



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ
Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ
ΝΟΣΩΝ - ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΤΟΥΛΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

«Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής σε ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα με
δείκτες συστηματικής φλεγμονής»

ΡΩΤΣΙΑΜΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
Ειδικός Δερματολόγος – Αφροδισιολόγος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Αθήνα, Δεκέμβριος 2024



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ
Β' ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ
ΝΟΣΩΝ - ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΤΟΥΛΗΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

«Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής σε ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα με
δείκτες συστηματικής φλεγμονής»

ΡΩΤΣΙΑΜΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
Ειδικός Δερματολόγος – Αφροδισιολόγος

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Αθήνα, Δεκέμβριος 2024

Ημερομηνία αιτήσεως: 11/03/20216

Ημερομηνία ορισμού 3μελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 11/10/2016

Μέλη της 3μελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

- 1) Παπαδαυίδ Ευαγγελία
- 2) Κατούλης Αλέξανδρος
- 3) Ρηγόπουλος Δημήτριος

Ημερομηνία ορισμού του Θέματος: 07/12/2016

Ημερομηνία καταθέσεως της διδακτορικής διατριβής: 19/12/2024

Όνομα του Προέδρου της Ιατρικής Σχολής: κ. Αρκαδόπουλος Νικόλαος

Όνόματα των μελών της 7μελούς Εξεταστικής Επιτροπής:

- 1) Παπαδαυίδ Ευαγγελία
- 2) Ρηγόπουλος Δημήτριος
- 3) Στρατηγός Αλέξανδρος
- 4) Κατούλης Αλέξανδρος
- 5) Νικολαΐδου Ηλέκτρα
- 6) Γρηγορίου Σταμάτης
- 7) Νικολάου Βασιλική

Βαθμός με τον οποίο έγινε αποδεκτή η διατριβή: Άριστα

Όρκος του Ιπποκράτη

Ορκίζομαι στον Απόλλωνα τον Ιατρό και στον Ασκληπιό και στην Υγεία και στην πανάκεια και σ' όλους τους Θεούς επικαλούμενος την μαρτυρία τους, να τηρήσω πιστά κατά τη δύναμη και την κρίση μου αυτό τον όρκο και το συμβόλαιό μου αυτό. Να θεωρώ αυτόν που μου δίδαξε αυτή την τέχνη ίσο με τους γονείς μου και να μοιραστώ μαζί του τα υπάρχοντά μου και τα χρήματά μου αν έχει ανάγκη φροντίδας.

Να θεωρώ τους απογόνους του ίσους με τ' αδέρφια μου και να τους διδάξω την τέχνη αυτή αν θέλουν να τη μάθουν, χωρίς αμοιβή και συμβόλαιο και να μεταδώσω με παραγγελίες, οδηγίες και συμβουλές όλη την υπόλοιπη γνώση μου και στα παιδιά μου και στα παιδιά εκείνου που με δίδαξε και στους άλλους μαθητές που έχουν κάνει γραπτή συμφωνία μαζί μου και σ' αυτούς που έχουν ορκισθεί στον ιατρικό νόμο και σε κανέναν άλλο και να θεραπεύω τους πάσχοντες κατά τη δύναμή μου και την κρίση μου χωρίς ποτέ, εκουσίως, να τους βλάψω ή να τους αδικήσω. Και να μη δώσω ποτέ σε κανένα, έστω κι αν μου το ζητήσει, θανατηφόρο φάρμακο, ούτε να δώσω ποτέ τέτοια συμβουλή. Ομοίως να μη δώσω ποτέ σε γυναίκα φάρμακο για ν' αποβάλει. Να διατηρήσω δε τη ζωή μου και την τέχνη μου καθαρή και αγνή. Και να μη χειρουργήσω πάσχοντες από λίθους αλλά ν' αφήσω την πράξη αυτή για τους ειδικούς. Και σ' όποια σπίτια κι αν μπω, να μπω για την ωφέλεια των πασχόντων αποφεύγοντας κάθε εκούσια αδικία και βλάβη και κάθε γενετήσια πράξη και με γυναίκες και με άνδρες, ελεύθερους και δούλους. Και ό,τι δω ή ακούσω κατά την άσκηση του επαγγέλματός μου, ή κι εκτός, για τη ζωή των ανθρώπων, που δεν πρέπει ποτέ να κοινοποιηθεί, να σιωπήσω και να το τηρήσω μυστικό. Αν τον όρκο μου αυτό τηρήσω πιστά και δεν τον αθετήσω, είτε ν' απολαύσω για πάντα την εκτίμηση όλων των ανθρώπων για τη ζωή μου και για την τέχνη μου, αν όμως παραβώ και αθετήσω τον όρκο μου να υποστώ τα αντίθετα από αυτά.

Σύντομο βιογραφικό σημείωμα

Γεννηθείς στην Καρδίτσα το 1980, σπούδασε στην Ιατρική Σχολή του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, όπου αποφοίτησε το 2005.

Έλαβε την ειδικότητα της Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας στη 2^η Πανεπιστημιακή Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ στο ΠΓΝ “ΑΤΤΙΚΟΝ” και τον τίτλο του ειδικού Δερματολόγου – Αφροδισιολόγου το 2017.

Μέχρι το 2020 κατείχε θέση Δερματολόγου – Επιστημονικού συνεργάτη στο τμήμα “Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας” στο μεγαλύτερο Δερματολογικό Νοσοκομείο της Ελλάδος, στο Νοσ. Δερματικών και Αφροδισίων Νόσων “Ανδρέας Συγγρός”.

Είναι ο υπεύθυνος Δερματολόγος του **dermaclinique**, ενός πρότυπου Δερματολογικού Ιατρείου, που βρίσκεται στην πόλη της Καρδίτσας, όπου παρέχονται υπηρεσίες, που καλύπτουν κάθε τομέα της Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας και της Κοσμητικής Ιατρικής (εφαρμογές Laser).

Ο Δερματολόγος Ρωτσιάμης Νικόλαος είναι κάτοχος 3 Μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών, που αφορούν σε:

1. “Σύγχρονη διαγνωστική στη Δερματολογία – Αλλεργιολογία”
2. “Κλασική Ομοιοπαθητική”
3. “Διοίκηση Μονάδων Υγείας”

Έχει επίσης συμμετάσχει ως Δερματολόγος σε πολλά ερευνητικά πρωτόκολλα και κλινικές μελέτες, που αφορούσαν στην ψωρίαση και άλλα δερματολογικά νοσήματα.

Έχει διαρκή και ενεργή συμμετοχή σε εγχώρια (ως ομιλητής) και διεθνή μετεκπαιδευτικά σεμινάρια – συνέδρια με ιδιαίτερο γνωστικό αντικείμενο τις φλεγμονώδεις παθήσεις του δέρματος, την ογκολογία του δέρματος καθώς και την αισθητική – κοσμετολογική δερματολογία με αποτέλεσμα την ενσωμάτωση των γνώσεων στην καθημερινή ιατρική πρακτική των πλέον σύγχρονων και αποτελεσματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών λύσεων.

Ευχαριστίες

Η παρούσα Διατριβή αποτελεί το επιστέγασμα κόπων ετών καθώς και την εκπλήρωση ενός ονείρου, που ξεκίνησε από τα φοιτητικά κιόλας χρόνια. Η επίτευξη και η ολοκλήρωση, βέβαια, αυτού του εγχειρήματος δεν θα ήταν εφικτή χωρίς τη συμπαράσταση και καθοδήγηση κάποιων ανθρώπων, τους οποίους και οφείλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερα.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσά μου και Καθηγήτρια κα. Παπαδαυιδ Ευαγγελία, η οποία πίστεψε σε εμένα και μου έδωσε τη δυνατότητα να εκπονήσω τη Διατριβή μου. Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή κο. Κατούλη Αλέξανδρο, με τον οποίο είχα αγαστή συνεργασία όλα αυτά τα χρόνια και ο οποίος με βοήθησε να συλλέξω τους ασθενείς της Διατριβής μου, μέσω του ειδικού ιατρείου Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας του Νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟΝ». Φυσικά, δεν θα μπορούσα από τις ευχαριστίες να παραλείψω τον Καθηγητή κο. Ρηγόπουλο Δημήτριο, ο οποίος αποτελεί τον μέντορά μου όσον αφορά τη Δερματολογία – Αφροδισιολογία.

Τέλος, αλλά όχι τελευταίους, θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου και πιο συγκεκριμένα στη σύζυγό μου Χρύσα και τα δυο μου παιδιά Ιόλη – Μαρία και Ιωάννη, που είναι πάντα δίπλα μου, αποτελώντας την κινητήρια δύναμη σε ό,τι κάνω.

Περίληψη

Σκοπός: Η Διαπυθητική Ιδρωταδενίτιδα συνιστά χρόνια φλεγμονώδη δερματική νόσο, η εκδήλωση των συμπτωμάτων της οποίας ενέχει σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης αποτελεί ο έλεγχος των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των δεικτών συστηματικής φλεγμονής και της ποιότητας ζωής των ασθενών, μέσα από την εφαρμογή κατάλληλα επιλεγμένων ψυχομετρικών δοκιμασιών.

Σχεδιασμός / μεθοδολογία / προσέγγιση: Πρόκειται για μελέτη, η οποία υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή συνολικά 54 ασθενών με Διαπυθητική Ιδρωταδενίτιδα, οι οποίοι παρακολούθηθηκαν εντός του Τμήματος Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν», με τη διάγνωση της νόσου να βασίζεται στην κλινική εικόνα αυτών και την κατηγοριοποίηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων να τελείται με βάση τη σταδιοποίηση κατά Hurley. Η εκτίμηση της διαφοροποίησης της ποιότητας ζωής των ασθενών επιχειρήθηκε μέσω της αξιολόγησης του επιπέδου των συναισθημάτων Μοναξιάς, Ανησυχίας και Κατάθλιψης, που βιώνουν, με την αξιοποίηση του Ερωτηματολογίου Dermatology Life Quality Index (DLQI), της Κλίμακας Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), της Κλίμακα Rossenberg και της Κλίμακας UCLA Loneliness Scale. Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε αιμοληψία προκειμένου να επιτευχθεί ο υπολογισμός των δεικτών της φλεγμονής, με την πραγματοποίηση μετρήσεων των τιμών CRP, της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) και του αριθμού των Λευκών αιμοσφαιρίων.

Ευρήματα: Με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αποκαλύπτεται η συσχέτιση μεταξύ των δεικτών συστηματικής φλεγμονής και του ψυχο-συναισθηματικού αντίκτυπου της εκδήλωσης της Διαπυθητικής Ιδρωταδενίτιδας στη ζωή των ασθενών, καθώς καταγράφεται αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης συναισθημάτων Μοναξιάς, Ανησυχίας και Κατάθλιψης, ανεξαρτήτως της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, του φύλου, του Δείκτη Μάζας Σώματος, των καπνιστικών συνηθειών και της επιλεγόμενης θεραπευτικής προσέγγισης. Τα ανωτέρω υποδεικνύουν τη σαφή συσχέτιση μεταξύ των δεικτών συστηματικής φλεγμονής και της απομείωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Πρωτοτυπία / αξία: Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να εξετάσει ένα πεδίο αυξημένης ερευνητικής σημασίας, επιδιώκοντας τη συσχέτιση των δεικτών συστηματικής φλεγμονής με την αξιολόγηση των ασθενών με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα σε επιλεγόμενες ψυχομετρικές δοκιμασίες. Τα ευρήματα αυτής παρουσιάζονται συναφή με την υφιστάμενη βιβλιογραφία, τονίζοντας τον αντίκτυπο, που ενέχει η εκδήλωση της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών, διερευνώντας επιπροσθέτως εις βάθος τη σχέση μεταξύ των δεικτών φλεγμονής και των ψυχο-συναισθηματικών επιπτώσεων της νόσου. Μέσω της συγκεκριμένης μελέτης αποκαλύπτεται η πολύπλευρη φύση της συγκεκριμένης ασθένειας, η εμφάνιση των συμπτωμάτων της οποίας δύναται να βάλλει σημαντικά τη ζωή των ασθενών, συνθήκη η οποία επιτάσσει την ολιστική προσέγγισή τους μέσω της παροχής κατάλληλης υποστήριξης.

Λέξεις κλειδιά: Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα, ποιότητα ζωής ασθενών με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα, συναισθήματα Μοναξιάς σε ασθενείς με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα, συναισθήματα Ανησυχίας σε ασθενείς με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα, συναισθήματα Κατάθλιψης σε ασθενείς με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα.

Abstract

Purpose: Hidradenitis suppurativa is a chronic inflammatory skin condition, affecting thoroughly the everyday life' conditions of affected individuals. The aim of the present study is correlate serum inflammatory markers with the quality of life of patients, by applying selected psychometric scores.

Design / methodology / approach: The present study included 54 patients with Hidradenitis suppurativa who received medical treatment at the Department of Dermatology-Venereology, in "Attikon" University Hospital. The diagnosis of the eligible patients was based upon their clinical condition and the categorization of the severity of their symptoms according to the Hurley staging system. Depicting differentiations detected regarding the quality of life of affected patients was conducted via estimating the emerge of sentiments of Loneliness, Anxiety and Depression, based on the utilization of Dermatology Life Quality Index (DLQI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Rossenberg Scale and UCLA Loneliness Scale. Inflammatory serum markers, including CRP, Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR) and White Blood Count (WBC) were also measured.

Findings: The results of the present study underline the close relation between inflammatory markers and the psychological burden posed upon patients with Hidradenitis suppurativa, as indicated by the amplification of sentiments of Loneliness, Anxiety and Depression expressed, regardless of the severity of symptoms, sex, Body Mass Index, smoking habits and selected treatment. Thus, inflammatory markers are strongly correlated with the deterioration of the quality of life of patients.

Originality / value: The present study examines in depth a scientific area of great importance, as it aims to reveal correlations existing between inflammatory markers and poor psychometric scores detected among patients with Hidradenitis suppurativa. Results are in accordance with the existing literature, underlining the impact of the emerging symptoms upon the quality of life of patients, underscoring additionally the correlations between inflammatory markers and psychological disturbances caused by the disease. The present reserch thus depicts the multidimensional nature of Hidradenitis suppurativa, as well as its intense impact upon the lives of affected individuals, indicating the necessity of holistic patient care that includes comprehensive psychological support.

Keywords: Hidradenitis suppurativa, quality of life of patients with Hidradenitis suppurativa, sentiments of Loneliness expressed by patients with Hidradenitis suppurativa, sentiments of Anxiety expressed by patients with Hidradenitis suppurativa, sentiments of Depression expressed by patients with Hidradenitis suppurativa.

Πίνακας περιεχομένων

Όρκος του Ιπποκράτη.....	iv
Σύντομο βιογραφικό σημείωμα.....	v
Ευχαριστίες.....	vi
Περίληψη.....	vii
Abstract.....	ix
Πίνακας περιεχομένων.....	xi
Κατάλογος εικόνων και σχημάτων.....	xiii
Κατάλογος πινάκων.....	xiv
Κατάλογος συντομογραφιών.....	xv
ΓΕΝΙΚΟΣ ΜΕΡΟΣ.....	1
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή.....	2
1.1 Σημαντικότητα του θέματος και διατύπωση του προβλήματος.....	2
1.2 Πρωτοτυπία διατριβής.....	2
1.3 Ερευνητικός σκοπός και στόχοι.....	3
1.4 Δομή διατριβής.....	4
Κεφάλαιο 2: Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα ή Ανάστροφη Ακμή.....	6
2.1 Εισαγωγή.....	6
2.2 Εννοιολογική προσέγγιση.....	6
2.3 Επιδημιολογία της νόσου.....	7
2.4 Αιτιοπαθογένεια της νόσου.....	13
2.5 Διαγνωστικά κριτήρια.....	21
2.6 Στάδια και εξελικτική πορεία της νόσου.....	22
2.6.1 Εξελικτική πορεία της νόσου.....	22
2.6.2 Στάδια της νόσου.....	26
2.6.3 Εντοπιζόμενες επιπλοκές της νόσου.....	27
2.7 Συννοδά νοσήματα.....	28
2.8 Θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	30
2.8.1 Ισχύουσες διεθνείς οδηγίες αναφορικά με τη διαχείριση των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας.....	30
2.8.2 Επιλεγόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις έναντι της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας.....	51
Κεφάλαιο 3: Ποιότητα ζωής.....	73
3.1 Εισαγωγή.....	73
3.2 Εννοιολογική προσέγγιση του επιπέδου ζωής.....	73
3.3 Διαστάσεις της ποιότητας ζωής.....	76
3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.....	78
3.5 Εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής.....	80
3.6 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.....	84
3.7 Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.....	86
Κεφάλαιο 4: Ποιότητα ζωής ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα ή Ανάστροφη Ακμή.....	88
4.1 Εισαγωγή.....	88
4.2 Επιρροές της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών.....	88
4.3 Ανασκόπηση μελετών αναφορικά με την ποιότητα ζωής ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα (ΔΙ) ή Ανάστροφη Ακμή.....	89

4.3.1	Συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας και της έκτασης των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας και της επιρροής στην ποιότητα ζωής των ασθενών..	89
4.3.2	Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας εκδήλωσης των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας και της επιρροής στην ποιότητα ζωής των ασθενών.....	100
4.3.3	Συσχέτιση μεταξύ της εκδήλωσης ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών λόγω των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας και της επιρροής στην ποιότητα ζωής των ασθενών	102
4.3.4	Συσχέτιση μεταξύ της εκδήλωσης πόνου λόγω της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας και της επιρροής στην ποιότητα ζωής των ασθενών.....	119
4.3.5	Συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας δυσάρεστης οσμής λόγω της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας και της επιρροής στην ποιότητα ζωής των ασθενών.....	122
4.3.6	Εκτίμηση της επιρροής της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα της σεξουαλικής/ διαπροσωπικής ζωής των ασθενών.....	124
4.3.7	Εκτίμηση της επιρροής της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των ασθενών.....	129
4.3.8	Σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών με Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας έναντι ασθενών με έτερες δερματικές παθήσεις.....	134
4.3.9	Η επιρροή διακριτών θεραπευτικών προσεγγίσεων έναντι της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών.....	136
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....		142
Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία έρευνας.....		143
5.1	Εισαγωγή.....	143
5.2	Σκοπός και στόχοι της έρευνας	143
5.3	Ερευνητικά ερωτήματα	144
5.4	Σχεδιασμός της έρευνας.....	145
5.4.1	Δείγμα της έρευνας	145
5.4.2	Τεχνικές συλλογής δεδομένων	146
5.5	Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας	148
5.6	Περιορισμοί κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.....	149
5.7	Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....	150
5.8	Προοπτικές της μελέτης.....	151
Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα έρευνας.....		153
6.1	Περιγραφή δείγματος.....	153
6.2	Συσχετίσεις Spearman.....	165
6.3	Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών αναλύσεων	167
6.4	Αποτελέσματα πολυπαραγοντικών αναλύσεων	169
Κεφάλαιο 7: Συζήτηση.....		173
7.1	Συζήτηση ευρημάτων.....	173
7.2	Συστάσεις για μελλοντική έρευνα	183
Κεφάλαιο 8: Συμπεράσματα		185
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....		186
Ξενόγλωσσες.....		186
Παράρτημα – Έγγραφο συγκατάθεσης.....		212

Κατάλογος εικόνων και σχημάτων

Σχήμα 2.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων σε επίπεδο ορμονών.....	16
Σχήμα 2.2: Σύγκριση του Δείκτη Μάζας Σώματος σε άτομα κατά την έναρξη της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της νόσου και του γενικού πληθυσμού.....	18
Εικόνα 2.3: Απεικόνιση βλάβης σε αρχικό στάδιο, εντοπιζόμενης στη μασχαλαία περιοχή.....	23
Εικόνα 2.4: Απεικόνιση υπερτροφικής ουλής, ως απόρροια της διαδικασίας επούλωσης της βλάβης.....	24
Σχήμα 2.5: Απεικόνιση σταδίων της νόσου και συνοδών δερματικών βλαβών.....	25
Εικόνα 2.6: Απεικόνιση ασθενούς σταδίου Hurley III.....	26
Εικόνα 2.7: Απεικόνιση λεμφοειδήματος στην περιγεννητική περιοχή σε άνδρα ασθενή..	27
Εικόνα 2.8: Απεικόνιση ακανθοκυτταρικού καρκινώματος του δέρματος στη γλουτιαία περιοχή σε άνδρα ασθενή.	28
Εικόνα 2.9: Βελτίωση της εικόνας της περι-πρωκτικής περιοχής στην ασθενή 9 ετών. ...	56
Εικόνα 2.10: Διαφοροποιήσεις στην όψη των προσβεβλημένων περιοχών στο σύνολο των 4 ασθενών (απεικονίζεται η όψη πριν την έναρξη της θεραπείας και μετά από 3 μήνες). ...	58
Σχήμα 4.1: Συσχέτιση των επιπέδων DLQI και PHQ-9 με τη σταδιοποίηση κατά Hurley των συμμετεχόντων ασθενών.....	139
Σχήμα 6.1: Ραβδόγραμμα της θεραπείας ανά στάδιο Hurley.	156
Σχήμα 6.2: Ραβδόγραμμα του φύλου ανά στάδιο Hurley.....	156
Σχήμα 6.3: Ραβδόγραμμα του καπνίσματος ανά στάδιο Hurley.....	157
Σχήμα 6.4: Ραβδόγραμμα του IHS4 ανά στάδιο Hurley.	157
Σχήμα 6.5: Θηκόγραμμα της ηλικίας ανά στάδιο Hurley.....	158
Σχήμα 6.6: Smoothed συνάρτηση πυκνότητας πιθανότητας του Δείκτη Μάζας Σώματος ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.....	158
Σχήμα 6.7: Θηκόγραμμα της TKE ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.	159
Σχήμα 6.8: Smoothed συνάρτηση πυκνότητας πιθανότητας της CRP ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.	159
Σχήμα 6.9: Θηκόγραμμα της WBC ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.....	160
Σχήμα 6.10: Ραβδόγραμμα εκτιμήσεων των δεικτών φλεγμονής στο σύνολο των συμμετεχόντων, πριν και μετά την θεραπευτική παρέμβαση.....	160
Σχήμα 6.11: Ραβδόγραμμα της UCLA ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.	161
Σχήμα 6.12: Ραβδόγραμμα του DLQI ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.	161
Σχήμα 6.13: Ραβδόγραμμα του DLQI ανά στάδιο Hurley στα 3 σημεία ελέγχου κατά την υλοποίηση της μελέτης.	162
Σχήμα 6.14: Ραβδόγραμμα της κατάθλιψης ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.	162

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 2.1: Περιοχή εντοπισμού των βλαβών σε σχέση με το φύλο, όπως καταγράφεται σε διαφορετικές χώρες.....	12
Πίνακας 2.2: Δημοσιευμένες οδηγίες σχετικά με την αντιμετώπιση της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας.....	32
Πίνακας 2.3: Εφαρμογή τοπικών και διαδερμικών θεραπευτικών προσεγγίσεων κατά τη διαχείριση της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας.....	35
Πίνακας 2.4: Συστηματική θεραπεία έναντι της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας.....	38
Πίνακας 2.5: Θεραπευτικές προσεγγίσεις έναντι της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας με την εφαρμογή Laser και χειρουργικής επέμβασης.....	48
Πίνακας 2.6: Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ασθενών και εφαρμοζόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	57
Πίνακας 4.1: Απεικόνιση των δεδομένων, τα οποία συλλέχθηκαν από το σύνολο των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, που ελέγχθηκαν.....	112
Πίνακας 6.1: Χαρακτηριστικά των 54 ασθενών με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα ανά στάδιο κατά Hurley και συνολικά κατά την έναρξη της μελέτης (baseline characteristics).	154
Πίνακας 6.2: Μετρήσεις δεικτών φλεγμονής κατά την 2 ^η και 3 ^η επίσκεψη των ασθενών.....	163
Πίνακας 6.3: Μετρήσεις των υλοποιούμενων ψυχομετρικών δοκιμασιών κατά την 2η και 3η επίσκεψη των ασθενών.....	164
Πίνακας 6.4: Συσχετίσεις των δεικτών φλεγμονής με τις εκτιμήσεις στις ψυχομετρικές δοκιμασίες κατά την έναρξη της μελέτης.....	165
Πίνακας 6.5: Συσχετίσεις των δεικτών φλεγμονής με τα ψυχομετρικά σκορ κατά την 2 ^η επίσκεψη.....	166
Πίνακας 6.6: Συσχετίσεις των δεικτών φλεγμονής με τις εκτιμήσεις στις ψυχομετρικές δοκιμασίες κατά την 3η επίσκεψη.....	166
Πίνακας 6.7: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος τον Δείκτη Dermatology Life Quality Index (DLQI).	167
Πίνακας 6.8: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Κλίμακα Rossenberg.....	167
Πίνακας 6.9: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Κλίμακα εκτίμησης μοναξιάς (UCLA).	168
Πίνακας 6.10: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Ανησυχία.....	168
Πίνακας 6.11: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Κατάθλιψη.....	169
Πίνακας 6.12: Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος τον Δείκτη Dermatology Life Quality Index (DLQI).	170
Πίνακας 6.13: Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Κλίμακα Rossenberg.....	170
Πίνακας 6.14: Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Κλίμακα εκτίμησης μοναξιάς (UCLA).	171
Πίνακας 6.15: Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την εκτιμώμενη Ανησυχία.....	171
Πίνακας 6.16: Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Κατάθλιψη.....	172

Κατάλογος συντομογραφιών

ΔΙ	Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα
TKE	Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών
aHR	adjusted Hazard Ratio
ADL	Activities of Daily Living
AIC	Akaike Information Criterion
BDI-II	Beck Depression Inventory-II
BHS	Beck Hopelessness Scale
BMI	Body Mass Index
BSRQ	Body-Self Relations Questionnaire
CNS	Coagulase-negative staphylococci
CI	Confidence Interval
COPE	Coping-Orientation to Problems-Experienced Inventory
CAD	Coronary Artery Disease
CBIS	Cutaneous Body Image Scale
CRP	C-Reactive Protein
DLQI	Dermatology Life Quality Index
ENDS	Electronic Nicotine Delivery Systems
EMA	European Medicine Agency
EQ-5D-5L	5 Level EQ-5D version
FDLQI	Family Dermatology Life Quality Index
FSFI-6	6-item Female Sexual Function Index
FDA	Food and Drug Administration
FKKS	Frankfurt Body Concept Scale
GHQ	General Health Questionnaire
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HiSCR	Hidradenitis Suppurativa Clinical Response
HiSQOL	Hidradenitis Suppurativa Quality of Life tool
HS-PGA	Hidradenitis Suppurativa Physicians Global Response Clinical Assessment
I&D	Incision and Drainage
IPL	Intense Pulsed Light
IHS4	International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System
IIEF	International Index of Erectile Function

ISBQ	Internalized Skin Bias Questionnaire
MSS	Modified Sartorius Scale
Nd:YAG	Neodymium-Doped Yttrium Aluminum Garnet
NSAIDs	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs
NRS	Numeric Rating Scale
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PDT	Photodynamic Therapy
REML	Restricted Maximum Likelihood / Περιορισμένη Μέγιστη Πιθανοφάνεια
RSES	Rosenberg Self-Esteem Scale
SWLS	Satisfaction with Life Scale
STAXI-2	State-Trait Anger Expression Inventory 2
TNF- α	Tumor Necrosis Factor-alpha
VAS	Visual Analogue Scale
WAI	Work Ability Index
WPAI	Work Productivity and Activity Impairment
WLE	Wide Local Excision
WPAI:GH	Work Productivity and Activity Impairment: General Health (WPAI:GH)
95% C.I.	95% Confidence Interval / 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης

ΓΕΝΙΚΟΣ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

1.1 Σημαντικότητα του θέματος και διατύπωση του προβλήματος

Η Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα συνιστά υποτροπιάζουσα φλεγμονώδη δερματική νόσο, η οποία προσβάλλει διακριτές περιοχές του σώματος, προκαλώντας την ανάπτυξη προοδευτικά επώδυνων φλεγμονωδών οζιδίων, αποστημάτων και πυορροούστων καναλιών, γνωστών και ως συρίγγια. Η χρόνια πορεία της, σε συνδυασμό με την εκτεταμένη συχνά έκταση των εντοπιζόμενων δερματικών βλαβών, του έντονου πόνου που προκαλείται εξ αυτών και των δύσσοσμων πυωδών εκκριμάτων, επιφέρουν την έγερση ποικίλων και ισχυρών επιπτώσεων στην ποιότητα ζωής των ασθενών, ιδίως συγκρινόμενη με έτερες δερματικές παθήσεις. Πολλαπλές εντοπίζονται, επομένως, οι συνέπειες αυτής στο σύνολο των τομέων της ζωής των πασχόντων, συμπεριλαμβανομένων του επαγγελματικού χώρου, αλλά και του πεδίου ανάπτυξης προσωπικών και ρομαντικών σχέσεων.

Η εκδήλωση των συμπτωμάτων τοποθετείται κατά κύριο λόγο στην εφηβεία, με τη νόσο να προσβάλλει τόσο άνδρες όσο και γυναίκες, με την πολυπαραγοντική αιτιοπαθογένεια αυτής να προτάσσει σημαντικά εμπόδια στο πλαίσιο της βέλτιστης διαχείρισης των συμπτωμάτων. Παράλληλα, η αδυναμία ολιστικής αντιμετώπισης της νόσου επιτείνει την απομείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, προκαλώντας την ψυχολογική και συναισθηματική τους επιβάρυνση. Η επιπρόσθετη έκπτωση της ψυχοσυναισθηματικής υγείας των πασχόντων ανάγεται σε αρνητική παράμετρο στην επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου καθημερινής τους διαβίωσης, ενώ επιπλέον δύναται να συντελέσει ανασταλτικά στην πορεία της θεραπευτικής προσέγγισης της νόσου.

1.2 Πρωτοτυπία διατριβής

Αναγνωρίζοντας τη σημασία της διασφάλισης της ψυχικής και συναισθηματικής υγείας των ασθενών με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα και την προστασία της ποιότητας διαβίωσής τους, η ερευνητική κοινότητα έχει εστιάσει στη διερεύνηση του ψυχολογικού αντίκτυπου της εκδήλωσής της. Ένα σύνολο μελετών επεδίωξε την αποσαφήνιση των συσχετίσεων μεταξύ της σοβαρότητας και της έκτασης των συμπτωμάτων και της επιβάρυνσης της προσωπικής/

διαπροσωπικής και επαγγελματικής ζωής των πασχόντων, καταλήγοντας σε ενδιαφέροντα ευρήματα αναφορικά με τον σαφή αντίκτυπό της στην καθημερινότητα των ασθενών.

Η παρούσα μελέτη συνιστά, με βάση την ως τώρα γνώση του ερευνητή, μια πρωτότυπη ερευνητική προσέγγιση, η οποία θέτει στο επίκεντρο τον προσδιορισμό των πιθανών συσχετίσεων των δεικτών συστηματικής φλεγμονής με τα επίπεδα αξιολόγησης των ασθενών σε επιλεγόμενες ψυχομετρικές δοκιμασίες. Μέσω της πρωτότυπης αυτής μελέτης επιδιώκεται η συσχέτιση της εμφάνισης της νόσου με την έκπτωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, και συγκεκριμένα με την πρόκληση συναισθημάτων Ανησυχίας, Μοναξιάς και Κατάθλιψης, επιχειρώντας την προβολή της αξίας της ολιστικής διαχείρισης των συμπτωμάτων αυτής και της παροχής ψυχο-συναισθηματικής στήριξης στους ασθενείς κατά την προσπάθεια διαχείρισης της καθημερινότητάς τους. Η αποτύπωση των πιθανών συσχετίσεων ανάμεσα στις σωματικές προβολές της νόσου, και ειδικότερα των δεικτών συστηματικής προβολής, και της ψυχο-συναισθηματικής υγείας των ασθενών, δύναται να συμβάλει στη διαμόρφωση μιας ισχυρής βάσης στο πεδίο της βέλτιστης αντιμετώπισης της συγκεκριμένης ασθένειας.

1.3 Ερευνητικός σκοπός και στόχοι

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην εις βάθος διερεύνηση του αντίκτυπου της εμφάνισης των συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, θέτοντας στο επίκεντρο την αποσαφήνιση των επιπτώσεων αυτής στην καθημερινή τους διαβίωση και αποκαλύπτοντας την ψυχο-συναισθηματική επιβάρυνσή τους. Συγκεκριμένα, επιχειρεί τον εντοπισμό πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των δεικτών συστηματικής φλεγμονής με την απομείωση των επιπέδων της ψυχο-συναισθηματικής υγείας των ασθενών, όπως αυτή αποκαλύπτεται μέσα από την αξιολόγησή τους σε κατάλληλα επιλεγμένες ψυχομετρικές δοκιμασίες. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης ερευνητικής προσέγγισης αναμένεται να αποτυπώσουν την επιβάρυνση, που ενέχει η εμφάνιση των συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, στην ποιότητα ζωής των ασθενών, αποβλέποντας στην εστίαση της προσοχής της ερευνητικής κοινότητας στην παροχή ολιστικής υποστήριξης προς αυτούς στο πεδίο της βέλτιστης διαχείρισης της νόσου.

1.4 Δομή διατριβής

Το Κεφάλαιο 1 αφορά την Εισαγωγή στην παρούσα μελέτη, εντός της οποίας αναγράφεται με σαφήνεια η σημαντικότητα του θέματος, που διερευνάται, μέσω της διατύπωσης του αντίστοιχου ερευνητικού προβληματισμού και της ανάδειξης της πρωτοτυπίας αυτού. Ακολουθεί η διευκρίνιση του ερευνητικού σκοπού και των στόχων της διατριβής.

Στο Κεφάλαιο 2 περιγράφονται βασικά στοιχεία αναφορικά με την Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα ή Ανάστροφη Ακμή, μέσω της εννοιολογικής προσέγγισης της νόσου και της παράθεσης πληροφοριών αναφορικά με την επιδημιολογία, την αιτιοπαθογένεια και τα διαγνωστικά κριτήρια αυτής. Στη συνέχεια, περιγράφονται τα στάδια και η εξελικτική πορεία της, οι εγειρόμενες επιπλοκές της και τα εντοπιζόμενα συνοδά νοσήματα. Τέλος, παρατίθενται οι υλοποιούμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις έναντι της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, με αναλυτική αναφορά στις ισχύουσες διεθνείς οδηγίες, που σχετίζονται με τη διαχείριση των συμπτωμάτων της νόσου και την παράθεση του συνόλου των επιλεγόμενων θεραπειών.

Στο Κεφάλαιο 3 προσεγγίζεται η έννοια της ποιότητας ζωής, περιγράφοντας τις διαστάσεις αυτής και προσεγγίζοντας το σύνολο των παραγόντων, που δύναται να την επηρεάσουν. Ακολούθως, αποσαφηνίζεται ο τρόπος εκτίμησης του επιπέδου της ποιότητας ζωής, εστιάζοντας ειδικότερα στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Στο Κεφάλαιο 4 επιχειρείται η προσέγγιση της ποιότητας ζωής των ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, μέσω της περιγραφής των επιρροών της νόσου στην καθημερινότητά τους. Παράλληλα, τελείται η ανασκόπηση συναφών μελετών, που αφορούν την ποιότητα ζωής των πασχόντων, αποκαλύπτοντας τις σοβαρές επιπτώσεις της στο σύνολο των τομέων διαβίωσης του ατόμου.

Στο Κεφάλαιο 5 πραγματοποιείται η περιγραφή του ερευνητικού σκοπού και των στόχων της παρούσας μελέτης, καθώς και η αναφορά των ερευνητικών ερωτημάτων αυτής. Ακολουθεί η παράθεση στοιχείων αναφορικά με το σχεδιασμό της έρευνας, με ιδιαίτερη έμφαση στην υιοθέτηση των αρχών Ηθικής και Δεοντολογίας, που διέπουν το σύνολο των ερευνητικών προσεγγίσεων. Ομοίως, σημαντική κρίθηκε η παράθεση των περιορισμών, που ανέκυψαν κατά την υλοποίηση της μελέτης. Στη συνέχεια, περιγράφεται η διαδικασία της στατιστικής ανάλυσης των συλλεγόμενων δεδομένων και πραγματοποιείται ο διαχωρισμός των αντίστοιχων μεταβλητών. Τέλος, προβάλλονται οι πολλαπλές προοπτικές

της παρούσας μελέτης, εστιάζοντας στη σαφή και ουσιαστική συνεισφορά της στη βέλτιστη διαχείριση των ασθενών με συμπτώματα Διαβητικής Ιδρωταδενίτιδας, στο πλαίσιο διασφάλισης ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσής τους.

Στο Κεφάλαιο 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως αυτά προέκυψαν με βάση τις υλοποιούμενες στατιστικές αναλύσεις, αποκαλύπτοντας ενδιαφέρουσες συσχετίσεις μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών.

Η συζήτηση των ευρημάτων στο Κεφάλαιο 7 της παρούσας μελέτης αποκαλύπτει σημαντικά στοιχεία αναφορικά με την καθημερινότητα των ασθενών με Διαβητική Ιδρωταδενίτιδα, εστιάζοντας την προσοχή της ερευνητικής κοινότητας στην αναγκαιότητα της ολιστικής υποστήριξης αυτών. Τέλος, στο Κεφάλαιο 8 παρουσιάζονται τα Συμπεράσματα του όλου ερευνητικού εγχειρήματος.

Κεφάλαιο 2: Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα ή Ανάστροφη Ακμή

2.1 Εισαγωγή

Το παρόν κεφάλαιο επιχειρεί την αποσαφήνιση της έννοιας της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας ή Ανάστροφης Ακμής (βλ. ενότητα 2.2), αναλύοντας βασικά κλινικά γνωρίσματα της συγκεκριμένης νόσου. Ακολούθως, επιχειρείται η παρουσίαση στοιχείων αναφορικά με την επιδημιολογία αυτής (βλ. ενότητα 2.3), αλλά και δεδομένων σχετικών με τους παράγοντες, που δύναται να συντελέσουν στην εκδήλωση συμπτωμάτων της (βλ. ενότητα 2.4). Επιπροσθέτως, επιχειρείται η περιγραφή των κριτηρίων, που αξιοποιούνται με στόχο τη διάγνωση (βλ. ενότητα 2.5) και παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με τα στάδια και την εξελικτική πορεία της νόσου (βλ. ενότητα 2.6).

Παράλληλα, εντός του κεφαλαίου αυτού πραγματοποιείται η παρουσίαση έτερων νοσημάτων, που δύναται να συνοδεύουν την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου, με στόχο τη βέλτιστη προσέγγιση της κατάστασης του ασθενούς ατόμου (βλ. ενότητα 2.7). Τέλος, σημαντική κρίνεται η παρουσίαση των ποικίλων θεραπευτικών προσεγγίσεων, που εφαρμόζονται (βλ. ενότητα 2.8).

2.2 Εννοιολογική προσέγγιση

Η Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα αποτελεί νόσο, η οποία είναι γνωστή και ως Ανάστροφη Ακμή, λόγω της παρουσίας βλαβών σε τοπογραφικά αντίθετες περιοχές από εκείνες, που εντοπίζονται στην περίπτωση της Κοινής Ακμής. Η συγκεκριμένη πάθηση συνιστά μια μορφή φλεγμονώδους δερματοπάθειας, της οποίας η εκδήλωση αποτελεί ιδιαίτερος εξουθενωτική κατάσταση για το πάσχον άτομο, δεδομένου του γεγονότος ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων συνοδεύεται από την έγερση έτερων συστηματικών παθήσεων (Goldburg, Strober & Payette, 2020; Matusiak, 2020). Ιδιαίτερα χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου αποτελεί η χρονιότητα της, καθώς επίσης και η εντοπισμένη παρουσία των δερματικών βλαβών, τις οποίες προκαλεί. Συγκεκριμένα, στο πάσχον άτομο προοδευτικά αναπτύσσονται επώδυνα φλεγμονώδη, εν τω βάθει κείμενα, οζίδια, με επαναλαμβανόμενη εκθύση, εκ των οποίων προκύπτουν αποστήματα και συρίγγια, τα οποία

στην πράξη συνιστούν πυορροούντα κανάλια, ενώ επίσης δεν αποκλείεται η δημιουργία υπερτροφικών ουλών (Vinkel & Thomsen, 2018; Sabat et al., 2020).

Η Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα ορίζεται, συνεπώς, ως φλεγμονώδης, χρόνια και υποτροπιάζουσα νόσος του τριχικού θυλάκου, με την εκδήλωση αυτής να τοποθετείται κυρίως μετά την εφηβική ηλικία, ενώ κύριο χαρακτηριστικό της αποτελούν οι επώδυνες, εν τω βάθει, φλεγμονώδεις βλάβες, με την παρουσία αυτών να εντοπίζεται σε περιοχές του δέρματος, που χαρακτηρίζονται από αυξημένο αριθμό ιδρωτοποιών αδένων. Ειδικότερα, μεταξύ των τυπικότερων θέσεων εκδήλωσης των βλαβών αναφέρονται η μασχαλαία, η γλουτιαία και η πρωκτογεννητική περιοχή και οι μηροβουβωνικές πτυχές (Nguyen et al., 2021; Gibson, Porter & Kimball, 2022). Το έντονο άλγος, το οποίο δυνητικά προκαλείται λόγω των εντοπιζόμενων βλαβών, σε συνδυασμό με την παρουσία πυώδων εκκρινμάτων με έντονη δυσοσμία και το συνοδό πιθανό περιορισμό της κινητικότητας του ασθενούς, συντελούν στη σαφή έκπτωση της ποιότητας της ιδιωτικής ζωής του, επηρεάζοντας ισχυρά την καθημερινή του διάδραση (Vinkel & Thomsen, 2018; Matusiak, 2020).

2.3 Επιδημιολογία της νόσου

Η Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα αποτελεί νόσο, η εμφάνιση της οποίας τοποθετείται κατά κύριο λόγο μετά το πέρας της εφηβείας, προσβάλλοντας και τα δύο φύλα. Παρά την επικρατούσα αντίληψη ότι πρόκειται για σπάνια ασθένεια, στην πράξη συνιστά μια ιδιαίτερος συχνή δερματική πάθηση, με τον επιπολασμό αυτής, σύμφωνα με την πρόσφατη μελέτη των Phan, Charlton και Smith (2020) να κυμαίνεται 0,2–0,6%. Με βάση τα ευρήματα της έρευνας μετα-ανάλυσης, που υλοποιήθηκε από τους ανωτέρω ερευνητές, εντοπίστηκαν διαφοροποιήσεις στα επίπεδα εκδήλωσης της νόσου σε παγκόσμιο επίπεδο, με τον επιπολασμό της να καταγράφεται σε ποσοστό 0,8% (0,5–1,3%) στην Ευρώπη, σε σύγκριση με τις Η.Π.Α., όπου το αντίστοιχο ποσοστό διαμορφώνεται σε 0,2% (0,1–0,4%), την Ασία με ποσοστό 0,2% (0,01–2,2%) και την Νότια Αμερική με το ποσοστό εμφάνισης της ασθένειας να κυμαίνεται στο 0,2% (0,01–0,9%). Διαφοροποιήσεις καταγράφησαν, επίσης, σε ό,τι αφορά τον εντοπιζόμενο επιπολασμό μεταξύ των δύο φύλων, με τους άνδρες να παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά σε σχέση με τις γυναίκες στις Η.Π.Α (OR 0,403, 95% CI 0,37–0,439, $P < 0,001$), αλλά και στην Ευρώπη (OR 0,635, 95% CI 0,397–1,015, $P = 0,08$), συνθήκη η οποία όμως δεν εντοπίζεται στην περιοχή της Ασίας (OR 0,936, 95%

CI 0,319–2,751, P = 0,78). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, ο επιπολασμός της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας τείνει να διαφοροποιείται ιδιαιτέρως με βάση τον γεωγραφικό πληθυσμό ενδιαφέροντος, εύρημα το οποίο αποδίδεται στα διακριτά φυλετικά χαρακτηριστικά μεταξύ των υπό εξέταση πληθυσμών (Phan, Charlton & Smith, 2020).

Αντίστοιχη μελέτη των Sachdeva, Shah και Alavi (2021) εστίασε στην αποσαφήνιση των διαφοροποιήσεων, που εντοπίζονται μεταξύ των διαφορετικών φυλετικών πληθυσμών σε ό,τι αφορά την εκδήλωση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας. Στη συγκεκριμένη μελέτη ανασκόπησης συμπεριελήφθησαν συνολικά 39 μελέτες, με τον πληθυσμό των ασθενών να κατηγοριοποιείται σύμφωνα με τα καθορισμένα δημογραφικά όρια μεταξύ των κρατών. Με βάση τα αποτελέσματα, που παρατίθενται εντός των επιλεγόμενων ερευνών, ο επιπολασμός της νόσου παρουσιάζεται να λαμβάνει μια μέγιστη τιμή μεταξύ των Αφρο-Αμερικανών πληθυσμών (1,3%) και μια ελάχιστη τιμή στην περίπτωση των λατινογενών πληθυσμών (0,07%), με τη μέση τιμή του να αφορά τους Καυκάσιους πληθυσμούς (0,75%). Οι ερευνητές, βασιζόμενοι στα ανωτέρω ευρήματα, έθεσαν τον προβληματισμό αναφορικά με την πιθανή παρουσία γενετικής αιτιολογίας σε ό,τι αφορά τον αυξημένο επιπολασμό της νόσου μεταξύ των Αφρο-Αμερικανών πληθυσμών, πεδίο το οποίο αναμένεται να διαλευκανθεί με τη διενέργεια μελλοντικά έτερων ερευνητικών προσεγγίσεων (Sachdeva, Shah & Alavi, 2021).

Μελέτη των Garg και συν. (2017) επιχείρησε να εντοπίσει τις πιθανές διαφοροποιήσεις στον επιπολασμό της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, εξετάζοντας δείγμα πληθυσμού στις Η.Π.Α. Στην μελέτη μετείχαν συνολικά 47.690 ασθενείς, με ετερογενή δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι οποίοι εντοπίστηκαν μέσω ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων υγείας. Από το σύνολο των ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, το 26,2% ήταν άνδρες και το 73,8% γυναίκες, με το συνολικό επιπολασμό της νόσου να ανέρχεται σε 0,10% (95% CI, 97-99 ανά 100.000 άτομα). Μεταξύ των γυναικών ασθενών ο επιπολασμός διαμορφωνόταν σε ποσοστά της τάξης των 137 ασθενών ανά 100.000 άτομα (95% CI, 136-139 ανά 100.000), ποσοστό το οποίο εντοπίζεται διπλάσιο σε σχέση με το αντίστοιχο μεταξύ των ανδρών ασθενών (58 ασθενείς ανά 100.000 άτομα, 95% CI, 57-59 ανά 100.000, P < 0,001). Ομοίως αυξημένος εντοπίζεται ο επιπολασμός της νόσου μεταξύ ατόμων ηλικίας μεταξύ 30-39 ετών (172 ασθενείς ανά 100.000 άτομα, 95% CI, 169-275 ανά 100.000), ειδικότερα σε σύγκριση με έτερες ηλικιακές ομάδες του

πληθυσμού (διακύμανση, 15-150 ανά 100.000 άτομα, $P < 0,001$). Εξίσου υψηλός παρουσιάζεται ο επιπολασμός της νόσου μεταξύ των Αφρο-Αμερικανών (296 ασθενείς ανά 100.000 άτομα, 95% CI, 291-300 ανά 100.000) και των μιγάδων (218 ασθενείς ανά 100.000 άτομα, 95% CI, 202-235 ανά 100.000) σε σχέση με άτομα, που ανήκουν στην Καυκάσια φυλή (95 ασθενείς ανά 100.000 άτομα, 95% CI, 94-96 ανά 100.000, $P < 0,001$). Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα, η εκδήλωση της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας παρουσιάζεται αυξημένη μεταξύ ατόμων, που ανήκουν στο γυναικείο φύλο, διανύουν την τρίτη δεκαετία της ζωής τους και παρουσιάζουν Αφο-Αμερικανική ή μιγαδική καταγωγή (Garg et al., 2017).

Έτερη μεταγενέστερη μελέτη των Garg και συν. (2018a) διερεύνησε τον επιπολασμό της νόσου στον παιδιατρικό και εφηβικό πληθυσμό, αποκαλύπτοντας την αυξημένη εκδήλωση αυτής μεταξύ ατόμων κάθε ηλικιακής ομάδας. Ειδικότερα, οι ερευνητές εξέτασαν τις πιθανές διαφοροποιήσεις, που καταγράφονται σε σχέση με την ηλικία, το φύλο και την εθνικότητα μεταξύ παιδιών και εφήβων ασθενών με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα στις Η.Π.Α. Έπειτα από έλεγχο καταγεγραμμένων περιστατικών, οι ερευνητές κατέληξαν ότι η αναλογία μεταξύ κοριτσιών και αγοριών ασθενών διαμορφώνεται σε 3,8:1, με την πλειονότητα των ασθενών (96,8%) να είναι ≥ 10 ετών. Με βάση τα ανωτέρω ο επιπολασμός της νόσου στον παιδιατρικό και εφηβικό πληθυσμό διαμορφώνεται σε 0,028% (95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI] 26,5–29,7) ανά 100.000 άτομα. Εντοπίστηκαν διαφοροποιήσεις σχετιζόμενες με το φύλο, με την εκδήλωση της νόσου να καταγράφεται υψηλότερη σε κορίτσια (44,6 [95% CI 41,8–47,5] ανά 100.000 άτομα), σε άτομα ηλικίας 15 έως 17 ετών (113,7 [95% CI 106,4–121,4] ανά 100.000 άτομα), καθώς και σε άτομα Αφρο-Αμερικανικής καταγωγής (78,7 [95% CI 71,0–86,9] ανά 100.000 άτομα). Τα υψηλότερα ποσοστά εκδήλωσης της νόσου αφορούσαν έφηβα κορίτσια ηλικίας 15 έως 17 ετών, Αφρο-Αμερικανικής (525,1 [95% CI 459,4–597,5] ανά 100.000 άτομα) ή μιγαδικής καταγωγής (253,2 [95% CI 121,4–465,6] ανά 100.000 άτομα) (Garg et al., 2018a).

Η μελέτη των Liy-Wong και συν. (2021), επίσης, επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της εκδήλωσης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στον παιδιατρικό πληθυσμό, δεδομένου του αυξημένου επιπολασμού της νόσου σε άτομα παιδικής ηλικίας. Στη συγκεκριμένη μελέτη μετείχαν ασθενείς ηλικίας από 1-18 ετών, στοιχεία για τους οποίους συλλέχθηκαν από 10 δερματολογικές κλινικές σε 5 χώρες, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται οι

Η.Π.Α., ο Καναδάς, η Αυστραλία, το Ισραήλ και η Ιταλία, κατά το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου 1996 έως Ιανουαρίου 2017. Συνολικά 481 παιδιατρικοί ασθενείς καταγράφησαν με συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, από τους οποίους οι 386 (80%) ήταν κορίτσια. Η μέση ηλικία έναρξης της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της νόσου ήταν $12,5 \pm 2,9$ έτη, με τη μέση ηλικία κατά τη διάγνωση να ανέρχεται σε $14,4 \pm 3,5$ έτη. Η παρουσία οικογενειακού ιστορικού Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας εντοπίστηκε σε συνολικά 271 (41%) συμμετέχοντες από το σύνολο των ασθενών, με τις πρώτες ενδείξεις/ συμπτώματα της νόσου να αφορούν την παρουσία κύστεων για 229 ασθενείς από τους 481 (48%), πόνου για τους 118 ασθενείς από τους 481 (25%) και φλυκταινών για 117 από τους 481 (24%) παιδιατρικούς ασθενείς. Κατά την αρχική δερματολογική τους εξέταση, οι 233 από τους 481 (48%) ασθενείς παρουσίαζαν ήδη ενδείξεις έντονων βλαβών του δέρματος, με τη σοβαρότητα της νόσου με βάση την κατηγοριοποίηση κατά Hurley να εκτιμάται ως σταδίου I για το 47% των συμμετεχόντων, ως σταδίου II για το 45% εξ αυτών και ως σταδίου III για το 8% του συνόλου των παιδιατρικών ασθενών. Η εμφάνιση συνοδών παθήσεων εντοπίστηκε στους 406 από τους 481 (85%) ασθενείς, με συχνότερη την παχυσαρκία σε 263 από τους 481 ασθενείς (65%) και την Κοινή Ακμή (*acne vulgaris*) για τους 118 από τους 481 ασθενείς (29%). Η παρουσία επιπλοκών καταγράφηκε σε 378 από τους 481 (79%) ασθενείς, με κυριότερη επιπλοκή την παρουσία πληγών σε 301 ασθενείς (80%). Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα, είναι εμφανής η παρουσία ποικίλων συνοδών παθήσεων, αλλά και επιπλοκών στους παιδιατρικούς ασθενείς με συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας (Liy-Wong et al., 2021).

Τις διαφοροποιήσεις, που εντοπίζονται αναφορικά με τις εκδηλώσεις της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας μεταξύ των παιδιατρικών ασθενών και του γενικού πληθυσμού επιχείρησε να αποτυπώσει η μελέτη των Hallock και συν. (2021). Η συγκεκριμένη μελέτη, εντοπίζοντας ότι στο 50% των ασθενών με συμπτώματα της νόσου, η έναρξη αυτών τοποθετείται κατά την ηλικία από 10 έως 21 ετών, επιχείρησε την αποσαφήνιση των πιθανών διαφοροποιήσεων αναφορικά με την προσέγγιση της εμφάνισής της σε ενήλικες και σε παιδιατρικούς και έφηβους ασθενείς. Το σύνολο των δεδομένων της μελέτης προήλθε από τη βάση δεδομένων MarketScan medical claims database, εστιάζοντας στο διάστημα Ιανουαρίου 2012 έως Δεκεμβρίου 2016. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 1.094 παιδιατρικοί ασθενείς, από τους οποίους οι 155 (14,2%) ήταν αγόρια και οι 939 (85,8%) ήταν κορίτσια, μέσης ηλικίας $14,3 \pm 2,47$ ετών. Αντιστοίχως, στη μελέτη

μετείχαν συνολικά 7.633 ενήλικες ασθενείς, από τους οποίους οι 1.748 (22,9%) ήταν άνδρες και οι 5.885 (77,1%) ήταν γυναίκες, μέσης ηλικίας 37,2±12,99 ετών. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, οι παιδιατρικοί ασθενείς κατά κύριο λόγο είχαν επισκεφτεί, αναφορικά με την κατάσταση της υγείας τους, παιδίατρο, δερματολόγο ή τον οικογενειακό ιατρό, λαμβάνοντας ως διάγνωση για την κατάστασή τους ότι πρόκειται για «θυλακίτιδα» ή για «φαγέσωρα». Επιπροσθέτως, οι παιδιατρικοί ασθενείς με συμπτώματα Διαπηθητικής Ίδρωταδενίτιδας παρουσίαζαν, ομοίως, αυξημένα επίπεδα συνοδών δερματικών και μη νοσημάτων, συμπεριλαμβανόμενης της Κοινής Ακμής (acne vulgaris) για 558 (51,0%) από τους ασθενείς, θυλακικής ακμής (acne conglobata) για 503 (45,9%) από τους ασθενείς, παχυσαρκίας για 369 (33,7%) από τους ασθενείς, καθώς και αγχωδών διαταραχών για 367 (33,6%) από τους ασθενείς.

Από το σύνολο των συμμετεχόντων ασθενών στη μελέτη, οι παιδιατρικοί ασθενείς έτειναν σε μεγαλύτερο ποσοστό έναντι των ενήλικων ασθενών να καταφεύγουν στην αξιοποίηση των υπηρεσιών των Μονάδων Επείγουσας Φροντίδας προκειμένου να λάβουν διάγνωση για την κατάστασή τους (35,6% έναντι 28,2%, $P<0,001$ και 18,1% έναντι 13,4%, $P<0,001$, αντιστοίχως). Συγχρόνως, όμως, οι ενήλικες ασθενείς παρουσιάζονταν περισσότερο ανήσυχοι αναφορικά με την πορεία της υγείας τους (2,38% έναντι 4,22%, $P=0,002$). Τα ανωτέρω ευρήματα αποκαλύπτουν ότι υφίστανται αυξημένα ποσοστά εσφαλμένης διάγνωσης στους παιδιατρικούς ασθενείς, ενώ αντιστοίχως οι ενήλικες ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο επίμονοι και ανήσυχοι σε ό,τι αφορά την εξελικτική πορεία της νόσου (Hallock et al., 2021).

Η μελέτη των Chu, Yang και Tsai (2021) εξέτασε την παθοφυσιολογία της ασθένειας, με εκτενείς αναφορές στη διαφοροποίηση των εκδηλώσεων αυτής μεταξύ των δύο φύλων. Ειδικότερα, οι ερευνητές παρατήρησαν ότι στις γυναίκες καταγράφεται αυξημένη εμφάνιση των συμπτωμάτων στις μασχालιαίες περιοχές, ιδίως στις Η.Π.Α., στην Κορέα, στην Ιαπωνία και στην Ταϊβάν. Αντιθέτως, οι άνδρες παρουσιάζονται περισσότερο επιρρεπείς στην εμφάνιση βλαβών στην γλουτιαία περιοχή στην πλειονότητα των χωρών, εξαιρουμένων των Η.Π.Α. Επίσης, οι γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά βλαβών στις μηροβουβωνικές πτυχές στο σύνολο και των 11 χωρών, που εξετάστηκαν (Chu, Yang & Tsai, 2021). Τα ανωτέρω ευρήματα απεικονίζονται εντός του Πίνακα 2.1.

Πίνακας 2.1: Περιοχή εντοπισμού των βλαβών σε σχέση με το φύλο, όπως καταγράφεται σε διαφορετικές χώρες.

Country	Cases		Axilla			Groin			Gluteal		
	Male	Female	Male (%)	Female (%)	P	Male (%)	Female (%)	P	Male (%)	Female (%)	P
Denmark ^[47]	163	284	49.1	48.6	1	59.5	81.3	<0.01	49.7	31.7	<0.01
Spain ^[48]	80	306	50.0	47.1	-	53.8	65.7	-	43.8	31.0	-
France ^[49]	411	727	73.0	68.2	0.09	61.8	83.6	<0.01	32.1	30.4	0.55
Italy ^[50]	53	71	30.8	42.4	-	32.3	32.6	-	32.3	8.7	-
Netherlands ^[51]	232	614	67.2	63.2	0.21	71.6	88.0	<0.01	50.0	38.4	0.01
United States ^[56]	79	189	46.8	67.7	<0.01	-	-	-	12.7	14.3	0.72
Turkey ^[52]	721	500	80.4	62.2	<0.01	62.6	66.0	0.23	29.2	27.0	0.41
Korea ^[53]	314	124	32.5	44.4	0.02	16.6	36.3	<0.01	56.4	28.2	<0.01
Japan ^[54]	42	16	23.8	81.3	<0.01	21.4	50.0	0.05	83.3	43.8	0.01
Taiwan ^[4]	110	51	52.7	76.5	0.01	17.3	33.3	0.03	69.1	35.3	<0.01
Malaysia ^[55]	51	10	88.5	100.0	0.26	55.8	60.0	0.81	63.5	60.0	0.84

(Πηγή: *Chu, Yang & Tsai, 2021*)

Προσεγγίζοντας μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή κατηγορία ασθενών, η μελέτη των Lyons και συν. (2020) διερεύνησε την εμφάνιση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας σε γυναίκες κατά την περίοδο της κύησης και μεταγεννητικά. Στη συγκεκριμένη μελέτη μετείχαν 202 έγκυες γυναίκες, οι οποίες παρουσίαζαν συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, από τις οποίες οι 171 ανήκαν στην Αφρο-αμερικάνικη φυλή. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωση της νόσου καταγράφηκε σε 19,3±5,6 έτη, με την ηλικία κατά την έναρξη της κύησης να τίθεται στα 25,9±5,0 έτη. Σε ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων γυναικών (61,9%, n=70) η νόσος παρουσίασε σημεία επιδείνωσης κατά τη διάρκεια της κύησης, με το 30,1% (n=34) των εγκύων να μην παρουσιάζουν καμία διαφοροποίηση στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, ενώ σε 8,0% (n=9) καταγράφησαν σημεία βελτίωσης της πορείας της νόσου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ομοίως, κατά την μεταγεννητική περίοδο, τα συμπτώματα της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας παρουσίασαν έξαρση στις 82 από τις 124 συμμετέχουσες (66,1%). Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 28 (14,4%) γυναίκες απευθύνθηκαν σε εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας με στόχο τη διαχείριση των συμπτωμάτων της νόσου. Αναφορικά με την σοβαρότητα της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, με βάση την κατηγοριοποίηση κατά Hurley, οι περισσότερες συμμετέχουσες παρουσίασαν σοβαρά συμπτώματα (Στάδιο III: 7 από τις 18 [38,9%] έναντι του Σταδίου I: 10 από τις 100 [10,0%] ή του Σταδίου II: 11 από τις 67 [16,4%], P=0,004). Με στόχο την αντιμετώπιση της νόσου, επιχειρήθηκε η χορήγηση

κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια της κύησης σε 77 από τις συμμετέχουσες (38,1%). Με βάση τα ανωτέρω, αν και εντοπίζεται μια σαφής έξαρση των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας κατά τη διάρκεια της κύησης, η πλειονότητα των εγκύων δεν λαμβάνει κατάλληλη αγωγή, ούτε παρακολουθείται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να επιτευχθεί η απομείωση της έντασης της νόσου και η διαχείριση της εξελικτικής της πορείας (Lyons et al., 2020).

2.4 Αιτιοπαθογένεια της νόσου

Πρόκειται για ασθένεια πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, για την εκδήλωση της οποίας ενοχοποιούνται γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, ο τρόπος ζωής του ατόμου και η διατάραξη της φυσιολογικής σύστασης και λειτουργίας της μικροβιακής μικροχλωρίδας. Οι ανωτέρω παράμετροι οδηγούν στην ενεργοποίηση του ανοσοβιολογικού μηχανισμού και στην πρόκληση υπερκεράτωσης περιμετρικά του ανώτερου τμήματος του τριχικού θυλακίου, στην περιοχή άνωθεν του ισθμού. Η απόφραξη του τριχικού θυλακίου συντελείται λόγω της τριβής και της πίεσης, που ασκείται στις παρατριμματικές περιοχές, στις οποίες τελικώς τελείται υπερκεράτωση (Goldburg, Strober & Payette, 2020; Sabat et al., 2020).

Επιδιώκοντας την αποσαφήνιση των προδιαθεσικών παραγόντων αναφορικά με την εκδήλωση της συγκεκριμένης νόσου, η μελέτη των Schrader και συν. (2014) υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή συνολικά 847 ασθενών στην Ολλανδία και κατέγραψε τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της νόσου σε σχέση με ποικίλες παραμέτρους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η σοβαρότητα της ασθένειας σχετίζεται με το φύλο (OR 2.11; P < 0,001), τη διάρκεια της νόσου (OR 1,03; P < 0,001), τον αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index – BMI) (OR 1,03; P = 0,01) και τα έτη καπνίσματος (OR 1,02; P = 0,001). Οι γυναίκες ασθενείς παρουσίαζαν πρόωμη έναρξη των συμπτωμάτων, με την εμφάνιση των βλαβών να παρατηρείται αυξημένη στις μασχαλιαίες περιοχές, στη γεννητική χώρα και στις μηροβουβωνικές πτυχές, ενώ εξίσου επιβαρυντικός παράγοντας αποτέλεσε το οικογενειακό ιστορικό της νόσου. Αντιθέτως, οι άνδρες παρουσίαζαν αυξημένες βλάβες στην περιοχή των γλουτών και στην περιπρωκτική περιοχή, με τη νόσο να παρουσιάζει σοβαρότερη εξέλιξη σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ η πλειονότητά τους ήταν καπνιστές (Schrader et al., 2014).

Σε ό,τι αφορά τους γενετικούς παράγοντες, το οικογενειακό ιστορικό εντοπίζεται ως κύριος αιτιολογικός παράγοντας με βάση τη μελέτη του Ingram (2016), σύμφωνα με την οποία κληρονομικότητα της νόσου εντοπίζεται σε περίπου το 1/3 του συνόλου των ασθενών με Διαφυητική Ιδρωταδενίτιδα. Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή 6 οικογενειών από την Κίνα, εντός των μελών των οποίων εντοπιζόνταν ασθενείς, αποδίδοντας την εκδήλωση της νόσου σε γονιδιακές μεταλλάξεις και ανιχνεύοντας τον τρόπο κληρονομικότητας της, καταλήγοντας ότι πρόκειται για γονιδιακή ασθένεια με αυτοσωμικό επικρατή χαρακτήρα. Ειδικότερα, στην παθογένεια της οικογενούς μορφής της ασθένειας εμπλέκονται μεταλλάξεις του γονιδίου, το οποίο ευθύνεται για τη σύνθεση της γ-σεκρετάσης, πρωτεϊνικού παράγοντα υπεύθυνου για τη διάσπαση μιας αλληλουχίας διαμεμβρανικών πρωτεϊνών, που εμπλέκονται σε ποικίλα σηματοδοτικά μονοπάτια (Ingram, 2016). Αντίστοιχη μελέτη των Pink και συν. (2013) με τη συμμετοχή ασθενών με οικογενή μορφή της Διαφυητικής Ιδρωταδενίτιδας κατέληξε στον εντοπισμό γονιδιακών μεταλλάξεων στις γενετικές θέσεις του ενισχυτή-2 της πρεσενιλίνης (PSENEN), της πρεσενιλίνης-1 (PSEN1) και της νικαστρίνης (NCSTN). Πρόκειται για γονίδια, τα οποία είναι υπεύθυνα για τη σύνθεση 3 από τις 4 πρωτεΐνες του συμπλέγματος της γ-σεκρετάσης, σημείο που αποκαλύπτει το γενετικό υπόβαθρο της νόσου (Pink et al., 2013).

Τη γενετική φύση της νόσου επιχείρησε να εξετάσει και η μελέτη συστηματικής ανασκόπησης των Frew και συν. (2017), θέτοντας στο επίκεντρο τις μεταλλάξεις, οι οποίες αφορούν το σύμπλεγμα της γ-σεκρετάσης και ειδικότερα των επιδράσεων, που πιθανώς επιφέρουν στο σηματοδοτικό μονοπάτι του Notch υποδοχέα. Από το σύνολο των 62 επιλεγόμενων ερευνών, η πλειονότητα αυτών (n= 41) αφορούσε μεταλλάξεις αποκοπής και προσθήκης εντός του πλαισίου ανάγνωσης των κωδικονίων, με 19 από αυτές να οδηγούν στη δημιουργία κωδικονίου λήξης, προκαλώντας τον πρόωρο τερματισμό της πρωτεϊνόςύνθεσης και, συνεπώς, τη δημιουργία μη λειτουργικού πρωτεϊνικού μορίου της γ-σεκρετάσης, γεγονός με σαφείς επιπτώσεις στην ομαλή λειτουργία των σηματοδοτικών μονοπατιών. Συγκεκριμένα, η σηματοδότηση μέσω του Notch υποδοχέα ελέγχει τη διαδικασία αποτροπής της διαφοροποίησης των βλαστικών κυττάρων του τριχικού θυλάκου προς κερατινοκύτταρα, ενισχύοντας τη λειτουργία ανοσοκαταστολής των T κυττάρων και το ρόλο αυτών στην ανανέωση των τριχών. Σε περίπτωση εξασθένησης της σηματοδότησης επέρχεται μεταβολή του ρυθμού πολλαπλασιασμού και διαφοροποίησης των

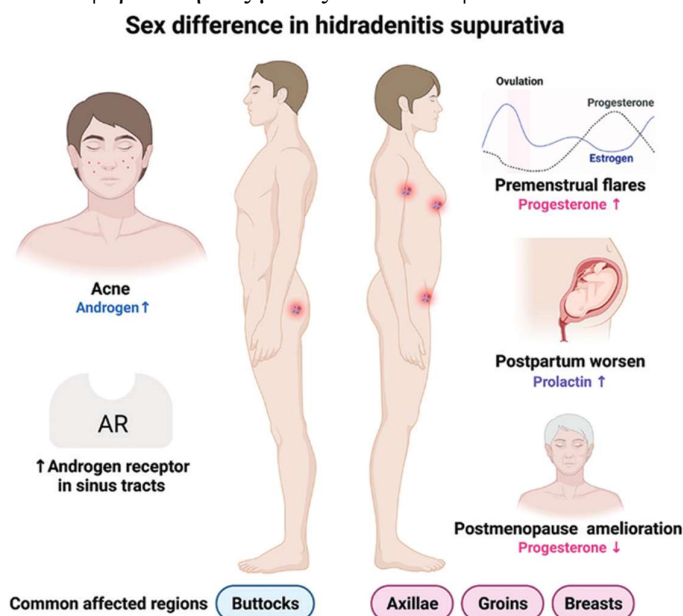
κερατινοκυττάρων, με συνέπεια τη δημιουργία αυξημένων συγκεντρώσεών τους εντός του τριχικού θυλάκου, μεταβολές στη ροή του φυσιολογικού κύκλου και τελικώς το σχηματισμό θυλακικών κύστεων, εντός των οποίων εντοπίζονται κυτταρικά υπολείμματα (Frew et al., 2017).

Η σαφής έξαρση του επιπολασμού της νόσου σε άτομα του γυναικείου φύλου, η εκδήλωση της νόσου μετά την εφηβεία και η ύφεση των συμπτωμάτων μετά την εμμηνόπαυση συνιστούν στοιχεία, που συνηγορούν υπέρ της συσχέτισης των ορμονών με την παθογένεια της. Πρόσφατη μελέτη των Abu Rached και συν. (2022) εξέτασε το ρόλο των ορμονών σε ό,τι αφορά τους μηχανισμούς παθογένεσης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, υλοποιώντας αντίστοιχη συστηματική ανασκόπηση συναφών ερευνών. Σύμφωνα με στοιχεία, που παρατίθενται εντός των επιλεγόμενων μελετών, η Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα σχετίζεται με την απορρύθμιση της απελευθέρωσης αντιποκίνης, ενώ ομοίως συχνή καταγράφεται η ανοχή στην ινσουλίνη, ανεξαρτήτως της ηλικίας, του φύλου και του Δείκτη Μάζας Σώματος των ασθενών. Ομοίως, σημαντικός αναδεικνύεται ο ρόλος των ανδρογόνων ορμονών μεταξύ των γυναικών ασθενών, στοιχείο που συνάδει με την αξιοποίηση αντι-ανδρογονικής θεραπείας για τη διαχείριση των συμπτωμάτων της νόσου (Abu Rached et al., 2022).

Η μελέτη των Chu, Yang και Tsai (2021), η οποία εξέτασε την παθοφυσιολογία της ασθένειας, εστιάζοντας στη διαφοροποίηση των εκδηλώσεων αυτής μεταξύ των δύο φύλων, επιχείρησε επιπροσθέτως την αποσαφήνιση της ορμονικής φύσης της νόσου. Με βάση τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, τουλάχιστον 3 ορμόνες μετέχουν στην παθογένεση της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας: τα ανδρογόνα, η προγεστερόνη και η προλακτίνη. Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια και μετά την εφηβεία, τα επίπεδα των ανδρογόνων και της προγεστερόνης αυξάνονται και δύναται να εμπλέκονται στην απόφραξη των τριχικών θυλάκων. Ομοίως, κατά τη διάρκεια της προεμμηνορροϊκής περιόδου, τα επίπεδα της προγεστερόνης είναι υψηλότερα, συντελώντας στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας. Αντιστοίχως, τα συμπτώματα της ασθένειας τείνουν να απομειώνονται μετά την εμμηνόπαυση, αποκαλύπτοντας το ρόλο της προγεστερόνης στην εξέλιξη της ασθένειας, τα επίπεδα της οποίας μειώνονται κατά την μετα-εμμηνοπαυσική περίοδο. Παράλληλα, άνδρες ασθενείς στην πλειονότητά τους παρουσιάζουν πρότερο ιστορικό ακμής, σημείο που υποδηλώνει ότι τα ανδρογόνα διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην παθογένεση της ασθένειας, με την έκφραση των ανδρογονικών υποδοχέων να

εντοπίζεται υψηλότερος στους άνδρες ασθενείς (Chu, Yang & Tsai, 2021). Τα ανωτέρω συνηγορούν υπέρ της υφιστάμενης συσχέτισης ανάμεσα στην εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου και της ορμονικής αιτιολογίας αυτής, με το Σχήμα 2.1 να αποτυπώνει τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σε ό,τι αφορά την ορμονική φύση της ασθένειας.

Σχήμα 2.1: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων σε επίπεδο ορμονών.



(Πηγή: Chu, Yang & Tsai, 2021)

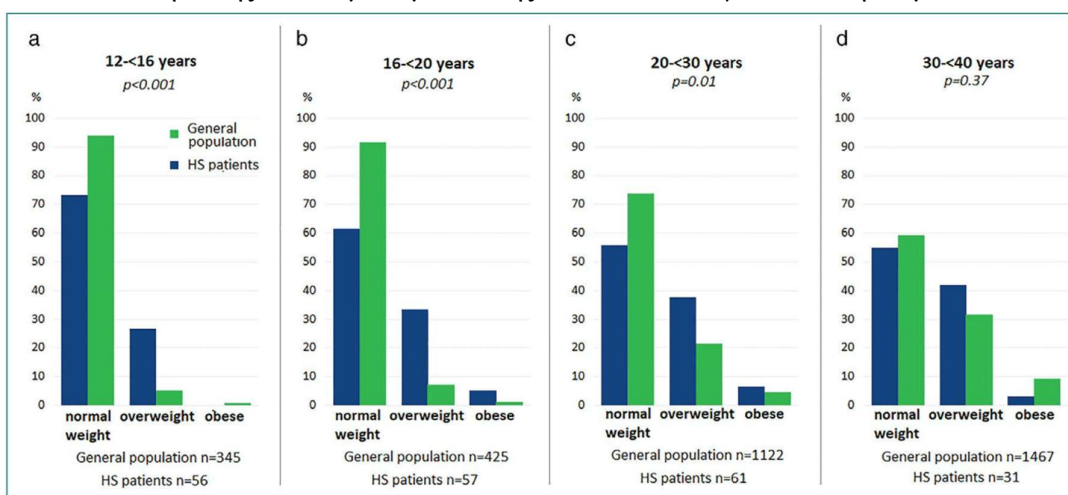
Ο ρόλος της μικροβιακής μικροχλωρίδας αναδεικνύεται ιδιαίτερος σημαντικός στην εκδήλωση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, στην οποία, μολονότι δεν αποδίδεται μικροβιακή αιτιολογία, η εμφάνιση αυτής συνδέεται με την παρουσία και τη δραστηριοποίηση μικροβιακών πληθυσμών σε περιοχές του δέρματος, στις οποίες επισυμβαίνει απόφραξη των θυλάκων, συνθήκη που δρα ενισχυτικά στην πρόκληση ανοσολογικών φαινομένων. Τόσο γηγενή όσο και μεταναστευτικά κύτταρα του ανοσοποιητικού μηχανισμού, με κυριότερα τα μακροφάγα και τα κοκκιοκύτταρα, καθώς επίσης και τα βοηθητικά T- λεμφοκύτταρα τύπου 1 και 17, εκκρίνουν κυτταροκίνες, μέσω των οποίων τελείται η ενεργοποίηση των ιστικών κυττάρων, με απόρροια τη διήθηση των κυτταρικών σχηματισμών του ανοσολογικού μηχανισμού και την πρόκληση φλεγμονώδους αντίδρασης (Goldburg, Strober & Payette, 2020; Nguyen et al., 2021).

Αν και όπως αναφέρθηκε, η παθογένεια της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας δε σχετίζεται με το ρόλο μικροοργανισμών, δεν αναιρείται η εμπλοκή τους στη φυσική πορεία της νόσου, επιφέροντας την επιδείνωση της κλινικής εικόνας του ασθενούς και επάγοντας την χρονιότητά της. Η μελέτη των Sartorius και συν. (2012) επιχείρησε την καταγραφή των μικροβιακών πληθυσμών, που εντοπίζονται στις βλάβες ασθενών, με τη λήψη δειγμάτων σε χρόνο πρότερο της χειρουργικής προσέγγισής τους (επιφανειακά δείγματα) αλλά και από εν τω βάθει στιβάδες κατά τη χειρουργική επέμβαση. Τα δείγματα εξετάστηκαν αναφορικά με τους εντοπιζόμενους βακτηριακούς πληθυσμούς, επιτρέποντας την αναγνώριση και κατηγοριοποίηση αυτών. Η μελέτη υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή 10 ασθενών, από τους οποίους οι 8 ήταν γυναίκες, μέσης ηλικίας 37,2 ετών, ενώ η μέση διάρκεια εκδήλωσης της νόσου ήταν 14,5 έτη. Ο έλεγχος των μικροβιακών πληθυσμών κατέδειξε την παρουσία του βακτηριακού στελέχους *Coagulase-negative staphylococci* (CNS) στο σύνολο των ασθενών και ειδικότερα επί των εν τω βάθει στιβάδων αυτών. Από το σύνολο των ασθενών, οι 9 παρουσίασαν πληθυσμούς του βακτηριακού στελέχους *Corynebacterium spp.* και 2 του στελέχους *alpha-haemolytic streptococci*. Σε ό,τι αφορά τους αναερόβιους μικροοργανισμούς, στελέχη των Gram-θετικών κόκκων καταγράφηκαν σε υψηλότερες συγκεντρώσεις. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι δεν εντοπίστηκαν πληθυσμοί του βακτηριακού στελέχους *Staphylococcus aureus* σε κανένα από τα εξεταζόμενα δείγματα. Ο εντοπισμός πολλαπλών ειδών βακτηρίων στα ληφθέντα δείγματα και η απουσία καταγραφής ενός κυρίαρχου είδους στις εξεταζόμενες καλλιέργειες, σε συνδυασμό με την παρουσία υψηλού ποσοστού στειρών δειγμάτων, ειδικότερα στις εν τω βάθει στιβάδες των βλαβών, υποδεικνύει ότι οι μικροβιακοί πληθυσμοί πιθανώς να αποικίζουν το σημείο της βλάβης μεταγενέστερα, δίχως να διαδραματίζουν ένα καίριο ρόλο στην πρόκληση της παθογένειας της ασθένειας (Sartorius et al., 2012).

Αντιθέτως, εδραιωμένη παρουσιάζεται η συσχέτιση του τρόπου ζωής με την παρουσία και την εξέλιξη της νόσου, με την παχυσαρκία και το κάπνισμα να συγκαταλέγονται μεταξύ των κυριότερων αιτιολόγων παραμέτρων. Η συσχέτιση της παχυσαρκίας με την εκδήλωση των συμπτωμάτων Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας αποδίδεται στη δημιουργία πολλαπλών και επικαλυπτόμενων πτυχών του δέρματος, οι οποίες δύναται να συντελέσουν στην πρόκληση συνεχών και επίμονων συνθηκών τριβής, διαβροχής και τελικώς απόφραξης. Μέσω της πυροδότησης των διαδικασιών αποφολίδωσης της επιδερμίδας είναι πιθανή η ανάπτυξη υπερκεράτωσης και, συνεπώς, η απόφραξη του

τριχικού θυλάκου. Επιπροσθέτως, η παχυσαρκία σχετίζεται με την πρόκληση διαταραχών στην ορμονική ρύθμιση, καθώς επιφέρει τη διατάραξη στην παραγωγή, στο μεταβολισμό και στη δράση της συνδετικής σφαιρίνης των στεροειδών, ορμονών, που σχετίζονται με το φύλο, συντελώντας στην αυξημένη έκκριση ανδρογόνων. Η ανωτέρω συνθήκη πιθανώς να οδηγήσει στην πάχυνση του στελέχους του τριχιδίου, με επακόλουθη την απόφραξη του τριχικού θυλάκου (Lindsø Andersen et al., 2020).

Σχήμα 2.2: Σύγκριση του Δείκτη Μάζας Σώματος σε άτομα κατά την έναρξη της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της νόσου και του γενικού πληθυσμού.



(Πηγή: van Straalen et al., 2021b)

Έρευνα των van Straalen και συν. (2021b) επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ του αυξημένου Δείκτη Μάζας Σώματος με την ανάπτυξη της Διαφυσητικής Ίδρωταδενίτιδας, αλλά και την επιρροή αυτού στην εξέλιξη της νόσου. Η μελέτη υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή συνολικά 239 ασθενών, από τους οποίους οι 70,7% ήταν παχύσαρκοι / υπέρβαροι, παρουσιάζοντας ένα μέσο όρο BMI $28,98 \pm 6,11$. Κατά την έναρξη της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της νόσου, το 40,5% των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, ασθενείς στους οποίους τα συμπτώματα της νόσου εκδηλώθηκαν σε ηλικία μεταξύ 12-16 ετών, 16-20 ετών και 20-30 ετών παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα BMI σε σχέση με το γενικό πληθυσμό ($P < 0,001$, $P < 0,001$ και $P = 0,01$ αντιστοίχως). Η σύγκριση του BMI μεταξύ των ασθενών κατά την έναρξη της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της νόσου και του γενικού πληθυσμού απεικονίζεται στο Σχήμα 2.2.

Είναι αντιληπτό ότι ο Δείκτης Μάζας Σώματος διαφοροποιείται σημαντικά σε άτομα ηλικίας μεταξύ 12-16 ετών, 16-20 ετών και 20-30 ετών, στα οποία εκδηλώνονται συμπτώματα της ασθένειας, ενώ αντιθέτως δεν παρουσιάζει διαφοροποίηση σε ασθενείς, στους οποίους η έναρξη της νόσου πραγματοποιήθηκε σε ηλικία 30-40 ετών. Σημαντικό είναι να τονισθεί ότι δεν εντοπίστηκαν διαφοροποιήσεις στο Δείκτη Μάζας Σώματος κατά την έναρξη της νόσου, που να σχετίζονται με το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό και τις καπνιστικές συνήθειες, ενώ ομοίως δεν εντοπίστηκαν συσχετίσεις μεταξύ του Δείκτη Μάζας Σώματος κατά την έναρξη της νόσου και τη σοβαρότητα της εξέλιξης αυτής (στάδιο Hurley - Hurley stage). Η μελέτη των van Straalen και συν. (2021b) αποτελεί καινοτόμο ερευνητική προσέγγιση στο πλαίσιο της αποσαφήνισης της συσχέτισης του Δείκτη Μάζας Σώματος και της έναρξης της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της ασθένειας, αποκαλύπτοντας τη σημασία της παχυσαρκίας ως προδιαθεσικού παράγοντα στην πορεία εξέλιξης της συγκεκριμένης νόσου (van Straalen et al., 2021b).

Ενδιαφέροντα ευρήματα παρουσιάζονται στη μελέτη των Fabbrocini και συν. (2016), η οποία επιχείρησε την αποσαφήνιση της συσχέτισης μεταξύ της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας και της παχυσαρκίας κατά την περίοδο της εφηβείας. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 27 ασθενείς, από τους οποίους το 70,4% ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία της πρώτης διάγνωσης τα $21,77 \pm 6,61$ έτη. Ο BMI συσχετίστηκε θετικά με την καταγραφή συμπτωμάτων της νόσου και ειδικότερα με την αξιολόγηση Sartorius (Sartorius score), τονίζοντας την αναγκαιότητα ελέγχου των διακυμάνσεων του μεταβολισμού κατά την εφηβεία, με στόχο την απομείωση της πιθανότητας εκδήλωσης της ασθένειας (Fabbrocini et al., 2016).

Έρευνα των Kaleta και συν. (2022), αναγνωρίζοντας την παχυσαρκία και το κάπνισμα ως κυρίαρχους αιτιολογικούς παράγοντες στην εμφάνιση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, επιχείρησε την αποσαφήνιση της δυναμικής τους, εστιάζοντας στον έλεγχο των μεταβολικών διαταραχών / παχυσαρκίας και του καπνίσματος / περιβαλλοντικών τοξινών στην εκδήλωση συμπτωμάτων της νόσου. Δείγματα δέρματος παρελήφθησαν από 22 συνολικά ασθενείς, με BMI > 30, οι οποίοι διαχωρίστηκαν σε δύο ομάδες, στους καπνιστές (n = 12) και στους μη καπνιστές (n = 10). Τα δείγματα εξετάστηκαν με τη χρήση αντισωμάτων ενάντια των irisin, PPAR γ και IGF-1R, που σχετίζονται με τις μεταβολικές διαταραχές / παχυσαρκία. Αντιστοίχως, ελέγχθηκαν με τη χρήση EGFR και AhR, δεικτών που σχετίζονται με το κάπνισμα. Οι δείκτες, που αφορούν

τις μεταβολικές διαταραχές, παρουσίασαν αξιοσημείωτη διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων, αποτυπώνοντας το σαφή ρόλο της παχυσαρκίας στην εκδήλωση της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας (Kaleta et al., 2022).

Ομοίως ως κύριος επιβαρυντικός παράγοντας στην εμφάνιση συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας αναδεικνύεται το κάπνισμα, με τη συχνότητα των καπνιστών μεταξύ των πάσχοντων ατόμων να ανέρχεται περί το 90% του συνόλου. Ο πιθανός μηχανισμός συσχέτισης του καπνίσματος με την εκδήλωση της ασθένειας αποδίδεται στην νικοτίνη, κύρια τοξίνη που εντοπίζεται στον καπνό του τσιγάρου, τα επίπεδα συγκέντρωσης της οποίας ανέρχονται σε 50-500 nm στον ορό του αίματος, με την συγκέντρωση αυτών να ανέρχεται σε 150 nm στον ιδρώτα. Οι ανωτέρω συγκεντρώσεις, σε συνδυασμό με την παρουσία αυξημένου αριθμού ιδρωτοποιών αδένων στις παρατριμματικές περιοχές, οδηγούν στην παρουσία υψηλών επιπέδων νικοτίνης σε αυτές σε σύγκριση με έτερες δερματικές περιοχές (Acharya & Mathur, 2020). Η νικοτίνη ενοχοποιείται για την προαγωγή της αποκοκκίωσης των μαστοκυττάρων και την εξελικτική πορεία των ουδετερόφιλων, κυτταρικών τύπων που αμφότεροι εντοπίζονται σε πρώιμες βλάβες της νόσου. Παράλληλα, η νικοτίνη συντελεί στην επαγωγή της υπερπλασίας της επιδερμίδας, η οποία συνιστά σύμπτωμα που παρατηρείται εντόνως στην Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα (Bukvić Mokos et al., 2020).

Μελέτη των Garg και συν. (2018b) επιχείρησε την καταγραφή του επιπολασμού της νόσου μεταξύ των καπνιστών, υλοποιώντας ανάλυση κοόρτης σε ετερογενές δείγμα πληθυσμού, αποτελούμενου από περισσότερους από 50 εκατομμύρια ασθενών από διακριτές περιοχές των Η.Π.Α. Κατά την ερευνητική προσέγγιση εντοπίστηκαν 3.924.310 καπνιστές, από τους οποίους οι 7.860 είχαν προσφάτως διαγνωσθεί με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα. Οι καπνιστές, που έπασχαν από τη νόσο, κατατάσσονταν κατά κύριο λόγο στην ηλικιακή ομάδα από 18-39 ετών (3.795 άτομα στο σύνολο των 7.860 ασθενών, 48,3%), ήταν γυναίκες (5.640 άτομα στο σύνολο των 7.860 ασθενών, 71,8%), ανήκαν στην Καυκάσια φυλή (5.200 άτομα στο σύνολο των 7.860 ασθενών, 66,2%) και παρουσίαζαν $BMI \geq 30$ (5.690 άτομα στο σύνολο των 7.860 ασθενών, 72,4%). Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης ο επιπολασμός της νόσου καταγράφεται σε ποσοστό 0,20% στους καπνιστές (7.860 άτομα στο σύνολο των 3.924.310 καπνιστών), με το ποσοστό να διαφοροποιείται σε 0,11% σε ό,τι αφορά τους μη καπνιστές (8.430 άτομα στο σύνολο των 8.027.790 μη καπνιστών) ($P < 0,001$). Επιπροσθέτως, εντοπίστηκε ότι ο επιπολασμός της νόσου

παρουσιάζεται αυξημένος σε καπνιστές, που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 30-39 ετών (0,35%), είναι γυναίκες (0,28%), ανήκουν στην Αφρο-Αμερικανική φυλή (0,46%) και παρουσιάζουν BMI \geq 30 (0,33%). Σύμφωνα με τα ανωτέρω προκύπτει ότι οι πιθανότητες ανάπτυξης συμπτωμάτων Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας ανέρχονται σε 1,90 (95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,84–1,96) μεταξύ των καπνιστών σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, αποκαλύπτοντας τον αυξημένο επιπολασμό της νόσου στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα και, συνεπώς, την υφιστάμενη συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και στην εκδήλωση συμπτωμάτων της (Garg et al., 2018b).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρόσφατη μελέτη των Poondru, Scott και Riley (2023), οι οποίοι επικεντρώθηκαν στον έλεγχο εν γένει του καπνίσματος στην εμφάνιση και εξέλιξη των συμπτωμάτων της νόσου, συμπεριλαμβανομένου του ελέγχου της επιρροής, πέραν του συμβατικού καπνίσματος, και της χρήσης ηλεκτρονικού τσιγάρου (Vaping Electronic Nicotine Delivery Systems – ENDS). Η συγκεκριμένη ποσοτική μελέτη βασίστηκε στην αξιοποίηση δύο κατάλληλα επιλεγμένων ερωτηματολογίων και τη συμμετοχή συνολικά 302 ασθενών. Μεταξύ των συμμετεχόντων, 56 άτομα ήταν καπνιστές συμβατικού τσιγάρου (18,5%) και 41 ασθενείς (13,6%) χρησιμοποιούσαν ηλεκτρονικό τσιγάρο (ENDS). Με βάση τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, η πρόσληψη νικοτίνης μέσω της χρήσης ηλεκτρονικού τσιγάρου ομοίως σχετίζεται με την εκδήλωση συμπτωμάτων της νόσου (Poondru, Scott & Riley, 2023).

2.5 Διαγνωστικά κριτήρια

Η διάγνωση της νόσου δύναται να επιτευχθεί με βάση ένα σύνολο διακριτών κριτηρίων, η θέσπιση των οποίων υλοποιήθηκε κατά *Congress of the HSF Foundation* (March 2009) και τα οποία αφορούν (Revuz, 2009):

- 1) την έναρξη της εκδήλωσης των συμπτωμάτων μετά την εφηβική ηλικία
- 2) την καταγραφή βλαβών σε τουλάχιστον δύο ανατομικές περιοχές του δέρματος, οι οποίες χαρακτηρίζονται από τον αυξημένο αριθμό αποκρινών ιδρωτοποιών αδένων. Συγκεκριμένα, την αριστερή ή δεξιά μασχαλιαία περιοχή, την αριστερή ή δεξιά υπομαζική πτύχωση, την αριστερή ή δεξιά μηροβουβωβική πτύχωση και την αριστερή ή δεξιά γλουτιαία περιοχή. Μολονότι είναι πιθανή η παρουσία βλαβών σχετιζόμενων με τη συγκεκριμένη ασθένεια και σε έτερες ανατομικές περιοχές του

σώματος, η διάγνωση της βασίζεται κατ' αποκλειστικότητα στην εμφάνιση βλαβών στις τουλάχιστον δύο από τις ανωτέρω περιοχές.

- 3) τον εντοπισμό εμμένουσας υποτροπιάζουσας πυόρροιας σε περιοχή που έχει προσβληθεί.

Το σύνολο των κριτηρίων αυτών δύναται να ελεγχθεί μέσω της λήψης ιατρικού ιστορικού και της διενέργειας κλινικής εξέτασης, δίχως την αξιοποίηση συγκεκριμένης διαγνωστικής διαδικασίας. Η ανωτέρω συνθήκη αποδίδεται στην ιδιαιτερότητα των κλινικών γνωρισμάτων της νόσου, με δεδομένο ότι δεν υφίσταται έτερη ασθένεια κατά την οποία να εντοπίζεται η έκθυση επαναλαμβανόμενων οζιδίων, σε συνδυασμό με τη δημιουργία συριγγίων στις συγκεκριμένες ανατομικές περιοχές. Σε σπάνιες περιπτώσεις δύναται να απαιτηθεί η υλοποίηση εξέτασης βιοψίας με τη λήψη δείγματος από την περιοχή των βλαβών. Η διενέργεια υπερηχογραφήματος μαλακών μορίων, αλλά και μαγνητικής τομογραφίας, αποτελούν απεικονιστικές εξετάσεις, οι οποίες επιτρέπουν την εις βάθος εκτίμηση της έκτασης των υφιστάμενων βλαβών (van der Zee & Jemec, 2015; Napolitano et al., 2017).

Η διάγνωση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στηρίζεται, επομένως, στην εξέταση της κλινικής εικόνας των βλαβών και των περιοχών έκθυσης τους, σε συνδυασμό με την συνεκτίμηση του χρόνου έναρξης των συμπτωμάτων της νόσου μετά την εφηβεία. Ομοίως, σημαντική κρίνεται η καταγραφή ελλιπών αποκρίσεων στη χορήγηση αντιβιοτικής θεραπείας και η απουσία πυρετικών ενδείξεων. Συγχρόνως, ο εντοπισμός συγκεκριμένων μικροβιακών πληθυσμών σε δείγματα ληφθέντα από τις προσβεβλημένες περιοχές συνηγορεί υπέρ της διαφοροδιάγνωσης της συγκεκριμένης ασθένειας (Saunte & Jemec, 2017).

2.6 Στάδια και εξελικτική πορεία της νόσου

2.6.1 Εξελικτική πορεία της νόσου

Οι ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα εμφανίζουν κλινική εικόνα, η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένη ποικιλία βλαβών, αλλά και την προσβολή διακριτών ανατομικών περιοχών. Η χρονιότητα της νόσου συνοδεύεται από περιόδους ύφεσης και έξαρσης των συμπτωμάτων, με την ποικιλομορφία των εκδηλώσεων τους να διαφοροποιούνται εντόνως μεταξύ των ασθενών. Η έναρξη αυτής τελείται με τρόπο ύπουλο,

καθώς ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών προτάσσει την εκδήλωση συμπτωμάτων όπως είναι ο κνησμός, η ερυθρότητα, η υπεριδρωσία και η τοπική αύξηση της θερμοκρασίας στην περιοχή, εκδηλώσεις που όμως δύναται να αποδοθούν σε ένα σύνολο διακριτών παθογονικών καταστάσεων (Chu, Yang & Tsai, 2021; Gibson, Porter & Kimball, 2022).

Η απόφραξη του τριχικού θυλάκου συντελεί στη δημιουργία επώδυνων εστιών οζιδίων, των οποίων η διάμετρος καταγράφεται περί τα 0,5–1,5 cm. Πρόκειται για βλάβες, που συνοδεύονται από έντονο άλγος, με το σχήμα τους να εμφανίζεται κυκλικό, απουσία κορυφής. Με δεδομένο ότι οι εντοπιζόμενες βλάβες κατά τα πρώιμα στάδια της νόσου δεν αποτελούν διακριτά συμπτώματα αυτής, δεν αποκλείεται η εσφαλμένη θεώρησή τους ως απλά αποστήματα. Η επίμονη εμφάνιση τους δύναται να διαρκέσει έως και μήνες, δίχως να καταγράφεται κάποια ανησυχητική μεταβολή της κατάστασής τους (Revuz, 2009). Στην Εικόνα 2.3 αποτυπώνεται το αρχικό στάδιο της νόσου, με την εκδήλωση μεμονωμένων οζιδίων, η εμφάνιση των οποίων δύναται να εμμένει, δίχως όμως την μεταβολή τους, με εξαίρεση πιθανά περιστασιακά επεισόδια παρουσίας φλεγμονής στην περιοχή.

Εικόνα 2.3: Απεικόνιση βλάβης σε αρχικό στάδιο, εντοπιζόμενης στη μασχαλαία περιοχή.



(Πηγή: Revuz, 2009)

Την εμφάνιση των βλαβών ακολουθεί η περαιτέρω ανάπτυξή τους, με τη συνοδό εκροή πύου, που συνοδεύεται από έντονη δυσσομία. Έπεται η δημιουργία εν τω βάθει αποστημάτων, προκαλώντας έντονο άλγος στον ασθενή (Revuz, 2009).

Η νόσος δεν αποκλείεται να παρουσιάσει υποτροπές στη συγκεκριμένη περιοχή της βλάβης, αλλά και σε γειτονικές αυτής περιοχές. Παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ασθενών αναφορικά με το χρονικό διάστημα εξέλιξης του εκάστοτε σταδίου, καθώς και των μεσοδιαστημάτων, που παρεμβάλλονται μεταξύ αυτών. Οι συνεχείς κύκλοι έξαρσης και ύφεσης των συμπτωμάτων συνηγορούν υπέρ της χρονιότητας της φλεγμονής, με απόρροια το σχηματισμό συριγγίων, εκ των οποίων ρέει πύο ή και πυοαιματώδες υγρό, έντονης δυσσομίας λόγω του αποικισμού του από μικροβιακά στελέχη. Η επέκταση των συριγγίων επί των παρακείμενων ιστών θεωρείται συχνή, με την διείσδυσή τους να τελείται επί των μυών και περιτονίων, που τίθενται περιμετρικώς της βλάβης (Revuz, 2009).

Η χρόνια φάση της ασθένειας χαρακτηρίζεται από την παρουσία υπερτροφικών ουλών, ανοικτών φαγεσώρων, ελκών, καθώς επίσης και από την προοδευτική καταστροφή της φυσιολογικής όψης του δέρματος, σε συνδυασμό με τη φλεγμονή των εκφορητικών πόρων των αδένων. Η επούλωση των βλαβών συντελεί στην πρόκληση πυκνής ινώσεως, με τη δημιουργία σκληρωματικών πλακών (Revuz, 2009), όπως απεικονίζονται στην Εικόνα 2.4.

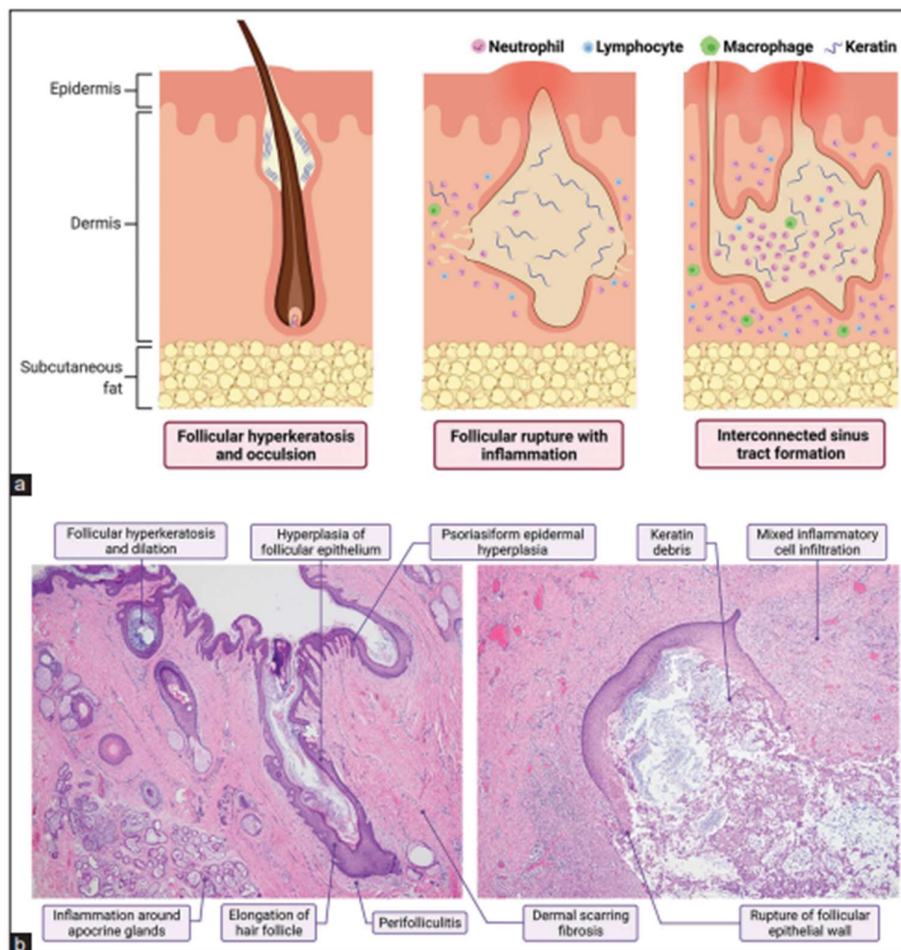
Εικόνα 2.4: Απεικόνιση υπερτροφικής ουλής, ως απόρροια της διαδικασίας επούλωσης της βλάβης.



(Πηγή: Revuz, 2009)

Το Σχήμα 2.5 παρουσιάζει την εξελικτική πορεία των τριών παθογενετικών σταδίων στην Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα, από το αρχικό στάδιο της επιδερμικής υπερκεράτωσης μέχρι τη δημιουργία των εν τω βάθει χαρακτηριστικών βλαβών.

Σχήμα 2.5: Απεικόνιση σταδίων της νόσου και συνοδών δερματικών βλαβών.



(Πηγή: Chu, Yang και Tsai, 2021)

2.6.2 Στάδια της νόσου

Η σταδιοποίηση των ασθενών, που πάσχουν από Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, τελείται με βάση την κλινική τους εικόνα και υλοποιείται σύμφωνα με το Σύστημα κατά Hurley. Ειδικότερα, εντοπίζονται τα ακόλουθα στάδια:

- Hurley I: Στο συγκεκριμένο στάδιο παρουσιάζονται πολλαπλά ή και μονήρη αποστήματα, δίχως όμως να συνοδεύονται από την εμφάνιση συριγγίων ή ουλώδους ιστού (Revuz, 2009).
- Hurley II: Πρόκειται για στάδιο, στο οποίο καταγράφονται υποτροπιάζοντα αποστήματα με σχηματισμό συνοδών συριγγίων και ουλώδους ιστού, ενώ ομοίως εμφανείς είναι οι πολλαπλές ή μονήρεις βλάβες, με ευκρινή τη διάκριση μεταξύ αυτών (Revuz, 2009).
- Hurley III: Στάδιο στο οποίο εντοπίζονται πολλαπλά και αλληλοσυνδεδεμένα μεταξύ τους αποστήματα και συρίγγια. Ιδιαίτερο σημείο αποτελεί η πλήρης απουσία υγιούς δέρματος μεταξύ των βλαβών (Revuz, 2009), όπως χαρακτηριστικά απεικονίζεται στην Εικόνα 2.6.

Εικόνα 2.6: Απεικόνιση ασθενούς σταδίου Hurley III.



(Πηγή: Revuz, 2009)

2.6.3 Εντοπιζόμενες επιπλοκές της νόσου

Δεν αποτελεί παράδοξο η εκδήλωση πολλαπλών και σοβαρών επιπλοκών κατά την εξέλιξη της πορείας της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, με τις συχνότερες εξ αυτών να αποδίδονται σε λοιμώξεις του δέρματος, προκαλούμενες από επιμόλυνση με τα βακτηριακά στελέχη *Staphylococcus aureus* και *Streptococcus pyogenes*, τα οποία και εγκαθίστανται στην προσβεβλημένη περιοχή. Ομοίως συχνή καταγράφεται η πρόκληση εκτεταμένης ουλοποίησης και ίνωσης, οι οποίες δεν αποκλείεται να επιφέρουν την εκδήλωση εκτεταμένων παραμορφώσεων της επιφάνειας του δέρματος, συντελώντας τελικώς ακόμη και στον περιορισμό των κινήσεων, επιπλοκή ιδιαίτερος συχνής στην περίπτωση, που οι εντοπιζόμενες βλάβες αφορούν την μασχαλιαία περιοχή, οπότε και δύναται να περιορισθεί η κινητικότητα των άνω άκρων (Frew et al., 2017). Σε αντίστοιχες περιπτώσεις κατά τις οποίες η ουλοποίηση αφορά την πρωκτογεννητική περιοχή, συνιστά προδιαθεσικό παράγοντα για την εκδήλωση στένωσης της ουρήθρας, του ορθού και του πρωκτού. Συχνή ομοίως είναι και η καταγραφή της εμφάνισης συριγγίων στην περιοχή της ουρήθρας και του πρωκτού, προκαλώντας τελικώς την εκδήλωση εκτεταμένου λεμφοιδήματος στο όσχεο και στο αιδοίο (Tannenbaum, Strunk & Garg, 2019).

Εικόνα 2.7: Απεικόνιση λεμφοιδήματος στην περιγεννητική περιοχή σε άνδρα ασθενή.



(Πηγή: Revuz, 2009)

Η παρουσία Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας συσχετίζεται, επίσης, με την πρόκληση ακανθοκυτταρικού καρκινώματος του δέρματος, χρόνιας επιπλοκής με τον επιπολασμό αυτής να εντοπίζεται αυξημένος σε άνδρες ασθενείς, με την αναλογία αυτών να ανέρχεται σε 4:1 έναντι των γυναικών ασθενών. Η εμφάνιση της συγκεκριμένης νεοπλασίας

παρουσιάζεται συνήθως στο περίνεο και στους γλουτούς, ενέχοντας αυξημένο μεταστατικό χαρακτήρα και, συνεπώς, συντελώντας στο μικρό προσδόκιμο βιωσιμότητας των ασθενών, με την πλειονότητα των πάσχοντων καταλήγει εντός διαστήματος δύο ετών από τη διάγνωση του καρκίνου (Revuz, 2009; Makris et al., 2017).

Εικόνα 2.8: Απεικόνιση ακανθοκυτταρικού καρκινώματος του δέρματος στη γλουτιαία περιοχή σε άνδρα ασθενή.



(Πηγή: Revuz, 2009)

Σοβαρές καταγράφονται όμως και οι επιπλοκές, οι οποίες αφορούν την ψυχική υγεία του ασθενούς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, δεδομένου ότι πρόκειται για νόσο, που επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητά του, ιδιαίτως εάν συγκριθεί με έτερα δερματικά νοσήματα, όπως είναι η Ατοπική Δερματίτιδα, η Κνίδωση, η Ψωρίαση και η Αλωπεκία. Η επιβάρυνση εκτεταμένων περιοχών, η εκδήλωση συνοδών νοσημάτων και η χρονιότητα της ασθένειας βάλλουν την καθημερινότητα του πάσχοντος ατόμου, με σαφείς επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής του (Gooderham & Papp, 2015).

2.7 Συνοδά νοσήματα

Ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα εμφανίζουν, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, συννοσηρότητες, με κυριότερες την εκδήλωση υπέρτασης, αρθρικών ενοχλημάτων, θυρεοειδοπαθειών και συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών στις γυναίκες ασθενείς. Η μελέτη των Vasanth και Chandrashekar (2014) αναγνωρίζει την

Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα ως μέλος μιας ευρύτερης ομάδας νοσημάτων, όπου μαζί με τη συρρέουσα ακμή, την κύστη κόκκυγος και τη διαχωριστική κυτταρίτιδα του τριχωτού της κεφαλής συνιστούν τετράδα ασθενειών θυλακικής απόφραξης, με κοινό γνώρισμα αυτών την παρουσία θυλακικής υπερκεράτωσης. Παράλληλα, η πλειονότητα των ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα εκδηλώνουν συγχρόνως συμπτώματα κοινής ακμής, με το ιστορικό σοβαρής ακμής να καταγράφεται σε ένα σημαντικό ποσοστό αυτών (Vasanth & Chandrashekar, 2014).

Μεταξύ των νοσημάτων, που παρουσιάζουν συννοσηρότητα με τη Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, συγκαταλέγεται και η νόσος Crohn, με τη μελέτη των Deckers και συν. (2017) να επιχειρεί την αποσαφήνιση του επιπολασμού της συγκεκριμένης ασθένειας σε ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 1.076 ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, οι οποίοι ερωτήθηκαν αναφορικά με την εκδήλωση συμπτωμάτων της νόσου Crohn, με ταυτόχρονο τον έλεγχο του ιατρικού τους φακέλου και τη διενέργεια κατάλληλης κλινικής εξέτασης. Η νόσος Crohn παρουσιάζει επιπολασμό σε ποσοστό 2,5% (95% CI 1,6-3,4) στο σύνολο των ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, με τους συγκεκριμένους ασθενείς να παρουσιάζουν επιπροσθέτως συμπτώματα φλεγμονής του εντέρου σε ποσοστό 3,3% (95% CI 2,3-4,4) στο σύνολο των συμμετεχόντων. Σημαντικό είναι να τονισθεί ότι ο επιπολασμός της νόσου Crohn, καθώς και της φλεγμονής του εντέρου παρουσιάζεται αυξημένος περί τις 4 έως 8 φορές σε σχέση με τον επιπολασμό τους στο γενικό πληθυσμό (0,41%-0,74%), συνθήκη που αποκαλύπτει τη συννοσηρότητα των συγκεκριμένων νοσημάτων (Deckers et al., 2017).

Η συνύπαρξη της νόσου Crohn με τη Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα δύναται να επιβαρύνει την εξελικτική πορεία αυτής, δυσχεραίνοντας τη διαχείρισή της, ενώ ταυτοχρόνως βάλλει την κλινική εικόνα των ασθενών. Πρόκειται για νόσο, η οποία σε αυξημένο ποσοστό εμφανίζει δερματικές αλλοιώσεις, με τη φλεγμονώδη αντίδραση, που προκαλείται, να λειτουργεί ενισχυτικά στην εκδήλωση συμπτωμάτων Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας σε περιοχές όπως είναι η περιπρωκτική περιοχή (Kamal et al., 2016).

Η εκδήλωση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας συσχετίζεται με τη συνοδό εμφάνιση μεταβολικών συνδρόμων, καθώς και την παρουσία Στεφανιαίας Νόσου (coronary artery disease, CAD). Με στόχο την αποσαφήνιση της υφιστάμενης αυτής σχέσης, η μελέτη των Hung και συν. (2019) επιχείρησε την αποσαφήνιση των παραγόντων κινδύνου της εκδήλωσης καρδιαγγειακών παθήσεων και των επιπέδων επιπολασμού της Στεφανιαίας

Νόσου σε ασθενείς με συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας. Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης συλλέχθηκαν βασιζόμενα στην βάση δεδομένων National Health Insurance Research Database of Taiwan, αποκαλύπτοντας τα επίπεδα του υφιστάμενου κινδύνου παρουσίας υπέρτασης, Σακχαρώδους Διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας και Στεφανιαίας Νόσου σε ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα. Συνολικά στη μελέτη μετείχαν 478 ασθενείς προσφάτως διεγνωσμένοι με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα έναντι 1912 ασθενών με έτερα δερματολογικά νοσήματα. Η σύγκριση αυτών αποκάλυψε ότι οι ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κινδύνου εκδήλωσης δυσλιπιδαιμίας (adjusted hazard ratio [aHR], 3,858, 95% confidence interval [CI], 2,785-5,346; P<0,001), υπέρτασης (aHR, 1,910, 95% CI, 1,463-2,493, P<0,001) και Σακχαρώδους Διαβήτη (aHR, 1,709, 95% CI, 1,127-2,591, P=0,012). Επιπροσθέτως, αυξημένος εντοπίστηκε και ο κίνδυνος εκδήλωσης συμπτωμάτων Στεφανιαίας Νόσου (aHR, 2,722, 95% CI, 1,628-4,553, P<0,001), γεγονός που υποδεικνύει τα αυξημένα επίπεδα εμφάνισης των ανωτέρω παθήσεων σε ασθενείς με συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας (Hung et al., 2019).

2.8 Θεραπευτικές προσεγγίσεις

2.8.1 Ισχύουσες διεθνείς οδηγίες αναφορικά με τη διαχείριση των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας

Οι αρνητικές επιπτώσεις, που επιφέρει η εκδήλωση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στη ζωή του ασθενούς, εγείρουν την αναγκαιότητα της αποτελεσματικής διαχείρισης αυτής, με ένα σύνολο διακριτών θεραπευτικών παρεμβάσεων να επιχειρούν την απομείωση των συμπτωμάτων της νόσου. Συγχρόνως, στην προσπάθεια αντιμετώπισης της ασθένειας και του ελέγχου της εξελικτικής της πορείας δεν αποκλείεται να απαιτηθεί η πολύπλευρη προσέγγιση των εγχειρόμενων εκδηλώσεων αυτής, μέσω της τροποποίησης των συνηθειών της καθημερινής ζωής των ασθενών. Στο πεδίο αυτό δεν αποκλείεται οι ασθενείς να απαιτηθεί να διακόψουν το κάπνισμα ή και να προβούν στην απώλεια βάρους, πέραν της υιοθέτησης και εφαρμογής τοπικών θεραπειών και της λήψης συστηματικών αντιβιοτικών και αντι-φλεγμονώδων σκευασμάτων (Alavi et al., 2017; Hunger et al., 2017).

Ένα σύνολο θεραπευτικών οδηγιών, που αφορούν την αντιμετώπιση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, έχει προταθεί τα τελευταία έτη, η σύνταξη των οποίων βασίστηκε στη συνεισφορά εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας από τη Νότια Αμερική,

τη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη. Πρόσφατη μελέτη ανασκόπησης των Hendricks και συν. (2021) επιχείρησε την κριτική παρουσίαση των ανωτέρω δημοσιευμένων οδηγιών και τη σύγκριση των προτεινόμενων θεραπευτικών σχημάτων, που παρουσιάζονται εντός αυτών, με στόχο την επίτευξη της ολιστικής κατανόησης των προαγόμενων θεραπειών έναντι της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας. Η συγκεκριμένη μελέτη, η οποία βασίσθηκε σε έρευνα στις βάσεις δεδομένων PubMed και EMBASE, κατέληξε στην καταγραφή 9 συνολικά οδηγιών, οι οποίες κάλυπταν τα κριτήρια επιλογής, που είχαν τεθεί κατά το σχεδιασμό της ανασκόπησης. Πρόκειται για οδηγίες, οι οποίες καταχωρήθηκαν με τη συμβολή ενός συνόλου οργανισμών, συμπεριλαμβανομένων του British Association of Dermatologists, του US HS Foundations, και αντιστοίχως του Canadian HS Foundations, της HS ALLIANCE, μιας διεθνούς ομοσπονδίας εξειδικευμένων επαγγελματιών από την Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, της Canadian Dermatology Association, της European HS Foundation, της European Academy of Dermatology and Venereology, του Swiss consensus group και της Brazilian Society of Dermatology (Hendricks et al., 2021).

Οι προτάσεις θεραπευτικής προσέγγισης, που καταγράφονται, προβάλλουν την αναγκαιότητα της πολυ-παραγοντικής αντιμετώπισης της νόσου, προάγοντας τη σημασία της συνεργασίας επαγγελματιών του τομέα της Δερματολογίας, της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Γυναικολογίας, της Ψυχιατρικής, της Διαχείρισης Πόνου και της Γενικής Χειρουργικής. Βασική παράμετρος στη βέλτιστη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης ασθένειας αποτελεί η κατά το δυνατό ακριβής κατηγοριοποίηση του ασθενούς, με τη βοήθεια των σταδίων κατά Hurley, όπως τίθεται εντός της πλειονότητας των προτεινόμενων οδηγιών (Alikhan et al., 2019a; Ingram et al., 2019). Σε ό,τι αφορά τη σταδιοποίηση κατά Santorius, πρόκειται για προσέγγιση, η οποία συνιστά εναλλακτική μέθοδο αποσαφήνισης της έντασης και της σοβαρότητας των εντοπιζόμενων εκδηλώσεων της νόσου, με τη συγκεκριμένη ταξινόμηση να εντοπίζεται κυρίως εντός των οδηγιών European S1 και Swiss guidelines (Zouboulis et al., 2015). Η αξιολόγηση της εξελικτικής πορείας της νόσου με την αξιοποίηση της κλίμακας Hidradenitis Suppurativa Clinical Response (HiSCR) και την καταγραφή της απομείωσης των δερματικών βλαβών σε επίπεδο >50% αναφέρεται εντός των οδηγιών HS ALLIANCE, Canadian Dermatology Association, Canadian consensus, European HS Foundation, αλλά και Brazilian guidelines, καθορίζοντας μέσω αυτής τα επίπεδα εκτίμησης των επιπέδων επιτυχίας της υλοποιούμενης θεραπευτικής προσέγγισης (Gulliver et al., 2018; Hunger et al., 2017; Zouboulis et al.,

2019). Το σύνολο των αναφερόμενων οδηγιών, εξαιρουμένων των British, Swiss και Brazilian guidelines, προτείνουν επιπροσθέτως την αξιοποίηση της Κλίμακας pain visual analog scale και του Δείκτη Dermatology Life Quality Index (DLQI), ως εργαλείων αποτύπωσης της εξελικτικής πορείας των ασθενών. Η καταγραφή των πιθανών εμφανιζόμενων παρενεργειών, επίσης, προτείνεται εντός του συνόλου των οδηγιών, εξαιρουμένης της οδηγίας της Canadian Dermatology Association guideline, με συνηθέστερες παρενέργειες να αφορούν την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, την εκδήλωση Σακχαρώδους Διαβήτη και λοιπών μεταβολικών συνδρόμων, αλλά και αυτοάνοσων παθήσεων, ενώ εξίσου συχνή εντοπίζεται η εμφάνιση ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος (Gulliver et al., 2016; Alikhan et al., 2019b). Εντός του Πίνακα 2.2 παρουσιάζεται το σύνολο των οδηγιών ταξινομημένων με χρονολογική σειρά.

Πίνακας 2.2: Δημοσιευμένες οδηγίες σχετικά με την αντιμετώπιση της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας.

Organization	Year	Publication	In-text abbreviation
European Academy of Dermatology and Venereology	2015	European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/ acne inversa [25]	European S1
European HS Foundation	2016	Evidence-based approach to the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, based on the European guidelines for hidradenitis suppurativa [24]	European HS Foundation
Swiss consensus group	2017	Swiss practice recommendations for the management of hidradenitis suppurativa/acne inversa [26]	Swiss
Canadian Dermatology Association consensus group	2017	Approach to the management of patients with hidradenitis suppurativa: a consensus document [23]	Canadian consensus
British Association of Dermatologists	2018	British Association of Dermatologists guidelines for the management of hidradenitis suppurativa (acne inversa) 2018 [18]	British
Canadian Dermatology Association	2018	Hidradenitis suppurativa: A novel model of care and an integrative strategy to adopt an orphan disease [22]	Canadian Dermatology Association
HS ALLIANCE	2019	Hidradenitis suppurativa/acne inversa: a practical framework for treatment optimization - systematic review and recommendations from the HS ALLIANCE working group [21]	HS ALLIANCE
US and Canadian HS Foundations	2019	North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: a publication from the United States and Canadian hidradenitis suppurativa foundations Part I: diagnosis, evaluation, and the use of complementary and procedural management [19] Part II: topical, intralesional, and systemic medical management [20]	North American
Brazilian Society of Dermatology	2019	Consensus on the treatment of hidradenitis suppurativa – Brazilian Society of Dermatology [27]	Brazilian

(Πηγή: Hendricks και συν., 2021)

Η ανάλυση των εντοπιζόμενων οδηγιών αποκαλύπτει σημαντικά ευρήματα αναφορικά με τις προτεινόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις έναντι της Διαπητυτικής Ιδρωταδενίτιδας. Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά την υιοθέτηση θεραπευτικών παρεμβάσεων, που δεν περιλαμβάνουν τη λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων και οι οποίες αφορούν συγκεκριμένα τη διακοπή του καπνίσματος, το σύνολο των οδηγιών προτείνει την πλήρη αποχή από τις καπνιστικές συνήθειες, δεδομένου του αυξημένου επιπολασμού της νόσου μεταξύ των καπνιστών, αλλά και της αυξημένης έντασης των συμπτωμάτων σε καπνιστές ασθενείς (Kelly & Prens, 2016; Ingram et al., 2019). Αντιστοίχως, στο πλαίσιο της διαχείρισης της συγκεκριμένης ασθένειας από το σύνολο των οδηγιών προτείνεται η απώλεια βάρους, δεδομένου ότι ο αυξημένος Δείκτης Μάζας Σώματος (Body Mass Index, BMI) τείνει να σχετίζεται με την αυξημένη σοβαρότητα των εγχειρόμενων συμπτωμάτων αυτής (Gulliver et al., 2018). Η τροποποίηση συγκεκριμένων διατροφολογικών συνηθειών των ασθενών προβάλλεται αποκλειστικά εντός της οδηγίας North American guideline, όπου προτείνεται η αποφυγή της κατανάλωσης γαλακτοκομικών προϊόντων (Maarouf et al., 2018; Alikhan et al., 2019a). Την επιλογή κατάλληλων ενδυμάτων προτείνουν οι οδηγίες North American, Canadian consensus, European S1 και Brazilian guidelines, οι οποίες στο σύνολο τους τονίζουν ότι ο τρόπος ένδυσης του ασθενούς θα πρέπει να συνάδει με την περιοχή εντοπισμού των δερματικών βλαβών, με κύριο στόχο την αποφυγή του ερεθισμού αυτών. Ταυτόχρονα κρίνεται σημαντική η επιλογή απορροφητικών υφασμάτων προκειμένου να επιτευχθεί η απομείωση της υγρασίας επί της επιφάνειας του δέρματος και να ελαχιστοποιηθεί η ένταση της αναδυόμενης δυσάρεστης οσμής. Στο πλαίσιο αυτό οι οδηγίες Canadian consensus, European S1 και Brazilian guidelines εντοπίζουν την έλλειψη στο εμπόριο κατάλληλων επιθεμάτων, που να δύναται να βοηθήσουν τους ασθενείς στην προσπάθεια διαχείρισης των δερματικών βλαβών, που επιφέρει η εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου (Gulliver et al., 2016; Jemec, 2019). Εξίσου σημαντική κρίνεται η παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών διαφύλαξης της ψυχο-συναισθηματικής ισορροπίας των ασθενών, με το σύνολο των οδηγιών να τονίζει την αναγκαιότητα διαχείρισης των συναισθημάτων της κατάθλιψης και του άγχους, που βάζουν τους ασθενείς, με τις οδηγίες European S1 και Canadian consensus guidelines να εστιάζουν στην απουσία εξειδικευμένων υποστηρικτικών δομών, γεγονός που εξαναγκάζει τους πάσχοντες να απευθύνονται σε τμήματα Ψυχικής υγείας, εντός των οποίων τα συμπτώματα αυτών πιθανώς να μην προσεγγίζονται καταλλήλως (Gulliver et al., 2018; Ingram et al., 2019).

Σε ό,τι αφορά τη διαχείριση του πόνου, το σύνολο των οδηγιών, αναγνωρίζοντας την επιβάρυνση που ενέχει η παρουσία αυτού στην καθημερινή ζωή των ασθενών, προτείνει την αντιμετώπισή του με βάση την εκτίμηση της έντασης και της σοβαρότητάς του, αξιοποιώντας εγκυροποιημένα εργαλεία όπως είναι η Κλίμακα pain visual analog scale και η Κλίμακα numeric rating scale. Σημαντικό είναι να τονισθεί ότι, μολονότι η πλειονότητα των οδηγιών αναφέρεται στη διαχείριση του πόνου ως βασικό στάδιο στην προσπάθεια αντιμετώπισης της νόσου της Διαπυθητικής Ιδρωταδενίτιδας, ελάχιστες εξ αυτών παρέχουν ένα σαφές πλαίσιο, προτείνοντας τη λήψη συγκεκριμένων αναλγητικών σκευασμάτων, κατάλληλων ώστε να συνεισφέρουν στο πεδίο αυτό (Kouris et al., 2016; Jemec, 2019). Παράλληλα, εντός των οδηγιών, που αναφέρονται στη διαχείριση του πόνου και οι οποίες προτείνουν συγκεκριμένες φαρμακευτικές προσεγγίσεις, η χρήση τοπικών αναλγητικών και αντι-φλεγμονωδών σκευασμάτων προτάσσεται ως πρώτο βήμα θεραπείας, με τη χρήση οπιοειδών να προτείνεται αποκλειστικά σε περιπτώσεις αυξημένης έντασης του πόνου, η διαχείριση του οποίου δε δύναται να επιτευχθεί με έτερα αναλγητικά μέσα (Maarouf et al., 2018; Matusiak, 2020). Μεταξύ των τοπικών αναλγητικών αναφέρεται η χρήση lidocaine, όπως αναγράφεται εντός των οδηγιών North American και Canadian consensus guidelines, με την τελευταία να θέτει επακριβώς την αντίστοιχη δοσολογία, που απαιτείται με στόχο την επιτυχή διαχείριση των συμπτωμάτων του πόνου (Kelly & Prens, 2016; Kluger et al., & Serlachius, 2017). Η χορήγηση αντιφλεγμονωδών σκευασμάτων Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) περιγράφεται εντός των οδηγιών North American, Canadian consensus και European S1 guidelines ως μέσο συστημικής διαχείρισης αυτού σε ασθενείς με Διαπυθητική Ιδρωταδενίτιδα, αν και καμία αναφορά δεν εντοπίζεται σε σχέση με τη συγκεκριμένη προτεινόμενη δοσολογία. Η χρήση των νευροπαθητικών παραγόντων (Neuropathic Pain Agents) Gabapentin και Pregabalin στην προσπάθεια της διαχείρισης του πόνου προτείνεται εντός αμφοτέρων των οδηγιών North American και Canadian consensus guidelines, δίχως όμως ομοίως να αναφέρεται η συγκεκριμένη δοσολογία αυτών (Maarouf et al., 2018). Η αξιοποίηση του παράγοντα Tramadol, αναλγητικού που παρουσιάζει παρόμοια δραστηριότητα με τα οπιοειδή, προτείνεται ως εναλλακτική εντός της οδηγίας North American guideline, χωρίς όμως να αποσαφηνίζεται η προτεινόμενη δοσολογία αυτού. Αντιστοίχως, η χορήγηση οπιοειδών προτείνεται εντός των οδηγιών North American, Canadian consensus και European S1 guidelines, με στόχο την θεραπευτική προσέγγιση ασθενών, που επιδεικνύουν αυξημένα επίπεδα πόνου, η διαχείριση του οποίου δεν είναι δυνατή μέσω της λήψης τοπικών αναλγητικών και παραγόντων NSAIDs (Grond

& Sablotzki, 2004; Savage et al., 2021). Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι και οι τρεις ανωτέρω οδηγίες θέτουν αυστηρούς περιορισμούς σε ό,τι αφορά την χορήγηση οπιοειδών σε ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, τονίζοντας την αναγκαιότητα του ελέγχου της πορείας αυτών από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, με τις οδηγίες Canadian consensus και European S1 guidelines να τονίζουν την απουσία κλινικών ευρημάτων, που να υποστηρίζουν αδιάσειστα τη χρήση των οπιοειδών στη διαχείριση της συγκεκριμένης νόσου. Σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, η οδηγία European S1 guideline κατατάσσει τις ουσίες codeine και hydrocodone ως τα επικρατέστερα οπιοειδή, στο πεδίο προσέγγισης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας (Maarouf et al., 2018; Reddy et al., 2019).

Πίνακας 2.3: Εφαρμογή τοπικών και διαδερμικών θεραπευτικών προσεγγίσεων κατά τη διαχείριση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας.

Modality	Recommendations per guideline								
	British Association of Dermatologists [18]	North American (US and Canadian HS Foundations) [20]	HS ALLIANCE [21]	Canadian Dermatology Association [22]	Canadian consensus group [23]	European HS Foundation [24]	European S1 [25]	Swiss consensus group [26]	Brazilian Society of Dermatology [27]
Resorcinol 15% cream	-	Recommended (may induce contact dermatitis)	-	2 nd line	Resolve/prevent follicular blockage in mild HS	2 nd line	For recurrent lesions in Hurley stage I/II HS BID application during flares	-	Can be useful to shorten mean duration of painful nodule or abscess
Antiseptics	-	Chlorhexidine, benzoyl peroxide zinc pyrithione supported by expert opinion	-	-	-	-	-	Triclosan, ammonium bituminosulfate for all Hurley stages	Advise on adequate local hygiene; no need for soaps with high concentrations of chlorhexidine
Clindamycin 1% solution	Consider in patients with HS	May reduce pustules, carries risk of bacterial resistance	Recommended BID × 3 months in Hurley I/II with localized lesions, especially without deep inflammatory lesions	1 st line tx for mild HS; 1% lotion applied BID × 12 weeks	Use as topical anti-inflammatory agent and to prevent secondary infection ¹	Recommended BID × 3 months as 1 st line tx in Hurley stage I/ mild stage II, especially without deep inflammatory lesions ¹	BID × 3 months in localized Hurley stage I or mild stage II; can be prolonged if clinically indicated ¹	Recommended in Hurley I/II HS to avoid bacterial superinfection and reduce inflammation	Recommended for Hurley stage I or in cases of superficial lesions during exacerbation
Intralesional corticosteroid injections	Consider for individual lesions in the acute phase	Injection of inflamed lesions or short-term control of flares	May be helpful for acute inflammatory nodules in combination with other tx at all Hurley stages	2 nd line	TAC 5–10 mg/mL for rapid reduction of inflammation in acute flares or as rescue therapy adjunctive to systemic tx	2 nd line	TAC 5–10 mg/mL for rapid reduction of inflammation in acute flares and for recalcitrant nodules and sinus tracts	Injection of inflamed nodules in Hurley I/II HS	TAC 5–10 mg/mL for tx of acute inflammation and abscesses, refractory nodules, tunnels

BID, twice daily; HS, hidradenitis suppurativa; TAC, triamcinolone acetonide; tx, treatment; -, not specifically mentioned. ¹ Recommendation based on randomized controlled trial(s) in HS.

(Πηγή: Hendricks και συν., 2021)

Αντιστοίχως, η αξιοποίηση τοπικών θεραπειών επί των δερματικών βλαβών αποσκοπεί στην απομείωσή τους με κυριότερες τη χρήση κερατολυτικών σκευασμάτων (keratolytics), τον έλεγχο των βακτηριακών πληθυσμών και της συσχετιζόμενης φλεγμονώδους αντίδρασης μέσω αντισηπτικών και αντιβιοτικών σκευασμάτων και την ελαχιστοποίηση του πόνου και του οιδήματος σε μεμονωμένες προσβεβλημένες περιοχές με την επιλογή διαδερμικών κορτικοστεροειδών σκευασμάτων (Magalhães et al., 2019;

Hendricks et al., 2021). Οι οδηγίες, που αναφέρονται στη διαχείριση των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας με τη χρήση τοπικών και διαδερμικών θεραπειών, συνοψίζονται στον Πίνακα 2.3.

Σε ό,τι αφορά την εφαρμογή τοπικά κερατολυτικών σκευασμάτων (Topical Keratolytics), η χρήση Resorcinol και ειδικότερα σκευάσματος Resorcinol 15% cream προτείνεται εντός των οδηγιών North American, European S1, Canadian Dermatology Association, Canadian consensus, European HS Foundation και Brazilian guidelines. Ομοίως προτείνεται εντός των οδηγιών the British, HS ALLIANCE και Swiss guidelines δίχως όμως να αναφέρονται οι θεραπευτικές ιδιότητες αυτής (Cordero-Ramos et al., 2022; Molinelli et al., 2022). Σημαντικό κρίνεται να τονισθεί ότι η χρήση τοπικά Resorcinol προτείνεται σε ασθενείς, οι οποίοι κατηγοριοποιούνται ως σταδίου Hurley stage I/II, ενώ η χορήγηση αυτής αναφέρεται ως μορφή 2^{ης} γραμμής θεραπείας εντός των οδηγιών European HS Foundation και Canadian Dermatology Association guidelines. Στο συγκεκριμένο σημείο θα πρέπει, επίσης, να αναφερθεί ότι το συγκεκριμένο σκεύασμα δεν κυκλοφορεί στις Η.Π.Α., με τους ασθενείς να πρέπει να απευθύνονται σε εξειδικευμένο φαρμακείο, ακολουθώντας συγκεκριμένη διαδικασία προκειμένου να το προμηθευτούν (Docampo-Simón et al., 2022; Katoulis et al., 2023).

Ομοίως θετική κρίνεται η χρήση τοπικών αντισηπτικών επί των βλαβών, θεραπευτική προσέγγιση η οποία προτείνεται εντός 3 συνολικά οδηγιών, με στόχο την μείωση των βακτηριακών πληθυσμών και την ελαχιστοποίηση της προκαλούμενης φλεγμονώδους αντίδρασης, ενώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα προτεινόμενα σκευάσματα διαφοροποιούνται αισθητά μεταξύ των διακριτών οδηγιών. Μεταξύ των αντισηπτικών, που προτείνονται από την οδηγία North American guideline, συμπεριλαμβάνονται οι ουσίες Chlorhexidine, Benzoyl peroxide και Zinc pyrithione, με την οδηγία Swiss guideline να αναφέρεται στις ουσίες Triclosan και Ammonium bituminosulfonate (Alikhan et al., 2019a; Magalhães et al., 2019).

Αντιστοίχως, η χρήση τοπικών αντιβιοτικών κρίνεται ως θετική στα πλαίσια της διαχείρισης των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, με κυριότερο σκεύασμα την ουσία Clindamycin, η οποία προτείνεται από το σύνολο των οδηγιών ως μορφή 1^{ης} γραμμής αντιμετώπισης της νόσου. Σημαντική καταγράφεται η διαφοροποίηση μεταξύ των οδηγιών αναφορικά με τη χορηγούμενη δοσολογία Clindamycin, με τις οδηγίες European S1, European HS Foundation και HS ALLIANCE guidelines να προτείνουν την εφαρμογή

αυτής δύο φορές ημερησίως και για χρονικό διάστημα 3 μηνών (Rosi et al., 2019; Caposiena Caro et al., 2021).

Η εφαρμογή ενέσιμα διαδερμικών κορτικοστεροειδών εντοπίζεται, ομοίως, εντός του συνόλου των οδηγιών, είτε με τη μορφή μονοθεραπείας είτε εντός ενός πλαισίου συνδυασμού συστηματικών θεραπειών. Ειδικότερα, η εφαρμογή ενέσιμα ποσότητας 5–10 mg/mL Triamcinolone παρουσιάζει θετική δράση, συντελώντας στην ελαχιστοποίηση της έντασης συμπτωμάτων της ασθένειας, όπως είναι το μέγεθος, η ερυθρότητα και το οίδημα των δερματικών βλαβών, ενώ επίσης λειτουργεί θετικά έναντι της μείωσης των επιπέδων πόνου του ασθενούς σε χρονικό διάστημα 1 έως 3 ημερών (Riis et al., 2016b; Garelik et al., 2021; Saunte & Jemec, 2021).

Σε ό,τι αφορά την εφαρμογή συστηματικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, το σύνολο των συστηματικών αντιβιοτικών, που προτείνονται εντός των οδηγιών, αποτυπώνεται στον Πίνακα 2.4.

Πίνακας 2.4: Συστηματική θεραπεία έναντι της Διαποιητικής Ιδρωταδενίτιδας.

Modality	Recommendations per guideline								
	British Association of Dermatologists [18]	North American (US and Canadian HS Foundations) [20]	HS ALLIANCE [21]	Canadian Dermatology Association [22]	Canadian consensus group [23]	European HS Foundation [24]	European S1 [25]	Swiss consensus group [26]	Brazilian Society of Dermatology [27]
Antibiotics									
Tetracyclines	Doxycycline or lymecycline for ≥12 weeks. Consider tx breaks to assess efficacy and decrease risk of antimicrobial resistance	In mild-moderate HS × 12 weeks or as long-term maintenance ¹	Recommended in Hurley I/II × 12 weeks ¹	500 mg BID × 4 months for mild HS (1st line) ¹	500 mg BID ¹	500 mg BID as 1st line tx in moderate HS or widespread Hurley I/II for up to 4 months ¹	500 mg BID × 4 months; can be prolonged if clinically indicated ¹	Doxycycline 50–200 mg daily × 3–6 months in Hurley I/II HS	500 mg BID × 10–12 weeks, 1–2 courses
Clindamycin + rifampicin	Clindamycin 300 mg BID and rifampicin 300 mg BID × 10–12 weeks for patients unresponsive to oral tetracyclines ¹	2nd line for mild-moderate HS, 1st line or adjunct for severe HS ¹	Clindamycin and rifampicin 300 mg each BID × 10 weeks ¹	Clindamycin 300 mg BID + rifampicin 600 mg daily × 10 weeks in moderate HS or mild-moderate HS unresponsive to tetracyclines (1st line) ¹	Clindamycin 300 mg BID + rifampicin 600 mg once daily or 300 mg BID × 10 weeks ¹	Clindamycin 300 mg BID + rifampicin 600 mg once daily or 300 mg BID × 10 weeks as 1 st line tx for moderate PGA ¹	Clindamycin 300 mg BID + rifampicin 600 mg once daily or 300 mg BID × 10 weeks ¹	Clindamycin and rifampicin each 300 mg BID × 3 months	Clindamycin 300 mg BID + rifampicin 600 mg daily × 10 weeks
Metronidazole/moxifloxacin/rifampin	–	2nd/3rd line in moderate-severe HS	Rifampicin 10 mg/kg once daily + moxifloxacin 400 mg once daily + metronidazole 500 mg TID (× 6 weeks only) may have efficacy in Hurley I/II patients	–	–	–	Effective in tx-resistant Hurley stage II/III HS at 12 weeks	–	–
Dapsone	Consider in HS unresponsive to abx therapies	May be effective for minority of Hurley I/II patients as long-term maintenance	Evidence from single study	3rd line	Efficacy in HS reported in case reports	3rd line	Reserve for patients with mild-moderate HS when standard 1st and 2nd line agents fail	50–150 mg daily in refractory Hurley II/III disease	May be considered after failure of 1st or 2nd line abx
Ertapenem	–	For severe disease as one-time rescue, bridge to surgery or maintenance tx	IV ertapenem 1 g/day in selected patients with severe HS × 6 weeks	–	–	–	–	–	–
Supplements									
Zinc	Insufficient evidence	–	Combination tx of oral zinc gluconate 30 mg TID + topical triclosan 2% in Hurley I/II	Zinc gluconate as 2nd line tx	Zinc sulfate recommended as adjuvant therapy	Zinc gluconate as 2nd line tx	Zinc gluconate initiated at 90 mg/day as maintenance tx in Hurley I/II	Zinc gluconate 30 mg TID as adjunct to abx in Hurley I/II HS	30mg TID as maintenance tx in Hurley stage I/II HS. Long-term use limited by zinc-induced impairment of iron and copper absorption
Retinoids									
Acitretin	0.3–0.5 mg/kg daily in men and nonfertile women unresponsive to abx	Consider as 2nd/3rd line tx; contraindicated in women of reproductive potential	3rd line tx for mild-moderate HS	2nd line	0.25–0.88 mg/kg daily can be initiated in early HS stages, may be used in chronic stages with sinus tracts and scarring	2nd line	Can be initiated in early HS stages, may be used in chronic stages with sinus tracts and scarring. Dosing ranges from 0.25 to 0.88 mg/kg daily × 3–12 months	0.2–0.5 mg/kg daily in Hurley II/III HS refractory to abx	Preferred over isotretinoin due to higher response rates, but not appropriate in women of childbearing age
Isotretinoin	Do not offer unless concomitant moderate-severe acneiform lesions of face or trunk	Consider only as 2nd/3rd line tx or in patients with severe concomitant acne	–	3rd line	Not proven effective in HS even with concomitant acne	3rd line	Not recommended for use in tx of HS	–	Use of isotretinoin over acitretin justified in women of childbearing age
Biologics									
Adalimumab (anti-TNF-α)	40 mg SC weekly for patients ≥12 years old with moderate-severe HS unresponsive to conventional systemic tx ²	Recommended at 40 mg SC weekly to improve HS severity and QoL in moderate-severe HS ³	First choice biologic in moderate-severe HS after failure of conventional tx ¹	160 mg SC week 0, 80 mg week 2, then 40 mg weekly for moderate-severe HS unresponsive to abx (1st line) ¹	40 mg SC weekly for patients with moderate-severe HS ¹	160 mg SC week 0, 80 mg week 2, then 40 mg weekly as 1st line tx for moderate-severe HS ¹ . Consider other tx modalities if HS CR not achieved by 16 weeks	40 mg SC weekly for moderate-severe HS ¹	160 mg SC week 0, 80 mg week 2, then 40 mg weekly for Hurley II/III HS refractory to abx	160 mg SC week 0, 80 mg week 2, then 40 mg weekly ² . Once inflammation controlled, consider excision of residual active areas or scarring
Infliximab (anti-TNF-α)	Consider at 5 mg/kg q8 weeks in moderate-severe HS unresponsive to adalimumab	Recommended for moderate-severe HS. Dose ranging studies needed to determine optimal dosage	Consider as 2nd line biologic for moderate-severe HS	2nd line ¹	No significant difference vs. placebo in HS CR ¹	5 mg/kg IV at weeks 0, 2, 6 and q2 months thereafter × 12 weeks as 2nd line in moderate-severe HS unresponsive to adalimumab	5 mg/kg IV at weeks 0, 2, 6, then q2 months ¹	–	5 mg/kg IV at weeks 0, 2, 6, then q2 months ¹

Modality	Recommendations per guideline								
	British Association of Dermatologists [18]	North American (US and Canadian HS Foundations) [20]	HS ALLIANCE [21]	Canadian Dermatology Association [22]	Canadian consensus group [23]	European HS Foundation [24]	European S1 [25]	Swiss consensus group [26]	Brazilian Society of Dermatology [27]
Anakinra (anti-IL-1)	Insufficient evidence	100 mg daily may be effective; dose ranging studies needed to determine optimal dosage	Consider as 3rd line biologic for moderate-severe HS	-	Significant improvement – in disease severity score and HSQR ¹	-	-	-	Not available in Brazil
Canakinumab (anti-IL-1β)	-	-	-	-	-	-	-	-	Used successfully in sparse care reports
Ustekinumab (anti-IL-12/23)	Insufficient evidence	45–90 mg q12 weeks may be effective; dose ranging studies needed to determine optimal dosage	Potentially effective tx for moderate-severe HS	-	-	-	Three 45 mg SC injections at 0, 4, and 16 weeks with cumulative 33% response rate in 3-patient case series	-	45–90 mg SC q12 weeks; higher dose may be needed for HS tx
Secukinumab (anti-IL-17A)	-	-	-	-	-	-	-	-	Success in a case of severe tx-refractory HS
Etanercept (anti-TNF-α)	Do not offer ¹	Limited evidence does not support use in HS management ¹	Not effective ¹	-	No significant difference vs. placebo ¹	-	No significant difference vs. placebo ¹	-	Variable data on efficacy in HS; unable to draw conclusions about its potential utility
<i>Immunosuppressive agents</i>									
<i>Systemic corticosteroids</i>									
	-	Short-term steroid pulse can be considered for acute flares or bridge to other tx Long term: taper to lowest possible dose in severe HS	Low-dose prednisolone 10 mg/day (or equivalent) may be effective adjunct tx in recalcitrant HS Use with caution long term	2nd line	-	2nd line	Recommend dose of 0.5–0.7 mg/kg oral prednisolone for short-term use in acute flares, taper over following weeks	Prednisolone 0.5–0.7 mg/kg daily in refractory disease	Short course may be indicated for tx of flares
Cyclosporine	-	-	-	-	Efficacy in HS reported in case reports	3rd line	Reserved for cases unresponsive to standard 1st, 2 nd , or 3rd line tx Reported dosing in HS varies from 2 to 6 mg/kg for 6 weeks to 7 months	2–6 mg/kg daily in refractory disease	Data not robust; consider only as 3rd line option for long-term control of inflammation
<i>Hormonal agents</i>									
<i>Metformin</i>									
	Consider in HS patients with concomitant DM, PCOS or pregnancy	Consider metformin 500 mg BID-TID in appropriate female patients as monotherapy for mild-moderate or as adjunctive tx in severe HS	-	-	May be beneficial in patients with HS and PCOS	-	-	500–1,500 mg daily in refractory disease	May consider in women of childbearing age who have failed systemic abx
Cyproterone acetate + ethinyl estradiol	Insufficient evidence	Consider in appropriate female patients as monotherapy for mild-moderate or as adjunctive tx in severe HS ²	-	-	~1/2 of patients exhibited clearance No significant difference in PaGA between cyproterone acetate + ethinyl estradiol vs. norgestrel at 6 months ⁴	3rd line	100 mg cyproterone acetate daily for female patients with menstrual abnormalities, signs of hyperandrogenism, or high levels of DHEA, androstenedione or SHBP	-	May consider in women of childbearing age for whom systemic abx has failed
Finasteride	Insufficient evidence	Consider 1.25–5 mg/day in appropriate female patients as monotherapy for mild-moderate or as adjunctive tx in severe HS	-	-	-	-	-	-	1–5 mg/day in children <12 years old with HS refractory to topical/ oral abx
Spirolactone	Insufficient evidence	Consider spiro lactone 100–150 mg daily as monotherapy in women with mild-moderate HS or as adjunctive tx in severe HS	-	-	-	-	-	-	Consider in female HS patients for whom systemic abx has failed

Abx, antibiotics; BID, twice daily; DHEA, dehydroepiandrosterone; DLQI, Dermatology Life Quality Index; DM, diabetes mellitus; HS, hidradenitis suppurativa; IV, intravenous; PGA, Physician's Global Assessment; PaGA, Participant's Global Assessment; PCOS, polycystic ovary syndrome; QoL, quality of life; SC, subcutaneously; SHBP, sex hormone-binding protein; TID, three times daily; tx, treatment; -, not specifically mentioned. ¹ Recommendation based on randomized controlled trial(s) in HS.

(Πηγή: Hendricks και συν., 2021)

Μεταξύ των κυριότερων συστηματικών αντιβιοτικών σκευασμάτων προτείνονται οι χορηγούμενες από του στόματος τετρακυκλίνες, οι οποίες αναφέρονται εντός του συνόλου των οδηγιών ως μορφή 1^{ης} γραμμής θεραπείας της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, με τη χρήση συνδυασμού των ουσιών Clindamycin και Rifampicin να συνιστούν μορφή 2^{ης} γραμμής θεραπευτικής προσέγγισης (Haferland et al., 2022). Μεταξύ των τετρακυκλινών, που προτείνονται, αναφέρονται οι ουσίες Doxycycline και Minocycline, η χρήση των οποίων εστιάζει στη διαχείριση ήπιας έως μέτριας σοβαρότητας συμπτωμάτων της νόσου, κυρίως σε περιπτώσεις ασθενών, που εμφανίζουν δερματικές βλάβες σε πολλαπλές ανατομικές περιοχές. Ποικίλες διαφοροποιήσεις καταγράφονται αναφορικά με το προτεινόμενο χρονικό διάστημα εφαρμογής της συγκεκριμένης θεραπευτικής προσέγγισης, με τις οδηγίες British, North American, HS ALLIANCE και Brazilian guidelines να προτείνουν την εφαρμογή της ανωτέρω θεραπείας για χρονικό διάστημα 12 εβδομάδων, με

τις οδηγίες European HS Foundation και European S1 guidelines να αναφέρονται στη χρήση αυτών για χρονικό διάστημα έως και 4 μηνών, ενώ η οδηγία Swiss guideline προτείνει τη χορήγηση της θεραπείας για χρονικό διάστημα από 3 έως και 6 μήνες. Εξίσου εκτενές χρονικό διάστημα χορήγησης των λαμβανόμενων από του στόματος τετρακυκλικών προτείνεται και εντός της οδηγίας North American guideline (Cross et al., 2016; van Straalen et al., 2021a).

Αντιστοίχως, η συνδυαστική χρήση των ουσιών Clindamycin και Rifampicin προτείνεται εντός του συνόλου των οδηγιών, ως μορφή 2^{ης} γραμμής θεραπείας έναντι των ήπιας έντασης συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, με την ουσία Clindamycin να παρουσιάζει ισχυρή δράση έναντι των βακτηρίων του γένους Streptococci και του γένους Staphylococci, αλλά και αναερόβιων μικροβιακών πληθυσμών. Αντιστοίχως η ουσία Rifampicin δρα ενάντια στο σύνολο των Gram-θετικών βακτηρίων, με το συνδυασμό των δύο ουσιών να προτείνεται λόγω της δυνατότητας της ουσίας Clindamycin να απομειώνει την αντίσταση έναντι της ουσίας Rifampicin (Ring et al., 2017; Hambly & Kirby, 2019). Οι οδηγίες North American και European HS Foundation guidelines προτείνουν επιπροσθέτως τη χρήση των ανωτέρω ουσιών ως μορφή 1^{ης} γραμμής θεραπείας έναντι των ήπιας έως σοβαρής έντασης συμπτωμάτων της νόσου, με την προτεινόμενη δοσολογία να διαφοροποιείται μεταξύ αυτών. Αντιθέτως, η οδηγία Brazilian guideline τίθεται επιφυλακτική απέναντι στη χρήση της ουσίας Rifampicin, κυρίως λόγω του υψηλού κινδύνου ανάπτυξης ανθεκτικότητας των βακτηριακών πληθυσμών σε αυτή (Albrecht et al., 2019; Haferland et al., 2022).

Η χορήγηση συνδυαστικά των αντιβιοτικών σκευασμάτων Metronidazole, Moxifloxacin και Rifampin προτείνεται εντός των οδηγιών North American και European S1 guidelines ως μορφή 2^{ης} ή 3^{ης} γραμμής θεραπείας έναντι των ήπιας έως σοβαρής έντασης συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, με την οδηγία HS ALLIANCE guideline να υποστηρίζει τη χρήση τους έναντι των ήπιας έως μέτριας σοβαρότητας συμπτωμάτων της ασθένειας. Η αντιβιοτική ουσία Metronidazole δρα αποτελεσματικά ενάντια των αναερόβιων βακτηριακών πληθυσμών, με την ουσία Moxifloxacin να κρίνεται ως αποτελεσματική ενάντια των Gram-θετικών βακτηρίων, των Gram-αρνητικών βακτηρίων και των αναερόβιων βακτηριακών πληθυσμών (Join-Lambert et al., 2011; Ring et al., 2021). Η χορήγηση συνδυαστικά των τριών αντιβιοτικών σκευασμάτων προτείνεται με στόχο τη διεύρυνση του πλαισίου δράσης αυτών, επιδιώκοντας την ταυτόχρονη απομείωση της

αναπτυσσόμενης ανθεκτικότητας έναντι της ουσίας Rifampin. Αν και η προτεινόμενη δοσολογία διαφοροποιείται εντός των οδηγιών, το σύνολο αυτών αναφέρει την αναγκαιότητα διακοπής της χρήσης της ουσίας Metronidazole μετά το πέρας των 6 εβδομάδων χορήγησης αυτής, προκειμένου να αποφευχθεί το ενδεχόμενο ανάπτυξης συμπτωμάτων νευροτοξικότητας (Saunte & Jemec, 2017; Delage et al., 2023).

Η χρήση της αντιβιοτικής ουσίας Dapsone επιχειρείται ως μορφή 3^{ης} γραμμής θεραπείας σε περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν μειωμένη αποτελεσματικότητα έναντι των έτερων αντιβιοτικών σκευασμάτων και προτείνεται εντός των οδηγιών British, North American, Canadian Dermatology Association, European HS Foundation, Swiss και Brazilian guidelines. Οι αντίστοιχες προτεινόμενες δοσολογίες διαφοροποιούνται αισθητά, με τις ανωτέρω οδηγίες να προτείνουν δόσεις, οι οποίες εκτείνονται από 25 έως και 200 mg ημερησίως, διαφοροποίηση η οποία σαφώς κρίνεται ως υψηλή (Rabindranathnambi & Jeevankumar, 2022; Baroudi et al., 2023).

Η χορήγηση ενδοφλεβίως της αντιβιοτικής ουσίας Ertapenem προτείνεται αποκλειστικά εντός των οδηγιών North American και HS ALLIANCE guidelines, ως μέθοδος θεραπευτικής παρέμβασης στην περίπτωση ασθενών, οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται έναντι των δια του στόματος λαμβανόμενων αντιβιοτικών σκευασμάτων. Πρόκειται για αντιβιοτικό παράγοντα με ευρύ φάσμα δραστηριότητας, καθώς δρα ενάντια τόσο των Gram-θετικών όσο και των Gram-αρνητικών αερόβιων και αναερόβιων βακτηριακών ειδών (Join-Lambert et al., 2016; Segura Palacios et al., 2023). Δεδομένου του γεγονότος ότι η χορήγηση του αντιβιοτικού σκευάσματος Ertapenem με τη χρήση καθετήρα παρουσιάζει τον κίνδυνο πρόκλησης μολύνσεων, ενώ η ημερήσια παροχέτευση αυτής δε κρίνεται ως αποτελεσματική μακροχρόνια, η χρήση του ανωτέρω παράγοντα προτείνεται ως τελική θεραπευτική προσέγγιση ή εναλλακτικά στην περίπτωση ασθενών, οι οποίοι έχει αποφασισθεί να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση επιχειρώντας την αντιμετώπιση της νόσου (Chahine et al., 2018; Nosrati et al., 2024).

Στην προσπάθεια διαχείρισης των εγείρομενων συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, ομοίως θετική κρίνεται η χρήση συμπληρωμάτων, όπως είναι η χορήγηση Ψευδαργύρου και Βιταμίνης D. Σε ό,τι αφορά τη χορήγηση Ψευδαργύρου, πρόκειται για θεραπευτική προσέγγιση, η οποία αναφέρεται εντός ενός σημαντικού αριθμού οδηγιών, με δεδομένης της αντιφλεγμονώδους δράσης του, αλλά και των εντοπιζόμενων χαμηλών επιπέδων Ψευδαργύρου, που εντοπίζεται σε ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα έναντι

υγιών ατόμων (Jarrousse et al., 2007; Weir et al., 2023). Ειδικότερα, οι οδηγίες HS ALLIANCE, Canadian Dermatology Association, European HS Foundation, European S1, Swiss και Brazilian guidelines προτείνουν τη λήψη δια του στόματος ποσότητας Ψευδαργύρου, ως μορφή 2^{ης} γραμμής θεραπείας των ήπιας έως σοβαρής έντασης συμπτωμάτων της νόσου, αλλά και ως συμπληρωματικής μορφής θεραπείας σε περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι λαμβάνουν τοπικά αντισηπτικά ή δια του στόματος λαμβανόμενα αντιβιοτικά σκευάσματα, με την οδηγία Canadian consensus guideline αντιστοίχως να τίθεται ιδιαίτερος θετική έναντι της χορήγησης του συγκεκριμένου συμπληρώματος (Poveda et al., 2018; Molinelli et al., 2020). Συνολικά 4 εκ των ανωτέρω οδηγιών αναφέρουν συγκεκριμένες δοσολογίες σε σχέση με τη λήψη Ψευδαργύρου, οι οποίες όμως διαφοροποιούνται αισθητά μεταξύ τους. Επιπροσθέτως, εντός της οδηγίας Brazilian guideline προτείνεται η λήψη ταυτοχρόνως ποσοτήτων Σιδήρου και Χαλκού, δίχως όμως να τίθεται με σαφήνεια η προτεινόμενη δοσολογία αυτών (Serra-García & Morgado-Carrasco, 2022; Li et al., 2023).

Σε ό,τι αφορά τη λήψη συμπληρώματος Βιταμίνης D, η χορήγηση αυτής προτείνεται εντός της οδηγίας North American guideline, η οποία συγχρόνως τονίζει την απουσία επαρκών στοιχείων αναφορικά με τη λήψη της (Weir et al., 2023). Η πρόσληψη Βιταμίνης D προτείνεται ως μέσο ενίσχυσης της ενεργότητας του ανοσοβιολογικού μηχανισμού, γεγονός που δύναται να λειτουργήσει θετικά στην προσπάθεια αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας (Amor et al., 2010; Saunte & Jemec, 2017).

Η χρήση Ρετινοειδών (Retinoids) στην διαχείριση της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας αποσκοπεί στην απομείωση της συσσώρευσης κερατινοειδών κυττάρων, η οποία συντελεί στην πρόκληση φλεγμονωδών αντιδράσεων και οιδήματος. Ειδικότερα, η χορήγηση του παράγοντα Acitretin προτείνεται εντός του συνόλου των οδηγιών, ως μορφή 2^{ης} ή και 3^{ης} γραμμής θεραπείας κυρίως σε περιπτώσεις κατά τις οποίες η χρήση αντιβιοτικών σκευασμάτων δε συνοδεύθηκε από επιτυχία (Chen et al., 2022). Η χρήση της συγκεκριμένης ουσίας παρουσιάζει αυξημένα επίπεδα αποτελεσματικότητας έναντι των συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, με την προτεινόμενη εντός των οδηγιών δοσολογία να διαφοροποιείται, κυμαινόμενη από 0,2 έως 0,88 mg/kg ημερησίως. Σημαντικό κρίνεται να αναφερθεί ότι εντός των οδηγιών British, North American και Brazilian guidelines τονίζεται η αποφυγή της χορήγησης Acitretin σε γυναίκες, που βρίσκονται σε αναπαραγωγική φάση της ζωής τους, ενώ εντός των οδηγιών European S1

και Swiss guidelines κρίνεται επιτακτικός ο έλεγχος αυτών ακολουθώντας στενό χρονοδιάγραμμα (Molinelli et al., 2023; Sánchez-Díaz et al., 2023).

Σε ό,τι αφορά τη χορήγηση της ουσίας Isotretinoin, οι αναφορές αυτής εντός των οδηγιών συγκρούονται, με τις οδηγίες Canadian consensus και European S1 guidelines να τίθενται ενάντια της χρήσης της λόγω της απουσίας επαρκών στοιχείων που να υποστηρίζουν με αξιοπιστία την αποτελεσματικότητα της (Jørgensen et al., 2019). Αντιθέτως, οι οδηγίες British και North American guidelines προτείνουν τη χορήγηση Isotretinoin ως μορφής 2^{ης} ή 3^{ης} γραμμής θεραπείας, εστιάζοντας στη χρήση αυτής αποκλειστικά σε ασθενείς, που εμφανίζουν μέτριας έως σοβαρής έντασης συμπτώματα της νόσου. Αντιστοίχως, εντός των οδηγιών Canadian Dermatology Association και European HS Foundation, η χρήση της ουσίας Isotretinoin προτείνεται αποκλειστικά ως μορφή 3^{ης} γραμμής θεραπείας και μόνο σε περιπτώσεις κατά τις οποίες καμία άλλη θεραπευτική προσέγγιση δεν υπήρξε επιτυχής (Gallagher et al., 2019; Patel et al., 2021). Σε έτερο πεδίο, η οδηγία Brazilian guideline υποστηρίζει τη χορήγηση της ουσίας Isotretinoin έναντι της αντίστοιχης ουσίας Acitretin, ιδίως στην περίπτωση ασθενών γυναικών, οι οποίες βρίσκονται σε αναπαραγωγική φάση στη ζωή τους (Coskun et al., 2019).

Η χρήση βιολογικών παραγόντων προτείνεται από το σύνολο των οδηγιών ως μέθοδος θεραπευτικής προσέγγισης έναντι των μέτριας έως σοβαρής έντασης συμπτωμάτων της νόσου, κυρίως σε περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι δεν προβάλλουν ικανοποιητική απόκριση έναντι της χρήσης συστηματικών αντιβιοτικών ουσιών (Lim & Oon, 2019). Η αξιοποίηση σηματοδοτημένων μοριακών ενώσεων περιλαμβάνει τη χρήση των παραγόντων tumor necrosis factor-alpha (TNF- α), μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται οι ουσίες Adalimumab και Infliximab, της χρήσης πρωτεϊνικών μορίων interleukin (IL)-1, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται οι ουσίες Anakinra και Canakinumab, μορίων IL-12/23, όπως είναι η ουσία Ustekinumab και μορίων IL-17, όπως είναι η ουσία Secukinumab (Kimball et al., 2012; Jørgensen et al., 2018; Schuch et al., 2018). Εκ των ανωτέρω ουσιών, ο βιολογικός παράγοντας Adalimumab συνιστά τη μοναδική ουσία, η οποία έχει λάβει αντίστοιχη έγκριση αναφορικά με τη χρήση της στη διαχείριση ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα και προτείνεται ως μορφή 1^{ης} γραμμής θεραπείας στο σύνολο των οδηγιών, με την ουσία Infliximab να αναφέρεται ως 2^{ης} γραμμής θεραπεία εντός της πλειονότητας αυτών (Ghias et al., 2020; Cao et al., 2021). Η χρήση των βιολογικών παραγόντων Anakinra and Ustekinumab δύναται να προταθεί σε περιπτώσεις ασθενών,

στους οποίους η χορήγηση παραγόντων anti-TNF δεν υπήρξε επιτυχής, δίχως όμως η χρήση αυτών να συνοδεύεται από την παρουσία επαρκών έγκυρων και αξιόπιστων στοιχείων (Gulliver et al., 2012; Hollywood et al., 2022).

Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά το βιολογικό παράγοντα Adalimumab, μονοκλωνικού αντισώματος, η χρήση αυτού αναφέρεται εντός του συνόλου των οδηγιών ως μορφή 1^{ης} γραμμής θεραπεία σε περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι έχουν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley II/III και οι οποίοι δεν προέβαλαν την επιθυμητή απόκριση κατά την προσέγγισή τους μέσω της χορήγησης συστημικών αντιβιοτικών (Kimball et al., 2016; Martora et al., 2023). Η προτεινόμενη δοσολογία αυτής παρουσιάζεται κοινή μεταξύ των οδηγιών, καθώς προτείνεται η χορήγησή της σε ενέσιμη μορφή και σε ποσότητα 160 mg κατά την εβδομάδα 0, ακολουθούμενη από τη χορήγηση ποσότητας 80 mg κατά την 2^{ης} εβδομάδα θεραπείας και στη συνέχεια σε ποσότητα 40 mg για το σύνολο των εβδομάδων που ακολουθούν (Kimball et al., 2012; Cao et al., 2021).

Στην περίπτωση του βιολογικού παράγοντα Infliximab, χειμερικού μονοκλωνικού αντισώματος, η χορήγηση αυτού προτείνεται εντός του συνόλου των οδηγιών ως μορφή 2^{ης} γραμμής θεραπείας έναντι των ήπιας έως σοβαρής έντασης συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, με εξαίρεση τις οδηγίες Swiss και Canadian consensus guidelines (Grant et al., 2010; Benassaia et al., 2022; Shih et al., 2022). Μολονότι η χρήση του συγκεκριμένου βιολογικού παράγοντα δεν έχει εγκριθεί ως θεραπευτικό μέσο έναντι της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, τα επίπεδα αποτελεσματικότητας και ασφάλειας αυτού έχουν εκτιμηθεί ως ικανοποιητικά, με το σύνολο των οδηγιών να θέτει ως προτεινόμενο τρόπο χορήγησης αυτού την εφαρμογή ενδοφλεβίως ποσότητας 5 mg/kg κατά τις εβδομάδες 0, 2 και 6 της θεραπείας (Oskardmay et al., 2019; Ghias et al., 2020; Westerkam et al., 2021).

Η χρήση του ανταγωνιστή του υποδοχέα της IL-1 Anakinra εντοπίζεται εντός ορισμένων εκ των οδηγιών και ειδικότερα εντός των οδηγιών HS ALLIANCE και North American guidelines, οι οποίες προτείνουν τη χορήγηση αυτής ως μορφή 3^{ης} γραμμής θεραπείας (Tzanetakou et al., 2016; Oktem et al., 2023). Σε αντίθεση, οι οδηγίες British και North American guidelines προβάλλουν την αναγκαιότητα της περαιτέρω διερεύνησης των επιπέδων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της συγκεκριμένης θεραπευτικής παρέμβασης (Leslie et al., 2014; André et al., 2019).

Αντιστοίχως, η χρήση του βιολογικού παράγοντα Canakinumab, μονοκλωνικής ανοσοσφαιρίνης η οποία στοχεύει ενάντια της IL-1β, προτείνεται αποκλειστικά εντός της οδηγίας Brazilian guideline με τη μορφή 3^{ης} γραμμής θεραπείας έναντι των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας. Μοναδική παράμετρος, η οποία συνηγορεί υπέρ της πρότασης αυτής, αποτελεί η αδυναμία πρόσβασης των ασθενών στην ουσία Anakinra, η οποία δεν είναι διαθέσιμη στη Βραζιλία (Matusiak et al., 2017; Lim & Oon, 2019; Witte-Händel et al., 2019).

Σε ό,τι αφορά τον βιολογικό παράγοντα Ustekinumab, μονοκλωνικού αντισώματος το οποίο συμβάλει στη ρύθμιση της σηματοδότησης των IL-12 και IL-23, η χρήση αυτού προτείνεται εντός των οδηγιών North American, HS ALLIANCE, European S1 και Brazilian guidelines. Ταυτοχρόνως, όμως, τονίζεται η αναγκαιότητα της περαιτέρω διερεύνησης και προσδιορισμού των επιπέδων βέλτιστης δοσολογίας αυτού (Gulliver et al., 2012; Blok et al., 2016; Takeda et al., 2019).

Ο βιολογικός παράγοντας Secukinumab, μονοκλωνικό αντίσωμα που στοχεύει ενάντια στην IL-17A, αναφέρεται ως πιθανή θεραπευτική μέθοδος έναντι των μέτριας έως σοβαρής έντασης συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας μόνο εντός της οδηγίας Brazilian guideline. Συγχρόνως, όμως, τονίζεται η αναγκαιότητα της περαιτέρω διερεύνησης των επιπέδων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της συγκεκριμένης βιολογικής ουσίας (Giuseppe et al., 2018; Jørgensen et al., 2018; Prussick et al., 2019).

Αντιστοίχως, ο βιολογικός παράγοντας Etanercept αποτελεί ανασυνδυασμένο πρωτεϊνικό μόριο, το οποίο συνδέεται με αυξημένη συγγένεια με τον παράγοντα TNF-α, παρεμβαίνοντας αποτελεσματικά στο μονοπάτι σηματοδότησης αυτού (Adams et al., 2010; Savage et al., 2019). Ένας σημαντικός αριθμός οδηγιών, συμπεριλαμβανομένων των British, North American, HS ALLIANCE, Canadian consensus group και European S1 guidelines τίθεται ενάντια στη χορήγηση Etanercept ως μέσο διαχείρισης των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, δεδομένης της απουσίας έγκυρων και αξιόπιστων αποτελεσμάτων αναφορικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια αυτής. Επιπροσθέτως, η οδηγία Brazilian guideline αναφέρει την απουσία σαφών ευρημάτων, που να υποστηρίζουν τη χρήση Etanercept στη θεραπεία της νόσου (Bahillo Monné et al., 2014; Chinniah & Cains, 2014).

Η αξιολόγηση ανοσοκατασταλτικών παραγόντων, επίσης, προτείνεται στο πλαίσιο της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της Διαλυτικής Ιδρωταδενίτιδας, με την πλειονότητα των οδηγιών να αναφέρεται στη χρήση των κορτικοστεροειδών (corticosteroids) και της Κυκλοσπορίνης (Cyclosporine) ως μορφή 3^{ης} γραμμής θεραπείας, ιδίως σε περιπτώσεις κατά τις οποίες η εφαρμογή πρότερων βιολογικών σχημάτων δεν υπήρξε επιτυχής (Bianchi et al., 2012; Dehesa et al., 2012).

Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά τη χρήση συστημικών κορτικοστεροειδών (Systemic Corticosteroids), πρόκειται για θεραπευτική προσέγγιση η οποία αναφέρεται εντός των οδηγιών North American, HS ALLIANCE, Canadian Dermatology Association, European HS Foundation, European S1, Swiss και Brazilian guidelines, ως μέσο ενίσχυσης έτερων συστημικών θεραπευτικών σχημάτων. Εντοπίζονται όμως σαφείς διαφοροποιήσεις αναφορικά με την αντίστοιχη προτεινόμενη δοσολογία, με τις οδηγίες HS ALLIANCE, Canadian Dermatology Association, European HS Foundation και Brazilian guidelines να μην αναφέρονται ευκρινώς στην αντίστοιχη ποσότητα χορήγησης της (Wong et al., 2016; Matusiak, 2020).

Ο ανοσοκατασταλτικός παράγοντας Cyclosporine προτείνεται ως μορφή 3^{ης} γραμμής θεραπείας έναντι της Διαλυτικής Ιδρωταδενίτιδας εντός των οδηγιών North American, Canadian Dermatology Association, Canadian consensus group, European HS Foundation, European S1, Swiss, και Brazilian guidelines. Από τις ανωτέρω οδηγίες, η προτεινόμενη δοσολογία Cyclosporine αναγράφεται μόνο εντός της οδηγίας Swiss publication guideline, με τις λοιπές οδηγίες να μην προσεγγίζουν το αντίστοιχο πεδίο (Bianchi et al., 2012; Anderson et al., 2016).

Η χρήση ορμονικών παραγόντων, ομοίως, θεωρείται ότι δύναται να συνεισφέρει στην προσπάθεια αντιμετώπισης της Διαλυτικής Ιδρωταδενίτιδας, δεδομένης της διασύνδεσης της παθολογίας της νόσου με τις εντοπιζόμενες ορμονικές μεταβολές στους ασθενείς και κυρίως στις γυναίκες κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Συνεπώς, η προσπάθεια ορμονικής ρύθμισης δεν αποκλείεται να συμβάλει στην διαχείριση των συμπτωμάτων της ασθένειας, ειδικότερα σε γυναίκες ασθενείς. Μεταξύ των προτεινόμενων θεραπευτικών σχημάτων εντοπίζεται η χορήγηση του παράγοντα Metformin και η διενέργεια αντι-ανδρογονικής θεραπείας (antiandrogen therapy) (Riis et al., 2016; Abu Rached et al., 2022).

Η χρήση Metformin προτείνεται εντός των οδηγιών British, North American, Canadian Dermatology Association, Swiss και Brazilian guidelines, με την επισήμανση να αξιοποιηθεί σε συγκεκριμένες υποκατηγορίες ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που παρουσιάζουν συνοδά συμπτώματα Σακχαρώδη Διαβήτη, Συνδρόμου Πολυκυστικών Ωοθηκών ή σε περιπτώσεις εγκύων γυναικών (Tsentemidou et al., 2023b). Επιπροσθέτως, καταγράφονται διαφοροποιήσεις αναφορικά με την προτεινόμενη δοσολογία, με τις οδηγίες North American και Swiss guidelines να προτείνουν την χορήγηση 500 mg σε συχνότητα 2 έως 3 δόσεων ημερησίως, και τις οδηγίες British, Canadian και Brazilian guidelines να μην αναφέρονται σε καθορισμένες δοσολογίες της συγκεκριμένης ουσίας (Jennings et al., 2020; Hambly et al., 2023).

Η χορήγηση του ανδρογονικού παράγοντα Cyproterone προτείνεται ως μονοθεραπευτική προσέγγιση έναντι της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας εντός των οδηγιών North American, European HS Foundation, European S1 και Brazilian guidelines, στην περίπτωση γυναικών ασθενών, οι οποίες εμφανίζουν ήπιας προς μέτριας έντασης συμπτώματα της νόσου, ή εναλλακτικά σε ασθενείς με ενδείξεις υπερ-ανδρογονισμού (Mortimer et al., 2016). Ο συνδυασμός του συγκεκριμένου ορμονικού παράγοντα με την ουσία Ethinyl estradiol παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα, τα οποία και υποστηρίζουν την αναφορά χορήγησης του συνδυασμού αυτού σε ασθενείς με συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας εντός των ανωτέρω οδηγιών. Σε αντίθεση, οι οδηγίες British, HS ALLIANCE, Canadian Dermatology Association, Canadian consensus group και Swiss guidelines δεν αναφέρονται στην αντι-ανδρογονική θεραπεία (Nikolakis et al., 2019).

Αντιστοίχως, η χορήγηση του ορμονικού παράγοντα Finasteride, αναστολέα της 5 α -reductase, η δράση του οποίου παρεμποδίζει την μετατροπή της ορμόνης τεστοστερόνης (testosterone) σε δι-υδρο-τεστοστερόνη (dihydrotestosterone) εντός των περιφερικών ιστών, δύναται να συντελέσει στην απομείωση των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας. Οι οδηγίες North American και Brazilian guidelines προτείνουν τη χρήση του ανωτέρω παράγοντα ως μορφή 3^{ης} γραμμής θεραπείας σε γυναίκες και σε παιδιατρικούς ασθενείς, δίχως όμως να προβάλλονται επαρκή στοιχεία αναφορικά με την αποτελεσματικότητά του (Khandalavala & Do, 2016; Manfredini et al., 2022).

Στην περίπτωση του ορμονικού παράγοντα Spironolactone, η χρήση αυτού κρίνεται θετική σε γυναίκες ασθενείς, με τη χορήγησή του να προτείνεται εντός των οδηγιών North American και Brazilian guidelines (Searle et al., 2020). Ειδικότερα, εντός της οδηγίας North

American guideline, η χρήση Spironolactone προτείνεται με τη μορφή μονοθεραπείας κατά τη διαχείριση γυναικών ασθενών με ήπιας έως μέτριας έντασης συμπτώματα της νόσου, ή εναλλακτικά ως συνοδευτική θεραπευτική προσέγγιση σε ασθενείς με σοβαρής έντασης συμπτώματα (Quinlan et al., 2020; Gangidi et al., 2024). Η οδηγία Brazilian guideline αντιστοίχως προτείνει τη χορήγηση του παράγοντα Spironolactone ως μέσο διαχείρισης της ασθένειας σε γυναίκες στις οποίες η εφαρμογή συστηματικών αντιβιοτικών σκευασμάτων δεν οδήγησε σε επιθυμητά αποτελέσματα (Lee & Fischer, 2015; Golbari, Porter & Kimball, 2019; Vargas-Mora & Morgado-Carrasco, 2020).

Εξίσου θετική κρίνεται η εφαρμογή θεραπευτικών προσεγγίσεων με τη χρήση φωτοθεραπείας, laser ή χειρουργικής επέμβασης, με το σύνολο των προτεινόμενων παρεμβάσεων να απεικονίζεται εντός του Πίνακα 2.5.

Πίνακας 2.5: Θεραπευτικές προσεγγίσεις έναντι της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας με την εφαρμογή Laser και χειρουργικής επέμβασης.

Modality	Recommendations per guideline								
	British Association of Dermatologists [18]	North American (US and Canadian HS Foundations) [19]	HS ALLIANCE [21]	Canadian Dermatology Association [22]	Canadian consensus group [23]	European HS Foundation [24]	European S1 [25]	Swiss consensus group [26]	Brazilian Society of Dermatology [27]
<i>Light-based therapy</i>									
Photodynamic therapy	Insufficient evidence	Variable success based on small, uncontrolled studies	-	-	Cited	-	Variable success reported with PDT. Additional studies needed to establish role of PDT in HS tx	-	-
Intense pulsed light	Insufficient evidence	Supported by case reports	-	-	Cited	Significant improvement maintained at 12 months	Additional studies needed to establish role of IPL in HS tx	-	Option for laser hair removal as adjuvant tx to reduce flares and appearance of new lesions. Can provide favorable results even in Hurley II/III disease
<i>Lasers</i>									
Nd:YAG laser	Insufficient evidence	Recommended in Hurley II/III disease ¹ . Recommended in Hurley stage I HS based on expert consensus	-	-	Cited	Significant improvement in HS-LASI at 3 months at sites treated with Nd:YAG monthly + topical antimicrobials vs. topical antimicrobials alone ²	Significant improvement at sites treated with Nd:YAG monthly + topical antimicrobials vs. topical antimicrobials alone ² . Additional studies needed to establish Nd:YAG as standard HS tx	-	Option for laser hair removal or treatment of superficial lesions
CO ₂ ablative laser	-	Appropriate for extensive chronic lesions in Hurley II/III HS	Effective alternative to electrosurgical or cold steel techniques	Consider for Hurley stage II/III disease	Cited	Recurrence rate in treated areas ranging from 1.1 to 29%	Can be used for excision and marsupialization of skin areas with less bleeding and better visualization than in standard excisions	Consider in widespread or severe HS	Consider for targeted vaporization and excision of lesions separated by healthy tissue
<i>Procedural and surgical interventions</i>									
Incision and drainage	-	Recommended only for acute abscesses to relieve pain	May be performed in acute situations for tense/painful abscesses; recurrence nearly inevitable	-	May be performed in patients with mild HS	-	-	-	Performed on acute lesions for symptomatic relief
Deroofing or limited excision	-	Recommended for recurrent nodules and tunnels	May be used for solitary lesions, recurrent lesions at fixed locations, or fistula formation in limited areas	Consider for Hurley stage II/III disease	Can be attempted in early/mild disease	17% lesion recurrence rate after deroofing	Effective and fast surgical technique that can be performed in-office	Recommended only in localized, well-circumscribed Hurley I/II HS	For localized disease
Wide local excision	To minimize recurrence when conventional systemic tx have failed	Appropriate for extensive chronic lesions. Post-surgical healing by secondary intention, primary closure, delayed primary closure, flaps, grafts, and/or skin substitutes	Perform in Hurley stage III HS to prevent further recurrence	Consider for Hurley stage II/III disease	Only potentially curative tx for severe HS	Accepted therapeutic modality	Treatment of choice for HS with healing by secondary intention, primary closure, grafts, or flaps according to size/location of defect	Consider in widespread or severe HS. Recommend healing by secondary intention ± partial closure. negative pressure-assisted healing	In chronic cases of moderate-severe HS. Recommended healing by secondary intention > primary closure > grafts > flaps

CO₂, carbon dioxide; f/u, follow-up; HS, hidradenitis suppurativa; HS-LASI, HS Lesion, Area and Severity Index; IPL, intense pulsed light; Nd:YAG, neodymium-doped yttrium aluminum garnet; PDT, photodynamic therapy; tx, treatment; WLE, wide local excision; -, not specifically mentioned. ¹ Recommendation based on randomized controlled trial(s) in HS.

(Πηγή: Hendricks και συν., 2021)

Τονίζεται η ασυμβατότητα, η οποία εντοπίζεται εντός των διεθνών οδηγιών, αναφορικά με την εφαρμογή των ανωτέρω θεραπευτικών παρεμβάσεων, με τις οδηγίες European guidelines να τείνουν να παρουσιάζονται περισσότερο διστακτικές έναντι της

χρήσης των μέσων αυτών, σε σύγκριση με τις οδηγίες North American και Brazilian guidelines (Alikhan et al., 2019a). Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά την φωτοθεραπεία, η εφαρμογή Φωτοδυναμικής θεραπείας (Photodynamic Therapy, PDT) αναφέρεται ως μέθοδος θεραπευτικής προσέγγισης εντός των οδηγιών North American, Canadian consensus και European S1 guidelines (Mordon 2018). Αντιθέτως, οι οδηγίες HS ALLIANCE, Canadian Dermatology Association, European HS Foundation και Swiss guidelines δεν παρουσιάζουν κανένος είδους αναφορά στη συγκεκριμένη μέθοδο θεραπευτικής παρέμβασης, με την οδηγία British guideline να τονίζει την απουσία επαρκών στοιχείων αναφορικά με την αποτελεσματικότητα αυτής (Garcias-Ladaria et al., 2021; Bu et al., 2022).

Η εφαρμογή θεραπείας Έντονου Παλμικού Φωτός (Intense Pulsed Light, IPL) αναφέρεται ως προτεινόμενη πιθανή μέθοδος διαχείρισης των βλαβών, που προκαλεί η εμφάνιση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας εντός των οδηγιών North American, Canadian consensus, European HS Foundation, European S1 και Brazilian guidelines, αν και οι οδηγίες European S1 και North American guidelines εστιάζουν στην αναγκαιότητα της περαιτέρω διερεύνησης του θεραπευτικού ρόλου αυτής στη διαχείριση των συμπτωμάτων της νόσου (Wilden et al., 2021; Cai et al., 2022). Ομοίως, η οδηγία British guideline επικεντρώνεται στην ανεπάρκεια έγκυρων και αξιόπιστων ευρημάτων, που να υποστηρίζουν την εφαρμογή της ανωτέρω θεραπευτικής προσέγγισης, με τις οδηγίες HS ALLIANCE και Canadian Dermatology Association guidelines να αποφεύγουν την αναφορά σε αυτή τη μέθοδο θεραπείας (Highton et al., 2011; Saunte & Lapins, 2016).

Σε ό,τι αφορά την εφαρμογή θεραπειών Laser, η χρήση της θεραπείας Neodymium-Doped Yttrium Aluminum Garnet (Nd:YAG) προτείνεται εντός των οδηγιών North American, Canadian Dermatology Association, European HS Foundation, European S1 και Brazilian guidelines, κυρίως στην περίπτωση ασθενών, οι οποίοι έχουν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley II/III. Η συγκεκριμένη μέθοδος παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα συνδυαζόμενη με την χορήγηση τοπικών αντιμικροβιακών σκευασμάτων. Επιπλέον, η οδηγία North American guideline προτείνει την εφαρμογή της θεραπευτικής μεθόδου Nd:YAG σε ασθενείς σταδίου I κατά Hurley (Jfri et al., 2020; Shipman et al., 2024).

Η εφαρμογή θεραπείας με τη χρήση CO₂ Ablative Laser προτείνεται από το σύνολο των οδηγιών ως μέσο διαχείρισης έντονων και χρόνιων δερματικών βλαβών σε ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, οι οποίοι έχουν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley

II/III (Gold et al., 2004). Εξαιρέση αποτελεί η οδηγία British guideline, ενώ αντιστοίχως οι οδηγίες European S1 και Brazilian guidelines τονίζουν τα θετικά σημεία της συγκεκριμένης θεραπευτικής παρέμβασης, με κυριότερα μεταξύ αυτών την αποφυγή εκτενούς αιμορραγίας και την βέλτιστη οπτική των προσβεβλημένων περιοχών, επιτρέποντας με τον τρόπο αυτό τη διάκρισή τους από τις περιοχές του υγιούς ιστού (Mirza et al., 2021; Lindén et al., 2022).

Ομοίως θετική κρίνεται η υλοποίηση επεμβατικών διαδικασιών, μεταξύ των οποίων προτείνεται η εφαρμογή εκτομών και αναρρόφησης (Incision and Drainage, I&D), η εφαρμογή απορρόφησης των κύστεων (Deroofing) και η τοπική χειρουργική αφαίρεση των βλαβών (Wide Local Excision, WLE) (Alikhan et al., 2019b). Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά την διενέργεια Incision and Drainage (I&D), προτείνεται εντός των οδηγιών North American, HS ALLIANCE, Canadian consensus και Brazilian guidelines, αποσκοπώντας στην απομείωση του επιπέδου του πόνου, ο οποίος συνιστά ένα από τα συνηθέστερα συμπτώματα της Διαφυθητικής Ιδρωταδενίτιδας (Revankar et al., 2023).

Αντιστοίχως, η εφαρμογή διαδικασιών Deroofing προτείνεται εντός του συνόλου των οδηγιών, με εξαίρεση την οδηγία British guideline, συνιστώντας μέθοδο μέσω της οποίας κρίνεται εφικτή η αντιμετώπιση των εντοπιζόμενων κύστεων. Πρόκειται για μέθοδο η οποία προτείνεται να εφαρμοσθεί είτε τοπικά σε περιπτώσεις τοπικά εμφανιζόμενων δερματικών βλαβών σε ασθενείς με ήπια συμπτώματα της νόσου, ή εναλλακτικά σε ασθενείς που εμφανίζουν εκτενείς περιοχές βλάβης και οι οποίοι έχουν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley II/III (Allison et al., 2022; Clark & Soti, 2024).

Ομοίως, η διενέργεια Wide Local Excision (WLE) προτείνεται εντός του συνόλου των οδηγιών, με την χειρουργική αφαίρεση να αποτελεί τρόπο διαχείρισης τοπικά των δερματικών βλαβών. Για το λόγο αυτό και η εφαρμογή της κρίνεται αποτελεσματική σε περιπτώσεις ασθενών με συμπτώματα αυξημένης σοβαρότητας, αλλά κυρίως τοπικά εντοπιζόμενων. Παράλληλα, οι οδηγίες North American, European S1, Swiss και Brazilian guidelines τονίζουν τη σημασία της επούλωσης των τομών με τη χρήση δερματικών μωσχευμάτων, σε μια προσπάθεια απομείωσης της έκτασης αυτών (Dick et al., 2021; Marchesi et al., 2021).

2.8.2 Επιλεγόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις έναντι της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας

Ένα σύνολο μελετών έχει εστιάσει στη διερεύνηση των εφαρμοζόμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων, επιδιώκοντας την αποτύπωση των επιπέδων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας αυτών, με σκοπό την αποσαφήνιση των βέλτιστων θεραπευτικών σχημάτων στην προσπάθεια διαχείρισης των συμπτωμάτων της νόσου. Τη χρήση laser ως μεθόδου στην αντιμετώπιση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας επιχείρησε να εξετάσει η μελέτη των Fabbrocini και συν. (2018), αναγνωρίζοντας τη δυναμική των βασιζόμενων στο φως θεραπευτικών παρεμβάσεων (light-based therapies) έναντι ποικίλων δερματικών νοσημάτων. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 20 ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, στους οποίους εφαρμόστηκε διοδικό laser μήκους κύματος 1064 nm. Ο κάθε ασθενής υποβλήθηκε σε 4 συνεδρίες παρέμβασης, με συχνότητα αυτών μία ανά δύο εβδομάδες. Με την ολοκλήρωση των θεραπευτικών παρεμβάσεων εντοπίστηκε σαφής μείωση των βλαβών, σύμφωνα με βάση την αξιολόγηση Sartorius score από $28,55 \pm 13,04$ σε $19,75 \pm 12,29$, όπως καταγράφηκε σε σχετικό έλεγχο μετά από 4 συνεδρίες ($p < 0,05$), στο 31% των ασθενών, ενώ σε κανένα συμμετέχοντα δεν παρατηρήθηκε έξαρση των συμπτωμάτων. Τα ανωτέρω αποκαλύπτουν ότι η χρήση διοδικού laser 1064 nm δύναται να οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα έναντι της διαχείρισης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, ιδίως σε ασθενείς με μέτριας έντασης συμπτώματα, κατά κύριο λόγο τοπικά εντοπιζόμενα. Η μέθοδος αυτή θεωρείται ως μη επεμβατική, δίχως την παρουσία επιπλοκών και με ταχεία ανάρρωση (Fabbrocini et al., 2018).

Την ικανοποίηση των ασθενών αναφορικά με την εφαρμογή θεραπειών laser έναντι άλλων θεραπευτικών μεθόδων αποκαλύπτει και η μελέτη των Ingram και συν. (2023), μέσω της οποίας επιχειρήθηκε η διερεύνηση και αξιολόγηση διακριτών προτεινόμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων με στόχο τη διαχείριση της νόσου. Κατά τη συγκεκριμένη μελέτη εκτιμήθηκε το αποτέλεσμα πέντε θεραπευτικών προτάσεων, με το χρονικό διάστημα ελέγχου των αποτελεσμάτων τους να ανέρχεται σε 12 μήνες και να τελείται μέσω της υλοποίησης ημι-δομημένων συνεντεύξεων και την κλινική εξέταση των ασθενών. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 151 ασθενείς, μέσης ηλικίας 36 ετών, οι οποίοι παρουσίασαν συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας ποικίλης σοβαρότητας και έκτασης. Από τους συμμετέχοντες το 81% ήταν γυναίκες, το 20% ανήκαν στην Αφρο-αμερικάνικη ή την Ασιατική φυλή, το 64% ήταν καπνιστές και το 86% παρουσίαζε αυξημένο Δείκτη Μάζας

Σώματος. Μεταξύ των αξιολογούμενων παρεμβάσεων περιλαμβάνονται η χορήγηση δια του στόματος doxycycline σε δοσολογία 200 mg ημερησίως, η χορήγηση δια του στόματος του συνδυασμού clindamycin και rifampicin, με τη δοσολογία αμφότερων των ουσιών να ανέρχεται σε 300 mg δύο φορές ανά ημέρα και για χρονικό διάστημα 10 εβδομάδων, την εφαρμογή συνεδριών laser εστιαζόμενων στις εντοπιζόμενες βλάβες, τύπου neodymium-doped yttrium aluminium garnet ή alexandrite, και τη διενέργεια χειρουργικής αφαίρεσης των βλαβών. Κατά την υλοποίηση της μελέτης κρίθηκε σημαντική η καταγραφή τόσο των αρχικών επιλογών των συμμετεχόντων αναφορικά με τη μέθοδο προσέγγισης της νόσου, όσο και του ποσοστού των ασθενών, που ενάλλασαν θεραπευτικές μεθόδους κατά τη διάρκεια αυτής.

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, η θεραπεία laser αναδείχθηκε στην θεραπευτική προσέγγιση, που επέλεξε η πλειονότητα των συμμετεχόντων ασθενών (69%), ενώ ακολουθούσαν η χειρουργική επέμβαση για το 58% εξ αυτών, ο συνδυασμός λήψης clindamycin και rifampicin για το 44% του συνόλου και doxycycline για το 37% αυτών. Το 52% των ασθενών, που επέλεξαν τη λήψη doxycycline, τροποποίησαν την επιλογή τους σε διάστημα 3 μηνών από την έναρξη της, λόγω της απουσίας εμφανών αποτελεσμάτων, αλλά και την εκδήλωση ποικίλης μορφής παρενεργειών. Από το σύνολο των ασθενών, που επέλεξαν τη θεραπεία laser, κανένας δεν μετέβαλε την επιλογή του, με τους συμμετέχοντες να τονίζουν ότι η απουσία έντονου άλγους σε συνδυασμό με την ταχεία ανάρρωση συνηγορεί υπέρ της απόφασής τους (Ingram et al., 2023).

Σε έτερο πεδίο, ομοίως ενθαρρυντικά αποδεικνύονται τα αποτελέσματα της χρήσης κρυοθεραπείας σε ασθενείς Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα. Η μελέτη των Dell' Antonia και συν. (2023), αναγνωρίζοντας την απουσία μιας και μόνης θεραπευτικής μεθόδου, η οποία να δύναται να αξιοποιηθεί στο σύνολο των ασθενών, επιχείρησε τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής κρυοθεραπείας έναντι των βλαβών της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, προβάλλοντας ως κυριότερο πλεονέκτημα αυτής το χαμηλό της κόστος σε σύγκριση με την εφαρμογή laser ή την χειρουργική αντιμετώπιση. Στη συγκεκριμένη μελέτη μετείχαν συνολικά 23 ασθενείς, οι οποίοι παρουσίαζαν συνολικά 71 σημεία δερματικής αλλοίωσης, τα οποία και αντιμετωπίστηκαν με την εφαρμογή μιας μοναδικής συνεδρίας κρυοθεραπείας υγρού αζώτου (liquid nitrogen cryotherapy). Η σοβαρότητα των βλαβών εκτιμήθηκε με τη χρήση της σταδιοποίησης κατά Hurley. Η εφαρμογή κρυοθεραπείας υπήρξε αποτελεσματική για 63 από τις 71 περιοχές, που προσεγγίσθηκαν

(88.7%), με τους ασθενείς να προβάλλουν τα αυξημένα επίπεδα ικανοποίησής τους από τις συνεδρίες θεραπείας, αναφέροντας την μειωμένη αίσθηση άλγους και δυσφορίας κατά την τέλεσή τους. Οι βλάβες, για τις οποίες δεν υπήρξε εφικτή η απομείωσή τους, αφορούσαν την μασχαλιαία περιοχή (7,5%), την βουβωνική περιοχή (18,2%) και την περιοχή των γλουτών (11,2%). Σύμφωνα με τα ανωτέρω, η κρυοθεραπεία δύναται να θεωρηθεί μια άκρως αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση έναντι της διαχείρισης των συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, ιδίως σε ασθενείς, οι οποίοι δεν αποκρίνονται έναντι της χορηγούμενης σε αυτούς φαρμακευτικής αγωγής (Dell'Antonia et al., 2023).

Η μελέτη των Chu, Yang και Tsai (2021), μέσω της οποίας διερευνήθηκε η παθοφυσιολογία της συγκεκριμένης ασθένειας, εστίασε κατά κύριο λόγο στη διαφοροποίηση των εκδηλώσεων αυτής μεταξύ των δύο φύλων, αποσκοπώντας στην αποσαφήνιση της ορμονικής φύσης της νόσου. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, τα οποία συνηγορούν υπέρ της υφιστάμενης συσχέτισης ανάμεσα στην έγερση και εξέλιξη της νόσου και της ορμονικής αιτιολογίας αυτής, συνετέλεσαν στην αξιοποίηση θεραπευτικών προσεγγίσεων βασιζόμενων στη χρήση φυλετικών ορμονών (Chu, Yang & Tsai, 2021).

Ειδικότερα, στο πεδίο της ορμονικής θεραπείας της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, ιδιαίτερος διαδεδομένη παρουσιάζεται η χρήση της ουσίας Spironolactone, λόγω των αντι-ανδρογονικών επιδράσεων αυτής, με τη μελέτη των Masson και συν. (2024), να επιχειρεί την αποσαφήνιση της αποτελεσματικότητας της χρήσης Spironolactone στη θεραπευτική προσέγγιση γυναικών ασθενών. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 53 ασθενείς, οι οποίες έλαβαν δοσολογία 104,3 mg/ ημέρα Spironolactone, με το 84,1% (37/44) εξ' αυτών να υποστηρίζει τη βελτίωση της εξελικτικής πορείας της νόσου σε διάστημα 3 μηνών από την έναρξη της θεραπείας. Αντιστοίχως, το 81,8% (27/33) εξ' αυτών παρουσίασε βελτίωση των συμπτωμάτων εντός διαστήματος 6 μηνών από την έναρξη της θεραπείας. Τα ανωτέρω ευρήματα αποκαλύπτουν την αποτελεσματικότητα της χορήγησης Spironolactone στη διαχείριση των συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας σε γυναίκες ασθενείς (Masson et al., 2024).

Ομοίως, μελέτη των Golbari, Porter και Kimball (2019) εξέτασε την υλοποίηση ορμονικής θεραπείας με τη χρήση Spironolactone ως πιθανή μέθοδο θεραπευτικής προσέγγισης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, εστιάζοντας στον έλεγχο της απομείωσης της σοβαρότητας των συμπτωμάτων και του εντοπιζόμενου από τους ασθενείς άλγος. Στη

μελέτη μετείχαν συνολικά 65 γυναίκες ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, οι οποίες έλαβαν 75 mg Spironolactone ημερησίως, εντός χρονικής περιόδου 7 περίπου μηνών. Οι ασθενείς παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στα επίπεδα του άλγους (Δ -1.5 [P = 0,01]), της φλεγμονώδους αντίδρασης (Δ -1.3 [P = 0,02]), και της εμφάνισης των δερματικών βλαβών (Δ -0.6 [P < 0,001]). Δεν εντοπίστηκαν διαφοροποιήσεις μεταξύ των ασθενών, που έλαβαν δοσολογία μικρότερη των 75 mg Spironolactone ημερησίως (n = 25, μέση δοσολογία, 45 mg/ημέρα) και των ασθενών, που έλαβαν δοσολογία περισσότερη των 100 mg ημερησίως (n = 21, μέση δοσολογία, 112 mg/ημέρα). Με βάση τα ανωτέρω, η χορήγηση κατάλληλης δοσολογίας Spironolactone ημερησίως συντελεί στη βελτίωση της όψης των δερματικών βλαβών και στη μείωση των επιπέδων του άλγους σε ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα (Golbari, Porter & Kimball, 2019).

Πρόσφατη ανακοίνωση του Food and Drug Administration (FDA) ενέτεινε την προσοχή έναντι της χρήσης της Spironolactone, αναδεικνύοντας τον κίνδυνο πρόκλησης νεοπλασίας, που ενέχει η λήψη της, ενώ ομοίως προέβαλε την πιθανή πρόκληση διαταραχών της αρτηριακής πίεσης των ασθενών, αλλά και την θηλυκοποίηση των ανδρών ασθενών. Ως εναλλακτική θεραπευτική παρέμβαση, σε πρόσφατη μελέτη τους οι Hargis και συν. (2024) πρότειναν τη χρήση της ουσίας Clascoterone (cortexolone 17 α -propionate), μορίου το οποίο δρα ως ανταγωνιστής των ανδρογονικών υποδοχέων. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 12 ασθενείς, μέσης ηλικίας 23 ετών, οι οποίοι παρουσίαζαν συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, με έντονες δερματικές βλάβες σε διάφορες περιοχές του σώματος και οι οποίοι χρησιμοποίησαν Clascoterone 1% cream (clascoterone) για χρονικό διάστημα 7 μηνών. Από το σύνολο των ασθενών, οι 10 (83%) παρατήρησαν σημαντική βελτίωση της όψης των βλαβών σε διάστημα 12 εβδομάδων από την έναρξη της θεραπείας, η οποία καταγράφηκε με τη σμίκρυνση των εξογκωμάτων και τον περιορισμό του περιδερμικού ερυθήματος. Από το σύνολο των 12 ασθενών, οι 7 εμφάνισαν μέγιστη δυνατή βελτίωση, δίχως κανένας από αυτούς να παρουσιάσει παρενέργειες έναντι της θεραπευτικής μεθόδου. Τα ανωτέρω υποστηρίζουν την εφαρμογή της Clascoterone έναντι της χρήσης Spironolactone στη θεραπεία των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας σε ενήλικες ασθενείς (Hargis et al., 2024).

Αν και στην πλειονότητα των περιπτώσεων θεραπείας με τη χρήση ανδρογόνων επιλέγεται η εφαρμογή Spironolactone, ένας αριθμός μελετών, ομοίως, υποστηρίζει τα οφέλη της χρήσης Finasteride κατά την θεραπευτική προσέγγιση της Διαπυητικής

Ιδρωταδενίτιδας. Η ουσία Finasteride αποτελεί αναστολέα της τύπου II 5 α -reductase και χρησιμοποιείται ευρέως κατά τη θεραπεία της καλοήθους προστατικής υπερπλασίας και της ανδρογενετικής αλωπεκίας. Στην περίπτωση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, η πρώτη αποτελεσματική χρήση της ουσίας Finasteride καταγράφεται το 1999, με τη συμμετοχή ενός άνδρα ασθενή ηλικίας 56 ετών, καθώς και μιας γυναίκας ασθενούς 55 ετών, η οποία διένυε το στάδιο της εμμηνόπαυσης (Farrell et al., 1999). Μεταγενέστερη μελέτη των Mota, Machado και Selores (2017) επιχείρησε τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της χρήσης του αναστολέα Finasteride σε ασθενείς παιδικής ηλικίας. Αν και η εκδήλωση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας καταγράφεται ιδιαίτερος σπάνια σε παιδιά, με μόλις 2% του συνόλου των ασθενών να αφορά άτομα κάτω των 11 ετών, η χρονιότητα και οι σαφείς επιπτώσεις της νόσου εντείνουν την αναγκαιότητα εντοπισμού θεραπευτικών τεχνικών, αυξημένης αποτελεσματικότητας και ασφάλειας έναντι αυτής της συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών. Στη μελέτη αυτή μετείχαν 5 παιδιά, από τα οποία τα 4 ήταν κορίτσια και τα οποία είχαν διαγνωσθεί με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα σε ηλικία από 6 έως 11 ετών. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, οι 2 ήταν υπέρβαροι, ενώ επίσης 3 είχαν λάβει αντιβιοτική θεραπεία στο παρελθόν δίχως όμως να έχει καταλήξει σε θετικά αποτελέσματα. Δύο από τους συμμετέχοντες είχαν λάβει θεραπεία με τη χρήση isotretinoin, επίσης δίχως να παρουσιάζουν κάποιας μορφής βελτίωση. Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκε Finasteride σε δοσολογία 1 έως 5 mg/ ημέρα. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι το σύνολο των συμμετεχόντων διένυε την εφηβική ηλικία κατά την έναρξη της θεραπευτικής παρέμβασης, η διάρκεια της οποίας εκτεινόταν σε 24 μήνες. Η εφαρμογή της ανωτέρω θεραπευτικής μεθόδου συνετέλεσε στη μείωση της πυκνότητας και της σοβαρότητας των βλαβών, χωρίς να επιφέρει την εκδήλωση παρενεργειών. Δεδομένων των προκλήσεων, που προβάλλει η θεραπευτική προσέγγιση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας ιδίως σε περιπτώσεις ασθενών παιδικής ηλικίας, η αξιοποίηση της Finasteride αναδεικνύεται ως μια αξιόλογη επιλογή μονοθεραπείας, με ιδιαίτερος θετικά αποτελέσματα (Mota, Machado & Selores, 2017).

Έτερη μελέτη των Randhawa, Hamilton και Pope (2013), ομοίως, επιχείρησε την αποσαφήνιση της αποτελεσματικότητας της χρήσης του αναστολέα Finasteride σε άτομα προ-εφηβικής και εφηβικής ηλικίας, με τη συμμετοχή 3 κοριτσιών, ηλικίας από 9 έως 15 ετών. Οι δύο ασθενείς, ηλικίας 13 και 15 ετών, έλαβαν δοσολογία Finasteride 5 mg/ημέρα, με την ασθενή ηλικίας 9 ετών να λαμβάνει αρχικώς δοσολογία 1,25 mg/ημέρα, η οποία στη συνέχεια και μετά από 9 εβδομάδες θεραπείας αυξήθηκε σε 2,5 mg/ημέρα. Η χρήση

Finasteride στο σύνολο των ασθενών συνετέλεσε στη μείωση της πυκνότητας και της έντασης των βλαβών, χωρίς να οδηγεί στην εκδήλωση παρενεργειών, σημείο το οποίο υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια αυτής, ειδικότερα στην περίπτωση παιδιατρικών ασθενών. Στην Εικόνα 2.9 απεικονίζεται η βελτίωση της όψης της περι-πρωκτικής περιοχής στην ασθενή 9 ετών, έπειτα από την εφαρμογή της θεραπείας με τη χρήση Finasteride για διάστημα 3 ετών (Randhawa, Hamilton & Pope, 2013).

Εικόνα 2.9: Βελτίωση της εικόνας της περι-πρωκτικής περιοχής στην ασθενή 9 ετών.



(Πηγή: Randhawa, Hamilton & Pope, 2013)

Τη χρήση Finasteride σε ενήλικους ασθενείς διερεύνησε η μελέτη των Babbush, Andriano και Cohen (2022), με τη συμμετοχή συνολικά 20 γυναικών ηλικίας $34,3 \pm 13,5$ ετών, οι οποίες παρουσίαζαν ποικίλης έντασης συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας. Η χρήση Finasteride επιλέχθηκε λόγω της απουσίας θετικής απόκρισης των συμμετεχόντων ασθενών έναντι της χρήσης Spironolactone, θέτοντας τη συγκεκριμένη ουσία ως μια βέλτιστη εναλλακτική επιλογή. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, η πλειονότητα των

ασθενών (90%, n = 18) παρουσιάστηκε θετική έναντι της συνέχισης της θεραπείας με τη χρήση Finasteride, ενώ 10 ασθενείς (50%) αποκάλυψαν την ικανοποίησή τους από τη χρήση της, υποστηρίζοντας ότι παρατήρησαν σαφή απομείωση της έντασης των συμπτωμάτων. Σε ό,τι αφορά την παρουσία παρενεργειών λόγω της θεραπείας, το 80% (n = 16) δεν εντόπισε καμία παρενέργεια, ενώ το 20% (n = 4) παρουσίασε ημικρανίες, ναυτία, διαταραχές του εμμηνορυσιακού κύκλου και μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας. Τα ανωτέρω ευρήματα συνηγορούν υπέρ της χρήσης της Finasteride στη θεραπεία των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας σε ενήλικες γυναίκες ασθενείς, ιδίως στην περίπτωση που εντοπίζεται μη ανοχή ή αλλεργικές αντιδράσεις έναντι της χρήσης Spironolactone (Babbush, Andriano & Cohen, 2022).

Πίνακας 2.6: Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ασθενών και εφαρμοζόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

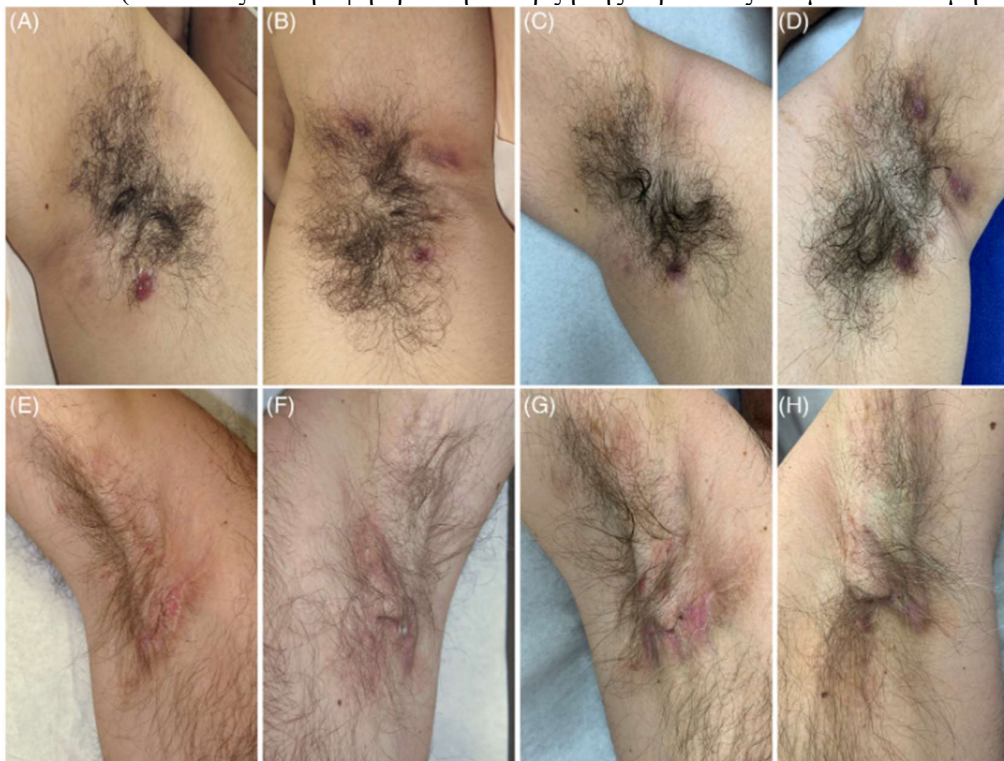
Epidemiologic features	BMI	Smoker	Previous HS systemic therapies	Current HS therapies
Case 1 Age: 26 Sex: male Weight: 95 kg Height: 150 cm	42.2 kg/m ²	No	Lymecycline, zinc supplementation, triamcinolone injection	Topical finasteride
Case 2 Age: 47 Sex: male Weight: 75 kg Height: 178 cm	23.7 kg/m ²	Yes	Minocycline, doxycycline, ciprofloxacin, clarithromycin, azithromycin, clindamycin + rifampicin, isotretinoin, acitretin	Adalimumab 40 mg s.c. weekly injection and topical finasteride
Case 3 Age: 28 Sex: male Weight: 100 kg Height: 184 cm	29.5 kg/m ²	Yes	Lymecycline, zinc supplementation, clindamycin + rifampicin, amoxicillin clavulanic acid combination, moxifloxacin, doxycycline	Topical finasteride
Case 4 Age: 46 Sex: male Weight: 80 kg Height: 181 cm	24.4 kg/m ²	No	Lymecycline, zinc supplementation, clindamycin + rifampicin	Adalimumab 40 mg s.c. weekly injection and topical finasteride

(Πηγή: Manfredini και συν., 2022)

Την περίπτωση των ανδρών ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα εξέτασε η μελέτη των Manfredini και συν. (2022), η οποία επίσης πρότεινε τη χορήγηση Finasteride στο πεδίο θεραπευτικής προσέγγισης της νόσου. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 4 άνδρες ασθενείς, ηλικίας 26 έως 46 ετών, οι οποίοι έλαβαν τοπικά στις προσβεβλημένες περιοχές δοσολογία 50μl, των 2275 mg/ml σε κάθε περιοχή. Τα κοινωνικο-δημογραφικά

χαρακτηριστικά των ασθενών, καθώς και οι εφαρμοζόμενες ανά περίπτωση θεραπείες με τη χρήση Finasteride απεικονίζονται στον Πίνακα 2.6.

Εικόνα 2.10: Διαφοροποιήσεις στην όψη των προσβεβλημένων περιοχών στο σύνολο των 4 ασθενών (απεικονίζεται η όψη πριν την έναρξη της θεραπείας και μετά από 3 μήνες).



(Πηγή: Manfredini και συν., 2022)

Οι εφαρμοζόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις με τη χρήση Finasteride οδήγησαν στη βελτίωση της όψης των προσβεβλημένων περιοχών στο σύνολο των ασθενών, εντός χρονικού διαστήματος τριών μηνών από την έναρξη της θεραπείας. Οι διαφοροποιήσεις στην όψη των προσβεβλημένων περιοχών στους τέσσερις συμμετέχοντες ασθενείς απεικονίζονται στην Εικόνα 2.10. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης αποκαλύπτουν τη σαφή θετική επίδραση των ανδρογόνων έναντι της εξέλιξης της νόσου, υποστηρίζοντας τα οφέλη της ορμονικής θεραπείας στην απομείωση των συμπτωμάτων (Manfredini et al., 2022).

Η μελέτη των Jennings και συν. (2020) επικεντρώθηκε στην αποσαφήνιση της αποτελεσματικότητας της χρήσης Metformin έναντι των συμπτωμάτων της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, συνεκτιμώντας ότι πρόκειται για χρόνια φλεγμονώδη νόσο, σχετιζόμενη

με το μεταβολικό σύνδρομο, την παχυσαρκία και την αντίσταση έναντι της ινσουλίνης. Η συγκεκριμένη ουσία συνιστά υπο-γλυκαιμικό παράγοντα, ο οποίος διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην καθυστέρηση, ή ακόμη και στην αναστολή της έναρξης της νόσου του Σακχαρώδη Διαβήτη και του μεταβολικού συνδρόμου. Με στόχο την αξιολόγηση της χρήσης της Metformin, η συγκεκριμένη μελέτη βασίσθηκε στη συμμετοχή 53 ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα, από τους οποίους το 85% ήταν γυναίκες, μέσης ηλικίας 37 ετών και μέσου σωματικού βάρους 102 kg. Η μέση διάρκεια χορήγησης της Metformin ήταν 11,3 μήνες, με τη μέση χορηγούμενη δόση να ανέρχεται σε 1,5 g/ημέρα. Η ουσία κρίθηκε ως άριστα ανεκτή από τους ασθενείς, με μόλις το 11% εξ' αυτών να παρουσιάζει γαστρεντερικά προβλήματα ως παρενέργειες της λήψης της. Η μονοθεραπεία με Metformin οδήγησε σε θετικά αποτελέσματα για το 68% (n = 36) των συμμετεχόντων, από τους οποίους το 19% (7/36) παρουσίασε σαφή βελτίωση των συμπτωμάτων της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας. Μόνο το 25% του συνόλου των συμμετεχόντων δεν εμφάνισε καμία βελτίωση έναντι της εξελικτικής πορείας της νόσου. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, η χρήση Metformin κρίνεται ως αποτελεσματική, άριστα ανεκτή και οικονομική μέθοδος θεραπευτικής παρέμβασης έναντι της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας (Jennings et al., 2020)

Αναγνωρίζοντας την ποικιλότητα των φαρμακευτικών και χειρουργικών παρεμβάσεων, που έχουν προταθεί στο πεδίο θεραπείας της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας και εντοπίζοντας την σαφή πρόκληση, που ενέχει η ποικίλη συμπτωματολογία της και η μη προβλέψιμη εξελικτική της πορεία, η έρευνα των McPhie, Bridgman και Kirchhof (2019) επιχείρησε τη διερεύνηση του συνδυασμού θεραπευτικών προσεγγίσεων. Η συγκεκριμένη ποιοτική μελέτη βασίσθηκε στη συμμετοχή 31 ασθενών, οι οποίοι είχαν διαγνωσθεί με συμπτώματα της νόσου κατά το χρονικό διάστημα 2014 έως 2018. Η σταδιοποίηση κατά Hurley χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να επιτευχθεί η κατηγοριοποίηση της σοβαρότητας της νόσου, ενώ η Κλίμακα International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4) αξιοποιήθηκε στην προσπάθεια καταγραφής των μεταβολών στα συμπτώματα των συμμετεχόντων κατά τις επισκέψεις ελέγχου τους μετά την έναρξη των θεραπειών. Από το σύνολο των 31 ασθενών μέσης ηλικίας 37,7 ετών, από τους οποίους το 67,7% ήταν γυναίκες, οι 6 (19,4%), οι 11 (35,5%), και οι 14 (45,2%) ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν ως στάδια Hurley I, II, και III, αντιστοίχως. Η μελέτη, διερευνώντας ποικίλους συνδυασμούς φαρμακευτικών ουσιών, κατέληξε στην αποτελεσματικότητα του συνδυασμού της λήψης

isotretinoin και spironolactone, σε ήπιες περιπτώσεις της νόσου, των isotretinoin, ή εναλλακτικά doxycycline, σε συνδυασμό με την adalimumab σε μέτριας σοβαρότητας περιπτώσεις ασθενών και, τέλος, των cyclosporine και adalimumab σε σοβαρές περιπτώσεις της νόσου. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης προτείνεται ο συνδυασμός διαφορετικών φαρμακευτικών ουσιών ως ο βέλτιστος τρόπος διαχείρισης των συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας (McPhie, Bridgman & Kirchhof, 2019).

Τα επίπεδα αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της χορήγησης βιολογικών θεραπευτικών σχημάτων ως επιλεγόμενης μεθόδου θεραπευτικής προσέγγισης έναντι της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας επέλεξε να διερευνήσει η μελέτη των Lonτί και συν. (2021). Η υιοθέτηση της βιολογικής θεραπείας επιλέγεται κατά κύριο λόγο σε περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι δεν προέβλεπαν τα αναμενόμενα θετικά αποτελέσματα έπειτα από τη χρήση αντιβιοτικών ή ορμονικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, γεγονός που εγείρει την αναγκαιότητα εντοπισμού έτερων θεραπευτικών λύσεων. Ένα σύνολο βιολογικών παραγόντων έχει διερευνηθεί αναφορικά με την καταλληλότητά τους στο πεδίο της αντιμετώπισης της συγκεκριμένης νόσου, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται οι ουσίες Adalimumab, Infliximab και Etanercept, παρουσιάζοντας ποικίλα επίπεδα αποτελεσματικότητας στο πεδίο της διαχείρισης των εγχειρόμενων συμπτωμάτων. Οι ερευνητές εστίασαν στη διερεύνηση της χορήγησης του anti-TNF- α παράγοντα Adalimumab σε δοσολογία 160 mg κατά την εβδομάδα 0 και ακολούθως σε δοσολογία 80 mg κατά την εβδομάδα 2, ενώ έπειτα η δοσολογία διαμορφώθηκε στα 40 mg για κάθε εβδομάδα, η οποία ακολούθησε. Η επιλογή της ουσίας Adalimumab βασίσθηκε στο γεγονός ότι πρόκειται για το μοναδικό βιολογικό παράγοντα, ο οποίος έχει λάβει έγκριση από την US Food and Drug Administration (FDA) και την European Medicine Agency (EMA) προκειμένου να αξιοποιηθεί στη θεραπεία της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, ενώ προτείνεται ως πρώτη γραμμή θεραπείας σε ασθενείς, που παρουσιάζουν ήπια προς σοβαρά συμπτώματα της νόσου και οι οποίοι συγχρόνως επιδεικνύουν χαμηλά επίπεδα ανεκτικότητας ή αποτελεσματικότητας έναντι της χρήσης αντιβιοτικών ουσιών. Στη συγκεκριμένη μελέτη εξετάστηκε η πορεία της εξέλιξης της νόσου σε 2 ασθενείς, με την παρακολούθηση των συμπτωμάτων της ασθένειας να τελείται σε χρονικό διάστημα 16 εβδομάδων θεραπείας.

Από τους 2 επιλεγόμενους ασθενείς, ο ένας ήταν άνδρας, ηλικίας 59 ετών με χρόνια ιστορικό εκδήλωσης Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, περίπτωση στην οποία υπήρξε

υποδιάγνωση των αρχικών συμπτωμάτων της ασθένειας, τα οποία εμφανίσθηκαν πριν από 25 έτη. Ως εκ τούτου, η θεραπευτική προσέγγιση των κύστεων επιχειρήθηκε μέσω της διενέργειας χειρουργικών επεμβάσεων και τη χρήση συστηματικών αντιβιοτικών ουσιών, δίχως όμως να επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα. Πέραν της εκδήλωσης της Διαπηκτικής Ιδρωταδενίτιδας, ο συγκεκριμένος ασθενής έπασχε από Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου II, ενώ εμφάνιζε επιπροσθέτως συμπτώματα Υπέρτασης. Με βάση την κατηγοριοποίηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της νόσου ο ασθενής χαρακτηρίστηκε ως σταδίου κατά Hurley II, σταδίου PGA IV και με τιμή DLQI ίση με 24, με τον μικροβιολογικό έλεγχο που υλοποιήθηκε να αποκαλύπτει αυξημένους μικροβιακούς πληθυσμούς *Esch.coli*, *S.aureus*, *Serratia.spp*, *Enterococcus spp*, *St.epidermidis*, και *Proteus mirabilis*. Από την αρχική προσέγγιση των συμπτωμάτων το 2016 έως το 2018, ο ασθενής υποβλήθηκε σε μονοθεραπεία με τη χρήση Isoniazid και ακολούθως επιλέχθηκε η τοπική εφαρμογή διαλύματος betadine. Η απουσία θετικών αποτελεσμάτων αναφορικά με την πορεία του ασθενούς οδήγησε στην επιλογή της προσέγγισης τελικώς αυτού μέσω της χορήγησης του βιολογικού παράγοντα Adalimumab σε δοσολογία 80 mg αρχικώς και έπειτα σε δοσολογία 40 mg, 2 φορές ημερησίως την πρώτη και δεύτερη ημέρα, ακολουθούμενη από την χορήγηση 80 mg ημερησίως για χρονικό διάστημα 15 ημερών. Τέλος, χορηγήθηκε σε αυτόν δοσολογία 40 mg για χρονικό διάστημα 10 ημερών. Μετά το πέρας των 16 εβδομάδων θεραπείας με τη χρήση Adalimumab η κλινική εξέταση του ασθενούς οδήγησε στο χαρακτηρισμό του ως σταδίου κατά Hurley II, σταδίου PGA IV και με τιμή DLQI ίση με 3 (Lonrić et al., 2021).

Ο έτερος συμμετέχοντας στη συγκεκριμένη μελέτη υπήρξε, επίσης, άνδρας ασθενής, ηλικίας 28 ετών, ο οποίος παρουσίασε αρχικά συμπτώματα της νόσου το 2012, με την επανεξέταση αυτού το 2018 να αποκαλύπτει μεγαλύτερη ένταση των υφιστάμενων συμπτωμάτων στις ίδιες προσβεβλημένες περιοχές. Κατά την κλινική εκτίμηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της νόσου ο ασθενής χαρακτηρίστηκε ως σταδίου κατά Hurley II, σταδίου PGA III και με τιμή DLQI ίση με 14. Προκειμένου να επιτύχει την απομείωση των συμπτωμάτων, ο ασθενής είχε επιλέξει στο παρελθόν τη χρήση τοπικών αντιβιοτικών, δίχως όμως να επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα της απομείωσης της έντασης αυτών. Η θεραπευτική προσέγγιση με τη χρήση Adalimumab βασίσθηκε στη χορήγηση αρχικής δοσολογίας 160 mg, η οποία ακολουθήθηκε από τη χορήγηση δοσολογίας ίσης με 80 mg έπειτα από διάστημα 14 ημερών. Στη συνέχεια και έπειτα από

χρονικό διάστημα 7 ημερών στον ασθενή χορηγήθηκε δοσολογία ίση με 40 mg, ενώ επιλέχθηκε η χρήση επιπροσθέτως τοπικής θεραπείας με την εφαρμογή διαλύματος 10% resorcinol επί των εντοπιζόμενων βλαβών. Με το πέρας των 16 εβδομάδων της θεραπείας, ο έλεγχος του ασθενούς αποκάλυψε ότι με βάση την ένταση των εντοπιζόμενων συμπτωμάτων δύναται να χαρακτηριστεί ως σταδίου κατά Hurley II, σταδίου PGA III και με τιμή DLQI ίση με 3. Τα ανωτέρω αποτελέσματα, όπως αποκαλύφθηκαν μέσω της παρακολούθησης της πορείας των 2 επιλεγόμενων ασθενών, υποστηρίζουν τη χρήση του βιολογικού παράγοντα Adalimumab έναντι των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, καθώς σε αμφοτέρους τους συμμετέχοντες παρουσιάστηκε απομείωση των υφιστάμενων βλαβών (Lonríc et al., 2021).

Τα αποτελέσματα της επιλογής της βιολογικής θεραπευτικής παρέμβασης της νόσου της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας με τη χρήση του παράγοντα Adalimumab επιχείρησε να εξετάσει και η μελέτη των Gottlieb και συν. (2016). Η συγκεκριμένη μελέτη υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή γυναικών ασθενών, οι οποίες παρουσίαζαν μέτριας προς σοβαρής έντασης συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας σε δύο τουλάχιστον περιοχές του σώματός τους και οι οποίες επέδειξαν μη ανεκτικότητα ή και απουσία απόκρισης έναντι της πρότερης θεραπευτικής προσέγγισής τους με τη χρήση αντιβιοτικών ουσιών. Παράλληλα, σημαντικό κρίθηκε οι συμμετέχουσες να μην έχουν λάβει στο παρελθόν έτερη θεραπεία με τη χρήση παραγόντων anti-TNF- α ή εναλλακτικά να έχουν υποβληθεί σε πρότερη συστηματική μη βιολογική θεραπεία. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν με τρόπο τυχαίο στην ομάδα που έλαβε δοσολογία 40 mg Adalimumab ανά εβδομάδα, στην ομάδα που έλαβε ίδια ποσότητα Adalimumab με συχνότητα ανά 2 εβδομάδες και στην ομάδα ελέγχου, στην οποία χορηγήθηκε ουσία placebo. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με τη χρήση Adalimumab αποτυπώθηκε μέσω της δοκιμασίας Hidradenitis Suppurativa Physicians Global Response Clinical Assessment (HS-PGA Clinical Response). Ειδικότερα, τέθηκε ως επιθυμητό όριο η μείωση του αντίστοιχου δείκτη στη δοκιμασία Hidradenitis Suppurativa Clinical Response (HiSCR) σε όρια $\geq 50\%$, με την ταυτόχρονη απουσία έτερων εστιών δερματικών αλλοιώσεων, καθώς επίσης και την μείωση κατά 30% στα επίπεδα πόνου με βάση τη δοκιμασία visual analog scale (VAS30).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, κατά την 16^η εβδομάδα, ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων γυναικών, οι οποίες μετείχαν στην ομάδα που λάμβανε ποσότητα Adalimumab εβδομαδιαίως, παρουσίασε σημαντική θετική απόκριση

στη θεραπεία σε σύγκριση με τις δύο έτερες ομάδες ασθενών, όπως αποκάλυψε η αξιολόγηση τους στη δοκιμασία HS-PGA (19,4% έναντι 7,9% και 5,6%; $P>0,05$). Ομοίως θετικά αποτελέσματα παρουσίασε η ομάδα αυτή των συμμετεχόντων κατά τη δοκιμασία HiSCR (51,6% έναντι 24,2% και 27,6%; $P>0,05$), αλλά και με βάση τα αποτελέσματα στη δοκιμασία VAS30 (50,0% έναντι 34,3%; $P>0,05$ και 21,2% $P<0,05$). Τα ανωτέρω αποτελέσματα αποτυπώνουν τη σαφή θετική πορεία των ασθενών της ομάδας, που λάμβανε εβδομαδιαίως δοσολογία Adalimumab σε σύγκριση με την ομάδα τόσο των ασθενών, που λάμβαναν ανά 2^η εβδομάδα την αντίστοιχη δοσολογία, αλλά κυρίως σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Παράλληλα, η χορήγηση του παράγοντα Adalimumab χαρακτηρίστηκε ως ανεκτή από την πλειονότητα των συμμετεχόντων ασθενών, με μόλις 4 συμμετέχουσες να παρουσιάζουν παρενέργειες λόγω της λήψης αυτού, με κυριότερες την εκδήλωση αναιμίας, καλοήθους νεοπλάσματος, πνευμονίας και αυτοκτονικού ιδεασμού. Το σύνολο των εντοπιζόμενων αποτελεσμάτων υποδεικνύουν ότι, στην περίπτωση γυναικών ασθενών, που εμφανίζουν μέτριας προς σοβαρής έντασης συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, η χορήγηση του βιολογικού παράγοντα Adalimumab τείνει να συντελεί στην απομείωση της σοβαρότητας της νόσου και των επιπέδων του πόνου που βιώνουν, δίχως να συνοδεύεται από την παρουσία σοβαρών παρενεργειών, συνθήκη που λειτουργεί υποστηρικτικά έναντι της αξιοποίησής του (Gottlieb et al., 2016).

Ομοίως την αποτελεσματικότητα της χρήσης του anti-TNF- α παράγοντα Adalimumab διερεύνησε η μελέτη των Kimball και συν. (2015), η οποία βασίστηκε στην αξιολόγηση των συμμετεχόντων ασθενών με την αξιοποίηση της δοκιμασίας Hidradenitis Suppurativa Clinical Response (HiSCR), επιδιώκοντας συγχρόνως την κατάκτηση συγκεκριμένων επιθυμητών σημείων ελέγχου. Ειδικότερα, στη συγκεκριμένη μελέτη μετείχαν συνολικά 132 ασθενείς, από τους οποίους οι 70,5% ήταν γυναίκες και οι 73,5% ανήκαν στην Καυκάσια φυλή. Οι ασθενείς διαχωρίστηκαν με τρόπο τυχαίο στην ομάδα, η οποία έλαβε εβδομαδιαίως δοσολογία 40 mg του παράγοντα Adalimumab, στην ομάδα η οποία έλαβε την ανωτέρω δοσολογία κάθε 2η εβδομάδα και στην ομάδα ελέγχου, τα μέλη της οποίας έλαβαν ουσία placebo. Τα ευρήματα της μελέτης αποκάλυψαν ότι κατά τη 16^η εβδομάδα, η ομάδα των ασθενών που λάμβανε εβδομαδιαίως ποσότητα Adalimumab απέδωσε θετικώς σε επίπεδα 54,5% στη δοκιμασία HiSCR, έναντι του 33,3% της ομάδας των ασθενών που λάμβανε ποσότητα Adalimumab κάθε 2^η εβδομάδα και έναντι του 25,6% της ομάδας ελέγχου. Αντιστοίχως, στη δοκιμασία HS-PGA Response τα αντίστοιχα

ποσοστά των συμμετεχόντων ασθενών διαμορφώθηκαν σε 20,5% στην ομάδα που έλαβε εβδομαδιαίως ποσότητα του παράγοντα Adalimumab έναντι του 6,7% των ασθενών της ομάδας που λάμβανε Adalimumab κάθε 2^η εβδομάδα και έναντι 2,3% στους ασθενείς της ομάδας ελέγχου. Τα ανωτέρω υποστηρίζουν ότι η χορήγηση του βιολογικού παράγοντα Adalimumab σε αυξημένη συχνότητα τείνει να επιφέρει θετικά αποτελέσματα σε αμφότερες τις υλοποιούμενες δοκιμασίες (Kimball et al., 2015).

Έτερη μελέτη των Glatt και συν. (2021) επιχείρησε την αξιολόγηση των επιπέδων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της χορήγησης του παράγοντα Bimekizumab, μονοκλωνικής IgG1 ανοσοσφαιρίνης, η οποία συμβάλει στην επιλεκτική αναστολή των παραγόντων interleukin 17A και 17F σε ασθενείς με μέτριας έως σοβαρής έντασης συμπτώματα Διαπυθητικής Ιδρωταδενίτιδας. Η συγκεκριμένη διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη υλοποιήθηκε στο διάστημα Σεπτεμβρίου 2017 έως Φεβρουαρίου 2019, συμπερικλείοντας μια περίοδο 2 έως 4 εβδομάδων αρχικού ελέγχου, μια περίοδο 12 εβδομάδων αμιγούς θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενών και μια περίοδο 20 εβδομάδων, κατά την οποία επιχειρήθηκε ο έλεγχος της ασφάλειας της εφαρμοζόμενης θεραπείας. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 90 ασθενείς, ηλικίας από 18 έως 70 ετών, οι οποίοι είχαν διαγνωσθεί με ήπιας έως σοβαρής έντασης συμπτώματα Διαπυθητικής Ιδρωταδενίτιδας σε χρονικό διάστημα 12 τουλάχιστον μηνών πριν από την ένταξή τους σε αυτή. Οι συμμετέχοντες διαχωρίστηκαν με τρόπο τυχαίο στην ομάδα παρέμβασης, στην οποία χορηγήθηκε ποσότητα του βιολογικού παράγοντα Bimekizumab σε δοσολογία 640 mg κατά την εβδομάδα 0 και ακολούθως δοσολογία 320 mg ανά κάθε 2^η εβδομάδα, στην ομάδα ελέγχου, στα μέλη της οποίας χορηγήθηκε ουσία placebo και στην ομάδα αναφοράς, στην οποία χορηγήθηκε ποσότητα του βιολογικού παράγοντα Adalimumab σε δοσολογία 160 mg κατά την εβδομάδα 0, ακολούθως σε ποσότητα 80 mg κατά την 2^η εβδομάδα, δοσολογία η οποία στη συνέχεια διαμορφώθηκε σε 40 mg κάθε εβδομάδα από την 4^η έως και τη 10^η εβδομάδα.

Η πορεία των συμπτωμάτων των συμμετεχόντων ασθενών αξιολογήθηκε μέσω της διενέργειας μιας ακολουθίας δοκιμασιών, συμπεριλαμβανομένης της δοκιμασίας Hidradenitis Suppurativa Clinical Response [HiSCR] κατά την 12^η εβδομάδα. Ομοίως εφαρμόστηκαν οι δοκιμασίες Patient's Global Assessment of Pain και Dermatology Life Quality Index, με στόχο την αξιολόγηση των επιπέδων του πόνου των ασθενών και της ποιότητας ζωής τους. Από το σύνολο των συμμετεχόντων ασθενών οι 73 ολοκλήρωσαν την

ερευνητική διαδικασία, καθώς και τον επακόλουθο έλεγχο. Οι ασθενείς, οι οποίοι έλαβαν ποσότητα του βιολογικού παράγοντα Bimekizumab, παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα στη δοκιμασία HiSCR έναντι των ασθενών που έλαβαν ουσία placebo κατά την 12^η εβδομάδα (57,3% έναντι 26,1%). Παράλληλα, οι ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε ποσότητα του παράγοντα Bimekizumab παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα βελτίωσης των κλινικών συμπτωμάτων έναντι της ομάδας ελέγχου, τα μέλη της οποίας έλαβαν ουσία placebo. Οι ανωτέρω βελτιώσεις καταγράφησαν με βάση τις εκτιμήσεις στην Κλίμακα International Hidradenitis Suppurativa Severity Score (IHS4) κατά την 12^η εβδομάδα, με τους ασθενείς που έλαβαν ποσότητα του παράγοντα Bimekizumab να παρουσιάζουν μέσο όρο (mean [SD] IHS4) ίσο με 16,0 [18,0] έναντι της ομάδας ελέγχου, τα μέλη της οποίας παρουσίασαν μέσο όρο (mean [SD] IHS4) ίσο με 40,2 [32,6]. Κατά την 12^η εβδομάδα το 46% των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με τη χρήση του παράγοντα Bimekizumab εκτιμήθηκε ως HiSCR75, με το 32% να επιδεικνύει HiSCR90, σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου όπου μόλις το 10% των συμμετεχόντων εκτιμήθηκε ως HiSCR75, με κανένα από τα μέλη αυτής να παρουσιάζει HiSCR90. Σε ό,τι αφορά την ομάδα των ασθενών, που έλαβε δοσολογία του βιολογικού παράγοντα Adalimumab, το 35% εξ αυτών εκτιμήθηκε ως HiSCR75, με το 15% εξ αυτών να επιδεικνύει HiSCR90. Θετική κρίνεται και η απουσία παρενεργειών κατά τη χορήγηση του βιολογικού παράγοντα Bimekizumab, με μόλις 2 από τους 46 (4%) συμμετέχοντες στη συγκεκριμένη ομάδα να παρουσιάζουν κάποιας μορφής παρενέργεια, ποσοστό το οποίο ανέρχεται σε 1 στους 21 συμμετέχοντες (5%) για την ομάδα των ασθενών, που έλαβαν δοσολογία του βιολογικού παράγοντα Adalimumab. Τα ανωτέρω ευρήματα υποστηρίζουν ότι η χορήγηση του παράγοντα Bimekizumab κρίνεται ως ασφαλής και αποτελεσματική έναντι της διαχείρισης των συμπτωμάτων μέτριας έως αυξημένης σοβαρότητας σε ασθενείς με Διαφυθητική Ιδρωταδενίτιδα (Glatt et al., 2021).

Μεταγενέστερη μελέτη των Kimball και συν. (2024), ομοίως, διερεύνησε τα επίπεδα αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της χορήγησης του μονοκλωνικού αντισώματος Bimekizumab, μέσω της υλοποίησης των διπλών τυφλών τυχαιοποιημένων ερευνητικών προσεγγίσεων BE HEARD I και II, διάρκειας 48 εβδομάδων. Στις συγκεκριμένες ερευνητικές παρεμβάσεις μετείχαν ασθενείς με μέτριας έως σοβαρής έντασης συμπτώματα Διαφυθητικής Ιδρωταδενίτιδας, ηλικίας άνω των 18 ετών, οι οποίοι διαχωρίστηκαν με τρόπο τυχαίο στην ομάδα ασθενών I, τα μέλη της οποίας έλαβαν δοσολογία του παράγοντα Bimekizumab ίση με 320 mg κάθε 2 εβδομάδες, στην ομάδα ασθενών II που έλαβε

δοσολογία Bimekizumab ίση με 320 mg κάθε 2 εβδομάδες έως την 16^η εβδομάδα και ακολούθως ανά 4 εβδομάδες έως την 48^η εβδομάδα, στην ομάδα ασθενών III που έλαβε δοσολογία Bimekizumab ίση με 320 mg κάθε 4 εβδομάδες έως την 48^η εβδομάδα και στην ομάδα IV, της οποίας τα μέλη έλαβαν ουσία placebo μέχρι την 16^η εβδομάδα και ακολούθως χορηγήθηκε και σε αυτούς δοσολογία Bimekizumab ίση με 320 mg κάθε 2 εβδομάδες.

Ειδικότερα, 505 ασθενείς μετείχαν στην ερευνητική προσέγγιση BE HEARD I, η οποία υλοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα από το Φεβρουάριο 2020 έως τον Οκτώβριο 2021, ενώ συνολικά 509 ασθενείς συμμετείχαν στην ερευνητική προσέγγιση BE HEARD II, η οποία πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από τον Μάρτιο 2020 έως τον Ιούλιο 2021. Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου, που διενεργήθηκε κατά την 16^η εβδομάδα, η ομάδα των ασθενών που έλαβε δοσολογία του παράγοντα Bimekizumab κάθε 2 εβδομάδες παρουσίασε βέλτιστα αποτελέσματα έναντι των έτερων ομάδων συμμετεχόντων. Επιπλέον, το σύνολο των ομάδων των ασθενών, που έλαβε δοσολογία του βιολογικού παράγοντα Bimekizumab από την αρχή της μελέτης, εμφάνισε σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων της νόσου έναντι των συμμετεχόντων, που αρχικώς έλαβαν ποσότητα placebo. Συγκεκριμένα, κατά την προσέγγιση BE HEARD I τα αντίστοιχα ποσοστά των ασθενών ανέρχονται σε 138 (48%) από τους 289 ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε ποσότητα του παράγοντα Bimekizumab έναντι των 21 (29%) από τους 72 ασθενείς της ομάδας ελέγχου ([OR] 2,23 [97,5% CI 1,16-4,31]; p=0,0060). Αντιστοίχως, κατά την προσέγγιση BE HEARD II εντοπίστηκαν ομοίως θετικά αποτελέσματα, με τα αντίστοιχα ποσοστά να διαμορφώνονται σε 151 (52%) από τους 291 ασθενείς της ομάδας που έλαβαν δοσολογία του παράγοντα Bimekizumab έναντι των 24 (32%) από τους 74 ασθενείς στην ομάδα ελέγχου (2,29 [1,22-4,29]; p=0,0032). Στην προσέγγιση BE HEARD II, ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών, που έλαβε δοσολογία Bimekizumab κάθε 4 εβδομάδες, παρουσίασε HiSCR50, με τα ποσοστά αυτών να ανέρχονται συγκεκριμένα σε 77 [54%] από τους 144 ασθενείς έναντι των 24 [32%] από τους 74 ασθενείς στους οποίους δόθηκε ουσία placebo (2,42 [1,22-4,80]; p=0,0038). Τα θετικά αποτελέσματα, που καταγράφησαν, διατηρήθηκαν και σε ορισμένες περιπτώσεις ενισχύθηκαν μέχρι και την 48^η εβδομάδα ελέγχου. Σε ό,τι αφορά την εκδήλωση παρενεργειών, εντοπίστηκαν μικρής έντασης παρενέργειες σε μόλις 40 (8%) ασθενείς, που μετείχαν στην BE HEARD I, και σε 24 (5%) ασθενείς που μετείχαν στην BE HEARD II, οι οποίοι έλαβαν δοσολογία

Bimekizumab για χρονικό διάστημα 48 εβδομάδων. Με βάση τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, η χορήγηση του βιολογικού παράγοντα Bimekizumab κρίνεται ως ασφαλής και αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, ιδίως σε ασθενείς με μέτριας έως σοβαρής έντασης συμπτώματα αυτής (Kimball et al., 2024).

Στο πεδίο της υιοθέτησης βιολογικών θεραπευτικών προσεγγίσεων κατά τη διαχείριση των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας επιχειρήθηκε και η αντιμετώπιση αυτών μέσω της χορήγησης του μονοκλωνικού IgG1κ αντισώματος Secukinumab, με τη μελέτη των Kimball και συν. (2023) να εστιάζει στην αποσαφήνιση των επιπέδων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της προτεινόμενης αυτής θεραπευτικής παρέμβασης. Δύο πανομοιότυπες τυχαιοποιημένες και διπλά τυφλοποιημένες μελέτες SUNSHINE και SUNRISE υλοποιήθηκαν με τη συμμετοχή ασθενών ηλικίας άνω των 18 ετών, οι οποίοι παρουσίαζαν μέτριας έως σοβαρής έντασης συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 1 έτους πριν από την προσέγγισή τους. Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν στην τοπική εφαρμογή καθημερινώς αντισηπτικών σκευασμάτων επί των προσβεβλημένων περιοχών για το συνολικό χρονικό διάστημα υλοποίησης των μελετών. Σε αμφοτέρες τις μελέτες οι ασθενείς διαχωρίστηκαν τυχαία στην ομάδα 1, τα μέλη της οποίας έλαβαν δοσολογία του παράγοντα Secukinumab ίση με 300 mg κάθε 2 εβδομάδες, στην ομάδα 2, τα μέλη της οποίας έλαβαν δοσολογία Secukinumab 300 mg κάθε 4 εβδομάδες και στην ομάδα 3, στους ασθενείς της οποίας χορηγήθηκε ουσία placebo. Στη μελέτη SUNSHINE μετείχαν 676 ασθενείς, από τους οποίους οι 541 (80%; 304 [56%] γυναίκες και 237 [44%] άνδρες μέσης ηλικίας 36,1 ετών) διαχωρίστηκαν στις ανωτέρω περιγραφόμενες ομάδες. Ειδικότερα, στην ομάδα 1 μετείχαν συνολικά 181 [33%] ασθενείς, στην ομάδα 2 μετείχαν συνολικά 180 [33%] ασθενείς και στην ομάδα ελέγχου (3) μετείχαν συνολικά 180 [33%] ασθενείς. Αντιστοίχως, στη μελέτη SUNRISE από τους 687 ασθενείς οι 543 (79%; 306 [56%] γυναίκες και 237 [44%] άνδρες, μέσης ηλικίας 36,3 ετών) διαχωρίστηκαν στις αντίστοιχες ομάδες, με την ομάδα 1 να περικλείει 180 [33%] ασθενείς, ενώ στην ομάδα 2 μετείχαν 180 [33%] ασθενείς και τελικώς 183 [34%] ασθενείς αποτέλεσαν μέλη της ομάδας ελέγχου.

Με βάση τα αποτελέσματα των υλοποιούμενων μελετών, στη μελέτη SUNSHINE ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών, οι οποίοι έλαβαν δοσολογία του παράγοντα Secukinumab κάθε 2 εβδομάδες παρουσίασε θετικά αποτελέσματα, με 81 [45%] από τους

181 ασθενείς να εμφανίζουν απομείωση των συμπτωμάτων έναντι 60 [34%] από τους 180 ασθενείς, που μετείχαν στην ομάδα ελέγχου ([95% CI 1,1-2,7]; $p=0,0070$). Σημαντικό όμως είναι να αναφερθεί ότι δεν εντοπίστηκε σημαντική διαφοροποίηση των συμπτωμάτων στους ασθενείς, που μετείχαν στην ομάδα που έλαβε δοσολογία του παράγοντα Secukinumab κάθε 4 εβδομάδες (75 [42%] από τους 180 ασθενείς) έναντι των ασθενών της ομάδας ελέγχου ($p=0,042$). Σε ό,τι αφορά στη μελέτη SUNRISE, οι ασθενείς που έλαβαν δοσολογία του παράγοντα Secukinumab κάθε 2 εβδομάδες παρουσίασαν αυξημένα θετικά αποτελέσματα στην πορεία εξέλιξης της νόσου έναντι της ομάδας των ασθενών στους οποίους δόθηκε δοσολογία Secukinumab κάθε 4 εβδομάδες, καθώς και στους ασθενείς της ομάδας ελέγχου ($p=0,015$ και $p=0,0022$, αντίστοιχα). Τα ανωτέρω θετικά αποτελέσματα διατηρήθηκαν έως τον επανέλεγχο των ασθενών κατά την 52^η εβδομάδα, με την εκδήλωση μηδαμινών παρενεργειών μεταξύ των οποίων ως συνηθέστερη αναφέρεται η πρόκληση ημικρανίας. Συγκεκριμένα, στη μελέτη SUNSHINE παρενέργειες αυτής της μορφής εμφανίσθηκαν σε 17 [9%] ασθενείς που ανήκαν στην ομάδα που έλαβε δοσολογία του βιολογικού παράγοντα Secukinumab κάθε 2 εβδομάδες και σε 20 [11%] ασθενείς της ομάδας που έλαβε δοσολογία Secukinumab κάθε 4 εβδομάδες. Ομοίως, στη μελέτη SUNRISE παρενέργειες καταγράφησαν σε 21 [12%] ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε δοσολογία του παράγοντα Secukinumab για χρονικό διάστημα κάθε 2 εβδομάδων και σε 17 [9%] ασθενείς της ομάδας που έλαβε δοσολογία Secukinumab κάθε 4 εβδομάδες. Τα ανωτέρω ευρήματα συνηγορούν υπέρ της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της χρήσης του μονοκλωνικού αντισώματος Secukinumab με στόχο τη διαχείριση των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, με τη θετική δράση αυτού να διατηρείται για χρονικό διάστημα 52 εβδομάδων θεραπείας (Kimball et al., 2023).

Σε όμοιο πεδίο, η μελέτη των Zouboulis και συν. (2024) εστίασε, επίσης, στη διερεύνηση των επιπέδων αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της αξιοποίησης του μονοκλωνικού αντισώματος Secukinumab στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας. Βασιζόμενοι στα θετικά αποτελέσματα της προγενέστερης μελέτης των Kimball και συν. (2023), οι ερευνητές στη συγκεκριμένη μελέτη επεδίωξαν να εξετάσουν ομοίως τα επίπεδα αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της χορήγησης Secukinumab σε ασθενείς που παρουσιάζουν μέτριας έως σοβαρής έντασης συμπτώματα της νόσου. Με έναυσμα επομένως τις μελέτες SUNSHINE και SUNRISE οι συμμετέχοντες στη μελέτη ασθενείς διαχωρίστηκαν με τρόπο τυχαίο στην ομάδα SECQ2W, τα μέλη της

οποίας έλαβαν δοσολογία του παράγοντα Secukinumab κάθε 2 εβδομάδες και στην ομάδα SECQ4W, οι ασθενείς της οποίας έλαβαν δοσολογία Secukinumab κάθε 4 εβδομάδες, με τα μέλη της ομάδας ελέγχου να λαμβάνουν ουσία placebo για χρονικό διάστημα 16 εβδομάδων. Με το πέρας των 16 εβδομάδων, οι ασθενείς των ομάδων SECQ2W και SECQ4W συνέχισαν να ακολουθούν το ίδιο θεραπευτικό πρωτόκολλο, ενώ οι ασθενείς της ομάδας ελέγχου διανεμήθηκαν είτε στην ομάδα SECQ2W είτε στην ομάδα SECQ4W για χρονικό διάστημα 52 εβδομάδων.

Συνολικά 1084 ασθενείς μετείχαν στη συγκεκριμένη μελέτη, τα αποτελέσματα της οποίας αποκάλυψαν ότι μετά το πέρας των 16 εβδομάδων οι συμμετέχοντες των ομάδων που έλαβαν δοσολογία του παράγοντα Secukinumab παρουσίασαν θετικές αποκρίσεις σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου σε ό,τι αφορά τη δοκιμασία HiSCR, με ομοίως θετικά αποτελέσματα στις δοκιμασίες AN count, NRS30 και IHS4-55. Ο έλεγχος των ασθενών υλοποιήθηκε διακριτά σε ό,τι αφορά τους ασθενείς, που είχαν λάβει στο παρελθόν έτερης μορφής βιολογική θεραπεία έναντι των ασθενών, οι οποίοι είχαν επιλέξει στο παρελθόν θεραπευτικά σχήματα μη βιολογικής φύσης. Συγκεκριμένα, 255 (23,5%) συμμετέχοντες είχαν λάβει στο παρελθόν κάποιας μορφής βιολογική θεραπεία, από τους οποίους οι 80 ανήκαν στην ομάδα SECQ2W, οι 81 στην ομάδα SECQ4W και οι 94 στην ομάδα ελέγχου, ενώ 829 (76,5%) δεν είχαν λάβει καμίας μορφής βιολογική θεραπεία, από τους οποίους οι 281 μετείχαν στην SECQ2W, οι 279 στην ομάδα SECQ4W και οι 269 στην ομάδα ελέγχου. Από τους συμμετέχοντες εξίσου θετικά αποτελέσματα παρουσίασαν τόσο οι ασθενείς που έλαβαν στο παρελθόν βιολογική θεραπεία {SECQ2W 37,0% [odds ratio (OR) 1,60, 95% confidence interval (CI) 0,83-3,08]; SECQ4W 38,8% [OR 1,67, 95% CI 0,86-3,22]; placebo 27,3%} όσο και εκείνοι που δεν είχαν λάβει καμία βιολογική θεραπεία [SECQ2W 45,6% (OR 1,64, 95% CI 1,15-2,33); SECQ4W 45,4% (OR 1,61, 95% CI 1,13-2,29); placebo 34,2%]. Τα ανωτέρω ευρήματα αποκάλυψαν τη θετική επίδραση της χορήγησης του βιολογικού παράγοντα Secukinumab σε ασθενείς με μέτριας έως σοβαρής έντασης συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, ανεξαρτήτως εάν είχαν λάβει στο παρελθόν έτερης μορφής βιολογική θεραπεία (Zouboulis et al., 2024).

Η μελέτη των Ben Abdallah και συν. (2024), αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα προώθησης καινοτόμων θεραπευτικών σχημάτων έναντι της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, επιχείρησε την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της heat shock protein 90 inhibition RGRN-305, ως θεραπευτικής προσέγγισης κατά τη διαχείριση των μέτριας έως σοβαρής

έντασης συμπτωμάτων της νόσου. Η συγκεκριμένη διπλή, τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη περιελάμβανε μια περίοδο ελέγχου διάρκειας από την ημέρα 1 έως την 30^η ημέρα, μια περίοδο 16 εβδομάδων θεραπείας και μια περίοδο 4 εβδομάδων επανελέγχου. Στη μελέτη μετείχαν 15 συνολικά ασθενείς με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα, ηλικίας 18 ετών και άνω, από τους οποίους οι 10 [67%] ήταν γυναίκες, οι οποίοι παρουσίαζαν συμπτώματα μέτριας έως σοβαρής έντασης σε τουλάχιστον 2 διακριτές ανατομικές περιοχές του σώματος. Οι συμμετέχοντες ασθενείς διαχωρίστηκαν με τρόπο τυχαίο στην ομάδα εκείνων που έλαβαν δοσολογία RGRN-305 με τη μορφή δισκίου 250 mg και στην ομάδα ελέγχου, τα άτομα της οποίας έλαβαν 1 δόση ουσίας placebo ημερησίως. Ο θεραπευτικός στόχος που τέθηκε ήταν η κατάκτηση του επιπέδου Hidradenitis Suppurativa Clinical Response 50 (HiSCR-50) κατά την 16^η εβδομάδα, με την αξιολόγηση των ασθενών να υλοποιείται μέσω των δοκιμασιών Hidradenitis Suppurativa Physician's Global Assessment, της Κλίμακας Dermatology Life Quality Index scores, καθώς και αντίστοιχης κλίμακας αξιολόγησης των επιπέδων του πόνου. Η κατάκτηση του πρωταρχικού στόχου HiSCR-50 κατά την 16^η εβδομάδα υπήρξε δυνατή για ένα σημαντικό ποσοστό της ομάδας των ασθενών που έλαβε δοσολογία RGRN-305 (60% [6 από τους 10]) σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου (20% [1 από τους 5 ασθενείς]). Ομοίως θετικά αποτελέσματα εντοπίστηκαν αναφορικά με τα έτερα σημεία ελέγχου, με το 50% (5 από τους 10 ασθενείς) να επιδεικνύουν HiSCR-75 και 30% (3 από τους 10) να εμφανίζουν HiSCR-90. Αντίθετα, κανένας συμμετέχοντας από την ομάδα ελέγχου δεν κατόρθωσε να κατακτήσει τις αντίστοιχες τιμές HiSCR-75 και HiSCR-90. Το συγκεκριμένο πρωτεϊνικό σχήμα RGRN-305 κρίθηκε ως ανεκτό από τους ασθενείς, δίχως να οδηγεί στην πρόκληση σοβαρών παρενεργειών, σημείο το οποίο υποστηρίζει την αξιοποίησή του ως καινοτόμου θεραπευτικού μηχανισμού έναντι των συμπτωμάτων της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας (Ben Abdallah et al., 2024).

Σε αντίστοιχο πεδίο, η μελέτη των Kimball και συν. (2022) επικεντρώθηκε στην αποσαφήνιση του ρόλου της IL-17A στη διαχείριση μέτριας έως σοβαρής έντασης συμπτωμάτων της νόσου. Κατά τη συγκεκριμένη μελέτη υλοποιήθηκαν ιστολογικοί έλεγχοι σε συνολικά 19 ασθενείς με συμπτώματα Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, έναντι 8 υγιών ατόμων. Στους 19 ασθενείς εφαρμόστηκε θεραπευτικό πρωτόκολλο με την χορήγηση είτε του παράγοντα CJM112, ενός anti-IL-17A IgG1/κ μονοκλωνικού αντισώματος, σε δοσολογία 300 mg (n=33) είτε ουσίας placebo (n=33). Η αξιολόγηση της απόκρισης των συμμετεχόντων στη χορήγηση του παράγοντα CJM112 υλοποιήθηκε μέσω της εφαρμογής

της δοκιμασίας αξιολόγησης HS-Physician Global Assessment (HS-PGA) κατά την 16^η εβδομάδα. Οι υλοποιούμενες ιστολογικές αναλύσεις αποκάλυψαν την παρουσία ετερόλογων κυτταρικών σχηματισμών επί του δέρματος των ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, με την παρουσία του γενετικού στίγματος της IL-17A να εμφανίζεται ισχυρή έναντι των υγιών συμμετεχόντων. Με βάση τους ελέγχους, που διενεργήθηκαν, εντοπίστηκε σημαντικά υψηλότερη απόδοση HS-PGA των ασθενών που έλαβαν τον παράγοντα CJM112 σε σύγκριση με τα μέλη της ομάδας ελέγχου (32,3% έναντι 12,5%). Η συγκεκριμένη μελέτη συνέβαλε στην αποσαφήνιση του ρόλου του μονοπατιού της IL-17A στην παθογένεση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, υποστηρίζοντας ταυτοχρόνως τη θετική δράση της χορήγησης του μονοκλωνικού αντισώματος CJM112 κατά την διαχείριση των συμπτωμάτων αυτής (Kimball et al., 2022).

Στο πεδίο της αντιμετώπισης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας και ειδικότερα σε περιπτώσεις κατά τις οποίες έτερες υλοποιούμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν έχουν επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, επιχειρείται η χειρουργική προσέγγιση των δερματικών βλαβών. Η επιλογή της χειρουργικής παρέμβασης βασίζεται στο γεγονός ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων η υιοθέτηση μη χειρουργικών θεραπευτικών σχημάτων τείνει να μην οδηγεί στη μακροχρόνια ίαση. Η μελέτη των Gierek και συν. (2023) υπογραμμίζει την αξιοποίηση της χειρουργικής παρέμβασης ως την περισσότερο αποδεκτή μέθοδο στο πεδίο αντιμετώπισης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, προβάλλοντας τα θετικά αποτελέσματα, που συνοδεύουν την εφαρμογή της. Η συγκεκριμένη μελέτη υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή συνολικά 31 ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, ακολουθώντας την κλασική μέθοδο αποκατάστασης. Από το σύνολο των συμμετεχόντων ασθενών, το 83,87% θεραπεύθηκε πλήρως, με την επανεμφάνιση των δερματικών βλαβών να αφορά μόλις έναν ασθενή (3,23%) από το σύνολο των συμμετεχόντων, όπως διαπιστώθηκε κατά το διάστημα του εξαμήνου επανελέγχου της κατάστασής του. Οι ερευνητές εντόπισαν την παρουσία στατιστικά σημαντικής θετικής συσχέτισης ($p < 0,050$) ανάμεσα στην ηλικία και το Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) των ασθενών, τη διάρκεια της νόσου και το χρόνο διάγνωσης αυτής. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος, επιπροσθέτως, καταγράφηκε ότι παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με τη διάρκεια της νόσου και την εξελικτική πορεία αυτής. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης αυτής, η χειρουργική παρέμβαση αποτελεί αποτελεσματική μέθοδο στη διαχείριση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, η οποία συνοδεύεται από ελάχιστη

πιθανότητα επανεμφάνισης των συμπτωμάτων αυτής σε διάστημα 6 μηνών από τη διενέργειά της. Η πλήρης ίαση των ασθενών, όπως διαπιστώθηκε στην παρούσα μελέτη, υποστηρίζει το θετικό θεραπευτικό αποτέλεσμα της συγκεκριμένης μεθόδου (Gierek et al., 2023).

Τα θετικά αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης υποστηρίζει και η μελέτη των Fertitta και συν. (2020), μέσω της οποίας επιχειρήθηκε η αποσαφήνιση των επιπέδων επανεμφάνισης των συμπτωμάτων της νόσου σε ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, οι οποίοι υποβλήθησαν σε χειρουργική επέμβαση αντιμετώπισης αυτής. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 75 ασθενείς, μέσης ηλικίας 31,4 ετών (εύρος ηλικίας των συμμετεχόντων 16 έως 71 ετών), από τους οποίους οι 36 ήταν γυναίκες, με το σύνολο των ασθενών να υπόκειται σε συνολικά 115 χειρουργικές επεμβάσεις. Η εκτίμηση της επανεμφάνισης των βλαβών μετά τη διενέργεια χειρουργικής προσέγγισης εκτιμήθηκε σε απόσταση μικρότερη του 1 cm από την δημιουργούμενη ουλή. Από τους συμμετέχοντες, οι 70 (60%) ανήκαν στο στάδιο Hurley III πριν από την επέμβαση. Από το σύνολο των 115 χειρουργικών παρεμβάσεων, το 53% (61/115) περιελάμβανε ευρεία αφαίρεση της υφιστάμενης βλάβης, ενώ στο 43% (50/115) επιχειρήθηκε μειωμένου εύρους αφαίρεση. Οι περιοχές, που προσεγγίσθηκαν, αφορούσαν τις πτυχές της μασχαλιαίας περιοχής (n=46, 40%), την περιοχή των γλουτών (n=15, 13%), τη γενετήσια περιοχή (n=13, 11%), την περιοχή του περινέου (n=12, 10%) και τις πτυχές της βουβωνικής περιοχής (n=18, 16%). Κατά την υλοποίηση των χειρουργικών επεμβάσεων εντοπίστηκαν 11 (10%) επιπλοκές και 40 (35%) επανεμφανίσεις των βλαβών στους συμμετέχοντες ασθενείς, με την ανάλυση των αποτελεσμάτων να καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η διενέργεια μονού σταδίου χειρουργικής επέμβασης σχετίζεται με την πιθανότητα επανεμφάνισης της νόσου [OR 3,2 (95% CI 1,4-7,3), P=0,005]. Επιπλέον, από το σύνολο των συμμετεχόντων, οι 44 (52%) παρουσιάστηκαν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τα αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης, με την πλειονότητα αυτών (81%) να θεωρεί τη συγκεκριμένη μέθοδο ως βέλτιστο τρόπο προσέγγισης των συμπτωμάτων της νόσου. Με βάση τα ανωτέρω, η χειρουργική επέμβαση αναδεικνύεται σε μέθοδο υψηλής αποτελεσματικότητας έναντι της διαχείρισης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, συντελώντας στην αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών (Fertitta et al., 2020).

Κεφάλαιο 3: Ποιότητα ζωής

3.1 Εισαγωγή

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο επιχειρεί την αποσαφήνιση της έννοιας του επιπέδου της ζωής (βλ. ενότητα 3.2), αναλύοντας αρχικά τις διακριτές διαστάσεις αυτής (βλ. ενότητα 3.3) και υπογραμμίζοντας ταυτοχρόνως τη σαφή διασύνδεση, που υφίσταται μεταξύ τους. Επιπροσθέτως, επιχειρείται η περιγραφή των παραγόντων, που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής (βλ. ενότητα 3.4) και παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με την εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής του ατόμου (βλ. ενότητα 3.5).

Παράλληλα, εντός του κεφαλαίου αυτού τελείται η περιγραφή της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (βλ. ενότητα 3.6), αναλύοντας τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της, ενώ σημαντική, επίσης, κρίνεται η διερεύνηση της εκτίμησης των επιπέδων της σχετιζόμενης με τη υγεία ποιότητας ζωής (βλ. ενότητα 3.7).

3.2 Εννοιολογική προσέγγιση του επιπέδου ζωής

Ως «*ποιότητα ζωής*» ή εναλλακτικά «*επίπεδο ζωής*» ορίζεται η προβαλλόμενη αντίληψη του ατόμου αναφορικά με τις συνθήκες διαβίωσής του, σύμφωνα με τις εγχειρόμενες προσωπικές του αξίες, τους στόχους, τις δημιουργούμενες ανησυχίες και τις μελλοντικές του προσδοκίες. Η έννοια της «*ποιότητας ζωής*» επιχειρεί να αντικατοπτρίσει το επίπεδο ικανοποίησης των φυσικών, νοητικών, ψυχο-συναισθηματικών και κοινωνικών αναγκών του ατόμου, συνθήκη η οποία αποκαλύπτει ότι η επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής συνεπάγεται την αλληλεπίδραση ενός πλήθους διακριτών παραμέτρων (Greco et al., 2015; Karimi & Brazier, 2016).

Με βάση τα ανωτέρω διαφαίνεται ότι η ποιότητα ζωής συνδέεται με τη σωματική, ψυχική και κοινωνικο-συναισθηματική ευημερία του ατόμου, επηρεάζοντας δυναμικά την ικανότητά του να τίθεται αντιμέτωπο με το σύνολο των δραστηριοτήτων, που διέπουν την καθημερινή του ζωή. Η κατάκτηση επομένως και η διατήρηση ενός επαρκούς επιπέδου ζωής σχετίζεται με τη διασφάλιση ενός συμπλέγματος παραγόντων ικανοποιητικής λειτουργικότητας, μέσω των οποίων καλύπτεται το σύνολο των διαστάσεων της σωματικής

ευεξίας, της νοητικής υγείας, της ψυχο-συναισθηματικής ισορροπίας και της κοινωνικής προσαρμοστικότητας και διάδρασης (Yadav, 2019; Requeno et al., 2020).

Στην πράξη, η ποιότητα της ζωής του ατόμου αποτελεί τη συνιστώσα δύο κυρίαρχων παραμέτρων, αφενός της ικανότητας του ατόμου να καλύπτει επαρκώς τις ανάγκες, που εγείρονται κατά την καθημερινή του διαβίωση, και να υλοποιεί βασικές δραστηριότητες, οι οποίες αντανακλούν τα επίπεδα της φυσικής, νοητικής, ψυχικής και κοινωνικο-συναισθηματικής του ευρωστίας, και αφετέρου της αγαλλίασης, που λαμβάνει από τη δυνατότητα να ελέγχει τη ζωή του και τις συνθήκες της καθημερινότητάς του (Ratcliffe et al., 2017). Κατά συνέπεια, μέσω της έννοιας της «*ποιότητας ζωής*» επιχειρείται η γνωστική κριτική προσέγγιση του επιπέδου ευχαρίστησης του ατόμου από τις συνθήκες διαβίωσής του και από το βαθμό κάλυψης των εγειρόμενων αναγκών του, παράμετρος η οποία συντελεί στην εκδήλωση συναισθημάτων ψυχο-συναισθηματικής ευημερίας και ολοκλήρωσης. Στον προσδιορισμό του επιπέδου της ποιότητας ζωής ενός ατόμου συνυπολογίζεται ταυτοχρόνως και ο βαθμός επίτευξης των προσωπικών του προσδοκιών και στόχων, καθώς επίσης και η αντίληψή του αναφορικά με την θέση του εντός του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, του οποίου και συνιστά ενεργό μέλος (Greco et al., 2015; Karimi & Brazier, 2016). Η θέση του ατόμου ως ισότιμου μέλους του κοινωνικού περιβάλλοντος συνδέεται στενά με την απόλαυση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής, με δεδομένο ότι μέσω της ενεργούς εμπλοκής, της κοινωνικής διάδρασης και της ομαλής διαβίωσης προβάλλεται ένα πλήθος ευκαιριών, που συνδυάζονται στη διαμόρφωση των συνθηκών της καθημερινότητας του (Yadav, 2019; Requeno et al., 2020).

Η προσέγγιση της έννοιας της «*ποιότητας ζωής*» πραγματοποιείται με βάση την υποκειμενική οπτική του κάθε ατόμου και σκιαγραφείται σύμφωνα με τις διακριτές παραμέτρους, που έχει το ίδιο θέσει αναφορικά με το επίπεδο της διαβίωσής του. Είναι επομένως αναμενόμενο κάθε άτομο να αντιλαμβάνεται με τρόπο διακριτό τα κριτήρια, με βάση τα οποία χαρακτηρίζεται το επίπεδο της ζωής του, παράμετρος η οποία δεν αποκλείεται να μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου, παρουσιάζοντας πιθανώς ποικίλες και έντονες τροποποιήσεις ανάλογα με τη συγκεκριμένη φάση του κύκλου της ζωής του (Casas, 2016; Maridal, 2017). Οι επικρατούσες συνθήκες της καθημερινότητας του ατόμου ομοίως επηρεάζουν αισθητά την αντίληψή του αναφορικά με το επίπεδο της ζωής του, αποκαλύπτοντας την ισχυρή αλληλεξάρτηση ενός πλήθους παραγόντων, που συνολικά συναποτελούν την ποιότητα της ζωής του (Germain et al., 2019).

Αναμφίβολα, επομένως, η ποιότητα της ζωής χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο συνεχών διακυμάνσεων, ανάλογα με την επικρατούσα οπτική, τις προσωπικές προσδοκίες και το ακριβές στάδιο στη ζωή του ατόμου. Συνιστά ουσιαστικά μια αμιγώς υποκειμενική αντίληψη, η οποία όμως συγχρόνως τείνει να εκτείνεται εντός ενός ευρύτερου κοινωνικο-πολιτισμικού πλαισίου, επηρεαζόμενη από ποικίλους εξωγενείς παράγοντες. Γίνεται αντιληπτό με βάση τα ανωτέρω, ότι η έννοια της «*ποιότητας ζωής*» αξιολογείται σύμφωνα με υποκειμενικά, όσο και αντικειμενικά κριτήρια, τα οποία σαφώς επηρεάζουν το επίπεδο διαβίωσης του κάθε ατόμου (Uysal & Sirgy, 2019; Requeno et al., 2020). Τα επίπεδα της ποιότητας ζωής μεταβάλλονται ανάλογα με τις ισχύουσες συνθήκες, που επικρατούν στην καθημερινότητά του και κατά τη διάδρασή του εντός ενός καθορισμένου περιβάλλοντος, καθώς προσδιορίζεται με βάση τα κοινωνικά δρώμενα της ζωής του, τα βιώματα και τις πρότερες εμπειρίες του, αλλά και τις αρχές και τις αξίες που προσδιορίζουν την μοναδικότητα της προσωπικότητάς του (Greco et al., 2015; Ingrand et al., 2018).

Σε ένα σύνολο περιπτώσεων η «*ποιότητα ζωής*» ταυτίζεται με την έννοια της επίτευξης ενός ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου και ειδικότερα με οικονομικές παραμέτρους, καθώς και με την κατοχή υλικο-οικονομικών αγαθών. Αν και δε δύναται να αμφισβητηθεί η αξία της διασφάλισης ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης μέσω της κατάκτησης επαρκών επιπέδων οικονομικής ευχέρειας, η έννοια της «*ποιότητας ζωής*» εκτείνεται στο σύνολο των τομέων, που αφορούν τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου, διαφεύγοντας από τα στενά όρια της στείρας απόκτησης οικονομικών αγαθών (Huang et al., 2017; Olsen & Misajon, 2020). Το κυρίαρχο εννοιολογικό πλαίσιο προσέγγισης της «*ποιότητας ζωής*» διαμορφώνεται μέσα από το συνυπολογισμό ποικίλων παραμέτρων, όπως είναι το επίπεδο φυσικής, νοητικής και ψυχο-συναισθηματικής ευεξίας, τα επίπεδα κοινωνικής διάδρασης και αποδοχής, ο διαθέσιμος ελεύθερος χρόνος, αλλά και η ικανότητα αντιμετώπισης των πολλαπλών προκλήσεων, που παρουσιάζονται στην καθημερινότητα του ατόμου (Ratcliffe et al., 2017; Uysal & Sirgy, 2019).

Μέσω της εκτίμησης της ποιότητας της ζωής του ατόμου επομένως περιγράφεται το επίπεδο των ιδιαίτερων συνθηκών, που επικρατούν στην καθημερινότητά του, οι οποίες επηρεάζουν την ικανότητα ομαλής αλληλεπίδρασής του εντός του κοινωνικού συνόλου. Η αξιολόγηση των επιπέδων της ποιότητας ζωής αφορά τη δυνατότητα ολιστικής εκπλήρωσης βασικών βιολογικών, ψυχο-συναισθηματικών και κοινωνικών αναγκών του ατόμου, όπως αυτές διαμορφώνονται σύμφωνα με την υποκειμενική προσέγγιση και οπτική του, ενώ

συγχρόνως συνεκτιμάται και ο βαθμός ικανοποίησης, που λαμβάνει από την κάλυψη αυτών (Karimi & Brazier, 2016; Germain et al., 2019). Η σκιαγράφηση της ποιότητας ζωής με βάση τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες του ατόμου αναφορικά με τη θέση του στη ζωή, τις ανησυχίες και τις επιθυμίες του, αποκαλύπτει τη δυναμική της φύση ως σύμπλεγμα διακριτών παραμέτρων, που σχετίζονται με τις τρεις κύριες διαστάσεις της ζωής, τη φυσική κατάσταση, τη νοητική ευρωστία και την ψυχο-συναισθηματική ισορροπία (Crocker et al., 2021). Αναγνωρίζοντας την ευρεία έννοια, που ενέχει η ποιότητα της ζωής, καθώς και το πλήθος των στοιχείων, που μετέχουν στην αξιολόγηση αυτής, είναι αντιληπτό ότι η επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου της συνεπάγεται την προβολή μιας θετικής κοινωνικο-συναισθηματικής στάσης, αλλά και ενός επαρκούς βαθμού σωματικής δραστηριοποίησης, παραγόντων που επηρεάζουν αισθητά το βαθμό ικανοποίησης του ατόμου έναντι των συνθηκών της διαβίωσης του (Tay et al., 2015; Huang et al., 2017).

Η ποιότητα της ζωής, επομένως, αξιολογείται με βάση την υποκειμενική οπτική του κάθε ατόμου σε σχέση με την ευρωστία, την ευτυχία και την κάλυψη των υποκειμενικών του αναγκών, μέσα από τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης. Συγχρόνως, όμως, συνιστά την προβολή των ατομικών του αντιλήψεων σε σχέση με τη θέση του εντός του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, αποτελώντας ενεργό και ισότιμο μέλος αυτού, αλλά και την αντανάκλαση των πεποιθήσεών του αναφορικά με τη δυνατότητα επίτευξης των προσωπικών στόχων και προσδοκιών του, επιδιώκοντας τη βελτιστοποίηση των συνθηκών διαβίωσης του (Casas, 2016; Germain et al., 2019).

3.3 Διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Η εννοιολογική προσέγγιση της «*ποιότητας ζωής*» αποκαλύπτει την πολυ-παραγοντική της φύση, η οποία σχετίζεται με τις τρεις κύριες διαστάσεις της διαβίωσης του ατόμου και διαμορφώνεται μέσα από την επίτευξη της φυσικής, ψυχο-συναισθηματικής και κοινωνικής του ευεξίας. Οι ανωτέρω διαστάσεις αλληλοεπηρεάζονται και συμβάλουν ισότιμα στην κατάκτηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής, με την πιθανή απουσία οποιασδήποτε από αυτές να δρα ανασταλτικά, βάλλοντας τη συνολική ποιότητα διαβίωσης (Olsen & Misajon, 2020; Crocker et al., 2021). Ειδικότερα, η σωματική ευεξία αφορά την αντίληψη, που προβάλλει το άτομο αναφορικά με τη φυσική του υγεία και τα επίπεδα λειτουργικότητας του. Η ψυχική ευεξία σχετίζεται εν γένει με την κατάκτηση ενός επαρκούς επιπέδου ψυχο-

συναισθηματικής ισορροπίας, παράμετρος που οδηγεί στην εκδήλωση συναισθημάτων αγαλλίασης, ενώ η κοινωνική ευεξία αναφέρεται στη διατήρηση ενός υγιούς επιπέδου κοινωνικών επαφών, τις οποίες αναπτύσσει το άτομο εντός των ποικίλων τομέων της κοινωνικής του διάδρασης (Ratcliffe et al., 2017). Η αλληλεπίδραση των ανωτέρω διαστάσεων στοιχειοθετεί την ολιστική αντίληψη του ατόμου σε σχέση με την ποιότητα της ζωής του και απαιτείται η κάλυψη κάθε μιας από αυτές σε ένα αποδεκτό για το κάθε άτομο επίπεδο, σύμφωνα με τις υποκειμενικές του αντιλήψεις, προκειμένου να θεωρηθεί ότι έχει κατακτηθεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής (Maridal, 2017; Zheng et al., 2018).

Ταυτόχρονα, είναι αντιληπτό ότι κάθε μεταβολή σε οποιασδήποτε από τις διαστάσεις, που συλλογικά διαμορφώνουν την έννοια της ποιότητας της ζωής, δύναται να επηρεάσει αισθητά την εικόνα, την οποία έχει θέσει το άτομο αναφορικά με το επίπεδο διαβίωσής του, διαταράσσοντας έντονα το βαθμό ικανοποίησής του. Η φυσική ευεξία προσδιορίζει τα επίπεδα ψυχολογικής ευεξίας και ομοίως καθορίζεται από αυτή, ενώ εξίσου δυναμική είναι η αλληλεπίδρασή τους αναφορικά με τη διαμόρφωση των επιπέδων κοινωνικής ευεξίας, αποκαλύπτοντας τους ισχυρούς δεσμούς, που αναπτύσσονται μεταξύ των τριών υφιστάμενων διαστάσεων (Crocker et al., 2021; Sapena et al., 2021).

Η φυσική ευεξία συσχετίζεται με τα επίπεδα υγιούς λειτουργίας του οργανισμού, εμφανίζοντας ένα πλήθος διακριτών συνιστωσών με κυριότερη την απουσία εκδήλωσης οποιουδήποτε νοσήματος. Η άρτια λειτουργική δυναμική του ατόμου συνδέεται με την ικανότητά του να εκτελεί το σύνολο των δραστηριοτήτων, που απαιτούνται εντός της καθημερινότητάς του και οι οποίες αφορούν την κάλυψη των κύριων προσωπικών του αναγκών (Zheng et al., 2018; Olsen & Misajon, 2020). Αντιστοίχως, η ψυχο-συναισθηματική διάσταση προσδιορίζεται μέσα από την επίτευξη του συναισθήματος της ικανοποίησης του ατόμου από το επίπεδο διαβίωσής του και καθορίζεται από την ικανότητα του να προσαρμόζεται στις πολλαπλές μεταβολές των συνθηκών στην καθημερινότητα του. Η κατάκτηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ψυχο-συναισθηματικής ισορροπίας λειτουργεί επικουρικά στην προσπάθεια του ατόμου να τεθεί αντιμέτωπο με τα εμπόδια, που εγείρονται στη ζωή του, διαχειριζόμενο κάθε δυσκολία με σθένος και συσχετίζεται σημαντικά με το βαθμό σωματικής του ευεξίας (Maridal, 2017; Ingrand et al., 2018). Ομοίως, η κοινωνική διάσταση αφορά τις διαμορφωμένες διαπροσωπικές σχέσεις και καθορίζεται από την επίδραση αυτών στην καθημερινή διαβίωση του ατόμου. Η κοινωνική ευεξία συνεπώς επηρεάζεται από ποικίλες διακριτές παραμέτρους, όπως είναι η

οικογενειακή ζωή του ατόμου, τα επίπεδα κοινωνικής αποδοχής του, οι φιλικές σχέσεις, αλλά και η εργασιακή του ανέλιξη και ικανοποίηση. Η διατήρηση ενός ικανοποιητικού βαθμού κοινωνικής δραστηριοποίησης και διάδρασης, μέσα από τη συμμετοχή του ατόμου ως ισότιμου μέλους του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου, συνιστά ένα καίριο σημείο στην προσπάθεια διατήρησης ενός αποδεκτού επιπέδου διαβίωσης (Huang et al., 2017; Sapena et al., 2021).

Μολονότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η διασφάλιση ποιότητας στη ζωή του ατόμου συνυφαίνεται περιμετρικά της επίτευξης ενός ικανοποιητικού επιπέδου σωματικής υγείας και ευεξίας, μέσω της ολιστικής προσέγγισης των υφιστάμενων διαστάσεων αποκαλύπτεται η σημαντικότητα του συνόλου αυτών στη ζωή του ατόμου. Κάθε διάσταση συμβάλει μονομερώς στη σκιαγράφηση των συνθηκών, που επικρατούν στην καθημερινότητα του ατόμου, με το σύνολο αυτών να συντελεί συνδυαστικά στην προβολή της ολιστικής οπτικής του ατόμου αναφορικά με το επίπεδο ζωής του (Tay et al., 2015; Ingrand et al., 2018).

3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, ένα σύνολο διακριτών παραμέτρων τείνει να αλληλοεπιδρά, διαμορφώνοντας την αντιλαμβανόμενη ποιότητα της ζωής του. Η ευρεία έννοια της ποιότητας της ζωής τείνει να σχετίζεται με τα γεγονότα, τα οποία καλείται ο κάθε άνθρωπος να αντιμετωπίσει στην καθημερινότητά του, την οικονομική και κοινωνική του θέση, τις επιλογές και τις αποφάσεις που λαμβάνει, οι οποίες επηρεάζουν το επίπεδο διαβίωσής του, καθώς, επίσης, και τις διαπροσωπικές σχέσεις, τις οποίες αναπτύσσει. Η πολυπλοκότητα, η οποία χαρακτηρίζει την ανθρώπινη φύση, αντικατοπτρίζεται στην προσπάθεια του ατόμου να διασφαλίσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής, με το αποτέλεσμα αυτής να αντανακλάται στην ικανότητά του να επιτύχει την κάλυψη των ποικίλων προσωπικών του αναγκών (Greco et al., 2015; Ingrand et al., 2018). Στο πεδίο της επίτευξης ενός ποιοτικού επιπέδου ζωής βασική παράμετρος ομοίως αναδεικνύεται η στάση, την οποία διαμορφώνει το άτομο απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό. Στην πράξη, πρόκειται για την ικανότητα διαχείρισης των προσωπικών του υποθέσεων, τη δυνατότητα επιτυχούς επίλυσης των εγειρόμενων προβλημάτων και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των καθημερινών δυσκολιών, δεξιότητες οι οποίες συντελούν στην έγερση συναισθημάτων

ελέγχου της ζωής, συνθήκη που συμβάλει στη βελτιστοποίηση του επιπέδου της ποιότητάς της. Αν και το σύνολο των προσωπικών καθημερινών αναγκών του κάθε ατόμου ποικίλει, ανάλογα με τις προσδοκίες αυτού, η κάλυψή τους αναμφίβολα αποτελεί κύρια παράμετρο στην προαγωγή ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής (Huang et al., 2017; Ruggeri et al., 2020).

Συγχρόνως, η ποιότητα της ζωής παρουσιάζεται ότι συνδέεται άρρηκτα με το κοινωνικό περιβάλλον διαβίωσης του ατόμου, το οποίο σκιαγραφεί ένα πλήθος ποικίλων παραμέτρων, με βάση τις οποίες η ζωή του ατόμου κρίνεται ως ικανοποιητική. Μεταξύ των παραμέτρων αυτών συγκαταλέγονται η επαγγελματική εξασφάλιση, η απόκτηση ενός ικανοποιητικού οικονομικού υπόβαθρου και η καλλιέργεια υγιών διαπροσωπικών σχέσεων, οι οποίες ενέχουν καθοριστική επίδραση στην ποιότητα διαβίωσης του ατόμου (Crocker et al., 2021; Sapena et al., 2021).

Δεδομένου του γεγονότος ότι η επίτευξη της ποιότητας ζωής τελείται μέσω της συνδυαστικής προσέγγισης ποικίλων παραγόντων, αποδεικνύεται ιδιαίτερος περίπλοκη η διακριτή προσέγγιση αυτών, συνθήκη η οποία, επιπρόσθετα, ενισχύεται λόγω του αμιγούς προσωπικού χαρακτήρα εκτίμησης των επιπέδων διαβίωσης του ατόμου, τα οποία διαμορφώνονται σύμφωνα με τις υποκειμενικές προσδοκίες και τις αντιλήψεις του. Αναμφίβολα, η ικανοποίηση κάθε παράγοντα μεταξύ αυτών ενισχύει τη συνολική θετική οπτική του ατόμου αναφορικά με την ποιότητα της ζωής του, δίχως όμως να απομειώνεται το γεγονός ότι πρόκειται για αλληλένδετα στοιχεία, ο συνδυασμός των οποίων διαμορφώνει τελικώς το επίπεδο διαβίωσης και διάδρασης του κάθε ατόμου (Greco et al., 2015; Marquez et al., 2020).

Η διάκριση των ανωτέρω παραγόντων σε υποκειμενικούς και αντικειμενικούς, αν και δύναται να επιχειρηθεί, δεν είναι εφικτό να επιτευχθεί απολύτως, δεδομένης της ισχυρής αλληλεπίδρασης αυτών. Ως υποκειμενικοί παράγοντες αναφέρονται η κατάκτηση των προσδοκώμενων στόχων, οι θετικές εμπειρίες της ζωής και το αίσθημα πληρότητας, που προκύπτει από την κάλυψη των καθημερινών αναγκών του ατόμου (Huang et al., 2017). Η υποκειμενική, επομένως, διάσταση της ποιότητας ζωής αναφέρεται στο συναίσθημα ευημερίας, το οποίο συνάδει με την ικανοποίηση, που αισθάνεται το άτομο με βάση το περιβάλλον διαβίωσής του, όπως αυτή αξιολογείται από το ίδιο, βασιζόμενη στα συναισθήματα, που του προκαλεί η ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια από την πορεία εξέλιξης της ζωής του (Gómez, et al., 2014; Ingrand et al., 2018).

Αντίστοιχα, στους αντικειμενικούς παράγοντες περιλαμβάνονται το οικονομικό υπόβαθρο, οι συνθήκες διαβίωσης, η κοινωνική θέση και η αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο, εντός του οποίου βιώνει το άτομο. Στην ουσία, η αντικειμενική διάσταση της ποιότητας της ζωής σχετίζεται με δείκτες της κοινωνικής ανάπτυξης και ευημερίας, συμπεριλαμβάνοντας παραμέτρους, όπως είναι ο κοινωνικο-πολιτικός βίος, οι οικονομικές εξελίξεις, η υγειονομική κατάσταση, το φυσικό περιβάλλον και η διασφάλιση των ατομικών και συλλογικών δικαιωμάτων εντός του συγκεκριμένου κοινωνικο-πολιτισμικού χώρου (Marquez et al., 2020; Ruggeri et al., 2020).

Η προσωπική αντίληψη αναφορικά με την ποιότητα ζωής του ατόμου αναπτύσσεται στην πράξη μέσω του συνδυασμού των επιπέδων ικανοποίησης των υποκειμενικών και αντικειμενικών παραγόντων, όπως αυτοί καταγράφονται στην καθημερινότητα του. Οι δείκτες αξιολόγησης, επομένως, της ποιότητας ζωής αναφέρονται σε υποκειμενικές και αντικειμενικές παραμέτρους, με την στάση του ατόμου να προβάλλεται μέσω στοιχείων, που προκύπτουν με βάση το προσωπικό, οικονομικό, κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον διαβίωσης του (Voukelatou et al., 2021; Crocker et al., 2021). Παράλληλα, στο πλαίσιο διαμόρφωσης των ανωτέρω αντιλήψεων αναφορικά με την ποιότητα ζωής, καίριο ρόλο διαδραματίζουν τα ίδια τα γνωρίσματα του ατόμου, η κοινωνικο-πολιτική του κουλτούρα, αλλά και οι οικογενειακές του καταβολές, παράγοντες μέσω των οποίων διαπλάθεται το σύνολο των προσδοκιών του αναφορικά με το επίπεδο της διαβίωσης του (Requeno et al., 2020; Sapena et al., 2021).

3.5 Εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής

Η αποτύπωση της ποιότητας ζωής του ατόμου, όπως αυτή καθορίζεται μέσω ατομικών και κοινωνικών κριτηρίων, δύναται να επιτρέψει τη σκιαγράφηση των συνθηκών διαβίωσης στην καθημερινότητά του, επιτρέποντας τη διαχείριση αυτών και τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διάδρασης. Θα πρέπει να διευκρινισθεί ότι μέσω της εκτίμησης της ποιότητας ζωής του ατόμου αποκαλύπτεται η αντίληψή του αναφορικά με την σωματική, συναισθηματική και ψυχοκοινωνική του κατάσταση, όπως αυτή υφίσταται σε συγκεκριμένη περίοδο της ζωής του. Οι ρυθμοί της ζωής μεταβάλλονται διαρκώς, και αναμένεται, επομένως, να επιφέρουν την τροποποίηση των προτεραιοτήτων και των προσωπικών αντιλήψεων και προσδοκιών του ατόμου, διαμορφώνοντας ποικιλοτρόπως το

σύνολο των αξιών και των ιδανικών, που διέπουν την καθημερινότητα του (Yadav, 2019; Crocker et al., 2021). Κρίνεται, συνεπώς, σημαντικό να προσδιορίζονται, σε κάθε περίπτωση, οι συνθήκες, που επικρατούν κατά τη συγκεκριμένη περίοδο στη ζωή του ατόμου και οι οποίες καθορίζουν τη γενικότερη κατάσταση αυτού, συμβάλλοντας στην προβολή μιας ορισμένης στάσης του έναντι των συνθηκών διαβίωσής του και, επομένως, συντελώντας με τρόπο καίριο στην αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής του (Ingrand et al., 2018; Voukelatou et al., 2021).

Τη διασφάλιση της έγκυρης και αξιόπιστης εκτίμησης της ποιότητας ζωής δυσχεραίνει η πολυδιάστατη και ισχυρά υποκειμενική προσέγγιση της έννοιας, με το κάθε άτομο να αναπτύσσει μια αμιγώς προσωπική οπτική αναφορικά με το επίπεδο διαβίωσής του. Ως απόρροια των ανωτέρω εντοπίζονται ποικίλες προσεγγίσεις και εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Οι τομείς, που κατά κύριο λόγο αξιολογούνται, είναι η σωματική αρτιότητα και λειτουργικότητα, η συναισθηματική ισορροπία, η νοητική διάγνωση και η κοινωνική διάδραση και αποδοχή (Ruggeri et al., 2020; Sapena et al., 2021). Στην προσπάθεια ολιστικής αξιολόγησης των επιπέδων ποιότητας ζωής του ατόμου επιδιώκεται η προσέγγιση του συνόλου των παραμέτρων αυτής, συνεκτιμώντας τις επιμέρους διαστάσεις της έννοιας. Αυτές περιλαμβάνουν τη σωματική ευεξία και την αντίληψη του ατόμου αναφορικά με τη σωματική του υγεία, την πνευματική και ψυχική του ευεξία, αλλά και την απουσία πιθανών επιβαρυντικών παραγόντων, που δύναται να βάλλουν την καθημερινότητά του. Συγχρόνως, επιχειρείται η αξιολόγηση των επιπέδων κοινωνικο-συναισθηματικής ισορροπίας του ατόμου, όπως αυτή καταγράφεται μέσα από την προσαρμογή και διάδραση του εντός του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου (Karimi & Brazier, 2016; Lerner, 2019).

Η εκτίμηση των επιπέδων της ποιότητας ζωής του ατόμου επιχειρείται μέσω της αξιοποίησης συγκεκριμένων εργαλείων και δεικτών, με τη βοήθεια των οποίων επιχειρείται η προσέγγιση του πολυπαραγοντικού της χαρακτήρα, με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής να μεταφράζονται σε δείκτες καθορισμού των επιπέδων της και τις ποικίλες εκφάνσεις της καθημερινής διαβίωσης του να συντελούν στη διαφοροποίηση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των συνθηκών της ζωής του (Crocker et al., 2021). Η συνεκτίμηση των ποικίλων, διακριτών και αλληλοεξαρτώμενων διαστάσεων αποτελεί βασικό ζητούμενο κατά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, επιδιώκοντας την αποτύπωση της ικανοποίησης του ατόμου, όπως αυτή προβάλλεται μέσω των προσεγγιζόμενων δεικτών. Με βάση στοιχεία

της παρατήρησης των επιλεγόμενων δεικτών επιχειρείται η αποτύπωση της ποιότητας ζωής, καταλήγοντας σε καίρια συμπεράσματα αναφορικά με το επίπεδο της (Gómez, et al., 2014; Yadav, 2019).

Είναι σαφές ότι η έγκυρη και αξιόπιστη εκτίμηση της ποιότητας ζωής του ατόμου βασίζεται στην κατάλληλη επιλογή των εφαρμοζόμενων μεθόδων και στην προσεκτική χρήση του αντίστοιχου εργαλείου αξιολόγησης αυτής. Ο στόχος της εκάστοτε ερευνητικής προσέγγισης και οι λόγοι, που συντελούν στην αναγκαιότητα προσδιορισμού των επιπέδων της ποιότητας ζωής προσδιορίζουν και το μέσο της εκτίμησής της. Δεν αποκλείεται η πιθανότητα χρήσης τροποποιημένων εργαλείων εκτίμησης, επιδιώκοντας τη βέλτιστη προσέγγιση του υπό μελέτη πληθυσμού και των ιδιαίτερων γνωρισμάτων αυτού (Marquez et al., 2020; Voukelatou et al., 2021).

Επιπροσθέτως, ο διαχωρισμός των αντικειμενικών και των υποκειμενικών παραμέτρων, που συνθέτουν την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής δεν είναι σε κάθε περίπτωση εφικτός, με την προσέγγιση της έννοιας να επηρεάζεται σημαντικά από την υφιστάμενη κατάσταση του ατόμου και την αντίληψή του αναφορικά με το επίπεδο των συνθηκών διαβίωσής του, όπως αυτή διαμορφώνεται στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Η παρουσία υποκειμενικών παραμέτρων, σε συνδυασμό με την έγερση συγχυτικών παραγόντων, δύναται να επηρεάσουν σημαντικά τα αποτελέσματα των προσεγγίσεων εκτίμησης και, συνεπώς, θα πρέπει να συνυπολογίζονται, δεδομένου του γεγονότος ότι επηρεάζουν τη στάση του ατόμου και διαφοροποιούν σημαντικά τα προβαλλόμενα δεδομένα (Gómez, et al., 2014; Ruggeri et al., 2020).

Ποικίλα εργαλεία μέτρησης έχουν σχεδιαστεί με στόχο την ολιστική διερεύνηση της ποιότητας της ζωής, βασιζόμενα στην αξιολόγηση διακριτών πτυχών της καθημερινότητας του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των παραμέτρων της σωματικής υγείας, της νοητικής λειτουργικότητας, της ψυχο-συναισθηματικής ευεξίας, της κοινωνικής διάδρασης, της οικονομικής ευχέρειας και της κοινωνικής αποδοχής. Τα ανωτέρω εργαλεία εκτίμησης, τα οποία αποτελούν μέσα αξιολόγησης με αυξημένη εξειδίκευση και με τη βοήθεια των οποίων επιχειρείται η προσέγγιση διαφορετικών, ανά περίπτωση, πληθυσμιακών ομάδων, δύναται να διακριθούν σε γενικά και σε ειδικά εργαλεία (Karimi & Brazier, 2016; Maridal, 2017). Ως γενικοί δείκτες εκτίμησης της ποιότητας ζωής αναφέρονται εργαλεία, που αποσκοπούν στην αξιολόγηση γενικευμένων παραμέτρων της καθημερινότητας του ατόμου. Στην ουσία, μέσω των εργαλείων αυτών επιχειρείται η προσέγγιση γενικών

διαστάσεων στη ζωή του ατόμου, όπως είναι για παράδειγμα το επίπεδο της σωματικής και ψυχοσυναισθηματικής του λειτουργικότητας και η δυνατότητα ικανοποίησης των καθημερινών αναγκών του. Αν και τα εργαλεία αυτής της μορφής δεν επιτρέπουν τον προσδιορισμό λεπτομερώς των συνθηκών διαβίωσης του ατόμου, παρέχουν σημαντικά στοιχεία αναφορικά με τη συνολική ποιότητα της ζωής του (Ingrand et al., 2018; Voukelatou et al., 2021).

Αντιθέτως, τα ειδικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής αφορούν, κατά κύριο λόγο, δείκτες εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής του ατόμου, επιχειρώντας την αποτύπωση αυτής σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ασθενών. Τα συγκεκριμένα εργαλεία αξιολόγησης εστιάζουν στην καταγραφή της αντίληψης του ατόμου αναφορικά με το επίπεδο της υγείας του και την επιρροή, που επιφέρει η εκδήλωση μιας συγκεκριμένης πάθησης ή ενός καθορισμένου ελλείμματος στην ποιότητα της ζωής του (Lerner, 2019; Requeno et al., 2020). Μέσω των εργαλείων αυτών είναι εφικτή η αξιολόγηση των ποικίλων μεταβολών, που δύναται να ενέχει η έγερση μιας ασθένειας στη ζωή του ατόμου, θέτοντας στο επίκεντρο την βέλτιστη επιλογή κατάλληλων θεραπευτικών προσεγγίσεων, ικανών να συνεισφέρουν στη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης για τον ασθενή (Yadav, 2019; Marquez et al., 2020). Τα ειδικά ερωτηματολόγια αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής δύναται να διακριθούν σε ερωτηματολόγια, τα οποία επιχειρούν την αξιολόγηση παραμέτρων της ζωής, που σχετίζονται με μια συγκεκριμένη νόσο, σε ερωτηματολόγια τα οποία αξιολογούν έναν καθορισμένο παράγοντα, που σχετίζεται με την υγεία του ατόμου, όπως είναι τα επίπεδα άλγους, σε ερωτηματολόγια, τα οποία αξιοποιούνται σε συγκεκριμένους τομείς της ιατρικής και αξιολογούν πιθανά προβλήματα, που αφορούν συγκεκριμένο σημείο του σώματος και σε εξατομικευμένα ερωτηματολόγια, στα οποία οι ερωτηθέντες έχουν τη δυνατότητα επιλογής των παραμέτρων της ζωής, που θεωρούν ότι επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της υγείας τους (Gómez, et al., 2014; Voukelatou et al., 2021).

Τα ειδικά εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής χαρακτηρίζονται κατά βάση από υψηλά επίπεδα ευαισθησίας, ικανά να επιτρέψουν την ανίχνευση μεταβολών, που τελούνται λόγω της εκδήλωσης συγκεκριμένου θέματος υγείας, με τους ασθενείς να παρουσιάζονται ιδιαίτερος δεκτικοί ως προς αυτά, δεδομένου του γεγονότος ότι σχετίζονται απόλυτα με το εντοπιζόμενο σε αυτούς πρόβλημα. Βασικό μειονέκτημα των εργαλείων αυτών αποτελεί η αδυναμία συνεκτίμησης έτερων, ευρύτερων παραμέτρων της

ποιότητας ζωής, καθώς και η αδυναμία εφαρμογής αυτών στην περίπτωση που απαιτείται η σύγκριση των επιπέδων της ποιότητας ζωής διακριτών, μεταξύ τους, πληθυσμιακών ομάδων (Marquez et al., 2020; Crocker et al., 2021).

3.6 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Το επίπεδο της προσωπικής υγείας, όπως εκτιμάται με βάση την υποκειμενική οπτική του ατόμου, παρουσιάζεται ως άρρηκτα συνδεδεμένο με την αντιλαμβανόμενη από το ίδιο ποιότητα της ζωής του, προάγοντας την υλοποίηση δράσεων με στόχο τη διασφάλιση ή ιδανικά τη βελτίωση του. Η επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής συσχετίζεται με την υγεία, με τη διατάραξη αυτής να επιφέρει σαφείς αλλοιώσεις στο επίπεδο διαβίωσης του ατόμου (Germain, Aballéa & Toumi, 2019; Lerner, 2019). Η ολιστική προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας ζωής συνάδει με την, ομοίως, ολιστική αντίληψη του όρου της υγείας, η οποία επεκτείνεται πέραν της σωματικής ευεξίας, συμπεριλαμβάνοντας τη νοητική και ψυχο-συναισθηματική ισορροπία του ατόμου. Σύμφωνα με την ανωτέρω θεώρηση, κατά την εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής δίνεται έμφαση στην υποκειμενική αντίληψη του ατόμου αναφορικά με τα επίπεδα υγείας αυτού, όπως αυτή διαμορφώνεται με βάση τα πρότερα βιώματά του και τις προσωπικές του προσδοκίες (Zheng et al., 2018; Kaplan & Hays, 2022).

Εντός ενός ευρύτερου πλαισίου, η εννοιολογική προσέγγιση της υγείας εκτείνεται πέραν από την απουσία της εκδήλωσης κάποιου νοσήματος και αφορά στη διασφάλιση μιας κατάστασης ολιστικής ευεξίας σε σωματικό, πνευματικό και ψυχο-συναισθηματικό επίπεδο. Η υγεία ενός ατόμου εμφανίζεται να εξαρτάται από ένα πλήθος παραμέτρων, που σχετίζονται με την καθημερινότητα αυτού, όπως αυτή εξελίσσεται εντός του περιβάλλοντος διαβίωσής του, με επίκεντρο τις σχέσεις και τις συνθήκες που επικρατούν εντός της καθημερινής του διάδρασης (Lerner, 2019; Oluchi et al., 2021). Πρόκειται για δυναμική κατάσταση, κατά την οποία το άτομο παρουσιάζεται ικανό να αντιμετωπίζει τα ποικίλα προβλήματα, που εγείρονται στην καθημερινότητά του, διαχειριζόμενο τις πιθανές διαταραχές, που βάζουν την ισορροπία στη ζωή του, μέσω της οποίας διαμορφώνεται το σύνολο των συνθηκών διαβίωσής του. Βασικό μέλημα του κάθε ατόμου αποτελεί ο προσδιορισμός των μέσων πρόληψης των πιθανών αυτών εμποδίων, αλλά και της

αντιμετώπισης των εκδηλώσεων ποικίλων δυσκολιών, που δυσχεραίνουν την ομαλή διαβίωσή του (Germain, Aballéa & Toumi, 2019; Mouelhi et al., 2020).

Η αντίληψη ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής δεν βασίζεται αποκλειστικά στην απουσία εκδήλωσης κάποιας μορφής νοσήματος προκύπτει μέσω της παραδοχής ότι τόσο η έννοια της ποιότητας ζωής, όσο και η έννοια της υγείας συνιστούν συνιστάμενες ενός συνόλου αλληλένδετων παραγόντων, όπως είναι βιολογικοί, πνευματικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικο-οικονομικοί, οι οποίοι επενεργούν σε κάθε τομέα της καθημερινότητας του ατόμου. Συνεπώς, κατά την εκτίμηση των επιπέδων υγείας κρίνεται ουσιαστική, πέραν της αξιολόγησης της βιολογικής ευεξίας του ατόμου, η ταυτόχρονη προσέγγιση του βαθμού ψυχολογικής και συναισθηματικής του αυτοπραγμάτωσης, σημεία τα οποία, ομοίως, επιδρούν σε σημαντικό βαθμό στη διαμόρφωση της ποιότητας της ζωής του (Oluchi et al., 2021; Kaplan & Hays, 2022). Για το λόγο αυτό, κάθε προτεινόμενη παρέμβαση στο πεδίο της ενδυνάμωσης της ποιότητας ζωής ατόμων, που βάλλονται από συγκεκριμένη νόσο, θα πρέπει να επιλέγεται με βάση τον πιθανό αντίκτυπό της στο σύνολο των διαστάσεων της υγείας τους, δίχως να περιορίζεται αποκλειστικά στη διαχείριση του επιπέδου της σωματικής λειτουργικότητας αυτών. Η ύπαρξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας συνιστά, συνεπώς, μια από τις σημαντικότερες συνιστώσες επίτευξης ενός αποδεκτού επιπέδου ποιοτικής ζωής, με την έννοια της ποιότητας ζωής, που σχετίζεται με την υγεία, να συνδέεται με την αίσθηση πληρότητας, που βιώνει το άτομο, όπως αυτή ορίζεται σύμφωνα με τις πεποιθήσεις, τις προσδοκίες, τις ανάγκες, αλλά και τις κοινωνικο-πολιτικές αξίες, οι οποίες διέπουν το σύνολο της ζωής του (Karimi & Brazier, 2016; Lerner, 2019).

Η συσχέτιση της ποιότητας ζωής και της υγείας αποτελούν απόρροια της υποκειμενικής εκτίμησης του ατόμου αναφορικά με τη λειτουργική του κατάσταση και αφορούν την επίδραση του επιπέδου της υγείας του στην κατάκτηση των καθημερινών του στόχων, ενώ, ομοίως, σημαντική κρίνεται εναλλακτικά η αποσαφήνιση του βαθμού περιορισμού της λειτουργικότητάς του, όπως αυτή καταγράφεται μέσω της αδυναμίας υλοποίησης των προσωπικών του επιδιώξεων (Zheng et al., 2018; Germain, Aballéa & Toumi, 2019). Κατά συνέπεια, κυρίαρχο ρόλο στην αξιολόγηση του επιπέδου της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαδραματίζει η αντίληψη του ατόμου αναφορικά με τη δυναμική και την αυτονομία του και το βαθμό, στον οποίο επηρεάζονται οι συνθήκες διαβίωσής του, όπως επίσης και το βαθμό στον οποίο οι προσδοκίες του,

αναφορικά με τη διασφάλιση ή τη βελτίωση της υγείας του, δύναται να επηρεάσουν την καθημερινότητά του (Mouelhi et al., 2020; Kaplan & Hays, 2022).

Αν και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής συνιστά αγαθό, το οποίο συσχετίζεται με τη λειτουργικότητα και την αυτο-εικόνα του ατόμου, στη διαμόρφωση των επιπέδων αυτής ομοίως καίριες κρίνονται οι προσωπικές και κοινωνικές μεταβολές, που επιφέρει στην καθημερινότητα του ατόμου, η εκδήλωση ασθενειών ή τραυματισμών. Με βάση την ανωτέρω θεώρηση, η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής συνιστά την εκτίμηση της ποιότητας των συνθηκών διαβίωσης του ατόμου με βάση όχι αποκλειστικά το προσδόκιμο της επιβίωσής του, αλλά θέτοντας στο επίκεντρο την ποιότητα των ετών αυτών, όπως αυτή σκιαγραφείται βασιζόμενη στην παρουσία σαφών ελλειμμάτων στην καθημερινή του ζωή (Karimi & Brazier, 2016; Lerner, 2019).

3.7 Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής

Η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής καθορίζεται σημαντικά από την άποψη, που διαμορφώνει το κάθε άτομο αναφορικά με το επίπεδο της υγείας του, συνιστώντας την αποτύπωση της υποκειμενικής του εκτίμησης σε σχέση με την λειτουργικότητα και την κατάστασή του, σύμφωνα με την προσωπική αντίληψη για την εικόνα του εαυτού του. Συγχρόνως, στο πεδίο αυτό συνυπολογίζεται η ικανοποίηση, που πιθανώς διαισθάνεται λόγω της παρεχόμενης σε αυτό φροντίδας, όπως αυτή αξιολογείται και πάλι υποκειμενικά σε σχέση με τις συνθήκες, που διέπουν την καθημερινότητά του (Mouelhi et al., 2020; Oluchi et al., 2021). Πρόκειται, επομένως, για δεδομένα, τα οποία απεικονίζουν την υποκειμενική θεώρηση του ατόμου έναντι της εικόνας του, προβάλλοντας πληροφορίες και δεδομένα, τα οποία πιθανόν να μην έχουν γίνει αντιληπτά από το οικείο περιβάλλον του (Germain, Aballéa & Toumi, 2019).

Το σύνολο των στοιχείων, που προκύπτουν με βάση την εκτίμηση της ποιότητας της ζωής του ατόμου σε σχέση με τα επίπεδα υγείας του, αποκαλύπτουν πληροφορίες βασικές στο πεδίο αποσαφήνισης της κατάστασής του, ιδίως εάν κρίνεται αναγκαία η προσπάθεια βελτιστοποίησης αυτής και απομείωσης των πιθανών προβλημάτων, που έχουν ανακύψει στη ζωή του. Μέσω της εκτίμησης της ποιότητας ζωής, που σχετίζεται με την υγεία, είναι εφικτή η βελτίωση της παρεχόμενης προς το άτομο θεραπείας και φροντίδας, ενώ ταυτοχρόνως συνιστά αξιόπιστο μέσο αξιολόγησης της έκβασης της πορείας διαχείρισης

της νόσου, αλλά και του βαθμού, στον οποίο το άτομο αναγνωρίζει και διαχειρίζεται την κατάστασή του (Lerner, 2019; Kaplan & Hays, 2022). Αναμφίβολα, η ανωτέρω προσέγγιση αξιολόγησης αναδεικνύεται σε ένα καίριο εργαλείο στρατηγικής στο πεδίο της κριτικής διερεύνησης της εξέλιξης της υγείας του ατόμου, συνεισφέροντας σημαντικά στην αποτύπωση της υποκειμενικής του αντίληψης, συνθήκη ουσιαστικής σημασίας στο πλαίσιο της βέλτιστης αντιμετώπισης της κατάστασης του (Olsen & Misajon, 2020).

Με βάση τα ανωτέρω, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτυπώνεται με βάση τις αντιλήψεις του ατόμου αναφορικά με την σωματική, νοητική, συναισθηματική και ψυχο-κοινωνική του κατάσταση, όπως επίσης και με τα επίπεδα επαρκούς λειτουργικότητας αυτού, ιδίως σε ό,τι αφορά την κάλυψη των καθημερινών του αναγκών. Η πολυδιάστατη αυτή έννοια, με τις πολλαπλές προεκτάσεις, οι οποίες καθορίζονται με βάση υποκειμενικά κριτήρια, δύναται να αξιολογηθεί με τη χρήση διακριτών εργαλείων, ικανών να παραθέσουν το σύνολο των συναισθημάτων και των αντιλήψεων του ατόμου αναφορικά με την εικόνα του εαυτού και την κατάσταση της προσωπικής του υγείας (Karimi & Brazier, 2016; Germain, Aballéa & Toumi, 2019). Το κάθε άτομο βιώνει με τρόπο μοναδικό τα πιθανά προβλήματα υγείας, που ταλανίζουν την καθημερινότητά του, με αποτέλεσμα να μην αποτελεί παράδοξο δύο άτομα, τα οποία βιώνουν συμπτώματα της ίδιας νόσου, να αξιολογούν με τρόπο διακριτό τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής τους (Kaplan & Hays, 2022).

Κεφάλαιο 4: Ποιότητα ζωής ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα ή Ανάστροφη Ακμή

4.1 Εισαγωγή

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο επιχειρεί τη διερεύνηση της επιρροής της εκδήλωσης της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, αναλύοντας τα πολλαπλά προβλήματα, που καλούνται να διαχειρισθούν οι πάσχοντες στην καθημερινότητα τους (βλ. ενότητα 4.2). Ειδικότερα, επιχειρείται η παράθεση μελετών, που αφορούν την ποιότητα ζωής ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα (βλ. ενότητα 4.2), αποσκοπώντας στην βέλτιστη αποσαφήνιση των πολλαπλών συνεπειών της νόσου στο επίπεδο διαβίωσης του πάσχοντος ατόμου, αλλά και της επιρροής των διακριτών θεραπευτικών προσεγγίσεων στην πορεία της ζωής του.

4.2 Επιρροές της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών

Ως χρόνια φλεγμονώδης νόσος, η Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα χαρακτηρίζεται από υψηλή επικινδυνότητα υποτροπιασμού, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών καθώς συνοδεύεται από αυξημένα επίπεδα ψυχο-συναισθηματικής επιβάρυνσης. Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια των περιόδων έξαρσης των συμπτωμάτων παρουσιάζονται παραμορφωτικές, φλεγμονώδεις κύστες, οι οποίες χαρακτηρίζονται ως άκρως επώδυνες, βάλλοντας την καθημερινότητα των πασχόντων και επηρεάζοντας την κατάκτηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης (Nguyen et al., 2021; Mortimore, Bullen & McMeniman, 2022). Αν και η Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα δε συνιστά στην πράξη νόσο απειλητική προς τη ζωή, η αδυναμία διαχείρισης των εγείρομενων συμπτωμάτων, όπως είναι ο έντονος κνησμός, η εκροή δύσοσμων εκκριμάτων, σε συνδυασμό με την εμφάνιση δυσμορφιών και δυσχρωμιών του δέρματος, οι οποίες προτάσσουν μια αλλοιωμένη «*εικόνα του εαυτού*», συντελούν στην απομείωση της ποιότητας ζωής, αποτελώντας παράγοντες προδιάθεσης έναντι της αυξημένης συχνότητας εκδήλωσης ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών, με κυριότερες την εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους (Montero-Vilchez et al., 2021).

Οι ασθενείς, ως χρόνια πάσχοντες, καλούνται να διαχειρισθούν μια σειρά έντονων στρεσογόνων καταστάσεων, οι οποίες περιορίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, ενώ δεν αποκλείεται να άπτονται και των επιλεγόμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων, μέσω της υιοθέτησης των οποίων επιχειρείται η διαχείριση της εξελικτικής πορείας της νόσου. Αντιστοίχως, οι ασθενείς συχνά τίθενται αντιμέτωποι με ζητήματα επαγγελματικής ή και διαπροσωπικής υφής, καθώς η εκδήλωση της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας επιφέρει σημαντικές μεταβολές στα επίπεδα εργασιακής τους διάδρασης ή ακόμη και στο πεδίο της σύναψης κοινωνικών και προσωπικών σχέσεων (Chernyshov et al., 2021).

Αναμφίβολα, η επιβαρυνόμενη κατάσταση της υγείας των πασχόντων σταδιακά ανάγεται σε αναπόσπαστο τμήμα της ταυτότητάς τους, με τον εκάστοτε ασθενή να παγιώνει μια διαταραγμένη καθημερινότητα, επηρεαζόμενη από την εμφάνιση, την έκταση και τη σοβαρότητα των υφιστάμενων δερματικών αλλοιώσεων. Η απομείωση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης συμβάλει στην παγίωση μιας εικόνας συνυφασμένης με την πορεία εξέλιξης των βλαβών, καθώς ο ασθενής βιώνει έντονα την επιδείνωση των συμπτωμάτων του ή την αδυναμία εντοπισμού της κατάλληλης προς αυτόν θεραπείας. Δεδομένου ότι η σωματική εικόνα του ατόμου αποτελεί ένα κυρίαρχο στοιχείο στο πλαίσιο της διαμόρφωσης της «*εικόνας του εαυτού*», με την οποιαδήποτε μεταβολή να εκλαμβάνεται ως απειλή, η εμφάνιση των δερματικών βλαβών ως απόρροια της εκδήλωσης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας εκλαμβάνεται ως παρακμή της αυτο-εικόνας, επιφέροντας τη σαφή διαταραχή της διάθεσης και της ψυχολογίας του ασθενούς και καταλήγει στην απομείωση της ποιότητας ζωής του (Mac Mahon et al., 2020; Kirsten et al., 2021).

4.3 Ανασκόπηση μελετών αναφορικά με την ποιότητα ζωής ασθενών με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα (ΔΙ) ή Ανάστροφη Ακμή

4.3.1 Συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας και της έκτασης των συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας και της επιρροής στην ποιότητα ζωής των ασθενών

Η μελέτη των Fabbrocini και συν. (2022) επιχείρησε την εκτίμηση του αντίκτυπου της εκδήλωσης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα της διαβίωσης και στα επίπεδα της λειτουργικότητας των ασθενών, εντός χρονικής περιόδου διάρκειας 9 μηνών. Η συγκεκριμένη επιδημιολογική μελέτη υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή ενηλίκων ασθενών στην Ιταλία με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, με τη σοβαρότητα αυτών να εκτιμάται σύμφωνα με τη σταδιοποίηση κατά Hurley και την υλοποίηση κλινικής εξέτασης

με βάση την Κλίμακα HS Physician's Global Assessment (HS-PGA). Η βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών εκτιμήθηκε μέσω του Ερωτηματολογίου HS Clinical Response (HiSCR) και ο αντίκτυπος της νόσου στη ζωή των ασθενών προσδιορίστηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων εκτίμησης της ποιότητας ζωής QoL, συμπεριλαμβανομένων της Κλίμακας HIDRADisk, της Κλίμακας Skindex-16, του Ερωτηματολογίου Dermatology Life Quality Index [DLQI]) και του Ερωτηματολογίου Work Productivity and Activity Impairment - General Health (WPAI:GH). Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 308 ασθενείς, μέσης ηλικίας $35,2 \pm 12,9$ ετών, από τους οποίους το 56,2% ήταν γυναίκες. Οι άνδρες ασθενείς ήταν μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τις γυναίκες, που συμμετείχαν στη μελέτη, με τη μέση ηλικία αυτών να ανέρχεται σε 37,4 έτη έναντι 33,5 ετών. Παράλληλα, οι άνδρες συμμετέχοντες παρουσίαζονταν να είναι περισσότερο εθισμένοι στο κάπνισμα, με τους καπνιστές να αφορούν το 74,1% των ανδρών έναντι του 60,1% των γυναικών, ενώ, επίσης, εμφάνιζαν αυξημένα επίπεδα σε ό,τι αφορά την κατανάλωση αλκοόλ έναντι των συμμετεχόντων γυναικών (34,1% άνδρες έναντι του 13,9% του συνόλου των γυναικών). Αντιθέτως, οι γυναίκες ασθενείς παρουσίαζονταν να είναι περισσότερο υπέρβαρες έναντι των ανδρών (34,10% γυναίκες έναντι του 22,22% των ανδρών). Κατά την έναρξη της μελέτης, η πλειονότητα των ασθενών (43,9%) κατατάσσονταν αναφορικά με τη σοβαρότητα της νόσου στο στάδιο 2, με βάση τη σταδιοποίηση κατά Hurley, με το 57,1% εξ αυτών να προβάλλει ένα μέτριο επίπεδο σοβαρότητας της νόσου, με βάση τις υλοποιούμενες εκτιμήσεις, σύμφωνα με την Κλίμακα HS-PGA. Σε ό,τι αφορά την ποιότητα της ζωής τους, οι περισσότεροι ασθενείς παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα, όπως αποκαλύπτεται με τη βοήθεια των επιλεγόμενων ερωτηματολογίων. Συγκεκριμένα, η εκτίμηση των επιπέδων της ποιότητας ζωής, σύμφωνα με την Κλίμακα HIDRADisk, ανέρχεται σε $65,7 \pm 23,3$, με βάση την Κλίμακα Skindex-16 ανέρχεται σε $60,3 \pm 26,9$ και με βάση το Ερωτηματολόγιο DLQI ανέρχεται σε $10,8 \pm 8,1$, με τους ασθενείς που βιώνουν σοβαρότερα συμπτώματα της νόσου να παρουσιάζουν και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης αποκαλύπτεται η σαφής επιρροή της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, με την εκδήλωση αυτής να συντελεί στην απομείωση των δεικτών της ποιότητας της ζωής τους (Fabbrocini et al., 2022).

Αντίστοιχη μελέτη των Οοί και συν. (2022), αναγνωρίζοντας την ψυχολογική επιβάρυνση που ενέχει η εκδήλωση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στη ζωή των ασθενών, επιχείρησε τη διερεύνηση της επιρροής της εμφάνισης της νόσου στην ποιότητα

ζωής ασθενών Ασιατικών κρατών, εστιάζοντας κατά κύριο λόγο στην επίδραση αυτής στο πεδίο της επαγγελματικής τους παραγωγικότητας. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 45 ασθενείς με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων των οποίων εκτιμήθηκε με βάση τη σταδιοποίηση κατά Hurley, την κλινική εκτίμηση όπως αυτή καταγράφηκε με τη βοήθεια επαγγελματιών υγείας και τη χρήση της Κλίμακας International Hidradenitis Suppurative Severity. Αντιστοίχως, η ποιότητα της ζωής των ασθενών αξιολογήθηκε με τη χρήση του Ερωτηματολογίου Dermatology Life Quality Index και του Ερωτηματολογίου Patient Global Assessment. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα υψηλότερα επίπεδα σοβαρότητας των συμπτωμάτων της νόσου και των χαμηλών επιπέδων ποιότητας ζωής των ασθενών, αλλά και των αυξημένων επιπέδων άγχους και κατάθλιψης, με αποτέλεσμα της εμφάνισης αυτών την απομείωση των επιπέδων παραγωγικότητας των ασθενών. Αντιστοίχως, δεν εντοπίστηκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στη σοβαρότητα της νόσου και σε άλλους τομείς της λειτουργικότητάς τους ή σε ό,τι αφορά τα επίπεδα αυτο-εκτίμησής τους, όπως αυτά αξιολογήθηκαν με τη βοήθεια της Κλίμακας Rosenberg Self-Esteem Scale. Τα ανωτέρω αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η εκδήλωση της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχο-συναισθηματική υγεία των ασθενών, βάλλοντας την ποιότητα ζωής τους και τα επίπεδα επαγγελματικής παραγωγικότητάς τους (Ooi et al., 2022).

Η εκδήλωση της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας συσχετίζεται με τη συνοδό εμφάνιση μεταβολικών συνδρόμων, καθώς και την παρουσία Στεφανιαίας Νόσου (coronary artery disease, CAD). Με στόχο την αποσαφήνιση της υφιστάμενης αυτής σχέσης, η μελέτη των Hung και συν. (2019) επιχείρησε την αποσαφήνιση των παραγόντων κινδύνου της εκδήλωσης καρδιαγγειακών παθήσεων και των επιπέδων επιπολασμού της Στεφανιαίας Νόσου σε ασθενείς με συμπτώματα Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας. Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης συλλέχθηκαν βασίζόμενα στη βάση δεδομένων National Health Insurance Research Database of Taiwan, αποκαλύπτοντας τα επίπεδα του υφιστάμενου κινδύνου παρουσίας υπέρτασης, Σακχαρώδους Διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας και Στεφανιαίας Νόσου σε ασθενείς με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα. Συνολικά στη μελέτη μετείχαν 478 ασθενείς προσφάτως διεγνωσμένοι με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα έναντι 1912 ασθενών με έτερα δερματολογικά νοσήματα. Η σύγκριση αυτών αποκάλυψε ότι οι ασθενείς με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κινδύνου εκδήλωσης

δυσλιπιδαιμίας (adjusted hazard ratio [aHR], 3,858; 95% confidence interval [CI], 2,785-5,346; $P < 0,001$), υπέρτασης (aHR, 1,910; 95% CI, 1,463-2,493; $P < 0,001$) και Σακχαρώδους Διαβήτη (aHR, 1,709; 95% CI, 1,127-2,591; $P = 0,012$). Επιπροσθέτως, αυξημένος εντοπίστηκε και ο κίνδυνος εκδήλωσης συμπτωμάτων Στεφανιαίας Νόσου (aHR, 2,722; 95% CI, 1,628-4,553; $P < 0,001$), γεγονός που υποδεικνύει τα αυξημένα επίπεδα εμφάνισης των ανωτέρω παθήσεων σε ασθενείς με συμπτώματα Διαβητικής Ιδρωταδενίτιδας (Hung et al., 2019).

Σε μελέτη των Schneider-Burrus και συν. (2021) διερευνήθηκε η επιρροή της εκδήλωσης της Διαβητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, επιδιώκοντας την αποσαφήνιση των ποικίλων παραμέτρων, που σχετίζονται με την απομείωση του επιπέδου αυτής. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 462 ασθενείς με συμπτώματα Διαβητικής Ιδρωταδενίτιδας, των οποίων τα επίπεδα της ποιότητας ζωής εκτιμήθηκαν με τη χρήση του Ερωτηματολογίου Dermatology Life Quality Index (DLQI). Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, η μέση εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών, σύμφωνα με την αξιολόγηση αυτής στο Ερωτηματολόγιο DLQI, ανερχόταν σε $13,18 \pm 7,99$, με το 40% των συμμετεχόντων ασθενών να αναφέρει την σοβαρή απομείωση της ποιότητας ζωής του και αντιστοίχως το 20% να αναφέρει την ιδιαίτερος σοβαρή μεταβολή της ποιότητας ζωής του. Η επιρροή της ποιότητας ζωής των ασθενών συσχετίστηκε με ένα σύνολο παραμέτρων, συμπεριλαμβανομένων του αριθμού των βλαβών, που εντοπίζονται επί του δέρματος, την περιοχή εμφάνισης αυτών και την σοβαρότητα της νόσου. Επιπροσθέτως, η μεταβολή της ποιότητας ζωής συσχετίστηκε με την εκδήλωση επιπλοκών, όπως είναι το οσφυϊκό άλγος και η εμφάνιση παχυσαρκίας. Η ποιότητας ζωής των ασθενών δεν επηρεάζεται από την επιλεγόμενη από αυτούς θεραπευτική προσέγγιση, είτε αυτή αφορούσε την υλοποίηση χειρουργικής παρέμβασης είτε τη λήψη κατάλληλης αντιβιοτικής θεραπείας. Παρουσιάστηκαν, όμως, αυξημένα επίπεδα απομείωσης των επιπέδων ποιότητας ζωής σε ασθενείς, οι οποίοι υποβλήθησαν στην αφαίρεση των αποστημάτων στο παρελθόν, έναντι εκείνων, που δεν επέλεξαν αυτή τη θεραπευτική μέθοδο. Η συγκεκριμένη μελέτη προσέγγισε την επιρροή της ποιότητας ζωής των ασθενών αποκλειστικά σε συσχέτιση με την υλοποίηση χειρουργικής επέμβασης και τη λήψη αντιβιοτικής θεραπείας, δίχως την ανάλυση της επιρροής των άλλων θεραπευτικών μεθόδων, γεγονός που εγείρει το ενδιαφέρον της διερεύνησης της πιθανής συσχέτισης αυτών με τα επίπεδα ποιότητας ζωής των ασθενών. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης καταγράφεται μια σαφής απομείωση

των επιπέδων ποιότητας ζωής των ασθενών με συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, κυρίως λόγω της έκτασης των προβαλλόμενων βλαβών επί της επιφάνειας του δέρματος (Schneider-Burrus et al., 2021).

Η μελέτη των Krajewski και συν. (2021), ομοίως, επικεντρώθηκε στην καταγραφή της επιρροής των επιπέδων της ποιότητας ζωής των ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, αναγνωρίζοντας τη σαφή επίδραση της εκδήλωσης της νόσου στην καθημερινότητα αυτών. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 1795 ασθενείς, των οποίων τα επίπεδα της ποιότητας ζωής εκτιμήθηκαν με την αξιοποίηση του Ερωτηματολογίου Dermatology Life Quality Index (DLQI). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι ασθενείς ανέφεραν την σαφή απομείωση της ποιότητας ζωής τους λόγω της εμφάνισης των συμπτωμάτων της νόσου, με το μέσο όρο των εκτιμήσεων στην κλίμακα DLQI να ανέρχεται σε $13,2 \pm 8,1$. Επιπροσθέτως, για το 22% των συμμετεχόντων τα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους μειώθηκαν σημαντικά λόγω της εμφάνισης της ασθένειας, με τις γυναίκες συμμετέχουσες να τείνουν να παρουσιάζονται περισσότερο ευάλωτες έναντι των ανδρών ασθενών ($p < 0,001$). Η απομείωση της ποιότητας ζωής συσχετίστηκε σημαντικά με την εκδήλωση συμπτωμάτων άλγους ($r = 0,581$, $p < 0,001$), καθώς και με την σοβαρότητα της νόσου, όπως αυτή εκτιμήθηκε με βάση την Κλίμακα International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4), αλλά και με βάση τη κατηγοριοποίηση κατά Hurley. Η παρουσία βλαβών σε εκτεθειμένες σε κοινή θέα περιοχές του σώματος, όπως είναι η περιοχή του λαιμού, συσχετίστηκε σημαντικά με τη μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, σε σχέση με την εμφάνιση αυτών σε έτερες περιοχές του σώματος ($14,7 \pm 8,3$). Τα ανωτέρω ευρήματα αποκαλύπτουν την αυξημένη επιρροή της παρουσίας των συμπτωμάτων της νόσου στα επίπεδα της ποιότητας ζωής των ασθενών, συνθήκη που αποκαλύπτει την αναγκαιότητα της υλοποίησης κατάλληλων προσεγγίσεων υποστήριξης τους (Krajewski et al., 2021).

Σε μεταγενέστερη μελέτη τους οι Krajewski και συν. (2022) επιχείρησαν την καταγραφή των επιπέδων της ποιότητας ζωής των ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, αξιοποιώντας ένα καινοτόμο ερευνητικό εργαλείο, το Ερωτηματολόγιο Hidradenitis Suppurativa Quality of Life-24 (HSQoL-24). Στη συγκεκριμένη μελέτη μετείχαν συνολικά 342 ασθενείς με συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ανωτέρω Ερωτηματολόγιο. Με βάση τις απαντήσεις αυτών αποκαλύφθηκε η σημαντική απομείωση της ποιότητας ζωής τους εξαιτίας της εκδήλωσης

της νόσου, με το μέσο όρο αυτών στο HSQoL-24 να καταγράφεται σε $58,3 \pm 21,0$. Οι γυναίκες ασθενείς έτειναν να επηρεάζονται σε σημαντικότερο βαθμό λόγω της εμφάνισης της νόσου έναντι των ανδρών συμμετεχόντων ($61,6 \pm 19,2$ έναντι $51,1 \pm 23,1$, $p < 0,001$). Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ασθένειας συσχετίστηκε σημαντικά με την εκτιμώμενη από τους ασθενείς ποιότητα ζωής τους, καθώς η ποιότητα ζωής αποδείχθηκε ότι συσχετίζεται σημαντικά με τον αριθμό των επηρεαζόμενων περιοχών του σώματος ($r = 0,285$, $p < 0,001$), αλλά και τη διάρκεια της νόσου ($r = 0,173$, $p = 0,001$). Παράλληλα, η ηλικία των ασθενών κατά την έναρξη των συμπτωμάτων συσχετίστηκε αρνητικά με την ποιότητα ζωής τους με βάση την εκτίμηση HSQoL-24 ($r = -0,182$, $p = 0,001$), ενώ ασθενείς, οι οποίοι διέμεναν με την οικογένειά τους, παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής έναντι των ασθενών, που διέμεναν μόνοι. Τα ανωτέρω ευρήματα υποστηρίζουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της αξιοποίησης του Ερωτηματολογίου HSQoL-24 στα πλαίσια της εκτίμησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα, αποκαλύπτοντας την σαφή απομείωση των επιπέδων αυτής λόγω της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης ασθένειας (Krajewski et al., 2022).

Στη μελέτη τους οι Jørgensen και συν. (2020) προσέγγισαν τους ποικίλους παράγοντες, που δύναται να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα, συντελώντας στην απομείωση των επιπέδων της. Η συγκεκριμένη μελέτη βασίστηκε στην αξιοποίηση του Ερωτηματολογίου Dermatology Life Quality Index (DLQI) και πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή συνολικά 339 ασθενών, μέσης ηλικίας 39,4 ετών, από τους οποίους οι 218 (64,3%) ήταν γυναίκες και οι 121 (35,7%) άνδρες. Η κλινική εκτίμηση της σοβαρότητας της νόσου βασίστηκε στη χρήση της σταδιοποίησης κατά Hurley, ενώ ταυτόχρονα εκτιμήθηκαν η διάρκεια εκδήλωσής της, ο αριθμός των εντοπιζόμενων βλαβών, η παρουσία πόνου, τα επίπεδα άγχους λόγω της εμφάνισης των συμπτωμάτων και η επιρροή αυτών στην επαγγελματική ζωή των ασθενών. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, οι 96 (28,3%) εκ των συμμετεχόντων κατηγοριοποιήθηκαν ως Σταδίου I κατά Hurley, με τους 195 (57,5%) και 48 (14,2%) να εκτιμώνται ως Σταδίου II και III κατά Hurley αντιστοίχως. Ο μέσος όρος του Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) ανερχόταν σε $29,0$ (SD $7,1$) kg/m^2 και το 75,2% των συμμετεχόντων να αποτελούν καπνιστές ή πρώην καπνιστές. Ο μέσος όρος των απαντήσεων στο Ερωτηματολόγιο DLQI ανερχόταν σε $11,9$ (SD $7,6$). Τα αποτελέσματα της μελέτης αποκάλυψαν σαφείς διαφοροποιήσεις στα επίπεδα DLQI μεταξύ των διάφορων κατηγοριών ασθενών, με βάση

τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της νόσου (8,6 έναντι 12,6 έναντι 16,1, $p < 0,001$, αντιστοίχως για τους ασθενείς Σταδίου I, II και III κατά Hurley). Ομοίως, η ηλικία των ασθενών αποκαλύφθηκε ότι συσχετίζεται με τα εκτιμώμενα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους (12,1 έναντι 12,1 έναντι 12,5 έναντι 7,1, $p = 0,002$, για ασθενείς ηλικίας ≤ 20 , 21 έως 40, 41 έως 60 και > 60 ετών, αντιστοίχως). Εξίσου σημαντική παράμετρος στο πεδίο της εκτίμησης των επιπέδων της ποιότητας ζωής αναδεικνύεται η επαγγελματική κατάσταση των ασθενών (11,0 έναντι 14,6, $p = 0,003$, αναφορικά με τους εργαζόμενους και τους άνεργους ασθενείς, αντιστοίχως). Η παρουσία έντονων βλαβών επηρεάζει εξίσου την ποιότητα ζωής των ασθενών (8,3 έναντι 13,6, $p = 0,001$, για ασθενείς με και χωρίς την παρουσία έντονων βλαβών, αντιστοίχως), όπως και τα αυξημένα επίπεδα άγχους σχετιζόμενου με την εξελικτική πορεία της νόσου (6,3 έναντι 13,9, $p < 0,001$, σε ασθενείς με χαμηλά και υψηλά επίπεδα άγχους, αντιστοίχως). Η εμφάνιση βλαβών στη βουβωνική περιοχή τείνει να επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών (8,7 έναντι 13,0, $p = 0,035$ αναφορικά με την απουσία βλαβών στη συγκεκριμένη περιοχή έναντι της εμφάνισης βλαβών σε αυτή, αντιστοίχως), όπως επίσης και η εκδήλωση βλαβών σε εκτεταμένες περιοχές του σώματος (9,8 έναντι 12,4 έναντι 14,5, $p = 0,007$ για την παρουσία βλαβών σε 0 έως 1, 2 και ≥ 3 περιοχές του σώματος, αντιστοίχως). Η συνοδός εκδήλωση συμπτωμάτων Σακχαρώδη Διαβήτη δύναται να επηρεάσει σημαντικά τα επίπεδα της ποιότητας ζωής των ασθενών (11,5 έναντι 15,2, $p = 0,043$, αναφορικά με την απουσία συμπτωμάτων Σακχαρώδους Διαβήτη έναντι της εκδήλωσης αυτών, αντιστοίχως). Οι εκτιμήσεις των ασθενών στο Ερωτηματολόγιο DLQI συσχετίθηκαν θετικά σημαντικά με την κατηγοριοποίηση τους κατά Hurley. Οι ασθενείς, που απευθύνθηκαν σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας αναφορικά με τη διαχείριση της εξελικτικής πορείας της νόσου, ανέφεραν τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα, η συγκεκριμένη μελέτη καταλήγει στη συσχέτιση της σοβαρότητας της νόσου με βάση τη σταδιοποίηση κατά Hurley, τη νεαρή ηλικία, την παρουσία συμπτωμάτων Σακχαρώδους Διαβήτη, την παρουσία εκτεταμένων βλαβών και τον εντοπισμό αυτών σε περιοχές όπως είναι η βουβωνική χώρα με την απομείωση των επιπέδων της ποιότητας ζωής των ασθενών (Jørgensen et al., 2020).

Σε έτερη προσπάθεια προσέγγισης της επιρροής της Διαπηκτικής Ιδρωταδενίτιδας στην καθημερινή ζωή των ασθενών, οι Alavi και συν. (2015), συνυπολογίζοντας την χρονιότητα της νόσου και την μη ικανοποιητική έκβαση των προτεινόμενων θεραπευτικών

προσεγγίσεων έναντι αυτής, επιχείρησαν την καταγραφή των επιδράσεων της σε πληθυσμό ασθενών στον Καναδά. Ειδικότερα, οι ερευνητές έθεσαν ως κύριο στόχο της μελέτης τον προσδιορισμό των επιπέδων επιρροής της ποιότητας ζωής των ασθενών σε σχέση με τις προσβεβλημένες ανά περίπτωση περιοχές, καθώς, επίσης, και τον εντοπισμό πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των καταγεγραμμένων σταδίων της νόσου με βάση τη σταδιοποίηση κατά Hurley και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 55 ασθενείς, από τους οποίους οι 38 ήταν γυναίκες και οι 17 άνδρες, στους οποίους διανεμήθηκαν το Ερωτηματολόγιο Dermatology Life Quality Index (DLQI) και το Ερωτηματολόγιο Short Form 36 Version 2 (SF-36v2), αποσκοπώντας στην καταγραφή των επιπέδων της ποιότητας ζωής τους. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, ο μέσος όρος των απαντήσεων των ασθενών στην Κλίμακα DLQI ανερχόταν σε 10 ± 8.8 , οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι η εκδήλωση της νόσου επιφέρει μια μέτριας βαρύτητας επιβάρυνση στη ζωή τους. Σε όμοια αποτελέσματα κατέληξαν και οι αντίστοιχες εκτιμήσεις με βάση τις απαντήσεις των ασθενών στην Κλίμακα SF-36v2, σύμφωνα με τις οποίες η παρουσία συμπτωμάτων της νόσου επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στα επίπεδα της ποιότητας ζωής των ασθενών, ιδίως σε ό,τι αφορά την απομείωση των επιπέδων της σωματικής και ψυχο-συναισθηματικής τους υγείας. Τα επίπεδα σοβαρότητας της νόσου, όπως προσδιορίστηκαν με βάση την σταδιοποίηση κατά Hurley, η έκταση των βλαβών ανά περιοχή και η υποκειμενική οπτική των ασθενών αναφορικά με την ποιότητα της ζωής τους παρουσιάστηκαν να συσχετίζονται σημαντικά με βάση την αξιολόγηση αυτών στην Κλίμακα DLQI ($\beta=0,549, 0,285, 0,390$, αντιστοίχως, $p=0,000$ και $0,045, 0,004$, αντιστοίχως, $\alpha=0,05$). Σύμφωνα με τα ανωτέρω, η επίδραση της εκδήλωσης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας παρουσιάζεται ιδιαίτερος αυξημένη έναντι της ποιότητας της ζωής των ασθενών, μολονότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων υποτιμάται η έκταση του αντίκτυπου αυτής. Η αποσαφήνιση των εντοπιζόμενων επιρροών, καθώς και της έκτασης της επιβάρυνσης, την οποία βιώνει ο ασθενής στην καθημερινότητά του, δύναται να επιτρέψουν τη διαμόρφωση κατάλληλων μεθόδων υποστήριξης των πασχόντων, θέτοντας ως κύριο μέλημα τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσής τους (Alavi et al., 2015).

Μεταγενέστερη μελέτη των Alamri και συν. (2021) ομοίως επεδίωξε την καταγραφή των ψυχολογικών επιπτώσεων της εκδήλωσης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στους ασθενείς, υποστηρίζοντας ότι πέραν των σωματικών συμπτωμάτων εξίσου σημαντικές

κρίνονται και οι ψυχο-συναισθηματικές συνέπειες της εμφάνισης της νόσου, οι οποίες τείνουν να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους. Η συγκεκριμένη μελέτη επιχείρησε τον προσδιορισμό της υφιστάμενης συσχέτισης ανάμεσα στην ποιότητα ζωής των ασθενών και τη σοβαρότητα των υφιστάμενων συμπτωμάτων της νόσου, καθώς και την καταγραφή των περιοχών του σώματος, που επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 36 ασθενείς, οι οποίοι παρακολούθηθηκαν σε δύο διακριτές δερματολογικές κλινικές στην Σαουδική Αραβία κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ Δεκεμβρίου 2018 και Μαρτίου 2019. Το σύνολο των συμμετεχόντων ασθενών κλήθηκε να απαντήσει στα ερωτήματα του Ερωτηματολογίου Dermatology Life Quality Index (DLQI), παρουσιάζοντας μέσο όρο DLQI score ίσο με $15,39 \pm 8,37$. Η πλειονότητα των ασθενών εκτιμήθηκε ότι άνηκε στο στάδιο 3 της νόσου με βάση την σταδιοποίηση κατά Hurley, γεγονός το οποίο υποδεικνύει ότι η εκδήλωση Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους. Οι περιοχές του σώματος, οι οποίες παρουσίασαν μεγαλύτερα επίπεδα προσβολής, αφορούσαν τη δεξιά και αριστερή πλευρά της μασχालιαίας περιοχής, με τους ασθενείς σε ποσοστό 80.6% να αναφέρουν αντίστοιχες βλάβες. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, ο μέσος όρος της αξιολόγησης των συμμετεχόντων στην Κλίμακα DLQI εντοπίστηκε να είναι υψηλότερος στους άνδρες ασθενείς έναντι των γυναικών, μολονότι, θα πρέπει να σημειωθεί, ότι η υφιστάμενη διαφοροποίηση καταγράφηκε σχετικά μικρή ($16,44 \pm 9,01$ έναντι $13,08 \pm 6,65$, $P=0,248$). Σύμφωνα με τα ανωτέρω, η εκδήλωση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας επιφέρει σημαντικές επιδράσεις στην καθημερινότητα των ασθενών, βάλλοντας την ποιότητα ζωής τους, με τα επίπεδα της αξιολόγησής τους στην κλίμακα DLQI να παρουσιάζονται υψηλότερα σε σχέση με τα καταγεγραμμένα επίπεδα στην υφιστάμενη βιβλιογραφία, γεγονός το οποίο αποκαλύπτει την ισχυρή επιρροή της εκδήλωσης της ασθένειας στην πορεία διαβίωσης του ατόμου (Alamri et al., 2021).

Η μελέτη των Menon και συν. (2023), αναγνωρίζοντας τις εντοπιζόμενες δυσκολίες στο πεδίο αντιμετώπισης της νόσου της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, επιχείρησε να καταγράψει τις επιδράσεις της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της στην ποιότητα ζωής των ασθενών, εστιάζοντας στον προσδιορισμό των διακριτών παραγόντων, οι οποίοι δύναται να επηρεάσουν την καθημερινότητά τους. Ειδικότερα, στόχος της μελέτης αποτέλεσε η αποσαφήνιση και η εκτίμηση του επιπέδου, στο οποίο ποικίλοι δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες, αλλά και παράγοντες, που σχετίζονται με τη νόσο, δύναται να

βάλλουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Στη συγκεκριμένη ποσοτική μελέτη μετείχαν συνολικά 30 ασθενείς, που παρουσίαζαν συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας. Για τους ανωτέρω ασθενείς καταγράφησαν δεδομένα αναφορικά με το στάδιο με βάση τη σταδιοποίηση κατά Hurley της νόσου, τη διάρκεια αυτής, το πρότερο κλινικό ιστορικό τους, τις αντίστοιχες προσβεβλημένες περιοχές, την έκταση των εντοπιζόμενων βλαβών, αλλά και τις παρατιθέμενες απαντήσεις τους στο Ερωτηματολόγιο Dermatology Life Quality Index (DLQI). Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις εκτιμήσεις, οι οποίες καταγράφησαν με βάση την Κλίμακα DLQI και στα στάδια βάσει τη σταδιοποίηση κατά Hurley των ασθενών ($p=0,000$). Οι περισσότερες κοινές περιοχές προσβολής αφορούσαν την μασχαλαία και τη βουβωνική περιοχή, ενώ εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των περιοχών προβολής, όπως είναι η περιοχή του λαιμού ($p=0,002$), η κοιλιακή περιοχή ($p=0,002$), η περιοχή της πλάτης ($p=0,002$), η περιοχή των μηρών ($p=0,042$), και η γλουτιαία περιοχή ($p=0,000$) με τις αντίστοιχες εκτιμήσεις των ασθενών στην Κλίμακα DLQI. Επιπροσθέτως, το πρότερο ιστορικό εκδήλωσης Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας, Λεμφαδενίτιδας και Κύστης Κόκκυγα ή αλλιώς Τριχοφωλεϊκούς Συριγγίου, επίσης παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τις εκτιμήσεις των ασθενών σύμφωνα με την Κλίμακα DLQI. Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα, τα επίπεδα σοβαρότητας της νόσου επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής των ασθενών με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, με την περιοχή προσβολής, καθώς και την παρουσία έτερων επιπλοκών ή νοσημάτων να επηρεάζουν ομοίως την καθημερινότητα αυτών (Menon et al., 2023).

Η εκδήλωση Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας επηρεάζει σημαντικά την σωματική υγεία και την εμφάνιση των ασθενών, οι οποίοι επιχειρούν την κατά το δυνατό βέλτιστη διαχείριση των συμπτωμάτων της νόσου, συνθήκη η οποία όμως δεν οδηγεί στο σύνολο των περιπτώσεων στα αντίστοιχα επιθυμητά αποτελέσματα, αφήνοντας ανεκπλήρωτες τις προσδοκίες τους. Η μελέτη των Willems και συν. (2022), αναγνωρίζοντας την επιρροή, που ενέχει η εμφάνιση της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, εξετάζει τις συνέπειες, οι οποίες συνοδεύουν την αδυναμία της ουσιαστικής αντιμετώπισης των εγείρομενων συμπτωμάτων και επιχειρεί την αποτύπωση του αντίκτυπου αυτής στην καθημερινότητα των ασθενών. Η συγκεκριμένη ποιοτική μελέτη υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή συνολικά 12 ασθενών με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, οι οποίοι αποκάλυψαν μια πληθώρα αναγκών τους, που δε δύναται να καλυφθούν μέσω των

προτεινόμενων παρεμβάσεων θεραπευτικής προσέγγισης. Ειδικότερα, οι ασθενείς τόνισαν ότι μεταξύ των κυριότερων αναγκών τους παραμένει η αδυναμία διασφάλισης ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής τους και η αδυναμία ελέγχου των επιπέδων του πόνου. Ομοίως, τους απασχολούν τα χαμηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας των επιλεγόμενων θεραπευτικών σχημάτων, καθώς και η καθυστερημένη διάγνωση της νόσου, η οποία συνετέλεσε στην δυσμενή εξελικτική πορεία τους. Η επιλογή θεραπευτικών προσεγγίσεων, που δύναται να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα της καθημερινής τους διαβίωσης, κρίνεται ως βέλτιστη από το σύνολο των συμμετεχόντων ασθενών, ενώ ομοίως σημαντική αναδεικνύεται η δυνατότητα απομείωσης των επιπέδων του πόνου, η εμφάνιση του οποίου παρουσιάζεται να επηρεάζει σημαντικά την καθημερινή λειτουργικότητά τους. Η συγκεκριμένη μελέτη καταλήγει ότι το σύνολο των σύγχρονων θεραπευτικών σχημάτων έναντι της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας αδυνατεί να καλύψει το σύνολο των χειρόμενων αναγκών των ασθενών, με τις προβαλλόμενες ανικανοποίητες προσδοκίες τους να βάλλουν την ποιότητα ζωής τους. Τα ανωτέρω ευρήματα υποδεικνύουν την αναγκαιότητα του εντοπισμού κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων, ικανών να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών, διασφαλίζοντας ένα ικανοποιητικό επίπεδο διαβίωσής τους (Willems et al., 2022).

Την πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της νόσου και την υποκειμενική αντίληψη των ασθενών αναφορικά με την ποιότητα ζωής τους επιχείρησε να καταγράψει η μελέτη των Rondags και συν. (2019). Οι ερευνητές διαφοροποίησαν την κλασσική σταδιοποίηση κατά Hurley, η οποία αναφέρεται σε συνολικά III στάδια, σε μια εκτενή εκδοχή της, η οποία περικλείει 7 στάδια μέσω του διαχωρισμού των σταδίων κατά Hurley I και II σε 3 υποκατηγορίες, στην ήπια [mild (A)], στη μέτρια [moderate (B)] και στη σοβαρή [severe (C)] εκδήλωση των συμπτωμάτων της νόσου. Το στάδιο κατά Hurley III δε διαχωρίστηκε σε επιμέρους υποκατηγορίες, διατηρώντας το χαρακτηρισμό του ως σταδίου αυξημένης σοβαρότητας. Η συγκεκριμένη μελέτη επεδίωξε την αποσαφήνιση της σχέσης μεταξύ της κατηγοριοποίησης των ασθενών με συμπτώματα Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας σύμφωνα με την εκτενή εκδοχή της σταδιοποίησης κατά Hurley και της ποιότητας ζωής αυτών. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 433 ασθενείς με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο Dermatology Life Quality Index (DLQI) και την κλίμακα International HS Severity Score System (IHS4), ενώ συγχρόνως εκτιμήθηκε η σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους με βάση την εκτενή

εκδοχή της κλίμακας κατά Hurley. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, οι εκτιμήσεις των ασθενών στα ερωτηματολόγια DLQI και IHS4 παρουσίαζαν αυξητική τάση στα στάδια κατά Hurley I και II, από το επίπεδο A στο επίπεδο C. Παράλληλα, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των εκτιμήσεων των ασθενών στις κλίμακες DLQI και IHS4 με την κατηγοριοποίησή τους με βάση τις υποκατηγορίες της εκτενούς κλίμακας κατά Hurley [Hurley stage I (A, B και C) στο ερωτηματολόγιο DLQI: $r_s=0,259$, $P<0,001$, Hurley stage II (A, B και C) στο ερωτηματολόγιο DLQI: $r_s=0,185$, $P=0,010$ και αντιστοίχως, Hurley stage I (A, B και C) στο ερωτηματολόγιο IHS4: $r_s=0,603$, $P<0,001$ και Hurley stage II (A, B και C) στο ερωτηματολόγιο IHS4: $r_s=0,532$, $P<0,001$]. Τα ανωτέρω αποτελέσματα αποκαλύπτουν τη συσχέτιση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της νόσου με την επιρροή αυτής στην ποιότητα ζωής των ασθενών, με την εκτενή κατηγοριοποίηση, η οποία προτάθηκε να επιτρέπει την αναλυτική αποτύπωση των επιπτώσεων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας (Rondags et al., 2019).

4.3.2 Συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας εκδήλωσης των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας και της επιρροής στην ποιότητα ζωής των ασθενών

Τη συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας και την επιρροή αυτής στην ποιότητα ζωής των ασθενών επιχείρησε η μελέτη των Sampogna και συν. (2023). Αν και στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η έναρξη της εμφάνισης των βλαβών τίθεται νωρίς στη ζωή των ασθενών, δεν αποκλείεται η έναρξη αυτών να παρατηρηθεί κατά την περίοδο της μέσης ηλικίας (≥ 40 ετών). Θέτοντας ως κατώφλι το ηλικιακό όριο των 28 ετών, η συγκεκριμένη μελέτη διέκρινε τους ασθενείς σε εκείνους, που παρουσίασαν συμπτώματα της νόσου νωρίς στη διάρκεια της ζωής τους, έναντι εκείνων όπου η έναρξη αυτής τοποθετείται σε μετέπειτα ηλικιακή περίοδο. Κύριος στόχος της μελέτης αποτέλεσε η συσχέτιση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των υφιστάμενων ψυχο-συναισθηματικών πιέσεων με την ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων. Στη μελέτη μετείχαν 467 ασθενείς, ηλικίας ≥ 16 ετών, των οποίων τα επίπεδα της ποιότητας ζωής εκτιμήθηκαν με την αξιοποίηση του Ερωτηματολογίου Skindex-17 questionnaire, ενώ τα επίπεδα της ψυχολογικής επιβάρυνσής τους εκτιμήθηκαν με τη χρήση του Ερωτηματολογίου 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12). Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, η μέση ηλικία διάγνωσης της νόσου τέθηκε στα 21,6 έτη, με το 22% των ασθενών να παρουσιάζουν καθυστερημένη έναρξη των συμπτωμάτων αυτής. Οι ασθενείς, οι οποίοι εμφάνισαν συμπτώματα της νόσου καθυστερημένα στην πορεία της ζωής τους, ανέφεραν τη σημαντική απομείωση της ποιότητας διαβίωσής τους, σε συνδυασμό με τα

αυξημένα επίπεδα ψυχο-συναισθηματικής τους επιβάρυνσης έναντι των ασθενών, στους οποίους η έναρξη της νόσου παρατηρήθηκε νωρίς, πριν την ηλικία των 28 ετών. Αν και δεν εντοπίστηκαν διαφοροποιήσεις αναφορικά με τα επίπεδα σοβαρότητας της νόσου μεταξύ των δύο κατηγοριών ασθενών, η καθυστερημένη διάγνωση αυτής συσχετίστηκε σημαντικά με τον αυξημένο αριθμό βλαβών, τον υψηλό Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) και τη συνοδό εμφάνιση Ψωρίασης. Με βάση τα ανωτέρω, η ψυχο-συναισθηματική επιβάρυνση των ασθενών με συμπτώματα Διαπηκτικής Ιδρωταδενίτιδας εντείνεται σε περίπτωση καθυστερημένης έναρξης αυτών, με σαφείς επιπτώσεις στα επίπεδα της ποιότητας της ζωής τους (Sampogna et al., 2023).

Η μελέτη των Butt και συν. (2022) επικεντρώθηκε στον ψυχοπαθολογικό αντίκτυπο των εντοπιζόμενων βλαβών λόγω της εκδήλωσης της Διαπηκτικής Ιδρωταδενίτιδας, επιχειρώντας τη συσχέτιση αυτών με την ηλικία των ασθενών και την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής τους. Η παρουσία των βλαβών επί της επιφάνειας του δέρματος συντελεί στο στιγματισμό των ασθενών, με απόρροια την έγερση συναισθημάτων κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής, ενέχοντας σαφείς επιπτώσεις στην ποιότητα της καθημερινής τους διαβίωσης. Η προσέγγιση των συμμετεχόντων στη συγκεκριμένη μελέτη ασθενών πραγματοποιήθηκε τόσο δια ζώσης, όσο και με τη βοήθεια των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Η εκτίμηση των επιπέδων κατάθλιψης και άγχους των ασθενών, καθώς και της ποιότητας ζωής τους υλοποιήθηκε με τη βοήθεια του Ερωτηματολογίου Internalized Skin Bias Questionnaire (ISBQ), της Κλίμακας Burns Anxiety Inventory, της Κλίμακας Beck Depression Inventory-II και του Ερωτηματολογίου Hidradenitis Suppurativa Quality of Life (HiSQOL). Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 230 ασθενείς, από τους οποίους το 82,4% είχαν μέση ηλικία $39,2 \pm 11,2$ έτη. Αντιστοίχως, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (90,9%) ήταν γυναίκες και το 77,7% εξ αυτών ανήκαν στην Καυκάσια φυλή. Ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων παρουσίασε συμπτώματα κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής, με το 56,5% εξ αυτών να εμφανίζει μέτριας ή και αυξημένης σοβαρότητας συμπτώματα άγχους και το 45,7% εξ αυτών να εμφανίζει μέτριας ή και αυξημένης σοβαρότητας συμπτώματα κατάθλιψης. Σε ό,τι αφορά την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων, με βάση τα αποτελέσματα στο Ερωτηματολόγιο HRQOL, εντοπίστηκαν αυξημένα επίπεδα απομείωσής της, με το μέσο όρο των απαντήσεων να ανέρχεται σε $34,5 (\pm 16,7)$. Καταγράφηκε, επιπροσθέτως, μια μέτριας βαρύτητας συσχέτιση ανάμεσα στις προβαλλόμενες βλάβες και στην εκδήλωση συναισθημάτων κατάθλιψης ($r=0,67$), με

ομοίως μέτριας βαρύτητας συσχέτιση να εντοπίζεται ανάμεσα στη σοβαρότητα της νόσου και στα επίπεδα άγχους ($r=0,56$). Με βάση τα ανωτέρω, η έκταση και η σοβαρότητα των βλαβών σχετίζεται σημαντικά με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ο έλεγχος της συσχέτισης ανάμεσα στην ηλικία των συμμετεχόντων ασθενών και τον προκαλούμενο λόγω της νόσου αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους αποκάλυψε ότι η διάρκεια της νόσου, η σοβαρότητα αυτής και η έκταση των βλαβών τείνει να επηρεάζει σε υψηλότερο βαθμό ασθενείς νεότερης ηλικίας, με την ηλικία να ανάγεται σε παράγοντα πρόβλεψης των εκτιμήσεων σύμφωνα με την Κλίμακα HRQOL. Τα ανωτέρω ευρήματα υποδεικνύουν την ισχυρή επιρροή της ηλικίας στον τρόπο με τον οποίο τείνουν να αντιμετωπίζουν οι ασθενείς την εμφάνιση της νόσου, με ομοίως σαφή επιρροή της ηλικίας στην εκτιμώμενη από αυτούς ποιότητα ζωής τους (Butt et al., 2022).

4.3.3 Συσχέτιση μεταξύ της εκδήλωσης ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών λόγω των συμπτωμάτων της Διαπυθητικής Ιδρωταδενίτιδας και της επιρροής στην ποιότητα ζωής των ασθενών

Η μελέτη των Frings και συν. (2019), αναγνωρίζοντας την επιρροή της Διαπυθητικής Ιδρωταδενίτιδας στην καθημερινή ζωή των ασθενών, επιχείρησε την προσέγγιση του ψυχολογικού αντίκτυπου αυτής, επιδιώκοντας την αποσαφήνιση των ψυχο-κοινωνικών συνεπειών της εκδήλωσης της. Η συγκεκριμένη μελέτη υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή συνολικά 110 ασθενών, οι οποίοι προσεγγίστηκαν με βάση την κατηγοριοποίησή τους στην Κλίμακα Hurley, αλλά και την αξιολόγησή τους, σύμφωνα με την τροποποιημένη μορφή της Κλίμακας Sartorius Hidradenitis Suppurativa Score. Η συγκεκριμένη κλίμακα προτάθηκε κατά τη μελέτη των Sartorius και συν. (2009) ως μια εύχρηστη και πρακτική δοκιμασία εκτίμησης της κλινικής εικόνας των ασθενών, μέσω της οποίας είναι εφικτή η εξαγωγή σημαντικών συσχετίσεων ανάμεσα στη σοβαρότητα της νόσου, στο Δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index, BMI), καθώς και στις καπνιστικές συνήθειες των ασθενών. Κατά τη μελέτη των Frings και συν. (2019), οι ασθενείς κλήθηκαν να παρέχουν πληροφορίες αναφορικά με την περίοδο της αρχικής διάγνωσης της νόσου, τις πρότερες υλοποιούμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις, αλλά και την πιθανή υλοποίηση χειρουργικών παρεμβάσεων ως μέσο διαχείρισης των εγειρόμενων συμπτωμάτων. Συγχρόνως, στους συμμετέχοντες διανεμήθηκαν το Ερωτηματολόγιο Dermatology Life Quality Index (DLQI), η Κλίμακα Skindex-29, η Κλίμακα Visual Analogue Scale (VAS), μέσω της οποίας είναι δυνατή η εκτίμηση των επιπέδων άγχους, καθώς και έκδοση στα γερμανικά της Κλίμακας

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) με στόχο την εκτίμηση του άγχους (HADS-D/A) και της κατάθλιψης (HADS-D/D). Από το σύνολο των 110 ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα, μέσης ηλικίας 38 ± 12 ετών και με ηλικιακό εύρος από 18 έως και 75 έτη, οι 61 ήταν γυναίκες και οι 49 άνδρες. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τιμών HADS-D/A και VAS ($p=0,009$). Ομοίως, εντοπίστηκαν συσχετίσεις μεταξύ των εκτιμήσεων των ασθενών στην Κλίμακα Skindex-29 και των εκτιμήσεων στην Κλίμακα Sartorius score, σε ό,τι αφορά τα εντοπιζόμενα συμπτώματα ($p=0,024$), τα συναισθήματα που καταγράφονται ($p=0,019$), καθώς και τα επίπεδα λειτουργικότητας των ασθενών ($p=0,002$). Αντιστοίχως, εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των εκτιμήσεων στην Κλίμακα Skindex-29 και των τιμών στην Κλίμακα VAS, σε ό,τι αφορά τα συμπτώματα που εκδηλώνονται ($p=0,000$), τα προβαλλόμενα συναισθήματα ($p=0,001$), αλλά και τα επίπεδα λειτουργικότητας των ασθενών ($p=0,000$). Επιπροσθέτως, οι εκτιμήσεις, που καταγράφηκαν στην Κλίμακα VAS, παρουσίασαν σημαντικές συσχετίσεις με τις τιμές στο Ερωτηματολόγιο DLQI ($p=0,000$), αλλά και με τον Δείκτη Μάζας Σώματος BMI, με βάση τις καταγραφόμενες εκτιμήσεις στην Κλίμακα Sartorius score ($p=0,038$). Η συγκεκριμένη μελέτη κατέληξε ότι οι ασθενείς με συμπτώματα Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχο-συναισθηματικής πίεσης. Ενδιαφέρον, επίσης, καταγράφεται το γεγονός ότι εντοπίστηκε μια σαφής συσχέτιση ανάμεσα στην εντοπιζόμενη ψυχολογική πίεση και στις δηλώσεις των ασθενών στην Κλίμακα VAS αναφορικά με τα επίπεδα πόνου, που βιώνουν λόγω της εκδήλωσης της νόσου, υποδηλώνοντας ότι οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα πόνου εμφανίζουν και σοβαρότερες ψυχο-συναισθηματικές διαταραχές. Τα ανωτέρω υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς, που πάσχουν από Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα, θα πρέπει να λαμβάνουν, πέραν της αντίστοιχης σωματικής φροντίδας, και κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα αυξημένα επίπεδα ψυχο-συναισθηματικής πίεσης, που καλούνται να αντιμετωπίσουν, ως απόρροια της παρουσίας των συμπτωμάτων της ασθένειας (Frings et al., 2019).

Η μελέτη των Keary, Hevey και Tobin (2020) επιδίωξε την αποσαφήνιση του αρνητικού αντίκτυπου της εκδήλωσης συμπτωμάτων της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, επιχειρώντας τη συσχέτιση αυτής με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης συναισθημάτων κατάθλιψης, καθώς και της έγερσης ποικίλων

δυσκολιών, που αφορούν τόσο την επαγγελματική όσο και την προσωπική ζωή τους. Μέσω της συγκεκριμένης μελέτης, συνεπώς, επιχειρήθηκε η εκτίμηση της ψυχο-συναισθηματικής επιβάρυνσης, την οποία επιφέρει η παρουσία της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Πρόκειται για ποιοτική μελέτη, η οποία υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή 12 συνολικά ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα, μέσω της πραγματοποίησης ημι-δομημένων συνεντεύξεων και της ακόλουθης θεματικής ανάλυσης των απαντήσεων των συμμετεχόντων. Η υλοποιούμενη θεματική ανάλυση αποκάλυψε την παρουσία 3 βασικών θεματικών ενοτήτων, της εκδήλωσης συναισθημάτων ντροπής, της εμφάνισης πόνου και των επιλεγόμενων μηχανισμών με στόχο τη βέλτιστη διαχείριση της νόσου. Με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ασθενών, η εμφάνιση συναισθημάτων ντροπής οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αίσθηση αηδίας και αποτροπής, που τους προκαλεί η εμφάνισή τους λόγω της παρουσίας των υφιστάμενων βλαβών, με την πλειονότητα αυτών να ομολογεί το φόβο, τον οποίο διαισθάνεται αναλογιζόμενη ότι η παρουσία των ανωτέρω συμπτωμάτων δύναται επίσης να προκαλέσει αποτροπή στον κοινωνικό περίγυρο. Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες ασθενείς δήλωσαν ότι βιώνουν αρνητικά συναισθήματα όταν το κοινωνικό τους περιβάλλον αδυνατεί να κατανοήσει τη σοβαρότητα της νόσου, όπως και την επίδραση του πόνου, που συνοδεύει την εκδήλωσή της. Παράλληλα οι ασθενείς δήλωσαν ότι η παρουσία συμπτωμάτων πόνου τους προκαλεί αισθήματα αδυναμίας, που διογκώνονται και προβάλλονται ως αίσθηση απώλειας του ελέγχου του σώματος τους. Σε ό,τι αφορά το σύνολο των μηχανισμών διαχείρισης των συμπτωμάτων της νόσου, οι ασθενείς αποκάλυψαν ότι η επιλογή μηχανισμών προσαρμογής συντελεί στην αυξημένη κοινωνική υποστήριξη, σε αντίθεση με την επιλογή μηχανισμών απομόνωσης, που επιφέρουν την κοινωνική περιθωριοποίησή τους. Τα ανωτέρω ευρήματα συνάδουν με αντίστοιχα ευρήματα, που αφορούν την εκδήλωση μιας έτερης δερματικής νόσου, της Ψωρίασης, σε ό,τι αφορά την εντοπιζόμενη συσχέτιση της εμφάνισης της νόσου της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας με την εκδήλωση συναισθημάτων ντροπής και κοινωνικής απομάκρυνσης στους ασθενείς. Οι συσχετίσεις ανάμεσα στα συναισθήματα ντροπής και στην εμφάνιση σωματικού πόνου, οι οποίες εντοπίζονται σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη, αποκαλύπτουν τη σχέση που υφίσταται ανάμεσα στην εκδήλωση της νόσου της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας και της πρόκλησης συμπτωμάτων κατάθλιψης, αλλά και των εγχιόμενων δυσκολιών στο πεδίο της επαγγελματικής και προσωπικής ζωής των ασθενών. Παράλληλα, η συγκεκριμένη μελέτη κατέγραψε αυξημένα επίπεδα απομείωσης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα έναντι εκείνων,

που παρουσιάζουν έτερες δερματολογικές παθήσεις. Παρά τη σημασία, όμως, του προσδιορισμού των συσχετίσεων ανάμεσα στην παρουσία της νόσου και στην συναισθηματική επιβάρυνση και την κοινωνική απομόνωση, την οποία βιώνουν οι ασθενείς, σημαντική ομοίως κρίνεται η αποσαφήνιση των ψυχολογικών διαδικασιών, που συντελούν στην εμφάνιση αυτών των συναισθημάτων, με στόχο τον εντοπισμό και την προαγωγή κατάλληλων προσεγγίσεων υποστήριξης των ασθενών έναντι της ψυχο-συναισθηματικής τους κατάπτωσης. Στο πεδίο αυτό καίρια αναδεικνύεται, με βάση την οπτική των ερευνητών, η προσπάθεια απομείωσης των συναισθημάτων ντροπής που βιώνουν οι ασθενείς αναφορικά με την εμφάνισή τους, αλλά και αναφορικά με την πρόκληση στον κοινωνικό τους περίγυρο συναισθημάτων αποτροπής λόγω των βλαβών, που επιφέρει η συγκεκριμένη πάθηση (Keary, Hevey & Tobin, 2020).

Σε όμοιο πλαίσιο, η μελέτη των Ingraham και συν. (2022) επιχείρησε τη διερεύνηση των επιπτώσεων της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στη συναισθηματική και κοινωνική ζωή των ασθενών, επιδιώκοντας τον εντοπισμό των πιθανών συσχετίσεων αυτών με την ποιότητα ζωής τους. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 243 ασθενείς, των οποίων η προσέγγιση βασίσθηκε στην αξιοποίηση του Ερωτηματολογίου Hidradenitis Suppurativa Quality of Life tool (HiSQOL), μέσω του οποίου είναι εφικτή η παράθεση στοιχείων αναφορικά με τον αντίκτυπο της νόσου στα επίπεδα της καθημερινής λειτουργικότητας, της συναισθηματικής ευεξίας και της σεξουαλικής δραστηριοποίησης, ενώ συγχρόνως είναι εφικτή η περιγραφή των επιπέδων σωματικής δυσφορίας, που επιφέρει η παρουσία των βλαβών. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε την εκδήλωση υψηλών επιπέδων άγχους, ντροπής και κατάθλιψης, συνοδευόμενων από έτερα αρνητικά συναισθήματα, τα οποία βιώνουν κατά τις κοινωνικές τους επαφές και κυρίως στην προσωπική τους ζωή. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, οι ασθενείς, που εκδήλωσαν αυξημένα επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων έναντι του κοινωνικού τους περιγύρου και ιδίως έναντι των διαπροσωπικών τους σχέσεων, ομοίως εμφάνισαν χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, κρίνεται αναγκαία η ολιστική προσέγγιση των ασθενών με συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, με σαφή εστίαση στη διαφύλαξη της ψυχικής τους υγείας μέσω της υιοθέτησης κατάλληλων παρεμβάσεων υποστήριξης αυτών, αποσκοπώντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, της ψυχικής τους ισορροπίας και της ποιότητας των διαπροσωπικών τους σχέσεων (Ingraham et al., 2022).

Επιδιώκοντας την αποσαφήνιση των επιπτώσεων της εμφάνισης των συμπτωμάτων της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, η μελέτη των Quinto και συν. (2021a) επιχείρησε τη διερεύνηση της εκδήλωσης ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών εξαιτίας της εκδήλωσης της νόσου, λόγω των οποίων προκαλούνται σαφείς διαταραχές στην καθημερινότητά τους. Η αποτύπωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών αποτελεί επομένως κύριο στόχο της συγκεκριμένης μελέτης, μέσω της οποίας καταγράφονται τα επίπεδα του ψυχολογικού stress και της συναισθηματικής απορρύθμισης, που βιώνουν οι ασθενείς με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα. Μεταξύ των κυριότερων εντοπιζόμενων ψυχολογικών επιπτώσεων συγκαταλέγονται το άγχος, η κατάθλιψη και η ψυχο-συναισθηματική πίεση. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 19 ασθενείς με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα, οι οποίοι προσεγγίσθηκαν με στόχο την καταγραφή των επιπέδων της αλεξιθυμίας και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής τους, μέσω της συμπλήρωσης της Κλίμακας Toronto Alexithymia Scale, του Ερωτηματολογίου General Health Questionnaire (GHQ-12), της Κλίμακας Dermatology Life Quality Index, της Κλίμακας Skindex-17 και της Κλίμακας Short-Form Health Survey. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, συμπτώματα αλεξιθυμίας καταγράφηκαν στο 44,4% των ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα, με υψηλότερα να παρουσιάζονται τα ποσοστά εμφάνισης της συγκεκριμένης ψυχο-συναισθηματικής διαταραχής μεταξύ των γυναικών ασθενών έναντι των ανδρών ασθενών, με τα αντίστοιχα ποσοστά να ανέρχονται σε 51,7% έναντι 31,2%. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 46,1% ανέφερε την εμφάνιση υψηλών επιπέδων ψυχο-συναισθηματικής πίεσης, ενώ το 78% εξ αυτών ανέφερε την παρουσία συμπτωμάτων αλεξιθυμίας. Επιπροσθέτως, οι ασθενείς, που ανέφεραν ότι παρουσίασαν σημεία αλεξιθυμίας ομοίως εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στο τμήμα της Κλίμακας Skindex-17, που αφορά την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, αλλά και στην Κλίμακα Dermatology Life Quality Index, ενώ αντιστοίχως ιδιαιτέρως χαμηλές καταγράφησαν οι βαθμολογίες τους στην Κλίμακα Short-Form Health Survey, στο τμήμα αυτής, που αναφέρεται στην κατάσταση της ψυχικής υγείας του ασθενούς. Η συγκεκριμένη μελέτη τονίζει την αναγκαιότητα οι θεράποντες ιατροί να συνεκτιμούν την ψυχολογική και ψυχο-κοινωνική επιβάρυνση, που ενέχει η εκδήλωση της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, επιχειρώντας την ψυχο-συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών τους με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Quinto et al., 2021a).

Η μελέτη των Shan και συν. (2024), εντοπίζοντας μια σαφή συσχέτιση ανάμεσα στην εκδήλωση των συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας και την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών, επεδίωξε την καταγραφή της επιρροής της ψυχιατρικής επιβάρυνσης της νόσου στην εξελικτική πορεία των ασθενών και ειδικότερα στην επιλογή του αντίστοιχου θεραπευτικού σχήματος, ενώ σημαντική κρίθηκε και η αποσαφήνιση της επίδρασης της παρουσίας πρότερων ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 138 ασθενείς, από τους οποίους οι 40 (29,0%) ολοκλήρωσαν την ερευνητική διαδικασία, με το 47,5% (n=19) εξ αυτών να παρουσιάζει πρότερες της εκδήλωσης της νόσου ψυχιατρικές διαταραχές. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, η παρουσία ψυχιατρικών διαταραχών συσχετίζεται σημαντικά τον αυξημένο μέσο αριθμό υλοποίησης χειρουργικών επεμβάσεων από πλευράς του ασθενούς με στόχο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου (7,0 έναντι 1,5, $p<0,001$), τον υψηλότερο μέσο αριθμό των επισκέψεων των ασθενών σε νοσοκομειακές μονάδες (1,0 έναντι 0, $p=0,006$), αλλά και την μεγαλύτερη διάρκεια της νοσηλείας τους σε αυτή ($p=0,456$). Τα ανωτέρω υποδεικνύουν ότι η εκδήλωση της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας συντελεί στην έγερση ψυχοπαθολογικών διαταραχών, οι οποίες ωθούν τους ασθενείς στην αυξημένη αξιοποίηση των κλινικών μονάδων με στόχο την απομείωση των συμπτωμάτων, επιφέροντας μια σαφή επιβάρυνση στην ποιότητα της καθημερινής τους διαβίωσης (Shan et al., 2024).

Η μελέτη των Fisher και Ziv (2022), αντιστοίχως, επικεντρώθηκε στην προσέγγιση γυναικών ασθενών με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, με δεδομένου του αυξημένου επιπολασμού της νόσου σε άτομα της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας, επιχειρώντας την αποσαφήνιση, που ενέχει η παρουσία των δερματικών βλαβών στα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους. Οι ερευνητές επεδίωξαν να αποτυπώσουν τον αντίκτυπο, που επιφέρει η παρουσία της νόσου στην καθημερινότητα των γυναικών ασθενών, προσεγγίζοντας τόσο τις σωματικές επιπτώσεις αυτής, όσο και της ψυχολογικές επιπτώσεις της, ιδίως σε ό,τι αφορά τα επίπεδα αυτο-εκτίμησής τους και το βαθμό στον οποίο επηρεάζει η νόσος την αυτο-εικόνα τους. Η συγκεκριμένη ποιοτική μελέτη υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή 22 γυναικών ασθενών, που ανήκαν σε ποικίλες ηλικιακές ομάδες, των οποίων ομοίως διέφερε η οικογενειακή τους κατάσταση. Η θεματική ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων ασθενών, όπως αυτές καταγράφηκαν μέσω της πραγματοποίησης ημι-δομημένων συνεντεύξεων, επέτρεψε τον προσδιορισμό 5 διακριτών θεματικών ενοτήτων, οι οποίες περιελάμβαναν τα σωματικά χαρακτηριστικά της νόσου, με κυριότερο τον πόνο,

καθώς και την επιβαλλόμενη ψυχο-συναισθηματική πίεση λόγω των εγειρόμενων συναισθημάτων ντροπής, με απόηχο αυτής την αίσθηση απώλειας της θηλυκότητας και συνεπώς την επιβάρυνση της προσωπικής/ σεξουαλικής ζωής. Παρά τις έντονες επιπτώσεις της νόσου στην ιδιωτική ζωή των συμμετεχόντων γυναικών και στην προβαλλόμενη αυτο-εικόνα τους, η πλειονότητα αυτών παρουσιάστηκε αισιόδοξη αναφορικά με την εξελικτική πορεία της συγκεκριμένης πάθησης, ευελπιστώντας στην μελλοντική απομείωση των συμπτωμάτων της μέσω της υιοθέτησης κατάλληλα δομημένων θεραπευτικών σχημάτων. Η συγκεκριμένη μελέτη επιχείρησε ουσιαστικά την προσέγγιση των ενδότερων φόβων και ανησυχιών των γυναικών ασθενών με συμπτώματα Διαπηθητικής Ίδρωταδενίτιδας, αποκαλύπτοντας τα πολλαπλά προβλήματα, που βιώνουν, τα διλήμματα, που καλούνται να αντιμετωπίσουν, αλλά και τις προσδοκίες αυτών, τονίζοντας την αναγκαιότητα οι επαγγελματίες υγείας να επιδεικνύουν την απαιτούμενη προσοχή προκειμένου να επιτυγχάνουν την ολιστική προσέγγιση της νόσου και των ιδιαίτερων αναγκών των γυναικών ασθενών (Fisher & Ziv, 2022).

Η μελέτη των Koumaki και συν. (2023), αναγνωρίζοντας τη συσχέτιση, η οποία υφίσταται ανάμεσα στην εικόνα του σώματος και στην απομείωση της ποιότητας ζωής, επιχείρησε την καταγραφή του αντίκτυπου της εκδήλωσης της Διαπηθητικής Ίδρωταδενίτιδας στην αυτο-εικόνα των ασθενών. Ειδικότερα, επιχειρήθηκε η συσχέτιση των αξιολογήσεων, με βάση την Κλίμακα Cutaneous Body Image Scale (CBIS), ασθενών με συμπτώματα Διαπηθητικής Ίδρωταδενίτιδας και της σοβαρότητας και της έκτασης της νόσου. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ασθένειας εκτιμήθηκε με βάση τη σταδιοποίηση κατά Hurley, την Κλίμακα HS-Physician's Global Assessment (HS-PGA) scale και την Κλίμακα Modified Sartorius scale (MSS). Παράλληλα, η αυτο-εικόνα των ασθενών αποτυπώθηκε με τη βοήθεια του Ερωτηματολογίου Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ), το οποίο περιλαμβάνει 5 υπο-κλίμακες: την εκτίμηση της εμφάνισης (Appearance Evaluation, AE), την εκτιμώμενη εικόνα του εαυτού (Appearance Orientation, AO), τα επίπεδα ικανοποίησης από τις περιοχές του σώματος (Body Areas Satisfaction Scale, BASS), την ανησυχία αναφορικά με την πρόσληψη βάρους (Overweight Preoccupation, OWP) και το προσωπικά εκτιμώμενο βάρος του σώματος (Self Classified Weight, SCW). Επιπροσθέτως, αξιοποιήθηκαν το Ερωτηματολόγιο Dermatology Quality of Life Index (DLQI), η Κλίμακα Skindex-16, το Ερωτηματολόγιο 5-level EQ-5D (EQ-5D-5L), η Κλίμακα EQ- visual analogue scale (VAS), το Ερωτηματολόγιο Patient

Health Questionnaire-9 (PHQ9), μέσω του οποίου δύναται να εκτιμηθούν τα επίπεδα σοβαρότητας της κατάθλιψης και το Ερωτηματολόγιο General Anxiety Disorder-7 (GAD7), με τη βοήθεια του οποίου αξιολογείται η σοβαρότητα εκδήλωσης αγχώδους διαταραχής.

Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 70 ασθενείς με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, μέσης ηλικίας $34,44 \pm 11,64$ ετών, από τους οποίους οι 49 (70%) ήταν άνδρες και οι 21 (30%) γυναίκες. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης οι εκτιμήσεις των συμμετεχόντων στα Ερωτηματολόγια CBI, DLQI, Skindex-16, EQ-5D-5L, EQ VAS, PHQ9 και GAD7 καταγράφησαν σε $5,59 \pm 1,58$, $11,70 \pm 8,88$, $52,90 \pm 27,75$, $0,75 \pm 0,21$, $62,48 \pm 21,12$, $7,64 \pm 5,56$ και $7,87 \pm 5,23$ αντιστοίχως. Οι εκτιμήσεις των συμμετεχόντων στην Κλίμακα Cutaneous Body Image Scale (CBIS) κατέγραψαν μέτριας ή και αυξημένης σοβαρότητας απομείωση των επιπέδων ικανοποίησης για τους 36 (51.42%) από τους 70 συμμετέχοντες. Η αξιολογούμενη CBI συσχετίστηκε με την εκτίμηση της αυτο-εικόνας (appearance evaluation, AE, $p < 0,01$, $r = 0,544$), την ικανοποίηση από τις περιοχές του σώματος (body areas satisfaction, BASS, $p < 0,01$, $r = 0,481$), την ανησυχία αναφορικά με την αύξηση του βάρους του σώματος (overweight preoccupation subscale, OWPS, $p < 0,01$, $r = -0,267$) αλλά και τις εκτιμήσεις στην Κλίμακα Skindex-16 ($p < 0,01$, $r = -0,288$). Ασθενείς, στους οποίους είχαν προσβληθεί οι γενετήσιες περιοχές, παρουσίαζαν αυξημένα επίπεδα ανησυχίας αναφορικά με την αυτο-εικόνα τους ($p = 0,015$), με τους άνδρες ασθενείς να προβάλλουν υψηλότερες βαθμολογίες στην Κλίμακα Skindex-16 έναντι των γυναικών συμμετεχόντων ($p < 0,01$). Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης υποδεικνύουν ότι η εκδήλωση της νόσου επηρεάζει σημαντικά την αυτο-εικόνα των ασθενών, με ισχυρό τον αντίκτυπο αυτής στην ικανοποίησή τους από την ποιότητα της ζωής τους (Koumaki et al., 2023).

Την επιρροή της εκδήλωσης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στην εικόνα του εαυτού των ασθενών επιχείρησε να διερευνήσει και η μελέτη των Schneider-Burrus και συν. (2018), δεδομένης της επιρροής αυτής στην ποιότητα ζωής τους. Η παρουσία των συμπτωμάτων της νόσου συντελεί στην πρόκληση σοβαρών παραμορφώσεων στην επιφάνεια του δέρματος, με απόρροια την απομείωση της ποιότητας ζωής, αλλά και την έγερση ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών και διαταραχών της σεξουαλικής και διαπροσωπικής ζωής. Η συγκεκριμένη μελέτη υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή 46 ασθενών με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας και 41 υγείων ατόμων, με τις 2 ομάδες συμμετεχόντων να αποτελούνται από άτομα παρόμοιας ηλικίας, φύλου και Δείκτη Μάζας

Σώματος (body mass index, BMI). Οι εκτιμήσεις των ασθενών βασίσθηκαν στην Κλίμακα Frankfurt Body Concept Scale (FKKS) και στην Κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), με τις εντοπιζόμενες συσχετίσεις αναφορικά με τα επίπεδα σοβαρότητας της νόσου να αποκαλύπτουν την επιρροή της εμφάνισης των συμπτωμάτων αυτής στη ζωή των ασθενών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η παρουσία της ασθένειας συνέβαλε στη διαταραχή της εικόνας του εαυτού, με το μέσο όρο στην Κλίμακα Frankfurt Body Concept Scale (FKKS) να ανέρχεται σε $234,2 \pm 5,4$ στους ασθενείς με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα έναντι $276,9 \pm 5,7$ στην ομάδα των υγιών συμμετεχόντων. Συσχετίσεις εντοπίσθηκαν ανάμεσα στη διαταραχή της εικόνας του εαυτού και στο Δείκτη Μάζας Σώματος ($r = -0,589$; $P < 0,001$), καθώς και στην εκτίμηση των επιπέδων σοβαρότητας της κατάθλιψης με βάση την Κλίμακα HADS- depression ($r = -0,619$; $P < 0,001$) και σοβαρότητας της αγχώδους διαταραχής με βάση την Κλίμακα HADS- anxiety ($r = -0,340$; $P = 0,03$). Τα ανωτέρω αποκαλύπτουν ότι οι ασθενείς με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας παρουσιάζουν σε αρκετές περιπτώσεις σοβαρές και εκτεταμένες βλάβες στην επιφάνεια του δέρματος, οι οποίες οδηγούν στη διαταραχή της εικόνας του εαυτού, γεγονός που δύναται να επιφέρει την εκδήλωση συναισθημάτων κατάθλιψης και άγχους, με επιπτώσεις στην ποιότητα της διαβίωσής τους. Η διαταραγμένη εικόνα του εαυτού ενέχει ένα ισχυρό αντίκτυπο στην ψυχολογία του ασθενούς, προκαλώντας αντιστοίχως την απομείωση της ποιότητας ζωής του (Schneider-Burrus et al., 2018).

Αντιστοίχως, η μελέτη των Seivright και συν. (2021) επικεντρώθηκε στην προσέγγιση, επίσης, μιας ιδιαίτερης κατηγορίας ασθενών με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, των ασθενών παιδικής ηλικίας. Ειδικότερα, η συγκεκριμένη μελέτη αποσκοπούσε στη βέλτιστη αποτύπωση των σωματικών και ψυχο-κοινωνικών επιπτώσεων της εκδήλωσης της νόσου σε παιδιατρικούς ασθενείς, προκειμένου να αποσαφηνίσει τις επιπτώσεις αυτής στην ποιότητα ζωής τους. Η συλλογή των δεδομένων βασίσθηκε στην προσέγγιση παιδιατρικών ασθενών διακριτών δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, οι οποίοι παρουσίαζαν συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας ποικίλης έκτασης και σοβαρότητας. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 73 παιδιατρικοί ασθενείς, από τους οποίους το 81% ήταν κορίτσια. Η μέση ηλικία εκδήλωσης της νόσου ήταν τα $12,6 \pm 2,9$ έτη. Ένα σύνολο ποικίλων και σοβαρών επιπτώσεων καταγράφηκαν στους 68 από τους 73 συμμετέχοντες (93% του συνόλου). Μεταξύ των κυριότερων εξ αυτών εντοπίζονται οι μεταβολικές και ενδοκρινολογικές διαταραχές, με το 52% (22 από

τους 42) των παιδιατρικών ασθενών να παρουσιάζουν σημεία παχυσαρκίας, ενώ το 10% (6 από τους 59) των συμμετεχόντων εμφάνισε συμπτώματα του Συνδρόμου Πολυκυστικών Ωοθηκών. Παράλληλα, το 29% (21 από τους 73) των παιδιατρικών ασθενών παρουσίασε συμπτώματα άγχους ή καταθλιπτικής διαταραχής. Ομοίως, το 19% (14 από τους 73) των ασθενών διαγνώσθηκε με άσθμα ή έτερες αναπνευστικές διαταραχές, με το 33% (24 από τους 73) του συνόλου να αναφέρουν σημαντικές επιπτώσεις της νόσου στην ποιότητα της καθημερινής τους ζωής. Η παρουσία των επιπτώσεων αυτών δε διαφοροποιούνταν σημαντικά ανάλογα με το φύλο, τη φυλή ή τη σοβαρότητα και την έκταση εκδήλωσης της νόσου. Με βάση τη συγκεκριμένη μελέτη, οι παιδιατρικοί ασθενείς με συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας βιώνουν αυξημένα επίπεδα ψυχο-συναισθηματικής πίεσης, συνθήκη που αποκαλύπτει την αναγκαιότητα της πρώιμης διάγνωσης της νόσου με στόχο τη βέλτιστη διαχείριση αυτής και συνεπώς την απομείωση του αντίκτυπου, που επιφέρει στη ζωή των ασθενών (Seivright et al., 2021).

Η μελέτη των Bellei και συν. (2023) αξιοποίησε στοιχεία από την καταγραφή των προσωπικών εμπειριών των ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, όπως αυτά παρατέθηκαν εντός διακριτών βάσεων κοινωνικής δικτύωσης, παρέχοντας μια εις βάθος οπτική της καθημερινότητάς τους μέσω της ανάλυσης των αναρτήσεών τους. Η συγκεκριμένη μελέτη υλοποιήθηκε βασιζόμενη στη συλλογή πληροφοριών κατά το χρονικό διάστημα Ιανουαρίου 2019 έως Δεκεμβρίου 2022 από διαδικτυακές αναρτήσεις εντός ποικίλων μέσων κοινωνικών δικτύωσης στη Βραζιλία. Οι πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης, που ελέγχθησαν, αφορούσαν το Instagram, το YouTube, το Facebook, το Twitter και το TikTok, με τη συλλογή των συναφών αναρτήσεων να επιχειρείται με τη χρήση ως λέξεις κλειδιά των ακόλουθων: «*Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα*», «*Ανάστροφη Ακμή*» και «*Ποιότητα ζωής στην Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα*». Στον Πίνακα 4.1 παρατίθενται το σύνολο των αναρτήσεων, που συλλέχθησαν από το σύνολο των διαδικτυακών μέσων.

Πίνακας 4.1: Απεικόνιση των δεδομένων, τα οποία συλλέχθηκαν από το σύνολο των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, που ελέγχθηκαν.

Platform	Collection parameter (posts in Brazil)	Number of posts	Number of narratives collected	Narratives analyzed after qualifying filters
Instagram	Posts with #hidradenitissuppurativa (Portuguese equivalent) and all its comments	217	4052	651
YouTube	Videos about HS (all comments)	103	5350	2351
Facebook	Publications about HS in Brazilian pages and public groups (all comments)	86	543	98
Twitter	Tweets mentioning (Portuguese equivalents) "Hidradenitis suppurativa", "Adalimumab"; replies to classified tweets	Uncountable	3456	752
TikTok	Patient videos about HS (all comments)	10	1498	577
Total		416	14,899	4429

(Πηγή: Bellei και συν., 2023)

Η συλλογή και ανάλυση των αναρτήσεων των ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα επέτρεψε την καταγραφή καίριων στοιχείων αναφορικά με τη στάση τους έναντι της εκδήλωσης της νόσου, καθώς και των ποικίλων δυσκολιών, που εγείρει η εμφάνισή της στην καθημερινότητά τους, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Επιπροσθέτως, επιχειρήθηκε η αποτύπωση των στάσεων των ασθενών αναφορικά με την επιλογή των αντίστοιχων θεραπευτικών προσεγγίσεων στο πλαίσιο διαχείρισης των εγχειρόμενων συμπτωμάτων της νόσου, εστιάζοντας στην αποσαφήνιση της επιρροής της υλοποίησης αυτών στην ποιότητα ζωής τους. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, συνολικά 4.429 αναρτήσεις συλλέχθηκαν από διακριτές πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης, με το YouTube και το Twitter να αποτελούν την κύρια πηγή αυτών, καθώς συνέβαλαν στη συλλογή του 53% και 17% αντιστοίχως του συνόλου των αναρτήσεων. Η έρευνα, επίσης, αποκάλυψε την αύξηση του αριθμού των εντοπιζόμενων αναρτήσεων με την πάροδο των ετών, με υψηλότερη την καταγραφή αυτών κατά το 2021. Η πλειονότητα των αναρτήσεων (92,4%) συντάχθηκε από τους ίδιους του ασθενείς. Οι γυναίκες αποτέλεσαν το μεγαλύτερο τμήμα του συνόλου των συμμετεχόντων ασθενών, με το ποσοστό αυτών να ανέρχεται στο 78% του συνόλου. Στο σύνολο των αναρτήσεων, οι 1.326

αναφέρονταν στα συμπτώματα της νόσου, με κυριότερα μεταξύ αυτών τον πόνο (45,2%) και την φλεγμονή (12,8%). Αντιστοίχως, σε ό,τι αφορά τη σοβαρότητα της νόσου, το 55,6% των αναρτήσεων ανέφερε ότι ο ασθενής είχε κατηγοριοποιηθεί στο στάδιο III, σύμφωνα με τη σταδιοποίηση κατά Hurley.

Η εκδήλωση της νόσου επέφερε την έγερση συναισθημάτων λύπης στο 18,2% των ασθενών, αλλά και απογοήτευσης στο 16,9%, ενώ συναισθήματα ντροπής, έντασης και φόβου έναντι του πιθανού στιγματισμού του βίωσε το 12% των ασθενών. Επιπροσθέτως, οι ασθενείς προέβαλαν την παρουσία μειωμένων επιπέδων αυτο-εκτίμησης (8,9%), αλλά και αυξημένων επιπέδων ανασφάλειας (6,9%), κατάθλιψης (6,2%), αυτοκτονικής προδιάθεσης (2,9%) και άγχους (2,1%), αποκαλύπτοντας την ισχυρή επιρροή της νόσου στην ψυχο-συναισθηματική τους υγεία. Παράλληλα, σημαντικές καταγράφησαν και οι επιπτώσεις αυτής στην κοινωνική ζωή των ασθενών, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η μειωμένη παραγωγικότητα (24%) και η τροποποίηση του τρόπου ζωής (22,8%), λόγω της αναγκαιότητας υιοθέτησης ποικίλων αλλαγών στην καθημερινότητα του ατόμου, που αφορούν την ένδυση και τη διατροφή του. Η εκδήλωση της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις, επίσης, στον επαγγελματικό τομέα, με το 18,4% των συμμετεχόντων να αναφέρει την πρόκληση συναισθημάτων ντροπής λόγω της οσμής και της όψης του, την τάση του να απουσιάζει από τον εργασιακό χώρο, αλλά και την παρουσία πολλαπλών εμποδίων κατά την προσπάθεια εύρεσης εργασίας. Από τα δρώμενα της κοινωνικής ζωής απομονώθηκε το 19,2% των ασθενών, ενώ σημαντικές επιπτώσεις στη σεξουαλική και στη διαπροσωπική του ζωή αντιμετωπίζει το 2% και 1,2% αντίστοιχα. Αντιστοίχως, το 7,2% αναφέρει ότι η μη προβλεπόμενη εξελικτική πορεία της νόσου έχει επηρεάσει σημαντικά τις συνθήκες της καθημερινής του διαβίωσης. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης αποτύπωσαν ευκρινώς την ισχυρή επιρροή της εκδήλωσης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στην καθημερινή ζωή των ασθενών, απεικονίζοντας μέσα από τις αναρτήσεις τους τις εντοπιζόμενες αλλαγές στην ποιότητα ζωής τους (Bellei et al., 2023).

Η μελέτη των Rymaszewska και συν. (2023a) επιχείρησε την αποτύπωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης των ασθενών με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, αποσκοπώντας στην εκτίμηση των επιπέδων ικανοποίησής τους από τη ζωή. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 114 ασθενείς με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα, μέσης ηλικίας $36,6 \pm 13,1$ ετών, από τους οποίους οι 53,1% ήταν γυναίκες. Η σοβαρότητα και η έκταση των

συμπτωμάτων της νόσου εκτιμήθηκαν με βάση την κατηγοριοποίηση κατά Hurley, καθώς και τη χρήση του συστήματος σταδιοποίησης International HS Score System (IHS4). Στους ασθενείς διανεμήθηκε ένα σύνολο κατάλληλα επιλεγμένων ερωτηματολογίων και ειδικότερα της Κλίμακας Satisfaction with Life Scale (SWLS), προκειμένου να εκτιμηθούν τα επίπεδα ικανοποίησής τους από τη ζωή, του Ερωτηματολογίου Coping-Oriented to Problems-Experienced Inventory (Brief COPE), με στόχο την αποτύπωση της στάσης τους έναντι των εγειρόμενων στη ζωή τους προβλημάτων, της Κλίμακας HS Quality of Life Scale (HiSQoL), προκειμένου να αποσαφηνισθούν τα επίπεδα της ποιότητας της ζωής τους, του Ερωτηματολογίου Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), με στόχο την καταγραφή της υποκειμενικής οπτικής τους αναφορικά με την ποιότητα της υγείας τους, του Ερωτηματολογίου Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), προκειμένου να εντοπισθούν τα επίπεδα άγχους τους και του Ερωτηματολογίου General Health Questionnaire (GHQ-28) για την καταγραφή των επιπέδων της υγείας τους. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, τα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή καταγράφησαν χαμηλά για το 31,6% του συνόλου των συμμετεχόντων. Η ικανοποίηση των ασθενών από τη ζωή εντοπίστηκε ότι συσχετίζεται με την εν γένει κατάσταση της υγείας τους με βάση την κλίμακα GHQ-28 ($r=-0,579$, $p<0,001$), την υποκειμενική οπτική τους αναφορικά με την υγεία τους όπως αποκαλύπτεται από την κλίμακα PHQ-9 ($r=-0,603$, $p<0,001$), τα επίπεδα άγχους τους με βάση τις εκτιμήσεις στην κλίμακα GAD-7 ($r=-0,579$, $p<0,001$) και την ποιότητα ζωής τους με βάση την κλίμακα HiSQoL ($r=-0,449$, $p<0,001$). Στην προσπάθειά τους να διαχειρισθούν τις επιπτώσεις της νόσου στη ζωή τους η πλειονότητα των ασθενών εφάρμοζε στρατηγικές, που επικεντρωνόταν στο πρόβλημα (problem-focused coping strategies), έναντι στρατηγικών αποφυγής (avoiding coping strategies) ή συναισθηματικής διαχείρισης (emotion-focused coping strategies). Οι επιλεγόμενες στρατηγικές διαχείρισης συσχετίστηκαν σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τη ζωή, με κυριότερες την εστίαση της προσοχής σε έτερα ζητήματα (self-distraction, $p=0,013$), την απεμπλοκή από την υφιστάμενη κατάσταση (behavioral-disengagement, $p=0,001$), την άρνηση αποδοχής της κατάστασης (denial, $p=0,003$) και την ενοχοποίηση του εαυτού (self-blame, $p=0,001$). Τα ανωτέρω αποκαλύπτουν ότι οι ασθενείς με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή, με αυξημένα τα επίπεδα ψυχο-συναισθηματικής επιβάρυνσής τους, γεγονός που εγείρει την αναγκαιότητα της ολιστικής προσέγγισης αυτών με την εφαρμογή κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων (Rymaszewska et al., 2023a).

Έτερη μελέτη των Rymaszewska και συν. (2023b) επιχείρησε τη συσχέτιση της εκδήλωσης συμπτωμάτων Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας με την εμφάνιση συναισθημάτων κατάθλιψης και άγχους στους ασθενείς, συντελώντας στη διατάραξη της ψυχο-συναισθηματικής τους υγείας και επομένως της ποιότητας της διαβίωσής τους. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 114 ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), μέσω του οποίου δύναται να αξιολογηθούν τα προσωπικά εκτιμώμενα επίπεδα κατάθλιψης αυτών και το ερωτηματολόγιο Generalized Anxiety Disorder-7 Questionnaire (GAD-7), το οποίο εκτιμά τα επίπεδα άγχους, που παρουσιάζουν. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της νόσου βασίσθηκε στην κατηγοριοποίηση κατά Hurley και στην κλίμακα International Hidradenitis Suppurativa Score System (IHS4). Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, συμπτώματα κατάθλιψης καταγράφησαν σε 47 (41,2%) ασθενείς, με τα συμπτώματα άγχους να εντοπίζονται σε 46 (40,4%) ασθενείς. Η πλειονότητα των ασθενών, οι οποίοι παρουσίασαν συμπτώματα ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών, εμφάνισε ουσιαστικά ήπια σημεία κατάθλιψης (44,7%) και άγχους (63,1%), ενώ σημαντική εντοπίστηκε η συσχέτιση μεταξύ της αξιολόγησης των ασθενών στην Κλίμακα GAD-7 και στη διάρκεια παρουσίας των συμπτωμάτων της νόσου ($r=0,197$, $p=0,039$). Τα ανωτέρω αποκαλύπτουν ότι η εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους κρίνεται ως κοινή σε ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, προκαλώντας ανησυχία αναφορικά με τα επίπεδα της ψυχο-συναισθηματικής τους υγείας και επομένως της ποιότητας ζωής τους (Rymaszewska et al., 2023b).

Με επίκεντρο τον πληθυσμό των ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην Ελλάδα, η μελέτη των Kouris και συν. (2016) επεδίωξε την καταγραφή των επιπέδων ψυχολογικής πίεσης και, συνεπώς, την επιρροή της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Μέσω της συγκεκριμένης μελέτης επιχειρήθηκε η εκτίμηση των επιπέδων της ποιότητας ζωής, της κατάθλιψης, του άγχους, της μοναξιάς και της αυτο-εκτίμησης των ασθενών, με την υλοποίηση της ερευνητικής προσέγγισης να βασίζεται στη συμμετοχή συνολικά 94 ασθενών. Τα επίπεδα της ποιότητας ζωής των ασθενών, όπως και η εκδήλωση κατάθλιψης και άγχους, αλλά και η παρουσία συναισθημάτων μοναξιάς και χαμηλής αυτο-εκτίμησης βασίσθηκαν στην αξιοποίηση του Ερωτηματολογίου Dermatology Life Quality Index (DLQI), της Κλίμακας Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), της Κλίμακας UCLA Loneliness Scale (UCLA-

Version 3) και της Κλίμακας Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), αντιστοίχως. Με βάση τα αποτελέσματα των απαντήσεων των ασθενών, ο μέσος όρος στην Κλίμακα DLQI ανερχόταν σε $11,43 \pm 6,61$, με τους ασθενείς να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά αυξημένα επίπεδα άγχους ($6,41 \pm 3,31$ έναντι $5,00 \pm 1,59$, $p < 0,001$), κατάθλιψης ($5,45 \pm 2,79$ έναντι $4,16 \pm 1,54$, $p < 0,001$), μοναξιάς και τάσης για κοινωνική και συναισθηματική απομόνωση ($42,86 \pm 8,63$ έναντι $35,57 \pm 6,17$, $p < 0,001$) αλλά και αυτο-εκτίμησης ($18,91 \pm 1,79$ έναντι $19,77 \pm 2,53$, $p = 0,008$), σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, στην οποία μετείχαν υγιή άτομα. Σύμφωνα με τα ανωτέρω, η εκδήλωση Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας συντελεί στη σαφή απομείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, με τους ερευνητές να προτείνουν την ολιστική προσέγγιση αυτών, μέσω της παροχής κατάλληλης ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης, προκειμένου να διασφαλισθεί η απομείωση της τάσης απομόνωσης αυτών και η βελτιστοποίηση της ποιότητας της ζωής τους (Kouris et al., 2016).

Η μελέτη των Ortiz-Álvarez και συν. (2023) επικεντρώθηκε στην καταγραφή του ψυχο-συναισθηματικού αντίκτυπου της εκδήλωσης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, επιχειρώντας την εκτίμηση της πιθανής επιρροής αυτής στην έγερση αυτοκτονικών τάσεων, με δεδομένο ότι η συγκεκριμένη νόσος έχει συσχετισθεί με την παρουσία ποικίλων ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής. Συνεπώς, στόχος της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσε η εκτίμηση της συσχέτισης της εμφάνισης της νόσου με την αύξηση του κινδύνου αυτοκτονίας (suicide risk, SR) σε ασθενείς με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 136 ασθενείς, από τους οποίους οι 51,5% ήταν άνδρες, οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν στο Ερωτηματολόγιο Beck hopelessness scale, επιδιώκοντας ταυτοχρόνως την καταγραφή των πιθανών διαφοροποιήσεων μεταξύ των ασθενών, που παρουσίαζαν αυξημένης σοβαρότητας συμπτώματα της νόσου έναντι των ασθενών με ήπιας μορφής συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 21,3% παρουσίασε μέτριας ή αυξημένης σοβαρότητας κίνδυνο εκδήλωσης αυτοκτονικής συμπεριφοράς, με τις απαντήσεις αυτών να εκτιμώνται σε τιμές ≥ 9 σύμφωνα με το Ερωτηματολόγιο Beck. Ο ανωτέρω κίνδυνος συσχετίστηκε με την παρουσία σε πρότερη περίοδο στη ζωή του ασθενούς, ή και ταυτοχρόνως με την εκδήλωση της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, έτερων ψυχολογικών διαταραχών (OR=2,586, 95% CI 1,044-6,409, $p = 0,040$), ενώ η παρουσία συγγενικών προσώπων με όμοιας σοβαρότητας συμπτώματα της νόσου αποδείχθηκε να δρα προστατευτικά έναντι της έγερσης

αυτοκτονικών τάσεων στους συμμετέχοντες (OR=0,377, 95% CI 0,150-0,951, p=0,039). Ο προβαλλόμενος κίνδυνος πρόκλησης αυτοκτονικών τάσεων στους ασθενείς με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα αξιολογείται, με βάση τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, ως αρκετά υψηλός, ενώ τείνει να επαυξάνεται σε περιπτώσεις κατά τις οποίες παρατηρούνται συμπτώματα αυξημένης σοβαρότητας ή εκτεταμένης έκτασης. Σημαντικός αναδεικνύεται ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος έναντι της ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ασθενών και της απομείωσης των συναισθημάτων απογοήτευσης και παραίτησης τους από τη ζωή (Ortiz-Álvarez et al., 2023).

Τον αυξημένο ψυχο-συναισθηματικό αντίκτυπο της εκδήλωσης της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας επιχείρησε να καταγράψει και η μελέτη των Thorlacius και συν. (2018), εστιάζοντας στη συσχέτιση της εμφάνισης των συμπτωμάτων της νόσου με την προβολή αυξημένων επιπέδων αυτοκτονικών τάσεων μεταξύ των ασθενών. Οι ερευνητές, αναγνωρίζοντας τον υψηλό κίνδυνο πρόκλησης συναισθημάτων άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς με δερματικές παθήσεις, διερεύνησαν τη συσχέτιση της εκδήλωσης της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας με την παρουσία ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών, αλλά και αυτοκτονικών τάσεων. Η μελέτη βασίστηκε σε στοιχεία συνολικά 7.732 ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα και 4.354.137 ατόμων από το γενικό πληθυσμό. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης οι ασθενείς με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα εμφάνισαν αυξημένο κίνδυνο έγερσης αυτοκτονικών τάσεων και εκδήλωσης συναισθημάτων κατάθλιψης, απογοήτευσης και παραίτησης από τη ζωή εξαιτίας των συμπτωμάτων της νόσου, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (11 ανά 7.732 άτομα έναντι 2.904 ανά 4.354.137 άτομα), με τον εκτιμώμενο κίνδυνο να ανέρχεται σε 2,42 [1,07-5,45] (P=0,0334, 95% confidence interval). Ομοίως αυξημένος εντοπίστηκε ο κίνδυνος χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών μεταξύ των ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα (1,30 [1,17-1,45]; P<0,0001). Παράλληλα, αυξημένα επίπεδα συσχέτισης εντοπίστηκαν μεταξύ της εκδήλωσης της νόσου και της παρουσίας συναισθημάτων κατάθλιψης (1,13; 0,87-1,47; P=0,36), με υψηλά ομοίως τα επίπεδα εκδήλωσης καταθλιπτικών διαταραχών, που συνετέλεσαν τελικώς στην ιδρυματοποίηση του ασθενούς (1,32 [0,94-1,85]; P=0,1083). Τα ανωτέρω ευρήματα υποδεικνύουν τη σαφή επιρροή της εμφάνισης της νόσου στην ψυχο-συναισθηματική υγεία των ασθενών, με ισχυρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους (Thorlacius et al., 2018).

Η μελέτη των McKenzie και συν. (2020) επιχείρησε την καταγραφή της απομείωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών με συμπτώματα Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας λόγω των

εγχειρόμενων ψυχο-συναισθηματικών επιπτώσεων της εκδήλωσης της νόσου. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 145 ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, από τους οποίους το 45,1% ήταν γυναίκες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, οι ασθενείς που κατηγοριοποιήθηκαν ως σταδίου III κατά Hurley εμφάνιζαν στατιστικώς σημαντικά αυξημένα επίπεδα κατά την αξιολόγηση τους με βάση την Κλίμακα Dermatology Life Quality Index (DLQI), τα οποία ανέρχονταν κατά μέσο όρο σε 20,2, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα επίπεδα ασθενών, που είχαν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου I κατά Hurley (11,3) ή ως σταδίου II κατά Hurley (13,9), ($P < 0,001$ και $P = 0,001$, αντιστοίχως). Επιπροσθέτως, περισσότεροι από το 75% των ασθενών παρουσίασαν σωματικά συμπτώματα όπως ερεθιστικότητα, πόνο, αίσθημα κνησμού, αιμορραγία και άσχημη οσμή, τα οποία συσχετίστηκαν σημαντικά με την έγερση των ψυχο-συναισθηματικών συμπτωμάτων της ντροπής και της μείωσης της αυτοπεποίθησής τους. Η σοβαρότητα των ψυχο-συναισθηματικών συμπτωμάτων συσχετίστηκε σημαντικά με την αυξημένη ένταση της άσχημης οσμής (correlation coefficient 0,4, $P < 0,001$) και την αδυναμία κίνησης των άκρων (0,323, $P < 0,001$), συντελώντας στην πρόκληση αρνητικών καταστάσεων στο χώρο της εργασίας (0,303, $P < 0,001$), αλλά και στην προσωπική ζωή των ασθενών (0,298, $P < 0,001$). Τα αποτελέσματα της μελέτης αποκάλυψαν τη σαφή συσχέτιση μεταξύ των σωματικών συμπτωμάτων της νόσου και της έγερσης αρνητικών συναισθημάτων, με σοβαρές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των ασθενών και, συνεπώς, στα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους (McKenzie et al., 2020).

Τη συσχέτιση των σωματικών συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας με την παρουσία ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών διερεύνησε και η μελέτη των Tiri και συν. (2018), επιδιώκοντας την αποσαφήνιση της επιρροής αυτών στην ποιότητα ζωής ασθενών κυρίως νεαρής ηλικίας. Στη συγκεκριμένη μελέτη μετείχαν ασθενείς ηλικίας από 5 έως <18 ετών, τα δεδομένα των οποίων συλλέχθηκαν μέσω του Finnish Care Register for Health Care και ακολούθως συγκρίθηκαν με υγιείς συμμετέχοντες. Συνολικά 153 ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα συμμετείχαν, από τους οποίους το 34,0% παρουσίαζε τουλάχιστον ένα εκτενές σωματικό σύμπτωμα. Σε ό,τι αφορά την εκδήλωση ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών, συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους παρουσιάστηκαν σε ποσοστό 15,7% των ασθενών ηλικίας μικρότερης των 18 ετών έναντι του 5,6% των υγιών συμμετεχόντων, που εμφάνισαν συμπτώματα αυτής της μορφής. Σημαντικό κρίνεται να αναφερθεί ότι μέχρι την ηλικία των 23 ετών, το 23,5% των ασθενών με συμπτώματα

Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας παρουσίαζε ενδείξεις ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών σε σύγκριση με το 8,7% των υγιών συμμετεχόντων. Η παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους συσχετίστηκε με την απομείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, γεγονός το οποίο αποκαλύπτει τη σημασία της διαφύλαξης της ψυχικής υγείας των ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα (Tiri et al., 2018).

4.3.4 Συσχέτιση μεταξύ της εκδήλωσης πόνου λόγω της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας και της επιρροής στην ποιότητα ζωής των ασθενών

Την επιρροή της εκδήλωσης πόνου, λόγω της εμφάνισης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, επιχείρησε να αποσαφηνίσει η μελέτη των Orenstein και συν. (2023), αναγνωρίζοντας ότι η παρουσία πόνου συνιστά ένα από τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου. Παράλληλα, οι ερευνητές έκριναν ως σημαντική τη διερεύνηση της αδυναμίας της πλειονότητας των προτεινόμενων θεραπευτικών σχημάτων να επιτύχουν τον ικανοποιητικό έλεγχο του προβαλλόμενου πόνου, συνθήκη που εγείρει την αναγκαιότητα αποσαφήνισης των επιπτώσεων της παρουσίας του στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Η συγκεκριμένη ποιοτική μελέτη βασίστηκε στη συμμετοχή 21 ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, οι οποίοι κλήθηκαν να παραθέσουν τις εμπειρίες τους αναφορικά με την παρουσία του πόνου και τις επιπτώσεις αυτού στα επίπεδα διαβίωσής τους. Για το σύνολο των ασθενών, η μέση εκτίμηση των επιπέδων πόνου καταγράφηκε σε 6, με εύρος τιμών από 3 έως 7, με τις εκτιμήσεις να πραγματοποιούνται σε 10βαθμη κλίμακα, όπου το 10 αφορούσε τα υψηλότερα επίπεδα πόνου. Οι ασθενείς ανέφεραν την παρουσία συμπτωμάτων πόνου νευροπαθητικής φύσεως, ο οποίος συνοδευόταν από την αίσθηση «τραβήγματος». Η παρουσία των συμπτωμάτων πόνου επηρέαζε ένα σημαντικό αριθμό τομέων της καθημερινής ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων της πρόκλησης περιορισμών στη φυσική/ σωματική λειτουργικότητά τους λόγω της μείωσης των επιπέδων κινητικότητάς τους αλλά και των υφιστάμενων διαταραχών του ύπνου, της απομείωσης της ποιότητας ψυχικής υγείας λόγω της εκδήλωσης συναισθημάτων κατάθλιψης, ευερεθιστικότητας, απώλειας ελέγχου και της αδυναμίας επικοινωνίας στον περίγυρο του ασθενούς λόγω των συναισθημάτων καταπόνησης, την οποία προκαλεί η συνεχής αίσθηση του πόνου. Εξίσου σημαντικές κρίθηκαν και οι επιπτώσεις του πόνου στην κοινωνική ζωή των ασθενών, με κυριότερες συνέπειες την κοινωνική τους απομόνωση, τα προβλήματα στην προσωπική τους ζωή και την αδυναμία εκπλήρωσης των κοινωνικών τους υποχρεώσεων. Μολονότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων ασθενών ανέφερε την παρουσία χρόνιων σωματικών οχλήσεων λόγω της εκδήλωσης της νόσου, συγχρόνως

τόνισε την εμφάνιση έντονης ψυχο-συναισθηματικής πίεσης, η οποία συντελεί στην επιβάρυνση της ποιότητας ζωής τους. Στην προσπάθειά τους οι ασθενείς να διασφαλίσουν την ελαχιστοποίηση του πόνου, οι περισσότεροι τείνουν να επιλέγουν αμφιλεγόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις, προτεινόμενες από μη επαγγελματίες υγείας, που συχνά αφορούν τη λήψη φαρμακευτικών ουσιών δίχως πιστοποιημένα επίπεδα ασφάλειας, ή σε μη ασφαλείς δοσολογίες. Οι ασθενείς στρέφονται προς τις συγκεκριμένες επιλογές ορμώμενοι από το φόβο τους έναντι του στιγματισμού τους από τον κοινωνικό τους περίγυρο λόγω της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της νόσου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, οι ασθενείς με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα βιώνουν υψηλά επίπεδα πόνου, τα οποία επηρεάζουν σημαντικά, πέραν της σωματικής τους ευεξίας, την ψυχική τους ισορροπία, καθώς και τα επίπεδα της κοινωνικής τους ζωής. Σε συνδυασμό με την υιοθέτηση θεραπευτικών σχημάτων ικανών να συμβάλουν στην απομείωση της υφιστάμενης πίεσης λόγω της παρουσίας της νόσου, η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αυτής δύναται να συνεισφέρει στη βελτιστοποίηση των επιπέδων της ποιότητας ζωής των ασθενών. Συνεπώς, κρίνεται καίρια η προσπάθεια επιτυχούς διαχείρισης του πόνου, που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς, με δεδομένο ότι ο έλεγχός του συντελεί στη βελτίωση της ποιότητας της διαβίωσής τους. Στο πεδίο αυτό επιτακτική αναδεικνύεται, με βάση τους ερευνητές, η προαγωγή προσεγγίσεων με επίκεντρο τον ασθενή και τις εγχειρόμενες ανάγκες αυτού (Orenstein et al., 2023).

Την επιρροή του πόνου, σε συνδυασμό με το αίσθημα κνησμού, στην καθημερινότητα των ασθενών με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα επιχείρησαν να καταγράψουν οι Li και συν. (2023), αναγνωρίζοντας ότι πρόκειται για τα επικρατέστερα συνοδά συμπτώματα της συγκεκριμένης νόσου. Μέσω της παρούσας μελέτης επιδιώχθηκε, συνεπώς, η συσχέτιση των ανωτέρω συμπτωμάτων με την έκπτωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των ασθενών, με απώτερο στόχο την αποσαφήνιση της δυναμικής της παρουσίας τους στην καθημερινότητα των ατόμων, που πάσχουν από την ασθένεια. Συνολικά 257 ασθενείς με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα μετείχαν στη μελέτη, οι οποίοι εξετάστηκαν αναφορικά με τα επίπεδα έντασης του πόνου και της σοβαρότητας του αισθήματος κνησμού, επιχειρώντας την αποσαφήνιση της επιρροής αυτών στην ποιότητα ζωής τους. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, η έκπτωση της ποιότητας ζωής των ασθενών συσχετίστηκε με την κατηγοριοποίησή τους σε επίπεδο κατά Hurley II ($\beta=19,66$, 95% CI: 1,40-37,93) και III ($\beta=21,98$, 95% CI: 1,57-42,39), καθώς και με την ένταση του

εγχειρόμενου πόνου ($\beta=13,74$, 95% CI: 11,93-15,55), του αισθήματος κνησμού ($\beta=4,57$, 95% CI: 2,59-6,55), των επιπέδων ανησυχίας αναφορικά με την εξέλιξη της νόσου ($\beta=2,55$, 95% CI: 1,29-3,81) και την ένταση των προκαλούμενων συμπτωμάτων κατάθλιψης λόγω της νόσου ($\beta=1,43$, 95% CI: 0,30-2,56). Τα αυξημένα επίπεδα πόνου συσχετίστηκαν με την κατηγοριοποίηση των ασθενών σε στάδιο κατά Hurley III ($\beta=2,04$, 95% CI: 0,99-3,09), ενώ ομοίως υψηλότερα επίπεδα πόνου εντοπίστηκαν σε ασθενείς της Αφρο-αμερινάνικης φυλής ($\beta=1,23$, 95% CI: 0,40-2,06). Τα αυξημένα επίπεδα πόνου συσχετίστηκαν επιπροσθέτως με την εκδήλωση συναισθημάτων κατάθλιψης ($\beta=0,08$, 95% CI: 0,02-0,14) και άγχους ($\beta=0,10$, 95% CI: 0,04-0,17). Αντιστοίχως, η ένταση του αισθήματος κνησμού συσχετίστηκε με την κατηγοριοποίηση των ασθενών σε στάδιο κατά Hurley III ($\beta=2,23$, 95% CI: 1,19-3,27), ενώ ιδιαιτέρως αυξημένα συμπτώματα κνησμού παρουσιάστηκαν σε ασθενείς που ανήκουν στην Αφρο-αμερικάνικη φυλή ($\beta=0,92$, 95% CI: 0,07-1,78). Το αίσθημα κνησμού συσχετίστηκε με την εκδήλωση συναισθημάτων κατάθλιψης ($\beta=0,09$, 95% CI: 0,04-0,14) και άγχους ($\beta=0,07$, 95% CI: 0,01-0,13). Τα ανωτέρω αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η εκδήλωση πόνου συνιστά έναν από τους κυριότερους παράγοντες απομείωσης των επιπέδων της ποιότητας ζωής των ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα. Ιδιαίτερος ενδιαφέρον καταγράφεται το γεγονός ότι σε 10βαθμη κλίμακα αξιολόγησης του πόνου, η αύξηση κατά 2 μονάδες του επιπέδου αυτού συνεπάγεται παρόμοιας έκτασης επίδραση επί της ποιότητας ζωής του ασθενούς όπως θα προέκυπτε από την μετάβασή του από το στάδιο κατά Hurley I στο αντίστοιχο στάδιο κατά Hurley III, σημείο το οποίο αποκαλύπτει την αυξημένη επιρροή ειδικότερα του πόνου στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Li et al., 2023).

Η εκδήλωση αισθήματος κνησμού, αντιστοίχως, συνιστά ένα κυρίαρχο σύμπτωμα της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, με σαφείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η μελέτη των Vossen και συν. (2017) εστίασε στην αποσαφήνιση της επιρροής του αισθήματος κνησμού στην καθημερινότητα των ασθενών, επιχειρώντας την καταγραφή των επιπέδων της παρουσίας αυτού σε σύνολο 211 ασθενών με συμπτώματα Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 57,3% εξ αυτών παρουσίασε μέσο όρο $6,1 \pm 2,0$ στη 10βαθμη κλίμακα αξιολόγησης της έντασης του αισθήματος κνησμού (numerical rating scale, NRS, 0-10). Ασθενείς, οι οποίοι εμφάνισαν επίπεδα αισθήματος κνησμού σε επίπεδα $NRS \geq 3$ παρουσίαζαν ομοίως περισσότερο εκτεταμένες περιοχές του σώματος, που είχαν επηρεασθεί από τη νόσο. Η εκδήλωση αισθήματος κνησμού σε επίπεδα

NRS \geq 3 συσχετίστηκε επιπροσθέτως με την κατηγοριοποίηση των ασθενών σε στάδιο κατά Hurley III (odds ratio [OR] 7,73; p=0,003), αλλά και με την παρουσία συμπτωμάτων πόνου (OR 1,34; p<0,001). Με βάση τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, η εκδήλωση αισθήματος κνησμού επηρέασε επιπλέον σημαντικά την ποιότητα του ύπνου για την πλειονότητα των περιπτώσεων των ασθενών, ενώ εξίσου σημαντική υπήρξε η επιρροή της πραγματοποίησης του συνόλου των καθημερινών δραστηριοτήτων από πλευράς των ασθενών (activities of daily living, ADL). Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι ο μέσος όρος του αισθήματος κνησμού ανερχόταν σε επίπεδα 13,7 \pm 3,6 για 52 συμμετέχοντες από το σύνολο, εκτιμώμενος σε κλίμακα αξιολόγησης βαθμολογούμενη από 5 έως 25. Τα ανωτέρω ευρήματα αποκαλύπτουν ότι το αίσθημα κνησμού συνιστά ένα ιδιαίτερος ανησυχητικό σύμπτωμα της νόσου της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, το οποίο δύναται να επηρεάσει αισθητά την ποιότητα ζωής των ασθενών, βάλλοντας την καθημερινότητά τους (Vossen et al., 2017).

4.3.5 Συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας δυσάρεστης οσμής λόγω της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας και της επιρροής στην ποιότητα ζωής των ασθενών

Η μελέτη των Alavi και συν. (2018) επικεντρώνεται στη διερεύνηση της απομείωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών, λόγω των εντοπιζόμενων επιπτώσεων της εκδήλωσης της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, εστιάζοντας ειδικότερα στην επιρροή της δυσάρεστης οσμής στην καθημερινότητά τους. Η δυσάρεστη οσμή, που συνοδεύει την παρουσία της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, τείνει να ενέχει έναν ισχυρό ψυχο-συναισθηματικό αντίκτυπο, καθώς συνιστά αίτιο πρόκλησης συναισθημάτων ντροπής, χαμηλής αυτο-εκτίμησης, κοινωνικού στιγματισμού και αποξένωσης. Η πρόκληση δυσάρεστης οσμής σε ασθενείς με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα αποδίδεται στη συγκέντρωση βακτηριακών στελεχών, με την ένταση αυτής να ποικίλει μεταξύ των ασθενών. Η συγκεκριμένη μελέτη υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή συνολικά 51 ασθενών, με τα επίπεδα της ποιότητας ζωής αυτών να εκτιμώνται με βάση την Κλίμακα Dermatology Life Quality Index (DLQI) και το Ερωτηματολόγιο Skindex-29. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, η ένταση της δυσάρεστης οσμής συνιστά παράγοντα πρόβλεψης της συνολικής βαθμολογίας στο Ερωτηματολόγιο Skindex, με την σοβαρότητα της νόσου να εκτιμάται σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση κατά Hurley και με τη χρήση της Κλίμακας Sartorius score (R²=0,39, F=8,11, P<0,0001). Αν και δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των επιπέδων της ποιότητας ζωής των ασθενών και της έντασης της δυσάρεστης οσμής αυτών, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, που καταγράφησαν με τη βοήθεια της Κλίμακας DLQI,

υπήρξε εμφανές ότι ασθενείς με αυξημένα επίπεδα δυσάρεστης οσμής παρουσίαζαν ταυτοχρόνως και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, όπως αυτή εκτιμήθηκε με βάση το Ερωτηματολόγιο Skindex-29 ($t=-4,19$, $df=43$, $P<0,0001$, μέση διαφοροποίηση=-18,87). Τα ανωτέρω υποδηλώνουν ότι η παρουσία δυσάρεστης οσμής, μιας κοινής εκδήλωσης της νόσου της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, εύρημα το οποίο αποκαλύφθηκε με βάση το Ερωτηματολόγιο Skindex-29, αλλά όχι σύμφωνα με την Κλίμακα DLQI. Η ανωτέρω διαφοροποίηση δύναται να αποδοθεί στην μη εξειδίκευση της Κλίμακας DLQI σε ό,τι αφορά την προσέγγιση των μοναδικών χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της νόσου, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και η δυσάρεστη οσμή (Alavi et al., 2018).

Ομοίως, την επιρροή της δυσάρεστης οσμής αλλά και του κνησμού, εξίσου κοινού συμπτώματος της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, στην ποιότητα ζωής των ασθενών επιχείρησε να διερευνήσει η μελέτη των Molina-Leyva και Cuenca-Barrales, επιδιώκοντας τη συσχέτιση της απομείωσης των επιπέδων της ποιότητας διαβίωσης των ασθενών με τα εγχειρόμενα συμπτώματα της νόσου. Συνολικά 233 ασθενείς μετείχαν στη συγκεκριμένη ποσοτική μελέτη, στους οποίους διανεμήθηκαν η Κλίμακα Numeric Rating Scale (NRS), με στόχο την αποσαφήνιση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων δυσάρεστης οσμής και κνησμού και η Κλίμακα Dermatology Life Quality Index (DLQI), αποσκοπώντας στην καταγραφή των επιπέδων της ποιότητας ζωής τους. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, τόσο η παρουσία κνησμού όσο και δυσάρεστης οσμής συσχετίζονται σημαντικά με την απομείωση των επιπέδων της ποιότητας ζωής των ασθενών ($p<0,05$). Η ένταση του κνησμού συσχετίστηκε με τον αριθμό των προσβεβλημένων από τη νόσο περιοχών του σώματος, τη σοβαρότητα της νόσου και την παρουσία ταυτοχρόνως συμπτωμάτων της νόσου του Crohn, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κνησμού έναντι των ανδρών ασθενών. Η ένταση της δυσάρεστης οσμής συσχετίστηκε με τον αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI), τη διάρκεια της νόσου, τον αριθμό των προσβεβλημένων περιοχών και τη σοβαρότητα της νόσου με βάση την κατηγοριοποίηση κατά Hurley. Τα ανωτέρω ευρήματα υποδεικνύουν ότι τόσο η δυσάρεστη οσμή, όσο και ο κνησμός συνιστούν συμπτώματα της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, που δύναται να επηρεάσουν ισχυρά την ποιότητα της ζωής των ασθενών, εγείροντας την αναγκαιότητα της βέλτιστης διαχείρισης αυτών με στόχο την διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης των ασθενών (Molina-Leyva & Cuenca-Barrales, 2020).

4.3.6 Εκτίμηση της επιρροής της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ίδρωταδενίτιδας στην ποιότητα της σεξουαλικής/ διαπροσωπικής ζωής των ασθενών

Θέτοντας στο επίκεντρο την επιρροή της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ίδρωταδενίτιδας στην ποιότητα της σεξουαλικής και διαπροσωπικής ζωής των ασθενών, έτερη μελέτη των Cuenca-Barrales και Molina-Leyva (2020), επεδίωξε την καταγραφή της επίπτωσης αυτής στην πρόκληση σεξουαλικής δυσλειτουργίας στις γυναίκες και στυτικής δυσλειτουργίας στους άνδρες ασθενείς. Η προσέγγιση των συμμετεχόντων ασθενών βασίσθηκε στην αξιοποίηση της Κλίμακας 6-item Female Sexual Function Index (FSFI-6) για την καταγραφή των επιπέδων σεξουαλικής δυσλειτουργίας στις γυναίκες και της Κλίμακας International Index of Erectile Function (IIEF-5) για την καταγραφή της στυτικής δυσλειτουργίας στους άνδρες συμμετέχοντες. Συνολικά 393 ασθενείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, που διανεμήθηκαν, με το 51% (95% CI 45-57%) των γυναικών να αναφέρει προβλήματα στη σεξουαλική του δραστηριοποίηση, με αντιστοίχως το 60% (95% CI 49-70%) των ανδρών ασθενών να αναφέρει προβλήματα στυτικής δυσλειτουργίας. Η εκδήλωση προβλημάτων στη σεξουαλική ζωή των γυναικών ασθενών συσχετίσθηκε με την εξελικτική πορεία της νόσου, τα επίπεδα πόνου, που βίωνε η ασθενής και την παρουσία δυσάρεστης οσμής. Αντιστοίχως, στους άνδρες ασθενείς η καταγραφή στυτικής δυσλειτουργίας συσχετίσθηκε με την παρουσία βλαβών στην βουβονική περιοχή, καθώς και με την έκταση των περιοχών, που έχουν υποστεί βλάβες. Με βάση τα ανωτέρω ευρήματα, εντοπίσθηκε μια σαφής συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση της Διαπυητικής Ίδρωταδενίτιδας και της σεξουαλικής ζωής των ασθενών, με την παρουσία προβλημάτων σεξουαλικής δραστηριοποίησης και στυτικής δυσλειτουργίας σε ένα σημαντικό ποσοστό αυτών. Η διατήρηση μιας σταθερής σχέσης λειτουργούσε προστατευτικά έναντι της απομείωσης της ποιότητας της σεξουαλικής ζωής των ασθενών, με την επιρροή της νόσου να αποδίδεται στην εξελικτική πορεία και στα εγείρομενα συμπτώματά της, με κυρίαρχα μεταξύ αυτών την δυσάρεστη οσμή και την εκδήλωση πόνου (Cuenca-Barrales & Molina-Leyva, 2020).

Μεταγενέστερη μελέτη των Cuenca-Barrales και συν. (2022) αποσκοπούσε στην καταγραφή των επιπέδων σεξουαλικής δραστηριοποίησης των ασθενών με Διαπυητική Ίδρωταδενίτιδα σε συνδυασμό με τους σχετιζόμενους με τη νόσο παράγοντες, οι οποίοι δύναται να την επηρεάσουν. Συνολικά στη μελέτη μετείχαν 34 ασθενείς δίχως σχέση και 28 ασθενείς, οι οποίοι διατηρούσαν σταθερή σχέση, στους οποίους διανεμήθηκε η Κλίμακα Dermatology Life Quality Index (DLQI) και η Κλίμακα Family Dermatology Life Quality

Index (FDLQI), με στόχο την εκτίμηση της ποιότητας της ζωής των ιδίων, αλλά και των συντρόφων τους αντιστοίχως. Η Κλίμακα 6-item Female Sexual Function Index (FSFI-6) αξιοποιήθηκε με στόχο την καταγραφή των επιπέδων σεξουαλικής δυσλειτουργίας στις γυναίκες και η Κλίμακα International Index of Erectile Function (IIEF-5) αποσκοπούσε στην καταγραφή της στυτικής δυσλειτουργίας στους άνδρες συμμετέχοντες. Με βάση τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, η εκδήλωση της νόσου επέφερε σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών (DLQI $12,5 \pm 7,5$), με μέτριας βαρύτητας επιπτώσεις να παρατηρούνται στην ποιότητα ζωής των συντρόφων τους (FDLQI $10,3 \pm 7,1$). Επιπροσθέτως, οι γυναίκες ασθενείς παρουσίαζαν αυξημένα ποσοστά σεξουαλικής δυσλειτουργίας (13/32, 40,6%), με τους άνδρες ασθενείς να εμφανίζουν, ομοίως, αυξημένα ποσοστά στυτικής δυσλειτουργίας (19/30, 63,3%). Ομοίως, οι άνδρες σύντροφοι των ασθενών παρουσίαζαν αυξημένα επίπεδα στυτικής δυσλειτουργίας λόγω της εκδήλωσης της νόσου στις συντρόφους τους (10/17, 58,8%), με μόλις μία γυναίκα σύντροφο ασθενούς με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα να εκδηλώνει σημεία σεξουαλικής δυσλειτουργίας (1/11, 9,1%). Ένα σύνολο παραμέτρων συσχετίστηκε με την απομείωση των επιπέδων της ποιότητας ζωής των ασθενών, με κυριότερες τη σοβαρότητα της νόσου, την ένταση των συμπτωμάτων και την εξελικτική πορεία αυτής, με εντονότερες επιπτώσεις να εντοπίζονται στο πεδίο της στυτικής δυσλειτουργίας των ανδρών ασθενών. Με βάση τα ανωτέρω αποτελέσματα, η παρουσία συμπτωμάτων Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας τείνει να επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, με ισχυρό τον αντίκτυπο αυτής στη σεξουαλική τους ζωή (Cuenca-Barrales et al., 2022).

Αντιστοίχως, τις επιπτώσεις της εκδήλωσης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, θέτοντας ειδικότερα στο στόχαστρο την ποιότητα της σεξουαλικής τους ζωής, διερεύνησε η μελέτη των Janse και συν. (2017). Στη συγκεκριμένη μελέτη μετείχαν συνολικά 300 ασθενείς με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, στους οποίους διανεμήθηκαν η Κλίμακα 6-item Female Sexual Function Index (FSFI-6) προκειμένου να αποτυπωθούν τα επίπεδα σεξουαλικής δυσλειτουργίας των γυναικών ασθενών, η Κλίμακα International Index of Erectile Function (IIEF-5) με στόχο την αποσαφήνιση των επιπέδων στυτικής δυσλειτουργίας στους άνδρες ασθενείς, η Κλίμακα Arizona Sexual Experience Scale με στόχο την αποσαφήνιση της ποιότητας της σεξουαλικής ζωής και η Κλίμακα Dermatology Life Quality Index προκειμένου να επιτευχθεί η εκτίμηση των επιπέδων της ποιότητας της ζωής των ασθενών. Με βάση τα

αποτελέσματα της μελέτης εντοπίστηκαν μειωμένα επίπεδα της ποιότητας ζωής και της σεξουαλικής δραστηριοποίησης των ασθενών, με βάση τις εκτιμήσεις στο σύνολο των ερωτηματολογίων, που διανεμήθηκαν (Female Sexual Function Index: $21,6 \pm 9,6$, International Index of Erectile Function: $49,7 \pm 20,7$, Arizona Sexual Experience Scale: $16,7 \pm 5,3$, Dermatology Life Quality Index: $12,5 \pm 7,5$). Επιπροσθέτως, εντοπίστηκε αυξημένη συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα της σεξουαλικής δραστηριοποίησης των ασθενών και στην ποιότητα ζωής αυτών, κυρίως στην περίπτωση των γυναικών ασθενών, αλλά όχι των ανδρών. Παράλληλα, η εκδήλωση της νόσου αργά στην πορεία της ζωής των γυναικών ασθενών συντελούσε στην απομείωση των επιπέδων της σεξουαλικής τους δραστηριοποίησης. Η μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών συσχετίστηκε με τον εντοπισμό των βλαβών στη βουβωνική περιοχή, τη σοβαρότητα της νόσου και την εξελικτική πορεία αυτής. Τα ανωτέρω ευρήματα αποκαλύπτουν τη σαφή επιρροή της εμφάνισης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής και στα επίπεδα της σεξουαλικής δραστηριοποίησης των ασθενών, γεγονός που εγείρει την αναγκαιότητα της παροχής ολιστικής υποστήριξης και της υλοποίησης κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων με στόχο την ελαχιστοποίηση του αντίκτυπου αυτής (Janse et al., 2017).

Ομοίως, εστιάζοντας στον πληθυσμό των γυναικών ασθενών στην Ελλάδα, η μελέτη των Tsentemeidou και συν (2023a) έθεσε στο προσκήνιο την καταγραφή των επιπτώσεων της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία με κύριο στόχο αυτής τον εντοπισμό των πιθανών διαφοροποιήσεων έναντι των ανδρών ασθενών. Η συγκεκριμένη μελέτη υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή συνολικά 96 γυναικών ασθενών, επιχειρώντας, επιπροσθέτως, την αποσαφήνιση της επιρροής της νόσου στην επιθυμία τους να τεκνοποιήσουν. Πρόκειται για ποσοτική μελέτη, η οποία βασίστηκε στη διανομή κατάλληλα σχεδιασμένου ερωτηματολογίου, εντός του οποίου περιλαμβάνονταν 19 ερωτήματα κλειστού και ανοιχτού τύπου, μέσω των οποίων υπήρξε δυνατή η προσέγγιση της επιρροής της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην κοινωνική και σεξουαλική ζωή, στον οικογενειακό προγραμματισμό, στην επαγγελματική πορεία και εν γένει στην ποιότητα ζωής των γυναικών συμμετεχόντων. Αν και στη μελέτη συμπεριελήφθησαν γυναίκες άνω των 18 ετών, στην περίπτωση γυναικών κάτω των 25 ετών υλοποιήθηκε ανάλυση ευαισθησίας, καθώς κρίθηκε λιγότερο πιθανό γυναίκες αυτής της ηλικίας στην Ελλάδα να βρίσκονται σε γάμο ή σε σταθερή σχέση, συνθήκη που επηρεάζει σημαντικά την επιθυμία τους για τεκνοποίηση. Με βάση τα ευρήματα της

μελέτης, η πλειονότητα των γυναικών (80,8%) θεωρούσε ότι έχει στιγματισθεί λόγω της παρουσίας των συμπτωμάτων της νόσου, δηλώνοντας την αυξημένη επιρροή της στην επιλογή του τρόπου ένδυσης, αλλά και κατά την κοινωνική τους δραστηριοποίηση. Σημεία σεξουαλικής δυσλειτουργίας εντόπισε ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων γυναικών (73,1%), ενώ το 1/3 αυτών δήλωσε ότι δεν επιθυμεί να τεκνοποιήσει. Ειδικότερα, το 67,7% των ασθενών φαίνεται να ανησυχεί για τις πιθανές επιπτώσεις της νόσου στην κύηση, στον τοκετό αλλά και μεταγεννητικά, με το 84,6% να θεωρεί ότι η παρουσία Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας δύναται να ενέχει σαφείς επιπτώσεις στα επίπεδα γονιμότητάς του και στην υγεία του νεογνού. Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών (43%) εξέφρασε το φόβο ότι πιθανώς να χάσει τη δουλειά του λόγω της εκδήλωσης της νόσου, με το 34,4% να έχει δεχθεί διακρίσεις στον εργασιακό του χώρο εξαιτίας των συμπτωμάτων που βιώνει, συνθήκη που έχει ωθήσει το 33,3% των γυναικών να επιχειρεί να αποκρύψει την κατάσταση της υγείας του. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης υπήρξε εμφανής η επιρροή της εκδήλωσης της νόσου στην ποιότητα ζωής των γυναικών ασθενών, με ισχυρές επιπτώσεις στο πεδίο της σεξουαλικής τους δραστηριοποίησης και της επιθυμίας τους να δημιουργήσουν οικογένεια (Tsentemidou et al., 2023a).

Έτερη μελέτη των Quinto και συν. (2021b) εστίασε στη διερεύνηση της επιρροής της εκδήλωσης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στη σεξουαλική ζωή των ασθενών, επιδιώκοντας την αποσαφήνιση των συνεπειών της εμφάνισης των δερματικών αλλοιώσεων, ειδικότερα στην περίπτωση που αφορούν την περιοχή των γενετικών οργάνων, στα επίπεδα σεξουαλικής επιθυμίας και λειτουργικότητας, καθώς επίσης και στην απομείωση της ποιότητας ζωής τους. Κύριος στόχος, συνεπώς, της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσε η συσχέτιση της εκδήλωσης της νόσου με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και ήπιων ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών (minor psychiatric disorders, MPD), που δύναται να συντελέσουν στην έκπτωση των επιπέδων διαβίωσης των πασχόντων. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 77 ασθενείς με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς, που περιέκλειαν ερωτήματα αναφορικά με τις συνήθειες καθημερινές τους δραστηριότητες και την πιθανή διαφοροποίηση των επιπέδων της σεξουαλικής επιθυμίας και δραστηριοποίησης τους λόγω της εμφάνισης των συμπτωμάτων της νόσου. Η πλειονότητα των ασθενών ανέφερε την απομείωση της ποιότητας της σεξουαλικής του ζωής και την ελαχιστοποίηση των σεξουαλικών τους συνευρέσεων, παρότι οι ασθενείς συγχρόνως

αποκάλυψαν την ενεργή σεξουαλική τους διάθεση έναντι των συντρόφων τους, η οποία όμως έφθινε λόγω της παρουσίας των δερματικών αλλοιώσεων, που συνοδεύουν τη συγκεκριμένη ασθένεια. Παράλληλα, σημαντικό είναι να τονισθεί ότι δεν εντοπίστηκαν συσχετίσεις μεταξύ της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της νόσου και της σεξουαλικής επιθυμίας των ασθενών, ενώ αντιθέτως εντοπίστηκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην απομείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας και στην κατανάλωση αλκοόλ, στη μείωση του Δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index, BMI), στο οικογενειακό ιστορικό εκδήλωσης της νόσου και στην παρουσία εκτεταμένων αλλοιώσεων σε περιοχές του σώματος όπως είναι η περιοχή των γενετικών οργάνων. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, η εμφάνιση ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και του άγχους, συνέβαλε στην αύξηση του κινδύνου πρόκλησης σεξουαλικής δυσλειτουργίας, σημείο το οποίο αποκαλύπτει τον κυρίαρχο ρόλο της ψυχο-συναισθηματικής υγείας του ασθενούς με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα σε ό,τι αφορά την ποιότητα των σεξουαλικών του σχέσεων, με την νόσο να τείνει να επηρεάζει αισθητά την σεξουαλική του ζωή, βάλλοντας την ποιότητα της διαβίωσής του (Quinto et al., 2021b).

Την επιρροή της εμφάνισης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στη σεξουαλική και διαπροσωπική ζωή των ασθενών και τις συνέπειες αυτής στην ποιότητα ζωής τους διερεύνησε και η μελέτη των Krajewski και συν. (2024). Η εμφάνιση εκτεταμένων βλαβών, η παρουσία αυτών στις γενετήσιες περιοχές, αλλά και η δυσάρεστη οσμή αποτελούν παράγοντες, οι οποίοι συντελούν στη διαταραχή της σεξουαλικότητας των ασθενών, μειώνοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Η συγκεκριμένη μελέτη υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή συνολικά 199 ασθενών με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας, με τα επίπεδα της ποιότητας της σεξουαλικής και γενικότερα της καθημερινής τους ζωής να αποτυπώνονται με τη βοήθεια κατάλληλα σχεδιασμένου ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα της μελέτης αποκάλυψαν ότι, ανεξαρτήτως του φύλου των ασθενών, η εκδήλωση συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας επιφέρει σημαντικό πλήγμα στη σεξουαλική ζωή τους, με την πλειονότητα των ασθενών να παρουσιάζει βαθμολογία ίση με $28,8 \pm 5,3$ στην Κλίμακα Relation and Sexuality Scale (RSS). Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων οδήγησε στο συμπέρασμα ότι υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικής δυσλειτουργίας καταγράφονται σε γυναίκες ασθενείς, καθώς και σε ασθενείς που κατηγοριοποιούνται ως σταδίου III σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση κατά Hurley ($p=0,012$). Η σεξουαλική δυσλειτουργία συσχετίστηκε με την παρουσία πόνου ($\beta=0,25$),

αλλά και τον αριθμό των βλαβών και την έκταση αυτών ($\beta=0,14$). Η επιρροή της νόσου στη σεξουαλική ζωή των ασθενών συσχετίστηκε σημαντικά με την απομείωση της ποιότητας ζωής τους ($\beta=0,404$), το στιγματισμό τους ($\beta=0,411$) και την πρόκληση συναισθημάτων κατάθλιψης ($\beta=0,413$) και άγχους ($\beta=0,300$). Οι ασθενείς παρουσίαζαν σημεία δυσλειτουργίας στη σεξουαλική τους ζωή από τα αρχικά στάδια της νόσου, με την ένταση αυτών να αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου και τη συνοδό επέκταση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Τα ανωτέρω αποτελέσματα υποδεικνύουν τη συσχέτιση της ποιότητας ζωής των ασθενών με τα επίπεδα σεξουαλικότητάς τους και την ποιότητα της σεξουαλικής τους ζωής, αποκαλύπτοντας τις επιπτώσεις, τις οποίες επιφέρει η εκδήλωση της νόσου (Krajewski et al., 2024).

4.3.7 Εκτίμηση της επιρροής της εκδήλωσης της Διαπηνητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των ασθενών

Η μελέτη των Schneider-Burrus και συν. (2023) εστίασε στην αποτύπωση της επιρροής της εκδήλωσης της Διαπηνητικής Ιδρωταδενίτιδας στα επίπεδα παραγωγικότητας των ασθενών και στην αποδοτικότητα αυτών εντός του εργασιακού τους χώρου. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 481 ασθενείς με συμπτώματα της νόσου, οι οποίοι αξιολογήθηκαν με βάση την Κλίμακα Work Ability Index (WAI) και την Κλίμακα Work Productivity and Activity Impairment (WPAI). Από το σύνολο των συμμετεχόντων το 53,3% εξ αυτών απασχολούνταν με πλήρες εργασιακό ωράριο, το 16,8% εξ αυτών εργάζονταν υπό το καθεστώς μερικούς απασχόλησης και το 7,3% εξ αυτών είχε συνταξιοδοτηθεί προσφάτως και συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι τα επίπεδα ανεργίας μεταξύ των ασθενών με Διαπηνητική Ιδρωταδενίτιδα ανέρχονταν στο 12,6%, διπλάσια σχεδόν από τα επίπεδα ανεργίας, που εντοπίζονται στο γενικό πληθυσμό. Η αναγκαιότητα λήψης αναρρωτικών αδειών κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, λόγω της εκδήλωσης συμπτωμάτων της νόσου, ανερχόταν σε επίπεδα 41,4% [95% confidence interval (CI) 36,9-46,0], με τη διάρκεια αυτών να εκτείνεται κατά μέσο όρο σε 39,3 ημέρες (95% CI 32,4-46,1). Ο μέσος όρος απουσίας λόγω της Διαπηνητικής Ιδρωταδενίτιδας με βάση την Κλίμακα WPAI absenteeism ανερχόταν σε 13,3% (95% CI 9,7-16,8), με τα επίπεδα απώλειας παραγωγικότητας λόγω της νόσου (WPAI presenteeism) να ανέρχονται σε 25,2% (95% CI 21,8-28,6). Τα επίπεδα παρουσίας των εργαζομένων στο χώρο της εργασίας (Presenteeism) συσχετίστηκαν σημαντικά με τα επίπεδα σοβαρότητας των συμπτωμάτων της ασθένειας, όπου τα επίπεδα επαρκούς τέλεσης των εργασιακών καθηκόντων εκτιμήθηκαν σε 33,4% (95% CI 29,3-37,6), τιμή, η οποία αξιολογείται περίπου

20% χαμηλότερη σε σχέση με τα επίπεδα, που εντοπίζονται στο γενικό πληθυσμό. Μόνο το 62,8% των συμμετεχόντων ασθενών δήλωσε ότι θεωρούν ικανούς τους εαυτούς τους να παραμείνουν ενεργοί στον επαγγελματικό χώρο για τα επόμενα 2 έτη, με τα αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και την εκδήλωση έντονου πόνου να σχετίζονται με την απομείωση των επιπέδων παραγωγικότητας και αποδοτικότητας αυτών. Τα ανωτέρω συντελούν στην απώλεια κέρδους λόγω της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, που ανέρχεται σε περίπου 12,6 δισεκατομμύρια ευρώ, εκ των οποίων 3,3 δισεκατομμύρια ευρώ σχετίζονται με τα χαμηλά επίπεδα εργασιακής απασχόλησης των ασθενών, 3,5 δισεκατομμύρια ευρώ αφορούν τα αυξημένα επίπεδα απουσίας αυτών από τον εργασιακό τους χώρο και 5,8 δισεκατομμύρια ευρώ προκύπτουν λόγω της μειωμένης αποδοτικότητας αυτών κατά την τέλεση των εργασιακών τους καθηκόντων. Με βάση τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, η Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα συντελεί στη μείωση της παραγωγικότητας και της εργασιακής αποδοτικότητας των ασθενών, με σαφείς επιπτώσεις στην καθημερινότητά τους, καθώς και στην κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση. Η αδυναμία επαρκούς απόδοσής τους επί των εργασιακών καθηκόντων σχετίζεται με τη σοβαρότητα της νόσου, αποκαλύπτοντας τη σαφή σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και της ικανοποιητικής διαχείρισης της εξελικτικής πορείας αυτής. Η απομείωση της παραγωγικότητας παράλληλα τείνει να επιφέρει την έγερση συμπτωμάτων κατάθλιψης και ανικανότητας στους ασθενείς, οδηγώντας στην απομείωση της ικανοποίησης από τη ζωή (Schneider-Burrus et al., 2023).

Σε όμοιο πλαίσιο, η μελέτη των Yao, Jørgensen και Thomsen (2020) επιχείρησε την αποτύπωση των επιπέδων απουσίας, απασχόλησης και ανικανότητας κατά την τέλεση των καθημερινών εργασιακών καθηκόντων σε ασθενείς με συμπτώματα Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, αποσκοπώντας στην αποσαφήνιση της επιρροής της νόσου στον εργασιακό τομέα και εν γένει στην καθημερινή ζωή. Συνολικά 100 ασθενείς μετείχαν στη συγκεκριμένη μελέτη, από τους οποίους οι 57 (57,0%) ήταν εργαζόμενοι, ενώ το 21,2% των συμμετεχόντων είχε προσφάτως απωλέσει την εργασία του. Από το σύνολο των ασθενών, το 60,4% εξ αυτών ανέφερε ότι παρουσίασε μείωση των επιπέδων παραγωγικότητας κατά τη διάρκεια των προηγούμενων εβδομάδων ως απόρροια των συμπτωμάτων της νόσου, με τα αποτελέσματα της μελέτης να αποκαλύπτουν ότι τα επίπεδα παραγωγικότητας των ασθενών κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας μειώθηκαν κατά 26,6%. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 72% ανέφερε ότι παρουσίαζε σημαντική απομείωση των επιπέδων ενεργότητάς του σε καθημερινή βάση, με το 32,7% εξ αυτών να καταλήγει στην αποφυγή τέλεσης αρκετών εκ των καθημερινών του

δραστηριοτήτων. Σημαντικές συσχετίσεις εντοπίστηκαν ανάμεσα στη μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με Διαβητική Ιδρωταδενίτιδα και των εκτιμήσεων στην Κλίμακα WPAI, σε πεδία όπως είναι τα επίπεδα προσέλευσης στην εργασία, η γενική απομείωση των επιπέδων παραγωγικότητας και η μείωση των επιπέδων αποδοτικότητας ($r=0,50-0,77$). Ομοίως, σημαντικές συσχετίσεις εντοπίστηκαν ανάμεσα στα επίπεδα σοβαρότητας της νόσου και στις ανωτέρω παραμέτρους ($r=0,35-0,46$), με το μέσο όρο μείωσης της αποδοτικότητας των ασθενών να ανέρχεται σε 34,8 για ασθενείς, οι οποίοι έχουν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley I, σε 60,1 για τους ασθενείς, οι οποίοι έχουν αντιστοίχως κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley II και σε 64,0 για τους ασθενείς, οι οποίοι έχουν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley III, $P<0,0001$. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι άνεργοι ασθενείς παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα απομείωσης της αποδοτικότητας τους έναντι των εργαζομένων συμμετεχόντων ασθενών (μέσος όρος: 61,0 έναντι 42,6, $P=0,001$). Τα ανωτέρω ευρήματα υποδεικνύουν ότι η μείωση των επιπέδων αποδοτικότητας και παραγωγικότητας εντοπίζεται αυξημένη σε ασθενείς με Διαβητική Ιδρωταδενίτιδα, συνθήκη η οποία σχετίζεται σημαντικά με τα επίπεδα σοβαρότητας της νόσου και συντελεί στην μείωση της ποιότητας ζωής τους (Yao, Jørgensen & Thomsen, 2020).

Η μελέτη των Barboza-Guadagnini και συν. (2023) έθεσε στο επίκεντρο τη συσχέτιση της εκδήλωσης του πόνου, ως κύριου συμπτώματος της Διαβητικής Ιδρωταδενίτιδας, και της επιρροής αυτού στην επαγγελματική ζωή των ασθενών, στα επίπεδα της καθημερινής τους δραστηριοποίησης και εν γένει στην ποιότητα ζωής τους. Στη συγκεκριμένη μελέτη μετείχαν συνολικά 98 ασθενείς με Διαβητική Ιδρωταδενίτιδα, των οποίων εκτιμήθηκαν τα επίπεδα επαγγελματικής και καθημερινής δραστηριοποίησης σε συσχέτιση με την εκδήλωση των συμπτωμάτων της νόσου. Οι ασθενείς, οι οποίοι παρουσίαζαν αυξημένο αριθμό ημερών αδράνειας και απουσίας από τον εργασιακό χώρο εμφάνιζαν σημαντικά αυξημένο αριθμό ημερών με συμπτώματα πόνου (11,2 [SD 10,4] έναντι 5,7 [SD 6,2], $p=0,004$). Η συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, ομοίως, εμφάνισε υψηλότερο αριθμό ατόμων με ιστορικό εκδήλωσης καταθλιπτικών συναισθημάτων (61,3% [19/31] έναντι 27,4% [17/62], $p=0,002$) και υψηλότερα επίπεδα Δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index, BMI) (32,3 [9,1] έναντι 28,4 [6,4], $p=0,016$). Παράλληλα, η εκδήλωση των συμπτωμάτων σε μεγαλύτερη ηλικία συσχετίστηκε σημαντικά με τα αυξημένα επίπεδα αδράνειας των ασθενών (26,7% [8/31] έναντι 6,5% [4/62], $p=0,026$). Τα ανωτέρω ευρήματα αποκαλύπτουν ότι η μείωση της παραγωγικότητας των ασθενών συσχετίζεται σημαντικά

με την εκδήλωση πόνου, την παρουσία ≥ 3 προσβεβλημένων περιοχών, την εκδήλωση καταθλιπτικών συναισθημάτων, τον αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος και τη μείωση εν γένει της ποιότητας ζωής (Barboza-Guadagnini et al., 2023).

Αντιστοίχως, η μελέτη των Tzellos και συν. (2019) επιχείρησε την αποσαφήνιση της προκαλούμενης επιβάρυνσης λόγω της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, ειδικότερα επί του εργασιακού τομέα δραστηριοποίησης των ασθενών. Στη μελέτη μετείχαν προσφάτως διεγνωσμένοι ασθενείς, αλλά και χρόνιοι ασθενείς, οι οποίοι απασχολούνται σε ποικίλους εργασιακούς χώρους, ηλικίας από 18 έως και 64 ετών, των οποίων η εργασιακή κατάσταση συγκρίθηκε έναντι υγιών εργαζομένων, σε αντιστοιχία 1:5. Μεταξύ των παραμέτρων, οι οποίες ελέγχθησαν, συμπεριλαμβάνονταν το εισόδημα, οι ημέρες ληφθείσας αναρρωτικής άδειας, καθώς και ο κίνδυνος απομάκρυνσης από τον εργασιακό χώρο. Συνολικά 1003 προσφάτως διεγνωσμένοι ασθενείς, μέσης ηλικίας 39,5 ετών, εκ των οποίων οι 66,3% ήταν γυναίκες και 1204 χρόνιοι ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, μέσης ηλικίας 39,9 ετών, εκ των οποίων οι 69,1% ήταν γυναίκες, συγκρίθηκαν έναντι 5015 και 6020 υγιών ατόμων, αντιστοίχως. Τα ευρήματα της μελέτης αποκάλυψαν ότι οι προσφάτως διεγνωσμένοι ασθενείς παρουσίασαν σαφώς χαμηλότερο εισόδημα (\$324 ανά έτος) και υψηλότερο κίνδυνο αποχώρησης από τον εργασιακό χώρο (adjusted hazard ratio 1,65, 95% confidence interval 1,45-1,88) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ($P < 0,05$). Οι χρόνιοι ασθενείς ομοίως εμφάνισαν περισσότερες ημέρες αποχής από την εργασία (18,4 έναντι 7,7), υψηλότερο επίπεδο ετήσιων οικονομικών απωλειών λόγω απουσίας ή αδυναμίας τέλεσης των εργασιακών τους καθηκόντων (\$2925 έναντι \$1483), καθώς και χαμηλότερες ετήσιες αποδοχές (\$54.925 έναντι \$62.357) συγκρινόμενοι έναντι των ατόμων της ομάδας ελέγχου ($P < 0,001$). Τα ανωτέρω αποτυπώνουν την ισχυρή επιβάρυνση, που επιφέρει η εμφάνιση των συμπτωμάτων της νόσου σε ό,τι αφορά την εργασιακή απασχόληση, τόσο σε προσφάτως διεγνωσμένους, όσο και σε χρόνιους ασθενείς (Tzellos et al., 2019).

Η μελέτη των Gáspár και συν. (2022) αποσκοπούσε στην αποτύπωση του κόστους επιβάρυνσης των ασθενών λόγω της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 200 ασθενείς με συμπτώματα της νόσου, συμβάλλοντας στη συλλογή στοιχείων αναφορικά με τις άμεσες οικονομικές απώλειες, λόγω των ιατρικών εξόδων στο πλαίσιο της διαχείρισης της ασθένειας, αλλά και των έμμεσων οικονομικών απωλειών, οι οποίες συσχετίζονται με τη μείωση των επιπέδων παραγωγικότητας και επομένως τη μείωση του ύψους των εργασιακών τους αποδοχών. Με βάση τα

αποτελέσματα της μελέτης, το μέσο οικονομικό κόστος λόγω της εμφάνισης της νόσου ανέρχεται σε 6.791€ ανά ασθενή, με το μεγαλύτερο τμήμα αυτού να αφορά απώλειες εξαιτίας των χαμηλών επιπέδων παραγωγικότητας (53,3%), με το σχετιζόμενο με τη διαχείριση των συμπτωμάτων κόστος να ακολουθεί (21,5%). Οι συμμετέχοντες αναγκάστηκαν να απουσιάσουν από τον εργασιακό τους χώρο, λόγω των εγειρόμενων συμπτωμάτων, περί τις 26 ημέρες ανά έτος, με 63 ημέρες να χαρακτηρίζονται ως μη παραγωγικές, λόγω της αδυναμίας του εργαζομένου να τελέσει επαρκώς τα εργασιακά του καθήκοντα, παρά την προσέλευσή του στον εργασιακό χώρο. Τα υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης του εργασιακού προφίλ συσχετίστηκαν με το φύλο, την αυξημένη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της νόσου, την συνοδό έγερση έτερων νοσημάτων, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και την απομείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Τα ανωτέρω αποκαλύπτουν την ισχυρή επιρροή της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην εργασιακή ζωή των ασθενών, με σαφείς συνέπειες στην ποιότητα ζωής τους εν γένει (Gáspár et al., 2022).

Σε αντίστοιχο πλαίσιο, η μελέτη των Kearney και συν. (2024) επιχείρησε την αποσαφήνιση της συσχέτισης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας με το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των ασθενών, λόγω κυρίως της επιρροής της εμφάνισης των συμπτωμάτων στην επαγγελματική απασχόληση αυτών. Στη συγκεκριμένη μελέτη μετείχαν συνολικά 335 ασθενείς από 10 διακριτές χώρες, εκ των οποίων το 94,9% είχε ολοκληρώσει σπουδές στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 71,3% είχε ακολουθήσει ανώτερες σπουδές, το 41,8% είχε λάβει πανεπιστημιακή εκπαίδευση και το 20% είχε ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές. Παρά το αναμφίβολα υψηλό μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, το 24,2% παρέμενε υπό καθεστώς ανεργίας και το 15,2% λάμβανε κάποιας μορφής προνοιακού επιδόματος. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης, οι ασθενείς από την Ιρλανδία ($p=0,003$), τις Η.Π.Α. ($p=0,001$) και τη Μεγάλη Βρετανία ($p=0,001$) παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα πιθανότητας να παραμείνουν άνεργοι, ή να αρκεσθούν στη λήψη κάποιας μορφής προνοιακής υποστήριξης, παρά το υψηλό επίπεδο σπουδών τους, με κύρια αιτία την επιθυμία τους για κοινωνική απομόνωση λόγω των συναισθημάτων, που εγείρει η παρουσία των συμπτωμάτων της νόσου. Η απροθυμία τους να απασχοληθούν ενεργά εντός ενός εργασιακού χώρου αποδόθηκε στην αδυναμία τους να διαχειρισθούν τον κοινωνικό αντίκτυπο της ασθένειας, συνθήκη η οποία δύναται να επιφέρει την απομείωση της ποιότητας ζωής τους (Kearney et al., 2024).

4.3.8 Σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών με Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας έναντι ασθενών με έτερες δερματικές παθήσεις

Η μελέτη των Samprogna και συν. (2019) επιχείρησε την αξιολόγηση των επιπτώσεων της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, σε σύγκριση με την εμφάνιση συμπτωμάτων έτερων δερματικών παθήσεων, όπως είναι η Ψωρίαση. Η εκτίμηση των συνεπειών της παρουσίας των ανωτέρω δερματικών νοσημάτων υλοποιήθηκε με τη βοήθεια του Ερωτηματολογίου Skindex-17 questionnaire. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 69 ασθενείς, οι οποίοι παρουσίαζαν συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, των οποίων τα επίπεδα της ποιότητας ζωής συγκρίθηκαν έναντι 54 ασθενών, που εμφάνιζαν συμπτώματα Ψωρίασης. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης αποκαλύφθηκε ότι οι ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής έναντι των ασθενών με Ψωρίαση, με το μέσο όρο των απαντήσεων τους να καταγράφεται σε 69,4 έναντι 53,7 αντιστοίχως, ενώ ο μέσος όρος των απαντήσεων αναφορικά με το επίπεδο της απομείωσης της ψυχο-συναισθηματικής τους υγείας καταγράφηκε σε 56,1 έναντι 32,7 αντιστοίχως. Τα ανωτέρω αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα εμφανίζουν κατώτερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με τους ασθενείς με Ψωρίαση, ακόμη και σε περιπτώσεις ήπιας εκδήλωσης των συμπτωμάτων της νόσου, γεγονός που αποκαλύπτει την ισχυρή επιρροή της εκδήλωσης αυτής στην καθημερινότητα των ασθενών (Samprogna et al., 2019).

Η μελέτη των Tugnoli και συν. (2020), αναγνωρίζοντας τη σαφή επιρροή της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην συναισθηματική και διαπροσωπική ζωή των ασθενών, επιχείρησε την καταγραφή των ψυχο-συναισθηματικών επιπτώσεων της νόσου, εστιάζοντας στην παρουσία συμπτωμάτων ψυχιατρικής φύσεως και ειδικότερα στην εμφάνιση κατάθλιψης, αυτοκτονικών ιδεασμών, μειωμένης αυτοεκτίμησης και οργής. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 38 ασθενείς με συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας (Hidradenitis Suppurativa Group, HS Group), οι οποίοι συγκρίθηκαν με 28 ασθενείς, που παρουσίαζαν δερματικούς σπύλους (Nevi Group, N Group) μέσω των απαντήσεων που έθεσαν σε ένα σύνολο ερωτηματολογίων, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται το Ερωτηματολόγιο General Health Questionnaire – 28 (GHQ-28), το οποίο αξιολογεί τα προσωπικώς εκτιμώμενα επίπεδα υγείας, το ερωτηματολόγιο State-Trait Anger Expression Inventory 2 (STAXI-2), το οποίο καταγράφει τα συναισθήματα οργής που εκδηλώνουν οι συμμετέχοντες, το ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory-II (BDI-II-21), το οποίο εστιάζει στην εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης, την κλίμακα

Beck Hopelessness Scale (BHS), η οποία αξιολογεί την εμφάνιση συναισθημάτων παραίτησης, την κλίμακα Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), η οποία συμβάλει στην αξιολόγηση των επιπέδων αυτοεκτίμησης των ασθενών και το ερωτηματολόγιο Executive Skills Questionnaire, το οποίο σχετίζεται με την αποτύπωση των προσωπικώς εκτιμώμενων επιπέδων λειτουργικότητας τους.

Με βάση τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, εντοπίστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο ομάδων συμμετεχόντων (HS Group και N Group), με την καταγραφή αυξημένων επιπέδων ψυχο-συναισθηματικών συμπτωμάτων, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αυξημένων επιπέδων οργής και συναισθηματικής ευαισθησίας στην ομάδα των ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα (HS Group). Τα ανωτέρω αποτελέσματα αποκαλύπτουν την ισχυρή επιρροή της νόσου στην ψυχο-συναισθηματική υγεία των ασθενών, με σαφείς επιπτώσεις στην αυτοεκτίμησή τους και στα επίπεδα καθημερινής διάδρασής τους, συνθήκη η οποία συσχετίζεται με την απομείωση της ποιότητας ζωής τους (Tugnoli et al., 2020).

Αντιστοίχως, η μελέτη των Huilaja και συν. (2018) επιχείρησε τη συσχέτιση της εκδήλωσης της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας με την πρόκληση ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών και την επιρροή τους στην ποιότητα της καθημερινής διαβίωσης των ασθενών, σε σύγκριση με έτερες παθήσεις, οι οποίες συνοδεύονται από την εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων. Ειδικότερα, στη συγκεκριμένη μελέτη μετείχαν συνολικά 4.381 ασθενείς με συμπτώματα Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, 39.554 ασθενείς με Ψωρίαση και 43.248 ασθενείς, που παρουσίαζαν μελαγχρωματικούς σπίλους. Τα δεδομένα αναφορικά με την πορεία της υγείας των συμμετεχόντων ασθενών συλλέχθηκαν μέσω του Finnish Care Register for Health Care και αποκάλυψαν ότι το 24,1% των ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα εμφανίζει συμπτώματα ψυχο-συναισθηματικής κατάπτωσης έναντι του 19,1% των ασθενών με Ψωρίαση (odds ratio 1,34; 95% confidence interval 1,24-1,46) και του 13,5% των ασθενών με μελαγχρωματικούς σπίλους (odds ratio 2,04; confidence interval 1,88-2,22). Κάθε είδους ψυχο-συναισθηματική διαταραχή, η οποία εξετάστηκε κατά την παρούσα μελέτη, παρουσίαζε αυξημένα επίπεδα επιπολασμού στην ομάδα των ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα έναντι των δύο έτερων ομάδων ασθενών, με τους συγκεκριμένους ασθενείς να εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα κινδύνου ψυχο-συναισθηματικής κατάπτωσης. Παράλληλα, η εμφάνιση συμπτωμάτων Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας συσχετίστηκε με την εμφάνιση Σχιζοφρένειας (odds ratio 1,57; confidence

interval 1,24-1,98) και Διπολικής Διαταραχής (odds ratio 1,81; confidence interval 1,47-2,23), παθήσεων οι οποίες σαφώς και επηρεάζουν την καθημερινή ζωή και διάδραση των ασθενών, συντελώντας στην έκπτωση των επιπέδων της ποιότητας ζωής τους (Huilaja et al., 2018).

4.3.9 Η επιρροή διακριτών θεραπευτικών προσεγγίσεων έναντι της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών

Η μελέτη των Moloney και συν. (2022a) επιχείρησε την αποσαφήνιση του αντίκτυπου της εμφάνισης των δερματικών βλαβών, καθώς και της αναγκαιότητας της καθημερινής φροντίδας αυτών, σε ασθενείς με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα. Η παρουσία έντονης οσμής, σε συνδυασμό με την εμφάνιση εκκριμάτων, επιβάλλουν στους ασθενείς τη χρήση επιθεμάτων, ή και κατάλληλων ενδυμάτων, διαμορφώνοντας μια ιδιαίτερος δυσάρεστη καθημερινή ρουτίνα για αυτούς. Στόχος της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση του χρόνου, που απαιτείται, για την εναλλαγή ενδυμάτων, τον αριθμό αυτών εντός μιας ημέρας, τον προκαλούμενο πόνο λόγω της αλλαγής ενδυμασίας, αλλά και την επιρροή των ανωτέρω στην καθημερινότητα του ασθενούς. Συνολικά 908 ασθενείς με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα, προερχόμενοι από 28 διαφορετικές χώρες, μετείχαν στην μελέτη. Το 81% (n=734) εξ αυτών ανέφερε την αναγκαιότητα της συνεχούς εναλλαγής ενδυμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας, η οποία επηρεάζει σημαντικά την καθημερινή τους διάδραση και συνεπώς την ποιότητα ζωής τους. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ασθενών (82%, n=744) ανέφερε την πρόκληση έντονου πόνου κατά τη διάρκεια της εναλλαγής ενδυμάτων, με το 16% (n=142) των ασθενών να χρειάζονται 5 και περισσότερες αλλαγές ενδυμασίας εντός της ημέρας. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 12% (n=108) καταναλώνει περισσότερα από 30 min ανά ημέρα προκειμένου να περιποιηθεί και να καθαρίσει τις υφιστάμενες δερματικές βλάβες, γεγονός που εγείρει την εμφάνιση συναισθημάτων έντονης δυσαρέσκειας. Τα ανωτέρω ευρήματα υποστηρίζουν την αναγκαιότητα δημιουργίας κατάλληλων επιθεμάτων με στόχο τη διαχείριση των συμπτωμάτων της νόσου, διευκολύνοντας την καθημερινότητα των ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα και ελαχιστοποιώντας τα προβλήματα, που καλούνται να διαχειρισθούν στην καθημερινότητά τους (Moloney et al., 2022a).

Μεταγενέστερη μελέτη των Moloney και συν. (2022b) επιχείρησε τη διερεύνηση της επιρροής της φροντίδας των δερματικών βλαβών στην καθημερινή ζωή των ασθενών με συμπτώματα Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας, εστιάζοντας στην εξέταση ενός καινοτόμου

συστήματος περίδεσης αυτών, μέσω του οποίου επιδιώχθηκε η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών βασίσθηκε στην Κλίμακα Dermatology Life Quality Index (DLQI), συνυπολογίζοντας συγχρόνως παραμέτρους όπως είναι ο υφιστάμενος πόνος, η δυσαρέσκεια από τη συνεχή εναλλαγή ενδυμάτων, ο χρόνος που απαιτείται για αυτή, αλλά και η διαμορφώμενη «εικόνα του εαυτού». Η διερεύνηση των επιπέδων αποτελεσματικότητας των καινοτόμων επιθεμάτων υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή συνολικά 15 ασθενών με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, στους οποίους δόθηκαν 2 ενδυμασίες προς αλλαγή, σε χρονικό διάστημα 21 ημερών χρήσης των επιθεμάτων. Η Κλίμακα DLQI διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια των ημερών 0, 7, 14 και 21. Το σύνολο των συμμετεχόντων ασθενών ήταν γυναίκες, ηλικίας άνω των 18 ετών, οι οποίες παρουσίασαν μέσο όρο στην Κλίμακα DLQI κατά την ημέρα έναρξης της μελέτης (ημέρα 0) ίσο με 19,3. Ο ανωτέρω μέσος όρος μειώθηκε σε 4,53 κατά την ημέρα ολοκλήρωσης της μελέτης (ημέρα 21), παρουσιάζοντας σημαντική βελτίωση για το σύνολο των συμμετεχόντων ($p < 0,001$). Ομοίως, τα υψηλά επίπεδα πόνου κατά τη διάρκεια της αλλαγής των ενδυμάτων, εκτιμώμενα με βάση την Κλίμακα 11-point Visual Analogue Scale, μειώθηκαν από 5,53, κατά την ημέρα έναρξης της μελέτης, σε 0,8 στην 21^η ημέρα. Επιπλέον, καταγράφησαν σημαντικές βελτιώσεις στο πεδίο της άνεσης των ασθενών, του χρόνου που απαιτείται για την εναλλαγή των ενδυμάτων, ενώ εξίσου σημαντικές βελτιώσεις εντοπίστηκαν σε ό,τι αφορά τα επίπεδα αυτοπεποίθησης αναφορικά με την εικόνα του σώματός τους. Τα ανωτέρω ευρήματα υποδεικνύουν την αναγκαιότητα προαγωγής και χρήσης κατάλληλων επιθεμάτων φροντίδας των συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, μέσω των οποίων δύναται να διασφαλισθεί η σαφής βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, δεδομένου ότι διευκολύνεται σημαντικά η καθημερινότητά τους (Moloney et al., 2022b).

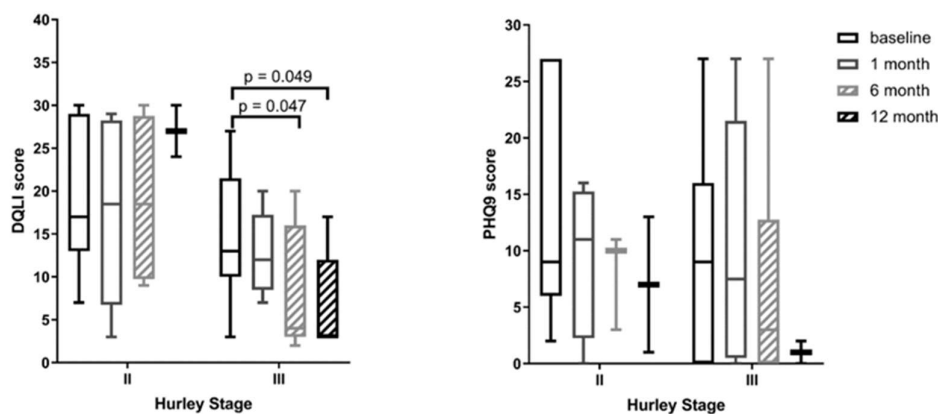
Η μελέτη των Marchesi και συν. (2021) εστίασε στην αποσαφήνιση του αντίκτυπου, που ενέχει η εμφάνιση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, αλλά και η επιλεγόμενη έναντι αυτής θεραπεία στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ειδικότερα, η συγκεκριμένη μελέτη επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της υλοποίησης της εκτενούς τοπικής αφαίρεσης των δερματικών βλαβών (Wide local excision, WLE), θεραπευτικής μεθόδου, η οποία επιλέγεται με στόχο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 26 ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, οι οποίοι είχαν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley III. Κάθε συμμετέχοντας υποβλήθηκε σε WLE, ακολουθούμενη από

επέμβαση αποκατάστασης με τη βοήθεια δερματικού μοσχεύματος. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών βασίστηκε στην Κλίμακα Dermatology Quality of Life Index (DLQI), η οποία διανεμήθηκε στους ασθενείς πριν από την υλοποίηση της επεμβατικής θεραπείας και σε διάστημα 6 μηνών μετά την ολοκλήρωση αυτής, οπότε και είχε σταθεροποιηθεί η κλινική κατάστασή τους. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 6 παρουσίαζαν δερματικές βλάβες σε περισσότερες της μιας περιοχές του σώματος. Ο μέσος όρος των εκτιμήσεων των ασθενών με βάση την Κλίμακα DLQI πριν από τη διενέργεια της πρώτης επέμβασης ανερχόταν σε $21,31 \pm 4,79$, με τον μέσο όρο των εκτιμήσεων σύμφωνα με την Κλίμακα DLQI να ανέρχεται σε $5 \pm 2,95$ ($P < 0,0001$) κατά τη διενέργεια του επαναληπτικού ελέγχου, 6 μήνες μετά την ολοκλήρωση των χειρουργικών επεμβάσεων. Τα αποτελέσματα της Κλίμακας DLQI δε φαίνεται να επηρεάστηκαν από την παρουσία πιθανών επιπλοκών λόγω των επεμβατικών διεργασιών, ενώ δεν εντοπίστηκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στις εκτιμήσεις με βάση την Κλίμακα DLQI και τον αριθμό των επαναληπτικών επεμβάσεων (-0,18) ή τον αριθμό των ημερών νοσηλείας του ασθενούς (-0,13). Τα ανωτέρω ευρήματα αποκαλύπτουν ότι η διενέργεια επέμβασης αφαίρεσης των δερματικών βλαβών συντελεί στα αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, σύμφωνα με την Κλίμακα Dermatology Quality of Life Index, με κυριότερα μειονεκτήματα της θεραπευτικής αυτής μεθόδου να αποτελούν ο αυξημένος χρόνος χειρουργείου και η πιθανότητα εκδήλωσης επιπλοκών (Marchesi et al., 2021).

Η μελέτη των Romanowski και συν. (2023) επιχείρησε, ομοίως, την αποτύπωση της επιρροής της διενέργειας θεραπείας, μέσω της επιλογής χειρουργικής προσέγγισης απομάκρυνσης του πάσχοντος ιστού, στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Ειδικότερα, στη συγκεκριμένη μελέτη επιχειρείται η εκτίμηση της επιρροής της χειρουργικής θεραπείας στην ποιότητα της διαβίωσης των ασθενών, καθώς και η συσχέτιση αυτής με την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Συνολικά 16 ενήλικες ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα συμμετείχαν στην έρευνα, η οποία υλοποιήθηκε με τη διανομή κατάλληλα επιλεγμένων ερωτηματολογίων και συγκεκριμένα του Ερωτηματολογίου Dermatology Quality of Life (DLQI) και του Ερωτηματολογίου Patient History Questionnaire (PHQ-9). Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά την έναρξη της μελέτης και σε χρονικό διάστημα 1, 6 και 12 μηνών μετά την αρχική εκτίμηση και την πραγματοποίηση της χειρουργικής προσέγγισης. Οι συμμετέχοντες ανήκαν κατά κύριο λόγο στην Καυκάσια φυλή (81,3 %), με την πλειονότητα αυτών να είναι γυναίκες (56,3%) μέσης ηλικίας 38,2

ετών. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 62,5% ήταν υπέρβαρο με Δείκτη Μάζας Σώματος BMI ίσο με 39,7 (28,4-50,6). Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσίαζαν βλάβες λόγω της νόσου σε περισσότερες από 2 περιοχές, με 6 από τους ασθενείς να συνεχίζουν να υπόκεινται σε χειρουργικές θεραπείες κατά τη διάρκεια του ελέγχου, σε διάστημα 6 μηνών από την έναρξη της μελέτης. Με βάση τα ευρήματα της μελέτης τα επίπεδα DLQI μειώθηκαν σημαντικά κατά την περίοδο των 6 μηνών σε σχέση με το διάστημα της έναρξης της, συνθήκη που υποδηλώνει την βελτίωση των επιπέδων QOL (10 [4-20] έναντι 15,5 [12-21.8], $P=0,036$). Οι ασθενείς που εμφάνιζαν συμπτώματα αυξημένης σοβαρότητας παρουσίασαν ομοίως σημαντική μείωση των επιπέδων DLQI, τόσο κατά τη διάρκεια του ελέγχου εντός διαστήματος 6 μηνών ($P=0,049$) όσο και κατά τον έλεγχο, που υλοποιήθηκε εντός διαστήματος 12 μηνών ($P=0,047$) σε σχέση με τον έλεγχο κατά την έναρξη της μελέτης. Στο Σχήμα 4.1 απεικονίζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τα επίπεδα DLQI και PHQ-9 σε συσχέτιση με τη σταδιοποίηση κατά Hurley των συμμετεχόντων ασθενών.

Σχήμα 4.1: Συσχέτιση των επιπέδων DLQI και PHQ-9 με τη σταδιοποίηση κατά Hurley των συμμετεχόντων ασθενών.



(Πηγή: Romanowski και συν., 2023)

Αν και το συνολικό μέγεθος του δείγματος κρίθηκε ως αρκετά περιορισμένο, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης υποδεικνύουν ότι η εφαρμογή χειρουργικών θεραπευτικών παρεμβάσεων δύναται να συντελέσει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Romanowski et al., 2023).

Σε όμοιο πλαίσιο, η μελέτη των Gierek και συν. (2022), αναγνωρίζοντας την επιρροή της εμφάνισης των συμπτωμάτων της Διαπυθητικής Ιδρωταδενίτιδας στη ζωή των

ασθενών, επικεντρώθηκε στην διερεύνηση της υλοποίησης χειρουργικής επέμβασης αφαίρεσης των δερματικών βλαβών στην ποιότητα της καθημερινότητάς τους. Ειδικότερα, μέσω της συγκεκριμένης μελέτης επιχειρήθηκε η αποτύπωση της διαφοροποίησης της ποιότητας ζωής των ασθενών πριν και μετά την εφαρμογή χειρουργικής θεραπείας έναντι της νόσου. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων βασίσθηκε στην Κλίμακα 5-level EQ-5D version (EQ-5D-5L), η οποία διανεμήθηκε σε αυτούς πριν από τη θεραπεία και σε διάστημα 6 μηνών μετά την ολοκλήρωση της. Στη μελέτη μετείχαν συνολικά 43 ασθενείς με Διαφυητική Ιδρωταδενίτιδα, οι οποίοι παρουσίαζαν δερματικές βλάβες σε περισσότερες της μιας περιοχές του σώματος. Με βάση τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας, ο μέσος όρος της ποιότητας ζωής των ασθενών, σύμφωνα με την Κλίμακα EQ-5D-5L στο διάστημα πριν από τη θεραπεία, εκτιμήθηκε σε $39,3 \pm 20,1$ (min., 0; max., 60; most frequent value, 50), ενώ μετά τη θεραπεία ανήλθε σε επίπεδα $89,5 \pm 12,5$ (min., 50; max., 100; most frequent value, 100), καταγράφοντας μια μέση αύξηση των επιπέδων της ποιότητας ζωής ίση με $50,2 \pm 19,5$ [(min., 30; max., 100; most frequent value, 30) ($p < 0,001$)] (Gierek et al., 2022).

Η μελέτη των Kohorst και συν. (2017) εξέτασε τα επίπεδα της μακροχρόνιας ικανοποίησης των ασθενών με Διαφυητική Ιδρωταδενίτιδα έπειτα από τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης με στόχο τη διαχείριση των συμπτωμάτων της νόσου. Η συγκεκριμένη ποσοτική μελέτη υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή συνολικά 111 ασθενών, από τους οποίους οι 65 (58,6%) ήταν γυναίκες, οι 91 (82,0%) είχαν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου III κατά Hurley, οι 88 (79,3%) αντιμετώπισαν τις δερματικές βλάβες μέσω της αφαίρεσης αυτών (excision) και οι 23 (20,7%) επέλεξαν τη μέθοδο θεραπείας unroofing. Οι περισσότεροι εκ των συμμετεχόντων ασθενών παρουσιάστηκαν ικανοποιημένοι από τα αποτελέσματα των υλοποιούμενων χειρουργικών επεμβάσεων (84,7%; 94 εκ των 111), εμφανίσθηκαν άκρως ευτυχείς, που επέλεξαν τη συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο (96,3%; 105 εκ των 109) και θα τη συνέστηναν σε οικείο τους πρόσωπο ως ικανοποιητική μέθοδο θεραπευτικής παρέμβασης (82,6%; 90 εκ των 109). Η πλειονότητα των ασθενών (62,4%; 68 εκ των 109) ανέφερε ότι είναι άκρως ικανοποιημένοι από την εικόνα του σημείου της επέμβασης, μετά την επούλωσή του, με τα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους να διαμορφώνονται από 5 πριν από την επέμβαση σε 8,4 κατά την μετεγχειρητική περίοδο ($p < 0,001$). Τα ανωτέρω αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η διαχείριση των συμπτωμάτων της Διαφυητικής Ιδρωταδενίτιδας με τη χρήση χειρουργικής αφαίρεσης των βλαβών

ικανοποιεί σημαντικά τους ασθενείς και συντελεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Kohorst et al., 2017).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία έρευνας

5.1 Εισαγωγή

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο επιχειρεί την περιγραφή της μεθοδολογίας, η οποία ακολουθήθηκε κατά την υλοποίηση της παρούσας ερευνητικής μελέτης. Αρχικώς αποσαφηνίζεται ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας (βλ. ενότητα 5.2), καθώς και τα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία αποτέλεσαν τη βάση κατά τον προσδιορισμό του ερευνητικού πεδίου, που κρίθηκε καίριο να διερευνηθεί (βλ. ενότητα 5.3). Στη συνέχεια, περιγράφεται ο σχεδιασμός της ερευνητικής διαδικασίας, που ακολουθήθηκε, θέτοντας σαφείς πληροφορίες αναφορικά με το επιλεγόμενο δείγμα αυτής, αλλά και τις τεχνικές συλλογής δεδομένων, που αξιοποιήθηκαν κατά την υλοποίησή της (βλ. ενότητα 5.4). Ακολούθως, αναφέρονται οι περιορισμοί, που ανέκυψαν κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης (βλ. ενότητα 5.5), παρατίθενται στοιχεία αναφορικά με τις μεθόδους στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων, που συλλέχθηκαν (βλ. ενότητα 5.6). Ολοκληρώνοντας, παρουσιάζονται οι προοπτικές της παρούσας ερευνητικής προσέγγισης (βλ. ενότητα 5.8), αποκαλύπτοντας τη δυναμική της στο πλαίσιο της ολιστικής διερεύνησης της επιρροής της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

5.2 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της επιρροής της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, μέσα από την ολιστική προσέγγιση των επιπτώσεων της εμφάνισης της νόσου στην καθημερινότητά τους. Ειδικότερα, κρίνεται σημαντικό να εξετασθεί η πιθανή συσχέτιση των δεικτών συστηματικής φλεγμονής με την αντιλαμβανόμενη από τους ασθενείς διαφοροποίηση της ποιότητας ζωής τους. Μέσω της συγκεκριμένης μελέτης αναμένεται να προκύψουν έγκυρα και αξιόπιστα συμπεράσματα αναφορικά με τον αντίκτυπο της εμφάνισης της ασθένειας στην ποιότητα διαβίωσης των ασθενών με συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, επιτρέποντας την αποσαφήνιση της επίπτωσης αυτής και, συνεπώς, διαμορφώνοντας μια ισχυρή βάση στο πεδίο της βέλτιστης υποστήριξης αυτών.

5.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Βασικό σημείο κατά τη διαδικασία σχεδιασμού μιας ερευνητικής μελέτης αποτελεί ο καθορισμός και η παράθεση με σαφήνεια των ερευνητικών ερωτημάτων, τα οποία καλείται να προσεγγίσει, διαδικασία μέσω της οποίας είναι εφικτός ο προσδιορισμός του ερευνητικού πεδίου υλοποίησής της (Bloomfield & Fisher, 2019). Στο επίκεντρο της παρούσας μελέτης τίθεται η διερεύνηση της επιρροής της εκδήλωσης της Διαπηνητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, μέσα από την αποσαφήνιση των επιδράσεων της νόσου στην καθημερινότητά τους. Τα ερευνητικά ερωτήματα, που τέθηκαν, είναι τα ακόλουθα:

- 1) Υφίσταται συσχέτιση μεταξύ του φύλου των ασθενών με Διαπηνητική Ιδρωταδενίτιδα και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της νόσου;
- 2) Υφίσταται συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών με Διαπηνητική Ιδρωταδενίτιδα και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της νόσου;
- 3) Υφίσταται συσχέτιση μεταξύ της επιλεγόμενης θεραπευτικής προσέγγισης έναντι των συμπτωμάτων της Διαπηνητικής Ιδρωταδενίτιδας και της σοβαρότητας αυτών;
- 4) Υφίσταται συσχέτιση μεταξύ των καπνιστικών συνηθειών των ασθενών με Διαπηνητική Ιδρωταδενίτιδα και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της νόσου;
- 5) Υφίσταται συσχέτιση μεταξύ των δεικτών συστηματικής φλεγμονής και της εκδήλωσης συναισθημάτων Μοναξιάς σε ασθενείς με Διαπηνητική Ιδρωταδενίτιδα;
- 6) Υφίσταται συσχέτιση μεταξύ των δεικτών συστηματικής φλεγμονής και της εμφάνισης συμπτωμάτων Ανησυχίας σε ασθενείς με Διαπηνητική Ιδρωταδενίτιδα;
- 7) Υφίσταται συσχέτιση μεταξύ των δεικτών συστηματικής φλεγμονής και της εκδήλωσης συμπτωμάτων Κατάθλιψης σε ασθενείς με Διαπηνητική Ιδρωταδενίτιδα;

Μέσω της προσέγγισης των ανωτέρω ερευνητικών ερωτημάτων αναμένεται η εξαγωγή έγκυρων και αξιόπιστων ευρημάτων αναφορικά με τον αντίκτυπο της εμφάνισης των συμπτωμάτων της Διαπηνητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα της καθημερινής διαβίωσης των ασθενών, αποκαλύπτοντας την επιρροή αυτής στα επίπεδα της ψυχο-συναισθηματικής τους υγείας.

5.4 Σχεδιασμός της έρευνας

Επιδιώκοντας την εις βάθος διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας μελέτης και θέτοντας ως επίκεντρο τη διασφάλιση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των εξαγόμενων συμπερασμάτων, κρίθηκε βέλτιστη η επιλογή της ποσοτικής ερευνητικής μεθοδολογίας, με τη διανομή κατάλληλα επιλεγμένων ερωτηματολογίων σε συγκεκριμένο τμήμα του πληθυσμού. Σε αντίθεση με την ποιοτική ερευνητική προσέγγιση, μέσω της οποίας ερευνώνται εις βάθος οι στάσεις, οι αντιλήψεις και τα κίνητρα συμπεριφοράς των συμμετεχόντων, μέσω της ποσοτικής έρευνας επιχειρείται η συστηματική διερεύνηση φαινομένων με την αξιοποίηση στατιστικής ανάλυσης και αριθμητικών δεδομένων (Mehrad & Zangeneh, 2019). Στην ουσία, η ποσοτική μεθοδολογία επιτρέπει τον έλεγχο μιας προϋπάρχουσας υπόθεσης με τη βοήθεια στατιστικών προσεγγίσεων, στοιχείο που προσδίδει αυξημένη αντικειμενικότητα, διαφοροποιώντας τη σημαντικά έναντι της ποιοτικής διερεύνησης, η οποία αποβλέπει στην ολιστική κατανόηση στάσεων ή συμπεριφορών, όπως αυτές αποτυπώνονται με βάση τις εμπειρίες των ατόμων (Watson, 2015; Wright et al., 2016).

Με δεδομένο ότι σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της επιρροής της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών και ειδικότερα η αποσαφήνιση της πιθανής συσχέτισης των δεικτών συστηματικής φλεγμονής με την αντιλαμβανόμενη από τους ασθενείς διαφοροποίηση της ποιότητας ζωής τους, επιλέχθηκε η εφαρμογή ποσοτικής ερευνητικής μεθοδολογίας, επιδιώκοντας την εξαγωγή αντικειμενικών συμπερασμάτων.

5.4.1 Δείγμα της έρευνας

Η διασφάλιση της προσέγγισης του ερευνητικού σκοπού και των στόχων μιας ερευνητικής μελέτης συνεπάγεται την κατάλληλη επιλογή του δείγματος αυτής, μέσα από την παράθεση καθορισμένων κριτηρίων επιλογής και αποκλεισμού σε ό,τι αφορά τη συμμετοχή σε αυτή. Μέσω της επιλογής του υπό διερεύνηση δείγματος είναι δυνατή η εις βάθος ανάλυση των τιθέμενων ερευνητικών ερωτημάτων και, συνεπώς, δύναται να επιτευχθεί η γενίκευση αυτών (Mehrad & Zangeneh, 2019).

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί τη διερεύνηση της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, συνεπώς στο επίκεντρο αυτής τίθενται ασθενείς, που παρουσιάζουν συμπτώματα της νόσου, οι οποίοι παρακολουθούνται εντός

Πανεπιστημιακής Δερματολογικής Κλινικής. Η διάγνωση της νόσου βασίσθηκε στην κλινική εικόνα των ασθενών, με την κατηγοριοποίησή τους να πραγματοποιείται στηριζόμενη στη βαρύτητα των συμπτωμάτων και στην αξιοποίηση της Κλίμακας κατά Hurley, της δοκιμασίας αξιολόγησης HS-Physician Global Assessment (HS-PGA) και της Κλίμακας International Hidradenitis Suppurativa Severity Score (IHS4).

Συνεπώς, στην παρούσα μελέτη συμπεριελήφθησαν (1) ενήλικες ασθενείς με ιστορικό Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, στους οποίους η παρουσία των συμπτωμάτων της νόσου υπερέβαινε το 1 έτος, με την κατηγοριοποίηση αυτών να τους εντάσσει σε οποιοδήποτε από τα 3 στάδια κατά Hurley, (2) ασθενείς οι οποίοι δεν λαμβάναν κάποιας μορφής θεραπεία κατά το χρονικό διάστημα έναρξης της παρούσας μελέτης και (3) ασθενείς στους οποίους προτάθηκε η θεραπευτική προσέγγιση της νόσου είτε τοπικά είτε συστηματικά, ανεξαρτήτως από τη συμμετοχή τους σε αυτή.

Αντιστοίχως, αποκλείστηκαν από τη μελέτη ασθενείς, οι οποίοι παρουσίαζαν συμπτώματα που ομοιάζαν με ίωση, ή οποιασδήποτε άλλη μορφή λοιμώδους επιμόλυνσης, η οποία δε σχετίζεται με την εμφάνιση της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, σε διάστημα μέχρι 2 εβδομάδων από την έναρξη της μελέτης και την αρχική εκτίμησή τους, (2) ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε οποιασδήποτε μορφής χειρουργική επέμβαση σε διάστημα 4 εβδομάδων από την έναρξη της μελέτης και (3) ασθενείς οι οποίοι εμφάνισαν διεγνωσμένο αυτοάνοσο νόσημα ή αιματολογικές δυσκρασίες.

5.4.2 Τεχνικές συλλογής δεδομένων

Η εις βάθος ανάλυση του ερευνητικού σκοπού και των στόχων της παρούσας μελέτης επιλέχθηκε, όπως έχει ήδη αναφερθεί, να επιτευχθεί μέσω ποσοτικής ερευνητικής μεθοδολογίας. Η υλοποίηση μιας ποσοτικής ερευνητικής προσέγγισης βασίζεται στη διανομή κατάλληλα επιλεγμένων ερωτηματολογίων σε καθορισμένο τμήμα του πληθυσμού και ακολούθως στη στατιστική ανάλυση των ευρημάτων, αποκαλύπτοντας το σύνολο των πιθανών υφιστάμενων συσχετίσεων (Mehrad & Zangeneh, 2019; Duckett, 2021). Επιδιώκοντας την αποσαφήνιση της πιθανής συσχέτισης των δεικτών συστηματικής φλεγμονής με την αντιλαμβανόμενη από τους ασθενείς διαφοροποίηση της ποιότητας ζωής τους, και συγκεκριμένα της εκδήλωσης συναισθημάτων Μοναξιάς, Ανησυχίας και Κατάθλιψης, αξιοποιήθηκαν το Ερωτηματολόγιο Dermatology Life Quality Index (DLQI), η Κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), η Κλίμακα Rosenberg και η Κλίμακα UCLA Loneliness Scale. Ακολούθως, οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε

αιμοληψία με στόχο τον υπολογισμό των δεικτών της φλεγμονής, με την πραγματοποίηση μετρήσεων των τιμών CRP, TKE και του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων. Η αξιολόγηση των συμμετεχόντων ασθενών πραγματοποιήθηκε σε 3 διακριτές χρονικές περιόδους (1) κατά την έναρξη της μελέτης και σε χρόνο πριν την έναρξη της θεραπευτικής παρέμβασης (εβδομάδα 0), (2) κατά τη 12^η εβδομάδα και (3) κατά την 24^η εβδομάδα κατόπιν της έναρξης της θεραπείας. Η θεραπευτική προσέγγιση αυτών περιελάμβανε την χρήση είτε τοπικών είτε συστημικών παραγόντων ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου και την απόφαση του θεράποντος ιατρού.

Ειδικότερα, το Ερωτηματολόγιο Dermatology Life Quality Index (DLQI) αποτελεί ευρέως αξιοποιούμενο ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς, μέσω του οποίου είναι δυνατή η εκτίμηση των επιπέδων της ποιότητας ζωής ατόμων, τα οποία αντιμετωπίζουν νοσήματα ποικίλης παθοφυσιολογίας και αιτιολογίας. Εντός αυτού περικλείονται συνολικά 10 ερωτήματα, μέσω των οποίων επιδιώκεται η προσέγγιση πολλαπλών διαστάσεων της καθημερινότητας του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των εκδηλούμενων συμπτωμάτων, των εγειρόμενων λόγω της νόσου συναισθημάτων και των επιρροών, που καταγράφονται στην προσωπική ζωή, στις καθημερινές δραστηριότητες και στον εργασιακό χώρο. Η αξιολόγηση των απαντήσεων των ερωτηθέντων πραγματοποιείται σε 5βαθμη Κλίμακα Likert, όπου όσο υψηλότερη είναι η εκτιμώμενη βαθμολογία, τόσο ισχυρότερη καταγράφεται η επιρροή της νόσου στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Βαθμολογία στη συγκεκριμένη Κλίμακα άνω του 10 αποκαλύπτει τη σημαντική απομείωση της ποιότητας ζωής του ατόμου λόγω της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της ασθένειας (Finlay & Khan, 1994; Basra et al., 2008).

Η Κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) συνιστά, ομοίως, ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς, μέσω της χρήσης του οποίου είναι δυνατή η αξιολόγηση των συμπτωμάτων Ανησυχίας και Κατάθλιψης, που βιώνει το άτομο. Η συγκεκριμένη Κλίμακα συνίσταται από δύο υπο-κλίμακες, την υπο-κλίμακα που αποσκοπεί στην εκτίμηση του άγχους (HADS/A) και την αντίστοιχη υπο-κλίμακα, μέσω της οποίας αξιολογείται η εκδήλωση συναισθημάτων κατάθλιψης (HADS/D) (Stern, 2014). Η μετάφραση και στάθμιση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε από τους Michopoulos και συν. (2008), η μελέτη των οποίων κατέληξε στην υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα αυτού, γεγονός που υποστηρίζει τη χρήση του στο πλαίσιο της αξιολόγησης των επιπέδων Ανησυχίας και Κατάθλιψης.

Η Κλίμακα Rossenberg αποτελεί, ομοίως, κλίμακα αυτο-αναφοράς, μέσω της οποίας επιχειρείται η αξιολόγηση των επιπέδων αυτο-εκτίμησης του ατόμου. Εντός αυτής εντοπίζονται συνολικά 10 ερωτήματα, οι απαντήσεις στα οποία εκτιμώνται σε 4βαθμη Κλίμακα Likert, όπου η χαμηλότερη βαθμολόγηση αυτών συνάδει με την παρουσία χαμηλών επιπέδων αυτο-εκτίμησης του ατόμου. Αρχικά, η διαμόρφωση της συγκεκριμένης Κλίμακας αποσκοπούσε στην αξιολόγηση των επιπέδων αυτο-εκτίμησης προπτυχιακών φοιτητών, με την επέκταση ακολούθως της αξιοποίησής της να τελείται στο γενικό πληθυσμό (Pullmann & Allik, 2000; Amahazion, 2021).

Αντιστοίχως, η Κλίμακα UCLA Loneliness Scale συνιστά δοκιμασία αξιολόγησης της υποκειμενικής αντίληψης του ατόμου αναφορικά με τα επίπεδα Μοναξιάς, που βιώνει. Εντός αυτής εντοπίζονται συνολικά 20 ερωτήματα, με τις απαντήσεις σε αυτά να εκτιμώνται σε 4βαθμη Κλίμακα Likert. Αν και αρχικώς η συγκεκριμένη Κλίμακα αναπτύχθηκε και αξιοποιήθηκε για την αξιολόγηση των επιπέδων Μοναξιάς προπτυχιακών φοιτητών, ακολούθως επεκτάθηκε η χρήση της στο γενικό πληθυσμό, με δεδομένο ότι μέσω αυτής δύναται να καταγραφεί η υποκειμενική οπτική του ερωτηθέντα αναφορικά με τα συναισθήματα Μοναξιάς που βιώνει (Russell Peplau & Cutrona, 1980; Russell, 1996).

5.5 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Η διασφάλιση των υφιστάμενων αρχών της Ηθικής και Δεοντολογίας αποτελεί μια ιδιαίτερος σημαντική συνιστώσα κατά την υλοποίηση κάθε ερευνητικού σχεδιασμού, συνεπώς κρίνεται καίρια παράμετρος η εξασφάλιση της προστασίας των δικαιωμάτων των συμμετεχόντων από κάθε μορφής ανεπιθύμητη έκθεση, αρνητική δημοσιότητα ή βλάβη. Ουσιαστικά, μέσω της υιοθέτησης των αρχών της Ηθικής και Δεοντολογίας επιχειρείται η διευθέτηση των σχέσεων του ερευνητή με τα άτομα, που εμπλέκονται στη σχετική διαδικασία, διαμορφώνοντας ένα πλαίσιο προστασίας αυτών από τον αρχικό σχεδιασμό έως και τη δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων της μελέτης (Yip, Han & Sng, 2016; Bracken-Roche et al., 2017).

Ενστερνιζόμενη τις κατευθυντήριες γραμμές, που αφορούν την Ηθική και Δεοντολογία της έρευνας, η παρούσα ερευνητική προσέγγιση έθεσε ως βασικό στάδιο αυτής τη διασφάλιση και καταγραφή της συναίνεσης των συμμετεχόντων ασθενών στη διαδικασία της υλοποίησής της. Ειδικότερα, την αρχική προσέγγιση των ασθενών

ακολούθησε η αναλυτική ενημέρωσή τους αναφορικά με τον ερευνητικό σκοπό και τους στόχους της, καθώς και τη φύση των διαδικασιών, στις οποίες καλούνται να μετέχουν. Οι ασθενείς, στη συνέχεια, ενημερώθηκαν για τη χρονική διάρκεια της πραγματοποίησης των απαιτούμενων αιμοληπτικών εξετάσεων, ενώ τονίστηκε ότι δεν θα προκληθεί καμία όχληση σε αυτούς κατά τη διενέργειά τους, με τον προγραμματισμό αυτών να τελείται κατά την προγραμματισμένη επίσκεψή τους στους χώρους της υγειονομικής μονάδας. Παράλληλα, αποσαφηνίστηκε η απουσία κάθε μορφής οικονομικής επιβάρυνσης ή αντιστοίχως οικονομικής απολαβής από τη συμμετοχή τους στη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη. Οι συμμετέχοντες ασθενείς δήλωσαν εγγράφως τη συναίνεσή τους, ενώ η διεξαγωγή της μελέτης εγκρίθηκε από την Αρχή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν» (Αθήνα, αρ. πρωτ. 1891/03.11.2016).

Επιπροσθέτως, καίρια κρίθηκε η διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων ασθενών, μέσω της προστασίας των προσωπικών τους στοιχείων και δεδομένων. Για το λόγο αυτό το σύνολο των αρχείων των τελούμενων εξετάσεων, των ψυχομετρικών δοκιμασιών και των στατιστικών αναλύσεων των ευρημάτων κατηγοριοποιήθηκαν ανά ασθενή με τη χρήση διακριτού κωδικού και φυλάχτησαν σε αρχείο, με αποκλειστική πρόσβαση σε αυτόν από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Παράλληλα, σε περίπτωση δημοσίευσης των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας, κρίνεται επιβεβλημένη η προστασία των προσωπικών στοιχείων των συμμετεχόντων ασθενών και για το λόγο αυτό θα αποφευχθεί η δημοσιοποίηση πληροφοριών, που δύναται να αποκαλύψουν την ταυτότητά τους.

5.6 Περιορισμοί κατά τη διεξαγωγή της έρευνας

Κατά την υλοποίηση της παρούσας ερευνητικής μελέτης εντοπίστηκαν συγκεκριμένοι περιορισμοί, με κυριότερους τον μικρό αριθμό των συμμετεχόντων σε αυτή ασθενών και την μονοκεντρική συλλογή των δεδομένων. Κρίνεται επομένως θετική η διερεύνηση μελλοντικά του συγκεκριμένου ερευνητικού πεδίου με τη διασφάλιση της συμμετοχής ενός μεγαλύτερου δείγματος ασθενών, προκειμένου να επιτευχθεί εξαγωγή έγκυρων και αξιόπιστων συμπερασμάτων, που να δύναται να γενικευθούν.

Επιπροσθέτως, ο περιορισμένος αριθμός των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη επηρέασε σημαντικά την ολιστική προσέγγιση του υπό μελέτη ζητήματος. Ειδικότερα, αν και εντός αυτής μετείχαν ασθενείς, που είχαν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley I,

II και III, καλύπτοντας το σύνολο των εκφάνσεων της νόσου, με τον αριθμό αυτών ουσιαστικά να ισομοιάζεται (17 ασθενείς σταδίου κατά Hurley I, 18 ασθενείς σταδίου κατά Hurley II και 19 ασθενείς σταδίου κατά Hurley III), ο συνολικός αριθμός αυτών χαρακτηρίζεται ως μικρός. Η μικρή συμμετοχή αποδίδεται στο γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι πάσχοντες συχνά αποφεύγουν ή αμελούν να στραφούν στη λήψη ιατρικής υποστήριξης και συνεπώς να επισκεφτούν δομές ιατρικής περίθαλψης, εντός των οποίων υλοποιήθηκε ο εντοπισμός και προσέγγιση των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη ασθενών. Η ανωτέρω συνθήκη επηρεάζει, όμως, σημαντικά την αποτύπωση του ολικού φάσματος της επιρροής της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας στην καθημερινή ζωή των ασθενών, καθώς αν και υπήρξε δυνατή η συλλογή δεδομένων, αυτή αφορούσε ένα περιορισμένο αριθμό τους, απομειώνοντας τη δυνατότητα της εις βάθους καταγραφής των συνθηκών της καθημερινότητας τους.

Επιπλέον, στο πεδίο της εργαστηριακής εκτίμησης των δεικτών συστηματικής φλεγμονής, ο έλεγχος αυτών περιορίστηκε στην αξιολόγηση των τιμών CRP, ΤΚΕ και του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων, δίχως να τελείται ένας περισσότερο ενδελεχής έλεγχος αυτών. Κύρια αιτία αποτέλεσε η προσπάθεια αξιοποίησης ευρέως υλοποιούμενων εργαστηριακών ελέγχων με χαμηλό κόστος. Συνεπώς, κρίνεται θετική η τέλεση μελλοντικά ενός ευρύτερου φάσματος εργαστηριακού ελέγχου, μέσω του οποίου δύναται να αποκαλυφθούν ενδιαφέροντα δεδομένα αναφορικά με τη φύση και την επιρροή της νόσου στη ζωή των ασθενών.

5.7 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Για τα περιγραφικά μέτρα του δείγματος της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν, για τις μεν κατηγορικές μεταβλητές απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες, για τις δε ποσοτικές, η διάμεσος (Median) και η μέγιστη και ελάχιστη (Min – Max) τιμή. Για τις συγκρίσεις των παραπάνω μεταβλητών ανά στάδιο Hurley χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι Fisher's exact και Kruskal-Wallis, για τις κατηγορικές μεταβλητές και τις ποσοτικές, αντίστοιχα. Για τη γραφική αναπαράσταση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν ραβδογράμματα για τις κατηγορικές μεταβλητές, ενώ για τις ποσοτικές θηκογράμματα και smoothed συναρτήσεις πιθανότητας.

Για τη διερεύνηση συσχέτισης ανάμεσα στους δείκτες φλεγμονής και τα ψυχομετρικά σκορ, τόσο κατά την έναρξη, όσο και στο πέρας της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής rho του Spearman.

Χρησιμοποιήθηκαν μονοπαραγοντικά μοντέλα μικτών επιδράσεων με τυχαία σταθερά (mixed effects models with random intercept) ή και τυχαία κλίση (random slope) για την διερεύνηση σχέσης ανάμεσα στους δείκτες φλεγμονής και τα ψυχομετρικά σκορ, αλλά και τα αντίστοιχα πολυπαραγοντικά μοντέλα για την αξιολόγηση επίδρασης διάφορων παραγόντων ανάμεσα στους δείκτες φλεγμονής και τα ψυχομετρικά σκορ, όπως η ηλικία, το φύλο, η κατάσταση καπνίσματος, το είδος θεραπείας, ο δείκτης μάζας σώματος και το IHS4. Η εκτίμηση των β έγινε με τη μέθοδο REML.

Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το 5%, ενώ επίπεδα μεταξύ 5% έως 10% χαρακτηρίζονται ως ενδεικτικά. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση εντολών προγραμματισμού στην R.

5.8 Προοπτικές της μελέτης

Η Διαπηνητική Ιδρωταδενίτιδα συνιστά φλεγμονώδη διαταραχή, η εκδήλωση της οποίας τροποποιεί ισχυρά την καθημερινότητα των ασθενών, με σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχο-συναισθηματική κατάστασή τους, καθώς η παρουσία των συμπτωμάτων της νόσου βάλλει καίριους τομείς της καθημερινής διάδρασης του ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής δραστηριοποίησης και της σύναψης προσωπικών και διαπροσωπικών σχέσεων. Παράλληλα, η ψυχο-συναισθηματική κατάπτωση του ασθενούς δεν αποκλείεται να επηρεάσει την πορεία εξέλιξης της νόσου, ενώ δεν αποκλείεται να λειτουργήσει ανασταλτικά στην προσπάθεια διαχείρισης των εγειρόμενων συμπτωμάτων αυτής.

Η συσχέτιση της εκδήλωσης της νόσου με την απομείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, και ειδικότερα με την προβολή συναισθημάτων Ανησυχίας, Μοναξιάς και Κατάθλιψης, δύναται να επιτρέψει την εις βάθος διερεύνηση του αντίκτυπου, που επιφέρει στην ψυχολογία τους, υποστηρίζοντας την ολιστική προσέγγιση της συγκεκριμένης ασθένειας και, επομένως, την ουσιαστική στήριξή τους στην προσπάθεια διαχείρισης της καθημερινότητάς τους. Μέσω των ευρημάτων της παρούσας μελέτης αναμένεται να αποκαλυφθεί η σαφής σχέση ανάμεσα στις σωματικές προβολές της νόσου και στο επίπεδο

της ψυχο-συναισθηματικής υγείας των ασθενών, διαμορφώνοντας μια ισχυρή βάση στο πεδίο της βέλτιστης διαχείρισής της.

Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα έρευνας

6.1 Περιγραφή δείγματος

Στη παρούσα μελέτη μετείχαν συνολικά 54 ασθενείς, εκ των οποίων οι 32 ήταν γυναίκες. Η προσέγγιση των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε εντός της Β' Πανεπιστημιακής Κλινικής Δερματολογίας- Αφροδισιολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικόν», Αθήνα. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.1, το είδος θεραπείας διαφέρει στατιστικά σημαντικά ανάλογα με το στάδιο Hurley στο οποίο έχουν κατηγοριοποιηθεί οι συμμετέχοντες ασθενείς ($p < 0,001$). Στο Σχήμα 6.1 παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ασθενών, που έλαβαν το βιολογικό παράγοντα Adalimumab, είχαν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου III κατά Hurley, ενώ κανένας εξ αυτών δεν είχε κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου I κατά Hurley. Αντιστοίχως, όσοι επέλεξαν τη λήψη τοπικών αντιβιοτικών και Doxycycline είχαν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου I και II κατά Hurley, ενώ κανείς δεν είχε κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου III κατά Hurley.

Το κάπνισμα και τα επίπεδα της αξιολόγησης των ασθενών σύμφωνα με την Κλίμακα International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4) διαφέρει σημαντικά μεταξύ των σταδίων κατά Hurley ($p = 0,035$, Σχήμα 6.3 και $p < 0,001$, Σχήμα 6.4), αφού οι περισσότεροι ασθενείς, οι οποίοι είχαν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου III κατά Hurley είναι καπνιστές με υψηλά επίπεδα του δείκτη IHS4. Επίσης, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται στην ηλικία των συμμετεχόντων ασθενών ($p = 0,002$) και στο Δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index, BMI) αυτών ($p < 0,001$) με τη διαφορά να εντοπίζεται κυρίως στο στάδιο II και III, το οποίο απαρτίζεται από ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας και με υψηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI), όπως απεικονίζεται στο Σχήμα 6.5 και 6.6.

Για τις μεταβλητές, που αφορούν στους αιματολογικούς δείκτες, δηλαδή την Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ), τα επίπεδα της C-Αντιδρώσας πρωτεΐνης και του αριθμού των Λευκών Αιμοσφαιρίων εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των σταδίων κατά Hurley, καθώς οι υψηλότερες τιμές και στις τρεις περιπτώσεις αφορούν ασθενείς, οι οποίοι έχουν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley III ($p < 0,001$, $p = 0,005$, $p = 0,005$ και Σχήματα 6.7, 6.8, 6.9 αντίστοιχα, με το Σχήμα 6.10 να αποτυπώνει τη σαφή διαφοροποίηση μεταξύ των διακριτών σταδίων πριν και μετά την θεραπευτική παρέμβαση).

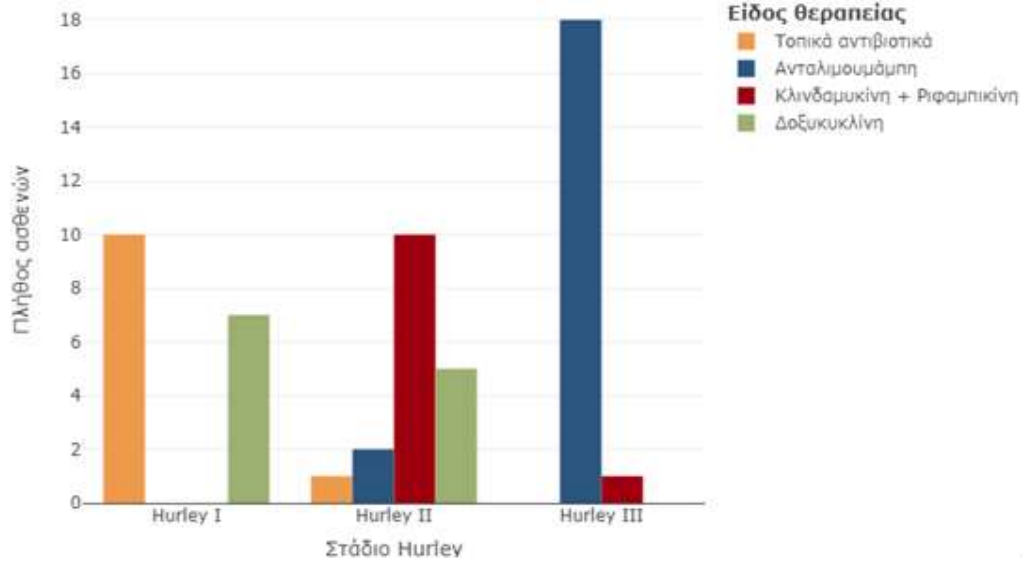
Τέλος, από το σύνολο των δοκιμασιών ψυχομετρικής αξιολόγησης, η κλίμακα εκτίμησης Μοναξιάς, ο Δείκτης Dermatology Life Quality Index (DLQI), και η Κλίμακα αξιολόγησης των επιπέδων Κατάθλιψης διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($p=0,031$, $p=0,027$, $p=0,043$). Η πλειοψηφία των ασθενών, ανεξάρτητα από το στάδιο κατά Hurley στο οποίο έχουν κατηγοριοποιηθεί, παρουσιάζεται να μη βιώνει συναισθήματα Μοναξιάς, με την πλειονότητα εξ αυτών να παρουσιάζει φυσιολογικά επίπεδα στο πλαίσιο της εκδήλωσης συναισθημάτων Κατάθλιψης (Σχήματα 6.11, 6.12, 6.14 αντιστοίχως, με το Σχήμα 6.13 να αποκαλύπτει τις υφιστάμενες διαφοροποιήσεις στην Κλίμακα Dermatology Life Quality Index (DLQI) ανά στάδιο Hurley στα 3 σημεία ελέγχου κατά την υλοποίηση της μελέτης).

Πίνακας 6.1: Χαρακτηριστικά των 54 ασθενών με Διαπυθητική Ιδρωταδενίτιδα ανά στάδιο κατά Hurley και συνολικά κατά την έναρξη της μελέτης (baseline characteristics).

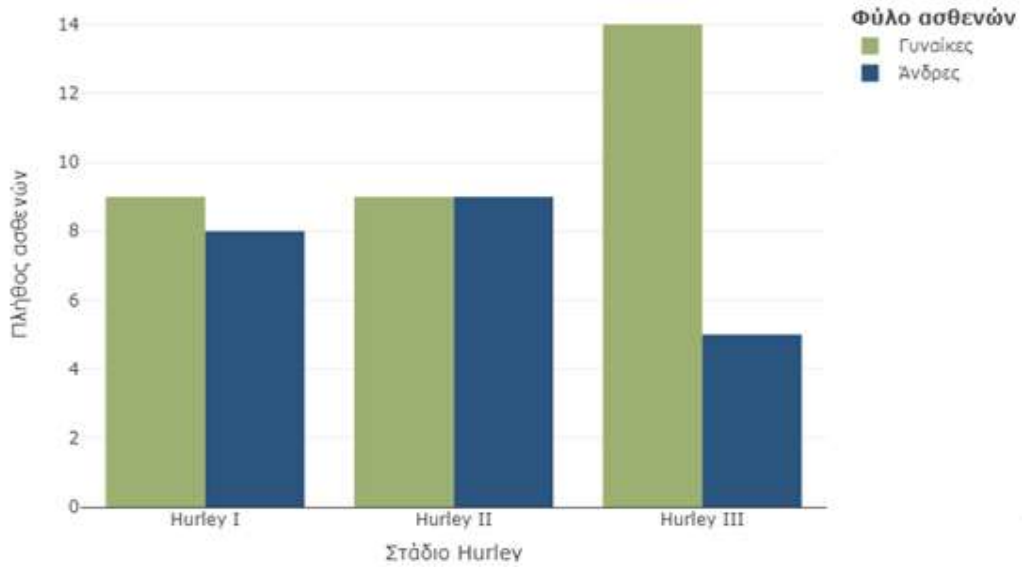
Χαρακτηριστικά	Στάδιο Hurley			Σύνολο (N=54)	p - value
	Στάδιο I (n ₁ =17)	Στάδιο II (n ₂ =18)	Στάδιο III (n ₃ =19)		
Φύλο – N (%)					0,289
<i>Γυναίκα</i>	9 (16,7)	9 (16,7)	14 (25,9)	32 (59,3)	
<i>Ανδρας</i>	8 (14,8)	9 (16,7)	5 (9,3)	22 (40,7)	
Θεραπεία – N (%)					<0,001
<i>Τοπικά αντιβιοτικά</i>	10 (18,5)	1 (1,9)	–	11 (20,4)	
<i>Δοξυκυκλίνη</i>	7 (12,9)	5 (9,3)	–	12 (22,2)	
<i>Κλινδαμυκίνη + Ριφαμπικίνη</i>	–	10 (18,5)	1 (1,9)	11 (20,4)	
<i>Ανταλιμουμάμπη</i>	–	2 (3,7)	18 (33,3)	20 (37,1)	
Κάπνισμα – N (%)					0,035
<i>Ναι</i>	8 (14,8)	9 (16,7)	16 (29,6)	33 (61,1)	
<i>Όχι</i>	9 (16,7)	9 (16,7)	3 (5,6)	21 (38,9)	
Διεθνές Σκορ Αξιολόγησης Σοβαρότητας της Δ.Ι. (IHS4) – N (%)					<0,001
<i>Ήπια</i>	16 (29,6)	6 (11,1)	0 (-)	22 (40,7)	
<i>Μέτρια</i>	1 (1,9)	12 (22,2)	6 (11,1)	19 (35,2)	
<i>Σοβαρή</i>	0 (-)	0 (-)	13 (24,1)	13 (24,1)	
Ηλικία (έτη) – Median(Min- Max)	33 (17 – 59)	29 (20 – 49)	47 (24 – 71)	36 (17 – 71)	0,002
Δείκτης Μάζας Σώματος – Median(Min-Max)	24.7 (20,3 – 35,5)	28.9 (24,6 – 39,6)	32.9 (25,2 – 44,5)	28.6 (20,3 – 44,5)	<0,001
Δείκτες φλεγμονής					

Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (mm/h) – Median(Min-Max)	10 (1 – 21)	13,5 (4 – 29)	29 (8-117)	14,5 (1 – 117)	<0,001
C – Αντιδρώσα Πρωτεΐνη (mg/L) – Median(Min-Max)	0,9 (0,2 – 15)	5,1 (0,3 – 12,5)	7,6 (0,4 – 48,1)	4 (0,2 – 48,1)	0,005
Λευκά Αιμοσφαίρια (10⁹/L) – Median (Min-Max)	7670 (4320 – 11600)	8805 (5430 – 14720)	10660 (5500 – 14260)	8865 (4320 – 14720)	0,005
Ψυχομετρικά σκορ					
Κλίμακα εκτίμησης μοναξιάς (UCLA) – N (%)					0,031
<i>Όχι μοναξιά</i>	16 (29,6)	15 (27,8)	11 (20,4)	42 (77,8)	
<i>Μοναξιά</i>	1 (1,6)	3 (5,6)	8 (14,8)	12 (22,2)	
Στάδιο Hurley					
Χαρακτηριστικά	Στάδιο I (n₁=17)	Στάδιο II (n₂=18)	Στάδιο III (n₃=19)	Σύνολο (N=54)	p - value
Ψυχομετρικά σκορ					
Ανησυχία – N (%)					0,333
<i>Φυσιολογική</i>	12 (22,2)	9 (16,7)	7 (13,0)	28 (51,6)	
<i>Οριακά μη-φυσιολογική</i>	3 (5,6)	5 (9,3)	5 (9,3)	13 (24,1)	
<i>Μη-φυσιολογική</i>	2 (3,7)	4 (7,4)	7 (13,0)	13(24,1)	
Κατάθλιψη – N (%)					0,043
<i>Φυσιολογική</i>	15 (27,8)	8 (14,8)	9 (16,7)	32 (59,3)	
<i>Οριακά μη-φυσιολογική</i>	1 (1,9)	7 (13,0)	5 (9,3)	13 (24,1)	
<i>Μη-φυσιολογική</i>	1 (1,9)	3 (5,6)	5 (9,3)	9 (16,7)	
Δερματολογικός Δείκτης Ποιότητα Ζωής (DLQI) – N (%)					0,027
<i>Καμία επίδραση</i>	5 (9,3)	1 (1,9)	2 (3,7)	8 (14,8)	
<i>Μικρή επίδραση</i>	8 (14,8)	4 (7,4)	3 (5,6)	15 (27,8)	
<i>Μέτρια επίδραση</i>	3 (5,6)	4 (7,4)	2 (3,7)	9 (16,7)	
<i>Μεγάλη επίδραση</i>	1 (1,9)	4 (7,4)	5 (9,3)	10 (18,5)	
<i>Πολύ μεγάλη επίδραση</i>	–	5 (9,3)	7 (13,0)	12 (22,2)	
Κλίμακα Rosenberg – Median(Min-Max)	24 (10 – 30)	19 (12 – 26)	22 (10 – 30)	21,5 (10 – 30)	0,257

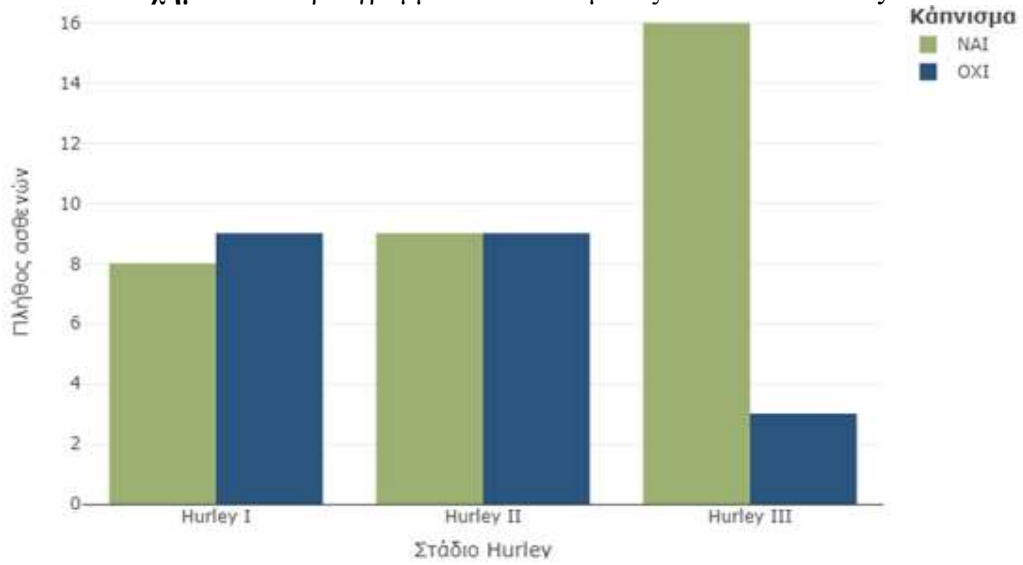
Σχήμα 6.1: Ραβδόγραμμα της θεραπείας ανά στάδιο Hurley.



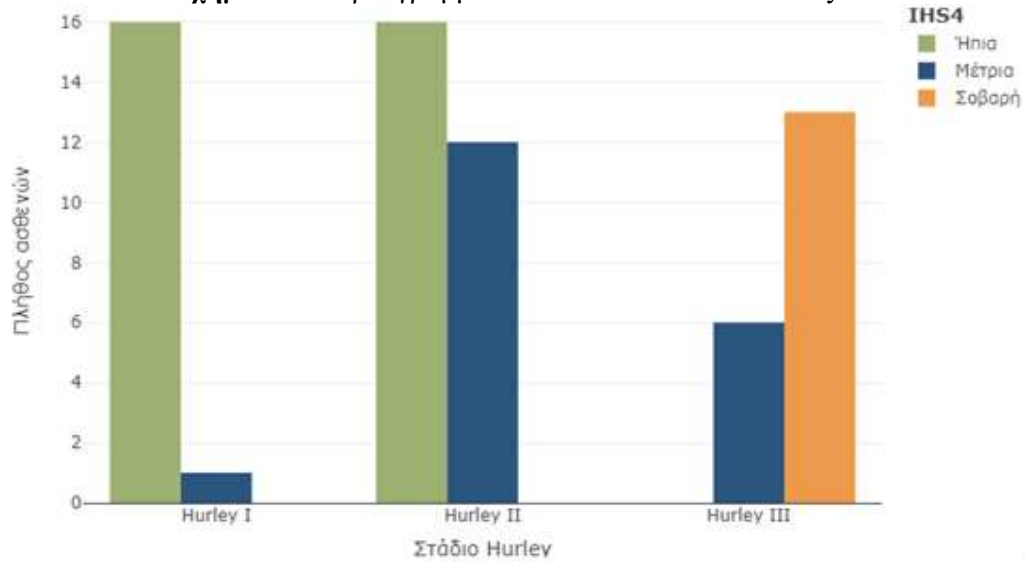
Σχήμα 6.2: Ραβδόγραμμα του φύλου ανά στάδιο Hurley.



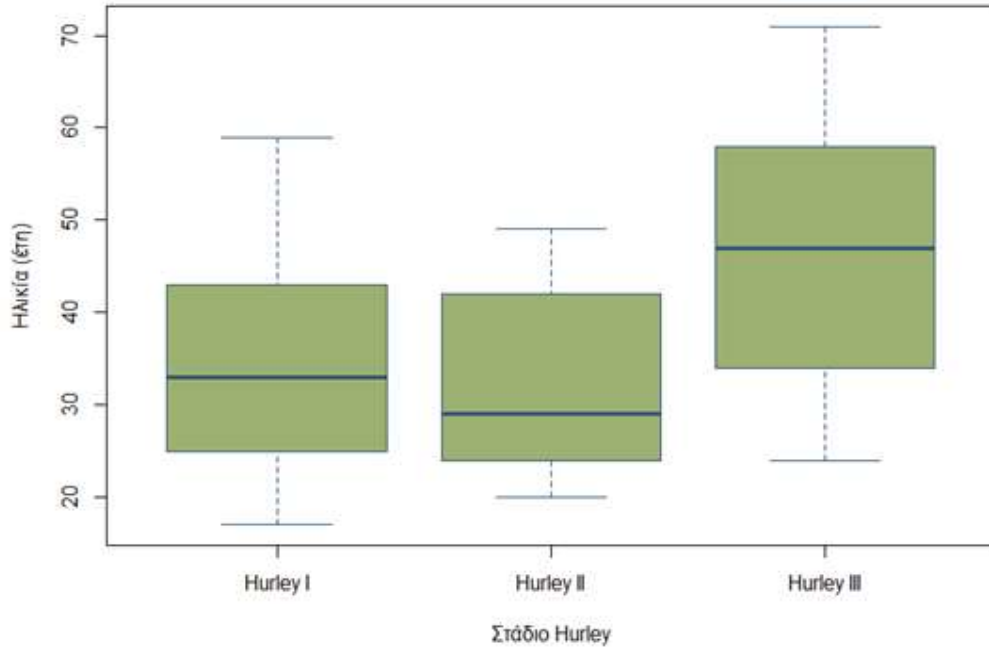
Σχήμα 6.3: Ραβδόγραμμα του καπνίσματος ανά στάδιο Hurley.



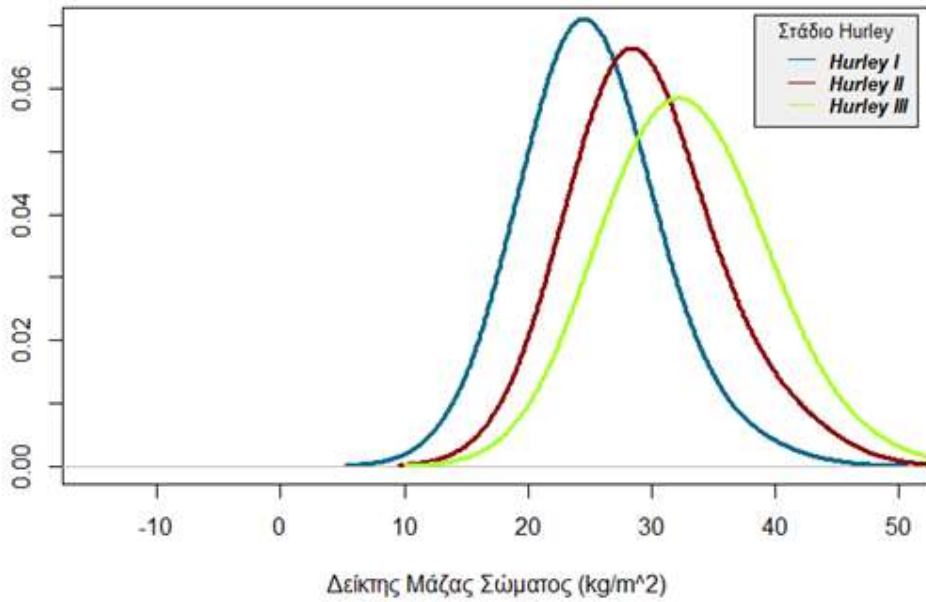
Σχήμα 6.4: Ραβδόγραμμα του IHS4 ανά στάδιο Hurley.



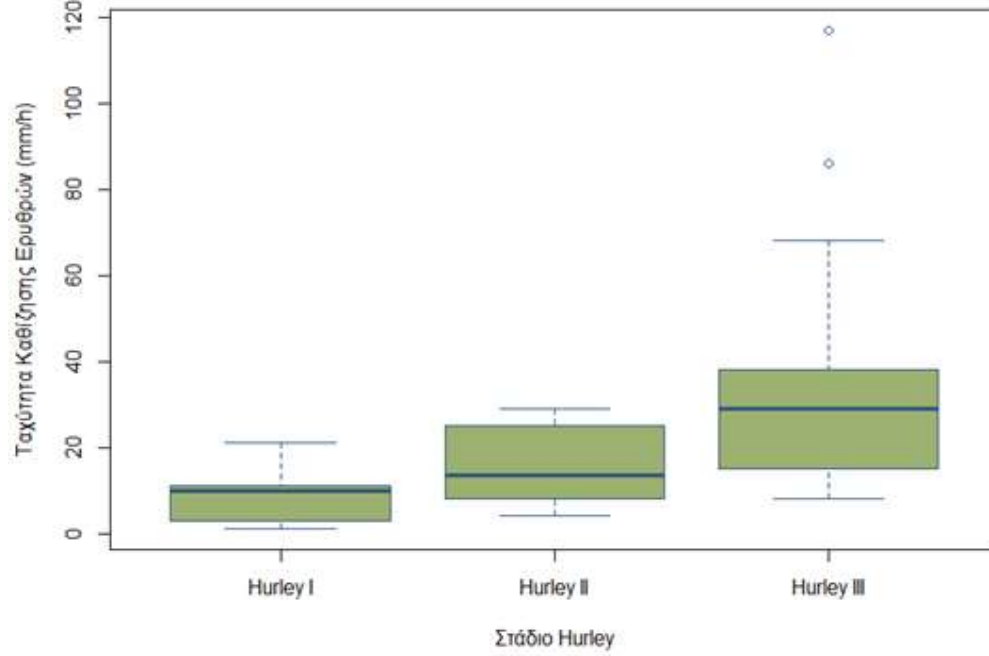
Σχήμα 6.5: Θηκόγραμμα της ηλικίας ανά στάδιο Hurley.



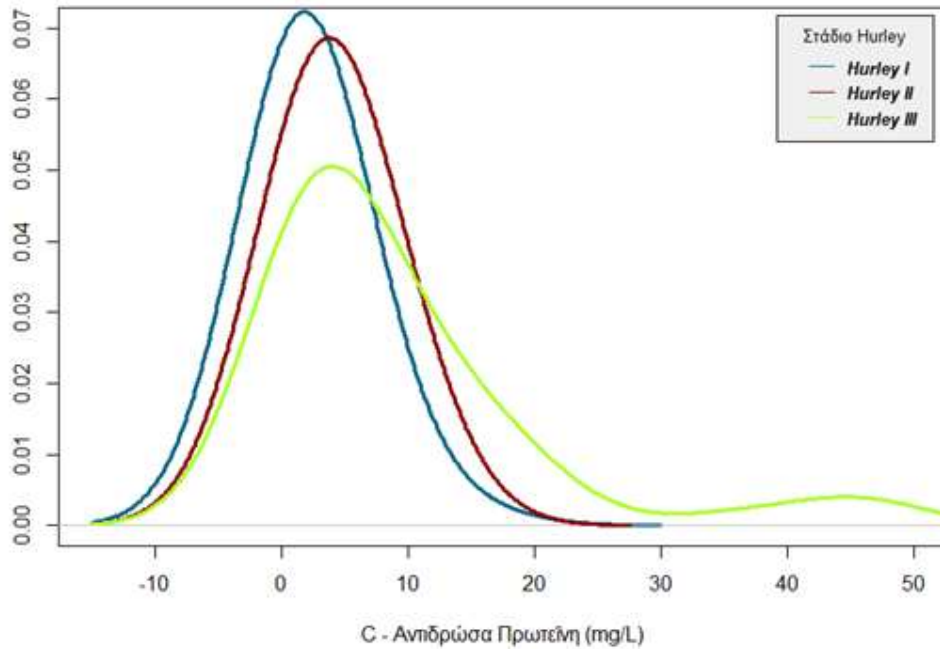
Σχήμα 6.6: Smoothed συνάρτηση πυκνότητας πιθανότητας του Δείκτη Μάζας Σώματος ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.



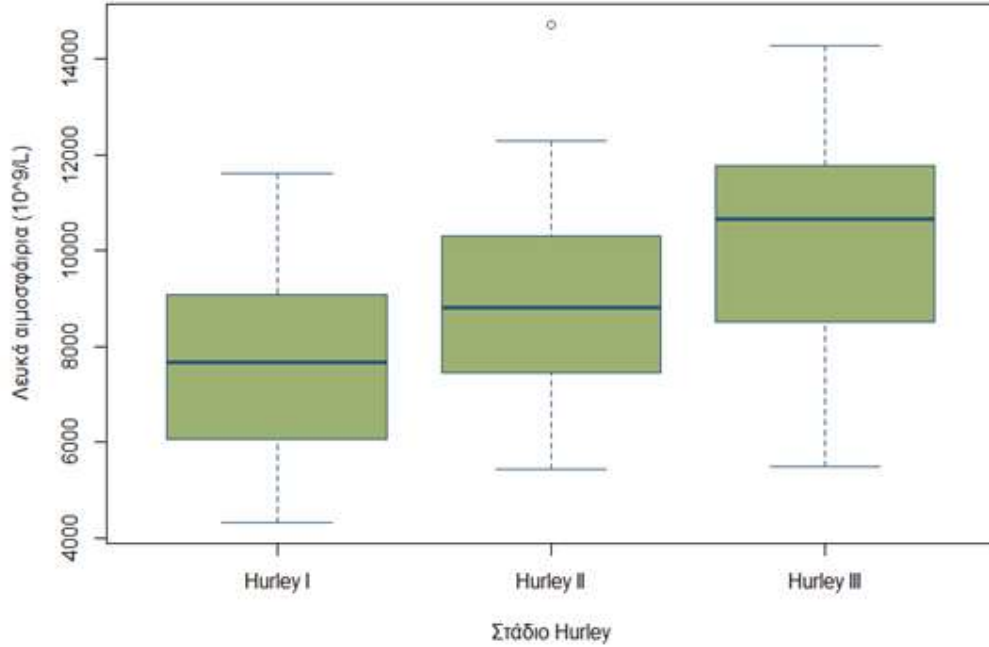
Σχήμα 6.7: Θηκόγραμμα της ΤΚΕ ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.



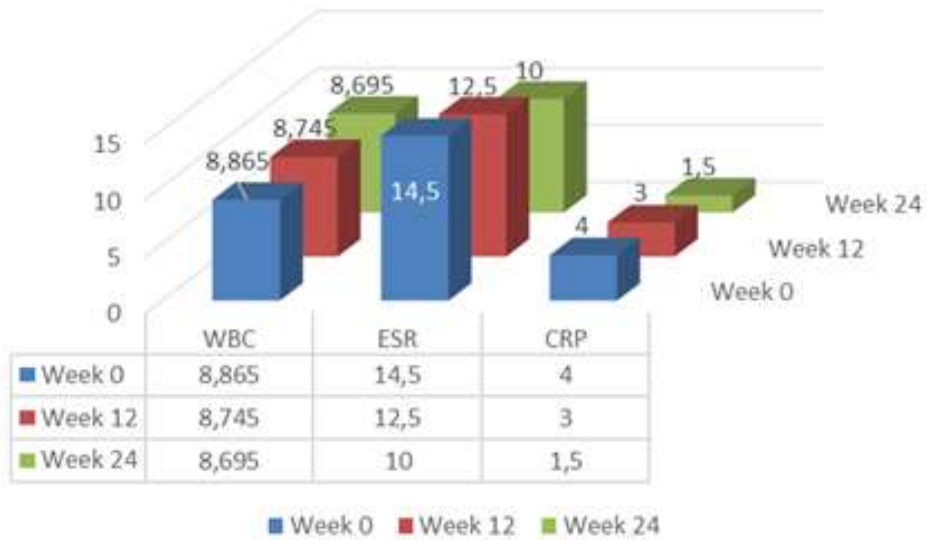
Σχήμα 6.8: Smoothed συνάρτηση πυκνότητας πιθανότητας της CRP ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.



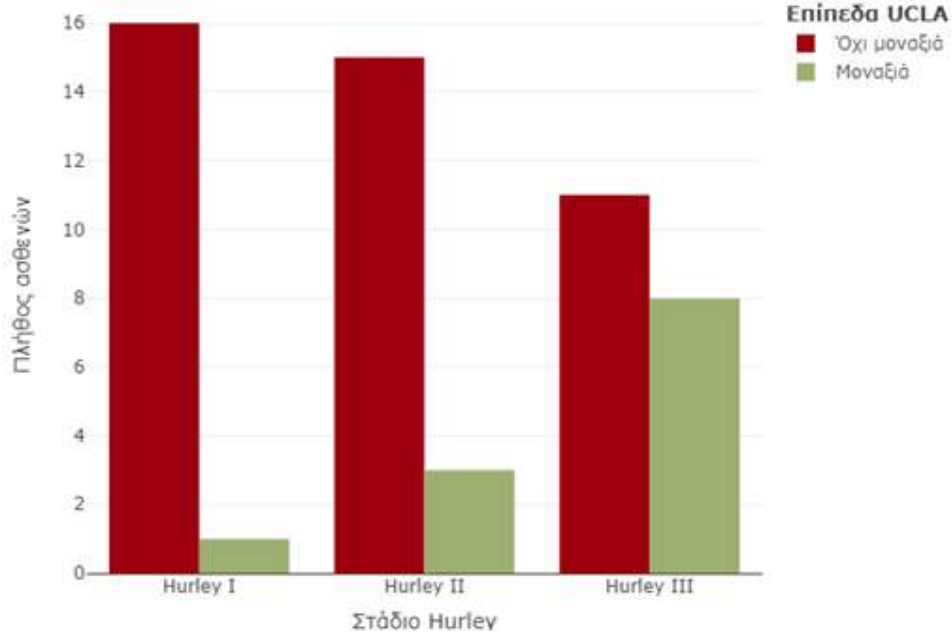
Σχήμα 6.9: Θηκόγραμμα της WBC ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.



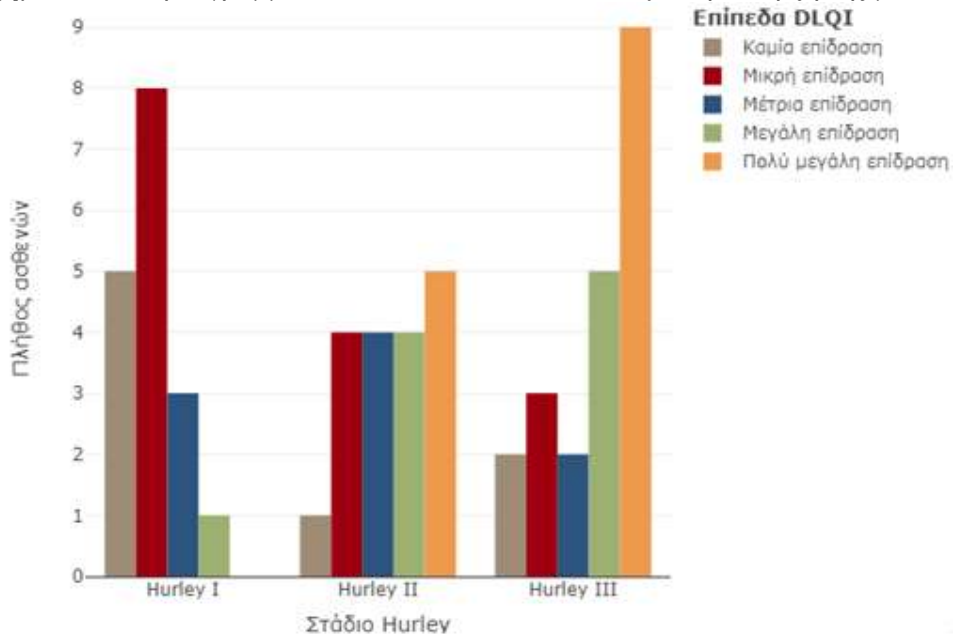
Σχήμα 6.10: Ραβδόγραμμα εκτιμήσεων των δεικτών φλεγμονής στο σύνολο των συμμετεχόντων, πριν και μετά την θεραπευτική παρέμβαση.



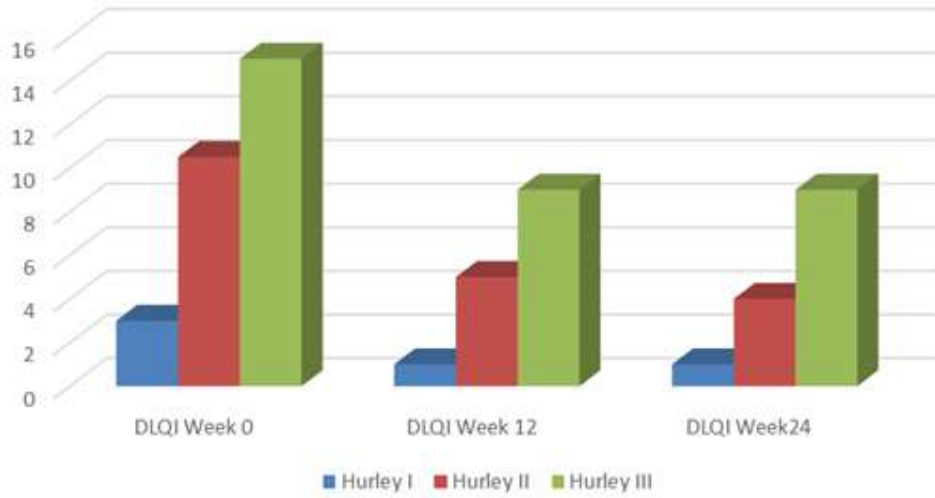
Σχήμα 6.11: Ραβδόγραμμα της UCLA ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.



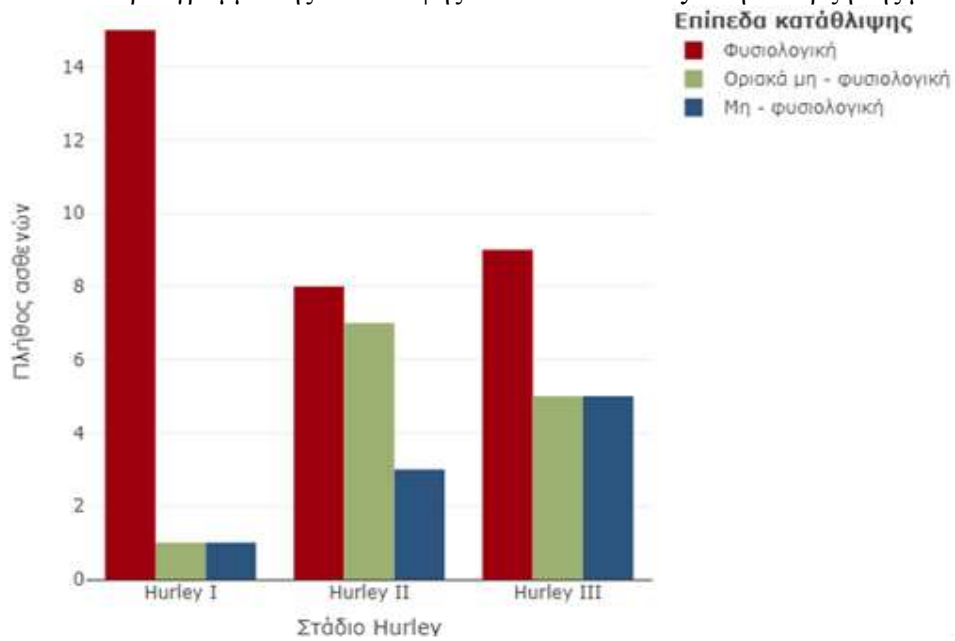
Σχήμα 6.12: Ραβδόγραμμα του DLQI ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.



Σχήμα 6.13: Ραβδόγραμμα του DLQI ανά στάδιο Hurley στα 3 σημεία ελέγχου κατά την υλοποίηση της μελέτης.



Σχήμα 6.14: Ραβδόγραμμα της κατάθλιψης ανά στάδιο Hurley στην έναρξη της μελέτης.



Πίνακας 6.2: Μετρήσεις δεικτών φλεγμονής κατά την 2^η και 3^η επίσκεψη των ασθενών.

Χαρακτηριστικά	Στάδιο Hurley				p - value
	Στάδιο I (n ₁ =17)	Στάδιο II (n ₂ =18)	Στάδιο III (n ₃ =19)	Σύνολο (N=54)	
2^η επίσκεψη – 3 μήνες μετά					
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (mm/h) – Median(Min-Max)	6 (2 – 15)	12,5 (2 – 25)	26 (5 – 125)	12,5 (2 – 125)	<0,001
C – Αντιδρώσα Πρωτεΐνη (mg/L) – Median(Min-Max)	2,2 (0,1 – 10,0)	3,7 (0,3 – 9,0)	4,3 (0,4 – 45,2)	3 (0,1 – 45,2)	0,05
Λευκά Αιμοσφαίρια (10⁹/L) – Median(Min-Max)	7840 (5340 – 11200)	8735 (5470 – 12540)	10620 (6250 – 13500)	8745 (5340 – 13500)	0,15
3^η επίσκεψη – 6 μήνες μετά					
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (mm/h) – Median(Min-Max)	7 (1 – 18)	10(3 – 28)	19 (2 – 118)	10 (1 – 118)	<0,001
C – Αντιδρώσα Πρωτεΐνη (mg/L) – Median(Min-Max)	1,5 (0,1 – 4,2)	3 (0,3 – 8,6)	5,4 (0,1 – 42,7)	2,7 (0,1 – 42,7)	0,02
Λευκά Αιμοσφαίρια (10⁹/L) – Median(Min-Max)	7790 (5150 – 10800)	8990 (6760 – 10140)	9550 (6056 – 14340)	8695 (5150 – 14340)	0,02

Σύμφωνα με τον Πίνακα 6.2, η Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των σταδίων κατά Hurley, τόσο κατά την 2^η, όσο και κατά την 3^η επίσκεψη ($p < 0,001$) των συμμετεχόντων ασθενών, ενώ οι τιμές της C-Αντιδρώσας Πρωτεΐνης και του αριθμού των Λευκών Αιμοσφαιρίων διαφέρουν στατιστικά σημαντικά κατά την 3^η επίσκεψη τους ($p = 0,02$).

Εντός του Πίνακα 6.3 παρατηρείται ότι σημαντική διαφορά μεταξύ των σταδίων κατά Hurley εντοπίζεται στην Κλίμακα Rossenberg ($p = 0,044$) κατά την 2^η επίσκεψη των συμμετεχόντων ασθενών, καθώς και στην Κλίμακα εκτίμησης Μοναξιάς και στην αντίστοιχη Κλίμακα αξιολόγησης των επιπέδων Κατάθλιψης ($p = 0,01$ και $p = 0,03$) κατά την 3^η επίσκεψή τους.

Πίνακας 6.3: Μετρήσεις των υλοποιούμενων ψυχομετρικών δοκιμασιών κατά την 2η και 3η επίσκεψη των ασθενών.

Χαρακτηριστικά	Στάδιο Hurley			Σύνολο (N=54)	p- value
	Στάδιο I (n ₁ =17)	Στάδιο II (n ₂ =18)	Στάδιο III (n ₃ =19)		
2^η επίσκεψη – 3 μήνες μετά					
Κλίμακα εκτίμησης μοναξιάς (UCLA) – N (%)					0,19
<i>Όχι μοναξιά</i>	16 (29,6)	16 (29,6)	14 (25,9)	46 (85,2)	
<i>Μοναξιά</i>	1 (1,9)	2 (3,7)	5 (9,3)	8 (14,8)	
Δερματολογικός Δείκτης Ποιότητα Ζωής (DLQI) – N (%)					0,12
<i>Καμία επίδραση</i>	9 (16,6)	4 (7,4)	3 (5,6)	16 (29,6)	
<i>Μικρή επίδραση</i>	6 (11,1)	7 (13,0)	5 (9,3)	18 (33,3)	
<i>Μέτρια επίδραση</i>	1 (1,9)	3 (5,6)	3 (5,6)	7 (13,0)	
<i>Μεγάλη επίδραση</i>	1 (1,9)	4 (7,4)	6 (11,1)	11 (20,4)	
<i>Πολύ μεγάλη επίδραση</i>	0 (-)	0 (-)	2 (3,7)	2 (3,7)	
Κλίμακα Rosenberg – Median(Min-Max)	25 (14 – 30)	21 (12 – 26)	23 (12 – 30)	23 (12 – 30)	0,044
Ανησυχία – N (%)					0,07
<i>Φυσιολογική</i>	14 (25,9)	11 (20,4)	8 (14,8)	33 (61,1)	
<i>Οριακά μη-φυσιολογική</i>	1 (1,9)	6 (11,1)	6 (11,1)	13 (24,1)	
<i>Μη-φυσιολογική</i>	2 (3,7)	1 (1,9)	5 (9,3)	8 (14,8)	
Κατάθλιψη – N (%)					0,12
<i>Φυσιολογική</i>	15 (27,8)	10 (18,5)	9 (16,6)	34 (63,0)	
<i>Οριακά μη-φυσιολογική</i>	1 (1,9)	5 (9,3)	7 (13,0)	13 (24,1)	
<i>Μη-φυσιολογική</i>	1 (1,9)	3 (5,6)	3 (5,6)	7 (13,0)	
3^η επίσκεψη – 6 μήνες μετά					
Κλίμακα εκτίμησης μοναξιάς (UCLA) – N (%)					0,01
<i>Όχι μοναξιά</i>	17 (31,5)	18 (33,3)	14 (25,9)	49 (90,7)	
<i>Μοναξιά</i>	0 (-)	0 (-)	5 (9,3)	5 (9,3)	
Δερματολογικός Δείκτης Ποιότητα Ζωής (DLQI) – N (%)					0,06
<i>Καμία επίδραση</i>	11 (20,4)	5 (9,3)	4 (7,4)	20 (37,0)	
<i>Μικρή επίδραση</i>	4 (7,4)	6 (11,1)	5 (9,3)	15 (27,8)	
<i>Μέτρια επίδραση</i>	2 (3,7)	5 (9,3)	4 (7,4)	11 (20,4)	
<i>Μεγάλη επίδραση</i>	0 (-)	2 (3,7)	3 (5,6)	5 (9,3)	
<i>Πολύ μεγάλη επίδραση</i>	0 (-)	0 (-)	3 (5,6)	3 (5,6)	
Κλίμακα Rosenberg – Median(Min-Max)	25 (14 – 30)	22 (15 – 27)	23 (10 – 30)	23 (10 – 30)	0,18

Ανησυχία – N (%)						0,24
Φυσιολογική	15 (27,8)	13 (24,1)	10 (18,5)	38 (70,4)		
Οριακά μη-φυσιολογική	1 (1,9)	3 (5,6)	5 (9,3)	9 (16,7)		
Μη-φυσιολογική	1 (1,9)	2 (3,7)	4 (7,4)	7 (13,0)		

Χαρακτηριστικά	Στάδιο Hurley				p – value	
	Στάδιο I (n ₁ =17)	Στάδιο II (n ₂ =18)	Στάδιο III (n ₃ =19)	Σύνολο (N=54)		
3^η επίσκεψη – 6 μήνες μετά						
Κατάθλιψη – N(%)						0,03
Φυσιολογική	17 (31,5)	13 (24,1)	10 (18,5)	40 (74,1)		
Οριακά μη-φυσιολογική	0 (-)	4 (7,4)	7 (13,0)	11 (20,4)		
Μη-φυσιολογική	0 (-)	1 (1,9)	2 (3,7)	3 (5,6)		

6.2 Συσχετίσεις Spearman

Από τον Πίνακα 6.4, κατά την έναρξη της μελέτης ο Δείκτης Dermatology Life Quality Index (DLQI) σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) ($p < 0,001$) και με την CRP ($p = 0,03$), ενώ ο αριθμός των Λευκών Αιμοσφαιρίων σχετίζεται με την Κλίμακα Rossenberg ενδεικτικά σημαντικά ($p = 0,06$).

Πίνακας 6.4: Συσχετίσεις των δεικτών φλεγμονής με τις εκτιμήσεις στις ψυχομετρικές δοκιμασίες κατά την έναρξη της μελέτης.

Έναρξη μελέτης	Δερματολογικός Δείκτης Ποιότητα Ζωής (DLQI)	Κλίμακα Rossenberg	Ανησυχία	Κατάθλιψη	Κλίμακα εκτίμησης μοναξιάς (UCLA)
Spearman's rho (p-value)					
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών	0,50(<0,001)	-0,11(0,44)	0,15(0,29)	0,16(0,26)	0,14(0,32)
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη	0,29(0,03)	-0,11(0,43)	0,23(0,09)	0,15 (0,28)	0,13(0,35)
Λευκά αιμοσφαίρια	1,17(0,22)	-0,25(0,06)	0,06(0,63)	0,20(0,39)	0,12(0,38)

Κατά την 2^η επίσκεψη, σύμφωνα με τον Πίνακα 6.5, ο Δείκτης Dermatology Life Quality Index (DLQI) εξακολουθεί να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) ($p = 0,03$), ενώ προκύπτει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της CRP και των επιπέδων εκδήλωσης συναισθημάτων Ανησυχίας ($p = 0,03$), τα επίπεδα της οποίας

παραμένουν σημαντικά και κατά την 3^η επίσκεψη ($p=0,02$) των ασθενών, με τον Πίνακα 6.6 να απεικονίζει την ενδεικτικά στατιστικά σημαντική συσχέτιση της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) και του Δείκτη Dermatology Life Quality Index (DLQI) ($p=0,05$).

Πίνακας 6.5: Συσχετίσεις των δεικτών φλεγμονής με τα ψυχομετρικά σκορ κατά την 2^η επίσκεψη.

2 ^η επίσκεψη	Δερματολογικός Δείκτης Ποιότητα Ζωής (DLQI)	Κλίμακα Rosenberg	Ανησυχία	Κατάθλιψη	Κλίμακα εκτίμησης μοναξιάς (UCLA)
Spearman's rho (<i>p</i> -value)					
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών	0,29(0,03)	-0,01(0,95)	0,13(0,33)	0,21(0,13)	0,08(0,55)
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη	0,24(0,08)	-0,19(0,16)	0,28(0,03)	0,20(0,13)	0,15(0,25)
Λευκά αιμοσφαίρια	0,17(0,23)	-0,11(0,40)	0,11(0,41)	0,09(0,49)	0,07(0,58)

Πίνακας 6.6: Συσχετίσεις των δεικτών φλεγμονής με τις εκτιμήσεις στις ψυχομετρικές δοκιμασίες κατά την 3^η επίσκεψη.

3 ^η επίσκεψη	Δερματολογικός Δείκτης Ποιότητα Ζωής (DLQI)	Κλίμακα Rosenberg	Ανησυχία	Κατάθλιψη	Κλίμακα εκτίμησης μοναξιάς (UCLA)
Spearman's rho (<i>p</i> -value)					
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών	0,26(0,05)	-0,02(0,84)	0,18(0,19)	0,16(0,23)	0,19(0,17)
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη	0,22(0,10)	-0,14(0,32)	0,31(0,02)	0,14(0,33)	0,15(0,28)
Λευκά αιμοσφαίρια	0,19(0,16)	-0,17(0,19)	0,04(0,75)	0,05(0,69)	0,19(0,15)

6.3 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών αναλύσεων

Όπως απεικονίζεται εντός του Πίνακα 6.7, και από τα δύο είδη μονοπαραγοντικών μοντέλων (random intercept, random intercept and slope) προκύπτει ότι ο Δείκτης Dermatology Life Quality Index (DLQI) των ασθενών σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τους δείκτες φλεγμονής ($p < 0,0001$ σε όλες τις περιπτώσεις). Πιο συγκεκριμένα, αύξηση στις τιμές της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) και του αριθμού των Λευκών Αιμοσφαιρίων αυξάνουν την μέση τιμή του DLQI, δηλαδή συντελούν στην απομείωση της ποιότητας ζωής για τους ασθενείς, ενώ σε μεταβολή της τιμής από CRP $< 3\text{mg/L}$ σε CRP $> 3\text{mg/L}$ μειώνεται η μέση τιμή του Δείκτη Dermatology Life Quality Index (DLQI), γεγονός που ομοίως υποδεικνύει έκπτωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών.

Πίνακας 6.7: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος τον Δείκτη Dermatology Life Quality Index (DLQI).

	<i>Random intercept</i>			<i>Random intercept & slope</i>		
	Estimate β	<i>p</i> - value	95% C.I.	Estimate β	<i>p</i> - value	95% C.I.
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (mm/h)	0,1906	<0,001	(0,1247, 0,2565)	0,1742	<0,001	(0,1099, 0,2385)
Λευκά αιμοσφαίρια ($10^9/\text{L}$)	0,0011	<0,001	(0,0005, 0,0017)	0,0011	<0,001	(0,0004, 0,0017)
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη: $< 3\text{mg/L}$	-5,3909	<0,001	(-7,8371, -2,9447)	-4,6801	<0,001	(-7,0673, -2,2929)

Πίνακας 6.8: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Κλίμακα Rossenberg.

	<i>Random intercept</i>			<i>Random intercept & slope</i>		
	Estimate β	<i>p</i> - value	95% C.I.	Estimate β	<i>p</i> - value	95% C.I.
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (mm/h)	-0,0322	0,136	(-0,0750, 0,0104)	-0,0131	0,541	(-0,0553, 0,0291)
Λευκά αιμοσφαίρια ($10^9/\text{L}$)	-0,0004	0,034	(-0,0007, -0,0001)	-0,0003	0,150	(-0,0006, -0,0001)
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη: $< 3\text{mg/L}$	1,7245	0,013	(0,3671, 3,0818)	1,9266	0,004	(0,6275, 3,2257)

Από τον Πίνακα 6.8 προκύπτει ότι η αύξηση στην τιμή του αριθμού των Λευκών Αιμοσφαιρίων μειώνει τη μέση τιμή της Κλίμακας Rossenberg σε σημαντικό επίπεδο ($p=0,034$, random intercept), ενώ σε μεταβολή CRP $<3\text{mg/L}$ σε CRP $>3\text{mg/L}$ αυξάνεται η μέση τιμή της κλίμακας Rossenberg ($p=0,013$, $p=0,004$) και στις δύο περιπτώσεις.

Πίνακας 6.9: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Κλίμακα εκτίμησης μοναξιάς (UCLA).

	<i>Random intercept</i>			<i>Random intercept & slope</i>		
	Estimate β	<i>p</i> - value	95% C.I.	Estimate β	<i>p</i> - value	95% C.I.
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (mm/h)	0,1391	<0,001	(0,0651, 0,2130)	0,1225	0,001	(0,0494, 0,1955)
Λευκά αιμοσφαίρια ($10^9/\text{L}$)	0,0004	0,182	(-0,0002, 0,0011)	0,0004	0,256	(-0,0003, 0,0010)
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη: $< 3\text{mg/L}$	-3,3020	0,010	(-5,7964, -0,8076)	-3,2365	0,008	(-5,6015, -0,8714)

Από τον Πίνακα 6.9 προκύπτει ότι η Κλίμακα UCLA Loneliness Scale (Κλίμακα εκτίμησης μοναξιάς) σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) και την C-Αντιδρώσα πρωτεΐνη. Πιο συγκεκριμένα, αύξηση στις τιμές της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) αυξάνουν την μέση τιμή της Κλίμακας UCLA Loneliness Scale και στις δύο περιπτώσεις ($p<0,001$ random intercept, $p=0,001$ random intercept & slope). Σε μεταβολή CRP $<3\text{mg/L}$ σε CRP $>3\text{mg/L}$ μειώνεται η μέση τιμή της Κλίμακας UCLA Loneliness Scale στατιστικά σημαντικά ($p=0,010$, $p=0,008$).

Πίνακας 6.10: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Ανησυχία.

	<i>Random intercept</i>			<i>Random intercept & slope</i>		
	Estimate β	<i>p</i> - value	95% C.I.	Estimate β	<i>p</i> - value	95% C.I.
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (mm/h)	0,0418	0,009	(0,0106, 0,0729)	0,0388	0,012	(0,0085, 0,0690)
Λευκά αιμοσφαίρια ($10^9/\text{L}$)	0,0003	0,012	(0,0001, 0,0006)	0,0003	0,009	(0,0001, 0,0006)
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη: $< 3\text{mg/L}$	-0,6685	0,191	(-1,6761, 0,3391)	-0,7484	0,129	(-1,7182, 0,2214)

Από τον Πίνακα 6.10 προκύπτει ότι η Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) και ο αριθμός των Λευκών Αιμοσφαιρίων σχετίζονται σημαντικά με τα επίπεδα Ανησυχίας που βιώνουν οι ασθενείς. Αύξηση στις τιμές της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) και του

αριθμού των Λευκών Αιμοσφαιρίων αυξάνουν τα επίπεδα των συναισθημάτων Ανησυχίας στους ασθενείς ($p=0,009$ και $p=0,012$, $p=0,012$ και $p=0,009$).

Πίνακας 6.11: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Κατάθλιψη.

	<i>Random intercept</i>			<i>Random intercept & slope</i>		
	Estimate β	<i>p</i> - value	95% C.I.	Estimate β	<i>p</i> - value	95% C.I.
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (mm/h)	0,0533	0,001	(0,0220, 0,0845)	0,0422	0,008	(0,0111, 0,0734)
Λευκά αιμοσφαίρια ($10^9/L$)	0,0002	0,081	(-0,0001, 0,0004)	0,0001	0,175	(-0,0001, 0,0004)
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη: < 3mg/L	-0,8780	0,089	(-1,8947, 0,1385)	-0,8723	0,081	(-1,8534, 0,1087)

Από τον Πίνακα 6.11 προκύπτει ότι αύξηση στις τιμές της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ), αυξάνει την μέση τιμή των συναισθημάτων Κατάθλιψης σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p=0,001$, $p=0,008$) και στις δύο περιπτώσεις.

6.4 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικών αναλύσεων

Από τον Πίνακα 6.12 προκύπτει ότι ο Δείκτης Dermatology Life Quality Index (DLQI) των ασθενών σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τους δείκτες φλεγμονής, τόσο σε μονοπαραγοντικό επίπεδο, όσο και σε πολυπαραγοντικό, έπειτα από την υλοποίηση διορθώσεων για τις μεταβλητές του Φύλου, της Ηλικίας, του Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI), των εκτιμήσεων στην Κλίμακα International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4), του είδους της θεραπείας και των καπνιστικών συνηθειών. Αύξηση των τιμών της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) και του αριθμού των Λευκών Αιμοσφαιρίων αυξάνει την μέση τιμή του Δείκτη Dermatology Life Quality Index (DLQI) ($p<0,001$ και στα δύο είδη μοντέλων, $p=0,022$ και $p=0,029$). Σε μεταβολή από CRP <3mg/L σε CRP >3mg/L μειώνεται η μέση τιμή του Δείκτη Dermatology Life Quality Index (DLQI) ($p=0,004$, $p=0,011$).

Πίνακας 6.12: Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος τον Δείκτη Dermatology Life Quality Index (DLQI).

	<i>Random intercept</i>			<i>Random intercept & slope</i>		
	Estimate β^*	<i>p</i> - value	95% C.I.	Estimate β^*	<i>p</i> - value	95% C.I.
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (mm/h)	0,1400	<0,001	(0,0725, 0,2074)	0,1249	<0,001	(0,0589, 0,1910)
Λευκά αιμοσφαίρια ($10^9/L$)	0,0007	0,022	(0,0001, 0,0013)	0,0007	0,029	(0,0001, 0,0013)
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη: < 3 mg/L	-3,6210	0,004	(-6,0283, -1,2137)	-3,0960	0,011	(-5,4708, -0,σ7213)

*Διορθωμένες για φύλο, ηλικία, bmi, ihs4, είδος θεραπείας και κάπνισμα

Πίνακας 6.13: Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Κλίμακα Rossenberg.

	<i>Random intercept</i>			<i>Random intercept & slope</i>		
	Estimate β^*	<i>p</i> - value	95% C.I.	Estimate β^*	<i>p</i> - value	95% C.I.
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (mm/h)	-0,0302	0,1861	(-0,0751, 0,0147)	-0,0070	0,749	(-0,0510, 0,0368)
Λευκά αιμοσφαίρια ($10^9/L$)	-0,0004	0,035	(-0,0007, -0,0003)	-0,0003	0,117	(-0,0006, -0,0001)
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη: < 3 mg/L	1,4887	0,034	(0,1108, 2,8666)	1,7503	0,009	(0,4309, 3,0696)

*Διορθωμένες για φύλο, ηλικία, bmi, ihs4, και κάπνισμα είδος θεραπείας

Από τον Πίνακα 6.13 προκύπτει ότι ο αριθμός των Λευκών αιμοσφαιρίων και η CRP σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την Κλίμακα Rossenberg, όπως προέκυψε και στον Πίνακα 6.8 στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις. Αύξηση των τιμών του αριθμού των Λευκών αιμοσφαιρίων μειώνει την μέση τιμή της Κλίμακας Rossenberg ($p=0.035$), ενώ από CRP <3mg/L σε CRP >3mg/L αυξάνεται η μέση τιμή της Κλίμακας Rossenberg.

Πίνακας 6.14: Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Κλίμακα εκτίμησης μοναξιάς (UCLA).

	<i>Random intercept</i>			<i>Random intercept & slope</i>		
	Estimate β^*	<i>p</i> - value	95% C.I.	Estimate β^*	<i>p</i> - value	95% C.I.
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (mm/h)	0,1188	0,004	(0,0392, 0,1984)	0,1014	0,010	(0,0246, 0,1782)
Λευκά αιμοσφαίρια ($10^9/L$)	0,0003	0,370	(-0,0003, 0,0010)	0,0003	0,358	(-0,0004, 0,0009)
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη: < 3 mg/L	-2,4558	0,058	(-4,9986, 0,0870)	-2,4155	0,048	(-4,8167, -0,0144)

*Διορθωμένες για φύλο, ηλικία, bmi, ihs4, είδος θεραπείας και κάπνισμα

Από τον Πίνακα 6.14 προκύπτει ότι η Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) και η CRP σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την Κλίμακα Εκτίμησης Μοναξιάς (UCLA). Αύξηση των τιμών της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) αυξάνει την μέση τιμή στην Κλίμακα Εκτίμησης Μοναξιάς (UCLA) ($p=0,004$ random intercept, $p=0,010$ random intercept and slope), ενώ από CRP <3mg/L σε CRP >3mg/L μειώνεται η αντίστοιχη τιμή στην Κλίμακα Εκτίμησης Μοναξιάς (UCLA) ($p=0,048$ random intercept and slope), όπως προέκυψε και από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις στον Πίνακα 6.9.

Πίνακας 6.15: Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την εκτιμώμενη Ανησυχία.

	<i>Random intercept</i>			<i>Random intercept & slope</i>		
	Estimate β^*	<i>p</i> - value	95% C.I.	Estimate β^*	<i>p</i> - value	95% C.I.
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (mm/h)	0,0177	0,261	(-0,0134, 0,0489)	0,0142	0,353	(-0,0159, 0,0443)
Λευκά αιμοσφαίρια ($10^9/L$)	0,0003	0,030	(0,0002, 0,0005)	0,0003	0,010	(0,0001, 0,0006)
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη: < 3 mg/L	-0,3841	0,441	(-1,3687, 0,6005)	-0,4227	0,375	(-1,3847, 0,5393)

*Διορθωμένες για φύλο, ηλικία, bmi, ihs4, είδος θεραπεία και κάπνισμα

Από τον Πίνακα 6.15 προκύπτει ότι η εκτιμώμενη Ανησυχία σχετίζεται σημαντικά με τον αριθμό των Λευκών Αιμοσφαιρίων, καθώς αύξηση της τιμής του αριθμού των Λευκών αιμοσφαιρίων αυξάνει την μέση εκτιμώμενη Ανησυχία που βιώνουν οι ασθενείς ($p=0,030$ random intercept, $p=0,010$ random intercept and slope).

Πίνακας 6.16: Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με μεταβλητή ενδιαφέροντος την Κατάθλιψη.

	<i>Random intercept</i>			<i>Random intercept & slope</i>		
	Estimate β^*	<i>p</i> - value	95% C.I.	Estimate β^*	<i>p</i> - value	95% C.I.
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (mm/h)	0,0379	0,025	(0,0048, 0,0710)	0,0197	0,203	(-0,0108, 0,0503)
Λευκά αιμοσφαίρια (10 ⁹ /L)	0,0002	0,103	(-0,0001, - 0,0005)	0,0001	0,148	(-0,0001, 0,0004)
C-Αντιδρώσα Πρωτεΐνη: < 3 mg/L	-0,4909	0,344	(-1,516, 0,534)	-0,342	0,477	(-1,2947, 0,6092)

*Διορθωμένες για φύλο, ηλικία, bmi, ihs4, είδος θεραπείας και κάπνισμα

Τέλος, από τον Πίνακα 6.16 προκύπτει ότι με τα εκτιμώμενα επίπεδα Κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς σχετίζεται σημαντικά με την Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (TKE) ($p=0,025$ random intercept). Αύξηση των τιμών της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (TKE), αυξάνει την μέση τιμή των συναισθημάτων Κατάθλιψης.

Κεφάλαιο 7: Συζήτηση

7.1 Συζήτηση ευρημάτων

Η Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα αποτελεί χρόνια δερματική νόσο, η οποία χαρακτηρίζεται ως άκρως υποτροπιάζουσα, η εμφάνιση των συμπτωμάτων της οποίας τείνει να επηρεάζει αισθητά την καθημερινή ζωή των πασχόντων. Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η αποσαφήνιση της επιρροής της φλεγμονώδους αυτής ασθένειας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, μέσα από την καταγραφή των πιθανών συσχετίσεων ανάμεσα στους δείκτες συστηματικής φλεγμονής, με μετρήσεις που αφορούν την Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ), τις μεταβολές της τιμής CRP και τον αριθμό των Λευκών Αιμοσφαιρίων, και στην εκτίμηση της ψυχο-συναισθηματικής τους κατάστασης, όπως αυτή προβάλλεται μέσα από τη διενέργεια κατάλληλων ψυχομετρικών δοκιμασιών.

Ειδικότερα, οι ανωτέρω εκτιμήσεις βασίσθηκαν στην αξιοποίηση του Ερωτηματολογίου Dermatology Life Quality Index (DLQI), της Κλίμακας Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), της Κλίμακας Rosenberg, της Κλίμακας Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) και της Κλίμακας UCLA Loneliness Scale (Κλίμακα εκτίμησης μοναξιάς).

Κατά την παρούσα μελέτη η κατανομή των ασθενών παρουσιάζεται ισομοιρασμένη μεταξύ των διακριτών σταδίων κατά Hurley, με τη μέση ηλικία της υποομάδας των ασθενών, που ανήκαν στο στάδιο κατά Hurley III, να εντοπίζεται μεγαλύτερη σε σχέση με τις υποομάδες των ασθενών, που ανήκαν στο στάδιο κατά Hurley I και II. Η ανωτέρω συνθήκη δύναται να αποτυπώνει ευκρινώς την δυσμενή εξελικτική πορεία της νόσου, καθώς σε ό,τι αφορά την Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα οι παρεχόμενες εναλλακτικές επιλογές θεραπευτικής παρέμβασης κρίνονται ως περιορισμένες, δίχως να επιτυγχάνουν τη δυνατότητα μακροπρόθεσμου ελέγχου της πορείας της ασθένειας.

Εντός της υποομάδας των ασθενών, που κατηγοριοποιήθηκαν ως σταδίου κατά Hurley III, η πλειονότητα αυτών (84,2%) ήταν ενεργοί καπνιστές, με μέσο Δείκτη Μάζας Σώματος να ανέρχεται σε 32,9, ενώ αντιθέτως στους ασθενείς, που είχαν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley I, ενεργοί καπνιστές δήλωναν λιγότεροι από τους μισούς, με το μέσο όρο Δείκτη Μάζας Σώματος να ανέρχεται σε 24,7. Τα ανωτέρω στοιχεία αποτυπώνουν τη σημασία, που ενέχει το κάπνισμα και το αυξημένο βάρος σώματος έναντι της

σοβαρότητας των συμπτωμάτων της νόσου και την αξία της μεταβολής του τρόπου ζωής, με στόχο τη βέλτιστη διαχείρισή τους. Αντιστοίχως, οι προτεινόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις, που αξιοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, αντικατοπτρίζουν εις βάθος την καθημερινότητα των ασθενών, με την πλειονότητα των πάσχοντων, που έχουν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley I, να λαμβάνουν τοπικά ή συστηματικά αντιβιοτικά σκευάσματα, τους ασθενείς που ανήκουν στο στάδιο κατά Hurley II να ακολουθούν θεραπεία βασισμένη στη λήψη συστηματικών αντιβιοτικών ή βιολογικών παραγόντων και τους ασθενείς, που έχουν ενταχθεί στο στάδιο κατά Hurley III να ακολουθούν μια αμιγώς βιολογική θεραπεία. Παράλληλα, η εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών σύμφωνα με την Κλίμακα International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4) συσχετίστηκε σημαντικά με την κατηγοριοποίηση αυτών με βάση τα στάδια κατά Hurley I, II και III. Τα ανωτέρω δεδομένα συνάδουν με τα ευρήματα πρότερων μελετών των Rondags και συν. (2019) και Zouboulis και συν. (2024), εντός των οποίων τονίστηκε η σημασία της χρήσης αμφοτέρων των συστημάτων εκτίμησης της κατάστασης των ασθενών προκειμένου να αποτυπωθεί επιτυχώς η σοβαρότητα και η εξέλιξη των συμπτωμάτων της νόσου.

Η εκτίμηση του αριθμού των Λευκών Αιμοσφαιρίων αποκάλυψε τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση αυτής με την κατηγοριοποίηση κατά Hurley σε ασθενείς, οι οποίοι δεν έλαβαν κάποια είδους θεραπεία (εβδομάδα 0), με υψηλότερες μέσες τιμές σε εκείνους τους πάσχοντες, που είχαν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley III, κατά τη διάρκεια όλων των σημείων ελέγχου. Οι ανωτέρω συσχετίσεις αποδίδονται στην ένταση της σοβαρότητας της νόσου, η οποία συνάδει με την εκτενή εμφάνιση φλεγμονωδών και λοιπών βλαβών στα άτομα κατά Hurley III. Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι η μέση τιμή του αριθμού των Λευκών Αιμοσφαιρίων δε μεταβάλλεται σημαντικά κατά τη διάρκεια της περιόδου εφαρμογής των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, συνθήκη η οποία αποδίδεται κατά κύριο λόγο στο περιορισμένο χρονικό διάστημα υλοποίησης της παρούσας μελέτης, το οποίο περιορίστηκε στους 6 μήνες και επομένως δεν επέτρεψε τη διενέργεια ενός περισσότερο εκτενούς ελέγχου της πορείας αυτών. Επιπροσθέτως, όμως, δεν αποκλείεται να αποτελεί και την αποτύπωση πιθανών περιορισμών, που αφορούν τις εφαρμοζόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις και επομένως την αδυναμία αυτών να επιτύχουν τον έλεγχο της πορείας της νόσου.

Αντιστοίχως, η Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) εντοπίστηκε να αυξάνεται συσχετιζόμενη με τη σοβαρότητα της νόσου, με τον υψηλότερο μέσο όρο αυτής να καταγράφεται κατά την εβδομάδα 0 και ειδικότερα στην υποομάδα των συμμετεχόντων, που είχαν κατηγοριοποιηθεί ως σταδίου κατά Hurley III. Αντιστοίχως, μια σαφής απομείωση της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) καταγράφηκε, κατόπιν της εφαρμογής των προτεινόμενων θεραπευτικών σχημάτων, κατά την εβδομάδα 12 και 24, σε ασθενείς που είχαν χαρακτηριστεί ως σταδίου κατά Hurley I και II.

Οι μεταβολές της τιμής CRP αυξήθηκαν σημαντικά σε ασθενείς σταδίου κατά Hurley III σε σύγκριση με ασθενείς, που παρουσίαζαν ηπιότερα συμπτώματα, κατά τη διάρκεια του συνολικού χρόνου διεξαγωγής της μελέτης. Αντιθέτως, δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις, με την πάροδο του χρόνου, μεταξύ της τιμής CRP σε ασθενείς, που είχαν κατηγοριοποιηθεί ως όμοιου σταδίου κατά Hurley, συνεπώς η ανωτέρω τιμή δε δύναται να αξιοποιηθεί ως ένδειξη της πορείας της νόσου στην παρούσα μελέτη. Αντιστοίχως, πρότερη μελέτη των Gibson, Porter και Kimball (2022) κατέληξε ομοίως στη δυνατότητα αξιοποίησης της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) έναντι της τιμής CRP, ως μέσο εκτίμησης της εξέλιξης της Διαπηνητικής Ιδρωταδενίτιδας.

Με βάση τα ευρήματα, που προέκυψαν αξιοποιώντας το Ερωτηματολόγιο Dermatology Life Quality Index (DLQI) και την Κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), εντοπίζεται μια σαφής συσχέτιση της σοβαρότητας της νόσου, όπως αυτή εκτιμάται σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση κατά Hurley, σε κάθε στάδιο διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Ειδικότερα, ο μέσος όρος των εκτιμήσεων στο Ερωτηματολόγιο Dermatology Life Quality Index (DLQI) ανερχόταν σε 3 σε ασθενείς σταδίου κατά Hurley I και σε 15 σε ασθενείς σταδίου κατά Hurley III. Με την πάροδο 6 μηνών εφαρμογής των αντίστοιχων θεραπευτικών πρωτοκόλλων, η μέση τιμή στο Ερωτηματολόγιο Dermatology Life Quality Index (DLQI) μειώθηκε σε 1 και 9, αντιστοίχως, γεγονός που αποκαλύπτει ότι η εφαρμοζόμενη θεραπεία επιφέρει ένα θετικό αποτέλεσμα στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Παράλληλα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε περιπτώσεις ασθενών με αυξημένης σοβαρότητας συμπτώματα, οι οποίοι εντάσσονται στην κατηγορία κατά Hurley III, η παρουσία αυξημένων τιμών στο Ερωτηματολόγιο Dermatology Life Quality Index (DLQI) (>5), αντικατοπτρίζει την αδυναμία των υφιστάμενων θεραπευτικών παρεμβάσεων, με το πέρας 6 μηνών εφαρμογής αυτών, να επιτύχουν την αναστροφή των συμπτωμάτων και την βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Συνεπώς, κρίνεται επιτακτική η άμεση

και έγκαιρη διάγνωση της νόσου, επιτρέποντας αντιστοίχως την αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση αυτής. Σημαντικός, επίσης, κρίνεται ο τακτικός επανέλεγχος των ασθενών με στόχο τη βέλτιστη διαχείριση της εξελικτικής πορείας της νόσου.

Παράλληλα, σύμφωνα με τα ευρήματα της συγκεκριμένης ερευνητικής προσέγγισης η ποιότητα ζωής των ασθενών σχετίζεται σημαντικά με το σύνολο των δεικτών συστηματικής φλεγμονής, αποκαλύπτοντας την επιρροή του φλεγμονώδους χαρακτήρα της νόσου στην καθημερινότητα των ασθενών. Συγκεκριμένα, τόσο οι τιμές της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) και του αριθμού των Λευκών Αιμοσφαιρίων, όσο και οι μεταβολές της τιμής CRP των ασθενών τείνουν να επηρεάζουν την μέση τιμή του Δείκτη Dermatology Life Quality Index (DLQI), συνθήκη η οποία αποτυπώνει την υφιστάμενη έκπτωση των επιπέδων της ποιότητας διαβίωσής τους. Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός, ότι η Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) εντοπίζεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τα επίπεδα της ποιότητας ζωής των ασθενών σε όλη την πορεία της παρακολούθησής τους, όπως προκύπτει σύμφωνα με τις εκτιμήσεις αυτών, με βάση τον Δείκτη Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Σε όμοια αποτελέσματα αναφορικά με τον αντίκτυπο της εκδήλωσης της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα διαβίωσης των ασθενών καταλήγει ένα σύνολο συναφών μελετών, όπως η μελέτη των Fabbrocini και συν. (2022), στην οποία η μεταβολή της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων προσδιορίστηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων εκτίμησης της ποιότητας ζωής QoL, συμπεριλαμβανομένου του Ερωτηματολογίου Dermatology Life Quality Index (DLQI). Σύμφωνα με τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, η εμφάνιση των συμπτωμάτων της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας συντελεί στη σημαντική απομείωση των δεικτών της ποιότητας ζωής των νοσούντων. Την καταγραφή της επιρροής των επιπέδων της ποιότητας ζωής των ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα επιχείρησε, καταλήγοντας σε όμοια αποτελέσματα, και η μελέτη των Krajewski και συν. (2021), η οποία βασίστηκε, επίσης, στην αξιοποίηση του Ερωτηματολογίου Dermatology Life Quality Index (DLQI), αποκαλύπτοντας την αυξημένη επιρροή της παρουσίας των συμπτωμάτων της νόσου στα επίπεδα της ποιότητας ζωής των ασθενών. Την ισχυρή επιρροή της εκδήλωσης της ασθένειας στην πορεία διαβίωσης του ατόμου προέβαλε και η μελέτη των Alavi και συν. (2015), εντός της οποίας συνεκτιμάται η χρονιότητα της νόσου και η μη ικανοποιητική έκβαση των προτεινόμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων έναντι αυτής με την απομείωση των επιπέδων της ποιότητας ζωής των

ασθενών. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής εντοπίστηκαν ιδιαιτέρως αυξημένα επίπεδα αξιολόγησης στην κλίμακα DLQI μεταξύ των συμμετεχόντων ασθενών, εύρημα το οποίο τονίζει τον ισχυρό αντίκτυπο της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της νόσου στην καθημερινότητά τους.

Κατά την παρούσα μελέτη καταγράφηκε η έκπτωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα ανεξαρτήτως του Φύλου, της Ηλικίας, του Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI), των εκτιμήσεων στην Κλίμακα International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHSS4), του είδους της επιλεγόμενης θεραπείας και των καπνιστικών τους συνηθειών, γεγονός που υποδεικνύει τον ισχυρό αντίκτυπο, που ενέχει η παρουσία των συμπτωμάτων της νόσου στην ποιότητα διαβίωσής τους εν γένει. Αντίθετα, η μελέτη των Jørgensen και συν. (2020) αποκάλυψε την εμπλοκή ποικίλων παραγόντων στη διαμόρφωση των επιπέδων της ποιότητας ζωής των ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα. Ειδικότερα, μέσω της αξιοποίησης ομοίως του Ερωτηματολογίου Dermatology Life Quality Index (DLQI) εντοπίστηκαν σαφείς διαφοροποιήσεις στην ποιότητα ζωής μεταξύ των διάφορων κατηγοριών ασθενών ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους, καταλήγοντας τελικώς στη συσχέτιση της έκπτωσης των επιπέδων της ποιότητας ζωής με το επίπεδο κατηγοριοποίησης της έντασης των συμπτωμάτων της νόσου κατά Hurley, τη νεαρή ηλικία, την παρουσία συμπτωμάτων Σακχαρώδους Διαβήτη, την παρουσία εκτεταμένων βλαβών και τον εντοπισμό αυτών σε περιοχές όπως είναι η βουβωνική χώρα. Ομοίως, σύμφωνα με την μελέτη των Menon και συν. (2023), τα επίπεδα σοβαρότητας της νόσου επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, με την περιοχή προσβολής και την παρουσία έτερων επιπλοκών ή νοσημάτων να βάλλουν έντονα την καθημερινότητά τους.

Επιπροσθέτως, η παρούσα μελέτη αποκάλυψε τη συσχέτιση των δεικτών συστηματικής φλεγμονής, ιδίως σε ό,τι αφορά τον αριθμό των Λευκών Αιμοσφαιρίων, αλλά και των μεταβολών της τιμής CRP, με τα επίπεδα αυτο-εκτίμησης του ασθενούς, όπως αυτά αποτυπώνονται σύμφωνα με την Κλίμακα Rossenber. Σε όμοια αποτελέσματα καταλήγει και η μελέτη των Keary, Hevey και Tobin (2020), η οποία εστίασε στην αποκάλυψη της αρνητικής επιρροής της εκδήλωσης της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας στην αυτο-εικόνα των ασθενών. Η συγκεκριμένη ποιοτική μελέτη αποκάλυψε την έγερση συναισθημάτων ντροπής λόγω των υφιστάμενων συμπτωμάτων της νόσου, με κυριότερα μεταξύ αυτών την εμφάνιση πόνου και δύσσομων εκκρίματων. Η εκδήλωση συναισθημάτων ντροπής

αποδίδεται στην αίσθηση αηδίας και αποτροπής, που συνοδεύει την παρουσία των δερματικών βλαβών, με τους ασθενείς να παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα αυτο-εκτίμησης, ιδίως εξαιτίας του φόβου τους αναφορικά με την πιθανότητα πρόκλησης αντιδράσεων αποτροπής από τον κοινωνικό τους περίγυρο λόγω της κατάστασής τους.

Η μελέτη των Fisher και Ziv (2022), αντιστοίχως, εστίασε στη διερεύνηση των επιπτώσεων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην αυτο-εικόνα γυναικών ασθενών, επιδιώκοντας την αποσαφήνιση των συνεπειών, που ενέχει η παρουσία των δερματικών βλαβών στα επίπεδα της αυτο-εκτίμησής τους. Η προκαλούμενη ψυχο-συναισθηματική πίεση, λόγω των προκαλούμενων συναισθημάτων ντροπής, συνοδεύεται από την αίσθηση απώλειας της θηλυκότητας, με τις ασθενείς να αντιμετωπίζουν με αποτροπιασμό την εικόνα του σώματός τους. Η συγκεκριμένη μελέτη προέβλεπε το σύνολο των ενδότερων φόβων και ανησυχιών των γυναικών ασθενών με συμπτώματα Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας, τονίζοντας τη σαφή απομείωση των επιπέδων αυτο-εκτίμησής τους λόγω των συμπτωμάτων της νόσου.

Ομοίως, η μελέτη των Koumaki και συν. (2023), θέτοντας στο επίκεντρο την υφιστάμενη σχέση ανάμεσα στην εικόνα του σώματος και στην απομείωση της ποιότητας ζωής, διερεύνησε τον αντίκτυπο της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην αυτο-εικόνα των ασθενών. Τα αποτελέσματα της μελέτης αποκαλύπτουν την αυξημένη επιρροή της νόσου στην εικόνα των ασθενών και, επομένως, τη μείωση των επιπέδων αυτο-εκτίμησής τους, με τελικό αποτέλεσμα την έκπτωση της ποιότητας ζωής τους. Τη συσχέτιση της εκδήλωσης της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας με την εικόνα του εαυτού των ασθενών εξέτασε και η μελέτη των Schneider-Burgus και συν. (2018), καταλήγοντας ότι η πρόκληση σοβαρών παραμορφώσεων στην επιφάνεια του δέρματος οδηγεί στη διαταραχή της εικόνας του εαυτού και, επομένως, στην απομείωση των επιπέδων αυτο-εκτίμησης των ασθενών.

Αντιστοίχως, η μελέτη των McKenzie και συν. (2020) επέτρεψε τον προσδιορισμό της συσχέτισης της εμφάνισης συμπτωμάτων Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας με την παρουσία ψυχο-συναισθηματικών επιπτώσεων στους πάσχοντες. Συγκεκριμένα, αποκαλύφθηκε ότι η εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων όπως η ερεθιστικότητα, ο πόνος, το αίσθημα κνησμού, η αιμορραγία και η άσχημη οσμή, σχετίζονται σημαντικά με την έγερση των συναισθημάτων ντροπής, συντελώντας στη μείωση των επιπέδων αυτο-εκτίμησης των ασθενών. Συνεπώς, γίνεται αντιληπτή η σαφής υφιστάμενη συσχέτιση μεταξύ των σωματικών συμπτωμάτων της νόσου και της έγερσης αρνητικών

συναισθημάτων σχετιζόμενων με την εικόνα του εαυτού, με σοβαρές επιπτώσεις στην αυτο-εκτίμηση των ασθενών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η έγερση συναισθημάτων Ανησυχίας, τα επίπεδα της οποίας αποκαλύπτει η αξιολόγηση των ασθενών με βάση την Κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), σχετίζεται σημαντικά με την CRP, με την ανωτέρω συσχέτιση να εντοπίζεται εμφανής σε όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης των ασθενών. Ομοίως σημαντικές συσχετίσεις εντοπίστηκαν μεταξύ των επιπέδων Ανησυχίας και της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) και του αριθμού των Λευκών Αιμοσφαιρίων.

Σε αντίστοιχο πλαίσιο, η παρουσία συναισθημάτων Κατάθλιψης, όπως αυτή καταγράφεται με βάση την Κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), σχετίζεται σημαντικά με τις τιμές της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ). Η ανωτέρω συσχέτιση παρουσιάζεται ανεξαρτήτως από την κατηγοριοποίηση κατά Hurley και την εκτίμηση στην Κλίμακα International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4), αποκαλύπτοντας ότι η αξιολόγηση της σοβαρότητας της νόσου δίχως τη συνοδό υλοποίηση δοκιμασιών προσδιορισμού των δεικτών φλεγμονής ενέχει σαφείς περιορισμούς. Παράλληλα, δεν αποκλείεται η παρουσία μιας πιθανής σύνδεσης μεταξύ της εκδήλωσης της νόσου της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας και της Κατάθλιψης, καθώς η χρόνια φλεγμονή και η ενεργοποίηση προ-φλεγμονωδών κυτοκινών όπως οι παράγοντες IFN γ , TNF α , IL-1 β , IL-6, and IL-17 εντοπίζονται σε αμφότερες τις νόσους. Τα ανωτέρω ευρήματα κρίνεται σκόπιμο να διερευνηθούν περαιτέρω.

Σε όμοια αποτελέσματα καταλήγει η μελέτη των Frings και συν. (2019), με βάση τα οποία προβάλλεται η επιρροή της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην καθημερινή ζωή των ασθενών, μέσω της αποσαφήνισης των ψυχο-κοινωνικών συνεπειών της εκδήλωσής της. Η συγκεκριμένη μελέτη υλοποιήθηκε με την αξιοποίηση ομοίως της Κλίμακας Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D), καταλήγοντας στη σαφή συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχολογική πίεση, που βιώνουν οι ασθενείς, σε συνδυασμό με τα υψηλά επίπεδα πόνου, με την παρουσία σοβαρών ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών.

Συναφή παρουσιάζονται, ομοίως, τα ευρήματα της μελέτης των Keary, Hevey και Tobin (2020) αναφορικά με τις αρνητικές επιπτώσεις της εκδήλωσης συμπτωμάτων της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών, με βάση τον προσδιορισμό

της συσχέτισης αυτής με τον υψηλό κίνδυνο εμφάνισης συναισθημάτων κατάθλιψης λόγω της παρουσίας έντονων δυσκολιών στην επαγγελματική και στην προσωπική τους ζωή. Τα συναισθήματα ντροπής, που αναπτύσσονται λόγω των συμπτωμάτων της νόσου, ειδικότερα σε περιπτώσεις που οι δερματικές βλάβες παρουσιάζονται στις γενετήσιες περιοχές, επιφέρει την έγερση συμπτωμάτων κατάθλιψης, αποτυπώνοντας τη συσχέτιση, που υφίσταται ανάμεσα στην παρουσία της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας και την εμφάνιση ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών.

Αντιστοίχως, η μελέτη των Ingraham και συν. (2022) διερευνώντας τις επιπτώσεις της εκδήλωσης της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας στη συναισθηματική και κοινωνική ζωή των ασθενών, κατέληξε στη συσχέτιση της παρουσίας των συμπτωμάτων με την εκδήλωση υψηλών επιπέδων ανησυχίας και κατάθλιψης, τα οποία βιώνουν οι ασθενείς κατά τις κοινωνικές τους επαφές στην προσωπική τους ζωή. Ο αντίκτυπος της νόσου εντοπίζεται ισχυρός σε ό,τι αφορά την καθημερινή διάδραση των ασθενών, με συνέπειες στο πεδίο της συναισθηματικής τους ευεξίας, ωθώντας τους στην εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων, ιδίως σε ό,τι αφορά την κοινωνική τους δραστηριοποίηση.

Βασιζόμενη στον προσδιορισμό της συσχέτισης της εμφάνισης της Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας με τη διαταραχή της αυτο-εικόνας των ασθενών, η μελέτη των Schneider-Burrus και συν. (2018) αποκάλυψε αντιστοίχως ότι η παρουσία των σοβαρών δερματικών βλαβών, που συνοδεύουν την παρουσία της νόσου, οδηγεί στην απομείωση των επιπέδων αυτο-εκτίμησης των ασθενών και, επομένως, στην πρόκληση ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών. Ειδικότερα, οι ασθενείς με συμπτώματα Διαπητικής Ιδρωταδενίτιδας παρουσιάζουν έντονες διαταραχές της εικόνας του εαυτού, συνθήκη που συνδέεται με την εκδήλωση συναισθημάτων κατάθλιψης και άγχους, βάλλοντας την ποιότητα ζωής τους.

Ομοίως, η μελέτη των Bellei και συν. (2023), μέσω της οποίας προβλήθηκαν προσωπικές εμπειρίες ασθενών με Διαπητική Ιδρωταδενίτιδα όπως αυτές παρατέθηκαν εντός διακριτών βάσεων κοινωνικής δικτύωσης, κατέληξε στη συσχέτιση της νόσου με την έγερση συναισθημάτων λύπης και απογοήτευσης, με τα συναισθήματα ντροπής και φόβου έναντι του πιθανού στιγματισμού τους να παρουσιάζονται εξίσου υψηλά. Λόγω των αυξημένων επιπέδων ανασφάλειας, αυξημένη καταγράφηκε και η παρουσία συναισθημάτων ανησυχίας, κατάθλιψης και αυτοκτονικής προδιάθεσης, προβάλλοντας την αναμφίβολη επιρροή της νόσου στην ψυχο-συναισθηματική υγεία των ασθενών. Έτερη μελέτη των Rymaszewska και συν. (2023b) κατέληξε, επίσης, στη συσχέτιση των

συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας με την παρουσία συναισθημάτων κατάθλιψης και άγχους στους ασθενείς, αποκαλύπτοντας ταυτοχρόνως τις προκαλούμενες διαταραχές της ψυχο-συναισθηματικής τους υγείας.

Αντιστοίχως, η μελέτη των Ortiz-Álvarez και συν. (2023) συνέβαλε στην καταγραφή του ψυχο-συναισθηματικού αντίκτυπου της εκδήλωσης της νόσου, εστιάζοντας στην εκτίμηση της πιθανής επιρροής αυτής στην έγερση αυτοκτονικών τάσεων. Μέσω της συγκεκριμένης μελέτης επιχειρήθηκε η συσχέτιση της παρουσίας ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων της κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής, με τον κίνδυνο παρουσίας αυτοκτονικών τάσεων σε ασθενείς με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα. Τα αποτελέσματα αυτής αποκαλύπτουν τον αρκετά υψηλό υφιστάμενο κίνδυνο έγερσης αυτοκτονικών τάσεων, λόγω της παρουσίας συμπτωμάτων κατάθλιψης, ο οποίος εντείνεται αισθητά σε περιπτώσεις ασθενών με συμπτώματα αυξημένης σοβαρότητας ή εκτεταμένης έκτασης.

Σε όμοιο πλαίσιο, η μελέτη των Thorlacius και συν. (2018) αποκάλυψε τον αυξημένο ψυχο-συναισθηματικό αντίκτυπο της εκδήλωσης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας μέσω της καταγραφής αυξημένων επιπέδων αυτοκτονικών τάσεων μεταξύ των ασθενών. Η εκδήλωση συναισθημάτων κατάθλιψης, απογοήτευσης και παραίτησης από τη ζωή εξαιτίας των συμπτωμάτων της νόσου οδηγεί στην εμφάνιση του υψηλού κινδύνου έγερσης αυτοκτονικών τάσεων.

Σε συναφή αποτελέσματα οδηγήθηκε και η μελέτη των Tiri και συν. (2018), αποκαλύπτοντας την επιρροή των σωματικών συμπτωμάτων της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ψυχο-συναισθηματική υγεία των ασθενών, εστιάζοντας στην επίπτωση αυτής σε πάσχοντες κυρίως νεαρής ηλικίας. Μεταξύ των εντοπιζόμενων ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών συγκαταλέγεται η ανησυχία και η κατάθλιψη, η παρουσία των οποίων βάλλει αισθητά την ποιότητα ζωής των ασθενών ηλικίας μικρότερης των 18 ετών, τονίζοντας τη σημασία της διαφύλαξης της ψυχικής τους ισορροπίας.

Επιπροσθέτως, τα επίπεδα συναισθημάτων Μοναξιάς, όπως αυτά αξιολογήθηκαν με τη βοήθεια της Κλίμακας UCLA Loneliness Scale (Κλίμακα εκτίμησης μοναξιάς) παρουσιάζονται υψηλά σε ασθενείς με Διαπηθητική Ιδρωταδενίτιδα, με σαφή τη διαφοροποίηση της έντασης αυτών μεταξύ των διακριτών σταδίων κατά Hurley, ειδικά με το πέρασμα των 24 εβδομάδων εφαρμογής των προτεινόμενων θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

Συγκεκριμένα, ασθενείς που εντάσσονται στο στάδιο κατά Hurley III παρουσιάζουν μέσο όρο στη δοκιμασία UCLA Loneliness Scale που ανέρχεται σε επίπεδα άνω του 35, τόσο κατά την έναρξη της μελέτης όσο και μετά από 6 μήνες θεραπείας, προβάλλοντας μέτριας έντασης επίπεδα μοναξιάς. Αντιθέτως, ασθενείς που κατατάσσονται στο στάδιο II, αλλά και ασθενείς σταδίου κατά Hurley I προβάλλουν ήπια επίπεδα μοναξιάς, τα οποία βελτιώνονται αισθητά κατά τη διάρκεια εφαρμογής της θεραπείας. Τα ανωτέρω ευρήματα αποκαλύπτουν μια άκρως αισιόδοξη οπτική, με βάση την οποία ασθενείς με ήπιας και μέτριας έντασης συμπτώματα της νόσου, οι οποίοι κατηγοριοποιούνται στα στάδια I και II κατά Hurley, δύναται να επιτύχουν την συγκάλυψη των προσβεβλημένων περιοχών, αλλά και την επιτυχή διαχείριση αυτών, με σαφείς θετικές συνέπειες στα επίπεδα των διαπροσωπικών τους σχέσεων.

Παράλληλα, εντοπίζεται μια σαφής συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων παρουσίας συναισθημάτων Μοναξιάς, όπως αυτά εκτιμώνται με βάση την Κλίμακα UCLA Loneliness Scale, με την Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ) και την CRP, αποτυπώνοντας την επιρροή του φλεγμονώδους χαρακτήρα της νόσου στην ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων των ασθενών. Σε αντίστοιχα αποτελέσματα αναφορικά με την επιρροή της εκδήλωσης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ποιότητα της διαπροσωπικής και σεξουαλικής ζωής των νοσούντων κατέληξε και η μελέτη των Cuenca-Barrales και Molina-Leyva (2020), σύμφωνα με την οποία εντοπίζεται μια σαφής συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της νόσου με την παρουσία προβλημάτων στο πεδίο της σεξουαλικής δραστηριοποίησης των ασθενών. Ειδικότερα, κρίνεται ιδιαίτερος δύσκολη η διατήρηση μιας σταθερής σχέσης λόγω της εξελικτικής πορείας και των εγχειρόμενων συμπτωμάτων της νόσου, όπως η δυσάρεστη οσμή και η εκδήλωση πόνου, παρεμποδίζοντας αισθητά τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων. Αντιστοίχως, η μελέτη των Krajewski και συν. (2024) αποκάλυψε την επίδραση της εμφάνισης της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στη σεξουαλική και διαπροσωπική ζωή των ασθενών και επομένως στην ποιότητα ζωής τους, τονίζοντας το ισχυρό πλήγμα, που ενέχει η εκδήλωση των συμπτωμάτων της στη διαπροσωπική και σεξουαλική ζωή των ασθενών.

Σε συναφή αποτελέσματα κατέληξε και η μελέτη των Kouris και συν. (2016), θέτοντας στο επίκεντρο τον πληθυσμό των ασθενών με συμπτώματα Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στην Ελλάδα, μέσω της οποίας καταγράφηκε η επιρροή της Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας στην ψυχο-συναισθηματική υγεία των πασχόντων. Με βάση τα ευρήματα

αυτής, οι ασθενείς παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά αυξημένα επίπεδα ανησυχίας και κατάθλιψης, τα οποία συντελούν στην τάση για κοινωνική και συναισθηματική απομόνωση, συνθήκη που επιτείνει τα συναισθήματα μοναξιάς που βιώνουν.

Μέσω της παρούσας ερευνητικής προσέγγισης αποκαλύπτεται ότι ο φλεγμονώδης χαρακτήρας της Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας ενισχύει αισθητά τόσο τη σωματική όσο και την ψυχο-συναισθηματική επιβάρυνση των ασθενών. Τα εντοπιζόμενα ευρήματα αυτής αποτυπώνουν τη σαφή συσχέτιση μεταξύ των τιμών των δεικτών συστηματικής φλεγμονής και των χαμηλών επιπέδων αυτο-εκτίμησης των ασθενών, σε συνδυασμό με την παρουσία συναισθημάτων Μοναξιάς, Ανησυχίας και Κατάθλιψης, συντελώντας στα χαμηλά επίπεδα της ποιότητας της ζωής τους. Κατά συνέπεια, η εκτίμηση των δεικτών συστηματικής φλεγμονής, πέραν της αποτύπωσης των επιπέδων σοβαρότητας της ασθένειας, δύναται ομοίως να αποτελέσει έναν καθοριστικό παράγοντα αναφορικά με την αξιολόγηση της ψυχο-συναισθηματικής κατάστασης και κατ' επέκταση της ποιότητας των συνθηκών της καθημερινής διαβίωσης των ασθενών.

7.2 Συστάσεις για μελλοντική έρευνα

Η χρονιότητα, που χαρακτηρίζει την Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, σε συνδυασμό με τα αυξημένα επίπεδα υποτροπιασμού αυτής, εντείνουν την ψυχο-συναισθηματική επιβάρυνση των ασθενών, συντελώντας στην έκπτωση των επιπέδων της ποιότητας ζωής τους. Η παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους συγκεκριμένους ασθενείς οφείλει να περιλαμβάνει ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα παρακολούθησης και διαχείρισης, πέραν των σωματικών συμπτωμάτων, και των αντίστοιχων εντοπιζόμενων ψυχο-συναισθηματικών διαταραχών. Συνεπώς, εκτός από τον έλεγχο της βαρύτητας της νόσου και της εξέλιξής της, σημαντική αναδεικνύεται και η παροχή υπηρεσιών ψυχιατρικής εκτίμησης των ασθενών, με στόχο την έγκαιρη και αξιόπιστη διάγνωση υποκλινικών σημείων της ψυχο-συναισθηματικής τους κατάπτωσης. Στο πλαίσιο αυτό ενδιαφέρουσα κρίνεται η περαιτέρω διερεύνηση των ψυχο-συναισθηματικών μεταβολών, που καταγράφονται σε ασθενείς με Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα, σε συσχέτιση με την εξελικτική πορεία των συμπτωμάτων της νόσου και την επιρροή αυτών στην καθημερινότητά τους, επιδιώκοντας την αποσαφήνιση του τρόπου ψυχιατρικής υποστήριξης τους στην προσπάθεια απομείωσης της υφιστάμενης ψυχο-συναισθηματικής πίεσης.

Επιπροσθέτως, ισχυρός καταγράφεται ο αντίκτυπος της νόσου στην προσωπική και επαγγελματική ζωή των ασθενών, ωθώντας τους προς την απομόνωση και την αποφυγή των κοινωνικών επαφών. Τα αυξημένα επίπεδα Μοναξιάς, Ανησυχίας και Κατάθλιψης, που βιώνουν οι πάσχοντες, αποκαλύπτουν ένα ισχυρό μοτίβο κοινωνικού περιορισμού, με το οποίο τίθενται αντιμέτωποι στην καθημερινότητά τους, λόγω της παρουσίας των συμπτωμάτων Διαπηθητικής Ιδρωταδενίτιδας. Θετική, επομένως, αναδεικνύεται η υλοποίηση μελετών εκπαίδευσης των ασθενών στους τρόπους βέλτιστης διαχείρισης των δερματικών βλαβών και ελαχιστοποίησης των εγχειρόμενων εξ αυτών οχλήσεων, προκειμένου να επιτευχθεί η αποκατάσταση των επιπέδων κοινωνικοποίησής τους και η ενίσχυση της καθημερινής τους κοινωνικής διάδρασης.

Κεφάλαιο 8: Συμπεράσματα

Μεταξύ των κυριότερων παραμέτρων, που καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου, συγκαταλέγεται η κατάσταση της υγείας του, η απομείωση της οποίας τείνει να επηρεάζει αισθητά την καθημερινότητά του. Η εκδήλωση κάποιας μορφής νοσήματος επιφέρει, συχνά, μεταβολές στον τρόπο διαβίωσής του, συνθήκη η οποία συντελεί στην ψυχο-συναισθηματική του επιβάρυνση. Σε περιπτώσεις, ειδικότερα, της εκδήλωσης χρόνιων νοσημάτων, εντοπίζονται έντονες διαταραχές στην ψυχο-συναισθηματική κατάσταση των ασθενών, με αισθητό τον αντίκτυπό τους στην ποιότητα ζωής τους. Η Διαπηνητική Ιδρωταδενίτιδα αποτελεί χρόνιο νόσημα, άκρως υποτροπιάζον, το οποίο εκδηλώνεται μέσω της παρουσίας δερματικών βλαβών, πιθανώς μεγάλης έκτασης. Η πρόκληση συναισθημάτων πόνου, καθώς και η εμφάνιση δύσσομων εκκριμάτων εντείνουν την εγειρόμενη ψυχο-συναισθηματική όχληση στον ασθενή, απομειώνοντας τα επίπεδα παραγωγικότητάς του και βάλλοντας την επιθυμία σύναψης προσωπικών και διαπροσωπικών σχέσεων.

Μέσω της υλοποίησης της παρούσας ερευνητικής μελέτης υπήρξε εφικτή η εις βάθος διερεύνηση του ισχυρού αντίκτυπου, που ενέχει η εκδήλωση των συμπτωμάτων της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών, μέσω της αποσαφήνισης της συσχέτισης των δεικτών συστηματικής φλεγμονής με τα χαμηλά επίπεδα αξιολόγησης των ασθενών σε επιλεγμένες ψυχομετρικές δοκιμασίες. Η εντοπιζόμενη ψυχο-συναισθηματική κατάπτωση του ασθενούς δεν αποκλείεται να επηρεάσει την εξελικτική πορεία της νόσου, επιδρώντας ανασταλτικά στην προσπάθεια της βέλτιστης διαχείρισής της. Στο πλαίσιο της αντιμετώπισης της Διαπηνητικής Ιδρωταδενίτιδας, αναδεικνύεται συνεπώς επιτακτική η προαγωγή και υλοποίηση κατάλληλων δράσεων ψυχο-συναισθηματικής στήριξης των ασθενών, με στόχο την παροχή ουσιαστικής βοήθειας στην προσπάθεια ολιστικής διαχείρισης της.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ξενόγλωσσες

- 1) Abu Rached, N., Gambichler, T., Dietrich, J. W., Ocker, L., Seifert, C., Stockfleth, E., & Bechara, F. G. (2022). The role of hormones in hidradenitis suppurativa: a systematic review. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(23), 15250. <https://doi.org/mprh>
- 2) Acharya, P., & Mathur, M. (2020). Hidradenitis suppurativa and smoking: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 82(4), 1006-1011. <https://doi.org/mprj>
- 3) Adams, D. R., Yankura, J. A., Fogelberg, A. C., & Anderson, B. E. (2010). Treatment of hidradenitis suppurativa with etanercept injection. *Archives of dermatology*, 146(5), 501–504. <https://doi.org/fwmsjn>
- 4) Alamri, A. M., Alzahrani, A. A., Aldakhil, A. M., Alharbi, H. E., & Yahya, F. A. (2021). Quality of Life of Patients With Hidradenitis Suppurativa in Jeddah, Saudi Arabia. *Cureus*, 13(12), e20234. <https://doi.org/10.7759/cureus.20234>
- 5) Alavi, A., Anooshirvani, N., Kim, W. B., Coutts, P., & Sibbald, R. G. (2015). Quality-of-life impairment in patients with hidradenitis suppurativa: a Canadian study. *American journal of clinical dermatology*, 16(1), 61–65. <https://doi.org/10.1007/s40257-014-0105-5>
- 6) Alavi, A., Lynde, C., Alhusayen, R., Bourcier, M., Delorme, I., George, R., Gooderham, M., Gulliver, W., Kalia, S., Marcoux, D., & Poulin, Y. (2017). Approach to the Management of Patients With Hidradenitis Suppurativa: A Consensus Document. *Journal of cutaneous medicine and surgery*, 21(6), 513–524. <https://doi.org/gbh98s>
- 7) Alavi, A., Farzanfar, D., Lee, R. K., & Almutairi, D. (2018). The Contribution of Malodour in Quality of Life of Patients With Hidradenitis Suppurativa. *Journal of cutaneous medicine and surgery*, 22(2), 166–174. <https://doi.org/gdfbtv>
- 8) Albrecht, J., Baine, P. A., Ladizinski, B., Jemec, G. B., & Bigby, M. (2019). Long-term clinical safety of clindamycin and rifampicin combination for the treatment of hidradenitis suppurativa. A Critically Appraised Topic. *The British journal of dermatology*, 180(4), 749–755. <https://doi.org/gjpp8f>
- 9) Alikhan, A., Sayed, C., Alavi, A., Alhusayen, R., Brassard, A., Burkhart, C., Crowell, K., Eisen, D. B., Gottlieb, A. B., Hamzavi, I., Hazen, P. G., Jaleel, T., Kimball, A. B., Kirby, J., Lowes, M. A., Micheletti, R., Miller, A., Naik, H. B., Orgill, D., & Poulin, Y. (2019a). North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part I: Diagnosis, evaluation, and the use of complementary and procedural management. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(1), 76–90. <https://doi.org/gnwnzm>

- 10) Alikhan, A., Sayed, C., Alavi, A., Alhusayen, R., Brassard, A., Burkhart, C., Crowell, K., Eisen, D. B., Gottlieb, A. B., Hamzavi, I., Hazen, P. G., Jaleel, T., Kimball, A. B., Kirby, J., Lowes, M. A., Micheletti, R., Miller, A., Naik, H. B., Orgill, D., & Poulin, Y. (2019b). North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part II: Topical, intralesional, and systemic medical management. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *81*(1), 91–101. <https://doi.org/gmdk7s>
- 11) Allison, D., Sterner, J., Parker, J., & Martin, K. (2022). Surgical Deroofing for Hidradenitis Suppurativa. *Cutis*, *110*(3), 147–149. <https://doi.org/m8vd>
- 12) Amahazion, F. (2021). Examining the Psychometric Properties of the Rosenberg Self-Esteem Scale in Eritrean Youth. *Psychology*, *12*(1), 68-83. <https://doi.org/ng9h>
- 13) Amor, K. T., Rashid, R. M., & Mirmirani, P. (2010). Does D matter? The role of vitamin D in hair disorders and hair follicle cycling. *Dermatology online journal*, *16*(2), 3. <https://shorturl.at/NMGdD>
- 14) André, R., Marescassier, H., Gabay, C., Pittet, B., & Laffitte, E. (2019). Long-term therapy with anakinra in hidradenitis suppurativa in three patients. *International journal of dermatology*, *58*(11), e208–e209. <https://doi.org/m8vf>
- 15) Anderson, M. D., Zauli, S., Bettoli, V., Boer, J., & Jemec, G. B. (2016). Cyclosporine treatment of severe Hidradenitis suppurativa--A case series. *The Journal of dermatological treatment*, *27*(3), 247–250. <https://doi.org/m8vg>
- 16) Babbush, K. M., Andriano, T. M., & Cohen, S. R. (2022). Antiandrogen therapy in hidradenitis suppurativa: finasteride for females. *Clinical and experimental dermatology*, *47*(1), 86–92. <https://doi.org/10.1111/ced.14847>
- 17) Bahillo Monné, C., Honorato Guerra, S., Schoendorff Ortega, C., & Gargallo Quintero, A. B. (2014). Management of hidradenitis suppurativa with biological therapy: report of four cases and review of the literature. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, *229*(4), 279–287. <https://doi.org/f6vzxh>
- 18) Barboza-Guadagnini, L., Podlipnik, S., Fuertes, I., Morgado-Carrasco, D., & Bassas-Vila, J. (2023). Pain and Late-Onset of Hidradenitis Suppurativa Can Have a Negative Influence on Occupational Status and Educational Level. A Cross-Sectional Study. *Actas dermo-sifiliograficas*, *114*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.08.016>
- 19) Baroudi, B., Bashyam, A. M., Feldman, S. R., & Pichardo, R. O. (2023). Dapsone to Treat Moderate-to-Severe Hidradenitis Suppurativa: A Retrospective Case-Series. *Journal of drugs in dermatology: JDD*, *22*(11), e12–e16. <https://doi.org/m8vh>
- 20) Basra, M. K. A., Fenech, R., Gatt, R. M., Salek, M. S., & Finlay, A. Y. (2008). The Dermatology Life Quality Index 1994–2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *British Journal of Dermatology*, *159*(5), 997-1035. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2008.08832.x>
- 21) Bellei, E. A., de Carvalho, A. V. E., Eng, B. M., Tozato, C., de Barros, D. H., Tamashiro, E. Y., Duarte, G. V., de Fátima, R. T. R., Magalhães, R. F., da Silva, R. S., Cesar, W. G. G., & Thies, F. G. (2023). Navigating the Multidimensional Impact of

- Living with Hidradenitis Suppurativa: An In-Depth Netnographic Study on Social Media Platforms. *Dermatology and therapy*, 13(11), 2797–2815. <https://doi.org/mzwc>
- 22) Ben Abdallah, H., Bregnhøj, A., Emmanuel, T., Ghatnekar, G., Johansen, C., & Iversen, L. (2024). Efficacy and Safety of the Heat Shock Protein 90 Inhibitor RGRN-305 in Hidradenitis Suppurativa: A Parallel-Design Double-Blind Trial. *JAMA dermatology*, 160(1), 63–70. <https://doi.org/m7mr>
 - 23) Benassaia, E., Boccara, D., Mimoun, M., Chaouat, M., Hotz, C., Bachelez, H., & Bouaziz, J. D. (2022). Infliximab treatment before and after surgery in severe hidradenitis suppurativa: A retrospective study of 10 patients. *Annales de dermatologie et de venerologie*, 149(3), 195–197. <https://doi.org/m8vj>
 - 24) Bianchi, L., Hansel, K., & Stingeni, L. (2012). Recalcitrant severe hidradenitis suppurativa successfully treated with cyclosporine A. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 67(6), e278–e279. <https://doi.org/f2k7nz>
 - 25) Blok, J. L., Li, K., Brodmerkel, C., Horvátovich, P., Jonkman, M. F., & Horváth, B. (2016). Ustekinumab in hidradenitis suppurativa: clinical results and a search for potential biomarkers in serum. *The British journal of dermatology*, 174(4), 839–846. <https://doi.org/f8kz6k>
 - 26) Bloomfield, J., & Fisher, M. J. (2019). Quantitative research design. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association*, 22(2), 27–30. <https://shorturl.at/sOZyX>
 - 27) Bracken-Roche, D., Bell, E., Macdonald, M. E., & Racine, E. (2017). The concept of ‘vulnerability’ in research ethics: an in-depth analysis of policies and guidelines. *Health research policy and systems*, 15, 1-18. <https://doi.org/gprtxb>
 - 28) Bu, W., Zhao, S., Zhang, Q., Fang, F., & Yang, L. (2022). Effects of the modified excision combined with bidirectional photodynamic therapy on refractory hidradenitis suppurativa: a retrospective study. *Lasers in medical science*, 37(7), 2865–2872. <https://doi.org/m8vk>
 - 29) Bukvić Mokos, Z., Miše, J., Balić, A., & Marinović, B. (2020). Understanding the relationship between smoking and hidradenitis suppurativa. *Acta Dermatovenerologica Croatica*, 28(1), 9-13. <https://t.ly/XKSFJ>
 - 30) Butt, M., Rigby, A., Leslie, D. L., Foulke, G. T., Flamm, A., Kirby, J. S., & Chinchilli, V. M. (2022). Associations of Internalized Skin Bias With Age, Adverse Psychopathology, and Health-Related Quality of Life Among Patients With Hidradenitis Suppurativa: A Cross-sectional Analysis. *JAMA dermatology*, 158(4), 432–438. <https://doi.org/m4rg>
 - 31) Cai, Y., Zhu, Y., Wang, Y., & Xiang, W. (2022). Intense pulsed light treatment for inflammatory skin diseases: a review. *Lasers in medical science*, 37(8), 3085–3105. <https://doi.org/gr6mrg>
 - 32) Cao, Y., Harvey, B. P., Hong, F., Ruzek, M., Wang, J., Murphy, E. R., & Kaymakcalan, Z. (2021). Adalimumab Induces a Wound Healing Profile in Patients with Hidradenitis Suppurativa by Regulating Macrophage Differentiation and Matrix

- Metalloproteinase Expression. *The Journal of investigative dermatology*, 141(11), 2730–2740.e9. <https://doi.org/gqktkm>
- 33) Caposiena Caro, R. D., Molinelli, E., Brisigotti, V., Offidani, A., & Bianchi, L. (2021). Lymecycline vs. clindamycin plus rifampicin in hidradenitis suppurativa treatment: clinical and ultrasonography evaluation. *Clinical and experimental dermatology*, 46(1), 96–102. <https://doi.org/m8vm>
- 34) Casas, F. (2016). Children, Adolescents and Quality of Life: The Social Sciences Perspective Over Two Decades. In: Maggino, F. (eds) *A Life Devoted to Quality of Life. Social Indicators Research Series, 60*. Springer, Cham. <https://doi.org/mj pz>
- 35) Chahine, A. A., Nahhas, A. F., Braunberger, T. L., Rambhatla, P. V., & Hamzavi, I. H. (2018). Ertapenem rescue therapy in hidradenitis suppurativa. *JAAD case reports*, 4(5), 482–483. <https://doi.org/m8vn>
- 36) Chen, A. W., Chen, Z., Bai, X. M., Luo, X. Y., & Wang, H. (2022). Successful treatment of early-onset hidradenitis suppurativa with acitretin in an infant with a novel mutation in PSENEN gene. *Indian journal of dermatology, venereology and leprology*, 88(3), 445. <https://doi.org/m8vq>
- 37) Chernyshov, P. V., Finlay, A. Y., Tomas-Aragones, L., Poot, F., Sampogna, F., Marron, S. E., Zemskov, S. V., Abeni, D., Tzellos, T., Szepietowski, J. C., & Zouboulis, C. C. (2021). Quality of Life in Hidradenitis Suppurativa: An Update. *International journal of environmental research and public health*, 18(11), 6131. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116131>
- 38) Chinniah, N., & Cains, G. D. (2014). Moderate to severe hidradenitis suppurativa treated with biological therapies. *The Australasian journal of dermatology*, 55(2), 128–131. <https://doi.org/f5zn7v>
- 39) Chu, C. B., Yang, C. C., & Tsai, S. J. (2021). Hidradenitis suppurativa: Disease pathophysiology and sex hormones. *Journal of Physiology Investigation*, 64(6), 257–265. <https://doi.org/mprk>
- 40) Clark, S. R., & Soti, V. (2024). Effectiveness of Surgical Deroofing and Carbon Dioxide Laser in Moderate-to-Severe Hidradenitis Suppurativa Patients. *Cureus*, 16(3), e56959. <https://doi.org/m8vr>
- 41) Cordero-Ramos, J., Barros-Tornay, R., Toledo-Pastrana, T., Ferrándiz, L., Calleja-Hernández, M. Á., & Moreno-Ramírez, D. (2022). Effectiveness and safety of topical 15% resorcinol in the management of mild-to-moderate hidradenitis suppurativa: A cohort study. *The Journal of dermatology*, 49(4), 459–462. <https://doi.org/m8vs>
- 42) Coskun, B. N., Yagiz, B., Pehlivan, Y., & Dalkilic, E. (2019). Isotretinoin-induced sacroiliitis in patients with hidradenitis suppurativa: a case-based review. *Rheumatology international*, 39(12), 2159–2165. <https://doi.org/m8vt>
- 43) Crocker, M., Hutchinson, C., Mpundu-Kaambwa, C., Walker, R., Chen, G., & Ratcliffe, J. (2021). Assessing the relative importance of key quality of life dimensions for people with and without a disability: an empirical ranking comparison study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/mj p2>

- 44) Cross, R., Ling, C., Day, N. P., McGready, R., & Paris, D. H. (2016). Revisiting doxycycline in pregnancy and early childhood--time to rebuild its reputation? *Expert opinion on drug safety*, 15(3), 367–382. <https://doi.org/ghv88b>
- 45) Cuenca-Barrales, C., & Molina-Leyva, A. (2020). Risk Factors of Sexual Dysfunction in Patients with Hidradenitis Suppurativa: A Cross-Sectional Study. *Dermatology*, 236(1), 37–45. <https://doi.org/mzwd>
- 46) Cuenca-Barrales, C., Montero-Vilchez, T., Krajewski, P. K., Szepletowski, J. C., Matusiak, L., Arias-Santiago, S., & Molina-Leyva, A. (2022). Sexual Dysfunction and Quality of Life in Patients with Hidradenitis Suppurativa and Their Partners. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 389. <https://doi.org/mzwf>
- 47) Deckers, I. E., Benhadou, F., Koldijk, M. J., Del Marmol, V., Horváth, B., Boer, J., ... & Prens, E. P. (2017). Inflammatory bowel disease is associated with hidradenitis suppurativa: results from a multicenter cross-sectional study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(1), 49-53. <https://doi.org/f9gn6j>
- 48) Dehesa, L., Abuchar, A., Nuno-Gonzalez, A., Vitiello, M., & Kerdel, F. A. (2012). The use of cyclosporine in dermatology. *Journal of drugs in dermatology*, 11(8), 979–987. <https://shorturl.at/Unwuc>
- 49) Delage, M., Jais, J. P., Lam, T., Guet-Revillet, H., Ungeheuer, M. N., Consigny, P. H., Nassif, A., & Join-Lambert, O. (2023). Rifampin-moxifloxacin-metronidazole combination therapy for severe Hurley stage 1 hidradenitis suppurativa: prospective short-term trial and 1-year follow-up in 28 consecutive patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 88(1), 94–100. <https://doi.org/gq3d3h>
- 50) Dell'Antonia, M., Anedda, J., Tatti, A., Falco, A., Sanna, S., Ferreli, C., & Atzori, L. (2023). Non-surgical treatment of hidradenitis suppurativa: the role of cryotherapy. *Frontiers in medicine*, 10, 1141691. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1141691>
- 51) Dick, J., Kröhl, V., Enk, A., Hartschuh, W., & Gholam, P. (2021). Improvement in Quality of Life and Pain in Patients With Hidradenitis Suppurativa After Wide Local Excision: A Prospective Study. *Dermatologic surgery*, 47(12), 1556–1561. <https://doi.org/m8vx>
- 52) Docampo-Simón, A., Beltrá-Picó, I., Sánchez-Pujol, M. J., Fuster-Ruiz-de-Apodaca, R., Selva-Otaolaurruchi, J., Betlloch, I., & Pascual, J. C. (2022). Topical 15% Resorcinol Is Associated with High Treatment Satisfaction in Patients with Mild to Moderate Hidradenitis Suppurativa. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 238(1), 82–85. <https://doi.org/m8vz>
- 53) Duckett, L. J. (2021). Quantitative research excellence: Study design and reliable and valid measurement of variables. *Journal of Human Lactation*, 37(3), 456-463. <https://doi.org/10.1177/08903344211019285>
- 54) Fabbrocini, G., De Vita, V., Donnarumma, M., Russo, G., & Monfrecola, G. (2016). South Italy: a privileged perspective to understand the relationship between hidradenitis suppurativa and overweight/obesity. *Skin appendage disorders*, 2(1-2), 52-56. <https://doi.org/gbrh7s>

- 55) Fabbrocini, G., França, K., Lotti, T., Marasca, C., Annunziata, M. C., Cacciapuoti, S., Masarà, A., Romanelli, M., Lotti, J., Wollina, U., Tchernev, G., & Zerbinati, N. (2018). Intralesional Diode Laser 1064 nm for the Treatment of Hidradenitis Suppurativa: A Report of Twenty Patients. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(1), 31–34. <https://doi.org/gc4cb8>
- 56) Fabbrocini, G., Ruina, G., Giovanardi, G., Dini, V., Raone, B., Venturini, M., Caposiena Caro, R. D., Veraldi, S., Cannavò, S. P., Merlo, G., Bertoldi, A. M., Fiorentini, F., Molinelli, E., Atzori, L., Bongiorno, M. R., Lo Re, M., Skroza, N., Lasagni, C., Franchi, C., Ardigò, M., ... Argenziano, G. (2022). Hidradenitis Suppurativa in a Large Cohort of Italian Patients: Evaluation of the Burden of Disease. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 238(3), 487–497. <https://doi.org/mzbp>
- 57) Farrell, A. M., Randall, V. A., Vafae, T., & Dawber, R. P. (1999). Finasteride as a therapy for hidradenitis suppurativa. *The British journal of dermatology*, 141(6), 1138–1139. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1999.03224.x>
- 58) Fertitta, L., Hotz, C., Wolkenstein, P., Méningaud, J. P., Sawan, D., Hersant, B., & Sbidian, E. (2020). Efficacy and satisfaction of surgical treatment for hidradenitis suppurativa. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 34(4), 839–845. <https://doi.org/ng9j>
- 59) Finlay, A. Y., & Khan, G. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and experimental dermatology*, 19(3), 210–216. <https://doi.org/drj5pk>
- 60) Fisher, S., & Ziv, M. (2022). Interviewing Women with Hidradenitis Suppurativa—Thematic and Content Analysis. *Advances in skin & wound care*, 35(7), 381–384. <https://doi.org/mz bq>
- 61) Frew, J. W., Vekic, D. A., Woods, J., & Cains, G. D. (2017). A systematic review and critical evaluation of reported pathogenic sequence variants in hidradenitis suppurativa. *The British journal of dermatology*, 177(4), 987–998. <https://doi.org/gbxv8k>
- 62) Frings, V. G., Bauer, B., Glöditzsch, M., Goebeler, M., & Presser, D. (2019). Assessing the psychological burden of patients with hidradenitis suppurativa. *European journal of dermatology : EJD*, 29(3), 294–301. <https://doi.org/mzbs>
- 63) Gallagher, C. G., Kirthi, S. K., Cotter, C. C., Revuz, J. R., & Tobin, A. M. T. (2019). Could isotretinoin flare hidradenitis suppurativa? A case series. *Clinical and experimental dermatology*, 44(7), 777–780. <https://doi.org/gsmzv3>
- 64) Gangidi, S. V., Greene, R. K., Olsen, E., Jackson, S., & Nakamura, M. (2024). Efficacy of spironolactone in treating hidradenitis suppurativa in women of childbearing age: a single-center retrospective analysis. *International journal of women's dermatology*, 10(3), e159. <https://doi.org/m8v3>
- 65) Garcias-Ladaria, J., Corral-Magaña, O., Del Pozo, L. J., & Martín-Santiago, A. (2021). Intralesional photodynamic therapy in hidradenitis suppurativa: Getting closer to the target. *Photodiagnosis and photodynamic therapy*, 34, 102339. <https://doi.org/m8v4>

- 66) Garelik, J., Babbush, K., Ghias, M., & Cohen, S. R. (2021). Efficacy of high-dose intralesional triamcinolone for hidradenitis suppurativa. *International journal of dermatology*, 60(2), 217–221. <https://doi.org/m8v5>
- 67) Garg, A., Kirby, J. S., Lavian, J., Lin, G., & Strunk, A. (2017). Sex-and age-adjusted population analysis of prevalence estimates for hidradenitis suppurativa in the United States. *JAMA dermatology*, 153(8), 760-764. <https://doi.org/gp8msd>
- 68) Garg, A., Wertenteil, S., Baltz, R., Strunk, A., & Finelt, N. (2018a). Prevalence estimates for hidradenitis suppurativa among children and adolescents in the United States: a gender-and age-adjusted population analysis. *Journal of Investigative Dermatology*, 138(10), 2152-2156. <https://doi.org/gd9429>
- 69) Garg, A., Papagermanos, V., Midura, M., & Strunk, A. (2018b). Incidence of hidradenitis suppurativa among tobacco smokers: a population-based retrospective analysis in the USA. *British journal of dermatology*, 178(3), 709-714. <https://doi.org/mprns>
- 70) Gáspár, K., Hunor Gergely, L., Jenei, B., Wikonkál, N., Kinyó, Á., Szegedi, A., Remenyik, É., Kiss, N., Jin, X., Sárdy, M., Beretzky, Z., Péntek, M., Gulácsi, L., Bánvölgyi, A., Brodszky, V., & Rencz, F. (2022). Resource utilization, work productivity and costs in patients with hidradenitis suppurativa: a cost-of-illness study. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 22(3), 399–408. <https://doi.org/ng9k>
- 71) Germain, N., Aballéa, S., & Toumi, M. (2019). Measuring health-related quality of life in young children: how far have we come? *Journal of Market Access & Health Policy*, 7(1), 1618661. <https://doi.org/10.1080/20016689.2019.1618661>
- 72) Ghias, M. H., Johnston, A. D., Kutner, A. J., Micheletti, R. G., Hosgood, H. D., & Cohen, S. R. (2020). High-dose, high-frequency infliximab: A novel treatment paradigm for hidradenitis suppurativa. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 82(5), 1094–1101. <https://doi.org/m8v6>
- 73) Gibson, R. S., Porter, M. L., & Kimball, A. B. (2022). Erythrocyte sedimentation rate, rather than C-reactive protein, may be the preferred biomarker for hidradenitis suppurativa. *JAAD international*, 8, 47–48. <https://doi.org/mnc8>
- 74) Gierek, M., Kitala, D., Łabuś, W., Szyluk, K., Niemiec, P., & Ochała-Gierek, G. (2022). Impact of Hidradenitis Suppurativa Surgical Treatment on Health-Related Life Quality. *Journal of clinical medicine*, 11(15), 4327. <https://doi.org/ng9m>
- 75) Gierek, M., Bergler-Czop, B., Łabuś, W., Ochała-Gierek, G., & Niemiec, P. (2023). Reconstructive surgical treatment of hidradenitis suppurativa with a 6-month follow-up. *Postępy dermatologii i alergologii*, 40(2), 268–272. <https://doi.org/mwpx>
- 76) Giuseppe, P., Nicola, P., Valentina, C., Elena, C., Salvatrice, C., Rosario, G., & Rita, B. M. (2018). A Case of Moderate Hidradenitis Suppurativa and Psoriasis Treated with Secukinumab. *Annals of dermatology*, 30(4), 462–464. <https://doi.org/gdzbw4>
- 77) Glatt, S., Jemec, G. B. E., Forman, S., Sayed, C., Schmieder, G., Weisman, J., Rolleri, R., Seegobin, S., Baeten, D., Ionescu, L., Zouboulis, C. C., & Shaw, S. (2021). Efficacy and Safety of Bimekizumab in Moderate to Severe Hidradenitis Suppurativa: A Phase

- 2, Double-blind, Placebo-Controlled Randomized Clinical Trial. *JAMA dermatology*, 157(11), 1279–1288. <https://doi.org/gsqc4c>
- 78) Golbari, N. M., Porter, M. L., & Kimball, A. B. (2019). Antiandrogen therapy with spironolactone for the treatment of hidradenitis suppurativa. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(1), 114–119. <https://doi.org/mwpz>
- 79) Gold, M., Bridges, T. M., Bradshaw, V. L., & Boring, M. (2004). ALA-PDT and blue light therapy for hidradenitis suppurativa. *Journal of drugs in dermatology*, 3(1 Suppl), S32–S35. <https://shorturl.at/wSioH>
- 80) Goldberg, S. R., Strober, B. E., & Payette, M. J. (2020). Hidradenitis suppurativa: epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 82(5), 1045–1058. <https://doi.org/gqbxp2>
- 81) Gooderham, M., & Papp, K. (2015). The psychosocial impact of hidradenitis suppurativa. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 73(5), S19–S22. <https://doi.org/f7wdfx>
- 82) Gottlieb, A., Menter, A., Armstrong, A., Ocampo, C., Gu, Y., & Teixeira, H. D. (2016). Adalimumab Treatment in Women With Moderate-to-Severe Hidradenitis Suppurativa from the Placebo-Controlled Portion of a Phase 2, Randomized, Double-Blind Study. *Journal of drugs in dermatology*, 15(10), 1192–1196. <https://shorturl.at/cis09>
- 83) Grant, A., Gonzalez, T., Montgomery, M. O., Cardenas, V., & Kerdel, F. A. (2010). Infliximab therapy for patients with moderate to severe hidradenitis suppurativa: a randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trial. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 62(2), 205–217. <https://doi.org/csvhhs>
- 84) Greco, G., Skordis-Worrall, J., Mkandawire, B., & Mills, A. (2015). What is a good life? Selecting capabilities to assess women's quality of life in rural Malawi. *Social Science & Medicine*, 130, 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.042>
- 85) Grond, S., & Sablotzki, A. (2004). Clinical pharmacology of tramadol. *Clinical pharmacokinetics*, 43(13), 879–923. <https://doi.org/dq5s8c>
- 86) Gómez, L., Peña-Suárez, E., Arias, B., & Verdugo, M. (2014). Impact of Individual and Organizational Variables on Quality of Life. *Social Indicators Research*, 125(2), 1–16. <https://doi.10.1007/s11205-014-0857-6>
- 87) Gulliver, W. P., Jemec, G. B., & Baker, K. A. (2012). Experience with ustekinumab for the treatment of moderate to severe hidradenitis suppurativa. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 26(7), 911–914. <https://doi.org/d5vvd9>
- 88) Gulliver, W., Zouboulis, C. C., Prens, E., Jemec, G. B., & Tzellos, T. (2016). Evidence-based approach to the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, based on the European guidelines for hidradenitis suppurativa. *Reviews in endocrine & metabolic disorders*, 17(3), 343–351. <https://doi.org/m8v7>
- 89) Gulliver, W., Landells, I. D. R., Morgan, D., & Pirzada, S. (2018). Hidradenitis Suppurativa: A Novel Model of Care and an Integrative Strategy to Adopt an Orphan

- Disease. *Journal of cutaneous medicine and surgery*, 22(1), 71–77. <https://doi.org/h3ds>
- 90) Haferland, I., Wallenwein, C. M., Ickelsheimer, T., Diehl, S., Wacker, M. G., Schiffmann, S., Buerger, C., Kaufmann, R., Koenig, A., & Pinter, A. (2022). Mechanism of anti-inflammatory effects of rifampicin in an ex vivo culture system of hidradenitis suppurativa. *Experimental dermatology*, 31(7), 1005–1013. <https://doi.org/m8v8>
- 91) Hallock, K. K., Mizerak, M. R., Dempsey, A., Maczuga, S., & Kirby, J. S. (2021). Differences Between Children and Adults With Hidradenitis Suppurativa. *JAMA dermatology*, 157(9), 1095–1101. <https://doi.org/m2rq>
- 92) Hambly, R., & Kirby, B. (2019). Prolonged clindamycin and rifampicin for hidradenitis suppurativa: resist to prevent resistance. *The British journal of dermatology*, 180(4), 702–703. <https://doi.org/m8v9>
- 93) Hambly, R., Kearney, N., Hughes, R., Fletcher, J. M., & Kirby, B. (2023). Metformin Treatment of Hidradenitis Suppurativa: Effect on Metabolic Parameters, Inflammation, Cardiovascular Risk Biomarkers, and Immune Mediators. *International journal of molecular sciences*, 24(8), 6969. <https://doi.org/m8wb>
- 94) Hargis, A., Yaghi, M., Maskan Bermudez, N., & Lev-Tov, H. (2024). Clascoterone in the treatment of mild hidradenitis suppurativa. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 90(1), 142–144. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.08.064>
- 95) Hendricks, A. J., Hsiao, J. L., Lowes, M. A., & Shi, V. Y. (2021). A Comparison of International Management Guidelines for Hidradenitis Suppurativa. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 237(1), 81–96. <https://doi.org/gmdk7q>
- 96) Highton, L., Chan, W. Y., Khwaja, N., & Laitung, J. K. G. (2011). Treatment of hidradenitis suppurativa with intense pulsed light: a prospective study. *Plastic and reconstructive surgery*, 128(2), 459–466. <https://doi.org/d7twmc>
- 97) Hollywood, A., Murray, G., Fleming, S., Kirby, B., & Hughes, R. (2022). Ustekinumab in the Management of Hidradenitis Suppurativa: A Retrospective Study. *Journal of drugs in dermatology*, 21(3), 319–320. <https://shorturl.at/sUgg7>
- 98) Huang, I. C., Lee, J. L., Ketheeswaran, P., Jones, C. M., Revicki, D. A., & Wu, A. W. (2017). Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. *PloS one*, 12(3), e0173806. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173806>
- 99) Huilaja, L., Tiri, H., Jokelainen, J., Timonen, M., & Tasanen, K. (2018). Patients with Hidradenitis Suppurativa Have a High Psychiatric Disease Burden: A Finnish Nationwide Registry Study. *The Journal of investigative dermatology*, 138(1), 46–51. <https://doi.org/gcs2ms>
- 100) Hung, C. T., Chiang, C. P., Chung, C. H., Tsao, C. H., Chien, W. C., & Wang, W. M. (2019). Increased risk of cardiovascular comorbidities in hidradenitis suppurativa: A nationwide, population-based, cohort study in Taiwan. *The Journal of dermatology*, 46(10), 867–873. <https://doi.org/m2rr>
- 101) Hunger, R. E., Laffitte, E., Läuchli, S., Mainetti, C., Mühlstädt, M., Schiller, P., Lapointe, A. K., Meschberger, P., & Navarini, A. A. (2017). Swiss Practice

- Recommendations for the Management of Hidradenitis Suppurativa/Acne Inversa. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 233(2-3), 113–119. <https://doi.org/gbmmkz>
- 102) Janse, I. C., Deckers, I. E., van der Maten, A. D., Evers, A. W. M., Boer, J., van der Zee, H. H., Prens, E. P., & Horváth, B. (2017). Sexual health and quality of life are impaired in hidradenitis suppurativa: a multicentre cross-sectional study. *The British journal of dermatology*, 176(4), 1042–1047. <https://doi.org/mzwg>
- 103) Jarrousse, V., Castex-Rizzi, N., Khammari, A., Charveron, M., & Dréno, B. (2007). Zinc salts inhibit in vitro Toll-like receptor 2 surface expression by keratinocytes. *European journal of dermatology*, 17(6), 492–496. <https://shorturl.at/mgkaO>
- 104) Jemec G. B. E. (2019). Evidence-based hidradenitis suppurativa guidelines - and now all together please. *The British journal of dermatology*, 180(5), 975. <https://doi.org/m8wc>
- 105) Jennings, L., Hambly, R., Hughes, R., Moriarty, B., & Kirby, B. (2020). Metformin use in hidradenitis suppurativa. *The Journal of dermatological treatment*, 31(3), 261–263. <https://doi.org/mwp3>
- 106) Jfri, A., Saxena, A., Rouette, J., Netchiporouk, E., Barolet, A., O'Brien, E., Barolet, D., & Litvinov, I. V. (2020). The Efficacy and Effectiveness of Non-ablative Light-Based Devices in Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in medicine*, 7, 591580. <https://doi.org/m8wd>
- 107) Join-Lambert, O., Coignard, H., Jais, J. P., Guet-Revillet, H., Poirée, S., Fraitag, S., Jullien, V., Ribadeau-Dumas, F., Thèze, J., Le Guern, A. S., Behillil, S., Leflèche, A., Berche, P., Consigny, P. H., Lortholary, O., Nassif, X., & Nassif, A. (2011). Efficacy of rifampin-moxifloxacin-metronidazole combination therapy in hidradenitis suppurativa. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 222(1), 49–58. <https://doi.org/bxm6fd>
- 108) Join-Lambert, O., Coignard-Biehler, H., Jais, J. P., Delage, M., Guet-Revillet, H., Poirée, S., Duchatelet, S., Jullien, V., Hovnanian, A., Lortholary, O., Nassif, X., & Nassif, A. (2016). Efficacy of ertapenem in severe hidradenitis suppurativa: a pilot study in a cohort of 30 consecutive patients. *The Journal of antimicrobial chemotherapy*, 71(2), 513–520. <https://doi.org/m8wg>
- 109) Jørgensen, A. R., Yao, Y., & Thomsen, S. F. (2018). Therapeutic Response to Secukinumab in a 36-Year-Old Woman with Hidradenitis Suppurativa. *Case reports in dermatological medicine*, 2018, 8685136. <https://doi.org/grmzdi>
- 110) Jørgensen, A. R., Thomsen, S. F., & Ring, H. C. (2019). Isotretinoin and hidradenitis suppurativa. *Clinical and experimental dermatology*, 44(4), e155–e156. <https://doi.org/gsmztx>
- 111) Jørgensen, A. R., Holm, J. G., Ghazanfar, M. N., Yao, Y., Ring, H. C., & Thomsen, S. F. (2020). Factors affecting quality of life in patients with hidradenitis suppurativa. *Archives of dermatological research*, 312(6), 427–436. <https://doi.org/m2rs>
- 112) Ingraham, N., Hann, L. R., Williamson, J. A., & Drew, C. (2022). Communicating with health providers and romantic partners: The impact of negative emotions on quality of life for individuals with hidradenitis suppurativa. *International journal of women's dermatology*, 8(3), e049. <https://doi.org/mzbt>

- 113) Ingram J. R. (2016). The Genetics of Hidradenitis Suppurativa. *Dermatologic clinics*, 34(1), 23–28. <https://doi.org/c47f>
- 114) Ingram, J. R., Collier, F., Brown, D., Burton, T., Burton, J., Chin, M. F., Desai, N., Goodacre, T. E. E., Piguet, V., Pink, A. E., Exton, L. S., & Mohd Mustapa, M. F. (2019). British Association of Dermatologists guidelines for the management of hidradenitis suppurativa (acne inversa) 2018. *The British journal of dermatology*, 180(5), 1009–1017. <https://doi.org/gmdk73>
- 115) Ingram, J. R., Bates, J., Cannings-John, R., Collier, F., Gibbons, A., Harris, C., Hood, K., Howells, L., Howes, R., Leighton, P., Riaz, M., Rodrigues, J., Stanton, H., Thomas, K. S., & Thomas-Jones, E. (2023). Treatment of Hidradenitis Suppurativa Evaluation Study: the THESEUS prospective cohort study. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 27(30), 1–107. <https://doi.org/mwp4>
- 116) Ingrand, I., Paccalin, M., Liuu, E., Gil, R., & Ingrand, P. (2018). Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. *PloS one*, 13(10), e0204044. <https://doi.org/gfcrdk>
- 117) Kaleta, K. P., Nikolakis, G., Hossini, A. M., Balthasar, O., Almansouri, D., Vaiopoulos, A., ... & Zouboulis, C. C. (2022). Metabolic disorders/obesity is a primary risk factor in hidradenitis suppurativa: an immunohistochemical real-world approach. *Dermatology*, 238(2), 251-259. <https://doi.org/grmzc9>
- 118) Kamal, N., Cohen, B. L., Buche, S., Delaporte, E., & Colombel, J. F. (2016). Features of patients with Crohn's disease and hidradenitis suppurativa. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 14(1), 71-79. <https://doi.org/mprp>
- 119) Kaplan, R. M., & Hays, R. D. (2022). Health-related quality of life measurement in public health. *Annual review of public health*, 43, 355-373. <https://doi.org/gn4pdk>
- 120) Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?. *Pharmacoeconomics*, 34, 645-649. <https://doi.org/f8rvmx>
- 121) Katoulis, A., Efthymiou, O., Liakou, A., Pappa, G., Kanelleas, A., Koumaki, D., Bozi, E., & Sgouros, D. (2023). Resorcinol 10% as a Promising Therapeutic Option for Mild Hidradenitis Suppurativa: A Prospective, Randomized, Open Study. *Skin appendage disorders*, 9(6), 438–443. <https://doi.org/m8wh>
- 122) Kearney, N., McCourt, C., Hughes, R., McGrath, B., O'Kane, D., & Kirby, B. (2024). High Unemployment Rate in Patients with Hidradenitis Suppurativa despite High Educational Attainment. *Dermatology, (Basel, Switzerland)*, 240(2), 181–188. <https://doi.org/nbv7>
- 123) Keary, E., Hevey, D., & Tobin, A. M. (2020). A qualitative analysis of psychological distress in hidradenitis suppurativa. *The British journal of dermatology*, 182(2), 342–347. <https://doi.org/jvqq>
- 124) Kelly, G., & Prens, E. P. (2016). Inflammatory Mechanisms in Hidradenitis Suppurativa. *Dermatologic clinics*, 34(1), 51–58. <https://doi.org/f748r6>

- 125) Khandalavala, B. N., & Do, M. V. (2016). Finasteride in Hidradenitis Suppurativa: A "Male" Therapy for a Predominantly "Female" Disease. *Journal of clinical and aesthetic dermatology*, 9(6), 44–50. <https://shorturl.at/8Q69H>
- 126) Kimball, A. B., Kerdel, F., Adams, D., Mrowietz, U., Gelfand, J. M., Gniadecki, R., Prens, E. P., Schlessinger, J., Zouboulis, C. C., van der Zee, H. H., Rosenfeld, M., Mulani, P., Gu, Y., Paulson, S., Okun, M., & Jemec, G. B. (2012). Adalimumab for the treatment of moderate to severe Hidradenitis suppurativa: a parallel randomized trial. *Annals of internal medicine*, 157(12), 846–855. <https://doi.org/gmdk7x>
- 127) Kimball, A. B., Sobell, J. M., Zouboulis, C. C., Gu, Y., Williams, D. A., Sundaram, M., Teixeira, H. D., & Jemec, G. B. (2015). HiSCR (Hidradenitis Suppurativa Clinical Response): a novel clinical endpoint to evaluate therapeutic outcomes in patients with hidradenitis suppurativa from the placebo-controlled portion of a phase 2 adalimumab study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 30(6), 989–994. <https://doi.org/f8vnmnd>
- 128) Kimball, A. B., Okun, M. M., Williams, D. A., Gottlieb, A. B., Papp, K. A., Zouboulis, C. C., Armstrong, A. W., Kerdel, F., Gold, M. H., Forman, S. B., Korman, N. J., Giamarellos-Bourboulis, E. J., Crowley, J. J., Lynde, C., Reguiat, Z., Prens, E. P., Alwawi, E., Mostafa, N. M., Pinsky, B., Sundaram, M., ... Jemec, G. B. (2016). Two Phase 3 Trials of Adalimumab for Hidradenitis Suppurativa. *The New England journal of medicine*, 375(5), 422–434. <https://doi.org/f8x54k>
- 129) Kimball, A. B., Loesche, C., Prens, E. P., Bechara, F. G., Weisman, J., Rozenberg, I., Jarvis, P., Peters, T., Roth, L., Wiczorek, G., Kolbinger, F., & Jemec, G. B. E. (2022). IL-17A is a pertinent therapeutic target for moderate-to-severe hidradenitis suppurativa: Combined results from a pre-clinical and phase II proof-of-concept study. *Experimental dermatology*, 31(10), 1522–1532. <https://doi.org/m7ms>
- 130) Kimball, A. B., Jemec, G. B. E., Alavi, A., Reguiat, Z., Gottlieb, A. B., Bechara, F. G., Paul, C., Giamarellos Bourboulis, E. J., Villani, A. P., Schwinn, A., Ruëff, F., Pillay Ramaya, L., Reich, A., Lobo, I., Sinclair, R., Passeron, T., Martorell, A., Mendes-Bastos, P., Kokolakis, G., Becherel, P. A., ... Muscianisi, E. (2023). Secukinumab in moderate-to-severe hidradenitis suppurativa (SUNSHINE and SUNRISE): week 16 and week 52 results of two identical, multicentre, randomised, placebo-controlled, double-blind phase 3 trials. *Lancet (London, England)*, 401(10378), 747–761. <https://doi.org/jwbk>
- 131) Kimball, A. B., Jemec, G. B. E., Sayed, C. J., Kirby, J. S., Prens, E., Ingram, J. R., Garg, A., Gottlieb, A. B., Szepietowski, J. C., Bechara, F. G., Giamarellos-Bourboulis, E. J., Fujita, H., Rolleri, R., Joshi, P., Dokhe, P., Muller, E., Peterson, L., Madden, C., Bari, M., & Zouboulis, C. C. (2024). Efficacy and safety of bimekizumab in patients with moderate-to-severe hidradenitis suppurativa (BE HEARD I and BE HEARD II): two 48-week, randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre phase 3 trials. *Lancet (London, England)*, 403(10443), 2504–2519. <https://doi.org/m7mt>
- 132) Kirsten, N., Frings, V., Nikolakis, G. D., Presser, D., Goebeler, M., Zouboulis, C. C., & Augustin, M. (2021). Epidemiologie, Patientenlebensqualität und

- Behandlungskosten der Hidradenitis suppurativa/Acne inversa [Epidemiology, patient quality of life, and treatment costs of hidradenitis suppurativa/acne inversa]. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*, 72(8), 651–657. <https://doi.org/nbv9>
- 133) Kluger, N., Ranta, M., & Serlachius, M. (2017). The Burden of Hidradenitis Suppurativa in a Cohort of Patients in Southern Finland: A Pilot Study. *Skin appendage disorders*, 3(1), 20–27. <https://doi.org/gbg897>
- 134) Kohorst, J. J., Baum, C. L., Otley, C. C., Roenigk, R. K., Pemberton, J. H., Dozois, E. J., Tran, N. V., & Davis, M. D. (2017). Patient Satisfaction and Quality of Life Following Surgery for Hidradenitis Suppurativa. *Dermatologic surgery*, 43(1), 125–133. <https://doi.org/f9rr37>
- 135) Koumaki, D., Rovithi, E., Solia Apokidou, E., Papadakis, M., Katoulis, A., & Evangelou, G. (2023). Cutaneous body image in patients with hidradenitis suppurativa: a hospital-based cross-sectional study. *Scientific reports*, 13(1), 7898. <https://doi.org/m4rh>
- 136) Kouris, A., Platsidaki, E., Christodoulou, C., Efstathiou, V., Dessinioti, C., Tzanetakou, V., Korkoliakou, P., Zisimou, C., Antoniou, C., & Kontochristopoulos, G. (2016). Quality of Life and Psychosocial Implications in Patients with Hidradenitis Suppurativa. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 232(6), 687–691. <https://doi.org/mzbv>
- 137) Krajewski, P. K., Matusiak, Ł., von Stebut, E., Schultheis, M., Kirschner, U., Nikolakis, G., & Szepietowski, J. C. (2021). Quality-of-Life Impairment among Patients with Hidradenitis Suppurativa: A Cross-Sectional Study of 1795 Patients. *Life (Basel, Switzerland)*, 11(1), 34. <https://doi.org/m2rt>
- 138) Krajewski, P. K., Marrón, S. E., Gomez-Barrera, M., Tomas-Aragones, L., Gilaberte-Calzada, Y., & Szepietowski, J. C. (2022). The Use of HSQoL-24 in an Assessment of Quality-of-Life Impairment among Hidradenitis Suppurativa Patients: First Look at Real-Life Data. *Journal of clinical medicine*, 10(22), 5446. <https://doi.org/m2rv>
- 139) Krajewski, P. K., Strobel, A., Schultheis, M., Staubach, P., Grabbe, S., Hennig, K., Matusiak, Ł., von Stebut, E., Garcovich, S., Bayer, H., Heise, M., Kirschner, U., Nikolakis, G., & Szepietowski, J. C. (2024). Hidradenitis Suppurativa Is Associated with Severe Sexual Impairment. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 240(2), 205–215. <https://doi.org/m4rj>
- 140) Lee, A., & Fischer, G. (2015). A case series of 20 women with hidradenitis suppurativa treated with spironolactone. *The Australasian journal of dermatology*, 56(3), 192–196. <https://doi.org/f7kgwm>
- 141) Lerner, H. (2019). A critical analysis of definitions of health as balance in a One Health perspective. *Medicine, health care, and philosophy*, 22(3), 453–461. <https://doi.org/gh78gr>
- 142) Leslie, K. S., Tripathi, S. V., Nguyen, T. V., Pauli, M., & Rosenblum, M. D. (2014). An open-label study of anakinra for the treatment of moderate to severe hidradenitis

- suppurativa. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 70(2), 243–251. <https://doi.org/f2q489>
- 143) Li, L., Hajam, I., McGee, J. S., Tang, Z., Zhang, Y., Badey, N., Mintzer, E., Zhang, Z., Liu, G. Y., Church, G. M., & Wang, Y. (2023). Comparative Transcriptome Analysis of Acne vulgaris, Rosacea, and Hidradenitis Suppurativa Supports High Dose Dietary Zinc as a Therapeutic Agent. *medRxiv: the preprint server for health sciences*, 23299152. <https://doi.org/m8wn>
- 144) Li, Y., Speck, P., Viera, E., Siira, M., & Orenstein, L. A. V. (2023). The Influence of Pain on Reduced Quality of Life in Patients with Hidradenitis Suppurativa: A Single-Center Retrospective Study. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 239(6), 1007–1012. <https://doi.org/m6kx>
- 145) Lim, S. Y. D., & Oon, H. H. (2019). Systematic review of immunomodulatory therapies for hidradenitis suppurativa. *Biologics: targets & therapy*, 13, 53–78. <https://doi.org/m8wp>
- 146) Lindén, O., Löndahl, L., Erlendsson, A. M., Sandberg, C., & Killasli, H. (2022). Effects of mixed-technology CO₂ and Ga-As laser in patients with hidradenitis suppurativa-A case series. *JAAD case reports*, 30, 124–127. <https://doi.org/m8wq>
- 147) Lindsø Andersen, P., Kromann, C., Fonvig, C. E., Theut Riis, P., Jemec, G. B., & Holm, J. C. (2020). Hidradenitis suppurativa in a cohort of overweight and obese children and adolescents. *International Journal of Dermatology*, 59(1), 47-51. <https://doi.org/mprq>
- 148) Liy-Wong, C., Kim, M., Kirkorian, A. Y., Eichenfield, L. F., Diaz, L. Z., Horev, A., Tollefson, M., Oranges, T., Philips, R., Chiu, Y. E., Ghafari, G., Arnold, J. D., Sprague, J., Nguyen, H., Wan, S., Atenafu, E. G., Pope, E., Hamilton, J., Naik, H. B., & Lara-Corrales, I. (2021). Hidradenitis Suppurativa in the Pediatric Population: An International, Multicenter, Retrospective, Cross-sectional Study of 481 Pediatric Patients. *JAMA dermatology*, 157(4), 385–391. <https://doi.org/gtxvcs>
- 149) Lovrić, I., Brkić, J., Čorluka, M., Čović, M., Pejić, J., & Zeljko Penavić, J. (2021). Two Cases of Hidradenitis Suppurativa Treated with Adalimumab at the Department of Dermatology and Venereology, Clinical Hospital Mostar. *Acta dermatovenerologica Croatica*, 29(2), 108–110. <https://shorturl.at/fvsUB>
- 150) Lyons, A. B., Peacock, A., McKenzie, S. A., Jacobsen, G., Naik, H. B., Shi, V. Y., Hamzavi, I. H., & Hsiao, J. L. (2020). Evaluation of Hidradenitis Suppurativa Disease Course During Pregnancy and Postpartum. *JAMA dermatology*, 156(6), 681–685. <https://doi.org/m2rw>
- 151) Maarouf, M., Clark, A. K., Lee, D. E., & Shi, V. Y. (2018). Targeted treatments for hidradenitis suppurativa: a review of the current literature and ongoing clinical trials. *Journal of dermatological treatment*, 29(5), 441–449. <https://doi.org/gsqc4p>
- 152) Mac Mahon, J., Kirthi, S., Byrne, N., O'Grady, C., & Tobin, A. M. (2020). An Update on Health-Related Quality of Life and Patient-Reported Outcomes in Hidradenitis Suppurativa. *Patient related outcome measures*, 11, 21–26. <https://doi.org/nbwc>

- 153) Magalhães, R. F., Rivitti-Machado, M. C., Duarte, G. V., Souto, R., Nunes, D. H., Chaves, M., Hirata, S. H., & Ramos, A. M. C. (2019). Consensus on the treatment of hidradenitis suppurativa - Brazilian Society of Dermatology. *Anais brasileiros de dermatologia*, 94(2 Suppl 1), 7–19. <https://doi.org/gsjj25>
- 154) Mahmoud, B. H., Tierney, E., Hexsel, C. L., Pui, J., Ozog, D. M., & Hamzavi, I. H. (2010). Prospective controlled clinical and histopathologic study of hidradenitis suppurativa treated with the long-pulsed neodymiumyttrium-aluminium-garnet laser. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 62(4), 637–645. <https://doi.org/fbht3x>
- 155) Makris, G. M., Poulakaki, N., Papanota, A. M., Kotsifa, E., Sergentanis, T. N., & Psaltopoulou, T. (2017). Vulvar, perianal and perineal cancer after hidradenitis suppurativa: a systematic review and pooled analysis. *Dermatologic Surgery*, 43(1), 107-115. <https://doi.org/f9rc2m>
- 156) Manfredini, M., Alma, A., Pongetti, L., Sticchi, A., Baschieri, E., Farnetani, F., & Pellacani, G. (2022). Topical finasteride: A potential therapeutic option for hidradenitis suppurativa. *Dermatologic therapy*, 35(11), e15837. <https://doi.org/mwp5>
- 157) Marchesi, A., Amendola, F., Garieri, P., Steinberger, Z., & Vaienti, L. (2021). Wide Local Excisions and Pedicled Perforator Flaps in Hidradenitis Suppurativa: A Study of Quality of Life. *Annals of plastic surgery*, 86(2), 201–205. <https://doi.org/m8wr>
- 158) Maridal, J. H. (2017). A worldwide measure of societal quality of life. *Social Indicators Research*, 134(1), 1-38. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1418-y>
- 159) Marquez, D. X., Aguiñaga, S., Vásquez, P. M., Conroy, D. E., Erickson, K. I., Hillman, C., & Powell, K. E. (2020). A systematic review of physical activity and quality of life and well-being. *Translational behavioral medicine*, 10(5), 1098-1109. <https://doi.org/gp2jcm>
- 160) Martora, F., Megna, M., Battista, T., Potestio, L., Annunziata, M. C., Marasca, C., Villani, A., & Fabbrocini, G. (2023). Adalimumab, Ustekinumab, and Secukinumab in the Management of Hidradenitis Suppurativa: A Review of the Real-Life Experience. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 16, 135–148. <https://doi.org/gsf5p9>
- 161) Masson, R., Park, S. E., Shih, T., Hogeling, M., Shi, V. Y., & Hsiao, J. L. (2024). Spironolactone in hidradenitis suppurativa: a single-center. *International journal of women's dermatology*, 10(1), e135. <https://doi.org/mwp6>
- 162) Matusiak, Ł. (2020). Profound consequences of hidradenitis suppurativa: a review. *British Journal of Dermatology*, 183(6), e171-e177. <https://doi.org/ffzx>
- 163) Matusiak, Ł., Szczech, J., Bieniek, A., Nowicka-Suszko, D., & Szepietowski, J. C. (2017). Increased interleukin (IL)-17 serum levels in patients with hidradenitis suppurativa: Implications for treatment with anti-IL-17 agents. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(4), 670–675. <https://doi.org/f95dk4>
- 164) McKenzie, S. A., Harview, C. L., Truong, A. K., Grogan, T. R., Shi, V. Y., Bennett, R. G., & Hsiao, J. L. (2020). Physical symptoms and psychosocial problems associated

- with hidradenitis suppurativa: correlation with Hurley stage. *Dermatology online journal*, 26(9). 33054933. <https://shorturl.at/1sttG>
- 165) McPhie, M. L., Bridgman, A. C., & Kirchhof, M. G. (2019). Combination Therapies for Hidradenitis Suppurativa: A Retrospective Chart Review of 31 Patients. *Journal of cutaneous medicine and surgery*, 23(3), 270–276. <https://doi.org/mwp7>
- 166) Menon, A., Gupta, P., Suri, R. K., Thakare, V., Dubey, L., & Patil, S. (2023). A Prospective Observational Study to Evaluate the Factors Affecting the Dermatology Life Quality Index in Patients With Hidradenitis Suppurativa. *Cureus*, 15(2), e35510. <https://doi.org/mzbx>
- 167) Mehrad, A., & Zangeneh, M. H. T. (2019). Comparison between qualitative and quantitative research approaches: Social sciences. *International Journal For Research In Educational Studies*, 5(7), 1-7. <https://rb.gy/am21ud>
- 168) Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., ... & Lykouras, L. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of general psychiatry*, 7, 1-5. <https://doi.org/bdvcfh>
- 169) Mirza, H. N., Mirza, F. N., & Khatri, K. A. (2021). Outcomes and adverse effects of ablative vs nonablative lasers for skin resurfacing: A systematic review of 1093 patients. *Dermatologic therapy*, 34(1), e14432. <https://doi.org/gq7xdt>
- 170) Molina-Leyva, A., & Cuenca-Barrales, C. (2020). Pruritus and Malodour in Patients with Hidradenitis Suppurativa: Impact on Quality of Life and Clinical Features Associated with Symptom Severity. *Dermatology*, 236(1), 59–65. <https://doi.org/mzwh>
- 171) Molinelli, E., Brisigotti, V., Campanati, A., Sapigni, C., Giacchetti, A., Cota, C., & Offidani, A. (2020). Efficacy of oral zinc and nicotinamide as maintenance therapy for mild/moderate hidradenitis suppurativa: A controlled retrospective clinical study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83(2), 665–667. <https://doi.org/m8ws>
- 172) Molinelli, E., Brisigotti, V., Simonetti, O., Sapigni, C., D'Agostino, G. M., Rizzetto, G., Giacchetti, A., & Offidani, A. (2022). Efficacy and safety of topical resorcinol 15% versus topical clindamycin 1% in the management of mild-to-moderate hidradenitis suppurativa: A retrospective study. *Dermatologic therapy*, 35(6), e15439. <https://doi.org/gpns4d>
- 173) Molinelli, E., Sapigni, C., Simonetti, O., D'Agostino, G. M., Brisigotti, V., Rizzetto, G., & Offidani, A. (2023). Acitretin plus macrolides and acitretin monotherapy in the management of hidradenitis suppurativa. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 37(3), e392–e394. <https://doi.org/m8wt>
- 174) Moloney, S., McGrath, B. M., Roshan, D., & Gethin, G. (2022a). The Personal Impact of Daily Wound Care for Hidradenitis Suppurativa. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 238(4), 762–771. <https://doi.org/nbwd>
- 175) Moloney, S., Fitzgerald, D., Roshan, D., & Gethin, G. (2022b). Impact of hidradenitis suppurativa-specific wound dressing system on patient quality of life and

- dressing-related pain: pilot study. *Journal of wound care*, 31(11), 898–906. <https://doi.org/nbwk>
- 176) Mordon S. (2018). Treating hidradenitis suppurativa with photodynamic therapy. *Journal of cosmetic and laser therapy*, 20(4), 223–228. <https://doi.org/m8wv>
- 177) Montero-Vilchez, T., Diaz-Calvillo, P., Rodriguez-Pozo, J. A., Cuenca-Barrales, C., Martinez-Lopez, A., Arias-Santiago, S., & Molina-Leyva, A. (2021). The Burden of Hidradenitis Suppurativa Signs and Symptoms in Quality of Life: Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 6709. <https://doi.org/gsjj24>
- 178) Mortimer, P. S., Dawber, R. P., Gales, M. A., & Moore, R. A. (2016). A double-blind controlled cross-over trial of cyproterone acetate in females with hidradenitis suppurativa. *The British journal of dermatology*, 115(3), 263–268. <https://doi.org/cxt87z>
- 179) Mortimore, A. M., Bullen, A., & McMeniman, E. K. (2022). The impact of hidradenitis suppurativa on quality of life is worse than inflammatory bowel disease and myocardial infarction. *The Australasian journal of dermatology*, 63(4), 505–508. <https://doi.org/ng9n>
- 180) Mouelhi, Y., Jouve, E., Castelli, C., & Gentile, S. (2020). How the minimal clinically important difference is established in health-related quality of life instruments? Review of anchors and methods. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 1-17. <https://doi.org/ghm4dk>
- 181) Mota, F., Machado, S., & Selores, M. (2017). Hidradenitis Suppurativa in Children Treated with Finasteride-A Case Series. *Pediatric dermatology*, 34(5), 578–583. <https://doi.org/gbph3j>
- 182) Napolitano, M., Megna, M., Timoshchuk, E. A., Patruno, C., Balato, N., Fabbrocini, G., & Monfrecola, G. (2017). Hidradenitis suppurativa: from pathogenesis to diagnosis and treatment. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 105-115. <https://doi.org/mprp>
- 183) Nguyen, T. V., Damiani, G., Orenstein, L. A., Hamzavi, I., & Jemec, G. B. (2021). Hidradenitis suppurativa: an update on epidemiology, phenotypes, diagnosis, pathogenesis, comorbidities and quality of life. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 35(1), 50-61. <https://doi.org/gmhjpp>
- 184) Nikolakis, G., Kyrgidis, A., & Zouboulis, C. C. (2019). Is There a Role for Antiandrogen Therapy for Hidradenitis Suppurativa? A Systematic Review of Published Data. *American journal of clinical dermatology*, 20(4), 503–513. <https://doi.org/m8ww>
- 185) Nosrati, A., Ch'en, P. Y., Torpey, M. E., Shokrian, N., Ball, G., Benesh, G., Andriano, T. M., Zhu, T. R., Heibel, H. D., Hosgood, H. D., Campton, K. L., & Cohen, S. R. (2024). Efficacy and Durability of Intravenous Ertapenem Therapy for Recalcitrant Hidradenitis Suppurativa. *JAMA dermatology*, 160(3), 312–318. <https://doi.org/m8wx>

- 186) Oktem, A., Rasulova, G., Cavdarli, B., Bostanci, S., Heper, A., & Vural, S. (2023). Successful treatment with anakinra in generalized spiculated porokeratosis and severe hidradenitis suppurativa in a patient with MVK and MEFV mutations. *Clinical and experimental dermatology*, 48(2), 161–165. <https://doi.org/m8wz>
- 187) Olsen, J., & Misajon, R. (2020). A conceptual map of health-related quality of life dimensions: key lessons for a new instrument. *Quality of Life Research*, 29, 733-743. <https://doi.org/ggrh2c>
- 188) Oluchi, S. E., Manaf, R. A., Ismail, S., Kadir Shahar, H., Mahmud, A., & Udeani, T. K. (2021). Health related quality of life measurements for diabetes: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9245. <https://doi.org/gpsktt>
- 189) Ooi, X. T., Choi, E., Han, H., Ahmad, H., Patwardhan, K. R., & Chandran, N. S. (2022). The psychosocial burden of hidradenitis suppurativa in Singapore. *JAAD international*, 10, 89–94. <https://doi.org/mzbx>
- 190) Orenstein, L. A. V., Salame, N., Siira, M. R., Urbanski, M., Flowers, N. I., Echuri, H., Garg, A., McKenzie-Brown, A. M., Curseen, K. A., Patzer, R. E., Kavalieratos, D., & Chen, S. C. (2023). Pain experiences among those living with hidradenitis suppurativa: a qualitative study. *The British journal of dermatology*, 188(1), 41–51. <https://doi.org/jvqp>
- 191) Ortiz-Álvarez, J., Hernández-Rodríguez, J. C., Durán-Romero, A. J., Conejo-Mir Sánchez, J., Pereyra-Rodríguez, J. J., & Osorio-Gómez, G. F. (2023). Hidradenitis suppurativa and suicide risk: a multivariate analysis in a disease with a high psychological burden. *Archives of dermatological research*, 315(3), 637–642. <https://doi.org/m4rk>
- 192) Oskardmay, A. N., Miles, J. A., & Sayed, C. J. (2019). Determining the optimal dose of infliximab for treatment of hidradenitis suppurativa. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(3), 702–708. <https://doi.org/gr9qrm>
- 193) Patel, N., McKenzie, S. A., Harview, C. L., Truong, A. K., Shi, V. Y., Chen, L., Grogan, T. R., Bennett, R. G., & Hsiao, J. L. (2021). Isotretinoin in the treatment of hidradenitis suppurativa: a retrospective study. *The Journal of dermatological treatment*, 32(4), 473–475. <https://doi.org/gsmzt2>
- 194) Pequeno, N. P. F., Cabral, N. L. D. A., Marchioni, D. M., Lima, S. C. V. C., & Lyra, C. D. O. (2020). Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 1-13. <https://doi.org/gm4zfv>
- 195) Phan, K., Charlton, O., & Smith, S. D. (2020). Global prevalence of hidradenitis suppurativa and geographical variation—systematic review and meta-analysis. *Biomedical Dermatology*, 4, 1-6. <https://doi.org/mprs>
- 196) Pink, A. E., Simpson, M. A., Desai, N., Trembath, R. C., & Barker, J. N. W. (2013). γ -Secretase mutations in hidradenitis suppurativa: new insights into disease pathogenesis. *The Journal of investigative dermatology*, 133(3), 601–607. <https://doi.org/gj7c8k>

- 197) Poondru, S., Scott, K., & Riley, J. M. (2023). Electronic Nicotine Dispensing Systems Compared to Traditional Cigarettes in Hidradenitis Suppurativa: A Cross-Sectional Survey of Patient and Dermatologist Perceptions. *Skin Appendage Disorders*, 9(5), 355-360. <https://doi.org/mprt>
- 198) Poveda, I., Vilarrasa, E., Martorell, A., García-Martínez, F. J., Segura, J. M., Hispán, P., Sánchez-Payá, J., Álvarez, P. J., González, I., & Pascual, J. C. (2018). Serum Zinc Levels in Hidradenitis Suppurativa: A Case-Control Study. *American journal of clinical dermatology*, 19(5), 771–777. <https://doi.org/m8w2>
- 199) Prussick, L., Rothstein, B., Joshipura, D., Saraiya, A., Turkowski, Y., Abdat, R., Alomran, A., Zancanaro, P., Kachuk, C., Dumont, N., Gottlieb, A. B., & Rosmarin, D. (2019). Open-label, investigator-initiated, single-site exploratory trial evaluating secukinumab, an anti-interleukin-17A monoclonal antibody, for patients with moderate-to-severe hidradenitis suppurativa. *The British journal of dermatology*, 181(3), 609–611. <https://doi.org/grmzdx>
- 200) Pullmann, H., & Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual differences*, 28(4), 701-715. <https://doi.org/b3dp5x>
- 201) Quinlan, C., Kirby, B., & Hughes, R. (2020). Spironolactone therapy for hidradenitis suppurativa. *Clinical and experimental dermatology*, 45(4), 464–465. <https://doi.org/m8w3>
- 202) Quinto, R. M., Sampogna, F., Fania, L., Ciccone, D., Fusari, R., Mastroeni, S., Iani, L., & Abeni, D. (2021a). Alexithymia, Psychological Distress, and Social Impairment in Patients with Hidradenitis Suppurativa. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 237(1), 103–110. <https://doi.org/gnqbwj>
- 203) Quinto, R. M., Mastroeni, S., Sampogna, F., Fania, L., Fusari, R., Iani, L., & Abeni, D. (2021b). Sexuality in Persons With Hidradenitis Suppurativa: Factors Associated With Sexual Desire and Functioning Impairment. *Frontiers in psychiatry*, 12, 729104. <https://doi.org/m4rm>
- 204) Rabindranathnambi, A., & Jeevankumar, B. (2022). Dapsone in Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review. *Dermatology and therapy*, 12(2), 285–293. <https://doi.org/m8w4>
- 205) Randhawa, H. K., Hamilton, J., & Pope, E. (2013). Finasteride for the treatment of hidradenitis suppurativa in children and adolescents. *JAMA dermatology*, 149(6), 732–735. <https://doi.org/f43dtf>
- 206) Ratcliffe, J., Lancsar, E., Flint, T., Kaambwa, B., Walker, R., Lewin, G., ... & Cameron, I. D. (2017). Does one size fit all? Assessing the preferences of older and younger people for attributes of quality of life. *Quality of Life Research*, 26, 299-309. <https://doi.org/ng9p>
- 207) Reddy, S., Orenstein, L. A. V., Strunk, A., & Garg, A. (2019). Incidence of Long-term Opioid Use Among Opioid-Naive Patients With Hidradenitis Suppurativa in the United States. *JAMA dermatology*, 155(11), 1284–1290. <https://doi.org/m8w5>

- 208) Revankar, R. R., Blum, F., Yeung, H., Patel, H. A., Holahan, H., Vedak, P., & Sayed, C. J. (2023). Factors influencing patient experience during incision and drainage procedures in hidradenitis suppurativa: an analysis of patient-reported outcomes. *The British journal of dermatology*, 189(6), 779–780. <https://doi.org/m8w6>
- 209) Revuz, J. (2009). Hidradenitis suppurativa. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 23(9), 985–998. <https://doi.org/bpg22m>
- 210) Riis, P. T., Boer, J., Prens, E. P., Saunte, D. M., Deckers, I. E., Emtestam, L., Sartorius, K., & Jemec, G. B. (2016b). Intralesional triamcinolone for flares of hidradenitis suppurativa (HS): A case series. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 75(6), 1151–1155. <https://doi.org/f3vhd8>
- 211) Riis, P. T., Ring, H. C., Themstrup, L., & Jemec, G. B. (2016a). The Role of Androgens and Estrogens in Hidradenitis Suppurativa - A Systematic Review. *Acta dermatovenerologica Croatica*, 24(4), 239–249. <https://shorturl.at/688It>
- 212) Ring, H. C., Bay, L., Nilsson, M., Kallenbach, K., Miller, I. M., Saunte, D. M., Bjarnsholt, T., Tolker-Nielsen, T., & Jemec, G. B. (2017). Bacterial biofilm in chronic lesions of hidradenitis suppurativa. *The British journal of dermatology*, 176(4), 993–1000. <https://doi.org/f9rtdn>
- 213) Ring, H. C., Knudsen, A., & Thomsen, S. F. (2021). Metronidazole for Hidradenitis Suppurativa: future potential treatment applications. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 35(5), e323–e324. <https://doi.org/m8w9>
- 214) Romanowski, K. S., Galet, C., Torres, M., & Wibbenmeyer, L. (2023). Evaluation of Outcomes Following Surgical Treatment of Hidradenitis Suppurativa. *Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association*, 44(4), 880–886. <https://doi.org/nbwm>
- 215) Rondags, A., van Straalen, K. R., van Hasselt, J. R., Janse, I. C., Ardon, C. B., Vossen, A. R. J. V., Prens, E. P., van der Zee, H. H., & Horváth, B. (2019). Correlation of the refined Hurley classification for hidradenitis suppurativa with patient-reported quality of life and objective disease severity assessment. *The British journal of dermatology*, 180(5), 1214–1220. <https://doi.org/m6kz>
- 216) Rosi, E., Pescitelli, L., Ricceri, F., Di Cesare, A., Novelli, A., Pimpinelli, N., & Prignano, F. (2019). Clindamycin as unique antibiotic choice in Hidradenitis Suppurativa. *Dermatologic therapy*, 32(2), e12792. <https://doi.org/gq3d3j>
- 217) Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480. <https://doi.org/db7p5d>
- 218) Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20–40. <https://doi.org/dxj3n2>
- 219) Ruggeri, K., Garcia-Garzon, E., Maguire, Á., Matz, S., & Huppert, F. A. (2020). Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 1–16. <https://doi.org/mjpw>

- 220) Rymaszewska, J. E., Krajewski, P. K., Matusiak, Ł., Maj, J., & Szepietowski, J. C. (2023a). Satisfaction with Life and Coping Strategies among Patients with Hidradenitis Suppurativa: A Cross-Sectional Study. *Journal of clinical medicine*, 12(8), 2755. <https://doi.org/mzwj>
- 221) Rymaszewska, J. E., Krajewski, P. K., Szczęch, J., & Szepietowski, J. C. (2023b). Depression and anxiety in hidradenitis suppurativa patients: a cross-sectional study among Polish patients. *Advances in Dermatology and Allergology*, 40(1), 35–39. <https://doi.org/m6k2>
- 222) Sabat, R., Jemec, G. B., Matusiak, Ł., Kimball, A. B., Prens, E., & Wolk, K. (2020). Hidradenitis suppurativa. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 18. <https://doi.org/gjtvqh>
- 223) Sachdeva, M., Shah, M., & Alavi, A. (2021). Race-specific prevalence of hidradenitis suppurativa. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 25(2), 177-187. <https://doi.org/mprw>
- 224) Sampogna, F., Fania, L., Mazzanti, C., Caggiati, A., Pallotta, S., Panebianco, A., Mastroeni, S., Didona, B., Pintori, G., & Abeni, D. (2019). The Broad-Spectrum Impact of Hidradenitis Suppurativa on Quality of Life: A Comparison with Psoriasis. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 235(4), 308–314. <https://doi.org/m4rn>
- 225) Sampogna, F., Fania, L., Mastroeni, S., Fusari, R., Panebianco, A., & Abeni, D. (2023). Quality of life in patients with early- and late-onset hidradenitis suppurativa. *Archives of dermatological research*, 315(3), 473–479. <https://doi.org/m2rx>
- 226) Sánchez-Díaz, M., Díaz-Calvillo, P., Rodríguez-Pozo, J. Á., Arias-Santiago, S., & Molina-Leyva, A. (2023). Effectiveness and Safety of Acitretin for the Treatment of Hidradenitis Suppurativa, Predictors of Clinical Response: A Cohort Study. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 239(1), 52–59. <https://doi.org/m8xb>
- 227) Sapena, M., Wurm, M., Taubenböck, H., Tuia, D., & Ruiz, L. A. (2021). Estimating quality of life dimensions from urban spatial pattern metrics. *Computers, environment and urban systems*, 85, 101549. <https://doi.org/ghdqzr>
- 228) Sartorius, K., Killasli, H., Oprica, C., Sullivan, A., & Lapins, J. (2012). Bacteriology of hidradenitis suppurativa exacerbations and deep tissue cultures obtained during carbon dioxide laser treatment. *The British journal of dermatology*, 166(4), 879–883. <https://doi.org/cq75r5>
- 229) Sartorius, K., Emtestam, L., Jemec, G. B., & Lapins, J. (2009). Objective scoring of hidradenitis suppurativa reflecting the role of tobacco smoking and obesity. *The British journal of dermatology*, 161(4), 831–839. <https://doi.org/c83gc8>
- 230) Saunte, D. M., & Jemec, G. B. E. (2017). Hidradenitis suppurativa: advances in diagnosis and treatment. *Jama*, 318(20), 2019-2032. <https://doi.org/gd3zjw>
- 231) Saunte, D. M., & Jemec, G. B. E. (2021). Intralesional Triamcinolone for Hidradenitis Suppurativa-How Much Is Needed? *Dermatologic surgery*, 47(7), 1013–1014. <https://doi.org/m8xc>
- 232) Saunte, D. M., & Lapins, J. (2016). Lasers and Intense Pulsed Light Hidradenitis Suppurativa. *Dermatologic clinics*, 34(1), 111–119. <https://doi.org/f75cjt>

- 233) Savage, K. T., Flood, K. S., Porter, M. L., & Kimball, A. B. (2019). TNF- α inhibitors in the treatment of hidradenitis suppurativa. *Therapeutic advances in chronic disease*, *10*, 2040622319851640. <https://doi.org/m8xd>
- 234) Savage, K. T., Singh, V., Patel, Z. S., Yannuzzi, C. A., McKenzie-Brown, A. M., Lowes, M. A., & Orenstein, L. A. V. (2021). Pain management in hidradenitis suppurativa and a proposed treatment algorithm. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *85*(1), 187–199. <https://doi.org/m8xf>
- 235) Schneider-Burrus, S., Jost, A., Peters, E. M. J., Witte-Haendel, E., Sterry, W., & Sabat, R. (2018). Association of Hidradenitis Suppurativa With Body Image. *JAMA dermatology*, *154*(4), 447–451. <https://doi.org/gc22wz>
- 236) Schneider-Burrus, S., Tsaousi, A., Barbus, S., Huss-Marp, J., Witte, K., Wolk, K., Fritz, B., & Sabat, R. (2021). Features Associated With Quality of Life Impairment in Hidradenitis Suppurativa Patients. *Frontiers in medicine*, *8*, 676241. <https://doi.org/m2rz>
- 237) Schneider-Burrus, S., Kalus, S., Fritz, B., Wolk, K., Gomis-Kleindienst, S., & Sabat, R. (2023). The impact of hidradenitis suppurativa on professional life. *The British journal of dermatology*, *188*(1), 122–130. <https://doi.org/nbwn>
- 238) Schrader, A. M., Deckers, I. E., van der Zee, H. H., Boer, J., & Prens, E. P. (2014). Hidradenitis suppurativa: a retrospective study of 846 Dutch patients to identify factors associated with disease severity. *Journal of the American Academy of Dermatology*, *71*(3), 460–467. <https://doi.org/f2tkfw>
- 239) Schuch, A., Fischer, T., Boehner, A., Biedermann, T., & Volz, T. (2018). Successful Treatment of Severe Recalcitrant Hidradenitis Suppurativa with the Interleukin-17A Antibody Secukinumab. *Acta dermato-venereologica*, *98*(1), 151–152. <https://doi.org/grmzd2>
- 240) Searle, T. N., Al-Niimi, F., & Ali, F. R. (2020). Spironolactone in dermatology: uses in acne and beyond. *Clinical and experimental dermatology*, *45*(8), 986–993. <https://doi.org/m8xh>
- 241) Segura Palacios, J. M., Soto Moreno, A., Valladares Millán, I., Rivas Ruiz, F., Cuenca Barrales, C., & Molina Leyva, A. (2023). Intramuscular ertapenem for the treatment of severe cases hidradenitis suppurativa. *The Journal of dermatological treatment*, *34*(1), 2179368. <https://doi.org/m8xj>
- 242) Seivright, J. R., Collier, E., Grogan, T., Hogeling, M., Shi, V. Y., & Hsiao, J. L. (2021). Physical and psychosocial comorbidities of pediatric hidradenitis suppurativa: A retrospective analysis. *Pediatric dermatology*, *38*(5), 1132–1136. <https://doi.org/mzb4>
- 243) Serra-García, L., & Morgado-Carrasco, D. (2022). RF - Usefulness of Zinc Gluconate and Other Nondrug Treatments for Managing Hidradenitis Suppurativa. FR - Utilidad del gluconato de cinc y otros tratamientos no farmacológicos en el manejo de la hidrosadenitis suppurativa. *Actas dermo-sifiliograficas*, *113*(6), 627–631. <https://doi.org/m8xk>

- 244) Shan, H. D., Huffman, S. S., Bovill, J. D., Haffner, Z. K., Towfighi, P., Benedict, C. D., & Evans, K. K. (2024). Psychiatric Influences on Hidradenitis Suppurativa: A Call for Help. *Archives of plastic surgery*, 51(3), 304–310. <https://doi.org/mzb3>
- 245) Shih, T., Lee, K., Grogan, T., De, D. R., Shi, V. Y., & Hsiao, J. L. (2022). Infliximab in hidradenitis suppurativa: A systematic review and meta-analysis. *Dermatologic therapy*, 35(9), e15691. <https://doi.org/m8xm>
- 246) Shipman, W. D., 3rd, Williams, M. N., Suozzi, K. C., Eisenstein, A. S., & Dover, J. S. (2024). Efficacy of laser hair removal in hidradenitis suppurativa: A systematic review and meta-analysis. *Lasers in surgery and medicine*, 56(5), 425–436. <https://doi.org/m8xn>
- 247) Stern, A. F. (2014). The hospital anxiety and depression scale. *Occupational medicine*, 64(5), 393-394. <https://doi.org/gf5h6g>
- 248) Takeda, K., Kikuchi, K., Kanazawa, Y., Yamasaki, K., & Aiba, S. (2019). Ustekinumab treatment for hidradenitis suppurativa. *The Journal of dermatology*, 46(12), 1215–1218. <https://doi.org/grmzcx>
- 249) Tannenbaum, R., Strunk, A., & Garg, A. (2019). Association between hidradenitis suppurativa and lymphoma. *JAMA dermatology*, 155(5), 624-625. <https://doi.org/mpr2>
- 250) Tay, L., Kuykendall, L., & Diener, E. (2015). *Satisfaction and Happiness – The Bright Side of Quality of Life*. In: Glatzer, W., Camfield, L., Møller, V., Rojas, M. (eds) *Global Handbook of Quality of Life*. International Handbooks of Quality-of-Life. Springer, Dordrecht. <https://doi.org/ng9q>
- 251) Thorlacius, L., Cohen, A. D., Gislason, G. H., Jemec, G. B. E., & Egeberg, A. (2018). Increased Suicide Risk in Patients with Hidradenitis Suppurativa. *The Journal of investigative dermatology*, 138(1), 52–57. <https://doi.org/gcs2px>
- 252) Tiri, H., Jokelainen, J., Timonen, M., Tasanen, K., & Huilaja, L. (2018). Somatic and psychiatric comorbidities of hidradenitis suppurativa in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 79(3), 514–519. <https://doi.org/gd44wr>
- 253) Tsentemidou, A., Sotiriou, E., Bakirtzi, K., Papadimitriou, I., Chatzi-Sotiriou, T., Panagopoulou, A., Kougkas, N., Lallas, A., & Vakirlis, E. (2023a). Quality-of-Life Endpoints in Women of Childbearing Age with Hidradenitis Suppurativa: A Tertiary-Care-Centre-Based Study. *Mediterranean journal of rheumatology*, 34(4), 469–478. <https://doi.org/mzww>
- 254) Tsentemidou, A., Vakirlis, E., Papadimitriou, I., Ioannides, D., & Sotiriou, E. (2023b). Metformin in Hidradenitis Suppurativa: Is It Worth Pursuing Further? *Skin appendage disorders*, 9(3), 187–190. <https://doi.org/m8xp>
- 255) Tugnoli, S., Agnoli, C., Silvestri, A., Giari, S., Bettoli, V., & Caracciolo, S. (2020). Anger, Emotional Fragility, Self-esteem, and Psychiatric Comorbidity in Patients with Hidradenitis Suppurativa/Acne Inversa. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 27(3), 527–540. <https://doi.org/m6k3>
- 256) Tzanetakou, V., Kanni, T., Giatrakou, S., Katoulis, A., Papadavid, E., Netea, M. G., Dinarello, C. A., van der Meer, J. W. M., Rigopoulos, D., & Giamarellos-Bourboulis,

- E. J. (2016). Safety and Efficacy of Anakinra in Severe Hidradenitis Suppurativa: A Randomized Clinical Trial. *JAMA dermatology*, 152(1), 52–59. <https://doi.org/m8xq>
- 257) Tzellos, T., Yang, H., Mu, F., Calimlim, B., & Signorovitch, J. (2019). Impact of hidradenitis suppurativa on work loss, indirect costs and income. *The British journal of dermatology*, 181(1), 147–154. <https://doi.org/gnwnqq>
- 258) Uysal, M., & Sirgy, M. J. (2019). Quality-of-life indicators as performance measures. *Annals of Tourism Research*, 76, 291-300. <https://doi.org/ggf4n8>
- 259) van der Zee, H. H., & Jemec, G. B. (2015). New insights into the diagnosis of hidradenitis suppurativa: clinical presentations and phenotypes. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 73(5), S23-S26. <https://doi.org/f7wgjd>
- 260) van Straalen, K., Tzellos, T., Guillem, P., Benhadou, F., Cuenca-Barrales, C., Daxhelet, M., Daoud, M., Efthymiou, O., Giamarellos-Bourboulis, E. J., Jemec, G. B. E., Katoulis, A. C., Koenig, A., Lazaridou, E., Marzano, A. V., Matusiak, Ł., Molina-Leyva, A., Moltrasio, C., Pinter, A., Potenza, C., Romaní, J., ... van der Zee, H. H. (2021a). The efficacy and tolerability of tetracyclines and clindamycin plus rifampicin for the treatment of hidradenitis suppurativa: Results of a prospective European cohort study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 85(2), 369–378. <https://doi.org/fzwd>
- 261) van Straalen, K., Vanlaerhoven, A. M., Ardon, C., & van der Zee, H. (2021b). Body mass index at the onset of hidradenitis suppurativa. *JDDG-Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft Volume*, 19(3), 437-439. <https://doi.org/gh2nvp>
- 262) Vargas-Mora, P., & Morgado-Carrasco, D. (2020). Spironolactone in Dermatology: Uses in Acne, Hidradenitis Suppurativa, Female Pattern Baldness, and Hirsutism. Uso de la espironolactona en dermatología: acné, hidradenitis suppurativa, alopecia femenina e hirsutismo. *Actas dermo-sifiliograficas*, 111(8), 639–649. <https://doi.org/m8xr>
- 263) Vasanth, V., & Chandrashekar, B. S. (2014). Follicular occlusion tetrad. *Indian dermatology online journal*, 5(4), 491–493. <https://doi.org/mpr5>
- 264) Vinkel, C., & Thomsen, S. F. (2018). Hidradenitis suppurativa: causes, features, and current treatments. *The Journal of clinical and aesthetic dermatology*, 11(10), 17-23. <https://shorturl.at/cDMQ7>
- 265) Voukelatou, V., Gabrielli, L., Miliou, I., Cresci, S., Sharma, R., Tesconi, M., & Pappalardo, L. (2021). Measuring objective and subjective well-being: dimensions and data sources. *International Journal of Data Science and Analytics*, 11, 279-309. <https://doi.org/ghqfks>
- 266) Vossen, A. R. J. V., Schoenmakers, A., van Straalen, K. R., Prens, E. P., & van der Zee, H. H. (2017). Assessing Pruritus in Hidradenitis Suppurativa: A Cross-Sectional Study. *American journal of clinical dermatology*, 18(5), 687–695. <https://doi.org/gbzmqn>
- 267) Watson, R. (2015). Quantitative research. *Nursing standard*, 29(31). 44-48. <https://doi.org/d7fw>

- 268) Weir, S. A., Roman, B., Jiminez, V., Burns, M., Sanyi, A., Elewski, B., & Mayo, T. (2023). Hidradenitis Suppurativa and Five Key Vitamins and Minerals. *Skin appendage disorders*, 9(3), 153–159. <https://doi.org/m6r5>
- 269) Westerkam, L. L., Tackett, K. J., & Sayed, C. J. (2021). Comparing the Effectiveness and Safety Associated With Infliximab vs Infliximab-abda Therapy for Patients With Hidradenitis Suppurativa. *JAMA dermatology*, 157(6), 708–711. <https://doi.org/m8xs>
- 270) Wilden, S., Friis, M., Tuettenberg, A., Staubach-Renz, P., Wegner, J., Grabbe, S., & von Stebut, E. (2021). Combined treatment of hidradenitis suppurativa with intense pulsed light (IPL) and radiofrequency (RF). *The Journal of dermatological treatment*, 32(5), 530–537. <https://doi.org/m8xt>
- 271) Willems, D., Hiligsmann, M., van der Zee, H. H., Sayed, C. J., & Evers, S. M. A. A. (2022). Identifying Unmet Care Needs and Important Treatment Attributes in the Management of Hidradenitis Suppurativa: A Qualitative Interview Study. *The patient*, 15(2), 207–218. <https://doi.org/mzb5>
- 272) Witte-Händel, E., Wolk, K., Tsaousi, A., Irmer, M. L., Mößner, R., Shomroni, O., Lingner, T., Witte, K., Kunkel, D., Salinas, G., Jodl, S., Schmidt, N., Sterry, W., Volk, H. D., Giamarellos-Bourboulis, E. J., Pokrywka, A., Döcke, W. D., Schneider-Burrus, S., & Sabat, R. (2019). The IL-1 Pathway Is Hyperactive in Hidradenitis Suppurativa and Contributes to Skin Infiltration and Destruction. *The Journal of investigative dermatology*, 139(6), 1294–1305. <https://doi.org/m8xv>
- 273) Wong, D., Walsh, S., & Alhusayen, R. (2016). Low-dose systemic corticosteroid treatment for recalcitrant hidradenitis suppurativa. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 75(5), 1059–1062. <https://doi.org/m8xw>
- 274) Wright, S., O'Brien, B. C., Nimmon, L., Law, M., & Mylopoulos, M. (2016). Research design considerations. *Journal of graduate medical education*, 8(1), 97-98. <https://doi.org/gdtmzx>
- 275) Yadav, V. (2019). *Quality of Life: Dimensions and Measurement*. In: Sinha, B. (eds) *Multidimensional Approach to Quality of Life Issues*. Springer, Singapore. <https://doi.org/mjpx>
- 276) Yao, Y., Jørgensen, A. R., & Thomsen, S. F. (2020). Work productivity and activity impairment in patients with hidradenitis suppurativa: a cross-sectional study. *International journal of dermatology*, 59(3), 333–340. <https://doi.org/nbwp>
- 277) Yip, C., Han, N. L. R., & Sng, B. L. (2016). Legal and ethical issues in research. *Indian journal of anaesthesia*, 60(9), 684-688. <https://doi.org/gmz38v>
- 278) Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., & Li, X. (2018). The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/ghzhc5>
- 279) Zouboulis, C. C., Bechara, F. G., Dickinson-Blok, J. L., Gulliver, W., Horváth, B., Hughes, R., Kimball, A. B., Kirby, B., Martorell, A., Podda, M., Prens, E. P., Ring, H. C., Tzellos, T., van der Zee, H. H., van Straalen, K. R., Vossen, A. R. J. V., & Jemec, G. B. E. (2019). Hidradenitis suppurativa/acne inversa: a practical framework for treatment optimization - systematic review and recommendations from the HS

- ALLIANCE working group. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(1), 19–31. <https://doi.org/m8xx>
- 280) Zouboulis, C. C., Desai, N., Emtestam, L., Hunger, R. E., Ioannides, D., Juhász, I., Lapins, J., Matusiak, L., Prens, E. P., Revuz, J., Schneider-Burrus, S., Szepietowski, J. C., van der Zee, H. H., & Jemec, G. B. (2015). European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29(4), 619–644. <https://doi.org/f3m5k7>
- 281) Zouboulis, C. C., Passeron, T., Pariser, D., Wozniak, M. B., Li, X., Uhlmann, L., Lobach, I., Martinez, A. L., Ravichandran, S., Alarcon, I., Offidani, A., Alam, M. S., & Mendes-Bastos, P. (2024). Secukinumab in patients with moderate-to-severe hidradenitis suppurativa based on prior biologic exposure: an efficacy and safety analysis from the SUNSHINE and SUNRISE phase III trials. *The British journal of dermatology*, 190(6), 836–845. <https://doi.org/m7mw>

Παράρτημα – Έγγραφο συγκατάθεσης

ΕΓΓΡΑΦΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Τίτλος Εργασίας:

Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής σε ασθενείς με Διαλυτητική Ιδρωταδενίτιδα με δείκτες συστηματικής φλεγμονής.

Βασικοί Ερευνητές: Ρωτσιάμης Νικόλαος ειδ/νος Δερματολογίας, Λιάκου Αικατερίνη Δερματολόγος, Κατούλης Αλέξανδρος Αν. Καθηγητής Δερματολογίας ΕΚΠΑ, Ρηγόπουλος Δημήτριος Καθηγητής Δερματολογίας ΕΚΠΑ

Επικοινωνία: 6944728108, e-mail: nrotsiamis@yahoo.gr

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί εάν συσχετίζονται οι δείκτες συστηματικής φλεγμονής στους ασθενείς με Διαλυτητική Ιδρωταδενίτιδα με την Ποιότητα Ζωής.

Διαδικασία

- Θα απαντήσετε σε ορισμένα ερωτηματολόγια – κλίμακες
- Θα υποβληθείτε σε αιμοληψία για τον προσδιορισμό των δεικτών φλεγμονής (CRP, ΤΚΕ, αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων)

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζετε ότι:

- **Η συμμετοχή σας είναι εντελώς δωρεάν.**
- **Η συμμετοχή σας είναι εντελώς εθελοντική.**
- **Μπορείτε να αποφασίσετε να μη συμμετάσχετε ή να αποχωρήσετε από τη μελέτη σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή χωρίς καμία επίπτωση στις υπηρεσίες υγείας που σας παρέχονται.**
- **Θα ενημερώνεστε για οποιαδήποτε νέα πληροφορία ή αλλαγή στη μελέτη η οποία μπορεί να επηρεάσει την επιθυμία σας να συμμετάσχετε σε αυτήν.**
- **Όσον αφορά τα προσωπικά σας δεδομένα προστατεύονται από το ιατρικό απόρρητο και πάντα φροντίζουμε να τηρείται η ανωνυμία σας.**

Υπογραφή Ερευνητή

Υπογραφή ασθενούς