pink & blue

Nr. 3

I 1998
Zeitschrift des Zentrums für Dermatopathologie Freiburg

Schriftleitung und
redaktionelle Verantwortung:
Wolfgang Weyers, Carlos Diaz,
Imke Weyers, Susanna Borghi
Druck: pronto Freiburg

Schall und Rauch ?

Es gibt Dinge, die kommen und gehen und hinterlassen keine Spuren – wie Schall und Rauch. Die Mode ist so definiert – dem Duden nach ist die Mode etwas, „was einem zeitbedingten verbreiteten Interesse, Gefallen, Verhalten entspricht“, und sie versteht sich selber so: als ein vorübergehendes Phänomen, auf handfesten kommerziellen Interessen beruhend, nicht selten hübsch und phantasievoll, aber ohne Anspruch auf grundsätzliche Bedeutung oder dauerhafte Gültigkeit.

Die Designer von Mänteln und Hüten, von Winter- und Sommerkollektionen geben das auch ehrlich zu. Andere Modemacher dagegen sind weniger ehrlich. Die Modemacher der Wissenschaft zum Beispiel pflegen das Bestehen kommerzieller Interessen und das Fehlen einer grundsätzlichen Bedeutung ihrer Entwürfe weit von sich zu weisen. Keine Mode der Wissenschaft kann lächerlich genug sein, um nicht im inbrünstigen Ton der Überzeugung als fundamentaler Fortschritt präsentiert zu werden. Von einer solchen Mode soll in diesem Heft die Rede sein: von der Ultraschall-Untersuchung der Haut, die derzeit kaum mehr ist als (Ultra-)Schall und Rauch!

Auch von Namen, Titeln und Ehrungen heißt es oft, sie seien nichts als Schall und Rauch. Und im Prinzip ist das richtig, denn Titel und Ehrungen haben geringe Bedeutung, niemand wird durch sie besser oder schlechter, wichtiger oder weniger wichtig. Das wurde nicht immer so gesehen: in anderen Ländern und zu anderen Zeiten wurde (und wird) äußeren Ehren weit mehr Bedeutung beigemessen, als dies heute bei uns der Fall ist. Aber selbst wenn man Ehrungen nüchtern betrachtet, so bleiben sie doch ein Höhepunkt, der sich wohltuend vom Materialismus des Alltags absetzt, ein Zeichen besonderer Wertschätzung, das Ehrenden und Geehrten auf persönliche Weise miteinander verbindet.

5. Gießener dermatohistologisches Kolloquium: Glückwunsch an A.B. Ackerman zum Doctor medicinae honoris causa durch den Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Gießen, Prof. K. Knorpp (Mitte) und den Leiter der Universitäts-Hautklinik, Prof. W.-B. Schill (rechts)

Inhalt:

Zu diesem Heft 1
Was ist das ? 2
Bunt gemischt 2
Der besondere Fall:
Die granuläre Parakeratose 7
Memories 9
Für Sie referiert 10
Das ist es! 12
Dermatologie einmal anders:
Die Haut-Sonographie 14
Klinische Befunde –
histopathologisch erläutert 16

Dies gilt auch für die Verleihung der Ehrendoktorwürde der Medizinischen Fakultät der Justus-Liebig-Universität Gießen an Albert Bernard Ackerman. Aus diesem besonderen Anlaß fand vom 13. bis zum 15. März das 5. Gießener dermatohistologische Kolloquium statt. Namhafte Referenten gaben sich die Ehre, zu diesem Zeichen der Wertschätzung ihren persönlichen Beitrag zu leisten, und etwa 120 Teilnehmer sorgten für einen würdigen Rahmen. Mehr über das Kolloquium finden Sie auf vier Sonderseiten der Firma Hoechst Marion Roussel in der Rubrik „Bunt gemischt“!

Wolfgang Weyers mit A. Bernard Ackerman und Carol Field von Lippincott Raven Publishers auf der Industrieausstellung der Jahrestagung der American Academy of Dermatology Ende Februar in Orlando.

Bunt gemischt

Im Rahmen der Jahrestagung der American Academy of Dermatology Ende Februar in Orlando fand ein gemeinsames Treffen der International Society of Dermatopathology mit den Fachgesellschaften von Amerika, Lateinamerika und Europa statt. Zum Programm zählte u.a. ein dreistündiger Kurs mit dem Titel „Challenge the Experts“, der den Teilnehmern Gelegenheit gab, ihre schwierigsten Präparate anerkannten Experten vorzulegen. Unter diesen vier Experten waren neben Luis Requena (Madrid) für apokrine Tumoren und Lorenzo Cerroni (Graz) für Lymphome auch zwei Mitglieder des Zentrums für Dermatopathologie Freiburg: A. Bernard Ackerman für maligne Melanome und Carlos Diaz für kutane Weichteiltumoren. Auch Wolfgang Weyers war aktiv am Kongreß beteiligt: in einem halbstündigen Vortrag ging er auf die Veränderungen ein, denen die Dermatologie während der Zeit des Nationalsozialismus unterworfen war. Bei gleicher Gelegenheit wurde sein Buch zu diesem Thema vorgestellt, das unter dem Titel „Death of Medicine in Nazi Germany: Dermatology and Dermatopathology under the Swastika“ bei Ardor Scribendi und Lippincott-Raven erscheint und für 120,– DM erhältlich ist. Das Buch, das eine Zeitgeschichte am Beispiel der Dermatologie entwirft und reich bebildert ist, war auf der Academy-Tagung rasch vergriffen, kann jedoch über die ISBN-Nummer 0-7817-1714-0 in jedem Buchgeschäft bestellt werden.

Was ist das?

Mit Beginn des Jahres 1998 wurde Wolfgang Weyers in den Herausgeberstab der Zeitschrift „Cutis“ aufgenommen. Die Zeitschrift vermittelt „cutaneous medicine for the practitioner“ und ist die am weitesten verbreitete Fachzeitung auf dem Gebiet der Dermatologie. Neben Prof. Robert Baran aus Cannes ist Wolfgang Weyers einziges europäisches Mitglied des Editorial Boards von „Cutis“.

Am 14. März 1998 wurde Albert Bernard Ackerman von der medizinischen Fakultät der Justus-Liebig-Universität Gießen die Würde eines Doctor medicinae honoris causa zugesprochen. Diese seltene Auszeichnung, die nur etwa alle fünf Jahre verliehen wird, ging erstmals in der Geschichte der Universität an einen Dermatologen. Um dem Ereignis einen enstprechend würdigen Rahmen zu geben, fand vom 13. bis zum 15. März 1998 das

5. Gießener dermatohistologisches Kolloquium : Wolf-Bernhard Schill mit Otto Braun-Falco, A. Bernard Ackerman und Wolfgang Weyers (v.l.n.r.).

5. Gießener dermatohistologische Kolloquium

statt, organisiert vom Zentrum für Dermatologie und Andrologie der Justus-Liebig-Universität Gießen in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Dermatopathologie Freiburg und der Geschäftseinheit Allergologie/Dermatologie/Rheumatologie/ZNS von Hoechst Marion Roussel. Kein anderer Rahmen erschien uns für die Verleihung der höchsten akademischen Auszeichnung an eine große Persönlichkeit besser geeignet als eine sehr persönlich gehaltene Veranstaltung auf höchstem akademischem Niveau. Dies war das Ziel, das wir uns gesteckt hatten, und es wurde bei weitem übertroffen! Würden die Vorträge des Kolloquiums in einer beliebigen renommierten dermatologischen Zeitschrift zusammengefaßt, kaum ein anderes Heft dieser Zeitschrift wäre interessanter und lesenswerter.

Es begann abends am Freitag, dem 13.: Der Dekan der Gießener medizinischen Fakultät, Klaus Knorpp, wies auf die Seltenheit einer Ehrendoktorwürde hin und gab seiner Freude Ausdruck, selbst einmal diese hohe Auszeichnung verleihen zu dürfen. Michael Bachhuber, der Leiter der Abteilung Dermatika bei Hoechst Marion Roussel, ging auf die Besonderheit der Dermatologie ein, die in der leichten Zugänglichkeit und Beurteilbarkeit krankhafter Veränderungen bestehe und dazu geführt habe, daß an der Haut weit mehr Krankheiten unterschieden werden könnten als an anderen Organen. Entsprechend kompliziert sei die Materie und entsprechend wichtig eine genaue Diagnostik, die jeder Therapie vorausgehen müsse. Das jahrelange Engagement von Hoechst Marion Roussel als Mitorganisator und Hauptsponsor der Gießener dermatohistologischen Kolloquia sei in diesem Sinne zu verstehen: als Beitrag zu dem Fundament, auf dem jede therapeutische Entscheidung beruhe.

Wolf-Bernhard Schill, der Leiter der Gießener Hautklinik und Tagungsleiter, ging in seiner Eröffnungsrede auf den Titel des Kolloquiums, „Ackermania“, ein. Der Begriff „Manie“ sei unterschiedlich definiert, zum einen als Zustand geistiger Verwirrung und somit nicht eben passend für eine wissenschaftliche Veranstaltung, zum anderen als ein Zustand der Erregung und des Enthusiasmus, und in diesem Sinne wolle er auch den Titel „Ackermania“ verstanden wissen. Damit leitete er zu den ersten beiden Vorträgen über, die die Geschichte und Zukunft der Dermatopathologie zum Thema hatten. Wolfgang Weyers (Freiburg) definierte zunächst den Begriff „Dermatopathologie“ als *„Lehre von der Erkennung und Klassifikation von Hautkrankheiten“.* Daher schloß er in seinen Vortrag die Geschichte der makroskopischen Dermatopathologie mit ein, von der ersten Einteilung von Hautkrankheiten durch Galen bis hin zu den Klassifikationen von Joseph Jakob Plenck und Robert Willan. Sehr ausführlich schilderte er dann die Entwicklung der Mikroskopie, die Einführung der Zellularpathologie, die Etablierung der Biopsie mit der Folge rasch zunehmender Kenntnisse auf dem Gebiet der Dermatohistopathologie und schließlich die Entwicklung der systematischen Dermatohistopathologie, die in der Einführung der „Pattern-Analyse“ durch A.B. Ackerman ihren vorläufigen Abschluß fand. A. Bernard Ackerman (Philadelphia) warf anschließend

den Blick in die Zukunft, verdeutlichte anhand einer statistischen Erhebung über Publikationen, Fellowships, Fortbildungsveranstaltungen und Teilnahme an Prüfungen das in den USA gefährlich nachlassende Engagement der Dermatologen auf dem Gebiet der Dermatohistopathologie und wies auf ähnliche Tendenzen in Deutschland hin. Es sei absurd, daß im Anforderungskatalog für die Facharztprüfung in Deutschland Kenntnisse auf Gebieten wie der Haut-Sonographie verlangt würden, während die Dermatohistopathologie als zentrale Säule des Faches mit keinem Wort erwähnt sei. *„Wenn die Dermatologie die Dermatohistopathologie verliert, verliert die Dermatologie sich selbst, und der größte Verlierer ist der Patient!“*

Am nächsten Morgen ging Otto Braun-Falco (München) auf die Bedeutung von A.B. Ackerman für die Entwicklung der Dermatologie im Nachkriegs-Deutschland ein. Philip LeBoit (San Francisco), der Herausgeber des American Journal of Dermatopathologie, schilderte sein Konzept der lymphozytären Vasculitis, eines unspezifischen histopathologischen Befundes, der jedoch bei manchen Krankheiten (v.a. Perniones, Lupus erythematosus profundus, Herpesvirus-Infektionen, Morbus Degos) gehäuft beobachtet werde und deshalb differentialdiagnostisch wichtig sein könne. Helmut Wolff (Lübeck) schilderte das Leben Friedrich Wegeners sowie einige Aspekte der nach ihm benannten Krankheit, der Wegener'schen Granulomatose. Peter Soyer (Graz) wies auf die Wichtigkeit einer guten klinisch-histopathologischen Korrelation bei melanozytären Tumoren hin, Manfred Goos (Essen) forderte eine enge Verknüpfung von histopathologischer Diagnostik und Grundlagenforschung, um die Zukunft der Dermatopathologie zu sichern, und Jorge Sanchez (Puerto Rico), der Präsident der International Society of Dermatopathology, ging ausführlich auf diagnostische Probleme beim Lupus erythematosus tumidus ein.

Am Samstag nachmittag setzten sich zwei Redner mit der Grundlagenforschung auseinander. Zunächst berichtete Enno Christophers (Kiel) über nicht-immunologische Abwehrmechanismen der Haut, wie z.B. Proteine, die durch Aggregation Löcher in Zellmembranen verursachen könnten. Eine unterschiedliche Aktivität solcher nicht-immunologischer Abwehrmechanismen trage wahrscheinlich zu Phänomen wie der sehr seltenen Superinfektion bei Psoriasis vulgaris und der sehr häufigen bei atopischer Dermatitis bei.

Eckhard Kownatzki (Freiburg), der Entdecker des Interleukin-8, setzte sich mit den Grenzen der Wissenschaft auseinander. Diese lägen zum einen

5. Gießener dermatohistologisches Kolloquium: Eröffnungsansprache durch Michael Bachhuber (Hoechst Marion Roussel).

Wolfram Sterry (rechts) stützte mit Klonalitätsuntersuchungen die These von A.B. Ackerman (links), daß die Parapsoriasis en plaques ein frühes Stadium der Mycosis fungoides darstellt.

in menschlichen Schwächen begründet. Der Kampf um Drittmittel könne zur Verfälschung von Forschungsergebnissen führen, das Prinzip des „peer reviews“ bei Journalen zur Ablehnung wichtiger Artikel und anschließender Plagiierung durch die Gutachter, und durch Kumpanei und gegenseitig günstige Beurteilungen würden ganze Forschungszweige am Leben erhalten, für die es keine gesicherten Grundlagen gäbe, wie dies z.B. bei der weltweit mit Milliardeninvestitionen geförderten Tumorimmunologie der Fall sei. Schwerwiegender seien aber noch gedankliche Grenzen der Wissenschaft, die darin begründet lägen, daß die wissenschaftliche Methode auf der künstlichen Herstellung einer vereinfachten Situation beruhe, die sich nur unzureichend auf das sehr viel komplexere Zusammenspiel unterschiedlichster Einflußgrößen in der Natur übertragen lasse. Die Richtung der Forschung würde zudem nicht durch die wirklich interessierenden Fragen bestimmt, sondern durch die zur Verfügung stehenden Methoden, und *der moderne Wissenschaftler erinnere an einen Mann, der seinen Schlüssel verloren habe, ihn unter einer Laterne suche, und auf die Frage eines Passanten, ob er den Schlüssel denn wirklich unter der Laterne verloren habe, antworte: „Nein, aber hier ist Licht!“*

Nagelmykosen - mit dem Pinsel gegen Pilze

Hoechst Marion Roussel

Hoechst

Dem Vortrag von Eckhard Kownatzki schloß sich eine Darstellung der Geschichte der Dermatohistologie an der Universität Gießen durch Matthias Bonczkowitz (Gießen) an.

Der Sonntag begann mit einem Vortrag von Wolfram Sterry (Berlin) zur Frühdiagnose der Mycosis fungoides. Ackermans These, daß die Parapsoriasis en plaques eine frühe Manifestation der Mycosis fungoides sei, wurde durch Klonalitätsuntersuchungen bestätigt. Nach neuesten Ergebnissen bestünde eine inverse Korrelation von klonalen Lymphozyten in Haut und peripherem Blut. Wenn sich zum Beispiel unter PUVA-Therapie die Hautveränderungen zurückbildeten und klonale Lymphozyten in der Haut verschwänden, nähme ihre

Konzentration im peripheren Blut zu, so daß nicht von einer Vollremission, sondern von einem Kompartimentwechsel auszugehen sei. Der theoretisch naheliegende Schluß, bei Mycosis fungoides und Parapsoriasis im erscheinungsfreien Intervall eine systemisch wirksame Therapie durchzuführen, sei aber derzeit noch nicht vertretbar. Zudem sei die Proliferation der neoplastischen T-Lymphozyten so gering, daß Zytostatica nur eine geringe Wirkung hätten, wie dies primär aggressive Behandlungsstrategien in der Vergangenheit verdeutlicht hätten. Klaus Wolff (Wien) nahm zu der noch nicht entschiedenen Frage Stellung, ob das Kaposi-Sarkom als Neoplasie oder als Hyperplasie einzustufen sei. Nachdem das Kaposi-Sarkom jahrelang als Gefäßhyperplasie gegolten habe, sei in letzter Zeit vereinzelt über multizentrisch vorhandene klonale Zellpopulationen berichtet worden, die als echte Metastasen gelten müßten. In der Diskussion interpretierte Bernard Ackerman diese Fälle als echte Angiosarkome, die sich in Assoziation mit dem Morbus Kaposi entwickelt hätten.

Carlos Diaz (Freiburg) und Luis Requena (Madrid) gingen anschließend auf Diagnosemöglichkeiten bei kutanen Weichteiltumoren und Tumoren mit apokriner Differenzierung ein. Giovanni Borroni (Pavia) tauchte in die griechische Mythologie ein und verglich Bernard Ackerman mit Prometheus, der für die Menschen das Feuer stahl. Wolfgang Weyers (Freiburg) schilderte die historische Entwicklung des Konzeptes der Spezifität von Krankheiten und kritisierte die noch heute vielfach bestehende Auffassung, unterschiedliche Krankheiten könnten allmählich ineinander übergehen (z.B. Lupus erythematosus in Lichen planus, Morphea in progressive Sklerodermie, Purpura pigmentosa progressiva in Mycosis fungoides, „dysplastischer“ Naevus in malignes Melanom). Dieter Metze (Münster) stellte die mikroskopischen Befunde dar, die bei Juckreiz der Haut erhoben werden können, und Lorenzo Cerroni (Graz) beschloß die Tagung mit einer philosophischen Betrachtung zum Thema „Die Illusion der Sicherheit“.

Die Hauptvorträge wurden voneinander durch kurze Einschübe getrennt, die alle den gleichen Titel trugen: „Bernie and I“. Richard Miller (Tucson), Gerd Plewig (München), Imke Weyers (Freiburg), Peter Kind (Frankfurt), Noreen Walsh (Halifax), Willi Meigel (Hamburg), Christa Kühnl-Petzoldt (Freiburg), Heino Hügel (Friedrichshafen), Petra Milde (Washington, D.C.), Volker Steinkraus (Hamburg), und Matthias Volkenandt (München) berichteten über ihre persönlichen und beruflichen Beziehungen zu Professor Ackerman, die sich teilweise über Jahrzehnte hinweg erstreckten. Jim Ackerman, der Bruder von Bernard Ackerman, schilderte unmittelbar vor dem festlichen Essen am Samstag abend im Kloster Arnsburg die frühesten Jahre des neuen Gießener Ehrendoktors. Besonders hervorzuheben ist außerdem Willi Meigel, der sich entschloß, Ciceros Ausfüh-

Eine persönliche gehaltene Veranstaltung mit vielen persönlichen Kontakten: Max Hundeiker (Hornheide, links) im Gespräch mit Matthias Bonczkowitz (Gießen).

A. Bernard Ackerman (Philadelphia) bei „philosophischen“ Betrachtungen: Wie sollte man Dermatohistopathologie betreiben?

rungen über die Freundschaft zu referieren – in Englisch und Latein. *„Ein Leben ohne Freundschaft kann nicht angenehm sein,“ heißt es da, und „Ich glaube, nur unter Tugendhaften kann es Freundschaft geben.“*

Von den zahlreichen Anekdoten, die erzählt wurden, seien hier nur vier vorgestellt, die Matthias Volkenandt zum besten gab: 1. Als er sich mit dem Gedanken trug, Dermatologe zu werden, war er in New York und wollte den ihm unbekannten Bernie Ackerman um Rat fragen. Er rechnete damit, von einer Sekretärin einen Termin in 3 bis 6 Wochen zu erhalten. Stattdessen sagte Ackerman: *„Let's meet tomorrow at six o'clock!“* 2. Als er am nächsten Morgen in aller Frühe erschien, fragte er, wieviel Zeit für das Gespräch zur Verfügung stehe. Ackerman antwortete: *„As much as we need.“* 3. Als er erzählte, daß er in New York daran arbeite, Gene zu entschlüsseln, sagte Ackerman: *„Poor guy – the only genes I know are Blue Jeans!“* 4. Als er mit Ackerman von New York nach Philadelphia fahren wollte, drei Minuten vor Abfahrt des Zuges am Bahnhof war und erleichtert feststellte, man habe es gerade noch geschafft, antwortete Ackerman: *„Three minutes early – what a waste of time!“*

Höhepunkt des Kolloquiums aber war fraglos die Zeremonie der Verleihung der Ehrendoktorwürde. Am Samstag nachmittag begann sie mit einem Streichquartett (aus Bachs „Kunst der Fuge“), an das sich die Laudatio anschloß: Helmut Kerl, der Leiter der Grazer Hautklinik und Präsident der European Society of Dermatopathology, würdigte A. Bernard Ackerman als Mensch und Wissenschaftler. Der Dekan der medizinischen Fakultät der Justus-Liebig-Universität Gießen las den Text der Urkunde vor, und übergab das Dokument. Bernard Ackerman dankte und sprach bewegt davon, wieviel

Eine Veranstaltung mit einer einzigartig herzlichen Athmosphäre: A. Bernard Ackerman dankt Lorenzo Cerroni für seinen Vortrag über die „Illusion of Certainty“.

es gerade für ihn als Juden bedeute, diese hohe Auszeichnung von einer deutschen Universität entgegennehmen zu dürfen. Anschließend hielt er einen langen Vortrag mit dem Titel „A Philosophy of Practice of Surgical Pathology: Dermatopathology as a Model“ – eine Destillation der wichtigsten Gedanken seiner mehr als dreißigjährigen beruflichen Karriere.

Dies war das 5. Gießener dermatohistologische Kolloquium, ein Ereignis, wie man es in dieser Form wohl nur einmal erlebt, ein Wochenende, an dem die Zeit stehenzubleiben schien, ein Höhepunkt, an den alle Teilnehmer lange zurückdenken werden!

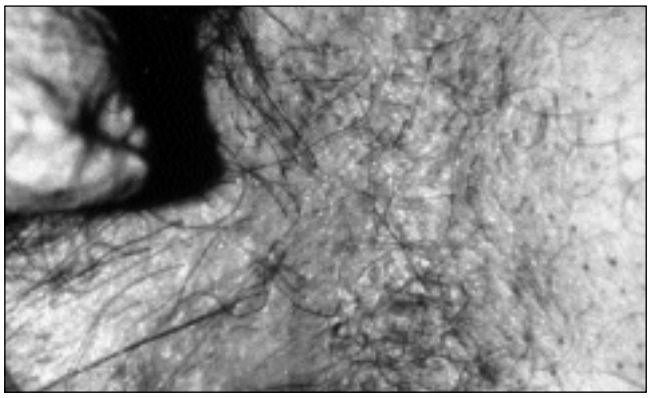
Der besondere Fall

Granuläre Parakeratose

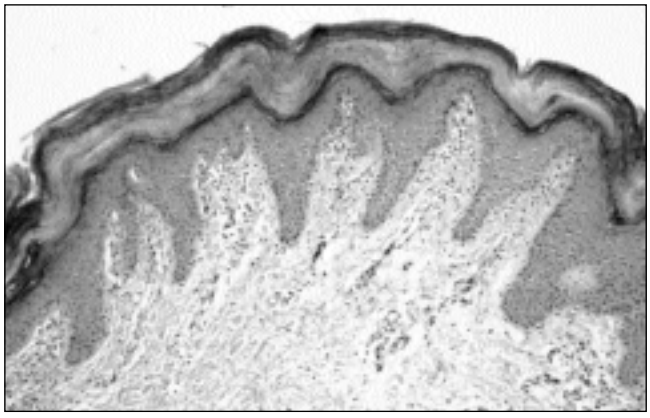
vorgestellt von T. Hauschild (Rheinfelden) und C. Diaz (Freiburg)

Ein 60jähriger Mann stellte sich mit bräunlichen, leicht infiltrierten und diskret schuppenden, relativ scharf begrenzten Plaques in beiden Leisten vor. Er gab an, die Veränderungen bestünden in unterschiedlicher Ausprägung seit 5 Jahren und gingen mit leichtem Juckreiz einher. In der Vergangenheit seien sie mehrfach unter der Diagnose eines Erythrasmas lokal behandelt worden. Die Eigen- und Familienanamnese war bezüglich Hautkrankheiten negativ, der Patient wendete im Inguinalbereich weder Desodorantien noch andere Externa an. Die histopathologische Untersuchung ergab eine psoriasiforme Epithelhyperplasie mit Papillomatose und eine Vergröberung des Kollagens im Stratum papillare. Über verbreitetem Stratum granulosum fand sich eine breite kompakte Parakeratoseschicht. Auffällig waren zahlreiche kleine Granula in den parakeratotischen Hornzellen, die diesem Krankheitsbild den Namen gaben: Granuläre Parakeratose.

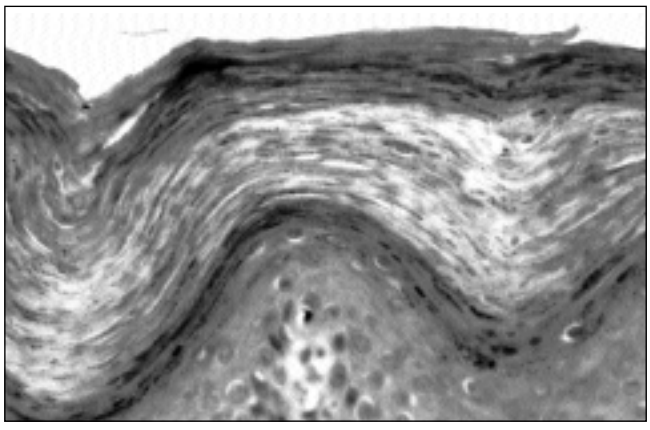
Flache, hyperpigmentierte Plaques in beiden Leisten.



Leicht papillomatöse Oberfläche der hyperpigmentierten Veränderungen.



Epidermishyperplasie mit breiter Granularzellschicht und kompakter Hyperkeratose sowie vergröberte Kollagenfasern in vertikaler Anordnung in verlängerten Papillen.



Parakeratose mit multiplen, kleinen, basophilen Granula innerhalb von Corneozyten.

Die granuläre Parakeratose wurde vor 7 Jahren erstmals beschrieben. Northcutt et al. berichteten damals über 4 Patienten mittleren bis höheren Alters, bei denen sich uni- oder bilateral in den Axillen juckende, erythematöse und hyperpigmentierte Hautveränderungen entwickelten. Die Autoren interpretierten die Veränderungen als eine merkwürdige Kontaktreaktion auf Desodorantien. Gegen diese Annahme spricht jedoch, daß die granuläre Parakeratose später auch in der Inguinalregion beobachtet wurde, wie zum Beispiel beim hier geschilderten Patienten.

Klinisch beginnt die granuläre Parakeratose mit gering infiltrierten, juckenden, erythematösen Plaques, die im weiteren Verlauf zu einer Hyperpigmentierung führen. In Abhängigkeit vom Stadium der Erkrankung ist differentialdiagnostisch unter anderem an einen Morbus Bowen, eine irritative oder allergische Kontaktdermatitis und einen Morbus Hailey-Hailey zu denken. Die Diagnose wird histopathologisch gestellt: keine andere Dermatose geht mit der charakteristischen Retention von Keratohyalingranula in parakeratotischer Hornschicht einher. Diese Befundkonstellation stützt die Vermutung, daß es sich bei der granulären Parakeratose im Prinzip um eine Verhornungsstörung handelt. Der genaue Pathomechanismus ist jedoch ebenso unbekannt wie die Ätiologie.

Entsprechend der langen Anamnese, befanden sich die Veränderungen unseres Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium, was nicht nur an der Hyperpigmentierung, sondern auch an histopathologischen Zeichen chronischer mechanischer Irritation (psoriasiforme Epithelhyperplasie, Hypergranulose, kompakte Hornschicht, vergröbertes Kollagen im Stratum papillare) zu erkennen war. Diese Veränderungen im Sinne eines Lichen simplex chronicus könnten der granulären Parakeratose sekundär durch chronisches Reiben aufgepfropft sein, andererseits ist es möglich, daß chronische mechanische Irritation im intertriginösen Bereich zur Verhornungsstörung beiträgt, die als granuläre Parakeratose in Erscheinung tritt. Wie häufig bei klinischem Verdacht auf Intertrigo histopathologisch eine granuläre Parakeratose nachgewiesen werden kann, ist nicht zu sagen, da eine Intertrigo fast nie biopsiert wird. Die granuläre Parakeratose ist jedoch sicher viel häufiger, als dies Literaturangaben erwarten lassen, nach denen bisher weltweit erst sieben Patienten beschrieben

worden sind. Wir selbst haben in den letzten Wochen noch eine zweite Patientin mit typischer granulärer Parakeratose in beiden Axillen beobachtet.

Die Angaben zur Therapie der granulären Parakeratose sind sehr unterschiedlich. In manchen Fällen war eine lokale Steroidtherapie erfolgeich, in anderen nicht. Bei einem Patienten wurde unter Kryotherapie, bei einem anderen unter systemischer Behandlung mit Isotretinoin eine deutliche Besserung gesehen. Andere Therapieversuche, wie zum Beispiel die systemische Gabe von Ciprofloxazin, Erythromyzin und Ketokonazol, blieben erfolglos.

Literatur:

Northcutt AD, Nelson HT, Tschen JA. Axillary granular parakeratosis. J Am Acad Dermatol 1991; 24: 541-544.
Mehregan et al. Axillary granular parakeratosis. J Am Acad Dermatol 1995; 33: 373-375.
Webster CG, Resnik KS, Webster GF. Axillary granular parakeratosis: Response to isotretinoin. J Am Acad Dermatol 1997; 37: 789-790.

Memories

Alphonse Devergie – 200 Jahre

Vor 200 Jahren wurde in Paris der Mann geboren, dem wir unter anderem die Beschreibung der nummulären Dermatitis und der Pityriasis rubra pilaris verdanken: Alphonse Devergie. Als Sohn eines Krankenhausangestellten hörte Devergie schon als Kind die Vorlesungen von Dupuytren. Im Jahre 1823 schloß er sein Medizinstudium mit einer Dissertation über die klinische Untersuchung des Abdomens ab. Anschließend widmete er sich vor allem zwei Gebieten: der Gerichtsmedizin und der Dermatologie. Seine genaue Begutachtung von Vergiftungen und Schußwunden war ebenso gefragt wie sein Urteil über Hautveränderungen.

Alphonse Devergie (1798-1879)

Die dermatologische Ausbildung erhielt er am Hopital Saint Louis von Laurent Biett, den er 1841 als Kliniksleiter ablöste. Ebenso wie Biett hatte Devergie maßgeblichen Anteil daran, daß sich die Effloreszenzenlehre Robert Willans in Frankreich durchsetzte. Seine Neigung zu genauer morphologischer Analyse wird in einem Artikel über das Ekzem deutlich, das bis dahin als vesikulöse Hautkrankheit beschrieben worden war. Devergie betonte, daß man Bläschen nur vorübergehend sähe, und definierte das Ekzem anhand von vier Kriterien: *„1.) Rötung der erkrankten Oberfläche; 2.) konstanter, unterschiedlich starker Juckreiz; 3.) Sekretion einer klaren, gelblichen, serösen Flüssigkeit, die Leinen grau färbt und versteift, wie dies durch Samenflüssigkeit geschieht; 4.) ein roter und gepunkteter Zustand der Haut, verursacht durch entzündete Öffnungen von unzähligen Kanälen, die das seröse Sekret abgeben."*

Mit diesen Kriterien stellte Devergie nicht nur unter Beweis, daß ihm als echtem Franzosen amouröse Abenteuer nicht fremd waren, sondern verhalf auch zur besseren Charakterisierung einer heterogenen Gruppe von Krankheiten, deren Abgrenzung nach wie vor umstritten ist. Dies gilt vor allem für die nummuläre Dermatitis. Devergie beschrieb sie 1854 als eine „besondere Spezies" des Ekzems, die durch juckende, münzförmige Plaques an Stamm und Extremitäten gekennzeichnet sei. Die Besonderheit der Erkrankung liege jedoch *„weniger in der nummulären Anordnung als in ihrer Hartnäckigkeit und der Schwierigkeit, sie zu behandeln,"* ein Urteil, dem man sich bis heute anschließen kann.

Wenn Sie Fragen oder Anregungen haben, rufen Sie uns an:

Zentrum für Dermatopathologie Freiburg, Postfach 1268, 79012 Freiburg, Tel: 07 61-3 16 25 Fax: 07 61-3 97 72 e-mail: Dermpath.Freiburg@t-online.de

Auch die Erstbeschreibung der Pityriasis rubra pilaris im Jahre 1857 zeigt Devergies Fähigkeit zu präziser morphologischer Beobachtung. Die Erkrankung sei charakterisiert durch kleine, pyramidenförmige, follikuläre Papeln, die von einem Haar durchquert und von einer oberflächlichen Hornlamelle bedeckt würden. Die Papeln seien voneinander durch einen schmalen Streifen normaler Haut getrennt und vermittelten bei der Palpation das Gefühl eines Reibeisens. Mit Ausnahme des behaarten Kopfes könne das gesamte Integument befallen sein, typisch jedoch sei der Befall der Extremitäten-Streckseiten und vor allem der Dorsalseiten der proximalen Phalangen der Finger.

Allerdings hatte Devergie bei der morphologischen Analyse nicht immer eine so glückliche Hand. Seine Differenzierung von Effloreszenzen aufgrund geringster Unterschiede in Färbung oder Form führte zur Aufstellung zahlreicher Krankheitsvarianten ohne klinische Relevanz. Devergies Kollege am Hopital Saint-Louis, Alfred Hardy, beschuldigte Devergie in einem offenen Brief im Jahre 1861, er habe *„sich durch übertriebene Betonung der Erscheinungsformen von Hautkrankheiten erlaubt, eine Serie von Spezies und pathologischen Varianten zu erfinden, zu beschreiben und zu benennen, die sich von den allgemein akzeptierten Arten durch nichts als unerhebliche Details unterscheiden."* Die übertriebene Betonung morphologischer Details trug dazu bei, daß sich die Dermatologen in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts von der Morphologie ab- und ätiologischen Theorien zuwandten. Alfred Hardy selbst entwickelte zusammen mit Ernest Bazin die Diathesen-Lehre, nach der fast alle Hautveränderungen durch wenige anlagebedingte Reaktionsmuster verursacht seien. Wenngleich die Diathesen-Lehre den Weg zum Verständnis genetisch bedingter Hautkrankheiten ebnete, erwies sich der Versuch, sämtliche Hautveränderungen auf anlagebedingte Reaktionsmuster zurückzuführen, als sehr viel realitätsferner und dogmatischer als Devergies übertriebene Betonung morphologischer Details. Entsprechend geharnischt attackierte Devergie die Theorie von Hardy und Bazin, *„die das Vorurteil in die Wissenschaft eingeführt hat, die die Studenten von den Studien abhält, die wichtig sind, um sie auf die Praxis vorzubereiten, die gute, gründliche Beobachtung durch Träumereien und Einbildungen ersetzt hat."*

Am Ende hatten beide recht: Devergie und Hardy. Um Hautkrankheiten voneinander abzugrenzen, reicht die morphologische Analyse nicht aus – auch andere Gesichtspunkte, wie der Verlauf oder Hinweise auf eine genetische Verankerung, müssen berücksichtigt werden. Über die Ursache von Erkrankungen ist jedoch zu wenig bekannt; noch heute sind die meisten ätiologischen Konzepte kaum mehr als „Träumereien und Einbildungen". Das Fundament der Dermatologie bleibt daher weiterhin die „gute, gründliche Beobachtung" im Sinne Devergies.

Für Sie referiert

Melanome werden in der Regel mit um so größerem Abstand zur Seite exzidiert, je weiter sie zur Tiefe eingedrungen sind. Diese Praxis ist Folge einer Übernahme fehlerhafter Konzepte der Vergangenheit, die kürzlich in einem Übersichtsartikel ausführlich dargestellt wurden (Weyers: Dermatopathol Pract Concept 1997; 3:238-246). Eine in Pittsburgh und Dallas durchgeführte prospektive Studie zur mikroskopisch kontrollierten Melanom-Exzision stellt insofern einen Fortschritt dar, denn sie machte den horizontalen Exzisionsabstand vom horizontalen Durchmesser eines Melanoms und nicht von seiner vertikalen

Dicke abhängig. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, daß Melanome mit großem Durchmesser in der Regel weniger scharf begrenzt sind als kleine Melanome und dementsprechend mit größerem Seitenabstand exzidiert werden sollten. Das gleiche gelte für Melanome an Kopf, Händen und Füßen, die weniger scharf begrenzt seien als Melanome an Stamm, Armen und Beinen. Falls eine sorgfältige mikroskopische Kontrolle der Schnittränder gewährleistet sei, könnten 75% der Melanome ohne erhöhtes Rezidivrisiko mit einem Seitenabstand von weniger als 6 mm entfernt werden (Zitelli et al.: J Am Acad Dermatol 1997; 37: 422-429).

In einer Studie des Zentrums für Dermatopathologie Freiburg und der Gießener Hautklinik wurde die These untersucht, daß der Lichen amyloidosus nicht Ursache, sondern Folge von Juckreiz und Kratzen sei. Bei 4 von 9 Patienten mit Lichen amyloidosus bestanden Hinweise auf eine Atopie, bei 4 weiteren Patienten andere mit Juckreiz verbundene Grundkrankheiten. Chronisches Kratzen kann zu einem Untergang von Keratinozyten führen. Das Amyloid, das beim Lichen amyloidosus aus Keratinpeptiden untergegangener Keratinozyten hervorgeht, war fast ausnahmslos auf Areale begrenzt, die zusätzlich Zeichen chronischen Kratzens aufwiesen. Durch Behandlung der mit Juckreiz verbundenen Grundkrankheiten und lokale Steroidtherapie (v.a. unter Okklusion und intraläsional) wurde in 7 von 9 Fällen eine Besserung erzielt. Die Studie weist darauf hin, daß das Amyloid beim Lichen amyloidosus ein sekundäres Phänomen darstellt, dessen Entfernung (z.B. durch Versuche mit DMSO-Creme oder Dermabrasion) keine Vorteile verspricht; die Therapie sollte stattdessen auf die Beseitigung des Juckreizes abzielen (Weyers et al.: J Am Acad Dermatol 1997; 37: 923-928).

Aus Michigan wird über eine besondere Form der Defektdeckung nach größeren operativen Eingriffen an der Helix berichtet. Die Autoren verschlossen Defekte durch einen gestielten Lappen aus der Retroaurikulärregion, der an Vorderseite der Ohrmuschel und an der Helix angenäht wurde. Der Lappen wurde zusätzlich parallel zur Helix mit dem Ohrknorpel vernäht, um den natürlichen Sulcus der Helix wiederherzustellen. Nach drei Wochen wurde der Lappen abgetrennt und an der Rückseite der Ohrmuschel vernäht, während der sekundäre Defekt in der Retroaurikulärregion mit dem Rest des gestielten Lappens sowie Mobilisation oder freien Plastiken verschlossen wurde. Die kosmetischen Ergebnisse waren ausgezeichnet (Johnson, Fader: J Am Acad Dermatol 1997; 37: 975).

Die seltene Entwicklung von Fibrosarkom-ähnlichen Arealen innerhalb eines Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) wurde vom Zentrum für Dermatopathologie Freiburg in Zusammenarbeit mit den Instituten für Pathologie und Dermatologie Las Palmas untersucht. Bei zwei von vier Patienten kam es

Curette Stiefel

Steriles Einmalinstrument zur präzisen und schonenden Curettage

- Extrem scharfe Edelstahlschneide
- Ergonomischer Griff
- **Einsehbares Operationsfeld durch ringförmige Schneide**
- Spitzenqualität aus Offenbach

Curette Stiefel: Mehr als nur ein scharfer Löffel!

STIEFEL

Information und Direktbestellung bei:
Stiefel Laboratorium GmbH, Mühlheimer Straße 231, 63075 Offenbach am Main
Service Telefon: 069/98 40 42-0 · Service Fax: 069/98 40 42-50

pronto digital print GmbH
Digitale Druck- und Medienproduktion
Baslerstraße 61
D-79100 Freiburg im Breisgau
Telefon 07 61 - 4 59 35 - 0
Fax 4 59 35 - 55 · ISDN (Fritz) 4 59 35 - 70
ISDN (Leonardo) 4 57 00 77
info@pronto.freinet.de

zu mehreren Rezidiven mit zunehmend ausgeprägten Kernatypien, bei einem dieser Patienten zum Tod durch Lungenmetastasen. Angesichts der ansonsten guten Prognose des DFSP deuten diese Verläufe darauf hin, daß Fibrosarkom-ähnliche Areale innerhalb eines DFSP den Übergang in ein Sarkom höheren Malignitätsgrades anzeigen (Diaz et al.: Am J Dermatopathol 1997; 19: 562-567).

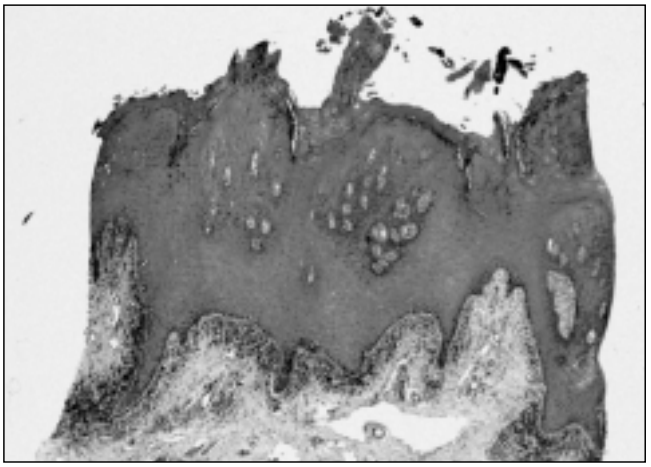
Für die Pityriasis rosea wird seit langem eine virale Genese angenommen. In einer Studie aus Genua wurde nun die Rolle von humanem Herpesvirus 7 (HHV-7) bei Pityriasis rosea untersucht. Die Autoren fanden HHV-7 DNA mittels PCR in der Haut, im Plasma und in mononukleären Zellen des peripheren Blutes bei allen 12 untersuchten Patienten mit aktiver Pityriasis rosea, während bei Kontroll-Patienten in der Hälfte der Fälle schwach positive Reaktionen in mononukleären Zellen festgestellt wurden und Untersuchungen von Plasma und Haut negativ blieben. In mononukleären Zellen des peripheren Blutes fand sich bei Patienten mit Pityriasis rosea zudem ein Herpesvirus-typischer zytopathischer Effekt, und im Überstand einer Zellkultur konnten elektronenmikroskopisch Herpes-Virionen nachgewiesen werden. Vor allem wegen des Nachweises von HHV-7 DNA in zellfreiem Plasma, der auf eine aktive Replikation des Virus hinweist, sprachen sich die Autoren für eine Verursachung der Pityriasis rosea durch humanes Herpesvirus 7 aus (Drago et al.: Dermatology 1997; 195: 374-378).

Bei Leukämien können sich neoplastische Zellen dem entzündlichen Infiltrat von Hautkrankheiten beimengen. Von Zentrum für Dermatopathologie Freiburg und der Universitäts-Hautklinik Hamburg wird über einen Patienten mit chron. myeloischer Leukämie in Vollremission berichtet, bei dem ein Basaliom entfernt wurde. Im peritumoralen Infiltrat fanden sich reichlich Blasten. Die daraufhin durchgeführten Staging-Untersuchungen erbrachten keine weiteren Anhaltspunkte für ein Rezidiv der Leukämie, so daß eine zytostatische Therapie ausblieb. Wenig später verstarb der Patient an einem akuten Blastenschub. Bei myeloischen Leukämien sind Tumorzellen im Infiltrat entzündlicher oder neoplastischer Hautkrankheiten prognostisch relevant und sollten entsprechend behandelt werden (Diaz, Bloedern-Schlicht: J Cutan Pathol 1998; 25: 185-186).

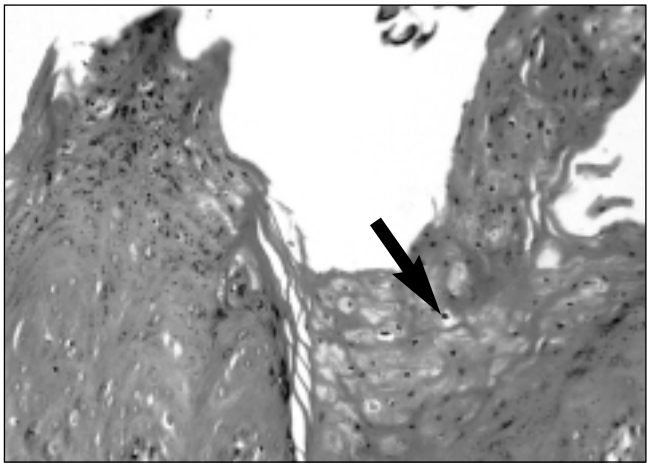
Das ist es !

Es handelt sich um Viruswarzen, die an der Mundschleimhaut die gleichen Charakteristika aufweisen wie an der Haut: sie sind auf einen umschriebenen Bereich begrenzt, treten dort oft multipel auf und können zu unregelmäßig geformten Beeten konfluieren. Die einzelnen Verrucae sind scharf begrenzt und oberflächlich aufgefaltet; die für Warzen typische Hyperkeratose führt zu einer weißlichen Verfärbung, die an der Mundschleimhaut besonders deutlich hervortritt. Insofern ist die Abgrenzung von anderen Läsionen nicht schwierig. Mundschleimhautläsionen des Lichen planus sind zum Beispiel weniger scharf und unregelmäßig begrenzt, nicht papillomatös und zumeist symmetrisch angeordnet; gegen die Diagnose eines Plattenepithelkarzinoms sprechen das Vorkommen multipler Läsionen, die papillomatöse Oberflächenstruktur und natürlich auch das Alters des Patienten.

Daß die Diagnose von Viruswarzen an der Mundschleimhaut dennoch mehr Probleme bereitet als an der Haut, hat mehrere Gründe.



Hyperplastisches Schleimhautepithel mit lichenoidem Lymphozyteninfiltrat, an einen Lichen planus erinnernd. Diagnostisch wegweisend sind die Papillomatose sowie die aufgefaltete Oberfläche mit Hypergranulose und Parakeratosesäulen.



Die Keratohyalingranula des Stratum granulosum sind verrböbert. Ferner sieht man Keratinozyten mit pyknotischem Kern und perinukleärem Halo (sog. „Koilozyten“, siehe Pfeil)) sowie Parakeratosesäulen.

Zum einen werden klinisch eindeutige Warzen in Lehrbüchern der Oralpathologie unter irreführenden Bezeichnungen wie „fokale epitheliale Hyperplasie“ oder „squamöses Papillom“ geführt; die pathologische Diagnose entspricht daher häufig nicht dem Sprachgebrauch der klinischen Medizin. Zum anderen können v.a. entzündlich veränderte, in Rückbildung befindliche Warzen Kernatypien aufweisen, die die Abgrenzung vom Plattenepithelkarzinom schwierig machen. Dies gilt besonders für kleine Biopsien, wie sie an der Mundschleimhaut üblich sind. Darüberhinaus sieht man an Schleimhäuten oft ein lichenoides, bandförmiges Entzündungsinfiltrat, so daß ein Lichen planus vorgetäuscht wird, und die charakteristischen Epithelveränderungen der Viruswarze sind bei älteren Läsionen häufig nicht mehr sichtbar. Die histopathologische Diagnose ist daher nicht immer so leicht wie im vorliegenden Fall, der an einer ausreichend großen Biopsie alle wesentlichen Charakteristika der Viruswarze – die Akanthose und Papillomatose, ektatische Gefäße in verlängerten Papillen, fokal sog. Koilozyten, ein verbreitertes Stratum granulosum mit vergröberten Keratohyalingranula und suprapapilläre Parakeratosesäulen – erkennen läßt.

Dermatologie – einmal anders

Die Haut-Sonographie

Was unterscheidet die Haut von Leber, Niere und Dickdarm? Unter anderem die Lage: Leber, Niere und Dickdarm sind innen, die Haut ist außen. Und das hat natürlich Bedeutung für die Medizin. Krankheiten der Haut lassen sich viel besser beobachten und differenzieren als Krankheiten innerer Organe. Deshalb sind an der Haut auch viel mehr Krankheiten bekannt. Es gibt keinen Grund zur Annahme, daß Erkrankungen wie Lichen planus oder Pityriasis lichenoides nicht auch Leber, Niere oder Dickdarm betreffen können – aufgrund der versteckten Lage dieser Organe hat man nur nicht gelernt, sie dort zu unterscheiden.

Glücklicherweise ist der Mensch ein vernunftbegabtes Wesen. Wenn er etwas wirklich will, dann sinnt er auf Wege, es zu erreichen. Hängen ihm die Trauben zu hoch, dann steigt er auf eine Leiter. Ist ihm eine Last zu schwer, dann baut er einen Flaschenzug. Und sind ihm Organe zu versteckt, dann findet er Instrumente, sie sichtbar zu machen.

Eines dieser Instrumente ist der Ultraschall. Durch Ausnutzung der Tatsache, daß mechanische Schwingungen mit einer Frequenz oberhalb des Hörbereichs an Grenzflächen verschieden reflektiert werden, gelang es, Dichteunterschiede von Organen auf einem Bildschirm sichtbar zu machen. Leber, Niere und Dickdarm waren plötzlich in groben Strukturen erkennbar – ein großer Fortschritt für die Medizin und höchst beeindruckend für Ärzte und Patienten.

Knöpfchen drücken, merkwürdige Strukturen sehen und sich an deren Erklärung erfreuen – das hat höchsten Unterhaltungswert und wird darüberhinaus angemessen honoriert. So primitiv die Ergebnisse auch sein mögen im Vergleich zur unmittelbaren Inspektion krankhafter Veränderungen, wie sie nur an der Haut möglich ist – wegen des Aufwandes, der um ihretwillen betrieben wird, werden auch magere Ergebnisse hoch bewertet.

An dieser Bewertung teilhaben zu wollen, ist ein nachvollziehbarer Gedanke. Vernünftig aber ist es nicht, auf eine Leiter zu steigen, um vertrocknete Trauben zu ernten, wenn die schönsten, saftigsten Trauben in Reichweite direkt über dem Boden hängen.

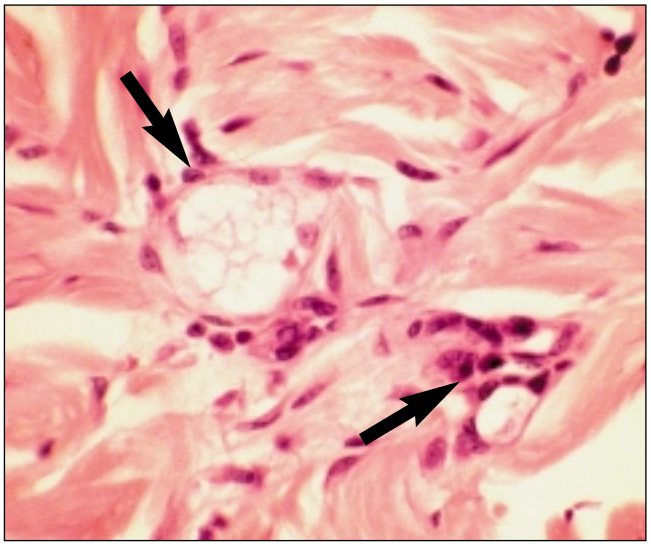
Trotzdem finden sich Leute, die genau dies tun, schon um zu beweisen, daß sie des Leiter-Steigens mächtig sind. Als Pioniere ihrer Zunft haben sie zu den Herstellern von Leitern beste Kontakte, die schönsten, längsten Modelle werden ihnen angedient, und stolz schauen sie aus, wenn sie deren letzte Sprossen erklommen haben. „Seht her," rufen sie dann, „was wir alles können," und blicken von oben auf all jene herab, die sich unten an den saftigen Trauben laben. Und wie nicht anders zu erwarten, versuchen sie, denen dort unten die vertrockneten Trauben schmackhaft zu machen. Schließlich soll sich der ganze Aufwand doch lohnen!

Die Haut-Sonographie ist eine solche vertrocknete Traube. Sie ist ungewohnt, neu und zeigt die Realität auf andere Weise, hat aber ansonsten nicht viel zu bieten. Um so marktschreierischer wird sie angepriesen. In einer Mitteilung „DDG aktuell" (Hautarzt 48: 698, 1997) heißt es zum Beispiel in großen Lettern: *„Verlaufsbeobachtung bei Sklerodermie: Sonographie konkurrenzlos gut."* Das mag wohl sein, aber gibt es in der Dermatologie tatsächlich keine drängenderen Probleme als die Verlaufsbeobachtung bei Sklerodermie?

Weiter ist von der *„Bedeutung der Sonographie in der präoperativen Bestimmung von Tumordicke und -ausdehnung"* die Rede, und es wird betont, der Vergleich sonographisch und histologisch gemessener Tumordicken ergäbe *„eine sehr gute Korrelation mit einem Korrelationskoeffizienten von ca. 0,93."* Das klingt höchst beeindruckend! Allerdings bleibt der Umstand, daß man mit etwas Übung die Dicke eines Melanoms viel billiger mit dem bloßen Auge abschätzen kann, und auch dies auf Millimeterbruchteile genau, gänzlich unerwähnt, ebenso wie die Tatsache, daß die präoperative Bestimmung dieser Millimeterbruchteile keine praktische Bedeutung hat.

Und in schwierigen Fällen – wie zum Beispiel bei der Unterscheidung zwischen Tumoranteilen und einem darunter gelegenen dichten Entzündungsinfiltrat – versagt die Sonographie ohnehin. Das gleiche gilt für die präoperative Bestimmung der Tumorausdehnung. Ist ein

Randbereich eines superfiziellen Basalioms mit Tumorzellen im Adnexepithel und an der Basis einer Reteleiste (Pfeile). Selbst bei wesentlich höherer Auflösung als der, die zur Zeit technisch möglich ist, könnten diese Tumoranteile sonographisch nicht von unbefallenem Adnexepithel und normalen Reteleisten abgegegrenzt werden.



Randbereich eines sklerosierenden Basalioms. Winzige, nur aus wenigen Zellen bestehende Tumorformationen (Pfeile) finden sich inmitten eines fibrozytenreichen Stromas. Nicht selten ist es schon histopathologisch schwer, diese Tumorausläufer von Fibrozyten abzugrenzen. Sonographisch ist dies völlig unmöglich.

Tumor scharf begrenzt, leistet die Sonographie gute Dienste, wird aber nicht benötigt. Ist er unscharf begrenzt, kann sie hilfreich sein, ist aber nicht zuverlässig. Kleinste Ausläufer eines sklerosierenden Basalioms, die häufig nur aus schmalen Zellsträngen bestehen, sollen mit Hilfe einer Methode erkennbar sein, deren Auflösungsvermögen im Bereich von 80 bis 200 µm liegt? Wie soll das gehen?

Für die Beurteilung von Leber, Niere, Dickdarm oder Lymphknoten ist die Sonographie eine wertvolle Methode – besser, man erntet vertrocknete Trauben, als gar keine. An der Haut mag die Sonographie einmal wertvoll werden, zur Zeit aber ist die Darstellung so ungenau, daß – von wenigen Ausnahmen abgesehen – ein Vorteil nicht erkennbar ist. Mit Hilfe der klinischen und histopathologischen Untersuchung können an der Haut ganz leicht Trauben geerntet werden, die viel größer und schöner sind.

Natürlich kann man es keinem verbieten, trotz dieses Überflusses auf eine Leiter zu steigen, um vertrocknete Trauben zu pflücken. Unzumutbar aber ist es, wenn er dies von anderen verlangt. Und genau das ist der Fall! Welche Gründe dazu geführt haben, daß nach dem neuen Weiterbildungskatalog Dermatologie/ Venerologie *„mindestens 200 Ultraschallaufnahmen zur Prüfung vorzuweisen“* sind, sei dahingestellt – die Konsequenzen sind klar und haben, wie jede Mode, einen kommerziellen Hintergrund.

In der erwähnten Mitteilung „DDG aktuell“ heißt es ganz offen: *„Für Kliniken, die die volle Weiterbildungserlaubnis anstreben (KV und Facharzt) sind zwei Ultraschallscanner (20- und 7,5-15 Mhz) erforderlich.“* Die Geräte und Hersteller werden sogleich genannt, nur die Kosten werden verschämt verschwiegen: Sie liegen bei über 60.000 Mark (zuzüglich Mehrwertsteuer). Um ihre Weiterbildungsberechtigung nicht zu verlieren, werden also sämtliche Hautkliniken Deutschlands gezwungen, für das Pflücken vertrockneter Trauben viele tausend Mark auszugeben, die sie für weit bessere Zwecke verwenden könnten!

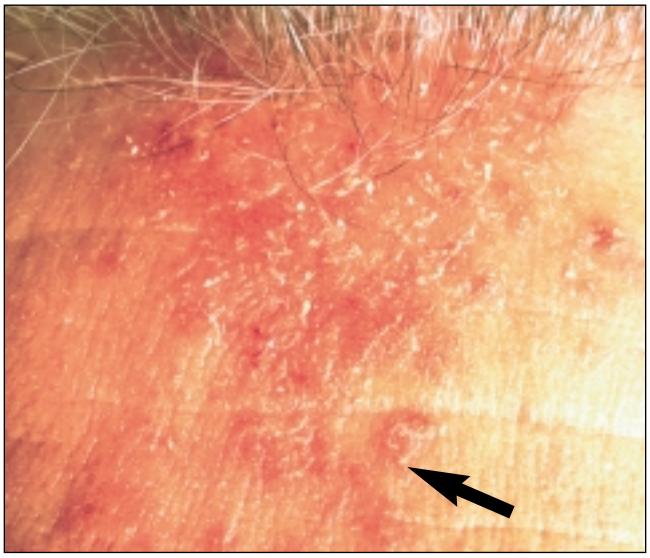
Aber damit ist es nicht getan: Wer in der Sonographie ausbilden will, muß zunächst selbst eine Ausbildung vorweisen, und die ist nicht billig. Gefordert wird die Teilnahme an einem dreistufigen, 40stündigen Kurs, für den jeder Teilnehmer mit 750 bis 950 Mark zur Kasse gebeten wird. Das sichert die Aufwandsentschädigung für die Referenten!

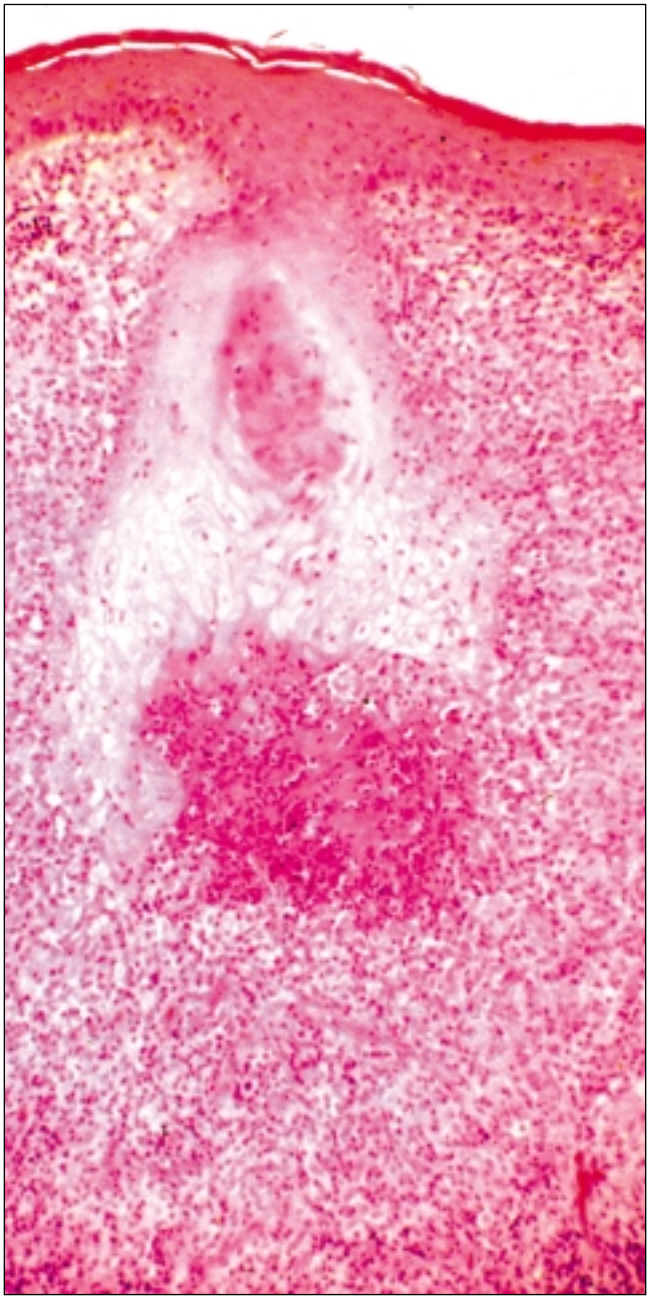
Es erweist sich eben doch manchmal als schlau, was zunächst nicht vernünftig scheint, nämlich saftige Trauben liegen zu lassen und sich nach vertrockneten zu recken. Wenn man sich dadurch an die Spitze einer Modewelle setzt, werden einem auch vertrocknete Trauben versüßt. Die Modemacher der Hautsonographie stellen die Herren Dior und Lagerfeld glatt in den Schatten!

Klinische Befunde – histopathologisch erläutert

Die lupoide Rosazea erhielt ihren Namen aufgrund der Ähnlichkeit zum Lupus vulgaris: ebenso wie der Lupus vulgaris geht sie mit Papeln und Knötchen einher, die unter Glasspateldruck eine gelbliche Eigenfärbung zeigen, ebenso wie beim Lupus vulgaris ist dieses Phänomen durch dicht gelagerte Granulome in der oberen Dermis bedingt. Bei diesen Granulomen handelt es sich um Ansammlungen von Histiozyten, denen die vollständige Elimination antigener Substanzen nicht gelingt und die sich dadurch morphologisch verändern: ihr Zytoplasma wird größer, so daß sie Epithelzellen ähnlich werden, und durch Konfluenz von Epitheloidzellen entstehen mehrkernige Riesenzellen. Während beim Lupus vulgaris dieser Prozeß jedoch durch Mykobakterien ausgelöst wird, liegt der lupoiden Rosazea eine Perforation von Follikelinfundibula zugrunde. Der früher empfohlene Einsatz von Tuberkulostatika wie INH entbehrt daher bei der lupoiden Rosazea einer pathophysiologischen Grundlage.

Daß die lupoide Rosazea durch Ruptur von Haarfollikeln verursacht wird, ist schon aus der Existenz einer pustulösen Verlaufsform der Rosazea abzuleiten. Im Rahmen der suppurativen Follikulitis, die die pustulöse Rosazea kennzeichnet, kommt es durch von neutrophilen Granulozyten freigesetzte Enzyme zu einer Alteration des Follikelepithels. Nach Ruptur der geschwächten Epithelwand gelangt der Inhalt der Follikel in die Dermis und induziert Granulome, die denen des Lupus vulgaris histopathologisch sehr ähnlich sein können, von einem dichten Lymphozytensaum bis hin zu zentralen Nekrosen. Das wichtigste histopathologische Kriterium zur Abgrenzung vom Lupus vulgaris ist die Beziehung der Granulome zu Haarfollikeln, und dieses Kriterium kann man sich auch für die klinische Differentialdiagnose nutzbar machen: die Rosazea ist stets ein follikulärer Prozeß, so daß am Rande von Plaques einzeln stehende, follikelgebundene Papeln und manchmal winzige Pusteln sichtbar sind, die eine Abgrenzung vom Lupus vulgaris und anderen differentialdiagnostisch wichtigen Erkrankungen, wie der Sarkoidose und dem Lupus erythematosus, erlauben.





Klinisch sieht man follikulär gebundene Papeln mit teilweise gelbbraunem Farbton, an einer Stelle auch eine Pustel (Pfeil). Histopathologisch findet sich ein von neutrophilen Granulozyten durchsetztes Follikelinfundibulum, umgeben von einem epitheloidzelligen Granulom.