Lichen ruber: Antidiabetikum gegen Alopezie?

Die genauen Ursachen eines Lichen ruber sind nach wie vor ungeklärt. Dementsprechend kann die chronisch entzündliche Erkrankung bisher nur symptomatisch behandelt werden. Insbesondere beim Lichen ruber der Haarfollikel sind die Heilungsaussichten jedoch äußerst gering. Hoffnungen, die vernarbende Alopezie bald erfolgreicher aufhalten zu können, leiten sich aus neuen Erkenntnissen zur Pathogenese ab.

Beim Lichen ruber follicularis ist in den Talgdrüsen die Bildung von PPAR (peroxisome proliferator-activated receptor)-gamma vermindert. Der aus der Diabetologie wohlbekannte nukleäre Rezeptor reguliert die Synthese von Transkriptionsfaktoren, die u.a. für die Lipidhomöostase benötigt werden. Durch seinen Mangel in den Talgdrüsen kommt es dort zu einer toxischen Lipidansammlung gefolgt von einer Entzündung – die Folge ist der Verlust des Haarfollikels, erklärte PD Dr. Ronald Wolf, München.

Neuer Ansatz: Insulinsentiziser

Das orale Antidiabetikum Pioglitazon, ein sogenannter Insulin-Sensitizer, wirkt als PPAR-gamma-Agonist. Durch die Stimulierung des Rezeptors kann in den Talgdrüsen eine Normalisierung des Lipidstoffwechsels erreicht und damit die Entzündung verhindert werden. Diese Wirkung lässt sich auch klinisch beobachten, wie Wolf berichtete. Zunächst hatte man das Antidiabetikum probeweise bei einem Patienten eingesetzt, der unter einem therapieresistenten Lichen ruber der Kopfhaut litt. Bereits nach zwei Monaten Therapie war eine deutliche Befundbesserung zu beobachten gewesen. Dieser Einzelfall wurde inzwischen auch durch Ergebnisse einer Studie bestätigt: Von 24 Patienten, die mit Pioglitazon behandelt wurden, hatten 50% eine Verbesserung der Symptome erfahren, und bei 25% war sogar eine Remission eingetreten.

Die Standardtherapie beim Lichen ruber follicularis besteht immer noch in der topischen Applikation von Glukokortikoiden, als Tinktur oder auch als intraläsionale Unterspritzung. Bei Therapieversagen kommen systemische Glukokortikoide zum Einsatz, Vitamin-A-Säure-Derivate können ebenfalls wirksam sein.

Dr. Beate Schuhmacher

Wolf R. Lichen ruber: Die tägliche Herausforderung

Neue Leitlinie: Was Keloide im Zaum hält …

Die aktuellen Empfehlungen der DDG zur Therapie von hypertrophen Narben und Keloiden sind dieses Jahr als S2-Leitlinie veröffentlicht worden (www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/013-030.html). Mitautor Gerd Gauglitz fasste in München die wichtigsten Aussagen zusammen.

Es gibt viel zu tun: 30–50% aller chirurgischen Patienten sind unzufrieden mit den Spuren, die der Eingriff auf ihrer Haut hinterlassen hat, schätzt Dr. Gerd Gauglitz, München. Zwar ist nicht jede unschöne Narbe eine pathologische Narbe: „In den meisten Fällen werden die Narben mit der Zeit immer unauffälliger. Eine Rötung bis zu acht Monate nach einer Operation kann physiologisch sein", sagte Gauglitz. Aber bei nicht wenigen Patienten komme es zu einer überschießenden Narbenbildung. „Die besten Therapieerfolge lassen sich mit der Kombination mehrerer Verfahren erzielen", betonte Gauglitz. An erster Stelle wird in der Regel empfohlen, intraläsionale Injektionen eines Glukokortikoids, meistens Triamcinolonacetat (TAC), und eine Kryotherapie zu kombinieren. Das Ergebnis lässt sich weiter verbessern, wenn anschließend noch mit dem Farbstofflaser behandelt wird.

Insbesondere bei großflächigen hypertrophen Narben und Keloiden wird eine Druckbehandlung empfohlen. Diese verlangt dem Patienten allerdings einige Disziplin ab. Die Kompression soll nämlich ganztägig und über einen Zeitraum von 6–24 Monaten aufrechterhalten werden.

Die (streng intraläsionale) Anwendung von 5-Fluorouracil stellt in Deutschland eine Off-label-Therapie dar. Laut Leitlinie kann sie jedoch bei therapieresistenten Keloiden erwogen werden, sofern keine Kontraindikationen (z.B. Anämie, Leukopenie, Schwangerschaft) bestehen.

© Kica Henk / fotolia.com

Bei einer überschießenden Narbenbildung geben mittlerweile S2-Leitlinien Tipps zum Gegensteuern.

Unter Umständen kann auch die chirurgische Exzision einer pathologischen Narbe angezeigt sein. Wenn die Narbe aber nicht unter Zugspannung steht oder stark entstellend ist, dann sollte dies wegen der verlängerten Reifungszeit von hypertrophen Narben nicht vor Ablauf eines Jahres passieren. „Wichtig ist, die Patienten darüber aufzuklären, dass die Narbe etwas länger wird", so Gauglitz. Bei Keloiden sollte eine Operation wegen des hohen Rezidivrisikos grundsätzlich nur mit einer Anschlusstherapie mit TAC, Druck, Radiatio oder Kryotherapie durchgeführt werden.

Prophylaktisch kann bei prädisponierten Personen, z.B. bei starker Hautpigmentierung oder positiver (Familien-)Anamnese, bereits postoperativ eine Druckbehandlung empfohlen werden. Neu aufgenommen in die Leitlinie als Optionen zur postoperativen Prophylaxe sind Silikongele und Präparate mit Zwiebelextrakt.

Dr. Beate Schuhmacher

Gauglitz G. Hypertrophe Narben und Keloide: Die tägliche Herausforderung