

ADERENȚA LA TRATAMENTUL DERMATOLOGIC

ADHERENCE TO DERMATOLOGICAL TREATMENT

M. LUPU**, LAURA PAPAGHEORGHE**, VOICULESCU VLAD*,**, O.A. ORZAN*,**

Rezumat

Tendința pacienților de a nu fi aderenți la regimurile terapeutice se manifestă de-a lungul întregului spectru de afecțiuni și clase terapeutice iar nonaderența este cunoscută de a fi responsabilă pentru o mare parte din spitalizări. Nonaderența are de asemenea efecte negative majore asupra prognosticului pacienților. S-a demonstrat că factorii pacient-dependenți cum ar fi vârsta, etnia, gradul de alfabetizare (inclusiv educație medicală), credințele personale și statutul socioeconomic influențează aderența atât la tratamentele orale cât și topice. Un anumit impact asupra aderenței au și factorii medicament-dependenți cum ar fi complexitatea regimului terapeutic și durata tratamentului. Variabilele care influențează semnificativ aderența la terapia topică au efecte similare și asupra aderenței la tratamentul oral. Atât intervențiile educaționale cât și cele psihologice împreună cu simplificarea regimurilor terapeutice pot îmbunătăți considerabil aderența pacienților ce primesc atât terapie topică cât și orală.

În momentul de față există relativ puține cunoștințe privind efectele regimurilor terapeutice asupra aderenței la tratamentul topic dermatologic. Apariția a noi medicamente care permit aplicarea unei doze zilnice unice permite evaluarea influenței diferitelor regimuri terapeutice topice asupra aderenței și prognosticului terapeutic la pacienții cu boli dermatologice.

Cuvinte cheie: aderență, terapie topică, prognostic terapeutic, comportamental, strategii terapeutice.

Summary

Patients tend to be nonadherent to treatment regimens across all diseases and classes of therapy, and it is known that nonadherence to drug therapy is responsible for many hospital admissions. Nonadherence also has major negative effects on treatment outcomes across a wide range of diseases. Patient-related factors such as age, ethnicity, literacy (including health literacy), personal beliefs and socioeconomic status have been shown to influence adherence to oral and topical therapy alike. Medication-related factors, like regimen complexity and duration of treatment, also have an impact on adherence. Variables that significantly influence adherence to topical therapy have similar effects on adherence to oral drugs. Both educational and psychological interventions along with simplification of dosing regimens can vastly improve adherence in patients receiving both topical and oral therapy.

There is very little knowledge on the effects of dosing regimens on adherence to topical dermatological therapy. The emergence of new drugs that allow once-daily or single-dose drug application will, however, permit evaluation of different topical treatment regimens on adherence and treatment outcomes in patients with dermatological disease.

Key words: adherence, topical therapy, treatment outcome, behavioral, therapeutic strategies.

Intrat în redacție: 2.10.2013

Acceptat: 6.12.2013

Received: 2.10.2013

Accepted: 6.12.2013

* U.M.F. „Carol Davila”, București.

U.M.F. „Carol Davila”, Bucharest.

** Clinica Dermatologie Oncologică și Alergologie Clinică, Spitalul Universitar de Urgență ELIAS, București.
Oncologic Dermatology and Clinical Alergology, Spitalul Universitar de Urgență ELIAS, București.

Introducere

Distribuția externă a pielii face acest organ ușor accesibil tratamentului topic. În ciuda acestui lucru, aderența pacienților la tratamentul dermatologic este insuficient studiată, în studiile clinice răspunsul la tratament fiind variabil în rândul subiecților. Variabilitatea acestei măsuri este și mai mare în activitatea clinică uzuală. Aderența este o determinantă "cheie", deseori subapreciată, a rezultatului tratamentului și exprimă cât de corect utilizează pacienții medicația.

Aderența este măsura în care comportamentul unui pacient coincide cu recomandările medicului.[1] Termenul de aderență începe să înlocuiască treptat larg cunoscutul termen de "compliance", ultimul oferind o perspectivă paternalistă, tot mai puțin agreată, asupra pacientului. Conform OMS aderența la tratament în bolile cronice este un limitator major al îngrijirilor medicale[2] care determină creșterea costurilor prin numărul mare al consultațiilor și prin necesitatea administrării unor tratamente suplimentare.[3] Creșterea aderenței ar putea fi o cale rapidă și ieftină de îmbunătățire a rezultatului terapeutic.

Măsurarea aderenței

Aprecierea obiectivă a aderenței este dificilă, iar aderența autoevaluată este subiectivă în mare parte datorită metodologiei nesatisfăcătoare.[4,5] Aprecierea obiectivă a aderenței folosește mai multe "unelte": determinarea concentrației serice a medicamentului administrat (aici intervenind "compliance de halat alb", prin care se înțelege tendința pacienților de a urma mai strict posologia indicată de medic în preajma datei stabilite pentru control; o exemplificare concludentă a acestui fenomen este tendința pacienților de a se spăla mai mult pe dinți înainte de vizita la medicul stomatolog)[6], numărătoarea/cântărirea medicamentelor rămase, monitorizarea electronică a flacoanelor de medicamente (prin atașarea de senzori electronici în capacele flacoanelor de medicamente – cum ar fi Medication Electronic Monitoring System (MEMS) care înregistrează data și ora de fiecare dată când un flacon sau o sticlă sunt deschise) și, nu în ultimul rând, prin aprecierea evoluției bolii prin folosirea de fișe de evaluare ce conțin

Introduction

Its external distribution makes the skin a very accessible organ for topical treatment. Despite this, adherence to dermatological treatment is insufficiently studied, treatment response having a wide variability in subjects enrolled in clinical trials. This variability seems to be much larger in daily clinical practice. Adherence is an often underestimated key determinant of treatment outcome as it shows how closely patients follow the treatment plan.

Adherence is the measure in which a patient's behavior coincides with the doctor's recommendations.[1] The term "adherence" is slowly but surely replacing the well known term of "compliance", the latter offering a more paternalistic perspective, less and less tolerated, of the doctor-patient relationship. According to WHO adherence to treatment in chronic diseases is one of the major issues limiting efficient healthcare delivery to the population [2] and leading to disease-related medical costs due to improper cure, additional consultations and treatments and loss of income.[3] Improving adherence could represent a fast and cheap way of improving treatment outcome.

Measuring adherence

Objective measurements of adherence are difficult to obtain and a self evaluated measurement is highly subjective mostly because of lacking methodology.[4,5] The objective measurement of adherence requires multiple tools: determining blood levels of the administered medication (influenced greatly by „white coat compliance”, which is the tendency patients have of closely following instructions in the timeline close to the scheduled appointment with the physician; a clear example of this phenomenon being patients tendency of brushing more often before visiting the dentist)[6], counting/weighing remaining medicine, electronic monitoring of medication containers (through attachment of electronic sensors on medicine bottlecaps – an example being the MEMS (Medication Electronic Monitoring System), a system that logs the date and hour each time a medicine container is opened), and least but not last by assessing patient evolution using assessment charts that use objective,

parametri obiectivi, cuantificabili.[7,8] Rezultatele unui sondaj anonim în rândul pacienților cu psoriazis au arătat că aproximativ 40% recunosc non-aderența la tratament dar putem suspiciiona că ceilalți 60% pur și simplu nu au fost complet cinstiți.[9,10] Altă abordare referitoare la aprecierea aderenței a avut în vedere analiza datelor culese din farmacii cu privire la ridicarea prescripțiilor și calcularea raportului medicație/posesie. Acest raport reprezintă de fapt numărul de zile acoperit de prescripție împărțit la numărul de zile între ridicările prescripției.[11]

Factori care influențează aderența

Motivația pacientului de a se însănătoși este un factor intern major cu impact asupra aderenței. Uneori pacienții nu au o motivație puternică să se însănătoșească sau nu sunt deranjați de boală. Alteori aceștia caută să capete foloase materiale de pe urma bolii. Ne-am putea aștepta ca pacienții cu boli severe să fie foarte motivați să își administreze medicația, dar, în realitate, cei ce au o calitate a vieții slabă sunt și cei mai puțin aderenți la tratament.[12] Unii pacienți își doresc însănătoșirea dar nu au înțeles posologia, uită doze/aplicări sau au o dizabilitate fizică care îi împiedică să urmeze tratamentul.

Uneori pot exista comorbidități psihiatrice, depresia interferând în mod frecvent cu efectuarea tratamentului. Un alt factor important este vârsta, copiii și adolescenții fiind cunoscuți să aibă o aderență mai puțin bună. Înțelegerea bolii și a așteptărilor de la tratament, precum și înțelegerea tratamentului în sine, în special a reacțiilor adverse, îmbunătățesc în mod semnificativ aderența la tratament. Relația medic-pacient și încrederea pacientului în medic are un efect profund, 70% din pacienți admitând că urmează tratamentul datorită pledoariei empatică a medicului.[13]

Factorii externi care influențează aderența includ: complexitatea tratamentului, costul și accesibilitatea, vehiculul folosit pentru topice, reacții adverse. În plus, timpul scurs până la instalarea efectelor tratamentului este foarte important, la fel ca și răspunsul pacientului la tratament. Dacă durează câteva săptămâni până la instalarea efectelor maxime ale unui tratament dar pacientul dorește "o rezolvare

quantifiable parameters.[7,8] The results of an anonymous pole conducted on patients suffering from psoriasis have shown that approximately 40% openly admit to treatment non-adherence and one can suspect the other 60% just weren't completely honest. [9,10] Another approach to estimating adherence is to analyze the data coming from pharmacies regarding prescription filling and consequently calculating the medication/possession ratio. This ratio represents the number of days covered by the prescription divided by the number of days between prescriptions.[11]

Factors that influence adherence behaviour

The patient's motivation of getting well is an internal factor having a major impact on adherence. Sometimes patient don't have a strong motivation or they are not bothered by their disease. Others may seek financial gain from their condition. One could expect patients suffering from serious illnesses to be highly motivated in administering their medication, but sadly, in reality, the lower the patients' quality of life is the weaker their adherence to treatment is.[12] Some patients want to get well but have not understood how to administer medication, they forget doses/applications and/or have a physical disability that impedes them from following the treatment plan.

More often than not patients' psychiatric comorbidities, like depression, interfere with treatment. Another important internal factor is age, children and adolescents being notorious for their low adherence rates. Better understanding of the disease and treatment expectations, as well as understanding the treatment itself, especially the adverse reactions, have a major positive impact on adherence to treatment. The doctor-patient relationship and patients' trust in the doctor's abilities has a profound effect, 70% of adherent patients reported that they were using their medication because they believed their provider was a compassionate advocate.[13]

The external factors that influence adherence include: treatment complexity, cost and accessibility, vehicle used in topical treatments, adverse reactions. In addition, the time it takes for a particular treatment to take effect and the patients' response to treatment are also very important. If it takes several weeks for the

rapidă” atunci pacientul va opri administrarea considerând că tratamentul nu funcționează. Pe de altă parte, dacă un pacient obține un răspuns favorabil rapid la tratament atunci va continua tratamentul.

Strategii pentru îmbunătățirea aderenței

Relația medic-pacient

Există o relație strânsă între aderență, tratamentul corect condus de către medic și rezultatul terapeutic.

În ceea ce privește influența factorilor demografici asupra aderenței, studiile efectuate la pacienții cu psoriazis au arătat că principala categorie de non-aderenți sunt bărbații tineri. Mai mult, un studiu arată că non-aderenții au o vârstă tânără de debut și o severitate auto-apreciată a bolii mai mare ce conduce în final la lipsa speranței și resemnarea în fața bolii.

Determinanții unei bune aderențe sunt încrederea în medic urmată îndeaproape de un suport social corespunzător, încrederea în tratamentul prescris și simptomatologia severă în timp ce o aderență slabă poate fi determinată de afecțiuni psihiatrice, tratamente complexe, lipsa simptomatologiei și tratamentele cu durată îndelungată. Există, de asemenea, conceptul de non-aderență neintenționată care pare a fi legată de prezența unor dizabilități și conceptul de non-aderență intenționată care are ca factor causal major lipsa motivației.

Majoritatea datelor despre aderență provin de la pacienți înrolați în studii care sunt motivați să fie mai aderenți decât ar fi în circumstanțe obișnuite.

Ne putem imagina cât de slabă trebuie să fie aderența în practica uzuală, mai ales la pacienții cronici cu medicație zilnică, nu pentru câteva săptămâni sau luni, ci pentru toată viața.

(1) Faza inițială a aderenței este faza de acceptare ce se concretizează prin ridicarea prescripției de către pacient. Un studiu realizat în Danemarca a arătat că la o lună după vizita la dermatolog, 30% din prescripții au rămas neridicate, iar dintre acestea mai mult de jumătate erau adresate pacienților cu psoriazis vulgar.[14] Un alt studiu efectuat la pacienții cu psoriazis a urmărit aderența acestora la tratamentul topic cu preparate cu acid salicilic

maximal effects of a certain treatment to take effect than a patient looking for a „quick solution” will stop the treatment thinking it’s not working. On the other hand, if a patient obtains favourable results quickly he or she is more likely to continue treatment.

Strategies for improving adherence

There is a strong bond between adherence, treatment and treatment outcome. As for the influence of demographic factors, studies conducted on patients suffering from psoriasis have shown that the number one category of non-adherent patients are young males. Furthermore, one study showed that non-adherent patients were younger at the time of disease onset and had a higher self-assessed severity of the disease, two elements that when put together lead to feelings of hopelessness and resignation.

The determinants of good adherence are the patients’ trust in his or her physician closely followed by appropriate social support, trust in the prescribed treatment and severe symptoms of the disease while weak adherence can be determined either by psychiatric illnesses, complex treatment plans, the lack of symptoms and long term treatments. There is also the concept of non-intentional non-adherence which seems more likely to be linked to the presence of certain disabilities and the concept of intentional non-adherence, in which a major factor in the cause-effect relationship is the lack of proper motivation.

Most data concerning adherence come from patients enrolled in clinical studies, that makes them motivated to be more adherent than they would be in normal circumstances. We can only imagine how weak adherence must be in normal clinical settings, particularly in patients suffering from chronic illnesses that require daily medication, not for weeks or months but for the rest of their lives.

The initial phase of adherence is the acceptance phase, which starts with the patient filling out the prescription. A study conducted in Denmark showed that one month after the visit to the dermatologist 30% of prescriptions remained unfilled, while half of these were prescribed to patients suffering from psoriasis.[14] Another study involving psoriasis

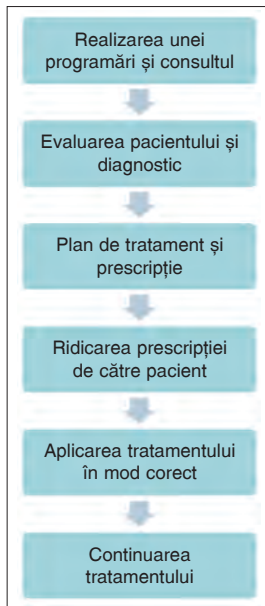


Fig. 1. Fazele aderenței

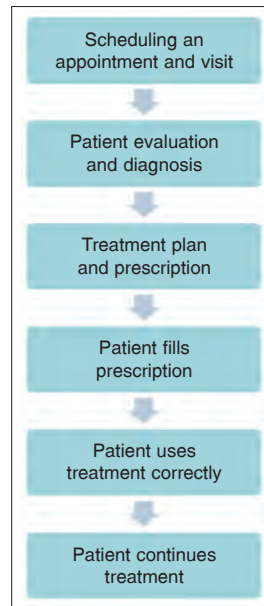


Fig. 1. Adherence phases

Tabel I - Factori ce contribuie la aderența scăzută

Factori interni	Factori externi
Vârsta și sexul	Relația medic-pacient
Motivație insuficientă de a se însănătoși	Regim terapeutic complex (doze frecvente și/sau agenți multipli)
Resemnarea în fața bolii	Vehicul prost tolerat
Slabă înțelegere a bolii	Efecte adverse sau toxicitate
Așteptări nerealiste sau incorecte de la tratament	Perioada îndelungată de instalare a efectului terapeutic
Comorbidități psihiatrice	Barieră financiară
Lipsa încrederii în medic	Acces limitat la tratament
Lipsa încrederii în sau frica de tratament	Instrucțiuni neadecvate despre folosirea medicației
Teama de efectele adverse	Interval lung între controale

Table I - Factors contributing to low adherence

Internal factors	External factors
Age and sex	Doctor-patient relationship
Insufficient motivation	Complex therapeutic regimen
Resignation in the face of illness	Poorly tolerated vehicle
Poor understanding of the disease	Adverse reactions/Toxicity
Unrealistic/incorrect treatment expectations	Long period of time until maximal treatment effects
Psychiatric comorbidity	Financial barrier
Lack of trust in the physician	Limited access to treatment
Lack of trust in, or fear of the prescribed treatment	Inadequate instructions regarding drug use
Fear of adverse reactions	Long time between check-ups

6%, timp de 8 săptămâni. Aderența evaluată de pacienți, deci subiectivă, atingea 90-100%, în timp ce, aderența măsurată cu dispozitivele electronice, deci obiectiv, era de doar 55% cu o scădere drastică la 20% la 5 săptămâni.[15]

(2) Urmează calitatea efectuării sau cât de corect folosește pacientul tratamentul prescris. În

monitored the adherence of patients over 8 weeks to topical treatment with 6% salicylic acid. The self-assessed adherence reported by patients, which is subjective, reached 90 to 100%, while the objectively measured adherence using electronic devices mentioned earlier was only 55% with a dramatic drop to only 20% at 5 weeks.[15]

această etapă pot interveni probleme specifice cum ar fi omiterea dozelor la intervale regulate, "drug holidays" sau supramedicația. În mod tipic vom întâlni o combinație a celor trei factori disturbatori.

(3) Ultima fază este reprezentată de persistență. Persistența reprezintă perioada în care pacientul urmează tratamentul. Întreruperea procesului din fig. 1 poate avea loc în orice punct.

Relația medic-pacient reprezintă fundamentul practicii medicale. Datele unui studiu au arătat că 72% din medici întrerup relatările pacienților, în medie, după 23 secunde din anamneză.[16] Există, de asemenea, anumite gesturi pe care medicul le poate face cu scopul de a îmbunătăți calitatea vizitei pacientului la cabinet sau spital. S-a dovedit că pacienții percep durata consultului mai mare atunci când medicul este așezat. Atingerea pielii pacientului în timpul examinării convinge bolnavul că este examinat corespunzător.

Alegerea tratamentului trebuie să țină cont de preferințele pacientului, de stilul său de viață – de preferat tratamente simple, "curate", integrate în rutina zilnică. Studiile au arătat o aderență mai bună în cazul tratamentelor ce presupun 1-2 doze/zi, aici intervenind medicamentele de tip combinație fixă. Indiferent de vârstă, sexul, mediul de proveniență și/sau statutul social al pacientului variantele de tratament trebuie explicate, pacientul trebuie implicat în alegerea tratamentului, opinia și părerea pacientului despre variantele de tratament trebuie solicitate, trebuie ales un vehicul pe care pacientul îl va folosi. Regimul terapeutic trebuie să fie simplu: doze mai rare și medicamente de tip combinație ori de câte ori e posibil, efectele secundare trebuie explicate. Sunt, de asemenea, utile cunoașterea prețurilor medicamentelor și verificarea accesului la tratament astfel încât pacientul să-și permită procurarea produselor prescrise. Aflat în fața unui pacient cu o boală refractară primul instinct al medicului poate fi să adauge tratamentul agenți potențatori ai penetrației tegumentare sau să recurgă la medicamente mai potente/riscante în detrimentul spitalizării și supravegherii tratamentului actual.

Efectele adverse pot fi reale sau doar percepute de pacienți, deseori aceștia având idei sau griji foarte specifice asupra unor anumite

The next phase is the performing quality or how accurately is the patient using the prescribed treatment. This phase also seems to have specific problems such as dose skipping at regulate intervals, „drug holidays” or overmedication. Typically we are bound to find somewhat of a combination of the three.

The last phase is persistence. Persistence is the period of time that the patient follows treatment. The interruption of this process can take place at any point.

The doctor-patient relationship is the cornerstone of medical practice. Data from one study shows that 72% of physicians stop patients after a mean duration of 23 seconds into their history.[16] There are, however, some „tricks” the doctor can use to improve the quality of the patient’s visit to the office/clinic. It’s now proved that patients perceive the duration of the consult to be longer when the physician is sitting instead of standing. Touching the patient’s skin during clinical examination helps convince him or her that he or she is examined properly.

When faced with multiple treatment options the patient’s preferences and life style should always be considered – the most easily accepted treatments are simple, „clean” and daily routine integrated. Studies have shown a better adherence to treatments that comprise of 1-2 doses per day, in which case using combination drugs. Treatment options need to be explained regardless of age, sex or patients’ social status. The patient need to be included in choosing the treatment, his or her opinion about the different treatment options must be consulted and a delivery vehicle that the patient is willing to use must be chosen. The treatment plan needs to be simple: choose fewer doses and combination drugs whenever possible, explain adverse effects. Knowing treatment costs and checking is the patient has access to the particular treatment to be prescribed are also important. It is often the first instinct of a doctor faced with a patient’s refractory disease to add skin penetration enhancer compounds or replacing current treatment with more potent/risky drugs instead of hospitalization and current treatment supervision.

Adverse reactions can be real or only perceived by patients who often have very

reacții adverse. În cazul medicamentelor cu efecte adverse reale este absolut necesară discutarea acestora cu pacientul.

Asigurarea unei bune aderențe inițiale este esențială, acest lucru putându-se obține prin: prescrierea de medicamente cu efect rapid sau o asociere de medicamente cu efect atât rapid, cât și cu efect lent și îndelungat, furnizarea de instrucțiuni scrise asupra posologiei, insuflarea de așteptări realiste și stabilirea datei de control într-un interval scurt. Aderența de "halat alb" observată cu precădere în studiile clinice, crește aderența inițială și ameliorează rezultatele per termen scurt, ajutând practic la obținerea unei bune aderențe pe termen lung.

Durata lungă a bolii, exacerbările, recurențele și, nu în ultimul rând, incurabilitatea bolii pot duce la frustrarea pacientului. Stresul datorat restricțiilor impuse de boală sau tratament scad calitatea vieții pacienților. Studiile arată rate de aderență semnificativ scăzute în bolile cronice *vs.* boli acute, rate ce scad și mai mult după 6 luni de tratament.

Tratamentul topic cronic comportă cea mai scăzută aderență. Terapia topică este supusă erorii fiindcă aplicarea corespunzătoare depinde de un comportament uman mai complex decât simpla înghițire a unui comprimat și poate fi cronofagă și neplăcută. Această formă de tratament interferă cel mai mult cu rutina zilnică și stilul de viață. Vehiculul folosit este esențial fiind cunoscut faptul că cel mai eficient vehicul este cel pe care pacientul este dornic să-l folosească. Întâlnită obișnuit în practica clinică este teama de efecte nedorite de ordin cosmetic, în special la preparatele de tip unguent. Pacienții cu psoriazis au tendința de a opta pentru utilizarea produselor care nu sunt unguente.

Dorința de a folosi un medicament influențează rezultatul terapeutic mai mult decât orice diferență de eficiență între agenții terapeutici.

Instruirea pacienților în privința tehnicii de aplicare și a așteptărilor terapeutice este importantă.

Planurile de acțiune scrise reprezintă o formă importantă de comunicare medic-pacient ce clarifică aspectele tratamentului, ajută la înțelegerea scopurilor terapiei și sunt asociate unei percepții pozitive din partea pacientului.

specific ideas or concerns about one or more side effects. In the scenario of real side effects these must be discussed with the patient.

Securing good initial adherence is vital. This can be obtained by prescribing fast acting drugs or associating a fast acting drug with a slower but prolonged effect drug, providing written instructions, inspiring realistic expectations and programming a checkup within a short interval of time. „White coat adherence”, observed mainly in clinical trials, improves short term results, thus also securing a better long term adherence.

Long disease duration, relapses, recurrences and disease incurability can lead to patient frustration. Stress due to restrictions imposed by the disease or treatment lowers patients' quality of life. Studies show significantly lower adherence rates in patients suffering from chronic *vs.* acute illnesses, rates that drop even lower after 6 months of treatment.

Topical treatment „boasts” the lowest adherence rates. Topical therapy is subject to error because proper application is dependant of a far more complex human behaviour than swallowing a pill and can be time consuming and unpleasant. Out of all forms of therapy this one interferes most with the patient's daily routine and life style. Choosing the right vehicle for topical preparations is crucial for it is a well known fact that the most efficient vehicle is the one the patient is willing to use. Fear of poor cosmetic appearance after application, eg. frequent with the use of ointments, is a common finding in clinical practice. Patients suffering from psoriasis have the tendency to choose, if given the choice, non-ointment products.

Willingness to use one drug influences treatment outcome far more than any possible difference of efficacy between drugs. The patients also have to be instructed regarding application technique and treatment expectations.

Written action plans represent a very important form of communication between doctors and patients. They help clarify different aspects of the treatment plan, help the patient in understanding the therapeutic goals and are generally associated with a positive response from the patient.

Aplicarea tratamentelor topice se poate face sub control vizual pe regiunile de pe fața anterioară a corpului, pe extremități și la nivelul feței, fiind însă dificilă în zonele de pe fața posterioară a corpului și de la nivelul scalpului. Standardizarea aplicării locale, ce implică noțiuni cum ar fi "unitatea falangiană", nu atrage pacientul și nu este bine cunoscută.[17] Inegalitatea aplicării acceptată variază între agenții activi, pacienți, indicații și zone corporale.

Conform datelor unui alt studiu mai puțin de 5% din părinți primesc sau își amintesc să fi primit informații despre boala copilului sau cum să aplice tratamentele topice.[18] Mai multe studii demonstrează o aderență bună în prima zi, aceasta scăzând rapid în următoarea perioadă.[6,19] Introducerea unei vizite de control la câteva zile (maxim o săptămână după începerea tratamentului) poate induce fenomenul de „compliantă de halat alb.”

Cele mai multe studii de aderență au fost efectuate la pacienții cu psoriazis. Timpul necesar tratamentului zilnic la acești pacienți variază între 1 minut și 3 ore și 25 de minute (medie 38 min), 26% considerând acest timp prea lung.[20] Între 8[21]-13%[22] dintre pacienți consideră neplăcerile provocate de tratament cel mai negativ aspect al bolii și 84% clasifică consecințele bolii asupra vieții sociale ca un aspect și mai negativ.[22] Alte aspecte etichetate drept negative de către pacienți au fost în proporție de: 33% - factori cosmetici, 17% - jenă, 67% - afectarea stilului de viață.[21]

În rândul pacienților cu psoriazis tratamentul topic comportă cea mai slabă aderență în egală măsură datorită "fobiei" dermatocorticoizilor, respingerea unguentelor și fenomenului de tahifilaxie. Tratamentele per os oferă o aderență mai bună fiind o activitate mai simplă și mai scurtă, elimină disconfortul fizic și sunt ajutate de iluzia împământenită a unei eficiențe mai mari. Cea mai mare aderență o au însă tratamentele biologice.

Metodele de intervenție asupra aderenței trebuie adaptate la diferitele categorii de pacienți. În cazul copiilor stabilirea de controale frecvente și dezvoltarea unui sistem de recompensă în colaborarea cu părinții furnizează cele mai bune rezultate. În ceea ce privește adolescenții, indicate sunt discuția direct cu pacientul, eliminând

The application of topical treatments can easily be accomplished under visual guidance on the anterior surface of the body, the extremities and face, whereas it is difficult to achieve on the scalp and the body's dorsal surface. Standardizing local application implies notions like „falangian unit” and is not well known nor does it appeal to the patient.[17] The accepted inequality of the applications varies between active agents, patients, indications and body areas.

According to the data from another study less than 5% of parents receive or remember receiving information about their child's illness or how to use topical treatments.[18] Even more studies show good adherence the first day, with rates slowly plummeting in the following period.[6,19] Establishing a checkup visit a few days after starting treatment (a week being the maximum) can help induce „white coat compliance” and hence improve long-term adherence.

The vast majority of adherence studies have been carried out on patients suffering from psoriasis. Daily treatment time for these patients varies between 1 minute and 3 hours and 25 minutes (a mean of 38 minutes), 26% of patients considering treatment time too long.[20] Between 8[21]-13%[22] of patients consider the inconveniences of the treatment the most negative aspect of their disease and 84% of patients consider the consequences of the disease on their social life an even more negative aspect.[22] Other negative aspects reported by patients are: 33% - cosmetic factors, 17% - embarrassment, 67% - lifestyle impact.[21]

Topical treatment among psoriatic patients has the weakest adherence which is in equal measure due to „corticoid phobia”, the rejection of ointments and tachyphylaxis. Oral treatments have better adherence due to being a more simpler and shorter activity that eliminates physical effort and are supported by the common belief of greater efficiency. Biological treatments are proved to have the greatest adherence.

Methods of intervention on adherence should be adapted to different types of patients. When dealing with children frequent check-ups and developing a reward system in cooperation with parents yield the best results. Regarding adolescents indicated are discussing directly with the patient, thus eliminating the middleman (e.g.

părintele ca intermediar și tratând astfel adolescentul ca pe un adult responsabil, prescrierea de medicamente cu acțiune rapidă și limitarea intervenției părinților. Pacienții cu probleme majore de aderență necesită spitalizare.

Există dovezi coplesitoare că aderența este suboptimă în toate specialitățile, în special în dermatologie. Din acest motiv aderența pacienților la tratament ar trebui luată în considerare la fiecare control.

Aderența este un comportament complex puternic influențat de factori interni și externi. Elemente cheie ale aderenței sunt relația de încredere medic-pacient, preferințele pacientului, timpul până la următorul control. Ultimul element influențează în mod direct aderența inițială atât de importantă în tratamentul pe termen lung.

Suntem de părere că în loc să investim timp și bani pentru dezvoltarea de noi medicamente am putea găsi noi metode de a convinge pacienții să folosească medicamentele deja existente.

Cunoștințele dobândite din cercetarea comportamentală au un impact imediat și profund în îngrijirea pacienților, iar succesul tratamentului dermatologic este direct legat de gradul aderenței.

the parent) and treating the adolescent as a mature adult, prescribing fast-acting medication and limiting parental intervention. Patients with major adherence problems prompt hospitalization.

There is overwhelming evidence that adherence is suboptimal in all medical specialities, especially in dermatology. With this reason in mind it should be considered every check-up visit.

Adherence is a complex behavior strongly influenced by internal and external factors. Key elements of adherence are the doctor-patient relationship, the patient's preferences, time until next check-up visit. The last element directly influences initial adherence which has a major impact in the long run.

We believe that instead of investing time and money for the development of new drugs we should try and find new ways of convincing patients to use currently existing drugs.

The knowledge obtained from behavioral research has an immediate and profound impact on patient care and the success of dermatological therapy is highly dependant on patients' adherence.

Bibliografie/Bibliography

1. Gupta G, Malfet P, Kress DW, et al. Adherence to topical dermatological therapy: lessons from oral drug treatment. *Br J Dermatol* 2009;161(2):221-7.
2. Sabate E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organisation, 2003.
3. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Med Care* 2005; 43: 521-530.
4. Greenlaw SM, Yentzer BA, O'Neill JL, et al. Assessing adherence to dermatology treatments: a review of self-report and electronic measures. *Skin Res Technol* 2010;16(2):253-8.
5. Feldman SR, Camacho FT, Krejci-Manwaring J, et al. Adherence to topical therapy increases around the time of office visits. *J Am Acad Dermatol* 2007;57(1):81-3.
6. Ulf E, Maroti M, Kettis-Lindblad A, et al. Single application of a fluorescent test cream by healthy volunteers: assessment of treated and neglected body sites. *Br J Dermatol* 2007;156:974-8.
7. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clin Ther* 1999; 21: 1074-1090; discussion 1073.
8. Balkrishnan R, Carroll CL, Camacho FT, Feldman SR. Electronic monitoring of medication adherence in skin disease: results of a pilot study. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 651-654.
9. Richards HL, Fortune DG, O'Sullivan TM, et al. Patients with psoriasis and their compliance with medication. *J Am Acad Dermatol* 1999;41(4):581-3.
10. Brown KK, Rehmus WE, Kimball AB. Determining the relative importance of patient motivations for nonadherence to topical corticosteroid therapy in psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2006;55(4):607-13.
11. Wolverson, S. E. and S. E. Wolverson (2012). *Comprehensive Dermatologic Drug Therapy: Expert Consult - Online*, Elsevier Health Sciences.

12. Zaghoul SS, Goodfield MJ. Objective assessment of compliance with psoriasis treatment. *Arch Dermatol* 2004;140(4):408–14.
13. Baldwin HE. Tricks for improving compliance with acne therapy. *Dermatol Ther* 2006;19(4):224–36.
14. Storm A, Andersen SE, Benfeldt E, et al. One in 3 prescriptions are never redeemed: primary nonadherence in an outpatient clinic. *J Am Acad Dermatol* 2008;59(1):27–33.
15. Carroll CL, Feldman SR, Camacho FT, et al. Adherence to topical therapy decreases during the course of an 8-week psoriasis clinical trial: commonly used methods of measuring adherence to topical therapy overestimate actual use. *J Am Acad Dermatol* 2004;51(2):212–6.
16. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999;281(3):283–7.
17. Long CC, Finlay AY. The finger-tip unit – a new practical measure. *Clin Exp Dermatol* 1991; 16: 444–447.
18. Cork MJ, Britton J, Butler L, Young S, Murphy R, Keohane SG. Comparison of parent knowledge, therapy utilization and severity of atopic eczema before and after explanation and demonstration of topical therapies by a specialist dermatology nurse. *Br J Dermatol* 2003; 149: 582–589.
19. Savary J, Ortonne JP, Aractingi S. The right dose in the right place: an overview of current prescription, instruction and application modalities for topical psoriasis treatments. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005;19(Suppl 3):14–7.
20. Richards HL, Fortune DG, O'Sullivan TM, Main CJ, Griffiths CE. Patients with psoriasis and their compliance with medication. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 581–583.
21. McHenry PM, Doherty VR. Psoriasis: an audit of patients' views on the disease and its treatment. *Br J Dermatol* 1992; 127: 13–17.
22. Jobling RG. Psoriasis – a preliminary questionnaire study of sufferers' subjective experience. *Clin Exp Dermatol* 1976;1: 233–236.

Conflict de interese
NEDECLARATE

Conflict of interest
NONE DECLARED