

Závažná forma růžovky u 32leté pacientky

MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.

Dermatovenerologické oddělení, Nemocnice Jihlava, p. o.

Autorka popisuje případ 32leté pacientky s projevy erytematoteleangiektatické a papulopustulózní formy růžovky spojené se závažným očním postižením. Kožní obtíže trvaly 1,5 roku. Pacientka sama aplikovala v počátku obtíží 3 měsíce lokálně kortikoid. Následná terapie lokálním metronidazolem u obvodního dermatologa byla bez efektu. V posledním půl roce pacientka nebyla léčena. Pro suspektní revmatoidní artritidu užívala 2 měsíce celkově kortikoidy, diagnóza nebyla potvrzena. Pacientce bylo nasazeno perorálně antibiotikum doxybene v sestupné dávce, lokálně pak metronidazol v krému. Stav na kůži se rychle zlepšoval. Po odhojení většiny papul byla zahájena aplikace brimonidin gelu. Po 6 měsících byla léčba doxybene ukončena. V té době byla pacientka kompletně zhojena, přetrvával jen erytém na obličeji. Došlo i ke zhojení keratopatie. Pacientka je nadále ve sledování Akné poradny. Aplikuje pravidelně krém s kyselinou azelaovou a brimonidin gel, vynikající nález trvá. Dochází pravidelně na oční a revmatologickou ambulanci.

Klíčová slova: růžovka, erytematoteleangiektatická forma, papulopustulózní forma, oční postižení, léčba.

Serious form of rosacea in 32 years old patient

The case of a 32 years old patient with an erythematoteleangiectatic and a papulopustulous forms of rosacea accompanied with serious ocular problems is reported. Skin problems were present for 1,5 year. In the beginning of problems the patient herself used local corticoid for 3 months. Following treatment with local metronidazol was without any effect. The patient had no therapy in the last 6 months. Because of suspicion of rheumatoid arthritis she used peroral corticoids for 2 months, above mentioned diagnosis was not validated. A therapy with peroral antibiotic doxybene was administered, local metronidazol cream was applied. Skin troubles reduced quickly. After healing of most papules an application of brimonidin gel was started. The doxybene therapy was finished after 6 months- at that time skin was healed except a facial erythema. Even a keratopathy diminished. The patient is still in a follow-up of our Acne clinic. She is applying local cream with azelaic acid and brimonidin gel by now. She is regularly checked-up in an ophthalmologic and a rheumatology out-patient-departments.

Key words: rosacea, erythematoteleangiectatic form, papulopustulous form, ophthalmologic problems, therapy.

Dermatol. praxi 2015; 9(3): 130–133

Popis případu

32letá žena se dostavila do Akné poradny pro výrazný nález na obličeji. Obtíže trvaly 1,5 roku, začaly po ukončení kojení. Pacientka sama aplikovala v počátku obtíží 3 měsíce lokálně kortikoid. Následná terapie lokálním metronidazolem u obvodního dermatologa byla bez efektu a v posledním půl roce se neléčila.

Kromě toho byla ve vyšetřování revmatologické ambulance pro bolesti kloubů. Dále byla 1,5 roku pravidelně sledována na oční ambulanci pro keratopatii. Z léků užívala v posledním měsíci metylprednisolon 8mg denně a lokálně umělé slzy. Udávala alergii na kovy. Byla bez gynekologických obtíží, bez hormonální léčby. Růžovka se v rodině nevyskytla. Pacientka byla keltského fenotypu se světlými vlasy a modrýma očima.

Objektivně bylo při úvodním vyšetření přítomno souvislé zarudnutí na čele, nose, tvářích a bradě a červené papuly na čele, tvářích a bradě. Ektazie nebyly přítomny (obrázek 1). Kožní nález nesvěděl, ale výrazně kosmeticky obtěžoval. Pacientka pociťovala pálení očí, s lehkou překrvenými spojivkami. Na základě klinického obrazu byla stanovena diagnóza: erytematoteleangiektatická, papulopustulózní a oční forma

růžovky, možné zhoršení při užívání lokálních i perorálních kortikoidů.

Doporučení a léčba: Pacientka byla kompletně poučena o chorobě, možných provokačních faktorech, vhodných kosmetických přípravcích a prevenci. Léčba byla zahájena perorálním antibiotikem doxybene v úvodní dávce 200 mg denně po dobu 5 dnů, následně 100 mg denně 10 dnů a dále 50 mg denně. Od čtvrtého měsíce léčby byla dávka snížena na 25 mg denně a po 6 měsících byla terapie doxybene ukončena. V té době byla pacientka kompletně zhojena, přetrvával jen erytém na obličeji (obrázek 3). Lokálně aplikovala metronidazol v krému po dobu 2 měsíců, později na přetrvávající papuly 5% sírový pudr. Stav na kůži se rychle zlepšoval (obrázek 2). Po odhojení většiny papul byla zahájena aplikace brimonidin gelu s velmi dobrým efektem. Léčba byla po celou dobu velmi dobře tolerována, neobjevily se žádné nežádoucí účinky. Postupně došlo ke zlepšení až ke zhojení keratopatie. Pacientka aplikovala jen umělé slzy dle potřeby. Na revmatologii byla po podrobném vyšetření diagnóza revmatoidní artritidy vyloučena. Bolesti kloubů ustoupily, perorální kortikoidy byly po 2 měsících vysazeny. Pacientka je nadále ve sledování Akné poradny.

Aplikuje pravidelně krém s kyselinou azelaovou a brimonidin gel, vynikající nález trvá (obrázek 4). Dochází ke kontrolám na oční a revmatologickou ambulanci.

Charakteristika choroby a diskuze

Rozacea (česky růžovka) je jednou z nejčastějších obličejových dermatóz. Neohrožuje sice pacienty na životě, vzhledem k lokalizaci na obličeji je ale výrazně psychosociálně stigmatizující až hendikepující kožní chorobou. Ve střední a severní Evropě je prevalence až okolo 10 %. V České republice je postiženo asi půl milionu obyvatel. Typickými pacienty jsou „keltské“ typy – světlé vlasy až rusovlasí jedinci, s jemnou světlou kůží, modrýma očima, fototypem I-II. Choroba se vyskytuje nejčastěji u osob mezi 30.-60. rokem, častěji u žen (1). U mužů bývají přítomny závažnější formy. Příčina vzniku choroby není stále plně objasněna. Patogenetický mechanismus předpokládá především tyto faktory: vrozenou imunitu, vaskulární změny, ultrafialové záření, volné kyslíkové radikály a mikroby. Vaskulární změny zahrnují zvýšenou cévní reaktivitu. Tato aktivní vazodilatace vzniká vlivem řady zevních a vnitřních příčin (endorfiny, bradykinin, substance P). Degenerativní změny pojivových složek

kůže vznikají důsledkem UV složky slunečního záření, velmi pravděpodobně i červeného pásma viditelného světla. Velmi důležité jsou provokační faktory. Ty nezpůsobují rozáceu, ale zhoršují její příznaky. Patří k nim UV záření, horké podnebí, horké koupele, emocionální stres, pikantní, kořeněná a horká jídla a horké nápoje, kosmetické přípravky obsahující fluoridy, fluorované zubní pasty, potraviny s vysokým obsahem histaminu (červené víno, přezrálé sýry, jogurt, pivo, slanina a další). Také fyzické aktivity spojené s pocením, tlakem, třením, horkou koupelí a saunou, některé léky (např. nikotináty, vazodilatancia, některá antihypertenziva, steroidy, některá biologika) a dále kosmetika s obsahem alkoholu, acetonu, kyseliny sorbové a abrazivní a peelingové přípravky se řadí mezi provokační faktory (2).

Výbor Národní společnosti odborníků pro rozáceu a její klasifikaci (duben 2002) (3) klasifikuje 4 subtypy rozácey: erytematoteleangiektatický subtyp, papulopustulózní subtyp, fymatózní subtyp a okulární subtyp. U erytematoteleangiektatického subtypu (synonymum: erytróza, ruberóza, kuperóza) jsou hlavními typickými příznaky flushing (návaly tepla) a perzistující centrofaciální erytém. Dále mohou být teleangiektazie (ty ale nejsou podmínkou pro diagnostiku tohoto subtypu), centrofaciální edém, pálení, štípání a intenzivní zčervenání tváří po horkých nápojích a pobytu na slunci (4). U papulopustulózního subtypu jsou hlavními rysy trvalý centrofaciální erytém, často i edém a přechodná tvorba papul a pustul. Typická lokalizace je střední část obličeje, periorbitálně, perinazálně a periorálně. Komedony nejsou nacházeny, akné ale může být současně přítomna (4). U fymatózní rozácey (z řeckého phyma – otok) je typická zhrubělá, na dotyk drsná pokožka s rozšířenými póry, s uzlovitou a difúzní hyperplazií tkáně. Postižen je nejčastěji nos, ale může být i na bradě, čele, tvářích nebo uších. Tento podtyp někdy doprovázejí příznaky 1. a 2. podtypu, bývá častěji u mužů. Okulární typ až ve 20 % předchází kožní symptomatologii. Hlavními projevy jsou hyperemie spojivek i s teleangiektaziemi, otok víček i periorbitálně, pálení, svědění, světlolachost, zamlžené vidění, řezání, suchost, pocit cizího tělesa v oku. Mohou být i blefaritida, blefarkonjunktivitida, keratitida, chalazion, hordeolum až porucha vidění na základě korneálních komplikací a dysfunkce Meibomských žlázek. Může vést až ke slepotě.

Léčba růžovky musí být komplexní. Zahrnuje základní péči o kůži (vhodné čištění, promazávání pleti, fotoprotekce, make-up i úprava poruchy

Obrázek 1. Před léčbou



Obrázek 3. Po 6 měsících léčby p.o. doxybene a lokální léčbě sírovým pudrem, 120 minut po aplikaci brimonidin gelu



Obrázek 2. Po 2 měsících léčby p.o. doxybene a lokálním metronidazolem, 30 minut po aplikaci brimonidin gelu



Obrázek 4. Po 3 měsících udržovací léčby krémem s kyselinou azelaovou, 120 minut po aplikaci brimonidin gelu



kožní bariéry). Při výběru přípravků je nutno pamatovat na vysokou senzitivitu kůže. Dále je nutné vyloučení možných provokačních faktorů. Samotná terapie je vedena dle klinického obrazu růžovky. Drobné cévy a telangiektazie jsou trvalé, nemají hladké svalstvo, k redukci lze užít LASERY, např. intenzivní pulzní světlo (IPL), pulzní-dye laser (PDL), KPT laser a Nd-YAG laser. Léčba erytému je komplexní. Kromě zmíněných obecných opatření je možno nově užít lokální 0,33% brimonidin gel. Brimonidin je agonista alfa-2-adrenergního receptoru. Způsobuje konstriktci svalů krevních cév a vede k redukci „background“ erytému. Nepůsobí na teleangiektazie (protože ty nemají hladké svalstvo). Účinek nastupuje za 30 minut, vrcholí za 4-6

hodin, trvá maximálně 12 hodin (5, 6). Co se týče terapie dalších projevů růžovky, užívá se především lokální a celková léčba. V lokální léčbě dominují metronidazol a kyselina azelaová, je možno užít i přípravky se sírou či ihtamolem. Nové možnosti zahrnují retinoidy třetí generace a takrolimus (7). 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 (8). Metronidazol signifikantně redukuje především papuly a je doporučován v různých režimech. Perorální izotretinoin je

jeden z mála léků, který působí u mnoha podtypů růžovky (8). Redukuje zarůžovění, papuly, pustuly (8), hyperplazii sebaceozních žláz (9). U rhinophymatu může jako jediný snížit objem fymatózní tkáně, není ale schopen normalizovat kožní povrch (10). Jiné léčebné postupy u růžovky zahrnují zákroky odstraňující fymatóní projevy rozacey (chirurgické snesení, dermabrazé, elektroakustika, laserová léčba), při erytematózních a infiltrativních projevech se používá kryoterapie tekutým dusíkem, méně často i CO₂ a acetonem, dále i pulzní dye-laser (7). Oční obtíže je nutno léčit u oftalmologa. Pravidelné oční kontroly jsou velmi vhodné.

Naše pacientka měla typické příznaky erytematoteleangiektatické, papulopustulózní a oční formy růžovky. Byla léčena perorálním antibiotikem doxybene v sestupném dávkování po dobu 6 měsíců. Byl využit především jeho účinek protizánětlivý a popisovaný efekt na oční postižení u růžovky. Lokálně aplikovaný metronidazol a později síra měly antiparazitický efekt. Pro erytém byl aplikován brimonidin gel s velmi dobrým efektem. Důležité bylo vyloučení provokačních faktorů (včetně perorálních kortikoidů) a správná péče o kůži. Překvapivým efektem bylo kompletní zhojení keratopatie.

Pro udržovací léčbu byl zvolen krém s kyselinou azelaovou a na erytém brimonidin gel. Léky byly tolerovány velmi dobře, neobjevily se žádné nežádoucí účinky. Vynikající nález trvá, pacientka je velmi spokojená. Je nadále ve sledování Akné poradny. Dochází pravidelně na oční a revmatologickou ambulanci.

Závěr

Rozacea je jednou z nejčastějších obličejových dermatóz. Výrazně psychosociálně hendikepuje postižené jedince. Kauzální léčba sice není známa, existuje však řada lokálních i celkových léčiv, která mohou nález na kůži výrazně zredukovat až znormalizovat. Velmi důležité je správné poučení pacienta o dermatokosmetice a preventivních režimových opatřeních a o nutnosti pravidelných očních vyšetření. Cílem naší kazuistiky bylo ukázat možnou léčbu těžké erytematoteleangiektatické, papulopustulózní a oční formy růžovky.

Literatura

1. Rulcová J. Rosacea faciei- etiologie a patogeneze. Referátový výběr z dermatovenerologie 2013; 55(5): 1–5.
2. Abram K, Silm H, Maaros HI, Oona M. Risk factors associated with rosacea. J EurAcad Dermatol Venereol 2010; 24: 565–571.

3. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, et al. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. J Am Acad Dermatol 2002; 46(4): 584–587.

4. Rulcová J. Rosacea faciei- standardní klasifikace. Referátový výběr z dermatovenerologie 2013; 55(5): 6–11.

5. Tangheiti EA, et al. Optimizing the Use of Topical Brimonidine in Rosacea management: Panel Recommendations. J Drugs Dermatol. 2015; 14(1): 33–40.

6. Nevorálová Z. Erytematoteleangiektatická forma růžovky u 70leté pacientky. Referátový výběr z dermatovenerologie 2015; 5(1): 42–45.

7. Osuský P, Osuská M. Rozacea – standardní klasifikácia a prehľad terapie. Derma 2004; 4: 9–14.

8. Korting HC, Schöllmann C. Current topical and systemic approaches to treatment of rosacea. J EurAcad Dermatol Venereol 2009; 23: 876–882.

9. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Burgdorf WHC. Dermatology. 2nd edition. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 2000: 1071–1075.

10. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths Ch. Rook's Textbook of Dermatology, Seventh Edition, Blackwell Science Ltd, 2004; 44.8–44.9.

Článek přijat redakcí: 28. 7. 2015

Článek přijat k publikaci: 31. 8. 2015

MUDr. Zuzana Nevorálová, Ph.D.

Dermatovenerologické oddělení,

Nemocnice Jihlava, p. o.

Vrchlického 59, 586 01 Jihlava

znevoralova@atlas.cz

