

TB:	1. MA SJ 2010/2011	
Psoriasis Guttata	Frey, Florence	25.02.2011



Schritt 1: Vorstellung der aktuellen Beschwerden und Ort des Patientenkontakts

Patientenvignette:

Kurze Darstellung des Settings und der aktuellen Beschwerden:

30 jährige Patientin kommt auf die Dermatologieabteilung des Unispitals am 28.07.2009. Um den 18.07.09 rote Punkte am Körper.

Im Anschluss an Schritt 1 und Ihre erste kurze Beschreibung sollte die Gruppe folgende Punkte diskutieren:

- Erste Hypothesenbildung: was könnte die Ursache für die Beschwerden des Patienten sein?

- Psoriasis
- Urticaria
- Masern/Mumps/Röteln
- Akne
- Usw.....

- Worauf sollte bei der nun folgenden Anamnese und körperlichen Untersuchung besonderer Wert gelegt werden?

- Patient ganz entkleiden lassen
- Verteilung.
- Juckt es?
- Schmerz?
- Trigger? (Allergen, Medikamente, Alkoholabusus, Kälte, Wärme, Sonne, Lokale Hautschädigung, Nahrungsmittel...)
- Familienanamnese
- Status: Hauteffloreszenz beurteilen (Randbeschaffenheit, Erhabenheit, Grösse, Form, Nässend, schuppend, konfluierend, Symmetrie)

- Ist schnelles Handeln erforderlich (Notfall)? Bedarf es erster Therapiemassnahmen?

- Nein

Schritt 2: Vorstellung von Anamnese und körperliche Untersuchung

Anamnese

Aktuelle Anamnese

Scharlach diagnostiziert bei febrilem Zustand, Glieder- und Halsschmerzen sowie verstärkter Müdigkeit am 10.07.09 → Penicillintherapie vom 10.07-20.07.09 1000mg/d. Dann am 18.07.09 sind die roten Punkte aufgetreten worauf die Patientin die Penicillineinnahme sistierte. Trotz Absetzen keine Besserung sondern sogar Progredienz in den letzten Tagen.

(Beginn, Dauer, Verlauf der Beschwerden, Lokalisation & Ausstrahlung, Intensität & Qualität, Begleiterscheinungen, lindernde/verstärkende Faktoren)

Vorerkrankungen und Medikamente

Keine bekannt.

Psychosoziale und Familienanamnese

o.B

Systemanamnese

o.B

Allgemeinanamnese

Schwarzer Stuhl unter Irfen-Therapie

Ggf. Gynäkologische Anamnese

Ggf. Fremdanamnese

Status

AZ:	<input checked="" type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> reduziert	Blutdruck	mmHg
Bewusstsein	<input checked="" type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> GCS_____	Herzfrequenz	/Min
Psyche	<input checked="" type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> _____	Atemfrequenz	/Min

Alter 30	Gewicht	Grösse
----------	---------	--------

Haut

Retroaurikuläre Schuppung und Lichenifizierung. An den oberen Extremitäten erythematöse Plaques, die von silbernen Schuppen bedeckt sind. An den Handgelenksinnenseite links, wo das Haarband war, Koebner-Phänomen¹ An den Oberschenkelvorderseiten Phänomen des letzten Häutchens² fund Tautropfen³. Nagel und Haare unauffällig. Gesicht ausgespart.

Lymphknoten

o.B.

Augen

o.B.

Herz/Kreislauf (inklusive Pulse, Venen, Oedeme etc.)

o.B.

Mund/Rachen/Schleimhaut

o.B.

Schilddrüse

o.B.

Atemorgane

o.B.

Abdomen und Urogenitaltrakt

o.B.

Neurostatus

o.B.

Bewegungsapparat

o.B.

Im Anschluss an den Schritt 2 sollte die Gruppe folgende Punkte diskutieren:

- Einengung der Hypothesen: haben unsere ersten Überlegungen gestimmt? Können wir eine erste Verdachtsdiagnose stellen? Wie können wir diese (pathophysiologisch)

¹ Ausgelöst durch die Reibung der Hautfalten.

² Nach Ablösen der parakeratotischen Hornschicht lässt sich ein dünnes, fragiles Häutchen an der Basis des Plaques erkennen.

³ Weiteres Kratzen führt zu punktförmigen Blutungen, Nachweis der Epidermisverdünnung über den Papillen spitzen der Dermis (psoriatische Akanthose).

begründen? Können wir bereits erste Differentialdiagnosen ausschließen und wenn ja, warum?

- Ausschluss aller nicht-schuppender Diagnosen.
- Verdachtsdiagnose: Scharlach-getriggerte (Streptokokkenpharyngitis) Psoriasis
- → Was für Psoriasisformen gibt es?

Psoriasisformen

- Einzelherd
- Plauepsoriasis⁴
- Palmoplantare Psoriasis
- Psoriasis capitis
- Psoriasis guttata (= eruptive Psoriasis)⁵
- Psoriasis der Nägel
- Psoriasis pustulosa generalisata⁶
- Psoriasis pustulosa localisata
- Psoriasis vom seborrhoischen Typ⁷
- Psoriasis inversa⁸
- Chronisch inveterierte Psoriasis⁹
- Erythrodermische Psoriasis¹⁰

• Weitere diagnostische Schritte: Welche weiteren Informationen brauchen wir, um unsere Verdachtsdiagnose zu erhärten bzw. andere Ursachen auszuschließen?

- Histologie
- Labor (Grosses Blutbild, Gerninnungsstatus, Chemogramm) → Entzündung?

• Die Gruppe sollte versuchen, eine Gewichtung und Reihenfolge der diagnostischen Maßnahmen zu erstellen:

- Histologie
- Labor

⁴ Begrenzte Zahl symmetrischer Plaques. Häufigster Typ der Psoriasis (90%)

⁵ Vorwiegend am Rumpf und proximale Extremitäten. Häufig assoziiert mit Lokalinfekten (z.B. Streptokokkenpharyngitis).

⁶ Kleine sterile gelbe Pusteln konfluieren auf erythematösen Grund. Sich schnell verbreitend, akuter Beginn. Z.T. lebensbedrohlich.

⁷ Exanthematisch an Rumpf und Kapillitium.

⁸ Prädispositionsstellen meist unbefallen. Die sonst freien Intertrigostellen genitoanal-Regionen, Handflächen und Fusssohlen sind befallen. Schuppung fehlend oder anders beschaffen (Diagnose schwierig), da feuchtes Milieu.

⁹ Lederartig verdickte Herde. Schlechtes therapeutisches Ansprechen.

¹⁰ Ganze Haut befallen. Rötung im Vordergrund, Schuppung oft weniger ausgeprägt.

Schritt 3: Vorstellung der real erfolgten diagnostischen Massnahmen¹¹

Labor

- o.B.

Histologie

- Oberschenkel links und rechts

Stellenweise diskrete Hyperkeratose, Akanthose und fokale Parakeratose mit Ansammlungen von neutrophilen Granulozyten im Sinne von Munro-Mikroabszessen. In der oberen Dermis findet sich ein perivaskuläres lymphomonozytäres Infiltrat.

Im Anschluss an den Schritt 3 sollte die Gruppe folgende Punkte diskutieren:

- Stimmt unsere Verdachtsdiagnose? Wenn ja, warum waren wir richtig? Was waren die entscheidenden Informationen? Wenn nein, warum nicht?

¹¹ Viele Befunde sind mittlerweile elektronisch verfügbar. Fragen Sie also höflich an, ob Sie eine Kopie erhalten können, da es nicht selbstverständlich ist, dass Sie diese Unterlagen erhalten. Falls dies nicht möglich ist, besteht auch die Möglichkeit, andere Dozierende zu fragen oder im Internet nach interessantem und passendem Bildmaterial zu forschen. Viele Artikel mit Kasuistiken beinhalten Bildmaterial. Pubmed und Google-Scholar sind mögliche Hilfen bei der Suche.

Schritt 4: „Auflösung der Diagnose“

Diagnose: Psoriasis guttata

Im Anschluss an den Schritt 4 sollte die Gruppe folgende Punkte diskutieren:

- Erstellung eines Therapieplans: Welche Therapieoptionen bestehen? Wie sollte jetzt therapeutisch vorgegangen werden? Gibt es Empfehlungen oder Leitlinien für die Erkrankung?

In der Psoriasistherapie werden prinzipiell drei Ziele definiert:

1. Drosselung der Hyperepidermopoese
 2. Entzündungshemmung
 3. Ausschaltung von Provokationsfaktoren
- Selektive Ultraviolett-Phototherapie (SUP) und Photochemotherapie mit UVA-Bestrahlungen (PUVA)
 - Schuppenentfernung durch Salicylsäure, Harnstoffsalben und Bäder
 - Lokale Therapie

- Dithranol
- Calcipotriol (Daivobet®), Tacalcitol, Calcitriol
- Retinoide
- Steroide
- Teerpräparate

- Systemische Therapie

- Fumarate
- Retinoide
- Methotrexat
- Ciclosporin

- Braucht es weitere Diagnostik zur Planung der Therapie (lokal/systemisch, z.B. vor einer Operation)?

nein

Schritt 5: Therapie und Verlauf

Therapie:

Daivobet 1/d

Prognose und Verlauf:

Bei Kontrolle nach 10 Tage AZ schlechter geworden; Läsionen an Grösse zugenommen, leichter Juckreiz, verstärkte Müdigkeit. Daraufhin Beginn mit UV-Therapie bei beibehaltener Daivobet-Therapie.

Nach weiteren 3 Wochen: Juckreiz zugenommen → Exzipial.

Nach weiteren 4 Wochen: Besserung aber immer noch erythematöse Läsionen

Alle nächsten Termine abgesagt und nicht mehr gemeldet.

Normaler Verlauf/Prognose:

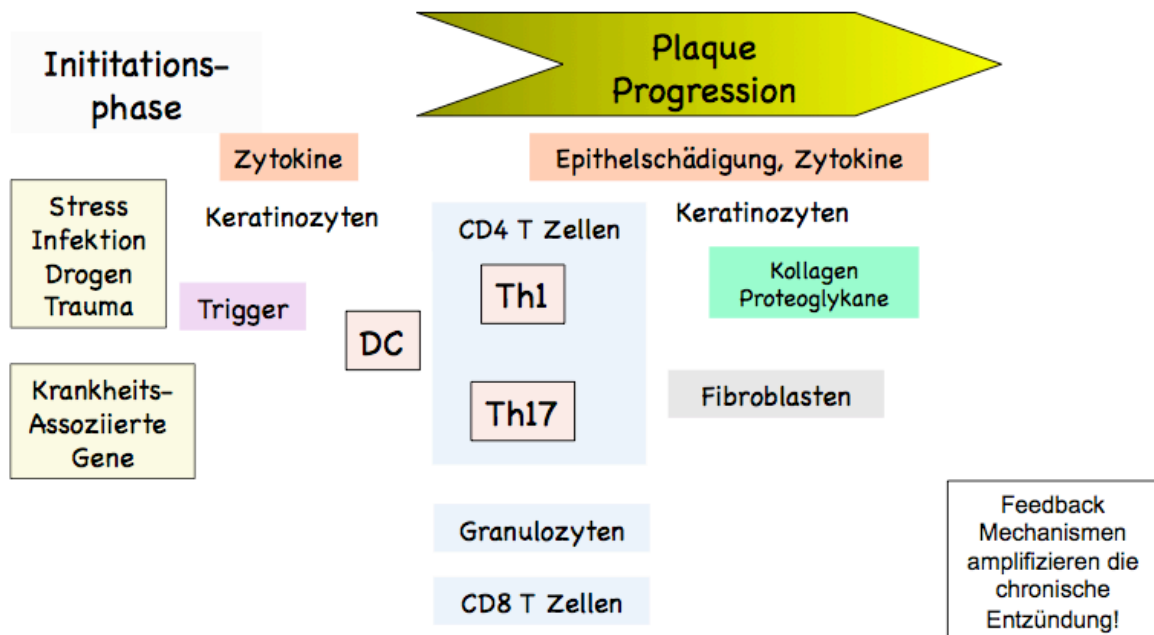
Psoriasis besteht meist lebenslang mit unterschiedlichem Schweregrad. Beginn ist akut generalisiert oder primär chronisch. Häufig Mischform. Psoriasis verläuft meist wechselhaft mit Schüben und Teilremissionen. Selten symptomfreie Intervalle. Herde bilden sich bis auf vorübergehenden Hypo- und Hyperpigmentierungen zu normaler Haut zurück. Die Manifestation ist durch die Behandlung zu reduzieren und auch zum Verschwinden zu bringen, die Disposition bleibt lebenslang erhalten, die Krankheit ist nicht heilbar.

Literaturempfehlung:

Dermatologie Basics

- Fritsch Dermatologie Venerologie

Pathophysiologie der Psoriasis:



Trigger der Psoriasis guttata

Infektionen (Streptokokken)

Medikamente (Beta-Blocker, Lithium, Antimalariamittel, Antirheumatika)

Psychischer Stress

- Alkoholismus
- Absetzen einer systemischen Steroidtherapie (Rebound-Phänomen)
- Lokale Hautschädigungen (Physikalisch-chemische Noxen, lokalallergische Reaktionen, inadäquate aggressive Hauttherapie, Sonnenbrand, Koebner-Phänomen)

Positive Einflüsse

- Sommer
- Sonne
- Meer
- Hormonelle Faktoren
- Schwangerschaft