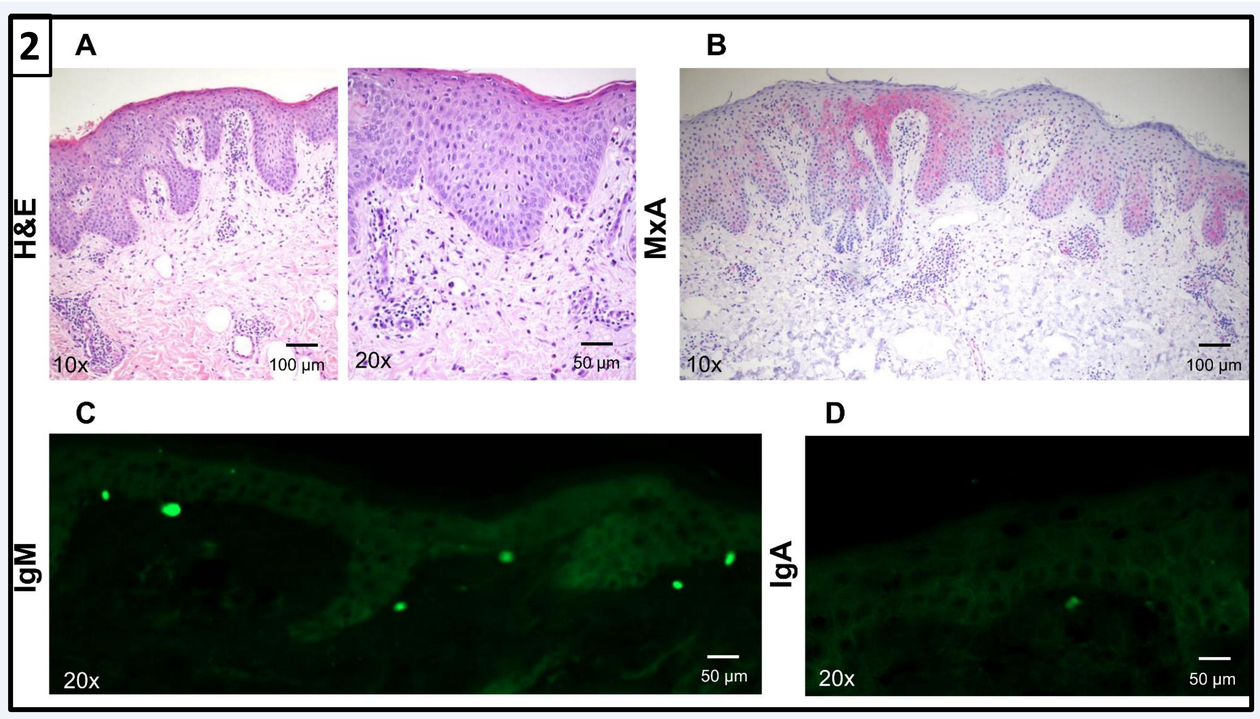
Paraneoplastische spongiotische Dermatitis als kutaner Marker einer behandlungsbedürftigen chronischen lymphatischen Leukämie

Tugce Guel[1], Simon Fietz[1], Emma Eichler[1], Natalija Novak[1], Ruth Flümann[2], Barbara Eichhorst [2], Michael Hallek [2], Matthias Zipfel [3], Joerg Wenzel[1], Jana Nätlitz née Knuever [1]

[1] Klinik für Dermatologie und Allergologie, Zentrum für Hauterkrankungen, Universitätsklinikum Bonn
[2] Klinik I für Innere Medizin, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum Köln, Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Deutsche CLL-Studiengruppe, Universität zu Köln
[3] Zentrum für ambulante Hämatologie und Onkologie Bonn (ZAHO), Bonn, Deutschland





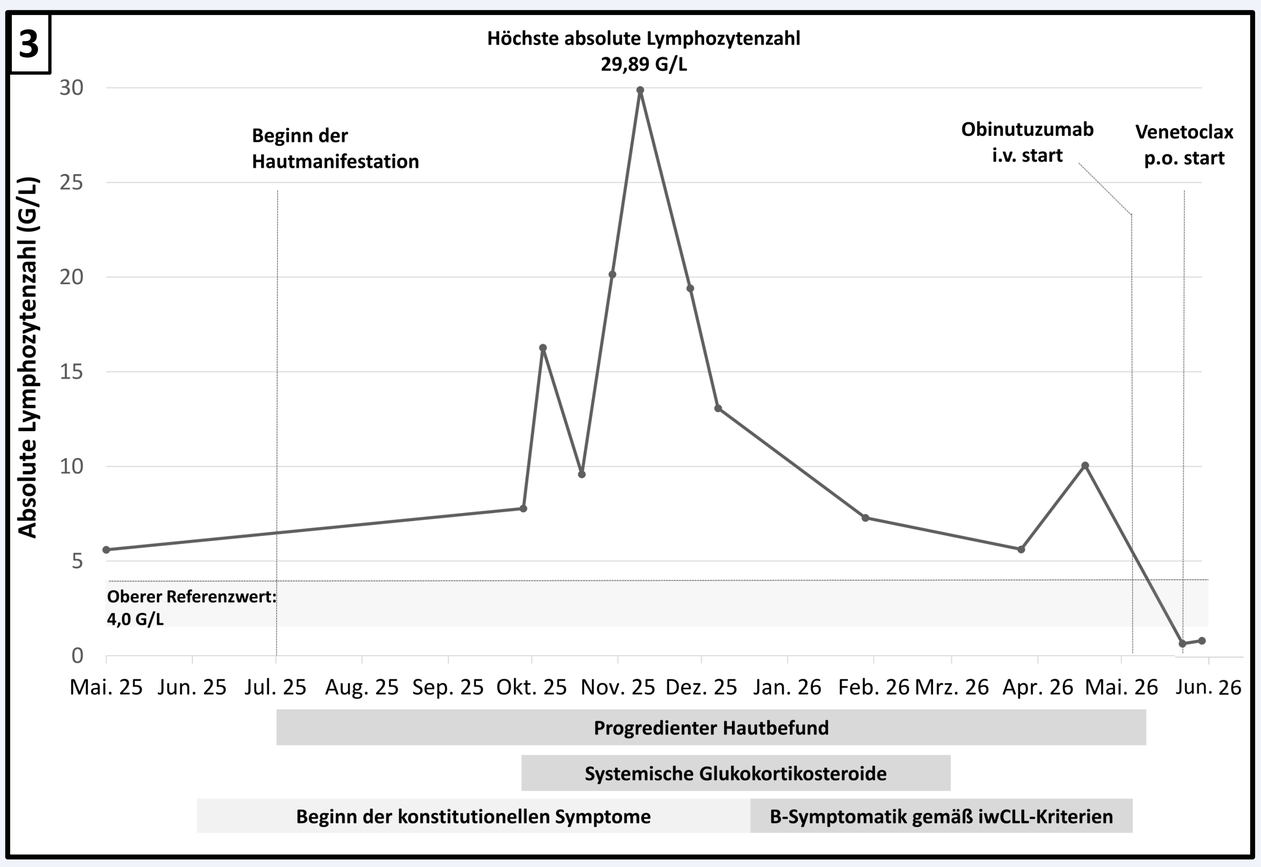


Abbildung 1. Klinischer Verlauf der Hautveränderungen. (A–C) Oktober 2025: generalisierte erythematöse, teils anuläre Plaques. (D–F) Januar 2026: partielle Besserung unter dermatologischer Therapie. (G–I) Juni 2026: Regression und vollständiger Rückgang des Pruritus nach CLL-Therapiebeginn.
Abbildung 2. Absolute Lymphozytenzahlen und Therapieverlauf. Anstieg auf 29,89 G/L während der therapierefraktären Dermatitis und deutlicher Rückgang nach Einleitung der CLL-gerichteten Therapie, parallel zur kutanen Regression.
Abbildung 3. Histopathologische und immunpathologische Befunde. (A) Akut-subakute spongiotische Dermatitis mit urtikarieller Komponente (H&E). (B) Fokale MxA-Expression. (C–D) IgM- bzw. IgA-positive zytoide Körperchen in der direkten Immunfluoreszenz; kein diagnostisches Lupus-Muster.

Klinische Präsentation: Ein 74-jähriger Patient mit seit 2022 bekannter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL, Binet A, bislang Watch and Wait) stellte sich mit einer seit drei Monaten progredienten, generalisierten und stark pruritischen Dermatitis vor. Klinisch zeigten sich ausgedehnte erythematöse Makulae, sukkulente Papeln und teils anuläre Plaques an Stamm, Extremitäten, Gesicht, Kapillitium und Palmae (Abb. 1A–C).

Diagnostik und therapierefraktärer Verlauf

Die initiale Biopsie zeigte ein urtikarielles Reaktionsmuster mit fokaler Spongiose und MxA-Expression, jedoch kein diagnostisches Lupus-Muster. ANA und ENA waren negativ. Wiederholte Biopsien bestätigten eine akut-subakute spongiotische Dermatitis mit urtikarieller Komponente (Abb. 3). Das überwiegend CD3-positive T-Zell-Infiltrat ohne Atypien oder aberranten Markerverlust sowie polyklonale TCRG-/TCRB-Rearrangements sprachen gegen ein kutanes T-Zell-Lymphom. Auch Leukemia cutis, eosinophile Dermatose bei hämatologischer Neoplasie (EDHM) und Sweet-Syndrom wurden histologisch nicht gestützt. Unter topischen Glukokortikosteroiden, Prednisolon bis 60 mg täglich, Dapson und Phototherapie kam es lediglich zu einer vorübergehenden (Abb. 1D–F).

Hämatologische Progression und Therapieansprechen

Im Verlauf entwickelte der Patient ausgeprägte B-Symptome mit Nachtschweiß, Fatigue und ungewolltem Gewichtsverlust von **9 kg (10,8 %)** innerhalb von sechs Monaten. Parallel stieg die absolute Lymphozytenzahl von **7,78 auf 29,89 G/L** innerhalb eines Monats (Abb. 2). Aufgrund der iwCLL-relevanten konstitutionellen Symptome wurde interdisziplinär die Indikation zur CLL-gerichteten Therapie gestellt [3]. Es erfolgte die Einleitung einer chemotherapiefreien Behandlung mit Obinutuzumab und Venetoclax nach dem CLL14-Schema [4]. Bereits einen Monat nach Therapiebeginn zeigte sich eine deutliche Regression der Hautveränderungen mit vollständigem Rückgang des Pruritus und Verbesserung des **DLQI von 11 auf 3** (Abb. 1G–I).

Diskussion und Schlussfolgerung: CLL-assoziierte Hautmanifestationen umfassen sowohl leukämische Infiltrate als auch entzündliche und immunvermittelte Dermatosen [1, 2]. Die kutane Regression unter CLL-Therapie unterstützt eine mögliche paraneoplastische Assoziation, ohne Kausalität zu beweisen.

Fazit: Bei atypischen, generalisierten und therapierefraktären Dermatosen bei bekannter CLL sollte eine hämatologische Reevaluation erfolgen.

Literatur
1. Maglie R et al. Immune-mediated dermatoses in patients with haematological malignancies: a comprehensive review. *Am J Clin Dermatol.* 2020;21:833–854.
2. Fried LJ et al. Chronic lymphocytic leukemia and the skin: implications for the dermatologist. *Int J Dermatol.* 2022;61:519–531.
3. Hallek M et al. iwCLL guidelines for diagnosis, indications for treatment, response assessment, and supportive management of CLL. *Blood.* 2018;131:2745–2760.
4. Al-Sawaf O et al. Venetoclax-obinutuzumab for previously untreated chronic lymphocytic leukemia: 6-year results of the randomized phase 3 CLL14 study. *Blood.* 2024;144:1924–1935.