

AKNÉ A DERMOKOSMETIKA

doc. MUDr. Olga Vohradníková, CSc.

Dermatovenerologická ambulance, Praha

Přehled klinických forem akné a indikace zevní i vnitřní terapie jsou doplněny o možnosti kosmetické péče a korektivně dermatologických metod.

Klíčová slova: acne vulgaris, akné, terapie, kosmetika, korektivní dermatologie.

Med. Pro Praxi 2008; 5(11): 432–436

Akné je nejběžnějším kožním onemocněním, postihuje převážnou část dospívající mládeže. Přestože jsou pacienti, zvláště při mírnějším průběhu, sužováni zejména z kosmetického hlediska, jedná se o skutečnou kožní chorobu a je nutno ji léčit. Největší chybou je samoléčitelství **pouze** kosmetickými či rostlinnými přípravky, homeopatiky a podobně. Ty mohou být použity buď u zcela minimálního akné, nebo jako doplněk k použití léčiv od dermatologa, neboť koncentrace léčiv v kosmetických přípravcích je vždy nižší než koncentrace v dermatologických externech.

Akné je celá skupina onemocnění, podle příčin se rozlišuje acne vulgaris, dále akné ze zevních příčin a acne medicamentosa. Tyto faktory způsobující akné mohou pochopitelně zhoršovat i běžnou acne vulgaris.

Acne vulgaris

Acne vulgaris je chronické zánětlivé onemocnění pilosebaceózní jednotky, začíná obvykle v pubertě a často trvá více let, někdy i desetiletí.

Etiopatogeneze acne vulgaris je multifaktoriální. Vzniká na základě *genetické dispozice s polygenně vázanou dědičností*. Při výraznějším postižení rodičů v období puberty je uváděn vyšší výskyt těžších forem a vznik akné u potomků v časnějším věku.

Základním faktorem je *seбореja*, stimulovaná hlavně zvýšením hladiny androgenů v pubertě u obou pohlaví, a *hyperkeratóza* v ostiofolikulárním ústí, umožňující retenci mazu a vznik primárních projevů akné, černých nebo bílých komedonů. Zmnožení saprofytických bakterií, hlavně anaerobních *Propionibacterium acnes* v komedonech, je důsledkem zvýšené nabídky jejich substrátu mazu. Výsledkem je větší produkce enzymů propionibakterií, hlavně lipáz štěpících triacylglyceroly na volné mastné kyseliny. Volné mastné kyseliny po průniku do dermis při ruptuře stěny folikulu provokují rozvoj sekundárních zánětlivých lézí a zřejmě působí i komedogenně. Navíc antigeny propionibakterií přispívají k chronicitě zánětlivých změn reakcí pozdní přecitlivělosti.

Klinický obraz acne vulgaris

Nejvíce a největší mazové žlázy se vyskytují v kůži obličeje, hrudi a zad, tedy v místech predilekce

akné. V terénu mastnější kůže, někdy s velkými póry, jsou základním, primárním projevem akné nezánětlivé černé nebo bílé komedony – acne comedonica. Černé zbarvení komedonu v ústí sebaceózních folikulů je vytvořeno zvýšeným počtem hustě paralelně uspořádaných keratinocytů, a tím i výraznější koncentrací kožního pigmentu melaninu. *Bílé komedony* mají podobnou velikost jako černé a často převyšují počet černých komedonů, cca 5:1. Jsou v barvě kůže nebo bělavě prosvítají, jejich vývod je mikroskopické velikosti a tudíž není viditelný. Velmi často jsou bílé komedony nenápadné a vidíme je až při ostrém osvětlení po vypětí kůže, které zvýrazní jejich vyklenutí. Bílé komedony pravděpodobně vedou častěji ke vzniku zánětlivých projevů akné než černé, jejichž obsah může snáze širším vývodem unikat na povrch kůže.

Sekundárně pak vznikají nápadnější zánětlivé změny – *acne papulopustulosa, indurata, nodulosa, cystica, abscedens, conglobata*. Hojení papul a pustul obvykle trvá 3–10 dnů, hojí se obvykle bez jizev, noduly mohou přetrvávat i déle než 2–3 týdny.

Výsledkem hojení zánětlivých projevů akné mohou být u menší části disponovaných jizvy různého charakteru. Jizvy mohou být ztlustělé, vyvýšené nad okolní kůži (hypertrofické, keloidní jizvy, keloidy) nebo vznikají jizvy vtažené pod úroveň okolní kůže (atrofické, vpáčené jizvy). Někdy jsou jizvy v barvě kůže, jindy mohou být pigmentované nebo depigmentované. Naštěstí při menších zánětlivých lézích akné jizvy nejsou běžné, pokud vznikají, bývá obvykle jejich hlavní příčinou škrábání a vymačkávání projevů.

Na rozdíl od jizev, které nemizí, můžeme někdy vidět po ústupu zánětu přetrvávající červenofialové makuly v rozsahu původního zánětlivého projevu akné (red acne). Vzniká v důsledku dočasné ztráty kontraktility kožních cév z přechodné ztráty elasticity jejich stěny. Po několika týdnech až měsících se pružnost cévek opět obnoví a barva kůže se normalizuje.

Variantami acne vulgaris jsou *acne premenstrualis, acne postpubertalis, acne androgenetica (virilizující syndromy), acne excoriata* a další. Naštěstí vzácné jsou nejtěžší formy akné jako *acne inversa,*

syndroma SAPHO a *acne fulminans* s celkovými příznaky.

Akné ze zevních příčin

Vznik akné ze zevních příčin je často podmíněn profesionačně. V důsledku kontaktu kůže s komedogenně působícími látkami dochází k ucpávání ústí folikulů a perifolikulárnímu zánětu. Lokalizace je často na končetinách v místech tření znečištěných oděvů. Vyvolávají ji ropné deriváty, např. vazelína, řezné oleje – *acne oleosa, vaserinoderma*. Její variantou, často nediagnostikovanou, je *acne cosmetica* vznikající v důsledku používání kosmetických krémů, pleťových mlék, ale i nadužívání některých mýdel, detergentů apod., které mohou zhoršovat i průběh všech forem akné. Proto by jedinci trpící akné měli používat výhradně kosmetiku určenou pro pleť postiženou akné, včetně UV filtrů.

Acne picea, dehtem vyvolaná akné postihuje hlavně pracovníky používající dehet či dehtovou lepenku.

Acne chlorina je další profesionální formou akné, příčinou jsou pevné chlorované uhlovodíky a jiné sloučeniny chloru v chemických provozech, např. při výrobě barev, pesticidů aj.

Malorca acne je důsledkem pobytu u jižních moří. Náhlý vznik či zhoršení akné je typický vznikem během či krátce po dovolené. Etiopatologicky se vysvětluje zvýšením keratinizace v důsledku působení UV záření, ke vzniku může přispívat i větší pocení, nevhodné opalovací krémy a oleje, popř. přítomnost nafty v mořské vodě. Většinou náhlé vzplanutí projevů vymizí do 6 týdnů po dovolené.

Acne mechanica vzniká ze zevních fyzikálních příčin, jako je tření a zapárka, např. pod členkami (hippies acne), na krku u houslistů apod.

Akneiformní erupce, acne medicamentosa

Léky vyvolaná, popř. zhoršovaná akné není vzácná, nesmíme na tuto možnost zapomínat. Vznik je většinou náhlý, nejčastější příčinou jsou steroidy užívané vnitřně (i ve formě sprejů), vzácně i zevně aplikované, popř. anabolika – *acne steroidea*. Z dalších léků je nutno uvést hlavně antiepileptika, sedati-

va jako lithium, barbituráty, psychofarmaka, některá orální kontraceptiva, vitamin B₆ a B₁₂, přípravky s jódem (i při poruchách štítné žlázy) a brómem – *acne jodina*, *bromina*, antibiotika, dále Nidrazid, cyklosporin A, fotochemoterapii (PUVA) aj.

Terapie akné

Nejznámější a nejčastější je *acne vulgaris*, objevující se v období dospívání. Jelikož jsou etiopatogenetické poměry kombinací více faktorů, může docházet k selhávání účinku i nejlepších léků, pokud není dostatečně přihlédnuto u daného pacienta k individuální reakci na léčbu. Je nutno zdůraznit, že léčba akné má lepší výsledky, pokud začne v okamžiku výskytu prvních uhříků, popřípadě drobných zánětlivých změn. To je nejlepší cesta, jak předejít rozvoji těžších forem akné a případnému vzniku jizev.

Nedoporučujeme řídit se pouze radami pracovníků kosmetických zařízení nebo lékárníků. Také časopisy pro dospívající pravidelně zařazují články o různých způsobech léčby akné, řada z nich je však nepřesná a zavádějící. Je chybou čekat na rozvoj těžších změn, čím dříve začneme s odbornou léčbou, tím větší je šance, že rozvoji těžších projevů akné předejdeme. Je zásadní chybou vyhledat odborného kožního lékaře až teprve při rozvoji těžších forem akné.

Jen dermatolog může nejlépe odhadnout, které z příčinných faktorů vzniku akné jsou u daného pacienta více vyjádřeny, případně diagnostikuje speciální podformu akné a může podle toho vybrat nejvhodnější léčbu. Všechny druhy akné jsou si podobné, neboť různé příčiny působí ve výsledku na stejný cílový orgán, mazovou žlázu. Proto jen cvičené oko a podrobná anamnéza zaměřená nejen na anamnézu onemocnění, ale i na celkový zdravotní stav postiženého i na rizikové a zhoršující faktory, včetně profesionálních, může stanovit přesnou diagnózu a správnou léčbu.

Základní podmínkou úspěšnosti léčení je poučení postiženého o nezbytnosti dlouhodobé péče a nutnosti dobré spolupráce, ale i o správném používání zevních, případně vnitřních léků.

Čištění pleti je součástí léčby, vhodný způsob doporučí ošetřující lékař tak, aby vyhovoval léčebnému postupu, zejména při nasazení intenzivní zevní léčby musíme být k pleti šetrní.

Čištění pleti

Součástí léčení akné je čištění pleti, neřeší však příčiny akné, pouze zmírňuje akné opticky odstraněním viditelných černých, popř. bílých komedonů. Při vhodném způsobu provedení tak odstraněním rohovinové zátky folikulu i nadměrného sýrovitého obsahu komedonu můžeme předejít i následně

tvorbě zánětlivých lézí. Důležité je vědět, že špatně prováděné čištění pleti může stav akné dokonce zhoršovat.

U mírných forem můžeme použít peeling (scrub) pleťové masky či krémy. Vhodné je alespoň v počátku čištění pleti absolvovat v odborných kosmetických zařízeních (pozor, ne všechna ho provádějí kvalitně). Z časových důvodů je po zaškolení zkusit provádět 1–2× týdně doma, a to následujícím způsobem. Po napaření kůže v obličejové sauně, popř. horké koupele postižených partií trupu, nebo jednodušeji přiložením jemné potravinářské folie se docílí prohřátí pokožky, změknutí rohoviny, zřidnutí mazu a rozšíření ústí folikulů. Většina kosmetických pracovišť v současné době preferuje odstraňování komedonů prsty obalenými stočeným kosmetickým ubrouskem. Doma a při mírném výskytu komedonů můžeme kůži čistit jednodušeji za pomoci kvalitního toaletního mýdla, případně speciálních mýdel či syndetů, šamponů pro pleť postiženou akné, krouživými pohyby štetkou na holení se zkrácenými chlupy na obličeji, na kůži trupu nepříliš drsným kartáčkem. Čištění pleti doplníme vytlačení větších uhříků, ale nikdy ne prsty, nýbrž jemným tlakem do otvůrku speciálního expresoru (kovová tyčinka s otvůrkem o průměru cca 1,5–2 mm ve vyklenuté lžičkovité koncové části, kterou lze zakoupit ve zdravotnických potřebách, lékárnách či na pracovištích zaměřených na kosmetické služby). Manipulace jako mačkání, škrábání apod. jsou zcela nevhodné. Velkým tlakem při mačkání dochází k prasknutí folikulu a jeho obsah – maz, propionibakterie atd. se dostávají do okolní podkožní tkáně a tam provokují vznik zánětlivých změn akné, čili její zhoršení. Jedinou povolenou manipulací je ošetření pustulek, které můžeme opatrně tangenciálně propíchnout sterilní jehlou a tamponem s dezinfekčním roztokem hnis šetrně odsát. Hojení pustulek tak můžeme poněkud urychlit.

Čištění pleti zakončíme ošetřením adstringentní pleťovou vodou nebo lihovým roztokem. Zevní léky by měly být použity raději až za několik hodin po čištění pleti, je třeba se poradit s ošetřujícím kožním lékařem.

Zevní léčba akné

Při akné s komedony a mírným výsevem papulopustul je vždy na prvním místě aplikace **lokálních retinoidů** (**adapalene**, **tretinoín**, **izotretinoín**), při jejich intoleranci **kyseliny azelaové**, které mají výrazný převážně komedolytický účinek. Jsou nejvhodnější také pro udržovací terapii těžších forem akné po zvládnutí zánětlivých projevů. U retinoidů nesmíme zapomenout poučit pacienty o postupném zvyšování expoziční doby retinoidů k adaptaci na jejich vedlejší iritativní účinek – hardening fenomén. Méně častý je vznik přechodného zhoršení akné ve

2.–3. týdnu terapie retinoidy v důsledku urychlení klinicky dosud nezřetelné zánětlivé přeměny některých komedonů – tzv. rebound fenomén. Ten není důvodem ukončení léčby, je nutno pacienta na tuto možnost upozornit a informovat ho, že efekt nastupuje obvykle až po měsíci terapie retinoidy. Nástup účinku kyseliny azelaové má ještě delší horizont, alespoň 3 měsíce, proto je vhodné její účinek urychlit některým z dalších extern. I externa s retinoidy jsou již vyvíjena v kombinaci např. s lokálním antibiotikem, popř. benzoylperoxidem. Při výskytu větších otevřených i uzavřených komedonů bez výraznějších zánětlivých projevů můžeme únosný kosmetický stav nastolit rychleji vhodně prováděným čištěním pleti, chemickým peelingem, některými fyzikálními metodami, avšak vždy před nasazením lokálních retinoidů.

Při výraznější převaze papulopustul nad komedony volíme v počátku přípravky s převážujícím antibakteriálním účinkem. Přednost dáváme **benzoylperoxidu** (3%, 5% a 10%), který nevytváří bakteriální rezistenci na rozdíl od lokálních **antibiotik**, jejichž doba aplikace má být z tohoto důvodu omezena obvykle jen na 2–3 měsíce terapie. Z nich volíme obvykle erythromycin či clindamycin, vždy v prodyšném vehikulu (sol., lot., crm., pst.). Poněkud delší aplikaci extern s antibiotiky umožňuje jejich kombinace s benzoylperoxidem nebo se zinkem, které vznik bakteriální rezistence redukuje. Jiná externa, např. s clotrimazolem mají jen minimální efekt, krycí přísada zvýrazňuje jejich spíše kosmetickou indikaci.

Kosmetické přípravky

Doplňkem zevní terapie, podle možností tolerance používaných dermatologických extern, jsou tzv. čistící přípravky ve formě pěnivých gelů, tekutých syndetů (moderní forma detergentů), popř. čistících ubrousků aj. Dalšími vhodnými doplňky zevní léčby jsou adstringentně působící preparáty, redukující velikost folikulárních vývodů, někdy je prezentován i jejich příznivý vliv na kvalitu a množství kožního mazu. Dobrý kosmetický efekt mohou mít i hydratační přípravky, které zmírňují vedlejší účinky silně účinných, ale vysušujících až iritujících extern k léčbě akné. Účinnými látkami v kosmetických preparátech bývají zinek, antioxidanty, vitamin C, selen, kyselina salicylová, mléčná, tea tree oil, látky z mrtvého moře, další přírodní produkty aj.

Někdy jsou tato kosmetika kombinována i se zmatňujícími a tónovacími látkami, které slouží jako make up. Jako krycí prostředky ke kosmetické kamufláži projevů akné jsou vyráběny i korektivní tyčinky k cílenému použití na ojedinelé projevy akné, někdy jsou dokonce zeleně zbarveny a sumací s červenou barvou zánětlivých projevů působí velmi

Obrázek 1. Acne conglobata



Obrázek 2. Acne conglobata



Obrázek 3. Acne conglobata



dobrou barevnou korekci, mohou mít i vysušující protizánětlivý efekt.

Exfoliativní peelingové přípravky mohou být kombinací chemického i mechanického působení. Peeling působící látky (alfa-hydroxy-kyseliny, kyselina glykolová aj.), podobně jako retinoidy, jsou ve volně prodejných kosmetických preparátech v nízké koncentraci, tudíž jejich efekt je oproti terapii lékarem výrazně nižší.

Použití laserů, smooth beam, fototerapie, kryalizace, dermabrazie, aplikace kožních implantátů apod. mohou v rukou zkušeného odborníka zlepšit kosmetický stav kůže a jizev či pigmentací po akné.

Celková léčba akné

U většiny forem akné je dostačující efekt léčby zevní, externí. Indikací perorální terapie akné je vždy poměr benefit versus risk, který respektuje nejen tíži klinického obrazu, ale i stupeň odezvy na zevní léčbu a nezanedbatelně též psychosociální aspekty. Kontraindikací jsou nejčastěji těžší hepato- a nefropatie. Celková léčba akné se nezavádí v těhotenství, při podezření na těhotenství nebo při jeho plánování. Kontraindikace hormonální léčby jsou stejné jako u jiných kontraceptiv. Existují 3 základní skupiny léků k celkové léčbě akné: *antibiotika*, *hormonální preparáty a retinoidy*.

Antibiotika

Nejlépe působí tetracyklinová antibiotika (*tetracyklin*, *doxycylin*, *minocyclin*), popř. erytromycin. Doba používání je obvykle více měsíců, většinou používáme sestupné dávkování. Při léčbě tetracykliny není vhodné slunění (varovat před návštěvami solá-

rií) pro zvýšení rizika fototoxických či fotoalergických reakcí nebo vzniku pigmentací.

Antiandrogeny, hormonální léčba

Antiandrogeny blokují působení androgenů na cílové tkáně, v případě akné na mazové žlázy. Lze je použít pouze u žen, pro pravidelnost cyklu v kombinaci s estrogeny, takže přípravek působí jako kontraceptivum, kde antiandrogen plní funkci gestagenu. Nejznámějším a dosud nejsilnějším antiandrogenem je *cyproteronacetát* v dávce 2 mg v kombinaci s nízké dávkovaným estrogenem. Užívá se od 1. dne menstruace do 21. dne cyklu. Doba používání je nejméně 9–12 měsíců, často i několik let. V těžších případech akné je možno použít vyšší dávkování cyproteronacetátu ve formě další samostatné tablety, cca 10–15 mg, užívané současně vždy prvních 10 dní menstruačního cyklu. Poněkud slabší antiandrogenní účinek mají kontraceptiva obsahující dienogest, drospirenon a desogestrel. I některá další kontraceptiva mohou mít na akné mírně pozitivní vliv.

Izotretinoin

Izotretinoin je nejúčinnějším celkovým lékem akné, patří do skupiny retinoidů, derivátů vitamínu A. Izotretinoin působí na akné komplexně. Snižuje velmi výrazně tvorbu kožního mazu, omezuje tvorbu rohoviny, působí protizánětlivě a také imunomodulačně. Jeho indikací jsou nejtěžší formy akné, hlavně acne conglobata. Dále ho používáme v případech, kde předchází celková léčba antibiotiky či hormony neměla dostatečný efekt a také při výrazném jizvení. Výše dávkování závisí na tíži postižení, jsou nutné pravidelné kontroly

triacylglycerolů, cholesterolu a jaterních testů. Léčba izotretinoinem trvá průměrně 4–6 měsíců, záleží na celkové dávce izotretinoinu za celou kúru.

Nejzávažnějším nežádoucím účinkem izotretinoinu je teratogenita, proto je nutno nejen v průběhu léčby, ale již 1 měsíc před a ještě 1 měsíc po vysazení izotretinoinu zajistit spolehlivou antikoncepci, nejlépe s cyproteronacetátem, doporučuje se dokonce kombinace 2 kontraceptivních metod a pravidelné provádění testů na graviditu. K dalším nežádoucím účinkům izotretinoinu patří suchost kůže, rtů a sliznic apod., obdobně jako při hypervitaminóze A.

Kazuistika

Patnáctiletý Adam trpěl těžkou formou akné s převažující lokalizací hnisavých abscesů na obličeji. Zevní léčba nebyla účinná a proces se nezlepšil dostatečně ani po celkovém užívání antibiotik. Rodiče podleli pesimismu a místo pokračování v léčbě na kožním pracovišti začali s chlapcem navštěvovat léčitele – homeopata. Teprve po půl roce dalšího zhoršování stavu pochopili, že homeopatovo ujišťování, že zhoršování hnisavých hrbolů a dokonce jejich další výsev ve vlasech nejsou příznivými známkami, že se kůže po homeopaticích čistí a pak se onemocnění zastaví, asi nebude seriózní informací. Jelikož byl mezitím chlapec psychicky téměř na dně, vrátili se zpět ke kožnímu lékaři. Ten pro hrozivý nález s mohutně hnisajícími abscesy o průměru až 2 cm pacienta odeslal na naši kliniku.

Po laboratorní kontrole byl nasazen celkově izotretinoin v dávce 0,8 mg/kg/den. Již po měsíci

došlo ke zřetelnému zlepšení projevů, po 3 měsících léčby bylo hnisání téměř zastaveno. Po 4 měsících se již netvořily nové zánětlivé hrbolky a po 5 měsících jsme izotretinoin vysadili. Další rok je pacient téměř bez projevů, pouze na udržovací zevní léčbě.

Převzato z Dermatol. praxi 2008; 2(3): 130–133.

doc. MUDr. Olga Vohradníková, CSc.

Dermatovenerologická ambulance

Vítězné nám. 10, 162 00 Praha 6

e-mail: vohradnikova.olga@seznam.cz

Literatura

1. Benáková N. Léčba akné v praxi. Practicus 2006, 5: 106–110.
2. Cunliffe WJ, Gollnick H. Acne. Diagnosis and management. London: Martin Dunitz Ltd, 2001: 166 s.
3. Plewig G, Kligman AM. Acne and Rosacea. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2000: 744 s.
4. Rulcová J. Volba terapie u lehčích a středně těžkých forem acne vulgaris. Practicus 2004: 343–346.