



AKNE

# Symposium über Akne und Talgdrüsenenerkrankungen

**Referate über Pathogenese, Differenzialdiagnose und Therapiemöglichkeiten, eine Stellungnahme zu den europäischen Guidelines der Aknebehandlung sowie deren praktischer Umsetzung durch niedergelassene Dermatologen und mit dem Publikum diskutierte Fallbeispiele prägten das vielseitige, stimulierende Symposium, das von der Dermatologischen Klinik des Universitätsspitals Zürich organisiert worden war und am 6. April vor einer grossen Zuhörerzahl durchgeführt wurde.**

## **Diskussion von Fallbeispielen**

**Fall 1:** 18-jähriger Patient, bei dem im Alter von 16 Jahren eine papulopustulöse Akne mit Minocyclin, Benzoylperoxid (BPO) und Adapalen-Gel (5%) therapiert worden war und sich gebessert hatte. Geblieben waren Narben an der Stirn, multiple offene und geschlossene Komedonen, einige schüsselförmige Narben.

Die befragten Dermatologen waren sich in der Verordnung eines topischen Retinoids zur Verbesserung der Hautqualität einig, wobei betont wurde, dass der Patient auf das generelle Irritationspotenzial der Retinoide hingewiesen werden muss. Milde feuchtigkeitsspendende Lotionen können die Nebenwirkungen mildern. Der Patient sollte jedoch die Haut nicht zu häufig waschen. Um das gewünschte Resultat schneller zu erreichen, wurde eine Kombinationstherapie empfohlen. Als Zusatz zum topischen Retinoid wurden einerseits Salicylsäure-, andererseits Fruchtsäurepräparate genannt. Da Fruchtsäuren ebenfalls eine irritierende Wirkung haben können, sollten sie allenfalls alternierend mit dem topischen Retinoid angewandt werden (3 Tage topisches Retinoid, 4 Tage Beta-Hydroxysäure). Von einer BPO-Anwendung im Gesicht wurde abgeraten. Nach erreichter Verbesserung des Hautbildes können die restlichen Komedonen im Rahmen einer Aknetoilette eröffnet werden. Zur Narbenbehandlung und Hautverfeinerung wurden ein Peeling und eine Dermabrasion vorgeschlagen.

**Diagnose und Therapie der Dermatologischen Klinik:** Die Acne comedonica wurde mit Adapalen-Gel und bei Verschlechterungstendenz zur Verhinderung von Narbenbildung mit Isotretinoin behandelt. Zusätzlich wurde eine Aknetoilette zur manuellen Komedonenentfernung durchgeführt.

**N**ach den Begrüssungsworten des Klinikdirektors a.i., Prof. Reinhard Dummer, legte Dr. Simon Koch, Dermatologische Klinik des Universitätsspitals Zürich, den niedergelassenen Dermatologen Dres Marguerite Krasovec Rahmann, Daniel Fuchs und Christoph Riess, drei Fallbeispiele aus dem Klinikalltag vor und bat sie um Diagnosestellung und Therapievorschlag.

**Fall 2:** 33-jährige Patientin mit einer *Acne excoriée*/*Acne tarda* nach Absetzen der Antikonzeption.

Ein Therapieverschlag beinhaltete eine zweimonatige Behandlung mit Minocyclin mit vorgängiger Untersuchung der Bakteriologie. Ganz wichtig war, die Patientin auf die negativen Folgen des Ausdrückens der Effloreszenzen hinzuweisen. Bezüglich Antikonzeption als primäre Therapie waren sich die Experten nicht einig: Gegner wandten ein, dass mit Ovulationshemmern zwar Zeit gewonnen, das Problem aber nicht gelöst sei und die Akne deshalb nach dem Absetzen wieder aufblühen könne. Die Befürworter empfahlen eine Antikonzeption in Kombination mit niederdosiertem Isotretinoin (10 mg/Tag).

**Fall 3:** 35-jähriger Patient mit einer *Follikulitis*.

Die Experten waren sich einig bezüglich der Abklärung auf Staphylokokken oder Pilze, bei Unklarheit mit Biopsie, und der Einleitung einer antibiotischen Behandlung. An der Dermatologischen Klinik wurde eine vierwöchige Behandlung mit Fluconazol (150 mg/Woche) durchgeführt, welche zuerst zur vollständigen Remission, nach vier Wochen jedoch zu einem Rezidiv führte. Nach einer Gabe von 200 mg/Woche während sieben Wochen war der Patient beschwerdefrei.

Die angeregte Diskussion der Fallbeispiele zeigte, dass sich auch Experten nicht immer einig sind und es in der Behandlung immer Varianten gibt.

### **Aknemanagement – Stellungnahme zu den europäischen Guidelines**

Prof. Dr. Brigitte Dreno, Centre Hospitalier Universitaire Nantes, nahm Bezug auf das Problem der Resistenzbildung bei Antibiotikatherapien.

Aufgrund der Resistenzproblematik und der Nebenwirkungen empfahl die Akneexpertin, orale Tetrazykline der zweiten Generation wie Lymecyclin und Doxycyclin zu verwenden. Vergleichsstudien mit einer Anwendungsdauer von 12 und 24 Wochen zeigten, dass eine länger als drei Monate dauernde Therapie normalerweise keine weitere Verbesserung mehr bringt, da die Reduktion der entzündlichen Läsionen bei 60 bis 80 Prozent bleibt.

Als weiterer Aspekt der Resistenzproblematik wurde die Transmission der Resistenz auf andere Bakterien, zum Beispiel *Staphylococcus aureus* in der Nase, erwähnt. Deshalb sollten Antibiotika möglichst von Beginn an in Kombination mit topischen Retinoiden verschrieben werden. Insbesondere bei längerer Antibiotikagabe (über drei Monate) kann zusätzlich Benzoylperoxid verwendet werden.

Adjuvante Therapien mit einer Lipo-Hydroxy-Säure oder Salicylsäure sind hilfreich, um die Bildung von Mikrokomedonen zu verhindern, deren Anzahl mit dem Schweregrad der Akne korreliert. Eine dem Hauttyp angepasste Kosmetik ist ebenfalls wichtig. Ein häufiges Problem ist die



Abbildungen: Fall 1, Fall 2 und Fall 3.

Irritation der Haut durch falsches Reinigen. Dadurch kommt es zur Exprimierung von Interleukin-1 und somit zur Bildung neuer Mikrokomedonen.

Bei der Verwendung von Isotretinoin ist zu beachten, dass bei einer Familienanamnese mit Akne und frühem Aknebeginn die Gefahr von Rezidiven besteht.

## Immunpathogenese der Akne

Prof. Dr. Reinhard Dummer verwies in seinem Referat auf die Haufzellzerstörung und Narbenbildung als ein Hauptproblem bei der Akneerkrankung.

*P. acnes* kommen auch auf gesunder Haut vor und sind normalerweise harmlos. Bei der Akne sind sie für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Entzündung verantwortlich, die oft das klinische Bild dominiert. Das Mikromilieu der Komedonen begünstigt das Wachstum von *P. acnes*. Die Ruptur der Komedonen ist unter anderem auf die Bildung von freien Fettsäuren zurückzuführen. Die freien Fettsäuren entstehen durch die in der Bakterienwand freigesetzten Enzyme, zum Beispiel durch die Lipase, welche Sebumtriglyceride spaltet. In monozytären Zellen können Interleukin(IL)-1 $\alpha$ , IL-8 und Tumor-Nekrose-Faktor- $\alpha$  induziert werden. Wie die Arbeiten von Prof. Dr. Brigitte Dreno (Br Dermatol 2005) gezeigt haben, ist bei Akneläsionen in den Keratinozyten die Expression von Tolllike-Rezeptoren TLR-2 und TLR-4 sowie die Expression und Sekretion von MMP-9 (matrix metalloproteinase) erhöht. Beide spielen ebenfalls eine wichtige Rolle im Entzündungsprozess.

## Ernährung und Akne

Obwohl der krankheitsbegünstigende Einfluss von Schokolade, Fett und Erdnüssen immer wieder diskutiert wurde, gibt es generell keine seriösen Studien, die einen Zusammenhang zwischen Akne und Ernährung belegen können. Dr. Severin Lächli, Dermatologische Klinik Universitätsspital Zürich, erwähnte ethnologische Studien mit Inuits und Kitavan-Inselbewohnern, die eine an Omega-3-/Omega-6-Fettsäuren reiche Ernährung mit wenig Getreide und weissem Zucker haben und nicht an Akne erkranken. Die Inuits entwickelten eine Akne erst bei westlicher Ernährung. Die höhere glykämische Belastung kann als Faktor in Betracht gezogen werden. Das Vorkommen von Akne im Verhältnis zu Diabetes als Folge der westlichen Ernährung hält jedoch einem Vergleich bei weitem nicht stand.

Es gibt hingegen Hinweise, dass Kuhmilch bei einem Konsum von mehr als drei Gläsern pro Tag einen Einfluss auf die Akne haben könnte. Allerdings nicht aufgrund des Fettes, sondern durch die vielen Hormone, die in der Milch enthalten sind.

Bisher sind keine Verbesserungen der Akne durch Diätumstellung etabliert. Verhaltensanweisungen bezüglich Ernährung sind daher nicht angebracht.

## Differenzialdiagnose der Akne

Dr. Susanne Fistarol, Kantonsspital Aarau, stellte verschiedene Fallbeispiele vor, die klinisch einer Akne glichen:

Bei einer 20-jährigen Frau steckte hinter einer «therapieresistenten Akne» eine Follikulitis. Im bakteriellen Abstrich konnten Klebsiellen nachgewiesen werden.

Mehrere Beispiele von Medikamentensensibilisierung mit Exanthem wurden gezeigt, wie zum Beispiel durch Paracetamol, das unter anderem im Grippemittel Pretuval ent-

halten ist. Bei einer akuten lokalisierten exanthematischen Pustulose nach einer Augmentinkur wurde nach negativem bakteriellem Abstrich auf eine Therapie verzichtet. Zehn Tage später erfolgte eine Spontanheilung.

Die Referentin erwähnte auch akneiforme Hautreaktionen als typische Nebenwirkungen einer EGFR (epidermal growth factor receptor)-spezifischen Tumorthherapie.

Bei einem 12-jährigen Mädchen, das ein Rezidiv eines kutanen Lupus erlitten hatte, zeigte sich eine Steroidakne.

## Operative Therapie bei Zysten und Narben

PD Dr. Jürg Hafner, Dermatologische Klinik Universitätsspital Zürich, wies auf die grosse psychosoziale Belastung von Aknenarben und -zysten hin, die durch operative Therapien gemildert werden kann. Durch abrasive Behandlungsmethoden, wie die chemischen Peelings, die klassische Dermabrasio und das moderne Skin-Resurfacing mit dem CO<sub>2</sub>-Laser, kann in vielen Fällen eine recht befriedigende Verbesserung des Erscheinungsbildes erreicht werden. Bei Eispickel- und Boxcarnarben empfahl der Referent die Dermabrasion, mit welcher gute Resultate erzielt worden sind. Nachteilig ist die danach auftretende deutliche Rötung der Haut. Die Methode der Dermabrasion ist aber ungeeignet für wellenartige Narben (Rolling scars), bei denen das Verfahren der Subzision vorzuziehen ist. Nach der Ruptur einer Zyste sind Inzision, Drainage und Curettage anzuwenden. Auf den Vergleich zwischen Dermabrasion und CO<sub>2</sub>-Laser angesprochen, antwortete der Referent, dass bei der ersten Methode leichter ersichtlich ist, in welcher Hautschicht man arbeitet, während die zweite dafür unblutig ist.

## Blaulichttherapie gegen Akne

Dr. Claudia Borelli, Ludwig-Maximilians Universität München, stellte eine viel versprechende, für Acne papulopustulosa geeignete Therapieoption mit Blaulicht vor. Die Akne-Bestrahlungslampe hat eine Wellenlänge von 407 bis 420 nm, emittiert also sichtbares blaues Licht. Die Besserung des Hautbefundes beruht auf einer Anregung bakterieller Porphyrine und der daraus folgenden Zerstörung der Propionibakterien. Als Wirkmechanismus wird die Bildung von freien Sauerstoffradikalen diskutiert. Die Patien-



ten schätzen diese an Wellness erinnernde Therapieform. Nach zwei Behandlungen pro Woche während eines Monats muss die Blaulichtbestrahlung alle zwei bis drei Wochen auch als Erhaltungstherapie angeboten werden können.

### Aknetoilette und Maquillage

Dr. Severin Läubli, Dermatologische Klinik des Universitätsspitals Zürich, erwähnte die Aknetoilette als Zusatzbehandlung, die auf den Verlauf zwar keinen Einfluss hat, das Erscheinungsbild aber verbessert. Bei vollständiger oder forcierter Komedonenextraktion erfolgt eine starke Entzündung mit Narbenbildung. Betroffenen Patienten steht als Alternative zu operativen Methoden auch die Camouflage zur Verfügung. Beratung und Instruktion zur Selbstbehandlung erhalten Patienten, die das Hautbild ver-

bessern wollen, im Atelier für dermatologisches Make-up in der Dermatologischen Klinik (nicht kassenpflichtig). Cremes mit unterschiedlichem Pigmentanteil für eine unterschiedliche Abdeckung werden aufgetragen. Durch gezieltes Maquillage wird die Aufmerksamkeit von der Haut weg auf Augen und Mund gelenkt. Der Visagist Jörg Kressig verwies auf eine Studie von LaRoche-Posay, welche die Zufriedenheit der Patienten mit Akne, Hautrötungen, Couperose, Hämangiom, Vitiligo bestätigt.

### Regula Patscheider und Gisela Stauber

**Interessenlage:** Diese Fortbildung, jedoch nicht die Berichterstattung, wurde von den Firmen Galderma Suisse SA und La Roche-Posay unterstützt.

## Info Info Info Info Info Info Info Info Info Info Info Info Info Info Info Info

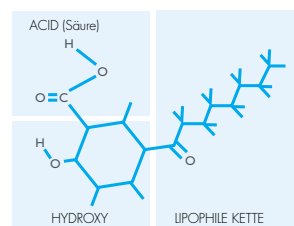
In dieser Rubrik veröffentlichen wir Beiträge der Pharmazeutischen und Kosmetikindustrie. Auf den Inhalt nimmt die Redaktion keinen Einfluss. Die Verantwortung trägt der Autor respektive die Firma.

## EFFACLAR K – Gesichtspflege für unreine Haut Die erste keratolytische Pflege mit LHA® verbessert Ihr Hautbild Tag für Tag



Die dem Dermatologen zur Verfügung stehende medikamentöse Behandlung der Akne kann Nebenwirkungen hervorrufen. Diese führen oft zu einer schlechten Compliance. Deshalb sucht der Dermatologe in der Dermo-Kosmetik nach therapiebegleitenden Massnahmen, die eine Verbesserung der Befolgung der Therapie und von deren Wirksamkeit begünstigen.

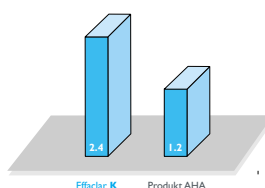
ohne Irritationen. Wie die Messergebnisse mittels Squamometrie an 15 Personen zeigten, wird eine doppelt so hohe keratolytische Wirkung wie bei einer herkömmlichen Pflege mit 10 Prozent AHA erreicht. Effaclar K zeichnet sich durch aussergewöhnlich gute Verträglichkeit und hervorragende Patienten-Compliance aus. Dies ermöglicht eine tägliche Anwendung, auch begleitend zu einer medikamentösen Behandlung. 96 Prozent der Probanden eines 3-wöchigen Anwendertests mit 100 Personen bezeichneten Effaclar K als leicht



und schnell einziehend, 92 Prozent als sehr gut verträglich sowie 84 Prozent als hervorragende Make-up-Grundlage. Effaclar K verändert fortschrittlich die Hautoberfläche: Das Relief wird geglättet, die Hautunreinheiten werden beseitigt, die Poren geklärt und verkleinert. Die Haut fühlt sich spürbar weicher an, und der Teint wird gleichmässig. Effaclar K ist ein Fluid für die tägliche Gesichtspflege, mit Thermalwasser von La Roche-Posay, welches bekannt ist für seine hautberuhigenden, lindernden und abschwellenden Eigenschaften.

### Die Innovation: LHA®

Die Lipohydroxysäure LHA® ist ein Salizylsäurederivat mit einer lipophilen Kette. Dank seiner lipophilen Struktur dringt LHA® viel gleichmässiger in die Hornschicht ein und löst gezielt den interzellulären Kitt auf. Die Folge ist ein präzises, feines und gezieltes Mikropeeling



EFFACLAR K löst 2x mehr abgestorbene Hautzellen ab als herkömmliche Produkte mit 10% AHA.