

5/2005 Oktober

C 14118

# derm

Praktische Dermatologie



# Behandlung bei Chloasma, Striae distensae und Zellulite

Leseranfrage von Dr. M. P.-H. in A.

## Frage

1. Da das Chloasma keine Indikation für eine Laserbehandlung ist, welche aktuelle und effektive Behandlung(en) wird (werden) empfohlen?
2. Welche Dermatika sind bei Striae distensae und Zellulite empfehlenswert? Bitte gegebenenfalls um magistrale Rezeptur.

## Antwort

Zu 1.

Ein Chloasma ist eine großfleckige schmutzig-braune Pigmentverschiebung des Gesichts, die in erster Linie bei Frauen auftritt, mit Häufung während der Schwangerschaft oder unter oralen Kontrazeptiva. Es besteht zusätzlich eine deutliche Abhängigkeit von Sonneneinstrahlung.

Bislang sind die Ergebnisse mit dem Laser (gütegeschaltete Rubin- und Nd:YAG-Laser [532 nm]) äußerst enttäuschend. Nur zirka 30% der Patienten sprechen geringgradig auf eine Laserbehandlung an, und in ebenfalls weiteren 30% kommt es sogar zu einer, möglicherweise dauerhaften, Verstärkung der Pigmentierung. Aus diesem Grund ist der Lasereinsatz bei dieser Hautveränderung nicht empfehlenswert.

Therapiealternativen sind vor allem Bleichcremes mit Hydrochinon (Anwendung mind. über 6 Mon.) und ein intensiver, konsequenter Sonnenschutz. In vielen Fällen kann auch das Absetzen der Pille zu einer Aufhellung führen.

Es werden Erfolge durch den Einsatz von Fruchtsäure-, Tretinoin- und Azelainsäure-Cremes beschrieben. Hierbei sind Nebenwirkungen, wie beispielsweise Rötungen oder Schälreaktionen zu beachten. Noch stärker wirken Chemical-Peelings. Hierunter kann es allerdings zu postinflammatorischen Hyperpigmentierungen kommen. Hautirritationen, zum Beispiel durch aggressive Seifen oder Peelings sollten vermieden werden.

Zu 2.

Bei Striae distensae in der Entstehungsphase gibt es, abgesehen vom Farbstoff- oder langgepulsten Nd:YAG-Laser bei geröteten Striae (12), keine wissenschaftlich gesicherten Behandlungsmöglichkeiten. Die Technologie befindet sich jedoch in ständiger Weiterentwicklung. So wäre beispielsweise eine Beeinflussung der Hautveränderungen durch den Einsatz des so genannten »Subsurfacing« mittels verschiedener Laser- und IPL-Technologien (6) vorstellbar. Bei dunklen Hauttypen ist die Laseranwendung jedoch aufgrund von möglichen Nebenwirkungen (z.B. Hyper- und Hypopigmentierungen, lang anhaltende Rötungen) eingeschränkt (11).

Auch der Ultraschall bietet durch seine kollagenfaserspaltende Wirkung einen möglichen theoretischen Ansatzpunkt bei Striae, derzeit liegen aber diesbezüglich noch keine Studien vor. Ziel hierbei ist eine selektive hitzebedingte Denaturierung von dermale Kollagen mit anschließender Neusynthese und damit Verbesserung der Struktur (1).

Für die Zellulite-Behandlung sind physiotherapeutische Maßnahmen, Bindegewebssmassagen sowie Lymphdrainagen, gezielte sportliche Betätigung und

wechselwarme Bäder als prophylaktische Maßnahmen bei prädisponierten Patienten anzuraten. Die Behandlungsdauer sollte in jedem Fall mindestens zwei Monate betragen, um den Erfolg einschätzen zu können (5, 13). Im Rahmen der Bindegewebssmassage (z.B. »Silklight«) kommt es zur mechanischen Zerstörung der Fettzellen und Vermehrung der Kollagenfasern in der Lederhaut und dem Unterhautfettgewebe, wobei der Therapieerfolg stark von den Kenntnissen des Anwenders abhängt (2).

Cremes sind in vielen Fällen einfachen Pflegeprodukten gleichzusetzen und enthalten in einem Viertel der Fälle allergologisch problematische Konservierungs- und Duftstoffe; meist ist Koffein der Hauptbestandteil (14). Aminophyllin-Externa zeigten in klinischen Studien nicht die gewünschte Wirksamkeit (3, 4), ebensowenig Gingkobiloba-Extrakte (10). Es wird über Erfolge mit niedrig dosierten Tretinoinzubereitungen berichtet. Andererseits wird dies in der Literatur (15) relativiert.

Operative Möglichkeiten umfassen die Liposuktion (Fettabsaugung) in Tumescenz-Anästhesie zur Verflüssigung des Fettgewebes, gegebenenfalls ultraschallunterstützt (7, 9), und die Subzision zur Lockerung der Bindegewebiszüge, um die Oberflächeneindellung zu reduzieren (8).

## Literatur

1. Adamo C, Mazzocchi M, Rossi A, Scuderi N (1997): Ultrasonic liposculpturing: extrapolations from the analysis of in vivo sonicated adipose tissue. *Plast Reconstr Surg* 100 (1), 220–226
2. Adcock D, Paulsen S, Jabour K, Davis S, Nanney LB, Shack RB (2001): Analysis of the effects of deep mechanical massage in the porcine model. *Plast Reconstr Surg* 108 (1), 233–240

3. Collis N, Elliott LA, Sharpe C, Sharpe DT (1999): Cellulite treatment: a myth or reality: a prospective randomised, controlled trial of two therapies, endermologie and aminophylline cream. *Plast Reconstr Surg* 104 (4), 1110–1114; discussion 1115–1117
4. Dickinson BI, Gora-Harper ML (1996): Aminophylline for cellulite removal. *Ann Pharmacother* 30 (3), 292–293
5. Draelos ZD, Marenus KD (1997): Cellulite. Etiology and purported treatment. *Dermatol Surg* 23 (12), 1177–1181
6. Grema H, Raulin C, Greve B (2002): »Skin rejuvenation« durch nicht-ablative Laser und Lichtsysteme. *Hautarzt* 53, 385–392
7. Grotting JC, Beckenstein MS (1999): The solid-probe technique in ultrasound-assisted lipoplasty. *Clin Plast Surg* 26 (2), 245–254
8. Hexsel DM, Mazzuco R (2000): Subcision; a treatment for cellulite. *Int J Dermatol* 39 (7), 539–544
9. Igra H, Satur NM (1997): Tumescence liposuction versus internal ultrasonic-assisted tumescence liposuction. A side-to-side comparison. *Dermatol Surg* 23 (12), 1213–1218
10. Lis-Balchin M (1999): Parallel placebo-controlled clinical study of a mixture of herbs sold as a remedy for cellulite. *Phytother Res* 13 (7), 627–629
11. Nouri K, Romagosa R, Charter T, Bowes L, Spencer JM (1999): Comparison of the 585 nm pulse dye laser and the short pulsed CO<sub>2</sub> laser in the treatment of striae distensae in skin types IV and VI. *Dermatol Surg* 25 (5), 368–370
12. Raulin C, Greve B (2003): Laser und IPL-Technologie in der Dermatologie und Ästhetischen Medizin. 2. Auflage, Schattauer-Verlag
13. Rossi AB, Vergnanini AL (2000): Cellulite: a review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 14 (4), 251–262
14. Sainio EL, Rantanen T, Kanerva L (2000): Ingredients and safety of cellulite creams. *Eur J Dermatol* 10 (8), 596–603
15. Pribanich S, Simpson FG, Held B, Yarbrough CL, White SN (1994): Low-dose tretinoin does not improve striae distensae: a double-blind, placebo-controlled study. *Cutis* 54 (2), 121–124

Dr. Stefan Hammes  
 Laserklinik Karlsruhe  
 Kaiserstraße 104  
 76133 Karlsruhe

