

ROSAZEA Journal

Stress im Körper

Welche Auswirkungen hat er auf uns heute?

Rosazea

Epidemiologie, Pathogenese, Klinik und Therapie

DRH-Gesprächskreise

Betroffene engagieren sich für Betroffene



Gesprächskreis in Aktion

S. 13



Der Vorstand wünscht allen Mitgliedern eine entspannte und erscheinungsfreie Feiertags-Zeit verbunden mit den besten Wünschen für das kommende Jahr.

Bücher zum Thema Rosazea

S. 14





Hautrötungen? Rosazea?

Dermakosmetischer
Pflege-Tipp

ProBalance Akut

Natürliche Akut-Pflege bei gereizter und geröteter Haut

DADO SENS ProBalance ist eine dermatologische Hautpflege auf Naturbasis, die speziell für sehr empfindliche Haut mit einer Neigung zu Rötungen und Reizungen entwickelt wurde. Natürliche Rezepturen mit Ceramiden, Panthenol und Aloe vera beruhigen die Haut und schützen sie vor schädlichen Umwelteinflüssen. Ein hochwertiger Süßholzwurzelextrakt wirkt Rötungen, Brennen sowie Spannungs- und Hitzegefühl entgegen.

FÜR ALLERGIKER GEEIGNET!

- 100 % ohne Duft-, Farbstoffe und Parabene
- 100 % ohne Paraffine, Silikone und PEG
- 100 % ohne Tierextrakte



74% würden das Produkt
weiterverwenden*

KLINISCHE STUDIE BELEGT: Optimale Pflegewirkung bei Rosazea!

Hautberuhigung*	78 %
Verbesserung des Hautzustandes*	61 %
Rückgang der Rötungen*	57 %
Hautverträglichkeit*	91 %

* Klinische Studienergebnisse nach 4 Wochen und 3x täglicher Basispflege mit ProBalance Akut-Creme und Gesichtereinigung. Testpersonen mit Rosazea.
% Positivbewertungen.

Erhältlich in Reformhäusern oder im Webshop mit Lieferung direkt nach Hause! www.dadosens.com

Sie haben Fragen?
Kostenlose Online-Sprechstunde unter www.dadosens.com

Meine Dermakosmetik auf Naturbasis.

**DADO
SENS**
DERMACONTROL

Editorial

Liebes Mitglied der Deutschen ROSAZEA Hilfe,
liebe Interessierte an der Deutschen ROSAZEA Hilfe,

das Jahr 2008 neigt sich so langsam dem Ende zu. Die Deutsche Rosazea Hilfe e.V. kann wieder auf ein erfolgreiches Jahr zurückblicken.

Die HotLine der DRH wird zunehmend gut angenommen und Frau Dr. med. Andrea Schlöbe konnte sehr vielen Anrufern weiterhelfen.

Es haben sich erfreulicherweise wieder einige Damen und Herren bereit erklärt, einen neuen Gesprächskreis zu gründen. Kürzlich erst haben wir unseren ersten Gesprächskreis in Wien etabliert.

Zusammen mit unserem Rosazea-Experten aus der Psorisol Fachklinik, Herrn Prof. Dr. med. Ulrich Amon, konnten wir im Laufe des Jahres vielen Mitgliedern von der Geschäftsstelle aus helfen.

Auch im neuen Online-Hautportal www.hautsache.de konnte die Rosazeaproblematik ausführlich integriert werden. Die Rubrik: »Fragen an den Rosazea-Experten« ist dort bereits eine der meistbesuchtesten Seiten.

Sehr erfreulich findet der Vorstand der DRH auch, dass sich immer mehr Hautarztpraxen an uns wenden und die Vereinsbroschüre: »Rosazea, das Versteckspiel hat ein Ende« für ihre Patienten anfordern.

Nicht zuletzt die steigende Zahl der Mitglieder zeigt, dass die Deutsche Rosazea Hilfe e.V. auf gutem Kurs ist. Es soll an dieser Stelle auch noch einmal appelliert werden, die Leitung Ihres nächst gelegenen Gesprächskreises anzusprechen und die Aktivitäten der Leiterinnen und Leiter durch Input von Ideen zu unterstützen. Gesprächskreise stellen kein einseitiges Hilfsangebot dar. Betroffene sollten nicht darauf warten, dass etwas geboten wird sondern selbst mitbestimmen und mitgestalten. Dann macht es allen Spaß!

Der Vorstand wünscht Ihnen für die beginnende ruhige Zeit viel Freude im Kreise Ihrer Angehörigen und Freunde und natürlich wie immer eine möglichst lange erscheinungsfreie Zeit!

2009 geht es mit neuem Mut und neuer Kraft für uns alle weiter.

Redaktion und Grafik haben ein neues Objekt geschaffen, wir wünschen Ihnen nun eine informative und unterhaltsame Lektüre!

Ihre
Deutsche ROSAZEA Hilfe e.V.
Thomas Schwennesen
1. Vorsitzender



EDITORIAL

3

MEDIZINISCHE SZENE

- Rosazea: Epidemiologie, Pathogenese, Klinik und Therapie. Von Prof. Dr. med. Percy Mario Lehmann **4-9**
- Experten-Dialog **9**

PSYCHODERMATOLOGIE



- In Harmonie mit meiner Haut Heute: Stress im Körper Von Dipl.-Psych. Sonja Dargatz **10-11**

SPEKTRUM

- Geänderte Angaben auf Lichtschutzcremes **11**
- DRH HotLine Fragen und Antworten **12-13**
- Heißer Draht für Rosazea-Betroffene **13**
- Ihre Veranstaltung auf dem Hautportal www.hautsache.de **13**

DRH AKTUELL

- Gesprächskreis Hamburg-Winterhude wieder in Aktion **13**
- Bücher zur Rosazea **14**
- Wie gründe ich einen Gesprächskreis? **14**
- Rosazea-Gesprächskreise **14**
- Impressum **3**

Titelfotos: groß: © absolut_100 – istockphoto.com,
unten links: Viorika Prikhodko – istockphoto.com

Offizielle Mitglieder-Zeitschrift
Deutsche ROSAZEA Hilfe e. V. (DRH)

Herausgeber:
Deutsche ROSAZEA Hilfe e. V.

Vorstand:

1. Vorsitzender: Thomas Schwennesen, Hamburg
2. Vorsitzender: Joska Möller, Hamburg
- Schatzmeister: Thomas Maas, Tetenbüll
- Vorstandsmitglied: Horst Köllmer, Hamburg

Wissenschaftlicher Beirat:

- Prof. Dr. med. habil. Ulrich Amon, Hersbruck
Prof. Dr. med. Matthias Augustin, Hamburg
Univ.-Prof. Martina Kerscher, Hamburg
Prof. Dr. med. Volker Steinkraus, Hamburg

Geschäftsstelle:

Baumkamp 18 · 22299 Hamburg · Tel.: 0 40 / 51 06 19
E-Mail: info@rosazea-journal.de
www.rosazea-journal.de

Redaktionsanschrift:

Thomas Schwennesen Verlag, Hamburg
Postfach 20 23 13 · 20216 Hamburg
E-Mail: redaktion@rosazea-journal.de



IMPRESSUM

ROSAZEA Journal

Chefredaktion: Thomas Schwennesen

Redaktionsmitglieder: (alle Redaktionsanschrift)

Prof. Dr. med. habil. Ulrich Amon, Expertenantwort;
Sonja Dargatz, Psychodermatologie; Thomas Maas,
Gesundheitspolitik; Joska Möller, Diverses und Fotografie

Schlussredaktion: Sonja König

ANZEIGEN

Verlag und Anzeigenverwaltung:

Thomas Schwennesen Verlag, Hamburg
Postfach 20 23 13 · 20216 Hamburg
Tel.: 0 40 / 51 06 19 · Fax: 0 40 / 511 06 05
E-Mail: info@atop.de · www.schwennesen.de

Anzeigen erscheinen unter der Verantwortung der Auftraggeber. Sie sind getrennt vom redaktionellen

Teil und bedeuten nicht zwingend eine Empfehlung der Redaktion oder der DRH.

Layout, Produktion, Art Direktion:

JAB-Designstudio, Joska-A. B. Möller, Hamburg
Tel.: 0 40 / 21 31 41 · Fax: 0 40 / 21 31 43
E-Mail: info@jab-design.de · www.jab-design.de

Druck: Druckerei Weidmann, Hamburg

Erscheinungsweise: 4 mal jährlich, im Februar, Mai, August, November. Für Mitglieder der Deutschen ROSAZEA Hilfe e. V. ist der Bezug – ohne jede weitere Erhebung einer Gebühr – im Jahresbeitrag enthalten.

Für unverlangt eingeschickte Manuskripte, Fotos, Zeichnungen und andere Vorlagen übernehmen wir keine Haftung. Informationen für Autoren siehe Inhalt.

Die Autoren erklären sich mit der redaktionellen Bearbeitung von Zuschriften einverstanden.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt.

Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Rosazea: Epidemiologie, Pathogenese, Klinik und Therapie

Prof. Dr. med. Percy Mario Lehmann

Zusammenfassung

Einleitung: Rosazea ist eine häufige und chronische Hauterkrankung, die im Erwachsenenalter auftritt und über viele Jahre in Schüben verläuft. Methoden: Diskussion ausgewählter Literatur. Ergebnisse: Die Erkrankung wird in drei Stadien eingeteilt: *Rosacea erythematoso-teleangiectica*,



Abbildung 1: Rosazea Grad I – *Rosacea erythematosateleangiectatica*. Flächige Erytheme und Teleangiektasien zentrofazial.



Abbildung 2: Rosazea Grad II – *Rosacea papulopustulosa*. Zentrofazial neben Erythem und Teleangiektasien zusätzlich Papeln und Pusteln, auch am Kinn, Stirn und Capillitium.

ica, *Rosacea papulopustulosa* und *glandulär-hyperplastische Rosazea*. Die zahlreichen klinischen Sonderformen bereiten oft differenzialdiagnostische Schwierigkeiten und bedürfen spezifischer Therapiestrategien. Zu diesen Sonderformen gehören *Rosacea conglobata*, *Rosacea fulminans*, *granulomatöse Rosazea*, *persistierendes Ödem bei Rosazea*, *okuläre Rosazea* und *Steroidrosazea*. In letzter Zeit werden auch zunehmend Rosazea-Fälle beobachtet, die durch Chemotherapie maligner Tumoren mit Inhibitoren des epidermalen Wachstumsfaktors (Cetuximab, Gefitinib, Erlotinib) induziert wurden. Diese Sonderform ist noch wenig bekannt und wird erst in letzter Zeit in Kasuistiken diskutiert. Diskussion: Die Ursache der Rosazea ist unbekannt. Bei vorhandener Prädisposition können verschiedene physikalische und chemische Reize erste Krankheitsmanifestationen induzieren und zu Exazerbationen einer vorbestehenden Rosazea führen.

Die Behandlung der Rosazea sollte stadien- und phasengerecht verlaufen. Die Erkrankung ist zwar nicht heilbar, aber allgemein gut kontrollierbar.

Rosazea ist eine der häufigsten Dermatosen im Erwachsenenalter. Aufgrund des hauptsächlichen Vorkommens im Gesicht wirkt die Erkrankung für viele Patienten entstellend mit erheblichen psychosozialen Folgen. Die Erkrankung verläuft über viele Jahre in Schüben, die zu unterschiedlicher Krankheitsausprägung führen, so dass klinisch verschiedene Stadien unterteilt werden. In der vorliegenden Arbeit wird die in den kürzlich stattgefundenen Konsensuskonferenzen erarbeitete Klassifikation und Stadieneinteilung der Rosazea dargelegt.

Der Verlauf der Erkrankung ist individuell unterschiedlich; die Rosazea kann in jedem Stadium sistieren. Akne und Rosazea können zwar Ähnlichkeiten aufweisen, sind aber grundsätzlich verschiedenartige Erkrankungen. Genaue morphologische Kenntnisse sind zur sicheren Diagnostik und stadiengerechten Behandlung notwendig. Es gibt keine kausale Behandlung mit dauerhafter Ausheilung. Bei stadien- und phasengerechter Therapie ist die Rosazea jedoch gut kontrollierbar^{1, 3}. Im Folgenden wer-

den die aktuellen Behandlungskonzepte erläutert.

Epidemiologie

Es wird geschätzt, dass circa zwei bis fünf Prozent der Erwachsenen in Deutschland an Rosazea erkrankt sind. Rosazea ist eine Erkrankung des mittleren Lebensalters, sie beginnt meist im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt und hat einen Höhepunkt zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr, selten sind Kinder betroffen. In den nördlichen Ländern Europas, wo der hellhäutige, rothaarige keltische Hauttyp vorherrscht, ist Rosazea deutlich häufiger als im Süden. Die Prävalenz wird in Nordeuropa mit bis zu zehn Prozent, im Süden mit zwei Prozent angegeben⁴. Frauen erkranken häufiger als Männer, in der Regel aber mit milderem Verlauf.

Pathogenese

Ein wissenschaftlich fundiertes umfassendes pathogenetisches Prinzip konnte für die Rosazea noch nicht schlüssig erarbeitet werden. Gut definierte und bekannte Reize führen zu ersten Krankheitsmanifestationen oder bringen eine vorbestehende Rosazea zur Exazerbation: Sonnenstrahlung, Irritantien (Kosmetika, Seifen, Syndets, Schälmittel und andere), Temperaturwechsel, Hitze und psychovegetative Einflüsse.

Da eine Flushsymptomatik (starkes Erröten mit längerer Persistenz) bei allen Rosazea-Patienten initial die Erkrankung bestimmt, und das Angularvenensystem des Gesichtes mit dem »Hirnkühlkreislauf« verbunden ist, wurde eine Dysregulation des thermoreaktiven Mechanismus postuliert. Brinnet et al.⁵ konnten in einer experimentellen Studie demonstrieren, dass dieser thermoreaktive Mechanismus bei Rosazea-Patienten gestört ist. Weitere Studien⁶ ergaben, dass Rosazea-Patienten auf definierte Stimuli mit einer stärkeren und prolongierten Erythemreaktion des Gesichtes reagieren als Kontrollpatienten.

Aus diesen Daten kann folgende Hypothese formuliert werden: Patienten mit Rosazea haben eine genetische Prädispo-

sition für die Erkrankung. Zahlreiche gut dokumentierte Faktoren führen unter erhöhter Aktivität reaktiver Sauerstoffradikale zur Gefäßdilatation und Gefäßschädigung sowie konsekutiv zu Bindegewebsalterationen. Eine chronische Entzündungsreaktion mit Anfluten entzündlicher Zellen und Entzündungsmediatoren führt dann zum Phänotyp der Rosazea mit Erythem, Papeln und Pusteln. Durch Mitbeteiligung der Lymphgefäße entsteht eine ödematöse Schwellung. Durch die chronische Entzündung und einen Lymphstau wird eine Gewebshyperplasie induziert, die phänotypisch sich als hyperplastisch-glanduläre Form der Rosazea manifestiert. Im Sinne eines Amplifikationszyklus kann wiederum die chronische Entzündung die dermalen Gefäße und das umgebende Bindegewebe schädigen^{1, 7, 8}.

Klinik und Subtypen

Bei der Rosazea gibt es verschiedenartige Symptome und Erscheinungsformen, die gemeinsam aber auch unabhängig voneinander auftreten können. Folgende zentrofaziale Manifestationen weisen auf eine Rosazea hin:

- transiente, intensive Erytheme (»flushing and blushing«)
- persistierende Gesichtserythema
- Papeln und Pusteln
- Teleangiectasien
- Brennen und Stechen
- erythematöse Plaques
- Trockenheit der Haut, gelegentlich in Verbindung mit seborrhoischer Dermatitis
- extrafaziale Manifestationen

Klinische Stadien

Aufbauend auf ausführlichen klinischen Beschreibungen und Untersuchungen wurde in Konsensuskonferenzen die gültige Klassifikation der Rosazea bestätigt, die die verschiedenen Ausprägungsformen berücksichtigt und klinisch definiert. Es werden ein Vorstadium, drei Hauptstadien sowie Sonderformen unterschieden^{8, 9}.

Vorstadium – Die Rosazea-Diathese

Die meisten Patienten bemerken als erstes Symptom einer Rosazea flüchtige

Erytheme, die im Verlauf zunehmend häufiger auftreten und einen »flushartigen« Charakter haben. Diese anfallsweise auftretenden Erytheme begleiten Rosazea-Patienten durch alle Stadien und werden als besonders unangenehm empfunden. Die Haut ist sehr leicht irritabel und reagiert auf geringfügige Stimuli. Die anfänglich transienten Erytheme entwickeln sich zu persistierenden Rötungen.

Stadium I – Rosacea erythematosoteleangiectatica

Ein bleibendes Erythem kennzeichnet das erste Stadium der Rosazea (Rosazea I), mit unterschiedlich ausgeprägten Teleangiectasien (Abb. 1). Die Reizbarkeit der Haut nimmt in diesem Stadium noch deutlich zu. Stechen, Brennen und Juckreiz gehören zu den subjektiven Symptomen dieses Stadiums, die die Patienten besonders beeinträchtigen.

Stadium II – Rosacea papulopustulosa

Entzündlich gerötete Papeln und Pusteln treten auf erythematösem Grund zentrofazial in diesem Stadium (Rosazea II) auf. Sie bestehen für gewöhnlich über längere Zeiträume (Wochen) (Abb. 2). Gelegentlich wird dies mit einer Akne vulgaris verwechselt, wobei bei der Rosazea die Primäreffloreszenzen der Akne, die Komedonen, fehlen.

In der Regel treten die Effloreszenzen symmetrisch auf, bei längerem Bestehen werden Stirn, Kinn und Wangen, schließlich das gesamte Gesicht betroffen. Eine Ausbreitung über die Gesichtregion hinaus ist nicht die Regel, kann aber vorkommen. Bei der extrafazialen Rosazea sollte das gesamte Integument des Patienten untersucht werden.

Stadium III – glandulär-hyperplastische Rosazea

Große entzündliche Knoten und Plaques mit Infiltrationen sowie einer Gewebshyperplasie kennzeichnet dieses Stadium der Rosazea (Rosazea III). Nase und Wangen sind hierfür Prädilektionsstellen (Abb. 3).

Ausgedehnte entzündliche Infiltrate treten ebenso auf wie Bindegewebsvermehrung und massive Talgdrüsenhyperplasia.

sien. Folge dieser Gewebsvermehrungen sind die Entwicklung der verschiedenartigen Phyme (Abb. 4). Phyme (Phyma, griechisch: Schwellung, Masse, Knolle) entwickeln sich an verschiedenen Stellen des Gesichtes, am häufigsten und bekanntesten ist das Rhinophym, seltener sind Gnatophym, Otophym, Blepharophym und Metophym.

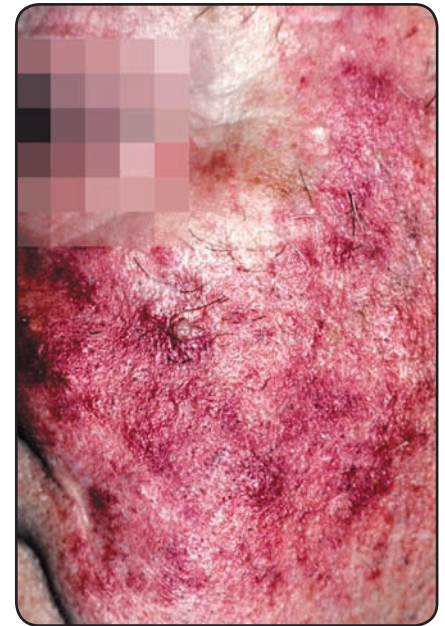


Abbildung 3: Rosazea Grad III – glandulärhyperplastische Rosazea. Papeln, Pusteln, entzündliche Knoten und fibrosierende Entzündung mit Gewebshyperplasie.



Abbildung 4: Rhinophym

Sonderformen

Rosacea conglobata

Ähnlich einer Acne conglobata kann es auch bei der Rosazea zu einschmelzenden hämorrhagisch-abszedierenden Knoten kommen. Schmerzhaft induzierte Stränge sind weitere Zeichen einer Rosazea conglobata (Abb. 5). Frauen sind öfters betroffen als Männer, der Verlauf ist chronisch progredient. Von der Acne conglobata unterscheidet sich diese Erkrankung durch die Begrenzung auf das



Gesicht, fehlende Komedonen und Ausparung von Brust, Rücken, Schultern und Extremitäten. Nur ausnahmsweise erscheinen konglobierende Knoten an der Brust.

Rosacea fulminans

Akut entwickeln sich fazial große konglobierende Knoten, und abszedierende Fistelgänge können das gesamte Gesicht befallen¹⁰. Seborrhoe, Abszesse, zahlreiche Pusteln und karbunkelartige Knoten kennzeichnen das Krankheitsbild (Abb. 6a). Diese schwerste Form einer Rosazea betrifft immer jüngere Frauen.

Die meisten Frauen haben eine Rosazea-Anamnese und berichten, dass vor dem plötzlich beginnenden Befall des Gesichtes eine starke Seborrhoe eingesetzt habe. 1940 beschrieben O'Leary und Kierland erstmals dieses dramatische Krankheitsbild unter der Bezeichnung Pyoderma faciale¹¹, ein irreführender Begriff, zumal bei bakteriologischen Untersuchungen nie Keime nachgewiesen wurden, die für die Erkrankung verantwortlich gemacht werden konnten. Das Allgemeinbefinden ist in der Regel kaum gestört, die Patientinnen sind vor allem psychisch aufgrund der entstellenden Dermatose beeinträchtigt. Auch wenn diese schwerste Rosazea-Form stark verunstaltend ist, so führt doch eine frühzeitige und intensive Therapie zu einem sehr guten Erfolg (Abb. 6b). Ebenso erfreulich und ermutigend ist, dass Rezidive nach erfolgreicher Therapie der Erkrankung nicht beobachtet wurden¹².

Granulomatöse Rosazea

Diese Sonderform der Rosazea ist besonders schwierig zu behandeln. Braunrötliche Knötchen oder Papeln entwickeln sich auf dem Boden einer diffus geröteten Haut. Diese lupoiden epitheloiden Granulome findet man in disseminierter

Abbildung 5: Rosacea fulminans. a) plötzlich aufgetretene konglobierende Knoten und abszedierende Fistelgänge auf stark seborrhoischer Haut; b) nach Therapie mit systemischen Glucosteroiden (1 mg/kg Körpergewicht Prednisolonäquivalent) und konsekutiv mit Isotretinoin (0,5 mg/kg Körpergewicht)

Verteilung im Gesicht. Histologisch zeigen sich lymphohistiozytäre Infiltrate mit Riesenzellen und epitheloidzellige tuberkuloide Granulome. Früher wurde diese Manifestation als Lupus miliaris disseminatus faciei benannt, eine Bezeichnung, die heute nicht mehr gebräuchlich ist. Keime (Mykobakterien) konnten als Auslöser ausgeschlossen werden.

Persistierendes Ödem bei Rosazea (Morbus Morbihan)

Derbe Ödeme im Gesicht bei Rosazea entstehen durch die stärkere Beteiligung der Lymphgefäße neben den Blutgefäßen. Stirn, Glabella, Nase und Wangen sind bevorzugt betroffen. Histologisch auffällig sind vermehrte Mastzellen in allen Etagen des Bindegewebes¹³. Hieraus ist das Konzept entstanden, dass die besondere Induration durch die chronische Entzündung in Zusammenhang mit einer von Mastzellen induzierten Fibrose hervorgerufen wird. Die Erkrankung (»Fluch der Kelten«) soll häufig in der Region Morbihan (Bretagne) vorkommen, in der ein großer Anteil der Bevölkerung keltischen Ursprungs ist. Eine aktuelle Arbeit¹⁴ konnte bei betroffenen Patienten eine immunologische Fehlregulationen in Form von Kontakturtikaria sowie einem gestörten Lymphabfluss mittels der Laser-Doppler-Untersuchung nachweisen. Dies ist ein Mechanismus, der auch bei der Rosazea als pathogenetische Mitursache diskutiert wird.

Steroidrosazea

Das klinische Bild der Steroidrosazea stellt eine Mischung aus einer Rosacea papulopustulosa und den Steroidnebenwirkungen Atrophie und Teleangiektasien dar^{15, 16}. Topische Behandlung mit potenten Corticosteroiden, auch gelegentlich systemische Applikation dieser Präparate, führt nach einem längeren Zeitraum zu einer Steroidrosazea. Bei Absetzen der Corticosteroide kommt es zu schweren Exazerbationen; konsequenter Steroidentzug ist die einzige Chance, dieses schwer zu behandelnde Krankheitsbild unter Kontrolle zu bringen¹⁶. Als neue Therapieoption können zusätzlich Calcineurininhibitoren (Pimecrolimus, Tacrolimus) mit gutem Erfolg appliziert werden².

Hautveränderungen durch Inhibitoren des epidermalen Wachstumsfaktorrezeptors

Verschiedene Hautnebenwirkungen wurden nach Einsatz von Inhibitoren des epidermalen Wachstumsfaktorrezeptors (EGFR, »epidermal growth factor receptor«) beschrieben, unter anderem »akneiforme Hautreaktionen« oder »Rosazea-artige Dermatitis«.

Nach Beobachtungen des Autors (Abb. 6a, b) und Studium einiger beschriebener Fälle^{17, 18}, handelt es sich bei einem Teil dieser Fälle um Hautveränderungen, die Rosazea-Manifestationen verschiedenen Grades sehr ähneln. Diese Nebenwirkungen können jedoch das gesamte Integument betreffen und über die Rosazea-artigen Hauterscheinungen weitere Ekzem-artige Veränderungen induzieren. Die EGFR-Inhibitoren sollten nicht abgesetzt werden, weil die Hautnebenwirkungen offenbar mit dem therapeutischen Ansprechen auf das Grunderkrankung korrelieren. Zwei Patienten des Autors sprachen sehr gut auf eine phasenadaptierte Rosazea-Therapie an. Weitere Studien sollten diese Nebenwirkung besser evaluieren, weil die Patienten zusätzlich zu ihrer schweren Grunderkrankung unter diesen für sie entstellenden Nebenwirkungen erheblich leiden.

Okuläre Rosazea

Etwa 25 Prozent der Rosazea-Patienten haben okuläre Manifestationen, unabhängig von Stadium und Schwere der Grunderkrankung. Am Auge treten chronische Entzündungsvorgänge auf, teilweise mit Ulzerationen und nodulären Infiltraten, die unbehandelt bis zur Erblindung führen können^{2, 3}.

Therapie

Im Gegensatz zu den vielfältigen Erscheinungsformen der Rosazea existieren, im Vergleich zur Akne, relativ wenige kontrollierte Studien zur Behandlung der Rosazea¹⁹. Unabhängig von Stadium und Phase muss den Patienten erklärt werden, dass die Haut der Rosazea ungewöhnlich empfindlich auf chemische und physikalische Reize reagiert. Daher sind alle lokal irritierend wirkenden Agenzien zu meiden, wie reizende Seifen,

alkoholische Tinkturen, Adstringenzen und Schälmittel. Insbesondere muss der Arzt die negativen Wirkungen der Sonnenstrahlung erläutern.

Topische Therapie

Im Stadium I und II der Rosazea ist oft eine topische Therapie ausreichend. Sehr viele und verschiedenartige Cremes, Lotionen und Gels werden zur Behandlung empfohlen, jedoch existieren für nur wenige Substanzen wissenschaftliche, evidenzbasierte Belege einer zuverlässigen Wirksamkeit. Die besten und umfangreichsten Studien gibt es zu den Wirkstoffen Metronidazol und Azelainsäure^{19, 20}, so dass diese Substanzen auch die offizielle Zulassung für die Indikation Rosazea als topische Medikamente besitzen.

Die Wirkung von Azelainsäure wurde gegenüber Metronidazol in randomisierten, prospektiven Multicenterstudien bei papulopustulöser Rosazea untersucht^{22, 23}. Beide Behandlungsmodalitäten waren gut wirksam, wobei Azelainsäure besser Papulopusteln reduzierte als Metronidazol. Die am häufigsten verwendete Substanz mit der größten klinisch dokumentierten Erfahrung ist Metronidazol^{19, 20}. Lange Zeit in Deutschland nur als Magistralrezeptur verschreibbar, ist seit 2001 auch ein Fertigarzneimittel als 0,75 % Gelzubereitung und seit 2003 auch eine Cremezubereitung im Handel.

Die Wirksamkeit von Metronidazol bei der Rosazea steht außer Zweifel, für diese Substanz gibt es zahlreiche doppelblinde placebokontrollierte Studien^{23, 24}.

Nach etwa drei Wochen kann eine Reduktion der Papeln und Pusteln um fünfzig Prozent erzielt und der maximale Effekt nach neun Wochen (bei über 75

Prozent der Patienten) erreicht werden. Als Nebenwirkung trat bei circa einem Prozent der Patienten eine Irritation auf, die meist jedoch passager war. Antibiotika, die in der Aknetherapie verwendet werden, sind oft effektiv, wobei der Wirkmechanismus nicht geklärt ist. Vermutet wird, dass eine allgemein antientzündliche Wirkkomponente verschiedener Antibiotika bei der Rosazea wirksam ist. Verwendet werden Erythromycin, Clindamycin und Tetracycline in Konzentrationen zwischen 0,5 und 2 Prozent. Während die stärkste Wirkung



Abbildung 6: Rosazea-artige Dermatitis. a) medikamentös durch Cetuximab induziert; b) nach dreiwöchiger Kombinationsbehandlung mit topischem Metronidazol (0,75 %), zweimal täglich und systemischem Minozyklin (zweimal 50 mg/Tag).

Die Behandlung wurde mehrere Wochen nach Beendigung der Chemotherapie durchgeführt, nachdem es zu keiner Spontanremission der durch Cetuximab induzierten Nebenwirkungen gekommen war.

für Erythromycin angenommen wird, scheinen topische Tetrazykline wenig effektiv zu sein.

Topische Retinoide sind eine mögliche künftige Option, die zurzeit für die Behandlung der Rosazea in Studien geprüft wird. In einer kürzlich veröffentlichten randomisiert kontrollierten prospektiven Studie erwies sich Adapalen bei papulopustulöser Rosazea als wirksam²¹. Für topische Antibiotika und Retinoide fehlt die offizielle Zulassung für die Indikation Rosazea, so dass diese Substanzen nur »off-label« verwendet werden.

Systemische Therapie

Die Systemtherapie der Rosazea ist den schwereren Formen vorbehalten. Orale Tetrazykline (Tetrazyklinhydrochlorid, Oxytetracyclin) gelten seit etwa vierzig Jahren als Standard in der oralen Therapie schwerer Rosazea-Formen³. Eine drei- bis vierwöchige Therapie mit zweimal 250 mg/Tag kann die Haut- aber auch Augensymptome einer Rosazea gut unter Kontrolle bringen.

Minozyklin und Doxycyclin, die zweite Tetrazyklin-Generation, sind ähnlich effektiv, auch wenn gut kontrollierte Studien hierzu fehlen. Auf die Nebenwirkungen ist zu achten. So ist Doxycyclin phototoxisch wirksam und Minozyklin führt zu Verfärbungen von Haut und Schleimhäuten sowie anderen Geweben. Schwangerschaft stellt eine Kontraindikation für diese Substanzklasse dar. Makrolidantibiotika sind eine Alternative zu den Tetrazyklinen.

Isotretinoin: Isotretinoin ist bei mittelschwerer und schwerer Rosazea teilweise gut wirksam, auch wenn keine offizielle Zulassung für diese Indikation besteht²⁵, e4. Die anfänglich applizierten Dosen lagen bei 0,5 bis 1 mg/kg Körpergewicht, jedoch hat sich auch die zuletzt zunehmend propagierte und dokumentierte Niedrigdosistherapie (0,1 bis 0,2 mg/kg Körpergewicht) als gut wirksam erwiesen.

Glucocorticosteroide: Bei schwersten Formen der Rosazea, Rosazea conglobata und Rosazea fulminans, können anfänglich zur Reduktion der entzündlichen Komponente systemisch Glucocorticosteroide (0,5 bis 1 mg Prednisolon-Äquivalenzdosis/kg Körpergewicht) eingesetzt werden, die ansonsten bei der Rosazea-

Therapie kontraindiziert sind. Nach Abklingen der Entzündungszeichen führt die Kombination mit Isotretinoin unter Ausschleichen der Glucocorticosteroide zu den besten Ergebnissen²⁵.

Sonstige pharmakologische Therapieoptionen: Es wird auch über den erfolgreichen Einsatz von Dapson, Antimalariamitteln, Antimykotika, Cyproteronacetat, Spironolacton, Clonidin und Nadolol berichtet. Aus Platzgründen kann hierauf jedoch nicht näher eingegangen werden.

Operative Therapie der Rosazea

Hauptsächlich das Rhinophym bei Rosazea kann operativ effektiv behandelt werden.

Durch die systemische Gabe von Isotretinoin lässt sich das Rhinophym verkleinern, die wirksamste Therapie ist jedoch die operative Abtragung. Verschiedene Techniken sind in der Literatur beschrieben, wobei die Erfahrung des Operateurs für den Erfolg der einzelnen Methode am bedeutsamsten erscheint. Exzision und kryotherapeutische sowie elektrochirurgische Abtragung, Vaporisation mit dem CO₂-Laser, Abtragung mit Erbium-Yag-Laser, Dermashaving mit einem Skalpell oder Dermabrasion sind wirksame Methoden³.

*Prof. Dr. med. Percy Mario Lehmann
Klinik für Dermatologie, Allergologie
und Umweltmedizin, HELIOS-Klinikum
Wuppertal*

Abdruck mit freundlicher Genehmigung vom Deutschen Ärzte Verlag aus: Deutsches Ärzteblatt 2007; 104(24): A-1741/B-1536/C-1475 MEDIZIN: Übersichtsarbeit

Literatur

1. Lehmann P: Rosacea. Klinik, Pathogenese, Therapie. Hautarzt 2005; 56: 871–87.
2. Plewig G, Kligman AM: Acne and Rosacea. Berlin, Heidelberg: Springer, 3rd edition, 2000; 365.
3. Schöfer H: Rosacea: Klinik und aktuelle Therapie. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2003.
4. Berg M, Liden S: An epidemiological study of rosacea. Acta Derm Venereol 1989; 69: 419–23.
5. Brinzel H, Friedel J, Caputa M, Cabanac M, Grosshans E: Rosacea: disturbed defense against brain overheating. Arch Dermatol 1989; Res 281: 66–72.
6. Nagasaki T, Brinzel H, Hales JR, Ogawa T: Selective brain cooling in hyperthermia: the mechanisms and medical implications. Med Hypotheses 1998; 50: 203–11.
7. Wilkin JK: Rosacea: pathophysiology and treatment. Arch Dermatol 1994; 130: 359–62.
8. Crawford GH, Pelle MT, James WD: Rosacea. I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. J Am Acad Dermatol 2004; 51: 327–41.
9. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Feinstein A, Odom R et al.: Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. J Am Acad Dermatol 2002; 445: 584–7.
10. Lehmann P, Arens A: Rosacea fulminans. In: Dermatologie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend (Hrsg. A. Plettenberg, W.N. Meigel, I. Moll). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag 2000; 257–9.
11. O'Leary PA, Kierland RR: Pyoderma faciale. Arch Dermatol 1940; 41: 451–62.
12. Plewig G, Jansen T, Kligman AM: Pyoderma faciale – a review and report of 20 additional

Ihre Veranstaltung auf dem
Hautportal www.HAUTSACHE.de



Auf dem neuen Hautportal www.HAUTSACHE.de besteht für jeden Veranstalter die Möglichkeit, nach kostenloser Anmeldung entsprechende Termine und Infos einzutragen.

- aces: Is it rosacea? Arch Dermatol 1992; 128: 1611–7.
13. Hölzle E, Jansen T, Plewig G: Morbus Morbihan – Chronisch persistierendes Ödem des Gesichtes. Hautarzt 1995; 46: 796–8.
 14. Wohlrab J, Lueftl M, Marsch WC: Persistent erythema and edema of the midthird and upper aspect of the face (morbus morbihan): evidence of hidden immunologic contact urticaria and impaired lymphatic drainage. J Am Acad Dermatol 2005; 52: 595–602.
 15. Jansen T, Melnik B, Plewig G: Gramnegative Follikulitis als Begleitkomplikation bei Rosacea. Akt Dermatol 1994; 20: 381–4.
 16. Leyden JJ, Thew M, Kligman AM: Steroid rosacea. Arch Dermatol 1974; 111: 619–22.
 17. Segaert S, van Cutsem E: Clinical signs, pathophysiology and management of skin toxicity during therapy with epidermal growth factor receptor inhibitors. Ann Oncol 2005; 16: 1425–33.
 18. Gutzmer R, Werfel T, Kapp A, Elsner J: Kutane Nebenwirkungen einer EGF-Rezeptor-Blockade und deren Management. Hautarzt 2006; 57: 509–13.
 19. Van Zuuren EJ, Graber MA, Hollis S, Chaudhry M, Gupta AK, Gover M: Interventions for rosacea. Cochrane database syst Rev 2004; (1): CD00326.
 20. Lehmann P: Klinische Studien zur topischen Therapie mit Metronidazol bei Rosacea. In: Rosacea – Klinik und aktuelle Therapie. Schöfer H (ed.), Stuttgart: Georg Thieme Verlag 2003; 41–50.
 21. Altinyazar HC, Koca R, Tekin NS, Esturk E: Adapalene vs. Metronidazole gel for the treatment of rosacea. Int J Dermatol 2005; 44: 252–5.
 22. Czernielewski J, Liu Y: Comparison of 15 % azelaic acid gel and 0,75 % metronidazole gel for the topical treatment of papulopustular rosacea. Arch Dermatol 2004; 140: 1282–3.
 23. Bleicher PA, Charles JH, Sober AJ: Topical metronidazole therapy for rosacea. Arch Dermatol 1987; 123: 609–14.
 24. Dahl MV, Katz I, Krueger GG et al.: Topical metronidazole maintains remissions of rosacea. Arch Dermatol 1998; 134: 679–83.
 25. Erdoan FG, Yurtsever P, Aksoy D, Eskioglu F: Efficacy of low-dose isotretinoin in patients with treatment-resistant rosacea. Arch Dermatol 1998; 134: 884–5.

Literatur Internet

- e1. Guerrera M, Parodi A, Cipriani C, Divano C, Rebora A: Flushing in rosacea: a possible mechanism. Arch Dermatol Res 1982; 272: 311–6.
- e2. Ljubojevic S, Basta-Juzbasia A, Lipozeneia J: Steroid dermatitis resembling rosacea: aetiopathogenesis and treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol 2002; 16: 121–6.
- e3. Elewski BE, Fleischer AB Jr, Pariser DM: A comparison of 15 % azelaic acid gel and 0,75 % metronidazole gel in the topical treatment of papulopustular rosacea: results of a randomized trial. Arch Dermatol 2003; 139: 1444–500.
- e4. Vogt E, Friedrich HC: Orale 13-cis-Retinsäure-Therapie bei Adenoma sebaceum symmetricum und schwerster Akne- und Rosaceaform. Z Hautk 1982; 58: 646–67.

Experten-Dialog

Die Redaktion hat den Auszug aus einem Leserbrief ebenfalls im Ärzteblatt gelesen. Es sind einige interessante Aspekte herauszulesen, deshalb veröffentlichen wir unkommentiert die Ausführungen.

... Herr Kollege von den Driesch weist richtigerweise auf die jahrzehntelange gute Erfahrung mit Schwefelpräparationen in der Dermatologie bei verschiedenen Indikationen, insbesondere aber bei der Rosazea, hin. Auch ich habe mit Schwefelpräparationen bei der Rosazea sehr gute Erfahrungen gemacht und kann die Ausführungen von Herrn von den Driesch bestätigen.

Es handelt sich hier um persönliche Erfahrungen, die auf jahrzehntelangem Gebrauch dieser Medikamente in der Dermatologie beruhen, die im Zeitalter der evidenzbasierten Medizin die niedrigste Plausibilitätsstufe erreicht. Die zitierte Studie von HM Torok hat die Schwierigkeit, dass nicht Schwefel alleine, sondern eine Kombination aus 5-prozentiger Schwefelformulierung mit Sulfoacetaminium und zusätzlich noch einem Lichtschutzmittel verwendet und mit Metronidazol verglichen wird. Die günstige Wirkung kann aufgrund dieser Studie also nicht alleine auf die Schwefelpräparationen zurückgeführt werden. Aufgrund dieser Problematik fand bei dem sehr knapp vorgegebenen Raum für eine Übersichtsarbeit die Schwefelpräparation im Artikel keine Erwähnung.

Herr Kollege Oster-Schmidt spricht insbesondere die schwierige Situation der Augenbeteiligung an. Hier ist unbedingt zu empfehlen, mit einem kompetenten Ophthalmologen zusammenzuarbeiten. Richtigerweise wird auf die Therapie der systemischen Antibiotika bei der Keratokonjunktivitis hingewiesen. Aus Platzgründen konnte hierauf im Artikel nicht näher eingegangen werden. Da der Schweregrad der okkulären Rosazea vom Hautbefund unabhängig ist, empfiehlt sich bei allen Rosazea-Patienten mit Augensymptomen eine ophthalmologische Untersuchung. Das Risiko der Erblindung ist außerordentlich gering, in circa fünf Prozent der Fälle einer okkulären Rosazea können jedoch schwere Beteiligungen der Hornhaut als Rosacea keratitis auftreten, die mit Hornhautnarben und Hornhautvaskularisationen einhergehen. Diese Komplikationen sind weder medikamentös, noch operativ befriedigend zu therapieren.

Eine Erklärung für die Abfolge von seborrhoischer Dermatitis und Rosazea kann nicht gegeben werden.

In ersten Studien haben sich die weniger irritierenden Retinoide als wirksam erwiesen. Hier scheint die antiflogistische immunregulierende Wirkung den irritierenden Effekt der Retinoide zu übertreffen. Bezüglich der Sonnenschutzpräparate muss eine individuelle Verordnung erfolgen, die den Erfahrungen des Therapeuten folgen. Eine allgemein gültige Empfehlung kann hier nicht gegeben werden, zumal keine Studien über mehr oder weniger irritierende Sonnenschutzpräparate vorliegen.

Herr Prof. Hornstein ist zu danken für die weitergehenden Ausführungen über ältere Hypothesen zur Flushsymptomatik der Rosazea, die in dem Übersichtsartikel ebenso aus Platzmangel keine Erwähnung fanden, zumal sie weiterhin als Hypothesen gelten müssen, ohne dass eine Bestätigung durch neuere Untersuchungen folgen konnten. Besonders interessant sind diese Ausführungen im Licht neuerer Befunde, die die Rosazea als neuroimmunologische Reaktion ansehen, wobei dies zunächst auch als Hypothese zu betrachten ist, die erst bewiesen werden muss.

Prof. Dr. med. Percy Mario Lehmann
Klinik für Dermatologie, Allergologie u. Umweltmedizin, HELIOS-Klinikum Wuppertal, Universität Witten-Herdecke



In Harmonie mit meiner Haut

Auf den Spuren der Psychodermatologie



Von Dipl.-Psych.
Sonja Dargatz

Stress im Körper

Das Handy klingelt, Sie machen wieder mal Überstunden, und Ihr Herzblatt zieht ein langes Gesicht, als Sie ihm mitteilen, dass es wieder einmal später wird. Sie sitzen schwitzend im Büro über Ihrer Terminarbeit, die noch heute Abend fertig werden muss.

Auch Ihre Haut fühlt sich zusehends gespannter an und zeigt eine sichtbare Verschlechterung ...

Was geschieht bei negativem Stress in unserem Körper? Was verändert sich?

Erleben wir eine Situation persönlich als stressig-bedrohend, so läuft prinzipiell jedes Mal das gleiche Muster von körperlichen Reaktionen ab. Ganz unabhängig davon, was Sie diesmal im negativen Sinne stresst. Blitzartig verändern sich die vielfältigsten Körperfunktionen.

Unser autonomes Nervensystem arbeitet dabei mit zwei Gegenspielern:

Im Stress aktiviert der anregende Teil unseres vegetativen Nervensystems, auch Sympathicus genannt, viele Funktionen im Körper, damit wir schnell und angepasst reagieren können. Ist die Stress-Situation erst einmal gebannt oder vorüber, leitet der Gegenspieler im vegetativen Nervensystem, der Parasympathicus, ausgleichend all jene Funktionen ins Gleichgewicht zurück. Nur so gelingt es uns,

nicht im Daueralarm zu verweilen und keine gesundheitlichen Schäden davonzutragen.

Ursprünglich geht dieser ausgefeilte Mechanismus unseres Körpers auf unsere Vorfahren in der Steinzeit zurück. Damals saßen wir als Frauen mit unseren Kindern um die Feuerstelle, sammelten Beeren und passten auf unsere Kinder auf. Unsere Männer gingen meist gemeinsam auf die Jagd. Näherte sich zum Beispiel ein feindlich gestimmter großer Bär, mussten wir als Frauen blitzschnell entscheiden, wie es um unsere Ressourcen und Fähigkeiten bestellt war, um ein lebensrettendes Verhalten an den Tag zu legen.

Der Forscher Cannon spricht in diesem Zusammenhang vom »Fight-or-Flight-Syndrom«. Frauen flüchteten mit den Kindern in der Regel zum Beispiel auf einen Baum oder in eine Höhle, während die Männer blitzschnell entschieden zu kämpfen.

In einigen Situationen bewährte sich auch wie erstarrt stehen zu bleiben, zum Beispiel in Gegenwart einer giftigen Schlange. Wenn wir uns heute in diese Situation unserer einstigen Vorfahren zurückversetzen, wird es deutlich, warum in der Stress-Situation blitzschnell Körperfunktionen verändert werden mussten. Denn nur auf diese Weise waren wir in der Lage, unser Leben zu schützen und zu überleben. Jede Sekunde des weiteren Zögerns hätte uns das Leben gekostet.

So erweitern sich in der Stress-Situation die Pupillen und stellen sich auf Fernsicht ein, um die Gefahrensituation genau wahrnehmen zu können. Unsere Bronchien dehnen sich aus und unterstützen unsere schnellere, aber auch flachere Atmung. Auch die Herzschlagrate erhöht sich in diesem Zusammenhang. Weil wir

uns anstrengen, nimmt auch die Schweißbildung zu und kühlt so unseren erhitzten Körper. Die Haut zeigt im Angesicht der Gefahr die berühmte Gänsehaut. Die Leber schüttet vermehrt Zucker in unseren Blutkreislauf aus und liefert zügig Energie. Desweiteren werden großzügig die Hormone Adrenalin und Noradrenalin ausgeschüttet.

Auf Eis gelegt werden in dieser Situation der Verdauungstrakt und die Harnblase; »müssten« wir in einer bedrohlichen Situation dringend wo hin, hätte es fatale Folgen im Angesicht des großen Bären ...

Viele hormonelle Prozesse laufen in der Ausnahmesituation ab und befähigen den Menschen, sich insgesamt sehr funktionell anzupassen, die eigenen Waffen zu wählen und umzusetzen, sei es Flucht oder Kampf.

Es entwickelten sich in der Steinzeit also lebensnotwendige Stresswerkzeuge im Organismus des Menschen, die sich im Laufe der Menschheitsentwicklung bewährten.

Im Angesicht von Stressoren der Steinzeit wie Kälte, Hunger, wilden Tiere oder anderen, feindlich gesinnten, Volksstämmen, ermöglichte es uns das Überleben. Man spricht in diesem Zusammenhang von physischen/äußeren Stressoren, die uns das Leben schwer machten.

Auch heute laufen wir als Neuzeit-Menschen mit diesem Stressmechanismus unserer Vorfahren in uns durch die Gegend. Beobachten Sie einmal Ihre körperlichen Reaktionen in einer von Ihnen als stressig-bedrohlich bewerteten Situation; Sie werden die sichtbaren, oben bereits beschriebenen Veränderungen der körperlichen Vorgänge deutlich spüren und wahrnehmen können. In der Evolution werden erfolgreiche Mechanismen im Menschen weitergegeben; Verände-

rungen brauchen Zeit – Millionen von Jahren. Problematisch ist also, dass der etablierte Stressapparat heute wenig funktionell ist, da wir in den meisten als stressig empfundenen Situationen weder kämpfen noch flüchten können. Wir kämpfen nicht mehr mit einem großen Bär, sondern mit der Ansammlung vieler kleiner Bären in unserem Alltag. Das sind die heutigen psychischen Stressoren, wie Zeitdruck, Überstunden, perfektionistische Ansprüche anderer oder an sich selbst, Arbeitsplatzunsicherheit, fehlende Wertschätzung seitens des Arbeitsgebers, Partnerschafts- oder Erziehungsprobleme, Krankheit von Familienangehörigen und viele weitere andere Belastungen im Alltag. Aber Sie erinnern sich sicher an den Ausspruch: Auch Kleinvieh macht Mist.

Die Überforderung belastet uns zusehends, und als Hautbetroffene von Rosazea würde man so manches Mal am liebsten aus der Haut fahren, zum Beispiel vor dem Vorgesetzten flüchten oder ihn an die Wand klatschen. Die Reaktionsweisen der Vorfahren lassen grüßen. Sie sind allerdings alles andere als sozial akzeptabel und keinesfalls umzusetzen. Was lernen wir daraus: Um unser heutiges Stressgeschehen steuern zu können, müssen wir uns wie unsere Vorfahren körperlich abregieren. Nur so lassen sich gesteigerte Hormonwerte, vor allem die des Adrenalins, wieder auf Normalwerte herunterfahren. Viele beruflich gestresste Menschen kommen alltäglich ermattet nach Hause und fallen als Schlafkamel auf die Couch und lassen zur fälschlicherweise bewerteten Entspannung den Fernseher laufen. Dabei wundern sie sich, dass sie nicht abschalten können. Das Adrenalin schlummert noch immer in ihnen und schreit nach Bewegung.

Nutzen Sie Ihr heute gewonnenes Wissen, um an stressigen Tagen erst recht eine halbe Stunde joggen, walken oder aufs eigenen Trampolin zu Hause zu gehen, um ihr Stressgeschehen wieder auf Normalwerte herunterzufahren.

Sie werden auch bemerken, dass Sie sich danach viel wohler in Ihrer Haut fühlen, viel entspannter, und gerade Ihre Haut wird es Ihnen danken.

Noch ein Tipp zum Schluss: Beobachten Sie in einer stressig empfundenen

Situation einmal gezielt Ihre Atmung. Und lernen Sie, gezielt darauf Einfluss zu nehmen. Atmen Sie statt flach und schnell, bewusst tief und langsam. Spüren Sie Ihre Bauchatmung, indem Sie Ihre Hand auf Ihre Bauchdecke legen und gezielt nachspüren. Niemand kann angespannt bleiben, der gezielt seine Atmung beruhigt. Gerade in schwierigen stressigen Situationen kann es also hilfreich sein, wenn man nicht gleich flüchten oder zum Sport gehen kann, sich einen Moment ins eigene Büro, in ein anderes Zimmer zu Hause oder aufs berühmte stille Örtchen zurückzuziehen und bewusst zu atmen. Die Ausatmung sollte dabei deutlich länger dauern als die Einatmung. Nach ein paar Atemzügen wird's besser sein ... Probieren Sie es aus und üben Sie.

In der nächsten Ausgabe lesen Sie: Was geschieht bei Stress im Körper des Menschen und welche Auswirkungen hat er auf uns heute?

Sie haben Fragen?

Wenn Sie Fragen zu diesem Thema haben, können Sie sie direkt an Frau Dargatz stellen. Mailen oder schreiben Sie der Redaktion (s. Impressum).

Frau Dargatz wird Ihre Frage individuell beantworten und die Problematik wird – natürlich anonymisiert – dann auch im Rosazea Journal veröffentlicht, damit alle etwas davon haben.

Geänderte Angaben auf Lichtschutzcremes

Die neue EU-Richtlinie zum UV-Schutz hat eine Reklassifikation der Lichtschutzfaktoren (LSF) zur Folge gehabt.

Die Angaben auf den Verpackungen von Lichtschutzcremes haben sich geändert, wie in München auf einem Seminar des Unternehmens La Roche-Posay berichtete wurde. Es gibt jetzt Schutzklassen mit den Kategorien basis (LSF 6 und 10), mittel (LSF 15, 20, 25), hoch (LSF 30, 50) und sehr hoch (LSF über 50). Auf den Verpackungen müssen zudem Aussagen zur Wasserfestigkeit, zum UVA- und UVB-Schutz und Quotienten des Schutzes stehen.



ASKLEPIOS NORDSEEKLINIK WESTERLAND/SYLT



Klinik für Dermatologie und Allergologie

Kompetent durch individuelle Kombinationstherapie bei:

- Neurodermitis (und allen Begleiterkrankungen wie Asthma und Heuschnupfen)
- Psoriasis vulgaris mit und ohne Gelenkbeteiligung
- Berufliche Erkrankung der Haut
- Chronisch juckende und entzündliche Hauterkrankungen
- Hautkrebskrankungen und Hautlymphome
- Allergikergeeignete Zimmer inkl. Encasing
- Meerwasser- und Starksolebäder
- Heliotherapiedüne und UVA 1-Fototherapie
- Lehrküche
- Individuelles Ernährungsprogramm
- Allergie- und Funktionstestungen
- Psychologische Betreuung
- Schulungen und Beratung
- Ergotherapeutische Unterstützung
- Sozialrechtliche Hilfe

Akutklinik, Rehabilitation und Ambulanz

Weitere Informationen unter:

www.asklepios.com/sylt

Email: Dermatologie@asklepios.com

Unterlagen:

Asklepios Nordseeklinik

Patientenmanagement

Norderstr. 81, 25980 Westerland/Sylt,

Tel. 04651/84 4705, Fax 04651/841059

Ich hab da mal 'ne Frage ...



Frau Dr. med. Andrea Schlöbe betreut die Anrufer der HotLine der Deutschen Rosazea Hilfe e.V. Damit alle Mitglieder von den Fragen und den Antworten profitieren können, veröffentlichen wir diese im ROSAZEA JOURNAL. Die HotLine der Deutschen Rosazea Hilfe e.V. ist immer mittwochs zwischen 18 und 19 Uhr besetzt. Die Rufnummer lautet: 01 80/55 22 933. Kosten: 12 ct./Min. aus dem Deutschen Festnetz. Handy kann teurer werden.

Bitte bedenken Sie auch bei HotLine Fragen, dass die Antwort nur auf Grund der geschilderten Umstände gegeben wurde. Die HotLine ersetzt in keinem Falle eine hautärztliche Vorstellung Ihrer Beschwerden.

Frage: Helfen Massagen bei der Rosazea?

Antwort: Eine Lymphdrainage im Gesichtsbereich/Hals kann hilfreich sein; Diese würde ich bei einem Hautarzt machen lassen, der eine Medizinische Kosmetik anbietet.

Frage: Wie hoch sollte der Lichtschutz sein.

Antwort: Man kann dies nicht ganz pauschal sagen; er sollte aber mindestens 20–25 (bezogen auf UVB) enthalten und dazu entsprechend ein UVA-Pendant.

Frage: Kann ich den Lichtschutz und Metrocreme parallel auftragen?

Antwort: Es sollte zwischen beiden Auftragungen etwas Zeit liegen, optimaler Weise 15–30 Minuten, damit es nicht zu Reaktionen beider Cremes und unter Umständen einer Abschwächung der Wirkung kommt.

Frage: Kann mit einer Laserbehandlung die Flush-Symptomatik gelindert werden?

Antwort: Mit dem Laser werden erweiterte Äderchen im Gesichtsbereich verödet. Die erweiterten Äderchen sind bei der Rosazea ein Grund für das Auftreten der Flush-Symptomatik, so dass man durchaus mit einer Besserung der Beschwerden nach Laserbehandlung rechnen kann. Da aber auch noch an-

dere Faktoren eine Rolle spielen, kann trotz Laserbehandlung allerdings leider dennoch weiterhin ein Flush auftreten.

Frage: Was halten Sie von einer Therapie mit Vitamin A Säure?

Antwort: Es handelt sich um eine sehr effektive Therapie, aber man muss Nutzen und Risiken gut abwägen.

Zusatz-Frage: Welche Nebenwirkungen können vorkommen?

Antwort: Man muss die Leberwerte regelmäßig kontrollieren, da es zu einer Erhöhung dieser kommen kann. Auch können Haut und Schleimhäute sehr trocken werden, so dass unter Umständen Kontaktlinsen nicht vertragen werden.

Frauen im gebärfähigen Alter dürfen nicht schwanger werden und müssen adäquat verhüten.

Zusatz-Frage: Wie lange muss das Präparat eingenommen werden?

Antwort: In der Regel sechs Monate; eine gewichtsadaptierte Höchstdosis, die Ihr Hautarzt ausrechnen kann, soll nicht überschritten werden

Frage: Ich habe eine Rosazea mit Flush-Symptomatik; wie kann man das behandeln?

Antwort: Rosazea Patienten sind prädisponiert an Flushs und Gesichtsröte zu leiden. Mehrere Auslöser sind be-

kannt: Hitze, Kälte, UV-Strahlung, emotionale Erregung, Alkohol, Gewürze und heiße Getränke.

Wichtig ist, so gut es geht diese Auslöser zu meiden. Das ist natürlich nicht immer möglich, jedoch scheinen Alkoholkarenz und Ernährungsumstellung häufig wirksam zu sein.

Ansonsten ist eine effektive Behandlung des Flushs schwierig und wenn überhaupt häufig nur durch Medikamente zu erzielen, die über ein zum Teil ausgeprägtes Nebenwirkungspotenzial verfügen, zum Beispiel β -Blocker.

Frage: Vor sechs Monaten habe ich Roaccutan abgesetzt. Jetzt ist die Haut um den Mund faltig geworden, vor allem in den letzten zwei Monaten. Wie ist das zu erklären?

Antwort: Das ist prinzipiell eher ungewöhnlich; Roaccutan trocknet allerdings die Haut stark aus, das könnte eine Erklärung sein.

Zusatz-Frage: Was kann ich dagegen tun?

Antwort: Falten kann man natürlich nicht einfach »wegzaubern«, das Effektivste ist eine regelmäßige Pflege mit feuchtigkeitsspendenden Cremes.

Frage: Ich habe eine Rosazea; mein Sohn (noch keine Rosazea diagnostiziert) leidet seit kurzem unter wiederkehrenden Bindehautentzündungen; was können Sie mir empfehlen?

Antwort: Ihr Sohn sollte einen Augenarzt aufsuchen um die Diagnose zu sichern.

Frage: Ich habe eine Rosazea, die jetzt mit Erythromycin 500 Tabletten behandelt wird, ist das die richtige Behandlung?

Antwort: Ja. Erythromycin ist ein Antibiotikum und ist ein wirksames Medikament zur Behandlung der Rosazea.

Zusatz-Frage: Wie lange muss ich behandeln?

Antwort: Die Behandlung sollte über mehrere Wochen erfolgen.

Zusatz-Frage: Muss ich das Medikament dauerhaft einnehmen?

Antwort: Nein, dies ist keine Dauerbehandlung.

Frage: Was halten Sie von der Salbe Eucerin?

Antwort: Das ist prinzipiell eine gute Creme; falls Sie aber unter einer Kontaktallergie auf Wollwachsalkohole leiden

(was häufig vorkommt), dürfen Sie diese Salbe nicht anwenden.

Frage: Ich habe eine bekannte Rosazea; seit kurzem habe ich auch Beschwerden im Bereich der Augen; was kann ich machen?

Antwort: Sie sollten einen Augenarzt aufsuchen um die Diagnose zu sichern und entsprechend eine Behandlung einzuleiten.

Gesprächskreis Hamburg-Winterhude wieder in Aktion



Bereits zum dritten Mal begrüßte die Fachkosmetikerin Marianne Steinhausen am 22.10.2008 den »Gesprächskreis Winterhude« in ihrem Kosmetikinstitut Skin Care Concept. Dieses Mal ging es primär um Darm und Haut und sekundär um DMK-Kosmetik. Zu diesem Spezialthema war die Hamburger Heilpraktikerin Gabriele Drolshagen eingeladen und referierte vor einem kleinen Kreis Rosazeabetroffener. Zunächst erklärte Frau Steinhausen das DMK-Konzept und die Vorteile für Rosazea-Patienten, welches Frau Drolshagen aufgriff um zum Thema des Abends überzuleiten. Sie erläuterte ihre Diagnose- und Behandlungsmethoden und hier vor allem die Methode der Bioresonanz. Frau Drolshagen hat sich auf Bioresonanz spezialisiert und hat sehr gute Erfolge in der Behandlung verschiedenster Krankheiten und Beschwerden, im Besonderen auch bei Hauterkrankungen. In ihrer praktischen Tätigkeit wird nach den Ursachen diag-

nostiziert und behandelt. Diese Ursachen hinsichtlich der Rosazea-Erkrankung können komplex sein. So ist es möglich, dass eine Belastung der Darmschleimhaut, der Darmlymphe und der Abwehrfunktion vorliegt, die Auswirkungen auf die Haut haben. Ebenso ist es möglich, dass eine Dysregulation der Hormone, der Blutgefäße und Nerven, eine Toxinbelastung, Herde im Kopfbereich etc. vorliegen. Ratsam sind entsprechende Lebensführung und Hautpflege mit den richtigen Inhaltsstoffen.

Frau Drolshagen arbeitet nach der ganzheitlichen, bioenergetischen Medizin nach Martin Keymer (www.therapeutisches-haus.de).

Interessierte Patienten können sich entweder bei Frau Steinhausen unter der Telefonnummer 040/47193860 melden (www.marianne-steinhausen-kosmetik.de) oder bei Frau Drolshagen unter 040/51330912 (www.die-natuerheil-praxis.de) melden.

Heißer Draht für ROSAZEA-Betroffene



01 80/55 22 933
12 Ct./Min aus dem Deutschen Festnetz
Jeden Mi. 18–19 Uhr

»Mein Gesicht ist rot und voller Pusteln. Was kann das sein? Ist Rosazea ansteckend? Welche Pflegeprodukte kann ich verwenden? Muss ich mich besonders ernähren und worauf sollte ich sonst im Alltag achten? Wo finde ich weitere Informationen und andere Betroffene zum Austausch?«

Diese und andere Fragen können Rosazea-Patienten über die DRH-Hotline-Nummer stellen.

Dr. med. Andrea Schlöbe steht Rede und Antwort rund um Diagnose und Therapie der als Fluch der Kelten bezeichneten Hautkrankheit.

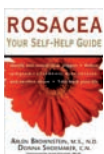
Rosazea gehört zu den häufigsten Hautkrankheiten. Vier Millionen Erwachsene in Deutschland müssen mit dieser entzündlichen Erkrankung der Gesichtshaut leben.

Was sich mit geröteter Gesichtshaut, Brennen und eventuell Pusteln äußert, ist mehr als ein kosmetisches Problem mit dem man sich »eben abfinden« muss. Vielmehr handelt es sich um eine ernst zu nehmende, wenn auch nicht ansteckende Hautkrankheit, die sich schubweise in verschiedenen Stadien und Ausprägungen zeigt und sich verschlimmern kann.

Bücher zur Rosazea



Rosacea Diet: A Simple Method to Control Rosacea
Brady Barrows (Autor)
Taschenbuch: 200 S.
Verlag: iUniverse.com
(05/2002); Englisch
ISBN: 0595228003



Rosacea: Your Self-Help Guide (Taschenbuch)
Arlen Brownstein (Autor),
Donna Shoemaker (Autor),
Sean O'Laoire (Künstler)
Taschenbuch: 170 S.
Verlag: New Harbinger Pubn
(01/2001); Englisch
ISBN: 1572242248



Die Haut als Spiegel der Seele (Knaur Taschenbücher)
Uwe Gieler (Autor)
Broschiert: 190 S.
Verlag: Droemer/Knaur
(10/2007); Deutsch
ISBN: 342687346X



Die Sprache der Haut: Das Wechselspiel von Körper und Seele
Uwe Gieler (Autor)
Broschiert: 190 S.
Verlag: Walter-Verlag; 1. Auflage (03/2007); Deutsch
ISBN: 3491421063



Hauterkrankungen als Botschaften der Seele
Anne Maguire (Autor)
Taschenbuch: 315 S.
Verlag: Patmos; 1. Auflage (06/2003); Deutsch
ISBN: 3491698006



Wenn die Haut zum Feind wird
Gabriela Vonwald (Autor)
Gebundene Ausgabe: 79 S.
Verlag: Kral, Berndorf; 1. Auflage (02/2006); Deutsch
ISBN: 3902447141



Gesunde Haut: Ratgeber von A-Z
Bernd Kardorff (Autor)
Gebundene Ausgabe: 177 S.
Verlag: Springer, Berlin; 2. Auflage (06/2004); Deutsch
ISBN: 3540205659



Kosmetik-Inhaltsstoffe von A bis Z: Der kritische Ratgeber
Heinz Knieriemen (Autor),
Paul Silas Pfyl (Autor)
Taschenbuch: 253 S.
Verlag: AT Verlag; 1. Auflage (02/2005); Deutsch
ISBN: 3855029741

Wie gründe ich einen Gesprächskreis?

Viele Betroffenen werden Ihnen dankbar sein, wenn Sie den Mut zur Gründung eines Gesprächskreises aufbringen. Wobei es eigentlich nicht allzu viel des Mutes bedarf, denn Sie sind ja dadurch kein Veranstalter. Die Geschäftsstelle kann Sie tatkräftig unterstützen in Ihrer Arbeit. Wir übernehmen alle Verwaltungsarbeiten und eventuelle Rundschreiben an Mitglieder in Ihrer PLZ-Nähe. Ein regelmäßiges Treffen,

circa ein- bis zweimal im Vierteljahr, mit gemeinsamen Erfahrungsaustausch sollte das Ziel sein. Wir vermitteln Referenten oder bezahlen auch einmal kleinere Exkursionen in die nähere Umgebung, wenn die Teilnehmer eine Rosazea-relevante Einrichtung besuchen möchten. Lust bekommen? Kontaktieren Sie die Geschäftsstelle und los gehts. Sie werden sehen, es lohnt sich für alle!

Rosazea-Gesprächskreise

06118 Halle/Saale

Rosazea-Gesprächskreis Halle/Saale
Christiane Zöhe, Tel.: 03 45/575 56 76,
Montag bis Freitag 18–20 Uhr.
Treffen nach Absprache.

22299 Hamburg-Winterhude

Marianne Steinhausen
Tel.: 0 40/47 19 38 60
Kosmetikinstitut Skin Care Concept
www.marianne-steinhausen-kosmetik.de
marianne.steinhausen@t-online.de
Dorotheenstraße 135
Treffen nach Absprache.

22765 Hamburg-Ottensen

Frauke Mensing c/o Elefant Apotheke
Tel.: 0 40/390 08 06.
Treffen nach Absprache.

23538 Lübeck

Rosazea Gesprächskreis Lübeck
c/o Poliklinik; Klinik für Dermatologie,
Uniklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160,
Auskunfts-Tel.: 0 43 81/44 80,
Leitung: Heinz Möllers
E-Mail: heinz_moellers@web.de
Treffen jeden 4. Donnerstag im Monat
in der Dermatologie der Uni Lübeck.

26532 Großheide (bei Oldenburg)

Rosazea-Gesprächskreis Großheide
Grieta Bottin, Tel.: 0 49 36/99 01 16
Bitte von Montag bis Freitag von 16–18
Uhr oder auf Anrufbeantworter melden.
E-Mail: grieta@grieta.de
Treffen nach Absprache.

34125 Kassel

Rosazea-Gesprächskreis Kassel
ANAH e.V. Erika Seitz,
Tel.: 05 61/870 90 94
E-Mail: anah.hessen@web.de
www.anah.de

48249 Dülmen

Rosazea-Gesprächskreis Dülmen
Rosemarie Hoinka,
Tel.: 0 25 94/35 88
(Montag bis Freitag 14–19 Uhr).
Noch keine regelmäßigen Treffen.
Treffen nach Absprache.

58675 Hemer

Rosazea Gesprächskreis Hemer
Birgit Massalsky,
Tel.: 01 70/380 47 53
E-Mail: massalsky@online.de
Noch keine regelmäßigen Treffen.
Treffen nach Absprache.

65451 Kelsterbach b. Frankfurt/Main

Rosazea Gesprächskreis Kelsterbach
Edelgard Göbel, Heilpraktikerin,
Tel.: 0 61 07/20 47 04
E-Mail: edelgard.goebel@gmx.net
Treffen nach Absprache.

86975 Bernbeuren

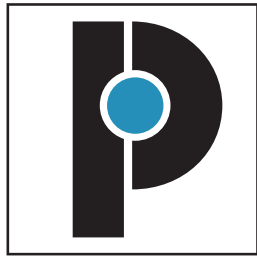
Rosazea-Gesprächskreis Bernbeuren
Marion Socher,
Tel.: 0 88 60/92 21 01,
socherhof@vr-web.de;
Noch keine regelmäßigen Treffen.
Treffen nach Absprache.

97650 Fladungen/Sands

Rosazea Gesprächskreis Fladungen
Margitta Heß,
Tel.: 0 97 78/5 06,
Selbsthilfegruppe@t-online.de,
www.shghostheim.de;
Noch keine regelmäßigen Treffen.
Treffen nach Absprache.

ÖSTERREICH: Wien

Sabine Pac
purpur@aon.at
Noch keine regelmäßigen Treffen.
Treffen nach Absprache.



PsoriSol®

Fachklinik für Dermatologie und Allergologie

Akutkrankenhaus mit stationären Indikationsschwerpunkten:

- Psoriasis vulgaris
- Neurodermitis
- Ulcus cruris (offenes Bein)
- Urtikaria
- Nahrungsmittelallergien

Therapeuten-Team bestehend aus:

- Ärzten
- Ernährungswissenschaft
- Psychologie
- Physikalische Therapie
- Kinderbetreuung



Zusätzlich ambulante privatärztliche Versorgung mit den weiteren Indikationsschwerpunkten:

Rosazea, Vitiligo, Mastozytose, ernährungswissenschaftliche Betreuung

(telefonische Terminvereinbarung erbeten: 0 91 51/72 94 20 oder 0 91 51/72 94 21)

PsoriSol Therapiezentrum GmbH

Klinik für Dermatologie und Allergologie

Mühlstraße 3 · 91217 Hersbruck bei Nürnberg · Telefon: 0 91 51/72 90

info@psorisol.de · www.psisol.de



[Suche aus den roten Zahlen](#)

... - das neuen Spar-Gel wirkt Wunder
... kräftig den Geldbeutel ...

[www.haer.com/](#) - 9k - [Im Cache](#) - [Ähnliche Seiten](#)

[Oder grüner Junge](#)

Pers... ein Spargeltarzan sind, werden leicht rot,
wenn sie direkt ... werden werden ...

[www.spargeltarz.an/](#) - 9k - [Im Cache](#) - [Ähnliche Seiten](#)

[Grüner Spargel hilft gegen rote Flecken](#)

Bei roten Flecken im Gesicht hilft der Verzehr von tonnenweise
grünem Spargel, den man in praktischen 6 Meter Containern ...

[www.sparg.el/rote_flecken](#) - 15k - [Im Cache](#) - [Ähnliche Seiten](#)

[Grüne Flecken von roten Tischdecken entfernen](#)

Oh Schreck, ein grüner Fleck. Wohl jede Hausfrau kennt ...

[www.fleckvonderdeckweg.de/](#) - 4k - [Im Cache](#) - [Ähnliche Seiten](#)

Sie glauben doch nicht jedem, oder?

Suchmaschinen finden viele Informationen.
Sie sind aber kein Garant für Wahrheit, Qualität
und Verlässlichkeit.

Wenn es um Ihre Gesundheit geht, wenden Sie
sich an einen kompetenten Partner.
Auf **www.Hautsache.de** finden Sie fachmännische
Informationen zu Hautbeschwerden.

Besuchen Sie **www.Hautsache.de**,
lesen Sie interessante Artikel,
bestellen Sie den Newsletter
und diskutieren Sie
im Forum.

