

46-jährige Patientin mit Fieber und schmerzhaftem Hautausschlag

Mit Hilfe einer Mailingliste zur Diagnose

46 Year Old Woman with Fever and Painful Exanthema

Diagnosis with the Help of a Mailing List

Horst Prautzsch

Fallbeschreibung: Ein Hausarzt wird bei einer 46-jährigen Patientin mit einem seltenen, ihm unbekanntem Syndrom konfrontiert. Er kommt mit Hilfe der Mailingliste „Listserver Allgemeinmedizin“ innerhalb von 24 Stunden auf die richtige Diagnose und kann die Patientin rasch erfolgreich behandeln. Dieser Ablauf zeigt das Potenzial, durch Teilnahme am Listserver Allgemeinmedizin die Qualität der Versorgung (z.B. von Patienten mit seltenen Erkrankungen) durch deutschsprachige Hausärzte zu verbessern. Möglicherweise könnte die Einrichtung eines moderierten Internetforums die Effektivität dieser neuen Art der gegenseitigen kollegialen Unterstützung noch steigern.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin; Mailingliste; Fallbericht; Sweet-Syndrom; kollegiale Hilfe

Case report: A family practitioner is confronted with a 46 years old female patient who has a rare syndrome, which is unknown to him. With the help of the mailing list “Listserver Allgemeinmedizin” he is able to identify the disease within 24 hours and to cure the patient rapidly. This course of action shows the potential for improving the practice of German speaking family practitioners (for example in the management of rare diseases) by participating in the Listserver Allgemeinmedizin. To install a moderated internet forum may improve the effectiveness of this new type of collegial support.

Keywords: Primary Care; Mailing List; Case Report; Sweet’s Syndrome; Collegial Support

Hintergrund

Das Sweetsyndrom wurde erstmals 1964 von Robert D. Sweet beschrieben [2, 5], seither wurden mehrere hundert Fallberichte veröffentlicht. Aus der Mailingliste „Listserver Allgemeinmedizin“ mit rund 600 Hausärzten [1] kam nach der Beschreibung der Symptome nur von einem Arzt eine Rückmeldung über einen eigenen Fall. Der vorliegende Bericht schildert exemplarisch die Möglichkeit, auch bei einer seltenen Erkrankung, die dem behandelnden Arzt zunächst nicht bekannt ist, innerhalb kurzer Zeit die richtige Diagnose zu stellen.

Fallbericht

Eine 46 Jahre alte Krankenschwester, die in einer großen Klinik arbeitet, bekommt vier Tage vor der Konsultation ihres Hausarztes Glieder- und Gelenkschmerzen. Sie fühlt sich schwer krank und hat seit dem Abend des ersten Tages Fieber bis 39°C. Keine Erkältungssymptome, Stuhlgang und Wasserlassen sind unauffällig. Die Patientin hatte im 31. Lebensjahr Windpocken; ansonsten keine nennenswerten Begleit- oder Vorerkrankungen

Gleichzeitig mit den geschilderten Beschwerden zeigen sich bei der Frau zunehmend druckschmerzhaft (nicht ju-

ckende) Makulopapeln und Vesikopapeln (s. Abb. 1). Die Läsionen finden sich vorwiegend an beiden Händen, einige wenige auch in beiden Ellenbeugen; ein etwas größerer Cluster befindet sich über dem linken Schulterblatt, zwei einzelne Effloreszenzen im Dekolleté-Bereich; das restliche Integument inklusive Gesicht und Füße ist unauffällig. Laut Auskunft der Patientin verdreifacht sich die Zahl der Effloreszenzen in den nächsten fünf Tagen. Laborwerte am Tag der 1. Konsultation:

- CRP 29 mg/l (< 5)
- Blutsenkung 52 mm/h
- Leukozyten 9000 10⁶/l (< 10000), davon 77,6 % neutrophile (bis 70)



Abbildung 1 Initiales Bild, 4 Tage nach Beginn der Erkrankung, nicht bildlich dokumentiert, zeigten sich ca. 5 Tage später ca. dreimal so viele Effloreszenzen.



Abbildung 2 Drei Tage nach Beginn der oralen Prednisolontherapie 40mg/die

- Serumelektrophorese Alpha 1 und 2 deutlich vermehrt.
- Sonstiges ausführliches Labor incl. Leber, alkalische Phosphatase und Kreatinin sind unauffällig.

Differenzialdiagnosen

Eine Reihe von Erkrankungen können gleich bzw. sehr ähnlich aussehende Makulopapeln bzw. Vesikopapeln verursachen, z.B. Allergien, Virusinfektionen (z.B. Hand-Fuß-Mund-Erkrankung, Varizellen), Prurigo oder das dyshidrosiforme Ekzem.

Bei der vorläufigen Arbeitsdiagnose „Infektassoziiertes Exanthem“ empfiehlt der Hausarzt bis zum Vorliegen der Laborergebnisse eine symptomatische Behandlung mit Paracetamol oder Ibu-

profen. Fall von Sweet-Syndrom wiedererkennt (Textkasten 1).

Diese Diagnose wird der Patientin schon am Folgetag der ersten Konsultation fernmündlich mitgeteilt und zu einem Behandlungsversuch mit täglich 20 mg Prednisolon per os geraten. Aus Angst vor Nebenwirkungen lehnt die Frau diesen Vorschlag zunächst ab. Sie fühle sich auch schon etwas besser. Nach einer ausführlichen Konsultation am Folgetag erklärt sich die Patientin auf Anraten des Arztes aber doch bereit, in der Apotheke das Rezept über Prednisolon „für den Notfall am Wochenende“ einzulösen.

Bei dieser Konsultation war das rechte Sprunggelenk ohne Rötung leicht aber deutlich angeschwollen und schmerzte auch mehr als die übrigen Gelenke. Auch das andere Sprunggelenk, beide Knie- und die Hüftgelenke schmerzten in den

bis zwei Stunden nach der ersten Prednisoloneinnahme weitgehend schmerzfrei gewesen sei, auch das Exanthem habe sich gebessert.

Prognose

Das Sweet-Syndrom hat eine gute Prognose: I.d.R. ist nach spätestens 6 Monaten mit einer restitutio ad integrum zu rechnen. Gelegentlich findet sich eine Assoziation mit anderen Erkrankungen z.B. einer akuten myeloischen Leukämie [2–5].

Therapie

Wegen der Möglichkeit des Wiederauftretens beim Unterschreiten einer bestimmten Prednisolondosis wird mit der Patientin folgende weitere Therapie vereinbart (Angaben in mg): 30; 30; 20; 20; 17,5/die, dann alle zwei Tage 2,5 mg weniger.

Als 10 mg Prednisolon p.o./die erreicht waren, kam es zu einem leichten Rezidiv auch des Exanthems, das nach Erhöhung auf 12,5 mg/die prompt wieder sistierte.

Um auch die Möglichkeit eines anderen therapeutischen Vorgehens zu verdeutlichen, wird in Textkasten 2 ein weiterer Fall beschrieben, der im Listserver Allgemeinmedizin geschildert wurde.

Typisch für das Sweet-Syndrom ist das mittlere Alter der Patienten, die Polyarthralgien, das schmerzhaftes Exanthem, Fieber und die pathognomonische Neutrophilie im Differenzialblutbild.

Textkasten 1 Symptome Sweet-Syndrom

profen. Die Patientin erteilt ihm die Erlaubnis, den ungewöhnlichen Fall anonym ca. 600 Kollegen im Listserver Allgemeinmedizin [1] vorstellen zu dürfen.

Innerhalb weniger Stunden erhält der Arzt einige Rückmeldungen, darunter auch die eines Kollegen, der einen

Folgetagen zunehmend, sodass die Frau am Wochenende – kurz bevor sie gehunfähig wurde – von sich aus 40 mg Prednisolon p.o. einnahm. Nach drei Tagen Prednisolon 40 mg/die stellt sich die Patientin erneut in der Sprechstunde vor (Abb. 2). Sie berichtet dabei, dass sie ein

Dr. med. Horst Prautzsch ...



... ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Fachkunde Rettungswesen, Lehrbeauftragter der Universität Tübingen. Er ist seit 1993 in eigener Praxis auf der schwäbischen Alb niedergelassen (www.prautzsch.net). Mit zwei angestellten Ärzten betreibt er dort eine akademische Lehrpraxis der Universität Tübingen für Allgemeinmedizin mit einer Zweigpraxis. Er ist Mitglied der ständigen Leitlinienkommission der DEGAM.

Einladung zum Listserver Allgemeinmedizin

Der Listserver Allgemeinmedizin wurde von Prof. Norbert Donner-Banzhoff installiert und wird derzeit von Dominik Ahlquist betreut. Es kann jeder teilnehmen, der sich kostenlos über die DEGAM-Homepage anmeldet [1]. Auch eine direkte Anmeldung ist möglich [6]. Der Listserver Allgemeinmedizin steht trotz der Gründung durch die Fachgesellschaft nicht unter der Verantwortlichkeit der DEGAM. Wenn man z.B. drei Wochen im Urlaub war, kann es sein, dass das Postfach der eingehenden

E-Mails durch sehr viele Listenbeiträge recht unübersichtlich wird. In den meisten E-Mail-Programmen kann man aber recht einfach ein eigenes Postfach anlegen, in dem automatisch alle eingehenden E-Mails des Listservers Allgemeinmedizin landen. Sie sind im Betreff durch „[ALLGMED-L]“ eindeutig gekennzeichnet und stören dann im Postfach für eingehende Mails nicht mehr.

In ihrer Fähigkeit, Informationen zu archivieren, wiederauffindbar zu machen und in ihrer Benutzerfreundlichkeit werden solche Mailinglisten nach Ansicht des Autors durch moderierte Internetforen noch übertroffen.

Männlicher Patient, Mitte dreißig Jahre alt, der bei abklingendem Atemwegsinfekt und schon gebessertem Allgemeinzustand einen teils bläschenförmigen Hautausschlag entwickelte, der vom Hausarzt an einem Freitag zunächst nicht eingeordnet werden konnte. Blutabnahme mit stark erhöhter CRP (ca. 100 bei Normalwert < 5) und Neutrophilie, Varizellenserologie mit Bild einer „Seronarbe“. Der hinzugezogene Hautarzt rezeptierte eine Cortisonmischsalbe. Aufgrund des hohen CRP riet der Hausarzt dem Patienten am Abend, am folgenden Wochenende die infektiologische Ambulanz der Universitätsklinik aufzusuchen. Von dort wurde er an die Dermatologie weitergeleitet, welche die Diagnose Sweet-Syndrom stellte und eine ambulante Therapie einleitete:

Prednisolon 60 mg/die für lediglich sechs Tage
plus Cefaclor (wegen angeblicher Tonsillitis, obwohl klinisch inklusive ISAAK-Score bei initial leichtem Husten, abwesender Lymphknotenschwellung und fehlenden Belägen die Wahrscheinlichkeit für eine Streptokokkentonsillitis gering war)
Klinisch dann rasche Besserung und Rückbildung der Symptome. Nach Absetzen der Prednisolon-Therapie kam es nicht zum Wiederauftreten des Syndroms.

Textkasten 2 Alternativer Fall eines Sweet-Syndroms (geschildert im Listserver Allgemeinmedizin)

Schlussfolgerung

Die Teilnahme am Listserver Allgemeinmedizin hat das Potenzial, die Qualität der Versorgung (z.B. von Patienten mit seltenen Erkrankungen) durch deutschsprachige Hausärzte zu verbessern. Der Autor hofft, dass die Effektivität und die Benutzerfreundlichkeit dieses Kommunikationsmittels durch die Einrichtung eines moderierten DEGAM-Internet-Forums gesteigert werden kann.

Danksagung: Der Autor dankt dem Kollegen André Jablonski für den entscheidenden Hinweis auf die richtige Diagnose und seine konzise Fallbeschreibung (Textkasten 2). Dank gebührt auch den anderen fleißigen Teilnehmern des Listservers Allgemeinmedizin, die sich Zeit für ihre ratsuchenden Kollegen nehmen und ihr teilweise herausragendes „Know-how“ unentgeltlich zur Verfügung stellen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Horst Prautzsch
Marktstr. 17, 72818 Trochtelfingen
Beda-Sommerberger-Str. 7
88529 Zwiefalten
horst.prautzsch@t-online.de

Literatur

1. <http://www.degam.de/index.php?id=1154> (letzter Zugriff am 8.8.2013)
2. <http://de.wikipedia.org/wiki/Sweet-Syndrom> (letzter Zugriff am 8.8.2013)
3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963326/> (letzter Zugriff am 8.8.2013)
4. Ernst S, Kohler HP, Nohl F. Schmerzende Haut und Fieber. Schweiz Med Forum 2005; 5: 270–272
5. Sweet RD. An acute febrile neutrophilic dermatosis. Br J Dermatol 1964; 76: 349–356
6. <http://www.listserv.dfn.de/> (letzter Zugriff am 8.8.2013)