

L’acne è certamente la più comune tra le malattie cutanee dell’adolescente, anzi, probabilmente è il disturbo in assoluto più frequente in questa età.

La maggior parte dei casi di acne non richiede alcun trattamento, e rimane croce e delizia del ragazzo e della ragazzina, incerti tra la tentazione di strizzare il comedone o il brufolino e quella di lasciarlo stare per non renderlo più vistoso; per altro verso, c’è una piccola parte dei casi che è così severa da far sì che il paziente si rivolga direttamente al dermatologo, saltando il pediatra. Ma almeno 1 caso di acne su 5 ha bisogno quanto meno di un consiglio da parte del proprio medico, e almeno 1 caso di acne su 10 merita di essere trattato, e può esser trattato correttamente, da un non dermatologo. In ogni caso, non si può pensare di avere in cura l’adolescente senza conoscere bene l’acne, la sua storia naturale, i suoi problemi, e quello che si può e che non si può fare. Dunque anche l’acne rientra nell’ABC del pediatra.

Che cos’è l’acne?

È una patologia autolimitata del follicolo pilo-sebaceo, che comporta una difficoltà alla fuoriuscita del sebo, il suo accumulo nella ghiandola, la flogosi dermo-epidermica che ne consegue, ed eventualmente la sua ascessualizzazione.

Perché l’acne si chiama acne?

E perché “volgare”?

L’acne volgare si chiama così perché è un disturbo straordinariamente comune, diffuso nella popolazione, nel “*vulgus*”. In effetti ci sono delle forme di acne, diverse da quella “volgare”, o giovanile, e più rare, a eziopatogenesi definita, come l’acne neonatale, l’acne da farmaci, l’acne da cortisone, l’acne da alogeni (cloro, bromo). Quanto al nome “acne”, è semplicemente dovuta a un errore di scrittura: un “ni” al posto di un “mu” nella parola greca “*akmè*”, che significa punta, nel senso del più alto grado di qualcosa, e anche fiore; l’acne, come l’esantema, è una “fioritura”.

Qual è la storia naturale dell’acne?

Molto diversa da caso a caso: la maggior parte delle acni dura pochi anni, di solito gli anni dell’esordio puberale, altre si trascinano fino a tutta l’età matura. Di regola, però, il disturbo si attenua o sparisce d’estate, il che non toglie che si possa ripresentare l’autunno o l’inverno seguente. La localizzazione è tipicamente al viso, dove l’acne svolge il suo principale effetto deturpante, e al dorso, cioè nelle sedi più ricche di follicoli pilo-sebacei.

Acne volgare

FRANCO PANIZON

Clinica Pediatrica dell’Università di Trieste, IRCCS “Burlo Garofolo”

Ogni singolo elemento ha la sua storia?

La lesione elementare può restare alla fase del comedone, cioè all’ostruzione non flogistica del dotto. Se ne conoscono due forme, in genere, ma non sempre concomitanti: a) il comedone chiuso, o punto bianco, in cui l’orifizio del follicolo rimane coperto dallo strato corneo dell’epidermide e il sebo sottostante, raccolto nel follicolo, mantiene il suo colore bianco-giallino; b) il comedone aperto, o punto nero, in cui l’orifizio è reso visibile da un piccolo opercolo scuro, costituito dalla porzione più esterna del secreto sebaceo, indurito e annerito sia per i fenomeni ossidativi che vi si verificano, sia per l’impregnarsi di polvere d’ambiente.

In uno stadio più avanzato, attorno al follicolo riempito di sebo, si forma nell’epidermide una reazione infiammatoria, una papula, sicché il comedone acquista un alone arrossato e indurito. È la forma papulosa dell’acne. In questa reazione hanno gioco sia gli acidi grassi del sebo sia, in diversa misura, i batteri e/o funghi normali colonizzatori della cute, come il *Propionibacterium acnei* e la *Malassezia furfur*, che possono svilupparsi in questo tessuto.

La compresenza dello stafilococco rende la suppurazione più importante. È la forma papulo-pustolosa dell’acne che, se severa, può già lasciare cicatrici, anche deturpanti. Infine, con una componente suppurativa meno evidente, ma con una componente produttiva assai cospicua, arriviamo alla formazione di cisti. Qui la lesione, di aspetto e consistenza nodulare, si approfondisce nel derma, ed è costituita sia dalla raccolta di sebo sia dalla iperproduzione cheratinica della parete. Se si verifica una rottura di quest’ultima, la fuoriuscita del sebo dà luogo a una reazione flogistica. È l’acne cistica, il cui esito cicatriziale è inevitabile.

Le cicatrici dell’acne sono prevalentemente atrofiche, più di rado ipertrofiche o cheloidi.

Perché viene l’acne? E perché in alcuni è modesta e di breve durata e in altri dura tanto a lungo?

L’acne è un fenomeno naturale, legato es-

senzialmente a due fattori: a) l’ipercheratosi duttale, certamente almeno in parte legata (data la sua comparsa tipicamente in età pubere) all’azione degli androgeni di origine surrenalica o genitale e dei loro metaboliti locali sul follicolo; b) l’ipersecrezione sebacea (seborrea), anche questa certamente esaltata dagli androgeni. La comparsa e l’evoluzione dell’acne dipendono da molte variabili: la quantità di androgeni e la qualità dei loro metaboliti, le caratteristiche costituzionali della cute e del follicolo, la composizione del sebo, la composizione della flora di superficie. La maggior parte di questi fattori sono costituzionali (e in effetti l’acne volgare ha spesso una somiglianza intrafamiliare).

C’entra in qualche modo la dieta?

Ci sono molte leggende, nessuna con un minimo di sostegno osservativo serio. Se si dovesse pensare a un trattamento dietetico dell’acne, bisognerebbe tener forse conto della costituzione del sebo, e dei possibili effetti di una scelta qualitativa più mirata della sua quota lipidica privilegiando la componente omega-3 sulla omega-6; ma nessuno studio serio è stato fatto in questa direzione.

E il Sole?

Il Sole certamente ha un effetto terapeutico: difatti, come già detto, l’acne guarisce o si attenua molto d’estate. Ne risente prevalentemente la componente infiammatoria, che si può giovare anche della terapia radiante con UVA.

Che cosa si può fare a un paziente con l’acne?

Nella grande maggioranza dei casi non si può e non si deve far niente. Si tratta di quelle condizioni nelle quali l’acne non è che uno stato evolutivo fisiologico, quantitativamente contenuto e minimamente disestesico. I puntini neri possono essere eliminati, dall’estetista o in casa, con un piccolo strumento strizza-comedoni. Per i punti bianchi è meglio lasciarli stare. Le rare pustoline possono essere scoperciate con un ago e lasciate svuotare.

Se l’acne è più disturbante, sarà invece ra-

gionevole intervenire farmacologicamente. I farmaci sperimentati sono anche troppo numerosi: l'acido azelaico, gli antibiotici, il benzoile perossido, l'acido retinoico, l'isotretinoina.

Tra questi farmaci c'è spazio per una scelta differenziata in funzione della qualità della lesione elementare: l'acido azelaico e gli antibiotici servono specialmente sulla componente microbiotica, il benzoile perossido sulla componente flogistica (e un po' meno sulla componente comedonica), l'acido retinoico e l'isotretinoina sulla proliferazione dei cheratinociti e sulla seborrea.

In ordine crescente di impegno terapeutico potremmo mettere al primo posto l'acido azelaico (non ha praticamente nessun effetto collaterale; nemmeno, a differenza degli altri topic - eccetto gli antibiotici - l'azione irritante); al secondo posto gli antibiotici locali (sono stati sperimentati con successo un po' tutti, dalle tetracicline ai macrolidi, alla gentamicina); poi il benzoile perossido (2,5-5-10% per uso), che ha come principale effetto collaterale l'irritazione cutanea (procedere con concentrazioni progressivamente crescenti del farmaco); infine l'acido retinoico (0,01-0,05%), anch'esso (e più costantemente) irritante, anch'esso da usare a concentrazioni crescenti.

Nell'acne superficiale, senza o con modesta componente flogistica, con poche, piccole, papulo-pustole (<10 elementi <2 mm), è indicato essenzialmente il trattamento topico.

Già in questa fase, comunque, e a maggior ragione se la componente pustolosa tenda ad essere più consistente (>10 elementi >3 mm), l'antibiotico per via generale trova un suo spazio d'uso: in sostanza quella dell'antibiotico è una scelta terapeutica senza o con minimi effetti collaterali. Tradizionalmente si usa una tetraciclina, la minociclina, 100 mg/die per i primi 15-20 gg, poi metà dose per 6-8 mesi (fino all'estate); a questo antibiotico vengono attribuiti, oltre all'effetto sulla flora, anche effetti utili sul follicolo.

L'indicazione formale al trattamento per via generale, sia per il benzoilperossido che per l'acido retinoico sia per gli antibiotici (che, come si è detto, possono venir associati agli altri due farmaci), è l'acne "profonda", nodulare o cistica.

Sia per l'acne superficiale che profonda i cicli terapeutici, di regola, non coprono l'estate. Durante quella stagione il miglioramento spontaneo consente infatti l'interruzione della farmacoterapia.

Gli antibiotici, locali o sistemici, possono essere associati a qualunque altra terapia.

Le scelte andranno fatte in funzione del bisogno e dei risultati, e questi ultimi, a loro volta, andranno valutati con la massima obiettività, prima di decidere (empiricamente!) se, in quel determinato farmaco e quel determinato caso, l'efficacia sia stata tale da optare per il mantenimento per lunghi cicli, per la sostituzione con un altro preparato, o per l'associazione con l'antibiotico. L'uso sistematico della fotografia, in pazienti che si debbono seguire a lungo e con intervalli non brevi tra un controllo e l'altro, diventa un ausilio non marginale.

Dunque non esiste una terapia "definitiva" dell'acne?

Definitiva forse no, ma quasi. Si chiama isotretinoina (*Roaccutan*). I suoi effetti durano per anni; e quindi, nella maggior parte dei casi, abbastanza a lungo da mettere la parola fine al disturbo, per suo conto autolimitato. Agisce sull'infiammazione, sulla secrezione sebacea, sul trofismo della ghiandola sebacea che manda in ipotrofia, sulla cheratosi duttale. Si dà alla dose di 0,5 mg/kg per 6 mesi fino a un totale di 120 mg/kg per ciclo (il ciclo può essere ripetuto). Può essere utilizzato anche per via topica (0,05%) con effetti vicini a quelli dell'acido retinoico.

Non è però un farmaco senza costi, economici (è molto caro) o biologici. La sua prescrizione richiede, nella ragazza, un test di gravidanza (negativo) prima di cominciare, e un trattamento con anti-concezionali durante tutto il ciclo terapeutico: è infatti un farmaco teratogeno. Inoltre dà eritema al volto e secchezza delle mucose in circa la metà dei soggetti trattati; produce un aumento delle principali attività enzimatiche del siero, e può (forse) indurre depressione.

Di regola, gli articoli pubblicati sono commissionati dalla Redazione all'Autore. Tuttavia, contributi non preordinati, coerenti con la linea editoriale della Rivista, che pubblica prevalentemente articoli sulla pediatria ambulatoriale e generalistica, per lo più di aggiornamento, ma anche su esperienze personali o di gruppo, o di riflessione, o di casistica ("Perché si sbaglia", "Rubrica iconografica", "Oltre lo specchio"), o di politica sanitaria, sono sicuramente molto graditi.

□ Gli articoli e le lettere vanno inviati alla Redazione di *Medico e Bambino*, presso la Società editrice: **Medico e Bambino, via S. Caterina 3 34122 Trieste. Tel 040 / 3728911 Fax 040 / 7606590**

È possibile l'invio anche per e-mail: **redazione@medicobambino.com**

□ Le dimensioni ideali dei contributi sono dell'ordine delle 15.000 battute (6-8 cartelle a macchina, 3-4 cartelle in videoscrittura), oltre alle illustrazioni (diapositive, disegni, grafici, tabelle) per le quali non c'è limitazione (si prega di contraddistinguere chiaramente le immagini, fornirle di didascalia, segnalare in quale punto del testo vanno citate). Per la rubrica iconografica, tra testo e immagini, lo spazio totale è quello di due facciate di rivista (circa 6000 battute di testo più illustrazioni). Indicare anche i nomi di battesimo degli Autori dell'articolo. La bibliografia va redatta in ordine di citazione. Il numero d'ordine della citazione va indicato nel testo; la voce bibliografica comprenderà i nomi degli Autori fino al quarto, il titolo dell'articolo o del libro, il nome della rivista secondo le abbreviazioni internazionali, l'indicazione del volume, la prima pagina del testo, l'anno, nell'ordine. Nella bibliografia le abbreviazioni, anche dei nomi degli Autori, non necessitano del punto.

□ Se il contributo è in videoscrittura, l'invio del relativo dischetto (o del file per e-mail) sarà particolarmente gradito. Se il file viene inviato per e-mail, le immagini relative dovrebbero essere inviate anche via fax o posta.

□ La accettazione (o la non accettazione) del contributo sarà comunicata all'Autore. La Redazione si riserva la possibilità di effettuare operazioni superficiali di editing, che, se di qualche consistenza, verranno sottoposti all'Autore. Le lettere saranno accettate in tutti i casi, e pubblicate quanto prima possibile. Per le lettere è opportuno che le dimensioni non superino le 3000 battute (una cartella in videoscrittura); in caso contrario è possibile che qualche taglio risulti necessario, senza modificare la sostanza del contenuto.

PAGINE ELETTRONICHE

Le pagine elettroniche di M&B ospitano

Contributi originali (2-4 a numero), suddivisi in due sezioni (rispettivamente: "Casi clinici contributivi" e "Ricerca"). I lavori pubblicati in questa sezione sono sottoposti a verifica da parte di un gruppo di referee e, se accettati, pubblicati per esteso on line e in abstract su questa pagina verde ENTRO 60 GG DAL L'INVIO. Il lavoro originale deve essere inviato in dischetto o meglio in e-mail, non deve superare le 9000 battute (circa 3 cartelle di PC), può contenere inoltre illustrazioni e una bibliografia secondo i criteri generali della rivista (citazione in ordine di comparsa nell'articolo, i primi 3 AA, titolo, collocazione per volume, pagina, anno). L'abstract sarà elaborato in redazione. La sua traduzione in lingua inglese accompagnerà la pubblicazione in esteso "on line". Gli articoli sono archiviati, citabili, validi a tutti gli effetti come pubblicazioni. L'indice di lettura è ragionevolmente alto (circa 300 "visitatori" al giorno). I contributori riceveranno 5 estratti della pubblicazione in esteso.

