

Lymphome der Haut...

Die seltene Form bösartiger Neubildung des Immunsystems mit Manifestation am Hautorgan



Abbildung 1: Patient vor der Strahlentherapie.



Abbildung 2 und 3: Patient nach der Strahlentherapie

Ein 68 Jahre alter Mann stellte sich erstmals in der Praxis wegen eines anamnestisch seit mindestens 30 Jahren bestehenden, jetzt am Capillitium mittig 10x 15 cm messenden, scharf begrenzten rot-lividen Erythems vor; das befallene Kopfhautareal war so gut wie nicht behaart.

Unter der Verdachtsdiagnose Lymphom DD Angiosarkom führten wir eine Hautbiopsie mit einer 8 mm großen Stanze durch. Die histopathologische Befundung an der Universitätsklinik Würzburg ergab ein primär kutanes follikuläres B-Zell-Lymphom/Keimzentrumslymphom).

Aufgrund der maximalen Ausdehnung des Tumors am Kopf überwiesen wir den Patienten an die Klinik für Dermatologie der LMU München zum Staging und zur Therapieeinleitung, die interdisziplinär gemeinsam mit der Klinik für Strahlentherapie der LMU München erfolgte.

Zusammengefasst ergab die ergänzende Staging-Diagnostik (CT Thorax/Abdomen sowie cMRT) diesbezüglich keine weiteren pathologischen Befund und speziell keine intrakranielle Raumforderung.

Die 3-D-geplante Brachytherapie der Kopfhaut frontoparietal konnte ambulant bei guter Verträglichkeit ohne strahlentherapieassoziierte Nebenwirkungen durchgeführt werden.

Der Patient unterzieht sich regelmäßiger dermatologischer und radiologischer Nachsorge.

Kutane Lymphome gehören zur Gruppe der extranodalen Non-Hodgkin-Lymphome, sind

selten – in Deutschland/Europa geschätzt etwa eine Neuerkrankung pro 100.000 Einwohner pro Jahr – und weniger aggressiv als Lymphome anderer Organe. Primär kutane Lymphome (PKL) betreffen im Allgemeinen ältere Erwachsene (55 bis 60 Jahre) mit einer 2:1 Prädominanz des männlichen Geschlechts. Man unterscheidet, abhängig vom Zelltyp, die weitaus häufigeren T- von den selteneren B-Zell-Lymphomen sowie die noch selteneren NK-/T-Zell-Lymphome. Die häufigsten kutanen (T-Zell)-Lymphome die Mycosis fungoides (MF) und ihre Varianten (etwa 40 Prozent der PKL) sowie primär kutane CD30-positive lymphoproliferative Erkrankungen (PCALCL-primär kutanes anaplastisches großzelliges Lymphom) und die lymphomatoide Papulose (LyP). Eher selten ist das Sézary-Syndrom als Sonderform cutaner T-Zell-Lymphome mit generalisierter Erythrodermie sowie Tumorzellen sowohl in Blut als auch in Lymphknoten. Weitere seltene T-Zell-Lymphome mit tendenziell gutartigem Verlauf sind das primär kutane akrale CD8-positive Lymphom und die CD4-positive Lymphoproliferation; sehr seltene unspezifizierte periphere T-Zell-Lymphome tendieren zu Ausbreitung in Lymphknoten und innere Organe.

Zu den kutanen B-Zell-Lymphomen mit tendenziell gutartigem klinischem Verlauf zählen das Marginalzonenlymphom (vorzugsweiser Befall von Armen und Rumpf) und das follikuläre Lymphom (kutanes Keimzentrumslymphom/vorzugsweiser Befall von Kopf, Nacken und Rücken). Das klinisch aggressive diffus-großzellige B-Zell-Lymphom der Haut bei älteren Patienten weist rasch wachsende rote Knoten meist an



den Beinen auf und tendiert zu Ausbreitung in Lymphknoten und inneren Organen.

Primäre kutane Lymphome unterscheiden sich erheblich bezüglich ihrer klinischen Manifestation. Die Topographie und Morphologie der Effloreszenzen sind zwar oft typisch für die Entitäten, per se jedoch nicht sehr spezifisch. Es besteht eine unterschiedlich starke Assoziation mit Allgemeinsymptomen.

An dieser Stelle sei auf die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der primären kutanen Lymphome der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie, der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft verwiesen. Das Management kutaner Lymphome erfordert spezialisierte interdisziplinäre Zentren/Tumorboards unter anderem mit Dermatologen, Pathologen, Radiologen und gegebenenfalls internistische Onkologen.

Autoren

Nicola Biltz, Ärztin
Dr. Sebastian Biltz
Facharzt für Haut- und
Geschlechtskrankheiten

Guardinstr. 186, 81375 München