

# Rosazea-Therapie

Leseranfrage von P. W. aus N.

## Frage

Die Therapie der Rosazea ist aufgrund der unterschiedlichen Formen vielschichtig. Ist es dennoch möglich, für mich als Allgemeinmedizinerin zumindest einen gewissen therapeutischen Leitfaden an die Hand zu bekommen?

sdecoret/Shutterstock.com

## Antwort

Anhaltende Erytheme mit und ohne Teleangiektasien sind häufige Merkmale bei Patienten mit Rosazea. Sie können isoliert als erythematoteleangiektatische Rosazea auftreten oder als Begleiterkrankung einer papulopustulösen Rosazea und anderer Rosazea-Typen. In den meisten Fällen treten diese Symptome an Wangen und an der Nase auf, aber ebenso am Kinn oder an der Stirn. Der psychosoziale Einfluss der chronisch-entzündlichen Hauterkrankung ist teilweise enorm, sodass das Ziel einer effektiven Therapie ist, die Symptome rasch und möglichst auch nachhaltig zu verbessern.

Bei der Rosazea handelt sich um eine chronisch-entzündliche Hautkrankheit, die mit einer Vielzahl von Symptomen einhergehen kann. Das Stadium I, die sogenannte Rosacea erythematosa-teleangiectatica, ist charakterisiert durch ein persistierendes Erythem und kleine Teleangiektasien, wobei die Schwere der einzelnen Symptome bei jedem Patienten variieren kann. Nach einer eingehenden klinischen Bewertung sollten Behandlungsentscheidungen basierend auf dem Ausmaß dieser einzelnen Symptome individuell getroffen werden.

Die Hauptmerkmale der Rosacea erythematosa-teleangiectatica sind die Flush-Symptomatik (vorübergehendes Erröten mit oder ohne Hitzewallungen), anhaltendes zentrales Gesichtserythem (Hintergrunderröten) und das Auftreten von Teleangiektasien (kleine oberflächliche Gefäßneubildungen) (Abb. 1).

Gerade das Erröten des Gesichts und des Halses wird von den Patienten oft als belastend wahrgenommen. Exogene Reize können insbesondere UV-Strahlung, Hitze oder Kälte, aber



Abb. 1: 69-jährige Patientin mit ausgeprägter teleangiektatischer Rosazea und typischem Hintergrunderythem an Wangen und Kinn. Eine vorherige topische Behandlung mit Azelainsäure und Erythromycin verlief ohne Effekt

auch Irritationen durch Kosmetika, scharfe Speisen, Stress oder alkoholhaltige Getränke sein. Obwohl verschiedene topische und systemische Therapiemöglichkeiten zur Kontrolle der akneiformen Komponente der Rosazea zur Verfügung stehen, bieten sie leider keine langfristige Lösung für den Krankheitsverlauf. Spezifische topische Agentien wie Brimonidintartrat, die durch Vasokonstriktion eine Reduktion der



Abb. 2: Zustand nach einer Behandlung mit einem KTP-Laser der neuesten Generation (532 nm) mit wesentlicher Besserung der Teleangiektasien, der Grundrötung und auch der Flush-Symptomatik

Gesichtsrötungen bewirken, bieten eine temporäre Symptomlinderung und sind unter Umständen mit einem Rebound-Phänomen assoziiert, was mitunter sogar zu einer Intensivierung des Erythems führen kann.

Angesichts der Relevanz einer längerfristig erscheinungsfreien Haut findet zur Behandlung der papulopustulösen Rosazea in der Lokalthherapie bevorzugt Ivermectin Anwendung, da sich damit häufiger ein Behandlungserfolg erreichen lässt als mit der bisherigen Standardtherapie Erythromycin oder Metronidazol. Ivermectin reduziert die Dichte von Demodex-Milben und vermindert die Expression von kutanen inflammatorischen Biomarkern. Demodex-Milben, die die Haarfollikel der meisten Menschen besiedeln, finden sich bei Rosazea-Patienten in 6-fach höherer Dichte als bei Gesunden. Sie gelten als möglicher Cofaktor bei Rosazea, da sie mit dem Immunsystem interagieren und die Entzündungsreaktion fördern. Ivermectin reduziert die mittlere Demodex-Milbenzahl über 12 Wochen um mehr als 99 %. Entscheidend für den Therapieerfolg ist jedoch immer eine patientenindividuelle Behandlung (1).

Systemtherapeutisch erwähnenswert ist neben dem subantimikrobiell, antiinflammatorisch wirksamen niedrigdosierten Doxycyclin eine Off-Label-Therapie mit Isotretinoin, das normalerweise zur Behandlung schwerer Formen von Akne Anwendung findet (2, 3).

Der Einsatz von nicht-ablativen Laserverfahren und »Intense Pulsed Light« (IPL) sind der Goldstandard bei der Behand-

lung von teleangiektatischen Erythemen und vaskulären Läsionen, welche ebenfalls einen enormen psychosozialen Einfluss haben (4).

Bei der Behandlung der Rosacea erythemato-teleangiectatica und der Flush-Symptomatik ist der DermaV™-Laser durch eine Vielschichtigkeit der Behandlungseinstellungen eine sehr effektive Behandlungsoption mit zugleich hohem Sicherheitsprofil und vergleichsweise außerordentlich kurzer Behandlungsdauer (Abb. 2).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Rosazea eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung ist, die durch papulopustulöse Eflloreszenzen sowie Flush-Erscheinungen, persistierende Erytheme und Teleangiektasien gekennzeichnet ist. Exogene Faktoren – insbesondere intensive UV-Strahlung, Kälte, Hitze und Stress können die Symptome verschlimmern. Topische und systemische Therapien bieten meist nur temporäre Linderung. Ivermectin hat sich als effektiv bei der Behandlung der papulopustulösen Rosazea erwiesen. Bei Therapieresistenz oder ausgeprägten Formen kann auf eine Systemtherapie mit niedrigdosiertem Doxycyclin, Minocyclin oder auch – als Off-Label-Use – auf Isotretinoin zurückgegriffen werden. Nicht-ablative Laser- und IPL-Verfahren sind Goldstandard bei der Behandlung vaskulärer Erscheinungen der Rosazea.

#### Literatur

1. AWMF online (2022): S2k-Leitlinie »Lasertherapie\* der Haut«. Register-Nr. 013-095. [https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-0951\\_S2k\\_Lasertherapie-der-Haut\\_2022-03.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-0951_S2k_Lasertherapie-der-Haut_2022-03.pdf)
2. Pohl L, Karsai S, Raulin C (2018): Rhinophym – Therapieerfolg mit niedrig dosiertem systemischem Isotretinoin. Der Hautarzt online. [https://derma.raulin-und-kollegen.de/wp-content/uploads/2018/10/hautarzt-2018-Rhinophym\\_s00105-018-4162-1.pdf](https://derma.raulin-und-kollegen.de/wp-content/uploads/2018/10/hautarzt-2018-Rhinophym_s00105-018-4162-1.pdf)
3. Desai S, Friedman A (2024): Isotretinoin for rosacea: A systematic review. JAAD 16, 112–118
4. Raulin C, Weber GC, Zimmer K (2024): Kaliumtitanylphosphat (KTP)-Laser bei Rosacea erythemato-teleangiectatica. derm Praktische Dermatologie 29 (3), 291–298

#### Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Gregor Cornelius Weber  
 Prof. Dr. med. Christian Raulin  
 MVZ Dres. Raulin und Kollegen GmbH  
 Kaiserstraße 104  
 76133 Karlsruhe  
 E-Mail [info@raulin-und-kollegen.de](mailto:info@raulin-und-kollegen.de)