

## ACNE

### I. PREVALENȚA

Acneea este o afecțiune inflamatorie cronică a foliculului pilo-sebaceu.

Leziunile elementare din acnee sunt hiperseboreea, leziunile retenționale și leziunile inflamatorii (papule, pustule, noduli).

**Hiperseboreea** este responsabilă de un aspect lucios al pielii, în absența transpirației; se localizează la nivel medio-facial (frunte, nas, obraji, regiunea mentonieră).

**Leziunile retenționale** sunt reprezentate de **comedoane**.

**COMEDON= PUNCT NEGRU= COMEDON DESCHIS** este o leziune caracteristică acneei, indiferent de vârstă; apare datorită obstrucției orificiului infundibular cu keratină și sebum.

**MICROCHIST= PUNCT ALB= COMEDON ÎNCHIS** este o papulă de 2-3 mm, de culoarea pielii, fermă, determinată de acumularea de sebum și keratină într-un infundibul închis; uneori se simte la palpare. Poate evolua spre ruptură la exterior sau în derm.

Manifestările clinice din acnee sunt determinate de un mecanism patogen complex, în care sunt implicați, în mod special, următorii factori: glanda sebacee, epiteliul canalului infundibular și *Cutibacterium acnes* [1].

Glanda sebacee este responsabilă de creșterea secreției de sebum dar și de modificarea compoziției acestuia, prin stimularea receptorilor pentru DHT (dihidrotosteron), pentru neuromediatorii (substanța P), pentru CRH (corticotropin-releasing hormone), pentru IGF-1 (insuline growth factor 1), pentru alfa-MSH și pentru histamină [2,3].

O ipoteză recentă susține că pielea este un „organ hormonal” care are o intensă activitate enzimatică intracelulară (care permite transformarea progesteronului în testosteron și DHT) și receptori specifici de tip hormonal; astfel s-ar putea explica accentuarea leziunilor de acnee premenstrual sau apariția în pubertate [4].

La nivelul canalului infundibular există o activitate intensă de proliferare epitelială, anomalii de diferențiere, descuamare corneocitară care favorizează formarea unui „dop” cornos [5].

Cutibacterium acnes (vechea denumire Propionibacterium acnes) face parte din microbiomul cutanat; este rezident în zonele bogate în sebum și intervine în patogenia acneei prin procese variate (sinteza unor proteine din biofilmul cutanat, a unor factori pro-inflamatori și chimiotactici, activarea complementului, activarea limfocitelor T și expresia TLR-Toll Like Receptors) [6].

## **FORME CLINICE [7-10]**

### **ACNEE NEONATALĂ: de la naștere – 6 săptămâni**

Este o formă tranzitorie de acnee, raportată la aproximativ 20% dintre nou-născuți, mai frecvent la sexul masculin. Se presupune ca mecanism patogenetic stimularea glandelor sebacee de către androgenii materni /sau aplicarea exagerată de uleiuri la nivel cutanat. Au fost raportate cazuri survenite în caz de tratament al gravidei cu litiu sau hidantoin (Fenitoin) în timpul sarcinii.

Evoluția poate fi spontan favorabilă în câteva luni; rar se pot forma mici abcese cu cicatrici reziduale și evoluție cronică.

Clinic se caracterizează prin prezența de comedoane, papule și pustule pe frunte și obraji (Fig. 1a și 1b).



*Fig. nr. 1a: Acnee neonatală; b: Pustuloză tranzitorie neonatală.*

Diagnosticul diferențial trebuie realizat cu pustuloza cefalică neonatală, melanoza pustuloasă tranzitorie și eritemul toxic al nou-născutului.

### **ACNEE INFANTILĂ: 6 săptămâni-1 an**

Este frecvent descrisă la băieți, clinic se caracterizează prin prezența de leziuni inflamatorii și retenționale, predominând aspectul inflamator (pustule, papule, noduli și cicatrici); (Fig. 2a și 2b). Manifestările cutanate pot fi izolate sau asociate altor anomalii care pot suspiciiona o anomalie endocrină: pilozitate precoce, obezitate, dezvoltarea precoce a organelor genitale și curbă staturo-ponderală exagerată în raport cu vârsta. Evoluția este cronică și leziunile pot persista, chiar în caz de tratament precoce, până la vârsta de 4-5 ani, cu riscul de cicatrici la nivelul obrazilor.

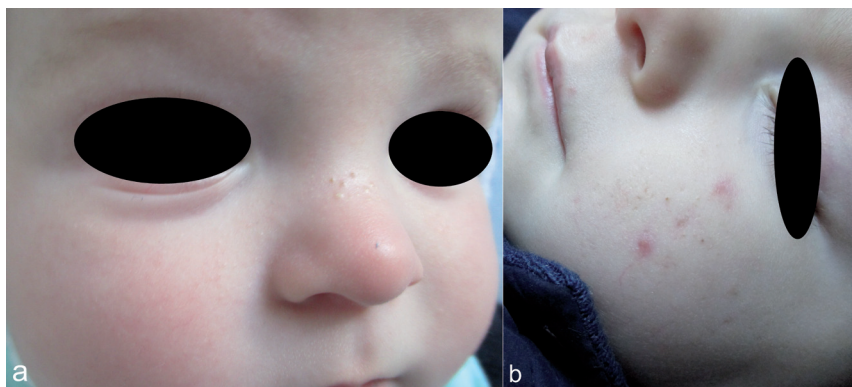


Fig. nr. 2a și 2b: Acnee infantilă.

### **ACNEE din COPILĂRIA MICĂ: 1-7 ani (ACNEE PREȘCOLARĂ)**

Este rară și reprezintă manifestarea cutanată a unei boli endocrine, cel mai frecvent hiperplazie congenitală suprarenaliană (prin blocarea totală sau parțială enzimatică a 21- $\beta$  hidroxilazei), tumoră ovariană sau tumoră de suprarenală (Fig. 3).



Fig. nr. 3: Acnee preșcolară.

## ACNEE PREPUBERTARĂ

Acneea din perioada prepubertară este de tip retențional, cu leziuni predominând pe frunte, nas și obraji. O parte dintre acești pacienți pot dezvolta, la adolescență, o formă severă de acnee (Fig. 4).



Fig. nr. 4: Acnee prepubertară.

## ACNEEA ADOLESCENTULUI (ACNEE JUVENILĂ POLIMORFĂ)

Este forma cea mai frecventă de acnee, la 12-13 ani la fete și 1-2 ani mai târziu la băieți; deseori sunt prezente semne de hiperandrogenism (ovarian sau suprarenalian) la fete, impunând control endocrinologic.

Leziunile de acnee sunt de tip retențional și inflamator, dispuse la nivelul feței, regiunii presternale și scapulare și la nivelul trunchiului (Fig. 5a și 5b).



Fig. nr. 5a și 5b: Acnee juvenilă polimorfă.