

Lucie Jarešová a kolektiv

Rosacea a periorální dermatitida

Moderní trendy v diagnostice a léčbě





Děkujeme subjektům a společnostem, které v této publikaci inzerují
nebo její vydání jiným způsobem podpořily (v abecedním pořadí):

Medicaltech s.r.o.

Medopra s.r.o.

Lucie Jarešová a kolektiv

Rosacea a periorální dermatitida

Moderní trendy v diagnostice a léčbě

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou **bez souhlasu nositele práv zakázány**.

MUDr. Bc. Lucie Jarešová a kolektiv

Rosacea a periorální dermatitida

Moderní trendy v diagnostice a léčbě

Editorka:

MUDr. Bc. Lucie Jarešová

Kolektiv autorů:

MUDr. Bc. Lucie Jarešová

MUDr. Julie Hrušová

MUDr. Kristýna Kašíková

MUDr. Kevin Machů

Recenzentky:

MUDr. Alena Machovcová, Ph.D., MBA

MUDr. Iva Žampachová

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

Fotografie: archiv autorů

Cover Photo © MUDr. Bc. Lucie Jarešová s využitím AI, 2026

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2026

© Grada Publishing, a.s., 2026

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 10 723. publikaci

Šéfredaktorka lékařské literatury MUDr. Michaela Lízlerová

Odpovědná redaktorka Mgr. Klára Choulíková, Mgr. Klára Procházková

Jazyková korektura a redakce Bc. Marcela Kaas

Sazba a zlom Vladimír Fára

Počet stran 144

1. vydání, Praha 2026

Vytiskla TISKÁRNA V RÁJI, s.r.o., Pardubice

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-8739-3 (ePub)

ISBN 978-80-271-8738-6 (pdf)

ISBN 978-80-271-6117-1 (print)

Seznam autorů

Editorka:

MUDr. Bc. Lucie Jarešová

DermaMedEst s.r.o., AestheScar s.r.o.

Kolektiv autorů:

MUDr. Bc. Lucie Jarešová

DermaMedEst s.r.o., AestheScar s.r.o.

MUDr. Julie Hrušová

DermaMedEst s.r.o., AestheScar s.r.o.

MUDr. Kristýna Kašíková

DermaMedEst s.r.o., AestheScar s.r.o.

MUDr. Kevin Machů

DermaMedEst s.r.o., AestheScar s.r.o.

Recenzentky:

MUDr. Alena Machovcová, Ph.D., MBA

Dermatovenerologické oddělení Fakultní nemocnice Motol a Homolka

MUDr. Iva Žampachová

Homea Clinic, Pardubice

Obsah

Seznam autorů

VI

I Rosacea

1	Historie	3
2	Epidemiologie, etiopatogeneze	5
2.1	Epidemiologie	5
2.2	Etiopatogeneze	5
2.3	Rizikové faktory	6
3	Klinický obraz a klasifikace	9
3.1	Klinický obraz	9
3.2	Klasifikace rosacey (podle NRS)	10
4	Diagnostika	15
4.1	Anamnéza a klinické vyšetření (základní)	15
4.2	Dermatoskopie	15
4.3	Probatorní excize	16
4.4	Histopatologie	16
5	Diferenciální diagnostika	19
5.1	Primárně erytematózní projevy	19
5.2	Primárně zánětlivé projevy	24
5.3	Fymatózní forma (rhinophyma)	28
6	Terapie	31
6.1	Režimová opatření	31
6.2	Topická léčba	31
6.3	Systémová léčba	34
6.4	Jiné možnosti terapie	36
6.5	Terapie dle jednotlivých typů rosacey	36
7	Korektivní a estetické přístupy	41
7.1	Fyzikální metody	41
8	Speciální skupiny pacientů s rosaceou	53
8.1	Rosacea u těhotných žen	53
8.2	Rosacea u dětí	55
8.3	Rosacea u pacientů s komorbiditami	56
9	Psychosociální aspekty rosacey	59
9.1	Hlavní oblasti psychosociálního dopadu	59
9.2	Klinické důsledky psychosociální zátěže	59
9.3	Doporučený přístup v praxi	60
10	Vliv životního stylu na průběh rosacey	61

II Periorální dermatitida

11	Historie	67
12	Epidemiologie, etiopatogeneze	69
12.1	Epidemiologie	69
12.2	Etiopatogeneze	69
13	Klinický obraz a klasifikace	75
13.1	Klinický obraz	75
13.2	Typy periorální dermatitidy	75
13.3	Průběh	80
14	Diagnostika	81
14.1	Fyzikální vyšetření	81
14.2	Dermatoskopie	81
14.3	Probatorní excize	81
14.4	Histopatologie	82

15	Diferenciální diagnostika	83
15.1	Rosacea	83
15.2	Acne vulgaris	83
15.3	Sarkoidóza	83
15.4	Dermatitis seborrhoica	84
15.5	Alergická kontaktní dermatitida	86
15.6	Iritiční kontaktní dermatitida	86
15.7	Demodikóza	87
15.8	Tinea faciei	88
15.9	Dermatitis atopica	88
15.10	Eruptivní syringomy	89
15.11	Lupus miliaris disseminatus faciei (LMDF)	89
15.12	Polymorfní světelná erupce	90
15.13	Bazocelulární karcinom	90
15.14	Acrodermatitis enteropathica	90
15.15	Psoriáza/sebopsoriáza	90
15.16	Impetigo	90
15.17	Diagnostika a diferenciální diagnostika	91
16	Terapie	93
16.1	Nulová terapie – „zero therapy“ – a režimová opatření	93
16.2	Lokální terapie	93
16.3	Systémová léčba	97
16.4	Léčba u dětí	98
16.5	Zásady patientské edukace	98
16.6	Dlouhodobé sledování pacientů	99
17	Korektivní a estetické přístupy	101
17.1	Fyzikální metody	101
18	Speciální skupiny pacientů s periorální dermatidou	105
18.1	Periorální dermatitida u těhotných žen	105
18.2	Periorální dermatitida u pacientů s komorbiditami	107
19	Psychosociální aspekty periorální dermatitidy	109
19.1	Psychoneuroimunitní propojení kůže a stresové odpovědi	109
19.2	Typické psychologické profily pacientů s periorální dermatidou	110
19.3	Vliv stresu a psychických stavů na průběh onemocnění	110
19.4	Psychodermatologická péče a terapeutické přístupy	110
19.5	Prognóza a dlouhodobé sledování	111
20	Vliv životního stylu na průběh periorální dermatitidy	113
	Literatura k oddílu I Rosacea	115
	Literatura k oddílu II Periorální dermatitida	117
	Seznam zkratk	120
	Medailonek editorky	123
	Souhrn	125
	Summary	127
	Rejstřík	129



EUROPEAN
PRODUCT
DESIGN
AWARD

Harmonie dokonalých technologií Harmony Bio-Boost



ClearLift Pro Q-switched
1064 nm & KTP 532 nm



ClearSkin Pro Er:Glass 1540 nm



SupErb Er:YAG 2940 nm



ClearVas Nd:YAG 1064 nm



VascuPen green diode 520 nm

- **Bio-Boost protokoly**
- Rejuvenace kůže
- Vaskulární léze
- Akné a jizvy po akné
- Pigmentové léze
- Odstranění tetování

- Frakční zákroky
- Laserová chirurgie
- Fotoepilace a další...



Cooled IPL applicators



Near-infrared applicator



Harmony
Bio-Boost

I ROSACEA

Lucie Jarešová

Úvod

Rosacea (růžovka) je chronické zánětlivé kožní onemocnění, které představuje vážnou psychosociální zátěž, protože postihuje především centrální oblast obličeje. Rosacea je multifaktoriální zánětlivé onemocnění s cévní dysregulací a imunitními vlivy. Je charakterizováno erytémem, teleangiektaziemi, papulopustulózními lézemi, fymatózními změnami a často také očními projevy. Průběh onemocnění je variabilní a může přecházet do různých forem. Rosacea je častější u žen, především u papulopustulózního typu, fymatózní forma postihuje převážně muže.

Růžovka je komplexní onemocnění a pro dosažení optimálních terapeutických výsledků je důležitá její správná diagnostika. Vzhledem k širokému spektru onemocnění, která mohou růžovku klinicky napodobovat – od běžných zánětlivých dermatóz až po závažné autoimunitní nebo neoplastické procesy –, je nezbytné soustředit se na podrobnou anamnézu a při klinickém vyšetření si všímat nejen příznaků pro růžovku typických, ale i symptomů ukazujících na jiná onemocnění. Při nejasném závěru je vhodné doplnit laboratorní či histopatologická vyšetření.

Diagnostika rosacey je ve většině případů založena na klinickém obrazu onemocnění. Vzhledem k překrývání symptomů s jinými, převážně zánětlivými kožními onemocněními může v praxi dojít k chybné diagnostice. Rosacea má několik subtypů onemocnění, které mohou přinášet rozdílná diagnostická dilemata.

I Rosacea

Lucie Jarešová

1	Historie	3
2	Epidemiologie, etiopatogeneze	5
3	Klinický obraz a klasifikace	9
4	Diagnostika	15
5	Diferenciální diagnostika	19
6	Terapie	31
7	Korektivní a estetické přístupy	41
8	Speciální skupiny pacientů s rosaceou	53
9	Psychosociální aspekty rosacey	59
10	Vliv životního stylu na průběh rosacey	61

Historie onemocnění sahá až do středověku. Ve 14. století Geoffrey Chaucer (např. *Canterburské povídky*) zmiňuje postavy s výrazně červeným obličejem, což dnes odpovídá popisu erytematózní rosacey. William Shakespeare (16.–17. stol.) popisuje postavy s červeným nosem a tvářemi, často v souvislosti s alkoholem. Tehdejší představa byla, že zarudlá kůže souvisí hlavně s pitím. Nemoc nebyla chápána jako samostatná jednotka, ale jako znak „horké krve“, opilství či špatného životního stylu.

Termín *acne rosacea* se začal používat v 17.–18. století. Lékaři tuto nemoc považovali za formu akné, protože papuly a pustuly byly podobné. Hlavní rozdíl, přetrvávající erytém a teleangiektazie, nebyl ještě uznáván jako diagnosticky významný. Francouzští a britští dermatologové (např. Thomas Bateman, Robert Willan) popsali případy v raných dermatologických atlasech. Léčba byla převážně empirická. Používala se síra, rtuťové přípravky, koupele v minerálních pramenech.

Někteří autoři upozorňovali, že *rosacea* má jinou chronologii a příčinu než *acne vulgaris*, zejména cévní komponentu a fluktuaci erytému. Termín *acne rosacea* se udržel v literatuře až do poloviny 20. století. Po roce 1950 došlo k jasnému oddělení *rosacey* od *acne vulgaris*.

Vznikly první klasifikace forem: erytematózní, papulopustulózní, fymatózní (např. rhinophyma) a oční. V letech 1970–1980 byla objevena souvislost s *Demodex folliculorum* a jeho možným patogenním působením. Do praxe se dostaly antibiotické krémy (metronidazol) a perorální tetracykliny. Laserové technologie (na teleangiektazie) se začaly používat od 80. let.

V roce 2002 Národní společnost pro rosaceu (NRS) vydala konsenzuální diagnostická kritéria a klasifikovala subtypy *rosacey*. Výzkum ukázal genetické predispozice a souvislost s některými autoimunitními chorobami, např. diabetem 1. typu, revmatoidní artritidou, celiakií a roztroušenou sklerózou. Vliv mikrobiomu (*Demodex*, bakterie rodu *Bacillus*, možné vazby na střevní dysbiózu) a rozvoj cílené farmakoterapie a pokročilých laserových metod vede ke zlepšení projevů.

2 Epidemiologie, etiopatogeneze

Lucie Jarešová

2

2.1 Epidemiologie

Globální prevalence je odhadována na 5–10 % populace. Vyšší výskyt je v severní Evropě a Skandinávii než v jižních zemích nebo v Africe. Největší riziko vzniku růžovky mají běloši se světlou pokožkou citlivou na sluneční záření (fototypy I a II).

Není známo, zda k nižší míře diagnostikování u lidí s tmavší pokožkou přispívají faktory, jako je maskování zarudnutí obličeje bohatým kožním pigmentem, ochranné účinky melaninu proti ultrafialovému záření (faktorů zhoršujícím růžovku) nebo genetické rozdíly v náchylnosti k onemocnění. Typicky postihuje osoby mezi 30–60 lety, s maximem ve středním věku. Ojedinele se vyskytuje i u dětí, zvláště forma okulární rosacey. Kožní růžovka se vyskytuje převážně u žen, s výjimkou fymatózní růžovky, která je častější u mužů.

2.2 Etiopatogeneze

Přesné molekulární mechanismy podílející se na patofyziologii růžovky nejsou známy, je však pravděpodobné, že se jedná o multifaktoriální onemocnění s genetickou predispozicí. Mikroby, ultrafialové (UV) záření, výživa, extrémní teploty, narušení kožní bariéry, psychosociální stres a hormony mohou stimulovat zesílenou vrozenou imunitní odpověď anebo neurovaskulární dysregulaci. Na rozvoji růžovky se podílí více typů buněk, včetně keratinocytů, žírných buněk, neuronů, endoteliálních buněk, makrofágů, fibroblastů.

Aktivace adaptivní a vrozené imunitní reakce nadměrnou expresí Th1/Th17 a toll-like receptoru 2 (TLR-2) jsou dalšími známými patomechanismy růžovky. Aktivace TLR vede k indukci konzervovaných signálních kaskád proti patogenům, včetně sekrece antimikrobiálních peptidů (AMP), jako je katelicidin (LL-37 – aktivní forma katelicidinu), a produkce prozánětlivých cytokinů a chemokinů.

Jeden člen rodiny TLR, TLR-2, je vysoce exprimován v kůži s růžovkou, což koreluje se zvýšenou aktivací TLR-2 na vnější podněty. Aktivace TLR-2 vede ke zvýšené aktivitě žírných buněk prostřednictvím zvýšené produkce LL-37. Kromě toho je u růžovky zvýšena exprese matrixových metaloproteináz a vaskulárního endoteliálního růstového faktoru.

Mezi patofyziologické mechanismy patří neurovaskulární dysregulace, aktivace imunitního systému, pomnožení roztočů *Demodex folliculorum* a infekce *Helicobacter pylori* v gastrointestinálním traktu.

Pacienti s růžovkou také vykazují zvýšenou expresi AMP katelicidinu a kallikreinu (KLK), což je převládající serinová proteáza odpovědná za štěpení katelicidinu na LL-37, jeho aktivní peptidovou formu. Účinky vyvolané LL-37, včetně chemotaxe leukocytů, podpory angiogeneze a aktivace NF- κ B (nuclear factor kappa B), které společně korelují s morfologickými charakteristikami růžovky, jako je erytém obličeje, teleangiektazie, papuly a pustuly.

5

Dilatace lymfatických a krevních cév je způsobena vlivem rizikových faktorů.

Předpokládaným mechanismem pro vznik erytému je zvýšená exprese nespecifických kationtových kanálů.

Stresové faktory, včetně ultrafialového záření (UV záření), mikrobiálních antigenů, traumatu, emočního stresu a endogenních hormonů, mohou stimulovat uvolňování neurotransmiterů a přispívat k vazodilataci, návalům horka, zvýšené citlivosti kůže, pálení, svědění a snížení prahu bolesti u pacientů s růžovkou.

Zajímavé je, že hustota senzorických neuronů byla zvýšena u erytematoteleangiektatické růžovky. Přechodný receptorový potenciál (TRP) vaniloidního typu (TRPV1 a TRPV4) a TRP ankyrin 1 (TRPA1) iontové kanály exprimované na nervech, keratinocytech, žírných buňkách anebo imunitních buňkách jsou vysoce reaktivní na tepelné, chemické anebo mechanické podněty.

U všech podtypů kožní růžovky (erytematoteleangiektatická, papulopustulózní a fymatózní) je zvýšená hustota TRP iontových kanálů na senzorických neuronech, vaskulárních buňkách a imunitních buňkách.

TRPV mají vliv na lokální imunitní funkci, vaskulární regulaci, nocicepci a integritu epidermální bariéry.

Aktivace TRP vede k uvolnění vazoaktivních neuropeptidů, jako je substance P, peptidu souvisejícího s genem kalcitoninu (CGRP, calcitonin gene-related peptide), vazoaktivního intestinálního peptidu (VIP) a polypeptidu aktivujícího adenylátcyklázu hypofýzy (PACAP), jejichž hladiny byly u rosacey zvýšené. Substance P se podílí na regulaci lokálního krevního toku a indukuje degranulaci žírných buněk, což vede ke zvýšení hladin prozánětlivých cytokinů (např. IL-1, IL-3 a IL-8), chemokinů (např. CCL2, CXCL9, CXCL10, CCL5 a CXCL8) a tumor nekrotizujícího faktoru α (TNF α). To naznačuje, že neurogenní zánětlivé procesy jsou pravděpodobně aktivní i u růžovky.

2.3 Rizikové faktory

Přesná etiologie růžovky není zcela známa. Genetická predispozice je podpořena vyšší incidencí u pacientů s pozitivní rodinnou anamnézou. Mezi známé exogenní faktory patří působení UV záření, stres, alkohol, kořeněná jídla a změny teplot.

U pacientů s růžovkou byly navíc identifikovány specifické lokusy lidského leukocytového antigenu (HLA). Dále je u nich vyšší výskyt *Demodex folliculorum* nebo infekce *Helicobacter pylori*. Středně těžká až těžká růžovka je spojována s hyperlipidemií, hypertenzí, metabolickými, kardiovaskulárními a gastrointestinálními onemocněními.

2.3.1 Rosacea a iatrogenní vlivy

Iatrogenní faktory, nežádoucí účinky léčby nebo lékařských zákroků, mohou hrát významnou roli při vzniku nebo exacerbaci rosacey. Někdy může dojít k tzv. iatrogenní rosaceiformní dermatitidě, stavu napodobujícímu rosaceu, který vzniká jako důsledek farmakoterapie nebo kosmetických procedur. Tyto vlivy mohou být často přehlíženy, a proto je nezbytné je v klinické praxi aktivně sledovat.

2.3.2 Léky vyvolávající nebo zhoršující rosaceu

Vazodilatancia (např. blokátory kalciových kanálů, nitrátové preparáty) mohou zhoršovat flushing a erytém.

Psychofarmaka, např. SSRI, tricyklická antidepresiva a benzodiazepiny, mohou nepřímo zvyšovat reaktivitu kůže i pocení, což může spustit zhoršení rosacey.

Amiodaron a některá cytostatika způsobují fotosenzitivitu nebo kožní vaskulitidu, která může imitovat rosaceiformní změny.

Dlouhodobé používání kosmetických přípravků s alkoholem, mentolem, kyselinami nebo parfemací může vést k iritaci a navození rosaceiformního obrazu.

2.3.3 Dermokosmetické zákroky zhoršující rosaceu

Chemické peelinky (zejména střední a hluboké) mohou poškodit epidermální bariéru a vyvolat zánětlivou reakci.

Laserové zákroky (např. PDL – pulzní barvivový laser, IPL – intenzivní pulzní světlo) se terapeuticky používají k léčbě erytému a teleangiektazií u rosacey. Při neadekvátní volbě parametrů mohou vyvolat postzánětlivý erytém nebo relaps onemocnění.

Mikro Jehličkování, radiofrekvence a mezoterapie mohou být pro rosaceickou kůži příliš agresivní a vést k exacerbaci.

Pacienti s rosaceou mají citlivou, reaktivní pleť s porušenou bariérovou funkcí. Produkty s alkoholem, retinoidy, silnými exfolianty nebo parfemací mohou způsobit iritaci a vyvolat relaps onemocnění. Důležitá je edukace pacientů o nekomedogenní, hypoalergenní a zklidňující péči.

3 Klinický obraz a klasifikace

Lucie Jarešová

3

3.1 Klinický obraz

Rosacea je chronické, recidivující zánětlivé onemocnění centrální části obličeje, postihující především kůži, méně často i oči. Nejčastěji se vyskytují teleangiektazie v oblasti tváří, ale také na bradě, růžové papuly, pustuly nebo zbytnění mazových žláz (**obr. 1**). Záleží na formě onemocnění. Doprovodnými znaky jsou suchost a šupinatění kůže. Může být přítomen chronický edém obličeje nejasného původu. Psychosociální dopad je výrazný zejména při viditelných formách (rhinophyma, pustulózní forma).



Obr. 1 Rosacea

3.2 Klasifikace rosacey (podle NRS)

- erytematoteleangiektatická forma
- papulopustulózní forma
- fymatózní forma
- okulární rosacea

Původní klasifikace (NRS, 2002) byla nahrazena moderní **fenotypovou klasifikací**.

Fenotypová diagnostika

Diagnóza se stanoví při **přítomnosti jednoho z hlavních fenotypů**:

- trvalý centrofaciální erytém,
- fymatózní změny.

Pokud hlavní fenotypy chybí, je diagnóza možná při **dvou z následujících sekundárních znaků**:

- záchvatové zčervenání (přechodný erytém),
- papuly/pustuly,
- teleangiektazie,
- oční projevy.

3.2.1 Prerosacea (stadium 0 – prodromální fáze)

- Klinický obraz: bez trvalého erytému, bez přítomnosti lézí, pouze přechodný erytém.



Obr. 2 Teleangiektazie, mírný erytém



Obr. 3 Teleangiektazie

- Subjektivní potíže: většinou bez subjektivních potíží, pocit horkosti při zčervenání.
- Klinický průběh: epizodické návaly červenaní (flushování) při užívání alkoholu, kořeněných jídel, zvýšeném stresu, změně teploty.
U 81 % pacientů přechází prodromální fáze do fáze erytematoteleangiektatické.

3.2.2 Erytematoteleangiektatická rosacea (ETR)

- Klinický obraz: v počáteční fázi přechodný a později převládající **trvalý erytém** ve střední části obličeje, v oblasti tváří a nosu, může být postižena i brada a čelo. Teleangiektazie (**obr. 2, 3**) jsou viditelné nejprve při dermatoskopii, později pouhým okem. Záchvaty erytému (flush) jsou typicky vyvolány vnějšími faktory (např. slunce, alkohol, kořeněná jídla, stres).
- Subjektivní potíže: velmi citlivá pleť, pálení, štípání, svědění.
- Klinický průběh: nejprve epizodické zarudnutí, později trvalé změny v obličeji.

3.2.3 Papulopustulózní rosacea

- Klinický obraz: výskyt **sterilních papul a pustul** na erytematózním podkladě centrofaciálně, chybí komedony (na rozdíl od akné). Zánětlivé léze se vyskytují na stejných místech jako erytém. Může připomínat akné, ale s absencí seborey a černých teček (komedonů).

- Subjektivní obtíže: méně často svědění, spíše pálení.
- Klinický průběh: epizodický, může se střídat s remisemi.

3.2.4 Fymatózní rosacea

- Klinický obraz: hyperplazie mazových žláz vedoucí k **zbytnění kůže** nejčastěji postihuje nos (rhinophyma, **obr. 4, 5**), méně často čelo (metophyma), bradu (gnatophyma), uši (otophyma) nebo oční víčka (blefarophyma). Typický je nodulární (hrbolatý) nepravidelný povrch, fibroprodukce. Kůže je ztlustělá, pórovitá a nerovná. Typy fymatózní rosacey: glandulární, fibrózní, fibroangiomatózní, aktinický. Tato forma se častěji vyskytuje u mužů a vzniká obvykle po dlouhodobém trvání rosacey.
- Subjektivní potíže: bez potíží nebo mírné svědění.
- Klinický průběh: perzistující zbytnění mazových žláz, epizodické zvýraznění zarudnutí.

3.2.5 Okulární rosacea

Rosaceu mohou doprovázet i oční příznaky, a to teleangiektazie víček, blefaritida, častější výskyt chalazií, pocit suchosti oka, konjunktivitida a ulcerace rohovky. V diferenciální diagnostice bychom ale měli pomýšlet i na bakteriální, virovou či alergickou etiologii, proto je při oční manifestaci vždy na místě konzultace oftalmologa.

- Klinický obraz: blefaritida, zarudnutí a ztlustění okrajů víček, chronická, recidivující konjunktivitida.
- Subjektivní potíže: pocit písku v očích, suchost, blefaritida, fotofobie, slzení.



Obr. 4 Rhinophyma



Obr. 5 Jizvy po zánětlivých projevech rosacey

- **Klinický průběh:** může předcházet kožním projevům až ve 20 % případů.

Při očním postižení je nutná spolupráce s oftalmologem. Rizikem neléčeného onemocnění může být ulcerace rohovky, snížení zrakové ostrosti, keratitida. V závažných případech může dojít až ke ztrátě zraku. Každý pacient s diagnózou rosacey by měl být vyšetřený a sledovaný u oftalmologa, i když nemá oční potíže.

3.2.6 Zvláštní a vzácné varianty rosacey

Granulomatózní (lupoidní) rosacea

- **Klinický obraz:** tuhé, hnědavé nebo růžové papuly, noduly.
- **Subjektivní potíže:** pálení, štípání, pocit horké kůže, může být přítomno mírné svědění, tlak, pocit napětí (při hlubších infiltrátech).

Rosacea fulminans (pyoderma faciale)

Akutní nástup s pustulami a noduly, výhradně u mladých žen, může být spojena se zánětlivým onemocněním střev.

Rosacea conglobata

S těžkými uzly, připomíná acne conglobata.

Rosacea conglobata může být indukovaná léky (amiodaron, jodové kontrastní látky, ribavirin, infliximab, cetuximab, antagonisté EGFR, inhibitory fosfodiesterázy 4, vysoké dávky vitamínu B₆, B₁₂, pegylovaný interferon alfa-2b...).

Kortikosteroidy indukovaná rosacea (steroidní rosacea)

Nejčastější iatrogenní forma rosacey vzniká při dlouhodobé aplikaci topických kortikosteroidů (zejména silných – třída I–III) na obličej. Klinicky se projevuje jako erytém, pustuly, papuly, teleangiektazie, často s pocitem pálení nebo svědění.

Kortikosteroidy narušují kožní bariéru, oslabují imunitní obranu a zvyšují vaskulární reaktivitu. Dochází k rebound fenoménu po vysazení kortikoidů, s náhlým zhoršením klinického obrazu.

Kožní projevy při léčbě anti-EGFR (např. cetuximab):

Blokáda EGFR vede k poruše proliferace a diferenciaci keratinocytů, narušení kožní bariéry a aktivaci zánětlivé odpovědi. Výsledkem je typický akneiformní/rosacea-like exantém.

- Klinický obraz: erytematózní papuly a pustuly, bez komedonů (na rozdíl od acne vulgaris), centrální obličej (nos, tváře, čelo), často také skalp, horní část hrudníku a záda. Difúzní erytém, někdy teleangiektazie.
- Subjektivní potíže: pálení, pocit horkosti.
- Klinický průběh: nástup 1–2 týdny po zahájení léčby, maximum 3.–4. týden.

3.2.7 Iatrogenní vlivy

Iatrogenní vlivy hrají významnou roli v patogenezi i exacerbacích rosacey. Správná edukace pacientů, uvážené používání léčiv a opatrný výběr kosmetických nebo estetických zákroků jsou klíčové pro prevenci iatrogenních forem rosaceiformní dermatitidy. Dermatolog by měl být vždy ostražitý vůči možnosti, že léčba či zákrok může být příčinou zhoršení stavu, nikoli pouze jeho následkem.

4 Diagnostika

Lucie Jarešová

Diagnóza rosacey je založena především na klinickém obrazu a anamnéze. Je důležité rozlišit mezi hlavními diagnostickými rysy a podpůrnými příznaky, využívat fenotypový přístup a vždy zvážit široké spektrum diferenciální diagnostiky. Invazivní diagnostické metody jsou vyhrazeny pouze pro nejasné nebo atypické případy.

4.1 Anamnéza a klinické vyšetření (základní)

Důkladná anamnéza by měla být zaměřena na výskyt zčervenání v reakci na spouštěče (UV záření, alkohol, jídlo, stres). Velmi důležité jsou informace o trvání erytému, výskytu papul/pustul v obličeji, pocitu písku v očích, slzení, blefaritidě. Používání kosmetiky a topických kortikosteroidů.

Klinický obraz

- lokalizace erytému (centrofaciálně),
- teleangiektazie,
- papuly/pustuly,
- zbytnění kůže, známky rhinophymy.

4.2 Dermatoskopie

Dermatoskopie je užitečný neinvazivní nástroj v diagnostice a diferenciální diagnostice rosacey, který pomáhá rozlišit jednotlivé subtypy a odhalit přítomnost přidružených stavů, jako je např. demodikóza.

Hlavní dermatoskopické nálezy podle subtypů rosacey

Erytematoteleangiektatická rosacea (ETR):

- typicky retikulární lineární cévy tvořící tzv. vaskulární polygony,
- difuzní erytémové plochy (red structureless areas),
- často přítomné teleangiektazie v pravidelném uspořádání.

Papulopustulózní rosacea (PPR):

- retikulární cévní vzory, méně výrazné než u ETR,
- folikulární pustuly a žluté šupiny,
- folikulární zátky (plugs),
- difuzní erytémové oblasti.

Pokračování na další straně

Hlavní dermatoskopické nálezy podle subtypů rosacey (pokračování)

Fymatózní rosacea (PHR):

- oranžové difúzní strukturálně nevýrazné plochy (zánětlivý infiltrát),
- lineární cévy s větvením, bílé linie, perifolikulární bílá barva,
- folikulární zátky a žluté sraženiny (yellow clods).

Demodikóza asociovaná s rosaceou:

- přítomnost bílých masek vyčnívajících z folikulů, typických pro *Demodex folliculorum*.

Granulomatózní rosacea:

- fokální oranžové, strukturálně nevýrazné oblasti a perifolikulární oranžové zbarvení,
- připomíná LMDF (lupus miliaris disseminatus faciei), ale odlišuje se histopatologicky.

Dermatoskopie umožňuje diferenciaci od jiných zánětlivých dermatóz. Lze ji využít i pro monitoring efektu terapie.

Dermatoskopie rosacey poskytuje specifické obrazy pro jednotlivé fenotypy, přičemž klíčové nálezy zahrnují vaskulární polygony, erytémové a oranžové plochy, folikulární struktury a známky demodikózy. Jde o hodnotný nástroj pro přesnou diagnostiku a vedení terapie.

4.3 Probatorní excize

Odběr vzorku kůže k histologickému vyšetření je indikován u dlouhodobého onemocnění nereagujícího na terapii, u klinických nálezů, které nejsou jasné, a u atypických projevů. Odběr tkáně se provádí v lokální injekční anestezii nejčastěji průbojníkem číslo 4. Ranka se nechává k hojení *per primam* nebo je možné uzavřít ji stehem.

4.4 Histopatologie

Histopatologické vyšetření není pro běžnou diagnostiku rosacey nezbytné, protože onemocnění je zpravidla klinicky rozpoznatelné. V indikovaných případech (atypický klinický obraz, diferenciální diagnostika např. od lupus erythematoses, granulomatózních dermatitid nebo karcinoidového syndromu) však může být biopsie kůže důležitým diagnostickým nástrojem. Histologický nálezy u rosacey je variabilní a závisí na klinickém subtypu a stadiu onemocnění, přičemž některé nálezy jsou nespecifické a překrývají se s dalšími dermatózami.

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázkou z knihy ***Rosacea a periorální dermatitida***.
Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.