

69 Rätselecke

20. 11. 2010

Fall Nr 1

Dr. B. Soudah. FIAC

Dr. H. Köditz (Päd. Kardiologie)



Anamnese

S. A-J, (W) geboren am 08. 09. 2007

Januar 2010 wurde erst Diagnose eines Medulloblastoms mit spinal Metastasen auswärts festgestellt. 7 Monaten danach entwickelt sich ein ARDS

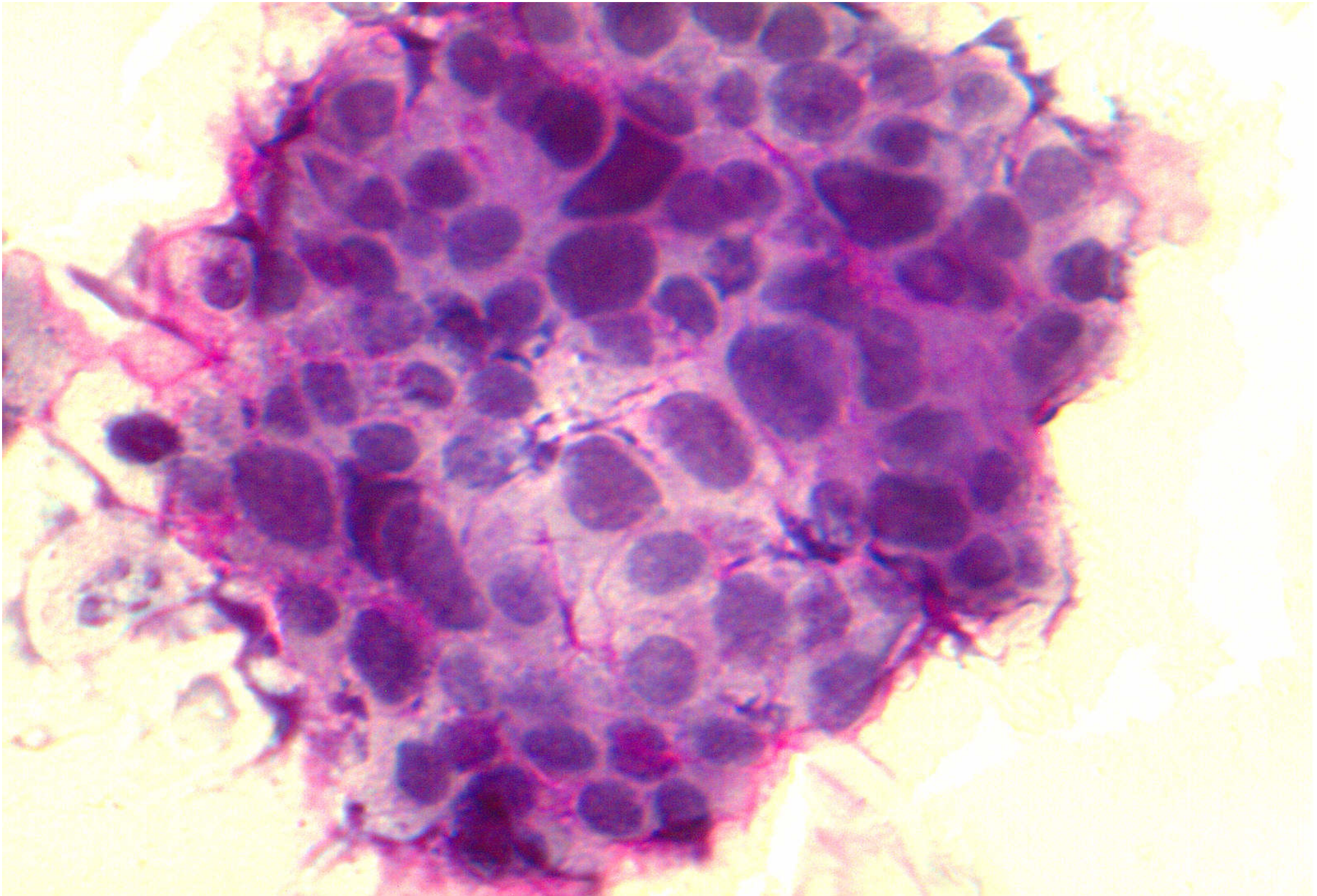
Wir erhielten am 27. 08. 2010 eine eilige BAL.

Frage nach Tumor oder Alveolitis.

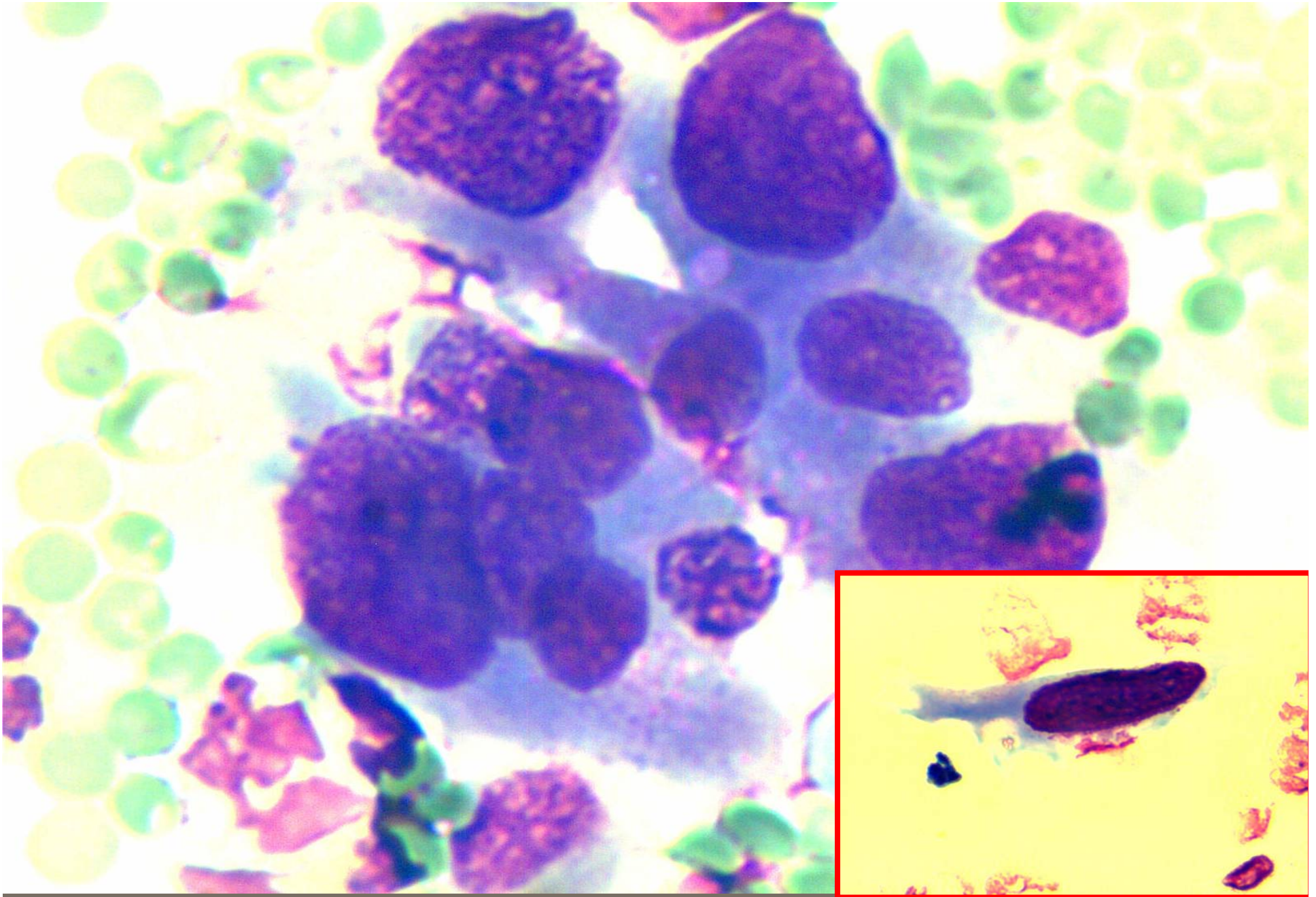
T. /7169.10, Giemsa Färbung

Diagnose?

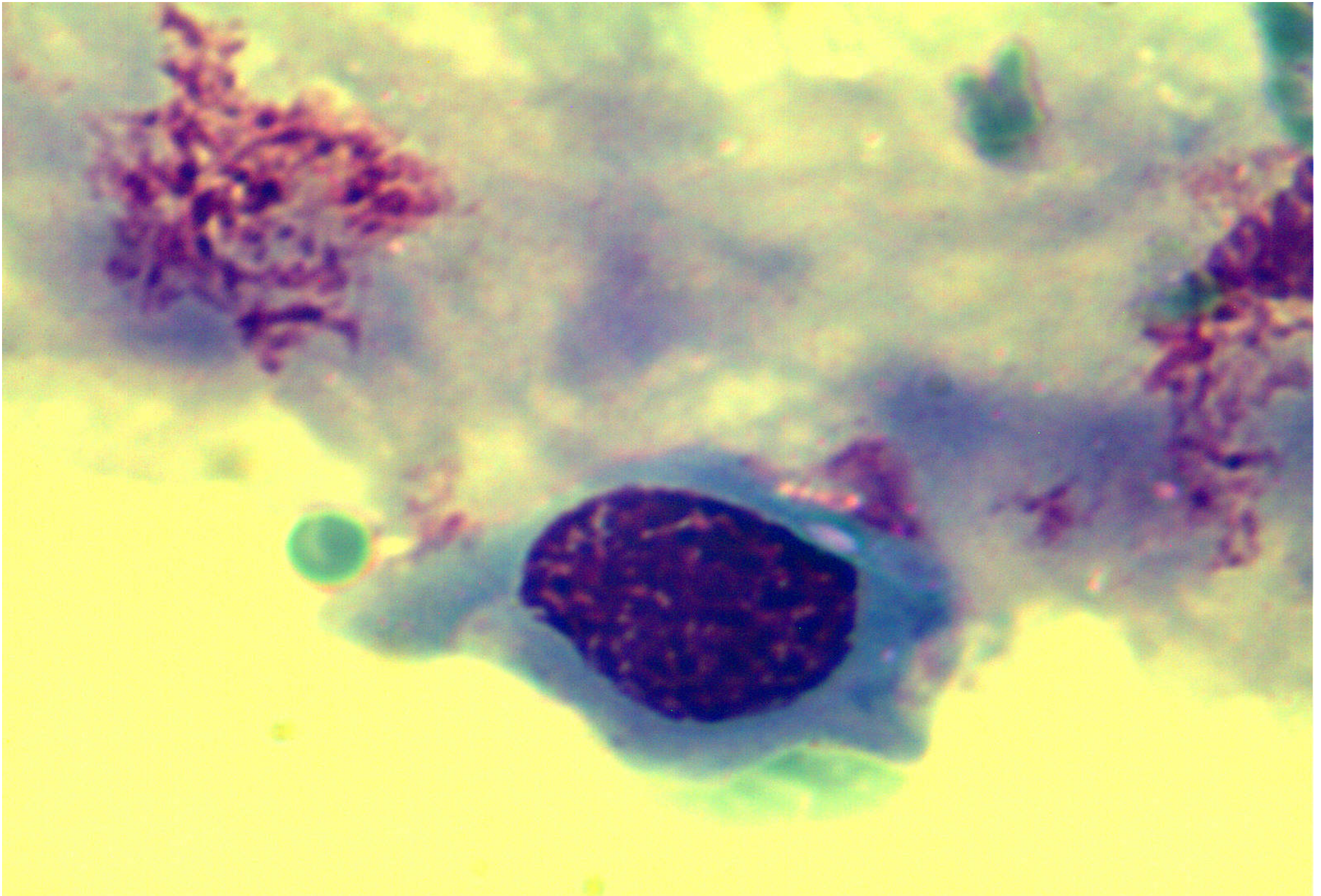
Bitte senden Sie uns Ihre Antwort bis 17. 11. 2010 zu



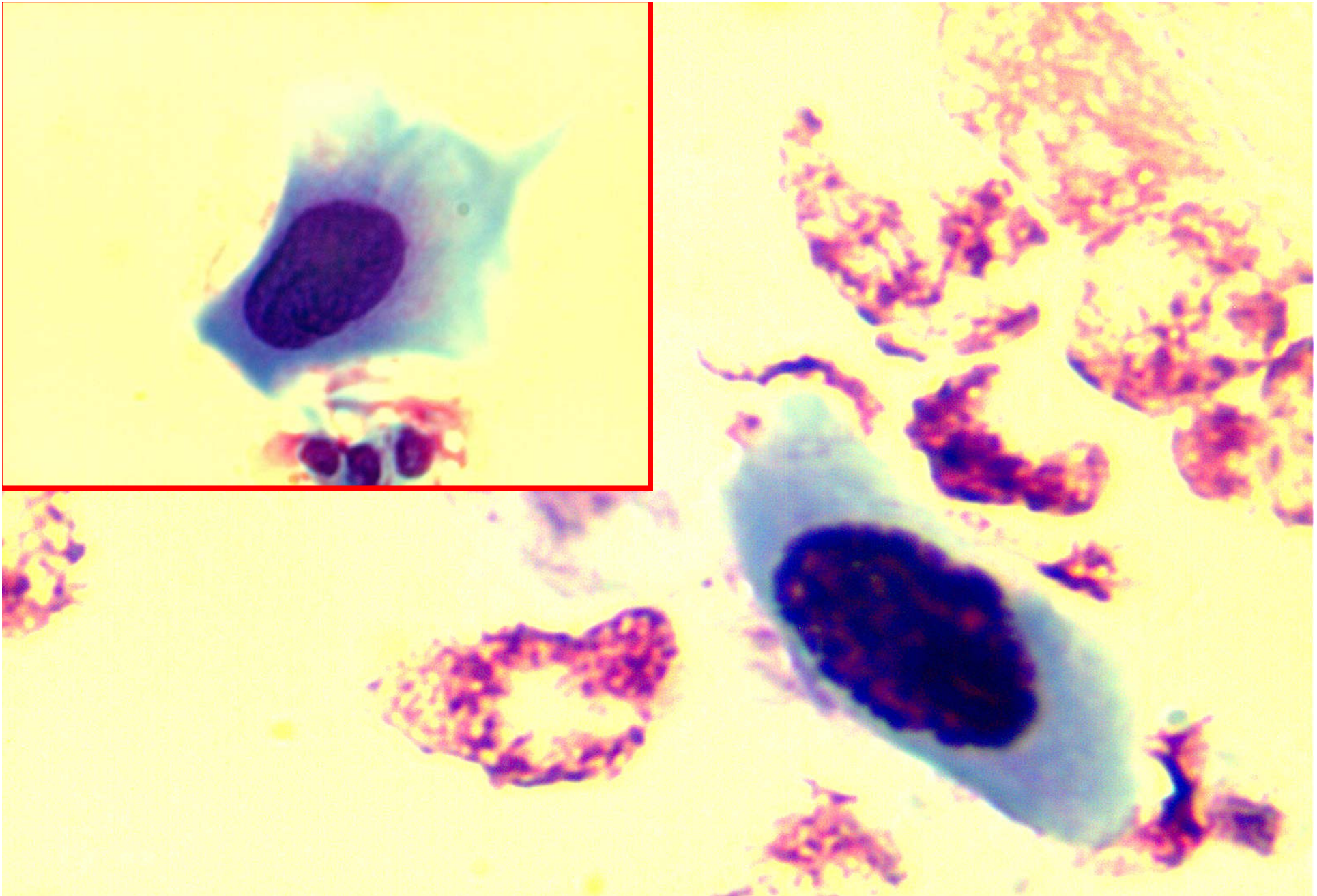
BAL T.7169. 10



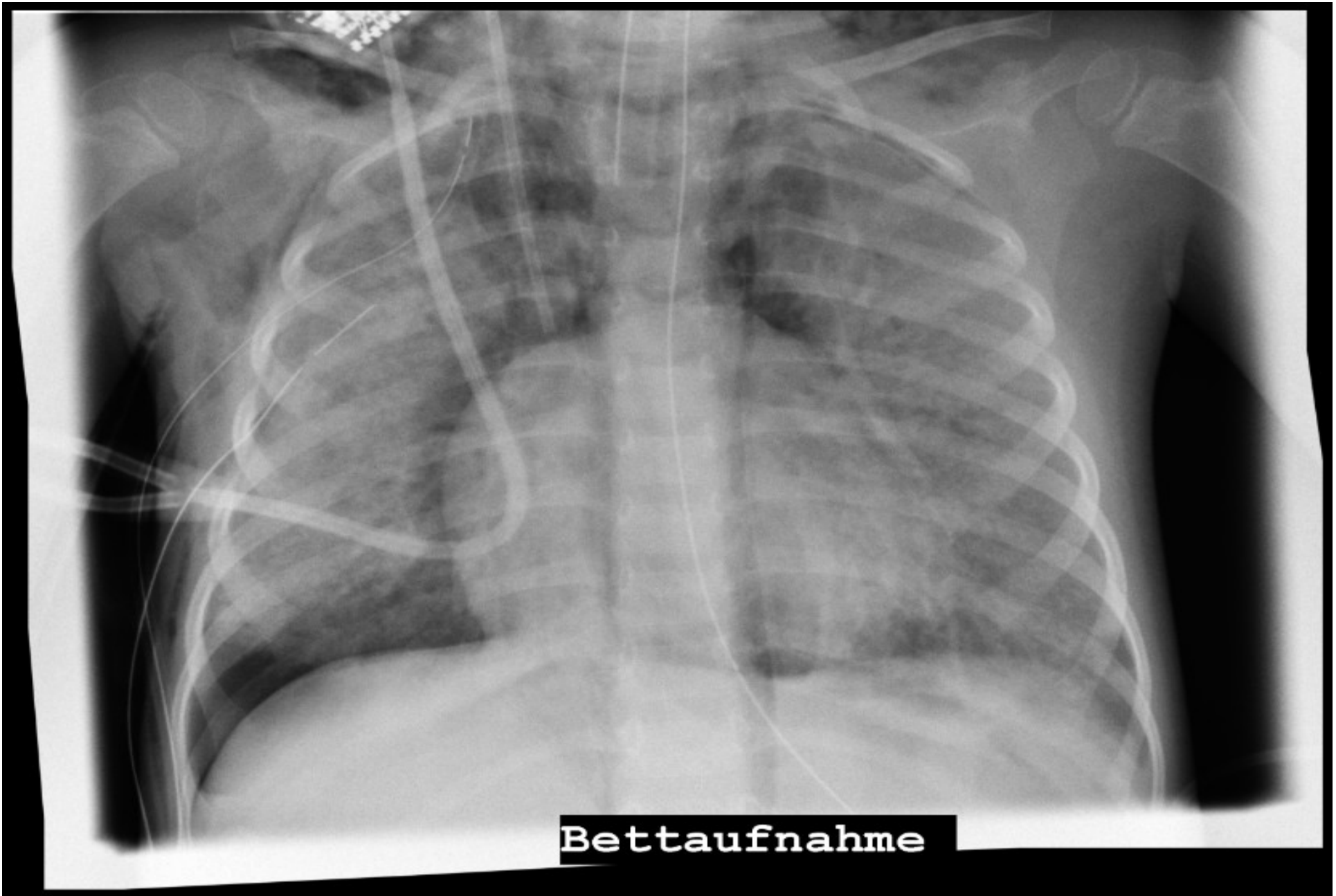
BAL T.7169. 10



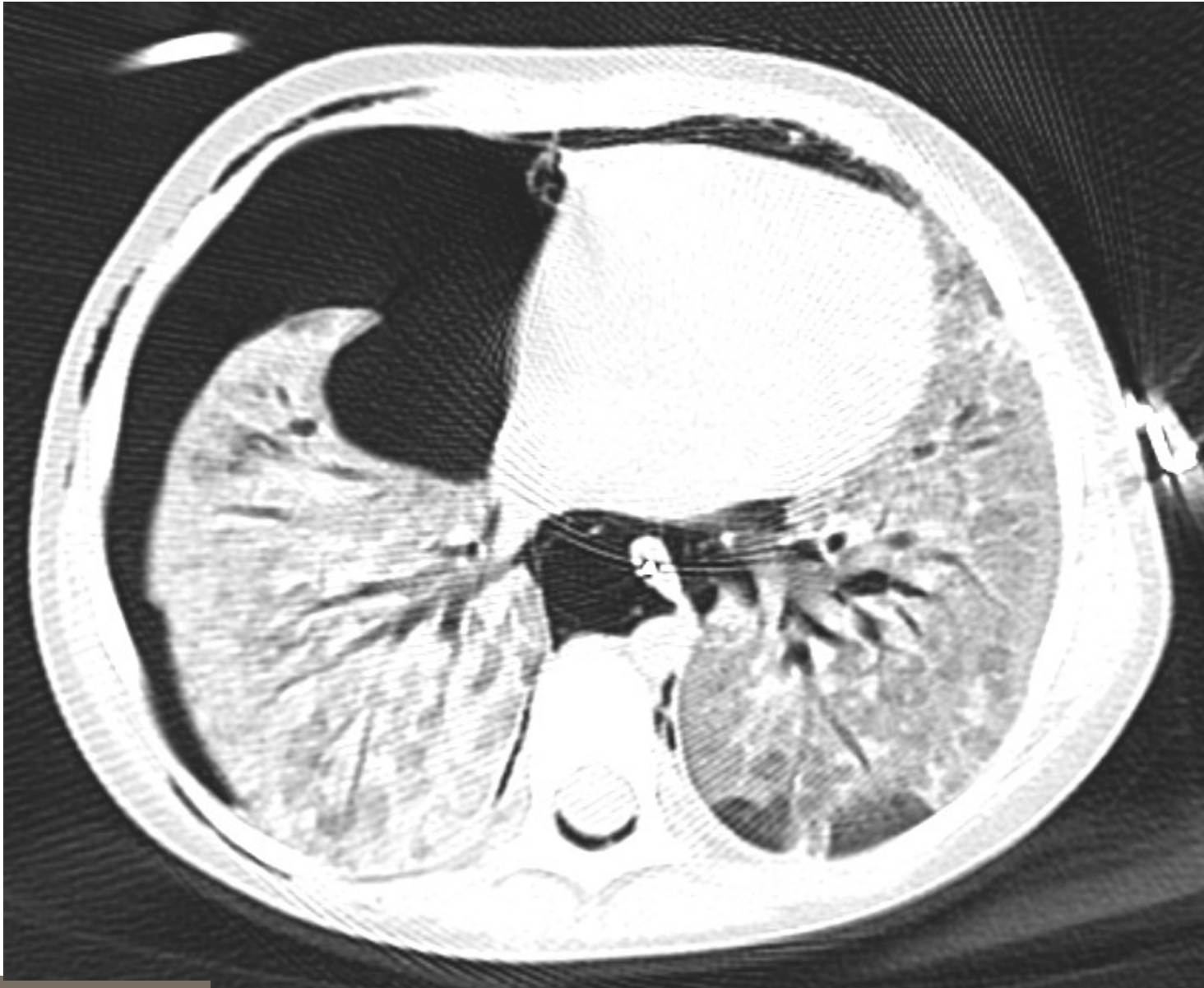
BAL T.7169. 10

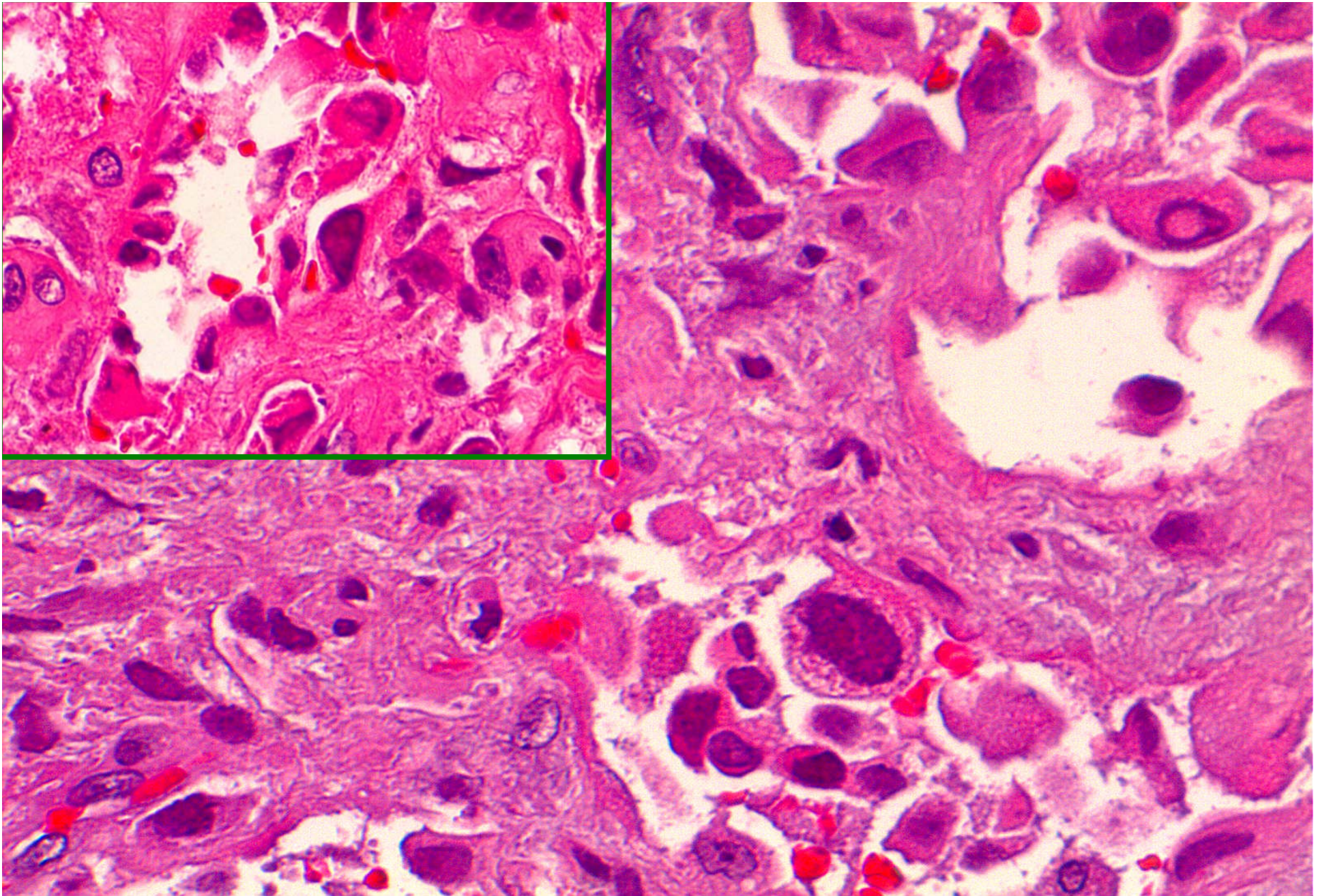


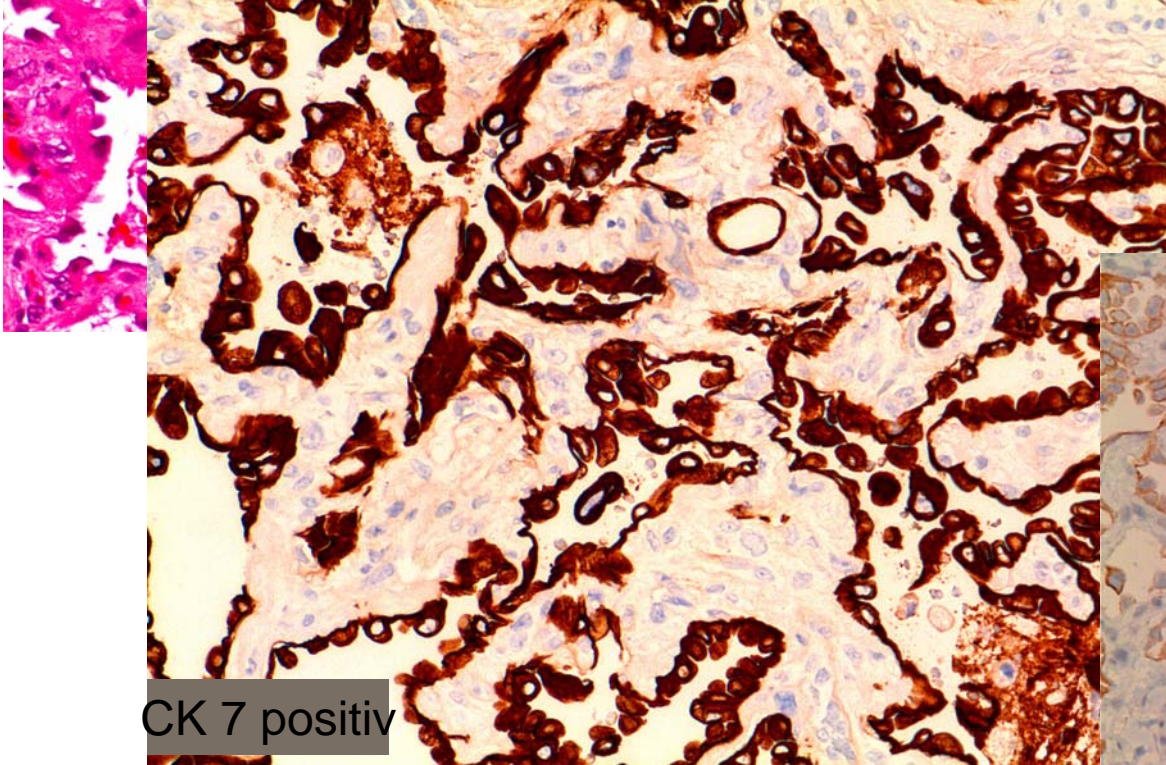
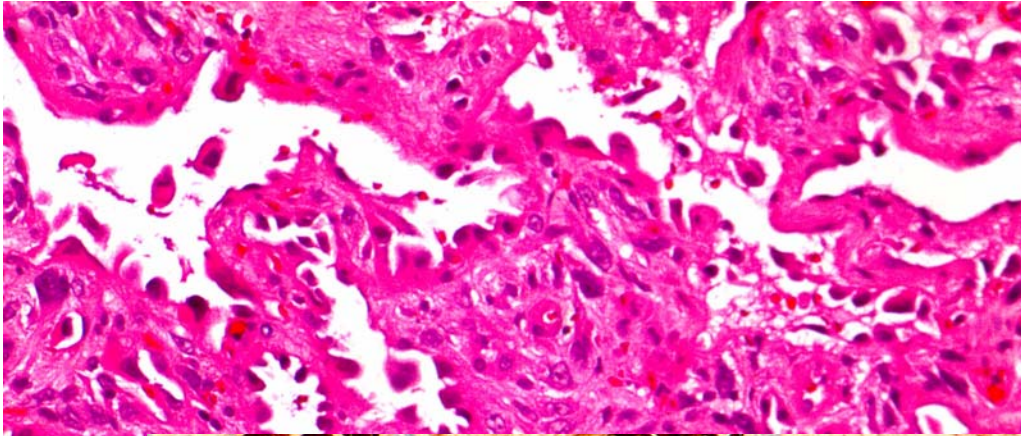
BAL T.7169. 10



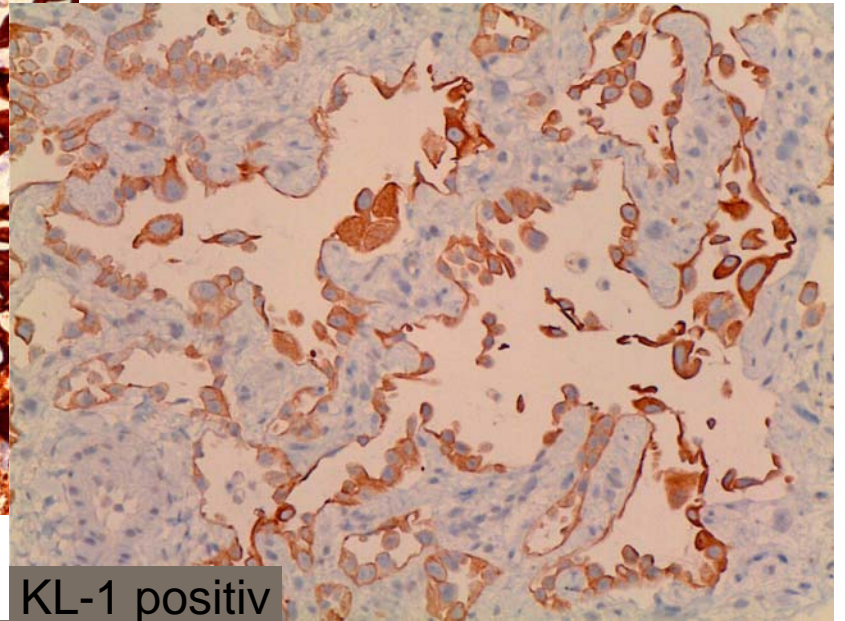
Bettaufnahme







CK 7 positiv



KL-1 positiv

Klinische Angabe:

ARDS bei Medulloblastom nach Hochdosis-Chemotherapie

Histologie (E/20252/10): (Dr. Länger)

Lungenparenchym, teils atelektatisch mit massiver Typ II- Zell-Hyperplasie, kleinherdigen Epithelnekrosen sowie verbreitertem Interstitium. Kleinherdige interstitielle und intrabronchiale mesenchymale Proliferation.

Diagnose:

Lungenparenchym mit diffusem Alveolarwandschaden in initialer Organisation

Histologie H 16628/10 (PD. Dr. Brasch/Bielefeld)

Diagnose:

Schwere bronchopulmonale Dysplasie, bedingt durch die Chemotherapie und Beatmung mit hohen Drücken, in Kombination mit einer beginnenden Bronchiolitis obliterans. Aufgrund des Schweregrades würde ich die Lungenschädigung als irreversibel einschätzen

Chemotherapieschädigung in der Lunge (Zytologie)

1. Flimmerzellen mit unterschiedlich stark vergrößerten, oft hyperchromatischen Kernen
2. Entrundete Kerne/Anisozytose
3. Fragiles Zytoplasma
4. Zelldetritus (gelegentlich)/Fädige Zellausziehungen
5. Fremdkörperreaktion (selten)
6. Aktivierte Pneumozyten mit Kernentrundung und grober Chromatinstruktur
7. Metaplasie mit Kernvergrößerungen
8. Entzündliche/regeneratorische Zellveränderungen

Schlußfolgerung:

Die Zellveränderungen in der BAL sind wie bei
Z. n. Hochdosis-Chemotherapie zu vereinbaren.
Kein Anhalt für Metastase eines Medulloblastoms
Kein Anhalt für Malignität oder Erreger

Das Kind ist eine Woche später verstorben. Es wurde keine
Obduktion durchgeführt

Zusammenfassung:

Nicht jede Atypie bedeutet einen Tumor. Wenn Sie nicht wissen, ob
eine Therapie voraus gegangen ist, dann rufen Sie in der Klinik an

Unklare pulmonale Rundherde

Dr. med. Inga-Marie Schaefer

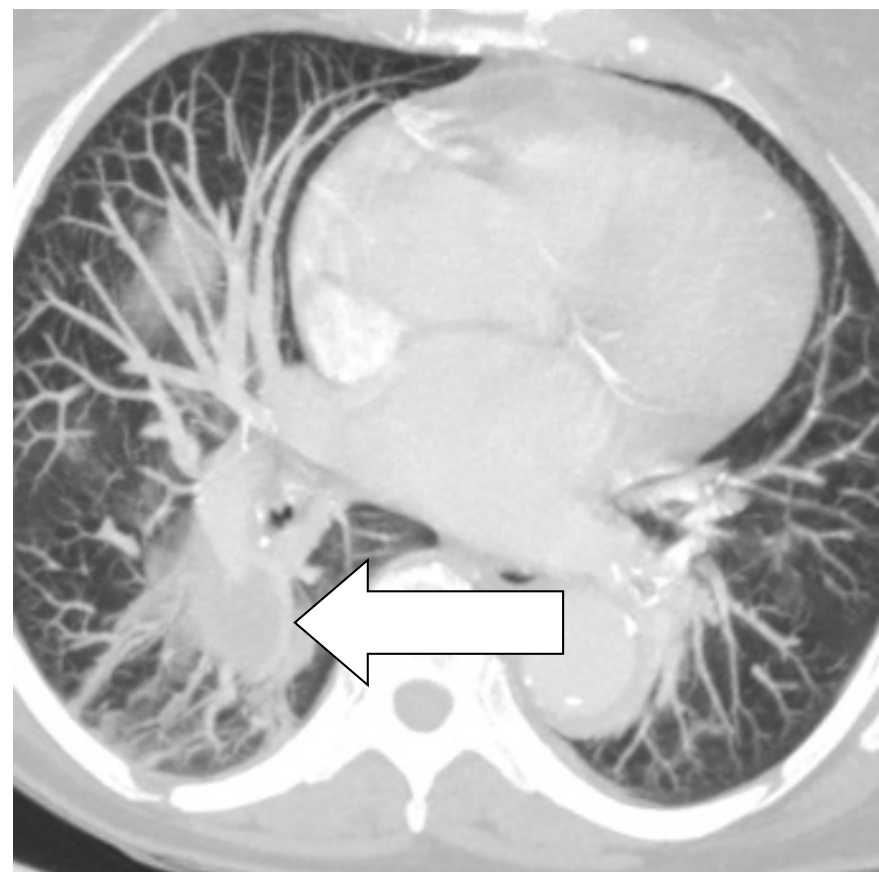
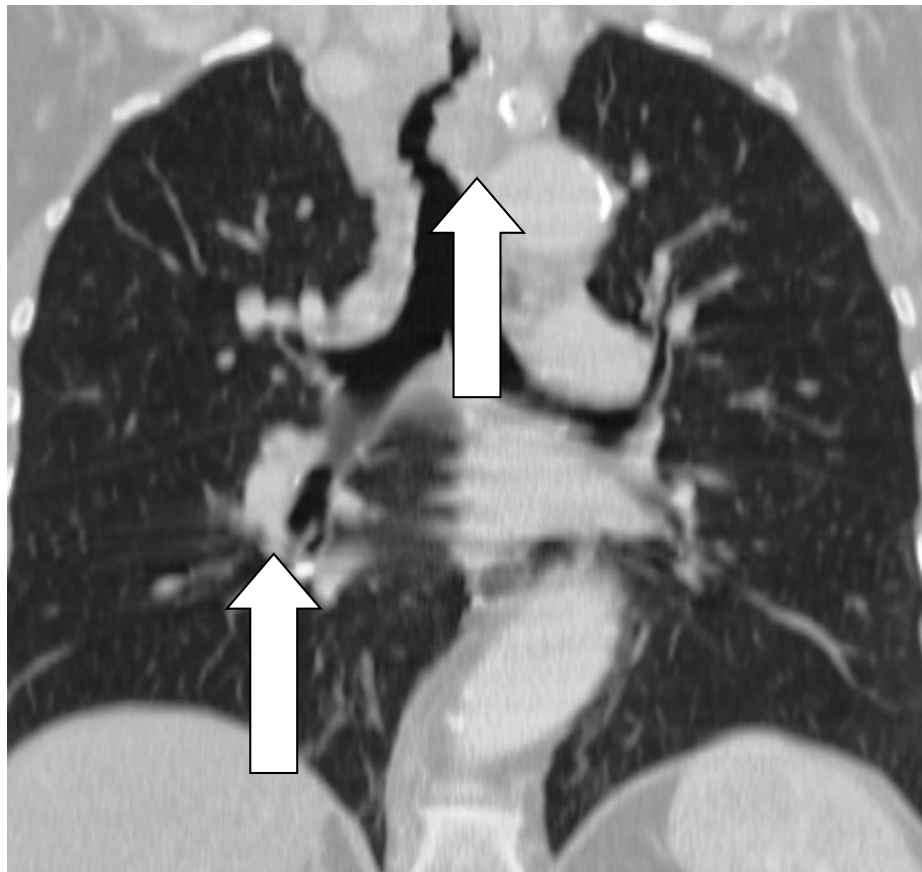
Anamnese:

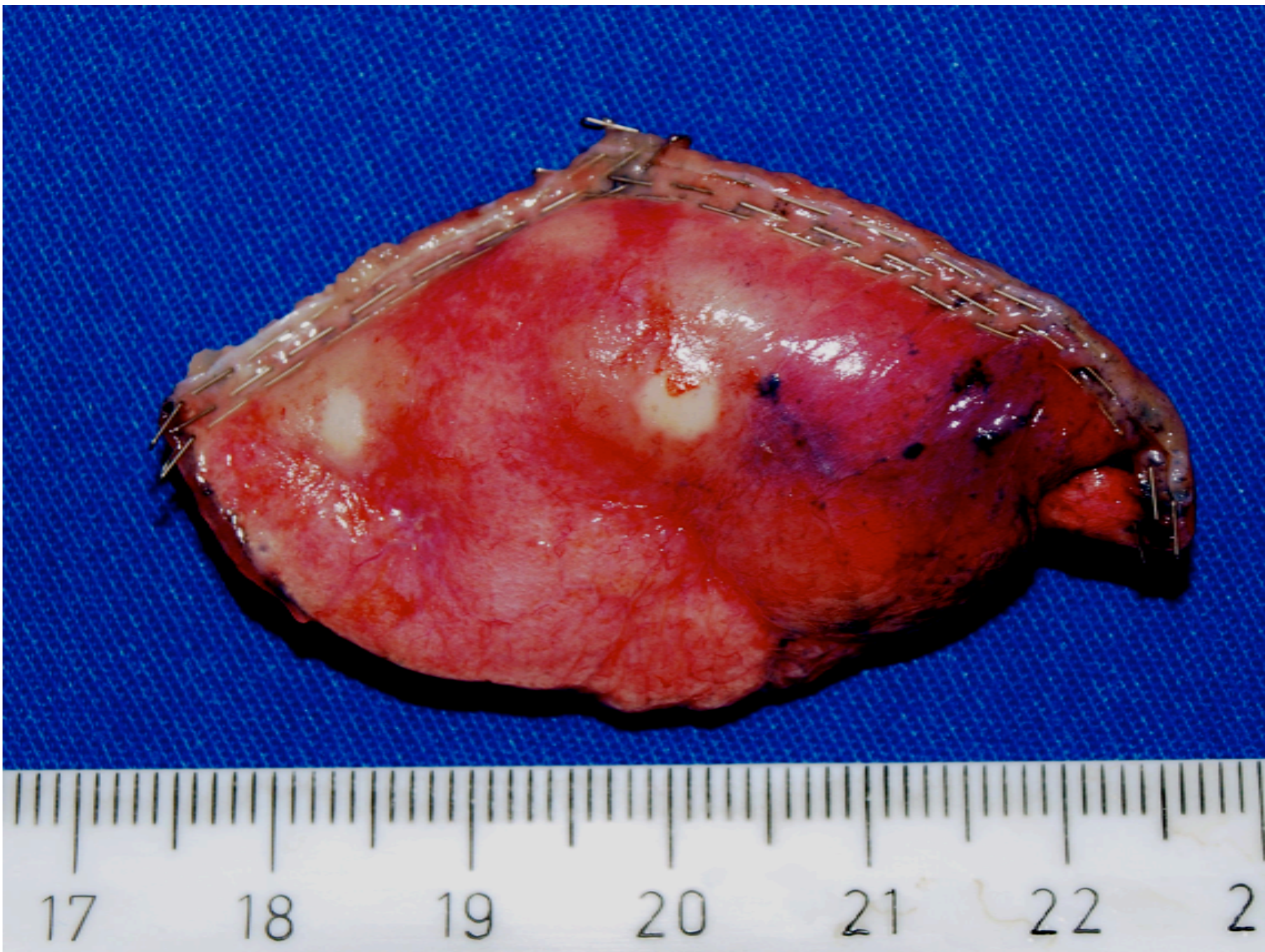
- **Erster Patient:** 73-jährige Patientin mit stenosierendem Tumor der oberen Trachea sowie größenprogredienten Rundherde in beiden Lungenunterlappen
- ausgeprägte B-Symptomatik und zunehmende Allgemeinzustandsverschlechterung (Karnofsky-Index 60-70%), kachektischer Ernährungszustand
- Vorerkrankungen:
Autoimmunhämolytische Anämie (langjährige Azathioprin-Therapie bis 01/10), Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II, rezidivierende Bronchopneumonien, Herpes labialis, Mischkollagenose

Anamnese:

- **Zweiter Patient:** 75-jähriger Patient ebenfalls mit multiplen pulmonalen Rundherden beidseits.
- Größe 178 cm, Gewicht 104 kg
- Vorerkrankungen:
Okuläre Myasthenia gravis (langjährige Azathioprin-Therapie),
Depression, v. a. axonale Polyneuropathie, Arterielle
Hypertonie

Bildgebung: 1. und 2. Patient

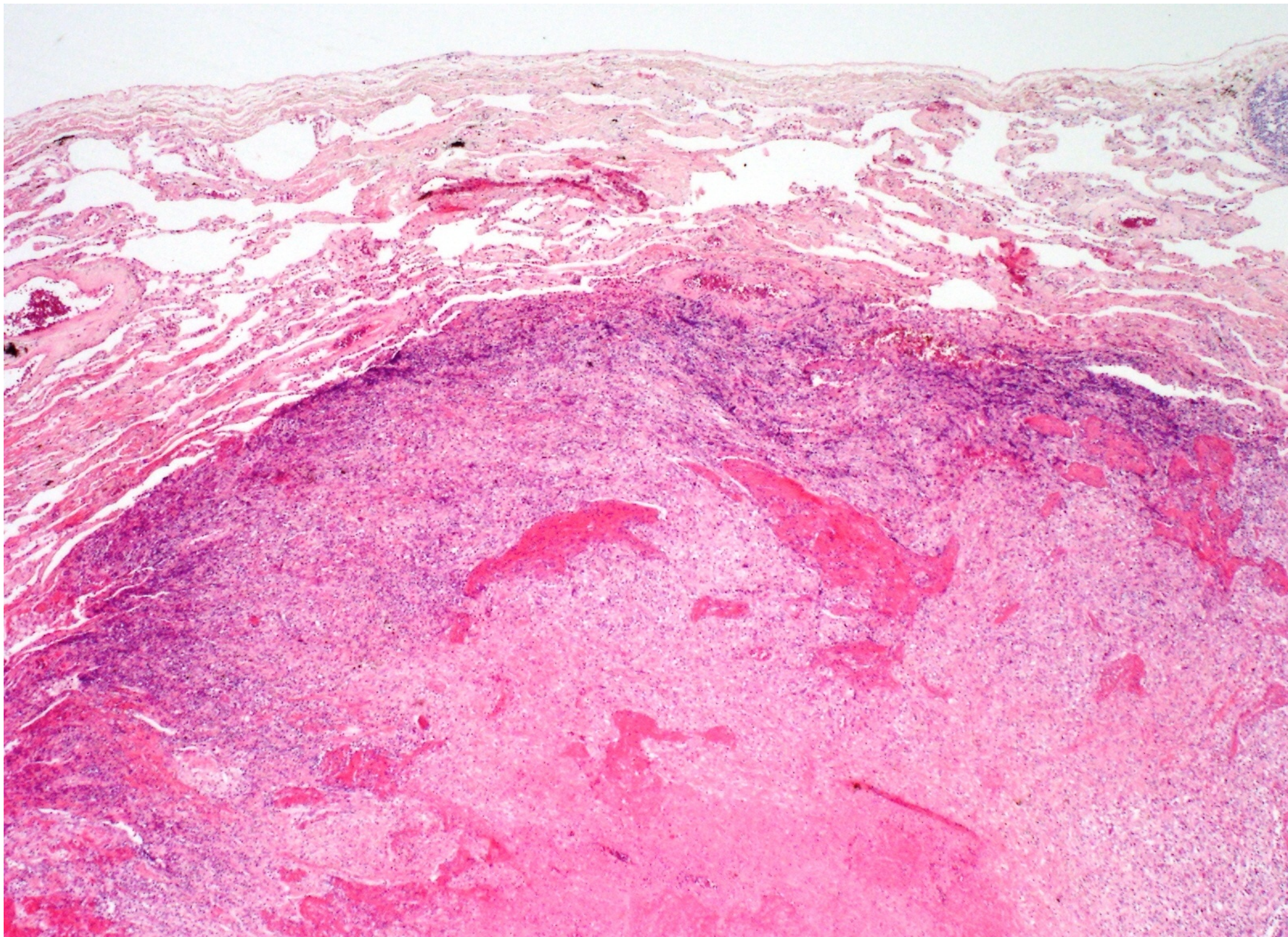


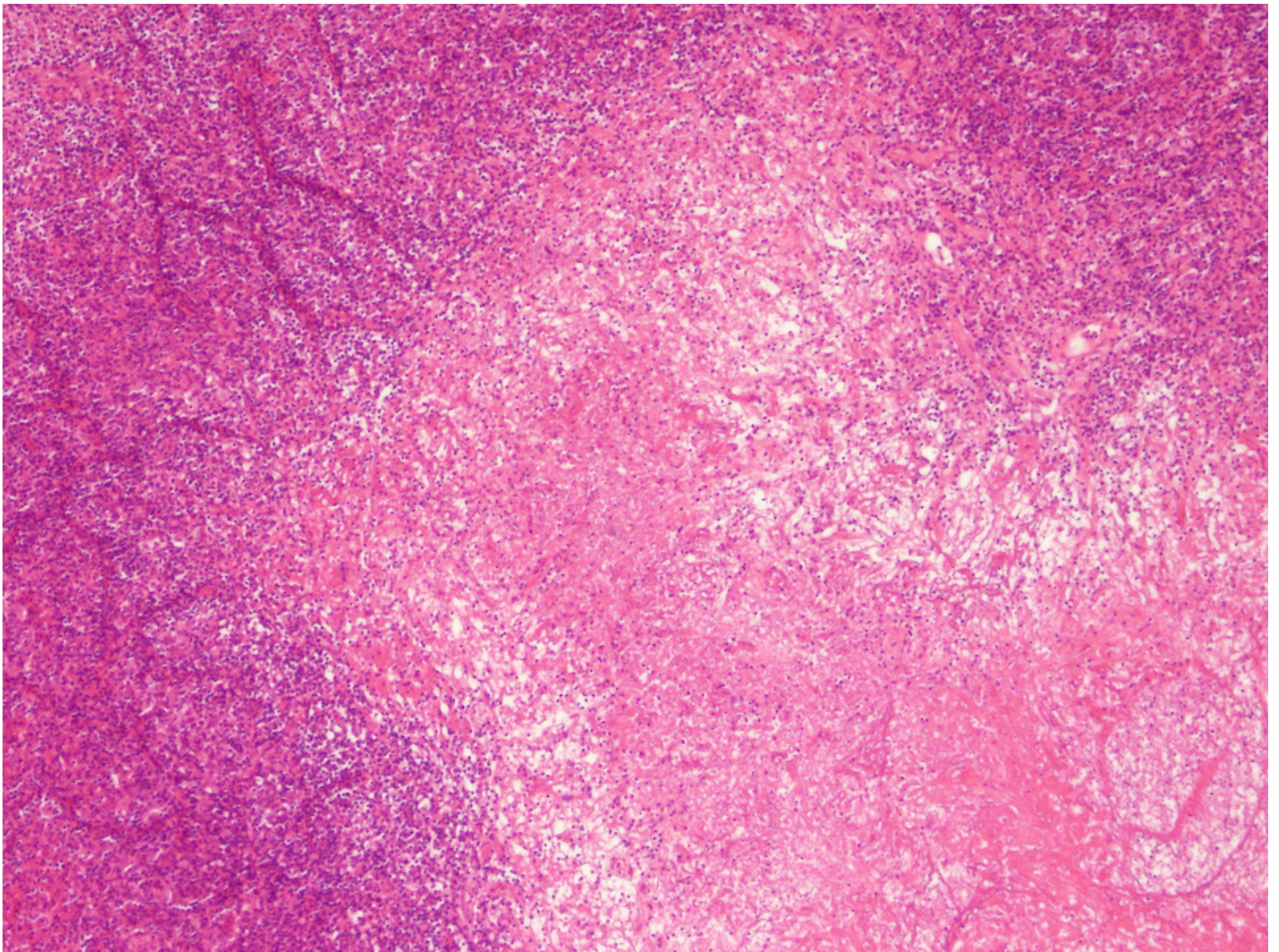


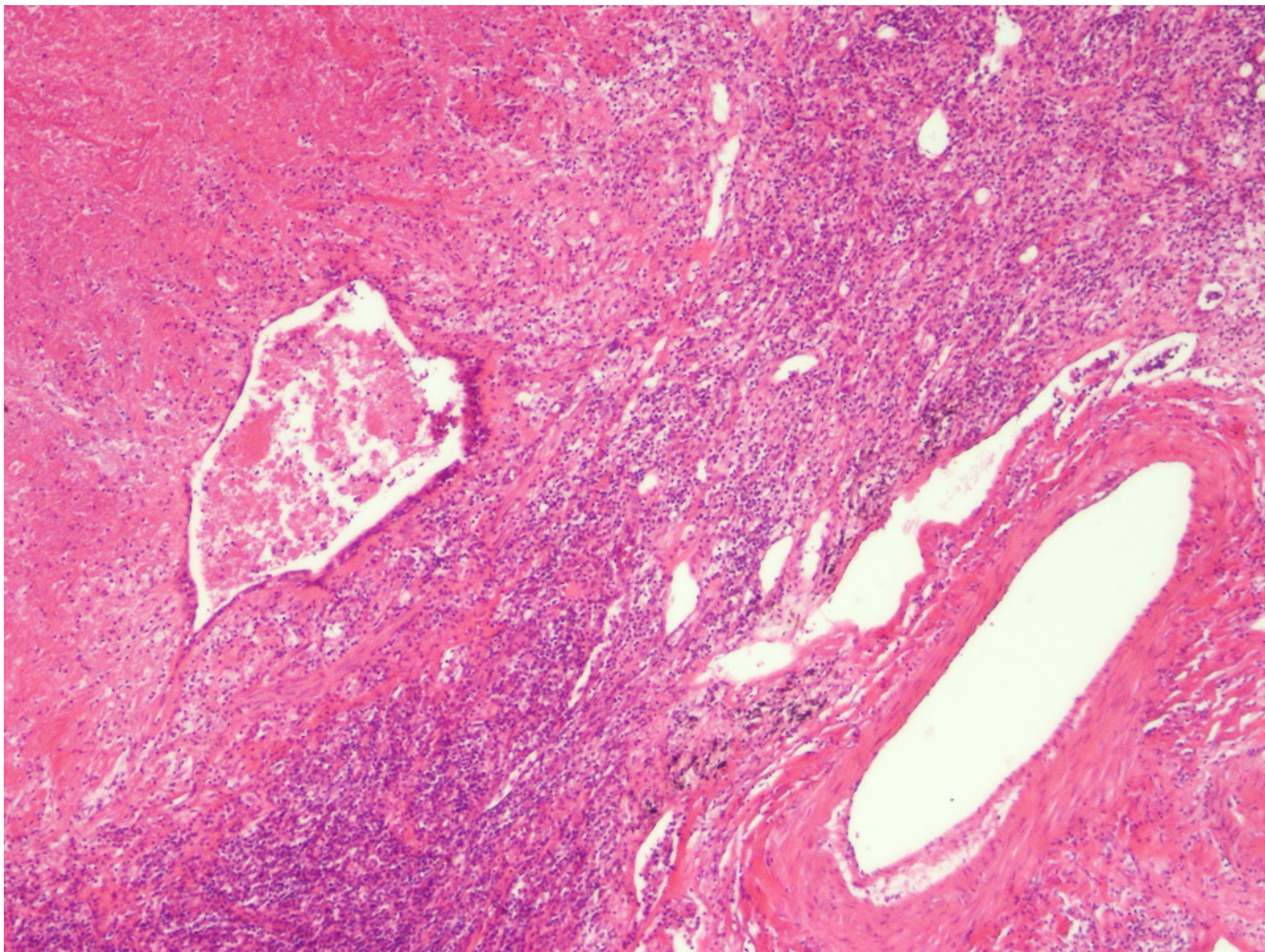


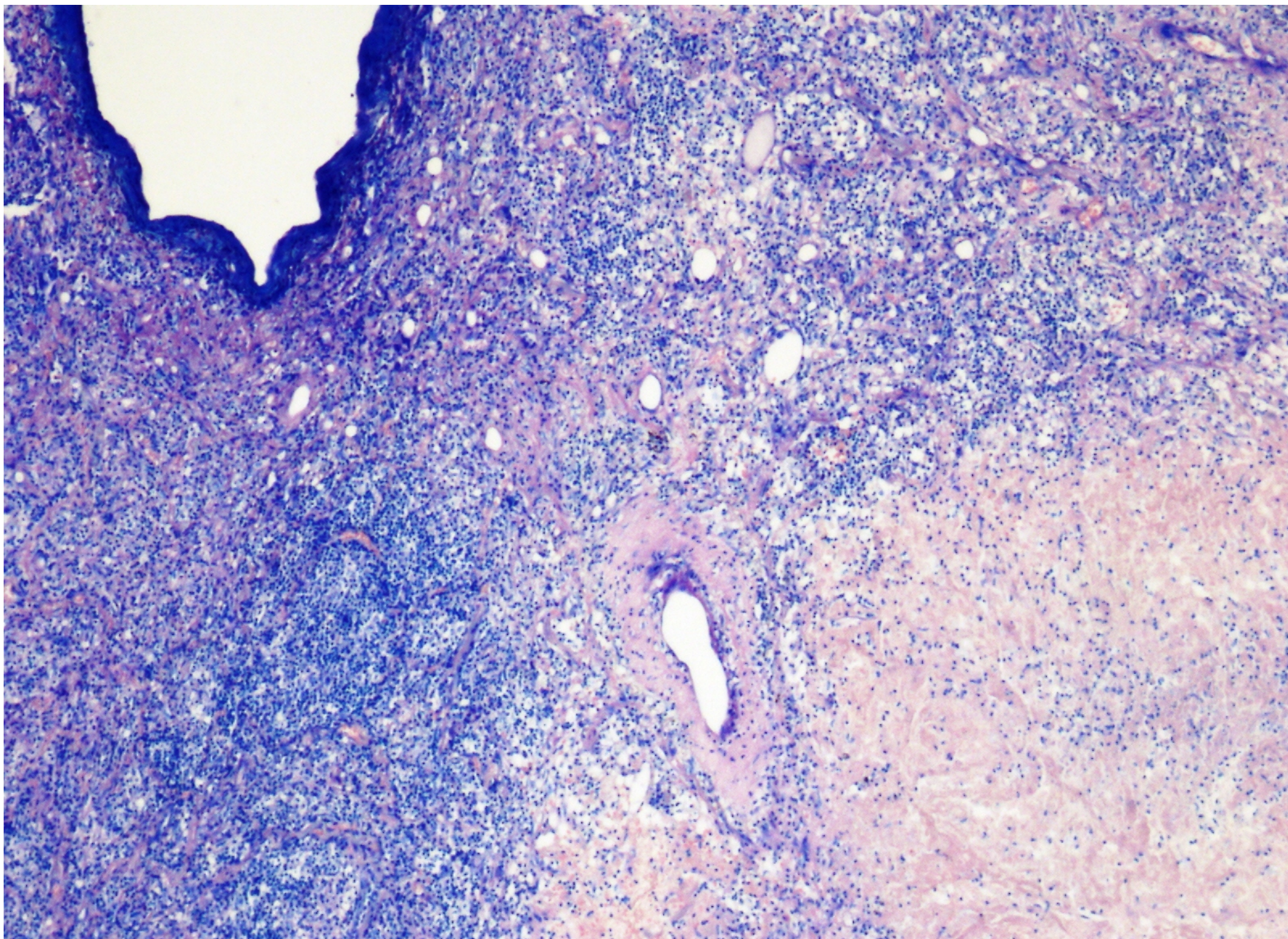
Mikroskopie:

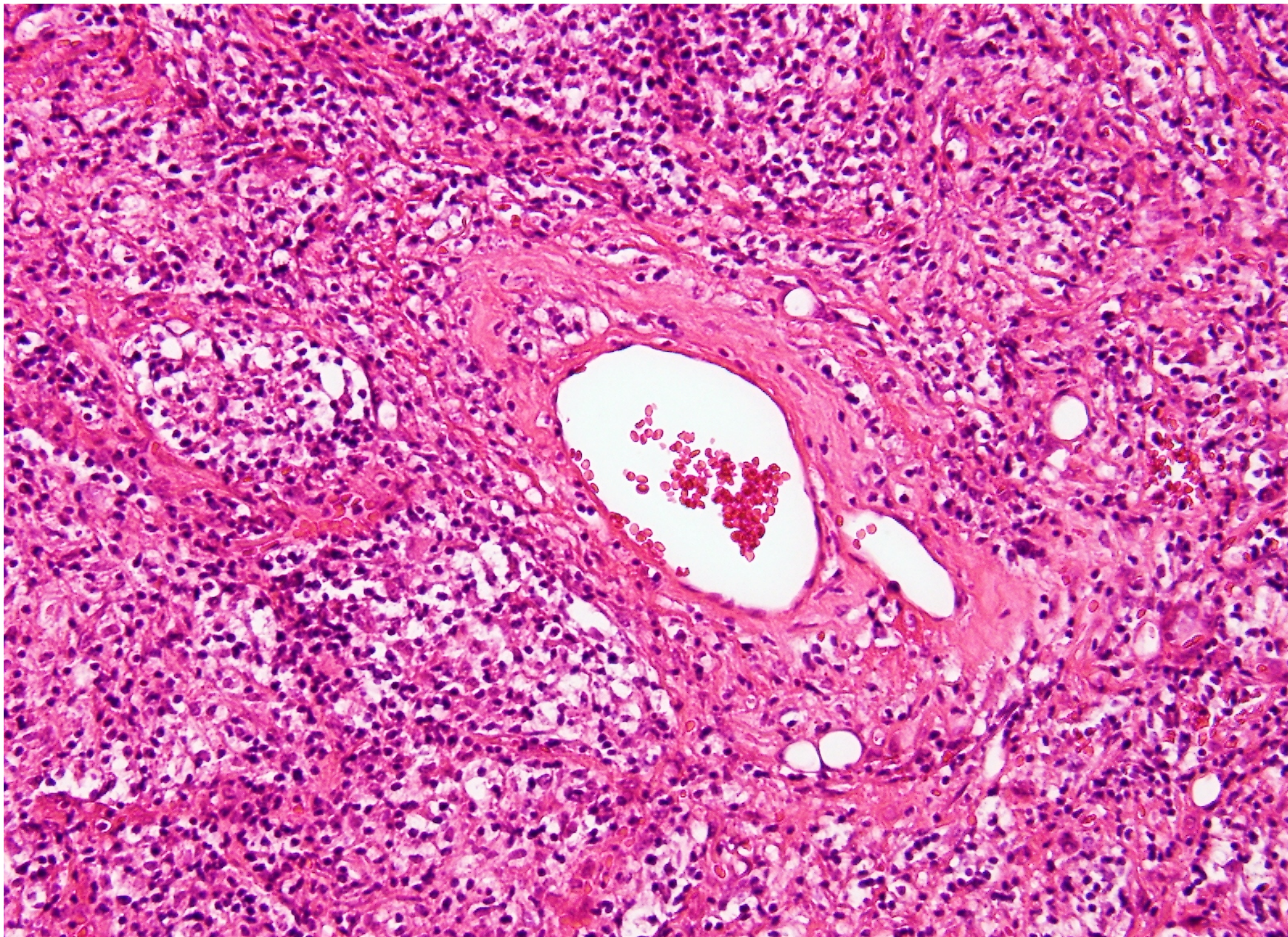
Lungenparenchym durchsetzt von flächenhaften Infiltraten aus lymphatischem Gewebe. Durch das lymphatische Infiltrat komprimierte alveoläre Hohlräume (EMA-positive Zellen). Im lymphatischen Infiltrat lockere Zellverbände aus kleinen Lymphozyten und eingestreut immer wieder einzelne Zellen mit diskret verbreiterem hellen Zytoplasma, wobei die Kerne auch nur mäßig vergrößert sind. Immer wieder mitotische Kernteilungsfiguren. In den kompakten lymphatischen Infiltraten zentral immer wieder anämische Nekrose. In der Nekrosenmitte Gefäße, durchsetzt auch vom lymphatischen Infiltrat. Im Infiltratrand Bronchien mit peribronchialer Infiltration ohne Zerstörung des respiratorischen Epithels.

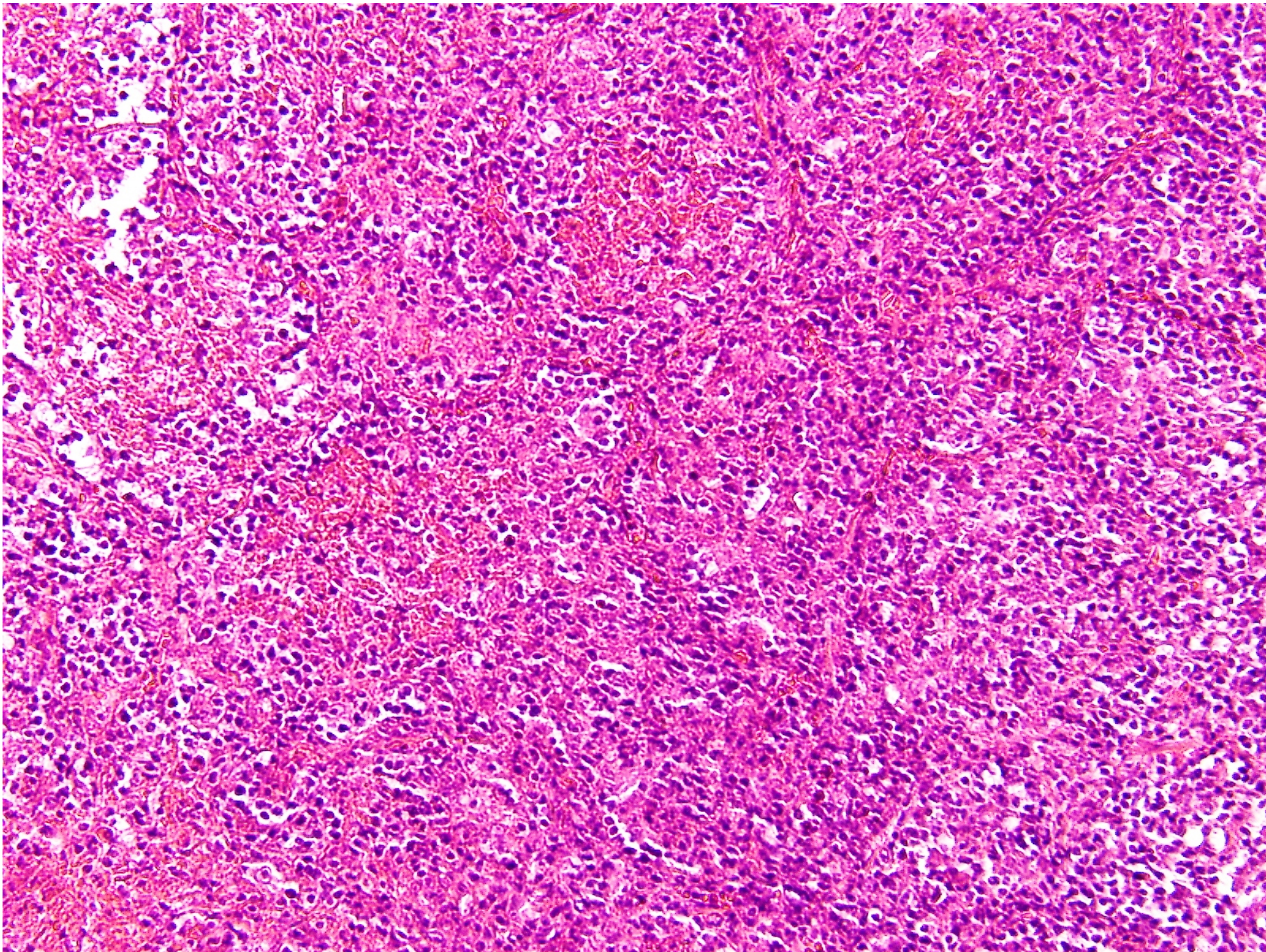


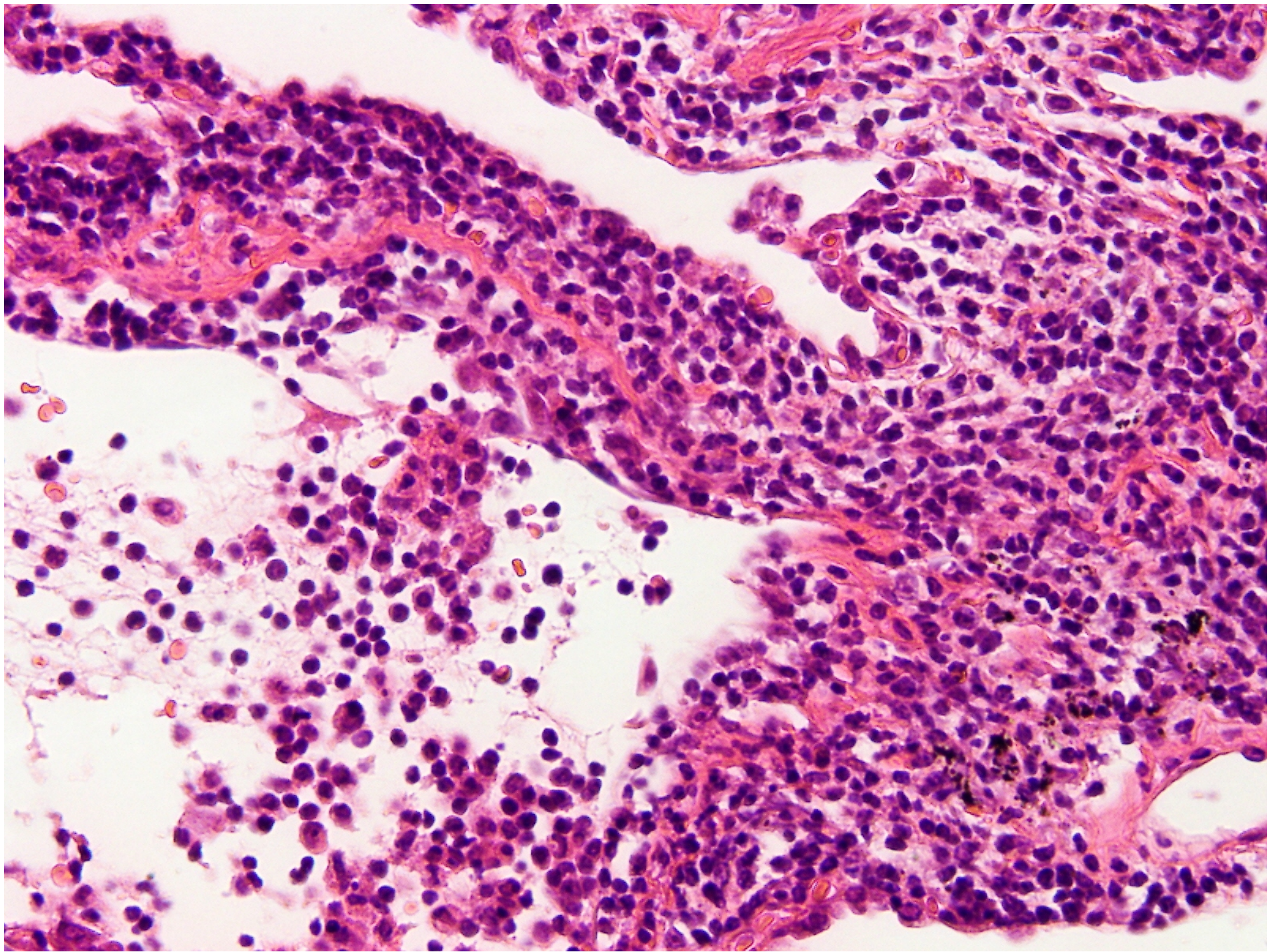


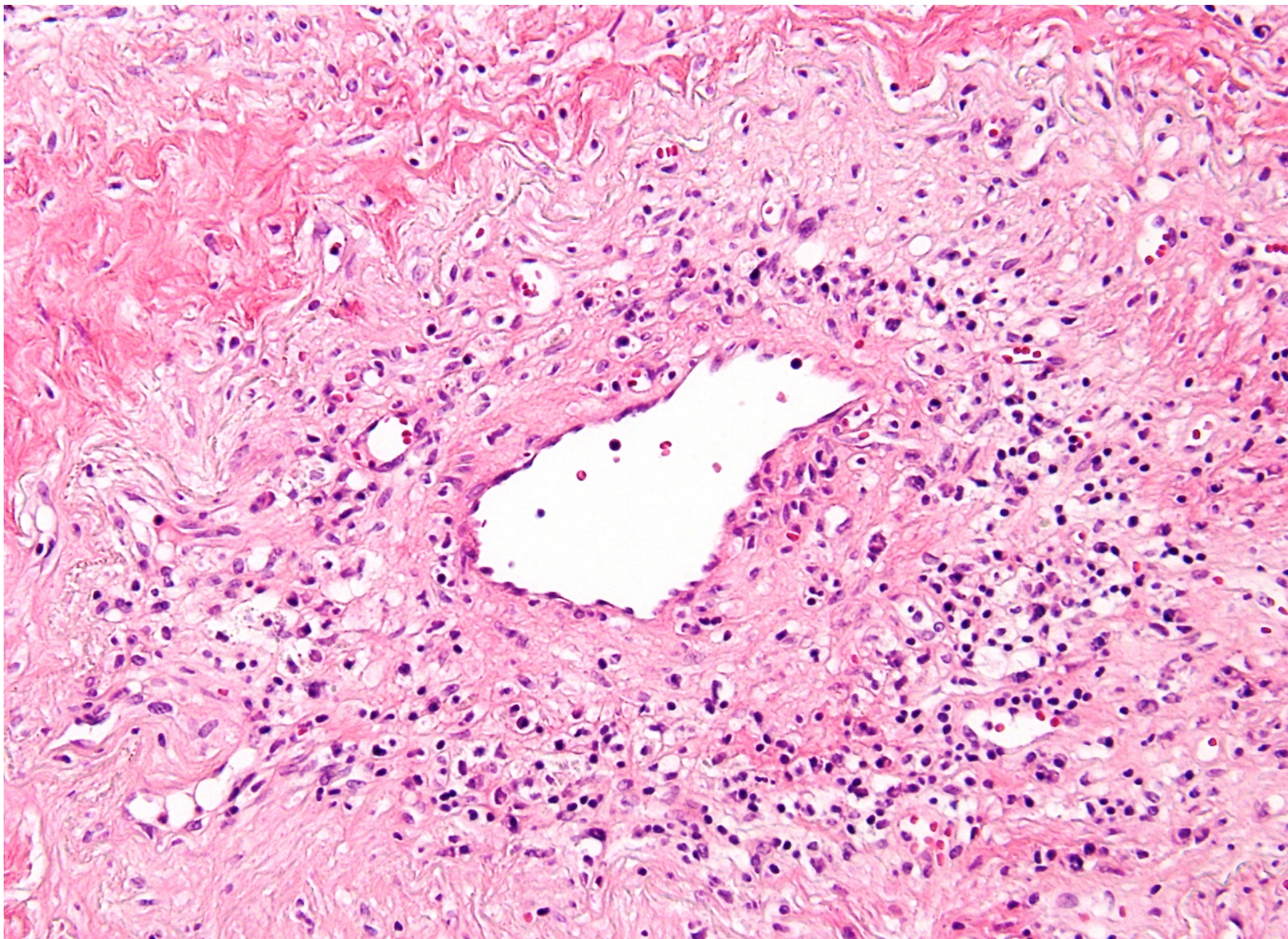


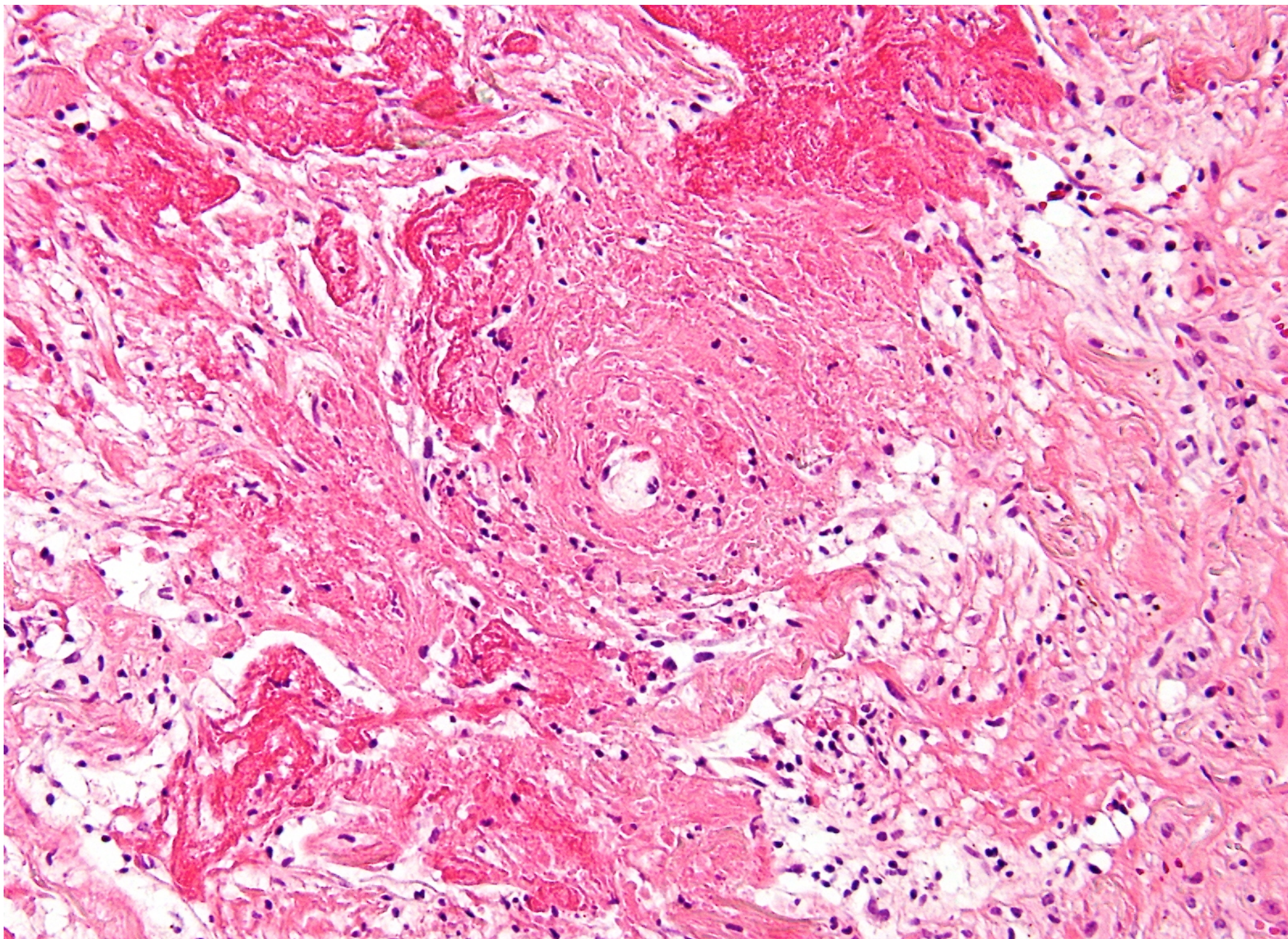


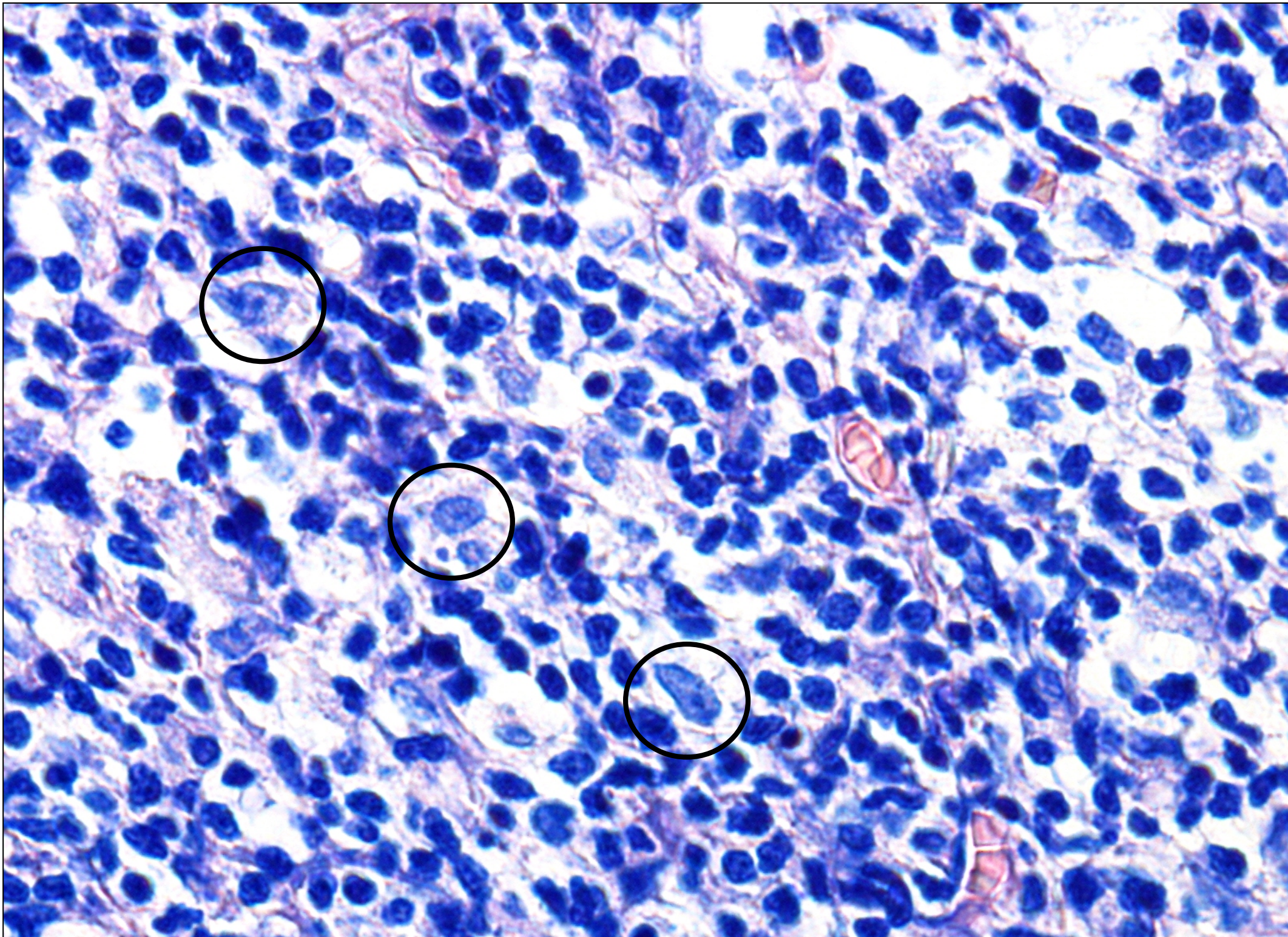


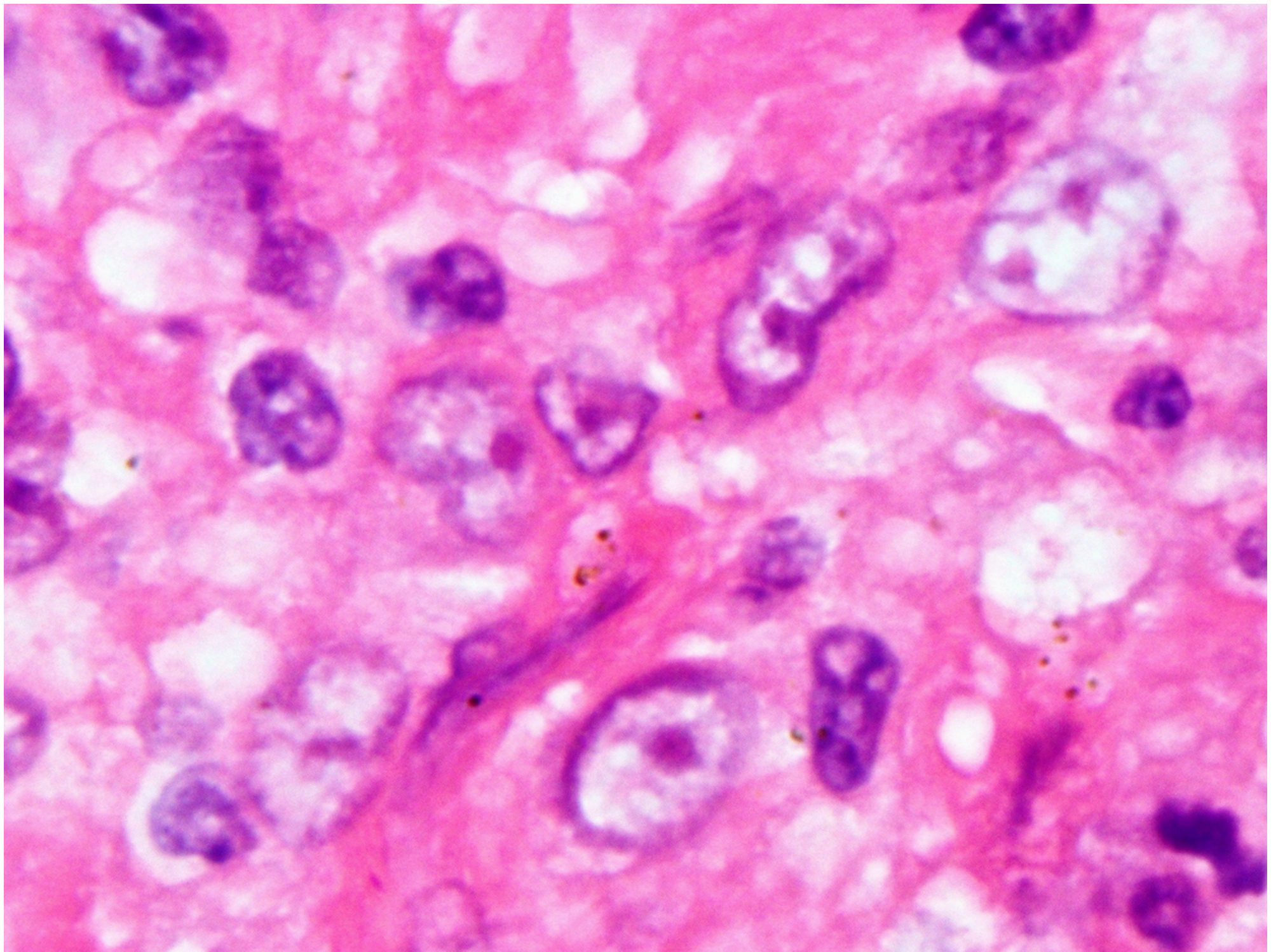


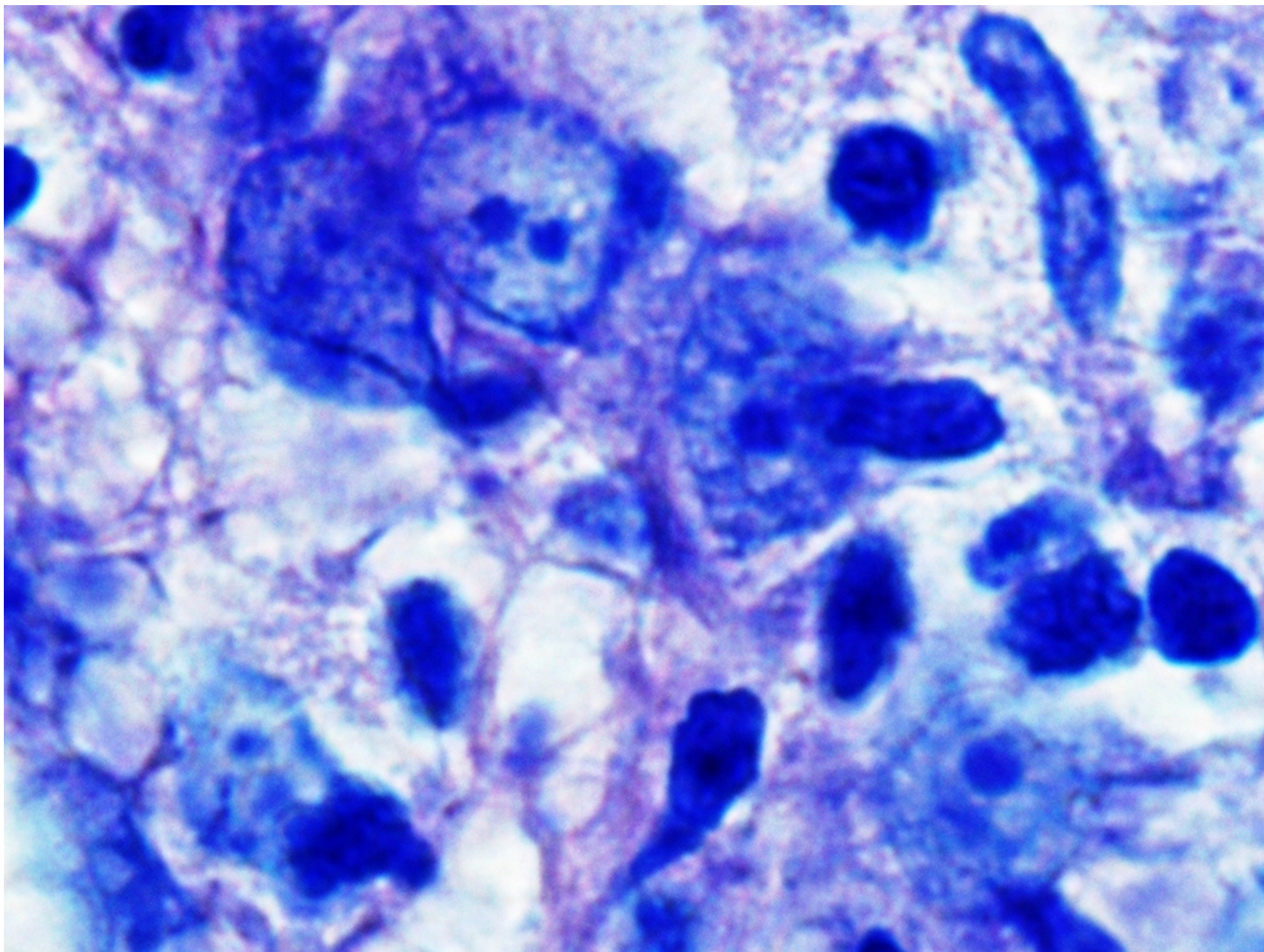












Diagnose:

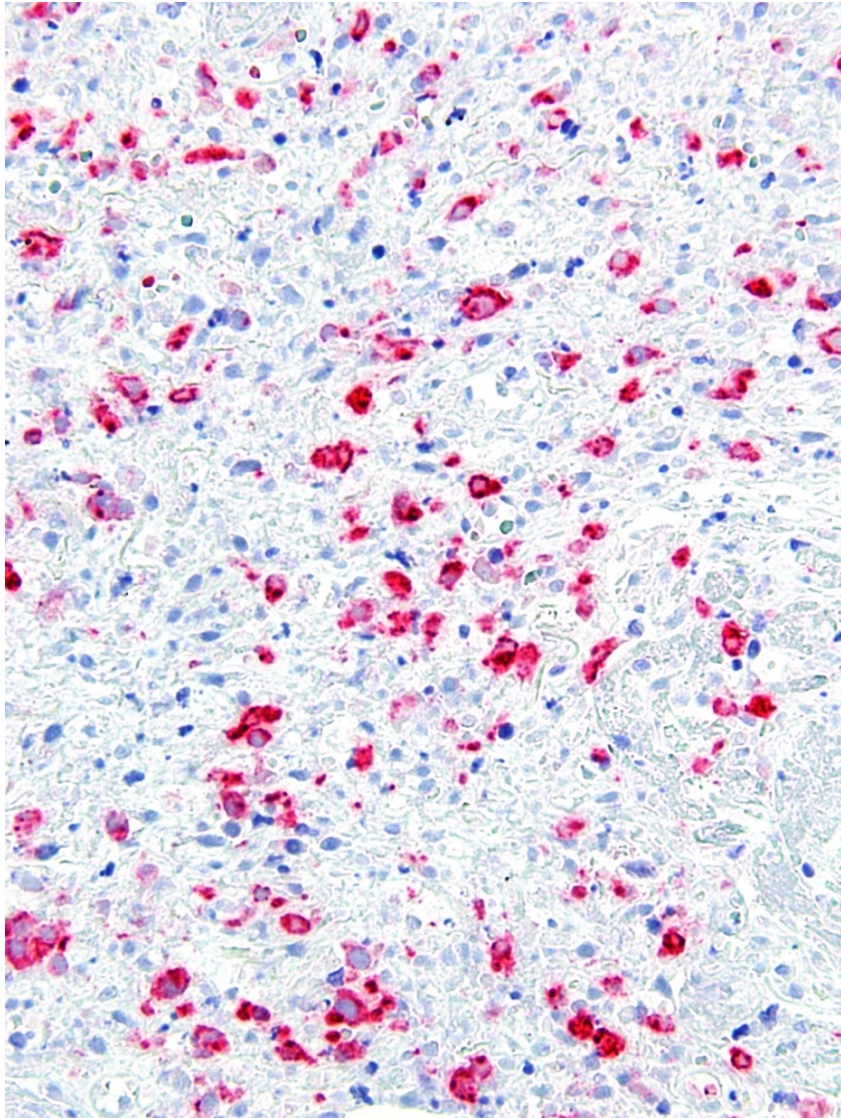
1. Wegenersche Granulomatose
2. Churg-Strauss-Syndrom
3. Lymphomatoide Granulomatose
4. Sarkoidose
5. extranodales NK/T-Zell-Lymphom, nasal type
6. Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom

Immunhistochemie:

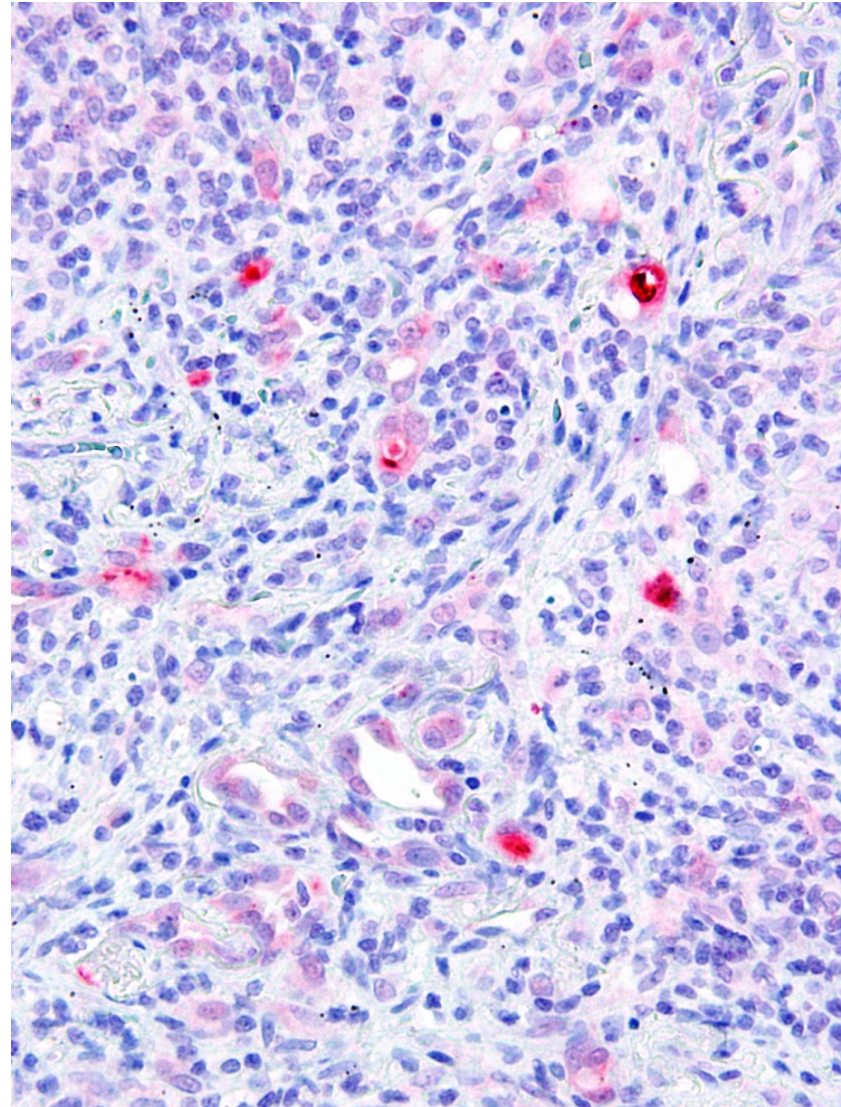
Färbung	1. Patient	2. Patient
CD3	positiv	positiv
CD15	stellenweise positiv	stellenweise positiv
CD20	stellenweise positiv	stellenweise positiv
CD30	stellenweise positiv	stellenweise positiv
CD45	positiv	positiv
CD56	negativ	negativ
CD68	positiv	positiv
KiM1p	positiv	positiv
Ki67	30%	40%

LMP1

Patient 1



Patient 2



Diagnose:

- 1. Patient:

Lungengewebe mit **lymphomatoider Granulomatose** Grad II mit Übergang in Grad III entsprechend einem hochmalignen B-Zell-Lymphom. Zusätzlich Nachweis nukleärer Positivität für EBV-assoziierte RNA sowie für das LMP-Protein in den CD30 exprimierenden Blasten (konsiliarisch bestätigt durch Herrn Prof. Dr. Klapper).

Diagnose:

- 2. Patient:

Lungengewebe mit **lymphomatoider Granulomatose** Grad III (konsiliarisch bestätigt durch Herrn Prof. Dr. Klapper). Anhand der durchgeführten molekularpathologischen Untersuchung konnte in der lymphoiden Granulomatose eine **EBV-Infektion** nachgewiesen werden.

Lymphomatoide Granulomatose:

- Erstbeschreibung 1972 (Liebow/Carrington), zunächst als Variante der Wegenerschen Granulomatose
- EBV-positive B-Zellen umgeben von zahlreichen T-Zellen
- Aggressivität und Prognose korrelieren mit Anzahl der großen B-Zellen
- Übergang in EBV-positives DLBCL möglich (in 12-47%)
- **Epidemiologie:** Männer 2 : 1 Frauen, 40-70 Jahre
- **Lokalisation:** Lunge (Haut, ZNS, Niere, GIT, Augen, Herz, selten Lnn. und Milz)

1. Bragg DG et al. Lymphoproliferative disorders of the lung: histopathology, clinical manifestations, and imaging features. AJR Am J Roentgenol. 1994 Aug;163(2): 273-81.
2. Jaffe ES et al. WHO Classification of tumours: Tumours of haematopoietic and lymphoid tissue. IARC Press, Lyon 2001
3. Frazier AA et al. Pulmonary angitis and granulomatosis: radiologic-pathologic correlation. Radiographics. 1998 May-Jun;18(3):687-710; quiz 727.

- **Klinik:** Husten, Fieber, Dyspnoe, Thoraxschmerz, Gewichtsverlust, Diarrhoe, Exanthem, in <5% asymptomatisch
- **Ätiologie:** Immundefizienz (Z.n. Transplantation, Wiskott-Aldrich-Syndrom, HIV), M. Hodgkin und Non-Hodgkin Lymphome, CLL, solide Tumoren (Gastrointestinaltrakt, Mamma), Rheumatoide Erkrankungen, Sarkoidose, infektiöse Hepatitis
- **Makroskopie:** beidseitiger Lungenbefall vor allem basal durch unscharf begrenzte Knötchen, schnelle Progredienz mit Ausbildung von Hohlräumen, Gefäßzerstörung und Infarkte, Pleuraerguss in 33%

1. Bragg DG et al. Lymphoproliferative disorders of the lung: histopathology, clinical manifestations, and imaging features. AJR Am J Roentgenol. 1994 Aug;163(2): 273-81.
2. Jaffe ES et al. WHO Classification of tumours: Tumours of haematopoietic and lymphoid tissue. IARC Press, Lyon 2001
3. Frazier AA et al. Pulmonary angitis and granulomatosis: radiologic-pathologic correlation. Radiographics. 1998 May-Jun;18(3):687-710; quiz 727.

- **Histologie:** angiozentrische und angiodestruktive Infiltrate zentraler Nekrose; Infiltrat bestehend aus polymorphen lymphoiden Zellen (kleine Lymphozyten, Histozyten, Plasmazellen und atypische mittelgroße bis große B-Zellen); ev. mehrkernige Riesenzellen, keine klassische granulomatöse Entzündung, lymphozytäre Vaskulitis mit fibrinoider Nekrose (EBV-vermittelt)
- **DD:** extranodales NK/T-Zell-Lymphom, nasal type (ebenfalls angiodestruktiv und EBV-positiv)

1. Bragg DG et al. Lymphoproliferative disorders of the lung: histopathology, clinical manifestations, and imaging features. AJR Am J Roentgenol. 1994 Aug;163(2): 273-81.
2. Jaffe ES et al. WHO Classification of tumours: Tumours of haematopoietic and lymphoid tissue. IARC Press, Lyon 2001
3. Frazier AA et al. Pulmonary angitis and granulomatosis: radiologic-pathologic correlation. Radiographics. 1998 May-Jun;18(3):687-710; quiz 727.

Einordnung nach WHO:

- Grad I bis III nach Ausmaß der Atypie und Nekrosen und Verhältnis EBV-positiver B-Zellen zum reaktiven Hintergrund

Grad	Infiltrat	Atypien	Große B-Zellen	Nekrose	ISH EBER1/2 positive Zellen/HPF
I	polymorph	-	- /(+)	+	<5
II	polymorph	+	+	++	<20
III	polymorph	++	+++	+++	>20

Immunphänotyp:

EBV-positive B-Zellen:

CD15 -

CD20+, CD79a+

CD30 -/+

LMP1 (+)

T-Zell-Infiltrat:

CD3+

CD4+ > CD8+

Genetik:

Klonalität bei Grad (I) II und III nachweisbar

Verlauf:

- Grad III entspricht einem DLBCL
- Meist aggressiv, Überlebenszeit <2 Jahre
- Tod durch Lungenbefall: Mortalität 53-90% (v. a. bei beidseitigem Befall)

Therapie:

- Grad I, II: Prednisolon, Cyclophosphamid, Interferon-alpha 2b
- Grad III: aggressive Chemotherapie

Verlauf:

- Patient 1:
zunächst 100 mg Prednisolon/d
- Patient 2:
2 Zyklen R-CHOP 21

69. Niedersächsische Rätsecke am 20. November 2011



Fall-Nr.: 3

64-jährige Patientin aus dem
Mammographiescreening
Hildesheim-Hameln-Göttingen

klinisch: Stanzbiopsie re 5(4)
BIRADS V
3 Läsionen

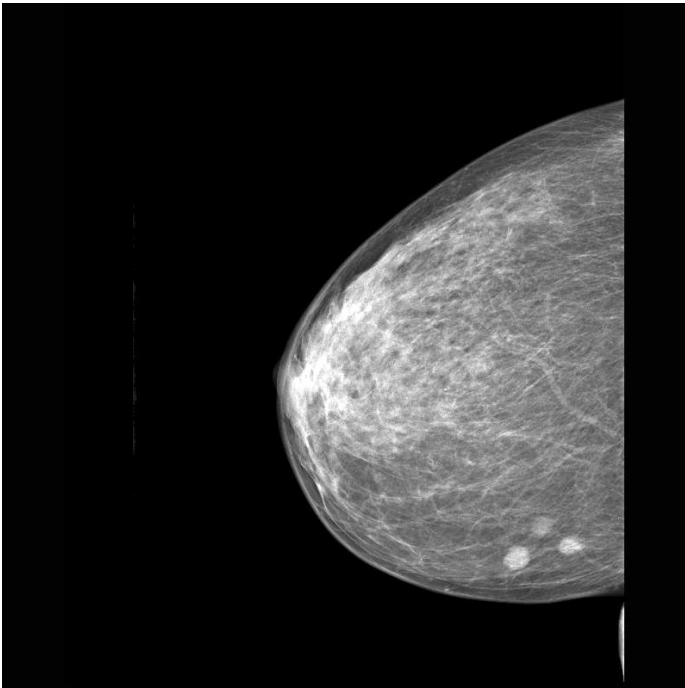
10x9
8x6 mm
7x5

Makroskopie: Fünf zusammen 4 cm lange Stanzzyylinder

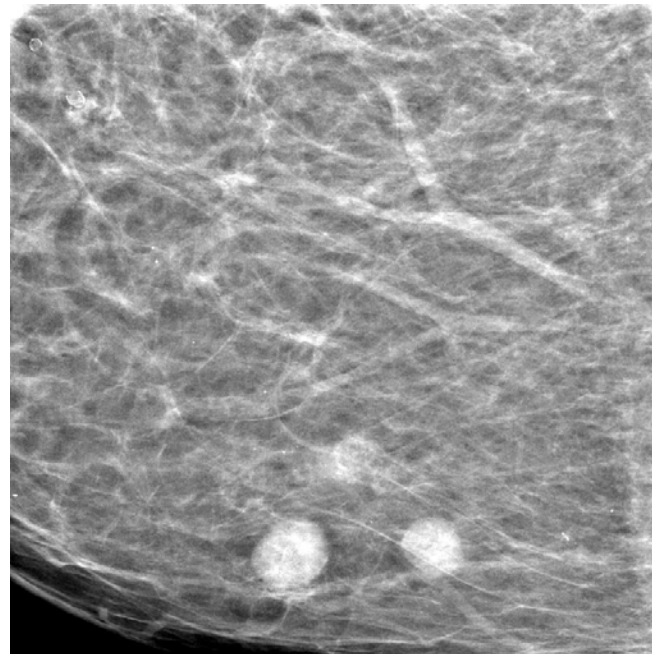


Institut für Pathologie Dr. Richter





Mammographie
2009



Institut für Pathologie Dr. Richter





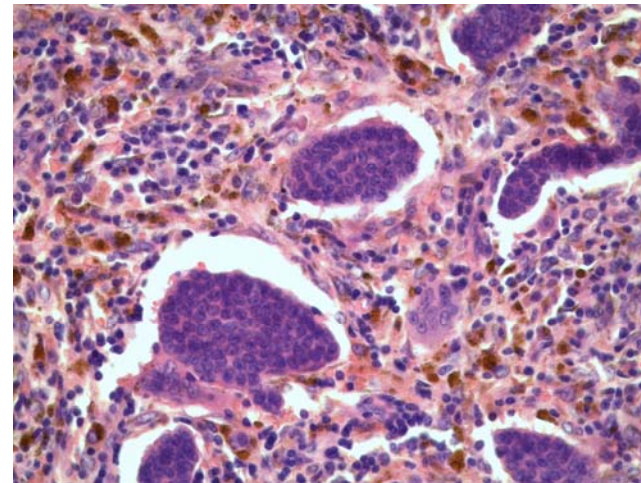
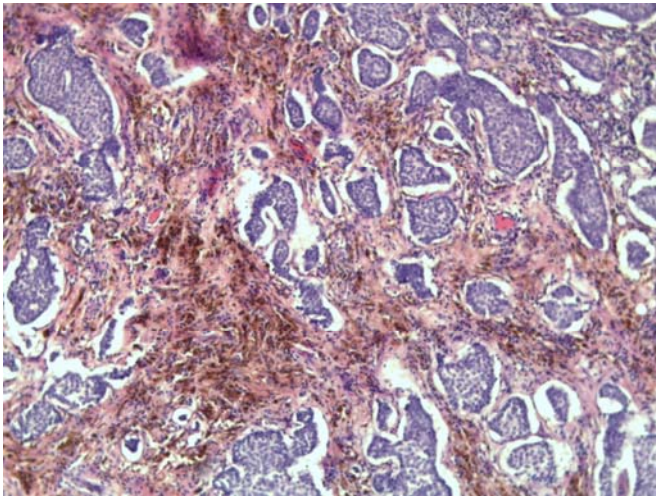
Klassifikation eines Mammographie-Befunds:

SCHLIESSEN

BI-RADS®	Bedeutung	Prozedere
0	Keine Aussage möglich	weitere Untersuchungen sind nötig, z.B. MRI oder Vergleichsmammographie (Screening-Situation)
1	Normalbefund	keine weitere Abklärung erforderlich
2	sicher benigner / gutartiger Befund	keine weitere Abklärung erforderlich
3	vermutlich gutartiger Befund (weniger als 2 % Malignomwahrscheinlichkeit)	Kontrolluntersuchung in 3 - 6 Monaten empfohlen oder Biopsie
4	suspekter / verdächtiger Befund	Biopsie / Gewebeprobe (z.B. ultraschall- oder mammographiegesteuerte Stanz- oder Vakuumbiopsie, evtl. offene Probeentnahme)
5	mehr als 95 % Wahrscheinlichkeit für Malignität (Bösartigkeit)	Histologische Sicherung durch Biopsie ist notwendig (siehe unter 4)
6	Biopsie durchgeführt, Malignität nachgewiesen	Dokumentation vor definitiver Therapie

BI-RADS® = "Breast Imaging Report and Data System", American College of Radiology - www.acr.org





HE



Institut für Pathologie Dr. Richter



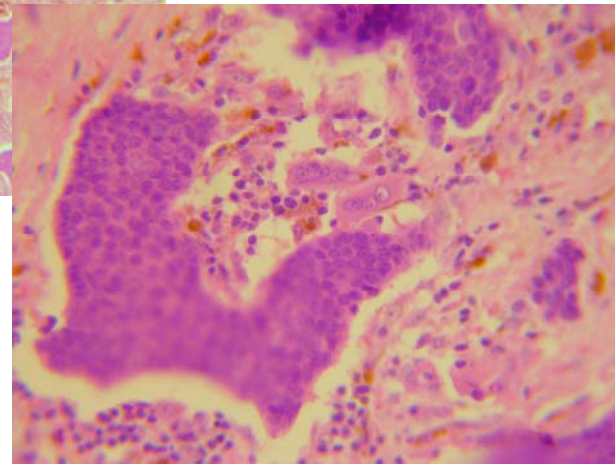
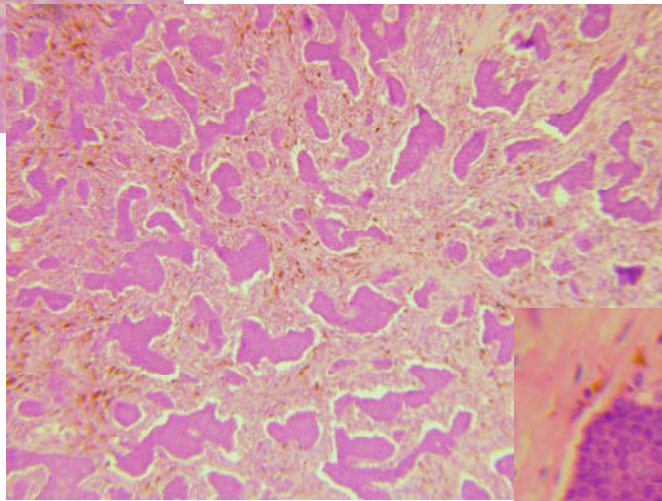
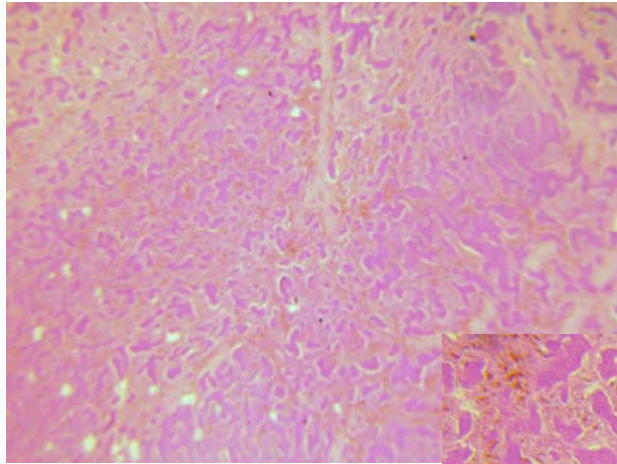


max. 12 mm



Institut für Pathologie Dr. Richter



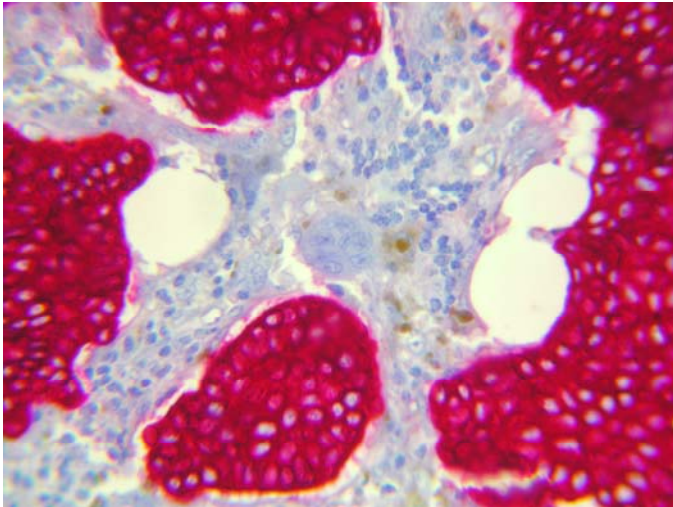


HE

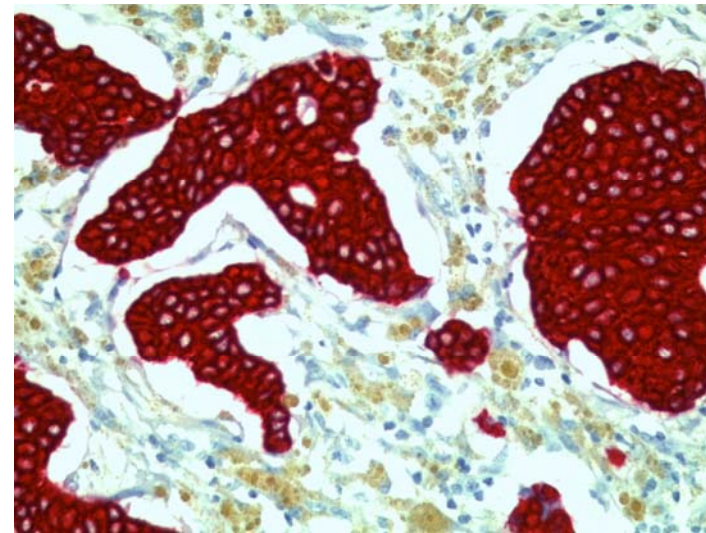


Institut für Pathologie Dr. Richter





Pan-CK

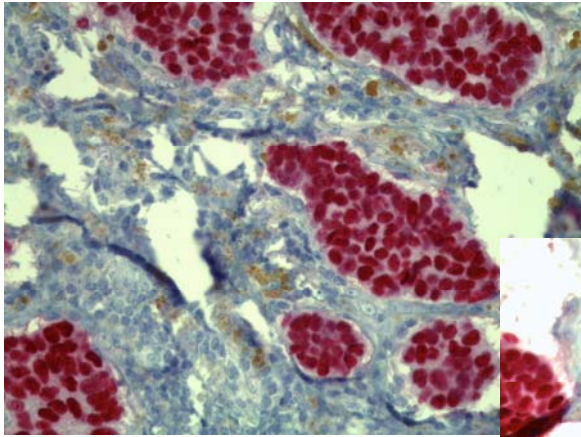


CK 7

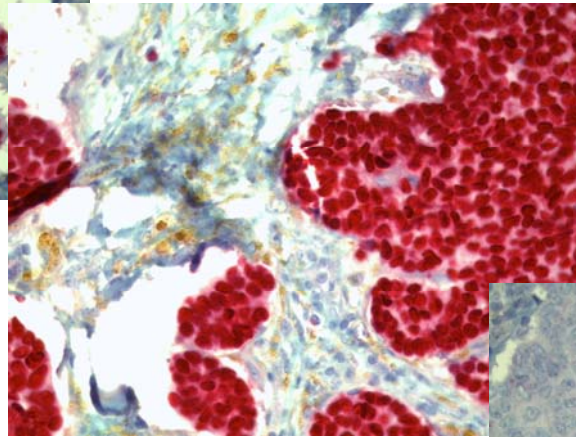


Institut für Pathologie Dr. Richter

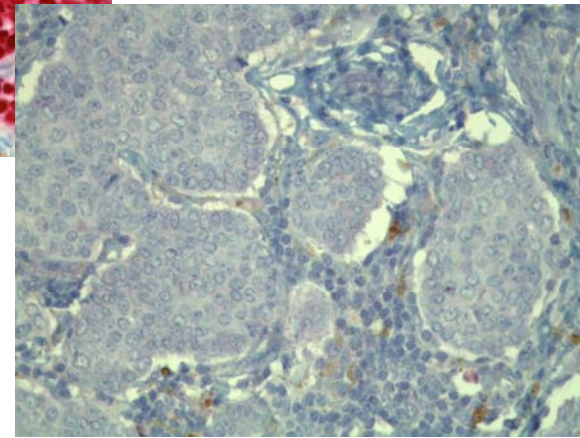




ER



PR

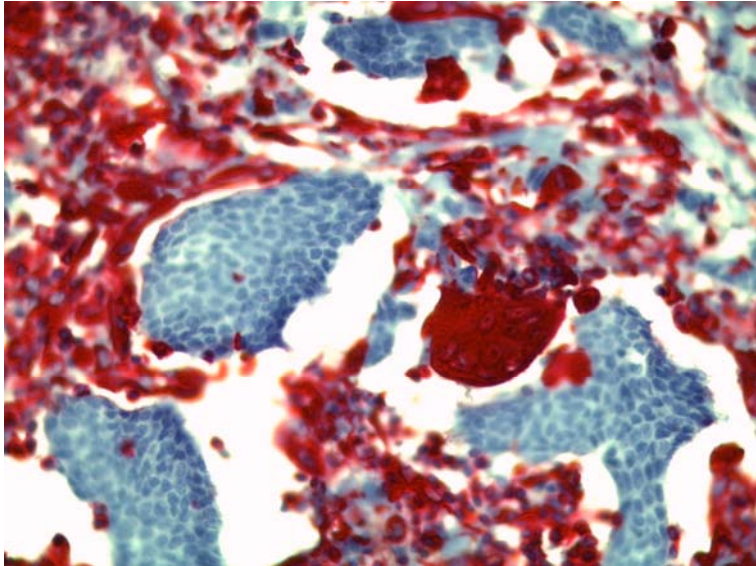


Her2

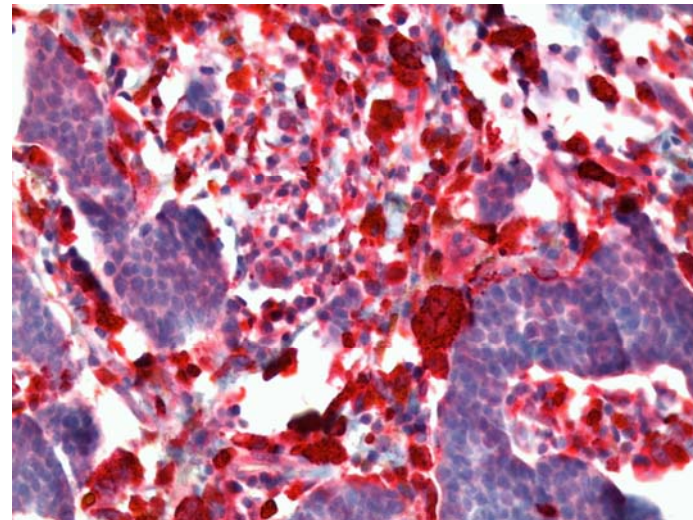


Institut für Pathologie Dr. Richter





VIM



CD 68



Institut für Pathologie Dr. Richter





Diagnose:

Trifokales invasives duktales Mammakarzinom mit osteoklasten-artigen Riesenzellen

ICD-0 C50.9 M8035/3 pT1c (3) pN0 G2 LO V0 R0

ER: TS 8

PR: TS 8

Her2: Score 0



Institut für Pathologie Dr. Richter





Mammakarzinome mit osteoklasten-artigen Riesenzellen sind selten und machen weniger als 2 % aller Mammakarzinome aus.

Osteoklasten-artige Riesenzellen bei Mammatumoren sind u.a. beschrieben beim:

DCIS

Invasives Karzinom (duktal, lobulär und metaplastisch)

Sarkom

Der Ursprung der Osteoklasten-artigen Riesenzellen ist unklar, es wird eine Differenzierung von stromalen Histozyten oder Makrophagen favorisiert (CD 68-pos.).

Dass alle drei Tumorherde dieses Phänomen aufweisen, könnte ein Hinweis auf ein frühes Ereignis in der Tumorgenese sein, das ursächlich zugrunde liegt.



Institut für Pathologie Dr. Richter



Literatur:

Rosen PP, Rosen´s breast pathology 2nd ed. ; 2001

Holland R, van Haelst UJ, Mammary carcinoma with osteoclast-like giant cells. Additional observations on six cases. Cancer 1984;53:1963-1973

Cai N, Koizumi J, Vayquez M. Mammary carcinoma with osteoclast-like giant cells: A study of four cases and a review of literature. Diagn Cytopathol 2005;33:246-250

Krishan C, Longrace T. Ductal carcinoma in situ of the breast with osteoclast-like giant cells. HUM Pathol 2006, 37:1142-50

Pettinato G et al. Carcinoma of the breast with osteoclast-like giant cells: fine needle aspiration cytology, histology and electron microscopy of 5 cases. Appl Pathol 1984,2: 168-178

Sano M et al. Osteoclastogenesis in human breast carcinoma. Virchows Arch;444:470-2

Athanasou NA et al. The origin and nature of stromal osteoclast-like multinucleated giant cells in breast cancer: implications for tumour osteolysis and macrophages biology. Br J Cancer 1989;59:491-8

Shishido-Hara Y et al. Two cases of breast carcinoma with osteoclast giant cells: Are the osteoclastic giant cells pro-tumoral differentiation of macrophages? Diagn Pathol 2010, 5:55

Agnantis NT, Rosen PP. Mammary carcinoma with osteoclast-like giant cells. A study of eight cases with follow up. Am J Clin Pathol 1979, 72:383-9.

Saimura M et al. Breast carcinoma with osteoclast-like giant cells: a case report and review of the Japanese literature. Breast Cancer 1999, 6:121-6.



Institut für Pathologie Dr. Richter



Präsentation zum
Kasuistischen Forum Niedersächsischer Pathologen
(„Pathologie-Rätselecke“) am 20.11.2010 (Fall-Nr 4)

16-jähriger junger Mann

Anamnese:

Seit ca. 2 Monaten Flankenschmerzen rechts ohne weitere Begleitsymptome, sonst „leere“ Anamnese!
Blut-und Urinstatus o.B.

Ultraschall:

li.Niere o.B, rechte Niere drittgradig gestaut

IVP vom Februar 2010 :

rechte Niere nach 90 min. nicht erkennbar

Nierenfunktionsanalyse vom 15.03.2010:

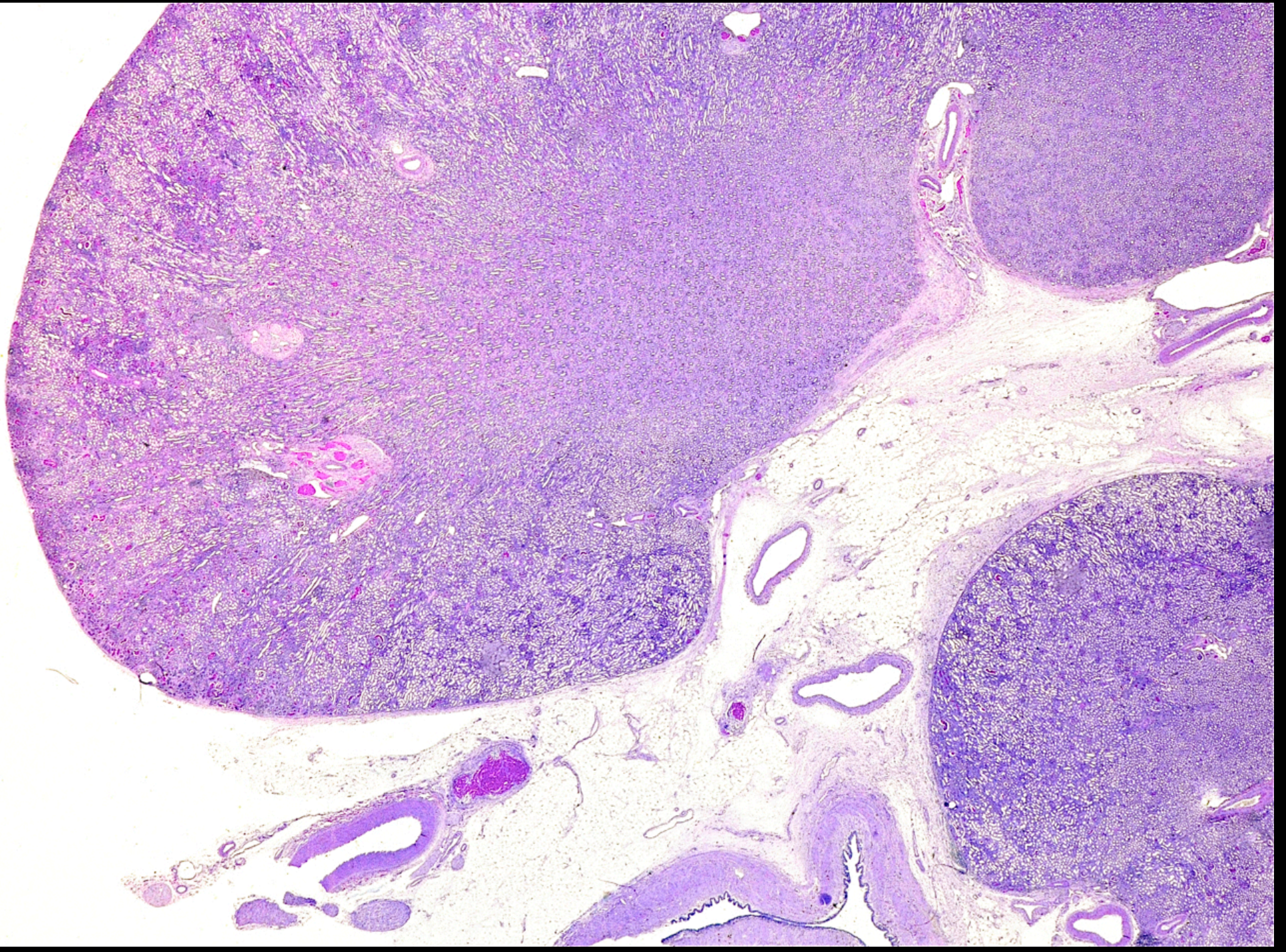
Dekompensierte Nierenretention rechts bei
Stauungsniere
(Nierenfunktion links 84%, rechts 16%

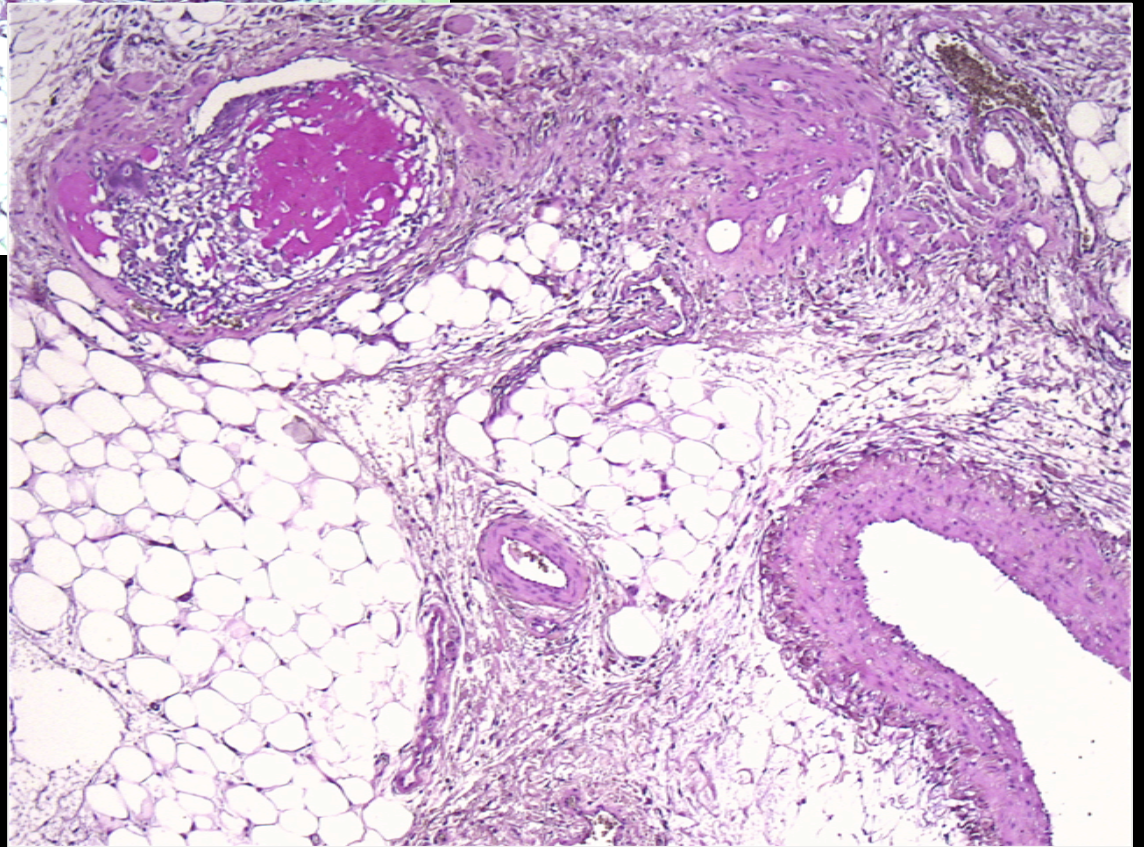
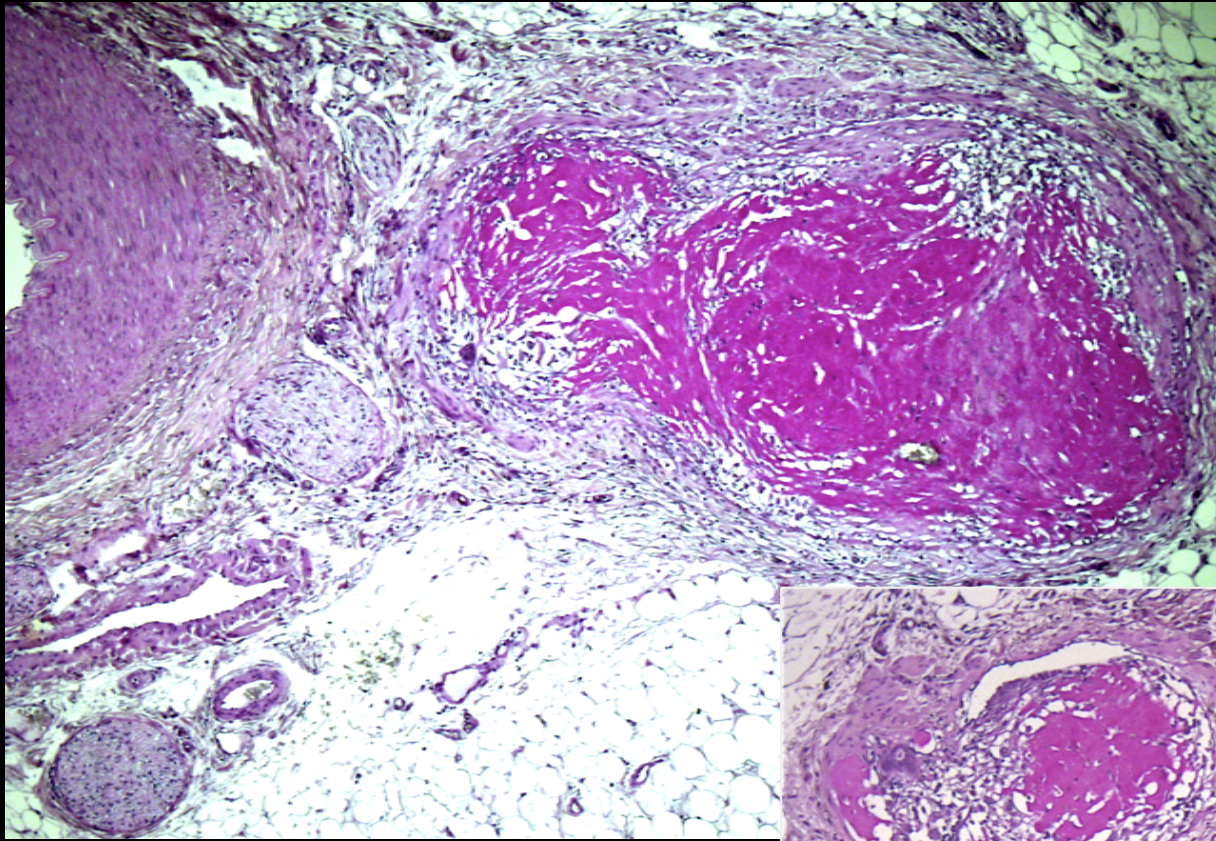
Nephrektomie am 24.03.2010 wegen der dekompensierten Niereninsuffizienz rechts mit Harnstauungsniere.

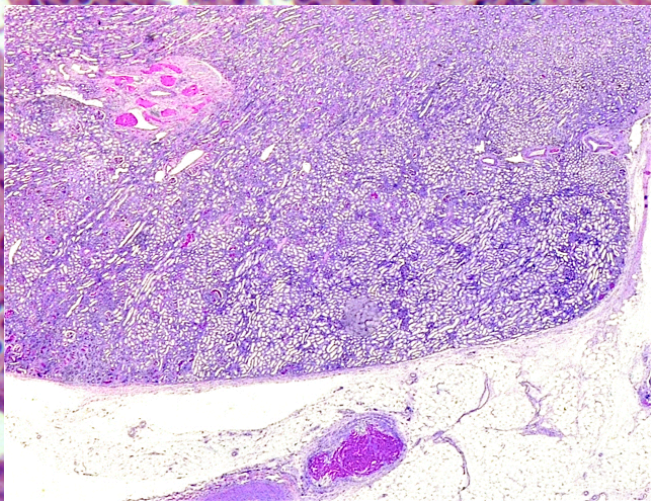
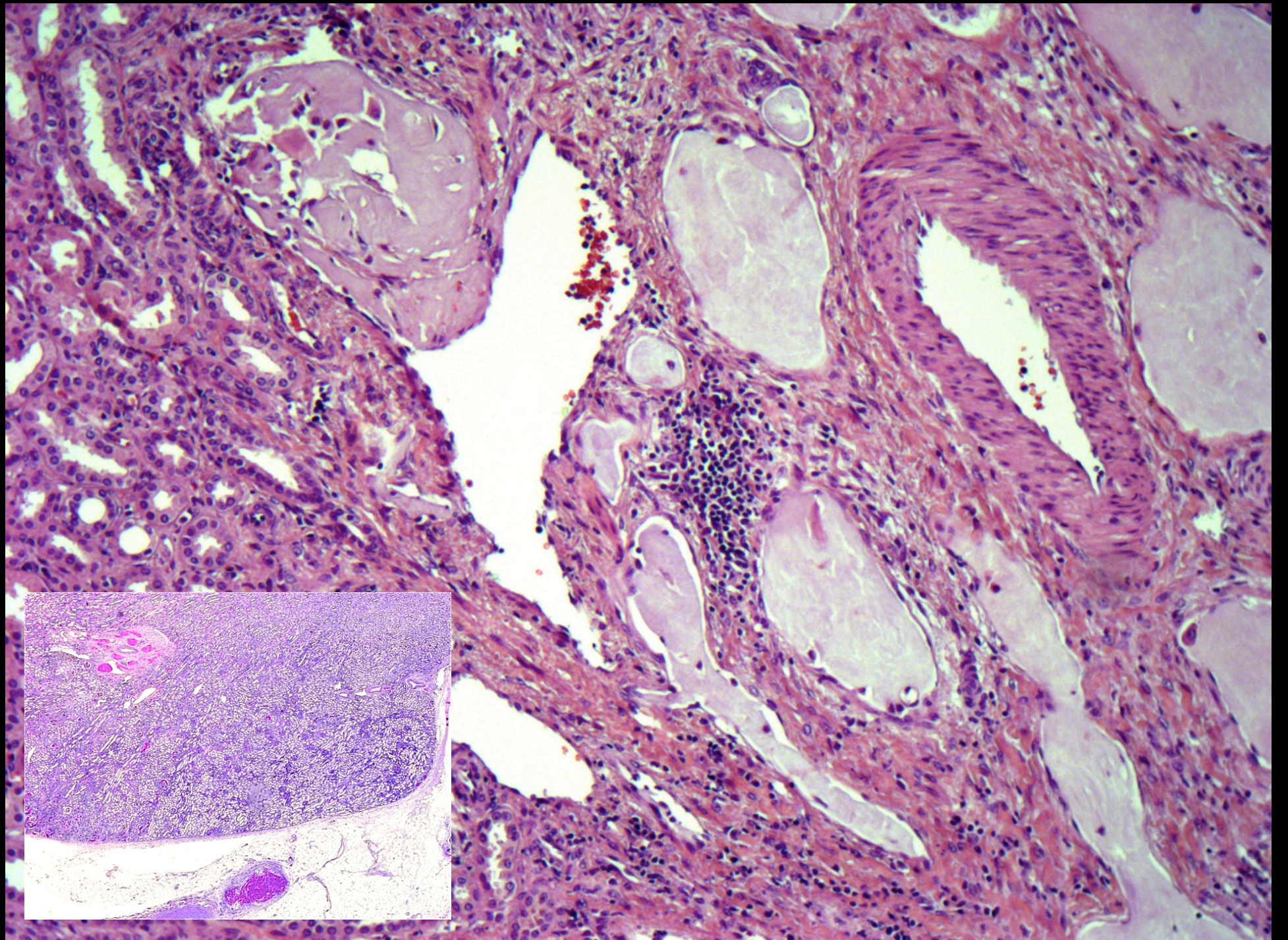
Makroskopisch:

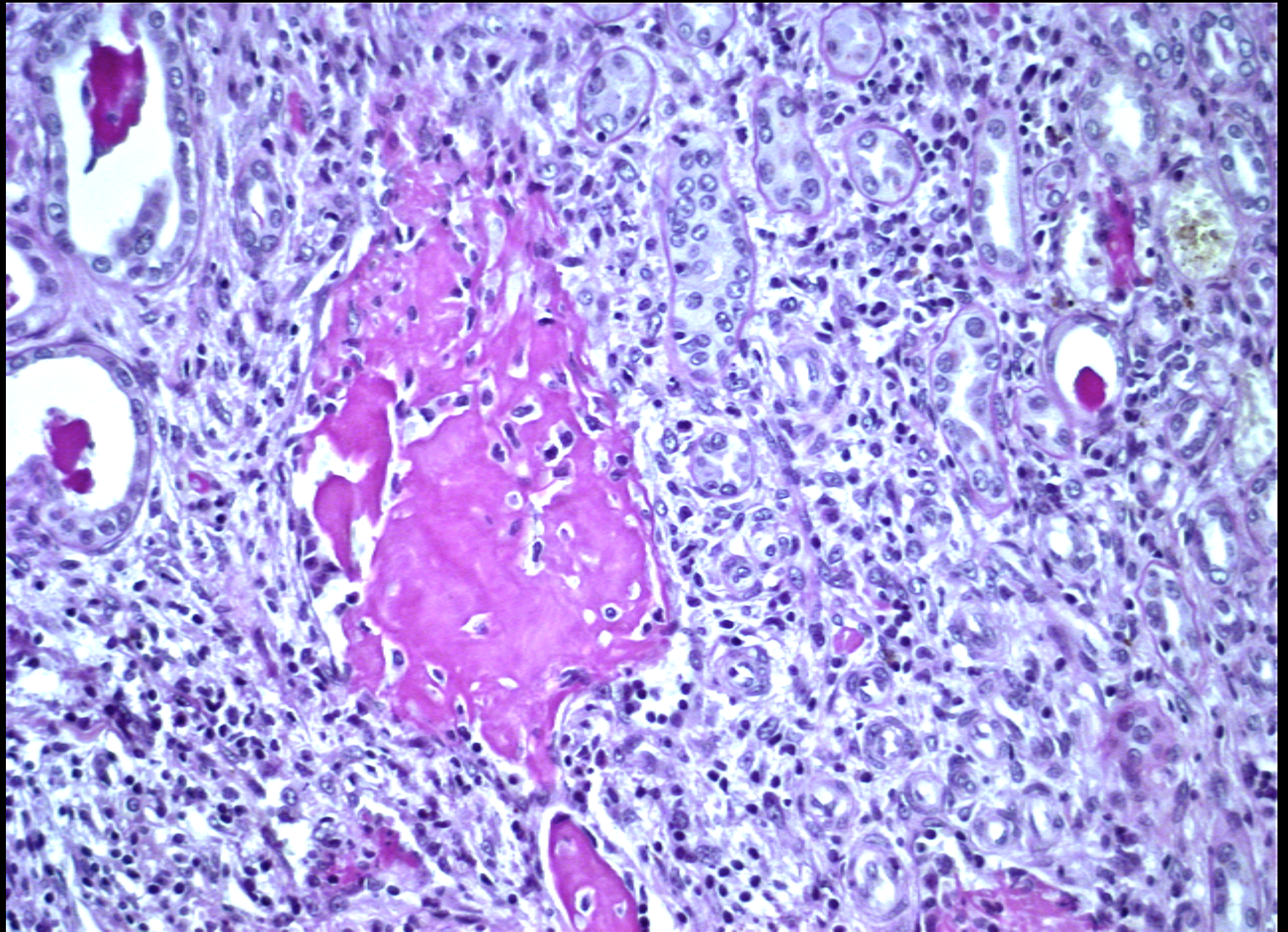
138 g schwere, 12x5x4 cm messende rechte Niere mit 4 cm langem, am distalen Abtragungsrand bis 3 mm durchmessendem Ureter und konusförmiger Ureter-Abgangsstenose aus einem max. bis zu 3 cm durchmessenden Nierenbecken.

Parenchymsaum bis zu 2 cm breit, makroskopisch unauffällig!









Diagnose:

Lympho-venöse Hernisations- und tubuläre
Extrusionspolypen im Initialstadium einer
Hydronephrose bei Ureterabgangsstenose
aus dem Nierenbecken

Literatur

Barrie,H.J.

Herniations into the renal veins with special reference to hydronephrosis.

J.Path.Bact. **82** (1961), 177-182

Dina,M.A. and F.Maghetti

Equivalenti morfologici del reflusso urinario pielo-renale

Arch. ital.Anat.istol.pat. **36** (1962), 3-59

Hamperl,H.und F.D.Dallenbach

The extravasation and precipitation of urine in the hilus of the kidney.

J.Mt.Sinai Hosp. **24** (1957),929-934

Helmke,K.

Die Nierenveränderungen bei Harnstauung, besonders über die Bildung von Lymphgefäß- und Venenzylindern bei chronischer Harnstauung.

Virch.Arch. **302** (1938),323-370

Fall Nr: 5
Erster Fall
Abb. 1-5

PD. Dr. Schmauz

49-jährige Patientin

PE Rectum.

Rectumcarcinom.?

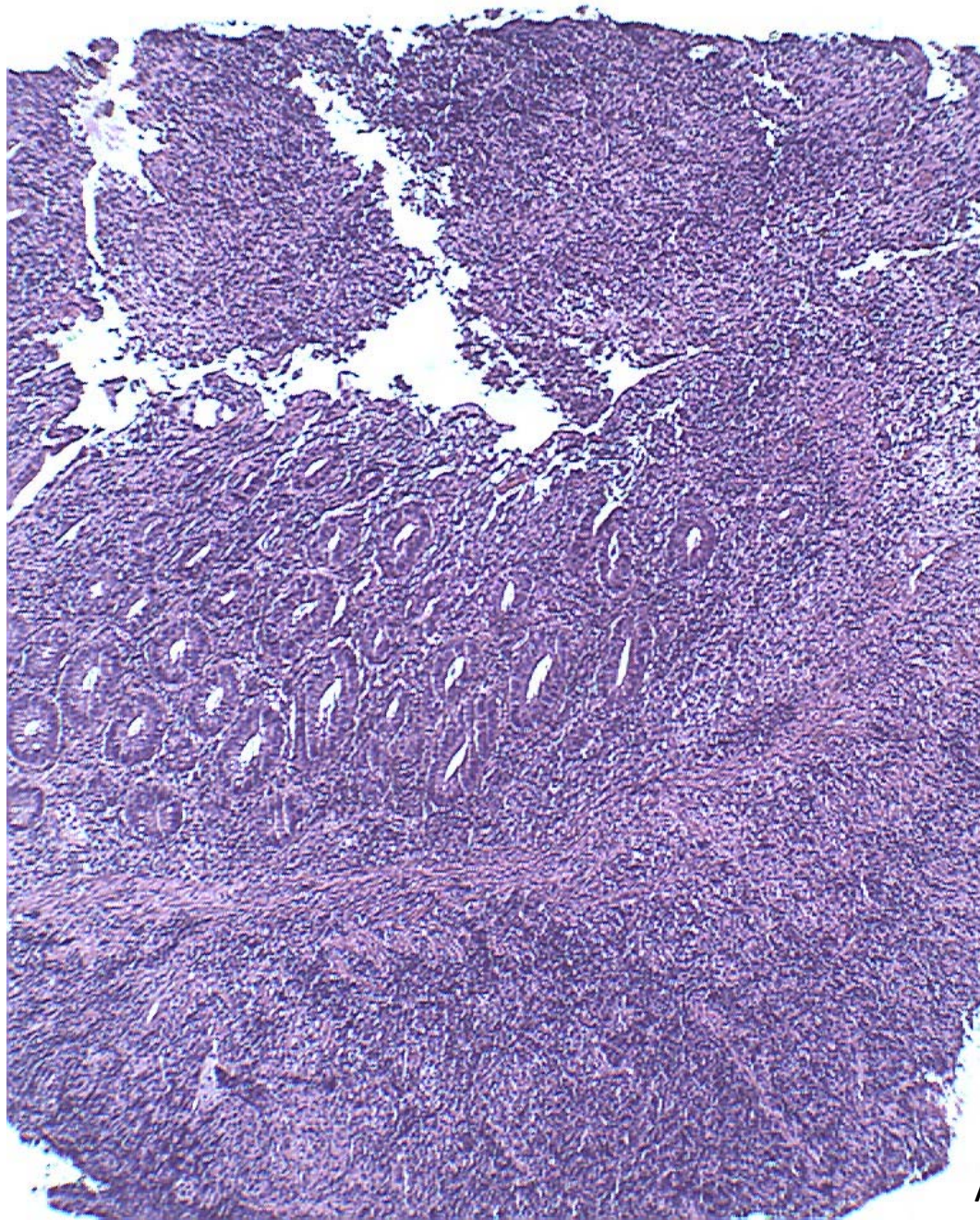


Abb. 1

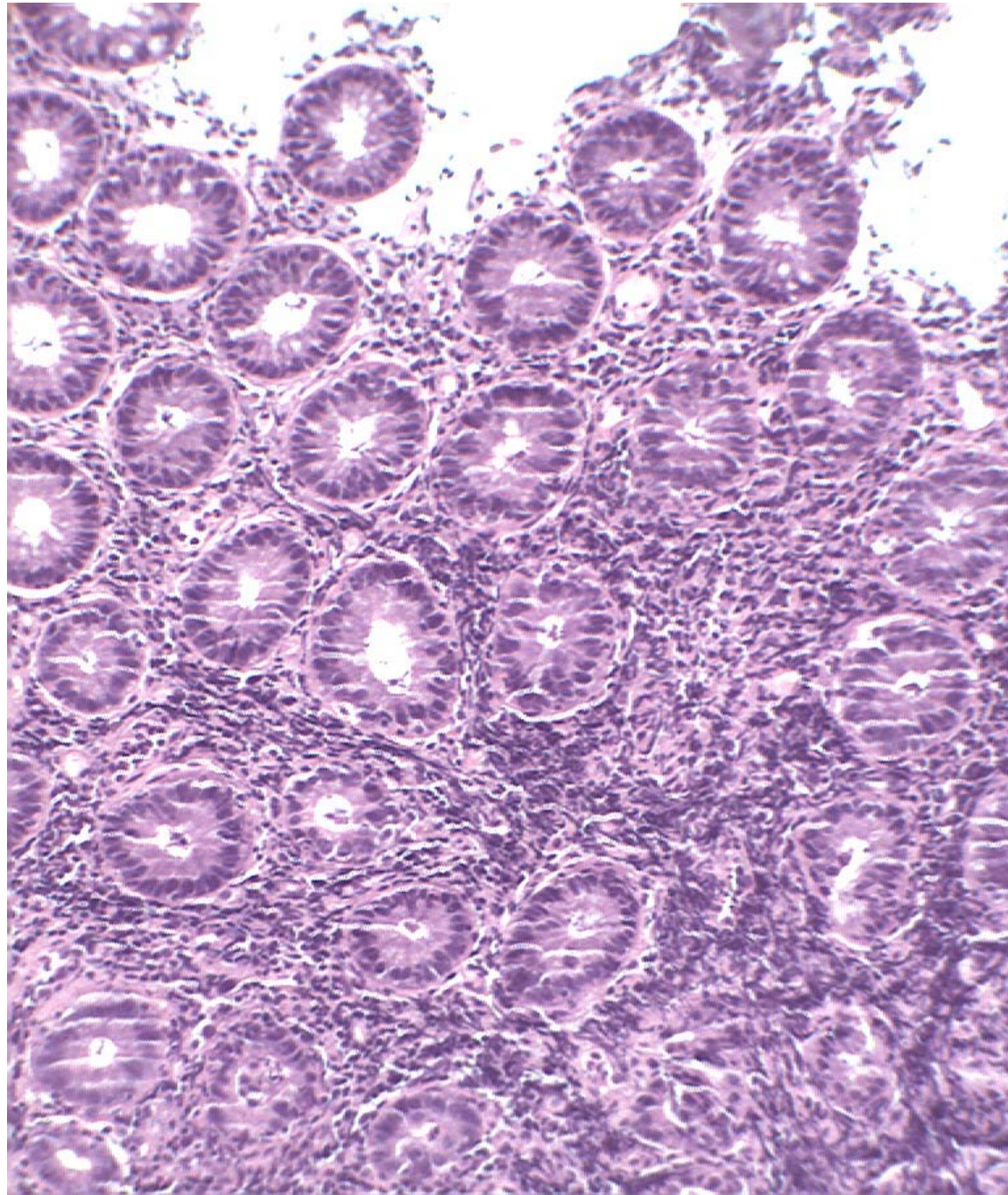


Abb. 2

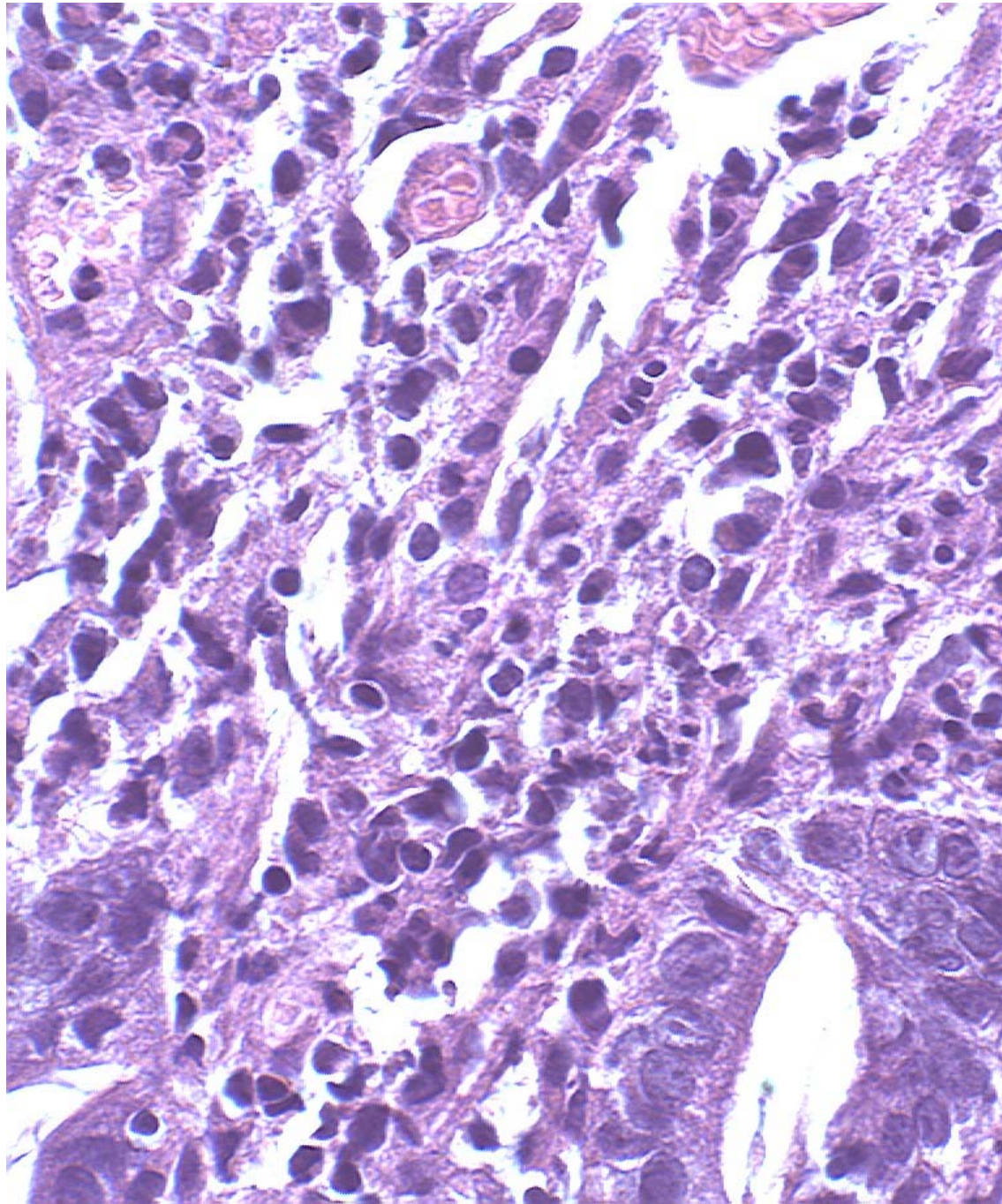


Abb. 3

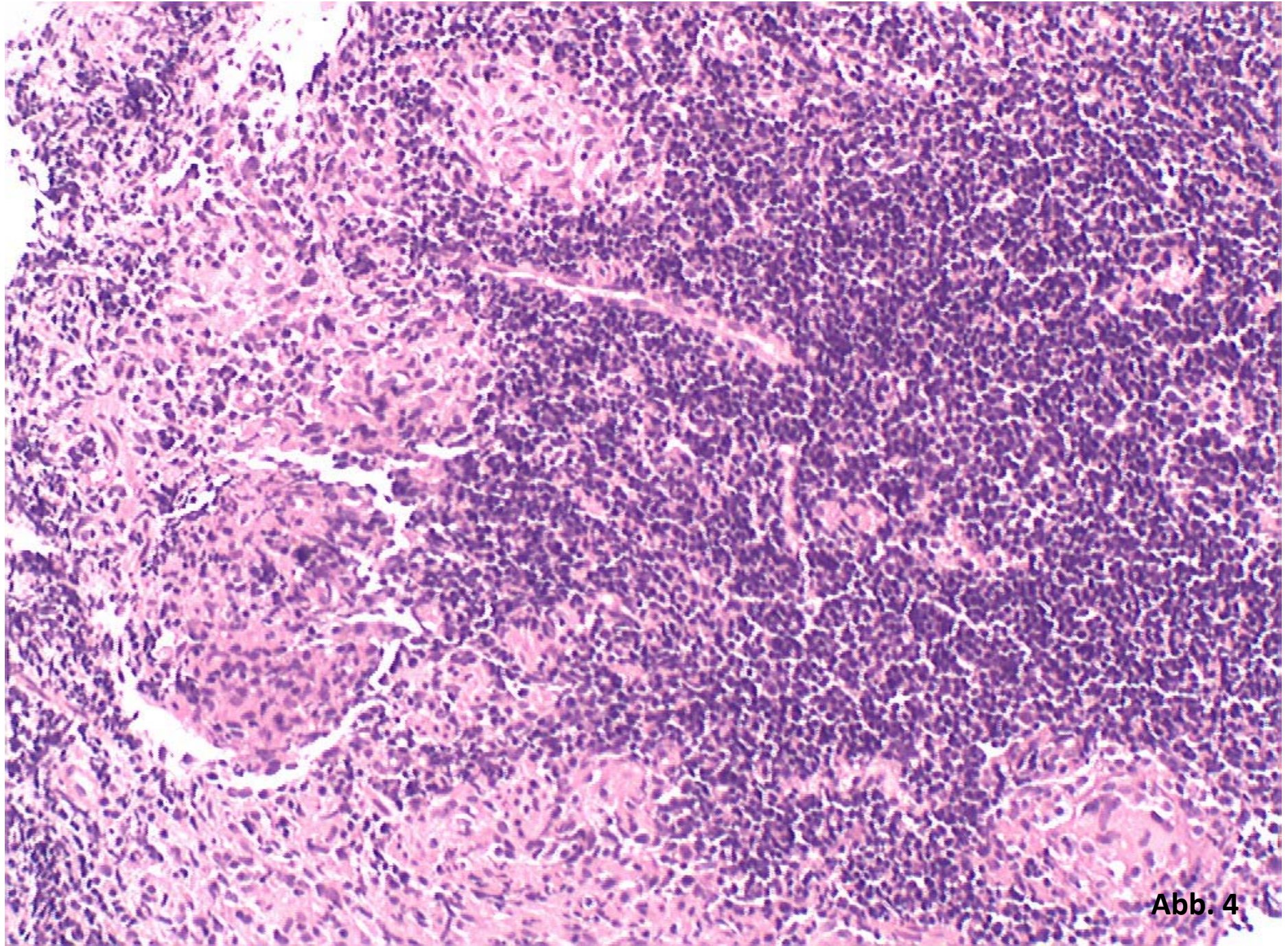


Abb. 4

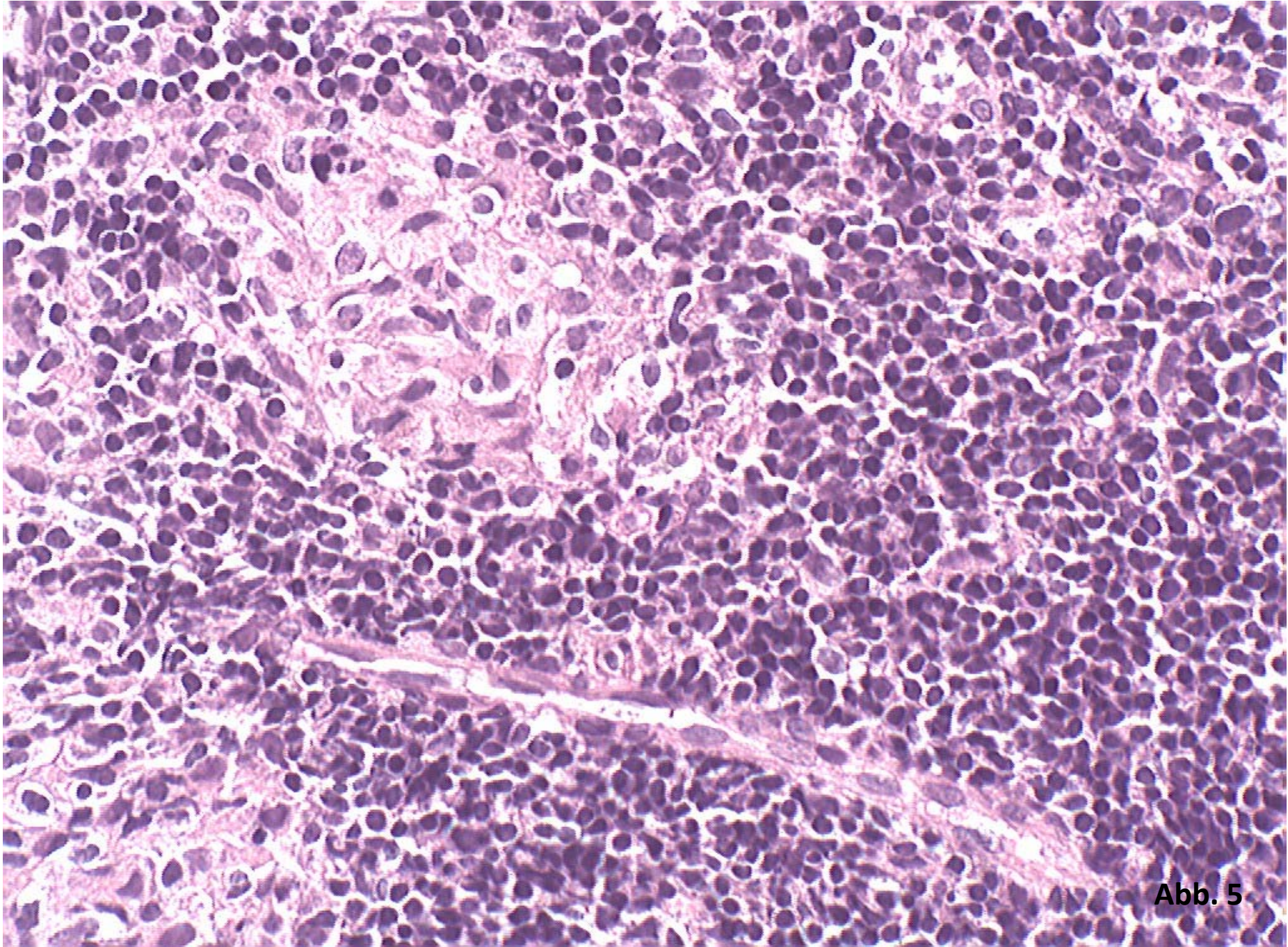


Abb. 5

Fall Nr: 6
Zweiter Fall
Abb. 6-8

PD. Dr. Schmauz

50-jähriger Patient
Verrucöser Nävus
perianal

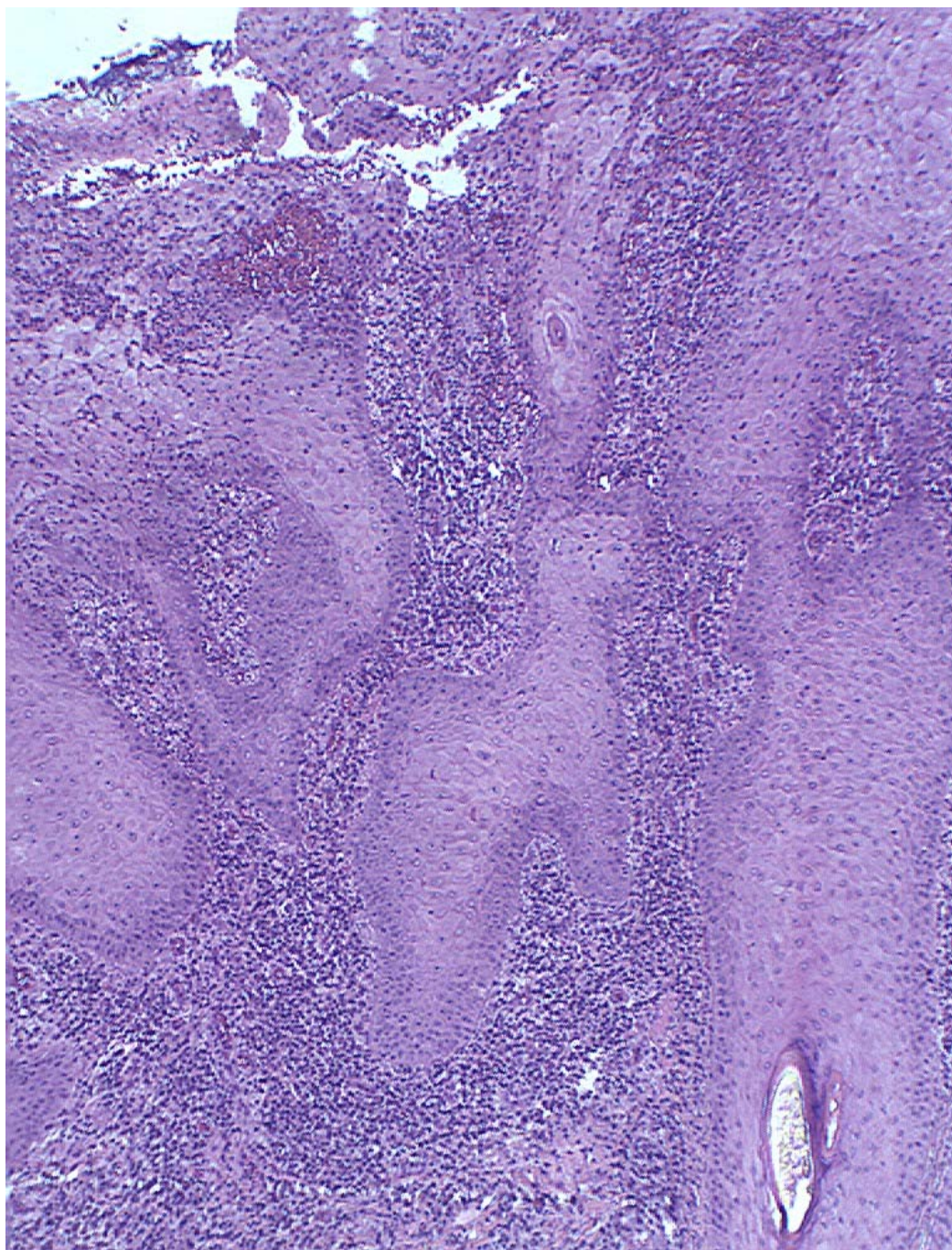


Abb. 6

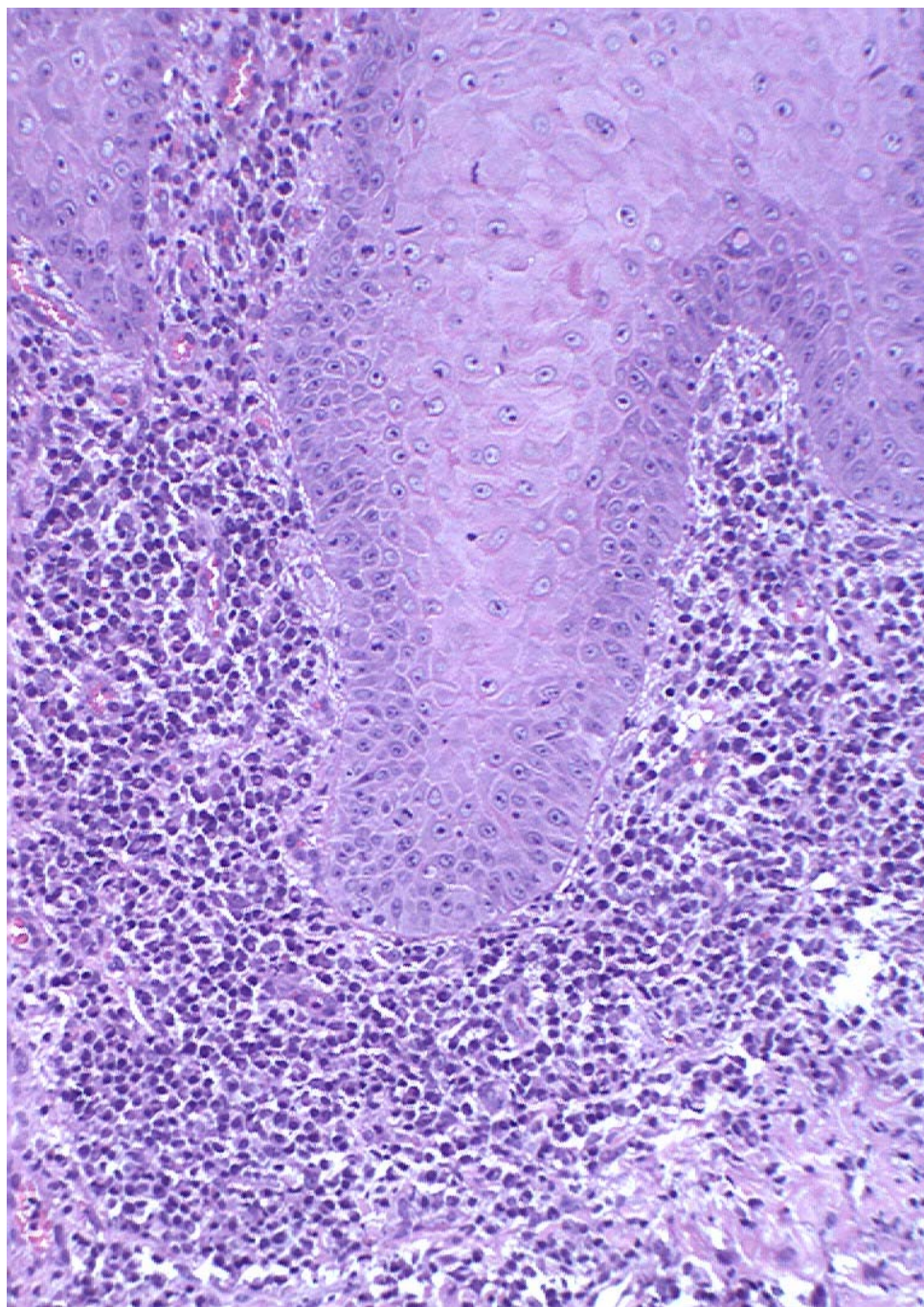


Abb. 7

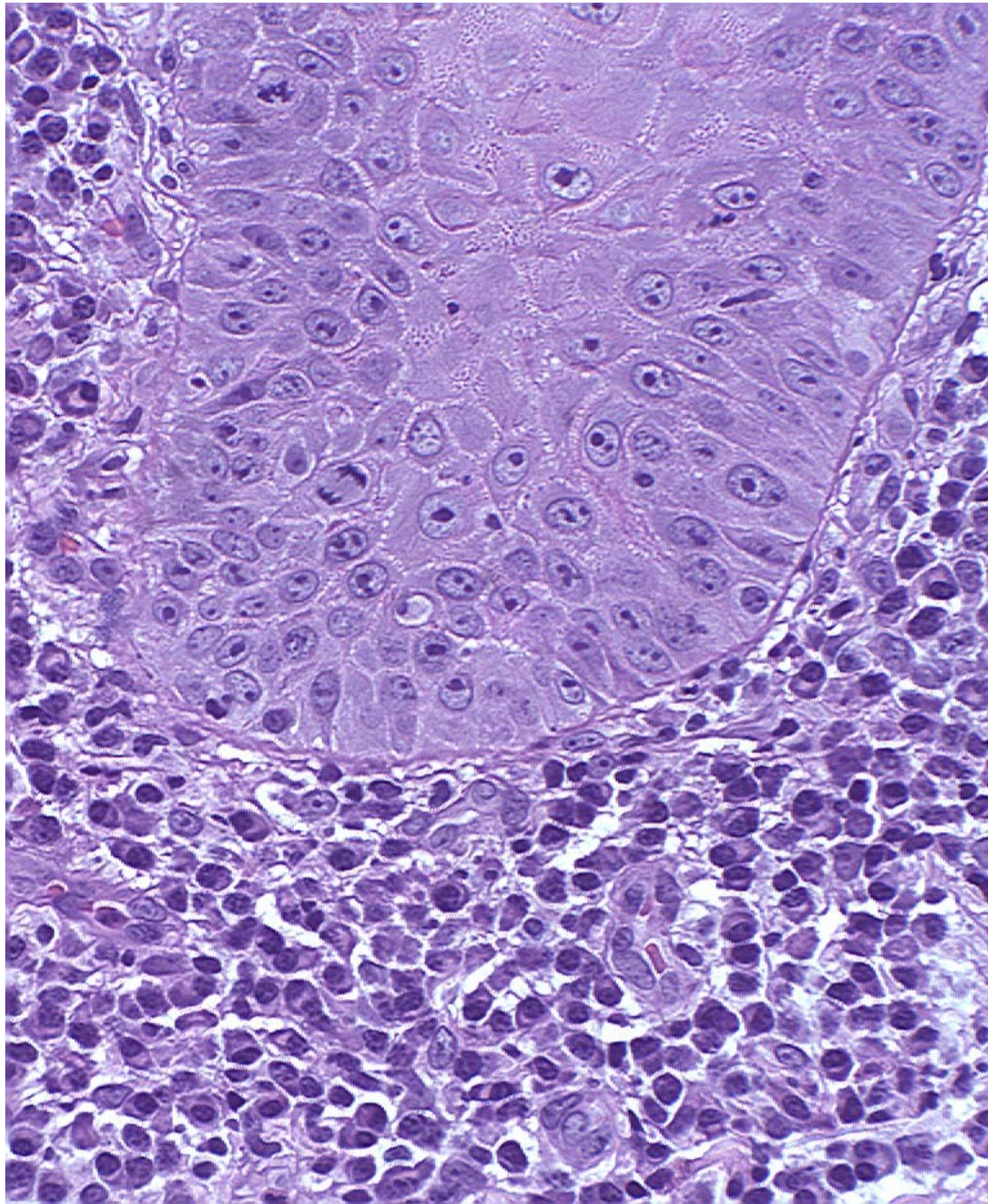


Abb. 8

@V

@C

Diagnose

Syphilitische Proctitis

KRH

KLINIKUM REGION HANNOVER



Pathologisches Institut, C. Bersch

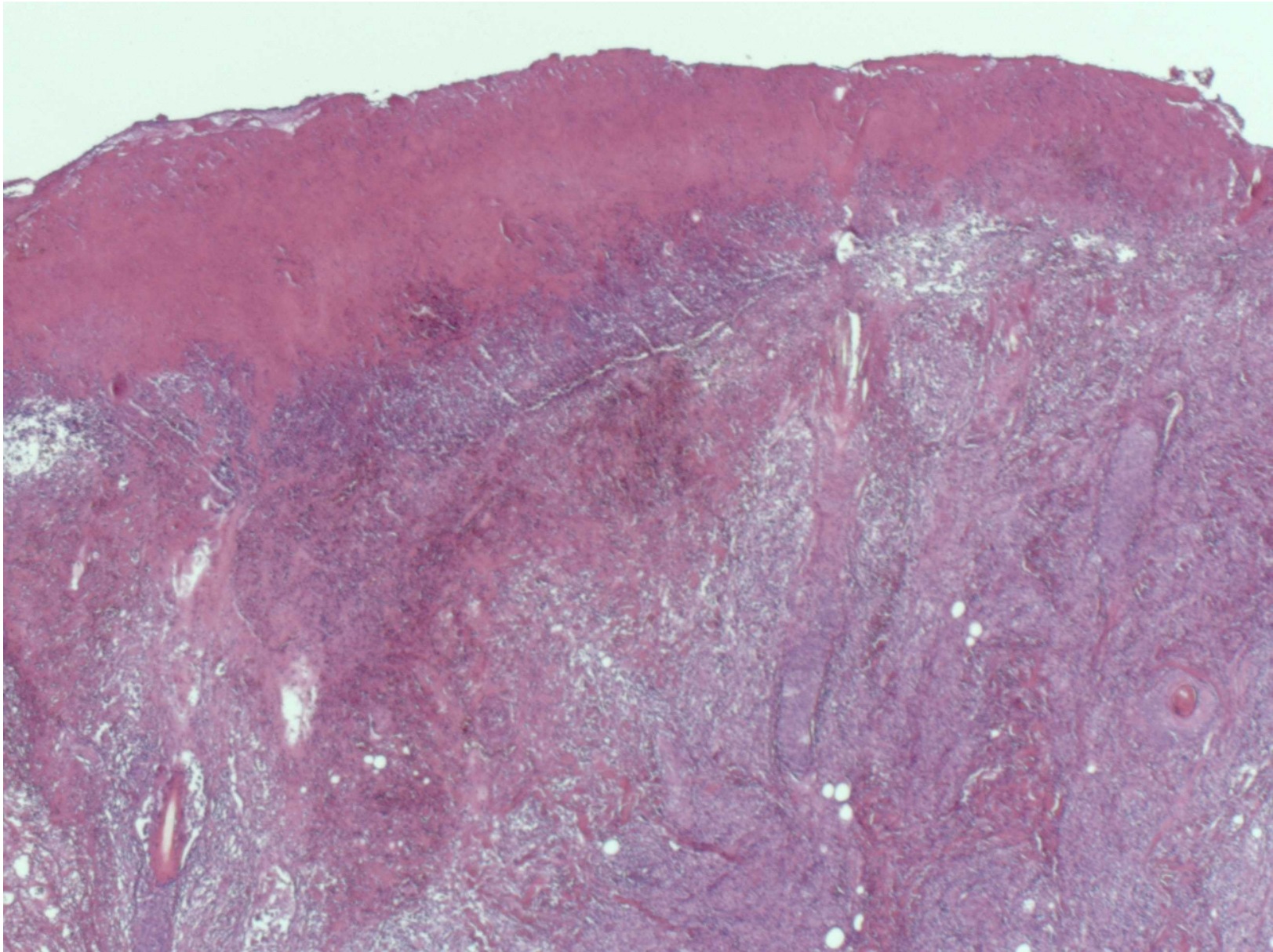
KRH
KLINIKUM REGION HANNOVER

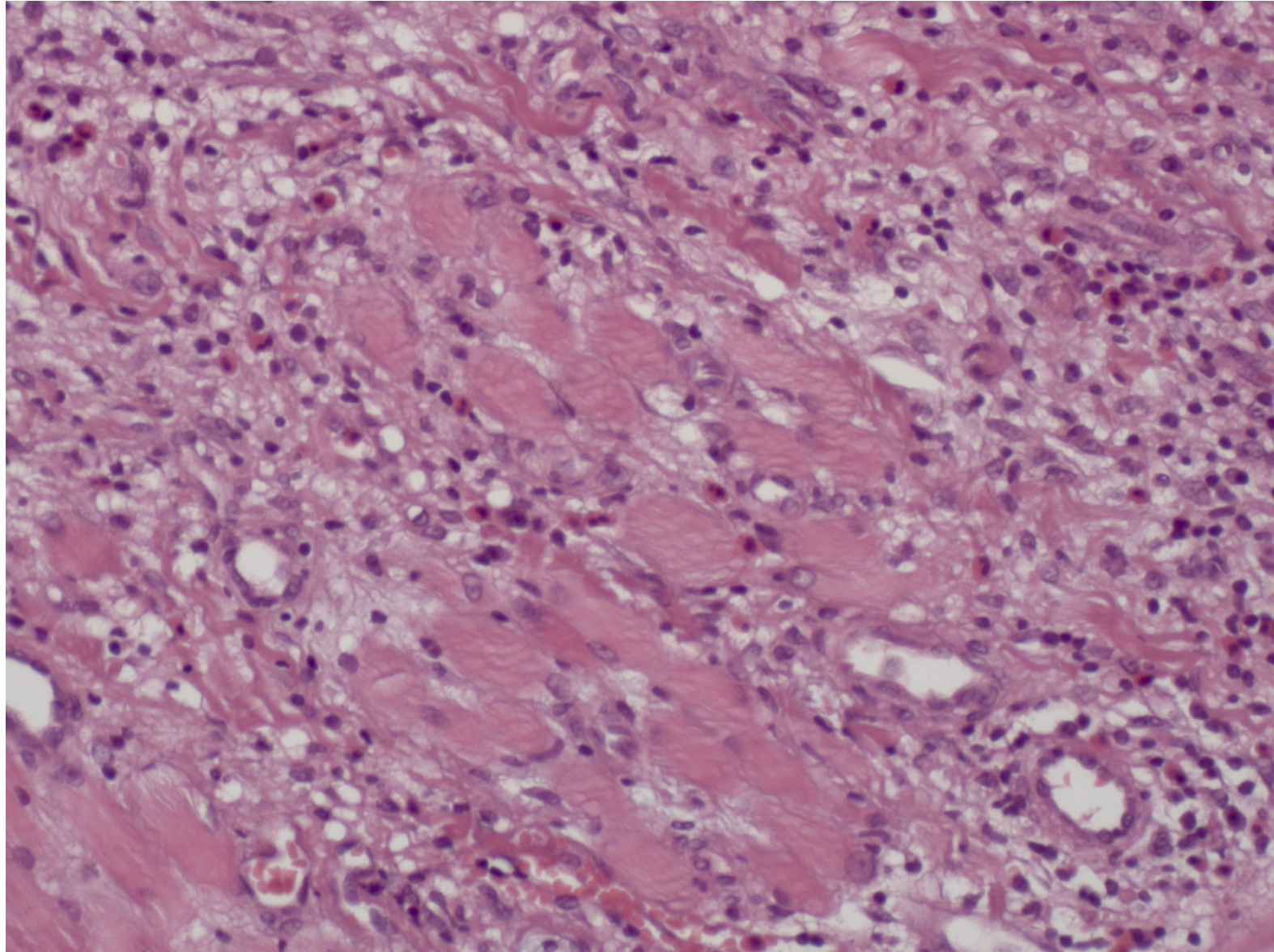
Klinische Information:

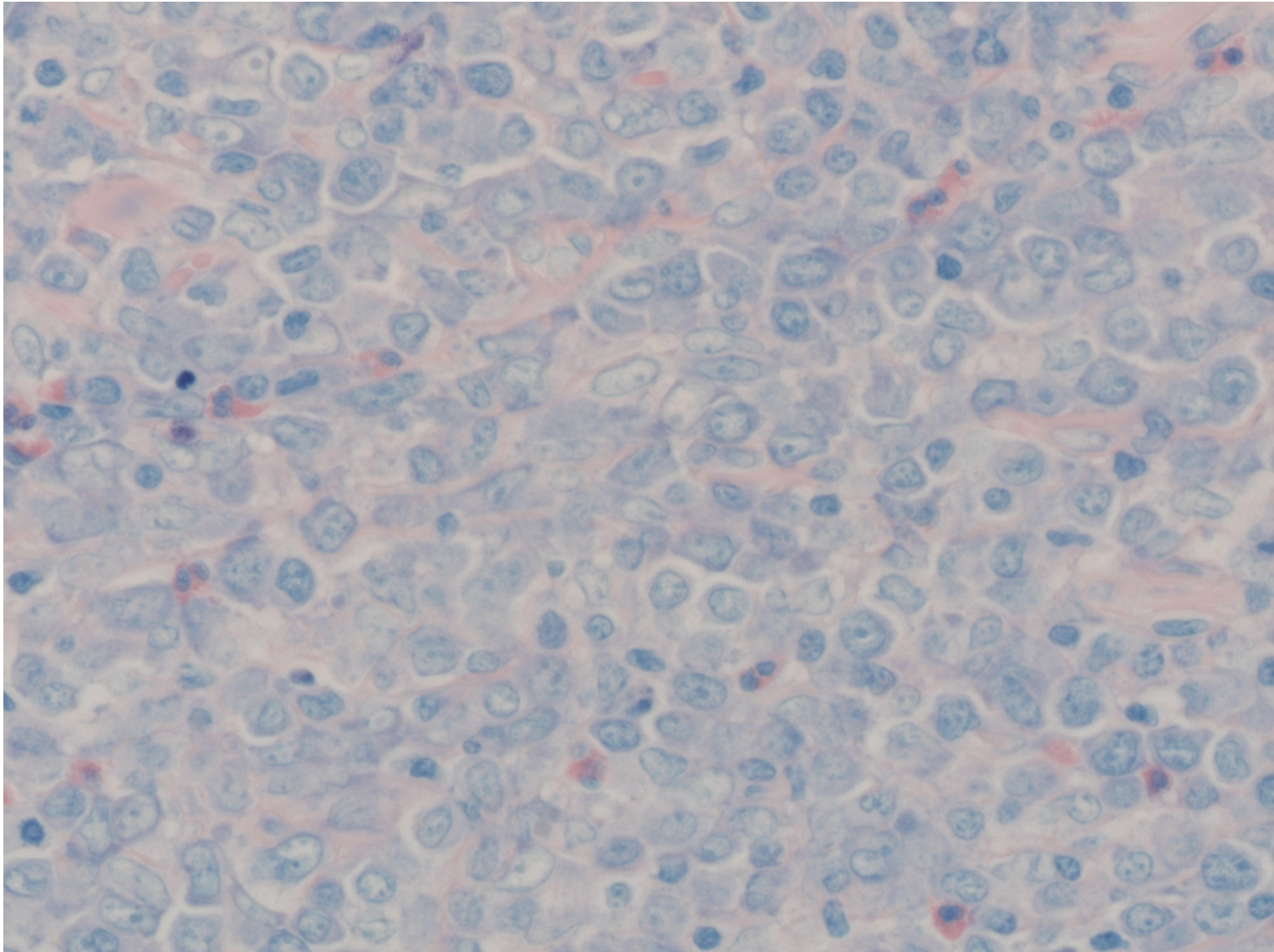
- 53 Jahre alte Frau
- nicht schmerzhafter Tumor der Unterlippe rechts
- innerhalb mehrerer Wochen auf dem Boden einer Papel entstanden
- keine Lymphknotenvergrößerung
- negative Lues-Serologie
- im Abstrich kein Keimnachweis

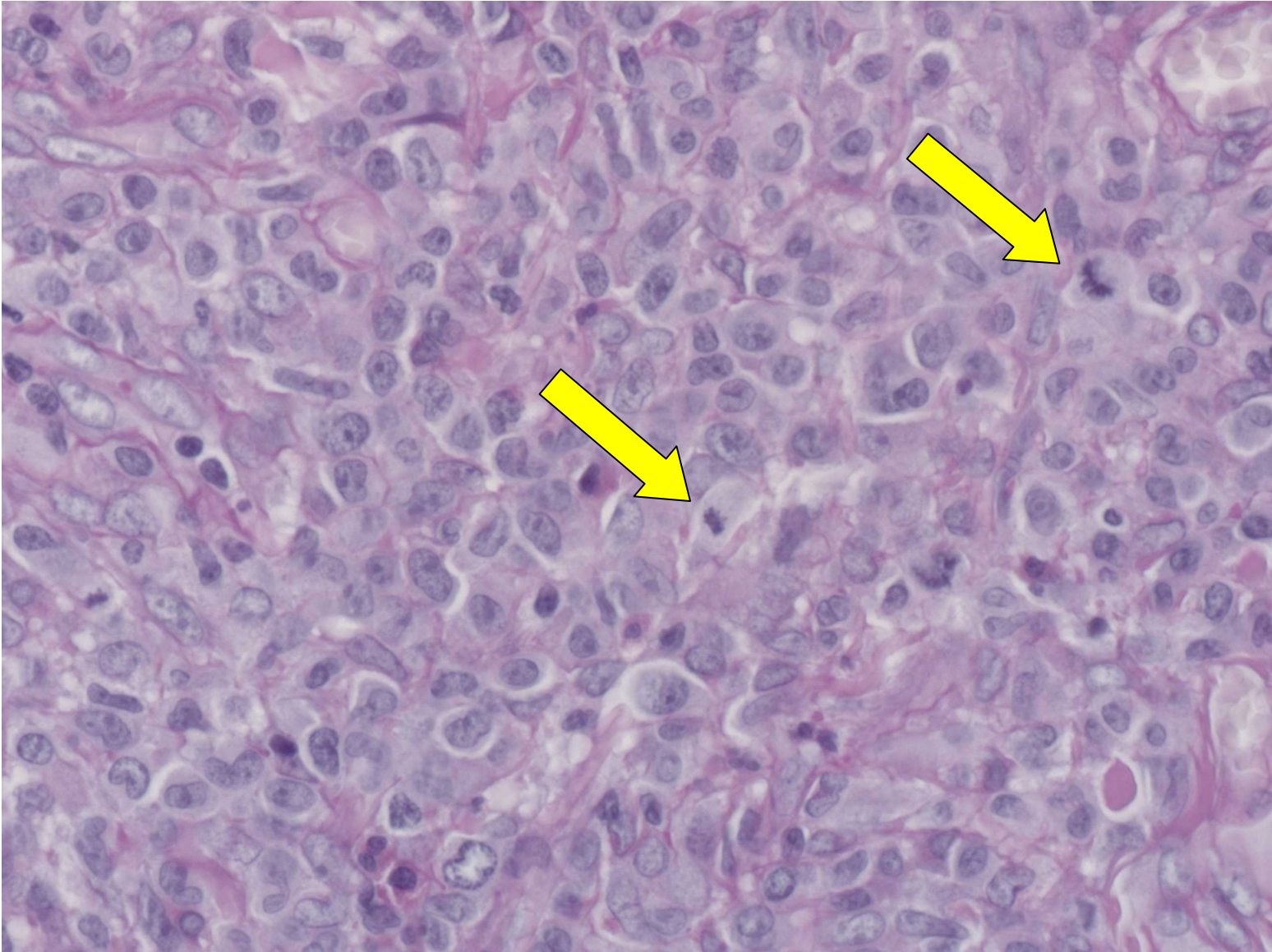
Makroskopie:

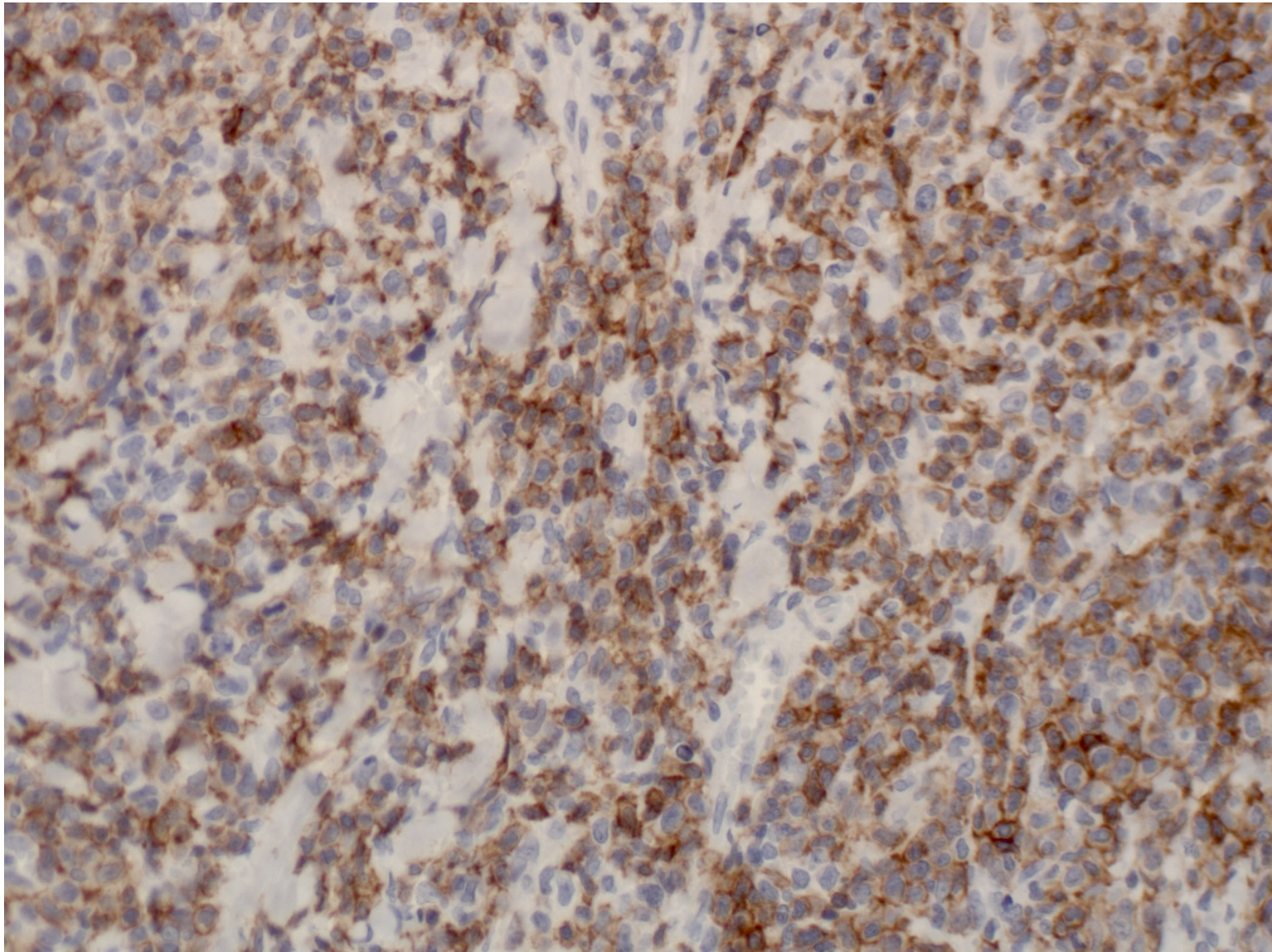
- 2,5 x 1,0 x 1,0 cm großes Keilexzisat der Unterlippe
- zentrale Ulzeration

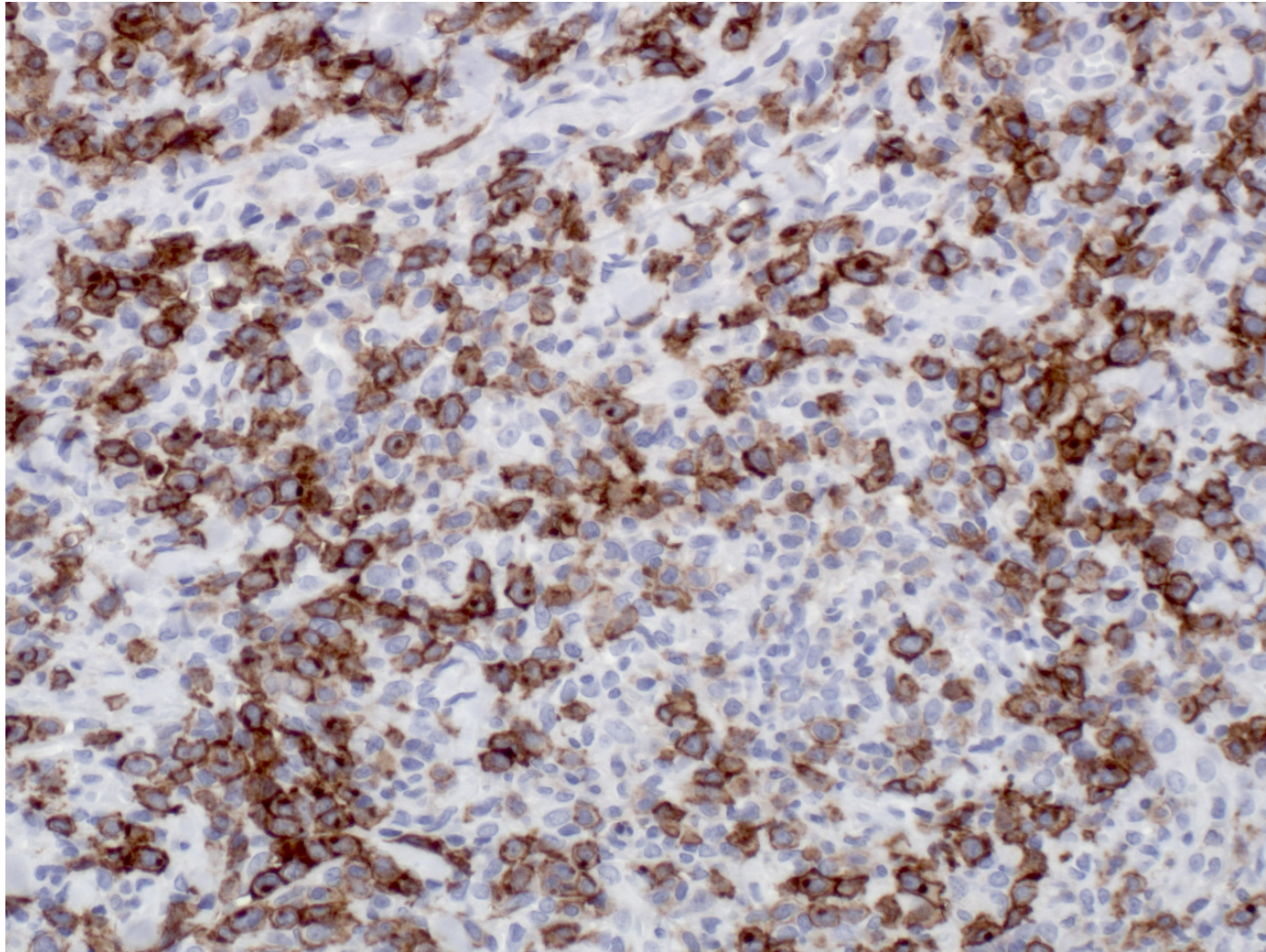


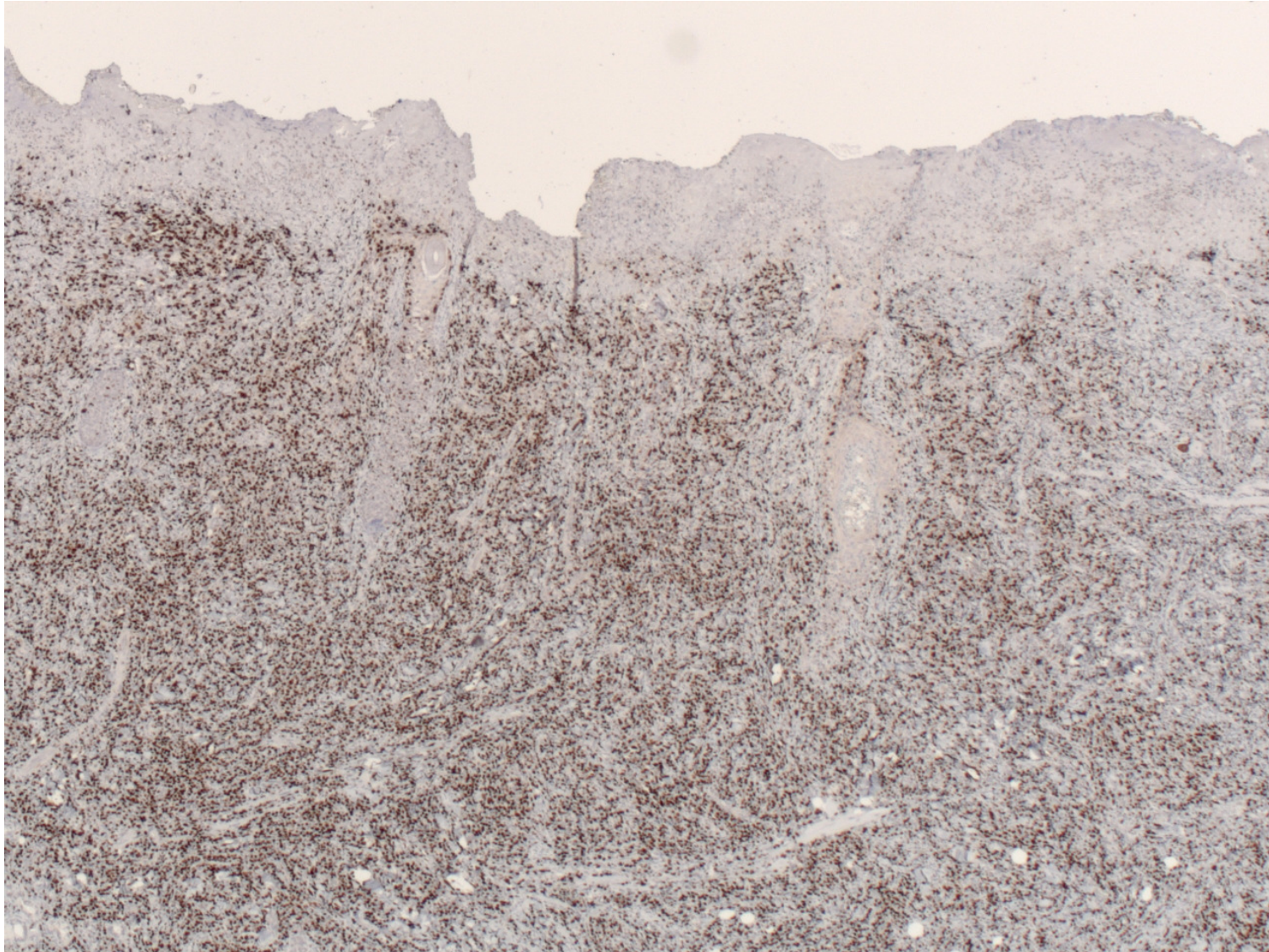


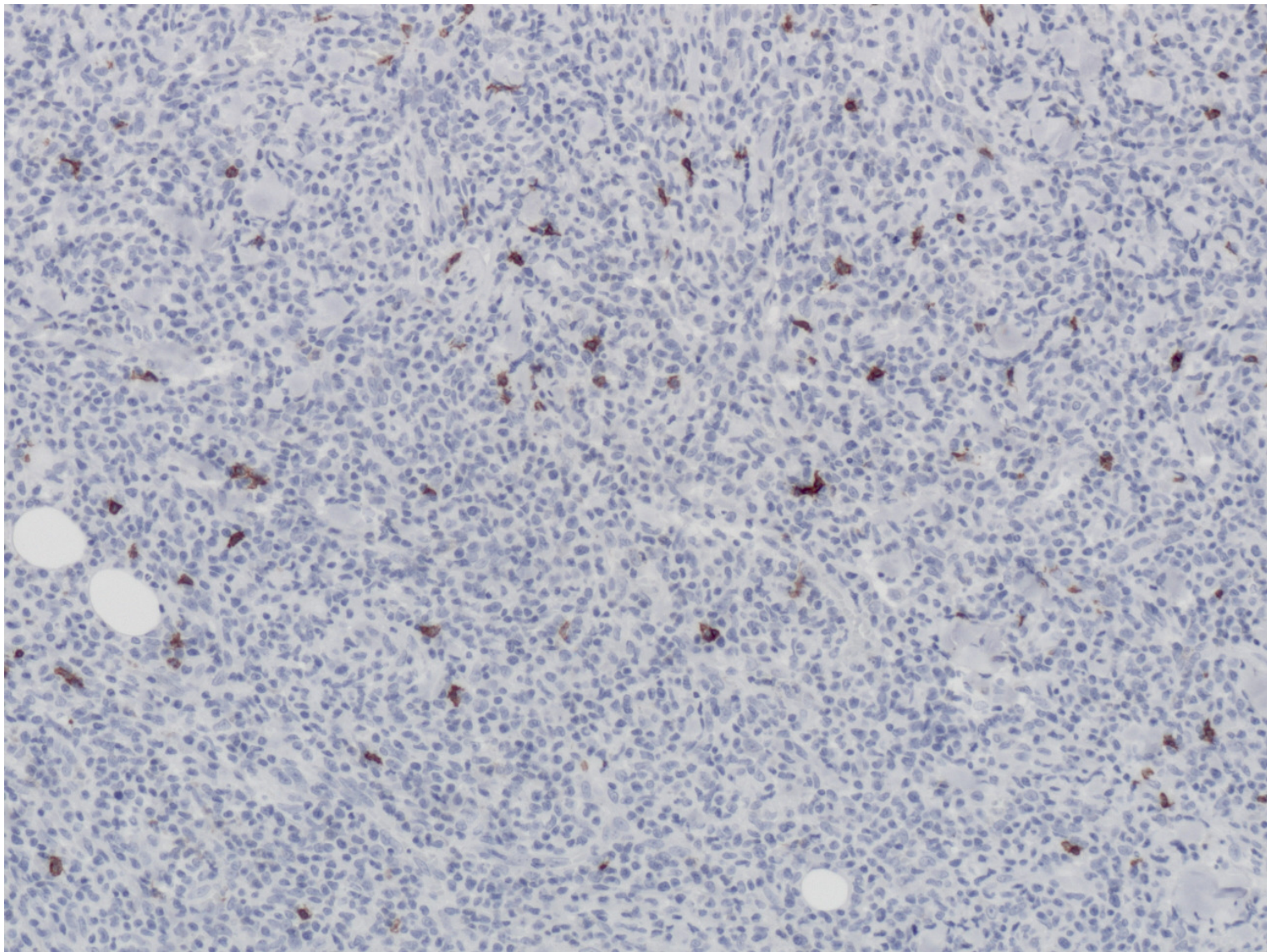












Zusatzuntersuchungen:

- polyklonales Ergebnis der T-Zell- Rezeptor-analyse
- Kein Nachweis einer EBV-Infektion (EBER)

Diagnose:

**Eosinophiles Ulkus der
Mundschleimhaut**

Synonyme:

- eosinophiles Ulkus,
- (traumatisches) eosinophiles Granulom/Ulkus der Zunge/der Mundschleimhaut,
- Eosinophiles (Schleimhaut-)Granulom,
- ulzeriertes Granuloma eosinophilicum diutinum
- traumatisches ulzerierendes Granulom mit Gewebseosinophilie
- Riga-Fede Syndrom

Geschichte:

- Zuerst bei Kindern klinisch beschrieben von Riga 1881 und histologisch von Fede 1890
- Bei Erwachsenen von Popoff 1956
- Und als eigene Entität bezeichnet von Shapiro 1970.

-
- Bei nicht geklärter Pathogenese auch traumatische Genese diskutiert
 - Männer und Frauen sind etwa in gleicher Weise betroffen
 - Die Läsion tritt in allen Altersklassen auf
 - Klinisch findet sich ein meist etwa 1 cm großes Ulkus mit festhaftendem weißen Belag am Grund und aufgeworfenem indurierten Randwall.

-
- nach der Häufigkeit ist die Zunge am stärksten betroffen, gefolgt von der bukkalen Mukosa und den Lippen.
 - meist besteht nur eine wenig schmerzhaftes Einzelläsion.
 - keine Lymphknotenschwellung
 - keine bestimmte Systemerkrankung assoziiert.
 - selbstlimitierender Verlauf

Differentialdiagnose:

Klinisch:

- Plattenepithelkarzinom
- Primäraffekt der Lues
- Schankriforme Pyodermie
- Tuberkulose
- Langerhans-Zell-Histiozytose
- Lymphom
- Herpes vegetans

Histologisch:

- Lymphom/
- CD30+ lymphoproliferative Erkrankung
- Langerhans-Zell-Histiozytose
- Schankriforme Pyodermie

Fazit:

Die Kenntnis dieser Erkrankung mit

- typischer Histologie
- selbstlimitierendem Verlauf

erspart Patienten belastende Diagnostik und nebenwirkungsreiche Therapien.

Literatur

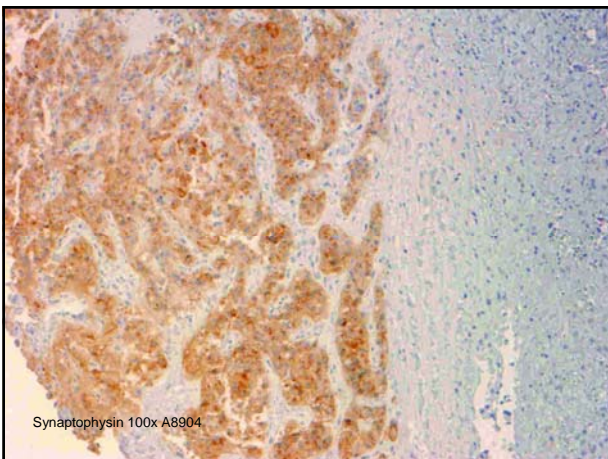
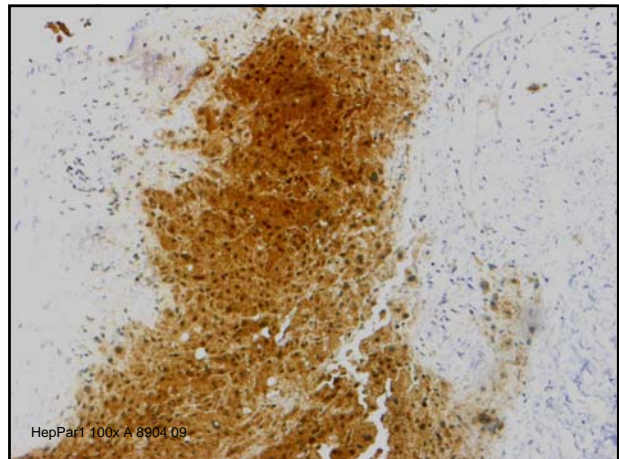
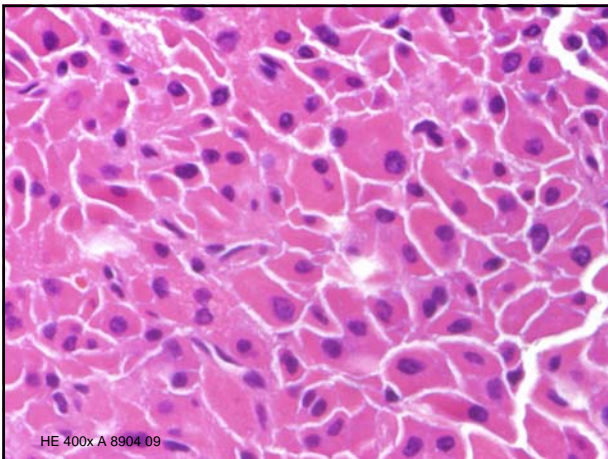
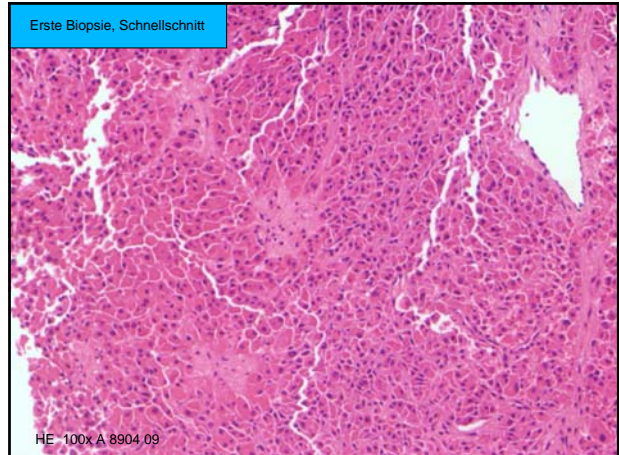
- Ada S, Seckin D, Tarhan E, Buyuklu F, Cakmak O, Arikan U. Eosinophilic ulcer of the tongue. *Australas J Dermatol*. 2007 Nov;48(4):248-50.
- Baroni A, Capristo C, Rossiello L, Faccenda F, Satriano RA. Lingual traumatic ulceration (Riga-Fede disease). *Int J Dermatol*. 2006 Sep;45(9):1096-7.
- Ficarra G, Prignano F, Romagnoli P; Traumatic eosinophilic granuloma of the oral mucosa: a CD30+ (Ki-1) lymphoproliferative disorder. *Oral Oncology* 1997 33:375–379
- Gonçalves ES, Rubira-Bullen IF, Rubira CM, Miyazawa M, Chinellato LE, Consolaro A. Eosinophilic ulcer of the oral mucosa versus squamous cell carcinoma. *Quintessence Int*. 2007 Sep;38(8):677-80.
- Hirshberg A, Amariglio N, Akrish S, Yahalom R, Rosenbaum H, Okon E, Kaplan I. Traumatic ulcerative granuloma with stromal eosinophilia: a reactive lesion of the oral mucosa. *Am J Clin Pathol*. 2006 Oct;126(4):522-9.
- Schmitt-Köppler J, Bröcker EB, Rose C. [Eosinophilic ulcer of the mouth mucosa. Differential mouth ulcer diagnosis]. *Hautarzt*. 2002 Mar;53(3):196-200.
- Segura S, Romero D, Mascaró JM Jr, Colomo L, Ferrando J, Estrach T. Eosinophilic ulcer of the oral mucosa: another histological simulator of CD30+ lymphoproliferative disorders. *Br J Dermatol*. 2006 Aug;155(2):460-3.
- Wollina U. Riga-Fede-like disease in a 70 year old woman. *Indian J Dermatol*. 2010;55(1):92-4.

Anamnese und Klinik
Dr. med. M. Bredt
Fall 8

Männlicher Patient, Jahrgang 1938.

Sonographisch auffälliger, etwa 5 cm
durchmessender Rundherd im rechten
Leberlappen, Segment 6/7, entdeckt bei einer
Routineuntersuchung.
Keine klinischen Beschwerden.

Mitteilung eines Z.n. vollständiger Resektion eines
gastrointestinalen Karzinoids vor etwa fünf
Jahren.



**Weitere
immunohistochemische
Ergebnisse**

Positiv:

CD56, Chromogranin, CK8/18

Mib-1 mit Proliferationsfraktion von etwa 10%

Negativ:

CK7

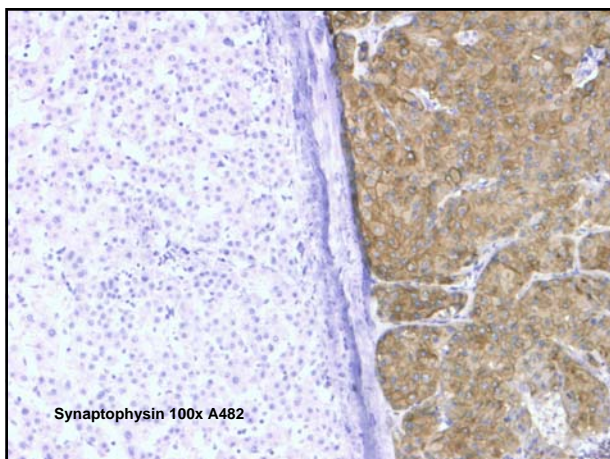
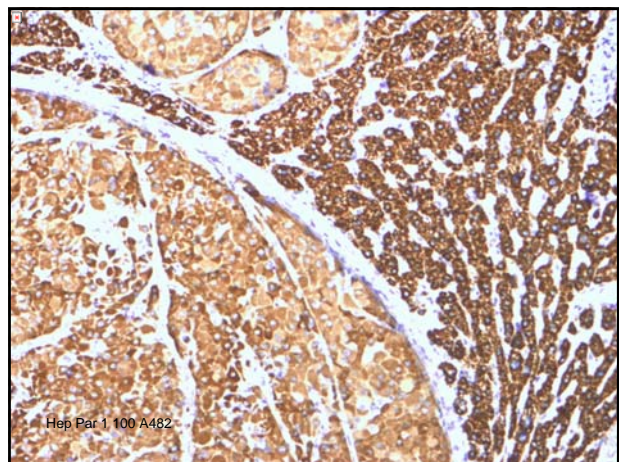
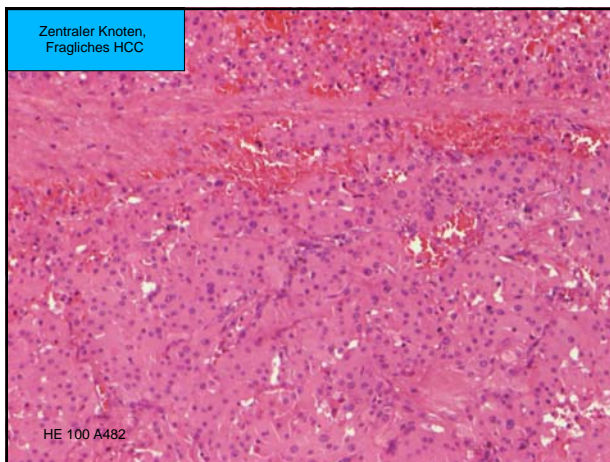
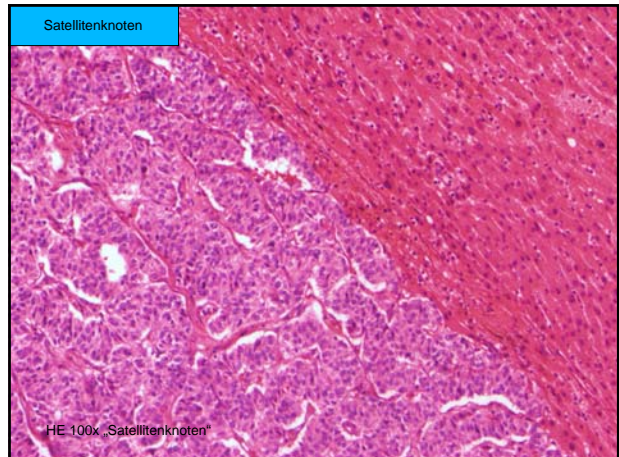
Hepatektomie rechts

Max. 170cm großes Hepatektomiepräparat rechts mit maximal 7cm durchmessendem rotbraunen, weichen Tumorherd,

sowie weiteren, bis 1,2 cm großen satellitenartigen Tumorknoten, grauweißlich und eher fest.

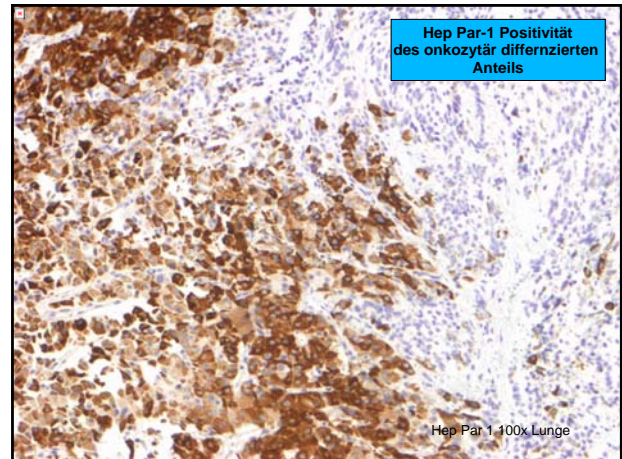
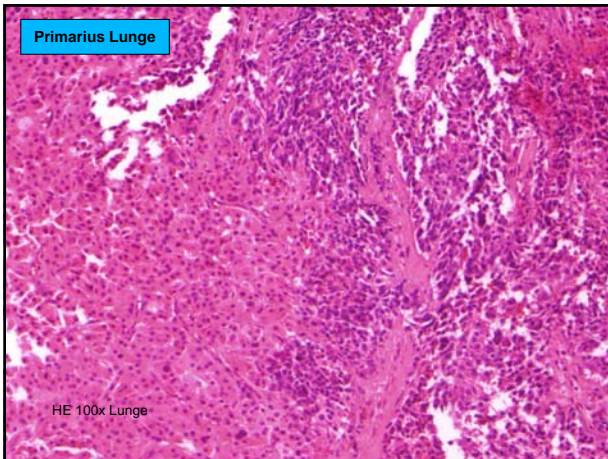
Kein zirrhotischer Umbau des Leberparenchyms.

Mitteilung eines nicht gastrointestinalen, sondern pulmonal gelegenen Carcinoids.



Zweitdiagnose

Metastase eines gut differenzierten neuroendokrinen Carcinoms, passend zu einer Metastase eines zwischenzeitlich mitgeteilten pulmonalen Carcinoids.



Hep Par-1 in non-HCCs II

The American Journal of Surgical Pathology 26(8): 978–988, 2002

Hepatocyte Antigen as a Marker of Hepatocellular Carcinoma

Peiguo G. Chu, M.D., Ph.D., Shin Ishizawa, M.D.,
Emerald Wu, B.S., HT (ASCP), and Lawrence M. Weiss, M.D

5 von 19 untersuchten Carcinoiden/
neuroendokrinen Carcinomen (Lunge, Leber,
GI) mit Expression von Hep Par -1, davon

4 von 9 neuroendokrinen Carcinomen.

Solid-pseudopapillärer Tumor des Pankreas (Frantz-Tumor)

Dr. med. Kais Hussein

Kasuistisches Forum Niedersächsischer Pathologen, 11/2010



Medizinische Hochschule
Hannover

Solid-pseudopapillärer Tumor des Pankreas (Frantz-Tumor)

>80% Frauen, Asien

DD-klinisch fibrolamelläres HCC

DD-IM neuroendokrines Karzinom

>99% nukleär Beta-Catenin-positiv/E-Cadherin-negativ

>90% Vimentin+, α 1-ACT/ α 1-AT+

60-80% NSE/CD56+, CD10+, PR+

Gute Prognose:

keine Invasion, Tumor <5 cm & R0-Resektion

HE, x100

