Leitlinie zur Aknetherapie

Im letzten Jahr wurde die S2-Leitlinie zur Behandlung der Akne publiziert. Sie bildet die Grundlage für eine zukünftige europaweite S3-Leitlinie.

Basis der Akne-Behandlung ist die topische Therapie, betonte Prof. Dr. Harald Gollnick, Magdeburg. Bei Akne comedonica und leichter Akne papulopustulosa ist ein topisches Retinoid, das sowohl komedolytisch als auch antikomedogen wirkt, ausreichend. Bei mittelschwerer Akne papulopustulosa sollten Retinoid und Benzoylperoxid (BPO) als Basistherapeutika kombiniert werden, da so ein synergistischer Effekt erreicht wird.

Topische Antibiotika sollten – wenn überhaupt – nur in Kombination mit Retinoiden oder BPO eingesetzt werden. Auch ein systemisches Antibiotikum bei schwerer Akne ist laut Leitlinie nur in Kombination mit einem Basistherapeuti-

kum indiziert. Isotretinoin bleibt Standard, sollte aber nur bei schwerer Akne nach Versagen von topischer Therapie und Antibiose eingesetzt werden.

Als unverzichtbar bezeichnete Gollnick die langfristige Erhaltungstherapie mit einem topischen Retinoid, bei schwerer Akne in Kombination mit BPO, da hier bei Absetzen der Therapie ein Rezidiv aus den dauerhaft vorhandenen Mikrokomedonen sonst unvermeidlich ist.

Licht und Laser helfen bei Akne nur wenig

Seit rund zehn Jahren gibt es Überlegungen, elektromagnetische Strahlung in der Behandlung der floriden Akne einzusetzen. Die UV-Strahlung hat nach An-

sicht von Dr. Klaus Degitz, München, zwar leichte kosmetische und entzündungshemmende Effekte. Sie begünstigt aber durch Bildung von Squalenperoxiden die Komedogenese und ist heute obsolet – auch wegen der Karzinogenese und Förderung der Hautalterung.

Blaulicht besitzt wegen des von Propionibakterien synthetisierten und durch dieses Licht aktivierten Koproporphyrins einen photodynamischen Effekt. Jedoch konnte in vitro bislang keine Reduktion dieser Bakterien unter Blaulicht nachgewiesen werden. In zwei kontrollierten Studien zeigte sich ein positiver Effekt bei der Akne papulopustulosa in der Reduktion entzündlicher Läsionen; die Wirkung auf Komedonen ist jedoch gering. Üblicherweise wird mit Blaulicht zweimal pro Woche über einen Monat behandelt; Kombinationen mit Externa bezeichnete Degitz als sinnvoll.

Rotlicht dringt tiefer in die Haut ein und erreicht die Talgdrüsen. Verstärkt wird der Effekt bei Kombination mit 5-Aminolaevulinsäure (5-ALA), da eine Photosensibilisierung erreicht wird. Insgesamt ist dieser Ansatz jedoch laut Degitz wegen des Nutzen-/Risikoprofils derzeit nicht positiv zu bewerten.

Verschiedene Lasertypen wurden in kleinen Studien mit maximal mäßigem Erfolg geprüft. Bislang ist die Bedeutung des Lasers in der Akne-Therapie laut Degitz nicht abschließend einzuschätzen; weitere Untersuchungen sind erforderlich. **Dr. Katharina Arnheim**

Gollnick H. Wie sinnvoll sind Leitlinien für die Akne-Therapie? 2.4.2011. Degitz, K. Licht, Laser, PDT bei Akne: Wann, wie und überhaupt? 2.4.2011

Akne: Patienten über langfristigen Ansatz der Behandlung aufklären.

Der Rosazea-Pathogenese auf der Spur

Neue Studien geben Hinweise auf die Entstehung der Rosazea. Verschiedene Botenstoffe und Ionenkanäle stehen im Zentrum der Forschung.

Gene-Arrays von Rosazea-Patienten zeigen im Vergleich zu Kontrollen eine Hochregulation von über 200 Genen – beispielsweise für Interleukine oder Chemokine und für Neuromediatoren. Darauf wies Prof. Dr. Martin Steinhoff, Münster hin.

Für Flushing und Erythem bei der frühen Rosazea könnte das stark hochregulierte Neuropeptid PACAP (Pituitary Adenylate Cyclase Activating Protein) verantwortlich sein, das in Nervenfasern, Blutgefäßen und Mastzellen lokalisiert ist und vaskuläre Veränderungen in der Haut

induziert. Das Neuropeptid kommuniziert zudem mit Immunzellen und reguliert so die Immunität. Nach i.v.-Injektion von PACAP tritt bei Probanden ein Flushing auf, das dem bei der frühen Rosazea stark ähnelt.

Als weiteres wichtiges Protein identifizierte Steinhoffs Arbeitsgruppe den in der Haut lokalisierten Ionenkanal TRP, der durch Triggerfaktoren der Rosazea wie Gewürze und Hitze aktiviert wird. „Diese Ionenkanäle fungieren bei der Rosazea als Sensoren in der Haut“, erläuterte Stein-