

Fotosensitief eczeem bij een moestuinhouder?

C.J.A. van Eijsden¹, J. Damman², A.C.M. Kunkeler³

¹ Aios, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

² Dermatopatholoog, afdeling Pathologie, Erasmus MC, Rotterdam

³ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

Correspondentieadres:

Claire J.A. van Eijsden

E-mail: c.vaneijsden@erasmusmc.nl

ZIEKTEGESCHIEDENIS

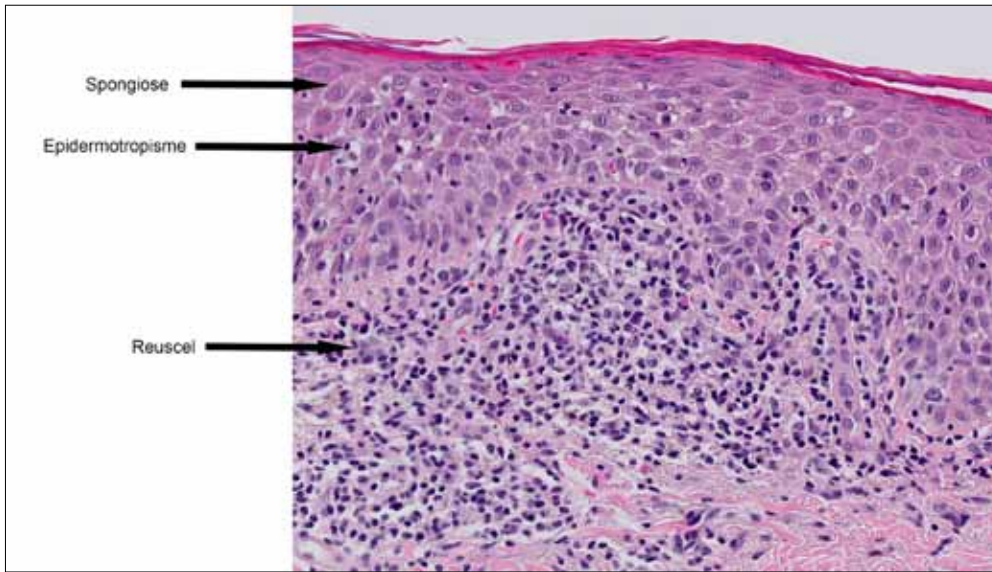
Een 76-jarige, niet atopische man werd verwezen vanuit een perifeer ziekenhuis in verband met een second opinion wegens een erythrodermie. Gezien verdenking op een maligniteit en specifiek op lymfoom, werd patiënt daar uitgebreid op onderzocht (CT-scan, beenmergpunctie, clonaliteitsonderzoek van huid en perifeer bloed). Er werden geen afwijkingen gevonden. Herhaaldelijke huidbiopsien lieten een beeld van eczeem zien. De voorgeschiedenis vermeldde jicht, nierstenen en diverticulitis. Patiënt was sinds opname gestart met pantoprazol en gebruikte verder geen andere medicatie.

Bij het lichamelijk onderzoek werd er gegeneraliseerd erytheem en desquamatie gezien met her en der fissuren en nattende gebieden. Beharing van de wenkbrauwen was bijna volledig afwezig. Axillair

waren de lymfeklieren vergroot bij palpatie (figuur 1). Epicutaan allergologisch onderzoek toonde positieve reacties op de caïnemix, parfummix en joodpropylnylbutylcarbamaat. Ondanks dat patiënt fervent tui-



Figuur 1. Huidafwijkingen op zonblootgestelde lichaamsdelen.



Figuur 2. Histopathologisch beeld van patiënt.

nierde, was de composietenmix negatief. Het totaal IgE was verhoogd met 2541 U/l. Histopathologisch onderzoek van een huidbiopt toonde focaal hyperkeratose en parakeratose, geringe epidermale hyperplasie en een oppervlakkig bandvormig lymfocytair ontstekingsinfiltraat met enkele eosinofiele granulocyten en meerkernige fibrohistiocytair cellen. De epidermis toonde hierbij uitgebreide lymfocytair exocytose en spongiose. Het infiltraat toonde geringe atypische lymfocyten met middelgrote kernen met irregulaire kerncontouren in zowel de dermale als epidermotrope component (figuur 2). Aanvullend immunohistochemisch onderzoek toonde voornamelijk CD3- en CD8-positieve atypische T-lymfocyten zonder markerverlies van CD5, CD2 of CD7.

Aanwijzingen voor een sézarysyndroom werden in een ander academisch centrum niet gevonden. De distributie van de huidafwijkingen veranderde in de loop der tijd. Erytheem, desquamatie en lichenificatie werden voornamelijk zichtbaar in het gelaat, de hals, de nek en de handruggen. Jaarlijks leken de klachten te verergeren in de lente- en zomermaanden. Patiënt gaf zelf ook aan dat zonlichtexpositie mogelijk zijn klachten deed toenemen. Bij fototesten werd er een sterk verlaagde minimale erytheemdosis (MED) gevonden voor UVB. Aanvullende MED-bepaling op UVA was op dat moment niet mogelijk wegens een mild erytheem op de rug.

Patiënt werd behandeld met een breed scala aan therapieën; onder andere topicale en systemische corticosteroïden, teerbehandeling tijdens opname of in dagbehandeling, tacrolimuszalf, ciclosporine, methotrexaat, mycofenolzuur, fumaraten, acitretine, hydroxychloroquine en azathioprine. Alle ingestelde therapieën gaven onvoldoende resultaat of leidden tot onacceptabele bijwerkingen.

Het vermijden van de positieve contactallergenen, zeer goede zonbescherming (het liefst vermindering

middels UV-werende kleding en zonnebrandcrème met SPF 50 gaven tot op heden nog de meeste klachtenvermindering.

Op de korte termijn zullen er aanvullend nog een MED-bepaling op UVA en fotopatchtesten worden verricht om patiënt nog specifiek te informeren over de nodige zonprotectie en om de aan- of afwezigheid van fotoallergische reacties in kaart te brengen.

BESCHOUWING

Chronische actinische dermatitis (CAD), ook wel actinisch reticuloïd genoemd, is een zeldzame persisterende fotosensitieve dermatose. Voorheen werd deze aandoening met name bij blanke oudere mannen beschreven. Recent werd er een toenemende incidentie onder jongere vrouwen, voornamelijk met een Zuid-Aziatische afkomst, gerapporteerd.

Bij lichamelijk onderzoek wordt er een eczeembeeld gezien op zongeeëxposeerde lichaamsdelen. Echter het huidbeeld kan zich ook uitbreiden op niet zongeeëxposeerde delen, leidend tot een erythrodermie. Voor de differentiële diagnose kan men denken aan atopisch eczeem, een polymorfe lichteruptie, airborne contactallergisch eczeem, een drug-induced fotoallergische reactie of een cutaan T-cellymfoom. Aanvullend onderzoek dient te bestaan uit fototesten, waarbij de minimale erytheemdosis wordt bepaald, die meestal is verlaagd voor UVA en/of UVB en soms voor zichtbaar licht.

Contactallergisch onderzoek is vaak positief voor meerdere contactallergenen bij CAD.

Veelvoorkomende positieve reacties beschreven in de literatuur zijn reacties op carbamix, parafenylenediamine, neomycinesulfaat, kaliumdichromaat, parfum- en zonnebrandbestanddelen. Positieve fotopatchtesten werden vaak gezien op avobenzon, oxybenzone en muskus ambrette.

CAD is geassocieerd met een atopische constitutie. Zo werd er in een studie een verhoogd serum IgE

bij 71% van de patiënten gerapporteerd.¹ Klinisch en histopathologisch is het onderscheid soms moeilijk te maken tussen een cutaan T-cellymfoom (CTCL), met name een CD8+ mycosis fungoides, en CAD. Het overgaan van CAD in een CTCL lijkt zeer onwaarschijnlijk. Wel is het zo dat bij het stellen van de diagnose een fotosensitief CTCL gemakkelijk kan worden aangezien voor een CAD.

Histopathologisch onderzoek toont bij vroege vormen van CAD vaak epidermale spongiose en een oppervlakkig of diep lymfocytair perivascular ontstekingsinfiltraat, soms met bijmenging van eosinofiele granulocyten en plasmacellen. In langer bestaande laesies toont de epidermis vaak hyperplasie en lymfocytair exocytose. Verspreid kunnen tevens pautriermicroabcesjes worden gezien, vaak van het langerhanstype. De papillaire dermis toont soms verticale fibrose en verspreid gelegen (niet specifieke) stellate- en multinucleaire fibrohistocytair cellen (montgomeryreuscellen). In ernstige vormen van CAD kan er focaal forse lymfocytair exocytose worden gezien met ook atypie van de lymfocyten, waarbij onderscheid met mycosis fungoides moeilijk kan zijn. Immunohistochemie toont soms een predominantie van CD8+T-cellen bij CAD en bij een mycosis fungoides in de meerderheid van de gevallen een CD4+-fenotype. Echter kan er ook een verhoogde CD8+T-cel populatie aanwezig zijn bij een CD8+-MF. T-celclonaliteit wordt in de gepubliceerde literatuur niet gevonden bij CAD. Onderscheid kan alleen gemaakt worden op basis van het fotosensitieve klinisch beeld aangevuld met

clonaliteitsonderzoek van de huid, het bloed en/of de lymfeklieren.^{2,3}

De behandeling van CAD kan een uitdaging zijn. Deze berust met name op goede zonprotectie middels sunscreens met een hoge SPF en UV-werende kleding. Ook dienen uiteraard positief geteste contactallergenen te worden vermeden. Azathioprine en topicaal tacrolimus worden als meest effectief in de literatuur beschreven, echter goede trials ontbreken. Verder wordt er een scala aan immunosuppressieve middelen genoemd (topicale corticosteroiden, methotrexaat, ciclosporine, PUVA, mycophenol mofetil). Uiteraard dient suppletie met vitamine D niet te ontbreken, die logischerwijs vaak verlaagd is bij deze patiëntenpopulatie.

Spontane resolutie vindt plaats bij 10% van de patiënten over 5 jaar, 20% over 10 jaar en 50% over 15 jaar.²

LITERATUUR

1. Tan KW, Haylett AK, Ling TC, et al. Comparison of Demographic and Photobiological Features of Chronic Actinic Dermatitis in Patients With Lighter vs Darker Skin Types. *JAMA Dermatol* 2017;153:427-35.
2. Sidiropoulos M, Deonizio J, Martinez-Escala ME, et al. Chronic actinic dermatitis/actinic reticuloid: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 37 cases. *Am J Dermatopathol* 2014;36:875-81.
3. Agar N, Morris S, Russell-Jones R, et al. Case report of four patients with erythrodermic cutaneous T-cell lymphoma and severe photosensitivity mimicking chronic actinic dermatitis. *Br J Dermatol* 2009;160:698-703.

SAMENVATTING

Chronische actinische dermatitis is een vorm van fotosensitief eczeem die meestal bij oudere blanke mannelijke patiënten voorkomt. De aandoening gaat gepaard met een verlaging van de minimale erytheemdosis van meestal UVA en/of UVB, positieve fotopatchtesten en meerdere contactallergieën. Zowel klinisch als histopathologisch kan het beeld lijken op een cutaan T-cellymfoom. Immunohistochemisch en clonaliteitsonderzoek geven hierover uitsluitsel. De behandeling is moeizaam en berust voornamelijk op het vermijden van contactallergieën en zeer goede zonprotectie.

TREFWOORDEN

chronische actinische dermatitis – fotosensitief eczeem – actinisch reticuloid

SUMMARY

Chronic actinic dermatitis is a type of photosensitive eczema, most commonly found in older white males. A decreased minimal erythema dose for UVA and/or UVB, positive photopatch tests and multiple contact allergic reactions are frequently seen. Clinical and histopathologic features may resemble cutaneous T-cell lymphoma. Immunohistochemical analysis and T-cell clonality studies will help to differentiate between the two entities. Treatment may be a challenge and includes advice on sunlight and allergen avoidance measures.

KEYWORDS

chronic actinic dermatitis – photosensitivity dermatitis – actinic reticuloid syndrome