

Rosacea a její léčba

MUDr. Jana Teplanová

Dermatovenerologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec, a. s.

SKIN CARE Liberec, s. r. o.

Rosacea je chronická neinfekční zánětlivá obličejová dermatóza, která výrazně ovlivňuje kvalitu života pacientů. Etiologie rosacey je multifaktoriální, zahrnující imunitní dysregulaci, vaskulární změny, poruchu kožní bariéry, změny kožního mikrobiomu a vlivy environmentálních a genetických faktorů. Důležitou roli hrají také provokační faktory. Klinicky se rosacea nejčastěji dělí na čtyři subtypy: erytematoteleangiektatickou, papulopustulózní, fymatózní a oční. Novější přístup spočívá v dělení podle fenotypů. Léčba rosacey vyžaduje komplexní, individuálně přizpůsobený přístup. K dispozici je lokální a systémová terapie, fyzikální metody léčby a u fymatózní formy chirurgické řešení. Součástí léčby je i správné používání dermokosmetiky a vyhýbání se známým provokačním faktorům. Terapie je dlouhodobá a vyžaduje vysokou míru compliance ze strany pacienta.

Klíčová slova: rosacea, ivemerkтин, dermokosmetika, prevence.

Rosacea and its treatment

Rosacea is a chronic non-infectious inflammatory facial dermatitis that significantly affects the quality of life of patients. The aetiology of rosacea is multifactorial, involving immune dysregulation, vascular changes, skin barrier impairment, skin microbiome changes, and effects of environmental and genetic factors. Provoking factors also play an important role. Clinically, rosacea is typically divided into four subtypes: erythematotelangiectatic, papulopustular, phymatous, and ocular. A more recent approach is classification by phenotypes. The treatment of rosacea requires a comprehensive, individually-tailored approach. Local and systemic therapy, physical methods of treatment, and, in phymatous form, surgical management are available. Proper use of dermocosmetics and avoidance of known provoking factors are integral components of treatment. The treatment is long term and requires a high degree of patient compliance.

Key words: rosacea, ivermectin, dermocosmetics, prevention.

Definice, epidemiologie

Rosacea (syn. růžovka) je časté chronické zánětlivé neinfekční onemocnění, které postihuje pilosebaceous jednotku. Nejčastěji se objevuje v centrální části obličeje, vzácněji na krku, hrudníku a ojediněle na končetinách. Jedná se o léčitelné, avšak nevyléčitelné onemocnění, které může výrazně ovlivnit kvalitu života pacientů a zvyšuje riziko psychických obtíží.

Prevalence rosacey se pohybuje kolem 5,1 % (1), ale toto číslo se může lišit podle geografických oblastí a studií. Nejvíce postihuje

dospělé osoby ve věku 30 až 60 let, přičemž častěji je diagnostikována u žen mezi 35. a 50. rokem. U mužů se častěji vyskytuje fymatózní forma. V dětské populaci je výskyt vzácný. Predispozicí k rozvoji rosacey je tzv. keltský fenotyp, což jsou jedinci s fototypem I a II, světlou pletí a modrými očima. U ostatních etnických skupin je výskyt méně častý.

Etiopatogeneze

Přes rozsáhlý výzkum není příčina rosacey zcela objasněna, ale onemocnění má multifaktoriální charakter. Hlavními faktory, které se

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: *Dermatol. praxi.* 2025;19(2):64-67

<https://doi.org/10.36290/der.2025.009>

Článek přijat redakcí: 29. 4. 2025

Článek přijat k tisku: 12. 5. 2025

MUDr. Jana Teplanová

dubaska.j@gmail.com

INZERCE

podílejí na vzniku rosacey, jsou dysregulace vrozené imunity kůže, která vede k abnormální imunitní odpovědi a zvýšení prozánětlivých peptidů v epidermis. Dále porucha kožní bariéry a vaskulární hyperreaktivita. Pro rosaceu je charakteristická současná přítomnost zánětlivých a cévních projevů, které vedou k angiogenezi, lymfangiogenezi a degeneraci dermální matrix.

Vliv na vznik a progresi onemocnění mají také faktory, jako je ultrafialové záření a volné kyslíkové radikály, které zhoršují vaskulární reaktivitu a poškozují kožní bariéru. U rosacey je významná i role mikrobů, především parazita *Demodex folliculorum*. Ten je běžným obligatorním parazitem pilosebaceózní jednotky a u pacientů s rosaceou se vyskytuje ve zvýšeném množství, což může přispívat k rozvoji zánětlivých reakcí. Předpokládá se však i vliv dalších mikroorganismů.

Genetická predispozice hraje významnou roli v etiopatogenezi, přičemž přibližně 40 % pacientů má pozitivní rodinnou anamnézu.

Mezi provokační faktory, které mohou zhoršit příznaky rosacey, patří sluneční záření, horké podnebí, horké nápoje, pikantní jídla, potraviny s vysokým obsahem histaminu, stres, kosmetika a zubní pasty s fluorem, některé estetické zákroky, ale také fyzická aktivita, která vede k pocení a tření pokožky. Některé léky, jako vazodilatancia, kortikoidy nebo biologika, mohou rovněž přispět k exacerbaci rosacey. Dále se ukazuje, že hormonální dysbalance a některá interní onemocnění, například arteriální hypertenze, diabetes mellitus nebo poruchy štítné žlázy, mohou mít vliv na průběh nemoci.

Klinický obraz

Klinický obraz a průběh rosacey jsou individuální a mohou se lišit u každého pacienta. Onemocnění často vykazuje střídání remisí a relapsů. Projevy se obvykle lokalizují v centrofaciální oblasti, zejména na čele, nose, tvářích a bradě, zatímco postižení krku, hrudníku a končetin je vzácné.

Mezi hlavní příznaky rosacey patří tranziční nebo perzistující erytém obličeje, flushing (návaly horka), teleangiektázie, papuly, pustuly a v některých případech i zbytnění mazových žláz s fibrózou kůže (phyma). Fymatózní změny se nejčastěji vyskytují na

nose, ale mohou postihnout také ušní boltce, bradu, čelo a oční víčka. Dalšími příznaky mohou být pálení, svědění, zvýšená citlivost pleti, edém nebo suchost pokožky.

Dle výboru Národní společnosti odborníků pro rosaceu a její klasifikaci z roku 2002 rozlišujeme klinicky 4 subtypy rosacey, které v sebe mohou přecházet: erytematoteleangiektatický, papulopustulózní, fymatózní a oční. Kromě toho existuje i granulomatózní rosacea a zvláštní formy onemocnění.

Od roku 2017 je rosacea klasifikována dle fenotypů (ROSCO – ROSacea Consensus), což umožňuje přesnější zacílení léčby na specifické příznaky pacienta. K diagnostice je nutná přítomnost jednoho diagnostického fenotypu a/nebo dvou hlavních fenotypů, přičemž vedlejší fenotypy představují doplňující charakteristiky.

Až u 60 % pacientů se objeví oční postižení, které může přibližně ve 20 % případů předcházet kožním změnám. Oční forma se může projevit jako konjunktivální hyperemie, pálení a suchost očí, pocit cizího předmětu v oku, fotofobie, oční edém, hordeolum nebo chalazion. Pokud jsou zánětlivé procesy jako blefaritida, konjunktivitida nebo keratitida dlouhodobě neléčené, mohou vést až ke slepotě. Proto jsou doporučeny pravidelné kontroly oftalmologem.

V rámci diferenciální diagnostiky je nezbytné odlišit rosaceu od řady dalších dermatologických a systémových onemocnění, jako je acne vulgaris, periorální dermatitida, seboroická dermatitida, demodikóza, chronický diskoidní lupus erythematosus, systémový lupus erythematosus, kontaktní alergická dermatitida a sarkoidóza. V některých případech mohou být projevy rosacey klinicky zaměnitelné s dalšími patologickými stavy, což vyžaduje pečlivé vyhodnocení a diferenciaci těchto nemocí.

Terapie

Rosacea je chronické onemocnění, které vyžaduje dlouhodobou a komplexní léčbu. Terapie je volena individuálně dle typu projevů, rozsahu, závažnosti a zdravotního stavu pacienta. Cílem léčby je nejen zmírnění klinických příznaků, ale také zlepšení kvality života pacientů, prevence progresu onemocnění a zmírnění vlivu provokačních faktorů.

Topická terapie

Základ léčby rosacey představuje topická léčba. V monoterapii je většinou dostačující pro erytematoteleangiektatickou a papulopustulózní formu. Pokud jsou projevy závažnější, je možná i kombinace se systémovou léčbou. Nejčastěji používanými látkami jsou ivermektin, metronidazol a kyselina azelaová. Kyselina azelaová a metronidazol vykazují protizánětlivé účinky, zatímco ivermektin má také antiparazitární účinek. Kyselina azelaová je volně prodejný lék, který není pro tuto indikaci registrován, jedná se o off label indikaci.

Ivermektin 1% krém (přípravek Soolantra) je lékem volby u papulopustulózní formy rosacey. Aplikuje se jednou denně, obvykle večer, na postižené oblasti obličeje. Délka léčby je obvykle 12–16 týdnů, přičemž kůru lze podle potřeby opakovat. Léčba ivermektinem by měla být kontinuálně vedena až do doby, kdy dochází ke klinickému zlepšení, tj. ústupu eflorescencí, s cílem dosažení stavu čistá pokožka (clear skin). Právě tento terapeutický cíl je spojen s významně delší remisí a oddálením relapsu onemocnění. Přetrvává však mylné přesvědčení, že by léčba ivermektinem měla být časově omezená (např. na 3–4 měsíce), po níž následuje pauza a opětovné nasazení až při zhoršení klinického stavu. Tento přístup však není optimální. Současná doporučení podporují nepřerušované pokračování terapie po dobu, kdy má pacient z léčby jednoznačný klinický prospěch. Pokud nedojde ke klinickému zlepšení do 3 měsíců, je léčba ukončena. Topická léčba nemusí být přerušena ani v průběhu letních měsíců, nicméně je nezbytné důsledně edukovat pacienta o nutnosti používání fotoprotektivního přípravku s SPF 50. Ve srovnání s dlouhodobě používaným metronidazolem vykazuje ivermektin v klinických studiích vyšší míru redukce zánětlivých lézí a rychlejší nástup účinku. Ivermektin 1% krém prokazatelně vede k výraznějšímu zlepšení celkového klinického skóre (IGA – Investigator's Global Assessment) a zároveň má nižší míru relapsů po ukončení léčby ve srovnání s metronidazolem (11, 12). Mezi nežádoucí účinky patří pálení, suchost pokožky, svědění a podráždění. Soolantra se nedoporučuje používat v těhotenství a u kojení nelze vyloučit riziko pro kojené dítě.

Pro léčbu perzistentního erytému jsou doporučeny topické vazokonstriktory jako např. brimonidin, který ovšem u nás není nyní registrován. Vazokonstriktory účinně zlepšují vzhled pokožky a zmírňují subjektivní pocity horka a pálení u pacientů s erytematózní formou rosacey.

Systémová terapie

V případech závažnějších forem papulopustulózní rosacey, fymatózní a v těžších případech oční formy je nezbytná systémová léčba. Nejčastěji se využívají antibiotika tetracyklinové nebo oxytetracyklinové řady, v případě alergie makrolidy nebo metronidazol. U těžších zánětlivých stavů může pomoci léčba perorálním izotretinoinem, která však není registrována pro tuto indikaci (off label). U fulminantního průběhu lze krátkodobě podat glukokortikoidy. Léčba oční formy rosacey probíhá pod dohledem oftalmologa.

Fyzikální a chirurgická léčba

Fyzikální terapie hraje klíčovou roli v léčbě rosacey, zejména u pacientů s erytematóleangiektatickou formou onemocnění. Mezi nejčastěji využívané metody patří intenzivní pulzní světlo (IPL) a laserová terapie – pulzní barvivové lasery a Nd:YAG lasery, které cíleně působí na dilatované cévy a zlepšují vzhled pleti. U fymatózní formy rosacey je možné využít ablativní CO₂ laser nebo Erbium: YAG

laser, které mohou pomoci v redukcí fibrotických změn pleti. U některých forem rosacey je také indikována kryoterapie tekutým dusíkem, která napomáhá zlepšení vzhledu pokožky. U fymatózního typu je možné využít také chirurgickou léčbu pomocí dermabrazie nebo tangenciální excizi.

Dermoskometika

Součástí léčby rosacey je také správný výběr dermokosmetiky. Vyzkoušet je možné např. řadu ProRedness od značky Cetaphil. Ta je vhodná pro pacienty trpící rosaceou nebo citlivou pletí se sklonem k zarudnutí. Produkty obsahují šetrné složky, které chrání kožní bariéru a minimalizují riziko podráždění, jež může zhoršit příznaky rosacey. Pomáhají zklidnit pleť, zmírňují viditelné zarudnutí a přispívají k dlouhodobému zlepšení jejího vzhledu. Řada ProRedness obsahuje účinné látky jako glycerin, který působí zvláčňujícím a hydratačním efektem, panthenol podporující regeneraci pleti a kofein, který má zklidňující účinky a pomáhá redukovat otoky. Dále výtažky z lékořice, které působí protizánětlivě a zklidňují pleť a allantoin, jenž podporuje hojení pleti a zlepšuje její celkový vzhled.

K dispozici je čisticí pěna, která efektivně ale jemně odstraňuje nečistoty, nadbytečný maz a make-up, aniž by docházelo k vysušování nebo porušování přirozené rovnováhy pleti. Pro denní péči je určen denní krém s to-

novacím efektem, který poskytuje intenzivní hydrataci, ale také přirozeně zjemňuje a maskuje zarudnutí. Obsahuje i ochranu proti slunci SPF 30. Noční hydratační krém podporuje regeneraci pokožky během noci a poskytuje hloubkovou hydrataci, čímž napomáhá obnově kožní bariéry a zklidňuje pleť po celodenním vystavení vnějším vlivům.

Doporučení pro pacienty

Léčba rosacey vyžaduje individuální přístup, který zahrnuje kombinaci farmakologické terapie, správné péče o pleť a změny životního stylu. Pacienti by měli používat fotoprotektivní přípravky s vysokým SPF (minimálně SPF 50, např. řada Sensitive od Daylong), aby chránili pleť před UV zářením, které může příznaky rosacey zhoršit. Dále je důležité identifikovat a vyhnout se provokačním faktorům, jako jsou extrémní teploty, alkohol, kořeněná jídla nebo stres. Péče o pleť by měla zahrnovat jemné čisticí prostředky a zklidňující přípravky pro citlivou pokožku, přičemž je vhodné se vyhnout dráždivým produktům. Pravidelná kontrola u dermatologa je nezbytná pro monitorování stavu pleti a přizpůsobení terapie, zatímco psychická podpora může pomoci pacientům lépe zvládat vliv rosacey na jejich kvalitu života. Pacienti s očními symptomy by měli být pravidelně sledováni oftalmologem, aby se předešlo vážným komplikacím, jako je zánět rohovky či trvalé poškození zraku.

LITERATURA

1. Saurat JH, Halioua B, Baissac C, et al. Epidemiology of acne and rosacea: A worldwide global study. *J Am Acad Dermatol.* 2024 May;90(5):1016-1018. doi: 10.1016/j.jaad.2023.12.038. Epub 2024 Jan 4. PMID: 38184278.
2. Ihrsky, S. A. Rosacea – současný pohled. Available from: <https://www.prolekare.cz/>.
3. Nevoralová Z, Rulcová J, Benáková N. Obličejové dermatózy. Praha: Mladá fronta; 2018.
4. Nevoralová Z. Závažná forma růžovky u 32leté pacientky. *Dermatol. praxi.* 2015;9(3):130-133.
5. Pánková R. Rosacea. 2017;11(1):6-11. doi: 10.36290/der.2017.002.
6. Dwaybová R. Lokální léčba zánětlivých lézí rosacey u dospělých pacientů. *Dermatol. praxi* 2018; 12(4): 164–166.
7. Rulcová, J. Přehled nejčastějších obličejových dermatóz. I. část. *Dermatol. praxi.* 2014;8(3):98-101.
8. Clanner-Engelshofen BM, Bernhard D, Dargatz S, et al. S2k guideline: Rosacea. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2022 Aug;20(8):1147-1165. doi: 10.1111/ddg.14849. Epub 2022 Aug 5. PMID: 35929658.
9. Forton FMN. The Pathogenic Role of Demodex Mites in Rosacea: A Potential Therapeutic Target Already in Erythematotelangiectatic Rosacea? *Dermatol Ther (Heidelb).* 2020 Dec;10(6):1229-1253. doi: 10.1007/s13555-020-00458-9. Epub 2020 Oct 23. PMID: 33095403; PMCID: PMC7649190.
10. Sharma A, Kroumpouzos G, Kassir M, et al. Rosacea ma-

nagement: A comprehensive review. *Journal of Cosmetic Dermatology.* 2022;21:1895-1904. <https://doi.org/10.1111/jocd.14816>.

11. Taieb A, Ortonne JP, Ruzicka T, et al. Superiority of ivermectin 1% cream over metronidazole 0.75% cream in treating inflammatory lesions of rosacea: a randomized, investigator-blinded trial. *British Journal of Dermatology.* 2015;172(4):1103-1110. <https://doi.org/10.1111/bjd.13408>.

12. Stein L, Kiricik L, Fowler J, et al. Efficacy and safety of ivermectin 1% cream in treatment of papulopustular rosacea: results of two randomized, double-blind, vehicle-controlled pivo-tal studies. *J Drugs Dermatol.* 2014 Mar;13(3):316-23. PMID: 24595578.