



Ungewöhnliche Präsentation einer Psoriasis vulgaris bei einem 11-jährigen Patienten

Viktoria Gruber · Wolfgang Weger · Lorenzo Cerroni · Barbara Binder
 Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich

Zusammenfassung

Die Psoriasis vulgaris tritt mit einer Prävalenz von bis zu 2 % im Kindes- und Jugendalter auf. Größtenteils wird die Diagnose klinisch gestellt. Wir berichten über einen pädiatrischen Patienten, welcher uns aufgrund der für eine Psoriasis vulgaris eher untypischen Lokalisation vor eine diagnostische Herausforderung stellte. Diskutiert werden die wichtigsten Differenzialdiagnosen der verschiedenen Psoriasisformen sowie die aktuellen Therapieempfehlungen im Kindes- und Jugendalter.

Schlüsselwörter

Pädiatrie · Psoriasis vulgaris · Klinische Varianten · Differenzialdiagnosen · Therapieoptionen

Anamnese

Ein 11-jähriger Patient stellte sich in Begleitung seiner Mutter in der Ambulanz für pädiatrische Dermatologie aufgrund juckender therapieresistenter Hautveränderungen am Gesäß seit 4 Jahren vor. Die bisherigen lokalen Behandlungen umfassten blande Externa, Antimykotika, Glukokortikoide sowie Antibiotika. Der Patient nahm keine Dauermedikation ein. In der Krankengeschichte fanden sich neben einer Phimose im Kleinkindalter und einer Schädelprellung nach einem Fahrradsturz keine Besonderheiten. In der Familienanamnese

war zu erheben, dass sowohl ein Onkel als auch eine Cousine des Jungen an einer Psoriasis vulgaris litten.

Klinischer Befund

In der dermatologischen Untersuchung zeigten sich in der Gesäßfalte und der rechtsseitigen Glutealregion mehrere hautfarbene bis blassrote, teils konfluierende kleinpapulöse Plaques mit teilweise nur diskreter weißlicher Schuppung und stellenweise oberflächlichen Exkorationen (▣ **Abb. 1**).



Abb. 1 ▲ Lokalbefund an der Gesäßfalte mit juckenden, teils konfluierenden Plaques. Eine Schuppung ist kaum vorhanden

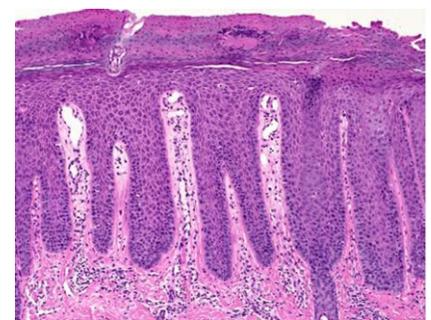


Abb. 2 ▲ Der histopathologische Befund ergab eine psoriasiforme Epidermishyperplasie mit Parakeratose und Verlust des Stratum granulosum. Auffallend sind auch verlängerte dermale Papillae mit teleangiektatisch erweiterten Kapillaren



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Tab. 1 Wichtige Differenzialdiagnosen der Psoriasis und deren klinische Unterscheidungsmerkmale. (Mod. nach Blume-Peytavi et al. [2])	
Psoriasisform	Differenzialdiagnosen mit Unterscheidungsmerkmalen
<i>Psoriasis vulgaris (nummularis)</i>	<i>Seborrhoisches Ekzem</i>
	Erythematöse Plaques mit gelblich-fettiger Schuppung in talgdrüsenreichen Arealen (Kopfhaut, äußeres Ohr, zentrales Gesicht, oberer Stamm, Intertrigines)
	Fehlen von Nagelveränderungen
	<i>Atopisches Ekzem</i>
	Unschärf begrenzte erythematöse Plaques und exkorierte Papeln
	Juckreiz meist stärker als bei der Psoriasis ausgeprägt
	Aussparung der Windelregion, Assoziation mit Allergien und Asthma bronchiale
	<i>Nummuläres Ekzem</i>
	Relativ scharf begrenzte, runde erythematöse Plaques mit Schuppung oder feinen Fissuren zwischen 1 und 10 cm Durchmesser an Stamm und Extremitäten
	Aussparung von Gesicht und Kopfhaut
<i>Psoriasis guttata (exanthematica)</i>	<i>Pityriasis rosea</i>
	Akutes Auftreten multipler erythematöser Papeln und Plaques mit Colerette-Schuppung an Stamm und proximalen Extremitäten, häufig Beginn mit „Primärmedaillon“
	Meist Aussparung des Gesichts und der Intertrigines
	<i>Tinea corporis</i>
	Scharf begrenzte rundovale Erytheme oder Plaques mit randbetonter Schuppung oder pustulösem Randsaum und zentralem Auslöschphänomen
	Erregernachweis kulturell
	<i>Pityriasis lichenoides chronica</i>
	Chronisch rezidivierender Verlauf mit Auftreten disseminierter erythematöser Papeln mit zentraler Deckelschuppe an Stamm und Extremitäten
	Aussparung des Kopfes
	<i>Psoriasis inversa</i>
Erytheme mit abstreifbaren weißen Belägen, im Randbereich papulopustulöse Satelliten	
Erregernachweis mikroskopisch, kulturell	
<i>Irritative Windeldermatitis</i>	
Scharf begrenzte Rötungen und erythematöse Papeln mit Erosionen oder Mazeration an Gesäß, Genitale, Unterbauch und Oberschenkeln	
Aussparung der Hautfalten	
<i>Erythrodermatische Psoriasis</i>	<i>Kutane T-Zell-Lymphome</i>
	Erythrodermie und Schuppung mit Lymphadenopathie
	Diagnosesicherung histologisch, immunhistologisch
	<i>Morbus Leiner</i>
	Maximalvariante des seborrhoischen Säuglingsekzems mit Erythrodermie und fettig-lamellöser Schuppung
	Diarrhö, Infektneigung und Gedeihstörungen
	<i>Kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie</i>
	Erythrodermie mit heller feiner Schuppung („Kollodiumbaby“)
Gestörte Temperaturregulation mit Neigung zu Hyperthermie	
<i>Psoriasis palmoplantaris</i>	<i>Tinea manuum et pedum</i>
	Palmoplantare Erytheme, Schuppen mit teilweise Bläschen oder Rhagaden
	Erregernachweis kulturell

Diagnose

Zur weiterführenden Diagnostik wurde eine Probebiopsie (4-mm-Stanze) in Lokalanästhesie entnommen (■ Abb. 2).

Therapie und Verlauf

Unser Patient hat eine kurzfristige Lokalthherapie mit einem Glukokortikoid der Klasse III erhalten, welches im Anschluss durch ein topisches Vitamin-D-Derivat

ersetzt wurde. Vier Wochen nach Einleitung der Therapie war der störende Juckreiz bereits abgeklungen, und die Hautveränderungen sind flacher geworden. Im Rahmen der Langzeitbetreuung

Tab. 1 (Fortsetzung)	
Psoriasisform	Differenzialdiagnosen mit Unterscheidungsmerkmalen
Psoriasis capitis	Seborrhoisches Säuglingsekzem
	Gelblich-fettige Schuppung an der Kopfhaut (frontoparietal) mit mildem Juckreiz, wobei die Stirn-/Nackenhaargrenze nicht überschritten wird
	Häufig Beginn im Gesicht mit erythematösen schuppenden Plaques
	Tinea capitis (Mikrosporie)
	Meist juckende Alopezieherde mit feinlamellärer Schuppung und Erythem
	Erregernachweis mikroskopisch, kulturell
	Pityriasis (Tinea) amiantacea
	Festhaftende asbestartige Schuppung an Haaren und Kopfhaut
	Atopisches Kopfhautsekzem
Erytheme, Papulovesikel und Krusten („Milchschorf“) in der Regel ab dem 3. Lebensmonat	

Spezifische topische Therapien		
„wird empfohlen“	„kann empfohlen werden“	„kann erwogen werden“ ¹
Glukokortikoide - Klasse II (in empfindlichen Arealen) - Klasse III Vitamin-D-Derivate - Calcipotriol ab 6 Jahren - Tacalcitol ab 12 Jahren Dithranol (stationär) ab 1 Jahr	Calcineurininhibitoren* (in empfindlichen Arealen) - Pimecrolimus ab 2 Jahren - Tacrolimus ab 2 Jahren	Tazaroten Dithranol (ambulant) ab 1 Jahr
Systemische Therapien		
„wird empfohlen“	„kann empfohlen werden“ ²	„kann erwogen werden“ ³
Acitretin* bei Mädchen und Jungen vor der Pubertät und bei männlichen Jugendlichen bei pustulösen Formen Methotrexat* Adalimumab ab 4 Jahren Bei nicht ausreichendem Therapieerfolg, Unverträglichkeit, Kontraindikation von Adalimumab oder MTX: Etanercept ab 6 Jahren Ustekinumab ab 12 Jahren	Ciclosporin als Induktionstherapie Fumarsäureester	Apremilast Brodalumab Certolizumab pegol Guselkumab Infliximab Ixekizumab ab 6 Jahren Secukinumab ab 6 Jahren
begleitende Basistherapie		
Wirkstoff- und duftstofffreie Externa +/-Zusatz von Urea, Glycerin, Polidocanol 3-10%		
ggf. Keratolytika		
Harnstoff, Milchsäure, Silikonöl-Mischungen, Fettalkohole bzw. -gemische, Salicylsäure (ab 3 Jahren)		
ggf. begleitende psychosoziale Therapie		
UV-B-Schmalspektrum		
In Einzelfällen bei Adoleszenten		

Abb. 3 ◀ Therapieoptionen der Psoriasis vulgaris im Kindes- und Jugendalter. ¹Bei nicht ausreichendem Therapieerfolg, Unverträglichkeit, Kontraindikation gegenüber anderen topischen Therapieoptionen. ²Bei nicht ausreichendem Therapieerfolg, Unverträglichkeit, Kontraindikation von Adalimumab oder MTX. ³Bei nicht ausreichendem Therapieerfolg, Unverträglichkeit, Kontraindikation anderer systemischer Therapieoptionen. *Asterisk* Fehlende Zulassung für die Indikation Psoriasis. (Mod. nach Eisert et al. [5])

werden an unserer Klinik Kontrollen in 3-monatigen Abständen durchgeführt.

Diskussion

Die Psoriasis vulgaris tritt sowohl im Kindes- als auch Erwachsenenalter in etwa

70% der Fälle als Plaquesoriasis auf [11]. Die Schuppung und Infiltration der Herde können jedoch bei Kindern milder als bei Erwachsenen ausgeprägt sein [3].

Etwa 30% der Kinder mit Psoriasis vulgaris präsentieren sich initial mit einer Psoriasis guttata. Diese akute Verlaufsform

tritt häufig in Assoziation mit einer Infektion durch β -hämolyisierende Streptokokken oder Viren auf. In diesem Zusammenhang zählen die Angina tonsillaris als auch die streptogene perianale Dermatitis zu den häufigsten Auslösern [11].

Seltene Varianten beinhalten unter anderem die Psoriasis inversa, Windelpsoriasis, Psoriasis pustulosa, Psoriasis palmo-plantaris und die Erythrodermie [7].

Eine Besonderheit bei pädiatrischen Patienten mit Psoriasis vulgaris stellt die bevorzugte Beteiligung bestimmter Hautareale wie etwa Gesicht, Capillitium, Intertriginen und Windelbereich dar. Im Gegensatz zur irritativen Windel dermatitis sind bei der Windelpsoriasis auch die Inguinalfalten mit betroffen. Eine Beteiligung von Nägeln oder Gelenken wird bei jeweils bis zu 40% der Betroffenen beobachtet [12].

In der Regel wird die Diagnose einer Psoriasis vulgaris anhand des typischen klinischen Erscheinungsbildes gestellt. Dennoch können seltene Psoriasisvarianten und das Auftreten psoriatischer Hautveränderungen an atypischen anatomischen Lokalisationen eine diagnostische Herausforderung darstellen. Bei nicht eindeutigen klinischen Befund ist eine Probebiopsie zur histologischen Diagnosesicherung notwendig.

Die Differenzialdiagnosen umfassen unter anderem das seborrhoische und atopische Ekzem, die Pityriasis rosea, Epidermomykosen oder den Morbus Leiner (■ Tab. 1).

Die Grundlage jeder Psoriasisbehandlung bildet die topische Therapie mit begleitender Basistherapie, welche in den meisten Fällen zum Erfolg führen. Eine zumindest 1-mal tägliche Anwendung wirkstofffreier Externa wird zum Schutz der Hautbarriere empfohlen. Je nach Ausmaß der Schuppung kann eine initiale Keratolyse angezeigt sein, um eine bessere Penetration der nachfolgend applizierten topischen Wirkstoffe gewährleisten zu können.

Topische Glukokortikoide der Klasse II und III werden als Wirkstoffe der ersten Wahl in der Initial- und Erhaltungstherapie der Psoriasis eingesetzt. Im Gesichts- und Genitalbereich sowie intertriginös sollten jedoch weniger potente Glukokortikoide für maximal 2 Wochen appliziert werden und im Anschluss durch topische Calcineurininhibitoren ersetzt werden [4]. Eine zunächst tägliche Applikation topischer Glukokortikoide mit langsamer Dosisreduktion und nachfolgender proaktiver Anwendung hat sich als zielführend erwiesen [1]. Kombinationsbehandlungen (Glukokorti-

koide plus Vitamin-D-Derivate) kommen als Erstlinientherapie zum Einsatz [1, 10].

Bei schweren Verläufen ist eine Systemtherapie aufgrund unzureichender Wirksamkeit lokaltherapeutischer Maßnahmen notwendig – hier kommen diverse Immunsuppressiva, Biologika und orale Retinoide zum Einsatz.

Als langjährig eingesetztes Medikament bei Erwachsenen als auch pädiatrischen PatientInnen wird Methotrexat (MTX) als Erstlinientherapie der mittelschweren und schweren Plaquepsoriasis empfohlen [1]. Zusätzlich weist MTX ein günstiges Wirkungsprofil bei der Psoriasisarthritis, schweren Verläufen einer Psoriasis guttata sowie pustulösen und erythrodermatischen Verläufen auf [8]. Bei ausschließlich pustulösen Psoriasisformen wird eine Behandlung mit Acitretin, einem aromatischen Retinoid der zweiten Generation, empfohlen [8].

Zur Therapie der Psoriasis im Kindes- und Adoleszentenalter sind die Biologika Adalimumab (ab dem 4. Lebensjahr) sowie Etanercept, Ustekinumab, Ixekizumab und Secukinumab (jeweils ab dem 6. Lebensjahr) zugelassen [6, 9]. Für weitere Biologika werden derzeit Phase-III-Studien zur Therapie der pädiatrischen Psoriasis durchgeführt [9].

Regelmäßiges Screening auf mögliche kardiovaskuläre, metabolische als auch psychiatrische Komorbiditäten sowie eine frühzeitige Intervention und begleitende psychosoziale Unterstützung runden den Therapieplan ab [6]. Eine Übersicht der Therapieoptionen im Kindes- und Jugendalter ist in ■ Abb. 3 angeführt.

Fazit für die Praxis

- Die Plaquepsoriasis bildet die häufigste Erscheinungsform der Psoriasis vulgaris im Kindes- und Jugendalter.
- Die Diagnose wird in der Regel klinisch gestellt. Seltene Psoriasisvarianten und das Auftreten psoriatischer Hautveränderungen an atypischen anatomischen Lokalisationen erfordern eine Probebiopsie.
- In den meisten Fällen sind lokaltherapeutische Maßnahmen für einen Therapieerfolg ausreichend.

Korrespondenzadresse



PD Dr. med. univ. Barbara Binder

Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 8, 8036 Graz, Österreich
barbara.binder@medunigraz.at

Funding. Open access funding provided by Medical University of Graz.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. V. Gruber, W. Weger, L. Cerroni und B. Binder geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patienten zu identifizieren sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern eine schriftliche Einwilligung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. AWMFonline (2018) S2k-Leitlinie Therapie der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/013-094l_S2k_Therapie-Psoriasis-Kinder-Jugendliche_2019-07.pdf. Zugegriffen: 21. Sept. 2021
2. Blume-Peytavi U et al (2018) Atlas der pädiatrischen Dermatologie, S 392–394
3. Bronckers IM, Paller AS, van Geel MJ, van de Kerkhof PC, Seyger MM (2015) Psoriasis in children and adolescents: diagnosis, management and comorbidities. *Paediatr Drugs* 17(5):373–384
4. Brune A, Miller DW, Lin P, Cotrim-Russi D, Paller AS (2007) Tacrolimus ointment is effective for psoriasis on the face and intertriginous areas in pediatric patients. *Pediatr Dermatol* 24(1):76–80
5. Eisert L et al (2019) S2k-Leitlinie zur Therapie der Psoriasis bei Kinder und Jugendlichen, S 864
6. Mahé E (2020) Optimal management of plaque psoriasis in adolescents: current perspectives. *Psoriasis (Auckl)* 10:45–56
7. Morris A, Rogers M, Fischer G, Williams K (2001) Childhood psoriasis: a clinical review of 1262 cases. *Pediatr Dermatol* 18(3):188–198
8. Napolitano M, Megna M, Balato A, Ayala F, Lembo S, Villani A et al (2016) Systemic treatment of pediatric psoriasis: a review. *Dermatol Ther (Heidelb)* 6(2):125–142
9. Nogueira M, Paller AS, Torres T (2021) Targeted therapy for pediatric psoriasis. *Paediatr Drugs* 23(3):203–212. <https://doi.org/10.1007/s40272-021-00443-5>
10. Oquendo M, Abramovits W, Morrell P (2012) Topical vitamin D analogs available to treat psoriasis. *SKINmed* 10(6):356–360
11. Relvas M, Torres T (2017) Pediatric psoriasis. *Am J Clin Dermatol* 18(6):797–811
12. Tollefson MM (2014) Diagnosis and management of psoriasis in children. *Pediatr Clin North Am* 61(2):261–277

Uncommon presentation of psoriasis vulgaris in an 11-year-old patient

Psoriasis vulgaris occurs with a prevalence of up to 2% in childhood and adolescence. In most cases, diagnosis can be made clinically. We report about a pediatric patient with psoriasis vulgaris who posed a diagnostic challenge due to uncharacteristic manifestation. The most important differential diagnoses of various forms of psoriasis vulgaris as well as actual treatment recommendations in childhood and adolescence are discussed.

Keywords

Pediatrics · Psoriasis vulgaris · Clinical variants · Differential diagnosis · Treatment options

Hier steht eine Anzeige.

