

Alexander Salava

Aknen hoito

Akne on yleinen ihosairaus, jota esiintyy eniten teini-iässä. Sillä voi olla merkittävä vaikutus potilaiden elämänlaatuun. Hoidon menestyksen avaimet ovat aknen kliinisen kuvan mukainen hoito, kullekin potilaalle sopivan hoitomuodon löytäminen sekä pitkäjänteisyys. Komedoaknessa käytetään ensisijaisesti paikallisia retinoideja tai atselaiinihappoa. Märkääpääknessä hoito aloitetaan yhdistelmävalmisteilla ja rinnalle voidaan lisätä sisäinen mikrobilääke, jos kyseessä on voimakasoireinen akne. Vaikeiden aknemuotojen hoito kuuluu ihotautilääkärille. Naisilla voidaan aloittaa aknen hoitoon antiandrogeneeninen yhdistelmäehkäisytabletti. Ideaalitulanteessa ollaan, kun potilas toteuttaa asianmukaista paikallishoitoa ja reagoi omatoimisesti pahenemismuutoksiin hoitoa tehostamalla. Ketään ei jätetä aknensa kanssa yksin.

Akne on yleinen kasvoille painottuva ihosairaus. Sen esiintymishuippu on teini-iässä, mutta tautia ilmenee myös aikuisilla. Etiologia on monitekijäinen, ja hormonaalisilla tekijöillä sekä perimällä on vaikutusta (1). Etenkin nuorilla akne voi heikentää elämänlaatua, huonontaa itsetuntoa ja aiheuttaa psykososiaalisia ongelmia (2). Objektiiiset iholöydökset eivät aina vastaa potilaan subjektiivisesti koettua kärsimystä.

Luonteeltaan krooniselle ihotaudille ominaisia piirteitä ovat pääosin kasvoilla esiintyvät valko- ja mustapäät sekä näppylät ja märkänäppylät. Ihomuutokset painottuvat yleensä keskikasvoille, otsaan ja leukaan, mutta joillakin potilailla niitä voi esiintyä myös kaulassa, yläselässä, rintakehällä ja hartioissa. Vallitsevien ihomuutosten perusteella akne on totunnaisesti jaettu kolmeen kliiniseen alatyypin: komedoakneen, märkääpääkneen ja vaikeisiin aknemuotoihin, joihin kuuluu muun muassa kystinen akne.

Hoidon menestyksen avaimet ovat kliinisen alatyypin mukainen hoito, kullekin potilaalle sopivan hoitomuodon löytäminen sekä tarpeeksi pitkäjänteisesti toteutettu hoito. Usein erilaisia hoitomuotoja joudutaan yhdistämään tai hoitoa joudutaan tehostamaan pahenemismuutoksissa. Hoitovasteen puuttuessa varmistetaan, että hoito on toteutettu asianmukaisesti ja

tarpeeksi kauan (ainakin 1–2 kuukautta), jonka jälkeen sitä tarvittaessa muutetaan (**TAULUKKO 1**) (3).

Kliiniset alatyypit

Komedoaknen (acne comedonica) pääasialliset ihomuutokset ovat musta- ja valkopäät, eli avoimet ja suljetut komedot. Iholla nähdään vain vähän tulehduksellisia muutoksia (**KUVA 1**).

Komedoaknessa käytetään ensisijaisesti paikallisia retinoideja tai atselaiinihappoa. Hoidot saattavat alkuvaiheessa ärsyttää ja kuivattaa ihoa, mikä on osittain lääkevoiteiden haluttu vaikutus. Hoitovaste alkaa hitaasti, 3–4 viikon päästä aloittamisesta, mutta joillakin potilailla voi kestää jopa 1–3 kuukautta täyden vasteen saavuttamiseksi. Paikallisvalmisteet ovat tehokkaita ja turvallisia, ja ne sopivat pitkäaikaiskäyttöön.

Raskaana olevat ja imettävät eivät saa käyttää teratogeenisuuden takia paikallisia retinoideja, joten he käyttävät ensisijaisesti atselaiinihappoa tai bentsoyyliperoksidia sisältäviä tuotteita (4).

Märkääpääknen (acne papulopustulosa) kliinistä kuvaa hallitsevat punoittavat näppylät ja märkänäppylät, mutta myös komedoja esiintyy (**KUVA 2**). Hoito aloitetaan yhdistel-

TAULUKKO 1. Aknen hoitomuotoja.

Aknetyyppi	Hoitomuodot
Komedoakne	Paikalliset retinoidit: – Adapaleeni, 0,1-prosenttinen geeli – Tretinoiini, 0,025-prosenttinen ja 0,05-prosenttinen emulsiovoide Paikallinen atselaiinihappo, 20-prosenttinen emulsiovoide tai 15-prosenttinen geeli
Märkääakne	
Lievä	Yhdistelmävalmisteet: – Adapaleeni, 0,1-prosenttinen ja bentsoyyliperoksidi, 2,5-prosenttinen – Adapaleeni, 0,3-prosenttinen ja bentsoyyliperoksidi 2,5-prosenttinen – Klindamysiini, 1-prosenttinen ja tretinoiini 0,025-prosenttinen – Bentsoyyliperoksidi, 5-prosenttinen ja klindamysiini 1-prosenttinen Paikalliset retinoidit (adapaleeni ja tretinoiini) Paikallinen atselaiinihappo Paikallinen bentsoyyliperoksidi 5-prosenttinen geeli
Vaikea	Paikallishoidon lisäksi tetrasykliiniryhmän mikrobilääke, 1–3 kuukauden kuuri
Ylläpitohoito	Paikalliset retinoidit tai atselaiinihappo Adapaleenin ja bentsoyyliperoksidin yhdistelmävalmisteet
Vaikeat aknemuodot, kystinen akne	Sisäinen isotretinoiini (ihotautilääkärin ohjaama hoito)

mävalmisteella (4), mutta lievässä tapauksissa myös aikaisemmin mainitut komedoaknen paikallishoitovalmisteet tai pelkkä paikallinen bentsoyyliperoksidi lievittävät oireita. Ylläpito-hoidossa käytetään adapaleenin ja bentsoyyli-peroksidin yhdistelmävalmisteita, paikallisia retinoideja tai atselaiinihappoa. Mikrobilääket-tä sisältäviä yhdistelmävalmisteita (tretinoiini/klindamysiini ja bentsoyyliperoksidi/klinda-mysiini) käytetään jaksoittain 1–3 kuukauden kuureina.

Yksittäisiin märkänäppylöihin voidaan lisä-ksi käyttää jaksoittaisesti (3–4 viikon kuureina) paikallista mikrobilääkettä liuoksena, geelinä tai emulsiovoiteena (esimerkiksi klindamysiini-liuos). Paikallisia mikrobilääkkeitä ei tulisi yksi-nään käyttää pitkäaikaisesti.

Paikallishoidon rinnalle voidaan lisätä sisäi-nen mikrobilääke, jos kyseessä on voimakas-oireinen märkääakne, tai kun oikein toteu-tettu paikallishoito ei yksinään tehoa (5). Sisäi-nen lääkehoito voidaan aloittaa lievemmässäkin tapauksissa, jos akne pyrkii arpeuttamaan ihoa (6). Pelkkää sisäistä tai ulkoista mikrobilääke-hoitoa ei tule käyttää mahdollisten resistenssi-kehittymisen takia (**TAULUKKO 2**) (7). Hoi-toon pitää aina liittää joko paikallinen retinoidi, bentsoyyliperoksidi, atselaiinihappo tai yhdis-telmävalmiste (8).

Kystistä aknea (acne cystica) sairastavan iholla näkyy komedojen, näppylöiden ja märkänäppylöiden lisäksi kyhmyjä ja kystia, jotka ovat usein kipeitä ja aristavia. Ihomuutokset voivat painottua vartalolle, etenkin yläselkään, olkapäihin ja rintakehälle (**KUVA 3**).

Muut vaikeat aknen muodot. Erittäin vai-keissa aknemuodoissa potilailla voi olla yleis-oireita. Acne fulminans on harvinainen, lähes yksinomaan nuorilla miehillä esiintyvä tauti, johon kuuluvat voimakkaasti tulehtuneiden ja haavautuvien aknemuutosten lisäksi myös kuumeilu, nivel- ja lihaskivut ja joskus myös osteomyeliitin kaltaiset luumuutokset. Acne conglobata on aikuisiällä useammin miehillä

TAULUKKO 2. Aknehoidon sudenkuoppia.

Paikallishoidon ja sen ohjeistamisen tärkeyttä aliarvioi-daan (potilaan motivaatio, hoidon hitaasti tuleva teho, pitkäjänteisyys hoidossa).

Komedoaknea hoidetaan pelkästään paikallisilla tai sisäisillä mikrobilääkkeillä.

Paikallisia tai sisäisiä mikrobilääkkeitä käytetään mono-terapiana (esimerkiksi tetrasykliini) tai ylläpitohoitona.

Vaikeissa tai arpeuttavissa aknemuodoissa ei konsultoi-da ihotautilääkärinä mahdollisesta isotretinoiinihoidosta.

Antiandrogenisen yhdistelmäehkäisytablettien mahdolli-suksia aknen hoidossa ei hyödynnetä.



KUVA 1. Komedoakne, valko- ja mustapäiden runsas määrä ja tulehduksellisten muutosten vähäisyys. Kuva: Iho- ja allergiasairaalan kuva-arkisto.



KUVA 2. Märkänäppyläinen akne, kliinistä kuvaa hallitsevat tulehdusmuutokset (punoittavat näppylät ja märkänäppylät). Kuva: Iho- ja allergiasairaalan kuva-arkisto.

esiintyvä tauti, johon liittyy aknekystia ja kaksisko-medo-ja (1).

Vaikeiden aknemuotojen hoito kuuluu ihotautilääkärille, ja niissä käytetään ensisijaisesti sisäistä isotretinoiinia (9). Perusterveydenhuollossa voidaan harkinnan mukaan aloittaa hoito yhdistelmävalmisteella ja sisäisellä mikrobilääkkeellä (3).

Hoito

Paikallishoito. Aknessa ihomuutokset paranevat hitaasti ja ihon paikallishoito vaatii aikaa. Potilas on motivoitava pitkäaikaiseen hoitoon ja varmistettava yhteydenottomahdollisuus. Markkinoilla on useita valmisteita, joita kokeilemalla löydetään lähes aina potilaalle sopiva (TAULUKKO 1). Jokaisen potilaan akneen löydetään sopiva hoitomuoto. Iho pestään aamuin illoin vedellä, saippualla tai antibakteerisilla pesunesteillä. Paikallishoitovalmiste valitaan potilaan aknemuutosten ja ihotyypin mukaan, ja sen käyttö tulee neuvoa potilaalle yksityiskohtaisesti (3).

Hoitoainetta levitetään yleensä iltaisin kaikille niille alueille, joilla aknea on esiintynyt, eikä vain sen hetkisiin näppylöihin. Hoidon teho nähdään usein vasta viikkojen päästä, minkä vuoksi se usein lopetetaan tehottomana



KUVA 3. Vaikea kystinen akne, komedoja, märkänäppylöitä ja erittäviä kystia selässä ja rintakehällä. Kuva: Iho- ja allergiasairaalan kuva-arkisto.

na liian aikaisin. Lääkevoiteet voivat aiheuttaa ihon kuivumista ja punoitusta varsinkin hoidon alkuvaiheessa, jolloin hoitoaikaa tai hoitoker-toja voi harventaa, hoidossa voi pitää taukoja tai paikallishoito on vaihdettava. Potilaiden kannattaa käyttää perusvoiteita hoidon rinnalla (esimerkiksi aamuisin ja päiväsaikaan) (4). Myös lääkevoiteen päälle muutaman minuutin kuluttua levitetty kevyt perusvoide vähentää ärsytysoireita, jotka menevät yleensä ohi ihon tottuessa paikallishoitoon. Hoito voidaan aloittaa miedommilla pitoisuuksilla tai kehottaa alkuvaiheessa (2–3 viikon ajan) pesemään lääkevoide pois iholta jo muutaman tunnin kuluttua.

Ydinasiat

- ▶ Komedoakneen tehoavat paikalliset retinoidit ja atselaiinihappo.
- ▶ Märkápääaknessa käytetään yhdistelmävalmisteita tai lisäksi tarvittaessa jaksoittaisesti sisäisiä tetrasykliiniryhmän mikrobilääkkeitä.
- ▶ Sisäistä tai ulkoista mikrobilääkehoitoa ei käytetä yksinään pitkään, vaan lisäksi tarvitaan aina myös muu paikallishoito.
- ▶ Potilas on motivoitava pitkäkestoiseen paikallishoitoon ja tarvittaessa ylläpitohoitoon.
- ▶ Vaikeista aknemuodoista kärsivät on syytä lähettää ihotautilääkärille.

Potilaan on hyvä jatkaa paikallishoitoa, kunnes ihotilanne on rauhoittunut. Jos oireet uusivat hoidon lopettamisen jälkeen tiheästi, voidaan joillakin potilailla tarvita ylläpitohoitoa esimerkiksi kaksi kertaa viikossa pitkäjaksoisesti. Ylläpitohoitoon sopivat paikalliset retinoidit, atselaiinihappo tai adapaleenin ja bentsoyyliperoksidin yhdistelmävalmisteet. Ehkäisevä paikallishoito voi vähentää pahenemisvaiheita (5).

Mikrobilääkkeet. Märkápääaknessa paikallishoidon rinnalla käytetään ensisijaisesti tetrasykliiniryhmän mikrobilääkkeitä. Esimerkiksi tetrasykliini 250–500 mg x 1–2, lymesykliini 150–300 mg x 1–2 tai doksisykliini 50–100 mg x 1 (4). Vaihtoehtoina voidaan käyttää makrolidiryhmän mikrobilääkkeitä. Tetrasykliinit (etenkin doksisykliini ja tetrasykliini) voivat herkistää auringonvalolle, ja niitä ei saa käyttää alle 12-vuotiaille, raskaana oleville tai imettäville.

Sisäistä mikrobilääkehoitoa kannattaa jatkaa siihen saakka, kunnes akne on selvästi rauhoittunut, yleensä 2–3 kuukauden ajan (4). Päiväannosta voidaan pienentää 1–2 kuukauden kuluessa. Harvoin joudutaan käyttämään pidempää 4–6 kuukauden kuureja. Hoitojen aikana ei perusterveille potilaalle ole tarpeen tehdä

laboratoriotutkimuksia muuten kuin poikkeustapauksissa.

Isotretinoiini. Voimakasoireisessa, runsaasti tulehdusmuutoksia aiheuttavassa ja arpeuttavassa aknessa ensisijainen hoito on ihotautilääkärin ohjaamana sisäisen isotretinoiini (4). Tämä hoito voidaan aloittaa myös silloin, kun oikein toteutetut muut hoidot osoittautuvat tehottomiksi tai jos akne on uusiutunut toistuvan asianmukaisen paikallishoidon ja sisäisen hoidon jälkeen.

Hoidon aikana voi esiintyä haittavaikutuksia, joista tavallisimmat ovat limakalvojen ja ihon kuivuminen. Alussa oireet ovat voimakkaimmillaan, mutta huulirasvan, ihon perusvoiteiden ja nenän ja silmien kostutusliuosten avulla ne pysyvät yleensä siedettävänä. Myös isotretinoiinihoidon aikana kuivattavia haittavaikutuksia hoitava paikallishoito on olennainen osa tuloksia tuottavassa, tehoavassa hoidossa. Haittavaikutukset riippuvat annoksesta, ja tarvittaessa voidaan päivittäistä lääkeannosta pienentää.

Erityisenä ongelmana on lääkkeen teratogeenisuus, minkä takia hedelmällisessä iässä olevilla naisilla on oltava tehokas raskaudenehkäisy koko isotretinoiinihoidon ajan. Ehkäisyyn tulee alkaa kuukautta ennen isotretinoiinihoidon alkua ja jatkua vielä kuukauden lopettamisen jälkeen (3).

Isotretinoiinihoitoa aloittaessa tulee potilaalta tutkia edeltävästi veren maksa- ja rasva-arvot ja ottaa naispotilailta raskaustesti. Raskaustestin tulee olla negatiivinen aina ennen hoitoa ja viisi viikkoa hoidon lopettamisen jälkeen, harkinnan mukaan raskaustesti tehdään myös hoidon aikana (4). Seurantatestien päivämäärät ja tulokset tulee dokumentoida. Maksa- ja rasva-arvot pitää tutkia ennen hoidon alkua, ensimmäisen hoitokuukauden jälkeen sekä hoidon aikana säännöllisesti kolmen kuukauden välein, ellei tiheämpään seurantaan ole aihetta.

Hormonihoito. Naisilla paikallisten ja sisäisten hoitojen rinnalle voidaan aloittaa aknen hoitoon antiandrogeninen yhdistelmäehkäisytabletti, jolla saadaan usein hyvä ja pitkään kestävä vaste. Aknepotilaille on syytä valita yhdistelmäehkäisytabletti, jonka progestiinisalla on antiandrogenista vaikutusta (desogestreeli, syproteroniasetaatti tai drospire-

noni). Ehkäisytabletteja käytettäessä hoitovaste ilmaantuu kuitenkin hitaasti usean kuukauden kuluessa (3–6 kuukautta), joten ainakin hoidon alussa kannattaa käyttää paikallishoitoja (10).

Akneaprien hoito. Paras arpien hoitokeino on niiden syntymisen estäminen, eli riittävän aikaisessa vaiheessa aloitettu ja riittävän pitkä hoito, erityisesti paikallishoito (KUVA 4) (11). Korjaustoimenpiteitä harkitaan vain, jos potilaalla on vaikeita aknearpia. Isotretinoiinihoidon jälkeen arpikorjaushoidot tulisi aloittaa aikaisintaan puolen vuoden kuluttua (12).

Muut hoidot. Komedoaknen hoidossa voi kosmetologin oikein suorittama ihon puhdistus olla joillekin potilaille avuksi. Tulehduksellisessa tai vaikeassa aknessa mekaanista ihon käsittelyä ei suositella.

Aikaisemmin aknen hoidossa käytetyistä valohoidoista (esimerkiksi SUP-valohoito) on pääosin luovuttu. Muista valohoidoista (muun muassa PDT-hoito, puna- tai sinivalohoito) ei ole näyttöä aknen hoidossa (13). Näyttö puuttuu myös erityisruokavalioista (esimerkiksi pieni glykeeminen indeksi), rohdosvalmisteista, vitamiineista tai niin sanotuista uskomuslääkinällisistä hoidoista (esimerkiksi akupunktio), eikä niitä suositella (14,15).

Lopuksi

Aknen hoito voi olla vaikeaa, mutta tehokkaalla hoidolla tauti saadaan rauhoittumaan ja näin voidaan parantaa potilaiden elämänlaatua sekä estää akneaprien syntymistä (2,11).

Hoidon kulmakivet ovat asianmukainen ohjeistus ja tarpeeksi pitkä ja riittävän teho-



KUVA 4. Rauhoittumassa oleva arpeuttava akne isotretinoiinihoidon aikana. Kuva: Iho- ja allergiasairaalan kuva-arkisto.

kas hoito, etenkin paikallishoito. Potilaan motiivoinnissa ”mitataan lääkärit taidot.” Aknen kroonisen taudinkulun vuoksi omatoiminen hoidon tehostaminen mahdollisissa pahenemisvaiheissa ja paranemisen jälkeen tapahtuva jatkohoito ovat onnistumisen kannalta tärkeitä asioita.

Lääkärin kärsivällinen suhtautuminen akneoireisiin ja empaattisuus edistävät hoitoon sitoutumista. Parhaimpiin hoitotuloksiin päästään asenteella ”ketään ei jätetä aknensa kanssa yksin”. ■

ALEXANDER SALAVA, LT, ihotautien ja allergologian erikoislääkäri
Iho- ja allergiasairaala, HYKS

SIDONNAISUUDET

Asiantuntijapalkkio (Galderma Nordic Oy, L'Oréal Suomi Oy, MEDA Oy, Novartis Finland Oy),
matkakorvaus (Galderma Nordic Oy, Novartis Finland Oy)

KIRJALLISUUTTA

1. Gollnick HP, Dreno B. Pathophysiology and management of acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29(Suppl 4):1–2.
2. Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, ym. Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *J Invest Dermatol* 2011;131:363–70.
3. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, ym. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2016;74:945–73.
4. Gollnick HP, Bettoli V, Lambert J, ym. A consensus-based practical and daily guide for the treatment of acne patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30:1480–90.
5. Asai Y, Baibergerova A, Dutil M, ym. Management of acne: Canadian clinical practice guideline. *CMAJ* 2016;188:118–26.
6. Gieler U, Gieler T, Kupfer JP. Acne and quality of life – impact and management. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29(Suppl 4):12–4.
7. Dréno B. Bacteriological resistance in acne: a call to action. *Eur J Dermatol* 2016;26:127–32.
8. Gamble R, Dunn J, Dawson A, ym. Topical antimicrobial treatment of acne vulgaris: an evidence-based review. *Am J Clin Dermatol* 2012;13:141–52.
9. Tan J, Boyal S, Desai K, ym. Oral isotretinoin: new developments relevant to clinical practice. *Dermatol Clin* 2016;34:175–84.
10. Koo EB, Petersen TD, Kimball AB. Meta-analysis comparing efficacy of antibiotics versus oral contraceptives in acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2014;71:450–9.
11. Abdel Hay R, Shalaby K, Zaher H, ym. Interventions for acne scars. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4:CD011946. DOI: 10.1002/14651858.CD011946.pub2.
12. Levy LL, Zeichner JA. Management of acne scarring, part II: a comparative review of non-laser-based, minimally invasive approaches. *Am J Clin Dermatol* 2012;13:331–40.
13. Barbaric J, Abbott R, Posadzki P, ym. Light therapies for acne. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9:CD007917. DOI: 10.1002/14651858.CD007917.pub2.
14. Fiedler F, Stangl GI, Fiedler E, ym. Acne and nutrition: a systematic review. *Acta Derm Venereol* 2016;97:7–9.
15. Cao H, Yang G, Wang Y, ym. Complementary therapies for acne vulgaris. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;1:CD009436. DOI: 10.1002/14651858.CD009436.pub2.

SUMMARY

Treatment of acne

Acne is a common skin disease with the highest incidence in adolescence. It can have a significant impact on the quality of life. Key factors in patient management are treatment according to the clinical subtype, finding a suitable topical treatment for each individual patient as well as commitment to long-term treatment. In comedonal acne, topical retinoids or azelaic acid are used primarily. In papulopustular acne the treatment should be started with a combined preparation, and systemic antibiotics can be added in more severe cases. A dermatologist should be consulted in severe acne. In women, a combined anti-androgen birth control pill can be started for the treatment of acne. In an ideal situation the patient carries out appropriate topical treatment and reacts independently to disease flares. “No one should be left alone with acne.”