

Rosacea fallbeskrivning

2021-05-31, reviderad 2026-06-09

Rebecka är 41 år och besväras av rodnad hud och röda utslag i ansiktet sedan 3-4 månader. Hon upplever att hon blir klart sämre av sol och om hon dricker något hett. Hon har läst på nätet om rosacea och köpt receptfri metronidazolkräm (Rozex®) som hon nu har använt i 2½ månader utan nämnvärd förbättring. Vid dagens besök uppvisar hon spridda papler och enstaka pustler över näsan och kinderna där huden är rodnad. Inga telangiektasier

Frågor:

1. Vilken typ av rosacea har Rebecka?
2. Hur lång tid tar det i allmänhet innan patienten får effekt av lokalbehandling vid rosacea?
3. Vad finns det för behandlingsalternativ att erbjuda Rebecka som nästa steg?
4. Om hon har otillräcklig effekt även av det preparatet – vad gör du då?
5. När föreligger indikation för antibiotika vid rosacea? Vilket preparat och dosering väljer du i första hand? Bör antibiotika kombineras med lokalbehandling?
6. Hur lång behandlingstid rekommenderas för antibiotika vid rosacea? Kan behandlingen upprepas och i så fall hur många gånger?
7. När bör patienter med rosacea remitteras till hudläkare?
8. Vilka faktorer kan försämra rosacea?
9. Vad kan du ge för råd om hudvård?

1. Vilken typ av rosacea har Rebecka?

Rebecka har en papulopustulös rosacea med erytem. Den tidigare indelningen av rosacea i 4 subgrupper har ersatts av indelning efter symtom för att tydliggöra att rosacea kan presentera sig på olika sätt. Rosacea ger både inflammatoriska och vaskulära symtom i varierande proportioner.

Symtom:

Papulopustulös (inflammatorisk; oftast centralt i ansiktet och kan likna akne med papler och pustler, men utan komedoner)

Erytem- och/eller flushing (vaskulär; erytem är det vanligaste symtomet som finns hos i stort sett alla rosaceapatienter)

Telangiektasier (vaskulär; som uppstår över tid)

Rinofyma (förstorad näsa med grova porer, talgkörtelhyperplasi och hudfibros. Ovanligt hos kvinnor.)

Ögonrosacea (vanligt, upp till 50%, men svårdiagnostiserat då symtomen är ospecifika.

Inflammation i ögats yttre delar och symtom som torrhets känsla, rodnade ögonfranskanter, ökad tårvätska och vaglar)

2. Hur lång tid tar det i allmänhet innan patienten får effekt av lokalbehandling vid rosacea?

Tydlig förbättring brukar ses inom 4-8 veckor, men vanligen behövs 3–4 månaders behandling innan patienten får full effekt. Därefter är det viktigt med underhållsbehandling för att minska risken för recidiv. Kvarstående erytem är vanligt och kan behöva behandlas (se fråga 9). Vid otillräcklig effekt bör man byta preparat eftersom de har olika verkningsmekanism. Målet med behandlingen är att behandla till remission för att få en lång besvärsfrihet.

3. Vad finns det för behandlingsalternativ att erbjuda Rebecka som nästa steg?

Förstahandspreparat vid rosacea är azelainsyra (Finacea). I andra hand rekommenderas metronidazolkräm. Rebecka har redan provat receptfri metronidazolkräm i 2½ månad utan nämnvärd effekt varför det finns skäl att byta preparat till azelainsyra. Den känsliga huden vid rosacea blir lätt irriterad. Starta gärna med glesare smörjning en gång varannan dag och öka upp till varje dag efter 1–2 veckor. Azelainsyra 15% gel applicerad en gång dagligen har visat sig vara lika effektivt som två gånger dagligen. Vid god effekt kan fortsatt behandling 2-3 gånger i veckan förebygga recidiv.

4. Om hon har otillräcklig effekt även av det preparatet – vad gör du då?

Om Rebecka skulle ha otillräcklig effekt även av azelainsyra är nästa steg att byta till ivermektin (Soolantra®). Ivermektin ger lägre frekvens av irritation än azelainsyra, men patienten rekommenderas ändå starta med att smörja varannan dag och sedan öka till en gång per dag, se fråga 3. Vid god effekt kan fortsatt behandling några gånger i veckan förebygga recidiv.

5. När föreligger indikation för antibiotika vid rosacea? Vilket preparat och dosering väljer du i första hand? Bör antibiotika kombineras med lokalbehandling?

Vid otillräcklig effekt av lokalbehandling eller vid kraftigt inflammatoriska lesioner kombineras lokal och systemisk behandling. Vid behov av peroral antibiotika rekommenderas i första hand lymecyklin enligt REKlistan VG. Effekten är inte bakteriell utan högst sannolikt antiinflammatorisk. Dosera lymecyklin initialt 300 mg x 2 och överväg senare dosreduktion till 300 mg x 1. Peroral antibiotika ska alltid kombineras med lokalbehandling utan antibiotika som ska fortsätta efter avslutad systembehandling. Det finns visst vetenskapligt stöd för att ivermektin är en effektivare kombination med antibiotika än azelainsyra (Finacea®).

6. Hur lång behandlingstid rekommenderas för antibiotika vid rosacea? Kan behandlingen upprepas och i så fall hur många gånger?

Vid rosacea rekommenderas högst 2-3 månaders antibiotikabehandling, vilket kan upprepas ytterligare en gång, d.v.s. sammanlagt högst 6 månaders behandling.

7. När bör patienter med rosacea remitteras till specialistläkare?

Vid otillräcklig effekt av given behandling enligt ovan eller vid frekventa recidiv, d.v.s. behov av mer än sammanlagt 6 månaders antibiotikabehandling, rekommenderas remiss till hudläkare för ställningstagande till isotretinoinbehandling. Vid rosacea kan isotretinoin ofta användas i avsevärt lägre doser än vid akne. Behandlingen kan i allmänhet avslutas inom ett halvår. Till skillnad från akne, kan rosacea recidivera en tid efter isotretinoinbehandling. Räcker det inte med de allmänna råden och en ny period med lokalt medel, kan isotretinoinbehandlingen upprepas. Återremittera i så fall patienten till hudkliniken.

Patienter med rinofyma ska alltid remitteras till hudkliniken. Patienter med svår ögonrosacea remitteras till ögonläkare.

8. Vilka faktorer kan försämra rosacea?

Det finns en del försämrande faktorer som kan vara till hjälp diagnostiskt men de finns givetvis inte hos alla.

Kost: Starka kryddor, alkohol, varm mat, heta drycker

Väderfaktorer: Sol, värme, kyla, blåst, snabb temperaturväxling

Stress

Kortisonpreparat: Lokala steroider (minst risk för grupp I), perorala steroider

Lokalirriterande faktorer: Exempelvis tvål, kosmetika, uttorkande krämer, peelingprodukter

9. Vad kan du ge för råd om hudvård? Kan erytemet behandlas på något annat sätt?

Skydda huden från sol genom att använda solskyddsmedel med hög faktor (30-50).

Mjukgörande krämer ökar effekten av övrig behandling. Skonsam hudvård är viktigt. Tvätta ansiktet med vatten eller mild rengöringslotion. Kamouflerande kosmetika, till exempel gröntonade produkter, kan dölja rodnad. Använd solglasögon vid ögonsymtom.

Kvarstående erytem är vanligt och svårbehandlat, brimonidin (Mirvaso) gel vid behov en gång per dag kan ge symtomlindring. Brimonidin är en selektiv alfa-2-adrenoreceptoragonist som ger vasokonstriktion i ytliga småkärl och kan dämpa erytemet. Effekten kvarstår i 9 - 12 timmar. Preparatet är inte subventionerat. Det finns en risk för paradoxal accentuerad erytem, varför behandlingen ska starta med en mindre mängd gel som successivt ökas efter behandlingssvar och tolerans. Det har ingen effekt på telangiektasier. Många kvinnor föredrar att använda kosmetika i stället. Flush är svårbehandlat men vid uttalade besvär kan propanolol 10-40 mg p. o. provas.

Referenser

[Dags att minska användningen av antibiotika vid rosacea. Läkartidningen 2018, 115:EY3H](#)

[Webbinarium om rosacea. Mats Berg, hudläkare och Strama VG.](#)

[REKlistan](#)

[Rosacea](#) (Internetmedicin)