



6^ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΑΤΤΙΚΕΣ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ

Με διεθνή συμμετοχή

21-23 Ιανουαρίου 2011

Divani Caravel, Αθήνα

Τελικό Πρόγραμμα Βιβλίο Περιλήψεων

Χορήγηση πιστοποιητικού με δώδεκα (12) μόρια (credits)
αμοιβαία αναγνωρίσιμα από την EACCME-UEMS
και τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Υπό την αιγίδα των:



Υπουργείο Υγείας
& Κοινωνικής Αλληλεγγύης



Ιατρική Σχολή
Πανεπιστημίου Αθηνών



Ελληνική Εταιρεία
Μελέτης Μελανώματος
(EAEEMME)



Ελληνική Δερματολογική
& Αφροδισιαστική
Εταιρεία



Πανελλήνιος
Ιατρικός Σύλλογος

ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

The **MASTERMIND** Group
Organizing your success

Indoxyl

Clindamycin 1% and benzoyl peroxide 5%

ΓΡΗΓΟΡΗ ΔΡΑΣΗ • ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ^{1,2}

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΙΟΝΤΟΣ

ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΙΟΝΤΟΣ:

INDOXYL γέλη. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ: 1g γέλης

περιέχει: 10mg κλινδαμυκίνη ως φωσφορική κλινδαμυκίνη, 50mg άνυδρο βενζοϊκό υπεροξειδίο ως ένυδρο βενζοϊκό υπεροξειδίο.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ: Κοινή ακμή ήπιας ή μέτριας εντάσεως, ιδιαίτερα σε φλεγμονώδεις βλάβες. **ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ:** Η γέλη INDOXYL δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με γνωστή υπερευαισθησία σε:

- κλινδαμυκίνη, - λινκομυκίνη, - βενζοϊκό υπεροξειδίο, - κάποιο από τα έκδοχα του φαρμάκου. **ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ:** Η γέλη INDOXYL μπορεί να προκαλέσει ερυθρίσμα, απολέπιση, ξηρότητα και κνησμό στην περιοχή της εφαρμογής. Πολύ σπάνια μπορεί να εμφανιστούν παραισθησία, επιδείνωση

Πολύ συχνές (1/10) Ερύθημα Απολέπιση Ξηρότητα
Συχνές (1/100, 1<10) Κάψιμο Κνησμός

Μη συνηθείς (1/1000, 1<100) Παραισθησία Επιδείνωση ακμής

Δεδομένα μετά την κυκλοφορία του προϊόντος έχουν δείξει πολύ χαμηλότερη πιθανότητα εμφάνισης αυτών των τοπικών αντιδράσεων.

Σε ορισμένα ευαίσθητα άτομα, έχουν αναφερθεί μεμονωμένα περιστατικά ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας ή διάρροιας λόγω άλλων τοπικών θεραπειών που περιέχουν κλινδαμυκίνη. Αυτό είναι απίθανο να συμβεί με την γέλη INDOXYL, αφού τα επίπεδα κλινδαμυκίνης στο πλάσμα που έχουν προσδιοριστεί και η διαδερμική απορρόφηση της κλινδαμυκίνης είναι κλινικά αμελητέα. Ανθεκτικότητα μπορεί να εμφανιστεί με τη μακρόχρονη χρήση της γέλης INDOXYL.

ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: Δικαιούχος: STIEFEL LABORATORIES INC. USA

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ: GlaxoSmithKline α.ε.β.ε, Λεωφ. Κηφισίας 266, 152 32 Χαλάνδρι, Τηλ 210 6882100

Βιβλιογραφία

1. Congress Report from Satellite Symposium on Acne Therapy, published in Der Deutsche Dermatologe 2007; 7: 1-3
2. Guerra-Tapia A, et al. Poster presented at European Academy of Dermatology and Venereology Meeting, 7-11 October 2009, Berlin, Germany

Βοηθείστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:

Συμπληρώστε την **ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**

Ανοστήστε:

ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα **Νέα φάρμακα** 

Τις **ΣΟΒΑΡΕΣ** ανεπιθύμητες ενέργειες για τα **Γνωστά φάρμακα**

 **Stiefel**
a GSK company

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Χαιρετισμός Προέδρου	σελ. 5
Οργανωτική & Επιστημονική Επιτροπή	σελ. 6
Επιστημονικό Πρόγραμμα	σελ. 7
Προσκεκλημένοι Πρόεδροι - Ομιλητές	σελ. 11
Βιβλίο Περιλήψεων	
- Περιλήψεις Ομιλιών	σελ. 16
- Αναρτημένες Ανακοινώσεις (Posters)	σελ. 35
Χορηγοί	σελ. 50
Γενικές Πληροφορίες	σελ. 51

υγεία | ενημέρωση | εκπαίδευση



Γνωρίστε το eumedline.eu,
ένα από τα κυρίαρχα portal ιατρικού
περιεχομένου στο Ελληνικό διαδίκτυο,
με θεματικές ενότητες για τον
επαγγελματία υγείας και τον πολίτη

Στο www.eumedline.eu θα βρείτε:

- Σελίδα επαγγελματιών υγείας
- Κατάλογο επαγγελματιών υγείας-μελών
- Προγράμματα διαδικτυακής εκπαίδευσης (e-learning)
- Επιστημονικά άρθρα
- Λίστα Συνεδρίων Ελλάδας-Εξωτερικού
- On-line κάλυψη συνεδρίων
- Κατάλογο νοσοκομείων-κλινικών
- Αναζήτηση ασθενειών-θεραπειών
- Ιατρικά νέα-ειδήσεις



e-mail: info@eumedline.eu, τηλ.: 2106827405

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

Αγαπητές και Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Είναι ιδιαίτερη χαρά για μένα να σας καλωσορίζω στις «Αττικές Δερματολογικές Ημέρες» που συμπλήρωσαν αισίως 6 χρόνια συνεχούς παρουσίας στο δερματολογικό μας χώρο. Σας υπόσχομαι ότι το Επιστημονικό Πρόγραμμα θα είναι ιδιαίτερα αποδοτικό και ελκυστικό.

Η ζωντανή ανταλλαγή απόψεων ομιλητών και συνέδρων θα είναι όπως πάντα φιλική και οικογενειακή.

Η συμφωνία μας να ανεβάζουμε όλο και ψηλότερα τον πήχη της επιστημονικής μας ενημέρωσης τηρείται και φέτος.

Η δική σας τόσο μεγάλη υποστήριξη όλα αυτά τα χρόνια αξίζει ένα μεγάλο ευχαριστώ.

Φιλικότατα,



Νικόλαος Γ. Σταυριανέας

Πρόεδρος του Συνεδρίου

Καθηγητής Δερματολογίας

Πανεπιστημίου Αθηνών

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος:

N. Γ. Σταυριανέας

Αντιπρόεδρος:

T. Theoharides

Γεν. Γραμματέας:

Δ. Καλογερομήτρος

Μέλη:

E. Γαλανού

E. Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης

K. Θεοδωρόπουλος

A. Κατούλης

Π. Λούμου

M. Μακρής

E. Μπόζη

E. Νικήτα

E. Παπαδανίδ

M. Πάτερον

E. Τούμπη

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος:

A. Κατσάμπας

Μέλη:

X. Αντωνίου

Γ. Αυγερινού

Σ. Γεωργάλα - Ζερβογιάννη

I. Δανοπούλου

Δ. Ιωαννίδης

A. Κατσαρού - Κάτσαρη

E. Κουμαντάκη - Μαθιουδάκη

K. Κουσκούκης

K. Κρασαγάκης

I. Λεφάκη

O. Μουρελού

K. Μπασιούκας

I. Μπασούκας

Δ. Παναγιωτίδου - Δεβλιώτου

O. Παπαδόπουλος

M. Παππά - Χατζηβασιλείου

A. Πετρίδης

Δ. Ρηγόπουλος

A. Ρουσσάκη

Π. Σταυρόπουλος

A. Στρατηγός

Δ. Σωτηριάδης

A. Τόσκα

Γ. Χαϊδεμένος

Φ. Χρυσομάλλης

15:00 - 17:00

Προσέλευση - Εγγραφές

17:00 - 19:30

Επίκαιρα θεραπευτικά θέματα

Πρόεδροι: **Αθανάσιος Πετρίδης, Βικτωρία - Αγγελική Ρουσσάκη**

Αλλεργική δερματίτιδα εξ' επαφής: από τη διάγνωση στη θεραπεία

Αλέξανδρος Κατούλης

Θεραπεία του έρπητα γεννητικών οργάνων

Ευαγγελία Μπόζη

Θεραπεία Πέμφιγας με Rituximab

Κωνσταντίνος Θεοδωρόπουλος

Λοιμώξεις HPV: ο κακός και ο άσχημος δίχως τον καλό

Εύη Νικήτα

Θεραπεία δερματικών καρκίνων σε μεταμοσχευμένους ασθενείς

Ευγενία Τούμπη

Φωτοθεραπεία στη Ψωρίαση

Ευαγγελία Παπαδανίδ

Θεραπεία του στοματικού λειχήνα

Παναγιώτα Λούμου - Παναγιωτοπούλου

Χειρουργική αντιμετώπιση του ακανθοκυτταρικού καρκίνου

του ημιβλεννογόνου κάτω χείλους

Γεώργιος Ζαμπάκος

Απενυαισθητοποίηση στις αντιβιώσεις

Μιχάλης Μακρής

Επείγοντα στη Δερματολογία

Ειρήνη Γαλανού

Θεραπευτικές επιλογές στην αντιμετώπιση του χρόνιου εκζέματος χειρών

Κορίνα Τζίμα

19:30 - 20:30

Τελετή Έναρξης

Πρόεδροι: **Νικόλαος Σταυριανέας, Μιχάλης Κουτσιλιέρης**

Ιατρικό συμβάν - Ιατρική ευθύνη

Ευγένιος Κουμαντάκης

Μεταμόσχευση οργάνων: παρελθόν, παρόν και μέλλον

Αλκιβιάδης Κωστάκης

Χαιρετισμοί & Βραβεύσεις

- 10:00 - 10:30** **Διάλεξη**
 Πρόεδροι: **Κωνσταντίνος Κουσκούκης, Δημήτριος Ιωαννίδης**
 Η εμπειρία μας στη χειρουργική αντιμετώπιση του δερματικού μελανώματος
Γρηγόριος Χάμπας αντί του **Όθωνα Παπαδόπουλου**
- 10:30 - 11:00** **Διάλεξη**
 Πρόεδροι: **Ιωάννα Λεφάκη, Νικολέτα Ζακοπούλου**
 Υπόξυς δερματικός ερυθρηματώδης λύκος: τρέχουσες απόψεις
Παναγιώτης Σταυρόπουλος
- 11:00 - 11:45** **Δορυφορική Διάλεξη Vianex**
 Πρόεδρος: **Νικόλαος Σταυριανέας**
 Τετραδύναιο HPV εμβόλιο: προλαμβάνοντας σοβαρά νοσήματα που προκαλούν οι ιοί των ανθρωπίνων θηλωμάτων
Ηλέκτρα Νικολαΐδου
- 11:45 - 12:15** **Διάλειμμα**
- 12:15 - 13:00** **Δορυφορική Διάλεξη Bayer Hellas**
 Πρόεδροι: **Ανδρέας Κατσάμπας, Νικόλαος Σταυριανέας**
 Management of Atopic Dermatitis with modern TCs
Thomas Luger
- 13:00 - 13:45** **Δορυφορική Διάλεξη Sadent**
 Πρόεδροι: **Νικόλαος Σταυριανέας, Κωνσταντίνος Νούτσης**
 SMARTXIDE οι εφαρμογές ενός επαναστατικού fractional laser
Ευαγγελία Παπαδανίδ
 SMARTPLAY σε δερματολογικές εφαρμογές
Χαράλαμπος Ζωγραφάκης
- 13:45 - 15:30** **Μεσημβρινή Διακοπή**
- 15:30 - 17:00** **Συνεδρία Ελληνικής Εταιρείας Δερματοχειρουργικής**
 Πρόεδροι: **Ζώης Πολυζώης, Χαράλαμπος Ζωγραφάκης, Ιωάννης Κατσαντώνης**
 Προεγχειρητικός έλεγχος, αναισθησία, φροντίδα μετά την επέμβαση
Ιωάννης Πέρος
 Απλή χειρουργική εκτομή
Κωνσταντίνος Νούτσης
 Κρημνοί και μοσχεύματα
Γεώργιος Αναστασιάδης
 Εναλλακτικοί μέθοδοι αντιμετώπισης δερματικών βλαβών
Κωνσταντίνος Νεαμονιτός
- 17:00 - 17:30** **Διάλεξη**
 Πρόεδροι: **Δημήτριος Σωτηριάδης, Έλμα Κουμαντάκη - Μαθιουδάκη**
 Φάσμα αγγειϊτίδων, παθοφυσιολογία, θεραπεία
Ανδρονίκη Τόσκα

17:30 - 18:00

Διάλειμμα

18:00 - 18:30

Διάλεξη

Πρόεδροι: **Ανδρονίκη Τόσκα, Δημήτριος Καλογερομήτρος**

Mast cells and mitochondria-culprits in skin autoimmunity

Theoharis Theoharides

18:30 - 20:30

Ψωρίαση - Συννοσηρότητες

Πρόεδροι: **Νικόλαος Σταυριανέας, Χριστίνα Αντωνίου**

Ψωρίαση και μεταβολικό σύνδρομο

Δημήτριος Χατζηδάκης

Κυτταροκίνες στην ψωρίαση

Ευάγγελος Γιαμαρέλος - Μπουρμπούλης

Ενδοθλιακή λειτουργία στους ψωριασικούς ασθενείς

Ιωάννης Λεκάκης

Η στρατηγική του ρευματολόγου στην ψωριασική αρθρίτιδα

Γρηγόριος Σκαραντάβος

Η αποφρακτική άπνοια στον ύπνο σε ψωριασικούς ασθενείς

Αικατερίνη Βλάμη

10:00 - 10:30	Βήμα νέων ερευνητών Πρόεδροι: Αργυρώ Χατζηιωάννου, Κυριακή Αρώνη - Ιωαννίδου Ψωρίαση και ιντερλευκίνη II - 17 Ανάργυρος Κουρής Γονιδιακοί πολυμορφισμοί σε ασθενείς με διαπυρητική ιδρωταδενίτιδα Σοφία Γιατράκου Συνεδρία: “What’s News 2011”
10:30 - 10:50	Τι νεότερο στην κλινική δερματολογία Πρόεδροι: Χριστίνα Αντωνίου, Ιωάννης Μπασούκας Δημήτριος Σωτηριάδης
10:50 - 11:10	Τι νεότερο στη θεραπευτική δερματολογία Πρόεδροι: Χριστίνα Αντωνίου, Ιφιγένεια Δανοπούλου Δημήτριος Ιωαννίδης
11:10 - 11:30	Τι νεότερο στην παιδιατρική δερματολογία Πρόεδροι: Νικόλαος Σταυριανέας, Αλεξάνδρα Κατσαρού - Κάτσαρη Αλεξάνδρα Κατσαρού - Κάτσαρη
11:30 - 11:50	Τι νεότερο στην ερευνητική δερματολογία Πρόεδροι: Νικόλαος Ανάγνου, Αθανάσιος Τσακρής Κωνσταντίνος Κρασαγάκης
11:50 - 12:20	Διάλειμμα
12:20 - 12:40	Τι νεότερο στην αφροδισιολογία - AIDS Πρόεδροι: Άγγελος Χατζάκης, Μαρία Χατζηβασιλείου - Παππά Βασίλειος Παπαρίζος
12:40 - 13:00	Τι νεότερο στη δερματολογική ογκολογία Πρόεδροι: Γεωργία Αυγερινού, Δημήτριος Ρηγόπουλος Σαμπίνε Κρασαγάκη - Κρύγκερ
13:00 - 13:20	Τι νεότερο στην ιστοπαθολογία του δέρματος Πρόεδροι: Νικόλαος Σταυριανέας, Κυριακή Αρώνη - Ιωαννίδου Ιωάννα Λεφάκη
13:20 - 14:00	Διάλεξη Πρόεδροι: Παναγιώτης Σκανδαλάκης, Ευστράτιος Πατσούρης Περιβαλλοντική ή γενετική η αιτιολογία του καρκίνου; Άγγελος Χατζάκης
14:00	Λήξη Εργασιών Συνεδρίου

Luger Thomas

Professor and Chairman,
Department of Dermatology,
University Clinic Münster

Theoharides Theoharis

Professor of Pharmacology,
Internal Medicine and Biochemistry,
Director, Laboratory of Molecular
Immunopharmacology and Drug
Discovery, Department of Pharmacology
and Experimental Therapeutics Tufts
University School of Medicine

Ανάγνου Νικόλαος

Καθηγητής Βιολογίας,
Διευθυντής Εργαστηρίου Βιολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Συνεργαζόμενος Ερευνητής Α',
Εργαστήριο Κυτταρικής και Γονιδιακής
Θεραπείας, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών
Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

Αναστασιάδης Γεώργιος

Διδάκτωρ Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γενικό Νοσοκομείο
Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Αντωνίου Χριστίνα

Καθηγήτρια Δερματολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Α' Πανεπιστημιακή Δερματολογική
Κλινική, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Αρώνη - Ιωαννίδου Κυριακή

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Κλινικοεργαστηριακού Τομέα,
Α' Παθολογοανατομικό Εργαστήριο
Πανεπιστημίου Αθηνών

Αυγερινού Γεωργία

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Δερματολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών,
Α' Πανεπιστημιακή Κλινική
Δερματικών & Αφροδισίων Νοσημάτων,
Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Βλάμη Αικατερίνη

Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Β',
Β' Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική
Κλινική, Εργαστήριο Μελέτης Ύπνου,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«Αττικόν»

Γαλανού Ειρήνη

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Πανεπιστημίου
Λωζάνης, Διδάσκουσα Πανεπιστημίου
Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή Κλινική
Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«Αττικόν»

Γιαμαρέλος - Μπουρμπούλης Ευάγγελος

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών, Δ' Παθολογική
Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «Αττικόν»

Γιατράκου Σοφία

Ειδικευόμενη Δερματολόγος -
Αφροδισιολόγος, Β' Πανεπιστημιακή
Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«Αττικόν»

Δανοπούλου Ιφιγένεια

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δερματολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Πανεπιστημιακή
Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων
Νοσημάτων, Νοσοκομείο «Ανδρέας
Συγγρός»

Ζακοπούλου Νικολέτα

Διευθύντρια Β' Δερματολογικής Κλινικής,
Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»,
Αναπληρώτρια Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.

Ζαμπάκος Γεώργιος

Πλαστικός Χειρουργός, Επιστημονικός
Συνεργάτης Πανεπιστημίου Αθηνών,
Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών
& Αφροδισίων Νόσων, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Ζωγραφάκης Χαράλαμπος

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος

Θεοδωρόπουλος Κωνσταντίνος

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος,
Επικουρικός Επιμελητής Β',
Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών
& Αφροδισίων Νόσων, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Ιωαννίδης Δημήτριος

Καθηγητής Δερματολογίας -
Αφροδισιολογίας Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης, Διευθυντής
Α' Πανεπιστημιακής Κλινικής,
Νοσοκομείο Δερματικών και Αφροδισίων
Νόσων Θεσσαλονίκης

Καλογερομήτρος Δημήτριος

Αναπληρωτής Καθηγητής Αλλεργιολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Υπεύθυνος Αλλεργιολογικής Μονάδας,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«Αττικόν»

Κατούλης Αλέξανδρος

Επίκουρος Καθηγητής Δερματολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή
Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων
Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «Αττικόν»

Κατσάμπας Ανδρέας

Καθηγητής Δερματολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο
«Ανδρέας Συγγρός»

Κατσαντώνης Ιωάννης

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος,
Διευθυντής Τζανείου Νοσοκομείου
Πειραιώς

Κατσαρού - Κάτσαρη Αλεξάνδρα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Δερματολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Κουμαντάκη - Μαθιουδάκη Έλμα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Δερματολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Κουμαντάκης Ευγένιος

Καθηγητής Μαιευτικής Γυναικολογίας,
τ. Διευθυντής Μαιευτικής - Γυναικολογικής
Κλινικής Πανεπιστημίου Κρήτης,
Ηράκλειο

Κουρής Ανάργυρος

Άμισθος Επιστημονικός Συνεργάτης
Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή
Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων
Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «Αττικόν»

Κουσκούκης Κωνσταντίνος

Καθηγητής Δερματολογίας Δημοκρίτειου
Πανεπιστημίου Θράκης

Κουτσιλιέρης Μιχάλης

Καθηγητής και Διευθυντής
Εργαστηρίου Πειραματικής Φυσιολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών

Κρασαγάκης Κωνσταντίνος

Αναπληρωτής Καθηγητής Δερματολογίας
Πανεπιστημίου Κρήτης, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο Κρήτης

Κρύγκερ-Κρασαγάκη Σαμπίνε

Επίκουρη Καθηγήτρια Δερματολογίας
Πανεπιστημίου Κρήτης

Κωστάκης Αλκιβιάδης

Ομότιμος Καθηγητής Χειρουργικής και
Μεταμοσχεύσεων, Διευθυντής του
Κέντρου Πειραματικής Χειρουργικής του
Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της
Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ)

Λεκάκης Ιωάννης

Αναπληρωτής Καθηγητής
Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών,
Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική
Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «Αττικόν»

Λεφάκη Ιωάννα

Ιστοπαθολόγος Δέρματος,
Διευθύντρια Κρατικής Δερματολογικής
Κλινικής, Νοσοκομείο Αφροδισίων και
Δερματικών Νοσημάτων Θεσσαλονίκης

Λούμου - Παναγιωτοπούλου Παναγιώτα
Στοματολόγος, Ιατρός - Οδοντίατρος,
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών,
Επιστημονική Συνεργάτης,
Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών
& Αφροδίσιας Νόσων, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Μακρής Μιχάλης
Αλλεργιολόγος, Επιμελητής Α'
Αλλεργιολογικής Μονάδας,
Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών
& Αφροδίσιας Νόσων, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Μπασούκας Ιωάννης
Αναπληρωτής Καθηγητής Δερματολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μπόζη Ευαγγελία
Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος,
Επικουρική Επιμελήτρια Β',
Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών
& Αφροδίσιας Νόσων, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Νεαμονιτός Κωνσταντίνος
Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος,
Laser Derm Academy

Νικίτα Ευρυδίκη
Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος,
Επικουρική Επιμελήτρια Β',
Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών
& Αφροδίσιας Νόσων, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Νικολαΐδου Ηλέκτρα
Επίκουρη Καθηγήτρια Δερματολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Κλινική
Δερματικών & Αφροδίσιας Νόσων,
Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Νούτσης Κωνσταντίνος
Διευθυντής Δερματολογικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Ο Ευαγγελισμός»

Παπαδανίδ Ευαγγελία
Επίκουρη Καθηγήτρια Δερματολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών
& Αφροδίσιας Νόσων, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Παπαδόπουλος Όθων
Αναπληρωτής Καθηγητής Πλαστικής
Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών,
Διευθυντής Πλαστικής Χειρουργικής
Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Παπαρίζος Βασίλειος
Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος,
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Μονάδα Ειδικών
Λοιμώξεων, Νοσοκομείο «Ανδρέας
Συγγρός»

Πέρος Ιωάννης
Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος

Πετρίδης Αθανάσιος
Διευθυντής Γ' Κλινικής Δερματικών
& Αφροδίσιας Νόσων, Νοσοκομείο
«Ανδρέας Συγγρός»

Πολυζώης Ζώης
Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας
Δερματοχειρουργικής

Ρηγόπουλος Δημήτριος
Αναπληρωτής Καθηγητής Δερματολογίας
- Αφροδισιολογίας Πανεπιστημίου
Αθηνών, Α' Πανεπιστημιακή Κλινική
Δερματικών & Αφροδίσιας Νόσων,
Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Ρουσάκη Βικτωρία - Αγγελική
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Δερματολογίας, Διευθύντρια
Δερματολογικής Κλινικής,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Λάρισας

Σκανδαλάκης Παναγιώτης
Καθηγητής Περιγραφικής Ανατομικής
Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκαραντάβος Γρηγόριος

Διευθυντής Ε.Σ.Υ. Ρευματολογίας,
Α' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«Αττικόν»

Σταυριανέας Νικόλαος

Καθηγητής Δερματολογίας Πανεπιστημίου
Αθηνών, Διευθυντής Β' Κλινικής
Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«Αττικόν», Πρόεδρος του Ελληνικού
Κολlegίου Δερματολογίας -
Αφροδισιολογίας

Σταυρόπουλος Παναγιώτης

Επίκουρος Καθηγητής Δερματολογίας -
Αφροδισιολογίας Πανεπιστημίου
Αθηνών, Νοσοκομείο «Ανδρέας
Συγγρός»

Σωτηριάδης Δημήτριος

Καθηγητής Δερματολογίας Αριστοτελείου
Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,
Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής
Δερματολογικής Κλινικής,
Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»

Τζίμα Κορίνα

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος,
Επιστημονική Συνεργάτης Πανεπιστημίου
Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή Κλινική
Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
«Αττικόν»

Τόσκα Ανδρονίκη

Καθηγήτρια Δερματολογίας -
Αφροδισιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης,
Διευθύντρια Δερματολογικής -
Αφροδισιολογικής Κλινικής,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Ηρακλείου

Τούμπη Ευγενία

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος,
Επιμελήτρια Β', Β' Πανεπιστημιακή
Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων
Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό
Νοσοκομείο «Αττικόν»

Τσακρής Αθανάσιος

Καθηγητής Μικροβιολογίας,
Διευθυντής Εργαστηρίου Μικροβιολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών

Χάμψας Γρηγόριος

Πλαστικός Χειρουργός,
Επιστημονικός Συνεργάτης,
Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής,
Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Χατζάκης Άγγελος

Καθηγητής Επιδημιολογίας
& Προληπτικής Ιατρικής, Διευθυντής
Εργαστηρίου Υγιεινής & Επιδημιολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών

Χατζηβασιλείου - Παππά Μαρία

Ιατρός Βιοπαθολόγος, Αναπληρώτρια
Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Αθηνών,
Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών
& Αφροδισίων Νόσων, Νοσοκομείο
«Ανδρέας Συγγρός»

Χατζηδάκης Δημήτριος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας -
Ενδοκρινολογίας, Β' Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Χατζηιωάννου Αργυρώ

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών
& Αφροδισίων Νόσων,
Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Βιβλίο Περιλήψεων

ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΕΞ ΕΠΑΦΗΣ: ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αλέξανδρος Κ. Κατούλης

Επίκουρος Καθηγητής Δερματολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Η αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής (ΑΔΕΕ) αντιπροσωπεύει περίπου το 20% των εξωγενών δερματίτιδων και το 9% των επισκέψεων στα δερματολογικά ιατρεία. Πρόκειται για μια αντίδραση επιβραδυνόμενης υπερευαισθησίας τύπου IV που εκδηλώνεται σε προηγουμένως ευαισθητοποιημένα άτομα. Υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός πιθανών αλλεργιογόνων. Τα υπεύθυνα αλλεργιογόνα διαφέρουν διαχρονικά και ανά γεωγραφικές περιοχές, καθώς και ανά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, δραστηριότητες. Το συχνότερο διεθνώς εξ επαφής είναι το νικέλιο. Για τη διάγνωση, το ιστορικό και η κλινική εξέταση παίζουν καθοριστικό ρόλο, ενώ οι επιδερμικές δοκιμασίες (patch test) επιβεβαιώνουν τη διάγνωση και μπορούν να προσδιορίσουν τα υπεύθυνα αλλεργιογόνα. Οι επιδερμικές δοκιμασίες απαιτούν γνώση και εμπειρία, τόσο στην επιλογή των προς εξέταση αλλεργιογόνων, όσο και ως προς την εκτέλεση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Η αναγνώριση των υπεύθυνων αλλεργιογόνων αποτελεί και την βάση της αιτιολογικής θεραπείας που συνίσταται στην αποφυγή επαφής με αυτά. Απαραίτητη γι' αυτό είναι η κατάλληλη εκπαίδευση του ασθενούς. Η συμπτωματική θεραπεία αποσκοπεί στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και στη ύφεση των κλινικών εκδηλώσεων με μη ειδικές θεραπείες. Η βάση της συμπτωματικής θεραπείας είναι τα τοπικά ή και τα συστηματικά κορτικοστεροειδή. Τα νεότερα τοπικά ανοσοτροποποιητικά (αναστολείς της καλσινευρίνης) αποδεικνύονται χρήσιμη εναλλακτική θεραπευτική επιλογή, χωρίς τις παρενέργειες της μακροχρόνιας χρήσης των τοπικών κορτικοστεροειδών. Σε βαριές, ανθιστάμενες στη θεραπεία περιπτώσεις, μπορεί να χρησιμοποιηθούν άλλα συστηματικά ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.

ΑΠΛΟΣ ΕΡΙΠΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Ευαγγελία Μπόζη

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Επικουρική Επιμελήτρια Β', Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Ο έρπης των γεννητικών οργάνων αποτελεί το συχνότερο αίτιο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων παγκοσμίως. Οι κλινικές μορφές περιλαμβάνουν την πρωτολοίμωξη, τις υποτροπές και αρκετά συχνά τις άτυπες ή τις υποκλινικές μορφές. Η θεραπεία συνίσταται αφενός στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της πρωτολοίμωξης και του επεισοδίου με τη λήψη των από του στόματος αντιικών φαρμάκων και αφετέρου στη μείωση της συχνότητας των υποτροπών και συνεπώς του κινδύνου μετάδοσης του ιού με την εισαγωγή της χρόνιας κατασταλτικής αγωγής. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στον νεογενικό έρπητα και τη θεραπεία της εγκύου με γεννητική ερπητική λοίμωξη.

Τέλος, το σημαντικότερο ρόλο στη μείωση της εξάπλωσης του έρπητος των γεννητικών οργάνων παίζει η πρόληπτική θεραπεία με την ενημέρωση πασχόντων και μη για τη φύση της λοίμωξης, των τρόπων μετάδοσης και την εφαρμογή των κατάλληλων προληπτικών μέτρων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΜΦΙΓΑΣ ΜΕ RITUXIMAB

Κωνσταντίνος Χ. Θεοδωρόπουλος

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Επικουρικός Επιμελητής Β', Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Η πέμφιγα αποτελεί σοβαρή αυτοάνοση πομφολυγώδη δερματοπάθεια που προσβάλλει το δέρμα και τους βλεννογόνους προκαλώντας σημαντική νοσηρότητα. Για την αντιμετώπισή της απαιτείται μακροχρόνια θεραπεία με συστηματικά κορτικοστεροειδή και άλλα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Παρά τις υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών και τη συγχρόνηση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, μερικοί ασθενείς ανταποκρίνονται ελάχιστα έως καθόλου στη θεραπεία. Επιπλέον οι παρενέργειες των παραπάνω φαρμάκων καθιστούν μερικές φορές δύσκολη έως απαγορευτική τη χορήγησή τους. Τα τελευταία χρόνια, η ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας με την παραγωγή νέων βιολογικών παραγόντων έχει προσφέρει νέες θεραπευτικές επιλογές στην αντιμετώπιση αυτοάνοσων νοσημάτων.

Η παρατηρούμενη εξάλειψη των Β-λεμφοκυττάρων από τον ορό και το λεμφικό ιστό μετά από τη χορήγηση rituximab - χημειοκίνο μονοκλωνικού αντι-CD20 αντισώματος - σε ασθενείς με νοσήματα του λεμφικού ιστού (NHL, Χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία) καθώς και σε πάσχοντες από ρευματοειδή αρθρίτιδα, έδωσε το έναυσμα ώστε να χορηγηθεί και σε άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, η παθογένεια των οποίων οφείλεται στην ανεξέλεγκτη παραγωγή αντισωμάτων από παθολογικό κλώνο Β-λεμφοκυττάρων.

Στη πέμφιγα, το rituximab έχει ως στόχο την επαναφορά του ανοσοποιητικού συστήματος σε μια κατάσταση στην οποία τα αυτοαντιδρώντα Β λεμφοκύτταρα εξαλείφονται ή ελέγχονται επαρκώς. Στην παρούσα αναφορά εξετάζονται ο μηχανισμός δράσης, η κλινική ανταπόκριση, καθώς και η ασφάλεια του βιολογικού παράγοντα rituximab.

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ HPV: Ο ΚΑΚΟΣ ΚΑΙ Ο ΑΣΧΗΜΟΣ, ΔΙΧΩΣ ΤΟΝ ΚΑΛΟ

Ευρυδίκη Νικήτα

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Επικουρική Επιμελήτρια Β', Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Ο Human Papilloma Virus (HPV), ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων, μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή και μολύνει το δέρμα και τους βλεννογόνους μας. Μέχρι στιγμής έχουν αναγνωριστεί πάνω από 100 τύποι του ιού, υπεύθυνοι για διαφορετικές κλινικές εικόνες, εκ των οποίων οι σημαντικότεροι είναι:

- HPV1 που προκαλεί ακροχορδώνες σε παλάμες-πέλματα
- HPV6,11 υπεύθυνοι σε ποσοστό 90% για τα κονδυλώματα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού
- HPV16,18 υπεύθυνοι για την δυσπλασία του τραχήλου καθώς και διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (ποσοστό 70%)

Αν και δεν υπάρχει τρόπος ίασης για την HPV λοίμωξη, υπάρχουν οι γνωστές συμπτωματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις (κρυοπηξία, η διαθερμοπηξία, το laser και τελευταία το RF). Ας μην ξεχνάμε την σημαντικότητα σε πρώτη φάση της προφύλαξης στη σεξουαλική επαφή και εν συνεχεία τον ρόλο κλειδί που έχει η πρόληψη για τα ογκογόνα στελέχη στις γυναίκες (ΠΑΠ τεστ), σε συνδυασμό με τα δύο νέα εμβόλια για νεαρά κορίτσια (τετραδύναμο για τους 4 HPV ιούς 6,11,16,18 και ένα για τους HPV ιούς 16 και 18), τα οποία έχουν τροφοδοτήσει, την ελπίδα για την αντιμετώπιση, πλέον, της λοίμωξης.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΝ ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ευγενία Τούμπη

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Επιμελήτρια Β', Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Ο μη μελανωματικός καρκίνος του δέρματος (NMSK) αποτελεί τη συχνότερη κακοήθεια σε μεταμοσχευμένους. Δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τις θεραπείες και συνήθως εξατομικεύονται. Επίσης, υπάρχει συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων (Δερματολόγοι, Χειρουργοί, Ογκολόγοι).

Η πρόληψη εξακολουθεί να αποτελεί βασική αρχή για τον καρκίνο του δέρματος σε μεταμοσχευμένους ασθενείς. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση πριν και μετά τη μεταμόσχευση είναι εξαιρετικά σημαντικά μέτρα. Πρέπει να τονίζονται τα μέτρα αντηλιακής προστασίας αυστηρά. Επίσης να γνωρίζουν οι ασθενείς τη σημασία της αυτοεξέτασης του δέρματός τους και την τακτική εξέταση τους από δερματολόγο. Σε περιπτώσεις όπου έχει δημιουργηθεί κάποια κακοήθης βλάβη του δέρματος η ριζική χειρουργική εξαίρεση εξακολουθεί να αποτελεί τη βασική θεραπευτική αντιμετώπιση εφόσον είναι εφικτή. Επίσης αναλόγως με τη περίπτωση εκτελείται συνδυασμός με θεραπεία του καρκινικού πεδίου, χορήγηση συστηματικών ρετινοειδών και τροποποίηση της ανοσοκατασταλτικής αγωγής. Σε προχωρημένες ή πολλαπλές βλάβες απαιτείται έλεγχος για τυχόν μεταστάσεις.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΟΜΑΛΟ ΛΕΙΧΗΝΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Παναγιώτα Λούμου - Παναγιωτοπούλου

Στοματολόγος, Ιατρός - Οδοντίατρος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιστημονική Συνεργάτης, Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Ο ομαλός λειχήνας είναι χρόνιο, ιδιοπαθές νόσημα, πιθανόν αυτοανόσου αιτιολογίας, προσβάλλον δέρμα, νύχια, βλεννογόνους. Η συχνότητα προσβολής του στόματος στον γενικό πληθυσμό είναι περίπου 1-4%. Ο ομαλός λειχήνας στο στόμα εμφανίζεται με τις εξής κλινικές μορφές: Δικτυωτή, Βλατιδώδη, Διαβρωτική, Πομφολυγώδη, Υπερτροφική, Μελαγχρωματική, Αποφλοιωτική ουλίτις.

Καμία θεραπευτική παρέμβαση δεν έχει μόνιμο αποτέλεσμα, παρατηρείται ανθεκτικότητα των βλαβών και συχνές υποτροπές μετά την διακοπή της θεραπείας. Θεραπεία συνήθως εφαρμόζεται σε συμπτωματικούς ασθενείς (κυρίως στην διαβρωτική - ατροφική μορφή). Γίνεται εκτίμηση σύνολης στοματικής κοιλότητας, συστήνεται στοματική υγιεινή, διακοπή καπνίσματος-αλκοόλ. Η εκλογή της θεραπείας γίνεται ανάλογα με την κλινική μορφή της νόσου, την βαρύτητα των βλαβών και τον ασθενή (ηλικία, ιστορικό, νοσήματα, φάρμακα κα).

Συστήνεται: I Πιθανώς καθόλου θεραπεία (κυρίως στην δικτυωτή-ασυμπτωματική μορφή).

II Τοπική θεραπεία (κυρίως για τον έλεγχο εντοπισμένων βλαβών-ιδιαίτερα της διαβρωτικής μορφής-).

III Συστηματική θεραπεία(κυρίως σε συμπτωματικό, εκτεταμένο ομαλό λειχήνα-ιδιαίτερα στην διαβρωτική μορφή)

IV Συνδυασμός-εναλλάξ τοπικής και συστηματικής θεραπείας.

Από τα τοπικά σκευάσματα πρώτης εκλογής είναι τα κορτικοστεροειδή πχ Clobetasol propionate gel, κρέμα, αλοιφή 0,05%.

Betamethasone valerate 0,1%, Cr,Oint

Κρέμα φλουοκινιδης 0,05% με Orabase

Ακετονούχος τριαμινολόνη 0,1% σε έκδοχο Orabase, δεύτερης εκλογής οι αναστολεις καλσινευρίνης.

Συστηματικά χορηγούνται κυρίως κορτικοστεροειδή (πχ. Πρεδνιζολόνη 20-40mg/ημ για 2-3 εβδ. Μείωση 5mg /εβδ, έως 1 μήνα) κα.

Οι στόχοι της θεραπείας είναι ο περιορισμός των συμπτωμάτων και η εξάλειψη των διαβρώσεων. Η συγχροήγηση αντιμυκητιακής θεραπείας συνήθως εφαρμόζεται εξ αρχής. Εν κατακλείδι η θεραπεία του στοματικού λειχήνα βασίζεται στην κλινική εμπειρία του γιατρού (απουσία μεγάλων τυχαιοποιημένων, ελεγχόμενων κλινικών μελετών), στην εξατομικευμένη θεραπεία και στην παρακολούθησή.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΗΜΙΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΚΑΤΩ ΧΕΙΛΟΥΣ

Γεώργιος Ι. Ζαμπάκος

Πλαστικός Χειρουργός, Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Τα χείλη είναι συχνή θέση εμφάνισης επιθηλιωμάτων, τα ακανθοκυτταρικά καρκινώματα να κυριαρχούν στο κάτω χείλος. Λόγω της ανατομικής ιδιαιτερότητας των χειλέων η αποκατάστασή τους μετά από εκτομή όγκων παρουσιάζει εξαιρετικές δυσκολίες. Δεν αρκεί απλά η κάλυψη του ελλείμματος αλλά απαιτείται λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση της περιοχής. Ο σφιγκτήρας του στόματος θα πρέπει να αποκατασταθεί ώστε να διατηρηθεί η δυνατότητα σύγκλεισης των χειλέων. Επιπλέον ο ημιβλεννογόνος των χειλέων αποτελεί εξειδικευμένο ιστό που δεν μπορεί να αντικατασταθεί από άλλους ιστούς. Ως εκ τούτου, η αποκατάσταση των ελλειμμάτων που δημιουργούνται από τη χειρουργική αντιμετώπιση του ακανθοκυτταρικού καρκίνου του κάτω χείλους είναι ιδιαίτερα δύσκολη και απαιτεί εξειδικευμένες τεχνικές της πλαστικής χειρουργικής. Παρουσιάζονται μία σειρά τεχνικών, που κυμαίνονται από απλή τριγωνική ή πενταγωνική εκτομή, μέχρι περίπλοκους τοπικούς κρημνούς (Schuchardt, Abbe, Webster-Bernard, Gillies, Karapandzic κ.ά.) που βασίζονται σε μελέτη της ανατομίας της περιοχής και εφαρμογή των αρχών της γεωμετρίας.

ΑΠΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΙΣ ΑΝΤΙΒΙΩΣΕΙΣ

Μιχάλης Π. Μακρής

Αλλεργιολόγος, Επιμελητής Α' Αλλεργιολογικής Μονάδας, Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών & Αφροδίσίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Ως απευαισθητοποίηση στα φάρμακα ορίζεται η επαγωγή προσωρινής ανοχής σε φάρμακο στο οποίο ο ασθενής είχε παρουσιάσει στο παρελθόν αντίδραση υπερευαισθησίας. Οι αντιδράσεις στις οποίες έχει ένδειξη η διενέργεια απευαισθητοποίησης είναι οι άμεσες και ειδικότερα IgE μεσολαβούμενες αν και πρόσφατα έχουν αναφερθεί απευαισθητοποιήσεις και σε επιβραδυνόμενου τύπου αντιδράσεις.

Ως **άμεσες αντιδράσεις (immediate)** ορίζονται αυτές που συμβαίνουν σε < 1 ώρα από την χορήγηση του φαρμάκου και οφείλονται συνήθως σε IgE μηχανισμό ή μη-IgE μεσολαβούμενη αποκοκκίωση σιτευτικών κυττάρων. Η κλινική εικόνα συνήθως περιλαμβάνει: Κνίδωση-αγγειοοίδημα, ρινίτιδα, βρογχόσπασμος, αναφυλαξία. Οι **επιβραδυνόμενες αντιδράσεις (non-immediate)** συμβαίνουν σε >1 ώρα 1- 48 ώρες από την χορήγηση του φαρμάκου και επάγονται από από Τ-κυτταρικούς πληθυσμούς ενώ εκδηλώνονται χαρακτηριστικά ως κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα ή κάποιο από τα φυσαλλιδώδη εξανθήματα (Stevens Johnson, Toxic Epidermal Necrolysis, Acute Generalized Exanthematous Postulosis κ.α).

Σημαντικές παράμετροι που πρέπει να γνωρίζει κανείς για την απευαισθητοποίηση είναι:

- Αποτελεί ένα **παροδικό** φαινόμενο
- **Είναι αντιγονο-ειδικό**: δεν γίνεται εξάλειψη της IgE και των μεσολαβητών των μαστοκυττάρων, ούτε αναστολή της δράσης της απτίνης
- Επιτυγχάνεται με την **επαναλαμβανόμενη χορήγηση υπο-θεραπευτικών δόσεων** του ενοχοποιούμενου φαρμάκου
- Όταν ολοκληρωθεί η **ανοχή διατηρείται μόνο με την συνεχή χορήγηση της θεραπείας**

Απόλυτες αντενδείξεις απευαισθητοποίησης αποτελούν:

- Stevens Johnson και Toxic Epidermal Necrolysis
- Φυσαλλιδώδη εξανθήματα
- Ερυθροδερμία
- Ορροοσία
- Αιματολογικές δυσκρασίες: αιμολυτική αναιμία, λευκοπενία, θρομβοκυτοπενία
- Οξεία Διάμεση νεφρίτιδα

Η πρώτη απευαισθητοποίηση στην πενικιλίνη περιγράφηκε πριν 60 έτη (Ο' Donovan WJ, Lancet 1946). Η διενέργεια της απευαισθητοποίησης μπορεί να γίνει per os, (προτιμητέα??), IV (bolus ή συνεχής έγχυση), ή σε εισπνεύσιμη μορφή. Η έναρξη γίνεται από 1/10.000 της δόσης και πραγματοποιείται διπλασιασμός της δόσης κάθε 15 min έως την επίτευξη της θεραπευτικής δόσης. Η ποσότητα που έγινε ανεκτή στην ενδοδερμική δοκιμασία μπορεί να αποτελέσει την αρχική δόση. Η ολοκλήρωση πραγματοποιείται με την χορήγηση της θεραπευτικής δόσης από την επιθυμητή οδό χορήγησης μετά 30 min.

ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΣΤΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Ειρήνη Γαλανού

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Πανεπιστημίου Αωζάνης, Διδάσκουσα Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών & Αφροδίσων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Τα επείγοντα στη δερματολογία αφορούν είτε περιπτώσεις όπου το εξάνθημα είναι μία συνοδός εκδήλωση γενικευμένης νοσολογικής οντότητας απειλητικής για την ζωή, είτε περιπτώσεις όπου το δέρμα δεν είναι απλώς ένα πεδίο εκδήλωσης της επείγουσας νόσου ή συνδρόμου αλλά το κατ'εξοχήν πάσχον όργανο στο οποίο εκτυλίσσεται εκτεταμένη φλεγμονή και από το οποίο πραγματοποιούνται μαζικές απώλειες. Στην πρώτη περίπτωση, η πρόωμη αναγνώριση του εξανθήματος είναι καίρια για την σωστή διάγνωση και την έγκαιρη, εντός των πρώτων ωρών, θεραπεία, όπως συμβαίνει για το εξάνθημα της μηνιγγιτιδοκοκκαϊμίας, του τοξικού σοκ από στρεπτόκοκκο, του τοξικού σοκ από σταφυλόκοκκο, κ.ά. Στη δεύτερη περίπτωση όταν το δέρμα πάσχει πρωτοπαθώς σε μεγάλη έκταση, γίνεται πύλη εισόδου λοιμώξεων και χάνει μαζικά ζωτικά στοιχεία, πρωτεΐνες, ηλεκτρολύτες: παράδειγμα η τοξική επιδερμική νεκρόλυση, το σύνδρομο αποφολιδώσης από σταφυλόκοκκο (Staphylococcal scalded skin syndrome) ή η γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση von Zumbusch. Τέλος υπάρχουν επείγουσες καταστάσεις εξωγενείς, όπου το δέρμα είναι η πύλη εισόδου τοξινών ή δηλητηριών μετά από επαφή ή νύγματα ή δήγματα χερσαίων ή θαλάσσιων οργανισμών (έντομα, ερπετά, μαλάκια, κ.ά) και όπου το εξάνθημα, αναφυλακτοειδές, αλλεργικό ή υπερευσαιθησίας, είναι το πρώτο μέρος μιας βαριάς γενικευμένης αντίδρασης· η ταυτότητα του οργανισμού-αιτίου προσδιορίζεται και από τα ίχνη του στο δέρμα, οπότε χορηγείται το ανάλογο υπάρχον αντίδοτο.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΕΚΖΕΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΧΕΙΡΩΝ

Κορίνα Τζίμα

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Το χρόνιο έκζεμα των χειρών σε όλες τις μορφές του (ερεθιστικού, αποπικτού, ή αλλεργικού εξ επαφής τύπου) αποτελεί μια από τις πλέον επιμένουσες και υποτροπιάζουσες δερματολογικές οντότητες, πλήττοντας το 5-10% του ελληνικού πληθυσμού με υπερχρή του γυναικείου φύλου, ενώ συνιστά παγκοσμίως την πρώτη σε κατάταξη επαγγελματική δερματοπάθεια. Παρά την ύπαρξη αρκετών θεραπευτικών επιλογών με βασικότερες τη χρήση τοπικών στεροειδών, αναστολέων της καλσινευρίνης και UV-θεραπείας, με ή χωρίς τη χρήση ψωραλενίων, φαίνεται ότι αυτές στην πλειοψηφία των ασθενών δεν προσφέρουν μακρόχρονη ύφεση ούτε μειώνουν ιδιαίτερα τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των εξάρσεων, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η νοσηρότητα των πασχόντων, να υποβαθμίζεται η ποιότητα ζωής τους αλλά και με την απώλεια εργατοωρών λόγω της ασθένειάς τους να επιβαρύνεται οικονομικά το κοινωνικό σύνολο. Εξάλλου, απουσιάζουν παγκοσμίως τα evidence-based-guidelines για την αντιμετώπιση της επιμένουσας αυτής δερματοπάθειας.

Μέχρι τώρα απουσίαζε επίσης η χρήση σε ευρεία βάση συστηματικής θεραπείας για την αντιμετώπιση του χρόνιου εκζέματος χειρών, κάτι που φαίνεται πλέον να αλλάζει με την εισαγωγή της χρήσης της αλιτρετινοΐνης (9-cis-ρετινοϊκό οξύ) συστηματικά στις βαριές περιπτώσεις της νόσου σε ενήλικες. Η αλιτρετινοΐνη αποτελεί αγωνιστή των υποδοχέων των ρετινοειδών RAR και RXR και επηρεάζει άμεσα την παραγωγή κυτοκινών στα κερατινοκύτταρα, ενώ μειώνει το επίπεδο δραστηριότητας των λευκοκυττάρων. Ανοιχτές προοπτικές και τυχαιοποιημένες συγκριτικές, διπλές τυφλές μελέτες που διεξήχθησαν τα τελευταία δύο χρόνια σε πάσχοντες ασθενείς για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του φαρμάκου, έδειξαν ανταπόκριση στη θεραπεία και ολική ίαση της νόσου στις 24 εβδομάδες χρήσης στο 80% και 55% των περιπτώσεων αντίστοιχα, με διακοπή της θεραπείας μόνο στο 15% των περιστατικών κυρίως λόγω της παρενέργειας της κεφαλαλγίας και με απουσία ανταπόκρισης μόνο στο 5,5% των περιστατικών. Εξάλλου, παραμονή του θεραπευτικού αποτελέσματος σε ελεύθερους νόσου ασθενείς παρατηρήθηκε κατά μέσο όρο για 5,5-6 μήνες μετά το τέλος της αγωγής και αυτό σε ασθενείς που δε συνέχισαν να εφαρμόζουν καμία τοπική προφύλαξη ή θεραπεία για τα χέρια τους.

Διαπιστώνουμε επομένως, ότι η χρήση της αλιτρετινοΐνης για 6 τουλάχιστον μήνες σε συνδυασμό με την καλή ενημέρωση του ασθενούς και τους συχνούς εργαστηριακούς ελέγχους, συνιστά μια ιδιαίτερα ελπιδοφόρα συστηματική θεραπεία με καλό και μακροχρόνιο αποτέλεσμα στις βαριές και υποτροπιάζουσες περιπτώσεις του χρόνιου εκζέματος χειρών που δεν ανταποκρίνονται στην τοπική θεραπεία.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΜΒΑΝ - ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Ευγένιος Κουμαντάκης

Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας, τ. Διευθυντής Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο

Οξέα συμβάντα υγείας, μη αναμενόμενα, απρόβλεπτα, επιπλοκές, μπορούν να συμβούν σε οποιοδήποτε ασθενή μετά από κάθε ιατρική πράξη, η οποία σύμφωνα με το Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας έχει σκοπό τη πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου.

Ο ασθενής απαιτεί από το γιατρό σήμερα περισσότερα από αυτά που μπορεί να του προσφέρει κι αν το αποτέλεσμα είναι δυσμενές, τότε ζητάει ποινικές ευθύνες για το γιατρό αλλά και αποζημιώσεις, έστω κι αν καταβλήθηκε η προσοχή που απαιτείται.

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που η αποτυχία σωστής διάγνωσης και θεραπείας ήταν αποτέλεσμα έλλειψης προσοχής και επιμέλειας που μπορούσε ο γιατρός στη συγκεκριμένη περίπτωση να καταβληθεί.

Η πλημμελής ενημέρωση από τον ιατρό και η έλλειψη συναίνεσης από τον ασθενή, στοιχειοθετούν ιατρική αμέλεια ή ιατρικό λάθος και κατ' επέκταση ποινικό ή αστικό αδίκημα.

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΟΡΓΑΝΩΝ: ΠΑΡΕΛΘΟΝ, ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ

Αλκιβιάδης Κωστάκης

Ομότιμος Καθηγητής Χειρουργικής και Μεταμοσχεύσεων, Διευθυντής του Κέντρου Πειραματικής Χειρουργικής του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ)

Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα των ιατροβιολογικών ερευνών τα τελευταία 60 χρόνια. Έτσι μέχρι σήμερα περισσότεροι από 1.500.000 ασθενείς έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση οργάνων και ιστών και στο διάστημα αυτό έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι. Στον τομέα της ανοσοκαταστολής η ανακάλυψη και η χρήση της κυκλοσπορίνης (Neoral) αρχικά και άλλων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων αργότερα, προώθησε σημαντικά τις μεταμοσχεύσεις αυξάνοντας την επιβίωση όλων των μεταμοσχευμένων οργάνων. Η πρόοδος εξ' άλλου στην ανοσολογία συνέβαλε στην καλύτερη ανοσολογική διερεύνηση δότη και λήπτη, ούτως ώστε να χορηγούνται τα πλέον συμβατά με τους λήπτες μοσχεύματα. Επί πλέον μετά από κατάλληλη προετοιμασία σήμερα γίνονται μεταμοσχεύσεις νεφρού μεταξύ ασύμβατων ομάδων αίματος δότη και λήπτη.

Στην εγχειρητική τεχνική έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος κυρίως όσον αφορά την μεταμόσχευση ήπατος, όπου σήμερα είναι δυνατή η μεταμόσχευση δύο τμημάτων ενός διαιρεθέντος ήπατος (split liver transplantation) από εγκεφαλικά νεκρό δότη σε δύο λήπτες ή η μεταμόσχευση ενός λοβού του ήπατος από τον γονέα στο παιδί. Επίσης σε διαβητική νεφροπάθεια προτιμάται η διπλή ταυτόχρονη μεταμόσχευση παγκρέατος και νεφρού σε ένα διαβητικό νεφροπαθή ασθενή. Σε πολλά κέντρα γίνεται επίσης και ταυτόχρονη μεταμόσχευση πολλαπλών οργάνων. Σήμερα η ιατροβιολογική έρευνα έχει στρέψει την προσοχή της στην δημιουργία και μελλοντική χρήση των επαγωγικά ποικιλοδύναμων stem cells μετά από επαναπρογραμματισμό για την θεραπεία πολλών νοσημάτων.

Η έρευνα αυτή θα αποτελέσει και το αντικείμενο μελέτης για το μέλλον.

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ

Όθων Παπαδόπουλος

Αναπληρωτής Καθηγητής Πλαστικής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Πλαστικής Χειρουργικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Γρηγόριος Χάμψας

Πλαστικός Χειρουργός, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Πλαστικής Χειρουργικής, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων, Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός

Β' Προπαιδευτική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Παρουσίαση της εμπειρίας μας στη χειρουργική αντιμετώπιση του Δερματικού Μελανώματος (Δ.Μ.) και της σημασίας της βιοψίας του Λεμφαδένα Φρουρού (Λ.Φ.) για τη σταδιοποίηση, τη θεραπεία και την πρόγνωση του μελανώματος.

Υλικό και Μέθοδοι: Τα τελευταία 27 χρόνια (1/1983-10/2010) αντιμετωπίσαμε 1176 ασθενείς (573 άνδρες και 603 γυναίκες) με 1199 μελανώματα. Η συχνότερη εντόπιση αφορούσε τον κορμό (403 περιπτώσεις), ακολουθούμενη από την κεφαλή και τον τράχηλο (356). Στις γυναίκες η συχνότερη εντόπιση ήταν η κεφαλή και ο τράχηλος και μετά τα κάτω άκρα. Αντίθετα, στους άνδρες η συχνότερη εντόπιση ήταν στον κορμό και μετά η περιοχή της κεφαλής και του τράχηλου. Οι συχνότεροι ιστολογικοί τύποι ήταν το SSM (439) και το NM (406). Σε 209 ασθενείς το βάθος του μελανώματος κατά Breslow κυμαινόταν από 1,1 mm έως 2 mm και σε 205 από 2,1 mm έως 4 mm. Από τον Οκτώβριο του 2000 χρησιμοποιούμε τη βιοψία του Λ.Φ. που μας δείχνει εάν υπάρχει μετάσταση στους λεμφαδένες. Στην περίοδο αυτή χειρουργήσαμε 350 ασθενείς (182 άνδρες, 168 γυναίκες) και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν και για τα δύο φύλα τα 56,5 έτη. Η συχνότερη εντόπιση του Λ.Φ. ήταν η μασχάλη (174) και ο συχνότερος ιστολογικός τύπος ήταν το NM (60%) και ακολουθούσε το SSM (30%). Ο μέσος όρος του Breslow του μελανώματος των ασθενών αυτών ήταν 3,03 mm. Οι 88 ασθενείς είχαν θετική βιοψία για μετάσταση.

Αποτελέσματα: Ο Λ.Φ. ανευρέθη σε ποσοστό 95,5%. Από το 2000 οι Λεμφαδενικοί Καθαρισμοί (Λ.Κ.) που πραγματοποιήθηκαν ήταν 86 και η συχνότερη περιοχή αφορούσε τη μασχάλη (45 περιπτώσεις) κι ακολουθούσε η βουβωνική (34). Είναι νωρίς να εκτιμηθούν 97 ασθενείς. Χάθηκαν τα ίχνη 450 ασθενών. 629 ασθενείς έχουν παρακολουθηθεί για περισσότερο από 1 χρόνο. Σημειώθηκαν 44 θάνατοι. Συμπληρωματική θεραπεία εφαρμόστηκε σε 191 ασθενείς.

Συμπεράσματα: Η συχνότητα του Δ.Μ. βαίνει αυξανόμενη. Οι ηλικιακές ομάδες που παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά μελανώματος είναι αυτές των 41-60 και 61-80. Η έγκαιρη διάγνωση της πρωτοπαθούς εστίας του Δ.Μ. είναι πολύ σημαντική για την επίτευξη της πρόληψης και του αποτελεσματικού ελέγχου της νόσου σε συνδυασμό πάντοτε με την επιλογή της κατάλληλης χειρουργικής αντιμετώπισης.

ΥΠΟΞΥΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ: ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

Παναγιώτης Γ. Σταυρόπουλος

Επίκουρος Καθηγητής, Α' Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», Ανοσοδερματολογικό Εργαστήριο και Ιατρείο Αυτοάνοσων Δερματοπαθειών

Ο Υποξύς δερματικός ερυθηματώδης λύκος (ΥΔΕΛ) περιγράφηκε σαν ξεχωριστή οντότητα το 1977 (Guthliam). Πρόκειται για κατάσταση με διακριτές δερματικές βλάβες, κυρίως σε ηλιοεκτεθειμένες περιοχές του σώματος, σε συνδυασμό με έντονη φωτοευαισθησία. Διακρίνονται δύο κυρίως κλινικές μορφές: ψωριασιομορφή ή εκζεματικού και δακτυλιοειδούς πολυκυκλικού τύπου, που μερικές φορές μπορεί να συνυπάρχουν. Οι δερματικές βλάβες δεν καταλείπουν ουλές ή δυσχρωμία και ο ΥΔΕΛ συνοδεύεται από θετικότητα των Ro-SSA (70-90%) και LaSSB (130-50%) αντισωμάτων. Η νόσος τοποθετείται μεταξύ του Χρόνιου ΔΕΛ και του Οξέως ΔΕΛ, με πιθανότητα 15% στην μετάπτωση σε Συστηματικού ΕΛ.

Η παθογένεια του ΥΔΕΛ παραμένει υποθετική. Περιβαλλοντικοί (υπεριώδης ακτινοβολία), γενετικοί (σχέση με συγκεκριμένα HLA) και ανοσολογικοί παράγοντες συμμετέχουν στην δημιουργία των σχετικών βλαβών της νόσου.

Η εργαστηριακή προσέγγιση του ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνει ιστολογική εξέταση, άμεσο ανοσοφθορισμό, έλεγχο για διάφορα αυτοαντισώματα, κ.α.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει φωτοθεραπεία, χορήγηση ανθελονοσιακών (υδροξυχλωροκίνη), συστηματικών-τοπικών κορτικοστεροειδών, τοπικών αναστολέων καλσινευρίνης (πιμεκρόλιμους-τακρόλιμους), ρετινοειδών, λοιπών ανοσοκατασταλτικών (αζαθειοπρίνη, μεθοτρεξάτη, κ.α.) καθώς και βιολογικών (στοχευμένων) παραγόντων. Η πρόγνωση θεωρείται ευνοϊκότερη του ΣΕΛ, αν και ο έλεγχος των ασθενών για την πιθανότητα μετάπτωσης σε ΣΕΛ θεωρείται απαραίτητος και συνεχής.

Τα παραπάνω θα αναπτυχθούν στα πλαίσια της εισήγησης, προβάλλοντας κυρίως τις τελευταίες εξελίξεις για θέματα όπως παθογένεια του ΥΔΕΛ, θεραπευτική προσέγγιση κ.α.

Βιβλιογραφία

-Stavropoulos PG, Goules A, Augerinou G, Kitsambas A. Pathogenesis of subacute cutaneous lupus erythematosus. J. Acad.Dermatol.-Venereol. 2008; 1281-1286.

ΤΕΤΡΑΔΥΝΑΜΟ HPV ΕΜΒΟΛΙΟ: ΠΡΟΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΣ ΣΟΒΑΡΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΟΙ ΙΟΙ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ

Ηλέκτρα Νικολαΐδου

Επίκουρη Καθηγήτρια Δερματολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

Το τετραδύναμο εμβόλιο περιλαμβάνει τους τύπους 6,11,16 και 18 των HPV. Οι τύποι 6 και 11 προκαλούν περισσότερο από το 90% των κονδυλωμάτων και οι τύποι 16 και 18 το 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας. Το εμβόλιο είναι εγκεκριμένο στις ΗΠΑ και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Στην Ελλάδα, χορηγείται δωρεάν σε κορίτσια και γυναίκες 9-26 ετών.

Το εμβόλιο εμφανίζει πολύ υψηλή αποτελεσματικότητα στην προστασία από:

- Προκαρκινικές βλάβες τραχήλου μήτρας, κόλπου και αιδοίου
- Αδενοκαρκίνωμα in situ τραχήλου μήτρας
- Καρκίνο τραχήλου μήτρας, κόλπου και αιδοίου
- Κονδυλώματα (και σε άνδρες 9-26 ετών)

που προκαλούνται από τους τύπους τους οποίους περιλαμβάνει. Μέχρι σήμερα έχει τεκμηριωθεί 5ετής προστασία.

Το εμβόλιο έχει προφυλακτικό και όχι θεραπευτικό χαρακτήρα, δε μεταβάλλει δηλαδή την εξέλιξη μιας ήδη εγκατεστημένης λοίμωξης. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, ο εμβολιασμός έχει μεγαλύτερο όφελος σε κορίτσια/γυναίκες που δεν είναι ακόμη σεξουαλικά ενεργείς. Αν μία γυναίκα έχει ήδη κολλήσει κάποιο τύπο HPV, το εμβόλιο θα την προστατέψει μόνο από τους υπόλοιπους τύπους που περιλαμβάνει.

Εκτός από τους 4 τύπους που περιλαμβάνει, το εμβόλιο παρέχει διαστανρούμενη προστασία, έως ένα ποσοστό, και από άλλους ογκογόνους τύπους. Ωστόσο, επειδή η προστασία αυτή δεν είναι πλήρης, οι γυναίκες πρέπει να συνεχίσουν να υποβάλλονται σε τεστ Παπανικολάου.

Το εμβόλιο είναι ασφαλές. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειές του είναι οι τοπικές αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης και τα λιποθυμικά επεισόδια.

MANAGEMENT OF ATOPIC DERMATITIS WITH MODERN TCs

Thomas A. Luger

Professor and Chairman, Department of Dermatology, University Clinic Münster

Atopic dermatitis (AD) is a multigenic chronic inflammatory disease characterized by eczema and pruritus. Recent progress has been achieved in our understanding about the complex mechanisms underlying the pathophysiology of atopic dermatitis involving dysfunction of both innate and adaptive immune-responses as well as an impaired skin barrier function. As a consequence several novel strategies for the treatment of AD have been developed and others even more promising ones are in sight. These approaches include novel drugs, small peptides and “biologics” such as cytokines, humanized antibodies, fusion proteins, and receptor (ant-) agonists. Among these, calcineurin inhibitors and some “biologics” appear to be the most promising compounds as of yet. Accordingly, topically applied calcineurin inhibitors such as tacrolimus or pimecrolimus as well as novel topical glucocorticosteroids such as methylprednisolone aceponate are considered to be safe and highly effective in particular when they are used in early stages of the disease in a proactive approach. Selective glucocorticoid receptor agonists (SEGRA) are novel class of effective and more safe glucocorticosteroids which are currently being investigated in early clinical studies. The emerging better understanding of pathomechanisms underlying AD will lead to the identification of key-targets which ultimately will allow for the development of newer, safer and more effective compounds.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ, ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ, ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Ιωάννης Πέρος

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος

Ο αριθμός των μικρών επεμβάσεων Δερματοχειρουργικής που εκτελούνται με ασφάλεια στα ιατρεία των Δερματολόγων με χρήση τοπικής αναισθησίας ολοένα και αυξάνεται. Θεμελιώδη σημασία, όπως σε όλες τις ιατρικές πράξεις, έχει και εδώ η λήψη ενός σχολαστικού ιστορικού. Η καταγραφή κάθε πάθησης και θεραπείας που μπορεί να επηρεάσει την ασφαλή διενέργεια της επέμβασής μας, ο έγκαιρος εντοπισμός και αναγνώριση ασθενών υψηλού κινδύνου και η λήψη των απαραίτητων μέτρων προστατεύουν εμάς και τους ασθενείς μας. Η τοπική αναισθησία, ανάλογα με το μέγεθος της επέμβασης, μπορεί να γίνει με ψύξη, χρήση κρέμας ή διήθηση με ενέσιμο διάλυμα.

Η εφαρμογή της εξοιδηματικής αναισθησίας (tumescant anesthesia) που εισήχθη από τους δερματολόγους Jeffrey Klein και Patrick Lillis το 1988 έφερε κυριολεκτικά την επανάσταση στον χώρο των επεμβάσεων που αφορούν το Δέρμα και το υποδόριο λίπος. Ο Δερματοχειρουργός πλέον μπορεί να εκτελέσει αρκετά μεγάλου μεγέθους επεμβάσεις χωρίς τον φόβο επιπλοκών όπως αιμορραγία, σχηματισμός αιματώματος, ή συστηματικές παρενέργειες από την χρήση της ξυλοκαΐνης. Επιδιώκουμε την μέγιστη δυνατή ασήψια κατά την διενέργεια της επέμβασής μας.

Μετεγχειρητικά οι καθημερινές αλλαγές και η χρησιμοποίηση αντιβιοτικών και αντισηπτικών επιθεμάτων εξασφαλίζουν την ασφαλή μετεγχειρητική πορεία και το βέλτιστο αποτέλεσμα για την επέμβασή μας.

ΑΠΛΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ

Κωνσταντίνος Νούσης

Διευθυντής Δερματολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Η ατρακτοειδής ή ελλειψοειδής εκτομή (fusiform or elliptical excision) αποτελεί την κύρια χειρουργική τεχνική για τη θεραπευτική αφαίρεση καλοήθων και κακοήθων βλαβών του δέρματος.

Ο μακρότερος άξονας της εκτομής θα πρέπει να προσανατολίζεται παράλληλα προς τις γραμμές του δέρματος και το πλάτος της δεν πρέπει να υπερβαίνει το 1/3 του μήκους.

Η ελλειψοειδής τομή είναι δυνατό να είναι καμπυλόγραμμη ή ημισελήνοειδής (μηνοειδής - crescentic) για την καλύτερη ευθυγράμμιση της τελικής ουλής προς τις γραμμές τάσεως του δέρματος.

Αν η εκτομή γίνει με ακριβείς διαστάσεις (σχέση μήκους/πλάτους 3:1 και με γωνία 30° σε κάθε έναν από τους πόλους της τομής αποφεύγεται η δημιουργία dog ears (standing cones, ιστάμενοι κώνοι). Τα dog ears αντιπροσωπεύουν τη συσσώρευση περίσσειας δέρματος στα άκρα της χειρουργικής εκτομής κατά τη συρραφή της και πρέπει να διορθώνονται με αφαίρεση τριγωνικού τεμαχιδίου ή με m-plasty. Η υποσκαφή του δέρματος με αμβλύ ψαλίδι αποκολλά το δέρμα από τον υποκείμενο λιπώδη ιστό, αναστρέφει τα χείλη της χειρουργικής τομής και ελαττώνει την τάση τους να απομακρυνθούν.

«ΚΡΗΜΝΟΙ ΚΑΙ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΑ» ΣΤΗ ΔΕΡΜΑΤΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Γεώργιος Αναστασιάδης

Διδάκτωρ Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»

Τα δερματικά ελλείματα που προκύπτουν από την χειρουργική αφαίρεση διαφόρων βλαβών στο δέρμα μπορεί να καλυφθούν με διάφορους τρόπους. Ο γενικός κανόνας που ισχύει είναι να γίνει η απλούστερη δυνατή σύγκλειση που επιτυγχάνει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η κάλυψη του ελλείματος όταν δεν μπορεί να γίνει με απλή συρραφή μιας ατροκτοειδούς εκτομής, τότε οι δυνατότητες που υπάρχουν είναι:

1. να αφαιρεθεί και να γίνει επούλωση κατά δεύτερο σκοπό
2. να σχεδιαστεί ειδικός κρημνός - ο απλούστερος δυνατός- και να καλυφθεί το έλλειμα από γειτονική προς αυτό δερματική περιοχή και
3. να καλυφθεί το έλλειμα με μόσχευμα ολικού δερματικού πάχους, μερικού δερματικού πάχους ή με σύνθετο μόσχευμα που θα δώσει το καλύτερο αποτέλεσμα.

Στην εισήγηση περιγράφονται τα κυριότερα είδη δερματικών κρημνών και μοσχευμάτων που χρησιμοποιούνται στην Δερματοχειρουργική.

FLAPS AND GRAFTS IN DERMATOLOGIC SURGERY

Dr. George Anastasiadis

Dermatologist in General Hospital of Athens "Evangelismos"

Skin defects after surgical excision of various skin lesions can be covered by many ways. The general rule is to suture it in the simplest way that we can.

When we can't suture the defect in a simple way we can:

1. let the defect heal in the second intention way
2. plan a special flap -as simple as possible- to cover the defect from the neighbour skin region and
3. cover the skin defect with a whole skin or split skin graft or a composite graft

In this session we describe the most important flaps and grafts in Dermatologic surgery.

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

Κωνσταντίνος Νεαμονιός

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος, Laser Derm Academy

Ο δερματολόγος ανά πάσα στιγμή στην καθημερινή πράξη βρίσκεται αντιμέτωπος με πολυποίκιλα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα και καλείται να δώσει τη λύση στο δερματολογικό πρόβλημα του ασθενούς.

Πρέπει να χρησιμοποιήσει την πλέον ορθότερη θεραπεία ανάλογα με την εμπειρία του.

Αυτό αφορά αφ' ενός την τοπική και συστηματική θεραπευτική αγωγή για δερματολογικά προβλήματα και αφετέρου να επιλέγει και να έχει εναλλακτικές - επεμβατικές λύσεις για περιστατικά που καλείται να αντιμετωπίσει.

Είναι ορθότερο ο δερματολόγος να έχει ποικίλες επεμβατικές τεχνικές και όχι μόνο μία επεμβατική μέθοδο ώστε να επεμβαίνει και να δίνει λύσεις στα προβλήματα των ασθενών.

ΦΑΣΜΑ ΑΓΓΕΙΪΤΙΔΩΝ, ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ανδρονίκη Δ. Τόσκα

Καθηγήτρια Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτη, Διευθύντρια Δερματολογικής - Αφροδισιολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Στη διάλεξη αυτή θα παρουσιαστούν οι κλινικές μορφές των αγγειϊτίδων.

Από τις διάφορες ταξινομήσεις των αγγειϊτίδων οι περισσότερες είναι λίγο ή πολύ αυθαίρετες. Εμείς λαμβάνουμε υπόψη την ταξινόμηση του ACR (Αμερικανικού Κολλεγίου Ρευματολογίας) και την ονοματολογία της συνόδου συνολόγησης του Chapelhill για τις αγγειϊτίδες. Καταστάσεις όπως έμμοно επηρμένο ερύθημα, κοκκίωμα του προσώπου, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, ουδετεροφιλικές δερματοπάθειες δεν θα περιληφθούν.

Οι οντότητες που θα περιγραφούν με λεπτομέρεια είναι: δερματική λευκοκυττοκλαστική αγγειϊτίδα, η πορφύρα Henoch-Schoenlein, η κνιδωτική αγγειϊτίδα, η κρυοσφαιριναμική αγγειϊτίδα, η κοκκιομάτωση του Wegener, η μικροσκοπική πολυαγγειϊτίδα, το σύνδρομο Churg-Strauss, η οζώδης πολυαρθρίτις, το σύνδρομο Kawasaki, η κροταφική αρτηρίτις, η αρτηρίτις Takayasu, η ρευματοειδής αγγειϊτίς, η νόσος του Buerger, και η αγγειϊτίδα του κεντρικού νευρικού συστήματος. Θα ειπωθούν μερικά βασικά για την παθοφυσιολογία των αγγειϊτίδων και εν συντομία θεραπευτικές παρεμβάσεις.

ΜΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΜΙΤΟΧΟΝΔΡΙΑ: ΣΥΝΕΝΟΧΟΙ ΣΤΙΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΕΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Θεοχάρης Κ. Θεοχαρίδης, MS, PhD, MD ^{a,b,c,g,*}, Bodi Zhang, MD, MPH ^{a,b}, Κωνσταντίνος-Διονύσιος Αλυσανδράτος, MD ^{a,c}, Ασημένια Αγγελίδου, MD ^{a,c}, Shahrzad Asadi, PharmD ^a, Νικόλαος Σισμανόπουλος, MD ^a, Δανάη-Αναστασία Δελιβάνη, MD ^a, Zuyi Weng, MS ^a, Αλεξάνδρα Μηνιάτη, MD ^{a,c}, Μαγδαληνή Βασιάδη, BS ^{a,c}, Αλεξάνδρα Κατσαρού-Κάτσαρη, MD, PhD ^d, Benchen Miao, PhD ^e, Susan E. Leeman, PhD ^f, Δημήτριος Καλογερομήτρος, MD, PhD ^c

a. Molecular Immunopharmacology and Drug Discovery Laboratory, Department of Molecular Physiology and Pharmacology, Tufts University School of Medicine, Boston, MA, USA

b. Department of Biochemistry, Tufts University School of Medicine, Boston, MA, USA

c. Κέντρο Κλινικών Μελετών Αλλεργιολογίας, Αλλεργιολογική Μονάδα, Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

d. Α' Δερματολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αλ. Συγγρός, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

e. Nutrition and Cancer Biology Laboratory, Jean Mayer USDA Human Nutrition Research Center on Aging at Tufts University, Boston, MA, USA

f. Department of Pharmacology, Boston University Medical School, Boston, MA, USA

g. Department of Internal Medicine, Tufts University School of Medicine, Tufts Medical Center, Boston, MA, USA

Εισαγωγή: Τα μαστοκύτταρα προέρχονται από προγονικά αιμοποιητικά κύτταρα και συμμετέχουν σε αλλεργικές, άνοσες και φλεγμονώδεις διεργασίες στους ιστούς. Τα μαστοκύτταρα εκκρίνουν πολλούς διαβιβαστές, μεταξύ των οποίων την προαποθκευμένη TNF, όταν πυροδοτούνται από αλλεργικά, νευρικά και περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Δυστυχώς, ακόμη δεν είναι γνωστός ο μηχανισμός ελέγχου της αποκοκκίωσης.

Στόχος: Στην εργασία αυτή μελετήσαμε τον ρόλο των μιτοχονδρίων στην αποκοκκίωση των ανθρωπίνων μαστοκυττάρων.

Μέθοδοι: Ανθρώπινα μαστοκύτταρα από αίμα ομφάλιου λώρου (hCBMCs) και LAD2 μαστοκύτταρα εξετάστηκαν με Confocal and Differential Interference Contrast μικροσκοπία κατά την διάρκεια πυροδότησής τους με IgE/αντιγόνο, και Ουσία P (SP). Τα μαστοκύτταρα στο δέρμα υγιών ατόμων και ασθενών με Ατοπική Δερματίτιδα (ΑΔ) εξετάστηκαν με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο (TEM). Τα κύτταρα LAD2 προεπεωάστηκαν με το φάρμακο MDIVI-1, έναν αναστολέα της πρωτεΐνης Dynamin Related Protein 1 (Drp1), και με siRNA για την Drp1, η οποία είναι απαραίτητη για την διάσπαση και μετατόπιση των μιτοχονδρίων. Η έκφραση των γονιδίων των πρωτεϊνών calcineurin και Drp1 αξιολογήθηκε με Q-PCR στα πυροδοτημένα LAD2 κύτταρα και στις δερματικές βιοψίες. Η εξωκυττάρια έκκριση μιτοχονδριακού DNA (7S και Cytochrome B) μετρήθηκε με Q-PCR χρησιμοποιώντας GADPH ως μάρτυρα. Οι κυτταροκίνες μετρήθηκαν με ELISA.

Αποτελέσματα: Πυροδότηση των hCBMCs με IgE/αντιγόνο, και των LAD2 κυττάρων με SP είχε ως αποτέλεσμα την ταχεία (30 min) έκκριση προαποθκευμένης TNF. Η αποκοκκίωση συνοδεύεται από μετατόπιση των μιτοχονδρίων από την αρχική θέση τους γύρω από τον πυρήνα σε περιοχές της επιφάνειας όπου παρατηρείται εξωκυττάρωση. Αφαίρεση εξωκυττάρου αοβέσιου αποκλείει αυτές τις διεργασίες. Οι πρωτεΐνες calcineurin και Drp1 ενεργοποιούνται σε 30 λεπτά μετά από πυροδότηση με SP. Προεπώαση με τον αναστολέα της Drp1, MDIVI-1 ή με siRNA για την Drp1, αναστέλλουν την μετατόπιση των μιτοχονδρίων, την αποκοκκίωση, και την έκκριση του TNF. Η μετατόπιση των μιτοχονδρίων επιβεβαιώθηκε με TEM σε δερματικά μαστοκύτταρα από βιοψίες ασθενών με ΑΔ στις οποίες η έκφραση των γονιδίων των πρωτεϊνών calcineurin, Drp1 και SP είναι αυξημένη συγκριτικά με υγιές δέρμα. Η αποκοκκίωση των μαστοκυττάρων συνοδεύεται με έκκριση μιτοχονδριακού DNA. Επιπλέον, απομονωμένα μιτοχόνδρια έχουν την ικανότητα να πυροδοτήσουν την έκκριση β-εξωσαμινδάσης, όπως και IL-8 and TNF από μαστοκύτταρα.

Συμπέρασμα: Η αποκοκκίωση των μαστοκυττάρων συνοδεύεται από δυναμική μετατόπιση των μιτοχονδρίων, η οποία παρατηρείται επίσης στην ΑΔ, και από έκκριση μιτοχονδριακού DNA, το οποίο πυροδοτεί τα μαστοκύτταρα και άλλα κύτταρα του άνοσου συστήματος με αποτέλεσμα την έκκριση προφλεγμονωδών κυτταροκινών IL-8 and TNF, οι οποίες συμβάλλουν στην παθογένεση αυτοάνοσων παθήσεων του δέρματος.

Χρηματοδότηση: Η μελέτη αυτή επιχορηγήθηκε από το NIH R01 AR47652 στον ΘΚΘ.

MAST CELLS AND MITOCHONDRIA: CULPRITS IN SKIN AUTOIMMUNITY

Theoharis C. Theoharides, MS, PhD, MD ^{a,b,c,g,*}, Bodi Zhang, MD, MPH ^{a,b},
Konstantinos-Dionysios Alysandratos, MD ^{a,c}, Asimenia Angelidou, M D ^{a,c},
Shahrazad Asadi, PharmD^a, Nikolaos Sismanopoulos, MD ^a, Danae-Anastasia Delivanis, MD ^a,
Zuyi Weng, MS ^a, Alexandra Miniati, MD ^{a,c}, Magdalini Vasiadi, BS ^{a,c},
Alexandra Katsarou-Katsari, MD, PhD ^d, Benchen Miao, PhD ^e, Susan E. Leeman, PhD ^f,
Dimitrios Kalogeromitros, MD, PhD ^c

a. Molecular Immunopharmacology and Drug Discovery Laboratory, Department of Molecular Physiology and Pharmacology, Tufts University School of Medicine, Boston, MA, USA

b. Department of Biochemistry, Tufts University School of Medicine, Boston, MA, USA

c. Allergy Clinical Research Unit, Allergy Section, Attikon General Hospital, University of Athens Medical School, Athens, Greece

d. First Department of Dermatology, A. Syggros Hospital, University of Athens Medical School, Athens, Greece

e. Nutrition and Cancer Biology Laboratory, Jean Mayer USDA Human Nutrition Research Center on Aging at Tufts University, Boston, MA, USA

f. Department of Pharmacology, Boston University Medical School, Boston, MA, USA

g. Department of Internal Medicine, Tufts University School of Medicine, Tufts Medical Center, Boston, MA, USA

Background: Mast cells derive from hematopoietic cell precursors and participate in tissue allergic, immune and inflammatory processes. They secrete many mediators, including preformed TNF, in response to allergic, neuropeptide and environmental triggers. However, regulation of mast cell degranulation is not well-understood.

Objective: We investigated the role of mitochondrial dynamics in degranulation of human cultured mast cells.

Methods: Human umbilical cord blood-derived mast cells (hCBMCs) and LAD2 mast cells were examined by Confocal and Differential Interference Contrast microscopy during activation by IgE/antigen and substance P (SP). Mast cells in control and Atopic Dermatitis (AD) skin were evaluated by transmission electron microscopy (TEM). LAD2 cells were pretreated with MDIVI-1, a Dynamin Related Protein 1 (Drp1) inhibitor, and siRNA for Drp1, which is necessary for mitochondrial fission and translocation. Calcineurin and Drp1 gene expression was analyzed in stimulated LAD2 cells and AD skin biopsies. Extracellular mitochondrial DNA was measured by Q-PCR and was compared to nuclear GADPH. Cytokines were measured by ELISA.

Results: Stimulation of hCBMCs with IgE/antigen or LAD2 cells with SP leads to rapid (30 min) secretion of preformed TNF. Degranulation is accompanied by mitochondrial translocation from a perinuclear location to exocytosis sites. Extracellular calcium depletion prevents these effects, indicating calcium requirement. The calcium-dependent calcineurin and Drp1 are activated 30 min after SP stimulation. Reduction of Drp1 activity by MDIVI-1 and decrease of Drp1 expression using siRNA inhibit mitochondrial translocation, degranulation and TNF secretion. Mitochondrial translocation is also evident by TEM in skin mast cells from AD biopsies, where gene expression of calcineurin, Drp1 and SP is higher compared to normal skin. Mast cell degranulation also resulted in release of mitochondrial DNA. Incubation of mast cells with isolated mitochondria resulted in beta-hexosaminidase, as well as IL-8 and TNF release from mast cells.

Conclusion: Human mast cell degranulation requires mitochondrial dynamics, shown to be implicated in AD. Mast cell degranulation also results in release of mitochondrial DNA, which has autocrine and paracrine actions stimulating release of pro-inflammatory cytokines that contribute to skin auto-immunity.

Grant support: This work was supported in part by NIH grant R01 AR47652 to TCT.

ΨΩΡΙΑΣΗ - ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ

Νικόλαος Σταυριανέας

Καθηγητής Δερματολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Β' Κλινικής Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικό», Πρόεδρος του Ελληνικού Κολλεγίου Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας

Το στρογγυλό αυτό τραπέζι σκοπό έχει να αναδείξει το πρόβλημα συννοσηρότητας όπως ευρύτερα αναφέρεται στην ψωριασική νόσο.

Ένα σύνολο συστημάτων ελέγχεται για τον ψωριασικό ασθενή στο Ιατρείο Ψωρίασης του «Αττικού Νοσοκομείου» ώστε να καταλήξουμε στα δικά μας συμπεράσματα σε σχέση με τους παράγοντες που βελτιώνονται ή μη, με τις συστηματικές θεραπείες της ψωρίασης.

Στην ψωρίαση και το μεταβολικό σύνδρομο θα αναφερθεί ο Αναπληρωτής Καθηγητής κ. Δημήτριος Χατζηδάκης. Ο Επίκουρος Καθηγητής κ. Ευάγγελος Γιαμαρέλλος - Μπουρμπούλης θα παραθέσει τα ευρήματα του ειδικού εργαστηρίου σχετικά με τα επίπεδα κυτταροκινών στην ψωρίαση. Ο Καρδιολόγος Αναπληρωτής Καθηγητής κύριος Ιωάννης Λεκάκης θα επιστήσει την προσοχή μας στο ρόλο της ενδοθυλιακής λειτουργίας στους ψωριασικούς ασθενείς. Στη συνέχεια, ο Ρευματολόγος κύριος Γρηγόριος Σκαφαντάβος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., θα αναλύσει τη στρατηγική του ρευματολόγου στην ψωριασική αρθρίτιδα και η Πνευμονολόγος κυρία Αικατερίνη Βλάμη θα αναλύσει τις παρατηρήσεις της στο Σύνδρομο άπνοιας στον ψωριασικό ασθενή.

ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΙ IL-17

Ανάγυρος Κουρής¹

Άμισθος Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Πανεπιστημιακή Κλινική Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Αικατερίνη Πιστίκη²

Βιολόγος, Επιστημονική Συνεργάτης Πανεπιστημίου Αθηνών, Δ' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Ευάγγελος Ι. Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης²

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Δ' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Νικόλαος Σταυριανέας¹

Καθηγητής Δερματολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Β' Κλινικής Δερματικών & Αφροδισίων Νόσων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Πρόεδρος του Ελληνικού Κολλεγίου Δερματολογίας - Αφροδισιολογίας

Εισαγωγή: Η ψωρίαση αποτελεί δερματοπάθεια με γενετικά προκαθορισμένη ανωμαλία στην ρύθμιση της διαφοροποίησης και της μιτωτικής δραστηριότητας των επιθηλιακών κυττάρων της επιδερμίδας. Πρωταρχικό ρόλο στην έναρξη και διατήρηση των ψωριασικών αλλοιώσεων παίζουν τα Τ-λεμφοκύτταρα αφού η φλεγμονώδης διήθηση στο χόριο των επιδερμιδικών βλαβών.

Σκοπός: Μεταβολές της εκκριτικής ικανότητας των Τ-λεμφοκυττάρων ασθενών με ψωρίαση για την παραγωγή IL-17 σε σχέση με υγιείς μάρτυρες.

Υλικό-Μέθοδος: Στην μελέτη μας μετείχαν 30 ασθενείς οι οποίοι εξετάστηκαν από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Β' Κλινικής Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων του Πανεπιστημίου Αθηνών. Σε αυτούς περιλαμβάνονταν όλες οι ηλικίες, οι μορφές και τα στάδια της νόσου. Η κατηγοριοποίηση σε σχέση με την βαρύτητα της νόσου έγινε σύμφωνα με την βαθμολογία στην κλίμακα PASI (Psoriasis Area and Severity Index) σε ήπιας-μέτριας μορφής (PASI<10) (10 ασθενείς) και βαριάς μορφής (PASI>10) (20 ασθενείς). Επίσης, οι ασθενείς δεν ελάμβαναν ή είχαν διακόψει συστηματικής αγωγής τους τελευταίους 6 μήνες. Οι 30 μάρτυρες που μετείχαν στη μελέτη ήταν αντίστοιχου φύλου, ηλικίας και σωματικού βάρους με τον ασθενή. Την ημέρα της αιμοληψίας προϋπόθεση ήταν ο μάρτυρας να μην λαμβάνει αντιβιοτικά και να μην έχει ενεργό λοίμωξη. Έγινε απομόνωση των μονοκυττάρων (PBMC's) από περιφερικό αίμα των ασθενών και των μαρτύρων. Αυτά μετρήθηκαν και τοποθετήθηκαν σε πλάκα U-Shape των 96well (5x10⁵ κύτταρα/well) και διεγέρθηκαν με τους παρακάτω διεγέρτες: Θρεπτικό υλικό, LPS (10 ng/ml), Pam3Cis (5 μg/ml), PHA (5 μg/ml) και θερμικά αδρανοποιημένους μικροοργανισμούς *P.aeruginosa*, *MRSA*, *C.albicans* (5x10⁵ cfu/ml). Το θρεπτικό υλικό που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε RPMI 1640, πενικιλίνη, στρεπτομυκίνη και 10% FBS. Ακολούθησε επώαση για 5 ημέρες στους 37°C με 5% CO₂ προς παραγωγή κυταροκινών. Κατόπιν οι πλάκες φυγοκεντρήθηκαν και συλλέχθηκαν τα υπερκείμενα τα οποία φυλάχθηκαν στους -70°C μέχρι τη μέτρηση της IL-17 με μέθοδο ενζυμικής ταυτοποίησης (ELISA).

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε ότι η συγκέντρωση της IL-17 στους ασθενείς με ψωρίαση είναι μεγαλύτερη αυτής των μαρτύρων κατόπιν διέγερσης με PHA. Δεν υπήρχε διαφορά στην συγκέντρωση της IL-17 όταν τα κύτταρα διεγέρθηκαν με LPS, Pam3Cis, και θερμικά αδρανοποιημένους μικροοργανισμούς. Διαφορά δεν βρέθηκε και στην συσχέτιση της συγκέντρωσης της IL-17 με τη βαρύτητα της νόσου.

Συμπέρασμα: Η εκκριτική ικανότητα των Th17-λεμφοκυττάρων των ασθενών με ψωρίαση διαφέρει σημαντική από αυτήν των μαρτύρων κατόπιν διέγερσης με PHA. Η ικανότητα αυτή είναι ανεξάρτητη από την βαρύτητα της νόσου.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΝΕΚΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΠΥΗΤΙΚΗ ΙΔΡΑΔΕΝΙΤΙΔΑ

Σ.Ι. Γιαμαρέλλου¹, Β. Τζανετάκου², Α. Σάββα², Α. Κωτσάκη², Γ. Δαμοράκη², Δ. Κατσαλά², Ε.Ι. Γιαμαρέλλος-Μπουρμπούλης², Ν.Γ. Σταυριανέας¹

1. Β' Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

2. Δ' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Σκοπός: Με βάση μελέτες, που εμπλέκουν διαταραχές του ανοσιακού μηχανισμού στην παθογένεια της Πυώδους Ιδραδενίτιδας (ΠΙ)¹, έχουν χρησιμοποιηθεί βιολογικά φάρμακα έναντι του παράγοντα νέκρωσης των όγκων (TNFα) στη θεραπεία της με ενθαρρυντικά αποτελέσματα^{2,3}. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των πολυμορφισμών μονήρους νουκλεοτιδίου (SNPs) του γονιδίου του TNFα σε ασθενείς με ΠΙ.

Υλικό και Μέθοδος: Απομονώθηκε γενετικό υλικό από ηπαρινισμένο φλεβικό αίμα από 106 ασθενείς και 108 υγιείς εθελοντές με τη μέθοδο του Purigen Blood Core Kit της Purigen. Ακολούθησε ενίσχυση των ακολουθιών στις θέσεις -376, -238 και -308 του προαγωγέα του γονιδίου του TNFα με χρήση αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης και μελέτη των SNPs μετά πέψη των προϊόντων της αντίδρασης με αντίστοιχες ενδονουκλεάσες περιορισμού. Η οπτικοποίηση των αποτελεσμάτων έγινε σε γέλη αгарόζης 2%.

Αποτελέσματα: Αναφορικά με το -238 SNP, 104 υγιείς εθελοντές ήταν φορείς του G/G αγρίου τύπου του αλληλίου και 4 ήταν G/A ετεροζυγώτες, ενώ στην ομάδα των ασθενών παρατηρήθηκαν 94 φορείς του G/G αγρίου τύπου του αλληλίου και 12 G/A ετεροζυγώτες (p: 0.030). Ο σχετικός κίνδυνος εκδήλωσης ΠΙ στους φορείς του -238 SNP ήταν 3,319 σε σχέση με τους φορείς αγρίου τύπου του αλληλίου. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις φορείς του -376 και του -308 SNP των πασχόντων από ΠΙ και των υγιών εθελοντών καθώς και συσχέτιση μεταξύ φορείς SNPs και βαρύτητας της νόσου.

Συμπεράσματα: Η παρουσία SNP στην θέση -238 του γονιδίου του TNFα δεν σχετίζεται με την βαρύτητα της νόσου αλλά σχετίζεται θετικά με την εκδήλωση ΠΙ, με σχετικό κίνδυνο 3,319.

1. Giamarellos-Bourboulis EJ et al. Altered innate and adaptive immune responses in patients with hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol.* 2007;156(1):51-6.

2. Giamarellos-Bourboulis EJ et al. An open-label phase II study of the safety and efficacy of etanercept for the therapy of hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol.* 2008;158:567-572

3. Grant A et al. Infliximab therapy for patients with moderate to severe hidradenitis suppurativa: a randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trial. *J Am Acad Dermatol.* 2010 Feb;62(2):205-17

AA01

ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΛΙΠΟΥΣ ΣΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΥΠΟΥ PARRY - ROMBERG

I. Διαπάκης, MD, PhD

Opis Clinical, Πλαστική και Επανορθωτική Χειρουργική, Θέρισσος, Ηράκλειο Κρήτης

Εισαγωγή: Το σύνδρομο τύπου Parry-Romberg χαρακτηρίζεται από προοδευτική ατροφία του δέρματος και των μυνών-οστών συνήθως στο αριστερό ημιμόριο του προσώπου. Είναι πιο συχνό στις γυναίκες και η ατροφία εμφανίζεται στην περιοχή του μετώπου, της άνω/κάτω γνάθου, της ρινοπαρειαςκής αύλακας, στην γωνία του στόματος και την περιοχή γύρω από τα μάτια. Πολλές φορές συνυπάρχει υπεμελάγχρωση του δέρματος με υποχρωματισμένες περιοχές καθώς και νευραλγία τριδύμου. Η έναρξη της νόσου αρχίζει μεταξύ 5-15 ετών και διαρκεί 2-10 χρόνια για να καταλήξει σε μια σταθερή φάση.

Σκοπός: Να παρουσιάσει σπάνιο περιστατικό με σύνδρομο τύπου Parry-Romberg και αντιμετώπιση του με μεταφορά λίπους (lipofilling).

Υλικά και μέθοδος: Προέχεται για μια ασθενή 21 ετών που προσήλθε για δυσμορφία στο αριστερό ημιμόριο του προσώπου της. Εμφάνισε τα συμπτώματα αρχικά σε ηλικία 15 ετών και η εικόνα της ήταν αμετάβλητη τα τελευταία 2 χρόνια.

Η διάγνωση του συνδρόμου γίνεται κλινικά και η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με μικροχειρουργικές τεχνικές ή μεταφορά λίπους (lipofilling). Από αυτές η μεταφορά λίπους έχει καλά και σταθερά αποτελέσματα χωρίς τις επιπλοκές και τις απαιτήσεις της μικροχειρουργικής. Στην περίπτωση μας έγινε λιποαναρρόφηση από την περιοχή της κοιλιάς και στην συνέχεια έγχυση 20cc λίπους στην περιοχή του μετώπου-της ρινός-της παρειάς-της ρινοπαρειαςκής αύλακας και του πώγωνος αριστερά.

Αποτελέσματα: Η ανωμαλία αποκαταστάθηκε και η ασθενής δεν παρουσίασε υποτροπή.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο Parry-Romberg είναι συγγενές και χρήζει χειρουργικής διόρθωσης. Αν η αντιμετώπιση του γίνει με βάση τις αρχές της Πλαστικής Χειρουργικής τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά για γιατρό και ασθενείς.

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ROEMS: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΠΑΝΙΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ε. Παπαδανίδ, Σ.Ι. Γιατράζου, Κ. Θεοδωρόπουλος, Κ. Ραχιώτη, Α. Γραφάκος, Δ. Σγουρός, Σ. Θεοτόκογλου, Ν.Γ. Σταυριανέας

Β' Κλινική Δερματικών και Αφροδίσίων Νόσων, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Εισαγωγή: Το σύνδρομο ROEMS αποτελεί σπάνιο, πολυσυστηματικό νόσημα, το οποίο χαρακτηρίζεται από πολυνευροπάθεια (Ρ), οργανομεγαλία (Ο), ενδοκρινοπάθειες (Ε), παρουσία μονοκλωνικής πρωτεΐνης στο πλάσμα (Μ) καθώς και δερματικές αλλοιώσεις (S).

Παρουσίαση Περιστατικού: Άνδρας 56 ετών, προσήλθε στη Δερματολογική κλινική με διάχυτο κηλιδοβλατιδώδες, έντονα κνησμώδες εξάνθημα το οποίο κατά τόπους εμφάνιζε πετέχειες. Ο ασθενής ανέφερε πολλαπλά επεισόδια αιφνίδιας εμφάνισης δερματικού εξανθήματος τα τελευταία επτά έτη με εντόπιση σε πρόσωπο, κορμό, και άκρα καθώς και γενικευμένη ξηροδερμία με απολέπιση. Σύμφωνα με τον ασθενή, οι βλάβες υποχωρούσαν σταδιακά μόνο με τη λήψη κορτιζόνης, αφήνοντας υπολειμματική μελάγχρωση. Μετά από την λήψη ιστορικού διαπιστώθηκε πως ο ασθενής έπασχε από νεφρωσικό σύνδρομο, αναιμία αγνώστου αιτιολογίας, πνευμονική και αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή από 5ετίας. Επίσης, ανέφερε αιμωδίες, άλγος και χρωματικές μεταβολές των δακτύλων του, κατά την έκθεση στο ψύχος. Η κλινική εξέταση ανέδειξε πλέγμα ευρυαγγειών στο πρόσωπο, σπληνομεγαλία, και περιφερική νευροπάθεια. Ο λοιπός κλινικοεργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε υπόχρωμη αναιμία, υπερχοληστερολαιμία, λευκωματουρία, νεφρική ανεπάρκεια, υπογοναδισμό, υποθυρεοειδισμό, μονοκλωνική γαμμοπάθεια και δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια. Ελήφθη βιοψία από το πάσχον δέρμα στην ράχη. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε μη ειδικού τύπου αλλοιώσεις δέρματος στα πλαίσια αλλεργικής αντίδρασης. Με βάση την ύπαρξη 2 βασικών και ενός από τα δευτερεύοντα κριτήρια, τέθηκε κλινικά η διάγνωση του συνδρόμου ROEMS.

Συζήτηση: Η περιγραφή του συνδρόμου έγινε για πρώτη φορά από τον Crown το 1956, και ονομάστηκε σύνδρομο Crow-Fukase. Για την διάγνωση της νόσου είναι απαραίτητη η ύπαρξη δύο βασικών κριτηρίων και τουλάχιστον ενός από τα δευτερεύοντα.

Για την παθογένεια της νόσου σημαντικό ρόλο κατέχει η νέο-αγγειογένεση, προκαλούμενη από προ-φλεγμονώδες κυτταροκίνες και αυξητικούς παράγοντες. Η θεραπεία της νόσου είναι συμπτωματική, ενώ η αιτιολογική μεταμόσχευση αρχέγονων κυττάρων αποτελεί τη θεραπεία του μέλλοντος.

Συμπεράσμα: Δεν υπάρχει ειδική εξέταση που να θέτει τη διάγνωση. Σειρά από εξετάσεις πρέπει να διεξαχθούν και γιατροί πολλών ειδικοτήτων πρέπει να συνεργαστούν για τη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση της νόσου.

ACNE TRIAD (ACNE VULGARIS, ACNE INVERSA, PILONIDAL SINUS) AND SAHA SYNDROME-ASSOCIATED ACNE COMEDONICA TARDA: A RARE CASE REPORT**M.M. Katsouli^{1,2}, C.C. Zouboulis^{1,2}**

1. Departments of Dermatology, Venereology, Allergology and Immunology, Dessau Medical Center, Dessau, Germany, and

2. Laboratory for Biogerontology, Dermato-Pharmacology and Dermato-Endocrinology, Institute of Clinical Pharmacology and Toxicology, Charité Universitaetsmedizin Berlin, Berlin, Germany

Acne inversa is a chronic inflammatory disease of the terminal hair follicle in intertriginous areas. On the other hand, the SAHA syndrome summarises seborrhea, acne, hirsutism and androgenetic alopecia and is associated either with hyperandrogenism or hyperandrogenemia. We report a 31-year-old female who presented to our outpatient department with acne inversa lesions since 7 years and facial acne since puberty, pilonidal sinus post-operation status (7 years ago), nicotine abuse, deep voice, adipositas, arterial hypertension and Ollier disease. Clinical examination revealed multiple active and inactive acne inversa lesions, several facial and trunk comedones, lumbar folliculitis, scars, milia, papules and excoriations. The patient was under treatment with cyproterone acetate/ethinyl estradiol since 6 months. Paraclinical investigation demonstrated elevated erythrocyte sedimentation rate, leukocytosis and raised dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-s), while previously detected free testosterone serum levels were normalized by cyproterone acetate/ethinyl estradiol therapy. Treatment with intravenous/oral clindamycin improved acne inversa lesions. Oral prednisolone (5 mg/d) normalised DHEA-s serum levels and exhibited a slight and slow but stable improvement of facial acne. Interestingly, discontinuation of treatment was accompanied by re-increased DHEA-s levels. DHEA-s is the precursor of sexual hormones and adrenocorticotrophic hormone controls its production. DHEA-s and other androgens cause sebaceous gland hyperplasia and stimulate sebum secretion. In our patient oral treatment with low-dose prednisolone normalized DHEA-s levels and improved facial acne tarda.

THE ROLE OF THE CHEMOKINE CXCL1 IN WOUND HEALING AND AGEING

M.M. Katsouli^{1,2}, S. Fimmel², E. Makrantonaki^{1,2}, C.Müller^{1,2}, C.C. Zouboulis^{1,2}

1. Departments of Dermatology, Venereology, Allergology and Immunology, Dessau Medical Center, Dessau, Germany, and

2. Laboratory for Biogerontology, Dermato-Pharmacology and Dermato-Endocrinology, Institute of Clinical Pharmacology and Toxicology, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

Age-associated impaired wound healing correlates with chronic inflammation and delayed re-epithelialization. Furthermore, keratinocyte and fibroblast communication is necessary to reconstruct a functional epidermis. Sex hormones regulate immune parameters, skin ageing and several skin tasks, such as wound healing. CXCL1 (chemokine CXC motif ligand 1)/Gro- α (growth-regulated protein α) is a hormone-regulated chemokine and is involved among others in inflammation, wound healing, senescence and ageing. To study the effects of CXCL1 on epithelialization, inflammation and senescence, human primary epidermal foreskin keratinocytes were transiently transfected with CXCL1-short interfering RNA (siRNA) molecules at 3rd and 5th passage. ELISA and RT-PCR was performed to measure the protein and RNA knock-down of CXCL1. After transfection, IL-8 (interleukin-8) protein expression was determined by ELISA, proliferation and mobility rates were assessed by proliferation (XTT) and in vitro scratch assays. In separate experiments human primary epidermal foreskin keratinocytes and fibroblasts were co-cultured to investigate possible interplay between these cells and CXCL1 protein levels were measured by ELISA. Transfection inhibited CXCL1 protein expression about 55% at passage 3 and about 20% at passage 5, RNA levels about 70% and slightly decreased IL-8 protein levels but did not affect keratinocyte proliferation and mobility rates. Co-culture resulted in an extent increase of CXCL1 protein compared to separately cultured cells. Taken together, CXCL1 expression can be controlled by the specific siRNA technology. Crosstalk between keratinocytes and fibroblasts contribute to upregulation of CXCL1. Ongoing studies will elucidate the cell type been responsible for this induction and detect the effects of the CXCL1-siRNA molecule on other inflammatory mediators.

Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΜΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

Αγγ. Ρέβελα, Π. Καρατσής, Δ. Καραγιώργος

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη στόχο έχει τον καθορισμό του επιπολασμού, των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών καθώς και τις αντιλήψεις για την ακμή.

Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 548 άτομα, ηλικίας 14 έως 55 ετών, που προσήλθαν στο νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης για δερματολογική εξέταση το χρονικό διάστημα 2007-2009.

Αποτελέσματα: Η συχνότητα της ακμής ήταν 46,6%. Οι άνδρες [48,6%], επηρεάζονται περισσότερο από τις γυναίκες [44,8%], ενώ οι ήπιες περιπτώσεις ήταν συχνότερες στις γυναίκες. Η υποκειμενική εκτίμηση του πόνου ακμής ήταν 37%. Το 48,7% αναγνωρίζουν ορισμένες αιτίες της ακμής όπως λιπαρές τροφές [26,6%] και την ανάπτυξη [10,8%]. Οικογενειακό ιστορικό ακμής είχε το 37%. Οι παράγοντες που συνδέονται με την ακμή είναι μια υποκειμενική εκτίμηση του πόνου της ακμής [$p < 0,001$], το κάπνισμα [$p = 0,036$] και το οικογενειακό ιστορικό [$p = 0,042$].

Συμπέρασμα: Παρατηρήθηκε υψηλή συχνότητα ακμής. Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών δεν αντιλαμβάνονται ότι έχουν ακμή ελαχιστοποιώντας την σημασία της. Το κάπνισμα και το οικογενειακό ιστορικό αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που συνδέονται με την ακμή.

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΤΟΥΡΙΣΤΕΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΛΑΣΙΘΙΟΥ

Αγγ. Ρέβελα, Ν. Μουδατσάκης, Π. Καρατσής, Δ. Καραγιώργος

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης

Σκοπός: Η εργασία αυτή στόχο έχει την καταγραφή των δερματολογικών συμπτωμάτων των τουριστών που προσήλθαν στο νοσοκομείο του Αγίου Νικολάου Κρήτης.

Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 1342 ασθενείς, το 92,8% άνδρες και 47,2% γυναίκες, ηλικίας 15 έως 65 ετών που προσήλθαν για δερματολογική εξέταση το χρονικό διάστημα 2006-2009.

Αποτελέσματα: Τα αίτια προσέλευσης ήταν τα ηλιακά εγκαύματα 375 [28%], δήγματα εντόμων 225 [16,8%], αλλεργίες 332 [24,8%] εκδορές 189 [14%]. Στις γυναίκες οι αλλεργίες ήταν συχνότερες ενώ στους άνδρες πιο συχνά τα δήγματα εντόμων. Οι τουρίστες ήταν Άγγλοι 60%, Ολλανδοί 10%, Ιταλοί 20%, ενώ Έλληνες 10%.

Συμπεράσματα: Κύρια αίτια προσέλευσης τουριστών με δερματολογικά συμπτώματα είναι τα ηλιακά εγκαύματα, οι αλλεργίες καθώς και τα δήγματα εντόμων.

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΙΣΤΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**Αγγ. Ρέβελα, Π. Καρατσής, Δ. Καραγιώργος***Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης*

Σκοπός: Η μελέτη αυτή στόχο έχει να αναλύσει τα κλινικά χαρακτηριστικά και την αιτιολογία των ασθενών με λοιμώξεις του δέρματος και των μαλακών ιστών καθώς και την χρήση αντιβιοτικών για τον ανθεκτικό χρυσίζων σταφυλόκοκκο στη μεθικιλίνη [CA-MRSA].

Μέθοδος: Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 297 ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, που προσήλθαν στο νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης με λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων από τον Ιανουάριο 2007 έως και Δεκέμβριο 2008.

Αποτελέσματα: Από τους 297 ασθενείς που συμμετείχαν στην μελέτη, παρατηρήθηκαν 122 με μολυσματικό κηρίο [48,4%], 29 με δοθύνες [11,5%], 19 με κυτταρίτιδα [7,5%], 30 με πυόδεσμα [11,9%], 8 με παρωνυχία [3%], 6 με έγκαυμα [2,4%]. Στο 71,8% βρέθηκε ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος μόνος του ή με πυογενές στρεπτόκοκκο. Ανθεκτικός στη μεθικιλίνη χρυσίζων σταφυλόκοκκος βρέθηκε στο 47% των περιπτώσεων. Από την χρήση αντιβιοτικών ευαίσθητα στο CA-MRSA ήταν τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη [TMP-SMX], βανκομυκίνη και γενταμικίνη

Συμπέρασμα: Στην επιφάνεια του δέρματος πυογενές στρεπτόκοκκος με ή χωρίς σταφυλόκοκκο ήταν οι πιο απομονωμένοι μικροοργανισμοί ενώ CA-MRSA παρατηρήθηκε στο 73% των εν τω βάθει λοιμώξεων. Ευαίσθητα αντιβιοτικά ήταν TMP-SMX, βανκομυκίνη και γενταμικίνη.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΛΑΣΙΘΙΟΥ**Αγγ. Ρέβελα, Π. Καρατσής, Δ. Καραγιώργος***Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης*

Σκοπός: Η μελέτη αυτή στόχο έχει να διερευνήσει την παρουσία βλαβών του δέρματος σε διαβητικούς ασθενείς και την σχέση τους με το μεταβολικό έλεγχο του διαβήτη.

Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 403 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, 31% τύπου 1 και 69% τύπου 2 που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου για δερματολογικές εξετάσεις το χρονικό διάστημα 2006-2008. Ο μεταβολικός έλεγχος αξιολογήθηκε με γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε ότι μεγάλος αριθμός δερματίτιδας 82,6% ενώ παρατηρήθηκαν διάφορα είδη βλαβών του δέρματος όπως ακμή και ακτινική εκφύλιση [66,7%], πυόδεσμα [5%], δερματικοί όγκοι [3%] και νεκρολυτικές εστίες [1%]. Μεταξύ των πιο κοινών δερματικών βλαβών σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, οι οποίες επιβεβαιώθηκαν με ιστοπαθολογική εξέταση ήταν νεκρολυτικές εστίες [2 περιπτώσεις 0,4%], διαβητική δερματοπάθεια [5 περιπτώσεις 1,2%] και έλκη στο πόδι [3 περιπτώσεις 0,7%]. Υψηλότερος επιπολασμός δερματοπάθειας παρατηρήθηκε στους ασθενείς με ανεπαρκή μεταβολικό έλεγχο.

Συμπεράσματα: Διαπιστώθηκε υψηλή συχνότητα των βλαβών του δέρματος σε διαβητικούς ασθενείς. Έτσι, ο ανεπαρκής μεταβολικός έλεγχος του σακχαρώδη διαβήτη οδηγεί σε αύξηση λοιμώξεων του δέρματος.

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΦΩΤΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Αγγ. Ρέβελα, Π. Καρατσής, Δ. Καραγιώργος

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης

Στόχος: Η μελέτη αυτή σκοπό έχει την αξιολόγηση της έκθεσης στον ήλιο και των συνηθειών φωτοπροστασίας καθώς και τις γνώσεις των παραγόντων κινδύνου για καρκίνο του δέρματος.

Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 368 άτομα, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 20-29 ετών που προσήλθαν στο νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης και συμμετείχαν εθελοντικά απαντώντας σε ερωτηματολόγια.

Αποτελέσματα: Η καθημερινή χρήση αντηλιακού ήταν σημαντικά υψηλότερη μεταξύ των γυναικών. Η χρήση του σολάριουμ ήταν χαμηλή 3,5% και αναφέρθηκε μόνο από γυναίκες. Εφαρμογή του αντηλιακού με δείκτη προστασίας [SPF] ίσο ή μεγαλύτερο από 15 αναφέρθηκε από 278 άτομα. Σε γενικές γραμμές πάνω από το 90% των ατόμων πιστεύει στη σύνδεση μεταξύ υπεριώδους ακτινοβολίας και καρκίνου του δέρματος. Παρ'όλα αυτά μόνο το 43,5% πιστεύουν στην γενετική ως παράγοντα κινδύνου.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα μπορούν να βοηθήσουν την δημιουργία ατομικών και συλλογικών προληπτικών μέτρων, συμβάλλοντας στην αποφυγή βλαβών του δέρματος.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΥΚΗΤΙΑΣΕΩΝ ΣΕ ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

Αγγ. Ρέβελα, Π. Καρατσής, Εμμ. Λιανός, Δ. Καραγιώργος

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη στόχο έχει να προσδιορίσει την συχνότητα μυκητιάσεων σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.

Υλικό-Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 108 ασθενείς με διάγνωση πνευμονικής φυματίωσης και σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας [AIDS] που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης το χρονικό διάστημα 2006-2009.

Αποτελέσματα: Διαγνώστηκαν 45 μυκητιάσεις. Η πιο συχνή μυκητίαση ήταν η πνευμονική λοίμωξη από *Candida albicans*.

Συμπεράσματα: Από τους ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη 41,6% παρουσίασαν μυκητίαση που σχετίζεται κυρίως με το AIDS και την πνευμονική φυματίωση.

AA11

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΡΠΗΤΑ ΙΟΥ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΑΓΙΟ ΝΙΚΟΛΑΟ ΚΡΗΤΗΣ

Αγγ. Ρέβελα, Π. Καρατσής, Δ. Καραγιώργος

Γενικό Νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης

Σκοπός: Η μελέτη αυτή στόχο έχει να καθορίσει την συχνότητα του έρπητα ιού τύπου 2 [HSV-2] και να προσδιορίσει την σύνδεση μεταξύ HSV-2 και του HIV-1.

Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 200 ασθενείς με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που προσήλθαν στο νοσοκομείο Αγίου Νικολάου Κρήτης το χρονικό διάστημα 2007-2009. Τα δείγματα εξετάστηκαν για HSV-2, HIV-1, σύφιλη και τον ιό της ηπατίτιδας Β.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός για HSV-2 ήταν 43%, 4 ασθενείς είχαν ιστορικό έρπητα των γεννητικών οργάνων. Υπήρξε μια ισχυρή σχέση μεταξύ HSV-2 και λοίμωξη HIV-1 θετικότητα [$p < 0,001$] και των ενεργών σεξουαλικά ασθενών [$p < 0,01$].

Συμπεράσματα: Υψηλή συσχέτιση με τον ιό HIV-1 και την ενεργή σεξουαλική ζωή τονίζει την ανάγκη για διερεύνηση του HSV-2 με ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις, παροχή συμβουλών για την αναγνώριση συμπτωμάτων και την λήψη προληπτικών μέτρων.

ΨΩΡΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Π. Κορκοζολιάκου¹, Χ. Χριστοδούλου¹, Α. Κουρή², Ε. Καλούδη¹, Δ. Σερέτης¹, Ν. Σταυριανέας², Α. Λύκουρας¹

1. Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

2. Β' Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Με την αλεξιθυμία έχουν συσχετιστεί διάφορες ψυχοσωματικές νόσοι, μεταξύ των οποίων και η ψωρίαση.

Σκοπός Εργασίας: Ο προσδιορισμός του βαθμού αλεξιθυμίας σε ασθενείς με ψωρίαση καθώς και η σύγκριση με το βαθμό αλεξιθυμίας υγιών μαρτύρων.

Υλικό και Μέθοδος: Σε 49 ασθενείς με ψωρίαση (22 άντρες και 27 γυναίκες) μελετήθηκε η παρουσία αλεξιθυμίας με τη χρήση της κλίμακας TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale). Στη συνέχεια η κλίμακα TAS 20 δόθηκε σε 48 υγιείς μάρτυρες (23 άντρες και 25 γυναίκες). Έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση, δοκιμασία t-test για τις ποσοτικές και χ^2 για τις ποιοτικές συγκρίσεις μεταξύ των δύο ομάδων.

Αποτελέσματα: Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο φύλο και στην ηλικία στις δύο ομάδες ($48,71 \pm 14,71$ προς $46,10 \pm 10,07$, $t=0,96$). Δεν υπάρχουν επίσης διαφορές στη συνολική βαθμολογία για την κλίμακα TAS 20 και στις υποκλίμακες αυτής για άντρες και γυναίκες στα άτομα με ψωρίαση. Το ίδιο ισχύει και για τους μάρτυρες με τη διαφορά ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της Δυσκολίας αναγνώρισης συνασθημάτων ($t=2,35$ $p<0,05$). Οι ασθενείς με ψωρίαση εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα TAS 20 από τους μάρτυρες ($t=4,46$ $p<0,001$) καθώς και σε όλες τις υποκλίμακες αυτής.

Συμπεράσματα: Ο βαθμός της αλεξιθυμίας στους ασθενείς με ψωρίαση είναι υψηλότερος, σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό, σε σχέση με το βαθμό της αλεξιθυμίας στους μάρτυρες και στη συνολική βαθμολογία και σε όλες τις υποκλίμακες της TAS 20. Επομένως, μπορούμε να υποθέσουμε ότι η ψωρίαση έχει μια ψυχοσωματική συνιστώσα και ο βαθμός της αλεξιθυμίας στους ασθενείς αυτούς είναι υψηλότερος από άτομα του γενικού πληθυσμού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Χ. Χριστοδούλου¹, Π. Κορκολιάκου¹, Α. Κουρή², Ε. Καλούδη¹, Α. Λύκουρας¹

1. Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

2. Β' Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Σκοπός Εργασίας: Η ανασκόπηση μελετών που τεκμηριώνουν τη συσχέτιση και αλληλεπίδραση των ψυχολογικών παραγόντων με τις δερματολογικές νόσους.

Μέθοδος: Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την ανεύρεση των άρθρων ήταν η αναζήτηση στη διεθνή βιβλιογραφία άρθρων που συνδέουν τις δύο ειδικότητες, της δερματολογίας και της ψυχιατρικής.

Αποτελέσματα: Είναι ευρέως τεκμηριωμένο ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι συχνές μεταξύ των ασθενών με δερματολογικά προβλήματα και οπωσδήποτε συχνότερες από ότι στο γενικό πληθυσμό. Στην παρούσα εργασία μελετάται το προφίλ του ψυχοδερματολογικού ασθενή, θέματα στιγματισμού που ενδεχομένως βιώνει και η αρνητική επίδραση της δερματολογικής νόσου στη σωματική εικόνα του. Επίσης αναφέρεται η έννοια της αλεξιθυμίας η οποία χαρακτηρίζεται από δυσκολία αναγνώρισης και περιγραφής των συναισθημάτων, ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας σε δερματολογικούς ασθενείς. Τέλος αναφέρονται οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που συμβάλλουν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των ασθενών με την επισήμανση των θετικών πλευρών της προσωπικότητας και της παρουσίας ανάλογων προτύπων από την καθημερινή ζωή.

Συμπεράσματα: Η ψυχοδερματολογία βοηθάει στην κατανόηση της σχέσης δερματολογικών νόσων και ψυχισμού αφού οι δερματολογικές διαταραχές σχετίζονται με μια ποικιλομορφία ψυχοπαθολογικών προβλημάτων τα οποία είναι δυνατόν να επηρεάσουν τον ασθενή, την οικογένειά του και τον κοινωνικό του περίγυρο. Η αυξανόμενη κατανόηση αυτών των θεμάτων, η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση και συνεργασία δερματολόγων και ψυχιάτρων θα μπορούσε να αποδειχθεί πολύ χρήσιμη και ιδιαίτερα επωφελής για τον ασθενή.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΚΜΗ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Α. Κουρής¹, Α. Γραφάκος¹, Χ. Χριστοδούλου², Ε. Καλούδη², Π. Κορκολιάκου², Α. Κατούλης¹, Ε. Τούμπη¹, Α. Λύκουρας², Ν. Σταυριανέας¹

1. Β' Κλινική Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

2. Β' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Εισαγωγή: Η ακμή είναι μια συνηθισμένη δερματοπάθεια που παρατηρείται σε εφήβους αλλά και σε ενήλικες. Αν και δεν έχει αξιόλογη επίδραση στην σωματική υγεία του ατόμου, έχει σοβαρές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις.

Σκοπός: Μελέτη της επιβάρυνσης της ποιότητας ζωής, πρόκλησης άγχους και κατάθλιψης, περιορισμό της αυτοεκτίμησης και μοναξιάς των ασθενών με ακμή ανάλογα με την βαρύτητα της.

Μέθοδος-Ασθενείς: Ασθενείς με διαγνωσμένη ακμή ταξινομήθηκαν με βάση την βαρύτητα των βλαβών και την θεραπεία την οποία έλαβαν σε ήπια (20 ασθενείς) και βαριά (12 ασθενείς). Σε αυτούς μελετήθηκε η ποιότητα της ζωής με τη χρήση της κλίμακας DLQI (Dermatology Life Quality Index), η πρόκληση άγχους και κατάθλιψης με την κλίμακα HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) η αυτοεκτίμηση με την κλίμακα ROSSENBERG και η μοναξιά με την κλίμακα UCLA (Loneliness Scale-Version 3). Έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση και δοκιμασία t-test για τις ποσοτικές συγκρίσεις. Οι συσχετίσεις έγιναν με τον προσδιορισμό του παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης Pearson's r.

Αποτελέσματα: Σε δείγμα 32 ασθενών, 20 ήπια ακμή και 12 με βαριά ακμή δόθηκε η κλίμακα DLQI για τη μελέτη της ποιότητας της ζωής. Βρέθηκε μέση τιμή επιβάρυνσης ποιότητας ζωής των ασθενών με ήπια ακμή $7,05 \pm 1,95$ ενώ σε ασθενείς με βαριά ακμή βρέθηκε μέση τιμή επιβάρυνσης ποιότητας ζωής $16,5 \pm 5,96$. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις μέσες τιμές της κλίμακας DLQI μεταξύ των δυο ομάδων, $p < 0,001$. Στις μετρήσεις των υπόλοιπων παραμέτρων μεταξύ των δυο ομάδων δεν βρέθηκε στατιστική σημαντική διαφορά. Οι συσχετίσεις οι οποίες έγιναν μεταξύ της ηλικίας, της κλίμακας DLQI, HADS-anxiety, HADS-depression, HADS-total, ROSSENBERG, UCLA στο συνολικό δείγμα έδειξε ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και κατάθλιψης των ασθενών ($r=0,42$, $p < 0,05$) καθώς επίσης και συσχέτιση μεταξύ καταθλιπτικής συνιστώσας της κλίμακας HADS και μοναξιάς (UCLA scale) ($r=0,50$, $p < 0,01$).

Συμπεράσματα: Η ποιότητα ζωής των ασθενών με βαριά ακμή είναι σαφώς περισσότερο επηρεασμένη σε σχέση με τους ασθενείς με ήπια ακμή. Επίσης παρατηρήθηκε ότι η ακμή ανεξάρτητα από την κλινική βαρύτητα φαίνεται να ωθεί τους ασθενείς προς την κατάθλιψη και την μοναξιά.

A NOVEL METHOD TO IDENTIFY BASAL CELL CARCINOMA'S MARGINS AND EXCISION FOLLOWED BY LIMBERG'S FLAP RECONSTRUCTION

P. Chatzikokkinou, G. Trevisan

Department of Dermatology and Venereology, Hospital Maggiore, University of Trieste, Trieste, Italy

Incidence rate of non-melanoma skin cancer have been increasing over the past three decades. Basal cell carcinoma (BCC) is the most common malignancy in humans. BCC typically occurs in areas of chronic sun exposure, thus lesions are usually seen on the face, ears, scalp, neck or upper trunk. Recognizing the various types of BCC is important to identify higher risk variants such as the micronodular, infiltrating, or morpheaform BCC which require more aggressive therapy.

Surgical excision remains the gold standard treatment for the BCC, though photodynamic therapy may be used in some cases. When the tumor is relatively small, an ellipse excision should be performed allowing direct suturing for its closure. However, in larger BCC lesions, a skin graft or a flap may be necessary to cover the defect. It is well established that early diagnosis and precise determination of the tumor margins is extremely important in order to achieve complete tumor excision with best functional and aesthetic results.

We present our experience on identifying tumor margins by the use of 5-aminolevulinic acid (5-ALA) or its methyl ester (MAL). MAL at 16% concentration is commercially available (METVIX) and it is officially indicated as a photosensitizer during photodynamic therapy. MAL, after it has been applied on the skin is being absorbed and accumulated inside dysplastic and neoplastic cells, up to 10 times faster than in normal cells. Following, it is converted to a protoporphyrin IX (PpIX), an extremely potent photosensitizer and fluorescence emitter. We apply 5-ALA or MAL cream on the skin lesion and after 2-4h time we use blue - violet light to produce fluorescence and to identify tumor margins. This method may be proved useful, especially for detecting early superficial tumors, the tumor margins, and to facilitate follow-up after surgical treatment.

We present the case of a patient with an ulcero-nodular BCC on the forehead, in whom tumor margins were detected and marked after topical application of MAL cream and examination under Wood's light. The tumor was surgically removed and the closure of the defect was performed by using a Limberg flap.

Θερμές ευχαριστίες για την υποστήριξη του
6^{ου} Συνεδρίου Αττικές Δερματολογικές Ημέρες στις εταιρίες - χορηγούς:

PFIZER HELLAS A.E.

BAYER HELLAS

GALENICA

ASTELLAS PHARMACEUTICALS A.E.B.E.

LEO PHARMACEUTICALS

VIANEX

NOVARTIS HELLAS

GALDERMA HELLAS

ALET PHARMACEUTICALS

GABRIEL HEALTH ΕΠΕ

MSD

GLAXOSMITHKLINE

FARMEDIA A.E.

ALGEPHARM Ε.Π.Ε.

MEDIMAGE

SADENT A.E.B.E.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΤΟΠΟΣ

Το 6^ο Συνέδριο Αττικές Δερματολογικές Ημέρες πραγματοποιείται στην Αθήνα, στο ξενοδοχείο «Divani Caravel», Βασ. Αλεξάνδρου 2, Καισαριανή, από 21 έως 23 Ιανουαρίου 2011.

ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η Ελληνική.

ΕΚΘΕΣΗ

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου Εταιρίες Φαρμακευτικές, Ιατρικών Οργάνων και Συσκευών θα εκθέτουν τα προϊόντα τους.

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ - ΕΓΓΡΑΦΗ

Ειδικευμένοι.....	€ 110
Ειδικευόμενοι	€ 80
Νοσηλεύτες / Λοιπά επαγγέλματα Υγείας	€ 30
Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση των εργασιών του Συνεδρίου
- Παραλαβή του έντυπου υλικού του Συνεδρίου
- Παραλαβή του πιστοποιητικού παρακολούθησης του Συνεδρίου
- Συμμετοχή στις κοινωνικές εκδηλώσεις του Συνεδρίου

Οι συμμετέχοντες είναι υποχρεωμένοι να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί τεχνική γραμματεία παραλαβής των παρουσιάσεων. Οι κ.κ. ομιλητές παρακαλούνται να παραδίδουν τις εισηγήσεις τους στην τεχνική γραμματεία, τουλάχιστον 1 ώρα πριν από την έναρξη της ομιλίας τους.

ΔΙΑΜΟΝΗ

Ξενοδοχείο «Divani Caravel»

Μονόκλινο Δωμάτιο	€ 200
Δίκλινο Δωμάτιο	€ 230

Οι παραπάνω τιμές είναι ανά διανυκτέρευση και περιλαμβάνουν πρωινό.

Στις παραπάνω τιμές δεν περιλαμβάνεται Φ.Π.Α.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



Μαραθωνομάχων 26, 151 24 Μαρούσι

Τηλ.: 210 6827405, 210 6839690-1, Fax: 210 6827409

E-mail: ssialma@tmg.gr, Web-site: www.tmg.gr

- **Congresses -
Event Making**

- **Travel -
Tourism**

- **Incentives -
Management Games**

- **Public Relations -
Promotion**

Μαραθωνομάχων 26, 151 24 Μαρούσι

Τηλ.: 210 6827405, 210 6839690-1

Fax: 210 6827409

E-mail: info@tmg.gr

Web site: www.tmg.gr

ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Farviron®

fluconazole 150 mg

Σε συσκευασία των 14 καψακίων

Στη θεραπεία των:

δερματοφυτιάσεων

γενικευμένης καντιντίασης

καντιντίαση των βλεννογόνων

καντιντίαση των γεννητικών οργάνων

κρυπτοκοκκικών λοιμώξεων

εν τω βάθι ενδημικών μυκητιάσεων

Η εταιρεία FARMEDIA Α.Ε.
εργάζεται



Παρασκευάζει
Σύστημα Διαχείρισης Ποιότητας
σύμφωνα με το ISO 9001:2000

Για πλήρεις ανταπογραφικές πληροφορίες συμβουλευθείτε την Περιλήψη
Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία.

Αθήνας 22 & Απόλλωνος, 153 44 Γέρακος Αττικής, Τηλ.: 210 6015821.

Fax: 210 6015822, e-mail: info@farmedia.gr, <http://www.farmedia.gr>

Φαρμακοεπαγρύπνηση: 210 6015821 (εσωτ. 106)

FARMEDIA Α.Ε.



 **50 & 25mg**

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών
του Προϊόντος. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το ENBREL
απευθυνθείτε στην εταιρεία Pfizer

www.enbrel.gr



Pfizer Hellas A.E.
Α. Μεσογείων 243, 154 51 Ν. Ψυχικό
Τηλ. 210 6785800