Vom Arzneimittelexanthem zur Psoriasis – eine diagnostische Odyssee

Victoria Stirn[1], Judith Geßner[1], Gertrud Grundmann[1], Nessr Abu Rached[1], Hasan Bayrak[1], Christina Calderaro[1], Katharina Kadovic[1], Steven Brozmann[1], Onur Aydemir[1], Frank Brasch[2], Selma Ugurel[1]

1 Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Klinikum Bielefeld Rosenhöhe, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld
2 Institut für Pathologie, Klinikum Bielefeld

Hintergrund: Erythrodermien stellen aufgrund ihres breiten differenzialdiagnostischen Spektrums eine diagnostische Herausforderung dar. Ursachen können unter anderem Psoriasis, atopische Dermatitis, Arzneimittelreaktionen oder ein Sézary-Syndrom sein (1). Wir berichten über einen Patienten mit zunächst unklaren, nach Neueinstellung auf Tamsulosin/Dutasterid aufgetretenen Hautveränderungen, die progredient in eine Erythrodermie übergingen.

Diagnostik: Es erfolgte eine umfassende klinische und laborchemische Diagnostik einschließlich Autoimmun- und Infektionsserologie sowie hämatologisch-onkologischer Abklärung. Wiederholte Hautbiopsien wurden histopathologisch beurteilt. Die Ausschlussdiagnostik umfasste CT (Hals, Thorax, Abdomen), Röntgen-Thorax, internistische Mitbeurteilung, Echokardiografie und Pleurasonografie.

Fallbericht: Ein 78-jähriger Patient mit Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, benigner Prostatahyperplasie und arterieller Hypertonie stellte sich mit seit drei Wochen bestehenden, teils konfluierenden, anulären, erythematösen Plaques mit feiner Schuppung an beiden Oberschenkeln vor. Im Verlauf breitete sich das Exanthem auf Stamm und Gesicht aus. Initial bestanden weder Pruritus noch B-Symptomatik, später trat ein ausgeprägter Pruritus auf. Drei Wochen vor Symptombeginn war Tamsulosin/Dutasterid neu angesetzt worden. Bei Verdacht auf Arzneimittelexanthem beziehungsweise arzneimittelinduzierte Vaskulitis allergica zeigte die initiale Biopsie eine chronische Dermatitis, ein Arzneimittelexanthem konnte nicht ausgeschlossen werden. Nach urologischer Rücksprache wurde Tamsulosin/Dutasterid pausiert. Aufgrund weiterer Progredienz erfolgte eine Rebiopsie, welche sich erneut vereinbar mit einer Arzneimittelreaktion zeigte. Erythema exsudativum multiforme und Lupus erythematodes waren histopathologisch unwahrscheinlich. ANA, ENA und Anti-dsDNA-Antikörper waren negativ.
Im Verlauf entwickelte sich eine Erythrodermie mit feinlamellärer Schuppung. Eine weitere Biopsie zeigte eine chronisch ekzematöse Dermatitis bei weiterem Verdacht auf Arzneimittelreaktion. Ein Hinweis auf Mycosis fungoides bestand nicht. Hepatitis- und HIV-Serologien waren negativ, das Gesamt-IgE erhöht. Bei persistierender Erythrodermie wurden nach therapiefreier Phase drei erneute Biopsien entnommen. Zwei zeigten für Psoriasis vulgaris charakteristische Veränderungen mit Hyperparakeratose, verlängerten Reteleisten und psoriasiformer Akanthose. Bei einer BSA > 90% wurde Risankizumab 150 mg alle zwölf Wochen eingeleitet, worunter sich die Erythrodermie und der Pruritus langsam zurückbildeten.

Diskussion: Eine progrediente Erythrodermie kann eine diagnostische Herausforderung darstellen, vor allem bei initial unspezifischer Klinik und Histopathologie (2). Der zeitliche Zusammenhang mit einer neuen Medikation kann zunächst den Verdacht auf eine Arzneimittelreaktion lenken. Bei fehlender Besserung oder weiterer Progredienz nach Absetzen des verdächtigten Medikaments ist jedoch eine erneute diagnostische Bewertung erforderlich. Wiederholte Biopsien aus unterschiedlichen Läsionen sowie die kontinuierliche Korrelation von Klinik, Histopathologie und Verlauf können entscheidend zur Diagnosesicherung beitragen. Eine Psoriasis sollte auch bei initial fehlender typischer Morphologie als Ursache einer Erythrodermie berücksichtigt werden.



Abbildung 1 a und b: Initialer Hautbefund bei Erstvorstellung, a = Abdomen, b = rechter Oberschenkel



Abbildung 2: Befundverlauf nach 4 Monaten vor Einleitung der Systemtherapie mit Risankizumab 150 mg s.c., a = Körperstamm und Extremitäten, b = rechte Handinnenfläche, c = linke Handinnenfläche

Literatur
1. Mastorino L, Leo F, Frigatti G, Macagno N, Dapavo P, Quaglino P, et al. Management of Erythrodermic Psoriasis with Systemic Therapies: A Systematic Review. (1179-1888 (Electronic)).
2. Megna M, Sidikov AA, Zaslavsky DV, Chuprov IN, Timoshchuk EA, Egorova U, et al. The role of histological presentation in erythroderma. (1365-4632 (Electronic)).