

Acne vulgaris

Versjon: 1.1

Sist oppdatert: 21.10.2016

Forfattere: Theis Huldt-Nystrøm og Sverre Rørtveit

Antibiotikabehandling

Målsetting/indikasjon: Mer presis og begrenset bruk av topikale og perorale antibiotika som antiinflammatorisk behandling ved acne. Antibiotika til acnebehandling har i motsetning til isotretinoin ingen langtidseffekt og medfører resistensproblematikk.

Ved tegn til arrdannelser og ved anamnese på alvorlig og langvarig acne hos andre i familien bør tidlig isotretinoinbehandling vurderes og pasienten henvises dermatolog samtidig med oppstart av annen acnebehandling.

I Mild acne vulgaris og comedoacne:

Antibiotikabehandling (klindamycin) er ikke indisert **B**

Førstevalg ved mild acne:

Kombinasjon av benzoylperoksid og lokalt retinoid **A**

Andrevalg:

Azelainsyre **B**

II Moderat acne vulgaris

Ansiktsacne:

Kombinasjon av benzoylperoksid og lokalt retinoid **A**, eventuelt kombinert med peroral lymesyclin 0,3g x1-2 **A** eller doksisyklin 100-200 mg x 1.

Papulopustuløs acne på rygg og bryst uten tegn til arr:

Første valg:

Lymesyclin 0,3 g x 1-2 **A** eller doksisyklin 100-200 mg x 1 **A** kombinert med benzoylperoksyd lokalt.

(Erytromycin er førstevalg til gravide i 2. og 3. trimester, ammende og barn < 12 år)

Andrevalg:

Erytromycin 500 mg x 2 **B** kombinert med benzoylperoksid lokalt.

III Utbredt, kraftig inflammatorisk acne (acne conglobata) og / eller arrdannende acne.

Behandling med Isotretinoin (henvisning dermatolog). I påvente av oppstart med isotretinoin start behandling med peroralt antibiotikum og i tillegg lokalt benzoylperoksid eller kombinert benzoylperoxyd / adapalen preparat. **A**

Praktisk gjennomføring av acnebehandling med peroralt antibiotikum

1. Informasjon til pasienten ved første konsultasjon: Behandlingstid med antibiotikum bør begrenses til 3 mnd. **B** Behandlingseffekten kommer gjerne først etter 4-8 uker (dvs 50-70 % reduksjon i antall lesjoner). Parallell behandling med lokalt benzoylperoxyd evt i kombinasjon med adapalen reduserer resistensproblematikk og skal påføres tynt på hele det affiserte området hele behandlingsperioden. Et vaskeprodukt med benzoylperoksyd er enkelt å bruke. Hudirritasjon ved lokalbehandling er vanlig (rødme, skjelling, brenning, svie). Reduser i så fall påsmøring til 2 dager pr uke og trapp deretter opp til den applikasjonsfrekvensen som tåles før plagsom irritasjon.
2. Første kontroll etter 6-8 uker. Ved markert bedring kan man forsøksvis halvere antibiotikadose. Ved liten bedring; uendret dosering, og vurder compliance.
3. Ved kontroll etter 3 mnd. seponeres antibiotikum ved god bedring og man fortsetter med lokalterapi som vedlikeholdsbehandling i ytterligere 3-6 måneder. Ved utilstrekkelig effekt henvises pasienten dermatolog.

Gravide og ammende:

Erythromycin peroralt kan benyttes i 2-3 trimester.

Målsetting

Fjerne eller redusere subjektive plager av acne og hindre arrdannelse. Hindre unødig topikal og systemisk antibiotikabruk. Sørge for rask isotretinoinbehandling for pasienter som trenger dette (arrdannende acne).

Definisjon og etiologi

Kronisk inflammatorisk sykdom i talgkjertelapparatet, opptrer hos minst 80 % av tenåringer, oftest i mild form.

ICPC-kode: S96

Sammensatt etiologi. Akne er ikke primært en bakteriell infeksjon. Både økt talgsekresjon (seboré), dannelse av mikrokomedoner som okkluderer hårfollikler, *Propionibacterium acnes* som skaper lokal inflammasjon, og hormonelle og arvelige faktorer i inflammasjonssvar har trolig betydning.

Symptomer og funn

Ikke-inflammatoriske tegn på acne er åpne (svarte) og lukkede (hvite) komedoner. Inflammatoriske tegn er papler og pustler, sjeldnere ømme noduli og cyster. Varierende grad av seboré. Arrdannelse ses særlig ved dyp acne og ved hyppig manipulering av huden (klemming av kviser), men også comedoacne kan gi arr .

Klassifikasjon av akne:

Mild: Komedoner og < 10 papulopustler i ansiktet

Middels:

10-40 komedoner og 10-40 papulopustler i ansiktet.

Eventuelt også sparsom trunkal acne

Uttalt:

Dyp papulopustuløs akne, > 40 papler og pustler i ansiktet og/eller på trunkus. Noduløs (nodulocystisk) akne. Acne conglobata.

Prøvetaking

Sjeldent aktuelt. Hormonanalyser (s-Testosteron, Androstenedion, DHEAS) er indisert ved tegn til virilisering hos kvinner. Penselprøve til dyrkning ved mistanke om gram-negativ follikulitt.

Differensialdiagnoser

- Ved rosacea er det typisk erytem og ofte telangiektasier i sentrale, konvekse deler av ansiktet, men *ikke* komedoner. Rammer eldre aldersgruppe hyppigere.
- Bruk av lokale glukokortikoider kan gi et acnelignende utslett (perioral dermatitt) i ansiktet, ofte rundt munnen, men også her mangler comedoner.
- Gram-negativ follikulitt er en sjelden tilstand som vanligvis opptrer under pågående antibiotikabehandling. Typisk er pustler eller noduli nær neseåpning og munn.

Annen behandling

Kosmetika kan brukes sammen med de fleste typer topikal acnebehandling. Acnebehandling kan enklest benyttes på kvelden, og etter forsiktig rengjøring av ansiktet kan sminke påføres på dagtid.

Vask og rengjøring av acneaffisert hud skal være så forsiktig og mild som mulig. Bruk gjerne kun vann til ansiktsvask, eventuelt forsiktig bruk av mild såpe. Våtservietter som inneholder alkohol eller aceton bør unngås.

Ved bruk av topikale medikamenter vil krem- eller emulsjonformulering ofte være det beste ved tørr hud og gelformulering best ved uttalt sebore.

Kostfaktorer har ut fra det vi vet i dag mindre betydning for acne. Høyt inntak av melkeprodukter (inkludert mysebasert proteintilskudd) kan forverre tilstanden hos enkelte.

P-piller kan ha gunstig effekt på mild og middels acne, og er særleg aktuelt ved samtidig prevensjonsbehov.

Følgetilstander og oppfølging

Depresjon er ikke uvanlig hos ungdom med uttalt acne.

Arrbehandling med kirurgisk og kjemisk peeling, eller laser, gir ofte skuffende resultat. "Ice pick" arr kan eksideres. Steroidinjeksjon kan forsøkes i hypertrofiske arr.

Tilleggsinformasjon og dokumentasjon

European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne

A. Nast, B. Dréno, V. Bettoli, K. Degitz, R. Erdmann, A. Y. Finlay, R. Ganceviciene, M. Haedersdal, A. Layton, J.L. López-Estebaranz, F. Ochsendorf, C. Oprica, S. Rosumeck, B. Rzany, A. Sammain, T. Simonart, N.K. Veien, M.V. Živkovic, C.C. Zouboulis And H. Gollnick

Volume 26, Issue s1, February-2012, Pages 1-29