Seltenes Absterben

Sparsamkeit schwärzte die Finger

Nekrosen an Mittel- und Zeigefinger führten eine 63-Jährige in die Hautklinik. Die Ärzte suchten akribisch nach einer Ursache. Letztendlich stellte sich heraus, dass die „Sparmaßnahmen“ der Patientin der Grund für die Gewebedefekte waren.

„Die Differenzialdiagnose akraler Nekrosen sollte weit gefasst werden, um auch seltene Ursachen nicht außer Acht zu lassen“ – dieses Fazit ziehen Dr. Florian Butsch und Kollegen, die den Fall in der Zeitschrift „Der Hautarzt“ vorstellten. Seit zwei Monaten schon bestanden die Nekrosen am Mittel- und Zeigefinger der Patientin, als sie die Hautklinik der Universität Mainz aufsuchte. Schmerzen verspürte sie nicht, auch war ihr Allgemeinbefinden nicht beeinträchtigt. In der Anamnese fanden sich ein Morbus Paget der Mamille, eine tiefe Beinvenenthrombose vor 20 Jahren sowie eine schizoaffektive Psychose. Seit 40 Jahren rauchte die Patientin. Aufgrund der Thrombose wurde sie mit Marcumar behandelt.

Die trockenen Nekrosen am Endglied des Zeige- und Mittelfingers ihrer rechten Hand waren scharf begrenzt und im Durchmesser etwa 1 cm groß. Es bestand keine wesentliche Umgebungsreaktion. Auffällig waren die spiegelbildliche Anordnung sowie eine Verfärbung des Zeigefingernagels (Abb. 1).

pAVK, Mikroangiopathie, oder Panarteriitis?

Eine periphere arterielle Verschlusskrankheit konnten die Ärzte ausschließen – die Pulse der Hand waren gut palpabel, die Hauttemperatur der Finger normal. Auch traf keines der Kriterien der „6-P-Regeln“ nach Pratt zu („pain, pulselessness, paleness, paresthesia, paralysis, prostration“), sodass ein akuter Arterienverschluss als Ursache nicht infrage kam. Gegen eine diabetische Mikroangiopathie sprachen normale Glukose- und HbA1c-Werte, außerdem waren Druck- und Vibrationsempfinden erhalten. Vielleicht eine Endangiitis obliterans? Der starke Nikotinabusus der

Patientin würde dafür sprechen, doch die Krankheit tritt vor allen bei jungen Männern auf und es wären weitere Begleitscheinungen, wie ein Umgebungserthem, Druckdolenz und Parästhesien zu erwarten. Auch auf rheumatische Erkrankungen wie eine Panarteriitis nodosa gaben Laborparameter keinen Hinweis. Da die Entzündungswerte im normalen Bereich lagen und eine Umgebungsreaktion fehlte, konnte es sich auch nicht um eine nekrotisierende Weichteilinfektion handeln.

Bis zum allerletzten Zug

Waren es vielleicht exogene Noxen, die die Haut so geschädigt hatten? Kontakt zu Chemikalien verneinte die Patientin, aber sie war starke Raucherin. Ihre Zigarette hielt sie dabei in der rechten Hand zwischen Zeige- und Mittelfinger und rauch-

1 Combustio nekroticans an Zeige- und Mittelfinger.

te sie aus ökonomischen Gründen stets bis zum letztmöglichen Zug. Die Diagnose „Combustio nekroticans durch glühende Filterzigarette“ konnte gestellt werden. Tatsächlich reichen die Temperaturen einer Zigarette aus, um bei hinreichend langer Einwirkung solche Gewebsschädigungen zu verursachen. Neben einer antiseptischen Wundbehandlung wurde der Patientin natürlich empfohlen, zukünftig die Finger vom Glühmängel zu lassen oder ihn zumindest schon früher zu löschen.

(Katharina Grzegorek)

Butsch F et al, Unklare akrale Nekrosen an den Fingern, Der Hautarzt 2013, 64:114-116

Senioren Hüften in Gefahr

Fraktur durch Betablocker

In den ersten Wochen einer neu begonnenen antihypertensiven Therapie war in einer kanadischen Studie bei alten Menschen die Rate von Hüftfrakturen deutlich erhöht. Für die Untersuchung hat das Ärzteteam die Daten von selbstständig lebenden Senioren über 65 Jahren in Ontario analysiert.

Von 2000 bis 2009 hatten 301.591 Patienten eine Hochdrucktherapie begonnen. 1463 von ihnen, meist alte Frauen, erlitten eine Hüftfraktur. Verglichen wurden

Frakturraten in den 45 Tagen nach Therapiebeginn mit den Raten je 45 Tage vor bzw. nach diesem Zeitraum. Insgesamt nahmen in den ersten Wochen unter der antihypertensiven Behandlung die Hüftfrakturen um 43% zu. Signifikant wurde das Risiko aber nur unter ACE-Hemmern (+53%) und Betablockern (+58%) gesteigert. Als besonders gefährlich erwies sich das Intervall zwischen Tag 15 und Tag 44 nach Therapiebeginn. (bs)

Orthopädie & Rheuma 2013, 16(1):10;
Arch Intern Med 2012, 172:1739