

ACNE - CAUSE E PATOGENESI

Pietro Santoianni

*Professore Emerito di Dermatologia
Docente nel Dottorato di Ricerca in Dermatologia Sperimentale
Dipartimento di Patologia sistematica, Sezione di Dermatologia
Università di Napoli Federico II
www.dermatologyresearch.it*

L'acne è un processo infiammatorio caratterizzato da lesioni del follicolo pilosebaceo. Insorge in soggetti in età giovanile, di regola nel periodo puberale, in quelle regioni del corpo più ricche di ghiandole sebacee (viso, parte alta del torace). Ha un'origine multifattoriale e la malattia riconosce una predisposizione familiare e fattori genetici predisponenti, consistenti in tendenza alla cheratinizzazione infundibolare e maggiore attività degli enzimi deputati al metabolismo periferico degli androgeni con elevata sensibilità recettoriale delle ghiandole sebacee agli androgeni. Ne risulta ipersecrezione di sebo (non legata ad aumento dei livelli di androgeni circolanti). Elementi patogenetici fondamentali pertanto sono: ipersecrezione sebacea, ipercheratosi infundibolare follicolare, inducenti infiammazione follicolare e perifollicolare.

Gli androgeni circolanti sono trasformati perifericamente a livello delle ghiandole sebacee attraverso catene enzimatiche (5- α reduttasi ed altri enzimi). Testosterone libero e DHEAS circolanti sono convertiti in metaboliti più attivi: per azione della 5- α -reduttasi il testosterone è trasformato in diidrotosterone (DHT), e questo attiva la biosintesi sebacea.

L'attività di questo enzima è molto elevata nella cute del soggetto acneico. La composizione del sebo non è diversa dalla norma, ma gli acidi grassi del sebo presentano peculiarità e originalità strutturale: ampia varietà di lunghezza delle catene e di posizione dei legami insaturi, del tutto differente dai lipidi circolanti.

La ipercheratosi infundibolare consiste in una aumentata cheratinizzazione della parte superiore ed esterna e del dotto escretore ghiandolare, fenomeno accompagnato da aumentata adesività dei cheratinociti, responsabile della loro ritenzione. Ne risulta ostruzione dell'infundibolo e formazione del comedone, che può essere pertanto considerato la prima manifestazione dell'acne. Infine una diminuzione dell'acido linoleico e anche di altri acidi grassi essenziali, influenzando la differenziazione delle cellule epiteliali follicolari, contribuirebbe alla comedogenesi.

Propionibacterium acnes e *Stafilococcus epidermidis* colonizzano il follicolo. I *P. acnes*, attraverso l'azione di lipasi, liberano dalla quota lipidica, costituita prevalentemente da trigliceridi, acidi grassi a catena corta che hanno un effetto irritante e flogogeno. La parete comedonica viene in parte liscata dalle proteasi batteriche, con diffusione degli acidi grassi e liberazione di citochine infiammatorie. Nelle lesioni infiammatorie più gravi per azione anche degli enzimi proteolitici dei neutrofili può aversi rottura della parete del follicolo ed estrusione di materiale nel derma circostante che dà luogo a infiltrati nodulari e cistici.

FATTORI COMPLIANCE DEL TRATTAMENTO

Nell'adolescenza quasi due giovani su tre sono affetti da manifestazioni lievi-moderate di acne, ma questo disturbo presenta sempre grande influenza sulla vita di relazione e richiede notevole impegno sia da parte del soggetto colpito che dallo specialista dermatologo. Si hanno infatti spesso forme di minore rilievo clinico, ma non di minore importanza per il paziente, come l'acne da cosmetici e lesioni acneiformi da uso incongruo di topici.

Punto critico per il successo terapeutico è l'adesione al programma terapeutico del paziente acneico (indicata anche come compliance). Questa può venir meno per tre fattori: il rapporto esistente tra il singolo soggetto e il suo disturbo, quello del paziente con la modalità terapeutica da attuare, e quello che si stabilisce tra medico e paziente.

Rapporto paziente-malattia. Sono colpite dall'acne aree di grande rilievo estetico come il viso, per cui ingenera sempre un qualche disagio psicologico. La valutazione della gravità dell'acne nel singolo paziente non segue esclusivamente parametri clinici ma tiene conto anche della

importanza ad essa soggettivamente attribuita. Nell'adolescente una condizione di "diversità" può influenzare negativamente i rapporti con il gruppo dei coetanei e l'ambiente sociale. Interessando un'età critica, può incidere gravemente sullo sviluppo della personalità e rappresentare la causa di importanti difficoltà di ordine psicologico più o meno manifeste e anche di forme depressive. Viene anche ritenuto che meccanismi di ordine psicosomatico possano influenzare l'andamento clinico dell'affezione stessa. Sulla base anche di test di studi psicologici, si è ipotizzato che situazioni psichiche particolari, come insicurezza ed ansia patologiche, etc., possono attraverso influenze neuroendocrine indurre recidive o addirittura espressioni acneiche.

Rapporto medico-paziente. Nel rapporto medico paziente importanza e attenzione grande è necessaria al tipo di comunicazione, con la istituzione di un canale comunicativo duraturo nel corso del trattamento. Nella valutazione della condizione del paziente lo specialista rassicura il paziente perché non consideri l'acne come una malattia deturpante, in ciò dimostrando di essere anche un discreto psicologo.

D'altra parte i fattori fisio-patologici dell'acne danno luogo ad un processo che può assumere forme con diversa componente infiammatoria e gravità. Il tipo di lesione predominante è definito con attenzione dal dermatologo: comedoni, papule, pustole, cisti sono controllabili da principi attivi diversi. Le modalità del trattamento sono stabilite in base all'entità delle manifestazioni, ma anche alla loro peculiarità: sono diverse in presenza di eruzioni acneiformi iatrogene (da corticosteroidi, antibiotici, alogeni, anabolizzanti, etc.), nell'acne da cosmetici (prevalentemente comedonica, ad insorgenza tardiva alla parte inferiore del viso), nell'acne femminile tardiva (riaccensione di acne preesistente, iperandrogenismo ovarico o surrenale) o ancora nella acne venenata (da contatto o occupazionale) o infine nella acne escoriata: forma inizialmente di lieve entità che in giovani donne può ingenerare un serio problema estetico, con peggioramento e persistenza delle lesioni per manipolazione ("strizzamento") delle lesioni. In tal caso, lo specialista può avvalersi della consulenza dello psicoterapeuta.

Adesione al programma terapeutico. Questa è maggiore se :

- viene data una spiegazione sintetica sull'affezione.
- vengono dissipati luoghi comuni come l'influenza dell'alimentazione e del comportamento sessuale.
- è descritto il programma terapeutico, informando sui farmaci da adoperare, con istruzioni dettagliate anche scritte sulle modalità della loro applicazione e sullo schema di cura.
- è indicato un contenuto numero di medicamenti, verificando che le istruzioni allegate siano coerenti con quanto detto.
- viene data informazione sulle modificazioni cutanee indotte dai preparati topici (es.: temporaneo peggioramento all'inizio) e sulla evoluzione della affezione nel corso del trattamento.
- il paziente è ricontrollato dopo pochi giorni dal primo incontro.
- viene raccomandato che la terapia va seguita indipendentemente dall'apparente efficacia immediata e condotta fino alla guarigione, per evitare esiti.
- che la tendenza a sviluppare manifestazioni acneiche può avere una durata molto lunga, ed occorre una terapia di mantenimento.

La compliance è poi assicurata da una prescrizione appropriata del tipo di preparazione topica: lozione, crema emulsione, etc. in rapporto al sesso del paziente. Preparazioni scomode o sgradevoli sono destinate a causare un insuccesso terapeutico. Può mancare la compliance per terapia topica poco gradevole e per il costo troppo elevato dei medicamenti.

Un rapporto anomalo del paziente con la sua patologia può portare a sottovalutazione o sopravvalutazione della affezione e alla autogestione del trattamento, che diviene insufficiente. Può esservi sospensione per la lenta comparsa dei risultati positivi o appena si verificano i primi effetti positivi, timore di effetti collaterali suggeriti dai foglietti illustrativi, passaggio a medicamenti della medicina non convenzionale, fortemente pubblicizzati o suggeriti da amici, etc. Che vi sia un trattamento insufficientemente seguito può risultare dalle modalità di trattamento seguite dal paziente (ad es. una modalità irrazionale, come la applicazione dei topici soltanto su alcuni elementi), o dalla mancanza di alcuni segni tipici della terapia topica effettuata (come la microesfoliazione), etc.

Dermocosmetici. L'acne è di non breve durata e implica importanti ripercussioni sulla vita del soggetto: pertanto la cosmesi è un intervento importante di supporto psicologico. Negli schemi di trattamento trovano sempre più spazio dermocosmetici, anche per mascherare gli effetti collaterali inestetici di alcuni medicinali. I dermocosmetici influenzano positivamente la cooperazione nel trattamento, coadiuvando anche con effetto idratante, antiossidante, etc., (ma va tenuto presente che nella deterzione è opportuno che vengano evitati dermolatti e usati solo occasionalmente fondotinta).

Alcune considerazioni sono risultate significative per quanto riguarda la protezione solare. L'ultravioletto influenza negativamente l'acne: infatti si hanno frequenti recidive dopo il periodo balneare. L'UVB induce incremento della comedogenesi, dimostrato anche sperimentalmente, e provoca nei primi giorni di esposizione solare aumenti dei livelli di sebo fino a quattro volte (con ritorno ai livelli normali in 4 - 5 giorni), e aumento di interleuchine.

L'UVA produce invece un effetto che finisce col contrastare l'azione "infiammatoria" dell'UVB: ad es. inducendo citochine (come IL-10) esercita effetto antinfiammatorio. Sull'acne hanno influenza anche le radiazioni visibili: la luce blu (415 nm) e anche la luce rossa (660 nm) hanno attività antinfiammatoria e anche antibatterica.

In conclusione le radiazioni solari dell'UVA e VIS sono utili nell'acne: l'UVA ha effetto antinfiammatorio cosmetico e pigmentogeno e induce anche protezione dallo stress ossidativo e il VIS attività antinfiammatoria e probabilmente antibatterica. Secondo queste considerazioni non tutti gli effetti del sole sono negativi se l'esposizione non è particolarmente intensa e/o di durata estrema. Sono state proposte alcune modalità di fotoprotezione selettiva e modulata a seconda delle condizioni patologiche. Nell'acne è necessaria protezione verso UVB, per evitare la formazione di microcomedoni, ma non per UVA. Nei primi giorni di esposizione solare (prima fase) e nelle successive 2-3 settimane (seconda fase) non appare indicata protezione solare, utilizzando così gli effetti positivi di UVA; in una fase successiva dell'esposizione (terza fase), quando questa diventi prolungata, opportuna invece una protezione media o alta per UVB (per limitare la iperproliferazione cheratinocitaria, dopo la depressione iniziale, e la comedogenesi UVB-indotta), con bassa o nessuna protezione verso UVA. Per l'acne si dovrebbe così disporre di preparazioni solari per la sola protezione verso UVB. Ovviamente le creme solari ad ampia protezione sono opportune nelle prime esposizioni per limitare la fotosensibilità indotta da alcuni trattamenti antiacne.