

Vortrag/Poster*

Der Vortrag "**Capillaroscopy in Myositis**" von Thaisa Cotton (McGill University, Canada) untersucht die Frage, ob Kapillar-Mikroskopie bei der Diagnosestellung helfen kann und beantwortet diese anhand vier eindrücklicher Beispiele mit einem klaren JA.

Bei der Kapillar-Mikroskopie werden die Kapillargefäße über dem Nagelbett vergrößert angeschaut (je nach Gerät um das 10- bis 200-fache). Üblicherweise sieht man dort gleichmäßig angeordnete, schmale Gefäße mit offenen Haarnadelschleifen. Bei einem abnormen Befund sind sie stark vergrößert, und/oder es gibt nur noch einige wenige, stark verschlungene Gefäße, unter Umständen sogar mit Blutungen. Bisher kommt dieses Diagnostik-Tool vor allem im Rahmen einer Sklerodermie - Verdachtsdiagnose zum Einsatz. Entsprechend ist bei abnormen Befund und Verdacht auf Myositis die Sklerodermie auszuschließen.

Im ersten der vier Fälle wurde eine nicht weiter spezifizierte bzw. vermeintlich isolierte, aber schnell voranschreitende, interstitielle Lungenerkrankung (ILD) diagnostiziert und erst sehr spät an eine Myositis gedacht, die sich dann aber als eine MDA5-Dermatomyositis herausstellte. Die Ergebnisse der Kapillar-Mikroskopie zeigten signifikante Abnormitäten und stellten in Kombination mit Auffälligkeiten bei der Haut und eben der ILD einen Fingerzeig auf die Myositis dar.

Im zweiten Fall bestand das Erst-Symptom in bemerkenswertem Hautausschlag, der mittels Hautbiopsien aber nicht eingeordnet werden konnte, weil sie konträre Ergebnisse lieferten. Die Kapillar-Mikroskopie zeigte einen abnormen Befund. Das Myositis-Panel zeigte in der Folge einen SAE1-positiven Befund. Gegen den Hautausschlag wurde medikamentös behandelt. Unter dieser Behandlung normalisierte sich der Kapillar-Mikroskopie-Befund. Die Myositis selbst entwickelte sich erst Jahre später.

Der Patient aus dem dritten Fall hatte initial eine ausgeprägte proximale Muskelschwäche, einen CK von 21.000, Plaques an Nase, Lippe und auf der Kopfhaut und nahm Statine ein. Seine Muskel-Biopsie ließ eine immunvermittelte nekrotisierende Myopathie (INMN) vermuten. Die sichtbaren Nekrosen waren allerdings nur leicht ausgeprägt und nicht signifikant. Dazu im Gegensatz stand ein abnormaler Kapillar-Mikroskopie-Befund, der zu einer Dermatomyositis passte. Und tatsächlich nahm dieser den späteren Befund der Blutsuchung vorweg: Das Myositis-Antikörper-Panel war HMGR-negativ und Mi2-positiv, also auch für eine Dermatomyositis sprechend.

Der letzte Fall präsentierte sich lange klinisch als typische Einschlusskörpermyositis (IBM), aber bereits die Muskel-Biopsie, die zufälliger Weise von einem Experten für Skleromyositis untersucht wurde, als auch dann ein abnormaler Kapillar-Mikroskopie-Befund ließen auf eine ebenfalls zugrunde liegende Bindegewebserkrankung schließen. Hoher ANA-Wert im Blut und ein negatives Sklerodermie-Panel unterstützen diese Diagnose.

Generell besteht der Aufruf an alle Lungenfachärzte, Dermatologen, Pathologen und Neurologen das vorrangig von Rheumatologen eingesetzte Hilfsmittel der Kapillar-Mikroskopie ebenfalls in ihre Diagnostik mit einzubeziehen. Insbesondere da es kostengünstig (handliche Geräte für 30 US-Dollar bei Amazon) und extrem einfach und schnell in der Anwendung ist (Einmal kurz ans Bett der Patienten gesetzt) – vergleicht man es vor allem mit langen Wartezeiten und Aufwendungen bei MRT, Blutuntersuchung und Muskel-Biopsie. Darüber hinaus ist die Validität der Untersuchung bereits hinlänglich unter Beweis gestellt worden.

Bei der Differenzierung der Untertypen von Myositiden mittels der Kapillarmikroskopie zeichnet sich eine Abgrenzung von Dermatomyositis (DM) Anti-Synthetase-Syndrom (ASS/ASyS) und systemischer Sklerose (SSc) zu IBM und INMN ab, die es allerdings weiter zu erforschen gilt.

*Bei dem Text handelt es sich um eine Zusammenfassung des Vortrags von Thaisa Cotton, den sie auf der GCOM 2024 (Global Conference on Myositis) gehalten hat.