

Εφηβεία και οστά

Η εφηβεία αποτελεί την περίοδο της μεγαλύτερης ανάπτυξης της οστικής μάζας (περίπου το 95 % της τελικής οστικής μάζας) αλλά και την ηλικία-κλειδί για την καταπολέμηση της οστεοπόρωσης των ενηλίκων. Επομένως, είναι εξαιρετικά σημαντική η εξασφάλιση της απαραίτητης ημερήσιας ποσότητας σε ασβέστιο, δηλαδή τα 1300 mg ημερησίως, τα οποία ισοδυναμούν με 4 ποτήρια γάλα ή με 3 ποτήρια εμπλουτισμένο γάλα ή με ισοδύναμες μερίδες γαλακτοκομικών. Σημαντικοί επίσης παράγοντες που επιδρούν στην οστική μάζα είναι η ισορροπημένη πρόσληψη πρωτεϊνών και η διατροφή. Συστήνεται να αποφεύγεται η κατάχρηση αλκοόλ και τσιγάρων και να ενισχύεται η φυσική δραστηριότητα (βλ. κεφ. για οστεοπόρωση). Ιδιαίτερα κατά την περίοδο της αυξητικής αιχμής οι έφηβοι χρειάζεται να εξετάζονται ετησίως για την ανίχνευση πιθανής σκολίωσης, η ανεύρεση της οποίας σε αναπτυσσόμενο έφηβο απαιτεί την παραπομπή του σε ορθοπαιδικό. Εάν η ανάπτυξη έχει ολοκληρωθεί και η σκολίωση είναι ήπια, δε θα υπάρξει εξέλιξη και δεν απαιτείται παρέμβαση ή περαιτέρω παρακολούθηση.

Συνήθης εργαστηριακός έλεγχος (« έλεγχος ρουτίνας»)

Οι εργαστηριακές εξετάσεις, στις οποίες πρέπει να υποβάλλεται ένας υγιής έφηβος στα πλαίσια ενός ελέγχου ρουτίνας, είναι ελάχιστες, αφού η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία συνιστά **μόνο μια γενική αίματος και μια γενική ούρων ετησίως**. Ωστόσο, οι έφηβοι αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη σιδηροπενίας, εφόσον:

- λόγω της αύξησης των σωματικών διαστάσεων αυξάνει ο όγκος του αίματος και ο μυελός καλείται να παραγάγει έμμορφα στοιχεία, έχοντας αυξημένες ανάγκες σε σίδηρο.
- οι έφηβοι δεν έχουν συνήθως σωστές διαιτητικές συνήθειες και έτσι δε λαμβάνουν τις απαραίτητες ημερήσιες συνιστώμενες δόσεις σιδήρου.
- τα αγόρια αναπτύσσουν το μυϊκό τους σύστημα και η μυοσφαιρίνη έχει ως κύριο συστατικό της το σίδηρο.
- στα κορίτσια ξεκινάει η εμμηνορροσία.
- οι έφηβοι που αθλούνται παρουσιάζουν αυξημένες ανάγκες σε σίδηρο εξαιτίας της αυξημένης μυϊκής μάζας αλλά και των απωλειών του σιδήρου με τον ιδρώτα.

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 στην εφηβεία

Τέλος, η Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρία, ορμώμενη και από τα επιδημιολογικά στοιχεία που φέρουν το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε ολοένα αυξανόμενα ποσοστά επίπτωσης στους εφήβους, συνιστά και τη μέτρηση σακχάρου νηστείας ανά δύο έτη σε εφήβους με ΔΜΣ άνω της 85ης ΕΘ που πληρούν τουλάχιστον ένα από τα εξής κριτήρια:

- οικογενειακό ιστορικό ΣΔ τύπου 2 σε συγγενείς πρώτου ή δεύτερου βαθμού.
- κλινικά σημεία αντίστασης στην ινσουλίνη, όπως είναι η μελανίζουσα ακάνθωση ή το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.

Συμπεράσματα

Η εφηβεία αποτελεί την κατεχόμενη περίοδο, κατά την οποία κάθε άνθρωπος αποκτά την ευθύνη για την ύπαρξή του αλλά και το δικαίωμα να ορίζει και να διαχειρί-



ζεται τη σωματική και ψυχική του υγεία. Οι δεξιότητες, οι γνώσεις, οι τακτικές και οι συνήθειες για την προαγωγή της υγείας, τις οποίες ο έφηβος θα ενστερνιστεί κατά τη μαγική αυτή περίοδο της ζωής του, είναι αυτές που κατά το πλείστον θα διέπουν και την ενήλικη ζωή του και θα καθορίσουν την ποιότητά της. Για το λόγο αυτό, η εφηβεία είναι η περίοδος που αξίζει τη μέγιστη αφοσίωση των επαγγελματιών υγείας, ώστε να θεμελιώσουν την υγεία στην κοινωνία των ενηλίκων του αύριο, εκπαιδεύοντας σωστά τους σημερινούς εύπλαστους εφήβους.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- *American Medical Association - Department of Adolescent Health. Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS). Recommendations Monograph. 1997. Διαθέσιμο στις 27/08/2010 από <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/39/gapsmono.pdf>*
- *Μαραγκός Γ. Εφηβική Ιατρική: Βασικά Θέματα και αρχές. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1997*

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- <http://www.ama-assn.org>
- <http://www.youth-health.gr/gr/index.php?J=1&K=1>



ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΦΗΒΟ

(ακρωνύμιο HEADSSS)

Η επικοινωνία ανάμεσα στον ιατρό και τον έφηβο αποτελεί πρόκληση για τον κάθε επαγγελματία υγείας, ο οποίος επιθυμεί να μελετήσει αυτήν την ηλικιακή περίοδο του πειραματισμού και της αμφισβήτησης. Τα απαραίτητα συστατικά για την επίτευξη μιας υγιούς σχέσης επικοινωνίας είναι η αμοιβαία εμπιστοσύνη και ο σεβασμός, εφόσον στο αξιακό σύστημα των εφήβων η **εμπιστευτικότητα** κατέχει την κορυφή του βάρους.

Ωστόσο, οι παιδίατροι δεν έχουν συνήθως ανεπτυγμένες δεξιότητες επικοινωνίας, ώστε στη λήψη του ιστορικού να συζητήσουν με τον έφηβο για σεξουαλικά ζητήματα, για χρήση ουσιών ή για παραβατικές συμπεριφορές. Το ακρωνύμιο **HEADSSS** αποτελεί ένα από τα πιο χρήσιμα εργαλεία στα χέρια των ιατρών που ασχολούνται με τους εφήβους, αφού χρησιμοποιείται σε όλον τον κόσμο, προκειμένου να βοηθήσει τον ιατρό να προσεγγίσει πολύπλευρα την εφηβική προσωπικότητα και να καλύψει όλο το φάσμα των ιδιαιτεροτήτων της ηλικιακής αυτής ομάδας. (Πίνακας 1)

Η πρώτη συνάντηση

Στην πρώτη προγραμματισμένη συνάντηση μεταξύ ιατρού και εφήβου η σύσταση είναι ο ιατρός να συναντά τον έφηβο έξω από το εξεταστήριο και να τον προϋπαντεί ουσιαστικά από τον χώρο αναμονής, όπου καλείται να συνάψει μαζί του την πρώτη τους χειραψία και να ζητήσει από τον έφηβο να του συστήσει τα μέλη της οικογένειας που τον συνοδεύουν. Έτσι, καθίσταται από την αρχή σαφές ότι πρόκειται να οικοδομηθεί μια ιατρική σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον έφηβο, ο οποίος βέβαια θα πρωταγωνιστήσει απόλυτα και θα μονοπωλήσει για την αρχή τουλάχιστον το ενδιαφέρον και το χρόνο του ιατρού. Έπειτα, μόνοι οι δυο τους θα περάσουν στο εξεταστήριο και θα ξεκινήσουν να προσεγγίζουν το εκάστοτε θέμα που απασχολεί τον έφηβο, ενώ στη συνέχεια καλούνται να συνεπικουρήσουν και να προσφέρουν στη συζήτηση και οι γονείς. Με τον τρόπο αυτό αυξάνονται οι πιθανότητες ο έφηβος να εμπιστευτεί τον ιατρό και να ανοιχθεί σε αυτόν.

Εγκαθιστώντας μια σχέση εχεμύθειας

Το δεύτερο σημαντικό βήμα που οφείλει να κάνει ο ιατρός είναι να διαβεβαιώσει τον έφηβο ότι το περιεχόμενο της συζήτησής τους είναι εμπιστευτικό και ότι θα παραμείνει τέτοιο, όταν οι γονείς κληθούν να συμμετάσχουν στη συνάντησή τους. Ωστόσο, ζωτικής σημασίας είναι η διευκρίνιση με ξεκάθαρο τρόπο πως η εχεμύθεια από μέρους του δεν μπορεί να είναι ατέρμονη, αλλά αντίθετα τα όριά της παραβιάζονται, όταν ο έφηβος ή κάποιος τρίτος τίθεται σε άμεσο κίνδυνο, όπως η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση.

«Οτιδήποτε συζητήσουμε σε αυτήν τη συνάντηση είναι απόρρητο. Αυτό σημαίνει ότι δεσμευόμαστε να μην το μεταφέρω σε κανένα τρίτο πρόσωπο, συμπεριλαμβανομένων και των γονέων σου. Μόνη εξαίρεση αποτελεί η περίπτωση, κατά την οποία θα κρίνω ότι εσύ ή κάποιος άλλος βρίσκεται σε σοβαρό κίνδυνο να πάθει κακό. Τότε και μόνο τότε, να γνωρίζεις ότι θα πρέπει να ενημερώσω κάποιον τρίτο». Αυτό είναι ένα παράδειγμα, που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί, προκειμένου να διευκρινιστεί σαφώς το πλαίσιο, στο οποίο πρόκειται να κινηθεί η δέσμευση της εμπιστευτικότητας από μέρους του ιατρού.

Χτίζοντας μια αρμονική σχέση

Μια επιτυχημένη σχέση επικοινωνίας ιατρού και εφήβου μπορεί να οικοδομηθεί:

- θέτοντας τις κατάλληλες ερωτήσεις με βάση το ψυχοκοινωνικό στάδιο κάθε εφήβου. Σε ώριμους εφήβους θέτουμε ανοιχτές ερωτήσεις, ενώ σε πιο ανώριμους εξελικτικά εφήβους προσφέρουμε εναλλακτικές προτάσεις, όπως για παράδειγμα η ερώτηση «προτιμάς τα μαθηματικά ή την ιστορία στο σχολείο;».
- ξεκινώντας τη συζήτηση με τα ήπια ζητήματα, τα οποία δεν αποτελούν το πρόβλημα που απασχολεί τον έφηβο και τον οδηγεί στον ιατρό. Για παράδειγμα, εάν το τρέχον πρόβλημα είναι οι απόπειρες του εφήβου να βλάψει τον εαυτό του, τότε η συζήτηση είναι καλό να ξεκινάει με ερωτήσεις σχετικά με το σχολείο.
- προτιμώντας να ακούμε τον έφηβο, γιατί του δίνουμε την ευκαιρία να μας αφηγηθεί ο ίδιος τα γεγονότα, τις σκέψεις ή τα συναισθήματά του.
- λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη μας τις ανησυχίες του εφήβου, χωρίς να υποτιμούμε τα θέματα που τον απασχολούν.
- αποφεύγοντας την επίκριση προσώπων, επειδή είναι χρέος μας να καταδικάζουμε τη λανθασμένη συμπεριφορά και όχι το πρόσωπο που την έκανε.
- ελαχιστοποιώντας τις σημειώσεις που θα κρατήσουμε την ώρα που μιλάει ο έφηβος, γιατί έτσι μεγιστοποιούμε την οπτική επαφή.

Η αξιολόγηση HEADSSS

Το εργαλείο αυτό αποτελεί ένα αρκτικόλεξο, που βοηθάει τον ιατρό να συζητήσει με λεπτομέρεια όλα τα απαραίτητα ζητήματα που είναι πιθανό να απασχολούν αυτήν την ομάδα του πληθυσμού. Παρακάτω παραθέτουμε μερικές ιδέες για ενδεικτικές ερωτήσεις για μια πλήρη λήψη ιστορικού σε έναν έφηβο:

1. **Home and relationships – Οικογένεια και ανθρώπινες σχέσεις**

Πόσα μέλη αριθμεί η οικογένειά σου; Ποιος άλλος μένει στο σπίτι μαζί σας; Έχεις το δικό σου δωμάτιο ή το μοιράζεσαι με κάποιον; Πόσο χρόνο περνάς στο σπίτι σου; Με ποιον τα πηγαίνεις καλύτερα μέσα στο σπίτι σου και με ποιον

έχεις τους περισσότερους διαξιφισμούς; Ποιο είναι το κύριο θέμα προς επίλυση που έχεις στο σπίτι; Έχεις φύγει ποτέ από το σπίτι; Σε ποιον καταφεύγεις στο σπίτι, όταν δε νιώθεις καλά;

2. **Education and employment – Εκπαίδευση και επαγγελματικός στόχος**

Σε ποια τάξη φοιτάς; Πώς τα πας με τους βαθμούς σου; Τι είναι αυτό που σου αρέσει περισσότερο και τι λιγότερο στο σχολείο σου; Έχουν αλλάξει καθόλου οι βαθμοί σου, καθώς μεγαλώνεις; Σε ποια χρονιά τα πήγες καλύτερα και ποια τάξη ήταν η χειρότερη όσον αφορά τους βαθμούς σου; Έχεις ποτέ επαναλάβει κάποια τάξη; Έχεις φίλους στο σχολείο; Πώς περνάς εκεί; Τι σκέφτεσαι να κάνεις μετά από το σχολείο; Μήπως έχεις δουλέψει ποτέ;

3. **Activities and hobbies – Δραστηριότητες και χόμπι**

Με τι ασχολείσαι στον ελεύθερό σου χρόνο; Τι σε ξεκουράζει; Κάνεις κάποιο άθλημα; Με ποια δραστηριότητα περνάς πιο ευχάριστα; Έχεις κάποιον αγαπημένο φίλο, με τον οποίο περνάς αυτές τις ώρες της ανάπαυσης;

Σε αυτό το στάδιο είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επαναεπιβεβαιώσουμε τον έφηβο για το απόρρητο της συνομιλίας.

4. **Drugs, alcohol and tobacco – Ουσίες, αλκοόλ και καπνός**

Καπνίζει κανείς στο σπίτι; Πολλοί έφηβοι καπνίζουν, εσένα σου έχουν προσφέρει ποτέ τσιγάρο; Πόσα τσιγάρα καπνίζεις καθημερινά; Πολλοί άνθρωποι ξεκινούν να πίνουν αλκοόλ σαν έφηβοι, εσύ έχεις δοκιμάσει ποτέ αλκοόλ; Πόσο έχεις πει και πόσο συχνά το δοκιμάζεις; Κάποιοι νέοι κάνουν χρήση χασίς, εσύ το έχεις δοκιμάσει ποτέ; Αν ναι, πόσες φορές; Από τις υπόλοιπες ναρκωτικές ουσίες έχεις δοκιμάσει κάποιες και ποιες;

5. **Sexual activity and sexual identity – Σεξουαλική δραστηριότητα και σεξουαλική ταυτότητα**

Έχεις κάποια σχέση αυτήν την περίοδο; Είναι αγόρι ή κορίτσι; Είχες ποτέ σεξουαλική επαφή; Νιώθεις να σε ελκύουν αγόρια ή κορίτσια; Χρησιμοποίησες αντισύλληψη και τι είδους; Ξέρεις πώς να προφυλάξεις τον εαυτό σου από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και από μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη;

6. **Self harm / suicide / depression – Αυτοκτονία / Κατάθλιψη**

Νιώθεις ποτέ μεγάλη λύπη; Τι κάνεις τότε; Νιώθεις ποτέ πολύ μεγάλη αγωνία και άγχος; Πώς νιώθεις σήμερα σε μια κλίμακα από το 0 έως το 10, όπου το 0 είναι η μεγάλη λύπη και το 10 η μεγάλη χαρά; Έχεις σκεφτεί ποτέ να κάνεις κακό στον εαυτό σου; Έχεις προσπαθήσει ποτέ να βλάψεις τον εαυτό σου; Έχεις νιώσει ποτέ ότι η ζωή δεν αξίζει, για να συνεχίσεις να ζεις; Εύχεσαι ποτέ να μην ξυπνήσεις το πρωί; Γνώριζες κάποιον που έχει αυτοκτονήσει;

Πίνακας 1 Ακρωνύμιο HEADSS για τη συνέντευξη του εφήβου.

Home and relationships	Οικογένεια και ανθρώπινες σχέσεις
Education and employment	Εκπαίδευση και επαγγελματικός στόχος
Activities and hobbies	Δραστηριότητες και χόμπι
Drugs, alcohol and tobacco	Ουσίες, αλκοόλ και καπνός
Sexual activity and sexual identity	Σεξουαλική δραστηριότητα και σεξουαλική ταυτότητα
Self harm / suicide / depression	Αυτοκτονία / Κατάθλιψη
Safety and abuse	Ασφάλεια και εκμετάλλευση



7. **Safety and abuse – Ασφάλεια και εκμετάλλευση**
8. **Φοβάσαι καθόλου στο χώρο του σχολείου ή στη γειτονιά σου;** Κουβάλλησες ποτέ κάποιο αντικείμενο, με το οποίο να μπορείς να βλάψεις τους άλλους στο σχολείο, όπως σουγιά ή μαχαίρι; Μήπως οι φίλοι σου φέρουν μαζί τους τέτοια αντικείμενα; Είχες ποτέ καυγά στο σχολείο; Υπάρχουν στο σπίτι σας όπλα; Αν ναι, έχεις πρόσβαση σε αυτά; Υπήρξες ποτέ θύμα βίας; Σε έχει εκμεταλλευτεί ποτέ κάποιος; Έχει κάνει ποτέ κάποιος σε εσένα κάτι που δεν ήθελες ή κάτι, για το οποίο ντρέπεσαι; Έχεις νιώσει ποτέ θύμα κάποιου; Συμμετέχεις σε κάποια ομάδα νέων που κάνουν πράξεις βίας, όπως είναι οι συμμορίες;

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- *Neinstein LS.* Adolescent Healthcare: A practical Guide, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002
- *Payne D, Martin C, Viner R, Skinner R.* Adolescent medicine in paediatric practice. Arch Dis Child 2005, 90: 1133-1137
- *Viner R.* ABC of adolescence. Oxford: Blackwell Publishing, 2005
- *Wood D.* Adolescents and the HEADSSS Assessment. Nottingham University Hospitals: Paediatric clinical Guidelines of Adolescent Medicine, 2006. Διαθέσιμο στις 27/08/2010 από http://4895169512528513054-a-1802744773732722657-s-sites.googlegroups.com/site/nottinghamchildhealth/guidelines/adolescent-health/HEADSSSAssessment.pdf?attachauth=ANoY7cqmvvZLfWVM3ikoqmQNfd4C4nAuoY60vseddG6v6s2dPJXLd8MIYNiDHKFAoxlBLMTZubGgD7RWGYp0eU3-FBXo0Qkl6ZbO1YhgtenHnzo7vn6WDTmdeZlDwNCR2n_dd1F3XIZ4Ppgy0bPCOcPERg_6UUotdgwjq7AsTpGZAHKF6aTvErk0QxiM0OU0mOXPCWNj6TpNox7VIJn0sdBeYFGvSGOsrx2-To2S4vdP5oW6iiANTvKEzuiTULwDFH9R1CpmPnB&attredirects=0

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- <http://www.health.state.mn.us/youth/providers/screening.html>



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

1. ΓΕΝΙΚΑ

Σύμφωνα με την 53^η συνεδρίαση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2003 στη Βιέννη, η κατάσταση της υγείας των εφήβων στις Ευρωπαϊκές χώρες δε βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο, γεγονός που επιφέρει σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος και απώλειες σε ανθρώπινο δυναμικό. Η επένδυση στη βελτίωση της υγείας των νεαρών ατόμων αναστέλλει τις επιπλοκές του μέλλοντος και αποτελεί πραγματικό κέρδος για το σύνολο του πληθυσμού. Συνεπώς, ο Π.Ο.Υ. προτρέπει όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες να δώσουν προτεραιότητα στην υγεία της εφηβικής ηλικίας, καθώς και στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι νέοι.

Τα ζητήματα υγείας που προκύπτουν σήμερα στους εφήβους ποικίλλουν. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι διαταραχές της σωματικής ανάπτυξης, τα διάφορα ενδοκρινολογικά προβλήματα, τα δερματολογικά προβλήματα (ακμή), οι διαταραχές εμμηνόρρυσιας, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, οι διατροφικές διαταραχές (ανορεξία, παχυσαρκία), το άγχος, η κατάθλιψη, οι μαθησιακές διαταραχές και τα προβλήματα στις σχέσεις με την οικογένεια και το σχολικό περιβάλλον (Πίνακας 1). Παράλληλα, αρκετοί έφηβοι υιοθετούν συμπεριφορές και συνήθειες που αποκλίνουν από τον τρόπο συμπεριφοράς των συνομηλίκων τους. Επιδίδονται σε δραστηριότητες που μπορούν να προκαλέσουν ζημιά στο περιβάλλον ή και στον εαυτό τους με δυσάρεστες συνέπειες στη ζωή και την υγεία τους. Το κάπνισμα, η χρήση παράνομων ουσιών, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η αντικοινωνική και βίαιη συμπεριφορά, η χαμηλή σχολική επίδοση, η κατάθλιψη και η απόπειρα αυτοκτονίας, η λανθασμένη εικόνα του σώματος και αντίληψη του σωματικού βάρους, η μειωμένη προσωπική ασφάλεια (τροχαία ατυχήματα), η κατάχρηση του διαδικτύου, καθώς και η ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες) ανήκουν στις συμπεριφορές υψηλού κινδύνου που εμφανίζουν σήμερα οι έφηβοι (Πίνακας 2).

Πίνακας 1 Ζητήματα υγείας των εφήβων.

- διαταραχές της σωματικής ανάπτυξης
- ενδοκρινολογικά προβλήματα
- δερματολογικά προβλήματα (ακμή)
- διαταραχές εμμηνορρυσίας
- σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- διατροφικές διαταραχές (ανορεξία, παχυσαρκία)
- άγχος, κατάθλιψη
- μαθησιακές διαταραχές

Πίνακας 2 Συμπεριφορές υψηλού κινδύνου των εφήβων.

- κάπνισμα
- χρήση παράνομων ουσιών
- υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ
- αντικοινωνική και βίαιη συμπεριφορά
- χαμηλή σχολική επίδοση
- κατάθλιψη και απόπειρα αυτοκτονίας
- λανθασμένη εικόνα του σώματος και αντίληψη του σωματικού βάρους
- μειωμένη προσωπική ασφάλεια (τροχαία ατυχήματα)
- μειωμένη σωματική δραστηριότητα
- κατάχρηση του διαδικτύου
- ριψοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά (σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες)

2. ΚΟΙΝΗ ΑΚΜΗ

Ορισμός

Η κοινή ακμή είναι μια χρόνια φλεγμονώδης πολυπαραγοντική νόσος της εφηβείας, η οποία χαρακτηρίζεται από πολύμορφες βλάβες των τριχοσμηγματογόνων θυλάκων κυρίως του προσώπου.

Επιδημιολογία

Η ακμή αποτελεί τη συχνότερη δερματολογική διαταραχή και εμφανίζεται τυπικά στην πρώιμη εφηβεία. Εμφανίζει τη μεγαλύτερη συχνότητα στα κορίτσια 14-17 ετών και στα αγόρια 16-19 ετών, ενώ στην πλειονότητα των ασθενών υποχωρεί αυτόματα στην ηλικία των 23-25 ετών. Ωστόσο, σε ποσοστό 5% στις γυναίκες και 1% στους άντρες μπορεί να επιμένει σε ήπια μορφή μέχρι και την ηλικία των 40 ετών. Η επίπτωσή της στους εφήβους και στους νεαρούς ενήλικες είναι υπερβολικά υψηλή, αφού προσβάλλει το 85% των ατόμων ηλικίας 12-24 ετών. Η συχνότητά της στις ηλικίες 16-17 ετών έχει υπολογιστεί σε 95-100% στα αγόρια και σε 83-85% στα κορίτσια. Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ προσβάλλει 40 έως 50 εκατομμύρια άτομα το χρόνο και περισσότερα από το 25% αναζητούν ιατρική συμβουλή, όμως το 74% αυτών με καθυστέρηση ενός έτους.

Συναισθηματικές επιπτώσεις

Η επίδραση της ακμής στην ποιότητα ζωής είναι αναμφισβήτητη, εφόσον μπορεί να έχει σημαντική αρνητική επιρροή στη συναισθηματική υγεία και την κοινωνικότητα και να συσχετίζεται με άγχος, αμηχανία, έλλειψη αυτοπεποίθησης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση και κατάθλιψη αλλά και με υψηλότερα από το μέσο όρο ποσοστά ανεργίας.

Παθοφυσιολογία

Οι βλάβες αφορούν την τριχοσμηγματογόνο μονάδα που αποτελείται από το θύλακο της τρίχας, το στέλεχος της τρίχας και το σμηγματογόνο αδέν. Η ακμή προσβάλλει τις τριχοσμηγματογόνους μονάδες του προσώπου και του άνω τμήματος του κορμού στο στήθος και την πλάτη και επίσης τον τράχηλο, τους ώμους και την εξωτερική επιφάνεια των βραχιόνων, όπου οι σμηγματογόνοι αδένες βρίσκονται σε μεγαλύτερη συγκέντρωση και είναι περισσότερο ενεργοί.

Η ακμή είναι ανδρογόνο-εξαρτώμενη. Από την ηλικία των 7-8 ετών η αδρεναρχή προκαλεί αυξημένη παραγωγή θειικής δεϋδροεπιανδροστενεδιόνης από τα επινεφρίδια, με επακόλουθη αύξηση της τεστοστερόνης και της διυδροτεστοστερόνης. Η τελευταία ορμόνη παράγεται στους σμηγματογόνους αδένες από την τεστοστερόνη με τη δράση του ενζύμου 5-α-αναγωγάσης και είναι η κύρια ορμόνη, η οποία είναι υπεύθυνη για τη μεγέθυνση των σμηγματογόνων αδένων και για την αυξημένη παραγωγή σμήγματος.

Η παθογένεια είναι πολυπαραγοντική, μια και πιστεύεται ότι προκαλείται από την αλληλεπίδραση τεσσάρων παραγόντων. Η αυξημένη παραγωγή σμήγματος εξαιτίας της υπερπλασίας και της υπερλειτουργίας των σμηγματογόνων αδένων αποτελεί την πρώτη διαταραχή, η οποία οφείλεται στην παραγωγή ανδρογόνων από τον οργανισμό. Η επακόλουθη υπερκερατινοποίηση του τριχοσμηγματογόνου θυλάκου παρεμποδίζει τη φυσιολογική απόπτωση των κερατινοκυττάρων, τα οποία αποφράζουν και διατείνουν το θύλακο, με αποτέλεσμα να σχηματίζεται ο αόρατος με γυμνό μάτι μικροφαγέσωρας. Έτσι, λιπίδια και νεκρά κύτταρα συσσωρεύονται στον ήδη αποφραγμένο θύλακο και δημιουργούν ένα μικροπεριβάλλον, που ευνοεί τον αποικισμό και πολλαπλασιασμό του προπιονικού βακτηριδίου της ακμής (*Propionibacterium acnes*). Πρόκειται για ένα Gram θετικό αναερόβιο πλειόμορφο διφθεροειδές βακτήριο, που πυροδοτεί μία ανοσολογική απάντηση με την παραγωγή πολυάριθμων φλεγμονωδών μεσολαβπτών. Η φλεγμονή ενισχύεται από τη ρήξη του τριχοσμηγματογόνου θυλάκου και από την επακόλουθη απελευθέρωση λιπιδίων, βακτηρίων και ελεύθερων λιπαρών οξέων στο χόριο.

Στα άτομα με προδιάθεση ο τριχοσμηγματογόνος θύλακος γεμίζει από ένα μείγμα βακτηρίων, σμήγματος και κερατίνης. Ο σχετικός συνδυασμός αυτών των παραγόντων είναι καθοριστικός για το αν η αλλοίωση θα είναι φλεγμονώδης ή όχι. Οι φλεγμονώδεις βλάβες χαρακτηρίζονται από τον αποικισμό και τον πολλαπλασιασμό του προπιονικού βακτηριδίου της ακμής, ο ρόλος του οποίου θεωρείται φλεγμονώδης και όχι λοιμογόνος.

Κλινικοί τύποι

Ο μικροφαγέσωρας αποτελεί την πρώτη εκδήλωση. Στο ακνεϊκό δέρμα το 30% των τριχοσμηγματογόνων θυλάκων του προσώπου βρίσκονται σε αυτήν την κατάσταση. Οι μικροφαγέσωρες μπορούν να αυξηθούν σε μέγεθος και να σχηματίσουν έτσι τους μη φλεγμονώδεις κλειστούς ή ανοικτούς φαγέσωρες. Ο αποικισμός αυτών από μικρόβια μπορεί να οδηγήσει στο σχηματισμό φλεγμονωδών βλαβών, όπως βλατίδες, φλύκταινες ή όζους, οι οποίες τείνουν να οδηγήσουν σε περισσότερες ουλές.

Η ακμή μπορεί να παρουσιαστεί με μια ποικιλία δερματικών αλλοιώσεων. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται οι φαγέσωρες, ανοικτοί και κλειστοί, οι βλατίδες, οι φλύκταινες, τα οζίδια και οι κύστες, ενώ είναι απαραίτητο να καταγράφεται η παρουσία εκδορών, μεταφλεγμονώδους μελάγχρωσης και ουλών.

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό και στην κλινική εξέταση. Είναι σημαντικό να διαπιστώσουμε την ύπαρξη φαγεσώρων, διότι αυτοί είναι ουσιαστικά διαγνωστικοί.

Η απλούστερη μέθοδος για τη βαθμολόγηση της ακμής βασίζεται στο είδος της προεξάρχουσας και πιο σοβαρής δερματικής βλάβης, ανεξάρτητα από το μέγεθος της. Έτσι, η ακμή θα μπορούσε να ταξινομηθεί σε: στάδιο I μόνο με φαγέσωρες, στάδιο II με φλεγμονώδεις βλατίδες σε συνδυασμό και με φαγέσωρες, στάδιο III με φλύκταινες σε συνδυασμό με φλεγμονώδεις βλατίδες ή με φαγέσωρες και τέλος στάδιο IV με οζίδια, κύστες ή ουλές σε συνδυασμό με φλύκταινες, φλεγμονώδεις βλατίδες ή φαγέσωρες.

Η Αμερικανική Ακαδημία Δερματολογίας ανέπτυξε ένα σύστημα ταξινόμησης, με βάση το οποίο υπάρχουν τρία επίπεδα βαρύτητας: η ήπια, η μέτρια και η σοβαρή ακμή. Η ήπια χαρακτηρίζεται από την παρουσία μικρού αριθμού βλατίδων και φλυκταινών αλλά χωρίς την ύπαρξη οζιδίων, η μέτρια από την παρουσία μεγάλου αριθμού βλατίδων και φλυκταινών και μικρού αριθμού οζιδίων και η σοβαρή από την παρουσία μεγάλου αριθμού βλατίδων, φλυκταινών και οζιδίων.

Επίσης, η ακμή ταξινομείται ανάλογα με τον τύπο της προεξάρχουσας δερματικής αλλοίωσης σε φαγεσωρική, βλατιδοφλυκταινώδη και οζώδη ή κυστική.

Προσεγγίζοντας την κοινή ακμή, οφείλουμε να έχουμε υπόψη και τις ενδοκρινικές αιτίες της ακμής, οι οποίες περιλαμβάνουν τη νόσο ή σύνδρομο Cushing, το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών και τη συγγενή υπερπλασία του φλοιού των επινεφριδίων. Τέλος, τα κλινικά στοιχεία πιθανής υπερανδρογοναιμίας στις γυναίκες περιλαμβάνουν τη δυσμηνόρροια, την αρρενοποίηση και τη σοβαρή ακμή.

Θεραπευτική προσέγγιση

Σχετικά με την ακμή και τη θεραπεία της αποκτώνται αρχικά πληροφορίες από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τους φίλους, την οικογένεια και ενδεχομένως και από τους οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίες ωστόσο θεωρούνται ευρέως ανεπαρκείς, γιατί είναι απαραίτητο η ακμή να αντιμετωπίζεται μόνο από δερματολόγους.

Ο γιατρός επιβάλλεται να δείχνει κατανόηση αλλά και να βοηθά τον έφηβο να έχει ρεαλιστικές προσδοκίες. Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει αρχικά συζήτηση και στη συνέχεια εφαρμογή επεμβατικής, τοπικής ή συστηματικής θεραπείας. Στην αρχή ο δερματολόγος οφείλει να διαθέτει 15-20 λεπτά για συζήτηση, προκειμένου να εξηγήσει την παθογένεια και την αναμενόμενη φυσική πορεία της ακμής, να αποσαφηνίσει τους μύθους και να εμπνεύσει εμπιστοσύνη. Έτσι, εξασφαλίζεται η μέγιστη συνεργασία και συμμόρφωση.

Οι παράγοντες που πιστεύεται συνήθως ότι επιδεινώνουν την ακμή είναι το άγχος (71%), η κακή υγιεινή (62%), η ζέστη και η υγρασία (54%), τα καλλυντικά (46%), η άσκηση και ο ιδρώτας (45%) και η διατροφή (44%).

Οι έφηβοι έχουν συχνά λανθασμένες αντιλήψεις για την ακμή, οι οποίες χρειάζεται να τίθενται σε συζήτηση πριν από την έναρξη της θεραπείας. Έτσι, θεωρούν ότι η ακμή:

- είναι νόσος κακής υγιεινής, που μπορεί να βελτιωθεί με το συνεχές καθαρισμό για την απομάκρυνση του περιεχομένου των ανοικτών φαγεσώρων και της υπερβολικής ποσότητας σμήγματος.
- είναι μεταδοτική, παρόλο που ο πολλαπλασιασμός του προπιονικού βακτηριδίου της ακμής αποτελεί δευτερογενές φαινόμενο και τα αντιβιοτικά χορηγούνται μόνο για τις αντιφλεγμονώδεις και όχι για τις βακτηριοστατικές τους ιδιότητες.

- συσχετίζεται με τη διατροφή παρά τα ανεπαρκή δεδομένα.
- συσχετίζεται με το άγχος, γεγονός που ενισχύεται βέβαια από τις εξάρσεις, οι οποίες παρατηρούνται κατά τη διάρκεια των εξεταστικών περιόδων.
- δεν επιδεινώνεται από τα καλλυντικά, τα οποία, αν και στην πλειονότητά τους είναι μη φαγεσωρογόνα, εξακολουθούν σπάνια να ενοχοποιούνται.
- βελτιώνεται από την έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας στα κορίτσια, αν και μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι η ευεργετική επίδραση των από του στόματος αντισυλληπτικών.
- βελτιώνεται από την ηλιακή ακτινοβολία, όπως υποστηρίζεται από λίγες ενδείξεις, γεγονός που επιβάλλεται να αντισταθμίζεται με τις μακροπρόθεσμες καρκινογόνες ιδιότητες της υπεριώδους ακτινοβολίας.

Οι συνηθισμένες ερωτήσεις, στις οποίες οφείλει να ανταποκριθεί ο δερματολόγος, αφορούν κυρίως την έκταση εφαρμογής αλλά και τη διάρκεια της τοπικής θεραπείας. Οι ασθενείς είναι απαραίτητο να κατανοήσουν ότι η τοπική θεραπεία δρα εμποδίζοντας την εμφάνιση νέων βλαβών και όχι περιορίζοντας τις ήδη υπάρχουσες, οπότε χρειάζεται να εφαρμόζεται σε όλη τη δυναμικά πάσχουσα περιοχή. Όσον αφορά τη διάρκεια, αυτή ανέρχεται σε 6 μήνες για τα αντιβιοτικά, σε 4-8 μήνες για την ισοτρετινοΐνη και σε 1 χρόνο τουλάχιστον για τα αντιανδρογόνα, ενώ απαιτείται συνεχής τοπική θεραπεία.

Η χρήση συνδυασμού φαρμάκων για την καταπολέμηση της ακμής παρουσιάζει πολυάριθμα οφέλη, γιατί στοχεύει σε διαφορετικούς αιτιολογικούς παράγοντες, αυξάνει την αποτελεσματικότητα, βελτιώνει την ταχύτητα της εμφάνισης ύφεσης των βλαβών, μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ανθεκτικότητας του προπιονικού βακτηριδίου της ακμής στα χορηγούμενα αντιβιοτικά και τέλος ελαχιστοποιεί τις ανεπιθύμητες ενέργειες κάθε φαρμάκου χωριστά.

Φαρμακευτική αγωγή

Η επιλογή της τοπικής θεραπείας είναι αναγκαίο να βασίζεται στην κλινική μορφή και στη βαρύτητα της ακμής. Τα **τοπικά ρετινοειδή, το υπεροξειδίο του βενζοϋλίου και το αζελαϊκό οξύ** αποτελούν αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές για την ήπια ακμή, ενώ τα τοπικά αντιβιοτικά με αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες είναι αποτελεσματικά για την ήπια και τη μέτρια φλεγμονώδη ακμή.

Τα τοπικά ρετινοειδή τρετινοΐνη, ισοτρετινοΐνη και ανταπαλένη παρεμποδίζουν με φαγεσωρολυτική δράση το σχηματισμό μικροφαγεσώρων και στη συνέχεια φαγεσώρων και φλεγμονωδών βλαβών, συντηρώντας έτσι τις περιόδους ύφεσης. Επίσης, διατηρούν σε φυσιολογικό επίπεδο την κερατινοποίηση των τριχοσμηγματογόνων θυλάκων και παρουσιάζουν άμεση αντιφλεγμονώδη δράση, ενώ αυξάνουν και την απορρόφηση του υπεροξειδίου βενζοϋλίου και των τοπικών αντιβιοτικών σε περιπτώσεις συγχορήγησης. Αποτελούν πρώτης γραμμής θεραπεία και για τη φαγεσωρική και για τη φλεγμονώδη ακμή. Μπορούν να χορηγηθούν είτε ως μονοθεραπεία, όταν κυριαρχούν οι φαγέσωρες, είτε σε συνδυασμό με ένα τοπικά ή συστηματικά χορηγούμενο αντιβιοτικό ή και με το υπεροξειδίο βενζοϋλίου, ανάλογα με τη βαρύτητα της φλεγμονής. Ο συνδυασμός ενός τοπικού ρετινοειδούς με έναν αντιμικροβιακό παράγοντα θεωρείται σήμερα η βασική θεραπευτική προσέγγιση για τους ασθενείς με φαγεσωρική και φλεγμονώδη ακμή. Για καλύτερα αποτελέσματα, η εφαρμογή τους είναι απαραίτητο να αρχίζει με την έναρξη της θεραπείας, να αφορά όλη τη δυναμικά πάσχουσα περιοχή και να συνεχίζεται και ως αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας συντήρησης. Ορατή βελτίωση παρατηρείται σε 8-12 εβδομά-

δες. Επιβάλλεται να εφαρμόζονται μόνο πριν από τη νυχτερινή κατάκλιση και ποτέ ταυτόχρονα με το υπεροξειδίο βενζοϋλίου, ενώ συστήνεται και καθημερινή χρήση αντιπλιακού. Βέβαια, κρίνεται σκόπιμο να αποφεύγεται η χρήση σε γυναίκες, οι οποίες είναι πιθανό να κυοφορήσουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Τέλος, ως ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να παρατηρηθούν αίσθημα καύσου και δοσοεξαρτώμενος ερεθισμός σε μερικούς ασθενείς και ειδικά κατά τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας.

- Τρετινοΐνη (tretinoin, AiroI® cream 0.05%).
- Ισοτρετινοΐνη (isotretinoin, Aknesil®, Isoskin®, Istron®, Novacne®, Stiefotrex®, Tretin® gel 0.05%).
- Ανταπαλέν (adapalene, Adaferin® gel 0.1%, cream 0.1%).

Υπερτερεί έναντι της τρετινοΐνης ως προς την ανοχή και την ταχύτητα εμφάνισης αποτελεσμάτων και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς, οι οποίοι δεν μπορούν να ανεχθούν την τρετινοΐνη.

Υπεροξειδίο βενζοϋλίου (benzoyl peroxide, Benzac-W® gel 5%, Brevoxyl® cream 4%). Αποτελεί το πιο ισχυρό τοπικό αντιμικροβιακό με άμεση βακτηριοκτόνο δράση και είναι περισσότερο αποτελεσματικό στις βλατίδες και λιγότερο στους φαγέσωρες συγκριτικά με την τρετινοΐνη. Ενδείκνυται για ασθενείς με ήπια έως μέτρια ακμή μία με δύο φορές την ημέρα. Η πιο συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι ο ερεθισμός, που είναι εντονότερος τις πρώτες ημέρες της θεραπείας. Ο συνδυασμός του με τοπικά αντιβιοτικά αυξάνει την αποτελεσματικότητα, μειώνει την ανάπτυξης αντοχής στα αντιβιοτικά σε ασθενείς με αποικισμό από το προπιονικό βακτηρίδιο της ακμής και προκαλεί λιγότερο ερεθισμό, επιτρέποντας μεγαλύτερη διάρκεια εφαρμογής. Χαμηλές συγκεντρώσεις συστήνονται σε μικρούς σε ηλικία ασθενείς με ευαίσθητο δέρμα, ενώ υψηλές σε περιπτώσεις μεγάλου αριθμού βλαβών στο στήθος, την πλάτη και τους ώμους. Βέβαια, είναι σημαντικό να προειδοποιούνται οι ασθενείς ότι μπορεί να προκληθεί αποχρωματισμός στα ρούχα, στα κλινოსκεπάσματα και στα μαλλιά.

Αζελαϊκό οξύ (azelaic acid, Alenzantyl®, Azelderm®, Cevigen®, Exazen®, Noreskin®, Skinoren®, Zumilin® cream 20%). Έχει βακτηριοστατικές και κερατολυτικές ιδιότητες και ενδείκνυται κυρίως ως συμπληρωματική θεραπεία στα τοπικά ρετινοειδή σε ανθεκτικές περιπτώσεις φαγσωρικής ακμής αλλά και ως δεύτερη ή τρίτη επιλογή σε μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης. Επίσης, μπορεί να είναι αποτελεσματικό στη θεραπεία της ακμής με μεταφλεγμονώδη μελάγχρωση.

Τοπικά αντιβιοτικά (ερυθρομυκίνη, κλινδαμυκίνη φωσφορική, κλινδαμυκίνη φωσφορική + υπεροξειδίο βενζοϋλίου, μετρονιδαζόλη, τετρακυκλίνη υδροχλωρική). Ενδείκνυται για την ήπια φλεγμονώδη ακμή. Χρησιμοποιούνται συχνά σε συνδυασμό με τοπικά ρετινοειδή ή υπεροξειδίο βενζοϋλίου σε ασθενείς με οποιασδήποτε βαρύτητας φλεγμονώδη ακμή, ενώ τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα είναι η ερυθρομυκίνη και η κλινδαμυκίνη. Εφαρμόζονται μία ή δύο φορές την ημέρα και γίνονται πολύ καλά ανεκτά σε γενικές γραμμές, εκτός από λίγες περιπτώσεις, στις οποίες προκαλούν ήπιο ερεθισμό και αίσθημα καύσου. Η ανάπτυξη αντοχής είναι πολύ συχνή και ειδικά σε μακροχρόνια χορήγηση χωρίς υπεροξειδίο βενζοϋλίου και δε συστήνονται πλέον ως μονοθεραπεία.

- Ερυθρομυκίνη (erythromycin, Acne Hermal emul® 1%, sol 1.63% w/v, sol 2% w/w).
- Κλινδαμυκίνη φωσφορική (clindamycin phosphate Arfarel® sol 1%, Borophen® sol 1%, Botamycin-N® sol 1%, Dalacin® lot 1%, Fouch® sol 1%, Sotomycin® sol

- 1%, Toliken® lot 1%, Upderm® gel 1%, Ygielle® sol 1%).
- Κλινδαμυκίνη φωσφορική + υπεροξειδίο βενζουλίου (clindamycin phosphate + benzoyl peroxide gel [1+5%] w/w).
- Μετρονιδαζόλη (metronidazole, Emadal® gel 0.75%, Robaz® gel 0.75%, Rosidec® cream 0.75% w/w).
- Τετρακυκλίνη υδροχλωρική (tetracycline hydrochloride, Imex®, Tetrac® oint 3%).

Στα συστηματικά χορηγούμενα φάρμακα για ακμή περιλαμβάνονται τα αντιβιοτικά, τα αντισυλληπτικά και η ισοτρετινοΐνη.

Συστηματικά αντιβιοτικά (δοξυκυκλίνη, μινοκυκλίνη, λυμεκυκλίνη, τετρακυκλίνη, ερυθρομυκίνη, κοτριμοξαζόλη, κλινδαμυκίνη). Τα από του στόματος χορηγούμενα αντιβιοτικά αποτελούν τα πιο ευρέως συνταγογραφούμενα φάρμακα στη θεραπεία της ακμής. Ελαττώνουν τον πληθυσμό του προπιονικού βακτηριδίου της ακμής, αλλά δεν το εκριζώνουν, ενώ παράλληλα παρουσιάζουν και ενδογενείς αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Ενδείκνυνται για μέτρια ως σοβαρή φλεγμονώδη ακμή και επιβάλλεται να χορηγούνται ως συνδυασμένη θεραπεία και όχι ως μονοθεραπεία. Αποτελέσματα γίνονται εμφανή σε 6-8 εβδομάδες, ενώ διαφορετικά χορηγείται άλλο αντιβιοτικό. Η ελάχιστη διάρκεια θεραπείας είναι 6 εβδομάδες και η μέγιστη 12. Στις περιπτώσεις, όπου παρατηρείται σταθερή βελτίωση αλλά όχι πλήρης ύφεση, μπορεί να χορηγηθεί μέχρι και για 16 εβδομάδες, ενώ, εάν απαιτηθεί επαναληπτική χορήγηση, επιλέγεται το ίδιο αντιβιοτικό. Βέβαια, η ευρεία χρήση των αντιβιοτικών οδηγεί στην εμφάνιση αντοχής, η οποία, σε συνδυασμό και με τη μη ενδεδειγμένη χορήγηση, τη φτωχή συμμόρφωση, την ανεπαρκή δοσολογία και την ενδεχόμενη θυλακίτιδα, που μπορεί να προκληθεί από άλλα βακτήρια, καταλήγει στη θεραπευτική αποτυχία. Τα πιο συχνά χορηγούμενα είναι οι τετρακυκλίνες και ειδικά η δοξυκυκλίνη, η μινοκυκλίνη και η λυμεκυκλίνη, η οποία δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα. Επίσης, συχνά χρησιμοποιούνται και η ερυθρομυκίνη, η κλινδαμυκίνη και η κοτριμοξαζόλη. Η λυμεκυκλίνη, η οποία στερείται ανεπιθύμητων ενεργειών, είναι καλό να θεωρείται πρώτης επιλογής, η δοξυκυκλίνη ή η μινοκυκλίνη δεύτερης επιλογής εξαιτίας των σοβαρών αλλά σπάνιων ανεπιθύμητων ενεργειών, που είναι φωτοτοξικότητα και γαστρεντερικές διαταραχές ή μελάγχρωση, υπερουαισθησία και φαρμακευτικός λύκος αντίστοιχα, ενώ οι πρώτης γενιάς τετρακυκλίνες είναι καλό να θεωρούνται τρίτης επιλογής. Ειδικότερα η τετρακυκλίνη χρειάζεται να λαμβάνεται με άδειο στομάχι, ενώ η ερυθρομυκίνη μπορεί να χορηγηθεί σε παιδιά μικρότερα των 12 ετών ή κατά την κύηση, οπότε αντενδείκνυνται οι τετρακυκλίνες. Τέλος, η χορήγηση κοτριμοξαζόλης γίνεται μόνο σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

- Δοξυκυκλίνη (doxycycline hyclate, Impalamycin® caps 100mg, Microvibrate® caps 50mg, 100mg, Otosal® caps 100mg, Relyomycin® caps 100mg, Novimax® caps 100mg, Smilitene® caps 100mg, Vibramycin® syr 50mg/5ml, doxycycline monohydrate, Vibramycin® disp tab 100mg).
- Μινοκυκλίνη (minocycline, Minocyn® caps 50mg, 100mg).
- Τετρακυκλίνη υδροχλωρική (tetracycline hydrochloride, Hostacyclin® f.c.tab 100mg).
- Ερυθρομυκίνη (erythromycin ethylsuccinate, Erythrocin® gra.or.sus 250mg/5ml, 500mg/5ml, gr.or.sd 500mg/sach, erythromycin stearate, Erythrocin® f.c.tab 500mg, Roug-mycin® c.tab 500mg).
- Σουλφαμεθοξαζόλη + Τριμεθοπρίμη ή Κοτριμοξαζόλη (sulfamethoxazole + trimethoprim or co-trimoxazole, Bactrimel® tab [800+160]mg forte, syr[400+80]mg/5ml forte, Septrin® tab [800+160]mg, oral.susp [400+80]mg/5ml).

- Κλινδαμυκίνη (clindamycin Dalacin-C® caps 300mg).

Ορμονική θεραπεία (οιστρογόνα, αντιανδρογόνα, γλυκοκορτικοστεροειδή, από του στόματος αντισυλληπτικά, αναστολείς της 5α-αναγωγάσης). Ο στόχος της ορμονικής θεραπείας είναι ο ανταγωνισμός της δράσης των ανδρογόνων στους σημηματογόνους αδένες αλλά και στα κερατινοκύτταρα των τριχοσημηματογόνων θυλάκων. Τα από του στόματος αντισυλληπτικά αποτελούν τη βάση της ορμονικής θεραπείας και την ιδανική θεραπευτική επιλογή σε γυναίκες, οι οποίες χρειάζονται και αντισύλληψη. Ελαττώνουν τα επίπεδα των κυκλοφορούντων ανδρογόνων και συνεπώς την παραγωγή σημηματος, αυξάνοντας τα επίπεδα της δεσμευτικής των ορμονών του φύλου σφαιρίνης και την έκκριση γοναδοτροπινών από την υπόφυση. Επιβάλλεται να περιέχουν προγεσταγόνα με μικρή ανδρογόνο δράση και είναι σκόπιμο να χορηγούνται σε γυναίκες με μέτρια ή σοβαρή ακμή ή με κλινικά σημεία υπερανδρογοναιμίας, ενώ χρειάζεται να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η χορήγησή τους σε γυναίκες με εμμένουσες φλεγμονώδεις βλατίδες ή οζίδια, καθυστερημένη εμφάνιση ακμής ή εξάρσεις πριν την έμμηνου ρύση. Ενδείκνυνται ως εναλλακτική θεραπεία σε συνδυασμό με από του στόματος αντιβιοτικά και τοπικά ρετινοειδή σε γυναίκες με σοβαρή ακμή και ειδικότερα στην πλειονότητα των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας πριν από την έναρξη και κατά τη διάρκεια της θεραπείας με ισοτρετινοΐνη. Βέβαια, οι ασθενείς, οι οποίες λαμβάνουν από του στόματος αντιβιοτικά, είναι αναγκαίο να ενημερώνονται και για το ενδεχόμενο μειωμένης αντισυλληπτικής αποτελεσματικότητας.

Ισοτρετινοΐνη (isotretinoin, Accuran®, Acnogen®, A-cnotren®, Isotroin®, Reducar®, Roaccutan®, Tretin® caps 10mg, 20mg). Η ισοτρετινοΐνη είναι αναμφισβήτη η πρώτη θεραπευτική επιλογή της σοβαρής ακμής με ποσοστά ίασης που κυμαίνονται από 38% σε 66%. Είναι ένα συνθετικό ρετινοειδές, το οποίο παρεμποδίζει τη διαφοροποίηση των σημηματογόνων αδένων, ομαλοποιεί την κερατινοποίηση στους τριχοσημηματογόνους θύλακες και παρουσιάζει και αντιφλεγμονώδη δράση, ενώ στοχεύει ενάντια σε όλους τους παθογενετικούς παράγοντες. Οι ενδείξεις χορήγησής της είναι:

- η σοβαρή οζώδης και κυστική ακμή και οι παραλλαγές τους.
- η φλεγμονώδης ακμή με συνοδό ουλοποίηση.
- η μέτρια ακμή, όταν δεν απαντά στη συνδυασμένη θεραπεία διάρκειας 3 μηνών με από τους στόματος αντιβιοτικά ή 4 εμμηνορυσιακών κύκλων με αντιανδρογόνα.
- η ακμή που συνδυάζεται με σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις.
- η Gram-αρνητική θυλακίτιδα.
- η ακμή με συχνές υποτροπές, κατά την οποία απαιτούνται επαναλαμβανόμενοι και μεγάλης διάρκειας κύκλοι από του στόματος αντιβιοτικών.

Τα ποσοστά υποτροπής ποικίλουν και η επαναχορήγηση μπορεί να είναι αναγκαία, αλλά η συνολική δόση απαγορεύεται να ξεπερνά τα 120-150mg/kg βάρους σώματος. Οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν ξηρότητα δέρματος και βλεννογόνων, προσωρινή επιδείνωση της ακμής, φωτοευαισθησία, μυοσκελετικά άλγη, νυκταλωπία, τριχόπτωση, ηπατίτιδα, τρανσαμινασαιμία, υπερτριγλυκεριδαιμία, κατάθλιψη αλλά και αυξημένη ενδοκράνια υπέρταση, όμως η πιο σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η τερατογένεση. Σε όλες τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας απαιτούνται 2 μέθοδοι αντισύλληψης, μέχρι να παρέλθει ένας εμμηνορυσιακός κύκλος μετά από τη διακοπή της αγωγής. Οι ασθενείς επιβάλλεται να ενημερώνονται και να βρίσκονται σε τακτική παρακολούθηση, λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών και του κινδύνου τερατογένεσης. Πριν την έναρξη της θεραπείας απαι-

τούνται προσδιορισμός λιπιδίων, τρανσαμινασών και γενική αίματος, ενώ για τις γυναίκες δύο αρνητικές δοκιμασίες κύησης. Ο έλεγχος χρειάζεται να επαναλαμβάνεται σε 1 μήνα και, σε περίπτωση που είναι φυσιολογικός και δεν αυξηθεί η δόση, τότε είναι καλό να επαναλαμβάνεται κάθε 3 μήνες, ενώ μόνο η δοκιμασία εγκυμοσύνης επιβάλλεται να επαναλαμβάνεται κάθε μήνα.

Συνδυασμένη θεραπεία. Τα από του στόματος αντιβιοτικά είναι απαραίτητο να μη χορηγούνται ποτέ ως μονοθεραπεία, αλλά ούτε να συνδυάζονται με τοπικά αντιβιοτικά, καθώς αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης αντοχής. Αντίθετα, σε συνδυασμό με τα τοπικά ρετινοειδή έχει βρεθεί ότι παρουσιάζουν συνεργική δράση και επομένως είναι καλό να συνδυάζονται από την αρχή της θεραπείας. Στην περίπτωση που τα αντιβιοτικά είναι απαραίτητο να χορηγηθούν για περισσότερο από 3-4 μήνες, τότε μπορεί να προστεθεί και υπεροξειδίο βενζουλίου, οπότε τα τοπικά ρετινοειδή και το υπεροξειδίο βενζουλίου μπορούν να χορηγηθούν σε συνδυασμό εναλλάξ είτε μέρα παρά μέρα είτε πρωί-βράδυ.

Μετά από το πέρας της θεραπείας επιβάλλεται να ακολουθείται αγωγή συντήρησης, προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι υποτροπές. Τα τοπικά ρετινοειδή αποτελούν την πρώτη επιλογή με προτεινόμενη διάρκεια 6-12 μήνες. Επίσης, μπορεί να προστεθεί το υπεροξειδίο βενζουλίου, με στόχο να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης αντοχής μετά από θεραπεία με αντιβιοτικά. Τέλος, το αζελαϊκό και το σαλικυλικό οξύ αποτελούν τη δεύτερη επιλογή.

Αλγόριθμος θεραπείας ακμής

1. Ήπια φαγεσворική ακμή

- Πρώτη επιλογή: τοπικά ρετινοειδή.
- Εναλλακτική: αζελαϊκό οξύ ή σαλικυλικό οξύ.
- Συντήρηση: τοπικά ρετινοειδή ± υπεροξειδίο βενζουλίου ή υπεροξειδίο βενζουλίου / αζελαϊκό οξύ.

2. Ήπια βλατιδοφυλκταινώδης ακμή

- Πρώτη επιλογή: τοπικά ρετινοειδή + υπεροξειδίο βενζουλίου ή υπεροξειδίο βενζουλίου / αζελαϊκό οξύ.
- Συντήρηση: τοπικά ρετινοειδή ± υπεροξειδίο βενζουλίου ή υπεροξειδίο βενζουλίου / αζελαϊκό οξύ.

3. Μέτρια βλατιδοφυλκταινώδης ακμή

- Πρώτη επιλογή: τοπικά ρετινοειδή + από του στόματος αντιβιοτικό + υπεροξειδίο βενζουλίου ή υπεροξειδίο βενζουλίου / αζελαϊκό οξύ.
- Εναλλακτική: ορμονική θεραπεία + τοπικά ρετινοειδή ± υπεροξειδίο βενζουλίου ή υπεροξειδίο βενζουλίου / αζελαϊκό οξύ.
- Συντήρηση: τοπικά ρετινοειδή ± υπεροξειδίο βενζουλίου ή υπεροξειδίο βενζουλίου / αζελαϊκό οξύ.

4. Μέτρια οζώδης ή κυστική ακμή

- Πρώτη επιλογή: τοπικά ρετινοειδή + από του στόματος αντιβιοτικό + υπεροξειδίο βενζουλίου ή υπεροξειδίο βενζουλίου / αζελαϊκό οξύ.