Universitätsmedizin Essen
Universitätsklinikum

Therapierefraktäre Psoriasis vulgaris? - Wenn Granulome die Diagnose ändern

Lisa Schielke[1]; Nina Steiniger[1]; Henry Tapken[1]; Valeria Rieß[1]; Filiz Demirtas[1]; Marcel Stockmann[1]; Maurice Moelleken[1]; Jan-Malte Placke[1]; Dirk Schadendorf[1]; Frederik Krefting[1]; Lea Jessica Albrecht[1]; Eva Hadaschik[1]; Anne-Christine Müseler[1]

1. Klinik für Dermatologie und Venerologie, Universitätsklinik Essen, Essen, Deutschland

Hintergrund

Die Gruppe der granulomatösen Dermatosen umfasst neben dem Granuloma anulare und der Necrobiosis lipoidica auch die kutane Sarkoidose. Diese ist durch nicht-verkäsende Granulome in den betroffenen Organen gekennzeichnet. Die Sarkoidose gilt als Multisystemerkrankung, da jedes Organ betroffen sein kann. Der Hauptmanifestationsort ist die Lunge, gefolgt von den Lymphknoten und der Haut[1]. Eine kutane Beteiligung findet sich bei 25 – 35 % der Patienten und kann ein erstes klinisches Zeichen der Erkrankung sein. Zum chronischen Subtyp zählt auch die Plaque-Sarkoidose, wobei sich multiple, große, braunrote Plaques am gesamten Integument präsentieren können[2]. Eine klinische Differenzierung zu anderen Diagnosen wie beispielsweise einem Lupus vulgaris und auch einer Psoriasis vulgaris kann hier erschwert sein.



Erstvorstellung

Ein 50-jähriger Mann stellte sich aufgrund von scharf begrenzten, erythematösen und infiltrierten Plaques mit diskreter Schuppung vor, die anamnestisch seit etwa drei Jahren bestanden. Juckreiz und sonstige Beschwerden wurden verneint.

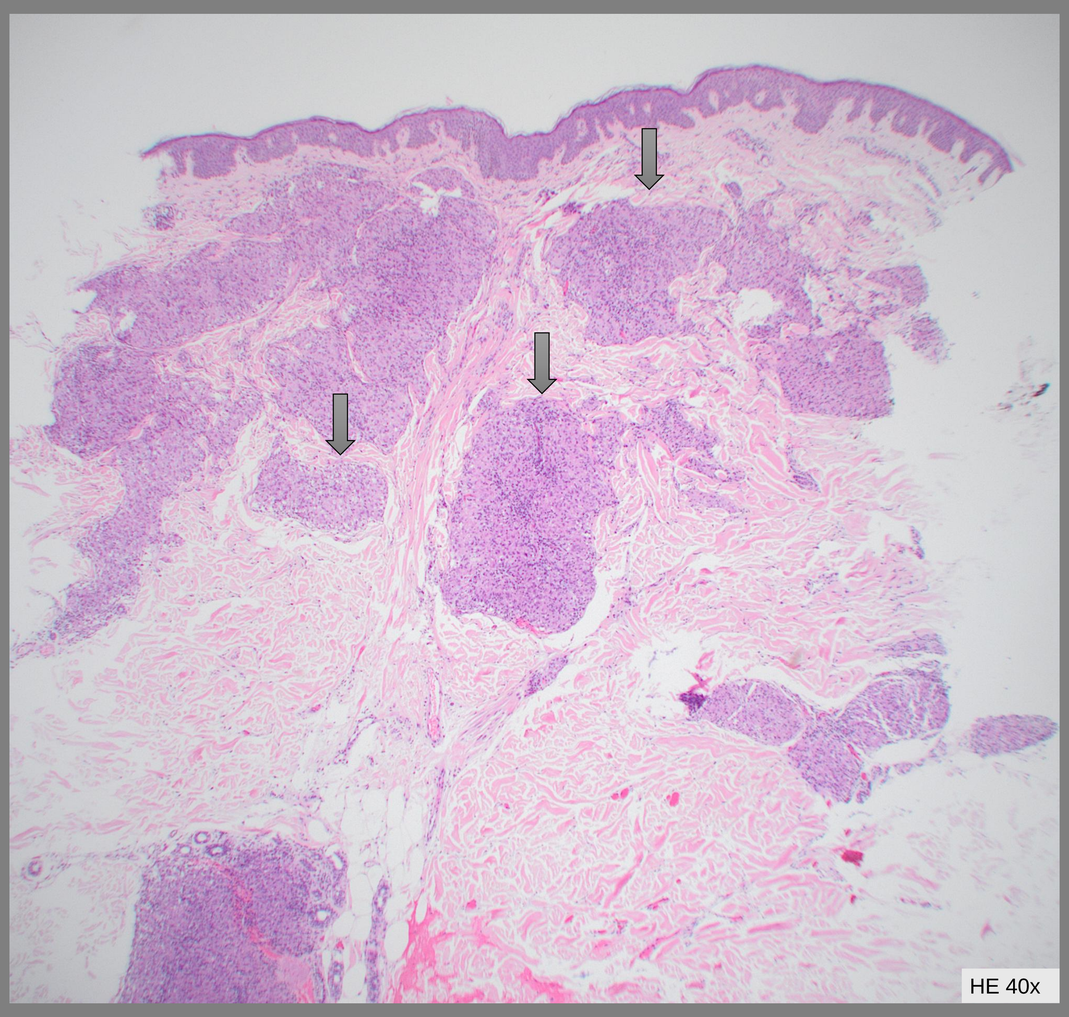
Initiale Verdachtsdiagnose:

Psoriasis vulgaris
(PASI 22)



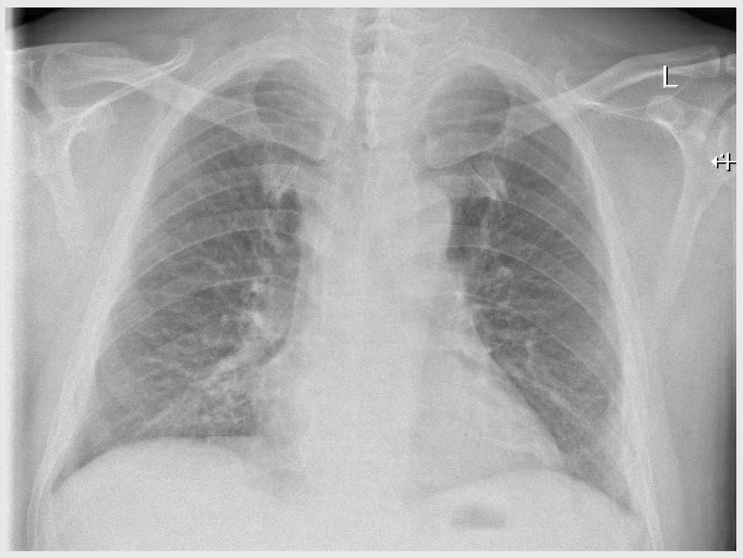
Histologie

Aufgrund von Therapierefrakterität unter topischen Glokukortikosteroiden und Lichttherapie wurde eine Hautbiopsie durchgeführt:



Im histologischen Befund zeigte sich der Nachweis von nicht-nekrotisierenden epitheloidzelligen Granulomen mit mehrkernigen Riesenzellen in der oberen und mittleren Dermis

Sarkoidose mit kutaner und pulmonaler Beteiligung (Stadium I)



Im Röntgen präsentierten sich verplumpte Hili beidseits. Laborchemisch zeigte sich ein erhöhter löslicher IL-2-Rezeptor mit normwertigem ACE. Eine ophthalmologische und kardiologische Vorstellung blieben unauffällig.



Weiterer Verlauf:

Unter der systemischen Therapie mit Methotrexat 15mg wöchentlich und 5mg Folsäure am Folgetag zeigte sich der kutane Befund deutlich gebessert. Die Hilusverbreiterung war ebenfalls regredient.

Diskussion

Die kutane Sarkoidose kann als Manifestation einer systemischen Sarkoidose auftreten und andere entzündliche Dermatosen wie die Psoriasis vulgaris imitieren. Eine klinische Unterscheidung ist in vielen Fällen schwierig und lässt sich letztendlich häufig nur histologisch differenzieren. Bei Diagnosestellung ist ein initiales Screening auf weitere Organmanifestationen, wie der Lunge, der Lymphknoten, des Herzens und der Augen empfohlen. Bei ausgeprägten klinischen Befunden sollte eine Sytemtherapie erwogen werden.

Quellen
1) Miedema JR, Bonella F, Buschulte K, et al. Sarcoidosis: a state-of-the-art review. *Eur Respir J*. 2026;67(2):2501324. Published 2026 Feb 19. doi:10.1183/13993003.01324-2025
2)A. Redl / G. Stary, Kutane Sarkoidose – eine granulomatöse Modellerkrankung, in: hautnah, Bd. 25, H. 2 (2022)

Kontakt: Lisa.schielke@uk-essen.de