

hypotension. Tilstanden tolkedes initialt som svær sepsis med ukendt fokus, og efter konferering med den behandlende onkologiske afdeling blev der efter fem dage taget blodprøver, der tydede på påvirkning af hypofysefunktionen. Man fandt en koncentration af P-kortisol på 22 nmol/l (referenceinterval: 171-536 nmol/l), af adrenokortikotropt hormon på < 5 ng/l (reference: < 46 ng/l), af thyroideastimulerende hormon på $0,27 \times 10^3$ IE/l (referenceinterval: $0,3 \times 10^3$ - $4,5 \times 10^3$ IE/l), frit thyroxin 7 pmol/l (referenceinterval: 12-21 pmol/l), af prolaktin på 21×10^3 IE/l (referenceinterval: 80-460 IE/l) og af luteiniserende hormon på 0,9 IE/l (referenceinterval: 1,7-8,6 IE/l). En adrenokortikotropt hormon-stimulationstest (synachten) konfirmerede binyrebarkinsufficiens med et 30-minutters P-kortisol-niveau på 112 nmol/l (reference: > 500 nmol/l).

Der substitueredes med prednisolon og levothyroxin. Patienten havde dog fortsat tumorprogression med et fatalt forløb.

KONKLUSION

Brug af ipilimumab er et nyt onkologisk behandlingsprincip mod metastaserende melanom og andre certyper. Overlevelsen er betydeligt forlænget i forhold til de gængse behandlingsprincipper. Formodede immunrelaterede bivirkninger, som f.eks. hepa-

titis, hypofysitis, tyroiditis og enterokolitis ses hos ca. 25% [5]. Det er vigtigt, at disse bivirkninger diagnosticeres hurtigt, idet de har terapeutiske konsekvenser. Behandlingen fordrer samarbejde mellem flere specialer.

Hypofysitis er ofte asymptomatisk, men kan medføre svær hovedpine og synsforstyrrelser samt udfald på en eller flere hormonelle akser. Ipilimumabinduceret hypofysitis har ofte et godartet forløb, og mange patienter kan efter uger til måneder trappes ud af substitutionsbehandlingen.

KORRESPONDANCE: Henrik Holm Thomsen, Medicinsk Endokrinologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, Nørrebrogade 44, 8000 Aarhus C.
E-mail: hehoth@gmail.com

ANTAGET: 1. februar 2012

FØRST PÅ NETTET: 19. marts 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Wolchok JD, Neyns B, Linette G et al. Ipilimumab monotherapy in patients with pretreated advanced melanoma: a randomised, double-blind, multicentre, phase 2, dose-ranging study. *Lancet Oncol* 2010;11:155-64.
2. Hoos A, Ibrahim R, Korman A et al. Development of ipilimumab: contribution to a new paradigm for cancer immunotherapy. *Semin Oncol* 2010;37:533-54.
3. Movva S, Verschraegen C. The monoclonal antibody to cytotoxic T lymphocyte antigen 4, ipilimumab (MDX-010), a novel treatment strategy in cancer management. *Expert Opin Biol Ther* 2009;9:231-41.
4. Kehler KC, Piel S, Livingstone E et al. Update on immunologic therapy with anti-CTLA-4 antibodies in melanoma: identification of clinical and biological response patterns, immune-related adverse events, and their management. *Semin Oncol* 2010;37:485-98.

Brakioradial pruritus behandlet effektivt med gabapentin

Kristine Appel Uldall Pallesen & Anette Bygum

KASUISTIK

Hudafdeling I og
Allergicentret, Odense
Universitetshospital

Brakioradial pruritus er et karakteristisk sygdomsbillede med intens dyb kløe og ofte kriblende og brændende fornemmelse lokaliseret dorsolateralt på armene. Tilstanden forekommer fortrinsvis sidst på sommeren hos personer med lys hudtype og menes at være sekundær til UV-bestråling.

Degenerative forandringer af cervikalcolumna med sekundær nerverodskompression kan være medvirkende til symptomerne. Vi gør opmærksom på denne diagnose ud fra de klassiske symptomer, som præsenteres i denne sygehistorie sammen med et overbevisende behandlingsrespons på gabapentin.

SYGEHISTORIE

En 57-årig kvinde blev henvist til vurdering af kløe lateralt på overarmene og dorsalt på underarmene igennem 15 år. Patienten oplevede en ubehagelig stikkende, prikkende og brændende fornemmelse i huden overvejende i sommermånederne. De seneste år havde symptomerne været til stede hele året og havde bredt sig til nakken og den øverste del af truncus. Kløe og dysæstesi forekom dagligt og forværredes i løbet af dagen med maksimum om aftenen. Hudsymptomerne var søgt behandlet med lokalsteroider gruppe II-IV, lokalbedøvende gel (lidocain) og kolde ispakninger (*ice pack sign*) (Figur 1). Patien-

ten var multimorbid og multimediceret pga. bl.a. type 2-diabetes, adipositas, hypertension, astma, søvnapnø, rygsmerter og hovedpinetendens samt uafklaret diaretendens.

Objektivt fandtes huden relativt upåfaldende fra set erytem på bryst og arme. Gentagne hudstansbiopsier viste yderst sparsomme forandringer såsom kapillærdilatation og let fortykkede blodkar, som det kan ses ved diabetes. Patienten blev vurderet reumatologisk, gastroenterologisk og neurologisk. En magnetisk resonans-skanning af columna cervicalis viste generelt degenerative forandringer, der strakte sig fra C3 ned til Th1 med discusdegenerationer og randudbygninger samt discusprotrusioner. Situationen blev tiltagende uholdbar, og hun blev efter informeret samtykke tilbudt behandling med gabapentin på baggrund af kasuistiske meddelelser om effekt.

Gabapentindosis blev optrappet til en døgndosis på 1.500 mg, hvorefter hudsymptomernes sværhedsgrad reduceredes betydeligt. Ved efterfølgende dosisøgning til 2.400 mg i døgnet blev hun symptomfri og havde ingen bivirkninger af behandlingen.

Patientens livskvalitetsscore med Dermatology Life Quality Index (DLQI) viste 21 før og 0 efter gabapentinbehandlingen. Ændringer i DLQI > 5 betragtes som signifikante.

DISKUSSION

Brakioradial pruritus er en neuropatisk dermatose, som typisk ses hos midaldrende kvinder og første gang blev beskrevet som en usædvanlig reaktion på sollys hos udendørsarbejdere i Californien [1]. På de skandinaviske breddegrader forekommer symptomerne typisk fra sidst på sommeren og frem til jul. Brakioradial pruritus er sjældent blevet beskrevet, men er formentlig underreporteret. Kløen er karakteristisk lokaliseret dorsalt på underarmene og lateralt på overarmene med fravær af kløe på solbeskyttede hudområder. Symptomerne er ude af proportion med de objektive fund. Den karakteristiske kløe, lokalisationen og *ice pack sign* er karakteristisk eller næsten patognomonisk for diagnosen [2].

Årsagen til brakioradial pruritus menes at være livslang kumuleret UV-bestråling med sekundær superficiel nervepåvirkning. En anden forklaringsmodel er nerverodskompression sekundært til degenerative forandringer af cervicalcolumna [3]. Formentlig er radikulopati en prædisponerende og sollys en elicerende faktor [4].

Der foreligger en stor dansk opgørelse over en kohorte med 96 patienter med brakioradial pruritus, der er blevet diagnosticeret konsekutivt over en 11-års-periode af tre praktiserende dermatologer med interesse i sygdommen [5]. Medianalderen var 55 år,

FIGUR 1



En 57-årig kvinde med brakioradial pruritus, hvor afkøling af huden med en ispose (*ice pack sign*) lindrer kløe og brændende fornemmelse i huden.

og patienterne havde haft symptomer fra få måneder til mere end 30 år (median: seks år), da de fik diagnosen.

Patienten i sygehistorien frembød klassiske symptomer på brakioradial pruritus og havde svær cervikal spondylartrose samt discusdegeneration og protrusioner, hvilket kunne bevirke cervikale rodtryk. Hun var desuden glad for ophold udendørs og havde tidligere været intensivt solesponeret.

Behandlingen indbefatter konsekvent solprofylakse. Manipulation af cervicalcolumna og behandling af en evt. underliggende neurologisk tilstand er rationel. Patienten blev henvist til en neurologisk vurdering, hvor man imidlertid fandt hende neurologisk intakt uden tegn på diabetisk neuropati eller alvorlige cervikale læsioner.

Effekten af gabapentin på vores patient med brakioradial pruritus styrker vores antagelse om, at hudkløen havde en neurologisk baggrund.

KORRESPONDANCE: Kristine Appel Uldall Pallesen, Hudafdeling I og Allergicentret, Odense Universitetshospital, Sdr. Boulevard 29, 5000 Odense C.
E-mail: kristine.appel.uldall.pallesen@ouh.regionsyddanmark.dk

ANTAGET: 7. februar 2012

FØRST PÅ NETTET: 19. marts 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Waisman M. Solar pruritus of the elbows (brachioradial summer pruritus). Arch Dermatol 1968;98:481-5.
2. Bernhard JD, Bordeaux JS. Medical pearl: the ice-pack sign in brachioradial pruritus. J Am Acad Dermatol 2005;52:1073.
3. Cohen AD, Masalha R, Medvedovsky E et al. Brachioradial pruritus: a symptom of neuropathy. J Am Acad Dermatol 2003;48:825-8.
4. Wallengren J, Sundler F. Brachioradial pruritus is associated with a reduction in cutaneous innervation that normalizes during the symptom-free remissions. J Am Acad Dermatol 2005;52:142-5.
5. Veien NK, Laurberg G. Brachioradial pruritus: a follow-up of 76 patients. Acta Derm Venereol 2011;91:183-5.