

Maya Ahmadipour

Psoriasiformer SCLE: Von der topischen Therapie zur gezielten Interferonblockade

Abteilung für Dermatologie, Universitätsklinik
St. Pölten-Lilienfeld

Kasuistik

Eine 50-jährige Patientin stellte sich im Juni 2023 mit stark juckenden, exzematösen Plaques an beiden Unterschenkeln vor. Eine Lokalthherapie mit topischen Steroiden blieb erfolglos und im Verlauf entwickelte sich ein polymorphes Hautbild mit:

- konfluierenden, randbetonten Plaques an den Unterschenkeln
- disseminiert kleinpapulöses Exanthem am Stamm
- hyperkeratotisches Erythem an Fußsohlen und Zehen
- Nageldystrophie aller Zehennägel
- streifenförmige Veränderung am Nacken im Sinne eines Koebner-Phänomens

Abbildung 1 | Figure 1



Bildrechte: UK St. Pölten
Photo copyright: UC St. Pölten

Abbildung 1: Klinisches Bild vor Interferon-Blockade
Figure 1: Clinical presentation before interferon blockade

Maya Ahmadipour

Psoriasiform SCLE: From topical therapy to specific interferon blockade

Department of Dermatology, University Hospital
St. Poelten-Lilienfeld

Case report

A 50-year-old woman presented with severely pruritic, eczematous plaques on both lower legs. Initial local therapy with topical corticosteroids showed no benefit and a progressive skin pattern evolved: confluent, annular plaques on the legs, disseminated small papular eruption on the trunk, hyperkeratosis on the palms and soles, onychodystrophy, and Koebner phenomenon on the neck.

Diagnostic work-up

Histology showed parakeratosis, acanthosis and a dermal infiltrate composed of lymphocytes and neutrophilic

Diagnosefindung

Histologie: Parakeratose, Akanthose, dermales Infiltrat aus Lymphozyten und neutrophilen Granulozyten

Direkte Immunfluoreszenz: Ablagerungen von C3 und IgA

Labordiagnostik:

- ANA 1:2560
- Anti-Ro | Anti-La positiv
- dsDNA, Komplement C3/C4: unauffällig
- milde Albuminurie im 24h-Harn

Diagnose: psoriasiformer subakut kutaner Lupus erythematosus (SCLE)

Therapie und Verlauf

Initialtherapie:

- Hydroxychloroquin (gewichtsbasiert)
- Prednisolon 25 mg/d

Kein therapeutisches Ansprechen nach 12 Wochen.

Erweitert durch:

- Belimumab 10 mg/kg alle 2 Wochen
- → kein ausreichendes Ansprechen

granulocytes; DIF confirmed IgA and C3 deposits. Serology revealed high ANA titers and Ro/La antibodies; renal work-up showed low-grade albuminuria.

Final diagnosis: psoriasiform subacute cutaneous lupus erythematosus (SCLE)

Treatment and outcome

Hydroxychloroquine and corticosteroids were initiated, followed by addition of Belimumab 10mg/kg every 2 weeks (unsuccessful), and finally Anifrolumab 300mg every 4 weeks, which led to marked clinical improvement and tapering of steroids.

Result:

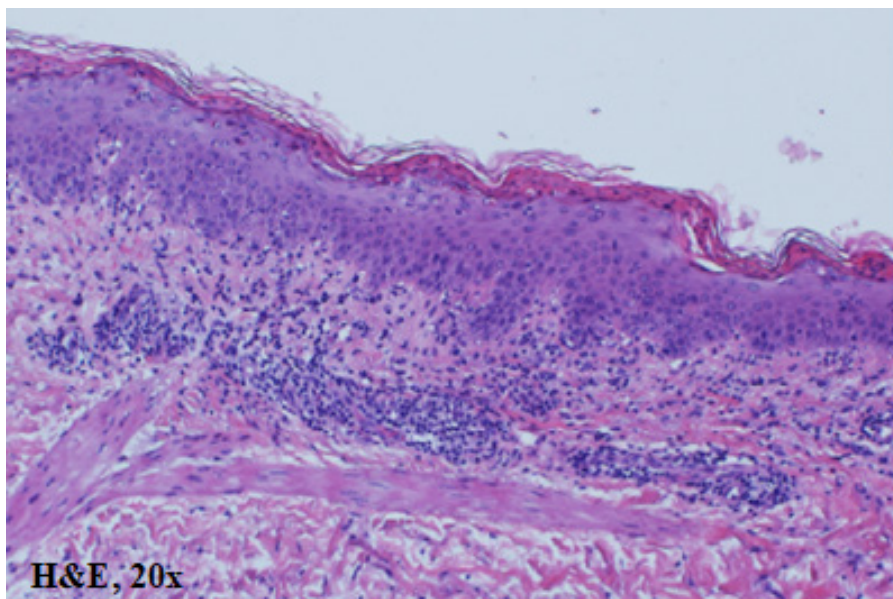
By treatment cycle 3 of Anifrolumab, significant improvement was observed. Glucocorticoids were discontinued by cycle 8 and at cycle 16, disease activity remained under good control with minor UV-triggered flares.

Clinical relevance

Psoriasiform SCLE is a rare and challenging variant of cutaneous lupus erythematosus.

Typical features include erythematous scaly lesions, marked photosensitivity, Ro/ANA positivity, and potential involvement of internal organs in up to 50% of cases.

Abbildung 2 | Figure 2

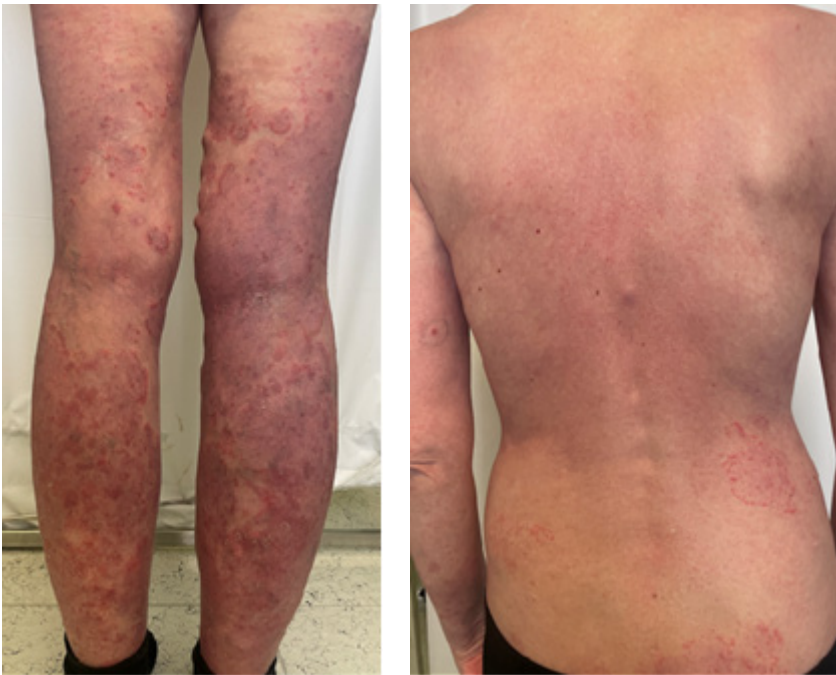


Bildrechte: UK St. Pölten
Photo copyright: UC St. Pölten

Abbildung 2: Biopsie vom rechten Unterschenkel vor Therapie

Figure 2: Biopsy right lower leg before therapy

Abbildung 3 | Figure 3



Bildrechte: UK St. Pölten
Photo copyright: UC St. Pölten

Abbildung 3: Klinisches Bild nach 3 Zyklen Interferon-Blockade
Figure 3: Clinical presentation after 3 cycles of interferon blockade

Weiteres Therapiemanagement:

- Umstellung auf Anifrolumab 300 mg alle 4 Wochen
- Begleitend Hydroxychloroquin
- Prednisolon ausschleichend bis zum Absetzen ab dem 8. Zyklus

Ergebnis:

- Ab dem 3. Zyklus Anifrolumab: deutliche klinische Verbesserung
- Ab 8. Zyklus: Prednisolon abgesetzt
- Ab 16. Zyklus: stabile Remission unter Anifrolumab, nur milde Schübe bei UV-Exposition

Klinische Relevanz

Der psoriasiforme SCLE stellt eine seltene Präsentationsform des kutanen LE dar – diagnostisch und therapeutisch herausfordernd.

Typische Merkmale:

- Erythematöse, schuppige Papeln/Plaques
- Photosensitivität
- Anti-Ro- und ANA-Positivität
- Beteiligung innerer Organe bis zu 50 %

Anifrolumab is a monoclonal antibody targeting IFN- α -R1, blocking the type I interferon pathway and is approved since 2022 for moderate to severe SLE. Its efficacy in cutaneous LE is being supported with emerging evidence—currently under investigation in international Phase III trials (with contributions from Austrian centers).

Take-home messages:

- Timely therapeutic escalation can significantly improve quality of life.
- Psoriasiform SCLE should be considered in refractory, erythematous, scaly exanthemas with photosensitivity.
- ANA and anti-Ro antibodies are key diagnostic markers.
- Anifrolumab offers promising outcomes in cutaneous LE.

Editorial production: With the help of AI (see legal notice, impressum)

We would like to thank Dr. Ahmadipour for reviewing this article.

Correspondence: editors@skinonline.at

Anifrolumab – ein neues Kapitel bei SCLÉ Therapie

- monoklonaler Antikörper gegen Interferon-α-Rezeptor (IFNAR1)
- hemmt den Typ-I-Interferon-Signalweg
- seit 2022 zugelassen für moderaten bis schweren SLE
- vielversprechende Daten bei kutaner Aktivität (CDLE/SCLÉ)
- laufende internationale Phase-III-Studien (mit österreichischer Beteiligung)

Take-home messages:

- Psoriasiformer SCLÉ ist eine seltene, aber wichtige Differenzialdiagnose bei therapierefraktären, erythematös schuppenden Exanthenen mit Photosensitivität.

- ANA und Anti-Ro-Antikörper sind diagnostisch wegweisend.
- Anifrolumab zeigt vielversprechende Ergebnisse bei kutaner Aktivität.
- Eine frühe Therapie-Eskalation kann die Lebensqualität signifikant verbessern.

Redaktionelle Erstellung: Unter Zuhilfenahme von KI (siehe Impressum)

Wir danken Frau Dr. Ahmadipour für die Durchsicht des Beitrages

Korrespondenz: editors@skinonline.at

<https://doi.org/10.61783/oegdv10720>

Marina Wanner, Barbara Böckle

Dermatitis herpetiformis: Die Haut als Spiegel einer okkulten Zöliakie

Universitätsklinik für Dermatologie, Venerologie, Allergologie, Medizinische Universität Innsbruck

Die Dermatitis herpetiformis (DH) ist eine seltene, aber pathognomonisch mit der Zöliakie assoziierte chronisch-entzündliche Hauterkrankung. Typischerweise präsentiert sie sich mit stark juckenden Papeln, Vesikeln oder Krusten – bevorzugt an Streckseiten wie Ellbogen, Knien, Rücken oder Gesäß. Die klinische Herausforderung besteht darin, dass Blasen häufig aufgekratzt sind und somit das charakteristische Erscheinungsbild fehlen kann.

Kasuistik: Subtiles Hautbild, klarer serologischer Weg

Eine Mitte 30-jährige Patientin stellte sich mit erythematösen Plaques und ausgeprägtem Juckreiz am Rücken und an den Ellbogen vor. Die Vorerkrankungen umfassten Adipositas, Prädiabetes und eine behandelte Depression. Histologisch fanden sich subepidermale Blasen mit neutrophilen Infiltraten in den Papillenspitzen. Die direkte Immunfluoreszenz (DIF) zeigte die typischen granularen IgA-Ablagerungen – diagnostisch wegweisend.

Zöliakie: Diagnostik jenseits der Serologie

Trotz unauffälliger Anti-Transglutaminase- und Endomysium-IgA-Antikörper ergab die Duodenalbiopsie eine Marsh-3A-Histologie mit Zottenatrophie (keine Abbildung). Dies unter-

Marina Wanner, Barbara Böckle

Dermatitis herpetiformis: When the skin unveils silent celiac disease

Department of Dermatology, Venereology and Allergology, Medical University Innsbruck

Dermatitis herpetiformis (DH) is a rare but pathognomonic presents with intensely pruritic papules or vesicles on extensor surfaces, yet diagnostic clues may be obliterated due to scratching, masking the typical morphology.

Case report: Subtle skin, solid serology

A mid 30-year-old woman presented with erythematous plaques and severe pruritus on her back and elbows. Histology revealed subepidermal blisters and neutrophilic infiltrates, while DIF showed granular IgA deposits in the dermal papillae—diagnostically decisive.

Celiac disease: Diagnostics beyond serology

Although serologic markers (tTG-IgA, EMA) were negative, duodenal biopsy revealed Marsh 3A histology with villous atrophy (not shown)—highlighting DIF as the diagnostic gold standard in DH.

Therapy: Gluten-free diet and dapsone.

A strict gluten-free diet led to full remission of cutaneous symptoms. For flares, dapsone remains the mainstay