

Detta utbildningsmaterial om rosacea för berörd sjukvårdspersonal har författats av Mats Berg, hudläkare; Kari Dunér, hudläkare; Håkan Mobacken, hudläkare; Margareta Svensson, hudläkare; Ingrid Synnerstad, hudläkare. Arbetet med dessa rekommendationer har möjliggjorts med stöd från men oberoende av Galderma Nordic.

BEHANDLINGSRÅD VID ROSACEA FÖR LÄKARE

Rosacea är en kronisk sjukdom som ofta går i skov. Målsättningen med behandlingen av rosacea är att minimera inflammationen, ge lång remission och förbättra livskvaliteten.

ALLMÄNNA RÅD

Undvik UV-bestrålning och solande då detta försämrar rosacean. Solkräm med hög skyddsfaktor (30-50) bör användas mars-oktober. Faktorer som ökar blodgenomströmningen i ansiktshuden kan förvärra besvären; värme, kyla, blåst, alkohol, het mat och dryck, starka kryddor, stress. Känsligheten varierar mellan individer. Smörj ej kortisonpreparat på rosacea, risk för uppblösning.

LOKALBEHANDLING – ANTIINFLAMMATORISK BEHANDLING

Rosacea i sig kan ge irritation, sveda, brännande och/eller stickande känsla i ansiktshuden samt ibland torr, nargig yta. När lokalbehandlingen påbörjas kan detta accentueras. Kombiner därför lokalbehandling med mjukgörande några minuter senare för bättre effekt och minskad biverkningsbenägenhet. Behandlingen prövas i minst 2 månader, vissa patienter behöver långtidsbehandling med applikationer varje till varannan dag.

Tillgängliga alternativ:

- Metronidazol (Rosazol kräm alt. Rozex gel/kräm), finns receptfritt i mindre förpackning.
- Azelainsyra (Finacea gel)
- Ivermektin (Soolantra kräm)

SYSTEMBEHANDLING

Om lokalbehandlingen enligt ovan ej räcker eller vid kraftigt inflammatorisk rosacea från början samt vid rosacea med ögonsymtom bör en systembehandling läggas till. Behandlingen bör pågå tills besvärsfrihet och ytterligare några veckor. Total behandlingstid i första hand ca 3 månader.

Tetracyklinpreparat rekommenderas i första hand. Alternativ:

- Doxycyklin (Oracea kapsel) å 40 mg 1x1
 - subantimikrobiell, antiinflammatorisk dos
 - mindre risk för gastrointestinala, genitala besvär
 - kan erfarenhetsmässigt användas sommartid
- Lymeicyklin (Tetralysal kapsel) å 300 mg 1x2*
- Tetracyklin (Tetracyklin tablett) å 250 mg 2x2*

*Kan vid dosreduktion erfarenhetsmässigt användas även sommartid.

Vid tetracyklinallergi eller vid graviditet (efter v. 20): Erythromycin (Ery-Max kapsel) å 250 mg 2x2

LOKAL UNDERHÅLLSBEHANDLING

Lokal underhållsbehandling skall behållas efter avslutad antibiotikabehandling och kan behövas under lång tid (t.ex. 2-3 gånger i veckan).

LOKALBEHANDLING – KVARSTÄENDE BESVÄRANDE RODNAD

- Rodnaden kan vara mer svårbehandlad än inflammation. Brimonidin (Mirvaso gel) 1x1, kan ge symtomlindring i upp till 12 timmar.

TILLVÄGAGÅNGSSÄTT VID DE OLIKA UNDERGRUPPERNA:

Subtyp I: Allmänna och kosmetiska råd viktigt! Lokal behandling prövas – se ovan. Ibland god effekt av laser/IPL.

Subtyp II: Allmänna råd viktigt! Lokal/peroral behandling god effekt. Underhållsbehandling minskar recidivrisk.

Subtyp III: Peroral behandling bör prövas. Remiss hudläkare. Kirurgi/laser god effekt.

Subtyp IV: Peroral behandling ofta god effekt och kan upprepas vid återkommande symtom.

FLUSHING OCH TELEANGIEKTASIER

Flushing kan lindras av betablockerare; propranolol (Inderal) dosering 10-30 mg/dag.

Teleangiektasier & persisterande rodnad kan behandlas med laser eller IPL - finansieras ej av offentlig vård.

REMITTERA

Till hudläkare:
Vid osäker diagnos.
Vid otillfredsställande terapivar.
Rhinophyma.

Till ögonläkare:
Vid ögonsymtom och otillräckligt svar på 2-3 månaders systembehandling.

PROGNOS

Sjukdomen går initialt i skov. Obehandlad sjukdom kan ge kroniska besvär. Med tillräckligt lång behandling kan oftast uttalad symtomlindring uppnås med långvarig remission.

FÖR TVÅTT-, SMÖRJ- OCH KOSMETIKARÅD SE SEPARAT PATIENTINFORMATION.

Detta utbildningsmaterial om rosacea för berörd sjukvårdspersonal har författats av Mats Berg, hudläkare; Kari Dunér, hudläkare; Håkan Mobacken, hudläkare; Margareta Svensson, hudläkare; Ingrid Synnerstad, hudläkare. Arbetet med dessa rekommendationer har möjliggjorts med stöd från men oberoende av Galderma Nordic.

ROSACEA – BAKGRUND

Rosacea är en kronisk sjukdom med fluktuerande förlopp med försämringar och förbättringar. Rosacea förekommer hos cirka 10% av den vuxna befolkningen, vanligast efter 30 års ålder. Rosacea delas in i undergrupper baserade på klinisk bild. Undergrupperna kan överlappa varandra och patienten kan debutera inom en eller flera av grupperna. Sjukdomen kan även uppträda ensidigt.

BAKGRUND TILL ROSACEA

Orsaken till rosacea är okänd och sannolikt föreligger en kombination av genetik och miljöfaktorer. Flera mekanismer kan vara aktuella; dels en rubbning av blodkärlens funktion i ansiktshuden och dels en aktivering av det medfödda (innata) immunsystemet med resulterande inflammation. Möjligen har Demodex folliculorum (naturligt förekommande hudkvalster) en försämrande funktion i vissa fall. Bakterier har ej påvisats i samband med rosacea. Saknar specifik histologisk bild.

Samsjuklighet: migrän och depression.

UNDERGRUPPER

I SUBTYP I: ERYTEMATOTELEANGIEKTATISK ROSACEA

Frekvent flushing/erytem, efterhand kvarstående central ansiktsrodnad. Stickande och brännande känsla ofta associerad med narig, torr yta och fjällning som för tanken till eksem. Långvarig rodnad kan ibland leda till centralt ansiktsödem. Teleangiektasier ses ofta.

Differentialdiagnoser: seborroiskt eksem (ibland samtidigt), kroniskt solskadad hud, lupus erytematodes, överanvändning av lokala steroider

II SUBTYP II: PAPULOPUSTULÖS ROSACEA

Rodnade papler och pustler – ofta knappålsstora. Liknar akne men saknar komedoner och sitter oftast centralt ansiktet. Förändringar kan sporadiskt ses även på kal hjässa

Differentialdiagnoser: akne, perioral dermatit, steroidakne, tinea

III

SUBTYP III: RHINOPHYMA

Tillväxt av näsan och oregelbunden knottig yta på grund av förstörade talgkörtlar. Kan i sällsynta fall även förekomma på haka, kinder, panna och öron. Vanligast hos män.

Differentialdiagnos: sarkoidos

IV

SUBTYP IV: ÖGONROSACEA

Ögonrosacea är vanligt men svårdiagnostiserat även för ögonläkarna då symtomen är ospecifika. Ögonrosacea kan uppträda före hudsymtomen. Viktigt att fråga om ögonsymtom vid rosacea, då patienten ej själv kopplar ihop besvären!

Subjektiva symtom: Torra eller rinnande ögon, klåda, ljuskänslighet, dimsyn, främmandekroppskänsla.

Klinik: blefarit, vaglar, konjunktivit (även insidan av ögonlocken).

Keratitis är en ovanlig men allvarlig komplikation.

SE BEHANDLINGSREKOMMENDATIONER PÅ ANDRA SIDAN!



PERIORAL DERMATIT

Vanlig differentialdiagnos hos unga vuxna, oftast kvinnor med känslig hud. Små röda papler, ibland pustler, runt munnen, näs- och ögonvinklar. Okänd orsak eller steroidanvändning.

BEHANDLING:

På grund av lättirriterad hud ges ofta peroral behandling med tetracyklinpreparat i 6–12 veckor. Alternativt ges preparat med metronidazol eller azelainsyra.

GOD PROGNOIS!