



© Mehmet Dilisiz - Fotolia.com

Schmerzlosere Lokalanästhesie am Nasenflügel

Die Nasenflügel gehören zu den bevorzugten Lokalisationen kutaner Malignome. Entsprechend häufig sind an dieser Stelle dermatologische Operationen erforderlich. Die direkte Infiltration des Lokalanästhetikums in das Gebiet ist extrem schmerzhaft.

Verschiedene Techniken können Schmerzen durch die Infiltration von Lokalanästhetika mindern: die Verwendung dünner Nadeln und die Erwärmung und Pufferung der Lösung. Auch wenn man so vorgeht, ist die direkte Infiltration in den Nasenflügel mit extremen Missempfindungen verbunden, weil an dieser Stelle ein relativ hoher Injektionsdruck erfordert ist.

In einer prospektiven offenen, nicht kontrollierten Studie untersuchte man, was eine vorgeschaltete infraorbitale Leitungsanästhesie bringt, also die spezifische Blockade des N. infraorbitalis durch Depot-Injektion des Lokalanäs-

thetikums. Von den 100 teilnehmenden Patienten hatten 94 ein Basalzell-, sechs ein Plattenepithelkarzinom. 33-mal war der Tumor auf einem Nasenflügel, 21-mal an einer unteren nasalen Seitenwand lokalisiert. Bei allen Patienten wurde eine periphere Nervenblockade des N. infraorbitalis über die intraorale Route gesetzt (1 ml einer 2%igen Lidocain-Lösung über eine 30G-Nadel). War die Ala nasi 10 Minuten später nicht komplett betäubt, wurde zusätzlich der externe nasale Zweig des N. ethmoidalis anterior blockiert. Erst danach infiltrierte man das Operationsgebiet mit gepuffertem 1%igen Lidocain mit Adrenalin-Zusatz.

Die infraorbitale Leitungsanästhesie resultierte bei 66% der Patienten in kompletter Anästhesie des Nasenflügels, die zusätzliche Blockade des Ramus nasalis externus führte bei 15 der übrigen 34 zum Erfolg. Die Leitungsanästhesie-Verfahren machten also bei 81% der Patienten den Nasenflügel unempfindlich.

Fazit: Eine vorab durchgeführte regionale Nervenblockade kann den Schmerz bei Infiltration des Lokalanästhetikums im Bereich des extrem sensiblen Nasenflügels erheblich lindern. Angesichts der teils extensiven subklinischen Ausbreitung von Basaliomen, sind die Autoren inzwischen dazu übergegangen, vorab routinemäßig die genannten Nerven zu blockieren. **wpa**

Mortimer NJ et al. Regional nerve blockade prior to direct injection to achieve anaesthesia of the nasal ala. **Br J Dermatol** 2010; 162: 819–21.

Psoriasis im Intimbereich – bitte kein Tabu!

Zur Häufigkeit psoriatischer Läsionen im Genitalbereich gibt es bislang kaum epidemiologische Daten. Dabei scheinen durchaus nicht wenige Patienten von diesem Problem betroffen zu sein.

Fast jeder zweite Teilnehmer in einer anonymen Umfrage unter Mitgliedern der niederländischen Psoriasis-Gesellschaft gab an, das Problem „Psoriasis im Genitalbereich“ aus Erfahrung am eigenen Körper zu kennen: Männer mit 53,3% häufiger als Frauen mit 38,2%.

Nahezu jeden dritten befragten Psoriatiker quälten die Hautveränderungen im Intimbereich auch aktuell zum Zeitpunkt der Umfrage. Die Autoren der

Umfrage hatten ihre Fragebögen an insgesamt 5.300 Patienten verschickt und von 37% der Angeschriebenen Antworten zu verschiedenen Aspekten der Krankheit bekommen.

38% der Patienten mit Hautveränderungen an den Genitalien hatten keine Psoriasis in sonstigen Körperfalten, 77% der Patienten mit Schuppenflechten in intertriginösen Bereichen hatten noch nie Läsionen im Genitalbereich.

Fazit: „Es ist schwer zu verstehen, warum direkte Fragen nach genitalen Beschwerden und die direkte Inspektion der äußeren Genitalien bei Dermatologen noch nicht zu Alltag gehören“, schreiben die Autoren. Es sei offensichtlich, dass genitale Beschwerden „das psychosexuelle Wohlbefinden und die Lebensqualität beeinträchtigen“. Sie plädieren dafür, den Intimzonen auch bei Psoriasis allgemein mehr Aufmerksamkeit zu widmen. **isi**

Meeuwis KA et al. Genital psoriasis: a questionnaire-based survey on a concealed skin disease in the Netherlands. **J Eur Acad Dermatol Venereol**, 8. April 2010 [Epub ahead of print].