Psoriasis pustulosa generalisata als paradoxe Nebenwirkung unter Anti-TNF-α-Antikörper-Therapie bei einem Kind mit Morbus Crohn

Katharina Thum[1], Galina Balakirski[1], Kai Hensel[2], Silke Hofmann[1]

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

[2] Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Helios Universitätsklinikum Wuppertal, Universität Wittern/Herdecke

Anamnese:

Bei dem aktuell 10-jährigen Jungen wurde im Mai 2025 bei ausgeprägter Malnutrition (BMI 10,6), chronischer Diarrhoe und sonographisch nachgewiesenem Darmwandödem ein Morbus Crohn diagnostiziert. Unter der daraufhin eingeleiteten Therapie mit Infliximab entwickelte der Patient nach etwa wenigen Monaten unter zunächst fortgeführter Behandlung stark juckende Hautveränderungen am gesamten Körper. Da unter Systemtherapie mit Infliximab keine anhaltende Remission der Grunderkrankung erreicht werden konnte, erfolgte im November 2025 eine Umstellung auf Adalimumab. Auch unter Adalimumab-Therapie rezidivierte der Hautbefund, sodass die Vorstellung des Patienten in unserer Klinik erfolgte.

Befund:

Am gesamten Integument zeigten sich multiple, disseminiert stehende Pusteln auf erythematösem Grund mit Punctum maximum am Stamm sowie zusätzlich erythematöse, hyperkeratotische Plaques an den Fußsohlen und am Capilitium. Klinisch wurde die Diagnose einer paradoxen Psoriasis pustulosa generalisata.

Therapie und Verlauf:

Aufgrund des jungen Patientenalters sowie bei eindeutigem klinischem Befund verzichteten wir auf die Entnahme einer Hautbiopsie zur Diagnosesicherung. In Zusammenschau der Anamnese und des klinischen Bildes werteten wir den Befund als paradoxe Psoriasis pustulosa generalisata, ausgelöst durch den Anti-TNF-α-Antikörper.
Wir therapierten mit topischen Kortikosteroiden (zunächst Mometasonfuroat und im Verlauf Methylprednisolonaceponat) und leiteten ergänzend eine Phototherapie mit UVB 311nm für wenige Wochen ein. Da zudem auch unter Therapie mit Adalimumab trotz Dosissteigerung keine vollständige intestinale Remission erzielt werden konnte (persistierend erhöhtes Calprotectin, sonographisch weiterhin entzündliche Veränderungen des terminalen Ileums), entschieden wir uns in interdisziplinärer Absprache mit den Kollegen der Pädiatrie für einen Wechsel der Systemtherapie auf Ustekinumab.

1



2



Abbildung 1 und 2: Hautbefund bei der Vorstellung in unserer Klinik. Disseminierte Pusteln auf erythematösen Grund am Stamm

Fazit

Eine durch Anti-TNF-α-Therapie induzierte generalisierte Psoriasis pustulosa bei pädiatrischen Patienten mit Morbus Crohn ist selten, wurde aber bislang sowohl unter Infliximab als auch unter Adalimumab beschrieben. Dabei zeigen die meisten PatientInnen nach einem Wechsel innerhalb der Anti-TNF-Klasse ein gutes Ansprechen, sodass das erneute Auftreten der Hautveränderungen bei unserem Patienten unter dem zweiten Präparat eher untypisch ist und für einen Substanzklasseneffekt spricht. Die Ursache dieses paradox anmutenden Effekts ist weiterhin nicht abschließend geklärt. Diskutiert wird u. a. eine durch die TNF-α-Blockade enthemmte, Interferon-α-getriggerte Aktivierung plasmazytoider dendritischer Zellen mit nachfolgender Th1/Th17-Polarisierung.

Mit diesem Fall möchten wir auf die Psoriasis pustulosa generalisata als relevante kutane Nebenwirkung einer Anti-TNF-α-Therapie aufmerksam machen. Bei schweren persistierenden Befunden ist in der Regel die Therapieumstellung auf eine andere Wirkstoffklasse notwendig. Der IL-12/23-Antikörper Ustekinumab stellt in dieser Konstellation eine vielversprechende Option dar, da er sowohl bei Anti-TNF-induzierter Psoriasis als auch bei therapierefraktärem Morbus Crohn Wirksamkeit gezeigt hat.

Kontakt: katharina.thum@helios-gesundheit.de