

Bemutatjuk az akne vulgarist

Bemutatjuk az akne vulgarist

Az acne vulgaris a legismertebb bőrbetegség. Gyakorlatilag mindenkin jelentkezik, általában enyhébb, olykor súlyosabb formában. A tünetek a serdülőkorban kezdődnek és néhány évig tartó fennállás után a 25-30 éves korig fokozatosan visszafejlődnek. Az érintettek többsége nem is fordul orvoshoz.

A fiatal felnőtteknek is komoly gondot jelentenek az arc és a törzs bőrén éktelenkedő, elcsúfító tünetek és ezért érthető, hogy segítséget keresnek.

A kezelés elsősorban bőrgyógyászati feladat, de természetesen kozmetikusok is szerepet vállalnak a tünetek enyhítésében. Az acne vulgaris a mai korszerű gyógyszerekkel az esetek túlnyomó többségében eredményesen kezelhető.



Klinikai szempontból az acne vulgaris 3 csoportra osztható:

1. *Acne comedonica*: elsősorban az arc bőrén komedók (zárt és nyílt komedók) láthatók, gyulladásos tünetek nincsenek.

2. *Acne papulopustulosa*: A komedók mellett felületes gyulladásos tünetek, papulák és pustulák is megfigyelhetők, nemcsak az arcon, hanem a mellen és a háton is előfordulnak.

3. *Acne conglobata*: A fentiek mellett fájdalmas, mélyen ülő beszűrődések is találhatóak az arcon és/vagy a mellen, valamint a háton. Ezekből a csomókból tályogok, cysták, gennyező járatok, másodlagos komedók alakulhatnak ki. Az elváltozások éveken át fennállhatnak és rendszerint feltűnő heggel gyógyulnak.

Kevés kivételtől eltekintve a faggyúmirigyek a szőrtüszőkből fejlődnek ki, azokkal egységet alkotnak. A mirigyekben termelődő faggyút a mirigysejtek termelik, tehát nincs közvetlen kapcsolat a táplálékban lévő zsírok és a faggyú között. Gyermekekben a faggyúmirigyek „nyugalmi” állapotban vannak. A serdülőkorban a hormonális átalakulás lényegesen megváltoztatja a faggyúmirigy-működést. Hormonhatásra a mirigyek megnagyobbodnak, lényegesen megnő a faggyútermelés, a folliculusokban megsaporodnak a mikrobák, nő a szabad zsírsavtartalom. A fiziológiás elváltozások mellett előbb csak mikroszkóposan kimutatható, később szabad szemmel is látható kóros elváltozások alakulnak ki, amelyek végül is az acne vulgaris kifejlődéséhez vezetnek.

Először az infundibulumban *filamentumok* keletkeznek. Ez a változás szabad szemmel még nem látható. Klinikailag úgy igazolható, hogy nyomásra pl. az orrszárny bőréből fehér, pasztózus anyag préselhető ki. Ennek a pasztaszerű anyagnak a vázát lazán kapcsolódó szarusejtek alkotják.

A következő fázis a **mikrokomedók** kialakulása. Ez is csak mikroszkóposan állapítható meg. Ilyenkor az történik, hogy az infrainfundibulumban szorosan kapcsolódó szarusejt csoportok halmozódnak fel. Ezek fokozatosan kitöltik a csatornát és az egyre növekvő szarumassza a szélek felé terjeszkedve megközelítően gömb alakúvá formálja a folliculust. Ebben a stádiumban a folliculus szájadéka szűk, a nyílás szabad szemmel nem látható (**zárt komedó**), az egész képlet dohányzacskóra emlékeztet. A teljesen kialakult zárt komedó klinikailag gombostűfejnyi-színes gombostűfejnyi, sárgás, a bőrben ülő, kissé kiemelkedő papula. Később nyomás hatására a folliculus szájadéka kitágul, a szarudugó barnás-fekete pont formájában tűnik elő (**nyílt komedó**). A továbbiakban a nyomásfokozódás következtében az infundibulum fala elvékonyodik, és mind a faggyúmirigy, mind a szőrtüsző elsovad.

Számos olyan betegség ismert, amelyek klinikai megjelenésüket és elhelyezkedésüket tekintve megfelelnek az **acne vulgarisnak**, de a komedó képződés hiányában nem valódi acne, ezért ezeket a tüneteket **acne szerű elváltozásoknak** nevezzük.

Az eddig ismertetett történések az acne képződés **primer, nem gyulladós** fázisát jellemzik. A folyamat megállhat a komedó képződés szintjén, de tovább fejlődhet, és ekkor alakulnak ki a **másodlagos, gyulladós** elváltozások.

A gyulladós tüneteknél a folliculus fala fokozatosan károsodik a növekvő belső nyomás, toxikus behatások (szabad zsírsavak, bakteriális enzimek) és a gyulladás következtében. Amikor bekövetkezik a ruptúra, a komedó tartalom az irhába kerül, ami erős gyulladós reakciót vált ki.

Az acne vulgaris legsúlyosabb formájánál, az acne conglobata-nál a beszűródés kiterjedt, a gyulladós infiltrátum a subcutisig terjed. Ez a forma még kedvező esetben is hegképződéssel gyógyul, de -amint fentebb már említettük- minden esetben fennáll a ciszta-, gennyező járatok kialakulásának veszélye.

Az akné kialakulásának okai

Bár az ismeretek egyre bővülnek, számos kérdésre még nem tudunk végleges választ adni, ezért nem tudjuk az acnet minden esetben gyógyítani és azt sem tudjuk, hogy általában 25-30 éves korig miért szűnnek meg spontán a tünetek.

A fokozott faggyútermelés, a seborrhoea minden acnés történés velejárója. Már korábban is feltételezték, hogy a serdülőkorban jelentkező fokozott faggyútermelés hormonális eredetű lehet. A vizsgálatok azóta igazolták ezt. A hormonok közül az androgének állnak az első helyen. Bár a seborrhoea az acne képződésben általánosan megfigyelhető, önmagában nem elégséges a tünetek kiváltásához.

A mikrobák szerepe. A folliculusokban kimutatható baktérium, a koagulaze negatív *Staphylococcus epidermidis* (Sta. epidermidis) és a *Propionibacterium acnes* (P. acnes). Ezek közül elsősorban a P. acnes játszik szerepet az acne kóroktanában. A baktérium lipaszt termel, ez hasítja a *faggyúban lévő di- és triglycerid észtereket*. A keletkező *szabad zsírsavak* többféle módon is elősegítik az acne kialakulását: *megváltoztatják az infundibulumban a keratinizáció normális menetét és ezáltal komedó képző hatásúak, toxikus hatásuk révén károsítják a folliculus falát, kemotaktikus hatást fejtenek ki a neutrophil leukocytákra, elősegítik a folliculus ruptúráját*. Hangsúlyozzuk, hogy az acne nem fertőző betegség, annak ellenére, hogy kialakulásában mikrobák is szerepet játszanak.

Hormonok: Pubertás idején androgén hatásra a faggyúmirigyek megnagyobbodnak, és fokozott mértékben termelnek faggyút. A hormonok közül a tesztoszteron a legfontosabb, de más, ováriális és mellékvese hormonok is szerepet játszanak. A mellékvesekéreg hormonok közül az androsztendion és a dehidroepiandroszteron szulfát említendő. A hormon a faggyúmirigy sejtjeinek felszínén lévő receptorokhoz kötődik és így kerül be a sejtmagba, ahol kifejti a hatását. Minden olyan tényező, amely csökkenti az androgén termelést (ösztrogének a hypophysisen keresztül), gátolja a hormonreceptorhoz történő kötődését vagy gátolja az 5 α -reduktáz enzimet (antiandrogének), csökkenti a faggyútermelést és az acne képződést is.

Kóros keratinizáció: Az acne képződés egyik mindmáig tisztázatlan kérdése, hogy miért változik meg az acroinfundibulumban a hámsejtek kapcsolódási rendszere. Ahelyett, hogy a felszíni hámsejtek leválnának és a faggyúval a bőrfelszín felé haladnának, acnénál az egyes hámsejtek között nem szűnik meg a kapcsolat, a hámsejtek együtt maradnak. Az infundibulum *epitheliumának proliferációja és retenciós hyperkeratosisa* miatt az összekapcsolódó szarusejtekből *mikrokomedók, majd komedók* képződnek. Az így kialakuló szarudugó nem zárja el a folliculust, tehát a dugó résein át a faggyú kiürülése zavartalanul folytatódik.

Follicularis reaktivitás: az infundibulum hámja acnés betegeken fokozott reaktivitást mutat fiziológiás és külső ingerekre. Különböző vegyi anyagok, pl. halogén tartalmú vegyületek, kátrányszármazékok, munkaanyagok (pl. olajok), egyes kozmetikumok, kortikoszteroidok a hám kóros reakcióját válthatják ki, amely végül is acne kialakulásához vezet. Ide sorolhatók a mechanikai behatások is. **A súlyosabb acneformáknál igazolható a fokozott hajlam a gyulladásra.** Acne conglobatanál pl. már a mikrokomedó állapot kiváltja a gyulladásos tüneteket és ezért gyakori, hogy a folyamat nem is jut el a zárt és nyitott komedók állapotáig. **Ezeknél a betegeknél jelentéktelen mechanikus és vegyi behatások is beindíthatják a gyulladás folyamatát.**

Az acne vulgaris kezelése a kóroktan alapján logikusan levezethető.

A diéta nem befolyásolja a faggyútermelést. A táplálékkal bevitt zsírok nem jelennek meg a faggyúmirigyben. A faggyúsejtek maguk szintetizálják a sebum egyes összetevőit. A betegeket gyakran eltiltják egyes élelmiszerektől, főleg *élvezeti szerektől*. Nincs bizonyíték arra, hogy a csokoládé, a dió, a mogyoró, rontaná az acne alakulását.

A psyché és az acne viszonya régi probléma. Ma úgy gondoljuk, hogy a feltűnő elváltozások kedvezőtlenül érintik a betegek önértékelését, és ez adott esetben depresszióig fokozódhat. Ezért nagyon fontos, hogy a kezelőorvos ennek tudatában foglalkozzon a beteggel. Minden aggályát vegye komolyan, szánjon elegendő időt kérdéseinek megválaszolására, képviseljen optimista szemléletet!

Sokan túlzott jelentőséget tulajdonítanak a **mosakodásnak**. A bőr fokozott zsírosodása miatt egyesek naponta többször is szappannal, meleg vízzel arcot mosnak, holott az arc bőrének zsírtalanítása az acne szempontjából közömbös. A történések a faggyúmirigyben játszódnak le, tehát a bőrfelszínen lévő faggyú már nem játszik szerepet. Viszont a szappanokban lévő anyagok irritálhatják a folliculusok

hámját és ebből a szempontból kedvezőtlenül hatnak. Az arcbőr zsírtalanítására alkoholos törlés a legalkalmasabb. A fény bőrkárosító hatása összegeződik, és a túlzásba vitt napozás okozta fényártalom tünetei már igen korán megjelenhetnek.

Az acne kezelésének jelenlegi, modern szemléletében három gyógyszercsoportnak van jelentősége: az antibiotikumoknak, a retinoidoknak és a hormonoknak.

Az antibiotikus kezelés elsődleges célja a P. acnes visszaszorítása, a baktériumok számának és aktivitásának, azaz az enzimtermelésnek a csökkentése. Elsősorban az acne gyulladással formáinál hatásosak, a komedókra nem hatnak. Az antibiotikumoknak az antibakteriális hatás mellett *gyulladáscsökkentő* hatásuk is van: csökkentik a proinflammációs citokinek termelését, csökkentik a kemotaxist, kedvezően befolyásolják a makrophágok működését, és a gyulladáscsökkentő hatás akkor is érvényesülhet, ha a baktériumok száma nem csökken le a remélt mértékben. A hatásosság előfeltétele, hogy a *gyógyszermolekulák bejussanak a folliculusba*. Számos készítmény nem jut el a szőrtüszőbe, pl. a penicillinek és származékaik, ezért az acne kezelésére ezek az antibiotikumok alkalmatlanok.

A hatásosság attól is függ, hogy meddig tart a kezelés. 2 hónapos kezelés általában 20%-os javulást, 4 hónapos kezelés 60%-os javulást, 6 hónapos kezelés 80%-os javulást eredményez. **Ezért a perorális antibiotikus kezelés minimum 6 hónapig alkalmazandó.**

Az antibiotikumok közül a tetracyclinek és a makrolidok bizonyultak a leghatásosabbnak. A kezelés történhet peroralis és helyi készítményekkel (oldatok, gélek). Az erythromycin mind tablettás, mind lokális alkalmazásban egyaránt jó eredményre vezet, a tetracyclinek peroralisan adva igen hatásosak, lokálisan hatástalanok. A clindamycint mellékhatásai miatt csak helyileg alkalmazzuk. Érdekes, hogy a makrolid antibiotikumokkal szemben sokkal gyakrabban alakul ki rezisztencia, mint a tetracyclinekkel szemben. Figyelemreméltó, hogy az antibiotikumokkal kezelt betegek *közeli hozzátartozóinál* (akik kezelésben nem részesültek) és a kezelőorvosoknál is, lehet rezisztens törzseket izolálni.

Az acne kezelésében a legnagyobb változást a **retinoidok** bevezetése jelentette. Ezek közül jelenleg az isotretinoin tablettát alkalmazzák világszerte, de a lokális készítmények is igen hatásosak. Az acne kezelése szempontjából döntő jelentőségű a **faggyútermelés nagymértékű visszaszorítása**, a faggyúmirigyek nagysága 90%-kal csökkenhet. Ennek következtében csökken a P. acnes baktériumok száma, enzimtermelése, a szabad zsírsavak keletkezése. Emellett az isotretinoin a hámsejtekre is hatással van, csökken a *komedó képződés*, a már meglévő komedókban is csökken a szarusejtek közötti kapcsolat és végül a *komedók eltűnnek*. A készítmény gyulladáscsökkentő hatása is bizonyított.

Az isotretinoin mellékhatásai közül a teratogenitást kell első helyen említenünk, erre nyomatékosan fel kell hívni a nőbetegek figyelmét. A gyógyszeres kezelés megkezdése előtt célszerű megbizonyosodni arról, hogy terhesség nem áll fenn, a kezelés alatt tanácsos fogamzásgátlót is szedni. A kezelés befejezését követően 1-2 hónappal már nincs teratogén hatás. Férfiak nyugodtan szedhetik a készítményt, az ő oldalukról nem fenyeget a magzat fejlődési rendellenességének a veszélye.

A kezelés alatt fellépő ajakszárazság krémekkel ellensúlyozható. A nyálkahártyák kiszáradása miatt esetleg lehetetlenné válik a kontaktlencse viselése. A szérumkoleszterin- és triglycerid szint emelkedhet. Bár a kezelés befejezése után az értékek normalizálódnak, megfelelő ellenőrzés szükséges azoknál, akiknél eleve magasabbak a lipidértékek, és akik tartós kezelésre, valamint

magasabb adagokra szorulnak. Pseudotumor cerebri (intracraniális nyomásfokozódás) veszélye miatt **retinoidok és tetracyclinek együttes alkalmazása tilos!**

A hormonkezelés lényege az, hogy olyan készítményeket adunk, amelyek kompetitíve gátolják a hatásos saját hormonnak a receptorhoz történő kötődését (antiandrogének, pl. ciprosteronacetát, chlormadinol), illetve hatásukban ellentétesek a tesztoszteronnal (ösztragének). **A hormonkezelés célja a faggyútermelés visszaszorítása.** A gyakorlatban azok a készítmények bizonyultak a leghatásosabbnak, amelyek kombináltan tartalmazzák a kétféle hatóanyagot. Magától értetődő, hogy hormonális készítményeket csak nőknél lehet alkalmazni. A tapasztalat szerint elsősorban azoknál a nőknél jön szóba a hormonkezelés, akik egyébként is szednek fogamzásgátlót.

Az acne kezelés gyakorlatát az alábbiakban foglalhatjuk össze:

Az acne comedonica kezelésére csak helyi készítményeket használunk. Elsősorban a hámlasztó hatású externák ajánlottak, mint pl. a lokális retinoidok. Ezek hiányában benzoylperoxyd, azelainsav, eseteleg salicylsav tartalmú oldatot, gélt alkalmazunk. Antibiotikus készítményektől eredmény nem várható. A nyílt komedók előzetes fellazítás (pl. gőzölés) után kinyomhatók, a zárt komedók óvatos felszúrást igényelnek.

Az acne papulopustulosa kezelésének megválasztásánál abból indulunk ki, hogy a papulopustulák is komedókból keletkeznek. Ezért a fent említett hámlasztó kezelés ebben a formában is indokolt. Mivel a gyulladás kialakulásában a baktériumoknak is szerepük van, indokolt benzoylperoxyd, azelainsav és az antibiotikum (erythromycin, clindamycin) tartalmú, esetleg kombinált összetételű készítmények lokális alkalmazása.

Az isotretinoin tabletták hivatalosan a súlyosabb kórformák gyógyszere, a papulopustulosus acnenál ritkábban alkalmazzák. Ennek ellenére a szakirodalomban világosan felismerhető az a tendencia, hogy a retinoidok lesznek a lokális kezelés elsőnek választandó szerepei és az isotretinoin tablettát is egyre gyakrabban adják az acne papulopustulosa súlyosabb eseteiben.

Az acne conglobata helyi kezelése szintén a fentebb említett készítményekkel történik, de a helyi kezelés háttérbe szorul a belső kezeléshez képest. Isotretinoin tablettás (0,2 _ 1 mg/kg) kezelést indítunk, hacsak ennek nincs ellenjavallata. A készítményt hónapokon át adjuk, lehetőség szerint fogamzásgátlóval kiegészítve, a szérumszint és a trigliceridek ellenőrzése mellett. Ugyancsak ezzel kezeljük a tályogokat, gennyező járatokat stb.. Ha az Isotretinoin kezelésnek ellenjavallata van, akkor antibiotikumokat adunk.

A következményes hegek kezelése speciális bőrgyógyászati, bőrssebészeti feladat.

Az acne vulgaris a mai korszerű gyógyszerekkel az esetek túlnyomó többségében eredményesen kezelhető. A szakszerű kezelés alapvetően fontos a maradandó hegek megelőzése és a beteg társadalmi helyzetének szempontjából is. Bár magát a betegséget jelenleg még nem tudjuk gyógyítani, megfelelő kezeléssel a legtöbb beteg elfogadható állapotban tartható addig, amíg a folyamat magától megszűnik.

Dr. Belezny Gyöngyike

Bőr- és nemibeteg gyógyász,
kozmetológus szakorvos. Magánorvos