

Sinnvolle Labordiagnostik beim sekundären Raynaud-Syndrom

Das Raynaud-Phänomen ist durch anfallsartig auftretende, weniger als 30 Minuten andauernde Vasospasmen der Akren charakterisiert. Am häufigsten sind die Fingerarterien, seltener Zehen, Ohrläppchen oder die Nasenspitze betroffen. Die Attacken werden v. a. durch Kälte, emotionalen Stress oder lokale Kompressionsphänomene induziert und laufen in drei Phasen ab: Nach initialer Weißfärbung durch Minderperfusion kommt es zunächst zu einer Blaufärbung durch Zyanose und schließlich zu einer schmerzhaften Rötung aufgrund der reaktiven Hyperämie (sog. **Trikolore-Phänomen**). Ein begleitendes Taubheitsgefühl ist möglich.

Pathogenetisch werden zwei Kategorien unterschieden, wobei die häufigere **primäre, idiopathische Form** als **Morbus Raynaud** bezeichnet wird, bei dem eine rein funktionelle Störung vorliegt. Dem **sekundären Raynaud-Syndrom** liegen strukturelle Läsionen zugrunde. Es tritt begleitend zu einer Grunderkrankung auf, die am häufigsten zum rheumatischen Formenkreis gehört (Kollagenose, Rheumatoide Arthritis). Aber auch hämatologische und endokrine Erkrankungen, vaskuläre Schädigungen, wiederholte mechanische Traumata (z. B. Vibration durch Maschinen) und bestimmte Arzneimittel (bspw. Betablocker, Clonidin, Ergotamin, Vinylchlorid, Bleomycin) oder Drogen (z. B. Amphetamine oder Kokain) können mit einem sekundären Raynaud-Syndrom einhergehen.

Neben **Basislaborparametern** ist bei Verdacht auf eine der u. g. Grunderkrankungen die jeweilige **erweiterte Labordiagnostik** sinnvoll.

Basislabor

- CRP, BSG
- Blutbild
- Serumeiweiß-Elektrophorese
- Harnsäure
- LDH

	Grunderkrankung	Erweiterte Labordiagnostik
Kollagenosen/ Rheumatische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Systemische Sklerose/ CREST-Syndrom • MCTD (Sharp-Syndrom) • SLE • Sjögren-Syndrom • Polymyositis/ Dermatomyositis • Rheumatoide Arthritis 	<ul style="list-style-type: none"> • ANA, Scl-70-AK/ Centromere-AK • ANA, RNP-AK • ANA, dsDNA-AK, SS-A-AK • ANA, SS-A- und SS-B-AK • Jo-1-AK, PmScl-AK u. a. • CCP-AK, RF
Hämatologische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Plasmozytom • Leukämien, Polycythaemia vera, Essenzielle Thrombozythämie • Kryoglobulinämie • Kälteagglutininämie 	<ul style="list-style-type: none"> • Immundefixation (S+U), freie Leichtketten i. S. • BB mit Diff-BB, KM-Zytologie • Kryoglobuline • Kälteagglutinine
Endokrine Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Hypothyreose • Phäochromozytom • Karzinoid-Syndrom 	<ul style="list-style-type: none"> • TSH (ggf. fT4, MAK) • Katecholamine im 24-Std.-SU (gesammelt über Säure) oder Metanephrine im Plasma (Präanalytik!) • 5-HIES im 24-Std.-SU (gesammelt über Säure)

Literatur:

1. Garner R et al.: Prevalence, risk factors and associations of primary Raynaud's phenomenon: Systematic review and meta-analysis of observational studies, BMJ Open 5(3):e006389 March 2015
2. Maverakis E et al.: International consensus criteria for the diagnosis of Raynaud's phenomenon. J Autoimmun. 2014; 0:60-65.
3. Ahrazoglu M et al.: Differenzialdiagnosen des Raynaud-Syndroms. Dtsch Med Wochenschr 2014; 139: 1064-1069