

Erfolgreiche Therapie eines oralen Lichen planus mit Apremilast

Asmaa Alwadi¹, Silke Hofmann¹, Katharina Thum¹, Ulrich Wesselmann¹, Galina Balakirski¹

¹ Zentrum für Dermatologie, Allergologie und Dermatochirurgie, Helios Universitätsklinikum Wuppertal, Universität Witten/Herdecke, Heusnerstr. 40, 42283, Wuppertal, Deutschland.

Einleitung:

Der Lichen ruber ist eine chronische, lichenoid, mukokutane Erkrankung unklarer Ätiologie. Neben der Haut ist typischerweise auch die Mundschleimhaut betroffen. Bei einem Lichen ruber (bzw. Lichen planus) mucosae handelt es sich um eine Erkrankung, die primär die Mundschleimhaut betrifft. Leicht betroffene Personen weisen oft nur die charakteristischen Wickham-Streifen auf der (bukkalen) Mundschleimhaut auf, sind aber ansonsten symptomfrei. Patienten mit erosivem Lichen ruber mucosae können jedoch unter mäßigen bis starken Schmerzen leiden, die die Nahrungsaufnahme und die Zahnhygiene beeinträchtigen. Zudem stellt ein Lichen ruber mucosae einen Risikofaktor für die Entwicklung der Plattenepithelkarzinome buccal und an der Zunge dar.

Fallbericht:

Wir berichten über eine 75-jährige Patientin, bei der im Juli 2022 histologisch ein oraler Lichen ruber erosivus gesichert wurde. Aufgrund des hohen Leidensdrucks erfolgte seit Dezember 2022 eine regelmäßige Betreuung in unserer Ambulanz. Trotz mehrerer systemischer Therapieversuche mit Hydroxychloroquin (05/2023–09/2023), Acitretin (09/2023–02/2024) sowie wiederholten Gaben von systemischen Glukokortikoiden per os zeigte sich keine anhaltende Besserung. Auch die lokale Therapie mit Triamcinolonacetonid, sowie zwei intraläsionale Triamcinolonacetonid-Injektionen blieben erfolglos.

Eine erneute Schleimhautbiopsie im Juli 2024 bestätigte die Diagnose. Daraufhin begannen wir im August 2024 eine Therapie mit Methotrexat (15 mg s. c. 1× wöchentlich) in Kombination mit wiederholten Steroidstoßtherapien (Prednisolon 100 mg i. v. über 3 Tage alle 4–6 Wochen, insgesamt fünf Zyklen). Unter dieser Behandlung kam es lediglich zu einer leichten Symptomlinderung bei Persistenz der flächigen bukkalen Erosionen (Abbildung 1 a und b).

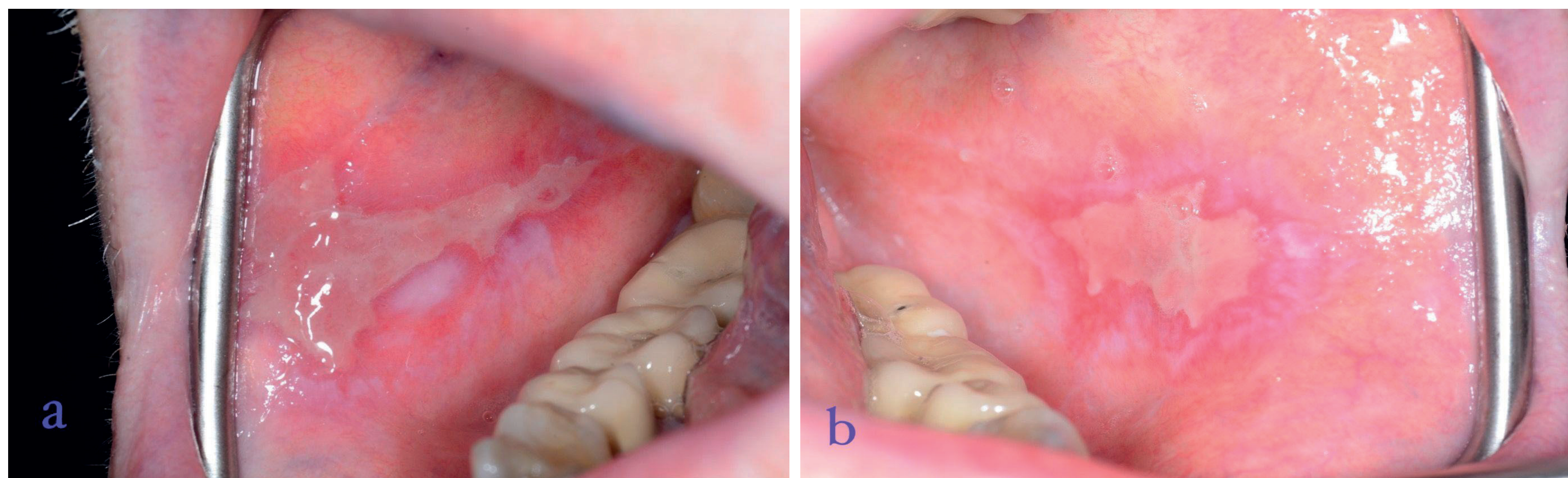


Abbildung 1: Tiefe Ulzerationen enoral im Juli 2025 buccal rechts (a) und links (b)

Im Juli 2025 starteten wir daher nach Zustimmung der Krankenkasse eine Off-Label-Therapie mit Apremilast 30 mg 2 x tgl. und setzten Methotrexat ab. Bereits nach drei Wochen zeigte sich eine deutliche klinische Besserung der Schleimhautveränderungen und eine spürbare Verbesserung der Lebensqualität. Zu diesem Zeitpunkt betrug die zusätzliche Prednisolondosierung nur noch 2,5 mg/d. Bei der letzten Kontrolle im August 2025 war die Mundschleimhaut nahezu unauffällig mit deutlichem Rückgang der Erosionen.

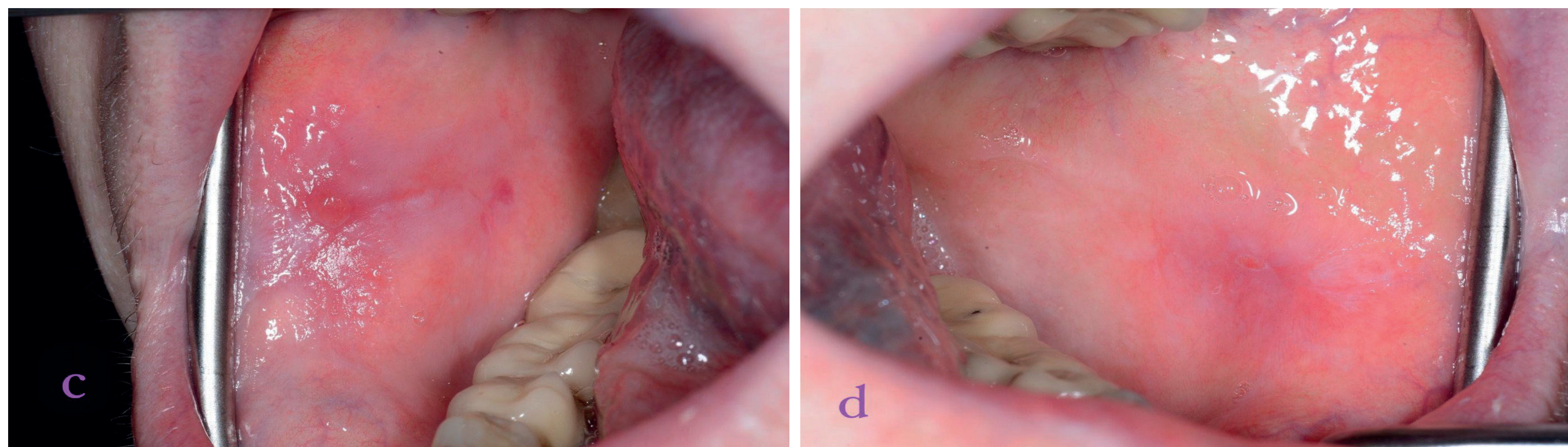


Abbildung 2: Enoraler Befund buccal rechts (c) und links (d) 3 Wochen nach Therapiebeginn mit Apremilast

Fazit

Zurzeit bleiben topische und systemische Glukokortikoide, systemische Retinoide (wie Acitretin) und konventionelle Immunsuppressiva wie Ciclosporin A oder Methotrexat Therapie der Wahl bei Lichen planus mucosae. Small molecules wie der PDE-4-Inhibitor Apremilast oder JAK-Inhibitoren stellen vielversprechende Therapieoptionen für therapierefraktäre entzündliche Dermatosen dar. Für Apremilast liegt die Zulassung für die Therapie des Morbus Behçet mit oralen Aphthen vor, die immunmodulatorische Wirkung ist gut belegt. Es liegen einzelne publizierte Erfahrungsberichte und Fallserien über die erfolgreiche Anwendung dieser Substanz im off-label use auch bei dem oft therapieresistenten oralen Lichen planus vor.