

Behandlungsmöglichkeiten der Rosazea

Medikamentöse und chirurgische Hilfe

Für die Behandlung der Rosazea stehen eine Reihe von wirksamen topischen und systemischen Medikamenten, aber auch dermatochirurgische Möglichkeiten zur Verfügung. Frau Dr. med. Öznur Bostanci und Prof. Dr. med. Martin Schaller, Universitäts-Hautklinik Tübingen, schaffen Überblick.

Die Rosazea ist eine häufige, chronisch-entzündliche Dermatose, die insbesondere im mittleren Lebensalter und bei hellem Hauttyp auftritt. Die Rosazea-Vorstufen in Form von flushartigen Erythemen können jedoch bereits vor dem dritten Lebensjahrzehnt auftreten. Die Ätiologie ist unbekannt, diskutiert wird eine Immunreaktion gegen Haarbalg-Milben, aber auch eine Dysregulation antimikrobieller Peptide; außerdem ist eine genetische Disposition sehr wahrscheinlich. Pathogenetisch liegt eine Durchblutungsstörung mit Gefäßdysregulation vor, die zu Dauererythemen mit Gefäßektasie und Stase zu dem typischen klinischen Bild führt. Die Entzündungsreaktionen führen zu destruktiven Dermisveränderungen mit Schädigung der Blutgefäße.



Dr. med. Öznur Bostanci

Patienten berichten meist über Fremdkörpergefühl mit trockenen, brennenden oder geröteten Augen. Eine gesteigerte Lichtempfindlichkeit oder eingeschränktes Sehvermögen können vorhanden sein. Gelegentlich kann man an den Konjunktiven oder am Lidrand Teleangiectasien, oder ein Lid- bzw. periorbitales Ödem beobachten. Auch bei milder Symptomatik oder leichter Form der Rosazea sollte routinemäßig eine augenärztliche Untersuchung erfolgen, da der klinische Ausprägungsgrad der Rosazea nicht mit der okulären Beteiligung korreliert. Selten kommt die Rosazea bereits auch im Kindesalter vor, klinisch treten auch hier transitorische oder persistierende Erytheme, insbesondere an den Wangen auf. Eine Ophthalmorosea ist bereits im Kindesalter möglich und verläuft oft schwerer als bei Erwachsenen. Die klassische Rosazea bereitet in der Regel keine diagnostischen Schwierigkeiten. Es existieren aber auch extrafaziale Formen, die oft diagnostische Schwierigkeiten bereiten, da sie sel-



Prof. Dr. med. Martin Schaller

und werden nicht vertragen. Klinisch zeigen sich Effloreszenzen wie Papeln und Pusteln, aber auch Knoten und Zysten können vorkommen, auch können Lymphödem auftreten. Im Gegensatz zur Akne sind die entzündlichen Effloreszenzen nicht folliculär gebunden und es fehlen Komedonen. Der zentofaziale Befall mit der entsprechenden Klinik lässt ohne Schwierigkeiten auf die Diagnose schließen.

Klinisch wird die Rosazea in folgenden Subtypen unterteilt:

- ▶ **Erythrodermatoteleangiectatische Rosazea:** Persistierende Erytheme mit Teleangiectasien insbesondere im Bereich der Wangen und nasolabial. Die Patienten klagen meist über empfindliche Haut mit Brennen.
- ▶ **Papulopustulöse Rosazea:** Zusätzlich treten Papeln und

len Rückzug der Betroffenen führen kann.

Chronizität macht lokale Dauertherapie erforderlich

Die Rosazea ist zwar eine chronische Dermatose, aber in der Regel gut behandelbar. Aufgrund der Lokalisation im Gesicht ist sie kosmetisch sehr störend und die Patienten stehen unter hohem Leidensdruck. Für die Behandlung steht eine Reihe von wirksamen topischen und systemischen Medikamenten zur Verfügung. Aufgrund der Chronizität ist eine lokale Dauertherapie erforderlich, da sie unbehandelt fortschreiten kann. Die Rosazea sollte schon im Anfangsstadium behandelt werden, da das Fortschreiten zum chronischen Ödem mit irreversibler Verdickung der Haut führen kann.

Aufgrund der Photoprovokation ist ein topischer Lichtschutz empfehlenswert.

Allgemein wird eine Reinigung der Haut mit milden Waschsyndets empfohlen; irritierende Externa sollten gemieden werden.

Die Therapie sollte sich nach dem Subtyp der Rosazea richten.

Beim gering ausgeprägten erythematösen und papulopustulösen Typ ist eine topische Therapie oft ausreichend. Zugelassen sind hierfür Arz-

empfehlenswert. Eine neue Entwicklung ist die niedrig dosierte antiinflammatorische Doxzyklintherapie mit 40 mg (30 mg konventionell und 10 mg verzögert freigesetzt) ohne antimikrobielle Wirkung. In Studien zeigte sich gegenüber dem konventionellen Ansatz mit 100 mg Doxzyklin täglich kein signifikanter Unterschied in der Wirksamkeit, aber eine niedrigere Rate gastrointestinaler Nebenwirkungen.

Noch nicht zugelassen, aber sehr wirksam

Wichtig ist der konsequente Sonnenschutz bei der Einnahme von Tetracyklinen, da die Gefahr einer phototoxischen Dermatitis besteht. Zusätzlich sollten alle vier bis acht Wochen Blutbild und Leberwerte kontrolliert werden. Wenn Tetracycline kontraindiziert sind (beispielsweise bei Schwangerschaft und Stillzeit) oder nicht vertragen werden, können als Alternative Makrolidantibiotika eingesetzt werden.



Rosazea flush

Bei der stark ausgeprägten papulopustulösen und glandulär-hyperplastischen Form hat sich eine Therapie mit systemischem Isotretinoin in einer niedrigen Dosis von 10 mg/täglich als effektiv erwiesen. Isotretinoin ist zwar bislang für die Rosazea nicht zugelassen, die Therapie ist jedoch sehr wirksam. Aufgrund der niedrigen Dosis treten andere Nebenwirkungen bis auf die Cheilitis sehr selten auf. Zu beachten ist die strikte Kontraindikation bei gleichzeitiger Tetracyklingabe, da die Gefahr eines Pseudotumor cerebri besteht.

Aufgrund der Embryotoxizität ist eine sichere hormonelle Kontrazeption bei Frauen im gebärfähigen Alter zwingend erforderlich mit schriftlicher Einwilligung bezüglich der Aufklärung. Das Rezept sollte erst ausgestellt werden, wenn die monatlichen Schwangerschaftstests negativ sind. Die Meidung von Triggerfaktoren ist zusätzlich zur medikamentösen Therapie für den Behandlungserfolg ebenfalls von großer Bedeutung.

Rhinophym-OP nur durch sehr erfahrene Dermatochirurgen

Umschriebene Hyperplasien wie beim Rhinophym sind nur operativ zu beeinflussen, eine systemische oder topische Therapie ist hierbei nicht ausreichend. Die Abtragung erfolgt operativ. Je nach Ausprägung gibt es verschiedene Techniken: beispielsweise Kryochirurgie, Dermabrasion, Dermashaving, elektrochirurgische Abtragung mit elektrischer Schlinge, Ablation mit CO₂-Laser und der Erbium-YAG-Laser. Die Rhinophym-OP sollte durch einen sehr erfahrenen Dermatochirurgen durchgeführt werden, da es bei zu tiefer Abtragung zu Narben kommt. Teleangiectasien können mit der Diathermienadel oder einem Laser behandelt werden. ve ♦

Nichts mit der Akne gemeinsam

Sowohl die genetische Disposition als auch äußere Einflüsse scheinen die Entstehung und den Verlauf zu beeinflussen. Über die bestehende Gefäßhyperreaktivität können äußere Faktoren zur Provokation im Sinne von flushartigen Erythemen führen, beispielsweise der Genuss von Alkohol bereits in geringen Mengen, Verzehr von heißen Speisen und Getränken sowie scharfe Gewürze, Temperaturschwankungen mit Wechsel von Hitze und Kälte, starke Sonnenexposition und auch emotionale Ereignisse. Mit der Akne hat die Rosazea nichts gemeinsam. Da im Gegensatz zur Akne keine Verhornungsstörung im Ausführungsgang der Talgdrüse vorliegt, fehlen bei der Rosazea die Komedonen.

Klinisch wird die Rosazea in verschiedene Subtypen unterteilt. Im Anfangsstadium zeigen sich oftmals Erytheme und Teleangiectasien, später kommen auch Papeln und Pusteln hinzu. Die Rosazea manifestiert sich insbesondere zentofazial, die Prädiaktionsstellen sind Stirn, Glabella, Nase, Wangen und Kinn. Die Hautveränderungen können insbesondere im Anfangsstadium symptomlos sein, aber auch Brennen und Missempfindungen verursachen. Manche Patienten berichten über eine überempfindliche irritative Gesichtshaut mit Unverträglichkeit gegenüber vielen Kosmetika und Pflegeprodukten. Die Rosazea tritt bei Frauen etwas häufiger als Männern auf, dafür verläuft sie bei Männern aber auch schwerer. Beispielsweise ist die Rhinophymentwicklung fast ausschließlich bei Männern zu beobachten.

Augenärztliche Untersuchung muss Routine sein

Eine okuläre Beteiligung ist nicht selten und kann sich in Form einer Konjunktivitis, Blepharitis, selten auch Keratitis bemerkbar machen. Die Pa-



Rosazea mit Augenbeteiligung

tener vorkommen und die untypischen Stellen wie Kopfhaut, Hals, Nacken und oberer Stamm betroffen sind. Dadurch wird die extrafaziale Rosazea oft übersehen oder fehldiagnostiziert. Die Morphologie ist aber analog der zentofazialen Form mit erythematösen Papeln, Pusteln und Knoten. Die extrafaziale Rosazea kommt ebenfalls überwiegend beim männlichen Geschlecht vor.

Als weitere Sonderformen existieren die lupoide Rosazea, Rosacea conglobata, Rosacea fulminans, auf die nicht näher eingegangen wird.

Entzündliche Effloreszenzen nicht folliculär gebunden

Typisch für die Rosazea sind transitorische Erytheme, meist verbunden mit Hitzegefühl, die vor allem im Vorstadium auftreten. Im Verlauf persistieren die Erytheme über Stunden und Tage, zusätzlich bestehen Teleangiectasien. Die meisten Patienten berichten über brennende und stechende Missempfindungen im Gesicht sowie über eine empfindliche Haut, viele Externa reizen die Haut

Pusteln im Bereich der Erytheme auf. Differenzialdiagnostisch ist bei dieser Form an eine Akne zu denken, bei der Rosazea sieht man aber keine Komedonen.

▶ Glandulär-hyperplastische Rosazea:

Klinisch zeigt sich eine großporige, entzündlich verdickte, ödematöse Haut bedingt durch Bindegewebs- und Talgdrüsenhyperplasie. Infolge einer lokalisierten Bindegewebsvermehrung mit Talgdrüsenhyperplasie sowie Gefäßektasien kann es zu einer grobporig verdickten Haut mit Wulstbildung, das heißt zur Bildung von Phymata kommen.

▶ Am häufigsten ist das

Rhinophym:

Eine knollenförmige Vergrößerung der Nase, bedingt durch die Talgdrüsen- und Bindegewebshypertrophie. Oft besteht eine ausgeprägte Seborrhoe. Selten treten derartige Hautveränderungen auch am Ohr (Otophym), am Kinn (Gnatophym) oder an der Nasenwurzel (Metophym) auf. Das stigmatisierende Rhinophym wird häufig mit Alkoholismus in Verbindung gebracht, was zum sozia-



Rosazea papulosa

Kontakt

Dr. med. Öznur Bostanci

Universitäts-Hautklinik Tübingen
Eberhard Karls Universität
Liebermeisterstraße 25
72076 Tübingen

Tel.: (0 70 71) 29 84 555

Fax: (0 70 71) 29 51 13

E-Mail: Oeznur.Bostanci@med.uni-tuebingen.de

neimittel mit 0,75-prozentigem Metronidazol in unterschiedlichen Grundlagen (Cremer, Gel oder Lotion) und 15-prozentiger Azelainsäure in Gelform. Ein schneller Wirkungseintritt zeigt sich bei der Kombination von topischem Metronidazol und systemischen Tetracyklinen wie Doxzyklin in einer Dosis von 40 bis 100 mg/Tag. Die systemische Therapie sollte je nach klinischem Bild für drei bis sechs Monate erfolgen. Als Rezidivprophylaxe ist die Fortführung der topischen Therapie