

Odmienności kliniczne i leczenie trądziku zwykłego u dorosłych kobiet – badanie pilotażowe

Clinical dissimilarities and acne treatment in the case of adult women – introductory testing

Beata Bergler-Czop, Ligia Brzezińska-Wcisło

Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. Ligia Brzezińska-Wcisło

Post Dermatol Alergol 2006; XXIII, 6: 258–262

Streszczenie

W ostatniej dekadzie obserwujemy znaczny wzrost liczby pacjentek po 30. roku życia z nasilonym trądzikiem zwykłym (*acne vulgaris*), które szukają pomocy u specjalisty.

Badanie przeprowadzono w Klinice Dermatologii w Katowicach w grupie 44 kobiet z rozpoznaniem trądziku hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie w latach 2002–2006. Wiek chorych wynosił 27–45 lat, średnio 33,6 roku. Pacjentki wypełniały ankietę obejmującą m.in. zawód (pracownik umysłowy – fizyczny), stan cywilny, miejsce zamieszkania (miasto – wieś), rodzinne występowanie trądziku, trądzik w okresie pokwitania, wywiad ginekologiczny ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń hormonalnych i przyjmowanych leków hormonalnych, czas trwania choroby oraz metody leczenia, choroby towarzyszące.

Badanie wykazało, że spośród 44 kobiet z rozpoznaniem trądziku większość to mieszkanki miast, pracujące umysłowo, z wyższym wykształceniem.

W 31,8% przypadków trądzik występował rodzinnie. Zmiany trądzikowe pojawiły się głównie u badanych kobiet po okresie dojrzewania.

12 (27,3%) kobiet było leczonych tylko jedną metodą terapii (tylko leczenie zewnętrzne). U 12 (27,3%) stosowano 2 metody leczenia, u 14 (31,8%) – 3 metody leczenia, u 6 (13,6%) zastosowano 4 i więcej form terapii.

Ostateczne efekty leczenia wszystkimi metodami 29 (65,9%) chorych oceniano jako dobre, 10 (22,7%) oceniano je jako średnie, 5 (11,36%) uważało, że żadna metoda terapeutyczna nie była skuteczna.

Wnioski: Na podstawie badania przeprowadzonego u pacjentek kliniki dermatologii można stwierdzić, że trądzik częściej występuje u mieszkanek miast, pracujących umysłowo, z wyższym wykształceniem, niezgłaszających zaburzeń hormonalnych. U większości chorych nie występowało rodzinne tło schorzenia. Trądzik z reguły miał przebieg łagodny. W większości kobiety leczone były przynajmniej 3 metodami terapii, z dobrym efektem.

Słowa kluczowe: trądzik, dorosłe kobiety.

Abstract

In the last decade a significant increase in the number of female patients who are over 30 years old, suffer from intensified *acne vulgaris* and look for help from a specialist can be observed.

The research was carried out in the Clinic of Dermatology in Katowice. It was carried out on a group of 44 women, all of whom had acne diagnosed and were out-patients in the period between 2002 and 2006. The age of patients was between 27 and 45 years (average 33.6 years). The female patients were asked to fill in a questionnaire that consisted of the following questions: occupation (labourer or office worker), marital status, place of residence (city, town or country), occurrence of the acne within a family, puberty acne, gynaecological examination with special attention to hormone disorders and hormone medicine that the patients took, duration of the illness, curing methods, accompanying illnesses. According to the research among those 44 women with acne, most are highly educated city inhabitants, who are office workers.

Only in 31.8% did the acne occur within a family. In most cases the changes took place after puberty.

12 (27.3%) women were treated by using only one method of therapy (only external treatment). In 12 cases (27.3%) two

methods of therapy were used, in 14 cases (31.8%) three methods of therapy were used, in 6 cases (13.6%) four and more forms of therapy were used.

29 women (65.9%) estimated the treatment effects by all methods as good/satisfactory, 10 (22.7%) as average, while 5 (11.36%) said that none of those methods had been efficient.

Conclusions: On the basis of the research carried out on the group of patients of the Clinic of Dermatology it can be said that acne occurs in women who are highly educated city inhabitants, office workers and who do not suffer from any hormone disorders. In most cases the acne did not occur within the family. Generally the acne was benign. In most cases the women were treated by using at least three therapy methods and the results were good/satisfactory.

Key words: acne, adult women.

Wprowadzenie

Trądzik zwykły (*acne vulgaris*) jest najczęściej występującą dermatozą. Schorzenie dość często jest kojarzone z okresem dojrzewania. Uważa się, że dotyczy w różnym nasileniu 100% ludzi pomiędzy 10. i 30. rokiem życia. Jednak w ostatniej dekadzie obserwujemy znaczny wzrost liczby pacjentek po 30. roku życia z nasilonym trądzikiem zwykłym, które szukają pomocy u specjalisty. Etiopatogeneza trądziku jest problemem złożonym. Istotne znaczenie pod tym względem mają takie czynniki, jak wzmożona produkcja łoju, nadmierne rogowacenie przewodów wyprowadzających i ujść gruczołów łojowych, rozwój flory bakteryjnej (głównie *Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pityrosporum ovale*), zaburzenia gospodarki hormonalnej, odczyn zapalny, uwarunkowania genetyczne oraz mniej dotychczas poznane inne czynniki: zaburzenia immunologiczne, nadmierna reaktywność mieszków włosowych, czynniki psychologiczne oraz czynniki środowiskowe.

U dorosłych kobiet podejrzewa się zwiększoną rolę czynników środowiskowych, np. zanieczyszczenie środowiska, stresujący tryb życia, rosnąca oporność *Propionibacterium acnes* na terapię antybiotykami i długotrwałą antybiotykoterapię przeciwtrądzikową w przeszłości, wtórne zaburzenia hormonalne związane z różnie dobranymi środkami antykoncepcyjnymi i wiele innych (ryc. 1.) [1, 2].

Cel

Celem badania była ocena częstości występowania trądziku pospolitego oraz jego postaci klinicznych u kobiet po 25. roku życia, próba poszukiwania możliwych czynników etiologicznych w tej grupie chorych oraz ocena efektów leczenia.

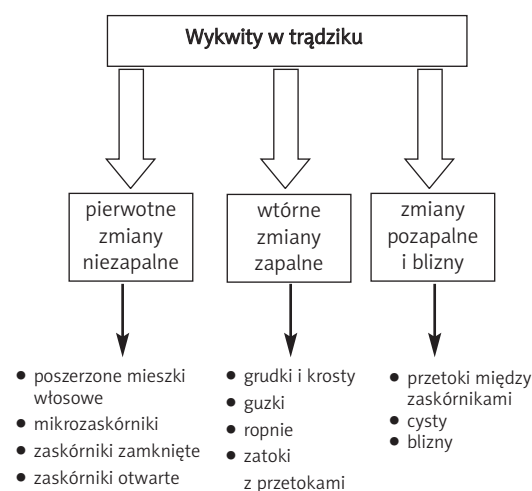
Metody

Badanie przeprowadzono w grupie 44 kobiet z rozpoznaniem trądziku, hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie w Klinice Dermatologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach i Przyklinicznej Poradni Dermatologicznej w latach 2002–2006. Wiek chorych wynosił 27–45 lat, średnio 33,6 roku. U 21 (47,72%) kobiet rozpoznano trądzik zaskórnikowy, u 11 (25,0%) trądzik skupiony, u 12 (22,27%) trądzik grudkowo-krostkowy. Czas trwania choroby wyno-

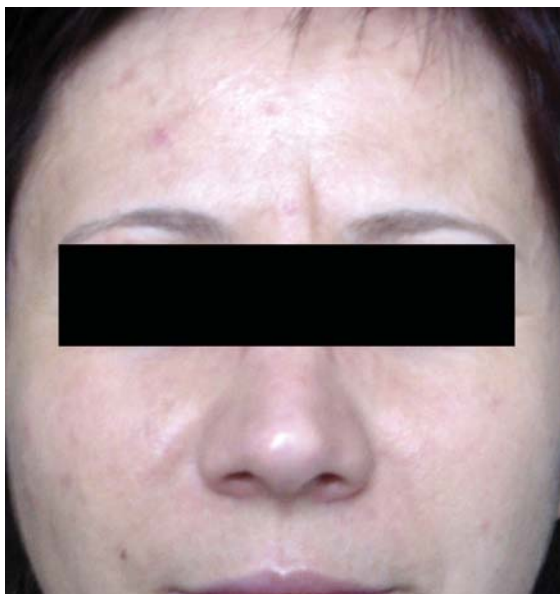
sił 4–25 lat, średnio 8,36 roku. Z badania wykluczono kobiety leczone wyłącznie ambulatoryjnie. Pacjentki wypełniały ankietę obejmującą m.in. zawód (pracownik umysłowy – fizyczny), stan cywilny, miejsce zamieszkania (miasto – wieś), rodzinne występowanie trądziku, trądzik w okresie pokwitania, wywiad ginekologiczny ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń hormonalnych i przyjmowanych leków hormonalnych, czas trwania choroby oraz metody leczenia, a także choroby towarzyszące. Badaniem klinicznym oceniano występowanie i charakter zmian skórnych oraz ich lokalizację. Wykonano również dokumentację fotograficzną (ryc. 2., 3.).

Wyniki

Spośród 44 kobiet z rozpoznaniem trądziku 17 (38,63%) jako miejsce zamieszkania podawało wieś, 27 (61,36%) – miasto. 9 (20,45%) pacjentek pracowało fizycznie, 35 (79,55%) to pracownicy umysłowi, w tym 19 (54,3%) z wyższym wykształceniem. 26 (60,0%) kobiet było zamężnych, 18 (40,0%) deklaroowało stan wolny. U 14 (31,8%) kobiet trądzik występował w najbliższej rodzinie (rodzice, rodzeństwo). Pozostałych 30 (68,2%) negowało rodzinne występowanie choroby. W okresie pokwitania zmiany trądzikowe występowały u 19 (43,18%) pacjentek.



Ryc. 1. Wykwity w trądziku



Ryc. 2. Pacjentka, lat 34. Zmiany o charakterze trądziku grudkowo-krostkowego na twarzy



Ryc. 3. Pacjentka, lat 40. Zmiany o charakterze trądziku skupionego na twarzy

U 25 (56,8%) zmiany chorobowe pojawiły się później. Wywiad ginekologiczny wykazał wystąpienie pierwszej ciąży u badanych chorych pomiędzy 12. i 19. rokiem życia, średnio w wieku 13,5 roku.

32 (72,72%) kobiety miesiączkowały regularnie. 12 (27,27%) pacjentek zgłaszało zaburzenia hormonalne (4 udokumentowane przypadki – hiperprolaktynemia u 1 chorej oraz 3 chore z hiperandrogenizmem, w tym u 2 zdiagnozowany zespół policystycznych jajników).

12 (27,27%) chorych na trądzik było leczonych ze wskazań ginekologicznych preparatami hormonalnymi (doustna antykoncepcja, w tym preparaty o działaniu antyandrogennym – Diane 35, Yasmin).

Liczba przebytych ciąży wynosiła 0–4. 10 kobiet nigdy nie było w ciąży. U 4 chorych występowały schorzenia dodatkowe wymagające przyjmowania leków: u 2 pacjentek – nadczynność tarczycy, u 1 – wrzodziejące zapalenie jelita grubego, u 1 – reumatoidalne zapalenie stawów.

12 (27,3%) kobiet było leczonych tylko jedną metodą terapii (tylko leczenie zewnętrzne). U 12 (27,3%) stosowano 2 metody leczenia, u 14 (31,8%) – 3 metody leczenia, u 6 (13,6%) zastosowano 4 i więcej form terapii (antybiotyki ogólne, lek hormonalny, retinoidy ogólne, leczenie zewnętrzne, światłoterapia).

Tylko leki zewnętrzne (antybiotyki, retinoidy, kwas azelainowy, nadtlenek benzoilu, preparaty złożone) stosowano u 12 chorych. Antybiotyki doustne pobierały 24 pacjentki, w tym 11 (45,8%) więcej niż jeden preparat. Najczęściej stosowano preparaty z grupy tetracyklin (17 kobiet). 4 chore były leczone sulfonami doustnymi. Leki hormonalne ze wskazań dermatologicznych były włączane u 18 kobiet

(Diane 35, Yasmin). Retinoidy doustne stosowano u 16 pacjentek z rozpoznaniem trądzikiem.

Ostateczny efekt leczenia wszystkim metodami przez 29 (65,9%) chorych był oceniany jako dobry, przez 10 (22,7%) jako średni, 5 (11,36%) uważało, że żadna metoda terapeutyczna nie była skuteczna.

Badaniem klinicznym wykazano obecność zaskórników zamkniętych i otwartych u 100% badanych kobiet. U 12 (27,27%) obserwowano pojedyncze krostki. U 11 (25,0%) oprócz licznych krostek występowały torbiele. W 24 (54,5%) przypadkach występowały przebarwienia pozapalne i blizny. W 25 przypadkach (56,8%) zmiany skórne dotyczyły wyłącznie twarzy, w pozostałych 19 (43,2%) wykwitły obejmowały także plecy i dekolt.

Dyskusja

Trądzik zwykły jest najczęściej występującym schorzeniem skóry okresu dojrzewania. W ostatnich latach obserwujemy jednak wzrost zachorowań u osób po 30. roku życia, szczególnie u kobiet. Pace [3] sugeruje w swoich doniesieniach rolę stresu jako czynnika prowokującego zmiany. Presja środowiska, poszukiwanie atrakcyjnej pracy, wzrost znaczenia wyglądu odgrywają nierzadko paradoksalną rolę czynnika stresogennego. W naszych badaniach ponad 60% pacjentek to mieszkanki miast deklarujące bardzo intensywny tryb życia. Pozostałe 40% kobiet mieszkało na wsi. Trudno tu jednak jednoznacznie stwierdzić, czy miejsce zamieszkania ma wpływ na powstawanie wykwitów trądzikowych, czy też po prostu zamieszkanie w mieście

ułatwia kontakt z lekarzem. Natomiast ponad 70% chorych to kobiety pracujące umysłowo, z czego ponad połowa ma wyższe wykształcenia. Chore te znacznie częściej wskazywały na istnienie częstszych sytuacji stresowych w życiu codziennym i bardzo często wskazywały na pogorszenie stanu skóry w tych okresach.

Thiboutot [4] sugeruje jako jeden z istotnych czynników w etiologii trądziku zmiany hormonalne. Autor wskazuje również na rolę środowiska w powstawaniu części tych zaburzeń. U większości dorosłych kobiet z trudnymi do leczenia zmianami stwierdzono nieprawidłowości na poziomie hormonalnym lub receptorowym, wymagające leczenia [4]. Dotyczy to szczególnie kobiet, u których zmiany chorobowe nie występowały w okresie dojrzewania, ale pojawiły się później. W naszym badaniu trądzik pojawił się u prawie 64% pacjentek po okresie dojrzewania i u prawie 70% wywiad rodzinny był negatywny, co również może świadczyć o mniejszej roli czynników genetycznych u tych chorych. Bataille i wsp. [1] badali występowanie trądziku u kobiet (średnia wieku 46 lat) – bliźniąt mono- i dizygotycznych. W 81% przypadków w tym badaniu uznano rolę czynników genetycznych, tylko w 19% – etiologię środowiskową. Stoll i wsp. [5] przebadali 400 kobiet i stwierdzili, że u kobiet po 33. roku życia częściej niż w innych grupach wiekowych obserwuje się zaostrzenie zmian trądzikowych przed miesiączką.

Dodatkowo autor sugeruje, że w tej grupie kobiet mogą występować częściej zaburzenia gospodarki hormonalnej, natomiast neguje znaczenie doustnej antykoncepcji w nasileniu zmian skórnych.

Lucky i wsp. [6] u ponad 63% kobiet pomiędzy 18. i 44. rokiem życia stwierdzili pogorszenie zmian skórnych przed miesiączką i również obserwowali to częściej w starszej grupie wiekowej.

68% pacjentek badanych w Klinice Dermatologii nie zgłaszało istnienia zaburzeń hormonalnych. Pozostałe zgłaszały nieregularne miesiączkowanie, jednak tylko u 4 zaburzenia były udokumentowane. Jedna chora była leczona z powodu idiopatycznej hiperprolaktynemii. Po leczeniu schorzenia podstawowego zmiany skórne ustąpiły prawie całkowicie. U tej kobiety nie wykryto przyczyny podwyższonego poziomu prolaktyny. Piśmiennictwo podaje jednak wiele przykładów wpływu stresu i czynników środowiskowych na poziom prolaktyny. Hiperprolaktynemia jest także jedną z przyczyn niepłodności, która jest ostatnio zaliczana do typowych chorób cywilizacyjnych [5].

U 2 chorych z późnym trądzikiem zdiagnozowano zespół policystycznych jajników (POS). Z tego powodu pacjentki również były leczone hormonalnie.

Borgia i wsp. [7] wykazali korelację nasilenia trądziku i hirsutyizmu w kobiet z POS z poziomem globuliny wiążącej hormony płciowe (SHBG). Wykazali oni potrzebę oznaczania SHBG u tych pacjentek.

U 27% chorych zakwalifikowanych do badania ze wskazań ginekologicznych stosowano doustne preparaty hormonalne (w tym również środki antyandrogenowe).

Chore zgłaszały różne reakcje skóry na te leki. Sator i wsp. [8] badali wpływ trójfazowych środków antykoncepcyjnych zawierających norgestimat i pochodne estradiolu podawanych przez 6 mies. na stan skóry u pacjentek z trądzikiem. Autor uzyskał poprawę u większości chorych.

Jemec i wsp. [9] przebadali 186 kobiet z trądzikiem. Wykazali korzystny wpływ doustnych środków antykoncepcyjnych na stan skóry i brak wpływu palenia papierosów (!?) na zmiany skórne.

Natomiast Cohen i wsp. [10] stwierdził pogorszenie zmian skórnych u kobiet stosujących ze wskazań ginekologicznych pochodne progesteronu.

Cunliffe [2], Vaxieau i wsp. [11, 12] i inni podają wiele trudności terapeutycznych u dorosłych pacjentek z trądzikiem. W większości przypadków obserwowano oporność szczepów *Propionibacterium acnes* na większość antybiotyków stosowanych powszechnie i zazwyczaj długotrwanie w terapii. Najlepsze wyniki i długotrwałe okresy remisji uzyskiwano podczas leczenia retinoidami stosowanymi ogólnie. U kobiet w okresie rozrodczym istnieje jednak problem teratogenności tej grupy leków. Bezpieczna terapia retinoidem wymaga stosowania antykoncepcji doustnej, co często wzbudza niechęć i obawy młodych pacjentek, pomimo wykazanej bardzo wysokiej skuteczności tych preparatów. Dobrą alternatywą dla tych kobiet są preparaty hormonalne o działaniu antyandrogenym (Diane 35, Yasmin).

Tan i wsp. [13] oraz Lemay i wsp. [14] uważają, że terapia środkami o działaniu antyandrogenym jest najlepszą metodą leczenia dla kobiet z mało nasilonymi zmianami trądzikowymi. Preparaty te zmniejszają produkcję androgenów w jajnikach i nadnerczach przez obniżenie poziomu 5-alpha-reduktazy, co prowadzi do obniżenia poziomu dihydrotestosteronu oraz poprzez stymulację SHBG redukuje ilość wolnego testosteronu.

U kobiet z ciężkimi postaciami trądziku dobrą formą terapii wydaje się być kojarzenie retinoidów doustnych ze środkami antyandrogenowymi, które w tym wypadku spełniają podwójną rolę: leczniczą oraz antykoncepcyjną.

12 pacjentek Kliniki Dermatologii było leczonych jedną formą terapii – lekami zewnętrznymi. U takiej samej grupy stosowano 2 metody leczenia (najczęściej leki zewnętrzne i antybiotyk doustny), u 31,8% stosowano 3 metody leczenia, a u ponad 13% stosowano 4 i więcej różnych metod terapeutycznych.

Spośród grupy pacjentek, które stosowały antybiotyki doustne, prawie 46% chorych miało więcej niż jeden preparat. U większości stosowano jednak różne preparaty z grupy tetracyklin. Dreno [15] podaje, że długotrwała antybiotykoterapia często nie ma sensu, ze względu na oporność szczepów bakteryjnych oraz wieloczynnikową etiologię schorzenia, z naciskiem na czynniki hormonalne u kobiet.

18 kobiet otrzymało ze wskazań dermatologicznych preparaty hormonalne (Diane 35, Yasmin). U większości z nich była to terapia skojarzona.

Palep-Singh i wsp. [16] stosowali u 17 pacjentek z zespołem policystycznych jajników preparat Yasmin, zawierający nowy progestagen – drospierinon. U większości chorych uzyskano poprawę stanu skóry, bez wpływu na inne cechy zespołu, takie jak otyłość.

Retinoidy doustne były stosowane u 16 pacjentek.

Ostateczne efekty leczenia u naszych chorych były oceniane subiektywnie przez same pacjentki łącznie dla wszystkich metod leczenia.

66% badanych oceniało terapię jako dobrą, tylko niecałe 12% chorych twierdziło, że żadna metoda leczenia nie była skuteczna.

Badaniem klinicznym u większości pacjentek stwierdzano zaskórniki lub przebarwienia i blizny (głównie zanikowe). Tylko u 11 chorych obserwowano nasilone torbiele i krosty, nadal wymagające intensywnego leczenia. U większości chorych zmiany skórne były zlokalizowane tylko na twarzy.

Murray i wsp. [17] zwrócił uwagę, że właśnie zmiany skórne na odsłoniętych częściach ciała stanowią główny problem psychologiczny u kobiet, w przeciwieństwie do badanej grupy mężczyzn, dla których podobny problem stanowiły zmiany chorobowe na częściach ciała rzadziej ekspozowanych, np. na plecach.

Wnioski

W ostatnich latach obserwujemy coraz więcej tzw. późnych postaci trądziku u kobiet. Przyczyn najprawdopodobniej jest wiele. Na podstawie badania przeprowadzonego u pacjentek kliniki dermatologii można stwierdzić, że trądzik częściej występuje u mieszkanek miast, pracujących umysłowo, z wyższym wykształceniem, niezgłaszających zaburzeń hormonalnych. U większości chorych nie występowało tło rodzinne schorzenia. Trądzik z reguły miał przebieg łagodny. W większości kobiety były leczone przynajmniej dwoma metodami terapii, z dobrym efektem.

Badanie miało charakter pilotażowy, a ze względu na bardzo aktualny problem trądziku u dorosłych kobiet oraz wynikające z tego problemy psychologiczne będzie kontynuowane w przyszłości.

Piśmiennictwo

- Bataille V, Snieder H, MacGregor AJ. The influence of genetics and environmental factors in the pathogenesis of acne: a twin study of acne in women. *J Invest Dermatol* 2002; 119: 1317-22.
- Cunliffe WJ. Management of adult acne and acne variants. *J Cutan Med Surg* 1998; 2: 7-13.
- Pace J. Acne in adult females. IV Spring EADV, 9-12.02.2006, Saariselka.
- Thiboutot DM. Endocrinological evaluation and hormonal therapy for women with difficult acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001; 15: 57-61.
- Stoll S, Shalita AR, Webster GF. The effect of the menstrual cycle on acne. *J Am Acad Dermatol* 2001; 45: 957-60.
- Lucky AW. Quantitative documentation of a premenstrual flare of facial acne in adult women. *Arch Dermatol* 2004; 140: 423-4.
- Borgia F, Cannavo S, Guarnieri F. Correlation between endocrinological parameters and acne severity in adult women. *Acta Derm Venereol* 2004; 84: 201-4.
- Sator PG, Schmidt JB, Honigsmann H. Clinical evidence of the endocrinological influence of a triphasic oral contraceptive containing norgestimate and ethinyl estradiol in treating women with acne vulgaris. A pilot study. *Dermatology* 2003; 206: 241-8.
- Jemec GB, Linneberg A, Nielsen NH. Have oral contraceptives reduced the prevalence of acne? A population based study of acne vulgaris, tobacco smoking and oral contraceptives. *Dermatology* 2002; 204: 179-84.
- Cohen EB, Rossen NN. Acne vulgaris in connection with the use of progestagens in a hormonal IUD or a subcutaneous implant. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 147: 2137-9.
- Vexiau P, Chivot M. Feminine acne: dermatologic disease or endocrine disease? *Gynecol Obstet Fertil* 2002; 30: 11-21.
- Vexiau P, Baspeyras M, Chaspoux C. Acne in adult women: data from national study on the relationship between type of acne and markers of clinical hyperandrogenism. *Ann Dermatol Venereol* 2002; 129: 174-8.
- Tan JK. Oral contraceptives in the treatment of acne. *Skin Therapy Lett* 2001; 6: 1-3.
- Lemay A, Poulin Y. Oral contraceptives as anti-androgenic treatment of acne. *J Obstet Gynaecol Can* 2002; 24: 559-67.
- Dreno B. The treatment of acne. *Presse Med* 2005; 34: 540-3.
- Palep-Singh M, Mook K, Barth J. An observational study of Yasmin in the management of women with polycystic ovary syndrome. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004; 30: 163-5.
- Murray CD, Rhodes K. Nobody likes damaged goods: the experience of adult visible acne. *Br J Health Psychol* 2005; 10: 183-202.