

Fall 1

Dr. med. B. Soudah. FIAC

Dr. med. M. Raap

PD. Dr. med. J. H. Bräsen/ Dr. med. R. Bollin

Prof. Dr. med. H-H. Kreipe

Institut für Pathologie/Nephrologie



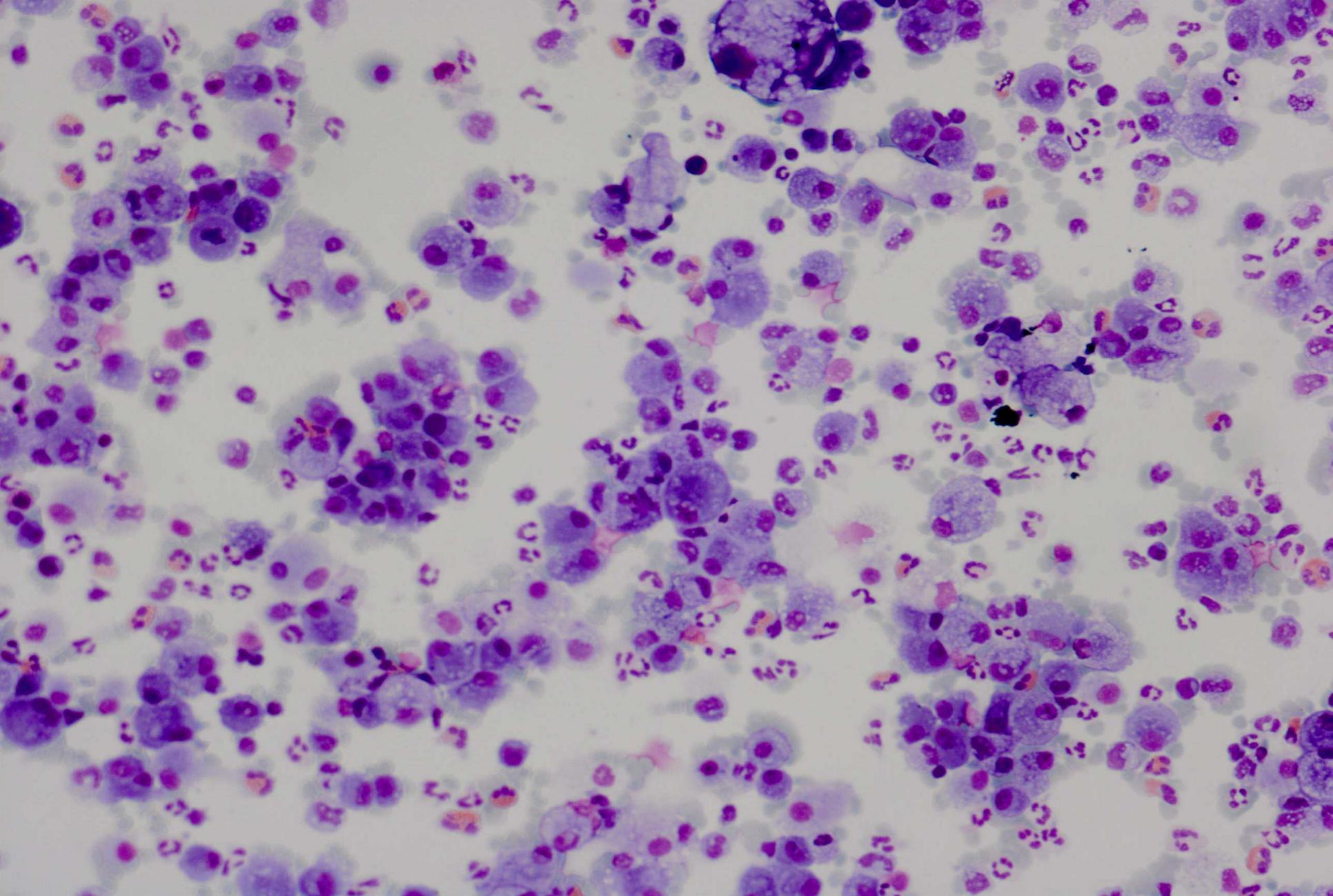
M_HH

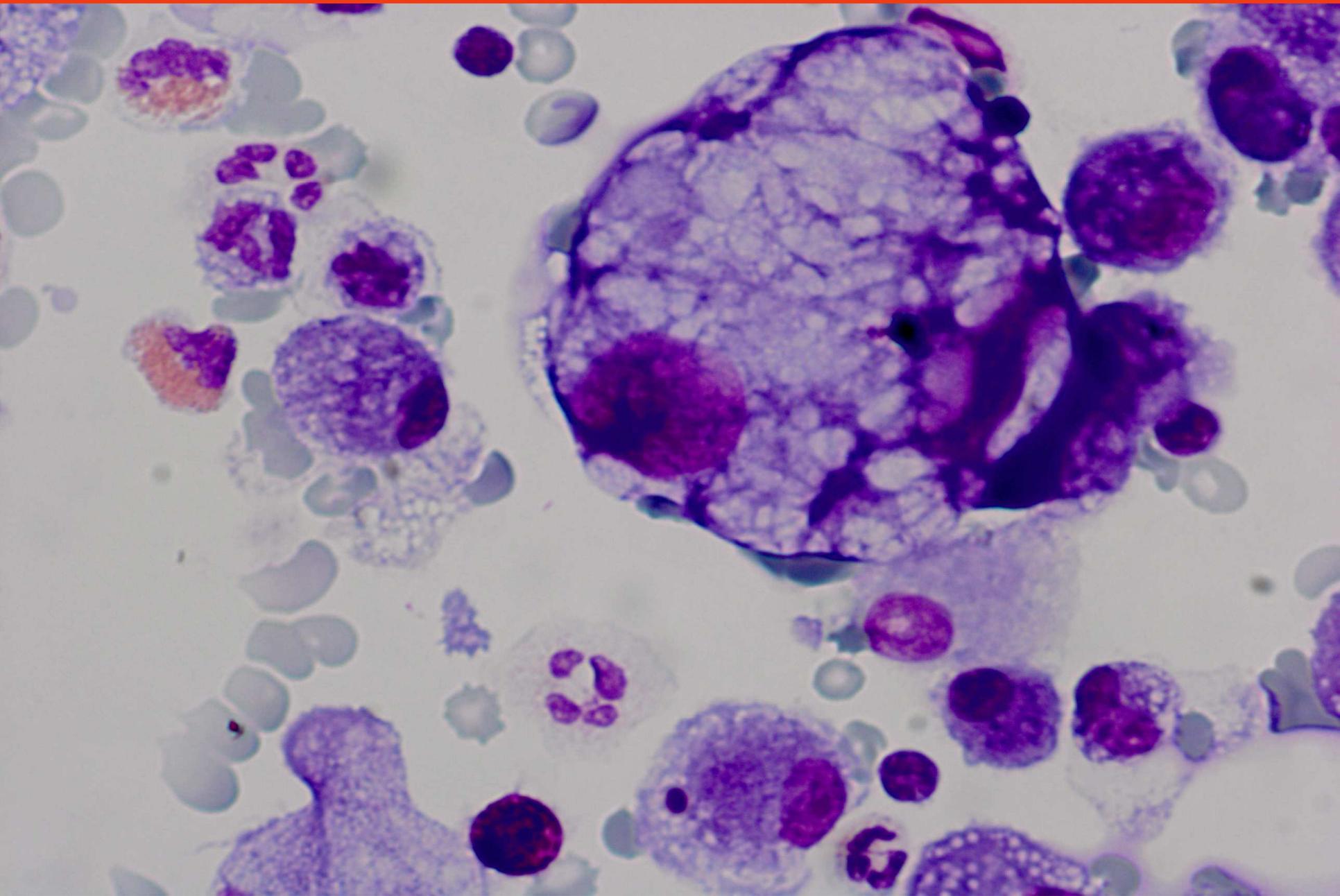
Medizinische Hochschule
Hannover

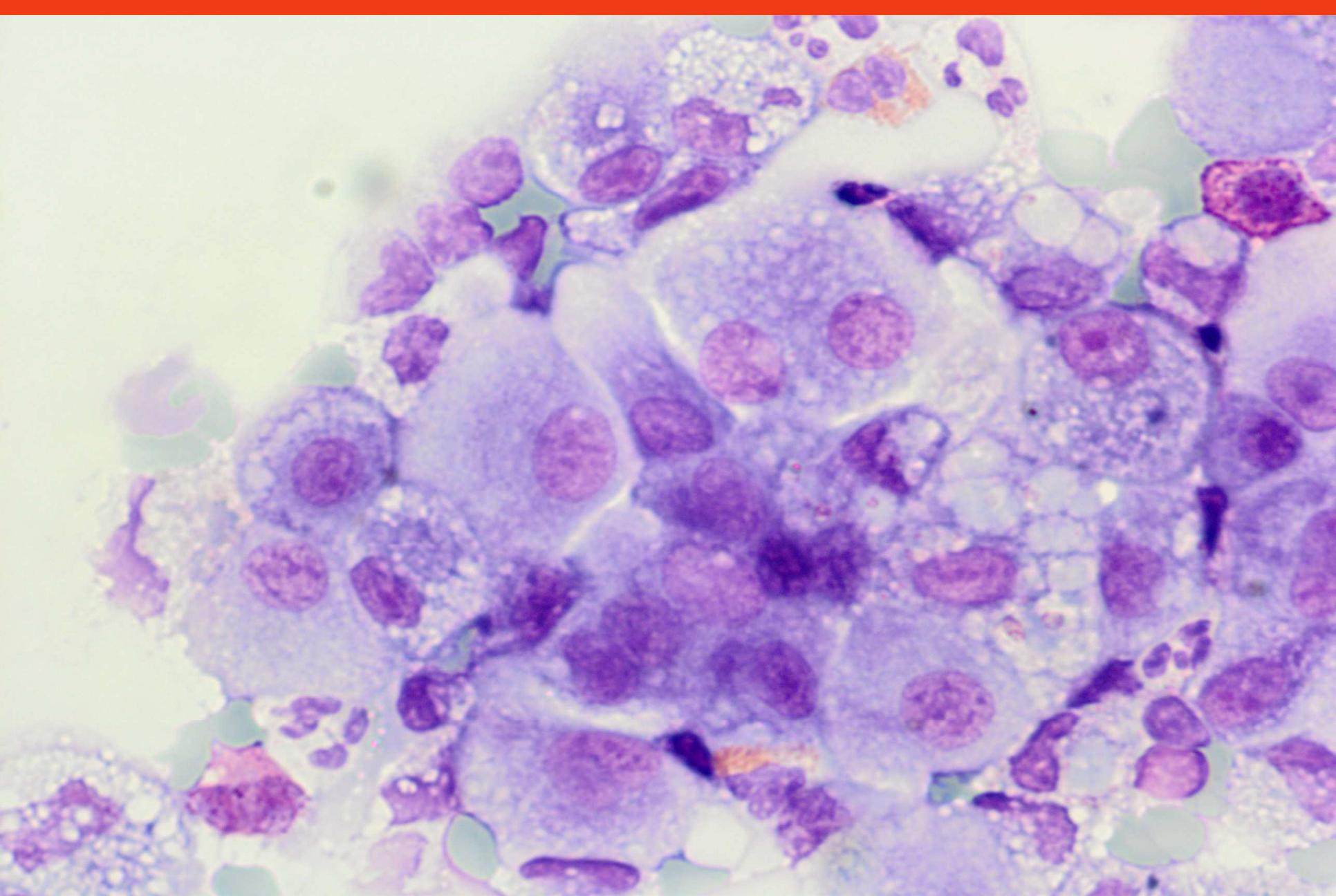
Mann, geboren am 10. 05. 1935

BAL S4 links bei respiratorischer Insuffizienz

Frage nach Atypien, Pneumotoxizität ?

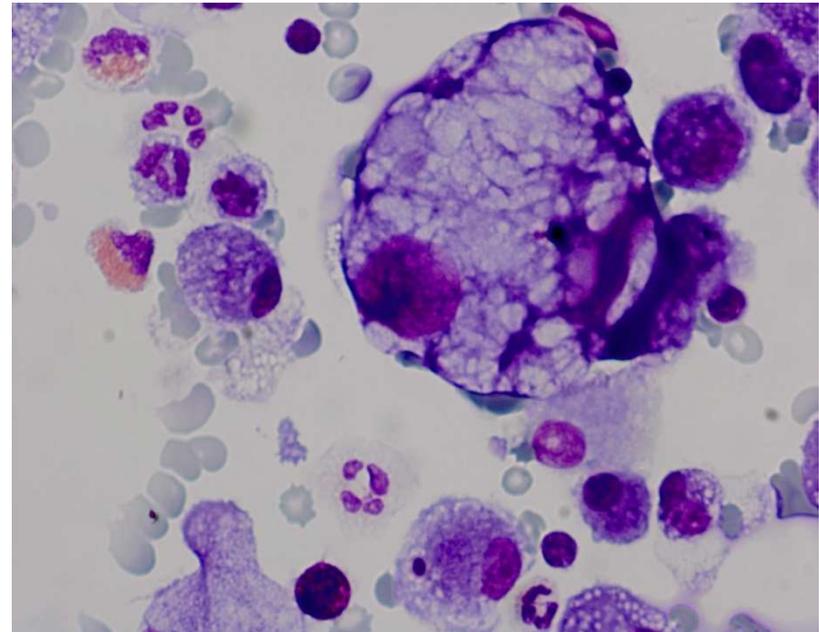


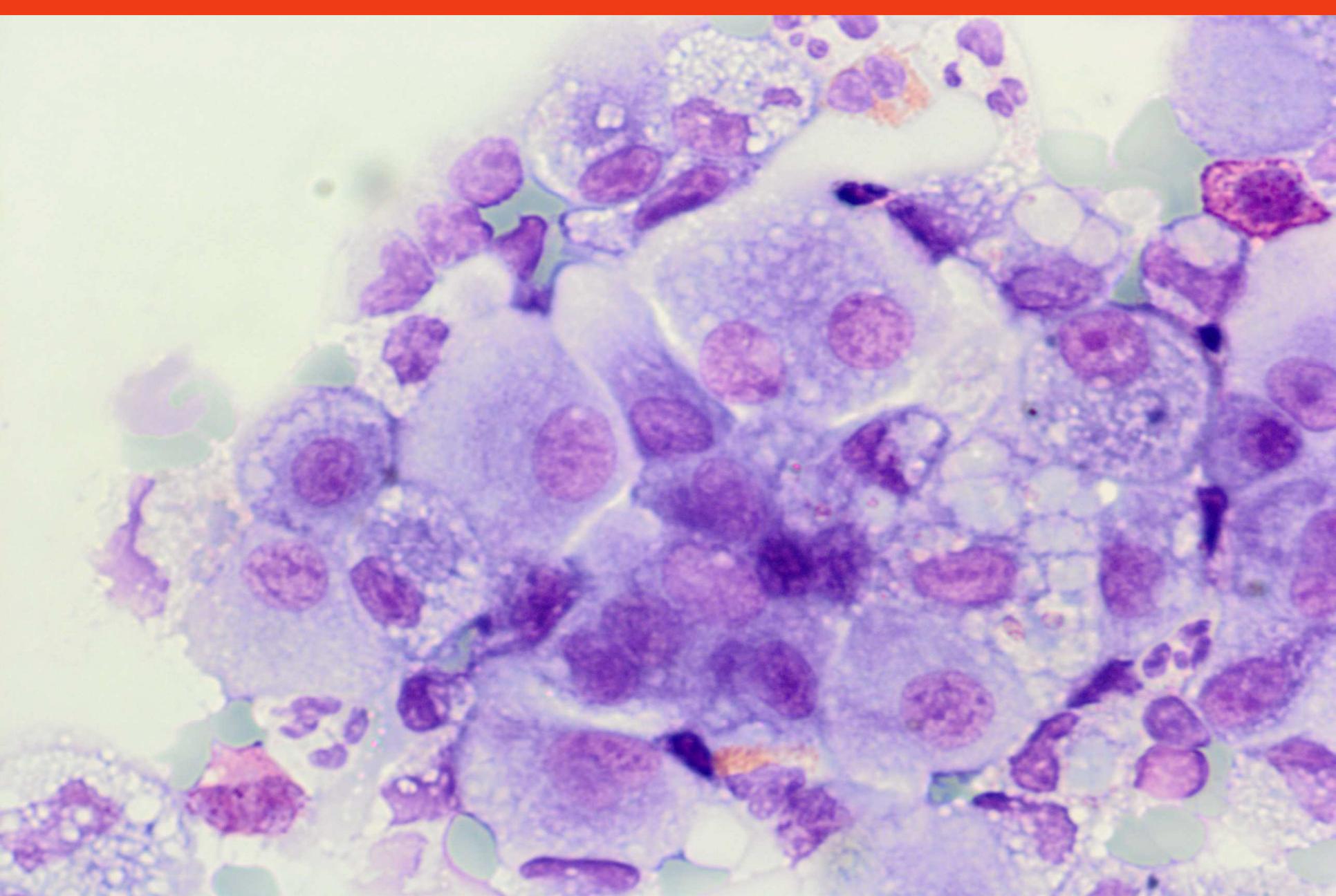


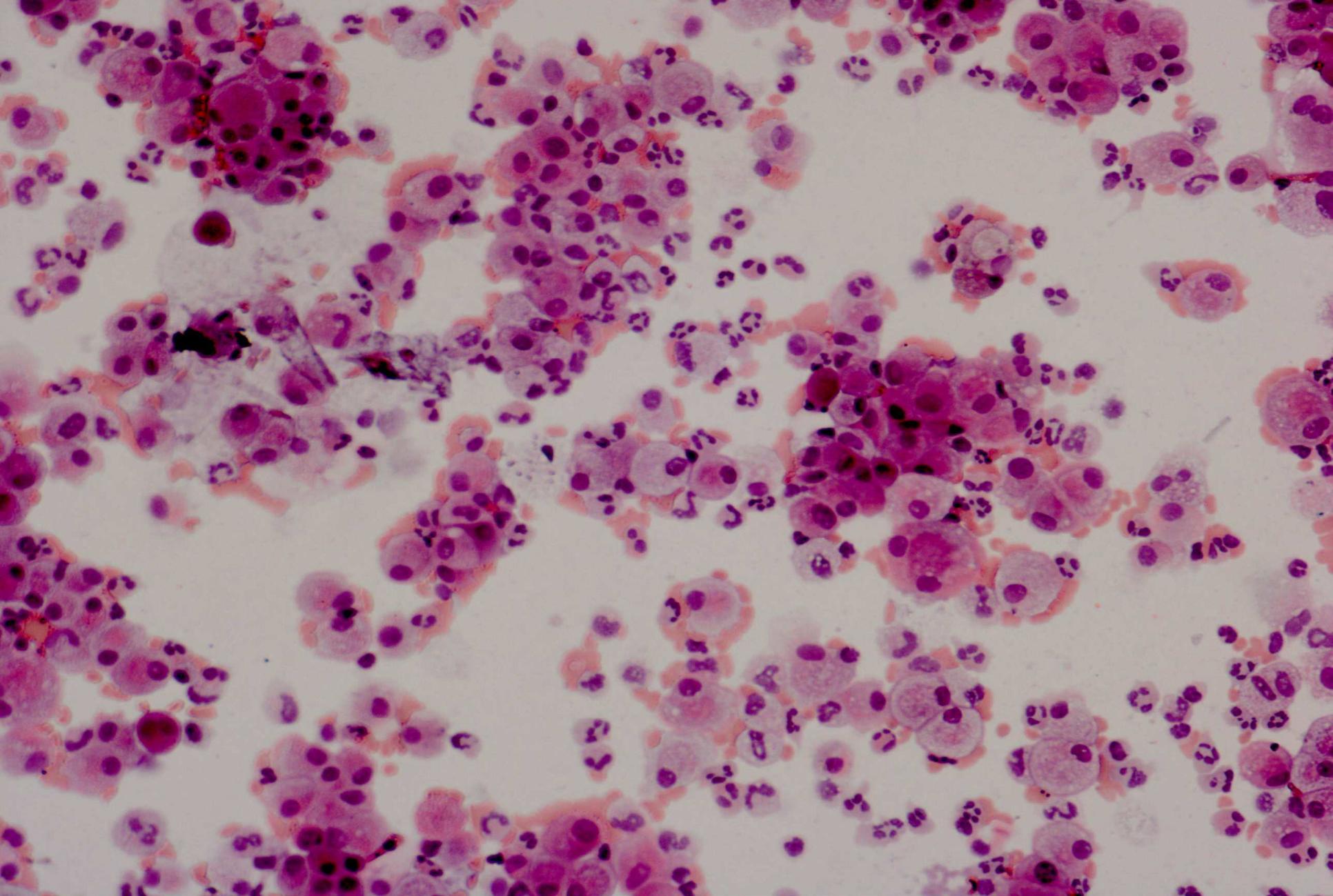


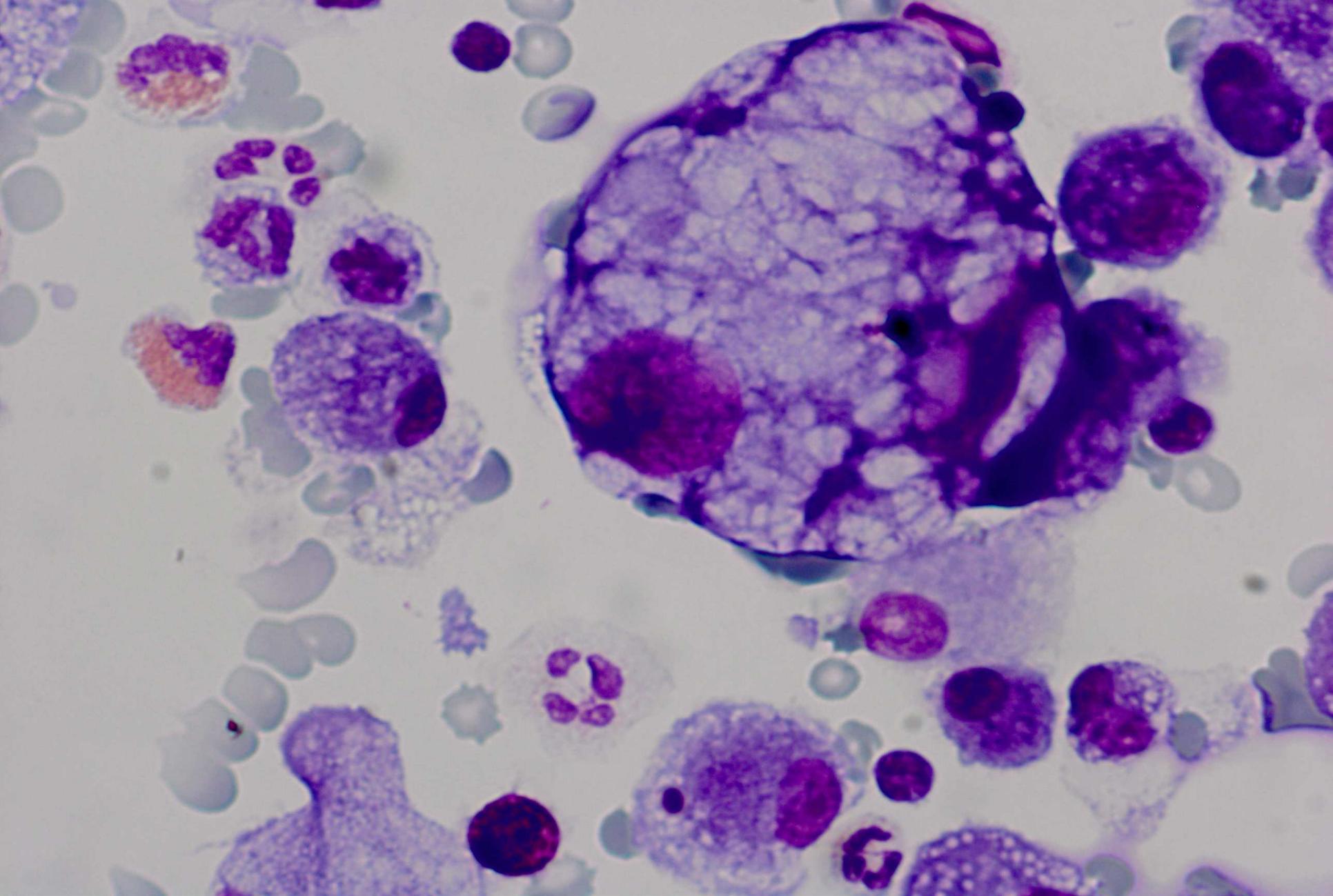
TED-FRAGE:

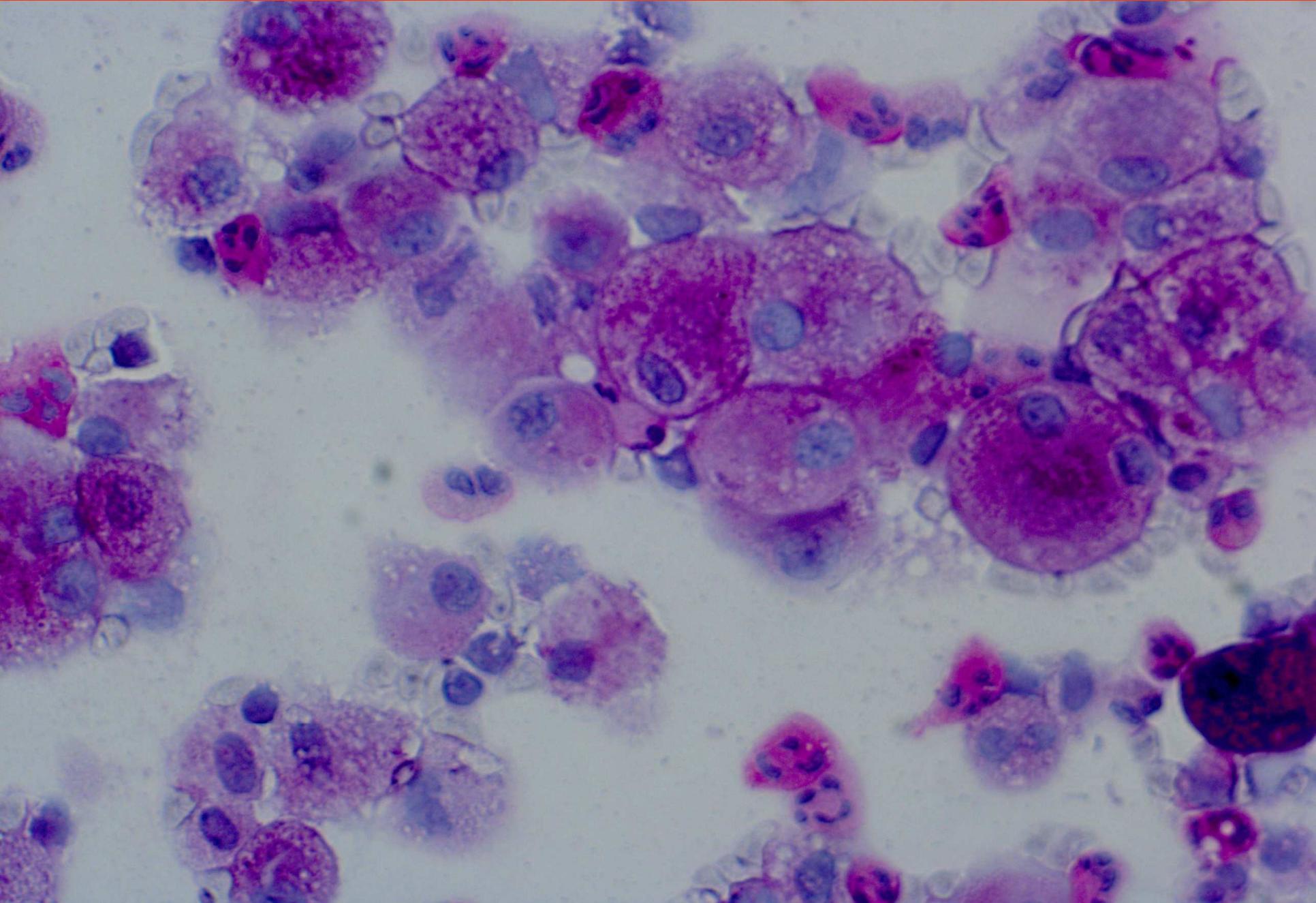
1. Adenokarzinom vom lepidischen Typ (Alveolarzellkarzinom)
2. Magenkarzinom
3. Malignes Melanom
4. Histiozytose X
5. PJP
6. Strahlentherapie/ Chemotherapie
7. Alveolarproteinose
8. Morbus Niemann-Pick
9. Pneumotoxizität



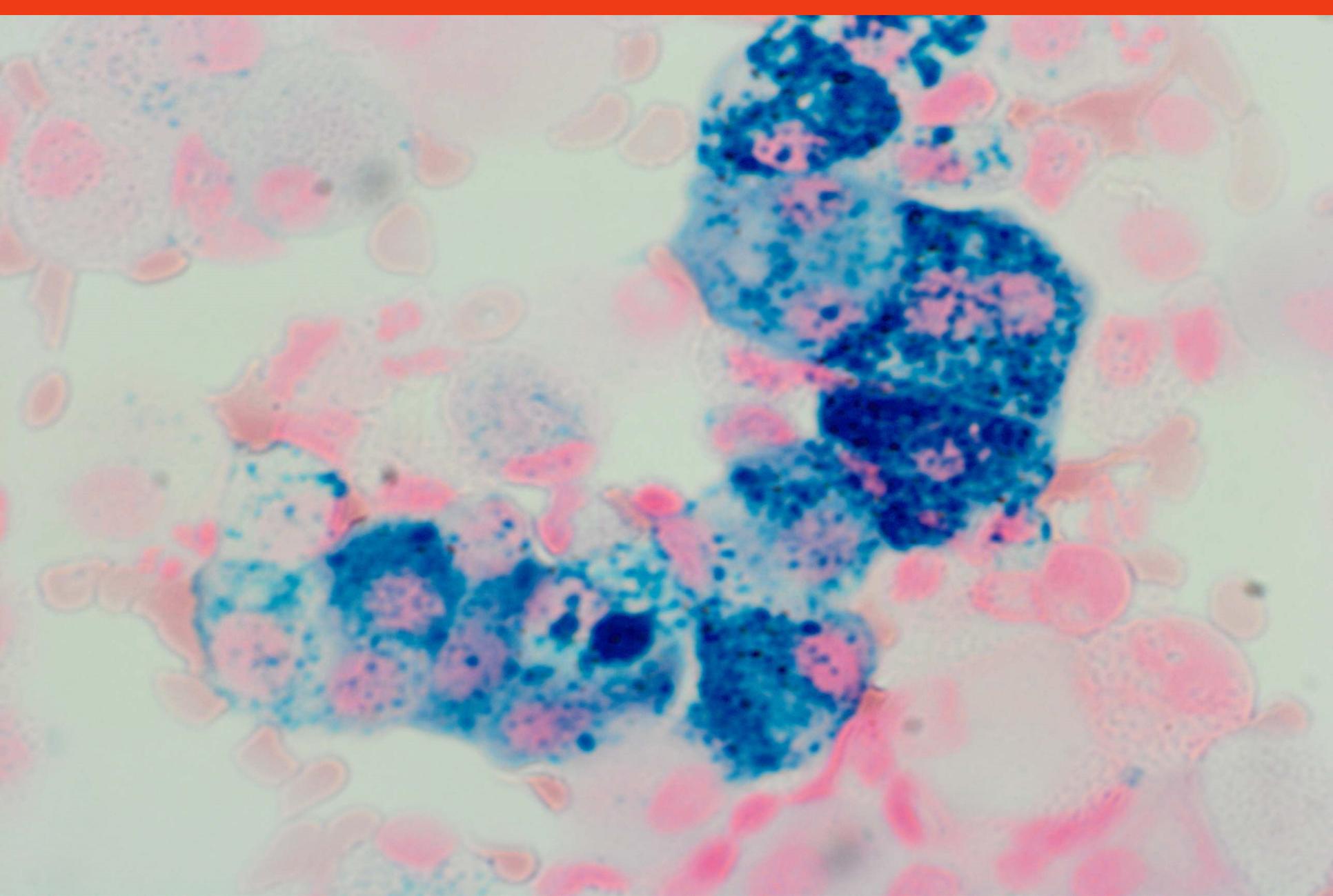








PAS-Färbung

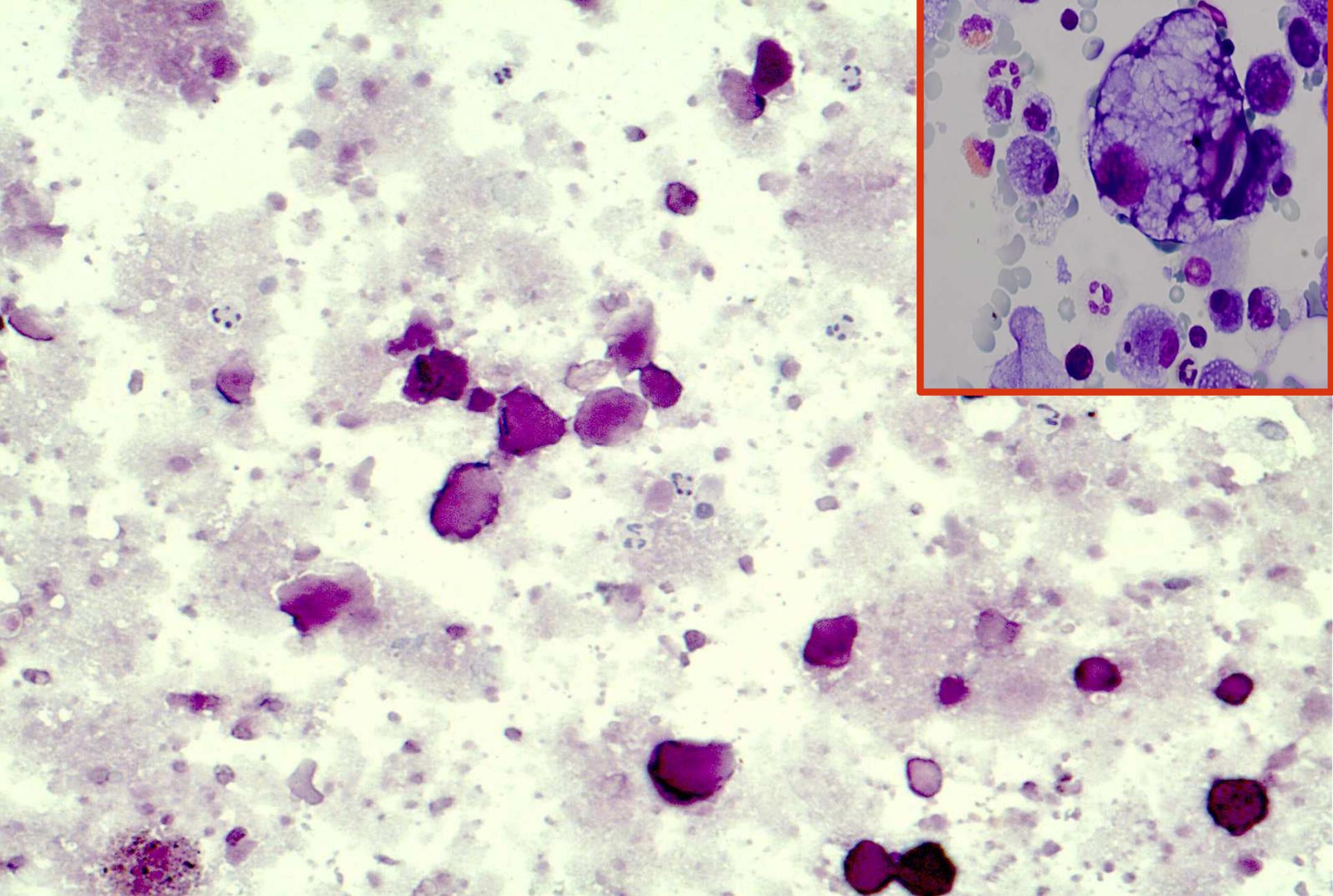


Fe-Färbung 43% positiv

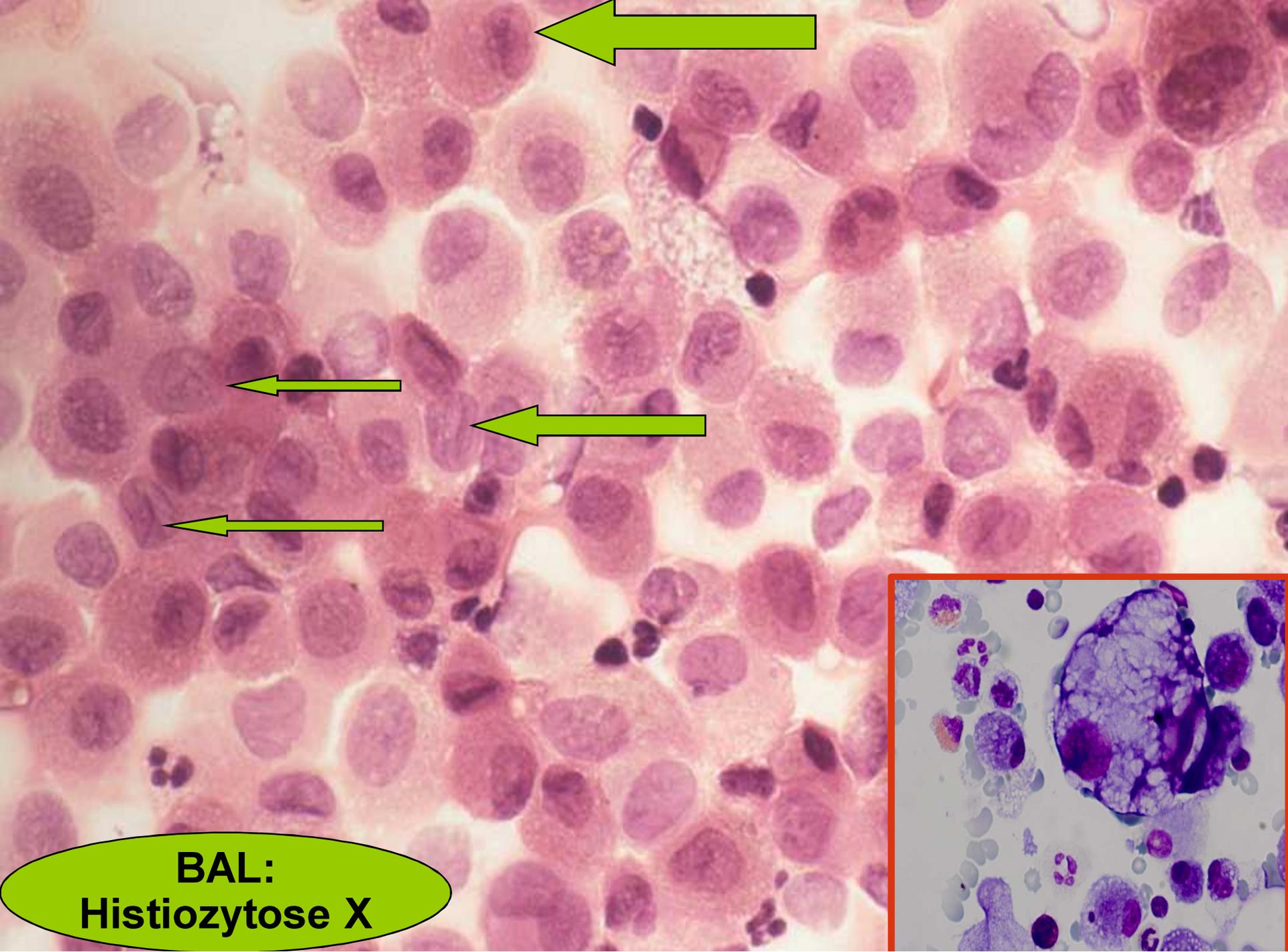
M_HH

Medizinische Hochschule
Hannover

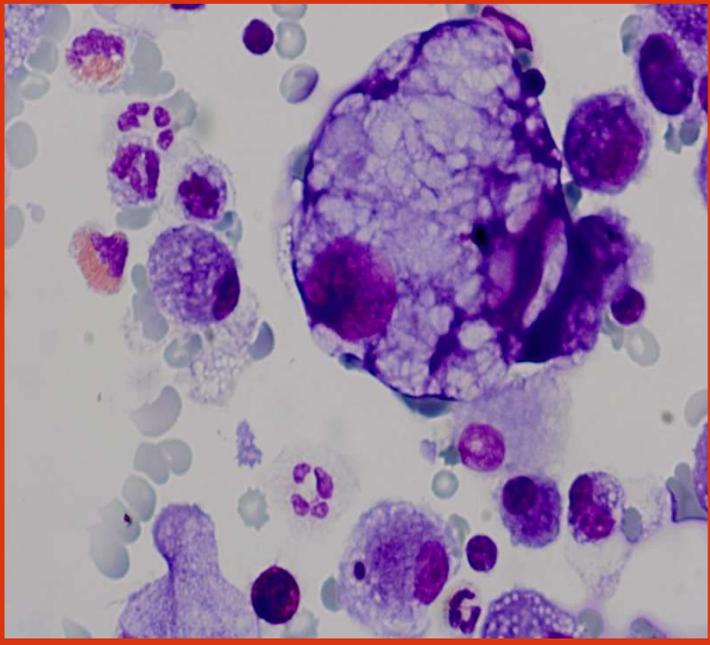
Differentialdiagnose



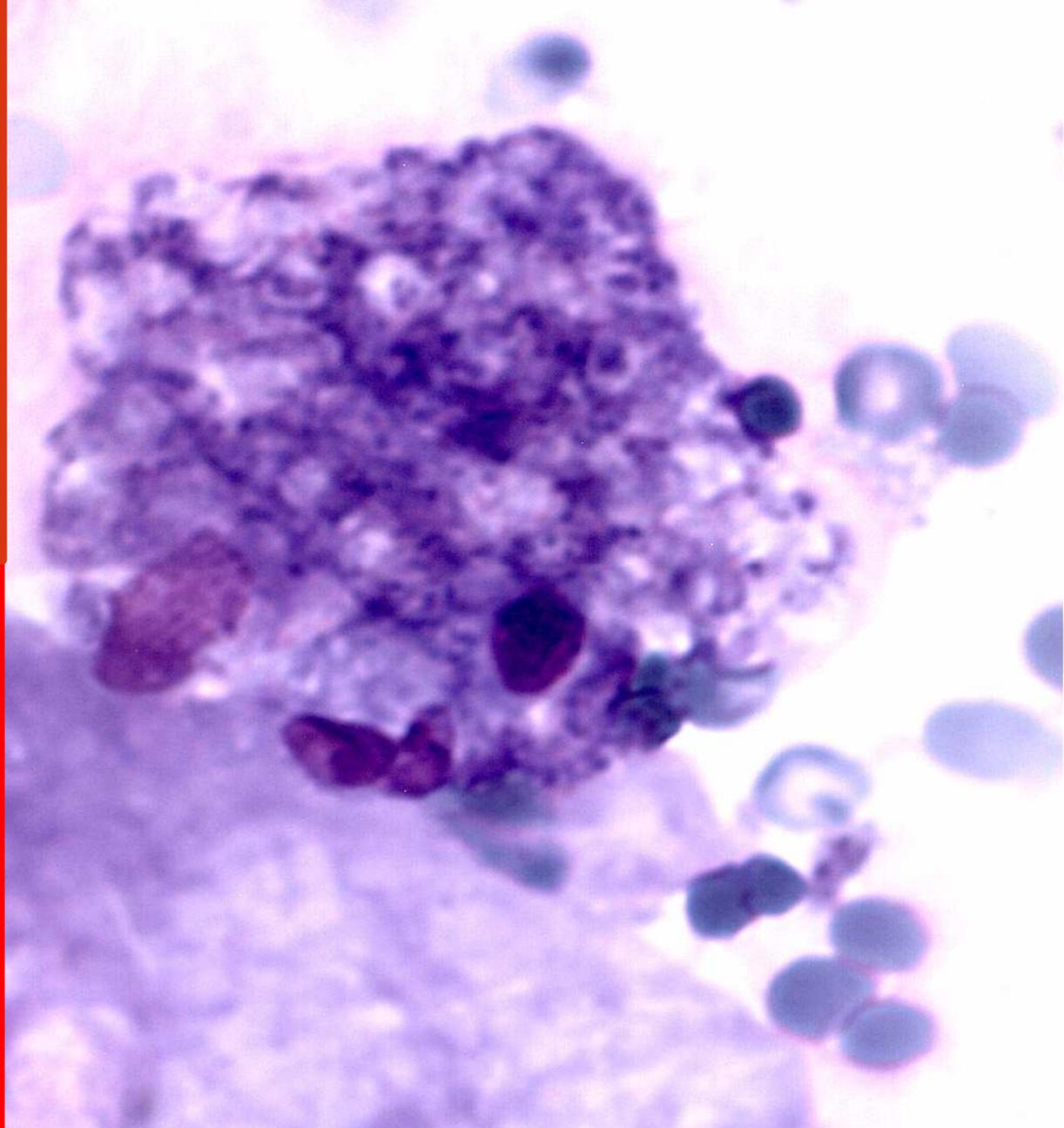
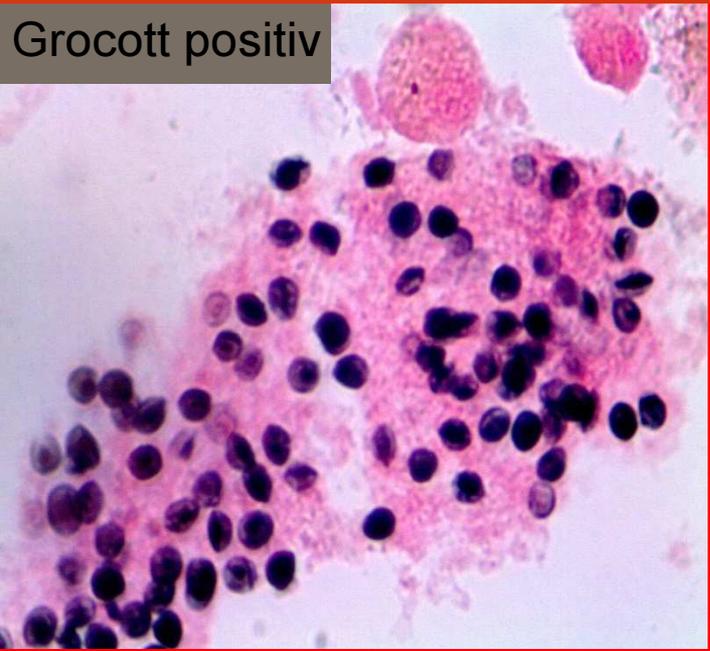
BAL: Alveoläre Proteinose: PAS-positive ovoläre Korpuskel



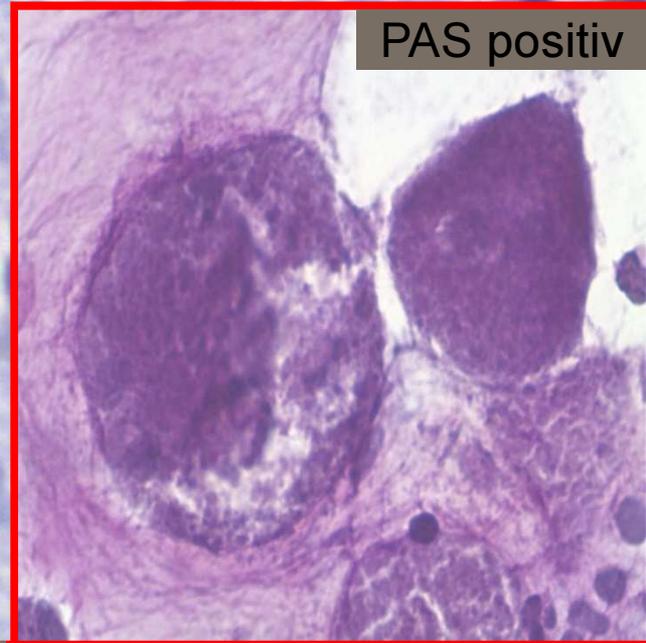
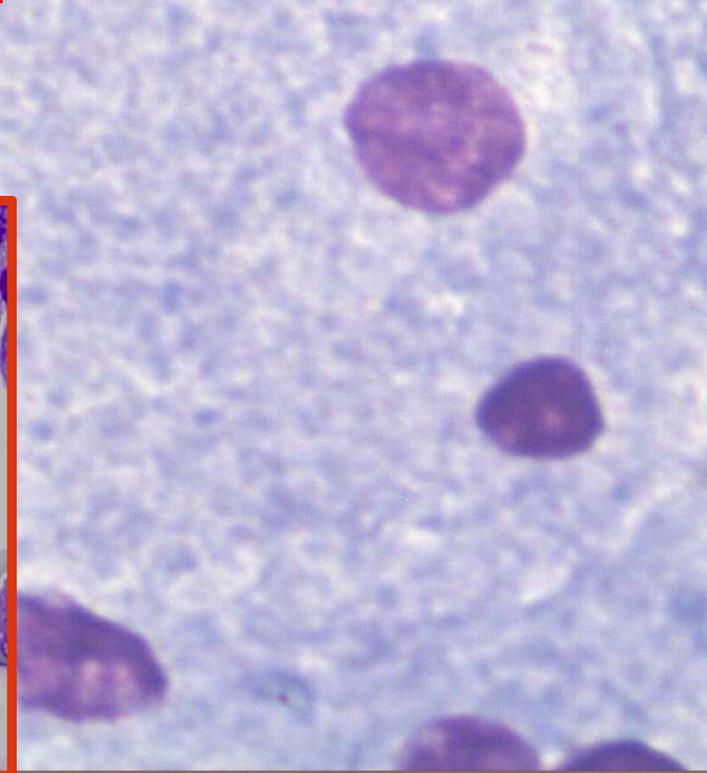
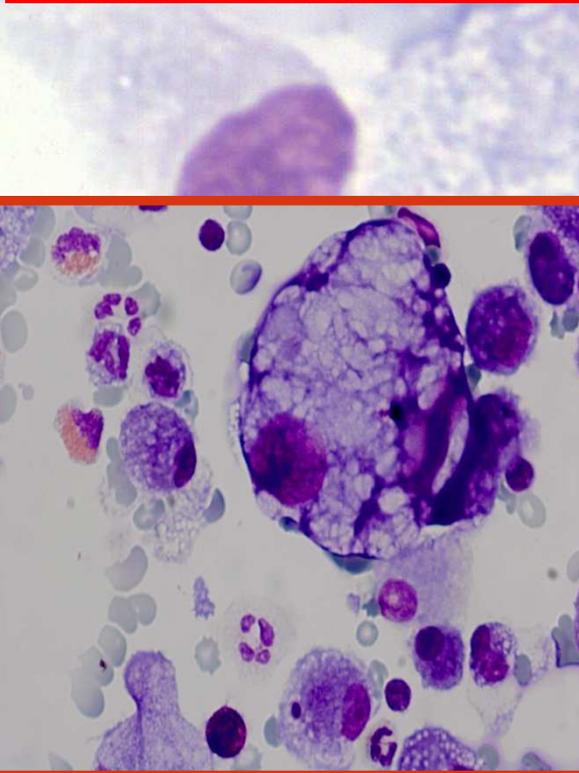
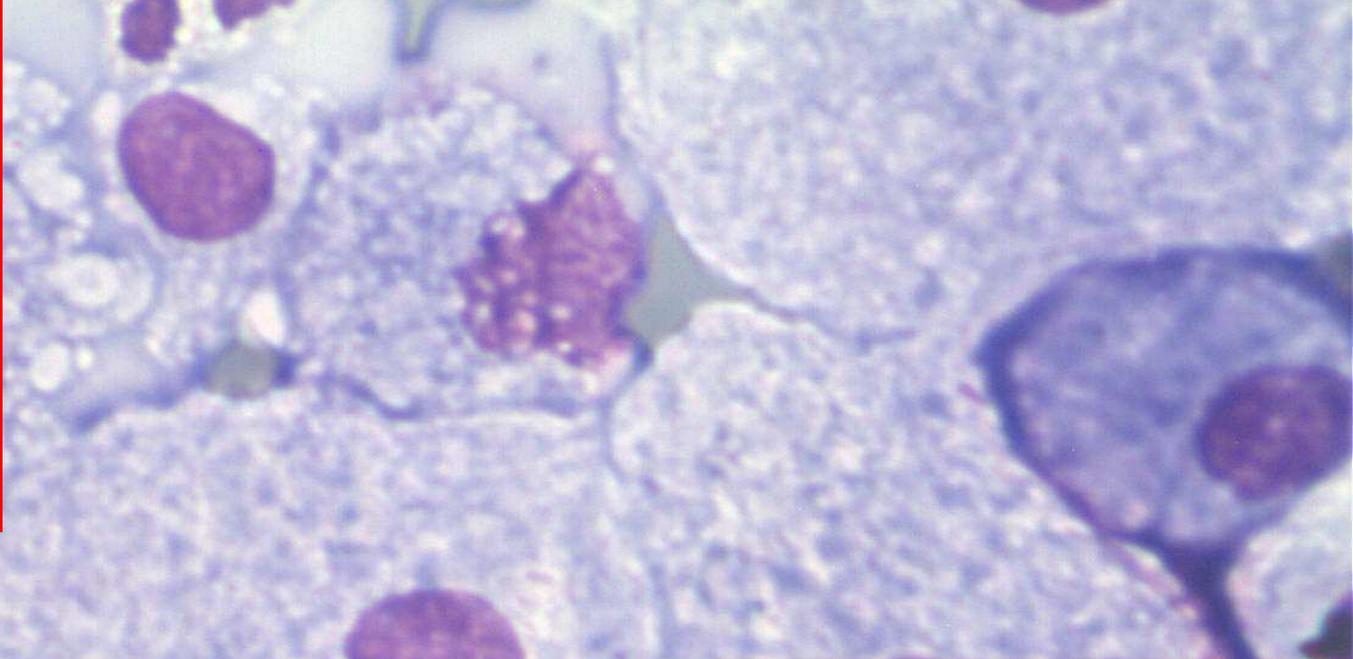
**BAL:
Histiocytose X**



Grocott positiv



BAL: Pneumocystis jirovecii Pneumonie (PJP)



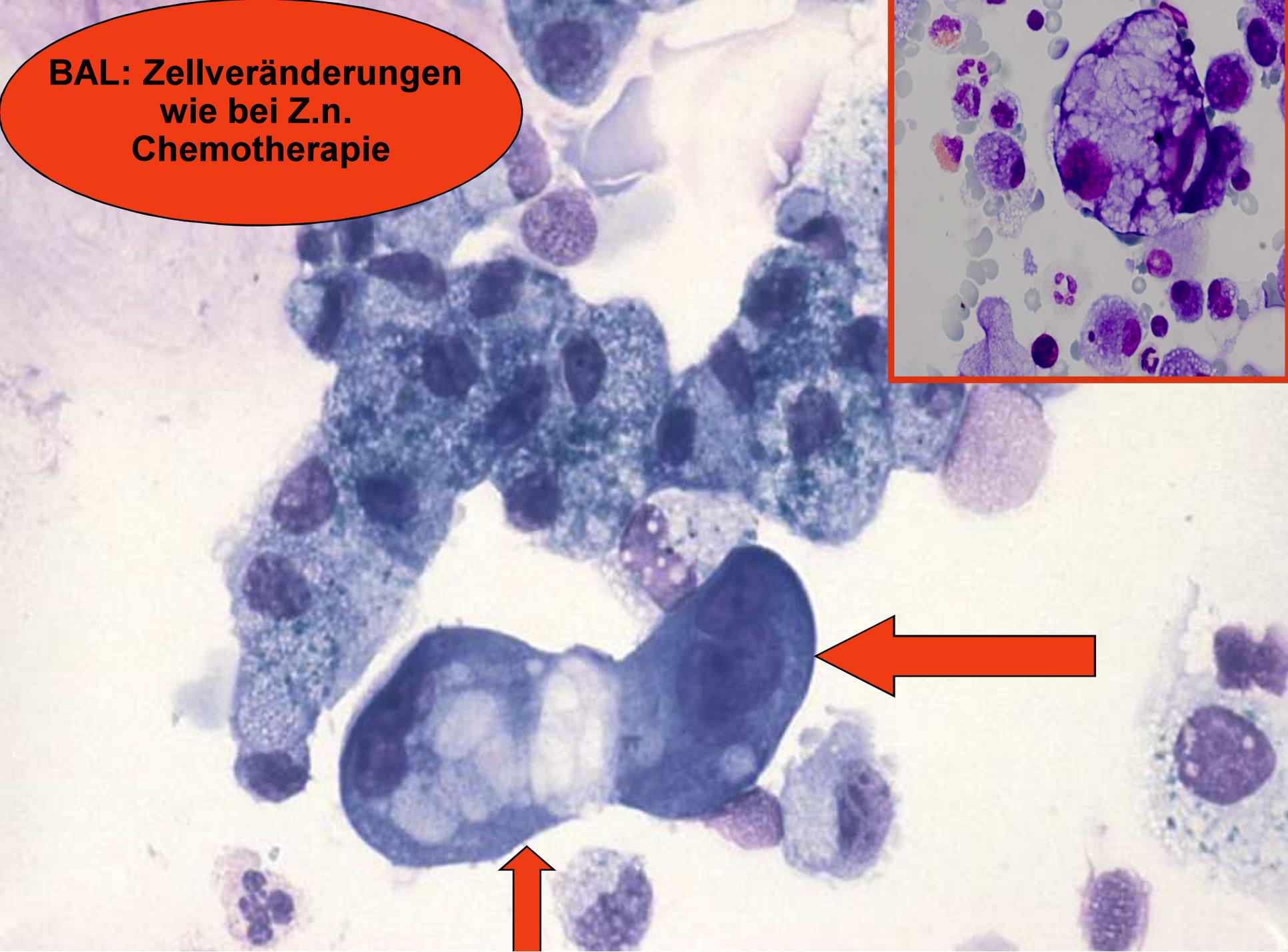
PAS positiv

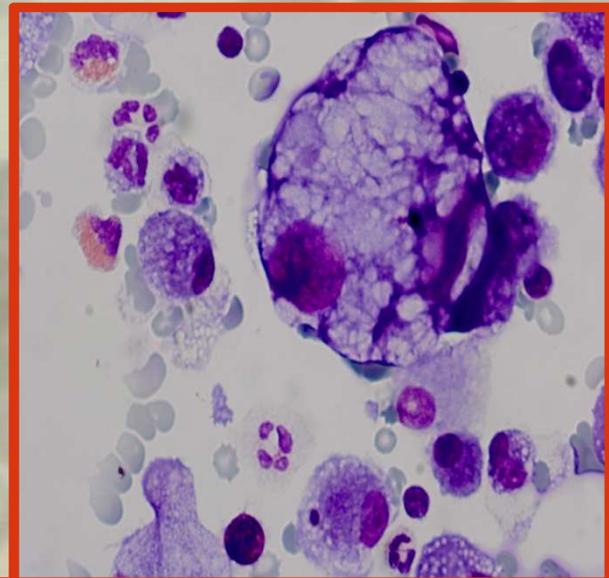
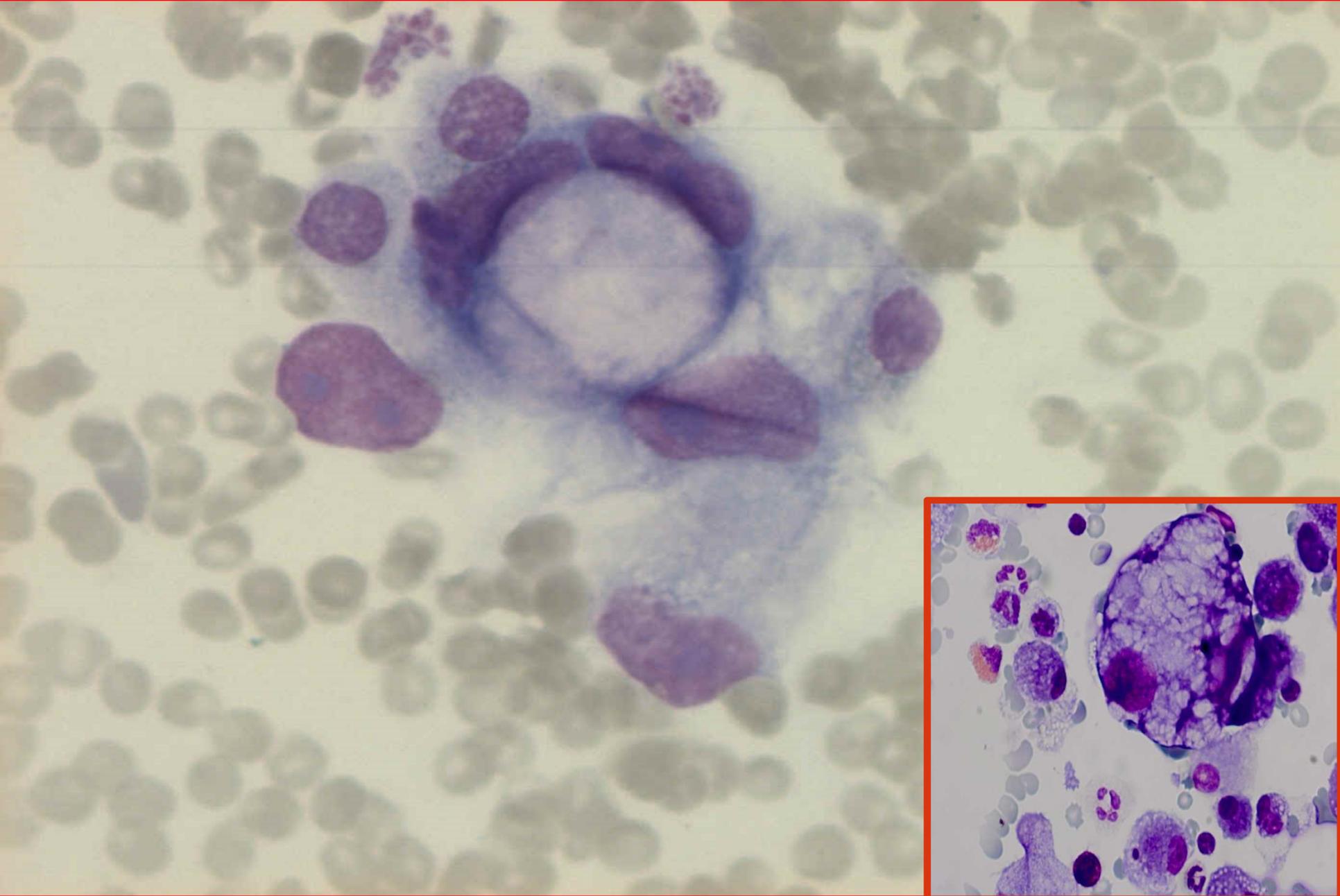
M. G.d: 13. 08.1997 BAL : Morbus Niemann-Pick Typ A+B
PAS positiv

M_HH

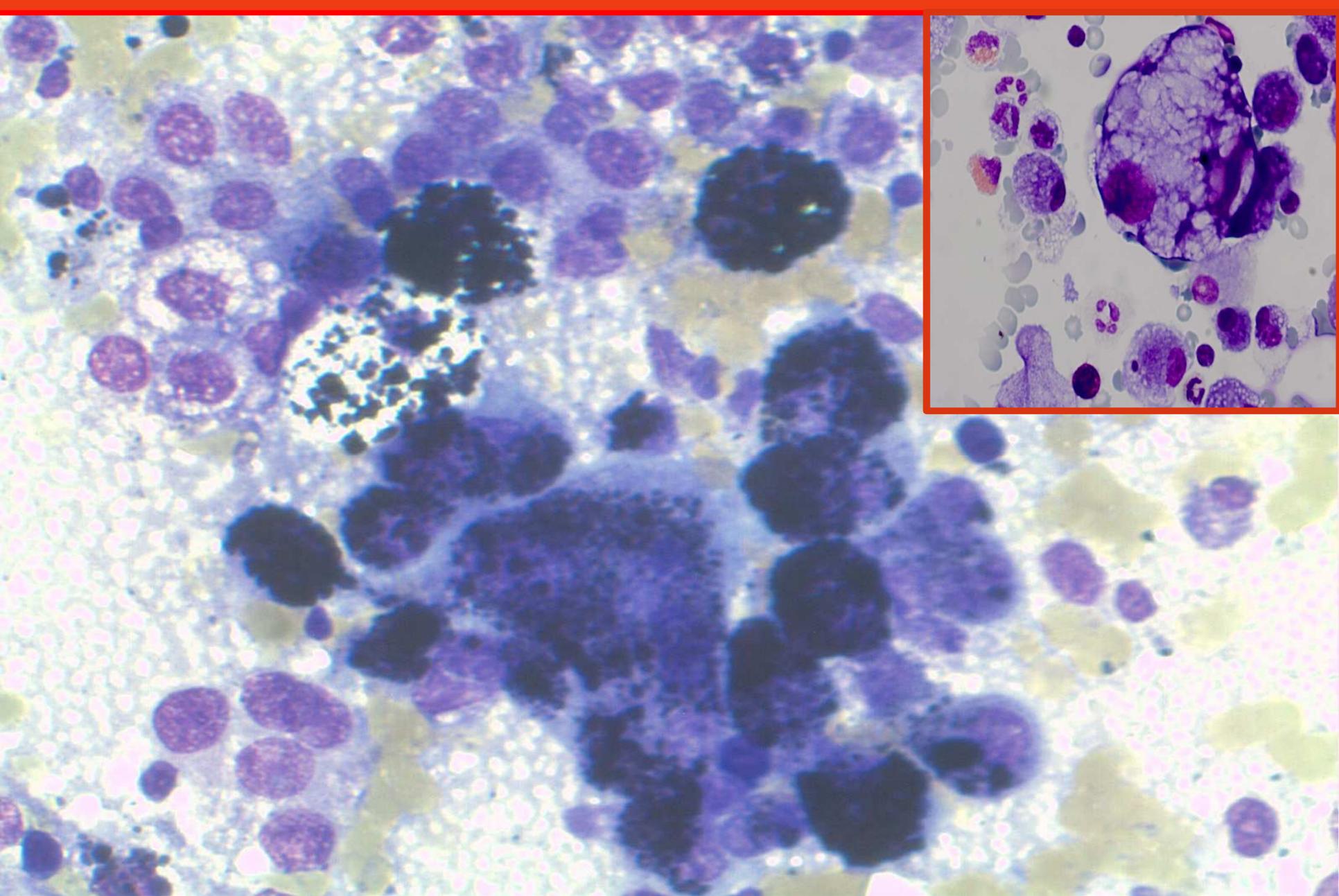
Medizinische Hochschule
Hannover

**BAL: Zellveränderungen
wie bei Z.n.
Chemotherapie**

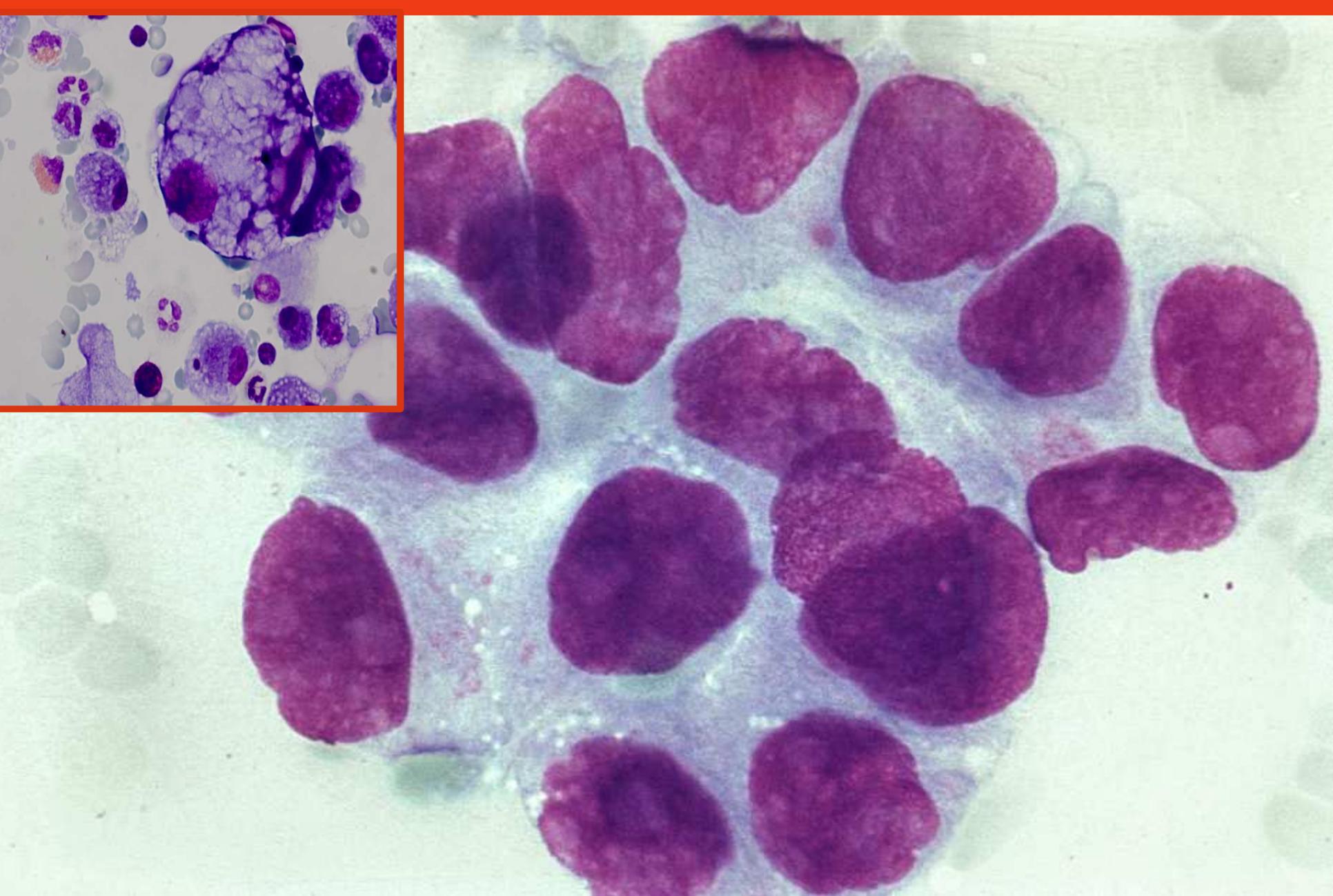




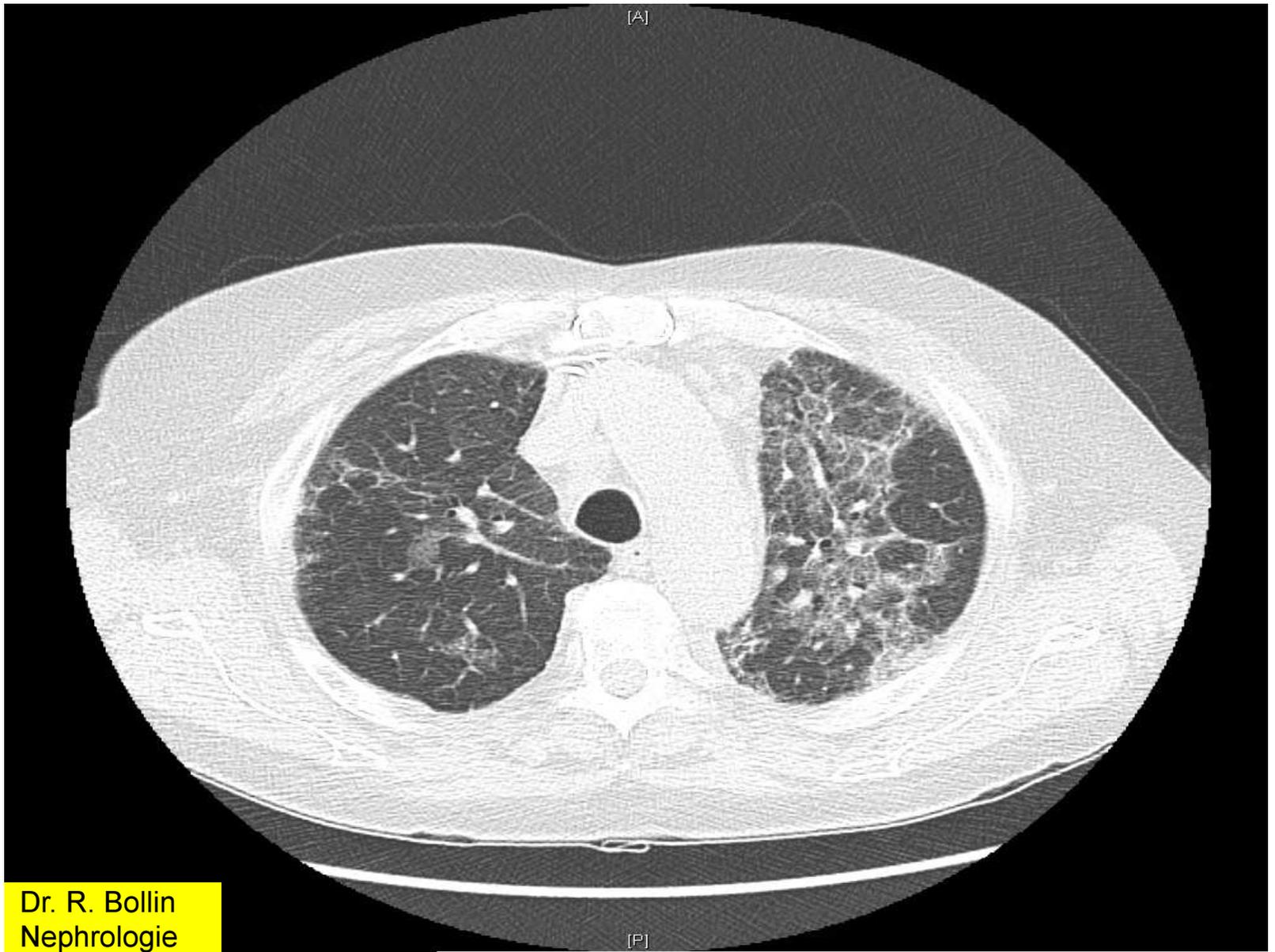
Adenokarzinom des Magens



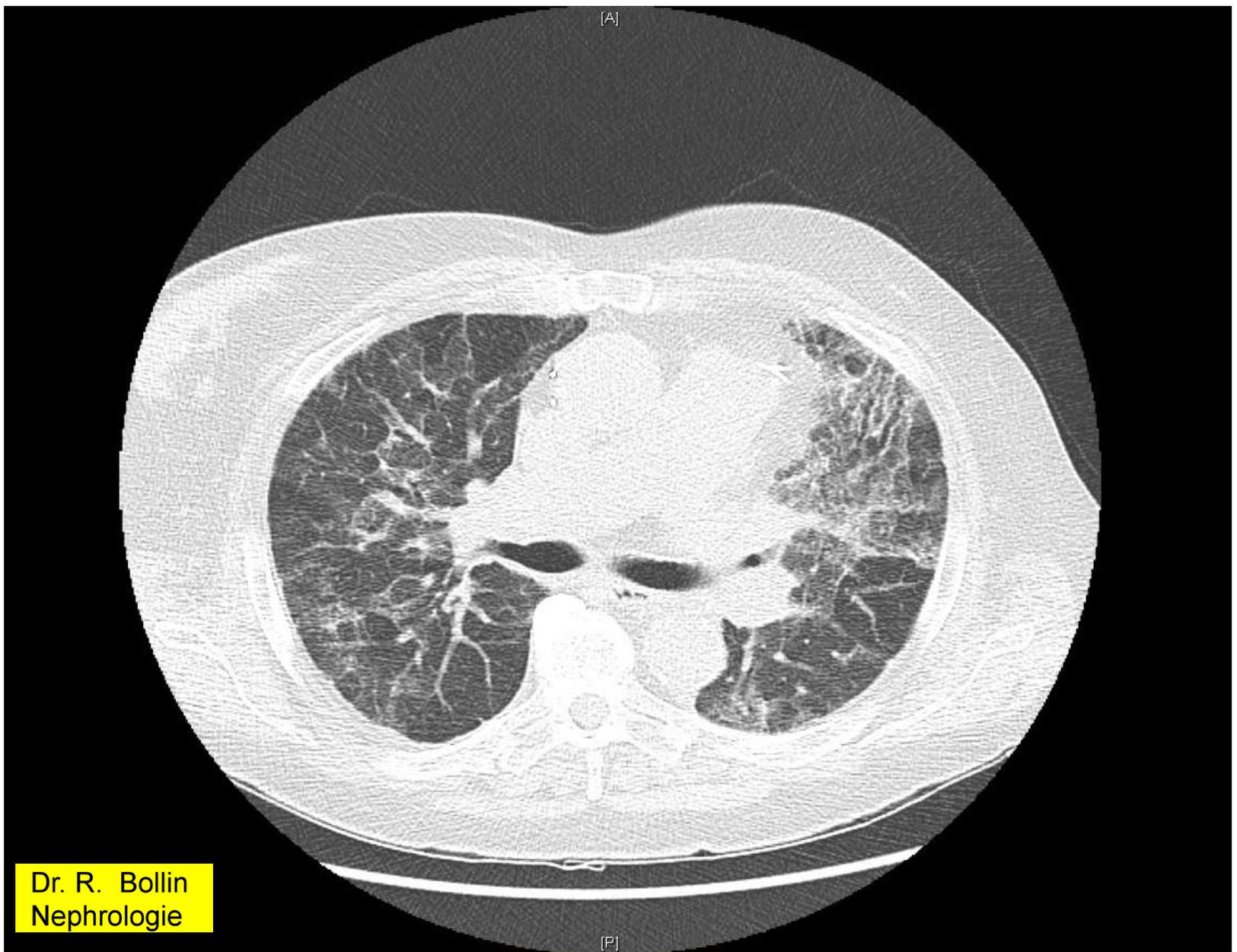
Malignes Melanom



Adenokarzinom vom lepidischen Typ
(Alveolarzellkarzinom)



"CT-Thorax nativ: Mäßig diffus-fibrotische Lungenparenchymveränderungen mit zusätzlichen Milchglasveränderungen. Stellenweise verdickte interstitielle Septen."



"CT-Thorax nativ: Mäßig diffus-fibrotische Lungenparenchymveränderungen mit zusätzlichen Milchglasveränderungen. Stellenweise verdickte interstitielle Septen."

Anamnese

- Adipositas
- Chronische Niereninsuffizienz
- Sarkoidose
- Pulmonale Hypertonie mit Belastungsdyspnoe
- Trikuspidal- und Mitralklappeninsuffizienz
- Z.n. Myokardinfarkt 2006 mit Stent Implantation
- Vorhofflimmern mit Amiodarontherapie seit 2014

CT:

Mäßige fibrotische Lungenparenchymveränderungen mit zusätzlich milchglasartigen Veränderungen, mediastinale Lymphadenopathie

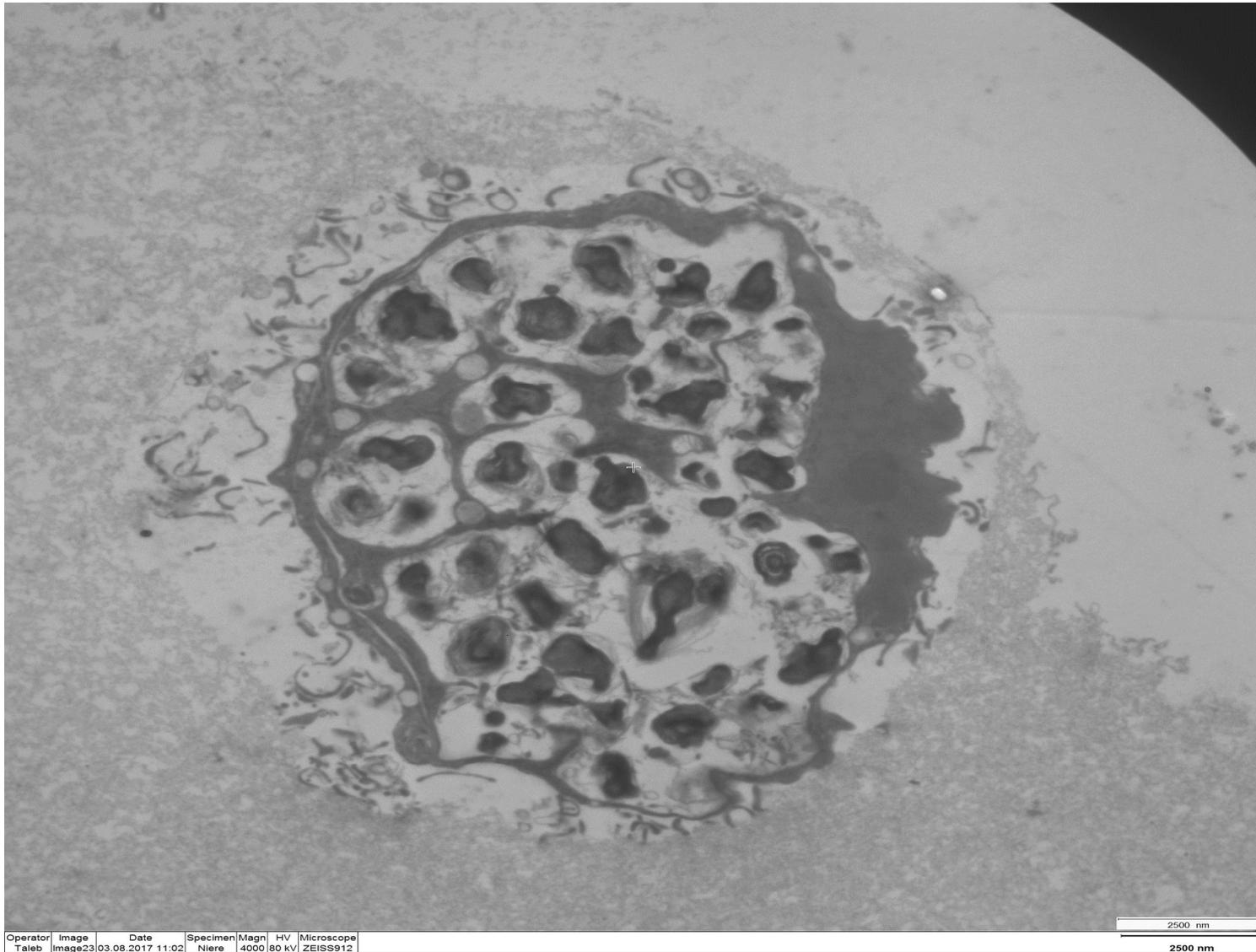
DD:

Pneumotoxizität (Amiodaron) oder atypisches Infiltrat?

Elektronenmikroskopie

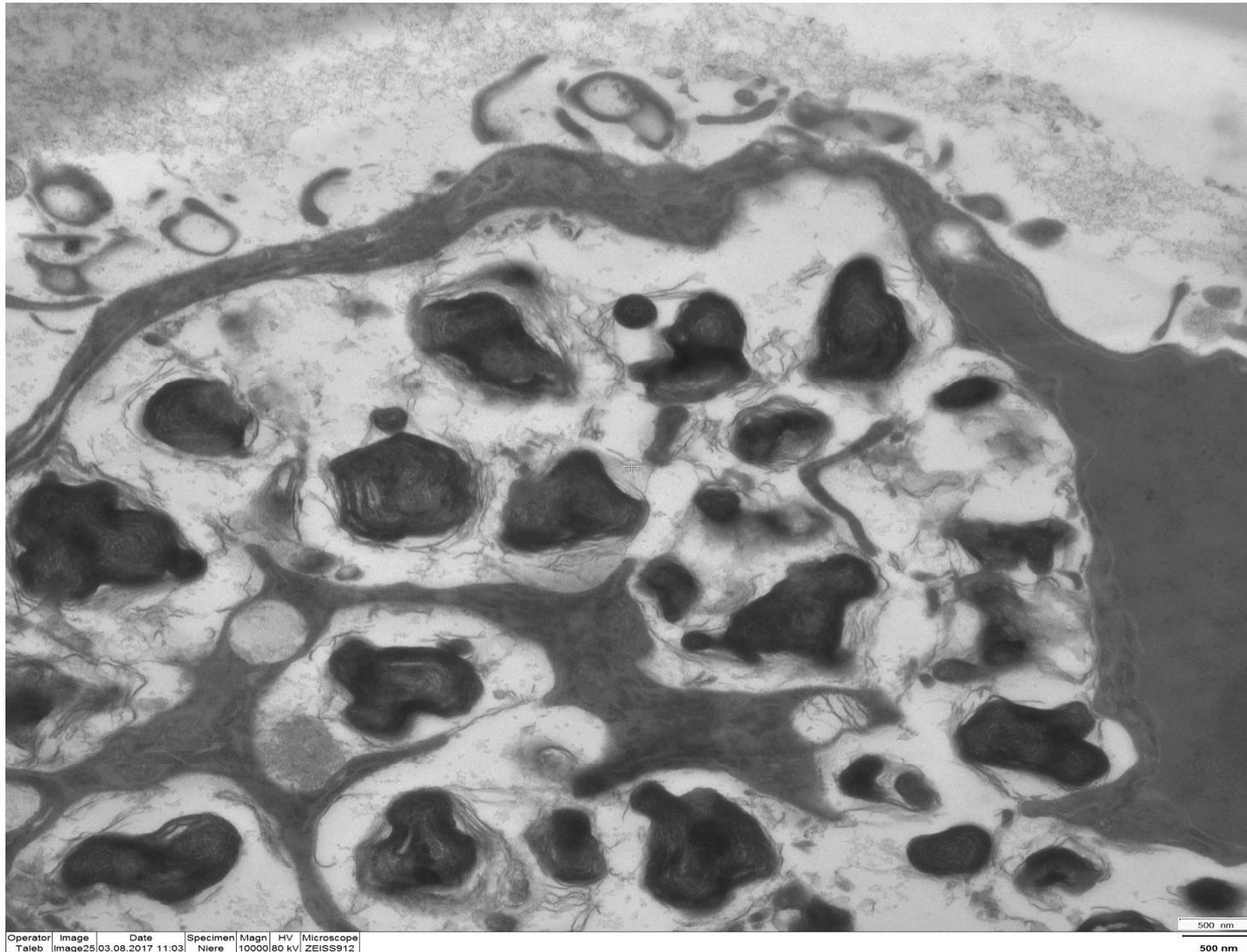
Zytozentrifugation
Glutaraldehyd
Gelblock
Epon-Einbettung
1x Semidünnstufen
Ultradünnschnitte
Kontrastierung

EM: Elektronendichte lammellär geschichtete Myeloidkörper



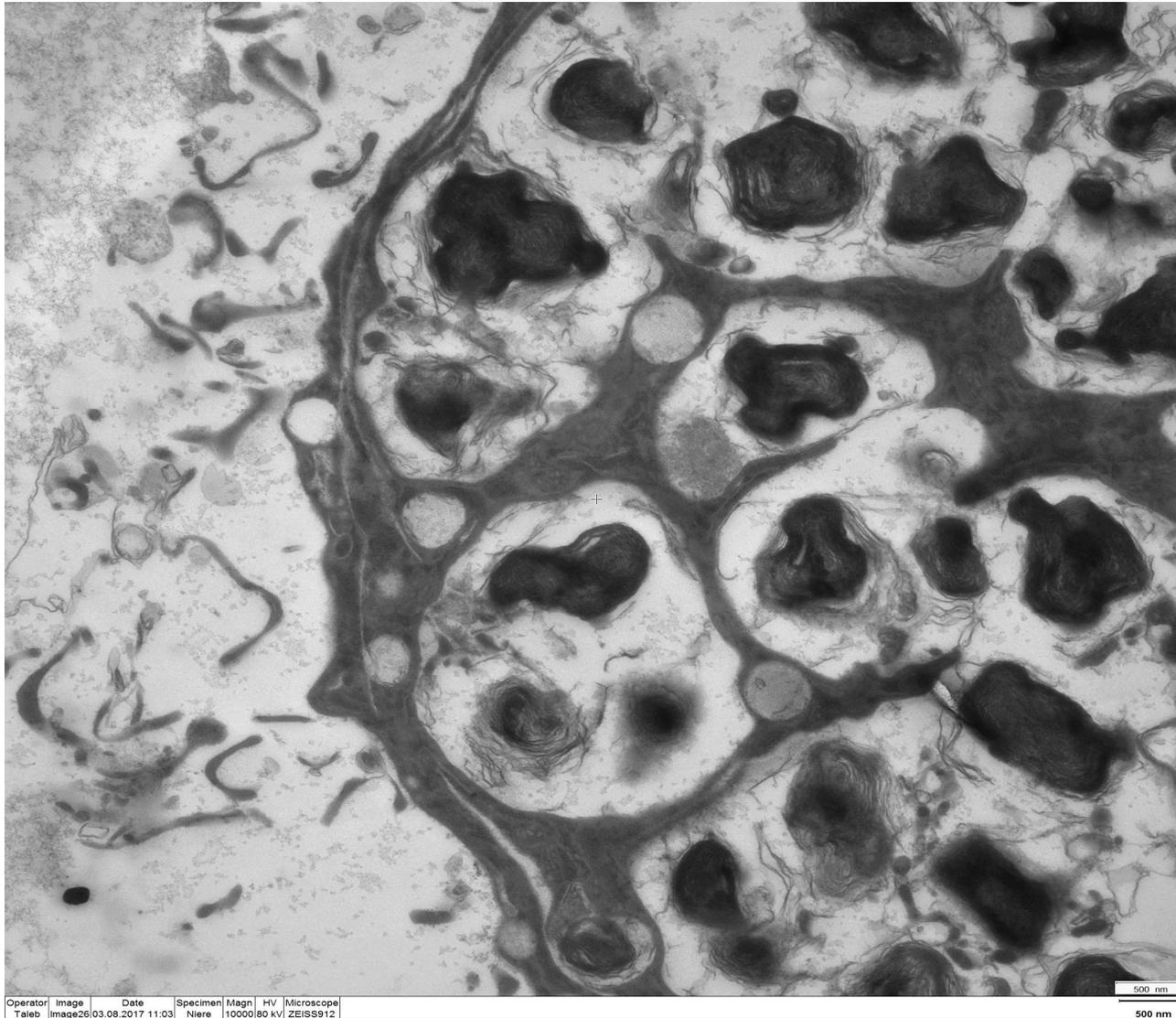
Danke an PD. Dr. med. J-H. Bräsen

EM: Elektronendichte lammellär geschichtete Myeloidkörper



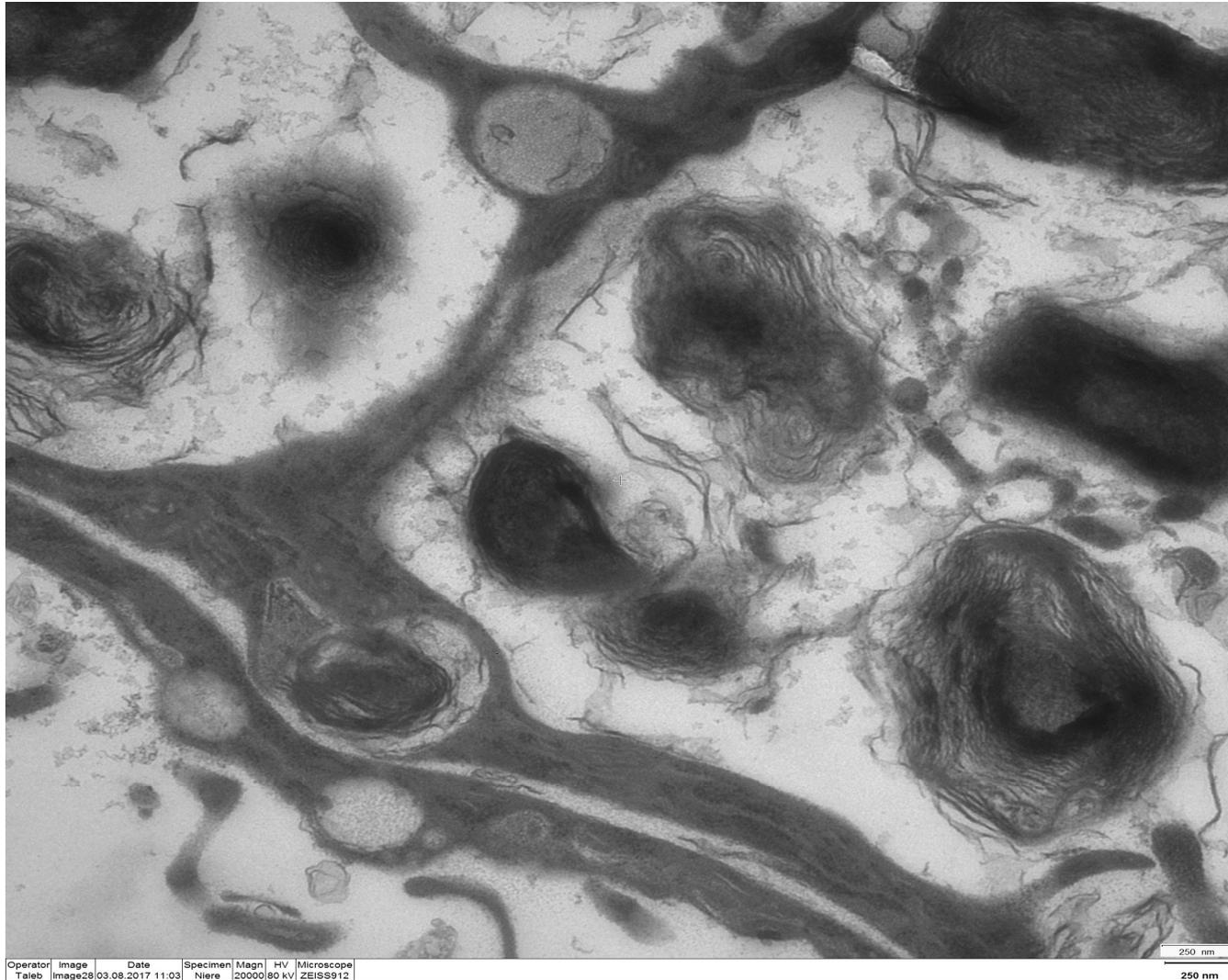
Danke an PD. Dr. med. J-H. Bräsen

EM: Elektronendichte lammellär geschichtete Myeloidkörper



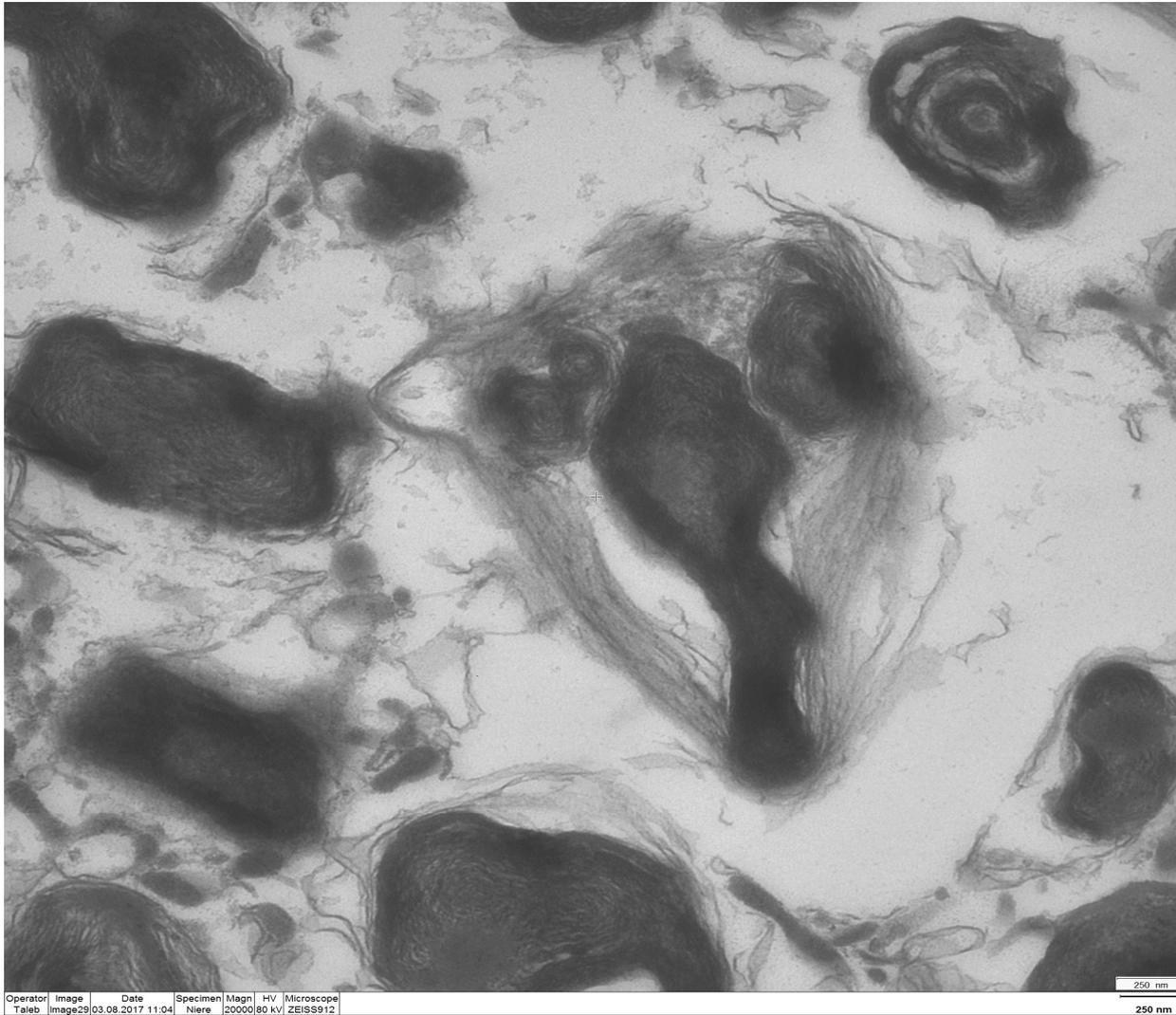
Danke an PD. Dr. med. J-H. Bräsen

Homogene elektronendichte, teils feingranulären Einschlüsse (Eisenpigment)



Danke an PD. Dr. med. J-H. Bräsen

Homogene elektronendichte, teils feingranulären Einschlüsse (Eisenpigment)



Danke an PD. Dr. med. J-H. Bräsen

Amiodaron

Seit 1961 in Belgien zur Behandlung der **Angina pectoris** entwickelt worden.

Amiodaron ist ein sehr wirksames und zuverlässiges Medikament gegen tachykarde Herzrhythmusstörungen, ist allerdings auch mit schwerwiegenden Nebenwirkungen behaftet.

Nebenwirkung bei Amiodaron

1. Lunge
2. Schilddrüse
3. Auge
4. Magen-darm-Trakt
5. Haut
6. Nervensystem
7. Hemmung der Vit-A- Aufnahme

Nebenwirkung bei Amiodaron

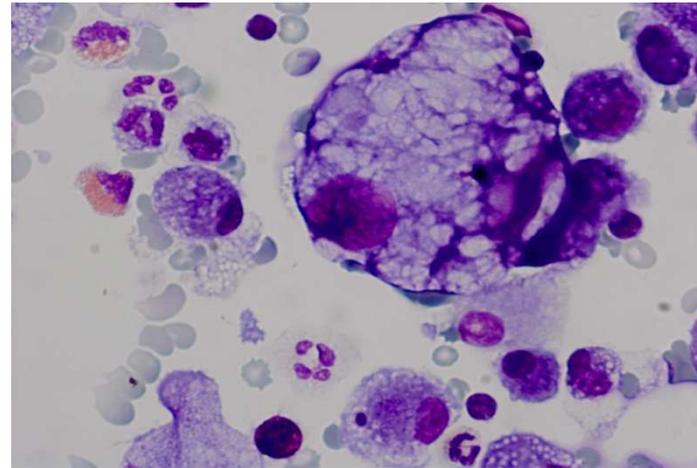
Lunge

1. Die schwerste Nebenwirkung besteht in der Entwicklung einer tödlichen interstitiellen Lungenfibrose
2. Interstitielle Pneumonie
3. Bei etwa 5 % der behandelten Patienten kommt es zur Entzündung der Lungenbläschen (Alveolitis) mit Vermehrung von Bindegewebe.
4. Hemmung der Phospholipase der Lunge führt zu einer Anhäufung von **Surfactantphospholipiden**
5. Dramatisch verminderte Diffusionskapazität der Lunge

Amiodaron- Veränderungen in der BAL/Biopsie

1. BAL:

Vergrößerte **Alveolarmakrophagen** mit **Lamellenkörpern**
Lymphozytose mit erniedrigter Ratio.
Nachweis von Schaumzellen.



2. Biopsie:

Die Transbronchiale Biopsie zeigte
histomorphologisch unterschiedlich ausgeprägte
peribronchiale und Alveolarsepten-Fibrose

Literatur

1. R. L. Woosley, J. H. Indik: *Antiarrhythmic Drugs*. In: V. Fuster, W. Alexander, R. A. O'Rourke (Hrsg.): *Hurst's The Heart*. 11. Auflage. McGraw-Hill, New York 2004,, S. 949–973.
2. L. A. Siddoway: *Amiodarone: Guidelines for Use and Monitoring*. In: *American Family Physician*. Dec. 1, 2003
3. P. J. Kudenchuk et al, *Amiodarone for resuscitation after out-of-hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation*. *N Engl J Med*. 341(12), 1999 Sep 16, S. 871–878
4. W. Seeger: *Erkrankungen der Atmungsorgane*. In: Jürgen. Schölmerich u. a.: *Medizinische Therapie 2005/2006*. 2. Auflage. Springer, Berlin/ Heidelberg/ New York 2005
5. Camus P et al. Drug-induced and iatrogenic infiltrative lung disease. *Clin Chest Med* 25: 479–519 2004
6. Chan ED, King TE (2007) Amiodarone pulmonary toxicity

Zusammenfassung

Amiodaronbedingte Veränderungen in der Lunge sind zytologisch sehr pathognomonisch.

Es sind typische Schaumzellen.

Elektronmikroskopisch lässt sich die Diagnose von Amiodaronveränderungen sicher stellen.

Danksagung

Labor:

Frau Roßbach

Frau Altermenn

Frau Jäger, Frau Wolpers

Frau Scheider

Frau Taleb

Dr. Raap

PD. Dr. Bräsen

Nephrologie:

Dr. R. Bollin





Fall 2

Udo Kellner, Minden

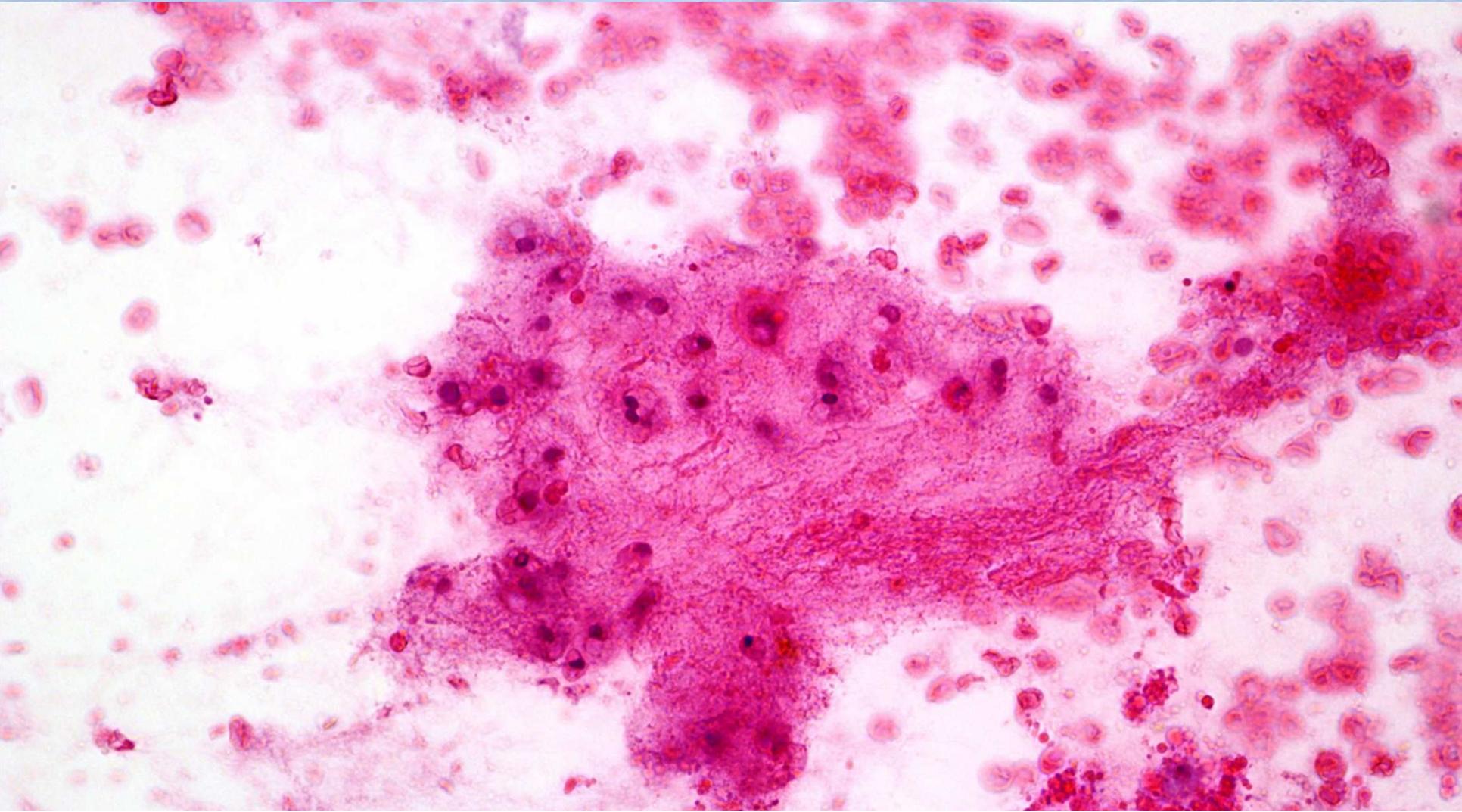
www.Pathologie-OWL.de

Klinik/Anamnese

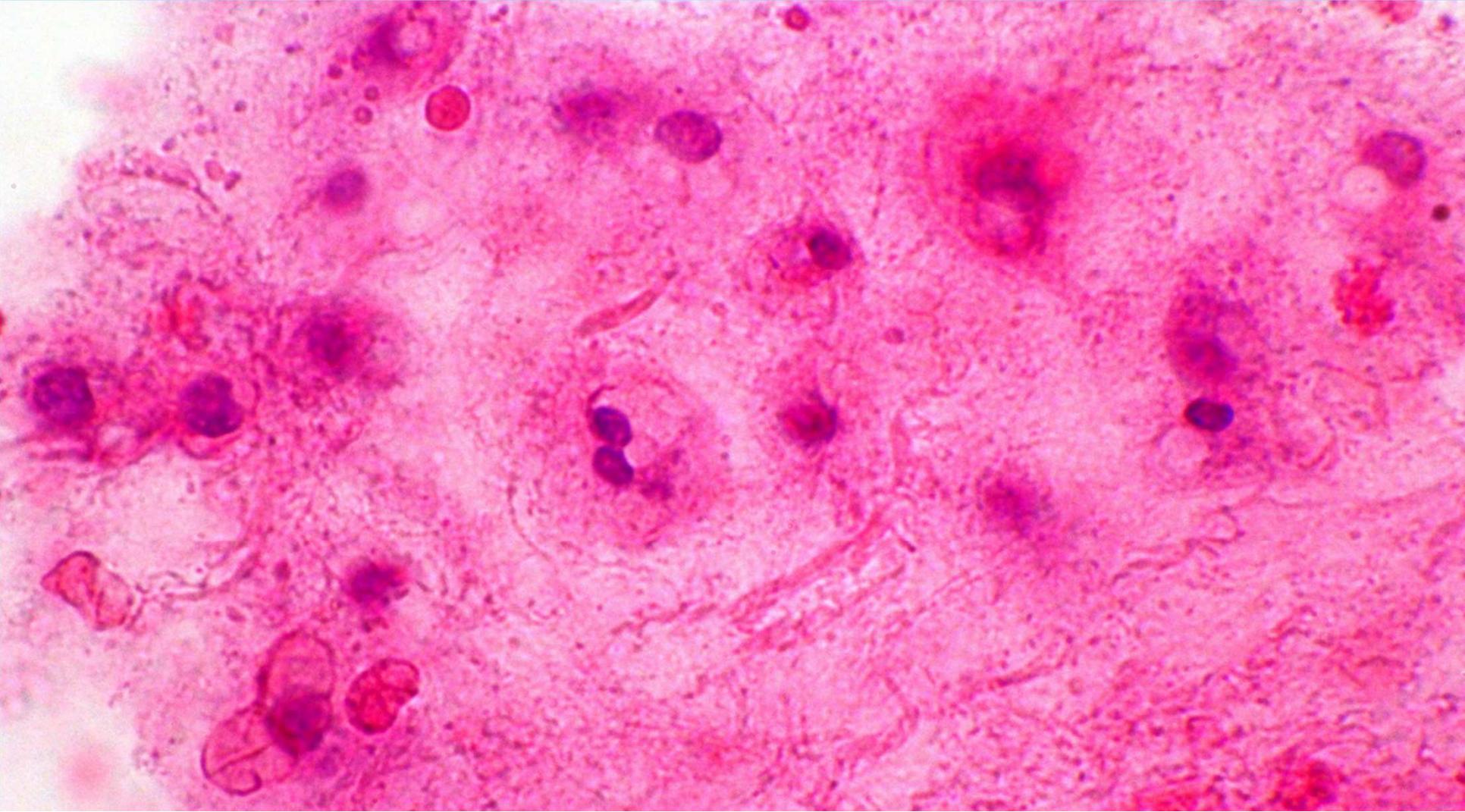
74 Jähriger Mann:

- Vor 5 Jahren G1 Urothelkarzinom, Ta G1, vor 2 Jahren Rezidiv Ta G2 bis jetzt ohne Progress
- Vor 2 Jahren TTF1-positives Adenokarzinom der Lunge: pT1a, N0(0/39), pL0, pV0, R0 – G3
- Vor 2 Jahren „hochdifferenzierte chondrogene Neoplasie“ der li Brustwand (Rippe)
- Aktuell multiple Rundherde in der Leber
- Operation von Herdbefunden in dem Magen bei Verdacht auf Karzinom des Magens

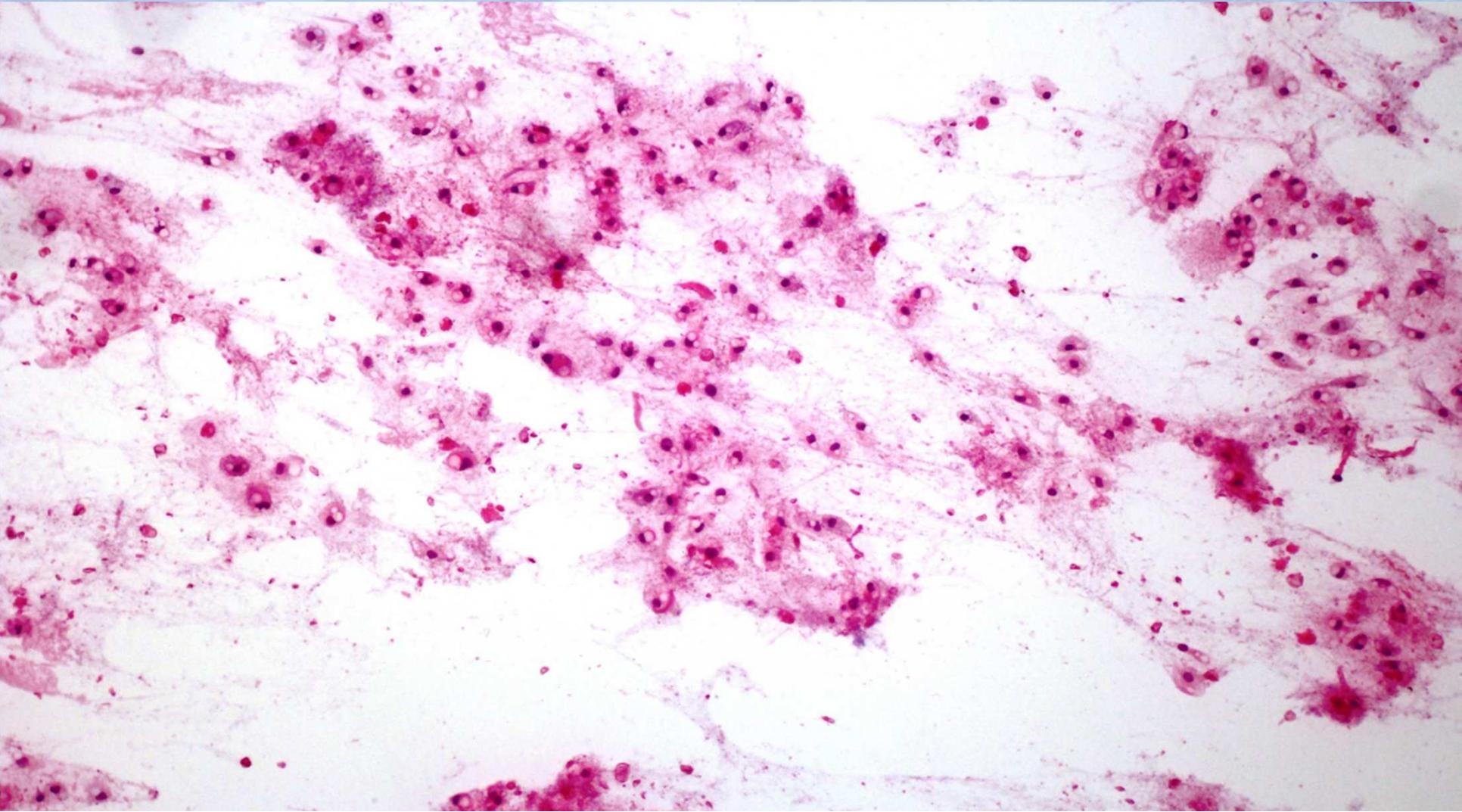
Leberpunktat HE



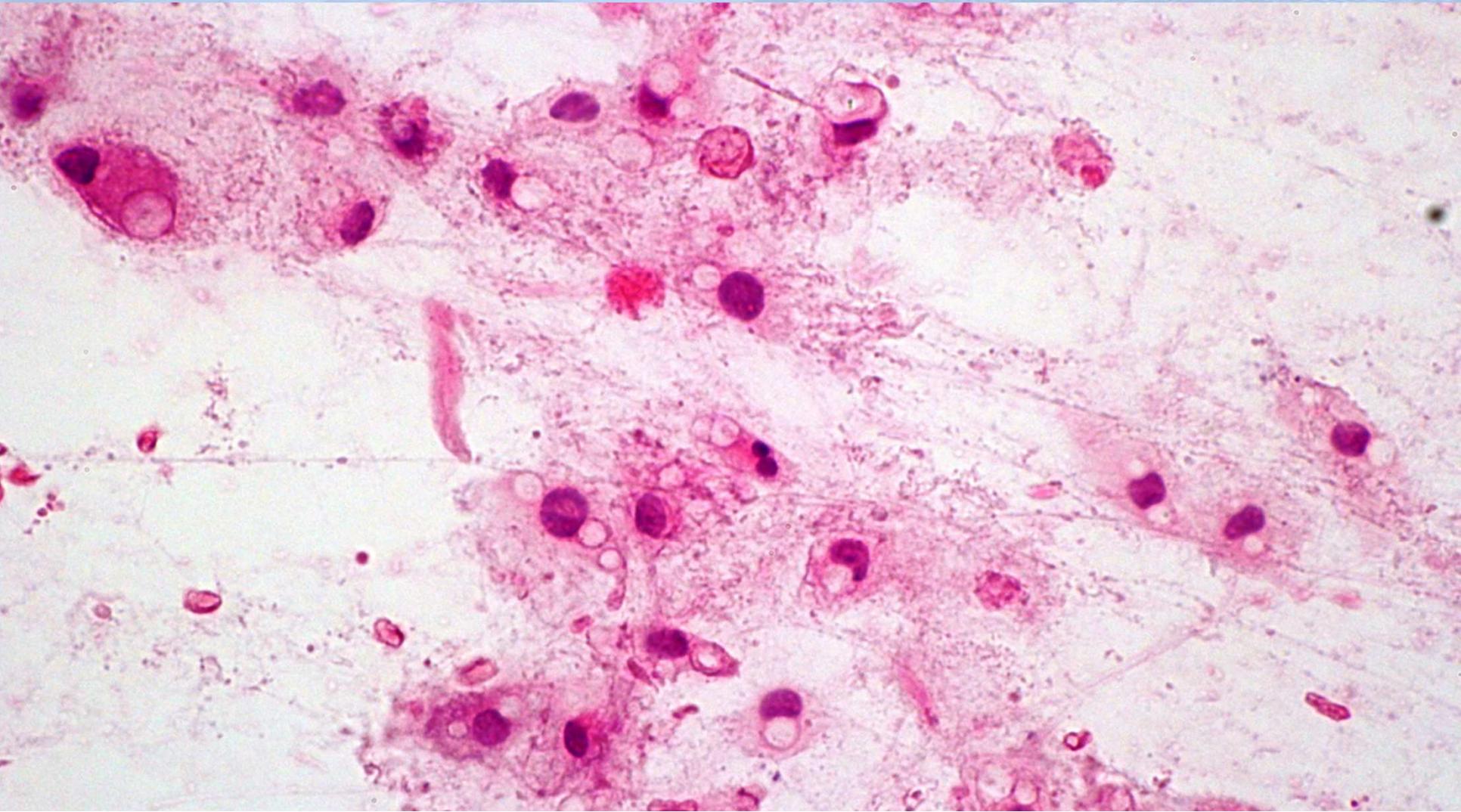
Leberpunktat HE



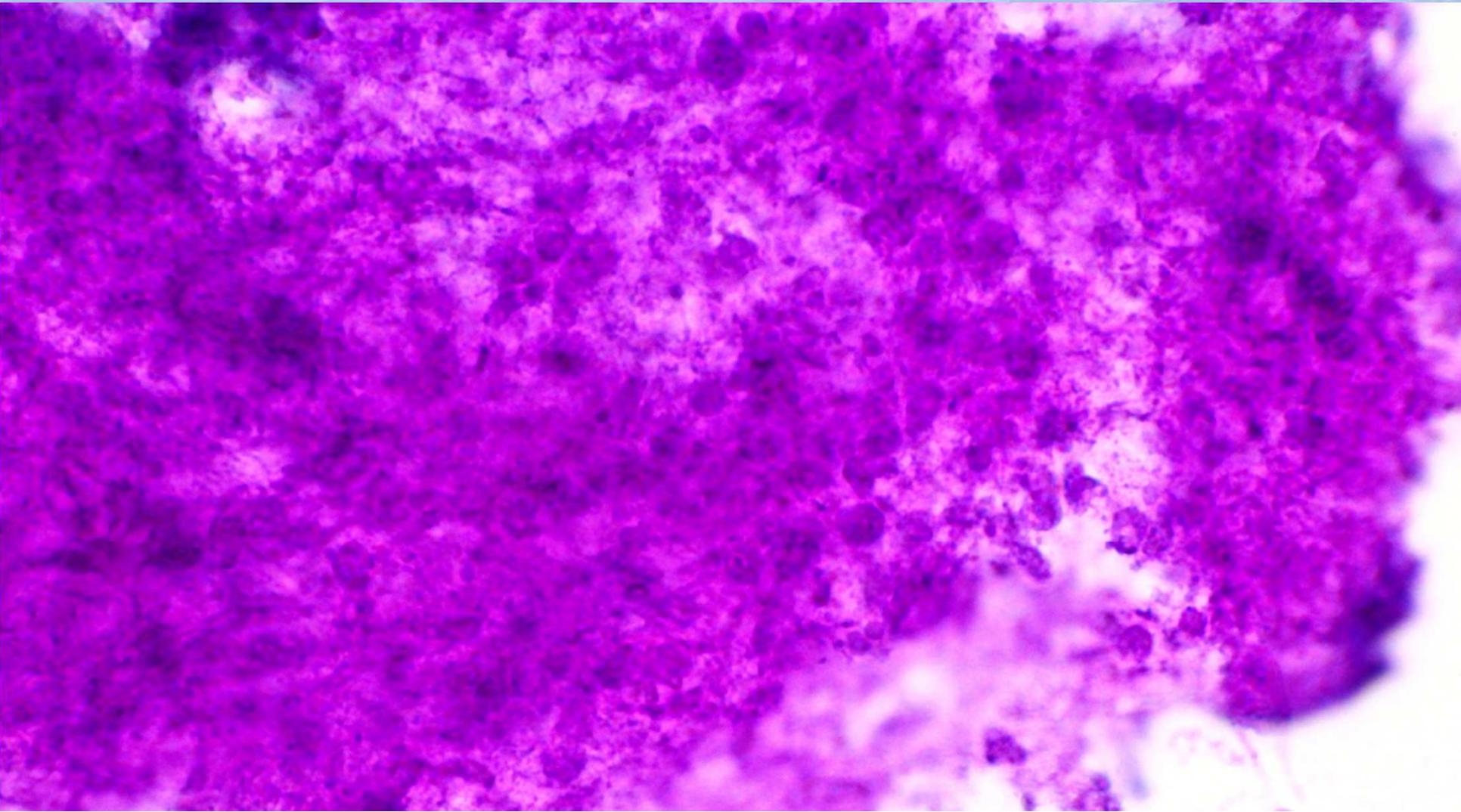
Leberpunktat HE



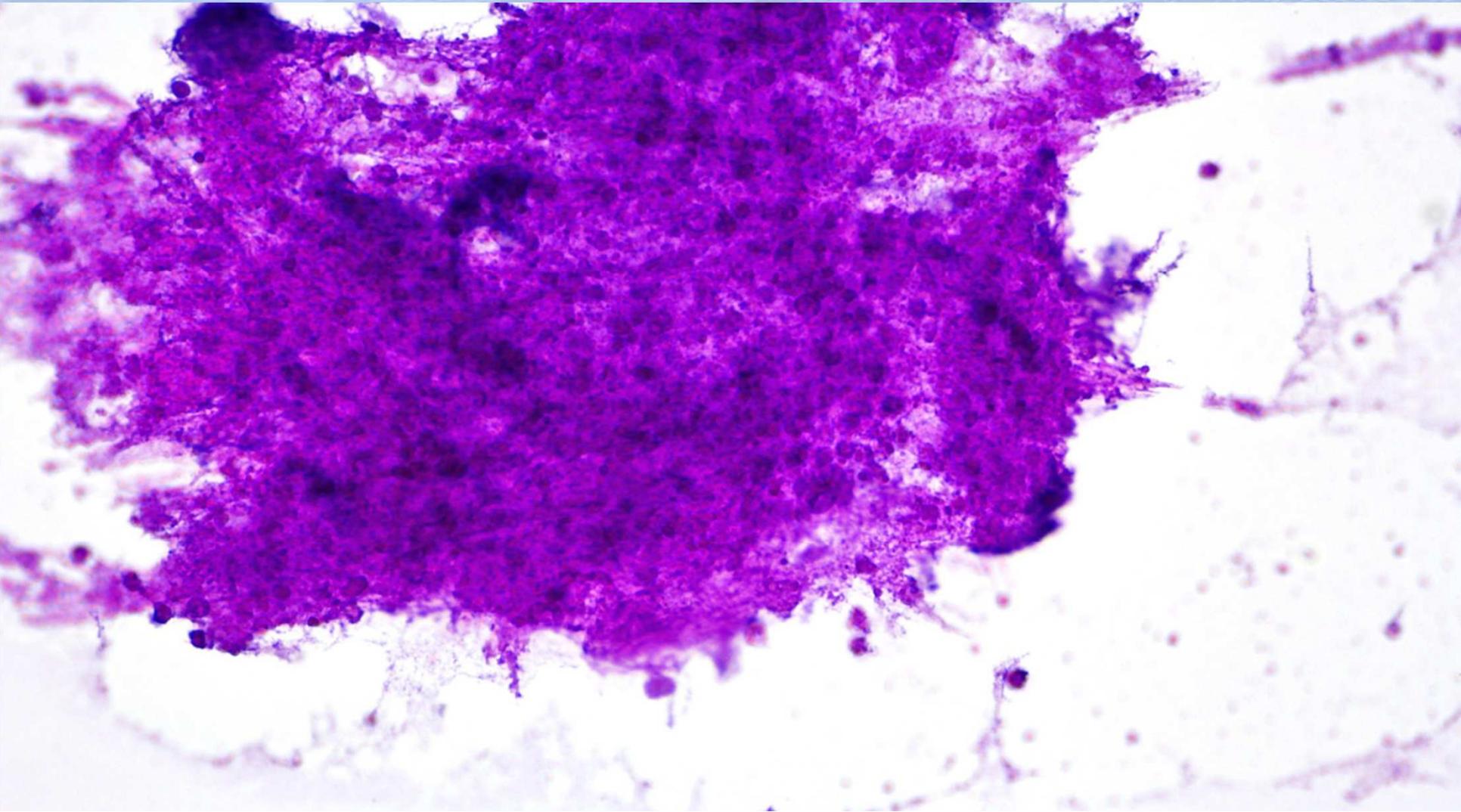
Leberpunktat HE



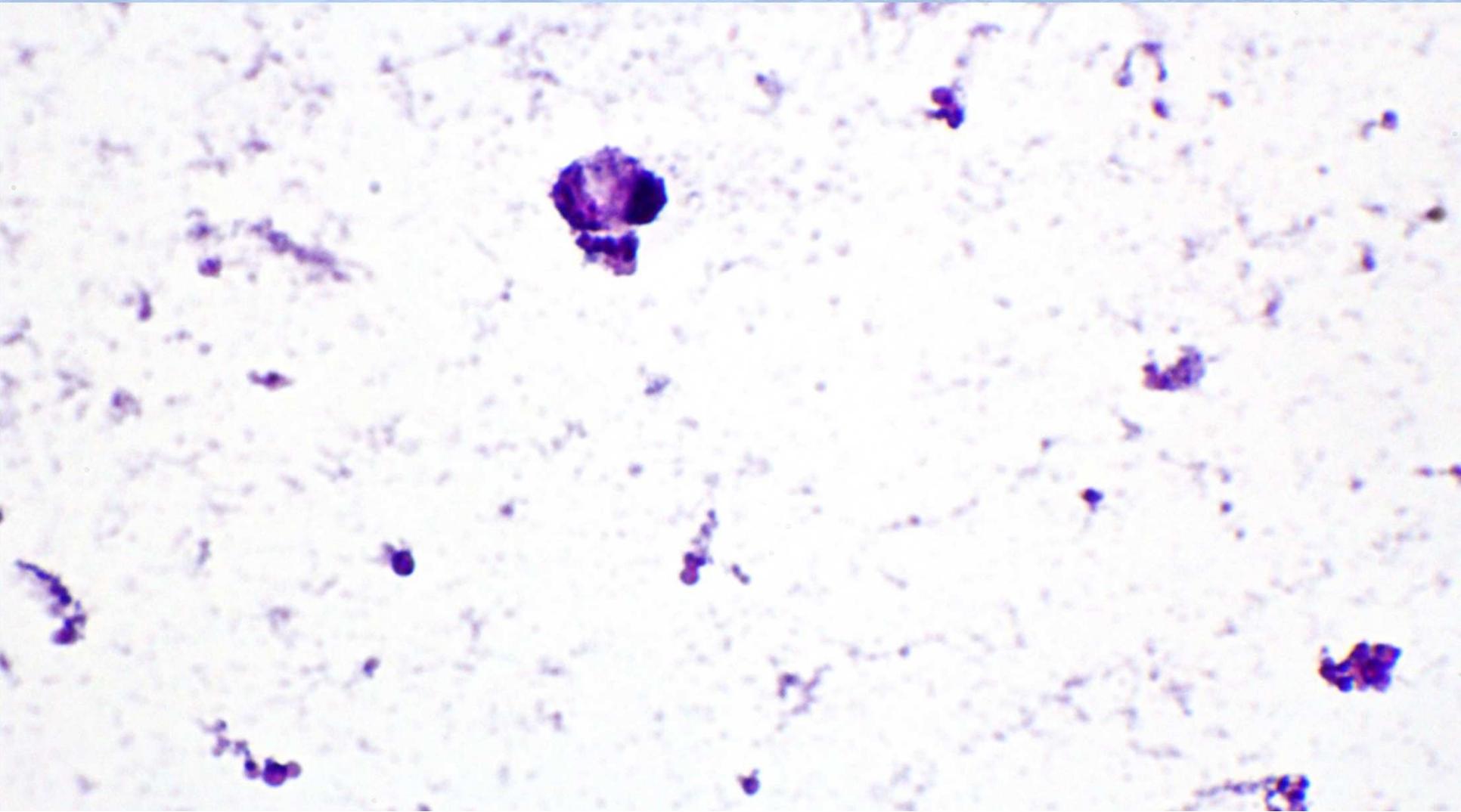
Leberpunktat MGG



Leberpunktat MGG



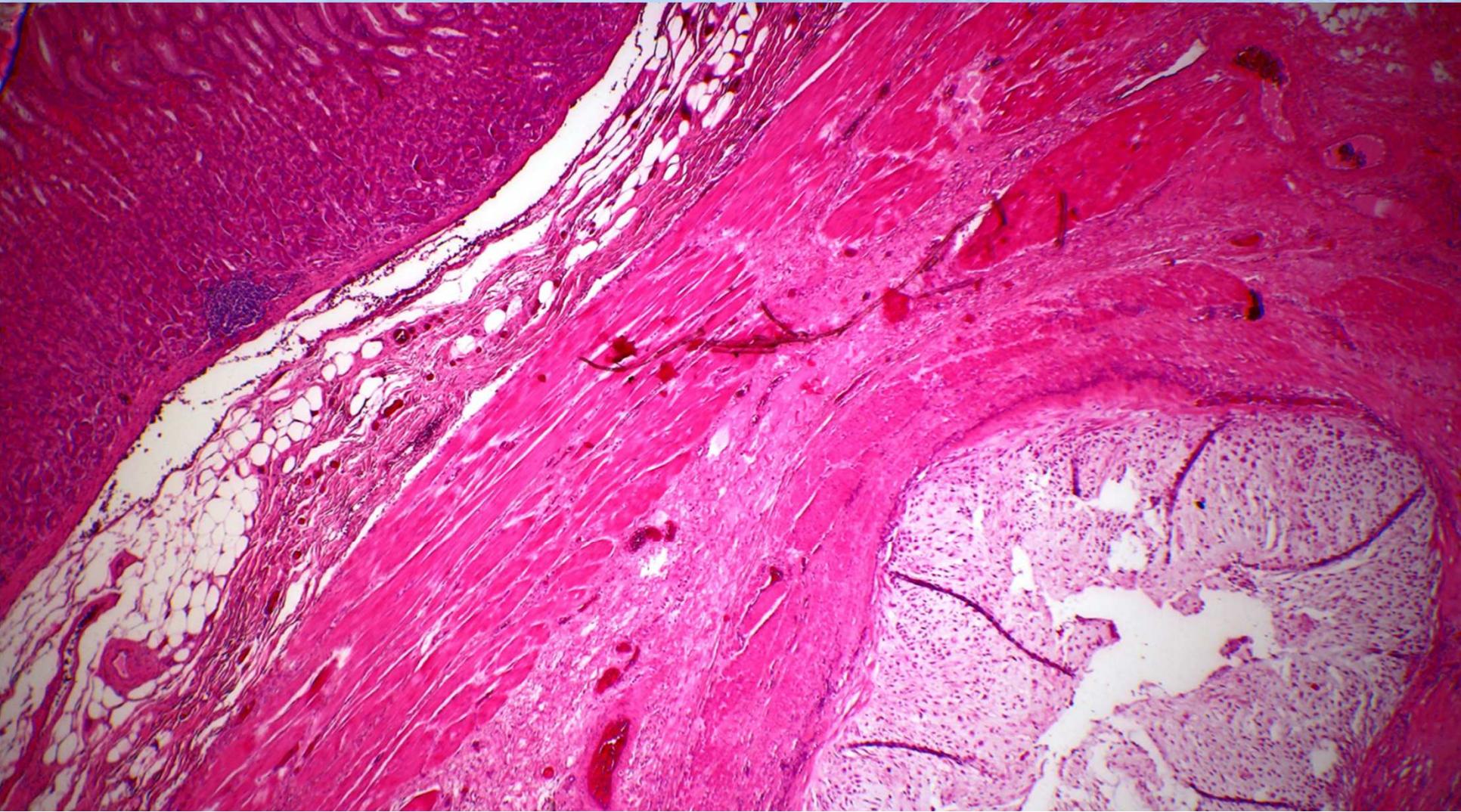
Leberpunktat MGG



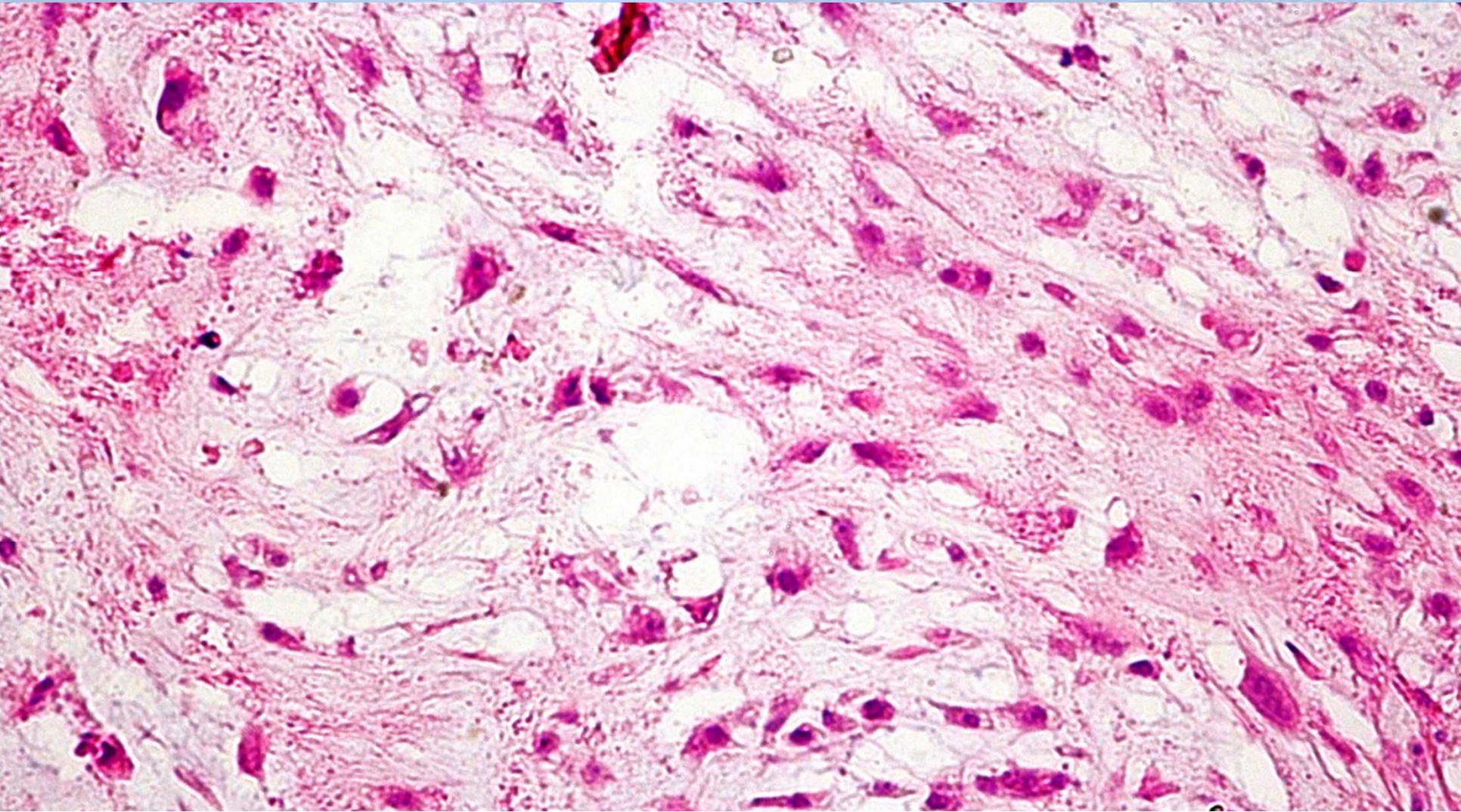
Diagnose?

1. Urothelkarzinom
2. G3 Adenokarzinom der Lunge
3. G1 Chondrosarkom
4. Magenkarzinom mit Schleimvakuolen
5. Neuer anderer Tumor
6. Reaktiv

Magen Tumor HE



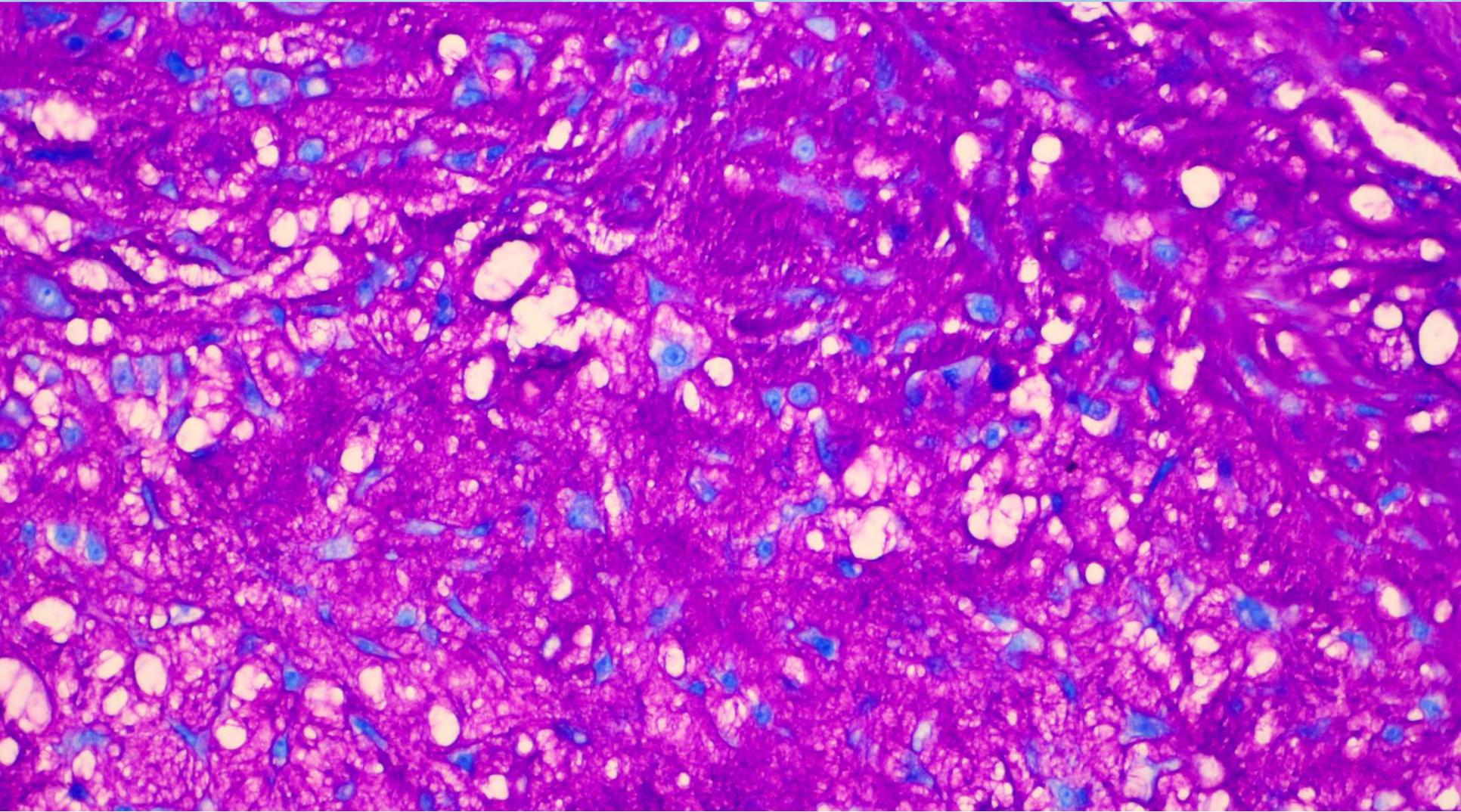
Magen Tumor HE



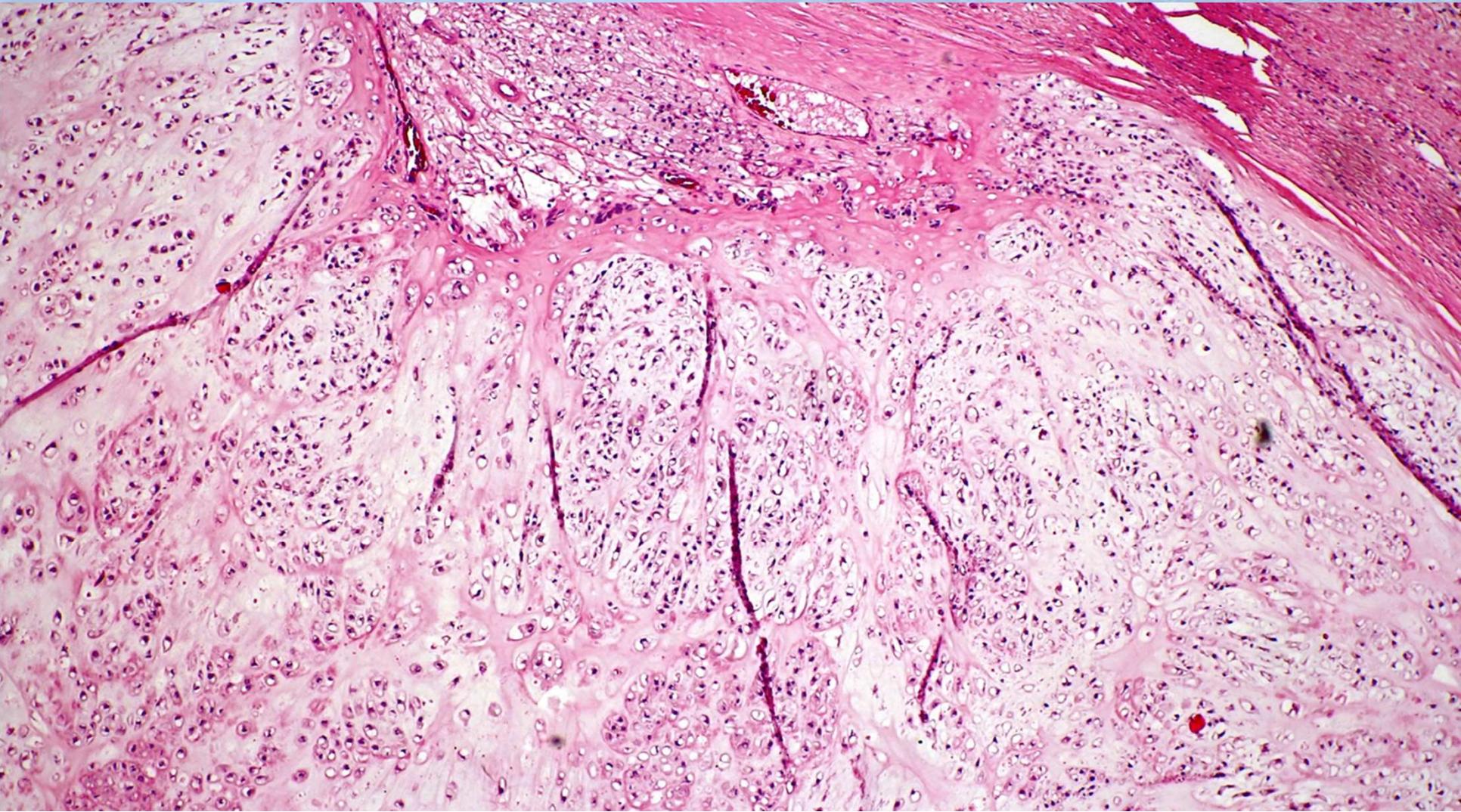
Magen Tumor Giemsa



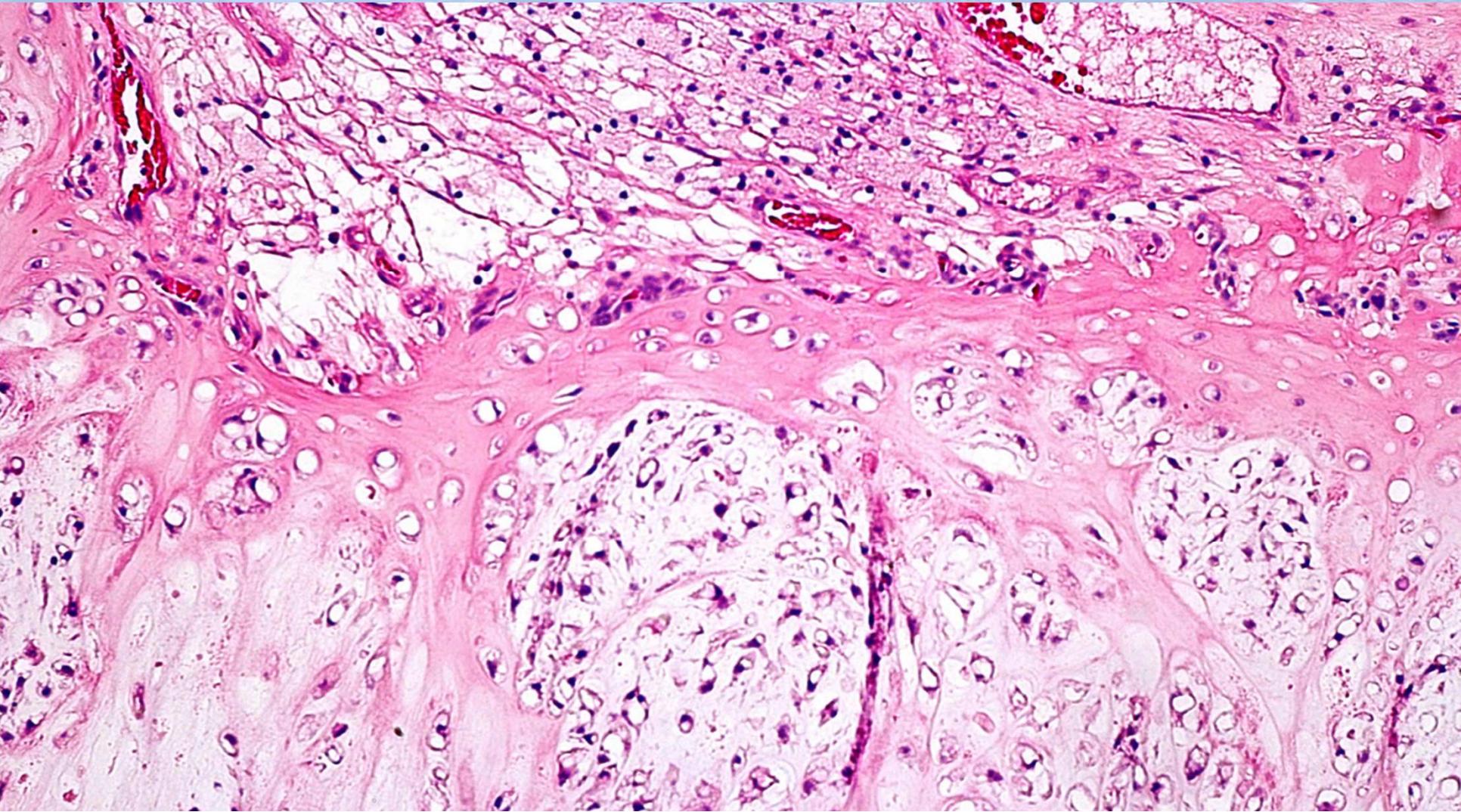
Magen Tumor Giemsa



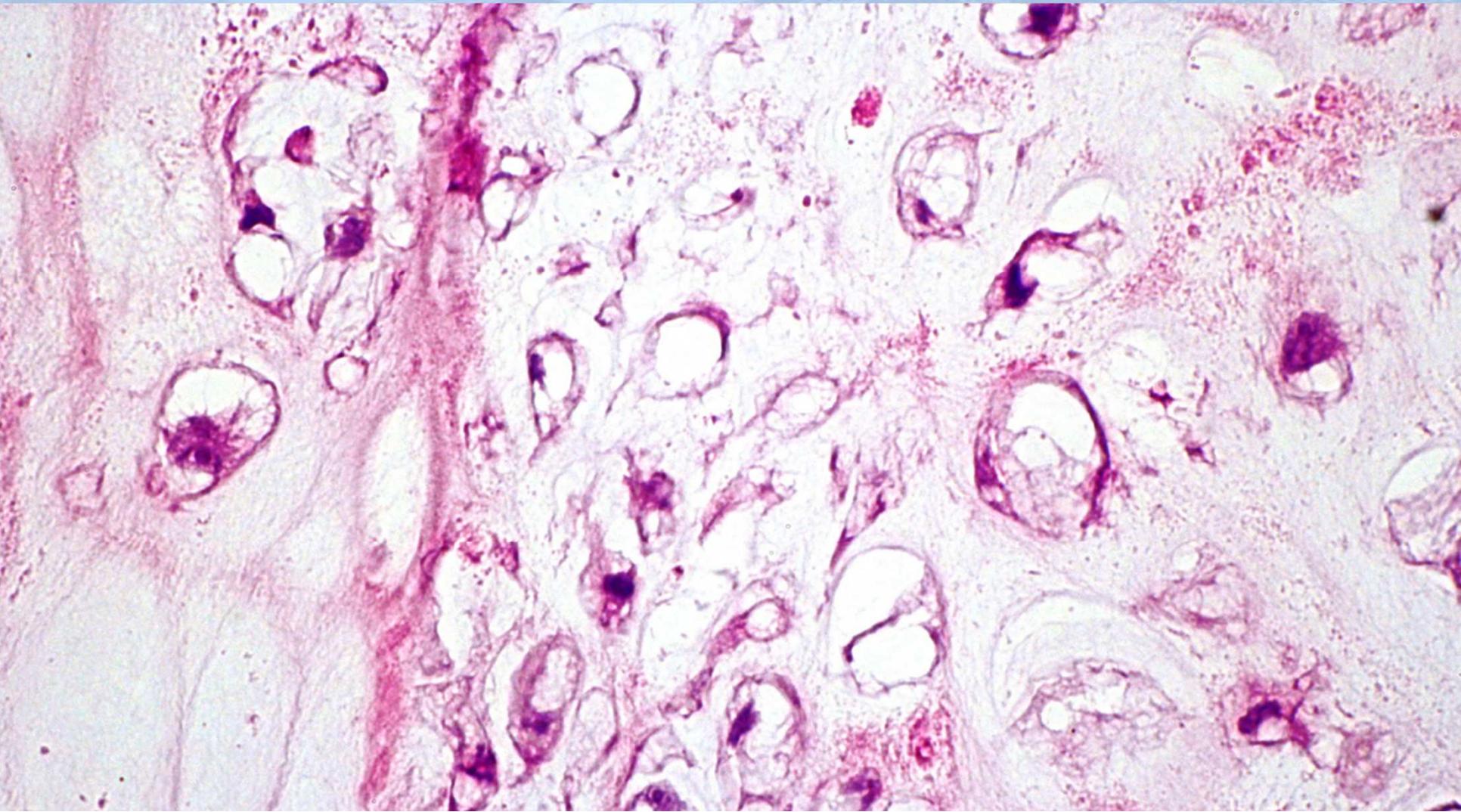
Rippentumor HE



Rippentumor HE



Rippentumor HE



Ergänzende Diagnostik

- Keine IDH1 Mutation (IH und Exon 4 Sequenzierung)
- Keine IDH2 Mutation

Diagnose?

1. Urothelkarzinom
2. G3 Adenokarzinom der Lunge
3. **G1 Chondrosarkom**
4. Magenkarzinom mit Schleimvakuolen
5. Neuer anderer Tumor
6. Reaktiv

Chondrosarkom in der Zytologie

- Enthalten eine **chondrogene Matrix!**
- Lakunen
- Doppelkernig
- „Siegelringzellen“
- MGG: rötliche Granula
- MGG: Matrix stark positiv (Überfärbt)
- G3: Makronukleosen, Mitosen, Nekrosen, Kernkerben, Kerninklusionen

Zytologie in Literatur

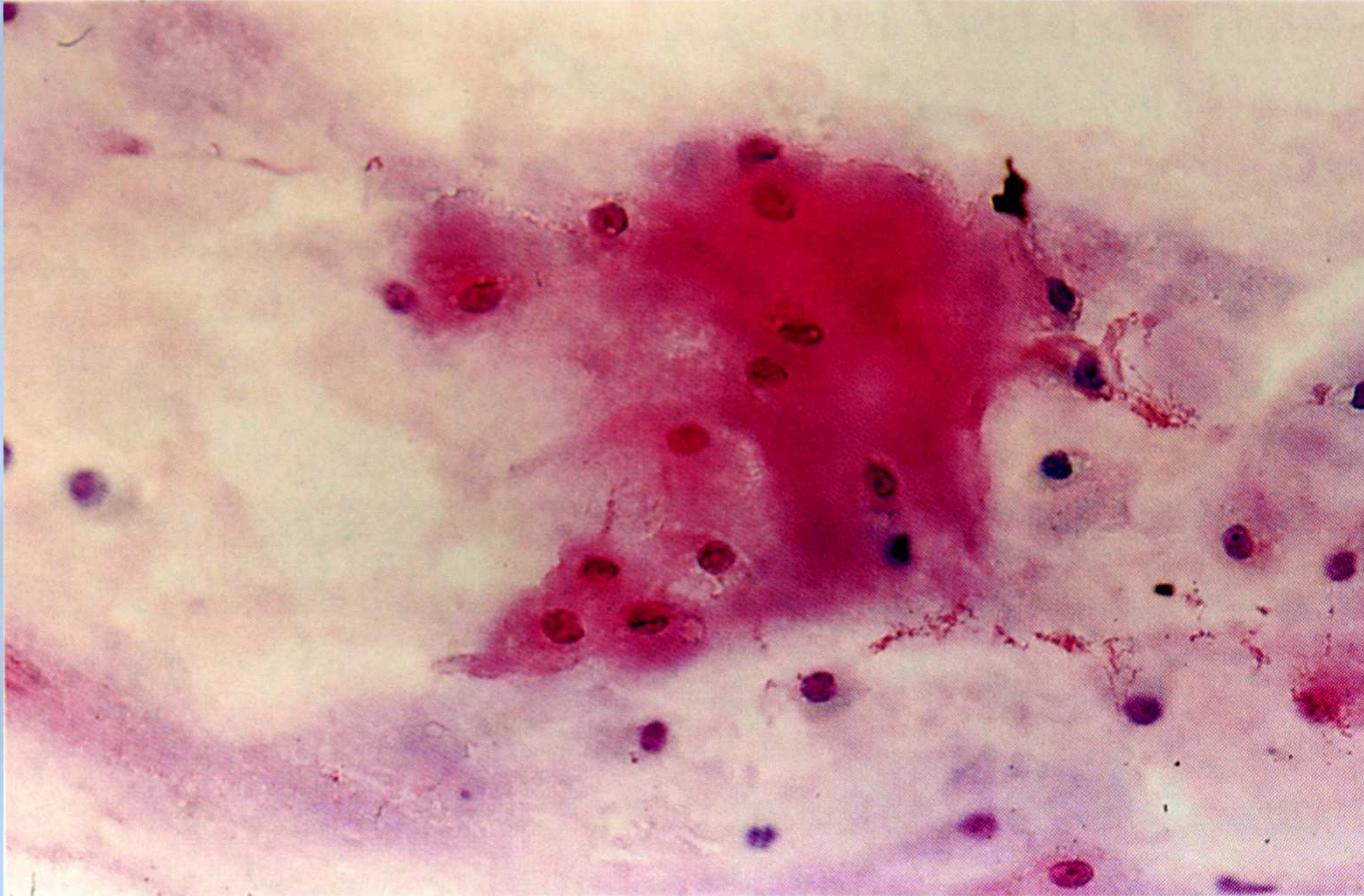


Abb. 27.16 Myxoides Chondrosarkom, hoch bis mäßig differenziert, überwiegend myxoid bei M, 70 J. (PapF, 330×)

Zytologie in Literatur



Abb. 27.17 Myxoides Chondrosarkom der Thoraxwand; derselbe Fall wie in Abb. 27.16: myxoide Knorpelsubstanz bildende Zellen (PapF, 840x)

Zytologie in Literatur

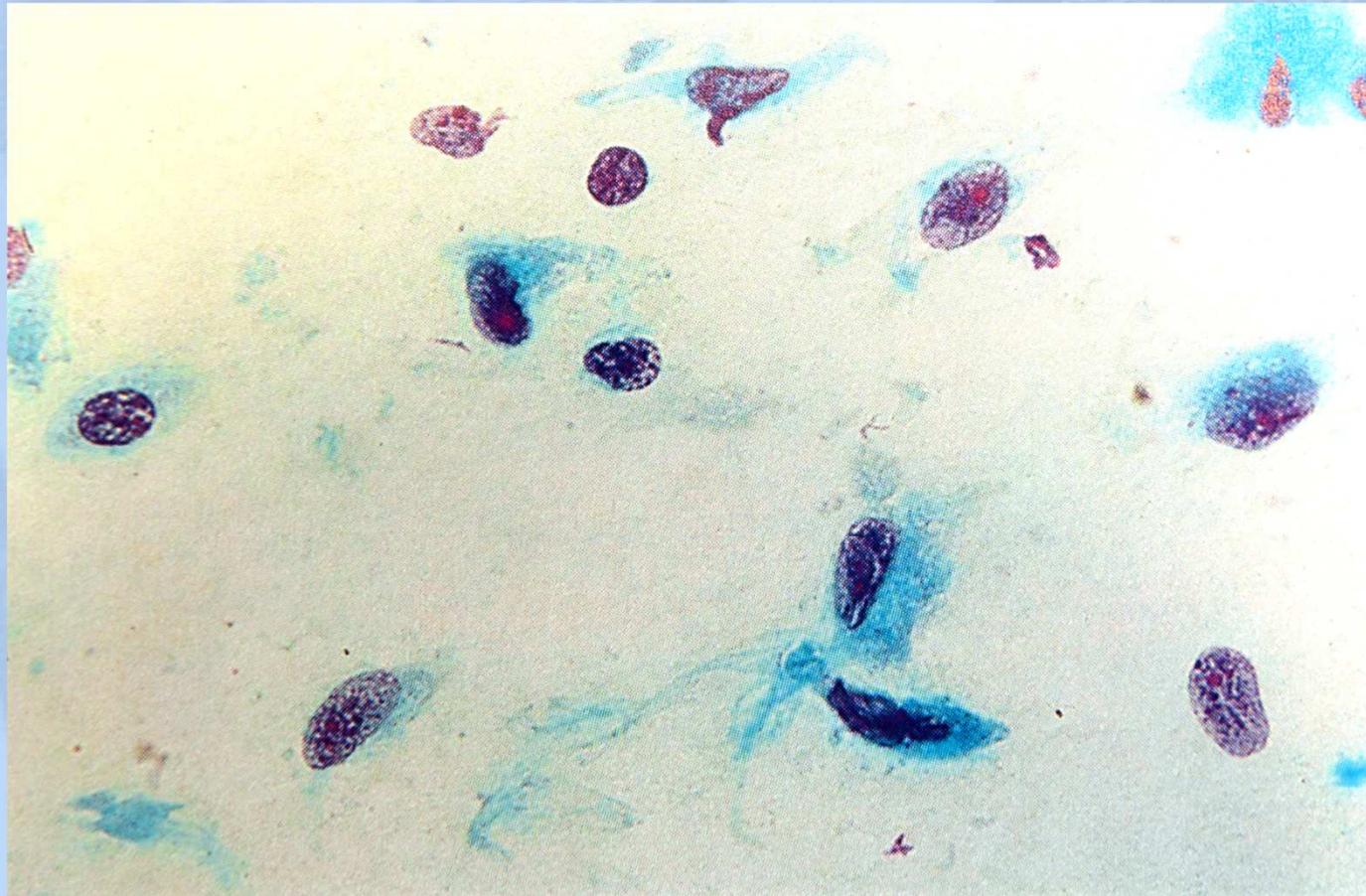


Abb. 27.15 Chondromyxoides Fibrom. W, 21 J., Rezidiv eines Tumors im distalen Radius rechts; ähnliche Zellen werden auch in

Remmele Zytologie

Chondrosarkom (1)

- Inzidens: ?, 20% aller Knochentumoren (incl. Plasmozytom)
- 3. häufigster Knochentumor
- Alter im Schnitt über 50 Jahre, Männer etwas häufiger betroffen
- Lokalisation (Absteigende Häufigkeit): Becken, prox Femur, prox Humerus, dist Femur, Rippen ...

Chondrosarkom (2)

- Je zentraler desto maligner
- G1 Chondrosarkome sind rein morphologisch nicht von Enchondromen zu unterscheiden
- Radiologisches Bild gehört zur Diagnose!!!
- Wird in der Zytologie noch seltener diagnostiziert

Chondrosarkom (3)

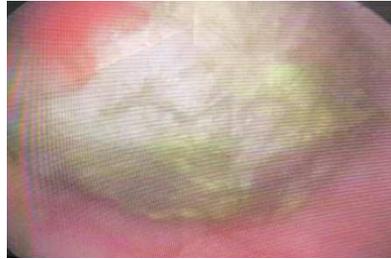
- 38-70% haben eine IDH1 Mutation
- Davon 20% R132H (Antikörper detektierbar)
- Auch Enchondrome haben häufig eine IDH1 Mutation
- Unbekannte (epi)Genetische Veränderung sind Ursache der Malignisierung



Danke für Ihr Interesse



Harnblasentumor



Dr. med. Gerhard Stauch
Praxis für Pathologie.
Aurich



Dr. med. Mahmoud Abbas
Institut für Pathologie . Minden



Shelley Li MD
Institute of Pathology
Nr. One Hospital Liang shan

谌莉

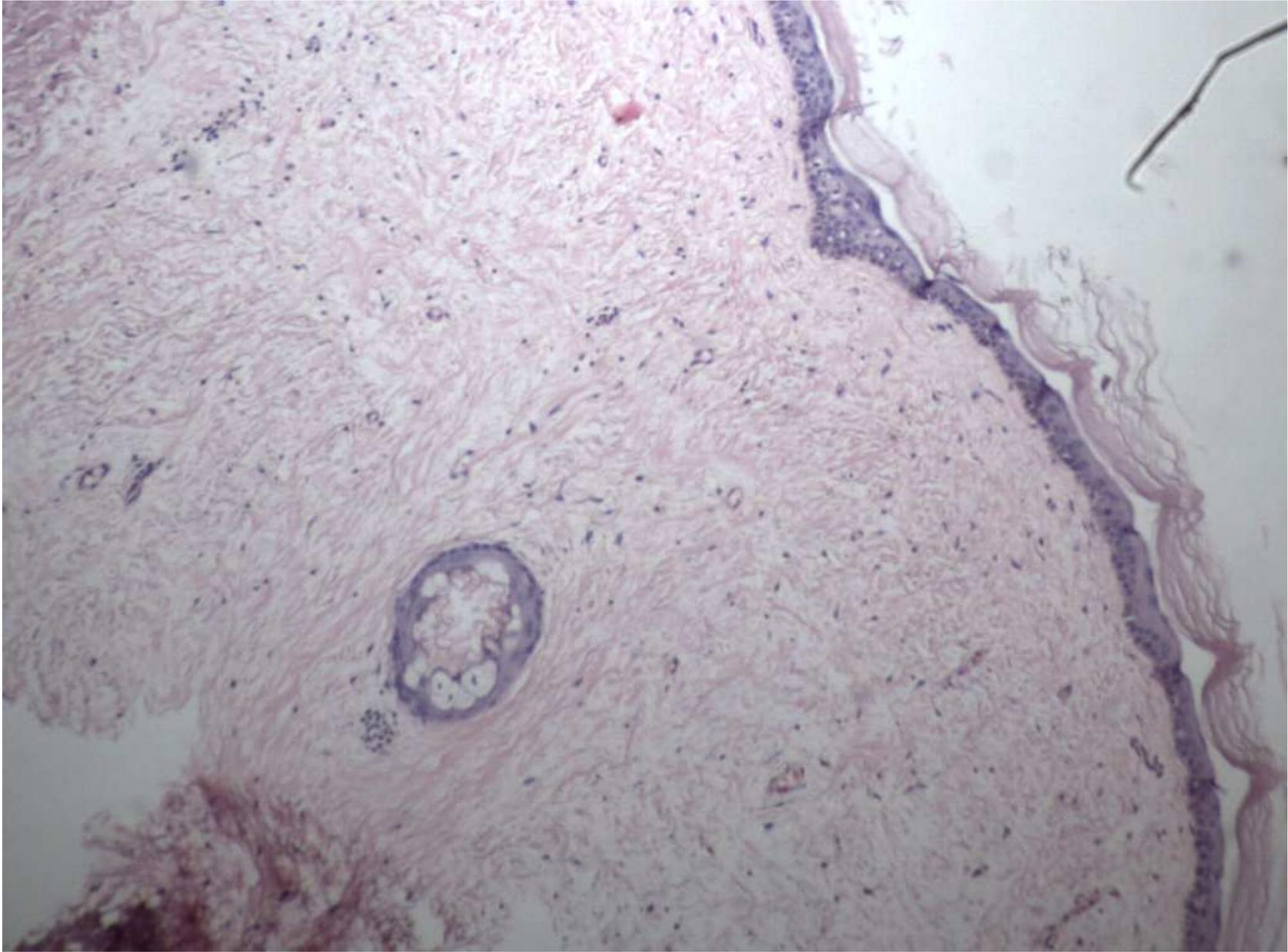
Fallbericht

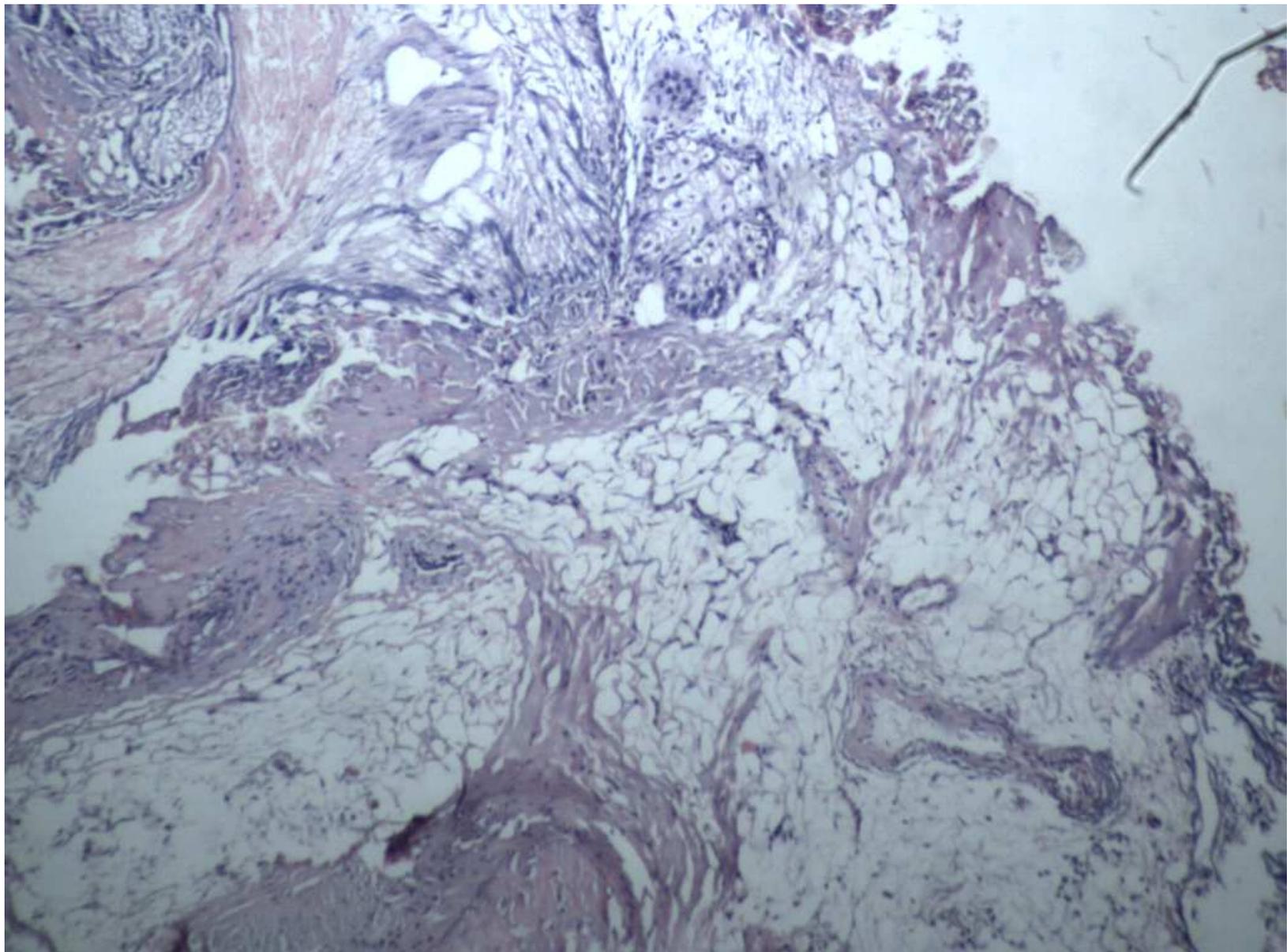
Patient : 24 Jahre alt

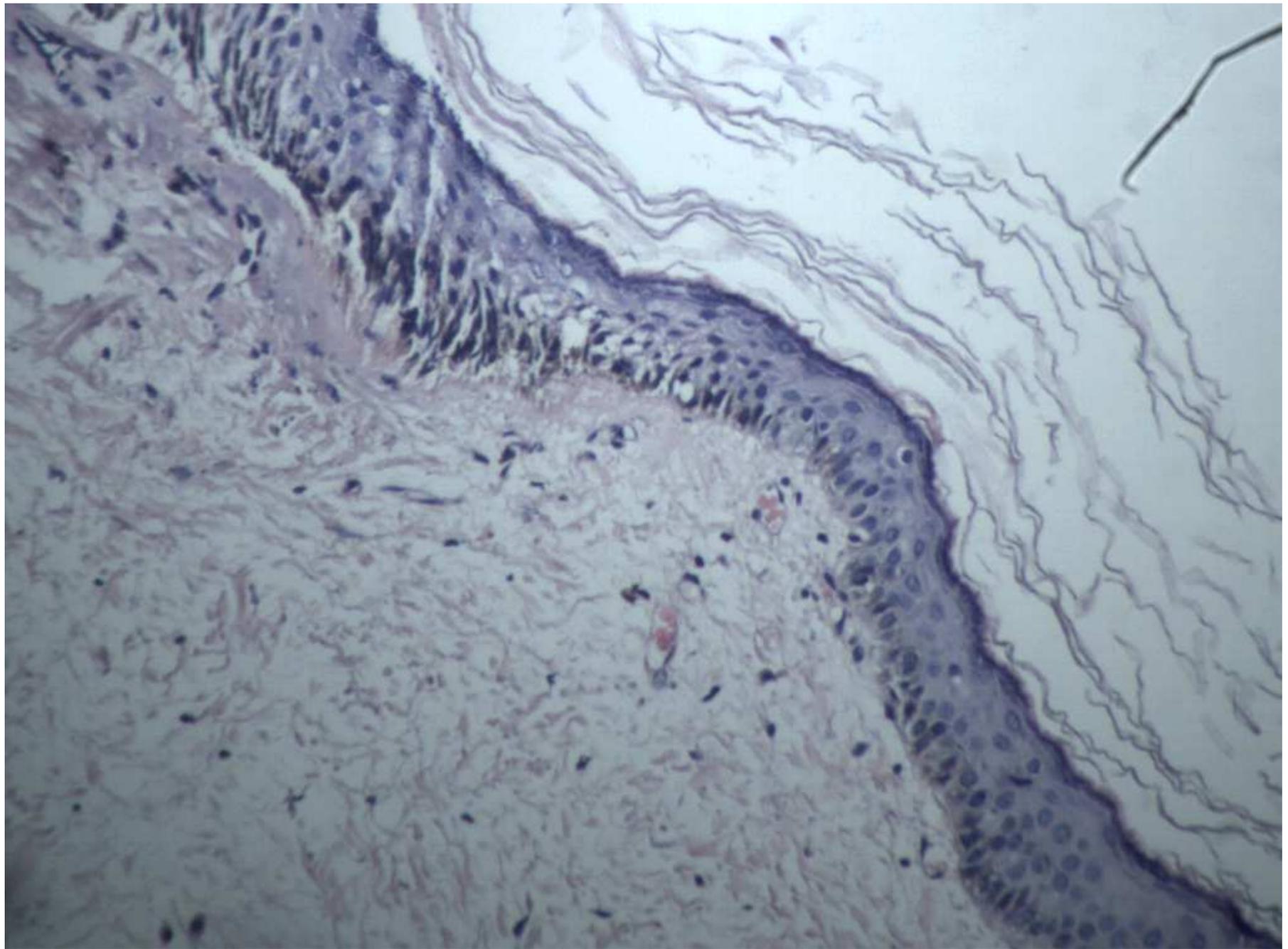
Symptome: Unterbauchschmerzen und Hämaturie für 3 Monaten.

Zystoscopie: Ein umschriebener gelb-weißer gestielter Tumor in der rechten Harnblasenwand von weicher Konsistenz und zerklüfteter Oberfläche.

CT: Ein entrundeter Tumor von 2.6 x 2.4 cm im Bereich der rechten Seitenwand der Harnblase. Heterogen mit teils soliden und zystischen Strukturen.





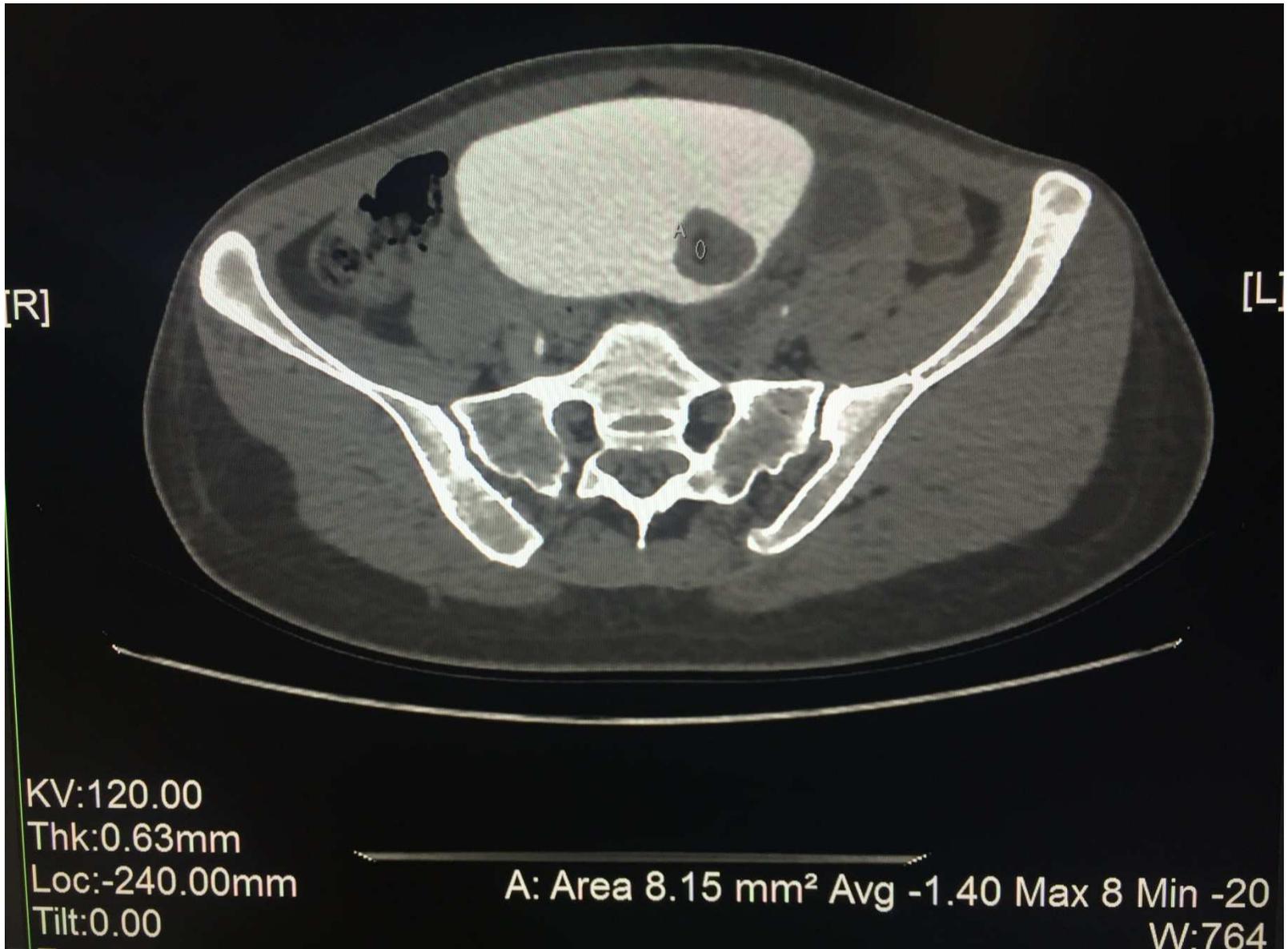


Zwischendiagnose

混亂

Hǔnlùn

混
亂





Diagnose

**Adultes solides
Teratom der
Harnblase**

Literatur

Bladder Teratoma : a case report and review of literature

Misra S,. Agarwal PK, Tandon RK,Wahhlu AK, Misra Nc.
Indian J. Cancer 1997 34(1): 20-21

Primary benign Vesical Teratoma. A case report

Sabnis RB, Bradoo AM, Desai RM, Bhatt RM, Randive NU
Arch Esp. Urol 1993 6(5): 444-445

Trichouria due to benigne retovesical teratoma

Basu A,Chacko KN, PandevAP
Br J Urol 1990 , 65(6) 659-660

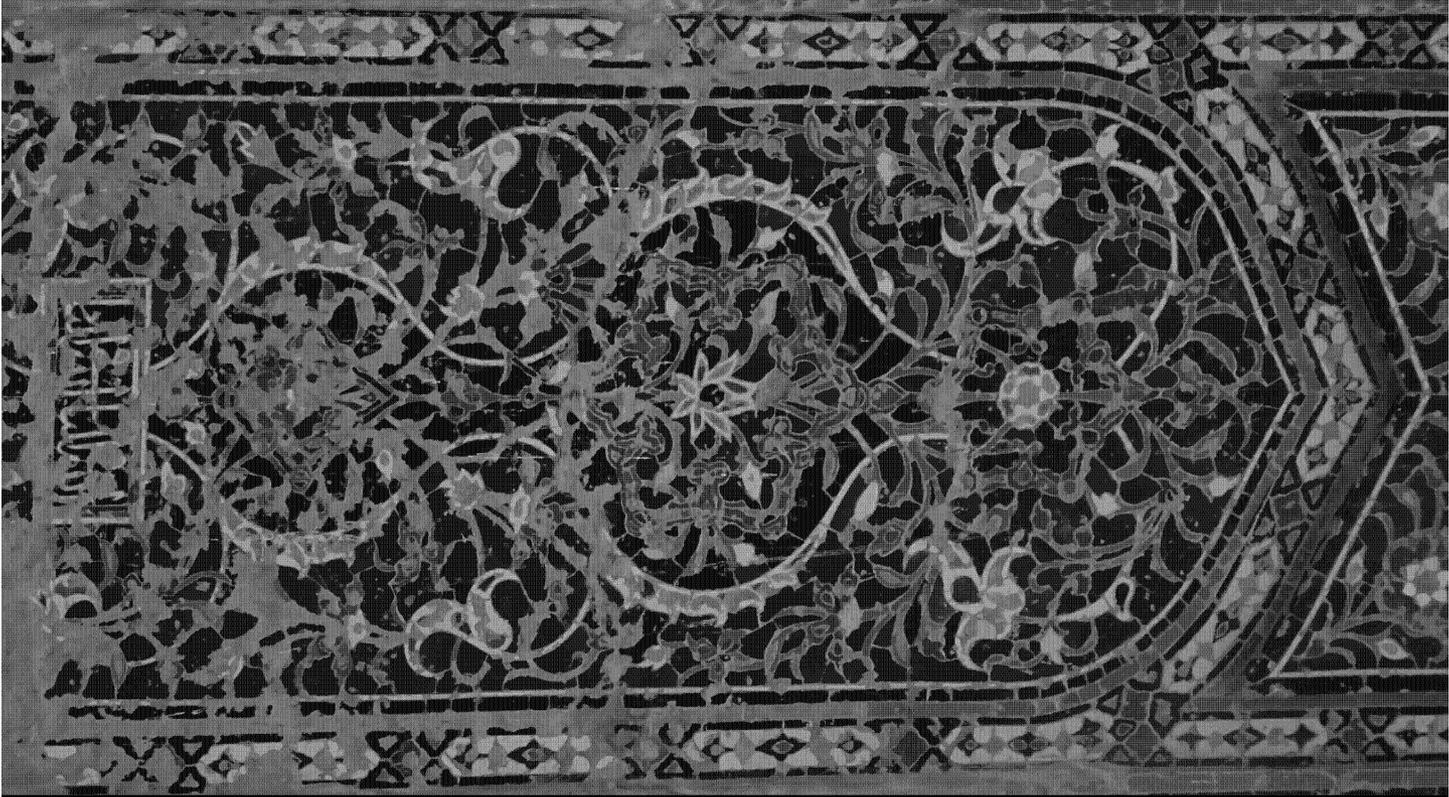
Dermoid Cysts of the bladder

Cauffield EW
J Urol 1956, 75: 801-804

Mesenchymal and miscellaneous other primary tumors of the urinary bladder

Walker AN,Mills SE,Young RH
in Young RH. Ed. Pathology of the Urinary Bladder
New York Churchill Livingstone 1998:139-178

**Bridging Distance between Countries
Telemedicine
Aurich 21. & 22. April 2018**





**83. NIEDERSÄCHSISCHE RÄTSELECKE AM 11.11.2017
IN DER MHH HANNOVER**

und Feier eines runden Geburtstages von

**Herrn Professor Dr.med. A. Georgii
em. ordentlicher Professor für Pathologie an
der Medizinischen Hochschule Hannover**

Update of the Classification of Condylomas of Vulva, Vagina and Penis

Rolf Schmauz and Raphael Owor

Priv.-Doz. Dr. med (retired) & Professor of Pathology (em.)
Papenburg Kampala
Practising Pathologists

**AFIP
Fasc. 13 & 14
WHO 2016**

versus

**Eigene Arbeiten
Publikationen (3x)
1976-1980**

**Histologische Untersuchungen in Uganda an Biopsien aus dem
Eingangsbereich (180 Fälle), ferner Organschnitten von
Penisamputationen (58 Fälle) sowie epidemiologische
Untersuchungen zur Altersverteilung in Uganda, Deutschland
und in Israel (Länder mit unterschiedlicher Inzidenz von Genitalkrebs)
und geographische Korrelationen innerhalb Ugandas zwischen
Kondylomen und Carcinomen der Vulva, Vagina und des Penis.**

(Contents of the Habil.-Schrift Lübeck 1982)

PART I

Penile Tumours of low Invasiveness

Giant Condyloma / Verrucous Carcinoma

Buschke - Löwenstein - Tumor

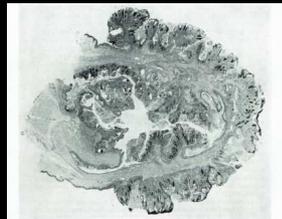
Ackerman - Tumor

Huge tumours! Clinical impression highly malignant & metastasizing.
To the surprise of the clinician metastases did not occur.
Originally defined on the penis and in the oral cavity
with viral and chemical genesis, respectively.

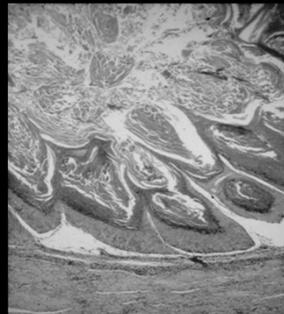
Among 58 cases with whole mount sections from penile amputation specimen there were 6 cases showing circumscribed destructive downgrowth assumed to be characteristic for Buschke-Löwenstein-Tu.

Multilayered squamous epithelium

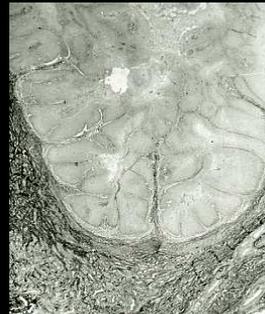
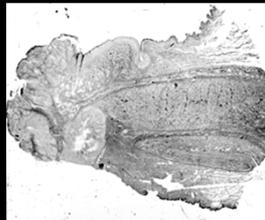
O BEN



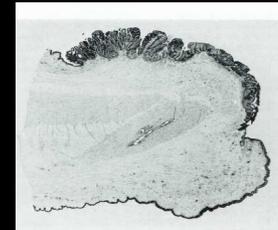
From Rec. Res. Ca. Res. Vol. 41, 1973



MITTE



UN TEN



From Cancer 40, 1686-96, 1977



No. of cases

3

Age (yr)

53, adult, 60

Duration of "swelling" (mo)

9

2

46, adult

8

1

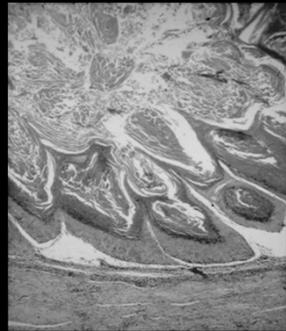
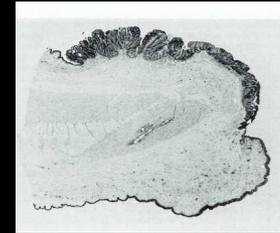
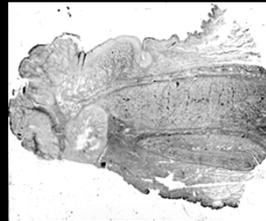
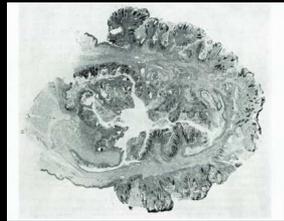
56

2

Diagnosen 1977

From Cancer 40, 1686-96, 1977

Giant condyloma

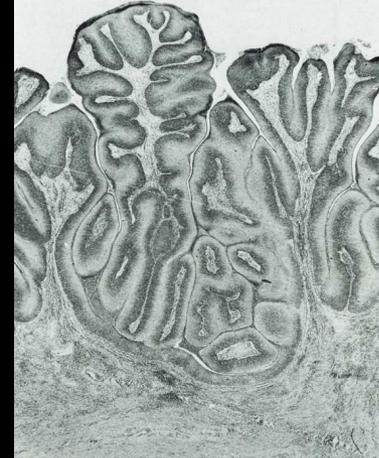
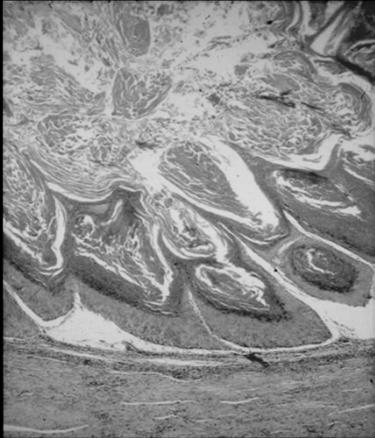
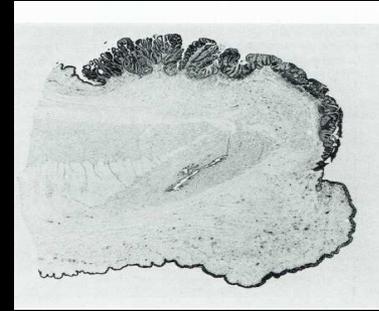
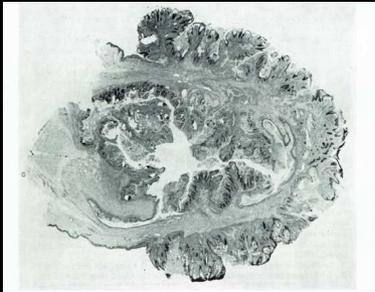


well differentiated

mod. well differ.

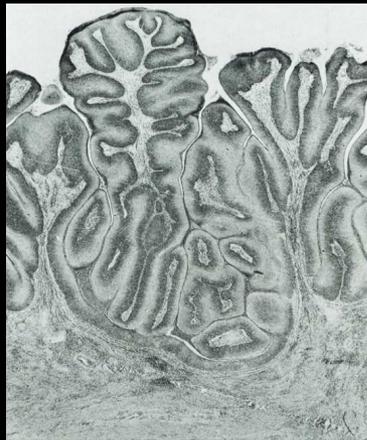
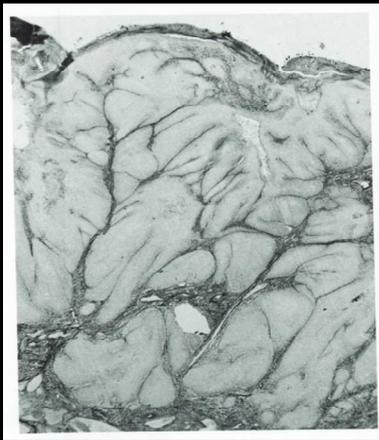
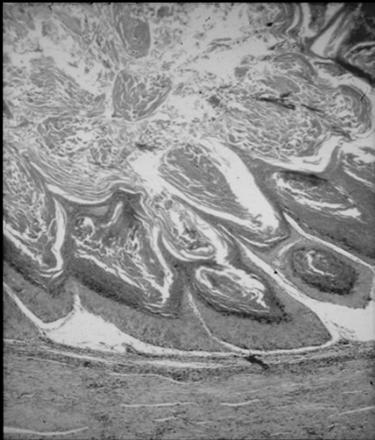
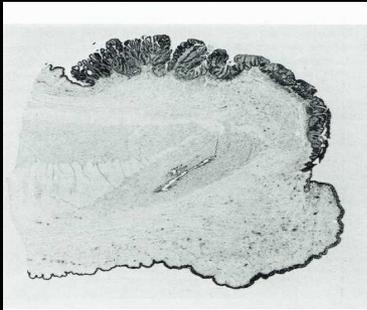
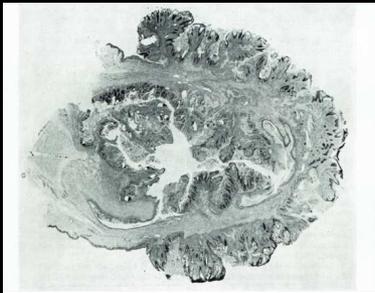
poorly different.

Diagnosen nach AFIP 2011 and WHO-Classification 2016 - Penis
bitte einfügen, please insert

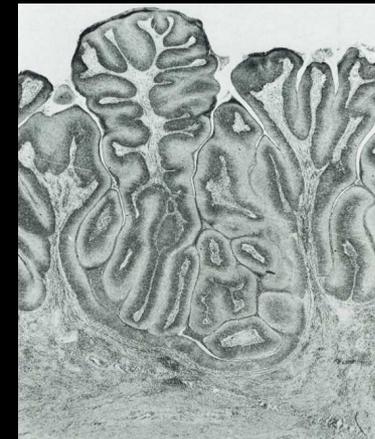
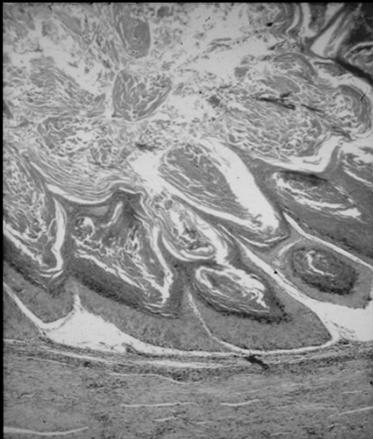
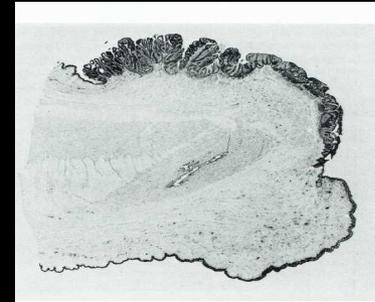
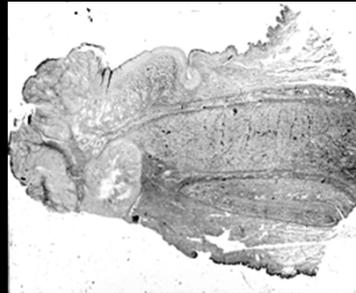
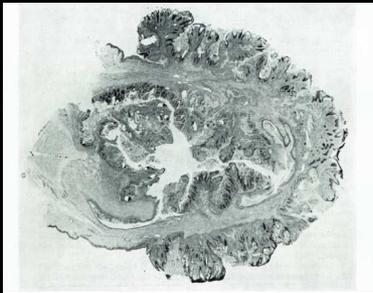


From Cancer 40, 1686-96, 1977

**Ätiologische Zuordnung nach AFIP 2011 and WHO-Classification 2016 - Penis und Ihrem eigenen Verständnis
bitte einfügen; Aetiology according to AFIP and WHO – Penis and according to your opinion**



Können Sie zustimmen zu AFIP und WHO? Wenn nicht, bitte fügen Sie Ihre eigenen Diagnosen/Vorschläge ein. Do you agree with AFIP and WHO? If not, please give your own diagnoses/opinions



References

- 1) AFIP Atlas Series 4, No. 13, 2010: Tumours of the Cervix, Vagina and Vulva.
- 2) AFIP Atlas Series 4, No. 14, 2011: Tumours of the Prostate Gland, Seminal Vesicles, Penis, and Scrotum.
- 3) WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs, IARC, Lyon, 2016.
- 4) Schmauz R et al (1977): Variation in the Appearance of Giant Condyloma . . . Cancer 40, 1686-96.
- 5) Schmauz R et al (1978): Spitze Kondylome und Karzinome der Vulva, Vagina und des Penis. Geburtsh. u. Frauenheilk. 38, 342-352.
- 6) Schmauz R and Owor R (1980): Condylomatous tumours of vulva, vagina and penis. Relation between histological appearance and age. J. Clin. Pathol. 33, 1039-46 (als [Download im Anhang](#)).
- 7) Rüschoff J: Tumoren der Analregion. In G. Klöppel, H.H. Kreipe, W. Remmele, Pathologie 3. Auflage, Verdauungstrakt und Peritoneum, S. 714.

VIEL SPASS

Anhang

So waren die alten Zeiten
These were the times



b.w.
p.t.o.



Erste Klassifikationen von (spitzem) Riesenkondylom und verrukösem Carcinom

Freudenthal und Spitzer (1933)

Gewöhnliche spitze Kondylome
Flache spitze Kondylome

Spitze Riesenkondylome

Carcinomähnliche Kondylome

Kondylomähnliche Carcinome

Kraus & Perez-Mesa (1960)

Bezeichnen Riesenkondylome
& verruköse Carcinome
als identisch.

Jagella and Stegner (1974)

Einfache Fibroepitheliome mit
Dysplasie +, ++, +++

Carcinome aus Condylomata acuminata
Carcinoma in situ & invasives Carcinom

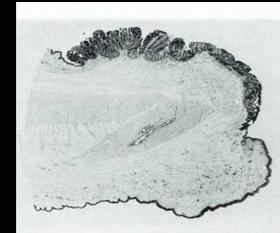
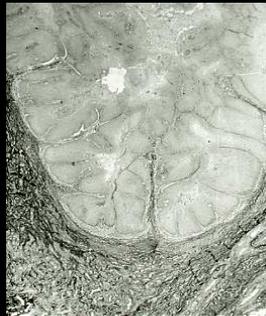
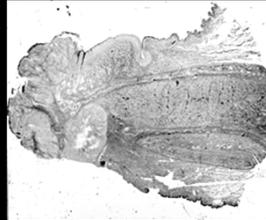
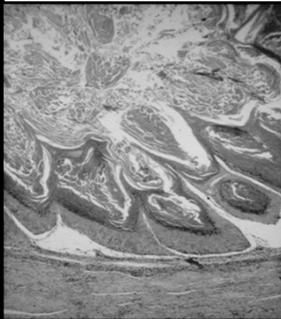
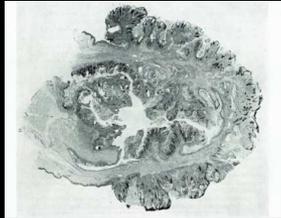
Buschke-Löwenstein-Riesenkondylome
Condylomatoide Präcancerose
Delbanco-Unna-Mühlpfordt

Klassifikation Giant Condyloma/Verrucous Carcinoma und anderer papillärer Läsionen

AFIP 2011	WHO 2016 (Nur Neoplasien)	Uganda 1977
(Atypical) Giant condyloma G1-benign tumour		Giant condyloma mod. well diff. precursor lesion
	Warty (condylomatous) ca. - noninvasive (carcinomatous ca.?) - invasive	
	Basaloid ca., papillary - (noninvasive)	Giant condyloma poorly diff.
	Verrucous carcinoma (Verrucous squamous hyperplasia) Carcinoma cuniculatum	Giant condyloma well differentiated
	Papillary ca. NOS	
	Pseudohyperplastic ca. (pseudoepitheliomatous squamous hyperplasia)	

Ätiologische Zuordnung

Klassifikation AFIP & WHO



Balanoposthitis xerotica obliterans ?
Lichen sclerosus ?

Verrucous Carcinoma

HPV 6 ?

~~Giant Condyloma-~~
G1, benign

HPV 16 ?

? ? ?

Kritik der AFIP und WHO Klassifikation

A. Giant Condyloma/Verrucous Carcinoma – Unterschiedliche Definitionen:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Verrucous Carcinoma und Giant Condyloma identisch - G.c. noninvasive, V.c. invasive nonmetast. Carc. (=condylomatous carcinoma ?) - V.c. highly differentiated sq. cell carcinoma synonymous with g.c. Buschke-L.; (vulva), HPV 6 and lichen chr. simpl. or lichen sclerosus. - Verrucöses Ca. synonym mit malignem Riesenkondylom; HPV-assoziert. | <p>Kraus und Perez Mesa (1960)
Mostofi and Price (1973)</p> <p>Kurman et al. (2010)
Rüschhoff and Aust (2013)</p> |
|---|---|

B. Unterschiedliche Differentialdiagnose

Verrucous Carcinoma (AFIP, WHO)	Giant Condyloma (AFIP)	Giant Condyloma (Cases 1-3) (Makerere)
G 1	G 1	G ??
No koilocytosis	V:no koilocytosis P:koiloc.	No Koilocytosis
No fibrovasc. c., kerat. plug	V:no f.c. P:Fibrovascular c.	Fibrovasc. core -, -, ++
Pushing border (AFIP)	Bulbous expansion	Circ.-scrib. destr. downgrowth
Noninvasive carcinoma (pTa)	P: benign tumour	Precursor lesion
intercellular bridges	Prominent acanthosis	Superficial,intermediate, parab. basal

L i t t l e N e o p l a s i a

Conclusio

Studien in Uganda sowie die uneinheitliche Terminologie belegen die Notwendigkeit der Annahme einer neuen Form der Neoplasie bei epithelialen Tumoren of low invasiveness anogenital und evtl. in der oberen Körperhälfte. -

Charakteristika: umschriebenes destruierendes Tiefenwachstum mit wenigen epithelialen Zelltypen mit nur geringer Neoplasie. Drei Arten von Tumoren können bislang unterschieden werden, die ätiologisch relevant sein könnten.

Proliferierende (proliferative) epitheliale Neoplasie

- | | |
|-----------------------------------|----------------------|
| - superficial type | lichenoides Läsionen |
| - intermediate or acanthotic type | HPV 6 (LR) |
| - parabasal&basal cell type | HPV 16 (HR) |



UGANDA

die Perle

Afrikas

Department of Pathology, Medical School, Makerere University, Kampala, Uganda, 1970

Dr. Schmauz, FRG

M. Findlay, UK
Chief Technician

Dr. Stejneger, CZ

Dr. Mugerwa, UG

Dr. Anthony, UK

Prof. A.C. Templeton, UK

Prof. M.S.R. Hutt, UK

Prof. Raphael Owor, UG

Prof. Iversen, N

Dr. Thomas St. Lucia, Caribic



83. Niedersächsische Rätselecke am 11.11. 2017

Fall-Nr.: 5

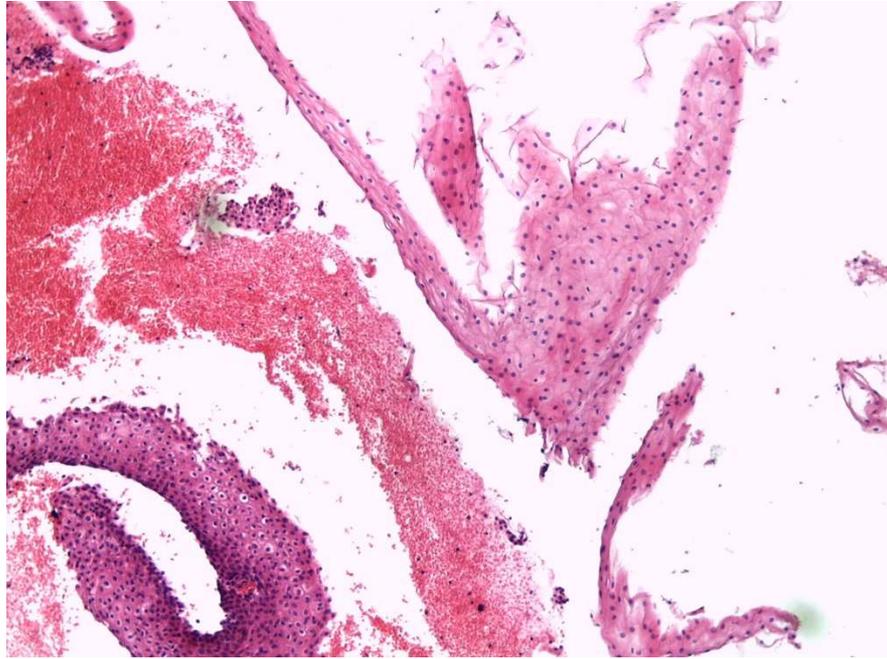
61-jährige Patientin

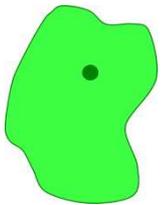
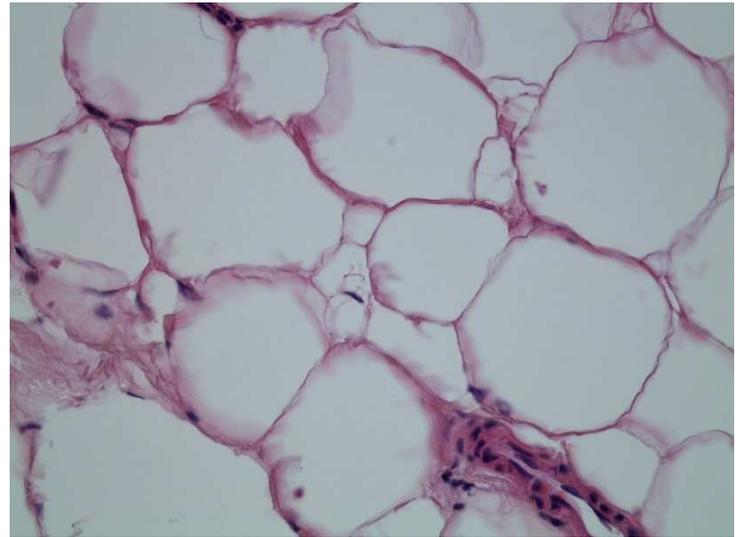
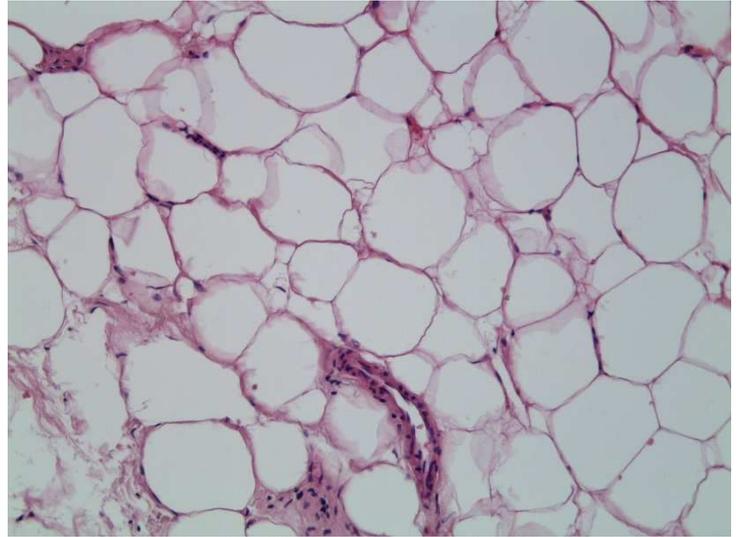
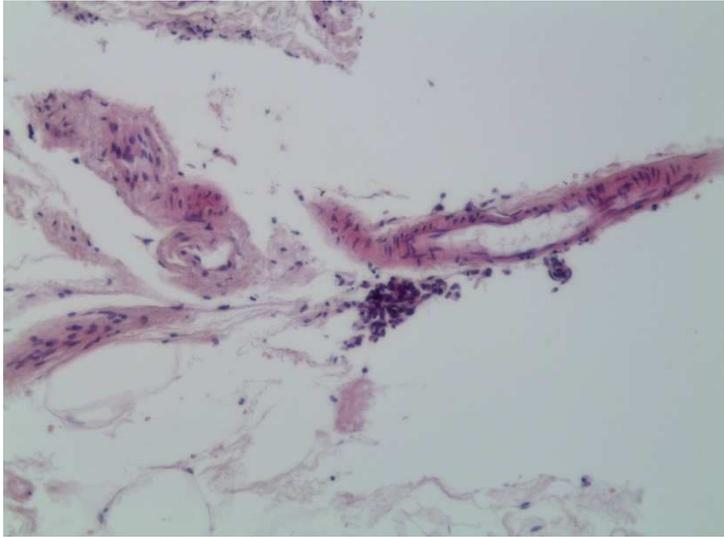
Mit klinisch seit 3 Jahren einer Serometra. Aktuell erfolgte eine Abrasio zur diagnostischen Abklärung, wobei sich klinisch das Bild von Fettgewebe bietet. Eine Uterusperforation sei klin. ausgeschlossen.

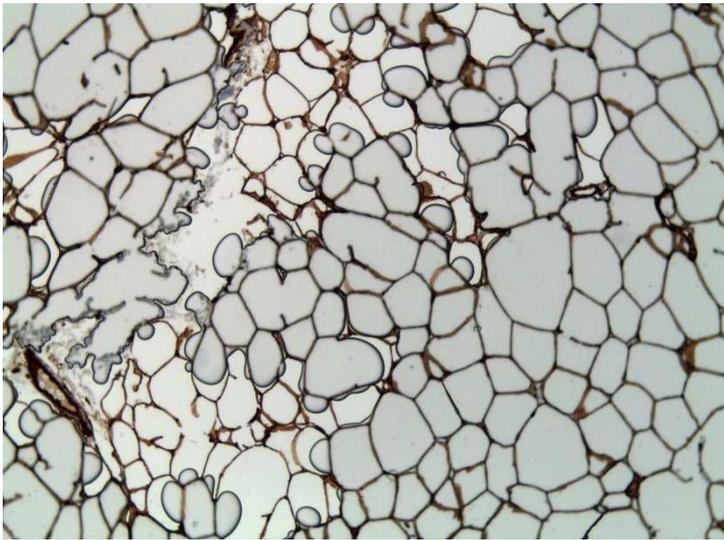


1,0 cm durchmessend hämorrhagisch , feinstückiges Material

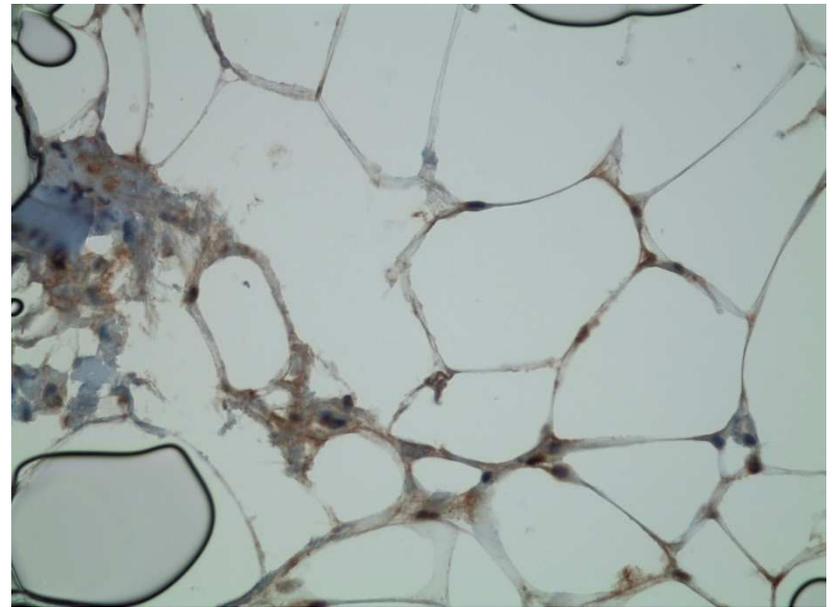






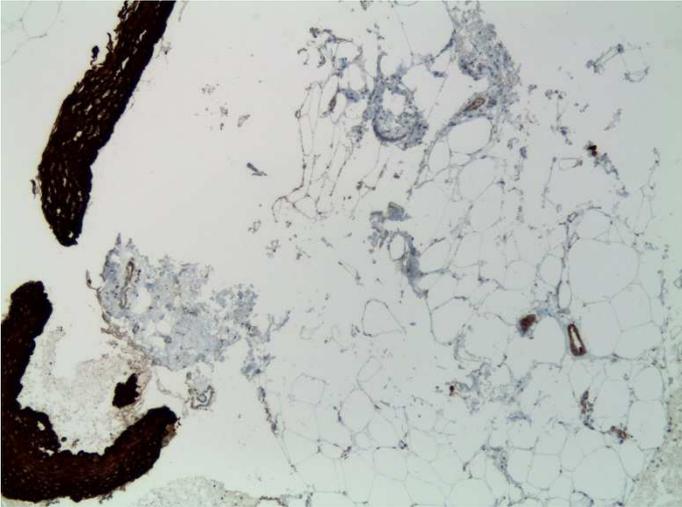


VIM



S100

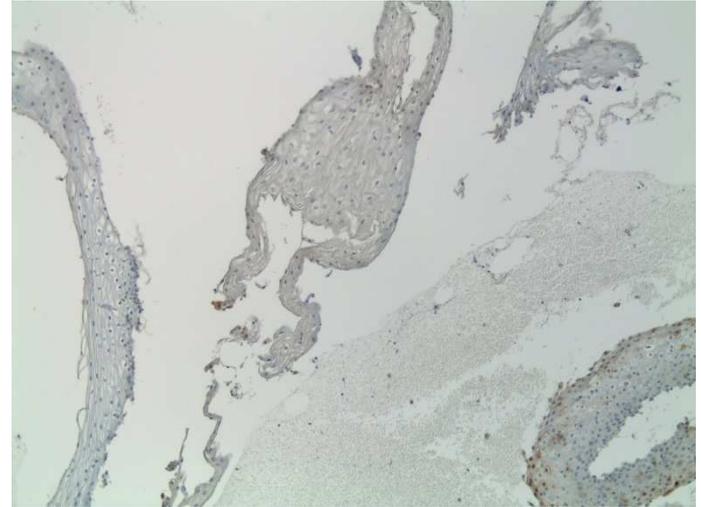




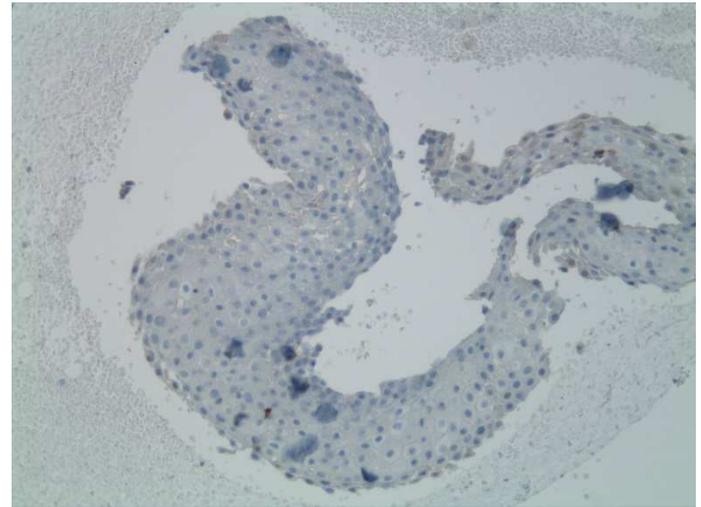
PCK

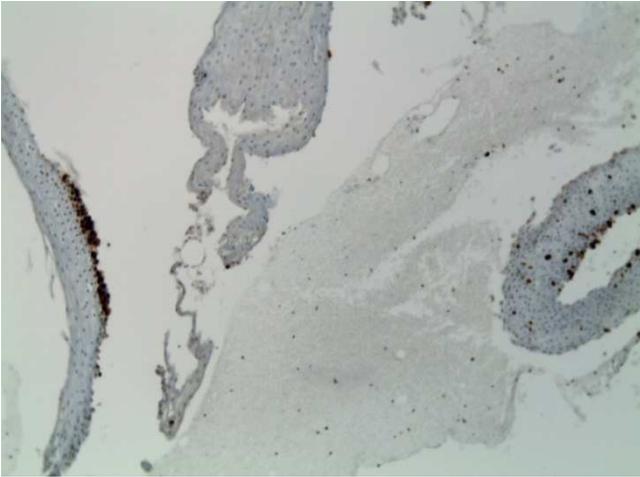


p16

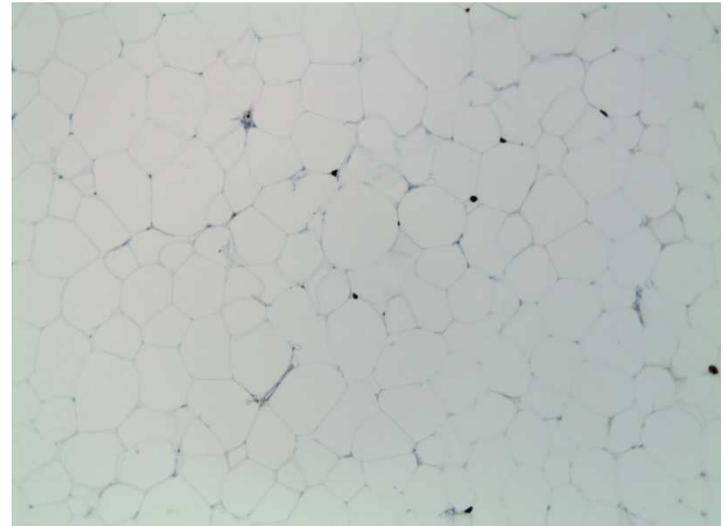


L1





Ki 67



1. Unverdächtige Plattenepithellamellen von der Portio uteri.

2. Anteile eines reifen Fettgewebes.

Kein Anhalt für Malignität.



Immunhistochemische Zusatzdiagnostik mit ausschließlich im Bereich der unverdächtigen Plattenepithelien einer positiver Reaktion für Panzytokeratin. Das reife Fettgewebe lässt sich physiologischerweise mittels S 100 colorieren und die Proliferationsfraktion erscheint nicht gesteigert.

Somit bestätigt sich hier das Bild eines reifen Fettgewebes, wobei ein Lipom der Cervix uteri zu favorisieren ist (in: Kurman et al, eds. Tumors of the Cervix, Vagina and Vulva; AFIP Atlas of Tumorpathology series 4; American Registry of Pathology; 2010: 216).



Referenzpathologie (Prof. Horn, Leipzig)

Reifes Fettgewebe mit muskelkräftigen wandfibrosierten Gefäßen. Diese werden nicht selten in der Umgebung parametranen Gewebes gesehen, jedoch läßt sich mittels der immunhistochemischen Untersuchung gegenüber Calretinin, Mesothelin und Ber-Ep4 kein oberflächliches (peritoneales) Deckepithel nachweisen.

Insgesamt handelt es sich um einen sehr ungewöhnlichen Befund, dessen Interpretation, insbesondere unter der klinischen Angabe einer nicht nachweisbaren Uterusperforation letztlich etwas uneindeutig bleiben muß.



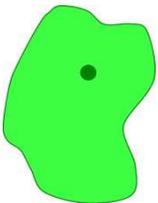
HPV neg.:

Chip-Hybridisierung (EuroArray HPV, Euroimmun)

(HPV

6,11,16,18,26,31,33,35,39,40,42,43,44,45,51,52,53,54,56,58,59,61,66,68,70,72,73,
81,82 und 89)

Zusätzlich HPV-Nachweis mittels Konsensus-Primern GP5+/GP6+ bzw.
My09/My11



PubMed: Cerix uteri Lipoma

Giant subserosal lipoleiomyomas of the uterine cervix and corpus: a report of 2 cases.

Terada T.

Appl Immunohistochem Mol Morphol. 2015 Feb;23(2):e1-3. doi: 10.1097/PAI.0b013e318218ae15.

Huge lipoleiomyoma of the uterine cervix.

Terada T.

Arch Gynecol Obstet. 2011 May;283(5):1169-71. doi: 10.1007/s00404-010-1686-8. Epub 2010 Sep 30. No abstract available.

[Benign mesenchymal mixed tumor (angiofibromyolipoma) of the cervix uteri].

Tennstedt A.

Zentralbl Gynakol. 1974 Apr 15;96(15):471-6. German. No abstract available.

Lipoma of the uterus.

SABBAGH MI.

Obstet Gynecol. 1954 Oct;4(4):399-402. No abstract available.

[Large solitary lipoma of the uterus and cervical carcinoma].

BRUNTSCH KH.

Zentralbl Gynakol. 1951;73(2):96-9. Undetermined Language. No abstract available.



Vielen Dank







Fall 6

Rätselecke 11.11.2017

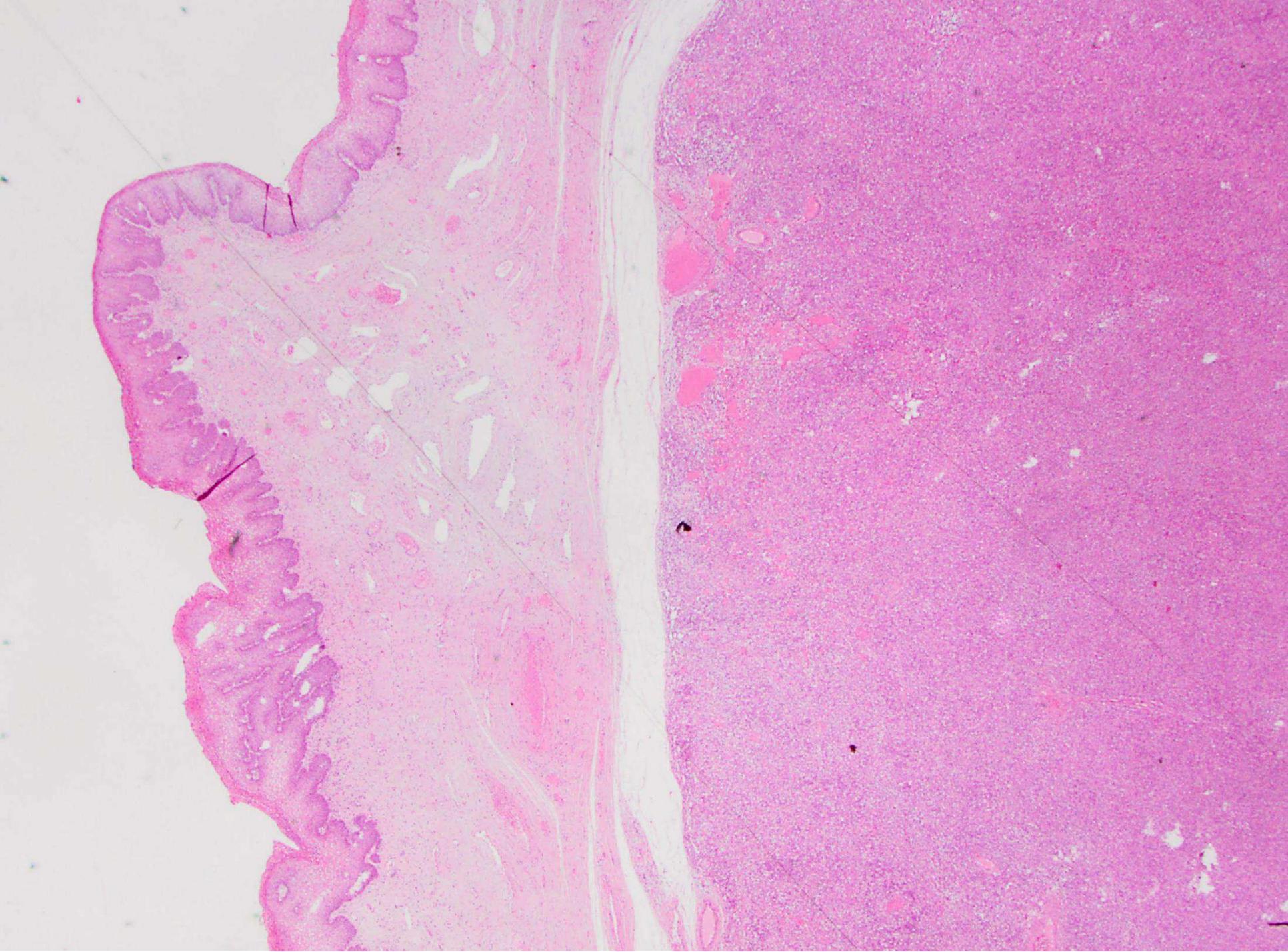
Pathologie Nordstadtkrankenhaus

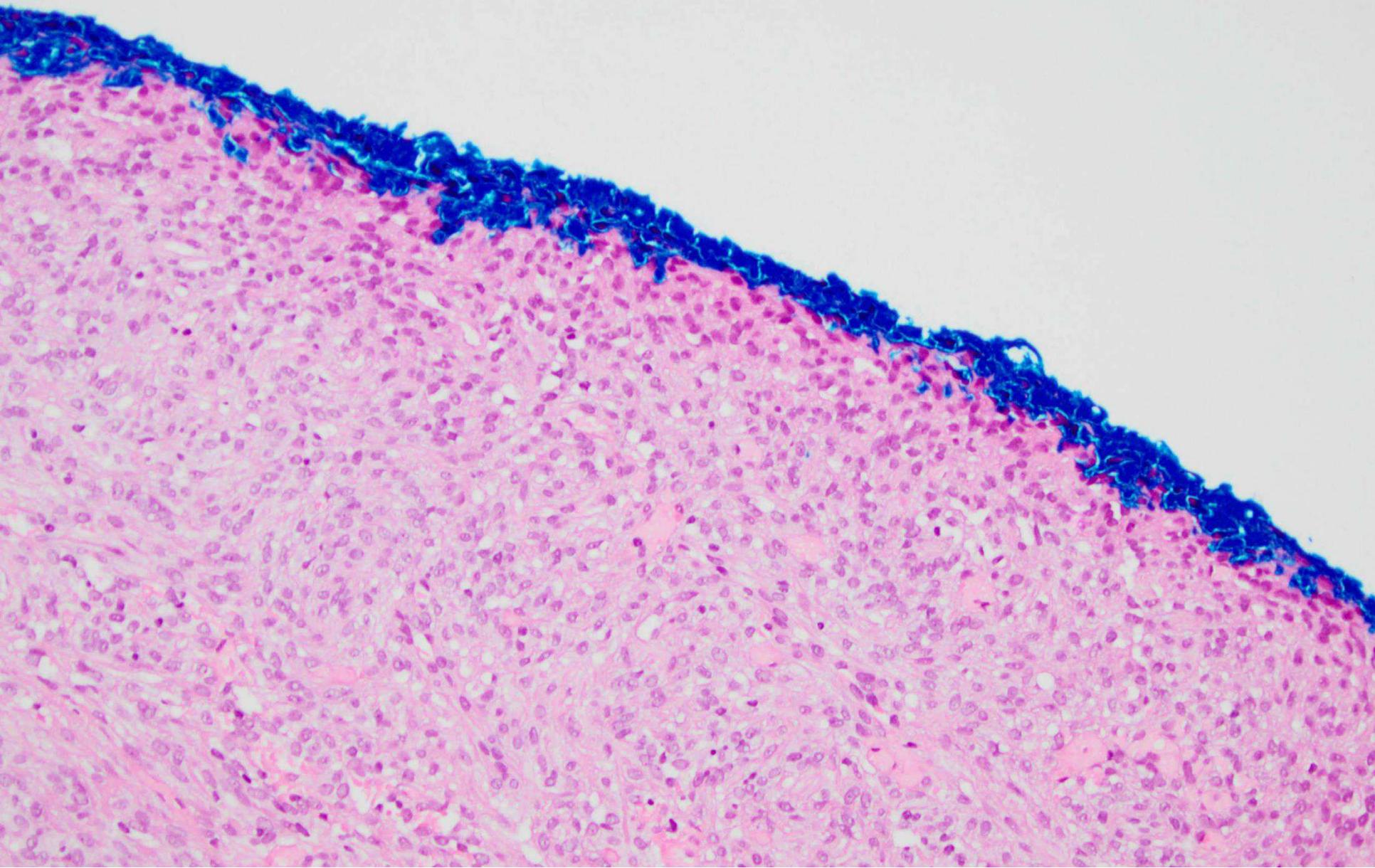
Reinhard von Wasielewski

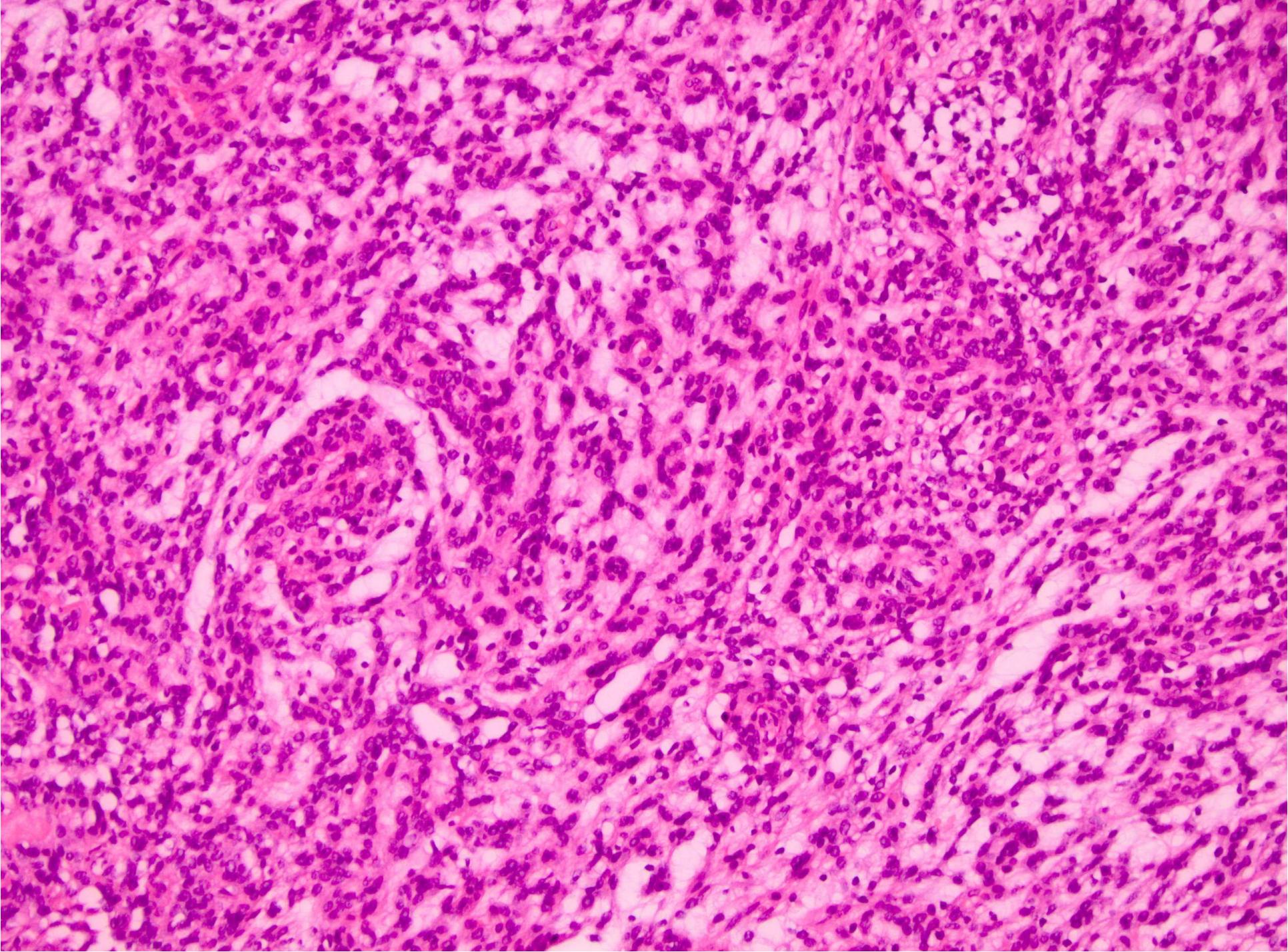
Klin. Angaben - Makroskopie

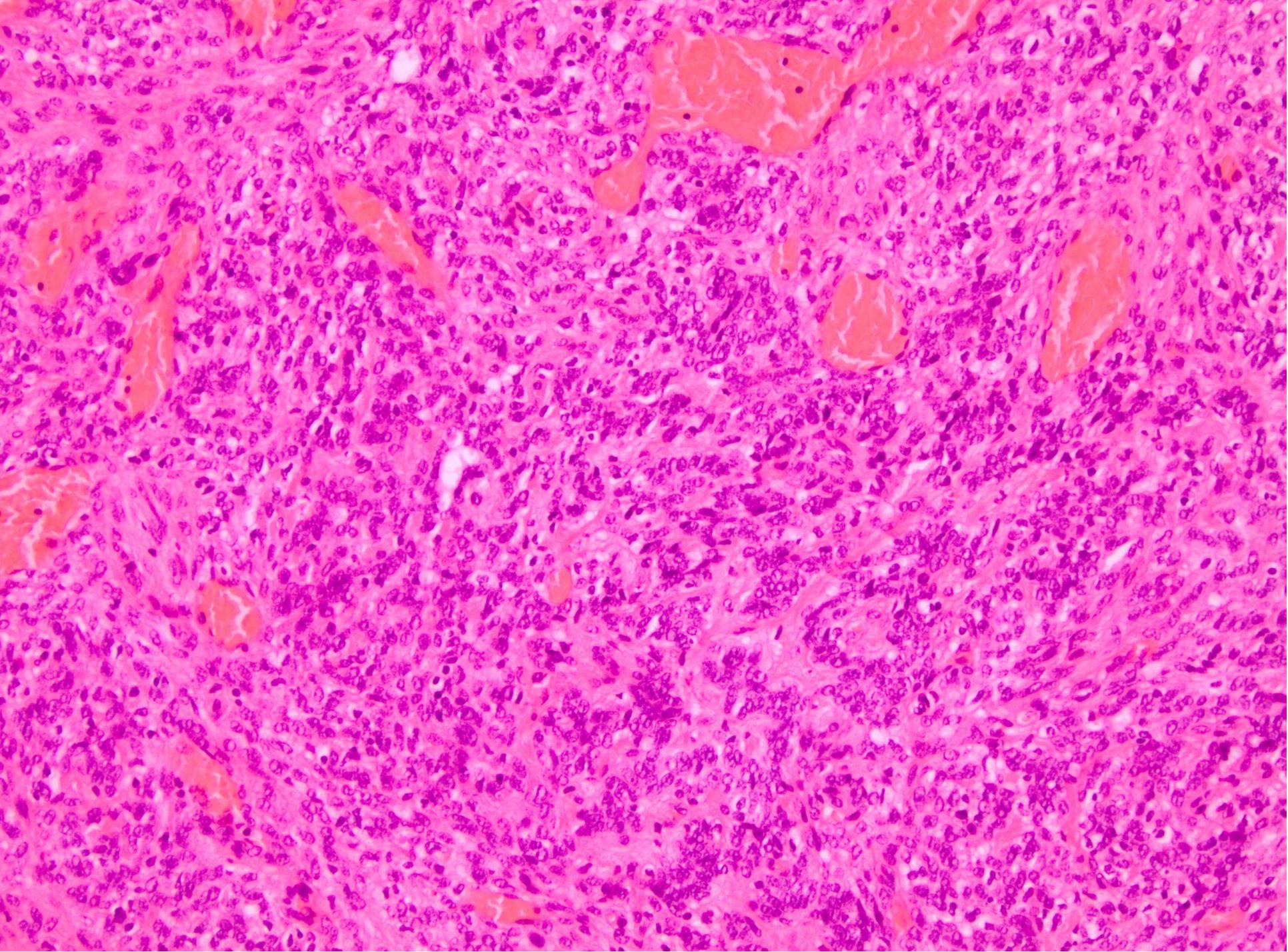
- 27a, weiblich
- Polypöser Tumor Introitus 6-8h, innerhalb eines Jahres gewachsen
- Nullipara, keine Vor-OP lokal bekannt
- Übersandt mit der Angabe: Vaginalpolyp, ggf. Zyste
- Pat. ist sonst gesund

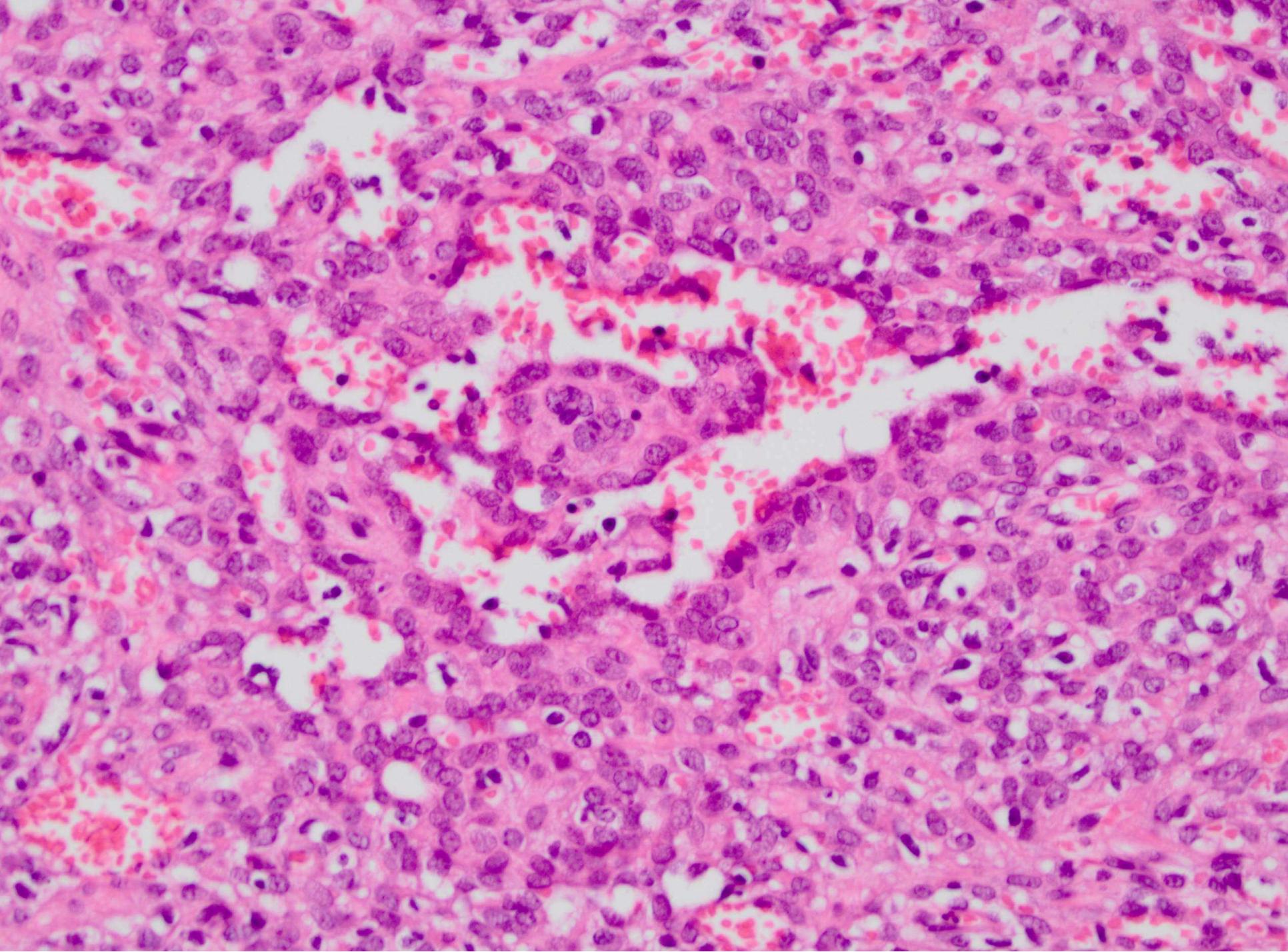
- Kugeliges Gewebe max. 25mm, überwiegend von gut verschieblichem Vaginalepithel überkleidet
- Scharf begrenzter Knoten 21mm, überwiegend solide, weißlich
- Klein-marmorierte Blutungsherde, Befund nach dorsal randbildend
- Nachresektat hier auch mit randbildenden Tumorausläufern

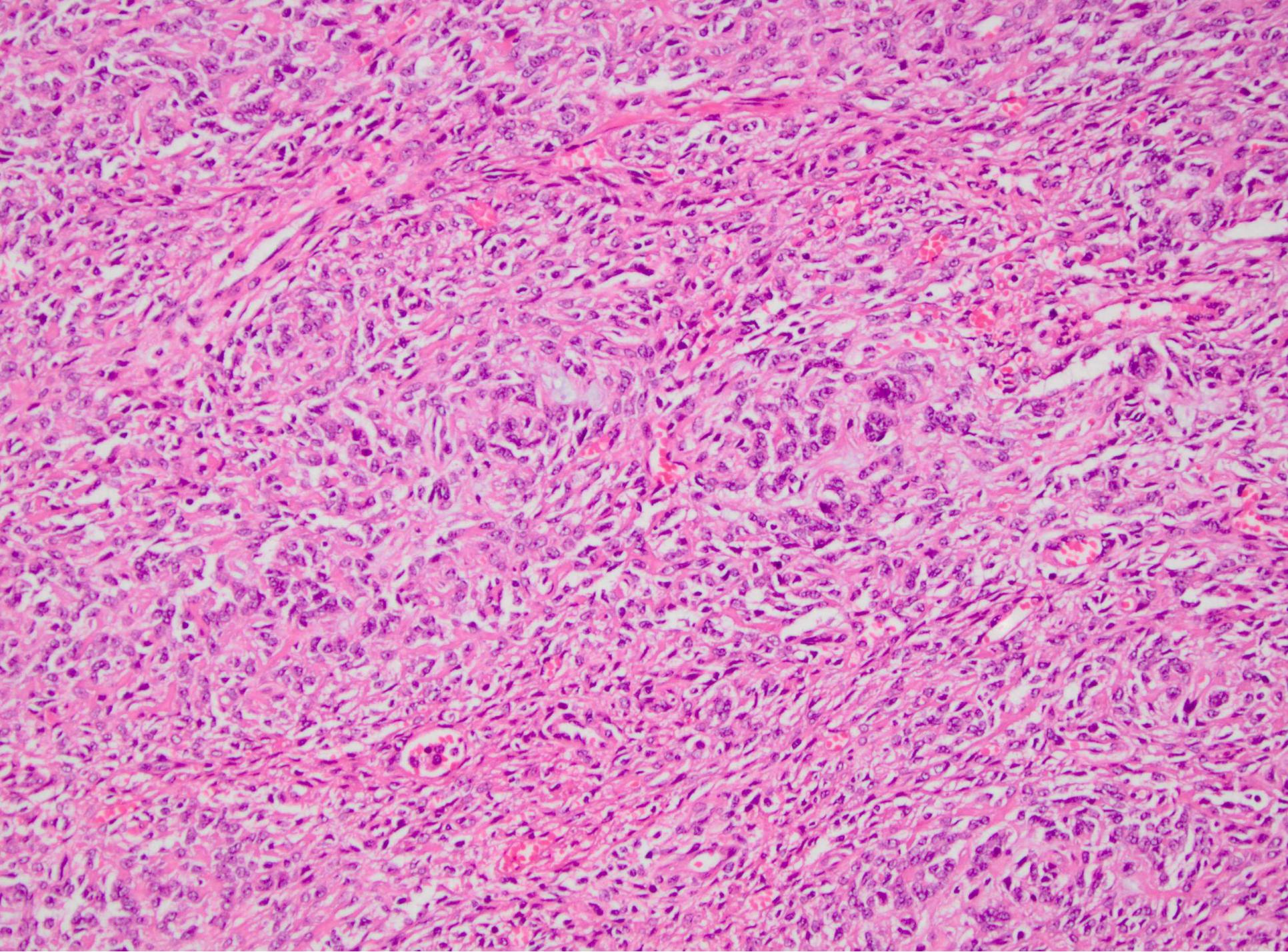


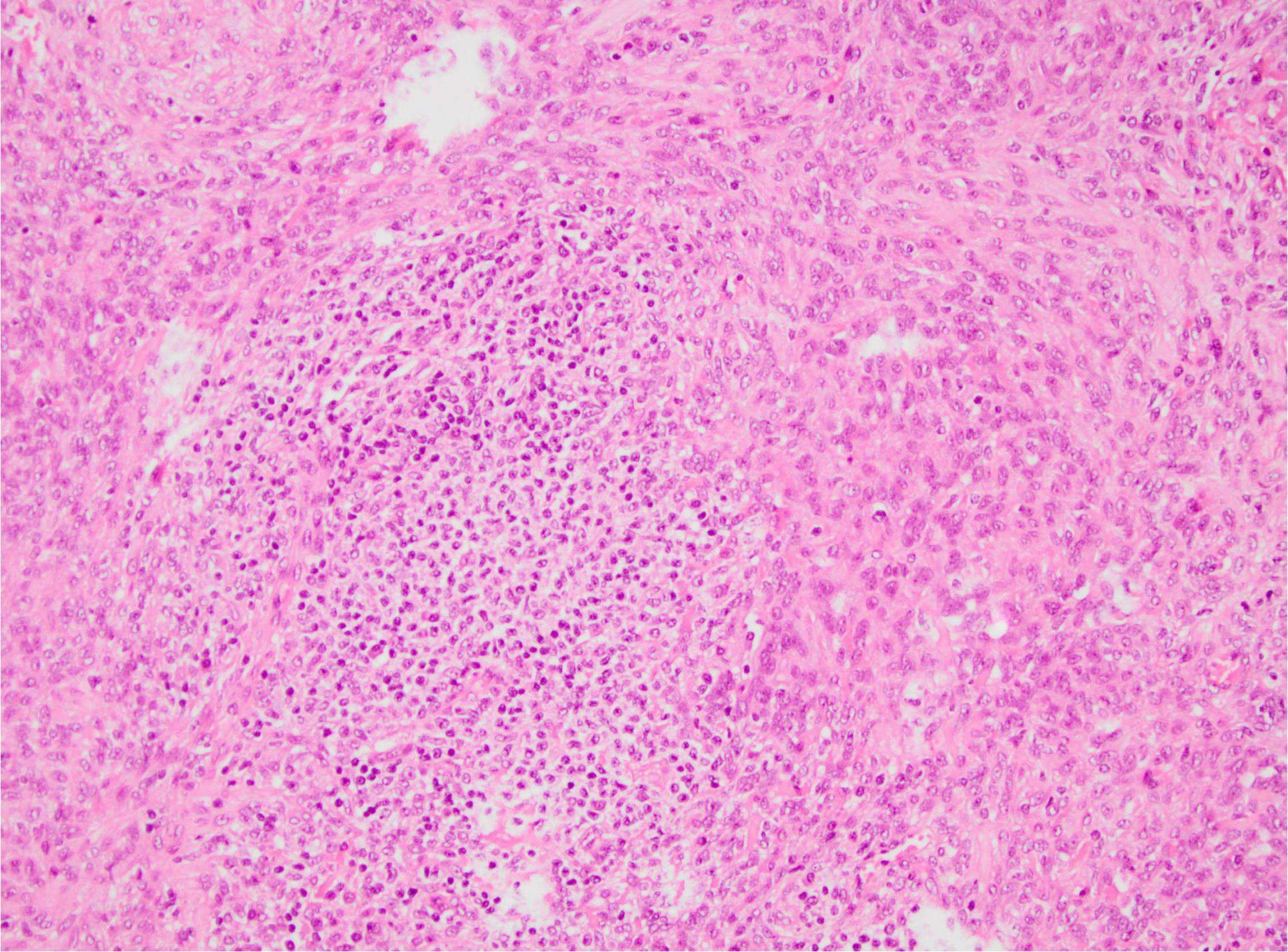


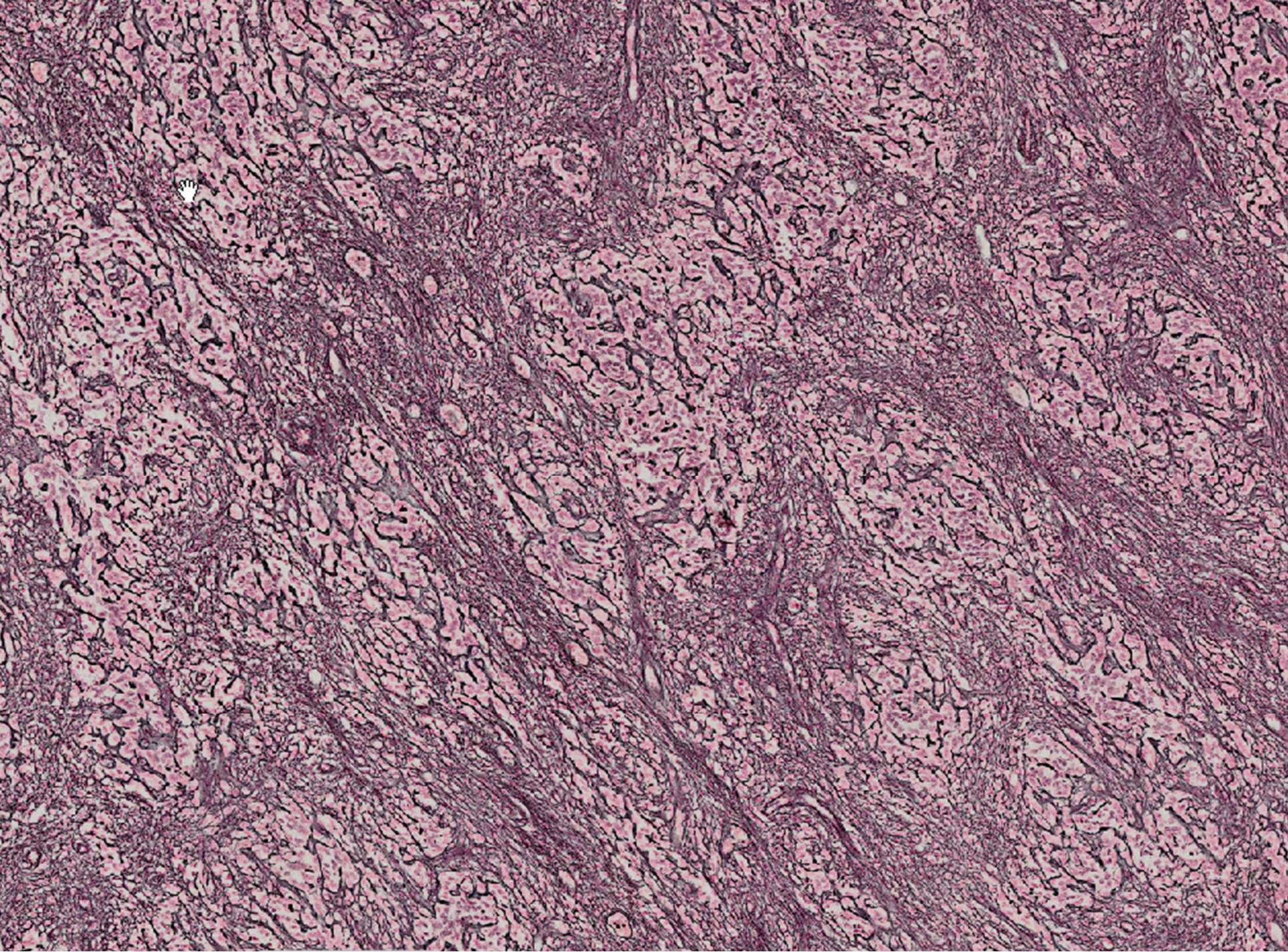












Histologie

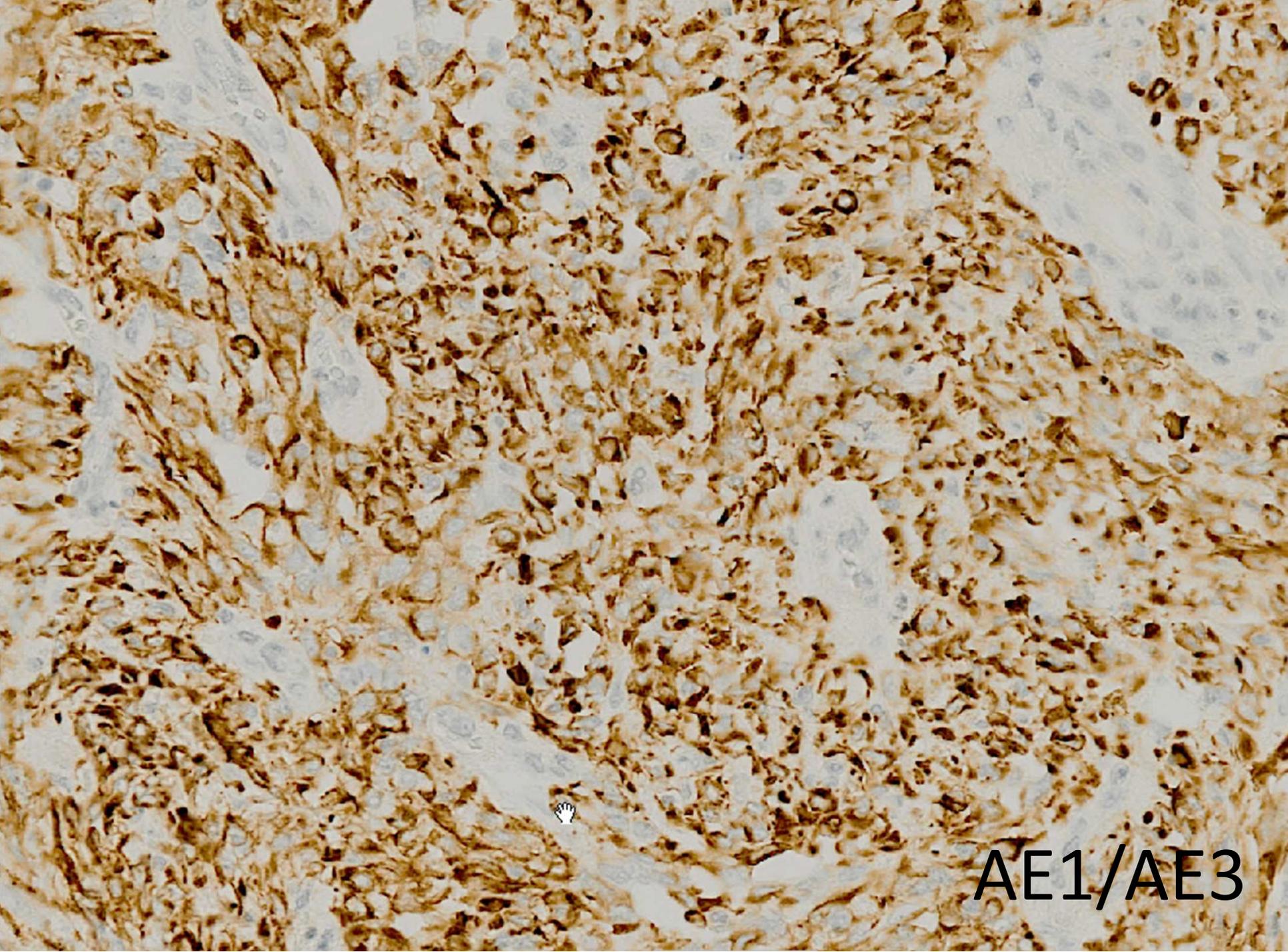
- Überwiegend spindelzelliger, solider Tumor
- Spaltförmige, angedeutet drüsige Strukturen
- Lumina teils mit Erys, teils leer
- Gomori: intensives Netzwerk um kleinste und mittelgroße Zellaggregate
- Angedeutet Ausbildung von Strängen und Zellnestern

???

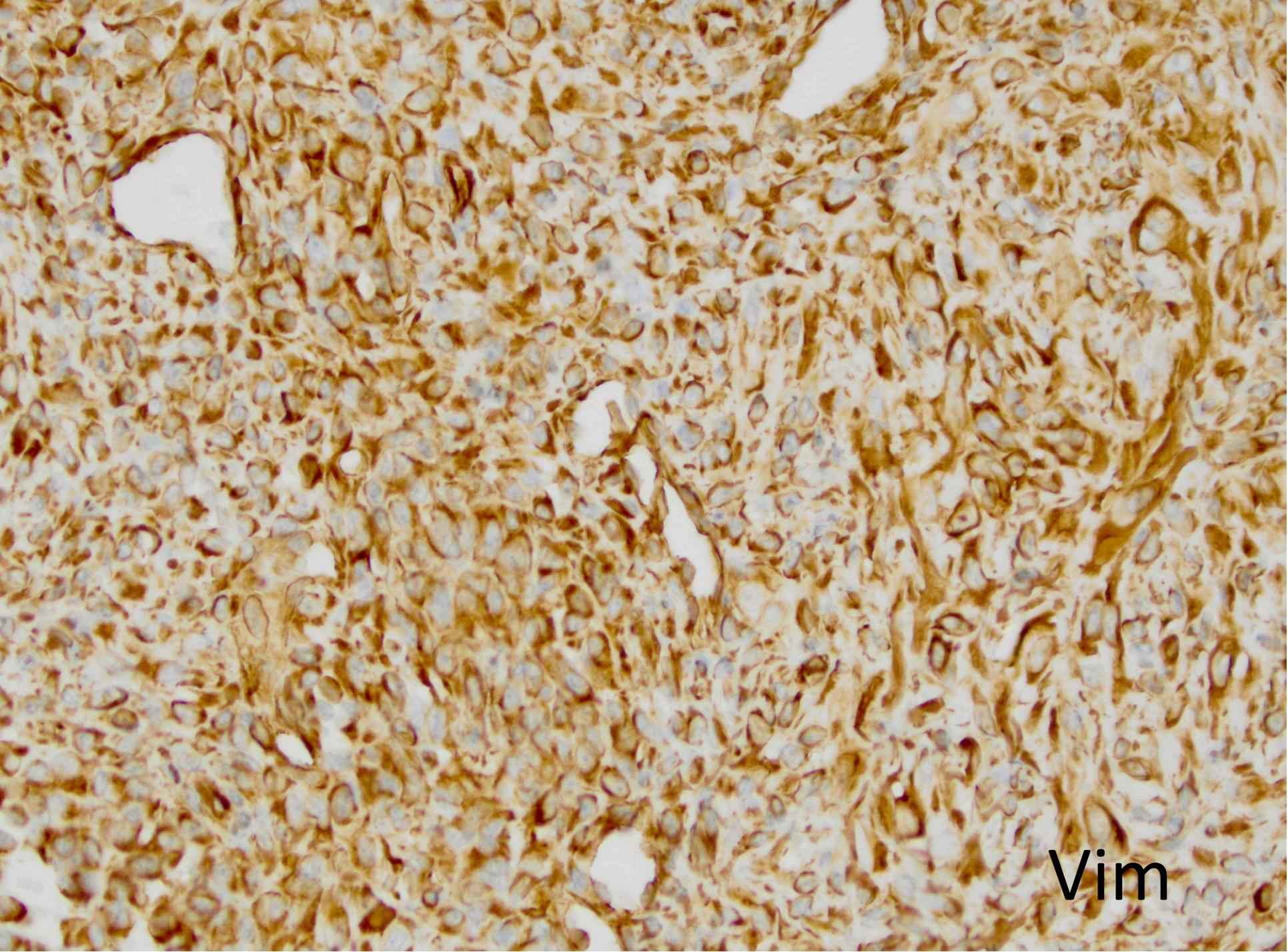
- Postoperativer Spindelzelltumor
- Zellreiche noduläre Fasciitis
- Inflammatorischer pseudosarkomatöser myofibroblastärer Tumor
- Stromasarkom low-grade
- Vaskuläres / epitheloides plexiformes Leiomyom
- UTROSCT
- PEComa
- ...?

Immunhistochemie

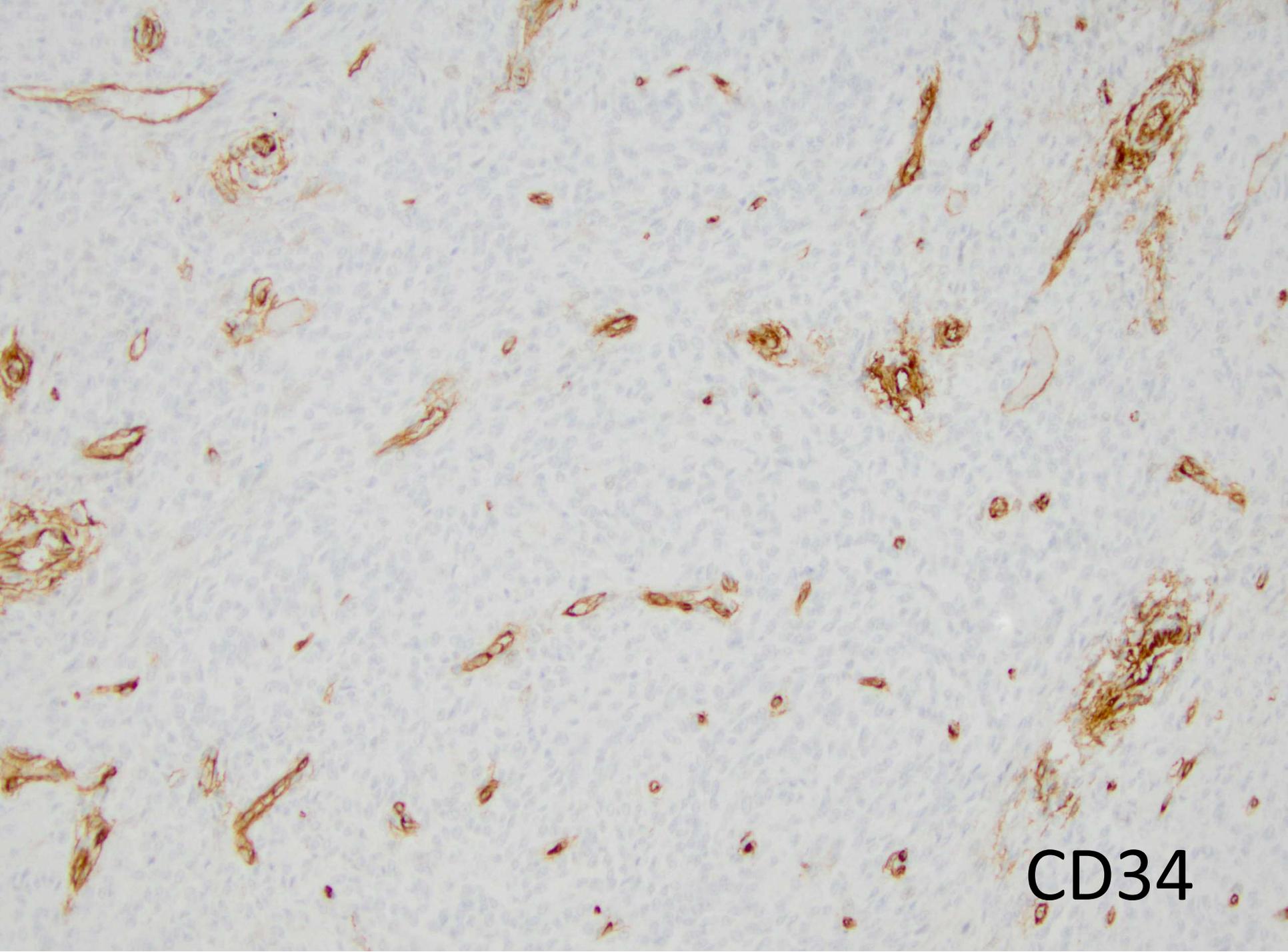
- Positiv:
 - ER, PR, Keratin-pan, Vimentin, SMA (teils), CD10, Desmin (nur fokal), Calretinin (teils), CD99, BCL2
- Negativ:
 - Inhibin, CD34, S-100, ALK, HHV8, NF, HMB45, Melan A
- Ki-67: ca 4%



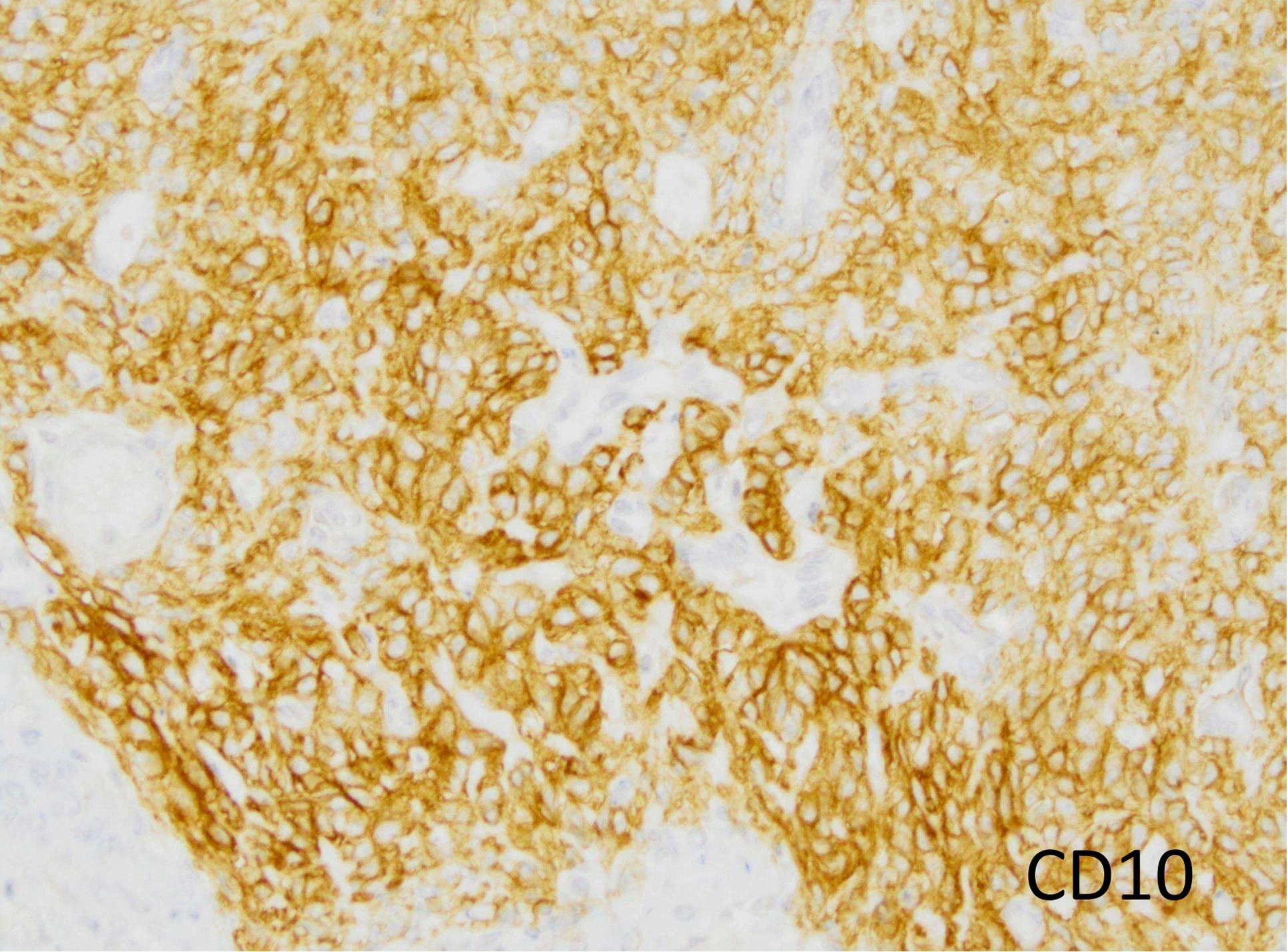
AE1/AE3



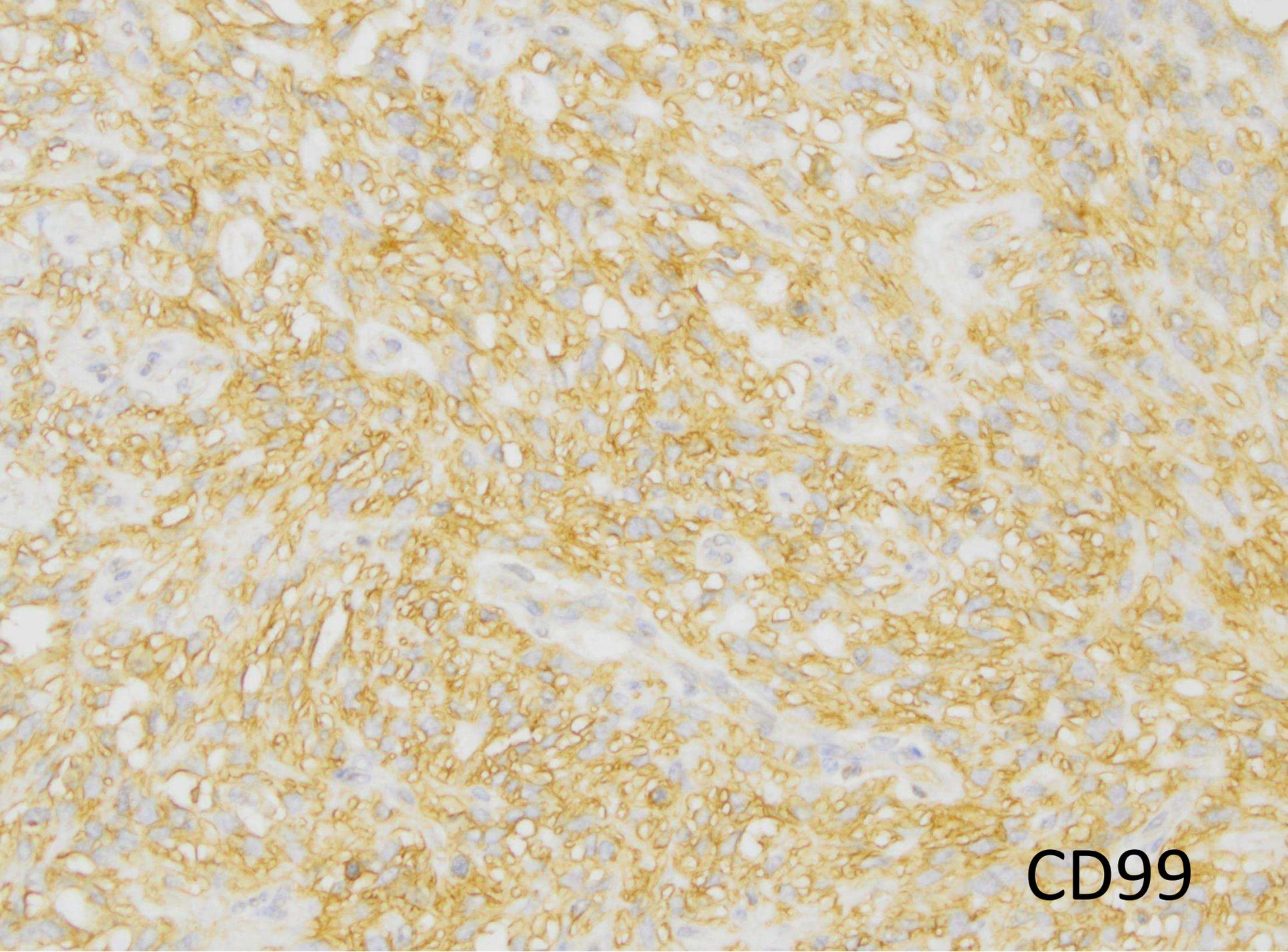
Vim



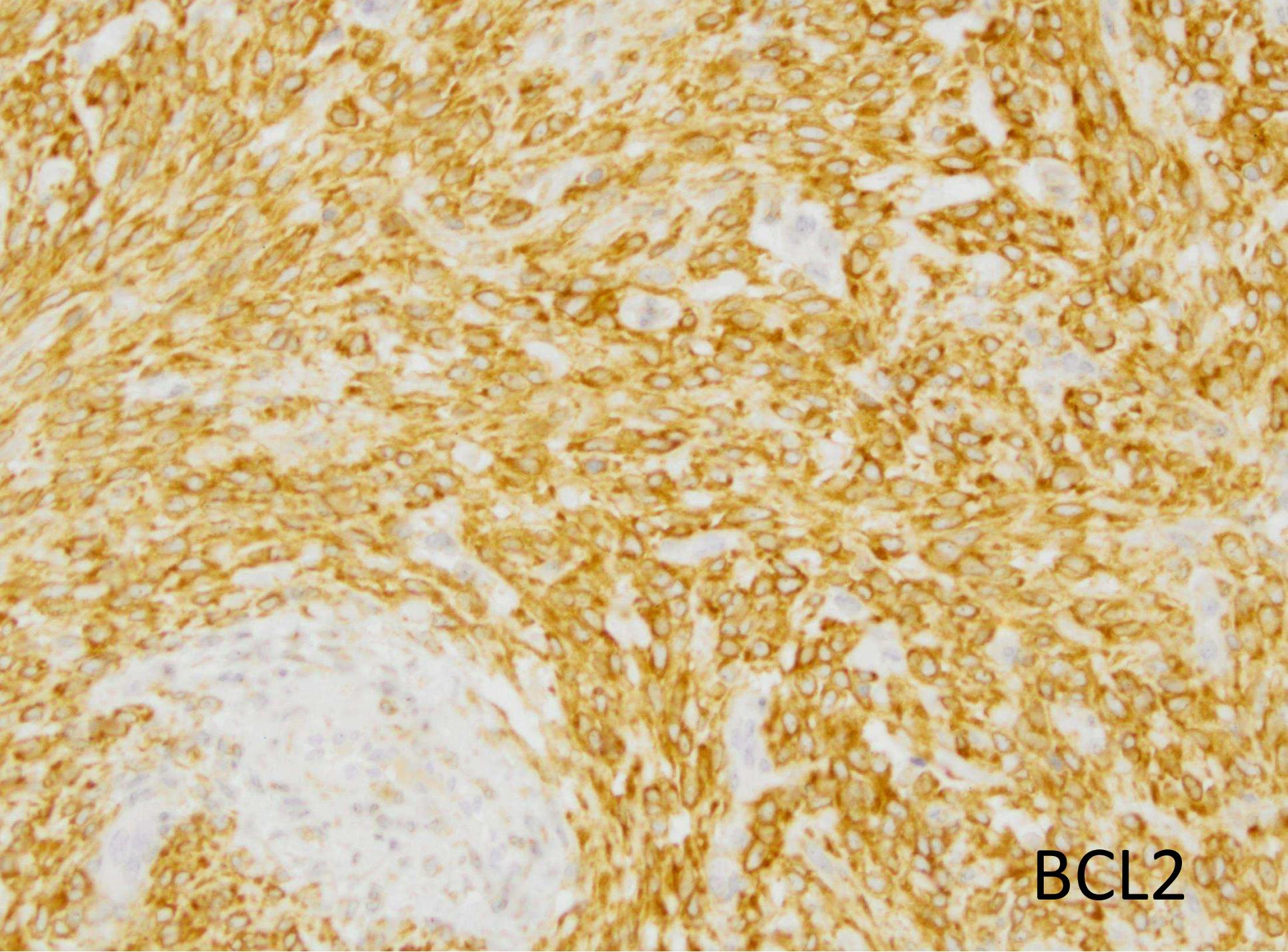
CD34



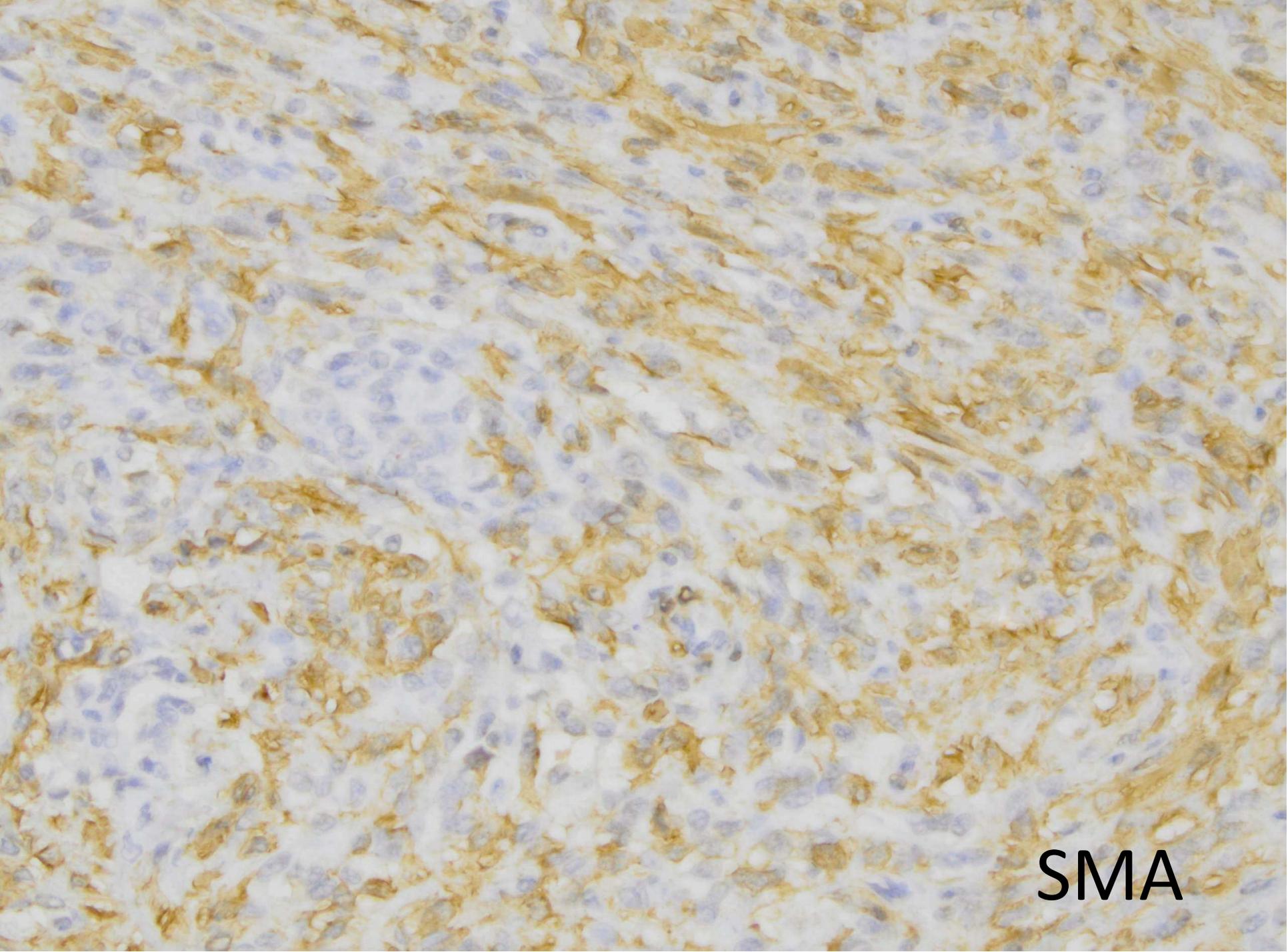
CD10



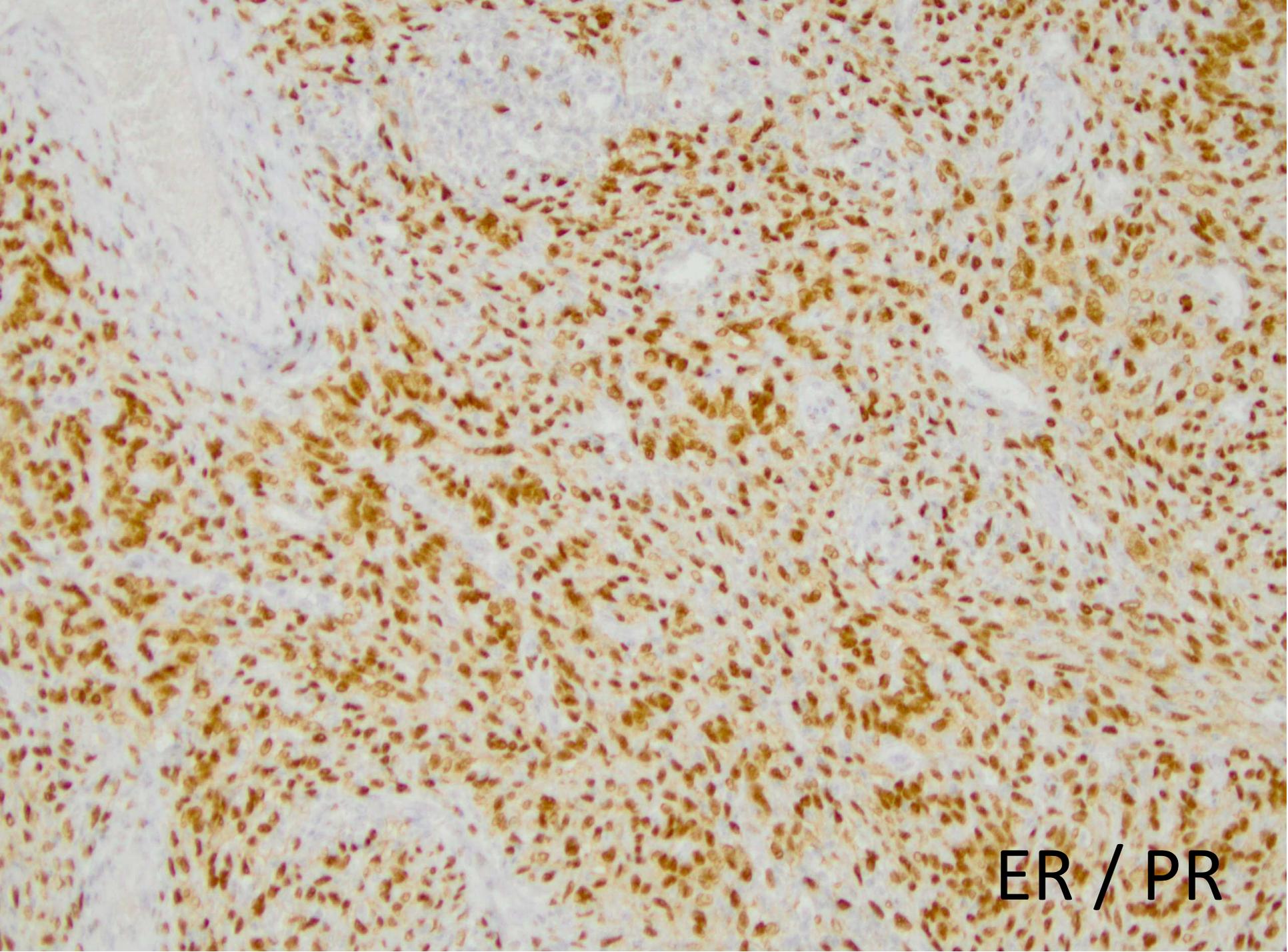
CD99



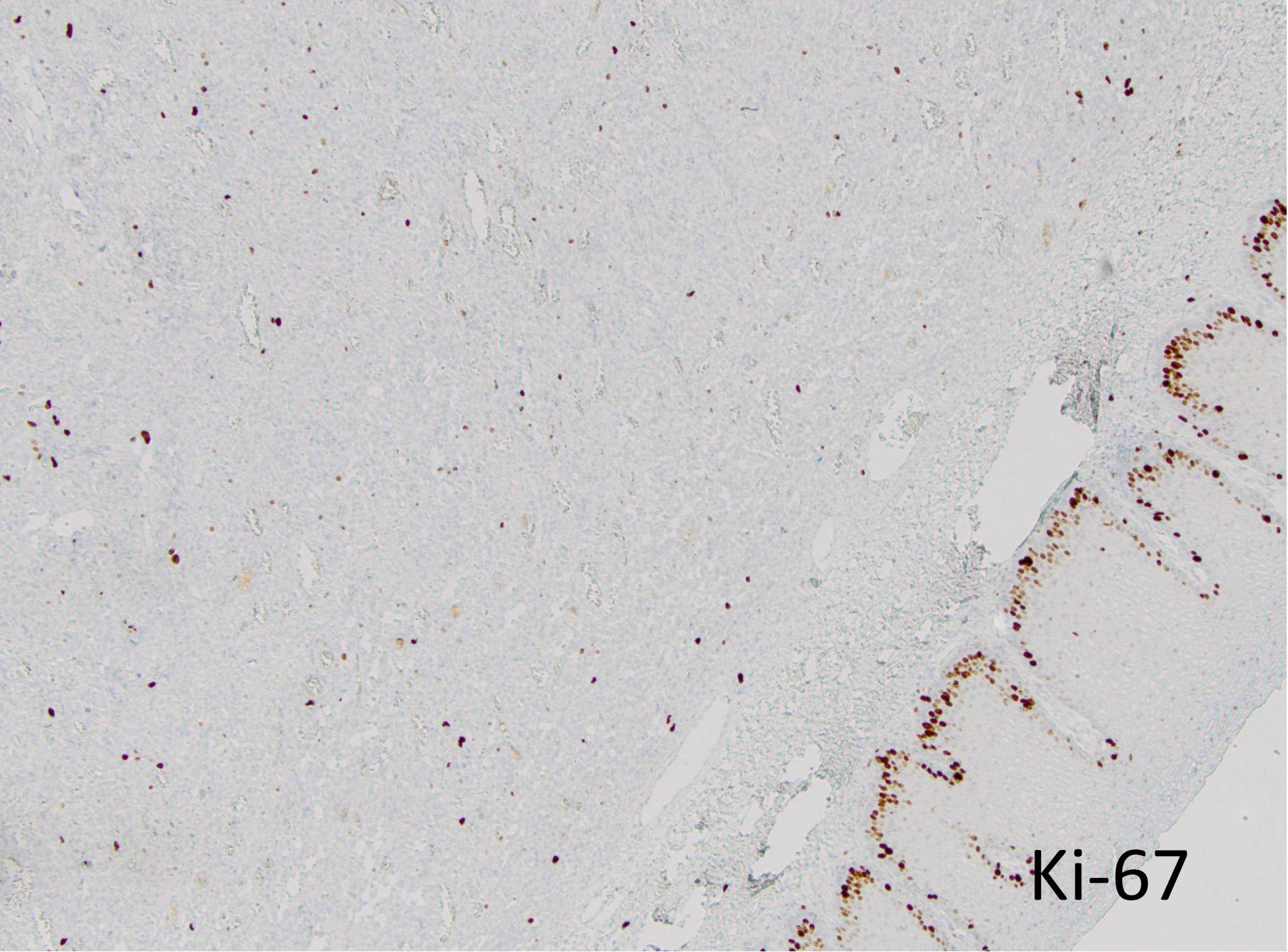
BCL2



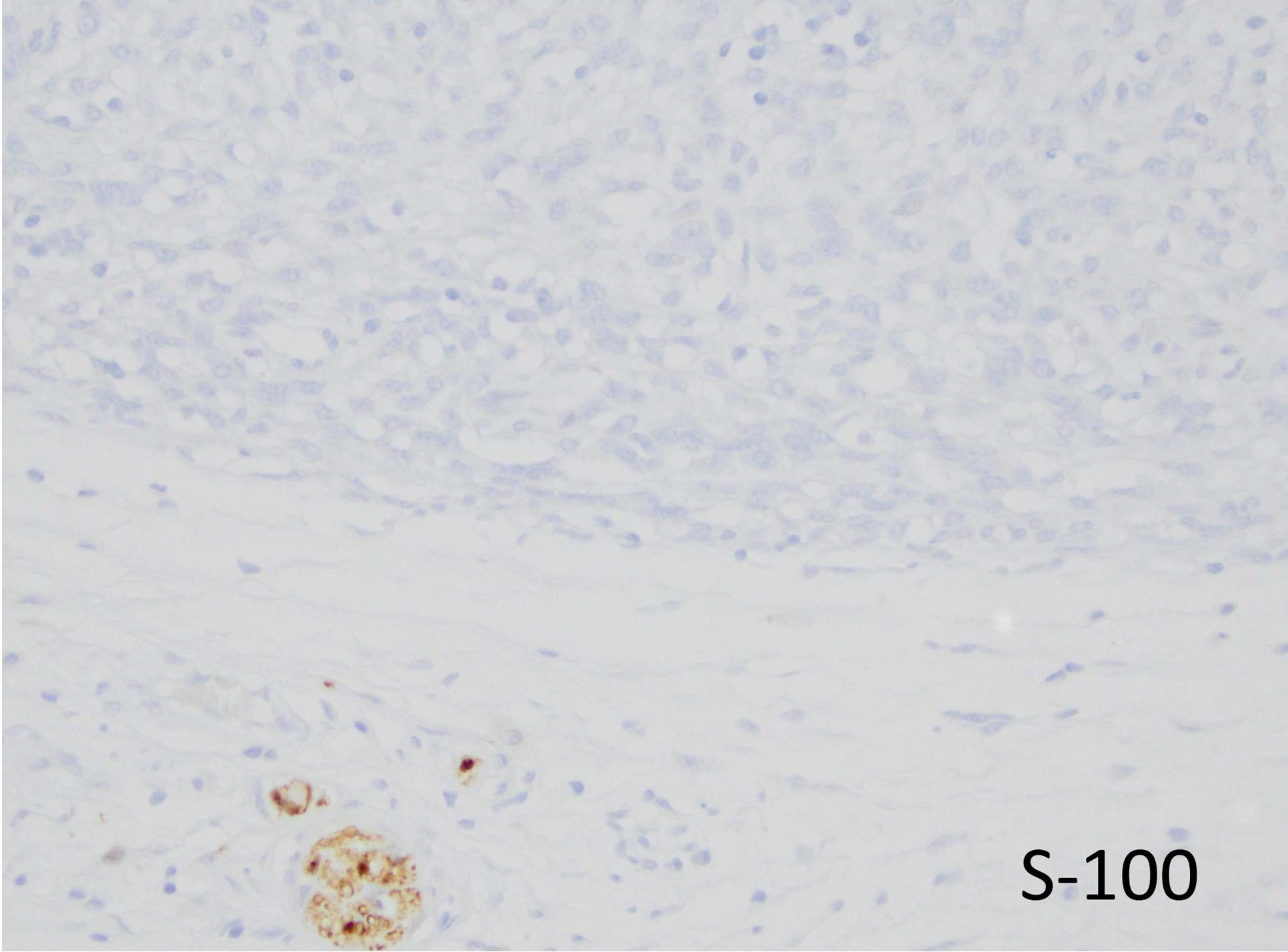
SMA



ER / PR



Ki-67



S-100

Fragestellung:

- Muß bei der jungen Frau eine Rektumteilresektion erfolgen, weil anders eine komplette Resektion in sano nach dorsal nicht darzustellen ist?
- Diagnose?

Uterine tumour resembling an ovarian sex cord tumour

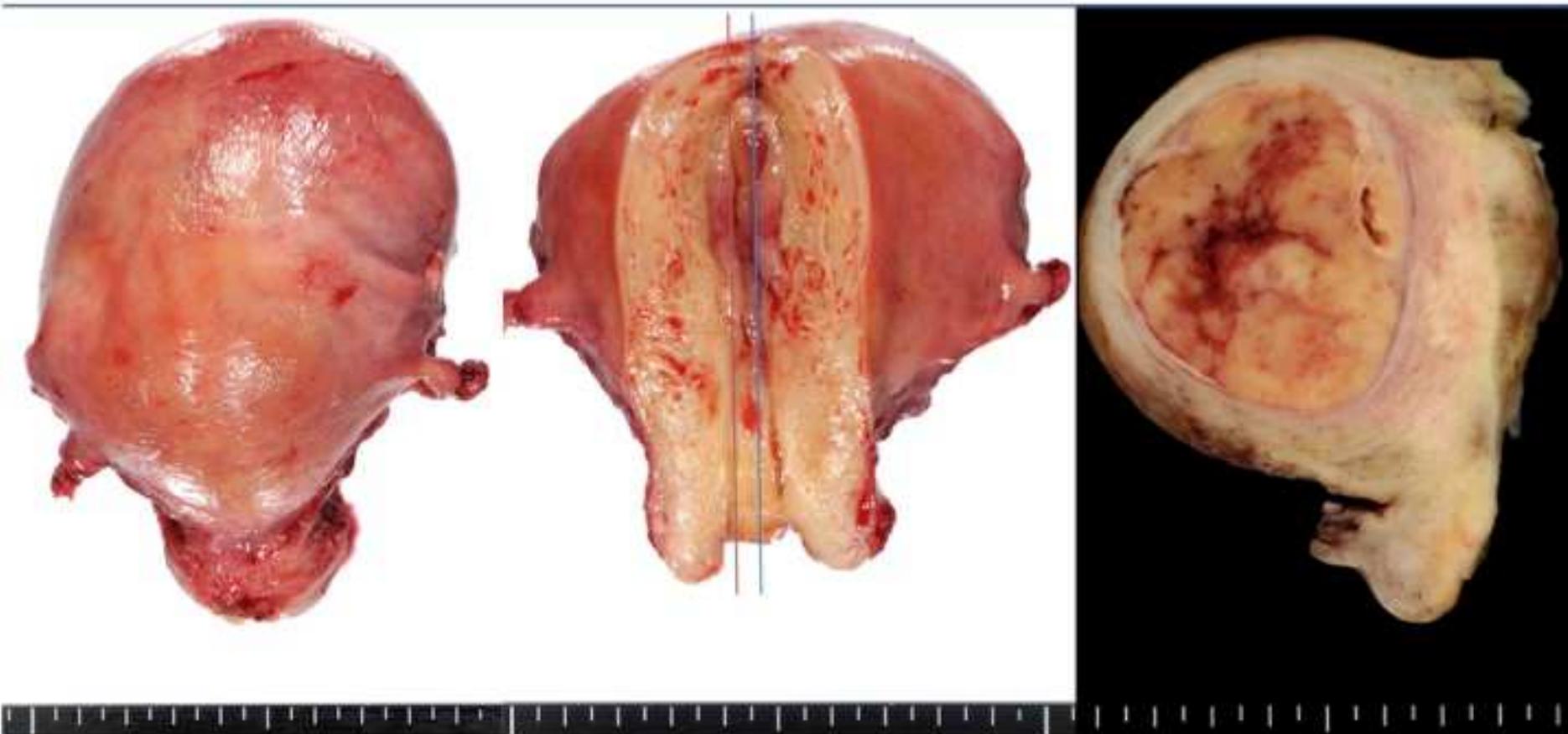
UTROSCT

- Erstbeschreibung Morehead 1945
- Namensprägung durch Scully et al. 1976
- Sehr seltene Läsion
- Nach WHO zwei Subtypen: ESTSCLE (mit JAZF1- JAZ1 Fusion) mit prädominanter Komponente von endometrialem Stroma
UTROSCT (ohne; WHO 2014)
- UTROSCT meist gutartiger Verlauf, Lokalrezidive sind beschrieben

UTROSCT – Steckbrief - 8590/1

- Selten, unklare Histogenese („miscellaneous“)
 - Keimstrang-Stromazellen während der Embryogenese fehlgeleitet
 - Entstehung aus undifferenzierten mesenchymalen Stammzellen
 - ?
- Intramural, auch polypoid, selten endocervix
 - Bislang kein Fall Vaginal / Introitusbereich
- Solide, runde Tumoren, gut begrenzt; 2-24cm
- Gelb – weiß – grau, gummiartige Konsistenz, selten komplett cystisch

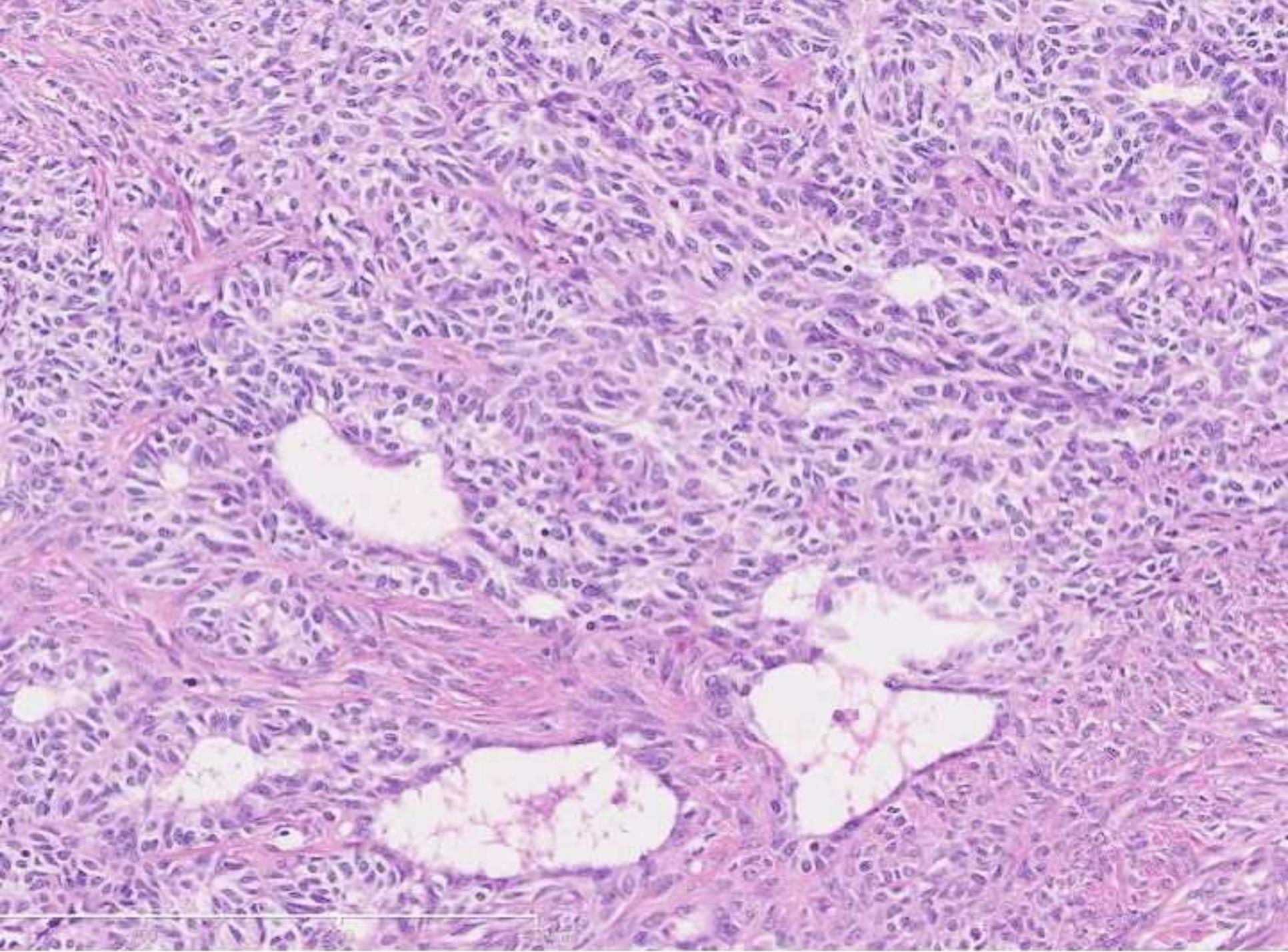
- Koexpression von epithelialen, glattmuskulären und Keimstrang-Stroma Markern sowie Steroidrezeptoren
- Positiv: Calretinin – WT1 – CD99 – Melan A – Vim – BCL2- ER – PR - CD10, Keratin, ...
- Positiv weniger 50%: Inhibin - S100 – CD117 – SMA – Desmin – h-caldesmon
- Negativ: HMB45 – Chromogranin – CD34
- Fallberichte 22 – 84 Jahre, Median 51 (perimenopausal)
- Meist gutartiger Verlauf, ca. 5% Rezidivrate (kleine Fallzahlen)



Uterus: 395g, 13.0 x 8.8 x 11cm.in size. 5.8x5.0cm tm in fundus SeireiMikataharaHospital .JAPAN

Uterus typically enlarged and macroscopically leiomyoma or adenomyosis could be expected. However the cut surface is different.

This appearance certainly excites the pathologist to urge to see the histological slides. The patient is 44yo, there was no increase in any markers.



Verlauf unseres Falles

- Bei einer vorsichtigen Nachresektion waren Tumoranteile weiterhin randbildend
- Eine zweite Nachresektion wurde nicht durchgeführt (R1)
- Die Patientin ist seit 4,5 Jahren rezidiv- und beschwerdefrei
- Letzte Kontrolle 07/2017

Was ist besonders?

- Wenn die Diagnose eines untypischen UTROSCT stimmt, handelt es sich in dieser Lokalisation um eine Erstbeschreibung.
- Epitheloides plexiformes Leiomyom
- ?

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit.

Fall 7

Lymphknotenpunktion (EBUS) bei unklarem Tumor in Mediastinum

Dr. med. B. Soudah, FIAC

Frau Dr. M. Raap

Institut für Pathologie



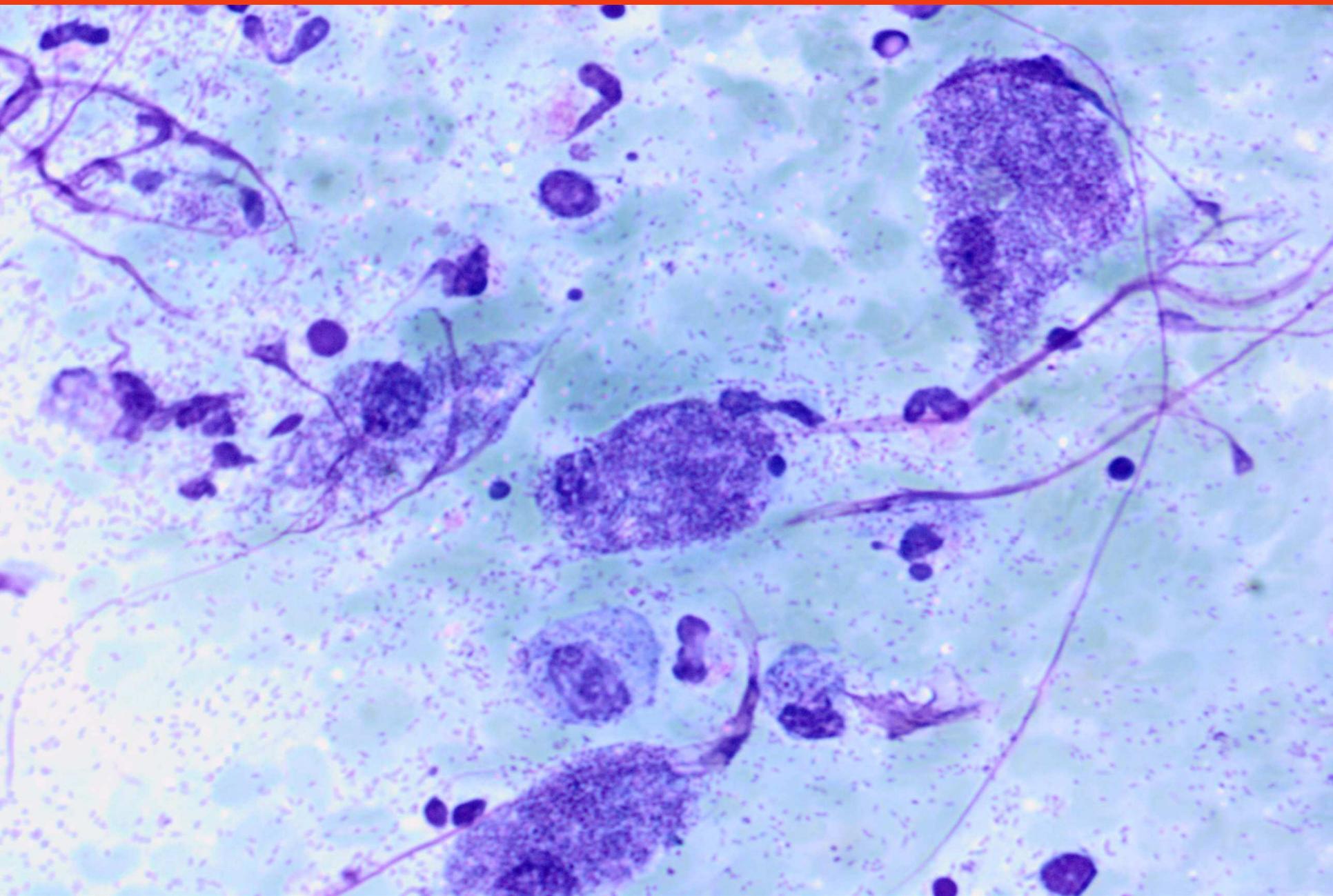
M_HH

Medizinische Hochschule
Hannover

Frau, geboren am 29. 05. 1969

Lymphknoten (EBUS) bei unklarem Tumor im
Mediastinum

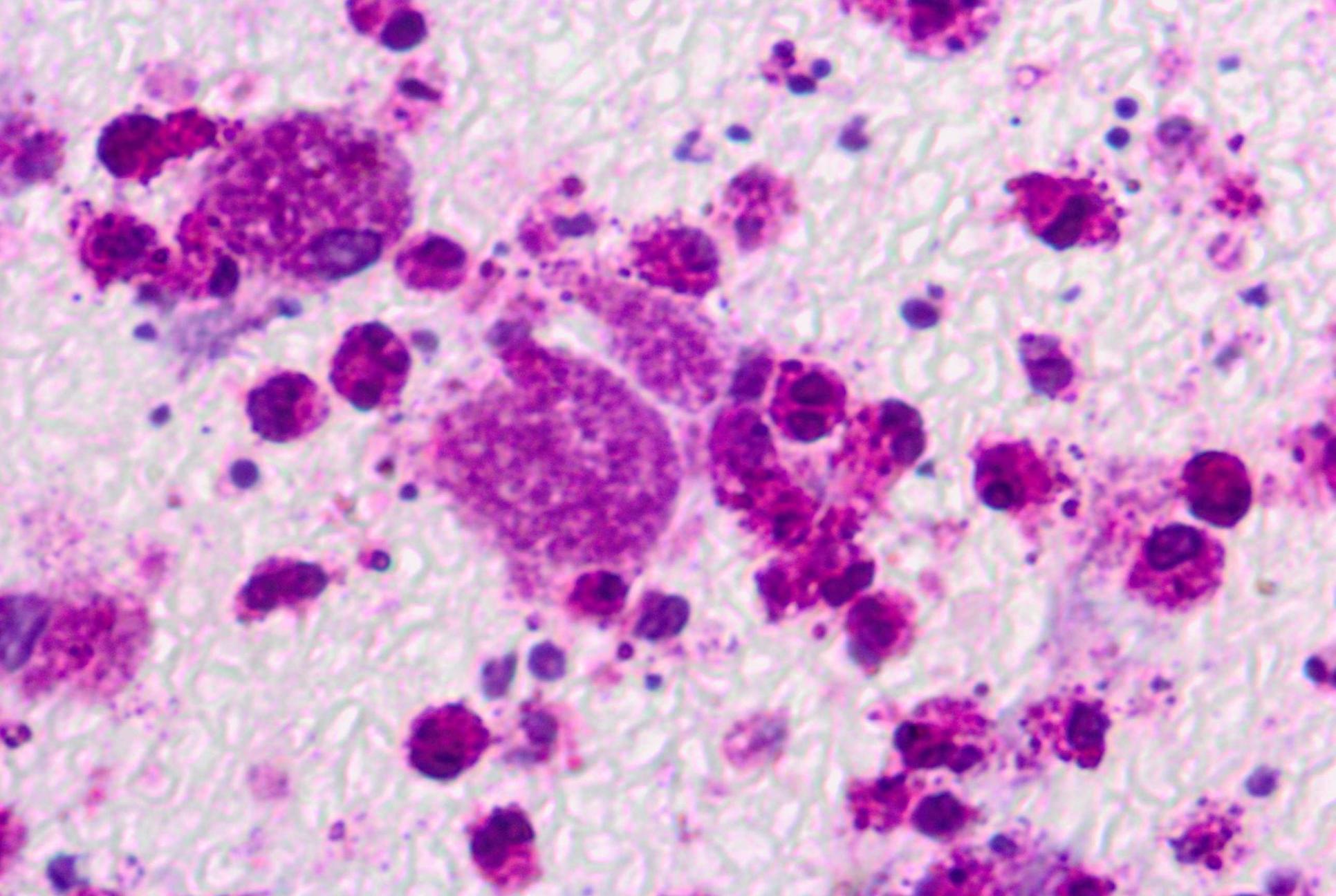
DD: PTLD



T/1000/16

M_HH

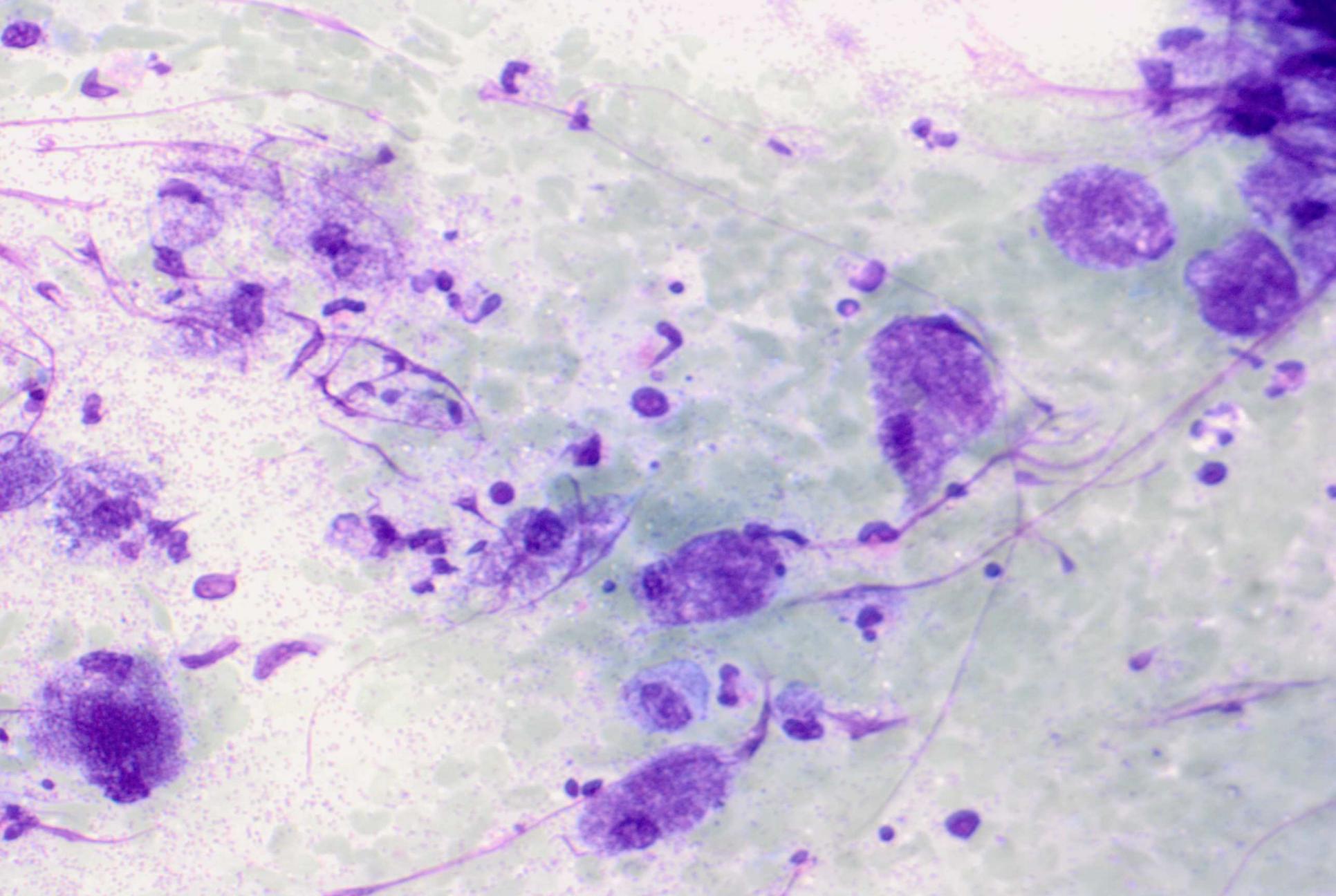
Medizinische Hochschule
Hannover

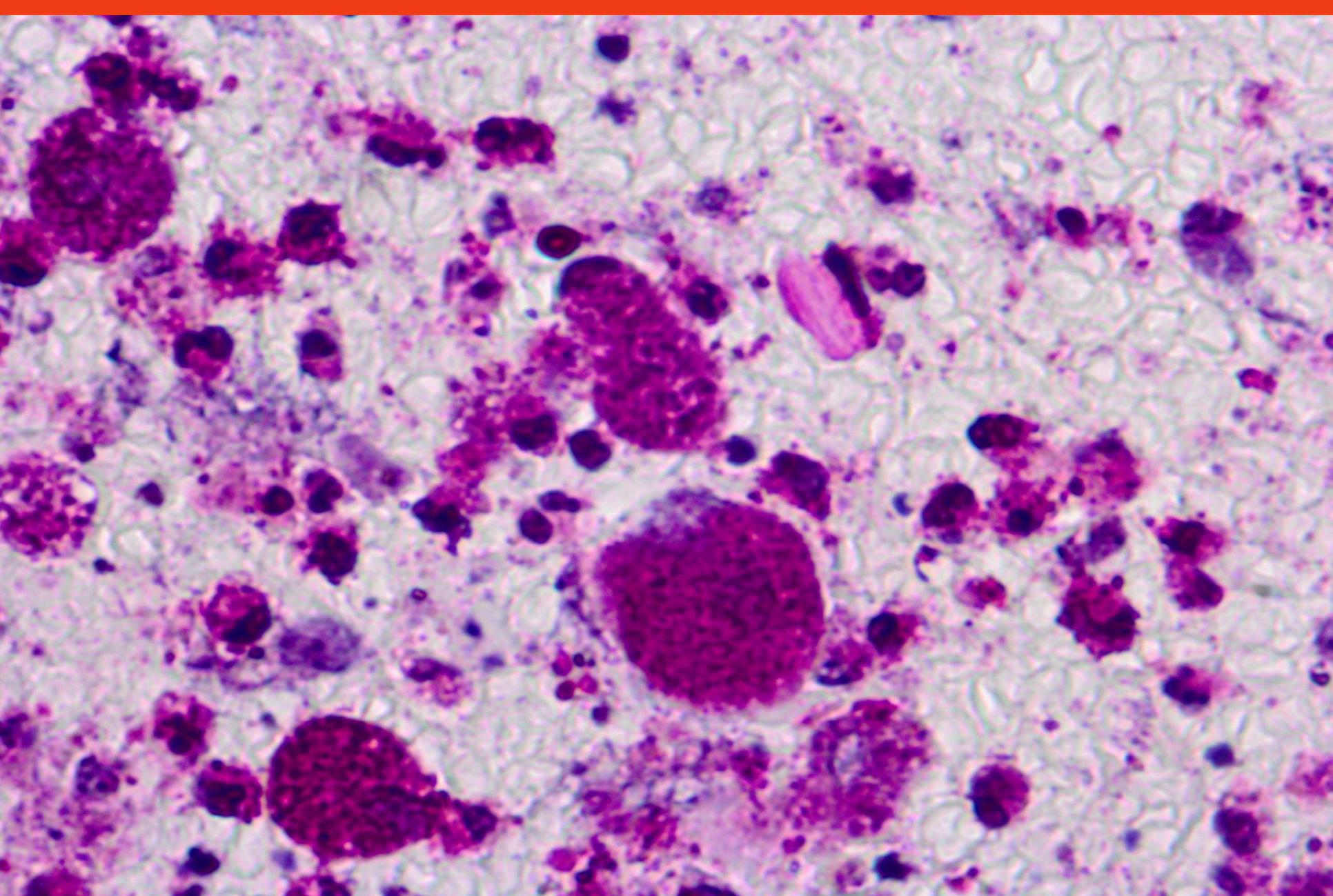


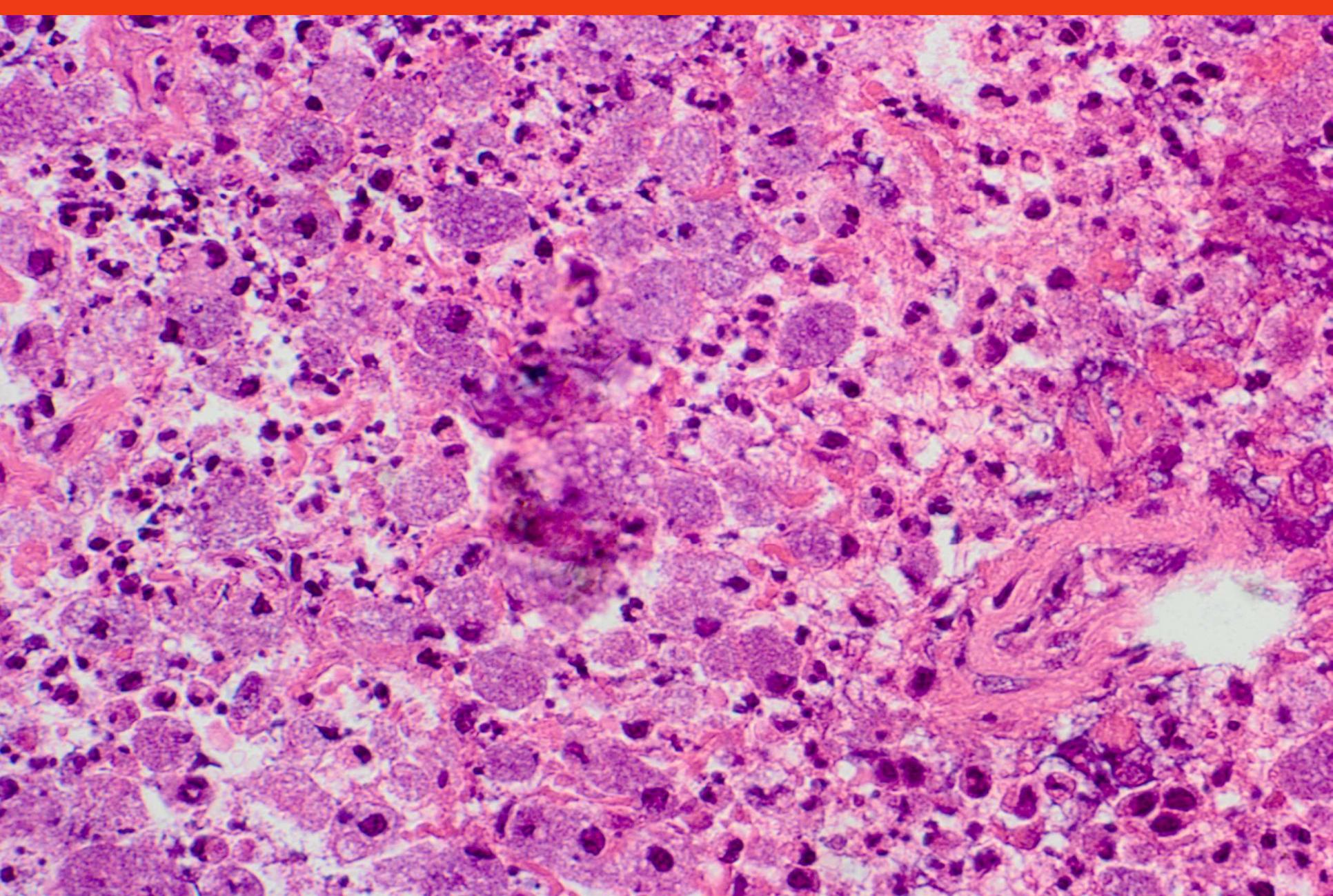
TED-FRAGE:

1. Tuberkulose
2. Sarkoidose
3. Morbus Whipple
4. Leishmaniose
5. Adenokarzinom
6. Histiozytose X
7. Anthrakose
8. Bakterien
9. Pneumocystis jirovecii
Pneumonie





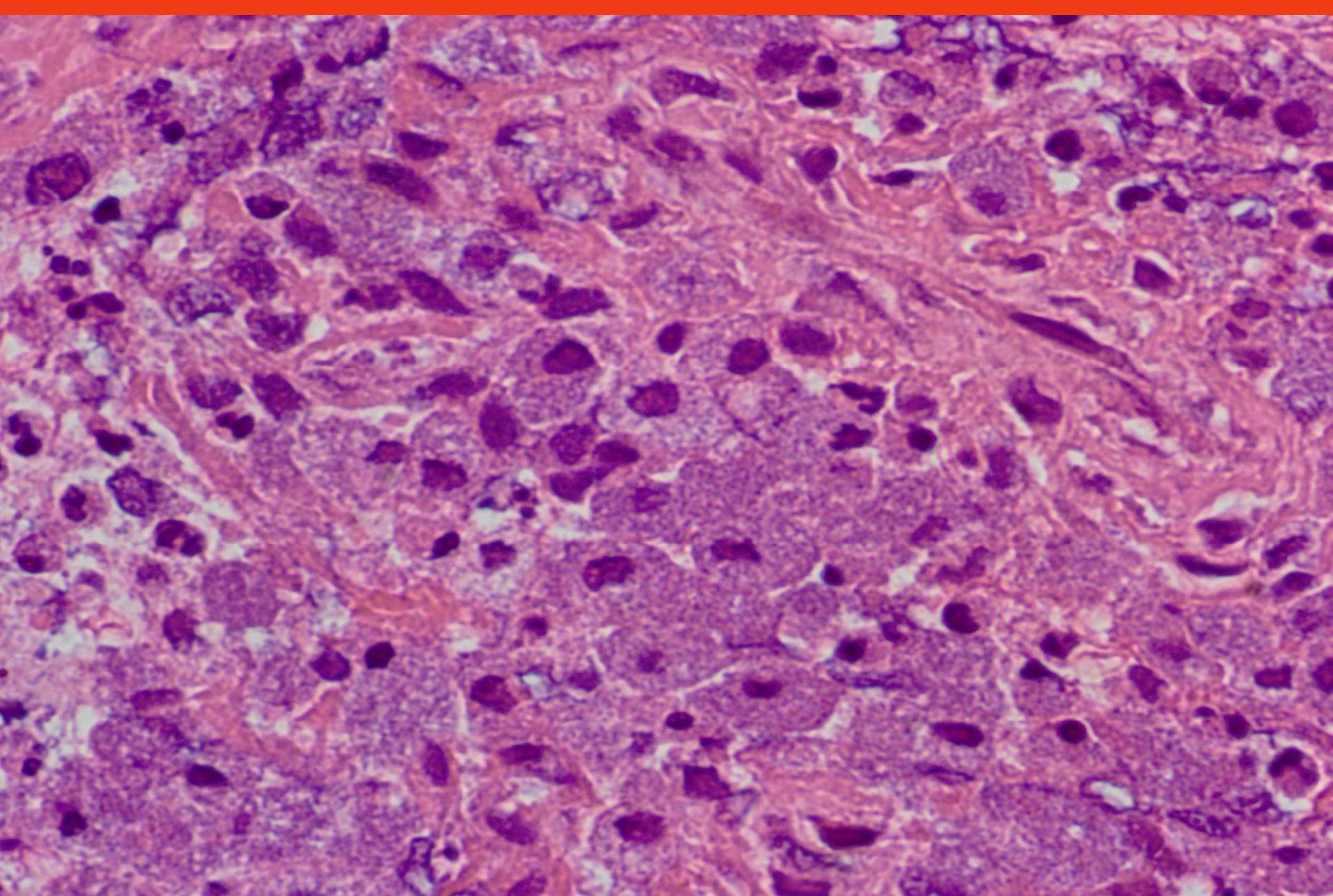


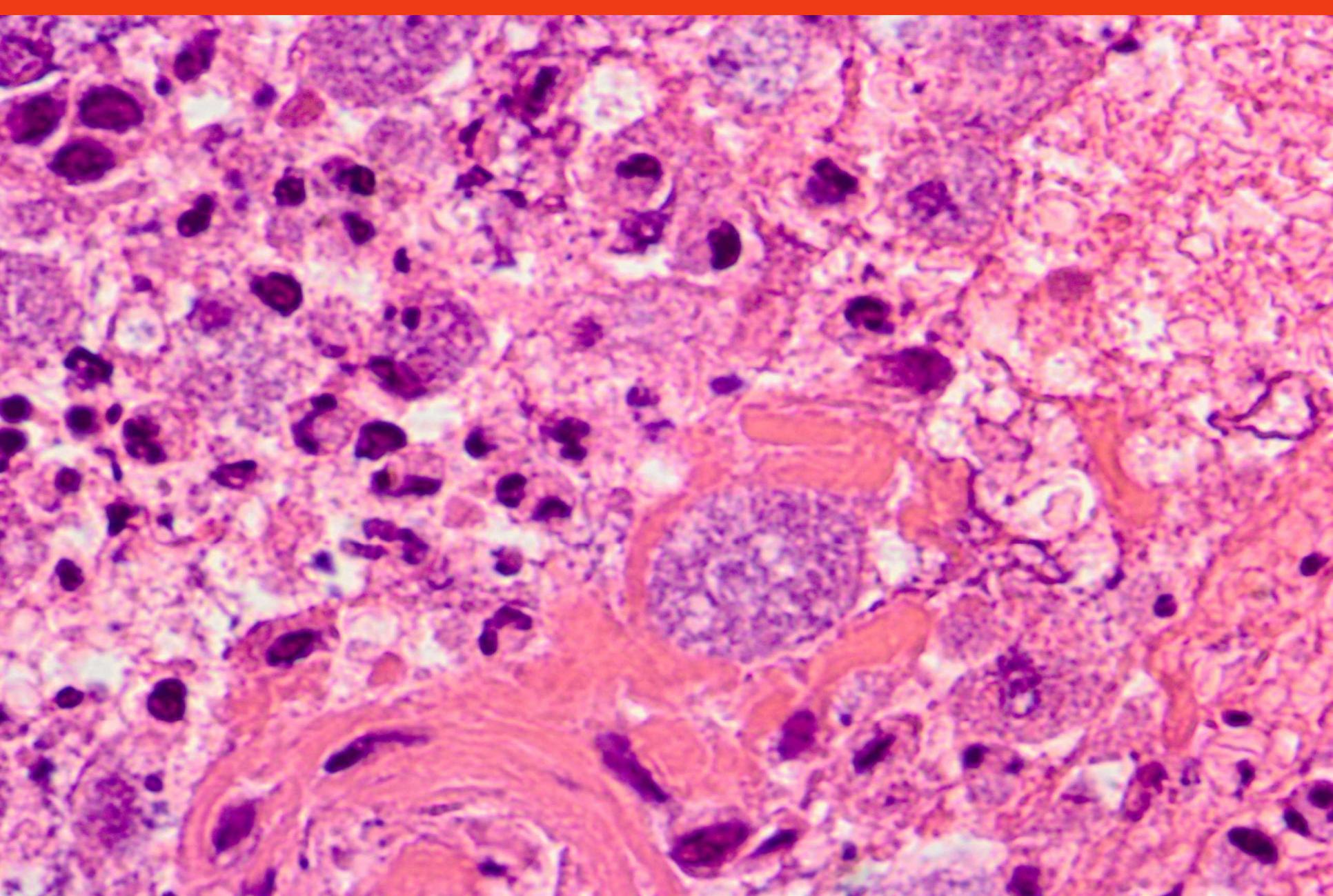


Gelblock

MHH

Medizinische Hochschule
Hannover





Gelblock

MHH

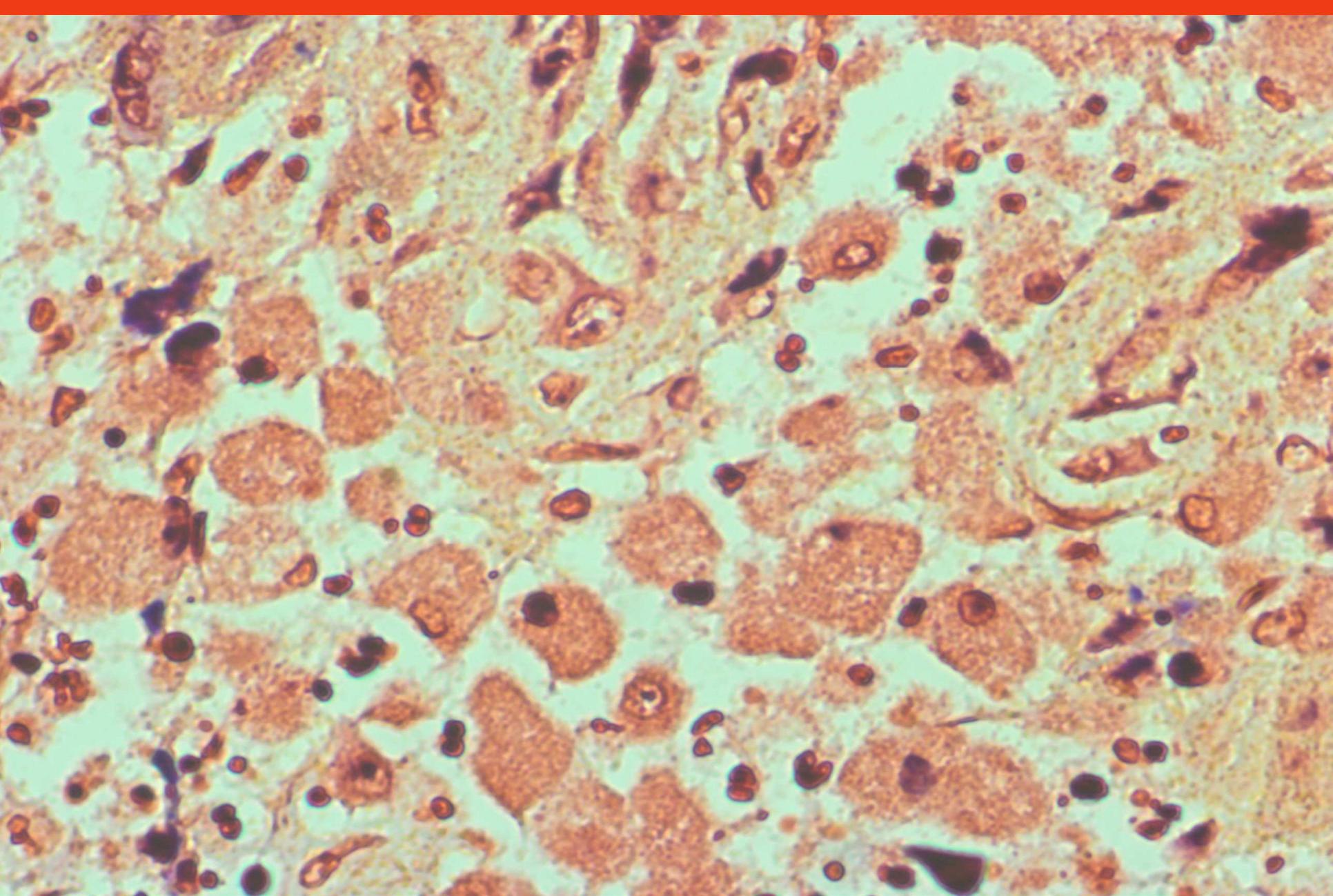
Medizinische Hochschule
Hannover

Diagnose: Zytologie

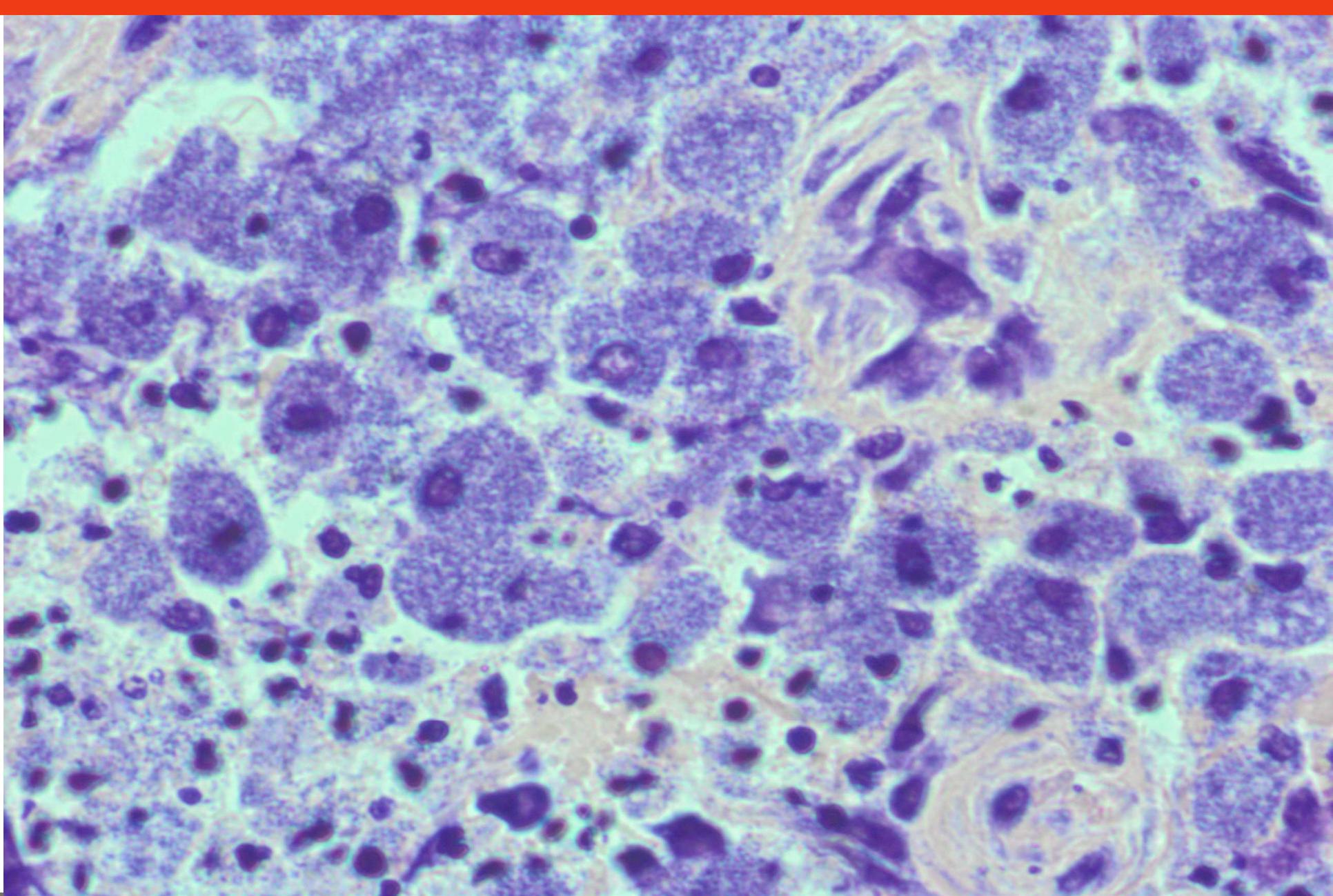
Ausgeprägte granulozytäre und histiozytäre
Entzündung mit Nachweis von Erregern.

Kein Anhalt für Malignität.

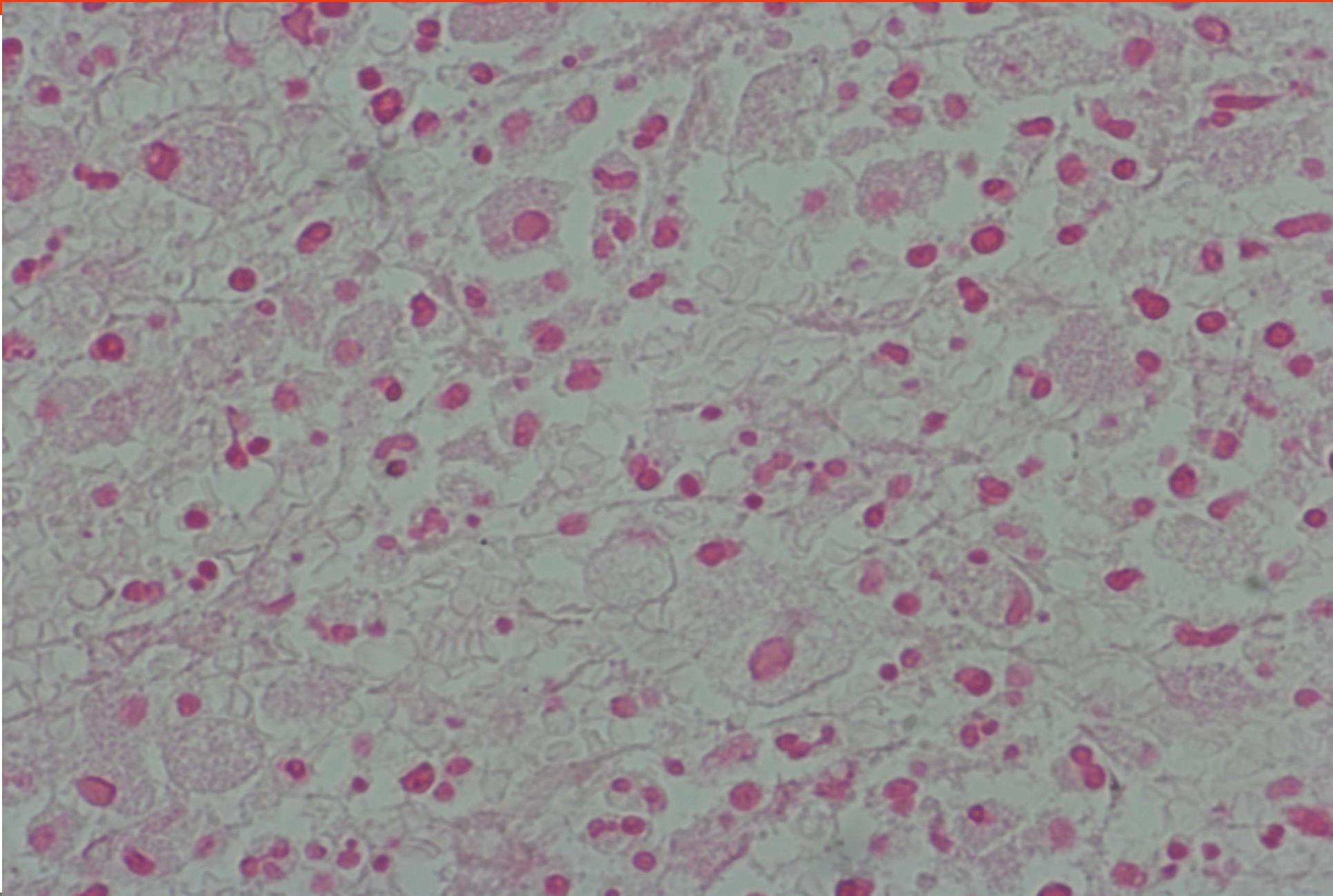
Nachbericht folgt



Gram negativ T1000/16



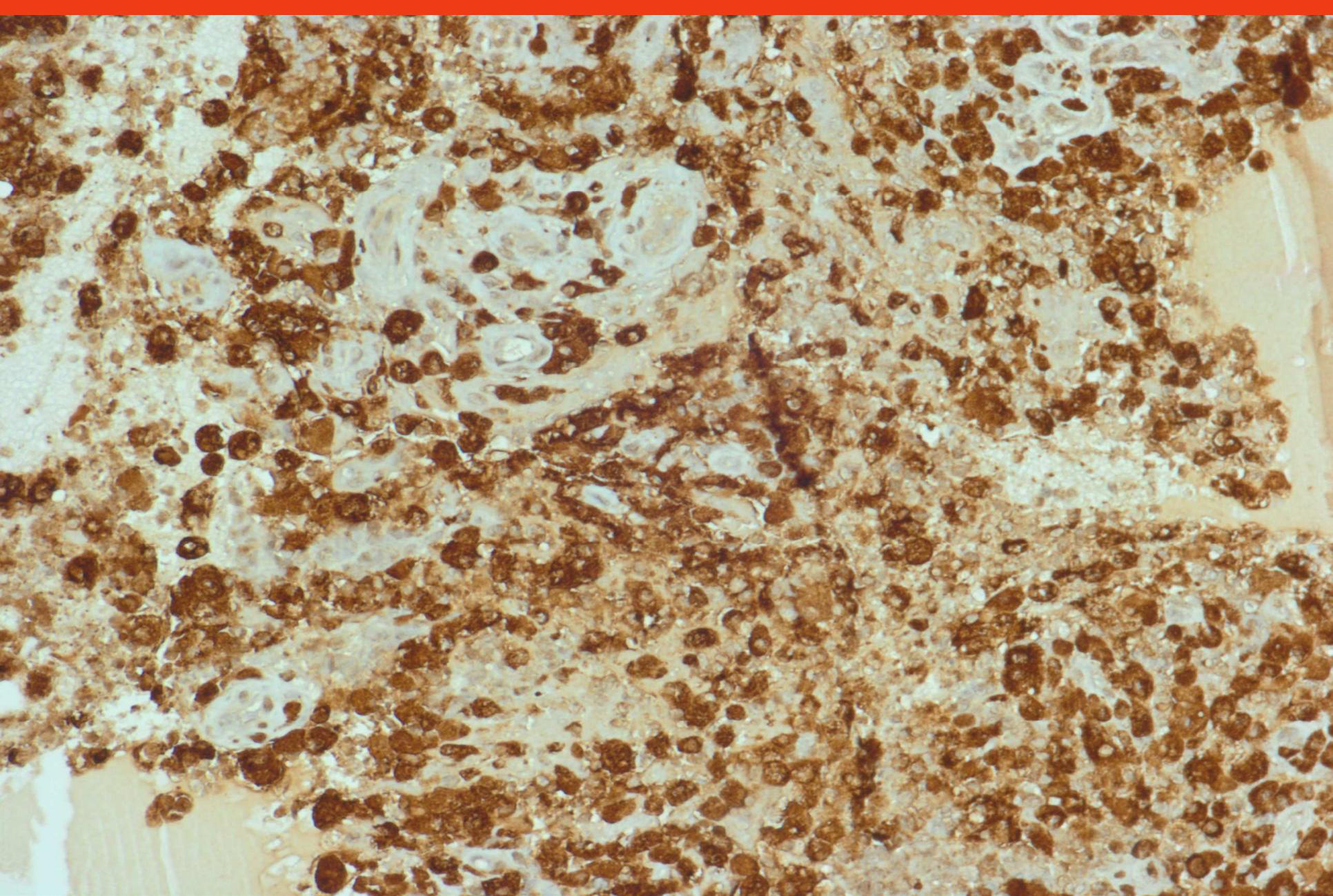
Giemsa T/1000/16



FE negativ T1000/16



Medizinische Hochschule
Hannover



T/1000/16 KP1 positiv



Medizinische Hochschule
Hannover

Sonderfärbungen

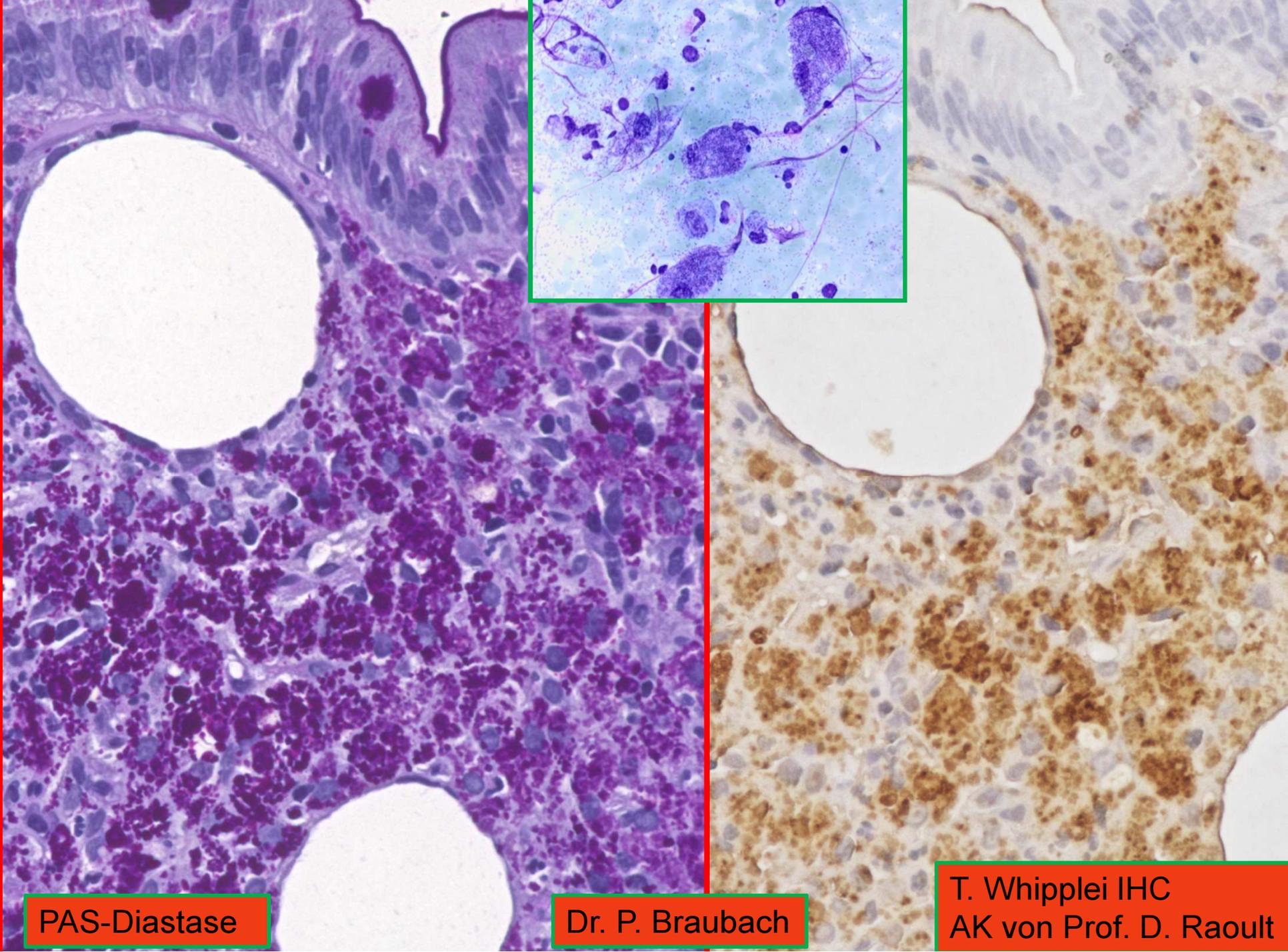
Positiv:

KP1

Negativ:

Fe, Z.N., Grocott, Gram-Färbung

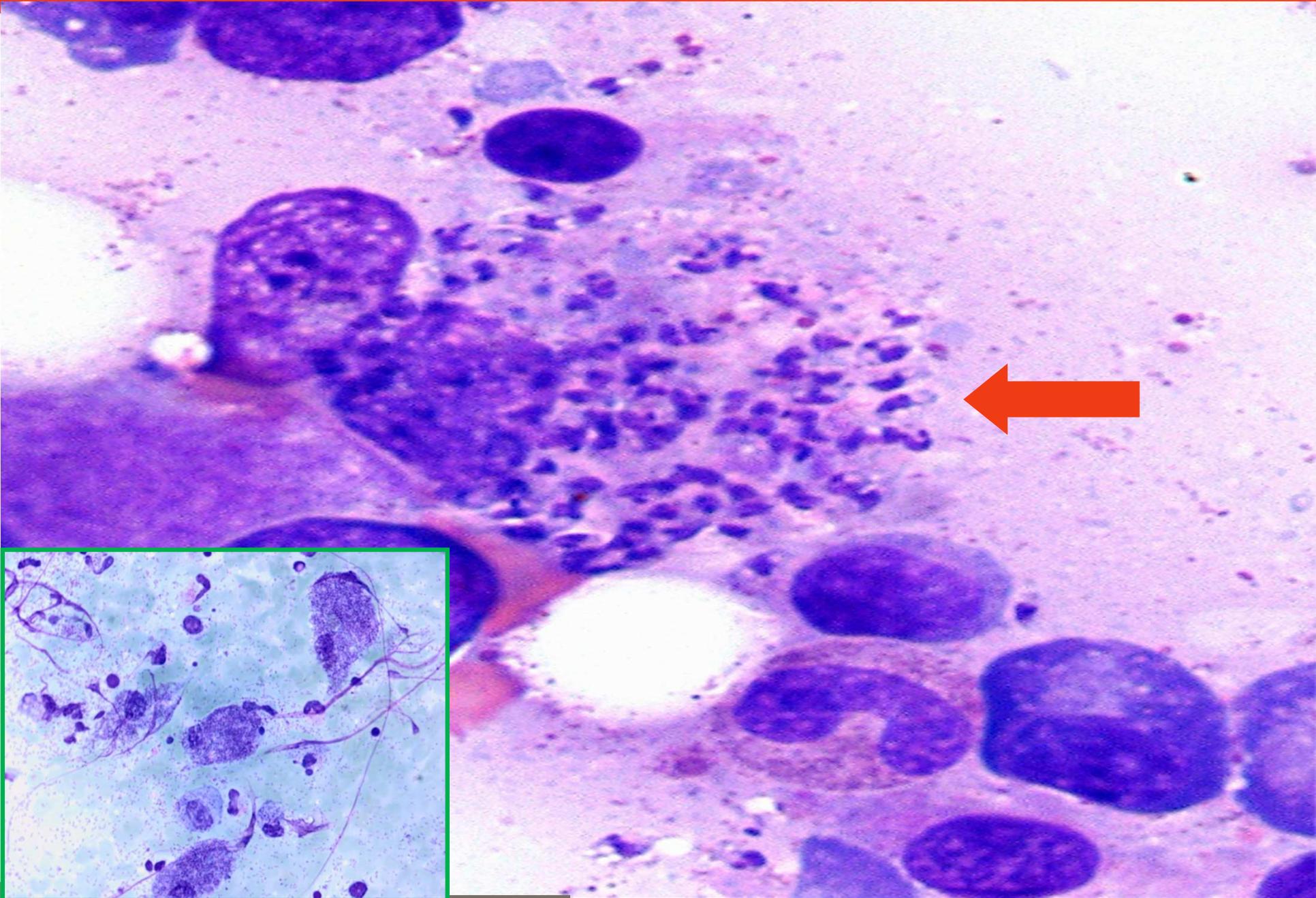
Differentialdiagnose



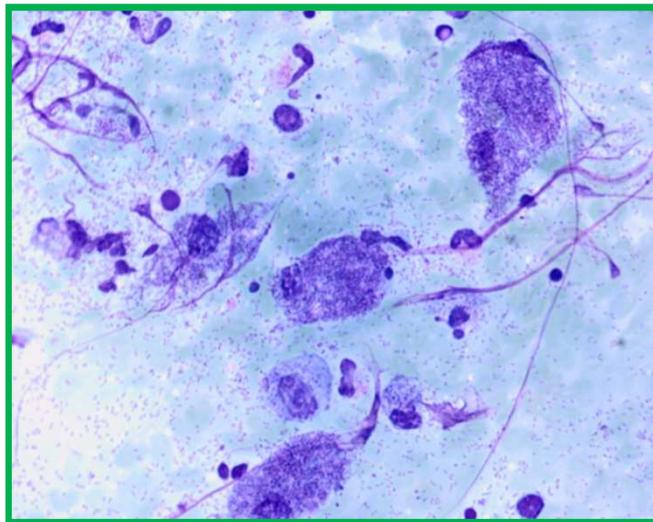
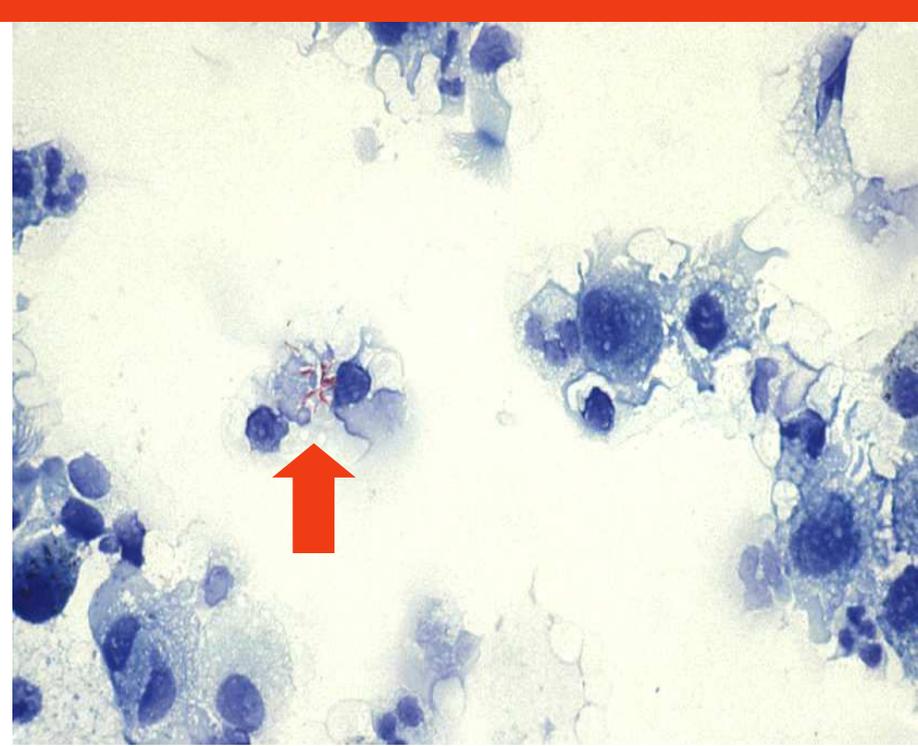
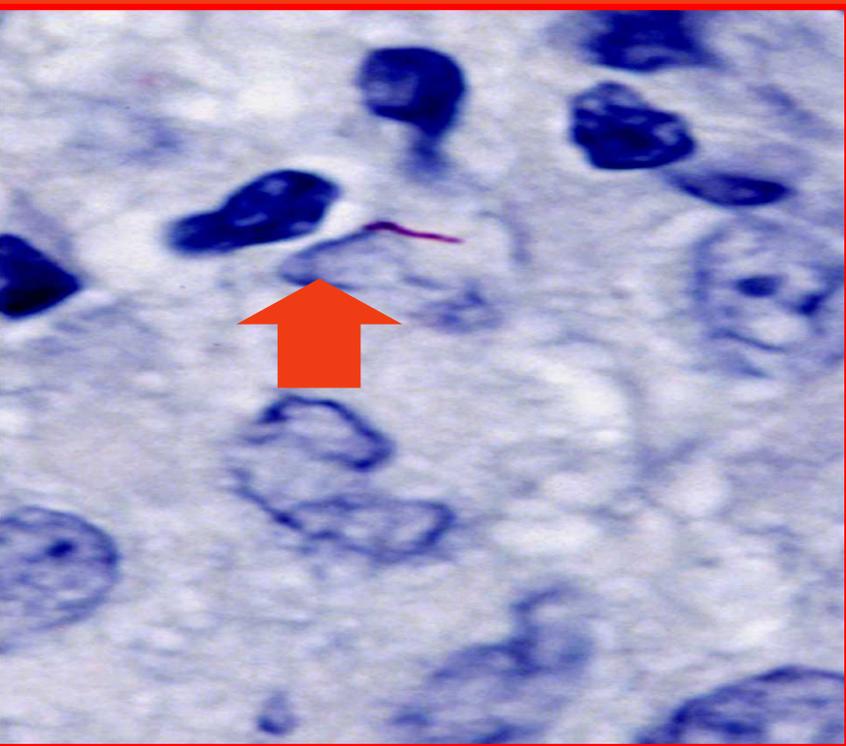
PAS-Diastase

Dr. P. Braubach

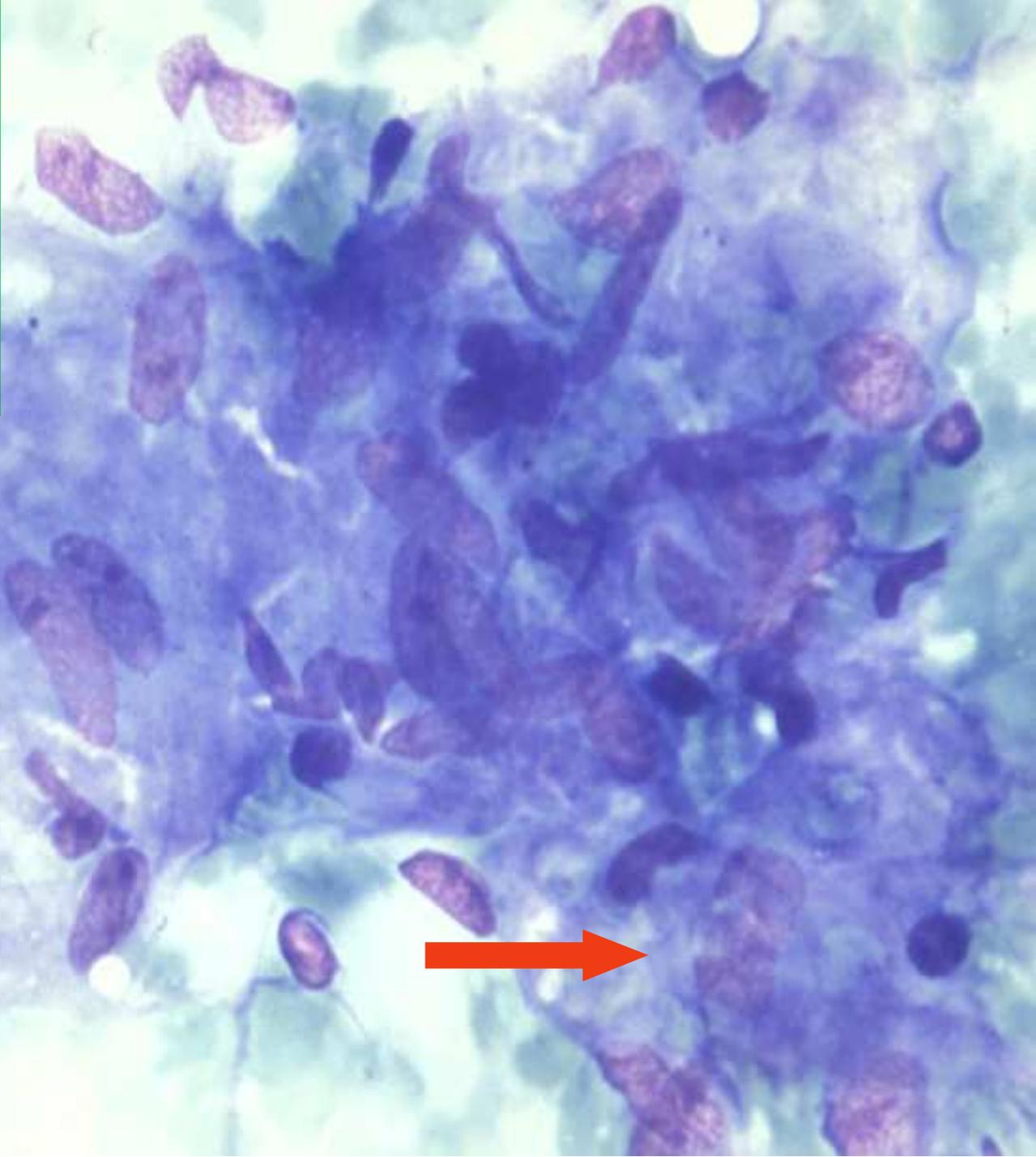
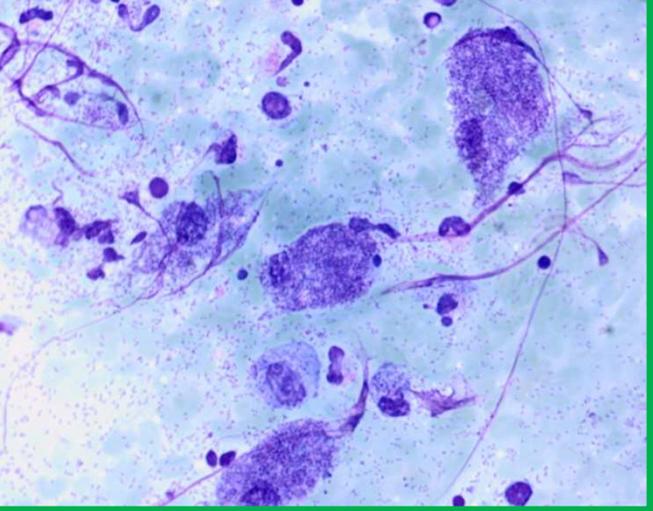
T. Whipplei IHC
AK von Prof. D. Raoult



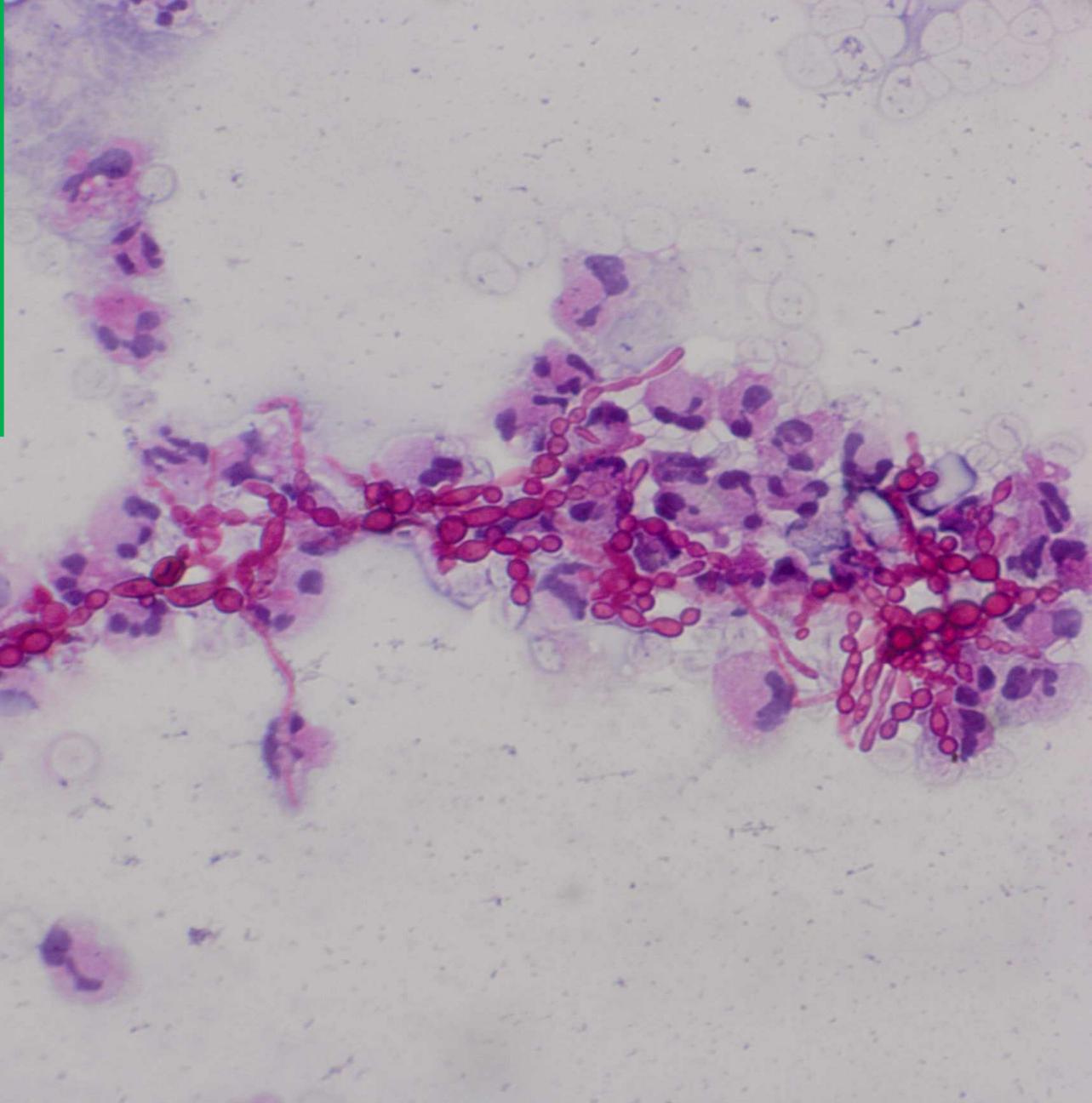
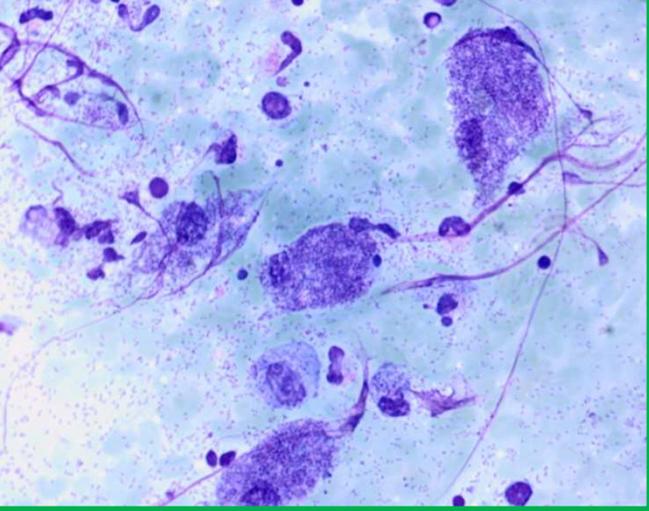
Leishmaniose (Amastigoten)



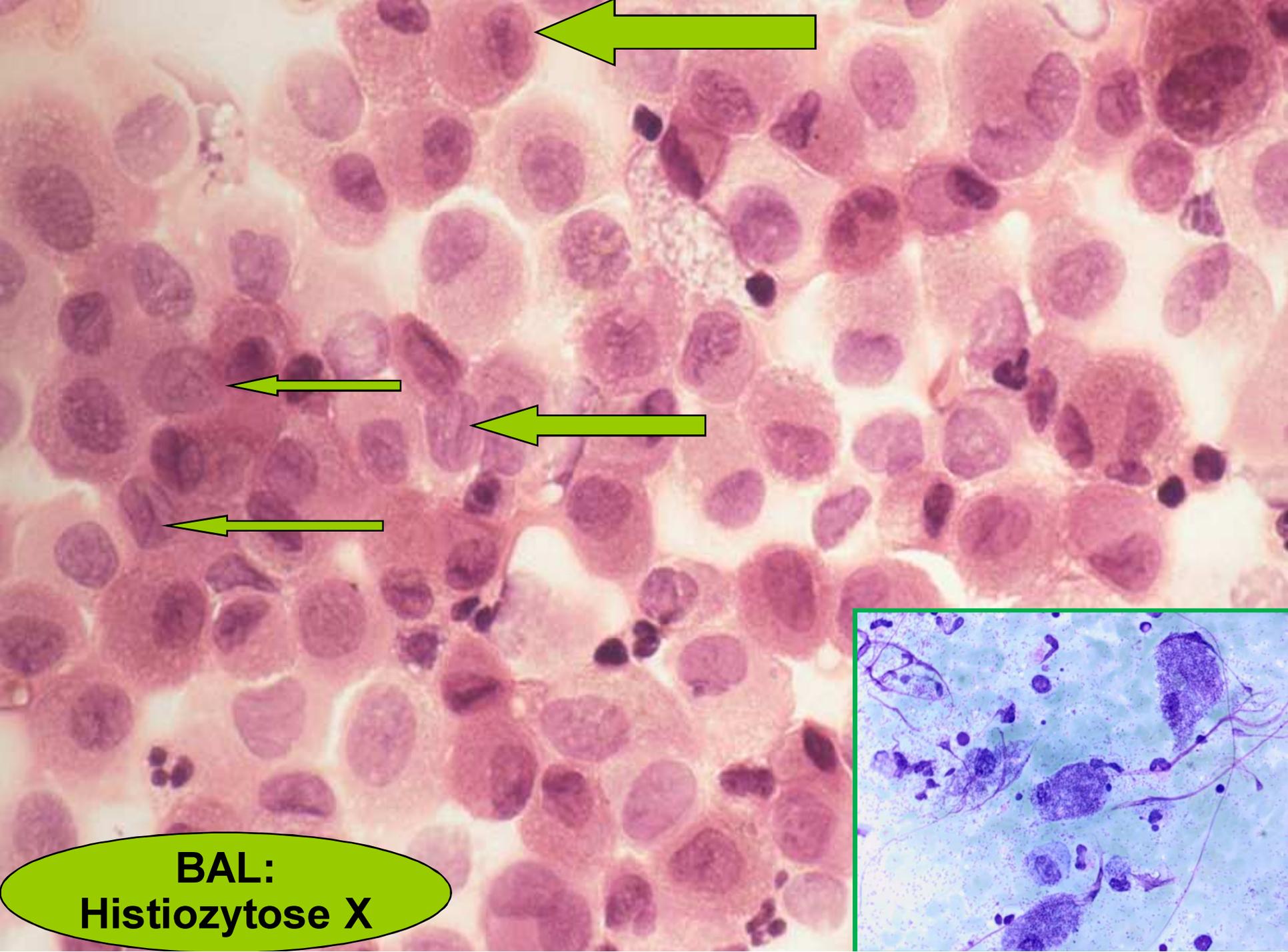
TBC, Z.N. positiv



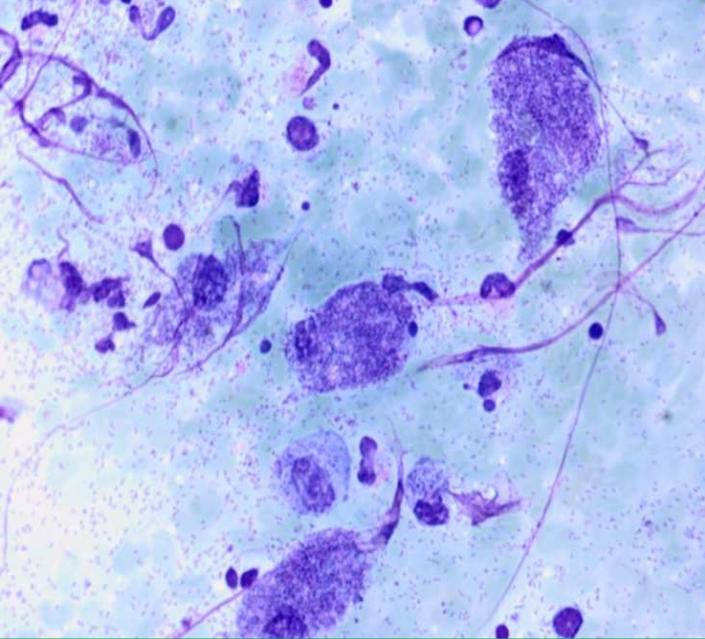
Granulome



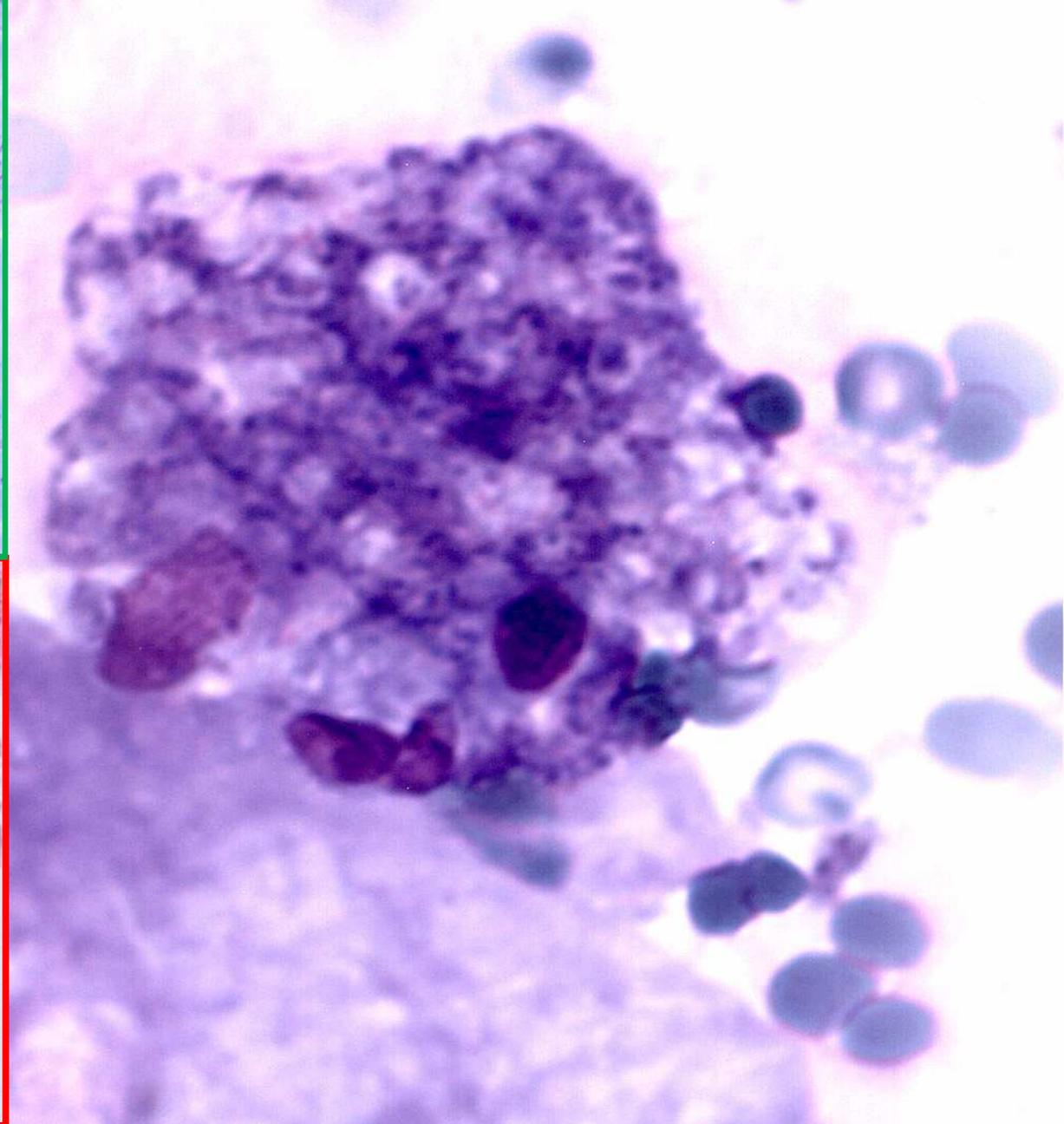
Pilze-Candida



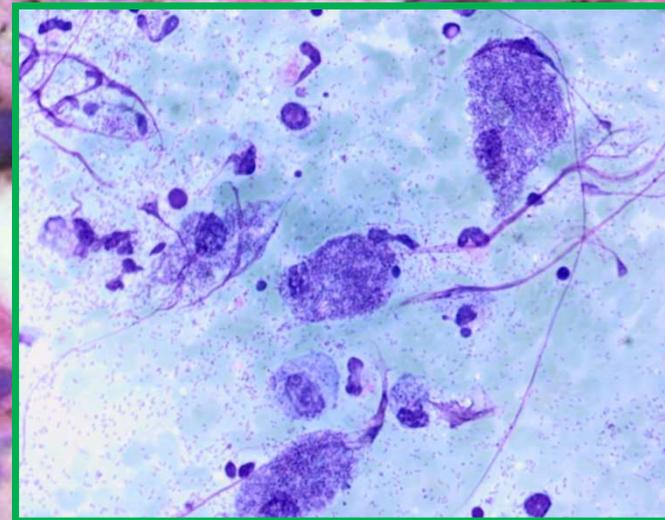
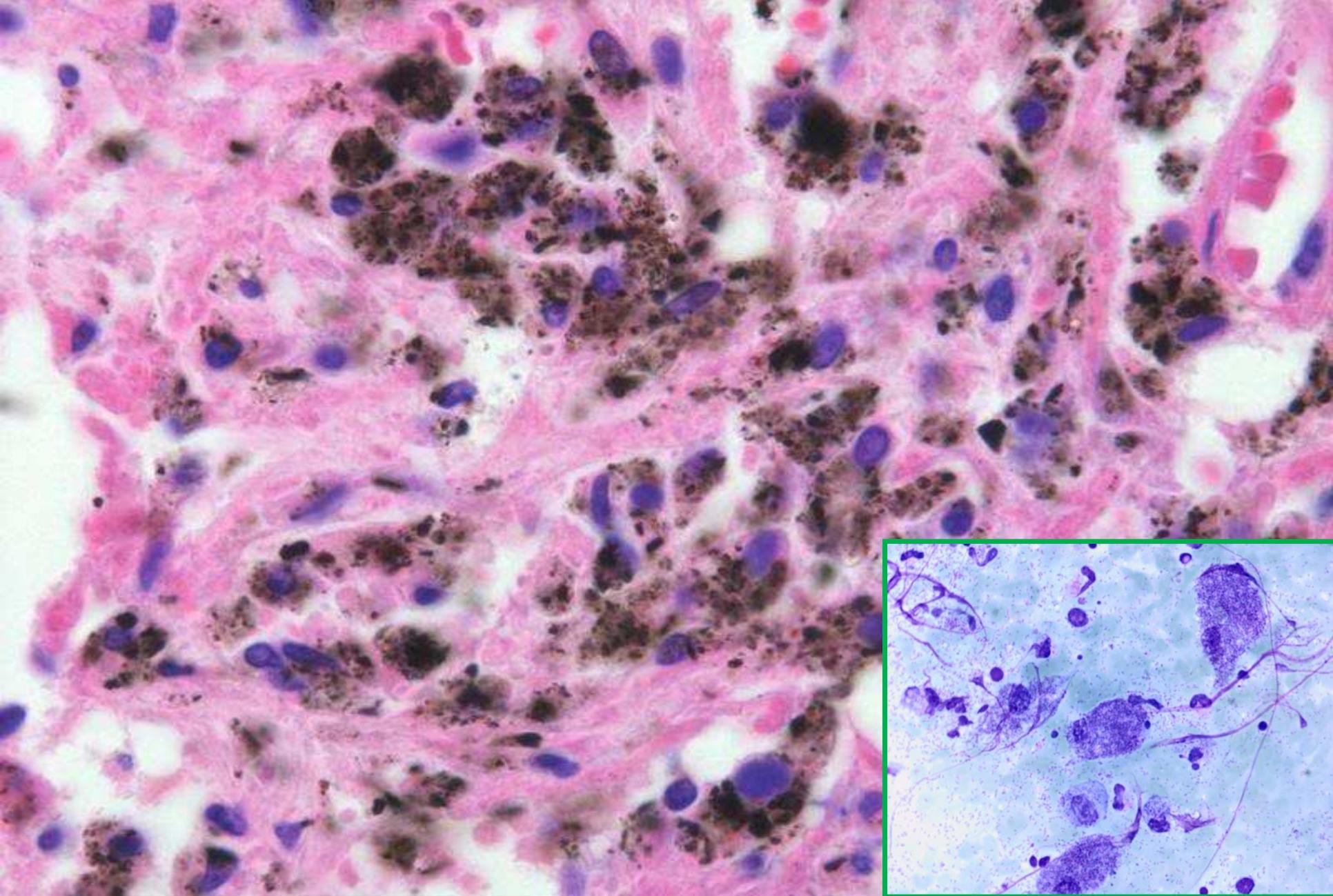
BAL:
Histiocytose X



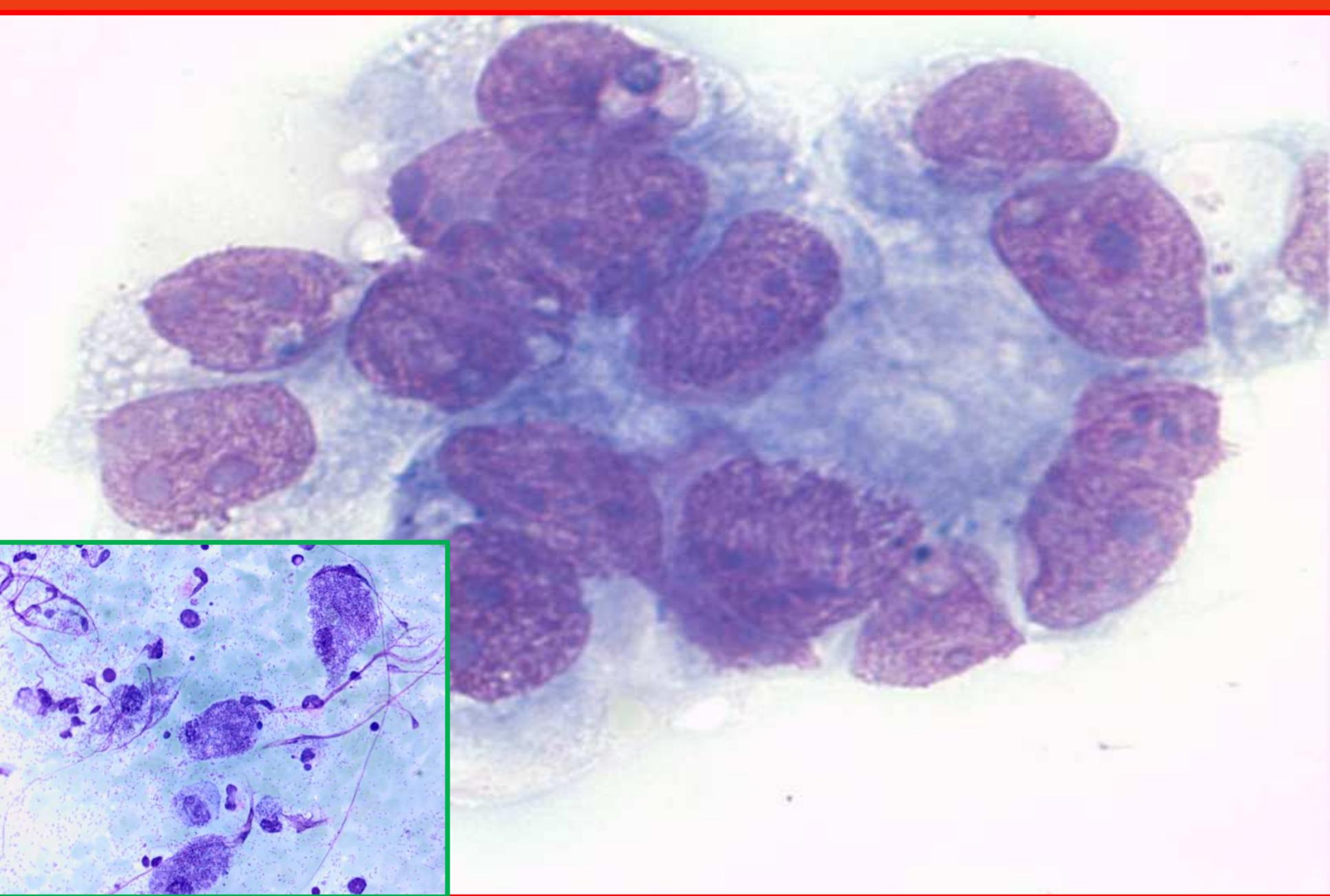
Grocott positiv



BAL: *Pneumocystis jirovecii*



Anthrakose

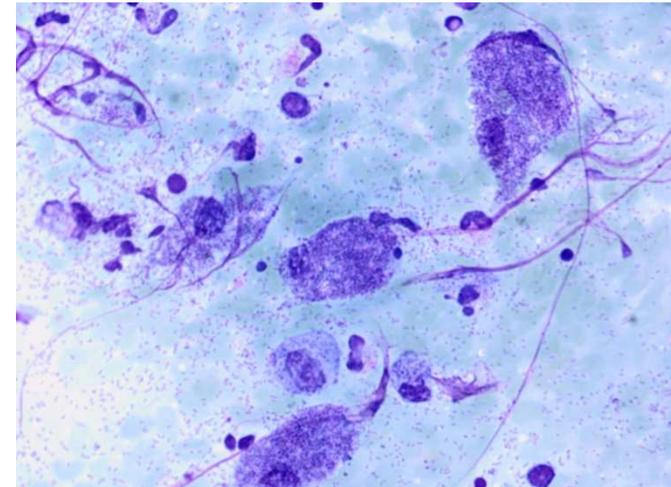


Adenokarzinom

Burkholderia multivorans

Zum **Burkholderia cepacia**-Komplex, kurz **BCC**, werden verschiedene Bakterienspezies bzw. Genomovare aus der Gattung Burkholderia gezählt.

Es handelt sich um gramnegative, Katalase-produzierende Stäbchenbakterien, die als fakultativ pathogene Keime besonders bei Patienten mit zystischer Fibrose als Erreger von pulmonalen Infekten gefürchtet sind.



Burkholderia-cepacia-Komplex

Wurde erstmals 1950 durch den amerikanischen Pflanzenpathologen Walter Burkholder als Erreger der Zwiebelschalenfäule beschrieben.

1992 von Yabuuchi et. al veröffentlichte Analysen der ribosomalen RNA führten zur Abgrenzung von der ursprünglichen Gattung *Pseudomonas* und zur Etablierung der neuen Gattung

Burkholderia.

Seit Mitte der 1990er Jahre fiel zunehmend eine Heterogenität unter vermeintlichen *Burkholderia cepacia*-Isolaten auf. Weitere taxonomische Studien konnten zeigen, dass es sich bei den Isolaten tatsächlich um verschiedene Spezies handelt. Man spricht daher heute vom so genannten

Burkholderia-cepacia-Komplex

Burkholderia-cepacia-Komplex

Als opportunistische Krankheitserreger rufen Bakterien des Burkholderia-cepacia-Komplex nur bei abwehrgeschwächten Patienten Infektionen wie beispielsweise,

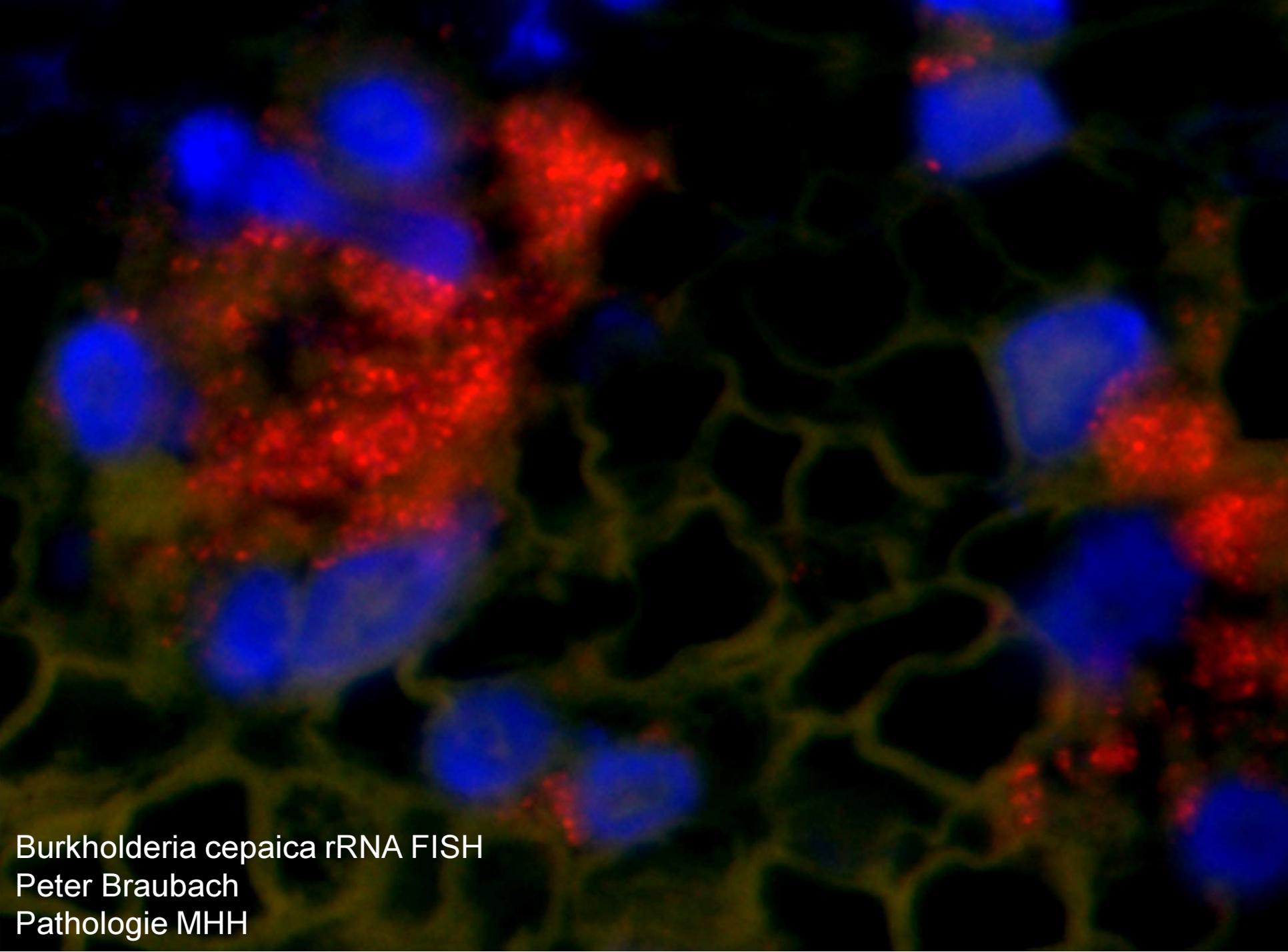
Arthritiden oder Pneumonien hervor.

Bei zystischer Fibrose

kann es neben einer asymptomatischen Kolonisation zu einer chronischen Infektion der Atemwege mit rezidivierendem

Fieber und Gewichtsverlust kommen,

wodurch wiederholt stationäre Aufnahmen erforderlich werden



Burkholderia cepaica rRNA FISH
Peter Braubach
Pathologie MHH

Anamnese

- Grunderkrankung: **zystische Fibrose**
- Ausgeprägte Bronchuspolyphen mit Dyspnoe
- Z.n. DLTX am 10. 06. 2015
- Atemwegskolonisation mit Pseudomonas aeruginosa und Burkholderia multivorans
- Klinisch V.a. akute Rejektion: Urbason-Stoß 10/2015
- Bronchusstenose nach LTX, Abtragung Granulationsgewebe H-Br li und Br. intermed./Anastomose re am 01. 12. 2015
- Diabetes mellitus Typ2. Osteoporose und Nierenzyste

Mikrobiologie

Nachweis von Burkholderie multivorans
(B. cepacia-Komplex)
Z.N.: Säurefeste Stäbchen negativ

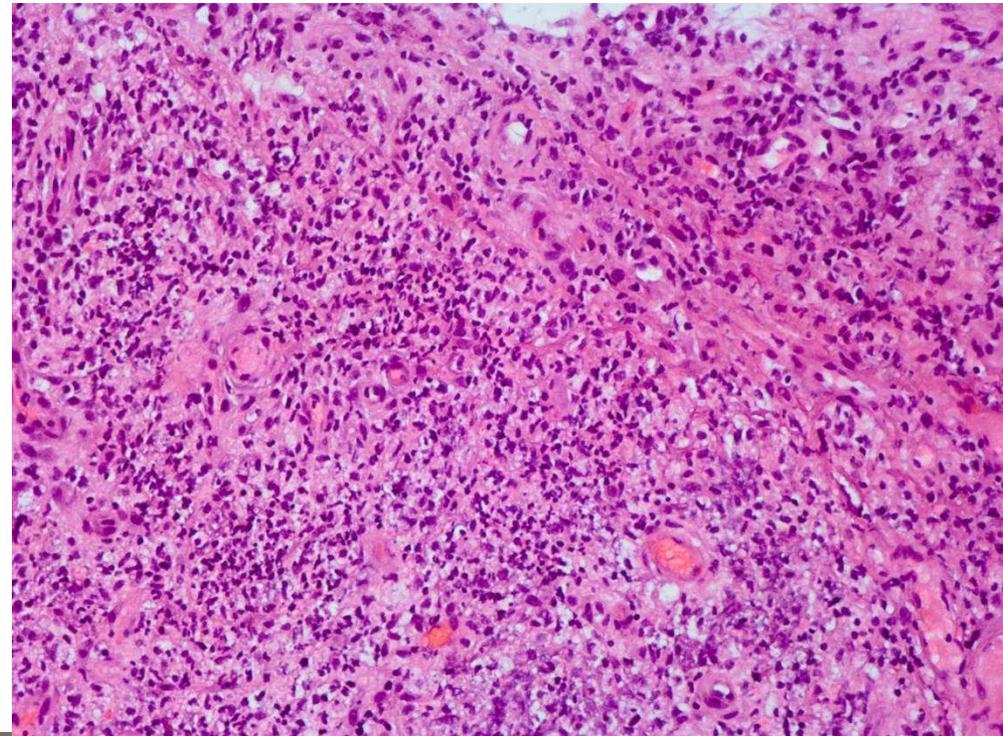
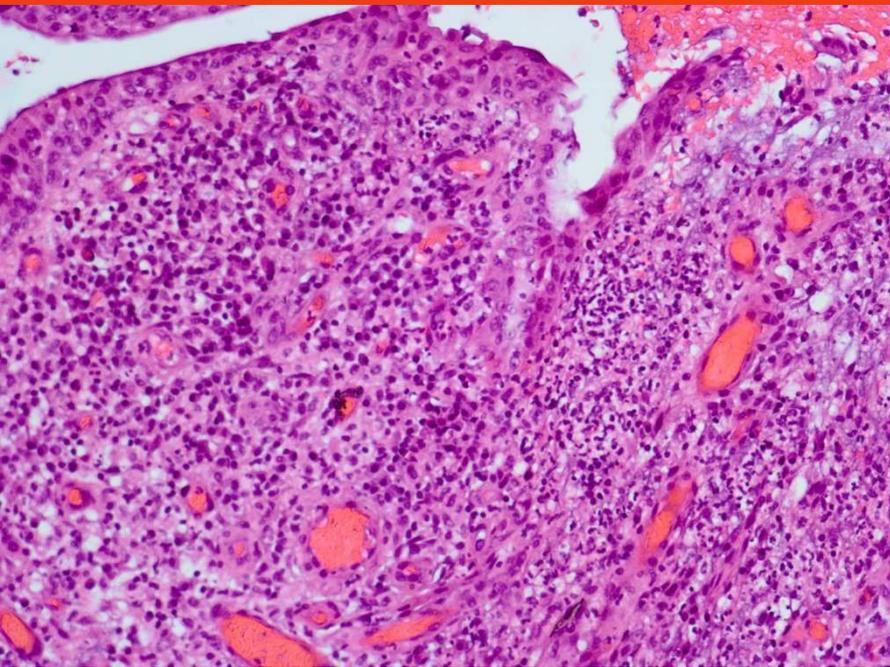
Histologie (Bronchus-PE)

1 (2015). Schwergradige eitrig-ulzerierende Bronchitis mit reichlich beiliegendem Ulkusschorf.

Daneben nekrotische Bronchuswandanteile mit prominenter bakterieller Besiedlung.

Sonderfärbung negativ (Prof. Dr. Jonigk)

2. (2016). Geringgradige chronische Bronchitis, ohne Anhalt für eine akute, zelluläre Abstoßungsreaktion (Dr. Länger)



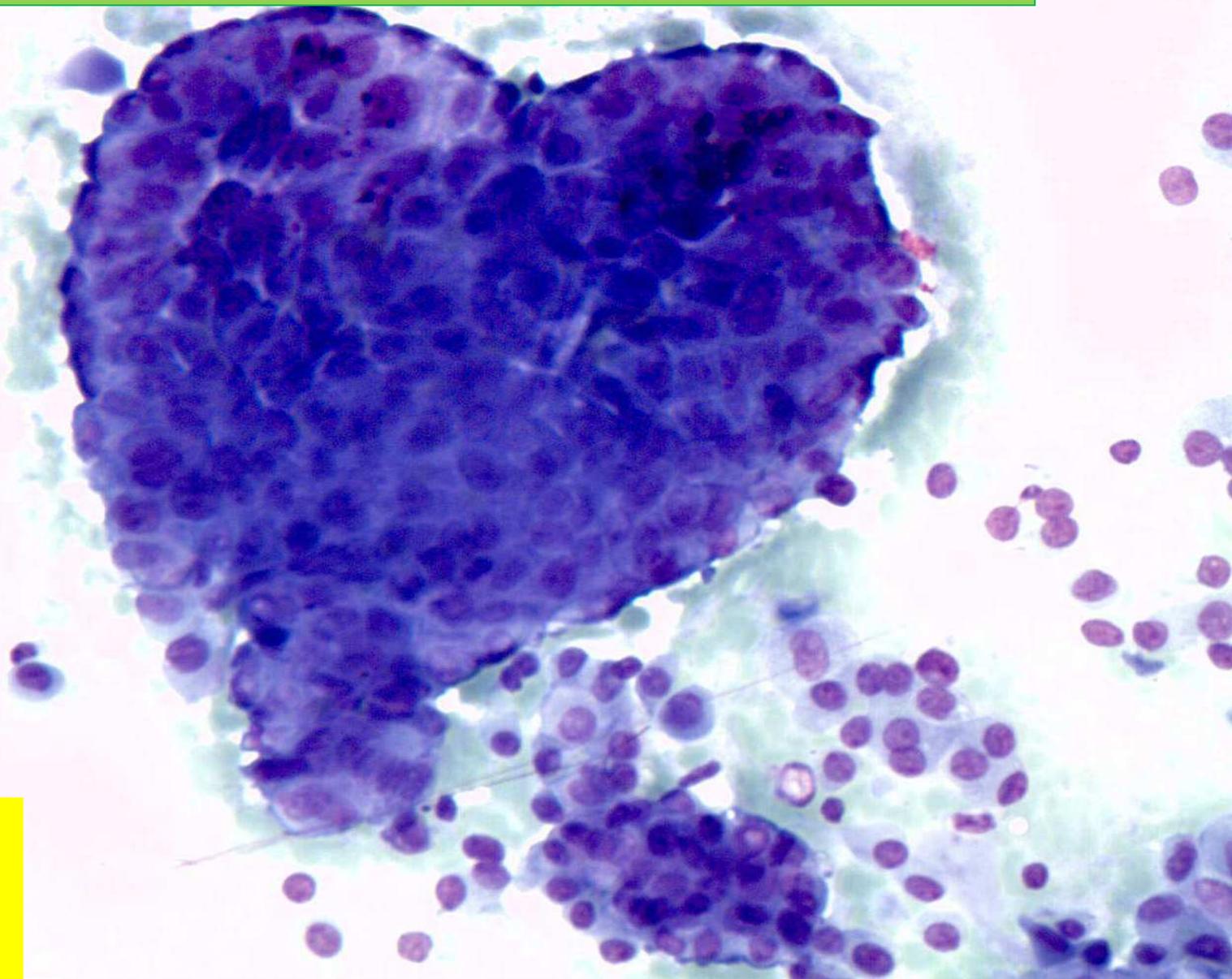
Burkholderia multivorans

Tröpfcheninfektion von Patient-zu-Patient Übertragung.
Therapie: antibiotische Kombinationstherapie.

Zusammenfassung

- Zytologisch selten zu finden
- In der Zytologie von Burkholderia cepacia-Komplex ist ohne klinischen Angaben und Mikrobiologie die Diagnose sehr schwer zu stellen.
- Es ist häufig bei abwehrgeschwächten Patienten

Danke für Ihre Aufmerksamkeit



Frau C. Fiedler
Dr. P. Braubach
Frau Dr. M. Raap