



Thomas Jansen

Acne tarda

Akne des Erwachsenen

Thomas Jansen, Dermatologische Praxis am Alter Markt, Köln

Die Akne in der Postadoleszenz (Acne tarda) betrifft vor allem Frauen im mittleren Lebensalter. Sie unterscheidet sich klinisch und pathogenetisch von der Akne des Jugendlichen (Acne juvenilis). Aus diesen Erkenntnissen ergeben sich Konsequenzen für die Therapiegestaltung.

Allgemein wird eine spontane Rückbildung der Akne mit dem Ende des zweiten und dem Beginn des dritten Lebensjahrzehnts angenommen. Das ist sicherlich die Regel. Doch klinische Untersuchungen lassen vermuten, dass typische Akneeffloreszenzen häufig noch bis zum 25. Lebensjahr, seltener auch noch bis zum 40. Lebensjahr und darüber hinaus auftreten. Diese können aktive Behandlungsmaßnahmen erfordern¹.

Vorkommen

Die Akne jenseits des 25. Lebensjahres (Acne tarda, Acne adultorum) ist bei Frauen – unabhängig von der Altersgruppe – häufiger als bei Männern. In den meisten Fällen besteht die Erkrankung seit der Adoleszenz und hält bis ins Erwachsenenalter hinein an (**persistierende Akne**). Bei einer geringeren Anzahl von Patienten tritt die Akne im späten zweiten oder frühen dritten Lebensjahrzehnt auf, oft ohne dass in der Pubertät eine Akne durchgemacht wurde (**Spätbeginn-Akne**).

Besondere Formen und Verläufe der Acne tarda umfassen die Akne in der Schwangerschaft, die Akne nach Absetzen von Kontrazeptiva (postkontrazeptive Akne) sowie die peri- oder postmenopausale Akne. Der Anteil persistierender und spät beginnender Akneformen scheint in den letzten Jahren tendenziell zuzunehmen. Die meisten Daten zur

Häufigkeit der Erkrankung stammen allerdings aus Befragungsstudien, ohne dass die Patienten von Dermatologen untersucht wurden.

Klinische Erscheinungsformen

Die Acne tarda bei Frauen unterscheidet sich in ihrer klinischen Ausprägung deutlich von der Pubertätsakne. Überwiegend sind eine Lokalisation im Gesicht (Kinn, seitlicher Unterkieferrand, perioral) und ein leichter bis mittlerer Schweregrad zu verzeichnen (Abb. 1). Entweder dominieren entzündliche (Papulopusteln, tiefsitzende Papeln, vereinzelte Knoten) oder nicht-entzündliche Effloreszenzen (geschlossene und offene Komedonen, oft zystenartig). Die Hautoberfläche ist ölig-glänzend. Persistierende Akne und Spätbeginn-Akne weisen vergleichbar hohe Talgsekretionsraten auf. In den meisten Fällen wird eine prämenstruelle Verschlechterung des Hautbefundes angegeben.

Es besteht eine starke Neigung zur Manipulation an den Effloreszenzen, die sich in asymmetrisch verteilten Exkoriationen äußert. Die entzündlichen Effloreszenzen heilen oft mit atrophen oder eingesunkenen Narben und postinflammatorischen Hyperpigmentierungen ab. In einem Teil der Fälle sind klinisch (Zyklusstörungen, Hirsutismus, Alopecia androgenetica etc.) und/oder

biochemisch (erhöhte Androgenspiegel) Hinweise auf eine Hyperandrogenämie vorhanden. Nichtansprechen auf systemisch oder topisch applizierte Antibiotika und Wiederauftreten nach systemischer Isotretinoinbehandlung sind weitere klinische Merkmale der Acne tarda.

Pathogenetische Konzepte

Die pathogenetischen Faktoren sind noch nicht geklärt, wobei es deutliche Hinweise auf eine genetische Prädisposition gibt. Aktuell werden endokrinologische (Veränderungen im Androgenstoffwechsel) und immunologische Störungen (fehlende Immuntoleranz gegenüber *P. acnes*) vorrangig diskutiert. Weitere endogene und exogene Faktoren wie Kosmetika (komedogene Inhaltsstoffe), Medikamente (z. B. Psychopharmaka, Antiepileptika, Gestagene mit androgener Partialwirkung in Kontrazeptiva), Stress (Aktivitätssteigerung des Corticotropin-Releasing-Hormons (CRH)), Ernährung (z. B. hyperglykämische Kohlenhydrate, insulinotrope Milch und Milchprodukte, gesättigte Fette und Fette mit hohem Anteil an Omega-6-Fettsäuren) oder Rauchen werden mit der Acne tarda in Verbindung gebracht.

Erwachsene Frauen mit Akne und anderen Symptomen der Androgenisierung haben mit



Abb. 1: Acne tarda in typischer Morphologie und Lokalisation.

großer Wahrscheinlichkeit endokrine Störungen, insbesondere ein polyzystisches Ovarialsyndrom (PCOS).

Grundzüge der Therapie

Die medikamentöse Aknetherapie bei Erwachsenen und Jugendlichen unterscheidet sich in einigen Punkten. Bei Erwachsenen

ist in der Regel eine Langzeittherapie über Jahre oder Jahrzehnte erforderlich. Retinoide und Azelainsäure eignen sich am besten zur Erhaltungstherapie, da sie die Neubildung von Mikrokomedonen verhindern (antikomedogene Wirkung) und keine bakteriellen Resistenzen erzeugen.

Niedrig dosierte orale Langzeitbehandlungen und moderat dosierte intermittierende Behandlungen mit Isotretinoin (13-cis-Retinsäure) helfen bei ansonsten therapieresistenter leichter Akne oder schnell rezidivierender Akne nach Absetzen oraler Antibiotika. Da zumindest von einer latenten hormonellen Fehlregulation auszugehen ist, ist frühzeitig an eine orale antiandrogene Therapie zu denken.

Ist die Akne Teilsymptom eines Androgenisierungssyndroms, richtet sich die Therapie nach der Ursache. Therapie der Wahl, jedoch trotz der überzeugenden Studienlage *off-label*, ist – zur Verbesserung der metabolischen Aspekte des PCOS – Metformin.

Literatur

1. Jansen T, Janßen OE, Plewig G. Acne tarda - Akne im Erwachsenenalter. *Hautarzt* 2013;64:241-251.

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Thomas Jansen
Dermatologische Praxis am Alter Markt
Alter Markt 36-42, 50667 Köln
E-Mail: thomas.jansen@persaus.de



Ihre Meinung zählt!

Deshalb befragen wir Sie zur **Qualität in der medizinischen Fachpresse** in den nächsten Wochen zusammen mit

ifak

Machen Sie mit!