

<https://helda.helsinki.fi>

---

Akne

Salava, Alexander

2019

---

Salava , A 2019 , ' Akne ' , Yleislääkäri , Vuosikerta. 34 , Nro 4 , Sivut 13-15 .

---

<http://hdl.handle.net/10138/305221>

---

publishedVersion

---

*Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.*

*This is an electronic reprint of the original article.*

*This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.*

*Please cite the original version.*

Alexander Salava

## Akne

Akne jaetaan kliinisen kuvan perusteella komedoakneen, märkääpääakneen ja kystiseen akneen. Sen hoito voi olla haasteellista, ja usein tarvitaankin erilaisia hoitokeleiluja tai hoitomuotojen yhdistämistä. Tehokkaalla hoidolla tauti yleensä rauhoittuu ja potilaan elämänlaatu kohenee.

**A**kne on yleinen, kasvoille painottuva ihosairaus. Taudin taustalla olevat mekanismit ovat monitekijäisiä, pääosin sisäsyntyisiä, eikä niitä ole vielä täysin selvitetty. Hormonaalisilla tekijöillä ja perimällä tiedetään olevan tärkeä rooli taudin kehittämisessä. Suurella osalla potilaista aknea on esiintynyt myös lähisuvussa. Aknea nähdään kaikissa ikäryhmissä, mutta selvästi eniten sitä esiintyy puberteetti-iässä ja nuorena aikuisiässä. On hyvä muistaa, että se voi alkaa puberteetti-ian jälkeenkin, ja etenkin naisilla se voi alkaa vanhemmalla iällä.

Suurimmalla osalla potilaista on lievä tauti, jonka hoidon perusta on asianmukainen paikallishoito. Yleislääkäri on avainasemassa näiden potilaiden hoidossa. Monelle potilaalle akne on ulkonäöllisesti häiritsevä tauti, ja se voi aiheuttaa myös psykososiaalisia ongelmia. Pysyvien arprien muodostuminen on yksilöllistä, mutta sitä nähdään yleensä enemmän vaikeissa aknemuodoissa.

### Taudinkuva ja diagnoosi

Kyseessä on krooninen, aaltoileva ihosairaus, johon voi liittyä ennalta vaikeasti ennustettavia pahenemisvaiheita. Aknen mielpaikat ovat kasvoilla otsa, posket ja leuka sekä vartalolla rintakehän ja yläse-

län keskiosat. Usein sitä nähdään myös olkapäissä ja kaulalla. Akne jaetaan kliinisen kuvan perusteella eri alamuotoihin. **Komedoaknessa** (*acne comedonica*) pääasialliset ihomuutokset ovat valko- ja mustapäät. Iholla näkyy vain vähän märkänäppylöitä (finnejä). **Märkääpääaknessa** (*acne vulgaris*) kliinistä kuvaa dominoivat punaiset näppylät ja märkänäppylät. Yleensä myös valko- ja mustapäitä on näkyvissä (kuva 1). **Kystisessä aknessa** (*acne cystica*) valko- ja mustapäiden sekä märkänäppylöiden lisäksi nähdään suurempia, punoittavia kyhmyjä ja ontelomaisia muutoksia (kuva 2). Harvinaisempia vaikeita aknemuotoja ovat *acne conglobata*, jossa nähdään kystisiä aknemuutoksia laajoilla ihoalueilla sekä *acne fulminans*, jossa aknen ihomuutosten lisäksi esiintyy myös kuumetta, yleis- ja niveloireita.

Aknen diagnoosi perustuu ihomuutosten tyyppilliseen ulkonäköön sekä lokalisatioon. Lähes diagnostinen piirre on musta- ja valkopäiden (komedojen) löytyminen. Niiden tunnistaminen vaatii ihomuutosten tarkastelemista läheltä (luuppietäisyys). Potilaalta kannattaa kysyä pahentavista tekijöistä, muun muassa rasvaiset ihonhoitotuotteet, mekaaninen okklusio tai kuuma ympäristö. Myös jotkin lääkkeet voivat pahentaa aknea (mm. kortikosteroidit, anaboliset steroidit, testosteroni-korvaushoito, litium

tai epilepsialääkkeet). Epätyypillisesti alkaneen aknen taustalta voi harvoin löytyä hyperandrogenismia aiheuttava sairaus (mm. munasarjojen monirakkulatauti, hormonaalisesti aktiiviset kasvaimet). Näissä tapauksissa potilailla on kliinisesti muitakin hyperandrogenismin löydöksiä.

### Tutkimukset ja erotusdiagnoosi

Diagnoosi perustuu ihomuutosten tyyppilliseen lokalisatioon, ulkonäköön sekä komedojen löytymiseen. Laboratorio- ja muista tutkimuksista ei yleensä ole apua.

Aknen klassiset erotusdiagnoosit ovat ruusufinni (*rosacea*) ja suunympärysihottuma (*dermatitis perioralis*). Ruusufinni alkaa yleensä myöhemmässä iässä, ja siinä esiintyy punoittavia lehdähdysia, laajentuneita verisuonia ja märkänäppylöitä kasvojen kuperilla pinoilla. Suunympärysihottumassa nähdään suun, nenän ja silmien ympärille painottuvia punoittavia näppylöitä. Kummassakaan näistä taudeista ei nähdä aknelle tyyppisiä komedoja. Muita erotusdiagnostisesti kysymykseen tulevia ongelmia ovat kasvojen ja etenkin parta-alueen bakteeriperäiset karvatupentulehdukset (*folliculitis simplex*), harvinainen kasvojen silsa (*tinea*) sekä harvinaiset aknenkaltaiset märkänäppyläiset lääkeainereaktiot.

## Hoito

Hoitovaste saavutetaan aknessa hitaasti. Potilas on osattava motivoida asianmukaiseen ja säännölliseen hoitoon. Iho



Kuva 1. Märkääaknessa nähdään musta- ja valkopäitä sekä finnejä



Kuva 2. Vaikea kystinen akne, huomaa aknemuutosten esiintyminen olkapäissä ja yläselässä sekä erittävät aknekyhmyt (kystat).



Kuva 3. Kuoppamaisia aknearpia poskessa

pestään aamuin illoin vedellä, saippualla tai antibakteerisilla pesunesteillä. Lääkehoito valitaan potilaan aknemuutosten ja ihotyypin mukaan (taulukko 1). Lääkevoide levitetään yleensä iltaisin kaikille niille alueille, joilla aknea on esiintynyt, ja hoitovaste arvioidaan aikaisin-taan 1–2 kuukauden kuluttua. Hoitoa lääkevoiteella kannattaa jatkaa niin kauan, että ihotilanne on rauhoittunut. Sen jälkeenkin voidaan tarvita ylläpitohoitoa siihen soveltuvalla tuotteella (taulukko 1), esimerkiksi kaksi kertaa viikossa pitkäjaksoisesti.

Lääkevoiteiden aiheuttama ärsytys ja ihon kuivuminen ovat yleisiä varsinkin hoidon alkuvaiheessa, jolloin hoitokerto-

ja harvennetaan, hoidossa pidetään taukoja tai lääkevoide vaihdetaan. On erittäin tärkeää, että potilas käyttää lääkevoiteen lisäksi akneen sopivaa perusvoide-aamuisin ja tarvittaessa päivällä. Hoitomotivaatio usein paranee, kun potilas tietää, että ärsytysoireet menevät ohi ihon tottuessa lääkevoiteeseen.

Jos potilaalla on voimakasoireinen tai laaja-alainen märkänäppyläinen akne, tai kun oikein toteutettu hoito lääkevoiteilla ei ole tehonnut, voidaan paikallishoitoon lisätä suun kautta otettava mikrobilääke. Aknessa käytetään ensisijaisesti tetrasykliini-ryhmän mikrobilääkkeitä. Tetrasykliinejä ei suositella käytettäväksi alle 8-vuotiailla lapsilla ei-



**Aknea pahentavia tekijöitä saattavat olla muun muassa rasvaiset ihonhoitotuotteet, mekaaninen okklusio tai kuuma ympäristö. Myös jotkin lääkkeet voivat pahentaa aknea (mm. kortikosteroidit, anaboliset steroidit, testosteroni-korvaushoito, litium tai epilepsialääkkeet).**

Taulukko 1. Aknen alatyypin mukainen hoito

Aknen alatyyppe	Hoito
<b>Komedoakne</b>	Paikalliset retinoidit: – Adapaleeni, 0,1 % geeli – Tretinoiini, 0,025 % ja 0,05 % emulsiovoide Paikallinen atselaiinihappo, 20 % emulsiovoide tai 15 % geeli
<b>Märkääakne</b>	Yhdistelmävalmisteet: – Adapaleeni, 0,1 % ja bentsoyyliperoksidi, 2,5 % – Adapaleeni, 0,3 % ja bentsoyyliperoksidi, 2,5 % – Klindamysiini, 1 % ja tretinoiini, 0,025 % – Bentsoyyliperoksidi, 5 % ja klindamysiini 1 % Paikalliset retinoidit (adapaleeni ja tretinoiini) Paikallinen atselaiinihappo Paikallinen bentsoyyliperoksidi 5 % geeli  <b>Tarvittaessa:</b> Paikallishoidon lisäksi tetrasykliini-ryhmän mikrobilääke, 1–3 kuukauden kuuri
<b>Vaikeat aknemuodot (mm. kystinen akne)</b>	Sisäinen isotretinoiini (ihotautilääkärin toimesta)
<b>Ylläpitohoito (kaikissa alamuodoissa)</b>	<b>Tarvittaessa:</b> Paikalliset retinoidit tai atselaiinihappo Adapaleenin ja bentsoyyliperoksidin yhdistelmävalmisteet

kä naisilla, jotka ovat raskaana tai imettävät. On tärkeä muistuttaa potilasta, että paikallishoitoa kannattaa käyttää myös sisäisen hoidon aikana ja tarvittaessa sisäisen hoidon loppumisen jälkeen. Sisäistä lääkettä annetaan yleensä 2–3 kuukautta tai siihen asti, kunnes akne on selvästi rauhoittunut. Monilla potilailla voi paikallishoidon tehostaminen ja lyhyempi sisäinen lääkekuuri riittää.

Naisilla voidaan yksinomaan aknen hoitoon tai raskaudenehkäisyn lisäksi hyödyntää antiandrogeenisia yhdistelmäehkäisytabletteja (syproteroniasetaatti, drospirenoni tai desogestreeni ja estrogeeni). Vaikutus tulee näillä hoidolla yleensä hitaasti muutamassa kuukaudessa, ja ainakin hoidon alussa kannattaa käyttää lisäksi lääkevoidetta. Aknearpien korjausta kannattaa harkita vasta taudin kokonaan rauhoituttua (kuva 3). Kyseen tulevat muun muassa laserhoidot ja ihon kuorinnat yksityispuolella. Osa potilaista saattaa hyötyä kosmetologin oikein suorittamasta mekaanisesta tai kemiallisesta ihon puhdistuksesta ja neuvonnasta, mutta vaikeissa tulehduksellisissa aknemuodoissa mekaanisia hoitoja ei suositella.

### Konsultaatio vaikeassa aknessa

Vaikeissa aknemuodoissa tarvitaan yleensä ihotautilääkärin konsultaatiota. Kystisessä sekä voimakasoisissa ja arpeutta-

vassa aknessa käytetään ihotautilääkärin ohjaamana suun kautta otettavaa isotretinoiinia. Lääkitys voidaan tapauskohtaisesti arvioiden aloittaa myös silloin, kun oikein toteutetut muut hoidot ovat osoittautuneet tehottomiksi, tai jos akne on uusiutunut mikrobilääke- ja paikallishoitojaksojen jälkeen. Isotretinoiinin erityisenä ongelmana on sen teratogeenisyys, minkä takia hedelmällisessä iässä olevien naisten on ehdottomasti huolehdittava tehokkaasta raskaudenehkäisystä vähintään kuukauden ajan ennen hoidon aloittamista ja kuukauden ajan hoidon loppumisen jälkeen (kondomin lisäksi joko hormonipillerit, kierukka- tai ehkäisykapselit). Hoidon aikana joudutaan seuraamaan maksa- ja lipidiarvoja. Aloituskoeket voidaan tehdä lähettävän lääkärin toimesta myös perusterveydenhuollossa: ALAT, Kol, Trigly (naisilla hCG-O).

### Lopuksi

Aknen hoito voi olla haasteellista ja usein tarvitaan erilaisia hoitokokeiluja tai hoitomuotojen yhdistämistä. Tehokkaalla hoidolla tauti saadaan kuitenkin yleensä rauhoittumaan, ja näin voidaan parantaa potilaiden elämänlaatua sekä estää aknearpien syntymistä. Vaikeat tautimuodot ovat yleensä indikaatio ihotautilääkärin ohjaamalle isotretinoiinihoidolle. Yleislääkärin potilailla hoidon kulmakiviä

ovat asianmukainen ohjeistus ja tarpeeksi pitkä ja riittävän tehokas hoito, etenkin paikallishoito. Potilaan hoitosuhteessa ja motivoinnissa ”mitataan lääkärin taidot”.

### Alexander Salava

LT, FT

Ihotautilien ja allergologian erikoislääkäri

Iho- ja allergiasairaala, HUS

alexander.salava@hus.fi

Sidonnaisuudet: Ei sidonnaisuuksia

Kuvat: Iho- ja allergiasairaala, HUS,

opetuskuva-arkisto

### Kirjallisuus

Salava A. Aknen hoito – Näin hoidan. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2017;133(13):1311–6

Ahokas T. Aknen hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2006;122(22):2741–8

Mwanthi M, Zaenglein AL. Update in the management of acne in adolescence. Curr Opin Pediatr. 2018 Aug;30(4):492–8

Gebauer K. Acne in adolescents. Aust Fam Physician. 2017 Dec;46(12):892–5

Thiboutot DM, Dréno B, Abanmi A, ym. Practical management of acne for clinicians: An international consensus from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. J Am Acad Dermatol. 2018 Feb;78(2 Suppl 1):S1–S23.e1

Tan J. Acne guidelines: pearls, pitfalls and questions. Br J Dermatol. 2017 Oct;177(4):892–3

Hauk L. Acne Vulgaris: Treatment Guidelines from the AAD. Am Fam Physician. 2017 Jun 1;95(11):740–1

Barros B, Thiboutot D. Hormonal therapies for acne. Clin Dermatol. 2017 Mar - Apr;35(2):168–72

Nast A, Dréno B, Bettoli V, ym. European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne - update 2016 - short version. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 Aug;30(8):1261–8

Ilmoitus