



AKNE & CO.

# Rosazea und akneiforme Erkrankungen des Gesichts

von Marguerite Krasovec Rahmann

**Die Rosazea ist eine chronische Gesichtsdermatose. Sie entwickelt sich bei entsprechender genetischer Disposition in der mittleren Gesichtspartie und kann durch exogene Faktoren verschlimmert werden. In weiteren Stadien können sich Papeln und Pusteln oder seltener ein Rhinophym entwickeln.**

**F**rüher wurde die Rosazea fälschlicherweise als «Acne rosacea» bezeichnet, ein Begriff, der nicht mehr verwendet werden sollte. Insbesondere wurde sie mit der Acne papulo-pustulosa verwechselt. Es besteht zwar klinisch eine Ähnlichkeit mit der Akne, jedoch fehlen bei der Rosazea aknetypische Manifestationen wie etwa Komedonen (Tabelle).

## Epidemiologie und Klinik

Die Rosazea manifestiert sich in den mittleren Gesichtspartien, das heisst in Stirnmitte, auf Nase, Kinn und Wangen. Klinische Merkmale sind ein Flush, ein Erythem, Telangiectasien, Papeln, Pusteln, ein Ödem sowie eine Gewebshyperplasie (Rhinophym). Am häufigsten sind Hellhäutige vom Fototyp I und II ab dem 25. Lebensjahr betroffen. Die höchste Prävalenz liegt bei 45-Jährigen, wobei Frauen häufiger erkranken als Männer. Das Stadium der Hyper-

trophien (Rhinophym) ist jedoch praktisch ausschliesslich bei Männern zu beobachten.

## Pathogenese

Die Ursachen der Entstehung einer Rosazea sind bis heute nicht geklärt. Ein wichtiger pathogenetischer Faktor scheint die beeinträchtigte Steuerung der venösen Durchblutung des Gesichtes zu sein, die vermutlich zu einer Störung der zerebralen Thermoregulation führt. Weiter geht man von einer genetisch bedingten Disposition zur Gefässlabilität aus.

Bei gewissen Rosazeaformen findet sich vermehrt die Milbe *Demodex folliculorum*. Dieser Parasit löst entzündliche Prozesse aus, welche sich durch Papeln, Pusteln und histologisch granulomatöse Reaktionen manifestieren.

In den Jahren 1990 bis 1996 wurde der Zusammenhang zwischen Rosazea und der Besiedelung des Gastrointestinaltraktes mit *Helicobacter pylori* rege diskutiert. Diese Theorie konnte sich aber nicht bestätigen.

## Klassifikation

Es bestehen unterschiedliche Klassifikationen der Rosazea. Das amerikanische National Rosacea Society Expert Committee unterscheidet vier Rosazea-Subtypen: Erythematoteleangiektatische Rosazea, papulo-pustulöse Rosazea, phymatöse Rosazea und okuläre Rosazea.

In Europa hat sich eine andere Klassifikation etabliert, welche sich nach folgenden Erkrankungsstadien richtet:

### Stadium I: Flush (transientes Erythem)

Ein Flush ist eine paroxysmale, fünf Minuten oder länger dauernde, sich vollständig zurückbildende Rötung des Gesichtes, Halses oder Décolletés mit brennendem Gefühl.

Tabelle:  
Unterschiede zwischen Rosazea und Akne (1)

	<b>Rosazea</b>	<b>Akne</b>
Primäreffloreszenzen	Flush, Erythem Teleangiektasien	Komedonen
Sekundäreffloreszenzen	Papeln, Pusteln	ausschliesslich folliculär stehende Papeln, Pusteln, Knötchen
Spätstadium	lappige, hypertrophe Knoten Rhinophym	konfluierende Knoten, Abszesse, Narben
Talgdrüsenaktivität	meist unauffällig	Seborrhö
Augenbeteiligung	relativ häufig	–
Lokalisation	zentrofazial, mittlere Wangen- partien, Nase, Stirn	seborrhoische Areale wie Gesicht, Rücken, Décolleté
Geschlechtsverteilung/Alter	häufiger Frauen als Männer ab 30 betroffen, Rhinophym nur Männer	jugendliche Frauen und Männer gleich häufig betroffen

Ausgelöst wird die Rötung durch Temperaturwechsel, Sonneneinstrahlung, warme Getränke und Alkohol, stark gewürzte Nahrungsmittel, Sport oder emotionalen Stress.

### Stadium II: Erythemato-teleangiektatische Rosazea

Neben dem persistierenden Erythem sind Teleangiektasien vorhanden. Dieser Zustand wird auch «Couperose» genannt. Betroffen sind Wangen, Kinn und Stirnmitte. Die Patienten klagen über ein stechendes oder brennendes Gefühl.

### Stadium III: Papulo-pustulöse Rosazea

Charakteristisch ist ein persistierendes zentrofaziales Erythem mit Papeln und/oder Pusteln. Perioral und bei der Augenpartie bleiben typischerweise schmale Hautzonen



Abbildung 1: Papulo-pustulöse Rosazea

erscheinungsfrei. Die Betroffenen berichten über eine überempfindliche Haut mit Intoleranz gegenüber Kosmetika und fettigen Externa. Zudem leiden sie an einem stechenden oder brennenden Gefühl (Abbildung 1).

In diesem Stadium muss differenzialdiagnostisch eine Acne papulo-pustulosa in Erwägung gezogen werden. Bei der Akne sind stets einige Komedonen oder Mikrozysten zu beobachten.

### Stadium IV: Rhinophym

Diese Spätform der Rosazea entwickelt sich fast ausschliesslich bei Männern. Die Nase ist hypertroph, diffus gerötet und zeigt eine verdickte Haut mit Knoten. Zudem sind die Follikelöffnungen erweitert.

### Verlauf

Die Rosazea verläuft schubweise. In vielen Fällen bleibt sie im Stadium I stehen. Eine Verschlechterung kann durch diverse vasodilatatorische Faktoren bedingt sein. So wirken sowohl physikalische Reize wie Kälte, Nässe, Wärme und Sonne als auch der Genuss von Alkohol, heissen Getränken, Kaffee und stark gewürzten Lebensmitteln belastend. Allerdings kann nach einem jahrelangen Verlauf in 40 Prozent der Fälle eine Spontanremission eintreten.

Die Rosazea kann mit folgenden Erkrankungen assoziiert sein:

#### 1. Migräne

Zirka 30 Prozent der Rosazeapatienten leiden an Migräne. Diese Tatsache unterstützt die These, dass vaskuläre Faktoren bei der Pathogenese von Bedeutung sind.



Abbildung 2: Steroidinduzierte akneiforme Dermatitis

## 2. Okuläre Rosazea

Bei einem Drittel der Rosazeapatienten tritt die Erkrankung assoziiert mit einer Augensymptomatik auf. Bei 20 Prozent dieser Fälle bestehen Augensymptome vor den Hautveränderungen. Die Rosazea der Augen ist gekennzeichnet durch eine überschüssige Talgproduktion mit oft chronisch therapieresistenter Blepharo-Konjunktivitis. Weiter findet man Teleangiektasien am Lidrand, eine Dysfunktion der Meibom-Drüsen mit Sekretverhalt und rezidivierende Chalazien. Korneale Komplikationen (Ulzeration, Vaskularisation) können ebenfalls auftreten.

### Sonderformen der Rosazea

#### Granulomatöse oder lupoide Rosazea

Bei der granulomatösen Rosazea finden sich klinisch hautfarbene oder rote Knötchen und histologisch epitheloidzellige Granulome. Die granulomatöse Rosazea wird durch die lokale Behandlung einer leichten Rosazea mit Kortikosteroiden gefördert. Die erhöhte Milbendichte könnte ebenfalls eine pathogenetische Rolle spielen. Die differenzialdiagnostische Abgrenzung von der kutanen Sarkoidose und vom Lupus miliaris disseminatus faciei erfolgt mittels Histologie.

#### Rosacea conglobata

Diese Bezeichnung steht in Analogie zur Acne conglobata. Es manifestieren sich einschmelzende, abszedierende, entzündliche Knoten und strangförmige Indurationen.

#### Rosacea fulminans, Pyoderma faciale

Meist nur bei jungen Frauen können sich innerhalb weniger Tage oder Wochen im ganzen Gesicht multiple schmerzhafte Knoten, Pusteln und Abszesse bilden. Zudem kann neben einem diffusen Erythem auch eine Seborrhö beobachtet werden.

### Steroid-Rosazea (steroidinduzierte akneiforme Dermatitis)

Diese Form der Rosazea entsteht durch die nichtinduzierte Applikation von Kortikosteroiden bei bestehender Rosazea. Es entwickeln sich entzündliche Knoten, Papeln und schuppige Erytheme (Abbildung 2). Meistens wird die Rosazea nach dem Absetzen der Kortikosteroide zuerst verstärkt.

### Rosazea mit Lymphödem (Morbus Morbihane)

Bei dieser seltenen Variante sind Lymphgefäße beteiligt. Es handelt sich um eine nichtentzündliche, ödematöse Form des Rosazeastadiums II, bei welcher sich insbesondere in den oberen Gesichtspartien ein Ödem bildet.

### Screen-Dermatitis

Rosazeapatienten berichten, dass eine Exazerbation ihrer Hauterkrankung durch Arbeiten am Computer oder beim Fernsehen erfolgt. Lange oder wiederholte Exposition gegenüber Bildschirmstrahlung kann die «Screen-Dermatitis» auslösen, welche der Rosazea sehr nahe liegt.

### Therapie der Rosazea

Die gegenüber physikalischen und chemischen Noxen empfindliche Haut benötigt eine möglichst reizarme Hautpflege. Zu den allgemeinen Pflegeanweisungen gehört das Waschen mit lauwarmem Wasser, die Reinigung mit speziellen milden Lotionen oder die Anwendung von Thermalwasser in Sprayform. Fettige Externa und okkludierendes Make-up sind zu vermeiden. Die Kosmetikbranche hat spezielle Feuchtigkeitscremes für überempfindliche und zu Rötungen neigende Haut entwickelt, die unter anderem auch Vitamin PP, Vitamin C und andere vasoaktive Substanzen enthalten.

Die medizinische Therapie erfolgt phasen- und stadiengerecht. Standardtherapie ist der topische Einsatz von Metronidazol-Creme oder -Gel. In der Regel soll die Anwendung einmal pro Tag über drei Monate erfolgen. Falls dies nicht ausreicht, werden zusätzlich antibiotikahaltige Topika benötigt. Systemisch werden Doxycyclin, Minozocyclin, Metronidazol und bei schweren Verläufen Isotretinoin gegeben.



Abbildung 3: Periokuläre Dermatitis

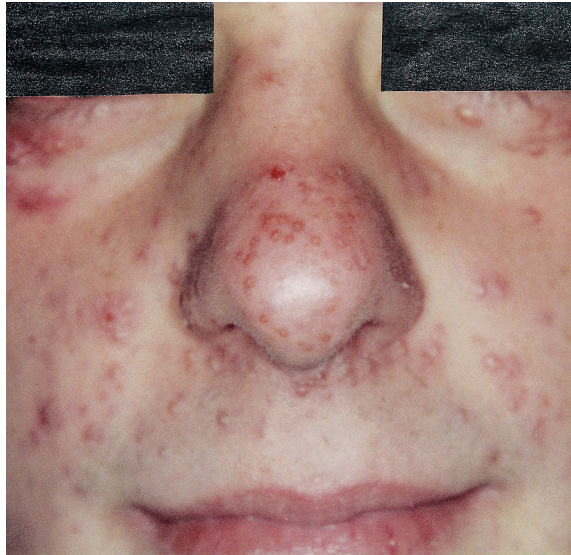


Abbildung 4: Lupus miliaris disseminatus faciei

Es können immer wieder Rezidive auftreten. Ausserdem besteht die Möglichkeit, dass das Erythem und die Teleangiektasien persistieren.

Da die Steroid-Rosazea nach Absetzen der topischen Steroide exazerbiert, müssen die Patienten vorher darüber aufgeklärt werden, und es kann allenfalls eine systemische Behandlung eingeleitet werden.

Die Teleangiektasien können mit vaskulärem Laser oder IPL-Technologie behandelt werden. Das Rhinophym wird chirurgisch oder mittels CO<sub>2</sub>-Laser reduziert.

Die Therapie der Augenrosazea gehört in die Hände des Ophthalmologen. Sie umfasst die Gabe von Tetracyclin oder Doxycyclin per os sowie eine Lidkantenhygiene und -massage.

## Andere akneiforme Gesichtsdermatosen

### Periorale Dermatitis

Die Erkrankung betrifft vorwiegend Frauen. Sie manifestiert sich als gruppierte, 1 bis 2 mm grosse, rote Papeln und Papulopusteln auf leicht schuppendem Erythem. Die Prädisloktionsstellen sind Nasolabialfalten, seitliche Mundpartien, Paranasalgegend, Kinn, laterale Augenwinkel und Augenunterlider (so genannte periokuläre Dermatitis, *Abbildung 3*). Charakteristischweise ist ein schmaler Saum um das Lippenrot ausgespart.

Die häufigste Ursache der perioralen Dermatitis ist die regelmässige Anwendung von Pflegekosmetika. Auslösender Faktor ist vermutlich eine Intoleranz gegenüber den darin enthaltenen Emulgatoren. Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass Atopiker häufiger unter einer perioralen Dermatitis leiden. Bei Atopie ist die epidermale Barrierefunktion reduziert. Die tägliche Anwendung von kosmetischen Präparaten führt zu einer repetitiven Irritation, die längerfristig eine Erschöpfung der epithelialen Barrierefunktion mit sich bringt und in einem Circulus vitiosus von Irritation – Trockenheitsgefühl – Applikation von Pflegekosmetik und neuerlicher Irritation endet.

Ein anderer Faktor ist die Anwendung von (fluorierten) Kortikosteroiden. Hier sei nochmals betont, dass topische Steroide eine periorale Dermatitis und eine Steroid-Rosazea auslösen. Bevor topische Steroide im Gesicht verschrieben werden, muss die Diagnose unbedingt gesichert sein!

Bei Asthmapatienten, die Inhalationssteroide benötigen, beträgt die Prävalenz einer perioralen Dermatitis 2,9 Prozent.

Weitere Ursachen der perioralen Dermatitis sind auch fluoridierte Zahnpasten und buccodentale Infektionen mit Fusobakterien.

Die Therapie besteht im Absetzen jeglicher Kosmetika. Nur bei Spannungsgefühl dürfen blande Cremes angewendet werden. Weiter werden Topika, die Metronidazol enthalten, und allenfalls Tetracycline per os empfohlen.

### Lupus miliaris disseminatus faciei

Diese Dermatose gehört zu den granulomatösen nicht-infektiösen Erkrankungen. Davon betroffen sind überwiegend junge Männer im 20. bis 30. Lebensjahr. Es entwickeln sich stecknadelkopf bis reiskorn-grosse, bräunlichrote bis livide Knötchen, die einzeln stehen, aber insgesamt disseminiert sind. Befallen sind auch Augenlider, Oberlippe oder die Perioralgegend (*Abbildung 4*). Mitten tragen sie ein feines Schüppchen. Bei Vitropression haben die Knötchen einen lupoiden (apfelgeleeartigen) Aspekt. Das Leiden dauert drei bis fünf Jahre und hinterlässt eingedellte Närbchen. Zur Behandlung werden systemische Tetracycline gegeben.

### Demodex-Follikulitis

Die Milbe *Demodex folliculorum* lässt sich in der Gesichtshaut der meisten Erwachsenen nachweisen. Sie ist fakultativ pathogen und kann zu einer Hautentzündung führen. Bei der Demodex-Follikulitis ist die Milbendichte erhöht. Klinisch finden sich üblicherweise unilateral lokalisierte Papeln und Papulopusteln. Gewisse Patienten klagen über Pruritus. Die Therapie besteht aus antiparasitären Mitteln (Crotamiton, Benzoylbenzoat) sowie Metronidazol oder Ivermectin per os.

Autorin:

**Dr. med. Marguerite Krasovec Rahmann**

Lilie Zentrum

Utikonstrasse 9

8952 Schlieren

E-Mail: dr-krasovec@bluewin.ch

Literatur

1. Raab W.: Stadiengerechte Behandlung der Rosazea, *Ästhet Derm* 2004; 1: 14–23.

2. Gelber A., Kuschela K., Efendy I.: Rosazea – Klinische Varianten und Therapie, *Deutsche Derm* 2003; 8: 594–598.

Interessenkonflikte: keine