

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 Fingerarterien, seltener Zehen, Ohrläppchen oder 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 häufig begleitend zu einer Erkrankung des rheumatischen Formenkreises auf (Kollagenose, Rheumatoide Arthritis), kann dieser aber auch um Jahre vorausgehen. 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, Kokain, Cannabis) 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 • Primär-biliäre Cholangitis 	<ul style="list-style-type: none"> • ANA, Scl-70-, Zentromere-, RNA-Polymerase III-, Fibrillarin-, Th/To-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 • AMA
Autoimmune Lebererkrankung		
Hämatologische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Plasmozytom • Leukämien, Polycythaemia vera, Essenzielle Thrombozythämie • Kryoglobulinämie • Kälteagglutininämie 	<ul style="list-style-type: none"> • Immunfixation (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. Belch J et al. ESVM guidelines – the diagnosis and management of Raynaud’s phenomen. Vasa (2017) 46(6):413-423
2. Drerup C, Maier A, Ehrchen J. Raynaud-Phänomen. Praktisches Management. Z Rheumatol 2019 ;78:967-978
3. Klein-Weigel P, Sander O, Reinhold S, Nielitz J, Steindl J, Richter JG. Raynaud’s phenomen – a vascular acrosyndrome that requires long-term care. Dtsch Arztebl Int 2021; 118:273-80