



## **Akne Vulgaris**

*Prof. Dr. Ertuğrul H. Aydemir*

Akne vulgaris pilosebace birimin kronik iltihabi bir hastalığı olup üzerinde en çok konuşulan ve spekülasyonu yapılan hastalıklardan biridir. Genellikle puberte civarında başlayıp, kişiye göre değişen biçimde bir süre devam eder ve daha sonra spontan iyileşme eğilimi gösterir. Bu iyileşme bazen 30-35 yaşlarına kadar gecikebilmektedir. Her iki cinsi eşit tutan hastalık, her ırkta eşit oranda görülür.

Etyolojisi çok tartışmalı olan hastalıkta kesin olan özellik yağ bezlerinin büyüme ve aşırı çalışmasıdır. Bu özelliğin oluşmasında da kalıtımın payı önemlidir. Hemen hemen herkezde değişik şiddet derecelerinde görülebilen hastalık, bazı ailelerde belirgin olarak daha sık ve şiddetli biçimde görülür.

Temel olarak etyopatogeneizde 3 faktör kabul edilir:

1. Sebum yapımında artış (Sebase gland aktivitesine bağlı)
2. Anormal foliküler keratinizasyon
3. Mikrobiyal kolonizasyon.

Sebum yapımındaki artış, akne gelişimi ve komedon oluşumunun olmazsa olmaz kısmıdır. Yağ bezlerinin aşırı çalışmasına bağlı olan bu artışta ayrıca sebumun yapısında da değişiklikler görülür. Ayrıca bakterilerin üremesine uygun bir ortam yaratarak da aknenin enflamatuara fazında da önemli rol oynamaktadır. Foliküllerdeki keratinize hücrelerin yapımında ve yapışıklığında da bir artış ve keratinize yapılar da bir değişiklik söz konusudur. Artan sebumla birleşen bu keratinize yapışık hücreler komedon oluşumunu sağlar. Folikülde yerleşik bakterilerin en önemlisi *Propionibacterium acnes* adlı bakteridir. Ayrıca *S. aureus* da bulunursa da bu yalnızca folikül ağzında ve yüzeyleydir ve akne inflamasyonu gelişiminde katkısı yoktur. Ayrıca foliküllerde *Pytriosporium orbiculare* ve seyrek olarak *Demodex folliculaorum* da bulunabilir fakat bunlar da tamamen olayın dışında görülmektedirler. Komedondaki zengin sebum ortamında gelişen ve çoğalan *Propionibacterium acnes*'in etkisiyle kemotaktik faktörlerin salınması, inflamasyonun başlamasına neden olur.

Akne etyolojisinde pek çok faktör suçlanmışsa da bunların hiçbirinin etkinliği ispatlanamamıştır. Hormonlar ilk akla gelen nedenlerdir, androjenik hakimiyetin akneyi arttıracığı düşünülmüşse de belirli bir grup kadın hasta dışında (özellikle polikistik over eşliğinde), her iki cinste de bir özellik saptanamamıştır.

Diyet her zaman suçlanmış fakat çalışmalarda hiçbir sonuç elde edilememiştir, bugün aknenin diyetle hiç ilgisinin olmadığı kabul edilmektedir.

Stresin akne üzerindeki etkileri de tartışmalıdır. Mantıken etkili olabilecek gibi görüne de çalışmalar bu yönde veriler vermemiş ve aknenin stres yaratması daha çok dikkat çekmiştir.

Bazı ilaçlar aknenin artışına neden olabilmekte veya akne benzeri lezyonlar ortaya çıkarabilmektedir. Kortikosteroidler, anabolik hormonlar, lityum, tüberküloz ilaçları bunların arasında sayılabilir.

Akne lezyonlar yağ bezlerinin fazla olduğu alanlarda başta yüz olmak üzere sırt, göğüs ve omuzlarda yerleşir. Başlangıç elemanı komedonlardır, bunların bir kısmı çok küçük olup, folikül ağızları da açık değildir (kapalı komedon), tipik olanlarda ise folikül ağızları açık, ucu siyah görünen tıkaç şeklindeki komedon belirgindir. İri ve açık komedonlar çirkin görünmekle birlikte staz ve buna bağlı olarak enflamasyon mikrokomedonlarda görülmektedir. Enflamasyonun ilk belirtileri foliküler eritemli papüller şeklinde görülür. Daha sonra püstüler yapılar ortaya çıkar. Yağ bezlerinin çok irileştiği ve nodüller halinde görüldüğü kistik akne tipleri oldukça seyrek fakat çok inatçı ve çirkin görüntülüdürler.

Tedavide en önemli şey hastayla iyi diyalog kurup, akne hakkında bilgi vermek, tedaviden ne bekleyip beklememesi gerektiğini anlatmaktır. Eğer bu yapılmazsa hasta tatmin olmayacak, 15 gün sonra aknesi geçmeyince bunlarda işe yaramadı diyerek ilaçları kesecektir. Hastaya tedavinin yavaş etki göstereceği anlatılmalı, altı ay sonunda %80 kadar iyileşme sağlanabileceği ve tedavi bırakılınca da nüks şansının hep olduğu bildirilmelidir.

Tedavi bilinen patojenetik faktörlere göre sebace gland aktivitesine, artmış foliküler keratinizasyona, bakterilere ve enflamasyonu gidermeye yönlendirilir.

Yerel tedavi temel olan tedavi şeklidir, sistemik tedavi kullanılsa da kullanılsa da gereklidir ve idamede de kullanılır. Yerel tedavi ajanları, antibiyotikler, antiseptikler ve keratolitik, komedolitiklerdir. Yerel antibiyotiklerden en çok kullanılan ve etkili bulunanlar, eritromisin ve klindamisindir, başka bir çok antibiyotik de denenmişse de bunlar kadar etkili bulunamamış, bir kısmında ise fotosensitizasyon, kontakt allerji gibi yan etkiler görülmüştür. Yerel antibiyotikler, *Propionibacterium acnes* sayısını azaltarak enflamasyonun gerilemesine neden oldukları gibi, doğrudan antiinflamatuvar etkileri olduğu da düşünülmektedir. Ülkemizde klindamisin losyon, eritromisin jel şeklinde bulun-

maktadır. Her iki ürün de günde birden fazla kez uygulanabilmektedir. Antibiyotiklere direnç gelişebileceği için zaman zaman kendi aralarında veya antiseptiklerle dönüşümlü kullanımlarında yarar vardır.

Yerel antiseptiklerden en çok kullanılanlar benzoyl peroksit ve azelaik asittir. Benzoyl peroksit hem *Propionibacterium acnes* üzerinden etkiyle antibakteriyel ve antienflamatuar etki yapar, hem de komedolitik etkisi vardır. Antibakteriyel etkisinin yerel antibiyotikler kadar güçlü olduğu bildirilmektedir. En çok kullanılan ve en eski yerel akne ilaçlarındandır. Azelaik asit de *Propionibacterium acnes* üzerine etkinin yanısıra hafif komedolitik etkiye de sahiptir, bazı ülkelerde çok iyi sonuçlar alındığı bildirilmekle birlikte, kullanımı benzoyl peroksite göre daha azdır. Her iki ürünün de sistemik yan etkisi yoktur, benzoyl peroksite, çamaşırların ve saçların rengini açabilir.

**Tretinoîn:** En çok kullanılan ilaçlardandır. Açık ve kapalı komedonları çok iyi etkiler, keratinizasyona çok iyi etki eder. Eski komedonlar atılırken yenilerinin yapımı da engellenir. Başlangıçta irritasyon görülebilir, fakat ilk 20-30 günden sonra giderek azalır.

**Sistemik antibiyotikler:** Asıl etkileri *Propionibacterium acnes*'in inhibisyonu ve enflamasyonun gelişiminin önlenmesidir, ayrıca doğrudan antiinflamatuar etkileri de vardır.

Sistemik antibiyotiklerden en çok kullanılanlar tetrasiklin grubudur. Foli-küle iyi girmeleri, yan etkilerinin az oluşu, kullanımlarını arttırmaktadır. Günümüzde doksisisiklin ve minosiklin (ülkemizde yok) tetrasiklinin yerini almaya başlamıştır. Günde bir kez kullanımları ve yan etkilerinin daha da az oluşu bu sonucu getirmektedir. Eritromisin, trimetoprim-sulfometoksazol çok kullanılan ve etkili olan diğer antibakteriyel ilaçlardır.

Doğrudan veya dolaylı olarak aknedeki üç arttırıcı faktöre de etki eden ve enflamasyonu da geriletken bir tedavi ajanı izotretinoindir. Sebun üretimini azaltır, aktif enflame yağ bezlerini inaktive eder, küçültür. Lipidlerin yapısını da değiştirerek farklı bir yoldan da etki eder. Bakteriler üzerine doğrudan etkisi olmamakla birlikte sebun miktarını azaltarak *Propionibacterium acnes*'in üremesi için uygun ortamı bozarak, diğer antiakne ürünler kadar etkili olabildiği söylenmektedir. Ayrıca antienflamatuar etkisi de vardır. Keratinizasyonu düzenler, böylece sebunun azalması ile birlikte komedon oluşumunda etkili olan iki faktör de ortadan kalkmış olur. Komedon yapımı engellenir. 1mg/kg dozunda altı ay kadar kullanılması gereklidir.

#### KAYNAKLAR

1. Gülekön A. Akne etyopatogenezi. II. Vakıf Gureba Tıp Kongresi. 4-8.12.1995. İstanbul.
2. Aydemir EH. Akne vulgaris tedavisi. II. Vakıf Gureba Tıp Kongresi. 4-8. 12.1995 İstanbul.
3. Cunliffe WJ, Simpson NB. Disorders of the sebaceous glands. Textbook of Dermatology'de. Eds. Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM: Blackwell. Oxford. 1998:1927-1985.