

Råd angående handläggning av patienter med ROSACEA - Hudkliniken

Patient ska i första hand skötas inom primärvård

Klinik

Mångårig åkomma med recidiverande förlopp. Vanligen debut i yngre medelålder. Kliniken varierar mellan rodnad, kärlektasier och inflammation med papler och pustler och de lokaler som drabbas är vanligtvis panna, näsa samt kinder. Diagnos på kliniken och patientens ålder samt avsaknad av kommedoner jmf akne.

Sjukdomstyper

- Telangiektatisk rosacea
- Papulopustulos rosacea
- Rhinophyma – förstorad näsa, grova porer
- Pyoderma faciale/nodulocystisk rosacea – ovanligt. Ev allmänpåverkan.
- Ögonrosacea – rodnad, torrhets känsla, konjunktivit, keratit.

Genesen är okänd. Inflammatorisk sjukdom med vaskulär komponent. Den dominerande hypotesen är att kärlvidgning ger läckage som irriterar och orsakar inflammation i huden. Sjukdomen är vanligare hos de som är mycket ljushyade samt de som har lätt att rodna vid stress och ansträngning. Långvarig behandling med starka steroider kan locka fram åkomman. Allt som ökar genombloodningen i huden accentuerar symtomen exempelvis kyla/värme, starka kryddor, alkohol etc. Solen anses också ha försämrande inverkan. Inget talar för allergiska faktorer.

BEHANDLINGSPOLICY

Lätt inflammatorisk bild med blek rodnad och någon enstaka papel:

Förstahandspreparat är Azelainsyra 1-2 ggr dagligen i minst 2-3 månader, därefter underhållsbehandling 2-1 ggr/vecka.

I andra hand:

- Metronidazol kräm 1-2 ggr dagligen i upp till 3 mån alternativt
- Gel Soolantra 1 gång dagligen till kvällen i upp till 4 mån eller längre vid behov, vid förbättring fortsatt underhållsbehandling cirka 2 ggr/vecka.
- 3-5 % svavel i essexkräm APL 1-2 ggr dagligen.

Vid större besvär med inflammation, rodnad + pustelbildning:

Tetralysal 300 mg x2 i 6-8 veckor dock max 3 månader.

Bör kombineras med lokalbehandling enligt ovan, dock ej Metronidazol.

Efter avslutad tablettbehandling bör lokalbehandlingen fortsätta under lång tid/flera månader.

Information om att återuppta behandlingen vid eventuellt recidiv.

REMISSPOLICY

Diagnosproblem: Differentialdiagnoser:

- Perioral dermatit
- Seborréexsem med follikuliter
- Acne tarda (vuxenacne)
- Fjärilserythem vid SLE

Terapisvikt:

Isotretinoin kan vara ett behandlingsalternativ (föreskrivs endast av hudspecialist).

Rhinophyma – kirurgisk behandling/laser enda alternativet.

Dokumentinformation

Dokumentet har granskats av:

Elisabeth Höchtl

Anette Edlund

Tommy Lundmark, chefsläkare, Division Primärvård

Börje Svensson, chefsläkare, Division Primärvård