

## JEPBLICKDIAGNOSE

**Die Fälle der MMW-Leser**

Schicken Sie uns Ihren Bericht!

Bei Veröffentlichung erhalten Sie **150 €**.

cornelius.heyer@springer.com

# Blaue Finger – ein ominöses Warnzeichen

Im Spätherbst kam ein 66-jähriger Patient mit schmerzenden, blau verfärbten Fingern an beiden Händen in die hausärztliche Sprechstunde. Die Beschwerden traten v. a. bei Kälte auf – ein klassisches Raynaud-Phänomen. Ansonsten fühlte der Mann sich gesund.



Im Labor fand sich neben einer leichten Erhöhung des CRP-Werts eine hohe Konzentration von ENA-Antikörpern. Die Kälteagglutinine hingegen waren normal. Zusammen mit den auf dem Bild sichtbaren akralen Mottenfraßnekrosen und einer Hypomimie mit Mikrostomie vervollständigte sich die Diagnose einer systemischen Sklerose.

Es erfolgte eine rheumatologische Mitbehandlung mit initialer Prednisolon-Therapie (15 mg in absteigender Dosierung) und der Einleitung einer Therapie mit Hydroxychloroquin 2 × 200 mg/d. Als Hausarztpraxis leiteten wir die systemische Behandlung durch Überweisungen zum Kardiologen und zum Nephrologen ein.

Neben der beschriebenen Hautmanifestation offenbarte sich bei dem Patienten eine Beteiligung von Lungen, Nieren, Herz und Speiseröhre. Im Lungen-CT fand sich eine Fibrose des Lungenparenchyms mit mittelgradiger Restriktion. Die kardialen Untersuchungen zeigten eine schwere Kardiomyopathie mit eingeschränkter linksventrikulärer Funktion bei

regionalen Wandbewegungsstörungen ohne Nachweis einer koronaren Herzerkrankung. Die gastrointestinale Diagnostik erbrachte einen manometrischen Befund passend zu einer ösophagealen Beteiligung. Bei einem mikroskopischen Nachweis von vermehrten Akanthozyten und einer Erythrozyturie bestand der Verdacht auf einen Befall der Nieren.

Der Patient kam nach einem halben Jahr bei einer Uniklinik in Behandlung und erhielt alle vier Wochen Cyclophosphamid 1.000 mg. Die weitere Medikation umfasste täglich Prednisolon 5 mg, Ramipril 2,5 mg, Vitamin D<sub>3</sub> 1.000 I.E., Torasemid 10 mg und Spironolacton 12,5 mg sowie alle 2 Tage Cotrimoxazol 960 mg. Außerdem wurde ihm seitens der Uniklinik ein implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (ICD) empfohlen.

Der erste Befund beim Hausarzt war nur die Spitze des Eisbergs. Für die Behandlung eines solchen Patienten ist eine fachrheumatologische bzw. universitätsmedizinische Anbindung unverzichtbar. ■



**Dr. med. Jochen Müller**  
Die Hausärzte am Dom, Neheimer Markt 5, D-59755 Arnsberg-Neheim