

## HAUTLYMPHOME – IHRE KLASSIFIKATION UND THERAPIEOPTIONEN

**Prof. Christine Neumann**  
Hautklinik in Köln



**Prof. Christine Neumann**  
Hautklinik in Köln

Primär kutane Lymphome entstehen in der Haut bzw. manifestieren sich zuerst an der Haut. Anders als bei den primär nodalen Lymphomen, überwiegen an der Haut zahlenmäßig die Lymphome der T-Zellreihe (ca. 75% T-Zell-Lymphome, ca. 20% B-Zell-Lymphome, ca. 3–5% Natürliche Killer-Zell-Lymphome und Lymphome dendritischer Zellen). Das häufigste T-Zell-Lymphom ist die sogenannte Mycosis Fungoides, hat –außer im Tumorstadium – meist einem relativ gutartigen Verlauf. Die primär leukämische Variante, das Sezary Syndrom, hat hingegen nur eine mittlere Überlebenszeit von nur 4 Jahren. In der Frühphase müssen diese T-Zell-Lymphome von Ekzemen und der Schuppenflechte (Psoriasis) abgegrenzt werden. Für die Pathogenese dieser Tumore spielen Apoptosedefekte der Zellen eine größere Rolle als eine Hyperproliferation. Eine weitere Variante der kutanen T-Zell-Lymphome ist das großzellig-anaplastische, CD30+ Lymphom das eine gute Prognose hat und damit im Gegensatz zur der primär systemischen CD30+ Form steht. Pannikulitische T-Zell-Lymphome wachsen im Fettgewebe und die Expression des T-Zell-Rezeptor-Typs (TCRalpha/beta versus TCR gamma/delta) bestimmt ihre Prognose. In den frühen Stadien der T-Zell-Lymphome sind externe (UV-Licht inclus. Extrakorporale Photopherese) und systemische immunmodulatorische Therapien (Interferone, Retinoide, Methotrexat, anti-CD25-Antikörper, anti-CD52-Antikörper, HDAC-Hemmer (zB Vorinostat, Rhomidepsin), etc. indiziert. Erst bei Wirkungslosigkeit kommt primär eine Mono-Chemotherapie (pegyliertes Doxorubicin,

Gemcitabine ua) und ggfs auch die allogene Knochenmarkstransplantation in Frage.

Die primär kutanen B-Zell-Lymphome manifestieren sich meist von Anfang an als Knoten (singulär oder disseminiert) und müssen besonders von Pseudolymphomen abgegrenzt werden. Die histologischen Untergruppen beinhalten das kutane Marginalzonenlymphom und das Follikelcenter-Lymphom. Beide haben meist eine gute Prognose und systemische Therapien sind nicht indiziert. Eine auslösende chronische Infektion (zB Borrelien) muss ausgeschlossen werden. Das diffus- großzellige kutane Lymphom, das histologisch einen sogenannten aktivierten Phänotyp aufweist, hat eine deutlich schlechtere Prognose, insbesondere wenn es multilokulär am Bein auftritt, mit einem mittleren Überleben von 5–6 Jahren. Rituximab ggfs in Kombination mit einer CHOP-Chemotherapie sind hier indiziert. In Abhängigkeit vom Typ des kutanen B-Zell-Lymphoms unterscheiden sich die molekularen Aktivierungswege erheblich.

Die seltenen CD56-positiven Varianten der primär kutanen Lymphome (NK-Lymphome) haben, je nach Subtyp, eine teilweise sehr schlechte Prognose.

## in brief...

### LESEZEICHEN PROGRAMMIEREN KREBSZELLEN

Krebs entsteht durch Veränderungen am Erbgut der Zelle. Forscher zeigen jetzt, warum die DNA nicht alleine für das Verhalten der Zelle ausschlaggebend

ist. Auch Veränderungen an DNA-gebundenen Eiweißmolekülen entscheiden darüber, ob Krebs entsteht.

*Originalpublikation:*

The Histone H2B Monoubiquitination Regulatory Pathway is

Required for Differentiation of Multipotent Stem Cells

O. KARPIUK ET AL.; Molecular Cell Vol. 46;

doi: 10.1016/j.molcel.2012.05.022; 2012