Lichen ruber exanthematicus unter langjähriger Dupilumab-Therapie bei schwerer atopischer Dermatitis – ein Fallbericht

Marc Biller[1], Philipp Cramer[1], Michaela Cramer[1], Iris Krosta[1], Nico Nowack[1], Martin Dörler[2], Ricarda Kost[1]
[1]Hautärztliche Gemeinschaftspraxis Dres. med. Cramer, Dr. med. Krosta & Dr. med. Kost, Gelsenkirchen
[2]Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Bochum

Hintergrund

Dupilumab ermöglicht bei mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis eine effektive und langfristige Krankheitskontrolle. Lichenoide Reaktionen unter Dupilumab sind selten beschrieben [1–3]. Als möglicher Pathomechanismus wird eine durch die IL-4/IL-13-Blockade begünstigte Verschiebung des T-Zell-Gleichgewichts diskutiert. Wir berichten über einen Patienten mit histologisch gesichertem Lichen ruber exanthematicus nach langjähriger Dupilumab-Therapie.

Fallberichte

Bei seit 2019 erfolgreich mit Dupilumab behandelter schwerer atopischer Dermatitis entwickelten sich nach mehr als sechs Jahren Therapie erstmals multiple nicht pruriginöse Papeln an Stamm und Extremitäten sowie eine genitale und orale Schleimhautbeteiligung. Die Histologie bestätigte einen Lichen ruber. Nach Pausierung von Dupilumab und Umstellung auf Abrocitinib kam es unter zusätzlicher topischer Steroidtherapie zu einer deutlichen klinischen Besserung.



Abb. 1 – 4: Disseminierte erythematöse bis livide Papeln, teils gruppiert; zusätzlich Schleimhautbeteiligung mit Erosionen an der Glans penis und Wickham-Streifung der Wangenschleimhaut.

Fallverlauf

01/2019 **Beginn Dupilumab**
600 mg s.c. Initialdosis, anschließend 300 mg alle 2 Wochen; sehr gute und anhaltende Kontrolle der atopischen Dermatitis.

06/2025 **Neue Hautbefunde**
Multiple nicht pruriginöse Papeln; initial dorsaler Oberschenkel, später Flanke, Hände und beide Oberschenkel.

Diagnostik **Biopsie und Ausschluss DD**
Pausieren von Dupilumab; Syphilis anamnestisch und serologisch ausgeschlossen; Histologie: Lichen ruber.

07/2025 **Therapieumstellung**
Abrocitinib 100 mg p.o. täglich plus topische Steroidtherapie; deutliche Rückbildung bei weiterhin kontrollierter atopischer Dermatitis.

Histologien

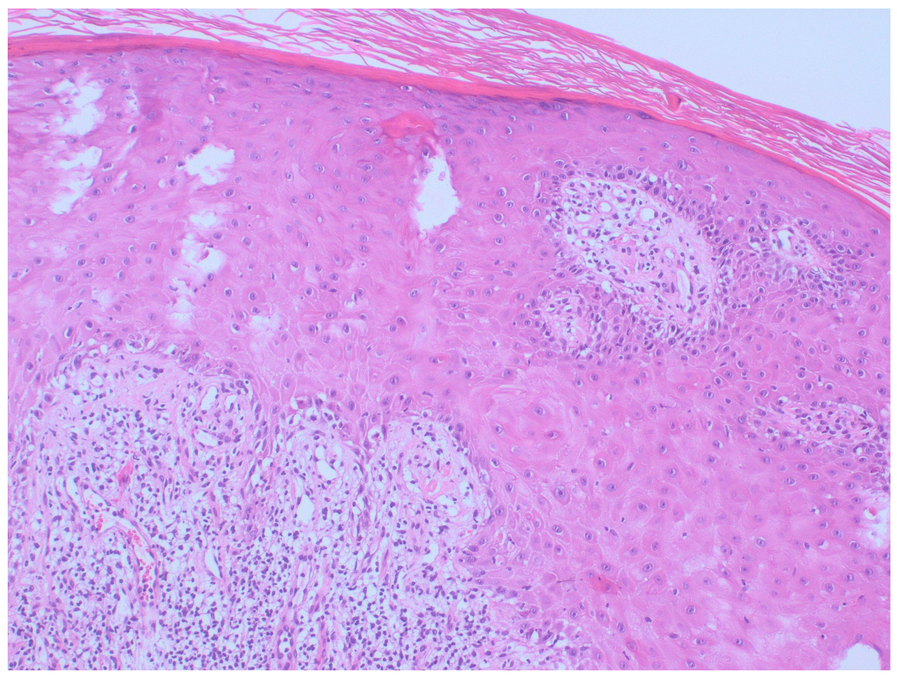


Abb. 5: Histopathologie (HE, 100×): Bandförmiges lichenoides lymphozytäres Infiltrat entlang der dermoepidermalen Junktionszone mit Interface-Dermatitis und irregulärer Akanthose, gut vereinbar mit Lichen ruber.

Diskussion

Lichenoide Reaktionen stellen eine seltene, aber relevante unerwünschte Reaktion unter Dupilumab dar. In einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit wurden lediglich 14 Fälle dupilumab-assoziierter lichenoider Arzneimittelreaktionen beschrieben, von denen bei 28,6 % eine Schleimhautbeteiligung bestand [1]. Der Erkrankungsbeginn lag in den publizierten Fällen zwischen 4 und 24 Monaten nach Therapiebeginn [1]. Das erstmalige Auftreten eines Lichen ruber nach mehr als sechsjähriger, zuvor gut verträglicher Dupilumab-Therapie stellt daher eine besondere Charakteristik unseres Falles dar. Auch bei langjähriger Therapie sollten neu auftretende lichenoide Haut- oder Schleimhautveränderungen klinisch und histopathologisch abgeklärt und eine mögliche Assoziation mit Dupilumab berücksichtigt werden.

Take-home Message: Lichenoide Reaktionen können auch nach langjähriger, zuvor komplikationsloser Dupilumab-Therapie auftreten.

Literatur
1. Te B, Udupa M, Toy J, Piguet V, Liu C. Dupilumab in lichen planus, and dupilumab-induced lichenoid drug eruption: A systematic review. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2025. doi:10.25259/IJDVL_1005_2025.
2. Kern L, Kleinheinrich L, Feldmann R, et al. Dupilumab-Induced Lichen Planus: A Case With Oral and Cutaneous Eruptions. Case Rep Dermatol. 2022;14(3):356–361.
3. Kim TE, Shin MK. De novo lichenoid eruption following dupilumab treatment. JAAD Case Rep. 2021;13:71–72.