

Gesichtsdermatosen: Diagnostische Differenzierung und aktuelle Therapieoptionen

Zusammenfassung des Vortrages von Klaus Eisendle, Bozen, Italien

Jahrestagung der ÖADF in Wien, Erste Campus Wien, 29.-31. Mai 2025

Dermatosen im Gesichtsbereich zählen zu den häufigsten Anlässen einer Konsultation in der dermatologischen Praxis und erfordern eine differenzierte Diagnostik, da zahlreiche entzündliche, infektiöse und reaktive Erkrankungen mit ähnlichem klinischem Bild auftreten können. Akne vulgaris stellt weiterhin die häufigste entzündliche Dermatose im Gesicht dar, wobei aktuelle Leitlinien eine Kombinationstherapie mit topischen Retinoiden und antimikrobiellen Substanzen empfehlen, während eine Monotherapie mit topischen Antibiotika vermieden werden sollte. Systemische Antibiotika sollen, wenn notwendig, zeitlich begrenzt eingesetzt werden. Zu den neueren Therapieansätzen zählen Clascoterone, ein topisches Antiandrogen, sowie Spironolacton, das sich insbesondere bei erwachsenen Frauen als wirksam erwiesen hat und in Studien dem Doxycyclin nicht unterlegen ist. Weitere Optionen umfassen Metformin, das ebenfalls antiinflammatorische Effekte bei Akne zeigt, sowie Dapson-Gel, das aufgrund seiner antibakteriellen und entzündungshemmenden Eigenschaften vor allem bei therapierefraktären Fällen eingesetzt werden kann. Isotretinoin bleibt der Goldstandard bei schwerer Akne, wobei aktuelle Daten eine gute Sicherheit hinsichtlich psychiatrischer Nebenwirkungen zeigen.

Rosazea stellt eine weitere häufige chronisch-entzündliche Dermatose des Gesichts dar. Die typischen Subtypen – erythematoteleangiectatisch, papulopustulös und okulär – erfordern ein individuelles Therapieprinzip. Topisches Ivermectin und low-dose Doxycyclin sind etablierte Behandlungsstandards. Neue Optionen wie topisches Tranexamsäure oder auch selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wie Paroxetin zeigen in Fallstudien eine Verbesserung der persistierenden Erytheme. Bei therapierefraktären Verläufen werden JAK-Inhibitoren wie Ruxolitinib in Erwägung gezogen. Periorifizielle Dermatitis, heute auch als Sonderform der steroidinduzierten Akne verstanden, spricht gut auf niedrig dosiertes Isotretinoin an, während das Ausschleichen topischer Steroide und supportive Pflege essenziell sind.

Auch seborrhoische Dermatitis ist eine häufige chronisch-rezidivierende Erkrankung im Gesicht, bei der neben topischen Antimykotika und Calcineurin-Inhibitoren nun auch Phosphodiesterase-4-Inhibitoren wie Roflumilast geprüft werden. Isotretinoin zeigt in niedriger Dosierung gute Effekte bei therapierefraktären Fällen. Weitere Differenzialdiagnosen der Gesichtsdermatosen umfassen kutane Arzneimittelreaktionen, akneiforme Eruptionen bei Checkpoint-Inhibitoren oder Biologika, phototoxische Reaktionen sowie Dermatitis

Facial dermatoses: diagnostic differentiation and current therapeutic approaches

Summary of the presentation by Klaus Eisendle, Bozen, Italy

Annual Conference of the ÖADF in Vienna, Erste Campus Vienna, May 29–31, 2025

Facial dermatoses represent one of the most common reasons for dermatological consultation and demand nuanced diagnostic consideration due to the overlap in clinical presentation among various inflammatory, infectious, and reactive skin diseases. Acne vulgaris remains the most prevalent facial condition, with current guidelines recommending combination therapy using topical retinoids and antimicrobials while discouraging monotherapy with topical antibiotics. Systemic antibiotics should be limited in duration. Newer options include clascoterone, a topical antiandrogen, and spironolactone, which has shown high efficacy especially in adult female patients and has demonstrated non-inferiority to doxycycline in comparative studies. Additional therapies such as metformin and topical dapsone are considered in refractory cases. Isotretinoin remains the gold standard for severe acne, with recent data supporting its safety regarding psychiatric adverse events.

Rosacea, another chronic inflammatory facial dermatosis, presents with various subtypes—erythematotelangiectatic, papulopustular, and ocular—that require tailored treatment strategies. Topical ivermectin and low-dose doxycycline are standard options. Novel agents such as topical tranexamic acid and SSRIs like paroxetine have shown efficacy in treating persistent erythema. In treatment-resistant cases, JAK inhibitors such as ruxolitinib are under investigation. Periorificial dermatitis, now also considered a variant of steroid-induced acne, responds well to low-dose isotretinoin, with the discontinuation of topical corticosteroids and adequate skincare being essential components of therapy.

Seborrheic dermatitis is another frequent chronic-recurrent condition, typically managed with topical antifungals and calcineurin inhibitors. New therapies such as PDE-4 inhibitors like roflumilast and low-dose isotretinoin have shown promising results. Differential diagnoses of facial dermatoses include drug eruptions, acneiform reactions related to checkpoint inhibitors or biologics, phototoxic reactions, and dermatitis artefacta. In complex, recurrent, or atypical presentations, interdisciplinary collaboration is often necessary to ensure accurate diagnosis and effective treatment.

artefacta. Neben der dermatologischen Expertise ist häufig ein interdisziplinärer Ansatz erforderlich, insbesondere bei atypischen Verläufen, rezidivierenden Erscheinungsbildern oder psychogener Genese.

Redaktionelle Erstellung: Unter Zuhilfenahme von KI (siehe Impressum)

Korrespondenz: editors@skinonline.at

Editorial production: With the help of AI (see legal notice, impressum)

Correspondence: editors@skinonline.at

<https://doi.org/10.61783/oegdv10726>

Skyrizi®
(Risankizumab)

FRÜHZEITIG SKYRIZI®

UND EINFACH FREI SEIN^{*,1}

NUR 1 INJEKTION 1x IM QUARTAL^{+,2}



SKYRIZI® 150 mg
FERTIPEN/-SPRITZE^{2,3}

**DAUERHAFT ERSCHEINUNGSFREIE
HAUT BIS ZU ~ 6 JAHRE^{**,4}**

**BEWÄHRTES SICHERHEITSPROFIL
BIS ZU 9,1 JAHRE⁵**

**DER ERSTE & EINZIGE IL-23i
ZUGELASSEN & ERSTATTET FÜR PSO,
PsA UND MORBUS CROHN^{2,3}**

- * „Frühzeitig SKYRIZI® und einfach frei sein“ bezieht sich auf den signifikanten PASI 100 Unterschied zu W 52 bei bio-naïven vs. bio-erfahrenen Patienten (p<0,01)¹
- ** Dauerhaft erscheinungsfreie Haut: PASI 100 = 62,1% zu W 304 (LOCF)⁴
- + 1 Injektion alle 12 Wochen in der Erhaltungsphase. In der Induktionsphase 1 Injektion zur Woche 0, Woche 4 und danach alle 12 Wochen.²

1. Stavermann T et al., DDG 2023, P068.
2. Aktuelle Fachinformation SKYRIZI®, Stand 01/2025.
3. Österr. Erstattungskodex, Stand 05/2024.
4. Papp KA et al., AAD 2024, P53833.
5. Gordon et al. AAD 2025. P 61877.

IL-23i = Interleukin-23 Inhibitor; PSO = Psoriasis; PsA = Psoriasis Arthritis

abbvie

Herausgeber:
AbbVie GmbH, Wien | www.abbvie.com
AT-SKZD-250015-01042025
Fachkurzinformation siehe Seite 96