

Těžký případ rozacey

MUDr. Zuzana Nevalová

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. prax, 2010, 4(3): 94–97

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 akromi-oklavikulární 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 3x denně 1 týden, pak 2x denně 2 týdny a následně 1x 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, ožřejmilo se jen několik ektázií (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 obličej je výrazně psychosociálně stigmatizující až hendikepující kožní chorobou. Ve střední a severní Evropě je prevalence až okolo 10%, typickými pacienty jsou „keltské“ typy – světlolvasí až rusolvasí jedinci, s jemnou světlou kůží, modrýma 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 požitá látka) a mikroorganismů (*Demodex folliculorum* a *Helicobacter pylori*) (3).

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

- Podtyp 1: erytematoteleangiektatická rozacea – typická překrváním a centropaciálním erytémem.

- Podtyp 2: papulopustulózní rozacea – charakterizovaná přetrvávajícím centropaciálním 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 difúzní 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, světlolachost, 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 ichtamolovou 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 2x denně 200 mg po dobu 6 týdnů (2) nebo 250–500 mg denně po dobu 2–3 týdnů (5). Léky druhé volby jsou trimetoprim-sulfamoxazol, metotrexat, primaquin a chlorochin, centrální anti hypertenziva, malé dávky klonidinu, neselektivní betablokátory, perorální anti-koncepce 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, dermabraze, 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 dermatokosmetika**, především emoliencia, přípravy 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 nástinu léčby došlo ke zmenšení psychické tenze u pacienta. Léčba byla volena celková, vzhledem k papulopustulóznímu postižení nejdříve perorální metronidazol (v režimu užívaném 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 dermatokosmetiku a dodržuje režimová opatření.

Závěr

Rozacea je jednou z nejčastějších obličejových dermatóz, která výrazně psychosociálně hendikepuje postižené jedince. Kausální léčba si ce 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 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, Aragues M, Fernández Herrera J, García Díez A. Acne rosácea-rinofima: tratamiento con isotretinoín y valoración a los 4 años. Actas Dermo-Sifilográficas 1990; 4: 199–202.

MUDr. Zuzana Nevalová

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

Martin Vokurka, Jan Hugo a kolektiv: Velký lékařský slovník, 9. vyd.

Deváté rozšířené a aktualizované vydání obsahuje 41 000 hesel ze všech klinických i teoretických oborů současné medicíny. Slovník je svou odbornou úrovní vhodný pro lékaře, zdravotníky a studenty medicíny, svou srozumitelností pak vychází vstříc tradičnímu zájmu české veřejnosti o medicínu. Lékařům slovník umožňuje držet krok se závratným tempem vědeckého pokroku. Molekulární a buněčná biologie mění medicínu prakticky před očima, lékařská terminologie se ročně rozšiřuje o 30 až 60 nových pojmů, které jsou často spojeny také s novými mechanismy a principy. Vydání obsahuje i rozsáhlou přílohu normálních laboratorních hodnot.

Maxdorf 2009, ISBN: 978-80-7345-202-5, 1160 s.

Objednávejte: písemně – Maxdorf, Na Šejdru 247, 142 00 Praha 4, telefonicky – 004202 4101 1681, e-mailom – knihy@maxdorf.cz.



www.maxdorf.cz

Anna Jedličková: Antimikrobiální terapie v každodenní praxi 3. rozšířené vydání

Od zavedení prvního a dodnes neznámějšího antibiotika – penicilinu – uplynulo více než 50 let. Počet běžně užívaných antibiotik dnes dosáhl několika set a je možné bez nadsázky říci, že lze najít antibiotikum proti každé bakterii. Z velkého počtu dostupných antibiotik však pro lékaře vyplývají zvýšené nároky na výběr, neboť užití nesprávného antibiotika přináší značná rizika. Již třetí vydání publikace naší přední odbornice v oblasti antimikrobiální terapie klade důraz na praktičnost a rychlou orientaci.

Maxdorf 2009, edice Jessenius, ISBN: 978-80-7345-208-7, 664 s.

Objednávejte: písemně – Maxdorf, Na Šejdru 247, 142 00 Praha 4, telefonicky – 004202 4101 1681, e-mailom – knihy@maxdorf.cz.



www.maxdorf.cz