Nach Filler-Injektion: Xanthelasmen statt Falten

Nach Unterspritzung periorbitaler Falten mit Hyaluronsäure kann es auch zur Ausbildung von Xanthelasmen kommen.

An einer italienischen Klinik waren zwei Frauen im Alter von 49 bzw. 67 Jahren vorstellig geworden, da sich Xanthelasmen an ihren Unterlidern gebildet hatten. Bei ihnen war zuvor eine Behandlung mit Hyaluronsäure-Injektionen in der Periorbitalregion erfolgt. Diese Prozedur lag ein Jahr bzw. drei Monate zurück. Kurz nach der Unterspritzung hatte sich ein ausgeprägtes lilafarbenes Ödem entwickelt. Dies sei innerhalb von zwei Wochen zurückgegangen – geblieben wären jedoch eine Rötung und Einlagerung im Gewebe. Danach habe sich ein gelblicher, verhärteter Fleck gebildet, der an Größe zunahm.

Eine Fettstoffwechselstörung war bei keiner der Patientinnen festzustellen. In einer Hautbiopsie fanden sich zahlreiche mit Fetttropfchen gefüllte Makrophagen („Schaumzellen“). Weitere Makrophagen waren mit Hyaluronsäure gefüllt. Nach Ansicht der Autoren könnte die Injektion ein lokales Trauma mit Austritt von LDL in den extravasalen Raum verursacht haben. Diese Lipoproteine werden von Hyaluronsäure zu einem Komplex gebunden, der leichter phagozytiert und eingelagert wird als natives LDL. Hyaluronsäure trägt zudem zur LDL-Oxidation und damit zur Schaumzellbildung bei.

Filler-Injektionen mit teils sehr unerwarteten Nebenwirkungen ...

Fazit: Die Ausbildung von Xanthelasmen scheint eine Reaktion auf die Hyaluronsäure-Unterspritzung zu sein. Wie häufig dieses Phänomen wirklich zu beobachten ist, sollte geklärt werden. Dr. Robert Bublak

D'Acunto CD et al. Xanthelasma palpebrarum: a new adverse reaction to intradermal fillers? *Br J Dermatol* 2012, Jul 16 [Epub ahead of print]

Ist Vitamin D bei Lupus erythematoses wirksam?

Beim systemischen Lupus erythematoses (SLE) sind regulatorische T-Zellen reduziert sowie Th-1- und Th-17-Zellen vermehrt. Eine Vitamin-D-Substitution könnte die Erkrankung günstig beeinflussen.

An einer Studie nahmen 20 Patienten mit SLE sowie erniedrigten 25 (OH)-D-Serumkonzentrationen teil. Sie erhielten in den ersten vier Wochen 100.000 IU Cholecalciferol pro Woche und für ein weiteres

halbes Jahr 100.000 IU pro Monat. Es kam zu einem deutlichen Anstieg des Vitamins von 18,7 ng/ml (Eingangsuntersuchung) auf 51,4 ng/ml (Ende 2. Monat). Nach sechs Monaten lag der Wert bei 41,5 ng/ml.

Regulatorische T-Zellen nahmen von 3,5% im T-Zellen-Subset zu Studienbeginn auf 4,6% nach zwei Monaten zu; nach einem halben Jahr betrug ihr Anteil 4,3%. Th-1-Zellen gingen von 16,9% auf 11,0% bzw. 13,6% zurück. Th-17-Zellen waren innerhalb der ersten zwei Monate von 2,0 auf 1,6% rückläufig, stiegen dann wieder auf 2,0% an.

Die Forscher konnten eine Abnahme von Antikörpern gegen Doppelstrang-DNA im Studienverlauf von 177 IU/ml auf 124 und 103 IU/ml beobachten. In der Beobachtungszeit kam es bei keinem Patienten zu einer akuten Verschlechterung der SLE-Symptomatik. Eine Dosiserhöhung für Glukokortikoide war im Studienverlauf nicht notwendig; ebenso wenig musste in diesem Zeitraum eine neue immunsuppressive Behandlung eingeleitet werden.

Fazit: Die Ergebnisse dieser „Preliminary-Studie“ weisen auf eine positive Wirkung der Vitamin-D-Gabe bei SLE-Patienten mit D-Hypovitaminose hin. Der Effekt muss allerdings in größeren Untersuchungen bestätigt werden. red

Terrier B et al. Restoration of regulatory and effector T cell balance and B cell homeostasis in systemic lupus erythematosus patients through vitamin D supplementation. *Arthritis Res Ther* 2012; 14: R221

„Jogger's Nipples“ und „Athletenknoten“

— Dass intensiver Sport auch der Haut einiges abverlangt, haben Autoren der Universität Hawaii dokumentiert. Läufer, Tennis- und Basketballspieler leiden an den Füßen häufig unter der grubchenförmigen („pitted“) Keratolyse: Die Haut an der Fußsohle ist von kleinen Kratern übersät – ein idealer Nistplatz für Korynebakterien, Mikrokokken oder Dermatophilus congolensis, die proteolytische Enzyme bilden. Behandeln lassen sich die übelriechenden, brennenden Erosionen topisch mit Clindamycin, Mupirocin oder Erythromycin. Präventiv helfen 20%-iges Aluminiumchlorid oder Injektionen mit Botulinumtoxin.

„Athletenknötchen“ sind kutane Kollagenome, die nach längerer Druckbelastung oder Reibung am Knöchel und am Rist auftreten. Bis zu 4 cm groß, hautfarben und an der Oberfläche keratinisiert, sind sie leicht mit Dermatofibromen zu verwechseln. Eine Biopsie sichert die Diagnose.

An schlecht sitzender oder rauher Kleidung blutig gescheuerte Brustwarzen („Jogger's Nipples“) sind ein häufiges Problem bei Langstreckenläufern. Vorbeugendes Abkleben mit Pflastern oder Eincremen mit Vaseline bietet einen gewissen Schutz.

Dr. Elke Oberhofer

Sports Med 2012; 42: 399–413