

Symposium der GD-Fachgruppe Dermokosmetik: „Volkskrankheit Akne - Dermokosmetisches und therapeutisches Management“

Dermokosmetisches Management bei Akne und zu Akne neigender Haut (Teil 2)

*Dr. med. Tatjana Pavicic,
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie,
Ludwig-Maximilians-Universität, München*

Die Akne-Patienten gehen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihrer „Leidensgeschichte“ zu Dermatologen – wenn die selbst probierten „Mittelchen“ nicht geholfen haben oder um begleitend zu der dermatokosmetischen Behandlung der Akne aus der Apotheke noch etwas zu tun oder wenn diese Mittel nicht mehr ausreichen. Dem Dermatologen steht dabei eine Vielzahl von Behandlungsoptionen zur Verfügung. An Beispielen aus dem klinischen Alltag mit verschiedenen Schweregraden der Akne sollen einige davon im Vortrag näher dargestellt werden.

Sehr oft, vor allem bei leichter bis mittelschwerer Akne, wird die Durchführung einer additiven manuellen Aknetherapie durch eine medizinische Kosmetikerin empfohlen. Hierbei werden nach einer vorhergehenden Auflockerung vor allem die geschlossenen und offenen Komedonen eleviert. Bei den Patienten hat diese Therapie einen hohen Stellenwert und fördert die Compliance. Dies führt wiederum zu einer schnelleren Abheilung der Akne.

Ebenso häufig wird auch die Durchführung eines medizinisch-chemischen Peelings empfohlen, insbesondere zur Behandlung von Komedonenakne und als adjuvante Maßnahme zu einer topischen oder systemischen Therapie einer Akne papulo-pustulosa, sowie bei oberflächlichen bis mitteltiefen Aknenarben und unregelmäßigen Pigmentierungen. Eine Monotherapie der aktiven Akne mittels Peels wird nicht empfohlen. Entsprechend dem zu erzielenden Effekt wird die Stärke beziehungsweise Eindringtiefe der Peel-Lösung gewählt. Das oberflächliche chemische Peeling wirkt vor allem der Hyperkeratose entgegen und vermag oberflächliche Pigmentierungen beseitigen. Erst mitteltiefe oder gar tiefe Peelings eignen sich zur Behandlung von Aknenarben und tiefer liegende Pigmentierungen.

Die bei Akne vulgaris am häufigsten verwendeten Peels sind α -Hydroxysäuren (AHA: 10 – 70 %) wie die Glykolsäure und β -Hydroxysäuren wie die Salicylsäure (SA: 10 – 50 %). AHAs modulieren den pH-Gradienten der Epidermis, stimulieren die Exfoliation und epidermale Regeneration, während SA keratolytisch und exfolierend wirkt.

Mitteltiefe Peels wie zum Beispiel TCA (20 – 35 %) werden vor allem zur Behandlung von Aknenarben eingesetzt.

Als Basistherapeutikum wird neben den in dem vorhergehenden Beitrag genannten dermatokosmetischen Ansätzen/Stoffen von einem Dermatologen wohl am häufigsten eine topische Therapie mit Benzoylperoxid (BPO) empfohlen. BPO wirkt über oxidative



Abbauvorgänge und die Entwicklung von freien Radikalen. Es führt so zu einer Verminderung von Propionibakterien. Ein milder komedolytischer Effekt ist für BPO auch belegt.

Für die topische Therapie schwerer Formen werden Externa vor allem mit folgenden verschreibungspflichtigen Wirkstoffen eingesetzt:

- Retinoide (bei Acnecomedonica und leichter Acnepapulopustulosa als Basistherapeutikum (Adapalen>Isotretinoin, Tretinoin)
- Azelainsäure (bei Acnecomedonica und leichter Acnepapulopustulosa)
- Bei mittelschweren und leichteren schweren Formen von Aknepapulopustulosa fixe (BPO+Clindamycin; BPO+Adapalen) oder sequentielle Kombinationen (BPO, Antibiotika, Azelainsäure)
- Bei schweren oder unter topischer Therapie allein resistenten Formen Kombination dieser Externa mit systemischen Antibiotika (Doxycyclin>Minocyclin, Tetracyclin) und/oder bei Frauen mit systemischen hormonellen Antiandrogenen
- Monotherapie mit topischen oder auch systemischen Antibiotika ist wegen des erhöhten Risikos von Resistenzentwicklung nicht empfohlen

Bei besonders schwerer Akne (A. papulopustulosanodosa oder conglobata):

Isotretinoinsystemisch

Hierbei ist es wichtig, die dermokosmetische Pflege von keratolytisch und austrocknend auf eher hydratisierend umzustellen.

