Akne fallbeskrivning

2014-10-06, reviderad senast 2026-06-08

Oskar är 18 år och besväras av akne sedan några år tillbaka. Han har tidigare fått en kur med lymecyklin och kommer nu tillbaka för att få ett nytt recept. Han tyckte att antibiotikatabletterna fungerade bra, var lätta att ta och ”man slapp allt annat klet”. Det finns ingen hereditet för akne i familjen och han negerar bakomliggande faktorer som kan utlösa akne. Vid dagens besök uppvisar han en medelsvår papulopustulös akne (papler och pustler) med ett 15-tal papler/pustler i ansiktet respektive på bålen. Han tycker att det är besvärande och fult men inte så att han isolerar sig socialt.

Frågor:

1. Vad rekommenderar du för behandling i första hand?
2. Vad finns det för andrahandsmedel?
3. Kan det finnas skäl att ge ytterligare en kur lymecyklin?
4. Om Oskar i stället hade en svår papulopustulös akne eller en svår nodulocystisk akne – vad skulle du göra då?
5. Finns det ytterligare behandlingsmöjligheter om patienten i stället är en 18-årig kvinna?
6. Vad är grunden i all behandling av akne?
7. Vad finns det för utlösande och förvärrande faktorer till akne?
8. I de fall man väljer systemisk antibiotikabehandling;
    a. Hur länge ska behandlingen fortgå och vilken dosering bör användas?
    b. Bör den kombineras med lokalbehandling och i så fall vilken?
    c. Kan behandlingen upprepas och i så fall hur många gånger?
    d. Finns det alternativa antibiotika till tetracyklin som kan användas mot akne?
    e. Finns det några risker med antibiotikabehandlingen?
9. När bör patienter med akne remitteras till hudläkare för ställningstagande till isotretinoin-behandling?

Akne indelas främst efter vilken typ av lesioner som dominerar men i val av behandling måste hänsyn också tas till psykosociala faktorer. Även lindrig akne kan ge betydligt försämrad livskvalitet vilket kan motivera till mer aggressiv behandling.
Informera om att behandlingseffekten kommer gradvis. Ha tålamod!

1. Vad rekommenderar du för behandling i första hand?
   Vid medelsvår papulopustulös akne, som i detta fall**,** har patienten frekvent med papler/pustler men inga noduli (djupare, ömmande, inflammerade knölar). Lokal kombinationsbehandling bör användas i första hand. Bensoylperoxid + adapalen (Epiduo) är förstahandsmedel. Kombinationen har en synergistisk effekt. Det är viktigt att behandla hela det aknebenägna området och inte enbart dagens lesioner.
   Det är också viktigt att påpeka för patienten att all lokalbehandling är hudirriterande initialt. Behandling kan med fördel startas varannan till var tredje dag de första veckorna. Smörj gärna med en fuktkräm några minuter efter Epiduo. Patienter som använt receptfria ”hudrengöringsmedel” är ofta redan uttorkade i huden och kan då bli ytterligare torra och fnasiga i huden med risk för att de upphör med aknebehandlingen.

2. Vad finns det för andrahandsmedel?
   Vid otillräcklig effekt av Epiduo kan lokalbehandling med kombinationen bensoylperoxid + topikalt klindamycin (Duac) alternativt tretinoin + topikalt klindamycin (Acnatac) provas. Preparat som innehåller lokalt klindamycin bör användas i högst tre månader. Klindamycin skall aldrig användas som monoterapi utan bör kombineras med bensoylperoxid p.g.a. risken för Cutibacterium (tidigare benämnd Propionibacterium) acnes-resistens.
   Om patienten inte tolererar bensoylperoxid eller adapalen i kombinationspreparatet Epiduo finns möjlighet att ge enbart bensoylperoxid (Basiron) eller enbart adapalen (Differin). Azelainsyra (Finacea, Skinoren) kan vara ett alternativ när patienten varken tolererar bensoylperoxid eller adapalen. Azelainsyra har dock en mer långsamt insättande effekt (> fyra veckor). Monoterapi används dock framför allt vid mildare akne.

   Vid utebliven effekt av lokalbehandling är peroral behandling med lymecyklin i kombination med topikal behandling utan antibiotika rekommenderat som andrahandsmedel vid medelsvår akne.

3. Kan det finnas skäl att ge ytterligare en kur lymecyklin?
   Systemisk antibiotika bör ges först i andra hand, d.v.s. när lokalterapin sviktar trots 6–8 veckors behandling och god compliance. Således bör Oskar rekommenderas lokalbehandling initialt.

4. Om Oskar i stället hade en svår papulopustulös akne eller en svår nodulocystisk akne – vad skulle du göra då?
   Svår papulopustulös akne karakteriseras av ett stort antal papler/pustler. En-två noduli (medelsvår nodulocystisk acne) förekommer ofta samtidigt. Vid dessa former är systemisk antibiotika med lymecyklin förstahandsval i kombination med topikal behandling utan antibiotika.
   Vid svår nodulocystisk akne har patienten flera noduli. Patienten riskerar permanent svår ärrbildning och bör remitteras direkt till hudklinik för ställningstagande till isotretinoin-behandling utan föregående försök med antibiotikaterapi.

5. Finns det ytterligare behandlingsmöjligheter om patienten i stället är en 18-årig kvinna?
   Till kvinnor med akne kan hormonbehandling med kombinerade preventivmedel ha god effekt och vara ett alternativ till antibiotikabehandling. Akne-hirsutism - REKlistan
   Gestagen enbart har ingen effekt på akne och kan t.o.m. orsaka eller försämra akne. Begynnande effekt av kombinerade p-piller (alternativt p-plåster eller p-ring) kan ses efter ca 3 månader och full effekt efter 6–12 månader. Kombinera alltid med utvärtes behandling, helst antikomedon-medel, t.ex. adapalen som finns i Epiduo och Differin. Hormonell behandling kan kombineras med all annan terapi mot akne.

6. Vad är grunden i all behandling av akne?
   Lokalbehandling är grunden i all aknebehandling och kan pågå under lång tid. Den ska alltid ges, utom vid peroral isotretinoinbehandling. För majoriteten ger det tillräckligt resultat. När önskat resultat uppnåtts skall behandlingen fortsätta för att minska recidivrisken så länge patienten är i en aknekänslig ålder, fast då kan glesare applikationer räcka.

7. Vad finns det för utlösande och förvärrande faktorer till akne?
   Läkemedel (t.ex. litium, gestagen, glukokortikoider), kosmetika (t.ex. oljebaserade), mekaniska faktorer (t.ex. klämning av akne, täta sportskydd), hormonella störningar (t.ex. polycystiskt ovariesyndrom, anabola steroider) och kemikalier (t.ex. skäroljor, tjära, klorföreningar) är exempel på faktorer som kan utlösa och förvärra akne. Däremot finns inga vetenskapliga belägg för att kostfaktorer påverkar akne.

10. I de fall man väljer systemisk antibiotikabehandling;
    a. Hur länge ska behandlingen fortgå och vilken dosering bör användas?
       Systemisk antibiotika ges i maximalt 3 månader. Tetracyklinpreparat rekommenderas, i första hand lymecyklin (300 mg x 2). Det är möjligt att halvera dosen (300 mg x 1) vid förbättring efter 6–8 veckor.
    b. Bör den kombineras med lokalbehandling och i så fall vilken?
       Systemisk antibiotikabehandling ska alltid kombineras med lokalbehandling, i första hand preparat innehållande bensoylperoxid (Epiduo, Basiron) eftersom det begränsar risken för resistensutveckling av C. acnes. Efter avslutad systemisk antibiotika-behandling ska patienten alltid fortsätta med lokalbehandling för att minska risken för återfall. Kombinera aldrig orala och lokala antibiotika!
    c. Kan behandlingen upprepas och i så fall hur många gånger?
       Behandlingen kan upprepas ytterligare en 3-månadersperiod, d.v.s. det är möjligt att behandla med peroral antibiotika vid akne under max två 3-månadersperioder per livstid.
    d. Finns det alternativa antibiotika till tetracyklin som kan användas mot akne?
       Det finns data som talar för att resistensutveckling hos PC. acnes är större för erytromycin och klindamycin än för tetracyklin. Oralt klindamycin har ingen plats i akneterapin. Erytromycin rekommenderas inte och ska endast förskrivas undantagsvis, t.ex. vid graviditet (dock ej första trimestern) och amning.
    e. Finns det några risker med antibiotikabehandlingen?
       Förutom risken för sedvanliga biverkningar påverkar antibiotika patientens normalflora, inte minst i tarmen, varför risken för selektion av resistenta bakterier alltid bör beaktas. Dessutom finns data som indikerar att antibiotikabehandling mot akne kan öka risken för övre luftvägsinfektioner, vilket kan bero på förändringar i luftvägarnas mikrobiota. Fototoxicitet är vanligt under doxycyklinbehandling, men är sällsynt i samband med lymecyklin- eller tetracyklinbehandling. Dessa behöver inte sättas ut under sommaren men aktiv solning bör undvikas vid dosering 300 mg x 2.

8. När bör patienter med akne remitteras till hudläkare för ställningstagande till isotretinoin-behandling?

Patienten bör direkt remitteras till hudläkare för ställningstagande till isotretinoinbehandling vid svår nodulär eller nodulocystisk acne utan att man dessförinnan prövar systemisk antibiotika. Indikation föreligger även vid svåra former av akne som inte kontrolleras med adekvat standardbehandling med systemiska antibakteriella läkemedel och lokalbehandling. Behandling med isotretinoin ska också övervägas vid recidiv efter två 3-månaders perioder med peroral antibiotikabehandling.

Referenser

Läkemedelsverkets Behandlingsrekommendation: Läkemedel vid akne 2014

Regional medicinsk riktlinje Läkemedel – Akne

Behandlingstrappa i RMR akne VG

Behandlingstrappa vid aknebehandling

		Steg 1	Steg 2 (vid utebliven effekt av föregående steg)	Steg 3 (vid utebliven effekt av föregående steg)
Komedoakne		*Adapalen*	*Isotretinoin* (remiss till hudläkare)	
Papulopustulös akne	**Mild**	o Kombination av *bensoylperoxid* och *adapalen* o *Bensoylperoxid, adapalen* eller *azelainsyra* som monoterapi		
	Medelsvår	Kombination av *bensoylperoxid* och *adapalen* (alternativ behandling är topikalt *klindamycin* i kombination med *tretinoin* eller *bensoylperoxid*)	o *Lymecyklin* + topikal behandling utan antibiotika o Kombinerad hormonell metod + topikal behandling	*Isotretinoin* (remiss till hudläkare)
Svår akne	**Papulopustulös**	*Lymecyklin* + topikalt behandling utan antibiotika	*Isotretinoin* (remiss till hudläkare)	
	Nodulocystisk	*Isotretinoin* (remiss till hudläkare)		

Källa: Anpassad efter Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation - Läkemedel vid akne, år 2014.