

Tilfelli mánaðarins: Drengur með undarleg útbrot

Trausti Óskarsson
læknir

Björn Árdal
barnalæknir og
sérfræðingur í ofnæmis- og
ónæmissjúkdómum barna

Sigurður Kristjánsson
barnalæknir og
sérfræðingur í ofnæmis- og
ónæmissjúkdómum barna

Tólf ára hraustur drengur leitaði á bráðamóttöku Barnaspítala Hringins eftir að hafa verið með stækkandi útbrot á útlimum í rúmlega sólarhring. Tveimur dögum áður hafði hann verið í sumarbústað á sólríkum degi og leikið sér að því að skylmast við önnur börn með afhogginni risahvönn, klæddur í stuttermabol og stuttbuxur. Útbrotin byrjuðu sem roði og þeim fylgdi síðan blöðrumyndun, kláði og

verkir í útlimum. Á myndum 1 og 2 má sjá útbrotin en þau sáust á öllum útlimum, voru aum viðkomu með bjúg í kring. Hann var með eðlileg lífsmörk, hitalaus og slímhúðir eðlilegar. Drengurinn hafði hvorki fengið ofnæmi né útbrot áður og blóðrannsóknir voru allar eðlilegar.

Hver er greiningin, helstu mismunagreiningar og meðferð?



Mynd 1.



Mynd 2.

Höfundar starfa
allir á Barnaspítala
Hringins, Landspítala
Hringbraut, 101
Reykjavík
trausti@landspitali.is

Tilfelli mánaðarins

Blöðrumyndandi útbrot sem þessi geta verið af margvíslegum toga. Ber þar helst að nefna ertings- og ofnæmis-snertiexem (irritant and allergic contact dermatitis), Steven-Johnsons heilkenni, lyfjaútbrot, bruna og sólarútbrot. Sólarútbrot eru ýmist sólarofnæmi/exem (photoallergy) eða sólarútbrot sem rekja má til lyfja, plöntuefna eða annarra efna sem framleidd eru í líkamanum eins og til dæmis porfyríns (phototoxicity). Algengast er að plöntur valdi útbrotum með ræsingu ónæmiskerfisins, annaðhvort með típu I ofnæmi eins og eftir frjókorn (urticarial dermatitis) eða við típu IV ofnæmi eins og sést eftir brenninetlur (allergic contact dermatitis). Plöntur geta einnig valdið útbrotum óháð ræsingu ónæmiskerfisins og er þá um ertings-snertiexem og ljósertiexem (phytophotodermatitis) að ræða.^{1,2} Í þessu tilfelli kom saga og útbreiðsla útbrotanna heim og saman við ljósertiexem og má rekja orsökina til ljósnæmra efna, svokallaðra fúranókúmarína sem vitað er að finnast í risahvönn.

Fúranókúmarín eða fúrókúmarín er að finna í ýmsum plöntum og ávöxtum (tafla I), en kúmarín (til dæmis warfarín) sem meðal annars eru notuð sem blóðþynningarlyf, eru efnafræðilega mjög skyld þeim. Algengustu tegundir fúranókúmarína eru psoralen, 5-MOP (5-methoxypsoralen), 8-MOP (8-methoxypsoralen), angelicin og bergapten.³

Risahvönn (*Heracleum mantegazzianum*) er víða að finna á Íslandi. Geta risahvannir orðið allt að 4-5 metrar að hæð og vaxa best í rökum og frjósömum jarðvegi, til dæmis við árbakka. Mun meira er af fúranókúmarínum í risahvönnunum en algengari hvannartegundum eins og ætihvönn og valda þau því verri útbrotum en fúranókúmarín úr öðrum plöntum.^{3,4}

Talið er að UV-A geislar sólarljóss, með bylgjulengd 320-380 nm, umbreyti fúranókúmarínum

í óstöðug efnasambönd sem valdið geta skaða á frumum líkamans. Frumuskemmdirnar verða fyrir tilstilli samtengingar (cross linking) við DNA-sameindir, frumuhimnur og ýmis prótein. Þetta er ólíkt sólarútbrotum vegna lyfja, til dæmis tetrasýklína, þar sem vefjaskemmdir verða vegna súrefnis-radikala.^{1,2}

Einkenni ljósertiexems koma venjulega fram eftir 12-24 klukkustundir og ná hámarki innan 48-72 klukkustunda. Roði er algengastur en í svænum tilfellum geta komið fram blöðrur og sár. Ljósertiexem sést oftast á handarbökum því þar eru plöntuefnin gjarnan í mestri þéttni og húðin jafnframt útsett fyrir sólarljósi. Umfang útbrotanna eru einstaklingsbundin, og ráðast meðal annars af þykkt og rakastigi húðarinnar, lit og fjölda háirsekkja.² Afbrigðileg útbrotamynstur sjást gjarnan sem getur hjálpað til við greiningu eins í þessu tilfelli.^{5,6} Eftir að útbrotin hverfa er algengt að sjá oflitun (hyperpigmentation) á húð sem getur tekið vikur eða ár að hverfa. Orsökina er talin vera útfelling melaníns í húð í kjölfar frumudauða og aukinni örvun sortufrumna.¹

Ekki er til sértæk meðferð við ljósertiexemi. Drengurinn í þessu tilfelli var meðhöndlaður með brunameðferð í samráði við lýtalækna, meðal annars með ríkulegri vökvagjöf, verkja- og kláðastillandi töflum auk prednisólóns vegna umfangs útbrotanna. Meðferðin gekk vel og útskrifaðist hann heim til sín eftir 10 daga. Premur mánuðum síðar voru lítil ummerki eftir útbrotin og oflitun nánast horfin.

Fúranókúmarín finnast í ýmsum matvælum og plöntum og því mikilvægt að brýna fyrir fólki að þessi efni berist ekki á húð sem útsett er fyrir sólarljósi. Þetta á sérstaklega við um börn enda húð þeirra mun viðkvæmari en hjá fullorðnum.

Greining: Ljósertiexem (*Phytophotodermatitis*)

Heimildir

- Epstein JH. Phototoxicity and photoallergy. *Semin Cutan Med Surg* 1999; 18: 274-84.
- Baugh WP, Kucaba WD, Barnette Dj, Chen CL. Phytophotodermatitis. www.emedicine.com; 2007.
- Lagey K, Duinslaeger L, Vanderkelen A. Burns induced by plants. *Burns* 1995; 21: 542-3.
- Pira E, Romano C, Sulotto F, Pavan I, Monaco E. *Heracleum mantegazzianum* growth phases and furocoumarin content. *Contact Dermatitis* 1989; 21: 300-3.
- Carlsen K, Weismann K. Phytophotodermatitis in 19 children admitted to hospital and their differential diagnoses: Child abuse and herpes simplex virus infection. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57(5 Suppl): S88-91.
- Mehta AJ, Statham BN. Phytophotodermatitis mimicking non-accidental injury or self-harm. *Eur J Pediatr* 2007; 166: 751-2.

Tafla I. Dæmi um algengar plöntur sem innihalda fúranókúmarín.

Risahvönn
Límónur
Selleri
Gulrótarlauf og -stönglar
Fikjulauf
Næpa
Steinselja
Dill
Sumar tegundir af sóleyjum
Sumar tegundir af sinnepsplöntum

Oskarsson T, Ardal B
Kristjansson S.

**Case of the month. A boy
with mysterious rash**
Icel Med J 2009; 95: 515-6