

ACNE: TRA MITI E LEGGENDE

A.G. Burroni

IRCCS Az. Osp. Universitaria San Martino IST GE

Se cerchiamo su internet il numero di articoli riguardanti la terapia dell'acne negli ultimi dieci anni rileviamo la rispettabile cifra di 3166 pubblicazioni. Questo, da un lato depone per una notevole offerta di opzioni terapeutiche, dall'altro per la non disponibilità di una terapia certa e totalmente efficace. Come curare l'acne, destreggiandosi tra le varie indicazioni e proposte delle case farmaceutiche e della letteratura, diventa un serissimo impegno: è necessario conoscere le possibilità e i limiti, ovvero vizi e virtù, di ciascun farmaco.

Se consideriamo le tetracicline per via sistemica dobbiamo ricordare come il dato della loro efficacia abbia faticato ad emergere: fino alla fine degli anni '60 non pochi lavori la negavano, anche attualmente una ricerca di Chiou WL (Int J Clin Pharmacol Ther. 2012 Mar;50(3):157) sottolinea come la minima differenza tra i risultati ottenibili con le diverse molecole ed i diversi dosaggi fa sì che il loro impiego sia da riconsiderare, anche tenendo conto della limitata differenza d'efficacia rispetto, non solo ad alcuni topici, ma anche al placebo.

Negli USA sino al 1997 non esisteva l'indicazione registrata dei contraccettivi per la terapia dell'acne (e tuttora il Diane non è commercializzato) poi, grazie a due buone ricerche (Redmond e coll. Obstet Gynecol 1997 89 615; Lucky e coll. JAAD 1997 37 746) riguardanti un'associazione trifasica (EP con Norgestimato+EE 35mcg) la FDA ne ammetteva la prescrizione nell'acne ma, a fronte di una rilevata efficacia del farmaco dal 83 al 94% quella del placebo risultava dal 62 al 65%! Certo abbiamo nuove tetracicline (e dimentichiamoci dell'inizialmente proposto dosaggio di 150mg/die di lymeciclina) e nuovi contraccettivi con migliori progestinici ad azione antiandrogena ma nelle sperimentazioni di confronto con i vecchi, la differenza non emerge come vorremmo. I bassi dosaggi di doxiciclina, che non indurrebbero antibio-resistenza, potrebbero esserci sì utili nella terapia di mantenimento, ma certamente non ci aiutano nelle acni nodulocistiche dove abbiamo bisogno di quell'azione anti-infiammatoria che, al contrario, solo gli alti dosaggi ci garantiscono. Ci hanno terrorizzato per l'appunto col problema della resistenza del P.Acnes agli antibiotici, certo, sia lode ai ricercatori operosi nei laboratori, ma la certezza di una mancata risposta alla terapia clinicamente evidente l'abbiamo avuta solo per l'eritromicina e poi ci hanno assicurato che basta aggiungere un topico (BPO in primis) per eliminarla. Ricordiamo che la minociclina ci è stata additata a rischio di induzione di Dress Syndrome e di immunopatie, verissimo, ci sono e molto di più che con le altre tetracicline, ma eliminati i pazienti di pelle nera e i predisposti il rischio è così importante da farcela dimenticare? Parliamo dei topici, ottimi taluni antibiotici: nelle acni lievi e medie si confrontano al meglio coi sistemici, ottimo il benzoilperossido anche se talvolta induttore di DIC, l'ac. azelaico non piace in Francia e i retinoidi? Indiscutibile il loro valore nel portare a risoluzione un'acne come pure nella terapia di mantenimento, ma quando ce li vengono a proporre (e mi riferisco alle linee guida del prestigioso JAAD) come topici di primo impiego anche nelle acni a componente infiammatoria, mi rifiuto di usarli! Infine abbiamo salutato con gioia, e con qualche preoccupazione, l'avvento dell'isotretinoina sistemica: indubbia la superiorità su ogni precedente farmaco ma di quanto è superiore? Abbiamo qualche ricerca: l'associazione di ac.azelaico+ minociclina ha azione sovrapponibile a quella dell'isotretinoina sulla componente nodulare di acni gravi, ma ovviamente inferiore sulle lesioni comedoniche e pustolose, la raccomandazione di usare l'isotretinoina solo dopo il fallimento di una terapia antibiotica ha pertanto un fondamento farmacologico e non solo etico. Sempre con l'eccellente isotretinoina dobbiamo mettere in conto successi parziali (15%) e recidive anche frequenti: 20-50% dei casi è la percentuale segnalata (Ann. Dermatol. Venererol 2008 135 (1) pg S112). Ce ne è abbastanza, anche senza considerare che, nonostante il nostro impegno, la scarsa adesione dei nostri pazienti alla terapia ha percentuali da brivido.