



© AAD

Nävusexzision: Narbe (li.) und Rezidiv.

Nävi kehren selten zurück

— Wie häufig treten biopsierte dysplastische Nävi wieder auf? Und müssen unvollständig entfernte Nävi reexzidiert werden, um Rezidive zu verhindern? Eine Gruppe von Dermatologen um Agnessa Goodson von der University of Utah in Salt Lake City hat versucht, diese Fragen zu beantworten.

In ihrer Studie untersuchten Goodson und Kollegen 271 Hautbezirke von 115 Patienten, die sich mindestens zwei Jahre zuvor der Biopsie eines Nävus unterzogen hatten. Die Rückfallquote dysplastischer Nävi erreichte 3,6%, jene benigner Male 3,3%. „Diese Raten kli-

nischer Rezidive liegen extrem niedrig“, resümieren die Forscher. Es sei daher womöglich unnötig, geringgradig oder mäßig dysplastische Nävi mit positiven Biopsierändern erneut auszuschneiden. Schwer atypische Nävi sollten jedoch vollständig entfernt werden. Das Auftreten von Rezidiven hing nicht von der Dysplasie oder dem Subtyp des Nävus ab, von der Art der Entnahme hingegen schon: Shave-Biopsien waren signifikant häufiger mit einem erneuten Erscheinen des Nävus assoziiert. **rb**

JAAD 2010; 62: 591–596

Nierenrisiko bei Lupus früh erkennen

— Systemischer Lupus erythematoses endet bei etwa einem Drittel der Patienten mit tödlichem Nierenversagen. Wissenschaftler des Max-Planck-Instituts für Infektionsbiologie in Berlin haben jetzt in Zusammenarbeit mit einer klinischen Arbeitsgruppe der Universität Erlangen entdeckt, dass eine Gruppe von Lupus-Patienten im Gegensatz zu gesunden Menschen, die Fangnetze für Krankheitserreger, die das Immunsystem bei einer Infektion bildet, nicht mehr abbauen kann [Abdul Hakkim et al., PNAS 2010; 107 (21): 9813–8]. Der Abbau der Netze geschieht normalerweise durch das Enzym DNase-1, das bei einem Teil der Lupus-Patienten entweder nicht vorhanden oder blockiert ist. Bei den untersuchten Patienten hatten sich die nicht abgebauten Netze mit darin gebundenen Antikörpern bereits im Nierengewebe abgelagert. Logische Schlussfolgerung: Ein hohes Risiko für ein Nierenversagen haben jene Lupus-Patienten, die nicht in der Lage sind, die Fangnetze nach einer Infektion wieder abzubauen. Die neuen Erkenntnisse könnten zur Früherkennung dieser Risikogruppe beitragen. **gz**

Bilddokumente hautnah

Störung der Mikrozirkulation

Ein 22-jähriger Patient stellt sich mit starken Schmerzen im Bereich des gesamten linken Beines vor. Zudem gibt er an, dort auch eine Verfärbung und Sensibilitätsstörungen zu bemerken. Anamnestisch sind eine Polytoxikomanie und eine chronische Hepatitis C bekannt. Beim genaueren Nachfragen stellt sich heraus, dass der Patient eine Lösung aus 5 mg Heroin und zwei Tabletten zermörsertem Flunitrazepam hergestellt hatte, die er sich selbst in seine Leistenvene injizieren wollte. Dabei hatte er aber die linke Arteria femoralis getroffen, trotzdem aber die Lösung verabreicht.

Bei der klinischen Untersuchung findet sich beidseits ein kompletter Pulsstatus, auch im Doppler zeigt sich eine gute Makrozirkulation. Beide Beine sind gleich warm, am linken Bein finden sich aber regional unterschiedlich verteilte livide Verfärbungen, insbesondere am Fuß (siehe Abbildung). Laborchemisch fallen insbesondere leicht erhöhte Werte der Kreatinkinase sowie von Myoglobin auf als Ausdruck eines muskulären Zerfalls.

Es wird auf dem Boden einer Verlegung der kleinsten Gefäße durch zerstoßene Tabletten die Diagnose einer Mikrozirkulationsstörung gestellt. Flunitrazepamtabletten beinhalten als Trägerstoffe komplexe kristalline Strukturen. Eine kausale Therapie im Sinne einer Lysetherapie existiert nicht. Einer weiteren



© Jung/Lauten/Figulla/Ferrari

Therapie stimmt der Patient nicht mehr zu. Aus diesem Grund wird eine Zwangseinweisung erwirkt.

Die weitere Therapie beinhaltet die symptomatische Schmerztherapie, die Gabe von Heparin und Prostaglandin als Versuch der Verbesserung der Mikrozirkulation und Rheologie sowie die forcierte Flüssigkeitsgabe und Nephroprotektion bei im Verlauf ansteigenden Myoglobinwerten bis 11.700 µg/l. Im Verlauf einer dreitägigen Therapie bessert sich der klinische Zustand kontinuierlich, sodass der Patient auf dringenden Wunsch entlassen werden kann. Da der Patient bereits in ein Methadonprogramm integriert ist, erfolgt die weitere Betreuung hinsichtlich des Drogenkonsums ambulant im bestehenden Programm.

Dr. med. Christian Jung, Dr. med. Alexander Lauten, Prof. Dr. med. Hans-R. Figulla, PD Dr. med. Markus Ferrari, Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinik Jena, Erlanger Allee 101, 07747 Jena