

Fall 1

Dr.med. Pfennig

38-jährige Frau mit seit Monaten bestehender Schwellung der rechten Regio parotidea.

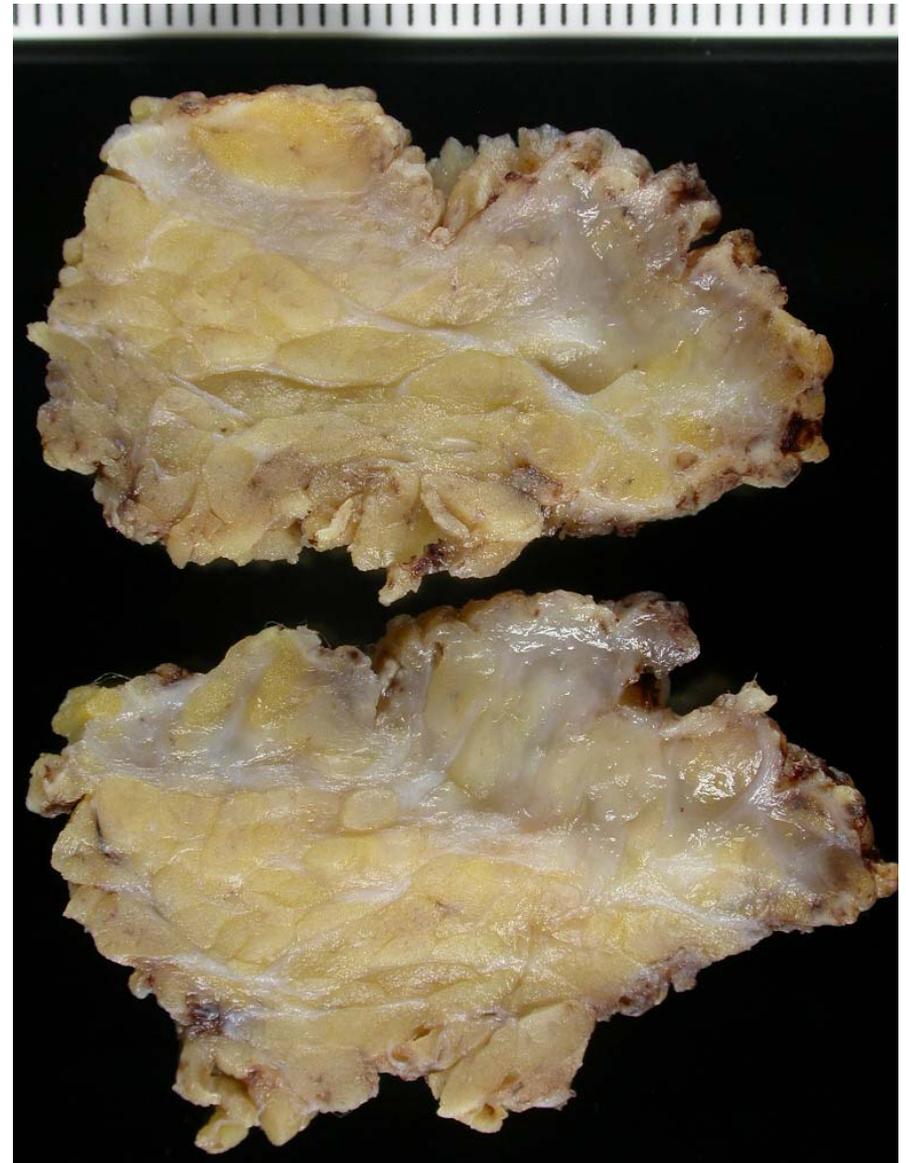
Voroperation der gleichen Region im Jahr 2003 in Thailand (Diagnose?)

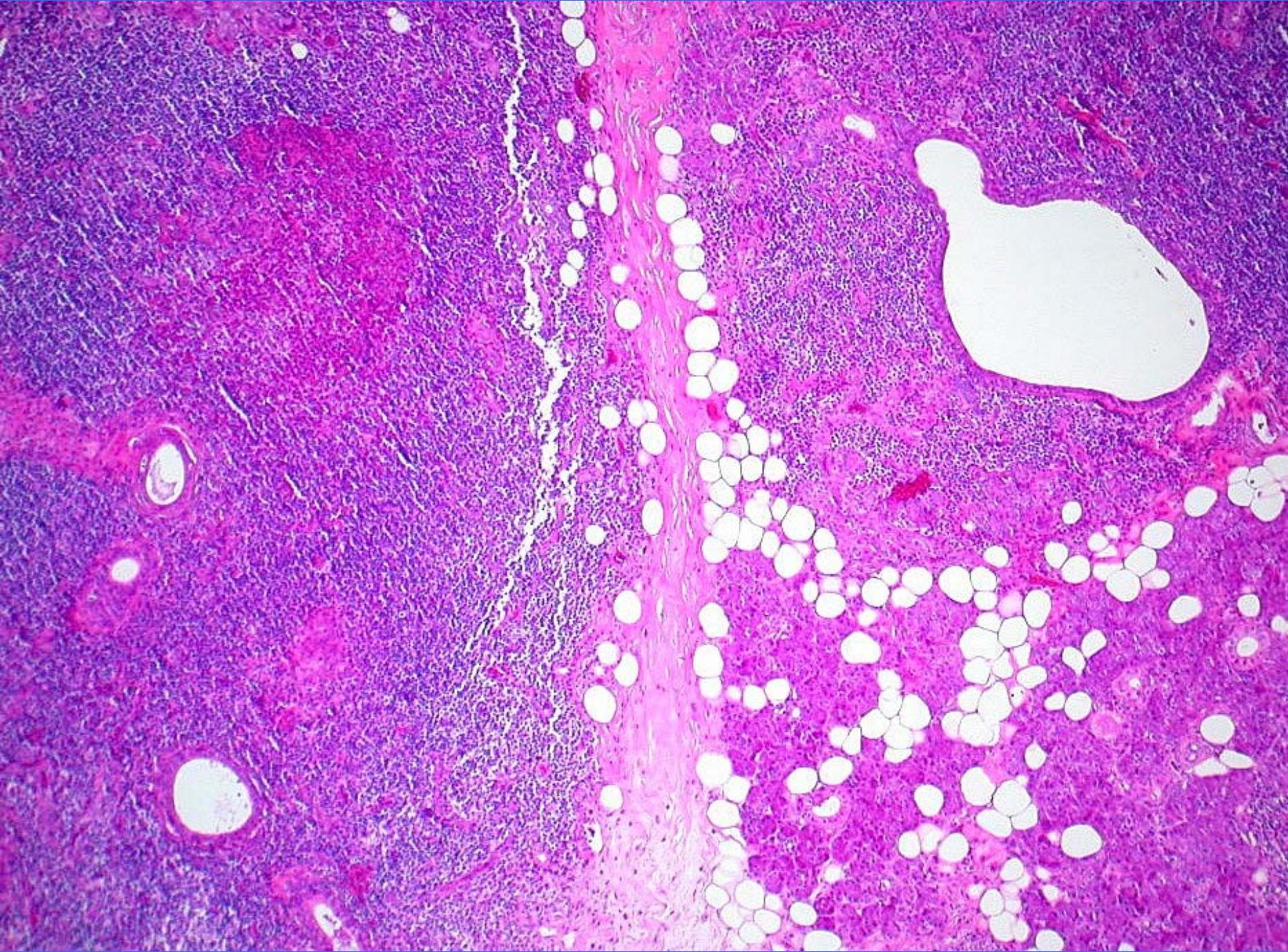
Sonographisch Verdacht auf Tumor der Parotis (Lymphangiom?).

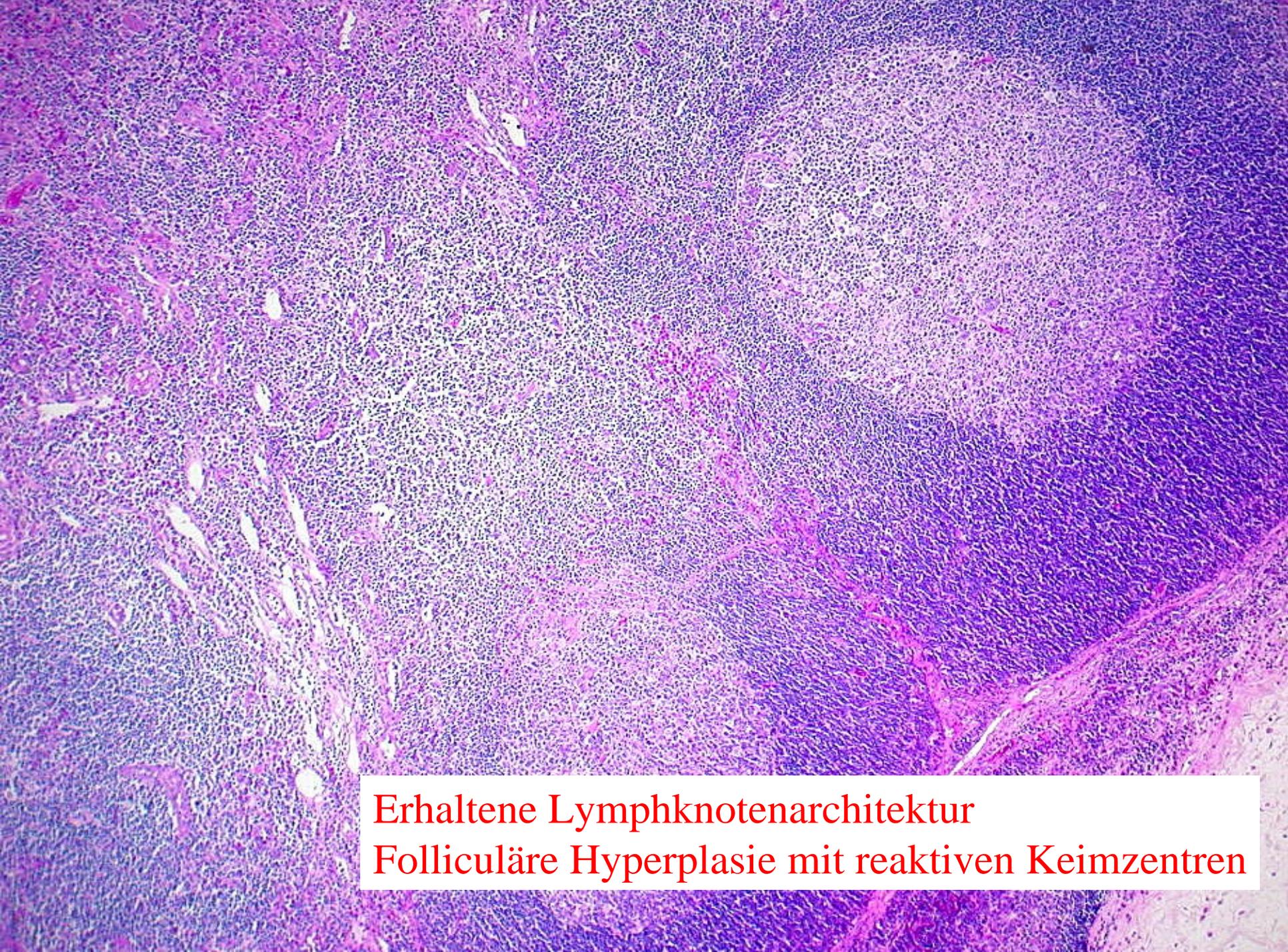
Teilparotidektomie mit Resektion des ventralen Lappens.

Laborwerte normal (Differentialblutbild nicht bestimmt)

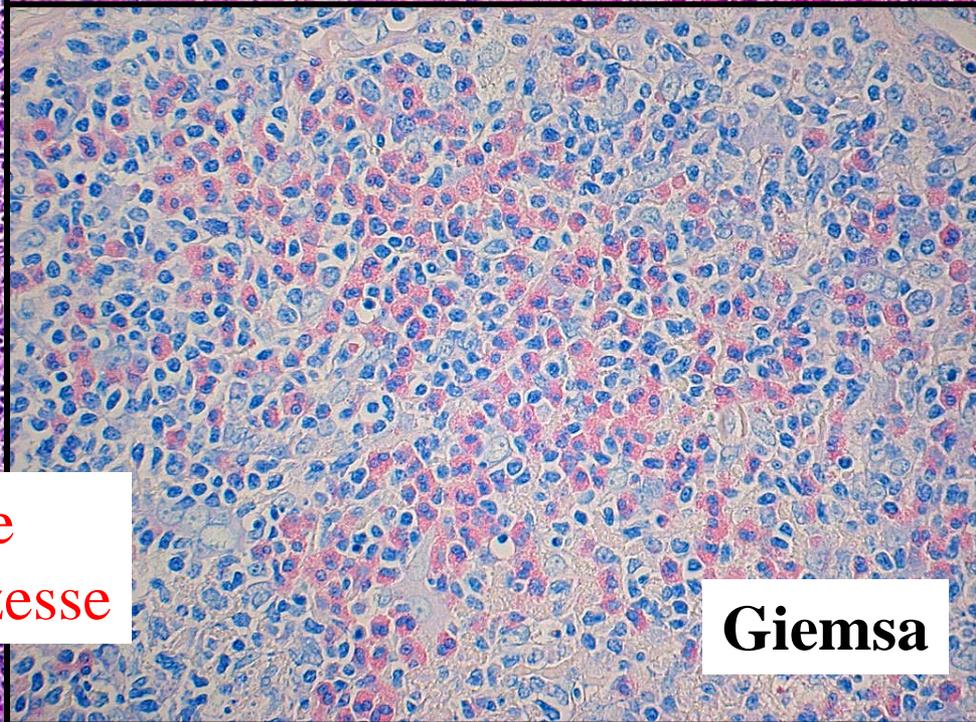
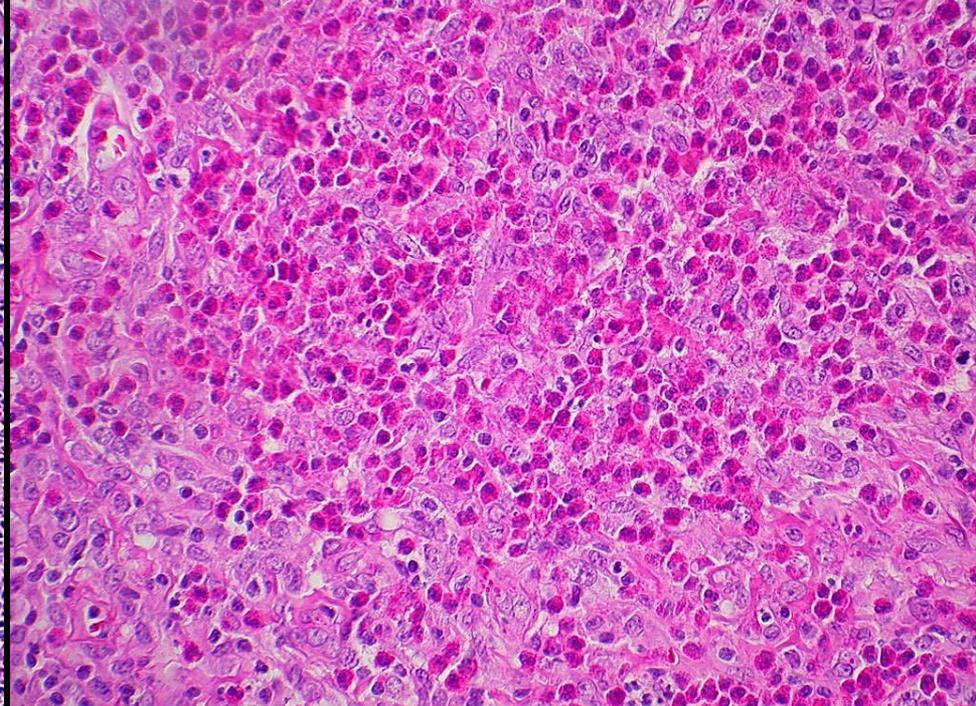
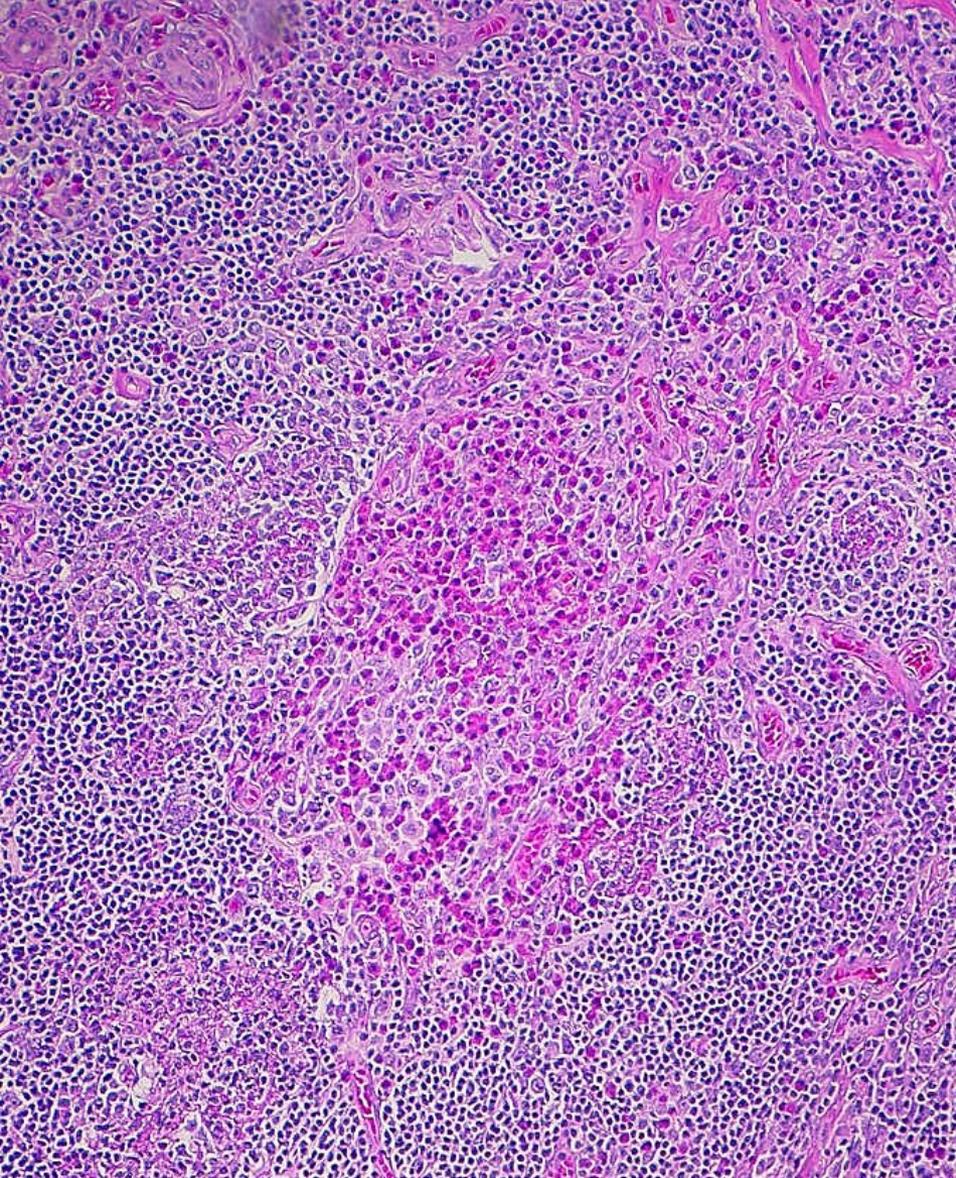
Exzidat: 45 x 45 x 35 mm, 21,7 g Gewicht





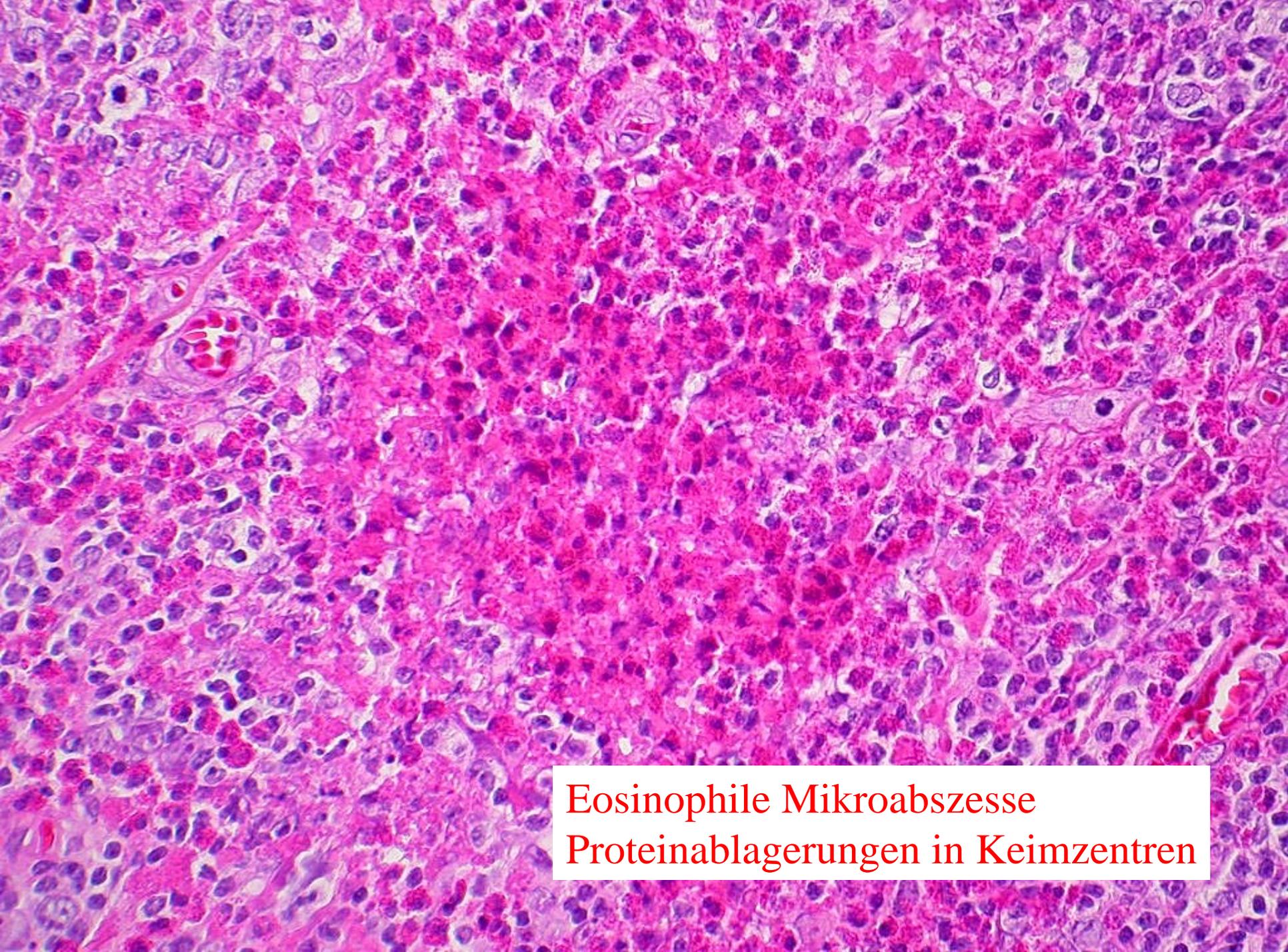
A histological micrograph of a lymph node stained with hematoxylin and eosin (H&E). The image shows a dense population of lymphocytes within the lymph node's architecture. Several follicles are visible, characterized by a dark-staining outer cortex and a lighter-staining inner medulla. The follicles contain numerous small, dark-staining nuclei, which are characteristic of reactive germinal centers. The overall structure is well-preserved, indicating a reactive process rather than a neoplastic one.

Erhaltene Lymphknotenarchitektur
Folliculäre Hyperplasie mit reaktiven Keimzentren

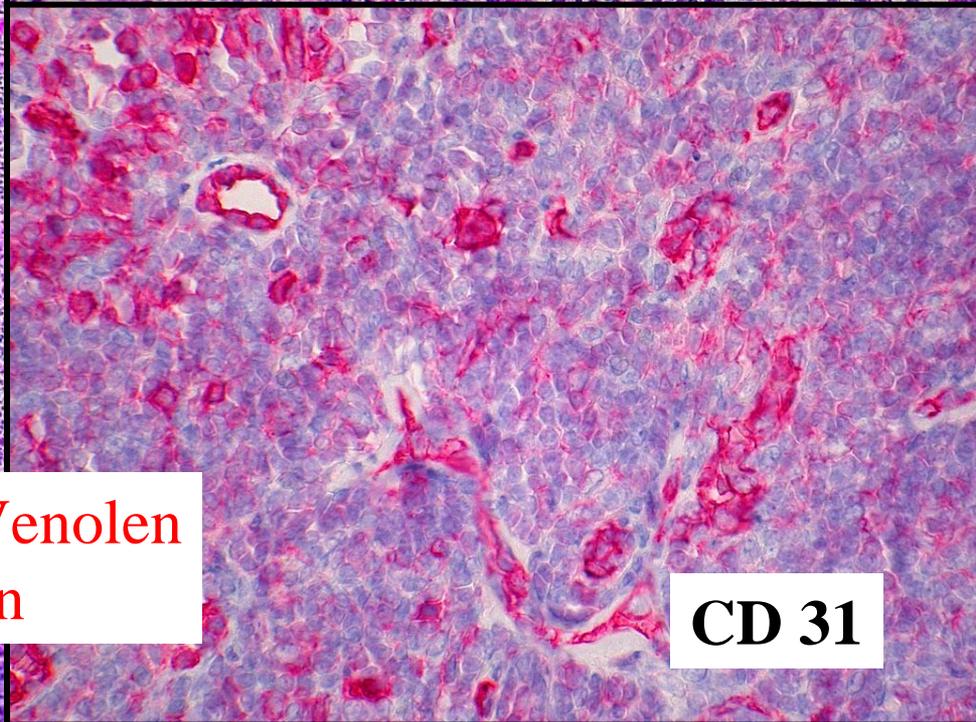
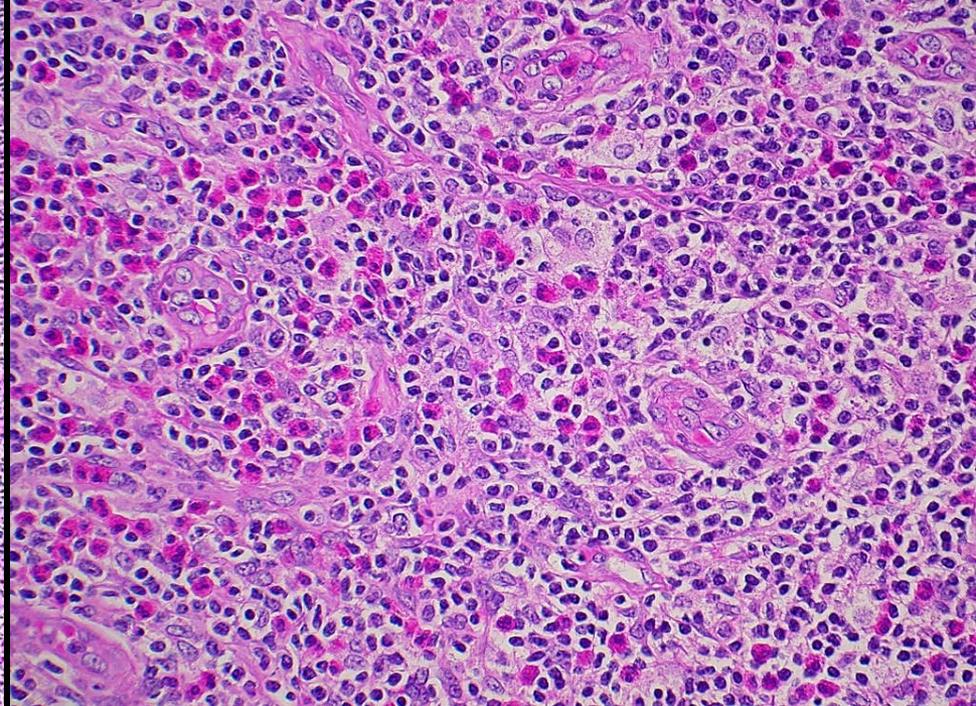
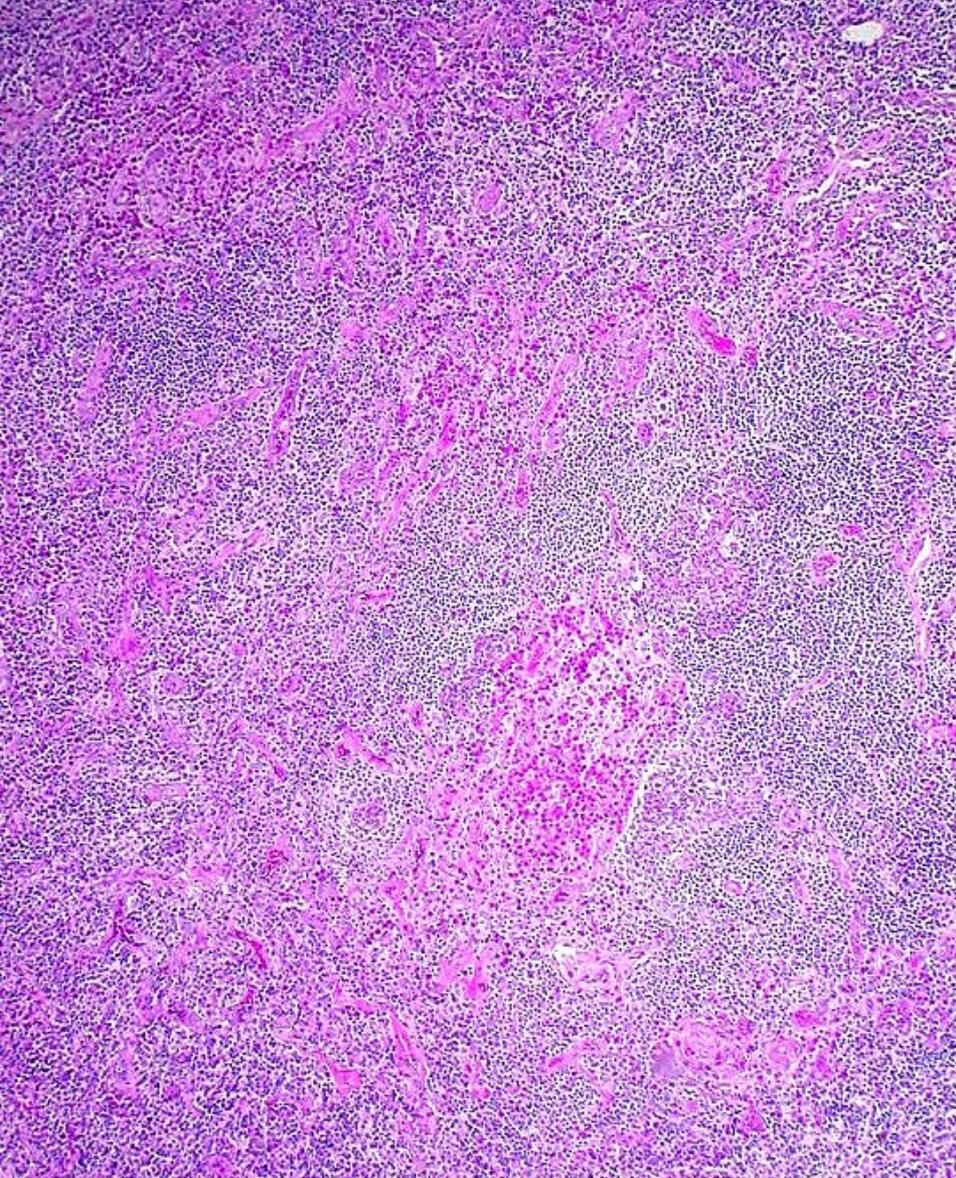


Eosinophile Follicolyse
Eosinophile Mikroabszesse

Giemsa

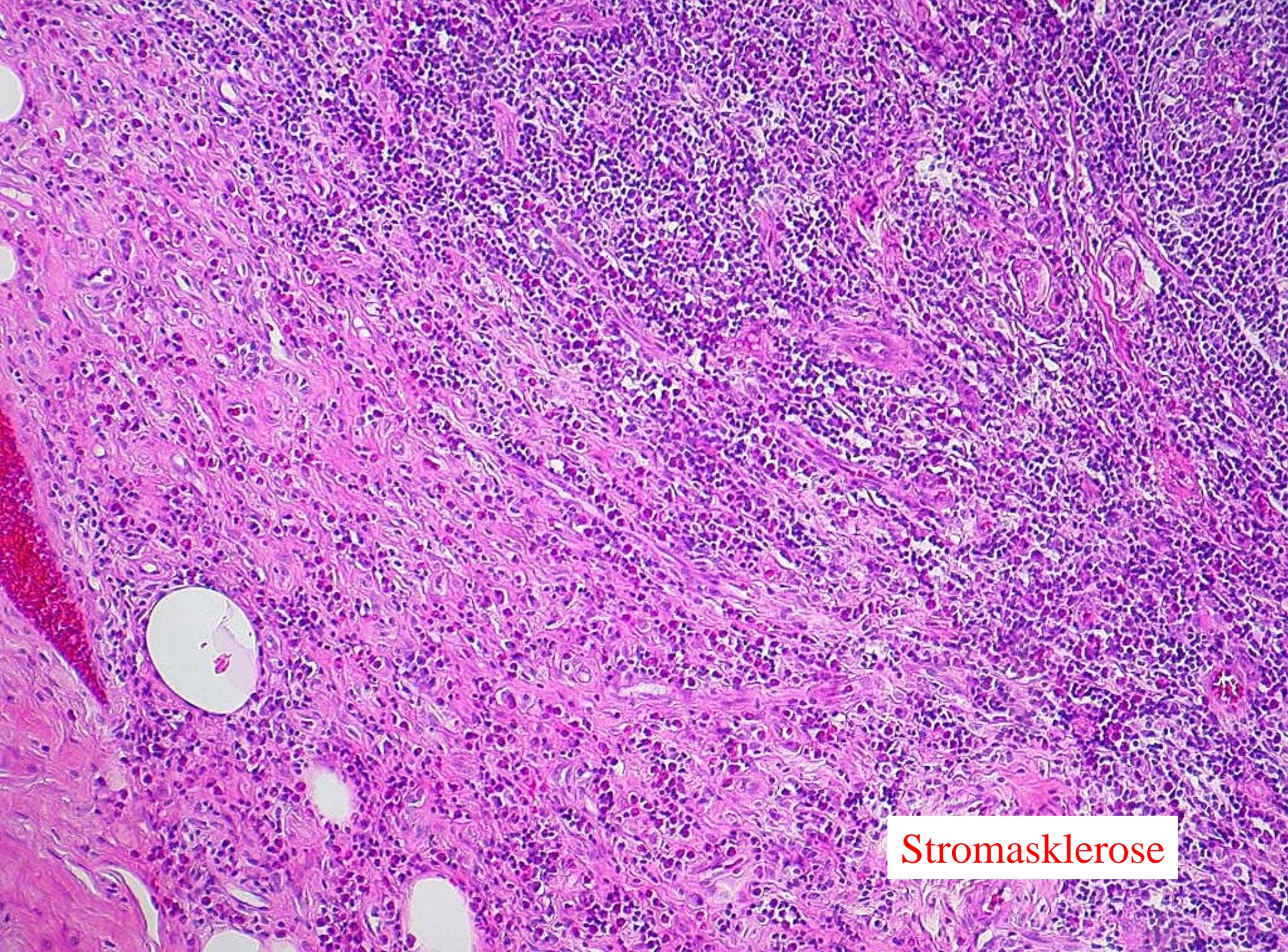


Eosinophile Mikroabszesse
Proteinablagerungen in Keimzentren

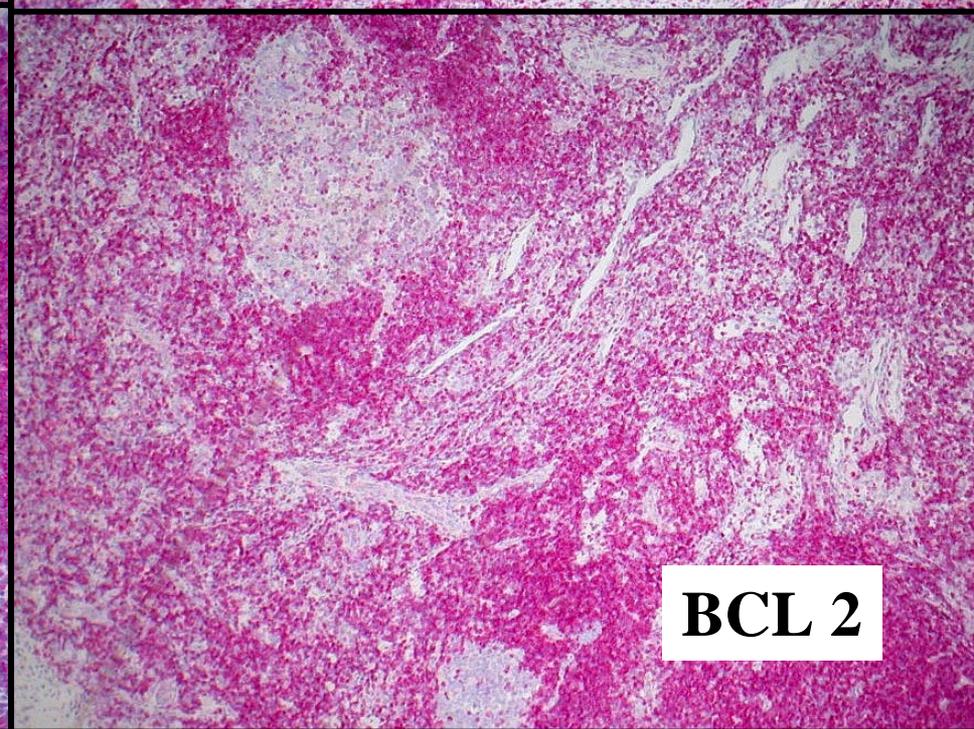
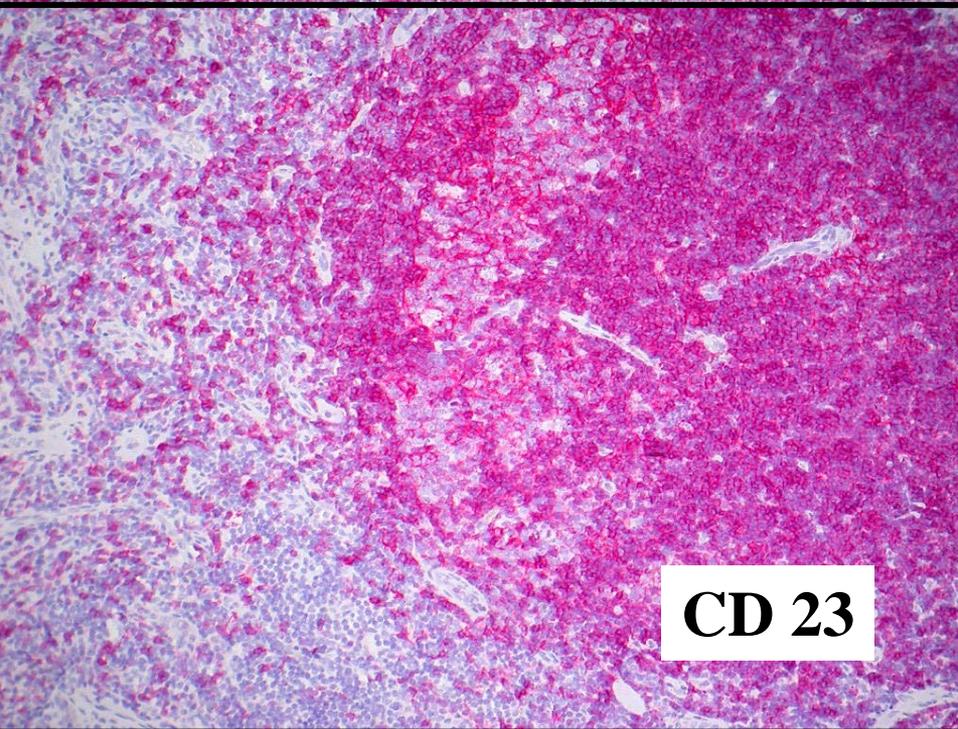
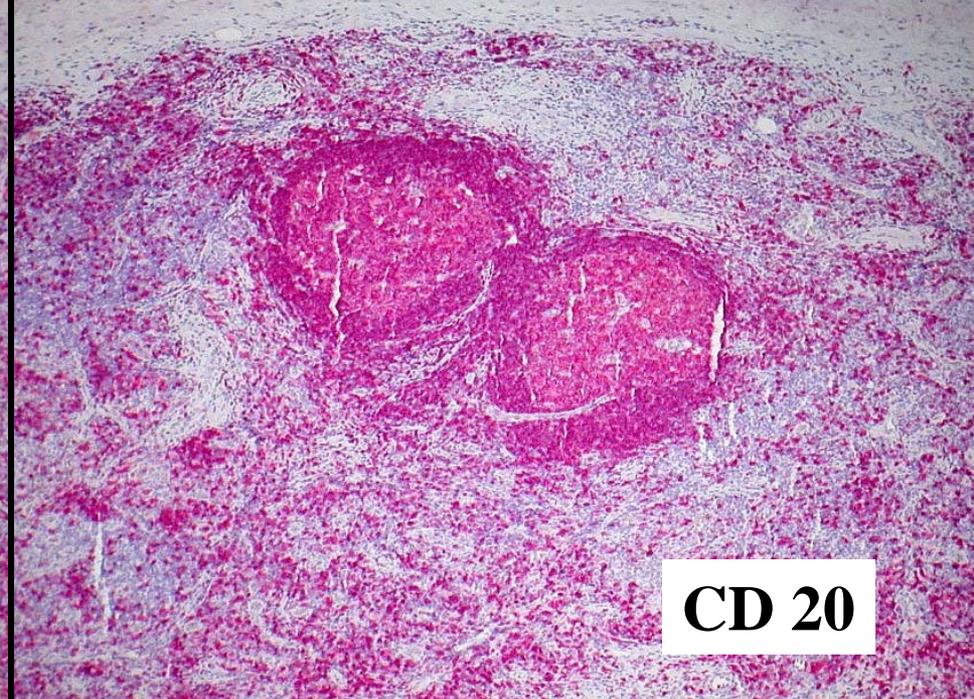
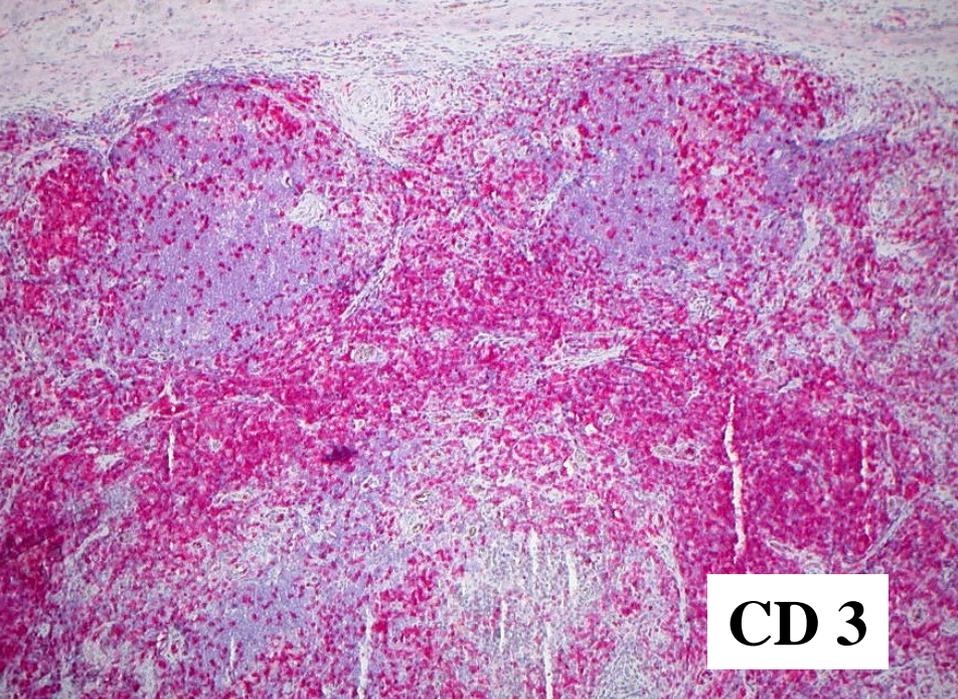


Proliferation postkapillärer Venolen
mit unauffälligen Endothelien

CD 31



Stromasklerose



Kimura-Erkrankung mit Lymphadenopathie

Kimura T, Yoshimura S, Ishikawa E.
On the unusual granulation combined with
hyperplastic changes of lymphatic tissue.
Trans Soc Pathol Jpn. 1943; 37: 179-180

Kimura- Erkrankung

Benigne, chronisch-entzündlich
Asiaten

M > W

Alter ~ 3. Lebensdekade

Labor: Serum IgE ↑

Eosinophilie

Subcutanes Gewebe der Kopf-
Hals-Region

Regionale Lymphadenopathie

Speicheldrüsenbeteiligung

DD:

Angiolymphoide
Hyperplasie mit
Eosinophilie (ALHE)

Hodgkin-Lymphom, T-zell-
Lymphom

Langerhanszell-
Histiozytose

Castleman-Lymphom

Allergische Granulomatose

Medikamenten-Reaktion

Parasiten

Ätiologie ?

(allergische Reaktion, Infektion, aberrante Immun-Reaktion, klonale T-Zellproliferation?)

Pathogenese ?

(abnorme T-Zell-Stimulation /Interaktion T1 u. T2-Helferzellen im Rahmen eine Hypersensitivitätsreaktion)

Therapie: Resektion, Steroide, zytoreduktiv

Prognose: Gut (Rezidivrate ~ 50 %)

Komplikation: selten renale Beteiligung (~ 10 %)
(Nephrotisches Syndrom)

Fall 2:

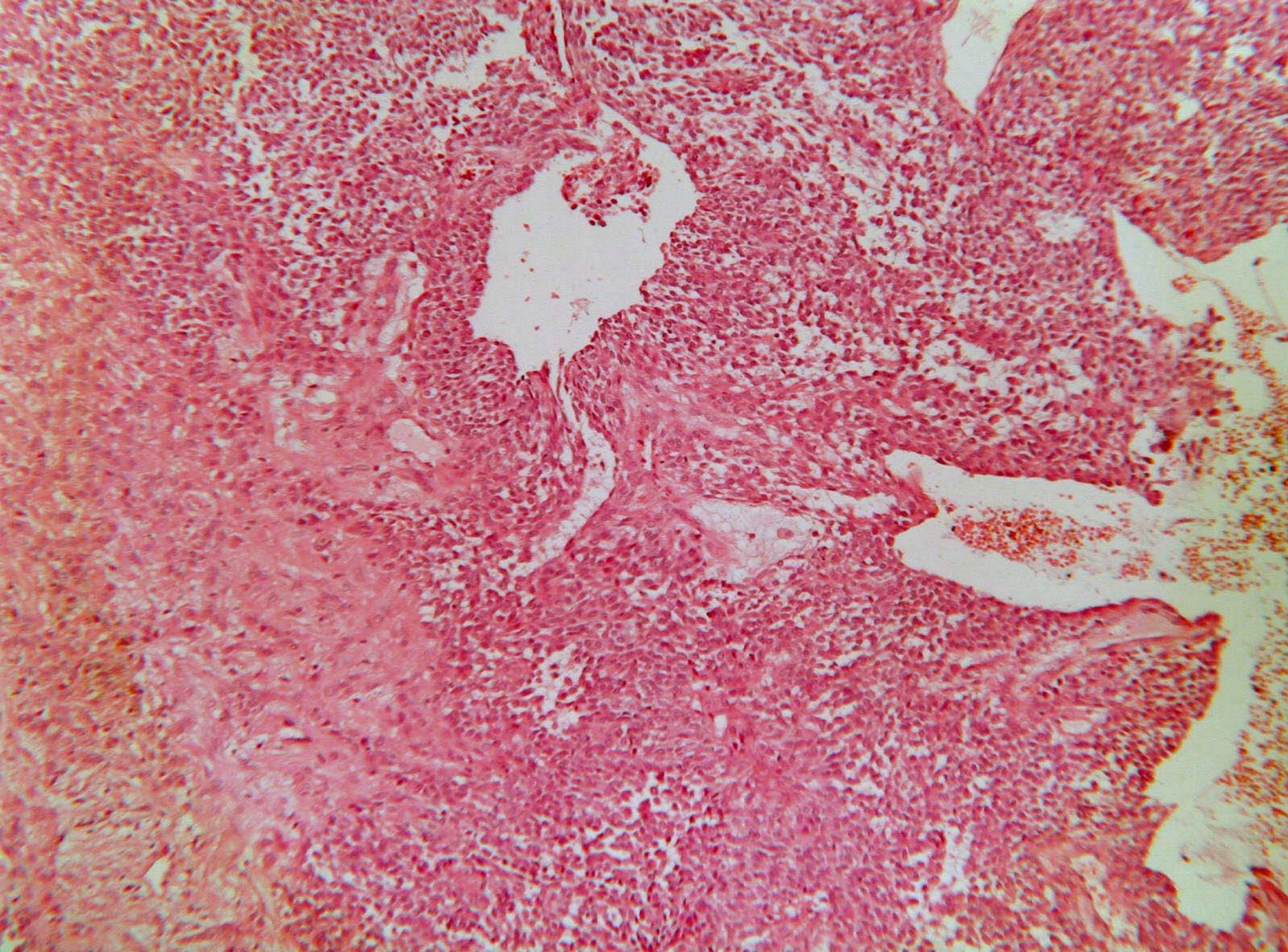
Dr. med. Brennecke, Hannover

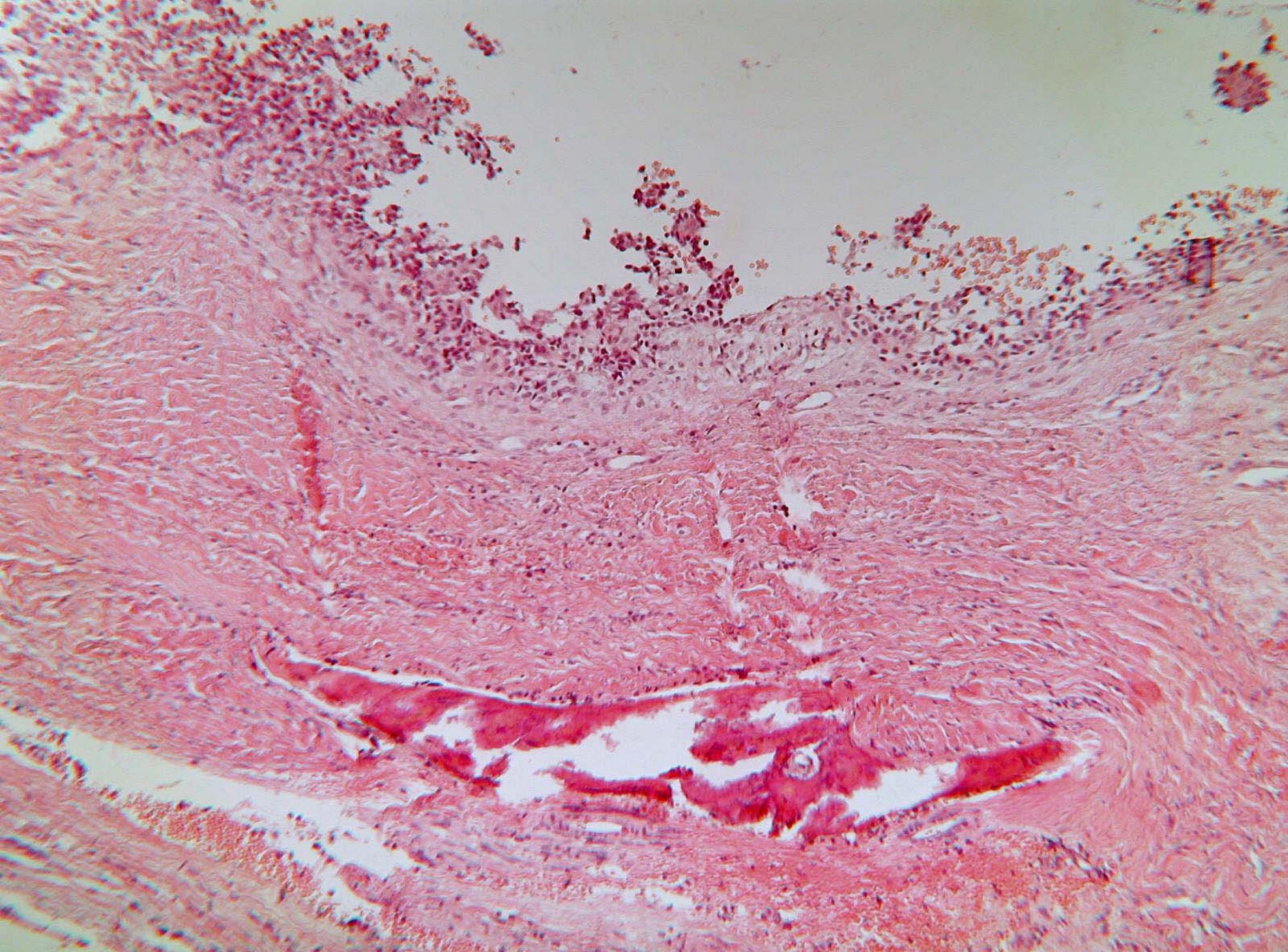
- 2434/08; 38jährige Patientin:
aus Regio 27 zahlreiche rotbraune
Gewebspartikel von zusammen 35 x 30 x 10 mm
Größe, klinisch Verdacht auf radikuläre Cyste.
- Zusätzliche klinische Angaben:
fragliche Knochendestruktion (aktuell);
gutartiger Tumor des Gaumens 1980.

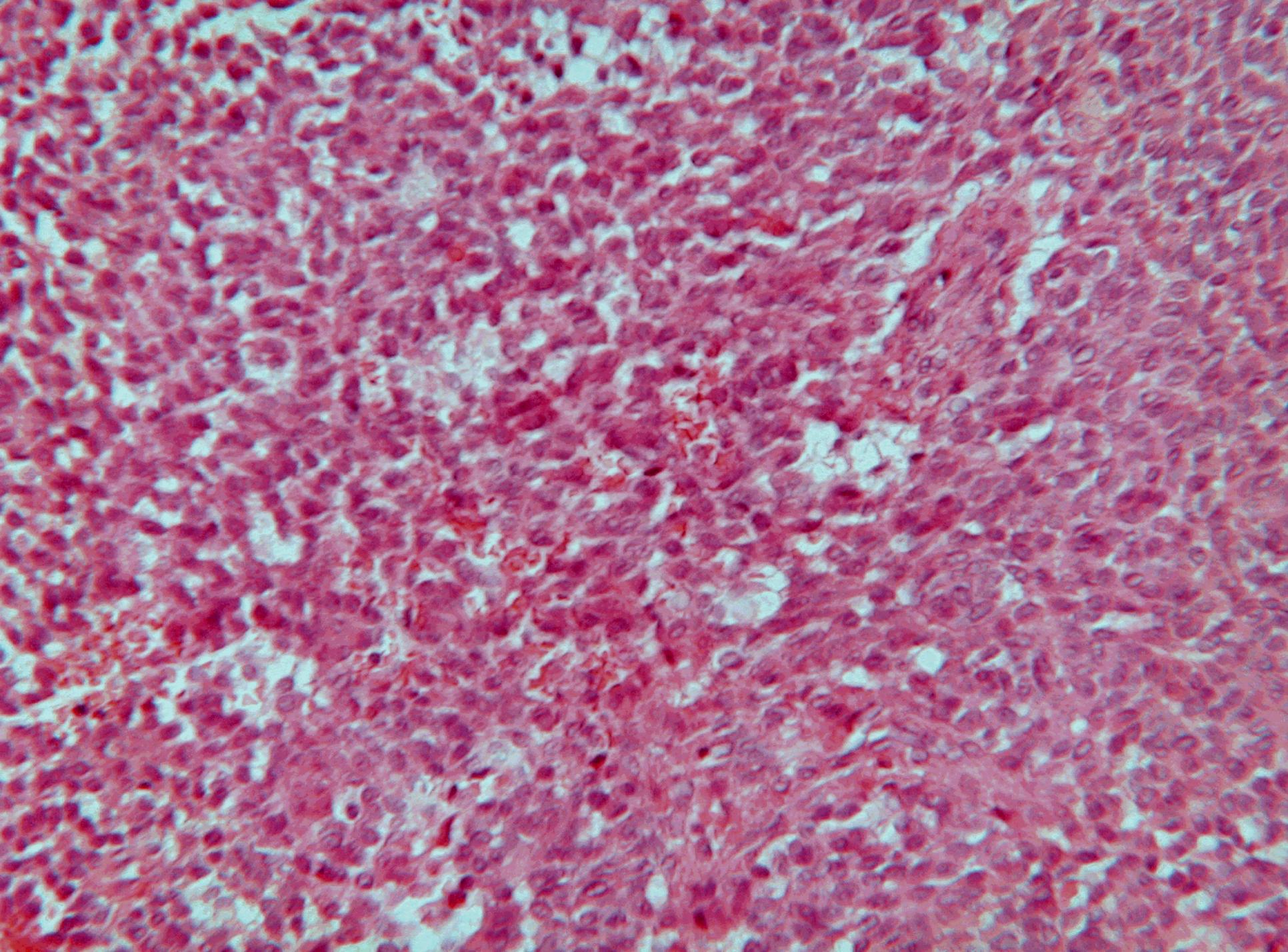


2112

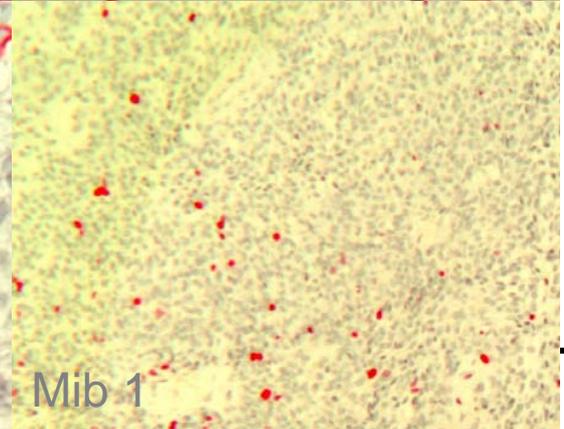
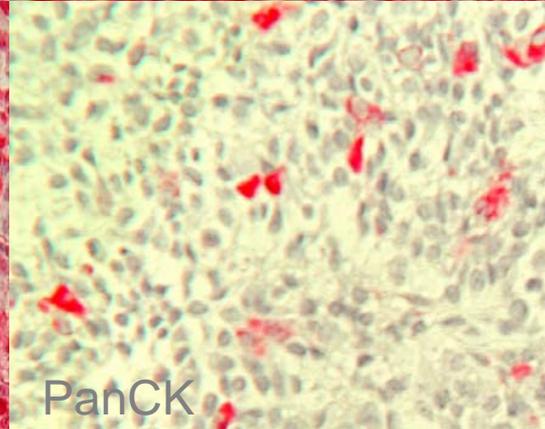
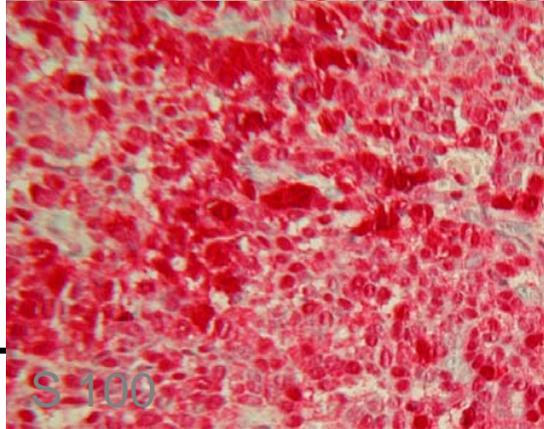
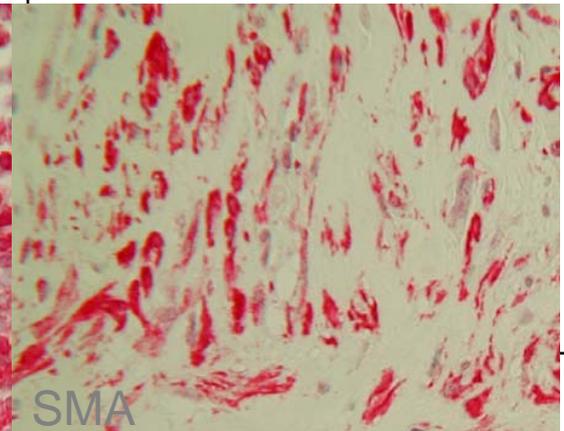
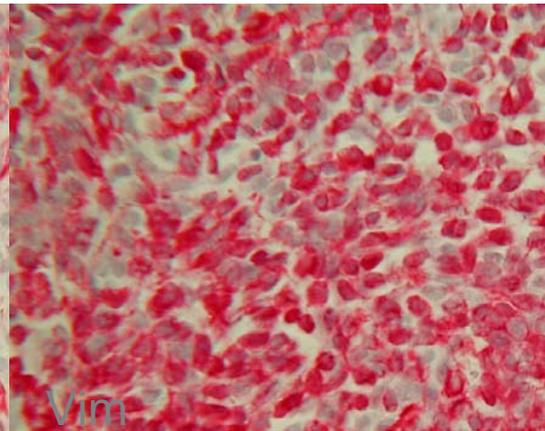
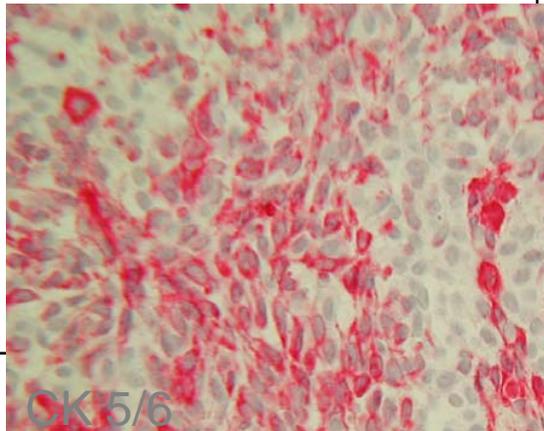
1







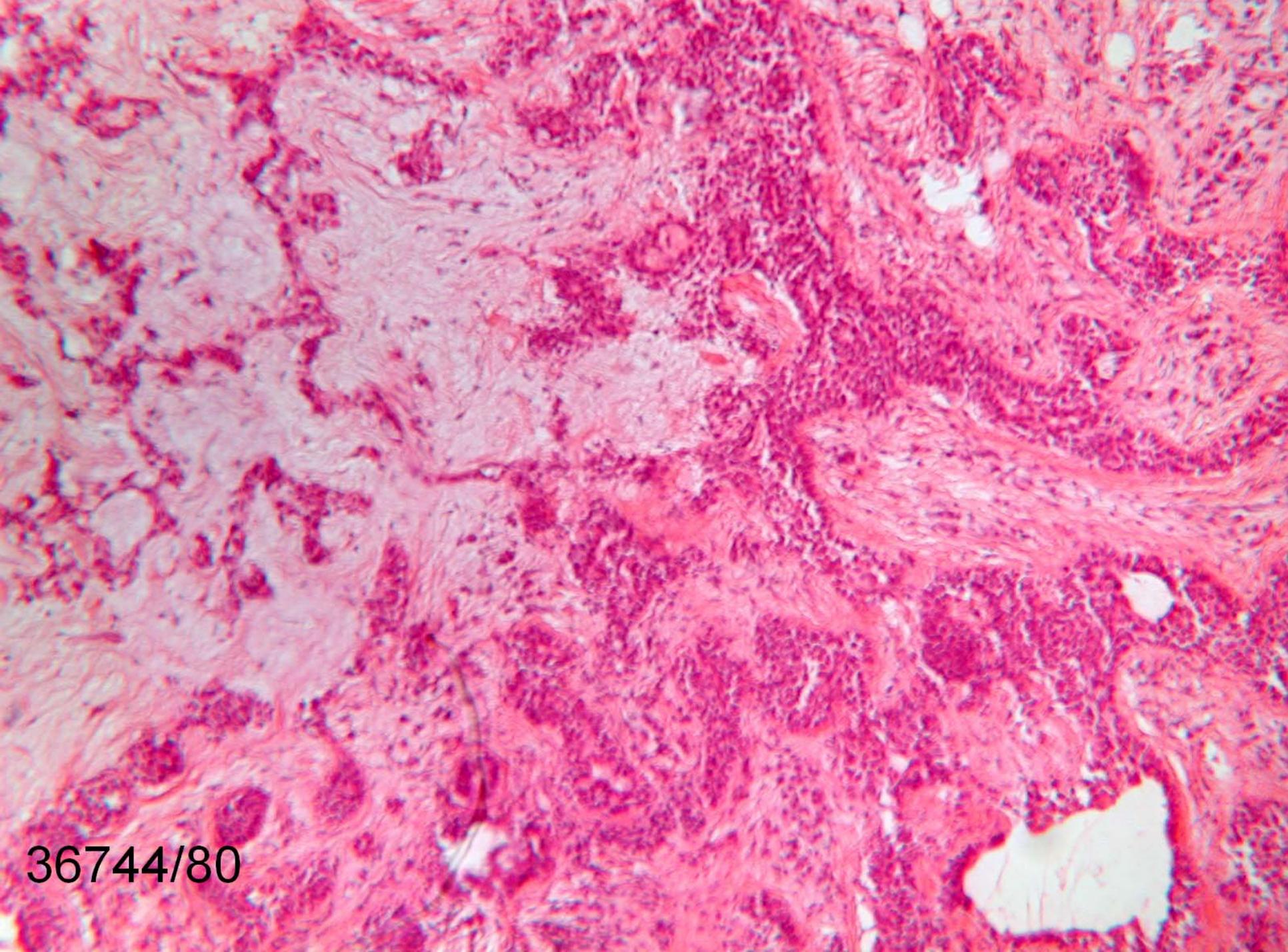
Immunohistochemie



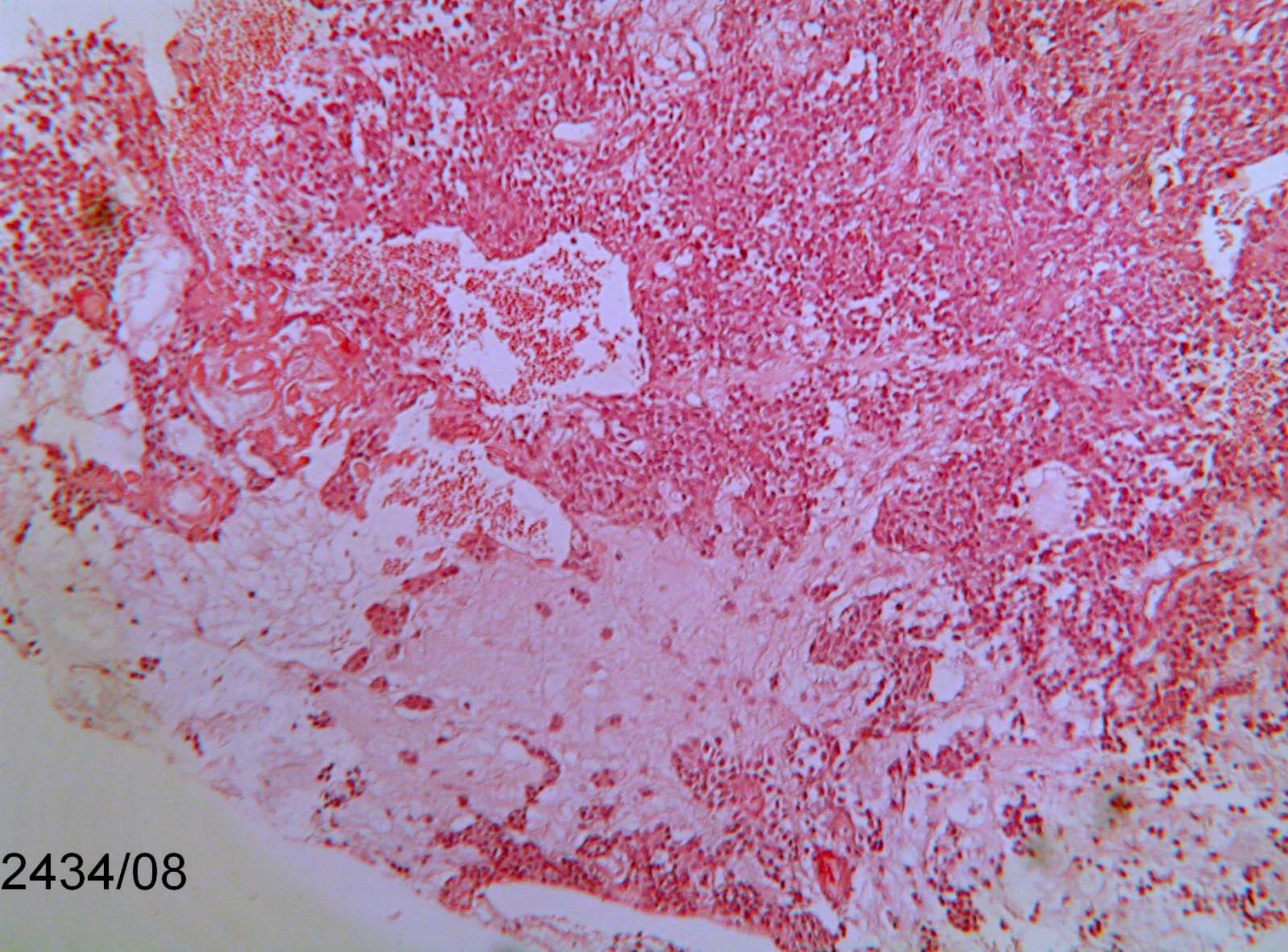
Diagnose

Myoepitheliales Carcinom
niedriger Malignität (G 1)

M 8982/3



36744/80



2434/08

Precursor Lesions

Myoepithelial Carcinomas may arise de novo, but it is important to note that about half of the cases develop in pre-existing pleomorphic adenomas, or from benign myoepitheliomas, particularly in recurrences.

WHO, Pathology & Genetics, Head and Neck Tumours

Klinik

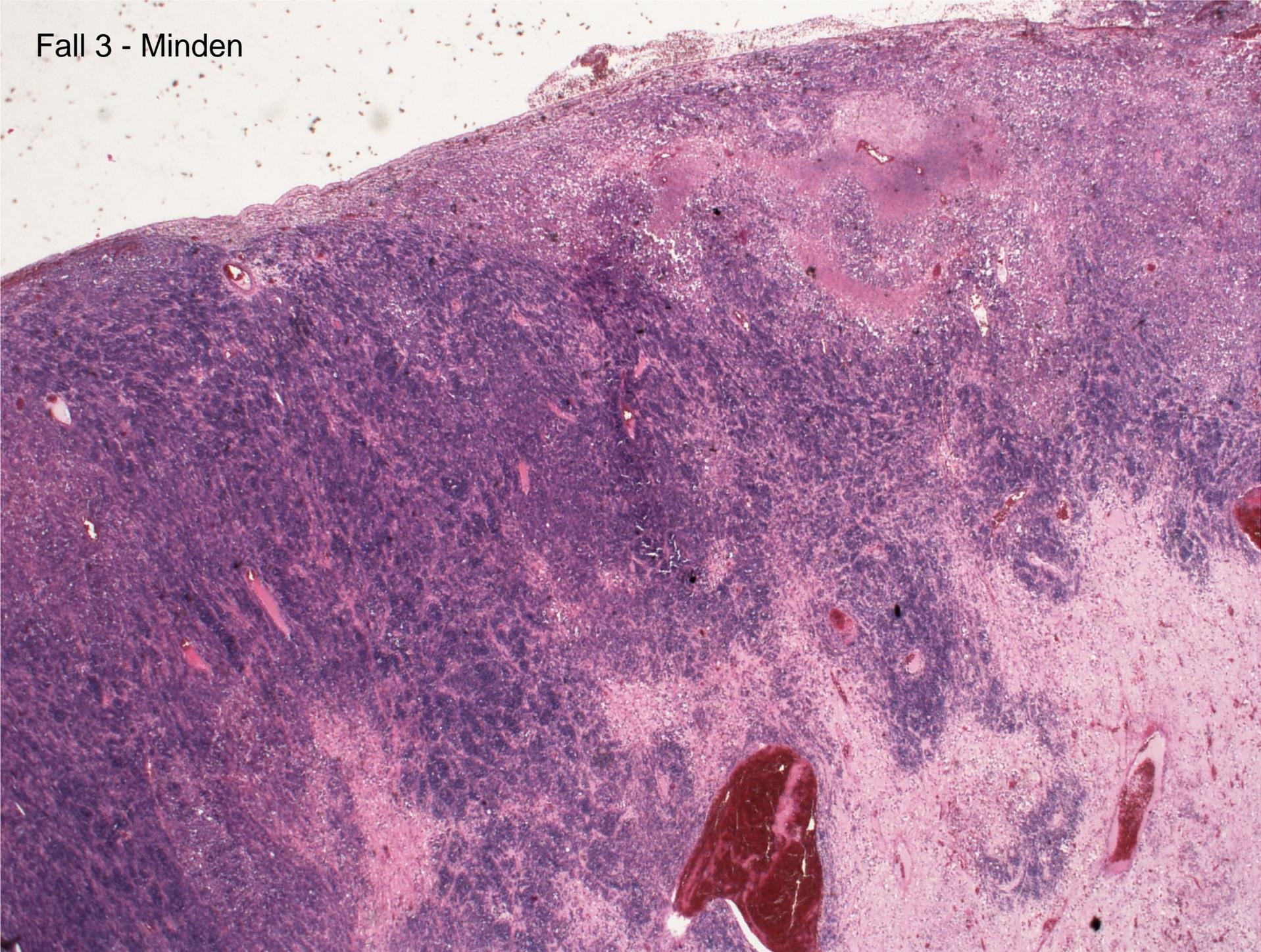
- 30 jährige Patientin
- Kein auffälliges Labor
- V.a. Ovarialkarzinom



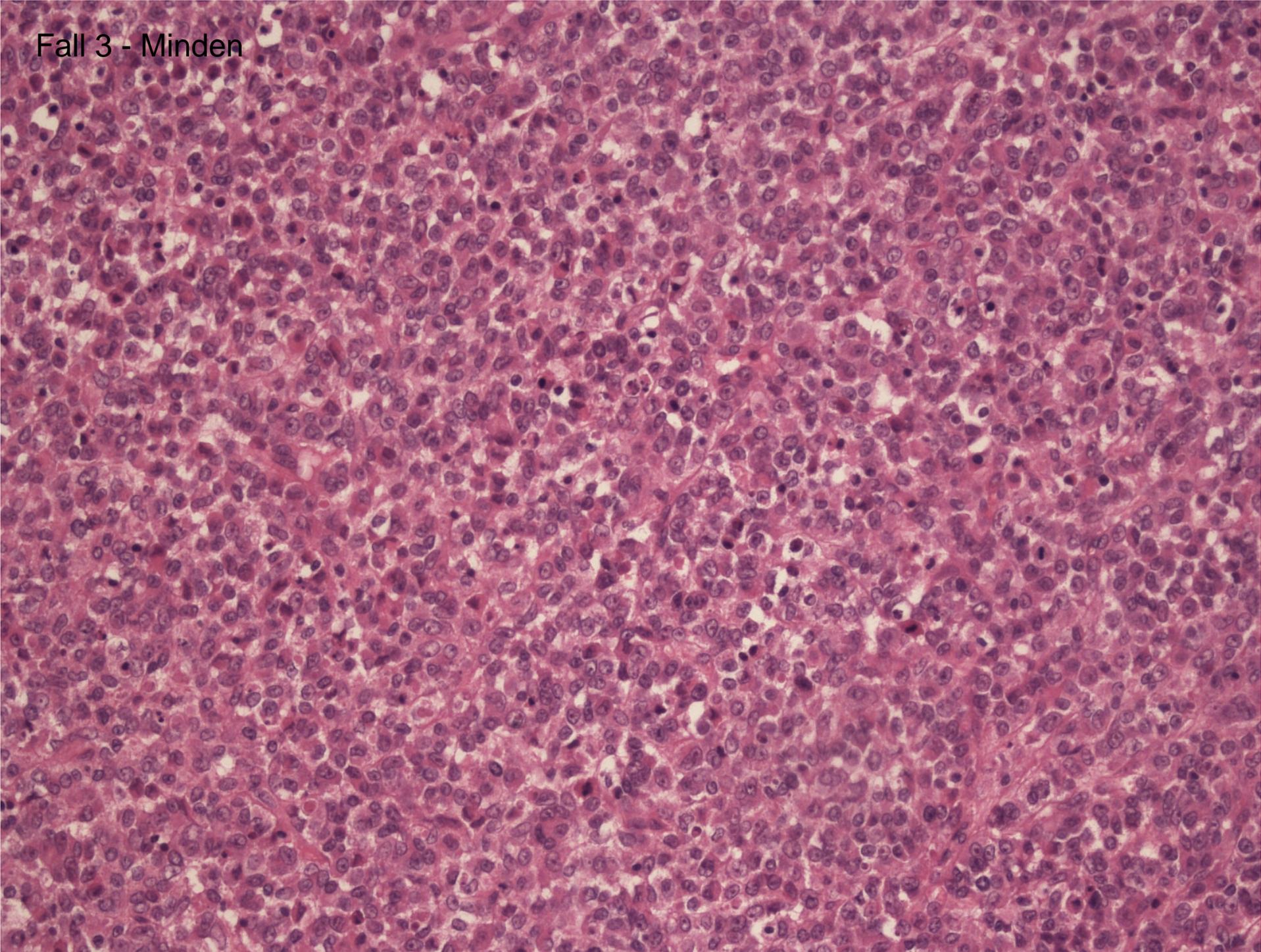
Makroskopie

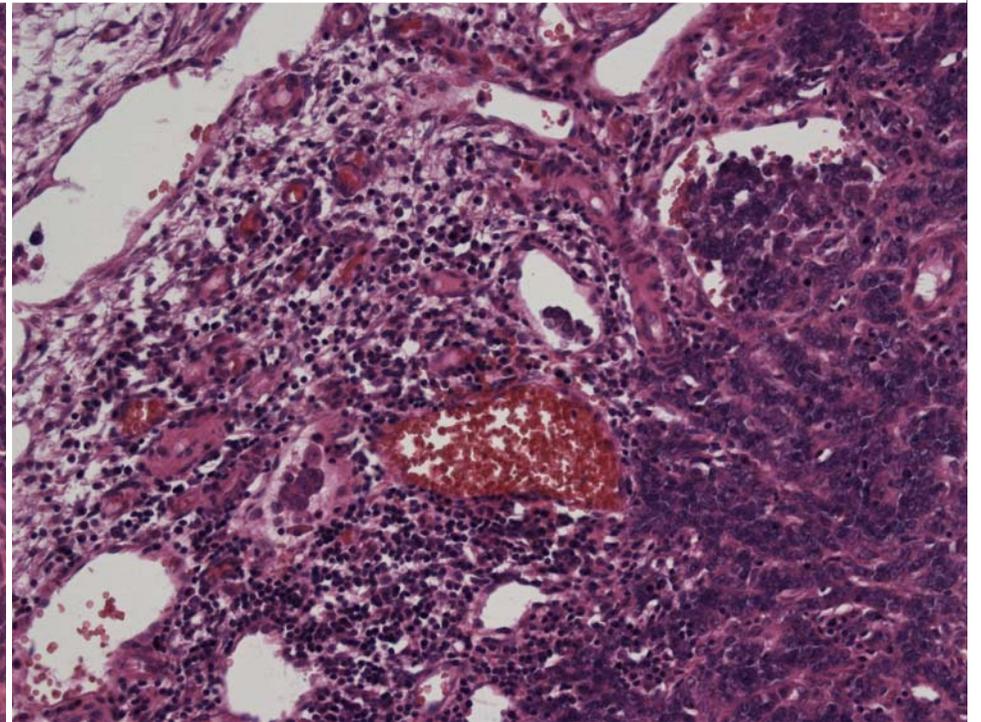
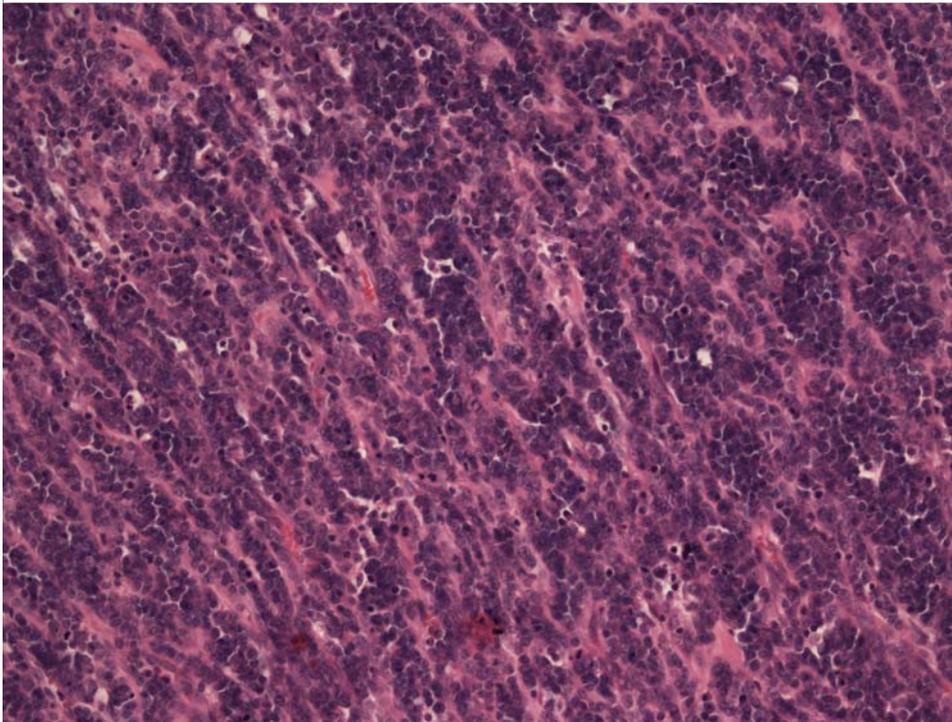
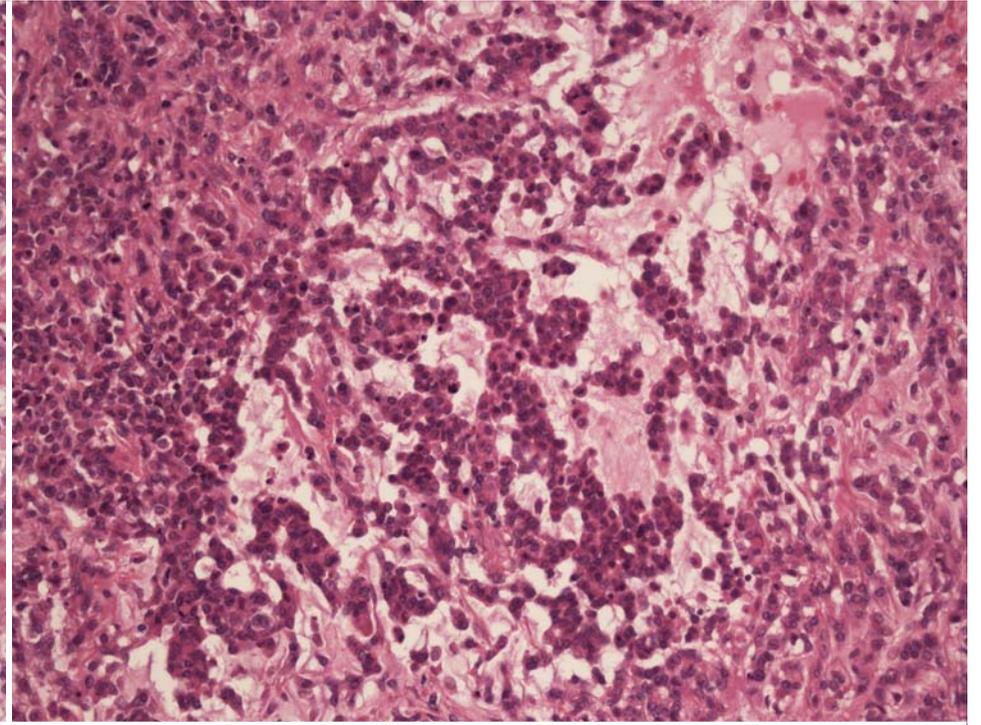
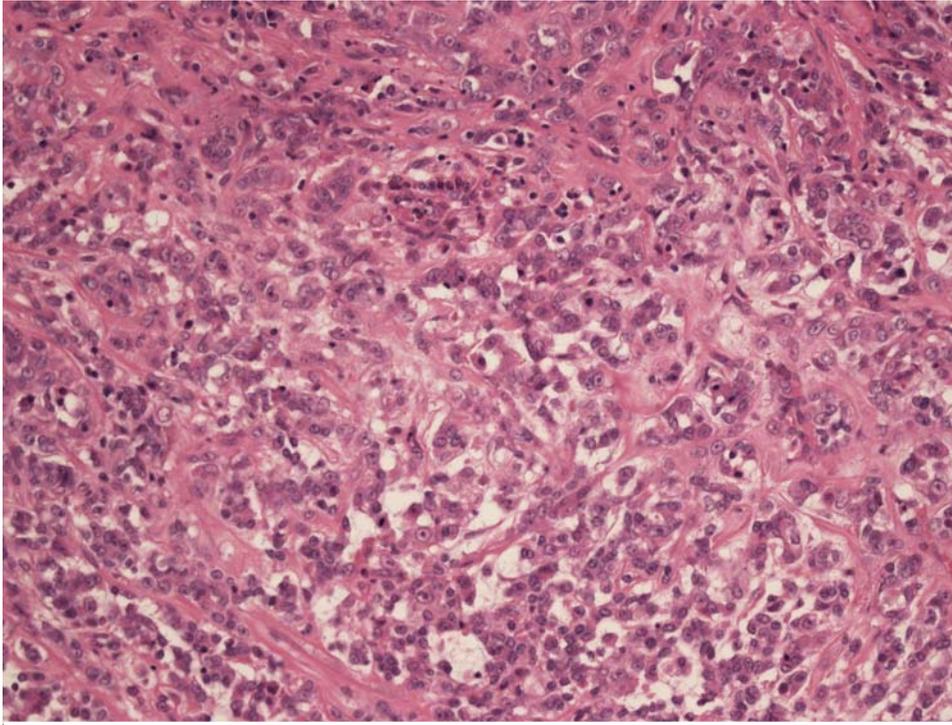
- 1241g schweres Adnexpräparat
- Tumorgröße 18x16x8cm
- Tube ödematös
- Schnittfläche hellbeiges, Einblutungen
- Tumorartige Schnittfläche auch in einer peritonealen Wandlammelle

Fall 3 - Minden

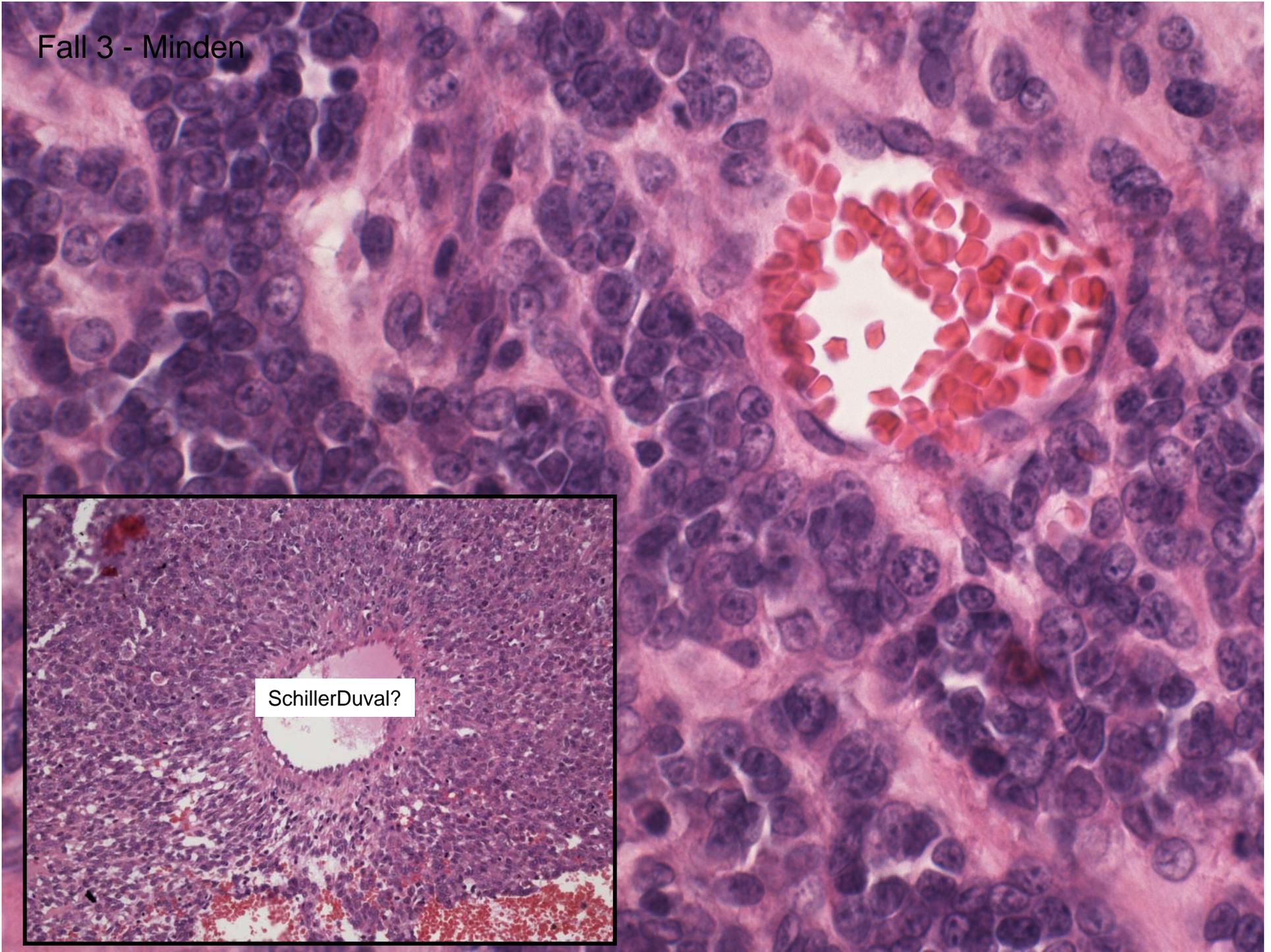


Fall 3 - Minden



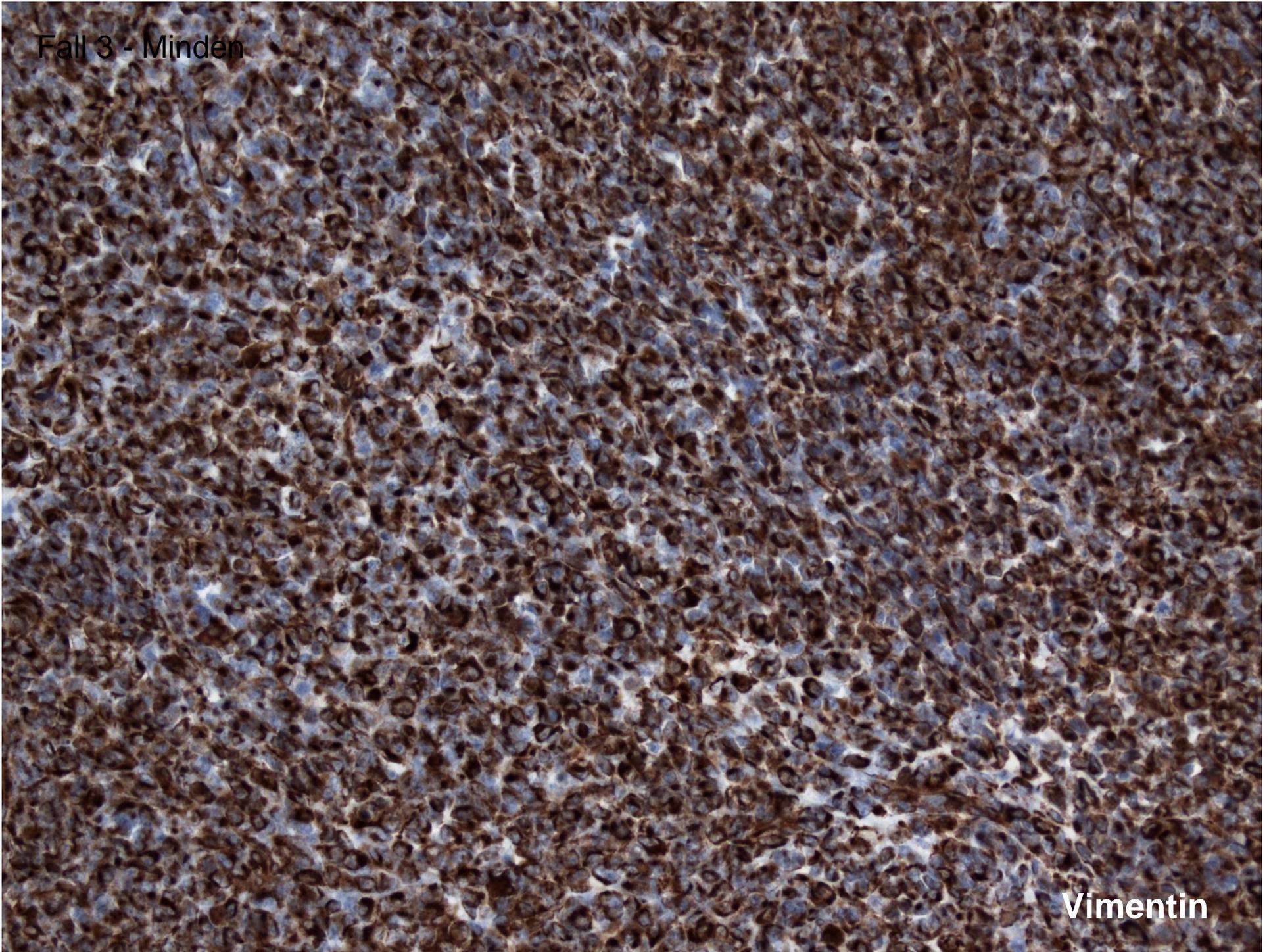


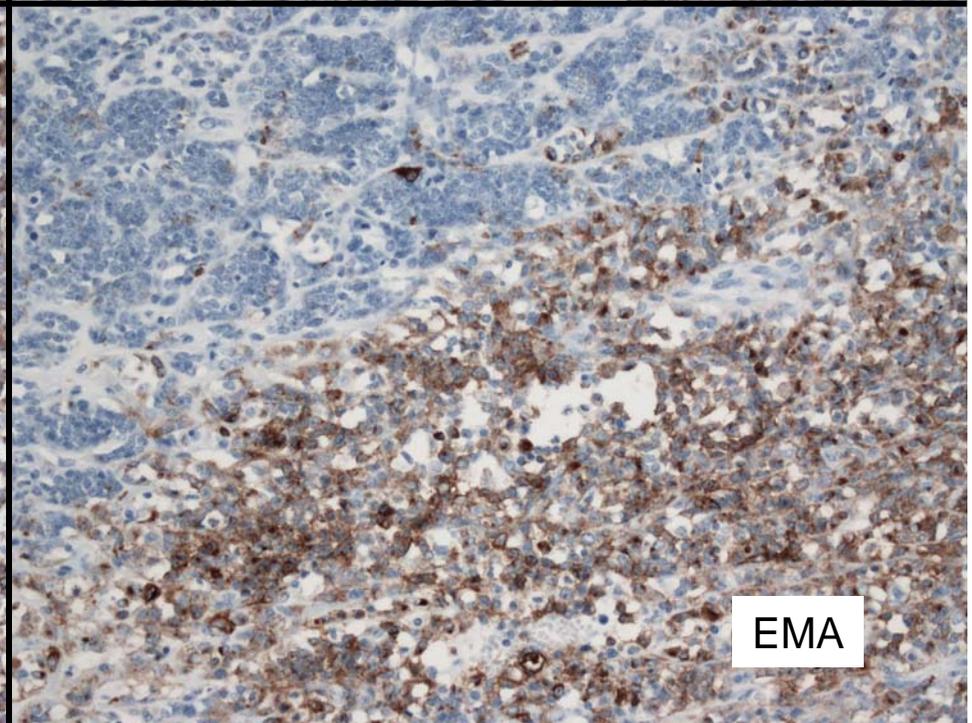
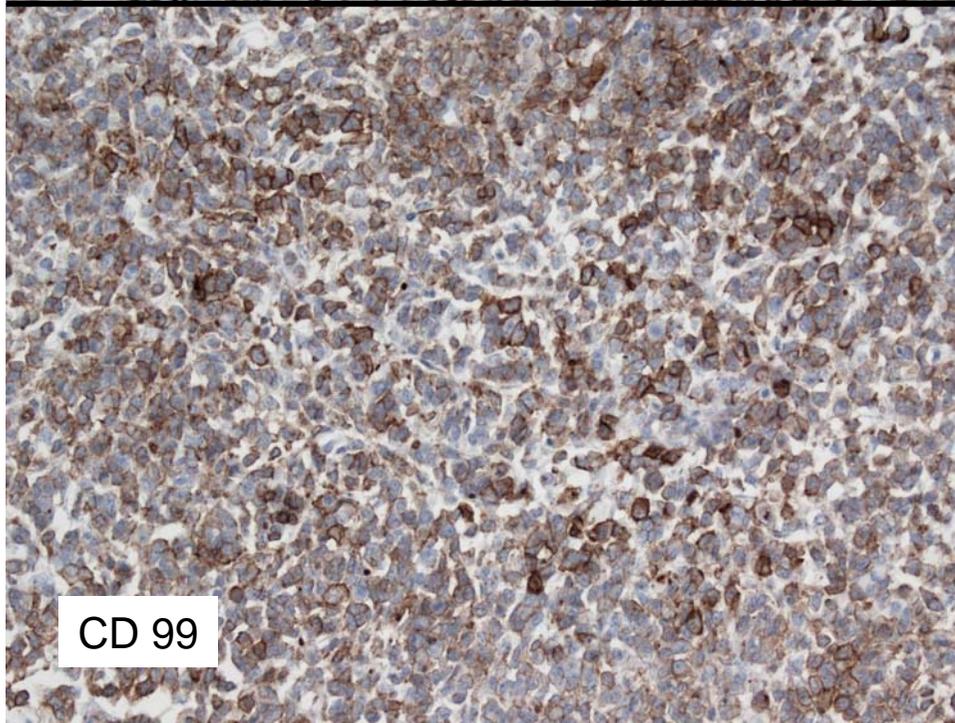
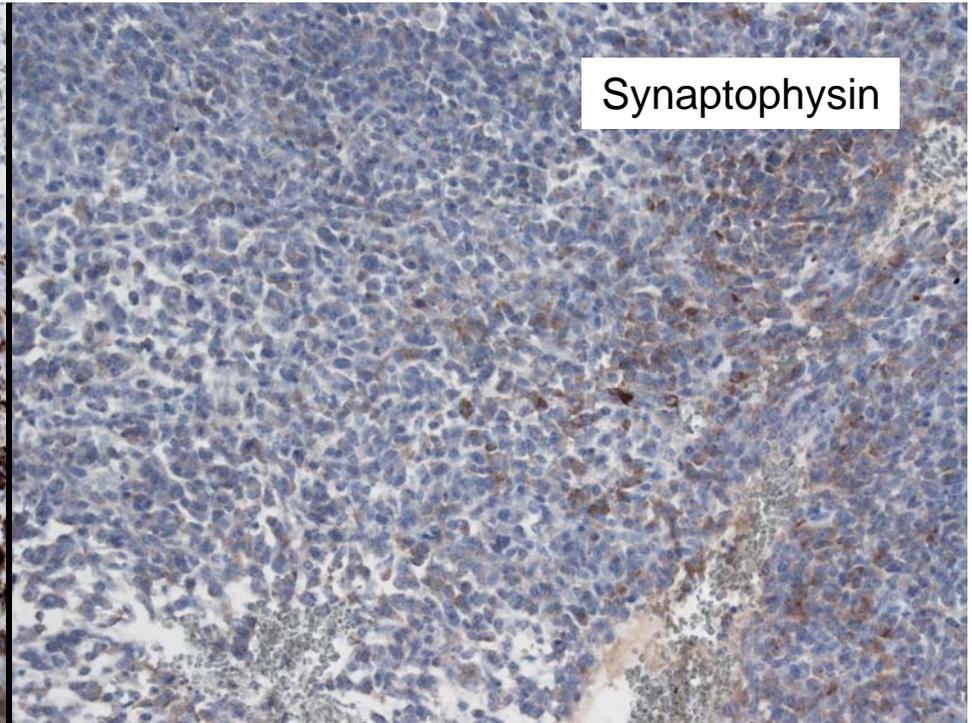
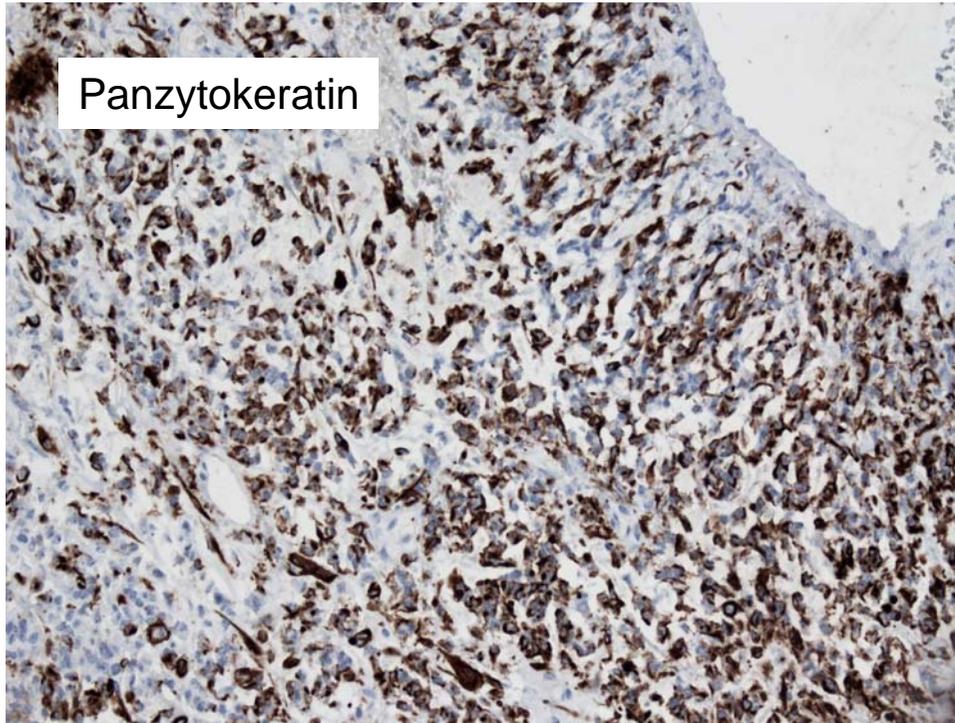
Fall 3 - Minden



Fall 3 - Minden

Vimentin





Zusammenfassung IH

Antigen	Expression
Vimentin	+
PCK	+
Chromogranin A	-
Synaptophysin	(+)
CD99	+ (fokal)
Inhibin	-
EMA	+ (fokal)
TTF1	-
AFP	-

Hyperkalzämie?

Anfänglich oberer Normalbereich
aber nach OP zu niedrig
Konsolidierung Tage später

Diagnose

Kleinzelliges Ovarialkarzinom

Hyperkalzämischer Typ

ICD-O 8041/3

Auch im peritonealen Gewebe

DD

Kleinzeller – Hyperkalz.	Granulosa-Zell-Tumor
50 % Stadium 1	95 % Stadium 1
Hochmaligne	Nicht aggressiv
2/3 hyperkazämisch	Keine Hyperkazämie
Kein Östrogenrezeptor	Gewöhnlich ER +
Kein o. < Stroma	Fibrothekomatöses Stroma
Nuclei +++	Nuclei +
Mitosen +++	Mitosen (+)
EMA +	EMA -
Inhibin alpha -	Inhibin alpha +

DD

- Kleinzeller Lungentyp:
 - Keine Nucleolen
 - Endometrioides Stroma
 - Kernmolding
- Metastase eines kleinzelligen Bronchialkarzinoms:
 - S.O.
 - TTF1 + (90%)

Fall 4a, b

Parasit in der Bindehaut des Augenlids

PD Dr. med. R. Schmauz

Pathologie Papenburg

Prof. Dr. med. D. Büttner

Tropeninstitut Hamburg

Klinische Angaben

**Einsendung aus der Augenklinik
des Agogo Hospitals in Ashanti/Akim – Ghana**

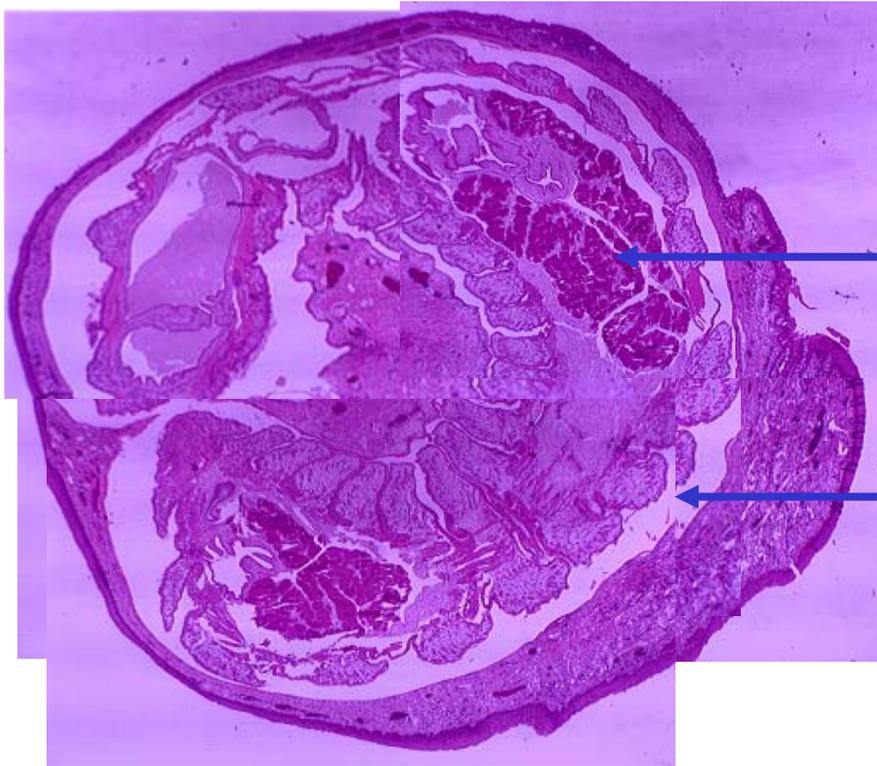
**Junge Männer, klagten über (a) etwas Bewegliches im Auge oder
über (b) Fremdkörpergefühl.**

**Bei der Untersuchung in der Bindehaut des Augenlids rötliches
Knötchen/kleines Bläschen**

Folie 2: Schnitt durch das Augenlid mit Zyste.

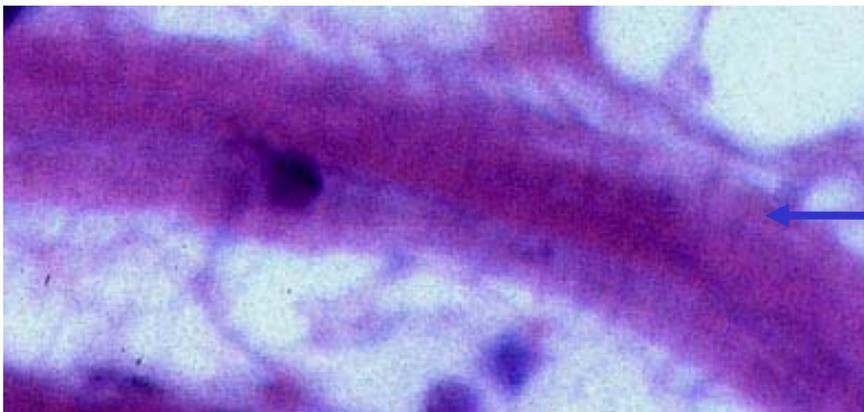
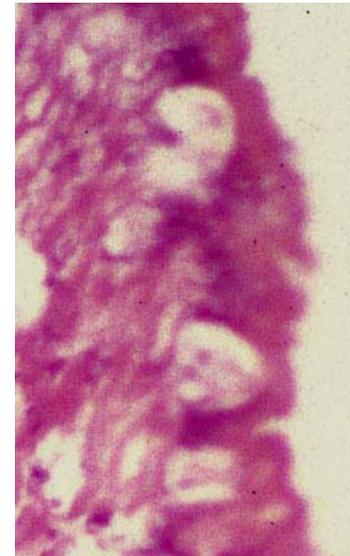
Welcher Parasit ist das?

Adulter oder Larve?



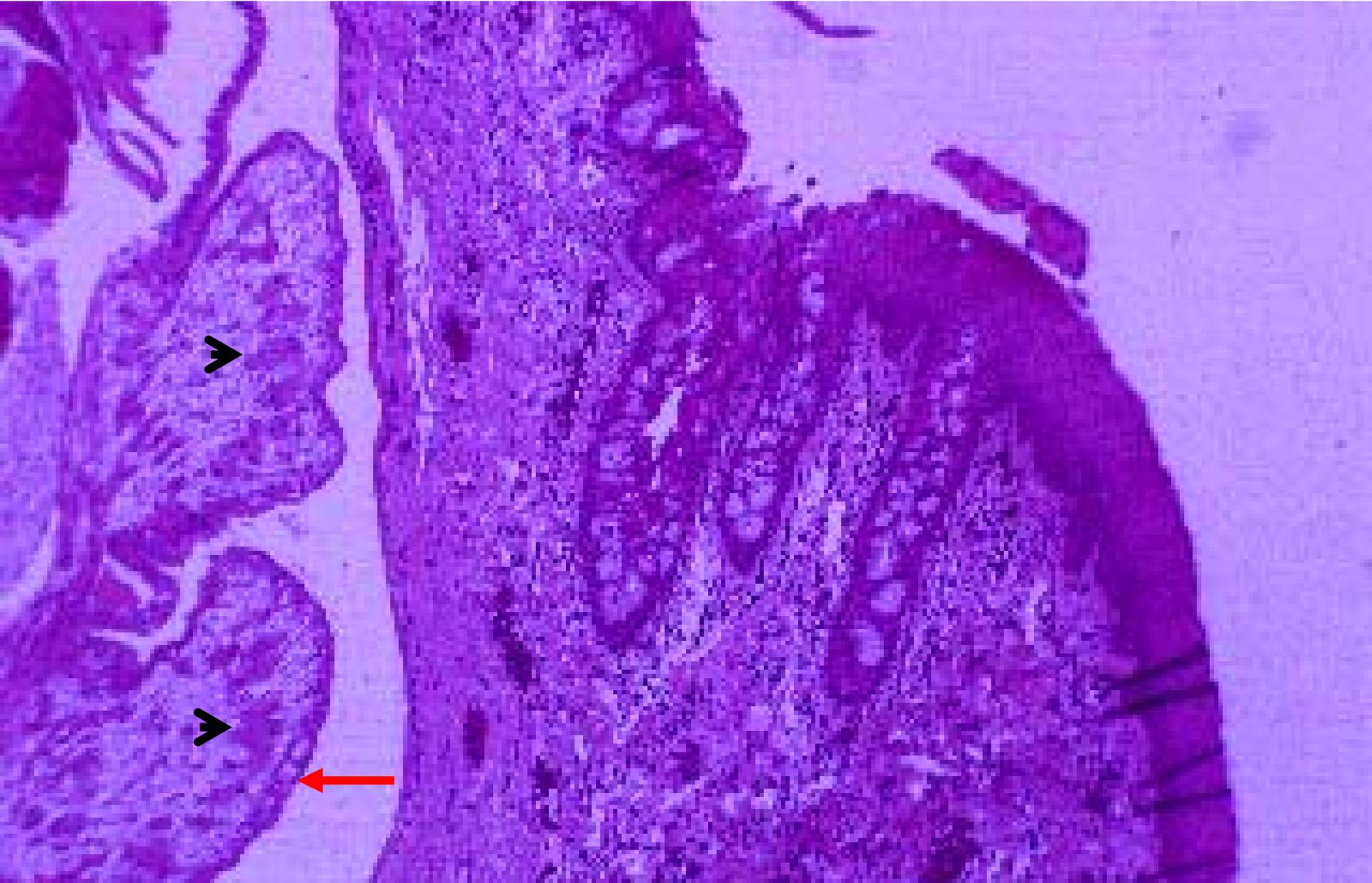
Azidophile Drüse

Äußere Begrenzung
des Parasiten →



Quergestreifte Muskeln
des Parasiten

Folie 3: Detail mit Parasit links, Augenlid rechts.



Mikroskopie (Patient a)

Folie 2: Übersicht des Parasiten in der Zyste des Augenlids und Ausschnitte mit der äußeren Wand mit Poren und der Muskelfasern. Der Knoten ist 6 mm groß.

Folie 3: Links der Parasit. Die äußere Wand des Parasiten ist eine Kutikula aus Chitin mit Poren (Pfeil), den Öffnungen der subkutikulären Drüsen (Pfeilköpfe). Keine Stacheln wie bei *Linguatula*-Larven. Das Vorderende mit Mund und 4 Krallen sowie der Darm sind nicht sichtbar. Rechts die Bindehaut fast ohne zelluläre Reaktion.

Beurteilung (Patient a)

Bindehautexzidat mit Zyste mit lebender Nymphe (Larve) des Pentastomiden *Armillifer armillatus* (Zungenwurm).

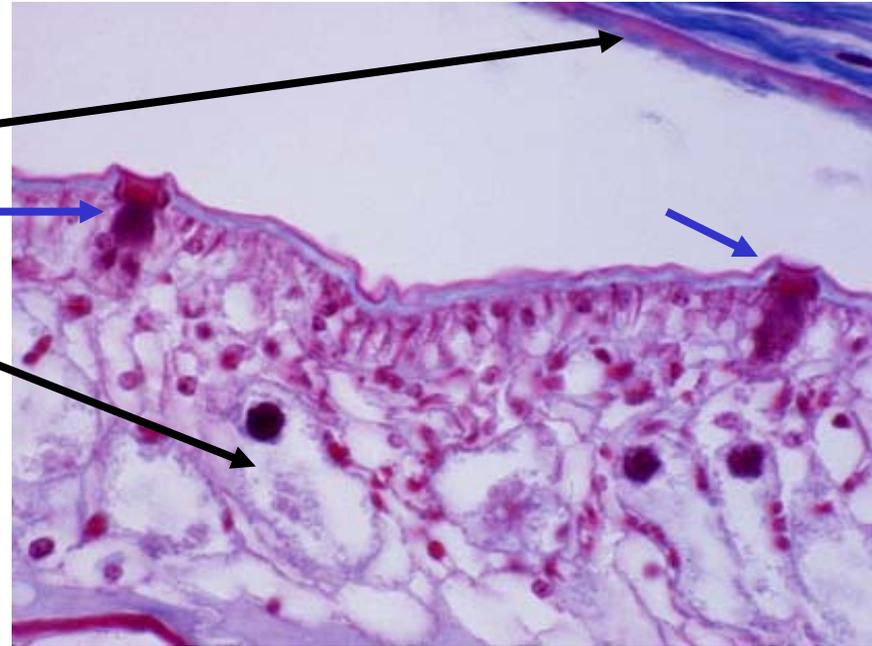
Diagnose von *Armillifer*

Alte Kutikula der vorigen Larve.

Kutikula mit sklerosierten Poren.

Kleine subkutikuläre Drüsen.

Quergestreifte Muskulatur.



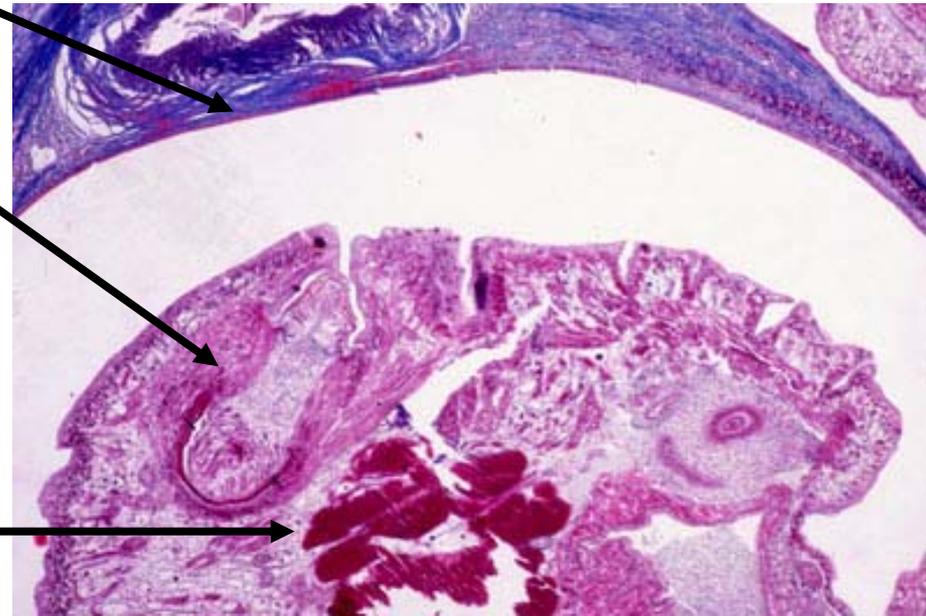
Zyste mit glatter Begrenzung.

Oft durch die alte Kutikula.

Das Vorderende mit 4 Krallen
und Mund

sowie der Darm sind in Folien
2 und 3 nicht sichtbar.

Große azidophile Drüsen.



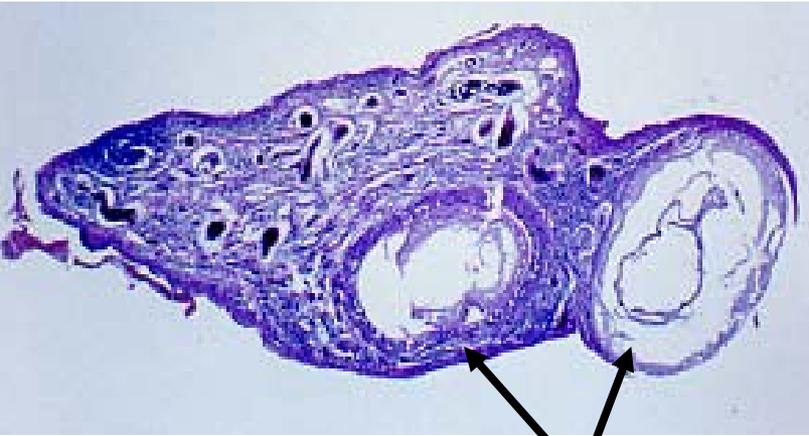
Lebenszyklus von *Armillifer*

Endwirte: Schlangen in deren Respirationstrakt die adulten Pentastomiden leben. Die Weibchen sind 10 cm und die Männchen 3 cm lang. Produktion von Eiern.

Transmission: Kontakt mit Exkrementen der Schlangen oder Zubereitung von Schlangenfleisch für den Verzehr. Gefährdet sind in Deutschland Schlangenhalter.

Zwischenwirte: Nagetiere und seltener Affen und Menschen. Die Larven wandern durch die Darmwand in Körperhöhlen, Lunge, Lymphknoten, Darmwand, Leber, Gehirn und Auge. Abkapselung als Nymphe.

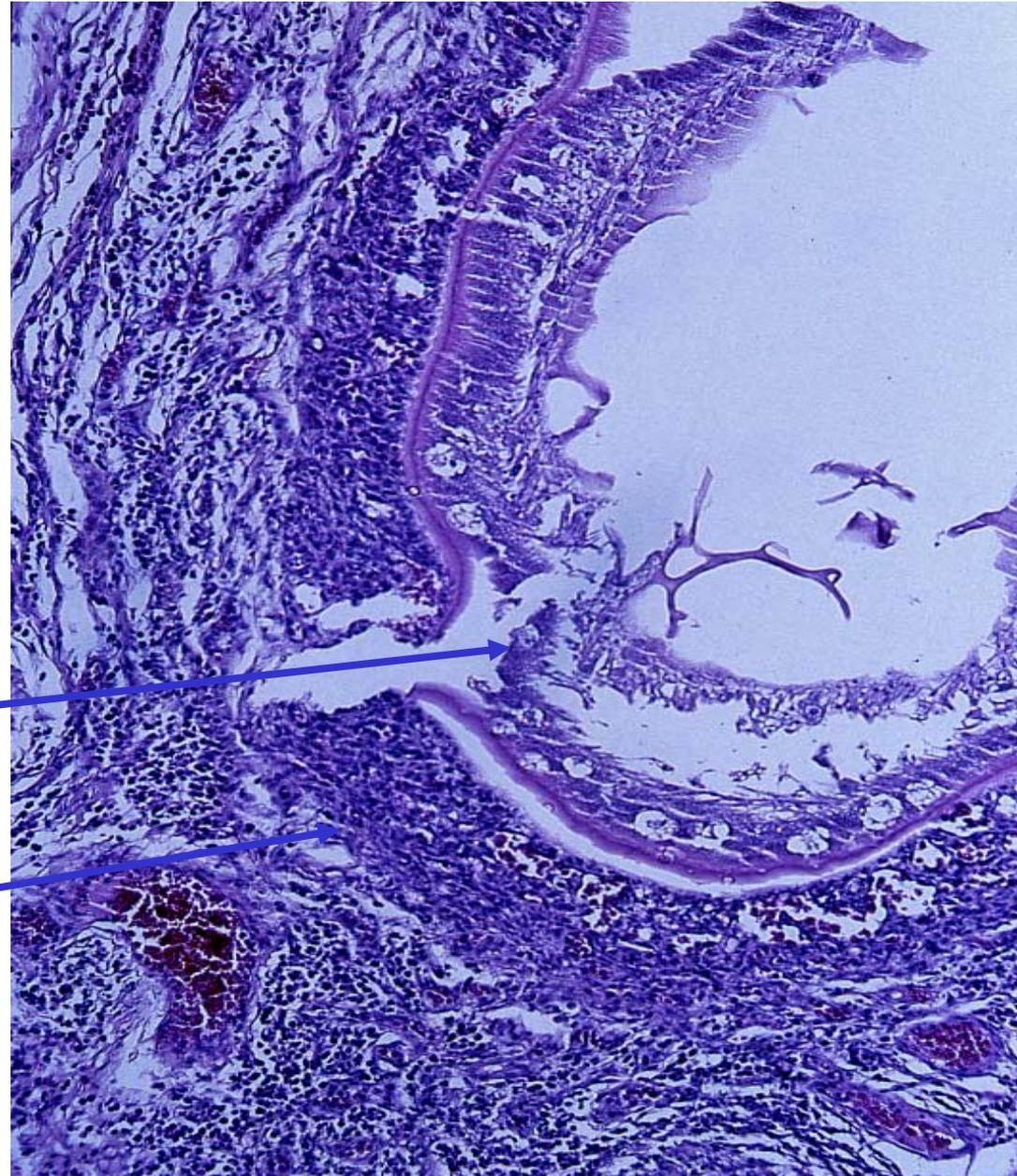
Folie 7: Bindehaut mit 2 Zysten von Patient b.



**Bindehaut mit 2 Zysten
mit Parasiten**

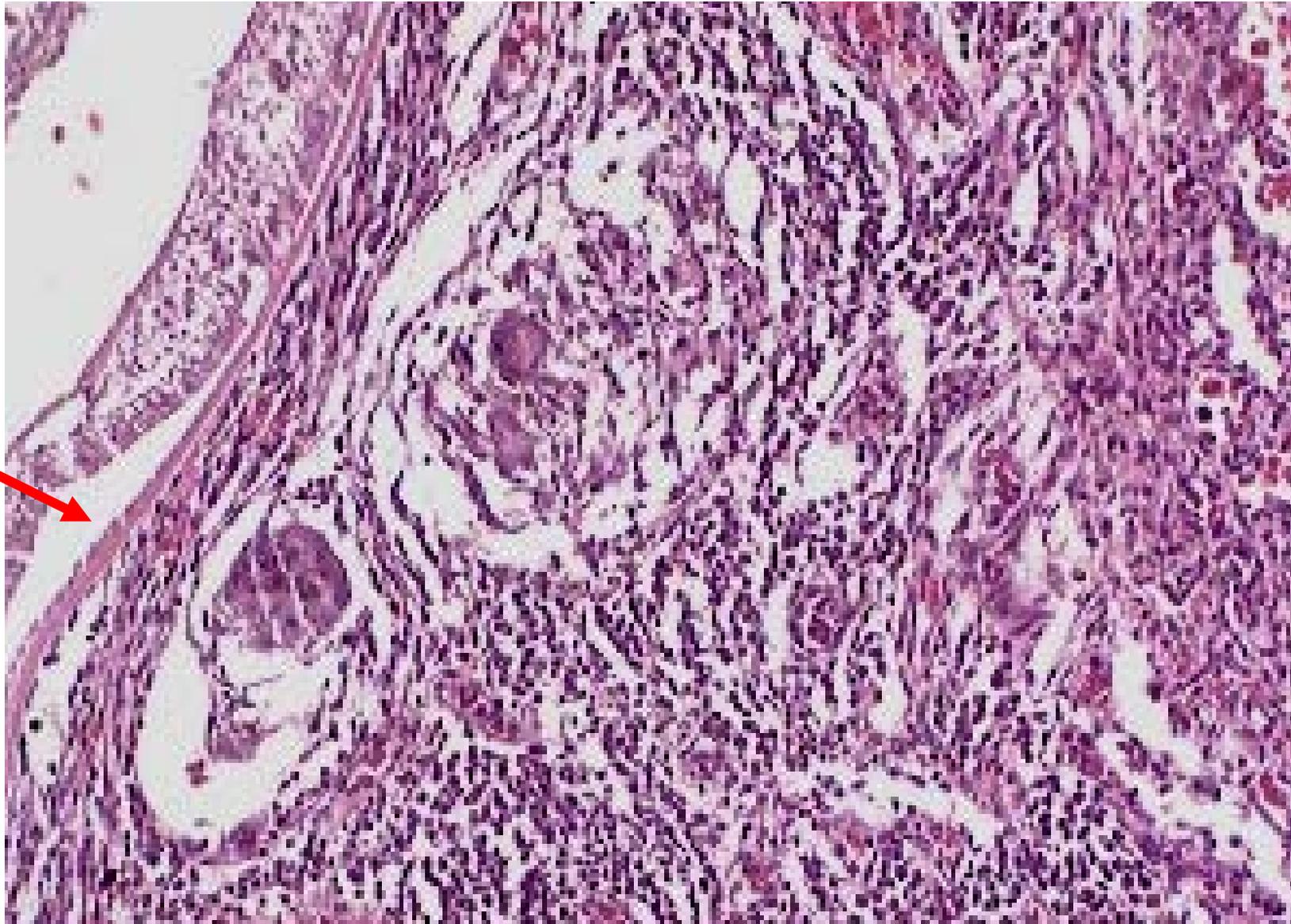
Parasit

**Bindehaut mit
zellulärer Reaktion**



Folie 8: Ausschnitt mit dem Parasiten links und der Bindehaut mit entzündlichem Infiltrat rechts.

**Kutikula
der
vorigen
Larve**



Mikroskopie (Patient b)

Folie 7: Bindehaut mit 2 Zysten mit dem Parasiten. Der Parasit zeigt die degenerierte Körperwand und Reste anderer Organe.

Folie 8: In der Bindehaut dichte entzündliche Infiltrate mit Granulomen und Riesenzellen. Zwischen Parasit und Wirtsgewebe die alte Kutikula (Exuvie).

Beurteilung (Patient b)

Bindehautexzidat mit nahezu leerer Zyste mit Resten einer abgestorbenen Nymphe (Larve) des Pentastomiden *Armillifer armillatus* (Zungenwurm) mit ausgeprägter Immunreaktion.

Kommentar

Das Krankheitsbild wird auch als *Porocephalosis* bezeichnet. Bei Befall der Eingeweide ist eine chirurgische Behandlung nur bei massivem Befall oder Komplikationen erforderlich.

Die Parasiten können schließlich verkalken. Sie sind dann radiologisch nachweisbar.

Bei einer lebenden Nymphe kommt es zu fast keiner oder keiner Wirtsreaktion. Diese entwickelt sich nur bei sterbenden oder toten Nymphen. (Vergleiche Folien 3 und 7).

Der zweite Fall (b) ist veröffentlicht in www.atlasophthalmology.com unter Pentastomiasis.

Experte für Auskünfte in der histopathologischen Diagnostik von Parasiten:

Prof. Mehlhorn, Institut für Zoologie, Universität Düsseldorf.

Fall 5, Dr. med. Länger, MHH

Klinische Angaben

71 jähriger Patient. CML unter GLIVEC-Therapie.

Im Röntgen-Thorax Rundherd rechter Unterlappen.

Makroskopie

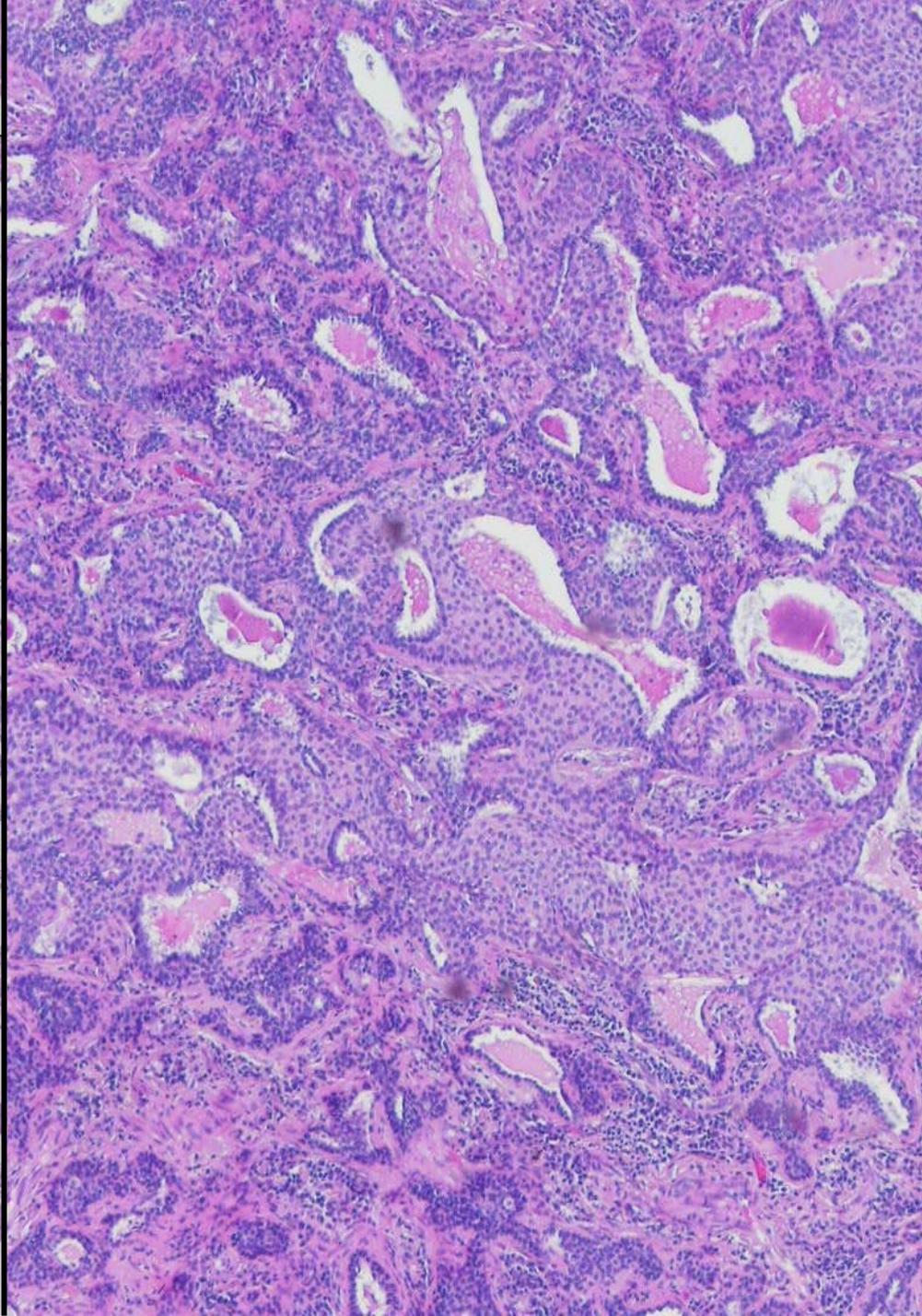
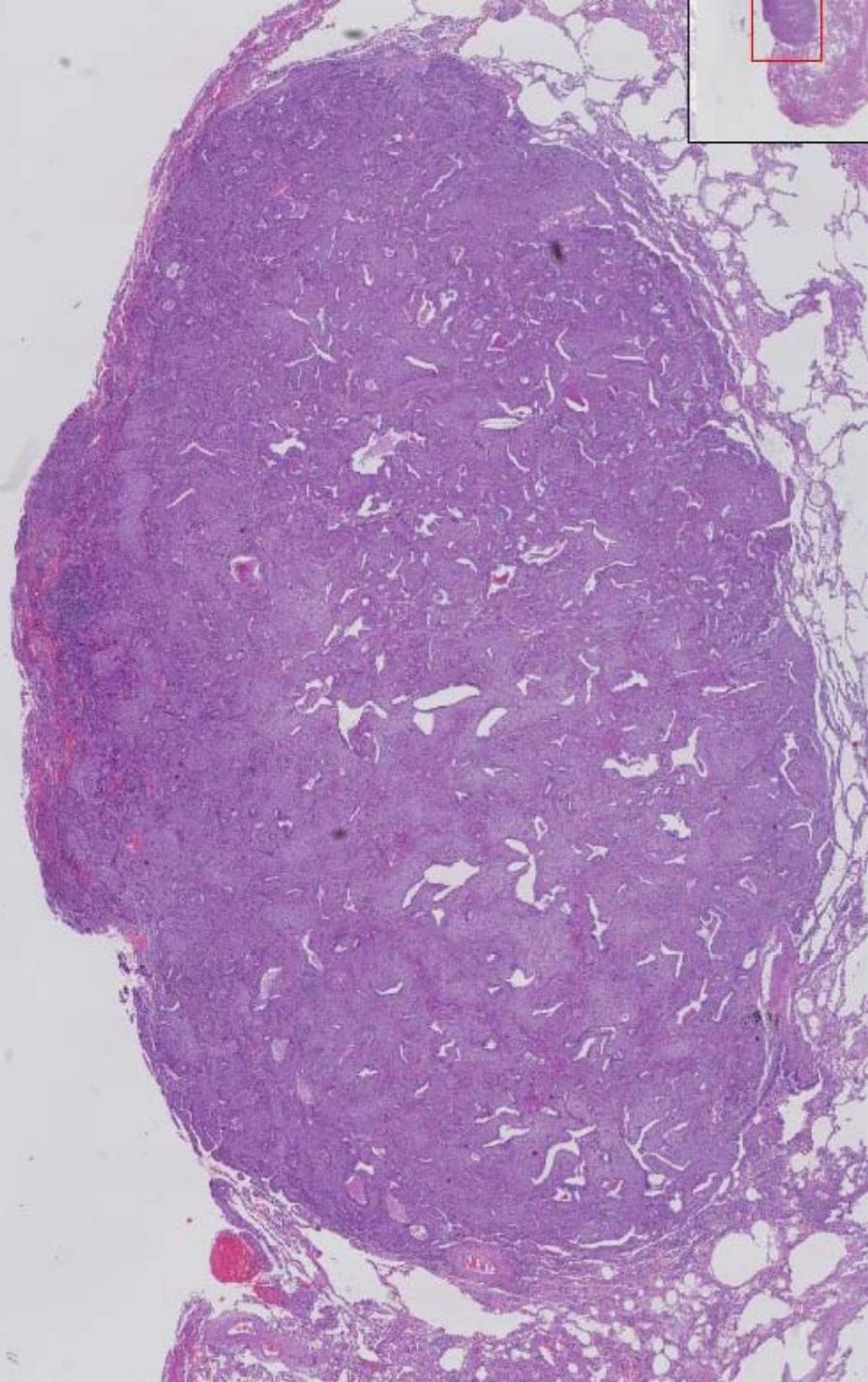
Atypisches Lungenresektat von 9,5 x 2,5 x 1,2 cm mit einer Klammernaht von 9 cm Länge.

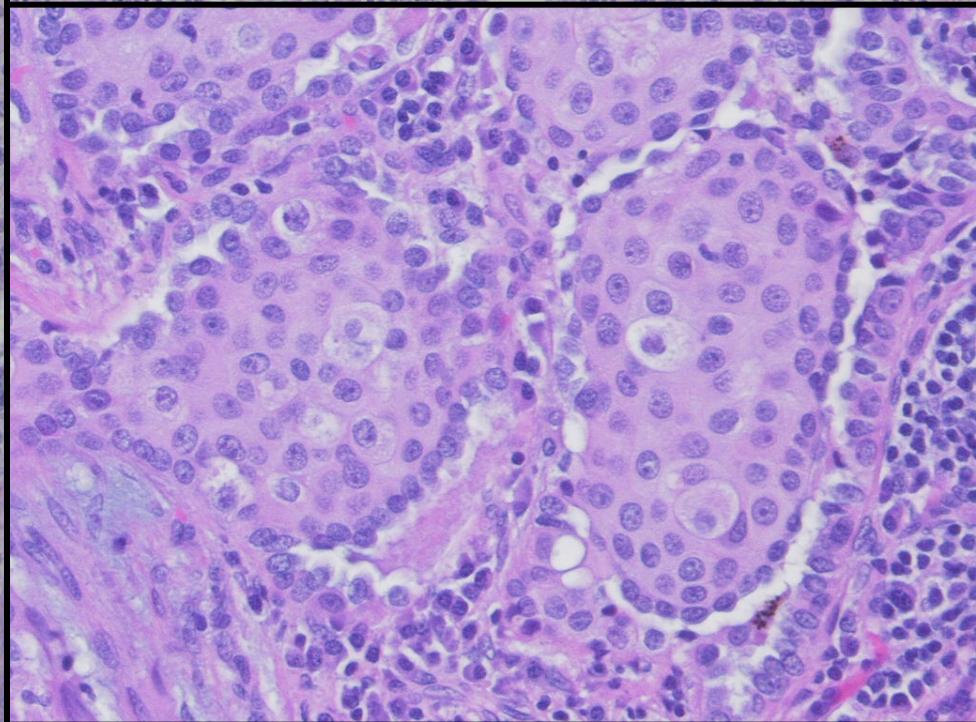
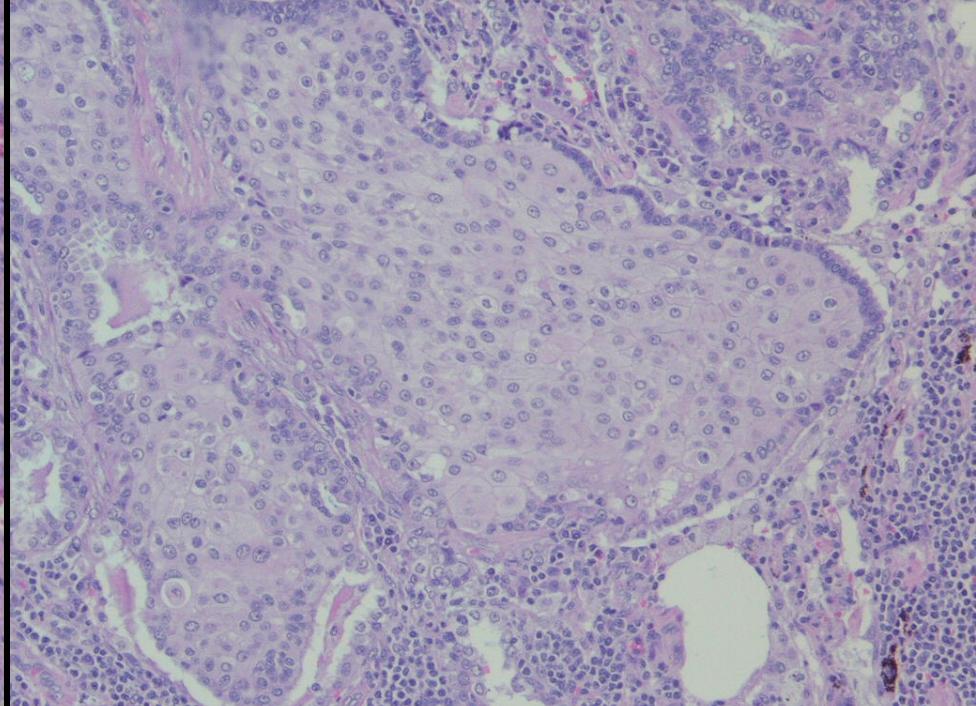
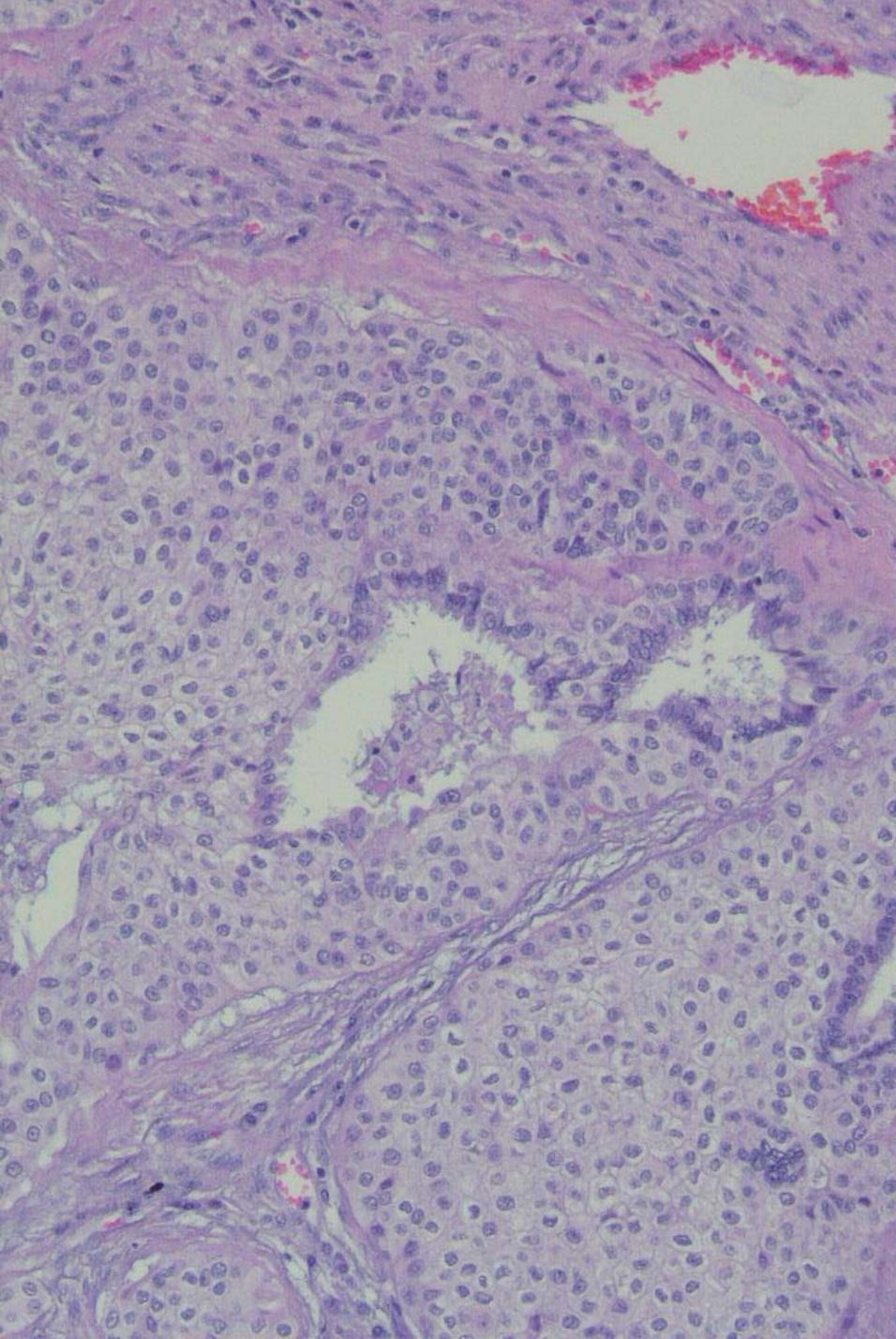
Auf lamellierenden Schnitten ein indurierter grauer Herd von 1,5 x 1,2 x 0,6 cm.

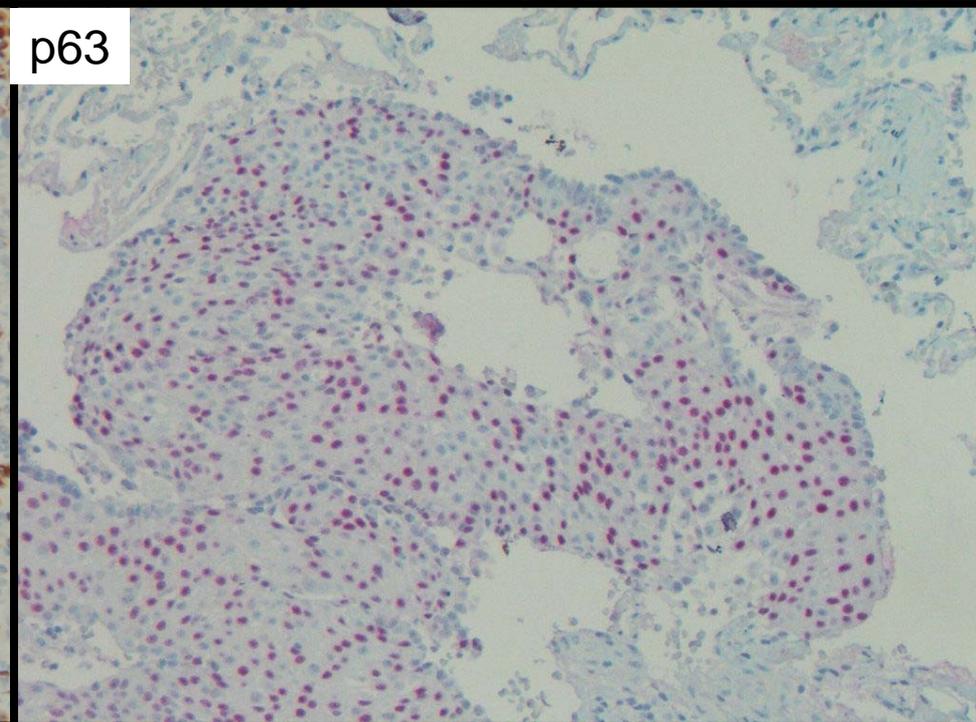
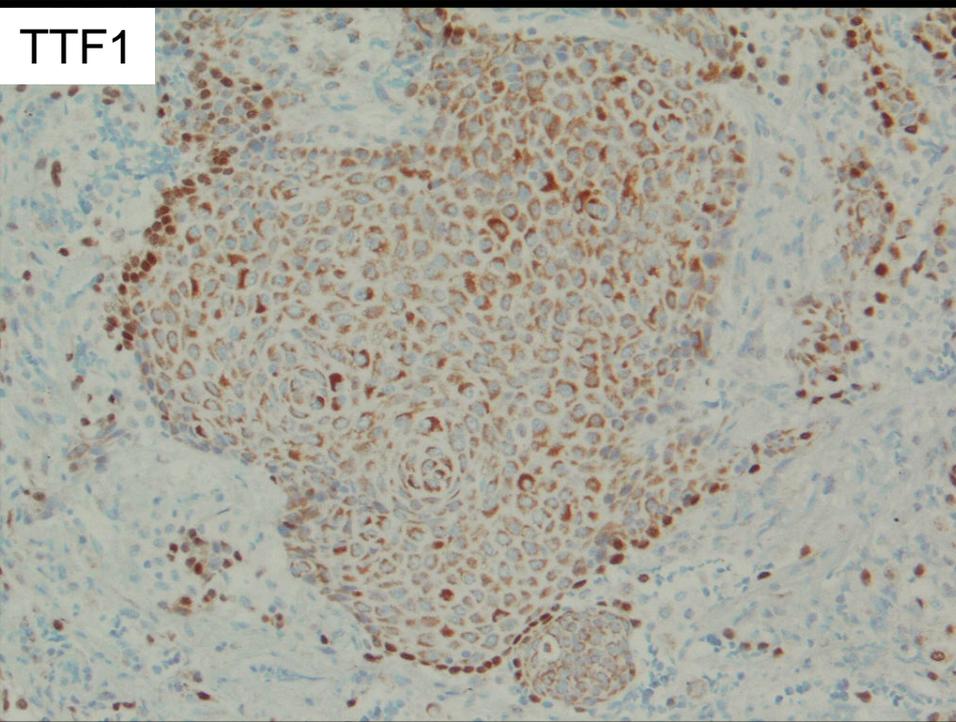
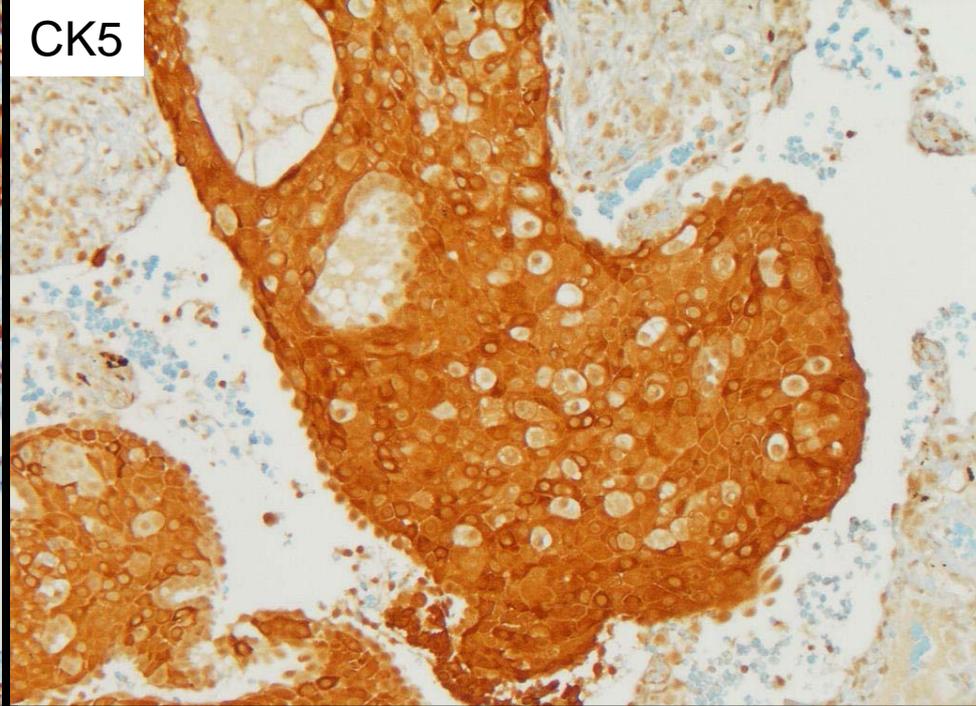
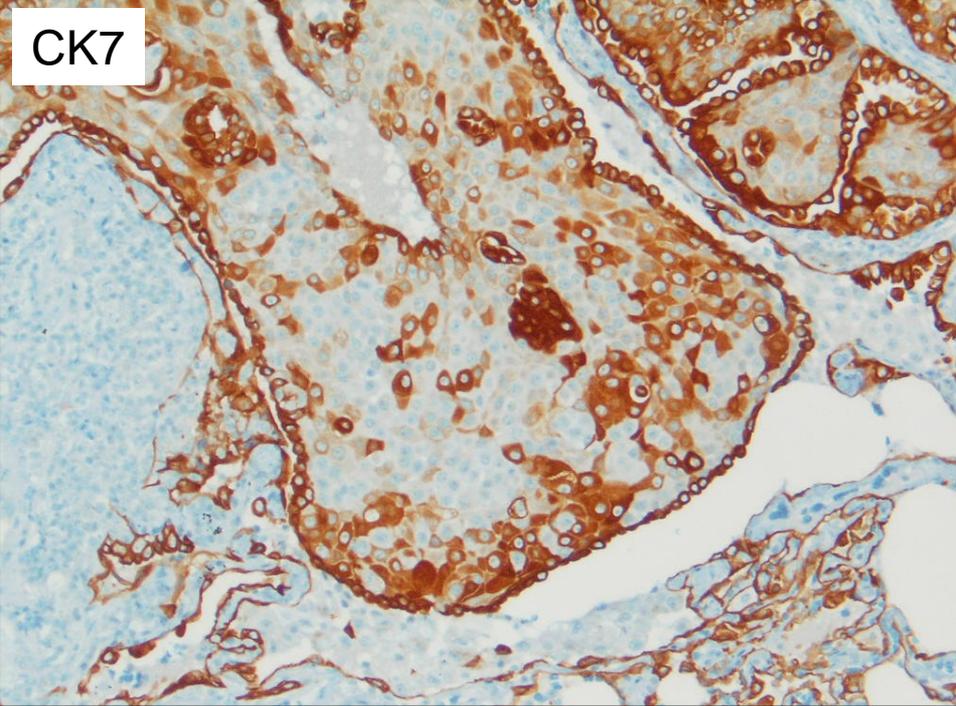
Minimaler Abstand zum Resektionsrand 0,6 cm.

Im PET mäßig Glukose-avider Tumor des apikalen Unterlappensegmentes. VATS.





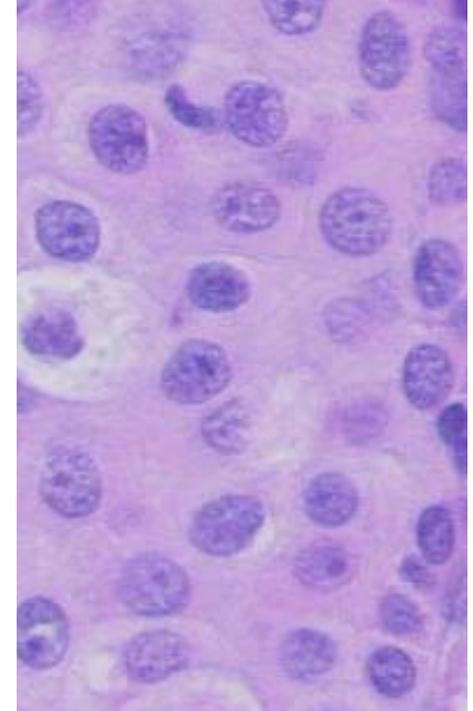


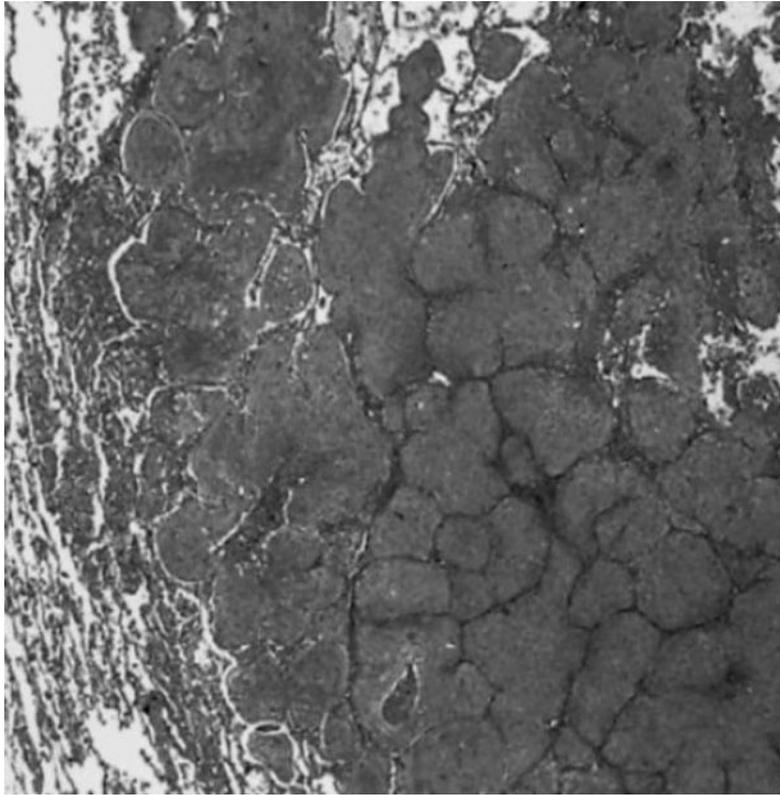


Antigen



+	EMA	+
+	CK7	-/+
-	p63	+
-	CK5/6	+/-
-	HPV	-
+	TTF1	-
-	CD34	-
-	CD141	-
-	Aktin	-
-	CD56	-
-	Syn	-



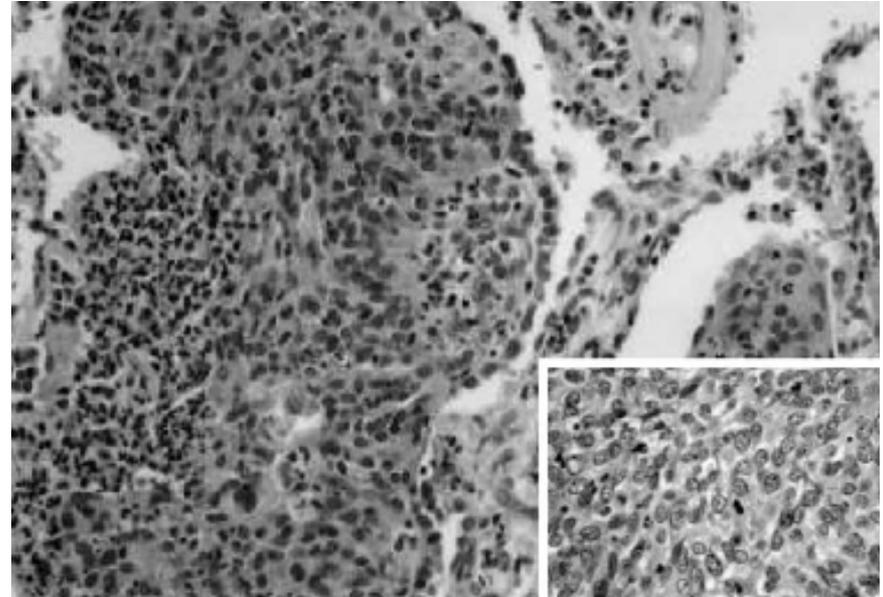


Case Report

Solitary squamous cell papilloma of the lung in a 40-year-old woman with recurrent laryngeal papillomatosis

Hidekazu Harada,¹ Katsutoshi Miura,¹ Yoshihiro Tsutsui,¹ Hiroyuki Mineta,² Makoto Urano,³ Masato Abe,³ Makoto Kuroda³ and Masao Kasahara³

Pathology International 2000; 50: 431–439



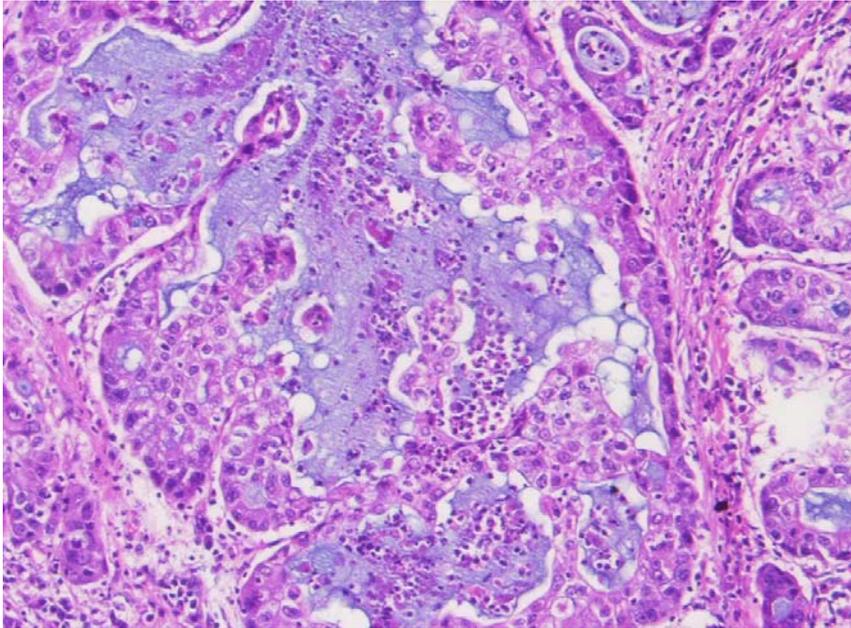
Pulmonary Inverted Schneiderian Papilloma

Stefano Margaritora, MD, Alfredo Cesario, MD, Domenico Galetta, MD, Venanzio Porziella, MD, Antonino Mulé, MD, and Pierluigi Granone, MD

(*Ann Thorac Surg* 2004;77:1845–6)

Papillom

Mukoepidermoides Karzinom



Maria P. Foschini · Gianluca Marucci Vincenzo Eusebi *Virchows Arch* (2002) 440:536–542

**Low-grade mucoepidermoid carcinoma of salivary glands:
characteristic immunohistochemical profile and evidence
of striated duct differentiation**

Pneumozytom

20-30% aller benignen Lungentumoren

Frauen (5x häufiger als Männer)

Nicht-Raucher

Asiatische Herkunft

5. Lebensjahrzehnt

Meist klinisch inapparent selten

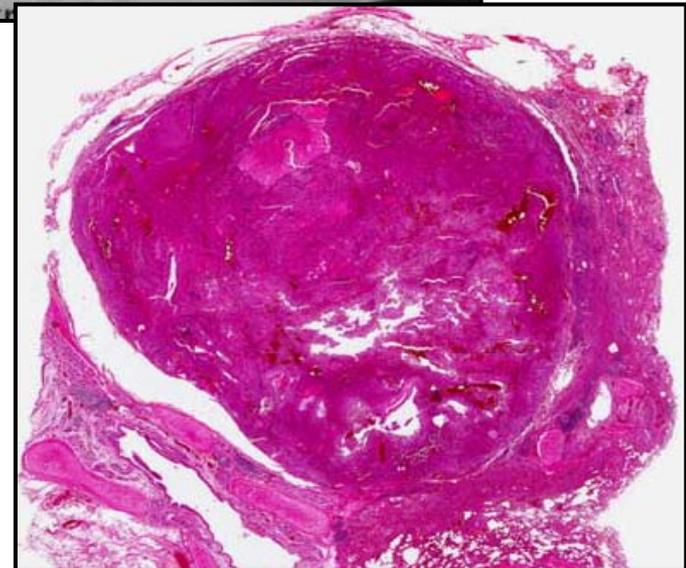
Husten, Dyspnoe,
Hämoptyse, Schmerzen,

Makroskopie

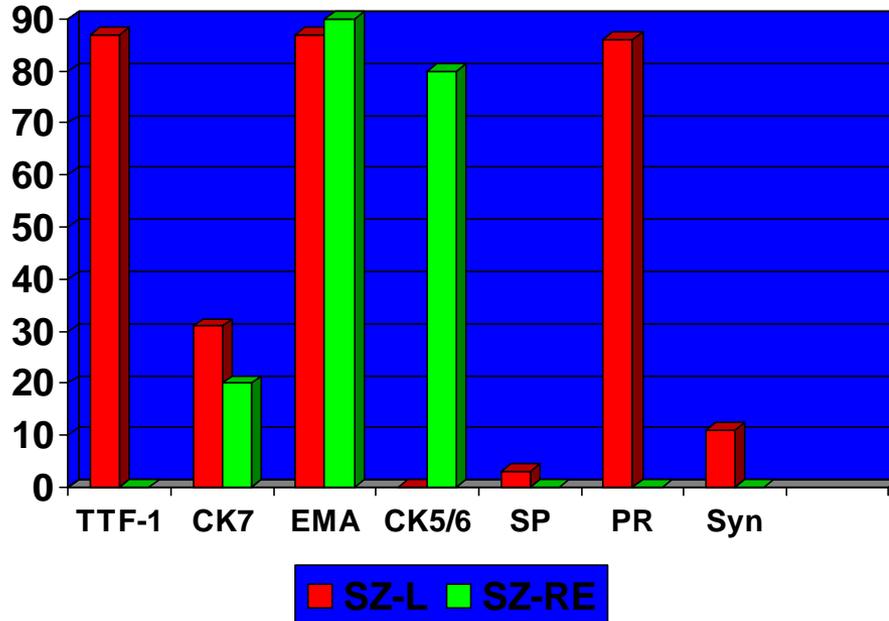
Meist Unterlappen, betont subpleural

5% multiple Tumorherde

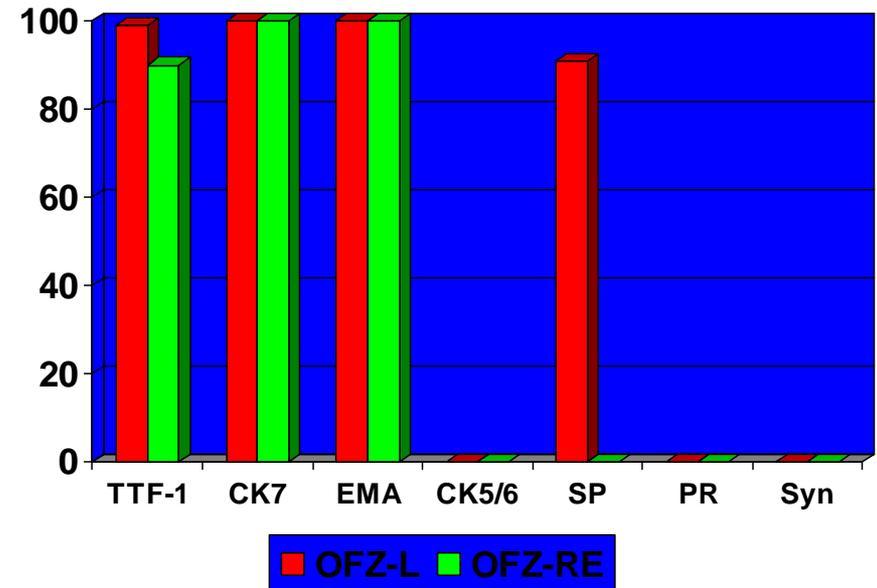
Größe: 0,5 – 8,2 cm (Mittel: 2,8cm)



Stromazellen (=polygonale Zellen)

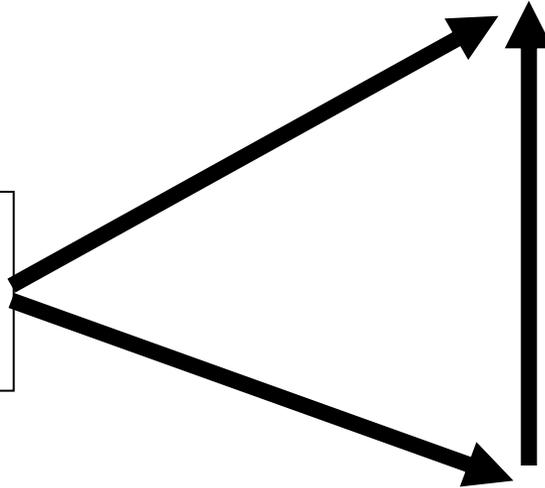


Oberflächenzellen

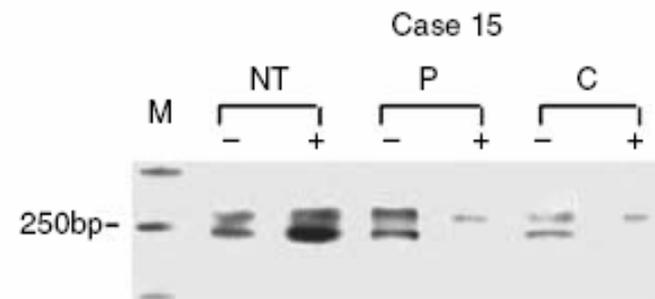
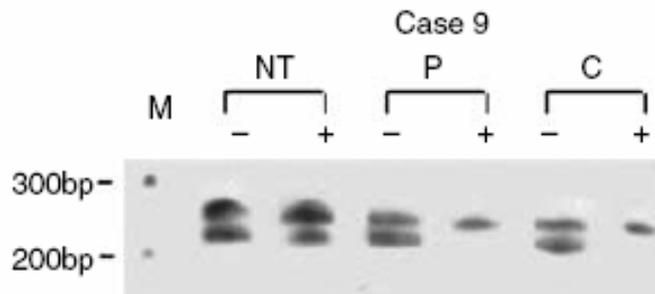
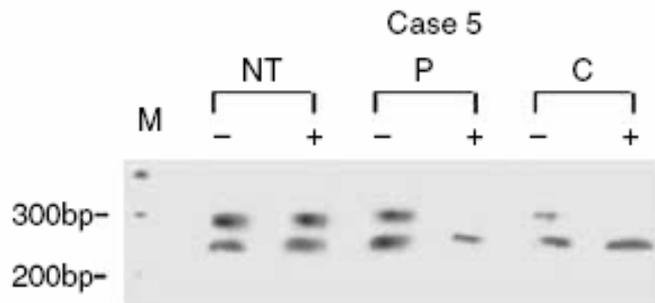


Oberflächenzelle
EMA⁺, CK⁺, CK5⁻, MUC1⁻, TTF-1⁺

**Resp.
Vorläuferzelle**



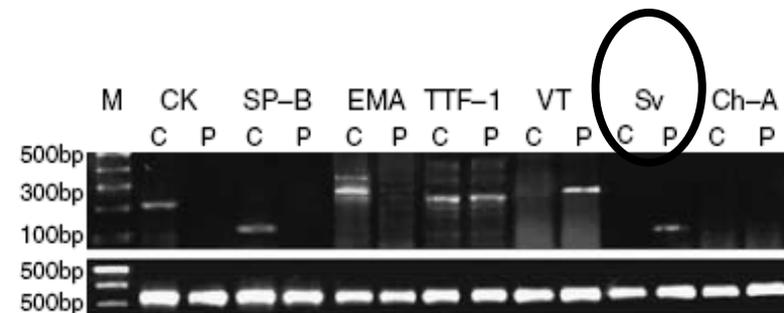
Stromazelle
EMA^{-/+}, CK⁻, CK5⁻, MUC1⁺, TTF-1⁺

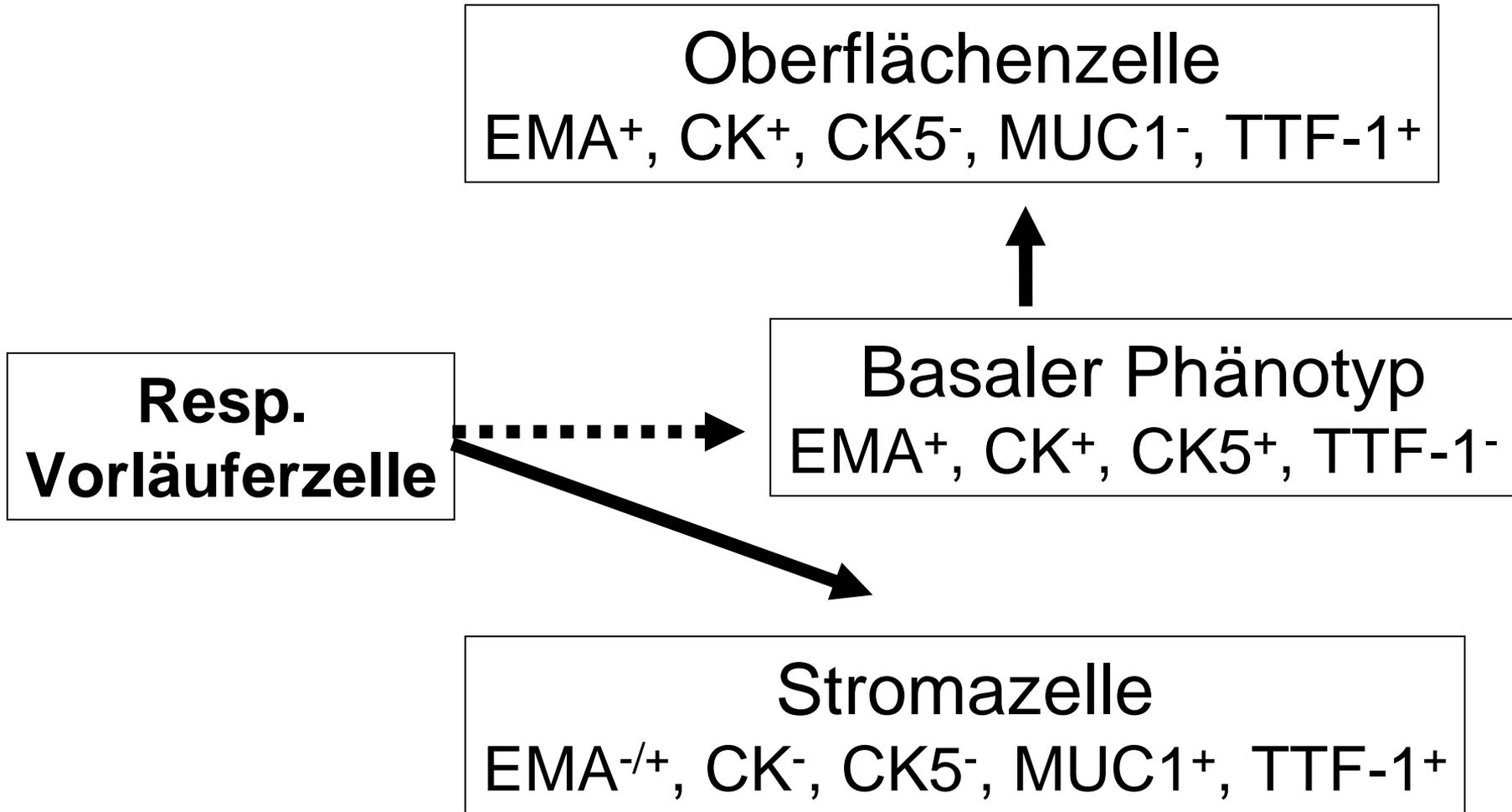


Gene expression and clonality analysis of the androgen receptor and phosphoglycerate kinase genes in polygonal cells and cuboidal cells in so-called pulmonary sclerosing hemangioma

En-Hua Wang^{1,2}, Shun-Dong Dai^{1,2}, Feng-Jie Qi^{1,2}, Xu Hong-Tao^{1,2} and Qiang Wei^{1,2}

Modern Pathology (2007) 20, 1208–1215





A Clinicopathologic Study of 100 Cases of Pulmonary Sclerosing Hemangioma With Immunohistochemical Studies

TTF-1 Is Expressed in Both Round and Surface Cells, Suggesting an Origin From Primitive Respiratory Epithelium

Mojgan Devouassoux–Shisheboran, M.D., Tomayoshi Hayashi, M.D.,
R. Ilona Linnoila, M.D., Michael N. Koss, M.D., and
William D. Travis, M.D.

The American Journal of Surgical Pathology 24(7): 906–916, 2000

ing.^{1,15,37,40} Therefore it is possible that the presence of neuroendocrine cells within SH signifies a similar role in the differentiation of the primitive round cells into other types of peripheral airway epithelial cells. It is difficult to



Klinik

seit 9 Monaten tumorfrei in der Bildgebung

Tumorentität

Biphasischer, überwiegend squamoid differenzierter,
Lungentumor

Fall 6

Dr. med. Rüdiger Klein, MHH

2-jährige Patientin, früher sportlich aktiv, vor 7 Jahren Schwangerschaft mit komplikationsloser Geburt. Beschwerden von Abgeschlagenheit, Schwäche eher als „psychosomatisch“ gedeutet.

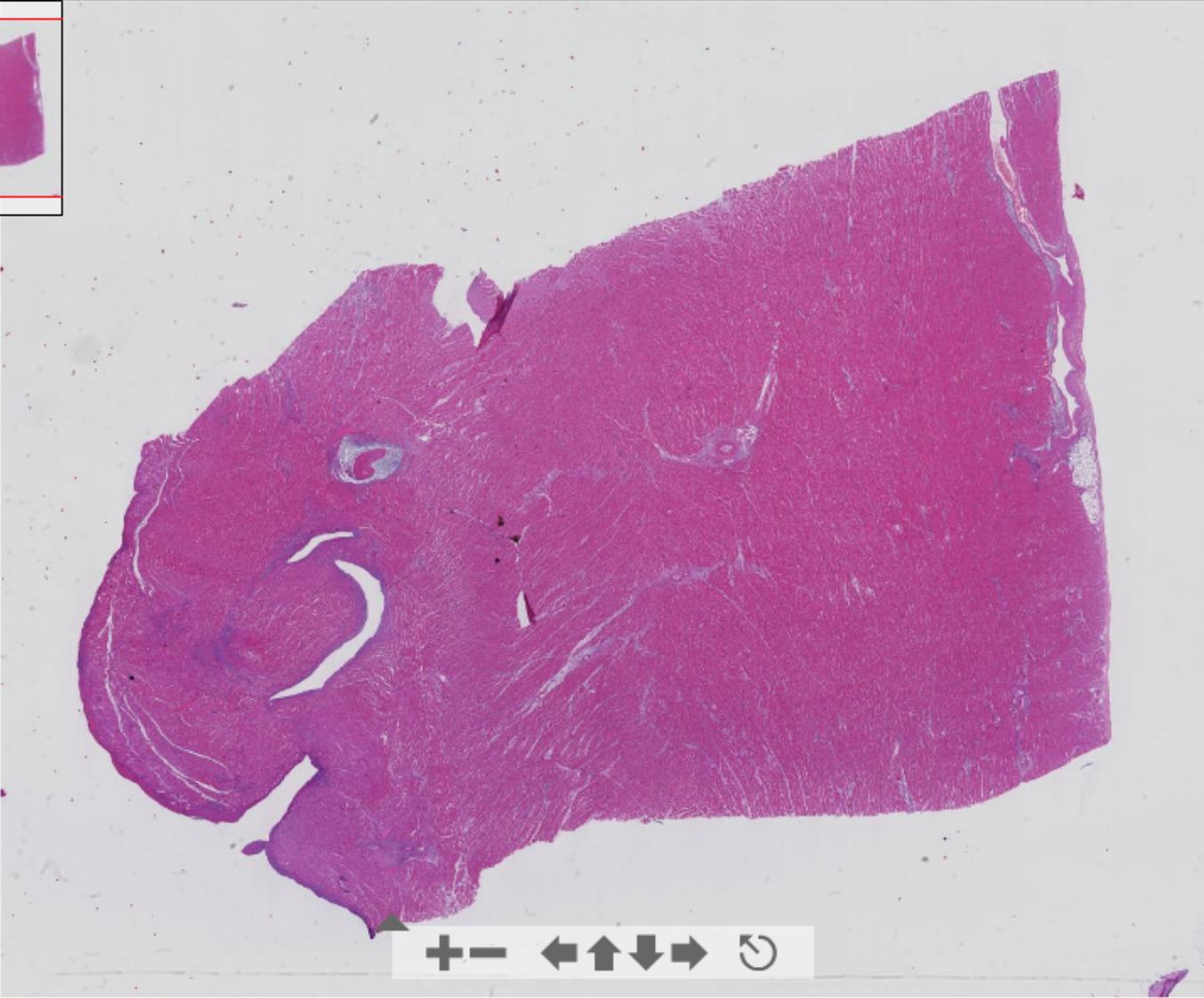
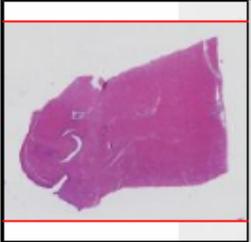
Bekanntes Asthma bronchiale.

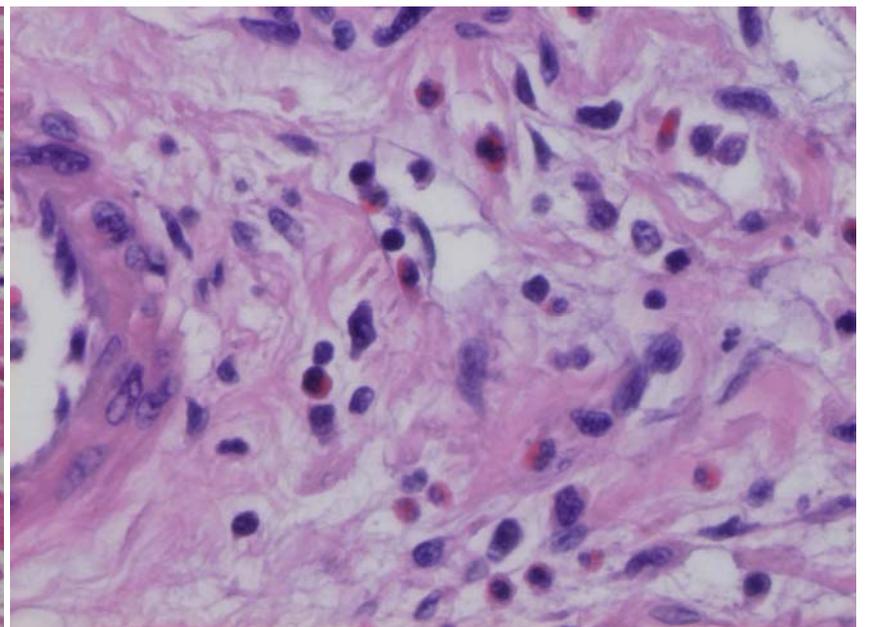
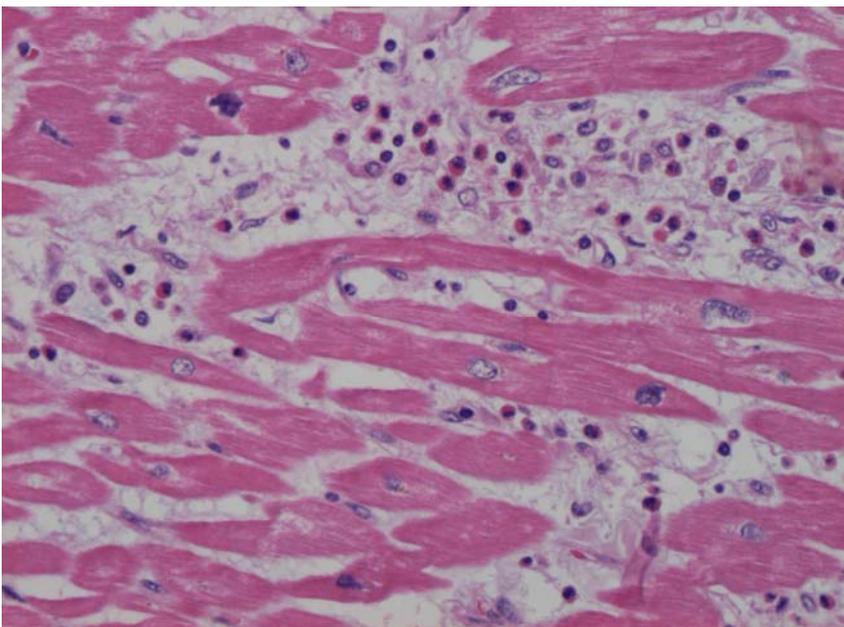
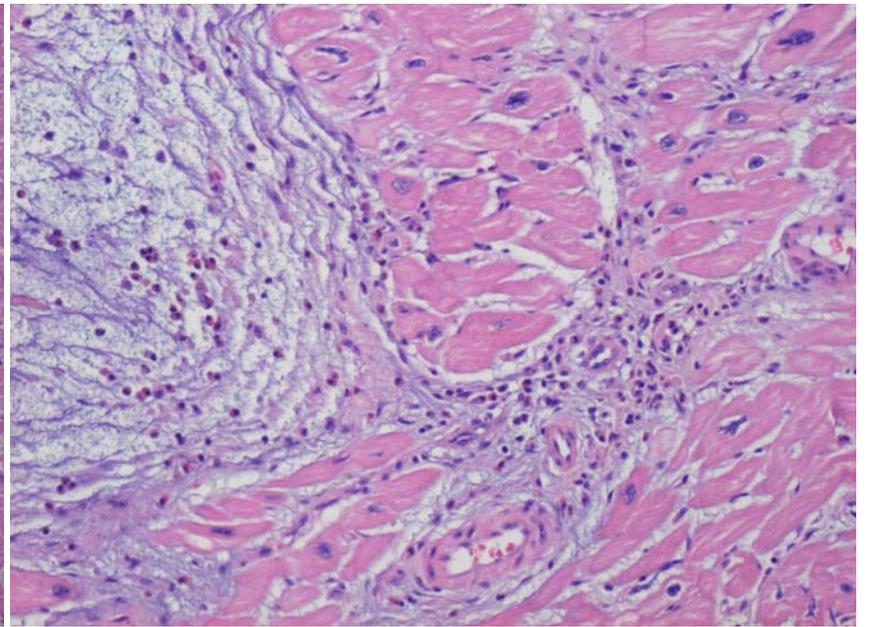
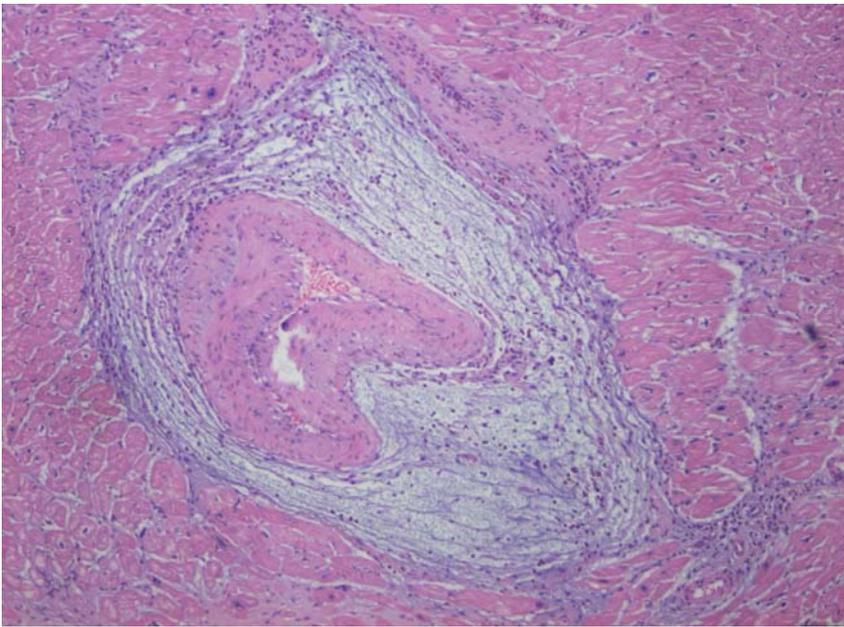
Im Blutbild keine vermehrte Bluteosinophilie.

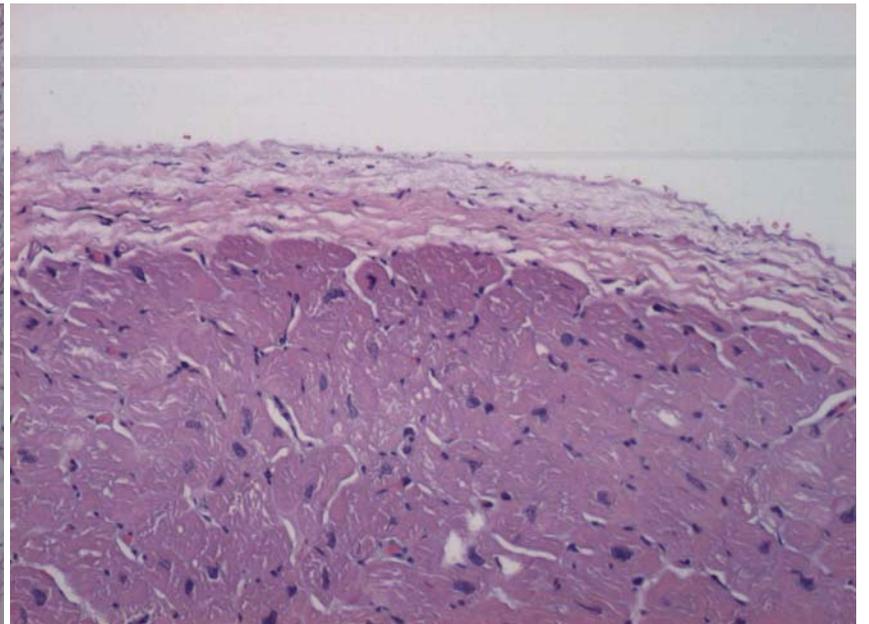
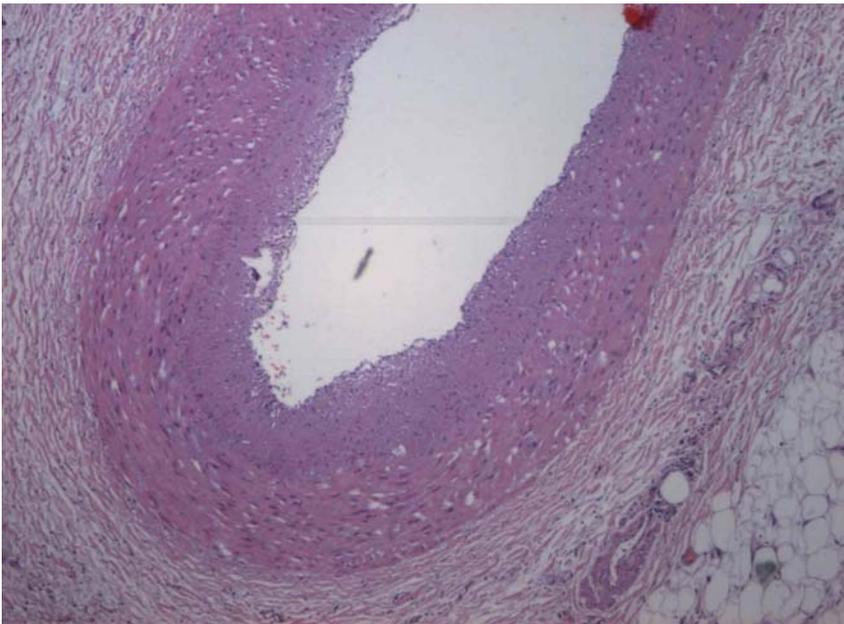
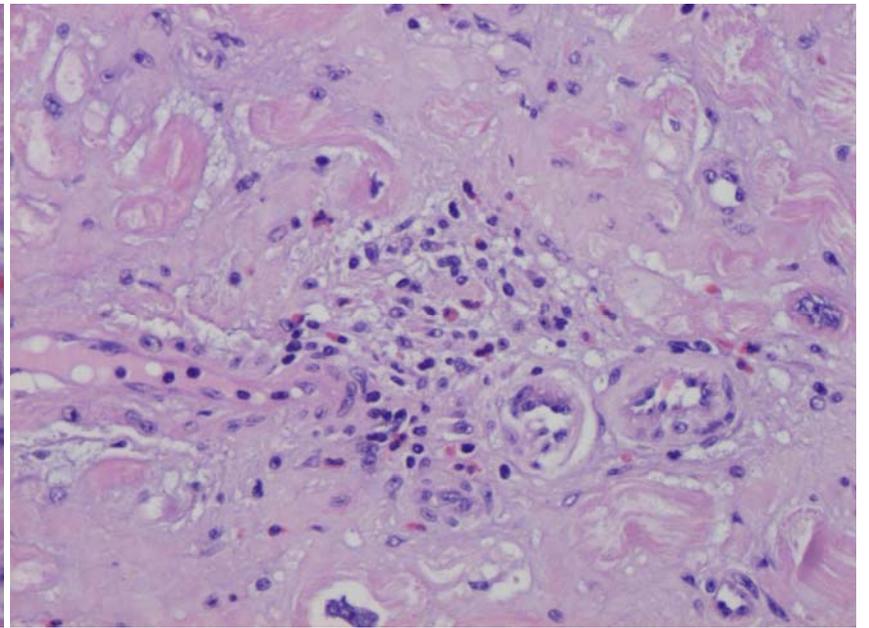
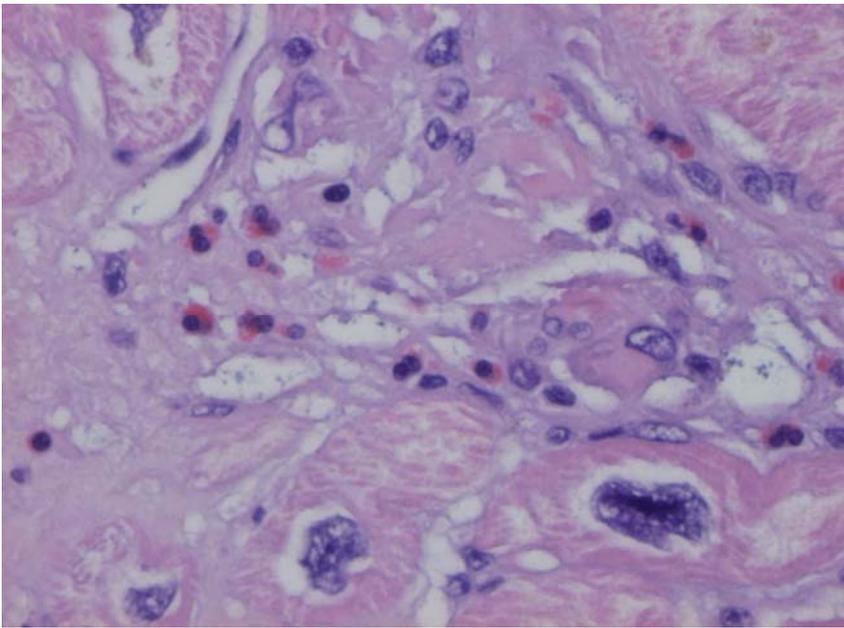
Über Jahre Entwicklung einer zunehmenden Kardiomyopathie, klinisch als dilatative Kardiomyopathie post graviditatem.

Aktuell Aufnahme mit dekompensierter Herzinsuffizienz, Beinödemen, Stauungsleber, Ascites. Herztransplantation.

Ein 645 g schweres Herz-Explantat, Kammerwandstärke: 0,8 cm rechts, 2,5 cm links. Fleckförmige weißliche Endokardschwielien. Unauffällige Koronararterien.







Diagnose:

Eosinophile Myocarditis mit deutlicher Hypertrophie des Herzens.

Fragen:

Ursache der Eosinophilie?

Assoziation mit Schwangerschaft?

Wie häufig ist eine eosinophile Myocarditis in Herz-Explantaten?

Takkenberg et al.

Eosinophilic myocarditis in patients awaiting heart transplantation

Crit Care Med 2004, 32:714-721

14 von 190 Patienten wiesen eine eosinophile Myocarditis auf (7,4 %)

Überwiegend mit peripherer Eosinophilie vergesellschaftet

Komplikation von medikamentöser Therapie

als Hypersensitivitäts-Myocarditis

Besteht ein Zusammenhang zwischen eosinophiler Myocarditis und Schwangerschaft?

Gehrke et al.

Eosinophilic endomyocarditis post partum or pregnancy-related cardiomyopathy.

Herz 1994, 19: 176-181

Pearce et al.

A case of peripartum eosinophilic myocarditis

Can J Cardiol 1999, 15: 465-468

Borczuk et al.

Review and hypothesis: the eosinophil and peripartum heart disease (myocarditis and coronary artery dissection) - coincidence or pathogenetic significance?

Cardiovasc Res 1997, 33: 527-532

Peripartum Kardiomyopathie

Definition: Auftreten einer schweren Herzinsuffizienz im letzten Trimenon bis 5 Monate post partum

Risiko: > 30 Jahre, Hypertonus, Übergewicht, mehrfache Schwangerschaft, Eklampsie

Häufigkeit; 1:300 Geburten in Haiti, 1:1000 in Südafrika, 1:3000 in USA / Europa

Prognose: 50 % erholen sich vollständig innerhalb von 6 Monaten, ca. 15-25 % versterben bzw. benötigen eine Herztransplantation

Prognose nach HTX ist vergleichbar mit Ergebnissen von HTX aus anderer Ursache

A Cathepsin D-Cleaved 16 kDa Form of Prolactin Mediates Postpartum Cardiomyopathy

Denise Hilfiker-Kleiner,^{1,*} Karol Kaminski,¹ Edith Podewski,¹ Tomasz Bonda,¹ Arnd Schaefer,¹ Karen Sliwa,³ Olaf Forster,³ Anja Quint,¹ Ulf Landmesser,¹ Carola Doerries,¹ Maren Luchtefeld,¹ Valeria Poli,⁴ Michael D. Schneider,⁵ Jean-Luc Balligand,⁶ Fanny Desjardins,⁶ Aftab Ansari,⁷ Ingrid Struman,⁸ Ngoc Q.N. Nguyen,⁸ Nils H. Zschemisch,¹ Gunnar Klein,¹ Gerd Heusch,⁹ Rainer Schulz,⁹ Andres Hilfiker,^{1,2} and Helmut Drexler¹

¹ Department of Cardiology and Angiology

² Department of Thoracic and Cardiovascular Surgery

MHH, 30625 Hannover, Germany

³ Department of Cardiology, Chris-Hani-Baragwanath Hospital, University of the Witwatersrand, 2013 Soweto, South Africa

⁴ Department of Genetics, Biology, and Biochemistry, University of Turin, 10126 Turin, Italy

⁵ Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, TX 77030, USA

⁶ Department of Pharmacology and Therapeutics, University of Louvain Medical School, 1200 Brussels, Belgium

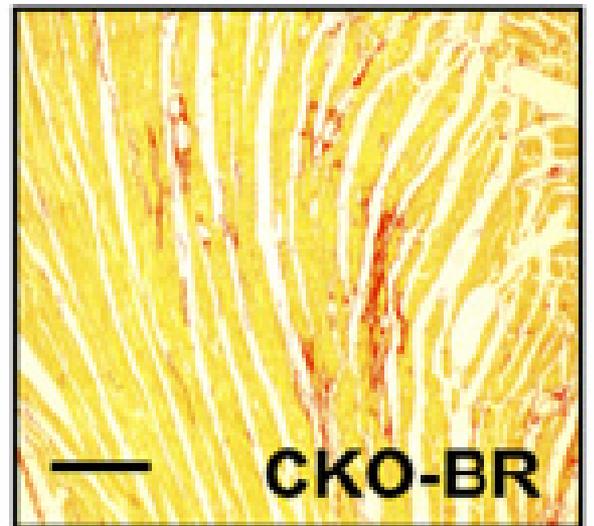
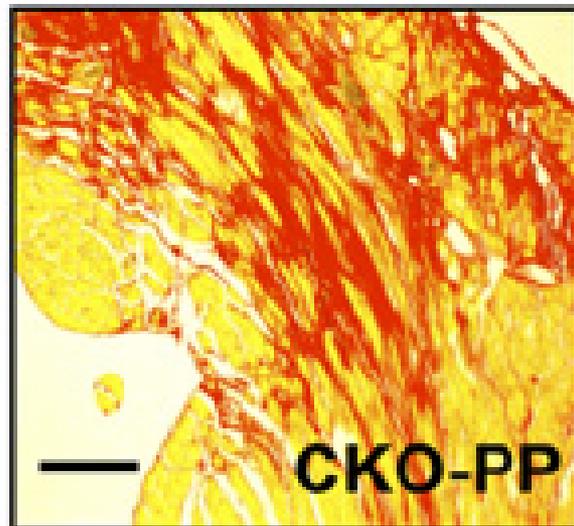
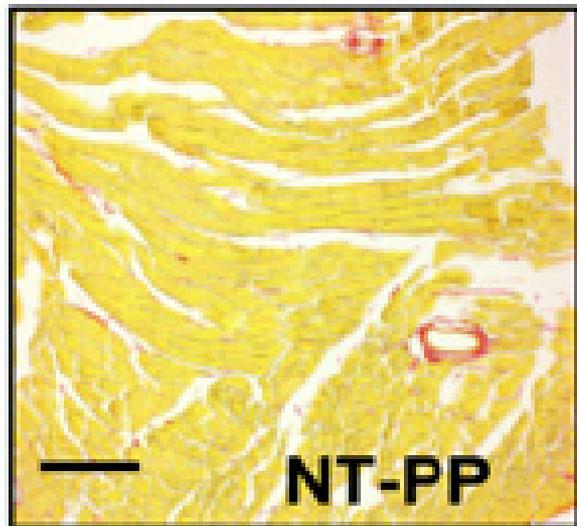
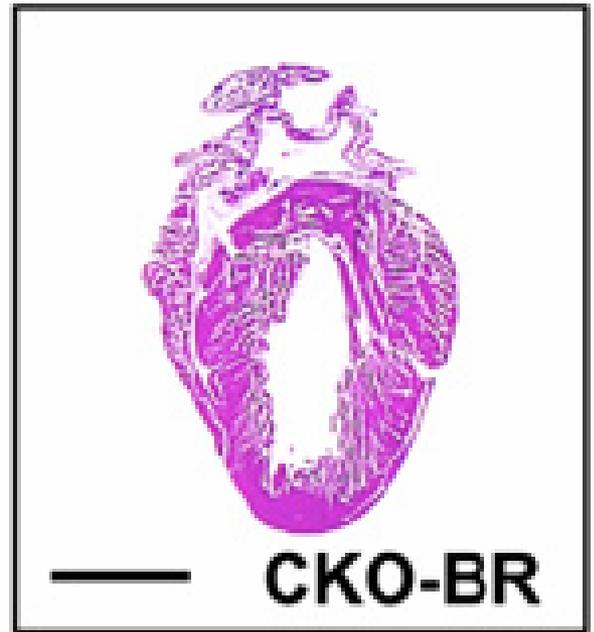
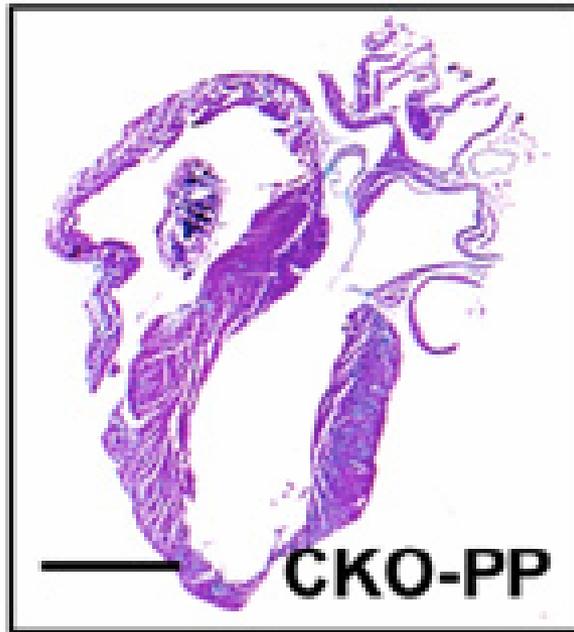
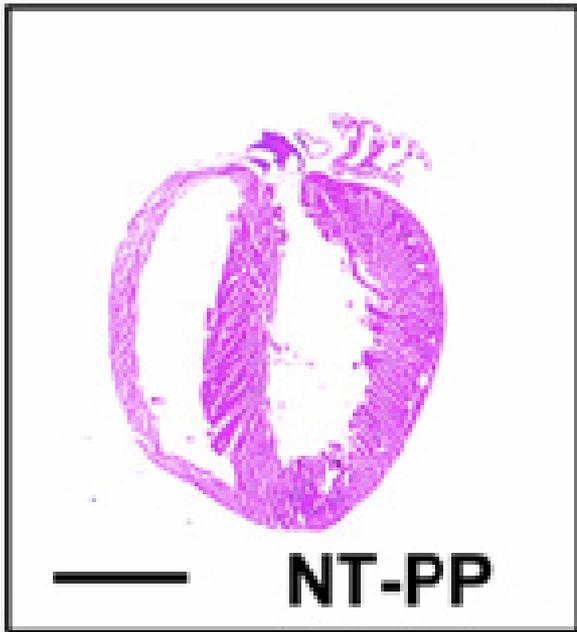
⁷ Department of Pathology and Laboratory Medicine, Emory University, Atlanta, GA 30322, USA

⁸ Centre of Biomedical Integrative Genoproteomics, Université de Liege, 4000 Sart Tilman, Belgium

⁹ Department of Pathophysiology, Universitaetsklinikum, Essen, 45122 Essen, Germany

*Correspondence: hilfiker.denise@mh-hannover.de

DOI 10.1016/j.cell.2006.12.036



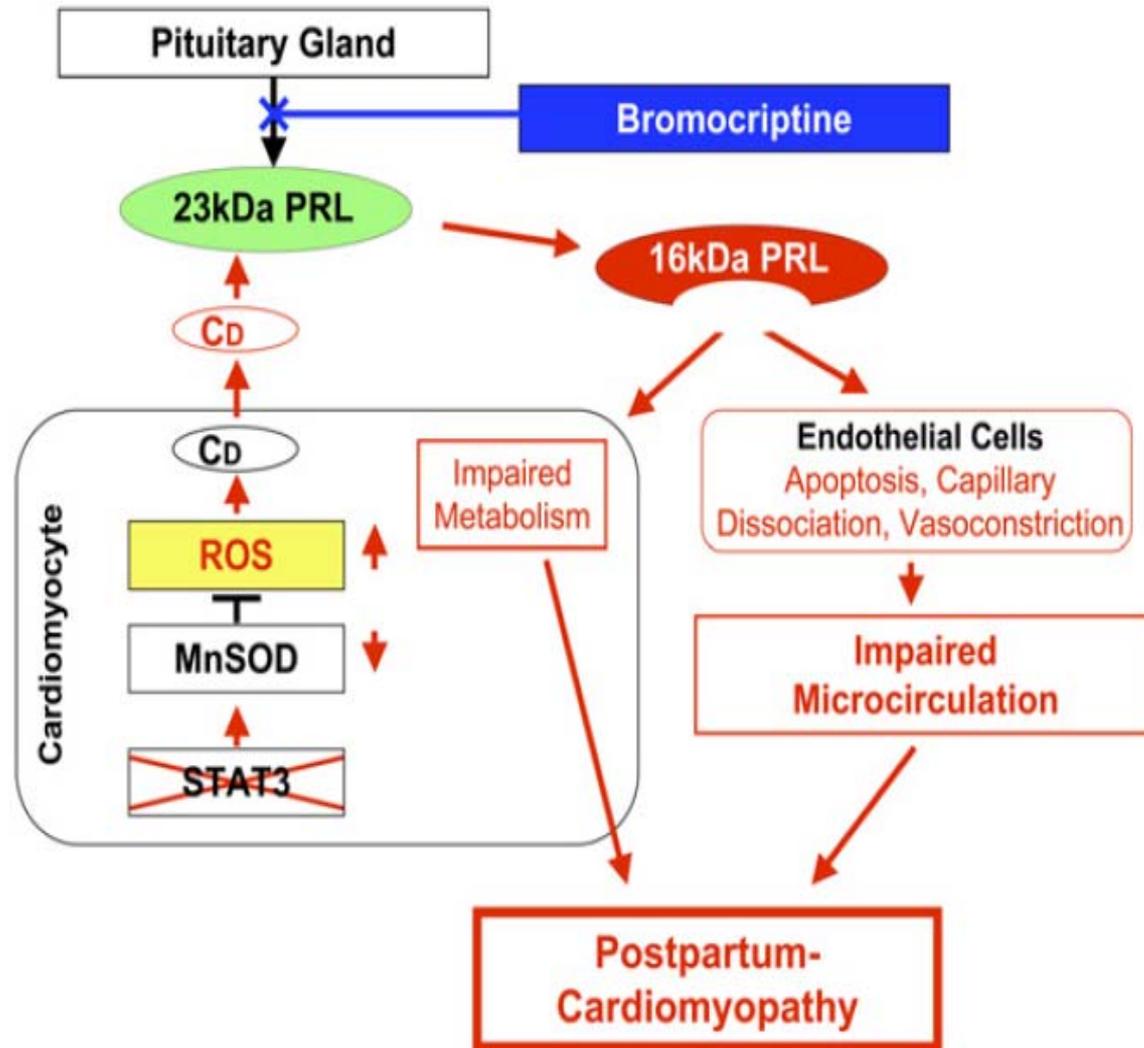


Figure 6. Schematic Model for the Development of PPCM

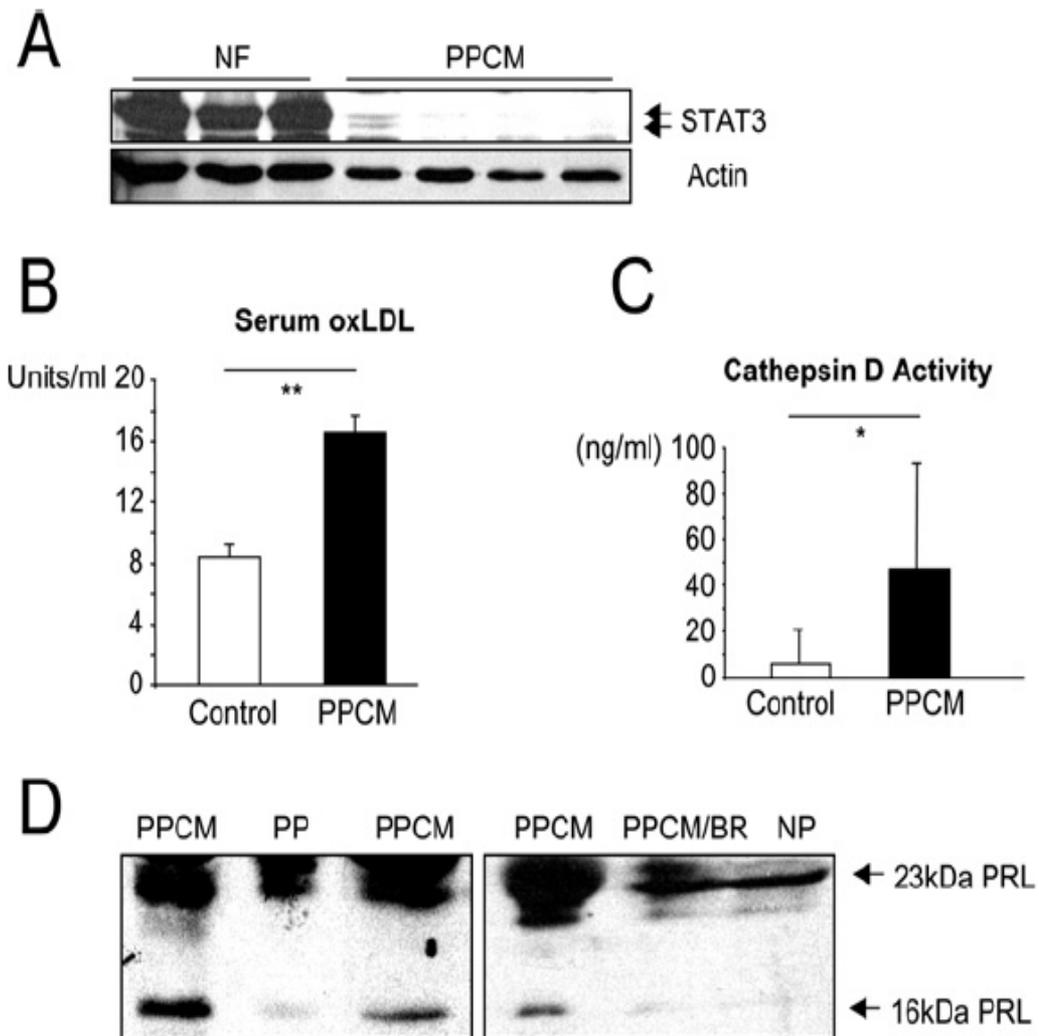
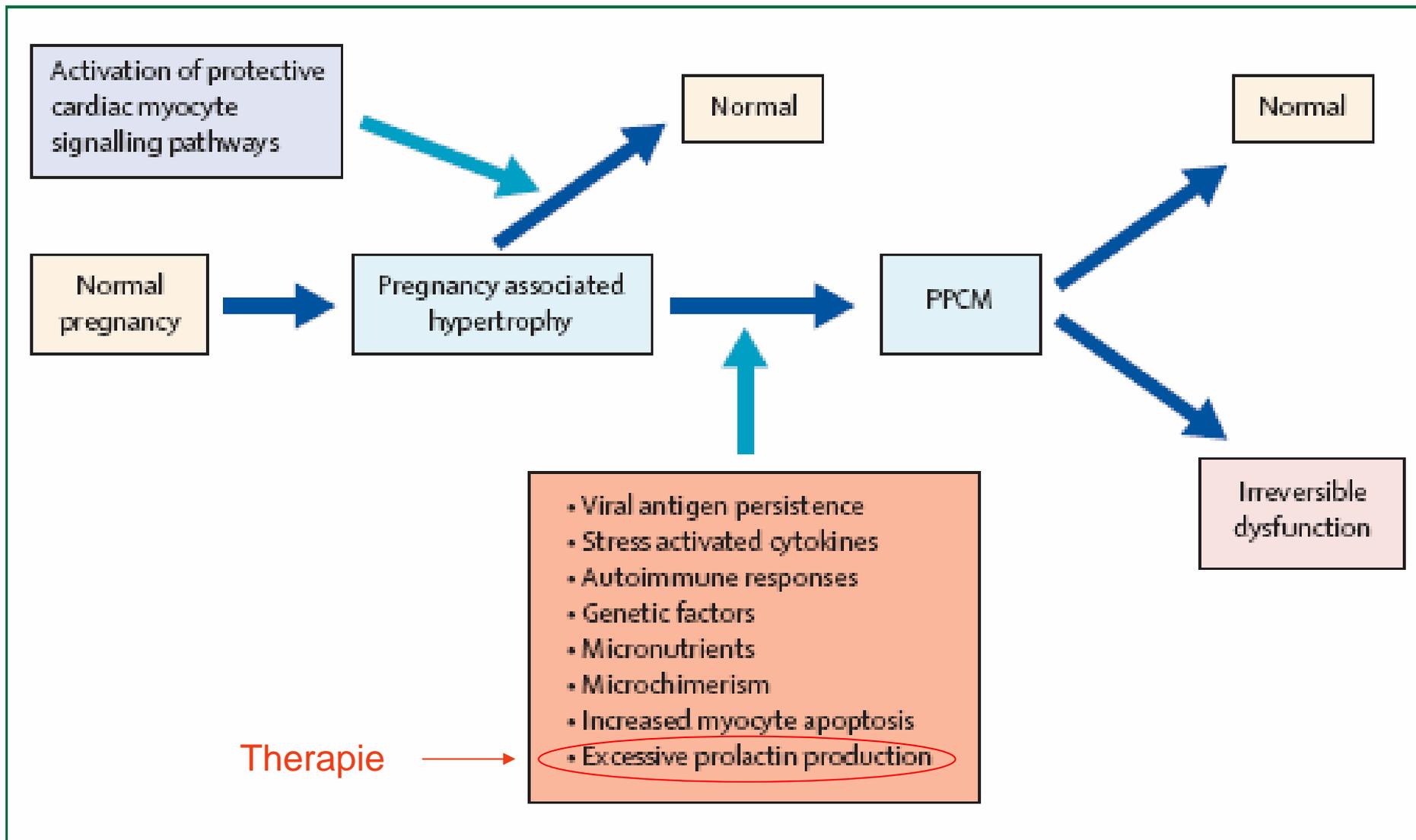
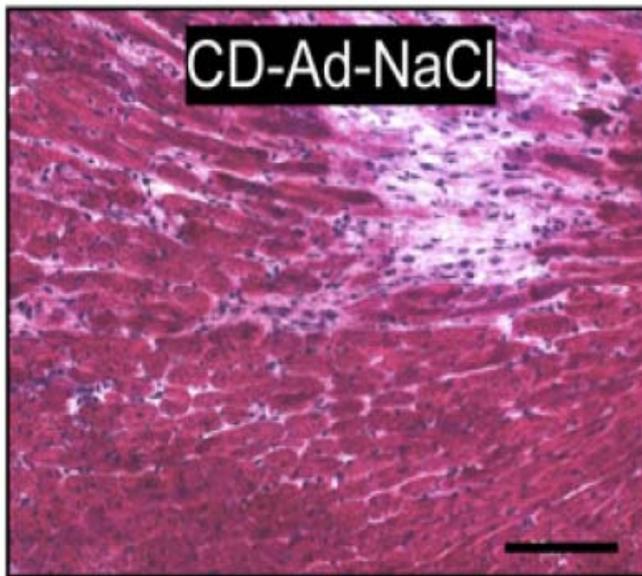
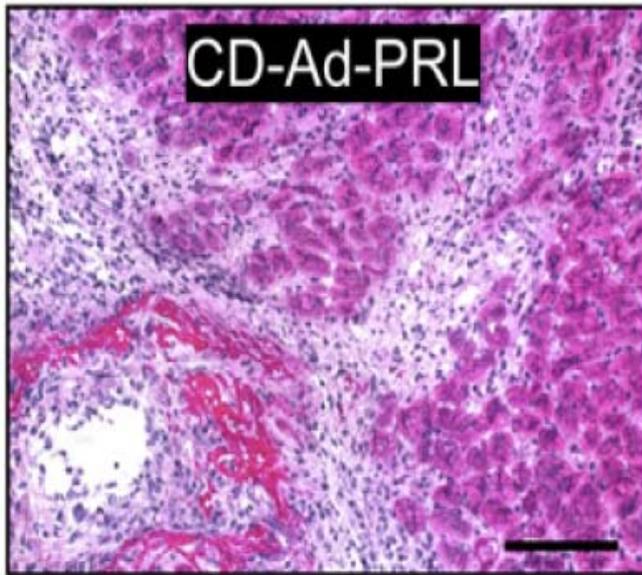


Figure 5. Cardiac STAT3 Expression and Serum Levels of Activated CD and Cleaved 16 kDa PRL in Patients with PPCM

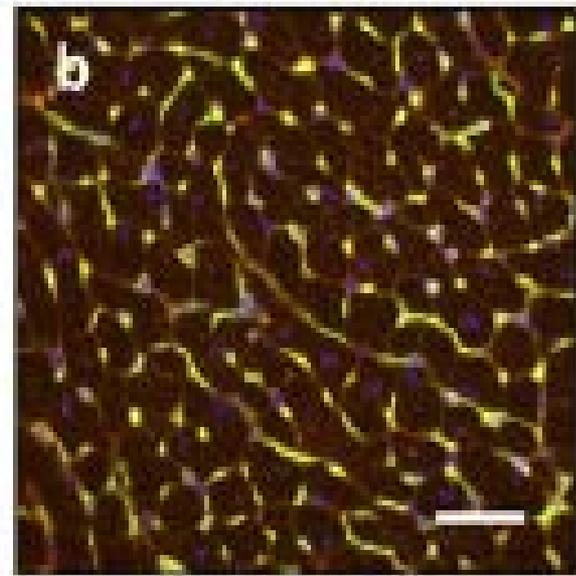
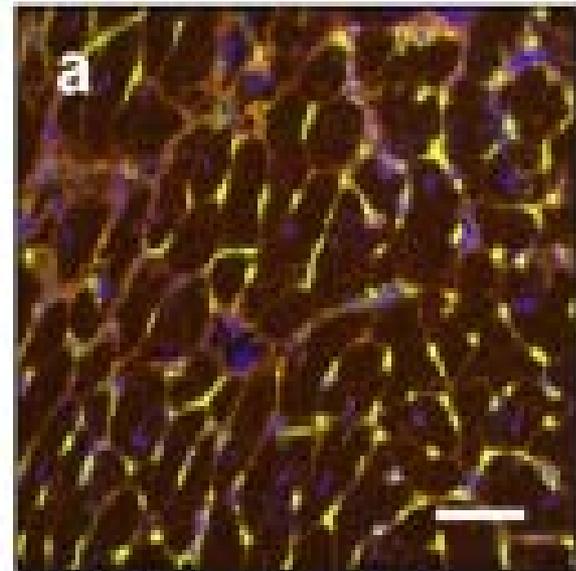
**Cardiac dimensions and function in patients with subsequent pregnancies with (n=6)
or without (n=6) BR treatment**

	Peripartum UT group	Peripartum BR group	Postpartum UT group	Postpartum BR group
LVEDD (cm)	6.2±0.6	5.5±0.5	6.7±1.2	5.3±0.5**
LVESD (cm)	4.8±5	4.2±0.7	5.9±0.3	3.8±0.5**
EF (%)	45±7	40±14	23±3	52±6**
NYHA	1.4±0.5	1.8±0.9	2.3±0.6	1±0*

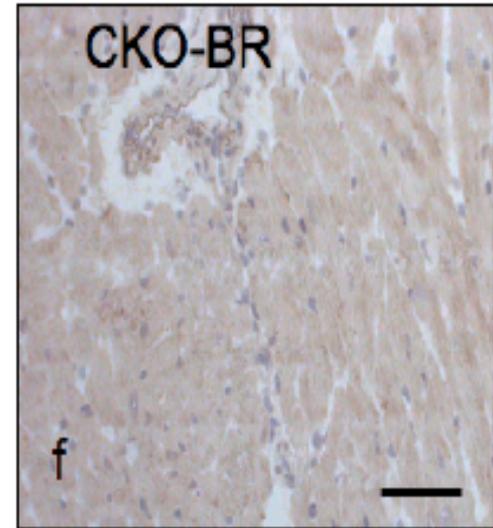
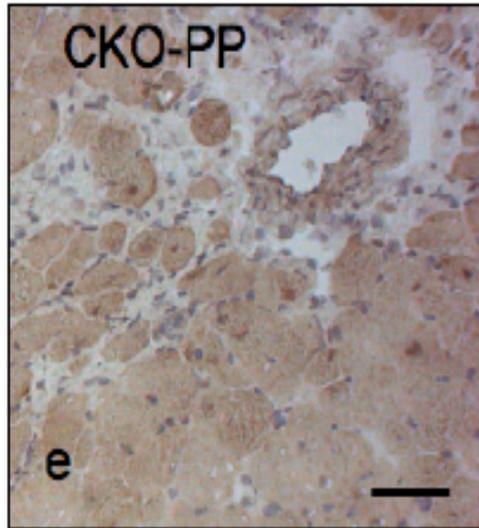
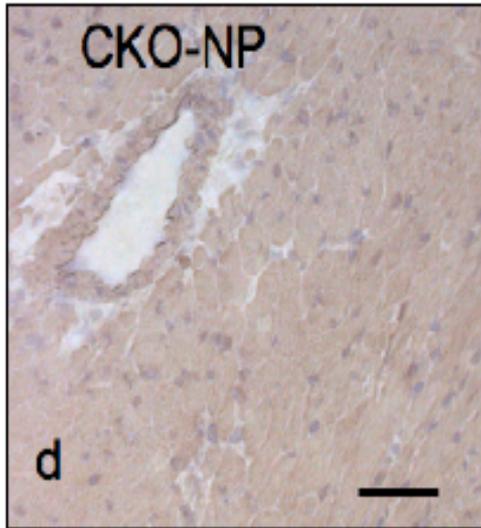
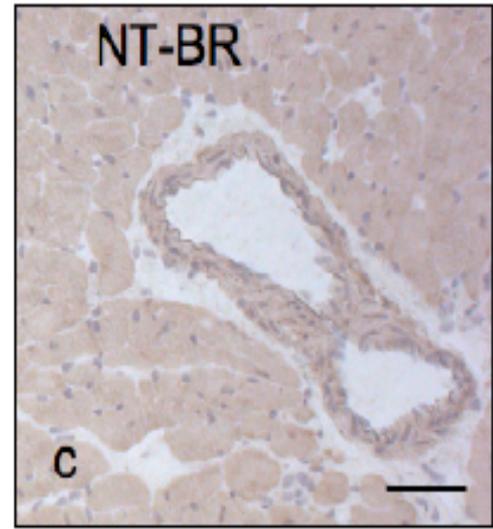
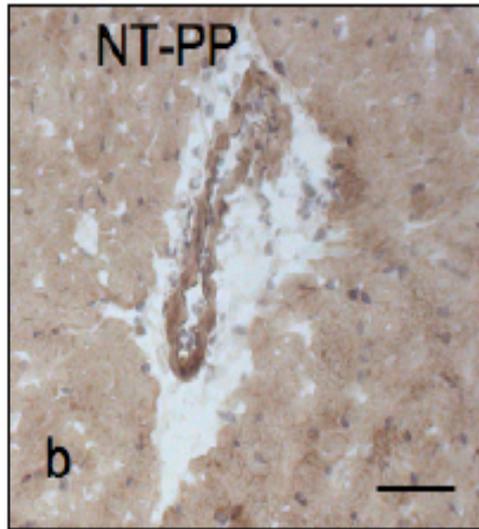
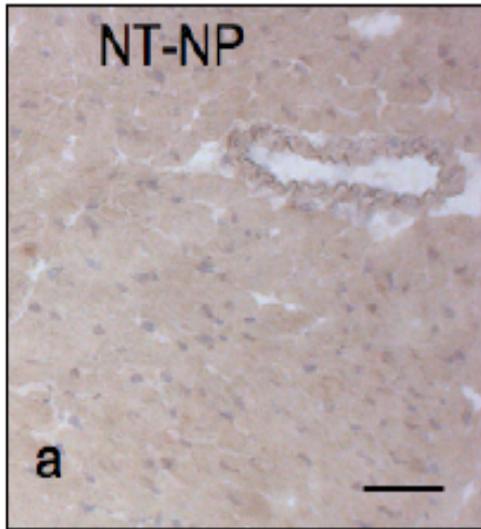




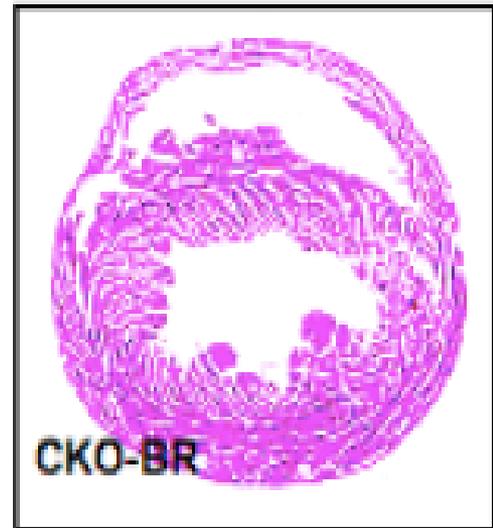
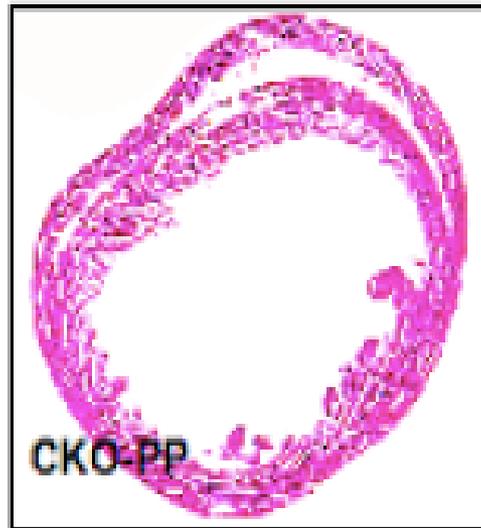
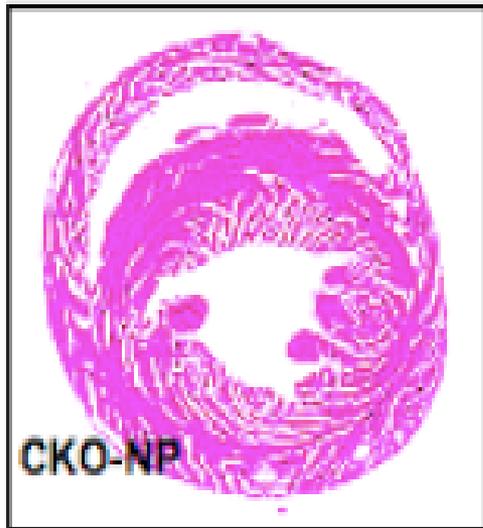
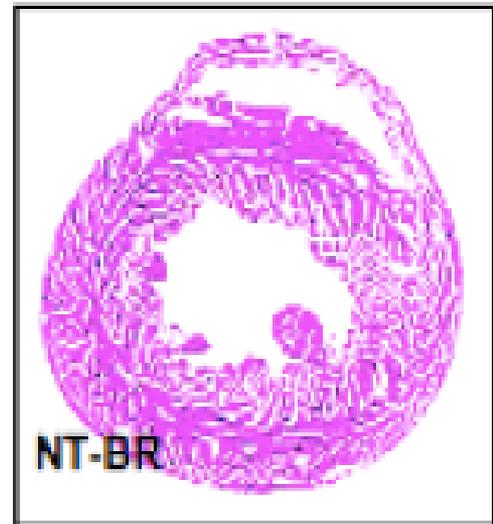
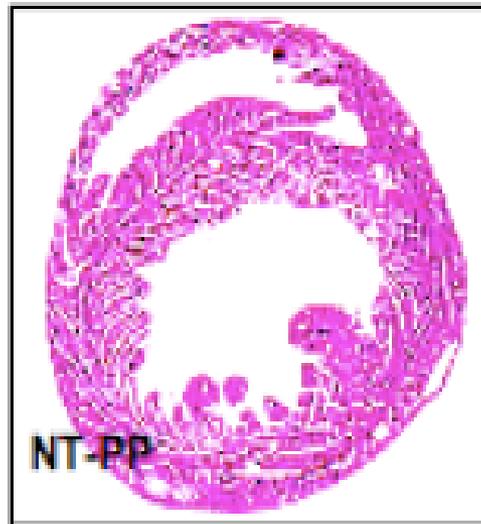
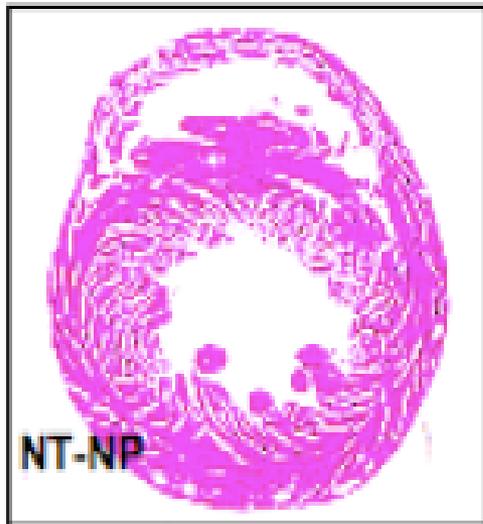
Cathepsin-D Überexpression

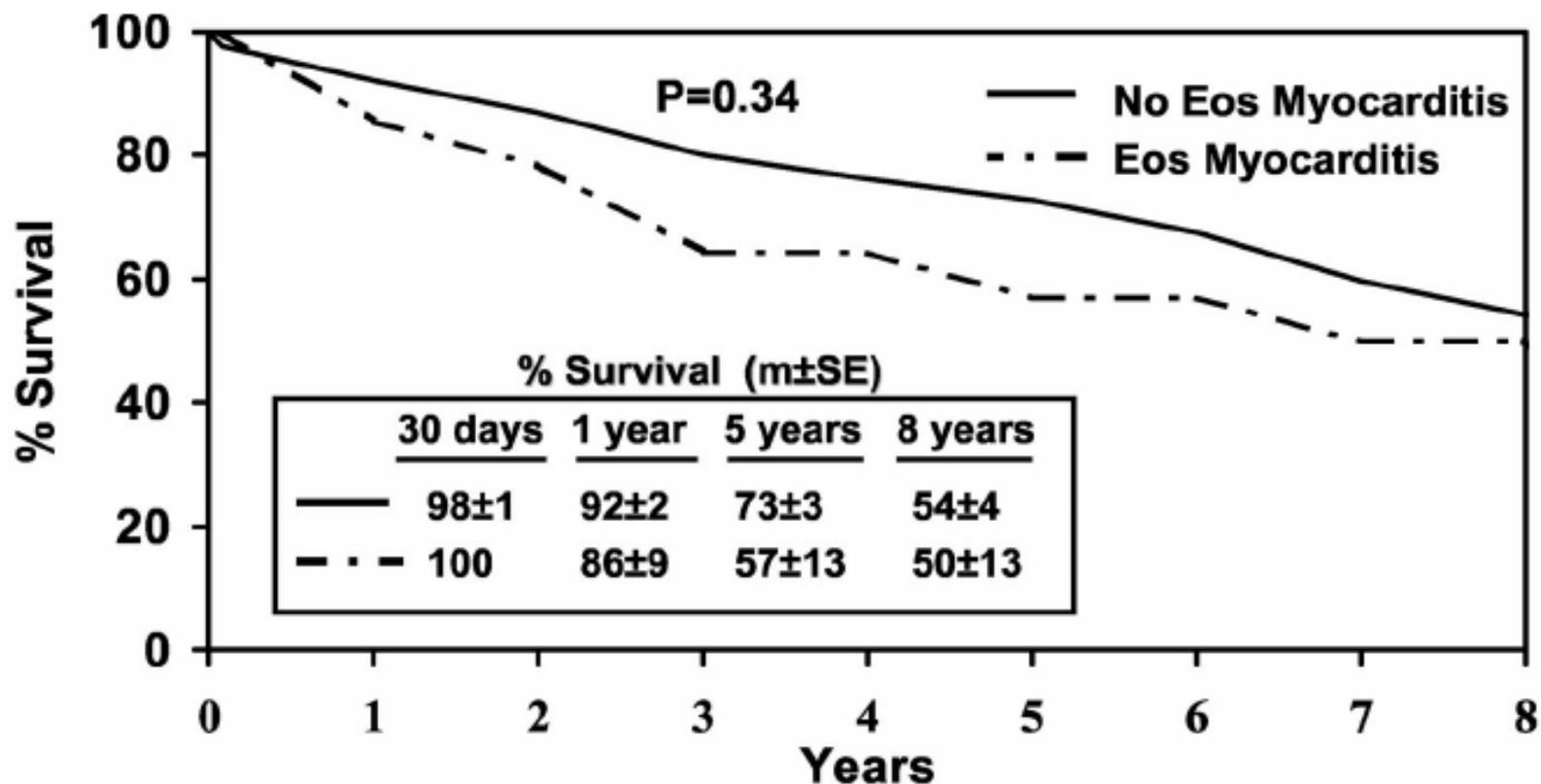


Kapillardichte bei 16Kd-PRL



Immunhistologie mit Anti-16 kD Prolaktin-Antikörper





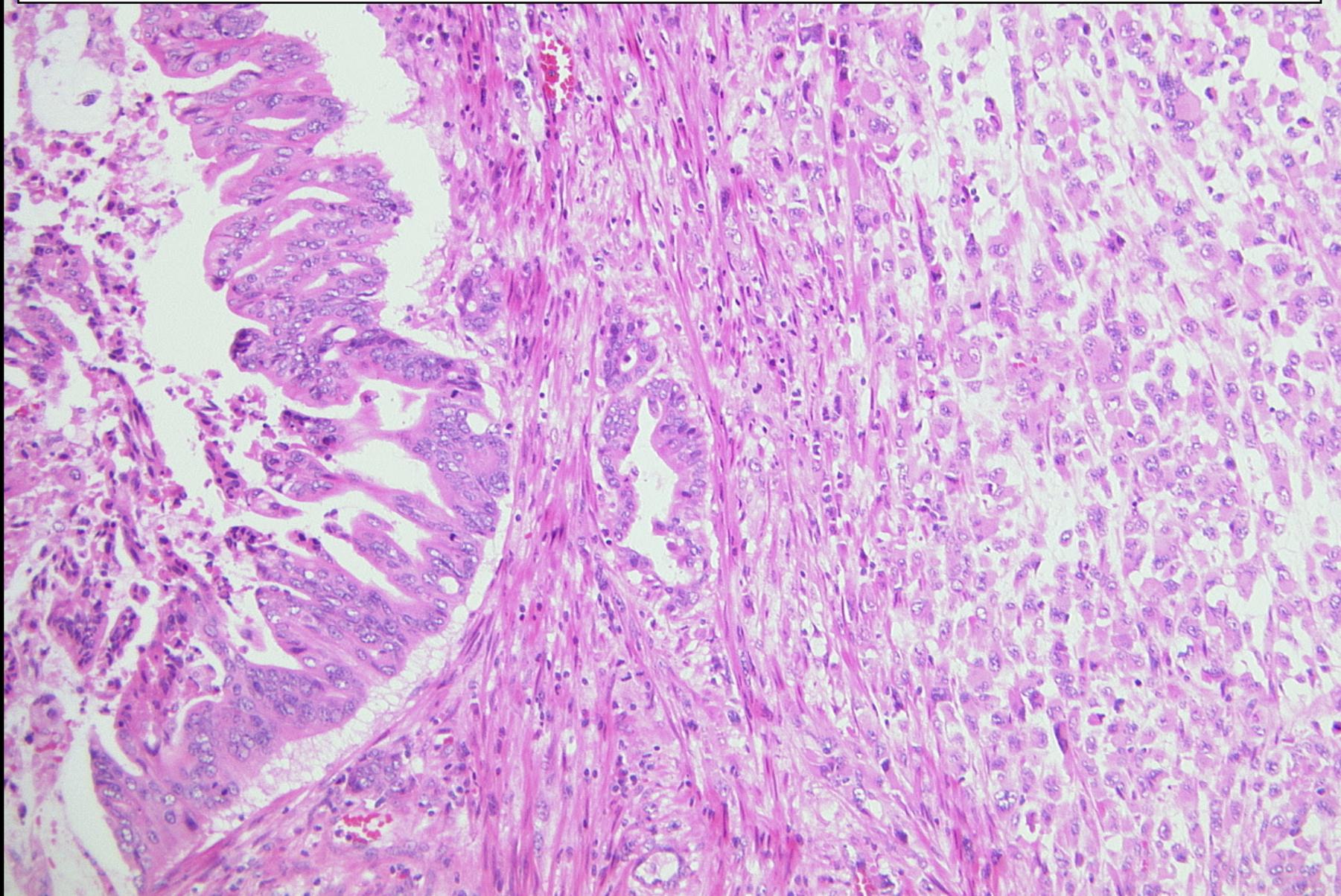
Number at Interval

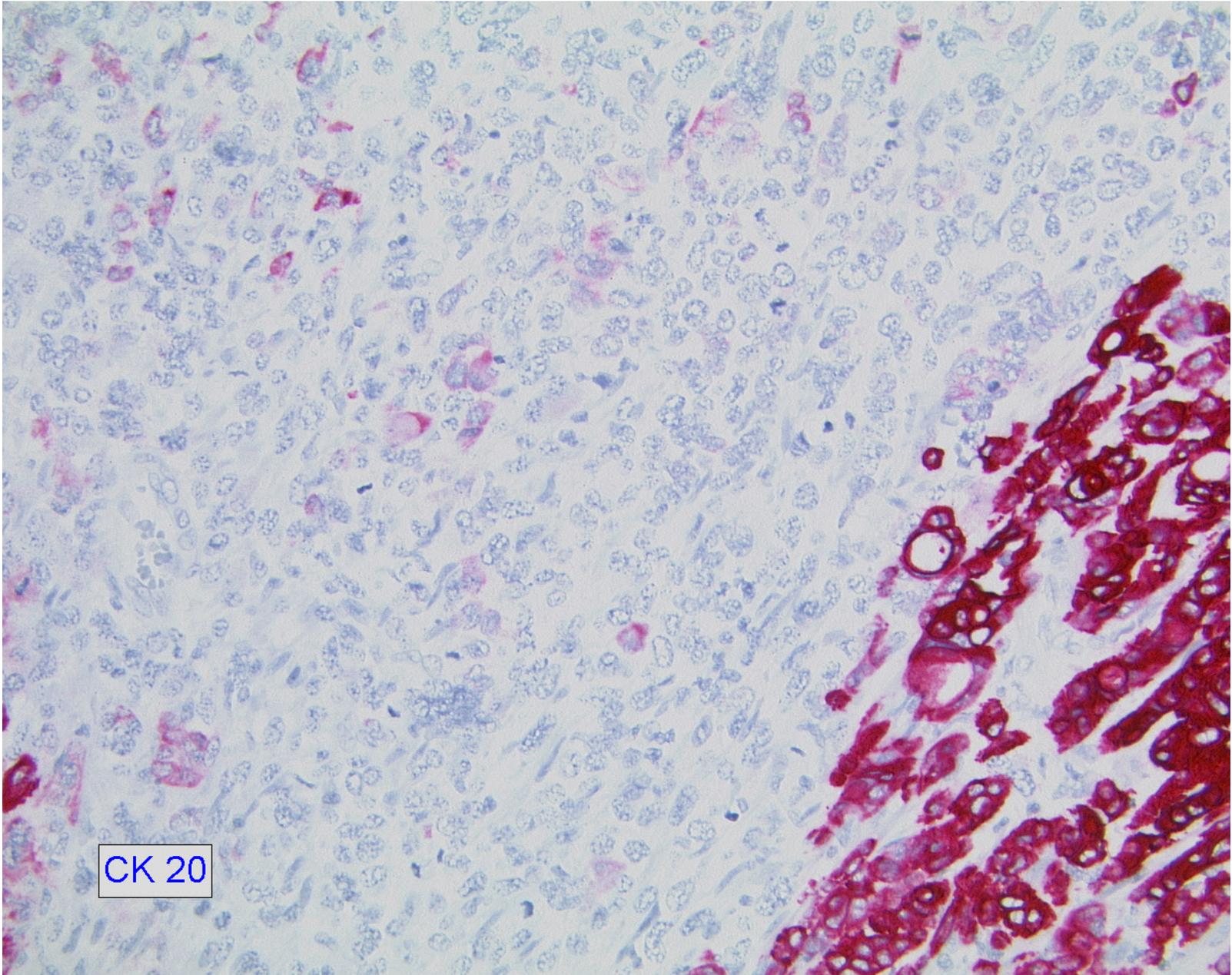
—	176	162	153	141	134	128	119	105	80
- - -	14	12	11	9	9	8	8	7	5

Figure 3. Survival after heart transplantation in patients with and without eosinophilic (*Eos*) myocarditis. Early (30-day) survival was 100% and 8-yr survival was 50% ± 13% in patients with eosinophilic myocarditis compared with an early survival of 98% ± 1% and an 8-yr survival of 54% ± 4% in patients without eosinophilic myocarditis (p = not significant).

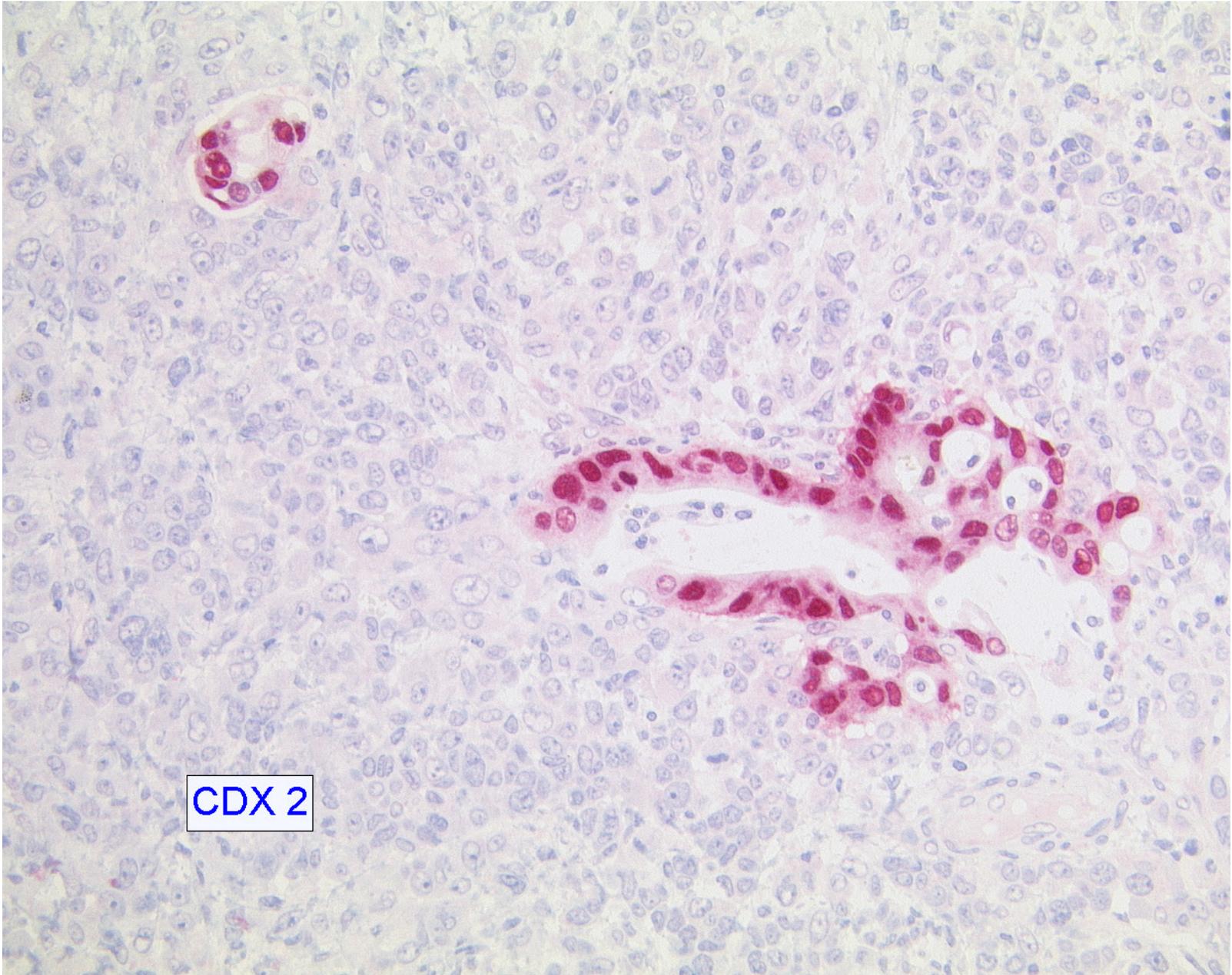
Fall 7, Dr.med. Sperling, Braunschweig

Ausgedehnte knotige Tumormanifestation in einem rechtsseitigen Hemicolektomiepräparat einer 27-jährigen Schwangeren. Das Tumorgewebe durchsetzte auch die Wand der Appendix.

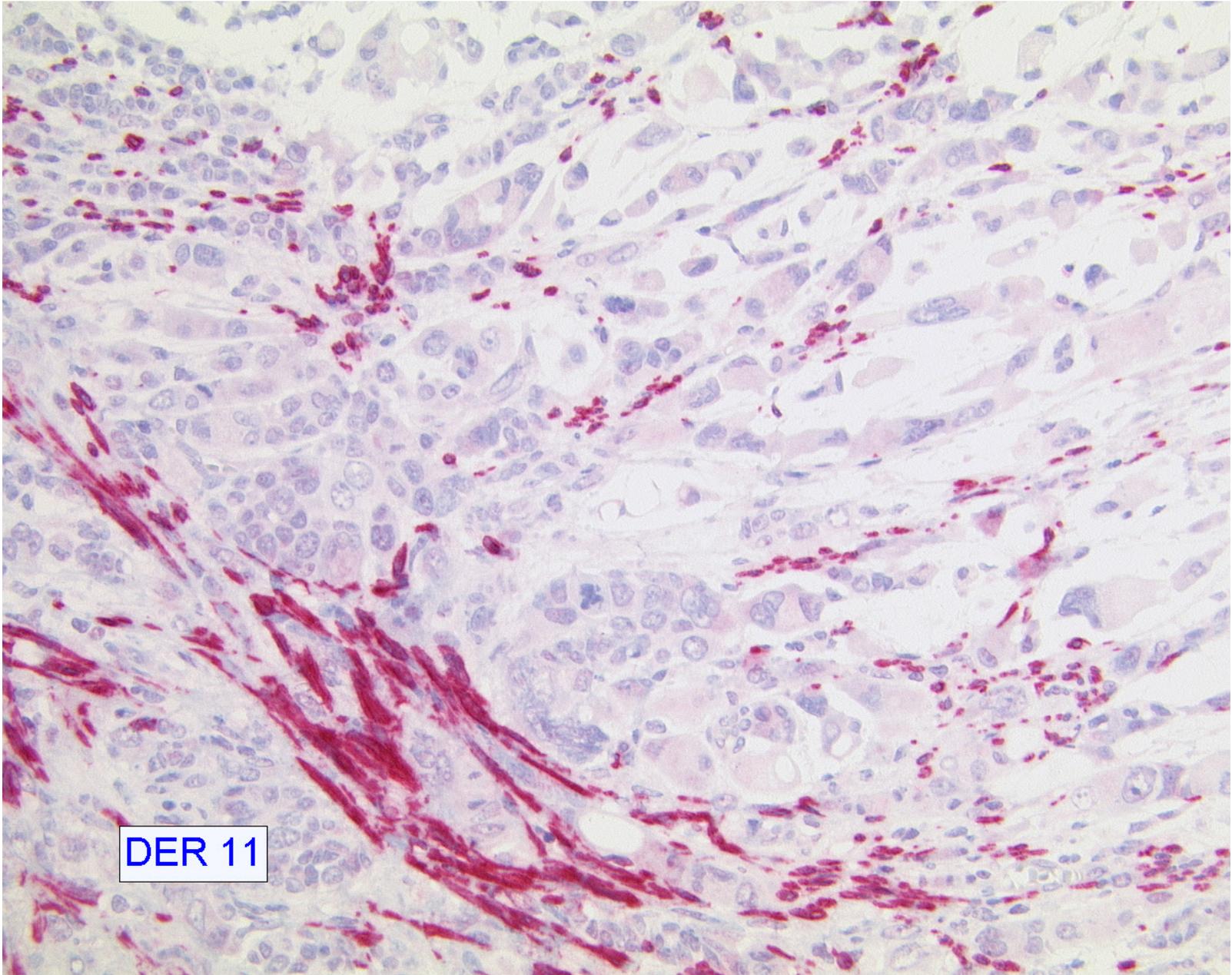




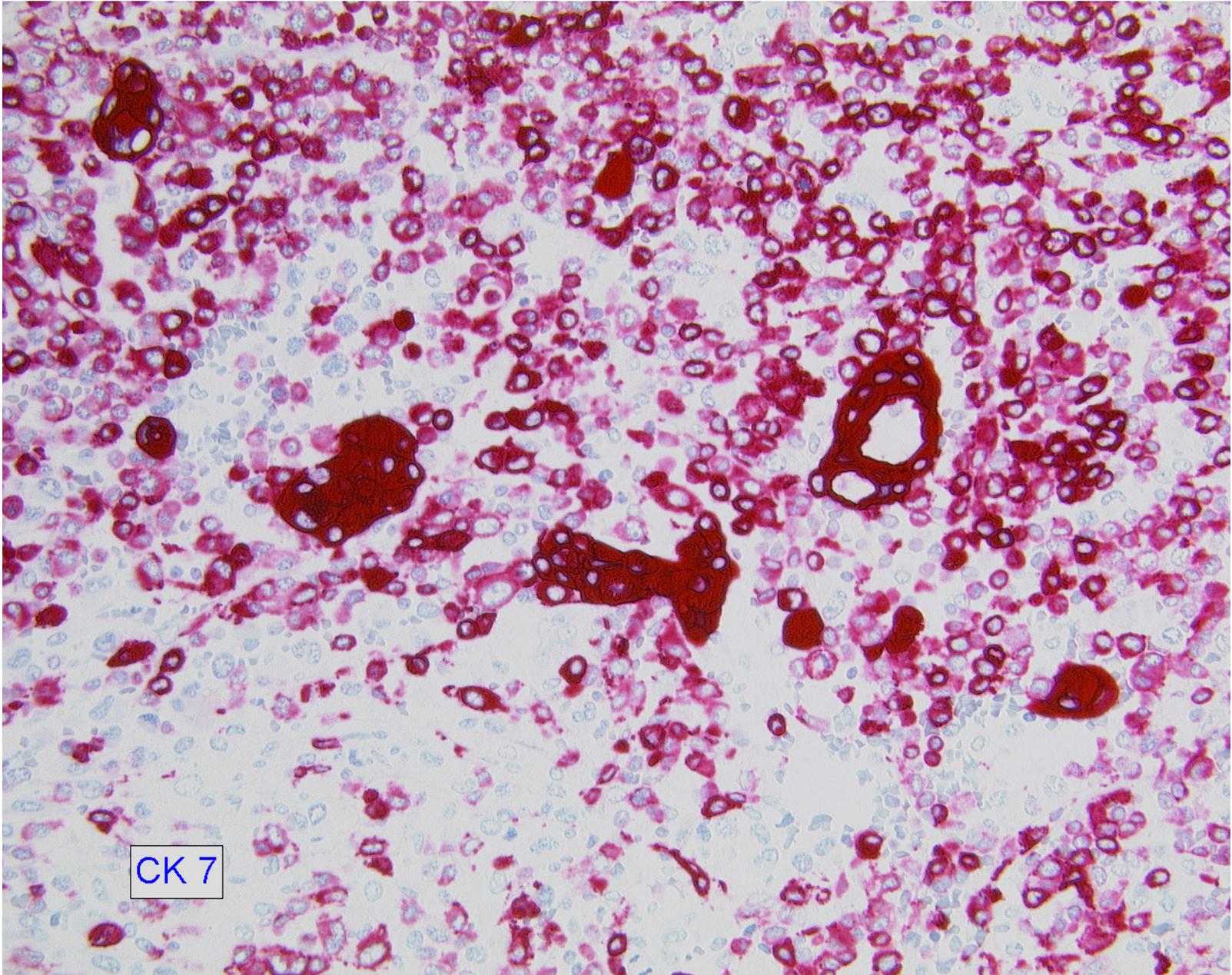
CK 20



CDX 2



DER 11



Ausgedehnt rhabdoid-differenziertes Adenocarcinom der Appendix bei einer 27jährigen schwangeren Patientin

Chetty R, Bhathal PS. Caecal adenocarcinoma with rhabdoid phenotype. An immunohistochemical and ultrastructural analysis. Virchows Arch (A) 1993, 422: 179-182.

Fall Nr. 8

E 3614/07

Prof. Dr. med. Ostertag

Ein 49-jähriger Mann mit einem Tumor im Pankreasschwanz und einem in der rechten Niere, die synchron operiert wurden.

Wir erhielten eine linksseitige Pankreasteilresektion mit einem Tumor von 30mm Durchmesser, der auf der Schnittfläche zahlreiche kleine Cysten aufwies. Von diesem Tumor stammt das Präparat.

Bei dem Tumor in der rechten Niere handelt es sich um ein papilläres Nierenzellcarcinom, das durch eine Tumornephrektomie entfernt wurde (pT1a).

R LightSpeed Plus SYS#HXQX_0C0

SP

SILOAH KRHS HANNOVER

Ex: 13352

R Se: 519 RFMT

B XY P59.49 0

B Im: 43+C

7

2 DFOV 36.0cm

STND

M 48 798 ST.18

DOB: 11 Juni 1958

21 Feb 2007

512



R

L 1

L 3

L 9

L

1

8

1

kV 120

mA 217

Large

3.000mm/15.00 1.5:1 AVERAGE

Tilt: 0.0

0.7s /HE 10.57.51/00.00

1: distance 25mm, angle 5

2: distance 19mm, angle 77

3: m 53.97, sd 04.34, a 102.51mm2

100 ML IMERON 300 HP

PA: 1330Z

RÜDIGER Se: 3
'98 ST.18 XY I15.75
Juni 1958 Im: 11+C
Feb 2007

M 48 798 ST.18 XY I25.75
DOB: 11 Juni 1958 Im: 13+C
21 Feb 2007

512 DFOV 36.0cm
STND

512 DFOV 36.0cm
STND

L R
1 1
8 8
0 0

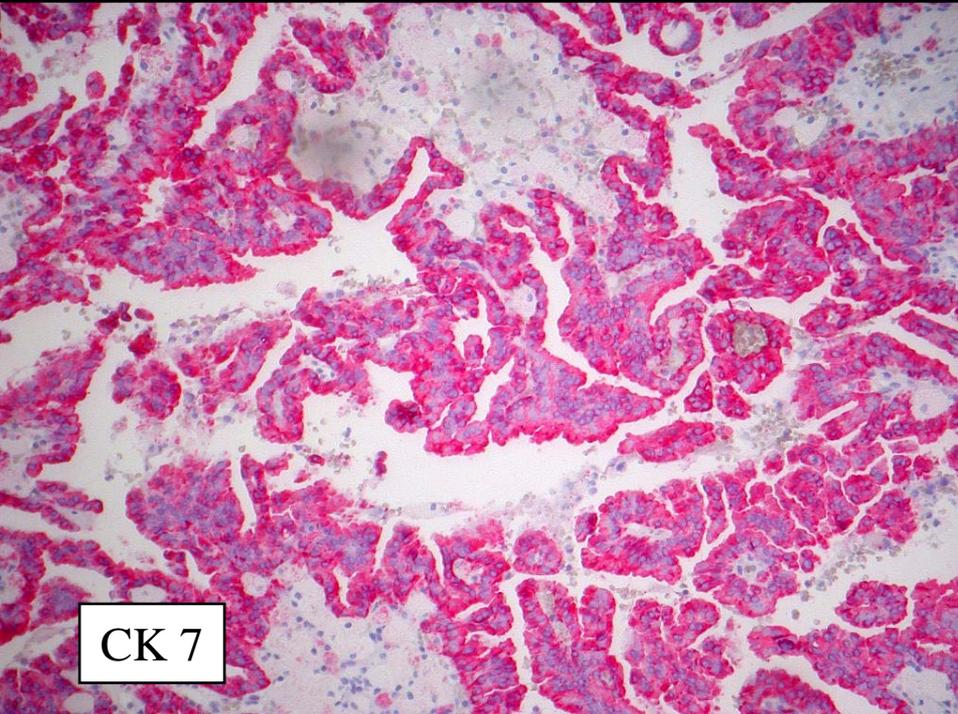
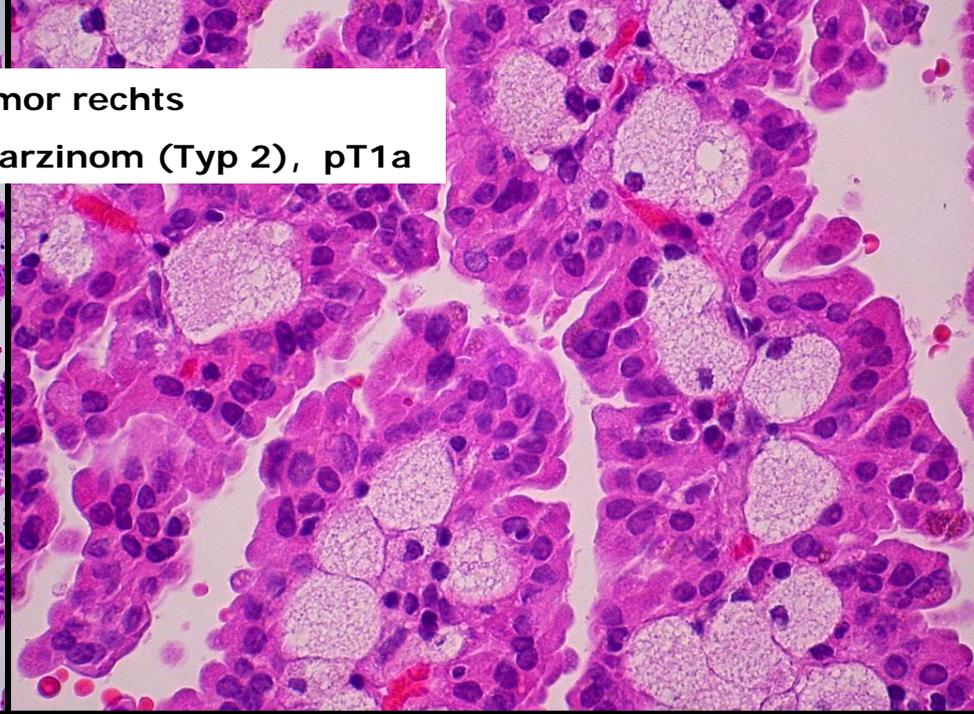
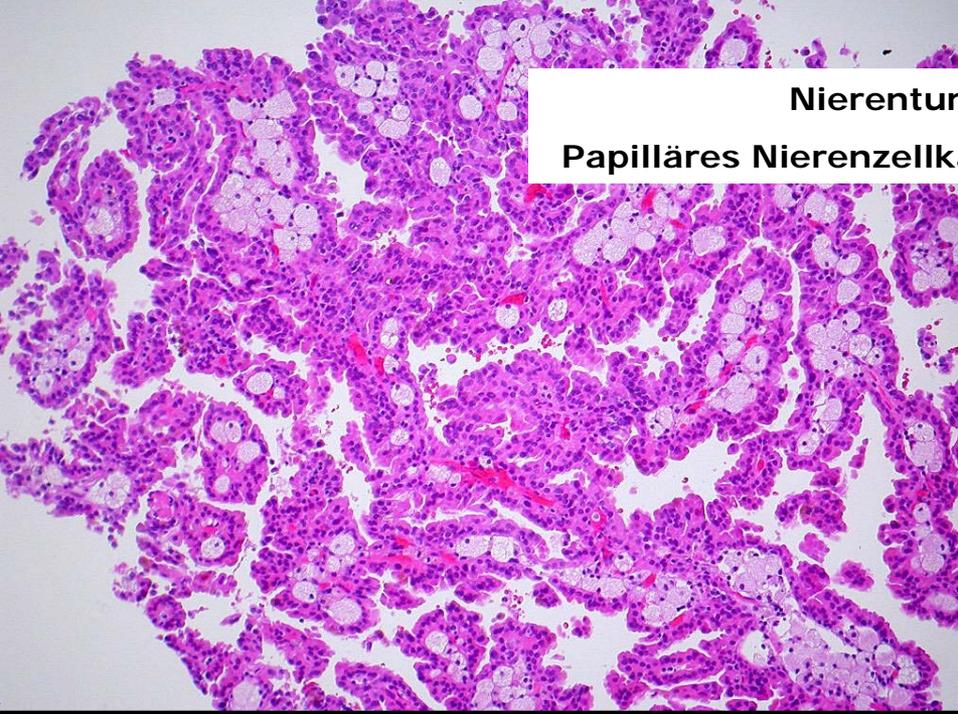
L R
1 1
8 8
0 0

kV 120
mA 218
Noise Index: 10.0
Large
5.000mm/15.00 1.5:1
Tilt: 0.0
0.7s /HE 10:56:29/02.33
W:350 L:40

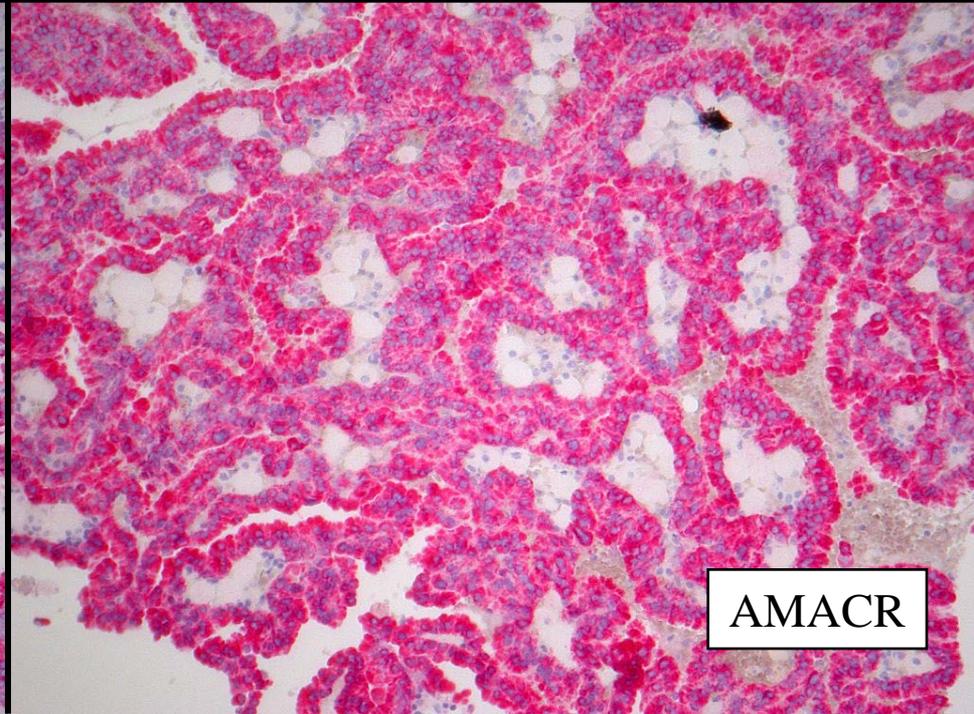
kV 120
mA 218
Noise Index:
Large
5.000mm/15.0
Tilt: 0.0
0.7s /HE 10:
W:350 L:40

P 206

Nierentumor rechts
Papilläres Nierenzellkarzinom (Typ 2), pT1a



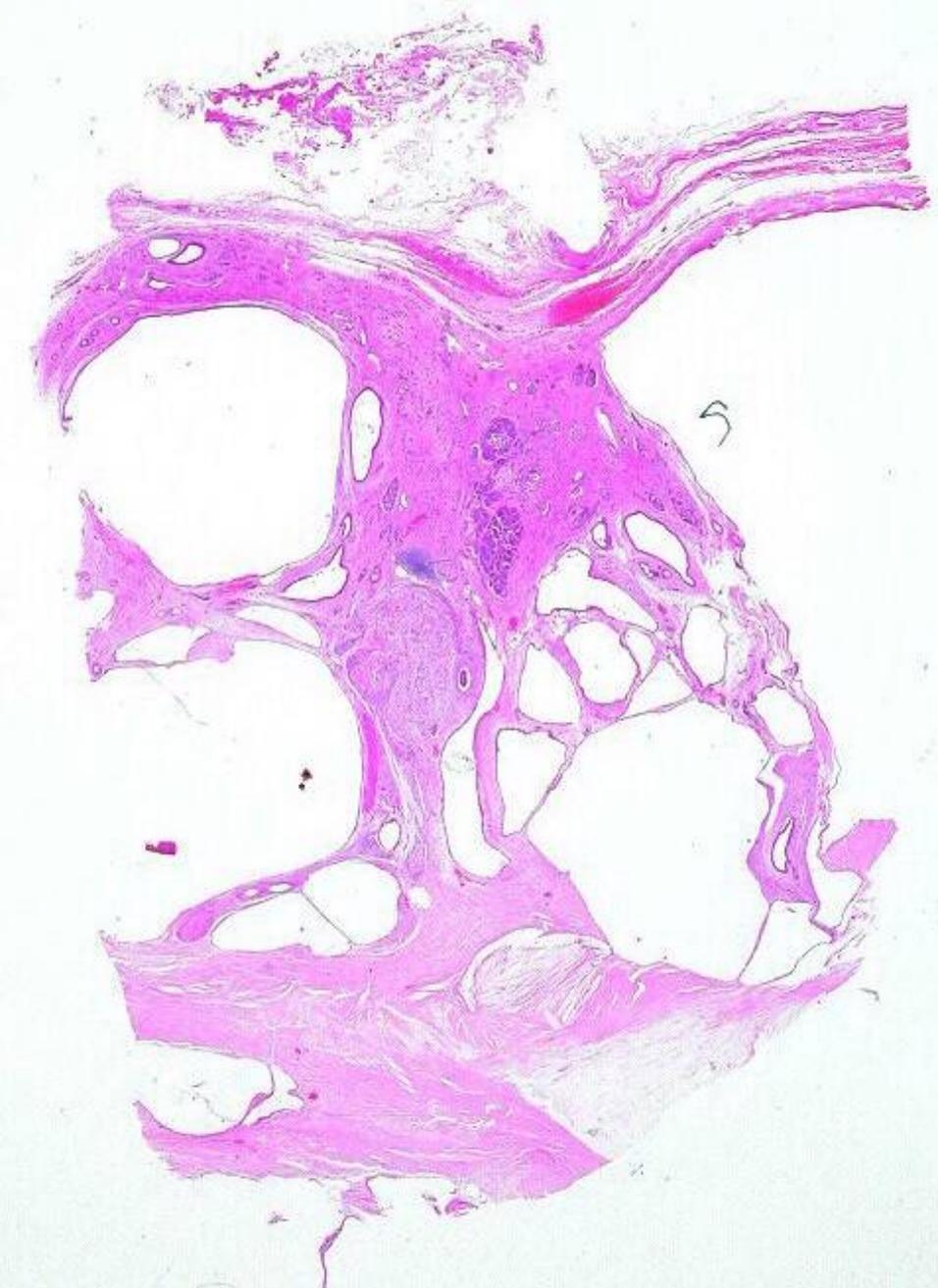
CK 7

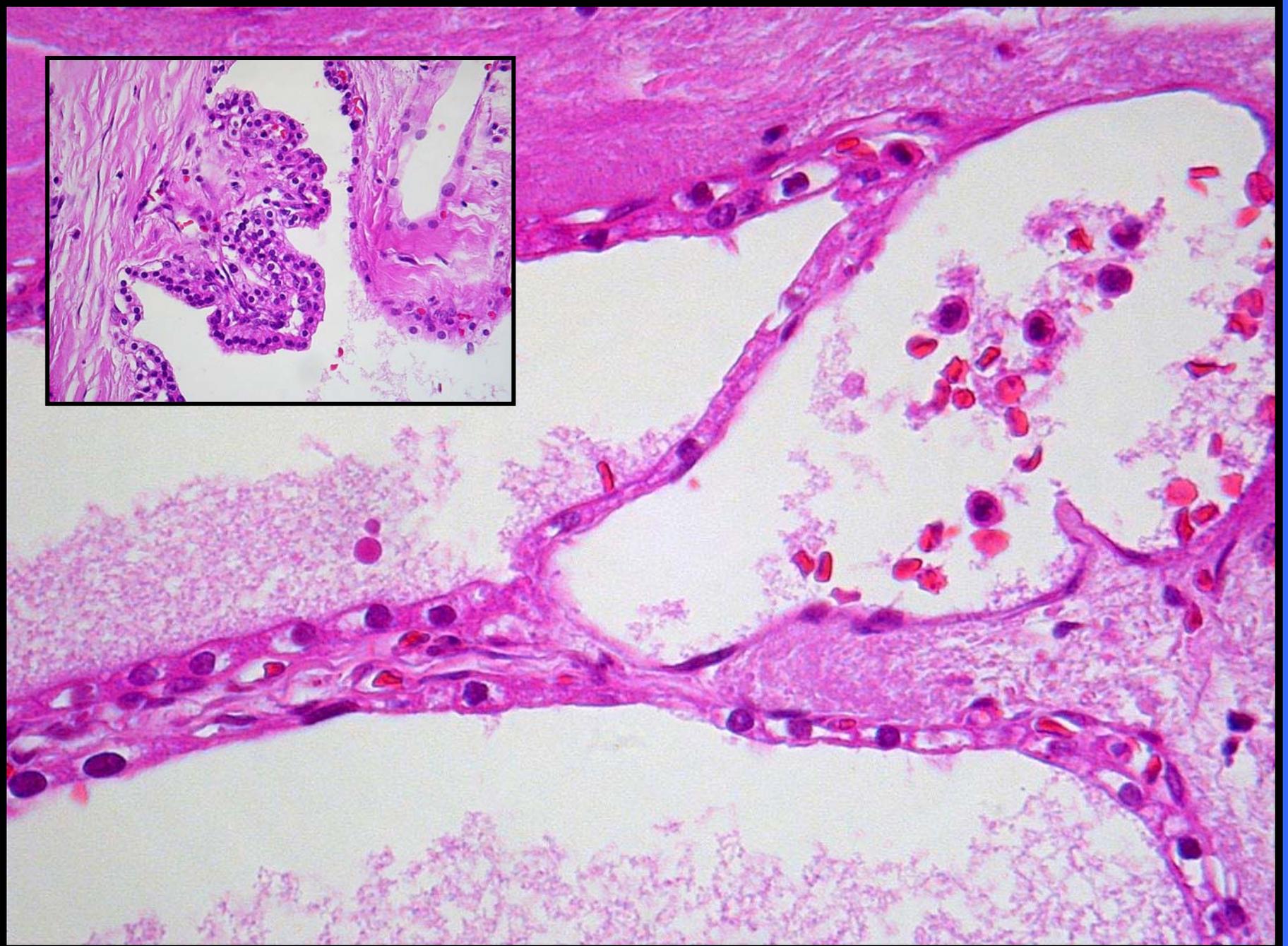


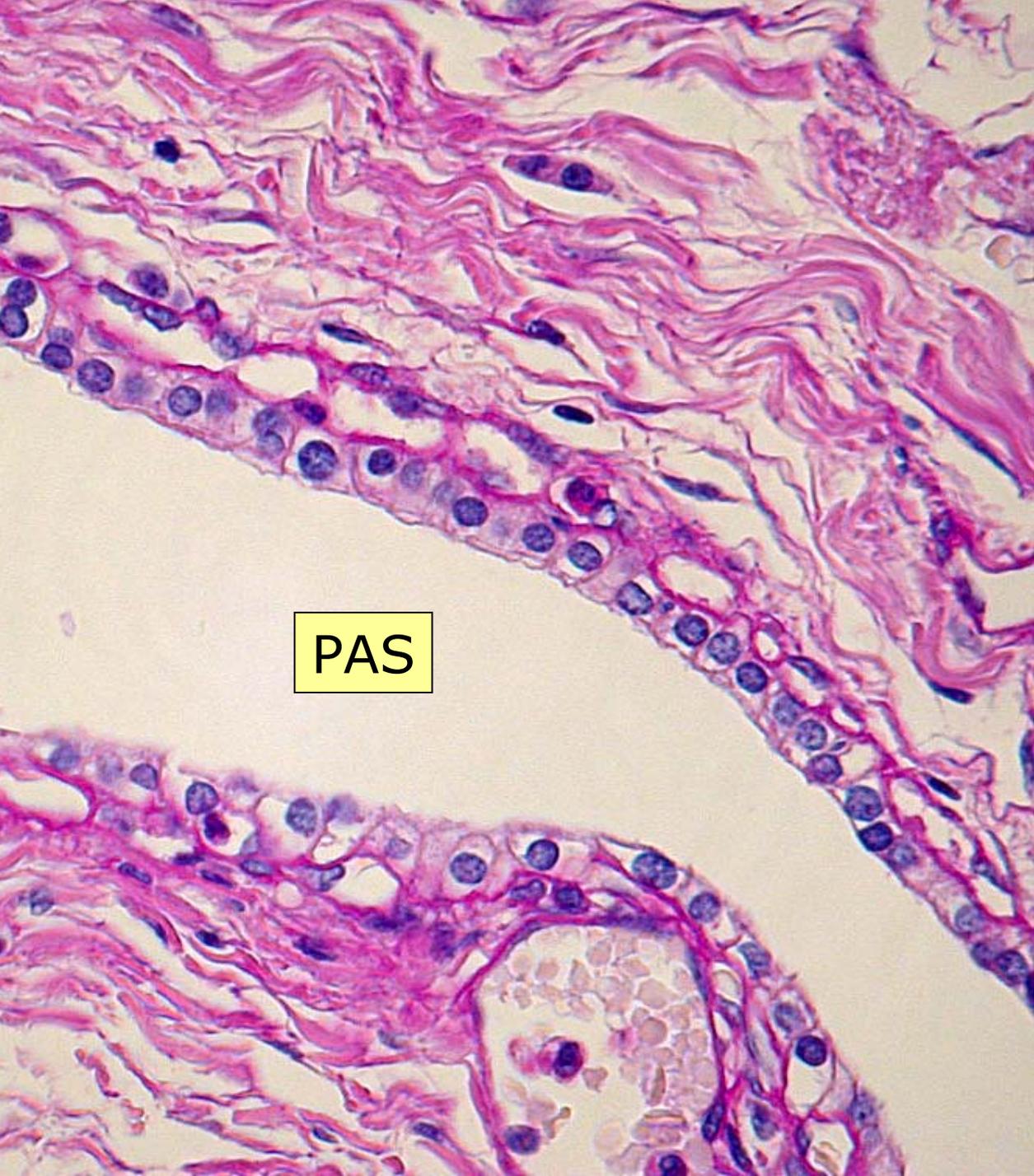
AMACR

Pankreastumor

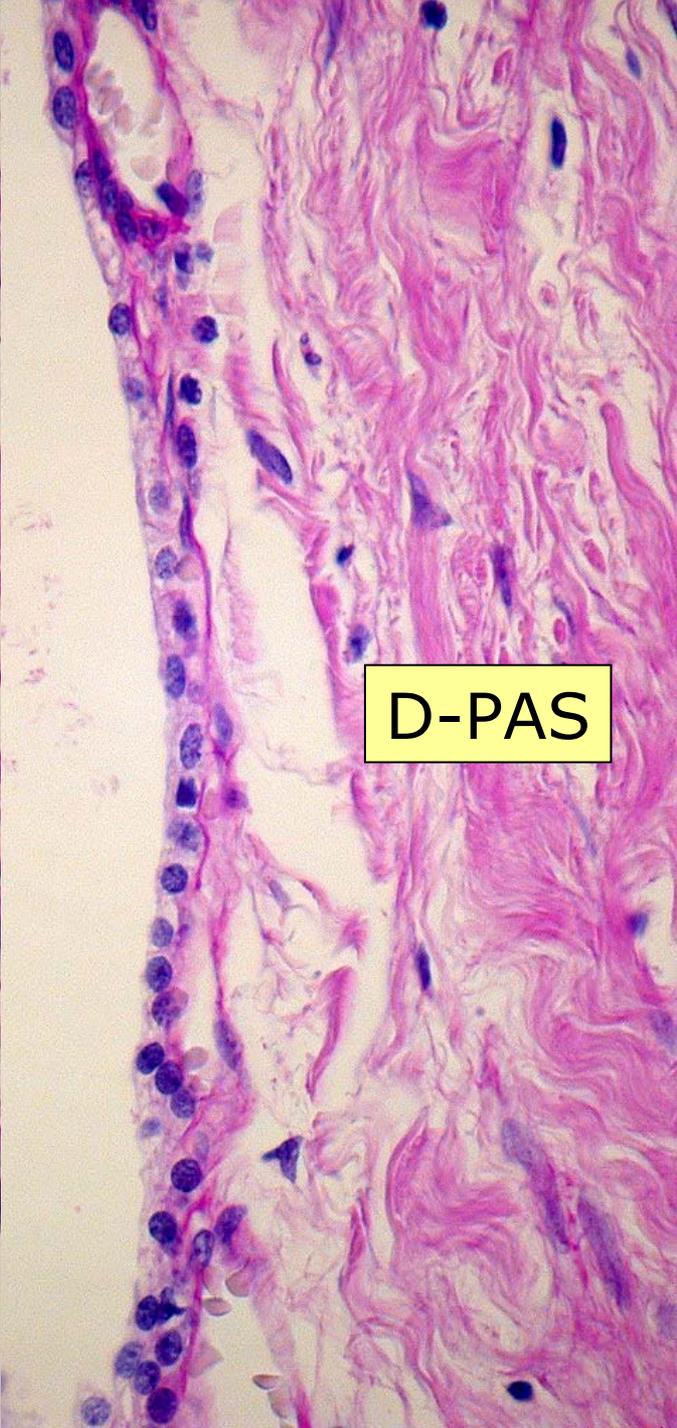




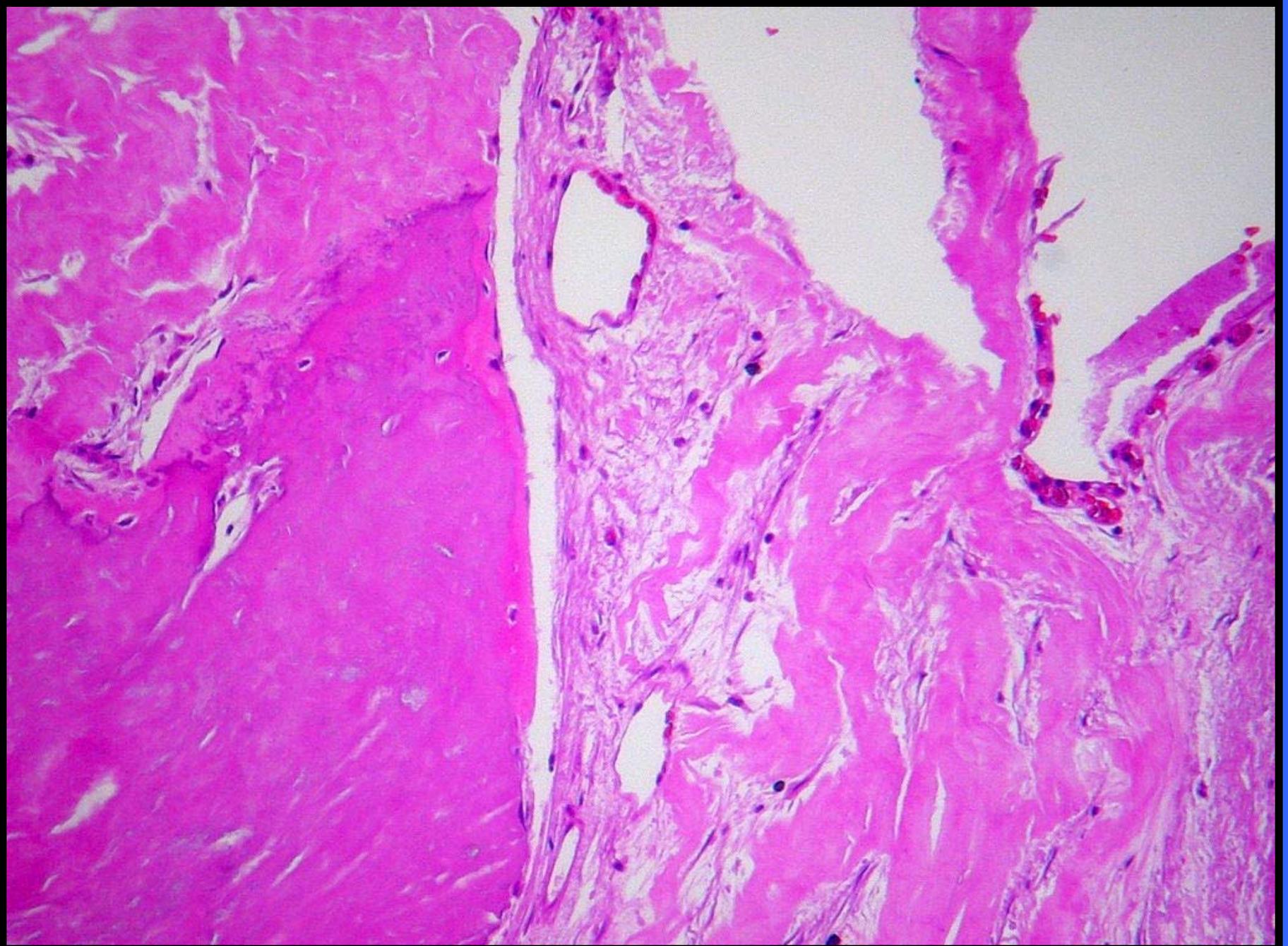


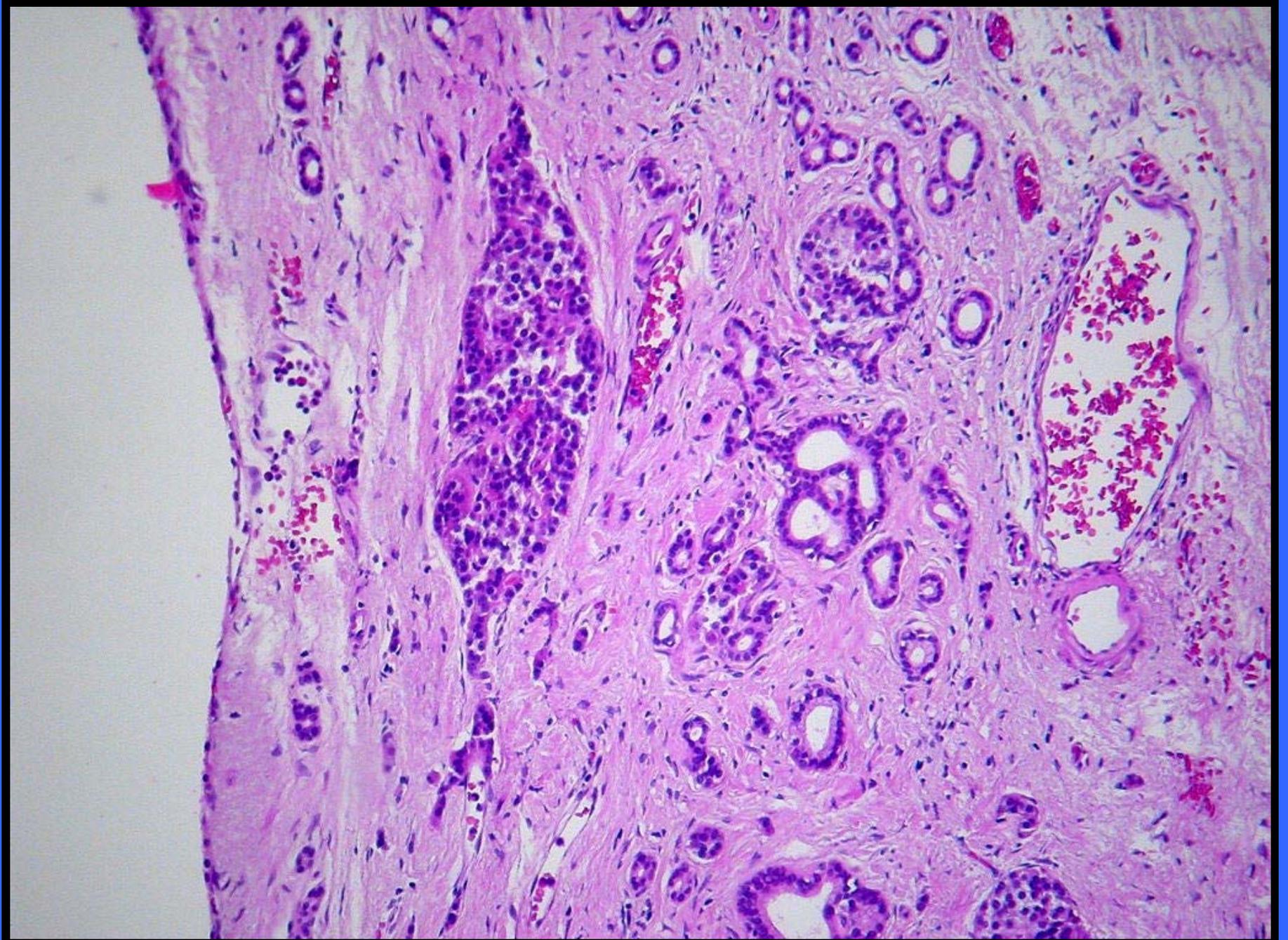


PAS

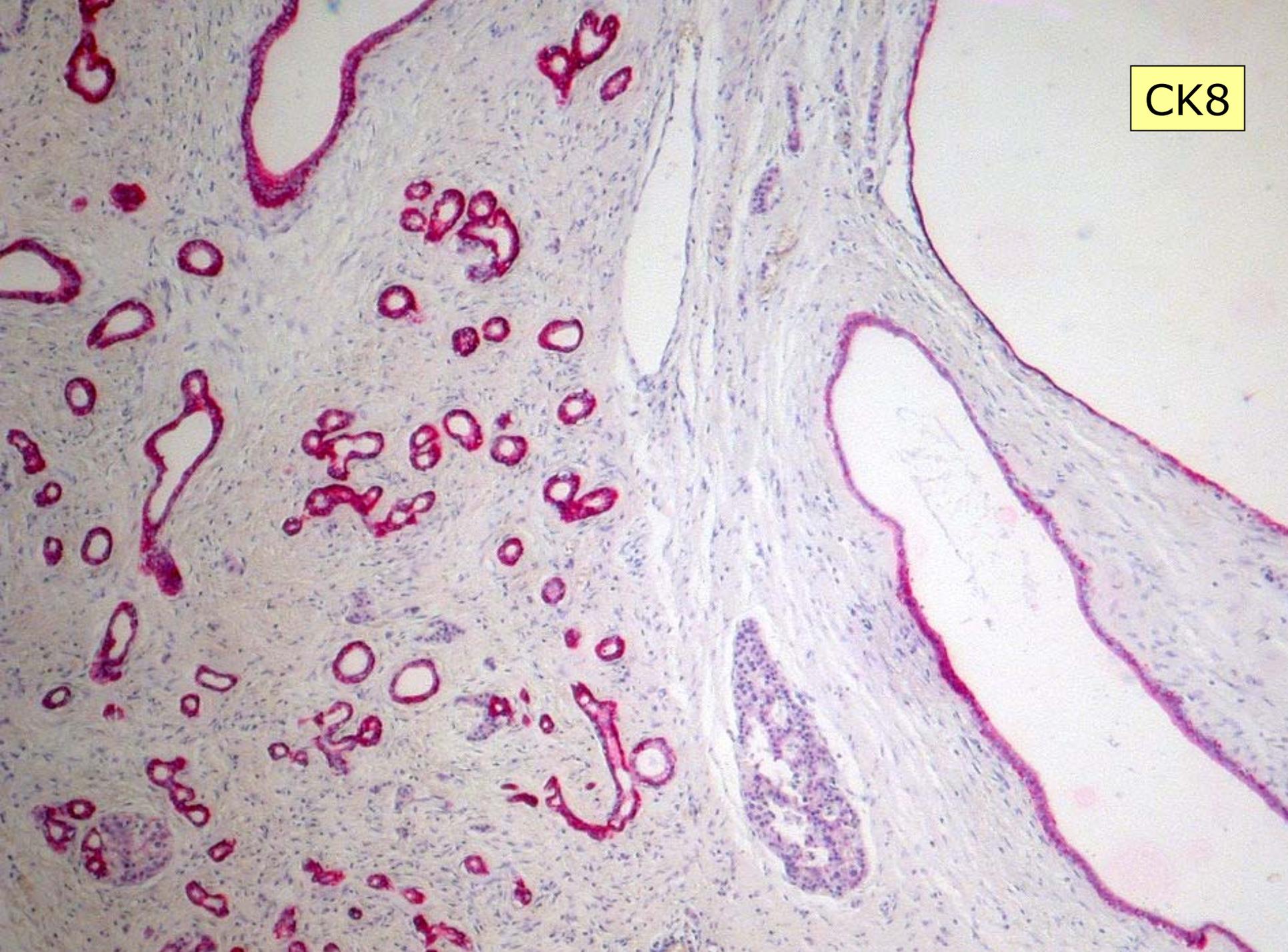


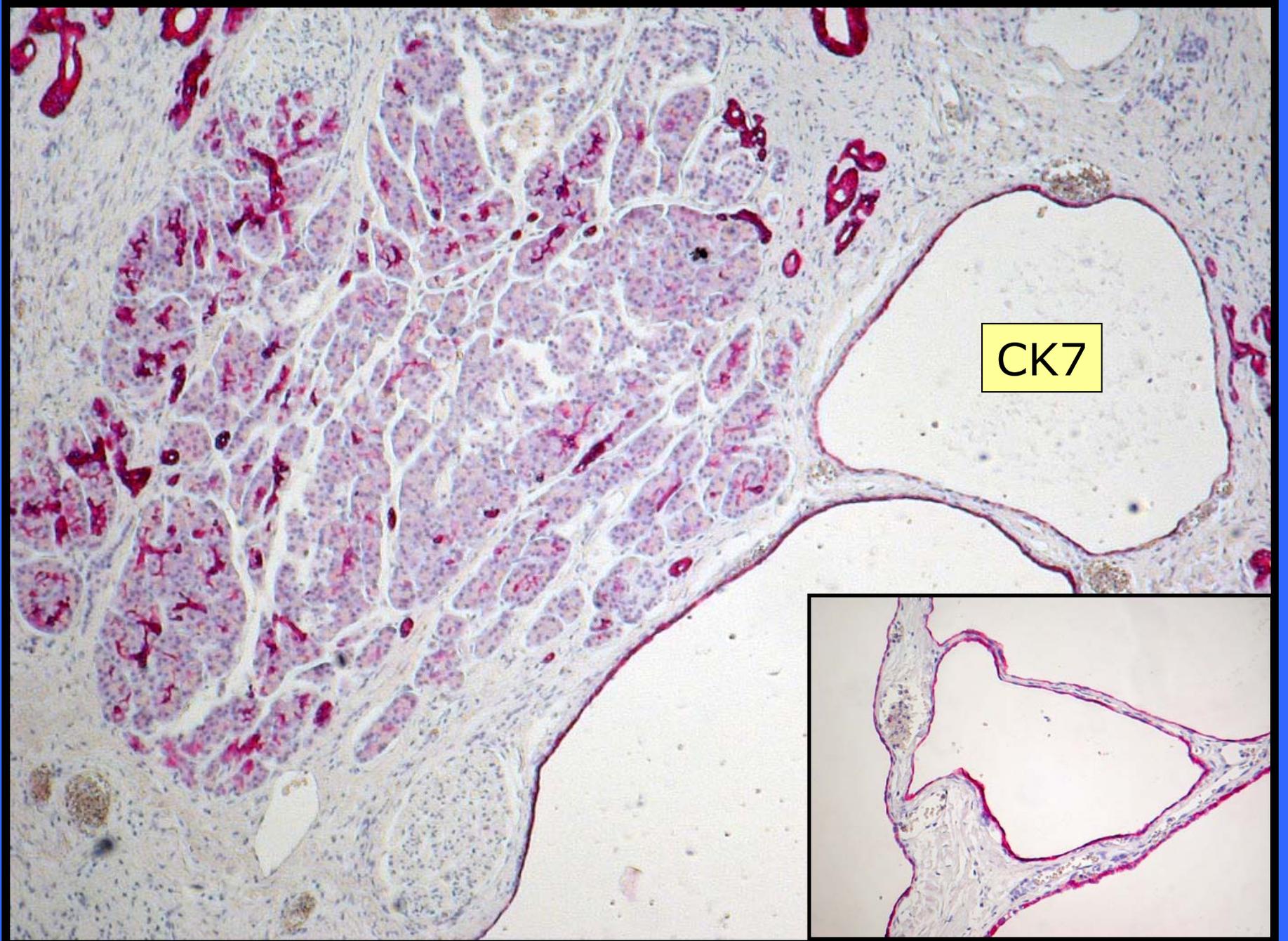
D-PAS





CK8





CK7

Fall Diagnose

- Seröses (mikro-)cystisches Adenom des Pankreas
- Papilläres Nierenzellkarzinom
- ? Syndromal

Histologische Klassifikation der serösen Cystadenome (WHO 2001) ICD0-M 8441/0

- Mikrocystisch (häufigste Form)
Cystendurchmesser 0,1-5mm (selten bei 20mm)
 - Oligocystisch
Cystendurchmesser 10-20mm
 - v. Hippel-Lindau assoziiert
 - ? Solide Perez-Ordones et al Am. J. Surg. Pathol. 1996, 20, 1401
-

Seröse Cystadenome d. Pankreas N.V. Adsay: Modern Pathology, 20: 71-93 (2007)

Ursprung: Centroacinäre Zellen – bis intercalares Gangepithel (wahrscheinlich)

v. Hippel-Lindau Genmutation: 40% der Fälle

Genetische Marker der mucinösen Pankreastumoren werden nicht gefunden

Seröses mikrocystisches Adenom d. Pankreas

- Vergleich mit der Literatur –

	Literatur	Eigener Fall
Klinik	Oberbauchbeschwerden	Zufallsbefund
Patientenalter	≥ 60a (30-69a)	49a
Geschlecht	(30)-90% weiblich	männl.
v.Hippel-Lindau Syndrom	häufig	?
Lokalisation im Pankreas	Caput/Corpus	Cauda
<u>Makroskopie</u>		
Tumor-Ø	60mm (40-100)	30mm
Cystengröße	10-20mm (selten bis 80mm)	10mm
Begrenzung	unscharf	unscharf
Histologie	flach-kubisches einschichtiges Epithel, hellzellig bis eosinophil, glykogenreich	dito <u>kein Glykogen</u>