

Βιβλιογραφική Ενημέρωση

Ιωαννίδης Δ. | Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσ/κης

Μελάνωμα λεπτού πάχους

Παρ' όλο που το ποσοστό επιβίωσης στις περιπτώσεις των λεπτών μελανωμάτων υπερβαίνει το 90%, το 15% περίπου των θανάτων που καταγράφονται από το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου των Η.Π.Α. οφείλονται σε μελανώματα λεπτού πάχους. Η θνησιμότητα αυτή οφείλεται στον υψηλό αριθμό μελανωμάτων λεπτού πάχους που διαγιγνώσκονται στις Η.Π.Α. και υποδηλώνει την ανάγκη για έγκαιρη αναγνώριση και προγνωστική ταξινόμηση των λεπτών μελανωμάτων υψηλού κινδύνου, ιδιαίτερα όταν εξετάζεται η χορήγηση επιπρόσθετης αγωγής.

Προκειμένου να δημιουργηθεί ένα σύστημα ταξινόμησης που θα προβλέπει αποτελεσματικότερα τον κίνδυνο στα μελανώματα λεπτού πάχους, ερευνητές στο Πανεπιστήμιο της Πενσυλβάνιας εξέτασαν τα αρχεία 26.291 μελανωμάτων από το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου και πρότειναν νέες παραμέτρους, οι οποίες εφαρμόστηκαν σε 2389 περιπτώσεις μελανωμάτων που εξετάστηκαν από τη δική τους ομάδα. Οι παράμετροι της ηλικίας, φύλου, εντόπισης και χαρακτηριστικών του όγκου (επίπεδο διήθησης, βάθος διήθησης και έλκωση) ήταν διαθέσιμες για όλους τους ασθενείς. Οι ερευνητές εξέτασαν τέσσερις επιπλέον υποψήφιους προγνωστικούς παράγοντες: οριζόντια ή κατακόρυφη ανάπτυξη, παρουσία οριζόντιας υποστροφής, παρουσία μιτωγόνου δραστηριότητας κατά τον κατακόρυφο άξονα και διήθηση του όγκου από λεμφοκύτταρα.

Οι συγγραφείς ανέπτυξαν με τον τρόπο αυτό ένα προγνωστικό πρότυπο που ταξινομεί κατά βήματα τους ασθενείς σε διάφορες ομάδες και απέδειξαν ότι αυτό το νέο πρότυπο λειτουργεί σημαντικά καλύτερα από το υπάρχον σύστημα σταδιοποίησης (AJCC, American Joint Commission on Cancer staging system). Για παράδειγμα άνδρας ασθενής με μη ε-

ξελκωμένο μελάνωμα με βάθος διήθησης 0,81 χιλιοστών, το οποίο παρουσιάζει μιτωγόνο δραστηριότητα ταξινομείται με το νέο πρότυπο σε μία ομάδα με πιθανότητα δεκαετούς επιβίωσης 90,6% (στάδιο 1B του προηγούμενου συστήματος AJCC). Με το παλιό σύστημα της AJCC ο ίδιος ασθενής ταξινομείται ως σταδίου 1A ή T1a, με πιθανότητα δεκαετούς επιβίωσης 97,4%.

Σχόλιο (Hensim Tsao, MD, PhD)

Εάν ο αριθμός των μελανωμάτων συνεχίζει να αυξάνεται, ενώ το μέσο βάθος διήθησης παραμένει κάτω από το 1 χιλιοστό, οι θάνατοι που προκαλούνται από τα μελανώματα λεπτού πάχους επίσης θα αυξάνονται. Επομένως η έγκαιρη αναγνώριση αυτών των ασθενών με υψηλό κίνδυνο θανάτου είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η ομάδα του Πανεπιστημίου της Πενσυλβανίας ανέπτυξε ένα κομψό και αποτελεσματικό σύστημα πρόγνωσης, διαφορετικό από εκείνο των πμερών του Wallace Clark. Σύμφωνα με αυτό το νέο σύστημα φαίνεται ότι οι μεγαλύτεροι άνδρες με λεπτά, μη εξελκωμένα μελανώματα με μιτωγόνο δραστηριότητα έχουν χειρότερη πρόγνωση από ότι το υπάρχον σύστημα προτείνει. Αν και το σύστημα αυτό θέτει το θέμα της βιοψίας του φρουρού λεμφαδένα στη προγνωστική διαδικασία, θα πρέπει να μελετηθούν και άλλα στοιχεία της κλινικής πράξης σε περισσότερες ομάδες ασθενών, προκειμένου να καταλήξουμε σε κάποιο ασφαλές συμπέρασμα. Ο τελικός, βέβαια, σκοπός είναι η εντόπιση και αναγνώριση μοριακών δεικτών, οι οποίοι θα αντικαταστήσουν ακόμη και τα περισσότερα εξελιγμένα μαθηματικά πρότυπα.

Gimothy PA, et al. Identification of high-risk patients among those diagnosed with thin cutaneous melanomas. J Clin Oncol 2007; 25:1129-34.

Η θεραπεία της ακμής με λέιζερ: ακόμη αναμένεται

Τα αποτελέσματα πολλών, μη ελεγχόμενων μελετών προτείνουν ότι διάφοροι τύποι λέιζερ και άλλων πηγών φωτός βελτιώνουν την ακμή. Δυστυχώς το θετικό αποτέλεσμα της δράσης των εικονικών φαρμάκων και μεθόδων είναι υψηλό στην ακμή, καθιστώντας τις ελεγχόμενες μελέτες απαραίτητες. Σ' αυτήν την ελεγχόμενη, τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη, εφαρμόστηκαν σε 46 ασθενείς 3 συνεδρίες στο μισό πρόσωπο, με χρονική απόσταση 3 εβδομάδων η μία από την άλλη, με ένα λέιζερ Cool Touch II που εκπέμπει στα 1320 nm. Σε όλο το πρόσωπο εφαρμόστηκε πριν από τη θεραπεία, τοπικά, αναισθητική κρέμα λιδοκαΐνης 4%. Οποιαδήποτε αγωγή για την ακμή διακόπηκε 1 μήνα πριν από της εφαρμογή του λέιζερ. Οι ασθενείς εξετάστηκαν την 7^η και 14^η εβδομάδα, ενώ 37 από αυτούς εξετάστηκαν τουλάχιστον μία φορά μετά το τέλος της θεραπείας. Τριάντα ασθενείς ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Η εκτίμηση του αποτελέσματος συμπεριελάμβανε την καταμέτρηση των βλαβών, τη συνολική βαθμολογική αποτίμηση της σοβαρότητας της νόσου από φωτογραφίες και τη γνώμη των ιδίων των ασθενών.

Η διαφορά στον αριθμό των ανοικτών φαγεσώρων σε σχέση με την αρχή μεταξύ της πλευράς στην οποία εφαρμόστηκε η θεραπεία κανονικά και της άλλης στην οποία εφαρμόστηκε εικονικά ήταν στατιστικά σημαντική (27% μείωση στην υπό κανονική θεραπεία πλευρά του προσώπου με 12% αύξηση στην υπό εικονική θεραπεία πλευρά). Οι δύο πλευρές διέφεραν, επίσης, σημαντικά στο μέσο αριθμό των κύστεων, ο οποίος παρέμεινε στα χαμηλά επίπεδα του 0,22 στην υπό κανονική θεραπεία πλευρά με αύξηση από 0,27 στο 0,70 στην υπό εικονική θεραπεία πλευρά. Δεν υπήρχε διαφορά στον αριθμό των βλατίδων και των φλυκταινών μεταξύ των δύο πλευρών και ο αριθμός τους φαινόταν να κυμαίνεται ανοδικά ή καθοδικά ανεξάρτητα από τη θεραπεία.

Τρεις διαφορετικοί δερματολόγοι εξέτασαν τις φωτογραφίες των ασθενών, παρατηρώντας μία πολύ ήπια βελτίωση της σοβαρότητας της νόσου μεταξύ των δύο πλευρών του προσώπου. Η θεραπεία ήταν μετρίως επώδυνη στο 74% τουλάχιστον των ασθενών. Η μέτρηση του σμήγματος με την αντίστοιχη ταινία δεν έδειξε διαφορά στην ποσότητα παραγωγής του. Στην εκτίμηση των ιδίων των ασθενών το 43% από αυτούς ανέφερε τουλάχιστον μέτρια βελτίωση της ακμής, ενώ το 53% ανέφερε λιγότερη λιπαρότητα της υπό θεραπεία περιοχής. Το 57% και το 73% των α-

σθενών που είχαν λάβει αγωγή από το στόμα και τοπική αγωγή αντιστοίχως δήλωσε ότι προτιμούσε τη θεραπεία με λέιζερ. Λίγες παροδικές τοπικές αντιδράσεις σημειώθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων δύο περιπτώσεων υπερχρωμίας και δύο περιπτώσεων εμφάνισης φυσαλλίδων.

Σχολιο (George J. Hruza, MD)

Το λέιζερ των 1320 nm φαίνεται να είναι χαμηλής, εάν πράγματι υπάρχει κάποια, αποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση της ακμής. Πολλοί ασθενείς προτιμούσαν τη θεραπεία με λέιζερ, αλλά αυτό το ποσοστό μειωνόταν δραματικά, όταν έπρεπε οι ίδιοι να καλύψουν το κόστος της συγκεκριμένης αγωγής.

Το μήκος κύματος των 1450 nm, το οποίο έχει συχνότερα χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της ακμής, απορροφάται καλύτερα από τους σμηγματογόνους αδένες από ότι το μήκος κύματος των 1320 nm, καθιστώντας λιγότερο πιθανό αυτό το λέιζερ να είναι αποτελεσματικό στην αντιμετώπιση της ακμής. Μεταβάλλοντας τις παραμέτρους λειτουργίας του μηχανήματος κατά τη διάρκεια της θεραπείας και αυξάνοντας τον αριθμό των συνεδριών είναι δυνατόν να βελτιωθούν τα αποτελέσματα. Επομένως, μέχρι σήμερα, οι παραδοσιακές θεραπείες που εφαρμόζονται στην ακμή παραμένουν οι θεραπείες εκλογής.

Orringer JS, et al. A randomized, controlled, split-face clinical trial of 1320-nm Nd:YAG laser therapy in the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2007;56:432-8.

Πόσο αντιηλιακό είναι αρκετό;

Ο δείκτης προστασίας ενός αντιηλιακού χρησιμοποιείται από τους Εθνικούς Οργανισμούς φαρμάκων στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. για να προσδιοριστεί η σχετική αποτελεσματικότητα ενός αντιηλιακού σκευάσματος στην πρόληψη του εγκαύματος. Για να επιτευχθεί ο βαθμός προστασίας που υποδηλώνει ο δείκτης απαιτείται ομοιόμορφη εφαρμογή του αντιηλιακού στο δέρμα, σε ποσότητα 2 mg/cm² πριν από την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. Προηγούμενες μελέτες κατέδειξαν ότι συνήθως η ποσότητα που επαλείφεται από τους καταναλωτές είναι 0,5 mg/cm², δηλαδή το 25% μόνο της προτεινόμενης ποσότητας. Ερευνητές στη Δανία εξέτασαν το βαθμό στον οποίο η εφαρμογή ποσοτήτων αντιηλιακού, διαφορετικών από την προτεινόμενη, επηρεάζουν τη φωτοπροστασία.

Σε 19 εθελοντές, με φωτότυπους δέρματος I-III, εφαρμόστηκε αντιηλιακό σκέυασμα με δείκτη 4 σε ποσότητα 0,5, 1,0, 2,0 και 4,0 mg/cm², πριν από την έκθεση σε ελάχιστης ερυθθηματογόνου δόσης υπεριώδη ακτινοβολία. Όταν η ποσότητα των 4, 0 mg/cm² εφαρμόστηκε (δύο φορές περισσότερη από την προτεινόμενη), η φωτοπροστασία υπολογίστηκε σε 16,8 φορές μεγαλύτερη από ότι στο μη προφυλασόμενο δέρμα, ενώ όταν η ποσότητα των 0,5 mg/cm² εφαρμόστηκε (η ποσότητα που επαλείφουν οι περισσότεροι άνθρωποι), η προστασία ήταν μόνο 1,8 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με το δέρμα που δεν προφυλάσσονταν. Η ανάλυση, τελικά, του μαθηματικού προτύπου που προέκυψε από τις μετρήσεις έδειξε ότι η εφαρμογή στην καθημερινή πράξη ενός αντιηλιακού σκευάσματος με δείκτη προστασίας 4, 8 και 16 προσφέρει ουσιαστικά δείκτες προστασίας 1,4, 1,7 και 2 αντιστοίχως. Δηλαδή, μόνον εξ αιτίας της ποσότητας εφαρμογής του αντιηλιακού, ο δείκτης που αναγράφεται στην εξωτερική συσκευασία του σκευάσματος μειώνεται σε ποσοστό που κυμαίνεται από 65% έως 87%.

Σχόλιο (Craig A. Elmets, MD)

Αν και η μελέτη έλεγξε ένα αντιηλιακό σκέυασμα με δείκτη προστασίας μόνον 4, τα αποτελέσματα ε-

πηρεάζουν σημαντικά την απόφασή μας που αφορά στη σύσταση κάποιου συγκεκριμένου αντιηλιακού προϊόντος. Στην καθημερινή πράξη οι άνθρωποι ποτέ δεν εφαρμόζουν το αντιηλιακό, όπως συστήνεται από τους Εθνικούς Οργανισμούς Φαρμάκων. Εφαρμόζουν πολύ μικρότερη ποσότητα από την κανονική, το επαλείφουν ανομοιομερώς, και οι περισσότεροι δεν υπολογίζουν ότι τα αντιηλιακά χάνουν τη δρασικότητά τους μετά από 3 έως 4 ώρες. Επομένως, ούτε εμείς οι δερματολόγοι, ούτε οι ασθενείς μας θα πρέπει να στηριζόμαστε σ' αυτήν μόνο τη μέθοδο φωτοπροστασίας. Η αποφυγή έκθεσης στον ήλιο θα πρέπει να αποτελεί μία από τις καθημερινές μας φροντίδες. Όταν χρησιμοποιούνται τα αντιηλιακά σκευάσματα, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι όσο μεγαλύτερος ο δείκτης προστασίας τόσο το καλύτερο, ιδιαίτερα όταν η διαφορά κόστους μεταξύ των διαφόρων σκευασμάτων είναι μικρή.

Faurscbou A, Wulf HC. The relation of sun protection factor and amount of sunscreen applied in vivo. *Br J Dermatol* 2007;156:716-9.

Journal Watch, Dermatology. From the publishers of the *N Engl J Med*. May 2007;15(5):33-6.

Αλληλογραφία: Ιωαννίδης Δ.

Δερματολόγος - Αφροδισιολόγος

Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Δελφών 124, 546 43 Θεσ/κη

E-mail: dem@auth.gr



ΑΛΩΠΕΚΙΕΣ



Μοναδική τοπική αναστολή
των ανδρογόνων και
ρύθμιση του ανοσιακού
συστήματος.



WORLD PATENT



Προϊόντα Ευρωπαϊκής Ένωσης Αποκλειστική Διάθεση: INPA Α.Ε.
17ης Νοέμβριου 73, Βι.Πα. Πυλαίας, Τ.Κ. 543 52 Θεσσαλονίκη Τηλ.: 2310 951710,
Κηφισίας 154, Τ.Κ. 15126, Αθήνα, Τηλ.: 210 8025014, Πληροφορίες: 2310 951709
e-mail: info@inpa-gr.com - www.inpa-gr.com