




Pyoderma gangraenosum: erfolgreiche Behandlung mit topischem Tacrolimus

Martin K. Kägi, Roger Simon

Fallbeschreibung

Bei einer 65jährigen Patientin mit einem Insulinpflichtigen Diabetes Typ II bestand seit ca. 3 Wochen am linken Unterschenkel links dorsal ein schmierig belegtes Ulkus mit ca. 2 cm Durchmesser und bläulich-lividem Randsaum (Abb. 1 ). Die histologische Untersuchung einer Probebiopsie aus dem Ulkusrand zeigte spongiforme Pusteln und subepidermale Abhebungen (Abb. 3–5 ), beide sind charakteristisch für ein Pyoderma gangraenosum, ohne Hinweise auf eine bakterielle Infektion. Eine Vorbehandlung mit Fucidin®-Crème war ohne Erfolg. Unter der Therapie mit Tacrolimus-Salbe (Protopic®) 0,1% unter Folien-Okklusion zeigte sich bereits nach 5 Tagen eine deutliche Besserung; das Ulkus war nach 2 Monaten vollständig abgeheilt (Abb. 2 ).

Das Pyoderma gangraenosum ist eine idiopathisch-auftretende, sehr schmerzhaft, lokal-destruierende Gewebsentzündung [1]. Als Auslöser werden Minimaltraumen angegeben, ein Phänomen, das man als Pathergie bezeichnet. Die genaue Pathogenese ist jedoch unbekannt. Vornehmlich zeigen sich nicht heilende, zentrifugal ausbreitende Ulzerationen mit erythematösem oder lividem, unterminiertem Randsaum und mit Eiter, Blut und Granulationsgewebe gefülltem Zentrum. Die Läsionen treten häufig in prätibialer Lokalisation auf, können aber auch Kopf, Nacken, Abdomen oder das Genitale betreffen. Aufgrund des Pathergie-Phänomens konfluieren die Ulzerationen leicht und können im schwersten Fall ganze Extremitäten befallen. Die nicht seltene Erkrankung betrifft Patienten mit internistischen Vorerkrankungen, wie entzündlichen Darmerkrankungen, Arthritiden, myeloproliferativen Erkrankungen und chroni-

schen Hepatitiden. Wesentlich seltener trifft man auf Formen ohne jegliche internistische Krankheitsassoziation. Die Diagnose wird rein klinisch gestellt; es existieren keine spezifischen serologischen oder histologischen Marker für das Pyoderma gangraenosum. Die Lokalbehandlung ist insgesamt schwierig und sollte daher so früh wie möglich erfolgen.

Dabei gibt es kein einheitliches Therapieschema. Die Therapie richtet sich nach der Ausdehnung, Schwere und Dauer der Läsionen. Sie sollte in jedem Fall aber auch eine Abklärung und Therapie möglicher internistischer Begleiterkrankungen berücksichtigen. Die initiale Behandlung erfolgt üblicherweise mit Kortikoiden lokal oder systemisch, abhängig von der Ausdehnung des Befundes. Zusätzlich werden aseptische Wundverbände appliziert, um eine bakterielle Superinfektion zu vermeiden. Injektionen, ebenso wie chirurgisches Wunddebridement sind sehr schmerzhaft und werden daher nicht gut toleriert. Da sie in einer weiteren Ausbreitung der Ulzerationen (Pathergie!) resultieren können, sollten sie unbedingt vermieden werden.

Eine neuartige, im deutschsprachigen Raum seit ca. 1 Jahr verfügbare topische Therapieoption stellt die Tacrolimus-Salbe dar [2]. Für Tacrolimus (Protopic®) konnte in Studien ein hervorragendes Ansprechen beim Pyoderma gangraenosum gezeigt werden [2–4]. Tacrolimus hemmt dabei – wie auch das systemisch verwendete Cyclosporin A – die Phosphatase Calcineurin, was eine T-Zellaktivierung verhindert. Hierdurch wird ebenfalls die Freisetzung von pro-entzündlichen Mediatoren aus T-Zellen und Mastzellen inhibiert. Im Gegensatz zu Kortikosteroiden hat Tacrolimus aber weder einen Einfluss auf die Hautdicke (Hautatrophie bei lokalen Steroiden!) noch auf die Kollagensynthese, z.B. während der

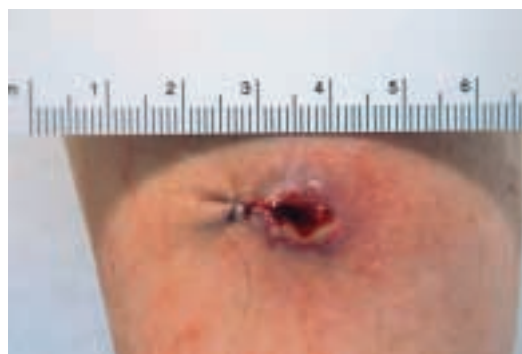


Abb. 1



Abb. 2

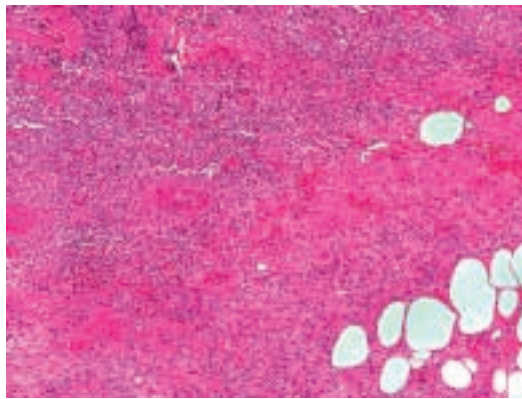


Abb. 3

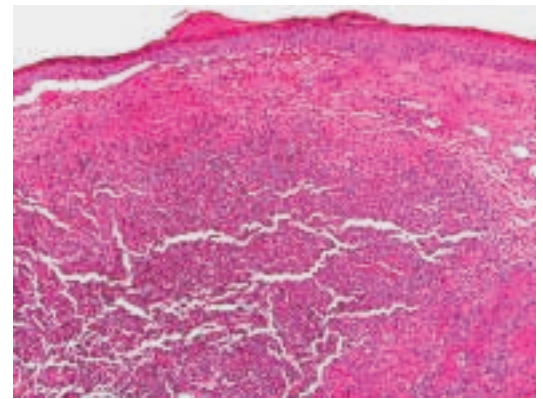


Abb. 4

Wundheilung. Haupteinsatzgebiet ist bisher vor allem die atopische Dermatitis [3].

Wir geben in unserem Fall der topischen Therapie mit 0,1% Tacrolimus-Salbe (Protopic®) gegenüber einer systemischen Cyclosporin-A-Behandlung aufgrund einer höheren lokalen Wirksamkeit, besseren Gewebepenetration und deutlich geringeren Nebenwirkungsrate klar den Vorrang [3, 4].

Bei schlecht heilenden Ulzerationen und entsprechenden internistischen Begleiterkrankungen sollte immer die Differentialdiagnose eines Pyoderma gangraenosum erwogen werden. Eine lokale Immunsuppression mit topisch appliziertem Tacrolimus stellt nach Diagnosesicherung bei milden, monolokulären Verlaufsformen des Pyoderma gangraenosum eine wirkungsvolle und nebenwirkungsarme neue Therapiealternative dar.

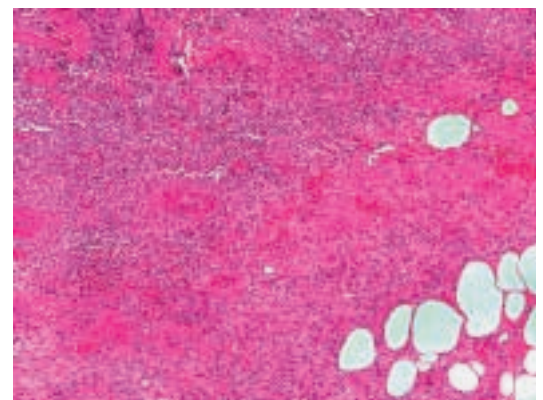


Abb. 5

Korrespondenz:

Dr. med. Martin K. Kägi
Dermatologie, Venerologie,
Allergologie und klinische
Immunologie FMH
Schaffhauserstrasse 355
CH-8050 Zürich

Literatur

- 1 Blitz NM, Rudikoff D. Pyoderma gangrenosum. *Mt Sinai J Med* 2001;68:287-97.
- 2 Wenzel J, Gerdson R, Phillipp-Dormston W, Bieber T, Uerlich M. Topical treatment of pyoderma gangraenosum. *Dermatology* 2002;205:221-3.

3 Gupta AK, Adamiak A, Chow M. Tacrolimus: a review of its use for the management of dermatoses. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002;16:100-14.

4 Reich K, Vente C, Neumann C. Topical tacrolimus for pyoderma gangrenosum. *Br J Dermatol* 1998;139:755-7.