

Konsensusempfehlungen für Rosazea

Behandlung auf individuellen Phänotyp ausrichten

Rosazea-Experten aus der ganzen Welt (19 Dermatologen, 2 Ophthalmologen) haben im Rahmen des Rosazea-Konsensus-Projekts (ROSCO) die Empfehlungen zu Diagnose und Therapie der Rosazea aktualisiert. Die Behandlung solle auf den individuellen Phänotyp ausgerichtet werden und die völlige Abheilung zum Ziel haben, berichtete Prof. Martin Schaller aus Tübingen (D) am virtuellen EADV-Kongress 2021.

Rosazea ist eine entzündliche Dermatose, die sich auf der Gesichtshaut und an den Augen mit zahlreichen Veränderungen manifestiert und die in individueller Kombination bei den Betroffenen sehr unterschiedliche Phänotypen ergibt. Mehrheitlich passen die Patienten aufgrund ihrer Phänotypen-Kombination (z. B. Patient mit Erythem und Papeln/Pusteln und Augenveränderungen wie Lidrand-Teleangiektasien, Blepharitis, Konjunktivitis, Keratitis, Uveitis anterior) nicht in die früher gebräuchliche Subtypen-Klassifizierung (erythemato-teleangiektatischer/papulo-pustulöser/

phymatöser/okulärer Subtyp). Der individuelle Charakter der Rosazea-Phänotypen und die persönlichen Umstände des Betroffenen machen ein individualisiertes Management erforderlich. In den ROSCO-Behandlungsempfehlungen wird die Therapiewahl auf die individuelle Phänotypen-Kombination ausgerichtet (*Kasten*).

Wenn ein Patient nicht auf eine der Therapien anspricht, kann zu einer alternativen Therapie der ersten Wahl gewechselt oder diese hinzugefügt werden (Kombinationstherapie). Diese Neuausrichtung wurde erstmals in den 2017 publizierten ROSCO-Empfehlungen vorgeschlagen und in dem aktuell vorgestellten Konsensus von 2019 weiter ausgearbeitet. Die Empfehlungen wurden dabei nach einem modifizierten Delphi-Verfahren erarbeitet. Um als gemeinsame Konsensus-Empfehlung in das Paper aufgenommen zu werden, mussten mindestens 75 Prozent der beteiligten Experten der einzelnen Aussage zustimmen.

Rosazea-Therapieempfehlungen der ersten Wahl

- Allgemeine Hautpflege für alle Patienten: Sonnenschutz mit LSF 30+, Feuchtigkeitsprodukt, mildes Reinigungsprodukt, Triggervermeidung
- Transientes zentrofaziales Erythem (Flushing): In gewissen Situationen können Alpha-Adrenergika (topisch) oder Betablocker (oral) in Betracht gezogen werden
- Persistierendes zentrofaziales Erythem, periodisch verstärkt durch Triggerfaktoren: Alpha-Adrenergika (topisch wie Brimonidin [Mirvaso®]), Intense Pulsed Light (IPL), vaskuläre Laser (z. B. Pulsed-Dye Laser, 532-nm-KTP-Laser)
- Entzündliche Papeln/Pusteln – leichte oder moderate Ausprägung: Azelainsäure topisch, Ivermectin topisch (Soolantra® = Ivermectin-Creme 1%), Metronidazol topisch, Doxycyclin oral (z.B. Oracea® = Doxycyclin-Hartkapseln mit veränderter Wirkstofffreisetzung, 40 mg täglich = antiinflammatorisch, aber nicht antibiotisch wirksame Dosierung)
- Entzündliche Papeln/Pusteln – schwere Ausprägung: Ivermectin topisch, Doxycyclin oral, Isotretinoin oral
- Teleangiektasien: Elektrodesikkation, IPL, vaskuläre Laser
- Phyma (meistens Nase) klinisch entzündet (aktiv): Doxycyclin oral, Isotretinoin oral
- Phyma klinisch nicht entzündet (fibrotisch): Chirurgie

Quelle: Schaller M et al. (1)

Vollständige Abheilung als Behandlungsziel

Kombinationstherapien sind bei Patienten mit mehreren verschiedenen klinischen Rosazeazeichen nützlich. Sie können

Fallbeispiel 1

- Rosazea der Haut, bisher behandelt mit Azelainsäure topisch über 5 Jahre. Vor 4 Wochen Wechsel zu Metro-nidazol-Gel
- Bei der Konsultation: Rosazea mit moderat ausgeprägten inflammatorischen Papeln/Pusteln
- Wechsel zu Ivermectin-Creme (1%) 1-mal täglich als Monotherapie und allgemeine Hautpflege
- Verlauf: nach 6 Wochen stark gebessert, nach 14 Wochen fast abgeheilt, nach 24 Wochen vollständig abgeheilt
- Erhaltungstherapie: Ivermectin-Creme (1%) 2-mal pro Woche

(nach Martin Schaller)

Fallbeispiel 2

- Rosazea der Haut und der Augen seit 7 Jahren, topische Behandlung erfolglos, zuletzt Doxycyclin 50 mg 2-mal täglich und Metronidazol topisch
- Bei der Konsultation: Rosazea mit schweren inflammatorischen Papeln/Pusteln und Augenbeteiligung
- Patient lehnt vorgeschlagene orale Isotretinointherapie ab
- Als Alternative Wechsel zu Ivermectin-Creme (1%) 1-mal täglich als Monotherapie und allgemeine Hautpflege
- Nach 12 Wochen fast abgeheilt, Beginn einer Kombinationstherapie mit zusätzlich Doxycyclin mit veränderter Wirkstofffreisetzung 40 mg täglich
- Nach weiteren 9 Wochen komplette Abheilung
- Erhaltungstherapie: Ivermectin-Creme (1%) 1-mal täglich für längere Zeit

(nach Martin Schaller)

helfen, die völlige Abheilung zu erreichen, rascher zum Behandlungsziel zu kommen, die Remissionsdauer zu maximieren und die Belastung durch die Krankheit zu minimieren. Die ROSCO-Experten geben sich nicht zufrieden, wenn die Haut durch die Therapie fast erscheinungsfrei wird, sondern sie fordern als Behandlungsziel die vollständige Abheilung. Anders als bei Patienten, die nur fast erscheinungsfrei wurden, bleiben bei Patienten, die komplett erscheinungsfrei wurden, meist keine negativen Einflüsse der Rosazea auf die Lebensqualität zurück. Nach vollständiger Abheilung ist zudem die rückfallfreie Zeit wesentlich verlängert. ▲

Alfred Lienhard, Adela Žatecky

Quelle: Session D2T02.2, Vortrag «Recommendations for rosacea management: consensus 2019 panel» beim 30. Jahreskongress der European Academy of Dermatology and Venereology (EADV) am 1. Oktober 2021.

Referenz:

1. Schaller M et al.: Recommendations for rosacea diagnosis, classification and management: update from the global ROSacea Consensus 2019 panel. Br J Dermatol. 2020;182:1269-1276.