

Im Gespräch mit Dr. med. Daniel Mahler

«Die Rosacea hat wahrscheinlich eine genetische Prädisposition»

Rosacea ist eine sehr häufige, chronisch verlaufende Gesichtsdematose, die sich vorwiegend bei hellhäutigen Menschen im zentrofazialen Bereich manifestiert. Hauptmerkmale sind rezidivierende Flushs, Erytheme, Teleangiektasien, Papeln und/oder Pusteln. Früher wurde die Rosacea nach Stadien eingeteilt. Dies wurde mit dem ROSaceaConsensus (ROSCO) Panel im Jahr 2017 aufgehoben. Im Interview erläutert Dr. med. Daniel Mahler, Dermatoprasix Luzern, die neue Einteilung nach verschiedenen Phänotypen sowie therapeutische Optionen.

Interview | Athena Tsatsamba Welsch

● **SkinMag: Dr. Mahler, welche pathophysiologischen Störungen liegen bei einer Rosacea vor?**

Daniel Mahler: Die Rosacea ist eine multifaktorielle Erkrankung, der wahrscheinlich eine genetische Prädisposition zugrunde liegt. Es ist noch nicht abschliessend geklärt, welche pathogenetischen Mechanismen das Erkrankungsbild induzieren. Vermutlich werden die entzündlichen Veränderungen durch eine Störung des angeborenen und adaptiven Immunsystems ausgelöst – unter anderem besteht eine erhöhte Expression spezieller antimikrobieller Peptide wie zum Beispiel von Cathelicidinen. Auch neuroinflammatorische Mechanismen sind mögliche Auslöser. Weiterhin wird eine mikrobielle Dysbalance, insbesondere von *Demodex folliculorum*, angenommen, wobei bei Rosacea-Patient*innen die Haarmilbendichte der Haut signifikant erhöht ist. Zudem scheint eine Dysregulation der Blut- und Lymphgefässe vorzuliegen.

Was sind häufige Trigger?

Alles, was die Durchblutung im Gesicht anregt, kann einen Schub auslösen, etwa UV-Licht, Wind oder starke Temperaturschwankungen. Bei manchen Betroffenen aktivieren bereits geringe Mengen an Alkohol, heissen Getränken oder scharfen Speisen

eine Rosacea. Zu den Triggern zählen auch äusserliche Irritanzien, die in Kosmetika und Seifen enthalten sind, topische und systemische Kortikosteroide sowie emotionaler Stress.

«Wichtig ist ein konsequenter Sonnenschutz mit einem Lichtschutzfaktor von 30 bis 50+.»

Mit welchen Beschwerden kommen die Betroffenen zu Ihnen?

Die Rosacea verläuft chronisch und beschränkt sich hauptsächlich auf das Gesicht mit Wange, Nase, Stirn und Kinn. Nicht selten sind jedoch auch Kopfhaut, Hals und oberer Stamm betroffen. Die Problematik kann sich bereits im Kindesalter entfalten, wird aber in der Regel erst im Erwachsenenalter manifest. Frauen leiden darunter häufig früher als Männer. Die Erkrankung zeigt sich einerseits durch eine vaskuläre Störung mit Erythemen und Teleangiektasien, andererseits durch entzündliche Prozesse mit Papeln und Pusteln. Gelegentlich bestehen bei den Betroffen-



Dr. med. Daniel Mahler,
Dermapraxis Luzern

nen unangenehme Empfindungen wie Brennen, Stechen oder Trockenheitsgefühl. Insbesondere Männer können durch Bindegewebs- und Talgdrüsenhyperplasien, beispielsweise in Form von Phymen, oder von isolierten derben Ödemen (Morbus Morbihan) betroffen sein. Nicht zu vergessen ist, dass etwa 20% der Patient*innen unter einer Augenbeteiligung leiden. Sie klagen dabei häufig über Brennen, Trockenheit, Lichtempfindlichkeit und Fremdkörpergefühl. Klinisch finden sich entzündliche und teleangiektatische Veränderungen der Lidränder, gelegentlich auch Chalazien oder Hordeola, und der Konjunktiven. Seltenerer Erscheinungen der Rosacea umfassen die Maximalform Rosacea fulminans sowie gramnegative und granulomatöse Rosaceaformen.

Welche Differenzialdiagnosen müssen Sie ausschliessen?

Eine papulopustulöse Rosacea muss von der Acne vulgaris differenziert werden: Bei Akne prägen Komedonen das Hautbild, bei Rosacea kommen sie nicht vor. Eine Rosacea kann mit einer – allenfalls koexistenten – perioralen Dermatitis verwechselt werden. Papeln und Pusteln können auch durch Follikulitiden, eine Tinea faciei oder eine Demodikose entstehen.

«Die Rosacea wird nicht mehr nach Stadien, sondern nach Phänotypen eingeteilt.»

Eine erythematöse Rosacea kann ähnlich wie ein seborrhoisches Ekzem aussehen, typischerweise findet sich jedoch keine Schuppung der Haut. Beim seborrhoischen Hauttyp weisen Betroffene nicht selten beide Hauterkrankungen auf. Abzugrenzen sind auch Lupus erythematodes, Dermatomyositis, Erysipel, Erythema perstans faciei und Ekzeme, vordergründig kontaktallergischer Natur. Ebenso müssen weitere Dermatosen ausgeschlossen werden, welche durch Licht getriggert werden. Leidet der Patient unter Flushes, also einer anfallsartigen Rötung des Gesichts, muss man ein Karzinoidsyndrom, eine Mastozytose, eine Polycythaemia vera sowie eine medikamentöse Ursache ausschliessen. Teleangiektasien im Allgemeinen können auch im Rahmen des Photoagings auftreten.

Welche Labortests sind notwendig?

In der Regel erlaubt das klinische Erscheinungsbild eine Blickdiagnose. In den meisten Fällen sind daher auch keine Biopsien oder Blutwerte erforderlich. Falls Unklarheiten bestehen, sind jedoch weiterführende Untersuchungen notwendig. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist, dass bei etwa 50% Rosacea-Patient*innen ein unspezifisch erhöhter Titer der antinukleären Antikörper (ANA) nachgewiesen werden kann.

Gibt es unterschiedliche Stadien der Rosacea?

Jein. Früher teilte man die Rosacea in Stadien ein. Seit ein paar Jahren gilt jedoch der ROSCO-Konsensus, der von einer internationalen Arbeitsgruppe aus Dermatologen und Ophthalmologen erarbeitet wurde. Gemäss diesem Konsensus wird die Rosacea nicht mehr nach Stadien, sondern nach verschiedenen Phänotypen eingeteilt, welche die fließenden Übergänge und die überschneidende Klinik berücksichtigen. Es gelten zur Einteilung zwei diagnostische Merkmale: anhaltendes zentrofaziales Erythem, das mit einer periodischen Intensivierung durch potenzielle Triggerfaktoren verbunden ist, und phymatöse Veränderungen. Zudem werden klinische Hauptzeichen wie rezidivierende Flushes, Teleangiektasien, entzündliche Läsionen und Augenmanifestationen sowie symptomorientierte Nebenzeichen und Missempfindungen wie Brennen, Stechen, Trockenheit und Ödem unterschieden.

Wenden Sie die neue Einteilung an?

Zur Diagnosestellung und aus didaktischen Gründen verwende ich weiterhin die etablierte Stadien-

«Camouflage-Produkte decken Hautläsionen besser ab als herkömmliches Make-up.»

einteilung, beispielweise indem ich bei erythematöser und papulopustulöser Klinik eine Rosacea erythematososa und papulopustulosa diagnostiziere.

Welche Behandlung ist beim Gesichtserythem sinnvoll?

Eine symptomatische Behandlung des flächigen und diffusen Gesichtserythems kann mit Brimonidin (Mirvaso® Gel) erfolgen. Das Gel muss täglich auf die Haut aufgetragen werden und führt zu einer etwa zwölf Stunden anhaltenden Vasokonstriktion. Nicht selten berichten die Patient*innen über Nebenwirkungen wie Gesichtsblassheit, verstärkte bzw. reaktive Rötungen sowie über die vermehrte Sichtbarkeit von Teleangiektasien. Dauerhafte Behandlungsmöglichkeiten existieren kaum, auch bei Laserbehandlungen sind Rezidive wahrscheinlich. Zur Erythemreduktion kommen in diesem Zusammenhang insbesondere Laser mit oberflächlichen Wellenlängen zum Beispiel Farbstoff-(PDL) oder KPT-Laser sowie Blitzlampen (IPL) infrage. Teleangiektasien lassen sich auch gut mit anderen Gefäßlasern wie zum Beispiel mit dem Dioden-, Alexandrit- oder Nd:YAG-Laser behandeln.

Wie behandeln Sie eine papulopustulöse Rosacea?

Verschiedene topische Wirkstoffe helfen gegen die entzündlichen Läsionen, zum Beispiel Metronidazol entweder als Crème (Rosalox®, Perilox®) oder als Gel (Nidazea®, Rozex®). Ivermectin (Soolantra® Crème) hat entzündungshemmende Effekte und ist gegen die Demodex-Milben wirksam. Manchmal werden off-label auch topische Aknemittel wie beispielsweise Azelainsäure oder Calcineurininhibitoren angewendet. Letztere können in einigen Fällen die Flush-Symptomatik aggravieren.

Zur systemischen Behandlung wird meistens das Tetrazyklin-Antibiotikum Oracea® eingesetzt. Andere Antibiotika aus dieser Gruppe, zum Beispiel Minocyclin, haben heutzutage in der Rosaceabehandlung eine untergeordnete Bedeutung. Mit einer Kombinationstherapie aus Oracea® mit Soolantra® oder Rosalox® als längerfristige Rezidivprophylaxe habe ich gute Erfahrungen gemacht. Falls systemische Tetrazykline

nicht vertragen werden oder kontraindiziert sind, können auch Makrolide wie Erythromycin oder Azithromycin eingesetzt werden. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist, dass eine Ophthalmorosacea langsamer auf eine antibiotische Therapie anspricht und in der Regel eine längere Behandlung von mindestens sechs Monaten benötigt. In therapieresistenten Fällen verwende ich systemisches Isotretinoin in niedriger Dosierung von 5–10 mg pro Tag.

Welche Therapie ist bei einer phymatösen Rosacea sinnvoll?

Auch bei inflammatorischen phymatösen Läsionen können systemisches Doxycyclin oder niedrig dosiertes Isotretinoin eingesetzt werden. Zur Behandlung nicht entzündeter Phymen kommen chirurgische (Skalpelle, Curette) oder lasertechnische (CO₂- oder Erbium:YAG-Laser) Abtragungsmethoden infrage. Zu den eher älteren Therapiemöglichkeiten zählen die Dermabrasion und die Elektrochirurgie.

Wie helfen Sie Betroffenen weiter, die psychisch unter Rosacea leiden?

Ich versuche, meine Patient*innen beratend zu unterstützen. Generell gute Erfahrungen gemacht habe ich, wenn man als behandelnder Arzt Betroffene detailliert und seriös über ihr Krankheitsbild und die therapeutischen Möglichkeiten aufklärt. Es gibt auch Camouflage-Produkte, welche die Hautläsionen besser abdecken als herkömmliches Make-up. Dies ist besonders für Frauen relevant. Wenn die Erkrankung als sehr belastend empfunden wird, kann natürlich die Zusammenarbeit mit einer psychologisch ausgebildeten Fachperson erwogen werden.

Worauf sollten Betroffene bei der täglichen Hautpflege achten?

Sie sollten unbedingt irritierende und allergisierende Substanzen meiden, etwa Alkohol, der in Seifen und Waschlotionen enthalten ist, oder Duftstoffe in Kosmetika. Ich empfehle, gut verträgliche Kosmetika mit geringem Fettgehalt zu verwenden, in der Kosmetikindustrie wurden speziell für diese Problematik verschiedene Produkte entwickelt. Das Gesicht sollte mit einer milden, pH-neutralen Waschlösung gereinigt werden. Ebenfalls wichtig ist konsequenter Sonnenschutz mit einem Lichtschutzfaktor von 30 bis 50+. ◊