

TĚŽKÉ FORMY AKNÉ A JEJICH LÉČBA – I. DÍL

doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc.

Dermatovenerologická klinika LF MU a FN Brno

Acne vulgaris je onemocnění, na kterém se podílí několik patogenních faktorů. Dle klinického obrazu se rozlišují lehké, středně těžké a těžké formy akné. Zejména těžké formy onemocnění vyžadují komplexní léčbu systémovými léky a doplnění lokálními přípravky.

Práce sestává ze dvou na sebe navazujících částí. Stávající první část je věnována základnímu dělení *acne vulgaris* a dále *acne conglobata*, *acne inversa*, *acne fulminans* a *acne infantum*. Nastíněny jsou terapeutické možnosti u těchto těžkých forem akné.

Klíčová slova: těžké formy akné, klinika, terapie.

SEVERE FORMS OF ACNE AND THEIR TREATMENT (PART I)

Acne vulgaris is a condition in which several pathogenic factors are involved. Based on the clinical picture, mild, moderate, and severe forms of acne are distinguished. In particular, severe forms of acne require complex treatment with systemic drugs supplemented with topical preparations.

The paper consists of two consecutive parts. The first part deals with the basics of *acne vulgaris* as well as with *acne conglobata*, *acne inversa*, *acne fulminans*, and *acne infantum*. The therapeutic options in these severe forms of acne are outlined.

Key words: severe forms of acne, clinical features, treatment.

Dermatol. praxi 2008; 2(4): 179–180

Úvod

Společenský a medicínský význam akné je dán především tím, že je jednou z nejčastějších kožních chorob u dospívajících a navíc její těžké formy mají často dopad i na psychickou sféru nemocných. Prevalence je téměř 100 %, rozdílnost je v závažnosti postižení. Kolem 7 % případů středně těžká akné se vyskytuje před 12. rokem, 40 % připadá na věk kolem 16 roků. Dle mnoha pozorování maximum incidence u *acne comedonica* je kolem 12 let (54 %), *acne papulopustulosa* v 16 letech (58 %) a *acne conglobata* mezi 16–20 roky (12 %). Přibližně u 15 % pacientů trpících akné léze perzistují až do 26 roků a v menším procentu až do 40 let. Přetrvávání aknézních lézí je častější u žen, převážně jako *acne premenstrualis* nebo *acne cosmetica*, objevující se mezi 20–50 roky (4, 9).

Klinické formy akné

Formy akné se nejčastěji rozdělují dle počtu zánětlivých projevů na kůži a dle jejich převažující morfologie (komedony, papuly, pustuly, noduly, abscesy, infiltráty, cysty) (4, 9).

Acne papulopustulosa je nejběžnější na vrcholu puberty. Charakterizována je komedony a především papulami a pustulami. Její rozpětí zasahuje od lehkých projevů (I. a II. stupeň) přes středně těžkou formu (III. stupeň) až po těžkou formu (IV. stupeň).

Acne conglobata je vždy závažná, jak co do obtížné léčitelnosti, tak co do kosmetických důsledků. Je charakterizována množstvím zánětlivých morf od papulopustul, fistulových komedonů, krvavě hnisavých, bolestivých uzlů (abscedujících uzlů), píštělí, cyst, hemoragických krust až po jizvení jak atrofickými, tak hypertrofickými jizvami včetně keloidů (10). *Acne conglobata* je vždy řazena mezi těžké projevy aknézního onemocnění. Papulopus-

tuly a noduly jsou v histologickém obraze vyjádřeny izolovanými nebo splývajícími ložisky chronického zánětlivého infiltrátu složeného z lymfocytů a často z plazmatických buněk, ojediněle mohou být přítomny i obrovské buňky z cizích těles. Tyto infiltráty jsou lokalizovány v okolí dilatovaných sebaceózních folikulů a atrofických či fragmentovaných mazových žláz. V dalším rozvoji chorobných změn vzniká leukocytární infiltrát intrafolikulární, perifolikulární a/nebo až s patrnými periglandulárními abscesy. Tyto zánětlivé změny vedou postupně k úplné dezintegraci folikulů a mazových žláz a k jizvení postižené tkáně. U keloidů je značně akcentována složka vazivového bujení (9).

Léčba konglobované akné je vždy kombinací místní a celkové léčby, přičemž hlavní těžiště je na systémových lécích (1, 5, 7, 11).

Acne inversa (nazývaná též dle klinického obrazu akné intertriginózní, akné triáda, akné tetrada, akné pentada), je syndrom vyskytující se u dospělých jedinců. Projevuje se hlouběji uloženými zánětlivými uzly a fistulemi. Zánět postihuje terminální vlasové folikuly v intertriginózních lokalizacích, především perianálně, axilárně a inguinálně. Méně často se zánětlivé léze vytvářejí submamárně, periumbilikálně, retroaurikulárně. Příčiny *acne inversa* jsou multifaktoriální. Mezi podpůrné patogenetické faktory patří i pozitivní rodinná anamnéza, obezita, kouření cigaret. Probíhá ve většině případů v podobě remisí a exacerbací, či kontinuálně po celý život. Celková léčba spočívá v podávání širokospektrých antibiotik, izotretinoinu v opakovaných kúrách a v chirurgicko-plastických zákrocích (incize a kontraincize infiltrátů, odstranění apokrinálních žláz v lokalizaci axilární a inguinální, operativní řešení pilonidální píštěle v sakrální krajině). Lokální léčba se řídí klinickým obrazem onemocnění, je obdobná léčbě *acne conglobata*.

Může být doplněna radioterapií, kryoterapií, fotodynamickou léčbou, u žen i hormonální léčbou s antiandrogeny (3, 4, 6, 8). Terapie je nejen náročná, ale i dlouhodobá. Ve většině případů však nezabrání chronickému průběhu onemocnění, které v plně rozvinutém klinickém obraze zahrnuje:

- *acne conglobata*, nemusí být již v rozvinutém stavu, ale diagnostikuje se na základě výsledného jizvického procesu
- *hidradenitis suppurativa* recidivující v axilách, perigenitálně, v inguinách, v oblasti mons pubis
- *sinus pilonidalis* v sakrální oblasti
- *abscedující perifolikulitida* a abscesy na šíji a ve vlasaté části hlavy s následným jizvením
- *bolestivé hrboły* v krajině gluteální, kolem konečníku a v krajině genitálu.

Pokud však není klinický obraz rozvinutý, je diagnostika tohoto onemocnění často problematická (2, 8). Pacienti se na základě toho léčí po mnoho roků pro recidivující záněty velkých potních žláz nebo sakrální píštěl.

Acne fulminans je závažný celkový stav, popisovaný jako akutní febrilní ulcerující *acne conglobata* s polyartralgii a leukemoidní reakcí, patřící mezi systémová onemocnění.

Vyznačuje se náhlým, často nečekaným vznikem *acne conglobata* s tvorbou infiltrátů a hemoragických nekroz v netypických lokalizacích na pažích, předloktích a bérkách. Zejména na dolních končetinách připomíná počáteční rozvoj lézí erythema nodosum. Pro stav je příznačná horečka, bolesti kloubů, svalů, vysoká sedimentace a leukocytóza. Onemocnění je vzácné, postihuje chlapce nejčastěji ve věku 13–17 let. Léčení probíhá za hospitalizace a je kombinací celkové podávání steroidů, izotretinoinu a antibiotik. Lokální léčba je obdobná

léčbě acne conglobata a řídí se klinickým obrazem. Závažnou komplikací může být vznik aseptické nekrózy kostí, zvláště sternoklavikulárního skloubení (SAPHO syndrom) (2, 4, 9).

Acne infantum vzniká mezi prvním až druhým rokem života, přičemž také častěji postihuje chlapce. Klinický obraz se vyznačuje tvorbou komedonů, papulopustulek a nodulocyst zejména v oblasti obličeje. Onemocnění je zdlouhavé, ústup nastává vět-

šinou mezi druhým až třetím rokem života, ale jsou známy případy s přetrváváním projevů s následným jizvením po několika let. Výjimečně může onemocnění pokračovat až do puberty a přejít tak v akné pubertálního věku se sklonem až k acne conglobata. Léčba místní i celková je dlouhodobá. V diferenciální diagnóze připadá v úvahu *acne neonatorum*, která se však může vyskytnout již u novorozenců, s častějším postižením chlapců. V klinickém obraze jsou

zejména komedony lokalizované především na tvářích. Na rozdíl od *acne infantum* je průběh obvykle lehký a během několika měsíců dochází k vyhojení i bez léčby (2, 9).

doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc.

Dermatovenerologická klinika LF MU a FN
Jihlavská 20, 625 00 Brno
e-mail: jrulcova@fnbrno.cz

Literatura

1. Benáková N. Léčba akné v praxi. *Practicus* 2006; 5(3): 106–110.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH. *Dermatológia a venerológia*. Martin: Osveta, 2001: 872–876.
3. Cunliffe WJ, Goulden W. Phototherapy and acne vulgaris. *Br. J. Dermatol.* 2000; 142: 855–856.
4. Cunliffe WJ, Gollnick H. *Acne. Diagnosis and management*. 1. vyd. London: Martin Dunitz Ltd, 2001: 166 s.
5. Harper JC. Tailoring individualized treatment plans for acne. *Cutis* 2008; 81(1 Suppl): 23–25.
6. Katsambas A, Dessinioti C. New and emerging treatments in dermatology: acne. *Dermatologic Therapy* 2008; 21(2): 86–95.
7. Krakowski AC, Stendardo S, Eichenfield LF. Practical considerations in acne treatment and the clinical impact of topical combination therapy. *Pediatric Dermatology* 2008; 25(Suppl): 1–14.
8. Meixner D, Schneider S, Krause M, Sterry W. Acne inversa. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft* 2008; 6(3): 189–196.
9. Plewig G, Kligman AM. *Acne and Rosacea*, 3rd Completely Revised and Enlarged Edition. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, 2000: 744 s.
10. Štork J. Akné a příbuzné dermatózy. In: Štork J, et al. *Dermatovenerologie*. Praha: Galén Karolinum, 2008: 291–296.
11. Vohradníková O. Terapie akné. *Practicus* 2005; 4(4): 172–174.

Další literatura u autorky.