

درمان آکنه رزاسه عودکننده و مقاوم به درمان با لیزر: گزارش یک مورد

دکتر مصطفی میرشمس شهشانی^۱، دکتر هایده غنی نژاد^۱

۱- استادیار، گروه پوست؛ دانشگاه علوم پزشکی تهران

ادم و تلائنژکتازی صورت کاهش محسوسی در تعداد پاپول‌ها و پوستول‌ها و پسرفت قابل ملاحظه‌ای در رینوفیمای بیمار مشاهده شد. بیمار طی این مدت از هیچ گونه روش درمانی دیگری استفاده نمی‌کرد.

استفاده از لیزر PDL با طول موج ۵۸۵ نانومتر و انرژی بین ۷/۵-۶ ژول بر سانتی‌متر مربع در درمان اریتروز همراه رزاسه از قبل شناخته شده است، ولی تا آنجا که ما اطلاع داریم این گزارش از اولین موارد استفاده موفقیت‌آمیز از لیزر فوق در درمان و کنترل موفقیت‌آمیز آکنه رزاسه عودکننده و مقاوم به درمان دارویی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: لیزر PDL، عودکننده، مقاوم، آکنه رزاسه

فصلنامه بیماری‌های پوست، پاییز ۱۳۸۳؛ ۲۹: ۷۴-۷۰

آکنه رزاسه بیماری نسبتاً شایعی در دهه‌های سوم و چهارم زندگی در هر دو جنس است. این بیماری دارای دو تشکیلات التهابی (پاپول و پوستول) و عروقی (اریتروز و تلائنژکتازی) بوده و بعضاً در مراحل نهایی منجر به هیپرتروفی بافتی ناهنجار در بینی (رینوفیما) می‌شود. Pulsed-dye-laser (PDL) که در درمان ضایعات عروقی به کار می‌رود ممکن است در درمان آکنه رزاسه نیز استفاده شود. مورد گزارشی ما مرد ۶۴ ساله‌ای می‌باشد که به دلیل رزاسه مزمن و مقاوم به درمان تحت معالجه با لیزر PDL (Candela-Scleroplus) با مدت زمان پالس ۱۵۰۰ میکروثانیه و طول موج ۶۰۰ نانومتر و انرژی ۱۴-۱۳ ژول بر سانتی‌متر مربع طی جلسات متعدد در مان به فواصل ۸-۶ هفته قرار گرفت. در فواصل بین جلسات و دوره پیگیری علاوه بر کاهش

مقدمه

عود دارد و ادم و فلاشینگ جزو علائم اولیه بیماری می‌باشند. هر چند که در مراحل اولیه بیماری اغلب زنها گرفتار می‌باشند (زن به مرد = ۳/۱) (۱،۳)، ولی پدیده رینوفیما که عبارت از هیپرپلازی غدد سباسه و ازدیاد بافتی بی‌تناسب در بینی بوده و منجر به بدشکلی و ناهنجاری در صورت می‌شود بیشتر در مردان مشاهده می‌گردد (۱،۴).

درمان آکنه رزاسه اغلب مشکل بوده و بیشتر به صورت کنترل می‌باشد. بهبودی کامل ممکن است در اکثر اوقات رخ ندهد (۳). انتخاب نوع درمان در حقیقت منوط به شدت

آکنه رزاسه بیماری التهابی نسبتاً شایعی است که در دهه‌های سوم و چهارم زندگی در هر دو جنس به خصوص در افراد با پوست روشن بروز می‌کند و دارای انواع و مراحل مختلفی می‌باشد (۱،۲). ضایعات التهابی آن شامل پاپول‌ها و پوستول‌هایی بوده که اغلب در ناحیه مرکزی صورت در یک زمینه قرمز مایل به بنفش همراه با تلائنژکتازی (تشکیلات عروقی) دیده شده و اکثراً تمایل به

مؤلف مسئول: دکتر مصطفی میرشمس شهشانی - تهران، میدان وحدت اسلامی، بیمارستان رازی

بیماری و مراحل مختلفی است که بیماری طی می‌کند (۱). به طور کلی درمان شامل آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی و موضعی (۵،۶)، مترونیدازول خوراکی و موضعی (۷) و ریتونیدها (۸) است. اگر هم موفقیتی با این داروها در کنترل بیماری حاصل شود بیشتر در جهت ضایعات التهابی بوده و در از بین بردن اریتروز زمینه‌ای پایدار و رینوفیما ایجاد شده درمان کم‌تر موثر است (۳).

Flash-lamp pulsed-dye laser (FLPDL) با طول موج ۵۸۵ نانومتر و زمان پالس ۴۵۰ میکروثانیه و با کروموفور اولیه هموگلوبین ابتدا جهت درمان ضایعات عروقی بخصوص port wine stain طراحی گردید (۹،۱۰). اما بعداً در درمان ضایعات دیگری هم که تشکیلات عروقی چشمگیری داشتند از جمله آکنه رزاسه مورد استفاده قرار گرفت (۱۱،۱۲). به مرور زمان انواع دیگری از لیزرها هم در برطرف کردن تلائنکتازی و رینوفیما بکار گرفته می‌شوند نظیر intense (IPL) pulsed light برای اریتروز همراه رزاسه (۱۳) و یا لیزر CO₂ و Er:YAG برای درمان و اصلاح رینوفیما (۱۴،۱۵).

معرفی بیمار

مرد ۶۴ ساله‌ای با ابتلا به آکنه رزاسه صورت معرفی می‌گردد که از سه سال قبل به دلیل بروز بیماری فوق تحت درمان با تتراسیکلین خوراکی، آنتی‌بیوتیک‌های موضعی و مترونیدازول موضعی بطور متناوب بوده است. اما بهبودی رضایت بخشی حاصل نشده و بیماری علاوه بر عودهای

مکرر از نظر شروع رینوفیما هم رو به پیشرفت و از زمان داشته است، لذا برای بیمار درمان بالیزر مطرح شده است. در این هنگام بیمار هیچگونه دارویی جهت درمان رزاسه دریافت نمی‌کرده و تنها داروی مصرفی نیتروگلیسیرین به دلیل مشکل قلبی بوده است. بیمار تحت درمان با لیزر PDL (Scleroplus ساخت کارخانه Candela) با زمان پالس ۱۵۰۰ میکروثانیه به ترتیب ذیل قرار گرفت.

در جلسه اول به طور آزمایشی درمان با لیزر با طول موج ۶۰۰ نانومتر و انرژی ۱۲ ژول بر سانتی‌متر مربع و اسپات سایز ۷ میلی‌متر انجام می‌گیرد. سپس ۸ هفته بعد از انجام این آزمون و با توجه به قابل قبول بودن آن، درمان با لیزر با پارامترهای قبلی صورت گرفت. دو ماه بعد در ارزیابی بیمار کاهش در پاپولها و پوستولهای صورت مشاهده شد. جلسه سوم درمان با طول موج قبلی و با انرژی ۱۳ ژول بر سانتی‌متر مربع انجام شد که در ارزیابی مجدد بیمار بعد از ۶ هفته بهبودی واضحی در ادم و تلائنکتازی صورت مشاهده گردید. چهارمین جلسه درمان با همان طول موج ۶۰۰ نانومتر ولی انرژی ۱۴ ژول بر سانتی‌متر مربع انجام پذیرفت که در ارزیابی دو ماه بعد علاوه بر کاهش در اریتروز صورت، کنترل و پسرقت در علائم رینوفیما هم مشهود بود (تصاویر شماره ۱ و ۲). بیمار همچنان تحت پیگیری بوده و لازم به ذکر است که طی این مدت هیچ‌گونه دارویی برای رزاسه دریافت نکرده و هیچ‌گونه عوارض ناشی از درمان با لیزر نیز در بیمار مشاهده نگردیده است.

+



تصویر شماره ۱- رزاسه فعال شامل اریتم، پاپول، پوستول و مراحل اولیه رینوفیما قبل از درمان



+

تصویر شماره ۲- بهبودی کلیه علایم رزاسه پس از چهار جلسه درمان با PDL

از چندین سال قبل، از لیزر PDL با طول موج ۵۸۵ نانومتر و پالس ۴۵۰ میکروثانیه در درمان اریترروز و تلاتزکتازی ناشی از رزاسه استفاده می‌شود (۱۶،۱۷). همچنین از لیزر CO₂ و لیزر Er: YAG نیز برای درمان رینوفیمای ناشی از رزاسه استفاده می‌گردد.

اخیراً نیز از سیستم‌های intense pulsed light در جهت اصلاح تلاتزکتازی و اریترروز زمینه‌ای ناشی از رزاسه با موفقیت استفاده شده است. نکاتی که در مورد بیمار مورد بحث حائز اهمیت است این است که اولاً در این بیمار کنترل دارویی مشکل بوده و همواره با عود سریع همراه بوده است. اما درمان با لیزر عملاً موجب توقف بیماری بدون نیاز به داروهای موضعی و خوراکی شده است

و تاکنون که بیش از ۶ ماه از آخرین جلسه درمان او می‌گذرد هنوز عود بیماری و ضایعات مشاهده نشده است. ثانیاً طول موج لیزر PDL مورد بحث ما ۶۰۰ نانومتر و زمان پالس آن ۱۵۰۰ میکروثانیه بوده که با سایر گزارش‌ها در این مورد متفاوت است. ثالتاً رینوفیمای بیمار که در مراحل اولیه آن و در حال پیشرفت بود با استفاده از لیزر مشخصاً بهبود یافت. این نکات می‌تواند مؤید این مسئله باشد که شاید بتوان از لیزر PDL به طور مؤثری علاوه بر کنترل اریترروز و تلاتزکتازی رزاسه در درمان خود بیماری بخصوص اگر درمان دارویی مؤثر و یا امکان پذیر نباشد استفاده کرد و همچنین چنانچه درمان با لیزر PDL در مراحل اولیه ایجاد رینوفیما صورت گیرد، ممکن است از پیشرفت بیماری جلوگیری نماید.

منابع

- 1-Freedberg IM, Fitzpatrick TB, Wolff K (eds). *Dermatology in General Medicine*, New York: McGraw-Hill 1999: 785.
- 2-Plewig G, Kilgman AM. Diagnosis and treatment of rosacea fulminans. *Dermatol* 1994; 188: 251-54.
- 3-Nicholas J. *Laser in cutaneous and cosmetic surgery* (eds). Oxford: Churchill Livingstone, 2000: 41-45.
- 4-Thiboutot DM. Acne rosacea. *Mm Fam Physician* 1994; 50: 1691-97.
- 5-Wilkin JK, Dewitt S. Treatment of rosacea. Topical clindamicin versus oral tetracycline. *Int J Derm* 1993; 32: 65-67.
- 6-Chu T. Treatment of rosacea. *Practitioner* 1993; 237: 941-45.
- 7-Signore RJ. A pilot study of 5% permethrin cream versus 0.75% metronidazole gel in acne rosacea. *Cutis* 1995; 56: 177-79.
- 8-Ertl GA, Levine N, Kligman AM. A comparison of the efficacy of topical tretinoin and low-dose oral isotretinoin in rosacea. *Arch Dermatol* 1994; 130: 319-24.
- 9-Tano T, Murray S, Kurban AK. Action spectrum of vascular specific injury using pulsed irradiation. *J Invest Dermatol* 1989; 92: 868-71.
- 10-Geronemus RG. Pulsed dye laser therapy for vascular lesion in children. *J Dermatol Surg Oncol* 1933; 19: 303-10.
- 11-Brooke AJ, Arndt AK. Are all 585 pulsed dye laser equivalent? *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 1000-04.
- 12-Lask GP, Glass berg E. 585nm pulsed dye

laser for the treatment of cutaneous lesions.
Archive of SID
Clin Dermatol 1995; 13: 63-67.

13-Kenneth A, Sparacio RM, Deborah S, et al. Objective and quantitative improvement of rosacea associated erythema after intense pulsed light treatment. *Dermatol Surg* 2003; 29: 600-05.

14-Simo R, Sharma VL. The use of CO₂ laser in rhinophyma surgery. *Facial Plast Surg* 1998; 14: 287-95.

15-Orenstein A, Haik J, Tamir J. Treatment of

rhinophyma with Er: YAG laser. *Laser Surg Med* 2001; 29: 230-50.

16-Lowen J, Behr KL, Fitzpatrick R, et al. Flash lamp pumped dye laser for rosacea associated telangiectasias and erythema. *J Dermatol Surg Oncol* 1991; 17: 522-25.

17-Clark SM, Marks R. Laser treatment of erythema and telangiectasias associated with rosacea. *Laser Med Sci* 2002; 17: 26-33.