

Råd angående handläggning av patienter med ACNE - Hudkliniken

Patogenes

Akne orsakas av en kombination av ökad talgproduktion, hyperkeratinisering av talgkörtelns utförsång, ökad förekomst av *Propionibacterium acne* samt en inflammation i huden. En genetisk disposition finns. Födan kan ha viss betydelse och även hormonella avvikelser vid t.ex. PCOS (polycystiskt ovarialsyndrom) och ökad androgenaktivitet i puberteten har betydelse.

Indelning

- **Akne komedonika.** Proppbildning i talgkörtelutförsångar (öppna och slutna komedoner) utan påtaglig inflammation.
- **Akne papulopustulosa.** Inflammatoriska lesioner (rodnade papler och pustler) dominerar bilden.
- **Akne nodulocystika.** Djupare infiltrat och pusfyllda cystor. Ibland konfluerande. Läker med ärr.
- **Akne tarda.** Akne som kvarstår/debuterar i vuxen ålder.
- **Akne fulminans.** En abrupt debuterande, ulcererande form av akne med ledbesvär, leukocytos, feber och allmänpåverkan. Sällsynt.
- **Pyoderma faciale.** Stora konglomerat av noduli och cystor centralt i ansiktet.

Differentialdiagnoser

Rosacea, perioral dermatit, pityrosporumfollikulit, furunkulos m.fl.

Utredning

Akne i vuxen ålder hos kvinnlig patient som även har något av symtomen; oregelbundna menstruationer, hirsutism eller övervikt bör utredas för PCOS.

Behandling

Komedoakne

A-vitaminderivat Differin (adapalen) 1 gg/dag till natten. Årslång behandlingstid. Ger ofta irritation i början av behandlingen. Vid känslig hud rekommenderas smörjning varannan – var tredje kväll i 2 – 4 veckor innan upptrappning till daglig applikation. Vid uppnådd effekt kan patienten fortsätta i underhållsdos ca 2 kvällar/v.

Mild papulopustulös akne

1. Basiron (bensoylperoxid) 1–2 ggr/dag. Obs! Bleker textilier.
2. Differin (adapalen) 1 gg/dag.
3. Skinoren, Finacea (azelainsyra) 1-2 ggr/dag.
4. Epiduo (kombination adapalen + bensoylperoxid) 1 gg/dag.

Måttlig papulopustulös akne

1. Epiduo (bensoylperoxid + adapalen) 1 gg/dag.
2. Duac (bensoylperoxid + klindamycin) 1 gg/dag. Behandlingstid 3 mån, därefter fortsatt utvärtes behandling med antibiotikafritt medel, ex Epiduo. Kan upprepas vid behov.
3. Acnatac (tretinoin + klindamycin) 1 gg/dag. Behandlingstid 3 mån, därefter fortsatt utvärtes behandling med antibiotikafritt medel, ex Epiduo. Kan upprepas vid behov.
4. Tetracyklinpreparat per oralt i 3 mån kombinerat med utvärtes antibiotikafritt aknemedel (som patienten bör fortsätta med efter avslutad tablettbehandling.) Obs! Tetracykliner kan ge ljuskänslighet.
5. Behandling med p o erytromycin rekommenderas inte pga hög risk för resistensutveckling annat än i undantagsfall såsom sen graviditet och amning. Per oral antibiotika bör alltid kombineras med antibiotikafritt utvärtes aknemedel.
6. Till kvinnor med p-pillerönskemål kan kombinerade hormonella medel ex Desolette alternativt Yasmine vara ett alternativ. Effekt först efter några månaders behandling.

Svår papulopustulös akne

1. Tetracyklinpreparat per oralt kombinerat med antibiotikafri utvärtes behandling.
2. Isotretinoin (hudläkare).

Nodulocystisk akne

1. Isotretinoin (hudläkare).

Aknebehandling under graviditet

Lokalbehandling med Basiron tillhör kategori A i FASS. Retinoider är kontraindicerade.

Tetracykliner skall ej ges under sista hälften av graviditeten eller under amning pga risk för påverkan på fostrets tandanlag och skelett. Kategori D.

Erytromycin skall ej användas under första trimestern pga risk för hjärt-kärllmissbildningar hos fostret. Kategori D.

Remisspolicy

- Behandlingssvikt: Akne där antibiotika i kombination med lokalbehandling ej givit någon effekt efter 3 månader alt. vid täta recidiv efter antibiotikakurer.
- Framgångsrik peroral antibiotikabehandling kan upprepas en gång, därefter vid ytterligare recidiv bör patienten remitteras till hudläkare.
- Svår akne/nodulocystisk akne med ärrbildning alt. uttalad postinflammatorisk pigmentering. Behandling med Isotretinoin är ofta indicerad.
- Akne med allmänpåverkan – akne fulminans/pyoderma faciale (akut remiss efter kontakt med jourhavande hudläkare).
- Vid misstanke om hormonell störning bör gynekologisk/endokrinologisk utredning göras.

Referenser

- www.nationelltklinisktkunskapsstod.se
- www.lakemedelsverket.se

Dokumentinformation

Dokumentet har granskats av:

Elisabeth Höchtl

Anette Edlund

Tommy Lundmark, chefsläkare, Primärvården

Per Melander, chefsläkare, Primärvården