

Funktionelle Zirkulationsstörungen der Akren

Neben den strukturellen Durchblutungsstörungen durch bspw. Arteriosklerose oder Embolien stellen sich Patienten zuweilen mit funktionellen Durchblutungsstörungen vor:



Ischämie

Die Gefäße ziehen sich zusammen und die Haut verfärbt sich weiß und schmerzt.

Raynaud-Syndrom

Beim Raynaud-Syndrom handelt es sich um sogenannte Kälte- oder Stress-induzierte Vasospasmen, die zu einer ablaufenden Weiß-Blau-Rot-Färbung („Trikolore“) vorrangig der langen Finger führen.

In 10% der Fälle sind die Zehen, andere Akren jedoch nur selten betroffen.

Bei der primären Form besteht eine familiäre Häufung.

Sekundäre Formen werden unter anderem durch Kollagenosen (Nagelfalzmikroskopie, CRP/BSG/ANA/ANCA-Bestimmung etc.) aber auch Malignome (körperliche Untersuchung/Blutbild etc.) ausgelöst. Ein Tumorauschluss sollte bei Erstmanifestation im mittleren bis hohen Alter durchgeführt werden.

Vasospasmen können auch medikamentös, toxisch oder arbeitsmedizinisch (Vibrationen oder Kompressionen) begründet sein.

Erythromelalgie

Die Erythromelalgie ist eine i. d. R. symmetrische, schmerzhafte Hyperämie-bedingte Rötung, die durch Aktivität bzw. Wärme getriggert wird und sich oft abends aggraviert. Auch hier lassen sich primäre (genetisch fehlveranlagte Natriumkanäle) und sekundäre Formen (u. a. Malignome, Kollagenosen und myelodysplastische Syndrome) unterscheiden.

Akrozyanose

Hier liegt eine permanent rötlich-livide Färbung der Hände/Füße vor, welche bei Ausübung von Druck ein Irisblendenphänomen zeigt. Sie tritt symmetrisch und nicht anfallsartig (anders als Raynaud-Syndrom) auf. Kälte verschlimmert die Symptomatik. Auch hier werden primäre und sekundäre Formen unterschieden (meist aber primär bedingt). Sekundäre Formen treten im Rahmen von Malignomen, myelodysplastischem Syndrom, Kollagenosen u. a. auf.



Hypoxie

Die Haut färbt sich aufgrund des Sauerstoffmangels blau.



Hyperämie

Durch vermehrte Durchblutung erwärmen sich die Finger, die Haut färbt sich rot.

Impfungen bei Krebserkrankungen

Empfehlungen für Betroffene und Angehörige

Nach den Impfeempfehlungen der STIKO und der Dt. Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie sollten bei Immundefizienz und Krebserkrankungen vorhandene Impflücken wann immer möglich vor Beginn einer Krebstherapie geschlossen werden, anderenfalls sollten fehlende Impfungen nach dem definitiven Ende einer Behandlung nachgeholt werden. Wichtig zu beachten sind auch zeitliche Abstände. So können Totimpfstoffe jederzeit eingesetzt werden (ggf. mit geringerer Immunogenität), Lebendimpfstoffe sollten frühestens 6 Monate nach Therapieende erwogen werden. →

Quelle:

<https://www.medical-tri-bune.de/medizin-und-forschung/artikel/blaue-finger-brennende-fuesse>, abgerufen am 18.12.2022

Daten über den Impferfolg unter Immuntherapie gibt es bisher nur für einige Wirkstoffe. Antikörpertiter können zum Teil erheblich reduziert sein.

Bei Immuncheckpoint-Inhibitoren besteht nach der Impfung eine bessere Schutzwirkung, als bei klassischer Chemotherapie. Auch die Grunderkrankung beeinflusst die Seropositivitätsraten.

Für COVID-19 liegen diese zwischen 90 % bei akuten Leukämien und 50 % bei Lymphomen;

häufig können jedoch robuste T-Zell-Antworten erzeugt werden.

Nach einer Stammzelltransplantation muss das komplette immunolog. Gedächtnis neu aufgebaut werden. Totimpfstoffe können hier (ohne GvHD oder Immunsuppression) nach > (3-)6 Monaten, Lebendimpfstoffe erst nach > 24 Monaten angewandt werden.

Darüber hinaus ist auch der Impfschutz von engen Kontaktpersonen von Bedeutung und sollte auf Aktualität geprüft werden.

Quelle:

Deutsches Ärzteblatt,
Jg. 119, Heft 50,
Dezember 2022

Erhöhung kardialer Biomarker nach körperlicher Belastung

Was ist normal,
was ist pathologisch?



Nach intensiver körperlicher Belastung wie z. B. nach einem Marathonlauf kommt es neben der Erhöhung der Kreatinkinase (CK), zu Elektrolytverschiebungen, einem Anstieg des proBNP und des Troponins. Eine sogenannte „kardiale Fatigue“ kann ab einer Belastungsdauer von mehr als 4 Stunden eintreten.

Im Gegensatz zum Myokardinfarkt, bei welchem es zu einem biphasischen Anstieg des high-sensitive Troponin T kommt, normalisieren sich die Werte nach körperlichem Training binnen 48 Stunden. Nur in einigen Fällen kann die Erhöhung länger als 72 Stunden bestehen bleiben. Als Ursache wird eine individuelle Vulnerabilität der Myokardzellenmembran mit daraus resultierender unterschiedlich hoher Troponin-Freisetzung diskutiert.

Jedoch kommen auch eine subklinische Koronarsklerose, Myokardnarben oder verkalkte

Plaques der Koronararterien in Frage, welche bei Marathonläufern eine erhöhte Prävalenz aufweisen. Der Anteil der aus dem quergestreiften Muskulatur freigesetzten Troponin T (für Troponin I weniger eindeutige Datenlage) wird mit 10–15% des Gesamt-Troponin T angegeben. Eine erhöhte Körpertemperatur und Laktatazidose gelten zudem als begünstigende Faktoren.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass eine Erhöhung von kardialen Markern nach intensiver körperlicher Belastung innerhalb von 48 Stunden und ohne klinische Symptomatik als physiologisch zu werten ist. Diese muss jedoch zwingend von pathologischen Anstiegen aufgrund myokardialer Schädigungen abgegrenzt werden, da auch bei jungen Athleten Myokarditiden auftreten, sowie Koronaromalien und Muskelbrücken vorliegen können.

Quelle:

Trillium Diagnostik 2022;
20(3): 242-244