

EFIKASITETI I TRAJTIMIT TE PACIENTËVE ME AKNE VULGARE

ETLEVA JORGAQI, FABIOLA DONI*

Summary

TREATMENT EFFICIENCY IN PATIENTS WITH ACNE VULGARIS

Methods: There are treated about 150 patients in dermato-venerology clinic during 2002. From the total number 40 were males which consist of 26.4% and 110 were females which consist of 73.6% with average age 20.4. This number of patients is divided in three groups according to clinical form: mild, moderated and severe. There are treated 35 cases with mild clinical form, 12 males and 23 females. They are treated with these drugs: sol. Erythromycin gel 3%, sol. Acid salicylic 2%, ung antopar 5% in the evening.

Then the treatment continued at home with Ung. Gentamycin and IDI Pase with oxide zinc. The results of the mild form are 3 cases good, 8 cases moderated and 24 cases excellent results with $p < 0.001$ significant results.

Moderated form: there are diagnosticated and treated about 85 patients with this form during 2002, 62 females and 23 males.

These patients were treated with tetracycline 250mgx2, erythromycin gel 13%, sol. Acid salicylic 2%, ung antopar 5%, ung tretinoin 0.05 and after 2 weeks they were treated with IDI paste, acid glikolik 70%.

Because of 5 patients suffered gastritis sore, as the result they didn't continue to take tetracycline anymore but they continued the treatment. The results: 15 cases moderated improvement, 65 cases very good results, $p < 0.001$ significant result.

Males are more affected to the severe form. Clinically this form has papul, pustule, komedone.

We have coped with 30 cases of severe form: 8 males and 22 females who were treated with Roacuttan 1mg/weight 3 weeks and it continued with 0.5mg kg/weight other 3 weeks with tetracycline 250mg 2x1, 3 other weeks with antiseptic, erythromycin gel 3%, IDI paste, Ung Gentamycin and 6 weeks follow up.

Results: 12 cases moderated and 18 cases very good results.

Conclusion:

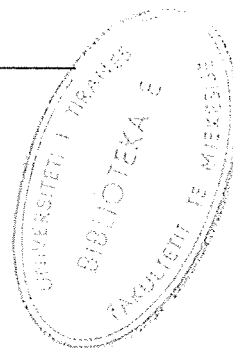
- 1) In the first stage of mild form of acnes it is necessary the local treatment with erythrogel, benzyl, peroxide.
- 2) In the second stage of moderated form is recommended general antibiotic, local treatment and all drugs used in the first form.
- 3) In the third stage of severe form the selected drugs for treatment are metabolites of rationik acid such as monotherapy, roacutan or in combination with general antibiotic and local treatment.

We recommend local roacutan or skinoren azelaik acid in order to preserve the good condition. The above protocols showed clinical significant results as well as statistical side in patients that were diagnosticated and treated in dermato-venerology clinic during 2002.

* Dërguar në Redaksi në Tetor 2007, miratuar për botim Dhjetor 2007.

Nga Spitali Universitar "Nene Tereza" Sherbimi i Semundjeve te Lekures, Tirane.

Adresa për letërkëmbim: Jorgaqi E., Spitali Universitar "Nene Tereza" Sherbimi i Semundjeve te Lekures, Tirane.



Akne vulgare është sëmundje me etiologji të shumëfishtë e zonës së lëkurës të pasur me folikuj yndyrorë. Ajo karakterizohet nga yndyra e shtuar-seborrea, çrregullime të keratinizimit në folikul, me komedone dhe me inflamacion të mëtejshëm si papula, pustula dhe abcese nodulare dhe cikatrice.

1) Lezionet janë stresante dhe futet në grupin e patollogjive estetike.

2) Akne Vulgare shfaqet në pubertet shërohet në fund të adoleshencës.

3) Rastësisht zhduket para moshës 20 vjeç.

4) Mund të përsistojë deri në 30 vjeç dhe për gjatë gjithë jetës.

5) Lokalizimi: Vendet e preferuara janë në fytyrë.

6) Faktorët Pathogjenë:

Yndyra,

Trashëgimia,

Madhësia e poreve,

Folikujt e yndyrës.

7) Mënyra e trashëgimisë:

Autozomike dominante me variacione të ndryshme

Të dy prindrit me akne propabiliteti 50%.

8) Gjëndrat e yndyrës dhe djersës

Pacientët me akne kanë:

- Yndyrë më shumë se personat me lëkurë të shëndoshë.
- Mjekimet që frenojnë prodhimin e yndyrës përmirësojnë aknen.
- Yndyra nuk është faktor vendimtar p.sh pacientët me Parkison kanë yndyrë por nuk kanë akne.
- Mendohet që yndyra përbëhet nga acide yndyrore me zinxhir të gjatë ndryshe nga yndyra që përbëhet nga trigliceridet si në rastin e steatocistoma etj.
- Acidet yndyrore kthehen në përbërës komedonik dhe favorizojnë transformimin e tyre në papula, pustula etj.

Bakteriet, Mykrat dhe Sporet

Folikujt yndyrore janë të populluar nga mikrobet, mykrat, ato janë jopatogene

Pustulat e akneve nuk prezantojnë piodermen, akne nuk është ngjitëse.

Mykrat si *Pityrosporum furfur* (Sinonime si *P. orbiculare*, *P. ovale*, *Malassezia furfur*) shfaqen në shtresën më të jashtme lamelare të korneociteve në

acrofundibulum, pranë sipërfaqes së lëkurës. Këto nuk luajnë rol në akne

- Në pjesën distale të folikulit në pjesën aerobike të folikulit ose në komedone, ka stafilokoke, kryesisht stafilokoku epidermidis dhe mikrokoke të tjerë, këto prodhojnë lipase, e cila luan rol pathogjen në akne.

- Në pjesën më të thellë të folikulit janë gjetur *propionibacterium aknes* më parë kryesisht *Corynebacterium aknes*, (tipi I) dhe *P. Granulosum* (tipi II) dhe shumë rrallë *P. Parvum* (tipi III). *Propionibacterium aknes* prodhojnë porfirina.

- Komedonet e hapura dhe të mbyllura përmbajnë *propionibacterium aknes* me shumicë fluoreshente, e kuqe korale në llambën e Woodit.

Këto prodhojnë lipazen dhe janë parë si faktorë patogjenë në akne

Hormonet

- Në meshkuj dhe femra, gjëndrat yndyrore stimulohen nga koncentrimet fiziologjike të androgjeneve.

- Qelizat e gjendrave yndyrore kanë receptorë për androgjenet p.sh 5-alpha dehydroepiandrotestosterone

- Estrogjenet (kontrceptivet hormonale, barra) ndalojnë prodhimin e yndyrës, vetëm indirekt nëpërmjet rrugës pituitare nëpërmjet frenimit të androgjeneve.

- Roli i progesteronit në folikul nuk është sqaruar përfundimisht, megjithëse është e ngjashme që të ketë veprim androgjenik.

- Antiandrogjenet nuk shfaqen në trup. Këta përbërës si cyproterone acetate bllokojnë receptorët androgjene në qelizat yndyrore. Ato mund të përdoren në mënyrë sistematike në gratë me formë të rëndë të aknes.

- Lezionet primare dhe sekondare të akneve

- Folikul yndyror normal

- Filamente folikulare në folikulin yndyrorë

- Mikrokomedone

- Komedone të mbyllura ***Lezione joinflamatore primare***

- Komedone të hapura

- Papula

- Pustula

- Noduse persistente *Lezione inflamatore*
sekondare
- Absese nodulare
- Sinuse drenuese
- Komedone të fistulizuara
- Ciste
- Cikatrice e tipit ice-pick *Lezione postin-*
flamatore
- Cikatrice e tipit milium
- Cikatrice e tipit të komedoneve të mbyllura
- Cikatrice nodulare
- Cikatrice keloide
- Cikatrice atrofike
- Folikul yndyror normal
- Filamente folikulare në folikulin yndyror
- Mikrokomedone
- Komedone të mbyllura *Lezione joinflamatore*
primare
- Komedone të hapura
- Papula
- Pustula
- Noduse persistente *Lezione inflamatore*
sekondare
- Absese nodulare
- Sinuse drenuese
- Komedone të fistulizuara
- Ciste
- Cikatrice e tipit ice-pick *Lezione postin-*
flamatore
- Cikatrice e tipit milium
- Cikatrice e tipit të komedoneve të mbyllura
- Cikatrice nodulare
- Cikatrice keloide
- Cikatrice atrofike
- *Lesionet fillestare jo inflamatore të aknes.*
- *Mikrokomedonet.*
- Është ndryshimi i parë, shihet me mikroskop.
- **Komedonet e mbyllura** (pikat e bardha, grumbullimi i vazhdueshëm i korneociteve në infundibulum shkakton më vonë ndryshime sferike.

Epiteli konvertohet në epitel komedonik, e cila jep pamjen si milium në paraqitje, acrofundibulum i kthehet në qese duhani.

- Komedonet e mbyllura janë të dukshme sidomos kur lëkura është e tërhequr klinikisht, pamje të vogla sferike ose struktura të bardha, me hapje centrale disa herë të dukshme me një pikë fine.

- Në përgjigje të një force ajo hapet duke nxjerrë një masë të bardhë fibroze nëpërmjet kanalit të vetëm të hapur.

Komedonet e hapura (sinonimi blackhead)

- Ngrihen mbi komedonet e mbyllura pa faza ndërmjetëse.

Në përbërje ka:

- qindra korneocite të aderuara,

- yndyrën,

- P. aknes (106-108) bakterie për komedon,

- stafilokokut, lokalizime apikale të Pityrosporumit.

- Cikli i flokut vazhdon normal, faza telogene nuk del jashtë kjo ndodh edhe në folikulin normal.

- Mosha e një komedoni përcaktohet nga numri i flokëve.

- Nëse gjatësia e flokut vendoset në derme për shkak të inflamacionit, aty mund të shfaqen trupa të huaj kronike dhe granuloma (noduse persistente akneike).

- Gjëndrat e yndyrës në këtë stad janë më të vogla se në folikulin normal. Sa më i vjetër lezioni akneik aq më i vogël acinusi.

- Yndyra nuk përbën faktor pathogjenik të rëndësishëm në stadin e lezioneve sekondare të akneve.

- Koka e zezë e një komedoni të hapur përbëhet nga melanina.

- Në racat e zeza vihen re komedone të zeza ndërsa albinizmi i ka të bardha.

Lezionet inflamatore sekondare në akne.

- **Faza e parë** në akne është çrregullimi i keratinizimit prodhimi i komedoneve.

- **Faza e dytë**, inflamacioni në komedone. Në format inflamatore të rënda (akne konglobata) mikrokomedonet çahen shpejt, tek këta pacientë vihen re komedone të hapura ose të mbyllura. **Papula dhe Pustula**

- Ndryshimet inflamatore në epitheliumin e komedoneve janë të shoqëruara nga spongioza grumbullimi i granulociteve dhe më vonë limfociteve ose ruptura e komedonit të mbyllur.

- Përbërja e komedonit si korneociteve, yndyrës, flokëve dhe mikrobeve vendosen në derme, duke prodhuar leziona inflamatore.

Formate Aknes

Grada e parë

Akne komedonike

Komedonet e hapura dhe të mbyllura shfaqen kryesisht në fytyrë. Ato rrallë tregojnë papula ose pustula inflamatore. Akne fillon me komedone në pubertet, me leziona të para në hundë, pastaj në ballë dhe zigomatikët. Nëse ka pak komedone, rasti është mesatar nëse ka qindra komedone të mbyllura, sëmundja është e rëndë dhe trajtimi është i rëndë. Yndyra është gjithmonë e pranishme.

Grada e dytë

Akne papulopustuloze

Komedonet e inflamuara kthehen në papula dhe pustula nëse inflamacioni depërton thellë zhvillohen noduse furunkuloide të dhimbëshme si reaksion të masës së korneociteve të depozituara në lëkurë dhe në flokë prej komedoneve. Rreziku i cikatricës është i konsiderueshëm. Në formën inflamatore të aknes komedonet janë shpesh shumë të vogla dhe pak të dukshme, dhe disa herë ato duken sikur nuk janë të pranishme sepse vetëm mikroskopikisht janë të pranishme.

Ecuria mund të jetë e formës së lehtë me disa papula e pustula ose më e rëndë me një numër papulash dhe pustulash, dhe nodusesh, në faqe kraharor dhe kurriz dhe në pjesën e sipërme të krahëve. Ajo është gjithmonë seborroike.

Grada e tretë

Akne Konglobata

Kjo është forma më e rëndë e aknes dhe prek burrat me shpesh se femrat komedonet, papulat, pustulat me kruste hemorragjike shfaqen me noduse të dhimbëshme dhe të induruara. Të cilat bashkohen dhe gjakosen. Kjo ndiqet nga një numër i caktuar cicatrices, të cilat kanë madhësinë e një pëllëmbë dore

deri në cikatrice koloidale të trashë sa një gisht. Në pacientë të veçantë keloide mund të shfaqen në grupe të veçanta të komedoneve të fistulizuara, të cilat duken si thellime të errëta brënda fistulave të krijuara nga epitheliumi, veçanërisht në kurriz, me hapje në cist (komedoni giant). Grupet ose komedonet e fistulizuara kanë dy deri në dhjetë hapje. Cistet (komedonet e mëdha, cistet epidermale) janë të buta, me fibrozë perilezionale pas episodeve inflamatore të mëparëshme.

Trajtimi i Akne Vulgaris

Akne Vulgare shërohet spontanish në fund të adoleshencës ose në fillim të moshës së rritur megjithatë trajtimi i aknes shkurton dekursin e sëmundjes, ul gravitetin dhe shmang komplikacionin si cikatricën.

Pastrimi i lëkurës: detergjente, solucione alkolike ose me letra që absorbojnë yndyrën disa herë në ditë.

Dieta. Dieta e përgjithëshme nuk ndikon në sasinë ose përbërjen e yndyrës, prandaj nuk është e nevojshme ndalimi i ushqimeve të preferuara si çokollata, kikirike, mish. Jodi, bromidet e agravojnë gjendjen e aknes dhe mund të çojnë në shpërthim të saj.

Këshilla Fiziologjike. Pacientët me akne shpesh herë vuajnë nga simptomat faciale, tërheqja, ndjenja e ankthit mënyra depresive janë zakonisht përgjigje reaktive. Akne nuk shkaktohet nga faktorët mentale.

Psikoterapia shitesë ndikon pozitivisht, për shëmbull në akne excore e këshillat mjekësore optimiste janë të nevojshme në disa raste.

Akne komedonike. Trajtimi

- Ndalon kohezionin Korneal, formimin e papulave dhe pustulave.

- Komedolize peeling, Ung, Gel, Sol. Tretinoine lokale 0,01%-1%.

- Në fillim të trajtimit vihet re:

- Erittheme, Deskuamim, Kruarje, Përkeqësim të aknes.

- Gel Benzyol peroxide 3%, 5%, 10%.

- Zvogëlon yndyrën dhe vepron si antimikrobik.

- Hidrogelet janë më të preferuara më pak irritante.

Akne papulopustuloze. Trajtimi

- Pastrimi
- Komedolizë/Peeling.
- Trajtimi me tretinoin/benzyoil peroxide.
- Antibiotikët lokale: tetraciklina, eritromicine ose klindamicin.
- Antibiotikët orale janë tetraciklina (500mgx3, 250mgx30) dhe erythromicina.
- (Minociklina në doza të ulëta 1,2 x 50 mg).

Akne konglobata. Trajtimi

- Peeling tretinoin dhe benzoyl peroxide.
- Antibiotikët e përgjithshëm (tetraciklin, erythromicin) në doza të larta (1,5-3.0g ditore).
- Përmbajtjet e noduseve hemorragjike thithen me gjilpërë të hollë ose
- Incizionet e vogla me lancet janë të këshillueshme.
- Injeksione suspensione kortikosteroide 1-0.3ml për nodul
- Akne fulminante jepet dapsone 50-150mg në ditë për disa javë ose muaj.
- Kontraceptive që përmbajnë estrogen, chlormadinone që përmbajnë acetate (diane 35) meqënëse kjo ul yndyrën, ndalon formimin e komedoneve dhe janë antiinflamatore të papulave ose pustulave,
- Isotretinoina përdoret si monoterapi (13-cis-retinoic acid) një retinoid i grupit të vitaminës A jepet në dozën 0.2 mg/kg peshë deri 2mg/kg peshë, doza të ulëta 0.5mg/kg peshë janë të preferuara pas 12-20 javësh pacientët janë plotësisht pa simptoma. Remisioni është vënë re për një herë.
- Efektet anësore janë tharja e lëkurës, buzëve dhe mukozës nazale, në ndonjë rast mialgjia dhe shumë rrallë pseudotumoret e trurit në doza të larta dhe veçanërisht në pacientët me risk të lartë (obezitet, përdorim i kontraktivëve, histori hiperlipidemie,

etj,) niveli i kolesterolit dhe i triglicerideve mund të rriten .

Rezultatet

Gjatë vitit 2002 u diagnostikuan 150 pacientë nga të cilët 35 me formën e lehtë të aknes Trajtimi u bë me Sol Erythromicin gel 3% në mëngjes, Sol Acid Salicilik 2%, ung Antopar 5% në darkë dhe trajtim mbajtës IDI Paste dhe gentamicin.

Rezultati në formën e lehtë: Në 3 raste i mirë, në 8 raste i moderuar, në 24 raste shërimi shumë i mirë, $p < 0,001$ rezultati është tepër sinjifikant.

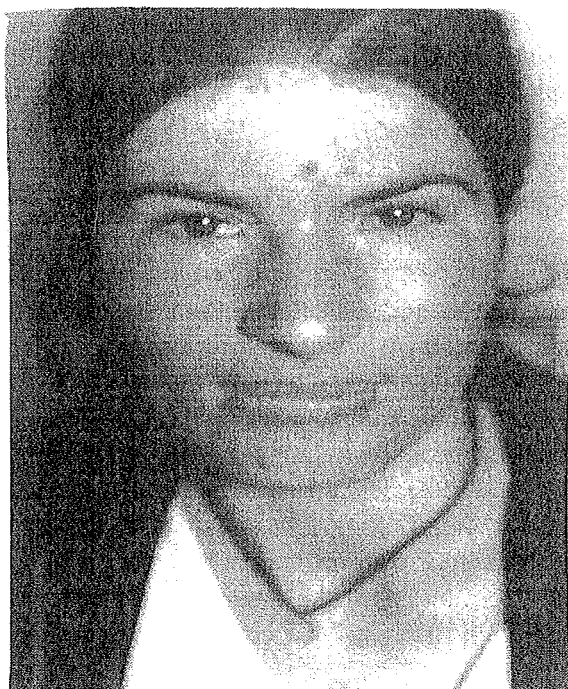
Në 150 pacientë, nga të cilët 85 u klasifikuan në gradën e II, dhe u trajtuan me tetraciklinë 250 mg x2, e shoqëruar me multivitamin, lokalisht erythromycin gel 3%, sol dezinfektant antikomedonike, sol acid salicilik 2% ung antopar 5%, ung tretinoin 0,05%, 2 javë mbas këtij trajtimi kemi përdorur IDI Paste (pomade Oksid Zinku) dhe kemi aplikuar peeling me acid glikolik 70%.

Rezultati në gradën II: 5 raste patën dhimbje stomaku dhe e ndërprejnë tetraciklinën dhe vazhduan pjesën tjetër të trajtimit, 15 raste përmirësim i moderuar, 65 raste shumë i mirë. $p < 0,001$ trajtimi nga ana statistikore tregon rezultat tepër sinjifikant. Në 150 raste të diagnostikuara në klinikën e dermatologjisë gjatë vitit 2002 prej tyre 30 janë grada III e aknes, të cilët janë mjekuar me Roacutan 1 mg/kg peshë për 3 javë e më pas 0,5 mg/kg peshë për 3 javë. Te tjera, Tetracycline 250 mg 2x1 tb për 3 javë, kompresa me Antiseptik, Erythromicin gel 3%, IDI Paste Gentalin në darkë.

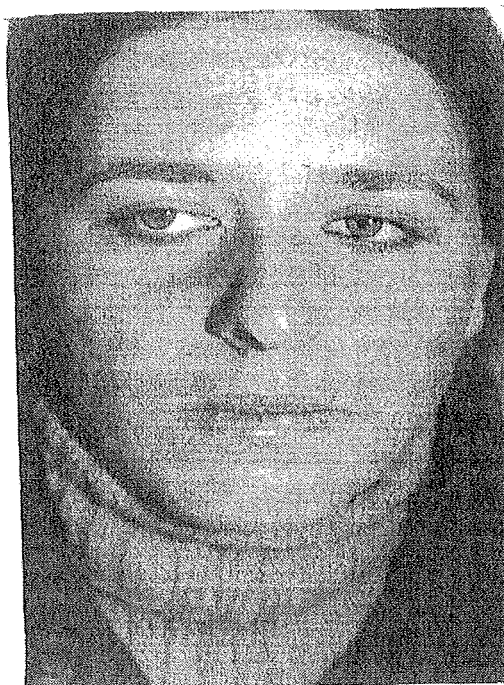
Rezultati në gradën III: 6 muaj ndjekje nuk ka pasur recidive. 12 raste i moderuar, 18 raste shumë i mirë. Trajtimi me isotretinoine ka qënë mjaft efikas është përdorur trajtimi me dozën maksimale duke e ulur gradualisht deri në terapi mbajtëse.

Nga ana statistikore $p < 0,001$, e cila tregon rezultat shumë sinjifikant.

Grada e dytë, para dhe pas trajtimit



Grada e tretë, para dhe pas trajtimit



BIBLIOGRAFIA

1. **Cunliffe WJ, Clayden AD, Gould D. et al.:** Acne vulgaris-its aetiology and treatment A review. Clin Exp Dermatol 6; 461-469, 1981.
2. **Katsambas A.:** Why and when the treatment of acne fails. What to do? Dermatology 196:158-161, 1998.
3. **Lyons Re:** Comparative effectiveness of benzoyl peroxide and tretinoin in acne vulgaris. Int J Dermatol 17:246-251, 1978.
4. **Chalker DK, Leshner JL, Smith JG et al.:** Efficacy of topical isotretinoin 0,05% gel in acne vulgaris: Results of multicenter, double blind investigation. J Am Acad Dermatol 17:251-254, 1987.
5. **Shalita A., Weiss Js, Chalker DK, Elis CN, Greenspa A., Katz HI, Kantor I., Millikan LE, Swinhart T., Swinyer L., Whitmore M., Czerniellowski.**
6. **Schaefer H.:** Penetration and percutaneous absorption of topical retinoids. A review. Skin Pharmacol 6: 17-23, 1993.
7. **Bottomley WW, Cunliffe WJ:** Oral trimethoprim as a third line antibiotic in the management of acne vulgaris. Dermatol 187:193-196, 1993.
8. **Goulden V., Glass D., Cunliffe WJ:** Safety of long term high dose minocycline in the treatment of acne. Brit J Dermatol 134 693-695, 1996.
9. **Seukeran DC, Eady AE, Cunliffe WJ:** Benefit-risk assessment of acne therapies. Lancet 349:1251, 1997.
10. **Hammerstein J, Cupceancu B.:** Behandlung des Hirsutismus mit Cyproteronacetat. DTSCH Med Wochenschr 94:829-834, 1969.
11. **Strauss JS, Rapini RP, Shalita AR et al.:** Isotretinoin therapy for acne. Results of a multicenter dose-response study. J Am Acad Dermatol 10:490-496, 1984.
12. **Goulden V., Layton AM, Cunliffe WJ:** Current indications for isotretinoin as a treatment for acne vulgaris. Dermatology 190:284-287, 1995.
13. **Cunliffe WJ, Van der Kerkhof PCM, Caputo R. et al:** Roaccutane treatment guidelines, results of international survey. Dermatology: 351-357, 1994.