

Neu aufgetretene Hautveränderungen an beiden Beinen

Ein 70-jähriger Patient wird in unserer Klinik stationär behandelt bei ambulant erworbener Pneumonie. Unter kalkulierter Therapie mit Ampicillin/Sulbactam in Kombination mit Azithromycin bessert sich der Zustand des Patienten deutlich und die Entzündungswerte waren regredient.

Sechs Tage nach Entlassung wird der Patient mit an beiden Beinen, nach distal betonten palpablen Purpura, bestehend aus kleinen petechialen Makulae und Papeln, erneut in unserer Klinik vorstellig (siehe Abbildung).

Klinisch bestand primär der Verdacht auf eine Vaskulitis. Die Anamnese war aufgrund eines seit der Kindheit bestehenden Mutismus (psychogenes Schweigen) erschwert. Eine B-Symptomatik war nicht zu eruieren. Beschwerden am Bewegungsapparat, Sehstörungen, Kopfschmerzen, HNO-Probleme, Hämoptysen sowie gastrointestinale Symptome wurden verneint. Eine Autoimmunerkrankung war nicht bekannt. Insgesamt bestand keine Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes. Laborchemisch zeigten sich neu erhöhte Retentionswerte. Es erfolgte eine Hautbiopsie und bei bildmorphologisch weiter Konsolidierung (DD Residuen der Pneumonie) eine bronchioalveoläre Lavage. Hier gelang kein Nachweis einer alveolären Hämorrhagie, wohl aber war die PCR auf *Mycoplasma pneumoniae* positiv.

In der Zwischenzeit erfolgte die histopathologische Untersuchung der Hautbiopsie. Hier gelang der Nachweis einer „leukozytoklastischen Vaskulitis“. Nachdem die reine kutane Form dieser Vaskulitisform eine Ausschlussdiagnose ist, erfolgte ein ausführliches differenzialdiagnostisches Work-up. Klinisch, sonografisch, echokardiografisch, laborchemisch und mittels Untersuchung des Urinsediments ergab sich kein Anhalt für eine ANCA-assoziierte Vaskulitis, Kollagenose, Tumorerkrankung, Endokarditis, Hepatitis B, C, HIV-Erkrankung. Im Nachgang erfolgte der immunhistochemische Nachweis einer endothelialen IgA-Ablagerung, sodass zusammenfassend eine IgA-Vaskulitis vorlag (formals Henoch-Schönlein Purpura).

Die IgA-Vaskulitis ist mit einer Inzidenz von ca. 1/100.000 Erwachsenen deutlich seltener als im Kindesalter und charakterisiert durch Arthralgie/



akute Nierenerkrankung/abdominelle Schmerzen (seltener bei Erwachsenen) und palpable Purpura ohne Thrombozytopenie. Die Erkrankung ist auch im Erwachsenenalter noch oft selbstlimitierend, bei schweren Verläufen (insbesondere progredienter Nierenerkrankung) ist eine Immunsuppression denkbar. Diese sehen wir am ehesten als Folge der Infektion mit *Mycoplasma pneumoniae*, bzw. der zuvor durchgeführten antibiotischen Therapie. Die ausgeprägten Hautveränderungen entwickelten während des stationären Aufenthalts keine Nekrosen und waren bereits im kurzfristigen Verlauf spontan gut rückläufig und auch die Retentionswerte normalisierten sich, sodass eine medikamentöse Therapie nicht nötig war.

Autoren

Dr. Lezi Vionilda²
 Dr. Alexandru Radoi¹
 Dr. Ralf Witzig¹
 Dr. Uwe Cotte²
 Dr. Dominik Chittka³
 Privatdozent Dr. Arno Mohr¹

¹Abteilung für Pneumologie, Infektiologie und Beatmungsmedizin

²Abteilung Geriatrie und allgemeine Innere Medizin

³Nephrologische Praxis im Krankenhaus

InnKlinikum Mühldorf,
 Krankenhausstr. 1, 84453 Mühldorf am Inn