

Psoriasis vulgaris oder Mycosis fungoides – Demaskierung durch Immuntherapie

Niesing Bühler B¹, Papcuniarova M¹, Szeimies RM¹

¹Klinik für Dermatologie und Allergologie, Klinikum Vest GmbH, Recklinghausen

Einleitung:

Patienten einer Psoriasisdiagnose haben ein erhöhtes Risiko, an einem Lymphom, insbesondere an einem kutanen T-Zell-Lymphom (CTCL) zu erkranken. Fraglich ist, und bis heute nicht abschließend geklärt, ob bei der Psoriasis eingesetzte Immunsuppressiva hinsichtlich der chronischen Immunstimulation oder eher generelle Risikofaktoren wie beispielsweise Alkohol, Rauchen, Mangel- Bewegung sowie -Ernährung zur Entstehung einer Mycosis fungoides (MF) beitragen (2). Frühe Formen der MF ähneln aber auch vom Erscheinungsbild oft einer Psoriasis, auch die Therapie im Initialstadium kann in beiden Fällen gut ansprechen (Glukokortikosteroide topisch und Lichttherapie). Somit kann die Diagnosestellung einer MF verzögert sein (3).

Kasuistik:

61-jähriger Patient mit initial typischem klinischen Bild einer Psoriasis vulgaris (DLQI 25, PASI 9,6, keine Nagel-Beteiligung, keine Gelenkschmerzen (01/2022)). Zunächst intensive Lokalthherapie sowie bei unzureichendem Ansprechen eine Systemtherapie mit Adalimumab ab 03/2023.

Verlauf:

Erstdiagnose Psoriasis vulgaris
 Intensivierte Quadrupeltherapie (mit Soderin Salbe im Wechsel mit Daivonex Salbe, Cignolin in aufsteigender Dosierung und einer UVB-311 nm Ganzkörper Lichttherapie)

Stationäre Aufnahme bei zunehmenden Hautveränderungen unter laufender Therapie mit Adalimumab
 → Verdachtsdiagnose einer Mycosis fungoides

01/2022

06/2023

03/2023

Exazerbation des Hautbefundes
 Einleitung einer Systemtherapie mit Adalimumab

Diagnostik – 06/2023:

- Klinik 06/2023: Disseminierte, zahlreiche, erythematös- livide, nummuläre, münzgroße Plaques, teils deutlich infiltriert, teils hyperkeratotisch, vereinzelt zentral ulzeriert
- Peripherer Blutausschlag: Reaktive Veränderungen, Aniso-Poikilozytose
- Röntgen-Thorax, Sonographie der Lymphknoten, Abdomen: ohne Tumornachweis
- Dermatohistopathologische Begutachtung 06/2023: Primär kutanes T-Zell-Non-Hodgkin-Lymphom vom Typ der Mycosis fungoides
 → CTCL vom Typ einer MF, Tumorstadium: mind. pT2N0M0B0, Stadium IIA, ISCL-EORTC
- Tumorkonferenzempfehlung: Start einer low-dose Methotrexat Therapie 10 mg 1 x wöchentlich, Alternativ adjuvante Strahlentherapie



Abb. 1-4: Klinisches Bild des Patienten am Aufnahmetag in 06/2023

Kommentar:

Die Abgrenzung einer MF zur Psoriasis vulgaris kann aus rein klinischen Gesichtspunkten erschwert sein und folglich zu einer verzögerten Diagnosestellung führen. Bei Nichtansprechen auf eine lokale und/oder einer Systemtherapie und progredientem Hautbefund sollte immer auch an eine MF gedacht werden und diese Diagnose durch eine Biopsie und nachfolgende dermatohistopathologische Begutachtung ausgeschlossen werden.

Literatur:

- 1: Diakomopoulos A, Dalamaga M, Papadavid E (2021) Understanding the enigmatic association between mycosis fungoides and psoriasis: Report of two cases and review of the literature. Metabol Open. 212:100148.
- 2: Scarisbrick J.J., Quaglino P., Prince H.M., Papadavid E., Hodak E., Bagot M., Servitje O., Berti E., Ortiz-Romero P., et al. (2019) The PROCLIFI international registry of early-stage mycosis fungoides identifies substantial diagnostic delay in most patients. Br J Dermatol. 181:350–357.