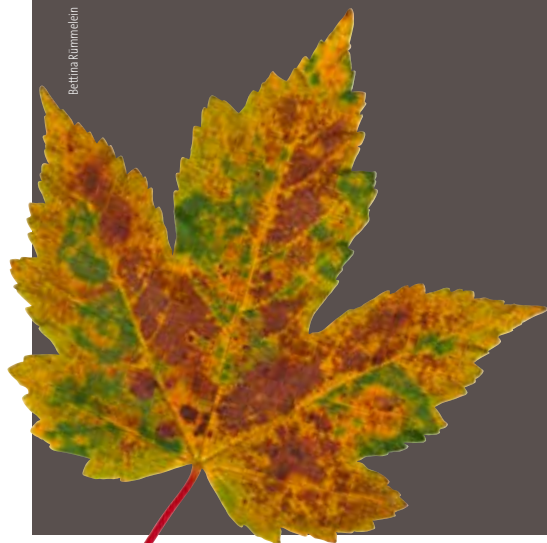


ÄSTHETISCHE MEDIZIN

Therapie von Hyperpigmentierungen

Bettina Rümmelein

Gelten ein paar Sommersprossen als sympathisch und niedlich, so führen häufig bereits wenige Altersflecken die Betroffenen mit einem dringenden Behandlungswunsch in die dermatologische Praxis. Unter einer Hyperpigmentierung versteht man allgemein eine angeborene oder erworbene pathologische Dunkelverfärbung der Haut oder Schleimhaut. Dieser Artikel beschäftigt sich – da sonst ein zu weites Feld – nicht mit den generalisierten Hyperpigmentierungen aufgrund von Grunderkrankungen, sondern beschränkt sich auf die Hyperpigmentierungen im engeren Sinne, verursacht durch endogene Pigmente.



Bettina Rümmelein

Hyperpigmentierungen werden durch eine erhöhte Zahl von Melanozyten oder durch erhöhte lokalisierte Melaninbildung hervorgerufen [1]. Als mögliche Gründe für das vermehrte Auftreten werden der heutige Lebenswandel mit ausgeprägter UV-Exposition sowie der breitflächige Einsatz von hormonellen Verhütungsmitteln und von hormonellen Therapien genannt [2]. Bei postinflammatorischen Hyperpigmentierungen (PIH) führen Entzündungsmediatoren wie Interleukin 1 und Prostaglandine oder chemische Photosensibilisatoren (phototoxische Dermatitis) zu einer Aktivitätssteigerung der Melanozyten. Die Behandlung solcher Pigmentverschiebungen ist nicht selten eine therapeutische Herausforderung, die bei jedem einzelnen Patienten wieder neu justiert werden muss. Welche Behandlungsmethode zum Einsatz kommt, hängt davon ab, wie tief die pigmentierten Zellen in der Haut auftreten. Dazu kommen eine gewisse Therapieresistenz von hyperpigmentierten Läsionen sowie ein hohes Vorkommen von wiederaufflammenden Pigmentierungen. Um unter diesen Voraussetzungen zum optimalen Behandlungsergebnis zu gelangen, benötigt der behandelnde Arzt ein breites Wissen über

die Zusammenhänge der Hyperpigmentierungen wie auch über die Therapieoptionen [2].

In der ästhetischen Sprechstunde

Die häufigsten Gründe für einen Arztbesuch aufgrund von ästhetisch störenden Pigmentierungen sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Die Diagnose, um welche pigmentierte Läsion es sich handelt, ergibt sich aufgrund der Anamnese und einer dermatoskopischen Untersuchung. Mögliche maligne Tumoren wie Melanome oder pigmentierte Basalzellkarzinome sind gegebenenfalls biopsisch abzuklären. Wenn man sich zu einer Behandlung oder Entfernung entschließt, ist die Fotodokumentation unerlässlich.

Die Diagnose einer Hyperpigmentierung ergibt sich aus Anamnese und Dermatoskopie.

Melasma/Chloasma

Das Melasma (auch Chloasma genannt) ist eine erworbene, meist symmetrische, scharf begrenzte, großflächige Hyperpigmentierung in sonnenexponierten Arealen wie Stirn, Wan-



Abb. 1: Chloasma traumaticum an der Stirn



Abb. 2: Vor der Laserbehandlung



Abb. 3: 18 Monate nach einer Behandlung mit dem q-switched Nd:YAG (532 nm)



Abb. 4: 18 Monate nach einer Behandlung mit dem q-switched Nd:YAG (532 nm)

alle Abbildungen: Rummelen

gen, Schläfen oder Oberlippe (Abb. 1). Es sind überwiegend Frauen aller Hauttypen davon betroffen, wobei Hauttyp III – V sowie eine asiatische oder hispanische Herkunft das Risiko erhöhen [3]. Es ist typisch für Melasmen, dass sie im Winter besser werden, im Sommer aber in loco rezidivieren.

Therapie mit Topika

Bei der Behandlung von Melasmen und PIH ist die Lokalthherapie mit bleichenden Externa unter konsequentem Sonnenschutz das Mittel der ersten Wahl. Der Auslöser ist falls möglich abzusetzen.

Die Topika arbeiten mit folgenden Wirkstoffen:

- Hydrochinon 5 % mit Vitamin-A-Säure 0,03 % und Dexamethason 0,03 % zur Vermeidung von Reizungen (Pigmanorm®)
Cave: Gravidität, maximale Anwendung 7 Wochen, Hautatrophie
- Trio von Kligman: Hydroquinone 4 %, Retinoide 0,01 %, Dermocorticoide 0,01 %
- 0,05 – 0,1 % Tretinoin besonders bei postinflammatorischen Hyperpigmentierungen
- Azelainsäure 15 – 20 % (Off-label-use)

Neuere Produkte enthalten Phenylethyl-Resorcinol oder Butyl-Resorcinol (Tyrosinase-Hemmung), Glycyrrhetinsäure (Förderung der DNA-Reparatur), Pro-Tocopherol (Einschränkung der Melanozytenaktivität), Retinaldehyd (Stimulierung der Zellerneuerung). Aus der Praxis wissen wir jedoch, dass die von der Industrie gehegten Hoffnungen auf Therapieerfolge leider häufig hinter der Wirklichkeit zurückbleiben. →

Bei Melasma (Chloasma) ist die topische Therapie mit bleichenden Externa Mittel der Wahl



Abb. 5: Vor der Behandlung



Abb. 6: Nach einer Behandlung mit dem q-switched Nd:YAG Laser (660 nm)



Abb. 7: Die nach einer IPL-Epilation entstandenen Hyperpigmentierungen wurden durch die Behandlung mit einem q-switched Laser noch ausgeprägter (oben links)

Häufige ästhetisch störende Pigmentierungen in der Sprechstunde

TABELLE 1

Diagnose	Ort der Pigmentierung
Epheliden	Melaninvermehrung in den Basalzellen der Epidermis. Keine Vermehrung der Melanozyten.
Lentigo solaris	Meist in Regionen solarer Elastose. Melanozytenhyperplasie und Melanozytenproliferation.
Flache seborrhoische Keratosen	Meist pigmentierte intraepidermale Proliferation von spindelzeligen oder basaloiden Platteneithelien.
Melasma	Erhöhung der Zahl und der Aktivität der Melanozyten, je nach Typ mehr epidermal oder dermal oder gemischt.
Postinflammatorische Hyperpigmentierungen (PIH)	Auch hier Nachweis von epidermalem oder dermalem Pigment.

Fazit

Die Therapie pigmentierter Läsionen bedingt eine dermatoskopische Diagnose und Beurteilung der Pigmenttiefe. Je nach Diagnose ist die Lasertherapie oder die Lokaltherapie mit „Bleichpräparaten“ das Mittel der ersten Wahl. Gegebenenfalls ergänzt das eine das andere.

Melasma und PIH bei dunkleren Hauttypen bedürfen einer sorgfältigen Wahl des Laserverfahrens, da auch Verschlechterungen verursacht werden können.

Therapie mit Laser

Das klassische Instrument zur Entfernung von ästhetisch störenden Pigmentierungen ist der Laser. Hier stehen verschiedene Techniken zur Verfügung. Während flache seborrhoische Keratosen auch mit einem Erbium- oder CO₂-Laser abgetragen werden können, so ist doch ein gütegeschalteter (q-switched) Laser eine elegante Alternative, da er keine Wunden auslöst und ohne vorherige Lokalanästhesie eingesetzt werden kann. Besonders empfehlenswert sind q-switched Ruby-Laser und q-switched Nd:YAG Laser mit der Wellenlänge 532 nm oder 660 nm (Vorschaltlinse). Q-switched Ruby-Laser bergen für dunklere Hauttypen das Risiko permanenter Hypopigmentierungen. Q-switched Nd:YAG Laser sind sehr vielseitig und breit einsetzbar. Die gleiche Technik bietet sich auch für die Entfernung von Epheliden und Lentiginos solares an. Die Abbildungen 2 bis 4 demonstrieren typische Behandlungserfolge. Gerade auf dem Handrücken ist die Wellenlänge 660 nm eine interessante Alternative, da die bei 532 nm auftretenden Kollateralschäden durch Ruptur von Gefäßen ästhetisch störend sein können (Abb. 4). Bei 660 nm wird spezifisch Melanin behandelt, ohne gleichzeitige Absorption im Hämoglobinbereich, sodass Hämorrhagien vermieden werden (Abb. 5 und 6). Die Heilungszeit dauert zwei bis drei Wochen.

Kombination Laser/Topika

Eine eigene Anwendungsbeobachtung an 18 Melasma-Patienten brachte Erkenntnisse bezüglich der Kombination von Topika mit Lasertherapie. Hierbei zeigte sich, dass die Kombina-

tion von handelsüblichen Resorcinol-haltigen Bleichmitteln mit einer oberflächlichen fraktionierten Lasertherapie mit einem Erbium-Laser bei zwei Dritteln der Patienten zu einer Verbesserung des Melasma geführt hat.

Was tun mit Problempatienten?

Melasmapatienten mit Hauttyp IV – VI sowie PIH bei dunkleren Hauttypen bleiben eine große therapeutische Herausforderung, die viel Erfahrung und Fingerspitzengefühl verlangt. Abb. 7 zeigt, wie ein Therapieversuch mit einem q-switched Laser die Hyperpigmentierungen nach IPL-Epilation noch verschlechtert hat.

Für die Hauttypen I – III (ungebräunt) führen wir die Lokalthherapie in Kombination mit einer oberflächlichen fraktionierten Laserbehandlung mit einem Erbium-Laser durch. Zunächst wird für acht Wochen konventionell behandelt, im Anschluss und unter Fortsetzung der Lokalthherapie können dem Patienten ein bis drei Laserpeelings



ONLINE

Diesen Beitrag sowie die vollständige Literaturliste finden Sie auch unter www.allgemeinarzt-online.de

angeboten werden. Eine weitere Option bietet der nicht-ablative Fractional Laser (NAFL). ■

Genehmigter und bearbeiteter Nachdruck aus Dermatologie und Ästhetische Medizin (medicos) 4/2014



Dr. med. Bettina Rümmelein

Fachärztin Dermatologie FMH
Fähigkeitsausweis für Laserbehandlungen der Haut
Privatpraxis im
Medical Center See-Spital
CH-8802 Kilchberg/Zürich

INTERESSENKONFLIKTE:

Wissenschaftliche Berater Tätigkeit für die Firmen Lutronic, Beiersdorf und Pierre Fabre.

www.med-eTraining.de

Bis zu 3 CME-Punkte pro Fortbildungseinheit sammeln

kostenfrei auf med-eTraining.de



Das neue CME-Portal des Kirchheim-Verlags

