



ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ³ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ &

ΚΟΣΜΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΦΥΣΑΛΛΙΔΩΔΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ

Σπουδάστρια: Σουφλιά Χρυσουλά

Υπεύθυνος Καθηγητής¹⁶ Κ. Παπαδόπουλος Ιορδάνης

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΘΑ ήθελα να ευχαριστήσω²¹ θερμά τον εισηγητή

μου στο Τ.Ε.Ι. Κύριο Παπαδόπουλο Ιορδάνη για

την ευκαιρία που μου έδωσε να διερευνήσω ένα

τόσο σημαντικό θέμα.²⁴ Τέλος, θα ήθελα να

ευχαριστήσω όλους τους²⁵ καθηγητές του τμήματος

μου, οι οποίοι στα 4 χρόνια των σπουδών μου,

μου έδωσαν όλα τα πολύτιμα εφόδια για να

μπορέσω να γίνω²⁸ σωστός και ικανός

επαγγελματίας.

Στην πτυχιακή εργασία που ακολουθεί, παρέχονται αρχικά

πληροφορίες σχετικά με το δέρμα, περιγράφοντας την ανατομία,

καθώς και για τις βλάβες του. Αυτό βοηθάει ώστε ο Αισθητικός

που θα ασχοληθεί με δερματοπάθειες να μπορεί να διακρίνει τις

δερματικές εκδηλώσεις που μπορεί να παρουσιάσουν σε

διάφορες φάσεις της ζωής ενός ανθρώπου. Επιπλέον,

παρουσιάζονται και διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν το

δέρμα, όπως τα φάρμακα, ο ήλιος και η διατροφή.

Σκοπός αυτής της εργασίας, είναι η μετάδοση των απαραίτητων

γνώσεων σχετικά με θέματα που απασχολούν ένα μεγάλο μέρος

του πληθυσμού. Τα στοιχεία που καταγράφονται στην εργασία,

έχουν μελετηθεί με προσοχή και προέρχονται από έγκυρες

ABSTRACT

In the dissertation that follows, initial information is provided

about the skin, describing the anatomy, as well as its lesions.

This helps the skinny aesthetic to be able to distinguish the skin

manifestations that may occur in different phases of a person's

life. In addition, there are several factors that affect the skin,

such as medicines, sun and nutrition.

The purpose of this work is to disseminate the necessary

knowledge about issues that occupy a large part of the

population. The data recorded in the work have been carefully

studied and come from valid sources.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΔΕΡΜΑ

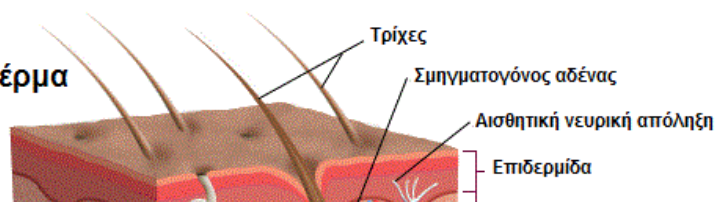
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° ΕΝΔΟΕΠΙΔΕΡΜΙΚΕΣ ΦΥΣΑΛΛΙΔΕΣ ΚΑΙ ΠΟΜΦΟΛΥΓΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΥΠΟΕΠΙΔΕΡΜΙΚΕΣ ΦΥΣΑΛΛΙΔΕΣ ΚΑΙ ΠΟΜΦΟΛΥΓΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΥΠΟΚΕΡΑΤΙΑ	
--	--

1. TO ΔΕΡΜΑ

Το Δέρμα



Το δέρμα είναι ένα ελαστικό περίβλημα του σώματος

αυτοαναγεννώμενο, πολυλειτουργικό που προσαρμόζεται εύκολα στις

πολλαπλές αλλαγές του περιβάλλοντος και στις αλλαγές των

υποκειμένων οργάνων που προστεθεί. Το χρώμα του διαφέρει

ανάλογα με την ηλικία, τη φυλή, τη χώρα. Το πάχος του ποικίλει από

0,7 έως 1 nm στα βλέφαρα και από 10^2 έως 3 nm στη ράχη.

Διακρίνουμε τους πόρους, τις δερμικές θηλές, τις πτυχές του

Η κύρια λειτουργία του δέρματος είναι η προστατευτική που ασκείται

έναντι βλαπτικών επιδράσεων του περιβάλλοντος. Το δέρμα

προστατεύει από μηχανικές κακώσεις, την ηλιακή ακτινοβολία, της

μεταβολές της θερμοκρασίας, από χημικές προσβολές, από τη

διείσδυση ξένων “micro” και “macro” ουσιών.

Η κύρια αυτή λειτουργία του δέρματος ασκείται από επί μέρους

Η κερατινοποίηση: Η παραγωγή ή λαδή της κεράτινης ουσίας που

περιβάλλει το σώμα και αποτελεί ένα φραγμό έναντι ποικίλων

Η μελανινογένεση: Η παραγωγή μελανίνης που προστατεύει από

Η παραγωγή του σμήγματος: Ουσίας που έχει λιπαντικές και

1.1 ANATOMIA ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα αποτελείται από τρία τμήματα που είναι από έξω προς τα

μέσα: την επιδερμίδα, το χόριο ή κοφίως δέγμα και τον υποδόριο ιστό

ή υποδερμίδα. Περιέχει επίσης αγγεία και νεύρα όπως και αδένες.

Είναι ένα πολύστιβο πλακώδες επιπέδιο που αποτελείται κυρίως από

κερατινοκύτταρα που αποτελούν το 95% του κυτταρικού πληθυσμού

και από ελάχιστη μεσοκυττάρια ουσία. Το κερατινοκύτταρο γεννιέται

στην κατώτερη στιβάδα της επιδερμίδας και καθώς μετακινείται προς

τα πάνω και διαφοροποιείται για να σχηματίσει την κεράτινη ουσία

αλλάζει συνεχώς μορφή ώστε, σχηματικά η επιδερμίδα να αποτελείται

από τέσσερις στιβάδες που είναι από κάτω προς τα πάνω: η βασική,

η ακανθωτή ή μαλπιγιανή , η κοκκώδης και η κεράτινη.

Η βασική στιβάδα: Βρίσκεται³⁷ άμεσα πάνω από το χόριο και

αποτελείται από ένα στοίχο κυβοειδών ή κυλινδρικών κυττάρων που

διατάσσονται το ένα δίπλα από το άλλο σαν πάσσαλοι φράχτη.

Η ακανθωτή στιβάδα: Αποτελείται από πολλούς στοίχους

πολυεδρικών κυττάρων που όσο ανεβαίνουν προς τα πάνω

αποπλατώνονται. Τα κύτταρα αυτά συνδέονται μεταξύ τους με λεπτά

ινίδια που ονομάζονται δεσμοσωμεία.

Η κοκκώδης στιβάδα: Αποτελείται από αποπλατυσμένα

ρομβοειδή κύτταρα που έχουν χάσει τον πυρήνα τους και περιέχουν

στο πρωτόπλασμα τους κοκκία κερπιδουαλίνης.

Η κερατίνη στιβάδα: Αποτελείται από μία άμορφη ομοιογενή

μάζα όπου τα κύτταρα χάνουν τα όφια, τα κοκκία και τα οργανύλια

τους και μετατρέπονται στην κερατίνη ουσία που συνεχώς αποπίπτει

Ο χρόνος διαφοροποίησης ενός κερατινοκυττάρου από τη στιγμή

που θα γεννηθεί στη βασική στιβάδα μέχρι να αποπέσει σαν κεράτινο

πετάλιο είναι περίπου 28 ημέρες. 153

Εκτός από τα κερατινοκύτταρα η επιδερμίδα περιέχει

μελανοκύτταρα, τα κύτταρα του Langerhans και τα κύτταρα του

Merkel. Τα μελανοκύτταρα είναι δένδριτικά κύτταρα που βρίσκονται

μεμονωμένα στη βασική στιβάδα, παράγουν μελανίνη και τη

μεταφέρουν με τους δενδρίτες τους στα παρακείμενα

κερατινοκύτταρα. Ένα μελανοκύτταρο αντιστοιχεί σε τριάντα

περίπου κερατινοκύτταρα.

160

Τα κύτταρα του

Langerhans είναι δενδριτικά κύτταρα, βρίσκονται πάνω από τη

βασική στιβάδα και μετέχουν σε αναστολογικές λειτουργίες.

Τα κύτταρα του **Merkel** βρίσκονται¹⁶³ στη βασική στιβάδα έχουν σχέση

με αισθητικές λειτουργίες και υπάρχουν σε ορισμένες περιοχές.

Το χόριο είναι το τμήμα του δέρματος που αποτελείται από συνδετικό

ιστό και περιέχει κυρίως, μεσοκυττάρια ουσία. Ελάχιστα κύτταρα,

αγγεία και νεύρα. Παρουσιάζει δύο μέρη: Το επιπολής ή θηλώδες

χόριο που βρίσκεται προς τα πάνω σε επαφή με την επιδερμίδα και

το δικτυωτό χόριο που είναι παχύτερο και μεταπίπτει στην

υποδερμίδα. Η μεσοκυττάρια ουσία αποτελείται από ίνες και θεμέλιο

ουσία. Οι ίνες είναι οι κολλαγόνες και οι ελαστικές.

Οι κολλαγόνες ίνες αποτελούν το κύριο συστατικό του χορίου και

διατάσσονται σε δεσμίδες που φέρνται προς διάφορες

κατευθύνσεις. Είναι λεπτότερες και αραιότερες στο θηλώδες χόριο και

παχύτερες και πυκνότερες στο δικτυωτό χόριο. Υπάρχουν αρκετοί

τύποι κολλαγόνου. Οι ελαστικές ίνες⁷ είναι πολύ λιγότερες από τις

κολλαγόνες είναι λεπτές , διαπλέκονται μεταξύ τους και εκτείνονται

από το χόριο - επιδερμικό σύνδεσμο μέχρι και την υποδερμίδα.

Η θεμέλιος ουσία είναι μια άμορφη⁸⁰ κρυσταλλοειδής ουσία που

αποτελείται από πρωτεϊνογλυκάνες.⁸ Τα κύτταρα του χορίου είναι είτε

αυτόχθονα (ινοβλάστες, μικροφάγα και μαστοκύτταρα), είτε

ετερόχθονα (λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα και λευκοκύτταρα).

Αποτελείται από λιπώδη ιστό που διασπάζεται από προεκβολές του

χορίου, τις ινώδεις δεσμίδες, που διαχωρίζουν τον λιπώδη ιστό στα

Οι αρτηρίες ανεβαίνουν διασχίζοντας τις ινώδεις δεσμίδες της

υποδερμίδας και σχηματίζουν δύο οριζόντια πλέγματα το εν το βάθει

που βρίσκεται μεταξύ χορίου και υπιδέρματος και τροφοδοτεί τους

ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες και τους θυλάκους και

τριχών, και το επιπολής που βρίσκεται στο θηλώδες χόριο και

τροφοδοτεί την επιδερμίδα με τις τριχοειδή και τα αντίστοιχα φλεβικά

Το δέρμα είναι εφοδιασμένο με διάφορους αδένες :

* Τους σμηγματογόνους αδένες.¹⁹⁸

* Τους ιδρωτοποιούς αδένες.¹⁹⁹

* Τους αδένες Meibomius, που βρίσκονται στα βλέφαρα.

* Τους αδένες Moll, που ομοίως²⁰¹ βρίσκονται στα βλέφαρα.

* Τους κυψελιδοποιούς αδένες²⁰², που βρίσκονται στον έξω

* Τους μαστούς.

Οι σμηγματογόνοι αδένες, που παίζουν βασικό ρόλο στην ακμή, είναι

κυψελωτοί και απαντώνται σε όλη την επιφάνεια του δέρματος, εκτός

από τις παλάμες, τα πέλματα και έως τη ράχη του άκρου ποδός.

Βρίσκονται στο τρίγωνο που σχηματίζεται από τον τριχικό θύλακα,

τον ορθωτήρα μυ της τρίχας και την επιδερμίδα, εκβάλλουν δε στο

θύλακα της τρίχας. Υπάρχουν όμως, ακόμη, στο βλεννογόνο των

παρειών και το περίγραμμα του άνω χείλους, στη θηλαία άλω, τα

βλέφαρα, τη βάλανο, την ακροποσθία, τα χείλη του αιδοίου και

περιπρωκτικά. Σε αυτές τις θέσεις εκβάλλουν κατευθείαν στο δέρμα.

Περισσότεροι αριθμητικά και με μεγαλύτερο όγκο βρίσκονται στο

τριχωτό της κεφαλής, το πρόσωπο, το στήθος και τη ράχη. Οι

σμηγματογόνοι αδένες αποτελούνται από το αδενικό σώμα και τον

εκφορητικό πόρο. Το αδενικό σώμα είναι πολυλοβώδες και

περιβάλλεται από ινώδη ελαστικό 40%. Το πρωτόπλασμα των

κυττάρων παράγει λιπαρές ουσίες, το σμήγμα, οι οποίες

συσσωρεύονται, γεμίζουν τα κύτταρα τα οποία τελικά μεταβάλλονται

ολόκληρα σε έκκριμα. Ο εκφορητικός πόρος είναι βραχύς και ευρύς

και εκβάλλει, αδειάζοντας το περιεχόμενο του αδένου, στον αυχένα του

τριχομιγματικού θύλακα. Οι αδένες αυτοί είναι ορμονοεξαρτώμενοι.

Μετά τη γέννηση παρουσιάζουν ~~μικρή~~ ^{μείωση} δραστηριότητα, κατόπιν

υποστρέφουν, για να διογκωθούν²²⁶ και να δραστηριοποιηθούν έντονα

κατά την εφηβεία, υπό την επίδραση των ανδρογόνων. Κατά τη

γεροντική ηλικία αρχίζουν να υπολειτουργούν. Με το σμήγμα που

παράγουν, το οποίο περιέχει τριγλυκερίδια, λιπαρά οξέα, εστέρες,

σκουαλένιο και χοληστερόλη, λιπαίνουν και αδιαβροχοποιούν το

δέρμα, το προστατεύουν από την ξηρότητα και ασκούν μικρή

αντιβακτηριδιακή δράση. Όμως σε ²³ αυξημένη δραστηριότητά του

προκαλείται, όχι ευχάριστα, η ακμή³³

1.2 ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

A) ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ Ή ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ

Κάθε περιγεγραμμένη αλλοίωση του φυσιολογικού χρώματος του

Οι κηλίδες διαιρούνται σε:

243

I. Υπεραιμικές. Οφείλονται σε πρόσκαιρη διαστολή ή υπεραιμία των

αρτηριδίων ή φλεβιδίων του δέρματος, έχουν χρώμα ρόδινο, ερυθρό

ή κυανό και εξαφανίζονται με την πίεση του δακτύλου.

II. Αγγειακές. Οφείλονται σε έμμεση διαστολή ή υπερπλασία των

518
μικρών αιμοφόρων αγγείων του δέρματος, έχουν ποικίλο χρώμα, από

ρόδινο έως βαθύ ερυθρό. Εξαφανίζονται με την πίεση τελείως ή

μερικώς και έχουν μέγεθος από κεφαλι καρφίτσας μέχρι παλάμης.

Διακρίνονται σε συγγενείς και επίκτητες.

III. Αιματικές. Οφείλονται σε εξαγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων,

εντός του δέρματος, και αυτό γίνεται λόγω ρήξης του τοιχώματος των

αγγείων από μηχανικά αίτια ή παθολογικές καταστάσεις. Δεν

εξαφανίζονται με την πίεση. Το χρώμα τους είναι αρχικά ερυθρό, ενώ

τις επόμενες μέρες, μεταβάλλεται διαδοχικά, από κυανέρυθρο,

πράσινο, κίτρινο και τέλος σε διάστημα δύο περίπου εβδομάδων

* πετέχιες που προέρχονται από μηχανικά αίτια²⁶⁰

* εκχυμώσεις που οφείλονται σε τραυματικά αίτια και

* γραμμοειδείς ακολουθώντας τις ²⁶²πτυχές του δέρματος.

IV. Δυσχρωμικές. Διακρίνονται σε:264

* Μελανχρωματικές κηλίδες. ²⁶⁵ Οφείλονται σε τοπική αύξηση της

μελανίνης και έχουν χρώμα από σκούρο έως μαύρο. Το μέγεθος

τους δεν είναι σταθερό και ~~δεν~~ εξαφανίζονται με την πίεση.

Διακρίνονται σε μόνιμες, επικίτητες και συγγενείς.

* Αχρωμικές ή άχρες. Έχουν²⁶⁹ λευκό ή υπόλευκο χρώμα και

οφείλονται σε ελάττωση ή πλήρη εξαφάνιση της μελανίνης.

Έχουν διαφορετικό κατά περίπτωση σχήμα και δεν

εξαφανίζονται με την πίεση.²⁷²

Διακρίνονται σε επίκτητες (κλ. 47) και ιδεσ λεύκης, παρασιτική

αχρωμία) και συγγενείς (αλφισμός, αχρωματικός σπίλος).

* Τεχνητά χρωσμένες. Οφείλονται²⁷⁵ σε εναπόθεση στο δέρμα

χρωστικής άλλης εκτός από τη μελανίνη π.χ. κυανές κηλίδες,

κηλίδες στίξεως (tatouaze), αγγυρίωση κλπ.

* Λευκομελανοδερμία. Είναι ²⁷⁸μία μορφή δυσχρωμίας του

δέρματος, κατά την οποία έχουμε εναλλαγή μελανοχρωματικών

Είναι περιγεγραμμένα επάρματα 180 δέρματος, στερεά στη σύσταση,

με μέγεθος από κεφάλι καρφίτσας έως μπιζελιού. Έχουν σχήμα

στρογγυλό ή πολυγωνικό. Έχουν χρώμα ερυθρό ή κίτρινο ή

φυσιολογικό. Δεν είναι μόνιμες καρδιάς εξαφανίζονται δεν αφήνουν

I. Δερματικές όπου έχουμε κυτταρική διήθηση της θηλώδους στιβάδας

II. Επιδερμικές που οφείλονται σε υπερτροφία της επιδερμίδας, και

III. Μικτές όπου στην κυτταρική διαίτηση συμμετέχει το χόριο μαζί με

Είναι έπαρμα του δέρματος αποτελεσματοποιημένο στερεάς σύστασης, με

ποικίλο μέγεθος δραχμής και είναι δυνατό να φθάσει μέγεθος 25

παλάμης. Το χρώμα ερυθρό ερυθρόδινό ή υπόλευκο. Οι πομφί

εξελίσσονται γρήγορα. Εμφανίζονται, αναπτύσσονται και

εξαφανίζονται σε λιγότερο ή περισσότερο διάστημα ανάλογα με το

αίτιο που τα προκάλεσε. Συνοδεύονται πάντα από κνησμό και

αίσθημα καύσου. Προκαλούνται από εξωτερικά αίτια, τσιμπήματα

Είναι περιγεγραμμένα επάρματα του δέρματος, έχουν σχήμα

στρογγυλό, είναι σκληρά ή μαλακά¹⁰⁴ στη σύσταση και συνήθως έχουν

μέγεθος από κεριά μέχρι φουντούκια. Το χρώμα τους είναι

ερυθροκίτρινο έως ερυθροχάλκινο. ^{30%} ιστολογικά βρίσκονται στο χόριο.

Εξελίσσονται αργά και έχουν τάση για έλκυση. Όταν ιαθούν αφήνουν

ουλή. Φύματα συναντούμε στη σύφιλη, τη λέπρα κλπ.

Είναι βλάβες του δέρματος, σκληρές στη σύσταση και βρίσκονται

στην υποδερμίδα. Έχουν σχήμα σφαιρογυλό ή ωειδές. Το δέρμα που

τις καλύπτει είναι φυσιολογικού ή και διαφορετικού, από το

φυσιολογικό, χρώματος. Εξελίσσονται αργά ή παραμένουν μόνιμα.

Ορισμένες φορές ελκούνται. Όταν θεραπευθούν, άλλοτε αφήνουν

ουλή και άλλοτε όχι. Οι όζοι διαφέρουν από τα οζίδια μόνο στο

μέγεθος. Τα οζίδια έχουν μέγεθος από μπιζέλι έως φουντούκι. Οι όζοι

αντίθετα μπορούν να φθάσουν το μέγεθος αυγού. Τους απαντούμε

Εδράζονται στις βαθιές στιβάδες του χορίου και στην υποδερμίδα. Το

μέγεθος τους είναι από φουντουκίω έως αυγού. Η σύσταση τους

είναι σκληρή στην αρχή στη συνέχεια όμως μαλακώνει. Συνήθως

καταλήγουν στην έλκωση και μετά στην ίαση τους. Αφήνουν ουλή.

Κομμιώματα συναντούμε στην φιλοτιμία και σε ορισμένες

πυοδερματίτιδες. Η εξέλιξη του κομμιώματος γίνεται σε τέσσερα

Παθολογικές επεξεργασίες με διαφορετικό κατά περίπτωση σχήμα,

μέγεθος και σύσταση, έχουν την τάση για αύξηση. Παραμένουν για

αρκετό χρόνο, ή είναι μόνιμοι. Παίρνουν την ονομασία τους από τον

ιστό από τον οποίο προέρχονται (νωμα, σάρκωμα, ινομύωμα,

βλάστωμα, αστροκύτωμα, γλοίωμα, θήλωμα κλπ) και είναι καλοήθεις

Είναι έπαρμα της επιδερμίδας, στρώγγυλό ή σφαιρικό, και το μέγεθος

της είναι από κεφαλή καρφίτσας έως μπιζελιού. Περιέχουν συνήθως

ορώδες υγρό, μερικές φορές όμως αιματηρό ή θολερό. Εμφανίζονται

διάσπαρτες (όπως το έκζεμα) ή καλά ομάδες (όπως στον έρπη).

Είναι επάρματα της επιδερμίδας, σφαιρογυλά ή ημισφαιρικού

σχήματος ή ωειδούς. Το μέγεθος τους είναι από μπιζελιού έως

αυγού και περιέχουν θολερό ή αιματώδες υγρό.

Τις διαιρούμε στις α)επί πολής, β)επί κατά βάθος και γ) στις

Η επιφάνεια της πομφόλυγας ανά λίτρο με την ποσότητα του υγρού

που περιέχει είναι τεταμένη ή πλαστική. Οι πομφόλυγες σχηματίζονται

από την αποκόλληση της επιδερμίδας η οποία γίνεται είτε μεταξύ των

στιβάδων της, είτε μεταξύ αυτής και του χορίου.

Είναι επάρματα της επιφάνειας του δέρματος, έχουν μέγεθος από

κεφάλι καρφίτσας μέχρι ρεβιθιού ή και μεγαλύτερα. Έχουν σχήμα

σφαιρικό ή ημισφαιρικό και περιέχουν ευθύς εξ' αρχής πύον.

Συνήθως περιβάλλονται από ερύθημα. Διακρίνονται ανάλογα με το

βάθος τους σε: α) επιδερμικές οι οποίες δεν αφήνουν ουλή, και β)

Είναι κοιλότητες που περιβάλλονται με μεμβράνη από συνδετικό ιστό.

Το περιεχόμενο της κύστης, μπορεί να είναι υδαρές (ορός, αίμα) ή

πυκνόρρευστο (σμήγμα). Οι κύστες εκπορεύονται κυρίως από τους

B) ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ

Είναι η βλάβη η οποία δημιουργείται από την απώλεια των στιβάδων

της επιδερμίδας μέχρι και τη βασική στιβάδα.

Είναι η βλάβη κατά την οποία, έχουμε απώλεια και της βασικής

στιβάδας της επιδερμίδας (δηλαδή όλων των στιβάδων της

επιδερμίδας) και πολλές φορές και την επιφάνεια του θηλώδους

Η επί πολής λύση (διακοπή) της συνέχειας της επιδερμίδας με

διαφορετικό μέγεθος και σχήμα, πού προέρχεται από τραυματισμούς.

Είναι γραμμοειδείς λύσεις της συνέχειας της επιδερμίδας οι οποίες

Είναι η βαθιά απώλεια ουσίας που μπορεί να επεκταθεί μέχρι την

α. την βάση που μπορεί να είναι σκληρή, υπόσκληρη ή μαλακιά,

β. τον Πυθμένα που μπορεί να είναι ομαλός, ρυτταρός ή βλαστικός,

και γ. τα χείλη που μπορεί να είναι απότομα κολπώδη ή τετμημένα,

υπεκαμένα. Το σχήμα των ελκώσεων μπορεί να είναι στρογγυλό,

ωοειδές ή ανώμαλο. Το χρώμα τους άλλοτε ερυθρό,υποκίανο ή

ιώδες. Το μέγεθος από κεφάλι καρφί 301-μέχρι παλάμης.

Είναι βαθιές απώλειες ουσίας, που οφείλονται σε μηχανικές κακώσεις

ή την επίδραση χημικών ή φυσικών ουσιών.

Είναι βαθιές γραμμοειδής σχάσεις του δέρματος που φθάνουν μέχρι

το χόριο. Παρουσιάζονται συνήθως στα πέλματα χείλη παλάμες.

Είναι μάζες που σχηματίζονται από την πήξη και την ξήρανση υγρών,

όπως πύου, αίματος, ορού, που βγαίνουν από κατεστραμμένες

φυσαιίδες, πομφόλυγες και φλύκταινες ή από διαβρωμένες ή

ελκόμενες επιφάνειες του δέρματος. Οι εφελκίδες έχουν χρώμα

κίτρινο, όταν το αποξηραμένο υγρό προέρχεται από ορό και μελανές

όταν προέρχεται από αίμα.

406

Οι ουλές αποτελούνται από νεόπλαστο συνδετικό ιστό ο οποίος

αντικαθιστά το κατεστραμμένο δέρμα. Το χρώμα της ουλής στην αρχή

είναι ροδαλό, αργότερα όμως γίνεται λευκό. Η επιφάνεια της είναι

λεία. Το δέρμα της είναι λεπτό και δεν έχει τρίχες και αδένες.

Οι ουλές χωρίζονται σε ατροφικές και υπερτροφικές οι οποίες

ονομάζονται και χηλοειδείς ουλές.⁴¹⁵

Είναι η ελάττωση του αριθμού και του όγκου ορισμένων ή και όλων

των στοιχείων του δέρματος. Μερικές φορές μάλιστα έχουμε και την

ολοκληρωτική εξαφάνιση ορισμένων. Το ατροφικό δέρμα είναι λεπτό

και μαλακό και του λείπει η ελαστικότητα. Το χρώμα του είναι λευκό,

ερυθρό, κυανό κλπ. η ατροφία του δέρματος οφείλεται σε χρόνιες

φλεγμονώδεις παθήσεις (όπως ο ερυθηματώδης λύκος) ή σε

Στη σκλήρυνση το δέρμα γίνεται σκληρότερο του φυσιολογικού και

δεν διπλώνεται σε πτυχές εύκολα.47 Το χρώμα του είναι ή

υπερχρωματικό και σε ορισμένες περιπτώσεις αχρωματικό. Ατροφική

σκλήρυνση παρατηρείται στη σκληρόδερμία, ενώ υπερτροφική στην

Είναι κεράτινα πετάλια της επιδερμίδας, που πέφτουν από την

επιφάνεια του δέρματος φυσιολογικά ή αποσπώνται. Μπορεί να

έχουν διάφορα χρώματα, λευκά, λευκόφαια, αργυρόχρωα, μελανά.

Ανάλογα με το μέγεθος και το πάχος τους χωρίζονται σε πιτυρώδη,

αλευρώδη, φυλλώδη κλπ. Τα λέπια σε ορισμένες δερματοπάθειες

είναι κολλημένα στερεά στην επιφάνεια του δέρματος (ερυθηματώδης

λύκος), ενώ άλλοτε αποσπώνται εύκολα (ψωρίαση).

Το δέρμα στην παθολογική αυτή κατάσταση γίνεται σκληρό

διηθημένο, παχύτερο και αλλάζει χρώμα (σκουραίνει). Οι

φυσιολογικές του πτυχώσεις, παρουσιάζουν εικόνα μωσαϊκού.

Η λειχηνοποίηση, παρουσιάζεται κατά μεγαλύτερη συχνότητα, στον

αυχένα στον τράχηλο, στις καμπυλές επιφάνειες των άκρων, και

τους μηρούς. Διαιρείται σε:

445

α. πρωτογενή που οφείλεται στο β -ρεπτόκοκκο και

β. δευτερογενή που παρατηρείται σε χρόνιες κνησμώδεις

2. ΕΝΔΟΕΠΟΔΕΡΜΙΚΕΣ ΦΥΣΣΑΛΙΔΕΣ ΚΑΙ

2.1 ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΕΞ ΕΠΑΦΗΣ

Η αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής είναι μια κοινή πάθηση του

δέρματος. Προκαλείται, λόγω επαφής του δέρματος, με παράγοντες

διαφόρων ειδών που δημιουργούν οπτικές αλλεργικές φλεγμονώδεις

αντιδράσεις. Η αναγνώριση του παράγοντα που ευθύνεται για την

αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής είναι η βάση για τη θεραπεία της

Τα συχνότερα σημεία και συμπτώματα της αλλεργικής δερματίτιδας εξ

επαφής είναι:

470

* Ερυθματώδες εξάνθημα με φαγούρα στην περιοχή που ήλθε

σε επαφή με τον αλλεργιογόνο παράγοντα

* Ευαισθησία στην περιοχή που ⁴⁷³επηρεάζεται

* Αύξηση της θερμότητας τοπικά ⁴⁷⁴ στην περιοχή της δερματικής

* Το δέρμα μπορεί να παρουσιάζει ⁴⁷⁶οίδημα (πρήξιμο) λόγω της

φλεγμονής με βλατίδες και φούσαλίδες

* Είναι δυνατόν να υπάρχει ⁴⁷⁸εξιδρωση με υγρή διαρροή τοπικά

* Οι δερματικές βλάβες μπορεί να εξελιχθούν και να

παρουσιαστούν διαβρώσεις, φαντάδες, απολέπιση, εσχάρες ή

ακόμη λειχηνοποίηση εάν τα φλεγμονώδες δερματικό αλλεργικό

πρόβλημα καταστεί χρόνιο (έκζεμα χρόνιας μορφής).

Συνήθως η αλλεργική δερματίτιδα⁴⁸⁸ επαφής παρουσιάζεται δύο με

τρεις μέρες μετά από την επαφή με το αλλεργιογόνο. Διαρκεί για όσο

χρονικό διάστημα συνεχίζεται η επιτήρηση με αυτό.

Μετά την απομάκρυνση του αλλεργιογόνου, η αλλεργική δερματική

αντίδραση μπορεί να συνεχίζεται συνήθως για διάστημα μίας έως δύο

εβδομάδων. Στις περιπτώσεις που ⁴⁸αλλεργιογόνος παράγοντας δεν

απομακρύνεται, οι βλάβες στο δέρμα αποκτούν τότε χρόνια

χαρακτήρα. Σε ένα τέτοιο ενδεχόμενο δημιουργείται χρόνιο έκζεμα.

Η συμβουλή γιατρού είναι απαραίτητη για να διευκρινισθεί εάν

πρόκειται για αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής ή για άλλη μορφή

δερματίτιδας. Μεταξύ άλλων υπάρχει και η ερεθιστική δερματίτιδα

επαφής η οποία προκαλείται όχι από αλλεργιογόνο παράγοντα αλλά

από ουσία που λόγω του είδους της βλάπτει ή ερεθίζει ή είναι τοξική

Οι παράγοντες που ευθύνονται για την πρόκληση της αλλεργικής

δερματίτιδας εξ επαφής είναι πολλή. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται:

Το νικέλιο είναι η συχνότερη αιτία πρόκλησης της αλλεργικής

δερματίτιδας εξ επαφής. Το νικέλιο υπάρχει σε μέταλλα που

χρησιμοποιούνται σε είδη ένδυσης, κοσμήματα, ρολόγια,

στηθόδεσμούς, σκελετούς γυαλιών και πολλά άλλα αντικείμενα.

Τα αυτιά επηρεάζονται όταν γίνονται τρύπες για σκουλαρίκια. Τα

αυτιά επηρεάζονται από σκουλαρίκια που δεν είναι χρυσά. Συνήθως

δύο μέρες μετά από την επαφή με το αλλεργιογόνο μέταλλο,

παρουσιάζεται στα αυτιά ένα εξάνθημα με κνησμό τα οποία μπορεί να

είναι οιδηματώδες, με εξίδρωση και να έχει φουσαλίδες. Η δερματίτιδα

στο αυτί θα διαρκέσει για μερικές μέρες ή περισσότερες εάν η επαφή

με το μέταλλο των σκουλαρικών συνεχιστεί.

Ορισμένα είδη φυτών μπορούν να δημιουργούν αλλεργικές

αντιδράσεις εξ επαφής με το δέρμα. 524 Οι αλλεργικές αντιδράσεις λόγω

φυτών μπορούν να προκληθούν μετά από άμεση επαφή με το φυτό ή

δυνατόν να εξαρτώνται από το συνδυασμό έκθεσης στον

αλλεργιογόνο φυτικό παράγοντα και το φως του ήλιου. Στις

περιπτώσεις αυτές η δερματίτιδα ⁵²⁸ ονομάζεται αλλεργική

φωτοδερματίτιδα εξ επαφής. Εκτός από τα φυτά υπάρχουν και άλλοι

παράγοντες που ευθύνονται για αλλεργική φωτοδερματίτιδα εξ

Άλλα που προκαλούν αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής είναι χημικές

ουσίες που υπάρχουν σε ελαστικά βλάστηχα, σε δέρματα και

χρωστικές ουσίες. Η δερματίτιδα λόγω παπουτσιών είναι συχνή.

Προκαλείται από δέρματα, λάστιχα, χρωστικές ουσίες ή μέταλλα που

Υπάρχουν κρέμες και αλοιφές που όταν τοποθετούνται στο δέρμα

δυνατόν να προκαλούν αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής. Οι

509
παράγοντες της αλλεργικής αντίδρασης μπορεί να είναι είτε το βασικό

συστατικό του σκευάσματος όπως η λανολίνη ή η ενεργός ουσία (το

φάρμακο) που περιέχει όπως για παράδειγμα η νεομυκίνη ή άλλο

Συνήθως εμφανίζονται τα σημεία και συμπτώματα της αλλεργικής

δερματίτιδας εξ επαφής μετά από 3-6 ώρες έως δεκαπέντε μέρες από την

πρώτη φορά που τοποθετείται στο δέρμα μια κρέμα ή μια αλοιφή που

περιέχει το αλλεργιογόνο. Τις επόμενες φορές που θα τοποθετηθεί η

κρέμα, η αλλεργική αντίδραση εκδηλώνεται εντός δύο περίπου

Τα αρώματα και τα καλλυντικά είναι επίσης αιτίες της αλλεργικής

δερματίτιδας εξ επαφής. Ακόμη και αντηλιακές κρέμες σε

ορισμένους ανθρώπους δυνατόν να προκαλούν αλλεργικές

Η ανεύρεση του παράγοντα που προκαλεί την αλλεργική δερματίτιδα

εξ επαφής είναι σημαντική για την αντιμετώπιση της πάθησης. Η

απομάκρυνση του αλλεργιογόνου παράγοντα είναι η πρώτη κίνηση

που επιβάλλεται. Οι αιτίες πρόκλησής της είναι πολλές και για αυτό η

59
συμβουλή του δερματολόγου τόσο για τη διάγνωση όσο και για την

εξακρίβωση της αιτίας που την προκαλεί είναι απαραίτητη. Ο

δερματολόγος θα διαπιστώσει εάν πράγματι πρόκειται για αλλεργική

δερματίτιδα εξ επαφής ή εάν είναι μία άλλη μορφή δερματίτιδας.

Το τεστ με τοποθέτηση στο δέρμα του ασθενούς μια σειράς από

ειδικές επικολλητικές ταινίες που περιέχουν αλλεργιογόνες ουσίες

(επιδερμικές αλλεργικές δοκιμασίες, patch τεστ) διενεργείται από τον

αλλεργιολόγο ή το δερματολόγο. Εάν μετά από μερικές ημέρες (2-3)

παρουσιάζεται αλλεργική δερματική αντίδραση σε ένα από τα

αλλεργιογόνα που δοκιμάστηκαν στο δέρμα του ασθενούς αυτό

μαρτυρεί την ευαισθησία του ασθενούς στο συγκεκριμένο παράγοντα.

Τα τεστ αυτά επιτρέπουν έτσι στον ασθενή να γνωρίζει σε τι είναι

αλλεργικός και να αποφεύγει την επαφή με τους παράγοντες που του

προκαλούν αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής.

Η αντιμετώπιση της αλλεργικής δερματίτιδας εξ επαφής βασίζεται

στην αποφυγή του αλλεργιογόνου παράγοντα. Για την άμεση

ανακούφιση του ασθενούς μπορούν να χρησιμοποιηθούν τοπικά

σκευάσματα που περιέχουν κορτιϋστεροειδή φάρμακα.



2.2 ΠΟΜΦΟΛΥΦΩΔΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΦΥΤΙΑ

Η Δερματοφυτία είναι μία μυκητώδη λοίμωξη η οποία μπορεί να

προκαλέσει μόλυνση του δέρματος⁵⁸! Οι περιοχές που επηρεάζονται

συχνά περιλαμβάνουν τα πόδια (Εξιδερμοφυτία η Πόδι του Αθλητού),

βουβωνική χώρα (jock itch), τριχωτός της κεφαλής και κάτω από το

στήθος. Η Δερματοφυτία είναι πολύ μεταδοτική και μπορεί να

εξαπλωθεί με έμμεση επαφή ή από δέρμα σε δέρμα. Επίσης γνωστή

ως ringworm (λειχήνα με ένα καθαρό κέντρο και ένα κόκκινο και

λεπιδωτό δακτυλίδι) μολονότι δεν υπάρχει σχέση με σκουλήκι.

Η θεραπεία περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή με αντιμυκητιασικά

φάρμακα και καλή υγιεινή του δέρματος. Τα είδη συμπτωμάτων

μπορεί να είναι ήπια έως σοβαρά ⁵⁰ και περιλαμβάνουν:

* Φαγούρα και/ή τσούξιμο ανάμεσα στα δάχτυλα του ποδιού⁵⁹¹

* Κόκκινο, λεπιδωτό εξάνθημα⁵⁹² που έχει σχήμα σαν δακτυλίδι

* Σκάσιμο, σκίσημο και ξεφλούδιζμα του δέρματος ανάμεσα στα ⁵⁹³

* Φουσκάλες και/ή κυτταρίτες⁵⁹⁵

Η Δερματοφυτία προκαλείται από ένα μύκητα. Το ιδανικότερο

περιβάλλον στην ανάπτυξη του είναι ένα υγρό, ζεστό περιβάλλον και

συνήθως μεταδίδεται στις κοινόχρηστες υγρές περιοχές όπου οι

άνθρωποι περπατούν ξυπόλητοι, όπως τα ντούς και αποδυτήρια.

Αντιμετωπίζεται με αντιμυκητιασικές κρέμες, πολλές από τις οποίες

πωλούνται στα φαρμακεία χωρίς συνταγή του ιατρού (Ο

Φαρμακοποιός σας θα είναι σε θέση να σας βοηθήσει). Υπάρχουν

πολλά διάφορα προϊόντα ειδικά για τους μύκητες. Βεβαιωθείτε ότι θα

ακολουθήστε τις οδηγίες που αναγράφονται στη συσκευασία. Τα

περισσότερα προϊόντα θα πρέπει να εφαρμόζονται μια φορά ή δύο

φορές καθημερινά μέχρι 4 εβδομάδες.

Ορισμένες λοιμώξεις είναι πιο δύσκολο να θεραπευτούν και μπορεί

να απαιτούν ένα αντιμυκητιακό φάρμακο στην μορφή ενός δισκίου.

Ανοι αντιμυκητιασικές κρέμες είναι ανεπιτυχής δείτε το γιατρό σας.

Όλοι είναι ευαίσθητοι στην ανάπτυξη της Δερματοφυτίας.

Υπερθέρμανση και εφίδρωση συμβάλλουν σε λοιμώξεις

* Γενική προσωπική καθαριότητα με προσεκτικό στέγνωμα του ⁶¹⁶

δέρματος ειδικά μεταξύ των δακτύλων του ποδιού

* Αφήστε το δέρμα ανοικτό στον ⁶¹⁸αέρα όσο το δυνατόν

* Φοράτε βαμβακερές κάλτσες⁶¹⁹ αντί των συνθετικών

χρησιμοποιήστε μία αντί ιδρωτική σκόνη ποδιού για τον έλεγχο

της υπερβολικής εφίδρωσης ποδιών

* Φορέσετε σαγιονάρες σε ⁶²²πιδίνες, αποδυτήρια, γυμναστήρια και

άλλους κοινόχρηστους χώρους.

Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι η Δερματοφυτία είναι μεταδοτική.

Προτάσεις σχετικά με την πρόληψη της εξάπλωσης της λοίμωξης

* Θεραπείσετε την λοίμωξη με ⁶²⁷ αντιμυκητιασική κρέμα

* καθημερινό πλύσιμο των ποδιών με σαπούνι και νερό καθώς

και το προσεκτικό στέγνωμα των ποδιών

* πλένετε τα χέρια σας μετά την επαφή με τη μολυσμένη περιοχή

* να μην μοιράζεστε με άλλους τις πετσέτες σας

* καθαρίσετε το πάτωμα του ⁶³²ντους, μπάνιου και της τουαλέτας

* μην περπατάτε με γυμνά πόδια ⁶³⁴

* μην φορέσετε παπούτσια άλλων ατόμων

* ολοκληρώσετε την θεραπεία⁶³⁶ της Δερματοφυτίας σύμφωνα με τις

οδηγίες από το φαρμακοποιό ή το γιατρό σας

* ζητήστε ιατρική συμβουλή ⁶³⁸ εάν είστε έγκυος ή θηλάζετε.

Ο έρπητας ζωστήρ (ή απλά έρπητας ζωστήρας) είναι μια ιογενής νόσος η

642
οποία χαρακτηρίζεται από επώδυνο φυσαλιδοειδές εξάνθημα

περιορισμένης έκτασης σε μια πλευρά του σώματος (δεξιά ή

αριστερά) και συχνά κατά γραμμές⁶⁴

Ο υπεύθυνος ιός για τη λοίμωξη του έρπητα ζωστήρα είναι ο varicella

zoster virus (VZV) η κοινώς ο ιός έρπης ζωστήρ. Η αρχική λοίμωξη

από τον ιό VZV προκαλεί την οξεία και βραχυχρόνια νόσο της

648
ανεμοβλογιάς που προσβάλλει συνήθως παιδιά και εφήβους.

Μετά το πέρας της νόσου της ανεπιδόξιας ο ιός παραμένει στον

οργανισμό σε λανθάνουσα μορφή και μπορεί να προκαλέσει

μελλοντικά τη νόσο του έρπητα ζωστήρα και συχνά αυτό συμβαίνει

μετά από πολλά χρόνια από την αφρικανική λοίμωξη. Ο έρπητας ζωστήρας

δεν αποτελεί ίδια ασθένεια με τον επιχείλιο έρπητα παρόλο που

μοιάζει η ονομασία των ασθενειών⁶⁵⁴

Ο έρπητας ζωστήρας προκαλείται όπως προαναφέρθηκε από τον

varicella zoster virus (VZV) ενώ ο έπαιχίλιος έρπητας απο τον herpes

simplex virus (HSV). Ωστόσο, ανήκουν στην ίδια κατηγορία ιών, τους

Μετά το πέρας της αρχικής λοίμωξης από ανεμοβλογιά, ο ιός VZV

660
παραμένει ανενεργός στο περικάρπιο των απλών νευρικών κυττάρων

και λιγότερο συχνά στα δορυφόρα νευρικά κύτταρα της σπονδυλικής

στήλης, του κρανίου ή του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ),

χωρίς να προκαλεί συμπτώματα. Μετά από χρόνια ή δεκαετίες από

την αρχική λοίμωξη, ο ιός μπορεί να ξεφύγει από το σώμα των

νευρικών κυττάρων και μέσω του άξονα των νευρικών κυττάρων να

εγκατασταθεί στα δερματικά κύτταρα της γύρω περιοχής.

Η εξάπλωση του ιού στα δερματικά κύτταρα μπορεί να προκαλέσει

επώδυνο εξάνθημα. Παρόλο που το εξάνθημα συνήθως θεραπεύεται

αυτόματα μετά από 2 εως 4 εβδομάδες, ορισμένοι ασθενείς

παρουσιάζουν νευρολογικά συμπτώματα στη γειτονική περιοχή για

μήνες ή και για χρόνια, μια πάθηση που ονομάζεται μετα-ερπητική

νευραλγία. Ο μηχανισμός με τον οποίο ο ιός παραμένει ανενεργός

στον οργανισμό και ξαφνικά ενεργοποιείται δεν είναι ακόμη

Σε όλο τον κόσμο, ο επιδημιολογικός δείκτης του έρπητα ζωστήρα

κυμαίνεται από 1,2 έως 3,4 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα το χρόνο,

αυξάνεται δε σε ηλικίες μεγαλύτερες από 65 χρόνων σε 3,9 έως 11,8

περιστατικά ανά 1.000 άτομα το χρόνο. Μια Βρετανική μελέτη που

διεξήχθη το 1965 και κράτησε 16 χρόνια έδειξε ότι σε άτομα που ζουν

85 χρόνια, έχουν 50% πιθανότητες να νοσήσουν 1 φορά από τον

έρπητα ζωστήρα και 1% νόσησε τουλάχιστον 2 φορές.

Το εμβόλιο κατά του ιού VSV αποτελεί τον πιο αποτελεσματικό τρόπο

να μειωθούν τα περιστατικά του έμφητα ζωστήρα καθώς και της μετα-

ερπητικής νευραλγίας όπως επίσης και να μειωθεί η σοβαρότητα των

συμπτωμάτων σε περίπτωση έξαρσης.

Τα αντιϊικά φάρμακα θεωρούνται θεραπεία δεύτερης εκλογής,

ωστόσο μπορούν να μειώσουν τη βαρύτητα των συμπτωμάτων

καθώς και τη διάρκεια έξαρσης του ⁶⁸Rb αν χρησιμοποιηθούν για 7-10

ημέρες και η θεραπεία ξεκινήσει μετά σε 72 ώρες από την εμφάνιση

του χαρακτηριστικού εξανθήματος⁶⁹¹



Η ανεμοβλογιά είναι εξαιρετικά μεταδοτική ιογενής εξανθηματική

νόσος με πυρετό. Είναι κυρίως παιδική νόσος και αποτελεί τη

πρωτοπαθή λοίμωξη από το ιό του έρπη ζωστήρας (VZV). Αν η

νόσος εκδηλωθεί σε ενήλικες είναι ^{69%} πιο σοβαρή και μπορεί να

οδηγήσει σε διάμεση πνευμονία. Η ανεμοβλογιά μπορεί να

παραμένει σε λανθάνουσα μορφή και να εκδηλωθεί αργότερα σαν

έρπης ζωστήρας. Μεταδίδεται με μολυσμένα σταγονίδια ή εντός της

μήτρας. Υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο με εξασθετισμένο ιό.

Ο ιός εισέρχεται στον οργανισμό με σωματίδια και αρχικά

εγκαθίσταται στις αμυγδαλές και στο βλεννογόνο του αναπνευστικού

συστήματος και μετά στους τοπικούς λεμφαδένες. Στη συνέχεια

εισέρχεται στο αίμα και εισέρχεται στο ήπαρ, το σπλήνα και άλλα

όργανα, όπου και αναπαράγεται. 708

Αυτή η περίοδος επώασης διαρκεί ^{70%} με 13 μέρες και μετά ο ιός

εισέρχεται πάλι στο αίμα και εξαπλώνεται στο δέρμα. Ο ιός προκαλεί

εξάνθημα μαζί με πυρετό και συστηματικά συμπτώματα, όπως

κεφαλαλγία. Ο άρρωστος μεταδίδει τον ιό 2 μέρες πριν την εμφάνιση

του εξανθήματος μέχρι και 6 μέρες μετά. Ο ιός της ανεμοβλογιάς

μεταδίδεται με σταγονίδια από την μύτη ή το στόμα ,που περιέχουν

τον ιό. Μεταδίδεται πολύ εύκολα. Άτομα που μένουν στο ίδιο σπίτι με

τον άρρωστο έχουν πιθανότητα 95% να μολυνθούν.

Μετά την πρώτη λοίμωξη (ανεμοβλογιά), ο ιός παραμένει στα νευρικά

κύτταρα και μπορεί να ενεργοποιηθεί ξανά σε ενήλικες ή όταν η

κυτταρική ανοσία του ασθενούς εξασθενήσει, με αποτέλεσμα την

Το χαρακτηριστικό της ανεμοβλογιάς είναι τα εξανθήματα. Τα

εξανθήματα εμφανίζονται περίπου 7-14 μέρες μετά την είσοδο του ιού

στον οργανισμό. Τα εξανθήματα είναι κηλιδοβλατιδώδη και μέσα σε

ώρες σχηματίζουν μια φυσαλίδα με λεπτό τοίχωμα πάνω σε μια

ερυθρηματώδη βάση. Μετά από 12 ώρες, η φυσαλίδα γίνεται

φλύκταινα και αρχίζει η εφελκίδωση

Το εξάνθημα προκαλεί κνησμό (φάγούρα) και έτσι μπορεί να μολυνθεί

με βακτήρια και να μετατραπεί σε ⁷⁰⁸ούλη. Το εξάνθημα εξαπλώνεται σε

όλο το σώμα, ακόμη και στο τριχωτό της κεφαλής. Είναι πιο σοβαρό

στο κορμό, τα χέρια και τα πόδια. 730

Αν η ανεμοβλογιά προσβάλει ενήλικες, τότε είναι πιο σοβαρή και σε

ηλικιωμένους και ανοσοκατεσταλμένους μπορεί να προσβάλλει άλλα

αναπτύξει διάμεση πνευμονία και να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο.

Η ανεμοβλογιά στα παιδιά συνήθως δεν απαιτεί θεραπεία, αλλά

μπορεί να είναι απαραίτητη σε ενήλικες και ανοσοκατασταλμένους.

Επειδή η DNA πολυμεράση του ~~VZV~~ διαφέρει λίγο από αυτή του

ερπητοϊού, απαιτούνται μεγαλύτερες δόσεις ακικλοβίρης, η οποία

χορηγείται ενδοφλέβια, ή φασικλοβίρης ή βαλασικλοβίρης από

Επιπλέον σε σοβαρές λοιμώξεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν

έτοιμα αντισώματα για το ιό (VZIG)⁴² Τα VZIG είναι χρήσιμα όσο ο ιός

βρίσκεται στο αίμα και εξαπλώνεται, όμως είναι αναποτελεσματικά

κατά τη διάρκεια της ενεργού ανεμβολογίας.



Η παραλλαγή αυτή του μολυσματικού κηρίου παρουσιάζεται

χαρακτηριστικά σε νεογέννητα μωρά, αν και μπορεί να εμφανιστεί σε

κάθε ηλικία. Ο νεογνικός τύπος είναι εξαιρετικά μολυσματικός και

αποτελεί απειλή στους βρεφικούς θαλάμους.

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η νόσος ξεκινά μεταξύ τέταρτης

και δέκατης ημέρας ζωής με την εμφάνιση πομφολύγων, οι οποίες

είναι δυνατόν να εντοπισθούν σε ~~οποιοδήποτε~~ ^{οποιοδήποτε} σημείο του σώματος.

Συχνές αρχικές θέσεις εντόπισης είναι το πρόσωπο και οι άκρες

χείρες. Τα συστηματικά συμπτώματα λείπουν στη αρχή αλλά

αργότερα εκδηλώνονται αδυναμία και πυρετός ή υποθερμία.

Συχνά παρουσιάζονται πρασινωπές διαρροϊκές κενώσεις.

Είναι δυνατόν να αναπτυχθούν μαζί βραδεία βακτηριαμία, πνευμονία ή

μηνιγγίτιδα, με μοιραία κατάληξη. 761

Στα θερμά κλίματα ιδίως, οι ενήλικες μπορεί να εμφανίσουν

πομφολυγώδες μολυσματικό κηρίο, συχνότερα στη μασχαλαία ή

βουβωνική χώρα ή τις άκρες χείρας⁷⁶⁴

Συνήθως, δεν παρατηρούνται βλάβες στο τριχωτό της κεφαλής. Οι

βλάβες είναι εντυπωσιακά μεγάλες, εύθραυστες πομφόλυγες, που

δίνουν κλινικά την εντύπωση πέμφιγας. Όταν ρήγνυνται καταλείπουν

γυροειδείς, ορορρούσες ή εφελκυστικές αποκτημένες βλάβες και το στάδιο

αυτό καλείται γυροειδές μολυσματικό κηρίο (*impetigo circinata*).



2.6 ΑΠΛΗ ΠΟΜΦΟΥΓΩΔΗΣ ΕΠΙΔΕΡΜΟΛΥΣΗ

Η Πομφολυγώδης επιδερμόλυση (Epidermolysis Bullosa) είναι μια

σπάνια γενετική ασθένεια που επηρεάζει περίπου 500.000

ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Είναι το «αποτέλεσμα μιας αποτυχίας

της σύνδεσης μεταξύ της επιδερμίδας και του χορίου».

Είναι μια επώδυνη γενετική δερματολογική ασθένεια που διαχωρίζει

τις στιβάδες του δέρματος του σώματος από την εσωτερική του

επιφάνεια, σχηματίζοντας φουσκάλια ως αποτέλεσμα της επαφής.

Χαρακτηρίζεται ως μία σπάνια νόσος η οποία παρουσιάζει τόσο

ήπιες όσο και σοβαρές μορφές, που προκαλούνται από διαφορετικά

Σε γενικές γραμμές, ωστόσο, υπάρχουν τρεις επιμέρους τύποι

* δυστροφική.

Στην απλή μορφή της νόσου, προσβάλλεται μόνο το δέρμα. Ωστόσο,

στις πιο σοβαρές περιπτώσεις, προσβάλλεται και η εσωτερική

επιφάνεια του σώματος (για παράδειγμα το στόμα, ο οισοφάγος και

το παχύ έντερο). Τα άτομα που πάσχουν από δυστροφική

πομφολυγώδη επιδερμόλυση είναι πιο επιρρεπή σε μια επιθετική

μορφή καρκίνου του δέρματος που ονομάζεται ακανθοκυτταρικό

Η έρευνα για την πομφολυγώδη επιδερμόλυση επικεντρώνεται ως επί

το πλείστον στην πρόληψη της εξαίτης και της εξάπλωσης της

Δεν υπάρχει θεραπεία για την πορφύρα. Η πορφύρα είναι μια χρόνια αυτοάνοση επιδερμολύση που προκαλείται από την υπερβολική παραγωγή των λευκών αιμοσφαιρίων. Η πορφύρα είναι μια χρόνια αυτοάνοση επιδερμολύση που προκαλείται από την υπερβολική παραγωγή των λευκών αιμοσφαιρίων. Η πορφύρα είναι μια χρόνια αυτοάνοση επιδερμολύση που προκαλείται από την υπερβολική παραγωγή των λευκών αιμοσφαιρίων.

παρόν. Η θεραπεία συνίσταται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων,

η οποία έχει βελτιωθεί σημαντικά κατά τα τελευταία έτη. Έρευνα

διεξάγεται διεθνώς για τον εντοπισμό μιας αποτελεσματικής μορφής

Η πέμφιγα είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα που προκαλεί πομφόλυγες

(φουσκάλες) στο δέρμα και στους φλεβινογόνους.

Όπως συμβαίνει σε όλα τα αυτοάνοσα, στην πέμφιγα το ανοσολογικό

σύστημα του δέρματος κάνει λάθος, αναγνωρίζει τα κύτταρα της

επιδερμίδας ως ξένα και προσπαθεί να τα καταστρέψει.

Οι βλάβες είναι φουσκάλες γεμάτες με υγρό που εμφανίζονται στο

στόμα και σε πολλά μέρη του σώματος. Υπάρχουν τέσσερις κλινικές

Η κοινή πέμφιγα είναι η συχνότερη και βαρύτερη μορφή της νόσου.

Οι πομφόλυγες εμφανίζονται σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος

πάνω σε φαινομενικά υγιές δέρμα⁸² είναι πλαδαρές και έχουν ποικίλο

μέγεθος. Αργότερα σπάνε και αφήνουν διαβρώσεις που επεκτείνονται

συνεχώς με περιφερική αποκόλληση της επιδερμίδας.

Οι βλάβες είναι επώδυνες και καθόλου κνηστώδεις. Εντοπίζονται

συνήθως στο τριχωτό της κεφαλής, τις μασχάλες, το πρόσωπο και τις

μηρογεννητικές πτυχές. Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται

σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις κατά τη διαδρομή της νόσου. Στο

50% των πασχόντων οι βλάβες αρχίζουν από το στόμα. Στο στόμα

παρατηρούνται κυρίως διαβρώσεις⁸³⁰ γιατί οι πομφόλυγες σπάνε

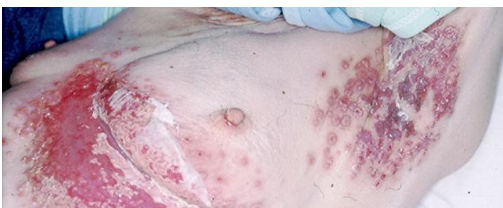
αμέσως.

831

Η διάγνωση γίνεται από το δερματολόγο με βάση την εικόνα των

βλαβών και την παρατήρηση του δέρματος στο μικροσκόπιο. Δεν

υπάρχει ειδική θεραπεία. Η πέμφιγος ελέγχεται με ισχυρά



Αυτός ο τύπος συνήθως αρχίζει με πληγές ή φουσκάλες στο

πρόσωπο και στο τριχωτό της κεφαλής. Στη συνέχεια εμφανίζονται

κυψέλες στο στήθος και στην πλάτη. Μπορεί επίσης να προκαλέσει

χαλαρές, υγρές κλίμακες στο δέρμα⁸⁴ Οι περισσότερες από τις πληγές

έχουν φαγούρα, αλλά όχι επώδυνη.⁴³ Αυτός ο τύπος πέμφιγας δεν



Η ασθένεια Hailey-Hailey είναι μια σπάνια γενετική διαταραχή που

χαρακτηρίζεται από φουσκάλες και διαβρώσεις που συχνά πλήττουν

τον αυχένα, τις μασχάλες, τις πτυχές του δέρματος και τα γεννητικά

Συνήθως εμφανίζεται για πρώτη φορά ως διαβρωτικό, φουσκωμένο

δερματικό εξάνθημα, το οποίο συνήθως επηρεάζει τις μασχάλες, το

853
λαιμό, το στήθος και τη βουβωνική χώρα. Οι βλάβες μπορεί να

αναπτύξουν ένα κίτρινο φλοιό επιβλαπτικό στρώμα. Σε πολλές

περιπτώσεις, το εξάνθημα μπορεί να προκαλέσει φαγούρα ή να

προκαλέσει αίσθηση καψίματος. Οφθαλμοί μπορούν να διαχωριστούν

αφήνοντας το οδυνηρό, ραγισμένο δέρμα. Δευτερογενής μόλυνση

των δερματικών βλαβών μπορεί επίσης να συμβεί και μπορεί να

προκαλέσει μια δυσάρεστη οσμή.⁸² Συνήθως επουλώνονται χωρίς

ουρές. Το φως του ήλιου, η θερμότητα, η εφίδρωση και η τριβή συχνά

επιδεινώνουν τη διαταραχή.

861

Τα συμπτώματα της νόσου Hailey-Hailey συμβαίνουν λόγω της

αποτυχίας των κυττάρων του δέρματος να κολλήσουν μεταξύ τους

καταλήγοντας σε διάσπαση των επιβραζόμενων επιφανειών του

δέρματος. Η σοβαρότητα της ασθένειας Hailey-Hailey ποικίλλουν από

το ένα άτομο στο άλλο, ακόμη και μεταξύ των μελών της ίδιας

οικογένειας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, υπάρχει ένα

οικογενειακό ιστορικό της διαταραχής.

Η ασθένεια Hailey-Hailey οφείλεται σε μια μετάλλαξη σε ένα

συγκεκριμένο γονίδιο που δημιουργεί μια πρωτεΐνη που είναι

απαραίτητη για την καλή υγεία του δέρματος.

Η διαταραχή γίνεται εμφανής μετά την εφηβεία, συνήθως την τρίτη ή

τέταρτη δεκαετία, αλλά τα συμπτώματα μπορεί να αναπτυχθούν σε

οποιαδήποτε ηλικία. Η ασθένεια Hailey-Hailey μπορεί να εμφανιστεί

τυχαία λόγω μιας αυθόρμητης γενετικής αλλαγής (δηλαδή νέας

μετάλλαξης) στο γονίδιο ATP2C1. Αυτή η μετάλλαξη κληρονομείται ως

αυτοσωμικό κυρίαρχο χαρακτηριστικό.

Οι γενετικές ασθένειες καθορίζονται από το συνδυασμό γονιδίων για

ένα συγκεκριμένο γνώρισμα που βρίσκονται στα χρωμοσώματα που

λαμβάνονται από τον πατέρα και τη μητέρα.

Κυρίαρχες γενετικές διαταραχές εμφανίζονται όταν μόνο ένα

αντίγραφο ενός μη φυσιολογικού γονιδίου είναι απαραίτητο για την

εμφάνιση της νόσου. Το μη φυσιολογικό γονίδιο μπορεί να

κληρονομηθεί από τον κάθε γονέα $\frac{1}{2}$ ή μπορεί να είναι το αποτέλεσμα

85
μιας νέας μετάλλαξης (αλλαγή γονιδίου) στο άτομο που έχει

προσβληθεί. Ο κίνδυνος να περάσει το μη φυσιολογικό γονίδιο από

τον προσβεβλημένο γονέα στους 887 τογόνους είναι 50 τοις εκατό για

κάθε εγκυμοσύνη ανεξάρτητα από το φύλο του παιδιού που

Η ακριβής διαδικασία με την οποία η απώλεια ή η εσφαλμένη

λειτουργία του πρωτεϊνικού προϊόντος του γονιδίου ATP2O1 προκαλεί

νόσο Hailey-Hailey δεν είναι πλήρως κατανοητή. Η πρωτεΐνη είναι πιο

δραστική στα κερατινοκύτταρα, τον κυριότερο τύπο κυττάρων του

εξωτερικού στρώματος του δέρματος (επιδερμίδα). Η αποτυχία των

ραβδοειδών κερατινοκυττάρων να αλληλίσουν μεταξύ τους οδηγεί

στην εμφάνιση φυσαλίδων που παρατηρούνται στην ασθένεια.

Επηρεάζει τους άντρες και τις γυναίκες σε ίσο αριθμό. Σύμφωνα με

478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000
1001
1002
1003
1004
1005
1006
1007
1008
1009
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016
1017
1018
1019
1020
1021
1022
1023
1024
1025
1026
1027
1028
1029
1030
1031
1032
1033
1034
1035
1036
1037
1038
1039
1040
1041
1042
1043
1044
1045
1046
1047
1048
1049
1050
1051
1052
1053
1054
1055
1056
1057
1058
1059
1060
1061
1062
1063
1064
1065
1066
1067
1068
1069
1070
1071
1072
1073
1074
1075
1076
1077
1078
1079
1080
1081
1082
1083
1084
1085
1086
1087
1088
1089
1090
1091
1092
1093
1094
1095
1096
1097
1098
1099
1100
1101
1102
1103
1104
1105
1106
1107
1108
1109
1110
1111
1112
1113
1114
1115
1116
1117
1118
1119
1120
1121
1122
1123
1124
1125
1126
1127
1128
1129
1130
1131
1132
1133
1134
1135
1136
1137
1138
1139
1140
1141
1142
1143
1144
1145
1146
1147
1148
1149
1150
1151
1152
1153
1154
1155
1156
1157
1158
1159
1160
1161
1162
1163
1164
1165
1166
1167
1168
1169
1170
1171
1172
1173
1174
1175
1176
1177
1178
1179
1180
1181
1182
1183
1184
1185
1186
1187
1188
1189
1190
1191
1192
1193
1194
1195
1196
1197
1198
1199
1200
1201
1202
1203
1204
1205
1206
1207
1208
1209
1210
1211
1212
1213
1214
1215
1216
1217
1218
1219
1220
1221
1222
1223
1224
1225
1226
1227
1228
1229
1230
1231
1232
1233
1234
1235
1236
1237
1238
1239
1240
1241
1242
1243
1244
1245
1246
1247
1248
1249
1250
1251
1252
1253
1254
1255
1256
1257
1258
1259
1260
1261
1262
1263
1264
1265
1266
1267
1268
1269
1270
1271
1272
1273
1274
1275
1276
1277
1278
1279
1280
1281
1282
1283
1284
1285
1286
1287
1288
1289
1290
1291
1292
1293
1294
1295
1296
1297
1298
1299
1300
1301
1302
1303
1304
1305
1306
1307
1308
1309
1310
1311
1312
1313
1314
1315
1316
1317
1318
1319
1320
1321
1322
1323
1324
1325
1326
1327
1328
1329
1330
1331
1332
1333
1334
1335
1336
1337
1338
1339
1340
1341
1342
1343
1344
1345
1346
1347
1348
1349
1350
1351
1352
1353
1354
1355
1356
1357
1358
1359
1360
1361
1362
1363
1364
1365
1366
1367
1368
1369
1370
1371
1372
1373
1374
1375
1376
1377
1378
1379
1380
1381
1382
1383
1384
1385
1386
1387
1388
1389
1390
1391
1392
1393
1394
1395
1396
1397
1398
1399
1400
1401
1402
1403
1404
1405
1406
1407
1408
1409
1410
1411
1412
1413
1414
1415
1416
1417
1418
1419
1420
1421
1422
1423
1424
1425
1426
1427
1428
1429
1430
1431
1432
1433
1434
1435
1436
1437
1438
1439
1440
1441
1442
1443
1444
1445
1446
1447
1448
1449
1450
1451
1452
1453
1454
1455
1456
1457
1458
1459
1460
1461
1462
1463
1464
1465
1466
1467
1468
1469
1470
1471
1472
1473
1474
1475
1476
1477
1478
1479
1480
1481
1482
1483
1484
1485
1486
1487
1488
1489
1490
1491
1492
1493
1494
1495
1496
1497
1498
1499
1500
1501
1502
1503
1504
1505
1506
1507
1508
1509
1510
1511
1512
1513
1514
1515
1516
1517
1518
1519
1520
1521
1522
1523
1524
1525
1526
1527
1528
1529
1530
1531
1532
1533
1534
1535
1536
1537
1538
1539
1540
1541
1542
1543
1544
1545
1546
1547
1548
1549
1550
1551
1552
1553
1554
1555
1556
1557
1558
1559
1560
1561
1562
1563
1564
1565
1566
1567
1568
1569
1570
1571
1572
1573
1574
1575
1576
1577
1578
1579
1580
1581
1582
1583
1584
1585
1586
1587
1588
1589
1590
1591
1592
1593
1594
1595
1596
1597
1598
1599
1600
1601
1602
1603
1604
1605
1606
1607
1608
1609
1610
1611
1612
1613
1614
1615
1616
1617
1618
1619
1620
1621
1622
1623
1624
1625
1626
1627
1628
1629
1630
1631
1632
1633
1634
1635
1636
1637
1638
1639
1640
1641
1642
1643
1644
1645
1646
1647
1648
1649
1650
1651
1652
1653
1654
1655
1656
1657
1658
1659
1660
1661
1662
1663
1664
1665
1666
1667
1668
1669
1670
1671
1672
1673
1674
1675
1676
1677
1678
1679
1680
1681
1682
1683
1684
1685
1686
1687
1688
1689
1690
1691
1692
1693
1694
1695
1696
1697
1698
1699
1700
1701
1702
1703
1704
1705
1706
1707
1708
1709
1710
1711
1712
1713
1714
1715
1716
1717
1718
1719
1720
1721
1722
1723
1724
1725
1726
1727
1728
1729
1730
1731
1732
1733
1734
1735
1736
1737
1738
1739
1740
1741
1742
1743
1744
1745
1746
1747
1748
1749
1750
1751
1752
1753
1754
1755
1756
1757
1758
1759
1760
1761
1762
1763
1764
1765
1766
1767
1768
1769
1770
1771
1772
1773
1774
1775
1776
1777
1778
1779
1780
1781
1782
1783
1784
1785
1786
1787
1788
1789
1790
1791
1792
1793
1794
1795
1796
1797
1798
1799
1800
1801
1802
1803
1804
1805
1806
1807
1808
1809
1810
1811
1812
1813
1814
1815
1816
1817
1818
1819
1820
1821
1822
1823
1824
1825
1826
1827
1828
1829
1830
1831
1832
1833
1834
1835
1836
1837
1838
1839
1840
1841
1842
1843
1844
1845
1846
1847
1848
1849
1850
1851
1852
1853
1854
1855
1856
1857
1858
1859
1860
1861
1862
1863
1864
1865
1866
1867
1868
1869
1870
1871
1872
1873
1874
1875
1876
1877
1878
1879
1880
1881
1882
1883
1884
1885
1886
1887
1888
1889
1890
1891
1892
1893
1894
1895
1896
1897
1898
1899
1900
1901
1902
1903
1904
1905
1906
1907
1908
1909
1910
1911
1912
1913
1914
1915
1916
1917
1918
1919
1920
1921
1922
1923
1924
1925
1926
1927
1928
1929
1930
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939
1940
1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073
2074
2075
2076
2077
2078
2079
2080
2081
2082
2083
2084
2085
2086
2087
2088
2089
2090
2091
2092
2093
2094
2095
2096
2097
2098
2099
2100
2101
2102
2103
2104
2105
2106
2107
2108
2109
2110
2111
2112
2113
2114
2115
2116
2117
2118
2119
2120
2121
2122
2123
2124
2125
2126
2127
2128
2129
2130
2131
2132
2133
2134
2135
2136
2137
2138
2139
2140
2141
2142
2143
2144
2145
2146
2147
2148
2149
2150
2151
2152
2153
2154
2155
2156
2157
2158
2159
2160
2161
2162
2163
2164
2165
2166
2167
2168
2169
2170
2171
2172
2173
2174
2175
2176
2177
2178
2179
2180
2181
2182
2183
2184
2185
2186
2187
2188
2189
2190
2191
2192
2193
2194
2195
2196
2197
2198
2199
2200
2201
2202
2203
2204
2205
2206
2207
2208
2209
2210
2211
2212
2213
2214
2215
2216
2217
2218
2219
2220
2221
2222
2223
2224
2225
2226
2227
2228
2229
2230
2231
2232
2233
2234
2235
2236
2237
2238
2239
2240
2241
2242
2243
2244
2245
2246
2247
2248
2249
2250
2251
2252
2253
2254
2255
2256
2257
2258
2259
2260
2261
2262
2263
2264
2265
2266
2267
2268
2269
2270
2271
2272
2273
2274
2275
2276
2277
2278
2279
2280
2281
2282
2283
2284
2285
2286
2287
2288
2289
2290
2291
2292
2293
2294
2295
2296
2297
2298
2299
2300
2301
2302
2303
2304
2305
2306
2307
2308
2309
2310
2311
2312
2313
2314
2315
2316
2317
2318
2319
2320
2321
2322
2323
2324
2325
2326
2327
2328
2329
2330
2331
2332
2333
2334
2335
2336
2337
2338
2339
2340
2341
2342
2343
2344
2345
2346
2347
2348
2349
2350
2351
2352
2353
2354
2355
2356
2357
2358
2359
2360
2361
2362
2363
2364
2365
2366
2367
2368
2369
2370
2371
2372
2373
2374
2375
2376
2377
2378
2379
2380
2381
2382
2383
2384
2385
2386
2387
2388
2389
2390
2391
2392
2393
2394
2395
2396
2397
2398
2399
2400
2401
2402
2403
2404
2405
2406
2407
2408
2409
2410
2411
2412
2413
2414
2415
2416
2417
2418
2419
2420
2421
2422
2423
2424
2425
2426
2427
2428
2429
2430
2431
2432
2433
2434
2435
2436
2437
2438
2439
2440
2441
2442
2443
2444
2445
2446
2447
2448
2449
2450
2451
2452
2453
2454
2455
2456
2457
2458
2459
2460
2461
2462
2463
2464
2465
2466
2467
2468
2469
2470
2471
2472
2473
2474
2475
2476
2477
2478
2479
2480
2481
2482
2483
2484
2485
2486
2487
2488
2489
2490
2491
2492
2493
2494
2495
2496
2497
2498
2499
2500
2501
2502
2503
2504
2505
2506
2507
2508
2509
2510
2511
2512
2513
2514
2515
2516
2517
2518
2519
2520
2521
2522
2523
2524
2525
2526
2527
2528
2529
2530
2531
2532
2533
2534
2535
2536
2537
2538
2539
2540
2541
2542
2543
2544
2545
2546
2547
2548
2549
2550
2551
2552
2553
2554
2555
2556
2557
2558
2559
2560
2561
2562
2563
2564
2565
2566
2567
2568
2569
2570
2571
2572
2573
2574
2575
2576
2577
2578
2579
2580
2581
2582
2583
2584
2585
2586
2587
2588
2589
2590
2591
2592
2593
2594
2595
2596
2597
2598
2599
2600
2601
2602
2603
2604
2605
2606
2607
2608
2609
2610
2611
2612
2613
2614
2615
2616
2617
2618
2619
2620
2621
2622
2623

γενικό πληθυσμό. Η ασθένεια Hailey-Hailey συχνά πηγαίνει

λανθασμένα ή μη διαγνωσμένα, γεγονός που δυσχεραίνει τον

προσδιορισμό της πραγματικής της συχνότητας στο γενικό

Η διάγνωση της νόσου Hailey-Hailey γίνεται βάσει διεξοδικής κλινικής

αξιολόγησης, λεπτομερούς ιστορικού ασθενούς, ταυτοποίησης

χαρακτηριστικών ευρημάτων και 190 κίλων εξειδικευμένων εξετάσεων,

συμπεριλαμβανομένης της χειρουργικής αφαίρεσης και

ιστού. Μια βιοψία μπορεί να αποκάλυψει μη φυσιολογικό σχηματισμό

κερατινικού ιστού (κερατινισμό) και αποτυχία προσκόλλησης

κύτταρου προς κύτταρο (ακανθόληση). Οι εξετάσεις αίματος σε άτομα

με νόσο Hailey-Hailey θα αποτύχουν στην ανίχνευση αντισωμάτων,

πράγμα που αποκλείει αυτοάνοσες διαταραχές όπως πεμφίγο.

Η θεραπεία της νόσου κατευθύνεται προς τα συγκεκριμένα

συμπτώματα που είναι εμφανή σε κάθε άτομο. Οι συγκεκριμένες

θεραπείες εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, όπως η έκταση

και η σοβαρότητα της ασθένειας και η ηλικία και η γενική υγεία ενός

Τα άτομα με τη νόσο Hailey-Hailey⁹¹⁸ ενθαρρύνονται να αποφύγουν

«σκανδάλες» όπως η ηλιακά εγκαύματα, η εφίδρωση και η τριβή και

να διατηρήσουν τις πληγείσες περιοχές ξηρές. Για ορισμένα άτομα, τα

αντηλιακά, τα χαλαρά ρούχα, οι κρέμες ενυδάτωσης και η αποφυγή

υπερβολικής θερμότητας μπορεί να αποτρέψουν την εμφάνιση

Οι δροσερές συμπίεσεις, οι επιδέσμοι, οι ήπιες κορτικοστεροειδείς

κρέμες και τα τοπικά αντιβιοτικά μπορεί να είναι αποτελεσματικά στη

θεραπεία ήπιων περιπτώσεων. Οφείλο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί

να απαιτούν συστηματικά αντιβιοτικά ή ισχυρότερες

κορτικοστεροειδείς κρέμες. Η μακροχρόνια θεραπεία με

κορτικοστεροειδή δεν συνιστάται επειδή μπορεί να αποδυναμώσει

περαιτέρω το δέρμα που υπέστη βλάβη με την πάροδο του

χρόνου. Τα φάρμακα που καταπολεμούν βακτηριακές, μυκητιακές ή

Βιολογικές λοιμώξεις χρησιμοποιούνται επίσης συνήθως για τη θεραπεία ή

93
την πρόληψη δευτερογενούς λοίμωξης που συνδέεται μερικές φορές



2.10 ΠΟΜΦΟΥΛΥΓΩΔΗΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΕΡΥΘΡΟΘΕΡΜΙΑ

Στην ιχθύαση το δέρμα καλύπτεται από παχιά λέπια, σαν τα λέπια

των ψαριών. Η ιχθύαση, ICD-10 Q80, είναι κληρονομική νόσος με

κύριο χαρακτηριστικό το ξηρό και λεπιδώδες δέρμα (σαν τα λέπια των

ψαριών). Περιλαμβάνει μια ομάδα παθήσεων που εμφανίζονται είτε

με τη γέννηση είτε νωρίς κατά την παιδική ηλικία.

Το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η εμφάνιση χρόνιου

γενικευμένου, μη φλεγμονώδους εξανθήματος του δέρματος. Η

θεμελιώδης βλάβη οφείλεται σε αδυναμία της φυσιολογικής

Διακρίνεται ανάλογα με τον τύπο πληρονομικότητάς της στην κοινή

ιχθύαση, στη φυλοσύνδετη ιχθύαση (X-linked ichthyuosis), στη

φυλλώδη ιχθίαση, τη συγγενή μη ~~948~~ μολυγώδη ιχθυασιοειδή

ερυθροδερμία (Lamellar Ichthyosis) 94
Congenital Nin-Bullous

Ichthyosiform Erythroderma), στην επιδερμολυτική υπερκεράτωση,

συγγενή πομφολυγγώδη ιχθυοσιερίδη ερυθροδερμία (Epidermolytic

Hyperkeratosis, Con-Genital Bullous Icthyosiform Erythroderma), στη

θυλακική υπερκεράτωση (Keratosis Pilaris), στην υπερκεράτωση

παλαμών και πελμάτων (Palmar-Plantar Keratoderma) και στην

Υπάρχουν και μερικές σπάνιες μορφές ιχθύασης που σχετίζονται

εκτός από το δέρμα και με συστηματικές ανωμαλίες. Το σύνδρομο

Sjogren-Larsson είναι μια αυτοσωματική, υπολειπόμενου τύπου

πάθηση που εμφανίζεται με σχετική ήπια φυλλώση ιχθύαση με

νανισμό, διανοητική καθυστέρηση, απογοναδισμό και επιληψία.

Τέλος, το σύνδρομο Conradi εμφανίζεται με ερυθροδερμία που

καλύπτει όλο το σώμα με έντονη απόλέπιση, οστρακοειδούς και

επακολουθεί θυλακική ατροφία. Επίσης, συνυπάρχει βράχυνση του

βραχιόνιου και μηριαίου οστού, αθροιστικά, υψηλή διαφάνεια των φακών, υψηλή

τοξοειδής υπερώα και διάστιξη των επιφύσεων που αποκαλύπτεται

Η νόσος μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα τύπο

κληρονομικότητας. Οι ασθενείς έχουν φυσιολογική σωματική και

πνευματική ανάπτυξη. Εμφανίζεται, συνήθως, κατά τον πρώτο χρόνο

ζωής και διαρκεί διά βίου, συχνά με σταδιακή βελτίωση.

Εμφανίζεται κατά τη γέννηση, τη νεογνική ή και βρεφική ηλικία.

Μεταβιβάζεται κατά τον φυλοσύνδετο υπολειπόμενο χαρακτήρα,

συνεπώς ουσιαστικά προσβάλλει μόνο τους άρρενες.

Συγγενής μη πομφολυγώδης ιχθυόασιοειδής ερυθροδερμία

μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο τύπο

κληρονομικότητας η οποία εκδηλώνεται κλινικά με έντονη απολέπιση.

Συγγενής πομφολυγγώδης ιχθυοειδής ερυθροδερμία

Μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα τύπο

κληρονομικότητας.. Χαρακτηρίζεται από γενικευμένο ερύθημα,

απολέπιση που συνοδεύεται από φακίδες και διαβρώσεις.

Μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό-επικρατούντα τύπο

κληρονομικότητας. Ανωμαλία της επερατινοποίησης των θυλάκων των

τριχών επίμονη στις εκτατικές επιφάνειες των άκρων.

Υπερκεράωση παλαμών και πελμάτων

Συνήθως είναι ιδιοπαθής. Ένας σπάνιος κληρονομούμενος τύπος

είναι η τύλωση που συνδυάζεται με καρκίνο οισοφάγου.

Επίκτητη μορφή ψευδιχθύασης με στρογγυλές ξηρές δερματικές

Τα κύρια συμπτώματα της ιχθύωσης είναι:

i. Γενικευμένη ξηρότητα του δέρματος. Καλύπτεται το δέρμα από

παχιά λέπια, τα οποία χωρίζονται με βαθιές μερικές φορές

ρωγμές και συνεχή απολέπιση.

ii. Ανωμαλία στα βλέφαρα, το λεγόμενο έντονο εκτρόπιο.

iii. Υστέρηση σταθερής ανάπτυξης (όρθιας στάσης και

iv. Παράγοντες που αυξάνουν ή μειώνουν ασθενείς την ξηρότητα του

δέρματος και των βλεννογόνων είναι το φως, η ζέστη, το κρύο,

Η ευκαμψία της κεράτινης στιβάδας βελτιώνεται όταν αυξάνεται η

περιεκτικότητά της σε νερό και γι' αυτό το λόγο, ουσίες που

περιορίζουν ή και αποκλείουν την εξάτμιση νερού, όπως η βαζελίνη,

αποτελούν την βάση της θεραπείας. Μπορεί, επίσης, να

χρησιμοποιηθούν και διάφορα λιποφιλικά υλικά, όπως λίπη, κερι,

Ριζική θεραπεία για την ιχθύωση δεν υπάρχει. Στόχος της

αντιμετώπισης είναι η καλή ενυδάτωση του δέρματος με σκοπό την

ύφεση των συμπτωμάτων. Αυτό γίνεται με τη χρήση βαζελινούχων

σκευασμάτων, μαλακτικών αλοιφών και υγρών επιθεμάτων. Επίσης

συνιστάται η χρησιμοποίηση ρετινιδίων από του στόματος, ενώ

σπανίως χρησιμοποιούνται και κεφαλοσπολινικά φάρμακα.



2.11 ΕΝΔΟΕΠΙΔΕΡΜΙΚΗ IgA¹⁰¹⁵ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΙΚΗ

Το σύνδρομο Sweet χαρακτηρίζεται από αιφνίδιο πυρετό,

λευκοκυττάρωση και ευαίσθητες, εξημεμένες, ερυθματώδεις και

καλώς περιγεγραμμένες βλατίδες και πλάκες, ιστολογικά

αποτελούμενες από ουδετεροφιλικές διηθήσεις.

Μετά την αρχική περιγραφή του ως υποτροπιάζουσα εμπύρετος

δερματοπάθεια στις γυναίκες που έγινε το 1964 από τον Robert

Sweet, το φάσμα του συνδρόμου του διευρύνθηκε.

Το σύνδρομο Sweet προσβάλλει κυρίως ενήλικες και εμφανίζεται με

τριπλάσια συχνότητα στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Η

επικράτηση των γυναικών είναι έκδηλη σε νεαρότερες ηλικίες.

Παρουσιάζεται και στα παιδιά. Τα αγόρια και τα κορίτσια

προσβάλλονται με την ίδια συχνότητα.

Έχουν περιγραφεί τέσσερις υποτύποι του συνδρόμου Sweet με βάση

την αιτία του: Ο κλασσικός τύπος (71%), οι περιπτώσεις που

συσχετίζονται με νεοπλασία (11%)¹⁰³⁶ οι περιπτώσεις που συσχετίζονται

με φλεγμονώδη νόσο (16%) και οι περιπτώσεις που συσχετίζονται με

Τα κλινικά γνωρίσματα και των τεσσάρων υποτύπων είναι παρόμοια,

αν και σε ασθενείς με συνοδό λευχαιμία είναι συχνότερες οι

σκοτεινόχρες πομφόλυγες και οι νεκρωτικές βλάβες που

αλληλοεπικαλύπτονται με το γαγγραινώδες πυόδεμα.

Η πρωτογενής δερματική βλάβη είναι μια σαφώς αφορισόμενη,

ταχέως εξαπλούμενη, ευαίσθητη, αφυθματώδης ή ιώδης, επώδυνη,

επιχρυσωμένη πλάκα διαμέτρου 2 έως 10 εκατοστά.

Οι βλάβες μπορεί να έχουν έντονα φθισιακά χαρακτηριστικά (πρώτη εικόνα) ή

απλά να είναι διηθημένες (εικόνα 104). Συνήθως εντοπίζονται στο

πρόσωπο, τον τράχηλο, το άνω τμήμα του κορμού και τα άκρα.

Χαρακτηρίζονται από αίσθημα καύσου αλλά όχι φαγούρας. Στην

επιφάνεια των πλακών μπορεί να εμφανιστεί φουσαλιδοποίηση ή

ανάπτυξη φλυκταινών ως αποτέλεσμα μιας έντονης χοριακής

φλεγμονώδους διήθησης και συνόδου οιδήματος χορίου.

Ο όρος εντοπισμένο σύνδρομο Sweet έχει χρησιμοποιηθεί για να

περιγράψει περιπτώσεις, στις οποίες οι βλάβες παρατηρούνται μόνο

στο πρόσωπο, συνήθως στα μάγουλα.

Σπανίως εμφανίζεται παθεργεία και φαινόμενο koebner μετά από

τραυματισμό ή έκθεση στη UVB. 1055

Ποσοστό μεγαλύτερο από τα τρία τέταρτα των ασθενών έχει

1057
συστηματικά ευρήματα. Τα συχνότερα είναι ο πυρετός, που

παρουσιάζεται στο 50% έως 80%¹⁰⁵⁸ ασθενών. Αρθρίτιδα,

αρθραλγία, ή μυαλγίες παρουσιάζονται στο ένα έως δύο τρίτα των

Επιπεφυκίτις ή επισκληρίτις συμβαίνει περίπου στο 30% των

περιπτώσεων. Στοματικές βλάβες που μοιάζουν με άφθες

παρουσιάζονται στο 2% ή 3% των κλασικών περιπτώσεων αλλά σε

ποσοστό 10% ή μεγαλύτερο εκείνων που συσχετίζονται με κακοήθειες

Ο βήχας, η δύσπνοια και η πλευριτική μπορεί να αντιπροσωπεύουν

πνευμονική προσβολή. Στην ακτινογραφία θώρακα των ασθενών

αυτών παρατηρούνται συχνά διηθήσεις και εξιδρώσεις. Σπανίως

μπορεί να συμβεί καρδιακή, νεφρική, ηπατική, εντερική και

νευρολογική προσβολή. Είναι δυνατόν να προκύψει πολυεστιακή

Στα εργαστηριακά ευρήματα περιλαμβάνονται η αυξημένη ταχύτητα

καθίζησης (90%), ουδετεροφιλία (100%), λευκοκυττάρωση (60%) και

Το παθογνωμονικό γνώρισμα του συνδρόμου Sweet είναι μια οζώδης

και διάχυτη διήθηση του χορίου από ουδετερόφιλα με καρυορρηξία

και εκτεταμένο οίδημα του θηλώδους χορίου.

Στο 10% των αναφερόμενων περιπτώσεων υποκρύπτονται

οργάνων. Το σύνδρομο Sweet συχνά παρουσιάζεται σε πρώιμα

στάδια του καρκίνου, όταν η θεραπεία είναι περισσότερο

Αναιμία ανευρίσκεται στο 93% των ανδρών και στο 71% των

γυναικών με σύνδρομο Sweet που συσχετίζεται με κακοήθεια,

θρομβοκυτοπενία παρατηρείται σε 10-15% μισούς από τους ασθενείς. Οι

βλάβες των συμπαγών οργάνων ή οι ελκωτικές βλάβες συσχετίζονται

Το σύνδρομο Sweet που συσχετίζεται με εγκυμοσύνη παρουσιάζεται

τυπικά στο πρώτο ή δεύτερο τρίμηνο και εκδηλώνεται με βλάβες στην

κεφαλή, τον τράχηλο και τον κορμό και λιγότερο συχνά στα άνω άκρα.

Είναι δυνατόν να εμφανιστούν βλάβες στα κάτω άκρα που μοιάζουν

με οξώδες ερύθημα. Η κατάσταση μπορεί να υποχωρεί αυτομάτως ή

να υφίσταται με τοπικά ή συστηματικά στεροειδή. Είναι δυνατόν να

επανεμφανιστεί σε επόμενες κηfish αλλά δεν φαίνεται να προκαλεί

Φάρμακα όπως ο διεγερτικός παράγοντας της αποικίας των

κοκκιοκυττάρων έχουν συσχετισθεί με αντιδράσεις τύπου Sweet στο

108
δέρμα. Βλάβες μπορεί να παρουσιαστούν στη θέση έγχυσης ή σε

Έχουν επίσης ενοχοποιηθεί τα αντιβιοτικά που χορηγούνται από

το στόμα, η τριμεθοπρίμη-σουλφάμεθoxαζόλη και η μινοκυκλίνη. Το

all-trans ρετινοϊκό οξύ προκαλεί τελική διαφοροποίηση μερικών

λευχαιμικών κλώνων και χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της

προμυελοκυτταρικής λευχαιμίας. Μετά από 2 εβδομάδες περίπου

θεραπείας, είναι δυνατόν να εμφανιστούν βλάβες τύπου συνδρόμου



3.12 ΠΟΜΦΟΥΓΕΣ ΑΠΟ ΕΓΚΑΥΜΑ

Το έγκαυμα είναι ένα είδος τραυματισμού στη σάρκα ή στο δέρμα που

προκαλείται από τη θερμότητα, τον ηλεκτρισμό, τις χημικές ουσίες,

την τριβή ή την ακτινοβολία. Τα εγκύματα που επηρεάζουν μόνο την

επιφανειακή επιδερμίδα είναι γνωστή ως επιφανειακά ή εγκαύματα

πρώτου βαθμού. Όταν η ζημιά εισχωρεί σε κάποια από τα

υποκείμενα στρώματα, τότε λέμε ότι έχουμε ένα- εν τω βάθει -μερικού

πάχους έγκαυμα ή έγκαυμα δεύτερου βαθμού. Σ' ένα -ολικού πάχους

-έγκαυμα ή έγκαυμα τρίτου βαθμού, 7ο τραυματισμός επεκτείνεται σε

όλα τα στρώματα της επιδερμίδας. 118
Ένα έγκαυμα τέταρτου βαθμού

περιλαμβάνει, επιπρόσθετα, τραυματισμό σε βαθύτερους ιστούς,

όπως στους μύες ή στα κόκκαλα.1120

Η απαιτούμενη θεραπεία εξαρτάται από την σοβαρότητα του

εγκαύματος. Τα επιφανειακά εγκαύματα μπορούν να αντιμετωπιστούν

μόνο με απλά αναλγητικά πόνου, ενώ για τα βαριά εγκαύματα

ενδέχεται να απαιτηθεί παρατεταμένη θεραπεία σε εξειδικευμένα

κέντρα αποκατάστασης εγκαυμάτων 125 Δροσίζοντας το έγκαυμα με λίγο

νερό βρύσης ενδέχεται να ανακουφίσει τον πόνο και να μειώσει τη

ζημιά, ωστόσο η παρατεταμένη έκθεση μπορεί να οδηγήσει σε

υποθερμία. Για τα -εν τω βάθει-μερίκιού πάχους εγκαύματα μπορεί να

χρειάζεται να γίνει καθαρισμός με νερό και σαπούνι και να

ακολουθήσει επίδεση του τραύματος.

Δεν είναι ξεκάθαρο το πώς θα πρέπει να διαχειριστεί κανείς τις

φουσκάλες, αλλά λογικά, είναι καλύτερα να μην τις πειράξουμε

καθόλου. Για τα -ολικού πάχους -εγκύματα συνήθως απαιτείται

κάποια χειρουργική επέμβαση, όπως μεταμόσχευση δέρματος. Για τα

Εκτεταμένα εγκαύματα συνήθως απαιτούνται μεγάλες δόσεις

ενδοφλέβιων υγρών γιατί η επακόλουθη φλεγμονώδη αντίδραση θα

έχει ως αποτέλεσμα τη σημαντική ¹³⁷φίλοξενική διαρροή υγρού και

οίδημα. Οι πιο συνηθισμένες επιπλοκές των εγκαυμάτων σχετίζονται

Παρόλο που τα εκτεταμένα εγκαύματα μπορούν να αποβούν μοιραία,

οι σύγχρονες θεραπείες που έχουν αναπτυχθεί από το 1960 έχουν

βελτιώσει σημαντικά τα αποτελέσματά, κυρίως σε παιδιά και

έφηβους. Περίπου 11 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως

καταφεύγουν σε κάποια ιατρική θεραπεία, ενώ 300,000 άνθρωποι

πεθαίνουν από τα εγκαύματα κάθε χρόνο. Στις Ηνωμένες Πολιτείες,

περίπου το 4% των εγκαυμάτων ~~146~~ πηγάζουν σε κάποιο κέντρο

147
αποκατάστασης εγκαυμάτων πεθάνουν από τους τραυματισμούς

τους. Το μακροχρόνιο αποτέλεσμα σχετίζεται πρωτίστως με το

μέγεθος του εγκαύματος και την ηλικία του εγκαυματία.



1150

3.ΥΠΟΕΠΙΔΕΡΜΙΚΕΣ¹¹⁵⁵ ΦΥΣΣΑΛΙΔΕΣ ΚΑΙ

3.1 ΟΨΙΜΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΗ ΠΟΡΦΥΡΙΑ

Η πορφύρα, είναι ποικίλες ανεπαρκείς ενζύμων στην πορεία

σύνθεσης της αίμης, με υπερπαραγωγή και συσσώρευση των

ενδιάμεσων μεταβολικών προϊόντων με αποτέλεσμα

νευροψυχιατρικά, κοιλιακά και δερματικά συμπτώματα και σύνδρομα.

Η πορφύρα είναι πιο συχνή στους Καυκάσιους.

Η μορφές πορφύρας είναι:

1164

-Οψιμη δερματική πορφύρα-δερματολογικό, αυτοσωμικό επικρατές,

αλλά μπορεί να είναι επικρατές κληρονομήσιμο, επίπτωση 1/10.000, μέση

-Οξεία διαλείπουσα πορφυρία-πυρεξία-επιδόλιο-πορφυρία-νευροψυχιατρικό-

κοιλιά, αυτοσωμικό επικρατές, επίπτωση 1/10.000-1/100.000,

-Πρωτοπορφυρία-ερυθροποιητική ή ηπατοερυθροποιητική-ήπιο

δερματολογικό, αυτοσωμικό επικράτειας, επίπτωση 1/10.000-

1/100.000, αργότερα στην παιδική ηλικία, άρρεν=θήλυ.

-Μικτή πορφύρα-πορφύρα Νοτίου Αφρικής-ο επιπολασμός στη Νότια

Αφρική είναι 1/400, αυτοσωμικό επίκρατες, επίπτωση 1/10.000-

1/100.000, νεαροί ενήλικες, συνήθως, σε γυναίκες.

-Κληρονομική κοπροπορφυρία-νεφροψυχικό και μερικές φορές

δερματολογικό, αυτοσωμικό επικράτες, λιγότερο από 1/100.000,

νεαροί ενήλικες, συνήθως, σε γυναίκες.

-Ανεπάρκεια συνθέσεως πορφωίνου-δ-αμινολαιβουλκή

οξυουρία-νευροψυχιατρικό-κοιλιά, 181 αυτοσωμικό υπολειπόμενο, πολύ

σπάνιο, νεαροί ενήλικες, συνήθως, 18% γυναίκες.

δερματολογικό, αυτοσωμικό υπολειπόμενο, πολύ σπάνιο, χωρίς στην

Οι μορφές της πορφύρας έχουν πικρή έκφραση, πολλές είναι

ασυμπτωματικές ή με ελάχιστα συμπτώματα και πορείες. Όλα τα

συμπτώματα είναι, συνήθως, αντιδραστικά, με διάρκεια ημερών έως

εβδομάδων. Μπορεί να είναι και μήνα.

Τα ούρα μπορεί να γίνουν βαθύκίτρινα ή καφετιά σε όρθια θέση.

Αρκετά σοβαρό κοιλιακό άλγος, μερικές φορές στην πλάτη και στα

άκρα. Συχνότερα γενικευμένο παρά εντοπισμένο. Μπορεί να μιμηθεί

την οξεία κοιλία. Δεν πρέπει να υπάρχει πυρετός. Η σοβαρότητα των

συμπτωμάτων συχνά είναι δυσανάλογη με τα κλινικά ευρήματα.

Τα Νευρολογικά συμπτώματα περιλαμβάνουν το αισθητικό και

κινητικό σύστημα και το αυτόνομο λογισμικό σύστημα. Μπορεί να

περιλαμβάνουν σπασμούς. Ακόμη μπορεί να οδηγήσουν σε

τετραπληγία ή αναπνευστική παράλυση και θάνατο.

Τα Ψυχιατρικά συμπτώματα τίποτα δεν είναι ψυσιώδες. Συνηθέστερη είναι η

ψύχωση, οι οπτικές παραισθήσεις, ο αποπροσανατολισμός και συχνή

γδαρσίματα, έλκη, φλύκταινες με ελάχιστο τραύμα, υπερχρωματισμός

ειδικά στο πρόσωπο και τα χέρια και συχνές ουλές.

Στην συγγενή ερυθροποιητική πορφύρα αυτόματος ακρωτηριασμός,

αιμόλυση, ερυθροδοντία, σπληνομεγαλία. Στην πρωτοπορφυρία-

ερυθροποιητική ή ηπατοερυθροποιητική μερικές φορές υπάρχει

Αίτια πορφυριών είναι: Ανεπάρκεια 209 γενετικών ενζύμων.

Όψιμη δερματική πορφυρία είναι η αλδοστρονική υποκαρβοξυλάση

Επίκτητη Όψιμη δερματική πορφύρα είναι μειωμένο ένζυμο που

σχετίζεται με το οινόπνευμα, και στεροειδείς ορμόνες, ειδική έκθεση

σε πολυαλογωνωμένους υδρογονάνθρακες (εξαχλωροβενζόλιο),

Δηλητηρίαση με σίδηρο μπορεί να αλλάξει την πορεία της νόσου,

Πολλοί επιταχυντικοί παράγοντες υπάρχουν, όπως φάρμακα

(βαρβιτουρικά και σουλφοναμίδες) οξεία διαλείπουσα πορφυρία),

οιστρογόνα (αντισυλληπτικά από 120 στόμα), στερεοειδή, νόσος του

ήπατος, καταμήνιοι κύκλοι, λοίμωξη και νηστεία.

Μια διατροφή υψηλή σε υδατάνθρακες, συνήθως συνιστάται. Σε

σοβαρές επιθέσεις, η δεξτρόζη 10% μπορεί να βοηθήσει στην

ανάκαμψη. Ενδοφλέβια γλυκόζη 400⁴ gr την ημέρα για 1-2 ημέρες.

Η αιματίνη ή σιδηροπρωτοπορφυρίνη IX και η αίμη arginate είναι τα

φάρμακα εκλογής στην οξεία πορφύρα. Πρέπει να δοθούν πολύ

νωρίς σε μια επίθεση για να είναι αποτελεσματικά αυτά τα φάρμακα

και η αποτελεσματικότητα αυτή πάλι μεταξύ των ατόμων. Δεν

είναι θεραπευτικά φάρμακα, αλλά ¹²⁰⁹ μπορεί να μειώσουν τις επιθέσεις

και να μειώσουν την ένταση της επίθεσης. Οι παρενέργειες είναι

σπάνιες αλλά μπορεί να είναι σοβαρές. Αυτές οι ουσίες αίμης

αναστέλλουν την σύνθεση ALA και συνεπώς τη συσσώρευση των

τοξικών πρόδρομων ουσιών. Η ¹⁰³⁶ Arginate χρησιμοποιείται κατά

τη διάρκεια κρίσεων, αλλά και ως προληπτική θεραπεία για την

αποφυγή των κρίσεων κάθε 10 ημέρες. Προσοχή η αιματίνη προκαλεί

φλεβίτιδα στο σημείο ενδοφλέβιας ένεσης και μειωμένη ικανότητα

Όποιαδήποτε ένδειξη χαμηλού νατρίου στο αίμα (υπονατριαιμία) ή

αδυναμία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με την προσθήκη αιματίνης

ή αίμης arginate ή ακόμα και μεσορρυφίνης για την αποφυγή του

συνδρόμου απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (SIADH),

με πίεση στον προμήκη και παράλληλη του αναπνευστικού

Η σιμετιδίνη έχει επίσης αναφερθεί¹⁴⁵ ότι είναι αποτελεσματική για την

οξεία πορφυρική κρίση και πιθανώς αποτελεσματική για μακροχρόνια

Ο πόνος είναι σοβαρός, συχνά δύσκολος και συχνά απαιτεί τη

χρήση οπιούχων. Ο πόνος πρέπει να αντιμετωπιστεί το συντομότερο

δυνατό ιατρικά, λόγω της σοβαρότητας του. Η ναυτία μπορεί να είναι

σοβαρή, μπορεί να ανταποκριθεί στις φαινοθειαζίνες. Το ζεστό

λουτρό /ντους μπορεί να μειώσει 14% ταυτόχρονα προσωρινά, αν και πρέπει

να δίνεται προσοχή για την αποφυγή εγκαυμάτων.

Συνιστάται οι ασθενείς με ιστορικό οξείας πορφύρας, που είναι

γενετικοί φορείς, να φορούν ένα βραχιόλι ή ταυτότητα και σε

περίπτωση που αναπτύσσουν σοβαρά συμπτώματα, ή σε περίπτωση

Ασθενείς που εμφανίζουν συχνές 1278 θέσεις μπορούν να αναπτύξουν

χρόνιο νευροπαθητικό πόνο στα άκρα, καθώς και χρόνια πόνο στην

εγκόπηση σε παιδιά και η εντερική ψευδο-πόφραξη έχουν

συσχετιστεί με τις πορφυρίες Αυτό πιστεύεται ότι οφείλεται σε αξονική

νευρική επιδείνωση στις πληγείσες περιοχές του νευρικού

1264
συστήματος και δυσλειτουργία του παρασυμπαθητικού νεύρου.

Η θεραπεία του πόνου γίνεται με οπιοειδή μακράς δράσης, όπως η

μορφίνη, εκαι η επιληψία και ο νευροπαθητικός πόνος

αντιμετωπίζεται με γκαμπαπεντίνη¹²⁶⁷

Η κατάθλιψη που συχνά συνοδεύει την ασθένεια αντιμετωπίζεται

καλύτερα με τη συνετή χρήση των αντικαταθλιπτικών. Ορισμένα

ψυχοτρόπα φάρμακα είναι πορφύρινογονικά. Άλλα ψυχιατρικά

συμπτώματα όπως άγχος, ανησυχία, αϋπνία, κατάθλιψη, μανία,

παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, σύγχυση, κατατονία, και ψύχωση

Οι επιληπτικές κρίσεις συνοδεύουν αυτή την ασθένεια. Τα

περισσότερα φάρμακα για την επιληψία επιδεινώνουν αυτή την

κατάσταση και η θεραπεία μπορεί ¹³⁷⁸ να είναι προβληματική. Τα

βαρβιτουρικά ειδικά πρέπει να αποφεύγονται. Μερικές

βενζοδιαζεπίνες είναι ασφαλείς καθόταν χρησιμοποιούνται σε

συνδυασμό με τα νεότερα φάρμακα κατά της επιληψίας, όπως τη

γκαμπαπεντίνη, προσφέρουν μια ¹⁰⁸²θερραπεία για τον έλεγχο των

Το θειικό μαγνήσιο και βρωμίδια έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί σε

επιληπτικές κρίσεις. Η προσθήκη¹²⁸⁶ αιματίνη ή αίμης arginate είναι

απαραίτητη στις επιληπτικές κρίσεις.¹²⁸ Η κλοναζεπάμη, επίσης,

Ορισμένες ασθένειες του ήπατος ¹²⁸⁹ μπορεί να προκαλέσουν πορφυρία

ακόμη και εν απουσία της γενετικής προδιάθεσης. Αυτές

περιλαμβάνουν την αιμοχρωμάτωση και την ηπατίτιδα C. Θεραπεία

της υπερφόρτωσης σιδήρου μπορεί να απαιτηθεί.

Υπάρχουν ορμονικές διακυμάνσεις σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε

θεραπεία με από του στόματος αντιβιοτικά και ωχρινοτρόπες

ορμόνες, ανδρογόνα και ορμόνες γονιμότητας που προκαλούν

φωτοευαισθησία και επιθέσεις. Από την άλλη γυναίκες με περίοδο

πρέπει να παίρνουν αιματίνη πριν από τον κύκλο και καταστολείς του

κύκλου π.χ. ανάλογα ορμόνης απελευθέρωσης της ωχρινοτρόπου

Οι ασυμπτωματικοί ασθενείς ή οι ελάχιστα συμπτωματικοί ζουν

φυσιολογικά. Οι περισσότεροι συμπτωματικοί πάνε καλά.

Νευρολογικές επιπλοκές είναι η περιφερική νευροπάθεια, η νεύρωση

και η ημιπληγία που μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να είναι μόνιμες.

Οι οξείες προσβολές έχουν θνησιμότητα 25%.

Τα φάρμακα που δεν πρέπει να παίρνουν όσοι έχουν πορφυρίες

ειναι: Αλκοόλ, βαρβιτουρικά, καρμπαμαζεπίνη, χλωροπροταμίδη,

δαναζόλη, εργοταμίνες, οιστρογόνα, προγεστίνες, ethchlorvynol,

γλουταμίδη, γκριζεοφλουβίνη, μεφα¹⁶¹⁰νυντοΐνη, μεπροβαμάτη,

μεθοτρεξάτη, methyprylon, φαινυλφίνη, πυραζολόνες, ηλεκτριμίδια,

αντιβιοτικά σουλφοναμίδες, βαλπροϊκό οξύ).

Τα φάρμακα που είναι ασφαλή για ³¹³πορφυρίες: Ακεταμινοφαίνη,

ασπιρίνη, ατροπίνη, βρωμίδια, διαζεπάμη σε μικρές δόσεις,

δικουμαρόλη, διγοξίνη, διφαινυδραμίνη, ηπαρίνη, ινσουλίνη,

νεοστιγμίνη, οξειδίο του αζώτου, πενικιλίνη και παράγωγα,

φαινοθειαζίνες, ναρκωτικά αναλγητικά, προπρανολόλη,

στρεπτομυκίνη, σουκινυλοχολίνη, θειάζιδες.



3.2 ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ

Το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές από τελεεί αυτοάνοση, μη ουλωτική

δερματοπάθεια, που χαρακτηρίζεται από την παρουσία

υποεπιδερμικής πομφόλυγας. Παρουσιάζεται κυρίως σε ηλικιωμένα

άτομα και χαρακτηρίζεται από την παρουσία μεγάλων τεταμένων

πομφολύγων και σταθερών ανοσοβλαστικών στοιχείων, που

συνιστάται στην εναπόθεση C3 κατά μήκος της ζώνης της

Το 1953, έγινε αναγνώριση του ΠΠ³⁰ από τον Lever ως ανεξάρτητη

νοσολογική οντότητα από την πέμψη. Το 1967, οι Jordan και συν.

περιέγραψαν τους ανοσολογικούς χαρακτήρες του ΠΠ.

Προσβάλλει άντρες και γυναίκες με την ίδια συχνότητα. Εκλυτικοί

παράγοντες της νόσου αποτελούν η υπεριώδης ακτινοβολία UVB ή

UVA, καθώς και η λήψη φαρμάκων (φουροσεμίδη, D- πενικιλίνη,

φαινολοφθαλείνη, βαρβιτουρικά).1338

Επίσης, παρατηρείται συνύπαρξη της νόσου με άλλα αυτοάνοσα

νοσήματα, όπως: αυτοάνοση αιμοχρωμική αναιμία, ρευματοειδή

αρθρίτιδα, υποθυρεοειδισμό, γυροειδή αλωπεκία, λεύκη, πρωτοπαθή

χολική κίρρωση, πολυμυοσίτιδα, ψευδασθένεια Gravis, θύμωμα,

συστηματικό ερυθματώδη λύκο, κατά πλάκας σκλήρυνση και

ρευματική πολυμυαλγία. Επίσης, 13-14% ΠΠ σε 10-15% συσχετίζεται με

κακοήθεια, και κυρίως με καρκίνο στομάχου, πνευμόνων,

παγκρέατος, μήτρας, λέμφωμα ή κακοήθες μελάνωμα.

επιδερμικής στοιβάδας ακολουθεί από την ενεργοποίηση του

ουδετερόφιλων και πωσινοφίλων 145 Δημιουργία πομφόλυγας είναι το

αποτέλεσμα της δράσης πολλαπλών βιοδραστικών μορίων που

εκλύονται από τα μαστοκύτταρα και τα πωσινόφιλα.

Σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να προηγηθεί ένα πρόδρομο

εξάνθημα, που χαρακτηρίζεται από κνιδωτικές βλάβες με μέτριο ή

έντονο κνησμό, που μετατρέπεται σταδιακά σε μεγάλες και τεταμένες

πομφόλυγες. Το εξάνθημα πιθανόν να είναι εντοπισμένο ή

γενικευμένο. Το υγρό των πομφολύγων είναι είτε διαυγές είτε

αιμορραγικό. Συνήθως οι αρχικά τριμμένες πομφόλυγες

συρρικνώνονται και μεταπίπτουν σε εξελκώσεις που καλύπτονται από

εφελκίδες. Η επούλωση είναι ικανοποιητική, χωρίς την δημιουργία

ούλων. Μπορεί όμως, να δημιουργηθεί μεταφλεγμονώδης

υπερμελάχρωση στα σημεία των βλαβών.

Το εξάνθημα κυρίως εντοπίζεται στο υπογάστριο, στην έσω επιφάνεια

των μηρών, στη βουβωνική χώρα,³⁶⁶ στις καμπτικές επιφάνειες των

αντιβραχίων και στις κνήμες. Σπασίματα εντοπίζονται στους

βλεννογόνους, κυρίως στη στοματική κοιλότητα καθώς επίσης στον

κόλπο και στον πρωκτό. Οι βλάβες των βλεννογόνων είναι λιγότερο

επώδυνες από τις αντίστοιχες βλάβες της πέμφιγας.

Η ιστολογική εξέταση και ο ανοσοφθορισμός θα βοηθήσουν στη

διαφορική διάγνωση του ΠΠ από τα υπόλοιπα πομφολυγώδη

1658
νοσήματα με υποεπιδερμική πομπή καθώς και από την κοινή

πέμφιγα και το πομφολυγώδες πολύμορφο ερύθημα.

Η θεραπεία τίθεται με βάση την κλινική εικόνα και επιβεβαιώνεται από

1676
την ιστολογική εξέταση σε συνδυασμό με τα ευρήματα του

Βάση της θεραπείας αποτελούν τα κορτικοστεροειδή. Σε εντοπισμένη

ή ήπια νόσο αρκεί η τοπική εφαρμογή κορτικοστεροειδών, ενώ σε

γενικευμένη απαιτείται συστηματική χορήγηση τους, σε δόσεις 40-80

mg πρεδνιζολόνης ημερησίως. Έχουν χορηγηθεί επίσης με επιτυχία

κατά ώσεις υψηλές δόσεις μεθυλ-ηφεδονιζολόνης ενδοφλεβίως. Ο

συνδυασμός με ανοσοκατασταλτικά, όπως αζαθειοπρίνη ή

κυκλοσφαμίδη, μειώνει την απαιτούμενη συνολική δόση

Σε ηπιότερες περιπτώσεις είναι αποτελεσματικές οι σουφλόνες 100-

150 mg ημερησίως καθώς και οι τετρακυκλίνες νικοτιναμίδιο. Έχουν

δοκιμαστεί επίσης η ενδοφλέβια γ-φαιρίνη, η πλασμαφαίρεση, η

μεθοτρεξάτη, η κυκλοσπορίνη, η ¹³⁹⁰phenolate mofetil.



Το ουλώδες πεμφιγοειδές (mucous membrane pemphigoid) είναι μια

συστηματική, αυτοάνοση, χρόνια φλεγμονή των βλεννογόνων.

Η νόσος προσβάλλει τους βλεννογόνους του δέρματος, της

στοματικής κοιλότητας, του οισοφάγου, της τραχείας, της μύτης, του

κόλπου, του εντέρου και του ματιού. Ο τύπος της νόσου που

προσβάλλει το μάτι λέγεται οφθαλμικό ουλώδες πεμφιγοειδές και

πρόκειται για μια χρόνια φλεγμονή του επιπεφυκώτα.

Αν και είναι δύσκολο να εκτιμηθεί πόσο συχνή είναι η ασθένεια

φαίνεται ότι 1 στα 8000 άτομα μπορεί να εκδηλώσουν ουλώδες

Συνήθως η νόσος ξεκινά μεταξύ 60 και 70 ετών, αλλά υπάρχουν

ασθενείς στην ηλικία των 30 ετών 145 την ασθένεια αυτή. Οι γυναίκες

πάσχουν πιο συχνά από τους άνδρες.

Αν και πάθηση είναι γνωστή από 1407 χρόνια του Ιπποκράτη, πολλοί

ασθενείς δεν ξέρουν ότι πάσχουν! 48% Όπως και πολλοί φθαλμίατροι δεν

δίνουν σημασία στα πρώιμα σημάδια της. Κατά την έναρξη (στάδιο I),

συνήθως μόνο το ένα μάτι προσβάλλεται.

Ερυθρότητα, κάψιμο, αίσθηση ξένου σώματος, δακρύρροια είναι τα

πρώτα συμπτώματα, που συνεχίζονται παρά την τοπική θεραπεία, με

συνεχή επιδείνωση. Η επιπεφυκίτις¹⁵³ επεκτείνεται και στο άλλο μάτι

και αναπτύσσεται ουλώδης ιστός με συμφύσεις στον επιπεφυκότα

(συμβλέφαρο), τριχίαση και προσβολή του κερατοειδούς. Αν η νόσος

μείνει χωρίς θεραπεία θα οδηγήσει μετά από χρόνια στην τύφλωση

λόγω ουλοποίησης του κερατοειδούς και εμφάνισης παθολογικών

Η διάγνωση του ουλώδους πεμφίγου μπάινει με βιοψία του

επιπεφκότητα και ειδικές εξετάσεις (ανοσοφθορισμός, υπεροξειδάση).

Επειδή σε 20% των ασθενών η βιοψία μπορεί να είναι αρνητική, αν

υπάρχει ισχυρή κλινική υποψία οφθαλμιάτρος θα πρέπει να

142
θεραπεύσει τη νόσο ακόμα και αν η βιοψία είναι αρνητική.

Η τοπική θεραπεία στο ουλώδες πεπτιγοειδές είναι μόνο

συμπτωματική, κυρίως για να βελτιώσει την ξηροφθαλμία ή να

θεραπεύσει μια πιθανή λοίμωξη. Η 26
146

* Ενδοφλεβίως ανοσοσφαιρίνες¹⁴³³

Μόνιμη ύφεση είναι συνήθως δυνατή, αν η ασθένεια διαγνωστεί

νωρίς και αντιμετωπισθεί επαρκώς για 1 έως 5 έτη. Ο σκοπός της

μακροχρόνιας θεραπείας είναι να ¹⁴⁰βρίξει ένα τέλος στην αυτο-

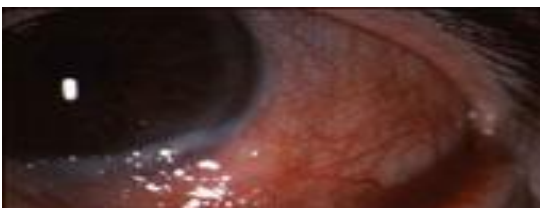
Η υγιεινή των βλεφάρων και η αφαίρεση των βλεφαρίδων ώστε να

μην ερεθίζεται ο κερατοειδής είναι απαραίτητα. Χειρουργικές

επεμβάσεις μπορεί να γίνουν, είτε για τη διόρθωση της τριχίας, είτε

για τη διόρθωση των βλεφάρων, ~~επ~~ για τον καταρράκτη ή το

γλαύκωμα, μόνο αν η νόσος βρίσκεται σε ύφεση με τα κατάλληλα



1445

3.4 ΕΡΠΗΤΟΕΙΔΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ

Μεταξύ άλλων συμπτωμάτων της ληισιολογίας είναι και η ερπητοειδής

δερματίτιδα του Ντύρινγκ. Άτομα 140 έχουν τα χρόνια δερματικά

συμπτώματα, συχνά εμφανίζουν α50μπτωματική κοιλιοκάκη ως

πρωτοπαθή νόσο. Η ίδια η κοιλιοκάκη είναι συνήθως πολύ έντονη σε

Συχνά λείπουν κλινικά συμπτώματα της νόσου του εντέρου

(ασυμπτωματική κοιλιοκάκη). Ως εκ τούτου, η ερπητοειδής

δερματίτιδα θεωρείται ως δερματική εκδήλωση της κοιλιοκάκης. Στο

δέρμα, δηλαδή των ασθενών, εκδηλώνεται η μη φυσιολογική

απόκριση αντισωμάτων (IgA – αντισφαιρίνη τύπου A).

Στους άνδρες συναντάται περίπου 4,5 φορές συχνότερα απ' ότι στις

γυναίκες. Επίσης, δείχνει προτίμηση στις πιο ανοιχτόχρωμες

Αρχικά κνησμώδες εξάνθημα με εμφανείς κηλίδες που συνοδεύεται

Φουσκάλες και φουσαλίδες, κυρίως ⁴⁶³συμμετρικές επιμερισμένες σε όλο

το σώμα. Ξεκινούν από το τριχωτό της κεφαλής, το μέτωπο

προχωρούν στο στήθος και εξαπλώνονται σε ώμους, βραχίονες,

αγκώνες, πλάτη, γλουτούς και γόνατα.

Αφόρητη φαγούρα με αποτέλεσμα ⁴⁶ σχηματισμό πληγών και ουλών.

Η ερπητώδης δερματίτιδα είναι μια πολύ σπάνια δερματική ασθένεια

και στα πρώτα στάδια δεν μπορεί να διαγνωσθεί με ακρίβεια. Γι' αυτό

και η διάγνωσή του γίνεται καθυστερημένα. Μάλιστα, μπορεί να

μοιάζει με άλλες ασθένειες όπως έκζεμα, πολύμορφο ερύθημα

Για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση απαιτείται η ανίχνευση των

αντισωμάτων IgA στο δέρμα του ασθενούς. Θα πρέπει να παρθεί

δείγμα δέρματος και να εξετασθεί σε ειδικά εργαστήρια. Για να

επιβεβαιωθεί η περίπτωση της κολοκάκης θα πρέπει να γίνει και

δερματίτιδας δίδεται κάποια φαρμακευτική αγωγή. Πάντα όμως σε

συνδυασμό με διατροφή χωρίς γλυτένη ώστε να αποφευχθούν και

τα συμπτώματα της κοιλιοκάκης. Επίσης τα συγκεκριμένα φάρμακα

μπορεί να έχουν παρενέργειες πρέπει να γίνονται τακτικές εξετάσεις

αίματος. Με την αναγκαία συμμόρφωση στα παραπάνω μπορεί

κανείς να δει αποτελέσματα σε ~~έξι~~ ¹⁴⁸ ώρες ως ένα χρόνο. Σε πολλές

περιπτώσεις η ερπητοειδής δερματίτιδα έχει θεραπευτεί εντελώς.

Προσοχή στη γλουτένη και όχι μόνο! Είναι γνωστό ότι το ιώδιο μπορεί

να επιβαρύνει τις διάφορες δερματικές βλάβες.

Γι' αυτό θα πρέπει οι ασθενείς να αποφεύγουν το ιωδιούχο αλάτι, τα

ψάρια, τη χρωστική τροφίμων E127 κ.λ.π. Παρόλα αυτά δεν θα

πρέπει μακροπρόθεσμα να πέσει κάτω από το κανονικό η ημερήσια

λήψη ιωδίου. Το ιώδιο δεν έχει κάποια επίδραση στη νόσο του

Για τις πληγείσες περιοχές μπορεί να γίνει χρήση απολυμαντικών

σκευασμάτων (προσοχή όχι ιωδιούχα βάμματα), λοσιόν κατά της

φαγούρας, παρασκευάσματα πίσσας ή κορτιζονούχες κρέμες για

μικρό χρονικό διάστημα. Όσον αφορά τη γενική φροντίδα του

δέρματος μπορεί να γίνεται με προϊόντα κατάλληλα για τον εκάστοτε



3.5 ΓΡΑΜΜΙΚΗ IgA ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΑ

Αποτελεί χρόνια, μη ουλωτική δερματοπάθεια, αυτοπεριοριζόμενη σε

πολλούς ασθενείς. Η IgA γραμμοειδής πομφολυγώδης δερματοπάθεια

των ενηλίκων προσβάλλει κυρίως 50ηλίκους. Δεν είναι συχνή

νοσολογική οντότητα. Έχει συσχετισθεί με άλλα νοσήματα όπως:

ρευματοειδή αρθρίτιδα, δερματομυσίτιδα, φλεγμονώδη νόσο του

εντέρου, Ca ουροδόχου κύστης, θρομβοκυτταροειδούς και οισοφάγου, νόσο

Hodgkin, B λέμφωμα, χρόνια λεμφική λευχαιμία κ.α Επίσης,

υπάρχει συσχέτιση της νόσου με τη λήψη φαρμάκων κυρίως

βανκομυκίνης, καπτοπρίλης, πενικιλίνη και κεφαλοσπορινών.

Έχουν ανευρεθεί κυκλοφορούντα αντισώματα έναντι της βασικής

1519
μεμβράνης της επιδερμίδας. Το αντίδοτο της γραμμικής IgA

πομφολυγώδους δερματοπάθειας 514 ενήλικων είναι μοριακού

βάρους 97kDa.

1515

Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου φιλιάζουν με αυτές της

ερπητοειδούς δερματίτιδας, όμως παρατηρούνται περισσότερες

πομφόλυγες. Οι ασθενείς εμφανίζουν αρχικά κνιδωτικές πλάκες,

βλατίδες και στη συνέχεια πομφόλυγες με κνησμό, που η διάταξη

τους μοιάζει με περιδέραιο. Οι βλάβες εντοπίζονται κυρίως στις

εκτατικές επιφάνειες, στο πρόσωπο, στο τριχωτό της κεφαλής και

153
57
στους γλουτούς. Η προσβολή των β -αενογόνων μπορεί να είναι

σημαντική με επώδυνες πομφόλυγες και διαβρώσεις στο στόμα, στο

ρινοφάρυγγα, στους οφθαλμούς και στον οισοφάγο, βλάβες δηλαδή

που μοιάζουν με το πεμφιγοειδές ή βλεννογόνων.

Στην ιστολογική εξέταση παρατηρείται υποεπιδερμική πομφόλυγα με

πολυμορφοπύρηννα ουδετερόφιλα, ενώ στον άμεσο ανοσοφθορισμό

γραμμική IgA εναπόθεση, κατά μήκος ζώνης βασικής μεμβράνης.

Στον έμμεσο ανοσοφθορισμό παράγεται 20% αντίχνευση

κυκλοφορούντων αντισωμάτων IgA³⁰ Επίσης η τεχνική διαχωρισμού

μπορούν να βοηθήσουν την διάγνωση.

Ο συστηματικός ερυθματώδης λίκος (ΣΕΛ) είναι χρόνια,

υποτροπιάζον, πολυσυστηματικό ¹⁵³⁶αυτοάνοσο νόσημα. Μπορεί να

αποβεί ακόμη και θανατηφόρο αν και με τις πρόσφατες ιατρικές

εξελίξεις η θνησιμότητα έχει μειωθεί αρκετά. Όπως και με τις

υπόλοιπες αυτοάνοσες παθήσεις, 150 ανοσοποιητικό σύστημα

επιτίθεται στα κύτταρα και τους ιστούς του σώματος προκαλώντας

Ο ΣΕΛ μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε μέρος του σώματος, αλλά

περισσότερο συχνά προκαλεί βλάβες στη καρδιά, στις αρθρώσεις,

στο δέρμα, στους πνεύμονες, στις φλέβες, στο ήπαρ, στα νεφρά και

στο νευρικό σύστημα. Η πορεία της πάθησης είναι απρόβλεπτη. Ο

λύκος μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία και είναι περισσότερο

Μέχρι στιγμής δεν έχει βρεθεί κάποια θεραπεία που να επιφέρει

πλήρη ίαση της πάθησης, ωστόσο 54% φάρμακα (συνήθως

150
κορτικοστεροειδή) που χρησιμοποιούνται μπορούν να ελέγχουν τα

συμπτώματα, να καθυστερούν την εξέλιξη και να προλαμβάνουν τις

Η νόσος προσβάλλει όλες τις ηλικίες αλλά είναι συχνότερη στις 453

154
γυναίκες ηλικίας 20-45 ετών, με αναλογία γυναίκες προς άντρες

περίπου 9:1, ενώ η αναλογία στα παιδιά και στους ηλικιωμένους είναι

3:1. Η νόσος του ΣΕΛ σύμφωνα με ⁵⁶ κλινικά, ανοσολογικά και

αιματολογικά ευρήματα διακρίνεται στο δισκοειδή (χρόνιο), στο

συστηματικό (οξύ) και σε μια ενδιαφέρουσα μορφή τον υποξύ

Ο ΣΕΛ χαρακτηρίζεται από ποικίλα κλινικά συμπτώματα,

ιστού και των αγγείων. Συγκεκριμένα προκαλεί βλάβες στη καρδιά,

στις αρθρώσεις, στο δέρμα, στους πνεύμονες, στις φλέβες, στο ήπαρ,

στα νεφρά και στο νεφρικό σύστημα. Η κλινική εκδήλωση, εξαρτάται

από τη σοβαρότητα, την εντόπιση και την εξέλιξη των βλαβών.

Η νόσος αρχίζει αιφνίδια, με έντονα γενικά φαινόμενα ή βραδέως με

ήπια γενικά φαινόμενα. Στη συνέχεια ή παράλληλα προσβάλλονται το

156
158
160
162
164
166
168
170
172
174
176
178
180
182
184
186
188
190
192
194
196
198
200
202
204
206
208
210
212
214
216
218
220
222
224
226
228
230
232
234
236
238
240
242
244
246
248
250
252
254
256
258
260
262
264
266
268
270
272
274
276
278
280
282
284
286
288
290
292
294
296
298
300
302
304
306
308
310
312
314
316
318
320
322
324
326
328
330
332
334
336
338
340
342
344
346
348
350
352
354
356
358
360
362
364
366
368
370
372
374
376
378
380
382
384
386
388
390
392
394
396
398
400
402
404
406
408
410
412
414
416
418
420
422
424
426
428
430
432
434
436
438
440
442
444
446
448
450
452
454
456
458
460
462
464
466
468
470
472
474
476
478
480
482
484
486
488
490
492
494
496
498
500
502
504
506
508
510
512
514
516
518
520
522
524
526
528
530
532
534
536
538
540
542
544
546
548
550
552
554
556
558
560
562
564
566
568
570
572
574
576
578
580
582
584
586
588
590
592
594
596
598
600
602
604
606
608
610
612
614
616
618
620
622
624
626
628
630
632
634
636
638
640
642
644
646
648
650
652
654
656
658
660
662
664
666
668
670
672
674
676
678
680
682
684
686
688
690
692
694
696
698
700
702
704
706
708
710
712
714
716
718
720
722
724
726
728
730
732
734
736
738
740
742
744
746
748
750
752
754
756
758
760
762
764
766
768
770
772
774
776
778
780
782
784
786
788
790
792
794
796
798
800
802
804
806
808
810
812
814
816
818
820
822
824
826
828
830
832
834
836
838
840
842
844
846
848
850
852
854
856
858
860
862
864
866
868
870
872
874
876
878
880
882
884
886
888
890
892
894
896
898
900
902
904
906
908
910
912
914
916
918
920
922
924
926
928
930
932
934
936
938
940
942
944
946
948
950
952
954
956
958
960
962
964
966
968
970
972
974
976
978
980
982
984
986
988
990
992
994
996
998
1000

δέρμα, οι αρθρώσεις και τα σπλάγνα στα οποία προκαλούνται

ερυθηματώδης λύκος εμφανίζεται με διαφορετικούς τρόπους, με

κύριες κλινικές εκδηλώσεις δερματικά εξανθήματα, αρθρίτιδα, χαμηλό

Άλλα συμπτώματα, όχι τόσο συχνά όσο τα προηγούμενα είναι η

φωτοευαισθησία, η κατάθλιψη, η κεφαλαλγία και το αίσθημα ζάλης.

Μερικές φορές εμφανίζεται το σύνδρομο Raynaud, δηλαδή η

κατάσταση στην οποία η κυκλοφορία του αίματος στα άκρα

διακόπτεται ξαφνικά. Όσον αφορά⁵⁷⁸ εξάνθημα στο δέρμα,

αποτελείται από ερυθριώδες κηλίδες με μικρή πιτυρώδη απολέπιση,

αυτό το φαινόμενο όμως είναι παρόμοιο και εμφανίζεται στο

πρόσωπο με μορφές νυκτερίδας σε 158 ιππήση, στη ράχη χειρών και

δακτύλων, στο λαιμό και στο θώρακα.¹⁵⁸²

Κατά τη διάρκεια της νόσου είναι δυνατή η εμφάνιση πομφών,

πομφόλυγων, ευρυαγγείες, αλωπεκία, ελκώσεις, εκδηλώσεις

φαινομένου και πολύμορφο ερύθημα. Στους βλεννογόνους, το

εξάνθημα είναι πορφυρικό ή αποτελείται από αιμορραγικές φουσαλίδες

και μικρές επώδυνες διαβρώσεις 1587 το οποίο εμφανίζεται κυρίως στους

βλεννογόνους της στοματικής κοιλότητας και στα γεννητικά όργανα.

Όμως ο ΣΕΛ έχει και άλλες σοβαρές επιπλοκές όπως τη προσβολή

των αρθρώσεων και τη προσβολή της καρδιάς η οποία εκδηλώνεται

με μυοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα ή μικροβιακή βαλβική

ενδοκαρδίτιδα. Ακόμα προκαλεί φλεγμονή στους νεφρούς που μπορεί

να εξελιχθεί σε νεφρική ανεπάρκεια ή νεφρωσικό σύνδρομο. Οι

λεμφαδένες είναι διογκωμένοι στο 50% των περιπτώσεων σε

αντίθεση με το ήπαρ και το σπλήν¹⁶⁹ Είναι δυνατό να προσβληθεί το

γαστρεντερικό σύστημα, το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), το

περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ) καθώς και το αναπνευστικό

σύστημα. Χαρακτηριστικό είναι η 15δ οξειδή εκφύλιση του κολλαγόνου

στο χόριο και στα αγγεία του δέρματος, στο δίκτυο του συνδετικού

ιστού, της υποδερμίδας και συχνά στα σπλάχνα. Αρχικά,

εκφυλίζεται η βασική ουσία και στη συνέχεια οι κολλαγόνες ίνες, ενώ

σε προχωρημένο στάδιο πραγματοποιείται ομογενοποίηση των ινών

με τη βασική ουσία. Τέλος, παρατηρείται κενοδοπιώδης εκφύλιση των

κυττάρων που βρίσκονται στη βασική στιβάδα της επιδερμίδας,

οίδημα των θηλών του χορίου, φλεγμονώδης διήθηση του χορίου και

εστιακή βλεννώδης εκφύλιση του 1696 οδορίου λίπους με

λεμφοκυτταρική αντιδραστική διήθηση.

Ο ΣΕΛ μπορεί να έχει από ήπια μέχρι πολύ βαριά πορεία με

προσβολή ζωτικών οργάνων, όμως η επιβίωση των ασθενών έχει

βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια λόγω της έγκαιρης γνώσης, της

βελτίωσης των εργαστηριακών δοκιμασιών, της έγκαιρης έναρξης

θεραπείας και της κατάλληλης και έγκαιρης αντιμετώπισης των

Η αιτία του συστηματικού ερηθμού ⁶¹⁴δη λύκου παραμένει άγνωστη.

Γενικά θεωρείται ότι περισσότεροι από ένας παράγοντες δρουν σε

συνδυασμό μεταξύ τους και προκύπτει η νόσος. Οι παράγοντες

διακρίνονται σε ανοσολογικούς, ενδοκρινικούς, ιογενείς, μικροβιακούς

και σε γενετικούς. Τα φάρμακα ακόμα είναι δυνατόν να προκαλέσουν

το σύνδρομο. Η νόσος πιστεύεται ότι μπορεί να είναι κληρονομική

γιατί νοσούν από αυτή, αρκετά μέλη μιας οικογένειας ή ακόμα ότι έχει

προκληθεί από κάποιον ιό που προσβάλλει άτομα τα οποία έχουν

προδιάθεση για την εμφάνιση της νόσου. Εκλυτικοί παράγοντες οι

163
οποίοι είναι δυνατόν να προκαλέσουν έναρξη, επιδείνωση ή

υποτροπή της νόσου θεωρούνται 1624 ηλιακή ακτινοβολία, η θερμότητα,

το ψύχος και τα ψυχικά ή τυχαία πράγματα. Γενικά προκαλούνται

αλλοιώσεις στα διάφορα όργανα από την επίδραση των

168
Η διάγνωση της νόσου πραγματοποιείται με ιστοπαθολογικές ή

ιστοανοσολογικές εξετάσεις αλλά και με εργαστηριακά ευρήματα. Σε

περίπτωση που υπάρχει μόνο εξάθεμα, η νόσος πρέπει να

διαφοροδιαγνωσθεί από άλλες νόσους ή παθήσεις. Σε περίπτωση

απουσίας των δερματικών εκδηλώσεων θα πρέπει να γίνει διαφορική

διάγνωση από άλλες οργανικές ενώσεις με την αντίστοιχη

του συστηματικού ερυθματώδη λόκου είναι:

i. αύξηση ταχύτητας καθίζησης έρυσθρών (ΤΚΕ),

v. αυξημένος ρευματοειδής παράγοντας (RF),

vi. διαταραχές των πρωτεϊνών 160 ορού, αντιπυρηνικά αντισώματα

(ANA),

1643

vii. παρουσία κυττάρων ερυθροκυττάρων λίκου (Le).

Τα ANA είναι αυτοαντισώματα (αντισφαιρίνες IgG) έναντι των

πυρήνων των κυττάρων τα οποία ¹⁵⁴ακρίνονται σε αντισώματα κατά

του DNA, αντισώματα κατά των δεξυ-ριβονουκλεοπρωτεϊνών ή των

δεσοξυ-ριβονου-κλειστονων και 16S αντισωματα κατά των άλλων

Τα κύτταρα του συστηματικού ερυθηματώδη λύκου (Le) είναι

πολυμορφοπύρηννα λευκοκύτταρα που περιέχουν στο πρωτόπλασμα

τους ομοιογενή στρογγυλή μάζα χωρίς δίκτυο χρωματίνης και

ανευρίσκονται στο περιφερικό αίμα και σε επίχρισμα μυελού από

στερνική παρακέντηση. Με χρώση Gram η μάζα του λευκοκυττάρου

παίρνει ανοικτό ιώδες χρώμα, ενώ ⁶⁵ πυρήνας του λευκοκυττάρου

παίρνει βαθύ ιώδες χρώμα.

1656

Για τη νόσο του συστηματικού ερυθματώδη λύκου δεν υπάρχει

θεραπεία, απλά χορηγείται αγωγή⁶⁵⁸ η οποία αποσκοπεί στη πρόληψη

των επιπλοκών αλλά και στη υποχώρηση των συμπτωμάτων. Τα

φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι τα ακόλουθα: Μη στεροειδή

αντιφλεγμονώδη φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται για να

ελέγξουν τον πόνο της αρθρίτιδας⁶² Συνήθως χορηγούνται για μικρό

χρονικό διάστημα με την οδηγία σταδιακά να μειώνεται η δόση καθώς

η αρθρίτιδα βελτιώνεται. Η ασπιρίνη συμπεριλαμβάνεται σε αυτή τη

κατηγορία και βοηθάει στην αντιμετώπιση της δυσκαμψίας των

αρθρώσεων όμως μόνο όταν χρησιμοποιείται όπως καθορίζεται.

Γενικά τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα έχουν παρόμοιες

ιδιότητες με της ασπιρίνης. Τέτοια φάρμακα είναι η ινδομεθακίνη, η

ναπροξίνη, η τενιξικάμη, η ιβομπρόφαίμη κ.α.

Όλα μπορεί να παρουσιάσουν στομαχικό ερεθισμό ή άλλες

παρενέργειες π χ ζάλη και διάρροια¹⁶. Τα μη στεροειδή

αντιφλεγμονώδη φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στο συκώτι

ή να τροποποιήσουν τη λειτουργία των νεφρών η οποία συνήθως

αποκαθίσταται με τη διακοπή ή την ⁶⁷ελάττωση της δόσης.

Ανθελονοσιακά φάρμακα που παλαιότερα χρησιμοποιούνταν για την

ελονοσία, είναι η υδροξυχλωροκίνη¹⁶⁷ και χρησιμεύουν για τη θεραπεία

των φωτοευαίσθητων δερματικών εξανθημάτων.

Γλυκοκορτικοστεροειδή (κορτιζόνη) όπως είναι η πρεδνιζόνη

χρησιμοποιούνται για τη μείωση της φλεγμονής και τη καταστολή της

δραστηριότητας του ανοσιακού συστήματος. Αποτελούν τη κύρια

θεραπεία για το ΣΕΛ καθώς λόγω της ισχυρότητας τους μπορούν να

1682
μειώσουν τον πόνο και τη φλεγμονή σε λίγες μόνο ώρες. Οι

παρενέργειες τους περιλαμβάνουν ¹⁶⁸ την αύξηση του σωματικού

βάρους, τη στρωγυλοποίηση του προσώπου, την εμφάνιση των

μωλώπων την αλλαγή της διάθεσης με μεγάλη νευρικότητα από

αϋπνίες μέχρι κατάθλιψη, τη κατακράτηση υγρών με αποτέλεσμα

οίδημα των ποδιών, την υψηλή αρτηριακή πίεση, την εμφάνιση ή τη

χειροτέρευση του σακχαρώδη διαβήτη, την αύξηση του κινδύνου

λοιμώξεων και σε σπάνια περιπτώσεις την εμφάνιση γαστρορραγίας. Η

χρήση τους για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει

Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα τα οποία λαμβάνονται σχεδόν πάντα με

κορτικοστεροειδή, καθώς χρησιμοποιούνται μόνο για δραστήριες

παθήσεις, κυρίως με σοβαρά προβλήματα νεφρών. Η χρήση τους

αφορά κυρίως άτομα τα οποία δεν έχουν ανταποκριθεί σε άλλου

είδους φαρμακευτική θεραπεία ή όχι μειωθεί η δόση

κορτικοστεροειδών. Γενικά τα φάρμακα αυτά έχουν σοβαρές

Στη νόσο του ΣΕΛ απαιτείται απλά 1699 για ισορροπημένη διατροφή η

οποία θα περιλαμβάνει υδατάνθρακες, λίπη και πρωτεΐνες. Τα φυτικά

προϊόντα δεν έχει αποδειχθεί ότι βοηθούν.

Το σίγουρο είναι πως η διατροφή πρέπει να προσαρμόζεται πάντα με

Η άσκηση βοηθά ώστε να αντιμετωπίσει ο ασθενής το αίσθημα

εξασθένησης και της απώλειας μικρής μάζας που συνήθως επέρχεται

Σε περιόδους όπου η νόσος είναι 100% εξαρση πρέπει να αποφεύγεται η

εγκυμοσύνη. Για το λόγο αυτό πρέπει να υπάρχει συνεργασία

μετά από ένα μήνα ύφεσης.

1710



3.7 ΕΠΙΚΤΗΤΗ ΚΑΙ ΔΥΣΤΡΟΦΙΚΗ ΠΟΜΦΟΥΛΥΓΩΔΗΣ

Η επίκτητη πομφολυγώδης επιδερμίδα είναι σπάνια

δερματοπάθεια, η οποία έχει χρόνια πορεία με υφέσεις και εξάρσεις.

Η πρόγνωση της νόσου είναι επιφυλακτική λόγω πρόκλησης

δυσμορφιών και σοβαρών επιπλοκών.

Η ΕΠΕ εμφανίζεται κυρίως σε ενήλικες και σπανιότερα σε παιδιά.

Είναι πιο συχνή σε Ασιάτες (Κορεάτες) και σε έγχρωμους

Αμερικάνους. Παρατηρείται συνύπαρξη της νόσου με άλλα νόσημα,

όπως: ρευματοειδή αρθρίτιδα, συστηματικό ερυθηματώδη λύκο,

πολλαπλούν μυέλωμα, σακχαρώδη διαβήτη, λέμφωμα, θυροειδίτιδες,

φλεγμονώδη νόσου του εντέρου και ειδική νόσου του Grohn,

φυματίωσης, Ca πνεύμονος, χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία.

Οι ασθενείς με ΕΠΕ έχουν IgG αντισώματα εναντίον στοιχείων

της ζώνης της βασικής μεμβράνης της επιδερμίδας. Αντιδρούν

χαρακτηριστικά με το προκολλαγόνου τύπου VII, το οποίο αποτελεί το

κύριο συστατικό των στηρικτών ινδίων, με μοριακό βάρος 290kDa.

συμπληρώματος ευθύνονται για την φλεγμονή και το διαχωρισμό

χορίου- επιδερμίδας. Επίσης, η ΕΠΕ φαίνεται να έχει σημαντική

συσχέτιση με το αντιγόνο ιστοσυμβατότητας HLA DR2.

Η νόσος εμφανίζεται κλινικά στο δέρμα με δύο μορφές: φλεγμονώδη

και μη φλεγμονώδη. Η μη φλεγμονώδης είναι η πιο συχνή και

χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη ⁷⁶⁷πόμφολύγων στα άκρα, που κατά

1738
την επούλωση αφήνουν ατροφικές ουλές, κέχρια και υπό- ή

Οι βλάβες εμφανίζονται σε περιοχές τραυματισμού και ιδιαίτερα σε

γόνατα, αγκώνες, άνω επιφάνεια των χεριών, πόδια και δάκτυλα. Η

προσβολή των άκρων μπορεί να οδηγήσει σε δυσμορφίες των

δακτύλων, συνδακτυλία, δυστροφία ¹⁷⁴ονύχων ή και πλήρη απουσία

των ονύχων. Στο τριχωτό της κεφαλής μπορεί να δημιουργηθούν

βλάβες που δύσκολα επουλώνονται και οδηγούν σε ουλωτική

Ο φλεγμονώδης τύπος μπορεί να ¹⁷⁴⁵μιάζει με το ΠΠ, όπου

παρατηρούνται μεγάλες φυσαλίδες και πομφόλυγες, κυρίως στις

καμπτικές περιοχές, χωρίς να αφήνουν κέχρια ή ατροφικές ουλές, είτε

με το πεμφιγοειδές των βλεννογόνων, όπου παρατηρείται ουλωτική

Στους βλεννογόνους συχνή είναι η εμφάνιση επώδυνων διαβρωτικών

βλαβών και υπό τάση φυσαλλίδων στο στόμα, στο λάρυγγα, στον

οισοφάγο, στα γεννητικά όργανα και στους οφθαλμούς. Αντίστοιχα,

αυτές οι βλάβες μπορεί να οδηγήσουν σε δυσφαγία, στένωση του

1756
λάρυγγα, δυσκαταποσία, δυσλειτουργία των γεννητικών οργάνων και

Η ιστολογική εξέταση δείχνει υποεπιδερμική πομφόλυγα χωρίς

ακανθόλυση. Ο φλεγμονώδης τύπος⁷⁵⁹ εμφανίζει έντονη φλεγμονώδη

διήθηση του χορίου από πολυμορφικά σπύρηνα ουδετερόφιλα,

πρωσινόφιλα ή λεμφοκύτταρα, ενώ στον μη φλεγμονώδη τύπο η

κυτταρική διήθηση είναι ελάχιστη έως απύσχα. Στον άμεσο

156
ανοσοφθορισμό παρατηρείται έντονη καθήλωση IgG και C3 κατά

μήκος της ζώνης της βασικής μεμβράνης, ενώ στον έμμεσο

ανιχνεύονται αυτοαντισώματα τύπου IgG στον ορό. Με τη μέθοδο

διαχωρισμού του δέρματος των ασθενών υπάρχει καθήλωση IgG στη

βάση της πομφόλυγας. Επίσης, η ηλεκτρονική και ανοσοηλεκτρονική

Η ΕΠΕ θα πρέπει να διαφοροδιαγνώσται, εκτός από το ΠΠ και το

πεμφιγοειδές των βλεννογόνων, από την όψιμη δερματική πορφυρία,

τη δυστροφική συγγενή πομφολυγώδη επιδερμόλυση και τη

πομφολυγώδη μορφή του συστηματικού ερυθηματώδους λύκου.

Συστηματικά κορτικοστεροειδή και ανοσοκατασταλτικά, όπως

αζαθειοπρίνη, κυκλοφωσφαμίδη και μεθοτρεξάτη μπορεί να

βοηθήσουν στον έλεγχο της νόσου. Επίσης η κολχικίνη, η δαψόνη, η

κυκλοσπορίνη καθώς και η ενδοφλέβια χορήγηση ανοσοσφαιρίνης

φαίνεται ότι έχουν καλό αποτέλεσμα

Η Πομφολυγώδης επιδερμόλυση (Epidermolysis Bullosa) είναι μια

σπάνια γενετική ασθένεια που επηρεάζει περίπου 500.000

ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Είναι το «αποτέλεσμα μιας αποτυχίας

της σύνδεσης μεταξύ της επιδερμίδας και του χορίου».

Είναι μια επώδυνη γενετική δερματολογική ασθένεια που διαχωρίζει

τις στιβάδες του δέρματος του σώματος από την εσωτερική του

επιφάνεια, σχηματίζοντας φουσκάλια ως αποτέλεσμα της επαφής.

Χαρακτηρίζεται ως μία σπάνια νόσος η οποία παρουσιάζει τόσο

ήπιες όσο και σοβαρές μορφές, ¹⁵⁰¹ προκαλούνται από διαφορετικά

Σε γενικές γραμμές, ωστόσο, υπάρχουν τρεις επιμέρους τύποι

πομφολυγώδους επιδερμόλυσης: 1794, συνδετική και δυστροφική.

Στην απλή μορφή της νόσου, προσβάλλεται μόνο το δέρμα. Ωστόσο,

στις πιο σοβαρές περιπτώσεις, προσβάλλεται και η εσωτερική

επιφάνεια του σώματος (για παράδειγμα το στόμα, ο οισοφάγος και

το παχύ έντερο). Τα άτομα που πάσχουν από δυστροφική

πομφολυγώδη επιδερμόλυση είναι 17% επιρρεπή σε μια επιθετική

μορφή καρκίνου του δέρματος που ονομάζεται ακανθοκυτταρικό

Η έρευνα για την πομφολυγώδη αιμορρόλη επικεντρώνεται ως επί

το πλείστον στην πρόληψη της εξάπλωσης και της εξάλειψής της

νόσου. Δεν υπάρχει θεραπεία για ¹⁸⁰⁴ την πομφολυγώδη επιδερμόλυση

Η θεραπεία συνίσταται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, η

οποία έχει βελτιωθεί σημαντικά κατά τα τελευταία έτη. Έρευνα

διεξάγεται διεθνώς για τον εντοπισμό μιας αποτελεσματικής μορφής

θεραπείας, ενώ οργανώσεις στήριξης χρηματοδοτούν διάφορα

προγράμματα που αποσκοπούν στην ανάπτυξη θεραπείας και

ιατρικής περίθαλψης για την πομφολυγώδη επιδερμόλυση.



Το πεμφιγοειδές της κύησης αποτελεί σπάνια, κνησμώδη, μη

ουλωτική δερματοπάθεια της κύησης και της λοχείας.

Η συχνότητα του υπολογίζεται σε $1/150.000$ κηήσεις και φαίνεται να

1818
εμφανίζεται πιο συχνά σε ασθενείς με θετικότητα στα HLA DR2 και

DR4, ενώ 50% των ασθενών και στα δύο. Προσβάλει όλες τις φυλές

και εμφανίζεται συνήθως μεταξύ 1800 και τρίτου τριμήνου της

κύησης, ενώ έχει αναφερθεί και στο πρώτο τρίμηνο και στη λοχεία.

Επίσης, μπορεί να επανεμφανιστεί με επόμενες κηύσεις, ενώ

υποτροπιάζει στην έμμηνο ρύση, ¹⁸²⁶ καθώς και με τη χρήση

αντισυλληπτικών. Η νόσος έχει αναφερθεί ότι σχετίζεται με

χοριοκαρκίνωμα, τροφοβλαστικούς όγκους και αυτοάνοσες παθήσεις,

Από τις αρχές του 1970 υποστηρίχθηκε η αυτοάνοση φύση της νόσου.

Τα εμπλεκόμενα αντισώματα ανήκουν στην IgG1 υποκατηγορία, και

παράγονται σε απάντηση προς αγγονικό ερέθισμα της κύησης,

πιθανώς εντοπιζόμενο στο άμνιο.¹ Εμφανίζουν ειδικότητα για ένα

αντιγόνο 180kDa, πιθανώς το ίδιο με ένα από τα δύο αντίγραφα του

ΠΠ. Εναποτίθενται στη ζώνη της βασικής μεμβράνης και μέσω της

κλασσικής οδού ενεργοποιούν το ¹⁸³ συμπλήρωμα.

Στη συνέχεια παράγεται μια μη φλεγμονώδης αντίδραση, η οποία

μπορεί να οδηγήσει στο διαχωρισμό¹⁸⁷ επιδερμίδας- χορίου. Το γεγονός

ότι και άλλοι παράγοντες παίζουν ρόλο στην παθογένηση των

βλαβών, ενισχύεται από τη διαπίστωση ότι οι τίτλοι των αντισωμάτων

και ο άμεσος ανοσοφθορισμός παραμένουν θετικά και μετά την

υποχώρηση των δερματικών βλαβών.

Το εξάνθημα αποτελείται από ερυθρά, κνιδωτικές βλάβες που

εξελίσσονται σε τεταμένες πομφόλυγες, διαβρώσεις και εφελκίδες.

Αρχικά ξεκινά από την κοιλιά γύρω από τον ομφαλό και καταλαμβάνει

όλο το σώμα εκτός από το πρόσωπο, τις παλάμες, τα πέλματα και

186
τους βλεννογόνους. Κατά τον τοκετό και αμέσως μετά, γίνεται πιο

έντονο στο 75% των περιπτώσεων¹⁸⁴. Οι υποτροπές σχετίζονται με την

επανεναρξη της εμμήνου ρύσης καθώς και με τη λήψη

αντισυλληπτικών. Τα νεογνά μπορεί να νοσήσουν σε 10% των

περιπτώσεων, όμως οι βλάβες είναι ήπιες και αυτοπεριοριζόμενες.

Υπάρχει επίσης κίνδυνος πρόωρων τοκετών, χωρίς αύξηση της

Η ιστολογική εξέταση και ο ανοσοφθορισμός θα βοηθήσουν στην

185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000

διαφορική διάγνωση του πεμφιγοειδούς της κήσης από τα υπόλοιπα

πομφολυγώδη νοσήματα με υποεπίδερμική πομφόλυγα, καθώς και

από το πολύμορφο ερύθημα της κνήμης, τα φαρμακευτικά

εξανθήματα, την αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής και το πολύμορφο

ερύθημα. Η διάγνωση τίθεται με βάση τα κλινικά ευρήματα, ενώ

επιβεβαιώνεται με την ιστολογική εξέταση και τον ανοσοφθορισμό.

1861
Λίγοι μόνο ασθενείς μπορεί να ελεγχθούν με αντιϊσταμινικά και τοπικά

186
κορτικοστεροειδή. Τα συστηματικά κορτικοστεροειδή αποτελούν

θεραπεία εκλογής και μπορούν να αποδοθούν χωρίς πρόβλημα κατά την

κύηση, καθώς και την περίοδο της λοχείας. Η κυκλοσπορίνη έχει

επίσης χορηγηθεί με επιτυχία. Μετά τον τοκετό δίδονται και άλλες

εναλλακτικές θεραπείες όπως μεθορεξάτη, αζαθειοπρίνη,

1867
κυκλοσφαμίδη, δαψόνη ή πλασμάφαίρεση, ή mycophenolate

modetil, ή ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη, "βιολογικές" θεραπείες.



Το πολύμορφο ερύθημα είναι αιφνίδια και σοβαρή κατάσταση που

εκδηλώνεται στο δέρμα και στους βλεννογόνους. Είναι συνήθως

αποτέλεσμα ανοσολογικής αντίδρασης σε φάρμακα ή σε μια λοίμωξη,

ειδικά από τον ιό του απλού έρπητα και εμφανίζεται σαν

Αιτίες εμφάνισής του :

1879

* αλληλεπίδραση σε ορισμένα ¹⁸⁸⁰ φάρμακα,

* μολυσματικές ασθένειες -λοιμώξεις,¹⁸⁸¹

Εμφανίζονται ερυθροϊώδεις κηλίδες που μοιάζουν σαν «στόχοι»

(ομόκεντροι κύκλοι) και η εμφάνισή τους συνοδεύεται από

Η πιο σοβαρή μορφή της νόσου,¹⁸⁷ όπου συμμετέχουν οι οφθαλμοί, το

στόμα και διάφορα εσωτερικά όργανα, ονομάζεται σύνδρομο

Stevens- Johnson ή τοξική επιδερμική νεκρόλυση . Το σύνδρομο

παρουσιάζει μια αρχική φάση με πυρετό, φαρυγγαλγία, κεφαλαλγία

και μετά εμφανίζεται η χαρακτηριστική βλάβη στο δέρμα και τους

βλεννογόνους. Πρόκειται για δακτυλιοειδείς βλάβες , που μοιάζουν με

ομόκεντρος κύκλους: ερυθρός, λευκός, κυανός από την περιφέρεια

προς το κέντρο. Γρήγορα το κέντρο των βλαβών μετατρέπεται σε

φυσική, πομφόλυγα . Επώδυνες διαβρώσεις και ελκώσεις θα

συμβούν όταν οι βλάβες ανοίξουν και βγει προς τα έξω το

Ο ασθενής είναι βαριά πάσχων, παρουσιάζει πυρετό, αδυναμία και

κακουχία. Τα έλκη της στοματικής κοιλότητας και του οισοφάγου

δημιουργούν έντονο πόνο με αποτέλεσμα την αδυναμία λήψης

Η δημιουργία ελκών στους οφθαλμούς μπορεί να προκαλέσει τη

δημιουργία ουλών και τελικά τύφλωση, ενώ η προσβολή της

ουρήθρας και των γεννητικών οργάνων πολλές φορές οδηγεί σε

σοβαρότατες βλάβες του ουρογεννητικού. Νεφρική σωληναριακή

νέκρωση και νεφρική ανεπάρκεια¹⁰⁶ παρουσιάζεται μετά από

προσβολή των νεφρών , ενώ βλάπτει σε τραχεία και βρόγχους

1908
μπορούν να καταλήξουν σε αναπνευστική δυσχέρεια μέχρι και

Μοιάζουν με τις επιπλοκές σε ασθενείς με εκτεταμένα εγκαύματα :

1. Απώλεια μεγάλης περιοχής του δέρματος

3. Διαταραχές του ισοζυγίου υγρών (Απώλεια υγρών και

4. Επιμολύνσεις και δευτερογενείς λοιμώξεις με ολοποίηση του

5. Ουλοποίηση του βλεννογόνου με διαταραχή της

λειτουργικότητας του διαθέσιμου συστήματος .

6. Στένωση κόλπου και ουλοποίηση πέους

7. Οισοφαγικά στενώματα, σε 1920 σταθεροποιημένη προσβολή του

8. Νεφρική σκληρωτική νέκρωση και νεφρική ανεπάρκεια

iv. μόνιμη απώλεια της όρασης⁹⁵ δευτεροπαθώς (3% έως 10%)

v. σοβαρή ξηροφθαλμία λόγω ¹⁰³¹ένωσης των δακρυϊκών πόρων

Το πολύμορφο ερύθημα αντιμετωπίζεται:

1967

I. Συμπτωματική (ανάλογα με ⁹15 ~~10~~ όργανο και την

II. Αναζήτηση πιθανού εκλυτικού ή αιτιολογικού παράγοντα

III. Διακοπή ύποπτου φαρμάκου 1938.χ κάποια φάρμακα σε χρόνια

χρήση (βαρβιτουρικά) μπορεί να πυροδοτήσουν τις υποτροπές

IV.Χρήση τοπικών αναισθητικών για τις στοματικές ελκώσεις

V. Αντικρουόμενες απόψεις για τα κορτικοειδή

VI. Θεραπεία δεύτερης γραμμής αποτελεί (πλην της κορτιζόνης) η

VII. Αντιική αγωγή με ασυμβίβη. Η συνύπαρξη με έρπητα

είναι πολύ συχνή και σε αυτή την περίπτωση ακόμα και εάν ο

έρπητας δεν υποτροπιάζει συχνά, προτείνεται θεραπεία

καταστολής του ιού με αντικε-φάρμακα για 6-12μήνες.



1949

4.0 ΥΠΟΚΕΡΑΤΙΑ

Το δυσιδρωσικό έκζεμα είναι μία υπερτροφιάζουσα μορφή

φυσαλιδώδους δερματίτιδας, που θεωρείται αντίδραση σε ποικίλους

ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες, όπως η θερμότητα, το στρες, η

μυκητίαση των ποδιών αλλά και χημικές ουσίες όπως το νικέλιο, το

Εμφανίζεται κυρίως τους ανοιξιάτικους και τους καλοκαιρινούς μήνες

και εντοπίζεται συνήθως στα πλάγια 1960 των δακτύλων των άκρων

χειρών και τις παλάμες, αλλά μπορεί να προσβληθούν και τα δάκτυλα

Τυπικά χαρακτηρίζεται από μικρές φυσαλίδες που συνοδεύονται από

έντονη φαγούρα ή αίσθημα καύσου, οι οποίες στη συνέχεια μπορεί να

σπάσουν και να δημιουργηθούν εφελκίδες (κρούστες), ενώ

συνυπάρχει ξηροδερμία και ενίοτε έφωγμές στην επιδερμίδα. Η

βαρύτητα, ωστόσο, μπορεί να ποικίλει με ήπιες μορφές όπου

παρατηρείται ένα μικρό ξεφλούδισμα, μέχρι σοβαρές γύρω από τα

νύχια (δυστροφία των νυχιών ή χρόνια φλεγμονή τους – παρωνυχία)

ή με μεγάλες φουσκάλες και ανοίγματα στα χέρια που εμποδίζουν τις

Το δυσιδρωσικό έκζεμα είναι πιο συχνό στις ζεστές χώρες και

φαίνεται να προσβάλλει λίγο περισσότερο τις γυναίκες. Ο όρος

δυσιδρωσικό υποδηλώνει δυσλειτουργία των ιδρωτοποιών αδένων

καθώς σε κάποιες μελέτες η υπερδωσία φαίνεται να είναι

Η διάγνωση γίνεται συνήθως από το ιστορικό και τις χαρακτηριστικές

βλάβες του δέρματος, ενώ σπάνια, σε μη τυπικές περιπτώσεις μπορεί

να χρειαστεί βιοψία δέρματος. 1979

Σε κάποιες περιπτώσεις είναι χρήσιμο να γίνονται επιδερμικές

δοκιμασίες επικόλλησης (patch tests), προκειμένου να διαπιστωθεί αν

η νόσος σχετίζεται με αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής σε μέταλλα ή

άλλες χημικές ουσίες. Εξάλλου, υπάρχουν ερευνητές που

υποστηρίζουν τη συχνή συνύπαρξη χαρακτηριστικών δυσιδρωσικού

εκζέματος σε έδαφος προϋπάρχουσας ατοπικής δερματίτιδας. Στην

περίπτωση αυτή, αντί για το χειμώνα και το κρύο περιβάλλον

1987
παρατηρείται επιδείνωση το καλοκαίρι με εικόνα όχι τυπικά

ξηροδερμική αλλά περισσότερο ¹⁹⁸πυκνώνει με μικρά, υγρά σπυράκια

Το δυσιδρωσικό έκζεμα συχνά χρειάζεται φαρμακευτική

αντιμετώπιση, γιατί το εξάνθημα είναι επίμονο και επιβαρύνει την

καθημερινότητα του ασθενούς. Συνήθως συστήνονται επιθέματα,

εξειδικευμένες μαλακτικές κρέμες¹⁰⁹³ αλλά και αντισταμινικά επί κνησμού

για την ανακούφιση του ασθενούς, όπως και στην περίπτωση της

ατοπικής δερματίτιδας, οι κρέμες κορτικοειδών βοηθούν σημαντικά,

αλλά η επιλογή του κατάλληλου σκεύασματος είναι απαραίτητη, ώστε

ν' αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Επίσης μπορεί να

χρειαστεί αντιβιοτική ή αντιμυκητιασική αγωγή, ενώ μπορεί να

χρησιμοποιηθούν ανοσοτροποποιητικοί παράγοντες κυρίως σε μορφή

κρέμας. Τέλος, σε επιλεγμένες, δωρεάν περιπτώσεις μπορεί να

βοηθήσουν η φωτοθεραπεία με UVa ακτινοβολία, καθώς και η τοπική



* Κλινική Δερματολογία με ²⁰¹⁵ Έγχρωμες Εικόνες

Διαθέτης (Εκδότης): BROKEN HILL PUBLISHERS LTD

Συγγραφείς: James W., Berger T., Elston D.

Διαθέτης (Εκδότης): BROKEN HILL PUBLISHERS LTD

