

( $\text{SpO}_2 < 85\%$ ) und paradoxe thora-koabdominale Atemexkursionen sind typisch. Aufgrund der ermüdeten Atemmuskulatur fehlt der Pulsus paradoxus.

### Therapie

Die Akuttherapie richtet sich nach der Schwere des Anfalls.

- Basismedikation ist die repetitive (10–15 min) inhalative Applikation von  $\beta_2$ -Sympathomimetika (Salbutamol). Die Kombination mit Anticholinergika (Ipratropiumbromid) wird empfohlen.
- Bei Versagen der inhalativen Therapie kann die systemische Anwendung von  $\beta_2$ -Sympathomimetika (Terbutalin, Reproterol) erwogen werden.
- Eine  $\text{O}_2$ -Gabe (2–4 l/min, Gesichtsmaske) orientiert sich am  $\text{SpO}_2$ -Zielwert (90–95%).
- $\text{MgSO}_4$  (inhalativ, intravenös) kann bei lebensbedrohlichen Anfällen additiv eingesetzt werden.
- Glukokortikoide (25–100 mg Prednisolonäquivalent) sollten aufgrund der Anschlagzeit von 1–2 h frühzeitig systemisch verabreicht werden.

Theophyllin gehört aktuell nicht zur Standardtherapie des akuten Asthmaanfalls.

Bei persistierender oder progredienter Hypoxämie, Erschöpfung, Vigilanzminderung und Atemstillstand sind die endotracheale Intubation und mechanische Ventilation indiziert.

→ **Title: Asthmatic attack**

→ **Für die Verfasser:**

**Prof. Dr. med. habil. Dr. med. sc. Alf Kozian**  
Klinik für Anaesthesiologie und Intensivtherapie  
Otto-von-Guericke Universität  
Leipziger Straße 44  
D-39120 Magdeburg  
E-Mail: alf.kozian@med.ovgu.de

→ **Koautor:** Prof. Dr. med. habil. Dr. med. sc.

Thomas Schilling D.E.A.A.  
Klinik für Anaesthesiologie und Intensivtherapie, Otto-von-Guericke Universität, Magdeburg

## Blickdiagnose

# Knoten am Arm: Von der Weide mitgebracht?

**Bei einer 38-jährigen Schafzüchterin entwickelte sich innerhalb von zwei Wochen auf gesunder Haut ein schmerzhafter Knoten am rechten Unterarm (Abb. 1). Was steckt dahinter?**

— Die Patientin berichtet, dass zunächst einzelne kleine, nebeneinanderstehende, erythematöse Papeln erschienen seien, die unter Konfluenz einen Nodus mit nässender Oberfläche bildeten. Auch klagt sie über zunehmendes Krankheitsgefühl, subfebrile Temperaturen bis  $38^\circ\text{C}$  und Lymphknotenschwellung rechts axillär.

Es handelt sich um ein Ecthyma contagiosum mit aufsteigender Lymphangitis. Erreger ist das Parapoxvirus ovis (Orf-Virus) aus der Gruppe der Pockenviren. Die Infektion ist bei Schafen und Ziegen endemisch.

Die Übertragung auf den Menschen erfolgt durch Kontaktinfektion. In der Regel sind Unterarme und Hände, selten die Gesichtshaut betroffen. Nach einer Inkubationszeit von wenigen Tagen bis sechs Wochen bilden sich entzündlich gerötete Papeln. Im Verlauf verändern sich die Effloreszenzen kokardenartig und gehen in ein noduläres Stadium über. Aus diesem Stadium entstehen papillomatöse Effloreszenzen, die schließlich in Regression übergehen.

Als Begleitsymptome werden selten Fieber und Krankheitsgefühl beobachtet. Komplikationen sind Lymphangitiden, reaktive Lymphknotenvergrößerungen, Superinfektionen und Erysipele.

### Krankheit meist selbstlimitierend

Diagnostisch wegweisend sind die Anamnese (Kontakt zu infizierten Tieren) und die Dynamik der Hauteffloreszenzen. Die Sicherung der Diagnose erfolgt durch Hautbiopsie im Frühstadium sowie den Virusnachweis durch Elektronenmikroskopie, Zellkultur oder PCR. Die Krankheit ist in der Regel nach 6–8 Wochen selbstlimitierend.

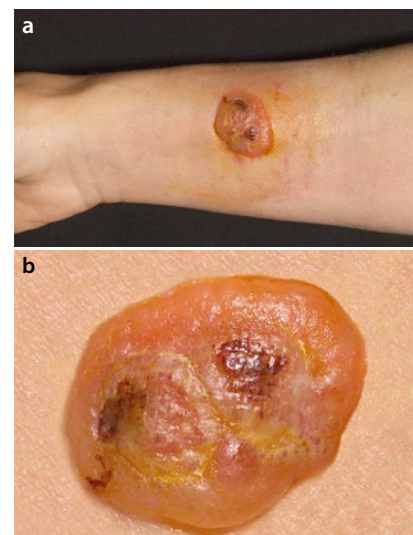


Abb. 1a, b Aufnahmebefund: 3 x 2,5 cm großer erythematöser, solider Knoten mit z. T. glänzender Oberfläche.

### Kasuistik: Wie ging es weiter?

Im Fall der 38-jährigen Patientin wird aufgrund der aufsteigenden Lymphangitis und des ausgeprägten Krankheitsgefühls eine systemische Antibiotikatherapie mit Ampicillin und Sulbactam 1,5 g als Infusion dreimal täglich über fünf Tage eingeleitet. Lokaltherapeutisch wird Povidonjod unter Wundgaze appliziert. Die Extremität wird hochgelagert und gekühlt.

Unter der topischen Therapie kommt es zu einer Epithelisation des teils erodierten Nodus sowie zur Größenregredienz. Die Lymphangitis und das Krankheitsgefühl bessern sich unter den Antibiotika, sodass nach fünf Tagen auf eine orale Applikation gewechselt und die Patientin entlassen werden kann.

• Radtke MA et al. Hautarzt 2009;60(6):498–501.