

# Ein unerwarteter Verlauf: vom Abszess übers Pyoderma gangraenosum und high-grade Lymphom zum Exitus

Julia Brecht, Marie Makowka, Andreas Keiler, Stefan Nestoris, Helger Stege  
Dermatologische Klinik, Klinikum Lippe-Detmold

## Einleitung:

Non-Hodgkin-Lymphome stellen eine sehr heterogene Gruppe von Neoplasien dar. Aus dermatologischer Sicht ist es für die Einordnung, für den Verlauf bzw. die Therapiewahl entscheidend, die primär kutanen von den primär nodalen Lymphomen sowie die indolenten von den aggressiven Subtypen abzugrenzen. Das diffus großzellige B-Zell-Lymphom (DLBCL) ist das häufigste aggressive Non-Hodgkin-Lymphom. Ursächlich ist eine neoplastische klonale Vermehrung von B-Lymphozyten. Es ist durch ein rasches Tumorwachstum und ein diffuses Infiltrationsmuster gekennzeichnet und führt ohne Therapie rasch zum Tod. Es lässt sich jedoch gut mittels R-CHOP behandeln, wodurch sich eine 5-Jahres-Überlebensrate von bis zu 70 % erzielen lässt.

Klinisch manifestiert sich DLBCL meist mit rasch zunehmenden Lymphknotenschwellungen und B-Symptomen (Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust). Die Diagnose erfolgt u.a. durch histopathologische Untersuchung einer Lymphknotenbiopsie, umfangreiche Laboruntersuchungen, einer Ganzkörper-CT sowie einer KM-Biopsie.

Hautveränderungen sind beim primär nicht kutanen DLBCL selten, können aber in Form von derben, rasch wachsenden rötlich bis violetten Knoten oder Plaques auftreten.



Abb 1 und 2: Befund am re. OS bei Erstvorstellung

## Fallvorstellung:

Wir berichten über einen 74-jährigen Patienten, der sich mit einer therapieresistenten großflächigen Ulzeration am rechten Oberschenkel ventral vorstellte. Die Läsion war erstmals im Oktober 2024 aufgetreten und wurde initial mehrfach unter der Verdachtsdiagnose eines Abszesses von Chirurgen inzidiert und antibiotisch behandelt. Hierunter zeigte sich der Befund jedoch deutlich progredient und zunehmend schmerzhaft.

Bei Vorstellung in unserer Klinik bestand wegen unterminierter livider Wundränder, der unregelmäßigen gestrickt wirkenden und putrid-fibrinös belegten Wundoberfläche sowie der Progredienz nach den operativen Eingriffen der klinische Verdacht auf ein Pyoderma gangraenosum. Ergänzend dazu war eine Colitis ulcerosa seit 2023 bei dem Patienten bekannt, aktuell mit Azathioprin therapiert. Der PARACELUS Score lag bei 12 Punkten, was ein Pyoderma gangraenosum wahrscheinlich machte. Entsprechend wurde eine Prednisolon-Therapie eingeleitet und eine weitergehende Diagnostik durchgeführt. Unter der Therapie zeigte sich jedoch keine klinische Besserung. Dazu passend ergab die histopathologische Untersuchung nicht das eigentlich erwartete Pyoderma gangraenosum, sondern ein CD20-positives, high-grade B-Zell-Lymphom. Das Staging mittels PET-CT zeigte darüber hinaus multiple weitere Lymphome, unter anderem im Bereich der Niere, der Lunge sowie mesenterial und peritoneal. Vorbefunde (PET-CT) von Juli 2024 zeigten ebenfalls schon einen pulmonalen Rundherd und auch eine Läsion am Bauch, die damalige Histologie war unspezifisch. Rückblickend erscheinen diese Läsionen als mögliche erste kutane Läsionen des Lymphoms. Die Befunde zeigten im Verlauf von ca. 6 Monaten einen raschen Progress, so dass wir ein systemisches Lymphom mit sekundärer Hautbeteiligung diagnostizierten. Es erfolgte die Verlegung des Patienten in die Hämatonkologie zur Durchführung einer R-CHOP-Therapie. Leider kam es jedoch bereits nach dem 1. Zyklus zu einer Sepsis, an der der Patient verstarb.

## Diagnostik:

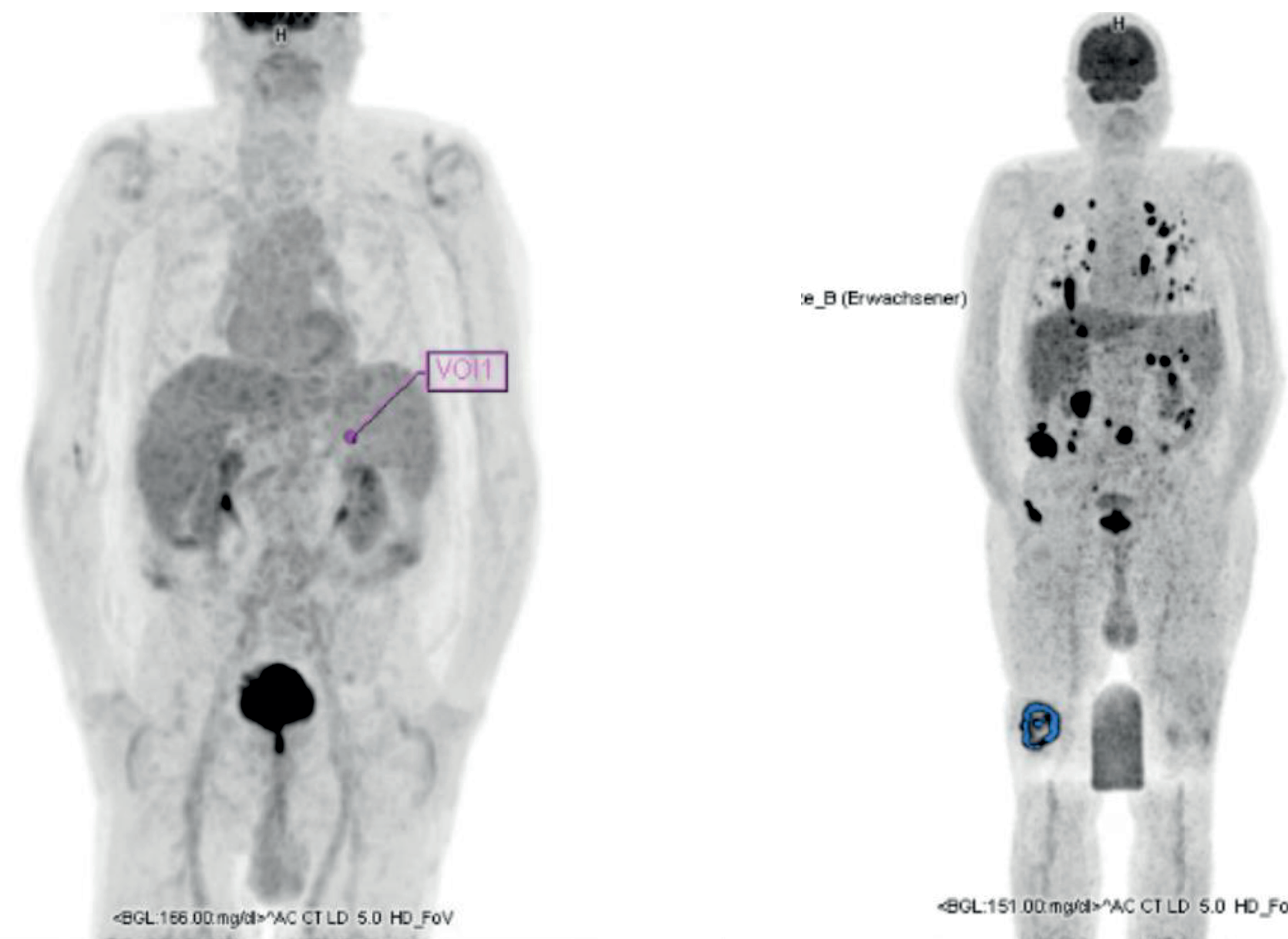


Abb 3: PET-CT von 07/2024 und von 12/2024

## Histologie:

Histologisch zeigte sich ein diffuses dermales bis subkutanes Infiltrat aus großen atypischen B-Zellen vom Zentroblasten- oder Immunoblastentyp, im Sinne eines high-grade B-Zell-Lymphoms.

Die Immunhistologie zeigte blastoide Infiltrate mit positiver Reaktion für CD 20 und auch eine gesteigerte proliferative Aktivität in der Ki67 Reaktion mit diffusem Proliferationsmuster Ki67 Index >60% zeigten.

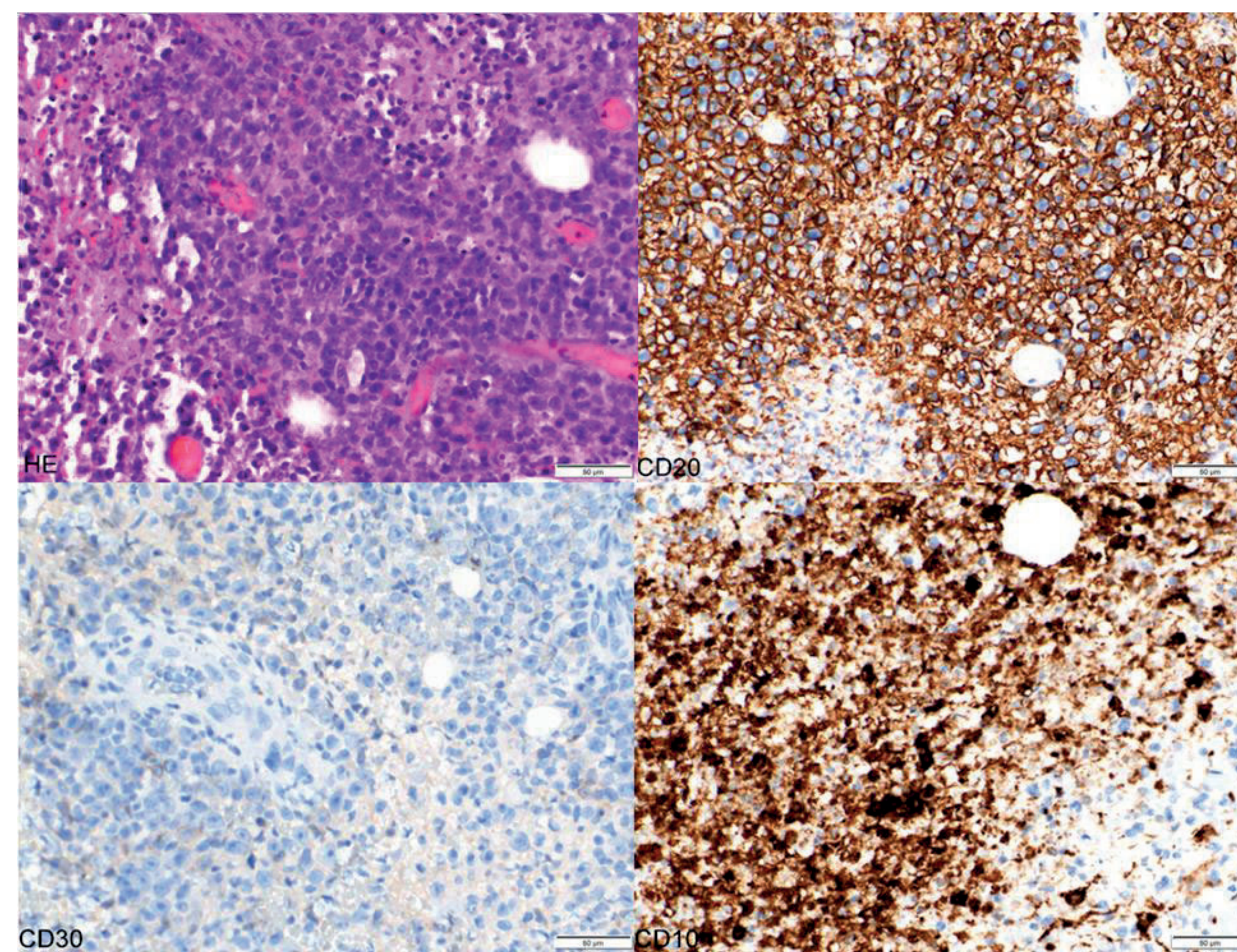


Abb 4: CD 20 positiv und CD 30 negativ

## Diskussion:

Dieser Fall illustriert zum einen die diagnostischen Herausforderungen bei systemischen, sekundär kutan manifestierten Lymphomen: Die atypische Präsentation, insbesondere in Form einer chronischen, vermeintlich eiternden, nicht heilenden Ulzeration, kann leicht zu Fehldiagnosen und somit zu einer erheblichen Verzögerung der korrekten Diagnose und Therapie führen. Daher ist die histologische Sicherung bei persistierenden, progredienten oder atypischen Hautbefunden essenziell und sollte bei initial unauffälligen oder unspezifischen Befunden auch mehrfach wiederholt werden.

Darüber hinaus zeigt der Fall die große Bedeutung sämtlicher auch teilweise unklarer Vorbefunde für die richtige diagnostische Einordnung. Beim Verdacht auf ein Non-Hodgkin Lymphom sollte, falls eine abschließende Einordnung im Frühstadium noch nicht möglich ist, eine engmaschige Verlaufskontrolle erfolgen. Die prinzipiell gute Prognose von den aggressiven Lymphomen hängt entscheidend von dem rechtzeitigen Therapiebeginn ab.

Dieser Fall macht aber auch die Limitationen klinischer Scores deutlich, die unter Umständen zu einer Vernachlässigung wichtiger Differenzialdiagnosen führen können.

## Literatur:

- 1- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Diagnostik, Therapie und Nachsorge für erwachsene Patient\*innen mit einem diffusen großzelligen B-Zell-Lymphom und verwandten Entitäten, Kurzversion 1.0, 2022, AWMF-Registernummer: 018/038OL <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/dlbcl/>
- 2- Berhan A, Almaraw A, Damtie S et al. „Diffuse large B cell lymphoma (DLBCL): epidemiology, pathophysiology, risk stratification, advancement in diagnostic approaches and prospects: narrative review.“ *Discover Oncology*. 2025