

Fort- und Weiterbildung aus der Sicht des Nachwuchses

Das Blickdiagnosen-Quiz: Tinea, Keratose oder doch Syphilis?

In der Hausarztpraxis sieht man viele verschiedene Hautläsionen, Ausschläge und ungewöhnliche Hautveränderungen. All diese direkt zum Dermatologen oder zur Dermatologin zu schicken, ist zwar eine Möglichkeit, jedoch sind gewisse Kenntnisse der gängigsten dermatologischen Pathologien von Vorteil. Prof. Dr. med. Stephan Lautenschlager zeigte am SGAIM Herbstkongress die gängigsten Beispiele. Wie fit Sie in Ihrer Hausarztpraxis sind, können Sie in folgendem Quiz herausfinden.

Céline Désirée Fäh
Dipl. Ärztin

Fallbeispiele

1. Zu Ihnen kommt eine 35-jährige Patientin, welche seit 4 Jahren unter einer Colitis ulcerosa leidet. Ihrer Akte entnehmen Sie, dass die Patientin unter einer Therapie mit Salofalk/Azathioprin ein Arzneimittelexanthem entwickelt hat, woraufhin die Therapie zu Prednison/Azathioprin gewechselt wurde. Darunter persistierten jedoch die Beschwerden der Colitis, weshalb eine neue Therapie mit Xeljanz (Tofacitinib) initiiert wurde. Nun stellt sich die Patientin erneut bei Ihnen vor mit erythematösen, palpablen, follikulären Veränderungen an den Oberschenkeln, rechts akzentuiert. Teilweise schuppig und juckend. Woran denken Sie?

2. Eine 42-jährige Patientin stellt sich mit einem leicht juckenden Ausschlag im Gesicht vor. Zu sehen sind konfluierende Papeln und Vesikel auf stark geröteter Haut, ohne das Vorhandensein von Komedonen. Bei der Patientin ist eine atopische Grunderkrankung bekannt. Wie würden Sie den Ausschlag therapieren?

3. Ein 24-jähriger Mann stellt sich bei Ihnen in der Praxis vor mit einem brennenden, schnell aufgetretenen Ausschlag im Gesicht und am Hals. Er berichtet, dass die Pusteln innert 24h aufgetreten seien. Zu sehen sind follikuläre weisse Papeln auf rotem Grund. Der Patient zeigt keine systemischen Symptome. Welche Diagnostik würden sie veranlassen?



Abbildung 1



Abbildung 2



Abbildung 3

Fortbildung

4. Ein 43-jähriger Patient kommt aus seinem Mexikourlaub zurück und berichtet über stärksten Juckreiz gluteal. Zu sehen ist der Ausschlag nur an den durch die Badehosen bedeckten Hautarealen. Welche Differentialdiagnosen vermuten Sie?



Abbildung 4

5. Ein 34-jähriger Bankangestellter stellt sich bei Ihnen in der Praxis vor mit einem Ausschlag thorakal lateral. Aus der Krankengeschichte wissen Sie, dass er HLAB27 positiv ist. Sie inspizieren den Ausschlag und sehen ein makulöses, flankenbetontes Exanthem. Da der Patient sonst keine Symptome hat, entscheiden Sie sich für watch and wait. Nach 1 Woche ist das Exanthem komplett verschwunden, jedoch stellt sich der Patient nun mit einer generalisierten Lymphadenopathie vor. Zudem berichtet er von Unterschenkelschmerzen. Sie suchen nach einem Auslöser und finden in Ihrer Krankengeschichte noch folgende Informationen: St. N. Uveitis, Patient ist homosexuell. Was unternehmen Sie?



Abbildung 5

6. Eine 32-jährige Patientin kommt aus ihren Brasilienstrandferien zurück und stellt sich bei Ihnen mit Juckreiz an den Brüsten vor. Durch die Anamnese erfahren Sie, dass die junge Patientin eigentlich nur am Strand war, dort die Sonne genossen hatte und den streunenden Hunden beim Spielen zugesehen hatte, während sie im Sand lag. Als sie die Brüste untersuchen, sehen Sie das folgende Bild. Was ist Ihre Verdachtsdiagnose und wie wäre Ihre Therapie?



Abbildung 6

Auflösung:

1. Es handelt sich um eine Tinea. Typisch sind schuppige Rundherde, welche jucken. Im histologischen Präparat zeigen sich Pilzfäden.

2. Es ist das klassische Bild einer perioralen Dermatitis. Wichtig: Keine Steroide im Gesicht anwenden und auch keine Feuchtigkeitscremes. 6% aller Patientinnen zwischen 15–45 Jahren, die in einer dermatologischen Praxis untersucht werden, entwickeln eine periorale Dermatitis, selten ist sie auch periokulär möglich als Intoleranzreaktion auf Reinigungsartikel oder Gesichtspflege. Meistens reicht die Null-Therapie, selten braucht es Calcineurininhibitoren.

3. Was verschwiegen wurde ist, dass der Patient einen Herpes labialis hat und sich am Vorabend rasiert hat. Durch die Nassrasur hat der Patient eine herpetische Follikulitis initiiert. Als DD müsste an eine Trichophytie oder ein Eczema herpeticum gedacht werden.

4. Zu sehen sind Seabather's eruptions, dabei handelt es sich um die Larven der Fingerhutqualle, die u.a. in Mexiko heimisch sind. Diese verursachen durch den osmotischen Druck, welcher unter einer Süßwasserdusche entsteht, eine dermatotoxische Reaktion. Durch Ausziehen der Badehose vor dem Duschen hätte dies vermieden werden können. Als DD muss an eine Zerkariendermatitis gedacht werden, obwohl diese nur an durch die Badehose nicht bedeckten Stellen auftritt. Meistens kommt es bei der Seabather's eruption zu einer Spontanheilung. Bei einem Übergang zu einer systemischen Reaktion könnte mit Steroiden und Antihistaminika therapiert werden.

5. Es handelt sich um eine Lues. Diese muss serologisch gesucht werden.

6. Es handelt sich dabei um einen Parasiten, genauer um eine Larva migrans (creeping eruption). Der Hakenwurm lebt an Stränden

mit streunenden Hunden in der Karibik und Südostasien. Oft nimmt er die Füße als Eintrittsstelle. Da der Mensch ein Fehlwirt ist, kommt es zu einer spontanen Abheilung. Bei ausgeprägten Symptomen empfiehlt sich eine Therapie mit Albendazol oder Ivermectin für 2–3 Tage.

Verdankung

Wir danken Prof. Dr. med. Stephan Lautenschlager dafür, dass er uns die Fotos zur Verfügung gestellt hat.

Conflict of Interest Statement

Die Autorin hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Korrespondenz

Céline Désirée Fäh
Riedweg 29
CH-3293 Dotzigen
celine.fah[at]gm.ch