

Efficacy of 5% Imiquimod cream in the treatment of Molluscum contagiosum compare with extraction method.

Patchanee Tohtubtiang MD.

ABSTRACT:

TOHTUBTIANG P. EFFICACY OF 5% IMIQUIMOD CREAM IN THE TREATMENT OF MOLLUSCUM CONTAGIOSUM COMPARE WITH EXTRACTION METHOD. THAI J DERMATOL 2010; 26: 199-207.

SURGERY AND LASER DEPARTMENT, TRANG REGIONAL CENTER OF TROPICAL DERMATOLOGY, THAILAND.

Background: Most lesions of Molluscum Contagiosum (MC) resolve spontaneously. The treatment may be needed when itching or cosmetic problem were concerned. The conventional treatment is extraction under local anesthesia but adverse consequence such as painful, hyperpigmentation and scar were frequently inevitable. Imiquimod, an immune response modifier used for viral skin infection has been claimed to be an efficacious treatment of MC.

Objective: To study the efficacy of 5% Imiquimod cream compare with conventional extraction method in the treatment of molluscum contagiosum.

Method: 104 MC patients were divided into 2 groups with no difference in age, number of initial lesions, and duration of disease. The efficacy of treatment was compared between 2 groups.

Result: At 1st, 2nd, and 3rd months of follow up, 53.8%, 90.4% and 96.2% of patients who received extracted treatment showed complete response respectively. On the contrary, 13.5%, 23.1%, and 40.4% of Imiquimod treated patients show complete response after 1st, 2nd and 3rd months follow up respectively. Side effects included, pain in 57.7%

and scar in 38.5% after extraction method. While Imiquimod group show only redness and itching as their adverse reaction.

Conclusion: This extraction method is an efficacious treatment for MC. Imiquimod may be used as an alternative treatment in small children in order to minimized pain.

Key words: Molluscum contagiosum, 5% Imiquimod cream, Molluscum extraction

บทคัดย่อ :

พัทธนี โตทับเที่ยง ประสิทธิภาพของยา 5% IMIQUIMOD CREAM ในการรักษาโรคหูดข้าวสุก เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยวิธีสะกิดหูด วารสารโรคผิวหนัง 2553; 26: 199-207.

กลุ่มงานศัลยกรรม และเลเซอร์ผิวหนัง ศูนย์โรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

โรคหูดข้าวสุกเกิดจากเชื้อ DNA pox virus ชื่อ “*Molluscum contagiosum*” ที่สามารถหายเองได้เป็นส่วนใหญ่ แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการคันมาก และกังวลเรื่องความสวยงาม มักต้องการการรักษา ซึ่งวิธีที่ใช้มานานคือการสะกิดหูด แต่ผู้ป่วยจะเจ็บมากแม้จะทายาชาวก่อนก็ตาม และอาจพบรอยดำหรือแผลเป็นหลังจากสะกิดได้ ปัจจุบันมีรายงานการรักษาโดยการทายา Imiquimod ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม immune response modifier ที่มีข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสที่ผิวหนัง

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่าง การทายา 5% Imiquimod cream กับ การสะกิดหูด

วิธีการศึกษา: ดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่าง การทายา 5% Imiquimod cream กับ การสะกิดหูด ในผู้ป่วยจำนวน 104 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง อายุ จำนวนตุ่มเริ่มต้น และระยะเวลาที่เป็นโรค

ผลการศึกษา: กลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการสะกิดหุดมีอัตราการหายของตุ่มทั้งหมด เมื่อติดตามผลในเดือนที่ 1, 2, และ 3 คือ 53.8%, 90.4%, และ 96.2% ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ทายา 5% Imiquimod cream ที่มีอัตราการหายคือ 13.5%, 23.1% และ 40.4% ตามลำดับแล้วพบว่ามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขณะเดียวกันกลุ่มที่รักษาด้วยการสะกิดหุดมีผลข้างเคียงจากการรักษาโดยเฉพาะความเจ็บปวดมากถึง 57.7% และเป็นแผลเป็น 38.5% แต่กลุ่มที่ใช้ยาทาพบเพียงอาการคัน และรอยแดง

สรุป: การสะกิดหูดจึงยังคงเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพดี แต่ยาทา 5% Imiquimod อาจใช้เป็นทางเลือกสำหรับการรักษาโรคหูดข้าวสุกในเด็กเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการสะกิดหูด

คำสำคัญ : โรคหูดข้าวสุก, การสะกิดหูด, 5% Imiquimod cream

หูดข้าวสุกมีลักษณะเป็นตุ่มนูน ผิวเรียบ สีเหมือน ผิวหนังปกติ ขนาดตั้งแต่ 2-10 มิลลิเมตร ตุ่มสามารถขึ้น ได้ทุกบริเวณของร่างกาย แต่พบมากที่สุดที่ลำตัว รักแร้ ข้อพับ แขน ข้อพับเข่า¹⁻⁷ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหูดข้าวสุกตั้งแต่ปีคริสต์ศักราช 1900-1990 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหูดข้าวสุกที่มาพบแพทย์ 280,000 รายต่อปี⁸ สำหรับประเทศไทยพบว่ามีจำนวน ผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นทุกปี แต่ยังไม่มีการเก็บรวบรวม ข้อมูลของผู้ป่วยในภาพรวมของประเทศ

การรักษาโรคหูดข้าวสุก

ถึงแม้โรคนี้มักหายเองได้ ภายใน 6-9 เดือน⁸ แต่ ผู้ปกครองมักจะกังวลเนื่องจากโรคนี้มีการลุกลามเองได้ (autoinoculation) บางรายพบว่ามีแผลเป็นหลังจากหาย⁹ การรักษาจึงเป็นวิธีการที่ทำให้หายเร็วขึ้น ปัจจุบันการ รักษาที่นิยมได้แก่ การสะกิดหูด^{5,10} การจี้ไออน์ การใช้ คาร์บอนไดออกไซด์เลเซอร์ การแต้มน้ำยา เช่น Potassium hydroxide, Podophyllin resin, Cantharidines, Silver nitrate และ Phenol บางรายก็ได้รับการรักษาด้วย ยาขับประทานชนิด Cimetidine^{5,10}

การรักษาโรคหูดข้าวสุกในเด็ก โดยการสะกิดหูด หรือการแต้มน้ำยาบางตัว มักทำให้เกิดผลข้างเคียงคือ เจ็บ แสบ มีแผลเป็น¹¹ และรอยดำได้ ดังนั้นการรักษาโดยการ ใช้ยาทาที่ไม่แสบ เช่น 5% Imiquimod cream จึงอาจเป็น ทางเลือกใหม่ในการรักษาโรคหูดข้าวสุกในเด็ก¹

5% Imiquimod cream

ยา Imiquimod เป็นยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบ ภูมิคุ้มกัน (Immune modifier) ซึ่งนำมารักษาโรคติดเชื้อ ไวรัสของผิวหนังหลายชนิด¹ ยา 5% Imiquimod cream (AldaraTM) ได้รับการยอมรับจากองค์การอาหารและยา ของประเทศสหรัฐอเมริกา(FDA) ในการรักษาโรคหูดที่

อวัยวะเพศ หรือที่ทวารหนัก ตั้งแต่ปีคริสต์ศักราช 1997 และได้รับการยอมรับให้ใช้ในเด็กอายุน้อยกว่า 12 ปีได้

ปัจจุบันเริ่มมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของยา Imiquimod cream ในการรักษาโรคหูดข้าวสุก^{5,12-20} จาก รายงานของ Tanweer A. และคณะพบว่าหากให้ผู้ป่วย โรคหูดข้าวสุกทายา 1% Imiquimod cream วันละ 3 ครั้ง 5 วันต่อสัปดาห์ ผู้ป่วย 82% จะหายภายใน 4 สัปดาห์ โดย 88% ของผู้ป่วยไม่พบผลข้างเคียงที่อันตรายใดๆ⁵ อีกการศึกษาหนึ่งรายงานโดย Barba AR และคณะพบว่า การใช้ยา 5% Imiquimod cream ในเด็กที่เป็นโรคหูดข้าว สุกอายุ 4-10 ปี ทาทุกวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ มี ผลข้างเคียงทางผิวหนังบ้างเล็กน้อย จึงแนะนำว่ายา นี้ปลอดภัยสำหรับเด็ก⁶ ซึ่งสอดคล้องกับ Hengge UR และ คณะที่รายงานว่า การทายาได้ผลดีเช่นกัน แต่มี ผลข้างเคียงที่ไม่อันตรายบ้างเช่น อาการแดง คัน และ รอยดำ¹³

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคหูดข้าวสุกที่มารับ บริการที่ศูนย์โรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง หรือ สถาบันโรคผิวหนัง กรุงเทพมหานคร จากการ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Epicalc 2000 ได้ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 104 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการ รักษาด้วย 5% Imiquimod cream 52 ราย และกลุ่มที่ ได้รับการรักษาด้วยการสะกิดหูด 52 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับ เลือกเข้าร่วมการศึกษานี้ต้องไม่มีประวัติเป็นโรค ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน ไม่เคย ได้รับการรักษาด้วยวิธีการอื่นมาก่อนภายใน 3 เดือนและ ไม่แพ้ยา Imiquimod cream หลังจากได้รับการอธิบาย เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้ป่วยที่ตกลงใจเข้าร่วม

การทดลองและลงชื่อให้การยินยอมแล้วจะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยการหยิบฉลาก

1. กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการทายา 5%
Imiquimod cream ต้องทายาวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 5 วัน ต่อสัปดาห์ ทายาจนตุ่มยุบหายหมดนานประมาณ 4-12 สัปดาห์ แต่หากมีอาการแสบ แดง หรือคันมากบริเวณที่ ทายา ให้หยุดทายาชั่วคราว ประมาณ 1-2 สัปดาห์ เมื่อ อาการแสบ แดง คันหายแล้วจึงเริ่มทายาต่อ การทายาใน ผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะให้ผู้ปกครองเป็นผู้ทำให้ และไม่ให้ใช้ยาอื่นใด ร่วมด้วยในช่วงที่อยู่ในการศึกษา วิจัย

2. กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยการสะกิดหูด ผู้ป่วยจะ ได้รับการทายาชา 5% lidocaine prilocaine cream ประมาณ 1 ชั่วโมงก่อนการสะกิดหูดด้วยเข็มขนาด 18G (สำหรับหูดข้าวสุกเม็ดใหญ่) หรือเข็มขนาด 20G (สำหรับหูดข้าวสุกเม็ดเล็ก) เปิดบริเวณผิวหนัง และเช็ด ตุ่มหูดข้าวสุกออก การสะกิดกระทำโดยเจ้าหน้าที่ พยาบาลที่อยู่ประจำห้องศัลยกรรมและเลเซอร์ผิวหนัง เท่านั้น

การรวบรวมและประเมินผล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวนตุ่ม, ตำแหน่งเมื่อ เริ่มต้นรับการรักษา และรูปถ่ายของบริเวณที่เป็นได้รับการ บันทึกรายการก่อนเข้ารับการรักษา จำนวนตุ่มที่เหลือและ ผลข้างเคียงของการรักษาได้รับการบันทึกทุกครั้งที่มา ติดตามผล ประเมินอาการทุก 2 สัปดาห์เป็นเวลา 4 ครั้ง และทุกเดือนนาน 4 เดือน

จำแนกผลการรักษาเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. Complete response (CR) คือ ไม่เหลือตุ่มหูดข้าวสุก

2. Partial response (PR) คือ จำนวนตุ่มลดลง $\geq 30\%$ ของจำนวนตุ่มเริ่มต้น

3. Non response (NR) คือ จำนวนตุ่มลดลง $< 30\%$ ของจำนวนตุ่มเริ่มต้น

วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติเบื้องต้นเช่น ร้อย ละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบ ความแตกต่างของทั้ง 2 กลุ่มโดย Independent T test และ T test for different proportion

ผล

มีผู้ป่วยโรคหูดข้าวสุกเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 104 คน อายุเฉลี่ย 6 ปี (อายุตั้งแต่ 1 ปีถึง 14 ปี) ระยะเวลา ตั้งแต่เริ่มเป็นเฉลี่ย 30 สัปดาห์ (ตั้งแต่ 2 สัปดาห์จนถึง 4 ปี) มีจำนวนตุ่มเริ่มต้นเฉลี่ย 40 ตุ่ม (ตั้งแต่ 3 ถึง 202 ตุ่ม) เมื่อทำการแบ่งตามวิธีการรักษาออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 52 คนพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมี

ข้อมูลพื้นฐานด้าน อายุ เพศ จำนวนตุ่มเริ่มต้น และ ระยะเวลาที่เป็นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อายุเฉลี่ย ระยะเวลาที่เริ่มเป็นเกลื้อ และจำนวนตุ่มเริ่มต้นเกลื้อของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย การสะกิดหูดและผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย 5% Imiquimod cream

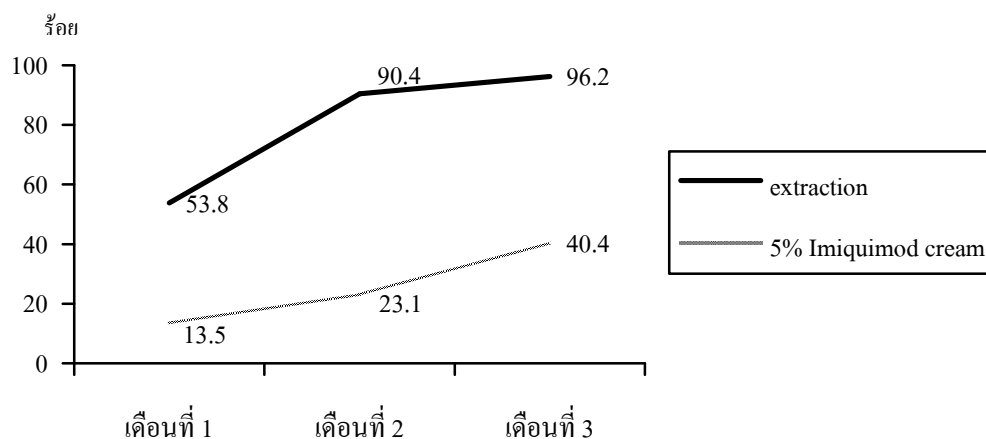
	วิธีการรักษา		t	p
	Molluscum extraction (n = 52)	5% Imiquimod (n = 52)		
อายุเฉลี่ย	6.8	5.6	1.83	0.70
ระยะเวลาที่เริ่มเป็นเกลื้อ	215.1	206.1	1.79	0.86
จำนวนตุ่มเริ่มต้นเกลื้อ	32.9	46.3	0.01	0.53

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่รักษาด้วยการสะกิดหูด มีผู้ที่ขอเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นการทายา หลังจากสะกิดครั้งแรก 1 รายเนื่องจากเจ็บ และขาดนัด (loss follow-up) อีก 1 ราย ในกลุ่มที่รักษาด้วยวิธีทายา 5% Imiquimod มีผู้ขอเปลี่ยนการรักษาเป็นการสะกิดหูดทั้งสิ้น 7 ราย และขาดนัดอีก 4 ราย

ผลการรักษาของทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อติดตามที่เดือนที่ 1, 2, และ 3 โดยแบ่งตามการตอบสนองต่อการรักษาเป็น

complete, partial และ non response แสดงดังแผนภูมิที่ 1-3

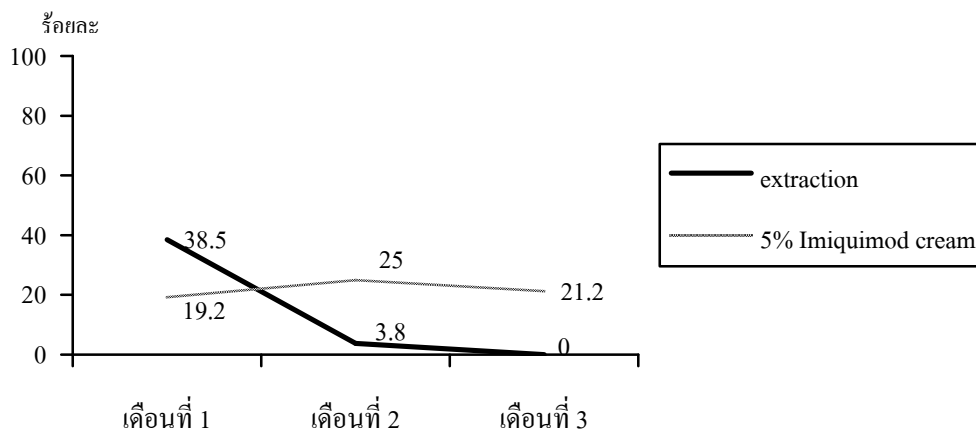
แผนภูมิที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มที่รักษาด้วยการสะกิดหูด มีอัตรา complete response มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยยา 5% Imiquimod อย่างชัดเจนตั้งแต่เดือนแรก จนสิ้นสุดการศึกษา เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติ (t test for different proportion) ก็พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทุกช่วงเวลาดังตารางที่ 2



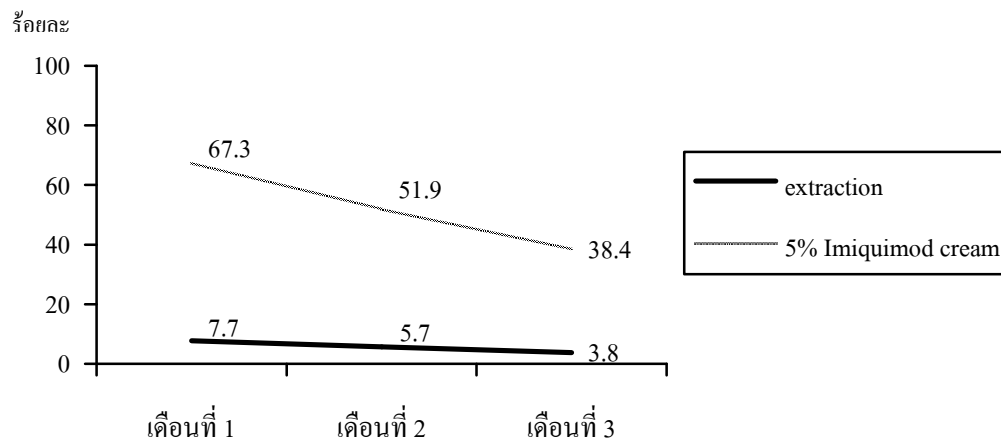
แผนภูมิที่ 1 อัตรา complete response ของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการสะกิดหูดและผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย 5% Imiquimod cream

ตารางที่ 2 อัตรา complete response ของการรักษาด้วยวิธีสะกิดหูด เปรียบเทียบกับการทายา 5% Imiquimod

	อัตราการ complete response		<i>p</i>
	การสะกิดหูด	5% Imiquimod	
เดือนที่ 1	53.8	13.5	< 0.05
เดือนที่ 2	90.4	23.1	< 0.05
เดือนที่ 3	96.2	40.4	< 0.05



แผนภูมิที่ 2 อัตรา partial response ของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการสะกิดหูดและผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย 5% Imiquimod cream



แผนภูมิที่ 3 อัตรา non response ของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการสะกิดหูดและผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย 5% Imiquimod cream

และเมื่อนำข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยกลุ่มที่รักษาด้วยยา 5% Imiquimod มาหาความสัมพันธ์กับผลการรักษาพบว่า อายุของผู้ป่วย จำนวนตุ่มที่เริ่มเป็น และระยะเวลาที่เป็น ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาด้วยยาแต่อย่างใด

ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีอัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์และผลข้างเคียงจากการรักษาใกล้เคียงกันคือร้อยละ 67.3 ในกลุ่มที่รักษาด้วยการสะกิดหูด และร้อยละ 63.5 ในกลุ่มที่รักษาด้วยยา 5% Imiquimod กลุ่มที่รักษาด้วยการสะกิดหูด แม้จะทายาเฉพาะที่ก่อนการสะกิดแล้วแต่ยังคงรายงานว่ามีอาการเจ็บ ร้อยละ 57.7 และมีแผลเป็นหลังการสะกิดร้อยละ 38.5 ส่วนผลข้างเคียงอื่นๆ เช่นอาการคัน รอยแดง รอยดำ รอยขาว พบได้เล็กน้อยคือประมาณร้อยละ 7 – 14 ของผู้ป่วยทั้งหมด

ในกลุ่มที่รักษาด้วยยา 5% Imiquimod พบว่าผลข้างเคียงจากการรักษาที่พบมากที่สุดคือมีรอยแดง ร้อยละ 51.9 รองลงมาคืออาการคัน ร้อยละ 36.5 รอยดำร้อยละ 25 และมีแผลเป็นร้อยละ 19.2 ตามลำดับ

วิจารณ์

ถึงแม้จะมีการศึกษาที่รายงานว่าโรคหูดข้าวสุกสามารถหายเองได้ภายใน 1 ปี สูงถึง 16%⁵ แต่เนื่องจากโรคมักจะลุกลามมากขึ้นจากภาวะ “autoinoculation” และยังสามารถติดต่อได้ทางสัมผัส บางครั้งตุ่มหูดข้าวสุกขยายขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้มีปัญหาด้านความสวยงาม ผู้ปกครองส่วนใหญ่จึงมีความกังวลใจ และมีความต้องการรักษาให้หายโดยเร็ว การรักษาโรคหูดข้าวสุกมีหลายวิธี ทั้งการใช้ยา และทางศัลยกรรม ยาส่วนใหญ่ที่ใช้ทำเป็นยาที่อยู่ในกลุ่มที่ทำให้เกิดการหลุดลอกของเซลล์ผิวหนังชั้นบน เช่น Cantharidin²¹, Potassium hydroxide²², tretinoine²³, Podophyllotoxine²⁴, Iodine solution salicylic acid plaster²⁵ เป็นต้น แต่ยาเหล่านี้มักมีผลข้างเคียงคือ ทำให้เกิดอาการระคายเคือง และแสบได้ นอกจากนั้นยาบางตัวเช่น Cantharidin จะทำให้เกิดตุ่มน้ำพอง ทำให้ชั้นผิวหนังกำพวดที่มึนเชื้อไวรัสถูกละลอกออกไป จึงมักเกิดเป็นแผลหลังทายาได้

การรักษาด้วยยาต้านปรอท เช่น Cimetidine ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม H₂-blocker ที่ออกฤทธิ์ยับยั้ง T suppressor cells และกระตุ้นการแบ่งตัวของ Lymphocytes แต่ก็มีรายงานว่าที่ศึกษาถึงการใช้ยา Cimetidine ขนาด 40 mg/kg ต่อวันในการรักษาโรคนี้แล้วไม่ได้ผลเช่นกัน²⁶⁻²⁹

การรักษาทางศัลยกรรมส่วนใหญ่ที่ทำในประเทศไทย คือการสะกิดหูด (Molluscum extraction) โดยการใช้เข็มขนาด 18G-20G เปิดบริเวณผิวหนังด้านบนของตุ่ม และเขี่ย Molluscum body ออก ซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลดีแต่มีข้อเสียที่สำคัญคืออาการเจ็บ และมักจะต้องทำการรักษามากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากตุ่มหูดข้าวสุกมักลามเร็ว จึงมีโอกาสที่จะพบผู้ป่วยที่มีจำนวนตุ่มเป็นปริมาณมากกว่า 100 ตุ่มได้อยู่เสมอๆ ประกอบกับมีตุ่มหูดขึ้นมาได้ใหม่อีกจากภาวะ autoinoculation นอกจากนั้นการที่ไม่สามารถเขี่ย Molluscum body ออกได้ หรือเขี่ยออกได้แต่ไม่หมด เนื่องจากตุ่มหูดยังมีขนาดเล็ก จึงทำให้ตุ่มคงปรากฏอยู่ และลามมากขึ้นได้

จากการศึกษารังนี้ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวนตุ่มเฉลี่ยมากถึง 38 ตุ่ม/คน และเนื่องจากโรคนี้มักเป็นในเด็กเล็ก จึงทำให้การสะกิดหูดทำได้ค่อนข้างยาก เพราะผู้ป่วยเด็กมักจะไม่ให้ความร่วมมือ ถึงแม้ว่าได้ทนายาเฉพาะที่ก่อนการสะกิดแล้วก็ตาม และแม้ว่าจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่รักษาด้วยการสะกิดหูดจะได้ผลดีมากตั้งแต่แรก แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่แจ้งว่ามีอาการเจ็บมากขณะทำการสะกิดหูด ดังนั้นหากมีการรักษาวิธีอื่นอื่นที่มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกันกับการสะกิดหูด จึงน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีในการรักษาหูดข้าวสุกในเด็ก

ยา 5% Imiquimod cream เป็นยาในกลุ่ม Imidazoquinolone ที่มีฤทธิ์ antiviral และ antitumor จาก

การกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ที่มีรายงานว่ามิผลข้างเคียงทางผิวหนังน้อย และสามารถใช้ได้ปลอดภัยในเด็ก

จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยยา Imiquimod มีอัตราการหายของตุ่มหูดข้าวสุกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามระยะเวลาการใช้ยาที่นานขึ้น และไม่พบผลข้างเคียงที่รุนแรงใดๆ ประกอบกับมีผู้ป่วยบางรายที่ใช้ยาทาแล้วได้ผลดีตั้งแต่แรก คือมีอัตรา complete response ตั้งแต่เดือนแรกประมาณ 13% และเพิ่มเป็นประมาณ 23% ในเดือนที่ 2 การใช้ยาทา Imiquimod จึงน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีในการเริ่มต้นรักษาหูดข้าวสุกในเด็ก เพื่อลดความเจ็บปวดจากการสะกิดหูด หรือใช้เป็นการรักษาร่วมกับการสะกิดหูด เช่น ใช้การสะกิดหูดกับตุ่มหูดขนาดใหญ่ ร่วมกับใช้ยา 5% Imiquimod ทาตุ่มหูดขนาดเล็กเพื่อลดภาวะ autoinoculation หรือใช้ยา 5% Imiquimod ทาก่อนเป็นระยะเวลาหนึ่งจนเหลือตุ่มหูดไม่มากแล้วจึงสะกิดตุ่มที่เหลือจนหมด

สรุป

ยา 5% Imiquimod cream มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคหูดข้าวสุกน้อยกว่าการสะกิดหูด แต่เนื่องจากการสะกิดหูดมีผลข้างเคียงจากการรักษาที่สำคัญคือความเจ็บปวด และรอยแผลเป็น ยา 5% Imiquimod cream จึงอาจจะสามารถใช้เป็นทางเลือกสำหรับการรักษาโรคหูดข้าวสุกในเด็กเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการสะกิดหูดได้

References

1. Theos AU, Cummins R, Silverberg NB, Paller AS. Effectiveness of imiquimod cream 5% for treating childhood molluscum contagiosum in a double-blind, randomized pilot trial. *Cutis* 2004; 74:134-42.
2. Gottlieb SL, Myskowski PL. Molluscum Contagiosum. *International Journal of Dermatology* 1994; 33: 453-61.

3. Cribier B, Scrivener Y, Groosshans E. Molluscum Contagiosum : Histologic Patterns and Associated Lesions. *Am J Dermatopathol* 2001; 23: 99-103.
4. Leslie KS, Dootson G, Sterling JC. Does treatment of molluscum contagiosum affect clearance?. *Br J Dermatol* 2004; 151: 67-8.
5. Syed TA, Goswami J, Ahmadpour OA, Ahmad SA. Treatment of molluscum contagiosum in males with an analog of imiquimod 1% in cream: a placebo-controlled, double-blind study. *J Dermatol* 1998; 25: 309-13.
6. Barba AR, Kapoor S, Berman B. An open label safety study of topical imiquimod 5% cream in the treatment of molluscum contagiosum in children. *Dermatology Online Journal* 2001; 7: 20.
7. Dohil MA, Lin P, Lee J, Lucky AW, Paller AS, Eichenfield LF. The epidemiology of molluscum contagiosum in children. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 47-54.
8. Van der Wouden JC, Menke J, Gajadin S, et al. Interventions for cutaneous molluscum contagiosum (Review). *The Cochrane Collaboration* 2006; 2: 1-22.
9. Bikowski JB Jr. Molluscum contagiosum: the need for physician intervention and new treatment options. *Cutis* 2004; 73: 202-6.
10. Hanson D, Diven DG. Molluscum Contagiosum. *Dermatology Online Journal* 2003; 9: 2.
11. Weller R, O'Callaghan CJ, MacSween RM, White MI. Scarring in molluscum contagiosum: comparison of physical expression and phenol ablation. *BMJ* 1999; 319: 1540.
12. Hengge UR, Cusini M. Topical immunomodulators for the treatment of external genital warts, cutaneous warts and molluscum contagiosum. *Br J Dermatol* 2003; 149 Suppl 66: 15-9.
13. Hengge UR, Esser S, Schultewolter T, et al. Self-administered topical 5% imiquimod for the treatment of common warts and molluscum contagiosum. *Br J Dermatol* 2000; 143: 1026-31.
14. Skinner RB Jr. Imiquimod. *Dermatol Clin* 2003; 21: 291-300.
15. Dockrell DH, Kinghorn GR. Imiquimod and resiquimod as novel immunomodulators. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2001; 48: 751-5.
16. Berman B, Hengge U, Barton S. Successful management of viral infections and other dermatoses with imiquimod 5% cream. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 2003; 214: 12-7.
17. Skinner RB Jr. Treatment of molluscum contagiosum with imiquimod 5% cream. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: S221-4.
18. Bayerl C, Feller G, Goerdts S. Experience in treating molluscum contagiosum in children with imiquimod 5% cream. *Br J Dermatol* 2003; 149: 25-8.
19. Edwards L. Imiquimod in clinical practice. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: S12-7.
20. Foss GL, Orchard DC. Combination topical treatment of molluscum contagiosum with cantharidin and imiquimod 5% in children: A case series of 16 patients. *Australasian Journal of Dermatology* 2004; 45: 100-102.
21. Silverberg NB, Sidbury R, Mancini AJ. Childhood molluscum contagiosum: experience with cantharidin therapy in 300 patients. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: 503-7.
22. Romiti R, Ribeiro AP, Grinblat BM, Rivitti EA, Romiti N. Treatment of molluscum contagiosum with potassium hydroxide: a clinical approach in 35 children. *Pediatr Dermatol* 1999; 16: 228-3.
23. Papa CM, Berger RS. Venereal herpes-like molluscum contagiosum: treatment with tretinoin. *Cutis* 1976; 18: 537-40.
24. Syed TA, Lundin S, Ahmad M. Topical 0.3% and 0.5% podophyllotoxin cream for self-treatment of molluscum contagiosum in males. A placebo-controlled, double blind study. *Dermatol* 1994; 189: 65-8.
25. Ohkuma M. Molluscum contagiosum treated with iodine solution and salicylic acid plaster. *Int J Dermatol* 1990; 29: 443-5.
26. Avella J, Madsen JE, Binder HJ, Askenase PW. Effect of histamine H₂-receptor antagonists on delayed hypersensitivity. *Lancet* 1978; 1: 624-6.
27. Dohil M, Prendiville JS. Treatment of molluscum contagiosum with oral cimetidine: clinical experience in 13 patients. *Pediatr Dermatol* 1996; 13: 310-2.
28. Cunningham BB, Paller AS, Garzon M. Inefficacy of oral cimetidine for non-atopic children with molluscum contagiosum. *Pediatr Dermatol* 1998; 15: 71-2.
29. Yashar SS, Shamiri B. Oral cimetidine treatment of molluscum contagiosum (letter). *Pediatr Dermatol* 1999; 16: 493.