

Juckende Bläschen bei einem alten Mann

T. Schmook, R. M. Trüeb, J. Hafner

Ein 90jähriger Mann wurde uns mit seit drei Monaten bestehenden Hautveränderungen (Abb. 1 und 2) mit der Diagnose eines «pruriginösen Exanthems» überwiesen, welches trotz Einsatz oraler Antihistaminika und Juckreizlindernder Lokalthérapeutika (Crotamiton) sowie topischen Steroiden (Prednisolon-Acetat) therapieresistent war. Der Patient zeigte bei Aufnahme am Stamm und den proximalen Extremitäten disseminierte makulo-papulöse Hautveränderungen, die teilweise exkoriiert waren. Im Schulter- und Oberarmbereich fanden sich stellenweise kleine, wasserklare Bläschen auf erythematösem Grund. Der Patient klagte über starken Juckreiz am gesamten Körper. Enoral zeigten sich keine Läsionen. Aufgrund der geschilderten Symptomatik stellten wir die Verdachtsdiagnose eines vesikulösen Pemphigoids, einer morphologischen Variante des bullösen Pemphigoids. Unsere Verdachtsdiagnose konnten wir durch eine Probebiopsie histologisch und mittels direkter Immunfluoreszenz (lineare IgG-Ablagerungen in der Basalmembranzzone) bestätigen und somit gleichzeitig die in Frage kommenden Differentialdiagnosen (in erster Linie Dermatitis herpetiformis Duhring oder Prurigo simplex subacuta) sicher ausschliessen. Zirkulierende Antikörper gegen die hemidesmosomalen Strukturproteine BP 180 und BP 230 konnten mittels indirekter Immunfluoreszenz nicht nachgewiesen werden. Das bullöse Pemphigoid beginnt oft mit einem unspezifischen Ausschlag, der an eine Urtikaria erinnert. Dieses Prodromalstadium dauert einige Wochen bis die charakteristischen grossen, straffen Blasen entstehen. Gelegentlich imitiert das Prodromalstadium ein figuriertes Ekzem, wobei es dann typischerweise zur Ausbildung des kleinblasigen vesikulösen Pemphigoids kommt, eine morphologische Variante des bullösen Pemphigoids. Richtungsweisend ist die Histologie (subepidermale Spaltbildung mit Eosinophilen) und die Immunfluoreszenz-Untersuchung (direkte Immunfluoreszenz: bandförmige IgG-Ablagerungen an der Basalmembranzzone, indirekte Immunfluoreszenz: in 70% positiver Antikörper-Nachweis).

Zur Behandlung des vesikulösen Pemphigoids leiteten wir eine immunsuppressive Therapie mit initial 40 mg/d Prednisolon p.o., ausschleichend über vier Wochen, sowie 100 mg/d Azathioprin ein. Alternativ zur klassischen



Abbildung 1.
Hautveränderungen am Stamm.



Abbildung 2.
Nahaufnahme des linken Oberarms.

Steroid-sparenden Immunsuppression mit Azathioprin wird beim bullösen Pemphigoid auch die Kombination Chlortetracyclin (2 g Tagesdosis) mit Nicotinamid (1,5–2 g Tagesdosis) empfohlen. Zur topischen Therapie wendeten wir ein Kortikosteroid der Klasse III (Fluocinonid) an. Unter dieser Therapie kam der Patient rasch in Remission.

Verdankung

Wir danken Herrn Dr. F. von Burg für die kollegiale Zusammenarbeit.

Dermatologische Klinik,
UniversitätsSpital Zürich

Korrespondenz:
PD Dr. med. Jürg Hafner
Dermatologische Klinik
UniversitätsSpital
CH-8091 Zürich

jhafner@derm.unizh.ch