

- Λεμφωματοειδής βλατίδωση
- Έκθυμα
- Ερπητικές λοιμώξεις σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς
- Μυκητιασικές λοιμώξεις (βλαστομυκητίαση, σποροτρίχωση)
- Ακτινομυκητίαση, Νοκαρδίωση
- Λοιμώξεις από πρωτόζωα (λείσμανίαση, αμοιβάδωση)
- Βακτηριακές λοιμώξεις (άνθραξ, τουλαραιμία)
- Σταφυλοκοκκική πυοδερματίτιδα
- Λοιμώξεις από μυκοβακτηρίδια (*m. marinum*, *m. leprae*)
- Ελκωτικές βλάβες σε αγγείιδες (Vasculitis) (ερυθηματώδης λύκος, δερματομυοσίτις, σκληροδερμία, ρευματοειδής αρθρίτις, λευκοκυτοκλαστική αγγειίτις, Wegener, Churg-Strauss, κροταφική αρτηρίτις, οζώδης πολυαρτηρίτις), Atrophie blanche (Livedoid Vasculitis)
- Ελκώσεις σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη
- Νεκρωτικές ελκωτικές βλάβες από δήγματα αράχνης (brown recluse spider)
- Οδοντικά συρίγγια
- Συγγενή συρίγγια (Developmental congenital sinus)
- Συγγενής απλασία δέρματος
- Εστιακή υποπλασία δέρματος
- Ελκωτικές βλάβες σε υποδερματίτιδες (Panniculitis – Nodular Vasculitis, Σκληρό ερύθημα Bazin)
- Ελκώσεις δέρματος σε νόσο Crohn
- Ελκώσεις στόματος – γεννητικών οργάνων σεξουαλικά μεταδιδόμενες (Σύφιλις, μαλακό έλκος, βουβωνικό κοκκίωμα, AIDS)
- Προκλητές από τον ίδιο ασθενή ελκώσεις δέρματος (self induced – factitial ulcers)

Παρουσιάζονται πολυάριθμα slides από περιστατικά της Δερματολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου μας.

2. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΛΚΗ

Κουκουράκης Γεώργιος

Ακτινοθεραπευτής-Ογκολόγος,
Πανεπιστημιακό Γ.Ν.Α. «Αττικό»

Γενικά τα έλκη τα οποία σχετίζονται με τα ογκολογικά νοσήματα θα μπορούσαν να καταταγούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1. Έλκη τα οποία οφείλονται σε καθαυτές τις νεοπλασματικές εξεργασίες και αφορούν το δέρμα και
2. Έλκη τα οποία μπορούν δυνητικά να αποτελέσουν παρενέργειες των θεραπευτικών χειρισμών των διάφορων ογκολογικών εξεργασιών και αφορούν τόσο την ακτινοθεραπεία όσο και την χημειοθεραπεία.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκει μια πληθώρα πρωτοπαθών κα μεταστατικών όγκων οι όποιοι προσβάλλουν το δέρμα και είναι:

- Βασικοκυτταρικά, Ακανθοκυτταρικά, Μελανώματα

και άλλα καρκινώματα του δέρματος

- Όγκοι χείλους, ρινός
- Όγκοι του μαστού με διήθηση του δέρματος και συνοδό εξέλκωση
- Όγκοι αιδοίου και πρωκτού με επέκταση στην γύρω δερματική περιοχή
- Όγκοι κεφαλής και τραχήλου τοπικά προχωρημένα με εκτεταμένες λεμφαδενικές μάζες με δερματική διήθηση και εξέλκωση
- Εκτεταμένα σαρκώματα μαλακών μορίων με δερματική επέκταση και εξέλκωση
- Σπογγοειδής μυκητίαση και άλλα δερματικά λεμφώματα
- Σάρκωμα του Karosi τόσο το ενδημικό όσο και σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς και τέλος
- Δερματικές μεταστάσεις από διάφορα νεοπλασμάτα όπως π.χ. πνεύμονα, ουροδόχου κύστεως κ.τ.λ.

Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα έλκη τα οποία εμφανίζονταν, περισσότερο κατά το παρελθόν και ευτυχώς λιγότερο σήμερα λόγω βελτίωσης των θεραπευτικών χειρισμών, στους ογκολογικούς ασθενείς μετά από ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία.

Οι δερματικές ακτινικές βλάβες βαθμονομούνται με την εξέλκωση να αποτελεί την εντονότερη αντίδραση και χωρίζονται σε οξείες (κατά την διάρκεια της θεραπείας) και σε απώτερες (μήνες έως χρόνια μετά την θεραπεία). Η πρώτη αντίδραση του δέρματος στην ακτινοβόληση είναι το ερύθημα, που εμφανίζεται μερικές ώρες μετά την εφάπαξ ακτινοβόληση με 5-6 Gy. Είναι αγγειακή αντίδραση και δεν έχει βρεθεί ο υπεύθυνος για αυτήν κυτταρικός πληθυσμός. Στην συνέχεια το ερύθημα εξαφανίζεται για εμφανιστεί και πάλι σε μία εβδομάδα. Κατόπιν παρατηρείται απολέπιση-απογύμνωση της επιδερμίδας, εξαιτίας της απώλειας των ώριμων κυτ-τάρων και της μη παραγωγής νέων, από τα πρόδρομα κύτταρα της βασικής μεμβράνης. Εάν η δόση της ακτινοθεραπείας είναι τέτοια που να επιτρέπει την επούλωση, το δέρμα θα εμφανίσει σε μήνες έως χρόνια μετά τηλαγγειεκτασίες (κύτταρα στόχος το αγγειακό ενδοθήλιο), σκληρία (διαταραχή σύνδεσης κολλαγόνου), νέκρωση έλκος (βλάβη της δερμίδας και των αγγείων). Από τις διάφορες κατηγορίες αντινεοπλασματικών φαρμάκων εκείνα που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής κατά την χορήγηση τους καθώς η εξαγγείωση τους μπορεί να οδηγήσει σε νέκρωση των ιστών και εξελκώσεις είναι οι ανθρακυκλίνες π.χ. δοχορουβικίνη υδροχλωρική, τα αλκαλοειδή της Vinca π.χ. βινκριστίνη θειική και οι ποδοφυλλοτοξίνες π.χ. ετοποσίδη.

Βιβλιογραφία

1. Edelman S, Johnstone PA. Combined modality therapy for HIV-infected patients with squamous cell carcinoma of the anus: outcomes and toxicities. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2006 Sep 1;66(1):206-11.
2. Bird BR, Myers D, Ryan SM, Wyse G, O'Sullivan

- ST, Breathnach OS. Advanced Merkel cell cancer and the elderly. *Ir J Med Sci*. 2005 Jan-Mar;174(1):58-60.
3. Schrijvers D. Extravasation: a dreaded complication of chemotherapy. *Ann Oncol*. 2003;14 Suppl 3:iii26-30
4. Fiegl M, Kaufmann H, Steger GG. Ulcerative breast cancer: Mcase report and review of management. *Breast J* 2001 Nov-Dec;7(6):422-6.
5. Trimble EL. Melanomas of the vulva and vagina. *Oncology (Williston Park)*. 1996 Jul;10(7):1017-23; discussion 1024.
6. Stinson SF, DeLaney TF, Greenberg J, Yang JC, Lampert MH, Hicks JE, Venzon D, White DE, Rosenberg SA, Glatstein EJ. Acute and long-term effects on limb function of combined modality limb sparing therapy for extremity soft tissue sarcoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1991 Nov;21(6):1493-9

3. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΕΛΚΗ

Ντελής Βασίλειος

Διευθυντής Γαστρεντερολογικού τμήματος
Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Τα Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ), Ελκώδης κολίτιδα και νόσος του Crohn, έχουν ποικίλες και συχνές εξω-εντερικές εκδηλώσεις. Δερματικές εκδηλώσεις παρουσιάζονται στο 2-34% των ασθενών με ΙΦΝΕ. Η δραστηριότητά τους συνήθως συμβαδίζει με την δραστηριότητα της φλεγμονής στο έντερο, αλλά μπορεί να έχουν και ανεξάρτητη κλινική πορεία.

Οι συνηθέστερες δερματικές εκδηλώσεις της ΙΦΝΕ είναι το γαγγραινώδες πυόδερμα, το φλυκταινώδες εξάνθημα της ελκώδους κολίτιδας, το οζώδες ερύθημα, η μεταστατική νόσος Crohn και η ψωρίαση. Το γαγγραινώδες πυόδερμα είναι ελκωτική βλάβη, αλλά και το φλυκταινώδες εξάνθημα της ελκώδους κολίτιδας μπορεί να εξελιχθεί σε ελκωτική βλάβη.

Γαγγραινώδες πυόδερμα: Το γαγγραινώδες πυόδερμα συνδέεται τόσο με ελκώδη κολίτιδα, όσο και με νόσο Crohn. Εμφανίζεται ως ελκωτική ή φλυκταινώδης μορφή. Μπορεί να παρουσιαστεί συγχρόνως με την έναρξη της ΙΦΝΕ, αλλά και πριν ή μετά την εμφάνιση της ΙΦΝΕ. Το γαγγραινώδες πυόδερμα ξεκινά με πόνο και ακολούθως εμφανίζονται φλύκταινες που γρήγορα εξελκώνονται και δημιουργούνται οπές, δίκην κρατήρων, επικαθήμενων συριγγωδών πόρων, που περιέχουν άσηπτο πυώδες υλικό. Το όριο των βλαβών έχει μπλέ απόχρωση. Εντοπίζεται σχεδόν πάντοτε στις κνήμες ή γύρω από στομίες και σπανιότατα σε άλλες θέσεις, συμπεριλαμβανομένου του προσώπου. Είναι δύσκολη η διαφορική διάγνωση του γαγγραινώδους πυοδέρματος από άλλες ελκωτικές βλάβες. Η συνύπαρξη ΙΦΝΕ βοηθά στη διάκριση του γαγγραινώδους πυοδέρματος από άλλες κακοήθειες,

λοιμώδεις και αγγειακές αλλοιώσεις. Η δημιουργία μεγάλων ελκών μετά από ελάχιστο τραύμα είναι ειδικό χαρακτηριστικό του γαγγραινώδους πυοδέρματος.

Η αντιμετώπιση του γαγγραινώδους πυοδέρματος έχει 2 στόχους, αφ' ενός την ΙΦΝΕ και αφ' ετέρου τις δερματικές βλάβες. Πολύ σημαντικό είναι να προληφθεί η επιμόλυνση των δερματικών αλλοιώσεων. Η τοπική θεραπεία περιλαμβάνει διάφορα επιθέματα, αλλά κυρίως τοπικές εγχύσεις κορτικοειδών σε περιορισμένες βλάβες. Σε εκτεταμένες βλάβες απαιτείται και συστηματική χορήγηση κορτικοειδών ή και ανοσοκατασταλτικών (κυκλοσπορίνη-A, FK-506) φαρμάκων. Με συστηματική θεραπεία σχεδόν το σύνολο των βλαβών επουλώνεται σε διάστημα ενός έτους. Σε ανθεκτικές περιπτώσεις γαγγραινώδους πυοδέρματος φαίνεται να είναι αποτελεσματική η χορήγηση Infliximab (Remicade), ενός χιμαιρικού μονοκλωνικού αντισώματος έναντι του TNF-α, σε δόση 5 mg/Kg*. Η ανταπόκριση είναι εμφανής εντός μιας εβδομάδος, με πλήρη επούλωση των βλαβών εντός 1-11 εβδομάδων.

Ενίοτε έχει ένδειξη η δερματική χειρουργική σε συνδυασμό με την ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Η πρωκτοκολεκτομή δεν έχει καμία ένδειξη για την αντιμετώπιση ανθεκτικού γαγγραινώδους πυοδέρματος, δεδομένου ότι το γαγγραινώδες πυόδερμα μπορεί να έχει ανεξάρτητη πορεία από την ΙΦΝΕ ή και να εμφανιστεί ακόμη και μετά από την πρωκτοκολεκτομή.

Φλυκταινώδη εξανθήματα: Έχουν περιγραφεί σε μερικούς ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Εμφανίζονται ως ομάδα ερυθρηματωδών φυσαλλιδο-φλυκταινών, συνήθως σε εξάρσεις της ΙΦΝΕ και υποχωρούν με την υποχώρηση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων. Συνήθως επουλώνονται αφήνοντας υπέρχρωση του δέρματος. Ενίοτε εξελίσσονται σε νεκρωτικές πλάκες ή έλκη και τότε τίθεται θέμα διαφορικής διάγνωσης από το γαγγραινώδες πυόδερμα. Δεν υπάρχει ομοφωνία αν αυτές οι αλλοιώσεις αποτελούν ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα ή απλώς η φλεγμονώδης αντίδραση δεν είναι ικανή να οδηγήσει στο τυπικό γαγγραινώδες πυόδερμα.

Το βλαστικό (vegetans) πυόδερμα είναι μια μορφή φλυκταινώδους εξανθήματος. Συνήθως εμφανίζεται αρκετά χρόνια μετά την έναρξη της Ελκώδους κολίτιδας. Είναι ένα σπάνιο φλυκταινώδες εξάνθημα, που εντοπίζεται στις καμπτικές επιφάνειες των άκρων, αλλά και στον κορμό, ακόμη και στους βλεννογόνους. Ξεκινά σαν φλύκταινα, που γρήγορα διαβρώνεται αφήνοντας μια επηρμένη, αιμορραγική, αναβλύζουσα, βλαστική κόκκινη πλάκα, που μπορεί να περιβάλλεται από φλύκταινες. Οι πλάκες αυτές μπορεί να είναι εκτεταμένες. Τελικά αποξηραίνονται αφήνοντας μετά από μήνες ή χρόνια υπερχρωματικές ουλές. Το βλαστικό πυόδερμα μπορεί να υποτροπιάσει στο ίδιο σημείο. Τα φλυκταινώδη εξανθήματα της ελκώδους κολίτιδας αντιμετωπίζονται όπως το γαγγραινώδες πυόδερμα.