



Diagnose, classificatie en behandeling van rosacea

E.J. van Zuuren¹, M.M.D. van der Linden²

Rosacea is een veel voorkomende chronische inflammatoire aandoening waarbij hoofdzakelijk wangen, voorhoofd, neus en kin zijn aangedaan. [1] Kenmerkend zijn flushing (voorbijgaand erytheem), persisterend erytheem, inflammatoire laesies en teleangiëctasieën. Phymateuze veranderingen, meestal op de neus, komen veel minder vaak voor. Bekende klachten van de ogen zijn droogheid, vreemdlichaam-gevoel, lichtschuwheid, conjunctivitis en blefaritis. Tot ¾ van de patiënten heeft oogklachten. Keratitis en cornea ulcus zijn zeldzame complicaties. [1] In dit overzicht bespreken we de huidige fenotypisch gebaseerde diagnose, classificatie en de belangrijkste behandelopties.

UPDATE DIAGNOSE- EN CLASSIFICATIESYSTEEM

In 2002 lanceerde de Amerikaanse 'National Rosacea Committee' (NRS) een provisorisch diagnose- en classificatiesysteem om de communicatie te vergemakkelijken tussen onderzoekers, clinici, patiënten en verzekeraars. [2] De volgende primaire kenmerken met een centrale verdeling in het gelaat waren diagnostisch: flushing (voorbijgaand erytheem), persisterend erytheem, papels en pustels, en teleangiëctasieën. Secundaire kenmerken die tegelijkertijd aanwezig konden zijn of onafhankelijk konden optreden waren: branderigheid, prikken, plaques, oedeem, droogheid, oculaire afwijkingen, perifere lokalisatie en phymateuze veranderingen. Er werden 4 subtypes (erythematotelangiectatisch, papulopustuleus, phymateus en oculair) en 1 variant (granulomateus) benoemd. Deze indeling heeft ruim 15 jaar gedomineerd in wetenschappelijke publicaties. Echter, de laatste jaren werden tekortkomingen gezien. [3,4] Zo worden papels en pustels ook bij andere aandoeningen gezien (bijvoorbeeld acne), en zijn juist phymateuze veranderingen kenmerkend voor rosacea. Verder hebben patiënten vaak meerdere kenmerken van verschillende subtypen, en kan progressie optreden van het ene

subtype naar het andere. In 2017 werd door een internationale groep, global ROSacea Consensus (ROSCO) panel, de fenotypische benadering voorgesteld. [4] Deze indeling is inmiddels ook door de NRS geaccepteerd. [5] Er zijn twee onafhankelijke diagnostische kenmerken: persisterend centrofaciaal erytheem, al dan niet geassocieerd met periodieke verergering, en phymateuze veranderingen. In afwezigheid van deze diagnostische kenmerken kan de diagnose ook gesteld worden bij ten minste twee hoofdkenmerken: papels en pustels, flushing, teleangiëctasieën en specifieke oculaire manifestaties. Secundaire kenmerken kunnen tegelijkertijd optreden maar zijn niet diagnostisch (zie tabel 1).

BEHANDELING VAN ROSACEA

Voor de behandeling van rosacea werd een nieuwe, volledig volgens de GRADE-methodiek uitgewerkte richtlijn geschreven. [6] Voorafgaand hieraan is een systematische review uitgevoerd en gepubliceerd. [3] Het bewijs dat aangedragen wordt voor de behandeling van rosacea in de richtlijn berust voornamelijk op gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's). Echter niet voor alle kenmerken van rosacea zijn RCT's

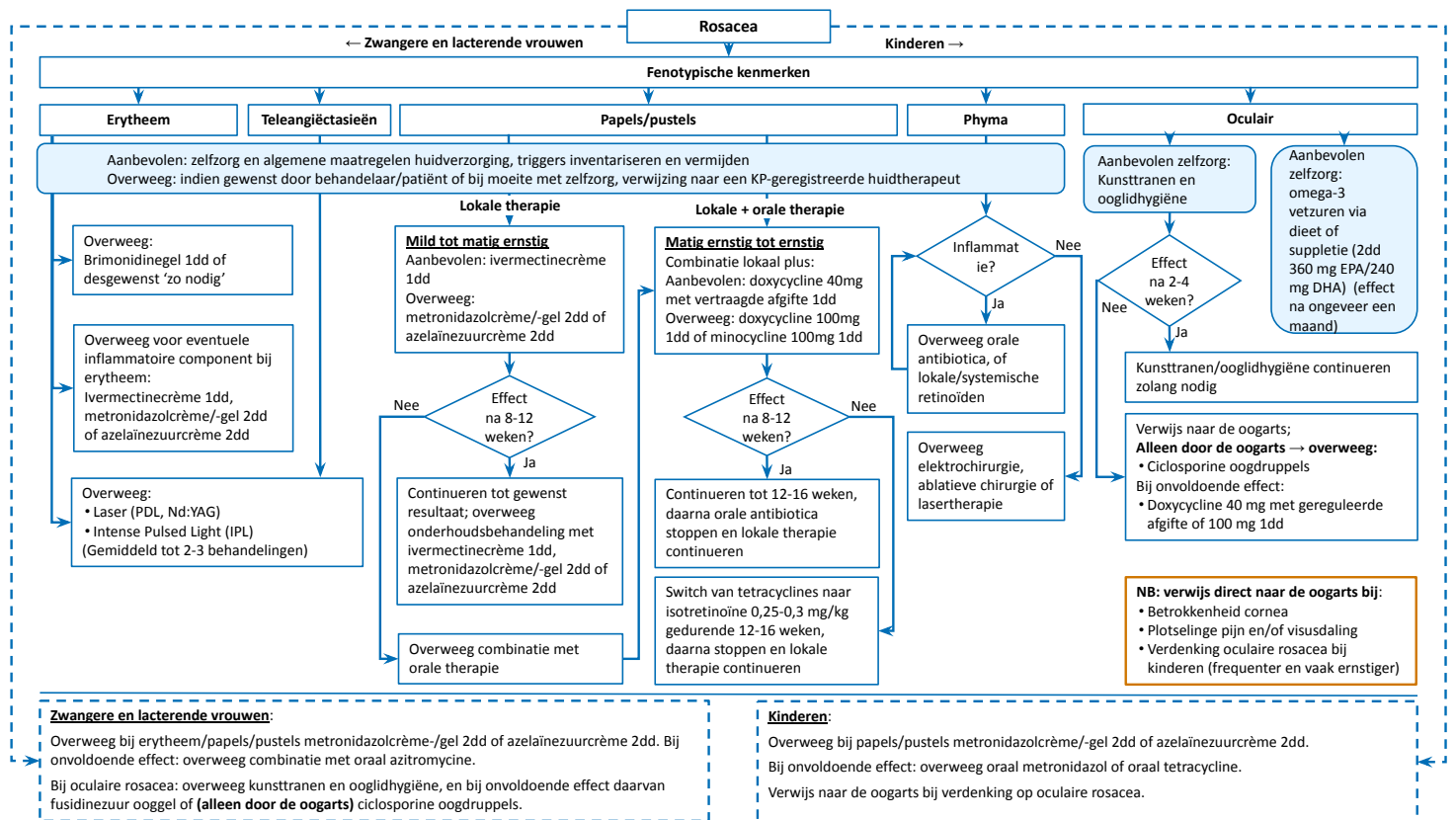
Tabel 1 Diagnostische, hoofd-, en secundaire kenmerken van rosacea

Diagnostische kenmerken	Hoofdkenmerken	Secundaire kenmerken
Persisterend centrofaciaal erytheem, al dan niet geassocieerd met periodieke verergering Phymateuze veranderingen	Flushing Papels en pustels Teleangiëctasieën Oculaire manifestaties: teleangiëctasieën op de ooglidranden, interpalpebrale conjunctivale injectie, spatelvormige infiltraten in de cornea, scleritis en sclerokeratitis	Branden Steken Oedeem Droogheid Oculaire manifestaties: crustae en collerette ophoping aan de basis van de wimpers, onregelmatigheden van de ooglidrand, Meibomklierdysfunctie (verminderde traanfilm)

¹ Dermatoloog, Leids Universitair Medisch Centrum

² Dermatoloog, Amsterdam UMC, thans buitengewoon stafid

Tabel 2



Rosacea – Richtlijn 2019

voorhanden. In het hoofdstuk Rosacea in de 10e editie van het standaardwerk van Rook bespreken we daarom ook behandelopties die onderbouwd worden door observationeel onderzoek of case series indien geen RCT's beschikbaar zijn (nieuwe editie van de Rook komt 2022 beschikbaar). [7]

Eerder werd reeds in het NTvDV een samenvatting van de richtlijn gepresenteerd. We presenteren hier een combinatie van de richtlijn (zie tabel 2) en enkele adviezen uit het nog niet gepubliceerde hoofdstuk 91 (Rosacea) van de Rook. [6,7] In de richtlijn is een apart hoofdstuk aan kwaliteit van leven besteed en met de fenotypische benadering wordt nagestreefd om in overleg met de patiënt te kijken welke kenmerken als meest hinderlijk worden ervaren, welke verwachtingen er zijn en welk realistisch beoogd effect van behandeling bestaat. Uitleg over de chroniciteit van de aandoening is essentieel en bespreken van zelfzorg en vermijden van triggers is wordt aanbevolen. [6]

Voorbijgaand erythem/flushing (transient erythema)

Er is onvoldoende onderzoek naar de behandeling van voorbijgaand erythem of flushing gedaan. Lokaal brimonidine kan geprobeerd worden, maar meer effect valt te verwachten van carvedilol 6.25 mg 2-3dd, clonidine 50 µg 2dd of propranolol 20 tot 40 mg 2-3 daags. Ook IPL en lasertherapie kunnen een gunstig effect hebben en goede ervaringen met botox injecties zijn beschreven. [1,7]

Persisterend erythem

Naast de in tabel 2 genoemde therapieën kunnen ook hier α-adrenerge medicatie en botox injecties overwogen worden. [7]

Inflammatoire laesies (papels/pustels)

Buiten de in tabel 2 genoemde therapieën, hebben veel dermatologen goede ervaringen opgedaan (expert opinion) met azitromycine 500 mg 3dd/week gedurende 4 weken, afbouwen naar 250 mg 3 keer/week gedurende 4 weken, en tenslotte 250 mg 2 keer/week gedurende 4 weken. [7] In de VS zijn inmiddels ook minocyclineschuim en 'encapsulated' benzoylperoxidecrème geregistreerd voor papels en pustels bij rosacea. [8]

Teleangiectasieën

Naast behandeling met IPL en lasertherapie kunnen echte spider teleangiectasieën eventueel ook met elektrocoagulatie behandeld worden. [1,7]

Phymas

Indien een inflammatoire component aanwezig is bij een phyma is het wenselijk deze eerst te behandelen met lokale retinoiden of isotretinoïne, bij voorkeur in lage dosis van 10 mg per dag. Bij onvoldoende effect kan doxycycline 40 of 100 mg daags overwogen worden. Is er geen inflammatie (meer), dan kan elektrochirurgie, ablatieve lasertherapie of chirurgie toegepast worden. [1,6,7]

Onderhoudstherapie

Na bevestigende behandeling van de verschillende rosacea-kenmerken, is zo lang mogelijk handhaven van remissie belangrijk via onderhoudstherapie met ivermectinecrème 1dd, metronidazolcrème of gel 2dd of azelainezuurcrème 2dd. Voor

het erytheem kan brimonidinegel gecontinueerd worden en indien gewenst incidenteel IPL of laser.

De behandeling van oculaire rosacea en bij zwangeren en kinderen is opgenomen in tabel 2 en de richtlijn. [6]

SAMENVATTING

Rosacea is een chronische inflammatoire aandoening die zich vooral op wangen, voorhoofd, neus en kin presenteert. Tot ¾ van de patiënten heeft klachten van de ogen. Rosacea wordt gekenmerkt door recidiverende perioden met flushing (voorbijgaand erytheem) of persistent erytheem, phymateuze veranderingen, papels, pustels en teleangiëctasieën. Rosacea kan een grote impact op kwaliteit van leven hebben. Sinds 2017 is er sprake van een overgang in diagnostiek en classificatie van rosacea van subtype benadering naar fenotypische benadering. De huidige richtlijn rosacea is volledig herschreven volgens de fenotypische benadering en is gebaseerd op de laatste versie van de systematische review 'Interventies voor rosacea'.

TREFWOORDEN

Rosacea - evidence-based dermatologie - fenotypische benadering

SUMMARY

Rosacea is a chronic inflammatory disease mainly affecting the cheeks, forehead, nose and chin. Up to ¾ of patients suffer from ocular complaints. Rosacea is characterized by recurrent episodes of flushing or transient erythema, persistent erythema, phymatous changes, papules, pustules and telangiectasia. Rosacea may have a great impact on quality of life. Since 2017 a transition is taking place in diagnosis and classification of rosacea from a subtype to a phenotype approach. The recent guideline of rosacea has completely been rewritten based on the latest version of the systematic review 'Interventions for rosacea' and according to the phenotype approach.

KEYWORDS

Rosacea - evidence-based dermatology - phenotype approach

LITERATUUR

1. van Zuuren EJ. Rosacea. *N Engl J Med*. 2017;377:1754-64.
2. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:584-7.
3. van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Tan J, et al. Interventions for rosacea based on the phenotype approach: An updated systematic review including GRADE assessments. *Br J Dermatol*. 2019; 181:65-79.
4. Tan J, Almeida LM, Bewley A, et al. Updating the diagnosis, classification and assessment of rosacea: recommendations from the global ROSacea COnsensus (ROSCO) panel. *Br J Dermatol*. 2017;176:431-8.
5. Gallo RL, Granstein RD, Kang S, et al. Standard classification and pathophysiology of rosacea: The 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78:148-55.
6. NVDV Richtlijn rosacea 2019. <https://www.huidziekten.nl/richtlijnen/richtlijn-rosacea-2019.pdf>.
7. van Zuuren EJ, Tan J, van der Linden MMD, Schaller M. Rosacea. In: Griffiths CEM, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D, red. *Rook's Textbook of Dermatology*, 10e ed. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell, 2022, Chapter 91.
8. van Zuuren EJ, Arents BWM, van der Linden MMD, Vermeulen S, Fedorowicz Z, Tan J. Rosacea: new concepts in classification and treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2021;22:457-65.

CORRESPONDENTIEADRES

Esther van Zuuren

E-mail: e.j.van_zuuren@lumc.nl