

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ



ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διαχείριση της ατοπικής δερματίτιδας, στο επίπεδο
της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Πολίτη Αγγελική

Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ρουσσάκη-Σούλτσε Αγγελική-Βικτώρια, Αν.Καθηγήτρια Δερματολογίας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Ζαφειρίου Ευτέρπη, Λέκτορας Δερματολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Μέλος
Τριμελούς Επιτροπής

Μαμούρης Ζήσης, Καθηγητής Γενετικής Ζωικών Πληθυσμών, Τμήμα Βιοχημεία κ Βιοτεχνολογίας,
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2013

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ

ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΥΓΕΙΑΣ



**MANAGEMENT OF ATOPIC DERMATITIS AT THE LEVEL OF
THE PRIMARY HEALTH CARE**

Περιεχόμενα

Πρόλογος-Ευχαριστίες	4
Περίληψη στα Ελληνικά	5
Περίληψη στα Αγγλικά (abstract)	6
Εισαγωγή	7
Γενικό μέρος	9
Επιδημιολογία	10
Κλινικές μορφές της νόσου	10
Ατοπική δερματίτιδα βρεφικής ηλικίας (βρεφικό έκζεμα)	10
Ατοπική δερματίτιδα παιδικής ηλικίας	12
Ατοπική δερματίτιδα σε εφήβους και ενήλικες	14
Συνοδά γνωρίσματα και επιπλοκές	17
Δερματικά στίγματα	17
Αγγειακά στίγματα	20
Οφθαλμολογικές ανωμαλίες	20
Ευπάθεια στις λοιμώξεις	20
Παθογένεια	22
Διαφορική διάγνωση	25
Ιστοπαθολογία	25
Γενική αντιμετώπιση	26
Βρέφη και παιδιά	26
Ενήλικες	27
Ειδικές θεραπευτικές προσεγγίσεις	28
Τοπική θεραπεία	28
Αντιβιοτικά τοπικά ή συστηματικά	30

Συστηματική θεραπεία	30
Φωτοθεραπεία	32
Αντιμετώπιση της οξείας φάσης της έξαρσης.	32
Ειδικό μέρος	33
Ερωτηματολόγια	33
Ερωτηματολόγιο ατοπικής δερματίτιδας (No1)	33
Ερωτηματολόγιο αλλεργιών (No2)	37
SCORAD	47
Ερωτηματολόγιο για τη συμμόρφωση με τις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης και με τη φαρμακευτική αγωγή (No3)	50
Θεραπευτικές οδηγίες	52
Δίαιτα	52
Διαχείριση περιβάλλοντος	52
Ειδική ανοσοθεραπεία με αλλεργιογόνα	53
Συμπληρωματική ιατρική	54
Εκπαίδευση και συμβουλευτική	54
Στατιστική ανάλυση	57
Αποτελέσματα	58
Κριτήρια για τη διάγνωση της ατοπικής	62
Ιστορικό ασθενών	66
Συμμόρφωση με τις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης και με τη φαρμακευτική αγωγή	77
Μεταβολή SCORAD	82
Συζήτηση	86
Βιβλιογραφικές αναφορές	88

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η συνεργασία ιατρών, νοσηλευτριών και άλλων παραγόντων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έκανε εφικτή την περαιώση της μελέτης μας, που αφορά σε παιδιά και ενήλικες πάσχοντα από ατοπική δερματίτιδα και είχε ως σκοπό την καταγραφή κλινικών εικόνων, περιβάλλοντων χώρων και συνηθειών που επηρεάζουν τη νόσο, την ενημέρωση των γονιών και ασθενών όσον αφορά τη νόσο και τους χειρισμούς για τον έλεγχο της, με σκοπό την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής για τους ασθενείς μας. Στα πλαίσια λειτουργίας του ειδικού ιατρείου ατοπικής δερματίτιδας, δόθηκε και εξακολουθεί να δίνεται η δυνατότητα παροχής ιατρικών συμβουλών και φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και νοσηλείας αν αυτό κριθεί απαραίτητο, οποιαδήποτε στιγμή οι ασθενείς μας νιώθουν αδυναμία στον έλεγχο της νόσου.

Οφείλω ευχαριστίες σε κάθε έναν που με βοήθησε με το δικό του/της τρόπο κατά τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της μελέτης. Οι άνθρωποι που εμπλέκονται είναι πολλοί, παρόλα αυτά, θα μου επιτρέψετε να ευχαριστήσω κάποιους ανθρώπους ξεχωριστά.

Αρχικά θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην επιβλέπουσα Αν. Καθηγήτρια Δερματολογίας της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Ρουσάκη-Σούλτσε Αγγελική-Βικτώρια. Η μελέτη δεν θα είχε ποτέ εκπονηθεί, χωρίς τη διδασκαλία, καθοδήγηση, υποστήριξη και ενθάρρυνση της. Της οφείλω πολλά, αλλά κυρίως όσα μου χαρίστηκαν από την εμπνευσμένη διδασκαλία της, την ικανότητα της στην κλινική διάγνωση και αντιμετώπιση καθώς και την πεποίθηση της για τα οφέλη της συνεργασίας. Περισσότερο να αναφέρω ότι η οργάνωση της μελέτης οφείλεται σε αυτήν, ενώ κάθε λάθος είναι απόλυτα δικό μου.

Επίσης οφείλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για τη συνεισφορά τους στην εκπόνηση της μελέτης στα άλλα δύο μέλη της επιτροπής, τη Λέκτορα Δερματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Ζαφειρίου Ευτέρπη, και τον κ. Μαμούρη Ζήση, Καθηγητή Γενετικής Ζωικών Πληθυσμών του Τμήματος Βιοχημείας κ Βιοτεχνολογίας, του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Ειδικότερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Λέκτορα Ζαφειρίου Ευτέρπη, για τη διδασκαλία της και τη βοήθεια της στα πρώτα μου βήματα, την οργάνωση της μελέτης, τη συνεργασία της και επίβλεψη της στο ειδικό ιατρείο ατοπικής δερματίτιδας στα πλαίσια της λειτουργίας του ειδικού ιατρείου αλλεργιών, την ενθάρρυνση της όταν αντιμετώπισα δυσκολίες στην εκπόνηση της μελέτης και τις πάντα εύστοχες παρατηρήσεις της.

Ιδιαίτερη και ουσιαστική υπήρξε η συμβολή του αδελφού μου, Δρ. Κωνσταντίνου Πολίτη, Φυσικού, στην στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων.

Τέλος θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε κάθε ένα μέλος ξεχωριστά από τους φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που βοήθησαν στη οργάνωση των σεμιναρίων στα πλαίσια της εκστρατείας ενημέρωσης, τόσο σε χώρους του νοσοκομείου, όσο και σε σχολικές μονάδες και φορείς του Δήμου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της έρευνας υπήρξε η διαχείριση της ατοπικής δερματίτιδας στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο ειδικό ιατρείο αλλεργιών της Δερματολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Περιλαμβάνει την κλινική εξέταση ασθενών με ατοπική δερματίτιδα, τη λεπτομερή λήψη ιστορικού, τη συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων, την ενημέρωση και συμβουλευτική των γονέων και των μικρών ασθενών καθώς και των ενηλίκων ασθενών για τη διαχείριση των εξάρσεων της νόσου και τον έλεγχό της. Αφορά σε πληθυσμό σαράντα ασθενών και των οικογενειών τους, και πρόκειται για μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε χρονικό διάστημα δύο ετών, κατά το οποίο υπήρχε και εξακολουθεί να υπάρχει συνεχής παρακολούθηση των ασθενών και διαρκής συμβουλευτική. Η μελέτη, όσον αφορά τα ερωτηματολόγια κατευθύνθηκε σε τρεις άξονες α) την καταγραφή της κλινικής εικόνας σύμφωνα με τα κριτήρια της ατοπικής δερματίτιδας και β) την καταγραφή των συνηθειών (διατροφικών, ενδυματολογικών, περιποίησης σώματος) καθώς και των συνθηκών του περιβάλλοντος χώρου (εργασιακού και διαμονής) και γ) την επανεξέταση των ασθενών μετά από δύο και έξι μήνες, ώστε να καταγραφεί η συμμόρφωση των ασθενών μας με τις οδηγίες που τους εδόθησαν και η βελτίωση που σημειώθηκε τηρώντας αυτές, καταγράφοντας το SCORAD. Οδηγηθήκαμε έτσι σε μια σαφή καταγραφή του ιστορικού, των συνηθειών και της κλινικής εικόνας των ασθενών μας, γεγονός που μας έδωσε τη δυνατότητα σαφούς ενημέρωσης και κατεύθυνσης αυτών, του οικείου περιβάλλοντός τους, καθώς και του προσωπικού που στελεχώνει τις μονάδες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Συμπερασματικά, και ερχόμενοι σε συνεχή επαφή με τους ασθενείς μας και τις οικογένειες τους, διαπιστώσαμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που είχαν ενημερωθεί και ακολουθήσει τις οδηγίες που παρέχοντο από το ιατρικό προσωπικό του ιατρείου αλλεργιών, καθώς και από τους υπόλοιπους φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είτε στα πλαίσια της λειτουργίας του ιατρείου, είτε με τη μορφή σεμιναρίων, διαπιστώσαμε τον επαρκή και ικανοποιητικό έλεγχο της ατοπικής δερματίτιδας και τη διατήρηση της σε ύφεση με σημαντική αποφυγή μεγάλου ποσοστού υποτροπών.

ABSTRACT

The purpose of our survey was the handling of atopic dermatitis in the level of primary health care. The survey took place at the specialized surgery of allergies of the University Dermatological Clinic of the University Hospital of Larissa. It includes the clinical examination of the patients with atopic dermatitis, the clinical examination, filling of inquiries, informations and consultation of our little patients and their families, and of adult patients as far as the control of the disease and the minimization of relapses is concerned. The survey includes 40 patients and their families and took place from September 2011 until June 2013, almost two years during which there existed and still exists continuous contact with the patients and consultation. The survey as far as the inquiries are concerned involved three parts a) questionnaire of clinical picture according to the criteria of atopic dermatitis b) questionnaire of food, clothing, body, environmental, working and living conditions c) questionnaire involving the compliance to the instructions and the efficacy of them. We managed to have a clear picture of the history and clinical picture of the patient, a fact that made possible for us to specifically inform and guide our patients, their families and the nursing personnel that collaborates with us. In conclusion and by being in continuous contact with the patients and their families, we realized that the greater percentage of those who had been informed and followed the instructions given to them by the medical and nursing person of the surgery of allergies, and by the rest structures of primary health care, or when patients visited the surgery, or when they watched seminars, managed to have satisfying control of atopic dermatitis and keep the disease in control, avoiding the biggest percentage of relapses.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη μελέτη που εκπονήθηκε στο ειδικό ιατρείο της ατοπικής δερματίτιδας της Δερματολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, με τη συμβολή των φορέων της Πρωτοβαθμιας Φροντίδας Υγείας, καταγράφηκε ένα δείγμα πληθυσμού ασθενών με ατοπική δερματίτιδα όσον αφορά την κλινική τους εικόνα [1, 3, 27, 32, 33, 34, 35] και τους παράγοντες [9, 13, 25], περιβαλλοντικούς και άλλους [6, 13, 24, 25, 28] που επικρατούν στη ζωή τους και επηρεάζουν τη νόσο. Σκοπός υπήρξε η καταγραφή των δεδομένων, η παροχή οδηγιών προς τους ασθενείς και τις οικογένειες τους με στόχο τον έλεγχο της νόσου και την αποφυγή των υποτροπών [1, 2, 5, 13, 14, 25, 29] και η επανεξέταση αυτών στους δύο και έξι μήνες, με υπολογισμό του SCORAD [28, 35], ώστε να διαπιστωθεί η συμμόρφωση των ασθενών στη νόσο και η πορεία αυτής.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν περιγράφεται η κλινική εικόνα της ατοπικής δερματίτιδας καθώς και όλα τα συνοδά χαρακτηριστικά της νόσου, η επιδημιολογία [1, 32], η αιτιοπαθογένεια [6, 11, 17, 18, 21, 24], οι τρόποι αντιμετώπισης και η θεραπευτική της νόσου [2, 5, 7, 14, 19, 32, 35] στοιχεία που βασίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, εκπονήθηκε η μελέτη που αφορά σε σαράντα άτομα πάσχοντα από ατοπική δερματίτιδα, άνδρες και γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 11,5 έτη. Η έρευνα χρησιμοποίησε ως κορμό τις κλινικές εικόνες των ασθενών, τις συνήθειες της καθημερινότητας τους, τους περιβάλλοντες χώρους διαμονής και εργασιακούς, τις ασχολίες τους, στοιχεία που περιγράφονται λεπτομερώς στα ακόλουθα κεφάλαια. Η μελέτη εκπονήθηκε με σκοπό την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής για τους ασθενείς μας, ελέγχοντας τους παράγοντες εκείνους που την επιδεινώνουν αλλά και εφαρμόζοντας τεχνικές και πρότυπα ζωής που προάγουν τη βελτίωση της. Ελέγχονται με ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA), διαφορές στο SCORAD [29] μεταξύ διαφόρων ομάδων ασθενών αλλά και χρονικά. Επίσης με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο του SCORAD, ήταν διαφορετικός μεταξύ των δύο ομάδων. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.0. Οδηγηθήκαμε έτσι σε ασφαλή συμπεράσματα για τους παράγοντες που μπορούν να βελτιώσουν τη νόσο και διαφαίνεται η σημαντικότητα της συμβουλευτικής και θεραπευτικής μας παρέμβασης.

Με το πέρας της μελέτης καταλήξαμε σε συμπεράσματα όσον αφορά τη συμμόρφωση των ασθενών μας στις προτεινόμενες οδηγίες και την αποτελεσματικότητα των εφαρμογών, που καταγράφηκε με το SCORAD. Στόχος μας υπήρξε η ξεκάθαρη, σαφής συσχέτιση των παραγόντων με τη

νόσο και την πορεία της, ώστε να είμαστε σε θέση να παρέχουμε σε κάθε ασθενή μας ξεχωριστά αλλά και στο σύνολο όσων πάσχουν από ατοπική δερματίτιδα σαφείς οδηγίες όσον αφορά τη διατροφή τους αλλά και τις συνθήκες του περιβάλλοντος και τη δραστηριότητα τους, ώστε να εξασφαλίσουμε το κατά το δυνατόν μέγιστο περιορισμό όσων πυροδοτούν τη νόσο και τη μεγιστοποίηση εφαρμογής όσων την θέτουν υπό έλεγχο και εξασφαλίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς μας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Το 1925 ο Coca καθιέρωσε την έννοια της ατοπίας, που σημαίνει εκτός τόπου ή παράξενο, για να υποδηλώσει την κλινική προδιάθεση για ανάπτυξη αλλεργιών στις τροφές και τις εισπνεόμενες ουσίες. Με τον όρο ατοπική δερματίτιδα χαρακτηρίζεται μια ιδιότυπη κατάσταση του οργανισμού κατά την οποία υπάρχει κληρονομική προδιάθεση για αυξημένη συνήθως παραγωγή αντισωμάτων IgE (80% των πασχόντων) έναντι κοινών αλλεργιογόνων, με αποτέλεσμα αυξημένη πιθανότητα ευαισθητοποίησης έναντι αυτών και εμφάνισης ορισμένων νόσων όπως είναι η ατοπική δερματίτιδα, το αλλεργικό άσθμα και η αλλεργική ρινίτιδα-επιπεφυκίτιδα [1, 4]. Χαρακτηριστικό είναι ότι στα 2/3 των πασχόντων υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ατοπίας. Η κληρονομικότητα είναι πολυγονιδιακή [11]. Στην εκδήλωση της νόσου συμμετέχουν και άλλοι παράγοντες, εκλυτικοί και περιβαλλοντικοί. Έτσι η ατοπία μπορεί να θεωρηθεί όχι απλά νόσος αλλά σύνδρομο και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται

Το 1933 οι Wise και Sulzberger παρουσίασαν την έννοια της ατοπικής δερματίτιδας, δίνοντας έμφαση στις δερματικές εκδηλώσεις της ατοπικής διάθεσης. Η ατοπική δερματίτιδα είναι γνωστή επίσης και ως ατοπικό έκζεμα, βρεφικό έκζεμα, έκζεμα των καμπτικών επιφανειών, διάχυτη νευροδερματίτιδα και κνήφη diathesique (Besnier). Η δερματίτιδα ξεκινά κατά κανόνα στην παιδική ηλικία όμως συχνά παραμένουν ποικίλες εκδηλώσεις και στην ενήλικη ζωή.

Αν και η προδιάθεση για την ανάπτυξη της ατοπικής δερματίτιδας είναι κληρονομούμενη, οι τρόποι κληρονομικότητας δεν ακολουθούν τους αυστηρούς κανόνες του Mendel, και ο συνολικός επιπολασμός της ατοπικής νόσου αυξάνεται διαρκώς. Ένα παιδί βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ατοπίας αν πάσχει οποιοσδήποτε από τους 2 γονείς. Ποσοστό μεγαλύτερο από το 25% των απογόνων των ατοπικών μητέρων αναπτύσσει ατοπική δερματίτιδα τους πρώτους 3 μήνες της ζωής του. Εάν ένας εκ των δύο γονιών είναι ατοπικός, περισσότερα από τα μισά παιδιά του/της, θα αναπτύξουν συμπτώματα αλλεργίας μέχρι την ηλικία των 2 ετών. Το ποσοστό αυξάνεται στο 79 % αν και οι δύο γονείς είναι ατοπικοί. Είναι χρόνια νόσος και εξελίσσεται με υποτροπές και υφέσεις. Συνοδεύεται από έντονο κνησμό και ξηρότητα του δέρματος. Είναι χαρακτηριστική η μείωση των υποτροπών σε μεγάλο ποσοστό πασχόντων μετά την πρώιμη ενήλικη ζωή

Η ατοπική δερματίτιδα μπορεί να χωριστεί σε τρία στάδια: τη βρεφική ατοπική δερματίτιδα, που παρουσιάζεται σε ηλικία μεταξύ 2 μηνών και 2 ετών, στην ατοπική δερματίτιδα της παιδικής ηλικίας, μεταξύ 2 και 10 ετών και την ατοπική δερματίτιδα των ενηλίκων. Σε όλα τα στάδια, ο κνησμός αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της ατοπικής δερματίτιδας. Ο κνησμός συχνά προηγείται

της εμφάνισης των βλαβών, γι' αυτό και η κατάσταση αυτή θεωρείται ως ο κνησμός που προκαλεί εξάνθημα. Στα χρήσιμα διαγνωστικά κριτήρια συμπεριλαμβάνονται εκείνα των Hanifin και Rajk

Επιδημιολογία

Περίπου το 15% των παιδιών της σχολικής ηλικίας πάσχουν από ατοπική δερματίτιδα. Οι πρώτες εκδηλώσεις της νόσου εμφανίζονται μετά το 2ο μήνα της ζωής και μέχρι το 50ο έτος στο 50 με 60% των περιπτώσεων [1]. Από το 5ο μέχρι το 12ο έτος εμφανίζονται στο 30% των ασθενών, ενώ κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή στο υπόλοιπο 10 %. Η ατοπική δερματίτιδα παρατηρείται συχνότερα στις δυτικές κοινωνίες, στις οποίες υπάρχει οικονομική ευμάρεια, καλές συνθήκες υγιεινής και περιορισμένες λοιμώξεις. Πρέπει να τονιστεί επίσης ότι η αύξηση του αριθμού των πασχόντων στις περιοχές αυτές τα τελευταία χρόνια, πιθανόν να οφείλεται στην αύξηση εκλυτικών παραγόντων, όπως είναι τα τροφικά αλλεργιογόνα, τα συντηρητικά τροφών, η οικιακή σκόνη, τα απορρυπαντικά ρούχων, τα σαπούνια, τα αφρόλουτρα, οι κλιματολογικές συνθήκες και η μόλυνση του περιβάλλοντος.

Κλινικές μορφές της νόσου

Ανάλογα με την ηλικία διακρίνουμε τρεις κλινικές μορφές της νόσου:

- 1) Την ατοπική δερματίτιδα βρεφικής ηλικίας (βρεφικό έκζεμα)
- 2) Την ατοπική δερματίτιδα της παιδικής ηλικίας
- 3) Την ατοπική δερματίτιδα των εφήβων και των ενηλίκων

Ατοπική δερματίτιδα βρεφικής ηλικίας (βρεφικό έκζεμα)

Το 60% των περιπτώσεων της ατοπικής δερματίτιδας, παρουσιάζονται κατά το πρώτο έτος της ζωής αλλά συνήθως όχι πριν την ηλικία των 2 μηνών, [1, 3, 9, 20, 30, 32]. Το έκζεμα της βρεφικής ηλικίας συνήθως ξεκινά ως ερύθημα και απολέπιση των παρειών, αφήνοντας ελεύθερη την περιστοματική περιοχή, την περικογχική και την περιοχή εκατέρωθεν της μύτης (προσωπείο υπη). Το εξάνθημα μπορεί να εκτείνεται μέχρι το τριχωτό της κεφαλής, τον τράχηλο, το μέτωπο, τους καρπούς και την εκτατική επιφάνεια των άκρων. Συνίσταται από ερύθημα, φυσαλίδες, βλατιδοφυσαλίδες, διαβρώσεις, ραγάδες, εφελκίδες και λέπια. Η επιφάνεια ορορροεί και υπάρχει έντονος βασανιστικός κνησμός [30]. Οι περιοχές που προσβάλλονται συσχετίζονται με την ικανότητα του παιδιού για ξεσμό

ή τριβή της περιοχής και τις δραστηριότητες του βρέφους, πχ μπουσούλημα. Μπορεί να υπάρχει σημαντική ποσότητα εξιδρώματος και πολλές δευτεροπαθείς βλάβες από τον ξεσμό, την τριβή και την επιμόλυνση, όπως εφελκίδες, φλύκταινες και διηθημένες περιοχές. Οι διηθημένες πλάκες τελικά λαμβάνουν μια χαρακτηριστική λειχνοποιημένη εμφάνιση. Ο βρεφικός τύπος ατοπικής δερματίτιδας συνήθως εξαφανίζεται μέχρι το τέλος του δεύτερου έτους ζωής. Συχνά εξελίσσεται με υποτροπές και ύφεσεις και μπορεί να συνεχιστεί μέχρι το 4ο-5ο έτος.



Εικ. 1: Ερυθματώδεις, εκζεματοποιημένες πλάκες κορμού, μηρογεννητικών πτυχών και οσχέου



Εικ. 2: Ερύθημα, βλατιδοφυσσαλλίδες και διαβρώσεις προκαλούμενες από ξεσμό σε κορμό και άκρα



Εικ. 3: Μελιτόχρες, εφελκιδοποιημένες και κατά τόπους οροροούσες ερυθματώδεις πλάκες περιστοματικής και μετωπιαίας χώρας και παρειών.

Επιδείνωση της ατοπικής δερματίτιδας παρατηρείται συχνά μετά από εμβολιασμούς και ιογενείς λοιμώξεις [6, 10]. Κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού μπορεί να συμβεί μερική ύφεση, ενώ

τους χειμερινούς μήνες έξαρση της κατάστασης. Το γεγονός αυτό είναι δυνατόν να συσχετίζεται με τις θεραπευτικές δράσεις της υπεριώδους ακτινοβολίας (UVB) και της υγρασίας σε πολλούς ατοπικούς ασθενείς και με την επιδείνωση από την επαφή με τα μάλλινα και τον ξηρό αέρα τους χειμερινούς μήνες. Η συμβολή της τροφικής αλλεργίας στη εκδήλωση της ατοπικής δερματίτιδας τόσο της βρεφικής όσο και της παιδικής ηλικίας παραμένει αμφιλεγόμενη. Οι ανοιχτές δοκιμασίες πρόκλησης με τροφές, έχουν ως αποτέλεσμα πολλά ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Πριν από τη σύσταση αυστηρών διαιτολογίων, θα πρέπει να διενεργούνται τυφλές δοκιμασίες πρόκλησης με τροφές, έλεγχοι ανίχνευσης της ειδικής για κάθε τροφή IgE [25, 27], ή δοκιμασίες νυγμού (prick testing) [16]. Οι περισσότερες δοκιμασίες είναι θετικές για το γάλα, τα αυγά, τα αράπικα φυστίκια, τα καρύδια, τα δημητριακά, τα ψάρια και τη σόγια. Ωστόσο οι δοκιμασίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν το φάσμα των τροφών στο οποίο εκτίθεται το παιδί. Οι επιδερμικές δοκιμασίες για ατοπία (patch testing) [29] είναι αμφιλεγόμενες και στερούνται τυποποίησης.

Η τροφική αλλεργία μπορεί να έχει σημαντική θέση σε επιλεγμένο μέρος του πληθυσμού των νεαρών ατοπικών ασθενών. Μερικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η αποφυγή αλλεργιογόνων από τις μητέρες, μπορεί να περιορίσει την επίπτωση της ατοπικής δερματίτιδας στους απογόνους τους, όμως είναι δύσκολο να διατηρηθούν τέτοιες δίαιτες και τα αποτελέσματα είναι μεικτά. Οι περιοριστικές δίαιτες μπορεί να θεωρηθούν ως πιθανή λύση σε ξεχωριστές περιπτώσεις όπου η βρεφική ατοπική δερματίτιδα είναι σοβαρή και δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην κατάσταση θρέψης, αν η διαίτα είναι αυστηρή. Στις ΗΠΑ παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος ατοπικής δερματίτιδας, κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών ζωής, σε βρέφη Ασιατικής ή Αφρικανικής εθνικότητας, αντρικού φύλου, μεγαλύτερης ηλικίας κύησης κατά τη γέννηση και με οικογενειακό ιστορικό ατοπίας, ειδικά ιστορικό εκζέματος της μητέρας.

Ατοπική δερματίτιδα παιδικής ηλικίας

Αν η νόσος συνεχιστεί μετά το 40ο-50ο έτος ή εμφανιστεί για πρώτη φορά στην ηλικία αυτή, η κλινική εικόνα είναι διαφορετική [3, 9, 10]. Κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, οι βλάβες έχουν την τάση να είναι λιγότερο εξιδρωματικές. Οι κλασσικές θέσεις εντόπισης είναι οι καμπτικές επιφάνειες των αγκώνων και οι ιγνυακοί βόθροι, η καμπτική επιφάνεια των καρπών, τα βλέφαρα, το πρόσωπο και η περιοχή γύρω από τον τράχηλο. Οι βλάβες είναι συχνά διηθημένες, λειχνοποιημένες πλάκες που αναμιγνύονται με μεμονωμένες εκδοροποιημένες βλατίδες μεγέθους 2-4 mm, οι οποίες βρίσκονται διασκορπισμένες σε μεγαλύτερη έκταση στα ακάλυπτα μέρη.



Εικ. 4: Ορρορούσες ευθηματώδεις πλάκες γνυακών βόθρων.



Εικ. 5: Ερύθημα, βλατίδες και διαβρώσεις αγκωνιαίων βόθρων.



Εικ. 6: Λειηνοποιημένες πλάκες ραχιαίας επιφάνειας άκρων χειρών.

Ο κνησμός είναι ένα σταθερό γνώρισμα και η πλειονότητα των δερματικών αλλοιώσεων είναι δευτεροπαθείς, οφειλόμενες σε αυτόν [31]. Ο ξεσμός επιφέρει τη λειχνοποίηση και μπορεί να οδηγήσει σε επιμόλυνση. Είναι δυνατόν να δημιουργηθεί ένας φαύλος κύκλος κνησμού-ξεσμού. Ο κνησμός έχει τον ίδιο εξαναγκαστικό παροξυσμικό χαρακτήρα και ο ασθενής δεν μπορεί να αισθανθεί πόνο κατά τη διάρκεια των παροξυσμών, όπως ακριβώς συμβαίνει στην περιγεγραμμένη νευροδερματίτιδα (χρόνιος απλός λειχήνας).

Η σοβαρή ατοπική δερματίτιδα που προσβάλλει ποσοστό μεγαλύτερο από το 50% της επιφάνειας του σώματος συσχετίζεται με καθυστέρηση της ανάπτυξης. Η επιθετική αντιμετώπιση αυτών των παιδιών με τοπικούς αναστολείς της καλσινευρίνης ή η φωτοθεραπεία μπορεί να επιτρέψει την αντιδραστική ανάπτυξη. Τα παιδιά με σοβαρή μορφή ατοπικής δερματίτιδας μπορεί να έχουν επίσης σοβαρή ψυχολογική επιβάρυνση. Οι γονείς θα πρέπει να ερωτώνται σχετικά με τις σχολικές επιδόσεις και την κοινωνικοποίηση των παιδιών. Η νόσος εξελίσσεται με υποτροπές και υφέσεις μέχρι το 11ο-12ο έτος της ηλικίας. Τόσο στο βρεφικό έκζεμα όσο και στην ατοπική δερματίτιδα της παιδικής ηλικίας η νόσος μπορεί να συνυπάρχει ή να εναλλάσσεται με αλλεργικό άσθμα ή ρινίτιδα.

Ατοπική δερματίτιδα σε εφήβους και ενήλικες

Συνήθως αποτελεί συνέχεια της ατοπικής δερματίτιδας της παιδικής ηλικίας, αλλά μερικές φορές είναι δυνατόν να εμφανιστεί για πρώτη φορά σε αυτές τις ηλικίες [1, 3, 32, 33, 34, 35]. Σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς, η ατοπική δερματίτιδα μπορεί να παρουσιαστεί ως εντοπισμένες ερυθματώδεις, λεπιδώδεις, βλατιδώδεις εξιδρωματικές ή λειχνοποιημένες πλάκες. Στους εφήβους, το εξάνθημα συχνά καταλαμβάνει την κλασσική καμπτική επιφάνεια του αγκώνα και τον ιγνυακό βόθρο, την πρόσθια και τις πλάγιες επιφάνειες του τραχήλου, τη μετωπιαία χώρα και την περιοφθαλμική περιοχή. Σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, η κατανομή είναι λιγότερο χαρακτηριστική και μπορεί να προεξάρχει το χρόνιο έκζεμα των άκρων χειρών. Μερικές φορές, το εξάνθημα μπορεί να γενικευτεί, με επίταση στις πτυχές. Το δέρμα, εν γένει, είναι ξηρό και κάπως ερυθματώδες. Συχνή είναι η λειχνοποίηση και οι βλατίδες τύπου κνήφης. Οι βλατιδώδεις βλάβες έχουν την τάση να εμφανίζονται ξηρές, ελαφρώς επηρμένες και αποπλατυσμένες. Είναι σχεδόν πάντα εκδοροποιημένες και συνήθως συρρέουν σχηματίζοντας πλάκες. Αποικισμός με σταφυλόκοκκο υπάρχει σχεδόν πάντα .



Εικ. 7: Εφελκιδιοποιημένες βλάβες και διαβρώσεις καμπτικής επιφάνειας αντιβραχίων, καρπιαίας χώρας και ιγνιακών βόθρων



Εικ. 8: Σαφώς περιγεγραμμένη εφελκιδιοποιημένη και κατά τόπους ορορρούσα εκζεματική πλάκα έσω επιφάνειας καρπιαίας χώρας



Εικ. 9: Υπερκερατωσικές βλάβες, διαβρώσεις και ραγάδες με κατά τόπους ερύθημα παλαμιαίας χώρας, άμφω.



Εικ. 10: Σαφώς περιγεγραμμένο ερύθημα και βλατιδοφουσάλιδες ραχιαίας επιφάνειας άκρων ποδών στην περιοχή επαφής με το αλλεργιογόνο, σε έδαφος αποπικής δερματίτιδας.

Ο κνησμός συνήθως εκδηλώνεται με τη μορφή κρίσεων ή παροξυσμών, συχνά ως αντίδραση στη θερμότητα ή το στρές και κατά τη διάρκεια του απογεύματος όταν ο ασθενής προσπαθεί να χαλαρώσει ή κατά τη διάρκεια της νύχτας. Οι ενήλικες συχνά αναφέρουν ότι η ατοπική δερματίτιδα πυροδοτείται από οξεία συναισθηματική αναστάτωση. Το άγχος και η κατάθλιψη μειώνουν τον ουδό στον οποίο ο κνησμός μπορεί να γίνει αντιληπτός και είναι δυνατόν να συμβάλλουν σημαντικά στην εκδήλωση της διαταραχής. Τα ατοπικά άτομα συχνά παρουσιάζουν δυσκολία στην αποβολή του ιδρώτα, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται έντονος κνησμός που συσχετίζεται με τη ζέστη ή την άσκηση. Η φυσική κατάσταση και η άφθονη χρήση μαλακτικών βελτιώνει το στοιχείο αυτό και οι ατοπικοί ασθενείς μπορεί να συμμετέχουν σε αγωνιστικά αθλήματα.

Ακόμα και σε ασθενείς με ατοπική δερματίτιδα που εκδηλώνεται κατά την εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή, παρουσιάζεται βελτίωση με την πάροδο του χρόνου και η δερματίτιδα είναι ασυνηθής μετά τη μεσήλικη ζωή. Γενικά οι ασθενείς αυτοί συνεχίζουν να εμφανίζουν ήπια στίγματα της νόσου, όπως είναι η ξηροδερμία, ο εύκολος ερεθισμός του δέρματος και ο κνησμός ως αντίδραση στη ζέστη και την εφίδρωση. Παραμένουν ευπαθείς σε μια έξαρση της νόσου τους όταν εκτίθενται σε συγκεκριμένα αλλεργιογόνα ή περιβάλλοντα. Μερικοί θα παρουσιάσουν παρόξυνση ως απάντηση σε αεροαλλεργιογόνα και λίγοι ασθενείς θα αναπτύξουν δερματίτιδα των καμπτικών επιφανειών, ως απάντηση στο αιφνίδιο ερύθημα που προκαλείται από τη νιασίνη. Η λοίμωξη από τον ανθρώπινο ιό της ανοσοανεπάρκειας, μπορεί επίσης να αποτελεί εκλυτικό αίτιο. Η εκδήλωση ατοπικής δερματίτιδας για πρώτη φορά σε έναν ενήλικα που βρίσκεται σε κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου θα πρέπει να οδηγεί στη συμβουλευτική και τον έλεγχο για HIV, αν αυτό δικαιολογείται.

Οι άκρες χείρες συμπεριλαμβανομένων και των καρπών, προσβάλλονται συχνά στους ενήλικες και η δερματίτιδα της άκρας χείρας αποτελεί το συχνότερο πρόβλημα για τους ενήλικες με ιστορικό ατοπικής δερματίτιδας. Τα ατοπικά άτομα αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των ενηλίκων με χρόνια δερματίτιδα της άκρας χείρας. Είναι εξαιρετικά συχνό, η ατοπική δερματίτιδα της άκρας χειρός να εμφανίζεται σε νέες γυναίκες μετά τη γέννηση του πρώτου τους παιδιού, όταν η αυξημένη έκθεση σε σαπούνια και νερό πυροδοτεί τη νόσο τους. Η εργασία σε υγρό περιβάλλον αποτελεί γενικά μείζονα παράγοντα για την ανάπτυξη εκζέματος της άκρας χειρός, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών εκείνων με ατοπική δερματίτιδα. Η ατοπική δερματίτιδα της άκρας χειρός, μπορεί να προσβάλει τόσο τη ραχιαία, όσο και την παλαμιαία επιφάνεια. Η επίταση των γραμμώσεων των παλαμών αποτελεί μια εκδήλωση της κοινής ιχθύασης, η οποία συχνά συνοδεύει την ατοπική δερματίτιδα. Το 50% των ασθενών με κοινή ιχθύαση έχει ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ατοπικής δερματίτιδας. Η στικτή κεράτωση των πτυχών, μια διαταραχή που παρατηρείται σχεδόν αποκλειστικά στα έγχρωμα άτομα, είναι επίσης συχνότερη στους ατοπικούς. Οι ασθενείς με ατοπική δερματίτιδα

εκτίθενται συχνά σε συντηρητικά και άλλα δυνητικά αλλεργιογόνα που περιέχονται σε κρέμες και πλύματα, τα οποία εφαρμόζουν συνεχώς στο δέρμα τους. Η αλλεργία εξ επαφής, μπορεί να εκδηλωθεί ως χρόνιο έκζεμα άκρας χειρός. Αν και ένα ιστορικό ατοπίας και παλαμιαίας προσβολής συσχετίζεται συχνότερα με ερεθιστική δερματίτιδα και η προσβολή της ονυχιαίας πτυχής υποδηλώνει την παρουσία ενός αλλεργιογόνου εξ επαφής, εν τούτοις υπάρχει σημαντική αλληλεπικάλυψη. Οι επιδερμικές δοκιμασίες (patch testing) σε συσχέτιση με την κλινική εικόνα, αποτελούν το μόνο σίγουρο τρόπο αποκλεισμού της αλλεργίας εξ επαφής σε έναν ατοπικό ασθενή με χρόνια δερματίτιδα της άκρας χείρας.

Τα βλέφαρα προσβάλλονται συχνά. Γενικά, η προσβολή είναι αμφοτερόπλευρη και η κατάσταση υποτροπιάζει όταν ο καιρός είναι κρύος. Όπως και στη δερματίτιδα της άκρας χειρός έτσι και στην περίπτωση αυτή, θα πρέπει να αποκλεισθούν οι ερεθιστικές ουσίες και τα αλλεργιογόνα που προκαλούν δερματίτιδα εξ επαφής, τόσο με τη λήψη προσεκτικού ιστορικού όσο και με τις επιδερμικές δοκιμασίες.



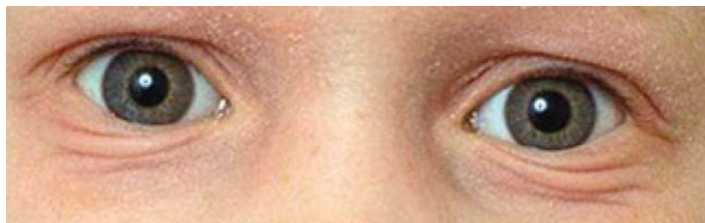
Εικ. 11: Ερυθματολεπιδώδης πλάκα άνω βλεφάρου

Συνοδά γνωρίσματα και επιπλοκές

Δερματικά στίγματα

Πιστεύεται ευρέως ότι μια εγκάρσια γραμμική πτυχή ακριβώς κάτω από το χείλος των κάτω βλεφάρων, γνωστή ως πτυχή Dennie-Morgan, είναι ενδεικτική της ατοπικής διάθεσης. Όμως είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σε κάθε χρόνια δερματίτιδα των κάτω βλεφάρων. Σε ατοπικούς ασθενείς με

δερματίτιδα βλεφάρων, παρατηρούνται συχνά επίταση των πτυχών και αύξηση της μελάγχρωσης της περιοχής κάτω από τους οφθαλμούς. Όταν συσχετιστούν με τα άλλα κλινικά ευρήματα, παραμένουν χρήσιμα κλινικά σημεία. Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί και έντονη ρινική πτυχή.



Εικ. 12: Πτυχές Dennie-Morgan.

Το λιγότερο προσβεβλημένο δέρμα των ατοπικών ασθενών είναι συχνά ξηρό, ελαφρώς ερυθματώδες και μερικές φορές λεπιδώδες. Η διεπιδερμική απώλεια νερού είναι αυξημένη. Καθώς έχει διαταραχθεί η κεράτινη στιβάδα, ο ουδός ερεθισμού έχει μειωθεί. Ιστολογικά, το εμφανώς υγιές δέρμα των ατοπικών συχνά φλεγμαίνει υποκλινικά. Το ξηρό, λεπιδώδες δέρμα που παρατηρείται στα πλαίσια της ατοπικής δερματίτιδας αντιπροσωπεύει μια ήπια δερματίτιδα.

Η λευκή πιτυρίαση είναι μια μορφή υποκλινικής δερματίτιδας, συχνά ατοπικής προέλευσης. Παρουσιάζεται με τη μορφή ασαφώς αφοριζομένων, υπομελαγχρωματικών, ελαφρώς λεπιδωδών μεγάλων κηλίδων στις παρειές, τα άνω άκρα και τον κορμό, συνήθως σε μικρά παιδιά. Συνήθως ανταποκρίνεται στα μαλακτικά και τα ήπια τοπικά στεροειδή κατά προτίμηση σε αλοιφή ως έκδοχο.



Εικ. 13: Λευκή πιτυρίαση.

Η θυλακική υπερκεράτωση, που εκδηλώνεται ως κεράτινες θυλακικές βλάβες στην εξωτερική πλευρά των άνω και κάτω άκρων, στις παρειές και τους γλουτούς, συχνά συσχετίζεται με ατοπική

δερματίτιδα. Η κατάσταση αυτή είναι συχνά ανθεκτική στη θεραπεία. Τα ενυδατικά όταν χρησιμοποιούνται ως μονοθεραπεία επιφέρουν μικρή μόνο βελτίωση. Μερικοί ασθενείς ανταποκρίνονται στην τοπική θεραπεία με γαλακτικό οξύ, ουρία ή ρετινοειδή. Τα ρετινοειδή ερεθίζουν εύκολα το δέρμα των ατοπικών, συνεπώς η θεραπεία θα πρέπει να ξεκινά, με την εφαρμογή τους μία έως δύο φορές την εβδομάδα. Η θυλακική υπερκεράτωση θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από το θυλακικό έκζεμα. Η ατοπική δερματίτιδα και άλλα εκζέματα είναι συχνά θυλακοκεντρικά, ειδικά στους έγχρωμους ασθενείς.



Μερικές φορές παρατηρείται λέπτυνση του τελικού τμήματος των φρυδιών που καλείται σημείο Hertoghe.



Εικ. 15: Σημείο Hertoghe

Αγγειακά στίγματα

Τα ατοπικά άτομα συχνά εμφανίζουν περιστοματική και περιρρινική και περικογχική ωχρότητα (σημείο του προβολέα). Ο λευκός δερμογραφισμός συνίσταται σε λεύκανση του δέρματος στη θέση πλήξης που διενεργείται με αμβλύ όργανο. Η αντίδραση αυτή διαφέρει από την τριπλή αντίδραση του Lewis στο ότι συνήθως δεν προκαλεί πομφό και η τρίτη αντίδραση (ερύθημα), έχει αντικατασταθεί από λεύκανση που σχηματίζει μια λευκή γραμμή. Όταν εγχύονται ενδοδερμικά 0,1 ml διαλύματος ισταμίνης 1:100.000, η ερυθρή φάση της τριπλής αντίδρασης απουσιάζει ή είναι μειωμένη.

Οι ατοπικοί βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαφόρων μορφών κνίδωσης συμπεριλαμβανομένης της κνίδωσης εξ επαφής. Μετά τα επεισόδια κνίδωσης εξ επαφής, μπορεί να ακολουθεί η ανάπτυξη τυπικών εκζεματικών βλαβών στην προσβεβλημένη περιοχή.

Οφθαλμολογικές ανωμαλίες

Ποσοστό μέχρι 10% των ασθενών με ατοπική δερματίτιδα αναπτύσσει καταρράκτη, είτε πρόσθιο, είτε οπίσθιο υποκάψιο. Ο οπίσθιος υποκάψιος καταρράκτης στα ατοπικά άτομα δεν μπορεί να διακριθεί από τον καταρράκτη ο οποίος προκαλείται από τη λήψη στεροειδών. Η ανάπτυξη καταρράκτη είναι συχνότερη σε ασθενείς με σοβαρή μορφή δερματίτιδας. Ο κερατόκωνος αποτελεί ένα ασύνηθες εύρημα, που εμφανίζεται στο 1% περίπου των ατοπικών ασθενών. Για την αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής μπορεί να χρειαστούν φακοί επαφής, κερατοπλαστική και ενδοφθάλμιοι φακοί.

Ευπάθεια στις λοιμώξεις

Ποσοστό μεγαλύτερο του 90% των χρόνιων εκζεματικών βλαβών περιέχουν *Staphylococcus aureus* [24]. Η ανεύρεση αυξημένου αριθμού παθογόνων σταφυλοκόκκων συσχετίζεται συχνά με ορορροή και εφελκιδοποίηση των δερματικών βλαβών, θυλακίτιδα και λεμφαδενοπάθεια. Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η πιθανότητα επιμόλυνσης σε κάθε ατοπικό που βρίσκεται σε έξαρση. Τα αντιβιοτικά συχνά δρουν ευεργετικά στην αντιμετώπιση των εξάρσεων της ατοπικής δερματίτιδας. Η θεραπεία των βλαβών της ατοπικής δερματίτιδας με την εφαρμογή τοπικών στεροειδών, συσχετίζεται με μειωμένο αριθμό παθογόνων βακτηρίων στην επιφάνεια, ακόμα και όταν δε χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά. IgE αντισώματα έναντι του σταφυλόκοκκου και έναντι τοξινών του, έχουν ανευρεθεί σε

κάποια ατοπικά άτομα. Η σταφυλοκοκκική παραγωγή υπεραντιγόνων αποτελεί έναν άλλο πιθανό μηχανισμό σταφυλοκοκκικών εξάρσεων της νόσου. Η χρόνια κατασταλτική αντιβιοτική θεραπεία από το στόμα, μπορεί να σταθεροποιήσει τη νόσο σε μια υποομάδα ασθενών με ατοπική δερματίτιδα και συχνές λοιμώξεις. Στις θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνονται οι κεφαλοσπορίνες, η τριμεθοπρίμη – σουλφομεθοξαζόλη, η κλινδαμυκίνη και, σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς, η δοξυκυκλίνη. Η αναγνώριση και η αντιμετώπιση των φορέων *S.aureus* στην οικογένεια, μπορεί επίσης να ωφελήσει. Μια ασυνήθης επιπλοκή της λοίμωξης με *S.Areus* σε ασθενείς με ατοπική δερματίτιδα είναι η υπονύχια λοίμωξη που καταλήγει σε οστεομυελίτιδα της άπω φάλαγγας. Σε ατοπικούς ασθενείς που πυρέσσουν και εμφανίζονται πολύ τοξικοί, θα πρέπει να θεωρείται πιθανή η στρεπτοκοκκική λοίμωξη. Τα παιδιά αυτά μπορεί να χρήζουν εισαγωγής στο νοσοκομείο και ενδοφλέβιας χορήγησης αντιβιοτικών.

Οι ατοπικοί ασθενείς έχουν αυξημένη ευπάθεια στη γενικευμένη λοίμωξη από απλό έρπητα (ερπητικό έκζεμα), καθώς επίσης και στην εκτεταμένη λοίμωξη από ευλογιά (ευλογιοειδές έκζεμα) και στην επιπλεγμένη ανεμευλογιά. Το ερπητικό έκζεμα, παρατηρείται συχνότερα σε μικρά παιδιά και συσχετίζεται συνήθως με τον ιό του απλού έρπητα (HSV-1), ο οποίος μεταδίδεται από τον γονέα ή τον αδερφό/αδερφή. Από τη στιγμή που θα μολυνθεί, ο ατοπικός μπορεί να παρουσιάσει υποτροπές του HSV και επαναλαμβανόμενα επεισόδια ερπητικού εκζέματος. Το ερπητικό έκζεμα εκδηλώνεται ως μία αιφνίδια εμφάνιση φυσαλιδωδών, φλυκταινωδών εφελκιδωποιημένων ή διαβρωμένων βλαβών, συγκεντρωμένων στις περιοχές της δερματίτιδας. Οι βλάβες μπορεί να συνεχίσουν να εξαπλώνονται και να προσβάλλουν το μεγαλύτερο μέρος της επιφάνειας του δέρματος. Η δευτεροπαθής σταφυλοκοκκική λοίμωξη είναι συχνή και πολλές φορές παρατηρείται τοπικό οίδημα και επιχώριος λεμφαδενίτις. Αν οι βλάβες του ερπητικού εκζέματος παρουσιαστούν γύρω από τα βλέφαρα, συνίσταται οφθαλμολογική εξέταση. Η βαρύτητα του ερπητικού εκζέματος ποικίλει αρκετά αλλά στην πλειονότητα των περιπτώσεων απαιτεί συστηματική αντιική θεραπεία σε συνδυασμό με ένα σταφυλοκοκκικό αντιβιοτικό.



Εικ. 16: Ευλογιοειδές έκζεμα

Σε άτομα με ατοπική δερματίτιδα αντενδείκνυται ο εμβολιασμός έναντι της ευλογιάς, ακόμα και όταν η δερματίτιδα είναι σε ύφεση. Σε άτομα με ατοπική διάθεση είναι δυνατόν να παρουσιαστεί εκτεταμένη ακόμα και θανατηφόρος δαμαλίτιδα.

Τα ατοπικά άτομα μπορεί επίσης να αναπτύξουν εκτεταμένες ομαλές μυρμηκίες ή μολυσματική τέρμινθο. Επειδή το δέρμα ερεθίζεται πολύ εύκολα, οι ασθενείς δύσκολα ανέχονται χημικές θεραπείες όπως είναι το σαλικυλικό οξύ και η κανθαριδίνη. Για την αντιμετώπιση των βλαβών είναι δυνατόν να χρειαστεί καταστροφή με απόξεση (για τη μολυσματική τέρμινθο), κρυοχειρουργική ή ηλεκτροκαυτηρίαση.

Παθογένεια

Η ατοπική δερματίτιδα είναι μια πολυπαραγοντική πάθηση, με συνεχώς αυξανόμενη επίπτωση. Υπάρχει ένα ισχυρό γενετικό στοιχείο, αλλά φαίνεται ότι και το περιβάλλον επιδρά στην εκδήλωση της νόσου, η οποία είναι συχνότερη σε υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Οι βλάβες προκαλούνται μάλλον από μία υπερβολική ανοσολογική αντίδραση σε ποικίλα αντιγόνα [17, 18]. Ενώ φαίνεται ότι η ανοσολογική συνιστώσα αποτελεί τη μείζονα διαταραχή, διαταραχές στη λειτουργία του φραγμού, η αντιδραστικότητα των αιμοφόρων αγγείων και τα νεύρα, θεωρούνται επίσης σημαντικά στην πρόκληση των σημείων και των συμπτωμάτων της ατοπικής δερματίτιδας.

Τα ανοσολογικά φαινόμενα που λαμβάνουν χώρα στα ατοπικά άτομα περιλαμβάνουν την ενεργοποίηση της ανοσολογικής απάντησης των Τ-βοηθητικών τύπου 2 λεμφοκυττάρων (Th2), με σύνθεση των κυτοκινών IL-4, IL-5, IL-10, IL-13 και την αναστολή της απάντησης των Τ-βοηθητικών 1 λεμφοκυττάρων (Th 1). Η IL-4 και η IL-5 προκαλούν την παραγωγή αυξημένων επιπέδων IgE και ηωσινοφιλία στον ιστό και το περιφερικό αίμα [15, 17, 18, 21]. Η IL-10, αναστέλλει την υπερευαισθησία επιβραδυνόμενου τύπου. Η IL-4 μειώνει την παραγωγή της ιντερφερόνης (IFN- γ). Οι πρώιμες βλάβες της ατοπικής δερματίτιδας είναι συχνά κνιδωτικού χαρακτήρα, μια εκδήλωση της αντιδραστικότητας των Th-2. Οι ανοσολογικές αυτές μεταβολές διαταράσσουν την ικανότητα του ξενιστή να αναπτύσσει αντικά κυτταροτοξικά κύτταρα και μπορεί να προδιαθέσουν τους ατοπικούς να αναπτύξουν εκτεταμένες ιογενείς λοιμώξεις πχ. ερπητικό έκζεμα. Η επιδερμидική έκθεση στα σταφυλοκοκκικά υπεραντιγόνα εκτρέπει την ανοσολογική απάντηση προς παραγωγή κυτοκινών τύπου Th-2, εξ ου και η γνωστή συσχέτιση της σταφυλοκοκκικής λοίμωξης με τις εξάρσεις της ατοπικής δερματίτιδας. Η μειωμένη δραστηριότητα των TH-1 (παραγωγή IFN- γ), μπορεί να εξηγήσει τη μειωμένη ευαισθησία στα τοπικά εφαρμοζόμενα αντιγόνα. Για παράδειγμα η ευαισθησία στο τοξικόν

δένδρον παρουσιάζεται στο 15% μόνο των ατόμων με ατοπική δερματίτιδα σε σύγκριση με το 61 % των μη ατοπικών ατόμων της ομάδας ελέγχου. Αν και είναι δυσκολότερο να ευαισθητοποιηθούν, οι ατοπικοί όχι σπάνια αναπτύσσουν αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής στα συστατικά των φαρμάκων τους, εξαιτίας ίσως της μακροχρόνιας έκθεσης στους παράγοντες αυτούς

Ενώ η ατοπική δερματίτιδα ξεκινά ως διαταραχή επαγόμενη από τα Th-2, στη χρόνια φάση της, η δερματική φλεγμονή χαρακτηρίζεται από τις κυτοκίνες των Th-1. Το γεγονός αυτό εξηγεί το γιατί η χρόνια ατοπική δερματίτιδα ιστολογικά μοιάζει με άλλες χρόνιες δερματοπάθειες.

Τα κύτταρα Langerhans στο δέρμα των ασθενών με ατοπική δερματίτιδα επίσης εμφανίζουν ανωμαλίες. Διεγείρουν ευθέως τα βοηθητικά T-λεμφοκύτταρα, χωρίς την παρουσία αντιγόνου, ενεργοποιώντας εκλεκτικά τα βοηθητικά T-λεμφοκύτταρα σε ένα φαινότυπο Th2. Ο τριμερής υψηλής συγγένειας για την IgE υποδοχέας, που βρίσκεται στα κύτταρα Langerhans επάγει την πρόσληψη του εξαρτώμενου από την IgE αντιγόνου. Η έκφραση του είναι αυξημένη στα κύτταρα Langerhans του δέρματος των ασθενών με ατοπική δερματίτιδα.

Τα μονοκύτταρα στο περιφερικό αίμα των ασθενών με ατοπική δερματίτιδα προκαλούν την παραγωγή αυξημένων προσταγλαδινών E2 (PGE2). Η PGE2 επιφέρει μείωση της παραγωγής της IFN- γ , αλλά όχι της IL4 από τα βοηθητικά T-λεμφοκύτταρα, ενισχύοντας την επικράτηση των Th2. Η PGE2 αυξάνει επίσης ευθέως την παραγωγή IgE από τα B-λεμφοκύτταρα. Τα μονοκύτταρα εμφανίζουν επίσης αυξημένη δραστηριότητα της φωσφοδιεστεράσης. Η προδιάθεση ανάπτυξης ατοπικής δερματίτιδας είναι ήδη εμφανής στα νεογέννητα [26, 15]. Τα μονοπύρρηνα κύτταρα του αίματος στον ομφάλιο λώρο των νεογνών που έχουν διεγερθεί με την φυτοαιμοσυγκολλητίνη επιδεικνύουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα IL-13, στα παιδιά τα οποία θα αναπτύξουν στη συνέχεια ατοπική δερματίτιδα.

Στους ατοπικούς ασθενείς έχουν διαπιστωθεί ανωμαλίες των δερματικών νεύρων και των προϊόντων που εκκρίνουν (νευροπεπτιδία) [8, 12]. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να εξηγήσουν τις παθολογικές αγγειακές αντιδράσεις, τον ελαττωμένο ουδό του κνησμού και ίσως μερικές από τις ανοσολογικές διαταραχές που παρατηρούνται στο ατοπικό δέρμα. Έχει ανευρεθεί μειωμένη ενεργοποίηση των περιφερικών υποδοχέων σε ασθενείς με ατοπία, υποδηλώνοντας ότι ο κνησμός στο πάσχον δέρμα μπορεί να οφείλεται σε τροποποιημένα νωτιαία ερεθίσματα παρά σε βασικούς κεντρομόλους νευρώνες. Η συγκέντρωση της ακετυλοχολίνης στο ατοπικό δέρμα είναι εντόνως αυξημένη και μπορεί να έχει κάποια θέση στην εμφάνιση των ατοπικών σημείων και συμπτωμάτων. Τα άτομα με ατοπική δερματίτιδα στα οποία ενίεται ενδοδερμικά ακετυλοχολίνη παρουσιάζουν έντονο κνησμό, ενώ οι ασθενείς της ομάδας ελέγχου εκδηλώνουν άλγος.

Στους ατοπικούς ασθενείς ο επιδερμικός φραγμός είναι διαταραγμένος [28], ακόμη και στο κλινικά υγιές δέρμα. Η αυξημένη διεπιδερμική απώλεια νερού, συσχετίζεται με τη σοβαρότητα της νόσου. Η ατοπική δερματίτιδα συνήθως επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια των χειμερινών μηνών εξαιτίας της μειωμένης υγρασίας της ατμόσφαιρας. Το στρες επίσης αυξάνει τη διεπιδερμική απώλεια νερού. Το γεγονός αυτό συσχετίζεται επίσης με τις εξάρσεις της ατοπικής δερματίτιδας που παρατηρούνται στα πλαίσια ταχείας μείωσης των στεροειδών και του στρες. Η αποκατάσταση του επιδερμικού φραγμού είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ατοπικής δερματίτιδας, εξ ου και η αξία της ενυδάτωσης του δέρματος, των αλοιφών και της κλειστής περιέδεσης.

Έχει αναφερθεί μια κληρονομική μετάλλαξη στον υποδοχέα υψηλής συγγένειας για την IgE, σε μία ομάδα ατόμων της ίδιας ηλικίας που δε συγγενεύουν μεταξύ τους και πάσχουν από ατοπική νόσο. Η ατοπία χαρτογραφήθηκε σε αυτήν την περιοχή του χρωμοσώματος 11q στο 60% των ατοπικών οικογενειών. Το 17% των ατοπικών οικογενειών είχε την ίδια σημειακή μετάλλαξη στο γονίδιο που είναι υπεύθυνο για την β-υπομονάδα του υποδοχέα υψηλής συγγένειας για την IgE. Ο υποδοχέας υψηλής συγγένειας για την IgE, βρίσκεται στα μαστοκύτταρα, τα μονοκύτταρα και τα κύτταρα Langerhans. Η διέγερση του υποδοχέα αυτού στα μαστοκύτταρα προκαλεί την παραγωγή Th2 κυττοκινών, συμπεριλαμβανομένης της IL-4 και τα διεγερμένα αυτά μαστοκύτταρα μπορούν να ρυθμίσουν απευθείας την τοπική σύνθεση IgE από τα B-λεμφοκύτταρα.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν σαφέστατα θέση στην έκφραση της ατοπικής διάθεσης. Η ατοπική νόσος έχει αυξηθεί δραματικά με τη γενική βελτίωση που έχει σημειωθεί στο βιοτικό επίπεδο και στις συνθήκες υγιεινής. Η ατοπική δερματίτιδα προεξάρχει στις ανεπτυγμένες περιοχές. Ένα δυσανάλογο ποσοστό Th2 κυττάρων στο δέρμα των ατόμων με ατοπική δερματίτιδα, μπορεί να είναι ειδικά για αλλεργιογόνα όπως είναι τα ακάρεα του σπιτιού ή η γύρη της χλόης. Οι ασθενείς με ατοπική δερματίτιδα συχνά παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αντισωμάτων IgE, έναντι των ακάρεων της σκόνης του σπιτιού και αυτή η IgE, συνδέεται με τα κύτταρα Langerhans στο ατοπικό δέρμα. Υπάρχει, ωστόσο, μικρή συσχέτιση μεταξύ της βελτίωσης και της εξάλειψης των ακάρεων της σκόνης του σπιτιού και των δοκιμασιών σκαριφισμού (prick tests) για το αντιγόνο των ακάρεων της σκόνης του σπιτιού. Οι επιδερμικές δοκιμασίες (patch testing) [29], για την επιβεβαίωση της αλλεργίας στα ακάρεα της σκόνης παραμένουν αμφιλεγόμενες. Τα ποσοστά αντιδραστικότητας είναι υπερβολικά υψηλά και συχνά υπάρχει ασθενής συσχέτιση με τα ατοπικά συμπτώματα. Τα ακάρεα της σκόνης του σπιτιού είναι πανταχού παρόντα και είναι δύσκολο να εξαλειφθούν από το περιβάλλον. Τα υποαλλεργικά μαξιλάρια και τα καλύμματα των στρωμάτων που έχουν σχεδιαστεί για να μειώνεται η έκθεση στα ακάρεα της σκόνης κοστίζουν ακριβά και τα στοιχεία ανάλογα με την αποτελεσματικότητά τους είναι ανάμικτα. Ο υψηλός επιπολασμός της ευαισθησίας στις τροφές και

στα αεροαλλεργιογόνα στα ατοπικά άτομα δεν αμφισβητείται αλλά μπορεί να αντιπροσωπεύει μια γενική προδιάθεση για την αλλεργική νόσο. Θα πρέπει να αποδειχθεί σε κάθε ασθενή μια σχέση αιτίας αποτελέσματος μεταξύ των αλλεργιογόνων αυτών και της δερματικής νόσου με μεθόδους μέτρησης της IgE και τυφλές προκλήσεις. Θα πρέπει να επιχειρείται περιορισμός κάποιων τροφών μόνο εφόσον υπάρχει ισχυρό ιστορικό ή εργαστηριακές ενδείξεις που να υποδηλώνουν ότι οι τροφές [13, 25], αποτελούν σημαντικό εκλυτικό παράγοντα. Στα βρέφη θα πρέπει να επιχειρείται με προσοχή ο περιορισμός του γάλακτος, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η διατήρηση της επαρκούς σίτισης.

Μερικές επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν την ικανότητα μεταβίβασης της ατοπικής διάθεσης ή τη συμμετοχή των μεταβιβάσιμων περιβαλλοντικών παραγόντων. Η επίπτωση της ατοπικής δερματίτιδας αυξάνεται στον πληθυσμό που μετακινείται από τις χώρες με μικρή επίπτωση προς εκείνες με υψηλή επίπτωση. Οι χωρικοί της Αφρικής και της Νέας Γουινέας εκδηλώνουν υψηλότερη επίπτωση της ατοπικής νόσου όταν μετακινούνται προς τις πόλεις. Όταν επιστρέφουν στα χωριά τους η επίπτωση του άσθματος σε όλους τους χωρικούς αυξάνεται. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ κληρονομικότητας και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Διαφορική διάγνωση

Η τυπική ατοπική δερματίτιδα δεν είναι δύσκολο να διαγνωστεί εξαιτίας της τάσης της να προσβάλει συμμετρικά το πρόσωπο, τον τράχηλο και την καμπτική επιφάνεια του αγκώνα και τον ιγνυακό βόθρο [1, 32]. Στις δερματοπάθειες που μοιάζουν κλινικά με την ατοπική δερματίτιδα συγκαταλέγονται η σημγγατορροϊκή δερματίτιδα (ειδικά στα βρέφη), η ερεθιστική ή αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής, το νομισματοειδές έκζεμα, η ψώρα και η ψωρίαση, ειδικά η παλαμοπελματιαία. Στα πλαίσια συγκεκριμένων συνδρόμων ανοσοανεπάρκειας μπορεί να εκδηλωθεί μια δερματίτιδα η οποία είναι αξιοσημείωτα παρόμοια ή πανομοιότυπη με την ατοπική δερματίτιδα.

Ιστοπαθολογία

Τα ιστολογικά ευρήματα της ατοπικής δερματίτιδας ποικίλουν ανάλογα με το στάδιο της βλάβης, επειδή πολλές από τις αλλοιώσεις οφείλονται στον ξεσμό. Η υπερκεράτωση, η ακάνθωση και η ανάπτυξη εκδορών είναι συχνά φαινόμενα. Ιστολογικά είναι δυνατόν να παρατηρηθεί αποικισμός από σταφυλόκοκκο [23]. Αν και είναι δυνατόν να μην φαίνονται τα ηωσινόφιλα στη χοριακή διήθηση,

η χρώση για τη μείζονα βασική πρωτεΐνη των ηωσινόφιλων (MBP) αποκαλύπτει σε πολλές περιπτώσεις εναπόθεση. Συνήθως, παρατηρείται πυκνή εναπόθεση MBP σε δείγματα ληφθέντα από ασθενείς με ατοπική δερματίτιδα και ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ατοπίας. Κάτι τέτοιο συναντάται λιγότερο συχνά σε δείγματα προερχόμενα από ασθενείς που δεν έχουν ούτε ατομικό ούτε οικογενειακό ιστορικό αναπνευστικής ατοπίας

Γενική αντιμετώπιση

Η θεραπεία είναι δύσκολη και απαιτεί εμπειρία και καλή γνώση της νόσου [1, 2, 5, 7, 14, 19, 22, 32, 33, 34, 35]. Είναι συμπτωματική και στοχεύει στην αντιμετώπιση της φλεγμονής, του κνησμού και την πρόληψη των υποτροπών. Η προσπάθεια του γιατρού θα είναι η διατήρηση του ασθενούς στην καλύτερη δυνατή κατάσταση, με τη χορήγηση φαρμάκων με τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, επειδή ο χρόνος που διαρκεί η νόσος είναι μεγάλος. Βασική προϋπόθεση είναι να κερδίσει ο γιατρός την εμπιστοσύνη των γονέων και του ασθενούς, διότι η σχέση τους θα είναι μακροχρόνια. Η λεπτομερής ενημέρωση είναι σημαντική για την αντιμετώπιση της νόσου και θα περιλαμβάνει αρχικά πληροφορίες για την πορεία και την εξέλιξη της και κυρίως για τους παράγοντες που την προκαλούν και την επιδεινώνουν. Επίσης απαιτείται ενημέρωση για τους παράγοντες που συμβάλλουν ώστε ο ασθενής να έχει καλύτερη ποιότητα ζωής.

Βρέφη και παιδιά

Το στρές, η θερμότητα, η εφίδρωση και οι εξωτερικοί ερεθιστικοί παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν επεισόδιο κνησμού και δερματίτιδας. Θα πρέπει να αποφεύγονται τα θερμά λουτρά, τα αλκαλικά σαπούνια, το έντονο τρίψιμο και καθάρισμα [1]. Το νερό θα πρέπει να διατηρείται χλιαρό και να χρησιμοποιείται ένα ήπιο καθαριστικό μόνο στο λερωμένο δέρμα. Αμέσως μετά το λουτρό θα πρέπει να εφαρμόζεται στο δέρμα μία κρέμα φραγμού που εμποδίζει την εξάτμιση του νερού. Η τεχνική αυτή της διαβροχής και λίπανσης είναι εξαιρετικά αποτελεσματική στην πλειονότητα των ασθενών. Επειδή τα συντηρητικά που περιέχονται στις κρέμες και στα πλύματα μπορούν να αποτελούν πιθανά αλλεργιογόνα εξ επαφής, προτιμώνται οι βάσεις αλοιφής, αν γίνονται ανεκτές από τον ασθενή. Είναι δυνατόν να εφαρμοστεί ένα εξαιρετικά λεπτό στρώμα λευκής βαζελίνης, τρίβοντας μια πολύ μικρή ποσότητα βαζελίνης μεταξύ των παλαμών πριν τοποθετηθεί στο δέρμα. Η αλλεργία στη λευκή βαζελίνη είναι εξαιρετικά σπάνια. Η ένυδρη ευσερίνη χρησιμοποιείται συχνά και είναι εξαιρετικά αποτελεσματική. Επειδή το σαπούνι μπορεί να επιδεινώνει τη νόσο είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν λάδι ελιάς ή παρόμοια προϊόντα για καθαρισμό χωρίς νερό. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στα γεννητικά όργανα και τους γλουτούς και οι πάνες θα πρέπει να αλλάζονται κάθε φορά που βρέχονται ή λερώνονται. Σπανίως είναι αναγκαία τα σχήματα αυτά στα οποία δε

χρησιμοποιείται νερό. Η πλειονότητα των παιδιών βελτιώνεται με μικρής διάρκειας χλιαρά λουτρά που γίνονται μια φορά την ημέρα. Τα αντιβακτηριακά καθαριστικά θα πρέπει να αποφεύγονται εξαιτίας του κινδύνου ανάπτυξης ευαισθησίας εξ επαφής.

Καθώς οι περισσότερες κλινικές εκδηλώσεις οφείλονται στον ξεσμό, η προστασία των προσβεβλημένων περιοχών από τον ξεσμό και την τριβή είναι εξαιρετικά σημαντική αλλά δύσκολο να επιτευχθεί. Κατά τη διάρκεια ενός εντόνου επεισοδίου κνησμού, η τριβή της πάσχουσας περιοχής με ένα παγάκι, μπορεί μερικές φορές να σταματήσει τον ξεσμό και να αποτρέψει την περαιτέρω εμφάνιση βλάβης λόγω ξεσμού. Τα αντισταμινικά φάρμακα είναι σε κάποιο βαθμό ευεργετικά ειδικά όταν χορηγούνται τις βραδινές ώρες εφόσον τα σύνοδα κατασταλτικά αποτελέσματα, μπορεί να βοηθήσουν στην αποφυγή του ξεσμού. Η δοσολογία πρέπει να είναι επαρκής και να δίδεται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα μη κατασταλτικά αντισταμινικά παρέχουν μικρό ή κανένα όφελος στη μείωση του κνησμού στους ατοπικούς ασθενείς.

Σε περιπτώσεις που εμπλέκονται ειδικές τροφικές αλλεργίες, ο περιορισμός κάποιων τροφών μπορεί να βοηθήσει [13, 25, 32, 33, 34, 35]. Ο αποκλεισμός μερικών τροφών από το διαιτολόγιο σε δοκιμαστική βάση για μερικές εβδομάδες αποτελεί μια εναλλακτική προσέγγιση, αντί για την τυφλή δοκιμασία πρόκλησης με τροφές και τη δοκιμασία ανίχνευσης της ειδικής για κάθε τροφή IgE, αλλά δεν είναι τόσο ακριβής. Όπως ειπώθηκε και προηγουμένως, οι ανοιχτές δοκιμασίες πρόκλησης είναι συχνά παραπλανητικές και επειδή οι δοκιμασίες πρόκλησης με τροφές μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την αναφυλαξία, θα πρέπει πάντα να διενεργούνται υπό ελεγχόμενες συνθήκες. Έχουν προταθεί διαφορετικά προϊόντα υποκατάστασης για παιδιά με επιβεβαιωμένη αλλεργία στο γάλα. Δυστυχώς έχουν περιγραφεί αλλεργικές αντιδράσεις στα προϊόντα σόγιας, στα υδρολυτικά προϊόντα των πρωτεϊνών της λακτόζης ορού, στα υδρολυτικά προϊόντα κασεΐνης η οποία είναι σε μορφή σκόνης, σε υδρολυτικά προϊόντα σόγιας. Για τα βρέφη ή τα παιδιά με διαπιστωμένη αλλεργία στο γάλα, είναι καλύτερη η συνεργασία με κάποιον παιδίατρο ή αλλεργιολόγο. Για τους εφήβους, έχει προταθεί μια περιοριστική δίαιτα που περιλαμβάνει ρύζι, κομπόστα μήλου, αχλάδια, καρότα, κολοκυθάκια και αρνί, όμως κάθε μία από αυτές τις τροφές είναι δυνατόν να αποτελεί πιθανό αλλεργιογόνο. Για την τεκμηρίωση της τροφικής αλλεργίας τελικά απαιτείται η δοκιμασία ανίχνευσης στον ορό της ειδικής για κάθε τροφή IgE, οι δοκιμασίες σκαριφισμού (prick test) ή οι τυφλές δοκιμασίες πρόκλησης.

Ενήλικες

Οι ατοπικοί θα πρέπει να αποφεύγουν το υπερβολικό κρύο ή ζέστη. Το ξηρό δέρμα των ατοπικών έχει την τάση να επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια των χειμερινών μηνών και θα πρέπει να

ενυδατώνεται καθημερινά με ενυδατικά σκευάσματα. Θα πρέπει να αποφεύγεται το υπερβολικό πλύσιμο και να χρησιμοποιείται σαπούνι μόνο στις μασχάλες, την πρωκτογεννητική χώρα και το τριχωτό της κεφαλής. Το ντους θα πρέπει να είναι χλιαρό, όχι καυτό. Η εμβάπτιση σε νερό είναι αποδεκτή εφόσον ακολουθείται από επαρκή ενυδάτωση του δέρματος. Οι υγραντήρες βοηθούν και τα σύγχρονα ενισχυμένα συστήματα εξαερισμού, μπορούν να τροποποιηθούν με την προσθήκη ενός κεντρικού υγραντήρα και ενός υγραστοάτη. Ο ασθενής δε θα πρέπει να φοράει μάλλινα επειδή οι ίνες είναι ερεθιστικές. Τα βαμβακερά είναι τα πιο κατάλληλα. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται συνθετικά απορρυπαντικά και μαλακτικά για το πλύσιμο των ρούχων. Επίσης, να μην χρησιμοποιεί αφρόλουτρα και σαπούνια με αρώματα και χρώματα. Θα πρέπει να είναι ενήμερος σχετικά με το ότι το συναισθηματικό στρές μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα εξάρσεων. Σε ενήλικες με ατοπική νόσο, οι τεχνικές χαλάρωσης και βιοανάδρασης μπορεί να είναι χρήσιμες. Στους ατοπικούς, αλλά όχι στα υγιή άτομα, τα τριάντα λεπτά έντονου φιλήματος με απαλή μουσική υπόκρουση οδηγεί σε μειωμένη αντίδραση εμφάνισης πομφού από τα ακάρεα της σκόνης του σπιτιού και τη γύρη των κέδρων αλλά όχι από την ισταμίνη, καθώς επίσης και σε μειωμένα επίπεδα πλάσματος των νευροτροφινών και του προερχόμενου από τον εγκέφαλο νευροτροφικού παράγοντα. Χωρίς ιδιαίτερα αποτελέσματα είναι οι προτεινόμενες δίαιτες. Απλά πρέπει να αποφεύγονται τροφές που ο ασθενής αναφέρει ότι επιδεινώνουν τη νόσο.

Ειδικές θεραπευτικές προσεγγίσεις

Τοπική θεραπεία

Η θεραπεία με κορτικοστεροειδή αποτελεί την κύρια μέθοδο αντιμετώπισης της ατοπικής δερματίτιδας [5]. Στα βρέφη προτιμώνται αλοιφές στεροειδών χαμηλής ισχύος όπως είναι η υδροκορτιζόνη 1 ή 2,5. Θα πρέπει να δίνεται έμφαση στην τακτική εφαρμογή των μαλακτικών. Από τη στιγμή που οι υποδοχείς των κορτικοστεροειδών κορεστούν, οι περαιτέρω εφαρμογές των στεροειδικών συνθέσεων έχουν μόνο μαλακτική δράση. Στις περισσότερες περιοχές του σώματος, η εφαρμογή ενός κορτικοστεροειδούς μια φορά την ημέρα είναι σχεδόν εξίσου αποτελεσματική με την εφαρμογή του περισσότερες φορές, κοστίζει λιγότερο και απορροφάται συστηματικά σε μικρότερο βαθμό. Σε μερικές περιοχές, η εφαρμογή δύο φορές την ημέρα μπορεί να είναι ευεργετική αλλά η συχνότερη χρήση δεν παρέχει σχεδόν ποτέ κάποιο επιπρόσθετο όφελος. Η εφαρμογή ενός στεροειδούς κάτω από υγρά επιθέματα, μπορεί να αυξήσει τη διείσδυση και τον κορεσμό των

υποδοχέων των κορτικοστεροειδών. Σε ανθεκτικές περιοχές μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα ελαφρώς ισχυρότερο κορτικοστεροειδές. Ένα πιο ισχυρό μόριο είναι καταλληλότερο από τις συνεχώς αυξανόμενες συγκεντρώσεις ενός ασθενέστερου μορίου, καθώς η δράση του τελευταίου φτάνει γρήγορα σε plateau, αφού οι υποδοχείς καθίστανται κορεσμένοι. Σε μεγαλύτερα παιδιά και ενήλικες, χρησιμοποιούνται συχνά τα στεροειδή μέσης ισχύος, όπως είναι η τριαμσινολόνη για παράδειγμα, εκτός από την περιοχή του προσώπου, όπου προτιμώνται πιο ήπια στεροειδή ή αναστολείς της καλσινευρίνης. Για παχύτερες πλάκες και βλάβες τύπου χρόνιου απλού λειχήνα μπορεί να χρειαστούν πολύ ισχυρά στεροειδή. Αυτά εφαρμόζονται, κατά κανόνα, κατά τη διάρκεια του σαββατοκύριακου, ενώ την υπόλοιπη εβδομάδα εφαρμόζεται ένα πιο ήπιο στεροειδές. Οι αλοιφές εξασφαλίζουν ανώτερη λειτουργία φραγμού έναντι της εξάτμισης και γενικά δεν απαιτούν συντηρητικά. Εμφανίζουν επομένως μικρότερη πιθανότητα να προκαλέσουν αλλεργία εξ επαφής σε σχέση με τις κρέμες ή τα πλύματα. Η αλλεργία εξ επαφής που οφείλεται στο ίδιο το κορτικοστεροειδές δεν είναι ασυνήθης. Η αλλεργία από κορτικοστεροειδή σπάνια εκδηλώνεται ως επιδείνωση του εκζέματος. Αντί για αυτό, παρουσιάζεται ως έξαρση του εκζέματος όταν διακόπτεται το κορτικοστεροειδές έστω και για μια ημέρα. Η διαφορική διάγνωση της κατάστασης αυτής από την επίμονη δερματίτιδα μπορεί να είναι δυσχερής.

Αν και η πιθανότητα ανάπτυξης τοπικής ακόμη και συστηματικής τοξικότητας από τα στεροειδή είναι αληθής, το στεροειδές θα πρέπει να είναι αρκετά ισχυρό ώστε να θέσει υπό έλεγχο τον κνησμό και να καταστείλει τη φλεγμονή. Ακόμη και σε μικρά παιδιά, μπορεί να απαιτείται η χρήση ισχυρών τοπικών στεροειδών σε εβδομαδιαίες ώσεις για να διατηρηθούν υπό έλεγχο οι σοβαρές εξάρσεις. Είναι πάντα προτιμότερες οι ώσεις που γίνονται το σαββατοκύριακο αντί της καθημερινής εφαρμογής ενός ισχυρού στεροειδούς. Στα βρέφη και τα μικρά παιδιά θα πρέπει να παρακολουθούνται οι παράμετροι ανάπτυξης. Οι οξείες φάσεις συχνά ανταποκρίνονται σε αντισταφυλοκοκκική θεραπεία και έτσι αποφεύγονται τα στεροειδή. Αν ένας ατοπικός ασθενής επιδεινωθεί ή δε βελτιωθεί μετά τη χρήση τοπικών στεροειδών και μαλακτικών, θα πρέπει να θεωρείται πιθανό το ενδεχόμενο της αλλεργικής δερματίτιδας εξ επαφής σε κάποιο συντηρητικό ή στο κορτικοστεροειδές.

Οι τοπικοί αναστολείς καλσινευρίνης, όπως είναι το tacrolimus ή το pimecrolimus [7, 14, 19, 22], αποτελούν μια εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση, αντί για τα τοπικά στεροειδή. Η συστηματική απορρόφηση δεν είναι γενικά σημαντική, μετά από την εφαρμογή και των δύο αυτών παραγόντων. Αν και η αλοιφή tacrolimus 0,03 πωλείται στην αγορά για χρήση στα παιδιά, είναι αμφίβολο αν στην πραγματικότητα υπερτερεί σε ασφάλεια έναντι του σκευάσματος 0,1. Η ανοχή βελτιώνεται αν η αλοιφή τοποθετηθεί σε απόλυτα στεγνό δέρμα. Οι ασθενείς εμφανίζουν ηπιότερο αίσθημα καύσου, αν οι εκζεματικές πλάκες αντιμετωπιστούν αρχικά με ένα κορτικοστεροειδές και

μεταβούν στη συνέχεια σε έναν αναστολέα της καλσινευρίνης, αφότου επέλθει μερική ίαση των βλαβών. Η βελτίωση συνήθως σταθεροποιείται και προοδευτικά όλο και μικρότερες περιοχές απαιτούν θεραπεία. Οι παράγοντες αυτοί είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι για την περιοχή των βλεφάρων και του προσώπου, σε περιπτώσεις επίμονης δερματίτιδας, σε θέσεις επιρρεπείς στην ανάπτυξη ατροφίας εκ στεροειδών, όταν η αλλεργία εκ στεροειδών αποτελεί πρόβλημα ή υπάρχει ανησυχία σχετικά με τη συστηματική απορρόφηση στεροειδών.

Τοπική εφαρμογή μαλακτικών και ενυδατικών σκευασμάτων. Αυτά βοηθούν σημαντικά διότι βελτιώνουν τη λειτουργία του δερματοεπιδερμικού φραγμού με αποτέλεσμα να μειώνεται η ξηρότητα του δέρματος, να παρεμποδίζεται η είσοδος πιθανών αλλεργιογόνων και ερεθιστικών ουσιών και να υποχωρεί η φλεγμονή και ο κνησμός. Για την ενυδάτωση του ξηρού δέρματος της ατοπικής δερματίτιδας, η εφαρμογή βαζελίνης, ουρίας 10 σε υδροφιλική βάση κρέμας, κρέμας ευσερίνης ή μίγματος κρέματος υδροκορτιζόνης 1% και κρέμας ουρίας 10% είναι αποτελεσματική. Τα μαλακτικά που περιέχουν γαλακτικό οξύ σε συγκεντρώσεις υψηλότερες του 5% δε γίνονται καλά ανεκτά από τους ατοπικούς ασθενείς με ενεργό δερματίτιδα.

Η ακατέργαστη λιθανθρακόπισσα 1 έως 5 % σε λευκή βαζελίνη βοηθά μερικές φορές στην περίπτωση επίμονου εκζέματος. Τα σκευάσματα πίσσας είναι ιδιαίτερος ευεργετικά όταν χρησιμοποιούνται για εντατική θεραπεία ενηλίκων που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία ή σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας. Τα αμυλούχα μπάνια σε συνδυασμό με μαλακτικά σκευάσματα, προσφέρουν σημαντική βοήθεια τόσο στη θεραπεία όσο και στη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Αντιβιοτικά τοπικά ή συστηματικά

Αυτά χορηγούνται όταν υπάρχουν επιμολύνσεις, αλλά και για την αντιμετώπιση του χρυσίζοντος σταφυλοκόκκου, ο οποίος παράγει υπεραντιγόνα που επιδεινώνουν τη νόσο [1].

Συστηματική θεραπεία

Τα αντισταμινικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κατασταλτική τους δράση. Η υδροξυζίνη, διφενυδραμίνη ή η χλωρφενιραμίνη, χρησιμοποιούνται συχνά σε παιδιά. Σε ενήλικες, η υδροξυζίνη ή η δοξεπίνη σε μια απογευματινή δόση μπορεί να βοηθήσει. Θα πρέπει οι ασθενείς να προειδοποιούνται σχετικά με το ότι δεν πρέπει να οδηγούν αν εξακολουθούν να αισθάνονται υπνηλία το πρωί. Τα μη κατασταλτικά αντισταμινικά δεν παρέχουν κάποιο όφελος στην ελάττωση του κνησμού.

Είναι γνωστό εδώ και καιρό ότι ο *S. Aureus* συχνά αποικίζει τόσο το υγιές όσο και το προσβεβλημένο δέρμα στην ατοπική δερματίτιδα [24]. Πολλοί ασθενείς ωφελούνται από σύντομα θεραπευτικά σχήματα με αντισταφυλοκοκκικά αντιβιοτικά, τα οποία χορηγούνται κατά τη διάρκεια εξάρσεων της ατοπικής, ακόμη και όταν λείπουν τα κλινικά ευρήματα μιας λοίμωξης. Γενικά χρησιμοποιούνται κεφαλοσπορίνες και ημισυνθετικές πενικιλίνες, αν και η τριμεθοπρίμη – σουλφομεθοξαζόλη και οι τετρακυκλινές αποτελούν εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές, ειδικά όταν ερχόμαστε αντιμέτωποι με ανθεκτικούς στη μεθυκυλλίνη σταφυλοκόκκους. Ο αποικισμός της ρινός είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί με τοπική μουπιροσίνη ή με τη χορήγηση μιας κεφαλοσπορίνης ή μιας ημισυνθετικής πενικιλίνης σε συνδυασμό με ριφαμπικίνη .

Τα συστηματικά κορτικοστεροειδή κατά κανόνα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για τον έλεγχο των εξάρσεων [5]. Σε ασθενείς, οι οποίοι χρήζουν θεραπείας με συστηματικά στεροειδή, προτιμώνται τα σχήματα βραχείας διάρκειας (3 εβδομάδες ή λιγότερο). Σε σπάνιες περιπτώσεις όταν απαιτείται θεραπεία μεγαλύτερης διάρκειας, συνιστάται να χορηγείται η ελάχιστη δόση κάθε δεύτερη μέρα αν αυτό είναι δυνατόν. Αν η δοσολογία που απαιτείται κάθε δεύτερη μέρα υπερβαίνει τα 15 έως 20 mg ή αν εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες, θα πρέπει να τίθεται υπό σκέψη η χρήση εναλλακτικών θεραπειών που στερούνται στεροειδικής δράσης. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στην οστεοπόρωση που παρουσιάζεται στις γυναίκες και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με διφωσφονικά στην αρχή της θεραπείας όταν η απώλεια της οστικής μάζας είναι η μέγιστη. Θα πρέπει να ενθαρρύνονται οι στρατηγικές πρόληψης όπως είναι η λήψη συμπληρωμάτων ασβεστίου και βιταμίνης D, η τακτική άσκηση και η διακοπή του καπνίσματος

Η κυκλοσπορίνη είναι αποτελεσματική για την αντιμετώπιση της σοβαρής μορφής ατοπικής δερματίτιδας αλλά το αποτέλεσμα σπανίως διατηρείται μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Οι δυνητικές ανεπιθύμητες ενέργειες και το υψηλό κόστος επιτρέπει τη χρήση της μόνο στους πιο σοβαρά ασθενείς.

Τα ανοσοκατασταλτικά και τα αντιυπερπλαστικά φάρμακα, όπως είναι η αζαθειοπρίνη, η mycophenolate mofetil και η μεθοτρεξάτη, μπορεί να είναι αποτελεσματικά σε ποικίλες μορφές επίμονου εκζέματος, αλλά φυλάσσονται για νόσο μη ανταποκρινόμενη σε άλλη θεραπεία που καθιστά τον ασθενή δυσλειτουργικό. Οι ανοσοτροποποιητές, όπως είναι η ενδοφλέβια ανοσοσφαιρίνη, η IFN και η θυμοπεντίνη έχουν επιδείξει κάποια αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της ατοπικής αλλά σπανίως χρησιμοποιούνται. Τα παραδοσιακά κινέζικα μίγματα βοτάνων έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στα παιδιά, αλλά τα δραστικά συστατικά και ο μηχανισμός παραμένουν άγνωστα.

Φωτοθεραπεία

Η φωτοχημειοθεραπεία (PUVA), η UVA1 ή η UVB ευρείας ή στενής δέσμης μπορεί να βοηθήσουν στη σοβαρή ατοπική δερματίτιδα [1, 2]. Η UVB ευρείας δέσμης είναι συνήθως λιγότερο αποτελεσματική. Η θεραπεία Goeckerman με πίσσα μπορεί να ενισχύσει τη δραστηριότητα της UVB ευρείας δέσμης. Ο συνδυασμός UVA και UVB υπερτερεί έναντι της ευρείας δέσμης UVB. Το καλοκαίρι η ακτινοβολία αντικαθίσταται με ηλιοθεραπεία με πολύ καλά αποτελέσματα.

Αντιμετώπιση της οξείας φάσης της έξαρσης

Αρχικά θα πρέπει να αναζητείται ο εκλυτικός παράγοντας της έξαρσης. Πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα μπορεί να συσχετίζονται με εξάρσεις. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων θα πρέπει να υποπτευόμαστε την επιμόλυνση από *S. Aureus*. Λιγότερο συχνά εμπλέκεται ο ιός coxsackie ή ο ιός του απλού έρπητα. Η ροδόχρους πιτυρίαση μπορεί επίσης να οδηγήσει σε έξαρση της ατοπικής δερματίτιδας. Η ανάπτυξη ευαισθησίας εξ επαφής σε κάποιο εφαρμοζόμενο φάρμακο θα πρέπει να θεωρείται πιθανή.

Η εξάλειψη των εκλυτικών παραγόντων κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της έξαρσης μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση. Ένα βραχύ θεραπευτικό σχήμα συστηματικών κορτικοστεροειδών μπορεί να ωφελήσει αλλά οι ασθενείς θα πρέπει να προειδοποιούνται ότι η παρατεταμένη συστηματική κορτικοστεροειδική θεραπεία θα πρέπει να αποφεύγεται. Η κατ' οίκον νοσηλεία μπορεί να είναι χρήσιμη. Ο ασθενής παραμένει κλινήρης στο σπίτι απομονωμένος από την εργασία του και από άλλους στρεσογόνους παράγοντες και του χορηγούνται μεγάλες δόσεις αντιισταμινικών κατά τη διάρκεια του ύπνου. Ο ασθενής εμβαπτίζεται στη μπανιέρα δύο φορές ημερησίως, στη συνέχεια εφαρμόζει μια αλοιφή τοπικού στεροειδούς κάτω από υγρές πιτζάμες και φοράει μια φόρμα σάουνας. Συνήθως, μια τέτοια εντατική θεραπεία 3 έως 4 ημερών που γίνεται στο σπίτι καταστέλλει τη σοβαρή έξαρση.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο ειδικό ιατρείο αλλεργιών της Δερματολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Οι ασθενείς που προσέρχονταν στα εξωτερικά ιατρεία της δερματολογικής κλινικής προς εξέταση και ετίθετο η διάγνωση της ατοπικής δερματίτιδας, παραπέμπονταν στο ειδικό ιατρείο, προς κλινική εξέταση, λήψη ιατρικού ιστορικού και συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων. Ακολουθούσε η συμβουλευτική των γονιών για τη διαχείριση της νόσου και οδηγίες περιποίησης όταν επρόκειτο για παιδιά, καθώς και των ενηλίκων ασθενών. Ο αριθμός των ασθενών που περιλαμβάνονται στη μελέτη ανέρχεται στους 40. Στην πρώτη επίσκεψη γίνεται πλήρης καταγραφή του ιστορικού και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων καθώς και θεραπευτική αντιμετώπιση. Κάθε ασθενής ενημερώνεται για τη δυνατότητα συνεχούς επικοινωνίας και πρόσβασης στο ειδικό ιατρείο, κάθε φορά που ο ίδιος το επιθυμεί, ώστε να ενημερωθεί για την συνεχή περιποίηση που απαιτεί το ατοπικό δέρμα ή να αντιμετωπίσουμε τις εξάρσεις της νόσου ή οτιδήποτε άλλο τον απασχολεί. Στόχος του ιατρείου είναι να αναπτύξουμε μια σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς μας και τις οικογένειες, ώστε να υπάρχει συνεχής επαφή και ενημέρωση για τον έλεγχο της νόσου και την αποφυγή των υποτροπών. Στόχο επίσης αποτέλεσε και εξακολουθεί να αποτελεί η συνεχής ενημέρωση και οργάνωση σεμιναρίων του ανθρώπινου δυναμικού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, νοσηλευτικό προσωπικό, στελέχη των υπηρεσιών της φροντίδας στο σπίτι, το οποίο πολλές φορές έχει την πρώτη επαφή με τους ασθενείς, ώστε να είναι σε θέση να δώσει τις αρχικές οδηγίες και να ενημερώσει το ιατρικό προσωπικό για την περαιτέρω αντιμετώπιση εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο.

Τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν κατά τη λήψη του ιστορικού αφορούσαν α) την καταγραφή της κλινικής εικόνας με βάση τα κριτήρια της ατοπίας και β) την καταγραφή των εξωτερικών παραγόντων και πιθανών αλλεργιογόνων που επηρεάζουν την πορεία της νόσου και παρατίθενται

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Νο1

Ιστορικό ατοπικής δερματίτιδας

Ημερομηνία

Επώνυμο

Όνομα

Ημ.γέννησης

A.M

Διεύθυνση

Τηλέφωνο

Διάγνωση

Κριτήρια

Η διάγνωση της ατοπικής δερματίτιδας είναι σίγουρη όταν πληρούνται τρία από τα τέσσερα κύρια κριτήρια και τρία δευτερεύοντα κριτήρια:

Κύρια κριτήρια

Κνησμός

Χρόνια ή χρονίως υποτροπιάζουσα δερματίτις

Τυπική κατανομή των βλαβών ανάλογα με την ηλικία

Οικογενειακό ιστορικό ατοπίας

Δευτερεύοντα κριτήρια

1) Αντικειμενικά κλινικά συμπτώματα

Μειωμένη εφίδρωση

Ξηρότητα του δέρματος που διατηρείται σε όλη τη διάρκεια της ζωής

Κοινή ιχθύαση (ichthyosis vulgaris), θυλακική υπερκεράτωση (keratosis pilaris), αύξηση σε ένταση και αριθμό των αυλακώσεων των παλαμών.

Έκζεμα χεριών και άκρου πόδα (atopic feet)

Έκζεμα της θηλής, χείλη και γύρω από το στόμα

Λευκή πιτυρίαση

Ρυτίδες στα πλάγια του λαιμού.

Αραιώση ή απόπτωση της άκρης των φρυδιών (σημείο Hertoghe)

Στους κροτάφους μικρές ατίθασες τρίχες

Βρεφικό έκζεμα

Έκζεμα εντονότερο γύρω από τους τριχικούς θυλάκους

2) Υποκειμενικά κλινικά συμπτώματα

Οι ασθενείς δεν ανέχονται τα μάλλινα, από τα οποία προκαλείται ερεθισμός και κνησμός

3) Αγγειοκινητικές διαταραχές

Τα μικρά αγγεία παρουσιάζουν μια τάση για αγγειοσύσπαση.

Ωχρότητα ή ερύθημα του προσώπου

Λευκός δερμογραφισμός. Μετά από τριβή με αμβλύ όργανο παρατηρείται μια λευκή γραμμή και οφείλεται σε ανώμαλη αγγειακή σύσπαση.

Χαμηλή θερμοκρασία των δακτύλων χεριών και ποδιών και ελαττωμένη προσαρμογή στις μεταβολές θερμοκρασίας. Κατά την έκθεση στο κρύο παρατεταμένη αγγειοσύσπαση.

4) Λειτουργικές διαταραχές μετά από επίδραση συγκινησιακών καταστάσεων και εξωτερικών επιδράσεων

Χειροτέρευση της κλινικής εικόνας

Αντιδραστική αυξημένη εφίδρωση, όπως συμβαίνει στις παλάμες, πέλματα, μέτωπο, καμπτική επιφάνεια αγκώνων και γονάτων.

5) Διαταραχή του ανοσολογικού συστήματος –Υπερευαισθησία τύπου I

Αύξηση των ανοσοσφαιρινών E στον ορό έναντι πολλών ουσιών

Θετικές αντιδράσεις στις δερματικές δοκιμασίες σκαριφισμού ή δια νυγμού (prick tests) και οι ενδοδερματικές δερματικές δοκιμασίες. Οι τελευταίες είναι περισσότερο επικίνδυνες από τις δια νυγμού λόγω πιθανών συστηματικών αντιδράσεων. Η ενδοδερματική δοκιμασία είναι περίπου 10.000 περισσότερο ευαίσθητη της δοκιμασίας δια νυγμού.

Δυσανεξία σε διάφορες τροφές όπως τα εσπεριδοειδή, οπότε παρατηρείται χειροτέρευση της κλινικής εικόνας

6) Διαταραχή του ανοσολογικού συστήματος-Υπερευαισθησία τύπου IV

Ευπάθεια σε δερματικές λοιμώξεις, ιδιαίτερα σε χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και απλό έρπητα

Ελαττωμένη την επιβραδυνόμενου τύπου υπερευαισθησία σε ισχυρά αλλεργιογόνα επαφής

7) Διαταραχές από τα μάτια

Υποτροπιάζουσα επιπεφυκίτις

Οριζόντιες πτυχώσεις των κάτω βλεφάρων, οι λεγόμενες πτυχές Dennie-Morgan

Αλλοιώσεις από τα μάτια (κερατόκωνος και καταρράκτης)

Μελαγχρωματικό δέρμα ιδίως κάτω από τα μάτια

8) Αντανακλαστικά

Τα αντανακλαστικά του κερατοειδούς και του φάρυγγα είναι μειωμένα ή εκλείπουν

9) Επιδείνωση της ατοπικής δερματίτιδας κάτω από την επίδραση των ακολούθων

Έντονη εφίδρωση

Πολύ ξηρή επιδερμίδα

Απορρυπαντικά

Υγρό κλίμα, χειμερινοί μήνες, έντονες διακυμάνσεις της θερμοκρασίας

Διάφορες τροφές όπως εσπεριδοειδή, συντηρητικά και χρωστικές τροφίμων

Ρούχα μάλλινα ή συνθετικά

Πριν την περίοδο και κατά την εγκυμοσύνη

Επιμολύνσεις

Συγκινησιακές καταστάσεις

Υπολογισμός του SCORAD (περιγράφεται αναλυτικά παρακάτω)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Νο2

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΛΛΕΡΓΙΩΝ

1) Στοιχεία ασθενούς

2) Παρούσα νόσος

3) Κύρια συμπτώματα

4) Εντοπισμός

5) Πότε εμφανίζονται τα συμπτώματα;

Συνεχώς, χωρίς μακράς διάρκειας διαλείμματα

Όλο το χρόνο, σε άνισα χρονικά διαστήματα

Καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, με επιδείνωση σε συγκεκριμένους μήνες

Μόνο σε ορισμένους μήνες

6) Ποιούς μήνες επιδεινώνονται ή εμφανίζονται τα συμπτώματα;

Ιανουάριος

Φεβρουάριος

Μάρτιος

Απρίλιος

Μάιος

Ιούνιος

Ιούλιος

Αύγουστος

Σεπτέμβριος

Οκτώβρης

Νοέμβριος

Δεκέμβριος

7) Ποιές ώρες εμφανίζονται τα συμπτώματα;

Συνεχώς παρόντα

Δεν εμφανίζονται κάποιες συγκεκριμένες ώρες

Εμφανίζονται κυρίως -το πρωί

-το μεσημέρι

-το απόγευμα

-το βράδυ

8) Σε ποιούς χώρους εμφανίζονται τα συμπτώματα;

Οπουδήποτε

Στην αποθήκη

Σπίτι

Στο χώρο εργασίας

Σε ζωολογικούς κήπους ,στάβλους

Σε χωράφια-δάση

Σε άλλες τοποθεσίες, ποιές

δ) κάμφο

ε) υγρό(βροχή-ομίχλη)

στ) ξηρό

ζ) ζεστό

η) κρύο

12) Υπάρχει επαφή με ζώα;

A) ΟΧΙ

B) ΝΑΙ

ΠΟΙΑ

1) Σκύλος

2) Γάτα

3) Άλογο

4) Ίνδοχοίρος

5) Κουνέλι

6) Μοσχάρι

7) Πρόβατο

8) Αγελάδες

9) Πουλιά

10) Άλλα

13) Υπάρχει ευαισθησία σε κάποιες τροφές;

A) ΟΧΙ

B) ΝΑΙ

ΣΕ ΠΟΙΕΣ

Ψάρι

Μύδια

Γαρίδες

Αυγό

Γάλα

Ροδάκινο

Ντομάτα

Πορτοκάλια

Φράουλες

Ακτινίδια

Οινόπνευμα (κρασί, μπίρα, ούζο)

Χυμοί

Ξηροί καρποί

Λαχανικά

Φασολάκια

Κρεατικά

14) Υπάρχει ευαισθησία σε φάρμακα ή καλλυντικά;

Φάρμακα

A) ΟΧΙ

B) ΝΑΙ

1) Παυσίπονα

2) Αντιβιώσεις

3) Ιωδιούχα

- Καλλυντικά
- A) ΟΧΙ
- B) ΝΑΙ
- 4) Άλλα
- 1) Κρέμες
- 2) Αλοιφές
- 3) Κραγιόν
- 4) Μάσκαρα
- 5) Μολύβι
- 6) Άλλα

15) Υπάρχει ευαισθησία σε δήγματα εντόμων;

A) ΟΧΙ

B) ΝΑΙ

Μετά από δήγμα παρατηρήθηκαν οι εξής αντιδράσεις

- 1) Οίδημα
- 2) Εξάνθημα
- 3) Δύσπνοια
- 4) Άλλες

16) Ποιά καλλυντικά προϊόντα χρησιμοποιείτε;

Κρέμες

Σαμπουάν

Λοσιόν

Πήλιγκ

17) Υπάρχουν ή προϋπήρχαν μία από τις παρακάτω αναφερόμενες παθήσεις;

A) Αναπνευστικό

1) Σπαστική βρογχίτιδα

- 2) Βρογχικό άσθμα
- 3) Αλλεργική ρινίτις
- 4) Ρινικοί πολύποδες
- 5) Ιγμορίτις-Κολπίτις
- 6) Επίμονος βήχας
- 7) Άλλα

B) Δέρμα

- 1) Κνίδωση-αλλεργικό εξάνθημα
- 2) Οιδήματα
- 3) Έκζεμα
- 4) Δερματίτιδα
- 5) Ψωρίαση
- 6) Άλλες

Γ) Μάτια

- 1) Αλλεργική επιπεφυκίτις
- 2) Άλλες

18) Έχουν γίνει ήδη κάποια δερματικά τεστ;

A) ΟΧΙ

B) ΝΑΙ

1) Ποιά

2) Πότε

3) Αποτελέσματα

α) Δεν είναι γνωστά

β) Δεν υπάρχει αλλεργία

γ) Υπάρχει αλλεργία σε

19) Έχουν πραγματοποιηθεί τεστ απευαισθητοποίησης;

A) ΟΧΙ

B) ΝΑΙ

α) Πότε

β) Αποτελέσματα

Οικογενειακό ιστορικό

Υποφέρει ή υπέφερε κάποιος συγγενής από τα προαναφερόμενα νοσήματα;

A) ΟΧΙ

B) ΝΑΙ

Ποιός;

Από τι;

Έξεις και τρόπος του ζειν

A) ΖΩΗ 1) Καθιστική

2) Αθλητική

3) Κανονική

B) ΚΑΠΝΙΣΜΑ

1) ΟΧΙ

2) ΝΑΙ

Γ) ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ

Hobbies

Κατοικία

- 1) Πόλη
- 2) Χωριό
- 3) Επαρχία
- 4) Διαμέρισμα
- 5) Μονοκατοικία
- 6) Με κήπο
- 7) Παλιό σπίτι
- 8) Καινούργιο
- 9) Αλλού

Θέρμανση

- 1) Καλοριφέρ
- 2) Σόμπα (ξύλο, πετρέλαιο)
- 3) Air condition
- 4) Άλλα

Πάτωμα

- 1) Παρκέ
- 2) Μάρμαρο
- 3) Μωσαϊκό
- 4) Χαλί
- 5) Φλοκάτη

6) Άλλα

Περιβάλλον

1) Χωράφια

2) Δάσος

3) Βιομηχανική περιοχή

4) Πάρκο-κήπος

5) Θάλασσα, λίμνη, ποτάμι

6) Άλλα

Επαγγελματικός χώρος

1) Ποιό είναι το επάγγελμά σας σήμερα;

2) Εργαστήκατε ποτέ σε άλλους χώρους;

A) ΟΧΙ

B) ΝΑΙ

Σε ποιούς

3) Εμφανίστηκε το εξάνθημα σας και τότε;

A) ΟΧΙ

B) ΝΑΙ

Σε ποιές περιπτώσεις/κατά τη διάρκεια ποιών δραστηριοτήτων σας;

4) Με ποιά αντικείμενα έρχεστε συνήθως σε επαφή κατά τις ώρες εργασίας σας (έπιπλα γραφείου, γραφομηχανή);

5) Με ποιά υλικά, στερεές ή υγρές ουσίες, έρχεστε συνήθως σε επαφή κατά την ώρα εργασίας σας;

6) Φοράτε ειδικά ρούχα ή προστατευτικό ρουχισμό κατά τις ώρες εργασίας σας;

A) ΟΧΙ

B) ΝΑΙ

Τι είδους;

Κάλυμμα κεφαλιού

Κάπα/φόρμα

Μπότες/παπούτσια

Προστατευτικά γυαλιά

Γυαλιά

Άλλα

Από ποιό υλικό;

Στη μελέτη μας, καταγράφεται η κλινική εικόνα του ασθενούς κατά την πρώτη του επίσκεψη στο ιατρείο μας και ως δείκτη της βαρύτητας της νόσου χρησιμοποιείται το SCORAD. Με στόχο να μελετήσουμε τη συμμόρφωση του ασθενούς στις οδηγίες μας, την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης αγωγής και κατ' επέκταση την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τόσο από το ιατρείο μας όσο και από τους υπόλοιπους φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καταγράφησαν οι κλινικές εικόνες σε κάθε επόμενη επίσκεψη των ασθενών μας και υπολογίστηκε το SCORAD, 2 και 6 μήνες μετά την αρχική επίσκεψη και παροχή των οδηγιών.

SCORAD

Για να επιβεβαιώσουμε την αξιοπιστία των θεραπευτικών προσεγγίσεων, είναι σημαντικό να βρούμε κοινή βάση, για να εκτιμήσουμε την πορεία της χρόνιας νόσου. Τα διαγνωστικά κριτήρια των Hanifin και Rajka είναι αρκετά χρήσιμα. Καθώς κριτήρια για την εκτίμηση της βαρύτητας της ατοπικής δερματίτιδας έλειπαν, το SCORAD προτάθηκε για να συγκεκριμενοποιήσει την κλινική εκτίμηση ατοπικών ασθενών.

Για να μας παρέχει ένα σύνθετο score, το σύστημα πρέπει να είναι :

α) ακριβές και ευαίσθητο

β) αναπαραγώγιμο από τον ένα παρατηρητή στον άλλο

γ) αναπαραγώγιμο από τη μία μέρα στην επόμενη

δ) απλό στη χρήση

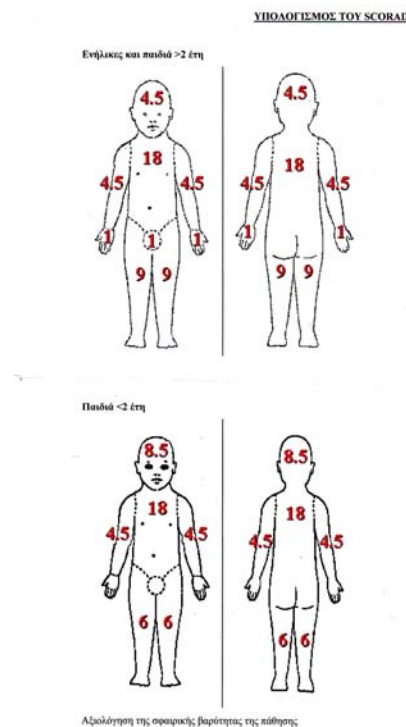
Πρέπει να αντανακλά την αληθή κλινική κατάσταση του ασθενούς και να λαμβάνει υπόψιν του τις ελάχιστες κλινικές αλλαγές.

Σε συνέδρια της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Παιδιατρικής Δερματολογίας στο Bordeaux, το Σεπτέμβριο του 1990, ετέθη το ζήτημα της οριοθέτησης ενός συστήματος καταγραφής και ελέγχου της πορείας της ατοπικής δερματίτιδας που οδήγησε στη δημιουργία του SCORAD.

Το SCORAD λαμβάνει υπόψιν του

- 1) την έκταση των βλαβών
- 2) τη βαρύτητα των βλαβών
- 3) την ένταση των συμπτωμάτων

Όπως προαναφέρθηκε, στη μελέτη μας έγινε αρχικός υπολογισμός του SCORAD και διαδοχικοί υπολογισμοί του στις επισκέψεις που ακολούθησαν με σκοπό τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της αγωγής και της συμμόρφωσης του ασθενούς με τις παρεχόμενες οδηγίες τόσο από το ειδικό ιατρείο όσο και από τους υπόλοιπους φορείς.



A	ΕΚΤΑΣΗ ΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ
---	-------------------

	Κάτω των 2 ετών	Άνω των 2 ετών	Προσβεβλημένα τμήματα %	%της σωματικής επιφάνεια
Δεξί άνω μέλος	9%	9%		
Αριστερό άνω μέλος	9%	9%		
Δεξί κάτω μέλος	12%	18%		
Αριστερό κάτω μέλος	12%	18%		
Δεξιά άκρα χείρα	0%	2%		
Αριστερά άκρα χείρα	0%	2%		
Εμπρόσθιο τμήμα του κορμού	18%	18%		
Οπίσθιο τμήμα του κορμού	18%	18%		
Κεφάλι και λαιμός	17%	9%		
Γεννητικά όργανα	0%	1%		

Προσβεβλημένη επιφάνεια
A =

B	ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ
	0 - 3
Ερύθημα	
Οίδημα/βλατίδα	
Εσχάρες/οροροή	
Εκδορές	
Λειχηνοποίηση	
Δερματική ξηρότητα	
Αντικειμενικά σημεία βαρύτητας	

B =

C	ΕΝΤΑΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ
---	--------------------

Κνησμός

Διαταραχές ύπνου

Βαθμολογία από 0 (μηδενική ένταση) έως 10 (μέγιστη ένταση)

Αντικειμενικά σημεία βαρύτητας
C =
$SCORAD=A/5+7B/2+C$

Μετά την παροχή των οδηγιών στους ασθενείς μας, αυτοί επανεξετάστηκαν στο ιατρείο ατοπικής δερματίτιδας στους δύο και έξι μήνες, οπότε καταγράφηκε νέο ερωτηματολόγιο και εκ νέου το SCORAD, με σκοπό την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των οδηγιών μας και της συμμόρφωσης των ασθενών μας. Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Νο3

Συμμόρφωση με τις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης και με τη φαρμακευτική αγωγή

- 1) Προτεραιότητα στη φροντίδα των παιδιών
- 2) Καλός καθαρισμός των χώρων διαμονής. Αποφυγή επαφής με χνουδωτά παιχνίδια/απομάκρυνση κουρτινών, φλοκατών, χαλιών
- 4) Λιτό/μοναστηριακό δωμάτιο
- 5) Λουτρό καθαριότητας με χρήση ελαιωδών ουσιών
- 6) Συνεχής ενυδάτωση με κρέμες φραγμού

- 7) Καλό ξέπλυμα ρούχων/αποφυγή χρήσης μαλακτικών
- 8) Αποφυγή μάλλινων/συνθετικών ρούχων
- 9) Θεραπευτικό χάδι/συναισθηματική ασφάλεια
- 10) Ενημέρωση από σχολείο/σεμινάρια από αρμόδιους φορείς
- 11) Αποφυγή χώρων που πυροδοτούν τη νόσο (χωράφια, πάρκα, δάση, ζωολογικός κήπος)
- 12) Αλλαγή εργασιακού περιβάλλοντος (μηχανικοί αυτοκινήτων, κομμωτές, υπάλληλοι γραφείου, καθαριστές)
- 13) Αποφυγή λήψης φαρμάκων
- 14) Αλλαγή προϊόντων περιποίησης (καλλυντικά, αλοιφές, κρέμες)
- 15) Έγιναν PRICK /PATCH/RAST tests και τηρήθηκαν τα αποτελέσματα
- 16) Μετοίκηση σε πιο υγρά περιβάλλοντα (αποφυγή χωραφιών/δασών)
- 17) Αλλαγή κατοικίας /νεόκτιστα
- 18) Αποφυγή επαφής με ζώα
- 19) Αλλαγή στις συνήθειες θέρμανσης (σόμπα/καλοριφέρ/α/ε)
- 20) Προστατευτικός ρουχισμός (κάλυμμα κεφαλιού, προστατευτικά γυαλιά, κάπα, φόρμα, μπότες)
- 21) Συμμόρφωση σε δίαιτα αποκλεισμού και αποφυγή πιθανών αλλεργιογόνων (γάλα, ψάρια, αυγά)
- 22) Θεραπεία με εισπνεόμενα κορτιζονούχα σκευάσματα, για αλλεργική ρινίτιδα, βρογχικό άσθμα, βρογχίτιδα
- 23) Θεραπεία με ενυδατικές κρέμες φραγμού
- 24) Θεραπεία με ταρκόλιμους /πιμεκρόλιμους
- 25) Θεραπεία με κορτιζονούχα σκευάσματα
- 26) Λουτρά διάρκειας μικρότερης των 30 λεπτών με χλιαρό νερό/κάθε δεύτερη μέρα/απαλό σκούπισμα μετά το μπάνιο/προσθήκη ελαιωδών ουσιών στο τέλος του λουτρού

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Στα πλαίσια της συνεχούς ενημέρωσης των ασθενών και πρόληψης των υποτροπών στους ασθενείς μας δίδονται οι ακόλουθες οδηγίες [32]:

Δίαιτα

Η πρώτη ερώτηση που κάθε γονιός παιδιού με ατοπική δερματίτιδα ρωτάει είναι «χρειάζεται κάποια ειδική διαίτα;». Κάποιοι έχουν ήδη τροποποιήσει τη διαίτα του παιδιού χωρίς επιτυχία. Αν ο γονιός παρατηρήσει ότι κάποια συγκεκριμένα προϊόντα, όπως το γάλα ή τα αυγά, πυροδοτούν εξάρσεις της ατοπικής δερματίτιδας, τότε αυτά τα ύποπτα προϊόντα μπορούν να εκτιμηθούν με *in vitro* test και δοκιμασίες πρόκλησης. Τα εσπεριδοειδή προκαλούν μια μη ειδική ενόχληση, συνήθως όχι IgE μεσολαβούμενη, αλλά δεν μπορούν εύκολα να αφαιρεθούν από τη διαίτα του παιδιού. Έντονα περιοριστικές δίαιτες πρέπει να αποφεύγονται γιατί οδηγούν σε θερμιδική ανεπάρκεια, ανεπάρκεια βιταμινών και συνακόλουθες αναπτυξιακές δυσκολίες. Τροφές με συντηρητικά και χρωστικές θα πρέπει να αποφεύγονται [33]. Άλλοι περιορισμοί στη διαίτα έχουν θεραπευτική αξία μόνο όταν επαναλαμβανόμενα επιδεινώνεται η δερματοπάθεια, μετά από χορήγηση της συγκεκριμένης τροφής. Για παράδειγμα, όταν η απομάκρυνση του αυγού από το διαιτολόγιο του παιδιού για 3 εβδομάδες προκαλέσει βελτίωση του εκζέματος ή η επαναχορήγηση έξαρση (η έξαρση παρατηρείται άμεσα), τότε το παιδί δεν πρέπει να παίρνει τη συγκεκριμένη τροφή για τον επόμενο ένα χρόνο. Η τροφική αλλεργία είναι παροδική. Βέβαια ο πειραματισμός γίνεται όταν υπάρχει υποψία για τροφική αλλεργία. Όταν είμαστε σίγουροι, τότε όποιος πειραματισμός ιδιαίτερα στο σπίτι είναι επικίνδυνος. Τονίζεται ότι τα εργαστηριακά τεστ αλλεργίας δεν είναι ιδιαίτερα αξιόπιστα για τη διάγνωση της ατοπικής δερματίτιδας. Όταν το Rast test, πχ στο γάλα αγελάδας είναι θετικό, τότε η πιθανότητα να ισχύει και κλινικά είναι μόλις 25%, όταν είναι αρνητικό η πιθανότητα να είναι αρνητικό στην πράξη είναι 90%. Δηλαδή στον εργαστηριακό έλεγχο αξιολογείται το αρνητικό και όχι το θετικό αποτέλεσμα. Τα δεδομένα δείχνουν ότι ο θηλασμός είναι ευεργετικός για, τουλάχιστον, τους πρώτους 6 μήνες. Αυτό σχετίζεται ειδικά με το αν η μητέρα, ο πατέρας ή κάποιος μεγαλύτερος συγγενής έχει ατοπία. Μερικοί ασθενείς ευεργετούνται από συμπληρώματα διατροφής με μη κορεσμένα λιπαρά οξέα, κάποιοι άλλοι έχουν καλύτερη πορεία με προβιοτικά όπως οι γαλακτοβάκιλλοι στο γιαούρτι.

Διαχείριση περιβάλλοντος

Οι γονείς θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τους πολλούς πιθανούς περιβαλλοντικούς ερεθιστικούς παράγοντες και να προσπαθήσουν να τους απομακρύνουν. Το σπίτι ή το διαμέρισμα θα

πρέπει να διατηρείται σε σχετικά υψηλή υγρασία. Αντικείμενα που συλλέγουν σκόνη πρέπει να αποφεύγονται (π.χ. λούτρινα ζωάκια, φλοκάτες), γενικά προτείνεται ένα μοναστηριακό, λιτό, σχεδόν άδειο παιδικό δωμάτιο. Καλύμματα κρεβατιών που προστατεύουν από τη συλλογή σκόνης μπορεί να είναι χρήσιμα. Το δωμάτιο πρέπει να καθαρίζεται δύο φορές την ημέρα με ηλεκτρική σκούπα και να αερίζεται συνεχώς [33]. Παρόλο που ακούγεται σκληρό, είναι σοφό να μην υπάρχουν κατοικίδια στο σπίτι, με σκοπό να αποφύγουμε το τρίχωμα και τα φτερά. Έκθεση σε καπνό τσιγάρου πρέπει επίσης να αποφεύγεται. Οι ασθενείς δεν θα πρέπει να προσπαθούν να φορέσουν μάλλινα ή συνθετικά, πολύ απλά δεν τα ανέχονται. Καθώς οι ατοπικοί ασθενείς μεγαλώνουν πρέπει να ενθαρρύνονται να ακολουθήσουν ένα επάγγελμα που δεν τους εκθέτει σε συχνούς δερματικούς ερεθισμούς, δηλαδή δουλειές όπως μηχανικοί αυτοκινήτων, μάγειροι, ψήστες ή κομμωτές. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται για τους κινδύνους που εμπλέκονται στην έκθεση τους στον απλό έρπη και υπό καμία έννοια δεν πρέπει να εμβολιάζονται με κλασικά εμβόλια ανεμευλογιάς ή να έρχονται σε επαφή με άλλους που έχουν εμβολιαστεί.

Ειδική ανοσοθεραπεία με αλλεργιογόνα

Εφόσον τα patch test αποπίας εδραίωσαν τη συσχέτιση πολλών αεροαλλεργιογόνων με την ατοπική δερματίτιδα, το επόμενο λογικό βήμα ήταν να ερευνησουμε την αποτελεσματικότητα της απευαισθητοποίησης. Οι μελέτες είναι αμφιλεγόμενες, πολλές δείχνουν βελτίωση, ενώ άλλες υπονοούν μία χειρότερηση της δερματίτιδας κατά την απευαισθητοποίηση. Σύμφωνα με μελέτη που έγινε σε μονοζυγωτικά δίδυμα που υπέφεραν από εαρινές και ανοιξιάτικες εξάρσεις της ατοπικής δερματίτιδας και θεραπεύτηκαν με αεροαλλεργιογόνα για το γρασίδι, εμφάνισαν μεγάλη βελτίωση και μειώθηκε η IgE ορού στους θεραπευμένους ασθενείς. Σε άλλους ασθενείς που χορηγήθηκαν αεροαλλεργιογόνα σκόνης για ένα χρόνο η ατοπική δερματίτιδα βελτιώθηκε με δοσοεξαρτώμενο τρόπο στο 75% των ασθενών. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί από άλλους και σε κάποιες περιπτώσεις νέες μέθοδοι ανοσοθεραπείας όπως υπογλώσσια ανοσοθεραπεία έχουν δοκιμαστεί. Παρόλα αυτά, ευρύτερες μελέτες απαιτούνται για να ελέγξουμε την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών πριν προταθούν ως δεδομένη θεραπεία.

Συμπληρωματική ιατρική

Πιθανότατα δεν υπάρχει άλλη ομάδα δερματολογικών ασθενών που να αρέσκεται τόσο στη συμπληρωματική ιατρική όσο αυτοί με χρόνια ατοπική δερματίτιδα. Σε κάποιες περιπτώσεις όπως για παράδειγμα τα κινέζικα βότανα, υπάρχουν στοιχεία αποτελεσματικότητας. Μελέτες βρίσκονται σε εξέλιξη, έτσι δεν πρέπει να αφορίζονται τέτοιες προσεγγίσεις. Ομοιοπαθητική, κινησιολογία και βελονισμός δε φαίνεται να παρέχουν σημαντική βοήθεια. Τα περισσότερα από αυτά τα μέτρα δεν ωφελούν, στοιχίζουν μεγάλα ποσά και αποσπούν τους ασθενείς από αποτελεσματική ιατρική φροντίδα.

Εκπαίδευση και συμβουλευτική

Υπάρχουν πολλά κέντρα με εκπαιδευτικά προγράμματα, όπως το δικό μας ειδικό ιατρείο, που εκπαιδεύουν ασθενείς και γονείς στο πως να χειριστούν την ατοπική δερματίτιδα. Τα κέντρα αυτά αφορούν δερματολόγους, παιδιάτρους, ψυχολόγους, νοσηλευτικό προσωπικό, διατολόγους και άλλους ειδικούς. Πρακτικές και λεπτομερείς πληροφορίες παρέχονται για το πως να ελέγξουμε τις καθημερινές πτυχές της νόσου. Ιδανικά οι ασθενείς και οι γονείς συμμετέχουν σε συμβουλευτικά προγράμματα και σε εκπαιδευτικά προγράμματα ελέγχου του άγχους (έλεγχος κνησμού, τεχνικές χαλάρωσης).

Οι πάσχοντες θα πρέπει να γνωρίζουν άριστα τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι εκλύουν ή επιδεινώνουν το σύμπτωμα του κνησμού και όπου είναι δυνατόν να τους αποφεύγουν. Τέτοιοι παράγοντες είναι

- α) απώλεια υγρών λόγω πυρετού, εμέτου, διάρροιας ή μειωμένης πρόσληψης τους
- β) λουτρό με ζεστό νερό
- γ) χρήση σαπουνιών που περιέχουν απορρυπαντικά
- δ) συχνά λουτρά ή λουτρά διάρκειας μεγαλύτερης της μισής ώρας
- ε) πρώιμη προσθήκη ελαίων στο λουτρό
- στ) αποσμητικά γεννητικών οργάνων ή χρήση αφρόλουτρων
- ζ) ξηρό περιβάλλον

η) χρήση κλινοσκεπασμάτων τα οποία πλένονται με απορρυπαντικά

θ) συναισθηματική υπερένταση

ι) στενά ρούχα ή κατασκευασμένα από μαλλί ,συνθετικά ή άλλα ανάλογα υλικά

κ) χρήση αποσμητικών ή αντιδρωτικά γενικά

Καταπραϋντικοί παράγοντες θεωρούνται

α) χρήση καταπραϋντικών κρεμών ή γαλακτωμάτων

β) χρήση ήπιων σαπουνιών ή ειδικών για ευαίσθητα δέρματα

γ) περιορισμός του λουτρού καθαριότητας ανά δεύτερη μέρα

δ) μέτρια θερμοκρασία του νερού που χρησιμοποιείται για το λουτρό

ε) απαλό σκούπισμα μετά το μπάνιο

στ) προσθήκη ελαιωδών ουσιών στο τέλος του λουτρού

ζ) διατήρηση υγρού περιβάλλοντος

η) χρήση βαμβακερών κλινοσκεπασμάτων

θ) πλύσιμο των κλινοσκεπασμάτων και ρούχων με ήπια σαπούνια κατάλληλα για μωρά, καθώς και καλό ξέβγαλμα τους

ι) χρήση φαρδιών, βαμβακερών ρούχων

κ) προσοχή στη χρήση κόνεων και αφρόλουτρων

λ) καλό κόψιμο των νυχιών

μ) προσπάθεια διακοπής του κύκλου κνησμός-ξεσμός

Δίνονται οδηγίες σχετικά με την αναμενόμενη επιδείνωση τους χειμερινούς μήνες και τη βελτίωση τους θερινούς, καθώς και για το σημαντικό όφελος από τα μπάνια στη θάλασσα και την έκθεση στον ήλιο.

Δίνεται προσοχή στο χώρο όπου εμφανίζονται τα συμπτώματα, αποθήκη, σπίτι χώρο εργασίας, ζωολογικούς κήπους, στάβλους, χωράφια, δάση και ζητείται από τον ασθενή να εντοπίσει πιθανά αλλεργιογόνα.

Ενημερώνεται για το ότι οι έντονες εναλλαγές κρύου-ζέστης μπορεί να επιδεινώσουν τη νόσο, όπως επίσης και η επαφή με αλοιφές-κρέμες, η λήψη φαρμάκων, η επαφή με ατμούς, με σκόνη, με σπρέι (μαλλιών, εντομοαπωθητικά).

Τον ενημερώνουμε για το ότι οι συνθήκες του περιβάλλοντος, δηλαδή το αν πρόκειται για λίμνη, βουνό, θάλασσα, κάμπο, αν το περιβάλλον είναι υγρό ή ξηρό, ζεστό ή κρύο, μπορούν σημαντικά να επηρεάσουν τη νόσο, όπως για παράδειγμα ότι χρειαζόμαστε υψηλή υγρασία για τη βελτίωση της νόσου. Αναφορά γίνεται επίσης και στο αν υπάρχει επαφή με ζώα και ποια είναι αυτά, αν πρόκειται για σκύλο, γάτα, άλογο, κουνέλι, μοσχάρι, ινδικό χοιρίδιο, πουλία κ.α.

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στις τροφές που μπορεί να προκαλούν έξαρση της νόσου και προτείνεται στους ασθενείς η καταγραφή αυτών, προς μελλοντική αποφυγή τους. Συνηθέστερα δρουν ως αλλεργιογόνα τα ακόλουθα: αγελαδινό γάλα, εσπεριδοειδή, μύδια, γαρίδες, αυγό, γάλα, ροδάκινο, ντομάτα, πορτοκάλια, φράουλες, ακτινίδια, οινόπνευμα (κρασί, μύρα, ούζο), χυμοί, ξηροί καρποί, λαχανικά.

Συνίσταται η προσοχή στα φάρμακα που πιθανώς προκαλούν έξαρση της νόσου, παυσίπονα, αντιβιώσεις, ιωδιούχα, καθώς και σε καλλυντικά, κρέμες, αλοιφές, κραγιόν, μάσκαρα, μολύβι, σαμπουάν, λοσιόν, πήλινγκς.

Δίνονται οδηγίες για τον περιβάλλοντα χώρο του παιδιού, πιο συγκεκριμένα ότι το παιδικό δωμάτιο πρέπει να έχει την ελάχιστη επίπλωση, και τα τελείως απαραίτητα αντικείμενα, όχι πολλά παιχνίδια και ρούχα, όχι λούτρινα ζώακια, όχι κατοικίδια. Πρέπει να αερίζεται καθημερινά και να απομακρύνεται η σκόνη.

Οδηγίες δίδονται και για το λουτρό του παιδιού. Πρέπει να γίνεται με χλιαρό νερό, να αποφεύγονται τα συχνά λουτρά, να γίνεται με ειδική σειρά περιποίησης για την ατοπική δερματίτιδα, το παιδί να σκουπίζεται με ελαφρά πίεση της πετσέτας και όχι με τρίψιμο. Τέλος, πρέπει να εφαρμόζεται ενυδατική κρέμα μέσα στα πρώτα τρία λεπτά από το πέρας του λουτρού, ώστε να εμποδίζεται η εξάτμιση του νερού που προκαλεί ξηρότητα και επιτείνει τη νόσο και να εγκλωβίζεται η υγρασία. Η χρήση των ενυδατικών σκευασμάτων πρέπει να είναι καθημερινή, ανεξαρτήτως λουτρού, ώστε να αποκαθίσταται ο επιδερμικός φραγμός, που στο ατοπικό δέρμα είναι διαταραγμένος.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στο SCORAD μεταξύ των ομάδων αλλά και χρονικά. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο του SCORAD ήταν διαφορετικός μεταξύ των δυο ομάδων. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.0.

Αποτελέσματα

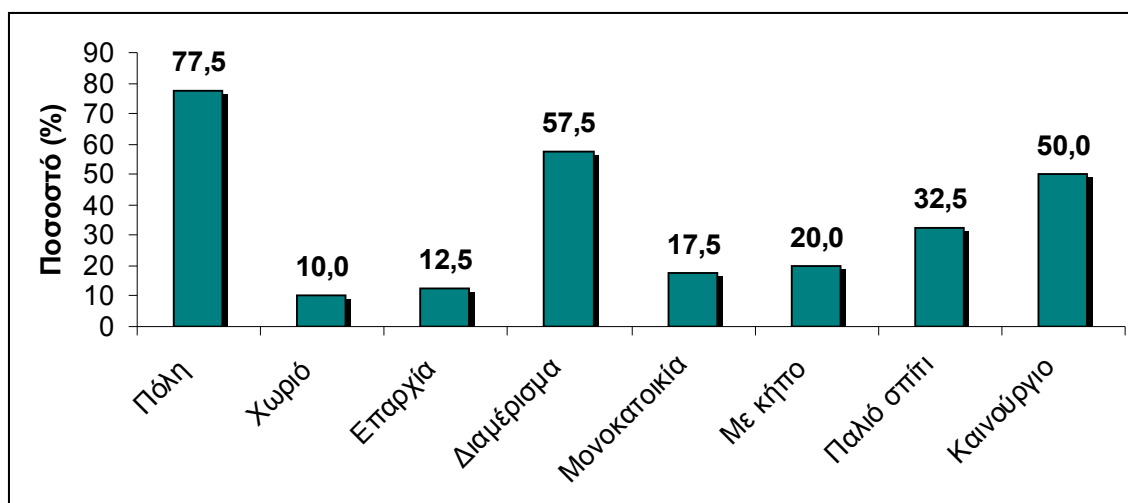
Το δείγμα αποτελείται από 40 άτομα με ατοπική δερματίτιδα. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 14,4 έτη ($\pm 11,4$ έτη). Επίσης, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν άντρες με το ποσοστό να φτάνει το 52,5% (N=21) και το υπόλοιπο 47,5% (N=19) ήταν γυναίκες. Στον πίνακα 1 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στις συνθήκες διαμονής των συμμετεχόντων.

Κατοικία	N	%
Πόλη	31	77,5
Χωριό	4	10,0
Επαρχία	5	12,5
Διαμέρισμα	23	57,5
Μονοκατοικία	7	17,5
Με κήπο	8	20,0
Παλιό σπίτι	13	32,5
Καινούργιο	20	50,0
Θέρμανση		
Καλοριφέρ	33	82,5
Σόμπα (ξύλο, πετρέλαιο)	3	7,5
Aircondition	19	47,5
Άλλα	3	7,5
Πάτωμα		
Παρκέ	20	50,0
Μάρμαρο	9	22,5
Μωσαϊκό	8	20,0
Χαλί	10	25,0
Φλοκάτη	5	12,5
Περιβάλλον		
Χωράφια	27	67,5
Δάσος	8	20,0
Βιομηχανική περιοχή	0	0,0
Πάρκο-κήπος	4	10,0
Θάλασσα, λίμνη, ποτάμι	0	0,0
Άλλα	1	2,5

Πίνακας 1

Το 77,5% των συμμετεχόντων έμεναν σε πόλη. Επίσης, το 57,5% των συμμετεχόντων έμενε σε διαμέρισμα και ακριβώς οι μισοί από τους συμμετέχοντες (50,0%) έμεναν σε καινούργιο σπίτι. Το 82,5% των συμμετεχόντων θερμαινόταν με καλοριφέρ και το 47,5% με κλιματιστικό. Ακόμα, το 50,0% των συμμετεχόντων είχαν παρκέ για πάτωμα και το 25,0% είχε χαλί. Τέλος, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες έμεναν κοντά σε χωράφια με το ποσοστό να φτάνει το 67,5%.

Στο παρακάτω γράφημα 1 δίνονται τα χαρακτηριστικά της κατοικίας των συμμετεχόντων.



Γράφημα 1

Στον πίνακα 2 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στον τρόπο ζωής των συμμετεχόντων.

		N	%
Ζωή	Καθιστική	1	2,6
	Αθλητική	13	34,2
	Κανονική	24	63,2
Κάπνισμα	Όχι	33	82,5
	Ναι	7	17,5
Κατανάλωση αλκοόλ	Όχι	37	92,5
	Ναι	3	7,5
Hobby	Ενόργανη	1	2,5
	Κολύμβηση	2	5,0
	Μπαλέτο	3	7,5
	Ποδόσφαιρο	3	7,5
	Χορός	2	5,0

Πίνακας 2

Το 63,2% των συμμετεχόντων έκανε κανονική ζωή ενώ το 34,2% έκανε αθλητική. Το 17,5% των συμμετεχόντων κάπνιζε και το 7,5% κατανάλωνε αλκοόλ.

Από όλα τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη 19 (32,5%) ήταν άνω των 18 ετών. Από αυτά, για 11 έχουμε στοιχεία που αφορούν στο επάγγελμά τους, τα οποία δίνονται αναλυτικά στον πίνακα 3 που ακολουθεί.

		N	%
Ποιό είναι το επάγγελμα σας σήμερα;	Αισθητικός	2	18,2
	Κομμώτρια	1	9,1
	Μηχανικός αυτοκινήτων	3	27,3
	Οδοκαθαριστής	1	9,1
	Οικοδόμος	3	27,3
	Πωλήτρια σούπερ μάρκετ	1	9,1
Εργαστήκατε ποτέ σε άλλους χώρους;	Όχι	8	100,0
Με ποιά αντικείμενα/υλικά έρχεστε συνήθως σε επαφή κατά τις ώρες εργασίας σας;	Βαφές μαλλιών,αμμωνία	1	9,1
	Βαφες,αμμωνια,ειδη μακιγιαζ,κρεμες,λοσιον πηλ	1	9,1
	Βαφες,κρεμες,μανω,κερια αποτριχωσης	1	9,1
	Λαδια,μεταλλα	1	9,1
	Λαδια,μεταλλικα εξαρτηματα μηχανων	1	9,1
	Μεταλλα,λαδια,σκουρια	1	9,1
	Σκονες,λυματα,σκουπιδια	1	9,1
	Σκονες,μεταλ. - χαρτινα κουτια,γαντια	1	9,1
	Τσιμεντο,ασβεστη,χρωματα	1	9,1
	Τσιμεντο,ασβεστη ,χρωματα	1	9,1
	Τσιμεντο,ασβεστη,χρωματα	1	9,1
Φοράτε ειδικά ρούχα ή προστατευτικό ρουχισμό κατά τις ώρες εργασίας σας;	Ναι	11	100,0
Αν ναι, τι	Κάλυμμα κεφαλιού	2	18,2
	Κάπα/φόρμα	7	63,6
	Μπότες/παπούτσια	5	45,5
	Προστατευτικά γυαλιά	3	27,3
	Γάντια	8	72,7

Πίνακας 3

Το 27,3% των συμμετεχόντων που εργάζονταν ήταν μηχανικοί αυτοκινήτων και ίδιο ποσοστό ήταν οικοδόμοι. Όλοι οι συμμετέχοντες που εργάζονται φοράνε ειδικά ρούχα ή προστατευτικό ρουχισμό κατά τις ώρες εργασίας τους, με την πλειοψηφία να φοράει γάντια (72,7%) και να ακολουθεί η κάπα/φόρμα με ποσοστό χρήσης 63,6%.

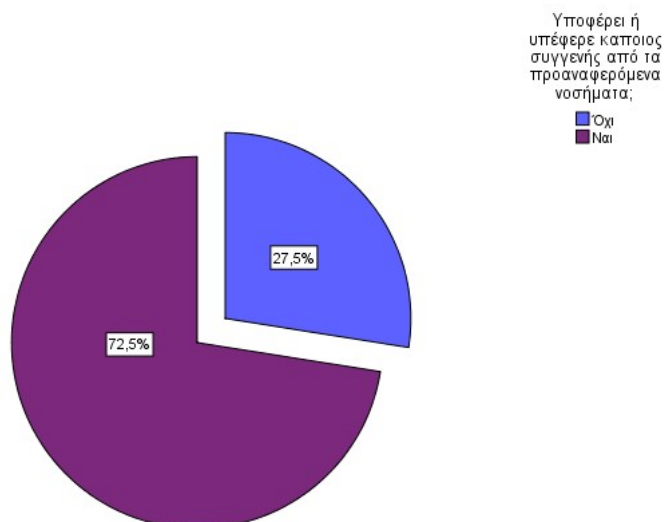
Στον πίνακα 4 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία από το οικογενειακό ιστορικό των συμμετεχόντων.

		N	%
Υποφέρει ή υπέφερε κάποιος συγγενής από τα προαναφερόμενα νοσήματα;	Όχι	11	27,5
	Ναι	29	72,5
Ποιος;	Αδέλφια, μητέρα	1	3,4
	Μητέρα	18	62,1
	Μητέρα, πατέρας	2	6,9
	Πατέρας	8	27,6
Από τι;	Ατοπία	4	13,8
	Άγνωστο	25	86,2

Πίνακας 4

Το 72,5% των συμμετεχόντων είχαν οικογενειακό ιστορικό και κυρίως από την πλευρά της μητέρας τους με ποσοστό 62,1%.

Στο γράφημα 2 που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των ασθενών με οικογενειακό ιστορικό.



Γράφημα 2

Κριτήρια για διάγνωση της ατοπικής δερματίτιδας.

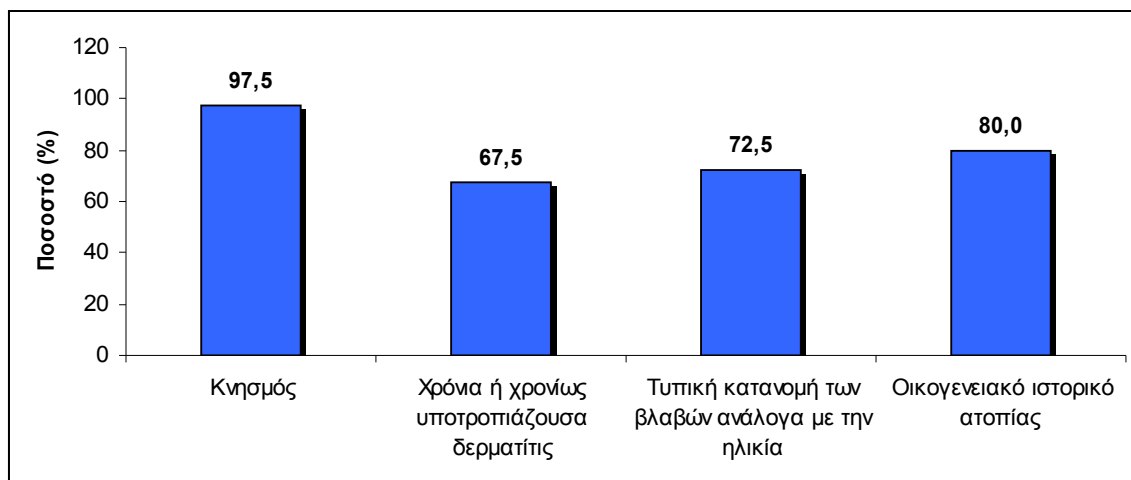
Στον πίνακα 5 που ακολουθεί δίνονται τα κύρια κριτήρια των συμμετεχόντων.

Κύρια κριτήρια	N	%
Κνησμός	39	97,5
Χρόνια ή χρονίως υποτροπιάζουσα δερματίτις	27	67,5
Τυπική κατανομή των βλαβών ανάλογα με την ηλικία	29	72,5
Οικογενειακό ιστορικό ατοπίας	32	80,0

Πίνακας 5

Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες είχαν κνησμό με το ποσοστό να φτάνει το 97,5% ενώ αρκετά υψηλό ήταν το ποσοστό εκείνων που είχαν οικογενειακό ιστορικό ατοπίας (80,0%). Το 72,5% των συμμετεχόντων είχαν τυπική κατανομή των βλαβών ανάλογα με την ηλικία και το 67,5% είχαν χρόνια ή χρονίως υποτροπιάζουσα δερματίτιδα.

Στο παρακάτω γράφημα 3 δίνονται τα κύρια κριτήρια των συμμετεχόντων.



Γράφημα 3

Στον πίνακα 6 που ακολουθεί δίνονται τα δευτερεύοντα κριτήρια των συμμετεχόντων.

Αντικειμενικά κλινικά συμπτώματα	N	%
Μειώμενη εφίδρωση	22	55,0
Ξηρότητα του δέρματος που διατηρείται σε όλη τη διάρκεια της ζωής	39	97,5
Κοινή ιχθύαση(ichthyosis vulgaris),θυλακική υπερκεράτωση(keratosis pilaris),αύξηση σε ένταση και αριθμό των αυλακώσεων των παλαμών.	7	17,5
Έκζεμα χεριών και άκρου πόδα(atopic feet)	26	65,0
Έκζεμα της θηλής ,χείλη και γύρω από το στόμα	7	17,5
Λευκή πιτυρίαση	22	55,0
Ρυτίδες στα πλάγια του λαιμού.	7	17,5
Αραιωσή ή αποπτωση της άκρης των φρυδιών(σημείο Hertoghe)	9	22,5
Στους κροτάφους μικρές ατίθασες τρίχες	2	5,0
Βρεφικό έκζεμα	16	40,0
Έκζεμα εντονότερο γύρω από τους τριχικούς θυλάκους	28	70,0
Υποκειμενικά κλινικά συμπτώματα		
Οι ασθενείς δεν ανέχονται τα μάλλινα, από τα οποία προκαλείται ερεθισμός και κνησμός	39	97,5
Κατά την εφίδρωση κνησμός	25	62,5
Αγγειοκινητικές διαταραχές		
Τα μικρά αγγεία παρουσιάζουν μια τάση για αγγειοσύσπαση.	0	0,0
Ωχρότητα ή ερύθημα του προσώπου	22	55,0
Λευκός δερμογραφισμός. Μετά από τριβή με αμβλύ όργανο παρατηρείται μια λευκή γραμμή και οφείλεται σε ανώμαλη αγγειακή σύσπαση.	34	85,0
Χαμηλή θερμοκρασία των δακτύλων χεριών και ποδιών και ελαττωμένη προσαρμογή στις μεταβολές θερμοκρασίας.Κατά την έκθεση στο κρύο παρατεταμένη αγγειοσύσπαση	8	20,0
Λειτουργικές διαταραχές μετά από επίδραση συγκινησιακών καταστάσεων και εξωτερικών επιδράσεων		
Χειροτερευση της κλινικής εικόνας	34	85,0
Αντιδραστική αυξημένη εφίδρωση,όπως συμβαίνει στις παλάμες,πέλματα,μέτωπο,καμπτική επιφάνεια αγκώνων και γονάτων.	12	30,0
Διαταραχή του ανοσολογικού συστήματος –Υπερευαισθησία τύπου I		
Αύξηση των ανοσοσφαιρινών E στον ορο έναντι πολλών ουσιών	34	85,0
Θετικές αντιδράσεις στις δερματικές δοκιμασίες σκαριφισμού ή δια νυγμού (prick tests) και οι ενδοδερματικές δερματικές δοκιμασίες.Οι τελευταίες ε11 περισσότερο επικίνδυνες από τις δια νυγμού λόγω πιθανών συστηματικών αντιδράσεων.Η ενδοδερματική δοκιμασία ε11 περίπου 10.000 περισσότερο ευαίσθητη της δοκιμασίας δια νυγμού	21	52,5
Δυσανεξία σε διάφορες τροφές όπως τα εσπεριδοειδή,οπότε παρατηρείται χειροτέρευση της κλινικής εικόνας	31	77,5
Διαταραχή του ανοσολογικού συστήματος-Υπερευαισθησία τύπου IV		
Ευπάθεια σε δερματικές λοιμώξεις ,ιδιαίτερα σε χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και απλό έρπητα	36	90,0
Ελαττωμένη την επιβραδυνόμενου τύπου υπερευαισθησία σε ισχυρά αλλεργιογόνα επαφής	21	52,5
Διαταραχές από τα μάτια		
Υποτροπιάζουσα επιπεφυκίτις	26	65,0
Οριζόντιες πτυχώσεις των κάτω βλεφάρων ,οι λεγόμενες πτυχές Dennie-Morgan	6	15,0
Αλλοιώσεις από τα μάτια (κερατόκωνος και καταρράκτης)	10	25,0
Μελαγχρωματικό δέρμα ιδίως κάτω από τα μάτια	6	15,0
Αντανακλαστικά		
Τα αντανακλαστικά του κερατοειδούς και του φάρυγγα είναι μειωμένα ή εκλείπουν	2	5,0

Πίνακας 6

Τα κυριότερα αντικειμενικά κλινικά συμπτώματα που παρουσίασαν οι συμμετέχοντες ήταν ξηρότητα του δέρματος που διατηρείται σε όλη τη διάρκεια της ζωής και έκζεμα εντονότερο γύρω από τους τριχικούς θυλάκους σε ποσοστά 97,5% και 70,0% αντίστοιχα. Επίσης, το 97,5% των συμμετεχόντων δεν ανέχονταν τα μάλλινα, από τα οποία προκαλείται ερεθισμός και κνησμός. Οι συχνότερες αγγειοκινητικές διαταραχές που παρατηρήθηκαν ήταν λευκός δερμογραφισμός και ωχρότητα ή ερύθημα του προσώπου με ποσοστά 85,0% και 55,0% αντίστοιχα. Ακόμα, το 85,0% των συμμετεχόντων παρουσίαζε επιδείνωση της κλινικής τους εικόνας μετά από επίδραση συγκινησιακών καταστάσεων και εξωτερικών επιδράσεων και αύξηση των ανοσοσφαιρινών Ε στον ορο έναντι πολλών ουσιών. Επιπροσθέτως, το 90,0% των συμμετεχόντων είχαν ευπάθεια σε δερματικές λοιμώξεις, ιδιαίτερα σε χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και απλό έρπητα. Τέλος, το 65,0% των συμμετεχόντων παρουσίαζαν υποτροπιάζουσα επιπεφυκίτις.

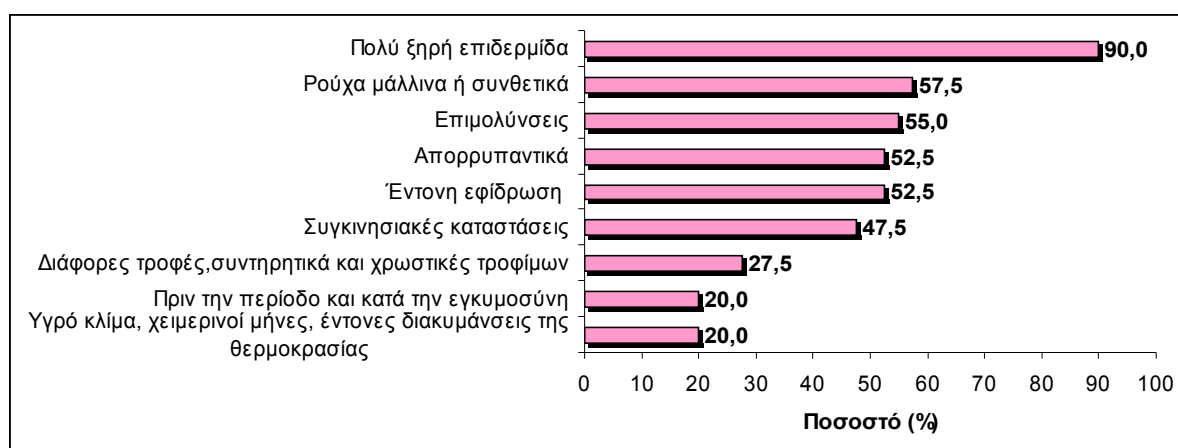
Στον ακόλουθο πίνακα 7 δίνονται οι παράγοντες που προκαλούν επιδείνωση της ατοπικής δερματίτιδας, με φθίνουσα σειρά.

Επιδείνωση της ατοπικής δερματίτιδας κάτω από την επίδραση των ακόλουθων	N	%
Πολύ ξηρή επιδερμίδα	36	90,0
Ρούχα μάλλινα ή συνθετικά	23	57,5
Επιμολύνσεις	22	55,0
Έντονη εφίδρωση	21	52,5
Απορρυπαντικά	21	52,5
Συγκινησιακές καταστάσεις	19	47,5
Διάφορες τροφές όπως εσπεριδοειδή, συντηρητικά και χρωστικές τροφίμων	11	27,5
Υγρό κλίμα ,χειμερινοί μήνες ,έντονες διακυμάνσεις της θερμοκρασίας	8	20,0
Πριν την περίοδο και κατά την εγκυμοσύνη	8	20,0

Πίνακας 7

Ο συχνότερος παράγοντας που επιδεινώνει την ατοπική δερματίτιδα είναι η πολύ ξηρή επιδερμίδα με ποσοστό 90,0% και ακολουθούν τα μάλλινα ή συνθετικά ρούχα και οι επιμολύνσεις με ποσοστά 57,5% και 55,0% αντίστοιχα.

Στο ακόλουθο γράφημα 4 δίνονται οι παράγοντες που προκαλούν επιδείνωση της ατοπικής δερματίτιδας, με φθίνουσα σειρά.



Γράφημα 4

Ιστορικό ασθενών

Στον πίνακα 8 που ακολουθεί δίνεται η παρούσα νόσος των συμμετεχόντων.

Παρούσα νόσος	N
Βλατιδοφυσσαλίδες ,ερυθημα, ορρορροουσες πλακες επιμολυσμενες	1
Βλατιδες,εφελκιδες,λειχνηνοποιημενες πλακες ορρορροουσες,ε ρυθημα	1
Βλατιδοφυσσαλίδες ερυθημα ,ραγαδες ,λειχνηνοποιημενες,ορρορροουσες πλακες	1
Βλατιδοφυσσαλίδες,διαβρωσεις,εφελκιδες,λειχνηνοποιημενες πλακες,	1
Βλατιδοφυσσαλίδες,διαβρωσεις,εφελκιδες,ορρορροουσες πλακες	1
Βλατιδοφυσσαλίδες,εφελκιδες,ερυθημα,ορρορροουσες πλακες,ραγαδες	1
Διαβρωσεις,εφελκιδες,ερυθημα,λειχνηνοποιημενες πλακες	1
Εκδορες,εφελκιδες,ερυθημα,ραγαδες,λειχνηνοποιημενες πλακες	1
Ερυθημα ,βλατιδοφυσσαλίδες,φλυκταινες,βλατιδες,ορροροια	1
Ερυθημα ,εφελκιδες,βλατιδες ,φυσσαλίδες,διαβρωσεις	1
Ερυθημα ,φυσσαλίδες,διαβρωσεις,εφελκιδες,ραγαδες,ορρορροουσες λειχνηνοποιημενες πλακες	1
Ερυθημα βλατιδοφυσσαλίδες,εκδορες,λειχνηνοποιημενες πλακες	1
Ερυθημα,βλατιδες,εφελκιδες,διαβρωσεις	1
Ερυθημα,βλατιδες,εφελκιδες,λειχνηνοποιημενες,πλακες,διαβρωσεις	1
Ερυθημα,βλατιδες,φυσσαλίδες,λειχνηνοποιημενες ορρορροουσες πλακες	1
Ερυθημα,βλατιδοφυσσαλίδες,εφελκιδες,διαβρωσεις,ορρορροουσες λειχνηνοποιημενες πλακες	1
Ερυθημα,βλατιδοφυσσαλίδες,λειχνηνοποιημενες πλακες	1
Ερυθημα,βλατιδοφυσσαλίδες,ορρορροουσες πλακες	1
Ερυθημα,βλατιδοφυσσαλίδες,φθσσαλίδες,διαβρωσεις,εφελκιδες,λεττια,ορρορροουσες λειχνηνοποιημενες πλακες	1
Ερυθημα,βλατιδοφυσσαλίδες,φλυκταινες,εφελκιδες,ορροροια,επιμολυνση απο σσφυλοκοκκο	1
Ερυθημα,διαβρωσεις,εκδορες,λατιδοφυσσαλίδες	1
Ερυθημα,διαβρωσεις,εφελκιδες ,βλατιδοφυσσαλίδες	1
Ερυθημα,εφελκιδες,βλατιδοφυσσαλίδες ,ορρορροουσες λειχνηνοποιημενες πλακες	1
Ερυθημα,εφελκιδες,διαβρωσεις,πλακες λειχνηνοποιημενες	1
Ερυθημα,εφελκιδες,διαβρωσεις,ραγαδες,ορρορροουσες εφελκιδοποιημενες πλακες	1
Ερυθημα,εφελκιδες,εκδορες,βλατιδοφυσσαλίδες.ορρορροουσες λειχνηνοποιημενες πλακες	1
Ερυθημα,εφελκιδες,ορροροει	1
Ερυθημα,λειχνηνοποιημενες πλακες,βλατιδοφυσσαλίδες	1
Ερυθημα,ραγαδες,ορρορροου λειχνηνοποιημενες πλακες	1
Ερυθημα,φυσσαλίδες ,διαβρωσεις,εφελκιδες	1
Ερυθημα,φυσσαλίδες,βλατιδες,φλυκταινες,εφελκιδες,διαβρωσεις	1
Ερυθημα,φυσσαλίδες,διαβρωσεις,βλατιδες,ραγαδες	1
Ερυθημα,βλατιδοφυσσαλίδες,ορρορροουσες πλακες,ραγαδες	1
Εφελκιδες ,βλατιδοφυσσαλίδες,διαβρωσεις,ορρορροουσες πλακες	1
Εφελκιδες .διαβρωσεις ,εκδορες,λειχνηνοποιημενες ορρορροουσες πλακες	1
Εφελκιδες,διαβρωσεις,βλατιδοφυσσαλίδες ,ερυθημα	1
Εφελκιδες,διαβρωσεις,ερυθημα,λειχνηνοποιημενες πλακες	1
Λειχνηνοποιημενες πλακες,εκδορες,ερυθημα,βλατιδες	1
Λειχνηνοποιημενες πλακες,ερυθημα,βλατιδες	1
Ορρορροουσες διαβρωσεις,βλατιδοφυσσαλίδες,εφελκιδες,εκδορες,λειχνηνοποιημενες πλακες	1

Πίνακας 8

Στον ακόλουθο πίνακα 9 δίνονται τα κύρια συμπτώματα των συμμετεχόντων καθώς και ο εντοπισμός τους.

		N	%
Κύρια συμπτώματα Εντοπισμός	Κνησμός	18	48,6
	Κνησμός ,αϋπνία	19	51,4
	Καμπτικές επιφάνειες αγκώνων, γονάτων, λαιμό, βλεφαρα, ραχιαία επιφάνεια χεριών και ποδιών	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες αγκώνων,γονατων,κορμος	2	5,0
	Καμπτικές επιφάνειες αγκώνων,γονατων,προσωπο.τριχωτο κεφαλής	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες αγκώνων,γονατων,ραχιαια επιφανεια χεριων και ποδιων,αυχενα	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες άκρων,προσωπο.τριχωτο,αυχενας	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες αγκώνων -γονατων,κορμος,αυχενας	6	15,0
	Καμπτικές επιφάνειες αγκωνων -γονατων,προσωπο-τριχωτο κεφαλής	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες αγκωνων ,γονατων ,καρπων	2	5,0
	Καμπτικές επιφάνειες αγκωνων ,γονατων ,καρπων,προσωπο,τριχωτο κεφαλής	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες αγκωνων ,γονατων,παρειες,μετωπο,τριχωτο κεφαλής	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες αγκωνων γονατων,κορμος,τριχωτο κεφαλής	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες αγκωνων-γονατων,κορμος,ραχιαια επιφανεια ακρων χειρων και ποδων	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες αγκωνων,γονατων	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες αγκωνων,γονατων,κορμος ,τριχωτο κεφαλής	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες αγκωνων,γονατων,ραχιαια επιφανεια ακρων χειρων	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες ακρων χειρων ποδων	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες γονατων .αγκωνων.καρπων,προσωπο,βλεφαρα	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες γονατων και αγκωνων,τριχωτο κεφαλής	1	2,5
	Καμπτικές επιφάνειες,προσωπο ,κορμος	1	2,5
	Κορμος .προσωπο,τριχωτο κεφαλής,καμπτικές αγκωνων ,γονατων	1	2,5
	Μετωπο,παρειες,πηγουι	1	2,5
	Παρειες,κορμος,καμπτικές αγκωνων ,γονατων	1	2,5
	Προσωπο ,καμπτικές αγκωνων,γονατων	1	2,5
	Ραχιαια επιφανεια χεριων /ποδιων,κορμος,αυχενας	1	2,5
	Ραχιαια επιφανεια ακρων χειρων,λαιμο .βλεφαρα,	1	2,5
	Ραχιαια επιφανεια ακρων χειρωνν και ποδιων,κορμος,αυχενας	1	2,5
	Ραχιαια επιφανεια ακρων χειρων ,ποδιων	1	2,5
	Ραχιαια επιφανεια χεριων	2	5,0
Ραχιαια επιφανεια χεριων και ποδιων,καμπτικές επιφανειας αγκωνων γονατων	3	7,5	
Ραχιαια επιφανεια χεριων ποδιων,κορμος,καμπτικές επιφανειας	1	2,5	

Πίνακας 9

Όλοι οι ασθενείς είχαν κνησμό ενώ το 51,4% αυτών είχε και αϋπνία.

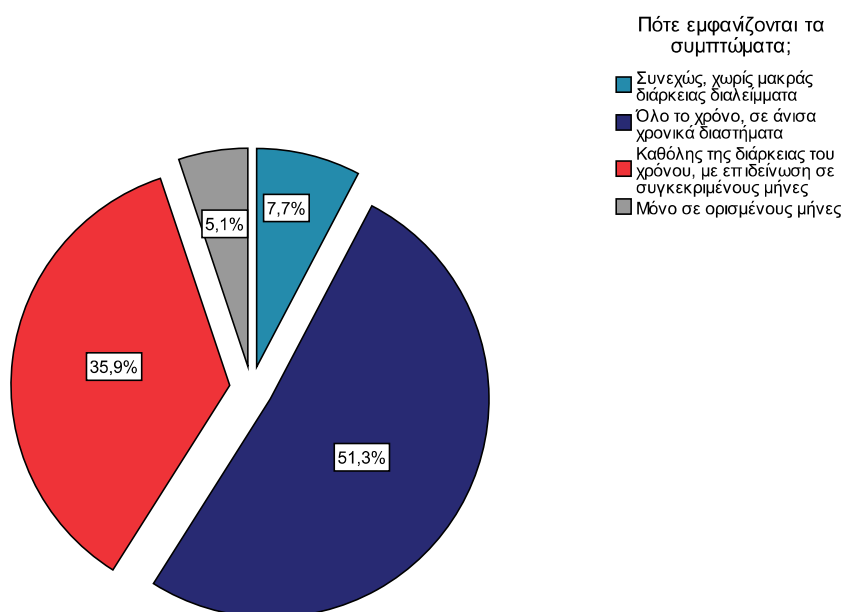
Στον πίνακα 10 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην εμφάνιση των συμπτωμάτων των συμμετεχόντων.

		N	%
Πότε εμφανίζονται τα συμπτώματα;	Συνεχώς, χωρίς μακράς διάρκειας διαλείμματα	3	7,7
	Όλο το χρόνο, σε άνισα χρονικά διαστήματα	20	51,3
	Καθόλης της διάρκειας του χρόνου, με επιδείνωση σε συγκεκριμένους μήνες	14	35,9
	Μόνο σε ορισμένους μήνες	2	5,1
Ποιούς μήνες επιδεινώνονται ή εμφανίζονται τα συμπτώματα;			
Ιανουάριος		26	65,0
Φεβρουάριος		35	87,5
Μάρτιος		35	87,5
Απρίλιος		33	82,5
Μαης		19	47,5
Ιούνιος		0	0,0
Ιούλιος		0	0,0
Αύγουστος		0	0,0
Σεπτέμβριος		0	0,0
Οκτώβρης		0	0,0
Νοέμβριος		16	40,0
Δεκέμβριος		20	50,0
Ποιες ώρες εμφανίζονται τα συμπτώματα;			
Συνεχώς παρόντα		11	27,5
Δεν εμφανίζονται κάποιες συγκεκριμένες ώρες		15	37,5
Εμφανίζονται κυρίως-το πρωί		5	12,5
Εμφανίζονται κυρίως-το μεσημέρι		3	7,5
Εμφανίζονται κυρίως-το απόγευμα		7	17,5
Εμφανίζονται κυρίως-το βράδυ		3	7,5
Σε ποιούς χώρους εμφανίζονται τα συμπτώματα;			
Οπουδήποτε		4	10,0
Στην αποθήκη		2	5,0
Σπίτι		9	22,5
Στο χώρο εργασίας		17	42,5
Σε ζωολογικούς κήπους ,στάβλους		28	70,0
Σε χωράφια-δάση		20	50,0
Σε άλλες τοποθεσίες,ποιές		2	5,0
Κατά τη διάρκεια ποιών ασχολιών εμφανίζονται τα συμπτώματα;			
Εμφανίζονται ανεξαρτήτως ασχολιών		21	52,5
Κυρίως κατά την εργασία –στο σπίτι		5	12,5
Κυρίως κατά την εργασία -στο χώρο εργασίας		10	25,0
Κυρίως κατά την εργασία-στη σωματική κόπωση		2	5,0

Πίνακας 10

Το 51,3% των συμμετεχόντων είχαν συμπτώματα όλο το χρόνο, σε άνισα χρονικά διαστήματα. Στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων εμφανίζονται τα συμπτώματά τους κατά τους χειμερινούς/ανοιξιάτικους μήνες με κυριότερους το Φεβρουάριο και το Μάρτιο σε ποσοστό 87,5% και ακολουθεί ο Απρίλιος με ποσοστό 82,5%. Επίσης, το 37,5% των συμμετεχόντων δεν έχουν κάποια συγκεκριμένη ώρα της ημέρας που εμφανίζονται τα συμπτώματά τους. Οι συχνότεροι τόποι που εμφανίζονται τα συμπτώματα των συμμετεχόντων είναι οι ζωολογικοί κήποι, τα χωράφια-δάση και ο χώρος εργασίας τους με ποσοστά 70,0%, 50,0% και 42,5% αντίστοιχα. Τέλος, στους περισσότερους από τους συμμετέχοντες τα συμπτώματά τους εμφανίζονται ανεξάρτητα από τις ασχολίες τους με το ποσοστό να φτάνει το 52,5%.

Στο ακόλουθο γράφημα 5 δίνεται η συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων των συμμετεχόντων.



Γράφημα 5

Στον πίνακα 11 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην εμφάνιση των συμπτωμάτων των συμμετεχόντων (συνέχεια).

		N	%
Εμφανίζονται τα συμπτώματα κάτω από ορισμένες συνθήκες;	Όχι	3	7,5
	Ναι	37	92,5
Αν ναι, σε ποιες			
Έντονες εναλλαγές κρύο –ζέστη		4	10,0
Έκθεση στον ήλιο		10	25,0
Επαφή με αλοιφές,κρέμες		23	57,5
Μετά τη λήψη φαρμάκων		19	47,5
Επαφή με ατμούς		12	30,0
Επαφή με σκόνη		18	45,0
Επαφή με σπρέι(μαλλιών-εντομοαπωθητικά)		12	30,0
Άλλα		4	10,0
Αν άλλα, ποια	Βαφες μαλλιών	1	2,5
	Λάδια αυτοκινήτων, μεταλλικά εξαρτήματα οχημάτων, χρώματα μεταλλικά	1	2,5
	Λάδια μηχανών, εργαλεία συνεργείου	1	2,5
	Σκουπίδια	1	2,5

Πίνακας 11

Στο 92,5% των συμμετεχόντων εμφανίζονται τα συμπτώματά τους κάτω από ορισμένες συνθήκες, με τις κυριότερες να είναι η επαφή με αλοιφές/κρέμες, η λήψη φαρμάκων και η επαφή με σκόνη με ποσοστά 57,5%, 47,5% και 45,0% αντίστοιχα.

Στον πίνακα 12 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στην ύφεση των συμπτωμάτων των συμμετεχόντων.

		N	%
Ώρες	Πρωινές	25	73,5
	Απογευματινές	3	8,8
	Βραδινές	6	17,6
Μήνες	Θερινούς	25	83,3
	Θερινούς, φθινοπωρινούς	5	16,7
Περιβάλλον			
Σε λίμνη		1	2,5
Σε βουνό		5	12,5
Σε θάλασσα		21	52,5
Σε κάμφο		5	12,5
Σε υγρό(βροχή-ομίχλη)		14	35,0
Σε ξηρό		1	2,5
Σε ζεστό		5	12,5
Σε κρύο		0	0,0

Πίνακας 12

Ύφεση των συμπτωμάτων παρατηρείται κυρίως τις πρωινές ώρες από το 73,5% των συμμετεχόντων και κατά τους θερινούς μήνες από όλους τους συμμετέχοντες. Επίσης, το μέρος που παρατηρείται ύφεση των συμπτωμάτων είναι η θάλασσα με ποσοστό 52,5% και το υγρό περιβάλλον (βροχή-ομίχλη) με ποσοστό 35,0%.

Στον παρακάτω πίνακα 13 δίνονται στοιχεία που αφορούν στην επαφή των συμμετεχόντων με ζώα.

		N	%
Υπάρχει επαφή με ζώα;	Όχι	17	42,5
	Ναι	23	57,5
Αν ναι, με τι ζώο			
Σκύλος		17	73,9
Γάτα		5	21,7
Ινδοχόιρος		2	8,7

Πίνακας 13

Το 57,5% των συμμετεχόντων έρχονται σε επαφή με ζώα, με την πλειοψηφία αυτών να έρχεται σε επαφή με σκύλο (73,9%).

Στον πίνακα 14 που ακολουθεί δίνεται η ευαισθησία των συμμετεχόντων σε διάφορες τροφές.

		N	%
Υπάρχει ευαισθησία σε κάποιες τροφές;	Όχι	6	15,0
	Ναι	34	85,0
Αν ναι, σε τι			
Ψάρι		15	37,5
Μύδια		9	22,5
Γαρίδες		12	30,0
Αυγό		27	67,5
Γάλα		26	65,0
Ροδάκινο		9	22,5
Ντομάτα		17	42,5
Πορτοκάλια		22	55,0
Φράουλες		8	20,0
Ακτινίδια		3	7,5
Οινόπνευμα (κρασί, μπύρα, ούζο)		1	2,5
Χυμοί		13	32,5
Ξηροί καρποί		7	17,5
Λαχανικά		0	0,0
Φασολάκια		0	0,0
Κρεατικά		0	0,0

Πίνακας 14

Το 85,0% των ασθενών είχαν ευαισθησία σε κάποια τροφή. Η τροφή που ήταν ευαίσθητοι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν το αυγό με ποσοστό 67,5% και ακολουθεί το γάλα με ποσοστό 65,0%.

Στον παρακάτω πίνακα 15 δίνονται στοιχεία που αφορούν στην ευαισθησία των ασθενών σε φάρμακα, καλλυντικά και δήγματα εντόμων.

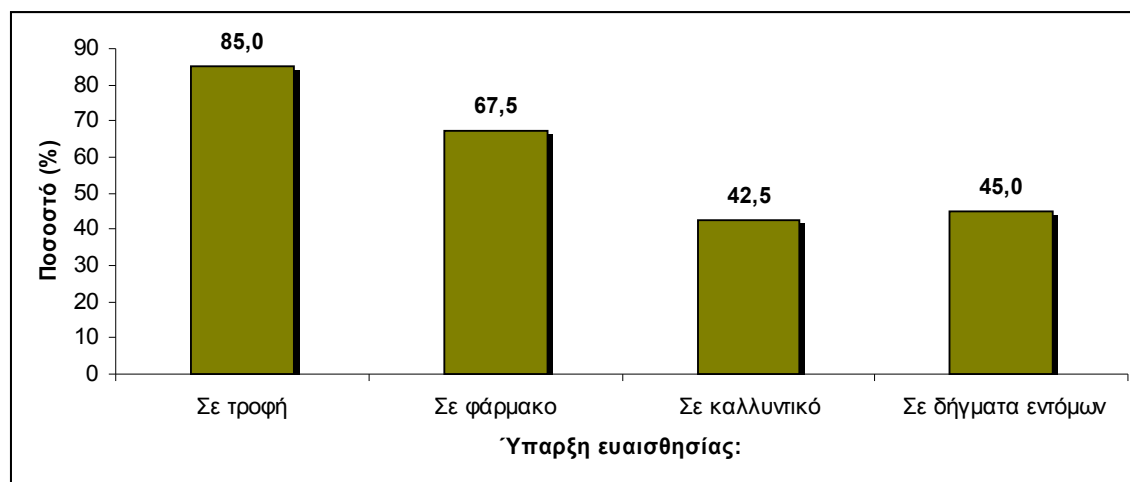
		N	%
Υπάρχει ευαισθησία σε φάρμακα	Όχι	13	32,5
	Ναι	27	67,5
Παυσίπινα		13	32,5
Αντιβιώσεις		17	42,5
Ιωδιούχα		1	2,5
Υπάρχει ευαισθησία σε καλλυντικά	Όχι	23	57,5
	Ναι	17	42,5
Κρέμες		16	40,0
Αλοιφές		9	22,5
Κραγιόν		3	7,5
Μάσκαρα		4	10,0
Μολύβι		4	10,0

Άλλα		1	2,5
Αν άλλα, ποια	Βαφες μαλλιών	1	2,5
Υπάρχει ευαισθησία σε δήγματα εντόμων;	Όχι	22	55,0
	Ναι	18	45,0
Μετά από δήγμα παρατηρήθηκαν οι εξής αντιδράσεις			
Οίδημα		14	35,0
Εξάνθημα		12	30,0
Δύσπνοια		3	7,5

Πίνακας 15

Το 67,5% των συμμετεχόντων είχε ευαισθησία σε φάρμακα και κυρίως σε κάποια αντιβίωση με το ποσοστό να φτάνει το 42,5%. Επίσης, το 42,5% των συμμετεχόντων είχε ευαισθησία καλλυντικά και κυρίως σε κρέμες όπου το ποσοστό ευαισθησίας έφτανε το 40,0%. Τέλος, το 45,0% των συμμετεχόντων είχε ευαισθησία σε δήγματα εντόμων με συχνότερη αντίδραση το οίδημα (35,0%) και στη συνέχεια το εξάνθημα (30,0%).

Στο γράφημα 6 που ακολουθεί δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων με ευαισθησία σε κάποια τροφή, σε φάρμακα, καλλυντικά και σε δήγματα εντόμων.



Γράφημα 6

Στον πίνακα 16 που ακολουθεί δίνονται τα καλλυντικά που χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες.

Ποιά καλλυντικά προϊόντα χρησιμοποιείτε;	N	%
Κρέμες	28	70,0
Σαμπουάν	37	92,5
Λοσιόν	21	52,5
Πήλιγκ	2	5,0

Πίνακας 16

Το 72,5% των συμμετεχόντων χρησιμοποιεί σαμπουάν και το 70,0% χρησιμοποιεί κρέμες.

Στον πίνακα 17 που ακολουθεί δίνονται οι παθήσεις που έχουν οι συμμετέχοντες είτε τώρα είτε είχαν στο παρελθόν.

Υπάρχουν ή προუπήρχαν μία από τις παρακάτω αναφερόμενες παθήσεις;	N	%
A) Αναπνευστικό		
Σπαστική βρογχίτιδα	20	50,0
Βρογχικό άσθμα	29	72,5
Αλλεργική ρινίτις	17	42,5
Ρινικοί πολύποδες	0	0,0
Ιγμορίτις-Κολπίτις	2	5,0
Επίμονος βήχας	4	10,0
Άλλα	0	0,0
B) Δέρμα		
Κνίδωση-αλλεργικό εξάνθημα	5	12,5
Οιδήματα	8	20,0
Έκζεμα	10	25,0
Δερματίτιδα	15	37,5
Ψωρίαση	1	2,5
Άλλες	0	0,0
Γ) Μάτια		
Αλλεργική επιπεφυκίτις	17	42,5
Άλλες	2	5,0

Πίνακας 17

Το 72,5% των συμμετεχόντων είχαν βρογχικό άσθμα και το 50,0% σπαστική βρογχίτιδα. Ακόμα, το 37,5% των συμμετεχόντων είχαν εμφανίσει δερματίτιδα. Τέλος, ίδιο ποσοστό συμμετεχόντων (42,5%) είχε εμφανίσει αλλεργική ρινίτιδα ή αλλεργική επιπεφυκίτιδα.

Στον παρακάτω πίνακα 18 δίνονται στοιχεία που αφορούν στα δερματικά τεστ και στα τεστ απευαισθητοποίησης που έχουν κάνει οι συμμετέχοντες.

		N	%	
Έχουν γίνει ήδη κάποια δερματικά τεστ;	Όχι	16	40,0	
	Ναι	24	60,0	
Ποιά	Patch	1	4,2	
	Patch,prick	11	45,8	
	Prick patch,rast	12	50,0	
Πότε	13 ετων	1	5,3	
	17 ετων	1	5,3	
	22 ετων	1	5,3	
	6 ετων	1	5,3	
	9 ετων	1	5,3	
	Προ 1 ετους	6	31,6	
	Προ 2 ετων	1	5,3	
	Προ 2ετιας	2	10,5	
	Προ 3ετιας	2	10,5	
	Προ 4 μηνων	1	5,3	
	Προ 6 μηνων	1	5,3	
	Προ ενος ετους	1	5,3	
Αποτελέσματα				
Δεν υπάρχει αλλεργία σε:	Αυγα,μοσχарισιο κρεας,πτευκο,περδικακι,γαλα,εσπεριδοειδη,φραουλα,ροδακινο	1	12,5	
	Αυγο,ντοματες, πορτοκαλια ,ροδακινα ,φραουλες	1	12,5	
	Εσπεριδοειδη,γαλα,αυγα,γαριδες,ντοματα,χυμοι	1	12,5	
	Εσπεριδοειδη,φραουλα,1οιρινο,πτευκο,ελια,αυγα,	1	12,5	
	Μυδια,γαριδες,αυγο,ροδακινο	1	12,5	
	Ψαρι αυγο,ροδακινα,ντοματα,πορτοκαλια	1	12,5	
	Ψαρι,μυδια,αυγο ,γαλα ,πορτοκαλια,χυμοι	1	12,5	
	Ψαρι,ροδακινο,φραουλες	1	12,5	
	Υπάρχει αλλεργία σε	Ακαρι ,ελια,εσπεριδοειδη,γαλα,αυγα	1	6,3
	Ακαρι,ελια,αμυγδαλια,αυγο,γαλα,βρωμη, χοιρινο,εσπεριδοειδη	1	6,3	
Ακαρι,ελια,αυγο,μοσ1αρισιο κρεας, εσπεριδοειδη,μουχλα	1	6,3		
Ακαρι,ελια,πτευκο,αυγο	1	6,3		
Αυγο ,γαλα,πορτοκαλια,χυμοι	1	6,3		
Αυγο,μοσχарισιο κρεας,εσπεριδοειδη, ψαρια,ακαρι,μουχλα,ελια,περδικακι,ψαρι,γαλα	1	6,3		
Γαλα,πτευκο,ελια,μου1λα,ψαρια,φραουλα	1	6,3		
Γαλα,ροδακινα,ντοματα,πορτοκαλια,αλουμνιο,λαδια μηχανων	1	6,3		
Γαλα,ροδακινο,ντοματα,φραουλες,ψαρι,μυδια	1	6,3		
Ειδη κομμωτηριου	1	6,3		
Εσπεριδοειδη,γαλα,αυγο,μοσχарισιο κρεας,ροδακινο φραουλα,ντοματα	1	6,3		
Καλλυντικα,απορρυπαντικα,σκονες	1	6,3		
Λαδια αυτοκινητων ,μεταλλα,αλουμνιο	1	6,3		
Τσιμεντο ,κολλα,συνθετικα χρωματα	2	12,5		

	Τσιμεντο,κολλα,χρωματα	1	6,3
Έχουν πραγματοποιηθεί τεστ απευαισθητοποίησης;	Όχι	36	90,0
	Ναι	4	10,0
<i>Πότε</i>	Από 2ετίας	1	100,0
<i>Αποτελέσματα</i>	Θετικά	1	100,0

Πίνακας 18

Το 60,0% των συμμετεχόντων είχαν κάνει ήδη κάποια δερματικά τεστ με την πλειοψηφία αυτών (50,0%) να έχει κάνει τα Prick patch, rast. Μόνο το 10,0% των συμμετεχόντων έχουν κάνει τεστ απευαισθητοποίησης.

Συμμόρφωση με τις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης και με τη φαρμακευτική αγωγή.

Στον πίνακα 19 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στη συμμόρφωση των συμμετεχόντων με τις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης, με φθίνουσα σειρά συχνότητας.

	N	%
Καλός καθαρισμός των χώρων διαμονής	32	80,0
Λουτρό διάρκειας μικρότερο των 30 λεπτών/με χλιαρό νερό/κάθε δεύτερη μέρα/απαλό σκούπισμα μετά το μπάνιο/προσθήκη ελαιωδών ουσιών στο τέλος του λουτρού	29	72,5
Συνεχής ενυδάτωση με κρέμες φραγμού	28	70,0
Αλλαγή προϊόντων περιποίησης (καλλυντικά, αλοιφές, κρέμες)	28	70,0
Αποφυγή επαφής με χνουδωτά παιχνίδια/απομάκρυνση κουρτινών, φλοκατών, χαλιών	27	67,5
Αποφυγή μάλλινων/συνθετικών ρούχων	24	60,0
Αποφυγή λήψης αλλεργιογόνων φαρμάκων	24	60,0
Καλό ξέπλυμα των ρούχων/μη χρήση μαλακτικών	23	57,5
Αποφυγή χώρων που πυροδοτούν τη νόσο (χωράφια, πάρκα, δάση, ζωολογικοί κήποι)	22	55,0
Λουτρό καθαριότητας με χρήση ελαιωδών ουσιών	19	47,5
Θεραπευτικό χάδι/συναισθηματική ασφάλεια	18	45,0
Προτεραιότητα στη φροντίδα των παιδιών/ενασχόληση μητέρας	16	40,0
Λιτό/μοναστηριακό δωμάτιο	16	40,0
Αλλαγή στις συνήθειες θέρμανσης (A/C, σόμπα, καλοριφέρ)	16	40,0
Ενημέρωση από σχολείο/σεμινάρια από αρμόδιους φορείς	15	37,5
Προστατευτικός ρουχισμός (κάλυμμα κεφαλιού, προστατευτικά γυαλιά, κάπα, φόρμα, μπότες, παπούτσια, γυαλιά)	14	35,0
Αποφυγή επαφής με ζώα	10	25,0
Συμμόρφωση σε δίαιτα αποκλεισμού και αποφυγή πιθανών αλλεργιογόνων (ψάρια, αυγό, γάλα κτλ)	10	25,0
Αλλαγή τύπου διαμονής σε περιβάλλοντα με αυξημένη υγρασία (αποφυγή χωραφιών, δασών)	7	17,5
Αλλαγή εργασιακού περιβάλλοντος (μηχανικοί αυτοκινήτων, κομμωτές, υπάλληλοι γραφείου, καθαρίστριες κλπ)	2	5,0
Αλλαγή κατοικίας (προς νεόκτιστο οίκημα)	2	5,0

Πίνακας 19

Το 80,0% των συμμετεχόντων κάνει καλό καθαρισμό των χώρων διαμονής, Επίσης, το 72,5% των συμμετεχόντων κάνει λουτρό διάρκειας μικρότερο των 30 λεπτών/με χλιαρό νερό/κάθε δεύτερη μέρα/απαλό σκούπισμα μετά το μπάνιο/προσθήκη ελαιωδών ουσιών στο τέλος του λουτρού. Υψηλό ήταν το ποσοστό εκείνων που έκαναν συνεχή ενυδάτωση με κρέμες φραγμού και αλλαγή προϊόντων περιποίησης (καλλυντικά, αλοιφές, κρέμες) (70,0%).

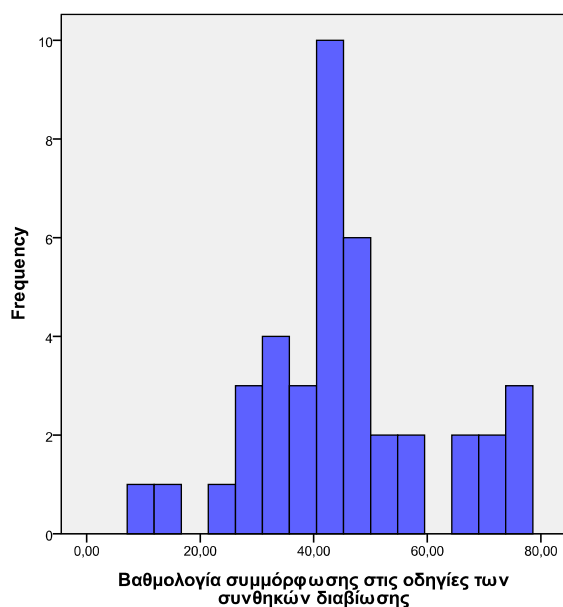
Στη συνέχεια αθροίστηκαν τα μέτρα συμμόρφωσης των συμμετεχόντων ως προς τις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης, το άθροισμά τους διαιρέθηκε με το πλήθος των μέτρων και μετατράπηκε σε εκατοστιαία κλίμακα συμμόρφωσης. Η βαθμολογία συμμόρφωσης με τις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης παίρνει τιμές από 0% έως 100%, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη συμμόρφωση. Η βαθμολογία αυτή περιγράφεται στον ακόλουθο πίνακα 20.

	Βαθμολογία συμμόρφωσης στις οδηγίες των συνθηκών διαβίωσης
Ελάχιστη τιμή	9,5
Μέγιστη τιμή	76,2
Μέση τιμή±SD	45,5±15,9
Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	42,9 (35,7 - 52,4)

Πίνακας 20

Η βαθμολογία συμμόρφωσης στις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης κυμαίνεται από 9,5% έως 76,2%, με τη μέση βαθμολογία να είναι ίση με 45,5% ($\pm 15,9\%$).

Στο ακόλουθο γράφημα 7 δίνεται η βαθμολογία συμμόρφωσης στις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης των συμμετεχόντων.



Γράφημα 7

Στον πίνακα 21 που ακολουθεί δίνονται στοιχεία που αφορούν στη συμμόρφωση των συμμετεχόντων με τη φαρμακευτική αγωγή, με φθίνουσα σειρά συχνότητας.

	N	%
Θεραπεία με κορτιζονούχα σκευάσματα (αλοιφές-από του στόματος χορήγηση)	26	65,0
Θεραπεία με ταρκόλιμους/π μεκρόλιμους	25	62,5
Θεραπεία με αντιβίωση	25	62,5
Θεραπεία με ενυδατικές κρέμες φραγμού	16	40,0
Έγιναν PRICK και PATCH τεστ και τηρήθηκε αποφυγή των αλλεργιογόνων	12	30,0
Θεραπεία με εισπνεόμενα κορτιζονούχα σκευάσματα για αλλεργική ρινίτιδα ή βρογχικό άσθμα- βρογχίτιδα	10	25,0

Πίνακας 21

Το 65,0% των συμμετεχόντων κάνει θεραπεία με κορτιζονούχα σκευάσματα, Επίσης, το 62,5% των συμμετεχόντων κάνει θεραπεία με ταρκόλιμους/π μεκρόλιμους ή με αντιβίωση.

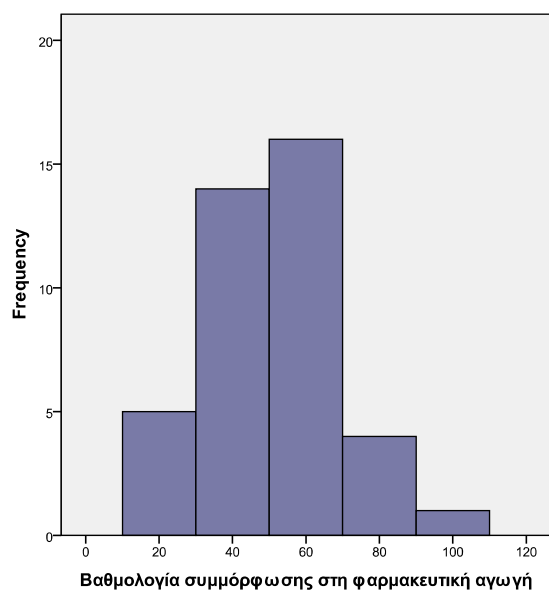
Στη συνέχεια αθροίστηκαν τα μέτρα συμμόρφωσης των συμμετεχόντων ως τη φαρμακευτική τους αγωγή, το άθροισμά τους διαιρέθηκε με το πλήθος των μέτρων και μετατράπηκε σε εκατοστιαία κλίμακα συμμόρφωσης. Η βαθμολογία συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή παίρνει τιμές από 0% έως 100%, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη συμμόρφωση. Η βαθμολογία αυτή περιγράφεται στον ακόλουθο πίνακα 22.

	Βαθμολογία συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή
Ελάχιστη τιμή	20,0
Μέγιστη τιμή	100,0
Μέση τιμή±SD	51±18,6
Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	60 (40 - 60)

Πίνακας 22

Η βαθμολογία συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή κυμαίνεται από 20,0% έως 100,0%, με τη μέση βαθμολογία να είναι ίση με 51,0% (±18,6%). Ένας από τους ασθενείς (2,5%) είχε την υψηλότερη βαθμολογία που υποδηλώνει ότι εφάρμοξε όλα τα μέτρα συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή.

Στο ακόλουθο γράφημα 8 δίνεται η βαθμολογία συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή των συμμετεχόντων.



Γράφημα 8

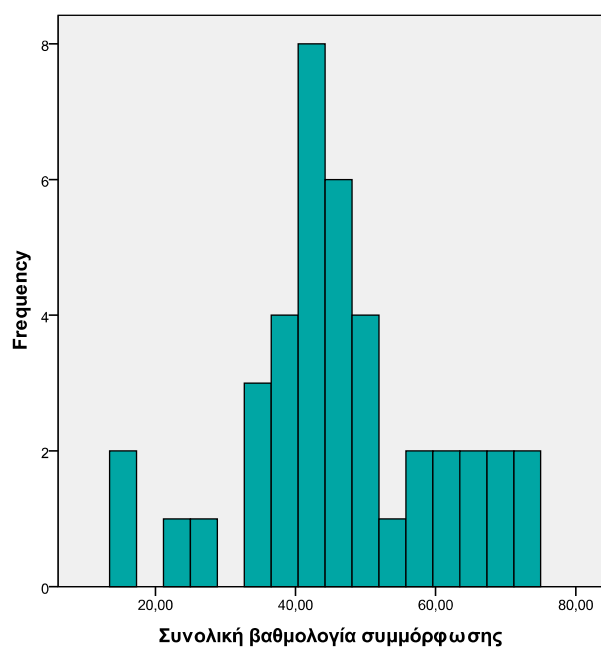
Στη συνέχεια υπολογίστηκε η συνολική βαθμολογία συμμόρφωσης τόσο με τις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης όσο και με τη φαρμακευτική αγωγή, η οποία βρέθηκε αθροίζοντας όλες τις ερωτήσεις συμμόρφωσης, διαιρώντας τες με το πλήθος τους και μετατρέποντάς το σε εκατοστιαία κλίμακα. Όπως και οι δύο επιμέρους κλίμακες συμμόρφωσης έτσι και η συνολική μπορεί να πάρει τιμές από 0% μέχρι 100% με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη συμμόρφωση γενικά. Η συνολική βαθμολογία συμμόρφωσης περιγράφεται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα 23.

	Συνολική βαθμολογία συμμόρφωσης
Ελάχιστη τιμή	15,4
Μέγιστη τιμή	73,1
Μέση τιμή±SD	46,5±14,0
Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	46,2 (38,5 - 55,8)

Πίνακας 23

Η συνολική βαθμολογία συμμόρφωσης κυμαίνεται από 15,4% έως 73,1%, με τη μέση βαθμολογία να είναι ίση με 46,5% ($\pm 14,0\%$).

Στο ακόλουθο γράφημα 9 δίνεται η βαθμολογία συνολικής συμμόρφωσης των συμμετεχόντων.



Γράφημα 9

Μεταβολή SCORAD.

Στον πίνακα 24 που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή του SCORAD τόσο στο σύνολο όσο και ανάλογα με τις βαθμολογίες συμμόρφωσης στις οδηγίες των συνθηκών διαβίωσης, στη φαρμακευτική αγωγή και τη συνολική, χωρισμένες ανάλογα με τα τεταρτημόρια.

	SCORAD			Μεταβολή από αρχική μέτρηση έως τους 6 μήνες Μέση τιμή±SD	P**	P‡	
	Αρχική μέτρηση	2 μήνες	6 μήνες				
	Μέση τιμή±SD	Μέση τιμή±SD	Μέση τιμή±SD				
Σύνολο δείγματος		30,2±8,3	22,3±5,2	19,1±7,2	-11,1±6,0	<0,001	
Βαθμολογία συμμόρφωσης στις οδηγίες των συνθηκών διαβίωσης*	≤35%	30,8±10,1	23,5±6,8	22,9±9	-7,9±6,7	<0,001	0,050
	>35%	29,9±7,7	21,7±4,4	17,4±5,9	-12,5±5,3	<0,001	
	P*	0,812	0,431	0,044			
Βαθμολογία συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή**	≤60%	31,1±8,4	22,8±5,1	20,3±7	-10,9±6,4	<0,001	0,042
	>60%	24,8±5,9	19,5±5,4	12,5±4,7	-12,3±3,9	0,001	
	P*	0,161	0,254	0,046			
Συνολική βαθμολογία συμμόρφωσης*	≤40%	31,9±10,3	24,9±6,1	24,6±8,2	-7,3±7,0	0,002	0,050
	>40%	29,5±7,7	21,3±4,6	17,1±5,9	-12,5±5,2	<0,001	
	P*	0,500	0,125	0,016			

*κατηγοριοποίηση βάση 1^{ου} τεταρτημορίου **κατηγοριοποίηση βάση 3^{ου} τεταρτημορίου

*Διαφορά μεταξύ των ομάδων **Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.

‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Πίνακας 24

Στο σύνολο του δείγματος υπήρξε σημαντική μείωση του SCORAD στο χρόνο παρακολούθησης, που υποδηλώνει βελτίωση της κατάστασής τους.

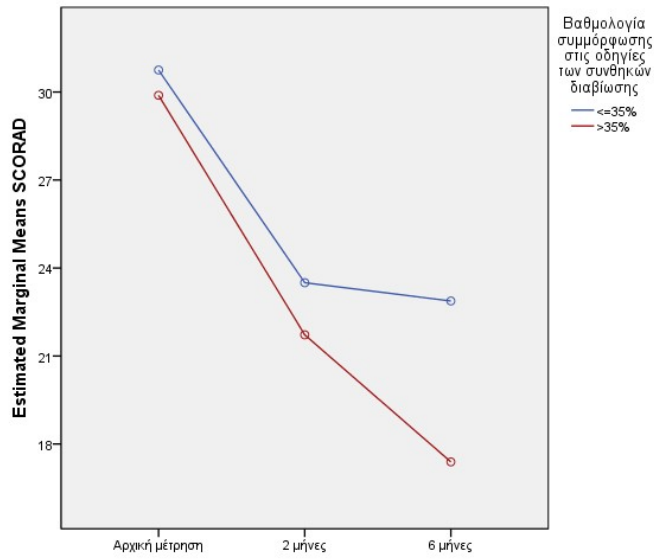
Επίσης, ανεξάρτητα από τη συμμόρφωση των συμμετεχόντων στις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης υπήρξε σημαντική μείωση του SCORAD από την αρχική μέτρηση μέχρι τη μέτρηση των 6 μηνών. Τόσο κατά την αρχική μέτρηση όσο και κατά τη μέτρηση στους 2 μήνες δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στο SCORAD μεταξύ των συμμετεχόντων με συμμόρφωση >35% στις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης και των συμμετεχόντων με συμμόρφωση ≤35%. Αντίθετα, στους

6 μήνες, οι συμμετέχοντες με συμμόρφωση >35% στις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία SCORAD, που υποδηλώνει καλύτερη κατάσταση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με συμμόρφωση ≤35%. Ακόμα, ο βαθμός μείωσης του SCORAD ήταν σημαντικά διαφορετικός ανάλογα με το επίπεδο συμμόρφωσης των συμμετεχόντων στις οδηγίες διαμόρφωσης των συνθηκών διαβίωσης, με τους συμμετέχοντες με υψηλότερα επίπεδα συμμόρφωσης να έχουν τη μεγαλύτερη μείωση, δηλαδή τη μεγαλύτερη βελτίωση.

Υπήρξε σημαντική μείωση του SCORAD από την αρχική μέτρηση μέχρι τη μέτρηση των 6 μηνών, που υποδηλώνει βελτίωση της κατάστασης των συμμετεχόντων, ανεξάρτητα από τη συμμόρφωση τους στη φαρμακευτική αγωγή. Τόσο κατά την αρχική μέτρηση όσο και κατά τη μέτρηση στους 2 μήνες δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στο SCORAD μεταξύ των συμμετεχόντων με συμμόρφωση >60% στη φαρμακευτική αγωγή και των συμμετεχόντων με συμμόρφωση ≤60%. Αντίθετα, στους 6 μήνες, οι συμμετέχοντες με συμμόρφωση >60% στη φαρμακευτική αγωγή είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία SCORAD, που υποδηλώνει καλύτερη κατάσταση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με συμμόρφωση ≤60%. Ακόμα, ο βαθμός μείωσης του SCORAD ήταν σημαντικά διαφορετικός ανάλογα με το επίπεδο συμμόρφωσης των συμμετεχόντων στη φαρμακευτική αγωγή, με τους συμμετέχοντες με υψηλότερα επίπεδα συμμόρφωσης να έχουν τη μεγαλύτερη μείωση, δηλαδή τη μεγαλύτερη βελτίωση.

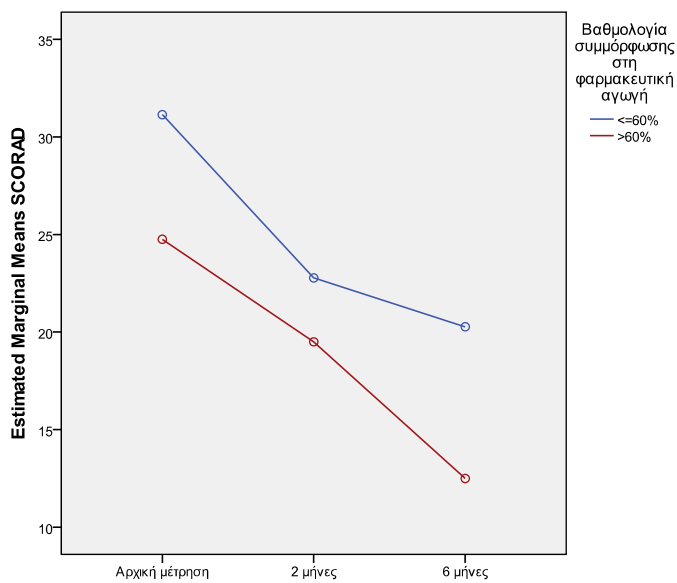
Τέλος, υπήρξε σημαντική μείωση του SCORAD από την αρχική μέτρηση μέχρι τη μέτρηση των 6 μηνών, που υποδηλώνει βελτίωση της κατάστασης των συμμετεχόντων, ανεξάρτητα από τη συνολική τους συμμόρφωση. Τόσο κατά την αρχική μέτρηση όσο και κατά τη μέτρηση στους 2 μήνες δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στο SCORAD μεταξύ των συμμετεχόντων με συνολική συμμόρφωση >40% και των συμμετεχόντων με συνολική συμμόρφωση ≤40%. Αντίθετα, στους 6 μήνες, οι συμμετέχοντες με συνολική συμμόρφωση >40% είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία SCORAD, που υποδηλώνει καλύτερη κατάσταση, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με συμμόρφωση ≤40%. Ακόμα, ο βαθμός μείωσης του SCORAD ήταν σημαντικά διαφορετικός ανάλογα με το επίπεδο συνολικής συμμόρφωσης των συμμετεχόντων, με τους συμμετέχοντες με υψηλότερα επίπεδα συμμόρφωσης να έχουν τη μεγαλύτερη μείωση, δηλαδή τη μεγαλύτερη βελτίωση.

Στο γράφημα 10 που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή του SCORAD στο χρόνο παρακολούθησης ανάλογα με τα επίπεδα συμμόρφωσης των συμμετεχόντων στις οδηγίες των συνθηκών διαβίωσης.



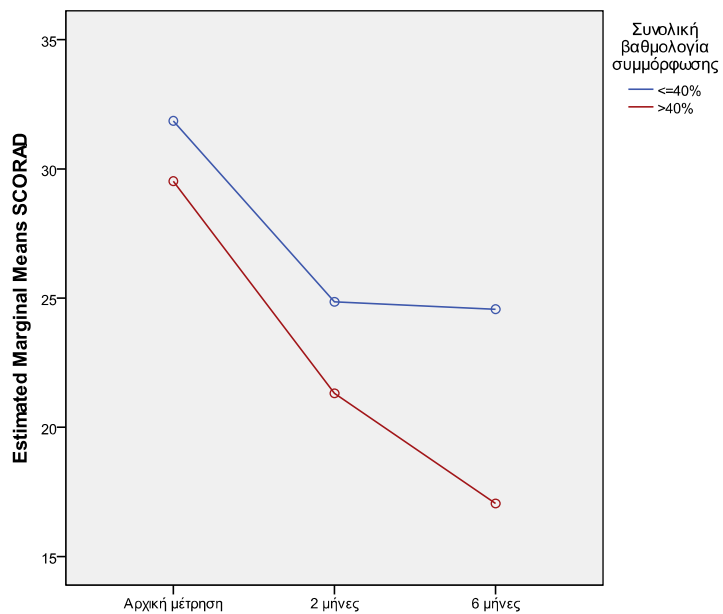
Γράφημα 10

Στο γράφημα 11 που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή του SCORAD στο χρόνο παρακολούθησης ανάλογα με τα επίπεδα συμμόρφωσης των συμμετεχόντων στη φαρμακευτική αγωγή.



Γράφημα 11

Στο γράφημα 12 που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή του SCORAD στο χρόνο παρακολούθησης ανάλογα με τα επίπεδα συνολικής συμμόρφωσης των συμμετεχόντων.



Γράφημα 12

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη μελέτη των σαράντα ατόμων που έπασχαν από ατοπική δερματίτιδα, εξήχθησαν συμπεράσματα όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης των ασθενών μας και τις καθημερινές τους συνήθειες. Στην πλειοψηφία τους κάτοικοι πόλεων σε σύγχρονα οικοδομήματα, με ήπια αθλητική δραστηριότητα. Όσον αφορά τους ενήλικες ασθενείς, που σε μεγάλο ποσοστό επρόκειτο για αισθητικούς, μηχανικούς αυτοκινήτων, οδοκαθαριστές και οικοδόμους, οι οποίοι χρησιμοποιούσαν κάποιο είδος προστατευτικού ρουχισμού, αποδεικνύεται ότι η επαφή με υλικά από το χώρο εργασίας πυροδοτούσε τη νόσο. Διαφαίνεται με σαφήνεια η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού στο 73% των ασθενών και κυρίως ως πάσχουσα από τη νόσο αναδεικνύεται η μητέρα σε ποσοστό 65%. Κυρίαρχο σύμπτωμα ο κνησμός, με τυπική κατανομή των βλαβών ανάλογα με την ηλικία και στοιχεία χρόνιας ή υποτροπιάζουσας δερματίτιδας. Σημαντική καταγράφεται η βαρύτητα της επίδρασης των συγκινησιακών καταστάσεων και αυξημένη ευπάθεια σε δερματικές λοιμώξεις κυρίως από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και απλό έρπητα. Αξιοσημείωτη η συννοσηρότητα με υποτροπιάζουσα επιπεφυκίτιδα, αλλεργική ρινίτιδα και βρογχικό άσθμα. Στην πλειοψηφία των ασθενών μας από την κλινική εικόνα είχαμε ερύθημα, βλατιδοφυσσαλίδες, ορροούσες και λειηνοποιημένες πλάκες και διαβρώσεις. Οι μισοί από τους ασθενείς μας είχαν συμπτώματα όλο το χρόνο, σε άνισα χρονικά διαστήματα, με την πλειοψηφία να επιδεινώνεται τους χειμερινούς και ανοιξιάτικους μήνες. Ευαισθησία σε κάποια τροφή καταγράφηκε σε μεγάλο ποσοστό ασθενών με κυρίαρχη αυτή στο αυγό, όμως και σε ντομάτες εσπεριδοειδή και στο ψάρι.

Όσον αφορά τη συμμόρφωση με τις οδηγίες διαμόρφωσης συνθηκών διαβίωσης και με τη φαρμακευτική αγωγή, παρατηρούμε ότι η μεγάλη πλειοψηφία εφάρμοσε τον καλό καθαρισμό χώρων διαμονής και την εφαρμογή ενυδατικών προϊόντων και κρεμών φραγμού. Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, παρατηρείται υψηλή συμμόρφωση στη θεραπεία με κορτιζονούχα σκευάσματα καθώς και με τα τοπικά ανοσοτριποιητικά και την αντιβιοτική αγωγή.

Μέσω της οργάνωσης του ειδικού ιατρείου ατοπικής δερματίτιδας και των υπηρεσιών παροχής πληροφοριών και οδηγιών από τους φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, εν είδη σεμιναρίων και συναντήσεων που πραγματοποιούνταν μια φορά το μήνα με τους γονείς, τους μικρούς ασθενείς και τους ενήλικες πάσχοντες στο χώρο του νοσοκομείου, αλλά και σε σχολικές αίθουσες, σε συσχέτισμο με την πορεία της νόσου, καθίσταται προφανής η σημαντικότητα αυτών των δραστηριοτήτων. Εξίσου σημαντική αποδεικνύεται η παροχή δυνατότητας άμεσης συμβουλευτικής παρέμβασης στα πλαίσια λειτουργίας του ιατρείου, σε όσους ασθενείς το επιθυμούσαν, όταν

παρουσιαζόταν δυσχέρεια κατανόησης των οδηγιών ή η νόσος υποτροπιάζε και ο ασθενής ένιωθε ανεπαρκής όσον αφορά τον έλεγχο της.

Με τη μελέτη αυτή καθίσταται προφανές ότι η μεταβολή του SCORAD, που αποτελεί τον αντικειμενικότερο δείκτη καταγραφής της βαρύτητας της νόσου, απαιτεί μακροχρόνια και συνεχή συμμόρφωση με τις οδηγίες όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης και την καθημερινότητα καθώς και με τη φαρμακευτική αγωγή. Ουσιαστικά απαιτείται μια μεταβολή της συνολικής θεώρησης της νόσου, τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από το οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον. Ο ασθενής οφείλει να αντιληφθεί τη χρονιότητα της νόσου και να εξοικειωθεί με το χειρισμό της, ώστε να είναι σε θέση να την διατηρεί σε ύφεση και να εξασφαλίζει για τον εαυτό του ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής χωρίς τους περιορισμούς που επιβάλλουν οι εξάρσεις της.

Σε μεγάλο ποσοστό αναδεικνύεται η πρόθεση συμμόρφωσης των ασθενών και η αποδοχή της συμβουλευτικής μας ,στα πλαίσια πάντα που το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο επιτρέπει κάτι τέτοιο.

Συμπερασματικά διαφαίνεται η επίμονη προσπάθεια που απαιτείται για τον έλεγχο της νόσου. Στους δύο μήνες δεν παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη διαφορά στο SCORAD, μεταξύ των συμμετεχόντων με συμμόρφωση μεγαλύτερη και μικρότερη του 35%. Όσον αφορά πάντα στη διαμόρφωση των συνθηκών διαβίωσης. Αντίθετα στους έξι μήνες οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερη του 35% συμμόρφωση είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία SCORAD, συγκριτικά με όσους επέδειξαν συμμόρφωση μικρότερη του 35%.

Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, ασθενείς με συμμόρφωση μεγαλύτερη του 60% και μικρότερη του 60% δεν είχαν σημαντική διαφορά μεταξύ τους όσον αφορά την επίπτωση στο SCORAD, στους 2 μήνες ενώ αποδεικνύεται σημαντική διαφορά στους 6 μήνες, μεταξύ τω δύο ομάδων.

Απαιτείται συνεπώς συνεχής προσπάθεια τόσο σε επίπεδο συμβουλευτικής από το ιατρικό προσωπικό και τους φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και συνεχής ενασχόληση των γονιών με τη φροντίδα των παιδιών τους και την υιοθέτηση συμπεριφορών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- 1)Χρυσομάλλης Φ, και συνεργάτες, Δερματολογία-Αφροδισιολογία, Πρώτη έκδοση, Θεσσαλονίκη, University studio press, 2005:144-149.
- 2) Abeck D et al, Long term efficacy of medium-dose UVA1 phototherapy in atopic dermatitis, J Am Acad Dermatol 2000;42:254
- 3)Ahuja et al, Atopic dermatitis .South med J 2003;96:1068
- 4)Arshad SH, Primary prevention of asthma and allergy.J Allergy Clin Immunol 2005;116:3
- 5)Atherton DJ, Topical corticosteroids in atopic dermatitis.BMJ 2003;327:942
- 6)Becker Y, Vaccinia virus pathogenicity in atopic dermatitis is caused by allergen-induced immune response that prevents the antiviral cellular and humoral immunity.Virus Genes 2003;27:269
- 7)Breuer Y et al :safety and efficiency of topical calcineurin inhibitors in the treatment of childhood atopic dermatitis.Am J Clin Dermatol 2005;6:65
- 8)Chantry D,et al:chemokines in allergy.Curr Drug Targets Inflamm Allergy 2002;1:109
- 9)Einchenfield LF,et al:Consensus conference on pediatric atopic dermatitis J Am Acad Dermatol 2003;49:1088
- 10)Gruber C:Childhood immunizations and the development of atopic disease.Arch Dis Child 2005;90:553
- 11)Hussain I,et al Evidence for the transmissibility of atopy:hypothesis.Chest 2003;124:1968
- 12)Ikoma A ,et al:Neuronal sensitization for histamine induced itch in lesional skin of patients with atopic dermatitis.Arch Dermatol 2003;139:1455
- 13)Janiven KM,et al :Concurrent cereal aallergy in children with cows milk allergy manifested with atopic dermatitis.Clin Exp Allergy 2003;33:1060
- 14)Kapp Aet al Atopic dermatitis management with tarcolimus ointment.J Dermatol Treat 2003;14:5

- 15) Lange J, et al: High interleukin -13 production by phytohaemagglutinin –and Der p 1-stimulated cord blood mononuclear cells is associated with the subsequent development of atopic dermatitis at the age of 3 years. *Clin Exp Allergy* 2003 ;33:1537
- 16) Laouini D, et al: Epicutaneous sensitization with superantigen induces allergic skin inflammation. *J Allergy Clin Immunol* 2003;112:981
- 17) Leung DY, et al : New concepts in the pathogenesis of atopic dermatitis. *Curr Opin Immunol* 2003;15:634
- 18) Meagher LJ, et al: Atopic dermatitis : review of immunopathogenesis and advances in immunosuppressive therapy. *Australas J Dermatol* 2002;43:247
- 19) Meingassner JG, et al : Pimecrolimus does not affect Langerhans cells in murine epidermis. *Br J Dermatol* 2003;149:853
- 20) Moore MM, et al: perinatal predictors of atopic dermatitis occurring in the first six months of life. *Pediatrics* 2004;113:468
- 21) Neville WA, et al: Developmental cytokine response profiles and the clinical and immunological expression of atopy during the first year of life. *J Allergy Clin Immunol* 2003;112:740
- 22) Niwa Y, et al : Topical application of the immunosuppressant tacrolimus accelerates carcinogenesis in mouse skin. *Br J Dermatol* 2003;149:960
- 23) Omoto M, et al: Heterogeneity of dermal deposition of eosinophil granule major basic protein in acute lesions of atopic dermatitis. *Arch Dermatol Res* 2000;292:51
- 24) Ricci G, et al : Frequency and clinical role of *Staphylococcus aureus* overinfection in atopic dermatitis in children. *Pediatric dermatol* 2003;20:389
- 25) Sampson HA: Utility of food specific IgE concentrations in predicting symptomatic food allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2001;107:891
- 26) Simon D, et al: The interleukin -13 production by peripheral blood T-cells from atopic dermatitis patients does not require CD2 costimulation. *Int Arch Allergy Immunol* 2003;132:148
- 27) Stone KD: Atopic diseases of childhood. *Curr Opin Pediatr* 2003;15:495

- 28) Sugarman JL, et al: The objective severity assessment of atopic dermatitis score: an objective measure using permeability barrier function and stratum corneum hydration with computer-assisted estimates for extent of disease. *Arch Dermatol* 2003 ;139:1417
- 29) Turjanmaa K: Atopy patch tests in the diagnosis of delayed food hypersensitivity. *Allerg Immunol* 2002;34:95
- 30) Wadonda-Kabondo N, et al : A prospective study of the prevalence and incidence of atopic dermatitis in children aged 0-42 months. *Br J Dermatol* 2003;149:1023
- 31) Williams HC: Clinical practice. Atopic dermatitis. *N Engl J Med* 2005 ;352:231
- 32) Νοσήματα του δέρματος, Andrews, Αθήνα, δέκατη έκδοση, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη, 2011:99-109.
- 33) Atlas of clinical dermatology, Anthony du Vivier, Τρίτη έκδοση, Εκδόσεις Elsevier, Churchill Livingstone, 2002, 38-47.
- 34) Clinical Dermatology, Habif, Πέμπτη έκδοση, Εκδόσεις Mosby, Elsevier, 2010, 154-179.
- 35) Braun Falco Dermatology, Τρίτη έκδοση, Εκδόσεις Springer, 409-425, 2009, 409-425.