



ASOCIEREA DINTRE ROZACEE ȘI BOALA DE REFLUX GASTRO-ESOFAGIAN

*Stoica M.¹, Munteanu E.¹, Sârbu O.¹, Calin Gh.¹,
Scurtu A.², Scorpan A.¹, Istrati V.¹*

¹ Departamentul de medicină internă, Disciplina de medicină internă-semiologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” mun. Chișinău, Republica Moldova

² Spitalul Raional or. Râbnița, Republica Moldova

Introducere

Rozaceea și boala de reflux gastro-esofagian (BRGE) sunt două tulburări inflamatorii cronice ale pielii și esofagului, reprezentând interfețe între mediu și corpul uman. BRGE afectează aproximativ 20% din populația adultă, în timp ce prevalența rozaceei este estimată la doar 10%. În cazurile în care aceste două condiții coexistă la același pacient, prevalența lor cumulată este de mai puțin de 2%. Se observă că tratamentele de lungă durată cu inhibitori ai pompei de protoni (IPP) și antagoniști ai receptorilor H₂-histaminici pot ameliora semnificativ simptomatologia ambelor boli, ceea ce subliniază o posibilă interacțiune între ele.

Scopul lucrării

Scopul acestui studiu este de a evalua o posibilă asociere între rozaceea și boala de reflux gastro-esofagian, evidențiind conexiunile fiziopatologice și implicațiile clinice ale acestei comorbidități.

Materiale și metode

Studiul a fost realizat pe baza cercetării articolelor în limba engleză, publicate între 2018-2024, utilizând termenii cheie „rozacee” și „boală de reflux gastro-esofagian” în bazele de date PubMed, NCIB, Medscape și Mendeley.

Rezultate

Analiza a identificat 4 studii relevante care au demonstrat o asociere semnificativă între rozacee și BRGE. Se consideră că la baza acestei asocieri se află un răspuns inflamator cronic care are loc la nivelul pielii, ca răspuns la agresiunea acarianului *Demodex folliculorum*, și la nivelul esofagului, ca răspuns la vătămarea cauzată de acidul clorhidric. Inflamația persistentă evoluează cu survenirea ulterioară a disfuncției endoteliale, care are drept consecință distrugerea barierelor, pierderea elasticității peretelui vascular, microcirculația afectată, dereglări ale integrării nervoase și trofice cu regenerare defectă a țesutului. Persistența mediatorilor inflamației precum histamina, mastocitele, prostaglandinele, prostaciclina, tromboxanii, leucotrienele, interleukinele-1, -6, TNF- α și limfocitele T și B reprezintă un alt mecanism crucial în dezvoltarea și persistența simptomelor ambelor afecțiuni. Acestea sunt implicate în remodelarea (hiperplazia și hipertrofia) țesutului pielii, cu evoluția bolii de la rozaceea eritemato-telangiectazică la rozaceea fimatoasă și înlocuirea țesutului esofagian cu cel intestinal și dezvoltarea esofagului Barret. Microbiomul organismului poate fi, de asemenea, un factor important în legătura dintre rozacee și alte boli ale țesuturilor de barieră, inclusiv cele ale tractului gastrointestinal. Predispoziția genetică, factorii climatici, alimentari și psihologici sunt, de asemenea, implicați în etiopatogenia acestor boli. Etiopatogenia rozaceei și BRGE este complexă și nu este încă pe deplin elucidată. Studiile viitoare ar trebui să continue să exploreze aceste mecanisme pentru a dezvolta strategii terapeutice mai eficiente și pentru a preveni sau stopa progresia și complicațiile acestor afecțiuni.

Discuții

Ambele patologii au multe caracteristici comune care le definesc și le individualizează în contextul clinic. Factori de declanșare implicați includ alimentele condimentate, alimentele fierbinți, consumul de alcool și fumatul, toți fiind recunoscuți pentru exacerbarea simptomatologiei ambelor afecțiuni. Prevalența maximă a acestor boli apare în grupa de vârstă între 30 și 50 de ani, perioadă în care impactul factorilor genetici și inflamatori devine evident în evoluția lor cronică.

Evoluția ambelor afecțiuni este marcată de cicluri de remisiuni și de exacerbare a simptomatologiei. Tratamentul pentru aceste două nosologii este complex și diferit, având direcții terapeutice distincte, însă având în vedere rolul histaminei ca factor incriminat în menținerea răspunsului inflamator cronic al acestor bolilor, este argumentată administrarea preparatelor antisecretoare la pacienții cu această comorbiditate, pentru a reduce inflamația și a ameliora simptomatologia.

Concluzii

Recunoașterea asocierii dintre rozacee și boala de reflux gastro-esofagian de către medicii specialiști ar putea oferi metode de îngrijire și tratament adecvate pentru atenuarea factoriilor exacerbatori și pentru ameliorarea simptomelor ambelor afecțiuni.



ASSOCIATION BETWEEN ROSACEA AND GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

*Stoica M.¹, Munteanu E.¹, Sarbu O.¹, Calin Gh.¹,
Scurtu A.², Scorpan A.¹, Istrati V.¹*

¹Department of Internal Medicine, Discipline of Internal Medicine-semiology, "Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Chisinau municipality, Republic of Moldova

²Ribnita District Hospital, Republic of Moldova

Introduction

Rosacea and gastroesophageal reflux disease (GERD) are chronic inflammatory disorders of the skin and esophagus, which are interfaces between the environment and the human body. It is estimated that approximately 20% of the adult population suffers from GERD and only 10% from Rosacea and the prevalence

of these two diseases in the same patient is less than 2%. The relationship between these two became more pronounced in patients with this comorbidity, because of long-term treatment with proton pump inhibitors (PPIs) and H2 - histamine receptor antagonists, in which a significant improvement in the symptoms of both diseases was observed.

The aim was to evaluate a possible association between rosacea and gastroesophageal reflux disease.

Materials and methods

The study was conducted by searching English-language articles, combining the term „rosacea“ with the term „gastroesophageal reflux disease“ as keywords, which were published in the period 2018-2024, using PubMed, NCIB, Medscape, and Mendeley databases.

Results

The search identified 4 studies that demonstrated a significant association between Rosacea and GERD. This association is known to be based on the chronic inflammatory response in the skin in response to the aggression of the Demodex folliculorum mite and in the esophagus in response to hydrochloric acid injury. Therefore, inflammation evolves with the subsequent occurrence of endothelial dysfunction, which results in the destruction of barriers, loss of elasticity of the vascular wall, impaired microcirculation, disorders of nervous and trophic integration with defective tissue regeneration. The persistence of inflammatory mediators such as histamine, mast cells, prostaglandins, prostacyclin, thromboxanes, leukotrienes, interleukins-1, -6, TNF-a and T- and B-lymphocytes is another mechanism for the development and persistence of the symptoms of both diseases. They are involved in the remodeling (hyperplasia and hypertrophy) of skin tissue with disease progression from erythematotelangiectasia rosacea to phymatous rosacea and the replacement of esophageal tissue with intestinal tissue and the development of Barrett's esophagus. The body's microbiome may also be a factor in the link between rosacea and other barrier tissue diseases such as those of the gastrointestinal tract. Genetic predisposition, climatic, food, and psychological factors also play an important role in the etiopathogenesis of diseases. The etiopathogenesis of the diseases is complex and is not fully elucidated, therefore, further exhaustive studies are necessary to be able to prevent or stop their development.

Discussions

Both pathologies have many common characteristics: age between 30-50 years, the factors incriminated in triggering the diseases are food factors such as spicy, hot foods, alcohol and smoking, both conditions are chronic and involve the interaction of genetic and inflammatory factors, and in the evolution of the diseases observing- there are periods of remission that alternate with periods of symptomatology exacerbation. The treatment of these two nosologies is complex and different, having different directions, but considering the role of histamine as an incriminating factor in maintaining the corneal inflammatory response of these diseases, the administration of antisecretory preparations in patients with this comorbidity is argued.

Conclusions

The recognition of the association of these two diseases by medical specialists could provide methods of care and treatment of the cause, to mitigate the exacerbating factors and relieve the symptoms of both conditions.

