Europäische Leitlinien weisen den Weg

Wie Vitiligo-Haut wieder Farbe bekommt

© Cane Hoyer / fotolia.com

Leitlinien zur Behandlung einer Vitiligo existierten bislang nur auf nationaler Ebene in Großbritannien. Ein internationales Team, dem auch Prof. Dr. Markus Böhm von der Universität Münster angehört, hat nun europäische Empfehlungen für das Management der Vitiligo – den European Dermatology Forum Consensus – erstellt. Eine deutsche Leitlinie ist auf dem Weg.

Weltweit ist jeder 1000. Mensch von einer Vitiligo betroffen, unabhängig vom Lebensalter. In einer europäischen Leitlinie haben Experten aus zahlreichen Ländern jetzt den aktuellen Stand der Wissenschaft zusammengetragen und evidenzbasierte S1-Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der segmentalen und nicht segmentalen Vitiligo sowie der Mischformen und nicht klassifizierten Varianten erarbeitet.

Komorbiditäten abklären!

Bei gesicherter Diagnose wird die Kontrolle der Schilddrüsenparameter empfohlen. Liegen Hinweise auf weitere Autoimmunerkrankungen vor, sollten zusätzliche Tests zur Abklärung erfolgen. Bei diagnostischer Unsicherheit eignen sich Stanzbiopsien oder beispielsweise mykologische oder molekularbiologische Verfahren zur Abklärung. Anamnestisch sind u. a. Beginn und Verlauf der Erkrankung wichtig sowie eventuelle Komorbiditäten und frühere Therapien. Da die Erkrankung eine große psychische Belastung mit sich bringt und sich die Therapie meist lang hinzieht, sollte der Behandlungsplan ausführlich mit dem Patienten besprochen werden, um dessen Compliance zu sichern.

Bei segmentaler und begrenzter nicht segmentaler Vitiligo steht an erster Stelle das Vermeiden von Triggerfaktoren. Zur lokalen Therapie werden primär Kortikosteroide oder Calcineurin-Inhibitoren empfohlen. Bei Kindern und Erwachsenen zeigen sich die besten Ergebnisse im sonnenexponierten Gesichts- und Halsbereich. Als ebenso effektiv, aber mit weniger Nebenwirkungen behaftet wie Kor-

tikosteroide, gelten topische Calcineurin-Inhibitoren, insbesondere für das Gesicht. Wegen der noch dünnen Datenlage sollte deren Verwendung derzeit allerdings auf die Kopf- und Halsregion beschränkt bleiben. Die Präparate werden zweimal am Tag, möglichst unter täglicher moderater Sonnenexposition, aufgetragen. Stellt sich ein Therapieerfolg ein, kann die Behandlung auf über zwölf Monate ausgedehnt werden. Müssen auf große Hautareale über längere Zeit, insbesondere bei Kindern, Kortikosteroide appliziert werden, sollten zur Vermeidung systemischer Effekte weniger belastende Substanzen wie Mometasonfuroat oder Methylprednisolonaceponat zur Anwendung kommen. Als optimal wird ein diskontinuierliches (15 Tage pro Monat) Behandlungsschema über sechs Monate unter enger Erfolgskontrolle empfohlen. Ist eine kontinuierliche Behandlung erforderlich, raten die Autoren bei Kindern wie Erwachsenen zur Applikation einmal täglich über maximal drei Monate.

Chirurgie als letzte Möglichkeit

In der Second Line kann eine NB-UVB-Therapie (Schmalband-UVB), insbesondere mit dem Excimer-Laser erwogen werden. Als letzte Möglichkeit, wenn die Repigmentation in sichtbaren Regionen nicht zufriedenstellend ist, gelten chirurgische Eingriffe, etwa eine Eigenhaut- oder Melanozyten-Transplantation. Um die Repigmentierung anzuregen, eignen sich anschließende drei- bis vierwöchige Phototherapien mit NB-UVB oder PUVA.

Nicht segmentale Vitiligo: Auch hier müssen zunächst Faktoren ausgeschaltet

werden, die die Erkrankung triggern oder verstärken. Mit einer NB-UVB-Therapie über mindestens drei Monate kann möglicherweise eine Stabilisierung erreicht werden. Sind mehr als 15–20% des Körpers betroffen und breitet sich die Pigmentstörung aktiv aus, wird eine Ganzkörperbestrahlung empfohlen. Ist die Behandlung wirksam, sollte sie über mindestens neun Monate und maximal ein oder zwei Jahre fortgesetzt werden. Kombiniert werden kann die Bestrahlung mit systemischen und/oder topischen Therapien.

Wann transplantieren?

In der Second Line können systemische Steroide oder bei schnellem Fortschreiten bzw. erfolgloser Stabilisierung unter NB-UVB ggf. auch andere Immunsuppressiva eingesetzt werden. Letztere sind für Vitiligo allerdings nur wenig untersucht. Tritt keine Besserung ein, sind an geeigneten Körperstellen bedingt auch Transplantationen möglich. Bleibt der Behandlungserfolg gänzlich aus und erstrecken sich die Pigmentstörungen zu 50% über gut sichtbare Bereiche, kann als letzte Möglichkeit eine Depigmentation der restlichen dunkleren Haut erfolgen, um wieder ein einheitliches Bild zu erreichen.

Stört sich der Patient nicht an den Hautveränderungen, müssen diese nicht unbedingt behandelt werden. Bei kleinen Kindern sind Phototherapien nicht immer durchführbar und chirurgische Therapien werden selten vor der Pubertät erwogen. Wegen der oft großen psychischen Belastung, die mit der Erkrankung einhergeht, benötigen Patienten aller Subtypen psychologische Unterstützung. Außerdem ist eine Beratung zum Kaschieren der Hauterscheinungen hilfreich, etwa durch selbstbräunende Präparate, stark pigmentierte Abdeckcremes oder in speziellen Körperbereichen auch durch kosmetische Tattoos.

(Christine Starostzik)

Taieb A et al, BJD 2012 (online first)