

## AKNE VULGARIS

Akne vulgaris, pilosebase follükülerin inflamasyonu ile ortaya çıkan kronik bir deri hastalığıdır. Adölesan ve genç erişkinlerin %80-85'inde görülmektedir. Bazen dördüncü dekata kadar sürebilir. Her iki cins eşit olarak etkilenir. Genç yetişkinlerde ve 13-19 yaşlarındaki kişilerde intihara kadar varabilen psikososyal problemlere yol açabilir.

Akne vulgarisin ortaya çıkışında rol oynayan primer faktörler: follüküler hiperkeratinizasyon, sebese bezlerin hiperplazisi, artmış sebüm üretimi ve Propionibacterium acnes kolonizasyonudur. Sekonder faktörler ise: mekanik obstrüksiyon, artmış hormonal aktivite, stres, kozmetik ve emolyentler, halojen içeren ilaçlar, lityum, barbituratlar, androjenler, anabolik steroidlerdir. Yüz, sırt ve göğüste komedonlu veya komedonsuz, inflamatuvar veya noninflamatuvar, hafif, orta ve şiddetli akne vulgaris olarak tanımlanabilir. Noninflamatuvar lezyonlar mikrokomedonlardan gelişen açık ve kapalı komedonlardır. İnflamatuvar lezyonlar ise papül, püstül, nodül gibi lezyonlardır. Mikrokomedonlar pilosebase duktal hiperkornifikasyonun klinik göstergesidir ve akne vulgarisin erken gelişen öncül lezyonlarıdır. 2mm'nin üzerindeki komedonlara ise makrokomedo denir. Kapalı komedonlar 1-2 mm çapında, soluk, sert papüllerdir ve orifisleri yoktur. Açık komedonlar ise burun ve çene üzerindedir, orifisleri dilatedir ve içerdikleri lipidlerin oksitlenmesinden dolayı siyah renklidirler. İnflamatuvar lezyonlar komedonun dermise açılmasıyla oluşurlar. Akne vulgaris şiddet evrelendirmesi ise: Evre I: açık-kapalı komedonlar, az sayıda papül, Evre II: komedonlar, inflame papüller, az sayıda püstül, Evre III: komedonlar, çok sayıda papül ve püstül, az sayıda nodül, Evre IV: nodülökistik akne şeklindedir.

Akne vulgariste laboratuvar tetkikler hiperandrojenizmi olan veya lezyonların çok şiddetli olduğu olgular dışında önemli değildir. Etkili ve yeterli tedavilere rağmen tekrarlayan akne vulgaris, menstrüel düzensizlik, hirsutismus, androjenetik alopesi, akantozis nigrikans, trunkal obezite ve libido artışı olan kadın hastalarda altta yatan over veya adrenal tümörler, polikistik over sendromu, adrenal hiperplazi ve inkomplet enzim eksikliği açısından laboratuvar incelemeler yapılmalıdır. Ayrıca ekzojen androjen, gonadotropin, glukokortikoid ve ACTH alımı sorgulanmalıdır. İstenecek tetkikler ise DHEAS, total ve serbest testosteron, LH/FSH oranı, prolaktin, 17-OH progesteron düzeyleridir.

Akne vulgariste tedavinin amacı hastalığın şiddetini ve süresini azaltarak bu dönemin en az fiziksel ve psikolojik hasarla geçirilmesini sağlamaktır. Tedavi tamamen hastaya özel olarak seçilmelidir. Tedavi akne lezyonlarının tipine, şiddetine, tutulum yerine, hastanın yaşına ve yanıtına, daha önceki tedavilere göre planlanmalı. Uzun süreli tedavi uygulanmalı ve iyileştikten sonra da idame tedavi ile devam edilmelidir. Tedavide kullanılan topikal ürünler arasında topikal retinoidler ve antibiyotikler yer alır. Topikal retinoidler A vitamininin sentetik türevleridir ve isotretinoin, adapalen ve tretinoin bu grupta yer alır. Topikal antibiyotikler arasında ise klindamisin, eritromisin ve tetrasiklin sayılabilir. Akne vulgarisin topikal tedavisinde kullanılan diğer ajanlar ise: Benzoil peroksit, azelaik asit, salisilik asit ve sodyum sülfasetamiddir. Benzoil peroksit güçlü antimikrobiyal etkisi olan diğer bir topikal ajandır. Azelaik asit antibakteriyel ve antiinflamatuvar etkisi olan bir topikal asittir. Salisilik asit ise keratolitik etkisi olan bir ajandır. Sodyum sülfasetamid antimikrobiyal etkisi olan bir ajandır. Topikal tedavide karşılaşılabilen yan etkiler eritem, kuruluk, soyulma ve yanmadır. Topikal tedavilere yanıt vermeyen hafif-orta şiddette akne veya nodülökistik akne varsa sistemik tedavi kullanılır. Oral antibiyotikler orta ve şiddetli akne tedavisinde kullanılırlar. Dikkat edilmesi gereken bir husus tek başına kullanılmamaları gerektiğidir. Tetrasiklin başlangıçta 1g/gün 1-2 ay kullanıldıktan sonra düzelme varsa 500mg/gün doza düşülerek 1-2 ay daha devam edilir. Doksisiklin ise 100-200 mg/gün dozunda başlanır, 50mg/gün idame dozunda devam edilir. Kullanılabilecek diğer antibiyotikler arasında eritromisin ve azitromisin de sayılabilir. Sistemik izotretinoin tedavisi nodülökistik, diğer tedavilere dirençli, ciddi skatris bırakan veya ciddi psikolojik sorunlara yol açan akne endikedir. 0.5-1.0 mg/kg/gün dozunda başlanır. Hedeflenen total doz 120-150mg/kg'dır. İzotretinoinin yan etkileri:

Teratojenite (tedavi öncesi ve sırasında gebelik testi yapılır), hiperkolesterolemi, hipertrigliseridemi,

KCFT’de yükselme (tedavi öncesi ve sırasında kolesterol, TG, AST ve ALT takibi), trombositoz, lökopeni, hiperürisemi, hiperkalsemi (tam kan takibi), deri ve mukozalarda kuruluk, el ve ayaklarda soyulma, keilitis, nazal iritasyon ve epistaksi bleferokonjuktivit, kornea ülserasyonu, gece körlüğü, fotosensitivite, alopesi, artralji, osteoporoz, osteofit oluşumu, baş ağrısı, depresyon, nadiren hepatit, pankreatit. Oral retinoidlerin tetrasiklin ve minosiklin ile birlikte alınması halinde intrakranial basınç artabilir. A vitamini ile birlikte alındığında ise A hipervitaminozu gelişir. Psikiyatrik hastalık tanısı, şiddet eğilimi, intihar girişimi ve uyuşturucu kullanımı olanlarda kontrendikedir. Tedavi sonrası ilk yılda relaps daha sık, 3 yıldan sonra relaps seyrek. Tedaviye topikal retinoidlerle devam etmek mikrokomedonları kontrol ederek relapsı azaltır.

Klinik veya laboratuvar hiperandrojenizm, menstrüel düzensizlik, siklik özellikte ve premenstrüel alevlenmeler, erişkin aknesi, izotretinoin kullanamayan olgular hormonal tedavi endikasyonlarıdır. Hormonal tedavide kullanılacak ajanlar eströjen preparatları, spironolakton, drospironon, siproteron asetat ve flutamiddir.

Kaynak

Andrews' Deri Hastalıkları Klinik Dermatoloji



