

Fotos aus der Dermatologiepraxis

Wie lautet Ihre Diagnose?

Dr. Marguerite Krasovec Rahmann stellt knifflige Fälle aus ihrer Praxis vor:



Abbildung 1:
Braun-rote, scharf begrenzte Plaques an den Unterschenkeln
 a) Kaposi Sarkom
 b) Purpura pigmentosa
 c) Dermite ocre bei venöser Insuffizienz



Abbildung 2:
Anuläre Plaques mit erhabenem Randwall an den Unterschenkeln
 a) Granuloma anulare
 b) Lichen ruber annularis
 c) Necrobiosis lipoidica



Abbildung 3:
Hautfarbener, zum Teil hyperkeratotischer polylobulierter Tumor an der Stirn
 a) Spinozelluläres Karzinom
 b) Atypisches Fibroxanthom
 c) Basalzellkarzinom



Abbildung 4:
Wachsende rötliche Wucherung am Arm
 a) Basalzellkarzinom
 b) Malignes Melanom
 c) Lymphom



Abbildung 1: Purpura pigmentosa progressiva (Morbus Schamberg)

In der Peripherie der Plaques sind die purpuriformen Punktuationen gut zu sehen. Die Gruppe der hämorrhagisch-pigmentären Dermatosen zeigt mikroskopisch eine dermale Entzündung und Hämosiderinablagerungen, welche die braun-rote Verfärbung der Haut erklären. Eine venöse Insuffizienz wurde ausgeschlossen. Die Ursache der Purpura bleibt meist unklar, infrage kommen Medikamente, Additiva, Hepatopathien und Diabetes mellitus.



Abbildung 2: Necrobiosis lipoidica

Die diskoiden prätibialen Plaques sind rötlich-gelb mit zentraler Atrophie oder Sklerose, können eine Hypästhesie und Hypohidrose vorweisen und treten vor allem bei Frauen auf. Necrobiosis lipoidica kann mit Diabetes mellitus assoziiert sein bzw. ihm vorausgehen. Die Histologie schliesst die anderen Diagnosen aus. Komplikationen von Necrobiosis lipoidica sind Ulzerationen oder Entartung in ein spinozelluläres Karzinom.



Abbildung 3: Spinozelluläres Karzinom

Histologisch bestand ein Morbus Bowen mit Übergang in ein mässig differenziertes spinozelluläres Karzinom, Tumordicke 18 mm. Es handelt sich um einen Patienten mit chronisch lymphatischer Leukämie. Bei diesen Patienten ist das Risiko von Hautneoplasien erhöht, und diese verlaufen aggressiver. In der Tat waren bei diesem Patienten seit drei Jahren multiple Basalzellkarzinome, Morbus Bowen und spinozelluläre Karzinome entfernt worden. Häufige Hautkontrollen und ein konsequenter Sonnenschutz sind empfehlenswert.



Abbildung 4: Amelanotisches malignes Melanom

Die hellhäutige Patientin beobachtete eine seit Monaten wachsende Läsion am Oberarm. Klinisch fand sich eine rötliche 7 mm grosse Veränderung mit einem zentralen knotigen Anteil. Im Dermatoskop waren unter anderen Pigmentgranula zu sehen. Histologisch handelte es sich um ein malignes Melanom vom SSM-Typ, mit hellzelliger Differenzierung, Tumordicke nach Breslow 3,4 mm, Invasionslevel nach Clark V. Im Staging fand sich eine Lymphknotenmetastase axillär.