

KVISER

– ungdomstidens medaljebakside

■ STURE ROGNSTAD *Fastlege og ph.d. stipendiat, Allmenntmedisinsk forskningsenhet, Institutt for Helse og samfunn, Universitetet i Oslo*

- Ungdom med akne skårer dårligere på mental helse enn ungdom med andre sykdommer som psoriasis og astma.
- Det er viktig å oppdage underliggende depresjon hos pasienter med hudsykdommer, da hudlidelser og særlig akne har betydelig innvirkning på selvbildet.

Huden vårt største organ

Huden er vårt største organ. Huden ble definert som eget organ i 1777 av den engelske legen Anneus Charles Lorry. Som en omslut-

tende kappe rundt kroppen vår, utgjør den grensesnittet mot omverdenen. Den er vårt største sanseorgan. Huden gir oss opplysninger om temperatur, fuktighet, vær og vind. Den formidler følelser og kommunikasjon. Huden registrerer og tolker andre menneskers berøring av kroppen vår.

Den kan være erotisk og formidle nytelse og begjær, men huden kan også være kald, klam og «ekkel» og skape avstand. Signalene som huden formidler er i ikke liten grad forsterket gjennom de idealer som formidles til oss via reklame, TV og film etc. Sjelden så vi vellykkede college-jenter i amerikanske «tenårings-såper» med ansiktet fylt opp av kviser, eller noen av livredderne i «Baywatch» med ryggen full av kviser.

Huden gir også signaler ut til omverdenen, som rødming, «hvitt sinne» osv. I tillegg til disse mer fysiologiske funksjoner som huden

har, kommer det faktisk at huden bokstavelig talt er vårt ansikt utad. På samme måte som klær gjør folk, er huden gjenstand for pleie og omsorg i den hensikt å formidle et budskap.

En blek og sart hud var lenge et ideal. Den signaliserte status og velstand. Den ga signaler om et liv fritatt fra arbeid ute. De mindre velstående måtte arbeide ute og fikk en hud som i langt større grad ble preget av sol, vær og vind. I vår tid er en solbrent hud uttrykk for sporty friskhet og symboliserer fritid, velstand og et aktivt liv. På samme måten vil sykdommer i huden kunne gi negative signaler om oss til omverdenen og føre til depresjon, isolasjon og hos disponerte personer til og med selvmord. Dette gjelder pasienter med kviser, hårtap, atopisk eksem og psoriasis; sykdommer som sterkt påvirker opplevelsen av egen kropp og derigjennom selvbildet.

Ungdom opplever akne som en mer psykisk belastende tilstand enn sykdommer som psoriasis og astma.

ILLUSTRASJONSFOTO: YURI ARCUS





FIGUR 1 (T.V.). Komedon akne
 FIGUR 2 (OVER). Papulopustuløs akne
 FIGUR 3 (T.H.). Nodulocystisk akne



ACNE VULGARIS/KVISER: Forekomst og klinisk inndeling

Acne vulgaris, eller kviser er en nærmest fysiologisk tilstand hos unge mennesker. Tilstanden har svært høy forekomst. Nær 85 prosent av ungdom fra 12–25 år, åtte prosent av voksne fra 25–34 år og tre prosent av voksne fra 35–44 år har i varierende grad følt problemet på kroppen. Til tross for den store utbredelsen av tilstanden i befolkningen utgjør kviser, byller og infeksjoner i huden bare tre prosent av de kliniske problemstillingene i allmennpraksis

Akne kan deles inn i grupper etter klinisk bilde og alvorlighetsgrad:

1. Komedon akne (FIGUR 1). Denne typen har hovedsakelig komedoner. Det er relativt lite inflammasjon, men overflatiske pustler hører med i bildet
2. Papulopustuløs akne (FIGUR 2). Akne av denne typen har komedoner og inflammatoriske papulopustler. Disse etterlater ikke sjelden arr i huden.
3. Nodulocystisk akne (FIGUR 3). Acne cystika eller acne conglobata har, i tillegg til smertefulle noduli, arrdannende cyster som som er fylt med sterilt puss eller pastøse masser.

En og to ansees som *mild* dersom det foreligger mindre enn 10 lesjoner i ansiktet. 10–40 lesjoner i ansiktet betegnes som moderat akne. Stadium tre ansees å være alvorlig akne og bør behandles av spesialister i dermatologi (1).

Huden er et felt i medisinen hvor myter og kjerringråd florerer. I en studie hevdet 42

prosent av pasientene med mild – moderat akne at kvisene skyldtes hormonelle forstyrrelser, 18 prosent mente at feil kostforhold, for eksempel inntak av fett og sukker var viktigste årsak til kvisene (2). Sjokolade og sterkt krydret mat var ansett å være lite heldig.

... i 7. klasse sto vår klasseforstander og dserte for hele klassen at kviser skyldtes urenheter i huden og urenslighet. Dette har fulgt meg som en mare i de neste 40 årene. Jeg har vært hysterisk redd for ikke å vaske meg nok. Jeg har aldri våget å kle av meg på stranden, da jeg fortsatt har arr etter kvisene, og derved fortsatt en «uren hud».

Pasienten som forteller dette beskriver vel den oppfatning som rådet på 50- og 60-tallet. Men at kviser er uttrykk for urenheter med et behov for «renselse», har godt feste i bevissheten helt opp i våre dager. Oppfatningen i dag er klart mer nyansert blant de lærde. Hormonelle og genetiske forhold er ansett å være de viktigste etiologiske faktorer i dag, men noen fullstendig kunnskap om aknesykdommen har vi fortsatt ikke. Vi vet at tre faktorer spiller inn:

1. Hyperkeratinisering og obstruksjon av talgkjertler forårsaket av en økt avskalling av det follikulære epitelet
2. Androgenstimulert økning av talgproduksjonen
3. Kolonisering av folliklene med bakterien *Propionibacterium acnes*

Forekomsten av akne i samfunn med såkalt «vestlig» levestil er betydelig høyere enn i

land med enklere kosthold og en enklere sivilisasjon. Enkelte forfattere har forsøkt å ta dette til inntekt for at høyt karbohydratinntak med en sekundær hyperinsuliemi kan lede til økt produksjon av såkalt «insulin-like growth factor» (IGF-1). Teorien er da at IGF-1 og insulin skulle øke androgenproduksjonen i ovariene, og derigjennom øke dannelsen av akne (3).

Epidemiologiske studier har klart vist at et rikere ernæringsinnhold i kosten gir tidligere menarche hos piker. Tilsvarende vil lavt kroppsfett slik man ser det hos atleter og ballettdansere gi senere menarche (4). Tidlig kjønnsmodning har betydning for utvikling av akne. 219 svarte og 249 hvite gutter i tidlig tenår ble fulgt i 5 år. De svarte guttene hadde høyere skår for pubertetsmodning enn de hvite guttene, og forekomsten og alvorligheten av akne korrelerte godt til pubertetsmodningen (5), men det er kontroversielt om disse argumenter kan taes til inntekt for at et kaloririkt kosthold med hyperinsulinemi fører til økt akne. Man ville for eksempel forventet at ungdommer med fedme skulle ha mer akne

enn andre. Disse ungdommene har jo en relativ insulinresistens. Bourne & Jacobs undersøkte 2720 militære rekrutter og fant ingen slik sammenheng i aldersgruppen 15–19 år (6).

Det siste ord er neppe sagt om kosthold og akne, men det synes ikke å være holdepunkter for at verken mengden mat eller typen mat synes å være viktig for utviklingen av akne hos unge mennesker.

Er akne en alvorlig tilstand?

Undersøkelser har vist at akne på en grusom måte kan forstyrre selvbildet (7), psykologisk helse (8) og evnen til å skape relasjoner (9).

På spørsmål om de har hatt reelle tanker om å ta sitt liv, svarte fem prosent av unge pasienter med akne JA. Bare halvparten så mange; 2,5 prosent av polikliniske pasienter med psoriasis hadde slike tanker, mens det bare var sykehusinnlagte pasienter med psoriasis som hadde høyere andel med slike tanker (7,2 prosent) (10). Cotterill beskrev 16 fullførte selvmord blant pasienter med hudsykdommer. Av disse hadde sju akne. Redusert selvbilde og forstyrret opplevelse av egen kropp gikk igjen hos alle disse. Forfatteren understreker betydningen av å oppdage underliggende depresjon hos pasienter med hudsykdommer, da hudlidelser og særlig akne har betydelig innvirkning på selvbildet. Om det ikke går så galt at det ender med selvmord vil livskvaliteten reduseres.

I en større sammenlignende studie ble pasienter med akne undersøkt mhp forskjellige dimensjoner av livskvalitet. Pasienter med akne hadde signifikant redusert livskvalitet på fire områder: mental helse, sosial funksjon, vitalitet og begrensninger pga følelsesmessige problemer. Pasienter med akne så ikke på seg selv som syke mennesker, men hadde betydelig dårligere skår på mental helse enn for eksempel pasienter med astma, leddgikt eller koronar hjertesykdom (11). Akne er ikke en triviell lidelse, noe vi ofte tenker når vi sammenligner den med andre og mer «moteriktige» sykdommer.

Behandling av akne

Retinoider, eller lokal vitamin A syre, viste seg tidlig på 70-tallet å være effektiv behandling av mild akne. Vitamin A syre forebygger dannelsen av komedoner ved å redusere avskalling av follikkel-epitelet. De to mest brukte retinoider som brukes i Norge er tretinoin (Aberela) og adapalen (Differin). I en meta-analyse av fem multisenter-undersøkelser med til sammen 900 pasienter, fant man en reduksjon av totale antall aknesjoner på henholdsvis 53 prosent og 57 prosent ved



Selv om kviser er en normal tilstand, finnes det effektiv og god behandling som kan hjelpe den enkelte.

ILLUSTRASJONSFOTO: GRAÇA VICTORIA

bruk av tretinoin og adapalen. Studiene gjaldt pasienter med mild til moderat akne (12).

Lokale antimikrobielle midler omfatter clindamycin, erytromycin, tetracyklin og benzoylperoxyd. Placebokontrollerte, randomiserte studier viser at clindamycin og erytromycin reduserer inflammatoriske lesjoner med 46–70 prosent (13; 14)

Nyere studier indikerer også at kombinasjonen av lokale antimikrobielle midler med benzoylperoxyd har en bedre effekt en midlene brukt hver for seg (15).

Orale antibiotika: Systemisk antibiotika brukt mot akne har både en antimikrobiell og en antiinflammatorisk effekt. De reduserer *Propriion bacterium acnes* inne i hårfolliklene. Tetracyklin og erytromycin hemmer også leukocyt-chemotaxen, og virker derigjennom antiinflammatorisk. I Norge er det stort sett oxytetracyklin og erythromycin som brukes til denne form for behandling. Effektiviteten ved peroral antibiotikabehandling av akne er noe forskjellig angitt. Ved moderat – alvorlig akne så man en reduksjon av inflammatoriske lesjoner med 64 prosent med tetracyklin og 67 prosent med erythromycin (16).

Hormonell terapi: Dette er behandling som er forbeholdt kvinner. I praksis vil det være p-piller med en ekstra antiandrogen effekt som benyttes. Etinylestradiol 30 ug +drospirenone 3 mg (Yasmin) og etinylestradiol 35 ug + cyproterone 2 mg (Diane) har begge vist en 60 prosent reduksjon av antallet aknesjoner. Bare Diane har behandling av akne som indikasjon i Norge (17), men begge har samme, gode effekten på akne.

Isotretinoin (Roaccutan) er en metabolitt av vitamin A som hemmer differensiering og proliferasjon av talgkjertler, reduserer størrelsen på talgkjertler og normaliserer avskalling av epitel i talgkjertlene. Problemet med denne behandlingen er at den er belemret med en rekke alvorlige bivirkninger. Preparatet kan gi fosterskader og forutsetter sikker prevensjon under behandlingen og i seks måneder etter avsluttet behandling. Det er rapportert psykiske bivirkninger og selvmord, men det er reist berettiget tvil om dette er riktig. Jon Halvorsen fant suicidal tanker hos unge med alvorlig akne; oddsratio 1.80 (95 prosent KI 1,30–2,50), men sammenholdt med tall fra reseptregisteret var det få av disse som var behandlet med isotretinoin (18). En rimelig tolkning kan være at betydelig akne hos unge i seg selv kan være en psykisk belastning med selvmord som et alvorlig endepunkt. Uansett bør vel behandlingen med systemiske retinoider være forbeholdt alvorlig akne og leger som har erfaring med denne form for behandling.

Kviser behandles for en stor del ved egenomsorg

Kosmetikkindustrien og den kulørte pressen står i kø for å hjelpe. Man trenger ikke google lenge før man overveldes av hjelpsomme råd. Diverse klinikker tilbyr allehånde behandlinger. Blogger og mer egenopplevde behandlingsresultater florerer på nettet. Ikke rart kanskje, når man husker på at kviser i overveiende grad er en normal tilstand.

Hva er så fastlegens rolle?


Utfordringen for den gode doktoren blir vel å se kvisene og graden av alvorlighet med ungdommens øyne. Det er stilt spørsmål om vi som leger uten videre skal ta opp en ungdoms åpenbare akneproblem dersom vedkommende oppsøker legen for noe annet.

Sannsynligvis kan vi som fastleger være nyttige dersom vi bidrar med en varsom informasjon om tilgjengelige behandlingsmuligheter.

På den annen side må vi som leger huske at kviser er alvorlige ting for dem som har dem. Særlig hvis man er 16 år.

REFERANSER

1. James WD. Clinical practice. Acne. *N Engl J Med* 2005; 352: 1463–72.
2. Brajac I. Acne vulgaris: myths and misconceptions among patients and family physicians. 2004.
3. Cordain L, Lindeberg S, Hurtado M, et al. Acne-vulgaris: a disease of Western civilization. *Arch Dermatol* 2002; 138: 1584–90.
4. Frisch RE, Wyshak G, Vincent L. Delayed menarche and amenorrhea in ballet dancers. *N Engl J Med* 1980; 303: 17–9.
5. Lucky AW, Biro FM, Huster GA, et al. Acne vulgaris in premenarchal girls. An early sign of puberty associated with rising levels of dehydroepi and rosterone. *Arch Dermatol* 1994; 130: 308–14.
6. Bourne S, Jacobs A. Observations on acne, seborrhoea, and obesity. *Br Med J* 1956; 1: 1268–70.
7. Shuster S, Fisher GH, Harris E, et al. The effect of skin disease on self image [proceedings]. *Br J Dermatol* 1978; 99: 18–9.
8. van der Meeren HL, van der Schaar WW, van den Hurk CM. The psychological impact of severe acne. *Cutis* 1985; 36: 84–6.
9. Jowett S, Ryan T. Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Soc Sci Med* 1985; 20: 425–9.
10. Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139: 846–50.
11. Mallon E, Newton JN, Klassen A, et al. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999; 140: 672–6.
12. Cunliffe WJ, Poncet M, Loesche C, et al. A comparison of the efficacy and tolerability of adapalene 0.1 percent gel versus tretinoin 0.025 percent gel in patients with acne vulgaris: a meta-analysis of five randomized trials. *Br J Dermatol* 1998; 139 Suppl 52: 48–56.
13. Becker LE, Bergstresser PR, Whiting DA, et al. Topical clindamycin therapy for acne vulgaris. A cooperative clinical study. *Arch Dermatol* 1981; 117: 482–5.
14. Dobson RL, Belknap BS. Topical erythromycin solution in acne. Results of a multiclinic trial. *J Am Acad Dermatol* 1980; 3: 478–82.
15. Ellis CN, Leyden J, Katz HI, et al. Therapeutic studies with a new combination benzoyl peroxide/clindamycin topical gel in acne vulgaris. *Cutis* 2001; 67: 13–20.
16. Haider A, Shaw JC. Treatment of acne vulgaris. *JAMA* 2004; 292: 726–35.
17. van Vloten WA, van Haselen CW, van Zuuren EJ, et al. The effect of 2 combined oral contraceptives containing either drospirenone or cyproterone acetate on acne and seborrhea. *Cutis* 2002; 69: 2–15.
18. Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, et al. Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. *J Invest Dermatol* 2011; 131: 363–70.

 sture.rognstad@medisin.uio.no