

Spotlight

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. Ina Hadshiew

Derma-Köln
Graseggerstraße 105
50737 Köln
ina@sitewerks.net

Generalisierte pruriginöse Papeln – eine floride Syphilis

▼
Kurzkommentar zu Seite 324

Der interessante Fallbericht von Lodin führt wieder einmal vor Augen, dass die Syphilis bis heute das Chamäleon der Dermatologie bleibt. Vorgestellt wird ein 63-jähriger Patient mit disseminierten, juckenden, erythematösen Papeln sowie Erosionen im Rachenbereich. Differenzialdiagnostisch war eine Prurigo nodularis, lymphomatoide Papulose, Pityriasis lichenoides sowie ein nummuläres oder post-skabiöses Ekzem in Betracht gezogen worden. Erst eine Hautbiopsie zeigte ein perivasales und perifollikuläres plasmazytoides Infiltrat; zudem wurden immunhistochemisch Spirochäten (*Treponema pallidum*) nachgewiesen. Die Blutuntersuchung bestätigte dann den Verdacht einer Lues II mit TPHA-Titern von 1:40960 und Cardiolipin-Spiegeln von 1:128. Nach WHO-Leitlinien-gemäßer Therapie mit dreimaliger i.m. Injektion von 2,4 Mega-Benzathin-Benzylpenicillin in 7-tägigen Abständen kam es zur Abheilung der Hautveränderungen und Titerabfall.

Bei unklaren Exanthenen sollte stets eine Lues II erwogen werden, da sie eine Vielfalt klinischer Befunde zeigt: Typisch ist ein erst makulöses, dann papulöses, nicht-juckendes Exanthem (*Roseola syphilitica*); Juckreiz kann jedoch, wie bei diesem Patienten, durchaus auftreten. Wegweisend ist der Mitbefall von *Palmae* und *Plantae*, der im vorliegenden Fall leider nicht beschrieben wird. Auch Befall der Mundschleimhaut in Form der *Plaques muqueuses* sowie des Rachens (*Angina specifica*) kommt oftmals vor. Sinnvoll ist auch bei älteren Patienten, wie hier, eine Sexualanamnese!

Anmerkung: Nach dem Infektionsschutzgesetz unterliegt der Nachweis einer *Treponema pallidum*-Infektion einer nichtnamentlichen Meldepflicht an das Robert Koch-Institut (RKI). Die Anzahl der dem RKI gemeldeten Syphilis-Fälle stieg 2011 um 21,9% im Vergleich zum Vorjahr und lag bei 3698 gemeldeten Fällen (RKI-Bericht 12-2012).

Intralymphatische Histiozytose nach orthopädischer Metallimplantation

▼
Kurzkommentar zu Seite 328

Vorgestellt wird eine Rarität. Weltweit sind erst fünf Fälle einer intralymphatischen Histiozytose nach Metallimplantation beschrieben, hier nun der sechste. Bei einem 80-jährigen Patienten zeigten sich ca. 2 Jahre nach einer Hüftgelenks-OP mit metallischem Gelenkersatz am betroffenen Bein asymptomatische, livid-braune Papeln und Live-do-artige Verfärbungen, die sich über den proximalen dorsalen Oberschenkel ausbreiteten. Der Patient war ansonsten gesund, insbesondere ergaben sich keine Hinweise auf eine Autoimmunerkrankung.

Differenzialdiagnostisch wurden folgende Erkrankungen erwogen: kutane Lymphome, Sarkoidose, Dermatofibrosarcoma protuberans, Kaposi-Sarkom, Angiosarkom und Mykobakteriosen. In der histopathologischen Untersuchung zeigte sich dann eine starke Hyperplasie, besonders der Lymphgefäße (CD31+, CD34+), mit einem intraluminalen Infiltrat aus CD68+-Histiozyten sowie einem gemischten dermalen Infiltrat aus Makrophagen, Lymphozyten und Plasmazellen.

Bei der intravaskulären/intralymphatischen Histiozytose handelt es sich um eine gutartige Hautveränderung mit jedoch chronischem, äußerst therapierefraktärem Verlauf. Weltweit sind insgesamt nur ca. 40 Fälle beschrieben, meist in Assoziation mit Rheumatoider Arthritis. Obwohl die Pathogenese bislang unklar ist, wird eine Entzündungsreaktion als Trigger der Lymphektasie/-stasis vermutet, z.B. im Rahmen von Gelenkentzündungen oder aber nach Trauma/OP. Ein spannender, wenn auch seltener Fall, der unser Fach so interessant macht!