

Formen und Sonderformen

Rosazea

Rosazea ist eine entzündliche Hauterkrankung, die meist im Erwachsenenalter auftritt. Sie manifestiert sich vor allem im Gesicht, möglicherweise aber auch an Kopfhaut, Hals, Brust und Rücken. Auch die Augen können betroffen sein. Die okuläre Rosazea kann zusätzlich zur Hautbeteiligung auftreten, zeitlich davor oder auch allein. Kinder erkranken selten an Rosazea, doch sind bei ihnen dann häufiger oder sogar ausschließlich die Augen befallen. Rosazea verläuft chronisch und in Schüben.

Meist sind Erwachsene über 30 betroffen, wobei Frauen früher erkranken als Männer. Hellhäutige Menschen (Hauttyp I, II) sind häufiger betroffen als dunkelhäutige.

Auch wenn die Pathophysiologie der Rosazea noch nicht vollständig bekannt ist, so scheinen doch entzündliche Prozesse eine wesentliche Rolle zu spielen, wobei unter anderem die Milbe *Demodex folliculorum* eine Rolle spielt.

Klinik

Vor allem in der Gesichtsmitte treten Flush, ein persistierendes Erythem, Teleangiektasien, Papeln und Pusteln auf – jedoch im Unterschied zur Akne keine Komedonen. Lymphödeme sind möglich. Typischerweise ist die Periorbitalregion frei von Erythem. Es kann zu einer Hyperplasie des Bindegewebes und der Talgdrüsen kommen. Dann entstehen knollenartigen Gebilde, die Phyme genannt werden.

Verlauf

Die Krankheit verläuft chronisch und in Schüben. Doch es gibt keinen Vorgang analog dem atopischen Marsch, manche Patienten bleiben immer in einem milden Stadium.

Differenzialdiagnose: Akne

Bei Rosazea finden sich, anders als bei Akne, keine Komedonen. Bei Akne fehlt die Flush-Symptomatik. Rosazea tritt eher bei Erwach-

senen auf, Akne vor allem im Jugendalter. Doch kann Akne in Rosazea übergehen, sodass es Parallelstadien gibt.

Eine jugendliche Akne kann der Rosazea vorausgehen, aber die Rosazea kann auch primär auftreten, zum Beispiel bei familiärer Belastung.

Rosazea und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Bei Rosazeapatienten mit Hauttyp III und IV ist das Risiko für eine koronare Herzerkrankung unabhängig von typischen Risikofaktoren erhöht. Bei Patienten, bei denen die Rosazea mit 40 Jahren oder jünger auftritt, ist die Erkrankung mit Dyslipidämie vergesellschaftet. Eine Assoziation mit Diabetes mellitus konnte aber nicht gefunden werden.

Sonderformen

Die Sonderformen der Rosazea sind selten.



Foto: Lipowski Milan / Shutterstock

Patientin mit für die Rosazea typischer Rötung und Teleangiektasien.

Bei **Rosacea conglobata** finden sich große entzündliche Knoten und infiltrierte und verhärtete Plaques.

Bei **granulomatöser oder lupoider Rosazea** finden sich zusätzlich bräunlich-rötlichen Papeln an Lidern, Jochbein und perioral.

In der Region Morbihan in der Bretagne tritt gehäuft eine Form mit derben Lymphödem auf. Am danach benannten **Morbus**

Morbihan erkranken eher Männer als Frauen.

Steroidrosazea: Eine Therapie der Rosazea mit lokalen oder systemischen Glukokortikoiden führt zwar zunächst zu einer Besserung. Werden die Glukokortikoide jedoch über einen längeren Zeitraum gegeben, kommt es zu einer Steroidatrophie, Teleangiektasien, Papulopusteln und flächigen Erythemen. Die Patienten geben ein Spannungsgefühl an. Außerdem nimmt die Besiedlung mit Demodex-Milben stark zu. Werden die Glukokortikoide abgesetzt, verschlimmert sich der Zustand, im weiteren Verlauf heilt die Rosazea aber langsam ab. Darauf müssen die Patienten hingewiesen werden.

Gramnegative Rosazea: Durch monatelange topische oder systemische Antibiose können gramnegative Keime wie Klebsiellen, Proteus species, Escherichia coli, Acinetobacter species und Pseudomonaden selektiert werden. Klinisch ähnelt die gramnegative Rosazea der papulopustulösen Rosazea, wodurch sie verkannt werden kann.

Rosazea und Schwangerschaft

Durch eine Schwangerschaft kann sich eine bestehende Rosazea verschlimmern. In und nach der Schwangerschaft tritt auch die Maximalvariante der Rosazea, Rosacea fulminans, gehäuft auf: Akut bis perakut bilden sich bei jungen Frauen im Gesicht große, verbackene, teils fluktuierende Knoten sowie Pusteln. Außerdem kommt es zu Seborrhö. Fieber ist möglich, aber selten. Ein Rezidiv ist nicht unbedingt zu befürchten.

Beteiligung der Augen

Bei 30 bis 50 Prozent der Patienten mit kutaner Rosazea sind auch die Augen betroffen. Haut- und Augenbefall können allerdings zeitlich bis zu Jahren getrennt

voneinander auftreten. Auch die Schweregrade von Haut- und Augenbefall sind unabhängig voneinander. Tritt die Augenbeteiligung zuerst auf, kann sie sehr leicht sein, was die Diagnose erschwert – oft wird eine Ophthalmo-Rosazea nicht erkannt. Dabei stehen gerade bei Kindern, die ja nicht die typische Altersgruppe für Rosazea sind, die okulären Symptome oft im Vordergrund. Zudem ist die Komplikationsrate bei Kindern mit okulärer Rosazea deutlich höher, etwa eine Beteiligung der Hornhaut.

Eine Blepharitis führt zu trockenen oder tränenden Augen, Fremdkörpergefühl, Brennen und einem geröteten Lidrand. Die Betroffenen können verschwommen sehen und über Lichtempfindlichkeit klagen. Am Lidrand treten Teleangiektasien auf, manchmal Ödeme. Auch Hordeola („Gerstenkörner“, Entzündung der Meibom-, Zeis- oder Moll'schen Drüsen) und Chalazien („Hagelkörner“, Entzündung der Meibom- oder Zeisdrüsen) sind möglich. Häufig ist eine Konjunktivitis.

Ulzerationen und Neovaskularisationen der Hornhaut können zu schwersten Sehbeeinträchtigungen führen, die mit einer Keratoplastik behandelt werden müssen. Daher ist es ratsam, bei Patienten mit okulärer Rosazea stets einen Augenarzt hinzuzuziehen.

Therapie

Die Gültigkeit der Leitlinie „Rosazea“ der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft wurde bis Februar 2018 verlängert. Doch zwischenzeitlich sind neue Therapieoptionen hinzugekommen: Brimonidin, ein Alpha₂-Adrenorezeptor-Agonist, und Ivermectin, das gegen Ektoparasiten wirkt.

Hautpflege, Kosmetik und Ernährung

Rosazeapatienten haben eine empfindliche Haut und sollten Produkte meiden, die Hautirritationen hervorrufen können. Sie sollten sich vor UV-A- und UV-B-Strahlung schützen. Als gut verträglich gelten Titandioxid und Zinkoxid. Reinigungsprodukte und Kosmetika sollten wenig fetthaltig und seifenfrei sein. Abzuraten ist von Menthol, Kampfer, Natriumlaurylsulfat und Adstringenzen. Diese Empfehlungen gelten für die Anwendung im Gesicht, Adstringenzen in zum Beispiel Deodorants betrifft dies also nicht.

Dekorative Kosmetik, etwa zur Abdeckung, kann benutzt werden, allerdings möglichst keine wasserfesten Produkte.

Als Auslöser eines Flushs sollten Alkohol, heiße Getränke und scharfe Speisen gemieden werden.

Literatur

1. Reinholz M, Tietze J, Kilian K et al. S1-Leitlinie „Rosazea“ der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, über www.leitlinien.net.
2. Interview mit Univ.-Prof. Dr. med. Percy Lehmann, Direktor des Zentrums für Dermatologie, Helios-Klinikum Wuppertal, E-Mail: percy.lehmann@helios-kliniken.de, am 23.9.2015.
3. Interview mit Prof. Dr. med. Maria Zabel, Ärztliche Leitung, Haut-, Allergie- und Venenzentrum Recklinghausen, E-Mail: info@hautzentrum-re.de, am 17.9.2015.
4. Hua TC, Chung PI, Chen YJ et al. Cardiovascular comorbidities in patients with rosacea: A nationwide casecontrol study from Taiwan. *J Am Acad Dermatol* 2015;73(2):249-254. *Ärztzeitung online*, 11.6.2015.
5. Potz-Biedermann C, Schaller M, Zierhut M. Rosazea: Bei Kindern dominieren okuläre Symptome. *Deutsches Ärzteblatt* 2014;111(3):A82.
6. Steinkraus V. Schöne Haut während der Schwangerschaft. Pressemitteilung des Dermatologikum Hamburg, 29.7.2015.

any