

# **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ : «ΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ  
ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ / THE AGES OF  
THE MAN AND HIS DERMATOSES »**

**Επιβλέπων Καθηγητής: Παπαδόπουλος Ιορδάνης**

**Φοιτήτρια: Κόη Ελένη**

Θεσσαλονίκη 2018

# Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	4
Introduction.....	5
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ</b>	
1.1 Το ανδρικό γεννητικό σύστημα.....	6
1.2 Η δράση των ανδρογόνων.....	9
1.3 Η τεστοστερόνη και οι ιδιότητες της.....	10
1.4 Σωματική ανάπτυξη.....	13
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ</b>	
2.1 Ατοπική Δερματίτιδα .....	13
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ</b>	
3.1 Ακμή.....	18
3.2 Τραυματική ακμή.....	25
3.3 Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα.....	26
3.4 Υπεριδρωσία.....	28
3.5 Βρωμιδρωσία.....	30
3.6 Ιδρωτοαδενίτιδα.....	32
3.7 Νόσος Fox Fordyce.....	35
3.8 Κονδυλώματα.....	36
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ</b>	
4.1 Ψωρίαση.....	39
4.2 Ροδόχρους ακμή.....	42
4.3 Ατροφικός λειχήνας.....	45
4.4 Ανδρογενετική αλωπεκία.....	47
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ</b>	
5.1 Γεροντικός κνησμός.....	50
5.2 Αστεατικό έκζεμα.....	52
5.3 Πομφολυγώδες πεμφυγοειδές.....	55
5.4 Έρπης ζωστήρας.....	58
5.5 Ψώρα νορβηγική.....	60
5.6 Ακτινική κερατίαση.....	62
5.7 Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα.....	64
5.8 Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.....	67

<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>70</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>71</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το δέρμα αποτελεί το μεγαλύτερο όργανο στον ανθρώπινο οργανισμό. Με το πέρασμα του χρόνου, το δέρμα αντιδρά και μπορεί να εμφανίσει διάφορες δερματοπάθειες.

Ο κλάδος της αισθητικής γνωρίζουμε ότι ασχολείται κυρίως με τις γυναίκες , όμως υπάρχει και ένα ποσοστό ανδρών που καλούμαστε να εξυπηρετήσουμε, για αυτό και οφείλουμε να γνωρίζουμε τις ιδιαιτερότητες του ανδρικού δέρματος και των προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίζει.

Το ανδρικό δέρμα, λοιπόν, διαφέρει από αυτό των γυναικών, κυρίως, λόγω των ορμονών που δρουν σε αυτό, ενώ συγχρόνως επηρεάζεται από τον τρόπο ζωής αλλά και από την φροντίδα που δέχεται.

Στην παρακάτω πτυχιακή εργασία, αναγράφονται όλες οι πληροφορίες που σχετίζονται με το ανδρικό δέρμα και τις δερματοπάθειες του, ανάλογα με την ηλικία του άνδρα.

## INTRODUCTION

The skin is the bigger organ on the human organism. As the time goes by, the skin reacts and it may develop some skin diseases.

We do know that the field of Aesthetics is mainly focused on women, but there is a percentage of men, who we are going to face and deal with, and for that we owe to know the specific features of the man's skin and the problems that can occur.

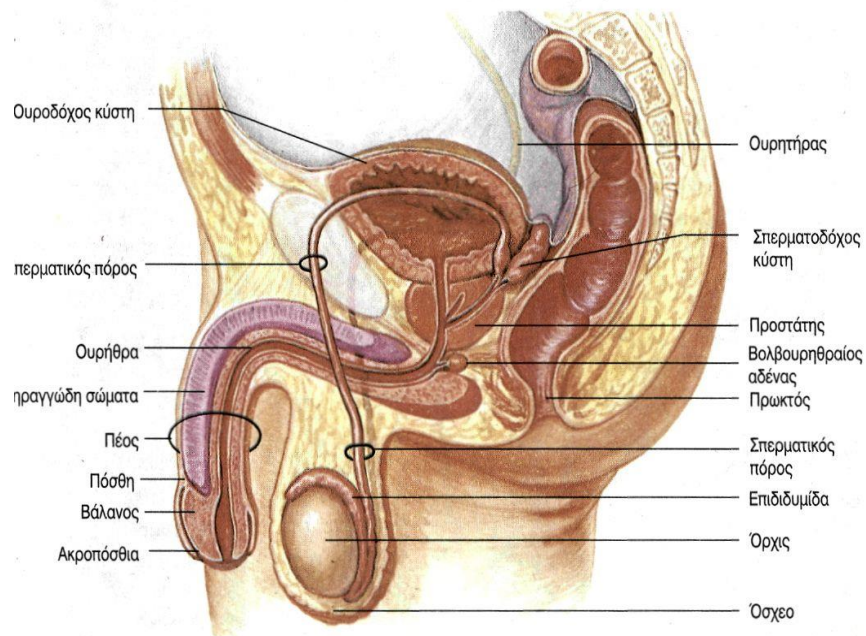
The man's skin therefore differs from the females', mainly because of the hormones that act on it, but also by the lifestyle that affect it and by the care it receives.

All the information about male's skin and its dermatoses, depending on the age, are listed on the following thesis.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΗΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ

## 1.1 Το ανδρικό γεννητικό σύστημα

Τα όργανα του γεννητικού/αναπαραγωγικού συστήματος του ανδρός είναι το πέος, οι όρχεις, το όσχεο, οι αγωγοί μέσω των οποίων περνάει το σπέρμα (επιδιδυμίδες και σπερματικοί πόροι), ο προστάτης και οι σπερματοδόχες κύστεις. Οι όρχεις, οι επιδιδυμίδες, οι σπερματικοί πόροι, οι σπερματοδόχες κύστεις και ο προστάτης, χρησιμεύουν για την παραγωγή, τη φύλαξη και τη μεταφορά του σπέρματος, καθώς και την παραγωγή ορμονών και αποτελούν τα έσω γεννητικά όργανα του άνδρα, ενώ το πέος με το όσχεο αποτελούν τα έξω γεννητικά όργανα.



**ΠΕΟΣ:** Το ανθρώπινο πέος από περιγραφική άποψη διακρίνεται σε δύο μέρη, την περινεϊκή (ρίζα του πέους) και την ελεύθερη μούρα. Η ρίζα του πέους βρίσκεται ακριβώς κάτω από την ηβική σύμφυση και είναι καλυμμένη από τα ανατομικά μέρη του περινέου. Η ελεύθερη μούρα αποτελεί το τμήμα του πέους που προβάλλει μπροστά από την ηβική χώρα και αποτελείται από το σώμα και την βάλανο, τα οποία διαχωρίζονται με σαφές όριο που καλείται αυχένος του πέους.

Το πέος αποτελείται από τα δύο σηραγγώδη σώματα, το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας, το σηραγγώδες σώμα της βάλανου και τα περιβλήματα του πέους. Τα δύο σηραγγώδη σώματα αντίστοιχα προς την ρίζα σχηματίζουν τα σκέλη του πέους τα οποία είναι στέρεα προσκολλημένα με το ηβικό οστό. Αντίστοιχα προς το σώμα συνενώνονται και σχηματίζουν ενιαίο αποπεπτατισμένο κύλινδρο, η κορυφή του οποίου καταλήγει στη βάση της βάλανου.

Τα περιβλήματα του πέους είναι η πόσθη (εξωτερικά) και η περιτονία του πέους (εσωτερικά). Η πόσθη αποτελεί το δέρμα που καλύπτει την ελεύθερη μούρα και εμφανίζει στην κάτω επιφάνεια την ραφή του πέους. Το τμήμα της πόσθης που

καλύπτει τη βάλανο ονομάζεται ακροποσθία. Ο χαλινός του πέους είναι μια δερματική πτυχή η οποία συνδέει τη βάλανο με το κυρίως σώμα του πέους και βρίσκεται στην κάτω επιφάνεια του πέους. Ο χαλινός του πέους έχει ελαστικότητα και βοηθά στην αυτόματη επαναφορά του δέρματος του πέους όταν αποκαλύπτεται η βάλανος. Η περιτονία του πέους αποτελεί ένα πέταλο ινώδους συνδετικού ιστού που περιβάλλει τα σηραγγώδη σώματα. Από ιστολογική άποψη τα σηραγγώδη σώματα συνίστανται από δοκίδες ινώδους συνδετικού ιστού μεταξύ των οποίων υπάρχουν χώροι για την υποδοχή του αίματος όταν το πέος είναι σε στύση. Οι μύες του περινέου που σχετίζονται με τη λειτουργία του πέους είναι ο βολβοσηραγγώδης και οι ισχιοσηραγγώδεις μύες. Ο βολβοσηραγγώδης μυς περιβάλλει τον βολβό του σηραγγώδους σώματος της ουρήθρας, ενώ οι ισχιοσηραγγώδεις πορεύονται κάτω από κάθε σκέλος του πέους.

**ΟΡΧΕΙΣ:** Οι όρχεις αποτελούνται από τον ινώδη χιτώνα, τα σπερματικά σωληνάρια και τα διάμεσα κύτταρα του Leydig. Είναι οι γεννητικοί αδένες του άνδρα και θεωρούνται όργανα με διπλή λειτουργία: η εξωκρινής λειτουργία είναι η παραγωγή σπερματοζωαρίων και η ενδοκρινής είναι η παραγωγή ανδρογόνων ορμονών και κυρίως τεστοστερόνης. Οι όρχεις είναι τυπικά δύο και εντοπίζονται στο όσχεο. Η ανατομική θέση του οσχέου επιτρέπει τη διατήρηση χαμηλότερων θερμοκρασιών για τους όρχεις από τις αντίστοιχες του σώματος. Η θερμοκρασία των όρχεων σχετίζεται με τη σπερματογένεση και τη γονιμότητα. Το όσχεο περιλαμβάνει επίσης τις επιδιδυμίδες και τους σπερματικούς πόρους, ενώ οι όρχεις συγκρατούνται στο όσχεο από τους σπερματικούς τόνους, οι οποίοι περιέχουν τους σπερματικούς πόρους, αγγεία, νεύρα και τους κρεμαστήριους μυς. Η λειτουργία των όρχεων ρυθμίζεται από την υπόφυση και τον υποθάλαμο και υποβοηθείται από τους επικουρικούς γεννητικούς αδένες. Οι αδένες αυτοί είναι ο προστάτης, οι σπερματοδόχοι κύστες, οι βολβοουρηθραίοι και οι ουρηθραίοι αδένες.

**ΟΣΧΕΟ:** Το όσχεο είναι ένας δερματικός σάκος της κοιλίας που αποτελείται από χαλαρό δέρμα και επιφανειακή περίτονα. Είναι η στηρικτική δομή των όρχεων. Εξωτερικά φαίνεται ως απλό σάκος δέρματος που χωρίζεται σε πλάγια μέρη από μεσαία αύλακα που ονομάζεται ραφή. Εσωτερικά χωρίζεται από ένα διάφραγμα σε δυο σάκους, που ο καθένας περιέχει ένα μόνο ορχώ. Το διάφραγμα αποτελείται από επιφανειακή περίτονα και μυϊκό ιστό, που ονομάζεται δάρτος και αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες. Ο δάρτος μυς επίσης βρίσκεται στον υποδόριο ιστό του οσχέου και είναι συνεχόμενος με τον υποδόριο ιστό του κοιλιακού τοιχώματος. Ο δάρτος μυς προκαλεί αναδίπλωση του δέρματος στο όσχεο και αποτελεί συνέχεια του υποδόριου ιστού του κοιλιακού τοιχώματος.

Η θέση του οσχέου και η συστολή των μυών του ρυθμίζουν τη θερμοκρασία των όρχεων. Η παράγωγη και η επιβίωση του σπέρματος χρειάζονται θερμοκρασία που είναι χαμηλότερη από την κανονική θερμοκρασία του σώματος. Εξαιτίας του γεγονότος ότι το όσχεο είναι έξω, από τις σωματικές κοιλότητες, έχει θερμοκρασία περίπου 3C κάτω από την κανονική σωματική θερμοκρασία. Ο κρεμαστήρας μυς ανυψώνει τους όρχεις κατά τη σεξουαλική διέγερση κατά της έκθεση στο κρύο και σε στιγμές φόβου, τους μετακινεί πιο κοντά στη συνολική κοιλότητα όπου μπορούν να απορροφήσουν σωματική θερμότητα. Η έκθεση στη ζεστή αναστρέφει αυτή τη διαδικασία. Ο κρεμαστήρας επίσης ελέγχεται αντανακλαστικά για να βεβαιώσει ότι η θερμοκρασία των όρχεων διατηρείται 3C κάτω από την σωματική θερμοκρασία του σώματος.

**ΕΠΙΔΙΔΥΜΙΔΑ:** Είναι ένας μακρύς περιελιγμένος σωλήνας στο πίσω μέρος του όρχεως. Μετά την παραγωγή από τους όρχεις, τα σπερματοζωάρια αποθηκεύονται προσωρινά στις επιδιδυμίδες. Οι επιδιδυμίδες εμπλουτίζουν τα σπερματοζωάρια με θρεπτικό υλικό και υγρά για την ευκολότερη μετακίνησή τους. Επίσης τα σπερματοζωάρια εμπλουτίζονται με εκκρίματα και από τις σπερματοδόχους κύστες και από τον προστάτη. Τα σπερματοζωάρια προχωρούν από την επιδιδυμίδα στο σπερματικό πόρο(σπερματαγωγό) και διαμέσου της ουρήθρας βγαίνουν έξω από το σώμα.

**ΣΠΕΡΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΡΟΣ:** Ο σπερματικός πόρος αρχίζει από τον κάτω πόλο του όρχεως, ως συνέχεια της ουράς της επιδιδυμίδας, και φθάνει μέχρι τη βάση του προστάτη, όπου αναστομώνεται με τη σπερματοδόχο κύστη σχηματίζοντας τον εκσπερματιστικό πόρο. Έχει μήκος 40-45 cm. Στην αρχή πορεύεται ελικοειδώς κατά μήκος του οπίσθιου χείλους του όρχεως και επί τα εντός της επιδιδυμίδας (ορχική μοίρα) και ύστερα φέρεται προς τα πάνω μέχρι το υποδερμάτιο στόμιο του βουβωνικού πόρου (τονική μοίρα). Η μοίρα αυτή πορεύεται στο πίσω μέρος του σπερματικού τόνου, όπου μπορεί να ψηλαφηθεί. Στην πορεία του στον βουβωνικό πόρο, τον συνοδεύουν: η έσω και έξω σπερματική αρτηρία, η αρτηρία του πόρου, το φλεβικό δίκτυο που θα σχηματίσει πιο πάνω τις σπερματικές φλέβες, λεμφαγγεία και νεύρα, ενώ περιλαμβάνονται και ίνες του κρεμαστήρα μυ. Όλα τα παραπάνω περικλείονται σε λεπτό στρώμα περιτονίας και συναποτελούν τον σπερματικό τόνο.

Στη συνέχεια περνά το βουβωνικό πόρο και φθάνει στο κοιλιακό του στόμιο (βουβωνική μοίρα), όπου αποχωρίζεται από το σπερματικό τόνο και περνά στην κοιλιακή κοιλότητα. Στο σημείο αυτό, αφού χιαστεί με τα κάτω επιγάστρια και τα έξω λαγόνια αγγεία, πορεύεται στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα (πυελική μοίρα), χιάζεται στη συνέχεια με τον ουρητήρα και πορεύεται πίσω από την ουροδόχο κύστη και επί τα εντός της σπερματοδόχου κύστης μέχρι τη βάση του προστάτη (κυστική μοίρα). Η τελευταία αυτή μοίρα είναι διευρυμένη και λέγεται σπερματική λήκυθος . Ο σπερματικός πόρος έχει λεπτό αυλό και παχύ τοίχωμα που αποτελείται από βλεννογόνο, υποβλεννογόνο και ισχυρό μυϊκό χιτώνα στον οποίο διακρίνονται τρία στρώματα μυϊκών ινών.

**ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ:** Ο προστάτης είναι ένας μικρός αδένας με βάρος 10-20 γραμμάρια σε σχήμα κάστανου. Βρίσκεται ακριβώς κάτω από την ουροδόχο κύστη, ενώ μέσα του περνά η ουρήθρα. Παράγει το προστατικό υγρό που αποθηκεύεται στον αδένα και εξωθείται κατά την εκσπερμάτιση προς την ουρήθρα. Η προστατική έκκριση αποτελεί το 13% με 33% του όγκου του σπέρματος. Το έκκριμα του προστάτη διεγείρει τις κινήσεις των σπερματοζωαρίων και δίνει στο σπέρμα χαρακτηριστική οσμή .Ο προστάτης είναι απαραίτητος αποκλειστικά για την εκσπερμάτιση και την αναπαραγωγή. Αυξάνει σταδιακά σε μέγεθος από τη γέννηση ως την εφηβεία και έπειτα η αύξηση γίνεται με ταχύ ρυθμό. Το μέγεθος που αποκτά μέχρι την 3η δεκαετία παραμένει σταθερό μέχρι περίπου τα 45 χρόνια. Μετά το 50ο έτος της ηλικίας, υπερτρέφεται προκαλώντας διάφορα ενοχλήματα που προέρχονται κυρίως από την ουρήθρα.



**ΣΠΕΡΜΑΤΟΔΟΧΕΣ ΚΥΣΤΕΣ:** Οι σπερματοδόχες κύστεις βρίσκονται επί τα εκτός του σπερματικού πόρου και της ληκύθου, πάνω από τον προστάτη και μεταξύ του πυθμένα της ουροδόχου κύστης και του ορθού, στον υποπεριτοναϊκό χώρο. Κάθε μία από αυτές έχει μήκος 4 με 5 εκατοστά, πλάτος 1,5 με 2 εκατοστά, εμφανίζει σχήμα σαν αχλάδι και έχει όψη ανώμαλη. Η σπερματοδόχος κύστη στρέφει την κορυφή της προς τα κάτω και έσω. Παράγουν ένα κολλώδες υγρό, που αποτελεί το 60-70% του σπερματικού υγρού. Το υπόλοιπο 30-40% προέρχεται από τον προστάτη.

## 1.2 Η ΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΝΔΡΟΓΩΝΩΝ

Από την στιγμή γέννησης, το ανδρικό σώμα βιώνει διάφορες αλλαγές ως προς την ανάπτυξη του. Την κυριότερη επίδραση στην ανάπτυξη του άνδρα την έχουν τα ανδρογόνα. Γενικά, τα ανδρογόνα προάγουν την πρωτεϊνοσύνθεση και την ανάπτυξη των ιστών με υποδοχείς ανδρογόνων. Οι υποδοχείς ανδρογόνων εμφανίζονται σε πολλούς διαφορετικούς ιστούς του συστήματος των σπονδυλωτών, και τόσο τα αρσενικά όσο και τα θηλυκά ανταποκρίνονται παρομοίως σε παρόμοια επίπεδα. Πολύ διαφορετικές ποσότητες τεστοστερόνης προγεννητικά, στην εφηβεία και σε όλη τη ζωή, αντιπροσωπεύουν ένα μερίδιο βιολογικών διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών.

**Οι προγενετικές ιδιότητες** των ανδρογόνων εκδηλώνονται μεταξύ της 4ης και της 6ης εβδομάδας της κύησης. Περιλαμβάνουν τη γενετική αρρενοποίηση (σχηματισμός φαλλικής ουρήθρας, λέπτυνση του οσχέου, ανάπτυξη φαλλού κ.ά.) αν και ο ρόλος της τεστοστερόνης σε αυτές τις διαδικασίες είναι πολύ μικρότερος από αυτόν της διϋδροτεστοστερόνης. Οι προγενετικές ιδιότητες περιλαμβάνουν επίσης την ανάπτυξη του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων.

Κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου της κύησης, τα επίπεδα των ανδρογόνων συνδέονται με τον καθορισμό του φύλου και αποτελούν παράγοντα πρόβλεψης της σεξουαλικής συμπεριφοράς του ατόμου.

**Κατά την πρόωρη βρεφική ηλικία** οι επιδράσεις των ανδρογόνων είναι οι λιγότερο κατανοητές. Τις πρώτες εβδομάδες της ζωής για τα αρσενικά βρέφη, τα επίπεδα τεστοστερόνης αυξάνονται. Τα επίπεδα παραμένουν σε εφηβική κλίμακα για λίγους μήνες, αλλά συνήθως φτάνουν στα μόλις ανιχνεύσιμα επίπεδα παιδικής ηλικίας 4-6 μηνών. Η λειτουργία αυτής της αύξησης στους ανθρώπους είναι άγνωστη. Έχει θεωρηθεί ότι η αρρενοποίηση του εγκεφάλου συμβαίνει επειδή δεν έχουν εντοπιστεί σημαντικές αλλαγές σε άλλα μέρη του σώματος. Ο αρσενικός εγκέφαλος αρχίζει να ωριμάζει με την μετατροπή της τεστοστερόνης σε οιστρογόνο, που διασχίζει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και εισέρχεται στον αρσενικό εγκέφαλο.

**Πριν από την εφηβεία** εμφανίζονται φαινόμενα αυξανόμενων επιπέδων ανδρογόνων και στα αγόρια και στα κορίτσια. Αυτά περιλαμβάνουν την οσμή σώματος ενήλικου τύπου, την αυξημένη λιπαρότητα δέρματος και τριχών, την ακμή, την εμφάνιση ηβικής και μασχάλιαίας τρίχωσης, την ανάπτυξη τριχών στο πρόσωπο και την επιταχυνόμενη οστική ωρίμανση.

**Κατά την εφηβεία** η επιρροή των ανδρογόνων αρχίζει να γίνει αισθητή όταν το ανδρογόνο είναι υψηλότερο από τα φυσιολογικά ενήλικα θηλυκά επίπεδα του, για μήνες ή χρόνια. Στα αρσενικά, αυτά είναι συνηθισμένα όψιμα εφηβικά αποτελέσματα και στις γυναίκες εμφανίζονται μετά από παρατεταμένες περιόδους αυξημένων επιπέδων ελεύθερης τεστοστερόνης στο αίμα. Τα αποτελέσματα περιλαμβάνουν: την ανάπτυξη του σπερματογόνου ιστού σε όρχεις, την αρσενική γονιμότητα, την διεύρυνση του πέους ή της κλειτορίδας, αυξημένη λίμπιντο και συχνότητα στύσης επίσης παρατηρείται ανάπτυξη της γνάθου, του φρυδιού, του πηγουνιού, της μύτης και της αναμόρφωσης των περιγραμμάτων των οστών του προσώπου, σε συνδυασμό με την ανθρώπινη αυξητική ορμόνη

Η ολοκλήρωση της ωρίμανσης των οστών και τερματισμός της ανάπτυξης συμβαίνει έμμεσα μέσω μεταβολικών οιστραδιόλης και κατά συνέπεια πιο σταδιακά στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Αυξάνονται η μυϊκή δύναμη και η μάζα, το υποδόριο λίπος μειώνεται, ο κορμός των νευρώσεων διευρύνεται, ενώ παρατηρείται εμβάθυνση της φωνής, ανάπτυξη του μήλου του Αδάμ και διεύρυνση των σμηγματογόνων αδένων. Επίσης οι τρίχες των γεννητικών οργάνων εκτείνονται στους μηρούς και προς το ομφαλό, αναπτύσσονται οι τρίχες του προσώπου (γενειάδα, μουστάκι) και του στέρνου.

**Κατά την ενήλικη ζωή**, τα ανδρογόνα, και πιο συγκεκριμένα η τεστοστερόνη, είναι απαραίτητα για την φυσιολογική ανάπτυξη του σπέρματος. Ενεργοποιεί γονίδια σε κύτταρα Sertoli, τα οποία προάγουν τη διαφοροποίηση των σπερματογόνιων.

Ρυθμίζει την οξεία ανταπόκριση της HPA ( άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων). Η τεστοστερόνη ρυθμίζει επίσης τον πληθυσμό των υποδοχέων της θρομβοξάνης A2 στα μεγακαρυοκύτταρα και τα αιμοπετάλια και επομένως τη συσσωμάτωση των αιμοπεταλίων στους ανθρώπους.

Τα αποτελέσματα της τεστοστερόνης από τους ενήλικες είναι σαφέστερα αποδεκτά στους άνδρες παρά στα θηλυκά, αλλά είναι πιθανόν σημαντικά και για τα δύο φύλα. Μερικά από αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να μειωθούν καθώς τα επίπεδα τεστοστερόνης ενδέχεται να μειωθούν στις επόμενες δεκαετίες της ζωής των ενηλίκων.

### **1.3 ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗ ΚΑΙ ΟΙ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ**

Η τεστοστερόνη είναι μια στεροειδής ορμόνη που ανήκει στην ομάδα των ανδρογόνων. Στα θηλαστικά η τεστοστερόνη εκκρίνεται από τους όρχεις των αρσενικών και τις ωοθήκες των θηλυκών, αν και μικρές ποσότητες εκκρίνονται και από άλλους αδένες, όπως τα επινεφρίδια. Είναι η κύρια αρσενική ορμόνη του φύλου. Και στα δύο φύλα η τεστοστερόνη παίζει βασικό ρόλο σε ορισμένα θέματα υγείας και σεξουαλικής συμπεριφοράς. Είναι μεταξύ άλλων υπεύθυνη για την

ενίσχυση της λίμπιντο, για αυξημένη ενέργεια και παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων. Κατά μέσο όρο, ο ανδρικός οργανισμός παράγει περίπου σαράντα με εξήντα φορές περισσότερη τεστοστερόνη από τον γυναικείο. Ωστόσο οι γυναίκες είναι πιο ευαίσθητες στην ορμόνη απ' ό,τι οι άνδρες. Εκκρίνεται από τα κύτταρα Leydig που βρίσκονται στους όρχεις, υπό την επίδραση της ωχρινοτρόπου ορμόνης. Η συγκέντρωση της τεστοστερόνης στο αίμα είναι χαμηλή κατά την παιδική ηλικία, όμως με την έλευση της ήβης αυξάνεται ραγδαία στους άντρες. Η τεστοστερόνη ελέγχει τον σχηματισμό των αντρικών χαρακτηριστικών του φύλου και την ανάπτυξή τους.

Οι ιδιότητες της τεστοστερόνης μπορούν να ταξινομηθούν σε ανδρογονικές και αναβολικές, αν και η διάκριση αυτή είναι κάπως τεχνητή, καθώς πολλές από τις ιδιότητες μπορούν να θεωρηθούν και τα δύο. Η τεστοστερόνη είναι αναβολική, που σημαίνει ότι αναπτύσσει τα οστά και τη μυϊκή μάζα. Οι αναβολικές ιδιότητες λοιπόν περιλαμβάνουν την ανάπτυξη της μυϊκής μάζας και της δύναμης, την αυξημένη οστική πυκνότητα και αντοχή και την διέγερση της γραμμικής ανάπτυξης και ωρίμανσης των οστών. Οι ανδρογενετικές ιδιότητες περιλαμβάνουν την ωρίμανση των γεννητικών οργάνων, ιδίως του πέους και το σχηματισμό των όρχεων στο έμβρυο, ενώ μετά τη γέννηση (συνήθως στην εφηβεία), περιλαμβάνουν την βύθυνση της φωνής, την αύξηση των τριχών του προσώπου και της μασχάλης. Πολλές από αυτές τις ιδιότητες εμπίπτουν στην κατηγορία των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του αρσενικού φύλου.

Οι ιδιότητες της τεστοστερόνης χαρακτηρίζονται επίσης από την ηλικία που συνήθως εκδηλώνονται. Όσον αφορά στις μετά τη γέννηση ιδιότητες σε άνδρες και γυναίκες, αυτές ως επί το πλείστον εξαρτώνται από τα επίπεδα και τη διάρκεια κυκλοφορίας της ελεύθερης τεστοστερόνης στο αίμα.

Τα οστά και ο εγκέφαλος είναι δύο σημαντικοί ιστοί στους ανθρώπους όπου η πρωταρχική επίδραση της τεστοστερόνης είναι μέσω της μετατροπής της στην οιστραδιόλη. Στα οστά, η οιστραδιόλη επιταχύνει την οστεοποίηση του χόνδρου, οδηγώντας στο κλείσιμο των επιφύσεων και την ολοκλήρωση της ανάπτυξης. Στο κεντρικό νευρικό σύστημα, η τεστοστερόνη αρωματίζεται στην οιστραδιόλη. Η οιστραδιόλη αντί της τεστοστερόνης χρησιμεύει ως το πιο σημαντικό σήμα ανάδρασης στον υποθάλαμο (που επηρεάζει την έκκριση της LH). Σε πολλά θηλαστικά, η προγεννητική ή περιγεννητική «αρρενοποίηση» των σεξουαλικά διμορφικών περιοχών του εγκεφάλου από την οιστραδιόλη που προέρχεται από προγράμματα τεστοστερόνης αργότερα από την ανδρική σεξουαλική συμπεριφορά.

Βέβαια, υπάρχουν και συγκρουόμενα αποτελέσματα σχετικά με τη σημασία της τεστοστερόνης για τη διατήρηση της καρδιαγγειακής υγείας. Παρόλα αυτά, η

διατήρηση των φυσιολογικών επιπέδων τεστοστερόνης στους ηλικιωμένους άνδρες έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει πολλές παραμέτρους που θεωρούνται ότι μειώνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, όπως η αυξημένη άλιπη σωματική μάζα, η μειωμένη μάζα σπλαχνικού λίπους, η μειωμένη ολική χοληστερόλη και ο γλυκαιμικός έλεγχος.

### **Βιολογική δραστηριότητα της τεστοστερόνης:**

Οι επιδράσεις της τεστοστερόνης στους ανθρώπους και τα άλλα σπονδυλωτά συμβαίνουν μέσω πολλαπλών μηχανισμών: μέσω της ενεργοποίησης του υποδοχέα ανδρογόνων (άμεσα ή ως DHT) και μέσω της μετατροπής σε οιστραδιόλη και την ενεργοποίηση ορισμένων υποδοχέων οιστρογόνων. Τα ανδρογόνα έχουν επίσης βρεθεί ότι δεσμεύονται και ενεργοποιούν τους υποδοχείς ανδρογόνου μεμβράνης.

Η ελεύθερη τεστοστερόνη (T) μεταφέρεται στο κυτταρόπλασμα των κυττάρων των ιστών-στόχων, όπου μπορεί να δεσμευτεί στον υποδοχέα ανδρογόνου ή μπορεί να μειωθεί σε 5α-διυδροτεστοστερόνη (DHT) από το κυτταροπλασματικό ένζυμο 5α-αναγωγάση. Το DHT συνδέεται με τον ίδιο υποδοχέα ανδρογόνου ακόμη πιο έντονα από την τεστοστερόνη, έτσι ώστε η ανδρογόνο δραστηριότητα του είναι περίπου 5 φορές εκείνη του T. Ο υποδοχέας T ή το σύμπλεγμα DHT-υποδοχέα υφίσταται μια δομική αλλαγή που του επιτρέπει να κινηθεί στον πυρήνα του κυττάρου και να συνδεθεί απευθείας με ειδικές αλληλουχίες νουκλεοτιδίων του χρωμοσωμικού DNA. Οι περιοχές σύνδεσης ονομάζονται στοιχεία ορμονικής απόκρισης (HREs) και επηρεάζουν τη μεταγραφική δραστηριότητα ορισμένων γονιδίων, παράγοντας τα ανδρογόνα αποτελέσματα.

Μετά την ηλικία των 30 ετών όμως, τα φυσιολογικά επίπεδα της τεστοστερόνης ενός άνδρα αρχίζουν να μειώνονται ελαφρά χρόνο με το χρόνο, με αποτέλεσμα παρατηρούνται διάφορα συμπτώματα όπως: μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, στυτική δυσλειτουργία και ανικανότητα, ελάττωση του αριθμού των σπερματοζωαρίων, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα και αδυναμία συγκέντρωσης, απώλεια μυϊκής μάζας, οστά εύθραυστα και επιρρεπή σε κατάγματα, σταδιακή τριχόπτωση που κάποιες φορές οδηγεί σε ανδρογενετική αλωπεκία, διαταραχές ύπνου και μειωμένη σωματική απόδοση.

Οι παράγοντες που επίσης επηρεάζουν την μείωση των επιπέδων της είναι :

•**το έντονο στρες και η νεφρική ανεπάρκεια** , χωρίς όμως να υπάρχει κάποιο πρόβλημα στον εγκέφαλο, στους όρχεις ή στα επινεφρίδια.

•**ορισμένα φάρμακα και τοξικές ουσίες** (π.χ. αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες) που μερικές φορές μπορεί να είναι υπεύθυνα για την διατάραξη της ισορροπίας των επιπέδων.

•τα εγκεφαλικά νοσήματα, η παχυσαρκία, σοβαρά συστηματικά νοσήματα και προβλήματα των όρχεων είναι τα πιο κοινά νοσήματα που προκαλούν πτώση της τεστοστερόνης στον άντρα.

•η ανδρική κλιμακτήριος, δηλαδή η κατάσταση κατά την οποία λόγω ηλικίας μειώνεται η βιοσυνθετική λειτουργία των όρχεων έχει ως αποτέλεσμα την πτώση της τεστοστερόνης.

## 1.4 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Όσο αφορά την σωματική ανάπτυξη του άνδρα, μέσα στο πρώτο χρόνο ζωής ο ανθρώπινος σκελετός αυξάνεται κατά 50%, φθάνοντας τα 75 εκατοστά. Η σκελετική ανάπτυξη αυτή συνεχίζεται και συνήθως τα οστά θα έχουν αναπτυχθεί πλήρως μέχρι τα 18 έτη, ενώ ο σκελετός αποκτά τη μέγιστη οστική μάζα του στα 20 με 25 έτη. Το ύψος έπειτα μειώνεται, κυρίως λόγω βράχυνσης του κορμού και της σπονδυλικής στήλης και η μείωση αυτή παρατηρείται μετά την ηλικία των 40 ετών, με ρυθμό απώλειας περίπου 1 εκατοστού κάθε 10 χρόνια. Από την ηλικία των 30-40 ετών ξεκινάει και η βαθμιαία απώλεια της οστικής μάζας.

Κάθε άτομο βέβαια αναπτύσσεται με διαφορετικούς ρυθμούς καθώς η εφηβεία, κατά την οποία καθορίζονται αρκετές αλλαγές, αρχίζει και τελειώνει σε διαφορετικούς χρόνους για όλους, για αυτό και μπορεί να διαρκέσει από 2 έως 5 χρόνια.

Το μυϊκό σύστημα, η δύναμη και η μυϊκή μάζα φτάνουν στο μέγιστο επίπεδο στις ηλικίες 20-30 ετών. Στη συνέχεια, αρχίζει η προοδευτική φθορά που εκδηλώνεται με συρρίκνωση και ελάττωση του αριθμού και του μεγέθους των μυϊκών ινών. Τέλος, το νευρικό σύστημα αναπτύσσεται μόνο μέχρι τα 5 πρώτα έτη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΑΣ

Ανάλογα την ηλικία ενός άνδρα, υπάρχουν ορισμένες δερματοπάθειες που θα αναλυθούν παρακάτω.

Κατά την παιδική ηλικία συναντάμε:

### 2.1 ΑΤΟΠΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ:

Η ατοπική δερματίτιδα, αλλιώς γνωστή και ως έκζεμα, είναι μια χρόνια φλεγμονώδης διαταραχή του δέρματος που προσβάλλει το 15-30 % των παιδιών και συχνά συσχετίζεται με άλλες αλλεργικές ασθένειες, όπως το αλλεργικό

βρογχικό άσθμα και την αλλεργική ρινίτιδα. Είναι μία από τις πιο κοινές δερματικές παθήσεις της βρεφικής και παιδικής ηλικίας, αν και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να επιμένει και στην ενήλικη ζωή. Αρχικά θεωρούνταν ως μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας που προκαλείται από μία ανισορροπία του ανοσοποιητικού και υπερβολική απόκριση σε αλλεργιογόνα, αλλά αναγνωρίζεται πλέον ως μια διαβίου προδιάθεση με ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις και εκφράσεις, στην οποία τα ελαττώματα του επιδερμικού φραγμού είναι κεντρικής σημασίας. Η πάθηση εκδηλώνεται με επαναλαμβανόμενα επεισόδια φλεγμονής του δέρματος και έντονου κνησμού. Το δέρμα χαρακτηρίζεται από έντονη ξηροδερμία, οίδημα και εμφανίζει βλατίδες που περιβάλλονται από ερύθημα με φυσαλίδες, εκδορές και υγρό. Επίσης συχνά βλέπουμε εκδηλώσεις από τους οφθαλμούς, όπως κερατοεπιπεφυκίτιδα, κερατόκωνο και καταρράκτη.

Γενικά, χαρακτηρίζεται από περιόδους έξαρσης και ύφεσης, κατά τη διάρκεια των οποίων το δέρμα εμφανίζει φυσιολογική εικόνα. Το έκζεμα έχει συνήθως προβλέψιμη πορεία στο χρόνο σε σχέση με την εντόπιση των βλαβών. Αρχικά αφορά στις εκτατικές επιφάνειες, δηλαδή πρόσωπο και ράχη, στη συνέχεια καμπτικές επιφάνειες. Μπορεί να εμφανιστεί ως ήπιας, μέτριας και σοβαρής μορφής ατοπικό έκζεμα. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται κατά 60% πριν το πρώτο έτος της ζωής και σε ένα μεγαλύτερο ποσοστό, κατά 85%, μέσα στα 5 πρώτα έτη.

Το έντονο αίσθημα κνησμού μπορεί να προκαλέσει και δευτεροπαθείς μολύνσεις από βακτήρια ή μύκητες, οι οποίοι μπορεί να «εισβάλλουν» στο τραυματισμένο λόγω του ξυσίματος. Οι δευτερογενείς λοιμώξεις του δέρματος είναι συχνή επιπλοκή. Ευθύνονται συνήθως ο β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος της ομάδας Α και ο σταφυλόκοκκος και σπανιότερα ο ιός του απλού έρπητα και οι μύκητες. Υποψία για δευτεροπαθή μικροβιακή λοίμωξη εγείρεται όταν το έκζεμα επιμένει και οροροεί. Στο χρόνια ατοπικό έκζεμα ή στο οξύ ατοπικό έκζεμα που δεν αντιμετωπίζεται σωστά ή έγκαιρα προκαλείται τελικά λειχηνοποίηση του δέρματος (δηλ. πάχυνση και σκλήρυνση του) που μπορεί να είναι μια μη αναστρέψιμη δερματική βλάβη.

Ανάλογα με την ηλικία που θα εκδηλωθεί, η ατοπική δερματίτιδα διακρίνεται σε:

**α) Βρεφικό έκζεμα ή ατοπική δερματίτιδα βρεφών(2 μηνών-2 χρονών):**

Το 50% των κρουσμάτων ατοπικής δερματίτιδας καταγράφεται μέσα στο πρώτο έτος ζωής, αλλά συνήθως όχι πριν από τον δεύτερο μήνα. Το έκζεμα εμφανίζεται αρχικά ως ερύθημα και ξεφλούδισμα στα μάγουλα, όμως είναι πιθανό να επεκταθεί στο μέτωπο, το τριχωτό της κεφαλής, την περιστοματική περιοχή, τον λαιμό και τα άκρα. Οι περιοχές στις οποίες εντοπίζεται το πρόβλημα, σχετίζονται είτε με την ικανότητα του βρέφους να τις ξύσει, είτε με τις δραστηριότητές του στην ηλικία αυτή, όπως το μπουσουλήμα, που έχουν ως αποτέλεσμα την έντονη και επαναλαμβανόμενη τριβή σε συγκεκριμένα σημεία. Στην ηλικία αυτή, επιδείνωση

της ατοπικής δερματίτιδας παρατηρείται μετά από εμβολιασμούς και λοιμώξεις. Σχετική ύφεση υπάρχει το καλοκαίρι, ενώ αντιθέτως έξαρση τον χειμώνα. Το βρεφικό έκζεμα συνήθως υποχωρεί μέχρι το τέλος του δεύτερου έτους ζωής του παιδιού.



**β) Ατοπική δερματίτιδα παιδιών( 2 ετών-12 ετών):** Στην ηλικία αυτή, η ατοπική δερματίτιδα εντοπίζεται κυρίως στην περιοχή του λαιμού, στα χέρια και τα πόδια, ιδιαίτερα στους καρπούς, τους αστραγάλους, πίσω από τα γόνατα και μπροστά από τους αγκώνες. Τα παιδιά που υποφέρουν από χρόνια ατοπική δερματίτιδα, ταλαιπωρούνται από παροξυσμούς κνησμού, που μπορεί να διαταράξουν τον ύπνο, τις σχολικές επιδόσεις και τις κοινωνικές συναναστροφές τους, προκαλώντας τους άγχος και αυξημένα προβλήματα συμπεριφοράς. Έχει υπολογιστεί ωστόσο ότι περίπου το 60% των παιδιών παρουσιάζουν υποχώρηση της ατοπικής δερματίτιδας μέχρι την ηλικία των 5 ετών, ενώ το ποσοστό αυτό αγγίζει το 90% μέχρι την έναρξη της εφηβικής ηλικίας. Η ασθένεια

συνεχίζει να επιμένει και στην εφηβική ηλικία στα παιδιά που παρουσιάζουν τις πιο σοβαρές μορφές της νόσου.



**γ) Ατοπική δερματίτιδα εφήβων/ενηλίκων (12 ετών και άνω):** Από την εφηβική ηλικία και μετά, οι βλάβες περιορίζονται συνήθως στα άκρα (παλάμες-πέλματα), καθώς επίσης μπροστά από τους αγκώνες και πίσω από τα γόνατα, ενώ μπορεί να εντοπίζονται και στα πάνω βλέφαρα και τα χείλια. Οι περισσότεροι έφηβοι και ενήλικες με ατοπική δερματίτιδα έχουν ιστορικό της ασθένειας από την παιδική τους ηλικία. Μόνο στο 6-14% των περιπτώσεων, η ατοπική δερματίτιδα ξεκινάει μετά την ηλικία των 18 ετών. Στους μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς, η ατοπική δερματίτιδα εκδηλώνεται με εντοπισμένες ερυθρηματώδεις βλατίδες ή λειχηνοποιημένες πλάκες. Οι βλάβες είναι πιθανό να προκαλέσουν υπερμελάγχρωση ή υπομελάγχρωση του δέρματος.





Η συχνότητα εμφάνισης στους ενήλικες είναι γύρω στο 10% και τα ευρήματα από παιδιατρικά μητρώα δείχνουν ότι ο επιπολασμός της εμμένουσας ή της κατά την ενήλικα ζωή αρχόμενης νόσου είναι υψηλότερος από ό, τι είχε αρχικά υποτεθεί. Επιπλέον, οι ασθενείς οι οποίοι έχουν προφανώς ξεπεράσει την ασθένεια συνεχίζουν να έχουν το λεγόμενο ευαίσθητο υπεραντιδραστικό δέρμα και θα μπορούσε να έχουν υποτροπές μετά από μακρές περιόδους ελεύθερες συμπτωμάτων. Κατά κανόνα η ατοπική δερματίτιδα έχει καλή πρόγνωση αφού φαίνεται να υποχωρεί με το χρόνο, άλλοτε νωρίτερα και άλλοτε αργότερα. Αυτό το οποίο δεν είναι όμως ευρέως γνωστό είναι το ότι φαίνεται να αποτελεί την πρώτη έκφραση ενός δυναμικού φαινομένου που καλείται «αλλεργική παρέλαση», με αποτέλεσμα ουσιαστικά να ακολουθεί στον ίδιο ασθενή μετά από λίγα χρόνια εικόνα αλλεργικής ρινίτιδας ή/και άσθματος.

Από την άλλη πλευρά, η ατοπική δερματίτιδα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τροφική αλλεργία τόσο ως προδιάθεση όσο και αιτιολογικά. Το παιδί το οποίο πάσχει από ατοπική δερματίτιδα σαφέστατα και πρέπει να εκτίθεται με διαφορετικό τρόπο σε τροφές όπως το γάλα, το αυγό, το ψάρι. Από την άλλη πλευρά η αλλεργία στις τροφές είναι δυνατόν να εκφρασθεί με δύο τρόπους. Με τον κλασικό, ο οποίος είναι και ο επικίνδυνος αφού μπορεί να προκαλέσει αλλεργικό shock, ή με απλή επιδείνωση της ατοπικής δερματίτιδας.

Τα ακριβή αίτια της πάθησης δεν είναι πλήρως κατανοητά, όμως είναι πλέον γνωστό ότι η χρόνια ατοπική δερματίτιδα είναι ένας συνδυασμός αλληλεπιδράσεων μεταξύ:

**A) Διαταραγμένης λειτουργίας του φραγμού του δέρματος**, όπου η προστατευτική λειτουργία του δέρματός τους παρουσιάζει διαταραχές και δεν συγκρατεί την υγρασία, με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται υπερευαισθησία απέναντι σε ουσίες του φυσικού περιβάλλοντος.

**B) Ανοσολογικών παραγόντων**

**Γ) Περιβαλλοντικών παραγόντων**

**Δ) Γενετικής προδιάθεσης**, καθώς γονείς με ατοπική δερματίτιδα(είτε πάσχουν και οι δυο είτε μόνο ένας) είναι αυτομάτως πολύ πιθανό τα παιδιά τους να την κληρονομήσουν.

Επιπλέον, υπάρχουν κάποιοι άλλοι αλλεργιογόνοι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση και έξαρση της νόσου, όπως είναι: μάλλινα ρούχα από τραχιά υφάσματα, φυτά και γύρη, χλωρίνη και άλλοι χημικοί παράγοντες, σκόνη ή άμμος, συγκεκριμένα τρόφιμα(πχ αυγό, σόγια, ψάρι

Ο κνησμός, η στέρηση ύπνου λόγω της φαγούρας και η κοινωνική αμηχανία λόγω των ορατών βλαβών έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική ευεξία των ασθενών και των συγγενών τους. Σε παιδιά, η επίδραση της ατοπικής δερματίτιδας στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι παρόμοια με εκείνη άλλων σοβαρών διαταραχών της παιδικής ηλικίας όπως το άσθμα και ο διαβήτης. Τα παιδιά και οι έφηβοι με ατοπική δερματίτιδα έχουν επίσης περίπου 1,5 φορές αυξημένο κίνδυνο για διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα, η οποία μπορεί να υποκινείται από τα προβλήματα στον ύπνο. Περαιτέρω, η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης, άγχους, διαταραχών συμπεριφοράς και του αυτισμού αυξάνεται, ιδιαίτερα σε παιδιά με σοβαρή νόσο. Οι ενήλικες με ατοπική δερματίτιδα είναι πιο πιθανό να έχουν κατάθλιψη από ό, τι τα υγιή άτομα.

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ**

Έπειτα, κατά την διάρκεια της εφηβείας συναντάμε τις παρακάτω δερματοπάθειες.

#### **3.1 ΑΚΜΗ:**

Πρόκειται για ένα χρόνιο νόσημα της τριχοσηγηματογόνου μονάδας, το οποίο χαρακτηρίζεται από εμφάνιση ενός πολύμορφου εξανθήματος στο πρόσωπο και στον κορμό, σε συνδυασμό με έντονη λιπαρότητα του δέρματος.

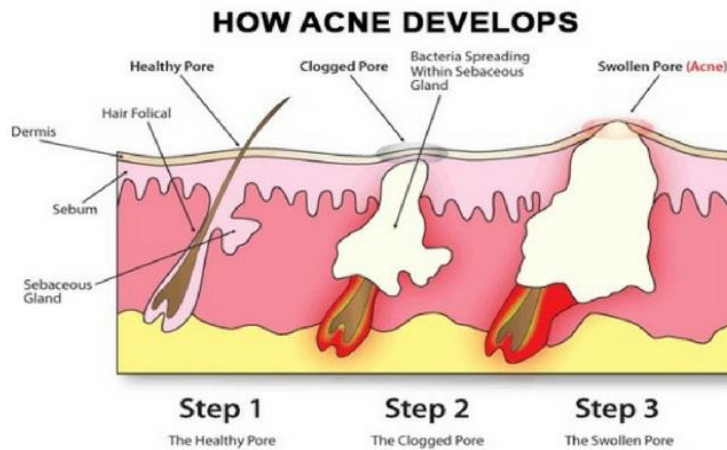
Η νόσος προκαλείται από υπερδραστηριότητα του σημηματογόνου αδένου και απόφραξη του πόρου του και στο προπιονικό βακτήριο της ακμής που δημιουργεί τοπική φλεγμονή.

Ο αδένος βρίσκεται υπό έλεγχο των ανδρογόνων. Παράγει το σμήγμα, που είναι μείγμα από λιπίδια, τα οποία μετά από επίδραση των μικροοργανισμών μέσα στον αδένου, μπορούν να μετατραπούν σε φαγεσερογόνα και ερεθιστικά ελεύθερα λιπαρά οξέα.

Κατά την εφηβεία, όπου και συνήθως πρωτοεμφανίζεται η ακμή, οι σημηματογόνοι αδένες, που είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στα ανδρογόνα, και βρίσκονται υπό τον έλεγχο αυτών, αρχίζουν να υπερλειτουργούν λόγω αύξησης της έκκρισης των ανδρογόνων. Αυτό επομένως οδηγεί στην αύξηση της παραγωγής του σμήγματος (σημηματόρροια).

Το προπιονικό βακτηρίδιο της ακμής (*P.acnes*) με τη σειρά του παίζει βασικό ρόλο. Συμβάλλει στη παθογένεια της ακμής και συνδέεται με την πρόκληση φλεγμονής. Ο τρόπος με τον οποίο δρα είναι ότι παράγει ουσίες, όπως οι λιπάσες. Οι λιπάσες έχουν την ικανότητα να υδρολύουν τα τριγλυκερίδια του σμήγματος σε ελεύθερα λιπαρά οξέα, τα οποία είναι φαγεσωρογόνα και ερεθιστικά.

Επίσης, παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ακμή είναι: η διατροφή, η κληρονομικότητα, οι κλιματολογικές συνθήκες, η έμμηνος ρύση – εγκυμοσύνη(για τις γυναίκες), και οι ψυχολογικοί παράγοντες.



Η νόσος χαρακτηρίζεται από έντονη λιπαρότητα του δέρματος, φαγέσωρες, ερυθρού χρώματος βλατίδες και φλύκταινες, οζίδια, κύστεις, ουλές , χηλοειδή και μεταφλεγμονώδη υπερμελάγχρωση.

Πιο συγκεκριμένα:

**α) Φαγέσωρες:** Οι φαγέσωρες αποτελούν την αρχική εκδήλωση της κοινής ακμής. Είναι κεράτινα βύσματα που γεμίζουν τους πόρους των τριχοσηγματικών θυλάκων. Συνίστανται κυρίως από κερατίνη, μελανίνη, σμήγμα και τρίχες. Διακρίνονται στους “κλειστούς” (ελαφρώς επαρμένες βλατίδες στο χρώμα του δέρματος) και στους “ανοικτούς” (μαύρα στίγματα).

Οι “κλειστοί” φαγέσωρες εμφανίζουν μία ελαφρώς επαρμένη βλάβη στο χρώμα του δέρματος, η οποία και οφείλεται στο παραγεμισμένο από κερατίνη τριχοσηγματικό πόρο. Οι “κλειστοί” φαγέσωρες διαρκούν για πολλές εβδομάδες ή μήνες και πολλοί παραμένουν αφλέγμονες και υποχωρούν αυτόματα ενώ άλλοι παρουσιάζουν φλεγμονή και μετατρέπονται σε βλατιδοφλύκταινες.

Οι “ανοικτοί” φαγέσωρες αποτελούνται από βύσμα κερατίνης με μελανό χρώμα, το οποίο οφείλεται σε οξείδωση του επιφανειακού λίπους από τον ατμοσφαιρικό αέρα. Άλλοι υποστηρίζουν πως οφείλεται στη μελανίνη.



**β) Βλατίδες:** Πρόκειται για στερεά ερυθρά επάρματα του δέρματος διαμέτρου 1-4 mm περίπου. Σχηματίζονται συνήθως από κλειστούς φαγέσωρες και δεν αφήνουν ουλή. Υφίστανται δύο τύποι, οι οποίοι είναι οι εξής: η μη φλεγμονώδης βλατίδα και

η φλεγμονώδης βλατίδα. Η φλεγμονώδης βλατίδα είναι επίμονη, ευαίσθητη και επώδυνη και έχει ως κύριο χαρακτηριστικό της, το ερύθημα.



**γ) Φλύκταινες:** Οι φλύκταινες είναι ελαφρώς επαρμένες βλάβες του δέρματος. Περιέχουν υγρό πύον και διακρίνονται σε 2 είδη: τις επιφανειακές φλύκταινες και τις εν τω βάθει φλύκταινες. Στις επιφανειακές φλύκταινες η φλεγμονή εντοπίζεται στο άνω τμήμα του τριχοσημηματογόνου πόρου. Αυτή διαρκεί για λίγες μέρες και δεν είναι ευαίσθητη. Στις εν τω βάθει φλύκταινες η φλεγμονή εντοπίζεται στο χωρίο και όχι στην επιδερμίδα. Η βλάβη είναι ευαίσθητη, επώδυνη και διαρκεί για 4-7 ημέρες.



**δ) Οζίδια:** Αποτελούν βλάβες του δέρματος που βρίσκονται βαθιά εντός του χορίου ή της υποδερμίδας. Το σχήμα τους είναι στρόγγυλο ή ωοειδές και έχουν σκληρή σύσταση. Είναι επώδυνα, παραμένουν έως και για 8 εβδομάδες πριν υποχωρήσουν ή εξελίσσονται σε κύστη.



**ε) Κύστεις:** Οι κύστεις είναι επαρμένες κοιλότητες που το εσωτερικό τους αποτελείται από υγρό πύον, σμήγμα ή αίμα. Είναι επώδυνη βλάβη και κατά την πίεση της πονάει. Η εμφάνισή τους δεν είναι τόσο συνηθισμένη στην ακμή και ανήκουν στις φλεγμονώδεις μορφές της ακμής.



**ζ) Ουλές:** Οι φλεγμονώδεις βλάβες της ακμής μετά την αποδρομή τους προκαλούν τη δημιουργία ουλών, που προσβάλλουν βαθιά το χόριο του δέρματος. Αρχικά το χρώμα τους είναι ρόδινο ενώ στη συνέχεια μετατρέπεται σε λευκό. Οι ουλές μπορεί να είναι μικρού ή μεγάλου μεγέθους και διακρίνονται σε ατροφικές, υπερτροφικές και χηλοειδή. Ουλές συνήθως προκαλεί η κυστική ακμή. Το δέρμα τους είναι λεπτό και στερείται αδένων και τριχών. Εντοπίζονται κυρίως στο πρόσωπο, στο θώρακα, στην πλάτη και στους ώμους.





Κύριοι τύποι ακμής είναι:

**Νεογνική ακμή:** Αυτή εμφανίζεται κατά τη βρεφική ηλικία και πιθανόν οφείλεται στη διέγερση των σμηγματογόνων αδένων από τα ανδρογόνα της μητέρας μέσω της πλακούντιας κυκλοφορίας. Κλινικά χαρακτηρίζεται από φαγέσωρες και βλατίδες. Οι βλάβες εντοπίζονται κυρίως στο πηγούνι, στη μύτη και στα μάγουλα. Αυτές εξελίσσονται ταχέως εντός λίγων εβδομάδων και συνήθως υποχωρούν σε διάστημα λίγων εβδομάδων ή μηνών.



**Κοινή ακμή:** Πρόκειται για την πιο συχνή μορφή ακμής. Εμφανίζεται κυρίως κατά την εφηβεία και δεν εξαφανίζεται μέχρι και την ηλικία των 25. Χαρακτηρίζεται από φαγέσωρες και κεγχρίες.



**Βλατιδοφλυκταινώδης:** Εκδηλώνεται με την εμφάνιση βλατίδων ή φλυκταινών. Είναι ακμή μέτριας μορφής, και υπάρχει μια μικρή φλεγμονή στο δέρμα, υποδηλώνοντας έξαρση της μόλυνσης.



**Βλατιδοοζώδης:** Χαρακτηρίζεται από τον συνδυασμό περισσότερων βλατίδων και οζιδίων. Η φλεγμονή σε αυτή τη περίπτωση είναι μεγαλύτερη, και προσβάλλει εκτός από το πρόσωπο, την πλάτη και άλλα σημεία του σώματος. Αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα κινδυνεύει να εξελιχθεί σε κυστική.

**Οζιδοκυστική:** Είναι απ τις πιο βαριές μορφές ακμής. Διαφέρει απ τις υπόλοιπες ως προς την διάρκεια, την σοβαρότητα των βλαβών και την διάρκεια της. Εμφανίζεται κυρίως στους άνδρες και χαρακτηρίζεται από επώδυνες βλατίδες, οζίδια και αντισταθμικές ουλές. Η κατάσταση αυτή επιμένει μέχρι και την πρώιμη μέση ηλικία και προσβάλλει το πρόσωπο, το θώρακα, τη ράχη και κάποιες φορές και τους γλουτούς.



**Χηλοειδής ακμή:** Παρατηρείται στον αυχένα ενήλικων ανδρών, όπου τα ελεύθερα άκρα των τριχών εισχωρούν μέσα στο δέρμα και σχηματίζουν χηλοειδή. Οι χηλοειδείς βλάβες συρρέουν σχηματίζοντας έντονα υπερτροφικές και δύσμορφες χηλοειδείς ουλές. Πολλές φορές υπάρχουν και αποστήματα στο δέρμα των ασθενών. Πρόκειται για κατάσταση ιδιαίτερα ανθεκτική στη θεραπεία. Η αιτιολογία και η παθογένεια της νόσου είναι άγνωστες.



**Κυστική:** Εκδηλώνεται με την εμφάνιση κύστεων και εντοπίζονται κυρίως στο πρόσωπο (μέτωπο και γύρω από το στόμα), τη ράχη και το στήθος. Είναι η πιο βαριά και επώδυνη μορφή της ακμής. Η φλεγμονή οφείλεται κυρίως στο *P.acnes* και αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά, αφήνει σημάδια.





**Επαγγελματική ακμή:** Παρουσιάζεται σε εργάτες που έρχονται σε επαφή με ουσίες, όπως για παράδειγμα λάδια, χλώριο κ.τ.λ., στο χώρο όπου εργάζονται.

**Gram αρνητική θυλακίτιδα:** Η Gram αρνητική θυλακίτιδα αναπτύσσεται συνήθως σε ασθενείς που ακολουθούν μακροχρόνια αγωγή με αντιβιοτικά από το στόμα ή τοπικά. Κλινικώς, χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη φλυκταινιδίων στο πρόσωπο του ασθενή και κυρίως γύρω από την περιοχή της μύτης. Το μικρόβιο που είναι υπεύθυνο, θα πρέπει να απομονωθεί με τη διαδικασία της καλλιέργειας και να πραγματοποιηθεί έλεγχος για την ευαισθησία του για την κατάλληλη και αποτελεσματικότερη θεραπεία του.



### **3.2 ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΚΜΗ:**

Πρόκειται για μια πάθηση που εντοπίζεται στο πρόσωπο. Είναι δευτερογενής και αποτελεί συνέπεια μιας νευρωτικής και ψυχαναγκαστικής, επίμονης τάσης για απασχόληση του ασθενούς με το δέρμα.

Οι βλάβες εντοπίζονται κατά κύριο λόγο στο πρόσωπο και εντοπισμένα συνήθως στο μέτωπο, στις παρειές, στην περιοχή του πώγωνα και στην περιοχή των γνάθων.

Οφείλεται κυρίως σε ψυχογενείς παράγοντες, συναισθηματική απογοήτευση και stress ,και αφορά ασθενείς που στο δέρμα τους προϋπήρχε κάποια ελαφριά μορφή ακμή ή και σε δέρματα που δεν αντιμετωπίζουν κάποιο δερματικό πρόβλημα. Χαρακτηρίζεται κυρίως από αντιαισθητικές εκδορές, ερύθημα, οίδημα ,ουλές και μεταφλεγμονώδης υπερμελάγχρωση, ενώ μπορεί να προκληθούν μέχρι

και διαβρώσεις, ελκώσεις, εφελκίδες, λόγω κακοποίησης του δέρματος. Οι μελαγχρωματικές ουλές που δημιουργούνται απαιτούν ιδιαίτερους χειρισμούς από τον θεράποντα ιατρό για την αντιμετώπισή τους καθώς οι πάσχοντες από αυτό το είδος ακμής είναι αδύνατον να πειστούν ώστε να εγκαταλείψουν αυτή τη συνήθεια. Επομένως στις περιπτώσεις αυτές, πέρα από τη την οποιαδήποτε τοπική θεραπεία ήπιας ακμής, θα χρειαστεί ίσως και ψυχολογική υποστήριξη γιατί συνήθως η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σχετίζεται με μια άσχημη ή κακή ψυχολογία (προκλητική ακμή).

### **3.3 ΣΜΗΓΜΑΤΟΡΡΟΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ:**

Η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα είναι μια κοινή, χρόνια ή υποτροπιάζουσα εκζεματικού τύπου φλεγμονώδης δερματοπάθεια, που εξελίσσεται με φάσεις έξαρσης, προκαλώντας αισθητικό αντίκτυπο στα άτομα που την εμφανίζουν. Παρατηρείται πιο συχνά στο τριχωτό της κεφαλής(95%),στο πρόσωπο(60%), στις πτυχές του δέρματος και το άνω τμήμα του κορμού(30%). Η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα αγγίζει το 2-4% του πληθυσμού και εμφανίζεται συχνότερα στους άντρες ,συγκεκριμένα κατά την περίοδο της εφηβείας. Βέβαια, αν και είναι συνηθέστερη σε νεαρούς ενήλικες , μπορεί να προσβάλλει και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (άνω των 40 ετών) και ηλικιωμένους.

Η πάθηση ανήκει στην κατηγορία του ενδογενούς εκζέματος. Τα βασικότερα χαρακτηριστικά της σμηγματορροϊκής δερματίτιδας είναι η απολέπιση με τη μορφή λεπιών, τα οποία στη αρχή θεωρήθηκε ότι παριστάνουν αποξηραμένο σμήγμα, ενώ στην πραγματικότητα πρόκειται για μαζική αποφολίδωση των κυττάρων της κεράτινης στοιβάδας , συνδυασμένη με γενικότερη ξηρότητα και ερυθρότητα του δέρματος, με ή χωρίς υπερσμηγματόρροια. Η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα συνοδεύεται επίσης από κνησμό με μεταβλητή ένταση που κάποιες φορές γίνεται πολύ ενοχλητικός.

Η νόσος εντοπίζεται σε περιοχές του σώματος όπου υπάρχουν πολλοί σμηγματογόνοι αδένες και παρουσιάζουν πιο έντονη δραστηριότητα, δηλαδή στο πρόσωπο, στο τριχωτό κεφαλής και στην πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του θώρακα. Μπορεί όμως να εντοπιστεί και σε περιοχές που υπάρχουν λίγοι σμηγματογόνοι , όπως είναι η βουβωνική χώρα, οι μασχάλες, οι μαστοί και γύρω από τον αφαλό σε παχύσαρκους ανθρώπους, ενώ στο τριχωτό της κεφαλής, στα φρύδια και στα γένια εμφανίζεται χαρακτηριστικά πιτυρίδα, όπως και στην περιοχή πίσω από τα αυτιά. Η περιοχή γύρω από τη μύτη και το πιγούνι είναι κόκκινη, λιπαρή και σε βαριές μορφές καλύπτεται από κίτρινα λέπια.

Άρα ,ανάλογα την περιοχή εμφάνισης , παρατηρούνται στα εξής σημεία:

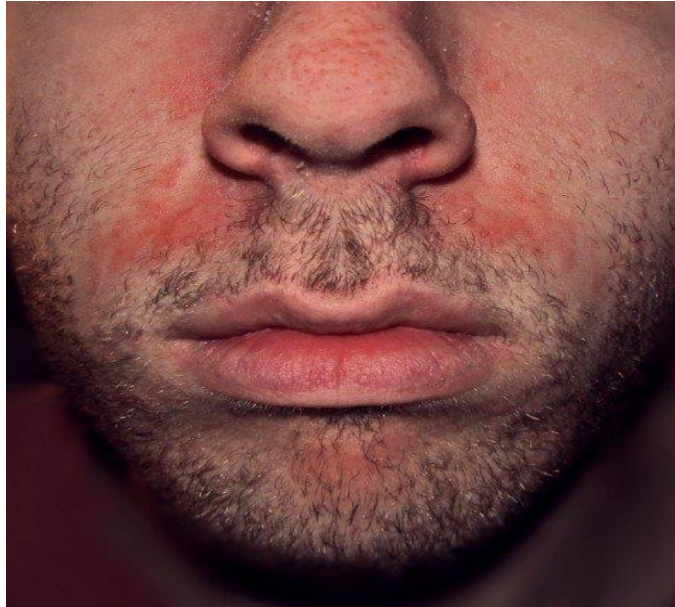
**(α)** εντοπισμένη διάχυτη λεπτή “πιτυρώδη” απολέπιση στο τριχωτό της κεφαλής, **(β)** αφοριζόμενες ροδόχρες, λεπιδώδεις, σε σχήμα δακτύλου πλάκες στην περιοχή του στέρνου, **(γ)** επιφανειακή θυλακίτιδα (φλεγμονή τριχοθυλακίων) στα μάγουλα ,με ήπια απολέπιση στις πτυχές του προσώπου και στα φρύδια και **(δ)** ανοιχτές ροζ, λεπτές, φολιδωτές και ασαφής πλάκες στις πτυχές του δέρματος και στις δύο πλευρές του προσώπου.



Η αιτία της σμηγματορροϊκής δερματίτιδας δεν είναι συγκεκριμένη. Κυριαρχεί πάντως η άποψη πως προέρχεται από μυκητίαση, ορμονολογικές διαταραχές ή από υπερπαραγωγή σμήγματος. Στην παθογένεια της σμηγματορροϊκής δερματίτιδας φαίνεται πως εμπλέκεται ένας λιπόφιλος μύκητας. Ουσιαστικά, πιστεύεται ότι προκαλείται λόγω της ιδιαίτερης σύστασης του σμήγματος που συναντάμε σε ορισμένους ανθρώπους, η οποία ευνοεί τον πολλαπλασιασμό αυτού του σαπρόφυτου λιπόφιλου μύκητα, που ονομάζεται *Pityrosporum (Malassezia) ovale*.

Μερικοί άνθρωποι γεννιούνται με κληρονομική τάση για σμηγματορροϊκή δερματίτιδα και δεν απαλλάσσονται ποτέ τελείως από αυτήν, αν και η θεραπεία μπορεί να την τηρήσει υπό έλεγχο. Γενικά όμως, η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα φαίνεται να είναι οικογενής και συνυπάρχουν και κάποιοι άλλοι παράγοντες, οι οποίοι ενισχύουν τη συχνότητα εμφάνισης της. Αυτοί είναι: το στρες, η κόπωση, οι δερματοπάθειες (όπως η ακμή), η παχυσαρκία, νευρολογικές και ψυχιατρικές ασθένειες( νόσος του Πάρκινσον, η όψιμη δυσκινησία, κατάθλιψη, καθώς και ανοσοκαταστολή, λόγω μεταμόσχευσης οργάνου, από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) ,οι ακραίες θερμοκρασίες, το λιπαρό δέρμα, το μη συχνό

λούσιμο ή καθαρισμός του δέρματος ,ακόμα και η χρήση λοσιόν που περιέχουν αλκοόλη.



### **3.4 ΥΠΕΡΙΔΡΩΣΙΑ(ΥΠΕΡΙΔΡΩΣΗ):**

Πρόκειται για μια διαταραχή της λειτουργίας των εκκρινών ιδρωτοποιών αδένων, με αποτέλεσμα την υπερπαραγωγή ιδρώτα στις μασχάλες, στις παλάμες και στα πέλματα, σε βαθμό πέρα από ότι είναι φυσιολογικά αναγκαίο για τη θερμορύθμιση. Η απέκκριση του ιδρώτα είναι παλλόμενη, από 0,3 έως και 12 εκκρίσεις ανά λεπτό. Στην υπεριδρωσία, οι ιδρωτοποιοί αδένες είναι φυσιολογικοί, αλλά η αντίδρασή τους στα ερεθίσματα είναι υπερβολική και η εφίδρωση μπορεί να είναι μέχρι και 10 φορές πιο αυξημένη σε σχέση με το μέσο όρο, φτάνοντας το ένα λίτρο ημερησίως.

Γενικά, οι εκκρινείς ιδρωτοποιοί αδένες βρίσκονται σε όλη την επιφάνεια του σώματος, ενώ οι αποκρινείς βρίσκονται κυρίως στις περιοχές του σώματος που υπάρχουν τρίχες (π.χ. μασχάλες και γεννητικά όργανα). Παρ' όλα αυτά, η πυκνότητα της κατανομής των εκκρινών στο σώμα διαφέρει με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση να είναι στη μασχάλη, στις παλάμες, στα πέλματα των ποδιών και στο πρόσωπο. Οι αδένες αυτοί κατανέμονται στο δέρμα σε βάθος 2-6 χιλιοστών και εκκρίνουν ένα καθαρό και άοσμο υγρό(τον ιδρώτα), που αποτελείται από ~99% νερό και ~1% χλωριούχο νάτριο και κάλιο.

Η υπεριδρωσία είναι το αποτέλεσμα δυσλειτουργίας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, το οποίο ρυθμίζει τη θερμοκρασία του σώματος. Στους ανθρώπους που πάσχουν από υπεριδρωσία παρατηρείται είτε υπερβολική παραγωγή ενός συγκεκριμένου νευροδιαβιβαστή (ακετυλοχολίνη) από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, είτε υπερβολική αντίδραση των ιδρωτοποιών αδένων ακόμα και σε κανονικά επίπεδα παραγωγής νευροδιαβιβαστή. Ο ιδρωτοποιός αδένας έχει μια ιδιαιτερότητα ως προς το ότι οι συμπαθητικές ίνες που διεγείρουν τους ιδρωτοποιούς αδένες είναι χολινεργικές και όχι αδρενεργικές.

Σε κάθε όμως περίπτωση, το αποτέλεσμα είναι η υπερβολική εφίδρωση.

Υπάρχουν επίσης ορισμένοι παράγοντες που ενισχύουν την εμφάνιση της και είναι το στρες, η κούραση, κάποιος συναισθηματικός παράγοντας, ο εκνευρισμός, το αλκοόλ, ο καφές, το κάπνισμα και πιο σπάνια η ζέστη και η διατροφή.

Η υπεριδρωσία ταξινομείται ως εξής:

**1) εστιακή/εντοπισμένη:** οπότε παρουσιάζεται σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος( πέλματα, παλάμες , πρόσωπο). Μπορεί να είναι το αποτέλεσμα τραυματισμού στο κεντρικό ή το περιφερικό νευρικό σύστημα, συριγγομυελίας, νευρίτιδας, μυελίτιδας, νωτιαίας φθίσης ή εντοπισμένων αγγειακών παθήσεων, συμπεριλαμβανομένου του κρύου τραυματισμού της αρτηριοφλεβικής δυσπλασίας και της ερυθροκυάνωσης. Η εντοπισμένη υπεριδρωσία μπορεί να προκύψει ως λειτουργικός σπίλος, στον οποίο υπάρχει φυσιολογικός αριθμός εκκρινών αδένων που είναι υπερευαίσθητοι στην ακετυλοχολίνη.

**2) γενική/γενικευμένη:** όπου παρουσιάζεται σε όλο το σώμα. Τα αίτια της γενικευμένης υπεριδρωσίας περιλαμβάνουν εμπύρετες ασθένειες, μεταβολικές και ενδοκρινικές νόσους (διαβήτη, υπερθυρεοειδισμό, αρθρίτιδα, ακρομεγαλία, εγκυμοσύνη, πορφυρία, φαιοχρωμοκύτωμα, καρκινοειδές σύνδρομο, δηλητηρίαση από οινόπνευμα), συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και σοκ, εσωτερική κακοήθεια, παθήσεις του ΚΝΣ (όγκοι και τραυματισμός), καθώς και κληρονομικά σύνδρομα.

Επίσης υπάρχουν δύο τύποι υπεριδρωσίας:

**1) πρωτοπαθής/ιδιοπαθής υπεριδρωσία** , η οποία δεν οφείλεται σε υποκείμενη νόσο και θεωρείται ότι η μπορεί να είναι κληρονομική και,

**2) δευτεροπαθής υπεριδρωσία**, η οποία φαίνεται να οφείλεται σε αιτίες , όπως η ουρική αρθρίτιδα, διαβήτη , υποθερμία, φαιοχρωμοκύτωμα, εμμηνόπαυση, υπερθυρεοειδισμός, καρδιακή ανεπάρκεια, εγκεφαλικές διαταραχές ή διαταραχές νευρικού συστήματος.

Η εστιακή υπεριδρωσία μπορεί να είναι ιδιοπαθής και να σχετίζεται με νευροπάθειες ή να είναι επακόλουθο νοσημάτων και τραυμάτων που πλήττουν το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, ενώ η γενικευμένη υπεριδρωσία είναι συνήθως δευτεροπαθής.

Ειδικότερα ,η ιδιοπαθής υπεριδρωσία αποτελεί την κατεξοχήν εστιακή μορφή και προκαλείται από μια δυσλειτουργία της νευροεξωκρινούς σύνδεσης ανάμεσα στο νευρικό σύστημα και τους εκκρινείς ιδρωτοποιούς αδένες. Δεν εξαρτάται λοιπόν από φαινόμενα θερμορύθμισης. Επίσης, η ιδιοπαθής υπεριδρωσία απουσιάζει τη νύχτα κατά την διάρκεια του ύπνου. Έχει παρατηρηθεί, ότι οι ασθενείς που πάσχουν από την πρωτοπαθή υπεριδρωσία των άνω άκρων παρουσιάζουν πιο συχνά δερματικές μολύνσεις από μύκητες, βακτήρια ή ιούς.

Συμπληρωματικά, ειδικές υποκατηγορίες είναι η **υπεριδρωσία τη νύχτα**, όπου ο ασθενής παραπονιέται ότι την ημέρα νιώθει κουρασμένος και ιδρώνει στον ύπνο. Ο ιδρώτας το βράδυ θεωρείται ανησυχητικό χαρακτηριστικό καθώς αποτελεί συχνό σύμπτωμα κακοήθους πάθησης. Ακόμα μπορούμε να ξεχωρίσουμε και τη **εκ γενετής υπεριδρωσία** για την οποία έχει βρεθεί ότι η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο και την **υπεριδρωσία που εμφανίζεται αργότερα** στη ζωή και είναι συνήθως εστιακή.





### 3.5 ΒΡΩΜΙΔΡΩΣΙΑ/ΟΣΜΙΔΡΩΣΙΑ:

Είναι μια εξαιρετικά ενοχλητική πάθηση, κατά την οποία ο ιδρώτας που εκκρίνεται έχει μια πολύ έντονη και δυσάρεστη οσμή. Συνήθως, σαν πάθηση, συναντάται σε συνδυασμό με την υπεριδρωσία και είναι πιο συχνή στους άνδρες, καθώς παράγουν μεγαλύτερες ποσότητες ιδρώτα σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Όπως προαναφέρθηκε, οι εκκρινείς ιδρωτοποιοί αδένες είναι αυτοί που ρυθμίζουν τη θερμοκρασία του σώματος, ενώ οι αποκρινείς ιδρωτοποιοί δεν συμμετέχουν στη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος, αλλά είναι υπεύθυνοι για τις χαρακτηριστικές φερομονικές οσμές του, καθώς απελευθερώνουν χημικές ουσίες με χαρακτηριστική μυρωδιά, τις φερομόνες.

Ο ιδρώτας που παράγεται από τους εκκρινείς αδένες συνήθως είναι άοσμος, αρχίζει όμως να μυρίζει όταν διασπάται από τα βακτήρια του δέρματος. Μόλις τα βακτήρια δράσουν στις λιπαρές εκκρίσεις, παράγουν αμμωνία και λιπαρά οξέα, με αποτέλεσμα να παράγεται η δυσάρεστη αυτή οσμή.

Για αυτό, ξεχωρίζουμε δύο κατηγορίες βρωμιδρωσίας :

**1) Αποκρινής βρωμιδρωσία:** Η αποκρινής βρωμιδρωσία είναι η πιο διαδεδομένη μορφή βρωμιδρωσίας και θα πρέπει να διαφοροποιείται από την λιγότερο συνηθισμένη εκκρινή βρωμιδρωσία. Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στην

παθογένεια της αποκρινούς βρωμιδρωσίας. Η βακτηριακή αποσύνθεση του εκκρίματος των αποκρινών αδένων παράγει αμμωνία και λιπαρά οξέα με χαρακτηριστική έντονη δυσσομία. Η μασχαλιαία βακτηριακή χλωρίδα έχει αποδειχθεί ότι παράγει την χαρακτηριστική μασχαλιαία οσμή καθώς μετατρέπει τις άοσμες πρόδρομες ουσίες του ιδρώτα σε δύσοσμα πτητικά οξέα. Η αμινοακυλάση έχει αποδειχθεί ότι απελευθερώνει επίσης και άλλα δύσοσμα οξέα από συζυγίες γλουταμίνης που βρίσκονται στον ιδρώτα, τα οποία μπορεί να είναι η βάση της χαρακτηριστικής οσμής του σώματος κάθε ατόμου.

**2) Εκκρινής βρωμιδρωσία :** Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι εκκρίσεις των εκκρινών ιδρωτοποιών αδένων, οι οποίες είναι συνήθως άοσμες, δημιουργούν μία έντονη οσμή και προκαλούν την εκκρινή βρωμιδρωσία. Όταν ο εκκρινής ιδρώτας μαλακώνει την κερατίνη, η βακτηριακή αποδόμηση αυτής δίνει μια αποκρουστική μυρωδιά. Η εκκρινής βρωμιδρωσία μπορεί να προκληθεί από μεταβολικά ή ενδογενή αίτια. Η κατανάλωση ορισμένων τροφίμων, όπως το σκόρδο, το κρεμμύδι, το κάρυ, το αλκοόλ, η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων (π.χ. πενικιλίνη, βρώμιο) και οι τοξίνες μπορούν επίσης να προκαλέσουν εκκρινή βρωμιδρωσία. Επίσης, μπορεί να προκληθεί από διαταραχές του μεταβολισμού, από διαταραχές στο μεταβολισμό των αμινοξέων, από το σύνδρομο ιδρωμένων ποδιών, το σύνδρομο οσμής γάτας και από υπερμεθειονιαιμία.

Ο ρόλος της υπερβολικής έκκρισης ιδρώτα από τους εκκρινείς αδένες, ή αλλιώς η υπεριδρωσία, στην παθογένεια της βρωμιδρωσίας είναι ασαφής. Η υπεριδρωσία μπορεί να προάγει τη διάδοση του αποκρινούς ιδρώτα και να συμβάλει περαιτέρω στην βρωμιδρωσία δημιουργώντας ένα υγρό περιβάλλον, ώριμο για βακτηριακή υπερανάπτυξη. Αντίθετα, η εκκρινής υπεριδρωσία μπορεί να προκαλέσει μείωση της οσμής επειδή ο εκκρινής ιδρώτας «ξεπλένει» τον δύσοσμο αποκρινής ιδρώτα.

Η αποκρινής βρωμιδρωσία πιστεύεται ότι σχετίζεται με θετικό οικογενειακό ιστορικό υπεριδρωσίας σε ορισμένες εθνικές ομάδες, όπως είναι οι Ασιάτες. Εμφανίζεται συνήθως μετά την εφηβεία και είναι πιο συχνή στους άνδρες παρά στις γυναίκες λόγω του ότι έχουν μεγαλύτερο αριθμό ενεργών αποκρινών αδένων. Σε αντίθεση με την εκκρινή βρωμιδρωσία, η αποκρινής βρωμιδρωσία πιστεύεται ότι είναι πιο συχνή σε άτομα με σκουρόχρωμη επιδερμίδα, ενώ η εκκρινής εμφανίζεται σε άτομα όλων των φυλών.

Η βρωμιδρωσία είναι μια μεταβολική και λειτουργική νόσος και όχι απαραίτητα συνδεδεμένη με κάποια ανατομική ενόχληση. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα της κλινικής εξέτασης των ασθενών με μασχαλιαία βρωμιδρωσία είναι συνήθως κοινότυπα. Το δέρμα φαίνεται φυσιολογικό, εκτός από τις περιπτώσεις που η βρωμιδρωσία συνδέεται με δερματικές παθήσεις όπως το ερύθρασμα ή μασχαλιαία μυκητίαση, κατά την οποία κολλώδη συγκρίματα είναι ορατά στις τρίχες της πληγείσας περιοχής.



Η ανεπαρκής υγιεινή και διάφορες ιατρικές ή δερματολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με την υπεριδρωσία ή την υπερανάπτυξη των βακτηρίων μπορούν να συμβάλουν περαιτέρω στην ενίσχυση της βρωμιδρωσίας. Τέτοιες καταστάσεις είναι η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η ερεθιστική δερματίτιδα, η μασχαλιαία μυκητίαση, το ερύθρασμα, ο αποικισμός με άλλα βακτήρια, κτλ.

### **3.6 ΙΔΡΩΤΟΑΔΕΝΙΤΙΔΑ:**

Η ιδρωταδενίτιδα ή διαπυητική ιδρωταδενίτιδα , όπως επίσης ονομάζεται, είναι μία χρόνια υποτροπιάζουσα φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει τους θύλακες της τρίχας και εκδηλώνεται σε περιοχές που είναι πλούσιες σε ιδρωτοποιούς αδένες. Αν και μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες, τυπικά εκδηλώνεται μετά την εφηβεία, κατά τη 2η με 3η δεκαετία της ζωής ,με τάση μείωσης μετά τα 50 χρόνια. Αυτό που συμβαίνει είναι η απόφραξη των στομίων των αδένων από κερατίνη, με αποτέλεσμα τον πολλαπλασιασμό των παγιδευμένων μικροβίων, τη συλλογή πύου και τελικά τη διάσπαση του αδένα προς το λίπος και τους γύρω ιστούς.}



Η νόσος χαρακτηρίζεται από τα επώδυνα υποδερματικά οζίδια, δύσοσμα αποστήματα, συρίγγια, δύσοσμες πυώδες εκκρίσεις, υπερτροφικές ουλές και σπανιότερα παρατηρούνται θυλακικές βλατίδες, φλυκταινίδια, επιδερμίδικές κύστεις και ατροφικές ουλές. Κύρια σημεία εμφάνισης της είναι στις μηροβουβωνικές πτυχές, στο περίνεο, στην περιπρωκτική περιοχή, στους γλουτούς και στις περιοχές κάτω από το στήθος, με τελική κατάληξη τη μείωση της κινητικότητας της περιοχής. Άτυπα η νόσος μπορεί να εμφανισθεί στην οσφύ, στο υπογάστριο, περιομφαλικά, στον αυχένα, στην οπισθοωτιαία περιοχή, στον έξω ακουστικό πόρο και στα βλέφαρα.

Πρόδρομα συμπτώματα αποτελούν το ερύθημα, ο κνησμός, το αίσθημα καύσου και η υπεριδρωσία.



Τα αίτια της νόσου, δεν είναι απόλυτα διευκρινισμένα. Θεωρείται πολυπαραγοντική με ένα ποσοστό 30-40% των ασθενών να αναφέρεται σε θετικό οικογενειακό ιστορικό. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η παχυσαρκία και το κάπνισμα. Η τριβή, η υψηλή θερμοκρασία, η υγρασία, , ορισμένα φάρμακα όπως το λίθιο και το σιρόλιμους, ορμονικοί, μικροβιακοί και ανοσολογικοί παράγοντες συμμετέχουν και αυτοί στην εμφάνιση της νόσου.

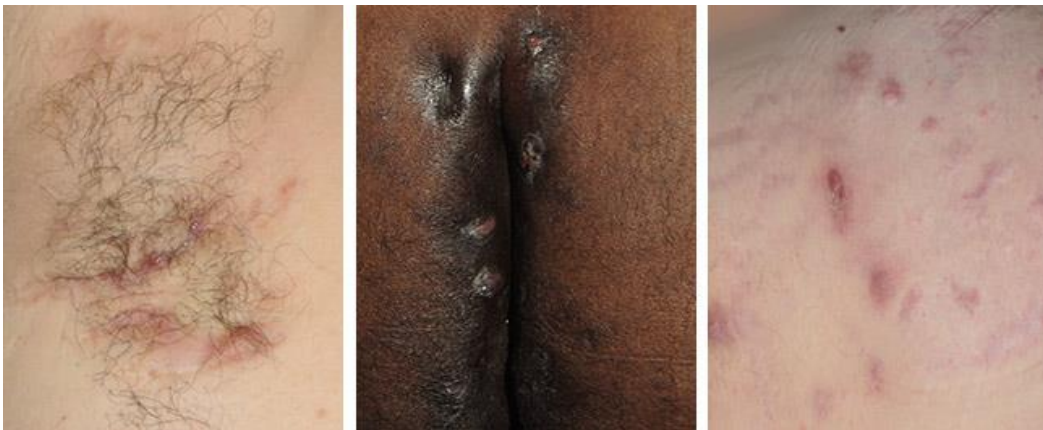
Οι κυριότερες ιστολογικές μεταβολές που παρατηρούνται κατά την πρώιμη φάση της νόσου είναι θυλακική υπερκεράτωση, απόφραξη του τριχικού θυλάκου, διάταση, περιθυλακική φλεγμονή από ουδετερόφιλα, μαστοκύτταρα, λεμφοκύτταρα και ιστιοκύτταρα, ρήξη και διασπορά του περιεχομένου στους γύρω ιστούς. Η όψιμη φάση χαρακτηρίζεται από διαπύηση, αποστηματοποίηση, σχηματισμό συριγγίων, κοκκιωματώδη φλεγμονή από ιστιοκύτταρα και γιγαντοκύτταρα και, τέλος, εκτεταμένη ίνωση.

Η διαπυητική ιδρωτοαδενίτιδα, ανάλογα με το στάδιο της και σύμφωνα με το σύστημα κατά Hurley, διακρίνεται σε 3 στάδια:

Το στάδιο 1 στο οποίο παρατηρούνται μονήρη ή πολλαπλά αποστήματα χωρίς ουλές ή συρίγγια. Είναι το συχνότερο και πλήττει το 68% των ασθενών.



Στο στάδιο 2 παρατηρούνται μονήρη ή πολλαπλά υποτροπιάζοντα αποστήματα, με συρίγγια και ουλές, με υγιές δέρμα μεταξύ τους και εμφανίζεται στο 28% των πασχόντων.



Στο στάδιο 3 υπάρχει διάχυτη συμμετοχή μιας ανατομικής περιοχής με πολλαπλά επικοινωνούντα συρίγγια και αποστήματα και αφορά το 4% των ασθενών.



Επιπροσθέτως, η διαπυητική ιδρωταδενίτιδα συνδέεται με αρκετά νοσήματα ή ομάδες νοσημάτων με κοινή αιτιοπαθογενετική βάση, όπως είναι η νόσος του Crohn, η ελκώδης κολίτιδα, ρευματολογικά νοσήματα κ.α, , ενώ θεωρείται αρκετά

σοβαρή πάθηση με διάφορες επιπλοκές, όπως κυτταρίτιδα, σηψαιμία, απόφραξη λεμφαγγείων, λεμφοίδημα, ελεφαντίαση, αναιμία, υπολευκωματιναιμία, αμυλοείδωση, νεφρική ανεπάρκεια, συρρίγγια ουρήθρας, κύστης, ορθού και περιτοναίου, ακανθοκυτταρικά καρκινώματα, κακουχία και κατάθλιψη.

Είναι μια νόσος η οποία θέλει ιδιαίτερη φροντίδα και προσοχή, καθώς μπορεί να προκύψουν και επιπλοκές, όπως είναι η τοπική ανάπτυξη ακανθοκυτταρικού καρκινώματος, το χρόνιο λεμφοίδημα των γεννητικών οργάνων, τα περιπρωκτικά και περιουρηθρικά συρίγγια, η αμυλοείδωση, η υποπρωτεϊναιμία και το νεφρωσικό σύνδρομο

### **3.7 ΝΟΣΟΣ FOX FORDYCE:**

Πρόκειται για μια νόσο που προκαλείται από κατακράτηση εκκρίματος, διόγκωση και φλεγμονή των αποκρινών ιδρωτοποιών αδένων, μετά από αποκλεισμό των πόρων τους. Πιστεύεται ότι η δερματοπάθεια εμφανίζεται ως αποτέλεσμα μεταβολικών διαταραχών που αυξάνουν την έκκριση των ιδρωτοποιών αδένων και η σύνθεση της έκκρισης επηρεάζει τις φυσιολογικές, βιοχημικές, ανοσολογικές λειτουργίες του δέρματος.

Το εξάνθημα αποτελείται από θολωτές, θυλακικές βλατίδες στο χρώμα του δέρματος, είναι κνησμώδεις και επιδεινώνονται από συγκινησιακά ερεθίσματα.

Οι βλατίδες αυτές ονομάζονται κόκκοι του Fordyce. Το δέρμα περιμετρικά από την παθούσα περιοχή του εξανθήματος είναι πιο σκούρο, ξηρό με ανυψωμένες βλατίδες, ως αποτέλεσμα του ξυσίματος λόγω κνησμού, καθώς επίσης οι τριχικοί θύλακες της περιοχής καταστρέφονται, γεγονός το οποίο οδηγεί σε τοπική τριχόπτωση. Συνήθως ανευρίσκονται στις μασχάλες, όμως μπορεί να εντοπιστούν βλατίδες και στην περιπρωκτική περιοχή.

Οι κόκκοι αυτοί στο πέος και στους όρχεις εμφανίζονται στις περισσότερες περιπτώσεις κατά την εφηβεία. Η αρχική αιτία της νόσου θεωρήθηκε ότι προκαλούνταν από το γεγονός ότι οι σμηγματογόνοι αδένες σε ορισμένα άτομα είναι πιο κοντά στο ανώτερο στρώμα της επιδερμίδας. Έτσι, από τη γέννηση, το παιδί έχει μια ειδική δομή και διάταξη των αδένων και κατά τη διάρκεια της εφηβείας (περίπου 13-16 ετών), στο πλαίσιο της δράσης των ορμονών, υπάρχει κάποια αύξηση της δραστηριότητας των αδένων. Αυτή η διαδικασία οδηγεί στην λεγόμενη νόσο Fox Fordyce.



Σε ένα πρώτο στάδιο, παρατηρείται απόφραξη του αποκριτικού αγωγού από υπερκερατωτικό βύσμα, το οποίο πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύει την πρωτογενή παθοφυσιολογική διαδικασία. Η επακόλουθη ρήξη του βύσματος και η προκύπτουσα φλεγμονώδης αντίδραση παράγουν την τυπική κλινική εικόνα. Τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν ξαφνικά, συνήθως όμως εκδηλώνονται σε συνθήκες υγρασίας και υπερβολικής ζέστης ή λόγω τριβής.

Παρόλα αυτά, η αιτία της νόσου είναι άγνωστη. Υπάρχουν παράγοντες που ενισχύουν περαιτέρω την ανάπτυξη της , όπως είναι οι συναισθηματικές ή ορμονικές επιρροές και πιθανές μεταβολές στα συστατικά του ιδρώτα.



### **3.8 ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ:**

Τα κονδυλώματα είναι κλινικός όρος που αναφέρεται σε διογκώσεις που αναπτύσσονται στο δέρμα, ή στους βλεννογόνους, οι οποίες προκαλούνται από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων HPV .

Ο ιός HPV (Human Papilloma Virus), ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων, ενοχοποιείται ως ένα από τα πιο διαδεδομένα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Είναι ιδιαίτερα ανθεκτικός και μεταδοτικός, ενώ η συχνότητά του αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς παγκοσμίως. Υπάρχουν πάνω από 100 τύποι

του ιού HPV, οι οποίοι έχουν αριθμηθεί (HPV1, HPV2, HPV3, κ.ο.κ.). Από αυτούς, οι 15 είναι υψηλού κινδύνου για καρκινογένεση.

Τα κονδυλώματα μπορεί να είναι οξυτενή ή επίπεδα. Τα οξυτενή κονδυλώματα είναι καλοήθεις αλλοιώσεις που δεν προκαλούν καρκίνο, σε αντίθεση με τα επίπεδα κονδυλώματα που θεωρούνται προκαρκινικές αλλοιώσεις και αν δεν αντιμετωπιστούν άμεσα μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο.

Τα κονδυλώματα γενικά εμφανίζονται στο δέρμα και στις βλεννογόνες μεμβράνες του σώματος, ως μικρές διογκώσεις.

Η εκδήλωση της νόσου όμως εξαρτάται από τον τύπο του ιού και την εντόπιση των βλαβών. Οι πιο συχνές εκδηλώσεις είναι:

•**Οι κοινές μυρμηγκιές** (*Verrucae vulgaries*), που συνήθως εμφανίζονται στα χέρια, σαν καφεοειδείς ή στο χρώμα του δέρματος, εξωφυτικές (μισχωτές) και υπερκερατωτικές βλατίδες στα πέλματα, οι οποίες είναι και αρκετά επώδυνες.



•**Οι επίπεδες ή ομαλές μυρμηγκιές** (*Verrucae plana*), που είναι πιο συνηθισμένο φαινόμενο στα παιδιά και εμφανίζονται πιο συχνά στα πρόσωπο, το λαιμό, το θώρακα και τις καμπτικές (έσω)επιφάνειες των χεριών και ποδιών.





•**Οι ορθοπρωκτικοί ακροχορδώνες** (οξυτενή κονδυλώματα-Condylomata accuminata), οι οποίοι παρουσιάζονται στο δέρμα και στους βλενογόννους της περιοχής των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού.



Γενικά, τα οξυτενή κονδυλώματα όταν εμφανίζονται, προσβάλλουν την ουρήθρα, το πέος, την πόσθη, τη βάλανο, τη βαλανοποσθική αύλακα του πέους, το όσχεο, την περιοχή γύρω από τον πρωκτό και σπανιότερα το στόμιο της ουρήθρας.

Οι άνδρες οι οποίοι προσβάλλονται από ογκογενετικούς τύπους HPV μπορούν να αναπτύξουν καρκίνο του πρωκτού ή του πέους, ή και του στόματος.

Η κλινική εικόνα των οξυτενών κονδυλωμάτων είναι τυπική. Πρωτοεμφανίζονται σαν μικρά βλατιδώδη επάρματα με ομαλή ή κοκκιώδη επιφάνεια μαλακής σύστασης. Με το πέρασμα του χρόνου μεγεθύνονται και γίνονται μισχωτά ή με αποπλατισμένη βάση, ανώμαλη θηλωματώδη επιφάνεια και χρώμα ρόδινο ή γκριζωπό.

Αν τα κονδυλώματα πολλαπλασιαστούν σε μεγάλο βαθμό, προκαλούν εκτεταμένες πλάκες με μαλακή (στο στέλεχος του πέους) ή τραχιά υφή (στην περιπρωκτική περιοχή).



Αρκετές φορές όμως, δεν είναι άμεσα ορατά, καθώς καλύπτονται από την τριχοφυΐα της περιοχής ή βρίσκονται στην εσωτερική επιφάνεια του δέρματος που καλύπτει την βάλανο, σε περίπτωση που δεν έχει πραγματοποιηθεί περιτομή. Επίσης, δεν παρουσιάζουν σωματικές ενοχλήσεις και σπανίως μπορεί να προκαλέσουν φαγούρα ή πόνο. Γι' αυτό, συχνά η μόλυνση περνά απαρατήρητη. Μετά την αρχική μόλυνση με τον HPV, η λοίμωξη μπορεί να παραμείνει σε λανθάνουσα κατάσταση στο δέρμα ή να διατηρηθεί για κάποιο διάστημα σε υποκλινική μορφή, δηλαδή να υπάρχουν δερματικά κονδυλώματα που δεν είναι εμφανή με γυμνό οφθαλμό και χρειάζονται ειδικά όργανα για την εντόπισή τους. Αυτό σημαίνει ότι πολλοί άντρες μπορεί να έχουν δερματικά κονδυλώματα χωρίς να το γνωρίζουν.

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Στην συνέχεια, περνώντας στην μέση ηλικία, ο άνδρας μπορεί να έρθει αντιμέτωπος με άλλες πιθανές δερματοπάθειες, και αυτές είναι :

##### **4.1 ΨΩΡΙΑΣΗ:**

Η ψωρίαση είναι μια συνηθισμένη χρόνια καλοήθης υπερπαραγωγική και ανοσολογική νόσος. Είναι μια φλεγμονώδης δερματοπάθεια με ανοσολογικό υπόστρωμα και προσβάλλει περίπου το 1-3 % του πληθυσμού παγκοσμίως. Η ψωρίαση δεν είναι μεταδοτική, προσβάλλει το ίδιο συχνά άντρες και γυναίκες και μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία, αν και η πιο συνηθισμένη ηλικία έναρξης είναι μεταξύ 20-35 ετών. Συχνά διαπιστώνεται η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης για την νόσο. Όταν υπάρχει η ψωρίαση στον ένα μόνο από τους γονείς η πιθανότητα να αναπτυχθεί η νόσος στο παιδί ανέρχεται στο 25% περίπου, ενώ όταν πάσχουν και οι δύο γονείς η πιθανότητα ανέρχεται στο 50%.

Η κλινική της εικόνα χαρακτηρίζεται από συμμετρικές, σαφώς αφοριζόμενες, ερυθρές πλάκες που καλύπτονται από παχιά λευκά ή αργυρόχρα λέπια που όταν αποκολληθούν εμφανίζεται το σημείο της αιματηράς δρόσου. Οι βλάβες μπορεί να είναι μονήρεις ή πολλαπλές με κύριο εντόπισμο στην οσφυϊκή χώρα, στους αγκώνες, στα γόνατα και στο τριχωτό της κεφαλής ενώ μπορεί να προσβάλλει διάφορες αρθρώσεις και τα νύχια.

Από πλευράς βαρύτητας η νόσος μπορεί να είναι ελαφρά, μέτρια ή βαριά με καθολικότητα του εξανθήματος.

Γενικά, ισχύει ότι η ψωρίαση δεν οφείλεται σε μόνο μία αιτία, αλλά πρόκειται για το αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, δηλαδή είναι μια πολυπαραγοντική νόσος. Έτσι λοιπόν, ακριβής αιτιολογία της ψωρίασης δεν έχει διελευκανθεί και παραμένει άγνωστη. Κάποιοι παράγοντες βέβαιοι που μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση ή επιδείνωση της είναι:

**(α) Στρεπτοκοκκική λοίμωξη:** είναι συνήθης αιτία για πονόλαιμο και φαρυγγοαμυγδαλίτιδες και αποτελεί εκλυτικό παράγοντα εμφάνισης σταγονοειδούς ψωρίασης, σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες.

**(β) Φάρμακα:** ορισμένα φάρμακα μπορεί να επιδεινώνουν την ήδη υπάρχουσα ψωρίαση όπως το λίθιο (αντικαταθλιπτικό), ορισμένα αντιύπερτασικά και η απότομη διακοπή των συστηματικών κορτικοστεροειδών.

**(γ) Ο τραυματισμός:** είναι γνωστό ότι μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση ψωριασικών βλαβών μέσω του φαινομένου Koebner. Αυτό συμβαίνει διότι η ψωρίαση μπορεί να εκδηλωθεί σε περιοχές του δέρματος όπου συνέβη τραυματισμός, όπως σε εκδορές από κνησμό, σε τραύματα, σε χειρουργική τομή κτλ. Αυτό είναι γνωστό λοιπόν ως **φαινόμενο Koebner ή ισομορφικό φαινόμενο** και παρουσιάζεται μια ή δυο εβδομάδες μετά από τραυματισμό στο 1/3 των ασθενών. Ενίοτε βέβαιοι μπορεί να παρατηρηθεί ένα αντίστροφο φαινόμενο Koebner, όπου παρατηρείται λεύκανση της υπάρχουσας ψωρίασης.

**(δ) Ψυχολογικοί παράγοντες (άγχος/stress):** σε ορισμένους ανθρώπους παρατηρείται επιδείνωση της ψωρίασης όταν βρίσκονται υπό συνθήκες έντονου άγχους, αλλά θεωρείται και ισχυρό ερέθισμα για την πρόκλησή της.

**(ε) Επίσης μπορεί να προκληθεί λόγω παχυσαρκίας**( εξαιτίας της έντονης και συχνής τριβής των πτυχών του δέρματος που δημιουργούνται) ή από ερεθιστικές ουσίες( πχ ψωρίαση της περιοχής των σπαργάνων).

Σύμφωνα με τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα, η ψωρίαση είναι αποτέλεσμα διαταραχής του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού και για αυτό το λόγο χαρακτηρίζεται ως ανοσολογικώς διαμεσολαβούμενο νόσημα.

Αξίζει να αναφερθεί πως υπάρχουν διάφορες κατηγορίες ψωρίασης και έχουν ως εξής:

**1) Κοινή ψωρίαση:** οι βλάβες της είναι παρόμοιες με αυτές της ψωρίασης, όπου τα λέπια της απομακρυνόμενα από τις βλάβες, αφήνουν μικροσκοπικά αιμορραγούντα σημεία. Επίσης, γύρω από τις πλάκες παρατηρείται μια ξεκάθαρη περιφερική άλως ή αλλιώς δακτύλιος. Το μέγεθος και το σχήμα των πλακών ποικίλει ενώ η επούλωση των βλαβών αυτών, ακολουθείται από λεύκανση, η



οποία αρχίζει από το κέντρο τους με αποτέλεσμα την δημιουργία δακτυλοειδούς τύπου εξανθήματος.

Οι περιοχές που προσβάλλονται είναι κυρίως το τριχωτό της κεφαλής, οι αγκώνες, τα γόνατα, και η περιοχή των γεννητικών οργάνων.



**2) Υπόξεια και Οξεία Ψωρίαση:** Η περιοχή εμφάνιση της είναι επώδυνη, ερεθισμένη και φλεγμονώδης. Οι πλάκες έχουν έντονο ,ζωηρό ερυθρό χρώμα και είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στην επαφή, αντίθετα με αυτές της χρόνιας ψωρίασης. Οι βλάβες εμφανίζονται κυρίως στα άκρα και στις καμπές του σώματος.



**3) Ερυθοδερμική ψωρίαση:** Σε αυτή τη περίπτωση οι ασθενείς είναι ερυθροί σε όλο τους το σώμα, παρουσιάζουν πυρετό και λευκοκυττάρωση, κρυώνουν και έχουν έντονο ρίγος. Η ψωρίαση έχει βαθύ ερυθρό χρώμα και μπορεί να είναι

λεπιδώδης. Η ερυθρότητα προκύπτει από την αύξηση του αριθμού των τριχοειδών αγγείων. Τα λέπια μπορεί να είναι παχιά και λευκά ενώ παράλληλα μπορεί να εμφανισθεί προσωρινή απώλεια μαλλιών και διαταραχή στην αύξηση των ονύχων. Ο όρος ερυθροδερμία υπονοεί ότι προσβάλλει σχεδόν όλη τη επιφάνεια του δέρματος, για αυτό και σε αυτή τη περίπτωση οι βλάβες καλύπτουν μια πολύ μεγάλη έκταση.



#### 4.2 ΡΟΔΟΧΡΟΥΣ ΑΚΜΗ:

Η ροδόχρους ακμή (acne rosacea), γνωστή και ως ακμή των ενηλίκων, είναι μία χρόνια φλεγμονώδης δερματοπάθεια του προσώπου. Χαρακτηρίζεται από εμφάνιση βλατίδων και φλυκταινών στο πρόσωπο ενώ παράλληλα συνοδεύεται από μόνιμη ερυθρότητα και αιφνίδιο ερύθημα (flushing), λόγω αγγειακής διαστολής. Τα κύρια σημεία εμφάνισης της είναι τα μάγουλα, το μέτωπο, τη μύτη και το πηγούνι. Σε μερικές περιπτώσεις οι βλάβες του δέρματος μπορεί να εκτείνονται στο τριχωτό της κεφαλής, ενώ σπανιότερα στο λαιμό και το ανώτερο τμήμα του σώματος.

Η νόσος είναι κοινή σε άνδρες και γυναίκες, που διανύουν την τέταρτη και πλέον δεκαετία της ζωής τους και έχουν ανοιχτόχρωμο κυρίως δέρμα. Η ροδόχρους ακμή δεν είναι επικίνδυνη νόσος, αλλά επηρεάζει σε σοβαρό σημείο την εμφάνιση και την αυτοπεποίθηση των ατόμων που πάσχουν από αυτή. Σε μερικά άτομα, η πάθηση διαρκεί για λίγους μήνες και έπειτα υποστρέφει. Όμως, άλλα άτομα έχουν τη νόσο σε χρόνια βάση.

Η αιτιοπαθογένεια της ροδόχρου ακμής έχει συσχετιστεί με την παρουσία των ακάρεων **Demodex folliculorum**, που αποτελούν τα είδη ακάρεων που υπάρχουν στο ανθρώπινο δέρμα. Τα συγκεκριμένα ακάρεια φιλοξενούν βακτήρια και είναι πιθανό να παίζουν σημαντικό παθογενετικό ρόλο στη ροδόχρου ακμή, κυρίως

όταν υπάρχουν σε μεγάλες ποσότητες. Τα ακάρεα λοιπόν τρέφονται από το σμήγμα, και σε περίπτωση αλλαγών ως προς τη σύνθεση του, αυξάνονται σε αριθμό με αποτέλεσμα να προκαλείται μία φλεγμονώδης κατάσταση που οδηγεί στην έξαρση της ροδόχρου ακμής. Επίσης, υπάρχουν και κάποιοι παράγοντες ή καλύτερα ένας συνδυασμός περιβαλλοντικών παραγόντων και τρόπου ζωής, που επηρεάζουν τα συμπτώματα της ροδόχρου ακμής. Μερικοί από αυτούς μπορεί να είναι η κατανάλωση αλκοόλ, ζεστών ροφημάτων, πικάντικων φαγητών, καθώς και η χρήση τοπικών γλυκοκορτικοστεροειδών, τα οποία προκαλούν έντονη αγγειοδιαστολή και κατ' επέκταση επιδείνωση της ροδόχρου ακμής.

Ιστολογικώς, παρατηρείται αγγειοδιαστολή κυρίως στο κεντρικό τμήμα του προσώπου και ιδιαίτερα στη μύτη, υπερπλασία των σμηγματογόνων αδένων και έντονου βαθμού ηλιακή ελάστωση. Σε σοβαρές περιπτώσεις παρατηρείται διόγκωση των αιμοφόρων αγγείων στη μύτη και στα μάγουλα (τελεαγγειεκτασία). Τα άτομα που πάσχουν από ροδόχρου ακμή σοβαρής μορφής παραπονιούνται συχνά για αίσθηση καύσου στα μάτια τους ενώ μπορεί να παρουσιάσουν κερατίτιδα, επιπεφυκίτιδα και βλεφαρίτιδα.

Ανάλογα με το στάδιο σοβαρότητας της νόσου, η ροδόχρου ακμή διακρίνεται σε τέσσερις τύπους:

**α) Ερυθηματώδης ροδόχρου ακμή (ERYTHEMATOTEL ANGIOCTATIC ROSACEA=ETTR):**

Οι ασθενείς εμφανίζουν παροδικό ερύθημα στην άκρη της μύτης και τα μάγουλα, την περιοχή ανάμεσα στα φρύδια και το πηγούνι. Η εξέλιξη της είναι σταδιακή και όταν γίνει μόνιμη εμφανίζεται σμηγματόρροια και τελαγγειεκτασία. Η αίσθηση κνησμού και καύσου καθώς και ευαισθησίας του δέρματος είναι συμπτώματα που ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή.

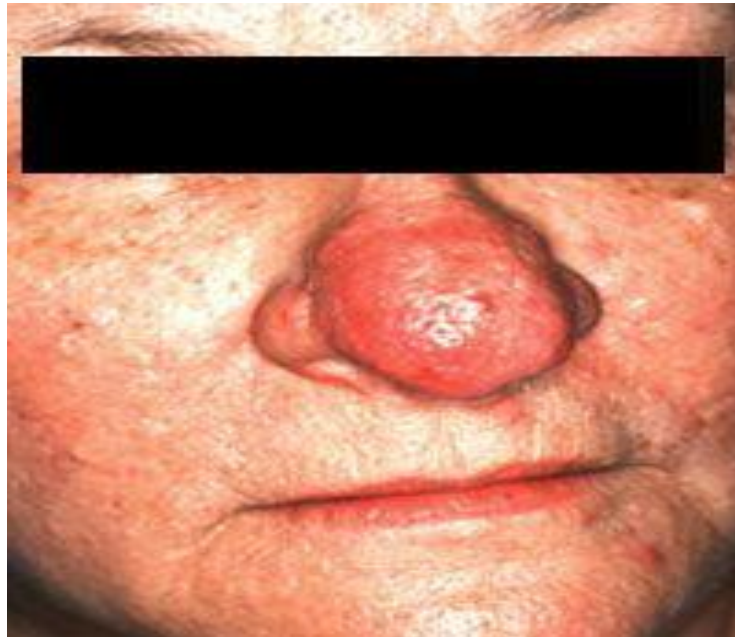


**β) Βλατιδοφλυκταινώδης (PAPULOPUSTULAR ROSACEA = PPR):**

Έντονο κεντρικό ερύθημα προσώπου, παροδικές βλατίδες ή/και φλυκταινίδια. Συχνά, μπερδεύεται με την ροδόχρου νόσο, όμως είναι τύπος της και μάλιστα πολύ συχνά εμφανιζόμενος.



**γ) Ρινόφυμα (PHYMATOUS ROSACEA =PR):** Αν και η ροδόχρους ακμή εκδηλώνεται κυρίως στις γυναίκες, οι άνδρες συνήθως εμφανίζουν την πιο βαριά μορφή αυτής της νόσου. Το ρινόφυμα χαρακτηρίζεται από έντονα διογκωμένη και κατακόκκινη μύτη με τραχιά υφή και παράλληλη εμφάνιση φλεγμονών στα μάτια.



**δ) Οφθαλμική (OCULAR ROSACEA =OR):** Αποτελεί την πιο σπάνια μορφή της νόσου και χαρακτηρίζεται κυρίως από φλεγμονές των οφθαλμών, όπως είναι η βλεφαρίτιδα, η επιπεφυκίτιδα, η δυσλειτουργία αδένων του Meibomius και το χαλάζιο, σε συνδυασμό με έντονη υπερπλασία των σμηγματογόνων αδένων και υπερανάπτυξη του συνδετικού ιστού.





#### **4.3 ΑΤΡΟΦΙΚΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ:**

Ο ατροφικός λειχήνας, όπου ονομάζεται και σκληρατροφικός, είναι μία φλεγμονώδης δερματοπάθεια, άγνωστης αιτιολογίας και αδιευκρίνιστης παθογένειας. Όταν λοιπόν αναφερόμαστε στο σκληρό και ατροφικό λειχήνα που προσβάλλει τους άνδρες, εννοούμε συγκεκριμένα την εντόπιση του στο πέος και συγκεκριμένα στην ακροποσθία της βάλανου, που όμως μπορεί να επεκταθεί στο στέλεχος του ανδρικού μορίου, στο όσχεο και στις περιοχές γύρω από τον πρωκτό.

Εμφανίζεται με μικρές γυαλιστερές λευκές κηλίδες που ενώνονται σε μεγαλύτερες πλάκες και μοιάζουν σαν βλάβες ατροφικές με έντονη υπομελάγχρωση ή αποχρωματισμό, δίνοντας την εικόνα λεύκης. Το δέρμα σχίζεται εύκολα, και εμφανίζει εκχυμώσεις και ατροφίες, ενώ συχνά μετατρέπεται σε ουλώδη ιστό. Μπορεί επίσης να υπάρχει κνησμός, αιμορραγία, και φουσκάλες. Όσον αφορά τις βλάβες του στην βάλανο, πρόκειται για πολύ μικρές μεμονωμένες βλάβες, με χρώμα λευκό, οι οποίες δημιουργούν σύσφιξη στο σημείο εκείνο και συχνά συνυπάρχουν με στοιχεία φλεγμονής.

Η γλώσσα και ο στοματικός βλεννογόνος είναι επίσης δυνατόν να προσβληθούν και είτε να αποτελούν τη μοναδική εκδήλωση της νόσου ή να συνυπάρχουν με βλάβες σε άλλες περιοχές του σώματος.

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα είναι η συχνή φαγούρα, η δυσφορία ή πόνος, η αιμορραγία καθώς και η δυσκολία στην ούρηση και κατά την σεξουαλική επαφή. Η αιμορραγία αποτελεί συχνό εύρημα όταν προσβάλλεται η βάλανος, ενώ είναι δυνατόν να παρατηρηθούν επιπολής διαβρώσεις. Ο σκληρός λειχήνας της βάλανου δεν οδηγεί συνήθως σε μη επουλωθείσες διαβρώσεις της περιοχής, αλλά μάλλον σε απλή ευθραυστότητα του δέρματος. Η περιπρωκτική προσβολή είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σοβαρή συμπτωματολογία δυσκοιλιότητας, κατακράτησης των κοπράνων και αιμορραγίας από το ορθό, εξαιτίας των ραγάδων που έχουν αναπτυχθεί στην περιοχή.



Δεν γνωρίζουμε την ακριβή αιτία του σκληροατροφικού λειχήνα, όμως ενοχοποιούνται οι διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος και διάφορα προβλήματα ορμονών. Βέβαια, θεωρείται ότι οι άνθρωποι κληρονομούν την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου λόγω αναφοράς οικογενειακών περιπτώσεων. Επίσης, υπάρχουν συχνές αναφορές για περιπτώσεις με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως ερυθματώδης λύκος, λεύκη, νόσο του Graves, κ.ά. ή μπορεί να εμφανιστεί και σε δέρμα που έχει υποστεί βλάβη ή τραυματισμό (φαινόμενο Koebner).

Μια ιδιαίτερη μορφή του σκληροατροφικού λειχήνα αποτελεί η ξηρωτική αποφρακτική βαλανίτιδα, η οποία παρουσιάζεται σε άνδρες με τη μορφή φίμωσης. Εμφανίζεται συχνά σε άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και η πάθηση καταλήγει σε ουλοποίηση και απόφραξη του έξω στομίου της ουρήθρας.

Πιο συγκεκριμένα, η φίμωση του πέους προκαλεί αδυναμία καθαρισμού του, προβάλλοντας τοπικά δυσσομία και έκκριση σμήγματος. Επίσης μπορεί να οδηγήσει σε δημιουργία φλεγμονής και βαλανοποσθίτιδα, και μακροπρόθεσμα σε διαταραχές στο ανώτερο ουροποιητικό σύστημα (υδρονέφρωση). Η φίμωση λοιπόν που δημιουργείται με τον σκληροατροφικό λειχήνα εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους λόγω των συμφύσεων που αναπτύσσονται στο πέος και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση.



#### **4.4 ΑΝΔΡΟΓΕΝΕΤΙΚΗ ΑΛΩΠΕΚΙΑ:**

Η ανδρογενετική αλωπεκία αποτελεί τη συχνότερη μορφή αλωπεκίας στους άνδρες. Η ανδρογενετική αλωπεκία οφείλεται στην επίδραση των ανδρογόνων στα τριχοθυλάκια και υπάρχει γενετική προδιάθεση για την εμφάνισή της. Τόσο γενετικοί, όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνιση και εξέλιξή της, ενώ τα πλήρη αίτια παραμένουν άγνωστα.

Η κλασική ανδρογενετική αλωπεκία στους άνδρες χαρακτηρίζεται γενικά από απώλεια των τριχών στους κροτάφους, αραίωση των τριχών στην κορυφή και σταδιακή υποχώρηση του hairline (μετωπιαία γραμμή μαλλιών).

Τα ανδρογόνα είναι σημαντικές ορμόνες ανάπτυξης του ανδρικού φύλου. Ρυθμίζουν τη λειτουργία των σημηματογόνων αδένων, διεγείρουν την ανάπτυξη των τριχών του σώματος και του προσώπου, ενώ αντιθέτως καταστέλλουν την τριχοφυΐα στη μετωποκροταφική χώρα, οδηγώντας στην ανδρογενετική αλωπεκία.

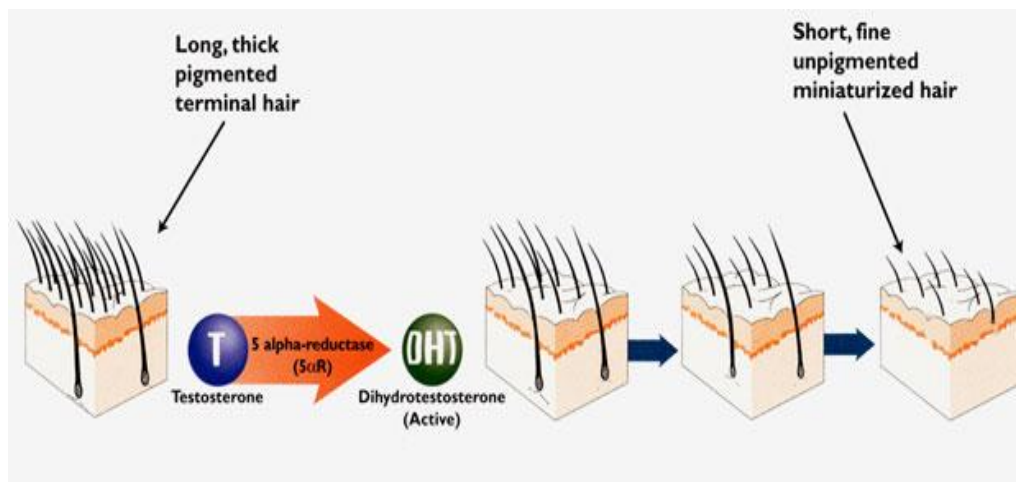
Τα ανδρογόνα λοιπόν είναι απαραίτητοι μεσολαβητές για την ανάπτυξη τελικής τριχοφυΐας στο ανθρώπινο σώμα και στα δύο φύλα. Με την είσοδο στην εφηβεία, η



δράση των ανδρογόνων είναι αυτή που προκαλεί τη μετατροπή της χνοώδους τριχοφυΐας σε τελική τριχοφυΐα, σε όλες τις περιοχές του σώματος που εμφανίζεται τριχοφυΐα, δηλαδή μασχάλες, γεννητικά όργανα, πρόσωπο, άκρα και κορμό, με πρώτα να ανταποκρίνονται τα τριχοθυλάκια της ηβικής περιοχής και τελευταία αυτά που βρίσκονται στα ανδρικά γένια. Τα τριχοθυλάκια σε αυτές τις περιοχές είναι ανδρογονοεξαρτώμενα, διότι απαιτούν ανδρογόνα για να αναπτυχθούν. Η δράση όμως των ίδιων ανδρογόνων φαίνεται να έχει τα αντίστροφα αποτελέσματα σε κάποιες περιοχές του τριχωτού. Σε άτομα με κληρονομική προδιάθεση, τα ίδια ανδρογόνα, μετατρέπουν σταδιακά τα τελικά τριχοθυλάκια του τριχωτού σε χνούδι. Τα τριχοθυλάκια σε αυτές τις περιοχές είναι ανδρογονοευαίσθητα άρα σταδιακά συρρικνώνονται με τη δράση των ανδρογόνων.

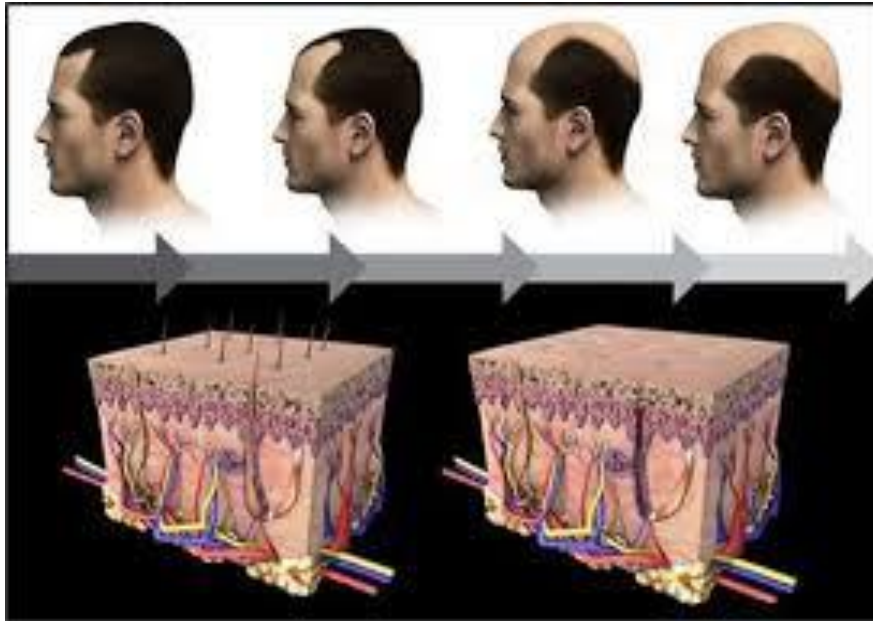
Άρα, κύρια αιτία της ανδρογενετικής αλωπεκίας αποτελεί ο παθολογικός ενδοκυτταρικός μεταβολισμός των ανδρογόνων στους τριχικούς θυλάκους και του τριχωτού της κεφαλής σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα. Βέβαια υπάρχουν και παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ανδρογενετικής αλωπεκίας και είναι: ψυχικά νοσήματα, καρδιοπάθειες και ο καρκίνος του προστάτη.

Οι μασχαλιαίες τρίχες και το τρίχωμα του εφηβαίου στα γεννητικά όργανα εξαρτώνται από την τεστοστερόνη για την ανάπτυξη τους. Η ανάπτυξη γενιών και η τριχόπτωση εξαρτώνται από τη διυδροτεστοστερόνη (DHT). Η τεστοστερόνη μετατρέπεται σε DHT από το ένζυμο 5-α-αναγωγάση. Υπάρχουν υποδοχείς στα κύτταρα που «δένουν» το DHT με τον πυρήνα του κυττάρου των τριχοθυλακίων. Μετά τη σύνδεση με τον υποδοχέα, το DHT εισέρχεται στο κύτταρο και επιδρά στον πυρήνα του. Τελικά, η ανάπτυξη των τριχοθυλακίων σταδιακά μειώνεται μέχρι που σταματάει, με αποτέλεσμα το τριχοθυλάκιο να συρρικνώνεται και να παράγει χνούδι μόνο.



Το χαρακτηριστικό της ανδρογενετικής αλωπεκίας λοιπόν είναι η σταδιακή σμίκρυνση των τριχοθυλακίων και η διαταραχή των χαρακτηριστικών των τριχών. Τα σμικρυνόμενα τριχοθυλάκια παράγουν λεπτότερες, άχρωμες τρίχες, ο ρυθμός ανάπτυξης της τρίχας μειώνεται δραματικά, οι τρίχες παραμένουν όλο και λιγότερο διάστημα στο τριχωτό, με αποτέλεσμα να αρχίζει να εμφανίζεται σταδιακά το δέρμα του κεφαλιού ανάμεσα από τα λεπτότερα και λιγότερα μαλλιά, οπότε και μιλάμε για την αραίωση.





Το ποσοστό των τριχών στη φάση της ανάπτυξης (αναγενής φάση) και η διάρκεια της φάσης ανάπτυξης μειώνονται, οδηγώντας σε ολοένα και κοντύτερες τρίχες. Ο κύκλος ζωής των τριχοθυλακίων επηρεάζεται με τους παρακάτω τρόπους στην ανδρογενετική αλωπεκία:

α) Περισσότερες τρίχες βρίσκονται στο στάδιο της ανάπαυσης (τελογενής φάση), με αποτέλεσμα λιγότερες τρίχες να βρίσκονται στο τριχωτό ανά πάσα στιγμή.

β) Το σώμα της τρίχας κατά την ανδρογενετική αλωπεκία σταδιακά μειώνεται σε διάμετρο, με αποτέλεσμα λεπτότερες τρίχες

γ) Η παραγωγή των χρωστικών μειώνεται, ώστε οι τρίχες καθώς λεπταίνουν αποκτούν πιο ανοιχτό χρώμα. Σε άνδρες με ανδρογενετική αλωπεκία μπορεί τελικώς, αλλά όχι αναγκαστικά, όλες οι τρίχες στην επηρεαζόμενη περιοχή να εμπλακούν σε αυτή την διαδικασία και μπορεί με τον καιρό να καλυφθεί όλη η περιοχή με λεπτές χνοώδεις τρίχες.

δ) Το πιο ανοιχτό χρώμα και τα λεπτότερα μαλλιά καθιστούν την περιοχή πιο αραιή και καταλήγει να φαίνεται το δέρμα του τριχωτού ανάμεσα από τα μαλλιά.

Οι περιοχές αυτές μπορεί με τον καιρό να χάσουν όλα τα τριχοθυλάκια και να μιλάμε πλέον για τριχόπτωση.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΕΡΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Καθώς ο άνδρας περνάει στην τρίτη ηλικία ,σημειώνονται αλλαγές στο δέρμα και στην λειτουργία του, γεγονός το οποίο σχετίζεται με την ζωή και καθημερινότητα που έχει προηγηθεί. Το δέρμα ατροφεί καθώς έχει δεχτεί όλες τις βλαπτικές δράσεις της ηλιακής ακτινοβολίας λόγω της υπερβολικής έκθεσης του ανθρώπου σε αυτή. Ενδεχομένως αυτή η έκθεση να οφείλεται εξαιτίας της ενασχόλησης του με χειρονακτικές εργασίες, με αποτέλεσμα το δέρμα να παρουσιάζει όχι μόνο σημάδια γήρανσης, αλλά και τις πιθανές παρακάτω δερματοπάθειες.

### **5.1 ΓΕΡΟΝΤΙΚΟΣ ΚΝΗΣΜΟΣ:**

Ο κνησμός, γενικά, είναι ένα σύμπτωμα που παράγεται με την έκκριση της ισταμίνης από τα ιστιοκύτταρα. Ο κνησμός όμως στους ηλικιωμένους περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα και μπορεί να είναι διακοπτόμενος και ελάχιστα ενοχλητικός, μέχρι συνεχής και ασυμβίβαστος.

Συνήθως, το 30-45% των ηλικιωμένων βιώνουν ενοχλητικό κνησμό του δέρματος αλλά σχεδόν 100% των ηλικιωμένων έχουν τουλάχιστον ήπια διακοπτόμενα συμπτώματα. Ουσιαστικά, κανένα τεκμηριωμένο στοιχείο δεν υπάρχει που να υπολήπτεται την ανατομική κατανομή και εξάπλωση του γεροντικού κνησμού.

Συχνότερα είναι εντοπισμένος σε μια περιοχή (π.χ. κνήμες ,γαστροκνήμιοι) με γεροντικό έκζεμα, ή να είναι γενικευμένος σε όλο το σώμα, αν και οι ηλικιωμένοι παραπονοούνται περισσότερο για κνησμό στην κορυφή του κεφαλιού, την πλάτη και τα πόδια. Οι περισσότεροι ασθενείς περιγράφουν τον κνησμό σαν μία επιφανειακή αίσθηση σε αντίθεση με τη βαθιά «μυρμηκίαση» που μερικές φορές περιγράφεται δευτερευόντως σε συστηματικές ασθένειες με κνησμό.

Το πρόβλημα τείνει να είναι αμφοτερόπλευρα συμμετρικό και περιλαμβάνει τις ίδιες θέσεις σε ιδιαίτερους ασθενείς και είναι ένα πρόβλημα που επιμένει ακαθόριστα, αυξανόμενο και ελαττούμενο με την αλλαγή της εποχής και με άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Όταν είναι έντονος, μπορεί να προκληθούν δευτεροπαθείς βλάβες, όπως ερύθημα, διαβρώσεις, εκδορές, εφελκίδες, που συνοδεύονται από λοιμώξεις όπως θυλακίτιδα, απόστημα ή ερυσίπελας. Η συνολική επίπτωση και ο επιπολασμός παραμένουν άγνωστοι, διότι δεν υπάρχουν επιδημιολογικά δεδομένα για αυτήν την οντότητα. Φαίνεται να οφείλεται στην αύξηση του απαιτούμενου χρόνου της ανάκτησης της κεράτινης στιβάδας και στην καθυστερημένη επούλωση, μετά την επίδραση βλαπτικών παραγόντων.

Πιο συγκεκριμένα, η ισταμίνη η οποία αποθηκεύεται στα μαστοκύτταρα του δέρματος, ενοχοποιείται ιδιαίτεως ως μεσολαβητής μερικών τουλάχιστον μορφών κνησμού, αλλά υπάρχει όμως σε μικρές ποσότητες στο δέρμα των ηλικιωμένων. Είναι σχεδόν βέβαιο, τόσο στο φυσιολογικό όσο και στο πάσχον δέρμα, ότι αυτές

οι κατηγορίες μεσολαβητών δρουν συνεργικά στην πρόκληση του κνησμού, αλλά οι ακριβείς τους αλληλεπιδράσεις δεν έχουν ακόμη διαλευκανθεί. Έτσι, παραμένουν υποθετικές οι μεταβολές στην παραγωγή, απελευθέρωση ή δερματική κάθαρση αυτών των ουσιών, που πιθανώς συμβάλλουν στον κνησμό των ηλικιωμένων.

Σπανιότερα, ο γεροντικός κνησμός είναι εκδήλωση μιας σοβαρής κατάστασης που μπορεί να οφείλεται σε νεοπλάσματα. Επίσης μπορεί να οφείλεται λόγω ξηροδερμίας του δέρματος, λόγω εκζέματος, ατοπικής δερματίτιδας ή νευροδερματίτιδας. Ακόμη, μπορεί να προκαλείται από συστηματικά χρόνια νοσήματα, σε διαταραχή των ανοσολογικών μηχανισμών του οργανισμού, σε ατροφία αγγειακών συστημάτων λόγω γήρανσης, σε συστηματικά νοσήματα (π.χ. χρόνια νεφρική νόσος, ηπατική δυσλειτουργία), σε ενδοκρινικές διαταραχές, σε τοπικές αλλεργίες, σε φάρμακα, σε λοιμώδη αίτια ή να είναι ψυχογενής.

Η ξηροδερμία, όπως προαναφέρθηκε, πιστεύεται ότι παίζει συνεργικό ή αιτιολογικό ρόλο υποδηλώνοντας μία επίκτητη διαταραχή της κερατινοποίησης. Στις στιβάδες του δέρματος συμβαίνει μία φαινομενικά παράδοξη αύξηση της περιεκτικότητας σε νερό, όσο αυξάνεται η ηλικία, αλλά συγκεκριμένα παρατηρείται μείωση της περιεκτικότητας σε νερό της κεράτινης στιβάδας. Παράλληλα, σημειώνεται μείωση στην ενυδάτωση της επιφάνειας του δέρματος των ηλικιωμένων με ξηροδερμία, συνοδευόμενη από περίπου 50% αύξηση στον αριθμό των κυτταρικών στρωμάτων της κεράτινης στιβάδας, καθώς επίσης και μία ανάλογη μείωση στο χρόνο ανανέωσης της κεράτινης στιβάδας. Η τάση μείωσης του ρυθμού απώλειας του επιδερμικού ύδατος στους ηλικιωμένους δεν είναι όμως σημαντική, διότι οι ηλικιωμένοι με ξηροδερμία έχουν ατροφική επιδερμίδα καθώς και τριπλασιασμό του μεγέθους των κερατινοκυττάρων. Υποστηρίζεται ότι στους ηλικιωμένους με ξηροδερμία η παχύτερη κεράτινη στιβάδα, καθώς και η πιθανή μειωμένη θερμοκρασία του δέρματος, λόγω της μειωμένης δερματικής αιματικής ροής, ευθύνεται για τον αργό ρυθμό απώλειας του επιδερμικού ύδατος, παρά για τη μείωση των μεσοκυττάρων λιπιδίων της κεράτινης στιβάδας.



Γενικότερα, ο φυσιολογικός κνησμός, δεν κρύβει κάτι παθολογικό. Υπάρχουν όμως ορισμένες περιπτώσεις που υπάρχει παθολογικό υπόβαθρο, και θα πρέπει να γίνεται εξέταση για τη λειτουργία των νεφρών, της χολής, του θυρεοειδούς

αδένα, έλεγχος για σιδηροπενική αναιμία, σακχαρώδη διαβήτη, για φαρμακευτικό κνησμό, για HIV λοίμωξη και για νευρολογικές παθήσεις( όπως σκλήρυνση κατά πλάκας, Alzheimer, όγκους εγκεφάλου)για κακοήθη λεμφώματα του θυρεοειδούς, του ήπατος, καθώς και αν υπάρχει αναιμία με έλλειψη σιδήρου. Στις περιπτώσεις αυτές, η αντιμετώπιση της αιτίας του προβλήματος, δηλαδή η αποκατάσταση των λειτουργιών στο φυσιολογικό επίπεδο, συνοδεύεται από υποχώρηση του γεροντικού κνησμού.



## **5.2 ΑΣΤΕΑΤΙΚΟ ΕΚΖΕΜΑ :**

Το αστεατικό έκζεμα, ή ξηρωτικό και craquelé όπως αλλιώς ονομάζεται, συνδέεται με την αφυδάτωση της κεράτινης στιβάδας και έχει ως αποτέλεσμα την ξήρωση του δέρματος και την διεπιδερμική απώλεια νερού. Εμφανίζεται κυρίως τους χειμερινούς μήνες και οι περιοχές προσβολής είναι οι κνήμες, τα άνω χέρια, οι μηροί και η κάτω πλάτη, αλλά κυρίως εμφανίζεται στα πόδια. Πρόκειται για πολυγωνικές ερυθματώδεις σχισμές, που σχηματίζουν ξηρές, λεπιδώδεις, αποσπώμενες πλάκες δέρματος, σε συνδυασμό με επιφανειακή αιμορραγία.

Το αστεατικό έκζεμα αρχικά εμφανίζεται υπό την μορφή ρωγμών ή αυλακώσεων, ροζ και κόκκινης απόχρωσης, αλλά τείνει να επηρεάζει μόνο τα επιφανειακά στρώματα της δερματικής επιφάνειας. Είναι πιο συχνό σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ενδεχομένως λόγω της μειωμένης δραστηριότητας των σημηματογόνων και ιδρωτοποιών αδένων, αλλά και λόγω έλλειψης σχηματισμού κοκκίων. Τα κοκκία επικαλύπτονται με μεμβράνη, η οποία εν τέλει οδηγεί στην εξαφάνιση της λιπιδικής μεμβράνης που περιβάλλει τα κερατινοκύτταρα. Επίσης, μπορεί να οδηγήσει σε πιο σοβαρή δευτερογενή δερματίτιδα με γενικευμένη ερυθρότητα, τοπική διόγκωση και φουσκάλες στην επιφάνεια, όπως και σε άλλες μορφές εκζέματος στο κάτω πόδι, που μπορεί τελικά να καταλήξει σε εκτεταμένο δευτερογενές εκχυμμένο έκζεμα.





Αρχικά, η περίσσεια απώλεια νερού από την επιδερμίδα έχει ως αποτέλεσμα την αφυδάτωση της κεράτινης στιβάδας με την προς τα πάνω καμπυλότητα των κερατινοκυττάρων. Τα εξωτερικά στρώματα κερατίνης απαιτούν συγκέντρωση νερού σε ποσοστό 10-20% για να διατηρήσουν την ακεραιότητά τους. Μια σημαντική μείωση των ελεύθερων λιπαρών οξέων στην κεράτινη στιβάδα είναι παρούσα σε άτομα με αστεροειδή δερματίτιδα. Τα λιπίδια της κεράτινης στιβάδας δρουν ως διαμορφωτές νερού και η απώλεια των λιπιδίων αυτών από το δέρμα μπορεί να αυξήσει την απώλεια νερού κατά 75% του ποσοστού της υγρασίας ενός φυσιολογικού δέρματος. Όταν η κεράτινη στιβάδα λοιπόν χάνει νερό, τα κύτταρα συρρικνώνονται. Ένας σημαντικά μειωμένος κυτταρικός όγκος λοιπόν μπορεί να ελαττώσει την ελαστικότητα του δέρματος, δημιουργώντας ρωγμές. Συμπληρωματικά, το οίδημα που δημιουργείται στο χόριο οδηγεί σε μεγαλύτερο και εντονότερο τέντωμα της επιδερμίδας. Οι ρωγμές προκαλούν ρήξη των τριχοειδών αγγείων, προκαλώντας κλινική αιμορραγία, η οποία μαζί με την διάσπαση της δερματικής ακεραιότητας μπορεί να οδηγήσει σε φλεγμονή με κίνδυνο μόλυνσης.



Το έκζεμα με αυξημένη λειχηνοποίηση προκαλεί περιστασιακά επιδείνωση καθώς οι ασθενείς τρίβουν τις κνησμώδεις περιοχές. Η διαδερμική απορρόφηση αλλεργιογόνων και ερεθιστικών ουσιών αυξάνεται καθώς η επιδερμίδα έχει καταστραφεί, αυξάνοντας την ευαισθησία στην αλλεργική δερματίτιδα εξ επαφής και την ερεθιστική δερματίτιδα εξ επαφής. Η δερματίτιδα αλλεργικής επαφής και η δερματίτιδα ερεθιστικής επαφής μπορεί να προκαλέσουν επίμονο μελλοντικό αστεατικό έκζεμα. Επιπλέον, η χαμηλή περιβαλλοντική υγρασία συμβάλλει στην εξώθηση, δημιουργώντας μια κλινική εικόνα της αστεατικής δερματίτιδας σε ορισμένες δερματολογικές καταστάσεις, όπως η ατοπική δερματίτιδα.



Γενικά, είναι μια δερματοπάθεια που προκαλεί πολλή ταλαιπωρία, συμπεριλαμβανομένου του πόνου και της φαγούρας που την χαρακτηρίζει. Πολλοί παράγοντες μπορούν να συνυπάρχουν και να ενισχύουν την εμφάνιση του αστεατικού εκζέματος, όπως είναι η ξηρότητα, οι περιοχές υποαισθητικού δέρματος, οι διατροφικές ανεπάρκειες ψευδαργύρου και βασικών λιπαρών οξέων, η διάρροια, η θυρεοειδική νόσος, οι νευρολογικές διαταραχές, τα φάρμακα σε συνδυασμό με αντιανδρογόνο θεραπεία και διουρητική θεραπεία και άλλες κακοήθειες, όπως διάφορα καρκινώματα.





### **5.3 ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ:**

Πρόκειται για μια αυτοάνοση, μη ουλωτική δερματοπάθεια που χαρακτηρίζεται από την παρουσία υποεπιδερμικής πομφόλυγας. Παρουσιάζονται μεγάλες, εκτεταμένες πομφόλυγες και σταθερά ανοσοδραστικά στοιχεία, που συνίστανται στην εναπόθεση συμπληρώματος  $c3$  και αντισωμάτων IgG, κατά μήκος της ζώνης της βασικής μεμβράνης. Χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εμφάνιση τεταμένων πομφολύγων, με έντονο κνησμό.

Το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές είναι ένα σχετικά συχνό φαινόμενο στους ηλικιωμένους, με μέγιστη συχνότητα έναρξης στην ηλικία των 60-80 ετών και η αναλογία εμφάνισης του νοσήματος μεταξύ ανδρών γυναικών είναι 1:1.

Θεωρείται κατάσταση αυτοάνοσου τύπου, και παρατηρείται συνύπαρξη της νόσου και με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως είναι η αιμολυτική αναιμία, ρευματοειδή αρθρίτιδα, γυροειδή αλωπεκία, ρευματική πολυμυαλγία, η μυασθένεια, η κακοήθης αναιμία, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, ο σακχαρώδης διαβήτης κ.α. Επίσης εμφανίζεται συχνά σε ασθενείς με ψωρίαση. Το εξάνθημα του πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς μπορεί αρχικά να εμφανισθεί ως κνιδωτικό ενώ στη συνέχεια εξελίσσεται μέσα σε λίγες εβδομάδες ή μήνες σε πομφόλυγες. Συνήθως οι βλάβες είναι κνησμώδεις ενώ επίσης υπάρχει και συνοδό αίσθημα τάσης. Κατά τον σχηματισμό τους οι φυσαλίδες, είναι ευμεγέθεις και υπό τάση, με δισκοειδές ή κυκλικό σχήμα ενώ εμφανίζονται σε φυσιολογικό ή ερυθηματώδες δέρμα.



Η αιτία του πομφολυγώδες πεμφιγοειδούς δεν είναι καλά κατανοητή. Οι φουσαλίδες δημιουργούνται λόγω της δυσλειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος. Το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού παράγει κανονικά τα αντισώματα για την καταπολέμηση των βακτηριδίων, ιών ή άλλων δυνητικών επιβλαβών ουσιών. Για λόγους που δεν είναι σαφείς, ο οργανισμός μπορεί να αναπτύξει ένα αντίσωμα προς ένα συγκεκριμένο ιστό στο σώμα. Έτσι, σε πομφολυγώδες πεμφιγοειδές, το ανοσοποιητικό σύστημα παράγει αντισώματα έναντι της βασικής μεμβράνης του δέρματος. Αυτά τα αντισώματα προκαλούν φλεγμονώδη δραστηριότητα ,που παράγει τις φουσκάλες, και φαγούρα.



Οι βλάβες μπορεί να είναι εστιακές ή γενικευμένες με κατανομή σε ολόκληρο το σώμα, κυρίως όμως στις καμπτικές επιφάνειες των άκρων, τις πτυχές και το κορμό, ενώ σε ένα μικρό ποσοστό των ασθενών προσβάλλονται και οι βλεννογόνοι. Ξεκινούν σαν πολύ μικρές φουσαλίδες ,αλλά καθώς αυξάνουν συρρέουν και σχηματίζουν πολλές πομφόλυγες. Συνήθως, αλλά όχι πάντα,

περιβάλλονται από ερύθημα. Το περιεχόμενό τους είναι ορώδες ή σπανιότερα αιμορραγικό. Συνήθως, οι αρχικά τεταμένες πομφόλυγες συρρικνώνονται και μεταπίπτουν σε εξελκώσεις που καλύπτονται από εφελκίδες. Η επούλωση βέβαια είναι ικανοποιητική, χωρίς την δημιουργία ουλών . Μπορεί όμως να δημιουργηθεί μεταφλεγμονώδης υπερμελάγχρωση στα σημεία των βλαβών. Αν προκληθεί ρήξη στις φουσκάλες και μολυνθεί το δέρμα, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σήψη - μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή λοίμωξη που επηρεάζει ολόκληρο το σώμα.



## 5.4 ΕΡΠΗΣ ΖΩΣΤΗΡΑΣ:

Πρόκειται για επώδυνη προσβολή των δερματικών νεύρων , που προκαλείται από επαναδραστηριοποίηση του ιού της ανεμοβλογιάς-ζωστήρα (VZV), ο οποίος ήταν σε λανθάνουσα κατάσταση. Ο έρπης ζωστήρας είναι μια ιογενής λοίμωξη που προκαλεί ένα επώδυνο εξάνθημα. Παρά το γεγονός ότι μπορεί να εμφανιστεί οπουδήποτε στο σώμα, τις περισσότερες φορές εμφανίζεται ως μια ενιαία λωρίδα από φουσκάλες που εκτείνεται είτε στη αριστερή ή στη δεξιά πλευρά του σώματος ή κατά μήκος ενός νευροτομίου – αισθητικού νεύρου.

Μετά το πέρας της αρχικής λοίμωξης από ανεμοβλογιά, ο ιός VZV παραμένει ανενεργός στα απλά νευρικά κύτταρα και λιγότερο συχνά στα δορυφόρα νευρικά κύτταρα της σπονδυλικής στήλης, του κρανίου ή του αυτόνομου νευρικού συστήματος, χωρίς να προκαλεί συμπτώματα. Μετά από χρόνια ή δεκαετίες από την αρχική λοίμωξη, ο ιός μπορεί να ξεφύγει από το σώμα των νευρικών κυττάρων και μέσω του άξονα των νευρικών κυττάρων να εγκατασταθεί στα δερματικά κύτταρα της γύρω περιοχής. Η εξάπλωση του ιού στα δερματικά κύτταρα μπορεί να προκαλέσει επώδυνο εξάνθημα. Παρόλο που το εξάνθημα συνήθως θεραπεύεται αυτόματα μετά από 2 έως 4 εβδομάδες, ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν νευρολογικά συμπτώματα στη γειτονική περιοχή για μήνες ή και για χρόνια, μια πάθηση που ονομάζεται μετα-ερπητική νευραλγία. Ο μηχανισμός με τον οποίο ο ιός παραμένει ανενεργός στον οργανισμό και ξαφνικά ενεργοποιείται δεν είναι ακόμη κατανοητός.

Τα πρώτα συμπτώματα του έρπητα ζωστήρα είναι το αίσθημα κόπωσης, οι μυϊκοί πόνοι, ο πονοκέφαλος, η ναυτία, ο πυρετός και κυρίως ο έντονος πόνος ,που μπορεί να προκαλέσει μούδιασμα, φαγούρα ή αίσθημα καύσου τοπικά, ενώ συνοδεύεται από εξαιρετική ευαισθησία σε συγκεκριμένες περιοχές του δέρματος. Αυτό μπορεί να συμβεί ακόμα και πριν από την εμφάνιση του εξανθήματος. Ο πόνος μπορεί να διαρκέσει πολύ περισσότερο, γιατί σπανίως υπάρχει εξάνθημα χωρίς πόνο και πολλές φορές, ιδίως σε ηλικιωμένους, ο πόνος είναι σοβαρός και αρκετά βασανιστικός, ώστε να απαιτείται ειδική αναλγητική θεραπεία.

Τα εξανθήματα του έρπητα εμφανίζονται συνήθως μαζικά ,και σε διάστημα 1-5 ημερών, η βλάβη αρχίζει σαν μια ερυθρού χρώματος κηλίδα, που γρήγορα μετατρέπεται σε βλατίδα και κατόπιν σε φυσαλίδα, η οποία περιβάλλεται από ερύθημα. Σε διάρκεια 2-3 εβδομάδων, οι βλάβες γίνονται φλυκταινώδεις και τελικά μετατρέπονται σε εφελκίδες ,οι οποίες σταδιακά συρρικνώνονται και εξαφανίζονται ,αφήνοντας λευκές ουλές, μετά από 7-10 ημέρες.





Την εμφάνιση του έρπητα ζωστήρα μπορεί επίσης να πυροδοτήσουν και άλλοι παράγοντες, όπως κάποιος τραυματισμός ή και πιθανό stress. Τα άτομα που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για αντιμετώπιση του καρκίνου και όσοι έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση είναι επίσης πιο επιρρεπείς στις κρίσεις του έρπητα ζωστήρος.



## 5.5 ΨΩΡΑ:

Η ψώρα είναι μια επικίνδυνη δερματική νόσος, ιδιαίτερα μεταδοτική που προκαλείται από ένα παράσιτο που ονομάζεται ακάρι της ψώρας( *sarcoptes scabiei*).

Το μικροσκοπικό ακάρι που προκαλεί τη ψώρα έχει μήκος περίπου 0.4 χιλιοστά και δεν είναι ορατό με το μάτι. Έχει στρογγυλό σώμα με 8 πόδια και σκάβει το δέρμα δημιουργώντας την αλλεργική αντίδραση. Αυτά τα ακάρεα παρασιτούν στον άνθρωπο εδώ και τουλάχιστον 2,500 χρόνια, τα οποία ζουν και αναπαράγονται στο δέρμα ,διανοίγουν σήραγγες στην επιδερμίδα, όπου και εναποθέτουν τα αυγά τους, και παράγουν εκκρίσεις που προκαλούν με την σειρά τους την αλλεργία. Οι νύμφες εκκολάπτονται από τα αυγά, προχωράνε στην επιφάνεια του δέρματος και ενηλικιώνονται μέσα σ' αυτό. Ο χρόνος επώασης είναι περίπου 20 ημέρες κι έτσι μπορεί να περάσει και ένας μήνα μέχρι ένα άτομο που έχει προσβληθεί από ψώρα να αρχίσει να έχει κνησμό. Χωρίς ξενιστή μπορεί να ζήσει από 5 ημέρες έως 2 εβδομάδες. Αντιθέτως στον ανθρώπινο οργανισμό επιζεί επί περίπου ένα μήνα και μπορούν να βαδίσουν σε μεγάλες αποστάσεις. Έτσι τα συμπτώματα της ψώρας μπορεί να διαρκέσουν μήνες ή και χρόνια.

Η ψώρα εμφανίζεται υπό τη μορφή σήραγγας ,με γραμμοειδή μορφή, μήκος λίγων mm και ελαφρώς επηρμένη με μια μαύρη ορατή κηλίδα στο ένα άκρο του.



Η σήραγγα είναι το πρώτο σημάδι της ψώρας καθώς μετά συμπληρώνεται από ένα ερυθματοβλατιδώδες εξάνθημα κατά μήκος του κορμού, ανάμεσα απ τα δάχτυλα, στους αγκώνες, στις μασχάλες και στα γεννητικά όργανα. Ξεκινά από τους μηρούς και έπειτα επεκτείνεται και προσβάλλει όλες τις περιοχές του σώματος, εκτός του πρόσωπο. Στον άνδρα συγκεκριμένα, τα γεννητικά όργανα προσβάλλονται συχνά με αποτέλεσμα η ανεύρεση οζιδίων να θεωρείται παθογνωμικό σημείο για την ψώρα.





Η ψώρα δεν έχει καμιά απολύτως σχέση με την ψωρίαση. Η σύγχυση ίσως οφείλεται στο παρεμφερές όνομα, στην φαγούρα και στις δερματικές κλινικές εικόνες. Προσβάλλεται οποιαδήποτε φυλή ή ηλικία ανεξαρτήτως από συνθήκες προσωπικής υγιεινής και συνήθως απαιτείται στενή, σωματική επαφή για να μεταδωθεί από το ένα άτομο στο άλλο.

Συχνά ο κνησμός είναι τόσο έντονος και επώδυνος ,που κατά τη νύκτα, ο πάσχων έχει πρόβλημα ύπνου και μπορεί να δημιουργήσει εκτεταμένες εκδορές λόγω τραυματισμού του δέρματος από το ξύσιμο. Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν πλάκες εκζέματος στα άκρα και κυρίως σε δευτερογενή επιμόλυνση, με αποτέλεσμα να προκαλείται τοπική φλεγμονή, με σοβαρές βλάβες στο δέρμα λόγω εισόδου βακτηριδίων που οδηγούν στην μορφή του μολυσματικού κηρίου (του Κέλσου), μια πολύ φλεγμονώδης μυκητιακή λοίμωξη.

## 5.6 ΑΚΤΙΝΙΚΗ ΚΕΡΑΤΩΣΗ/ΥΠΕΡΚΕΡΑΤΩΣΗ:

Η ακτινική ή ηλιακή κεράτωση (λέγεται και ακτινική υπερκεράτωση) θεωρείται ως ένας μη καρκινικός καλοήθης όγκος, ο οποίος όμως αντιπροσωπεύει μια προκαρκινική κατάσταση του δέρματος καθώς μπορεί να εξελιχθεί σε πλακώδες καρκίνωμα (ή αλλιώς ακανθοκυτταρικό). Για αυτό θεωρείται πως η ακτινική κεράτωση πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα πρώιμο στάδιο καρκίνου. Είναι μια αντανάκλαση της ανώμαλης ανάπτυξης των κυττάρων του δέρματος και εμφανίζεται συνήθως σε άτομα με ανοιχτόχρωμο δέρμα, τα οποία έχουν δεχθεί μεγάλη επίδραση ηλιακής ακτινοβολίας σε σύντομο χρονικό διάστημα σε όλη τους τη ζωή π.χ. λόγω επαγγέλματος, όπως είναι οι γεωργοί, ψαράδες κτλ .

Η ακτινική υπερκεράτωση μπορεί να είναι λοιπόν το πρώτο βήμα που οδηγεί στο ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (SCC). Παρόλο που η συντριπτική πλειοψηφία των ακτινικών υπερκερατώσεων παραμένουν καλοήθεις, κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι μέχρι το 10% μπορούν να εξελιχθούν σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Αυτό το ποσοστό δεν ακούγεται υψηλό, αλλά έχει μεγάλη επίπτωση. Όταν πρόκειται για ακανθοκυτταρικά καρκινώματα, το 40-60% ξεκινούν ως μη θεραπευμένες ακτινικές υπερκερατώσεις και μπορεί να προχωρήσουν στην διήθηση των γύρω ιστών. Περίπου το 2-10% από αυτά τα ακανθοκυτταρικά καρκινώματα εξαπλώνονται στα εσωτερικά όργανα και αποτελούν απειλή για τη ζωή.

Οι ακτινικές υπερκερατώσεις συνήθως εμφανίζονται στις επιφάνειες του δέρματος που είναι εκτεθειμένες στον ήλιο όπως το πρόσωπο, τα μάγουλα, η μύτη, τα αυτιά, οι ράχες των χεριών, το φαλακρό κεφάλι, ο λαιμός, η πλάτη, οι βραχίονες, και τα χείλη. Συχνά, ένα άτομο θα έχει περισσότερες από μία ακτινική κεράτωση. Οι βλάβες συνήθως δεν είναι απειλητικές για τη ζωή, εφόσον ανιχνευθούν και αντιμετωπιστούν στα πρώιμα στάδια. Ωστόσο, εάν αυτό δεν γίνει, μπορούν να αναπτυχθούν και να εισβάλλουν στους περιβάλλοντες ιστούς και σε σπάνιες περιπτώσεις, να κάνουν μεταστάσεις ή μπορεί να εξελιχθεί και σε δερματικό κέρας. Όμως, η πιο επιθετική μορφή της κεράτωσης, είναι η ακτινική χειλίτιδα, που εμφανίζεται στα χείλη και μπορεί να εξελιχθεί σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα.





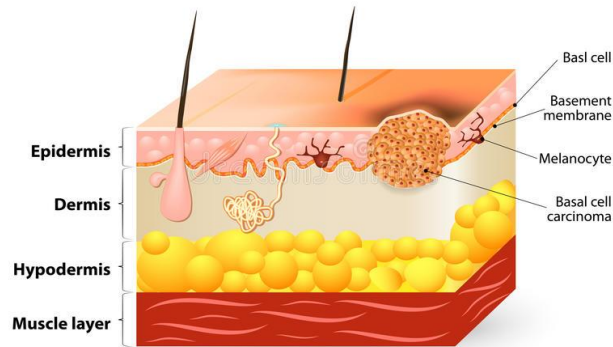
Εμφανισιακά οι βλάβες έχουν τραχιά ύφη και είναι συνήθως πολλαπλές. Εμφανίζονται ως επίπεδες ή συμπαγείς, φολιδωτές, κόκκινες, αλλά μερικές θα έχουν χρώμα ανοιχτού ή σκούρου καφέ, ροζ ή χρώμα ίδιο με το χρώμα του δέρματος. Πιο συχνά, οι ακτινικές κερατώσεις αναπτύσσονται αργά και φτάνουν σε ένα μέγεθος από το 1/8 στο 1/4 μιας ίντσας. Αρκετά νωρίς, μπορούν να εξαφανιστούν για να εμφανιστούν πάλι αργότερα. Ενίοτε, προκαλούν κνησμό ή έχουν μια αίσθηση τσιμπήματος ή τραβήγματος. Μπορούν ακόμα να φλεγμαίνουν και γύρω να περιβάλλονται από ερυθρότητα. Σε σπάνιες περιπτώσεις, οι ακτινικές υπερκερατώσεις μπορεί ακόμη και να αιμορραγήσουν.



### **5.7 ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ:**

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα (BCC:Basic Cell Carcinoma) ή αλλιώς βασικοκυτταρικός καρκίνος είναι ένας αργά αναπτυσσόμενος, μη μελανοκυτταρικός, όγκος του δέρματος. Ονομάζεται έτσι γιατί αναπτύσσεται στη βασική στοιβάδα της επιδερμίδας και είναι η πιο συνηθισμένη μορφή καρκίνου του δέρματος, με δεύτερο να έρχεται το πλακώδες καρκίνωμα ή ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Πάνω από 1 στα 3 νέα περιστατικά καρκίνου είναι καρκίνοι του δέρματος και η μεγαλύτερη πλειοψηφία αυτών είναι βασικοκυτταρικά καρκινώματα. Τα περισσότερα κρούσματα συμβαίνουν σε άνδρες παρά σε γυναίκες.

## BASAL-CELL CARCINOMA



Αυτός ο καρκίνος του δέρματος συνήθως αναπτύσσεται σε σημεία του δέρματος που εκτίθενται στον ήλιο, όπως το κεφάλι, ο λαιμός και το πίσω μέρος των χεριών. Ένας πολύ μικρότερος αριθμός εμφανίζεται στον κορμό και στα πόδια. Ωστόσο τα καρκινώματα των βασικών κυττάρων μπορεί επίσης να προκύψουν σε μέρη του σώματος που σπάνια εκτίθενται στο φως του ήλιου. Τα άτομα που θεωρούνται υψηλού κινδύνου είναι αυτά που έχουν ανοιχτό δέρμα, ξανθά ή κόκκινα μαλλιά και μπλε, πράσινα ή γκρι μάτια.

Επίσης, επιβαρυντικοί παράγοντες είναι σε ορισμένες περιπτώσεις η επαφή με αρσενικό, η έκθεση στην ραδιενέργεια, οι ανοικτές πληγές που δεν επουλώνονται, οι χρόνιες φλεγμαίνουσες δερματικές καταστάσεις και επιπλοκές από εγκαύματα, ουλές, μολύνσεις, εμβόλια ή ακόμη και από τατουάζ.

Όταν τα βασικά κύτταρα της επιδερμίδας γίνονται καρκινικά, σχηματίζουν έναν όγκο σαν μαργαριτάρι ή κερι ή σαν μια επίπεδη αλλοίωση. Η αλλοίωση μπορεί να εξελκωθεί μετά από μερικούς μήνες, να μεγαλώσει αργά και να μην επουλώνεται ποτέ πλήρως. Συχνά μπορεί να εμφανίζεται ως ένα μικρό εξόγκωμα στην επιφάνεια του δέρματος που μπορεί να περιλαμβάνει κρατήρα και να αιμορραγεί. Τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα εύκολα μπορεί να εκληφθούν λανθασμένα σαν έκζεμα ή ψωρίαση ή ξηροδερμία.

Ένα γενικό προειδοποιητικό σημάδι αυτού του καρκίνου του δέρματος είναι μια πληγή που δεν επουλώνεται ή που επανειλημμένα αιμορραγεί.

Το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα μπορεί γενικά να εμφανιστεί με τις παρακάτω μορφές:

Ένα λευκό περλέ ή κηρώδες εξόγκωμα, συχνά με εμφανή αιμοφόρα αγγεία, στο πρόσωπο, τα αυτιά ή το λαιμό. Το εξόγκωμα μπορεί να αιμορραγεί και να αναπτύξει κρούστα. Σε ανθρώπους με πιο σκούρο δέρμα, αυτό το είδος του καρκίνου μπορεί να είναι καφέ ή μαύρο.





Ένα επίπεδο, απολεπιζόμενο, καφέ ή στο χρώμα του δέρματος εξάνθημα στην πλάτη ή το στήθος. Με τη πάροδο του χρόνου, αυτά τα κηλιδώδη εξανθήματα μπορούν να γίνουν αρκετά μεγάλα.



Σπανιότερα, μια λευκή, κηρώδης ουλή. Αυτός ο τύπος βασικοκυτταρικού καρκινώματος είναι εύκολο να παραβλεφθεί, αλλά μπορεί να είναι ένα σημάδι μιας ιδιαίτερα επεμβατικής και παραμορφωτικής μορφής καρκίνου που ονομάζεται βασικοκυτταρικό καρκίνωμα τύπου σκληροδερμίας.



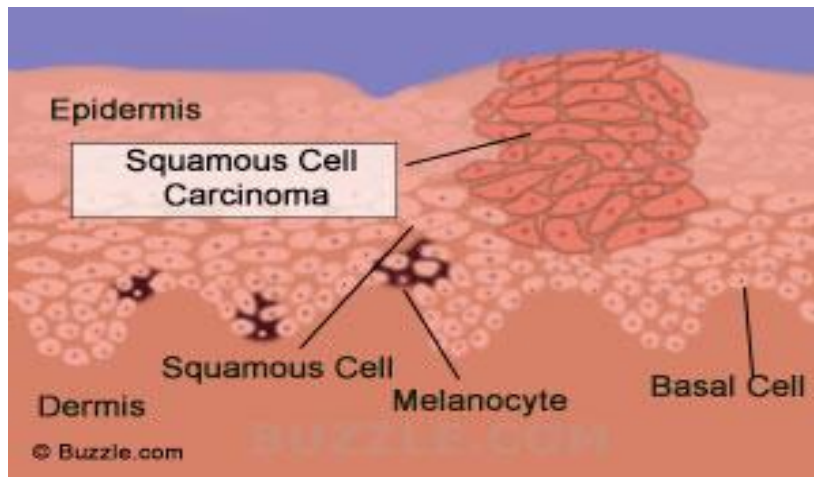


Διακρίνουμε τέσσερεις κλινικούς τύπους βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων:

- 1) Το **επιφανειακό βασικοκυτταρικό** που είναι μια ερυθηματώδης επίπεδη βλάβη με απολέπιση. Συχνά συγχέεται με έκζεμα, ακτινική κεράτωση ή μυκητίαση.
- 2) Το **οζώδες ή αδενοκυστικό** που παριστά μια οζώδη διόγκωση στο χρώμα του δέρματος με πολλές τηλαγγειεκτασίες.
- 3) Το **μελαγχρωματικό βασικοκυτταρικό**, το οποίο διαθέτει υπέρχρωση και μερικές φορές συγχέεται με μελάνωμα ή σημηματορροϊκή υπερκεράτωση.
- 4) Το **σκληρωτικό (μορφεικό)**, το οποίο εμφανίζεται ως λευκοκίτρινη πλάκα και μπορεί να παραμείνει για χρόνια χωρίς να διαγνωσθεί. Εάν διατείνει κανείς το δέρμα μπορεί να δει τις μαργαριταροειδείς άκρες. Πολλές φορές στο κέντρο αρχίζει να υποστρέφει εμφανίζοντας ουλώδη ιστό.

## 5.8 ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ:

Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (SCC: Squamous Cell Carcinoma) είναι ένας κακοήθης όγκος του δέρματος, που ξεκινά από το μέσο στρώμα της επιδερμίδας, και συγκεκριμένα στα πλακώδη κύτταρα (ακανθοκύτταρα). Υπάρχουν δύο τύποι καρκίνου του δέρματος: το μελάνωμα και οι υπόλοιποι όγκοι. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα είναι ο δεύτερος πιο συχνός όγκος της δεύτερης κατηγορίας, μετά το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα έχει μια αρκετά αργή ανάπτυξη και σε αντίθεση με άλλους τύπους καρκίνου του δέρματος, μπορεί να εξαπλωθεί μέσω μεταστάσεων στους ιστούς, τα οστά και τους κοντινούς λεμφαδένες, όπου μπορεί να είναι δύσκολο να θεραπευτεί. Όταν όμως διαγνωσθεί νωρίς, είναι εύκολο να αντιμετωπιστεί.



Η συχνότητα και η αιτιολογία της νόσου είναι διαφορετική στα διάφορα μέρη του κόσμου. Η χρόνια έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία αποτελεί την αιτία για τις περισσότερες περιπτώσεις ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Η συχνή χρήση του τεχνητού μαυρίσματος (tanning beds, solarium) επίσης διπλασιάζει τον κίνδυνο του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Οι άνθρωποι οι οποίοι τα χρησιμοποιούν έχουν κατά 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα(SCC), απ' ότι εκείνοι οι οποίοι δεν κάνουν χρήση. Τα τραύματα στο δέρμα αποτελούν επιπλέον πηγή , καθώς ο καρκίνος δύναται να παρουσιασθεί σε εγκαύματα, ουλές, έλκη, χρονίζουσες πληγές και σημεία του δέρματος τα οποία έχουν εκτεθεί είτε σε ακτινοβολία είτε σε συγκεκριμένα χημικά όπως π.χ. αρσενικό και υποπροϊόντα πετρελαίου. Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα μπορεί να προκληθεί σε χρονίζουσες μολύνσεις όπως και σε ερεθισμένο δέρμα. Επιπλέον, η λοίμωξη από τον ανθρώπινο ιό της ανοσοανεπάρκειας (HIV) και άλλες ασθένειες του ανοσοποιητικού, η χημειοθεραπεία, τα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται στην μεταμόσχευση οργάνων για την αποφυγή απόρριψης, ακόμη και η υπερβολική έκθεση στον ήλιο αποδυναμώνουν το ανοσοποιητικό σύστημα, καθιστώντας το λοιπόν αδύναμο να καταπολεμήσει ασθένειες. Αυτό έχει σαν συνέπεια τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ακανθοκυτταρικών και άλλων καρκίνων του δέρματος.



Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε σημείο του σώματος. Συνήθως όμως παρουσιάζεται στα σημεία όπου εκτίθενται στον ήλιο, για παράδειγμα στο πρόσωπο (πολύ συχνά στη μύτη) και στον λαιμό, ενώ συχνό είναι

το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα αυτιού και το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα κάτω χείλους. Εκδηλώνεται ως μία επίμονη παχιά, τραχεία, λεπιδώδη βλάβη η οποία δύναται να αιμορραγήσει, εάν χτυπηθεί κατά λάθος. Συχνά μοιάζει με θήλωμα και μερικές φορές εμφανίζεται ως μία ανοιχτή πληγή με επηρμένα όρια και εφελκίδες στην επιφάνεια η που καλύπτουν μια επηρμένη ρυπαρή βάση. Οι μεγαλύτερες, σε έκταση ,βλάβες μπορεί να προκαλέσουν φαγούρα ή και πόνο.



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η αισθητική σαν έννοια, αποτελεί την τέχνη με την οποία, ο κάθε άνθρωπος έχει τη δυνατότητα αφενός να διατηρήσει και να αξιοποιήσει τα ωραία χαρακτηριστικά του και αφετέρου να βελτιώσει ελαττώματα και πιθανόν δυσμορφίες που έχουν σχέση με την εξωτερική προβολή του. Η σύγχρονη εξέλιξη της τεχνολογίας, η συνεχής ενημέρωση και η επαγγελματική γνώση, η χρήση κατάλληλων φυσικών και τεχνικών μέσων καθιστούν την τέχνη της αισθητικής αναγνωρισμένη και ικανή να καλύψει τις ανάγκες των ενδιαφερόμενων. Ο κλάδος της Αισθητικής λοιπόν στοχεύει και ασχολείται κυρίως με την πρόληψη και την αποκατάσταση δερματικών προβλημάτων και με τη συμπτωματική αποκατάσταση ενδοκρινολογικών προβλημάτων, αξιοποιώντας τα ενδεδαιγμένα ,κατά περίπτωση ,θεραπευτικά μέσα. Παράλληλα, καλύπτει αισθητικές βλάβες, με εξειδικευμένες τεχνικές και μεθόδους. Φυσικά, η γυναίκα και οι ανάγκες που έχει για βελτίωση θα είναι πάντα στο προσκήνιο. Όμως, όπως διαπιστώσαμε μέσω αυτής της εργασίας , ο άνδρας αποτελεί μια ξεχωριστή και ιδιαίτερη κατηγορία. Το δέρμα του, λόγω των χαρακτηριστικών του, παρουσιάζει ορισμένες δερματοπάθειες και νόσους ,τις οποίες ως επαγγελματίες θα πρέπει να αναγνωρίζουμε και να έχουμε τις κατάλληλες γνώσεις και βάσεις για να ανταπεξέλθουμε στον απαιτητικό και αναπτυσσόμενο αυτό κλάδο της Αισθητικής.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Παπαρίζος Β, Κυριάκης Κ, " ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ", Παρισιανού Α.Ε, 2003
- Νικολαΐδου Η, "ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ", εκδόσεις Παπαζήσης, 2006
- Κουσκούκης Κ, Καρπούζης Α, " ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ", Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, 2005
- Κατσάμπας Α, Κάτσαρη Α, "ΠΑΙΔΟΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ", Παρισιανού Α.Ε, 2012
- Vivier A, "ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ", Ελληνική έκδοση Αντωνίου Χριστίνα & Κατσάμπας Ανδρέας, ,2012
- Gawkrödger D, Jones M,"ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ", Παρισιανού Α.Ε, 2015
- Cohen Β, "ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ", Παρισιανού Α.Ε, 2011
- Buxton Ρ, "ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ", 4<sup>η</sup> έκδοση Παρισιανού Α.Ε, 2007
- Eleweski Β, Hughey L, Parsons M, "ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ", Ιατρικές εκδόσεις Κωνσταντάρας, 2007
- Greganti Α, Runge Μ, "ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ:ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ", 2<sup>η</sup> έκδοση Τζιούφας Αθανάσιος, 2016
- Reid R, Roberts F, Macduff E, "ΕΙΚΟΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ", Παρισιανού Α.Ε, 2014
- White G, Cox N, "ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ", Παρισιανού Α.Ε, 2007
- Agur Α, Dalley Α, Moore Κ, "ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ", 2<sup>η</sup> έκδοση Πασχαλίδης, 2012
- [www.onmed.gr](http://www.onmed.gr)
- [www.rarediseases.org](http://www.rarediseases.org)
- [www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr)

- [www.skincancer.org](http://www.skincancer.org)
- [www.mcmc.gr](http://www.mcmc.gr)
- [www.syggros-hosp.gr](http://www.syggros-hosp.gr)
- [www.emedicine.medscape.com](http://www.emedicine.medscape.com)
- [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)