

Přehled lokální léčby akné

MUDr. Yveta Vantuchová, Ph.D.

Kožní oddělení FN Ostrava

Akné je chronické zánětlivé onemocnění, které v období puberty postihuje až 90 % mladistvých. Má mnoho různých forem, od minimálních projevů až po těžké rozsáhlé postižení kůže obličeje a trupu. Výraznější zánětlivé projevy se vyskytují asi u 15 % postižených jedinců. K ústupu akné dochází většinou do 25 let věku, ale u určitého procenta postižených může akné přetrvávat až do dospělosti. V akutní fázi vyžaduje účinnou lokální, v některých případech i celkovou léčbu.

Klíčová slova: akné, lokální léčba.

Overview of treatment of acne

Acne is a chronic inflammatory disease that affects up to 90 % of young people at puberty. It takes many various forms, ranging from minimal manifestations to severe extensive involvement of the facial and truncal skin. More pronounced inflammatory manifestations occur in approximately 15 % of affected individuals. Acne usually subsides by 25 years of age, but in a small proportion of cases it may persist until adulthood. In the acute phase, effective local and, in some cases, even systemic treatment is required.

Key words: acne, topical treatment.

Pediatr. praxi 2012; 13(6): 419–421

DEFINICE

Chronické neinfekční zánětlivé onemocnění pilosebaceózní jednotky s multifaktoriální patogenezí.

EPIDEMIOLOGIE

Postiženo je 80–100 % osob, všechny rasy, obě pohlaví.

Začíná v časně pubertě, první projevy se objevují nejčastěji po 12. roce, ke zmírnění nebo vymizení dochází do 25. roku věku. U části populace může akné přetrvávat do dospělosti, častěji tomu bývá u žen.

ETIOLOGIE

V pubertě se zvyšuje hladina androgenů → zvyšuje se tvorba mazu (seborrhea) → dochází k nadměrnému rohovatění ve vývodech mazových žláz a jejich uzavření → vznikají černé nebo bílé komedony = první projevy akné.

Maz se hromadí za vzniklou zátkou → zvyšuje se počet bakterií běžně se v mazových žlázách vyskytujících (zejména *Propionibacterium acnes*) → bakteriální enzymy štěpí maz na volné mastné kyseliny → mazový folikul se zvětšuje → dochází k jeho ruptuře a vzniká zánět → zánětlivé papuly a pustuly.

Predilekční lokalizace – místa bohatá na mazové žlázy (obličej, hrudník, horní partie zad, oblast nad rameny)

KLINICKÝ OBRAZ

Primárním projevem jsou nezápětivé komedony – černé (otevřené, maz z nich vytlačíme) nebo bílé (uzavřené, maz vytlačíme teprve po propíchnutí). Sekundárně vznikají zánětlivé papuly, papulopustuly, u závažnějších forem hlouběji uložené uzly nebo cysty, u nejtěžších forem i abscedující ložiska a komunikující fistuly.

Trvalým následkem závažných forem je jizvení, přechodným bývají u některých jedinců zánětlivé makuly a poruchy pigmentace (hyperpigmentace nebo hypopigmentace).

DĚLENÍ AKNÉ PODLE PŘÍČINY

1. Klasické acne vulgaris – je nejčastější formou, označuje se podle převažujících projevů
2. Akné ze zevních příčin – označuje se podle vyvolávající příčiny
3. Akné medikamentózní

ZVLÁŠTNÍ FORMY AKNÉ U NOVOROZENCŮ A KOJENCŮ

Acne neonatorum – postihuje nos a tváře novorozenců a kojenců, začíná od 2. týdne života. Mateřskými androgeny zvětšené mazové žlázy se postupně zmenšují a jsou méně aktivní a projevy mizí do 3 měsíců bez léčby.

Acne infantum – začíná mezi 6. a 16. měsícem života, vzniká v důsledku hormonálních změn, častěji u chlapců a odeznívá během 2 let. Převažují zánětlivé léze, v 7 % případů se jedná o těžké nodulární akné. Většinou postačí lokální léčba, ta je obdobou léčby mladistvých, do 12 let jsou kontraindikovány retinoidy. Závažné formy je nutno léčit i celkově, antibiotiky (erytromycin), výjimečně izotretinoinem. Do 8 let jsou kontraindikována tetracyklinová antibiotika.

Tabulka 1. Dělení akné podle příčiny

Acne vulgaris	Akné ze zevních příčin	Akné medikamentózní
Acne comedonica	Acne picea – po dehtu	steroidy
Acne papulosa	Acne chlorina – po sloučeninách chloru	antiepileptika
Acne papulopustulosa	Mallorca acne – po UV záření spojeném s pocením, aplikací opalovacích krémů	některá orální kontraceptiva
Acne nodulocystica	Acne mechanica – z tlaku, vzniká v místech tření a zapáčky	sedativa (lithium, barbituráty, psychofarmaka)
Acne conglobata	Acne oleosa – po minerálních olejích	vitamin B ₁ , B ₆ a B ₁₂ , D
	Acne cosmetica – po nevhodných kosmetických přípravcích	přípravky s jódem
		přípravky s brómem
		některá antibiotika
		nidrazid
		cyklosporin A
		biologická léčba – inhibitory receptoru epidermálního růstového faktoru, tyrozinkinázy, monoklonální protilátky

Tabulka 2. Zásady lokální léčby akné

Léčíme i mírné formy onemocnění.
Je nezbytná aktivní spolupráce pacienta.
Je nutné pravidelné denní ošetřování postižených partií kůže.
Léčba je dlouhodobá, důležitá je udržovací léčba ve fázi remise.
Preferujeme kombinace lokálních léčebných přípravků – začínáme jedním přípravkem a po adaptaci a dobré snášenlivosti přidáváme postupně další.
Doplňkem je mechanické čištění pleti, při kterém jsou odstraňovány komedony a předchází se tak vzniku zánětlivých lézí.
Nepoužíváme přípravky vedoucí k nadměrnému odmašťování (mýdlo, mycí gel).
Používáme jen nekomedogenní kosmetické přípravky.
Z kosmetiky často používáme jen nedráždivou pleťovou vodu.
Ženy a mladé dívky mohou používat nekomedogenní make-up na smíšenou nebo mastnou pleť.
Ve fázi remise je možno kombinovat udržovací léčebný přípravek s vhodným nekomedogenním kosmetickým krémem.
Při pobytu na slunci používáme nekomedogenní přípravky s ochranným faktorem určené na mastnou pleť s akné (nejlépe gely nebo spreje).
Pleťové masky, peelingy, krémy, gely, tyčinky, ubrousky nebo roztoky volně prodáváné mají ve srovnání s účinnou lokální léčbou ordinovanou dermatologem minimální efekt, mohou přesušovat nebo dráždit kůži.

Doporučení léčby pro jednotlivé formy akné (1)

Komedogenní akné – lékem 1. volby je monoterapie topickými retinoidy. Jako alternativu je možno u pacientů použít i monoterapii azelaovou kyselinou nebo benzoylperoxidem.

Papulopustulozní akné – mírné až středně těžké formy – lékem 1. volby je kombinace benzoylperoxidu s adapalénem nebo s klindamycinem. Jako alternativu je možno použít i monoterapii azelaovou kyselinou, benzoylperoxidem nebo topickým retinoidem, další možnou variantou je kombinace topického erytromycinu s izotretinoinem nebo tretinoinem.

Tabulka 3. Základem lokální léčby jsou:

1	retinoidy
2	benzoylperoxid
3	kyselina azelaová
4	lokální antibiotika

Pro těžké formy papulopustulózní akné, nodulocystické a konglobátní formy akné je doporučována kombinace lokálního přípravku s celkovou terapií.

Udržovací léčba akné je všeobecně doporučována ke snížení rizika recidivy, následuje po dosažení remise onemocnění a trvá měsíce a někdy i léta. Pro udržovací léčbu jsou doporučovány topické retinoidy nebo kyselina azelaová nebo v případě potřeby zvýšení protizánětlivého (anti-mikrobiálního) efektu kombinace topického retinoidu s benzoylperoxidem.

ZÁVĚR

Viditelné zlepšení projevů akné můžeme očekávat nejdříve za 6 až 8 týdnů od zahájení pravidelné lokální léčby.

Podráždění kůže (začervenání, pálení) po aplikaci benzoylperoxidu, retinoidu anebo azelaové kyseliny po zahájení léčby můžeme snížit poučením pacienta o postupném prodlužování doby aplikace, která vede k adaptaci na iritační potenciál těchto přípravků. K promazávání kůže můžeme použít vhodný nekomedogenní krém. Irizační potenciál benzoylperoxidu je vyšší než u ostatních dvou přípravků.

Lokální antibiotika používáme vždy pouze v kombinaci v akutní fázi léčby.

Lokální preparáty můžeme použít i pro léčbu akné u dětí, do 12 let nejsou vhodné retinoidy.

Léčba akné je v dnešní době velmi účinná a dokáže onemocnění udržet pod kontrolou.

Tabulka 4. Účinky lokálních přípravků a doporučení pro léčbu

Retinoidy (R)	Benzoylperoxid (BPO)	Kyselina azelaová (A)	Lokální antibiotika (ATB)
komedolytický efekt	redukce bakterií → snížení zánětu	redukce bakterií → snížení zánětu	výrazná redukce bakterií → snížení zánětu
výrazná redukce tvorby komedonů	menší redukce tvorby komedonů než R	menší redukce tvorby komedonů než R	neredukují tvorbu komedonů
normalizace rohovění ve folikulu	keratolytický efekt	normalizace rohovění ve folikulu	v monoterapii kontraindikována → vznik rezistence
usnadňují průnik dalších látek	kombinace BPO + ATB ↓ rezistenci bakterií na ATB	má bělicí efekt	kombinace ATB + BPO, R nebo A ↓ rezistenci bakterií na ATB
zpočátku mohou iritovat kůži (zčervenání, pálení) – nutné postupné prodlužování doby aplikace	zpočátku může iritovat kůži (zčervenání, pálení) – je vhodné postupné prodlužování doby aplikace	zpočátku může iritovat kůži (zčervenání, pálení) – je vhodné postupné prodlužování doby aplikace	
ztenčení rohové vrstvy kůže a tím ↑ citlivosti na UV záření	má vyšší iritační potenciál než R a A	možnost použití v graviditě a při kojení	
kontraindikovány v graviditě a při kojení	na malé plochy může být užít v graviditě a při kojení		

Tabulka 5. Jednotlivé přípravky používané v lokální léčbě

Retinoidy	Benzoylperoxid	Kyselina azelaová	Lokální antibiotika
0,1% adapalen (Differine® gel, krém)	benzoylperoxid 5% a 10% (Akneroxid 5®gel, Akneroxid 10® gel, Eclaran 5® gel, Eclaran 10® gel)	20% kyselina azelaová (Skinoren® krém, Aknoren®krém)	4% erytromycin + 1,2% zinkacetát (Zineryt® roztok) 4% erytromycin (Eryfluid® roztok, 2% erytromycin (Aknemycin® roztok a mast)
tretinoin (Retin A® 0,025 a 0,05% krém, Locacid® 0,05% krém a 0,1% roztok)	5% benzoylperoxid + 1% klindamycin (Duac® gel)		1% klindamycin (Dalacin T® emulze a roztok)
izotretinoin + 2% erytromycin (Isotrexin® 0,05% gel)			0,05% tretinoin + erytromycin 4% (Aknemycin plus® roztok)
0,05% tretinoin + 4% erytromycin (Aknemycin plus® roztok)			0,05% izotretinoin + 2% erytromycin (Isotrexin® gel)
			5% benzoylperoxid + 1% klindamycin (Duac® gel)

Tabulka 6. Způsoby použití lokálních přípravků

Retinoidy (R)	Benzoylperoxid (BPO)	Kyselina azelaová (A)	Lokální antibiotika (ATB)
monoterapie i kombinace	monoterapie i kombinace	monoterapie i kombinace	pouze v kombinacích
základ léčby všech forem	zánětlivé formy	zánětlivé formy	pro začátek léčby, většinou 3–6 měsíců – zánětlivé formy
v kombinaci s BPO – pro zánětlivé formy	často v kombinaci s ATB	vhodný i v graviditě	vhodná kombinace s BPO, R i A k prevenci bakteriální rezistence
kombinace s ATB při výskytu komedonů + zánětlivých lézí	vhodná i kombinace s R nebo A	vhodný k použití v letních měsících	
udržovací léčba	udržovací léčba	udržovací léčba	

Literatura

1. European Evidence – based (S3) Guidelines for the Treatment of acne. JEADV 2012, 26(Suppl. 1): 1–29.

Článek doručen redakci: 10. 7. 2012

Článek přijat k publikaci: 29. 8. 2012

MUDr. Yvetta Vantuchová, Ph.D.

Kožní oddělení FN Ostrava

17. listopadu 1 790, 708 52 Ostrava

yvetta.vantuchova@fno.cz