

**Fővárosi Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rendelőintézet  
Bőrgyógyászati Osztály és Lymfoedema Rehabilitációs Osztály<sup>1</sup>,  
(osztályvezető: Daróczy Judit dr., c. egyetemi tanár)  
Pathológiai Osztály<sup>2</sup> (osztályvezető: Babarczi Edit dr. főorvos)  
Országos Onkológiai Intézet „A” Belgyógyászati Osztály<sup>3</sup>  
(osztályvezető: Rosta András dr.)**

## Cutan diffuz nagy B-sejtes lymphoma Diffuse cutan large B-cell lymphoma

TELKES MÁRTA DR.<sup>1</sup>, BABARCZI EDIT DR.<sup>2</sup>, CSOMOR JUDIT DR.<sup>2</sup>,  
SCHNEIDER TAMÁS DR.<sup>3</sup>, DARÓCZY JUDIT DR.<sup>1</sup>

### ÖSSZEFOGLALÁS

A cutan B-sejtes lymphoma a bőrlymphomák 20-25%-át teszi ki. Leggyakrabban az alsó végtagon jelentkezik livid csomók formájában. A csomók gyorsan növekednek, a feszülő bőr károsodik, ezért gyakori a kifeléyesedés. Hajlamosító tényező lehet vénás-lymphás keringési elégtelenség. Soliter bőrtumorok esetében konzervatív kezelés, sebészi kimetszés, irradiáció is javasolható. Extracutan, disszeminált forma indokolja a kezelésben az immuno-polykemoterápia választását. A bemutatott esetben a szövődmenyként kialakult erysipelas hívta fel a figyelmet a diagnózisra.

**Kulcsszavak:**  
cutan diffuz nagy B-sejtes lymphoma -  
erysipelas - kezelés

### SUMMARY

Cutan B-cell lymphomas represent 20-25% of the cutan lymphomas. The lower limb is the most common localisation. The tumors appear as livid, cutaneous nodules. Due to the rapid growing the ulceration is not rare. Chronic venous-lymphatic insufficiency is a risk factor for the development of the skin tumors. Solitaer, cutan tumors can be treated by surgical excision, irradiation. Immuno-polychemotherapie is advised in the cases of the diffuse, extracutan manifestations of B-cell lymphomas. Erysipelas as a complication of the developing tumor was the triggering factor for the diagnosis of the cutan lymphoma.

**Key words:**  
diffus cutan large B-cell lymphoma -  
erysipelas - management

### Esetismertetés

75 éves nőbeteg általános anamnézisében diabetes mellitus és hypertonia szerepel.

Bőrtanászai 2005 májusában kezdődtek. A háton egy növedéket észlelt, emiatt fordult orvoshoz. A nem gyógyuló, gyulladt csomó kisebesedett, sipoly keletkezett. Faggyú-cisztának tartották az elváltozást, ambuláns sebészi kezeléseket kapott 2006. februárig. A nem gyógyuló, sipolyozó területéről több alkalommal készült szövettani vizsgálat. A szövettani diagnózisok: nekrotikus szövet, pyogen granuloma és epidermalis ciszta voltak. Felvételére osztályunkra 2006 februárban került sor, magas lázzal járó állapot, erysipelas diagnózissal.

Felvételekor a háton igen kiterjedt, a bal oldalt teljesen elfoglaló erysipelas klinikai tünetei mellett a hát jobb oldalán egy 2x15 cm nagyságú, tömött, centrálisan atrófiás, sipolyból gennyes váladékot ürítő, a szélein körkörösen girált, puha tapintatú, ép bőrrel fedett a hámszínéből laposan kiemelkedő tumor volt (1. ábra). Alatta egy 6x8 cm átmérőjű be-



1. ábra

A hát jobb oldalán a lapos tumorok,  
a bal oldalon a kiterjedt erysipelas látható

szűrt, hámreakció nélküli, vöröses-barna színű, narancsbőr rajzolatot mutató plakk figyelhető meg (2. ábra). Differenciál diagnózis-ként pyoderma vegetans, granulomatosus bőrfolyamat, cutan lymphoma merültek fel. Szövettani vizsgálatra mintavétel történt.

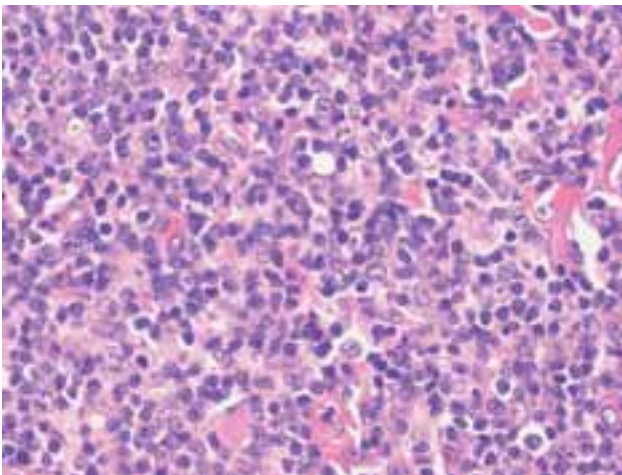
Szövettan: a teljes dermist, beszűrő lymphoid infiltráció látható. Az infiltráló sejtek 25-30 mikron nagyságúak, cytoplazmájuk keskeny, magjuk kerekded, hólyagos jellegű multiplex nucleolusokkal (3. ábra). Immunhisztokémiai vizsgálatokkal a tumorsejtek intenzív membrán CD20 pozitívítást (4. ábra) és cytoplazma típusú CD79 alfa pozitívítást mutattak. 20-30% között Mum1 és CD 30 pozitívítás is észlelhető (5. ábra). Proliferációs rátájuk Ki67 antitesttel: magas 60% fölött van. Diagnózis: cutan nagy B-sejtes lymphoma.

Vizsgálati eredmények: CT vizsgálattal (nyaki, mellkas, hasi) a jobb axillaris régióban 1,8x2,8 cm-es kóros nyirokcsomó volt kimutatható. Csontbiopszia lymphomára utaló eltérést nem mutatott. Áramlás citometria mérése során a normál vér és csontvelő fenotípus megoszlás látható. Laboratóriumi leleteiből leukocytosis (13,0 G/l), gyorsult vvt süllýedés (53 mm/h), emelkedett vércukor (10 mmol/l) eme-



2. ábra

Nagyobb nagyítással megfigyelhető a sipolyozó terület és alatta a narancsbőr tünetet mutató plakkk



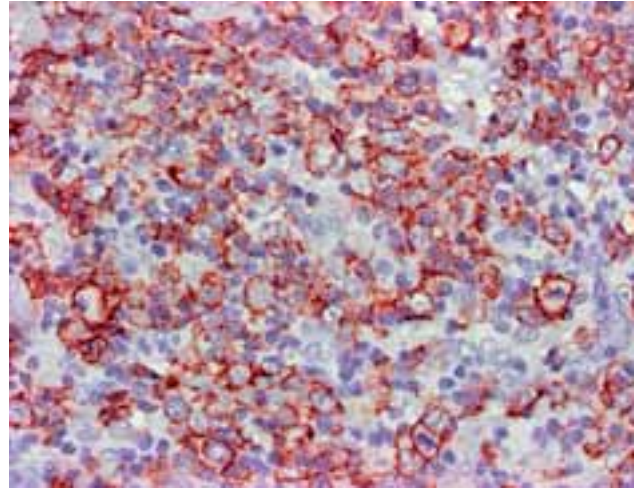
3. ábra

A tumorsejtek magja kerekded, plazmájuk keskeny, HE, 60x

lendők ki. Az LDH normál tartományban volt. Anaemiát nem észleltünk.

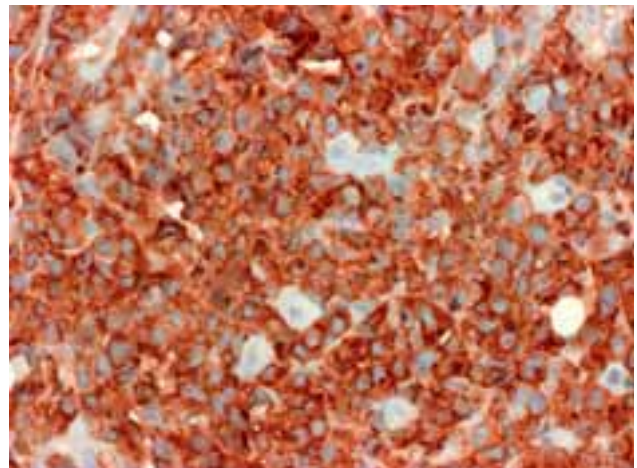
Az erysipelas fertőzési kapuja a háti bőrsipoly volt. Szisztémás antibiotikum kezelést (cefuroxime) 3x750 mg-t kapott 6 napig. A sipolyt povidone jóddal öblítettük és csikoztuk. A váladékozás fokozatosan megszűnt. Az erysipelas lezajlása után a beteget az Országos Onkológiai Intézet „A” Belgyógyászati Osztályára irányítottuk a kezelés beállítása céljából.

A diagnózis a leletek alapján Non-Hodgkin lymphoma - diffúz, nagy B-sejtes (aktívált B-sejtes) formája volt (stad.: IV/A; IPI:2). A kezelési protokoll R-CHOP ( 800 mg Mabthera, 1500 mg Cyclophosphamid, 150 mg Farmorubicin, 2 mg Vinristin, 60 mg Solu-Medrol) immuno-kemoterápia volt, amit hat alkalommal kapott. A kezelést a tumorra lokálisan adott 46 Gy elektron besugárzással egészítették ki. Gondozásra jár, jelenleg komplett remisszióban van.



4. ábra

A tumorsejtek intenzív membrán CD20 pozitivitást mutatnak. Immunhisztokémiai vizsgálat, 60x



5. ábra

A sejtek 30%-a jelez CD30 pozitivitást. Immunhisztokémiai vizsgálat, 60x

## Megbeszélés

A cutan B sejtes lymphoma a bőrlymphomák 20-25%-át teszi ki. Az öt éves túlélés 58%. Leggyakrabban az alsó végtagon jelentkezik gyulladt csomók formájában. Hajlamosító tényezőként szerepel a vénás keringési elégtelenség és a krónikus nyiroködéma. A csomók gyorsan növekednek, a feszülő bőr károsodik, gyakori a kifelélyesedés (1,2). Differenciál diagnózisban ilyenkor a nem gyógyuló ulcus cruristól kell elkülöníteni. A disseminált extracutan formákban immuno-kemoterápia a választandó kezelés. A bemutatott esetben a bőrgyógyászati osztályon a háti tumor szövődményeként kialakult erysipelas észlelése vezetett a diagnózis megállapításához.

## IRODALOM

1. Garbea A., et al.: Case report cutan large B-cell lymphoma of the leg masquerading as a chronic venous ulcer. Brit J Dermatol (2002) 146, 144-147.
2. Carmen González-Vela M. et al.: Cutaneous diffuse large B-cell lymphoma of the leg associated with chronic lymphedema. International J Dermatol (2008) 47, 174-177.