

Testen Sie Ihr Fachwissen

Test Your Knowledge



Dr. Volker Mielke



Abb. 1 Wie lautet Ihre Diagnose?

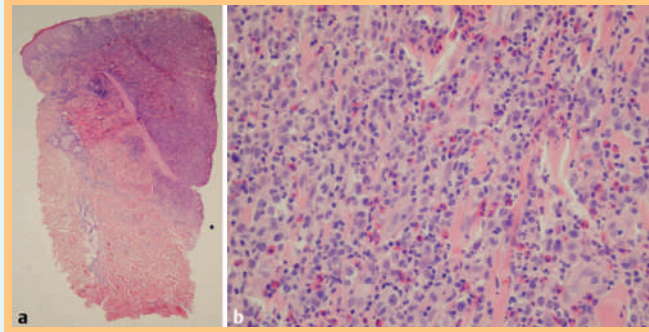


Abb. 2

a HE-Präparat – Übersicht.
b HE-Präparat – 200 × vergrößert.

Anamnese

Bei einer 45 Jahre alten Frau war es in den letzten 4 Wochen ohne Trauma oder einer sonstigen exogenen Irritation zu einer singulären Knotenbildung am Rücken unten links gekommen. Die Läsion verursachte keine Schmerzen und war nicht überwärmt. Anamnestisch gab es keinerlei Hinweise auf eine atopische Diathese. Die Familienanamnese war völlig unauffällig.

Klinischer Befund

Am Rücken unten links bestand ein indurierter Knoten (ca. 12 × 10 × 8 mm groß). Die Oberfläche war etwas glänzend. Es bestanden keinerlei subjektive Beschwerden.

Klinische Differenzialdiagnosen:

1. Abszedierende Entzündungsreaktion (rupturierte Follikelzyste)
2. Dermatofibrom
3. Basaliom (Pinkus-Tumor, etc.)
4. Weichteiltumor (Leiomyom, etc.)
5. Adnextumor (ekkrines Porom, etc.)
6. Pseudolymphom

Histologischer Befund (HE-Präparat)

Es bestand eine fokale Erosion an der Oberfläche mit einer diskreten Schuppenkruste. Die Epidermis im Randbereich war morphologisch unauffällig. Nahezu in der gesamten Dermis stellte sich ein ausgeprägtes, konfluierendes, gemischtzelliges Infiltrat dar. Dieses bestand aus kleinen rundlichen, reaktiven, lymphatischen Zellen, sehr vielen eosinophilen und neutrophilen Granulozyten, Makrophagen und insbesondere im Zentrum des Präparates aus blastären Zellelementen. Diese Blasten zeigten zentral rund bis ovale Zellkerne und ein schwach basophiles relativ breites Zytoplasma. In den Zellkernen konnte man immer wieder prominente Nukleolen detektieren. Dieses bunte Infiltratmuster war nicht nur an der Oberfläche, sondern bis an den unteren Rand des Infiltrates nachweisbar. Auf allen Ebenen des Infiltrates waren mitotische Figuren sichtbar. Infektiöses Material (Pilzelemente, Milbenanteile, Leishmanien, etc.) konnte hier nicht nachgewiesen werden.

Histologische Diagnose: gemischtzelliges lymphoproliferatives Infiltrat unklarer Dignität (weitergehende immunhistochemische und molekulargenetische Analysen sind notwendig).

(Auflösung nächste Seite)

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0029-1214792
Akt Dermatol 2009; 35; 269–270
© Georg Thieme Verlag KG ·
Stuttgart · New York
ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse

Dr. Volker Mielke
Tibarg 7–9
22459 Hamburg
vm@drmm.de

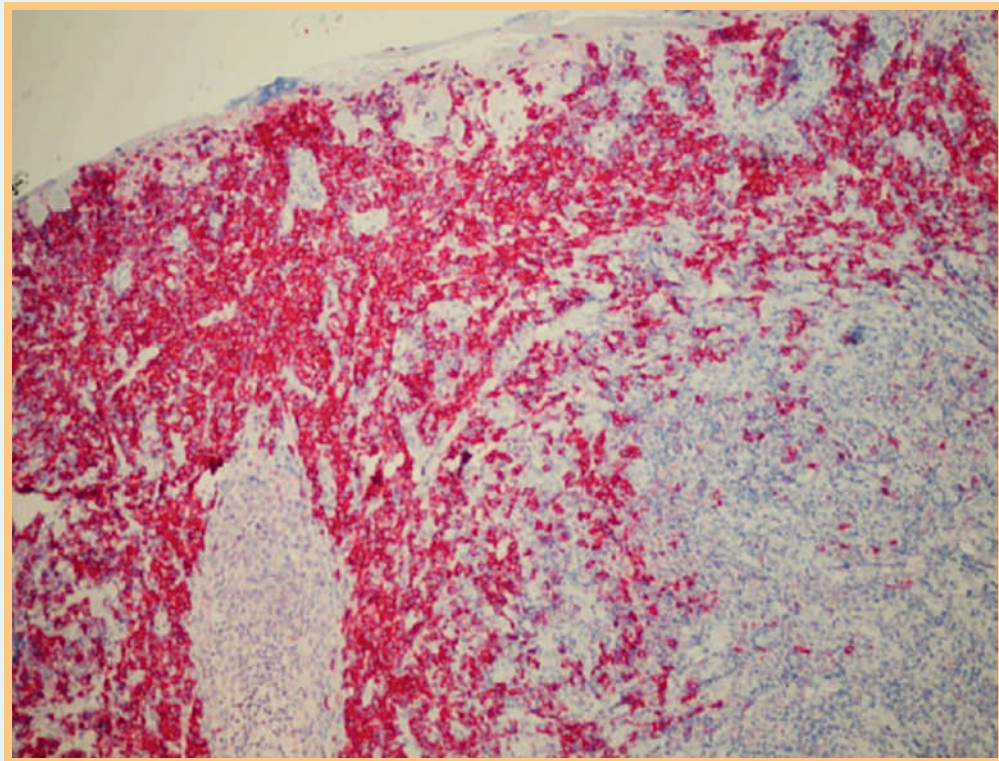


Abb. 3 Färbung mit einem Antikörper gegen CD30.

Auflösung



Abschließende Diagnose: Lymphomatoide Papulose (● Abb. 3)

Kommentar: Bei der immunhistochemischen Analyse des Infiltrates zeigte sich, dass insbesondere im Randbereich zahlreiche CD3-positive T-Lymphozyten darstellbar waren. Hier auch lediglich fokal betont wenige CD20-positive B-Lymphozyten. Die blastären Zellelemente (CD2+, CD4+) zeigten eine Expression für das Aktivierungsantigen CD30. In diesen Blasten zeigte sich auch eine deutlich erhöhte Proliferationsrate (MIB-1). Das ALK-1-Fusionsprotein

wurde nicht exprimiert. In der molekulargenetischen Analyse konnte sowohl in der Va-Reaktion als auch in der Vb-Reaktion für die Gamma-Kette des T-Zellrezeptors ein monoklonales Amplifikat nachgewiesen werden (213 bzw. 116 bp). Für die Schwerkettenimmunglobulingene fand sich jeweils ein polyklonales Rearrangement (Institut für Hämatopathologie Hamburg: Dres. M. Tiemann u. C. Schulte). Abschließend wurde hier die Diagnose einer monoklonären lymphomatoiden Papulose gestellt. Klinische Kontrolluntersuchungen sind hier notwendig, da in ca. 10% der Fälle im Verlauf ein Übergang in ein malignes Lymphom beobachtet werden kann.