



Terapia di mantenimento nell'acne: i retinoidi topici funzionano

Data 08 luglio 2006
Categoria dermatologia

I retinoidi topici sono efficaci nella terapia di mantenimento dell'acne.

In un primo studio sono stati reclutati 189 pazienti ambulatoriali. I criteri di inclusione prevedevano un'età > 12 anni, la presenza di acne volgare moderata o grave, da 10 a 100 lesioni facciali di tipo acneico non flogistico, da 25 a 60 lesioni facciali flogistiche e non più di 2 lesioni facciali nodulari-cistiche. Gli end-point erano la gravità della malattia valutata con uno score (da zero per assenza di malattia a 6 per malattia grave), la percentuale di variazioni delle lesioni flogistiche e non flogistiche, il conteggio dei comedoni, delle papule e delle pustole. La risposta al trattamento venne classificata in: miglioramento del 100%, 90%, 75%, 50% e 25%, nessun cambiamento e peggioramento. Vennero registrati anche gli effetti avversi come il peeling, l'eritema, la secchezza e il prurito. Il trattamento iniziale, di 12 settimane, consisteva nella applicazione, ogni sera dopo la pulizia facciale, di un gel contenente tazarotene allo 0,1% associato a minociclina 100 mgx2/die. Il 72% completò questa prima fase e il 60% dei soggetti mostrava un miglioramento del 75% o maggiore. Il numero medio di lesioni al baseline era di 79, alla fine della fase iniziale si era ridotto a 36. I pazienti con un miglioramento di almeno il 75% (n=114) vennero randomizzati a uno dei seguenti tre regimi di mantenimento per altre 12 settimane: gel di tazarotene allo 0,1% + capsule di placebo, un gel placebo + minociclina 100 mgx2/die, gel di tazarotene 0,1% + minociclina 100 mgx2/die. Completarono la fase di mantenimento 90 pazienti.

Alla fine dello studio tutti e tre i regimi furono efficaci nel mantenere il miglioramento ottenuto nella prima fase (almeno il 50% dei pazienti mantenne il 75% o più del miglioramento ottenuto), senza differenze sostanziali se si esclude l'efficacia sulle lesioni infiammatorie, che risultò lievemente minore per il regime a base di solo tazarotene. Tutti i trattamenti furono ben tollerati; gli effetti collaterali più comuni furono il bruciore (3%), il peeling (3%) e l'eritema (2%). Gli autori concludono che molti pazienti con acne moderata-severa possono mantenere il miglioramento ottenuto dopo una terapia di attacco a base di minociclina e gel di tazarotene mediante la sola terapia topica con retinoidi.

In un secondo studio sono stati reclutati 253 soggetti con acne severa che avevano avuto un miglioramento almeno moderato (50%) rispetto al baseline dopo trattamento di 12 settimane con adapanele gel allo 0,1% + doxiciclina oppure doxiciclina + gel placebo. I soggetti sono stati randomizzati ad adapanele gel oppure gel placebo per altre 16 settimane. Rispetto a quest'ultimo la terapia topica con adapanele mostrò un maggior mantenimento dei miglioramenti ottenuti nella prima fase e fu ben tollerato. Gli autori concludono che l'adapanele gel è una terapia efficace di mantenimento nell'acne volgare.

Fonte:

Arch Derm. 2006;142:597-602

Arch Derm. 2006; 142: 605-612

Commento di Renato Rossi

Le linee guida sull'acne raccomandano di iniziare una terapia con l'associazione di antibiotici per os e di prodotti topici a base di retinoidi e, una volta ottenuto il miglioramento, di continuare il mantenimento con la sola terapia topica. Questi due studi confermano la bontà di questo approccio, che ha l'evidente vantaggio di ridurre l'esposizione agli antibiotici. Tuttavia non bisogna trascurare alcuni punti grigi. Per esempio nel primo studio manca un gruppo di controllo trattato con solo placebo; nel secondo studio il gruppo trattato con placebo è stato previsto solo nella seconda fase, quella di mantenimento. Ancora: sono stati selezionati per la terapia di mantenimento solamente soggetti che avevano risposto al trattamento iniziale, quindi i risultati non sono generalizzabili all'intera popolazione di pazienti con acne (i pazienti che non sembrano rispondere alla terapia di attacco rappresentano una percentuale ragguardevole, attorno al 30%). Inoltre nel primo studio più del 20% dei pazienti non ha completato la seconda fase. Infine sarebbe stato interessante prevedere un gruppo trattato con benzoil-perossido. In uno studio recente su pazienti con acne lieve-moderata il benzoil-perossido topico da solo o combinato con eritromicina topica ha dimostrato di avere un'efficacia simile alle ossitetracicline orali ed alla minociclina, senza produrre resistenza nei propionibatteri. Pur con tutte queste limitazioni possiamo concludere che la terapia di mantenimento con retinoidi topici è una scelta appropriata e utile a ridurre l'uso degli antibiotici per periodi prolungati che, oltre a possibili ripercussioni sistemiche, può causare la comparsa di ceppi di *Propionibacterium acnes* resistenti. Secondo dati recenti la percentuale di ceppi resistenti in alcuni contesti supera il 60%. Dal punto di vista fisiopatologico la scelta dei retinoidi topici appare razionale in quanto essi agiscono sui microcomedoni, che sono i precursori di tutte le tipologie di lesioni acneiche. Una revisione sistematica della letteratura ha concluso che, comunque, la risposta dell'acne a vari trattamenti varia considerevolmente in base alla presentazione clinica. Nei pazienti che presentano prevalentemente comedoni la terapia di prima scelta si fonda sui retinoidi topici, anche se risposte si possono avere con l'uso di antibiotici per uso topico o sistemico, contraccettivi (nelle donne) e isotretinoina. Nell'acne infiammatoria lieve-moderata con papule e pustole si ottengono risultati combinando antibiotici topici e retinoidi. Nelle forme di acne infiammatoria moderata-grave vanno usati antibiotici per via sistemica mentre nelle forme gravi nodulari, nel caso di fallimento con altri trattamenti, cicatrici, frequenti recidive è indicata l'isotretinoina orale. Quando possibile è meglio evitare l'uso prolungato di antibiotici sia per uso locale che sistemico. L'isotretinoina è un potente teratogeno per cui è necessario associare un contraccettivo nel caso di uso nelle donne.

Bibliografia



1. Lancet 2004 Dec 18/25; 364: 2188-95
2. JAMA. 2004 Aug 11; 292:726-735.