

Tema: Rosacea dhe stili i jetesës
Dr. Elmijola Lame Janushaj
Dermatologe – Venerologe,
Klinika DOK_DERMA

Abstrakt

Rosacea është një çrregullim kronik inflamator i lëkurës që prek kryesisht fytyrën dhe manifestohet me eritemë qendrore, teleangiektazi, papula dhe pustula. Megjithëse patogjeneza e saj është multifaktoriale, stili i jetesës luan një rol të rëndësishëm në menaxhimin e sëmundjes, pasi faktorë si dieta, stresi, duhanpirja, ekspozimi në diell dhe aktiviteti fizik mund të përkeqësojnë simptomat. Ky artikull shqyrton ndikimin e faktorëve të stilit të jetesës në rosacea, në përputhje me evidencën më të fundit shkencore dhe udhëzimet klinike dermatologjike.

Fjalë kyçe: Rosacea, stili i jetesës, faktorë nxitës, inflamacion, dermatologji.

Hyrje

Rosacea është një gjendje inflamatore kronike që prek lëkurën e fytyrës, me një prevalencë të vlerësuar prej 5–10% në popullsinë globale adulte, duke prekur kryesisht individë me fototip I–II sipas klasifikimit Fitzpatrick dhe me incidencë më të lartë te gratë mbi moshën 30 vjeç [12,13]. Manifestimet klinike përfshijnë eritemë qendrore, telangiektazi, papula, pustula dhe në raste të avancuara, fibrozë të indeve (rosacea fimatous) apo përfshirje okulare [1,16–19].

Tradicionalisht, rosacea është klasifikuar në katër nënloje klinike, por klasifikimi më i fundit nga National Rosacea Society (NRS) ka propozuar një model fenotipik të trajtimit, ku secila shenjë klinike konsiderohet individualisht për një qasje më të personalizuar terapeutike [1].

Metodologji

Ky punim përmbledh dhe analizon burime të besueshme nga literatura shkencore ndërkombëtare mbi patogjenezën dhe menaxhimin e rosacea-s, me fokus të veçantë në ndërveprimin midis faktorëve të stilit të jetesës dhe manifestimeve klinike të sëmundjes. Referencat janë përzgjedhur nga revista të indeksuara si Journal of the American Academy of Dermatology, Cochrane Database of Systematic Reviews, Journal of Investigative Dermatology, etj., për të siguruar bazë të fortë shkencore për konkluzionet e nxjerra.

Rezultate

Patogjeneza e rosacea-s

Rosacea ka një patogjenezë të ndërlikuar që përfshin disfunkcion të barrierës epidermale, hiperreaktivitet neurovaskular, përgjigje imune të çrregulluar dhe disbiozë mikrobiale [2–4,8,10]. Një nga komponentët kryesorë inflamatorë është katelicidina LL-37 dhe aktiviteti i shtuar i proteazave serinike, të cilat stimulojnë inflamacionin [8]. Hiperaktiviteti neurovaskular ndikon në fenomenin e “flushing”-ut dhe teleangiektazive [3,10]. Mikrobioma e alteruar përfshin shpesh rritje të densitetit të Demodex folliculorum, që aktivizon receptorët TLR2 dhe nxit inflamacionin [5]. Po ashtu, stresi oksidativ dhe prodhimi i rritur i radikaleve të lira kontribuojnë në dëmtimin e mikrovaskulaturës dhe përkeqësimin e simptomave [8].

Diagnostikimi

Diagnostikimi bazohet në anamnezën dhe ekzaminimin fizik të pacientit. Nuk ekziston një test specifik për rosacea-n; përjashtimi i patologjive të tjera si aknet dhe lupus erythematosus është i rëndësishëm për diagnozë diferenciale [1,11].

Diskutim

Roli i stilit të jetesës

Stili i jetesës është një faktor thelbësor në shfaqjen dhe përkeqësimin e simptomave të rosacea-s.

Dieta dhe faktorët ushqimorë: Ushqimet pikante, alkooli (sidomos vera e kuqe), pijet e nxehta, çokollata, domatet dhe agrumet njihen si nxitës të zakonshëm. Këto substanca shkaktojnë vazodilatacion përmes çlirimit të substancave neuroaktive si CGRP dhe substanca P [4,9]. Në vend të ndalimit të përgjithshëm të këtyre ushqimeve, rekomandohet një dietë e personalizuar për identifikimin e faktorëve individualë.

Stresi psikologjik: Aktivizimi i aksit HPA (hipotalamus-hipofizë-gjendra mbiveshkore) rrit nivelin e kortizolit dhe citokinave inflamatore si IL-6 dhe TNF- α , duke ndikuar negativisht në lëkurë [10]. Pacientët me çrregullime të ankthit apo depresionit përjetojnë shpesh përkeqësim të rosacea-s. Teknikat e menaxhimit të stresit (joga, meditimi, terapia konjitive e sjelljes) kanë treguar përmirësim të ndjeshëm [6].

Ekspozimi në diell: Rrezet UV shkaktojnë stres oksidativ, rritje të ROS dhe dëmtim të mikrovaskulaturës, duke përkeqësuar simptomat [1,7]. Këshillohet përdorimi ditor i kremrave mbrojtës me SPF ≥ 30 , pa përbërës irritues dhe me filtra fizikë (oksid zinku, dioksid titani) [6].

Aktiviteti fizik: Aktiviteti i moderuar është i dobishëm, por stërvitjet intensive që shkaktojnë mbinxehje trupore mund të provokojnë flushing. Ushtrimet duhet të zhvillohen në ambiente të freskëta, me veshje të lehta dhe hidratim të vazhdueshëm. Ujërat termale në formë spray mund të ndihmojnë në qetësimin e lëkurës [6].

Temperaturat ekstreme: Ato ndikojnë në ngacmimin e enëve të gjakut dhe përkeqësojnë simptomat. Rekomandohet shmangia e dushit të nxehtë dhe përdorimi i kremrave barrierë për lëkurë të ndjeshme [4].

Terapia e integruar

Trajtimi optimal i rosacea-s kërkon një qasje të kombinuar:

- Topikët: metronidazol 0.75%, acidi azelaik 15–20%, brimonidin 3 mg/g për eritemën, oxymetazolina 1% [6,15,21]
- Sistemikët: doza antiinflamatore të doxycycline, metronidazol oral ose ivermektinë [4]; hidroxychoquine [13] kurë premtuese, e cila kërkon më shumë studime klinike për sigurinë dhe efikasitetin në rosacea.
- Procedurat dermatologjike: lazeri Nd:YAG për teleangiektazitë dhe eritemën difuze; peeling kimik me acid mandelik ose laktik [6].

Përfundime

Rosacea mbetet një sëmundje kronike e ndërlikuar që kërkon menaxhim të vazhdueshëm dhe qasje multidisiplinare. Modifikimi i stilit të jetesës është një komponent thelbësor dhe shpesh i anashkaluar në praktikën klinike. Identifikimi i faktorëve nxitës individualë, edukimi i pacientit dhe përdorimi i terapive të personalizuar përbëjnë bazën për trajtim efektiv afatgjatë. Rosacea nuk është vetëm një problem dermatologjik, por një manifestim kompleks që reflekton ndërveprimet midis mjedisit, imunitetit dhe stilit të jetesës.

Referenca

1. Thiboutot D, et al. *J Am Acad Dermatol*. 2017;78(1):148–155.e1.
2. Two AM, et al. *Dermatol Clin*. 2017;35(3):213–217.
3. Yu Ri Woo et.al *Int J Mol Sci*. 2016 Sep 15;17(9):1562.
4. Van Zuuren EJ, et al. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(4):CD003262.
5. Drago F, et al. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2020;13:691–697.
6. Hanling Zhang et al. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2020 Nov 10;11(1):13–24.
7. Chengqian Chen et. Al, *Biomedicines*. 2023 Jul 31;11(8):2153
8. Abram K, et al. *Clin Exp Dermatol*. 2021;46(6):1084–1090.
9. Anzengruber F. et.al, *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 2017;31:1775–1791
10. Thiboutot D. et.al, *J. Am. Acad. Dermatol*. 2020;82:1501–1510.
11. Schaller M. et.al, *Br. J. Dermatol*. 2020;182:1269–1276
12. Yamasaki K. et.al, *J. Investig. Dermatol*. 2011;131:688–697
13. Li G. et.al, *J. Investig. Dermatol*. 2022;142:2580–2590.e6.
14. Deng Z. et.al, *EMBO Mol. Med*. 2021;13:e13560
15. Batycka-Baran A. et.al, *J. Am. Acad. Dermatol*. 2019;80:1753–1755.
16. Marson J.W. et.al, *Int. J. Dermatol*. 2020;59:e175–e182.
17. Li J. et.al, *Int. Immunopharmacol*. 2020;79:106178.
18. Wang Z. et.al, *J. Dermatol*. 2020;47:592–600.
19. Chang H.C et.al, *J. Affect. Disord*. 2022;299:239–245.
20. Marek-Jozefowicz L. et.al, *Int. J. Mol. Sci*. 2023;24:5001
21. Fatemeh S. et.al, *J.Co.Der*. 2025 doi.org/10.1111/jocd.16782