



Lek. med. Anna Krajewska

Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii  
Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Jerzy Janab

# Metody pielęgnacji i leczenia trądziku różowatego

**Trądzik różowaty (*rosacea*) jest przewlekłą, nawrotową, zapalną chorobą skóry o niejednolitej etiologii, dotyczącą środkowej części twarzy, charakteryzujący się obecnym rumieniem, teleangiektazjami, zmianami grudkowymi bądź krostkowymi.**

Dermatoza ta występuje z różną częstością w populacji – w granicach 1-10%, dotyczy osób dorosłych, a w szczególności kobiet. Początek choroby przypada zwykle na okres między 25-35 oraz 45-55 rokiem życia. Obserwuje się częste występowanie rodzinne tego schorzenia. Najczęściej dotyka osoby o jasnej karnacji, z fototypem skóry I i II.

Etiopatogeneza tego schorzenia jest złożona i nie w pełni wyjaśniona do tej pory. Początkowo opisywano je jako zaburzenie czynności gruczołów łojowych, jednak nie stanowi ono istoty choroby. W patomechanizmie bierze udział zaburzenie homeostazy naczyniowej skóry, uszkodzenie podścieliska łącznotkankowego, czynniki immunologiczne, hormonalne, genetyczne, infekcyjne (tu podkreśla się rolę infekcji bakterią *Helicobacter pylori* czy pospolitym saprofitem skóry *Demodex folliculorum*), czynniki pokarmowe, alergiczne, chemiczne czy psychogenne. Obraz chorobowy jest niejednorodny i zale-

ży od fazy rozwoju *rosacea*. Wyróżniamy następujące postacie:

- **postać prerosacea z napadowym czerwienieniem się tzw. *flushing*** – skóra wrażliwa, skłonna do podrażnień, widoczny jest napadowy rumień środkowej części twarzy, występujący pod wpływem różnych czynników:
  - słońca,
  - wysokiej temperatury,
  - nagłej zmiany temperatury,
  - klimatyzacji,
  - zbyt gorących lub zbyt zimnych pokarmów,
  - alkoholi,
  - mocnej kawy i herbaty,
  - pikantnych potraw,
  - wysiłku fizycznego,
  - sauny,
  - basenu,
  - kosmetyków,
  - środków chemicznych,
  - leków (obniżające ciśnienie krwi, hipoli-

- pemizujące, hipoglikemizujące),
- zaburzeń hormonalnych (choroby tarczycy, zaburzenia miesiączkowania)
- stresu;
- **postać utrwalonych zmian rumieniowych z obecnymi teleangiectazjami** – często towarzyszący obrzęk twarzy, związany ze zwiększoną przepuszczalnością naczyń i zaburzonym odpływem chłonki z twarzy, uczuciem pieczenia, palenia skóry twarzy;
- **postać grudkowo-krostkowa** – zmiany o tym charakterze występujące na utrwalonym podłożu rumieniowym, pojawiające się okresowo, mogą mieć tendencje do zlewania się, tworzenia ognisk naciekowych, przez niektórych autorów taki obraz opisywany jest jako *pyodermia faciale*, z towarzyszącymi objawami ogólnymi, takimi jak złe samopoczucie, stany podgorączkowe; brak zasłonników, obrzęk twarzy, złuszczenie naskórka;
- **postać przerosta** – występuje przede wszystkim u mężczyzn, dochodzi tu do przerostu gruczołów łojowych, zwłóknienia podścieliska, tworzenia się nieregularnych zmian guzowatych, pogrubienia skóry. Dotyczy to głównie okolicy nosa (*rhinophyma*), policzków, brody
- **postać oczna** – może wystąpić w każdej wyżej wymienionej postaci/okresie choroby, u 20% pacjentów zmiany oczne poprzedzają objawy skórne, u 50% występują wtórnie do zmian na skórze, a w około 30% pojawiają się jednocześnie, do najczęstszych objawów należą: łzawienie, swędzenie, pieczenie oczu, zwiększona męczliwość, nadwrażliwość na światło; występuje zaczerwienienie spojówek, teleangiectazje, obecność ropnej wydzieliny. Może również wystąpić pod postacią zapalenia powiek, rzadziej rogówki, tęczęw-

ki, ciała rzęskowego. Powikłaniem jest perforacja rogówki;

- **odmiana ziarniniakowa** – charakteryzuje się występowaniem żółtych, czerwonych, brunatnych guzków, z tendencją do rozpadu, bliznowacenia, często umiejscowione na bocznych powierzchniach twarzy, zwykle nie na podłożu utrwalonego rumienia, bez napadowego czerwienienia się twarzy, często towarzyszy nieswoistym zapaleniom jelit, w przebiegu infekcji HIV.

Rzadziej występujące:

- **zapalenie okołoustne** – jako zmiany po długotrwałym stosowaniu preparatów fluorowanego kortykosteroidu, ale też obserwowane po leczeniu słabszymi steroidami, np. maślanem hydrokortyzonu; zmiany zlokalizowane w okolicy warg, fałdów nosowo-wargowych, brody, z rozszanymi lub skupionymi grudkami, krostami, bez teleangiectazji czy napadowego rumienienia się.

Leczenie trądziku różowatego jest wieloletnie i wieloczynnikowe. Pacjent powinien być poinformowany o swoim schorzeniu, czynnikach nasilających zmiany skórne, których powinien unikać, o sposobach pielęgnacji, leczenia czy terapii wspomagającej.

Podstawę stanowi unikanie czynników nasilających objawy chorobowe, a przede wszystkim fotoprotekcja z zastosowaniem kremów z odpowiednio wysokimi filtrami UVA i UVB przez cały rok, nie tylko w okresie wiosenno-letnim. Znaczenie ma także unikanie stresujących sytuacji, gwałtownych zmian temperatur, niektórych pokarmów, alkoholu, niektórych leków czy innych czynników bądź sytuacji, które prowadzą do zaostrzenia zmian chorobowych.

Niezwykle ważnym aspektem jest prawidłowa pielęgnacja skóry, z zastosowaniem

dermokosmetyków przeznaczonych dla osób z rosacea bądź też skórą wrażliwą z predyspozycją do rozwoju tego schorzenia. Pacjenta należy uczulić na konieczność nawilżania skóry, stosowania odpowiednich preparatów do mycia i pielęgnacji, bez dodatku alkoholu. Przeciwwskazane są wszelkiego rodzaju peelingi mechaniczne, mocne pocieranie skóry, peelingi chemiczne z zastosowaniem mocnych kwasów, gorące kąpiele, maski rozgrzewające, kosmetyki powodujące przekrwienie skóry, mikrodermabrazja.

Do podstawowych metod leczenia rosacea zaliczamy terapię miejscową i ogólną. Na rynku dostępna jest szeroka gama preparatów możliwych do zastosowania. Jednymi z najskuteczniejszych leków miejscowych są te z metronidazolem. Zastosowanie znajdują też preparaty z erytromycyną, klindamycyną, kwasem azelainowym. Dobre efekty widoczne są również po zastosowaniu retinolu, witaminy C, alfa-hydroksykwasów, substancji imidazolowych. W przypadku istnienia komponenty lojotokowej korzystnie działają leki przeciwgrzybicze. Największe zagrożenie stanowi miejscowe stosowanie kortykosteroidów, które co prawda doraźnie powodują poprawę, zmniejszając rumień, ilość grudek, jednak działanie to jest krótkotrwałe, a następnie powoduje znaczne pogorszenie i utrudnia terapię.

W leczeniu ogólnym stosuje się antybiotykoterapię. Najskuteczniejsze są tetracyklina, limecyklina, erytromycyna. Dawkowanie analogiczne jak w przypadku trądziku zwykłego. Terapia jest zwykle wielomiesięczna. Kolejnym preparatem jest metronidazol, również wymagający kilkutygodniowego okresu zastosowania. Poza tym dobre efekty widoczne są po uzupełniającym leczeniu witaminami PP i B<sub>2</sub>. W najcięższych przypadkach stosuje się izotretinoinę, w dawkach takich jak w trądziku zwykłym, z tym, że czę-

sto skuteczne są dawki poniżej 0,5 mg/kg m.c.

Zastosowanie w leczeniu dodatkowym trądziku różowatego mają niektóre zabiegi takie jak peeling Yeelow Peel, z użyciem kwasu azelainowego, fitowego i kojowego. Powoduje on dotlenienie i dożywienie skóry poprzez nasiloną angiogenezę, a także pobudza syntezę kolagenu i elastyny.

Z metod zabiegowych dużą popularnością cieszą się również zabiegi jonosonoforezy naczyniowej, przeciwdziałające nadmieremu czerwienieniu się twarzy. Także laseroterapia oraz IPL dają podobny efekt, dodatkowo umożliwiając zamykanie poszerzonych i popękanych naczyń na skórze policzków, nosa czy brody, podobnie jak elektroterapia czy krioterapia. W niektórych przypadkach (*rhinophyma*) konieczne jest leczenie chirurgiczne.

Całkowite wyleczenie w przebiegu trądziku różowatego jest trudne. Niestety nie ma preparatów całkowicie zwalczających chorobę. Możliwe jest jej okresowe wyciszenie, a także zapobieganie nawrotom.

#### Piśmiennictwo:

1. Burgdorf W.H.C., Plewig G., Wolff H.H., Landthaler M.: *Dermatologia Braun-Falco*.
2. Wolska H., Błaszczak-Kostanecka M.: *Dermatologia w praktyce*.
3. Tanghetti E, Del Rosso JQ1, Thiboutot D, Gallo R, Webster G, Eichenfield LF, Stein-Gold L, Berson D, Zaenglein A: Consensus recommendations from the American Acne & Rosacea Society on the management of rosacea, part 4: a status report on physical modalities and devices. *Cutis*. 2014 Feb;93(2):71-6.
4. Bhate KI, Williams HC.: What's new in acne? An analysis of systematic reviews published in 2011-2012. *Clinical and Experimental Dermatology*, Volume 39, Issue 3, pages 273-278. April 2014.
5. Dosal J, Rodriguez G, Pezon C, Li H, Keri J.: Effect of Tetracyclines on the Development of Vascular Disease in Veterans with Acne or Rosacea-A Retrospective Cohort Study. *The Journal of Investigative Dermatology*. 2014 Mar 21. doi: 10.1038/jid.2014.148.