KLINIKUM DO

Hautklinik

Kutane Pseudolymphome nach Hirudotherapie im LWS-Bereich – ein seltener Fallbericht

Johanna M. Schweer,[1] Linda M. Kühn,[1] Christine A. Rummenigge,[1] Markus Werner,[1] Anke Lücke,[2] Laura Susok,[1] Maximilian Niemczyk[1]

[1] Klinik für Dermatologie, Klinikum Dortmund gGmbH, Universität Witten/Herdecke, Dortmund; [2] Institut für Pathologie, Klinikum Dortmund gGmbH, Universität Witten/Herdecke, Dortmund

HINTERGRUND

Kutane Pseudolymphome (C-PSL) sind benigne, reaktive lymphoproliferative Prozesse aus T- und/oder B-Zellen, die klinisch und/oder histopathologisch ein kutanes Lymphom imitieren können. Ursächlich wird eine überschießende Immunantwort auf einen persistierenden Antigenreiz angenommen, z. B. durch Infektionen, Medikamente, Tätowierungen, Impfungen oder Arthropodenstiche. Häufig bleibt der Auslöser jedoch unklar.

Die Hirudotherapie mit dem medizinischen Blutegel (*Hirudo medicinalis*) wird vor allem in der Naturheilkunde und Schmerztherapie eingesetzt. Der Blutegelspeichel enthält über 20 bioaktive Substanzen, darunter das Antikoagulans Hirudin. Als seltene Nebenwirkung können an den Bissstellen kutane Pseudolymphome entstehen – eine gezielte Anamnese vorausgegangener lokaler Expositionen ist daher für die diagnostische Einordnung entscheidend.

FALLBERICHT

Eine 40-jährige Patientin stellte sich im März 2025 mit seit Monaten persistierenden Hautveränderungen an der Lendenwirbelsäule vor. Bei schwerem Bandscheibenprolaps war nach periradikulärer Therapie im September 2024 eine Hirudotherapie erfolgt. Nach der Behandlung entwickelten sich an den ehemaligen Bissstellen juckende Schwellungen mit Spannungsgefühl, die ohne zwischenzeitliche Abheilung persistierten. Topische Glukokortikoide hatten keine anhaltende Besserung erzielt. Klinisch bestanden fünf leicht indurierte, einzelnstehende, diskret hyperkeratotische, bräunliche Papeln bis Plaques (Ø ca. 1 cm) (Abb. 1a).

Probebiopsien zeigten ein teils keilförmiges lymphozytäres Infiltrat mit eingestreuten Eosinophilen. Die Lymphozyten waren CD3-, CD4-, CD8- und CD20-positiv, CD56- und CD30-negativ; Ki-67 lag bei ca. 10 % (Abb. 2). Das polyklonale Infiltrat passte zu einem kutanen Pseudolymphom vom gemischten T-/B-Zell-Typ. Zusammen mit Lokalisation und Anamnese diagnostizierten wir kutane Pseudolymphome nach Hirudotherapie. Therapeutisch erfolgte zunächst Mometasonfuroat-Creme 1× täglich unter Okklusion (14 Tage), bei Persistenz erfolgten anschließend intraläsionale Injektionen mit Triamcinolon (10 mg/ml; 2 Sitzungen im Abstand von 4 Wochen). Darunter bildeten sich Läsionen und Juckreiz binnen 4 Wochen deutlich zurück (Abb. 1b), sodass die Patientin keine weitere Therapie wünschte. Die weitere Kontrolle erfolgte anschließend über den niedergelassenen Dermatologen.

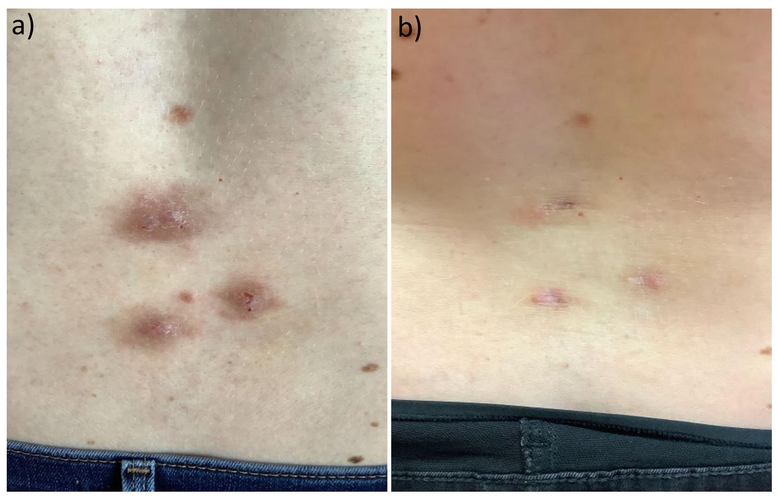


Abbildung 1:
a) Bräunlich-livide Papeln bis Plaques an ehemaligen Blutegel-Bissstellen (LWS) bei Erstvorstellung; b) Befund 4 Wochen nach Beginn der intraläsionalen Therapie.

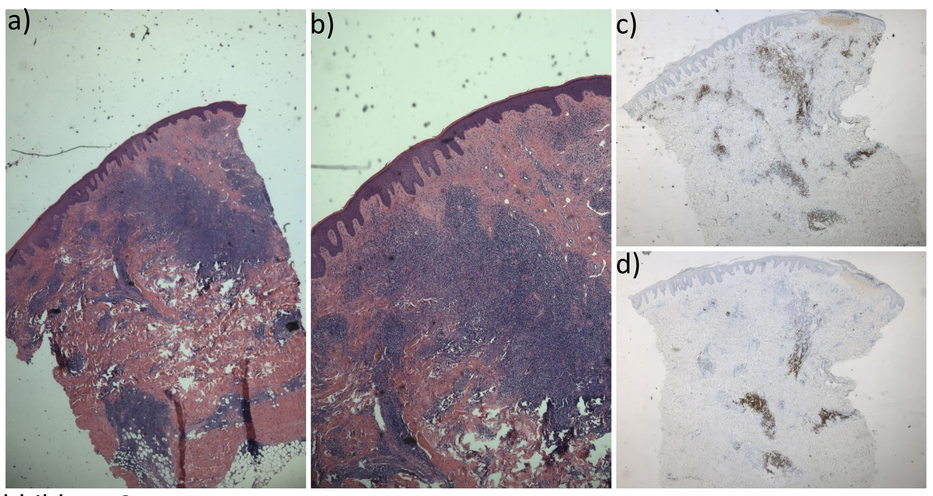


Abbildung 2:
a, b) Dichtes, teils keilförmiges lymphozytäres Infiltrat der Dermis (HE; Übersicht 20-fach, Detail 40-fach); c, d) immunhistochemische Färbungen gegen CD3 bzw. CD20 (20-fach).

DISKUSSION

Kutane Pseudolymphome – Auslöser und Häufigkeit

Beschriebene Auslöser sind v. a. Arthropodenstiche (inkl. Skabies), Borrelien, Tätowierungen (v. a. rote Pigmente), Impfungen, Medikamente (Antikonvulsiva, Antihypertensiva), Kontaktallergene, Akupunktur und Virusinfektionen. Valide Inzidenzdaten fehlen. B-Zell-Pseudolymphome überwiegen, Frauen sind häufiger betroffen. Nach Hirudotherapie waren bis 2022 weltweit lediglich zehn Fälle mit T-, B-Zell-dominanten oder – wie in unserem Fall – gemischten Infiltraten publiziert. Eine Progression in ein kutanes Lymphom ist nur in Einzelfällen beschrieben. Daten zu Häufigkeit und Latenz fehlen.

Abgrenzung zum kutanen Lymphom

Klinisch sprechen eine lokalisierte Ausprägung, ein erkennbarer Auslöser und die Rückbildung nach Elimination (meist binnen Wochen bis Monaten) für ein Pseudolymphom, persistierende oder progrediente Läsionen sowie eine Lymphadenopathie für ein Lymphom. Histologisch ist das Pseudolymphom meist „top-heavy“, polymorph mit Eosinophilen und Plasmazellen und ohne Zellatypien, bei Lymphomen dagegen häufig „bottom-heavy“, monomorph und mit Zellatypien. Da auch reaktive Infiltrate klonal sein können, ist eine Zusammenschau von Klinik, Histologie, Immunhistochemie und Molekularbiologie nötig. In unserem Fall sprachen das polymorphe Infiltrat, die gemischte T-/B-Zell-Population und die niedrige Proliferationsrate (Ki-67 ca. 10 %) für einen reaktiven Prozess.

Hirudotherapie – Anwendung und Evidenz

In Deutschland werden jährlich über 300.000 Blutegel eingesetzt (ca. 50.000 Behandlungen), schätzungsweise 90 % durch Heilpraktiker. Hauptindikationen sind Arthrosen, Epicondylitis, venöse Erkrankungen und chronische Rücken- und Nackenschmerzen – wie bei unserer Patientin mit Lumbalgie bei Bandscheibenprolaps.

Die Evidenz stammt überwiegend aus kleinen Studien. Bei Gonarthrose führte eine einmalige Blutegelbehandlung in einem RCT (n = 51) an Tag 7 zu einer stärkeren Schmerzreduktion als topisches Diclofenac. Eine Metaanalyse (4 Studien, n = 237) bestätigte eine kurzfristige Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung. Bei chronischen Rückenschmerzen zeigte ein RCT (n = 44) nach 28 Tagen eine signifikante Schmerzreduktion gegenüber Bewegungstherapie. In der plastischen Chirurgie sind Blutegel seit 2004 von der FDA bei venöser Stauung von Lappenplastiken und Implantaten zugelassen.

Bekannte Nebenwirkungen sind Nachblutungen, Wundinfektionen, allergische Reaktionen und Narben. Pseudolymphome sind dagegen eine Rarität und werden daher leicht übersehen.

SCHLUSSFOLGERUNG

Kutane Pseudolymphome sind eine seltene, aber klinisch relevante Komplikation der Hirudotherapie, die sich erst Wochen bis Monate nach der Behandlung manifestieren und über lange Zeit persistieren kann. Persistierende, therapieresistente Papeln oder Plaques an ehemaligen Blutegel-Bissstellen sollten daher nicht vorschnell als prolongierte Lokalreaktion gewertet, sondern histopathologisch und immunhistochemisch – ggf. ergänzt um eine Klonalitätsanalyse zum Ausschluss eines kutanen Lymphoms – abgeklärt werden.

Die gezielte Anamnese einer vorausgegangenen Hirudotherapie liefert dabei den entscheidenden diagnostischen Hinweis. Therapeutisch stehen topische und intraläsionale Glukokortikoide im Vordergrund. Da eine Progression in ein kutanes Lymphom zwar sehr selten, aber beschrieben ist, sind regelmäßige Verlaufskontrollen empfehlenswert. Angesichts der verbreiteten Anwendung der Hirudotherapie – überwiegend außerhalb der ärztlichen Versorgung – sollte diese Nebenwirkung bekannt sein und Teil der Patientenaufklärung werden.

QUELLEN

Hanner S, Stroh H, Enk A, Hoffmann J. Kutanes Pseudolymphom nach Hirudotherapie: Fallbericht und Übersicht. Hautarzt. 2022;73(2):152-155.

Hohmann CD, Stange R, Steckhan N, et al. The effectiveness of leech therapy in chronic low back pain. Dtsch Arztebl Int. 2018;115(47):785-792.

Lauche R, Cramer H, Langhorst J, Dobos G. A systematic review and meta-analysis of medical leech therapy for osteoarthritis of the knee. Clin J Pain. 2014;30(1):63-72.

Michalsen A, Klotz S, Lüdtke R, et al. Effectiveness of leech therapy in osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 2003;139(9):724-730.

Mitteldorf C, Kempf W. Cutaneous pseudolymphoma: a review on the spectrum and a proposal for a new classification. J Cutan Pathol. 2020;47(1):76-97.

Romero-Pérez D, Blanes Martínez M, Encabo-Durán B. Cutaneous pseudolymphomas. Actas Dermosifiliogr. 2016;107(8):640-651.

Sauer B. Therapeuten mit Biss. Pharmazeutische Zeitung. 2008;(38).

Whitaker IS, Oboumarzouk O, Rozen WM, et al. The efficacy of medicinal leeches in plastic and reconstructive surgery: a systematic review of 277 reported clinical cases. Microsurgery. 2012;32(3):240-250.