

Rosazea

Symptomorientierte topische Therapieoptionen

Eine topische, symptomorientierte Therapie ist in der Regel ausreichend bei Rosazea mit persistierendem Erythem und bei leicht bis moderat ausgeprägten entzündlichen Papeln und Pusteln. Über topische Therapieoptionen sprach Prof. Martin Steinhoff aus Doha (Katar) am hybriden EADV-Kongress 2022.

Die chronisch entzündliche Hautkrankheit des Gesichts frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln, sei bei Patienten mit Rosazea eine wichtige Aufgabe, sagte der Referent. Zwar sei eine Heilung durch kausale Therapie bislang nicht möglich, aber mit symptomatischer Behandlung könne es gelingen, alle klinischen Zeichen und Symptome der zentrofazialen Hautkrankheit (Nase, Wangen, Kinn, Stirn, Augen) langfristig zu unterdrücken.

Die herkömmliche Einteilung in Rosazea-Subtypen wurde in den letzten 5 Jahren auf Initiative des globalen Rosazea-Konsensus-Panels (ROSCO) von einer Einteilung nach individuellen Phänotypen abgelöst. Die neue Einteilung wird der individuell vorhandenen Kombination von Zeichen und Symptomen besser gerecht. So benötigen z. B. viele Patienten mit dem herkömmlichen papulo-pustulösen Subtyp zusätzlich eine Therapie ihres Erythems. Der erythemato-teleangiektatische Subtyp kann auch ohne Teleangiektasien als transientes oder persistierendes Erythem vorkommen. Weil die Augen oft zusätzlich beteiligt seien (okulärer Subtyp), sollten die Patienten immer nach Fremdkörpergefühl und Juckreiz in den Augen gefragt werden, so Steinhoff. In die kürzlich aktualisierte S2k-Leitlinie «Rosazea» der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) mit Beteiligung der Schweizerischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) wurde die neue Einteilung nach individuellen Phänotypen übernommen (1).

Behandlung des persistierenden Erythems

Häufig bemerken Patienten als erstes Symptom von Rosazea ein transientes Erythem (Flushing, plötzliches Erröten mit Wärmegefühl). Flushing ist Ausdruck von neurovaskulärer Dysregulation und Neuroinflammation. Das persistierende Erythem, bei dem zusätzlich Teleangiektasien auftreten können, entsteht dagegen hauptsächlich durch Zytokin-induzierte Entzündung, an der T-Zellen, Makrophagen und Mastzellen beteiligt sind (1). Sowohl beim transienten als auch beim persistierenden Erythem handelt es sich um eine Entzündung und nicht nur um eine kosmetische Störung (1). Ein persistierendes zentrofaziales Erythem, das sich durch Triggerfaktoren verschlechtert, ist ausreichend, um die Rosazea-Diagnose zu stellen (1). Das persistierende zentrofaziale Erythem kann bislang nur symptomatisch behandelt werden. Die Lebensqualität der Patienten lässt sich durch Behandlung mit dem topischen Vasokonstriktor Brimonidin, der auch eine anti-entzündliche Wirkkomponente besitzt, sehr relevant verbessern. Endlich werde es Betroffenen wieder möglich, am sozialen Leben teilzunehmen, so die Erfahrung des Referenten. In der Gesichtshaut bewirkt der α_2 -adrenerge Rezeptoragonist eine starke, passagere Vasokonstriktion der bei Rosazea weitgestellten dermalen Arteriolen und ein Abblassen des Erythems. Die Wirkung hält insgesamt 8 bis 10 Stunden an (1). Das Erythem kehrt allmählich zurück, wenn die Vasodilatation wieder einsetzt. 1 von 8 bis 10 Personen sprechen

nicht günstig auf Brimonidin-Gel an (plötzlich einsetzendes Erröten, verstärktes Rebound-Erythem). Mit einer initialen Testbehandlung (z. B. einseitig an der Wange) könnten Non-responder leicht erkannt werden, so der Referent.



Die Haarbalgmilbe *Demodex folliculorum*, hier in 100-facher Vergrößerung auf einer menschlichen Wimper, spielt eine wichtige Rolle in der Pathogenese der entzündlichen Veränderungen bei Rosazea. Foto: Vladimir064/wikimedia commons.

Weil zu wenig Evidenz vorhanden sei, dass sich topische α -adrenerge Medikamente und orale Betablocker zur erfolgreichen Behandlung des transienten Erythems (Flushing) eignen, sprachen die ROSCO-Experten dafür keine Empfehlung aus. Allerdings kann die Verwendung dieser Medikamente aufgrund von positiven Erfahrungen in gewissen Situationen erwogen werden.

Behandlung entzündlicher Papeln und Pusteln

In der chronisch entzündeten Haut von Patienten mit Rosazea befinden sich TH1- und TH17-Zellen in grosser Zahl. Hauptmediatoren seien TNF- α , IL-1 und Ifn- γ , berichtete Steinhoff. Zur topischen Behandlung von entzündlichen Papeln und Pusteln werden Ivermectin, Metronidazol und Azelainsäure empfohlen (1). Ivermectin wirkt antiinflammatorisch, hemmt Zytokine und Proteasen und reduziert die Dichte von Demodex-Milben. Zusätzlich zur therapeutischen Wirkung auf Papeln und Pusteln sei ein positiver Effekt auf das Erythem zu beobachten, so der Referent. In der direkten Vergleichsstudie ATTRACT war Ivermectin-Creme (1%, 1-mal täglich über 16 Wochen) einer üblichen Standardbehandlung mit Metronidazol-Creme (0,75%, 2-mal täglich) überlegen. Nachbeobachtungen während weiterer 36 Wochen ergaben, dass nach erfolgreicher Ivermectin-Therapie signifikant weniger Rezidive als nach Metronidazol-Therapie auftraten. Bei Metronidazol tragen wahrscheinlich die antiinflammatorischen, immunsupprimierenden, antioxidativen und antiparasitären (Demodex-Milben) Eigenschaften zur therapeutischen Wirkung bei. Eine weitere gute anti-entzündliche Behandlungsoption sei topische Azelainsäure, so der Referent. In Deutschland ist Azelainsäure-Gel (15%, 2-mal täglich) zur Behandlung von Rosazea mit Papeln und Pusteln zugelassen (1). In der Schweiz ist die Zulassung auf Acne vulgaris beschränkt. Wenn die Rosazea nicht auf topische Therapien anspricht oder wenn sie schwer ausgeprägt ist, wird eine Kombination von topischer und systemischer Therapie empfohlen (1). ▲

Alfred Lienhard

Quelle: D1T03.3 Session «Rosacea» beim 31. Jahreskongress der European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) am 8. September 2022 in Mailand und online.

Referenz:

1. Aktualisierte S2k-Leitlinie «Rosazea», AWMF-Register-Nr. 013-065, 2022, www.awmf.org