεσεγγυματικός

όγκος που προέρχεται από ώριμο λιπώδη ιστό. Μπορεί να εμφανιστούν ως μονήρη ή πολλαπλά. Τα λιπώματα είναι μεγάλες διογκώσεις κάτω από το δέρμα που δεν εμφανίζουν συμπτώματα. Ιστολογικά πρόκειται για μαλακούς υποδερμικούς όγκους σαρκώδους χρώματος με ποικίλο μέγεθος από πολύ μικρό έως πολύ μεγάλο. Η επιφάνεια του δέρματος πάνω από τον όγκο έχει φυσιολογική όψη και μπορεί να κινείται ελεύθερα χωρίς να επηρεάσει καθόλου τον όγκο. Εμφανίζονται στην ενήλικη ζωή και εντοπίζονται πιο συχνά στους βραχίονες, στον τράχηλο και στον κορμό. Μερικές φορές τα λιπώματα παρουσιάζουν έντονο αγγειακό φορτίο οπότε μιλάμε για αγγειακού τύπου παραλλαγή τους, τα αγγειολιπώματα. Ως θεραπευτική αντιμετώπιση των βλαβών χρησιμοποιούμε τη χειρουργική επέμβαση, αλλά μόνο στις περιπτώσεις που οι βλάβες είναι μεμονωμένες.



Εικόνα 3.4 Λίπωμα

3.6.5 ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΜΥΪΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

1. Όγκοι Λείων Μυών (Λειομύωμα)

Το λειομύωμα είναι καλοήθης νεόπλασμα και προέρχεται από τους λείους μύες των τριχικών θυλάκων, των αιμοφόρων αγγείων, των θηλών των μαστών και της γεννητικής περιοχής. Η πλειοψηφία των όγκων αυτών έχει βρεθεί στη νεφρική κάψα, στη σπερματική χορδή και στον ινώδη χιτώνα. Πρόκειται για ένα σπάνιο νεόπλασμα, για αυτό είναι πολύ δύσκολο να γίνει ακριβής προεγχειριστική διάγνωση του. Οι μονήρεις βλάβες μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικώς. Το λειομύωμα ανάλογα με το μυ που προσβάλλεται χωρίζεται σε τρεις κλινικές μορφές:

- **Λειομύωμα του ανελκτήρα μυ της τρίχας**

Αυτός ο όγκος αποτελείται από πολλαπλές βλάβες και συνδέεται με τον ανελκτήρα μυ της τρίχας. Το χρώμα τους είναι ρόδινο, κόκκινο ή καφέ, έχουν διάμετρο μικρότερη από 1,5 cm και προκαλούν έντονο πόνο ο οποίος επιδεινώνεται από το άγγιγμα, από άσκηση τοπικής πίεσης πάνω στη βλάβη ή σε συνθήκες χαμηλής θερμοκρασίας. Εμφανίζεται στα άκρα και στο λαιμό και προσβάλλει άτομα νεαρής ηλικίας.

- **Μονήρες λειομύωμα του δαρτού χιτώνα του όρχεος ή της θηλής του μαστού**

Ο όγκος αυτός προέρχεται από τους λείους μύες των γεννητικών οργάνων ή του μαστού. Είναι μονήρης και σπάνια επώδυνος. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία.

- **Αγγειολειομύωμα**

Το αγγειολειομύωμα είναι καλοήθη εξόγκωμα που προέρχεται από τον αγγειακό λείο μυ (μέσο της σήψης). Πρόκειται για μία μονήρη βλάβη με διάμετρο μεγαλύτερη από τις δυο προηγούμενες μορφές λειομυωμάτων, τις οποίας τα

κύτταρα κατατάσσονται γύρω από τα αιμοφόρα αγγεία. Εμφανίζεται κυρίως στα άκρα δύσκολο Ένα αγγειολειομύωμα τυπικά εκδηλώνεται ως μια μικρή, οδυνηρή, μοναχική, κινητή βλάβη και είναι δύσκολο να προσδιοριστεί προεγχειρητικά. Παρ όλα αυτά μπορεί να εξεταστεί η χρήση απεικόνισης υπερήχων και μαγνητικού συντονισμού. Το αγγειολειομύωμα προκαλεί ελάχιστη νοσηρότητα και η εκτομή του είναι συνήθως θεραπευτική. Ιστολογική εξέταση γίνεται με τη χρήση λείων μυών (λεύκωμα Actin), οι οποίες απεικονίζουν τις δέσμες λείων μυών καθαρά.



Εικόνα 3.5 Αγγειολειομύωμα

3.6.6 ΟΓΚΟΙ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ (Αμαρτώματα, Δυσπλασίες, Υπερπλασίες, Καλοήθη Νεοπλάσματα)

1. Μονήρες αγγειοκεράτωμα

Στο μονήρες αγγειοκεράτωμα έχουμε καλοήθη ανωμαλία των αιμοφόρων αγγείων του θηλώδους χορίου. Πρόκειται για μία μονήρη βλάβη, όπως αποδεικνύεται άλλωστε και από το όνομα της, που έχει συμπτώματα αύξησης μεγέθους, αλλαγή του χρώματος της και αιμορραγία. Το μονήρες αγγειοκεράτωμα μπορεί να έχει τη μορφή οζιδίου ή μιας μυρμηκιώδους επιφάνειας πλάκας.

Εντοπίζεται κυρίως στα άκρα και προσβάλλει άτομα νεαρής ηλικίας και των δύο φύλων. Ως θεραπευτική αντιμετώπιση χρησιμοποιείται η χειρουργική επέμβαση, η οποία πραγματοποιείται ανέκαθεν παρά την καλοήθεια της βλάβης διότι υπάρχει ανησυχία για διαφορική διάγνωση από ένα κακοήθες μελάνωμα οπότε πρέπει να γίνει ιστολογική εξέταση της.



Εικόνα 3.6 Μονήρες Αγγειοκεράτωμα

2. Αγγειοκεράτωμα γεννητικών οργάνων (όσχεος και αιδίου του Fordyce)

Το αγγειοκεράτωμα των γεννητικών οργάνων είναι καλοήθεις αγγειακές βλατίδες που εμφανίζονται στη περιοχή των γεννητικών οργάνων. Το αγγειοκεράτωμα του Fordyce είναι τυπικά ασυμπτωματικές, πολλαπλές, μικρές, μπλε προς κόκκινες κηλίδες με λειασμένη επιφάνεια και βρίσκονται στο όσχεο, στο άκρο του πέους ή τα μείζονα χείλη του αιδίου. Αν και συνήθως είναι ασυμπτωματικές, μπορεί να εμφανιστεί κνησμός και αιμορραγία μετά από μηχανικό τραύμα και σεξουαλική επαφή. Το αγγειοκεράτωμα του Fordyce πρέπει να διαφοροποιείται από το κακοήθες μελάνωμα, το αγγειοσάρκωμα και άλλες αλλοιωμένες αλλοιώσεις. Μπορεί να θεραπευτεί με ποικίλες θεραπευτικές

μεθόδους, όπως εκτομή, χειρουργική επέμβαση, κρυοθεραπεία, διαθερμοπηξία ή διάφορες θεραπείες με λέιζερ.

3. Νόσος Kimura

Η νόσος Kimura είναι μια σπάνια φλεγμονώδης διαταραχή που περιλαμβάνει υποδόριο ιστό. Χαρακτηρίζεται από υπερανάπτυξη του λεμφοειδούς και αγγειοματώδους ιστού και συνδέεται με τη λεμφαδενοπάθεια και με περιφερική ηωσινοφιλία. Μορφολογικά πρόκειται για υποδόρια οζίδια (εξογκώματα) που εμφανίζονται στην κεφαλή και τον αυχένα, όμως κυριότερα εμφανίζονται στην πρόσθια περιοχή του αυτιού και στην υπογνάθιο περιοχή. Αυτή η κατάσταση έχει μια προτίμηση για άντρες ασιατικής καταγωγής και μπορεί να προσομοιώνει κλινικά ένα νεόπλασμα. Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη και η θεραπεία της είναι μεταβλητή. Οι χειρουργικές εκτομές θεωρούνται ως η πρότυπη θεραπεία για τη νόσο Kimura, αλλά η επανάληψη είναι δυνατή. Διάφορα φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της νόσου με την ανταπόκριση να κυμαίνεται από ήπια βελτίωση έως πλήρη ύφεση ή ακόμα και θεραπεία της ασθένειας. Ωστόσο, η χρήση αυτών των φαρμάκων βασίστηκε στις γνωστές αντιαλλεργικές ή αντιφλεγμονώδεις επιδράσεις τους, οι οποίες έχουν αναφερθεί ότι είναι αποτελεσματικές. Επιπλέον, συχνά απαιτείται μια δόση συντήρησης για την πρόληψη της υποτροπής της νόσου. Αυτά τα φάρμακα περιλαμβάνουν κορτικοστεροειδή. Τέλος η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται για τη θεραπεία υποτροπιαζουσών ή επίμονων αλλοιώσεων της νόσου με μεγαλύτερα ποσοστά τοπικού ελέγχου, αλλά οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας μαζί με την καλοήγη φύση της ασθένειας περιόρισαν τη χρήση της ως πρωταρχική μέθοδο θεραπείας.

4. Διάχυτο αγγειοκεράτωμα του κορμού (Νόσος Anderson-Fabry)

Το διάχυτο αγγειοκεράτωμα αποτελεί μια σπάνια κληρονομική νόσο που

οφείλεται κυρίως στην έλλειψη της α-γαλακτοσιδάσης Α, που έχει ως αποτέλεσμα την συσσώρευση γλυκολιπιδίων στα αιμοφόρα αγγεία του δέρματος και των σπλάχνων. Πρόκειται επομένως για μια δερματολογική εκδήλωση από τις οποίες η πιο γνωστή είναι η νόσος Anderson-Fabry. Ως αποτέλεσμα της νόσου, οι ασθενείς έχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, περιφερικής νευροπάθειας μικρών ινών, καρδιακής δυσλειτουργίας (έμφραγμα μυοκαρδίου) και χρόνιας νεφρικής νόσου. Μορφολογικά μιλάμε για σκούρες κόκκινες ή μαύρες κηλίδες-βλατίδες με διάμετρο μέχρι 0,5 cm. Συνήθως εμφανίζεται αμέσως μετά την εφηβεία και προσβάλλει συχνότερα τους άντρες, όμως τα αγγειοκερατώματα του δέρματος μπορούν να εμφανιστούν και σε γυναίκες. Τα συμπτώματα της νόσου είναι ο έντονος καυστικός πόνος στα άκρα και ο πυρετός. Οι κηλίδες της νόσου μπορεί να είναι μονήρεις ή και πολλαπλές. Εμφανίζονται στην περιοχή γύρω από τον ομφαλό, στα ισχία, στους γλουτούς, στο κάτω τμήμα του κορμού, στους μηρούς και στα γεννητικά όργανα. Ιστολογικά, οι κηλίδες αυτές, αποτελούνται από μικρού τοιχώματος αιμοφόρα αγγεία, τα οποία εντοπίζονται στο θηλώδες χόριο και εμφανίζουν μικρά κενοτόπια. Παρόμοια κενοτόπια είναι πιθανό να παρατηρούνται και στους ανελκτήρες μυς της τρίχας και στους λείους μύες του σώματος. Ειδική θεραπεία για τη νόσο Fabry έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια, αλλά ο ρόλος της στη διαχείριση της διαταραχής εξακολουθεί να διερευνάται. Ευτυχώς, η τυπική «μη ειδική» ιατρική και χειρουργική θεραπεία είναι αποτελεσματική στην επιβράδυνση της φθοράς ή στην αντιστάθμιση της οργανικής ανεπάρκειας σε ασθενείς με νόσο Fabry. Τα τελευταία όμως χρόνια, η θεραπεία υποκατάστασης ενζύμων έχει πραγματοποιηθεί ως θεραπεία για τη νόσο Fabry και η έναρξη αυτής της θεραπείας αναμένεται πριν αναπτυχθεί η καρδιακή ίνωση. Η νόσος Anderson-Fabry είναι μια σοβαρή νόσος που αντιστοιχεί σε υψηλή θνησιμότητα, ιδιαίτερα στη μέση ηλικία. Επομένως, η έγκαιρη διάγνωση της νόσου Fabry είναι απαραίτητη και η ηχοκαρδιογραφία είναι ένα απαραίτητο εργαλείο για την κλινική πρακτική αυτής της νόσου. Στη συνέχεια, είναι απαραίτητο να θυμόμαστε αυτή την ασθένεια ως διαφορική διάγνωση όταν συναντάμε ανεξήγητη υπερτροφία της

αριστερής κοιλίας.



Εικόνα 3.7 Διάχυτο Αγγειοκεράτωμα του κορμού

5. Νευρομυοαγγειοματώδης όγκος (Βωλοειδής όγκος)

Ο βωλοειδής όγκος είναι ένα καλοήθες μυόπλασμα που προέρχεται από τα τροποποιημένα κύτταρα των λείων μυών. Κύριο κλινικό χαρακτηριστικό του όγκου είναι ο παροξυσμικός πόνος, που μπορεί να χειροτερέψει από το κρύο και την πίεση του σημείου που βρίσκεται ο όγκος. Μορφολογικά πρόκειται για μια βλατίδα στο χρώμα του δέρματος ή κόκκινη με μικρή διάμετρο και μέγεθος. Ο βωλοειδής όγκος εμφανίζεται κυρίως στα χέρια (παλάμες), και κάτω από τα νύχια, μπορεί όμως να εμφανιστεί και οπουδήποτε αλλού. Ιστολογικά μιλάμε για ένα καλοήθες νεόπλασμα αγγειακού τύπου, που προέρχεται από τα κύτταρα του αγγειακού πόρου των Sucquet Hoyer, ο οποίος παίζει ρόλο στη θερμορύθμιση των άκρων. Ο πόρος των Sucquet Hoyer αποτελεί μια αρτηριοφλεβική επικοινωνία και αποτελείται από αρτηριακά και φλεβικά στοιχεία που επικοινωνούν με ένα αγγειακό κανάλι. Ο όγκος έχει πλούσια νεύρωση. Ο όγκος μπορεί να εμφανίζεται ως μονήρης και πολλαπλός. Ο μονήρης βωλοειδής όγκος αποτελείται από αγγειακούς πόρους γεμάτους αίμα που περιβάλλονται από

ενδοθηλιακά και κυβοειδή κύτταρα με ηωσινοφιλικό κυτταρόπλασμα. Ο πολλαπλός βωλοειδής όγκος, χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερους αγγειακούς πόρους που περιέχουν λιγότερο πληθυσμό χαρακτηριστικών κυττάρων του όγκου. Η διάγνωση του βωλοειδούς όγκου δεν είναι δύσκολή, καθώς υπάρχει το παροξυσμικό άλγος ως σύμπτωμα. Ως θεραπευτική αντιμετώπιση χρησιμοποιείται η χειρουργική αφαίρεση, η οποία πρέπει να πραγματοποιείται έγκαιρα και οι όγκοι να αφαιρούνται πλήρως, καθώς υπάρχει κίνδυνος να υποτροπιάσουν.

6. Γεροντικό Αιμαγγείωμα (Campbell De Morgan)

Το γεροντικό αιμαγγείωμα είναι κοινά αποκτώμενα ερυθρά κοκκία του δέρματος που αποτελούνται από διαστολικούς τριχοειδείς βρόχους, συνήθως άγνωστης αιτιολογίας. Τα κοκκία του Morgan είναι κοινά σε ενήλικες και παρατηρούνται πιο συχνά στον κορμό. Ποικίλουν σε μέγεθος και φτάνουν σε διάμετρο μέχρι και 5 mm. Ο αριθμός του πληθυσμού τους πάνω στο δέρμα εκτιμάται έως 20 ή περιστασιακά υψηλότερος. Ωστόσο, ο αριθμός τους αυξάνεται κατά την περίοδο εγκυμοσύνης και μειώνεται μετά από αυτήν. Οι δερματικές εκδηλώσεις αυτού του αιμαγγειώματος είναι η υπερμελάγχρωση, ο δασυτριχισμός στις γυναίκες, η σκληροδερμία, η ιχθύαση και οι ελκώσεις. Γενικότερα όμως, οι κηλίδες του αιμαγγειώματος εμφανίζονται ως ασυμπτωματικές. Ιστολογικά, έχει τη μορφή τριχοειδούς αιμαγγειώματος. Ως θεραπευτική αντιμετώπιση η βλάβη μπορεί να εξουδετερωθεί με καυτηριασμό, παρ' όλα αυτά η συγκεκριμένη βλάβη δεν έχει κάποια ιατρική ανησυχία ή σπουδαιότητα.

7. Φλεβική Λίμνη

Η φλεβική λίμνη είναι μια κοινή καλοήθης αγγειακή δυσπλασία. Τα αγγειώματα της φλεβικής λίμνης είναι διασταλμένα φλεβίδια στο άνω χόριο που φέρουν επίστρωση από ένα στρώμα ενδοθηλιακών κυττάρων και ένα λεπτό

τοίχωμα ινώδους ιστού. Πρόκειται για ελαφρά επηρμένες φυσαλίδες μπλε σκούρου χρώματος με μικρή διάμετρο. Εμφανίζεται συνήθως σε περιοχές του σώματος που είναι εκτεθειμένες στον ήλιο όπως στα χείλη, στο πρόσωπο, στα αυτιά, στον τράχηλο, στους πήχεις και στη ράχη των κάτω άκρων και προσβάλλει κυρίως τους ηλικιωμένους. Είναι μερικές φορές δύσκολο να διακριθεί από μελανωτικές βλάβες όπως η μελανωτική κηλίδα ή το στοματικό κακόηθες μελάνωμα. Η φλεβική λίμνη μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής, λόγω της αισθητικής παραμόρφωσης που μπορεί να δημιουργήσει και της προκύπτουσας ψυχολογικής δυσφορίας. Οι παραδοσιακές θεραπείες, όπως η χειρουργική εκτομή, η κρυοθεραπεία, η φωτοπηξία και η ηλεκτροκαυτηρίαση, έχουν διαφορετικούς βαθμούς επιτυχίας και μπορούν να προκαλέσουν δυσφορία. Οι μέθοδοι θεραπείας με βάση το λέιζερ και το φως μπορούν να προσφέρουν μια ασφαλή και αποτελεσματική εναλλακτική λύση. Η θεραπεία είναι για καλλυντικούς λόγους ή λόγω επαναλαμβανόμενης αιμορραγίας.



Εικόνα 3.8 Φλεβική Λίμνη

8. Αραχνοειδές Αιμαγγείωμα

Το αραχνοειδές αιμαγγείωμα είναι μία βλάβη που μοιάζει με αράχνη, καθώς

το κέντρο της παρομοιάζεται με το σώμα αράχνης και τα αγγεία της με τα πόδια της. Οι βλάβες μπορεί να εμφανιστούν ως μονήρης ή πολλαπλές και εντοπίζονται κυρίως στο πρόσωπο και τον τράχηλο. Ωστόσο έχει παρατηρηθεί μειωμένη εμφάνιση στον άνω κορμό και στα άνω άκρα. Τέτοιες βλάβες προσβάλλουν κυρίως τα παιδιά και τις έγκυες. Θεραπευτική αντιμετώπιση δεν υπάρχει καθώς τις περισσότερες φορές οι βλάβες υποχωρούν μόνες του.



Εικόνα 3.9 Αραχνοειδές Αιμαγγείωμα

9. Τριχοειδικά Ανευρύσματα

Πρόκειται για μονήρης βλάβες στο χρώμα του δέρματος που εντοπίζονται ακριβώς κάτω από την επιδερμίδα. Μορφολογικά μοιάζουν πολύ με τον ενδοχοριακό σπίλο. Μετά από θρόμβωση μπορεί να αποκτήσουν μαύρο χρώμα. Οι βλάβες μπορεί να μην μπορούν εύκολα να διαγνωστούν κλινικά από ένα κακοήθες μελάνωμα, γι' αυτό πραγματοποιούμε αφαίρεση της.

10. Τηλαγγειεκτασία

Πρόκειται για ένα δερματικό αιμοφόρο αγγείο. Οι τηλαγγειεκτασίες είναι γραμμοειδή αγγεία που βρίσκονται στη επιφάνεια του δέρματος. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος και προσβάλλει και τα δύο φύλα. Ως θεραπευτικές μεθόδους χρησιμοποιούμε την ηλεκτροαποξήρανση και την αφαίρεση με laser.

11. Αγγειοκεράτωμα του Mibelli

Το αγγειοκεράτωμα του Mibelli είναι κόκκινες, στρογγυλές, αγγειακές βλατίδες με υπερκερατωσική επιφάνεια. Έχουν διάμετρο από 1 έως 5 mm. Εντοπίζονται στη ράχη των δακτύλων, των άκρων των χεριών και των ποδιών, στους αγκώνες και στα γόνατα. Πρόκειται για μια συγγενή δερματοπάθεια που ανιχνεύεται στην προεφηβική ηλικία. Ως μεθόδους θεραπείας χρησιμοποιούμε την ηλεκτροκαυτηρίαση, την καταστροφή με laser και την κρυοθεραπεία.

3.6.7 ΑΜΑΡΤΩΜΑΤΑ

Ως αμαρτώματα χαρακτηρίζουμε το αποτέλεσμα της παθολογικής διάταξης των ιστών μιας περιοχής.

1. Μελαχρωματική αγγειακή φακωμάτωση

Η μελαχρωματική αγγειακή φακωμάτωση είναι ένα σπάνιο σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από τριχοειδή δυσπλασία και ερεθισμό των νεύρων. Οι πάσχοντες αυτής της νόσου έχουν συνδυασμό αγγειακών δυσπλασιών και μελανοκυτταρικών ή επιδερμικών σπίλων. Η νόσος αυτή χωρίζεται σε τρεις τύπους: φακωμάτωση *cesioflammea* (κυανές κηλίδες και αιμαγγειωματούδης σπίλος), φακωμάτωση *spilorosa* (σπιλοκυτταρικός σπίλος και ωχρή κηλίδα), φακωμάτωση *cesiomarmorata* (κυανές κηλίδες και τηλαγγειεκτατικό δέρμα).

Επιπλέον χαρακτηρίζεται ανάλογα με το αν υπάρχει μονό δερματική νόσος ως υποτύπου (α) και αν υπάρχει και συνοδός συστηματική νόσος ως υποτύπου (β).

2. Αγγειωματώδες αμάρτωμα εκκρινών αδένων

Το αγγειωματώδες αμάρτωμα των εκκρινών αδένων είναι ένα μονήρες οζίδιο που εντοπίζεται στα άκρα (κυρίως στις παλάμες και στα πέλματα). Εμφανίζεται από τη γέννηση ή στην πρώιμη ηλικία. Ιστολογικά, πρόκειται για συνδυασμός ώριμων ιδρωτοποιών αδένων και πόρων και αιμοφόρων αγγείων. Τα συμπτώματα της βλάβης είναι το άλγος και η υπεριδρωσία και για αυτό η εκτομή της βλάβης καθίστανται απαραίτητη.

3.6.8 ΔΥΣΠΛΑΣΙΕΣ

Ως δυσπλασίες αναφέρουμε τις διαμορφώσεις που προκαλούνται από παρεκκλίσεις κατά την εμβρυική ανάπτυξη ή από τραυματισμό.

1. Αναιμικός Σπίλος

Ο αναιμικός σπίλος είναι μια συγγενής διαταραχή που χαρακτηρίζεται από κηλίδες ποικίλων μεγεθών και σχημάτων, τω οποίων το χρώμα είναι λίγο πιο ωχρό από το περιβάλλον δέρμα. Ο συγκεκριμένος σπίλος μπορεί να θυμίζει λεύκη, όμως η ποσότητα μελανίνης που υπάρχει σε αυτόν είναι φυσιολογική.



Εικόνα 3.10 Αναιμικός Σπίλος

2. Ολιγαιμικός Σπίλος

Ο ολιγαιμικός σπίλος εντοπίζεται ως ωχρή κηλίδα δέρματος, η οποία είναι λιγότερο θερμή από το φυσιολογικό χρώμα του δέρματος, που οφείλεται στην μειωμένη ροή του αίματος λόγω αγγειοσύσπασης των βαθύτερων αγγείων.

3. Αιμαγγειωματώδης Σπίλος

Ο αιμαγγειωματώδης σπίλος είναι τριχοειδική δυσπλασία που εμφανίζεται στα νεογνά. Οι κηλίδες συνήθως υποχωρούν κατά την παιδική ηλικία. Οι βλάβες αυτές είναι συνήθως μονήρης και εμφανίζονται στο πρόσωπο και τον τράχηλο, μπορεί όμως να είναι και πολλαπλές με εμφάνιση στο ήμισυ της επιφάνειας του δέρματος. Η επιφάνεια τους τείνει να είναι λεία. Ως θεραπευτική μέθοδο χρησιμοποιείται η θεραπεία με παλμικό laser χρωστικής με ικανοποιητικά αποτελέσματα, ωστόσο χρειάζονται πολλές επαναλήψεις και οι υποτροπές των βλαβών είναι συχνές.

4. Συγγενές τηλαγγειεκτατικό μαρμαροειδές δέρμα (Σύνδρομο Van Lohuizen)

Το συγγενές τηλαγγειεκτατικό μαρμαροειδές δέρμα συνοδεύεται από την ύπαρξη ιώδους αγγειακού δικτύου, το οποίο εμφανίζεται συνήθως στα άκρα. Η βλάβη προσβάλλει κυρίως τα νεογνά και έχει την τάση να βελτιώνεται μέχρι τα δύο πρώτα έτη της ζωής. Μορφολογικά η βλάβη μοιάζει με μωσαϊκό. Τα δερματικά συμπτώματα που συνοδεύουν τη βλάβη είναι οι κίρσοειδείς φλέβες, οι αιμαγγειωματώδεις σπίλοι, τα έλκη, η μακροκεφαλία, και η υποπλασία / υπερτροφία ιστών και οστών.

5. Ακροχορδονώδης Αγγειακή Δυσπλασία

Η δυσπλασία αυτή αφορά τα τριχοειδή και τις φλέβες του δέρματος και του υποδορίου. Οι αγγειακές δυσπλασίες είναι συγγενείς. Μορφολογικά, πρόκειται για ερυθρές βλάβες που εμφανίζονται κυρίως στα άκρα, στα θώρακα και στους πήχεις. Οι θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση αυτών των βλαβών είναι η επιφανειακή δερμοαπόξεση με εκτομή, με laser, με κρυοθεραπεία και ηλεκτροκαυτηρίαση.

6. Δυσπλασίες εν τω βάθει φλεβών (Σηραγγώδης φλεβική δυσπλασία)

Οι φλεβικές δυσπλασίες είναι βλαννογόνιες ή υποδόριες μπλε βλάβες που προσβάλλουν και τους μυς. Οι βλάβες αυτές συνοδεύονται από ανώμαλη ενδαγγειακή πήξη. Η αποτελεσματικότερη θεραπεία για τις βλάβες αυτές θεωρείται η σκληροθεραπεία. Η συρραγώδης φλεβική δυσπλασία είναι σκούρα κόκκινα ή ιώδη οζίδια. Εμφανίζονται στο κεφάλι και στον τράχηλο, μπορεί όμως να προσβάλουν το δέρμα και τους βλεννογόνους. Οι βλάβες είναι συνήθως ασυμπτωματικές, μπορεί όμως να υπάρξουν ανά διαστήματα ασβεστοποιημένοι λίθοι στις φλέβες και υπερίδρωση. Λόγω του ότι η δυσπλασία βρίσκεται στο εν βάθει τμήμα, δεν μπορούμε να προβούμε σε θεραπεία με laser, ούτε όμως η χειρουργική εκτομή έφερε καλά αποτελέσματα. Οι πάσχοντες αυτών των δυσπλασιών θα πρέπει να ντύνονται με ειδικά ενδύματα και όχι με ελαστικούς επιδέσμους.

7. Σύνδρομο Klippel-Tranaunay

Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από την τριάδα (αιμαγγειωματώδης σπίλος, δυσπλασία φλεβών και λεμφαγγείων, υπερτροφία μαλακών ιστών πάσχοντος άκρου). Κυριότερο σημείο προσβολής με ποσοστό 95% είναι το κάτω άκρο. Το πρώτο σύμπτωμα που παρατηρείται είναι ο αγγειωματώδης σπίλος.

Έχουν σημειωθεί βέβαια και διαταραχές στη βάδιση, καθώς το πάσχον άκρο είναι μεγαλύτερο και μακρύτερο από το φυσιολογικό. Για την αντιμετώπιση του συνδρόμου χρησιμοποιείται laser χρωστικής (για το σύμπτωμα του αιμαγγειωματώδους σπίλου), αντλίες διαβαθμιζόμενης συμπίεσης, ενδύματα με καλή εφαρμογή στο σώμα και διουρητικά (για τις κίρσοειδείς ανευρύνσεις και το οίδημα) και τέλος η χειρουργική επέμβαση (για την διόρθωση του πάσχοντος άκρου).

8. Αρτηριοφλεβικές Αναστομώσεις

Οι αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις είναι ουσιαστικά η διασύνδεση μεταξύ των φλεβών και των αρτηριών. Μπορεί να είναι συγγενείς ή επίκτητες. Οι συγγενείς εντοπίζονται κυρίως στα άκρα και τις αναγνωρίζουμε λόγω των κίρσοειδών φλεβών που δημιουργούνται. Οι επίκτητες, προκαλούνται συνήθως από τραυματισμό. Τα συμπτώματα που έχουν οι πάσχοντες είναι οι τρίχες να μεγαλώνουν ταχύτερα, το πάσχον άκρο να είναι μεγαλύτερο από το φυσιολογικό, το δέρμα πάνω στο οποίο υπάρχει η αναστόμωση είναι πιο θερμό, οίδημα, αυξημένη εφίδρωση και παραισθήσεις. Οι επίκτητες αναστομώσεις θεραπεύονται με εκτομή ενώ οι συγγενείς με σκληροθεραπεία.

9. Προεξάρχουσα κάτω χειλική αρτηρία

Η προεξάρχουσα κάτω χειλική αρτηρία είναι μια σφύζουσα βλατίδα που εμφανίζεται λίγα εκατοστόμετρα από το άνοιγμα του στόματος. Η βλατίδα αυτή μπορεί να εντοπιστεί και στο πάνω χείλος. Όταν η χειλική αρτηρία έχει μεγάλη διάμετρο, είναι πιθανό να διαγνωσθεί λανθασμένα και ως ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, για αυτόν τον λόγο είναι καλύτερα να γίνεται ψηλάφηση πριν από την παρακέντηση της.

10. Δυσπλασία επιπολής λεμφαγγείων

Πρόκειται για συγγενή δυσπλασία. Εμφανίζεται κατά τη γέννηση ως φυσαλοειδείς βλατίδες που μοιάζουν στην όψη με αυγά βατράχου. Οι βλατίδες μπορεί να είναι κίτρινες, κόκκινες ή ρόδινες και κατανέμονται διάσπαρτες σε ομάδες. Εμφανίζονται κυρίως στην κοιλιακή χώρα, στη μασχάλη, στα γεννητικά όργανα και στη στοματική κοιλότητα (ιδιαίτερα στη γλώσσα). Οι βλάβες αυτές αποτελούνται από αιμοφόρα και λεμφαγγειακά στοιχεία σε συνδυασμό μεταξύ τους με αποτέλεσμα οι βλατίδες να περιέχουν διάσπαρτες ιώδεις περιοχές. Η μέθοδος θεραπείας που χρησιμοποιείται είναι η εξάχνωση με laser CO2, το παλμικό laser χρωστικής καθώς επίσης και η σκληροθεραπεία.

11. Κυστική Λεμφαγγειακή Δυσπλασία

Οι κυστικές λεμφαγγειακές δυσπλασίες είναι πολυεστιακές εν τω βάθην εντοπιζόμενες μαλακές μάζες, που είναι ανώδυνες και καλύπτονται από υγιές δέρμα. Εμφανίζονται στη στοματική κοιλότητα και στα άκρα και αντιμετωπίζονται με σκληροθεραπεία.

3.6.9 ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΕΣ

1. Ενδοαγγειακή Θηλώδης Ενδοθηλιακή Υπερπλασία

Η υπερπλασία αυτή μοιάζει με αγγειοσάρκωμα. Πρόκειται για κόκκινες ή ιώδης βλατίδες με διάμετρο 5 mm έως 5 cm που εμφανίζονται στον τράχηλο, στο κεφάλι και στα άνω άκρα. Ιστολογικά μιλάμε για ενδοαγγειακές θηλώδεις προεξοχές οι οποίες ενισχύονται από ενδοθηλιακά κύτταρα. Ως αποτέλεσμα τις υπερπλασίας αυτής είναι η δημιουργία θρόμβων. Ως θεραπεία προτείνεται η εκτομή.

2. Έρπον Αγγείωμα

Χαρακτηρίζεται από μικρές ανοιχτόχρωμες κηλίδες που εξελίσσονται σε βλατίδες. Οι κηλίδες είναι πολλαπλές σε ομάδες που μεγαλώνουν με το σχηματισμό νέων κηλίδων στην περίμετρο τους. Προσβάλλει και τα δυο φύλα και όλες τις ηλικίες, παρ' όλα αυτά είναι συνηθέστερο σε κορίτσια κάτω των 16 ετών. Ιστολογικά, πρόκειται για σπειροειδή τριχοειδή στις θηλές του χορίου και στο άνω χόριο. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του επιτυγχάνεται με παλμικό laser χρωστικής.

3. Αγγειολεμφοειδής Υπερπλασία με ηωσινοφιλία

Η αγγειολεμφοειδής υπερπλασία, όπως παρατηρούμε και από το όνομά της, είναι μια καλοήθης αυξημένη ανάπτυξη των αγγειακών καναλιών τα οποία περιβάλλονται από διήθηση λεμφοκυττάρων και ηωσινοφίλων. Η νόσος αυτή ονομάζεται αλλιώς και άτυπο πυογόνο κοκκίωμα ή επιθηλιοειδές αιμαγγείωμα. Πρόκειται για πολλαπλά ημιδιάφανα κόκκινα οζίδια. Εμφανίζονται στο λαιμό, συχνότερα γύρω από τα αυτιά και στα εξωτερικά όρια του τριχωτού της κεφαλής. Προσβάλλει κυρίως τις νεαρές γυναίκες και μπορεί να είναι επώδυνη και κνησμώδης. Ιστολογικά πρόκειται για οζίδια που βρίσκονται μέσα στο χόριο ή τον υποδόριο ιστό, τα οποία αποτελούνται από πολλαπλά αιμοφόρα αγγεία ποικίλων μεγεθών. Τα αιμοφόρα αυτά αγγεία ενισχύονται από ενδοθηλιακά κύτταρα τα οποία αποτελούνται από μεγάλους πυρήνες και ηωσινοφιλικό κυτταρόπλασμα. Ως μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης αποτελούν η κρυοθεραπεία και η θεραπεία με λέιζερ. Ο όγκος αυτός είναι ακτινοευαίσθητος.

4. Πυογόνο κοκκίωμα (Τηλεαγγειεκτατικό κοκκίωμα, Αιμαγγειωματώδες κοκκίωμα)

Το πυογόνο κοκκίωμα είναι ένας καλοήθης αγγειακός πολλαπλασιασμός

του δέρματος και των βλεννογόνων μεμβρανών, των οποίων η παθογένεση δεν είναι πλήρως κατανοητή. Μορφολογικά πρόκειται για μια βλατίδα κόκκινου χρώματος η οποία είναι επιρρεπής σε έλκος και αιμορραγία. Εμφανίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του δέρματος και των βλεννογόνων, όμως συχνότερο σημείο εμφάνισης του πυογόνου κοκκιώματος αποτελούν τα δάχτυλα των χεριών, η περιοχή γύρω από τα νύχια, το πρόσωπο και το τριχωτό της κεφαλής. Προσβάλλει και τα δυο φύλλα, όμως εμφανίζεται συχνότερα σε παιδιά και νέους ενήλικες. Ιστολογικά μιλάμε για υπερπλασία κοκκιωματώδους ιστού, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί μια επηρμένη βλάβη, η οποία αποτελείται από αγγειακά κανάλια μεγάλου μεγέθους που είναι γεμάτα αίμα. Το πυογόνο κοκκίωμα είναι μία βλάβη που εμφανίζεται ξαφνικά. Οι τρέχουσες θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν χειρουργική εκτομή, απομάκρυνση μέσω ηλεκτροκαυστικής θεραπείας, κρυοθεραπεία και αφαίρεση με CO₂ ή αγγειακά λέιζερ. Παρά την καλοήγη φύση του, μπορεί να έχει σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ασθενών.



Εικόνα 3.11 Πυογόνο Κοκκίωμα

3.6.10 ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

1. Βρεφικό Αιμαγγείωμα

Το βρεφικό αιμαγγείωμα είναι ο πιο συχνός καλοήθης όγκος της παιδικής ηλικίας. Πρόκειται για σκούρες ή ερυθρές μαλακές βλατίδες, εύκολα συμπίεσιμες. Μετά

την υποστροφή των βλατίδων, εμφανίζονται λευκές γραμμώσεις πάνω τους και το δέρμα επιπεδώνεται. Το δέρμα μπορεί να είναι φυσιολογικό μετά την υποχώρηση της βλάβης, αλλά μπορεί να εμφανίσει ατροφία, τηλαγγειεκτασίες ή περίσσεια δέρματος.



Εικόνα 3.12 Βρεφικό Αιμαγγείωμα

2. Στοχοειδές Αιμοσιδηρωτικό Αιμαγγείωμα

Πρόκειται για κεντρική βλατίδα καφέ ή ιώδους χρώματος που περιβάλλεται από εκχύμωση με οίδημα. Εμφανίζεται σε νεαρές ηλικίες αλλά και σε μεσήλικες και εντοπίζονται στον κορμό και στα άκρα. Ιστολογικά μιλάμε για διατεταγμένες αγγειακές δομές οι οποίες ενισχύονται από ενδοθηλιακά κύτταρα και λεπτά αγγεία με αποτέλεσμα να εισχωρεί στα βαθύτερα τμήματα της βλάβης το κολλαγόνο.

3. Μικροφλεβώδες Αιμαγγείωμα

Πρόκειται για ένα επίκτητο καλοήθες αγγειακό νεόπλασμα. Ιστολογικά μιλάμε για επιμηκυσμένα αιμοφόρα αγγεία με αυλούς που εμφανίζονται στο δικτυωτό χόριο. Είναι μία ασυμπτωματική, ερυθρή βλάβη που αναπτύσσεται αργά. Έχει διάμετρο 0,5-2 cm και εντοπίζεται στους πήχεις ή οπουδήποτε αλλού και

προσβάλλει νεαρές ηλικίες αλλά και μεσήλικες.

4. Θυσανωτό Αγγείωμα (Αγγειοβλάστωμα)

Η βλάβη αυτή ερυθρές κηλίδες με διάμετρο από 2 έως 5 cm. Αναπτύσσονται κατά τη βρεφική και την πρώιμη ηλικία και εμφανίζονται στον τράχηλο και τον ανώτερο κορμό. Ιστολογικά, μιλάμε για μικρούς, αγγειωματώδεις θυσάνους και οζίδια μέσα στο χόριο. Ως θεραπευτικές μεθόδους προτείνεται το παλμικό laser χρωστικής, η εκτομή και οι υψηλές δόσεις στεροειδών.

5. Πολυεστιακή Λεμφαγγειοενδοθηλιωμάτωση

Μορφολογικά πρόκειται για καφεκόκκινες πλάκες με διάμετρο μερικών εκατοστών. Ιστολογικά, μιλάμε για αγγεία με λεπτά τοιχώματα που ενισχύονται από hobnail επιθήλιο και θηλώδεις θυσάνους. Τα ενδοθηλιακά κύτταρα της βλάβης αυτής έχουν αυξημένη πολλαπλασιαστική προδιάθεση.

6. Σύνδρομο του Kasabach- Merritt (Αιμαγγείωμα με θρομβοπενία)

Το σύνδρομο αυτό προσβάλλει τα βρέφη. Σε αρχικό στάδιο τα βρέφη εμφανίζουν μια ερυθρή πλάκα ή έναν όγκο σε ένα άκρο τους ή στον κορμό. Κάποια από τα μετέπειτα συμπτώματα του συνδρόμου είναι η θρομβοκυττοπενία, η αιμοραγική διάθεση και ο διογκωμένος σπλήνας. Η θνησιμότητα του συνδρόμου ανέρχεται στο 30% με συχνότερο αίτιο τις αιμορραγικές επιπλοκές. Έχουν χρησιμοποιηθεί πολλές μέθοδοι αντιμετώπισης (κορτικοειδή, εμβολιασμοί, ακτινοβολήση, εκτομή) , αλλά η θεραπεία είναι δύσκολη και πολλοί ασθενείς δεν ανταποκρίνονται καλά σε αυτήν.

7. Επίκτητο Αυξανόμενο Λεμφαγγείωμα

Το επίκτητο αυξανόμενο λεμφαγγείωμα χαρακτηρίζεται από ομάδα λεμφαγγειωμάτων που εμφανίζονται οπουδήποτε στο σώμα και προσβάλλουν νεαρά άτομα. Μορφολογικά, είναι ερυθρωματώδεις βλάβες ή κηλίδες βραδέως ανάπτυξης που σπανίως είναι κίτρινες ή άτριχες. Ιστολογικά, Πρόκειται για χώρους ενισχυμένους με ενδοθήλιο, που διαχωρίζονται από δέσμες κολλαγόνου. Θεραπευτικά, αντιμετωπίζεται με εκτομή, ωστόσο η χρήση πρεδνιζολόνης προκαλεί την υποχώρηση ορισμένων βλαβών.

8. Γλομαγγείωμα

Το γλομαγγείωμα είναι ένα συμπαγές οζίδιο στο χρώμα του δέρματος με διάμετρο 1 έως 20 mm. Τα οζίδια είναι ευαίσθητα και προκαλούν παροξυσμικό πόνο. Εμφανίζεται κάτω από τα νύχια, στα δάχτυλα, στους βραχίονες αλλά και οπουδήποτε αλλού. Ιστολογικά, τα γλομαγγειώματα περιέχουν πολλούς αγγειακούς αυλούς οι οποίοι ενισχύονται από ενδοθηλιακά κύτταρα. Είναι σφαιρικά και μπορεί να εμφανιστούν ως μονήρη και πολλαπλά. Τα μονήρη γλομαγγειώματα αντιμετωπίζονται με εκτομή. Οι υπονύχιοι όγκοι εντοπίζονται και να αφαιρεθούν, γιατί έχουν μικρό μέγεθος.

10. Ατρακτοκυτταρικό Αιμαγγειοενδοθηλίωμα

Το ατρακτοκυτταρικό αιμαγγειοενδοθηλίωμα είναι ένας αγγειακός όγκος και εμφανίζεται σε παιδιά και νέους ενήλικες. Έχουν τη μορφή μπλε οζιδίων με στερεό περιεχόμενο και εντοπίζεται στα άκρα. Ιστολογικά, είναι ένα οζίδιο του χορίου που περιέχει αγγειακούς χώρους και μοιάζει με αιμορραγικό πνευμονικό ιστό. Εμφανίζονται και φλεβόλιθοι. Ως θεραπευτική αντιμετώπιση χρησιμοποιείται η εκτομή, ωστόσο οι βλάβες μπορεί να υποτροπιάσουν μετά από αυτήν.

3.6.11 ΚΕΓΧΡΙΑ

Τα κέγχρια είναι μια επιδερμοειδής κύστη με τη μορφή λευκής υγρής βλατίδας. Η βλάβη αυτή σχετίζεται με την κλινική πορεία της ακμής, όπως επίσης και με την κλινική εικόνα χρόνιων ηλιακών βλαβών σε συνδυασμό με ανοιχτούς φαγέσωρες. Τα κέγχρια είναι ασυμπτωματικά. Μορφολογικά, πρόκειται για βλατίδες λευκής και υγρής μορφής που εμφανίζονται μονήρης ή πολλαπλές. Εμφανίζονται κυρίως στο πρόσωπο (συνήθως κάτω από τα μάτια). Εντοπίζεται στο άνω χόριο και αποτελείται από πολύστιβο ακανθωτό επιθήλιο. Ως θεραπευτική αντιμετώπιση δεν εφαρμόζουμε ιατρικές μεθόδους όπως εγχειρήσεις, αλλά τις αφαιρούμε με μικρή τομή.



Εικόνα 3.12 Κεγχρία

3.6.12 ΤΕΡΑΤΩΜΑΤΑ / ΤΕΡΑΤΟΕΙΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ

Τα τερατώματα σχετίζονται ως βλάβη με τις επιδερμοειδείς και τις δερμοειδείς κύστες μιας και θεωρείται πως και αυτές προέρχονται από την παγίδευση επιθηλιακών κυττάρων κατά την ενδομήτρια ζωή. Τα τερατώματα ενδείκνυται να περιέχουν διάφορους ιστούς στο εσωτερικό τους, όπως τρίχες, δόντια, οστό και χόνδρο. Η πιο συχνή μορφή τερατωμάτων είναι στις ωοθήκες. Τα τερατώματα εμφανίζονται σε παιδιά, ενώ οι δερμοειδείς και οι επιδερμοειδείς κύστες εμφανίζονται συχνότερα σε μεγαλύτερες ηλικίες. Τα σημεία εμφάνισης τους είναι ίδια με αυτά των δερμοειδών κύστεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Το δέρμα περιέχει εξαρτήματα, τα οποία δημιουργούνται κατά την πρώιμη ανάπτυξη του εμβρύου. Τα εξαρτήματα του δέρματος περιλαμβάνουν τους σμηγματογόνους αδένες, τους ιδρωτοποιούς αδένες, τις τρίχες και τα νύχια. Εξαιτίας κάποιων παραγόντων είναι πιθανό να εμφανιστούν όγκοι στο δέρμα είτε καλοήθεις είτε μεταστατικοί. Στους καλοήθεις όγκους του δέρματος συμπεριλαμβάνονται και οι καλοήθεις παθήσεις των εξαρτημάτων του δέρματος. Οι όγκοι αυτοί είναι πολυπληθείς, καθώς είναι πιθανός ο σχηματισμός μιας μάζας κυττάρων είτε στους σμηγματογόνους αδένες είτε στους σμηγματογόνους αδένες είτε στις τρίχες. Οι καλοήθεις παθήσεις των εξαρτημάτων του δέρματος αναφέρονται αναλυτικά στη συνέχεια.

4.2 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΕΚΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Οι εκκρινείς ή ιδρωτοποιοί αδένες είναι αδένες του δέρματος και δημιουργούν τον ιδρώτα ώστε ρυθμίζουν τη θερμοκρασία του σώματος. Οι ιδρωτοποιοί αδένες χειρίζονται από τον εγκέφαλο, οπότε ανάλογα με το ερέθισμα που δέχεται ο εγκέφαλος, εκκρίνεται ιδρώτας σε διαφορετικά σημεία κάθε φορά. Είναι πολυάριθμοι και είναι κατανεμημένοι σε όλο το δέρμα, ενώ δεν υπάρχουν στους βλεννογόνους. Αυτοί οι αδένες σχηματίζονται κατά την εμβρυική περίοδο. Ένας ιδρωτοποιός αδένας αποτελείται από τέσσερα μέρη:

- τον σπειροειδή εκκριτικό αδένα
- το σπειροειδές χοριακό μέρος του εκφορητικού πόρου
- το ευθύ χοριακό μέρος του εκφορητικού πόρου
- το σπειροειδές ενδοεπιδερμικό μέρος του εκφορητικού πόρου

4.2.1 ΕΚΚΡΙΝΕΣ ΥΔΡΟΚΥΣΤΩΜΑ

Πρόκειται για κυστικούς καλοήθεις όγκους των εκκρινών αδένων του δέρματος που, ειδικότερα, γίνονται ορατοί στο πρόσωπο και προσβάλλονται από αυτή την πάθηση τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες. Παρουσιάζονται με τη μορφή ημικυκλικών, γυαλιστερών, μικρού μεγέθους κύστεων κυρίως στην περιοχή των βλεφάρων. Επιπλέον, φέρουν στο τοίχωμά τους δυο σειρές επιθηλιακών κυττάρων. Οι κύστεις συχνά δεν περιέχουν υγρό, όμως πρόκειται να αιμορραγούν μερικές φορές. Η πάθηση αυτή δεν φέρει συμπτώματα και επιδεινώνεται τους θερινούς μήνες ή όταν ο ασθενής έρθει σε επαφή με υψηλές θερμοκρασίες και υποχωρεί στις χαμηλές θερμοκρασίες. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αντιμετωπίζονται για Αισθητικούς λόγους με θεραπείες σαν τον καυτηριασμό και το laser. Παρατηρήθηκε πως καλύτερα αποτελέσματα στη θεραπεία των εκκρινών ιδροκυστωμάτων αποτέλεσε η εφαρμογή του παλμικού laser χρωστικής με μήκος κύματος 585 nm.

4.2.2 ΣΥΡΙΓΓΩΜΑΤΑ

Προέρχονται από βλάβες του ενδοεπιδερμικού μέρους των ιδρωτοποιών αδένων. Εντοπίζονται βαθμιαία, κυρίως στις κοπέλες με τη μορφή φουσκαλών, οι οποίες έχουν μικρό μέγεθος και συχνότερα, είναι κατανεμημένες στην περιοχή των ζυγωματικών ή κάτω από τα μάτια. Συχνά δε φέρουν συμπτώματα, ωστόσο είναι πιθανό να προκαλέσουν φαγούρα αν εκτεθεί η περιοχή σε υψηλές θερμοκρασίες. Όμως, λόγω της θέσης των συριγγωμάτων, αποτελούν ένα αισθητικό πρόβλημα κι έτσι, πολλοί ασθενείς καταφεύγουν στη θεραπεία. Έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς αρκετές μέθοδοι αντιμετώπισης των συριγγωμάτων, πολλές από τις οποίες δεν έφεραν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Έτσι, έπειτα από πολλές μελέτες, κατέληξαν ότι η καλοήθης πάθηση των συριγγωμάτων θεραπεύεται αποτελεσματικότερα με την εφαρμογή του laser διοξειδίου του άνθρακα, αλλά και με καυτηριασμό.

4.2.3 ΕΚΚΡΙΝΗ ΑΚΡΟΣΠΕΙΡΩΜΑΤΑ

4.2.3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Αποτελούν καλοήθεις βλάβες των ιδρωτοποιών αδένων και εμφανίζονται στο δέρμα με διαφορετική μορφή. Επομένως, ανάλογα με τη μορφή που παρουσιάζονται στο δέρμα διακρίνονται σε εκκρινές πόρωμα, σε απλό ιδρωτοακάνθωμα, σε χοριακό σωληνώδη όγκο και σε συριγγοακάνθωμα.

4.2.3.2 ΕΚΚΡΙΝΕΣ ΠΟΡΩΜΑ

Παρουσιάζεται με τη μορφή ογκιδίων αρκετά μικρού μεγέθους, που συνήθως δεν προκαλούν πόνο και είναι δυνατό, τα ογκίδια να είναι απαλά ή τραχιά στην αφή. Μπορούν εξίσου να προσβληθούν και οι άντρες και οι γυναίκες με κύρια εμφάνιση στην περιοχή των πελμάτων, καθώς, επίσης και στις παλάμες. Ωστόσο, δεν αποκλείεται να παρουσιαστούν σε οποιαδήποτε άλλη περιοχή του σώματος που υπάρχουν ιδρωτοποιοί αδένες. Το εκκρινές πόρωμα είναι μια από τις παθήσεις των εξαρτημάτων του δέρματος έχει τη δυνατότητα να μετατραπεί σε κακοήθεια σε ειδικά σπάνιες περιπτώσεις. Για το λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητος ο έλεγχος της πάθησης αυτής από ειδικό ιατρό, με την εξέταση του δείγματος έτσι ώστε να φανεί αν πρόκειται για καλοήθεια ή κακοήθεια. Έτσι, για την καλύτερη αντιμετώπιση της βλάβης, συνίσταται η ολική αφαίρεση του όγκου μέσω της εγχείρησης.



Εικόνα 4.1 Εκκρινές Πόρωμα

4.2.3.3 ΑΠΛΟ ΙΔΡΩΤΟΑΚΑΝΘΩΜΑ

Αφορά μια καλοήγη πάθηση των ιδρωτοποιών αδένων που δεν παρουσιάζεται με σαφή μορφή. Πρόκειται για έναν σπάνιο όγκο που συνήθως εμφανίζεται με κυκλική μορφή κατά τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων των ιδρωτοποιών αδένων που συναντάται ειδικότερα, στα πόδια. Επιπλέον, η καλοήθεια αυτή είναι παρόμοια με τη πάθηση του εκκρινούς πορώματος ως προς τον τρόπο που αναπτύσσεται. Κάποιες φορές, το απλό ιδρωτοακάνθωμα είναι ικανό να μετατραπεί σε κακοήθεια.

4.2.3.4 ΧΟΡΙΑΚΟΣ ΣΩΛΗΝΩΔΗΣ ΟΓΚΟΣ

Αφορά μια καλοήγη πάθηση των ιδρωτοποιών αδένων που δε μετατρέπεται σε καρκίνωμα. Συνήθως, παρουσιάζεται με τη μορφή κυκλικών ογκιδίων στο υπόδερμα, τα οποία, δεν προεξέχουν στην επιφάνεια του δέρματος κι, επομένως, δεν γίνονται αντιληπτά από τον ασθενή. Προσβάλλονται περισσότερο περιοχές, όπως είναι η κεφαλή. Πρόκειται για μια καλοήθεια που δεν χρήζει αντιμετώπισης.

4.2.3.5 ΣΥΡΙΓΓΟΑΚΑΝΘΩΜΑ

Είναι ένας καλοήθης όγκος των ιδρωτοποιών αδένων που δε φέρει σαφή χαρακτηριστικά και που προσβάλλει διάφορα σημεία του σώματος. Ο σχηματισμός της πάθησης αυτής είναι και αυτός παρόμοιος με το σχηματισμό του εκκρινούς πορώματος και συχνά εμφανίζεται με τη μορφή υπερπλασίας της επιδερμίδας εξαιτίας της ακανθωτής στιβάδας του δέρματος. Το συριγγοακάνθωμα είναι πιθανό να οφείλεται στον πολλαπλασιασμό κυττάρων των ιδρωτοποιών αδένων, αλλά και των κυττάρων της επιδερμίδας.

4.2.4 ΕΚΚΡΙΝΕΣ ΣΥΡΙΓΓΟΙΝΟΑΔΕΝΩΜΑ

Αφορά ένα καλοήγη ινοεπιθηλιακό όγκο που εκδηλώνεται στο δέρμα, έπεται από μια διαφοροποίηση που έχουν δεχτεί τα επιθηλιακά κύτταρα των ιδρωτοποιών αδένων. Τα κύτταρα αυτά εισβάλλουν από την επιφάνεια του δέρματος στο υπόδερμα εξαιτίας του πολλαπλασιασμού τους προκαλώντας τη δημιουργία του εκκρινούς συριγγοίνοαδενώματος. Η πάθηση αυτή συνήθως προσβάλλει τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας και έχει τη μορφή οζιδίων. Ειδικότερα, το εκκρινές συριγγοίνοαδένωμα εμφανίζεται στα χέρια και στα πόδια, καθώς, επίσης, παρατηρείται συχνά και στο κορμί. Σε σπάνιες περιπτώσεις, είναι πιθανό να αναπτυχθεί ο όγκος και να μετατραπεί σε κακοήθεια.

4.2.5 ΕΚΚΡΙΝΕΣ ΘΗΛΩΔΕΣ ΑΔΕΝΩΜΑ

Το θηλώδες αδένωμα είναι μια καλοήγη πάθηση των εξαρτημάτων του δέρματος που μπορεί να είναι είτε εκκρινές είτε αποκρινές. Το εκκρινές θηλώδες αδένωμα κάνει την εμφάνισή του ειδικότερα, στις περιοχές των χεριών και των ποδιών, ακόμη και στο λαιμό ή στο πρόσωπο. Πάντοτε, έχει τη μορφή ενός μοναχικού οζιδίου που υπάρχει στο χόριο και έχει την ικανότητα να κινηθεί είτε προς την επιδερμίδα είτε προς το χόριο. Η παραπάνω καλοήθεια δεν ξεφεύγει από τα όριά της και αποτελείται από πολλά μικροσκοπικά κύτταρα των ιδρωτοποιών αδένων. Μερικές φορές το εκκρινές θηλώδες αδένωμα μπορεί να εξελιχθεί σε κακοήγη μάζα κυττάρων, με αποτέλεσμα να υπάρχει ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός των κυττάρων και να διαταραχθεί το σχήμα του όγκου. Οι κακοήγη όγκοι είναι γνωστοί ως αδενοειδές κυστικό καρκίνωμα ή επιθετικό θηλώδες αδένωμα των άνω και κάτω άκρων.

4.2.6 ΕΚΚΡΙΝΕΣ ΣΠΕΙΡΑΔΕΝΩΜΑ

Πρόκειται για μια καλοήγη πάθηση που συναντάται αρκετά συχνά, κυρίως σε ανθρώπους νεανικής ηλικίας. Το εκκρινές σπειραδένωμα είναι δυνατό να παρουσιαστεί στο δέρμα και συγκεκριμένα, στην κεφαλή, αλλά και στην μπροστινή πλευρά του σώματος είτε με τη μορφή ενός οζιδίου είτε με τη μορφή πολλαπλών οζιδίων. Τα οζίδια είναι μικροσκοπικά και, συνήθως, προκαλούν πόνο στον ασθενή. Όταν εκδηλώνεται με τη μορφή πολλαπλών οζιδίων έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις κατά τις οποίες ο όγκος καταλαμβάνει μεγάλη επιφάνεια σε μια συγκεκριμένη περιοχή. Σπάνια, η καλοήθεια αυτή δύναται να μετατραπεί σε κακοήθεια, γνωστή και ως σπειραδενοκαρκίνωμα. Ο συγκεκριμένος όγκος είναι μεταστατικός και προσβάλλει αδένες της λέμφου, αλλά και τα οστά.



Εικόνα 4.2 Εκκρινές Σπειραδένωμα

4.2.7 ΟΖΩΔΕΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΩΜΑ

Πρόκειται για μια πάθηση που μπορεί να είναι και εκκρινής, αλλά και αποκρινής. Στους εκκρινείς όγκους, αφορά έναν καλοήγη όγκο των ιδρωτοποιών αδένων που εκδηλώνεται στο δέρμα των χεριών, των ποδιών, αλλά και της

κεφαλής με τη μορφή οζιδίων. Τα οζίδια αυτά μπορεί να είναι μικρής διαμέτρου είτε μεγαλύτερης. Το οζώδες ιδρωταδένωμα αναπτύσσεται λόγω της υπερπλασίας του ιδρωτοποιού αδένου τόσο από το εκκριτικό μέρος όσο και από το απεκκριτικό πόρο. Ο σχηματισμός της καλοήθειας αυτής είναι αρκετά σύνθετος, καθώς είναι πιθανό να εμφανίζει μια πλήρως οριοθετημένη ανάπτυξη κυττάρων. Ωστόσο, κάποιες φορές, πρόκειται να μην παρουσιάζει συγκεκριμένη δομή και να καταλαμβάνει μεγάλη επιφάνεια στο δέρμα. Τέτοια μορφή έχει το στερεοκυστικό ιδρωταδένωμα που εμφανίζεται κυρίως μέσω κύστεων μεγάλης διαμέτρου. Η εν λόγω καλοήθεια εξελίσσεται αργά και πιθανώς, δεν εξελίσσεται η ίδια η καλοήθεια σε κακοήθεια. Οι κακοήθεις μορφές γνωστές και ως ιδρωταδενοκαρκινώματα εμφανίζονται από μόνες τους και είναι ικανές να εισχωρήσουν στους αδένες της λέμφου ή ακόμα και στους πνεύμονες.

4.2.8 ΧΟΝΔΡΟΕΙΔΕΣ ΣΥΡΙΓΓΩΜΑ

Πρόκειται και αυτή η πάθηση για έναν εκκρινή, αλλά και αποκρινή όγκο. Στους εκκρινείς όγκους, αφορά ένα σπάνιο καλοήθη όγκο των ιδρωτοποιών αδένων που έχει και αυτός σύνθετο σχηματισμό. Είναι μια πάθηση που αναπτύσσεται χάρη στον πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών σωληνοειδών κυττάρων που μπορεί να πρόκειται για μικροσκοπικά ή λίγο μεγαλύτερα κύτταρα σε μέγεθος. Παρουσιάζεται σαν οζίδιο του χορίου πάντοτε, συνήθως σε περιοχές του σώματος, όπως είναι ο λαιμός ή η κεφαλή. Σπάνια, είναι δυνατό να μετατραπεί το χονδροειδές συρίγγωμα σε διάφορους τύπους κακοηθειών, όπως είναι το κακοήθες χονδροειδές συρίγγωμα. Ειδικότερα, ο καρκίνος εκδηλώνεται στα χέρια και στα πόδια του ασθενή και είναι πολύ επικίνδυνος, διότι δύναται να κάνει μετάσταση σε άλλες περιοχές του σώματος. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η αφαίρεση των χονδροειδών συριγγωμάτων.

4.3 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΑΠΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Εξαρτήματα του δέρματος αποτελούν επίσης, οι αποκρινείς αδένες του δέρματος, των οποίων το εκκριτικό μέρος είναι μεγαλύτερο σε μέγεθος τόσο σε μήκος όσο και σε πάχος από αυτό των εκκρινών αδένων. Επιπλέον, οι αδένες αυτοί δεν είναι κατανεμημένοι σε όλο το σώμα, παρά μόνο σε περιοχές όπως οι μασχάλες και οι μαστοί. Ο εκφορητικός τους πόρος εξέρχεται πάνω από την εκβολή των σμηγματογόνων αδένων. Δεν είναι γνωστή η λειτουργία αυτών των αδένων για τον ανθρώπινο οργανισμό. Ωστόσο, παράγουν ένα ελαφρώς κολλώδες έκκριμα που η άσχημη οσμή προκαλείται λόγω των βακτηριδίων του δέρματος, του οποίου ο ρόλος είναι άγνωστος. Είναι ικανό να αναπτυχθούν κάποιοι καλοήθεις όγκοι στους αποκρινείς αδένες εξαιτίας της διαφοροποίησης που μπορεί να υποστούν τα κύτταρα αυτών των αδένων και θα ασχοληθούμε περαιτέρω στη συνέχεια.

4.3.1 ΑΠΟΚΡΙΝΕΣ ΙΔΡΟΚΥΣΤΩΜΑ

Το αποκρινές ιδροκύστωμα αποτελεί έναν καλοήγη όγκο των αποκρινών αδένων και είναι η ίδια πάθηση με το εκκρινές ιδροκύστωμα των εκκρινών αδένων. Η καλοήγη μάζα κυττάρων δεν αποτελεί μια κύστη, αλλά ένα αδένωμα των σωληνοδών κυττάρων των αποκρινών αδένων. Τα αποκρινές ιδροκύστωμα εκδηλώνεται στο δέρμα με τη μορφή ενός οζιδίου και ειδικότερα, παρουσιάζεται στην κεφαλή των ανθρώπων ηλικίας άνω των 18 ετών. Παρά το γεγονός ότι το αποκρινές ιδροκύστωμα είναι μια καλοήγη πάθηση, συνίσταται να αφαιρείται σε περιπτώσεις που εκδηλώνεται με τη μορφή πολλαπλών οζιδίων, κυρίως, για αισθητικούς λόγους, με τη χρήση laser του διοξειδίου του άνθρακα.

4.3.2 ΘΗΛΩΜΑΤΩΔΕΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΩΜΑ

Αποτελεί μια καλοήγη πάθηση των αποκρινών αδένων που την

παρουσιάζουν κυρίως, άτομα γυναικείου φύλου. Κάνει την εμφάνισή της στις μασχάλες, στο τριχωτό μέρος της κεφαλής και στους μαστούς. Ωστόσο, στην περιοχή των μαστών είναι δύσκολη η διάγνωση εξαιτίας της εμφάνισης κοινών συμπτωμάτων με άλλη νόσο. Πρόκειται για έναν όγκο που έχει τη μορφή οζιδίου και κάνει την εμφάνισή του στην περιοχή του υποδόριου. Η κακοήθης εξαλλαγή του θηλωματώδους ιδρωταδενώματος είναι σπάνια και για αυτό ευθύνεται ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων.

4.3.3 ΘΗΛΩΜΑΤΩΔΕΣ ΣΥΡΙΓΓΟΚΥΣΤΑΔΕΝΩΜΑ

Το θηλωματώδες συριγγοκυσταδένωμα αποτελεί μια καλοήγη πάθηση που αναπτύσσεται εξαιρετικά αργά. Μέχρι σήμερα, είναι άγνωστος ο τρόπος με τον οποίο σχηματίζεται ο όγκος. Το αδένωμα έχει τη μορφή σπίλου όταν εκδηλώνεται μόνο του στο δέρμα ή είναι πιθανή ύπαρξη μαζί με άλλο σπίλο. Το ογκίδιο αυτό κινείται προς το υπόδερμα, αλλά αλλοιώνεται και η επιδερμίδα στην περιοχή που σχηματίζεται το ογκίδιο αυτό. Πρόκειται για μια καλοήθεια που εμφανίζεται ειδικά, λόγω της γενετικής προδιάθεσης και προσβάλλει τα παιδιά που κοντεύουν να ενηλικιωθούν σε περιοχές του σώματος σαν τις μασχάλες ή το τριχωτό της κεφαλής. Η περιοχή στην οποία παρουσιάζεται ο όγκος, δεν περιέχει τρίχες και συχνά, εκρέει ένα υγρό. Δεν είναι δυνατή η εξαλλαγή του θηλωματώδους συριγγοκυσταδενώματος σε κάποια κακοήθεια.

4.3.4 ΑΠΟΚΡΙΝΗ ΑΔΕΝΩΜΑΤΑ

Πρόκειται για σπάνιους καλοήθεις όγκους των αποκρινών αδένων που προέρχονται από τη διαφοροποίηση των σωληνοειδών κυττάρων των αποκρινών αδένων με αποτέλεσμα τη διόγκωσή τους. Τα αποκρινή αδενώματα έχουν προέλθει από διάφορες τροποποιήσεις που έχουν δεχτεί τα κύτταρα των αποκρινών αδένων και παρουσιάζονται αναλόγως σε διαφορετικές περιοχές του σώματος με διαφορετική μορφή. Έτσι, διακρίνονται σε τρεις τύπους αποκρινών

αδενωμάτων και είναι οι ακόλουθοι:

- Το αποκρινές σωληνώδες αδένωμα που εκδηλώνεται σε μέρη, όπως είναι το τριχωτό της κεφαλής. Είναι δυνατό να βρίσκεται σε εκείνο το σημείο είτε μόνο του είτε μαζί με το σπίλο του σμηγματογόνου αδένου ή σε συνδυασμό με το θηλωματώδες συριγγοκυσταδένωμα.
- Το αποκρινές αδένωμα που παρουσιάζεται στην περιοχή των μασχαλών και στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Αυτός ο τύπος των αποκρινών αδενωμάτων, δεν είναι εύκολο να αντιληφθεί η διαφορά από το αποκρινές αδενοκαρκίνωμα.
- Το αποκρινές ινοαδένωμα που εμφανίζεται στην περιοχή των γεννητικών οργάνων των γυναικών. Χαρακτηριστικό αυτού του τύπου είναι το γεγονός ότι φράζει τους πόρους των αποκρινών αδένων και το τμήμα του δέρματος που περιέχει ίνες ασκεί δύναμη στα σωληνοειδή κύτταρα με αποτέλεσμα να δημιουργείται υπερπλασία των αποκρινών αδένων.

Μερικές φορές είναι δυνατό να γίνει μετατροπή των καλοθών αποκρινών αδενωμάτων σε κάποιες μορφές καρκίνου. Ωστόσο, οι περισσότερες από αυτές τις κακοήθειες αναπτύσσονται χωρίς την ύπαρξη καλοήθειας.

4.3.5 ΚΥΛΙΝΔΡΩΜΑ

Αποτελεί μια καλοήθη μάζα κυττάρων των αποκρινών ιδρωτοποιών αδένων του δέρματος που εξελίσσεται πολύ αργά. Κάποιες φορές, εκδηλώνεται και σε νέους ανθρώπους, αλλά συχνότερα συναντάται σε ανθρώπους μέσης ή τρίτης ηλικίας σε σημεία του σώματος, όπως είναι η κεφαλή συμπεριλαμβανομένου του τριχωτού της μέρους. Το κυλίνδρωμα προέρχεται από τον πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών κυττάρων, τα οποία βρίσκονται στην περιοχή του χορίου χωρίς να έρχονται σε επαφή με την ανώτερη στιβάδα του δέρματος. Έτσι, γίνεται εμφανές στο δέρμα με τη μορφή οζιδίων είτε ενός και μοναδικού οζιδίου είτε πολλών μαζί.

Είναι σπάνιο φαινόμενο να μετατραπεί το κυλίνδρωμα σε καρκίνο. Ωστόσο, μπορεί να συμβεί και συνήθως, το κακοήθες κυλίνδρωμα των αποκρινών αδένων αναπτύσσεται στο δέρμα, ενώ, συγχρόνως, υπάρχουν και άλλες μάζες κυττάρων στους αδένες του δέρματος ή στις τρίχες ή στα νύχια.

4.4 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΣΜΗΓΜΑΤΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

4.4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι σμηγματογόνοι αδένες σχηματίζονται και αυτοί κατά την εμβρυική ηλικία στο δέρμα. Συναντώνται σε όλο το δέρμα, συνήθως κοντά στους θύλακες των τριχών, εκτός από τις παλάμες και τα πέλματα, ενώ είναι κατανεμημένοι σε μεγάλο αριθμό σε άλλες περιοχές του προσώπου, όπως είναι το πρόσωπο. Οι αδένες αυτοί δε λειτουργούν μέχρι τα παιδιά να μπουν στην εφηβεία. Ωστόσο, από εκείνη την ηλικία και μετά δημιουργούνται πολλοί νέοι σμηγματογόνοι αδένες και αρχίζει η λειτουργία τους. Ο κάθε αδένας αποτελείται από κύτταρα, τα οποία είναι υπεύθυνα για το έκκριμα του σμηγματογόνου αδένου που είναι γνωστό και ως σμήγμα. Το σμήγμα ελέγχει την υγρασία του δέρματος και καθιστά τις τρίχες ευλίγιστες. Πολλές φορές οι σμηγματογόνοι αδένες είναι πιθανό να αυξηθούν σε όγκο και να αναπτυχθεί κάποια από τις καλοήθειες που αναφέρονται αναλυτικότερα παρακάτω.

4.4.2 ΣΜΗΓΜΑΤΙΚΟΣ ΣΠΙΛΟΣ

Ο σμηγματογόνος σπίλος είναι ένας τύπος επιδερμικού σπίλου που εμφανίζεται ως μια επηρμένη κίτρινη ή πορτοκαλί πλάκα που τριγύρω της εμφανίζει πολλά μικρά επάρματα. Η υφή της μπορεί να είναι αφενός μαλακή και αφετέρου τραχιά. Συνήθως εντοπίζεται στο τριχωτό της κεφαλής όμως είναι πιθανό να εμφανιστεί στο πρόσωπο, στο μέτωπο και στο λαιμό. Εμφανίζεται συνήθως μετά τη γέννηση και το μέγεθός του αυξάνεται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Στον σμηγματογόνο σπίλο έχουμε υπερπλασία της επιδερμίδας, αυξημένο αριθμό σμηγματογόνων αδένων, τριχοθηλακίων, αποκρινών

ιδρωτοποιών αδένων και συνδετικού ιστού. Η αφαίρεση του σπίλου σε νεαρή ηλικία συνήθως έχει καλύτερο αποτέλεσμα, εξαιτίας της αυξημένης ελαστικότητας του τριχωτού της κεφαλής. Επιβάλλεται η συχνή παρακολούθηση και δερματολογική εξέτασή του σε περίπτωση που δεν πραγματοποιηθεί αφαίρεση. Ο σμηγματογόνος σπίλος αποτελεί επίσης έναν τύπο επιδερμικού σπίλου που εμφανίζεται κυρίως στο πρόσωπο και το τριχωτό της κεφαλής. Αποτελείται κατά κύριο λόγο από σμηγματογόνους αδένες και τριχοθυλάκια στο τελικό τους στάδιο. Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχουν κατά τη γέννηση ή στην πρώιμη παιδική ηλικία. Ωστόσο, μερικές φορές μπορεί να προκύψουν κατά την ενήλικη ζωή. Η επιφάνειά τους είναι λεία παρ' όλα αυτά στην εφηβεία υπάρχει το ενδεχόμενο να ανυψωθούν, να γίνουν πιο παχιές και οζώδεις.



Εικόνα 4.3 Σμηγματογόνος Σπίλος

4.4.3 ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΣΜΗΓΜΑΤΙΚΗ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ

Αφορά μια καλοήθεια των σμηγματογόνων αδένων που κάνει την εμφάνισή της πολύ συχνά και προσβάλλει, συνήθως, άτομα της μέσης ή τρίτης ηλικίας. Παρουσιάζεται σε πολλές περιοχές του προσώπου με τη μορφή υπεράριθμων φλεγμονωδών κύστεων που πολλές φορές, μπορούν να προκαλέσουν πόνο. Αυτή η καλοήθης πάθηση αναπτύσσεται λόγω της υπερμεγέθυνσης των σμηγματογόνων αδένων που προκαλείται από τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων αυτών των αδένων.

4.4.4.ΣΜΗΓΜΑΤΙΚΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ

Πρόκειται για ένα σπάνιο καλοήγη όγκο των σμηγματογόνων αδένων του δέρματος που, συνήθως, εκδηλώνεται σε άτομα, τα οποία έχουν γενετική προδιάθεση. Οι σμηγματικές κύστεις εμφανίζονται σε άτομα που βρίσκονται στην εφηβική ηλικία, κυρίως σε περιοχές σαν τη μασχάλη και κατά κανόνα είναι πολλά οζίδια μαζί, τα οποία μπορεί μερικές φορές να είναι φλεγμονώδη.



Εικόνα 4.4 Σμηγματικές κύστεις

4.4.5 ΣΜΗΓΜΑΤΙΚΟ ΑΔΕΝΩΜΑ

Το σμηγματικό αδένωμα αφορά μια καλοήθεια που εκδηλώνεται σπάνια. Συνήθως εμφανίζεται στο πρόσωπο σε ανθρώπους ηλικίας άνω των 50 χρόνων. Συχνά, έχει τη μορφή ενός οζιδίου με μεγάλη διάμετρο συγκεκριμένου σχήματος, ενώ σπάνια συνυπάρχει με άλλα ίδια οζίδια. Ωστόσο, δύναται να συνυπάρχει με άλλα ογκίδια, όπως είναι τα κερατοακανθώματα ή ακόμα και καρκινώματα.



Εικόνα 4.5 Σμηγματικό Αδένωμα

4.5 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΩΝ ΤΡΙΧΩΝ

4.5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι τρίχες είναι κατανεμημένες σε όλο το σώμα εκτός από μερικές περιοχές, όπως είναι το εσωτερικό μέρος των δακτύλων των άνω και των κάτω άκρων. Οι τρίχες διακρίνονται σε:

- δυνατές τρίχες με χρώμα που εξαρτάται από τη μελανίνη που υπάρχει στο σώμα, με μακρύ μήκος. Οι τρίχες αυτές βρίσκονται σε σημεία, όπως, για παράδειγμα, τα φρύδια.
- χνούδεις τρίχες που είναι άχρωμες, κοντές και πολύ μικρής διαμέτρου.

Η διάρκεια ζωής των τριχών εξαρτάται από την περιοχή που συναντώνται οι τρίχες και αποτελείται από τρία στάδια:

- Το αναγενές στάδιο των τριχών κατά το οποίο αναπτύσσεται το θυλακικό έλυτρο των τριχών και στη συνέχεια, από αυτό σχηματίζονται οι τρίχες
- Το καταγενές στάδιο των τριχών κατά το οποίο οι τρίχες παύουν να αναπτύσσονται
- Το τελογενές στάδιο κατά το οποίο οι τρίχες ετοιμάζονται να πέσουν από

το δέρμα

Πολλές φορές είναι δυνατή η διαφοροποίηση των κυττάρων είτε των θυλάκων των τριχών είτε των αναγεννητικών κυττάρων των τριχών με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται καλοήθεις μάζες κυττάρων που σπανίως, μετατρέπονται σε κάποια καλοήθεια. Έτσι, στη συνέχεια θα ασχοληθούμε με τις καλοήθεις παθήσεις των τριχών, οι οποίες αποτελούν μια κατηγορία των εξαρτημάτων του δέρματος.

4.5.2 ΤΡΙΧΟΘΥΛΑΚΩΜΑ

Πρόκειται για όγκο, ο οποίος έχει μικρή διάμετρο και εντοπίζεται με τη μορφή βλατίδας. Προσβάλλει κυρίως τους ενήλικες και εμφανίζεται συνήθως στο πρόσωπο και στη ραχιαία επιφάνεια της μύτης. Αν αναφερθούμε στην κλινική του εικόνα, μιλάμε ουσιαστικά για μια κύστη, η οποία περιέχει κερατίνη και χνοώδους τύπου τρίχες. Η κύστη αυτή περιβάλλεται από ινώδες στρώμα, το οποίο σχηματίζει έλυτρο γύρω από τους τριχικούς θυλάκους και απελευθερώνεται στο χόριο.

4.5.3 ΤΡΙΧΙΚΟΣ ΣΠΙΛΟΣ

Ο τριχικός σπίλος ή σπίλος τριχικού θυλάκου αποτελεί ένα οζώδες μόρφωμα ημισφαιρικού σχήματος που περιέχει τριχικούς θυλάκους που δεν έχουν ωριμάσει ακόμα και περιβάλλονται από ινώδη ιστό.

4.5.4 ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΤΡΙΧΙΚΗΣ ΧΟΑΝΗΣ

Οι όγκοι της τριχικής χοάνης έχουν ιστολογικό χαρακτήρα παρόμοιο με

αυτόν της επιδερμίδας. Επίσης οι όγκοι της τριχικής χοάνης δεν έχουν συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά, που έχει ως αποτέλεσμα την μη σαφή εξατομίκευση των συγκεκριμένων όγκων. Παρ όλα αυτά όμως, μιλάμε σαφέστατα για ένα μονήρες μόρφωμα, το οποίο εμφανίζεται συνήθως στο πρόσωπο ανθρώπων 3^{ης} ηλικίας. Στους όγκους της τριχικής χοάνης ανήκουν οι παρακάτω περιπτώσεις:

- **ΔΙΑΣΤΑΛΜΕΝΟΣ ΠΟΡΟΣ**

Αναφερόμενοι στον διασταλμένο πόρο, μιλάμε για μια οζώδη βλάβη με μικρή διάμετρο, η οποία εμφανίζεται κυρίως στο πρόσωπο και συγκεκριμένα στο άνω χείλος του στόματος σε ενήλικες. Η όψη τους μοιάζει με μεγάλους φαγέσωρες.

- **ΑΚΑΝΘΩΜΑ ΤΟΥ ΤΡΙΧΙΚΟΥ ΔΙΣΚΟΥ**

Το ακάνθωμα του τριχικού δίσκου έχει ίδια εικόνα και σημεία εμφάνισης με τον διασταλμένο πόρο. Η διαφοροποίησή τους αφορά το κυστικό τοίχωμα, όπου παρατηρείται ο σχηματισμός πολλών λοβίων.

- **ΑΝΑΣΤΡΟΦΗ ΘΥΛΑΚΙΚΗ ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΗ**

Πρόκειται για νεοπλασία των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας. Η ανάστροφη θυλακική υπερκεράτωση εμφανίζεται στο πρόσωπο και στο τριχωτό της κεφαλής. Ως προς την κλινική της εικόνα, μιλάμε για ένα μόρφωμα στρογγυλό και μονήρες με πολύ μικρή διάμετρο. Η επιφάνεια του είναι υπερκερατωσική, πράγμα που πολλές φορές οδηγεί σε κλινική διάγνωση ως υπερκερατωσικό επιθηλίωμα ή σμηγματορροϊκή υπερκεράτωση. Η ανάστροφη θυλακική υπερκεράτωση εξελίσσεται αρκετά αργά και έχει καλοήγη χαρακτήρα. Τρόποι αντιμετώπισης της αποτελούν η επιφανειακή ηλεκτροπηξία, η χειρουργική επέμβαση και το laser.

- **ΘΥΛΑΚΙΚΟΣ ΟΓΚΟΣ ΤΗΣ ΤΡΙΧΙΚΗΣ ΧΟΑΝΗΣ**

Μιλώντας για τον συγκεκριμένο θυλακικό όγκο, αναφερόμαστε σε μια βλατίδα με διάμετρο γύρω στα 5 με 10 mm, η οποία έχει λεία ή ελαφρώς υπερκερατωσική επιφάνεια. Εμφανίζεται συνήθως στο πρόσωπο και προσβάλλει τους ανθρώπους της 3^{ης} ηλικίας.

4.5.5 ΙΝΟΘΥΛΑΚΩΜΑ

Στο ινοθυλάκωμα έχουμε υπερπλασία του επιθηλίου της τριχικής χοάνης. Πιο συγκεκριμένα, μιλάμε για μια βλατίδα που μερικές φορές μπορεί να έχουν στο κέντρο τους έναν τριχικό θύλακο. Έχει διάμετρο 2 με 5 mm και εμφανίζονται κυρίως στο κεφάλι στο λαιμό. Αφορά κυρίως νεαρές ηλικίες. Ιστοπαθολογικά, μιλάμε για αναπαραγωγή των συστατικών του συνδετικού ιστού, ο οποίος περιβάλλει τον τριχικό θύλακο. Το ινοθυλάκωμα εξελίσσεται καλοηθώς και μέθοδος αντιμετώπισής του αποτελεί το laser.

4.5.6 ΤΡΙΧΟΑΔΕΝΩΜΑ

Το τριχοαδένωμα αποτελεί έναν σπάνιο μονήρη όγκο που μοιάζει στην όψη με κιτρινωπή βλατίδα, στον οποίο παρατηρούνται πολλές μικρές κερατοποιημένες κύστεις.

4.5.7 ΘΥΛΑΚΙΚΕΣ ΚΥΣΤΕΙΣ

Οι θυλακικές κύστεις αποτελούν κύστεις όπου το τοίχωμά τους έχει παρόμοια σύσταση με αυτή της τριχικής χοάνης.

4.5.7.1 ΚΥΣΤΕΙΣ ΤΗΣ ΤΡΙΧΙΚΗΣ ΧΟΑΝΗΣ

Οι κύστεις της τριχικής χοάνης χωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες :

- **ΚΕΓΧΡΟΕΙΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ**

Οι κεγχροειδείς κύστεις αποτελούν πολυάριθμες επιφανειακές κύστεις αρκετά μικρού μεγέθους. Το θυλακικό τους τοίχωμα είναι αρκετά λεπτό και η προέλευση της είναι είτε εκκρινής είτε σηγγματική. Το κύριο σημείο που εμφανίζεται είναι η περιοχή πίσω από τα αυτιά και έχει τη μορφή πλάκας. Προσβάλλει συνήθως τις γυναίκες.

- **ΕΠΙΔΕΡΜΟΕΙΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ**

Οι επιδερμοειδείς κύστεις είναι μορφώματα που έχουν τη μορφή επηρμένων οζιδίων πολύ μικρής διαμέτρου, τα οποία περιέχουν μέσα τους κιτρινωπό υγρό με ιδιαίτερη οσμή (κακοσμία). Έχουν λεία επιφάνεια και ποικίλουν σε μέγεθος. Το κυριότερο σημείο εμφάνισης του αποτελεί το τριχωτό της κεφαλής και προσβάλλει κυρίως τα άτομα νεαρής ηλικίας. Η δομική σύσταση των τοιχωμάτων τους μοιάζει αρκετά με αυτή του μαλπιγιανού επιθηλίου. Οι κύστεις αυτές ονομάζονται επιδερμοειδείς, διότι το επιθήλιο που βρίσκεται στα τοιχώματα τους προέρχεται από την τριχική χοάνη του τριχοθυλάκου και όχι από την επιδερμίδα (επιδερμικές κύστεις).

- **ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΧΝΟΩΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ**

Οι εξανθηματικές κύστεις έχουν τη μορφή βλατίδας, η οποία δεν εμφανίζει κλινικά συμπτώματα. Επιπλέον οι κύστεις αυτές μπορεί να υποχωρήσουν από μόνες τους. Εμφανίζονται κυρίως στην πρόσθια επιφάνεια του κορμού και της κοιλιακής χώρας. Προσβάλλει κυρίως άτομα νεαρής ηλικίας. Η ιστολογική τους εικόνα δείχνει τον σχηματισμό κύστεων, των οποίων το τοίχωμα είναι αρκετά

λεπτό και στο περιεχόμενο τους υπάρχουν πολυάριθμοι χνοώδεις τριχικοί θύλακοι.

- **ΧΟΡΙΟΕΙΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ**

Οι χοριοειδείς κύστες αποτελούν δυσεμβρυώματα, τα οποία σχηματίζονται από τη γέννηση και αναπτύσσονται στις εμβρυϊκές σχισμές. Εντοπίζεται τόσο στα παιδιά, όσο και στους ενήλικες. Στα παιδιά, εμφανίζεται στο δέρμα των ορφύων και στους ενήλικες, στην πρωκτογεννητική χώρα. Οι χοριοειδείς κύστες έχουν πολύ ισχυρή δομική σύσταση και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχει συνδυασμός επιδερμοειδών κύστεων καθώς επίσης τριχικά και σμηγματικά δομικά στοιχεία.

4.5.7.2 ΤΡΙΧΕΙΛΗΜΜΑΤΩΔΕΙΣ ΚΥΣΤΕΙΣ

Μιλώντας για τις τριχειλημματώδεις κύστες, αναφερόμαστε στο τμήμα του τριχειλήμματος που προκύπτει από την ενσωμάτωση μεταξύ των απεκκριτικών πόρων των σμηγματογόνων αδένων και της πρόσφυσης του ανελκτήρα μυ της τρίχας. Οι κύστες αυτές εμφανίζονται αρκετά συχνά και το σημείο που τις εντοπίζουμε είναι το τριχωτό της κεφαλής. Η κλινική τους εικόνα περιγράφεται ως επηρμένα οζίδια διαφόρων μεγεθών. Η εξέλιξή τους είναι αργή, όμως παρ' όλα αυτά υπάρχει περίπτωση να αυξηθεί απότομα το μέγεθός τους με αποτέλεσμα να εξελιχθούν σε υπερπλαστική τριχειλωματώδη κύστη ή σε κακοήθη κύστη.

4.5.8 ΤΡΙΧΕΙΛΗΜΜΩΜΑ

Το τριχειλήμμωμα είναι ένας όγκος που συγγέεται ιστογενετικά με το εξωτερικό επιθηλιακό έλυτρο. Η κλινική του εικόνα αποτελεί ένα μονήρες οζίδιο με μικρή διάμετρο. Σημεία εμφάνισης του αποτελούν το πρόσωπο και ο λαιμός.

Προσβάλλει κυρίως ενήλικα άτομα και πολλές φορές έχει τη μορφή μυρμηκιάς ή υπερκερατωσικού θηλώματος. Το τριχειλήμωμα συνδέεται με την επιδερμίδα, που πολλές φορές εμφανίζεται υπερπλαστική ή υπερκερατωσική.

4.5.9 ΠΙΛΟΜΑΤΡΙΚΩΜΑ

Το πιλοματρίκωμα αποτελεί νεοπλασία που παρατηρείται αρκετά συχνά. Η γέννηση των ιστών του ξεκινά στη μήτρα των τριχικών θυλάκων. Η κλινική του εικόνα περιγράφεται ως ένα περιγεγραμμένο όγκο με αρκετά σκληρή σύσταση. Η εξέλιξη του όγκου αυτού είναι σχετικά αργή και οι πιθανότητες μετάλλαξης του σε κακοήγη μοίρα είναι μικρές. Σημεία εμφάνισης του αποτελεί το πρόσωπο, ο λαιμός και τα άνω άκρα ενώ σε ελάχιστες περιπτώσεις εμφανίζεται στον κορμό και στα κάτω άκρα.



Εικόνα 4.6 Πιλοματρίκωμα

4.5.10 ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΙ ΘΥΛΑΚΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

- **ΤΡΙΧΟΕΠΙΘΗΛΙΩΜΑ**

Τα τριχοεπιθηλιώματα είναι σπάνια και ασυνήθιστα καλοήγη νεοπλάσματα που προέρχονται από τα θυλάκια της τρίχας. Μορφολογικά είναι παρόμοιο με το βασικοκυτταρικό επιθηλιώμα. Συχνά εμφανίζονται ως μονήρεις οζίδια, αλλά και ως πολλαπλά τριχοεπιθηλιώματα, τα οποία είναι οικογενή. Παρουσιάζονται με

μεταβλητό μέγεθος από μικρές κηλίδες που είναι μικρής καλλυντικής συνάφειας με πολλαπλούς όγκους που μπορεί να οδηγήσουν σε λειτουργική βλάβη όπως οπτική απόφραξη. Τα μονήρες τριχοεπιθηλιώματα εμφανίζονται κατεξοχήν στο πρόσωπο, το λαιμό και στο τριχωτό της κεφαλής προσβάλλοντας κυρίως τους νεαρούς ενήλικες. Το πολλαπλό οικογενές τριχοεπιθηλιώμα αποτελεί αυτοσωματική κυρίαρχη ασθένεια που χαρακτηρίζεται από εμφάνιση πολλαπλών συμμετρικών όγκων ή οζιδίων στην επιφάνεια του κεντρικού προσώπου και στις ρινικές αύλακες. Εμφανίζονται κυρίως κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της εφηβείας. Μια ακόμα μορφή τριχοεπιθηλιώματος αποτελεί το δεσμοπλαστικό επιθηλιώμα όπου πρόκειται για δακτυλιοειδείς αλλοιώσεις με υψίζηση στο κέντρο τους. Οι αλλοιώσεις αυτές εμφανίζονται στα ζυγωματικά και προσβάλλουν κυρίως νεαρές γυναίκες. Αν και η κλινική διάγνωση είναι συνήθως απλή με βάση το οικογενειακό ιστορικό και την εξέταση με γυμνό μάτι, η δερματοσκόπηση μπορεί να βοηθήσει στην επιβεβαίωσή της. Η δερματοσκόπηση αποκάλυψε δονούμενα αγγεία, πολλαπλές χιλιάδες κύστες και ρόδακες μέσα σε ένα υπόλευκο υπόβαθρο. Τέλος, οι επιλογές θεραπείας για το τριχοεπιθηλιώμα περιλαμβάνουν καταστροφικές ή αφαιρετικές τεχνικές όπως κρυοθεραπεία, δερμοαπόξεση, ηλεκτροδιάθεση και ακτινοθεραπεία, όλες με μεταβλητές έως κακές εκβάσεις.

- **ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΙΚΟΙ ΤΡΙΧΟΓΟΝΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ**

Οι εξαρτηματικοί τριχογονικοί όγκοι (τριχοβλαστώματα), είναι σπάνιοι όγκοι που προέρχονται από το πρωτογενές επιθηλιακό βλάστημα. Δεν έχουν συγκεκριμένη περιοχή εμφάνισης στο δέρμα και κλινικά μοιάζουν σαν οζίδια του χορίου με διάμετρο που μεταβάλλεται από τα 2 έως τα 4 cm. Η ιστολογική τους εικόνα δείχνει ότι μιλάμε για κύτταρα που έχουν μορφολογία παρόμοια με τα κύτταρα της βασικής στιβάδας. Μπορούμε να διακρίνουμε μορφές τριχοβλαστώματος με βάση την ανατομική και κλινική του εικόνα. Πρώτον το τριχοβλάστημα, όπου παρατηρούμε χαλαρό στρώμα χωρίς τριχικές

διαφοροποιήσεις. Δεύτερον το τριχογονικό τριχοβλάστωμα, όπου υπάρχει σαφή θυλακική διαφοροποίηση. Τρίτον το τριχογονικό ίνωμα, όπου η νεοπλασματική διήθηση περιβάλλεται από συνδετικό ιστό. Τέλος το τριχογονικό μύζωμα, όπου παρατηρούμε μυξαματώδες στρώμα.

4.5.11 ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΘΥΛΑΚΙΚΟΥ ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΟΣ

- **ΤΡΙΧΟΔΙΣΚΩΜΑΤΑ**

Ιστολογικά σχετίζονται με τον τριχικό δίσκο. Ο τριχικός δίσκος βρίσκεται κάτω από την επιδερμίδα. Αποτελείται από συνδετικό ιστό ο οποίος έχει πλούσια αγγείωση και από τμήμα της επιδερμίδας εμπλουτισμένο με κύτταρα Merkel. Τα τριχοδισκώματα κλινικά έχουν την όψη λείων βλατίδων με διάμετρο από 1 έως 5 mm. Εμφανίζονται διάσπαρτα στο πρόσωπο, στο λαιμό και στην άνω επιφάνεια του κορμού, σε μερικές περιπτώσεις όμως μπορεί να εμφανιστεί και σε πιο περιορισμένη δερματική επιφάνεια. Τα τριχοδισκώματα μπορεί να υπάρχουν από τη γέννηση ή να εμφανιστούν κατά την εφηβεία. Ιστολογικά μιλάμε για βλατιδώδη υπερπλασία κάτω από ατροφική επιδερμίδα. Το στρώμα συνδετικού ιστού που υπάρχει χαρακτηρίζεται από πλούσιο περιεχόμενο υαλουρονικού οξέως και αυξημένη αγγείωση και περιέχει πολλαπλούς δενδριτικούς ινοβλάστες.

- **ΠΕΡΙΘΥΛΑΚΙΚΟ ΙΝΩΜΑ**

Το περιθυλακικό ίνωμα έχει ίδια κλινική εικόνα και χαρακτηριστικά με τα τριχοδισκώματα. Ιστολογικά όμως έχουν διαφοροποιημένο τριχικό θύλακο ο οποίος περιβάλλεται από ινώδη συνδετικό ιστό. Η διαφοροποίησή του από το ινοθυλάκωμα είναι η μη ύπαρξη επιθηλιακών προεκτάσεων της τριχικής χοάνης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- 1) Ανδρέας Κατσάμπας *Νοσήματα Του Δέρματος*. Αθήνα. Εκδόσεις Πασχαλίδης Α.Ε. (2011) 28:727-752. / Μεταφρασμένο από ξένη βιβλιογραφία William D. James, Timothy G. Berger, Dirk M.
- 2) Νικόλας Γ. Σταυριανέας, Ανδρέας Μ. Γιακουμέττης *Δερματολογική Ογκολογία*. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης (2005) 31:352-373.
- 3) Χριστίνα Αντωνίου, Ανδρέας Κατσάμπας *Άτλας: Κλινική Δερματολογία με έγχρωμες εικόνες*. Αθήνα. Εκδόσεις Πασχαλίδης (2012) 9: 163-203./ Μεταφρασμένο από ξένη βιβλιογραφία Anthony Du Vivier.

Ξένη Βιβλιογραφία

- 4) Tamboli P. et al., (2000), "*Benign tumors and tumor-like lesions of the adult kidney. Part II: Benign mesenchymal and mixed neoplasms, and tumor-like lesions*", *Advances in Anatomic Pathology*, [7(1):47-66].
- 5) D. DI MICELI (2012), "*Complications related to hyperthermia during hypertermic intraoperative intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) treatment. Do they exist?*", *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, [16: 737-742].
- 6) Dr Roy A Patchell MD et al, (2005), "*Direct decompressive surgical resection in the treatment of spinal cord compression caused by metastatic cancer: a randomised trial*", *the lancet*, [366(9486) : 643-648].
- 7) Bruno Salvadori MD et al, (1989), "*Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast*", *American Cancer Society* , [63(12): 2532-2536].
- 8) Bertolletti Laurent MD et al, (2006), "*Bronchoscopic Cryotherapy Treatment of Isolated Endoluminal Typical Carcinoid Tumor*", *Elsevier : Chest* , [130(5):

1405-1411].

9) Hemant Shah MD et al, (1995), "*Benign Tumors of the Tracheobronchial Tree: Endoscopic Characteristics and Role of Laser Resection*", Elsevier : Chest, [107(6): 1744-1751].

10) Ossama Al-Mefty M.D et al, (1987), "*A combined infratemporal and posterior fossa approach for the removal of giant glomus tumors and chondrosarcomas*", Elsevier: Surgical Neurology, [28(6) : 423-431].

11) S. G. Bown (1983), "*Phototherapy of tumors*", *World Journal of Surgery*, [7(6): 700-709].

12) Siyu Sun M.D., M.S (2004), "*Endoscopic band ligation without electrosurgery: a new technique for excision of small upper-GI leiomyoma*", Elsevier: *Gastrointestinal Endoscopy*, [60(2): 218-222].

13) ALEX FERENCZY (2009), "*Treating Vaginal and External Anogenital Condylomas with Electrosurgery vs CO2 Laser Ablation*", *Journal Of Gynecologic Surgery*, [11(1)].

14) Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG) (2005), "*Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials*", *The Lancet*, [365(9472): 1687-1717].

15) Lukas Bubendorf et al (1999), "*Hormone Therapy Failure in Human Prostate Cancer: Analysis by Complementary DNA and Tissue Microarrays*", *JNCI*, [91(20): 1758–1764].

16) H. ZHENG et al (2006), "*Hormonal therapy in ovarian cancer*", *IJGC banner*, [17(2): 325-338].

17) Dr Guglielmo Ronco MD (2014), "*Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials*", *The Lancet*, [383(9916): 524-532].

18) Astrid D. Muller (1995), "*Prevention of Colorectal Cancer by Flexible Endoscopy and Polypectomy: A Case-Control Study of 32 702 Veterans*", *Annals Of Internal Medicine* , [123(12)].

- 19) Lee IM (2003), *"Physical activity and cancer prevention--data from epidemiologic studies"*, *Medicine and Science in Sports and Exercise* , [35(11):1823-1827].
- 20) Ki Won Lee, Ann M. Bode & Zigang Dong (2011), *"Molecular targets of phytochemicals for cancer prevention"*, *Nature Reviews Cancer*, (11: 211-2180).
- 21) Silvia Franceschi et al (1998), *"Role of Different Types of Vegetables and Fruit in the Prevention of Cancer of the Colon, Rectum, and Breast"*, *JSTOR*, [9(3) : 338-341].
- 22) Dr Paolo Boffetta MD, Mia Hashibe (2006), *"Alcohol and cancer"*, *The Lancet : Oncology*, [7(2): 149-156].
- 23) Karen Glanz et al (2008), *"Measures of Sun Exposure and Sun Protection Practices for Behavioral and Epidemiologic Research"*, *Arch Dermatol.*, [144(2) : 217-222].
- 24) Warren R. Stanton et al (2004), *"Primary prevention of skin cancer: a review of sun protection in Australia and internationally"*, *Health Promotion International*, [19(3): 369–378].
- 25) Michael L. Nickerson et al (2002), *"Mutations in a novel gene lead to kidney tumors, lung wall defects, and benign tumors of the hair follicle in patients with the Birt-Hogg-Dubé syndrome"*, *Cell Press: Cancer Cell*, [2(2): 157-164].
- 26) L M Matrisian et al (1986), *"The mRNA coding for the secreted protease transin is expressed more abundantly in malignant than in benign tumors"*, *PNAS*, [83(24): 9413-9417].
- 27) Elisabetta Cariani et al (1988), *"Differential Expression of Insulin-like Growth Factor II mRNA in Human Primary Liver Cancers, Benign Liver Tumors, and Liver Cirrhosis"*, *American Association for Cancer Research*, [48(23) : 6844-6849].
- 28) Stephen S. Hecht (2006), *"Cigarette smoking: cancer risks, carcinogens, and mechanisms"*, *Langenbeck's Archives of Surgery*, [391(6) : 603–613].
- 29) Martin H. Brownstein MD, Lewis Shapiro MD (1977), *"Desmoplastic trichoepithelioma"*, *American Cancer Society*, [40(6): 2979-2986].
- 30) RICHARD J. REED, MD, LUCIUS M. LAMAR, MD (1966), *"Invasive Hair Matrix*

Tumors of the Scalp", Arch Dermatol., [94(3): 310-316].

31) Christopher J. Miller MD et al (2004), "*Sebaceous Carcinoma, Basal Cell Carcinoma, Trichoadenoma, Trichoblastoma, and Syringocystadenoma Papilliferum Arising within a Nevus Sebaceus*", Dermatologic Surgery banner, [30(12): 1546-1549].

32) Hermann Pinkus, MD (1969), "*Sebaceous Cysts*" are Trichilemmal Cysts", Arch Dermatol., [99(5): 544-555].

33) COL Detlef K. Goette et al (1982), "*Cylindroma and Eccrine Spiradenoma Coexistent in the Same Lesion*", Arch Dermatol., [118(4): 273-274].

34) Madeleine Landry, MD; Richard K. Winkelmann, MD (1972), "*An Unusual Tubular Apocrine Adenoma Histochemical and Ultrastructural Study*", Arch Dermatol., [105(6):869-879].

35) LYNN K. BICKLEY M.D. et al (1989), "*Treatment of Multiple Apocrine Hidrocystomas with the Carbon Dioxide (CO₂) Laser*", The Journal of Dermatologic Surgery and Oncology banner, [15(6): 599-602].

36) J. D. Smith, MD; Marvin E. Chernosky, MD (1974), "*Apocrine Hidrocystoma (Cystadenoma)*", Arch Dermatol., [109(5):700-702].

37) Reha Yavuzer MD et al (2003), "*Chondroid Syringoma: A Diagnosis More Frequent Than Expected*", Dermatologic Surgery banner, [29(2): 179-181].

38) PAUL HIRSCH, M.D.; ELSON B. HELWIG, M.D. (1961), "*Chondroid Syringoma Mixed Tumor of Skin, Salivary Gland Type*", Arch Dermatol., [84(5):835-847].

39) Theo M. Starink MD, PhD (1997), "*Eccrine syringofibroadenoma: Multiple lesions representing a new cutaneous marker of the Schöpf syndrome, and solitary nonhereditary tumors*", Journal of the American Academy of Dermatology, [36(4): 569-576].

40) Amir H. Mehregan, MD; Daniel N. Levson, MD (1969), "*Hidroacanthoma Simplex A Report of Two Cases*", Arch Dermatol., [100(3):303-305].

41) CMDR Bennett L. Johnson MC, USN Jr. Elson B. Helwig MD (1969), "*Eccrine*

- acrospiroma: A clinicopathologic study*", American Cancer Society, [23(3): 641-657].
- 42) Stephen D K Baguley, Mark E F Smith (2001), "*Syringomata: an unusual differential diagnosis of anogenital warts*", BMJ, [77(4): 292].
- 43) David B. Apfelberg MD et al (1987), "*Superpulse CO2 laser treatment of facial syringomata*", ASLMS, [7(6) :533-537].
- 44) Guillermo Blugerman MD et al (2003), "*Multiple Eccrine Hidrocystomas: A New Therapeutic Option With Botulinum Toxin*", Dermatologic Surgery banner, [29(5): 557-559].
- 45) Elizabeth Tanzi MD Tina S. Alster MD (2008), "*Pulsed Dye Laser Treatment of Multiple Eccrine Hidrocystomas: A Novel Approach*", Dermatologic Surgery banner, [27(10): 898-900].
- 46) WALTER F. LEVER, M.D. (1948), "*PATHOGENESIS OF BENIGN TUMORS OF CUTANEOUS APPENDAGES AND OF BASAL CELL EPITHELIOMA: I. Benign Tumors of the Cutaneous Appendages*", Arch Derm Syphilol., [57(4):679-708].
- 47) HERMANN PINKUS, M.D. (1956), "*Eccrine Poroma: Tumors Exhibiting Features of the Epidermal Sweat Duct Unit*", AMA Arch Derm., [74(5):511-521].
- 48) Ryan M. Greene et al (2004), "*Pilomatrixoma of the Face: A Benign Skin Appendage Mimicking Squamous Cell Carcinoma*", Departments of Otolaryngology—Head and Neck Surgery and Pathology, [130(4): 483-485].
- 49) Ken Hashimoto, MD; Walter F. Lever, MD (1969), "*Histogenesis of Skin Appendage Tumors*", Arch Dermatol., [100(3):356-369].
- 50) Barbara Leppard H. J. R. Bussey (1975), "*Epidermoid cysts, polyposis coli and Gardner's syndrome*", BJS, [62(5): 387-393].
- 51) Amir H. Mehregan M.D. Heramann Pinkus M.D. (1964), "*Intraepidermal epithelioma: A critical study*", American Cancer Society, [17(5): 609-636].
- 52) Robert A.Schwartz MD (1994), "*Keratoacanthoma*", Journal of the American Academy of Dermatology, (30: -19).

- 53) ChristianHafner et al (2006), "*High Frequency of FGFR3 Mutations in Adenoid Seborrhic Keratoses*", Journal of Investigative Dermatology, [126(11): 2404-2407].
- 54) DDS, MDentSc, PhD Tie-Jun Li et al (1996), "*Kimura's disease: A clinicopathologic study of 54 chinese patients*", Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, [82(5): 549-555].
- 55) Buder K et al (2014), "*Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia and Kimura's disease - a clinical and histopathological comparison*", NCBI, [12(3):224-8].
- 56) Haitao Wang et al (2016), "*Concurrent Kimura disease and lupus nephritis*", Wolters Kluwer Health, [95(41)].
- 57) Fares E. AlGhamdi et al (2016), "*Kimura disease: No age or ethnicity limit*", Saudi Med J., [37(3): 315–319.].
- 58) Baumgartner J, Šimaljaková M (2017), "*Genital angiokeratomas of Fordyce 595-nm variable-pulse pulsed dye laser treatment*", J Cosmet Laser Ther, [19(8):459-464].
- 59) Zeng Y et al (2016), "*Angiokeratoma of Fordyce response to long pulsed Nd:YAG laser treatment*", Dermatol Ther., [29(1):48-51].
- 60) Ibrahim SM (2016), "*Pulsed dye laser versus long pulsed Nd:YAG laser in the treatment of angiokeratoma of Fordyce: A randomized, comparative, observer-blinded study*", J Dermatolog Treat, [27(3):270-4].
- 61) Plachouri KM, Georgiou S (2018), "*Therapeutic approaches to pyogenic granuloma: an updated review*", Int J Dermatol.
- 62) Just U et al (2018), "*A potassium-titanyl-phosphate laser is an efficacious tool in the treatment of pyogenic granulomas. A retrospective study in 28 patients*", Photochem Photobiol Sci.
- 63) P. Ramesh et al (2004), "*Angioleiomyoma: a clinical, pathological and radiological review*", IJCP, [58(6): 587-591].
- 64) Sprinkle RLB et al (2017), "*Angioleiomyoma of the Lower Leg*", J Am Podiatr Med Assoc., [107(3):244-247].

- 65) Kanwaljeet S, Chatterjee T (2017), "*Ecrrine spiradenoma: A rare adnexal tumor*", Indian J Cancer., [54(4):695-696].
- 66) Platanas M. et al (2017), "*Epididymal leiomyoma*", hellenic ourology, [29(1): 68-71].
- 67) Cristián Navarrete-Dechent et al (2016), "*Multiple familial trichoepithelioma: confirmation via dermoscopy*", Dermatol Pract Concept., [6(3): 51–54].
- 68) Shilpi Sharma et al (2018), "*Dermoscopy of Trichoepithelioma: A Clue to Diagnosis*", Indian Dermatol Online J., [9(3): 222–223].
- 69) Chen Chen et al (2018), "*Successful removal of giant mediastinal lipoma and liposarcoma involving both chest cavities*", Medicine (Baltimore), [97(32)].
- 70) Jasmine Pei Ying Kho, Narayanan Prepageran (2018), "*Huge brachial plexus schwannoma, masking as a cystic neck mass*", AME Case Rep., (2: 41).
- 71) Rei Ogawa (2017), "*Keloid and Hypertrophic Scars Are the Result of Chronic Inflammation in the Reticular Dermis*", Int J Mol Sci.,[18(3): 606].
- 72) Berman B et al (2017), "*Keloids and Hypertrophic Scars: Pathophysiology, Classification, and Treatment*", Dermatol Surg., (1:S3-S18).
- 73) Harvey Jay, Carimia Borek (1998), "*Treatment of a venus-lake angioma with intense pulsed light*", Elsevier Ltd, [351(9096) :112].
- 74) Lee JS, Mun JH (2018), "*Dermoscopy of venous lake on the lips: A comparative study with labial melanotic macule*", PloS One, [13(10)].
- 75) Mlacker S et al (2016), "*Laser and light-based treatments of venous lakes: a literature review*", Lasers Med Sci., [31(7): 1511-9].
- 76) A.R. Murison et al (1947), "*De Morgan's Spots*", Br Med J, [1(4505): 634-636].
- 77) Ingram JR et al (2013), "*Segmental cherry angiomas associated with extragenital lichen sclerosus: a report of two cases*", Clin ExpDermatol., [38(4): 386-9].
- 78) E.M. Rosser (1983), "*Campbell De Morgan and his spots*", Ann R Coll Surg Engl., [65(4): 266-268].

79) Yasa T. et al (2017), "*Fabry disease*", J Echocardiogr, [15(4): 151-157].

80) Schiffmann R (2015), "*Fabry disease*", Handb Clin Neurol., (132: 231-48).