

Jahrgang 38

Nummer 5/2016

Therapie der Rosazea (A. Röllin) 17

Bei der Rosazea ist das Vermeiden auslösender Faktoren wichtig. Eine papulopustulöse Rosazea wird lokal am besten mit Metronidazol oder Azealinsäure behandelt. Ist eine systemische Therapie notwendig, so ist Doxycyclin das Mittel der Wahl. Die Behandlung anderer Rosazea-Formen ist schwieriger und oft unbefriedigend.

Update

Therapie der Rosazea

A. Röllin

Die Rosazea ist eine chronische Hauterkrankung des mittleren Lebensalters. Sie ist charakterisiert durch ein chronisch-entzündliches Exanthem des Gesichtes, welches typischerweise symmetrisch die Wangen, die Nase, das Kinn und die zentrale Stirne befallt. Die Angaben zur Prävalenz der Erkrankung variieren je nach untersuchter Population und Art der zugrundeliegenden epidemiologischen Methode zwischen 2 und 10%. Die Erkrankung tritt bei Frauen und bei Menschen mit hellem, nordischem Hauttyp deutlich häufiger auf.^{1,2}

Obwohl seit unserer letzten Übersicht zu diesem Thema vor 25 Jahren neue Erkenntnisse gewonnen wurden, ist die Ursache der Rosazea noch immer nicht restlos geklärt.³ Heute geht man von einem multifaktoriellen Geschehen aus, bei dem eine gesteigerte Immunerkennung der Keratinozyten und die übermäßige Produktion von antimikrobiellen Peptiden, insbesondere von Cathelicidin LL-37, eine Schlüsselrolle spielen. Verschiedene Faktoren – wie UV-Einstrahlung, gestörte Barrierefunktion der Haut, vermehrte Talgdrüsenaktivität (Seborrhoe), Besiedelung mit Demodex-Milben u.a. – führen bei genetisch prädisponierten Personen zur vermehrten Produktion von Cathelicidinen und anderen Entzündungsproteinen, die ihrerseits eine chronische Entzündungsreaktion und neurovaskuläre Dysregulation zur Folge haben.^{4,5}

Seit 2002 existiert eine international akzeptierte Einteilung in vier Unterformen. Die *erythematös-teleangiektatische Form* der Rosazea zeichnet sich entweder durch ein anfallsartiges Erröten (Flush) oder eine persistierende Hautrötung und Teleangiektasien aus. Bei der *papulopustulösen Form* treten neben einer dauerhaften Hautrötung anfallsartig entzündliche Veränderungen wie Papeln und Pusteln auf. Diese beiden ersten Formen können von unangenehmen Sensationen wie Brennen und/oder Stechen der Haut begleitet sein.

Die *phymatöse Form*, die fast ausschliesslich bei Männern vorkommt, ist selten. Dabei führen diffuse, teilweise knotenför-

mige Hautverdickungen zu stark deformierenden Gewebevermehrungen. Am bekanntesten ist das Rhinophym (Knollennase), seltener können ähnliche Hautveränderungen auch Kinn, Ohren oder Stirne befallen. Bei etwa 20% (3-58% je nach Studie) der Personen, welche an einer dieser drei Formen leiden, sind zusätzlich die Augen befallen (*okuläre Form*). Letztere kann aber auch isoliert auftreten und manifestiert sich meist als Blepharitis und oder Konjunktivitis, selten als Skleritis oder Keratitis.⁶

Die Diagnose erfolgt durch die klinische Beurteilung, es gibt keine Zusatzuntersuchung, mit der die Diagnose gesichert werden könnte. Aufgrund der unspezifischen histologischen Veränderungen dient eine Hautbiopsie nur zum Ausschluss von anderen Erkrankungen. Wichtigste *Differentialdiagnose* ist die Akne – diese tritt allerdings meist im früheren Lebensalter auf und typischerweise sind dabei auch Komedonen vorhanden, die nicht zum Krankheitsbild der Rosazea gehören. Weitere wichtige Differentialdiagnosen sind periorale Dermatitis, Steroidakne (welche beide teilweise ebenfalls zum Formenkreis der Rosazea gezählt werden), chronische UV-Schädigung, seborrhoische Dermatitis, Kontaktdermatitis, Karzinoidsyndrom, sowie kutaner oder systemischer Luptus erythematodes.^{7,8}

Allgemeine Anmerkungen zu Rosazea-Behandlung

Da die genaue Ursache der Rosazea ungeklärt ist, sind die meisten Behandlungen empirisch hergeleitet und es werden häufig Substanzen verwendet, welche für diese Indikation gar nicht offiziell zugelassen sind («off label use», siehe Tabelle 2). Ihre Wirkung kann auch nur selten mit kontrollierten Studien guter Qualität belegt werden.⁹ Die oben erwähnte Einteilung hilft bei der Wahl einer geeigneten Therapie, da nicht alle Rosazea-Typen auf jede Therapie ansprechen.

Ähnlich wie die Behandlung der Akne braucht auch diejenige der Rosazea Geduld; in der Regel dauert es 4 bis 6 Wochen, bis eine Verbesserung sichtbar ist. Ganz besonders gilt dies für die lokale Therapie, die bei leichtgradigeren Symptomen meist genügt. In hartnäckigeren Fällen kann eine systemische oder die Kombination von lokaler und systemischer Therapie notwendig werden.^{2,10}

Nicht-medikamentöse Massnahmen

Potentielle Triggerfaktoren, die die Rosazea verstärken können, sollen soweit möglich gemieden werden (siehe Tabelle 1). Das