

Těžký případ rozacey

MUDr. Zuzana Nevoralová

Kožní oddělení nemocnice v Jihlavě

Autorka popisuje příklad pacienta s diagnózou rozacea – papulopustulózní a fymatózní subtyp. Pacient byl sledován a léčen ambulantně v Akné poradně kožního oddělení. Nález na obličeji byl typický. Úvodní léčba perorálním metronidazolem zlepšila zánětlivou složku kožních projevů, následná desetiměsíční kúra perorálním izotretinoinem pak vedla k výraznému zmenšení fymatózních mas. Vynikající nález přetrvává jeden rok po ukončení perorální léčby. Pacient užívá jen správnou lokální dermokosmetiku a dodržuje režimová opatření.

Klíčová slova: rosacea faciei, diagnóza, léčba.

A severe case of rosacea

A case of papulopustular and phymatous rosacea is presented. A patient with this diagnosis was treated at the Acne clinic. Clinical features of the illness were typical. First, a treatment with peroral metronidazol was administered and inflammatory components were improved. Later, the therapy with peroral isotretinoin for 10 months had a positive effect on phymatous mass. After one year, an excellent result of the treatment is still present. The patient is using suitable dermatocosmetics and he is following all rosacea protection measures.

Key words: rosacea faciei, diagnosis, treatment.

Dermatol. praxi 2010; 4(3): 160–162

Popis případu

64letý pacient byl odeslán do Akné poradny zubní lékařkou pro výrazný kožní nález na obličeji. Obtíže trvají již více než jeden rok, před vyšetřením u nás byl léčen ambulantně u obvodního kožního lékaře lokálním metronidazolem po dobu 12 měsíců bez většího efektu. Rodinná anamnéza bez pozoruhodností, pacient je sledován pro písek v moči na urologické ambulanci, jinak je zdravý. V roce 1999 byl operován pro akromioklavikulární luxaci levého ramene, v roce 2000 mu byl extirpován chronický absces na perineu. Léky neužívá, alergie neudává. Nekouří, černou kávu pije výjimečně, fyziologické funkce v normě. Nyní je v důchodu, dříve pracoval jako traktorista

a ošetřovatel skotu. **Objektivně** kůže nosu a přilehlé partie pravé tváře červená, místy až lividní, infiltrovaná, s papulami a několika incipientními pustulami. Tkáň nosu výrazně zbytnělá, zhrubělá, se zvýrazněnými ústími folikulů. Subjektivně bez obtíží (obrázky 1 a 2).

Stanovena diagnóza: Rosacea faciei – papulopustulózní a fymatózní subtyp.

Pacient kompletně poučen o diagnóze a plánované léčbě. Vydán leták stran životoprávy, poučen zejména o nutnosti eliminovat možné zhoršující faktory. Bylo provedeno oční vyšetření – bez patologického nálezu. Vzhledem k závažnému klinickému obrazu **zahájena léčba** perorální, a sice metronidazolem tbl.

po dobu 6 týdnů (250 mg 3× denně 1 týden, pak 2× denně 2 týdny a následně 1× denně 3 týdny). Lokálně doporučena dermokosmetika zaměřená na redukci zarudnutí kůže. Po ukončení kúry metronidazolem nález na kůži výrazně zlepšen, odhojily se papuly a incipientní pustuly a došlo k výrazné redukci zarudnutí kůže (obrázek 3). Laboratorní odběry v normě. Následně pacient léčen perorálním izotretinoinem v dávce 0,3 mg/kg/den po dobu 10 měsíců. I tuto léčbu toleroval velmi dobře, objevila se jen lehká suchost kůže a rtů. V laboratoři pouze vyšší hladiny cholesterolu (5,3–5,7 mmol/l) a HDL cholesterolu (3,28–3,55 mmol/l) – tyto byly zvýšeny již před léčbou, během léčby izotretinoinem

Obrázek 1. Zvýrazněná ústí folikulů



Obrázek 2. Tkáň nosu zbytnělá, zhrubělá



Obrázek 3. Po ukončení léčebné kúry



se nezvýšily. Hladiny triglyceridů a jaterních testů po celou dobu terapie v normě. Nález na kůži výrazně zlepšen, vymizelo zbytkové zarudnutí, fymatózní tkáně nosu redukována, ozřejmilo se jen několik ektází (obrázky 4 a 5). Pacient velmi spokojený, další možné zákroky ke kompletní normalizaci kůže nosu odmítl. Po dobu dalšího sledování (jeden rok) pacient užívá jen lokální dermatokosmetiku a dodržuje správná režimová opatření. Trvá vynikající nález na kůži, nedošlo k opětovné progresi (obrázek 6).

Diskuze

Rozacea (česky růžovka) je jednou z nejčastějších obličejových dermatóz. Neohrožuje sice pacienta na životě, ale vzhledem k lokalizaci na obličeji je výrazně psychosociálně stigmatizující až hendikepující kožní chorobou. Ve střední a severní Evropě je prevalence až okolo 10 %, typickými pacienti jsou „keltské“ typy – světlou vlasy až rusovlasí jedinci, s jemnou světlou kůží, modrými očima, fototypem I–II, věku kolem 40 let (1). Onemocnění je častější u žen, těžší formy se ale vyskytují více u mužů (2). Porozumění patofyziologickým mechanismům choroby stále příliš nepokročilo, v literatuře je dokumentováno několik hypotéz, které zahrnují potencionální roli vaskulárních abnormalit, degenerace dermální matrix, abnormality sebaceózní jednotky, environmentálních faktorů (klimatické expozice, chemikálie a požití látky) a mikroorganismů (*Demodex folliculorum* a *Helicobacter pylori*) (3).

Nová klasifikace (z dubna 2002) identifikuje tyto **podtypy rozacey** (2, 4):

- Podtyp 1: erytematoteleangiektatická rozacea – typická překrvením a centrofaciálním erytémem.

- Podtyp 2: papulopustulózní rozacea – charakterizovaná přetrvávajícím centrofaciálním erytémem, na kterém jsou přechodně papuly a pustuly, může být zároveň s 1. podtypem.

- Podtyp 3: fymatózní rozacea (z řeckého phyma – otok) – typická je zhrubělá, na dotyk drsná pokožka s rozšířenými póry, s uzlovitou i difuzní hyperplazií tkáně. Postihuje nejčastěji nos, ale může být i na bradě, čele, tvářích, uších. Tento podtyp někdy doprovázejí příznaky 1. a 2. podtypu, bývá častěji u mužů.

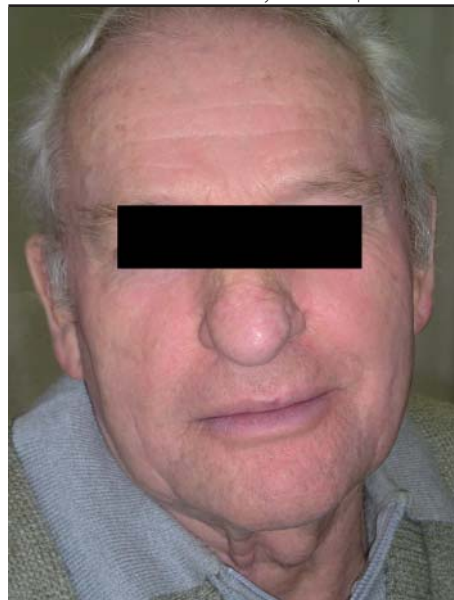
- Podtyp 4: oční rozacea – postihuje kolem 58 % pacientů, často je poddiagnostikována. K nejčastějším symptomům patří: pocit cizího tělesa v oku, pálení, suchost, svědění, světloplachost, rozmazané vidění, nastříknutí bulbárních spojivek, teleangiektazie spojivek a okrajů řas a periokulární erytém. Může vést až ke slepotě.

Léčba růžovky má být samozřejmě komplexní a má odpovídat moderním zásadám medicíny. Nezbytná je podrobná edukace pacienta včetně písemných brožurek a letáčků, prevence provokačních faktorů, adekvátní hygienická kosmetická péče a vlastní léčba. U některých pacientů je prospěšná i psychoterapie. Vlastní léčba se liší dle stadia, resp. morfologické formy rozacey. Zahrnuje léčbu lokální, celkovou a ostatní (1). Dosud nejsou stanoveny pevná kritéria pro užití léků při jednotlivých formách růžovky (2). Nové terapeutické postupy míří empiricky na známky a symptomy, bez znalosti mechanismů, kterými tyto patologické procesy vznikají (3).

V lokální léčbě dominují metronidazol a kyselina azelaová, prospěšná mohou být lokální antiparazitika. Na udržovací léčbu pak možno užít sírovou či ihtamolovou pastu. Nové možnosti zahrnují retinoidy třetí generace, takrolimus a NADH (beta-nikotinamid adenin nukleotid) (4).

Celková léčba je nutná u těžších forem růžovky. Nejčastěji jsou užívána celková antibiotika. Doporučovaná jsou především antibiotika tetracyklinová – využíván je účinek antibakteriální a nověji v minidávkách i efekt protizánětlivý. Makrolidy jsou ponechávány pro případ intolerance, alergie nebo kontraindikace tetracyklinů (2). Chemoterapeutika mají široké antimikrobiální spektrum a působí i na korynebakterie (4). Metronidazol signifikantně redukuje především papuly a je doporučován v různých režimech, např. v dávce 2× denně 200 mg po dobu 6 týdnů (2) nebo 250–500 mg denně po dobu 2–3 týdnů (5). Léky druhé volby jsou trimetoprim-sulfometoxazol, metotrexat, primaquin a chlorochin, centrální antihypertenziva, malé dávky klonidinu, neselektivní betablokátory, perorální antikoncepce antiandrogenního typu a řada dalších léků (4). **Perorální izotretinoin** je jeden z mála léků, který působí u mnoha podtypů růžovky (2). Redukuje zarůžovění, papuly, pustuly (2), hyperplazii sebaceózních žláz (5). U rhinophymatu může jediný snížit objem fymatózní tkáně, není ale schopen normalizovat kožní povrch (6). Jeho dávkování má široké rozpětí, od 10 mg/den po 4 měsíce až po 0,5–1,0 mg/kg/den po dobu 16–20 týdnů. Nejvyšší dávky se podávají 2–3 měsíce před zákroky odstraňujícími fymatózní projevy růžovky. Výhodou nižších dávek je nízká kumulativní dávka a nižší riziko vedlejších

Obrázek 4. Nález na kůži výrazně zlepšen



Obrázek 5. Vymizení zarudnutí



Obrázek 6. K opětovné progresi nedošlo



účinků (4). Pozitivní efekt byl ověřen řadou studií (např. 7, 8), byly pozorovány i dlouhodobé remise choroby po jeho užití (8). Kromě obecných kontraindikací je velmi důležitý zákaz současného užívání tetracyklinových antibiotik a riziko exacerbace očních projevů růžovky.

Jiné léčebné postupy zahrnují zákroky odstraňující fymatózní projevy rozacey (chirurgické snesení, dermabraz, elektroakustika, laserová léčba), při erytematózních a infiltrativních projevech se používá kryoterapie tekutým dusíkem, méně často i CO₂ a acetonem, dále i pulzní dye-laser (4).

Velmi důležitá je správná **lokální dermokosmetika**, především emolienca, přípravky zaměřené na redukci erytémů a na fotoprotekci.

V prevenci růžovky je nejdůležitější vyhýbání se „spouštěčům“, které provokují vznik příznaků růžovky. K nejčastějším patří sluneční záření, emoční stres, horké počasí, vítr, tělesné cvičení, alkohol, horká koupel, studené počasí, pikantní jídla, vlhkost, horko v uzavřené místnosti, prostředky na ošetřování pleti a horké nápoje. Pacienty je nutno důrazně upozornit na nutnost pravidelných očních kontrol (i preventivních) (4).

Náš pacient byl typickým případem muže „keltského“ typu, postižení na kůži bylo vý-

razného stupně a velmi ho hendikepovalo. Již po prvním pohovoru, kompletním poučení a nástupu léčby došlo ke zmenšení psychické tenze u pacienta. Léčba byla volena celková, vzhledem k papulopustulóznímu postižení nejdříve perorální metronidazol (v režimu užíváním v naší Akné poradně), následně pak byl nasazen perorální izotretinoin s cílem zmenšit množství fymatózních mas. Dávku izotretinoinu jsme volili nižší (vzhledem k věku), ale po delší dobu (léčbu jsme ukončili 2 měsíce poté, co již nedocházelo ke zlepšování objektivního nálezu). Pacient toleroval veškerou léčbu velmi dobře a s výsledkem byl maximálně spokojený, takže odmítl jakékoliv další zákroky (k možné ještě lepší normalizaci tkáně nosu). Po dobu dalšího sledování (jeden rok) vynikající výsledek léčby přetrvává. Pacient užívá jen správnou lokální dermokosmetiku a dodržuje režimová opatření.

Závěr

Rozacea je jednou z nejčastějších obličejových dermatóz, která výrazně psychosociálně hendikepuje postižené jedince. Kauzální léčba si- ce není známa, existuje však řada lokálních i celkových léčiv, která mohou nálezu na kůži výrazně zredukovat až znormalizovat. Velmi důležité je správné poučení pacienta o dermatokosmetice

a preventivních režimových opatřeních a pravidelná oční vyšetření. Cílem naší kazuistiky bylo ukázat možnou léčbu těžké papulopustulózní a fymatózní formy růžovky.

Literatura

1. Benáková N. Rosacea – trendy v léčbě. *Trendy v medicíně* 2002/03 – dermatologie a korektivní dermatologie: 13–17.
2. Korting HC, Schöllmann C. Current topical and systemic approaches to treatment of rosacea. *JEADV* 2009; 8: 876–882.
3. Tomková H. Rosacea – etiopatogeneze. Referátový výběr z dermatologie 2006; 3: 19–24.
4. Osuský P, Osuská M. Rosacea – standardní klasifikace a přehled terapie. *Derma* 2004; 4: 9–14.
5. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Burgdorf WHC. *Dermatology*. 2nd edition. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2000: 1071–1075.
6. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths Ch. *Rook's Textbook of Dermatology*. 7th Edition. Blackwell Science Ltd, 2004: 44.8–44.9.
7. Ertl GA, et al. A comparison of the efficacy of topical tretinoin in low-dose oral isotretinoin in rosacea. *Archives of Dermatology* 1994; 3: 319–324.
8. Ortiz García R, Aragués M, Fernández Herrera J, García Díez A. Acne rosacea-rinofima: tratamiento con isotretinoína y valoración a los 4 años. *Actas Dermo-Sifilográficas* 1990; 4: 199–202.

MUDr. Zuzana Nevoralová

Akné poradna nemocnice v Jihlavě
Vrchlického 59, 586 33 Jihlava
znevoralova@atlas.cz
