

BLICKDIAGNOSE

Die Fälle der MMW-Leser



Lineare, zirkumferente Einsenkung der Haut am Nasenrücken.

Erworbene Einsenkung

Seine Nase hat die Form eines Sattels

— Bei einem 70-jährigen Patienten, der sich zur Hautkrebsvorsorgeuntersuchung vorstellte, fiel eine lineare, zirkumferente Einsenkung der Haut am Nasenrücken unmittelbar am kranialen Ansatz der Nase auf. Der Mann gab an, dass diese Veränderung bereits in seinem 20. Lebensjahr entstanden war, als er in seiner Funktion als Fahnenchwinger einen Schlag mit der Fahnenstange auf den Nasenrücken erhalten hatte. Damals war die Veränderung nicht fachärztlich versorgt worden. Des Weiteren war bei dem Patienten seit dem 57. Lebensjahr ein Morbus (M.) Wegener bekannt. Hinweise für das Vorliegen einer Trisomie 21 fanden sich im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht. Ein Test auf *Treponema pallidum*-Partikel-Agglutination (TPPA) im Serum blieb unauffällig.

Die Diagnose lautete posttraumatische Sattelnasendeformität bei M. Wegener. Morphologisch liegt der Deformität ein umschriebener Substanzverlust des Stützgerüsts der Nase zugrunde. Sie kann konnatal bei genetischen Anomalien (z. B. Rothmund-Thomson-Syndrom, Trisomie 21) sowie bei der Lues connata („syphilitische Sattelnase“) auftreten. Erworbene Formen finden sich posttraumatisch, Neoplasie-induziert bei Schädigung des knöchernen oder knorpeligen Anteils des Nasenseptums (z. B. bei Plattenepithelkarzinom) sowie postin-

flammatorisch etwa bei Nasenfurunkeln, nekrotisierend-ulzerierenden Granulomen (M. Wegener) oder Polychondritis.

Typisch für den M. Wegener ist das sogenannte Pathergiephänomen, bei dem bereits geringste Traumen zum Entstehen spezifischer Läsionen führen können. Vor diesem Hintergrund muss bei dem Patienten auch das Vorliegen eines subklinischen M. Wegener bereits zum Zeitpunkt des Unfalls im 20. Lebensjahr diskutiert werden.

Therapeutisch wird bei einer Sattelnasendeformität unter Berücksichtigung funktioneller und psychischer Beeinträchtigungen eine chirurgische Rekonstruktion („Rhinoplastik“) angestrebt. Wegen des Pathergiephänomens konnte diesem Patienten die komplikationslose Durchführung mit nachfolgender regelrechter Wundheilung allerdings nicht in Aussicht gestellt werden, zumal er im Rahmen der Therapie des M. Wegener eine immunsuppressive Therapie mit Prednison 6 mg/d und Azathioprin 150 mg/d erhielt. Auch der Patient selbst stand einer Operation ablehnend gegenüber. ■

→ PD Dr. med. Matthias Möhrenschräger

Facharzt Dermatologie FMH, Chefarzt Dermatologische Abteilung, Hochgebirgsklinik, CH-7265 Davos