

Behandlungsmöglichkeiten bei Rosazea

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

In qualitativ hochwertigen Studien waren topisches Brimonidin, Azelainsäure und Ivermectin sowie orales Doxycyclin und Isotretinoin bei Rosazea mit Verbesserungen des Hautbilds verbunden. In Studien mittlerer Qualität konnte die Rosazea mit topischem Metronidazol, oralem Tetracyclin sowie mit laser- und lichtbasierten Therapien erfolgreich behandelt werden. Bei Beteiligung der Augen erwies sich topisches Cyclosporin als wirksam.

Journal of the American Medical Association

Bei der Rosazea handelt es sich um eine häufige chronisch-entzündliche Erkrankung der Gesichtshaut. Bei bis zu 60 Prozent der Patienten sind auch die Augen involviert. Im Rahmen eines Cochrane-Reviews untersuchten Experten, welche Behandlungsmöglichkeiten mit der besten Wirksamkeit und den geringsten Nebenwirkungen verbunden sind. Dazu werteten sie 106 randomisierte kontrollierte Studien aus, die im Zeitraum von 1966 bis 2014 publiziert worden waren. An den Studien nahmen insgesamt 13 631 Patienten (31% Männer, 69% Frauen) in einem durchschnittlichen Alter von 48,6 Jahren (25 bis 73 Jahre) aus Europa, den USA und Kanada, Lateinamerika, Asien und Afrika teil. In einer JAMA Clinical Evidence Synopsis wurden die Ergebnisse des Cochrane-Reviews zusammengefasst.

MERKSÄTZE

- ❖ Topisches Brimonidin ist zur Behandlung des Gesichtserythems geeignet.
- ❖ Laser- und lichtbasierte Therapien sind bei Gesichtserythemem und Teleangiektasien von Nutzen.
- ❖ Zur topischen Behandlung von Rosacea papulopustulosa stehen Metronidazol, Azelainsäure und Ivermectin zur Verfügung.
- ❖ Orales Tetracyclin, Doxycyclin und Isotretinoin sind bei Rosacea papulopustulosa ebenfalls wirksam.
- ❖ Bei okulärer Rosazea ist topisches Cyclosporin eine geeignete Option.

Evidenz hoher Qualität

Topisches Brimonidin (Mirvaso®) hat sich bei Gesichtserythemem als wirksam erwiesen. In zwei qualitativ hochwertigen Studien wurde mit topischem Brimonidin bei 114 von 227 Teilnehmern (50%) auf einer Skala von 0 bis 4 eine Verbesserung um 2 Punkte erzielt, während dies unter der Trägersalbe allein nur bei 54 von 276 Patienten (20%) beobachtet wurde. Das relative Risiko (RR) lag bei 2,11 (95%-Konfidenzintervall [KI]: 1,60–2,78).

Azelainsäure (Deutschland: Skinoren®; in der Schweiz für diese Indikation bisher nicht freigegeben) war in vier Studien hoher Qualität bei 383 von 607 Teilnehmern (63%) bei Rosacea papulopustulosa mit einer guten bis sehr guten Verbesserung des Hautbilds verbunden. Unter Placebo war dies bei 241 von 572 Patienten (42%) der Fall (RR: 1,46; 95%-KI: 1,30–1,63).

Topisches Ivermectin (USA: Soolantra®; in der Schweiz derzeit noch nicht freigegeben) war in zwei Studien bei 615 von 910 Patienten (68%) mit papulopustulöser Rosazea mit einer guten bis sehr guten Verbesserung des Hautbilds verbunden, während dies unter der Trägersubstanz allein nur bei 169 von 461 Patienten (37%) beobachtet wurde (RR: 1,84; 95%-KI: 1,62–2,09). In einer anderen Studie war topisches Ivermectin effektiver als topisches Metronidazol (RR: 1,14; 95%-KI: 1,07–1,22).

Orales Doxycyclin (Vibramycin® und Generika) ist bei papulopustulöser Rosazea ebenfalls wirksam. Mit oralem Doxycyclin (40 mg) wurde bei 90 von 269 Teilnehmern (33%) auf einer Skala von 0 bis 4 eine Verbesserung um 2 Skaleneinheiten erzielt. Mit Placebo wurde dies nur bei 55 von 268 Patienten (21%) erreicht (RR: 1,63; 95%-KI: 1,22–2,18). Orales Isotretinoin (Roaccutan® und Generika) hat sich in einer Studie bei einer

Dosierung von 0,3 mg/kg bei papulopustulöser Rosazea im Vergleich mit oralem Doxycyclin (50–100 mg/Tag) als wirksamer erwiesen (RR: 1,23; 95%-KI: 1,05–1,43).

Evidenz mittlerer bis geringer Qualität

In drei Studien mittlerer Qualität war topisches Metronidazol (Rosalox®, Perilox®) bei papulopustulöser Rosazea mit einer ausgeprägten Verbesserung des Hautbilds im Vergleich zu Placebo verbunden (RR 1,98; 95%-KI: 1,29–3,02). Orales Tetracyclin (250 mg 2-mal täglich; in der Schweiz nur als Prodrug Lymecyclin [Tetralysal®] im Handel) war in zwei Studien mittlerer Qualität ebenfalls wirksamer als Placebo (RR: 1,78; 95%-KI: 1,28–2,48).

Mit gepulstem Farbstofflaser und intensiv gepulster Lichttherapie konnte in einer Studie mittlerer Qualität (40 Teilnehmer) eine Verbesserung von Erythemem und Teleangiektasien erzielt werden. Beide Verfahren waren gleich wirksam. In einer Studie geringer Qualität (14 Teilnehmer) war gepulster Farbstofflaser mit einer ausgeprägteren Verbesserung von Erythemem und Teleangiektasien verbunden als eine Behandlung mit einem Yttrium-Aluminium-Granat-Laser.

In einer Studie geringer Qualität (37 Teilnehmer) war topisches Cyclosporin (Augentropfen, in der Schweiz nicht zugelassen) bei okulärer Rosazea mit einer Verbesserung auf dem Schirmer-Teststreifen (durchschnittliche Differenz 4,1 mm; 95%-KI: 1,66–6,54) im Vergleich zu Placebo assoziiert.

Leitlinienempfehlungen

In den Leitlinien der American Acne and Rosacea Society und der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie werden Azelainsäure und topisches Metronidazol als Optionen der ersten Wahl zur Behandlung der Rosazea empfohlen. Orale Tetrazykline und orales Doxycyclin (40 mg) gelten als Medikamente der zweiten Wahl. In beiden Richtlinien wird die Wirksamkeit von Isotretinoin sowie von laser- und lichtbasierten Therapien anerkannt. ❖

Petra Stölting

Quelle: van Zuuren EJ et al.: Interventions for Rosacea. JAMA 2015; 314 (22): 2403–2404.

Interessenkonflikte: Einer der beiden Autoren hat nach der Veröffentlichung des Cochrane-Reviews Honorare von Galderma erhalten.