

Update zur Aknetherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

Wer Akne bloss für eine simple und banale Erkrankung hält, muss umdenken. Die multifaktorielle Pathogenese erweist sich als immer komplizierter, und die Krankheitssymptome umfassen das ganze Spektrum von leicht bis schwer. Ohne strenge Beziehung zum Akneschweregrad sind die psychische Belastung und Einschränkung der Lebensqualität oft gross. Auch eine relativ leichte Akne kann mit Depression und Suizidgedanken verbunden sein. Die Behandlung sollte so früh wie möglich einsetzen, sich an der Pathophysiologie orientieren und unter Berücksichtigung von Guidelines evidenzbasiert erfolgen.

Die Aknesymptome können sehr lange vorhanden sein, von 3 Monaten bis zu 40 Jahren (1). Die oft langwierige Behandlung stellt hohe Anforderungen an die Bereitschaft der Patienten, die Behandlung korrekt durchzuführen und adhärent zu bleiben. Individuelle subjektive Vorstellungen der Patienten zur Krankheit, zu den Therapieformen und zur erwarteten Abheilungsdauer sollten vom behandelnden Arzt berücksichtigt und mit den Patienten diskutiert werden.

Aknetherapie bei Jugendlichen und Erwachsenen

Zur Erklärung der Aknepathogenese sind die traditionellen vier Komponenten (1. verstärkte Talgproduktion unter Androgeneinfluss; 2. Störung in den Haarfollikeln mit verstärkter Verhornung und abnormer Zelldesquamation; 3. Hyperkolonisierung der Haarfollikel mit *Propionibacterium acnes*; 4. Entzündungsreaktionen) heute nicht mehr ausreichend. Derzeit wird die Akne als eine von Anfang an entzündliche Erkrankung aufgefasst, bei der auch erbliche Faktoren, proinflammatorische Lipide, ein bakterieller Biofilm, bakterielle Proteine und regulatorische Neuropeptide eine Rolle spielen (2). Die klinisch noch nicht sichtbaren Initialveränderungen – die Mikrokomedonen – werden traditionell auf die Verstopfung durch das hyperproliferierende Follikelepithel zurückgeführt, sind

aber auch mit Entzündungsprozessen verbunden. Komedonen (geschlossene, weisse und offene, schwarze Komedonen) gelten als essenziell für die Aknediagnose (1). Wenn Komedonen fehlen, sollten andere Hautkrankheiten in Betracht gezogen werden (z.B. Rosazea, periorale Dermatitis, Talgdrüsenhyperplasie).

Zur Behandlung der Komedonenakne werden topische Retinoide und als Alternative Azelainsäure empfohlen (2). Topische Retinoide hemmen die Bildung von Mikrokomedonen, wirken durch Normalisierung der Zelldesquamation komedolytisch (Entleerung der Komedonen) und reduzieren die Entzündungsreaktion (1). Zu den topischen Retinoiden gehören Adapalen (z.B. Differin® Creme oder Gel), Tretinoin (z.B. Airo® Creme oder Lotion) und Isotretinoin (z.B. Roaccutan® Gel). Azelainsäure (z.B. Skinoren® Creme oder Gel) wirkt antikomedogen, komedolytisch, antimikrobiell und antiinflammatorisch (2).

Die Leitlinie des European Dermatology Forum (3) gibt folgende Hauptempfehlungen zur Aknetherapie (high strength of recommendation):

- ▲ bei leichter bis mittelschwerer papulopustulöser Akne: Adapalen + Benzoylperoxid in Fixkombination (z.B. Epiduo® Gel) oder Clindamycin + Benzoylperoxid in Fixkombination (z.B. Duac® Akne Gel);

- ▲ bei schwerer papulopustulöser und bei nodulärer Akne sowie bei Acne conglobata: Isotretinoin oral (z.B. Curakne®, Isotretinoin-Mepha®, Roaccutan®, Tretinac®).

Die europäische Leitlinie enthält zudem weitere Therapieempfehlungen, die auf geringerer Evidenz beruhen (medium/low strength of recommendation) und Empfehlungen zu Hormontherapien für Frauen (3).

Akne bei Kindern unter 12 Jahren

Da bisher Leitlinien zur Akne im Kindesalter fehlten, hat die American Acne and Rosacea Society pädiatrische Dermatologen, Pädiater und Dermatologen beauftragt, in Zusammenarbeit mit der American Academy of Pediatrics erstmals detaillierte, evidenzbasierte klinische Guidelines zur Diagnose und Behandlung der pädiatrischen Akne zu erarbeiten (4). Akne beginnt nicht erst im Alter von 12 Jahren. Aber an den meisten klinischen Aknetherapiestudien konnten sich nur Jugendliche im Alter ab 12 Jahren sowie Erwachsene beteiligen. Entsprechend dünn ist die publizierte Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit von Aknemedikamenten im Kindesalter.

Akne kommt bei Mädchen bereits vor der Menarche vor als Ausdruck der Adrenarche mit verstärkter Bildung von Androgenen in der Nebenniere. Akne kann das erste Zeichen der Pubertätsentwicklung sein, die bei Mädchen im Durchschnitt mit 11 Jahren und bei Knaben mit 13 Jahren beginnt. Die Präadoleszentenakne (im Alter zwischen 7 und 12 Jahren oder bei Mädchen vor der Menarche) ist nichts Ungewöhnliches. Meist sind Komedonen an der Stirn und im Zentrum des Gesichts zu finden mit relativ wenigen entzündlichen Läsionen.



Abbildung 1: Acne comedonica

(Foto: Dr. Marguerite Krasovec Rahmann)



Abbildung 2: Acne papulopustulosa

(Foto: Dr. Marguerite Krasovec Rahmann)

Auch an den Ohren kommen früh Komedonen vor. Die Behandlung der unkomplizierten Präadoleszentenakne unterscheidet sich nicht wesentlich von der Therapie Jugendlicher (4).

Bei Kindern im Alter zwischen 1 und 7 Jahren ist Akne dagegen sehr ungewöhnlich. In diesem Lebensabschnitt produzieren die Nebennieren und die Gonaden normalerweise kaum Andro-

gene. Akne als Ausdruck eines Hyperandrogenismus macht Abklärungen bei einem pädiatrischen Endokrinologen nötig, um Störungen im Bereich der Nebennieren, Hoden oder Ovarien zu erkennen (z.B. Androgen-sezernierender Tumor). Therapeutisch sind in dieser Altersgruppe orale Tetracykline kontraindiziert (Gefahr von Knochen- und Zahnschmelzschäden).

Säuglings- und Neugeborenenakne

Die Säuglingsakne kommt im Alter zwischen 6 Wochen und 12 Monaten vor. Knaben sind von den Komedonen und entzündlichen Läsionen (Papeln, Pusteln, gelegentlich noduläre Läsionen) häufiger betroffen. Meist handelt es sich um eine selbstlimitierende Erscheinung, die nicht mit endokrinen Störungen einhergeht.

Bei bis zu 20 Prozent der Neugeborenen kann sich eine Neugeborenenakne zeigen. Nur selten handelt es sich um eine durch Androgene hervorgerufene, echte Akne mit Komedonen und entzündlichen Läsionen. Häufiger sind papulopustulöse akneiforme Läsionen ohne Komedonen, zum Beispiel die neonatale zephale Pustulose (NZP) oder die transiente neonatale pustulöse Melanose. Die Pusteln bei NZP sind in der Regel an Wangen, Kinn, Augenlidern und Stirn zu finden. Pathogenetisch können die Kolonisation mit *Malassezia* (normale Kommensalen der Säuglingshaut) oder Entzündungsreaktionen bei Hefepilzwachstum nach der Geburt eine Rolle spielen. Die NZP ist meistens eine leichte, selbstlimitierende Säuglingsdermatose, bei der es in der Regel ausreicht, die besorgten Eltern zu beruhigen. Wenn die Pusteln sehr zahlreich sind, kann die Pilzkolonisierung durch Ketoconazolcreme 2% reduziert werden (4). Die transiente neonatale pustulöse Melanose macht sich mit Pusteln am Kinn, am Hals oder am Rumpf bemerkbar. Innerhalb von 24 Stunden rupturieren diese Pusteln und hinterlassen hyperpigmentierte Maculae. ▲

Alfred Lienhard

Referenzen:

1. Lavers I. *Therapeutic strategies for acne vulgaris*. *Nursing Times* 2013; 109: 16–18.
2. Nast A et al. *S2k-Leitlinie zur Therapie der Akne*. Gültig bis Ende 2014. www.akne-leitlinie.de
3. *European Dermatology Forum. Guideline on the treatment of acne*. Expiry date: 10/2014. www.euroderm.org (bei: EDF Guidelines, unter: Guidelines Acne).
4. Eichenfield LF et al. *Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne*. *Pediatrics* 2013; 131 (Supplement 3): S163–S186.