

Melasma: Behandlungsmethoden jenseits von Hydrochinon

Interview mit Dr. C. Bettina Rümmelein

Als Goldstandard zur Behandlung von Melasma gilt noch immer topisch angewendetes Hydrochinon – Laser hingegen gehören nicht zum Standardrepertoire. In der Praxis von Dr. C. Bettina Rümmelein hat sich jedoch eine andere Herangehensweise bewährt.



Dr. med. C. Bettina Rümmelein

Hautwerk AG
Maneggstr. 17
8041 Zürich
Schweiz
klinik@hautwerk.ch

Welche aktuellen Erkenntnisse gibt es zur Pathogenese von Melasma und welche Rolle spielen Hormone oder genetische Faktoren?

Dr. C. Bettina Rümmelein: Die Pathogenese des Melasmas ist ausgesprochen komplex. Ursprünglich hat man gedacht, dass Melasma nur mit den Melanozyten zusammenhängt. Jetzt geht man eher von einer komplexen, heterogenen Pathogenese aus, die eine Genregulation beinhaltet sowie auch die Vaskularisation und die Störung an der Basalmembran und bei der bei auch Keratinozyten und Mastzellen eine Rolle spielen.

Außerdem hat man einen Zusammenhang mit Schilddrüsen-Dysfunktionen gefunden – unter Melasmapatientinnen und -patienten findet man vierfach häufiger Hypo- und Hyperthyreosen. Auch gibt es Assoziationen mit beispielsweise der Einnahme von Antidepressiva oder 5-Alpha-Reduktasehemmern bei Männern, Schwangerschaften oder der Menopause. In der Anamnese findet man demnach also immer irgendetwas, was zutrifft.

Gibt es auch äußere Reize, die mit der Entstehung von Melasma in Verbindung stehen?

Rümmelein: Was wir sehen, sind Melasma-Erscheinungen, die ganz klar auf mechanische Reize zurückzuführen sind, zum Beispiel im Stirnbereich bei Patientinnen und Patienten, die viel Ski fahren oder zum Beispiel viel mit Fahrradhelm unterwegs sind. Die Kombination aus mechanischen Faktoren wie ein reibender Helm und physikalischen Faktoren wie Hitze oder Kälte können also ebenfalls ein Melasma begünstigen.

Zwar können auch fotosensibilisierende Substanzen in Kosmetikprodukten eine Rolle spielen, das halte ich jedoch für eher unwahrscheinlich, da diese Stoffe praktisch gar nicht mehr vorkommen. Ein größeres Thema sind diesbezüglich wohl eher fotosensibilisierende Medikamente. Diese sollten jedoch nur in

Rücksprache mit der behandelnden Fachärztin oder dem behandelnden Facharzt angepasst werden.

Welche topischen Wirkstoffe werden in der Behandlung von Melasma aktuell verwendet?

Rümmelein: Bisher gilt Hydrochinon als die absolute Nummer eins in der Melasmapathogenese – auch wenn es immer wieder in der Diskussion stand, ob es nun krebserregend ist oder nicht. Man hat es nicht so fürchterlich gerne gegeben und hat eigentlich immer schon nach Alternativen gesucht.

Viele nicht dermatologische Ärztinnen und Ärzte treiben Hydrochinon-Produkte oftmals in die Verzweiflung. Ich habe da schon die schrecklichsten Hautreaktionen gesehen und Anrufe von Kolleginnen oder Kollegen bekommen, die diese Medikamente nicht so häufig verschreiben. Selbst wenn man vorher noch mal nachschlägt, können bei falscher Anwendung schwerwiegende Nebenwirkungen auftreten, da viele dieser Produkte sehr reizend formuliert sind. Sie enthalten etwa vierprozentiges Hydrochinon und zusätzlich Vitamin-A-Säure, weshalb sie sich häufig nicht für empfindlichere Hautareale wie etwa die Jochbögen eignen. Stattdessen eignen sich solche Formulierungen eher für Bereiche mit festerer Haut wie der Stirn, was aber Nicht-Dermatologinnen und -Dermatologen nicht bedenken.

Ist die topische Hydrochinon-Therapie auf unempfindlichen Hautarealen ärmer an Nebenwirkungen?

Rümmelein: Ein Nachteil der Hydrochinon-Therapien ist, dass sie meist mit einem Kortikosteroid versehen sind, damit die Haut nicht so stark auf das Irritans reagiert. Die hohe Konzentration des Kortikosteroids beschränkt aber den Anwendungszeitraum auf sieben Wochen – was häufig nicht ausreicht, um das Melasma vollständig verschwinden zu lassen. Die Nachfolgepräparate sind nicht kassenpflichtig, deutlich schwächer for-

muliert und daher weniger effektiv. Statt sich das teurere Präparat zu kaufen, verwenden Patientinnen und Patienten häufig das höher dosierte Präparat weiter. Hierbei ist das Potenzial, dass es zu Nebenwirkungen kommt, sehr hoch und das habe ich auch schon häufiger beobachtet.

Gibt es effektive Alternativen zu Hydrochinon?

Rümmelein: Ja, es gibt Neuerungen! Wegen der genannten Risiken haben wir in unserer Praxis das Hydrochinon fast vollständig ersetzt. Wir verordnen unseren Patientinnen und Patienten stattdessen Thiamidol. Auch wenn es nicht verschreibungspflichtig ist, kommt es nach ersten Erkenntnissen an die Wirksamkeit von Hydrochinon ran. Dabei ist es jedoch nicht irritierend und es gibt keine „Verschlimmbesserungsrisiken“.

Sein kleiner Nachteil ist, dass man Thiamidol-Produkte häufiger anwenden muss – idealerweise verwendet man gleich mehrere, so wie wir das auch unseren Patientinnen und Patienten empfehlen. Einmal ein Serum, was man direkt auf die Haut aufträgt und eine Sonnencreme, die auch Thiamidol enthält und gleichzeitig einen komplexen UV-A/UV-B- und Blaulicht-Filter.

Wie bringen Sie Ihre Patientinnen und Patienten dazu, regelmäßig einen Sonnenschutz zu verwenden?

Rümmelein: Wir geben bei Melasma im Gesicht immer noch einen zweiten Sonnenschutz in Form eines Make-ups mit UV-Filter hinzu. Während der klassische Sonnenschutz – sofern er überhaupt verwendet wird – meist eher stiefmütterlich aufgetragen wird, sind Patientinnen beim Auftragen des Make-Up-Sonnenschutzes doch sehr gründlich. Und das aus dem einfachen Grund, nicht blöd aussehen zu wollen, wenn man Flecken im Gesicht hat.

Welche Methoden bevorzugen Sie in Ihrer Praxis zum Behandeln von Melasma?

Rümmelein: In dem Bereich bin ich wahrscheinlich die Ausnahme, da ich viel mit dem asiatischen Raum zu tun habe und eine sehr enge Kooperation mit der Thammasat-Universität in Bangkok habe. Ich verwende das „Laser-Toning“. Das ist ein nicht traumatisierendes und nicht schmerzhaftes Verfahren ohne jegliche Downtime.

Dafür wird der gleiche Laser wie auch zur Tattoorentfernung, der Nd:YAG-Laser eingesetzt, jedoch mit anderen Einstellungen. Der Spot sollte möglichst groß gewählt werden, idealerweise um die 8 mm, da dies auch die Eindringtiefe bestimmt. Dann wird der Laser mit einer Wellenlänge von 1.064 nm und 10 Hz mit einem Handstück in einem Nicht-Kontaktverfahren – dem „Brushing“ – eingesetzt, mit fünf bis sechs Passagen über das gleiche Areal.

Häufig heißt es, dass sich die Laser-Therapie nicht für die Behandlung des Melasmas eignet. Dabei setzen Sie diese Methode erfolgreich bei sich in ihrer Praxis ein.

Rümmelein: Ja, ich finde, dass Formulierungen wie „Laser bei Melasma ist gefährlich“ oder „sollte man nicht anwenden“ pau-

schalisieren und bei Patientinnen und Patienten zu Verunsicherung führen. Das Lasern ist so ein weites Feld – klar darf man bestimmte Laserbehandlungen bei Melasma nicht einsetzen. Aber das darf man nicht so verallgemeinern.

Ich rate auch von bestimmten Laserbehandlungen ab, aber nicht von dieser Technik, die wir Nano-Toning nennen.

Wie sieht das Follow-up nach für eine solche Behandlung aus?

Rümmelein: Auch beim Nano-Toning verwenden wir wieder die Kombination aus zwei verschiedenen Sonnencremes. Die Haut ist nicht gerötet und es darf gleich im Anschluss auch wieder Make-up getragen werden. Die Behandlung wird idealerweise einmal in der Woche durchgeführt.

Würden Sie Behandlungen wie etwa Microneedling oder chemische Peelings bei Melasma empfehlen?

Rümmelein: Nein, gar nicht. Denn das Melasma spielt sich ja nicht oben auf der Haut ab, sondern in der Tiefe. Wenn man so stark peelt, bis man einen Effekt sieht, haben wir auch ein hohes Risiko, Nebenwirkungen auszulösen. Das Microneedling ist zwar durchaus ein günstiges Drug-Delivery-Tool, doch es gibt hierfür andere, effektivere Methoden, wie etwa einen Thulium-Laser.

Gibt es Cosmeceuticals, wie zum Beispiel Retinol oder Vitamin C, die vorbeugend wirksam sind oder die eine Behandlung unterstützen können?

Rümmelein: Ja, also grundsätzlich wirkt Vitamin C etwas aufhellend und ist ein Antioxidans. Für Patientinnen und Patienten, die gerne etwas proaktiv tun wollen, empfehlen wir morgens ein Serum mit Antioxidanzien, wie etwa Vitamin C unter der Sonnencreme. Bei einer Familien- oder Vorgeschichte mit Melasma würde ich außerdem immer eine Thiamidol-haltige Sonnencreme empfehlen sowie ein Make-up mit UV-Filtern.

Am Abend gilt für alle – außer für Schwangere – dass Retinol ein sehr sinnvolles Anti-Aging-Produkt ist.

Welche Strategien zur Rezidivprophylaxe haben sich bisher bewährt? Gibt es Unterschiede zwischen Hauttypen?

Rümmelein: Thiamidol wurde weltweit getestet. Während Hydrochinon bei Patientinnen und Patienten mit sehr dunkler Haut ein erhöhtes Risiko für eine Ochronose auslöst, wurde dies für Thiamidol bislang nicht beschrieben. Der Wirkstoff scheint also für alle Hauttypen sicher zu sein.

Zur Prophylaxe sollten Irritationen der Haut wie Reibung, Druck und UV-Licht vermieden werden. Neben dem chemischen Sonnenschutz sollte auch ein textiler Sonnenschutz verwendet werden. In anderen Worten: Da gehört ein Hut auf den Kopf!

Das Wichtigste bei Melasmapbehandlungen ist die Transparenz gegenüber Patientinnen und Patienten und eine gute Fotodokumentation, um den Erfolg der Therapie besser einschätzen zu können.

Das Interview führte Katalin Wagner.