Akne[1]

Häufigkeit
70 bis 95 % unter den Jugendlichen.
Rund 30 % der Betroffenen benötigen eine medikamentöse Behandlung.
Bei der Mehrzahl der Patienten erfolgt nach der Pubertät eine spontane Rückbildung.
In 10 % der Fälle persistiert die Erkrankung über das 25. Lebensjahr hinaus.
In 2 bis 7 % der Fälle heilen die Läsionen mit Narbenbildung ab.
Beobachtet wird eine zunehmende Tendenz postadoleszenter persistierender Akne.

Acne comedonica

Nicht entzündliche Form, tritt selten allein auf

[1] Soweit keine andere Quellenangabe:
https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=2ahUKEwjXtLmky-LeAhVBsKQKHX7hDq4QFjADegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fonline.medunigraz.at%2Fmug_online%2Fwbabs.getDocument%3FpThesisNr%3D47677%26pAutorNr%3D69006%26pOrgNR%3D1&usg=AOvVaw1e6FCOiS_ZgPdNmMolciqv

Acne papulopustulosa

entzündliche Papeln und Pusteln die sich sekundär aus Komendonen bilden

Acne conglobata

schwerste Form der Akne, häufig junge Männer, multiple einschmelzende Knoten, die sich in Fistelkomedonen und Zysten umwandeln. Begleitend kommt es zur Narben- und Keloidbildung.

Therapie:

Topische Therapie

- Retinoide topisch bei nichtentzündlichen Akneläsionen indiziert.
- Benzoylperoxid gilt als Standardmittel bei entzündlichen Akneläsionen.
- Die Azelainsäure wird bei milden Akneformen und zur Erhaltungstherapie eingesetzt.
- Topische Antibiotika sollten aufgrund zunehmender Resistenzentwicklungen nicht als Monotherapeutika eingesetzt werden.

Systemische Therapie

Die systemische Therapie ist Akneformen mit Entwicklung zur Narbenbildung vorbehalten.

- Systemisches Isotretinoin wirkt auf alle vier pathogenetischen Faktoren der Akne und gilt als das am stärksten wirkende Mittel.
- Hormonelle Kontrazeptiva können gemeinsam mit Isotretinoin zur Reduktion der Sebumproduktion eingesetzt werden.
- Antibiotika werden 1-3 Monate systemisch bei Acne papulopustulosa und conglobata eingesetzt, wenn topische AB Versagen (nicht als Monotherapie!) und bei entzündlichen Akneläsionen, die sich in mehreren Regionen, vor allem am Rücken präsentierten
- Zink kann als orales Aknetherapeutikum bei bekannten Unverträglichkeiten oder bei Vorliegen von Kontraindikationen gegenüber systemischen Therapeutika eingesetzt werden.

Glukokortikoide sind bei der Akne nicht als Standardtherapeutika indiziert.

HintergrundINFO: *Systemische Glukokortikoide werden bei der Acne fulminans und niedrig dosiert beim adrenalem Hypergonadismus herangezogen*

3.2 Therapiemöglichkeiten der Akne

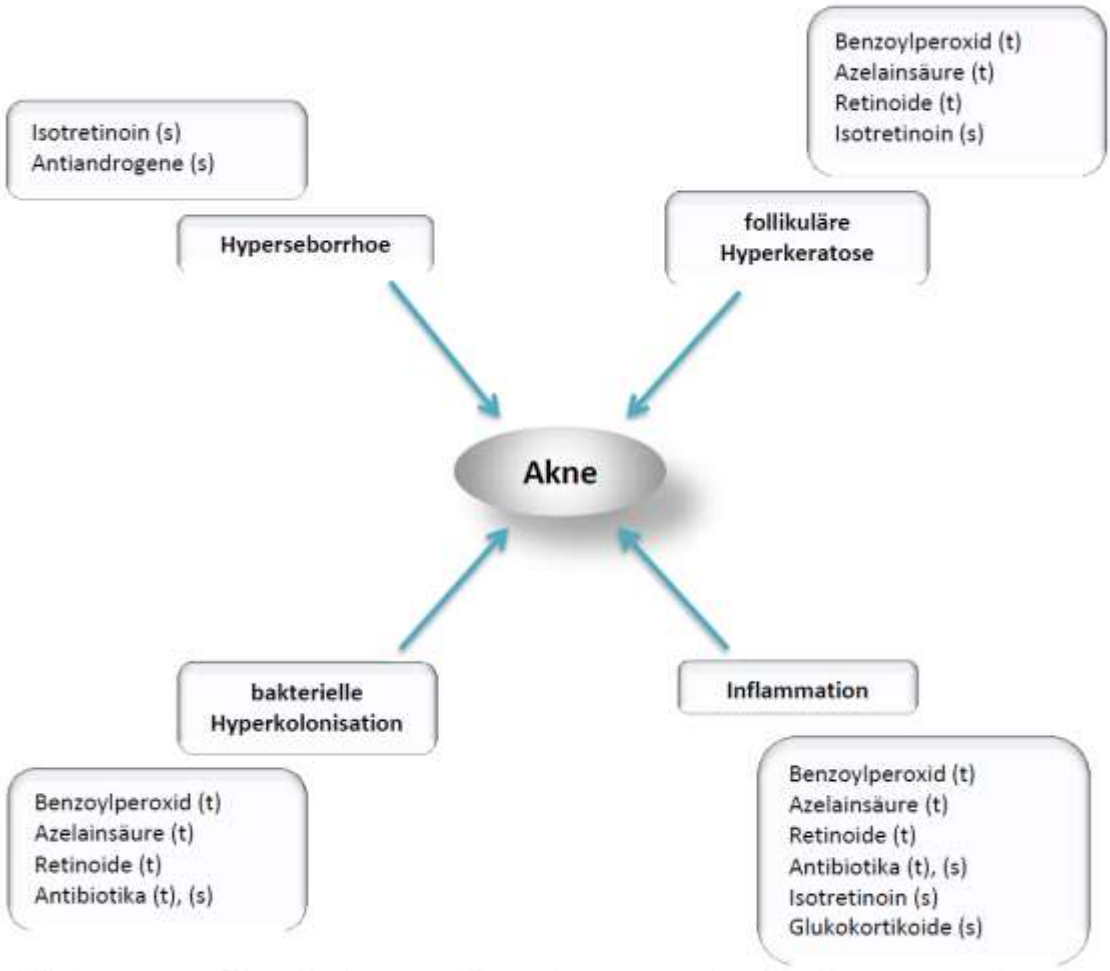

Abbildung 8: Angriffspunkte der topischen und systemischen Aknetherapie (4, 25)

Erläuterung zu Abbildung 8: (t) = topisch, (s) = systemisch.

Topische Therapie

Antibiotika
Benzoylperoxid
Azelainsäure
Retinoide

Alkoholische Gele können verstärkt zu Trockenheit und Irritationen der Haut führen, Creme- oder Lotion-Typ haben keine austrocknende Wirkung und werden kosmetisch gut vertragen. Die lokale Akne-Therapie sollte in der Regel zweimal täglich erfolgen.

Tabelle 4: Wirkungsprofil der topischen Aknetherapeutika (24, 25, 26, 27)

Wirkstoffe	Hyperseborrhoe	follikuläre Hyperkeratose	bakterielle Hyperkolonisation	Inflammation
Erythromycin	-	-	++	(+)/+
Clindamycin	-	-/(+)	++	(+)/+
Nadifloxacin	-	-	++	-/(+)
Benzoylperoxid	-	(+)	+++	(+)/+
Azelainsäure	-	++	++	+
Tretinoin	-	++	-/(+)	-
Isotretinoin	-	++	(+)/+	(+)
Adapalen	-	++	(+)/+	++

Erläuterung zu Tabelle 4:

+++ = sehr stark wirksam, ++ = stark wirksam, + = mäßig wirksam, (+) = schwach/indirekt wirksam, - = nicht wirksam.

Lokale Antibiotika

- Erythromycin (Aknemycin®) häufigste Resistenzen, sicher für Schwangere
- Clindamycin (Zindaclin®) KI:Schwangerschaft, Stillen

Wegen Resistenzentwicklung nicht als Monotherapie. Zu empfehlen ist eine Kombination mit topischen Retinoiden, Benzoylperoxid, Azelainsäure oder Zink, und gegebenenfalls mit oralen hormonellen Antiandrogenen bei Frauen.

HintergrundINFO: *Insgesamt hat die Resistenz gegenüber Antibiotika bei Propionibakterien sowohl bei vorbehandelten als auch bei nicht vorbehandelten Aknepatienten drastisch zugenommen; zum Teil finden sich bereits zu über 60 % Resistenzen gegen eines oder mehrere Antibiotika*[2]

Antiseptika

Benzoylperoxid

Benzaknen® 5 % Suspension zum Auftragen 50 ml
Antiseptikum, daher keine Resistenzentwicklung, Mittel der 1. Wahl als Monotherapie bei der topischen Behandlung leichter, entzündlicher Akneläsionen, 1-3x täglich 4- bis 8-wo.
Bei einer mittelgradigen und schweren Akneform erfolgt eine Behandlung mit Antiseptika in fixer oder sequentieller Kombination mit topischen Retinoiden, Antibiotika, Azelainsäure, und gegebenenfalls mit oralen Antibiotika und bei Frauen mit oralen hormonellen Antiandrogenen

[2] http://www.klinikum-dessau.de/fileadmin/user_upload/Hautklinik/PDF-Files/198_macne.pdf

SST: gilt als sicher

UAW: lokalen Hautirritationen wie Brennen, Rötung, Schuppung, Trockenheit und Jucken, Kontaktekzem NNH=500, Kontakt mit Augen oder Schleimhäuten meiden, kann Haare und Kleidung bleichen, fototoxischer Effekt

Azelainsäure (Skinoren® Creme 30g)

Etwas schwächer wirksam wie Benzaknen® weniger Hautirritationen, Anwendung auch über längere Zeit möglich, keine Bleichung, kein fototoxischer Effekt, kein Kontaktekzem, keine Resistenzentwicklung

SST: kommt natürlich im Organismus vor und ist keine teratogene Substanz

UAW: Hautirritationen wie Brennen, Rötung, Schuppung, Trockenheit und Jucken

topische Retinoide

Adapalen (Differin 1% Gel® 30g)

Standardtherapeutika bei der Acne comedonica und leichten
Form der Acne papulopustulosa. Bei stärkerer Entzündung Kombination / im Wechsel mit Benzaknen® 5 %

SST: Kontraindikation

HintergundINFO: *Differin Gel® hat im Vergleich zu den anderen topischen Retinoiden einen geringeren hautirritierenden Effekt und kann auch bei erhöhter Sonnenexposition appliziert werden Kombination mit Antiseptika, Erhaltungstherapie für bis zu 12 Monate*

Tabelle 5: Unerwünschte Wirkungen der topischen Aknetherapeutika (8)

	Erythem	Prickeln / Brennen	Desquamation	Xerosis	bakterielle Resistenz
Tretinoin 0,05 %	+++	++	++	++	-
Tretinoin 0,025 %	++	++	+	+	-
Isotretinoin	+	+	+	+	-
Adapalen	+	+	+	+	-
Azelainsäure	(+)	++	-	+	-
Benzoylperoxid 2,5 %	+	+	+	++	-
Benzoylperoxid 5 %	++	++	+	++	-
Erythromycin	-	-	-	-	+++
Clindamycin	-	-	-	-	++(+)

Erläuterung zu Tabelle 5:

+++ = sehr stark, ++= deutlich, + = mäßig, (+) = schwach, - = keine.

Systemische Therapie

Systemische Antibiotika

Standardtherapie bei mittelgradigen bis schweren entzündlichen Akneläsionen, einschließlich bei entzündlichen Akneläsionen, die mit einer topischen Therapie ohne Therapieerfolg vorbehandelt wurden, und bei entzündlichen Akneläsionen, die sich in mehreren Regionen, vor allem am Rücken präsentierten.
nicht als Monotherapie, Kombination mit topischen Retinoiden, BPO, Azelainsäure, und bei Frauen eventuell mit oralen hormonellen Antiandrogenen
Mindestdauer: 1 Monat Maximaldauer 3 Monate

Minocyclin (Minostad®)
Tagesdosis von 50 - 100 mg

UAW: Autoimmunerkrankungen bei längerer Anwendung: systemischer Lupus erythematodes, Autoimmunhepatitis, Thyreoiditis, Polyarteriitis nodosa, Nephritis, Onycholoyse (Ablösung des Nagelbettes), Hypersensitivitätsreaktionen (Pneumonie, Eosinophilie, DRESS-Syndrom = Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms-Sydrom), Arthritis, Vaskulitis

Erythromycin (Erythrocin® 2x 500 mg)
unbedenklich in der Schwangerschaft

UAW: QT-Verlängerung, zunehmende Resistenzentwicklung,

Clindamycin (Clindac® 3x 150-300mg)

Nur bei schweren systemischen Infektionen, nicht als Antibiotikum der 1. Wahl
SST: KI
UAW: Resistenzentwicklung, gastrointestinale Beschwerden, pseudomembranöse

Kolitis, sowie unter längerer Anwendung Thrombocytopenie, Leukopenie und Blutbildveränderungen

Systemische Retinoide

Isotretinoin (Ciscutan® 5-10-20-30-40mg 30 Kps. (2)
Dosierung 0,5 bis 1 mg/kg KG/d 6-12 Monate) kumulative Gesamtdosis von 120 bis 150 mg/kg KG soll erreicht werden, um dauerhaft Rezidive zu vermeiden.

Beispiel: Ciscutan 30 mg bei 50kg Kg = Tagesdosis 0,6mg/kg KG
Ergibt nach 6,5 Monaten die Gesamtdosis von 120mg/kg KG

das am stärksten wirkende Mittel gegen Akne, Größenreduktion der Talgdrüsen um bis zu 90 % und eine verminderte Talgproduktion.
Nach einer 3- bis 4- wöchigen Anwendung kann es vorübergehend zu einer Verschlechterung des klinischen Bildes kommen (keine Dosisänderung erforderlich)
Isotretinoin lässt sich gut mit hormonellen Antiandrogenen kombinieren.

Eine frühzeitige systemische Therapie mit Isotretinoin ist indiziert:

- Jugendliche mit vermehrter Talgproduktion und familiär bekannten schweren Verlaufsformen,
- frühzeitiger Narbenbildung,
- bei einer raschen Verschlechterung einer leichten Akneform und
- bei starker psychischer Belastung.

KI: Hepatitis, Nierenerkrankung, Depressionen kann sich verschlechtern

SST: (stark teratogen, vor Beginn der Behandlung zwei Schwangerschaftstests unter ärztlicher Kontrolle in Abstand von einem Monat verlässliche Empfängnisverhütung zwingend! Bevorzugt werden zwei ergänzende Empfängnisverhütungsmethoden, einschließlich einer Barrieremethode)

UAW: trockene Schleimhäute, Anämie, erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit, Thrombozytopenie, Thrombzytose, vermindertes HDL, erhöhte Serumtriglyceride und Transaminasen, reversibel Haarausfall, Myalgien, Arthralgien

WW: keine Kombination mit topischen Retinoiden, Vitamin A, Tetracyclin, ASS, Alkohol in hoher Dosis

Blutbild-Kontrollen: Leberenzyme und Blutlipide (Cholesterin, Triglyceride)
vor der Behandlung,
1 Monat nach Behandlungsbeginn
danach in einen Abstand von 3 Monaten

Systemische Gestagene mit antiandrogener Partialwirkung

- Mindestalter 16 Jahre,
- keine Therapie der 1. Wahl[3] bei einer mittelgradigen Acne papulopustulosa bis Acne conglobata
- Anwendung nicht als Monotherapie sondern in fixer oder sequentieller Kombination mit topischen BPO, Antibiotika, Azelainsäure, Retinoiden oder mit systemischen Antibiotika und Retinoiden.

Nicht empfohlen werden sie als primäre Monotherapie bei einer unkomplizierten Akne

Empfohlen Therapie mindestens für 12 Monate (ev. auch länger)

- jungen Patientinnen im gebärfähigen Alter mit klinischen Zeichen eines peripheren Hyperandrogenismus, mit oder ohne Hyperandrogenämie
- Frauen mit Acne tarda und Hyperandrogenämie
- Frauen mit einer persistierenden Akne, die mit einer klassischen Aknetherapie ohne Erfolg behandelt wurden
- weiblichen Patientinnen unter einer systemischen Isotretinoin-Therapie, um einen ausreichenden Kontrazeptionsschutz zu gewähren
- Frauen mit einem SAHA-Syndrom (Seborrhoe, Akne, Hirsutismus, androgenetische Alopezie)

Empfohlene Substanzen[4]

1. Wahl: Dienogest (Valette®)
2. Wahl: Chlormadinon (Belara®)

HintergrundINFO: *Drospirenon und Cyproteronacetat erhöhen das Thromboserisiko um das 1,5–2-Fache und haben damit das Risiko von Pillen der 3. Generation. Cyproteronacatat wird in vielen Publikationen als 1. Wahl weil stärkste Wirkung genannt, der Nutzen zur Aknetherapie ist laut Cochrane Review mäßig, der Nachweis für eine überlegende Wirksamkeit dürftig – in Frankreich wurde diese Substanz vom Markt genommen.*

[3] Altmeyer P.: Acne vulgaris L70.00. In: Therapielexikon Dermatologie und Allergologie. 2. Auflage. Springer Medizin Verlag. Berlin, Heidelberg; 2005. S. 10 – 14

[4] Bachler H., Fischer C. Leitfaden Allgemeinmedizin 2016 S: 300