

Εκτίμηση και πρακτικές αντιμετώπισης του κνησμού

Δημήτριος Κ. Χατζής

Παιδίατρος - Αλλεργιολόγος, Assistant Professor Columbia University, NY, USA
Επισκέπτης Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών - Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής
Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝ Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Ο ορισμός του κνησμού ως «το ενοχλητικό αίσθημα που προκαλεί την επιθυμία, ή το αντανακλαστικό, του ξεσμού», διατυπώθηκε το 1665 από τον γερμανό γιατρό Samuel Hafenreffer, και ισχύει μέχρι σήμερα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Πληθώρα αιτίων, και υποκειμένων μηχανισμών, οδηγούν στην εμφάνιση του κνησμού. Διάφοροι υποδοχείς, ποικίλες μεσολαβητικές ουσίες, νευρικές ίνες και νευρικές οδοί συμμετέχουν στην παθογένεια του φαινομένου. Συνεπώς, είναι δύσκολη η αιτιολογική και κλινική ταξινόμηση του κνησμού, δεδομένου ότι και η παθοφυσιολογία δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη. Η ακόλουθη ταξινόμηση βασίζεται στην συμμετοχή των διαφόρων συστημάτων και στοχεύει στην ορθολογισμένη θεραπευτική αντιμετώπιση.

1 – Δερματικός ή κνησμοαισθητικός κνησμός

Χαρακτηρίζεται από εμφανείς δερματικές βλάβες (ατοπική δερματίτιδα, έκζεμα, ξηροδερμία, ψωρίαση).

2 – Συστηματικός ή νευρογενής κνησμός

Συστηματικές νόσοι, χωρίς δερματικά στοιχεία, παράγουν ουσίες, οι οποίες επιδρούν στον εγκέφαλο (άρα, νευρογενής) είτε στο δέρμα (ΕΙΚΟΝΑ 1) και προκαλούν κνησμό. Η χολόσταση και ο ουραιμικός κνησμός αποτελούν, ίσως, τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα.

3 – Νευροπαθητικός κνησμός

Προέρχεται από παθήσεις ή βλάβες του κεντρικού ή περιφερικού νευρικού συστήματος (π.χ. νευροπάθεια, νεοπλασία, πολλαπλή σκλήρυνση, συμπίεση ή ερεθισμός περιφερικού νεύρου).

4 – Ψυχογενής κνησμός

Ψυχικός φόρτος (stress) ή ψυχιατρικές παθήσεις, όπως ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (obsessive-compulsive disorder), συχνά, δυνατόν να συνοδεύονται από κνησμό. Η παραληρητική ιδέα παρασίτωσης χαρακτηρίζεται από παραισθήσεις και έντονο κνησμό.

5 – «Άλλη κατηγορία» ή ιδιοπαθής κνησμός

Όταν ο κνησμός δεν κατατάσσεται σε κάποια από τις 4, ως άνω, κατηγορίες.

6 – Μικτής αιτιολογίας κνησμός

Συνύπαρξη αιτίων όπως ουραιμία και ξηροδερμία (αυτόνομος ή αποτέλεσμα ουραιμίας), προφανώς, έχει ως αποτέλεσμα, εντονότερο, κνησμό.

Στην ΕΙΚΟΝΑ 1, σχηματικά, απεικονίζεται η παθοφυσιολογία (οδός 3 νευρώνων) και η κλινική ταξινόμηση.

Φαύλος Κύκλος Κνησμού – Ξεσμού

Ο κνησμός, η πολύ δυσάρεστη αυτή εμπειρία, προκαλεί ξεσμό. Ο ξεσμός, τελεολογικά, ως αμυντικό αντανακλαστικό, στοχεύει στην απομάκρυνση του κνησμογόνου ερεθίσματος (έντομο, παράσιτο, φυτικό προϊόν, κα), αλλά κυρίως στην ανακούφιση. Εάν, όμως, ο ξεσμός είναι τραχύς (επί χρονίου ή/και, κυρίως, εντόνου κνησμού) έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη δρυφάδων. Από τις δρυφάδες (απώλεια των επιπολής στοιχείων, άρα λύση της συνεχείας του δέρματος και επομένως πιθανή επιμόλυνση), εκλύονται μεσολαβητικές ουσίες φλεγμονής. Αυτές είναι υπεύθυνες για την περαιτέρω ανάπτυξη κνησμού, με συνέπεια τον, εκ νέου, ξεσμό. Ωστε, ο αρχικός κνησμός, μέσω ξεσμού, προκαλεί, ξανά, κνησμό-ξεσμό (φαύλος κύκλος). Όσον αφορά το δέρμα, από φυσιολογικό ή παθολογικό, με τον αναφερθέντα φαύλο κύκλο, καθίσταται παθολογικό (δρυφάδες) ή πλέον παθολογικό (βλάβες δερματικής νόσου συν δρυφάδες). Στην ΕΙΚΟΝΑ 2 απεικονίζονται διαγραμματικά τα ανωτέρω.

Στις πιθανές επιπλοκές (άμεσες και απώτερες) του φαύλου κύκλου κνησμού-ξεσμού αξιοσημείωτες είναι: 1) οι αλλαγές την υφή του δέρματος (δυσμορφία), και 2) η επιμόλυνση, η οποία προξενεί νέο κύμα ξεσμού, άρα επίταση του φαύλου κύκλου (ΠΙΝΑΚΑΣ 1). Είναι, επομένως, υψίστης θεραπευτικής σημασίας η διακοπή του φαύλου κύκλου κνησμού – ξεσμού.

Αξιοσημείωτη τέλος, είναι από άλλη άποψη (σχετικά με την παθοφυσιολογία), και η διαφορά κνησμού και πόνου, διότι ο κνησμός είχε θεωρηθεί μορφή – παραλλαγή πόνου, με την απόσυρση επί πόνου ως αντανακλαστική αμυντική κίνηση.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ

Οι πάσχοντες από κνησμό, με βάση τα προηγούμενα, διαχωρίζονται σε 3 κατηγορίες (ΠΙΝΑΚΑΣ 2), με την απλή επισκόπηση, και πριν την λήψη του ιστορικού! Η επισκόπηση, όμως σε αυτή την περίπτωση, κατευθύνει και την διαγνωστική σκέψη, άρα και την παραπομπή, ενδεχομένως σε ειδικό. Οι ακόλουθες 3 κατηγορίες διαχωρίζουν «με την πρώτη ματιά» την ύπαρξη δερματολογικής, συστηματικής ή άλλης νόσου:

- | | |
|-------------|--|
| Κατηγορία 1 | με εξάνθημα / δερματική βλάβη – πιθανή δερματοπάθεια |
| Κατηγορία 2 | χωρίς δερματική συμμετοχή – απαιτείται διαφορική διάγνωση (συστηματική νόσος, νευροπάθεια, ψυχιατρική κατάσταση, βλ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ) |
| Κατηγορία 3 | Δρυφάδες (φαύλος κύκλος κνησμού-ξεσμού). Πιθανόν να συνυπάρχουν στοιχεία της κατηγορίας 1 (ΕΙΚΟΝΑ 2). |

Το **ιστορικό** παραμένει να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της διάγνωσης, και στον κνησμό, παρά την προαναφερθείσα εξαίρεση. Για την λήψη του ιστορικού χρήσιμη, ίσως αποβεί, η προτεινόμενη ως κατευθυντήριο προσπέλαση με το ακόλουθο μνημοτεχνικό σχήμα των 5 Ε:

1. Έναρξη Αναζητείται συσχέτιση με φάρμακο (οποιοειδή αναλγητικά, π.χ.), ταξίδι σε τροπική χώρα (παράσιτα), τραυματισμός (νευροπάθεια - συμπίεση ή ερεθισμός ή διατομή περιφερικού νεύρου), δυσμενή συμβάντα (ψυχισμός).
2. Επέκταση Αναφέρεται, μνημοτεχνικώς, στην χρονική διάρκεια (= επέκταση σε βάθος χρόνου). Κνησμός άνω των 6 εβδομάδων θεωρείται χρόνιος και παραπέμπει σε χρόνιες καταστάσεις.
3. Έκταση Τοπικός ή γενικευμένος κνησμός. Ο δεύτερος συνάδει με συστηματική παθολογική οντότητα. Ο τοπικός μπορεί να οφείλεται σε ήπιες (καλοήθειες) καταστάσεις αλλά και σε σοβαρές. Για παράδειγμα, ρινικός κνησμός (αλλεργική ρινίτιδα, όγκος IV

κοιλιάς εγκεφάλου), περιπρωκτικός κνησμός (παρασιτώσεις, όγκος ορθοσιγμοειδούς), κνησμός στο όσχεο (προστάτης), ή τον κόλπο (όγκος τραχήλου), και τοπικός δερματικός (νεοπλασία μαστού), απαιτούν περαιτέρω έλεγχο. Τοπικός κνησμός, τέλος, αναφέρεται επί σακχαρώδους διαβήτη, συνέπεια λοιμώξεων (συχνότατα κολπίτιδα από *Candida Albicans*).

4. Ένταση Αν και υποκειμενικό στοιχείο, καθοδηγεί στην οργάνωση του όλου θεραπευτικού σχήματος.
5. Επιπτώσεις Σαφώς συσχετίζεται και το 4^ο Ε και είναι μέγιστης σημασίας η διευκρίνηση κατά πόσον ο κνησμός επηρεάζει την ποιότητα ζωής, διαταράσσει τον ύπνο, επιφέρει δευτερογενή (αντιδραστική) κατάθλιψη, με όλες τις συνέπειές της, όπως μειωμένη εργασιακή – σχολική απόδοση, κα.

Ιδιαίτερη σημασία έχουν, κατά την λήψη του ιστορικού, οι ακόλουθες ερωτήσεις:

- 1) Κνησμός και σε άλλα μέλη της οικογενείας, διότι υποδηλώνει παρασιτική νόσο.
- 2) Κνησμός σε συνδυασμό με σωματική άσκηση, επειδή επισημαίνει την ύπαρξη του χολινεργικού κνησμού.
- 3) Από το ιστορικό σημαντικότητα στοιχείο είναι ο υδατογενής κνησμός. Οιαδήποτε επαφή με το ύδωρ, ασχέτως θερμοκρασίας, εκλύει κνησμό χωρίς συνοδό κνίδωση. Ο υδατογενής αυτός κνησμός είναι χαρακτηριστικός, και ενίοτε προηγείται, της κλινικής εικόνας αληθούς πολυερυθραιμίας και λεμφώματος.
- 4) Η συνύπαρξη κνησμού – γενικών συμπτωμάτων, όπως απώλεια βάρους, πυρετός, νυχτερινή εφίδρωση. Τα συμπτώματα αυτά συνάδουν με πιθανό υπερθυρεοειδισμό αλλά, το σπουδαιότερο, εγείρουν υποψία για νόσο του Hodgkin.

Όσον αφορά, τέλος, την λήψη του ιστορικού τονίζεται, με έμφαση, η κατ' επανάληψιν λήψη του. Οι πάσχοντες, ειδικά, από χρόνιο ή/και έντονο κνησμό, «απωθούν» λεπτομέρειες (ψυχολογικός μηχανισμός αμύνης), οι οποίες αναδύονται όταν ή μνήμη αναμοχλεύεται με την κατ' επανάληψιν λήψη του ιστορικού.

Η αντικειμενική εξέταση (Α/Ε) προσφέρει σημαντικότερη διαγνωστική βοήθεια. Η ξηροδερμία (επισκόπηση, ψηλάφηση), το τυχόν εξάνθημα

(είδος, κατανομή, κλπ), οι δρυφάδες, κα αποτελούν πολύτιμα διαγνωστικά στοιχεία. Εκτός από το δέρμα, η κατά συστήματα A/E επιβάλλεται. Τα ευρήματά της δυνατόν να στρέψουν την διαγνωστική σκέψη σε συστηματική νόσο. Η ικτερική χροιά (ηπατοπάθεια) ή η διόγκωση των λεμφαδένων (νόσος Hodgkin) είναι, ίσως, τα πλέον χαρακτηριστικά παραδείγματα, μεταξύ των άλλων.

Εάν η διάγνωση είναι οφθαλμοφανής περαιτέρω έλεγχος δεν χρειάζεται. Με βάση, όμως, την διαφοροδιαγνωστική σκέψη οργανώνεται και ο **παρακλινικός έλεγχος** (ΠΕ). Για παράδειγμα, κνησμός και οστικά άλγη, με την ανάλυση ούρων, μπορεί να κατευθύνει τη σκέψη προς το πολλαπλούν μυέλωμα. Ο ΠΕ δύναται, επομένως, να γίνει κατά βήματα:

- A) γενική αίματος, γενική ούρων, ΤΚΕ, βιοχημικός έλεγχος (ηπατική, νεφρική, θυρεοειδική λειτουργία), ολική IgE
- B) εξέταση κοπράνων για παράσιτα
- Γ) ειδικός αλλεργιολογικός έλεγχος
- Δ) απεικονιστικός έλεγχος (απλή ακτινογραφία θώρακος, αξονική τομογραφία θώρακος, κοιλίας)
- Ε) πλέον ειδικός έλεγχος (βιοψίες, ειδικές λοιμώξεις, κλπ), κατά περίπτωση.

Αναλυτικότερα, ο έλεγχος παρουσιάζεται στον ΠΙΝΑΚΑ 3 και σχηματικά στην ΕΙΚΟΝΑ 3 (προτεινόμενος διαγνωστικός αλγόριθμος).

Οι πρακτικές αντιμετώπισης του κνησμού

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην εξάλειψη (κατά το δυνατόν) του κνησμού ή, τουλάχιστον, στην όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική ανακούφιση των ασθενών. Η αιτιολογική θεραπεία είναι, προφανώς, και η ριζική θεραπεία. Πρωταρχικής σημασίας, όμως, στόχοι είναι: 1) η διακοπή του φαύλου κύκλου κνησμού – ξεσμού, και 2) η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών (ΕΙΚΟΝΑ 4).

Η πρακτική, συνεπώς, αντιμετώπιση του κνησμού συνίσταται στο τετράπτυχο: 1) τοπική αγωγή, 2) συστηματική φαρμακευτική αγωγή (αιτιολογική ή για καταστολή), 3) γενικά μέτρα κατά του κνησμού, και 4) η υψίστης σημασίας ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών. Οι 4 αυτές θεραπευτικές συνιστώσες, αυτονόητο είναι, συντελούνται ταυτοχρόνως (ΕΙΚΟΝΑ 5).

Η **αιτιολογική θεραπεία**, μετά την ανεύρεση του αιτίου, παρέχει την ολοκληρωμένη θεραπευτική λύση. Με την εντατική έρευνα, και σε συνδυασμό με την τρέχουσα υψηλή τεχνολογία, η αποκάλυψη των

υποκειμένων παθοφυσιολογικών μηχανισμών προσφέρει νέες οδούς αιτιολογικής προσπέλασης.

Η ανακάλυψη παθογενετικών ανοσολογικών μηχανισμών, με την συμμετοχή ιντερλευκινών (IL), έδωσε ώθηση στην χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων κατά των IL-4, IL-13, IL-17 και IL-13, με πολύ καλά αποτελέσματα. Ομοίως, δοκιμάζονται νεότερα φάρμακα, όπως η ναλφορανφίνη (αγωνιστής των κ-οπιοειδών υποδοχέων), οι συνδυασμοί κ-αγωνιστών και μ-ανταγωνιστών των υποδοχέων των οπιοειδών, ή οι αναστολείς της νευροκινίνης 1, με πολύ ενθαρρυντικά, επίσης, αποτελέσματα. Επιπλέον, μοριακές τεχνικές έχουν χρησιμοποιηθεί, για την αντιμετώπιση χολοστατικών συνδρόμων, είτε ως γονιδιακή θεραπεία είτε για την διόρθωση μεταλλάξεων. Εξ ίσου σημαντική έχει αποδειχθεί χειρουργική, διότι έχει συμβάλλει, με τις νεότερες τεχνικές, στην ριζική θεραπεία του κνησμού (αποφρακτική ηπατοπάθεια, μεταμοσχεύεις ήπατος, νεφρού). Στην φαρέτρα, τέλος, για την αιτιολογική θεραπεία κατά του κνησμού, η κλασσική φαρμακολογία ακολουθεί να διαδραματίζει πολύ σπουδαίο ρόλο. Ενδεικτικά αναφέρονται (ΠΙΝΑΚΑΣ 4) τα χρησιμοποιούμενα, σήμερα, φάρμακα με τις ενδείξεις και τον μηχανισμό τους.

Η **τοπική αγωγή** προσφέρει προσωρινή, μόνον, ανακούφιση. Τα κύρια θεραπευτικά μέσα, που χρησιμοποιούνται, είναι τα: 1. «δροσιστικά», 2. αναισθητικά, 3. στεροειδή, και 4. οι αναστολείς της καλσινευρίνης, ενώ δεν συνιστώνται τα τοπικά αντισταμινικά.

1. Τα «**δροσιστικά**» είναι αλκοόλες, συνήθως, οι οποίες κατά την εξάτμισή τους, ψύχουν το δέρμα και καταστέλλουν (μέσω ειδικών θερμοϋποδοχέων) τον κνησμό. Η μενθόλη (εξάγεται από αιθέρια έλαια) και τα διαλύματα καλαμίνης (λόγω της εμπεριεχομένης φαινόλης) έχουν αποδειχθεί, πολύ χρήσιμα, από την εποχή ήδη των επιδημιών της ανεμευλογίας.

2. Η πολυδοκανόλη, σκληρυντικό με χρήση στους κισσούς, έχει πολύ καλή αντικνησμώδη δράση. Σε αντίθεση με τα γνωστά **τοπικά αναισθητικά** (βενζοκαΐνη, λιδοκαΐνη, πραμοξίνη, τετρακαΐνη) στερείται, γενικά, παρενεργειών. Τα συνήθη τοπικά αναισθητικά δεν συνιστώνται, διότι έχουν βραχεία δράση, και επειδή λόγω απορροφητικότητας (εφαρμόζονται σε εκτεταμένες επιφάνειες), δυνατόν να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως δερματίτιδα εξ επαφής ή, ακόμα, και αρρυθμίες. Τα οξειδία του ψευδαργύρου χρησιμοποιούνται, εμπειρικά, για 100 και πλέον χρόνια με πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα. Συναφές με την αντικνησμώδη δράση των ιχνοστοιχείων (ψευδάργυρος), είναι και

η«μάσκα» προσώπου με νιτρικό στρόντιο. Η καμφορά, με τα τερπένια που περιέχει, μετά την πρώτη αίσθηση «ζέστης» που προκαλεί στο δέρμα, επιφέρει, στην συνέχεια, ήπιου βαθμού αναισθησία, με αποτέλεσμα την καταστολή του κνησμού. Η πολυετής εμπειρία επικυρώνει την αποτελεσματικότητα της καμφοράς. Ως πιο αποτελεσματικός τρόπος καταστολής του κνησμού, εφαρμόζεται η χρήση μίγματος μενθόλης-καμφοράς-οξειδίων του ψευδαργύρου, με ή χωρίς την προσθήκη και άλλων τοπικών αντικνησμοδών παραγόντων, ή και σε συνδυασμό με συστηματική θεραπεία, αλλά συνιστάται, για βραχύ σχετικά διάστημα, λόγω ταχυφυλαξίας. Πρόσφατα, τέλος, είναι διαθέσιμα, με καλή αναλγητική και αντικνησμώδη απάντηση, σκευάσματα αγωνιστών των κανναβιδοειδών.

3. Τα **τοπικά κορτικοστεροειδή** έχουν ένδειξη, μόνον εφ' όσον ο κνησμός είναι απότοκος φλεγμονώδους εξεργασίας, όπως π.χ. η ατοπική δερματίτιδα. Δεν συνιστώνται επί κνησμού άνευ οιασδήποτε δερματικής βλάβης (φλεγμονή-ερυθρότητα, εξάνθημα, δρυφάδες). Επειδή μπορεί να προκαλέσουν: 1. ατροφία δέρματος, 2. ξηροδερμία, 3. δερματικές επιμολύνσεις, πρέπει να αποφεύγεται η μακροχρόνια χρήση τους. Από τα διάφορα τοπικά κορτικοστεροειδή η προπιονική φλουτικαζόνη, η ακετική μεθυλπρεδνιζολόνη και η μομεταζόνη, έχουν πολύ καλή αποτελεσματικότητα και είναι, σχετικά, ασφαλή. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, δεδομένου ότι οι ανωτέρω παρενέργειες, και ειδικά η 3, ενδέχεται να πυροδοτήσουν εκ νέου την εμφάνιση κνησμού, και επομένως, να αποτελέσουν το έναυσμα του φαύλου κύκλου κνησμός – ξεσμός. Συνεπώς, τα σκευάσματα των ανωτέρω τοπικών στεροειδών είναι προτιμητέα, διότι έχουν τις λιγότερες παρενέργειες.

4. Οι **αναστολείς της καλσινευρίνης** (tacrolimus, pimecrolimus), λόγω του ότι έχουν ισχυρή ανοσορρυθμιστική δράση (καταστολή των Τ λεμφοκυττάρων), είναι πολύ αποτελεσματικά φάρμακα στις φλεγμονώδεις εξεργασίες, ειδικά στον τοπικό κνησμό και, όπως με τα στεροειδή, εφ' όσον υφίσταται φλεγμονώδης εξεργασία. Η μεγαλύτερη εμπειρία, για την αποτελεσματικότητά τους, προέρχεται από τις εκζεματοειδείς δερματοπάθειες, όπου υπάρχει φλεγμονή.

5. Τα **τοπικά αντισταμινικά** αντενδείκνυνται. Δεν συνιστώνται διότι: 1 – έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα, 2 – προκαλούν, τοπικές αντιδράσεις, όπως ερεθιστική δερματίτιδα ή, ακόμα, έκζεμα εξ επαφής, και 3 – μέσω, μάλλον, μηχανισμού απτίνης (συνεπεία τοπικής φλεγμονής – ανωτέρω 2), ενδέχεται να προκαλέσουν συστηματική αντίδραση με την συστηματική χορήγηση του ιδίου αντισταμινικού.

Η **φαρμακευτική καταστολή του κνησμού**, εκτός της αιτιολογικής (ΠΙΝΑΚΑΣ 4), ως ανακουφιστική θεραπεία δεν αποτελεί τον κύριο άξονα της θεραπευτικής προσέγγισης. Ο κύριος λόγος, για αυτό, είναι η συμμετοχή των H4 υποδοχέων, για τους οποίους δεν υπάρχει εμπορικό σκεύασμα. Η «πατροπαράδοτη» χρήση των H1 αντισταμινικών, συνεπώς, δεν επαρκεί. Από τα 1^{ης} γενεάς H1 αντισταμινικά, η μεταξύ των άλλων παρενεργειών τους κατασταλτική - αγχολυτική δράση έχει επικουρικό ρόλο, κυρίως στην ατοπική δερματίτιδα. Τα νεότερα H1 αντισταμινικά έχουν ένδειξη, μόνον, σε καταστάσεις κνησμού από αποκοκκίωση των μαστοκυττάρων (κνίδωση, μαστοκύττωση), σε αντίθεση με το κετιτοφαίνιο (σταθεροποιητής μαστοκυττάρων), για το οποίο οι κλινικές μελέτες δεν υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά του. Η επικουρική χρήση, ως προσθήκης στα αντισταμινικά, των αντιλευκοτριενικών (μοντελουκάστη), δεν συνιστάται, επειδή τα κλινικά δεδομένα δεν είναι επαρκή. Η κυκλοσπορίνη έχει δοκιμαστεί με επιτυχία στην ατοπική δερματίτιδα και στην χρόνια κνίδωση, και επομένως ενδείκνυται ως αντικνησμώνδες φάρμακο. Οι πιθανές, όμως, παρενέργειες της κυκλοσπορίνης, και ειδικά αυτές με μεγαλύτερη σημασία για τον παιδιατρικό χώρο (υπερτρίχωση, τρόμος, νεφρική και ηπατική δυσλειτουργία, υπερπλασία των ούλων και γαστρεντερικές διαταραχές), καθιστούν την χορήγησή της προβληματική. Για τα συστηματικά κορτικοστεροειδή, η χρήση τους αντενδείκνυται, λόγω των γνωστών ανεπιθυμητών ενεργειών τους. Ως εξαίρεση, όπως και στην χρόνια κνίδωση, επιτρέπεται η για 5-7 ημέρες χορήγησή τους, προκειμένου να υφεθεί κάποια έξαρση με έντονο κνησμό. Τα H2 αντισταμινικά, τέλος, παρά την ύπαρξη υποδοχέων ισταμίνης τύπου 2 στο δέρμα, δεν έχουν την βιβλιογραφική υποστήριξη, όσον αφορά την χρησιμότητά τους, ως αντικνησμώνδη, αν και (με τις ίδιες αμφισβητήσεις) συνεπικουρούν τα H1 αντισταμινικά στις χρόνιες κνιδώσεις.

Τα **γενικά μέτρα κατά του κνησμού** συνοδεύουν, αλλά και αποτελούν μέρος της, οποιαδήποτε αντικνησμώνδους στρατηγικής, καθώς μειώνουν την ένταση και τον φαύλο κύκλο κνησμού-ξεσμού.

Συνιστάται η λήψη υγρών σε αφθονία, ενώ προτείνεται η αποφυγή : αλκοόλης, καρυκευμάτων, και η αποφυγή ή, έστω, μέτρια ή λίγη κατανάλωση καφεΐνης. Η καθημερινή εμπειρία των ασθενών, πρέπει να τονιστεί, κατευθύνει τι απαγορεύεται και τι επιτρέπεται.

Στα πλαίσια των γενικών μέτρων, πρέπει να τηρούνται και τα ακόλουθα:
1 - Αποφυγή υψηλών θερμοκρασιών. Το πλύσιμο, άρα, γίνεται με χλιαρό νερό (όχι θερμό λουτρό). Επίσης, συνιστάται χρήση ελαφρών ενδυμάτων, και κατά «επίπεδα» ώστε να απομακρύνονται ευχερώς όταν

αυξάνει η θερμοκρασία του σώματος, χωρίς να προκύπτει «ψύξη», η οποία θα μπορούσε να προκαλέσει κνησμό.

2 - Αποφυγή απτικών ερεθισμάτων, όπως τα μάλλινα ή συνθετικά ενδύματα και το τρίψιμο με την πετσέτα, μετά το λουτρό, επειδή είναι κνησμογόνα. Συνεπώς, προτείνονται τα βαμβακερά υφάσματα και το απαλό («ταμποναριστά») σκούπισμα μετά το λουτρό.

3 - Καθώς το ξηρό δέρμα είναι είτε αίτιο του κνησμού, είτε τον επιτείνει, η συνεχής και επίμονη (πολλές φορές την ημέρα!) χρήση ενυδατικής κρέμας είναι επιβεβλημένη.

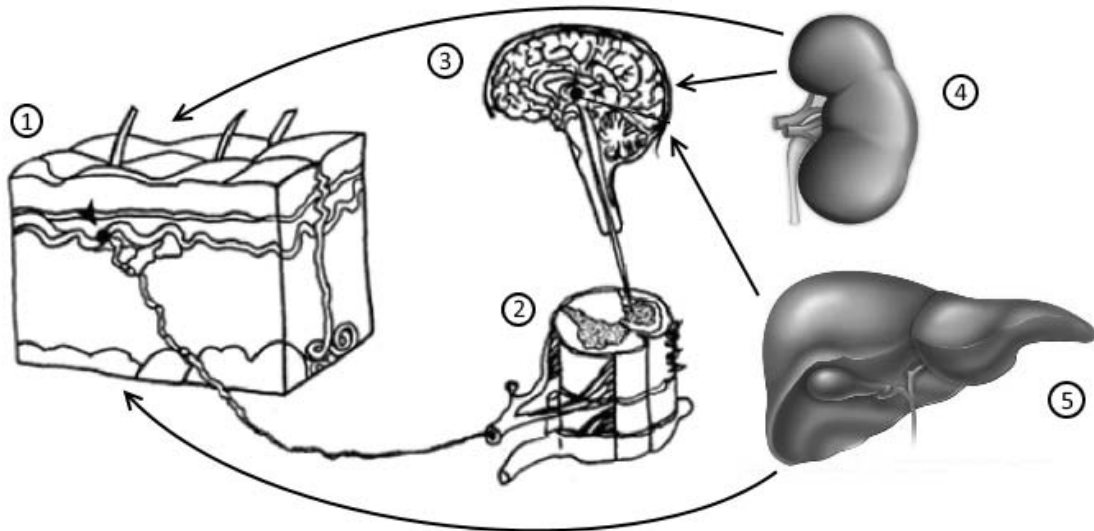
4 - Η πρόληψη των επιμολύνσεων είναι κεφαλαιώδους σημασίας, για την αποτροπή του φαύλου κύκλου κνησμός – ξεσμός. Ο επιμελής, επομένως, καθαρισμός του δέρματος, με ήπια σκευάσματα, καθώς επίσης η κοπή και λείανση των ονύχων (για την κατά το δυνατόν ελαχιστοποίηση των δυσάρεστων επακόλουθων του ξεσμού), αποτελούν αναπόσπαστα στοιχεία του όλου θεραπευτικού σχεδιασμού. Αποφεύγονται τα διαλύματα αλκοόλης και οι αλκαλικοί σάπωνες, επειδή προκαλούν ερεθισμό του δέρματος.

Η **ψυχολογική υποστήριξη** των ασθενών από το περιβάλλον, αλλά και τον θεράποντα, προσφέρει ανυπολόγιστη βοήθεια. Αυτό, διότι η προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης έχει ως αποτέλεσμα, τελικά, μεταξύ των άλλων, την ανάπτυξη αισθήματος ασφαλείας και αποτρέπει την έλευση απομονωτισμού.

Γενικά, συνιστάται η χρήση τεχνικών χαλάρωσης και διαχείρισης του άγχους. Επιπλέον, προτείνεται η εμπέδωση ενεργειών, οι οποίες ενδέχεται να συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των πασχόντων, όπως ευχάριστες ενασχολήσεις και καθημερινές συνήθειες. Ο απώτερος στόχος, όλων αυτών, είναι η διακοπή του φαύλου κύκλου κνησμού-ξεσμού. Ειδικά, καλλιεργείται, στα πλαίσια της συμπεριφορικής θεραπείας, η συγκέντρωση σε στιγμές έντονου κνησμού, ώστε να μην ολοκληρωθεί το αντανακλαστικό του ξεσμού. Ομοίως, ενδείκνυται η ενασχόληση των χειρών ως αγχολυτική ενέργεια και αποτρεπτική του ξεσμού.

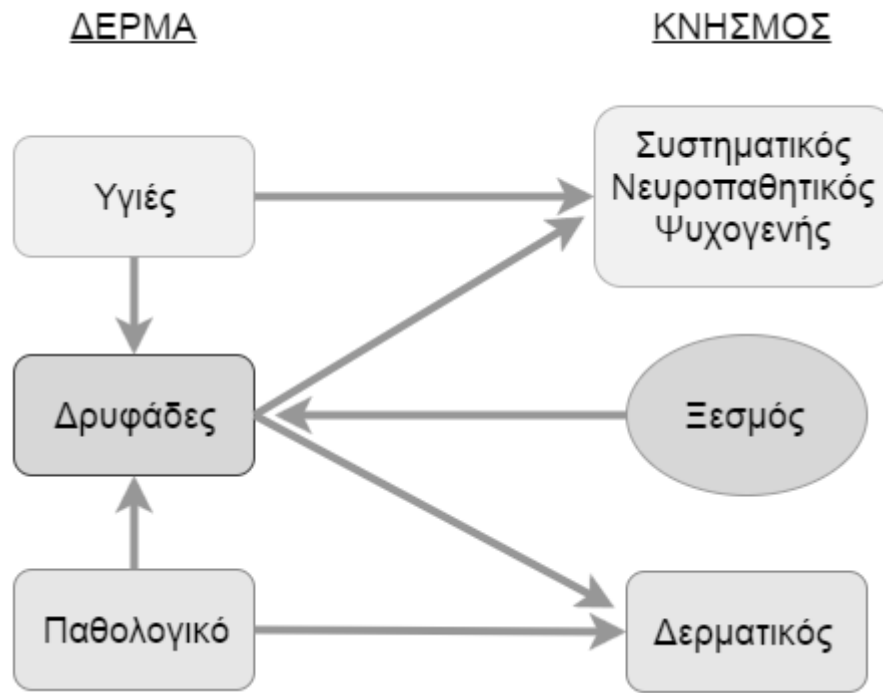
Επιπροσθέτως, στον όλο σχεδιασμό της ψυχοσωματικής αγωγής, η ψυχοθεραπεία, σε συνδυασμό ή μη με ειδική φαρμακευτική αγωγή, έχει αποδώσει ειδικά σε ασθενείς με δευτερογενή (αντιδραστική) κατάθλιψη.

Η ψυχολογική υποστήριξη, συμπερασματικά, είναι όχι μόνον αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας του κνησμού, αλλά ίσως αποτελεί τον κεντρικό της άξονα.

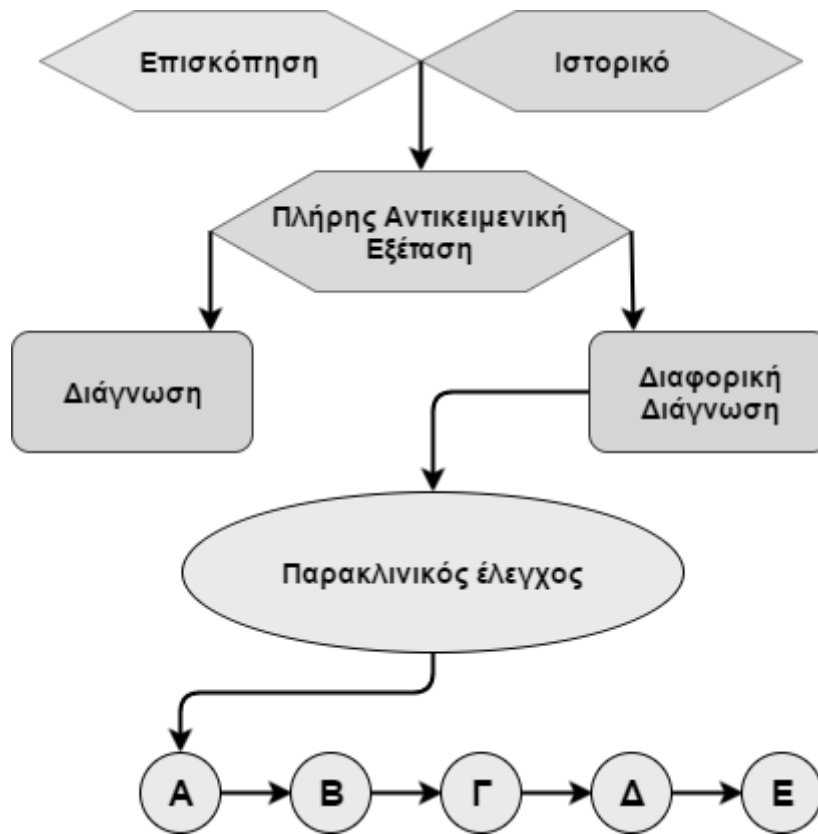


Εικόνα 1: Σχηματική απεικόνιση παθοφυσιολογίας (οδός 3 νευρώνων) και κλινική ταξινόμηση

1. Δέρμα
2. Νωτιαίος μυελός
3. Εγκέφαλος
4. Νεφρός
5. Ήπαρ



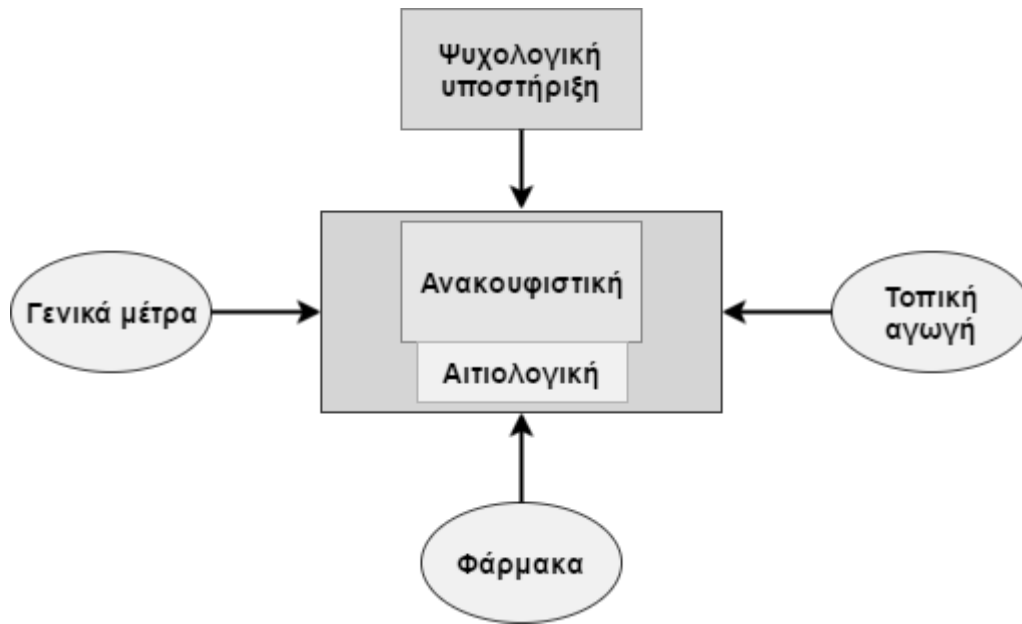
Εικόνα 2: Διαγραμματική απεικόνιση φαύλου κύκλου κνησμού-ξεσμού



Εικόνα 3: Προτεινόμενος διαγνωστικός αλγόριθμος



Εικόνα 4: Θεραπευτικοί στόχοι κνησμού



Εικόνα 5: Συνιστώσες θεραπευτικής αγωγής κνησμού

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Επιπλοκές φαύλου κύκλου κνησμού – ξεσμού (ΦΚΚΞ)

ΑΜΕΣΕΣ	ΑΠΩΤΕΡΕΣ
Δρυφάδες	Λειχηνοποίηση
Φλεγμονή	Οζίδια
Επιμόλυνση	Υπερ- ή υπο-χρωματισμός
Επίταση ΦΚΚΞ	Ουλοποίηση

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ
Με δερματική βλάβη	Δερματοπάθεια παραπομπή
Χωρίς δερματική βλάβη	Ιστορικό, Α/Ε, και εργαστηριακός έλεγχος → Συστηματική νόσος, νευροπάθεια, ψυχιατρική κατάσταση
Δρυφάδες	Φαύλος κύκλος

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΒΑΣΙΚΟΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΟΣ
Γενική αίματος	Ακτινογραφία θώρακος	Παρασιτολογική κοπράνων
Γενική ούρων	Υπερηχογράφημα κοιλίας	Ολική IgE Ειδικές αλλεργιολογικές Δερματικές δοκιμασίες
ΤΚΕ	ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	Ανοσολογικός έλεγχος (αντιπυρηνικά αντισώματα)

Σάκχαρο αίματος	Αξονική τομογραφία θώρακος	Ηλεκτροφόριση Λευκωμάτων / ανοσοσφαιρινών
Ουρία, Ουρικό οξύ, Κρεατινίνη	Αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας	Αντιθυρεοειδικά αντισώματα
Ηπατικά ένζυμα, Χολερυθρίνη, Αλκαλική φωσφατάση, γGT	Αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου	Σίδηρος ορού, Φεριτίνη, Φολικό οξύ, Ψευδάργυρος, Βιταμίνη B12
Έλεγχος θυρεοειδούς (T3, T4, TSH)		Εξέταση για ελικοβακτηρίδιο Πυλωρού
PSA		Έλεγχος για Ηπατίτιδες
Έλεγχος κοπράνων για υποκλινική αιμορραγία		Έλεγχος για HIV

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΦΑΡΜΑΚΑ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ
Ναλτραξένη	χολόσταση	Ανταγωνιστής οπιοειδών
Ονδανσετρόνη	χολόσταση	Ανταγωνιστής 5-HT 3 υποδ.
Ριφαμπικίνη	χολόσταση	Επαγωγή ενζύμων Αναστολή ΕHK
17α – ανδρογόνα	χολόσταση	Επαγωγή ενζύμων
Χολεστυραμίνη	χολόσταση	Αναστολή ΕHK
Θαλιδομίδη	ουραιμία	Αντι-TNFα
Κορτικοστεροειδή	Hodgkin's	
Παροξετίνη	παρανεοπλασματικά σύνδρομα	SSRI
ΜΣΑΦ Παροξετίνη	πολυερυθραιμία, HIV	↓ PGE2 ↓ σεροτονίνης
Υπεριώδης ακτινοβολία Β	ουραιμία	↓ CGRP ίνες

Μιτραζεπίνη 4κυκλικό αντικαταθλιπτικό	Ανθεκτικός κνησμός	Αντιισταμινικό SNRI
---	--------------------	------------------------

ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Rajagopalan M, Saraswat A, Godse K, Shankar DS, Kandhari S, Sheno SD, *et al.* Diagnosis and management of chronic pruritus: An expert consensus review. *Indian J Dermatol* 2017;62:7-17.

van der Woerd WL et al . Therapies for inherited cholestatic liver disease *World J Gastroenterol* 2017; 23: 763-775

Sanders KM, Nattkemper LA and Yosipovitch G. Advances in understanding itching and scratching: a new era of targeted treatments F1000Research 2016

Lakloul and Baranidharan Profile of the capsaicin 8% patch for the management of neuropathic pain associated with postherpetic neuralgia: safety, efficacy, and patient acceptability *Patient Preference and Adherence* 2016;10 1913–1918

Pereira MP et al Intraepidermal Nerve Fiber Density: Diagnostic and Therapeutic Relevance in the Management of Chronic Pruritus: a Review *Dermatol Ther (Heidelb)* (2016) 6:509–517

Lim VM et al A Review of the Efficacy of Thalidomide and Lenalidomide in the Treatment of Refractory Prurigo Nodularis *Dermatol Ther (Heidelb)* (2016) 6:397–411

Χατζής Δ. Κ. Παθοφυσιολογία κνησμού, παρεμβάσεις. 3^ο Σχολείο Κλινικής Ανοσολογίας: Ανοσολογία Δέρματος Παιδών, 2016

Tarikci N et al Pruritus in Systemic Diseases: A Review of Etiological Factors and New Treatment Modalities *The Scientific World Journal* 2015, ID 803752

E. Weisshaar et al. European Guideline on Chronic Pruritus In cooperation with the European Dermatology Forum (EDF) and the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) *Acta Derm Venereol* 2012; 92: 563–581

Yosipovitch G. Chronic Pruritus: a Paraneoplastic Sign *Dermatol Ther.* 2010; 23: 590–596