

Akneiforme Eruptionen im Gesicht

Ein Problem junger Frauen

CANADIAN FAMILY PHYSICIAN

Akneiforme Eruptionen, die bei verschiedenen Krankheitsbildern – Akne, Rosazea, Follikulitis, periorale Dermatitis – auftreten, sind bei jungen Frauen häufig und verursachen viele medizinische und psychologische Probleme.

Akneiforme Eruptionen charakterisieren die Acne vulgaris, aber auch die Rosazea, die Follikulitis und die periorale Dermatitis. Die Therapie bei Akne ist durch etliche randomisierte, kontrollierte Studien gut abgesichert, bei den anderen Krankheitsbildern ist die Datenlage jedoch deutlich schlechter.

Acne vulgaris

Die Akne ist eine Erkrankung der Talgdrüsen, die zwar vor allem in der Adoleszenz auftritt, aber auch bis in die dritte Lebensdekade und darüber hinaus bestehen kann; dies vor allem bei Frauen. Die Pathogenese ist multifaktoriell mit einem Zusammenspiel von abnormer follikulärer Verhornung, überschüssiger Talgproduktion, intrafollikulärer Vermehrung von *Propionibacterium acnes* und hormonellen Faktoren.

Die Diagnose ist oft klar, und Laboruntersuchungen sind – ausser bei Zeichen für

einen Hyperandrogenismus – überflüssig. Die Akne ist durch verschiedene Hautläsionen charakterisiert, die unterschiedlichen Schweregraden der Erkrankung entsprechen.

Die leichte, nicht entzündliche Akne zeigt Komedonen, einerseits geschlossene, 1 bis 2 mm messende blassweisse Papeln ohne Follikelöffnung, andererseits flache Komedonen mit gut sichtbarer zentraler Hautpore, die mit einer braunschwarzen Substanz gefüllt ist. Die entzündliche Akne zeigt Papeln, die oft von einem geröteten Saum umgeben sind, ferner Pusteln mit eitrigem Inhalt sowie Knoten, die runder und grösser sind als die Papeln und oft schmerzen. Zysten neigen zur Vernarbung mit scharf ausgestanzten Hautvertiefungen.

Bevor man eine Therapie beginnt und mit dem Ziel einer therapeutischen Allianz ist es wichtig, den Patientinnen die Ursachen der Akne und die therapeutischen Ansatzpunkte zu erklären und auch gleich auf die Dauer der Behandlung (Wochen bis Monate) hinzuweisen.



Acne vulgaris mit kleinen, geröteten Papeln

Merk-sätze

- Die Therapie bei Akne hängt vom Schweregrad ab. An erster Stelle steht Benzoylperoxid, dann Tretinoin und topische oder perorale Antibiotika wie Minocyclin, Clindamycin oder Erythromycin. Bei resistenten Fällen, nodulärer Akne oder Vernarbungen ist Isotretinoin zu erwägen.
- Die Rosazea betrifft vor allem Frauen in ihren Zwanziger- und Dreissigerjahren und bedarf einer Langzeittherapie, die die Vermeidung von Triggern und den Einsatz von topischem Metronidazol oder oralem Minocyclin umfasst. Topische Retinoide oder Isotretinoin können bei schweren Fällen eingesetzt werden.
- Die periorale Dermatitis hat ein klassisches Erscheinungsbild, aber eine unbekannte Ätiologie. Effektive Massnahmen sind Verzicht auf fluorinierte topische Steroide und orales Tetracyclin bzw. Erythromycin.

Die leichte Komedonen-Akne sollte mit topischen Benzoylperoxid-Präparaten (z.B. Aknefug®, zusammen mit Miconazol in Acne Crème Plus Widmer) oder mit einem komedolytischen Wirkstoff wie Tretinoin (z.B. AiroI®, Retin-A®) behandelt werden (Tabelle 1). Benzoylperoxid ist bei Entzündung vorzuziehen, Tretinoin ist bei Fällen mit Vorherrschen von Komedonen effektiv. Das neuere topische Retinoid

Akneiforme Eruptionen im Gesicht

Tabelle 1: **Empfehlungen für die Behandlung bei Acne vulgaris**

nicht entzündlich:

First line: Benzoylperoxid (I) oder topisches Tretinoin (I)
 Second line: Adapalen (I)

papulös oder pustulös:

First line: topisches Erythromycin (I), Clindamycin (I) oder Kombination Antibiotikum/Benzoylperoxid (I)
 Second line: orales Tetracyclin (I), Minocyclin (I), Doxycyclin (I), Erythromycin (I), Clindamycin (I), Ampicillin (III) oder Amoxicillin (III)
 Third line: orale Antibiotika plus topische Retinoide (I) bzw. Kombination Antibiotikum/Benzoylperoxid (III) oder Benzoylperoxid (III)
 Fourth line: Co-trimoxazol (III)

nodulozystisch oder therapieresistent oder vernarbend:

First line: Steroidinjektion, falls umschriebener Befund (I), Isotretinoin, falls diffus (I)
 Second line: Antiandrogene, z.B. orale Kontrazeptiva (I) oder Spironolacton (I)

*Die römischen Zahlen in Klammern geben den Evidenzgrad an:
 I = mehrere randomisierte kontrollierte Studien, II = v.a. Vergleichsstudien, offene Studien,
 III = Expertenmeinung und Konsensusrichtlinien*



Rosazea mit diffusem Erythem, Papeln und Teleangiektasien

Tabelle 2: **Empfehlungen für die Behandlung bei Rosazea**

First line: topisches Metronidazol (I) plus orales Tetracyclin (I) oder Minocyclin (III)
 Second line: Sulfacetamid (III) plus orale Antibiotika wie oben
 Third line: topisches Retinoid (II) plus Vitamin C (II)
 Fourth line: Isotretinoin (II)

*Die römischen Zahlen in Klammern geben den Evidenzgrad an:
 I = mehrere randomisierte, kontrollierte Studien, II = v.a. Vergleichsstudien, offene Studien,
 III = Expertenmeinung und Konsensusrichtlinien*

besondere Rangfolge bei Akne aufgeführt. Die meisten dieser Medikamente sollten während mindestens zwei Monaten eingesetzt werden, bevor man von einem Therapieversagen spricht. Therapieresistente, nodulozystische oder vernarbende Aknefälle sollten am besten einem Dermatologen zur Einleitung einer Therapie mit Isotretinoin (Roaccutan® u. Generika) oder Hormonen beziehungsweise für Steroidinjektionen überwiesen werden. Isotretinoin führt zu sehr lästiger Hauttrockenheit und ist teratogen, stellt aber eine sehr effektive Therapie mit Heilungsraten bis zu 90 Prozent dar. Wichtig ist der Beginn in tiefer Dosierung mit Aufwärtstitration. Reicht die konventionelle Therapie nicht aus, kann durch die Wahl eines geeigneten Kontrazeptivums in Kombination mit topischer Behandlung eine Besserung erzielt werden.

Rosazea

Die Rosazea ist eine chronische vaskuläre akneiforme Erkrankung, an der Menschen zwischen 20 und 60 Jahren erkranken. Männer sind häufiger betroffen, und bei ihnen verläuft die Rosazea gewöhnlich auch schwerer bis hin zur Gewebeproliferation. Die Pathogenese bleibt unbekannt, obwohl viele Faktoren ins Spiel gebracht worden sind, etwa Bakterien, Milben der Gattung Demodex, vasomotorische und Bindegewebs-Dysfunktion sowie topische Steroide.

Adapalene (Differin®) ist nur marginal effektiver als Tretinoin, wird aber besser vertragen. Die Wahl der Therapie soll sich an der individuellen Verträglichkeit und den Präferenzen der Patientin ausrichten. Gels und Cremes auf Wasserbasis sind weniger austrocknend als alkoholische oder glykolytische Grundlagen. Die papuläre und pustuläre Akne kann mit topischen und oralen Antibiotika behandelt werden. Topisches Erythromycin und Clindamycin sollen gleich effektiv sein. Topisches Erythromycin gilt während der Schwangerschaft als am sichersten.

Schwere Akneerkrankungen müssen mit Kombinationen behandelt werden. Unter den Antibiotika werden heute vor allem Minocyclin (Aknin®-N, Aknoral®, Minac® 50, Minocin® Akne, 50–100 mg/Tag) oder Doxycyclin (Vibramycin® und Generika, 100 mg/Tag) eingesetzt. Die Kombination mit topischen Retinoiden oder antimikrobiellen Produkten verbessert die Wirkung und verhindert Resistenzen. Co-trimoxazol sollte schweren, hartnäckigen Fällen vorbehalten bleiben (Tabelle 1). Auch die anderen in Tabelle 1 aufgeführten oralen Antibiotika werden in der Literatur ohne

Akneiforme Eruptionen im Gesicht

Die Rosazea ist charakterisiert durch ein symmetrisches Erythem, Papeln und Pusteln sowie Teleangiektasien auf Backen, Stirn und Nase. Das Fehlen von Komedonen ist ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal gegenüber der Acne vulgaris. Der Verlauf kennt Exazerbationen und Remissionen und wird oft durch Sonne, Wind und heiße Getränke verschlimmert. Häufige Hautrötung, leichte Teleangiektasien, verstärkte Gefässerweiterungen und schliesslich Gewebhyperplasie sind die vier konsekutiven Stadien der Erkrankung. Als Begleitsymptome können auch Rötung, Brennen, Juckreiz oder Fremkörpergefühl in den Augen sowie Tränen, Fotophobie sowie Augenlidschwellung auftreten. Am Beginn der Therapie steht die Diskussion der möglichen Auslösefaktoren und wie sie vermieden werden können. Für die Rosazea im frühen Stadium wird die Kombination von topischem Metronidazol (Perilox®, Rosalox®) und oralem Tetracyclin beziehungsweise Minocyclin empfohlen (Tabelle 2). Diese Kombination mindert das Rückfallrisiko, wenn die orale Medikation später abgesetzt wird. Bei Augensymptomen sollte die Therapie länger fortgesetzt werden. Hinsichtlich der Wirk-

samkeit besteht kein signifikanter Unterschied zwischen täglich zweimaliger Applikation eines 0,75%igen Metronidazolpräparats und der einmal täglichen Anwendung eines 1%igen. Für die Therapiedauer gibt es verschiedene Protokolle, beispielsweise mit langsamem Ausschleichen des Antibiotikums über sechs Wochen oder mit einer sechswöchigen Therapie in voller Dosierung und Wiederholung bei Wiederaufflammen oder eine Behandlung in voller Dosierung bis zum Verschwinden der Hautläsionen oder für zwölf Wochen.

Bei hartnäckiger Rosazea hat sich orales Isotretinoin in niedriger (10 mg/Tag) oder in der bei Acne vulgaris üblichen höheren Dosierung für vier bis fünf Monate als zur Reduktion der Symptome wirksam erwiesen. Bei schweren, fibrotischen Veränderungen sollte die Überweisung zu einem plastischen Chirurgen erfolgen.

Folikulitis

Die Follikulitis ist eine Erkrankung des Haarfollikels. Ausgelöst wird sie durch mechanisches Trauma (z.B. Rasieren), Irritation (z.B. durch gewisse Topika, Öle)



Gram-negative Follikulitis mit gruppierten Pusteln und diffuser Infiltration

oder Infektion. Am häufigsten ist Staphylococcus aureus anzuschuldigen, nach langfristigem Antibiotikaeinsatz gegen Akne kommen aber auch gram-negative Bakterien in Frage; auch der saprophytische Hefepilz Pityrosporum ist angeschuldigt worden.

Gewöhnlich bilden sich abrupt monomorphe Pusteln in Gruppen. Tiefer gehende Entzündungen mit Erythem und schmerzhafter Infiltration werden als Sykosis bezeichnet.

Durch mikroskopische Direktuntersuchung mit Kalilauge sollte Pityrosporum ausgeschlossen werden. Ansonsten sollte vor Einleitung einer Therapie eine Kultur angenommen werden. In bestätigten Fällen kann mit einem Antimykotikum und einem Selenulfid-haltigen Shampoo für drei bis vier Wochen behandelt werden (Tabelle 3). Da Rezidive bei Follikulitis nicht ungewöhnlich sind, bestehen gute Erfahrungen mit einer intermittierenden Erhaltungstherapie ein- bis zweimal pro Woche. Orale Antimykotika (Fluconazol

Tabelle 3: **Empfehlungen für die Behandlung bei Follikulitis**

Pityrosporum:

First line: topisches Econazol (III), Selenulfid-Shampoo (III)
 Second line: orales Fluconazol (II), Itraconazol (I) oder Ketoconazol (II)
 Third line: orale Antimykotika plus topische Präparate

bakteriell:

First line: topisches Mupirocin (I), Erythromycin (III), Clindamycin (III) oder Benzoylperoxid (III)
 Second line: orales gegen Staphylokokken wirksames Antibiotikum wie Fluorochinolone (I), Erstgeneration-Cephalosporine (III) oder Makrolide (III)

gram-negativ:

First line: Isotretinoin (II)
 Second line: Ampicillin (III) oder Co-trimoxazol (III)

Die römischen Zahlen in Klammern geben den Evidenzgrad an:
 I = mehrere randomisierte kontrollierte Studien, II = v.a. Vergleichsstudien, offene Studien,
 III = Expertenmeinung und Konsensrichtlinien



Typisches Erscheinungsbild der perioralen Dermatitis

Akneiforme Eruptionen im Gesicht

Tabelle 4: Empfehlungen für die Behandlung bei perioraler Dermatitis

First line: orales Tetracyclin (II)
 Second line: orales Erythromycin (III)
 Third line: topisches Metronidazol (I) mit oder ohne orale Antibiotika wie oben

Die römischen Zahlen in Klammern geben den Evidenzgrad an:
 I = mehrere randomisierte, kontrollierte Studien, II = v.a. Vergleichsstudien, offene Studien,
 III = Expertenmeinung und Konsensusrichtlinien

[Diflucan® und Generika], Ketoconazol (Nizoral® und Generika), Itraconazol [Sporanox®]) haben sich bei 10- bis 14-tägiger Therapie als effektiv erwiesen. In einer klinischen Studie war die Kombinationsbehandlung mit einem topischen und einem oralen Antimykotikum der jeweiligen Monotherapie überlegen.

Bei oberflächlicher, durch Staph. aureus verursachter Follikulitis kommen die in Tabelle 3 angeführten topischen Antibiotika in Betracht, bei ausgedehntem Befall oder Sykosis sind gegen Staphylokokken wirksame Antibiotika per os bis zur völligen Abheilung indiziert. Die gram-negative Follikulitis kann wie eine schwere Akne mit Isotretinoin (0,5–1,0 mg/kg/Tag während 4–5 Monaten) behandelt werden. Die antibiotischen Alternativen (Ampicillin oder

Co-trimoxazol) haben einen zögerlichen Wirkungseintritt, und Rezidive sind häufig.

Periorale Dermatitis

Die periorale Dermatitis ist ein Krankheitsbild mit akneiformen Eruptionen und unbekannter Ätiologie. Allerdings sind alle möglichen Faktoren angeschuldigt worden, so etwa fluorinierte topische Kortikosteroide, eine subklinische irritative Kontaktdermatitis oder eine übermäßige Anfeuchtung der Haut. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer.

Klinisch imponiert eine Eruption von diskreten, symmetrischen, stecknadelkopfgrossen Papeln und Pusteln, die sich um den Mund gruppieren, aber das Lippenrot aussparen. Sie können eine erythematöse

Basis haben (Abbildung). Gelegentlich sind ähnliche Läsionen auch seitlich neben den Augen zu sehen.

Trotz der unklaren Ätiologie ist die Therapie einfach und effektiv (Tabelle 4). Die periorale Dermatitis verschwindet mit Tetracyclin respektive Erythromycin. Topische Antibiotika werden schlechter vertragen und sind weniger effektiv, bleiben aber eine Alternative, wenn eine systemische antibiotische Behandlung nicht möglich ist. Topische fluorinierte Kortikosteroide sollten abgesetzt werden. Glukokortikoide abnehmender Potenz sind zum Entzug und zur Verhütung von Rückfällen als Monotherapie oder zusammen mit topischem Metronidazol und oralem Erythromycin eingesetzt worden.

Melody J. Cheung et al. (Division of Dermatology, University of Edmonton, Alberta/CAN): Acneiform facial eruptions. *Can. Fam. Physician* 2005; 51: 527–533.

Halid Bas

Interessenlage: Die Autoren deklarieren keine finanziellen Interessenkonflikte.