

Wenn die Sonne nicht für jeden lacht

Sandra Michel^a, Nikhil Yawalkar^b, Peter H. Bloch^c, Arthur Helbling^a

^a Allergologisch-Immunologische Poliklinik, Universität Bern, ^b Klinik für Dermatologie, Inselspital, Universität Bern,

^c Dermatologisch-allergologische Praxis, Solothurn

Summary

When the sun doesn't smile for everyone

We present the case of a 26-year-old woman who in the last two years has developed recurrent pruritus, erythema and wheals within seconds of exposure to sunlight. On the basis of the patient's history and phototesting, solar urticaria was diagnosed. Solar urticaria is a rare photodermatosis which may restrict normal daily life. Treatment consists of photoprotection and antihistamines, but in some cases the result is unsatisfactory. Other treatment options, such as plasma-pheresis and IVIG, are at the experimental stage.



Fallbeschreibung

Eine 26jährige gebürtige Schweizerin wurde uns wegen Juckreiz zugewiesen, der seit zwei Jahren und jeweils innerhalb von Sekunden nach Tageslichtexposition auftrat. Der Juckreiz ging mit einer Rötung und Quaddelbildung im Bereich lichtexponierter Hautareale einher. Die Beschwerden zeigten sich auch bei bewölktem Wetter, bei Sonnenlichteinfall durch Glasscheiben oder nach indirekter Sonnenlichtexposition bei Lichtreflexion. Nach einer Sonnenlichtexposition waren die Hautveränderungen innerhalb von Minuten bis Stunden spontan regressiv je nach Dauer der Exposition und heilten ohne Residuen ab.

Ferner litt die Patientin unter einer saisonal-allergischen Rhinokonjunktivitis bei Sensibilität auf Baum- und Gräserpollen sowie einem oralen Allergiesyndrom im Rahmen einer Kreuzreaktion mit dem Birkenpollenallergen Bet v2 (Sensibilisierung auf Sellerie). Zudem besteht seit der Kindheit eine leichte Form von atopischer Dermatitis mit aktuellen Hautveränderungen im Ohrbereich.

Klinisch präsentierte sich eine blasse Patientin, die trotz sommerlichen Temperaturen mit langer, dichter Kleidung und Kopfbedeckung bekleidet war. Sie hatte zudem einen hohen UV-Schutz (Faktor 50) verwendet und ein Antihistaminikum (Xyzal[®] 5 mg) eingenommen. Unter diesen Massnahmen waren keine urtikariellen Hautveränderungen sichtbar. Im Ohrbereich beidseits fanden sich nebenbefundlich ekzematöse Hautveränderungen.

Aufgrund der Anamnese und der aktuellen klinischen Befunde bestand der Verdacht auf eine Urticaria solaris. Laborchemisch ergaben sich keine Hinweise auf eine Hepatopathie, Nephropathie oder Schilddrüsenpathologie. Die Tryptase war im Normbereich, die ANA negativ. Für einen chronischen Infekt oder chronisch-entzündliche Erkrankungen ergaben sich klinisch wie laborchemisch keine Hinweise. Die Eiweisselektrophorese war unauffällig. Für eine Porphyrie ergaben sich laborchemisch keine Anhaltspunkte.

Diagnostisch wurde in der dermatologischen Poliklinik zur Ermittlung der Schwellendosis eine Lichttreppe mit einem Saalmann-Multitester SBC LT 400 und mit abgestuften Belichtungen mit UVA und UVB nach einwöchigem Sistieren der Antihistaminika durchgeführt (Abb. 1 ). Dabei kam es bereits bei der kleinstmöglichen applizierbaren Dosis von 0,4 J/cm² UVA und bei einer Dosis von 11 mJ/cm² UVB zu urtikariellen Hautveränderungen (Abb. 2 ). Die Verdachtsdiagnose einer Urticaria solaris konnte somit gesichert werden.

Diskussion

Bei der Urticaria solaris handelt es sich um eine seltene Photodermatose, die zu einer starken Beeinträchtigung des Alltages führt. Der Beginn der Erkrankung wird vermehrt in der dritten Dekade beobachtet [1–5]. Nebst idiopathischen Formen sind als mögliche Auslöser einer Urticaria solaris Medikamente, Porphyrie, Lupus erythematoses und topische Applikation von Teer beschrieben worden. Pathophysiologisch wird Erkennung eines Photoallergens durch spezifische IgE mit nachfolgender Degranulation von Mastzellen mit Ausschüttung von Histamin und anderen Mediatoren angenommen [1, 5, 6].



Abbildung 1

Durchführen der Lichttreppe mit einem Saalmann-Multitester-SBC-LT-400.

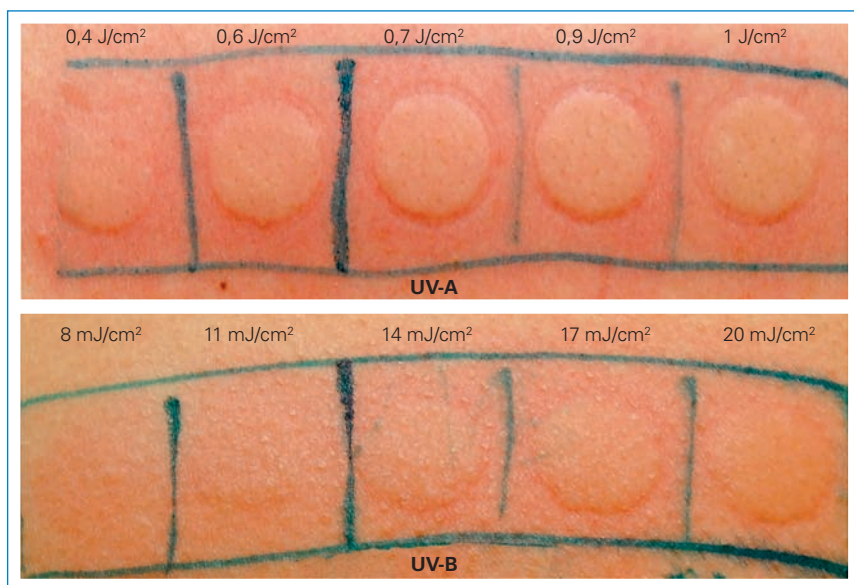


Abbildung 2
Urtikarielle Hautveränderungen nach abgestuften Belichtungen mit UVA und UVB am Gesäss.

Oft bestehen neben der Urticaria solaris auch andere Urtikariaformen, eine Atopie oder Erkrankungen aus dem allergischen Formenkreis [3–5]. Die Therapie stellt für den Patienten und den Arzt oft eine Crux dar. Therapeutisch stehen Lichtschutz mittels Breitband-UV-Schutz und spezieller Sonnenschutzbekleidung sowie Medikation mit einem Antihistaminikum im Vordergrund. Oft bleiben diese Massnahmen jedoch unbefriedigend. Versucht werden auch Phototherapien (PUVA) und Photodesensibilisierungen [1, 3–5, 7]. Auch Therapieversuche mit oralen β -Karotinen, Doxepin, H₂-Rezeptorblockern, Malariamedikamenten und Ciclosporin werden empfohlen [4, 7]. Bei Therapieversagen werden anhand weniger Fallbeschreibungen als weitere therapeutische Optionen Plasmapherese [4, 8, 9] und die Gabe intravenöser Immunglobuline [2, 6] aufgezeigt. Oft ist erst eine Kombination der verschiedenen Therapien erfolgreich. Beschrieben werden meist Krankheitsverläufe über mehrere Jahre mit spontanem Abklingen [1–3, 5, 6].

Verlauf

Unter regelmässiger Einnahme des oralen Antihistaminikums Telfast® 180 mg täglich, Anwendung eines potenten UV-Schutzes (Faktor 50) und Tragen spezieller Sonnenschutzbekleidung trat bei Sonnen-

Literatur

- 1 Uetsu N et al. The clinical and photobiological characteristics of solar urticaria in 40 patients. *Br J Dermatol.* 2000;142(1):4–5.
- 2 Puech-Plottova I et al. Solar urticaria: one case treated by intravenous immunglobulin. *Ann Dermatol Venerol.* 2000;127(10):831–5.
- 3 Montefrecola G et al. Solar urticaria: a report on 57 cases. *Am J Contact Dermat.* 2000;11(2):89–94.
- 4 Ryckaert S. et al. Solar urticaria. A report of 25 cases and difficulties in phototesting. *Arch Dermatol.* 1998;134:71–4.
- 5 Beattie PE et al. Characteristics and prognosis of idiopathic solar urticaria. A cohort of 87 cases. *Arch Dermatol.* 2003;139:1149–54.

exposition keine Quaddelbildung mehr auf. Der Juckreiz, die Rötung, und ein Hitzegefühl im Bereich lichtexponierter Hautareale sowie teilweise allgemeines Unwohlsein sind aber persistierend. Nach Steigerung der Dosis auf 360 mg täglich waren sämtliche Symptome deutlich regredient. Bei Auftreten einer vermehrten Müdigkeit unter dem Antihistaminikum und der damit verbundenen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde als zweite Substanz der Leukotrienantagonist Singulair® 10 mg täglich begonnen unter Reduktion des Telfast® auf 180 mg täglich. Darunter hat sich die Müdigkeit etwas gebessert, jedoch kam es auch zu einer erneuten Zunahme der Beschwerden.

Für die Patientin stellt die Erkrankung eine erhebliche Einschränkung ihres Alltags dar, da sie Aufenthalte im Freien so gut wie möglich meiden muss. Aufgrund der vermehrten Müdigkeit unter Antihistaminikatherapie sowie der starken psychischen Belastung besteht eine eingeschränkte Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Dazu kommt auch eine finanzielle Belastung durch Anschaffung des Breitband-UV-Schutzes und der speziellen Sonnenschutzbekleidung.

Die bisherigen Therapieversuche blieben bei unserer Patientin leider unbefriedigend. Zur Überbrückung der Sommermonate wurde daher eine kurzzeitige systemische Steroidtherapie besprochen, mit welcher bei anhaltender Gewitterlage und Regentagen im Sommer 2007 schliesslich jedoch zugewartet werden konnte. Als weitere Therapieoption wurde mit der Patientin eine Gabe intravenöser Immunglobuline diskutiert. Da es sich dabei um eine experimentelle und zudem sehr kostspielige Therapie handelt, ist als nächster therapeutischer Schritt eine Medikation mit Doxepin und allenfalls der Versuch einer Photo-Desensibilisierung geplant.

Fazit

Bei der Urticaria solaris handelt es sich um eine seltene Erkrankung, die den Alltag und die Lebensqualität des Patienten massiv einschränken kann. Meist zeigen sich chronische Krankheitsverläufe über mehrere Jahre. Die Therapie ist schwierig und bleibt leider oft unbefriedigend. Die primäre Therapie besteht in Sonnenschutzmassnahmen und Antihistaminika. Andere Therapieoptionen wie Plasmapherese und IVIG sind experimentell.

Korrespondenz:
Prof. Arthur Helbling
Allergologisch-Immunologische
Poliklinik
Inselspital
Universität Bern
CH-3010 Bern
arthur.helbling@insel.ch

- 6 Leenutaphong V et al. Pathogenesis and classification of solar urticaria: a new concept. *J Am Acad Dermatol.* 1989;21:237–40.
- 7 Darras S et al. Treatment of solar urticaria by intravenous immunglobulins and PUVA therapy. *Ann Dermatol Venerol.* 2004;131:65–9.
- 8 Bissonnette R et al. Treatment of refractory solar urticaria with plasma exchange. *J Cutan Med Surg.* 1999;3(5):236–8.
- 9 Leenutaphong V et al. Plasmapheresis in solar urticaria. *Dermatologica.* 1991;182(1):35–8.