



© picture alliance / Arco Images

**Nävie Zählen: Die klassische Art und Weise ...**

Melanozytäre Nävi

## Zählen auch am Bildschirm möglich

— Das Melanomrisiko steht in direktem Zusammenhang zur Zahl der melanozytären Nävi (MN), letztere sind also ein quantifizierbarer Risikoindikator für ersteres. Um den Einfluss der Sonnenstrahlung zu überwachen, werden für große populationsbasierte Studien die MN von Teilnehmern „face to face“ gezählt. Schwedische Dermatologen haben untersucht, ob sich Anzahl und Größe von Nävi auch per mobiler Teledermatologie korrekt erfassen lassen [Karlsson M et al. *Acta Derm Venereol* 2015; 95: 303–6]. Zunächst zählte ein Dermatologe persönlich die Nävi auf den Rücken von 97 Kindern und Jugendlichen und fertigte mit einem iPhone 4S Aufnahmen der Rücken an. Diese wurden anschließend von zwei weiteren Dermatologen begutachtet.

Das gewichtete Cohens Kappa ergab eine wesentliche Übereinstimmung der beiden Tele-Gutachter mit dem ersten Hautarzt ( $\kappa_w = 0,69$  bzw.  $\kappa_w = 0,78$ ) sowie der beiden Gutachter untereinander ( $\kappa_w = 0,80$ ). Die Ärzte bewerteten die Begutachtung am Bildschirm als gut machbar, auch wenn es mühsam gewesen sei, die Größe der MN einzuschätzen. Wenn sich diese Art der Teledermatologie auch im ambulanten Setting bewährt, könnte sie in Zukunft in großen populationsbasierten Studien eingesetzt werden. *Sebastian Lux*

Erhöhtes KHK-Risiko

## Rosazea greift Patienten ans Herz

— Rosazea ist eine chronisch entzündliche Krankheit und gleicht darin anderen Hauterkrankungen wie der Psoriasis. Der Verdacht liegt daher nahe, dass die Kupferrose in ähnlicher Weise mit Atherosklerose und kardiovaskulären Folgeerkrankungen assoziiert ist wie die Schuppenflechte. Dermatologen aus Taiwan sind dem Zusammenhang in einer großen landesweiten Studie nachgegangen [Hua et al. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73: 249–54].

In die Untersuchung gingen die Daten von 33.553 Rosazeapatienten ein, die jeweils mit zwei Kontrollpersonen gleichen Alters und Geschlechts verglichen wurden. Hierbei taten sich signifikante Unterschiede auf. 20,9% der Rosazeapatienten, aber nur 16,3% der Kontrollen hatten eine Dyslipidämie (Odds Ratio [OR] 1,41). Für die koronare Herzkrankheit betrug die Häufigkeit 11,3% und 9,0% (OR 1,35). Hypertonie waren 22,8% der Patienten und 20,8% der Kontrollen (OR 1,17). Die Assoziation von Rosazea und koronarer Herzkrankheit blieb auch bestehen, nachdem die Daten mit den klassischen Risikofaktoren Hypertonie,

Dyslipidämie, und Diabetes mellitus abgeglichen worden waren. Interessanterweise gab es keine Verbindung zwischen Rosazea und Diabetes mellitus. Dies könnte laut den Autoren daran liegen, dass Diabetes mit einer endothelialen Dysfunktion und demzufolge mit einer beeinträchtigten Vasodilatation einhergeht. Die Assoziation beider Erkrankungen wird dadurch womöglich verringert.

Bei der Studienpopulation hat es sich überwiegend um Personen mit Hauttyp III oder IV gehandelt. Die Ergebnisse sollten daher nur mit Vorsicht auf hellere Hauttypen übertragen werden, bei denen die Prävalenz von Rosazea möglicherweise höher sei, so die Autoren. Dennoch schlagen sie vor, Patienten mit Rosazea auf kardiovaskuläre Risikofaktoren sowie auf Herz- und Gefäßerkrankungen zu screenen. Auf bestimmte Subgruppen sollte man besonders achten, darunter Patienten, die bereits mit 40 Jahren oder jünger an Rosazea erkranken – bei ihnen ist das Hautleiden signifikant mit Dyslipidämie vergesellschaftet (OR 1,31). *Dr. Robert Bublak*

Regelmäßiges Screening gefordert

## Psoriasis-Arthritis oft undiagnostiziert

— Französische Dermatologen zufolge haben circa 15,5% aller Psoriasispatienten Psoriasis-Arthritis (PsA), ohne es zu wissen [Vilani et al. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73: 242–8]. Diese Zahl errechneten sie anhand eines systematischen Reviews und einer anschließend Metaanalyse von zwölf Studien. Da in keiner der untersuchten Studien explizit nach undiagnostizierter PsA gefahndet wurde, kalkulierten die Hautärzte die Prävalenz anhand der PsA-Neudiagnosen bei Psoriasispatienten.

Aufgrund der Heterogenität der Einzelstudien schwankte die Punktprävalenz erheblich. Wurden nur die sieben epidemiologischen Studien berücksichtigt, sank die PsA-Prävalenz auf 10,1%. An-

hand der Ergebnisse war außerdem nicht ersichtlich, ob zumindest ein Teil der Patienten asymptomatische PsA hatte. Auch wurde die PsA oft nur anhand von Fragebögen erfasst und nicht serologisch von einem Rheumatologen bestätigt.

Diese Fragebögen – zum Beispiel der GEPARD (GERman Psoriasis ARthritis Diagnostic Questionnaire) – sind für den behandelnden Dermatologen wichtig, um einzuschätzen, ob eine umgehende Überweisung zum Rheumatologen angebracht ist. Die Autoren empfehlen regelmäßige Screenings der Patienten, um die bei einer PsA auftretenden Symptome möglichst frühzeitig zu erkennen. *Sebastian Lux*