



آکنه و تازه‌های درمانی آن

بیماری شایع بخصوص در دختران قبل از شروع پریداست و اغلب در دههٔ دوم بهبود می‌یابد. فاکتورهای مختلفی در ایجاد یا تشدید آن دخالت دارند و بنظر می‌رسد شدت عارضه رابطه مستقیم با میزان ترشح کمی سبوم دارد التهاب پوست به دنبال مقادیر زیاد سبوم و کراتین و باکتریها بوجود می‌آید و با افزایش سن از میزان آن کاسته می‌گردد همچنین ارتباط مستقیمی بین پرپود- فصول سال- مواد موضعی و هورمونها و مصرف داروهای مانندی کورتیکواستروئید هست. این کمیت‌های آکنه همیشه استریل هستند.

درمان فرم ملایم آن با آنتی بیوتیک‌های باکتریواستاتیک و موضعی است و در فرم متوسط درمان با ژل بنزوئیل و ترتینوئین است و درمان در فرم شدید استفاده از روهای موضعی به همراه آنتی بیوتیک‌های سیستمیک می‌باشد.

همچنین درمان با مهار غدد سباسه- تخلیه ملایم کومدون‌ها و تزریق استروئید و استفاده از آفتاب است. استفاده از رژیم، مصرف ویتامین یا واکسن روی غدد مؤثر نیست و فقط از مصرف موادی که فرد بیمار آنها را عامل تشدید بیماری میداند باید پرهیز شود.



تالیف دکتر سهیلا صدرزاده
متخصص بیماریهای
پوست و مو و آمیزشی

تعریف و فیزیولوژی
آکنه بیماری بسیار شایعی می‌باشد که خود به خود نیز بهبودی یافته و چندین عامل در ایجاد آن دخیل هستند. شروع ضایعات اغلب در سن ۱۰-۸ سالگی (Sebaren) است که اغلب چند سال مقدم بر شروع پرپود ماهیانه می‌باشد. با وجودی که دخترها در سنین جوانتری به آکنه مبتلا می‌شوند ولی شدت آن در پسرها ده برابر بیشتر می‌باشد.

فاکتورهای اصلی در ایجاد این بیماری:

کراتینیزاسیون مختل، افزایش ترشح سبوم و تکثیر باکتری پروپیونباکتریوم آکنه و ایجاد التهاب می‌باشد. شدت عارضه با میزان کمی ترشح سبوم رابطه مستقیم دارد ولی تا به حال اختلاف کیفی واضحی در مورد ترکیب سبوم در بیماران آکنه‌ای و افراد سالم ثابت نشده است. آندروژن‌ها نقش مهمی در افزایش ترشح سبوم دارند و در زنانی که مبتلا به فرم شدید آکنه می‌باشند، اغلب بالا بودن میزان آندروژن خون مشاهده می‌گردد. اسیدهای چرب آزاد حاصل از فعالیت

● استرسی‌های روحی
بیماری را شدت می‌بخشد
ولی اعصاب در این بیماری
دخیل نیستند.

ارتباط با پرورد؛ دهانه مجاری سبانه در روز پانزدهم تا بیستم قاعدگی کوچکتر شده و ترشح سبوم نیز کاهش می‌یابد. لذا در بعضی از بیماران استفاده از داروهای که سبب عدم تخمک‌گذاری شوند، مفید می‌باشد.

ارتباط با قرصهای ضد بارداری: گاه در دو تا سه ماه ابتدای مصرف قرص ضد بارداری، بیماری آکنه شدت می‌یابد. در بعضی از بیماران تشدید یا ایجاد آکنه به دنبال قطع قرص عارض می‌شود که گاهی تا یکسال نیز ادامه دارد.

گرچه داروهای که از تخمک‌گذاری جلوگیری می‌کنند گاهی سبب بهبودی واضح آکنه می‌گردند ولی تاثیر قرصهای ضد بارداری به علت اختلاف ترکیب آنان متفاوت می‌باشد. قرصهایی که حاوی ترکیبات آندروژنیک، آنتی آندروژنیک، پروژسترون، نورژسترل و نورآنتیسترون استات می‌باشند، همه سبب تشدید آکنه می‌شوند.

ارتباط با فصل

در بعضی از بیماران در فصل تابستان (به علت نور خورشید)، آکنه رو به بهبودی می‌رود. هوای مرطوب سبب تشدید آکنه می‌شود. در تعداد کمی از افراد آفتاب سبب تشدید بیماری می‌شود که بیشتر در اثر تعریق است. از طرفی بسیاری از داروهای موضعی ضد نور «کومدوژن» هستند.

ارتباط با مواد موضعی سابقه مصرف کرم یا پمادهای روغنی موضعی و ترکیبات روغنی صنعتی و تاراز بیمار سؤال شود.

ایجاد اسکار هیپرتروفیک و گاه فرورفتگی (Pit) در پوست می‌گردد. بیماری در صورت عدم درمان اغلب در ابتدای دهه دوم در مردان و کمی دیرتر در زنان متوقف می‌شود. درمان کافی در اغلب موارد از شدت بیماری کاسته و گاه به طور کامل سبب متوقف کردن آن می‌شود.

علائم سوپزکتیو

اغلب تصور بیمار از شدت عارضه با طیب تفاوت دارد. لذا طیب خود باید در مورد نحوه درمان تصمیم بگیرد. گاهی در هنگام بروز ضایعات، بیمار خارش دارد و پاپول‌ها دردناک می‌باشند. پوستول و کیست اغلب خود به خود پاره شده و ترشح چرکی یا خونی بدون بو به همراه دارد.

علائم آپزکتیو

ضایعات غیر التهابی: ضایعات ابتدایی به شکل کومدون بسته (سرسفید) می‌باشد که پس از مدتی به شکل کومدون باز (سرسبانه) در می‌آید. ضایعات التهابی (پاپول، پوستول، کیست و آبسه) گاهی دیده می‌شود. گاهی بغیر از پوست صورت، عارضه در گردن، سینه و شانه نیز مشاهده می‌گردد. اغلب صوت و پوست سر و مو خلی چرب است.

ارزیابی بیماران مبتلا به آکنه:

بررسی آندوکراین از بیمار در مورد وجود هیپرسوسیتسم، کوشینگ و وضعیت پرورد سؤال شود. در زنها و مردان مبتلا که به درمانهای معمول پاسخ نمی‌دهند، اغلب درجاتی از افزایش تستوسترون آزاد یا دهیدرواپی آندروسترون سولفات وجود دارد.

پروپیونیلاکتیوم آکنه عامل اولیه در ایجاد حالت التهابی در مبتلایان به آکنه می‌باشد. به علاوه این باکتری، پپتیدایمی یا وزن مولکولی پائین ایجاد می‌کند که عامل جذب کننده لکوسیت‌ها به محل می‌باشد. از سوی دیگر سلولهای که در مرحله کراتینیزاسیون باید به همراه سبوم از دهانه فولیکول‌های پیلوسیه دفع شوند، به حالت چسبیده به یکدیگر دهانه فولیکول را مسدود می‌کنند. این عارضه از نظر بالینی به شکل کومدون سرسیاه ظاهر می‌کند. عامل این رنگ سیاه لینیپید اکسیده، ملائین و کراتینوسیت‌های متراکم می‌باشد و وجود کثافت (Dirt) در ایجاد آن نقشی ندارد. به دنبال آزاد شدن آنزیم‌های هیدرولیتیک از پلی مرفنون کلترها، جدار فولیکول پاره شده و مقادیر متنابهی سبوم و کراتین و باکتری به همراه مو به داخل درم می‌شود که سبب ایجاد واکنش التهابی در محل می‌گردد. با افزایش سن، پاسخ واکنش التهابی درم به مواد فوق کاهش می‌یابد. استفاده از قرصهای ضد بارداری (به علت پروژسترون موجود در آنها) گاه سبب ایجاد یا تشدید آکنه می‌گردد. آکنه سبب

● ضایعاتین داروهای مولد آکنه کورتیکوسترئوئید، هورمون آدرنوکورتیکوئید، آندروژن دانازول، ید، هالوتان، ویتامین B12، لیستوم، ایزوتیسازرید و تریمتادون می‌باشند.

ارتباط با مصرف دارو
شایعترین این داروها شامل کورتیکواستروئید، هورمون آدرنوکورتیکوئید، آندروژن، دانازول، ید، هالوتان، ویتامین B12، لیتوم، ایزونیاژید و تریمتادون می‌باشند. استروئیدها ابتدا به ساکن کومدوژن نبوده بلکه اپی تلیوم فولیکول مو را جهت اثر کومدوژن سبوم آماده می‌سازند.

ارتیماتوزی متحدالشکل می‌باشد که بعد کومدوژن نیز به آن اضافه می‌شود در مصرف مزمن استروئید، هر سه فرم ضایعه مشاهده می‌گردد.

سابقه مصرف دارو جهت درمان آکنه و میزان و نحوه استفاده از آن بایستی مشخص شود. عارضه شایع مصرف طولانی آنتی بیوتیک، فولیکولیت گرم منفی است. در این بیماران به طور ناگهانی آکنه شدید شده و تعداد زیادی پاپول و پوستول و کیست مشاهده می‌گردد. آزمایش مستقیم همیشه پروتئوس، پ سودومونا و گداه کیلبیلا را نشان می‌دهد. از آنجائی که کیست‌های آکنه همیشه استریل هستند تغییر ناگهانی، احتیاج بیمار به رنگ‌آمیزی گرم و کشت را مطرح می‌سازد.

استرس‌های روحی، بیماری را شدت می‌بخشد ولی اعصاب در این بیماری دخیل نیستند.

درمان

۱- نحوه درمان در فرم ملایم آکنه
باکتریوستاتیک‌ها: بروی آکنه موثر بوده

و این تاثیر تنها محدود به کاهش پروپیوناباکتریوم آکنه نمی‌باشد. عارضه آن، خشکی و اریتم موقت در پوست است. ژل بنزوئیل پراکسید^۱ درمان انتخابی است. الف- بنزوئیل پراکسید: اثر باکتریسیدی قوی دارد. این دارو با سیستم موجود در پوست ترکیب و آن را آکسیده می‌کند. این پروتئین در ساختمان پروتئین باکتری‌ها موثر است لذا هم تعداد باکتری و هم متعاقب آن اسیدهای چرب آزاد کاهش می‌یابند. بنزوئیل پراکسید تعداد کومدوژن‌ها را نیز کاهش داده و از میزان ترشح سبوم می‌کاهد. حساسیت تماسی در ۱ تا ۳ درصد بیماران مشاهده می‌گردد. بنزوئیل پراکسید از غلظت ۲/۵ تا ۱۰ درصد در دسترس است.

ب- آنتی بیوتیک‌های موضعی: با اثر باکتریوستاتیک خود حالت التهابی را مهار می‌کنند. ضایعات پاپولوپوستولر به خوبی پاسخ داده ولی روی کومدوژن و کیست چندان موثر نیست. اریتروماکسین و کلینداماسین اثری برابر دارند و در مرحله بعد تتراسیکلین است. در مصرف طولانی، امکان ایجاد موارد مقاوم وجود دارد. تمام آنتی بیوتیک‌های موضعی باید روزی دو بار مصرف شوند.

ب- ۱- کلینداماسین موضعی: به شکل محلول ۱٪ در دسترس می‌باشد. دارو ۴٪ از راه پوست جذب می‌شود و تاکنون دو مورد وپسودوکولیت مامبرانو گزارش شده است. در بیماران مبتلا به ضایعات التهابی روده نباید از این دارو استفاده شود.

ب- ۲- اریتروماکسین: با غلظتهای متفاوت

در دسترس می‌باشد. این دارو موثر و نسبتاً بدون عارضه است.

ب- ۳- تتراسیکلین موضعی: ایجاد رنگ زرد در پوست می‌کند. لذا بهتر است یکساعت بعد از مصرف شسته شود که در عین حال در تاثیر مطلوب دارو دخالت ندارد.

ب- ۴- مکلوسیکلین سولفوسالیسیلات: مشتق اکسی تتراسیکلین بوده و اثر خشکی آن در پوست کمتر و تاثیر کمتری نیز دارد.

ج- آلومینیوم کلراید هگزهیدرات: یک داروی ضد تعریق بوده و در افرادی که عرق کردن سبب تشدید بیماری آکنه در آنها می‌شود به کار می‌رود.

ح- اکسفولانت‌ها: شامل ترکیبات حاوی سوفور، رزور سیرنل و مواد دیگر ایجادکننده پوسته ریزی، می‌باشد. گاهی خود این مواد عامل تحریک و تشدید آکنه می‌باشند. ترتینوئین بهترین کومدولیتیک بوده و در درجات بعد اسید سالیسیلیک و بنزوئیل پراکسید قرار دارد.

۲- نحوه درمان در فرم ملایم تا متوسط آکنه

الف- ژل بنزوئیل پراکسید

ب- ترتینوئین: به تنهایی یا به همراه بنزوئیل پراکسید به کار برده می‌شود. سبب افزایش پوسته‌ریزی و جلوگیری از ایجاد کومدوژن می‌شود. به علت نازک کردن لایه‌های اپیدرم سبب افزایش جذب آنتی بیوتیک می‌شود. مسائلی که در مصرف ترتینوئین باید در نظر داشت:

۱) اریتم و پوسته‌ریزی و فلاشینگ مختصر از اثرات داروست ولی از خشکی بیشتر باید

جلوگیری کرد.

۲) در افراد با پوست روشن باید با غلظت کم شروع و بعد غلظت آن را افزایش داد.

۳) سایر درمانهای موضعی نباید به طور همزمان به کار برده شوند و استفاده از یک صابون با اثر ملایم کافی است.

۴) دارو شبها یکساعت قبل از خواب و پس از آنکه پوست کاملاً خشک شده باشد، استفاده شود.

۵) از مجاورت زیاد با آفتاب اجتناب شود و بیمار از گرم ضد آفتاب استفاده کند.

۶) سرخی و پوسته‌ریزی در عرض یک هفته ایجاد و در مدت چهار هفته کنترل می‌شود. تشدید آکنه در ۲ تا ۴ هفته ابتدای درمان مشاهده می‌گردد.

۷) ضایعات در عرض ۳ ماه بهبودی می‌یابند.

۸) بیمار می‌تواند از مراد آرایشی water-based استفاده کند.

۹) در صورت عدم تحمل بیمار می‌توان دارو را یک روز یا دو روز در میان به کار برد.

۱۰) بعد از بهبودی به‌شورت می‌توان به مصرف دارو ادامه داد.

ج- همراهی رتینوئید با باکترپوستاتیک: می‌توان ترتینوئین را شبها و بنزوئیل پراکسید را صبحها به کار برد. پس از بهبودی

دفعات مصرف باید کاهش داده شود. این دو دارو را نباید به طور همزمان به کار برد چون اثر یکدیگر را به علت اکسید شدن از بین می‌برند.

۳- نحوه درمان در فرم متوسط و شدید آکنه

ضایعات این فرم شامل پوپول، پوستول، کیست و آبسه می‌باشد. در این گونه موارد استفاده از داروهای موضعی به همراه آنتی‌بیوتیک سیستمیک توصیه می‌شود.

آنتی‌بیوتیک‌ها: بعضی از آنتی‌بیوتیک‌های سیستمیک سبب کاهش فلور میکروبی پوست از جمله پروپیونباکتریوم آکنه می‌گردند. از این طریق سطح اسیدهای چرب آزاد در پوست نیز کاهش می‌یابد. اثر درمانی آنتی‌بیوتیک را یک هفته، بعد از شروع درمان می‌توان ارزیابی کرد. مصرف آنتی‌بیوتیک را ماهها و گاه حتی سالها می‌توان ادامه داد.

۱- تتراسیکلین: به علت کم بودن عوارض و قیمت ارزان آن بهترین آنتی‌بیوتیک سیستمیک در درمان آکنه می‌باشد. این دارو با مقادیر کم هم موثر است چون غلظت بالایی در غده سباسه پیدا می‌کند. بجز عوارض ملایم گوارشی تنها عارضه شایع تتراسیکلین ایجاد واژینیت کاندیدیایی است. دارو به علت تداخل یونی با آلومینیوم و منیزیم و کلسیم نباید با آنتی‌اسید به کار برده شود. شروع درمان با مصرف روزانه یک گرم دارو می‌باشد که به شکل کپسول ۲۵۰ میلی‌گرم (هر شش ساعت یکبار) یا ۵۰۰ میلی‌گرم (روزانه دو بار) می‌باشد. دارو باید نیمساعت قبل یا دو

ساعت بعد از غذا مصرف شود. بعد از ۶ هفته که حالت التهابی بهبود یافت می‌توان دوز دارو را به ۲۵۰ تا ۵۰۰ میلی‌گرم (روزانه) رساند و در صورت عدم پاسخ می‌توان دوز دارو را تا ۲ گرم در روز بالا برد.

۲- اریتروماسین: مرحله بعد از تتراسیکلین است و دوز روزانه یک گرم می‌باشد.

۳- مانتیوسیکلین: درمان بسیار مفید و موثری برای آکنه می‌باشد. این آنتی‌بیوتیک به خوبی در چربی حل می‌شود. لذا به طور کامل در فولیکول پیلو سباسه نفوذ می‌کند. نظر به امکان بروز عوارض گوارشی بهتر است مصرف دارو را با دوز ۵۰ میلی‌گرم در روز شروع کرد و بعد به تدریج میزان آن را افزایش داد. بعضی از بیماران با همان مقدار ۵۰ میلی‌گرم رو به بهبودی می‌روند.

۴- کلیندامایسین: (۳۰۰ تا ۴۰۰ میلی‌گرم روزانه) بسیار مفید است ولی به علت امکان ایجاد پسود و کولیت مامبرانو مصرف آن محدود به موارد شدید می‌باشد.

۵- کوتریموکسازول: سبب کاهش اسیدهای چرب آزاد و واکنش التهابی در آکنه می‌گردد. دارو به خوبی در چربی قابل حل بوده لذا نفوذ کامل در فولیکول پیلو سباسه دارد. می‌توان روزانه با یک قرص B.D شروع و بعد با دو قرص B.D ادامه داد.

۶- سفالوسپورین: در صورت مقاومت به سایر آنتی‌بیوتیک‌ها، مؤثر است.

۷- آپی سیلین: خصوصاً در زنان باردار کاربرد مصرف دارد.

مصرف داروهای ضد التهاب مثل ایندومتاسین یا بروفن سبب افزایش میزان نفوذ آنتی‌بیوتیک می‌شود ولی امکان

● با وجودی که دخترها در سنین جوانتری به آکنه مبتلا می‌شوند ولی شدت آن در پسران به برابری بیشتر می‌باشد.

عوارض گوارشی در مصرف همزمان این دو را باید در نظر داشت.

۴- درمان از طریق مهار فعالیت غدد سباسه.

الف- استروژن: در موارد مقاوم به درمان (در زنان جوان) می‌توان از آن استفاده نمود. اثر استروژن، آنتی‌آندروژنیک و مهار آدرنال می‌باشد. ارتباط مستقیم بین میزان مهار آندروژنی و بهبود آکنه وجود دارد. با مصرف ۱٪ میلی‌گرم از اتینیل استرادیول، میزان ترشح سبوم ۲۵٪ کاهش می‌یابد. در صورتی که بیمار مایل به استفاده از قرص ضد بارداری باشد، بهتر است از قرص حاوی استروژن کافی و پروژسترون غیر آندروژنیک نظیر نوراتینو درل استفاده نماید. (۱) به دنبال مصرف قرصهای ضد بارداری با فرمول فوق (نظیر Enovid) بهبودی در عرض ۲ ماه مشاهده می‌گردد. در سنین زیر ۱۶ سال استفاده از این گونه قرصها توصیه نمی‌شود ولی بعد از آن بلا مانع است.

(۲) استفاده از پردنیزولون (۵ تا ۷/۵ میلی‌گرم) صبحها در موارد مقاوم و در زنان جوانی که افزایش فعالیت آندروژنی دارند بسیار مفید است.

(۳) مصرف همزمان استروژن و پردنیزولون نیز موثر می‌باشد.

(۴) اسپیرونولون (۱۵۰ تا ۲۰۰ میلی‌گرم) به علت اثر آنتی‌آندروژنیک در کاهش ترشح سبوم و بهبودی آکنه موثر است.

ب: در انواع سیستیک و مقاوم استفاده از ۱۳ سیس رتینوئیک اسید توصیه می‌شود. این دارو از طریق کاهش ترشح سبوم و تاثیر روی کراتینیواسیون اثر خود را اعمال

می‌کند. میزان دارو ۱ تا ۱/۵ میلی‌گرم برای هر کیلوگرم وزن بدن می‌باشد و دوره درمان ۵ ماه است. بعد از قطع مصرف دارو اثر درمانی آن تا ۲ ماه بعد نیز ادامه دارد. لذا جهت بررسی لزوم درمان مجدد باید این مدت را صبر نمود.

پاسخ به این روش درمانی تا ۹۰٪ ذکر شده است. این دارو به طور مسلم تراتوژن است. لذا بیماران زن باید از یک روش ضد بارداری دقیق استفاده نمایند و تا یکماه بعد از قطع مصرف دارو نیز از باردار شدن اجتناب ورزند. اثر تراتوژنیک دارو در مردان مسئله ساز نمی‌باشد. عوارض شایع دارو: گزرویس، کیلیت، آلورسی و هیپرترمی گلیریدی می (که با قطع مصرف دارو بر طرف می‌شوند).

در ابتدای مصرف دارو تشدید ضایعات پوستی مشاهده می‌گردد. تنها عارضه مهم هیپرستوز مهره‌هاست که بیشتر در مواردی که مصرف دارو با دوز بالا یا طولانی مدت بوده، مشاهده شده است. در مورد اینکه این عارضه ممکن است سبب بروز علائم بالینی شده و یا کورتون‌دیکاسیون برای درمان باشد، پیگیری طولانی لازم است.

ج: ویتامین A استفاده از ویتامین A به میزان ۵۰-۵۰۰ هزار واحد روزانه به شکل منقسم در موارد آکنه ندولوکیستیک مقاوم (که به سایر درمانهای معمول پاسخ نداده باشد)، گاهی موثر است. دوز توکسیک عبارت از حداقل ۵۰ هزار واحد روزانه به مدت یکسال یا بیشتر می‌باشد. علائم هیپر ویتامینوز A شامل خشکی پوست و لب و ریزش مو و خارش خفیف می‌باشد.

نرمال بودن ویتامین A در سرم، ردکنندهٔ هیپر ویتامینوز A نیست.

۵- درمانهای همراه:

الف- تخلیه ملایم کومدون‌ها به وسیله comedon extractor سبب بهبود ظاهری بیمار و از طرفی جلوگیری از ایجاد ضایعات ملتهب می‌شود. ندرتاً احتیاج به تخلیه کیست‌های صورت می‌شود. این عمل به کمک تیغه اسکالپل ۱۱ یا سورن ۲۰-۲۵ انجام می‌گردد.

ب- تزریق استروئید در ضایعه: در آکنه کیستیک یا همراه با آبسه، تزریق استروئید به مقدار کم در داخل ضایعه بسیار مفید است (تریامسینولون استروئید ۰/۶۳ تا ۲/۵ میلی‌گرم). معمولاً تزریق ۱۰۰/۱۰۰ از این دارو با سرنگ ۳۰ کافنی است. ضایعات تازه در عرض ۴۸ ساعت بهبود می‌یابند. در صورت تزریق ماده غلیظ، فورفتگی موقت ایجاد می‌شود.

ج- استفاده از اشعه آنتاب در بعضی از بیماران موثر است.

استفاده از رژیم، مصرف ویتامین یا واکسن بر روی غدد سباسه موثر نیست. به هیچ عنوان استفاده از رژیم سخت توصیه نمی‌شود فقط از مصرف موادی که خود بیمار آنها را عامل تشدید بیماری می‌داند، باید پرهیز شود.

منابع:

1- Keneth. A. Arndt. M.D, Manual of Dermatology therapeutics, May, 1991.

2- Arthur Rook, D.S, Wilkinson, Text Book of Dermatology