

stufenweise. Stufe 1: topische Anwendung (AphtoFix, Sucralfat), Stufe 2: topische Anwendung mit Triamcinolonacetonid, Stufe 3: systemische Anwendung (Colchicin), Stufe 4: systemische Akutinterventionen (Prednisolon, Dapson, Apremilast).

Oraler Lichen Planus (OLP) und orale lichenoidale Läsionen (OLL) sind oft medikamenteninduziert. Es wird zwischen dem asymptomatischen hyperkeratinisierten Typ und dem symptomatischen erosiven Typ unterschieden. Bei Symptomatik erfolgt eine Therapie mit topischen Anwendungen (Clobetasol, Dexamethason, Tacrolimus) oder systemischen Behandlungen (Kortikosteroide, Hydroxychloroquin).

Bullöse (blasenbildende) Erkrankungen der Mundschleimhaut, wie Pemphigus vulgaris und Schleimhautpemphigoid (SHP), sind extrem selten (1/1.000.000). Eine korrekte Diagnostik und Einteilung der Risikograde sind entscheidend für die Therapie, die je nach Schweregrad topisch oder systemisch mit Kortikosteroiden erfolgt³.

Redaktionelle Erstellung: Dr.ⁱⁿ Christine Rous

Korrespondenz: editors@skinonline.at

squamous cell carcinoma. Aphthous ulcers are treated in stages: Stage 1: topical application (AphtoFix, sucralfate); stage 2: topical application with triamcinolone acetonide; stage 3: systemic application (colchicine); and stage 4: systemic acute interventions (prednisolone, dapsone, apremilast).

Oral lichen planus (OLP) and oral lichenoid lesions (OLL) are often drug-induced. A distinction is made between the asymptomatic hyperkeratinized type and the symptomatic erosive type. If symptomatic, therapy is carried out with topical applications (clobetasol, dexamethasone, tacrolimus) or systemic treatments (corticosteroids, hydroxychloroquine).

Bullous (blistering) diseases of the oral mucosa, such as pemphigus vulgaris and mucous membrane pemphigoid (SHP), are extremely rare (1/1,000,000). The correct diagnosis and classification of the degree of risk are crucial for therapy, which is carried out topically or systemically with corticosteroids, depending on the severity of the condition³.

Editorial work: Dr.ⁱⁿ Christine Rous

Correspondence: editors@skinonline.at

Literatur

1. Mollen I, Lindenmüller ICH, Lambrecht JT. Häufige Mundschleimhauterkrankungen, Frequent Lesions of Oral Tissue. Praxis Schweizer Rundschau für Medizin. 2017;106(1):21-27.
2. AWMF online. S3-Leitlinie Diagnose und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms. AWMF-Registernummer: 007/100OL. Version 3.0 – März 2021. https://register.awmf.org/assets/guidelines/007-100OLL_S3-Diagnostik-Therapie-Mundhoehlenkarzinom_2021-03.pdf

3. AWMF online. S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Schleimhautpemphigoids. AWMF Register-Nr.: 013-102, 2022. https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-102L_S2k_Diagnostik-Therapie-Schleimhautpemphigoid_2022-08.pdf

Neue Entwicklungen bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen

Zusammenfassung des Vortrags von Constanze Jonak, Universitätsklinik für Dermatologie, AKH Wien, Wien, Österreich.

Jahrestagung der ÖADF in Wien, ERSTE Campus Wien, 9.-11. Mai 2024

Im April 2024 fand die diesjährige Fortbildungsveranstaltung der Arbeitsgruppe für Biologika und Immuntherapie bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen der ÖGDV in Wien statt. Im Folgenden werden einige der präsentierten Vorträge zusammengefasst.

New developments in chronic inflammatory skin diseases

Summary of the presentation by Constanze Jonak, Department of Dermatology, Vienna General Hospital, Vienna, Austria.

Annual meeting of the ÖADF in Vienna, ERSTE Campus Vienna, May 9-11, 2024

This year's training event of the ÖGDV working group for biologics and immunotherapy in chronic inflammatory skin diseases took place in Vienna in April 2024. Some of the presentations are summarized below.

Der systemische Lupus erythematosus (SLE) ist eine chronische Autoimmunerkrankung, die durch Entzündungen und immunvermittelte Schädigungen mehrerer Organsysteme gekennzeichnet ist, einschließlich der Schleimhäute, des Muskel-Skelett-Systems, des hämatologischen Systems und der Nieren. Im Jahr 2023 wurden die EULAR-Therapieempfehlungen für SLE aktualisiert, sie sehen und sehen Hydroxychloroquin (HCQ) in der Erstlinientherapie mit einer Zieldosis von 5 mg/kg Körpergewicht pro Tag vor. Glukokortikoide (GC) sollten lediglich als „Bridging Agent“ während Phasen der Krankheitsaktivität eingesetzt und im Verlauf auf eine Zieldosis von 5 mg reduziert oder wenn möglich abgesetzt werden. Zur Kontrolle der Erkrankung und zum Ausschleichen der GC-Behandlung werden Immunsuppressiva wie Methotrexat (MTX), Azathioprin (AZA) sowie Mycophenolat (MMF) und/oder Biologika (Anifrolumab, Belimumab) empfohlen. MTX, AZA und MMF sind gleichwertige Optionen in der Zweitlinientherapie bei leichter Erkrankung oder der Erstlinientherapie bei mittelschwerer Erkrankung. Bei schwerem extrarenalem SLE ohne schwere Organbeteiligung, aber mit ausgedehnten Haut- und Gelenkbeteiligungen, werden Biologika wie Belimumab und Anifrolumab als Erstlinientherapie empfohlen. Die Verwendung von Anifrolumab als Zusatztherapie bei schwerer Erkrankung bezieht sich hauptsächlich auf schwere Hauterkrankungen. Cyclophosphamid und Rituximab sollten bei organbedrohender oder refraktärer Erkrankung in Betracht gezogen werden¹.

Der medikamentös induzierte Lupus erythematosus (DILE) ist eine Autoimmunerkrankung, die durch bestimmte Medikamente ausgelöst werden kann und sich nach Absetzen des auslösenden Präparates in der Regel zurückbildet. Obwohl DILE ähnliche klinische und serologische Merkmale wie der systemische Lupus erythematosus (SLE) aufweist, unterscheidet sie sich hinsichtlich Ursache, Therapie und Langzeitprognose. DILE tritt typischerweise im Zusammenhang mit kontinuierlicher Einnahme bestimmter Medikamente über Monate oder Jahre auf. Über 100 Wirkstoffe sind als mögliche Auslöser bekannt, darunter Procainamid, Hydralazin, Interferon und TNF-Blocker. Durch den zunehmenden Einsatz von Biologika in den letzten Jahren wurde ein gradueller Anstieg der DILE-Inzidenz beobachtet, die etwa 10% der SLE-Fälle ausmacht.

Bei der Morphea, einer sklerodermiformen Erkrankung, handelt es sich um eine entzündliche Bindegewebserkrankung der Haut, die zu Sklerose und Fibrose der betroffenen Regionen führt. Frauen sind häufiger als Männer betroffen, die Ursachen und Trigger sind unbekannt, und es gibt oft familiäre Häufungen mit Autoimmunerkrankungen. Auch für Morphea wurden rezente neue Behandlungsleitlinien publiziert². Bei limitierter Erkrankung wird eine Lokalthherapie mit Glukokortikoiden empfohlen, gefolgt von Phototherapie. Bei ausgedehntem Hautbefall oder muskuloskelettaler Beteiligung werden MTX oder Glukokortikoide eingesetzt, und bei refraktären Fällen MMF oder in dritter Linie Abatacept oder JAK-Inhibitoren. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen Morphea und systemischer Sklerose, da letztere eine Systemerkrankung ist und eine jedenfalls systemische Therapie erfordert.

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease characterized by inflammation and immune-mediated damage to multiple organ systems, including the mucous membranes, musculoskeletal system, hematological system, and kidneys. In 2023, the EULAR treatment recommendations for SLE were updated to include hydroxychloroquine (HCQ) in first-line therapy with a target dose of 5 mg/kg body weight per day. Glucocorticoids (GC) should only be used as a “bridging agent” during phases of disease activity and reduced to a target dose of 5 mg during the course of the disease or discontinued if possible. Immunosuppressants such as methotrexate (MTX), azathioprine (AZA), and mycophenolate (MMF), and/or biologics (anifrolumab, belimumab) are recommended to control the disease and to phase out GC treatment. MTX, AZA, and MMF are equivalent options in second-line therapy for mild disease cases or first-line therapy for moderate disease cases. In severe extrarenal SLE without severe organ involvement but with extensive skin and joint involvement, biologics such as belimumab and anifrolumab are recommended as first-line therapy. The use of anifrolumab as an add-on therapy in severe disease cases is mainly related to severe skin disease. Cyclophosphamide and rituximab should be considered in organ-threatening or refractory disease cases¹.

Drug-induced lupus erythematosus (DILE) is an autoimmune disease that can be triggered by certain drugs and usually resolves after discontinuation of the triggering drug. Although DILE has similar clinical and serological features to systemic lupus erythematosus (SLE), it differs in terms of the cause, treatment, and long-term prognosis. DILE typically occurs in association with the continuous use of certain medications over months or years. Over 100 active substances are known to be possible triggers, including procainamide, hydralazine, interferon, and TNF blockers. With the increasing use of biologics in recent years, a gradual increase in the incidence of DILE has been observed, accounting for about 10% of SLE cases.

Morphea, a sclerodermiform disease, is an inflammatory skin disease affecting the connective tissue that leads to sclerosis and fibrosis of the affected regions. Women are affected more frequently than men, the causes and triggers are unknown, and there is often a familial clustering with autoimmune diseases. New treatment guidelines have also recently been published for morphea². When the disease is limited, local therapy with glucocorticoids is recommended, followed by phototherapy. In cases of extensive skin involvement or musculoskeletal involvement, MTX or glucocorticoids are used, and in refractory cases MMF or, as third-line treatment options, abatacept or JAK inhibitors. It is important to differentiate between morphea and systemic sclerosis, as the latter is a systemic disease and requires systemic therapy in any case. In selected refractory cases of systemic sclerosis, autol-

In ausgewählten refraktären Fällen der systemischen Sklerose kann auch eine autologe Stammzelltransplantation zum Einsatz kommen, wofür ausreichend Evidenz vorliegt.

Neue Therapien wie die CAR-T-Zell-Therapie könnten in Zukunft die Stammzelltransplantation ablösen. Dabei werden periphere T-Zellen mittels Apherese isoliert und durch virusbasierte Transfektion mit einem chimären Antigenrezeptorgen ausgestattet. Diese genetisch manipulierten Zellen exprimieren das Antigen auf ihrer Membran, werden vermehrt und in den Patienten reinfundiert, wo sie Antigene erkennen und abtöten. Bisher wurden nur CD19-zielgerichtete CAR-T-Zellen bei autoimmunen rheumatischen Erkrankungen eingesetzt. Die erste Anwendung einer CAR-T-Zell-Therapie bei einem Patienten mit schwerer SLE im Jahr 2021 erzielte eine vollständige Remission, die bei fünf weiteren Patienten bestätigt wurde³. Es wird erwartet, dass die CAR-Zell-Therapie in Zukunft auch allogene Transplantationen ermöglicht.

Redaktionelle Erstellung: Dr.ⁱⁿ Florence Boulmé

Korrespondenz: editors@skinonline.at

ogous stem cell transplantation can also be used, for which there is sufficient evidence.

New therapies such as CAR T-cell therapy could replace stem cell transplantation in the future. Here, peripheral T cells are isolated by apheresis and equipped with a chimeric antigen receptor gene by virus-based transfection. These genetically manipulated cells express the antigen on their membrane, are multiplied and reinfused into the patient, where they recognize and kill antigens. So far, only CD19-targeted CAR-T cells have been used in autoimmune rheumatic diseases. The first application of CAR T-cell therapy in a patient with severe SLE in 2021 achieved complete remission, which was confirmed in five other patients³. CAR cell therapy is also expected to enable allogeneic transplants in the future.

Editorial work: Dr. Florence Boulmé

Correspondence: editors@skinonline.at

Literatur

1. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, Aringer M, Arnaud L, Bae SC, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis.* 2024;83(1):15-29.
2. Knobler R, Geroldinger-Simic M, Kreuter A, Hunzelmann N, Moizadeh P, Rongioletti F, et al. Consensus statement on the diagnosis and treatment of sclerosing diseases of

the skin, Part 1: Localized scleroderma, systemic sclerosis and overlap syndromes. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2024;38(7):1251–80.

3. Mackensen A, Müller F, Mougiakakos D, Böltz S, Wilhelm A, Aigner M, et al. Anti-CD19 CAR T cell therapy for refractory systemic lupus erythematosus *Nat Med.* 2022;28(10):2124–32.

Neues zum Stellenwert der KI in der Bewertung von Pigmentläsionen

Zusammenfassung des Vortrags von Harald Kittler, Medizinische Universität Wien

Jahrestagung der ÖADF in Wien, ERSTE Campus Wien, 9.-11. Mai 2024

Künstliche Intelligenz (KI) hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung in der Hautkrebs-Diagnostik gewonnen. Mehrere Studien haben gezeigt, dass moderne maschinelle Klassifizierungsverfahren die Diagnosegenauigkeit von menschlichen Experten bei der Unterscheidung zwischen bösartigen (Melanom, Basalzellkarzinom, Plattenepithelkarzinom) und gutartigen (Nävus, Keratosen, Dermatofibrome, Angiome) pigmentierten Hautläsionen übertreffen können^{1,2}.

News on the importance of AI in the assessment of pigmentary lesions

Summary of the presentation by Harald Kittler, Medical University of Vienna

Annual Conference of the ÖADF in Vienna, ERSTE Campus Vienna, May 9-11, 2024

Artificial intelligence (AI) has become increasingly important in skin cancer diagnostics in recent years. Several studies have shown that modern machine classification methods provide results that can surpass the diagnostic accuracy of human experts in differentiating between malignant (e.g., melanoma, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma) and benign (e.g., nevus, keratoses, dermatofibromas, angiomas) pigmented skin lesions^{1,2}.