

Vortragsszusammenfassungen

Firmenseminar 6



Aktueller Forschungsstand bei Rosacea

Mit freundlicher Unterstützung der Firma
Galderma Laboratorium GmbH, Düsseldorf

Therapieoptionen und neue Behandlungsansätze bei Rosacea

*Prof. Dr. med. Hans Christian Korting,
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie,
Ludwig-Maximilian-Universität, München*

Die Rosacea ist eine in der Regel chronische Hauterkrankung mit durch Stadien geprägtem Manifestationsmuster. Im Stadium I stehen Rötung und Teleangiektasien im Vordergrund, im Stadium II zusätzlich Papulopusteln. Lange Zeit war eine befriedigende Behandlung dieser Stadien nicht möglich, was unter anderem dazu geführt hat, dass die Patienten weithin unbehandelt geblieben sind und auch nicht mehr nach Behandlung gefragt haben. Seit einigen Jahren ist die topische Therapie mit zwei Externa möglich, zum einen mit Metronidazol, zum anderen mit Azelainsäure. Darüber hinaus ist dem Dermatologen die Möglichkeit der systemischen Tetracyklingabe vertraut, ohne dass die Anwendung bei Rosacea bislang durch tragfähige Studien hinreichend hinterlegt wäre. Neuerdings steht Doxyzyklin in teilretardierter Form zur Verfügung, bei einer Tagesdosis von 40 mg. Dieses Präparat wurde in zwei gleichartigen randomisierten kontrollierten Blindstudien im Vergleich zu Plazebo als wirksam charakterisiert. Insbesondere die Papulopusteln werden deutlich reduziert, in geringerem Umfang wohl auch Erythem und Teleangiektasien. Bei dieser Art der Doxyzyklin-Anwendung greift man auf nicht antibiotische, antiinflammatorische Wirkungen zurück. Adressiert werden unter anderem Matrix-Metalloproteinasen. Die ortsständigen Mikrofloren - nicht nur der Haut - sollen unbeeinflusst bleiben. Für die Zukunft bietet es sich an, auch den kombinierten Einsatz von Metronidazol-haltigen Topika und peroral appliziertem teilretardiertem Doxyzyklin zu erwägen.



Firmenseminar 6: Aktueller Forschungsstand bei Rosacea

Pathogenese und Klinik der Rosacea

*Prof. Dr. med. Helmut Schöfer,
Zentrum für Dermatologie und Venerologie,
Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt/Main*

Einleitung und Epidemiologie

Die Rosacea, im angelsächsischen Sprachraum auch Acne rosacea oder Acne erythematososa genannt, ist eine häufige und chronische Hauterkrankung des Gesichtes. Sie tritt bei etwa 2 – 5 % aller Erwachsenen zwischen 18 und 60 Jahren auf. Am häufigsten erkranken 35- bis 45-Jährige, jedoch kann der Erkrankungsbeginn schon vor dem 20. Lebensjahr liegen. Frauen erkranken etwas häufiger als Männer, zeigen aber meist einen weniger schweren Verlauf. Typischerweise verläuft eine Rosacea über viele Jahre in mehreren Stadien. Sie tritt mit unterschiedlichen Schweregraden und einer Reihe von Sonderformen, wie zum Beispiel der Rosacea des Auges oder der Rosacea fulminans, auf.

Pathogenese

Für die Manifestation einer Rosacea ist neben einer genetischen Prädisposition (eventuell erbliche Veränderungen der Glutathion-S-Transferase) eine Vielzahl von Umweltfaktoren und anderen Einflüssen verantwortlich gemacht worden. Letztlich ist die Ursache bis heute ungeklärt. Sicher ist, dass UV-Licht und andere Reizungen der Gesichtshaut die Erkrankung hervorrufen oder verschlechtern können. Dabei scheinen reaktive Sauerstoffspezies der Neutrophilen und antimikrobielle Peptide (zum Beispiel Cathelicidin) eine Rolle zu spielen. Hinzu kommen psychische (Stress), hormonelle (Menstruation, Schwangerschaft) und vaskuläre Faktoren (regionale Durchblutung im Gesicht, verstärkte Angiogenese, hoher Blutdruck). Und schließlich werden auch fokale Infekte, insbesondere durch die Haarbalgmilbe Demodex sowie Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes (50 – 90 % aller Rosaceapatienten) gehäuft beobachtet. Die diversen Auslösefaktoren führen zunächst zu vorübergehenden Gefäßerweiterungen mit Flush-artigen Rötungen, später zu bleibenden Gefäßerweiterungen (Teleangiektasien), Ödemen, Papeln, Pusteln und knotigen Veränderungen im Gesicht.

Klinisches Bild

Es gibt keine einheitliche Klassifikation der Rosacea. Im deutschsprachigen Raum unterscheidet man ein Vorstadium (Rosacea Diathese) mit flüchtigen Erythemen von 3 klinischen Stadien: Stadium 1: Rosacea erythematososa (bleibende Rötungen, Gefäßerweiterungen); Stadium 2: Rosacea papulopustulosa (mit Pusteln und Pusteln auf Erythemen) und Stadium 3: die glandulär-hyperplastische Rosacea mit Rhinophym und anderen knotigen Neubildungen des Gesichtes. Darüber hinaus werden je nach Klassifikation einige Sonderformen, wie die Augenbeteiligung bei Rosacea, die Rosacea conglobata, die Rosacea granulomatosa, die Rosacea fulminans sowie



Rosacea durch Kortikosteroide ausgelöst, beschrieben. Bei der Rosacea der Augen, die etwa 25 % aller Patienten in unterschiedlicher Schwere betrifft, können chronische Entzündungsvorgänge, Ulzerationen und noduläre Infiltrate ohne Behandlung bis zur Erblindung führen. Die granulomatöse Rosacea ist histologisch durch tuberkuloide Granulome geprägt. Besonders schwere Verläufe mit rascher Progredienz und heftigen lokalen Entzündungszeichen werden als Rosacea fulminans ausschließlich bei Frauen beobachtet. Nach langdauernder topischer Behandlung des Gesichtes mit Kortikosteroiden, aber auch nach interner Kortisontherapie, kann eine ausgeprägte und hartnäckig therapieresistente Steroid-Rosacea auftreten.

Differentialdiagnosen

Die wichtigsten Differentialdiagnosen sind die Acne papulopustulosa (Erkrankungsalter, Komedonen), die Kortisonakne (Medikamentenanamnese, Symptome des Morbus Cushing) und die periorale Dermatitis. Letztere ist eine Gesichtsdermatose, die vor allem die Umgebung des Mundes mit kleinsten Papeln und Papulopusteln betreffen kann, die aber auch periokulär, besonders in den lateralen Augenpartien, beobachtet wird. Ansonsten müssen bei Gesichtsrötungen Systemerkrankungen, wie der Lupus erythematodes und die Dermatomyositis, bei stärkerer Schuppung auch die seborrhoische Dermatitis abgegrenzt werden. In den Frühstadien können emotionsbedingte Rötungen, gefäßerweiternde Medikamente, aber auch Serotonin produzierende Tumoren (Karzinoid-Syndrom) Ursache der Flush-artigen Gesichtserythema sein.

Mit ihren diversen Erscheinungsformen, Schweregraden und Sekundärveränderungen durch lokale oder systemische Vorbehandlungen sowie durch Komorbidität mit dem seborrhoischen Ekzem oder der Acne tarda, kann die Rosacea im Einzelfall eine schwer zu diagnostizierende Erkrankung sein.

