

Eine weitere infektionsbedingte Komplikation ist das Green Nail Syndrom, verursacht durch *Pseudomonas aeruginosa* der Nagelplatte. Die Therapie besteht darin, Risikofaktoren zu meiden, die Nägel zu kürzen und antiseptische Bäder sowie gegebenenfalls topische Antibiotika anzuwenden.

Allergische Reaktionen in Zusammenhang mit Nagelkosmetik treten typischerweise 2–4 Monate nach Erstkontakt auf, manchmal jedoch auch erst nach einem Jahr. Sie manifestieren sich vielfältig, und können von Pulpitis, Paronychie und Onycholyse bis hin zu ekzematösen Veränderungen und pseudo-psoriatischen Nägeln reichen. In 10% der Fälle treten keine lokalisierten Veränderungen des Nagelorgans auf, sondern ekzematöse oder irritative Veränderungen in Gesicht, Augenlidern, Lippen oder Hals. Häufige Allergene in der Nagelkosmetik sind Acrylate in Gel- und Acrylnägeln, TSFR (Toluolsulfonamid-Formaldehydharz) in Nagellack sowie Formaldehyd, das als Nagelhärter verwendet wird.

Komplikationen durch Nagelkosmetik sind selten, jedoch ist der richtige Umgang entscheidend: Traumata des Nagelhäutchens und der Nagelplatte sollten vermieden, möglichst eigene Instrumente verwendet und kein Hautkontakt mit unpolymerisierten Stoffen zugelassen werden. Dermatologen können Nagelkosmetik auch gezielt bei Nagelerkrankungen einsetzen, insbesondere zur Überbrückung bis zum Therapieerfolg.

**Redaktionelle Erstellung:** Dr.<sup>in</sup> Florence Boulmé

**Korrespondenz:** editors@skinonline.at

Another infection-related complication is green nail syndrome, caused by *Pseudomonas aeruginosa* on the nail plate. Treatment consists of avoiding risk factors, trimming the nails, and using antiseptic baths, and, if necessary, topical antibiotics.

Allergic reactions associated with nail cosmetics typically occur 2-4 months after the initial contact, but sometimes after a year. These manifest in a variety of ways, ranging from pulpitis, paronychia, and onycholysis to eczematous changes and pseudo-psoriatic nails. In 10% of cases, no localized changes occur in the nail itself, but eczematous or irritative changes can occur in the face, eyelids, lips, or neck. Common allergens in nail cosmetics are the acrylates in gel and acrylic nails, TSFR (toluene sulfonamide formaldehyde resin) in nail polish, and formaldehyde used as a nail hardener.

Complications from nail cosmetics are rare, but proper handling is crucial: Trauma to the cuticle and nail plate should be avoided, proprietary instruments should be used whenever possible, and no skin contact with unpolymerized substances should be allowed. Dermatologists can also use nail cosmetics specifically for nail diseases, especially to bridge the gap until treatment is successful.

**Editorial work:** Dr.<sup>in</sup> Florence Boulmé

**Correspondence:** editors@skinonline.at

<https://doi.org/10.61783/oegdv10330>

## Nagelpsoriasis: Ein Überblick über Diagnose und Therapie

Zusammenfassung des Vortrags von Elisabeth Riedl, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich.

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

Bis zu 90% aller Patienten mit Psoriasis entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Nagelpsoriasis. Diese Erkrankung beeinträchtigt die Lebensqualität erheblich und führt zu funktionellen Einschränkungen sowie massiven sozialen und beruflichen Beeinträchtigungen. Zudem ist Nagelpsoriasis ein starker Prädiktor für Psoriasis-Arthritis.

Die Diagnose einer Nagelpsoriasis erfolgt durch klinische Begutachtung, eine ausführliche (Familien-)Anamnese und Abklärung von Gelenksbeschwerden. Bei vorhandenen Ge-

## Nail psoriasis: An overview of diagnosis and therapy

Summary of the presentation by Elisabeth Riedl, Medical University of Vienna, Vienna, Austria.

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

Up to ninety percent (90%) of all patients with psoriasis develop nail psoriasis over the course of their lives. This disease significantly impairs the quality of life and leads to functional limitations as well as massive social and occupational problems. Nail psoriasis is also a strong predictor for psoriatic arthritis.

The diagnosis of nail psoriasis is based on clinical assessment, a detailed (family) medical history, and clarification of joint complaints. If joint complaints are present,

lenkbeschwerden sollte eine Überweisung an einen Rheumatologen und die Bestimmung von HLA-B27, CRP und Rheumafaktor erfolgen. Weitere Diagnostikmethoden wie die Dermatoskopie helfen, Veränderungen klarer zu erkennen. Differenzialdiagnosen umfassen Onychomykose, Lichen planus und Nagelveränderungen bei Alopecia areata.

Die häufigste Manifestation der Nagelpsoriasis sind Tüpfelnägel, die von der Nagelmatrix ausgehen. Veränderungen des Nagelbetts umfassen Onycholyse, Ölflecken und subunguale Hyperkeratose. Der Nagelpsoriasis-Ausdehnungs- und Schwere-Index (NAPSI) wird verwendet, um die Schwere des Nagelbefalls zu beurteilen, insbesondere in Studien zur Quantifizierung des Therapieansprechens.

Die Behandlung der Nagelpsoriasis variiert je nach Ausmaß des Befalls. Bei isolierter Nagelpsoriasis ohne oder mit mildem Hautbefall und weniger als drei betroffenen Nägeln werden topische Kortikosteroide, gegebenenfalls kombiniert mit Calcipotriol, empfohlen. Alternativ können Tazaroten-Gel, keratolytische Präparate oder Tacrolimus eingesetzt werden. Bei Befall der Nagelmatrix wird die intraläsionale Applikation von Kortikosteroiden empfohlen, kommt jedoch aufgrund der Nebenwirkungen kaum zum Einsatz<sup>1</sup>. Bei mehr als drei betroffenen Nägeln kann eine systemische Therapie erforderlich sein. Biologika, Methotrexat, Cyclosporin, Acitretin, Apremilast und Deucravacitinib haben sich als wirksam erwiesen<sup>2</sup>.

In einer Netzwerkmetaanalyse war Ixekizumab, ein anti-IL17A Präparat, nach 48–52 Wochen am wirksamsten, vergleichbar mit dem TNF-alpha-Inhibitor Adalimumab<sup>3</sup>. In der klinischen Praxis bestätigte sich die stärkste Wirksamkeit der Anti-IL-17-Präparate, wobei eine relevante klinische Verbesserung bereits nach drei Monaten sichtbar wurde<sup>4</sup>.

Nagelpsoriasis ist bei Psoriasis-Arthritis sehr häufig, weshalb sie bei Rheumatologen stark an Aufmerksamkeit gewonnen hat. Eine Expertengruppe der European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) konnte feststellen, dass Psoriasis-Patienten mit schwerer Hautbeteiligung und Nagelpsoriasis ein höheres Risiko haben, kurzfristig Psoriasis-Arthritis zu entwickeln. Es ist daher wichtig, diese Veränderungen zu erkennen, die Patienten herauszufiltern und auf Gelenkbeteiligung abzuklären. Ob die Entwicklung von Psoriasis zu Psoriasis-Arthritis durch geeignete Therapien tatsächlich verhindert werden kann, muss noch durch Studien geklärt werden.

Patienten mit Nagelpsoriasis sollten einige allgemeine Pflegetipps beachten: Nägel kurz halten, Hand- und Fußbäder vor dem Nägelschneiden nehmen, nach dem Duschen die Nägel trocken föhnen und Traumata vermeiden. Es ist wichtig, keine Nagelhaut zurückzuschieben, keine alkoholischen Lösungen zu verwenden, keine spitzen Instrumente unter die Nagelplatte zu schieben und auf Kunstnägel zu verzichten.

**Redaktionelle Erstellung:** Dr.<sup>in</sup> Florence Boulmé

**Korrespondenz:** editors@skinonline.at

the patient should be referred to a rheumatologist, and the presence of HLA-B27, CRP, and rheumatoid factor should be determined. Other diagnostic methods such as dermoscopy can help to identify changes more clearly. Differential diagnoses include onychomycosis, lichen planus, and nail changes in alopecia areata.

Nail pitting, the most common manifestation of nail psoriasis and spotty nails, develops from the nail matrix. Changes of the nail bed include onycholysis, oil spots, and subungual hyperkeratosis. The Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI) is used to assess the severity of nail involvement, particularly in studies carried out to quantify treatment response.

The treatment of nail psoriasis varies depending on the extent of the condition. In cases of isolated nail psoriasis with no or mild skin involvement and fewer than three affected nails, topical corticosteroids, possibly combined with calcipotriol, are recommended. Alternatively, tazarotene gel, keratolytic preparations, or tacrolimus can be used. If the nail matrix is affected, intralesional corticosteroids are recommended, but rarely used in clinical practice due to potential side effects<sup>1</sup>. Systemic therapy may be necessary if more than three nails are affected. Biologics, methotrexate, cyclosporine, acitretin, apremilast, and deucravacitinib have been shown to be effective<sup>2</sup>.

A network meta-analysis showed that Ixekizumab, an anti-IL-17A preparation, was most effective after 48–52 weeks, with effects comparable to those of the TNF-alpha inhibitor adalimumab<sup>3</sup>. In clinical practice, the strongest efficacy of anti-IL-17 preparations has been confirmed, with a relevant clinical improvement already visible after three months<sup>4</sup>.

Nail psoriasis is very common in patients with psoriatic arthritis, which is why it has gained a lot of attention from rheumatologists. A group of experts from the European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) found that psoriasis patients with severe skin involvement and nail psoriasis have a higher risk of developing psoriatic arthritis in the short term. It is, therefore, important to recognize these changes, filter out these patients, and check for joint involvement. Whether the development of psoriasis into psoriatic arthritis can actually be prevented by suitable therapies still needs to be clarified by studies.

Patients with nail psoriasis should follow a few general nail care tips: Keep nails short, take hand and foot baths before cutting the nails, blow dry nails after showering, and avoid any trauma. It is important not to push back the cuticles, use alcohol-based solutions, or push sharp instruments under the nail plate and to avoid the use of artificial nails.

**Editorial work:** Dr. Florence Boulmé

**Correspondence:** editors@skinonline.at

## Literatur

1. Ricardo JW, Qiu Y, Lipner SR. Optimizing intralesional triamcinolone acetonide treatment for isolated nail psoriasis: a pilot, intra-subject randomized controlled trial. *Arch Dermatol Res.* 2024;316(4):113.
2. Rigopoulos D, Baran R, Chiheb S, Daniel CR, 3rd, Di Chiacchio N, Gregoriou S et al. Recommendations for the definition, evaluation, and treatment of nail psoriasis in adult patients with no or mild skin psoriasis: A dermatologist and nail expert group consensus. *J Am Acad Dermatol.* 2019;81(1):228-40.
3. Egeberg A, Kristensen LE, Puig L, Rich P, Smith SD, Garrelts A et al. Network meta-analyses comparing the efficacy of biologic treatments for achieving complete resolution of nail psoriasis at 24-28 and 48-52 weeks. *J Dermatolog Treat.* 2023;34(1):2263108.
4. Riedl E, Pinter A, Zaheri S, Costanzo A, Brnabic A, Konicek B, et al. Baseline characteristics and mNAPSI change from baseline scores through month 12 for patients with moderate-to-severe plaque psoriasis and concomitant nail psoriasis treated with biologics from PSoHO. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2024 May;14(5):1327-35.

<https://doi.org/10.61783/oegdv10331>

## Wie weit ist weit genug? Resektionsabstände in der Dermatochirurgie

Zusammenfassung des Vortrags von Florian Roka, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich.

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

Die Bestimmung der optimalen Resektionsabstände ist ein zentrales Thema in der Dermatochirurgie, und verfolgt das Ziel, Rezidive zu vermeiden sowie gleichzeitig Funktionalität und Ästhetik zu erhalten. Studien ergaben, dass 85% der Patienten eine Rezidivfreiheit finanziellen oder kosmetischen Aspekten überordnen<sup>1</sup>. Dennoch wird dieses Ziel häufig nicht erreicht – laut einer Meta-Analyse zu nicht-melanozytären Hautkrebsen (NMSC) liegt die Rate von unvollständigen Exzisionen bei 10%<sup>2</sup>.

Für die Exzision von Basalzellkarzinomen (Basaliomen) empfiehlt die europäische Leitlinie bei Low-Risk-Basaliomen einen Sicherheitsabstand von 3–4 mm und bei High-Risk-Basaliomen eine mikrographisch kontrollierte Operation (MKC) oder einen Sicherheitsabstand von mehr als 5 mm<sup>3</sup>. Eine MKC wird insbesondere bei seltenen Hauttumoren wie Dermatofibrosarcoma protuberans, Morbus Paget, bei aggressiven Subtypen, bei erwartbar schwierigem Wundverschluss (z.B. im Lidbereich) und an Problemlokalisationen empfohlen<sup>4</sup>. Internationale Leitlinien akzeptieren teilweise mildere Vorgehensweisen. So empfehlen die australischen Leitlinien Sicherheitsabstände von 2 mm für Low-Risk- und 3 mm für High-Risk-Läsionen<sup>5</sup>. In den Leitlinien des National Comprehensive Cancer Network (NCCN) wird bei High-Risk-Basaliomen gar kein spezifischer Sicherheitsabstand empfohlen. Studien zeigen, dass bei Basaliomen, die kleiner als 6 mm sind und mit einem 3-mm-Sicherheitsabstand entfernt werden, in 95% der Fälle eine Tumorfreiheit erreicht wird. Bei 6–10 mm großen Basaliomen ist ein 5-mm-Sicherheitsabstand erforderlich, um den gleichen Grad an Tumorfreiheit zu erlangen<sup>6</sup>. Besonders hoch ist die Rate unvollständiger Exzisionen

## How wide is wide enough? Resection margins in dermatosurgery

Summary of the presentation by Florian Roka, Medical University of Vienna, Vienna, Austria.

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

Determining the optimal resection distance is a central topic in dermatosurgery and is important, as it can avoid recurrences of surgery while ensuring the functional and aesthetic surgical goals are met. Studies have shown that 85% of patients favor avoiding recurrence over financial or cosmetic aspects<sup>1</sup>. However, this is often not possible to achieve; according to a meta-analysis of non-melanocytic skin cancers (NMSC), the rate of incomplete excision is 10%<sup>2</sup>.

For the excision of basal cell carcinomas (BCC), the European guideline recommends a safety margin of 3-4 mm for low-risk BCCs and micrographically controlled surgery (MCS) or a safety margin of more than 5 mm for high-risk basal cell carcinomas<sup>3</sup>. MCS is particularly recommended in cases of rare skin tumors such as dermatofibrosarcoma protuberans, Paget's disease, aggressive subtypes, when wound closure is expected to be difficult (e.g., in the eyelid area), and in other problematic locations<sup>4</sup>. Some international guidelines accept milder procedures. For example, the Australian guidelines recommend safety margins of 2 mm for low-risk lesions and 3 mm for high-risk lesions<sup>5</sup>. In the guidelines of the National Comprehensive Cancer Network (NCCN), no specific safety margin is recommended at all for high-risk BCCs. Studies show that patients with basal cell carcinomas smaller than 6 mm that are removed with a 3-mm safety margin are later tumor-free in 95% of cases. For 6–10 mm BCCs, a 5-mm safety margin is required to achieve the same degree of tumor clearance<sup>6</sup>. The rate of incomplete excision is particularly high for high-risk BCCs;