

آکنه

دکتر ورقائی

# آکنه و لگاریس

بیماری التهابی مزمن  
خاص انسان

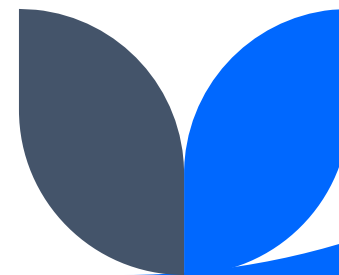
در حوالی بلوغ رخ می دهد

۱۲ سال- بهبود خود به خود در ۶

ممکن است در نوزادان یا بالغین هم رخ بدهد

۲۴ سال ۸۵٪ شیوع دارد- در سن ۱۲

و زودرس و بلوغ کیستیک پلی تخمدان در آگزماي اکتوپیک کمتر و در  
دهد می رخ بیشتر هایپر آندروژنی موارد



# پاتورنز

اثر فاکتورهای مختلف روی واحد های پیلوسباسه رخ می دهد در نتیجه

# واحد پیلوسباسه

سباسه و فولیکول مو تشکیل یافته است از غده

غدد سباسه سبوم را به داخل قسمت اینفاندیبولوم فولیکول مو ترشح می کند و به جز لب و سطوح مخاطی وابسته به فولیکول مو است سایر نقاط بدن در

تراکم آن در قسمت غدد پیلوسباسه در همه نواحی به جز کف دست و پا وجود دارد و بیشترین صورت است میانی

ترشح سبوم از طریق هالوکرین است

یابد و تا سن بلوغ ثابت می ماند و بعد از آن افزایش می یابد می کاهش ترشح سبوم از تولد تا شش ماهگی

# واحد پیلوسباسبه

افزایش ترشح سبوم یک سال قبل از سایر علایم رخ می دهد

حداکثر ترشح سبوم در بیست سالگی

مهم ترین کنترل کننده ترشح سبوم آندروژن ها هستند

دی هیدرو تستوسترون آندروژن اصلی در ترشح سبوم است

استروژن ترشح سبوم را کاهش می دهد ولی مقادیر بالای آن مورد نیاز است

# واحد پیلو سباسبه

تعداد و اندازه غدد سباسبه موثر که ژنتیک در ترشح سبوم موثر باشد ولی در معلوم نیست دقیقاً است

نهایی در آکنه ندولوکیستیک سابقه خانوادگی واضح است و ارث در شدت، زمان بروز و اسکار آکنه موثر است

# اصلی بروز آکنه عوامل

در زمینه ژنتیکی مستعد و تحت تاثیر آنروژن ها چهار عامل اساسی باعث بروز آکنه می شوند

افزایش شاخی شدن مجرای فولیکول

افزایش ترشح سبوم

افزایش تکثیر باکتری

ایجاد التهاب

# افزایش شاخی شدن مجرای فولیکول

اولین قدم تشکیل میکروکومدون است که به علت افزایش شاخی شدن و چسبندگی سلول های شاخی ایجاد می شود اینفانیدیولوم در قسمت بالای میکروکومدون یک ضایعه میکروسکوپی است و به کومدون باز ، بسته یا ضایعه التهابی تبدیل می شود از لحاظ بالینی ضایعه ایجاد نمی کند



# افزایش ترشح سبوم

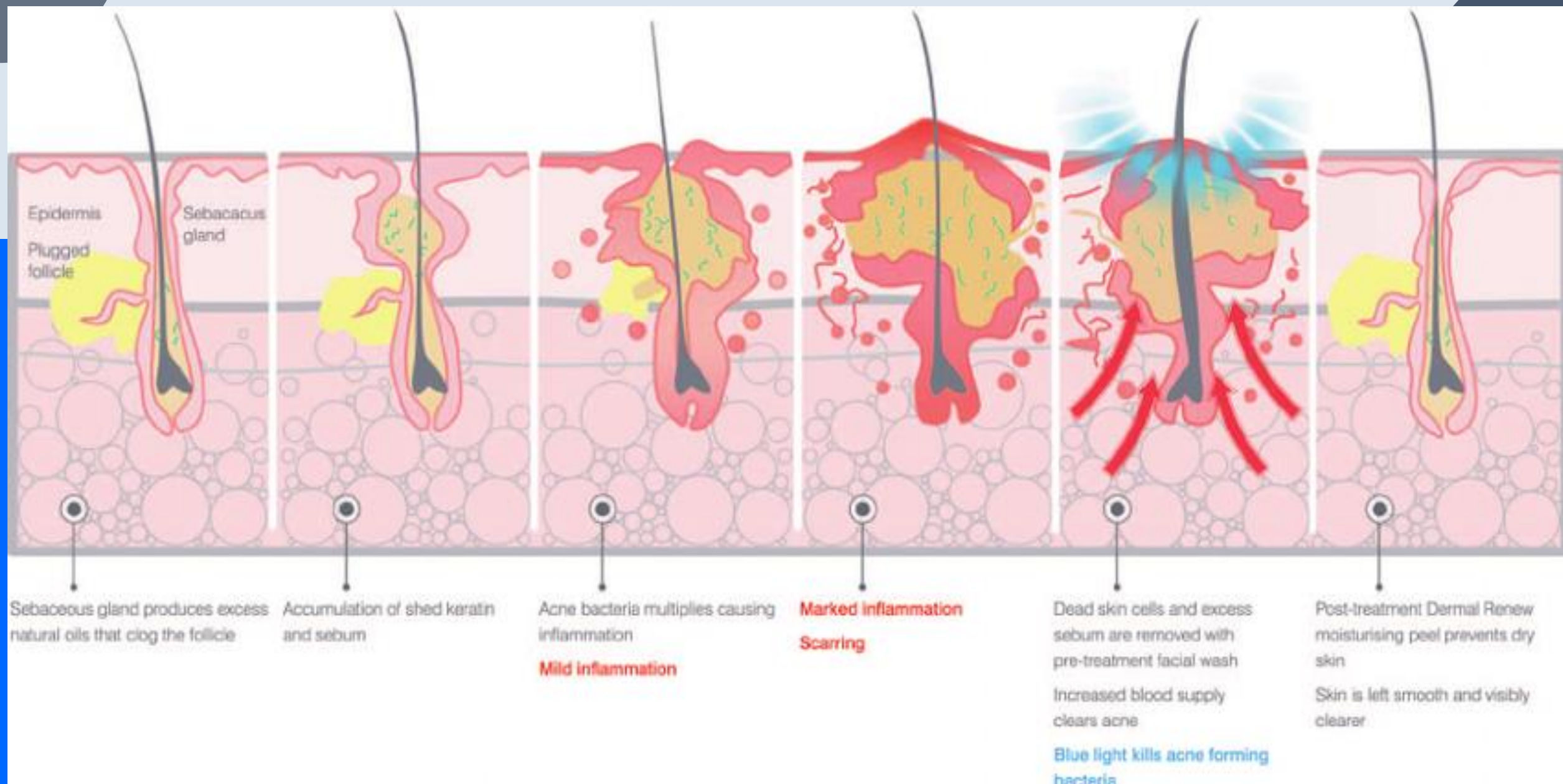
ارتباط مستقیم با شدت آکنه دارد و در زن و مرد دیده می شود

# افزایش تکثیر باکتری ها

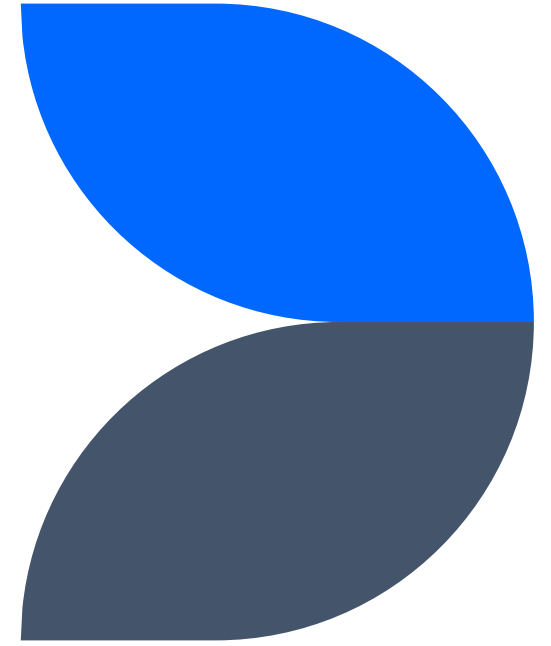
و به ندرت پروپیونی باکتریوم پاروم دخیل هستند پروپیونی باکتریوم آکنه و به میزان کمتر پروپیونی گرانولوزوم بی هوازی و فلور نرمال فولیکول هستند پورفیرین ترشح می کنند در لامپ وود فلورسانس نشان می دهد ارتباط مستقیم بین تعداد باکتری و شدت آکنه وجود ندارد با ایجاد لیباز و آنزیم های منجر به پاره شدن کومدون و ایجاد مدیاتور های التهابی باعث بیماری می شود

# التهاب

به دنبال پاره شدن مجرای فولیکول رخ می دهد البته حتی قبل از پاره شدن فولیکول هم التهاب دیده می شود  
نوع واکنش التهابی در ضایعات بالینی مختلف متفاوت است  
در پوستول نوتروفیل، در پاپول و ندول و کیست سلول های تی هلیپر و ژانت جسم خارجی دیده می شود  
نوع التهاب در ایجاد اسکار موثر است و در واکنش التهابی غیر اختصاصی کمتر و در واکنش التهابی  
بیشتر رخ می دهد تاخیری و اختصاصی



علايم باليني



# علايم باليني

بيماري چند شكل

كومدون

ماكول

پاپول

پوستول

ندول

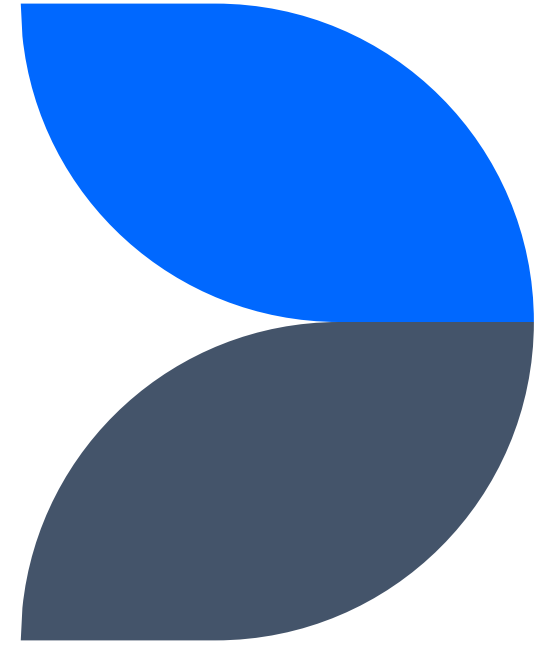
كيست

# علايم باليني

در يك بيمار چند نوع ضايعه هم زمان  
قسمت فوقاني سينه و پشت و بازو است و بعد از آن شايعترين محل بروز در صورت  
در پيشاني، بيني، چانه و گونه هم ديده مي شود  
كمتر رخ مي دهد دور چشم و دهان

# تقسیم بندی ضایعات

غیر التهابی  
التهابی





# ضایعات غیر التهابی

یا سر سیاه کومدون بسته یا سر سفید و کومدون باز  
است که منفذ فولیکول دیده نمی کومدون بسته پاپول کوچک حدود یک میلی متر و رنگ پوست  
شود و با چشم غیر مصلح به راحتی دیده نمی شود و با لمس واضح است  
واضح و سیاه رنگ دیده می شود، ملانین و لیپید اکسیده در کومدون باز یا سر سیاه منفذ فولیکول  
عامل ایجاد رنگ سیاه است

# ضایعات التهابی

بسته به شدت التهاب به اشکال پاپول، پوستول، ندول کیست می باشد

قرمز رنگ و به ابعاد ۱ تا ۵ میلی متر پاپول

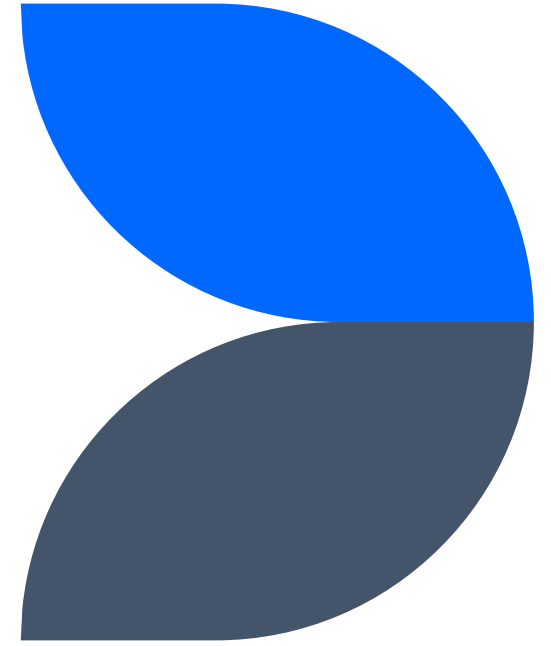
پوستول اندازه مشابه پاپول و حاوی چرک استریل

# علائم بالینی در سن و جنس

جدول ۱-۱۵: علائم بالینی آکنه در سنین مختلف.

جنس بیمار	شکل ضایعه	محل بروز ضایعه	گروه سنی بیمار
◀ هر دو جنس	◀ کومدون	◀ بینی، گونه‌ها،	◀ نوزادی
◀ مذکر	◀ ضایعات التهابی	◀ صورت	◀ شیرخوارگی
◀ هر دو جنس	◀ کومدون	◀ قسمت میانی صورت	◀ قبل از بلوغ
◀ هر دو جنس	◀ ضایعات التهابی و غیر التهابی	◀ صورت و تنه	◀ بلوغ
◀ مؤنث	◀ ضایعه‌ی التهابی	◀ اطراف چانه	◀ بالغین

انواع آکنه



# آکنه فولمیانت

ندولوکیستیک آکنه شدیدترین فرم  
شروع ناگهانی ضایعات کیستیک و تب  
در پسر های جوان با سابقه آکنه متوسط یا خفیف  
بدون درمان منجر به اسکار می شود

# آکنه فولمینانت

ترقوه و بعدا سایر مفاصل و استخوان ها در جناغ،)ممکن است همراه با ضایعات لیتیک استخوانی باشد  
تب، هپاتواسپلنومگالی، آرترالژی و میالژی ممکن است  
در درمان استروئید، ایزوتره تینوئین و آنتی بیوتیک ضروری است  
ممکن است به دنبال درمان با ایزوتره تینوئین هم رخ بدهد  
دایسون هم به عنوان درمان ذکر شده است

# آکنه کونگلوباتا

فرم شدید آکنه ندولوکیستیک بدون علایم سیستمیک

# آکنه مکانیکا

منافذ پیلوسباسه به دنبال ترومای مکانیکی مکرر به مسدود شدن آکنه ثانویه  
ابتدا به فرم کومدون



# آکنه دارویی

استروئید ها، فنی توپین، لیتیوم، ید، برم و وقفه دهنده های رشدایی درم

# آکنه شغلی

در تماس با مواد روغنی، هیدروکربن های کلرینه و مشتقات تار

فرم خاص آن کلر آکنه است

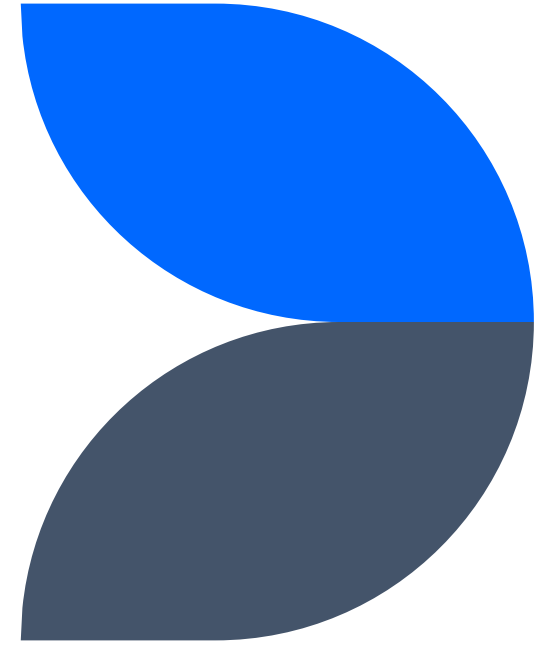
# سایر انواع آکنه

آکنه متعاقب رادیوتراپی و فوتوتراپی

آکنه نوزادی و شیر خوارگی



تشخيص افتراقی



# تشخیص افتراقی

جدول ۲-۱۵: تشخیص افتراقی آکنه.

آکنه نوزادی	ضایعات التهابی	کومدون باز	کومدون بسته
◀ هیپرپلازی غدد سباسه	◀ رزاسه	◀ آکنه‌ی تماسی	◀ میلیا
◀ میلیا	◀ پری اورال درماتیت	◀ آکنه‌ی استروئیدال	◀ سیرنگوما
◀ میلیاریا روبرا	◀ فولیکولیت	◀ نووس کومدونیکوس	◀ تریکوآپی‌تلیوما
◀ کاندیدا	◀ آکنه‌ی مانند دارویی	◀ فاور راکوشوت	◀ کلویید میلیا
	◀ پسودو فولیکولیت		◀ آکنه‌ی استروئیدال
	◀ کورک		◀ آکنه‌ی تماسی
			◀ فولیکولار موسینوز

درمان





## جدول ۳-۱۵: نکات مهم در تاریخچه و معاینه‌ی بیمار.

◀ سن و تیپ پوست
◀ جنس و رنگ پوست
◀ نحوه‌ی زندگی و شکل ضایعه (پاپول، کومدون، کیست و...)
◀ شغل و اسکار
◀ درمان قبلی و تغییر رنگ
◀ مصرف مواد آرایشی
◀ وضعیت عادت ماهانه
◀ مصرف دارو (استروئید .....
◀ سابقه‌ی بیماری (PCO .....

## درمان

هر چند آکنه خود بهبود یابنده است ولی توجه به سن ، وضعیت روحی روانی و احتمال ایجاد آکنه ، و توجه به یافته های مهم در تاریخچه و معاینه درمان ضروری است



# درمان موضعی

ضروری است دارو های کومدولیتیک در همه مراحل درمان  
تره تینوئین و همه ترانس رتینوئیک ها قدم اول کومدولیتیک است  
با نرمال کردن کراتینیزاسیون فولیکول منجر به از بین رفتن کومدون و جلوگیری از کومدون جدید  
می شود و قدری هم اثر ضد التهاب دارد  
رتینوئید ها با افزایش نفوذ پذیری با سایر دارو ها اثر سینرژیک دارند

# درمان موضعی

شایعترین عارضه رتینوپید ها قرمزی، خشکی و تحریک پوست است  
انواع رتینوپید موضعی در درمان آکنه شامل آداپالن، تره تینوئین، تازاروتن و ایزوتره تینوئین است  
بهتر است در بارداری رتینوپید استفاده نشود

# درمان موضعی

قوی و بدون مقاومت میکروبی است **بنزوئیل پروکساید** یک باکتریوسید

**آنتی بیوتیک موضعی** شامل اریترومايسين و کلیندامایسین به تنهایی یا مخلوط با سایر دارو های موضعی

۵درصد-**سالیسیلیک اسید** ۳

پیگانتاسیون هم موثر است ولی اثر آن پس از ۶ هفته **آزلایک اسید** اثر کراتولیتیک و ضد التهاب دارد و در شروع می شود

**سدیم سولفاستامید** ۱۰درصد با یا بدون سولفور و داپسون

# درمان

جدول ۴-۱۵: داروهایی که به طور شایع در درمان آکنه استفاده می شود.

سیستمیک	موضعی
◀ مینوسیکلین	◀ بنزوئیل پراکسید
◀ آنتی بیوتیک ها: اریترومايسين، تتراسيكلين، داکسی سیکلین	◀ آنتی بیوتیک ها: کلیندامایسین، اریترومايسين و سدیم سولفاستامید.
◀ اسپرونولاکتون	◀ رتینوئیدها
◀ ۱۳- سیس رتینوئیک اسید	◀ سالیسیلیک اسید
◀ قرص های پیشگیری از بارداری	◀ آزلائیک اسید ۱۵-۲۰٪
◀ متفورمین	◀ داپسون

# درمان خواکی

آنتی بیوتیک

همورمون

ایزوتره تینوین

# آنتی بیوتیک

اریترومایسین ، تتراسایکلین، داکسی سایکلین، مینوسیکلین و آزیترومایسین  
در آکنه با شدت متوسط به تنهایی یا توام با سایر دارو ها  
مقاوت باکتری ها به آنتی بیوتیک در حال افزایش است

# هورمون

قدم دوم درمان در خانم ها

حتی با سطوح طبیعی آنروژن هم موثر است

خصوصا در خانم ها با سن بالا و آکنه مقاوم التهابی در ناحیه چانه

سیپروترون کامپوند و اسپرونرلاکتون

# ایزو تره تینوئین

حدود ۳۰ سال قبل برای درمان آکنه اپروو شده است

دوز پیشنهادی نیم تا دو میلی گرم به ازای هر کیلوگرم به مدت ۱۶ تا ۲۰ هفته

ولی عود افزایش می یابد هم در درمان موثر دوزهای پایین

جذب ایزو تره تینوئین با غذای چرب بیشتر است

انجام آزمایش سلول های خونی و کبدی قبل از شروع درمان و یک ماه بعد ضروری است



# عوارض ایزوتره تینوئین

شایعترین عارضه رتینوئید ها قرمزی، خشکی و تحریک پوست است

جدول ۵-۱۵: عوارض ناشی از مصرف ایزوتره تینوئین.

پوستی مخاطی	عوارض سیستمیک	علائم آزمایشگاهی
◀ خشکی لب	◀ میالژی	◀ افزایش ALT و AST
◀ خشکی مخاط	◀ بی اشتهایی	◀ هیپرلیپیدمی
◀ حساسیت به نور	◀ سر درد	◀ افزایش کراتین کیناز
◀ اولسر قرنیه	◀ پseudotumor مغز	◀ ترومبوسیتوپنی
◀ کونژفکتیویت	◀ فوتوفوبی	◀ ترومبوسیتوز
◀ پیوژنیک گرانولوما	◀ افسردگی	◀ هیپرکلسمی
◀ عفونت استافیلوکوکی	◀ هپاتیت	
	◀ هیپراوریسمی	
	◀ کلسیفیکاسیون استخوانی	
	◀ بسته شدن زودرس اپی فیزها	

# آکنه روزاسه

بیماری پوستی التهابی بالغین

اریتم قسمت مرکزی صورت

وجود پاپول ، پوستول و تلانژکتازی

است شایعتر یک و دو نوع ۳ و ۴ عمر و پوست در سفید پوستان و در دهه

# آکنه روزاسه

## پاتوژنز

افزایش واکنش عروقی به غذا ها یا داروها  
عوامل محرک ، حرارت و گرما و عوامل نورولوژیک موثر است  
با هلیکوباکتر پیلوری نامعلوم است ارتباط  
باکتری و کورتون هم احتمالا نقش دارد

# آکنه روزاسه

## علائم بالینی

قرمزی صورت و تلانژکتازی بینی و گونه است با آفتاب تشدید می یابد فرم **اریتماتوتلانژکتاتیک** به صورت و ادم هم اضلفه می شود

است ولی بدون کومدون نوع **پاپولوپوستولار** شبیه آکنه ولگاریس

به صورت هایپر پلازی غدد سباسه در بینی و گونه و چانه نوع **فیماتوز**

گرفتاری چشمی در روزاسه نوع **اکولار**



# آکنه روزاسه

تشخیص افتراقی

درماتیت سبورویک

آکنه ولگاریس

لوپوس اریتماتو

# آکنه روزاسه

## درمان موضعی

درمان طولانی است

مترونیدازول موضعی

کرم آزلائیک اسید، اریترومايسين و کلیندامایسین موضعی

موضعی استروئید

تره تینوئین موضعی

# آگنه روزاسه

درمان خوراکی

، مترونیدازول، اریترومايسين، آزیترومایسین و تری تتراسایکلین، داکسی سایکلین، مینوسیکلین  
متوترپریم سولفامتوکسازول

ایزوتره تینو بین خوراکی در موارد شدید

لیزر



پایان

