REPUBLIKA E KOSOVËS-REPUBLIKA KOSOVA-REPUBLIC OF KOSOVA
QEVERIA E KOSOVËS-VLADA KOSOVA-GOVERNMENT OF KOSOVA
MINISTRIA E SHËNDETËSISË-MINISTARSTVO ZDRAVLJA-MINISTRY OF HEALTH
Njësia Org. 01
Org Jedinica
Org Unit
Nr.i faqeve
Br.stranica
No.pages -45-
Nr.Prot:
Broj Prot:
Prot.No: 05-7669
Data:
Datum:
Date: 29/10/2026
Prishtinë / a

Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria-Vlada-Government
Ministria e Shëndetësisë-Ministarstvo Zdravstva-Ministry of Health
Zyra e Ministrit– Ured Ministra –Office of the Minister

Nr: 242 /X/2026
Datë: 28.10.2026

Ministri i Ministrisë së Shëndetësisë, në mbështetje të Nenit 145 (pika 2) e Kushtetutës së Republikës së Kosovës, në përputhje me nenet 10 dhe 11 të Ligjit Nr. 06/L-113 për Organizimin dhe Funksionimin e Administratës Shtetërore dhe të Agjencive të Pavarura (Gazeta Zyrtare Nr. 7, 01 Mars 2019), bazuar në nenin 11 paragrafi 1, nënparagrafi 1.5 të Ligjit Nr.08/L-117 për Qeverinë e Republikës së Kosovës, bazuar në nenin 12, paragrafi 1, nënparagrafi 1.1. Rregullores (QRK) - nr. 04/2026 për Fushat e Përgjegjësisë Administrative të Ministrive, duke u bazuar në nenet 15, 18 të Udhëzimit Administrativ Nr.06/2023 për Udhërrëfyes dhe Protokolle Klinike, nxjerrë këtë:

V E N D I M

I. Aprovohet Udhërrëfyesi Klinik "Menaxhimi i Dermatozave Ekzematoze dhe Alergjike".

II. Zbatimi i Udhërrëfyesi Klinik është i detyrueshëm për të gjithë profesionistët shëndetësorë.

III. Udhëheqësit e institucioneve shëndetësore janë përgjegjës për sigurimin e zbatimit të Udhërrëfyesi Klinik.

IV. Udhërrëfyesi Klinik publikohet në faqen zyrtare të MSh dhe të IKSHPK.

V. Shtojcë e këtij vendimi është Udhërrëfyesi Klinik "Menaxhimi i Dermatozave Ekzematoze dhe Alergjike".

VI. Vendimi hyn në fuqi në ditën e nënshkrimit nga Ministri i Shëndetësisë.

Dr. Arben Vitia
Minister i Shëndetësisë

Vendim i dërgohet:
- *Zëvendësministrave;*

- *Sekretarit i Përgjithshëm;*
- *KKUPK-së;*
- *SHSKUK-së;*
- *Div. KPSH;*
- *Departamentit ligjor;*
- *Departamentit të PSSh;*
- *Arkivit të MSh-së.*



Republika e Kosovës
Republika Kosova - Republic of Kosovo
Qeveria - Vlada - Government
Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministry of Health

MENAXHIMI I DERMATOZAVE EKZEMATOZE DHE ALERGJIKE

UDHËRRËFYES KLINIK

Udhërrëfyesi Nr.10/2025 Prishtinë, 2025 Verzioni 1.0

Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:

MSc. Niman Bardhi, PhD. – Kryesues

Znj. Fatbardhe Murtezi – Anëtare

Dr. Shaban Osmanaj – Anëtar

Z. Mentor Sadiku – Anëtar

Dr. Teuta Qilerxhiu – Anëtare

Dr. Fakete Hoxha - Anëtare

Prof. Dr. Premtim Rashiti – Anëtar

Dr. Lauras Idrizi – Anëtar

Z. Agron Bytyqi – Anëtar

Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së adaptimit të udhërrëfyesve klinik:

Prof. Dr. Merita Berisha – Kryesuese

Dr. Drita Lumi – Anëtare

Prof. Dr. Valbona Zhjeqi – Anëtare

Dr. Merita Vuthaj – Anëtare

Mr. Sci. Ariana Qerimi – Anëtare

Grupi punues:

Dr. Nazife Hajdini-Ahmetaj – Kryesuese

Dr. Fëllanza Ismajli-Hoxha – Anëtare

Dr.Sci. Reihane Bislimi-Berisha – Anëtare

Ass.Dr. Artina Pajaziti – Anëtare

Dr. Vjollca Zeqiri – Anëtare

Mr.Ph. Arbenita Pajaziti – Anëtare

Përmbajtja

I.HYRJE 5
II. QËLLIMI DHE FOKUSI 5
III. PËRKUFIZIMET 6
IV. TË DHËNAT EPIDEMIOLOGJIKE 8
V. POPULLATA E CAKUT 8
VI. AUDIENCA E CAKUT - DEDIKIMI 8
VII. PYETJET KLINIKE 9
VIII. METODOLOGJIA DHE PROCESI I ADAPTIMIT 10
8.1 Rishikimi i jashtëm dhe procesi i adaptimit 12
8.2 Metodologjia e gradimit të rekomandimeve dhe cilësia e evidencave shkencore 12
8.3 Rekomandimet 13
IX. PLANI PËR REVIDIMIN DHE PËRDITËSIMIN E UDHËRRËFYESIT 14
X. VLERËSIMI 14
XI. DIAGNOSTIKIMI I URTIKARISË KRONIKE SPONTANE (UKS) 16
11.1. Algoritmi diagnostik i pacientëve që prezentojnë me urtika dhe/ose angioedema për më shumë se 6 javë: 16
XII. Konfirmimi i UKS dhe përjashtimi i diagnozave diferenciale 17
XIII. Identifikimi i gjendjeve relevante që mund ta modifikojnë aktivitetin e sëmundjes 17
XIV. Menaxhimi i dermatozave alergjike 18
XV. Menaxhimi i dermatozave ekzematoze 18
15.1 Diagnostikimi i dermatozave ekzematoze 18
15.2 Hapat për menaxhimin klinik 21
15.2.1 Hapi 1: Marrja e historisë/ Anamneza 21
15.2.2 Hapi i 2 është ekzaminimi fizik i pacientit 22
15.2.3 Hapi 3 dhe 4 22
XVI. EKZEMA E PIODERMIZUAR 23
16.1 Menaxhimi 23
16.2 Trajtimi 23
16.3 Kujdesi dhe mirëmbajtja e lëkurës ekzematose 24
XVII. REKOMANDIMET 24
XVIII. Menaxhimi dhe trajtimi i formave të ashpërsuara të ekzemës 26

18.1 Kortikosteroidet 26
18.2 Larjet 28
IXX. INFEKSIONET EKZEMATOZE TË LËKURËS 29
19.1 Infeksionet bakteriale 29
19.2 Infeksionet virale 29
19.3 Infeksionet e përsëritura 29
19.4 Rekomandimet 29
XX. KORTIKOSTEROIDET 30
20.1 Rekomandimet 32
XXI. IMUNOMODULATORET TOPIKALE (TACROLIMUS DHE PIMECROLIMUS) 33
XXII. TERAPIA ANTIPRURITIKE 35
XXIII. ANTIHISTAMINIKËT 35
XXIV. FOTOTERAPIA 35
24.1 Rekomandimet 36
XXV. Agjentët imunosupresues 36
25.1 Ciklosporina 36
25.2 Rekomandimet 36
XXVI. PROCESI I ADAPTIMIT TË UDHËRRËFYESIT 38
XXVII. APLIKIMI DHE ZBATIMI I UK NË RRETHANA TONA 39
SHKURTESA DHE DEFINICIONE 40
REFERENCAT 41

I.HYRJE

Dermatozat alergjike dhe ekzematoze janë përfaqësuese të një game të gjerë të reaksioneve alergjike të lëkurës, që ndikojnë në shëndetin dhe cilësinë e jetës së individëve në nivel global. Hartimi i udhërrëfyesit klinik për këto problematika përfshin:

1. Nevojën për të ofruar kujdes cilësor dhe të standardizuar për pacientët me dermatoza alergjike dhe ekzematoze,
2. Përmirësimin e diagnostikimit dhe menaxhimit të dermatozave alergjike dhe ekzematoze përmes kritereve të diagnostikimit e vlerësimit të rrezikut,
3. Zvogëlimin e variabilitetit në trajtim të dermatozave alergjike dhe ekzematoze,
4. Parandalimin e komplikimeve dhe rritjen e sigurisë: udhëzime për identifikimin e faktorëve të rrezikut dhe përparimin e parandalimit të komplikimeve të mundshme të këtyre gjendjeve, duke përfshirë reaksione të rënda alergjike dhe infeksionet e lëkurës. Ky parandalim i komplikimeve ndihmon edhe në zvogëlimin e kostove të kujdesit shëndetësor.

Ky udhërrëfyes mbulon definimin dhe klasifikimin e dermatozave alergjike dhe ekzematoze, duke marrë në konsideratë progresin e fundit për menaxhimin e tyre. Përveç kësaj, këtu përshkruhen qasjet diagnostike dhe terapeutike të bazuara në evidencë për nën-llojet e ndryshme të klasifikimeve bazë.

II. QËLLIMI DHE FOKUSI

Ky udhërrëfyes synon t'i shërbejë çdo institucioni shëndetësor dhe të gjithë profesionistëve shëndetësor.

Qëllimi i këtij udhërrëfyesi klinik është menaxhimi dhe trajtimi i bazuar në dëshmi, në mënyrë që të minimizohen dhe shmangen efektet nga trajtimet eventuale joadekuate të dermatozave alergjike dhe ekzematoze. Përmes unifikimit të trajtimit gjatë menaxhimit të pacientëve me këto patologji, synojmë përmbushjen e kërkesave të pacientëve dhe kosto-efektivitetin e shërbimeve të ofruara.

Të dhënat e ofruara në këtë dokument paraqesin informacionet e pesë-vjeçarit të fundit në lidhje me menaxhimin optimal të dermatozave alergjike dhe dermatozave ekzematoze. Ky udhërrëfyes klinik i dedikohet specialistëve të dermatologjisë, pediatrisë; specialistëve mjekë familjar, mjekëve të përgjithshëm dhe të gjithë specialistëve që kujdesen për pacientët me këto gjendje. Të lartëcekurit pritet ta zbatojnë këtë UK.

III. PËRKUFIZIMET

Urtikaria paraqet një grup të sëmundjeve, që karakterizohen me zhvillimin e urtikave, angioedemës, ose të të dyjave. [1,2] Urtikaria duhet të diferencohet nga gjendjet e tjera, në të cilat urtikat, angioedema ose të dyja mund të shfaqen, psh: anafilaksa, sindromet autoinflamatore, vaskuliti urtikarial ose angioedema e ndërmjetësuar nga bradikinina, duke përfshirë angioedemën hereditare.

Urtika ka tri tipare tipike:

Edemën qartë të kufizuar nga lëkura e shëndoshë, me variacione në formë dhe madhësi;

Ndjenjën e kruarjes ose ndonjëherë djegies;

Natyrën tranzitore: lëkura kthehet në gjendjen paraprake brenda 30 min – 24 orëve.

Angioedema karakterizohet nga:

- Edema e menjëhershme, e theksuar, eritematoze ose ngjyrë lëkure, e thellë, në dermisin retikular, subkutis ose membranë mukozale;
- Ndjenja e djegies, tensionit dhe ndonjëherë dhimbjes, më tepër se e kruarjes;
- Shërimi më i ngadalshëm se i urtikave (mund të zgjasë deri në 72 orë).

Spektri i manifestimeve klinike të urtikarive të ndryshme dhe nëntipeve është shumë i gjerë. Për më tepër, dy ose më shumë nëntipe të urtikarisë mund të koekzistojnë në të njëjtin pacient.

Urtikaria klasifikohet në:

Urtikari akute ose kronike, bazuar në kohëzgjatje. Urtikaria akute definohet si shfaqje e urtikave, angioedemës ose të dyjave për 6 ose më pak orë. Urtikaria kronike definohet si prezencë e urtikave, angioedemës ose të dyjave për më shumë se 6 javë. Urtikaria kronike mund të shfaqet çdo ditë ose në kurse intermitente. Urtikaria kronike mund të rishfaqet muaj ose vite pas remisionit komplet.

Sipas nxitësve: jane urtikari të nxitura ose spontane. Urtikaria e nxitur karakterizohet nga shfaqja e urtikave, angioedemës ose të të dyjave pas nxitjes specifike.

Këtu bëjnë pjesë:

- **Dermografizmi simptomatik;**
- **Urtikaria nga të ftohtit;**
- **Urtikaria nga presioni i zgjatur;**
- **Urtikaria solare;**
- **Urtikaria e nxehtësisë;**
- **Angioedema vibratore;**
- **Urtikaria kolinergjike;**
- **Urtikaria e kontaktit;**
- **Urtikaria akuagjenike.**

Dermatozat ekzematoze i referohen grupit të sëmundjeve inflamatore të lëkurës, që përfshijnë 20-30% të tërë patologjisë dermatologjike. [3,5,6,7,8]Karakterizohen nga tipare klinike të ngjashme, duke përfshirë skuqjen, puprrat, fëshikëzat, lëngëzimin, luspimin, lihenifikimin dhe ndjenjën subjektive të kruarjes, me intensitet të ndryshëm. Në shfaqjen e këtyre dermatozave, rol luan ndërveprimi kompleks i faktorëve gjenetikë, imunologjikë dhe mjedisorë. Në këtë grup përshihen:

Dermatiti atopik: paraqet sëmundje inflamatore, pruritike, kronike ose me relapse, që shfaqet shpesh në familjet me sëmundje të tjera atopike (astma bronhiale dhe/ose rinokonjuktiviti alergjik).

Ekzema seborroike: paraqet pezmatim të regjioneve seborroike. Veçori kryesore ka skuqjen dhe luspimin.

Ekzema diskoide: formë e dermatitit kronik pruritik, që paraqitet me vatra të përbëra nga papula dhe vezikula të grupuara në bazë eritematoze, me lokalizim kryesisht në gjymtyrë.

Ekzema dishidrotike: formë e vecantë e ekzemës, që karakterizohet me erupsion të kohëpaskohshëm të fshikëzave në pjesët anësore të gishtave, shuplakave dhe të shputave.

Dermatiti lihenoid: formë e dermatitit ekzematoz, që paraqitet pas fërkimit dhe kruarjes së vazhdueshme të një sipërfaqeje të lokalizuar të lëkurës.

Dermatiti lihenoid linear: dermatozë e rrallë, me formë lineare karakteristike që përcjell linjat Blaschko.

Ekzema varikoze: paraqet inflamacion kronik të lëkurës, kryesisht në pjesën e poshtme të kërcinjve me varikozitete.

Dermatiti toksik i konktaktit: reaksion inflamator joimunologjik i lëkurës që zhvillohet pas kontaktit me ndonjë lëndë ngacmuese të përqëndruar.

Dermatiti alergjik i kontaktit: reaksion inflamator imunologjik, i tipit të vonshëm, pas kontaktit të ripërsëritur me lëndën alergjene, te personat e predisponuar.

Ekzema asteatotike: çrregullim që manifestohet me lëkurë të thatë dhe me plasaritje, sidomos te të moshuarit.

Fotodermatiti i kontaktit: paraqet reaksion inflamator të lëkurës që paraqitet pas ndërveprimit të lëndëve të ndryshme kimike fotosensibilizuese (faktorët ekzogjenë) dhe dritës ultravjollcë.

IV. TË DHËNAT EPIDEMIOLOGJIKE

Urtikaria është një sëmundje e shpeshtë, forma akute paraqitet me prevalencë 20%, ndërsa forma kronike 0.8%. Urtikaria kronike spontane dhe format e tjera kronike të urtikarisë ndërhyjnë në cilësinë e jetës dhe ndikojnë në përformancën në punë dhe në shkollë.

Dermatiti atopik (DA) është një prej sëmundjeve më të shpeshta të lëkurës, që prek deri në 20% të fëmijëve dhe 1-3 % të të rriturve në shumicën e shteteve botërore. DA është shpeshherë hapi i parë në zhvillimin e sëmundjeve të tjera atopike si riniti dhe/ose astma.

Prevalenca e dermatitit të kontaktit është më e vështirë për tu përcaktuar, por studimet sugjerojnë se ajo mund të jetë rreth 1-3% në popullsinë e përgjithshme.

V. POPULLATA E CAKUT

Popullatë e cakut në këtë udhërrëfyes janë pacientët e të dy gjinive, të të gjitha grupmoshave (nga foshnjet deri te të rriturit e moshuar), me të gjitha format e shfaqjes klinike (akute, kronike), me dhe pa komorbiditet.

VI. AUDIENCA E CAKUT - DEDIKIMI

Udhërrëfyesi klinik i dedikohet profesionistëve shëndetësorë, në të tri nivelet e sistemit shëndetsor, të cilët merren me menaxhimin dhe trajtimin klinik të pacientëve me dermatoza alergjike dhe ekzematoze, specialistëve të dermatologjisë, pediatrisë, specialistëve mjekë familjarë, mjekëve të përgjithshëm dhe të gjithë specialistëve që kujdesen për pacientët me dermatoza alergjike dhe ekzematoze. Të njëjtët pritet të zbatojnë këtë UK.

Burimet njerëzore të nevojshme për zbatimin e udhërrëfyesit klinik janë profesionistët shëndetësorë për trajtimin e pacientëve të dyshuar dhe të konfirmuar me diagnozat e sipërpërmendura.

Pas aprovimit të Udhërrëfyesit klinik, GP do të vazhdojë me hartimin e Protokoleve Klinike për të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor, me qëllim të definimit të përgjegjësive në trajtimin dhe menaxhimin e dermatozave alergjike dhe ekzematoze.

VII. PYETJET KLINIKE

Grupi për adaptimin e Udhërrëfyesit (GAU), bazuar në rishikimin e literaturës në dispozicion, duke përfshirë udhërrëfyesit e OBSH-së dhe udhëzime të tjera zhvilloi qëllimin dhe fokusimin e udhërrëfyesit. Në takimin e radhës GAU ka rënë dakord mbi pyetjet shëndetësore prioritare të kërkimit, të cilat janë më të aplikueshme në praktikën tonë klinike, duke përdorur formatin popullatë, ndërhyrje, krahasim, rezultat (PICO).

Këto pyetje i përgjigjen:

1. Ndërhyrjeve farmakologjike për ofrimin e kujdesit klinik të menjëhershëm; si dhe

2. Ekzaminimeve plotësuese laboratorike dhe diagnostike.

Më poshtë janë të renditura pyetjet shëndetësore, të cilat përfshijnë:

- **Cila është qasja diagnostike tek pacientët me urtika dhe/ose angioedema?**
- **Cilat janë analizat laboratorike që duhet t'ju kërkohen pacientëve me urtikari kronike spontane (UKS) ?**
- **Cila është qasja diagnostike tek pacientët me urtika dhe/ose angioedema për më shumë se 6 javë?**
- **Cilët janë faktorët indetifikues relevant në gjendjen e sëmundjes?**
- **Cila është skema e menaxhimit dhe trajtimit të urtikarive spontane kronike (UKS)?**
- **Cilat janë kriteret për diagnostikimin e dermatozave ekzematoze?**
- **Cilat janë hapat për menaxhimin klinik dhe parimet për ofrimin e trajtimit te pacientët me dermatoza ekzematoze?**
- **Çka paraqet SCORAD –Indexi te dermatiti atopik?**
- **Cili është menaxhimi dhe trajtimi i formave të ashpërsuara të ekzemës ?**
- **Çka është Finger-tip Unit (FTU)?**

Duke i përdorur këto pyetje, ne kemi përpiluar udhërrefyesin klinik për menaxhimin e dermatozave ekzematoze dhe alergjike.

VIII. METODOLOGJIA DHE PROCESI I ADAPTIMIT

Ky udhërrëfyes është hartuar nga grupi punues multidisiplinar dhe multiprofesional i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë e Republikës së Kosovës.

Të gjithë anëtarët e Grupit për Adaptimin e Udhërrëfyesit (GAU) përpara angazhimit në procesin e hartimit të këtij udhërrëfyesi kanë deklaruar se nuk kanë ndonjë konflikt interesi, për çka edhe kanë nënshkruar deklaratat e konflikit të interesit.

Ky udhërrëfyes është hartuar në përputhje me metodologjinë standarde të procesit të adaptimit të udhërrëfyesve duke u shërbyer me dokumentin AGREE II. Në fazën përgatitore të procesit, i kemi ndarë detyrat sipas prioriteteve dhe përgaditjes profesionale të secilit anëtarë të grupit. Disa prej anëtarëve të grupit kanë qenë të trajnuar për adaptimin e UK-së.

Në fazën e dytë të procesit, gjatë kërkimit nëpër udhërrëfyesit e lartpërmendur, kemi vlerësuar cilësinë e udhërrëfyesit të cilin e kemi marrë për adaptim, aktualitetin, përmbajtjen dhe mundësinë e aplikimit të rekomandimeve në vendin tonë.

Marrja e vendimeve dhe rekomandimeve nga anëtarët e grupit punues është bërë me konsensus të plotë të të gjithë anëtarëve. Për çdo pyetje klinike të gjithë anëtarët e grupit kanë qenë dakord unanimisht. Të gjithë anatarët e grupit kanë përpiluar pyetje klinike të cilat do të ju shërbejnë profesionistëve shëndetësor. Për çdo pyetje kritike të parazgjedhur, evidencat janë marrë nga rishikimet sistematike ekzistuese në literaturën e përzgjedhur dhe janë të bazuara në rekomandime të forta. Për pyetjet mbi politikat dhe ofrimin e kujdesit shëndetësor, evidenca përshkruese është përmbledhur, me pikat e forta dhe të dobëta të qasjeve të ndryshme të identifikuara.

GAU ka rishikuar udhërrëfyesit klinik të publikuar në vitet e fundit, me rekomandime të qëndrueshme dhe me shkallë të evidencave.

Fjalët kyçe gjatë kërkimit kanë qenë:

"udhërrëfyes", "ekzema" "urtikaria", "angioedema", "alergji".

Udhëzimet dhe rekomandimet e dhëna në udhërrëfyesin klinik janë bazuar në literaturën ndërkombëtare si dhe përshkrimi i rekomandimeve është bërë sipas literaturës së përzgjedhur. Një ndër kriteret kryesore për t'u përcaktuar për adaptimin e UK ishin pyetjet shëndetësore më të aplikueshme në praktikën tonë klinike.

Aplikueshmërinë e pyetjeve klinike e kemi testuar përmes formatit PICO me ç'rast kanë rezultuar edhe pyetjet të cilat janë më të aplikueshme në praktikën tonë të përditshme.

Janë shqyrtuar disa udhërrëfyes klinik dhe përfundimisht grupi punues është përcaktuar për udhërrëfyesit në vijim:

Global Reports on Atopic Dermatitis 2022, nga International League of Dermatological Societies (ILDS) global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf (eczemacouncil.org);

Udhërrefyesi Europian dypjesësh për menaxhimin e dermatitit atopik: Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I - Ring - 2012 - Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology - Wiley Online Library; Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II - Ring - 2012 - Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology - Wiley Online Library;

Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I - Wollenberg - 2018 - Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology - Wiley Online Library;

Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II - Wollenberg - 2018 - Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology - Wiley Online Library.

The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy. 2022 Mar;77(3):734-766. doi: 10.1111/all.15090. Epub 2021 Oct 20. PMID: 34536239.

Me qëllim të kërkimit të literaturës së bazuar në evidencë, kemi përdorur platformat Scopus, Pubmed dhe Cochrane përmes fjalëve kyçe: eczema, atopic eczema, atopic dermatitis. Është shfrytëzuar kryesisht literatura e publikuar në revistat shkencore të dëshmuara, me impakt faktor të lartë dhe kritere tjera të relevancës shkencore.

Udhërrefyesi kyç në të cilin bazohemi dhe mbështetemi, kryesisht bazohet në standardet europiane Appraisal of Guidelines Research and Evaluation. Procesi i koncenzusit përbëhet nga një grup nominal dhe procedura DELPHI. Konferencat e koncenzusit janë mbajtur në Berlin (Tetor 2009), Cavtat (Maj 2010), Munich (Korrik 2010) dhe Goteborg (Tetor 2010). Në to janë formuar grupet për këtë udhërrefyes. Përpara publikimit të këtij udhërrefyesi europian, sipas standardeve EDF, të gjitha shoqatat europiane të dermatologjisë janë ftuar të japin mendimet dhe qëndrimet në lidhje me udhërrefyesin e përbashkët të propozuar. Gradat e evidencës së përdorur kanë qenë: metaanalizat e RCT, RCT si të vetme, rishikimet e literaturës së hulumtimeve klinike, studimet kohorte, rishikimet e literaturës së rasteve case-control dhe studimet e vetme case-control, renditur sipas relevancës së tyre.

Duke pasur parasysh mënyrën e përpilimit të këtij udhërrëfyesi, dhe faktit që përkon me temën e udhërrëfyesit tonë, duke u bazuar në faktin që për dermatozat ekzematoze ende nuk është përpiluar një udhërrëfyes më i përditësuar në nivel europian dhe botëror, arsyetojmë përdorimin e kësaj literature. Rekomandimet konkrete për menaxhimin e dermatozave ekzematoze janë

adaptuar për vendin tonë. Udhërrëfyesi i miratuar do të shpërndahet dhe prezentohet te të gjithë profesionistët shëndetësorë, të cilët bazuar në kompetencat e tyre të përcaktuara do ta bëjnë zbatimin e tij.

Grupi punues do të jetë i gatshëm për sqarime të përmbajtjes së dokumentit për të gjithë profesionistët shëndetësorë të përfshirë në menaxhimin e dermatozave ekzematoze dhe alergjike. Rishqyrtimi i udhërrëfyesit klinik do të bëhet prap sipas nevojës, varësisht nga zhvillimet e fundit në menaxhim, me verzionin vijues.

Udhërrefyesi klinik "Menaxhimi i dermatozave ekzematoze dhe alergjike" është i përpiluar nga grupi punues i përberë nga profesionistë shëndetësorë të fushës së dermatovenerologjisë, përvoja e të cilëve lidhet ngushtë me menaxhimin dhe trajtimin e rasteve me dermatoza ekzematoze dhe alergjike. Në grup janë përfshirë edhe profesionistë tjerë specialistë mjek familjar dhe mjek farmakolog, për të siguruar zbatimin e metodologjisë për hartimin e këtyre dokumenteve si dhe procesit të përcaktuar sipas dispozitave ligjore në fuqi. Janë siguruar literaturat e nevojshme për përpilimin e udhërrëfyesit, duke u bazuar në përditësimet që janë bërë në nivel europian dhe botëror në lidhje me temën.

8.1 Rishikimi i jashtëm dhe procesi i adaptimit

Grupi për adaptimin e Udhërrëfyesit Klinik "Menaxhimi i dermatozave ekzematoze dhe alergjike" ka propozuar komisionin recenzues në përbërje: 1.Sci.Dr. Merita Kotori, Specialist-e e Dermatovenerologjisë, SHSKUK dhe 2.Sci.Dr. Fatime Kokollari, Specialist-e e Dermatovenerologjisë, SHSKUK (shih Shtojcën 2). Rekomandimet dhe udhëzimet e recenzentëve janë integruar në këtë UK.

Drafti final është publikuar në web faqe të Ministrisë së Shëndetësisë ku është dhënë mundësia e komentimit publik nga të gjitha grupet e interesit si dhe të gjithë shfrytëzuesit e udhërrëfyesit. Informatat kthyese dhe komentet janë analizuar dhe janë përfshirë në draft final të dokumentit. Gjithashtu drafti është pilotuar nga 3 deri 4 pacientë nga të cilët nuk ka pas komente.

8.2 Metodologjia e gradimit të rekomandimeve dhe cilësia e evidencave shkencore

Evidencat shkencore për rekomandimet u analizuan duke përdorur Gradimin e Vlerësimit të Rekomandimeve, Zhvillimit dhe Evaluimit (GRADE) për hulumtim klinik. (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) methodology for the clinical interventions).

Për hulumtim klinik, cilësia e evidencave mbështetëse u vlerësua si shumë e ulët, e ulët, e moderuar ose e lartë, duke përdorur metodologjinë GRADE, bazuar në grupin e mëposhtëm të kritereve të paracaktuara:

Tabela 1. Cilësia e evidencës mbështetëse sipas metodologjisë GRADE

Niveli i evidencës	
E Lartë	Të dhënat nga meta-analizat e derivuara nga shumë hulumtime klinike të randomizuara. Ka konsistencë në rezultatet e studimeve dhe nuk ka dallime të mëdha midis tyre. Evidenca është e qartë dhe e drejtpërdrejtë në lidhje me rezultatet e pritura.
E Moderuar	Të dhënat e derivuara nga një hulumtim klinik i randomizuar ose studime të gjëra të pa randomizuara. Ka nevojë për një sërë studimesh të tjera për të rritur sigurinë në vlerësimin e rezultateve.
E Ulët	Konsensus i pikëpamjeve të ekspertëve dhe/ose studime të vogla, studime retrospektive. Ekzistojnë dyshime ose moskonsistencë në rezultatet e studimeve.
Shumë e Ulët	Studimet e rasteve Evidenca është shumë e kufizuar dhe nuk ka besueshmëri. Mund të ketë probleme serioze metodologjike në shumicën e studimeve.

Sipas metodologjisë së përdorur si më sipër, fortësia e rekomandimeve shënohet me shkronja të mëdha (A, B, C), ndërsa cilësia e dëshmive, e cila mbështet rekomandimin përkatës shënohet me numra latin dhe shkronja të vogla (I, IIa, IIb, III).

Tabela 2. Gradimi i cilësisë së dëshmive për rekomandime

1a	Metaanaliza të RCT
1b	RCT të vetme
2a	Rishikime sistematike të studimeve kohorte
2b	Studime kohorte të vetme dhe RCT të kualitetit të limituar
3a	Rishikime sistematike dhe studime rast-kontrollë
3b	Studimet të vetme rast-kontrollë
4	Raste serike, studimet rast-kontrollë ose studime kohorte të kualitetit të limituar

8.3 Rekomandimet

Çdo rekomandim i përfshirë në këtë udhërrëfyes përfshin një drejtim (në favor ose kundër) dhe një vlerësim të shkallës së forcës. Kategoritë e mëposhtme janë përdorur për të vendosur vlerësimin e fuqisë së një rekomandimi:

- rekomandim i fortë do të thotë se ka besim se efektet e dëshirueshme të respektimit të një rekomandimi tejkalojnë efektet e padëshirueshme;
- rekomandimi i kushtëzuar do të thotë që efektet e dëshirueshme të respektimit të një rekomandimi ndoshta i tejkalojnë efektet e padëshiruara, por nuk ka besim të plotë për këtë konkluzion.

IX. PLANI PËR REVIDIMIN DHE PËRDITËSIMIN E UDHËRRËFYESIT

Përditësimi i këtij udhërrëfyesi do të bëhet pas tre deri në pesë-vite. Procedura e revidimit përcaktohet nga Ministria e Shëndetësisë, ndërsa UK përditësohet në bazë të dëshmive të fundit të publikuara, kërkesave dhe rekomandimeve nga përdoruesit e UK.

Tabela 3. Klasifikimi i fortësisë së rekomandimeve

Fortësia e rekomandimit	Grada e evidencës
A	1a, 1b
B	2a, 2b, 3a, 3b
C	4
D	Mendimi i ekspertit

X. VLERËSIMI

Historia e detajuar është hapi i parë esencial në diagnostikimin e urtikarisë te të gjitha format. Hapi i dytë është ekzaminimi fizik i pacientit. Meqenëse urtikat dhe angioedema janë tranziente dhe mund të mos jenë prezente në kohën e ekzaminimit fizik, [9-13] është e rëndësishme të kërkohet për dokumentim të shenjave (duke përfshirë edhe fotografitë e urtikave/angioedemës). Hapi i tretë, në diagnostikimin e urtikarisë akute është hulumtimi laboratorik bazik, me teste të limituara (shiko tabelën me testet bazike të rekomanduara). Hulumtime të tjera individuale diagnostike mund të jenë të nevojshme, bazuar në rezultatet e hapit të tretë, dhe duke u varur nga lloji dhe nënlloji i urtikarisë (shiko tabelën). **Këta hapa udhëzues i përgjigjen pyetjes së 1-rë në lidhje me udhëzimin e personelit shëndetësor në lidhje me qasjen ndaj pacientit, për të cilin dyshojmë se ka urtika/ angioedemë.** Qëllimi i cilitdo test laboratorik të kerkuar duhet të jetë i qartë për mjekun ordinues.

Tabela 4. Testet laboratorike të nevojshme për urtikari/angioedemë

Lloji	Nënlloji	Testet diagnostike rutinë të rekomanduara	Programi i zgjeruar diagnostik (bazuar në të dhënat anamnestike) për identifikimin e shkakut bazë ose faktorëve nxitës dhe për të përjashtuar diagnoza diferenciale sipas indikacionit
Urtikaria spontane	Urtikaria spontane akute	Asnjë	Asnjë
	Urtikaria spontane kronike	Hemogram, SE dhe/ose CRP	Shmangia e nxitësve të dyshuar (psh. medikamenteve); testet diagnostike (pa ndonjë rregull në renditje): për sëmundje infektive (psh. H.Pylori), autoantitrupat funksional (psh testi i bazofileve), çrregullimet e gjëndrrës tiroide, alergji, sëmundje sistemike, të tjera.
		IgG- anti-TPO dhe IgE totale	
Urtikaria e nxitur	Urtikaria nga të ftohtit	Provokimi me të ftohtë	Pasqyra e gjakut dhe SE ose CRP, për të përjashtuar sëmundjet tjera, sidomos infeksionet
	Urtikaria e presionit të zgjatur	Testet e presionit	Asnjë
	Urtikaria e të nxehtit	Provokimi me të nxehtë	Asnjë
	Urtikaria solare	Ekspozimi në rrezatim UV dhe dritë të dukshme të gjatësive valore të ndryshme	Përjashto dermatozat e tjera të nxitura nga drita
	Dermografizmi simptomatik		
	Angioedema vibratore	Testi me vibrim	
	Urtikaria akuagjenike	Provokimi	
	Urtikaria kolinergjike	Provokimi	
	Urtikaria e kontaktit	Testi i provokimit	

Në këtë tabelë është dhënë përgjigja pyetjes së 10, në lidhje me kriteret diagnostike të formave të ndryshme të urtikarive.

XI. DIAGNOSTIKIMI I URTIKARISË KRONIKE SPONTANE (UKS)

Në UKS, hulumtimi laboratorik ka 7 qëllime kryesore: konfirmimi i diagnozës dhe përjashtimi i diagnozave diferenciale; hulumtimi i shkakut; identifikimi i gjendjeve relevante që modifikojnë aktivitetin e sëmundjes; hulumtimi i komorbiditeteve, identifikimi i pasojave të UKS, përcaktimi i dekursit të sëmundjes dhe reagimit në terapi,si dhe monitorimi i aktivitetit të sëmundjes, ndikimit dhe kontrollës.[14] Në të gjithë pacientët me UKS duhet të realizohen testet laboratorike: pasqyra e gjakut, CRP dhe/ose SE, dhe IgE totale e IgG-anti-TPO te pacientët nën kujdesin specialistik. Bazuar në rezultate nga këto masa, teste të tjera laboratorike kerkohen sipas indikacionit. **Të dhënat e mësipërme shërbejnë si përgjigje ndaj pyetjes së 2-të, në lidhje me analizat laboratorike që duhet t'u realizohen pacientëve me UKS.**

11.1. Algoritmi diagnostik i pacientëve që prezentojnë me urtika dhe/ose angioedema për më shumë se 6 javë:

1. Përpos ACE inhibitorëve, sartanet, gliptina dhe neprilizinë-inhibitorët janë përshkuar më rrallë si nxitës të angioedemës;
2. Pacientëve duhet t'ju merret historia e detajuar e familjes dhe mosha e fillimit të sëmundjes;
3. Testet për markerë inflamatorë të rritur (CRP, SE), testi për paraproteinemi te të rriturit, kërko për infiltrate të pasura me neutrofile në biopsi të lëkurës.
4. Pacientët duhet pyetur: "Sa gjatë qëndron një urtikë individuale?"
5. Testet për C4 komplementin, C1-INH nivelet dhe funksionin. C1q dh C1-INH antitrupat, nëse dyshohet te angioedema e fituar për shkak të deficiencs së C1-inhibitorit.
6. Remisioni duhet të vërehet brenda disa ditësh, në raste të rralla deri në 6 muaj pas ndërprerjes së ACE inhibitorit.
7. A tregon biopsia lezionale dëmtim të enëve të vogla të gjakut në dermisin papullar dhe retikular dhe/ose depozita fibrinoide në lokalizime perivaskulare dhe intersticiale, sugjestive për vaskulitin urtikarial?
8. Pacientët duhet pyetur: "A mund t'i nxitni urtikat të shfaqen?"
9. Te pacientët me histori sugjestive të urtikarisë së nxitur, duhet të performohen testet standarde të provokimit.
10. Në disa raste, angioedema nuk ndërmjetësohet as nga mastocitet, as nga bradikinina, dhe mekanizmi patofiziologjik mbetet i panjohur. Atyre rasteve i referohemi si angioedemë idiopatike sipas disa autorëve.

Në paragrafin e mësipërm gjendet përgjigja e pyetjes së 3-të, në lidhje me qasjen diagnostike ndaj pacientëve me urtika dhe/ose angioedema për më shumë se 6 javë.

Tabela 5. Ekzaminimi i përgjithshëm dhe monitorimi i pacientit me UKS

Historia Ekzaminimi fizik Testet bazike	
Konfirmimi	Përjashtimi i diagnozave diferenciale
Shkaku	Kërkoni për indikatorë të UKS,
Ko-faktorët	Identifikoni nxitësit potencial/agravuesit
Komorbiditetet	Për shembull hulumtoni për autoimunitete, shëndet mendor
Pasojat	Identifikoni problemet me gjumë, stres, shëndet seksual, punë, performancë sociale
Komponentet	Qasuni biomarkerëve potencialë ose reagimit në terapi
Dekursi	Monitoroni aktivitetin dhe impaktin e UKS

XII. Konfirmimi i UKS dhe përjashtimi i diagnozave diferenciale

Urtikat ose angioedemat shfaqen te pacientët te shoqeruar edhe me sëmundje të tjera. Pacientët që zhvillojnë vetëm urtika, por jo edhe angioedema, si vaskuliti urtikarial dhe çrregullimet autoinflamatore si Sy. Schnitzler ose sindroma e asocuar me kriopirinë (CAPS) duhet të përjashtohen. [15-19] Ndërsa, tek pacientët që zhvillojnë vetëm angioedemë rekurente, por jo urtika, angioedema e ndërmjetësuar nga bradikinina dhe angioedema hereditare duhet të përjashtohen nga diagnoza diferenciale.

XIII. Identifikimi i gjendjeve relevante që mund ta modifikojnë aktivitetin e sëmundjes

Identifikimi i gjendjeve relevante që mund të modifikojnë aktivitetin e sëmundjes dhe faktorët ekzacerbues si medikamentet, ushqimi, stresi dhe infeksionet mund të ndihmojnë mjekët dhe pacientët të kuptojnë dhe ndonjëherë të ndërrojnë rrjedhën e UKS. Medikamentet mund të ekzacerbojnë gjendjen, më së shpeshti prej tyre NSAID. Duhet të kërkohet informacion në lidhje me marrjen e NSAID, dhe të këshillohet mënjanimi i tyre, për të parandaluar ekzacerbimin. Testi i provokimit është i panevojshëm. **Ky paragraf i përgjigjet pyetjes së 4-të në lidhje me identifikimin e gjendjeve relevante që mund ta modifikojnë aktivitetin e sëmundjes.**

XIV. Menaxhimi i dermatozave alergjike

Rekomandimet për menaxhimin e dermatozave alergjike sugjerojnë përdorimin e antihistaminikëve të gjeneratës së dytë në dozë 10mg/d (p.sh.: Loratadine tab), ose antihistaminikë ekuivalentë, për 1 javë.

Në rast të persistimit të gjendjes, rekomandohet të kalohet në hapin tjetër:10mg (2 doza të ndara ditore) antihistaminikë i gjeneratës së dytë ose antihistaminikë ekuivalentë, për 2-4 javë.

Në rast të persistimit të gjendjes, rekomandohet të kalohet në hapin tjetër:20mg (2 doza të ndara ditore) antihistaminikë i gjeneratës së dytë ose antihistaminikë ekuivalentë, për 2-4 javë.

Rekomandimet e mësipërme i përgjigjen pyetjes së 5-të në lidhje me menaxhimin e urtikarive kronike spontane (UKS).

XV. Menaxhimi i dermatozave ekzematoze

15.1 Diagnostikimi i dermatozave ekzematoze

Diagnostikimi i dermatozave ekzematoze në radhë të parë është klinik dhe bazohet në veçoritë anamnestike, morfologjinë dhe shpërndarjen e lezioneve të lëkurës dhe shenjat klinike shoqëruese. [20]

Nuk ekziston ndonjë kriter i veçantë laboratorik, histologjik apo klinik me të cilin do të diagnostikoheshin dermatozat ekzematoze. Hanifin dhe Rajka në vitin 1980 kanë përcaktuar kriteret me të cilat mund të konstatohet dermatiti atopik dhe të diferencohet nga llojet e tjera të ekzemës. Ato janë 4 kritere majore dhe 23 kritere minore. Për të caktuar diagnozën e dermatitit atopik, duhet të përmbushen 3 kritere majore dhe 3 kritere minore.

- **Kriteret majore** (nevojiten 3 ose më shumë) janë:
  - Pruritus (kruarja)
  - Morfologjia dhe shpërndarja tipike:

-shpërndarja në faqe dhe në pjesët ekstensore te motakët,

- likenifikimet flexurale te fëmijët dhe të rriturit.

  - Ecuria kronike e sëmundjes (remisionet dhe egzacerbimet);
  - Historia personale apo familjare për atopi (astma, riniti alergjik, dermatiti atopik).

- **Kriteret minore** (nevojiten 3 ose më shumë)
  - Lëkura e thatë (kseroza);
  - Iktioza /hiperlineariteti palmar/ keratosis pilaris;
  - Tejndjeshmëria e tipit të hershëm (tip I);

- Rritja e nivelit të IgE në serum;
- Fillimi i hershëm i sëmundjes (nga muaji 3 pas lindjes);
- Tendenca për infeksione të lëkurës (imuniteti qelizor i afektuar);
- Dermatiti joalergjik i shuplakave/shputave;
- Dermatiti i thimthave;
- Keiliti;
- Konjunktiviti rekurent;
- Rrudhat infraorbitale të Dennie-Morgan – it;
- Keratokonusi;
- Katarakta subkapsulare e përparme;
- Hiperpigmentimi periorbital;
- Skuqja/zbehja e fytyrës;
- Pitiriaza e bardhë;
- Rrudhat në pjesën e përparme të qafës;
- Kruarja pas djersitjes;
- Intoleranca ndaj leshit;
- Theksimi perifolikular;
- Intoleranca në ushqime;
- Ecuria e sëmundjes nën ndikimin e faktorëve emocionalë dhe të mjedisit;
- Dermografizmi i bardhë.

Ekzistojnë edhe kritere të tjera për diagnostikim. Kështu, në vitin 1990, hulumtuesit në Britani të Madhe, për të diagnostikuar dermatitin atopik kanë përcaktuar kruarjen dhe 3 nga kriteret e tjera të poshtëshënuara:

- Të dhënat për reliev të theksuar të lëkurës (rrudhat në qafë, në bërryla, në gjunjë);
- Lëkura e thatë në tërë sipërfaqen gjatë 2 viteve të fundit;
- Paraqitja e simptomave te fëmijët para moshës 2 vjeçare;
- Paraqitja e dermatitit në sipërfaqet flexurale (lakesat).

Të dhënat e mësipërme japin shpjegime në lidhje me kriteret diagnostikuese të dermatozave ekzematoze, duke dhënë kështu përgjigje në pyetjen e 6-të.

Rekomandimi për diagnozën e dermatozave ekzematoze tregohet në tabelën II, dhe forca e rekomandimit është shfaqur në tabelën III. Shpesh është e vështirë të diferencohet dermatiti ekzematoid nga dermatiti seborroik në foshnjëri, dhe të dy gjendjet mund të mbivendosen në këtë grupmoshë. Dermatiti ekzematoid zakonisht kursen regjionet axillare, ndërsa dermatiti seborroik ndikon në këto zona dhe ka tendencë të mos jetë pruritik, veçanërisht nëse nuk i përgjigjet terapisë. [21-26]

Tabela 6 - Rekomandimi për diagnozën e DA

Pacientët me dermatit a diagnostikohen bazuar në kriteret e përmbledhura minore dhe majore.

Në disa raste , mostrat e biopsisë së lëkurës ose testet e tjera (të tilla si immunoglobulina E në serum, PATCH testimi) mund të jenë të dobishme për të përjashtuar problem të tjera në lidhje me lëkurën.

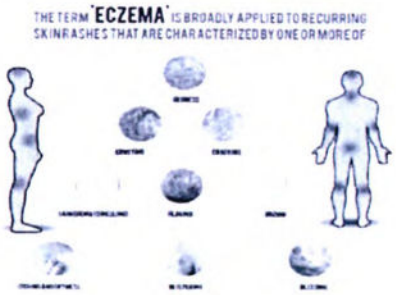


Tabela 7 - Klasifikimi i fortësisë së rekomandimeve për diagnozën dhe menaxhimin e DA

Rekomandimet	Fortësia e rekomandimit	Grada e evidencës
Diagnoza bazuar ne kriteret major dhe minor	C	III
Asnjë biomarker specifik për diagnozën apo vlerësimin DE	B	II
Testet e imunoglobulinës E nuk rekomandohen në mënyrë rutinore	A	I
Shkalla e ashpërsisë së sëmundjeve në dispozicion jo për përdorim klinik rutinë	C	I
Stili i jetës	C	II
Duhet të pyesni për kruarjen, gjumë, aktivitetet e përditshëme,dhe persistimi i semundjes	C	III
Ndërgjegjësimi dhe diskutimi me shoqata të përbashkëta	C	I dhe II
Qasje e integruar dhe multidisiplinare ndaj kujdesit	C	III

Tabela 8 - Rekomandimet për shfrytëzimin e biomarkerëve dhe menaxhimin e DA

Nuk ekziston ndonjë marker specifik që rekomandohet për diagnostikimin dhe vlerësimin e sëmundjeve ekzematoze.
Monitorimi i niveleve të imunoglobulinës E nuk është i rekomanduar për vlerësimin rutinë të akutizimit të sëmundjes ekzematoze.

Diagnoza e dermatozave ekzematoze mbetet klinike, sepse aktualisht nuk ka biomarker të besueshëm që mund të dallojë sëmundjen nga entitetet e tjera.

15.2 Hapat për menaxhimin klinik

	Hapat për menaxhimin klinik
Hapi 1	Marrja e historisë
Hapi 2	Ekzaminimi fizik
Hapi 3	Hulutimet laboratorike bazike
Hapi 4	Testet in vivo me shpim të lëkurës **testet patch (SPT) dhe testet in vitro IgE.**
Hapi 5	Ofrimi i trajtimit

15.2.1 Hapi 1: Marrja e historisë/ Anamneza

Rishikimi i literaturës të OBSH-së synon t'i përgjigjet pyetjes numër 7 , që flet për hapat lidhur me menaxhimin klinik dhe parimet për ofrimin e trajtimit te pacientët me dermatoza ekzematoze?

• Marrja e historisë së detajuar është hapi i parë esencial në diagnostikimin e dermatozave ekzematoze;

• Fillimi, lloji dhe ashpërsia e ekzemës;

• Te foshnjat <18 muajshe, më shpesh preken faqet, skalpi dhe sipërfaqet ekstensore;

• Te fëmijët më të rritur, ekzema zakonisht shfaqet si dermatit fleksural p.sh. fossa cubiti, fossae poplitea, qafa, kyçit të këmbës, zona periorbitale;

• Simptoma të shoqëruara, p.sh. reduktim i gjumit, kruajtje, nervozizëm, ushqyerje e dobët;

• Shkaktarë të identifikuar;

• Trajtimet aktuale dhe të mëparshme të ekzemës, duke përfshirë frekuencën e trajtimeve, vëllimin e kremave të përdorur, manipulimin dietik, trajtimet plotësuese;

• Infeksionet e mëparshme të lëkurës p.sh. Staph. aureus, varicella, zoster, virusi herpes simplex;

• Histori personale dhe familjare të atopisë;

• Ndikimi i ekzemës në cilësinë e jetës së fëmijës dhe familjes, p.sh. numri i ditëve të mungesës në shkollë/punë, numri i ditëve të hospitalizimit;

• Diare të vazhdueshme dhe/ose infeksione të përsëritura (konsideroni mungesën e imunitetit, mungesën e mikronutrientëve). [27]

15.2.2 Hapi i 2 është ekzaminimi fizik i pacientit

Ekzaminimi

- Lloji dhe shpeshtësia e trajtimeve të ekzemës varet nga ashpërsia e ekzemës dhe prania/mungesa e infeksionit.

Tabela 9. Format e ekzemes

Forma	Lëkurë normale, nuk ka dëshmi të ekzemës atopike aktive.
E lehtë	Zonat me lëkurë të thatë, kruarje të rrallë (me ose pa zona të vogla skuqjeje).
E moderuar	Zonat me lëkurë të thatë, kruarje të shpeshtë, skuqje (me ose pa eksfolim dhe trashje të lokalizuar të lëkurës).
E rëndë	Zona të përhapura të lëkurës së thatë, kruarje të vazhdueshme, skuqje (me ose pa eksfolim , hiperkeratozë e lëkurës, gjakderdhje, lëngzim, plasaritje dhe hipopigmentime post-inflamatore).

15.2.3 Hapi 3 dhe 4

Në diagnostikimin e dermatozave ekzematoze është bazik hulumtimi laboratorik, si dhe identifikimi me anë të testeve in vivo, testet e shpimit të lëkurës **PATCH testet (SPT)** dhe testet in vitro [28] (serumi **IgE specifike**). Përveç kësaj, **PATCH testet** rezultuan të jenë të dobishme për të studiuar përgjigjet e vonuara të lëkurës të lidhura me ushqimin.

Për më tepër, **IgE specifike** in vitro ndaj alergjeneve ushqimore japin të dhëna sasiore më të mira për shkallën e sensibilizimit. Kjo ndihmon për të vlerësuar probabilitetin e rrezikut të një reaksioni klinik.

Për të vlerësuar aktivitetin e sëmundjes shfrytëzohet i ashtuquajturi **SCORAD – Index** (**S**everity **S**coring of **A**topic **D**ermatitis). Ky sistem i vlerësimit mbështetet në 6 shenja klinike: eritema, krustat, ekskoriacionet, luspimi, plasaritjet dhe likenifikimi. Vlerësimi bëhet në 6 regjione të trupit: koka dhe qafa, trupi, shuplakat, shputat, duart dhe këmbët, duke përdorur shkallëzimin me vlerat prej 0 deri 3 (0 – nuk ka shenja; 1 – lehtë; 2 – relativisht; 3 – tepër). Një metodë e tillë e vlerësimit është treguar e suksesshme gjatë hulumtimeve epidemiologjike në përcjelljen e efektit

terapeutik gjatë aplikimit të protokoleve të ndryshme të mjekimit, por edhe në mjekimin e përditshëm të të sëmurëve me dermatoza ekzematoze.

Paragrafi i mësipërm shërben si përgjigje për pyetjen Nr. 8-të, në lidhje me shfrytëzimin e SCORAD –Indexit për përcaktimin e shkallës së ashpërsisë te dermatiti ekzematoid.

Dermatozat ekzematoze paraqesin sëmundje kronike inflamatore të lëkurës, të karakterizuara me lëkurë të thatë dhe pruritike.

• Ekzema prek 30% të fëmijëve, dhe shpesh zhvillohet para moshës 12 muajshe.

• Shpërndarja, ashpërsia dhe acarimi i shkaktuar nga ekzema mund të përkeqësohet në mënyrë akute, kjo quhet akutizim i ekzemës.

• Edukimi i kujdestarëve për ekzemën dhe menaxhimin e saj është kyç në reduktimin e shpeshtësisë dhe ashpërsisë së shpërthimeve të ekzemës.

XVI. EKZEMA E PIODERMIZUAR

- Veçoritë klinike topikale: përfshijnë intensifikim të pruritit, efloreshenca vezikulare, satelitore, pustulare, erozive, të buta, me kore ose të qara në lëkurën ekzematoze.
- Veçoritë sistemike: përfshijnë temperaturën e rritur trupore dhe gjendje të rënduar të përgjithshme.

16.1 Menaxhimi

- Testet laboratorike zakonisht nuk janë të nevojshme;
- Te format e rënda (p.sh. që kërkojnë hospitalizim), infeksionet e përsëritura të lëkurës ose te infeksionet që nuk i përgjigjen trajtimit, mund të jetë e dobishme të ordinohet terapia antimikrobiale.

16.2 Trajtimi

Nuk ka kurë për ekzemën, por mund të kontrollohet me mirëmbajtjen e barrierës lëkurore dhe trajtimin korrekt të relapseve të ekzemës.

Të gjithë fëmijët me ekzemë duhet të pajisen me një plan menaxhimi të ekzemës në shtëpi dhe demonstrimin si të aplikohen trajtimet topikale në mënyrë adekuate.

16.3 Kujdesi dhe mirëmbajtja e lëkurës ekzematose

Trajtimi bazë i barrierës së lëkurës si dhe kujdesi për lëkurën.

Hidratuesit

• Të aplikohen hidratues në tërë sipërfaqen e trupit një-dy herë në ditë, sidomos pas pastrimit;

• Të riaplikohen hidratuesit nëse lëkura ndihet e thatë, pas larjes së duarve ose fshirjes së fytyrës;

• Të përdoret një krem hidratues i trashë.

•Të shmangen hidratuesit që përmbajnë aromë, alkool, lauril sulfat natriumi, produkte bimore ose ushqimore (p.sh. qumështi i lopës ose dhisë, vajrat bimore, arra ose ulliri), pasi ato mund të dëmtojnë barrierën e lëkurës dhe të sensibilizojnë lëkurën.

•Të shmanget kontaminimi i hidratuesit me bakterie nga duart.

Larja

• Larja e përditshme ndihmon në reduktimin e ngarkesës bakteriale të lëkurës dhe zvogëlimin e rrezikut të infeksionit.

• Banjat dhe dushi duhet të mbahen të vakëta (<31°C).

• Të përdoren pastruesit vajorë.

• Të shmanget ndarja e peshqirëve ndërmjet anëtarëve të familjes.

• Të shmangen produktet larëse/pastruese ose produktet për larjen e flokëve që përmbajnë metilizotiazolinone (MI) ose metilkloroizotiazolinone (MCI) dhe pelenat që përmbajnë klorur benzalkonium, pasi këto mund të shkaktojnë dermatit kontakti.

XVII. REKOMANDIMET

• **Alergjitë ushqimore:** Dietat kufizuese zakonisht nuk janë të dobishme dhe prindërit duhet të kërkojnë këshilla nga një dermatolog ose pediatër përpara se të eliminojnë ushqimet nga dieta.

• **Antihistaminet:** Antihistaminet jo-qetësues nuk përmirësojnë kruajtjen e ekzemës, por mund të merren parasysh nëse ka urtikari shoqëruese ose rinitit alergjik.

Arsye të zakonshme, për të cilat trajtimet e ekzemës nuk janë efektive përfshijnë:

• Edukimi joadekuat në lidhje me ekzemën dhe përdorimi jo i duhur i terapisë ndaj ekzemës;

- Aplikimi i pamjaftueshëm i hidratuesve;
- Ekspozimi i vazhdueshëm ndaj nxitësve të ekzemës;
- Përdorimi i vonuar i trajtimeve në situata të ashpërsimit të ekzemës;
- Pamundësia për të identifikuar dhe trajtuar infeksionet e lëkurës;
- Infeksionet bakteriale MRSA.

Tabela 10. Minimizimi i shkaktarëve të zakonshëm të shpërthimit të ekzemës

Nxehtësia	Lëkura e thatë	Irrituesit	Infeksioni/ Inflamacioni
Mbajtja e banjave të vakëta Mbani shtëpinë dhe makinën të freskët	Shmangia e leckave me alkool për pastrim.	Përdorimi i detergjentit pa parfum për rroba.	Pastrimi i duarve përpara aplikimit të terapisë
Shmangni ngrohësit që fryjnë ajër dhe mjediset me lagështi të ulët Përdorni mbulesa të lehta shtrati dhe pizhame (p.sh. pizhame pambuku) Shmangni shtresat e leshta, mbrojtëset plastike të dyshekut, çantat e gjumit, shishet e ujit të nxehtë Shmangni shtresat e trasha dhe të shumëfishta të veshjeve	Përdorni leckë me ujë dhe vaj për banjë Lani ose bëni dush me vaj vaske menjëherë pas notit në pishinë të kloruruar	Hiqni etiketat e veshjeve, shmangni pëlhurat e vrazhda dhe me gjemba që mund të shkaktojë acarim Aplikoni krem në zonën periorale kur foshnja është duke luajtur Menaxhoni ankthin ose sjelljet që nxisin gërvishjen Mbani thonjtë e shkurtër, përdorni dorashka tek foshnjat	Shmangni kontaminimin e hidratuesve/ kremrave duke përdorur një shpatull për të hequr kremin hidratues nga ena mos e prekni skajet e tubave Kërkoni shqyrtim mjekësor herët nëse shqetësimet e infeksionit nuk i përgjigjen trajtimit të përshkruar

XVIII. Menaxhimi dhe trajtimi i formave të ashpërsuara të ekzemës

18.1 Kortikosteroidet

GP duke u bazuar në literaturë i pergjigjet pyetjes Nr. 9-të: që ka të bëjë me menaxhimin dhe trajtimin e formave të ashpërsuara të ekzemës. Steroidet aktuale (shih burimet shtesë më poshtë) përdoren një ose dy herë në ditë derisa lëkura të jetë plotësisht e pastër për të reduktuar inflamacionin e lëkurës. Ato mund të aplikohen në lëkurë të ashpërsuar dhe të infektuar.

- Si të përdoren preparatet kortikosteroide në mënyrë lokale?
- Preparatet kortikosteroide aplikohen 1-2 herë në ditë në vendin e sëmurë. Sasia e aplikimit të terapisë lokale anti-inflamatore duhet të ndjekë rregullin e Njësi e majës së gishtit: Finger-tip Unit (FTU).). **Kjo është përgjigja e pyetjes Nr. 10- të**. Një njësi e majës së gishtit - FTU paraqet sasinë e kremit të liruar nga tuba me hapje 5 mm në diametër që mbulon pjesën e lëkurës nga lakesa distale deri në majë të gishtit tregues (Fig.1).



Figura 1. Njësia e majës së gishtit – FTU: sasia e kremit të liruar nga tubi me diametër 5 mm që mbulon pjesën e lëkurës nga lakesa distale deri në majë të gishtit tregues.

Shembull: për të mbuluar sipërfaqen e fytyrës dhe të qafës së një të rrituri nevojiten 2.5 FTU krem.

Në tabelën 10.1 dhe 10.2 janë paraqitur sasitë e kortikosteroideve të shprehura në FTU të nevojshme për aplikim sipas sipërfaqes dhe moshës.

Tabela 11.- Numri i FTU-së që nevojitet për të lyer një sipërfaqe të caktuar me preparate kortikosteroide tek të rriturit (adaptuar nga Long CC, Mills CM, FinalyAY:Br J Dermatol 1998;138:293-6).

Sipërfaqja	FTU
Fytyra dhe qafa	2.5
Pjesa e përparme/ e pasme e trupit	7
Krahu	3
Shuplaka (në të dy faqet)	1
Këmba	6
Shputa	2

- Nuk ka kërkesë për të përdorur steroid "me kursim" ose për ndërprerje të rregullta nga steroidet gjatë trajtimit për ashpërsimet e ekzemës. Steroidet duhet të aplikohen me bollëk të ndjekur nga hidratues. [30-34]Doza e kremës steroide për aplikim llogaritet duke përdorur metodën "Njësia e gishtit".

Tabela 12.- Numri i FTU-së që nevojitet për të lyer një sipërfaqe të caktuar me preparate kortikosteroide tek fëmijët

Mosha e pacientit	Finger-tip Units për regjionet e trupit				
	Fytyra dhe qafa	Krahu dhe dora	Kemba dhe shputa	Kraharori dhe barku	Shpina
3-12 muaj	1	1	1 ½	1	1 ½
>1-3 vjec	1 ½	1 ½	2	2	3
>3-6 vjec	1 ½	2	3	3	3 ½
>6-10 vjec	2	2 ½	4 ½	3 ½	5
>10 vjec	2 ½	4	8	8	7

- Steroidet topikale nuk shkaktojnë atrofi, hipopigmentim, hipertrikozë, osteoporozë, purpura ose telangjiektazi kur përdoren sipas udhëzimeve. Komplikime të rralla të tilla si

stria dhe sëmundjet okulistike janë raportuar me përdorim të zgjatur dhe të tepruar të steroideve topikale të fuqishme.

• Ekzema e lehtë deri në mesatare e fytyrës duhet të trajtohet me steroide me fuqi të ulët për të shmangur acarimin lëkurës.

Hidratues (edhe me larte jane permendur hidratuesist)

• Aplikoni hidratuesin të paktën dy herë në ditë, aplikojeni në lëkurë të lagur pas larjes dhe riaplikoni sa herë që lëkura ndihet e thatë.

• Aplikoni kremin hidratues sipër ilaçeve të tjera aktuale, si p.sh. steroidet.

Kompresa të lagura

• Kompresatt e lagura ndihmojnë në kthimin e lagështisë në lëkurë, mbrojnë nga infeksionet dhe traumat e mëtejshme dhe ndihmojnë në reduktimin e acarimit dhe kruajtjes.

• Kompresat duhet te aplikohen ne skuqje 1-4 herë në ditë për të paktën 3 ditë. Në ekzemë të rëndë mund të nevojiten aplikimi I kompresave më shpeshe dhe/ose trajtim më të gjatë.

• Mund të përdoren në infeksionet ekzematoze të lëkurës, përveç trajtimit antimikrobik.

• Prindërit/ kujdestaret duhet të edukohen rreth aplikimit te kompresave.

• Kompresat e ftohta (leckë ose peshqir i njomur në ujë dhe/ose vaj banjo) mund të përdoren në fytyrë për të ofruar lehtësim të menjëhershëm të kruajtjes.

18.2 Larjet

Larjet duhet të bëhen cdo ditë për të reduktuar ngarkesën bakteriale të lëkurës.

IXX. INFEKSIONET EKZEMATOZE TË LËKURËS

Lëkura ekzematoze e çarë ka një rrezik të lartë të infeksioneve bakteriale dhe/ose virale të lëkurës.

19.1 Infeksionet bakteriale

- Shkaktarët e zakonshëm Staphylococcus aureus (konsideroni MRSA në grupet me rrezik të lartë ose nëse nuk i përgjigjet antibiotikëve të linjës së parë) dhe Streptococcus pyogenes.
- Largoni lezionet me kore duke i fshirë butësisht me një leckë derisa zhyteni në banjë. Aplikoni vetëm steroide dhe hidratues topikalë pasi të jenë hequr koret.
- Trajtoni me antibiotikë. Fëmijët që kanë infeksione të rënda mund të kërkojnë hospitalizim dhe trajtim me antibiotikë intravenozë.

19.2 Infeksionet virale

- Shkakëtarët e zakonshem përfshijnë herpes simplex, coxsacievirus, molluscum contagiosum dhe viruset varicella zoster.
- Shpesh bashkë ekzistojnë me infeksion bakterial, merrni parasysh nëse ekzema e infektuar nuk po i përgjigjet menaxhimit të antibiotikëve.
- Infeksioni herpes simplex (ekzema herpeticum) kërkon fillimin e menjëhershëm të trajtimit antiviral. Trajtimi intravenoz antiviral mund të kërkohet në infeksione të rënda. Rishikimi urgjent oftalmologjik kërkohet nëse infeksioni prek zonën periorbitale

19.3 Infeksionet e përsëritura

- Preparatet antiseptike mund të zvogëlojnë ngarkesën bakteriale të lëkurës, p.sh. banja me pastrues për lëkurë sensitive, larjen e lëkurës me klorheksidin.

19.4 Rekomandimet

- Antibiotikët oral nuk rekomandohet për shkak të rrezikut të rritjes së rezistencës dhe sensibilizimit. (1b, A).
- Një trajtim afatshkurtër me antibiotikë sistemikë mund të jetë i dobishëm nëse lëkura është dukshëm e superinfektuar me baktere (2b, B).
- Ka vetëm të dhëna nga studimet e hapura vëzhguese substancat antiseptike janë të dobishme për trajtimin e DE (4, C).

- Një terapi antimikotike mund të jetë efikase në pacientët me DE që vuajnë nga varianti "kokë dhe qafë" (2b, B).
- Glukokortikosteroidet lokale ose frenuesit e kalcineurinës reduktojnë shkalla e kolonizimit të Staphylococcus aureus në AE (4, C).

XX. KORTIKOSTEROIDET

Preparatet kortikosteroide janë medikamentet e rendit të parë në trajtimin e dermatozave ekzematoze. Ato ordinohen në mënyrë sistemike ose lokale, varësisht nga intensiteti i sëmundjes dhe sipërfaqja e lëkurës e përfshirë me ndryshime.

Në organizmin e njeriut sintetizohet kortikosteroidi i njohur me emrin kortizol. Kortizoli sintetizohet në koren e gjëndrave mbiveshkore dhe lirohet nën veprimin e hormonit adrenokortikotrop (ACTH), kryesisht në mëngjes.[35] Kortikosteroidet sintetike fitohen nga mbiveshkoret e shtazëve ose nga bimët dhe përgatiten në formën në të cilën synohet të rritet intensiteti i veprimit dhe zvogëlohen efektet anësore. Qëllimi kryesor i ordinimit sistemik të kortikosteroideve është efekti **antiinflamator, antiproliferativ dhe imunosupresor** i tyre. Pas ordinimit të kortikosteroideve zvogëlohet përgjigjja imunologjike dhe aktiviteti i makrofagjeve dhe leukociteve. Kortikosteroidet sistemike kanë edhe efektin vazokonstriktor, duke zvogëluar kështu edhe permeabilitetin e kapilarëve. Në doza të larta, kortikosteroidet zvogëlojnë sintezën e antitrupave dhe të autoantitrupave.

Ordinimi i kortikosteroideve për kohë të gjatë dhe në doza të larta mund të shkaktojë efekte të padëshiruara.

Efektet e padëshiruara pas aplikimit sistemik të kortikosteroideve janë: osteoporoza, diabeti, hipertensioni arterial, kardiomiopatia dhe Cushingu për shkak të retencionit të natriumit dhe lëngjeve, ateromatoza, katarakta, ulcera peptike, çrregullim i metabolizmit të lipideve, psikozat - çrregullimet e disponimit, pankreatiti, reaksionet alergjike. Te fëmijët dozat e larta mund të ngadalësojnë rritjen. Aplikimi i kortikosteroideve te shtatzënat në periudhën e organogjenezës mund të shkaktojë anomalitë e tipit palatoschisis.

Kortikosteroidet e aplikuara në mënyrë lokale kanë efekt antiinflamator të shprehur, pavarësisht natyrës së inflamacionit (biologjik, fizik apo kimik). Ndonëse, kortikosteroidet përdoren një kohë të gjatë në terapinë lokale të shumë dermatozave, mekanizmi i veprimit të tyre nuk është qartësuar ende. Mendohet se pas aplikimit lokal kortikosteroidet lidhen me proteinat specifike në citoplazmë të qelizave në epidermë dhe në dermë dhe më pas shfaqet efekti antiinflamator dhe antiproliferativ.

Tabela 13. Efektet e kortikosteroideve

Efektet e kortikosteroideve të ordinuara në mënyrë lokale:
- Vazokonstriksioni, - Zvogëlimi i permeabilitetit të kapilarëve, - Inhibim i migrimit të leukociteve, - Inhibim i fagocitozës dhe enzimeve lizozomale.

Efekti i kortikosteroideve që aplikohen në mënyrë lokale mund të kontrollohet duke zgjedhur bazën apo lëndë hidratuese në të cilin përgatitet preparati. Me ndërhyrjet në molekulën e kortizolonit si fluorimi, metilimi, klorimi, rritet lirimi i kortikosteroidit nga vehikulumi dhe rrjedhimisht shtohet aftësia vepruese e preparatit dhe depërtimi në lëkurë. Depërtimi i kortikosteroideve në lëkurë rritet edhe duke i shtuar lëndë hidratuese . Në disa dermatoza terapia lokale me kortikosteroide vepron më dobët. Për të rritur efektin e kësaj terapie, kortikosteroidet mund të aplikohen nën okluzion që nënkupton mbështjelljen e vendit në të cilin është aplikuar kortikosteroidi me material polietileni (folie plastike). Sot ekzistojnë forma të ndryshme farmaceutike të preparateve kortikosteroide (losion, krem, spray, yndyrë). Varësisht nga lloji i dermatozës dhe lokalizimi i lezioneve vendoset se çfarë preparati kortikosteroid do të aplikohet dhe çfarë aftësie vepruese do të ketë ai preparat. Për shembull në dermatozat akute që lëngëzojnë duhet të aplikohen preparate në gjendje të lëngët të cilat ndihmojnë tharjen e dermatitit (p.sh. losionet). Nëse aplikohen yndyrat në një lezion të lagët, atëherë do të arrihet efekti i kundërt për shkak të okluzionit të krijuar. Në dermatozat që karakterizohen me lëkurë të thatë, preparatet në trajtë yndyre kanë efekt më të mirë. Nëse aplikohen kortikosteroidet në trajtë xheli në ekzemën e duarve në të cilën ka plasaritje, atëherë do të shkaktojë dhembje dhe therrje për shkak se preparatet në trajtë xheli përmbajnë alkool. Preparatet në trajtë spreji ose losioni aplikohen më lehtë në lëkurën me qime si p.sh. në kokë. Preparatet kortikosteroide mund të kombinohen me antibiotikë, katrane, thartirë salicilike, kliokinol etj.

Duke u mbështetur në efektin vazokonstriktor të kortikosteroideve është bërë edhe klasifikimi i tyre:

Tabela 14. Kortikosteroidet me veprim të lehtë

Preparatet kortikosteroide me veprim të lehtë
Hidrocortizon 1% krem ose pomadë

Janë preparatet më të dobëta kortikosteroide të cilat përdoren me sukses për ekzemën në regjionin e faqeve. Përdorimi i tyre në pjesë të tjera të trupit shpesh është pa sukses.

Llogaritet se këto preparate janë prej 2-25 herë më efektive (të fuqishme) se hidrokortizoni. Përdoren me sukses në trajtimin e ekzemës, sidomos të dermatitit atopik te fëmijët për lezionet në trup si dhe për ekzemën seborroike në pjesët intertrigjinoze.

Tabela 15 .- Kortikosteroidet me veprim mesatar

Preparatet kortikosteroide me veprim mesatar
Bethametasone valerat 0.1% krem ose pomadë
Mometasone 0.1% krem

Ordinohen te dermatozat më rezistente në terapi si p.sh.: ekzema diskoide, ekzema e duarve dhe e këmbëve, dermatiti atopik i likenifikuar dhe ekzema seborroike e lokalizuar në trup.

Këto preparate kanë deri në 600 herë veprim më të forte se hidrokortizoni. Për këtë arsye përdoren vetëm në dermatozat shumë rezistente (lichen simplex, lupus erythematodes discoides) ndaj llojeve të tjera të preparateve kortikosteroide dhe atë vetëm në sipërfaqe të kufizuara dhe për kohë të shkurtër.

20.1 Rekomandimet

Kortikosteroidet topikale janë barna të rëndësishme anti-inflamatore që përdoren në DE, veçanërisht në fazën akute (–, D). Kortikosteroidet lokale kanë një efekt të rëndësishëm në përmirësimin e lëkurës në krahasim me placebo (1b, A).

XXI. IMUNOMODULATORET TOPIKALE (TACROLIMUS DHE PIMECROLIMUS)

Si TCI, pomada tacrolimus dhe kremi pimecrolimus, jane licencuar për trajtimin e ekzemës aktuale. Aspekte të ndryshme të këtyre barnat janë shqyrtuar në detaje. Fuqia anti-inflamatore e pomadës së takrolimusit 0.1% është ngjashëm me një kortikosteroid me aktivitet të ndërmjetëm,[81] ndërsa ky i fundit është qartësisht më aktiv se kremi pimecrolimus 1.0%.[82]

Të dhënat e sigurisë së të dy TCI janë raportuar në shumë prova klinike, duke demonstruar sigurinë e këtyre barnave në përdorimin rutinë të përditshëm. Efekti anësor që vërehet më shpesh është një ngrohtësi kalimtare ndjesi ose djegie kalimtare në vendin e aplikimit gjatë ditëve të para të aplikimit.[36,39] Efektet fillojn rreth 5 min pas secilit aplikim të barit dhe mund të zgjasë deri në 1 orë, por intensiteti dhe kohëzgjatja zakonisht zvogëlohet brenda 1 jave në zero.

Në raport me kortikosteroidet, asnjë krem TCI nuk shkakton atrofi të lëkurës. Kjo favorizon përdorimin e tyre mbi kortikosteroidet aktuale në zonat delikate të trupit si qepalla, lëkura periorale, zona gjenitale, rajoni i sqetullës ose palosja inguinale për menaxhimin më afatgjatë. Përdorimi i TCI nën mbështjellës të lagësht ose me okluzion ne lezionet mund të rrisin përthithjen.

Efikasiteti i monoterapisë afatgjatë me pomadën tacrolimus është treguar tek fëmijët dhe të rriturit. Më pak të dhëna janë në dispozicion për fëmijët nën 2 vjeç. Pimecrolimus kremi është studiuar tek foshnjat dhe fëmijët në kombinim me kortikosteroide lokal, këto të fundit jepen nëse a ka ashpërsim.

Rekomandime

- TCI janë barna të rëndësishme anti-inflamatore për t'u përdorur në DE (–, D).
- TCI kanë një efekt të rëndësishëm në krahasim me placebo në afat të shkurtër dhe trajtimi afatgjatë i DE (1b, A).
- TCI-të aplikohen veçanërisht në zonat problematike (fytyra, pikat intertriginose, zona anogjenitale; 1b, A).
- Terapi proaktive me aplikim dy herë në javë të tacrolimus vajit mund të zvogëlojë relapsat (1b, A).
- Mbrojtja efektive nga dielli duhet të rekomandohet te pacientët te trajtuar me TCI (–, D).

Tabela 16. Përdorimi i kortikosteroideve topikale sipas lokalizimit

Lloji	Përshkrimi i barit	Doza
Kortikosteroidet topikale	**Për fushat sensitive -fytyra** • Format e lehta deri në mesatare:apliko kortikosteroide me veprim të lehtë psh Hydrocortisone 1% pomadë ose krem • Format e rëndë : apliko kortikosteroide me veprim mesatar psh bethametason pomadë ose krem **me afat të shkurt kohor,** max 3-5 ditë në fytyrë /qafë, 7-14 ditë në trup. **Për trup** • Forma e lehtë deri në mesatar: apliko kortikosteroide me veprim të lehtë Hydrocortisone pomadë ose krem 1%. • Kortikosteroide me veprim të mesatar Bethamethasone valerat 0.1%.	**Shpeshtësia** • Hydrocortisone: apliko 2x në ditë deri sa simptomet të largohen. • Bethametasone: Apliko një herë në ditë deri sa simptomet të largohen. **Forma** • Pomadat janë të me preferuara se kremrat për efektin e tyre zbutëse. • Losionet përdoren më së miri për zonat me qime p.sh. skalpin e kokës.

XXII. TERAPIA ANTIPRURITIKE

Terapia antipruritike në DE është shumëdimensionale, kruarja është simptoma klinike më e rëndësishme në DE, me karakteristikë ndikim në përceptimin emocionale në krahasim me dermatoza të tjera pruritike si urtikaria. Në lidhje me kruarjen që shoqëron DE, pak studime hulumtojnë efektin antipruritik vetëm. Në shumicën e studimeve, pruritusi është pjesë e rezultatit total të simptomave duke përdorur EASI dhe SCORAD. Bazuar në mendimin e ekspertit, lehtësimi afatshkurtër i pruritusit mund të arrihet me krema lokal që përmbajnë gjithashtu preparate ure, kamfore ose mentol si mbështjellje të lagura, ftohëse ose me lagështirë yndyre, mbështjellje me çaj të zi, dushe të shkurtra dhe të vakëta.

XXIII. ANTIHISTAMINIKËT

Antihistaminët janë përdorur me dekada, në përpjekje për të lehtësuar kruarjen në pacientët me DE. Megjithatë, vetëm disa prova të kontrolluara te rastësishme janë kryer dhe ato kanë treguar vetëm një efekt të dobët ose aspak në uljen e kruajtjes.

Bazuar në, Diepgen et al. raportuan se tek foshnjet me ndryshime të rënda të DE, kanë vlerësuar se ka si një masë indirekte të sigurt për efikasitetin e ceterizinës në kruajtje.

Në përgjithësi, antihistaminikët janë të sigurt për t'u përdorur, poashtu për një periudhë të gjatë kohëore, dhe avantazhi kryesor duket të jetë lehtësimi i simptomës të sëmundjeve shoqëruese si astma alergjike, rino-konjuktivitis, dermografizmi urtikarial dhe urtikaria.

Antihistaminikët lokal (krema) nuk kanë efekt në kruajtje.

XXIV. FOTOTERAPIA

Fototerapia është e efektshme për format e lehta dhe të moderuara dermatitit ekzematoid. UVA dhe UVB e kombinuar kanë treguar se janë të efektshme.

Terapia me **rrezatim UVA** (që varion nga 340 mm deri në 400 mm) është superior ndaj fototerapisë konvecionale UVA –UVB te pacientët me DE të shkallës së rëndë.

Terapia me **UVB** me bandë të ngushtë (31 nm) si monoterapi është gjithashtu e efektshme për dermatitin ekzematoid të moderuar deri në të rënda. [34]

UVA me doza të ulëta ose UVB me bandë të ngushtë dy here në javë për katër javë dhe një here në javë për katër javë të tjera shfaq parandalim ndaj përsëritjes.

24.1 Rekomandimet

Fotokimioterapi me metoksalen UVA (PUVA) është e efektshme, por klinicistët nuk e përdorin më për DE.

XXV. Agjentët imunosupresues

Disa pacientë mbesin të prekur në mënyrë të rëndë nga DE, pavarësisht nga trajtimi me steroide sistemike dhe fototerapi. Andaj për këto raste rezistente ndaj trajtimeve mund të konsiderohen agjentët imunosupresivë oralë.

25.1 Ciklosporina

Ciklosporina është e licencuar në shumë vende evropiane për trajtim të DE. Ciklosporina pengon prodhimin e NF-AT të varur nga citokinat proinflamatore T limfociteve. Bazuar ne studimin klinik doza efikase për të filluar me terapinë është **150 mg/ditë** sepse ky regjim tregoi një incidencë më e ulët e rritjes së kreatininës në serum.

Pacientët që marrin ciklosporinë duhet të monitorohet për presionin e gjakut dhe parametrat renale, sic dihet se ciklosporina shkakton dëmtim strukturor dhe organik të veshkave. Efektet nefrotoksike kanë më shumë gjasa të ndodhin nëse doza ditore tejkalon 5 mg/kg peshë trupore, vlerat e keratininës në serum janë të ngritura ose kur trajtohen pacientët e moshuar.

Kohëzgjatja e terapisë udhëhiqet nga efikasiteti klinik dhe toleranca e barit. Prandaj, mund të jetë e dobishëme si terapi afatshkurtër dhe afatgjatë në DE (-, D).Reduktimi i dozës duhet të merret parasysh sipas efikasitetit klinik. Efektet anësore të ciklosporinës kundërshtojnë një trajtim afatgjatë të DE me ciklosporinë dhe duhet të tentohet ndërprerja e terapisë pas 2 vitesh . (-, D)

Reduktimi i dozës së rekomanduar me vetëdëshirë të ciklosporinës mund të zvogëloj efikasitetin klinik të ciklosporinës dhe nuk rekomandohet (2b, B). Ciklosporina është efektive në ekzemën atopike te pacientët fëmijë dhe adoleshentë (2b, B).

Terapia afatgjatë me ciklosporinë intermitente për 1 vit është më shumë efektive sesa një terapi me ndërprerje UVA/UVB pas një dy deri tre herë në javë (1b, A).

25.2 Rekomandimet

- Ciklosporina mund të përdoret në rastet kronike dhe të rënda të DE tek të rriturit (1a, A).
- Efektet anësore të njohura të ciklosporinës kufizojnë përdorimin e saj në DE (-, D).
- Një dozë fillestare ditore prej 2,5–3,5 mg/kg/ditë dhe maksimumi në ditë.
- Rekomandohet një dozë prej 5 mg/kg/ditë, e ndarë në dy doza të vetme. Çdo 2 javë rekomandohet një reduktim i dozës prej 0,5-1,0 mg/kg/ditë varësishte nga efikasiteti

klinik (-, D).

- Nivelet e ulëta të ciklosporinës nuk do të kenë nevojë të vlerësohen gjatë terapisë (-, D).
- Këshillohet monitorimi i detajuar i pacientit, veçanërisht i gjendjes renale.
- Një terapi e kombinuar e ciklosporinës me terapinë UV nuk rekomandohet sepse incidenca e tumoreve malinje të lëkurës mund të jetë rritur (-, D)

Tabela 17. Analizat e nevojshme dhe aplikimi i imunosupresiveve

Methotrexate	Azathioprine	Mycophenolic Acid
++ mirëmbajtje afatgjatë	Mund të përdoret afatgjatë	++ toksicitet iulët
8-12	8-12	8-12
>12	>12	>12
Hepatogrami	Hepatogrami	Hepatogarami
5-15 mg / në jave	50 mg / në ditë	MMF 1-2 g/ në ditë
Me se shumti 15 jave; maximum 25 mg / jave	2-3 mg/ në ditë	MMF 1-2 g/ në ditë (EC-MPA 1.44 g/day)

XXVI. PROCESI I ADAPTIMIT TË UDHËRRËFYESIT

Udhërrërrfyesi klinik do të jetë në dispozicion për të gjithë profesionistët shëndetësor në institucione shëndetësore në Kosovë. Udhërrëfyesi duhet të gjejë zbatim në të gjitha institucionet ku ka burime të mjaftueshme, përfshirë burimet njerëzore dhe infrastrukturën relevante për trajtimet e rekomanduara në udhërrëfyes.

Kriteret e auditueshme për zbatimin e udhërrefyesit klinik do të jenë:

- Përqindja e pacientëve të shëruar nga dermatozat alergjike dhe ekzematoze;
- Raporti i kohëzgjatjes së spitalizimit të pacientëve të diagnostikuar me dermatozat alergjike dhe ekzematoze;
- Raporti cilësor dhe sasior i përdorimit të produkteve farmaceutike dhe produkteve tjera mjekësore.

Kriteret e përcaktuara për auditim do të analizohen 6 (gjashtë) muaj pas fillimit të zbatimit të UK në institucionet gjegjëse ku gjenë zbatim ky udhërrëfyesi klinik. Terapia sigurohet përmes Ministrisë së Shëndetësisë (MSH) dhe Shërbimit Spitalor Klinik Universitar të Kosovës (SHSKUK) , nga buxheti i Republikës së Kosovës.

Nevojat përcaktohen nga Institucionet relevante që mirren me trajtimin e pacientëve.

Përparësi në zbatimin e këtij udhërrëfyesi janë resurset e mjaftueshme njerëzore, materiale, infrastruktura , rastet shqyrtohen nga konziliumi mjekësor dhe shumica e medikamenteve që rekomandohen në këtë udhërrëfyes janë të përfshira në listën esenciale të barnave.

Zbatimi i udhërrëfyesi klinik është pjesë e sigurimit të praktikës së mirë mjekësore të bazuar në dëshmi për të gjithë profesionistët shëndetësorë të kësaj fushe.

Çdo institucion shëndetësor duhet të kryej monitorimin e brendshëm për përmirësimin e cilësisë së shërbimeve dhe sigurisë së pacientit.

XXVII. APLIKIMI DHE ZBATIMI I UK NË RRETHANA TONA

Ndihmesat dhe barrierat

Ndihmesat

1. Udhërrefyesi për trajtimin e dermatozave alergjike dhe ekzematoze ka për qëllim të ofrojë një kornizë të qartë për menaxhimin e gjendjeve të sipërpërmendura.
2. Udhërrefyesi synon që përmes rekomandimeve për përdorimin e trajtimeve topikale dhe sistemike të ndryshojë praktikat aktuale si përdorimi i paarsyeshëm/pakontrolluar i kortikosteroideve dhe antibiotikëve dhe të gjitha këto informacione të merren nga profesionistët shëndetësor që shërbehen me këtë udhërrëfyes.
3. Udhërrëfyesi do të ndihmojë në implementimin e një bashkëpunimi multidisiplinar, permes qasjes së koordinuar në mes të mjekëve që merren me trajtimin e këtyre sëmundjeve.

Barrierat

Implementimi i këtij UK në praktikën klinike paraqet disa sfida dhe barriera.

1. Ndërgjegjësimi dhe Edukimi i Pacientëve: Një nga sidat më të mëdha është edukimi i pacientëve mbi natyrën e sëmundjes së tyre (ekzematoze/alergjike). Organizimi i aktiviteteve informuese është thelbësor për të përmirësuar përputhshmërinë me trajtimin.
2. Mundësia e qasjes së pacientëve në marrjen e terapisë pa përshkrim të mjekut (psh kortikosteroidëve topikalë dhe sistemikë), që shpie në trajtim joadekuat, anamnezë jo të saktë, efekte anësore të padëshirueshme, ndryshimin e pamjes klinike dhe në prolongimin e trajtimit.
3. Furnizimi jo i rregullt me PATCH teste në nivel sekondar dhe terciar, që do të mundësonte diagnostikimin etiologjik në kohë të hipersensitivitetit të tipit të vonshëm.

Gjatë procesit të analizës dhe shqyrtimit të UK , grupi punues është përcaktuar në adaptimin e të dhënave më të reja nga Udhërrërrfyesi "Global Reports on Atopic Dermatitis 2022, nga International League of Dermatological Societies (ILDS) global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf (eczemacouncil.org)" Udhërrefyesi kyc është i bazuar në standardet europiane Appraisal of Guidelines Research and Evaluation.

Procesi i adaptimit të udhërrëfyesi klinik është realizuar përmes mbajtjes se takimeve të rregullta online dhe takimeve fizike. Mbajtja e takimeve të grupit punues është dokumentuar me procesverbalet e takimeve të mbajtura .

Udhërrëfyesi është nënshtruar vleresimit nga komisioni recensent në përbërje të :

1. Sci.Dr. Merita Kotori - Specialist i Dermatovenerologjisë,

2. Sci.Dr. Fatime Kokollari - Specialist i Dermatovenerologjisë,

Sa i perket vleresimit të udhërrëfyesi klinik nga recenzentet nuk ka pasur komente për ndryshime në kontekstin përmbajtësor të udhërrëfyesit, recenzentet kanë ofuar mendimin e tyre profesional se ky udhërrëfyes i plotëson kriteret për procedim të mëtutjeshëm .

Prej këtij udhërrëfyesi duhet të derivojnë protokolet lokale dhe listat e kontrollit në përputhje me nivelin e institucionit shëndetësor.

Rishikimi dhe përditësimi i këtij udhërrëfyesi do të bëhet pas pesë (5) vitesh, e në rast të dëshmive të reja shkencore relevante edhe më herët.

Udhërrëfyesi klinik do të publikohet në web faqe te MSH-së sipas proceduarve të parapara në Udhëzimin Administrativ për " Udhërrëfyes dhe Protokole Klinike" Nr.12/2010, dhe do të jetë i hapur për komente nga të gjitha palet e përfshira dhe grupet e interesit .

Udhërrëfyesi i miratuar do të shpërdahet dhe prezantohet tek të gjithë profesionistet shëndetësor, të cilët bazuar në kompetencat e tyre profesionale të përcaktuara do të bëjnë zbatimin e tij në praktik.

SHKURTESA DHE DEFINICIONE

- UK – Udhërrëfyesin klinik;
- MSH - Ministria e Shëndetësisë;
- OBSH - Organizata Botërore e Shëndetësisë,
- EADV –European Academy of Dermatology & Venereology
- EA – Ekzema atopike
- UKS – Urtikaria kronike spontane
- GP- Grupi punues
- DA – Dermatiti atopik
- TCA – tacrolimus
- UV– rrezet ultraviolete
- UVA – rrezet ultraviolete që varion nga 340 mm deri në 400 mm
- UVB – rrezet ultraviolet që varion nga 280 mm deri në 315 mm
- PUVA –psoralen dhe ultra Violet A
- SPT - testet me shpim patch testet dhe testet in vitro
- IgE - Imunoglobulina E ne serum
- SCORAD – Severity Scoring of Atopic Dermatitis index
- ACTH- hormoni adrenokortikotrop
- FTU- Njësi e majëssë gishtit: Finger-tip Unit
- MI- metilizotiazolinone
- MCI- metilkloroizotiazolinone

REFERENCAT

1. Global Reports on Atopic Dermatitis 2022, nga International League of Dermatological Societies (ILDS) global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf (eczemacouncil.org);
2. Udhërrefyesi Europian dypjesësh për menaxhimin e dermatitit atopik: Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part I - Ring - 2012 - Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology - Wiley Online Library; Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) Part II - Ring - 2012 - Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology - Wiley Online Library;
3. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I - Wollenberg - 2018 - Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology - Wiley Online Library;
4. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II - Wollenberg - 2018 - Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology - Wiley Online Library.
5. Abuabara K, Margolis DJ. Do children really outgrow their eczema, or is there more than one eczema? J Allergy Clin Immunol. 2013;132(5):1139-40.
6. Ständer S. Atopic Dermatitis. N Engl J Med. 2021;384(12):1136- 43.
7. van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Christensen R, Lavrijsen A, Arents BWM. Emollients and moisturisers for eczema. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2(2):CD012119.
8. Bosma AL, Ascott A, Iskandar R, Farquhar K, Matthewman J, Langendam MW, et al. Classifying atopic dermatitis: a systematic review of phenotypes and associated characteristics. J Eur Acad Dermatol Venereol. 202;36(6):807-19.
9. Ramírez-Marín HA, Silverberg JI. Differences between pediatric and adult atopic dermatitis. Pediatr Dermatol. 2022;39(3):345-53.
10. Bieber T, Paller AS, Kabashima K, Feely M, Rueda MJ, Ross Terres JA, et al. Atopic dermatitis: pathomechanisms and lessons learned from novel systemic therapeutic options. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022;36(9):1432-49.
11. Laughter MR, Maymone MBC, Mashayekhi S, Arents BWM, Karimkhani C, Langan SM, et al. The global burden of atopic dermatitis: lessons from the Global Burden of Disease Study 1990-2017. Br J Dermatol. 2021;184(2):304-9
12. Arents BWM, van Zuuren EJ, Vermeulen S, Schoones JW, Fedorowicz Z. Global Guidelines in Dermatology Mapping Project (GUIDEMAP), a systematic review of atopic dermatitis clinical practice guidelines: are they clear, unbiased, trustworthy and evidence based (CUTE)? Br J Dermatol. 2022;186(5):792- 802.
13. Lax SJ, Harvey J, Axon E, Howells L, Santer M, Ridd MJ, et al. Strategies for using topical corticosteroids in children and adults with eczema. Cochrane Database Syst Rev. 2022;3(3):CD013356.
14. Chan LN, Magyari A, Ye M, AlAlusi NA, Langan SM, Margolis D, et al. The epidemiology of atopic dermatitis in older adults: A population-based study in the United Kingdom. PLoS One. 2021;16(10): e0258219.
15. Lusignan S, Alexander H, Broderick C, Dennis J, McGovern A, Feeney C, et al. The

epidemiology of eczema in children and adults in England: A population-based study using primary care data. Clin Exp Allergy. 2021;51(3):471-82.
16. Yew YW, Thyssen JP, Silverberg JI. A systematic review and meta-analysis of the regional and age-related differences in atopic dermatitis clinical characteristics. J Am Acad Dermatol. 2019;80(2):390-401.
17. Dhar S, Kanwar AJ. Epidemiology and clinical pattern of atopic dermatitis in a North Indian pediatric population. Pediatr Dermatol. 1998;15(5):347-51.
18. Ring J, Zink A, Arents BWM, Seitz IA, Mensing U, Schielein MC, et al. Atopic eczema: burden of disease and individual suffering - results from a large EU study in adults. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;33(7):1331-40.
19. Ferreira MA, Vonk JM, Baurecht H, Marenholz I, Tian C, Hoffman JD, et al. Shared genetic origin of asthma, hay fever and eczema elucidates allergic disease biology. Nat Genet. 2017;49(12):1752-7.
20. Appiah MM, Haft MA, Kleinman E, Laborada J, Lee S, Loop L, et al. Atopic dermatitis: Review of comorbidities and therapeutics. Ann Allergy Asthma Immunol. 2022;129(2):142-9.
21. Silverberg JI. Comorbidities and the impact of atopic dermatitis. Ann Allergy Asthma Immunol. 2019;123(2):144-51.
22. Davis DMR, Drucker AM, Alikhan A, Bercovitch L, Cohen DE, Darr JM, et al. American Academy of Dermatology Guidelines: Awareness of comorbidities associated with atopic dermatitis in adults. J Am Acad Dermatol. 2022;86(6):1335-6.
23. Wollenberg A, Kinberger M, Arents B, Aszodi N, Avila Valle G, Bararot S, et al. Euroguiderm guideline on atopic eczema. Available at https://www. edf.one/home/Guidelines/ EDF-EuroGuiDerm.html (last accessed 13 August 2022).
24. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States. Available at https://vizhub. healthdata.org/gbd-results/ (last accessed 9 August 2022).
25. Odhiambo JA, Williams HC, Clayton TO, Robertson CF, Asher MI; ISAAC Phase Three Study Group. Global variations in prevalence of eczema symptoms in children from ISAAC Phase Three. J Allergy Clin Immunol. 2009;124(6):1251-8.
26. Deckers IA, McLean S, Linssen S, Mommers M, van Schayck CP, Sheikh A. Investigating international time trends in the incidence and prevalence of atopic eczema 1990- 2010: a systematic review of epidemiological studies. PLoS One. 2012;7(7): e39803.
27. Abuabara K, Yu AM, Okhovat JP, Allen IE, Langan SM. The prevalence of atopic dermatitis beyond childhood: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Allergy. 2018;73(3):696-704.
28. Lee HH, Patel KR, Singam V, Rastogi S, Silverberg JI. A systematic review and metaanalysis of the prevalence and phenotype of adult-onset atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol.
29. Barbarot S, Auziere S, Gadkari A, Girolomoni G, Puig L, Simpson EL, et al. Epidemiology of atopic dermatitis in adults: Results from an international survey. Allergy. 2018;73(6):1284-93.
30. Silverberg JI, Hanifin JM. Adult eczema prevalence and associations with asthma and other health and demographic factors: a US population-based study. J Allergy Clin Immunol. 2013;132(5):1132-8.

31. Kim JP, Chao LX, Simpson EL, Silverberg JI. Persistence of atopic dermatitis (AD): A systematic review and metaanalysis. J Am Acad Dermatol.
32. Ghio D, Muller I, Greenwell K, Roberts A, McNiven A, Langan SM, et al. 'It's like the bad guy in a movie who just doesn't die': a qualitative exploration of young people's adaptation to eczema and implications for self-care. Br J Dermatol. 2020;182(1):112-8.
33. Abuabara K, Margolis DJ. Do children really outgrow their eczema, or is there more than one eczema? J Allergy Clin Immunol. 2013;132(5):1139-40.
34. Thyssen JP, Corn G, Wohlfahrt J, Melbye M, Bager P. Retrospective markers of paediatric atopic dermatitis persistence after hospital diagnosis: A nationwide cohort study. Clin Exp Allergy. 2019;49(11):1455-63.
35. Margolis JS, Abuabara K, Bilker W, Hoffstad O, Margolis DJ. Persistence of mild to moderate atopic dermatitis. JAMA Dermatol. 2014;150(6):593-600.
36. Mulick AR, Mansfield KE, Silverwood RJ, Budu-Aggrey A, Roberts A, Custovic A, et al. Four childhood atopic dermatitis subtypes identified from trajectory and severity of disease and internally validated in a large UK birth cohort. Br J Dermatol. 2021;185(3):526-36.
37. Abuabara K, Ye M, Margolis DJ, McCulloch CE, Mulick AR, Silverwood RJ, et al. Patterns of atopic eczema disease activity from birth through midlife in 2 British birth cohorts. JAMA Dermatol. 2021;157(10):1191-9.
38. Asher MI, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. Lancet. 2006;368(9537):733-43.
39. Flohr C, Weinmayr G, Weiland SK, Addo-Yobo E, AnnesiMaesano I, Björkstén B, et al. How well do questionnaires perform compared with physical examination in detecting flexural eczema? Findings from the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Two. Br J Dermatol. 2009;161(4):846-53.
40. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. Lancet. 1998;351(9111):12
41. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy. 2022 Mar;77(3):734-766. doi: 10.1111/all.15090. Epub 2021 Oct 20. PMID: 34536239.
42. Long CC, Finaly AY: Clin Exp Dermatol 1991 Nov;16(6):444-7)