

Kasuistik

Diffust storcellet B-cellelymfom maskeret som et tryksår

Danni Trebbien Høy & Niels Jørgen Thomsen

Ortopædkirurgisk Afdeling, Københavns Universitetshospital – Holbæk Sygehus

Ugeskr Læger 2025;187:V02250093. doi: 10.61409/V02250093

Kroniske bensår repræsenterer en væsentlig klinisk problemstilling med kompleks, multifaktoriel ætiologi. Prævalensen estimeres til 0,3-1% > 60 år og 3,6% > 80 år [1]. De primære årsager er kronisk venøs insufficiens (CVI), der udgør 50-60%, perifer arteriel okklusiv sygdom (PAOD) 15-20%, samt ulcera af blandet ætiologi – inkl. diabetiske fodsår og tryksår 10-20%. De resterende 5-20% skyldes sjældnere patofysiologiske mekanismer, der indebærer diagnostiske og behandlingsmæssige udfordringer [2]. Malignitet forekommer i op til 3,9% af kroniske sår, hvor basalcellekarcinom er hyppigst. Kutane lymfomer udgør sjældne tilfælde [3].

Vi beskriver et udfordrende tilfælde af de novo diffust stor B-celle lymfom, non germinal center B-celletype (DLBCL–non GCB) i en amputationsstump, som præsenterede sig som et tryksår, og derfor blev behandlet som sådan, indtil histologisk analyse afslørede den korrekte diagnose.

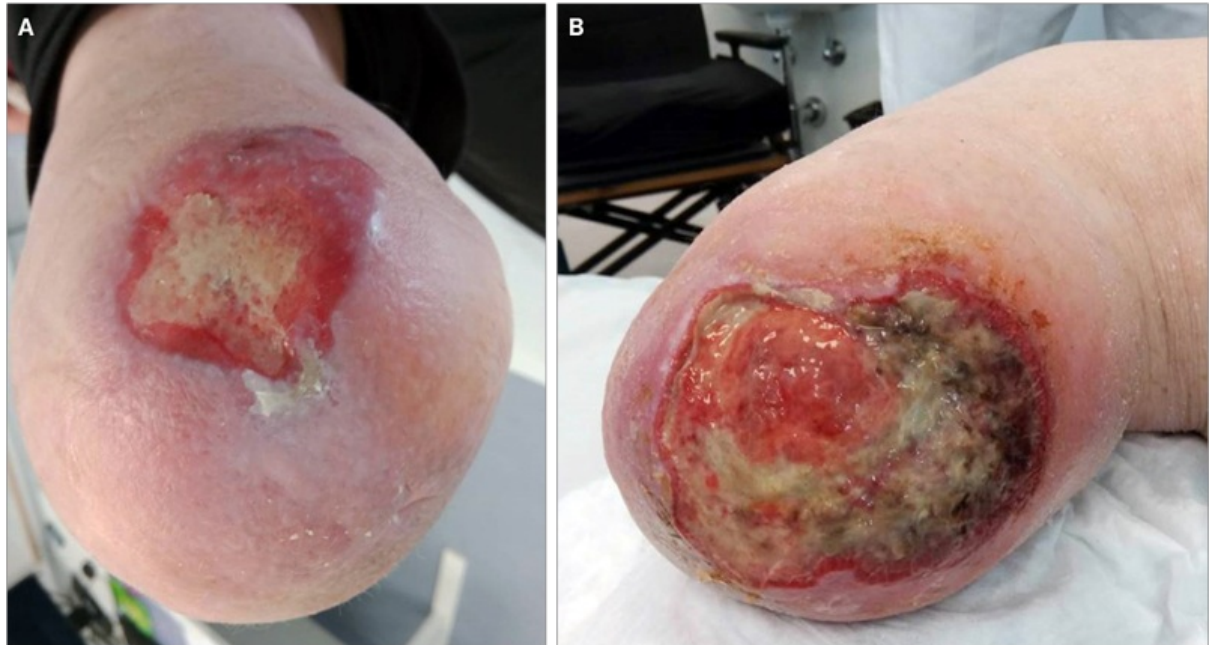
Sygehistorie

En 84-årig mand med hypertension, atrieflimren, type 2-diabetes og langvarigt tobaksforbrug fik i 2017 foretaget en høj underbensamputation på grund af PAOD. Fem år tidligere var der påvist follikulært lymfom (FL) grad 1, stadium 3A, som blev fulgt uden behandling i hæmatologisk regi.

I 2019 udviklede patienten abdominalsmerter. CT viste ascites og forstørrede lymfeknuder. Excisionsbiopsi afslørede transformation til diffust storcellet B-cellelymfom (DLBCL) stadium IV, germinal-center B-celle-type (GCB). Patienten blev behandlet med seks cyklusser: rituximab, cyclophosphamid, doxorubicin, vincristin, prednison (R-CHOP). Efterfølgende remission og ambulant kontrol.

I begyndelsen af 2024 blev han henvist til sårambulatoriet af egen læge med et ikkehelende sår på lateralsiden af sin amputationsstump. Såret (3 × 4 cm) var ulcereret med fibrinbelægning og perifer rødme (**Figur 1 A**). Initial vurdering tydede på tryksår. Derfor blev konservativ behandling med skånsom rensning, antiseptisk behandling og bandagering påbegyndt. Protesen blev justeret af bandagist for at minimere trykbelastningen.

FIGUR 1 A. Medie af crusstump ved indledende undersøgelse og behandling af sår. B. Medie af crusstump lige inden bioptering af sårkant ni måneder efter første konsultation.



Opfølgende kontroller viste ingen tegn på sårheling, og smerterne forværredes. Efter tre måneder viste en perfusionstest sufficient vaskulær forsyning. En dermatolog bekræftede mistanken om et tryksår. Trods optimeret pleje og aflastning progredierede såret (Figur 1 B). Med tanke på patientens tidligere lymfomhistorik blev der i oktober 2024 taget en standsebiopsi af sårkant. Histologisk analyse viste i første omgang et primært kutant DLBCL, primært kutant diffust storcellet B-cellelymfom (PCDLBCL), leg type (LT), men PET/CT påviste udbredt lymfeknudeaktivitet både supra- og infradiafragmalt. Ifølge WHO European organisation for research and treatment of cancer (EORTC)-definitionen diskvalificerer tilstedeværelsen af systemisk sygdom ved diagnosetidspunktet et kutan lymfom fra »primær« status. Fundene var derfor mest forenelige med systemisk DLBCL, non-GCB-type, stadium IV – i modsætning til tidligere GCB-type, der var fundet i en abdominal lymfeknude og repræsenterede derfor et de novo DLBCL med sekundær hudmanifestation [4]. Patienten blev henvist til hæmatologisk afdeling og startet på intensiv kemoterapi efterfulgt af konsoliderende stråleterapi.

Diskussion

Principperne for behandling af kroniske sår bør sigte mod ikke kun at optimere lokal heling, men også at adressere underliggende systemiske tilstande, der kan hindre heling af såret, såsom vaskulære, neuropatiske, metaboliske, infektiøse eller sjældne årsager. Hvis sårarealet reduceres med 50% inden for fire uger, er det en indikator for heling inden for tre måneder. Undlader såret at opnå dette, bør den underliggende patologi revurderes og evt. konfereres med andre relevante specialer [5]. Placering, debutsymptomer og nedsat kompliance maskerede den underliggende patologi i dette tilfælde, men den vedvarende sårprogression og patientens hæmatologiske historik førte til beslutningen om at tage en afgørende biopsi af såret med efterfølgende henvisning til hæmatologisk afdeling, der kunne planlægge behandlingen.

En systematisk søgning i medicinske litteraturl databaser viste få tilfælde af PCDLBCL, LT i kroniske sår. Men så vidt vides, er dette første gang, at et tilfælde af DLBCL, non-GCB-subtype, er påvist i en crusamputationsstump. Grundet den høje malignitetsgrad og progressive natur af DLBCL, non-GCB-subtype, bør denne og andre

maligne ætiologier overvejes ved vedvarende ikkehelende sår med smerter, hvor diagnosen tryksår er udfordret.

Kasuistikken bør opfordre klinikere med såransvar til at overveje alternative patogene mekanismer, når såret ikke responderer på behandling. Dette gælder særligt for ældre patienter med multiple komorbiditeter og tidligere påvist malignitet.

Korrespondance *Danni Trebbien Høy*. E-mail: dannichoy@gmail.com

Antaget 15. maj 2025

Brug af kunstig intelligens ChatGPT 4.0 er anvendt til gennemlæsning og forkortelse af manuskriptet før indsendelse samt til dannelsen af søgestreng i forbindelse med indhentning af empiri. Hele teksten er endeligt læst af begge forfattere for at sikre, at indhold og referencer fortsat er korrekte

Publiceret på ugeskriftet.dk 1. september 2025

Interessekonflikter ingen. Begge forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk.

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V02250093

doi 10.61409/V02250093

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Diffuse large B-cell lymphoma masquerading as a pressure ulcer

An 84-year-old man with a history of amputation and follicular lymphoma developed a non-healing ulcer on his stump, initially diagnosed as a pressure ulcer cause by the clinic and lack of B-symptoms. Despite wound care, the lesion worsened. A biopsy revealed de novo diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), non-germinal center subtype. This case highlights the need for malignancy screening in chronic wounds, particularly in high-risk patients, emphasizing the importance of biopsy when standard treatment fails.

REFERENCER

1. Agale VS. Chronic leg ulcers: epidemiology, aetiopathogenesis, and management. *Ulcers*. 2013;2013:413604. <https://doi.org/10.1155/2013/413604>
2. Körber A, Klode J, Al-Benna S, et al. Etiology of chronic leg ulcers in 31,619 patients in Germany analyzed by an expert survey. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2011;9(2):116-121. <https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2010.07535.x>
3. Toussaint F, Erdmann M, Berking C, Erfurt-Berge C. Malignant tumours presenting as chronic leg or foot ulcers. *J Clin Med*. 2021;10(11):2251. <https://doi.org/10.3390/jcm10112251>
4. Willemze R, Cerroni L, Kempf W, et al. The 2018 update of the WHO-EORTC classification for primary cutaneous lymphomas. 2019;133(16):1703-1714. <https://doi.org/10.1182/blood-2018-11-881268>
5. Leaper DJ, Schultz GS, Carville K, et al. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? *Int Wound J*. 2012;9(Suppl 2):1-19. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2012.01097.x>