Universitätsmedizin Essen
Universitätsklinikum

NEBENWIRKUNGEN KENNEN KEINE DEADLINE – LICHEN RUBER VERRUCOSUS NACH JAHRELANGER PD-1-INHIBITION

Valeria Rieß[1], Lisa Schielke[1], Henry Tapken[1], Nina Steiniger[1], Victoria Rudolph[1], Maurice Moelleken[1], Joachim Dissemond[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, Venerologie und Allergologie · Universitätsklinikum Essen · Essen, Deutschland

TAKE-HOME **Kutane immunvermittelte Nebenwirkungen (irAEs) können auch nach jahrelanger Immuncheckpoint-Inhibition neu auftreten.**

FALLBERICHT

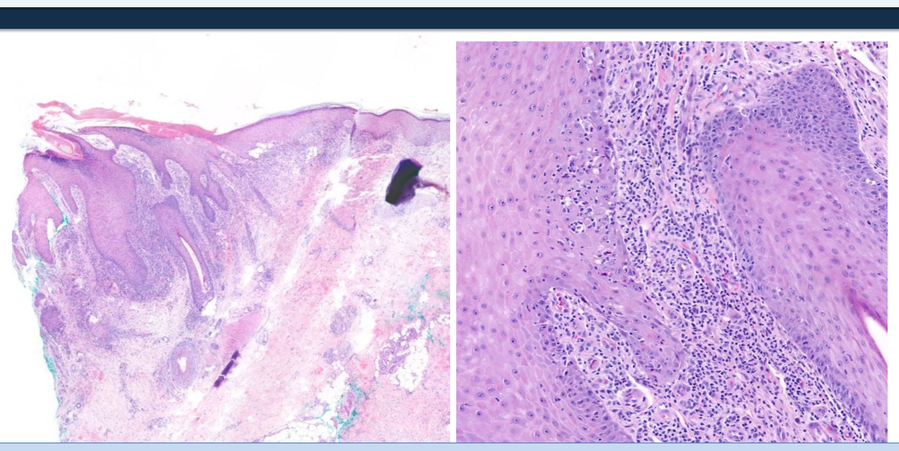
Ein 76-jähriger Patient mit seit 6 Monaten stark juckenden, knotigen Hautveränderungen an beiden Unterschenkeln. Topische Glukokortikosteroide führten bisher zu keiner Besserung.

Bei einem Cancer-of-unknown-Primary (CUP)-Syndrom erhielt der Patient seit etwa 5 Jahren eine Systemtherapie mit Nivolumab.

DIAGNOSTIK

Spindelexzision mit
a) mikrobiologischer Analyse inkl. NTM-PCR (negativ)
b) histopathologischer Untersuchung:

→ausgeprägte Akanthose
→Hyperkeratose
→Hypergranulose
→lichenoides Entzündungsinfiltrat in der dermato-epithermalen Junktionszone



histopathologische Bestätigung eines Lichen ruber verrucossus

KLINISCHER VERLAUF UND THERAPIE

05/2023 – Erstvorstellung



topische Steroide ohne ausreichende Besserung

07/2023 – stabiler Befund



Clobetasol okklusiv 2 x täglich

08/2023 – Exazerbation



Start Neotigason 50 mg + Bade-PUVA

09/2023 – Arzneimittelexanthem



Stop Neotigason + SDH 60mg/d

02/2024 – neue Papeln nach langsamen Ausschleichen des SDH



Momecutan okklusiv 2 x täglich

03/2024 – Exazerbation



Start MTX 15 mg s.c./Woche + SDH 80mg/d

05/2024 – gutes Ansprechen unter MTX 15mg s.c./Woche



Reduktion auf MTX 10 mg s.c./Woche

AKTUELL



weiterhin gutes Ansprechen MTX 10 mg/Woche

EINORDNUNG

- Lichen ruber verrucosus (LRV) ist eine chronische, stark juckende und häufig therapieresistente Variante des klassischen Lichen ruber planus
- Immuncheckpoint-Inhibitoren kommen als mögliche Trigger lichenoider Hautreaktionen in Betracht
- Im vorliegenden Fall zeigte sich ein unzureichendes Ansprechen auf topische und systemische Glukokortikosteroide (SDH); Acitretin musste aufgrund eines Arzneimittelexanthems abgesetzt werden
- Unter Methotrexat (MTX) zeigt sich ein anhaltend gutes klinisches Ansprechen

FAZIT

Bei neu auftretenden lichenoiden Hautveränderungen sollte auch unter langjähriger Immuncheckpoint-Inhibition an eine kutane irAE gedacht werden.

Methotrexat kann bei therapierefraktärem LRV eine wirksame systemische Therapieoption sein.

LITERATUR

Kratzsch D, Simon J-C, Ziemer M. J Dtsch Dermatol Ges. 2017;15:1237-1239. · Pospischil I, Hoetzenecker W. J Dtsch Dermatol Ges. 2021;19:1621-1645. · Grän F, Schilling B. Akt Rheumatol. 2022;47:344-352. · Yilmaz M et al. J Oncol Pharm Pract. 2020;26:758-760. · Gambichler T et al. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023;37:e624-e625.

29. Tagung der DWFA 2026 · Köln · Poster Nr. 33