Z. Hautkr. 67 (7) 591–594

P. W. Broichmann, G. Forck

Relevanz von Dermatosen in der Diabetesdiagnostik: Eine Langzeitstudie

Relevance of Dermatoses in the Diagnostic of Diabetes Mellitus: A Long-Term Study

Poliklinik für Allergologie und Gewerbedermatologie
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
(Direktor: Prof. Dr. med. G. Forck)

Schlüsselwörter: Diabetes mellitus – Prävalenz – Diagnostik – Hauterkrankungen

Key words: diabete mellitus – prevalence – diagnostic – skin diseases

Zusammenfassung: Unter den in vergangenen Jahrzehnten stationär aufgenommenen Patienten der Universitätshautklinik Münster fand sich folgende Zunahme des Anteils an Diabetikern: In dem Zeitraum 1950–1969 betrug er mit 344 Diabetikern 1,55 %, in den Jahren 1970–1977 mit 372 Diabetikern 3,05 %, und in dem Fünfjahreszeitraum 1981–1985 mit 301 Diabetikern 4,78 %. Der Anteil der Diabetiker, deren Diabetes in der hiesigen Hautklinik erstmalig diagnostiziert wurde, betrug in den Jahren 1950–1969 47,1 %, in den Jahren 1970–1977 44,6 % und in den Jahren 1981–1985 21,6 %. Diese Zahlen weisen neben einer Prävalenzzunahme auf eine verbesserte Diabetesfrühdiagnostik im Klinikeinzugsgebiet hin. Die relevanten Dermatosen werden besprochen. Allein 129 Diabetiker waren von einer Candidose betroffen.

Summary: Among the in-patients of the last decades of the Department of Dermatology of the University of Münster we found the following increase of the amount of diabetics: In the period of 1950–1969 the percentage was 1.55 %, i. e. 344 diabetics, in 1970–1977 3.05 %, i. e. 372 diabetics and in the 5-year-period 1981–1985 it was 4.78 %, i. e. 301 diabetics. The portion of diabetics, whose diabetes was diagnosed the first time in the Department of Dermatology was 47.1 % in the years 1950–1969, 44.6 % in 1970–1977 and 21.6 % in 1981–1985. These results seem to show an increase of prevalence and an ameliorated diagnostic of diabetes in the region of this hospital. The relevant dermatoses are discussed. Alone 129 times among all diabetic patients a candidosis was diagnosed.

Einleitung

Aufgrund der erheblichen Bedeutung des Diabetes mellitus in der Medizin war es von Interesse, zum einen der Frage einer potentiellen Prävalenzzunahme dieser Stoffwechselerkrankung über einen Zeitraum von 33 Jahren nachzugehen und zum anderen darzustellen, inwieweit dermatologische Erkrankungen zur Diagnostizierung des Diabetes mellitus beigetragen haben und welche Hauterkrankungen in diesem Zusammenhang im Vordergrund standen.

Material und Methoden

Es wurden sämtliche Krankenblätter der in den Jahren 1950–1969 (47), 1970–1977 (20) und in dem Fünfjahreszeitraum 1981–1985 stationär in die hiesige Universitäts-Hautklinik aufgenommenen Patienten eingesehen und alle diejenigen Fälle herausgesucht, in denen ein Diabetes bzw. eine Glukosetoleranzstörung vorlag. Aus den Akten wurden die dermatologischen Diagnosen und die Tatsache, ob der Diabetes in der hiesigen Universitäts-Hautklinik festgestellt wurde oder bei der Aufnahme bereits bekannt war, entnommen. Für den Zeitraum 1970–1977 und 1981–1985 wurde ferner jeweils ein gleich großes Vergleichskollektiv von Nichtdiabetikern herausgesucht. Die dort ermittelte Häufigkeit dermatologischer Diagnosen erscheint im folgenden Text jeweils in nachgestellten eckigen Klammern.

Ergebnisse

Unter den 22.111 stationär aufgenommenen Patienten der Jahre 1950–1969 fanden sich unter den 344 Diabetikern 282 mit einem manifesten und 62 mit einem latenten Diabetes mellitus, was einem Anteil von 1,55 % am Gesamtkrankengut entspricht. Unter den 12.186 stationär aufgenommenen Patienten der Jahre 1970–1977 fanden sich 372 Patienten, wovon 162 von einem klinischen Diabetes mellitus, 71 von einem asymptomatischen Diabetes mellitus, 106 von einem latenten Diabetes mellitus und 23 von einer prädiabetischen Stoffwechsellage betroffen waren. Insgesamt entspricht das einem Anteil

von 3,05% am Gesamtkrankengut. Unter den 6293 stationär aufgenommenen Patienten des Fünfjahreszeitraumes 1981–1985 fand sich mit 301 Diabetikern ein Anteil von 4,78%, wobei 217mal ein idiopathischer Diabetes mellitus, 57mal eine pathologische Glukosetoleranz und 27mal ein Diabetesverdacht oder eine diabetische Stoffwechsellage sonstiger Ursache vorlag (Tab. 1). In allen drei Zeiträumen überwogen deutlich die höheren Altersklassen. Ferner waren unter den Patienten der Jahre 1970–1977 von 372 diesbezüglich ersichtlichen Diabetikern 260 übergewichtig. Unter den 301 Diabetikern der Jahre 1981–1985 waren folgende Parameter bei einem Teil der Patienten ersichtlich: 152 von 208 Patienten waren von Übergewicht, 57 von 227 von Hyperurikämie und 91 von 176 von Hyperlipidämie betroffen.

In den Jahren 1950–1969 wurde bei 47,1%, in den Jahren 1970–1977 bei 44,6% und in dem Zeitraum 1981–1985 bei nur 21,6% der Diabetiker der Diabetes in der hiesigen Universitäts-Hautklinik erstmals diagnostiziert. Bei den restlichen Patienten war die Stoffwechselerkrankung bei der stationären Aufnahme bereits bekannt.

Unter den Diabetikern der Jahre 1950–1969 fand sich 75mal (50 Frauen und 25 Männer) eine Pilzerkrankung. Eine Candidose war 36mal vertreten, was einem Anteil von 48% an den Mykosen entspricht. Unter den 372 Diabetikern der Jahre 1970–1977 wurde eine Mykose 123mal diagnostiziert. Darunter fanden sich 35 Diabetiker mit einer Candidose gegenüber 10 Patienten in einer Kontrollgruppe. In den Jahren 1981–1985 waren 121 (69) Diabetiker von einer Pilzinfektion betroffen. Darunter fand sich allein 58mal (21) eine Candidose.

1950–1969 war unter den Diabetikern 34mal ein Ulcus cruris varicosum, 15mal der variköse Symptomenkomplex, 9mal ein arterielles trophisches Ulcus und 4mal Gangrän vertreten. 1970–1977 waren es 51 (11) Fälle von Ulcus cruris und 14mal (11) der variköse Symptomenkomplex. 1981–1985 fanden sich 30mal (10) venöse Ulcera, 41mal (25) der variköse Symptomenkomplex und 12mal obliterierende Beinarteriopathien. Die Diagnose Psoriasis wurde bei den Diabetikern der Jahre 1950–1969 37mal, 1970–1977 60mal (34) und 1981–1985 43mal (27) gestellt.

Bakterielle Hautinfektionen waren unter den Diabetikern der Jahren 1950–1969 36mal, der Jahre 1970–1977 22mal (14) und der Jahre 1981–1985 23mal (10) vertreten.

Insgesamt fanden sich unter den Diabetikern der 33 untersuchten Jahrgänge etliche weitere mit Diabetes mellitus im Zusammenhang stehende Dermatosen: 22mal Pruritus sine materia, 9mal Vitiligo, 7mal Dupuytrensche Kontraktur und 2mal Induratio penis plastica, 16mal Necrobiosis lipoidica, 9mal Xanthomatose, 2mal Werner-Syndrom und 1mal Skleroedema adultorum Buschke.

Diskussion

Der Diabetes mellitus gehört als häufigste Stoffwechselkrankheit zu den Volkskrankheiten mit erheblicher sozialer und ökonomischer Bedeutung. Ein Drittel bis die Hälfte aller Diabetes-mellitus-Patienten weisen Hautveränderungen auf, welche Frühzeichen eines unerkannten Diabetes mellitus oder Komplikation eines manifesten Diabetes mellitus sein können (14, 17, 25). Es gibt kein Gewebe oder Organ, das bei anhaltenden Störungen des Glukosestoffwechsels nicht in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Haut und ihre Anhangsgebilde weisen bei rund einem Drittel mehr oder minder ausgeprägte krankhafte Veränderungen auf. Keine dieser Veränderungen ist absolut spezifisch für den Diabetes mellitus, doch erkranken viele Diabetiker vielfach häufiger, früher und schwerer an manchen Hautkrankheiten als Nichtdiabetiker. Die Mehrzahl der dermatologischen Begleiterscheinungen des Diabetes mellitus besitzt insofern Signalcharakter, der den aufmerksamen Arzt zur Untersuchung des Glukosestoffwechsels veranlassen wird (18).

In diesem Zusammenhang ist die Frage des Prävalenzverlaufes des Diabetes mellitus über einige Jahrzehnte hinweg von nicht unerheblicher epidemiologischer Bedeutung. In den 50er und 60er Jahren wurde an etlichen bundesdeutschen Hautkliniken der prozentuale Anteil der Diabetiker am stationären Krankengut bestimmt. Schirren und Schur (31) ermittelten in den Jahren 1951–1965 einen Anteil von 1,4%, Schmidt (32) in den Jahren 1959–1963 2,7%, Brehm und Sanei (6) in den Jahren 1960–1964 3,7% und Ehrly et al. (11) in den Jahren 1959–1968 einen Anteil von 3,29%. Im Vergleich dazu ergaben die Untersuchungen an der hiesigen Klinik (Tab. 1) für den Zeitraum 1950–1969 einen Anteil von 1,55% (37) und für die Jahre 1970–1977 einen Anteil von 3,05% (20). Für den Zeitraum 1981–1985 wurde dann ein Anteil von 4,78% ermittelt. Über diese Zeitspanne von 36 Jahren ergibt sich somit mit einem Minimum von 0,25% im Jahre 1951 ein allmählicher Anstieg bis zu dem 23fachen Maximum von 5,84% im Jahre 1985.

In Hinblick auf die Interpretation dieser Daten ist ferner von Interesse, daß gegenüber einem Anteil von in der hiesigen Hautklinik erstmalig diagnostizierten Diabetikern von 47,1% in den Jahren 1950–1969 (37) und 44,6% in den Jahren 1970–1977 (20) in dem Fünfjahreszeitraum

1981–1985 nur noch bei 21,6 % der Patienten der Diabetes in der Hautklinik erstmalig festgestellt wurde.

Diese Zahlen sprechen zum einen für eine Morbiditätszunahme des Diabetes mellitus, zum anderen für eine Verbesserung der Diabetesdiagnostik. Die in früheren Jahrzehnten entstandene Diskussion um das Thema Hauterkrankungen beim Diabetes mellitus (6, 11, 31, 32) dürfte auch auf der Seite einweisender Ärzte erfreulicherweise zu einer intensiveren Fahndung nach Diabetes mellitus bei hautkranken Patienten geführt haben. Aber auch unabhängig von dermatologischen Erkrankungen scheinen die immer wieder empfohlenen Suchtests zu einer erheblichen Verbesserung in der Aufdeckung von Diabetes mellitus geführt zu haben.

Ein auffallend hoher Anteil aller Diabetiker der 33 Jahrgänge war von einer Pilzinfektion betroffen. Auch bei anderen Autoren gehören die Mykosen mit zu den häufigsten Dermatosen beim Diabetes mellitus (1, 15, 16, 20, 32, 37). Greenwood und Rockwood (16) konnten in einem Kollektiv von Diabetikern mit und ohne Hautveränderungen in 70 % der Fälle pathogene Pilze an den Füßen nachweisen. Bei den hiesigen Untersuchungen war eine Candidose insgesamt 129mal vertreten. Schon früh wurde der Begriff des Hautzuckers als ein das Angehen bakterieller und mykotischer Infektionen auf diabetischer Haut begünstigender Faktor beschrieben (7, 23, 35). Beckmann (4) konnte den wachstumsfördernden Einfluß von Glukose auf das Wachstum von Fadenpilzen und vor allem Candida albicans experimentell untermauern. Außerdem begünstigt das bei einem Großteil der Diabetiker nachgewiesene Übergewicht durch die z. T. ausgeprägte Entwicklung warmer intertriginöser Räume das Hefepilzwachstum. Velichko und Bykow (36) stellten ferner eine gesteigerte Adhärenz von Candida albicans an den Schleimhautepithelien von Diabetikern fest.

Insgesamt wurde 115mal ein Ulcus cruris varicosum diagnostiziert. Auch im Vergleich zu den beiden Kontrollgruppen kam es bei den Diabetikern deutlich gehäuft vor. Auch andere Autoren weisen auf das häufige Auftreten venöser Ulcera beim Diabetes mellitus hin (6, 31, 32). Bei der großen Häufigkeit von venösen Ulcera muß berücksichtigt werden, daß zum einen das bei der Mehrzahl der Diabetiker nachgewiesene Übergewicht als ein pathogenetischer Faktor anzusehen ist und daß zum anderen infolge der schlechten Wundheilung beim Diabetiker der verzögerte Heilungsprozeß öfter zur Einlieferung in eine Hautklinik führen dürfte als beim Nichtdiabetiker. Eine exakte Stoffwechselkontrolle ist eine wichtige Voraussetzung für die Geschwürheilung (2, 30). Ansonsten ist die bekannte diabetische Angiopathie bis hin zur diabetischen Gangrän eine Komplikation, welche heutzutage eher zur Behandlung in Diabetesfachkliniken und chirurgischen Abteilungen führt und folglich in Hautkliniken eine eher untergeordnete Rolle spielt.

Auch die Psoriasis war im Vergleich zu den Kontrollgruppen gehäuft vertreten. Über die Frage eines potentiellen Zusammenhanges zwischen Diabetes mellitus und Psoriasis werden recht konträre Standpunkte vertreten. Etliche Autoren (6, 9, 13, 21, 32) sprechen sich eher gegen, andere Autoren (17, 20, 25, 28) eher für eine gehäufte Koinzidenz dieser beiden Erkrankungen aus. Bei 52 % der 176 auf Fettstoffwechselstörungen untersuchten Diabetiker der Jahre 1981–1985 lag eine Hyperlipidämie vor. Inwieweit erhöhte Blutfette als ein relevanter Verknüpfungspunkt von Psoriasis und Diabetes mellitus zu betrachten sind, sei dahingestellt.

Bakterielle Hautinfektionen kamen insgesamt 81mal vor. Zum Teil noch wesentlich höhere Anteile ergaben die Untersuchungen anderer Autoren insbesondere früherer Jahre. Brehm und Sanei (6) ermittelten unter 233 Diabetikern einen Anteil von 19,1 % an Pyodermien und Schneeweiss und Gassmann (33) beschrieben unter 186 Diabetikern mit Hauterkrankungen 103mal eine Pyodermie. Bereits Urbach (35) stellte bei Diabetikern mit Pyodermien einen deutlich erhöhten Hautzuckergehalt fest. Ferner ist die auch in-vitro nachvollziehbare eingeschränkte Phagozytosefähigkeit neutrophiler Granulozyten bei erhöhter Glukosekonzentration ein wichtiger pathogenetischer Faktor. Einige weitere Dermatosen gelten als gehäuft mit dem Diabetes mellitus auftretend (5, 8, 10, 12, 19, 22, 24, 26, 27, 29, 34), waren allerdings in dem von uns untersuchten stationären Krankengut vermutlich u. a. deshalb nur mit wenigen Fällen oder nicht vertreten, da die meisten selten Anlaß zu stationärer Einweisung geben oder überhaupt selten vorkommen. Es sollte bei der Necrobiosis lipoidica, der diabetischen Dermopathie, der Rubeosis faciei, der Bullosis diabeticorum und auch beim Pruritus sine materia, der Xanthomatose, der Vitiligo, dem Granuloma anulare, der Dupuytrenschen Kontraktur, der Acanthosis nigricans und dem Sklerodema adultorum auf eine diabetische Stoffwechsellage hin untersucht werden.

Literatur

1. Alteras, I. and E. Saryt (1979): Prevalence of pathogenic fungi in the mucosal epithelium in diabetes mellitus. Mycopathologia 67: 157–159.
2. Amin, N. M. (1988): Infected diabetic foot ulcers. Am. Fam. Phys. 37: 283–292.
3. Bagdade, J. D., R. K. Root and R. J. Bulger (1974): Impaired leucocyte function in patients with poorly controlled diabetes. Diabetes 23: 9.
4. Beckmann, K. (1978): Das in vitro Wachstum von hautpathogenen Pilzen bei physiologischen und unphysiologischen Glukosekonzentrationen. Inaugural Dissertation, Münster.
5. Brown, J. and R. K. Winkelmann (1968): Acanthosis nigricans: a study of 90 cases. Medicine (Baltimore) 47: 33.
6. Brehm, G. und M. Sanei (1968): Dermatologische Erkrankungen beim Diabetes mellitus. Med. Klinik 63: 201–208.
7. Currie, J. und R. König (1936): Über den Zuckergehalt der Haut bei Normalen und Diabetikern. Arch. Dermat. Syph. 173: 611.
8. Cohen, B. A. et al. (1970): Scleroderma adultorum of Buschke and diabetes mellitus. Arch. Dermatol. 101: 7.
9. Cubela, F., B. Lusicky und E. Ivancovic (1975): Hautveränderungen beim Diabetes mellitus mit besonderer Berücksichtigung der Bullosis idiopathica. Dermatol. Monatsschr. 161: 217–219.
10. Dawber, R. P. R. (1968): Vitiligo in mature-onset diabetes. Br. J. Dermatol. 80: 275.
11. Ehrly, I., R. Wolf und P. Zierz (1973): Beziehungen zwischen Hautkrankheiten, insbesondere Psoriasis vulgaris und diabetischer Stoffwechselstörung. Z. Hautkr. 48: 369–380.
12. Fritsch, P. (1988): Hauterscheinungen bei Stoffwechselerkrankungen. In: Dermatologie. 2., überarb. u. erw. Aufl., Springer Verlag: Berlin–Heidelberg–New York, 423–425.
13. Gibson, S. H. and H. O. Perry (1956): Diabetes and Psoriasis. Arch. Dermat. Syph. (Chic.) 74: 487.
14. Gooterman, I. H. and L. A. Silbrack (1960): Cutaneous manifestation of diabetes. Cutis 25: 45–54.
15. Greenwood, A. M. (1927): A study of the skin of 500 cases of diabetes mellitus. J. Am. Med. Ass. 89: 747.
16. Greenwood, A. M. and E. M. Rockwood (1930): The skin in diabetic patients. Arch. Dermat. Syph. (Chic.) 21: 96.
17. Haneke, E. (1984): Dermatologische Veränderungen beim Diabetes mellitus. Therapiewoche 34: 346–353.

18. Herrmann, W. P. (1984): Der Diabetes mellitus oft auch eine „sichtbare" Krankheit. Moderne Medizin 12: 15–16.
19. Huntley, A. C. (1982): The cutaneous manifestation of diabetes mellitus. J. Am. Acad. Dermatol. 7: 427–455.
20. Karoff, J. M. (1979): Relation zwischen Hauterkrankungen und Diabetes mellitus. Inaugural Dissertation, Münster.
21. Knapp, A. (1970): Experimentelle Untersuchungen zum Vorkommen einer diabetischen Stoffwechselstörung bei Psoriasis vulgaris. Dermatol. Monatsschr. 156: 479–480.
22. Macaron, C. et al. (1977): Vitiligo and juvenile diabetes mellitus. Arch. Dermatol. 113: 1515.
23. Majumdar, T. D. (1963): Der Zuckergehalt der Haut bei Candidainfektionen. Hautarzt 14: 370–372.
24. Melin, H. (1964): An atrophic circumscribed skin lesion in the lower extremities of diabetics. Acta Med. Scand. (Suppl.) 423: 1.
25. Millin, J. L., N. Fenske and M. McCune (1981): Diabetes: What are the skin-deep signs? Geriatrics 36: 94–107.
26. Noble, J., J. G. Heathcote and H. Cohen (1984): Diabetes mellitus in the aetiology of Dupuytren's disease. J. Bone Joint Surg. (Br.) 66: 322–325.
27. Ravid, M., Y. Dinai and E. Sohar (1977): Dupuytren's disease in diabetes mellitus. Acta Diabetol. Lat. 14: 170–174.
28. Reeds, R. E., R. M. Fusaro and I. Fischer (1964): Psoriasis vulgaris. Arch. Dermat. Syph. (Chic.) 89: 205.
29. Rocca, F. F. and E. Pereyra (1963): Phlyctenar lesions in the feet of diabetic patients. Diabetes 12: 220.
30. Rubinstein, A. and C. E. Pierce (1988): Rapid healing of diabetic foot ulcers with meticulous blood glucose control. Acta Diabetol. 25: 25–32.
31. Schirren, C. und V. Schur (1970): Hauterscheinungen bei Diabetes mellitus. Materia Medica Nordmark 22: 145–156.
32. Schmidt, W. (1964): Über die Häufigkeit und zunehmende Bedeutung der beim Diabetes mellitus zu beobachtenden Hauterkrankungen. Z. Hautkr. 37: 4–13.
33. Schneeweiß, J. und W. Gaßmann (1956): Hauterkrankungen beim Diabetes mellitus unter besonderer Berücksichtigung der Pyodermien. Münchn. Med. Wochenschr. 98: 640.
34. Strudner, F., A. Ulreich und K. P. Pfeiffer (1987): Die Dupuytrensche Kontraktur als Begleiterkrankung bei Diabetes mellitus. Wien Med. Wochenschr. 137: 89–92.
35. Urbach, E. (1927): Der Zuckergehalt der Haut unter physiologischen und pathologischen Bedingungen. Arch. Dermat. Syph. 157: 160.
36. Velichko, E. V. and V. L. Bykow (1988): Adhesion of candida fungi to the mucosal epithelium in diabetes mellitus (russisch). Vestn. Dermatol. Venerol. 64: 20–22.
37. Wienebeink, T. (1973): Beziehungen zwischen Diabetes und Hauterkrankungen. Inaugural Dissertation, Münster.

Anschrift:
Dr. med. P. W. Broichmann,
Prof. Dr. med. G. Forck,
Poliklinik für Allergologie und Gewerbedermatologie,
Westfälische Wilhelms-Universität Münster,
Von Esmarchstr. 56,
W-4400 Münster.

Frühbehandlung der HIV-Infektion verlängert das Leben

Graham, Neil, M. H. (1992): „The Effects on Survival of Early Treatment of Human Immunodeficiency Virus Infection". N. Engl. J. Med. 326: 1037–1042

Frühere Studien hatten gezeigt, daß die rechtzeitige Anwendung von Zidovudin (Retrovir) den Ausbruch von AIDS verzögert und die Überlebensrate erhöht. Die Untersuchung bestätigt diesen Befund aufgrund der Daten von 2162 Männern, die bereits seropositiv auf HIV-1 waren, und weiterhin von 426 Männern, die von Oktober 1986 bis April 1991 seropositiv wurden. Von der Gesamtgruppe verstarben bisher 306 Männer. Eine Vergleichsgruppe ohne Zidovudin-Behandlung wurde herangezogen, und es zeigte sich, daß die Anwendung von Zidovudin mit und ohne Prophylaxe gegen Pneumocystis carinii (P. c.) die Mortalität deutlich herabsetzte, allerdings nur bis zu einer Dauer von 2 Jahren. Bei Infizierten, die zudem eine Prophylaxe gegen die P. c.-Pneumonie betrieben, war die Überlebensrate auch nach 2 Jahren deutlich höher als in der Vergleichsgruppe. Die prophylaktische Wirkung der P. c.-Prophylaxe zeigte sich erst nach 18 bis 24 Monaten, indem es die Mortalität an der P. c.-Pneumonie verhinderte. Allerdings muß man damit rechnen, daß später im Verlauf der Infektion andere opportunistische Infektionen auftreten, die zum Tode führen können. Insgesamt zeigt die Studie, daß eine antivirale Therapie und eine Prophylaxe der P. c.-Pneumonie notwendig sind, um eine maximale Überlebenszeit zu erreichen. Die Verfasser betonen mit Recht, daß erst die Zukunft erweisen wird, ob zusätzlich antivirale und auch gegen opportunistische Infektionen gerichtete Maßnahmen die Lebenszeit noch weiter verlängern können.

R. S. L.

Cyclosporin-A-Kontakttherapie des Lichen planus mucosae

Claßen, R. und H. Voigt (1992): Akt. Dermatol. 18: 77–80

Die Verfasser behandelten die Mundschleimhaut bei einer 54jährigen Patientin mit therapieresistentem Lichen planus der Mund- und Genitalschleimhaut durch Kontaktspülung der Mundhöhle zunächst mit 5 ml = 500 mg Cyclosporin-A-Lösung. Nach 8 Wochen Therapie mit 5 Spülungen täglich kam es zu einer deutlichen Reduktion der Schleimhautveränderungen und auch der Schmerzempfindung. Die Dosis wurde auf eine dreimalige Spülung täglich reduziert. Nach 16 Wochen waren die Veränderungen an Buccal- und Gingivalschleimhaut auf 1/3 des Ausgangsbefundes reduziert. In den letzten 8 Wochen wurde auch die Vaginalschleimhaut behandelt, und zwar 3mal täglich durch Kontakt mit einer Kompresse, die mit 2 ml Cyclosporin-A-Lösung getränkt war und 15 Minuten belassen wurde. Nach 16 Wochen waren die Mundschleimhautveränderungen auf 10 % des Ausgangsbefundes reduziert, in der Vaginalschleimhaut um mehr als 50 %. Die unterschiedlich beurteilte Kontakttherapie mit Cyclosporin A führte also hier zu einem Teilerfolg.

Die Verfasser sagen in dem letzten Absatz, daß die dargestellte Kontakttherapie kostenmäßig „aufwendig" ist. 50 ml Lösung (1 ml = 100 mg Cyclosporin) kosten DM 599,21. Es wirft sich die Frage auf, ob sich nicht eine Kontakttherapie durch Aufbringen einer geringeren Menge durchführen läßt.

Stgl.