



pink
&
blue

Nr. 1

III 1997

Zeitschrift des Zentrums für
Dermatopathologie Freiburg

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

Warum ein Zentrum für Dermatopathologie?

Austausch bereichert! Diese Erkenntnis ist nichts Neues und fast immer zutreffend. In der Dermatopathologie als einem morphologisch-diagnostischen Fach ist die Notwendigkeit, sich durch ständigen Austausch zu bereichern, jedoch besonders groß.

Im Vordergrund steht dabei der Austausch mit klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen. Eine genaue Korrelation von klinischem und histopathologischem Befund ist in vielen Fällen für die Diagnosestellung und damit für das Wohl des Patienten unerlässlich. Um diese Korrelation wollen wir uns bemühen. **Schnelle, präzise Diagnosen sind unser oberstes Ziel.** Darüberhinaus möchten wir im Zentrum für Dermatopathologie als Ansprechpartner für Fragen zur Verfügung stehen, die über die Diagnostik hinausgehen, z.B. für Fragen nach Literatur.

Wichtig ist jedoch auch der Austausch von Dermatopathologen untereinander. Zwar liegen für die meisten Erkrankungen präzise

Beurteilungskriterien vor, die in der Regel eine eindeutige Diagnose erlauben, die Anwendung dieser Kriterien und ihre Abwägung gegeneinander kann jedoch im Einzelfall schwierig sein und ist immer ein subjektiver Prozeß. Bei solch schwierigen, subjektiven Entscheidungen ist der Austausch mit anderen hilfreich, nicht nur im Einzelfall, sondern auch auf lange Sicht: Ein hohes Niveau ist in der Dermatopathologie nur zu erreichen und zu halten, wenn man sich der ständigen Kontrolle durch weitere kritische Augenpaare aussetzt, denn durch nichts wird man nachhaltiger bereichert als durch das Erkennen eigener Fehler.

Wer aus Fehlern lernen will, ohne sie zu machen, der braucht gute Lehrmeister. Auch dieser Aspekt war wichtig für die Gründung des Zentrums für Dermatopathologie Freiburg. Die verschiedenen Mitglieder des Zentrums haben langjährige Erfahrung in der klinischen und histopathologischen Dermatologie, ge-



Gründung des Zentrums für Dermatopathologie Freiburg im Rahmen des 4. Gießener dermatohistologischen Kolloquiums am 20. März 1997

Inhalt:

Zu diesem Heft	1
Was ist das?	2
Bunt gemischt:	
Wir stellen uns vor	4
Der besondere Fall:	
Pityriasis rubra pilaris	6
Memories	7
Für Sie referiert	8
Das ist es!	10
Klinische Befunde -	
histopathologisch erläutert	11
Dermatologie einmal anders:	
Die solare Keratose	11

nießen international einen guten Ruf und weisen unterschiedliche Schwerpunkte auf, so daß einer der Lehrmeister des anderen sein kann. Und auch von klinisch tätigen Kollegen wollen und werden wir lernen!

Wir wollen das Zentrum für Dermatopathologie Freiburg zu einem Treffpunkt machen, in dem man zusammenkommt, Gedanken austauscht, Probleme löst, Freundschaften pflegt. **Im Vordergrund steht dabei immer der Patient.**

Warum dieses Heft ?

Papier ist zwar geduldig, doch angesichts der Unmengen bedruckten Papiers, mit denen man heute überhäuft wird, kann man selbst leicht die Geduld verlieren. Die Zahl der Zeitschriften und Broschüren in der Dermatologie nimmt stetig zu, und nicht wenige Erzeugnisse wandern ungelesen direkt in den Papierkorb. Warum also eine weitere Ergänzung dieses Überflusses in Gestalt von „Pink & Blue“?

Wir wollen auf diesen Seiten in erster Linie klinisch tätigen Dermatologen Aspekte der Dermatohistopathologie nahebringen. Dies erscheint uns wichtig in beiderseitigem Interesse

Was ist das?



und vor allem im Interesse der Patienten. Nur wenn sich Kliniker und Histopathologen verstehen und in der Lage sind, sich jeweils in die Differentialdiagnose des anderen hineinzudenken, kann es gelingen, Krankheitsbilder zuverlässig zu diagnostizieren. Die Kenntnis des jeweils anderen Gebietes erlaubt bei Diskrepanzen zwischen klinischem und histopathologischem Befund das kritische Hinterfragen von Diagnosemöglichkeiten und bildet die Grundlage eines konstruktiven Dialogs, an dessen Ende eine spezifische (und korrekte) Diagnose stehen sollte.

Zur Darstellung der vielfältigen Aspekte der Dermatohistopathologie planen wir für „Pink & Blue“ Rubriken wie

- „Was ist das?“
- „Klinische Befunde – histopathologisch erläutert“
- „Dermatologie - einmal anders“ und
- „Der besondere Fall“.

Diese Rubriken wollen wir in Zusammenarbeit mit klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen gestalten. Der klinische Praxisalltag läßt gewiß wenig Zeit für Publikationen, obwohl die Zahl interessanter Fälle nicht gering ist. In „Pink & Blue“ können wir solche Fälle gemeinsam darstellen, wozu wir über unsere histopathologischen Präparate hinaus anamnestische Angaben, Laborbefunde und klinische Bilder benötigen. Einige der so aufgearbeiteten Fälle können sicher auch ausführlich in etablierten dermatologischen Zeitschriften publiziert werden. Für „Pink & Blue“ soll dagegen gelten: In der Kürze liegt die Würze! Falls dieser Maxime in manchen Fällen eine wünschenswerte ausführlichere Diskussion zum Opfer fällt, werden wir versuchen, auf Anfrage hin genauere Auskünfte zu geben und zusätzliche Literatur zum Thema zu vermitteln.

Weitere Rubriken von „Pink & Blue“ werden nicht nur die Dermatopathologie zum Gegenstand haben.

- In den „Memories“ wollen wir an Ereignisse aus der Geschichte der Dermatologie erinnern,
- in „Für Sie referiert“ auf Artikel verweisen, die uns besonders lesenswert erschienen, und
- in „Bunt gemischt“ unter anderem über Neuigkeiten aus unserem Zentrum oder anderen Instituten und Praxen berichten.

Auf diese Weise hoffen wir, regelmäßig ein kurzweiliges und doch interessantes Heft zusammenstellen zu können!

Warum „Pink & Blue“?

In Freiburg ist es üblich, Straßennamen durch zusätzlich angebrachte Schilder zu erläutern. So erfährt man zu Beispiel, daß die Heinrich-von-Stephan-Straße nach dem „Organisator des deutschen Postwesens“ benannt ist und daß die Merzhäuser Straße die „Verbindung zur Gemeinde Merzhäusern“ darstellt. Das Zentrum für Dermatopathologie liegt in der Rosastraße, für die es leider keine derartigen Aufschlüsse gibt. Dem interessierten Besucher bleibt somit unklar, ob die Rosastraße nach der gleichnamigen Blume, Rosa Luxemburg oder dem rosaroten Panther benannt ist.

Wir sind der festen Überzeugung, daß die Straße ihren Namen trägt, weil rosa (bzw. pink) eine der wichtigsten Farben in der Histopathologie ist. Seit seiner Einführung durch Fischer im Jahre 1876 hat sich Eosin als Farbstoff für die rosa Markierung von Zytoplasma, Kollagen, Muskeln und Nerven weltweit durchgesetzt, ein Siegeszug, der den von „pink panther“ bei weitem übertrifft.

Die Stadtväter von Freiburg haben es allerdings versäumt, der Rosastraße eine Blaue Straße an die Seite zu stellen - eine schwere Unterlassungssünde, denn rosa allein ist einseitig. Das

wird schon deutlich, wenn man bedenkt, daß rosa und blau die Symbolfarben der (in unserem Zentrum paritätisch vertretenen) Geschlechter sind. Für die Histopathologie gilt das gleiche: Nur Eosin ist zu wenig! Erst als in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts Eosin durch Hematoxylin ergänzt wurde, war eine Färbemethode geboren, die sich bis heute als wichtigster „special stain“ erhalten hat. Die verschiedenen Schattierungen von rosa und blau (pink & blue) erlauben eine gute Beurteilung von Zellen, Bindegewebe und teilweise auch Grundsubstanz. Für die meisten Fragestellungen in der Dermatopathologie sind mit Hematoxylin und Eosin gefärbte Schnitte bei weitem aussagekräftiger als aufwendige Spezialuntersuchungen. „Pink & Blue“ ist also mehr als nur ein Name: der Name ist Programm, denn er zeigt die Methode, mit der wir diagnostische Probleme lösen wollen.

Darüberhinaus soll „Pink & Blue“ unseren Wunsch symbolisieren, mit diesem kleinen Heft in der großen Welt dermatologischer Publikationen für einige Farbtupfer zu sorgen. Wir hoffen sehr, daß es uns gelingt.



Dermatopathologie muß Spaß machen: Christa Kühnl-Petzoldt, Wolfgang Weyers und Bernard Ackerman zusammen mit Prof. Giovanni Borrioni (Pavia)

pronto digital print GmbH
Digitale Druck- und Medienproduktion
Baslerstraße 61
D-79100 Freiburg im Breisgau
Telefon 07 61 - 4 59 35 - 0
Telefax 07 61 - 4 59 35 - 55

Bunt gemischt

Wir stellen uns vor

Dr. Carlos Diaz

studierte Medizin an der Universität von Salamanca und kam anschließend nach Deutschland, wo er in Berlin und Bielefeld zum



Facharzt für Pathologie ausgebildet wurde. Es folgten ein Jahr am Institut für Dermatopathologie bei Prof. Ackerman in New York und mehrere Monate am Armed Forces Institute of Pathology in Washington. 1994-95 war Carlos Diaz

Oberarzt am Pathologischen Institut der Universität von Las Palmas auf Gran Canaria, wechselte dann aber an die Hautklinik der Universität Hamburg, um seine Kenntnisse in klinischer Dermatologie zu vertiefen. Zuletzt verbrachte er einige Monate an der Harvard University in Boston. Seine Schwerpunkte sind neben der Dermatopathologie die Oral- und Weichteil-Pathologie, worin er von den führenden Kapazitäten der Welt (Profs. Auclair und Enzinger in Washington und Profs. Gallego und Fletcher in Boston) ausgebildet wurde. Carlos Diaz veröffentlichte zahlreiche Artikel über mesenchymale Hauttumoren, war Co-Autor des Pannikulitis-Kapitels in der zweiten Auflage von Prof. Ackermans Lehrbuch "Histologic Diagnosis of Inflammatory Skin Diseases" und ist Mitherausgeber des Journals "Dermatopathology: Practical & Conceptual".

Dr. Wolfgang Weyers

studierte Medizin an der Justus-

Liebig-Universität in Gießen und trat dort nach Abschluß des Studiums 1984 in die Hautklinik



ein, wo er bis März 1997 tätig war. Seit 1990 war er als Oberarzt mit der Leitung der Allgemeinstationen und der Fortbildung betraut. Ferner war er verantwortlich für die Dermatopathologie, in der er während mehrerer Aufenthalte am Institut von Prof. Ackerman in New York ausgebildet wurde.

Seine Schwerpunkte sind epitheliale und melanozytäre Tumoren sowie entzündliche Dermatosen. Aus seiner Zusammenarbeit mit Prof. Ackerman ging das Gießener dermatohistologische Kolloquium hervor, die größte Fortbildungsveranstaltung für Dermatopathologie in Deutschland, die seit 1991 in zweijährlichem Rhythmus abgehalten wird. Wolfgang Weyers ist Mitglied der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Dermatohistologie“ der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und Mitherausgeber der Zeitschrift „Dermatopathology: Practical & Conceptual“. Darüberhinaus ist er seit den 70er Jahren als Sportreporter beim Hessischen Fernsehen tätig und berichtete in der Sportschau u.a. jahrelang über die Spiele von Eintracht Frankfurt. Diese Tätigkeit wird er nach seinem Wechsel nach Freiburg weitestgehend einstellen müssen.

Dr. Imke Weyers

studierte Medizin in Bonn, Lübeck und Hamburg. Bereits während ihrer Studen- tenzeit verfaßte sie zwei Kurz-Lehrbücher (Medizinische Mikrobiologie und Medizinische Psychologie) und war als Lektorin des Jungjohann-Verlages und des Gustav-Fischer-Verlages an weiteren Büchern be- teiligt. Ihr Interesse an der Morphologie (u.a. Dissertation über die Entwicklung und To- pographie der Gefäße im Wirbelkanal) und

an der Dermatologie führte sie 1993 für einige Monate an das Institut von Prof. Ackerman an der New York University. Anschließend be- gann sie in Marburg ihre Ausbildung zur Ärztin für Pathologie und beteiligte sich gleich- zeitig an Melanomstudien des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg. Seit dem 1. Juli 1997 arbeitet sie im pathologi- schen Institut von Prof. Wehner am Kran- kenhaus Lahr.



Dr. Christa Kühnl-Petzoldt

studierte Medizin in Freiburg und Berlin und war anschließend von 1970 bis 1978 an der Hautklinik der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg tätig, wo sie Studien über die Morphologie und Prognose des malignen Melanoms durch-

führte. Nach der Geburt ihrer Kinder gab sie diese Tätigkeit auf. In den folgenden drei Jahren führte sie in Zusammenarbeit mit der Fachklinik Hornheide der Westfälischen Wil- helms-Universität Mün- ster eine umfangreiche Studie über Lymphkno- ten-Mikrometastasen beim malignen Melanom durch. Anschließend beschäftigte sie sich am Pathologischen Institut der Universität Freiburg mit experimentellen Studien zur Melanom- entstehung. Im Anschluß an einen längeren Aufenthalt am Institut für Dermatopathologie der New York University ließ sie sich 1983 als Hautärztin in der Rosastraße in Freiburg nieder und baute dort eines der größten Einsendelabors für Dermatohistopathologie in Deutschland auf.



Dr. Susanna Borghi

studierte Medizin an der Universität von Genua, wo sie ab 1981 auch ihre derma- tologische Ausbildung erhielt. 1987 legte sie an der Universität von Florenz ihre Prüfung in Al- lergologie und klini- scher Immunologie ab. Seit 1991 ist Susanna Borghi Oberärztin der Hautklinik am Galliera Hospital in Genua. Sie spezialisierte sich auf Dermatopathologie und verbrachte mehre- re Monate als „fellow“ an den Instituten von

Prof. Ackerman in New York und Philadelphia. Ihre Schwerpunkte sind immunologisch be- dingte Hauterkrankungen und andere entzünd- liche Dermatosen. Seit 1995 ist Susanna Borghi Mitglied des Exekutiv-Komitees der Interna- tional Society of Dermatopathology. Ferner ge- hört sie dem Herausgeberstab des Journals „Dermatopathology: Practical & Conceptual“ an.



Prof. Dr. A. Bernard Ackerman

arbeitete 22 Jahre

lang als Dermatopathologe an der New York Uni- versity und ist seit 1995 Direktor des Institutes für Dermatopathologie am Jefferson Medical College in Philadelphia. Über seine wissenschaftliche Tätigkeit hinaus, die sich in zahlreichen Ori- ginalarbeiten niederschlug, widmete er sich intensiv der Ausbildung in der Dermatopathologie und hat inzwischen mehrere hundert Schüler in aller Welt. Seine Lehrbücher – insbesondere die über ent-



zündliche Dermatosen, Pigmenttumoren, Adnex- tumoren, differentialdiag- nostische Aspekte in der Dermatopathologie und Clues zur dermatopatho- logischen Diagnose – ha- ben die Dermatopatho- logie nachhaltig beeinflusst. Ackerman war Gründer und erster Präsident der International Society of Dermatopathology sowie Gründer und erster Herausgeber der renommierten Fachzeitschriften „American Journal of Dermatopa- thology“ und „Dermatopathology: Practical & Conceptual“. Prof. Ackerman wird mit dem Zen- trum für Dermatopathologie Freiburg eng zusam- menarbeiten – vom Austausch interessanter oder schwieriger Präparate bis hin zur Organisation von Fortbildungsveranstaltungen.

Der besondere Fall

Pityriasis rubra pilaris

vorge stellt von Prof. Dr. R. Denk (Rüsselsheim)
und Dr. W. Weyers (Freiburg)

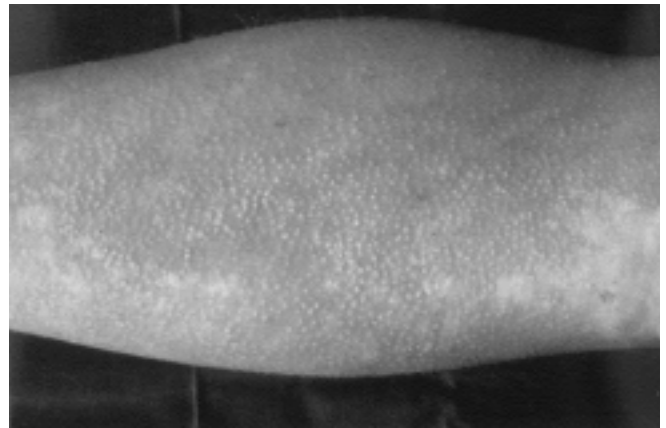
Ein 26-jähriger Patient gab an, seit dem 6. Lebensjahr an Hautveränderungen zu leiden, die als Psoriasis behandelt worden seien. Auch sein Vater und sein Großvater hätten eine Psoriasis gehabt. Im Sommer gingen die Hautveränderungen unter Sonneneinfluß stark zurück, während es im Winter jeweils zu einer Exazerbation komme.

Bei der körperlichen Untersuchung zeigten sich generalisierte folliculäre Keratosen bei geringfügigem Erythem, v.a. im Gesicht, an den Streckseiten der Arme und Beine und seitlich am Stamm. Fokal auch Plaques mit kleinförmiger Schuppung. Einzelne Fingernägel wiesen eine leichte Tüpfelung auf, Juckreiz bestand nicht. Die klinische Verdachtsdiagnose einer Pityriasis rubra pilaris konnte histopathologisch gesichert werden. In den Sommermonaten besserte sich der Befund unter blander Therapie, so daß eine vorgesehene Retinoid-Therapie nicht erforderlich wurde.

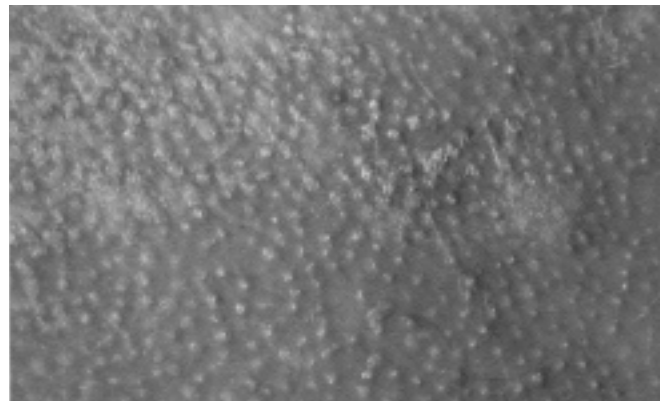
Der Begriff „Pityriasis rubra pilaris“ wurde 1889 von Besnier geprägt, der als Charakteristikum der Erkrankung die spitzkegelige Papel mit weißlichem zentralen Hornpfropf hervorhob. Betroffen sind vor allem die Streckseiten der Extremitäten, Fingerrücken und das Gesicht. Die Papeln können zu Plaques konfluieren bis hin zum Bilde der Erythrodermie, Hand- und Fußinnenseiten weisen häufig eine kompakte Hyperkeratose auf.

Die Ausprägung des klinischen Bildes ist jedoch ebenso unterschiedlich wie der Verlauf: die Pityriasis rubra pilaris kann lebenslang persistieren, heilt aber bei der Mehrzahl der Patienten innerhalb von drei Jahren ab. Diese Unterschiede riefen Versuche der Subklassifikation hervor. So beschrieb Griffiths 1976 anhand des klinischen Bildes und des Manifestationsalters fünf Typen mit unterschiedlicher Prognose; andere Autoren konnten diese Einteilung nicht nachvollziehen. In jedem Fall scheint die Prognose bei Manifestation im Kindesalter relativ günstig zu sein, eine Erythrodermie wird bei diesen Patienten nur selten beobachtet. Auch der hier geschilderte Patient war nur mäßig schwer betroffen.

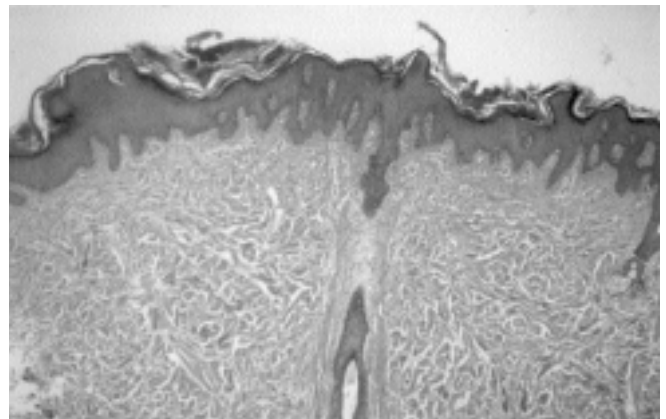
Die histopathologischen Veränderungen der Pityriasis rubra pilaris werden oft als unspezi-



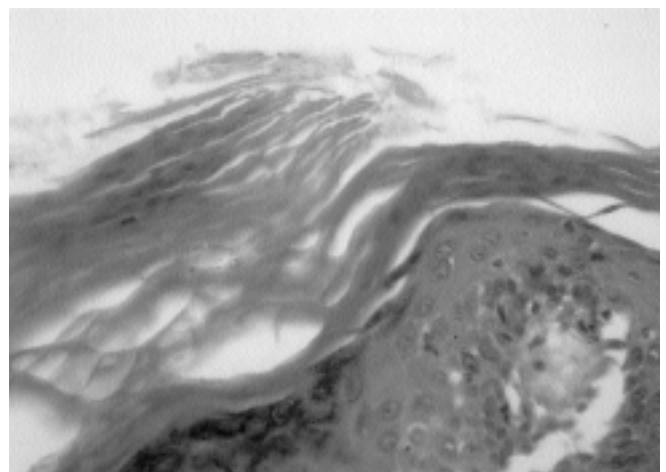
Monomorphe, spitzkegelige Papeln am Unterschenkel.



Die Papeln weisen z.T. eine zentrale Keratose auf.



Psoriasisiforme Epithelhyperplasie und Hyperkeratose bei nur geringem Entzündungsinfiltrat.



Umschriebene Parakeratoseareale in schachbrettartiger Verteilung über verdicktem Stratum granulosum.

fisch bezeichnet. Tatsächlich wurde im vorliegenden Fall die Diagnose ohne Kenntnis des klinischen Befundes gestellt. Charakteristisch für die Pityriasis rubra pilaris sind die Kombination von stark ausgebildeter Granularzellschicht und Parakeratose (in der Regel findet sich bei Parakeratose ein verdünntes Stratum granulosum) sowie der vertikale und horizontale Wechsel von Parakeratose und Orthokeratose, so daß in der Hornschicht ein schachbrettartiges Muster entsteht.

Die Ursache der Pityriasis rubra pilaris ist unbekannt. Eine genetische Prädisposition wird angenommen.

Literatur:

- Juliusberg F. *Lichen ruber und Pityriasis rubra pilaris.* In: Jadassohn J (Hrsg.): *Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten*, Band VII/2, Berlin: Springer 1931, 1-221.
- Griffiths WAD. *Pityriasis rubra pilaris – an historical approach. II. Clinical features.* *Clin Exp Dermatol* 1976; 1: 37-50.
- Gelmetti C et al.. *Pityriasis rubra pilaris in childhood: a long-term study of 29 cases.* *Pediatr Dermatol* 1986; 3: 446-45

Memories

Paul Langerhans – 150 Jahre

Paul Langerhans wäre am 25. Juli 150 Jahre alt geworden. Ist er aber nicht, denn er starb schon im Alter von 40 Jahren an Tuberkulose und wurde auf der Azoren-Insel Madeira beigesetzt, auf der er wegen seiner Krankheit die letzten 13 Jahre seines Lebens verbringen mußte. Langerhans bezeichnete Madeira als seine „Gefängnisinsel“. Obwohl er umfangreiche meeresbiologische Studien durchführte und ein „Handbuch für Madeira“ erstellte, litt er sehr unter seiner erzwungenen Abstinenz vom wissenschaftlichen Leben in Deutschland.

Seine akademische Karriere hatte eben erst begonnen. Schon während des Studiums und einige Monate danach hatte Langerhans am Pathologischen Institut in Berlin unter Rudolf Virchow gearbeitet und anschließend mehrere Forschungsreisen unternommen. Auf Betreiben Virchows hin wurde er 1871 Prosektor am Pathologischen Institut der Universität Freiburg und zog in die Merianstraße 26 (die nur wenige hundert Meter vom Sitz des Zentrums für Dermatopathologie entfernt ist). Vier Tage nach seinem Einzug reichte er seine Habilitationsschrift ein, wurde drei Wochen später zum Privatdozenten und 1874, wenige Tage nach seinem 27. Geburtstag, zum außerordentlichen Professor ernannt.



Das Jahr 1874 war Höhepunkt und Wendepunkt zugleich, denn die Tuberkulose machte sich bemerkbar und zwang ihn, seine Lehr- und Forschungstätigkeit in Freiburg einzustellen. Die Hoffnung, nach Kuraufenthalt im Süden wieder in Deutschland arbeiten zu können, erfüllte sich nicht. So stammen die wichtigsten Arbeiten von Langerhans aus seiner Jugendzeit – die Entdeckung der Langerhans-Inseln im Pankreas (1869) und die Entdeckung der Langerhans-Zelle in der Epidermis (1868).

Die Entdeckung der Langerhans-Zelle entsprang dem Versuch von Langerhans, mehr über die Innervation der Haut in Erfahrung zu bringen. Für die Fähigkeit, leichteste Berührungen genau zu lokalisieren, gab es damals noch keine morphologische Erklärung. Langerhans postulierte die Existenz von Berührungsrezeptoren in der Epidermis und glaubte, diese gefunden zu haben, als er mit Hilfe neuartiger Färbemethoden in den mittleren Lagen der Epidermis dendritische Zellen nachweisen konnte. Seine Arbeit trug daher den Titel "Über die Nerven der menschlichen Haut". Erst über 100 Jahre später wurde die wahre Bedeutung von Langerhans-Zellen als Antigen-präsentierende Zellen erkannt. Nichtsdestotrotz behielt Langerhans mit seiner Vermutung Recht, daß es in der Epidermis Berührungsrezeptoren geben müsse. Diese wurden 1875 von Friedrich Merkel beschrieben: Die Merkel-Zellen in der Basalschicht der Epidermis.

Für Sie referiert

In einer Studie aus Rom wurde auf die **Unzuverlässigkeit anamnestischer Angaben bei kongenitalen Naevi** hingewiesen. Eine photokatalytische Untersuchung ergab, daß Naevi, die nach Angaben der Patienten bzw. ihrer Eltern seit Geburt bestanden, tatsächlich auf unmittelbar nach der Geburt aufgenommenen Fotos nicht erkennbar waren. Dennoch wiesen diese Naevi histopathologische Zeichen kongenitaler Naevi auf. Die Studie weist darauf hin, daß kongenitale Naevi sich häufig erst im Laufe des Lebens manifestieren und histopathologische Kriterien für die Einordnung aussagekräftiger sein können als anamnestische Angaben (G. Annessi et al.: *Dermatopathology: Practical & Conceptual* 1997; 3: 178-181).

Der sog. „dermale Typ des Erythema exsudativum multiforme“ existiert nicht, sondern ist Folge von Fehldiagnosen. Zu diesem Schluß kamen Mitarbeiter des Freiburger Dokumentationszentrums für schwere Hautreaktionen, die bei allen klinisch eindeutigen Fällen von E.e.m., Stevens-Johnson-Syndrom und toxischer epidermaler Nekrolyse die für das E.e.m. charakteristischen epidermalen Veränderungen fanden (vakuoläre Veränderungen an der Junktionslinie, Einzelzell-Nekrosen etc.) Zwei Fälle des sogenannten „dermalen Typs“ erwiesen sich bei genauerer Analyse als Arzneimittel-exantheme, die sich auch klinisch vom E.e.m. abgrenzen ließen (Hering et al.: *Acta Derm Venereol Stockh* 1997; 77: 217-218).

Im Rahmen des 14. Hornheider Symposiums zum Thema „Basalzellkarzinom“ wiesen Dieberg und Tilkorn darauf hin, daß **unverschlossene Excisionswunden an den konkaven Gesichtspartien (z.B. Augennasenwinkel, seitliche Nasenpartien) ausgezeichnet abheilen**, während die kosmetischen Ergebnisse bei Sekundärheilung an den konvexen Gesichtspartien (z.B. Stirn, Nasenspitze) schlecht sind.

Die Gefahr der Herabsetzung der Wirksamkeit hormoneller Kontrazeptiva durch eine gleichzeitige Antibiotika-Therapie wurde in einer Studie in Cleveland überprüft. Dabei ergaben sich keine Unterschiede zwischen Patienten, die Antibiotika erhielten, und einer Kontrollgruppe ohne Antibiotika. In beiden Gruppen

lag die Schwangerschaftsrate pro Jahr trotz hormoneller Kontrazeption bei etwa 1%. Dieser Studie zufolge ist **bei den in Dermatologie gebräuchlichen Antibiotika eine Herabsetzung des Konzeptionsschutzes nicht zu befürchten** (Helms et al.: *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 705-710).

Über die **gute Wirksamkeit der lokalen Balneophototherapie bei „chronischem Palmoplantarekzem“** berichteten Mitarbeiter der Freiburger Hautklinik. Viermal wöchentlich wurden Hände bzw. Füße im Anschluß an ein 15minütiges Bad in 8-Methoxypsoralen-Lösung (1mg/l) mit UVA bestrahlt. Innerhalb von sechs Wochen kam es bei etwa 90% der Patienten zu einer deutlichen Befundbesserung (Schempp et al.: *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 733-737).

Aus Portugal wurde über einen Patienten mit **Talgdrüsenadenitis** berichtet. Dieses erstmals von Renfro 1993 beschriebene Krankheitsbild zeichnet sich klinisch durch annuläre, indurierte Plaques mit leicht erhabenem Randwall im Gesicht aus und zeigt histopathologisch ein dichtes Infiltrat aus Lymphozyten und neutrophilen Granulozyten um Talgdrüsen sowie Nekrosen von Sebozyten. Die Talgdrüsenadenitis zählt zur klinischen Differentialdiagnose anulärer Veränderungen des Gesichtes, die u.a. auch das Granuloma anulare (bzw. das „elastolytische Riesenzell-Granulom“) und die Sarkoidose umfaßt (Martins et al.: *J Am Acad Dermatol* 1997; 36: 845).

Die Bedeutung des vor drei Jahren entdeckten **Kaposi-Sarkom-assoziierten Herpesvirus** (human herpes virus 8, HHV-8) für die unterschiedlichen klinischen Varianten des Kaposi-Sarkoms wurde an der Charité in Berlin überprüft. Die Autoren fanden mit Hilfe der Polymerase-Kettenreaktion Virus-DNA sowohl beim klassischen Kaposi-Sarkom als auch beim HIV-assoziierten Kaposi-Sarkom und bei einem tunesischen Patienten mit endemischem Kaposi-Sarkom. In der periläsionalen gesunden Haut ließ sich dagegen keine Virus-DNA nachweisen. Trotz der klinischen und epidemiologischen Unterschiede scheinen alle Typen des Kaposi-Sarkoms durch eine Infektion mit HHV-8 verursacht zu sein (Serfling et al.: *J Cutan Pathol* 1997; 24: 298-304).

Eine Studie aus San Francisco hebt die **histopathologische Ähnlichkeit mancher Fälle von**

Mykosis fungoides und Purpura pigmentosa progressiva hervor. Da eine sichere histopathologische Unterscheidung nicht immer gelang, kamen die Autoren zu dem Schluß, die lichenoiden Purpura pigmentosa progressiva könne auf dem Wege chronischer antigener Stimulation möglicherweise in eine Mykosis fungoides übergehen. Obwohl uns diese Deutung abwegig erscheint, ist der Hinweis auf die histopathologische Ähnlichkeit von lichenoi-

der Purpura pigmentosa progressiva und Mykosis fungoides auch für Kliniker wichtig, da histopathologische Fehldiagnosen anhand der klinischen Unterschiede in der Regel leicht nachzuweisen sind. Weitere histopathologische Simulatoren einer lichenoiden Mykosis fungoides sind u.a. das lichenoides Arzneimiteloxanthem und die benigne lichenoides Keratose (Toro et al.: Am J Dermatopathol 1997; 19: 108-118).



Das wirksame Konzept gegen trockene Haut.

Weitere Informationen, Muster und Empfehlungsblocks erhalten Sie bei:

LavaDerma GmbH & Co KG
Die Kosmetik vom Hautarzt
Postfach 5704, 79025 Freiburg
Fax: 07 61-50 8203

Veladerm 
DIE KOSMETIK VOM HAUTARZT

Die Veladerm-Duschlotion mit der 3fach-Wirkung:

- Schonende Reinigung ohne Entfettung
- Wasserbindung durch Harnstoff
- Regeneration des Hydrolipidfilms

Veladerm hilft bei

- ♦ trockener Haut jeder Genese
- ♦ Entfettungsekzemen
- ♦ Neurodermitis im Intervall

Die Veladerm-Pflegeserie

Zur Reinigung:

Veladerm-Duschlotion

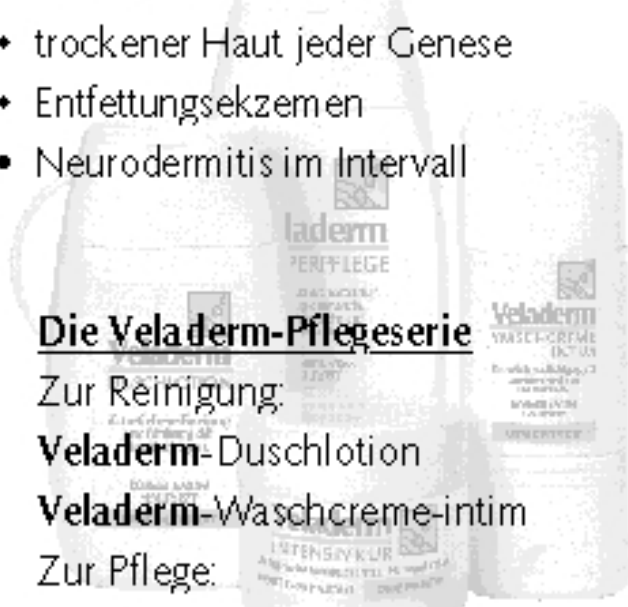
Veladerm-Waschcreme-intim

Zur Pflege:

Veladerm-Körperpflege-Lotion

Veladerm-Intensivkur-Creme

In Apotheken erhältlich.



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

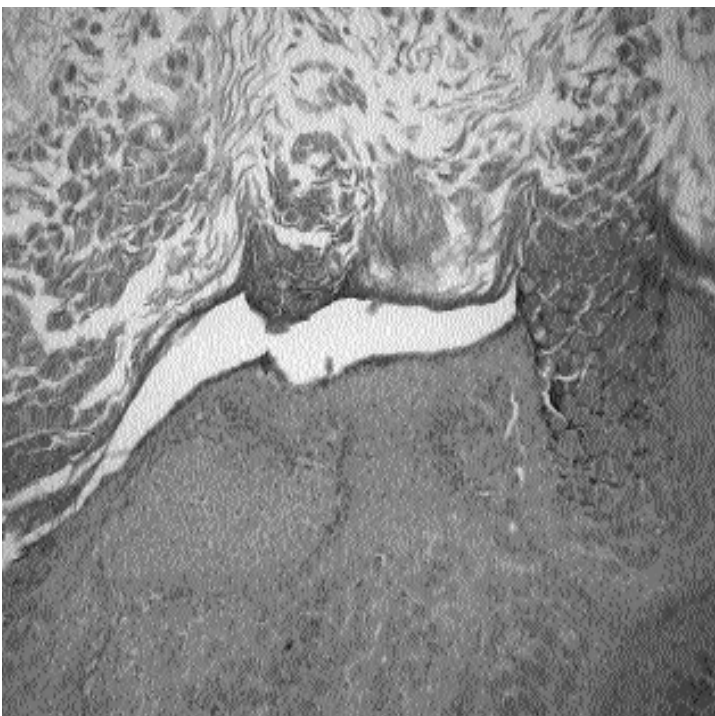
Zentrum für
Dermatopathologie Freiburg,
Postfach 1268,
79012 Freiburg,
Tel: 07 61-3 16 96
Fax: 07 61-3 97 72

e-mail: Dermpath.Freiburg@t-online.de



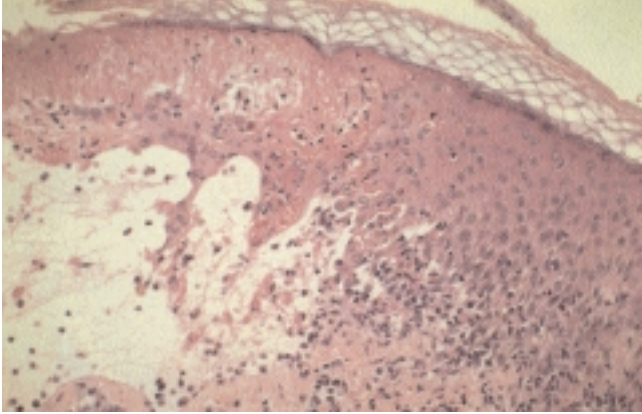
Das ist es !

Es handelt sich um ein Molluscum contagiosum bei einem Patienten mit HIV-Infektion. Wie viele andere infektiöse Erkrankungen weisen auch Mollusca contagiosa bei HIV-infizierten Patienten häufig ein ungewöhnliches Erscheinungsbild auf. Im vorliegenden Fall könnte man wegen des zentralen Hornpfropfes zum Beispiel an ein Keratoakanthom denken. Gegen die Diagnose eines Keratoakanthoms sprechen klinisch allerdings die Lokalisation an Thorax, die fehlenden Zeichen einer Lichtschädigung der Haut und die ausgeprägte Entzündung im Randbereich des Tumors. Die Ähnlichkeit dieses Riesen-Molluscums mit einem Keratoakanthom ist darauf zurückzuführen, daß beide Prozesse ihren Ausgang von einem Follikelinfundibulum nehmen, dessen Epithel proliferiert und kompaktes Hornmaterial in das Follikellumen abgibt. Wegen dieser Gemeinsamkeit weist das Molluscum auch einen „Epithelkragen“ und einen zentralen Hornpfropf auf. Letzterer wird allerdings von den pathognomonischen Molluscum-Körperchen (virusinfizierten Keratinozyten mit gestörter Verhornung) gebildet.



oben: Epithelproliferation mit seitlichem „Epithelkragen“ und zentralem Hornkrater.
unten: Typische große, runde, eosinophile Molluscum-Körperchen in hyperplastischen Follikelinfundibula.

Klinische Befunde – histopathologisch erläutert



Die kokardenartigen Herde des Erythema exsudativum multiforme weisen in ihrem Zentrum häufig einen grauen Farbton auf. Diese Farbe wird durch eine komplette Nekrose der Epidermis hervorgerufen. Im Rahmen des Entzündungsprozesses kommt es beim E.e.m. zunächst zu einer Schwellung basaler Keratinozyten und zu Einzelzellnekrosen. Durch diese Vorgänge löst sich die Epidermis von der Dermis und eine subepidermale Blase entsteht. Die Decke der Blase wird von nekrotischer Epidermis gebildet. Bei anderen blasenbildenden Dermatosen ist dies nur selten der Fall, da bei ihnen die Blasenbildung nicht auf Zellnekrosen beruht. Eine komplette Nekrose der Epidermis kann man dagegen bei manchen anderen Dermatosen sehen, zum Beispiel beim Morbus Degos oder manchen Vaskulitiden. Auch bei diesen Erkrankungen kann man die Epidermisnekrose klinisch am grauen Farbton erkennen.



links:

Vakuoläre Veränderungen mit nekrotischen Keratinozyten am Rande der Blase und komplette Nekrose des Blasendaches.

rechts:

Schießscheibenartige Effloreszenz eines Erythema exsudati-

Dermatologie – einmal anders

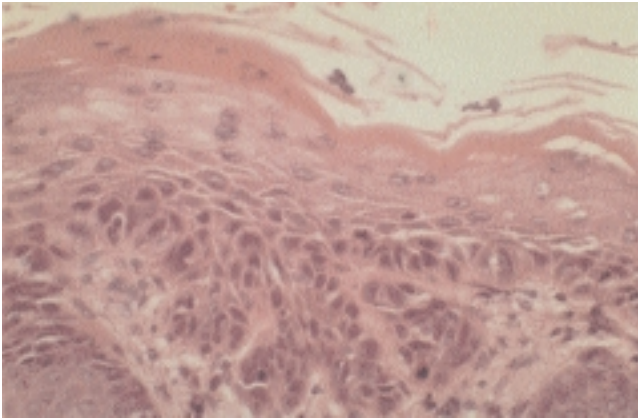
Die solare Keratose – ein kosmetisches Problem ?

In Florida wurden Dermatologen Ende 1996 von der **Weigerung der Krankenkassen** überrascht, **die Kosten für die Behandlung solarer Keratosen zu übernehmen**. Solare Keratosen (die in dieser sonnenreichen und gern als Alterssitz gewählten Region außerordentlich häufig sind) wurden als ein kosmetisches Problem eingestuft. Da Entwicklungen in den USA denen in Deutschland häufig nur um wenige Jahre vorausgehen, sollte man nicht überrascht sein, wenn die Kostenträger in Deutschland bald auf ähnliche Gedanken kämen.

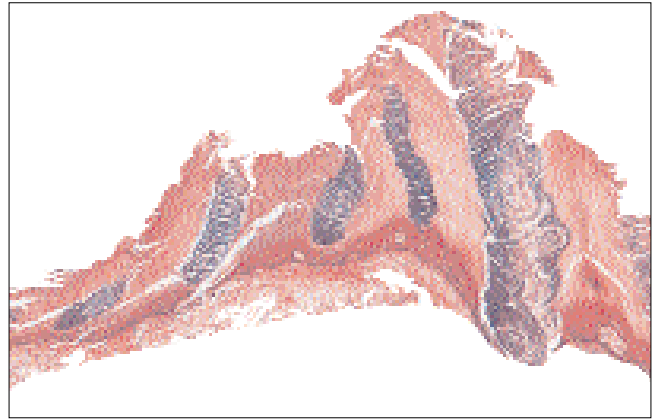
Solare Keratosen – ein kosmetisches Problem? Das ist natürlich grober Unfug, für den die Dermatologen nichtsdestotrotz selbst Verantwortung tragen. In nahezu allen Lehrbüchern der Derma-

tologie werden solare Keratosen als Präkanzerosen bezeichnet, das heißt als gutartige Veränderungen, die lediglich ein erhöhtes Risiko der malignen Entartung in sich tragen. Tatsächlich ist die solare Keratose keine gutartige Veränderung, sondern ein frühes Stadium des Plattenepithel-Karzinoms. Maligne Tumoren sind als Tumoren definiert, die durch Metastasierung oder infiltrierendes und destruierendes Wachstum zum Tode führen können. Diese Definition trifft auf solare Keratosen zu, denn niemand kann voraussagen, welche solare Keratose sich unbehandelt in ein metastasierendes Karzinom fortentwickeln wird.

In größeren Studien wurde die Häufigkeit des „Übergangs“ solarer Keratosen in Plattenepithel-



Keratinocyten mit großen, hyperchromatischen Kernen und vermehrt Mitosen. Obwohl zytologische Kriterien für ein Plattenepithel-Karzinom vorliegen, werden solche Läsionen als solare Keratosen klassifiziert, da atypische Zellen noch nicht alle Epithelschichten durchsetzen.



Wechsel von rosafarbener Parakeratose und bläulicher Orthokeratose in der Hornschicht einer solaren Keratose: »Pink & Blue«.

karzinome untersucht. So berichteten Marks und Mitarbeiter 1986, daß sich 25% aller solaren Keratosen innerhalb eines Jahres „spontan“ zurückbildeten, während im gleichen Zeitraum nur 0,24% in ein Plattenepithel-Karzinom übergingen (Bry J Dermatol 115: 649, 1986). Diese Daten aus einer Studie an 1040 Patienten klingen höchst beeindruckend, sind aber nicht valide. Zum einen fehlte zwangsläufig die histopathologische Verifizierung der Diagnosen (wer die Entwicklung einer Läsion beobachten will, kann sie nicht herauschneiden), zum anderen wurden die klinischen Diagnosen nicht von erfahrenen Dermatologen, sondern von Studenten gestellt (Marks nahm sich nicht die Zeit, so viele Patienten selbst zu untersuchen). Die klinische Abgrenzung solarer Keratosen von flachen seborrhoischen Keratosen, benignen lichenoiden Keratosen, flachen Verrucae oder Kratzeffekten in lichtgeschädigter Haut kann jedoch selbst für erfahrene Dermatologen schwierig sein.

Außerdem: Was heißt „spontane Rückbildung“? Bei initialen solaren Keratosen kann schon das Wegkratzen der Läsion durch den Patienten einer vollständigen chirurgischen Excision gleichkommen. Ohne Zweifel bilden sich manche solare Keratosen auch unter dem Einfluß des Immunsystems zurück. Dies ist jedoch bei vielen malignen Tumoren zu beobachten, z.B. bei Melanomen, ohne daß jemand auf den Gedanken käme, Melanome deshalb als gutartig zu bezeichnen. Ebenso wie solare Keratosen können sich auch Melanome über Jahre hinweg fortentwickeln, ohne daß es zur Metastasierung kommt. Sind sie deshalb „Präkanzerosen“?

Die solare Keratose ist nicht anderes als ein frühes Stadium des Plattenepithel-Karzinoms, in dem die wichtigsten histopathologischen Charakteristika des Karzinoms bereits voll ausgebildet sind (u.a. dicht gedrängt liegende Tumor-

zellen mit vergrößerten, hyperchromatischen Kernen und vermehrt Mitosen). Ein scharfe Grenze zwischen solarer Keratose und Plattenepithel-Karzinom im Sinne einer „malignen Transformation“ gibt es nicht - die Übergänge sind fließend, und so ist es nur natürlich, daß ein Kliniker, der aus einer Läsion zwei Biopsien entnimmt, einmal die Diagnose „solare Keratose“ und ein andermal die Diagnose „Carcinoma spinocellulare“ zurückerhalten kann. Natürlich geht die Entwicklung von der solaren Keratose zum metastasierenden Karzinom auch mit histologischen, zytologischen und molekularbiologischen Veränderungen einher, dies trifft jedoch für jede Form des Wachstums zu – vom kleinen Melanom zum großen Melanom, vom kleinen Angiosarkom zum großen Angiosarkom und vom kleinen zum großen Menschen. Die solare Keratose ist ein Karzinom im Säuglingsalter, und das Beispiel von Florida zeigt, daß es für die Dermatologie wichtig sein kann, dies mit allem Nachdruck festzustellen!

Dies allein aber war nicht der Grund für einen Artikel über die solare Keratose in dieser ersten Ausgabe von „Pink & Blue“. Der Ausdruck „Pink & Blue“ ist in der Dermatopathologie fest mit der solaren Keratose verbunden. Die Veränderungen der solaren Keratose spielen sich zunächst in der Epidermis ab, deren Verhornung gestört ist mit der Folge einer in der Hematoxylin-Eosin-Färbung rosa tingierten Parakeratose. Das Follikel-epithel ist dagegen in frühen Stadien nur wenig betroffen, so daß die Hornschicht über den Follikeln erhalten bleibt und bläulich gefärbt ist. Dieser Wechsel von „Pink & Blue“ ermöglicht es in vielen Fällen, eine solare Keratose auch dann zu diagnostizieren, wenn nach einer Kürretage nur Hornmaterial beurteilt werden kann. „Pink & Blue“ ist also ein Befund, der einem unmittelbar weiterhilft, und wir hoffen, daß dies bei unserem Heft in manchen Fällen ebenso sein möge.