

## Μονήρης βλάβη σπογγοειδούς μυκητίασης με κλινική εικόνα νόσου Bowen

Σωτηριάδης Δ.

Βακιολής Ε.

Σιδερίδου Ε.

Πατσατσή Α.

Παπαγαρυφάλλου Ι.

Δεβλιώτου-Παναγιωτίδου Δ.

Α' Δερματολογική Κλινική Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

### Περίληψη

Παρουσιάζουμε περίπτωση ασθενούς ηλικίας 40 ετών με μονήρη βλάβη στον δεξιό γλουτό, η οποία είχε την κλινική εικόνα νόσου Bowen. Τα ιστολογικά και ανοσοϊστοχημικά ευρήματα ήταν ενδεικτικά σπογγοειδούς μυκητίασης. Η κλινική εξέταση και η εργαστηριακή διερεύνηση δεν αποκάλυψε διηθημένους ημφαδένες, ούτε ένδειξη διασποράς της νόσου. Επειδή υπήρχε μία και μοναδική βλάβη, αποφασίστηκε η χειρουργική εξαίρεσή της και ο ασθενής είναι ελεύθερος νόσου εδώ και τρία χρόνια. Γίνεται ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας όπου παρατηρείται διάσταση απόψεων για τη σχέση της μονήρους σπογγοειδούς μυκητίασης με την "κλασική" μορφή της νόσου καθώς και με την εντοπισμένη παζετοειδή δικτύωση (νόσος Woringer-Kolopp). Η μακροχρόνια παρακολούθηση του ασθενή μας ίσως βοηθήσει στην εκτίμηση της βιολογικής συμπεριφοράς της νόσου.

### *Unilesional mycosis fungoides with clinical appearance of Bowen's disease*

*Sotiriadis D., Vakirlis E., Sideridou E. Patsatsi A., Papagaryfallou I. Devliotou-Panagiotidou D.*

### Summary

We present a 40-year-old patient with a solitary skin lesion in the left buttock, which resembled Bowen's disease. A systemic work-up revealed no evidence of extracutaneous involvement. The histopathologic and the immunohistochemical findings were suggestive of mycosis fungoides. The lesion was fully excised and the patient is without evidence of disease three years later. There is ongoing debate about the relationship between unilesional mycosis fungoides and "classical" mycosis fungoides and between unilesional mycosis fungoides and localized pagetoid reticulosis (Woringer-Kolopp disease).

Long-term follow-up of our patient will help us to determine the biological potential of this disease.

**ΛΕΞΕΙΣ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟΥ** • Σπογγοειδής μυκητίαση, παζετοειδής δικτύωση, νόσος των Woringer-Kolopp

**KEY WORDS** • Unilesional mycosis fungoides, localized pagetoid reticulosis, Woringer-Kolopp disease

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** σπογγοειδής μυκητίαση αποτελεί την συννηθέστερη μορφή Τ-δερματικού λεμφώματος. Ο όρος Τ-δερματικό λέμφωμα περιγράφει

μία ετερογενή ομάδα νεοπλασιών από επιδερμοτρόπα Τ-λεμφοκύτταρα, οι οποίες εμφανίζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους στην κλινική, ιστολογική και ανοσοϊστοχημική εικόνα, καθώς και στην πρόγνωση. Για πολλά χρόνια τα μόνα γνωστά Τ-δερματι-

κά λεμφώματα ήταν η σπογγοειδής μυκητίαση και το σύνδρομο Sézary. Την τελευταία δεκαετία όμως, νέοι τύποι δερματικών λεμφωμάτων τόσο από T όσο και από B κύτταρα έχουν καθορισθεί. Παρουσιάζουμε μία περίπτωση μονήρους σπογγοειδούς μυκητίασης με κλινική εικόνα νόσου του Bowen.

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Άνδρας, 40 ετών προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία της Πανεπιστημιακής Κλινικής του Νοσοκομείου Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης για εντοπισμένο εξάνθημα στον δεξιό γλουτό. Το εξάνθημα αποτελείτο από μία πλάκα ερυθρηματολεπιδώδη, ψωριασιόμορφη, σαφώς αφορισζόμενη, διαστάσεων 2,5X2,2 cm. (Εικόνα 1). Ο ασθενής την είχε παρατηρήσει 6 περίπου μήνες πριν την προσέλευσή του, ενώ δεν είχε υποκειμενικά ενοχλήματα.

Η αρχική κλινική διάγνωση ήταν νόσος του Bowen. Το ατομικό ιστορικό του ασθενούς ήταν ελεύθερο δερματολογικής νόσου, δεν βρίσκονταν σε φαρμακευτική αγωγή για άλλη πάθηση και η γενική του υγεία ήταν άριστη. Κατά την κλινική εξέταση δεν βρέθηκαν διογκωμένοι λεμφαδένες.

Ο ιστολογικός έλεγχος της βλάβης απέκλεισε την διάγνωση της νόσου Bowen. Στο θηλώδες στρώμα του χορίου παρατηρήθηκε πυκνή λειχηνοειδής διήθηση, η οποία αποτελούνταν κυρίως από λεμφοειδή κύτταρα με βαθυχρωματικό πυρήνα. Υπήρχε επίσης μια μικρού βαθμού εξαγγείωση ερυθρών αιμοσφαιρίων. Στην επιδερμίδα παρατηρήθηκε επιδερμοτροπισμός από μονοπύρνα κύτταρα με διαυγή άλω, που βρι-

σκόταν κυρίως μεμονωμένα, ενώ λίγα συνέρρεαν σχηματίζοντας μικροαποστημάτια του Pautrier. Τα ευρήματα αυτά συνηγορούσαν για μια σπογγοειδή μυκητίαση, ενώ ο έντονος επιδερμοτροπισμός έθεσε το θέμα της διαφορικής διάγνωσης με την παζετοειδή δικτύωση (νόσος Woringer-Kolopp) (Εικόνες 2, 3).

Με βάση τα ευρήματα της βιοψίας συστήθηκε χειρουργική αφαίρεση ολόκληρης της βλάβης, η οποία και πραγματοποιήθηκε λίγες ημέρες αργότερα (Εικόνα 4). Στην αφαιρεθείσα βλάβη έγινε νέα ιστολογική εξέταση σε άλλο ιστοπαθολογικό εργαστήριο, η οποία έδωσε ευρήματα παρόμοια με αυτά της βιοψίας που προηγήθηκε και επιβεβαίωσε ότι η βλάβη εξαιρέθηκε σε υγιή όρια. Τμήμα του ιστοτεμαχίου στάλθηκε για ανοσοϊστοχημικό έλεγχο, ο οποίος έδειξε την παρουσία λεμφοκυττάρων θετικών στο CD45Ro (UCLH-1) αντιγόνο, που αποτελεί δείκτη για τα T-κύτταρα μνήμης. Το εύρημα αυτό συνηγορούσε επίσης για σπογγοειδή μυκητίαση.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αρκετές παρακλινικές εξετάσεις για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο επέκτασης-μετάστασης της νόσου. Η γενική εξέταση αίματος, η εξέταση περιφερικού επιχρίσματος, η ακτινογραφία θώρακος και οι αξονικές τομογραφίες άνω, κάτω κοιλίας και πυέλου ήταν φυσιολογικές.

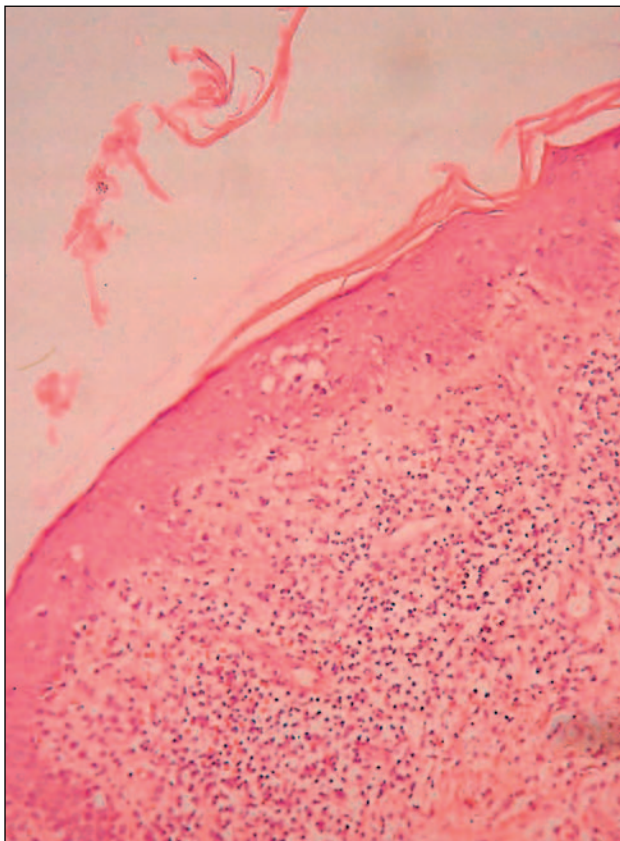
Τρία χρόνια μετά την αρχική προσέλευσή του στο Νοσοκομείο μας ο ασθενής είναι ελεύθερος νόσου.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

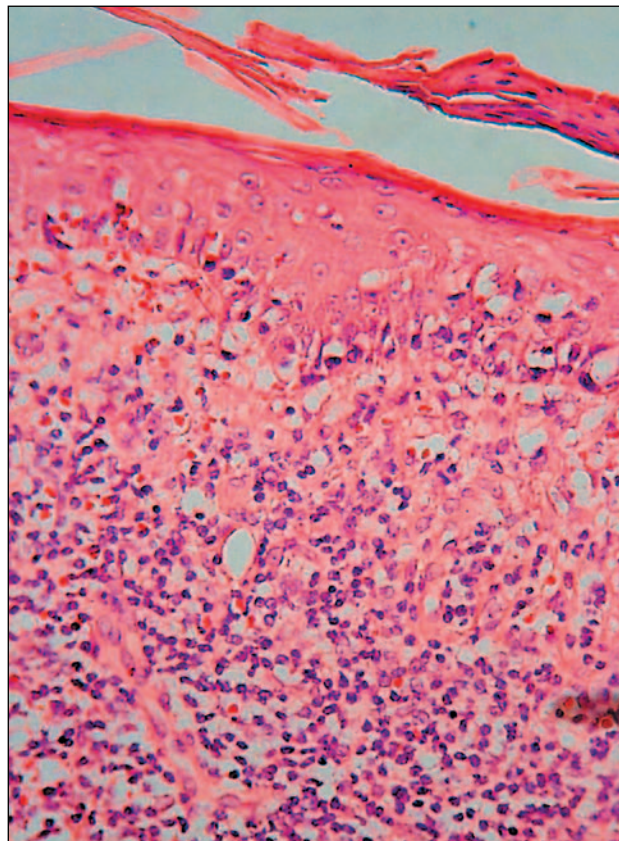
Η σπογγοειδής μυκητίαση είναι το συχνότερο T δερματικό λέμφωμα. Τα T δερματικά λεμφώματα



**Εικόνα 1** – Κλινική εικόνα της βλάβης στο δεξιό γλουτό.



**Εικόνα 2** – Στο θηλώδες στρώμα παρατηρείται πυκνή λεμφοκυτταρική διήθηση με ζωνοειδή διάταξη και εξωκυττάρωση.



**Εικόνα 3** – Παρατηρείται παρακερατωσική υπερκεράτωση, επιδερμοτροπισμός και αποστημάτια του Pautrier. Στο επιπολής χόριο πυκνή λεμφοκυτταρική διήθηση σ' επαφή με την επιδερμίδα και εξαγγειωμένα ερυθρά.

αποτελούν το 80% των δερματικών λεμφωμάτων.<sup>1</sup> Στη διεθνή βιβλιογραφία εξακολουθεί να επικρατεί σύγχυση σχετικά με την ονοματολογία και την ταξινόμηση των δερματικών λεμφωμάτων και σ' αυτό συμβάλλει και η αλληλοεπικάλυψη που πα-

ρατηρείται μεταξύ των προαναφερθέντων νοσημάτων.

Η σπογγοειδής μυκητίαση εντοπίζεται αρχικά

**Εικόνα 4** – Μετά τη χειρουργική αφαίρεση ολόκληρης της βλάβης.



στο δέρμα, όπου εξελίσσεται για μακρό χρονικό διάστημα, καταλαμβάνει στη συνέχεια τους λεμφαδένες και στο τέλος είναι δυνατόν να προσβάλλει και τα σπλάγχνα. Παρατηρείται συχνότερα σε άνδρες ηλικίας 40-50 ετών. Η κλασική μορφή της νόσου εξελίσσεται σε τρία στάδια ή φάσεις:

α. το προμυκητιασικό ερύθημα, που χαρακτηρίζεται από έντονο κνησμό και εξάνθημα ερυθρηματολεπιδώδες, αρχικά εντοπισμένο, το οποίο στη συνέχεια επεκτείνεται.

β. το στάδιο των διηθημένων και περιγεγραμμένων πλακών και

γ. το στάδιο των όγκων.

Οι βλεννογόνοι παραμένουν συνήθως ελεύθεροι.

Εφόσον η νόσος καταλάβει και τους λεμφαδένες, αυτοί εμφανίζονται διογκωμένοι, σκληροί, ανώδυνοι και ευκίνητοι.

Εκτός της κλασικής μορφής αναφέρονται ακόμη: η σπάνια μορφή με εμφάνιση όγκων από την αρχή, η ερυθροδερμική, η ποικιλοδερματοειδής και η υπόχρωμη.

Ιστολογικά, παρατηρείται πυκνή κυτταρική διήθηση του χορίου, μεγάλου βαθμού πολυμορφία των λεμφοειδών κυττάρων με μεγάλους, βαθυχρωματικούς και ανωμάλου σχήματος πυρήνες (κύτταρα "σπογγοειδούς μυκητιάσης") και παρουσία στην επιδερμίδα κυτταρικών θηκών (μικροαποστήματα Pautrier).<sup>2</sup>

Η αιτιολογία της νόσου δεν είναι γνωστή. Η γενετική προδιάθεση ίσως παίζει ρόλο σε κάποιες περιπτώσεις και οικογενής εμφάνιση της νόσου έχει επίσης αναφερθεί. Στην παθογένεια μπορεί να εμπλέκεται και ο κυτταρομεγαλοϊός, καθώς οροθετικότητα ως προς τον ιό έχει παρατηρηθεί με ασυνήθιστα υψηλή συχνότητα σε ασθενείς με σπογγοειδή μυκητίαση.<sup>3</sup> Επίσης ο χρόνιος αντιγονικός ερεθισμός - με πιθανό περιβαλλοντικό αντιγόνο - φέρεται ως εμπλεκόμενος στην αιτιοπαθογένεια.

Η διάγνωση δεν είναι πάντα εύκολη. Στο πρώτο στάδιο τόσο η κλινική όσο και η ιστολογική εικόνα είναι μη ειδικές και η διαφορική διάγνωση γίνεται από καλοήθεις χρόνιες δερματοπάθειες όπως έκζεμα, ψωρίαση ή και δερματομυκητίαση. Στο στάδιο των διηθημένων πλακών και των όγκων, η διαφορική διάγνωση γίνεται από άλλα λεμφώματα.

Θεραπευτικά, εφαρμόζονται ανάλογα με το στάδιο ακτινοθεραπεία, ακτινοβολία με δέσμη ηλεκτρονίων τοπική ή ολοσωματική, εφαρμογή κορτικοστεροειδών, μεχλωροαιθαμίνης (μουστάρδας αζώτου, HN2) και καρμουςτίνης, φωτοθεραπεία, PUVA, χορήγηση ρετινοειδών, ιντερφερόνης-γ, και διάφορα χημειοθεραπευτικά οχήματα.<sup>4,5</sup>

Ο όρος μονήρης σπογγοειδής μυκητίαση (unilesional mycosis fungoides) αποδίδεται στην κλινική κατάσταση κατά την οποία υπάρχει μία πλάκα στον κορμό, χωρίς περιφερική λεμφαδενοπάθεια ή ένδειξη συστηματικής νόσου, με ιστολογικά χαρακτηριστικά αυτά της σπογγοειδούς μυκητιάσης στα στάδια του προμυκητιασικού ερυθήματος και των πλακών. Έχει σχετικά καλοήθη πορεία και γενικά θεωρείται μια λεμφοϋπερπλαστική διαταραχή χαμηλής κακοήθειας. Προσβάλλει συνήθως άτομα μέσης ηλικίας, αν και έχει περιγραφεί περίπτωση και σε παιδί.<sup>6</sup> Η τοπική θεραπεία με χειρουργική εκτομή ή τοπική ακτινοβολία με δέσμη ηλεκτρονίων οδηγούν σε μακρά χρονικά διαστήματα ελεύθερα νόσου ή και ίαση. Ως θεραπευτικές μέθοδοι αναφέρονται επίσης η τοπική εφαρμογή αζωτούχου μουστάρδας (μεχλωραιθαμίνης), καρμουςτίνης (BCNU) και στεροειδών.

Η θεραπευτική μέθοδος, η οποία έχει αξιολογηθεί ως μέθοδος εκλογής στις περισσότερες δημοσιευμένες εργασίες, είναι η ακτινοβολία με δέσμη ηλεκτρονίων (electron beam). Αναφέρονται πολύ καλά αποτελέσματα με απάντηση 100% στη θεραπεία και πολύ λίγες υποτροπές. Οι υποτροπές, όταν εμφανίζονται, εντοπίζονται αποκλειστικά στο δέρμα, ακόμη και μακριά από την αρχική εντόπιση και αντιμετωπίζονται με ολόσωμη εφαρμογή αζωτούχου μουστάρδας.<sup>7,8</sup>

Η μονήρης σπογγοειδής μυκητίαση είναι μία οντότητα για την οποία υπάρχει διάσταση απόψεων στην επιστημονική κοινότητα. Στα κλασικά βιβλία δερματολογίας των Fitzpatrick, Rook και Lever δεν εμφανίζεται ως ξεχωριστή νοσολογική οντότητα, αναφέρεται όμως ότι η σπογγοειδής μυκητίαση μερικές φορές ξεκινά με μία και μοναδική βλάβη, η οποία μπορεί να παραμείνει η μοναδική εκδήλωση της νόσου επί χρόνια. Οι Cerroni και συν. στο σύγγραμμά τους, που ασχολείται αποκλειστικά με τα δερματικά λεμφώματα (2<sup>η</sup> έκδοση, 2004), εμφανίζεται ο όρος για να περιγράψει άλλη μία ποικιλία σπογγοειδούς μυκητιάσης, εκτός από την παζετοειδή δικτύωση, με μονήρη βλάβη.<sup>9</sup> Στη διεθνή βιβλιογραφία όμως υπάρχουν αρκετά άρθρα που χρησιμοποιούν τον όρο είτε για να περιγράψουν μια ποικιλία λεμφώματος που διαφοροποιείται από την "κλασική" σπογγοειδή μυκητίαση και εμφανίζει καλή πορεία και πρόγνωση,<sup>8,10,11</sup> είτε για να περιγράψουν την εντοπισμένη μορφή της παζετοειδούς δικτύωσης ή νόσο των Woringer-Kolopp. Η δεύτερη άποψη υποστηρίζεται και από τον R. Willemze στο βιβλίο Δερματολογίας των Bologna και συν.,<sup>12</sup> όπου οι δύο όροι θεωρούνται συνώνυμοι. Υπάρχουν βέβαια και ερευ-

νπές που στα άρθρα τους διατυπώνουν ερωτηματικά για την σχέση μεταξύ των δύο νόσων.<sup>13</sup>

Εξ' άλλου και η παζετοειδής δικτύωση είναι άλλη μια αμφιλεγόμενη οντότητα. Με αυτήν την ονομασία περιγράφονται δύο διαφορετικά νοσήματα:

- α.** η εντοπισμένη μορφή ή νόσος των Woringer-Kolopp, η οποία αποτελείται από μία μόνο πλάκα ερυθρηματολεπιδώδη και διηθημένη εντοπιζόμενη κατά κανόνα στα άκρα και η οποία θεωρείται λέμφωμα χαμηλής κακοήθειας και
- β.** η διάχυτη μορφή ή νόσος των Ketron-Goodman, η οποία χαρακτηρίζεται από πολυάριθμες πλάκες, βλατίδες και οζίδια, πιο επιθετική συμπεριφορά και κακή πρόγνωση.

Στις περισσότερες ταξινομήσεις ο όρος παζετοειδής δικτύωση ταυτίζεται με την εντοπισμένη μορφή, ενώ άλλοι θεωρούν τις δύο οντότητες ως δύο ακραίες εκδηλώσεις της ίδιας νόσου.

Στις καινούργιες εκδόσεις του Fitzpatrick (2003) και του Lever (2005) η παζετοειδής δικτύωση (νόσος των Woringer-Kolopp) θεωρείται ποικιλία της σπογγοειδούς μυκητίασης, αν και διευκρινίζεται ότι η καλοήθης πορεία της νόσου δεν συμβαδίζει με την φύση των λεμφωμάτων.

Μελετώντας ωστόσο τις περιγραφές τόσο της παζετοειδούς δικτύωσης, όσο και της μονήρους σπογγοειδούς μυκητίασης, βλέπουμε ότι δύσκολα μπορεί να γίνει ταύτιση αφού πέρα από τα αρκετά κοινά σημεία υπάρχουν και σημαντικές διαφορές:

Κλινικά η εντοπισμένη παζετοειδής δικτύωση εμφανίζεται τυπικά στα άκρα, ενώ όσα περιστατικά διαγνώστηκαν ως μονήρης σπογγοειδής μυκητίαση η βλάβη εντοπιζόταν στον κορμό.

Ιστολογικά η παζετοειδής δικτύωση παρουσιάζει έντονο επιδερμοτροπισμό από άτυπα κύτταρα, που παρουσιάζουν μονομορφισμό (monomorphic cellularity), παζετοειδή κατανομή και μερικές φορές ομοιάζουν με ισιοκύτταρα. Αντίθετα η σπογγοειδής μυκητίαση χαρακτηρίζεται από κύτταρα με βαθυχρωματικό και εγκεφαλοειδή πυρήνα που ανευρίσκονται τόσο στην επιδερμίδα όσο και στο χόριο. Στην παζετοειδή δικτύωση το πάχος του όγκου οφείλεται στην ακάνθωση που συνοδεύεται από επιδερμοτροπισμό, ενώ στη σπογγοειδή μυκητίαση έχουμε διήθηση του χορίου και επέκταση των νεοπλασματικών κυττάρων.<sup>14</sup>

Ανοσοϊστοχημικά τα T λεμφοκύτταρα της σπογγοειδούς μυκητίασης εκφράζουν συνήθως τα CD45RO αντιγόνα ενώ στην παζετοειδή δικτύωση ολόκληρη η οικογένεια CD45 χάνεται από την κυτταρική μεμβράνη των άτυπων ενδοεπιδερμικών λεμφο-

κυττάρων και ίσως αυτό να εξηγεί την μη επιθετική φύση της παζετοειδούς δικτύωσης.<sup>15</sup> Επίσης στην παζετοειδή δικτύωση παρατηρείται συχνά θετικότητα για CD 30, όχι όμως στην σπογγοειδή μυκητίαση.<sup>8</sup>

Η διαφορική διάγνωση μονήρους βλάβης με επιδερμοτροπία διήθηση από άτυπα T-λεμφοκύτταρα θα πρέπει να συμπεριλάβει και την περίπτωση εξανθήματος με μερικά από τα ιστοπαθολογικά και ανοσοφαινοτυπικά χαρακτηριστικά της σπογγοειδούς μυκητίασης, η οποία παρατηρείται σπάνια κατά τη διάρκεια θεραπείας με αρκετά φάρμακα, κυρίως αντικαταθλιπτικά και αντισταμινικά.<sup>16</sup> Ασθενείς με τέτοιου είδους βλάβη χρειάζονται γενική εκτίμηση της υγείας και λεπτομερές ιστορικό χρήσης φαρμάκων. Αναφέρονται επίσης παρόμοιες ιστολογικές εικόνες από εξάνθημα από νυγμό εντόμου.

Ο επακριβής καθορισμός της φύσης της νόσου που φέρεται με το όνομα "μονήρης σπογγοειδής μυκητίαση" και η διαλεύκανση της σχέσης της με την "κλασσική" σπογγοειδή μυκητίαση και την εντοπισμένη παζετοειδή δικτύωση έχει σημασία όχι μόνο για λόγους καθαρά επιστημονικούς αλλά και για λόγους προγνωστικούς. Η σπογγοειδής μυκητίαση παρόλη την βραδεία εξέλιξη της μεθίσταται σε σημαντικό ποσοστό και αποβαίνει θανατηφόρος για αρκετούς από τους πάσχοντες. Η παζετοειδής δικτύωση, αντίθετα, έχει καλύτερη πρόγνωση, καθώς δεν μεθίσταται και το ποσοστό 10ετούς επιβίωσης αγγίζει το 100%. Όσο για την μονήρη σπογγοειδή μυκητίαση, φαίνεται ότι υπάρχει μικρό ποσοστό υποτροπών μετά την αντιμετώπιση της νόσου, οι βλάβες όμως παραμένουν εντοπισμένες στο δέρμα.

Θα πρέπει επομένως να τονισθεί ότι η εξαίρεση ολόκληρης της βλάβης - όπως έγινε στην περίπτωση μας - δεν σημαίνει ταυτόχρονα και ίαση της νόσου. Θα πρέπει ο ασθενής να παρακολουθείται κατά τακτά χρονικά διαστήματα, τουλάχιστον επί μία πενταετία, ώστε να διαγνωσθεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί τυχόν υποτροπή.

Συνοψίζοντας, η μονήρης σπογγοειδής μυκητίαση είναι μία σπάνια μορφή T-δερματικού λεμφώματος, με αρκετά καλοήθη πορεία, που απαντά καλά στις τοπικές θεραπείες. Στη βιβλιογραφία υπάρχει ακόμα ασάφεια ως προς την ταξινόμηση, ωστόσο η μονήρης σπογγοειδής μυκητίαση φαίνεται ότι αποτελεί άλλο ένα παράδειγμα της ποικιλίας με την οποία εκδηλώνεται ένα T-δερματικό λέμφωμα. Στην περίπτωση του ασθενούς μας η εντόπιση της βλάβης, τα ιστοπαθολογικά και τα ανοσοφαινοτυπικά ευρήματα συνηγορούν περισσότερο για μία μονήρη σπογγοειδής μυκητίαση παρά για μία παζετοειδή δικτύωση.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Paulli M, Berti E. Cutaneous T-cell lymphoma (including rare types). Current concepts. *Haematologica* 2004;1372-1381.
2. Murphy GF, Schwarting R. Cutaneous lymphomas and leukemias. In Elder D(ed) *Lever's Histopathology of the skin*. Lippincott: Philadelphia, 2005; p 950.
3. Herne KL, Talpar R, Breuer-McHaus J, et al. CMV seropositivity is significantly associated with mycosis fungoides and Sezary syndrome. *Blood* 2003;101:2132-2135.
4. Latkowsky J, Heald P. Cutaneous T-cell lymphoma. In: Freedberg I, Eisen A, Wolf K (eds) *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. McGraw-Hill: New York 2003; pp1537-1541.
5. Armitage JO, Largo DL. Malignancies of lymphoid cells. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine*. McGraw-Hill, New York 2004; p 653.
6. Alsaleh K, Nanda A, Baker H, et al. Unilesional (segmental) mycosis fungoides presenting in childhood. *Pediatr Dermatol* 2004; 21:558-561.
7. Micaily B, Miyamoto C, Kantor G, et al. Radiotherapy for unilesional mycosis fungoides. *J Radiol Oncol* 1998;42:361-364.
8. Heald PW, Glusac EJ. Unilesional cutaneous T-cell lymphoma: Clinical features, therapy, and follow-up of 10 patients with a treatment-responsive variant. *J Am Acad Dermatol*. 2000;42:283-285.
9. Cerroni L, Gatter K, Kerl H. Mycosis fungoides. In: *An Illustrated Guide to Skin Lymphoma*. Blackwell: Oxford, 2004; pp 9-33.
10. Hodak E, Phenig E, Amichai B, et al. Unilesional mycosis fungoides: a study of seven cases. *Dermatology* 2000; 201:300-306.
11. Yoo SS, Viglione M, Moresi M, Vonderheid E. Unilesional mycosis fungoides mimicking Bowen's disease. *J Dermatol* 2003;30:417-419.
12. Willemze R. Cutaneous T-Cell Lymphoma. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP (eds) *Dermatology*. Mosby: Philadelphia 2003, p 1931.
13. Palmer RA, Keefe M, Slater D, Whittaker SJ. Pagetoid reticulosis or unilesional mycosis fungoides. *Clin Exp Dermatol*. 2002;27:345-346.
14. Haghghi B, Smoller BR, LeBoit PE, et al. Pagetoid reticulosis (Woringer-Kolopp disease): an immunophenotypic, molecular and clinicopathologic study. *Mod Pathol* 2000;13:502-510.
15. Sterry W, Hauschild A. Loss of leucocyte common antigen (CD45) on atypical lymphocytes in the localized but not disseminated type of pagetoid reticulosis. *Br J Dermatol* 1991; 238-242.
16. Cerroni L, Fink-Riches R, et al. Solitary skin lesions with histopathologic features of mycosis fungoides. *Am J Dermatopathol* 1999; 518-524.

Αθήνηλογραφία: Σωτηριάδης Δ.Κ.

Στεφ. Τάπη 12, 54622 Θεσσαλονίκη

E-mail: [stratos@med.auth.gr](mailto:stratos@med.auth.gr)