BLICKDIAGNOSE

Periorbitale Ulzeration

Herpes? Lues? Neoplasie?

Eine 31-jährige, ansonsten gesunde Patientin stellte sich bei uns mit einer seit ca. vier Wochen bestehenden Ulzeration im Bereich des linken Auges vor (Abb. 1). Differenzialdiagnostisch wurde an ein Ulcus durum (Lues I), eine Herpesvirusbedingte Ulzeration, eine Tinea profunda, ein Keratoakanthom sowie an ein Artefakt gedacht.

— Eine pragmatische Therapie mit systemischen Antibiotika (Cefuroxim, Clarithromycin) und Virostatika (Aciclovir) zeigte nur wenig Ansprechen (Abbildung 2) und es kam im Verlauf zum Auftreten von erythematösen, papulonodulären Hautläsionen am Integument (Abbildung 3). Es erfolgte nun eine 4-mm-Hautbiopsie. Die Histologie zeigte ein dichtes gemischtzelliges Infiltrat in der oberen Dermis u. a. mit Beimengung von Eosinophilen. Die Lymphozyten waren zum Teil CD30-positiv (Abbildung 4). In Zusammenschau mit dem klinischen Verlauf wurde die Diagnose einer lymphomatoiden Papulose (Typ A) gestellt. Es erfolgte eine lokale Therapie mit Clobethasol-Creme, des Weiteren eine Creme-PUVA (Psoralen-UVA-Lichttherapie), woraufhin sich ein gutes Ansprechen zeigte.

Die lymphomatoide Papulose gehört zur Gruppe der primär kutanen CD30+ lymphoproliferativen Erkrankungen, wobei vier histologische Subtypen unterschieden werden. Am häufigsten findet sich Typ A mit einem gemischtzelligen Infiltrat aus CD30-positiven Lymphozyten, Eosinophilen und Neutrophilen. In Typ B zeigt sich eine Population von kleinen Lymphozyten (CD30-positiv oder CD30-negativ) mit Epidermotropismus, ähnlich der Histologie einer Mycosis fungoides. Typ C besteht aus großen CD30-positiven anaplastischen Zellen und darf nicht mit dem anaplastischen großzelligen T-Zell-Lymphom verwechselt werden. Typ D ist histologisch nur schwer

© Jäger/Plötz/Shamizadeh/Zirbs/Ring/Hein/Ollert/Andres

vom primären kutanen aggressiven epidermotropischen CD8+ zytotoxischen T-Zell Lymphom zu unterscheiden.

Die Prognose der lymphomatoiden Papulose ist sehr gut. Der Verlauf kann über Jahre gehen, jedoch kann es auch innerhalb von Wochen oder Monaten zur spontanen Regression kommen. Dennoch sollte ein Monitoring der Patienten erfolgen, da es in seltenen Fällen zum Übergang in eine Mycosis fungoides, ein Hodgkin-Lymphom oder ein anaplastisches T-Zell-Lymphom kommen kann (4–25%).

Die Patienten profitieren aufgrund des Verlaufes nicht von einer aggressiven Therapie. Mittel der Wahl sind topische Steroide, Lichttherapie (Psoralen-UVA) sowie ggf. Methotrexat.

Keyword: Ulceration, lymphomatoid papulosis

- Dr. med. Teresa Jaeger, Prof. Dr. med. habil. Sabine G. Plötz, Dr. med. Soja Shamizadeh, Dr. med. Michael Zirbs, Prof. Dr. med. Dr. phil. Johannes Ring, Prof. Dr. med. Rüdiger Hein, Prof. Dr. med. Markus Ollert, Priv.-Doz. Dr. med. Christian Andres
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der Technischen Universität München, Biedersteiner Str. 29, D-80802 München

Weitere Infos auf
springermedizin.de

Weitere Fälle unserer Leser finden Sie im Internet unter:

► www.springermedizin.de/blickdiagnose