



Aknede Algoritmik Tedavi Yaklaşımları

Prof. Dr. Nilsel İlter, Dr. Berkay Temel

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Öz

Akne vulgaris, genellikle gençlerde ancak her yaş grubunda da görülebilen pilosebase ünitenin sık görülen hastalığıdır. Tedavisinde birçok ajan kullanılmaktadır. Bunlar; topikal retinoidler, azelaik asit, salisilik asit, benzoil peroksit ve bunların kendi aralarında kombinasyonları, oral antibiyotikler, hormonal tedaviler ve sistemik izotretinoindir. Tamamlayıcı tedaviler olarak da deri temizliği, nemlendirici ve güneşten koruyucular kullanılmaktadır. Hastalığın şiddeti ve tipine göre tedavi yönetimi konusunda kanıta dayalı algoritmalar düzenlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Algoritma, akne, idame, kombinasyon

Abstract

Acne vulgaris is a common condition of the pilosebaceous unit seen generally in younger people but may also occur in all age groups. Many agents are used for its treatment. These include topical retinoids, azelaic acid, salicylic acid, benzoyl peroxide and combinations of these, oral antibiotics, hormonal therapies, and systemic isotretinoin. Skin hygiene, moisturisers, and sunscreens are used as complementary treatments. Evidence-based algorithms for treatment methods have been designed based on the severity and type of the disease.

Keywords: Algorithm, acne, maintenance, combination

1. Komedonal akne

- Direkt kanıtların yetersizliği nedeniyle komedonal aknede yüksek güçlü tavsiyeler vermek zordur. Genel olarak hafif ve orta şiddette komedonal aknede topikal tedaviler önerilir. En iyi yanıtlar ise; azelaik asit, benzoil peroksit (BPO), salisilik asit ve topikal retinoid ile alınmaktadır¹.

- Retinoid bazlı tedaviler, genellikle ilk kullanılması önerilen tedavilerdir. Deri irritasyonu, bu ajanların tedaviyi sınırlandırıcı yan etkisidir. Kullanımlarının ilk 2-4 haftası gün aşırı kullanılarak, düşük konsantrasyonlu preparatlar önerilerek uygun nemlendiriciler ile kombine ederek kullanılabilirler gibi 30-60 dakika yüze uygulanıp daha sonra temizleyerek irritasyon azaltılabilmektedir².

- Topikal retinoid-BPO kombinasyonları, alternatifler arasında en etkin tedavi seçeneği olmakla birlikte yan etkileri sebebiyle hasta uyumu azdır. Bu kombinasyon, ülkemizde bulunmamaktadır¹.

- Azelaik asit, özellikle gebelerde ve post-enflamatuvar hiperpigmentasyon riski bulunan hastalarda kullanılabilir bir seçenektir².

- Verilen tedavinin etkinlik değerlendirmesi, 2-3 aydan önce yapılmamalı ve hasta bu konuda bilgilendirilmelidir³.

- Tedavi yanıtızlığı durumunda, ilaca bağlı ya da ilaç dışı nedenler gözden geçirilmelidir. İlaça bağlı olarak; yan etkiler, deri tipine uygun taşıyıcının veya konsantrasyonunun seçilmemesi, doz düşüklüğü ya da kullanım sıklığının azlığı,

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Prof. Dr. Nilsel İlter
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
E-posta: nilselilter@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0001-7614-3102

yanlış kullanım, mekanik komedon temizliğinin tedaviye eklenmemesi gibi sebepler akla gelirken ilaç dışı nedenler arasında; aşırı sebore, uygun olmayan kozmetik ürünlerin kullanımı, stres ve diyet akla gelmeli ve uygun düzeltmeler yapılmalıdır³.

- Akne tedavisinin önemli noktalarından biri ise, uygun temizleyiciler ile deri bakımı yapılarak topikal ajanların yan etkilerinin azaltılmasıdır. Alerjik, komedojenik ve kurutucu etkisi olmayan ürünlerle günde iki kez temizlik yapılması önerilir. Akne tedavisi nedeniyle tahriş olan deri için su bazlı nemlendiriciler ve hassas deriler için uygun temizleyiciler kullanılması önerilmektedir⁴.

- Yapılan en büyük hatalardan biri, topikal iritan tedavilerle birlikte yine kurutucu yıkama ürünleri ve kremlerin reçete edilmesidir⁴.

- Komedonal aknenin idame tedavisinde; topikal retinoid, azelaik asit veya salisilik asit önerilmektedir. Bu aşamada tedavide amaç, normal görümlü deride saptanamayan mikrokomedonların yok edilmesidir³.

- Topikal antibiyotiklerin tek başına kullanımı, antibiyotik direnci nedeniyle önerilmez. Antibiyotiklerle kombine edilmiş retinoid preparatları ise 3-4 aydan uzun kullanılmamalıdır³.

- Sistemik antibiyotik ve hormonal tedavilerin komedonal akne tedavisinde yeri bulunmaz. Sistemik izotretinoin, dirençli durumlarda kullanılabilir¹.

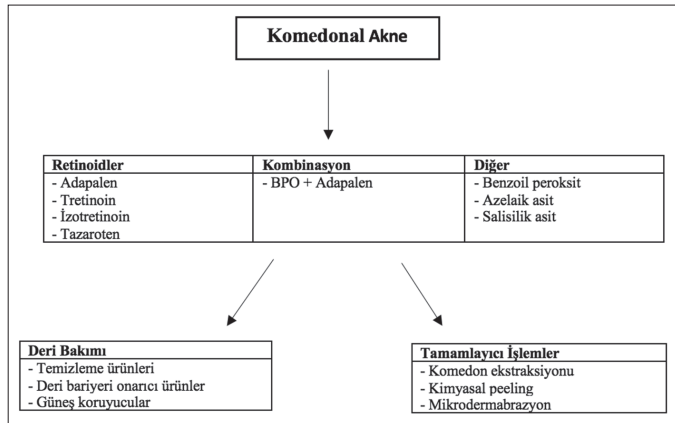
Tablo 1 ve Şekil 1'de tedavi algoritması sunulmaktadır^{2,5}.

Tablo 1. Komedonal ve papülopüstüler akne tedavi algoritması

Hafif	Orta	Ağır
Komedonal	Papülopüstüler	Papülopüstüler
Topikal retinoid veya Topikalretinoid içeren kombinasyonlar veya BPO veya azelaik asit veya Salisilik asit	Kombine topikal preparatlar veya BPO veya Topikal retinoid veya Azelaik asit	Kombine preparatlar +/- Hormonal tedavi ve/veya Oral antibiyotik (Gövde tutulumu varsa)
		Orta şiddetli-şiddetli
		Kombine preparatlar + oral antibiyotik veya oralisotretinoin veya Hormonal tedavi

İdame tedavi: Topikalretinoid veya azelaik asit veya salisilik asit veya BPO + topikal retinoid kombinasyonu

Tamamlayıcı bakım: Uygun deri temizleyici, nemlendirici, güneşten koruyucular
BPO: Benzoil peroksit



Şekil 1. Komedonal akne tedavisi algoritması

BPO: Benzoil peroksit

2. Papülopüstüler akne

- Papülopüstüler aknesi olan bir hastada yapılacak ilk şey; hastalığın hafif, orta veya şiddetli şeklinde sınıflandırılmasıdır³.

- Hafif şiddette olgularda; topikal retinoid, BPO ve azelaik asit tek başına kullanılabilir gibi, topikal retinoid-topikal antibiyotik, BPO-topikal antibiyotik, BPO-topikal retinoid kombine preparatları da kullanılabilir³.

- Orta şiddette olgularda, monoterapide kullanılan ajanların kombinasyonları tercih edilmelidir. Topikal retinoid- topikal antibiyotik kombinasyonu, aknenin patogeneziindeki birçok faktörü hedefleyerek, tedavide etkinlik sağlayabilmektedir³.

- Topikal retinoid-topikal antibiyotik kombinasyonlarının, BPO-topikal antibiyotik kombinasyonuna benzer şekilde, gelişebilecek *P. acnes* direnci nedeniyle üç aydan uzun süre kullanımı önerilmez³.

- Şiddetli olgularda ise oral antibiyotik ve topikal retinoid, BPO ve azelaik asit preparatların birlikte kullanımı ya da oral izotretinoin tercih edilmelidir. Hormonal tedavi menstrüel düzensizlik ve akne premenstrüel alevlenme tarif eden, hirsutismusu olan, klasik tedavilere dirençli olan, doğum kontrolü planlayan, geç (30'lu yaşlarda) başlangıç gösteren, hiperandrojenizmi (polikistik over sendromu) olan, aknesi çene ve boyun bölgesinde yerleşen kadınlarda düşünülmesi ve over hormonları değerlendirilmelidir⁵.

- Oral antibiyotik tedavisi, antibiyotik direnci nedeniyle 12-16 haftadan fazla kullanılmamalı, etkinlik 6-8 hafta sonra değerlendirilmelidir³.

- Tedavi yanıtızlığı durumunda, ilaca bağlı ya da ilaç dışı nedenler irdelenmelidir. İlaça bağlı olarak; meydana gelen yan etkiler, deri tipine uygun taşıyıcının seçilmemesi, doz düşüklüğü ya da kullanım sıklığının azlığı, yanlış kullanım, mekanik komedon temizliğinin tedaviye eklenmemesi, kombine preparatlar yerine monoterapi kullanılması gibi sebepler akla gelirken ilaç dışı nedenler arasında aşırı sebore, Gram-negatif folikülit, uygun olmayan kozmetik ürünlerin kullanımı, stres, diyet faktörü akla gelmeli ve uygun düzeltmeler yapılmalıdır³.

- Mutlaka idame tedavi yapılmalıdır, idamede topikal retinoid veya azelaik asit kullanılmalıdır, gerekirse BPO ilave edilebilir¹.

Tablo 1 ve Şekil 2'de tedavi algoritması sunulmaktadır^{2,5}.

3. Nodülokistik akne - akne konglobata

- Bu akne tiplerinde, erkeklerde oral izotretinoin ya da oral antibiyotik ile kombine topikal preparatların kullanımı tercih edilirken kadınlarda bu tedavi seçenekleri dışında ek hormon tedavileri de kullanılabilir.

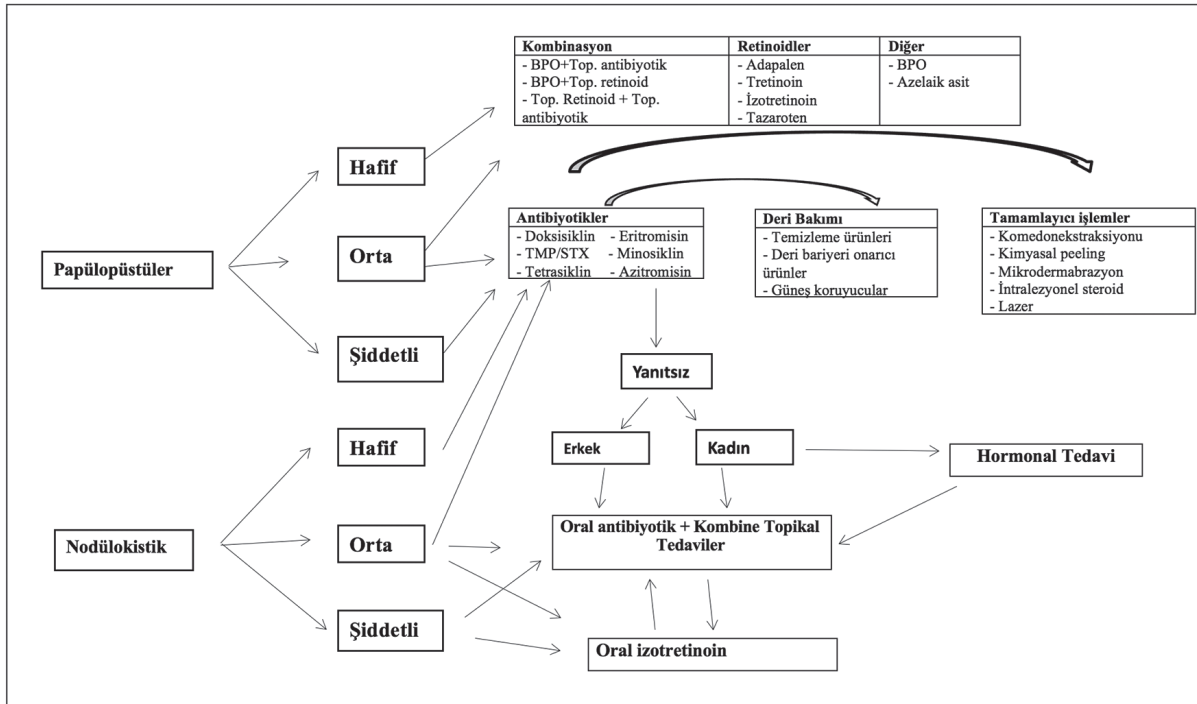
- Oral izotretinoin tedavisine 0,3-0,5 mg/kg/gün dozu ile başlanmalı ve 0,5-1 mg/kg/gün dozu ile devam ettirilmelidir. Şiddetli akne vulgaris ve akne konglobatada ise >0,5 mg/kg/gün dozu ile başlanması önerilir. Tedavi en az altı ay sürmeli ve 120-150 mg/kg kümülatif doza mutlaka ulaşılmalıdır. Yetersiz yanıt durumunda tedavi süresi yanıt alınca kadar uzatılabilir^{1,2}.

- Teratojenite nedeniyle doğurganlık çağındaki kadın hastalarda, oral izotretinoin kullanımı sırasında hasta bilgilendirilir ve etkili bir kontrasepsiyon yöntemi önerilir¹.

- Tedavi sonrası; haftalık 10-20 mg izotretinoin, topikal retinoid, retinoid + BPO ve azelaik asit monoterapisi ile idame tedavi yapılmalıdır³.

- Tedavi yanıtızlığı durumunda, ilaca bağlı ya da ilaç dışı nedenler gözden geçirilmelidir. İlaça bağlı olarak; meydana gelen yan etkiler, antibiyotik veya izotretinoin doz düşüklüğü, *P. acnes* direnci, ek KOK kullanımı? gibi sebepler akla gelirken ilaç dışı nedenler arasında uygun olmayan kozmetik ürünlerin kullanımı, stres ve diyet faktörü akla gelmeli ve uygun düzeltmeler yapılmalıdır³.

Tablo 2 ve Şekil 2'de tedavi algoritması sunulmaktadır^{2,5}.



Şekil 2. Papulopüstüler ve nodülöistik akne tedavisi algoritması

Tablo 2. Nodülöistik akne ve akne konglobata tedavi algoritması

Erkek	Kadın
Oral izotretinoin veya kombine topikal preparatlar + oral antibiyotik	Oral izotretinoin + hormonal tedavi veya kombine topikal preparatlar + oral antibiyotik +/- Hormonal tedavi
İdame tedavi: Topikalretinoid veya azelaik asit veya salisilik asit veya BPO + topikal retinoid kombinasyonu Tamamlayıcı bakım: Uygun deri temizleyici, nemlendirici, güneşten koruyucular BPO: Benzoil peroksit	

4. Akne fulminans

- Akne fulminans tedavide oral kortikosteroid ve oral izotretinoin kullanılmalıdır. Oral kortikosteroid tedavisi (0,5-1 mg/kg) 2-4 hafta devam ettirildikten sonra oral izotretinoin tedavisi başlanır. Düşük doz izotretinoin tedavisi, oral kortikosteroid ile birlikte dört hafta kullanıldıktan sonra alevlenme olmazsa oral kortikosteroid dozu

kademeli azaltılırken izotretinoin dozu artırılmalıdır. Tedavi süresi 4-6 aydan az olmamak kaydıyla, hastanın yanıtına göre planlanmalıdır⁶.

- Son yıllarda tedaviye yanıtsız durumlarda etanersept ve infliksimab gibi biyolojik ajanların kullanıldığı olgu bildirimleri mevcuttur⁶.

Kaynaklar

1. Nast A, Dréno B, Bettoli V: European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012;26:1-29.
2. Thiboutot DM, Dréno B, Abanmi A, et al: Practical management of acne for clinicians: An international consensus from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. J Am Acad Dermatol 2018;78:S1-23.
3. Gollnick HP, Bettoli V, Lambert J, et al: A consensus-based practical and daily guide for the treatment of acne patients. J Eur Acad Dermatol Venereol 2016;30:1480-90.
4. Goh CL, Abad-Casintahan F, Aw DC, et al: South-East Asia study alliance guidelines on the management of acne vulgaris in South-East Asian patients. J Dermatol. 2015;42:945-53.
5. Elsaie ML: Hormonal treatment of acne vulgaris: an update. Clin Cosmet Investig Dermatol 2016;9:241-8.
6. Massa AF, Burmeister L, Bass D, Zoubulis CC: Acne fulminans: treatment experience from 26 patients. Dermatology 2017;233:136-40.