

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 acné 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.