

**57. Kasuistisches Forum  
Niedersächsischer Pathologen  
(„Rätselecke“)**

**Samstag, 13.11. 2004**

Organisator: Prof. Dr. Kreipe, Medizinische Hochschule Hannover

---

**Fallvorstellungen**  
(siehe auch versandtes Protokoll)



**Nds. Rätselecke**  
**13.11.2004**

**F a i l 1**

# Anamnese ( 38 a, ♀ )

- Wechselnde Oberbauchbeschwerden mit Stuhlunregelmäßigkeiten, auch fettige Stühle
- Klinisch keine Pankreatitis
- NMR: Zystische Raumforderung im Pankreasschwanz
- CA 19-9 normal, CEA (↑), Raucherin

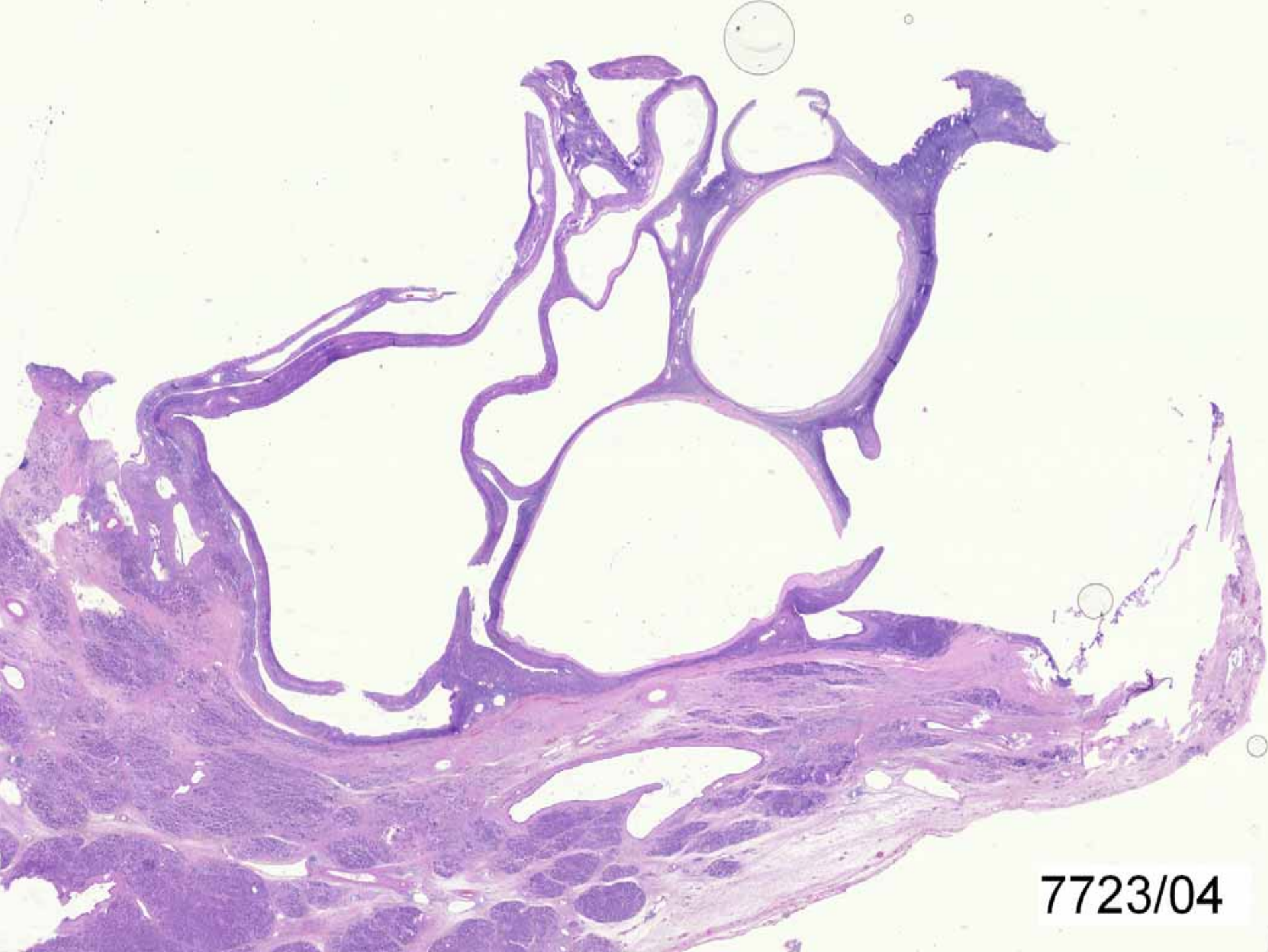


7723/04

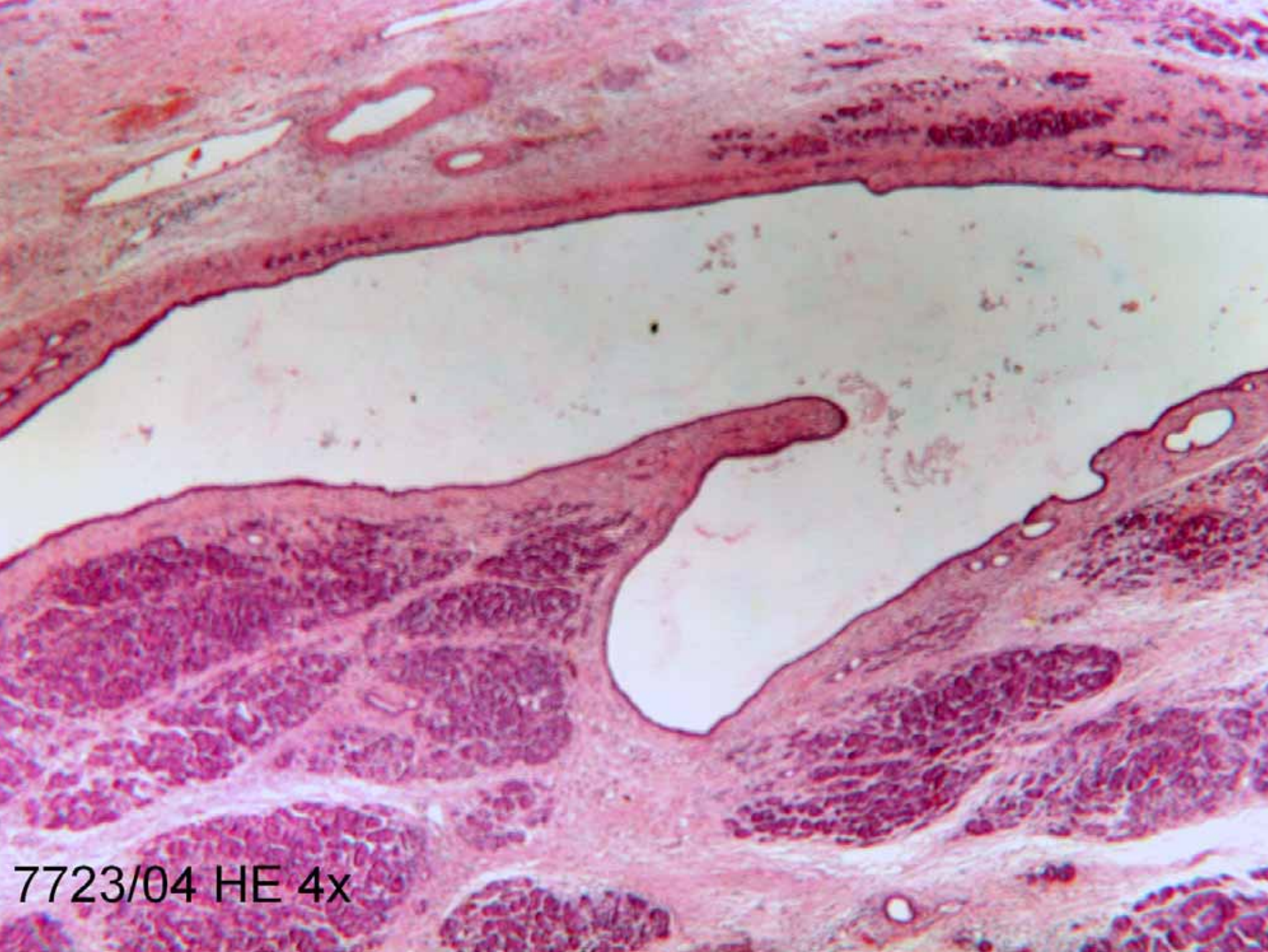


7723/04





7723/04

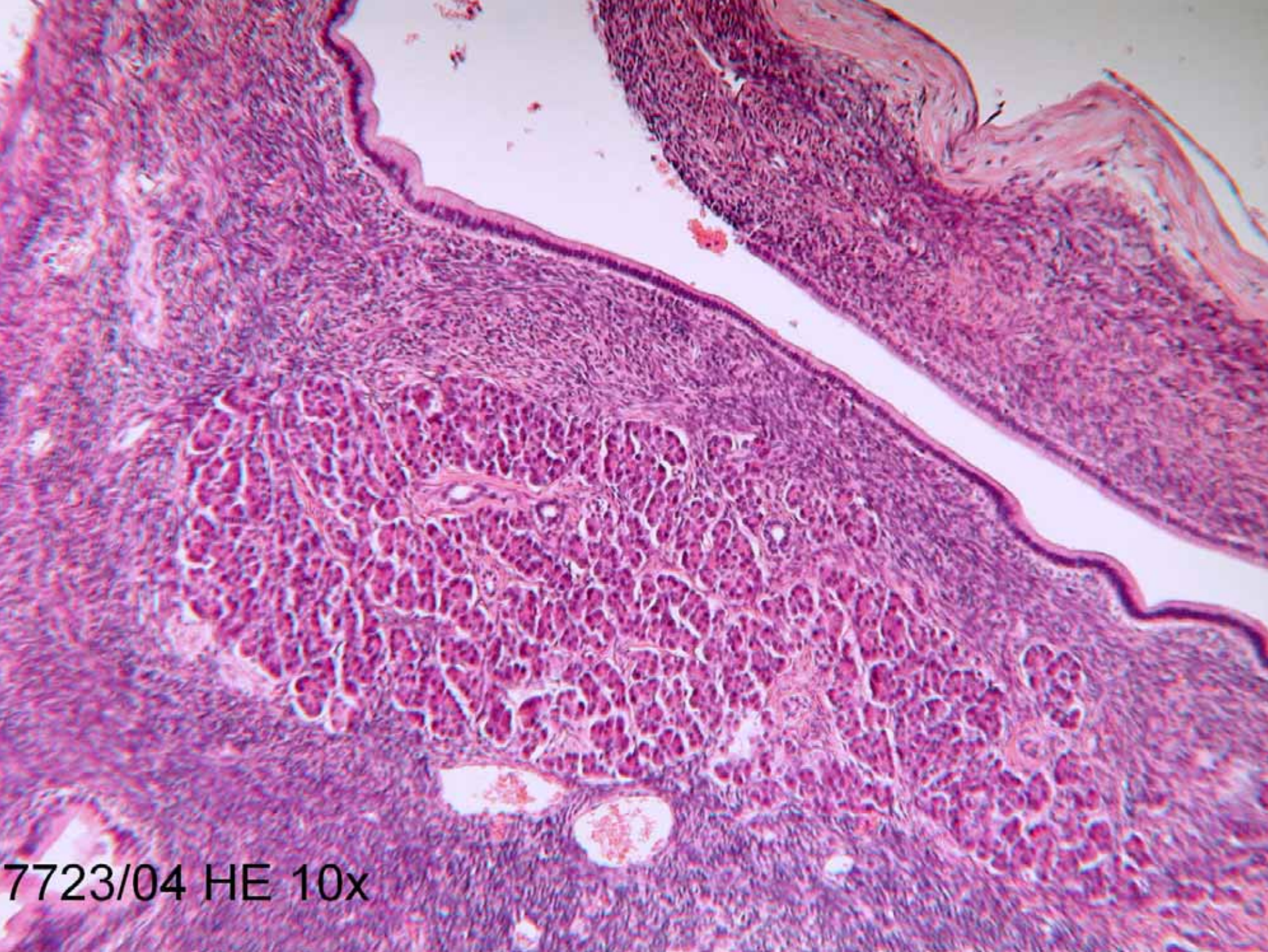


7723/04 HE 4x

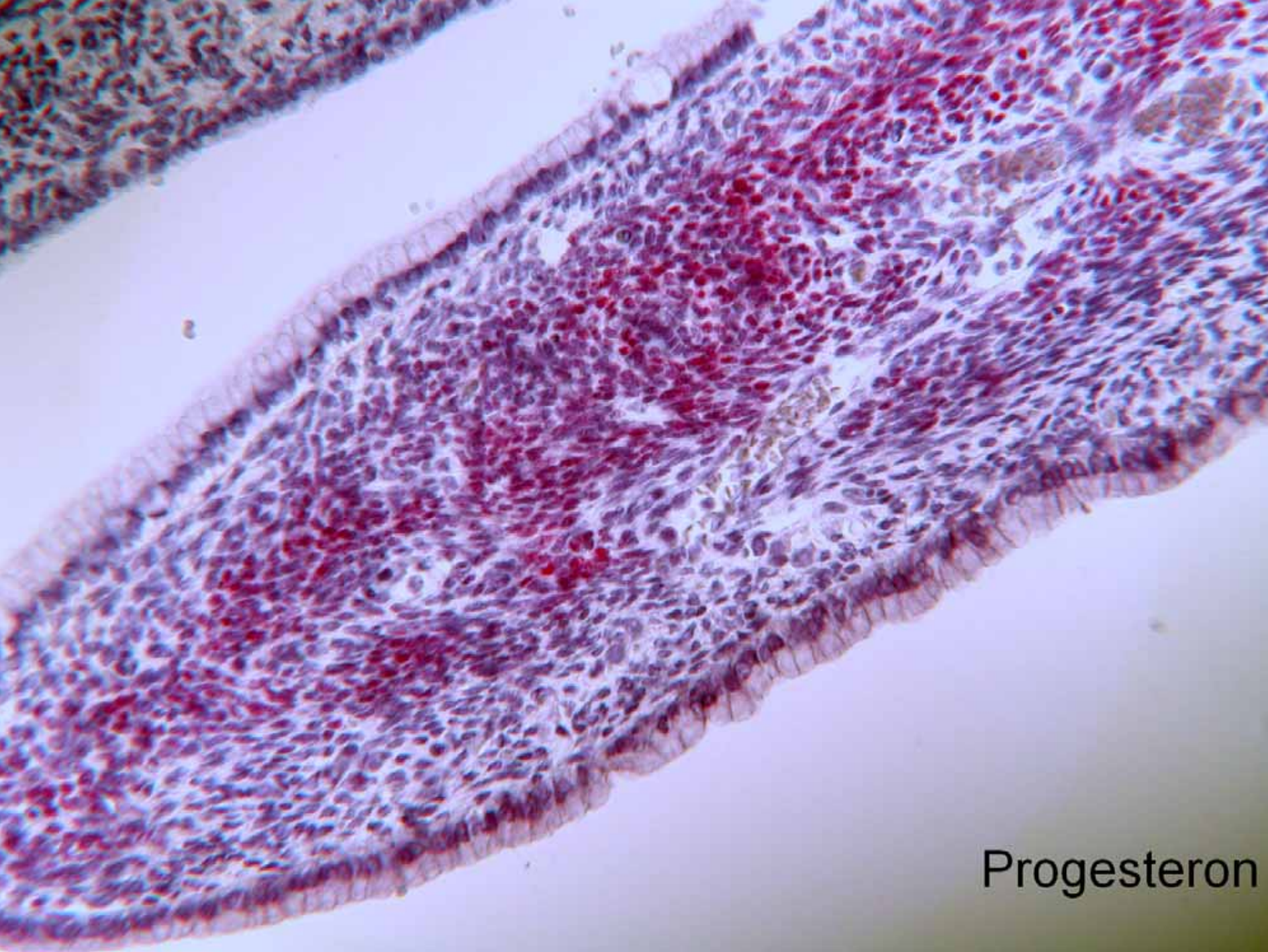


7723/04  
HE 10x





7723/04 HE 10x



Progesteron

Diagnose:

# Mucinöses Cystadenom mit ovariellen Stroma

( Mucinous cystic tumor of the pancreas  
with „ovarian – like“ stroma )

# Immunhistochemie

Eigener Fall

Literatur

Inhibin      Ø

Inhibin      + 66 – 82 %

Oestrogen      Ø

Oestrogen      + 22 – 62 %

Progesteron      +

Progesteron + 48 – 82 %

# Mucinöse cystische Tumoren des Pankreas mit ovariellem Stroma

- MCT-OS 1978 von Compagno und Oertel erstmals als eigene Entität vom MCT abgegrenzt
- Frauen mittleren Alters, Männer ?
- Adenom, Borderline-Tumor, Carcinom
- Keine Verbindung zwischen Cysten und Pankreasgangsystem im Gegensatz zum intraductalen papillären mucinösen Tumor (IPMT)
- Gleichartige Tumoren in Leber und Retroperitoneum

# Histogenese

- Hypersensibilität endodermaler Epithelabkömmlinge und primitiven Mesenchyms für weibliche Geschlechts – hormone
- Partielle Verschmelzung zwischen primordialer linker Gonade und dorsaler Pankreasanlage in der frühen Fetalperiode

# Literatur:

**Izumo A, Yamaguchi K, Eguchi T,  
Nishiyama K, Yamamoto H, Yonemasu  
H, Yao T, Tanaka M, Tsuneyoshi M.**

**Mucinous cystic tumor of the pancreas:  
immunohistochemical assessment of  
"ovarian-type stroma".**

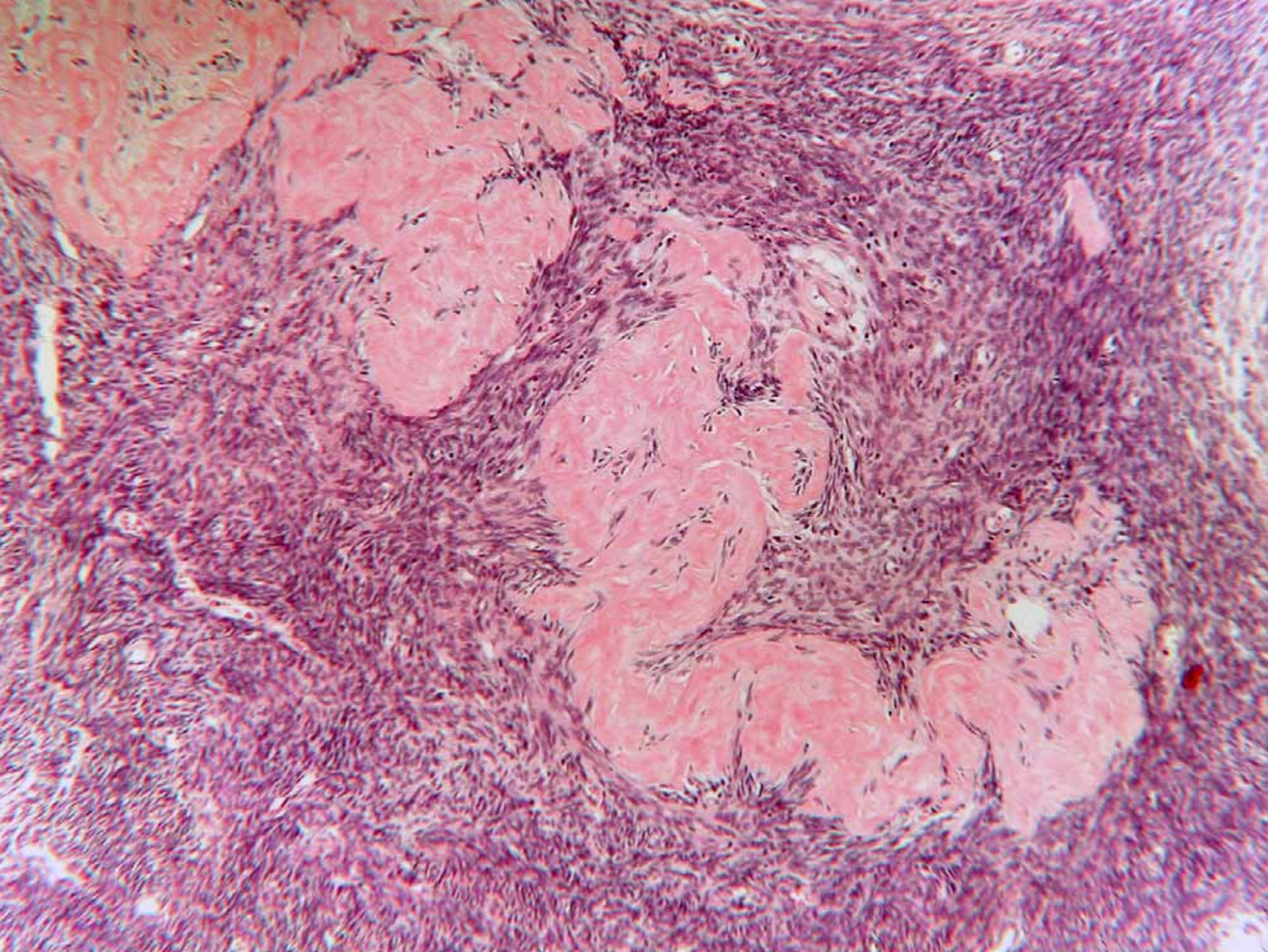
**Oncol Rep. 2003 May-Jun;10(3):515-25**

**Mucinous cystic tumors of the pancreas: clinicopathological features, prognosis, and relationship to other mucinous cystic tumors.**

**Zamboni G, Scarpa A, Bogina G, Iacono C, Bassi C, Talamini G, Sessa F, Capella C, Solcia E, Rickaert F, Mariuzzi GM, Klöppel G.**

**Am J Surg Pathol. 1999 Apr;23(4):410-22.**





# Anamnese

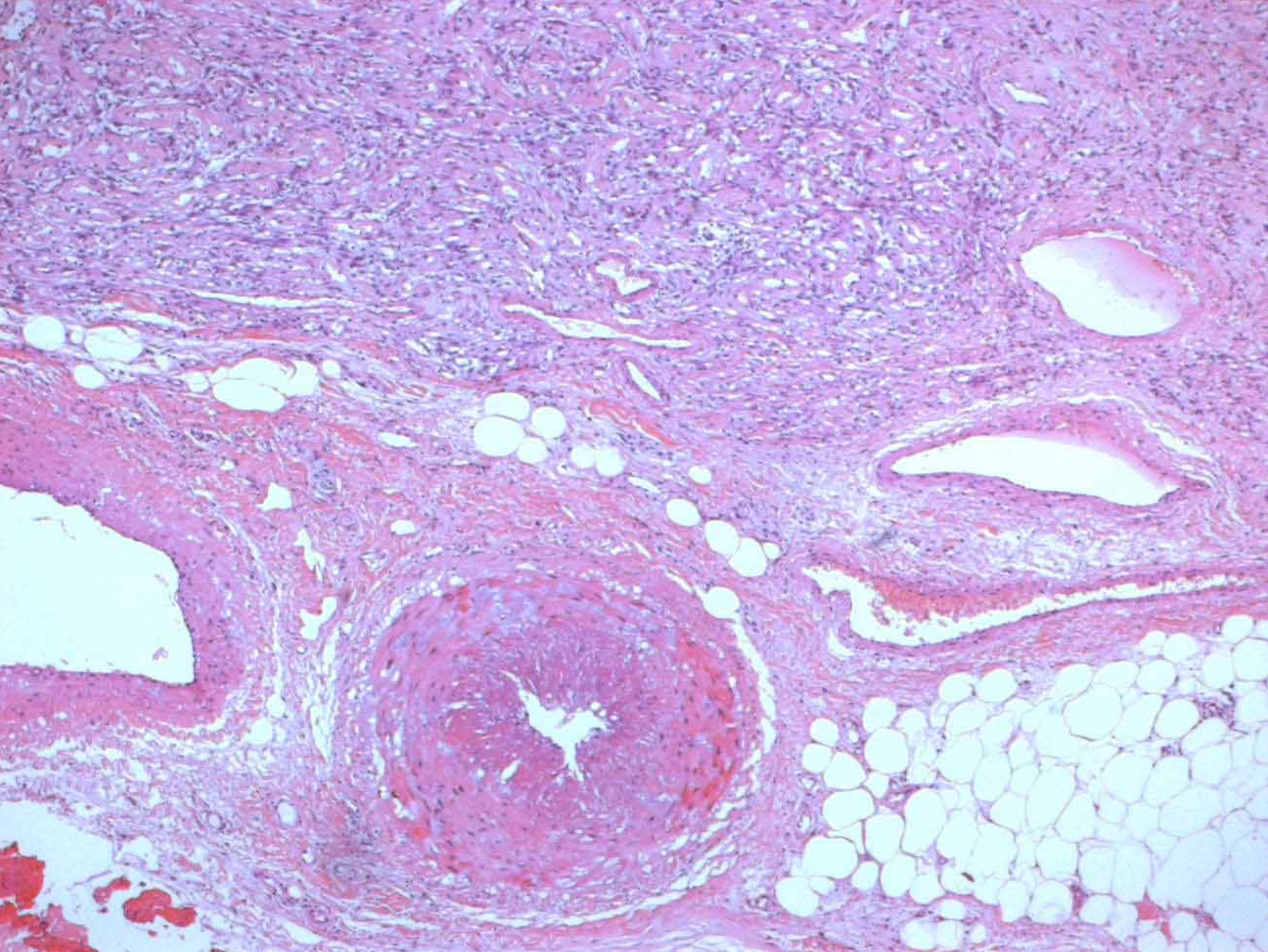
- 59 Jahre alter männlicher Patient
- seit mehreren Jahren bekannter schmerzlose Tumor in der linken Flanke mit Größenzunahme in letzter Zeit
- Vorerkrankungen: Hypertonus,
- Nabelbruch und Leistenhernien-OP vor mehreren Jahren

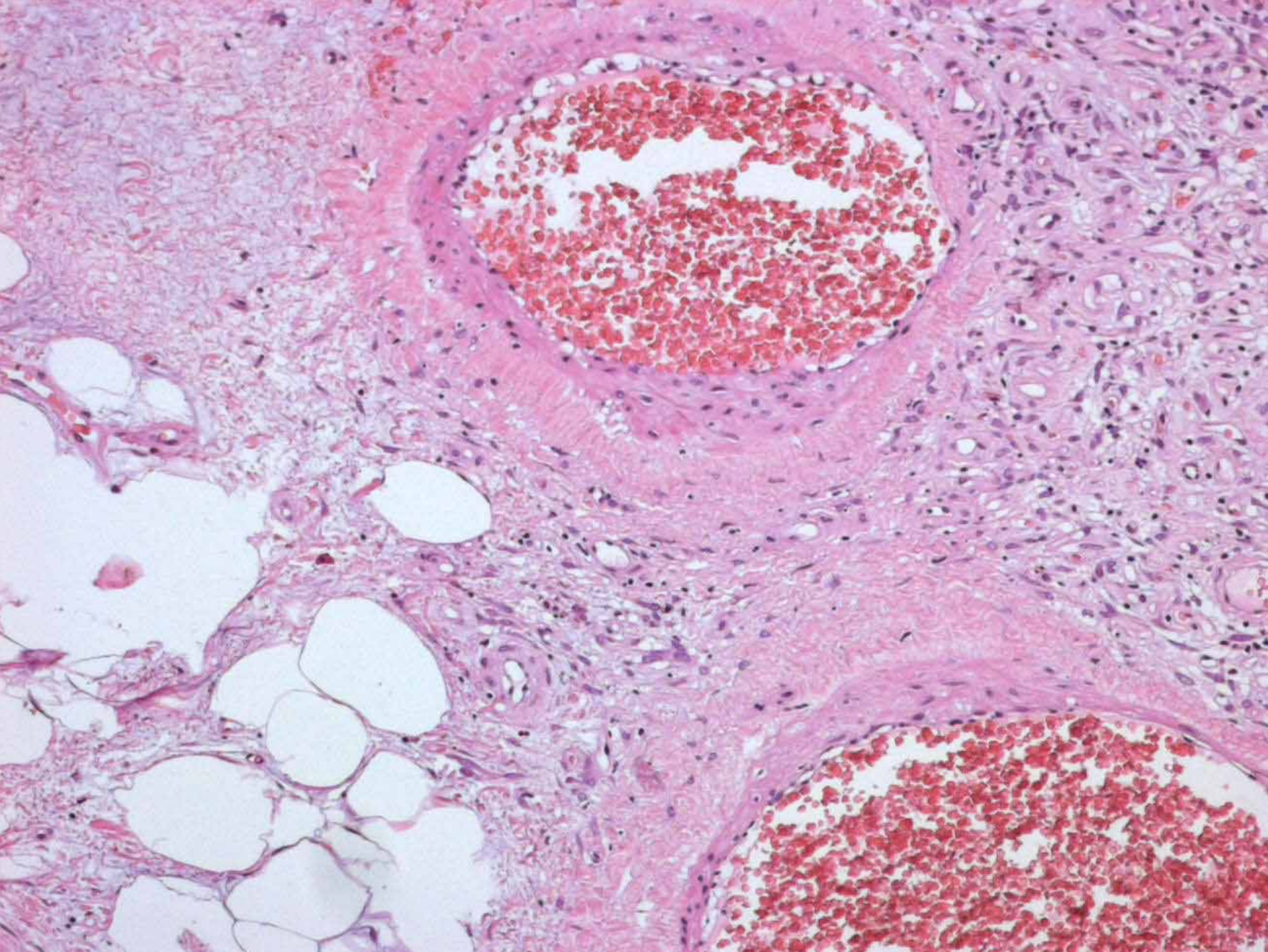
# Klinischer Befund

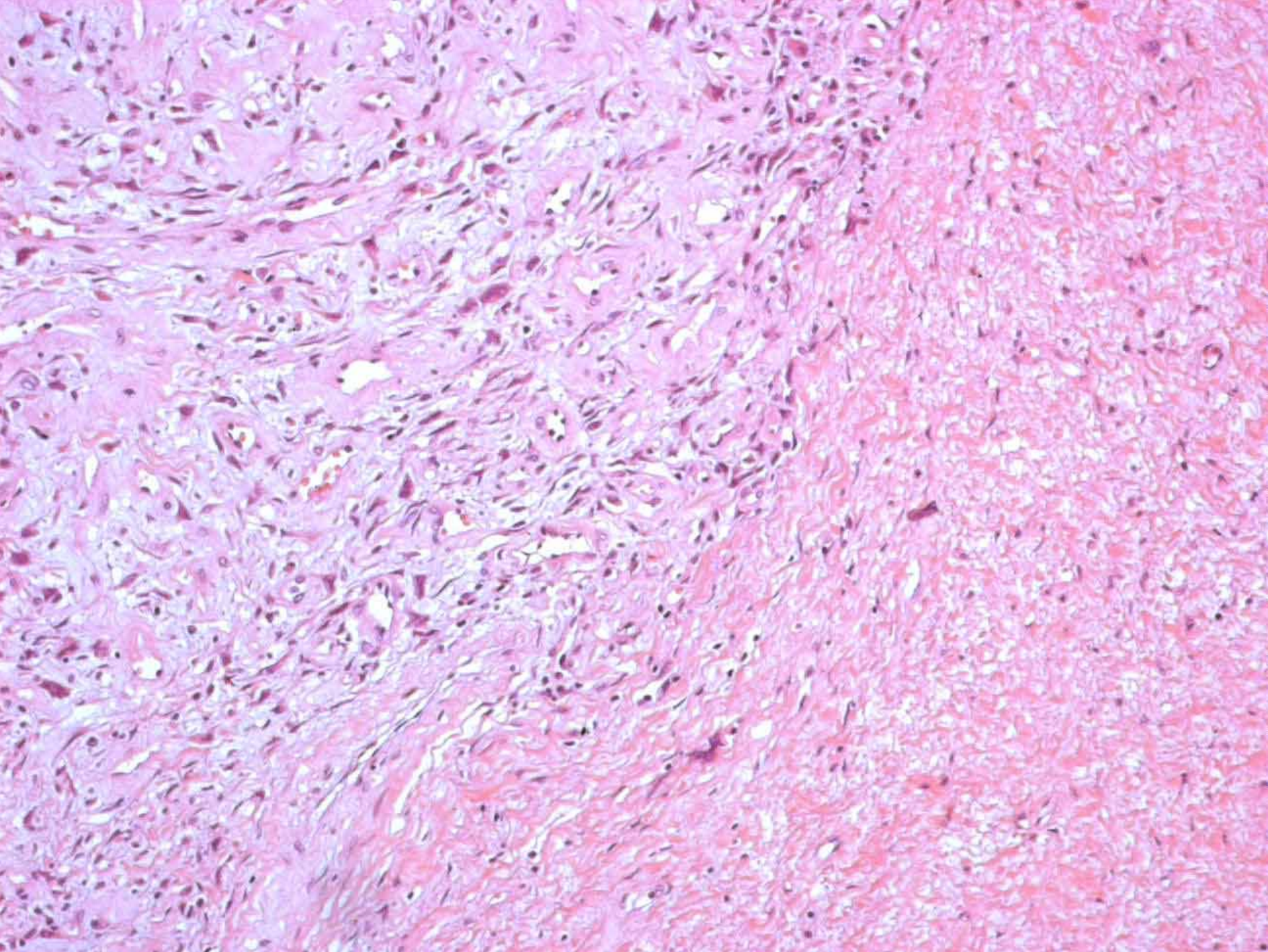
- Gut gegenüber der Bauchdecke verschieblicher, faustgroßer Tumor
- V.a. Lipom
- OP-Befund: subcutaner gekapselter Tumor, der bis in die Faszie der schrägen Bauchmuskulatur reicht und nicht sicher im Gesunden entfernt wird

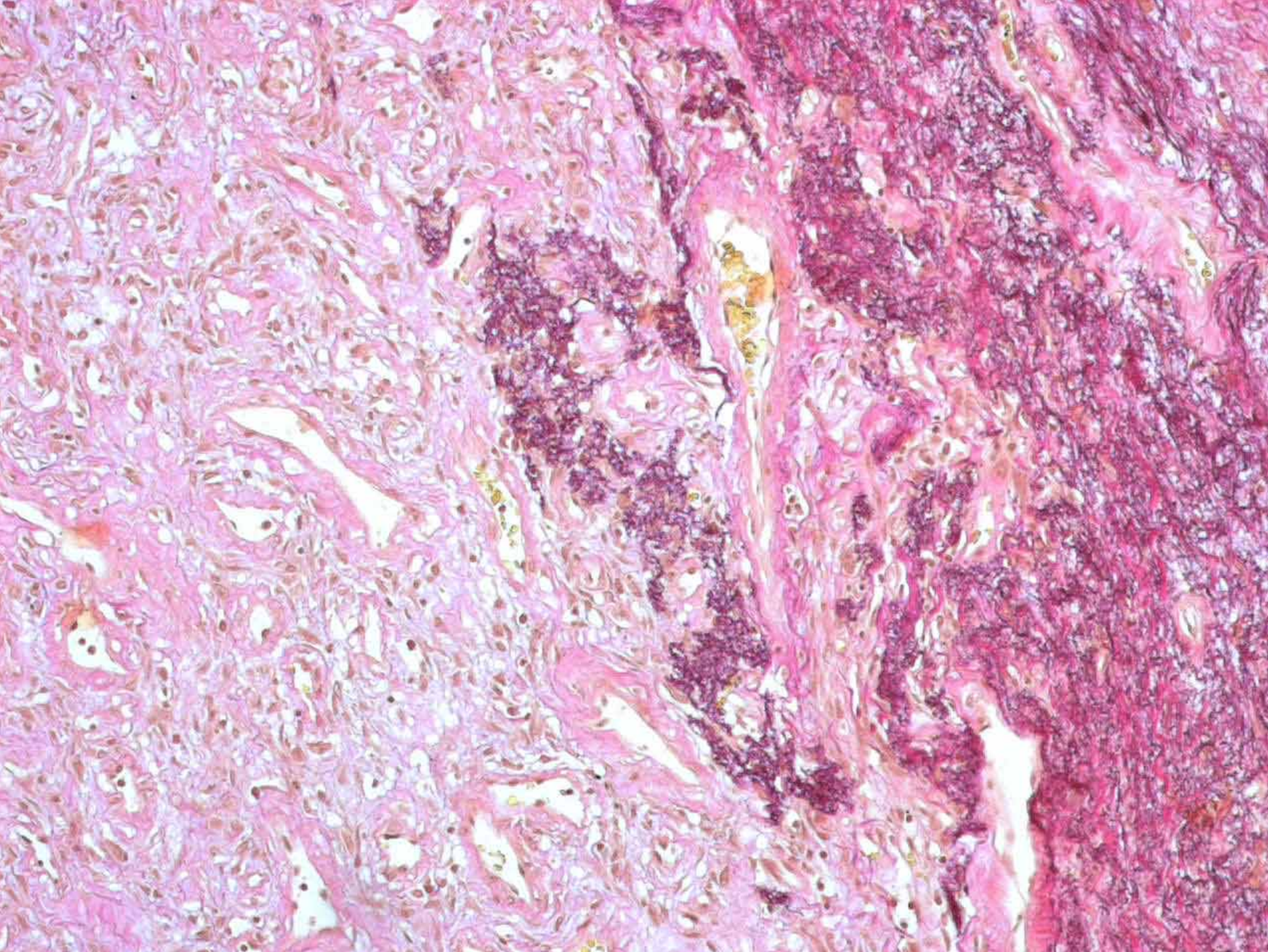
# Makroskopie

- 60 x 50 x 40 mm großer Tumor mit einer fleckförmig grau-braunen Schnittfläche
- In der Peripherie spärliches Fettgewebe mit mehreren Gefäßen

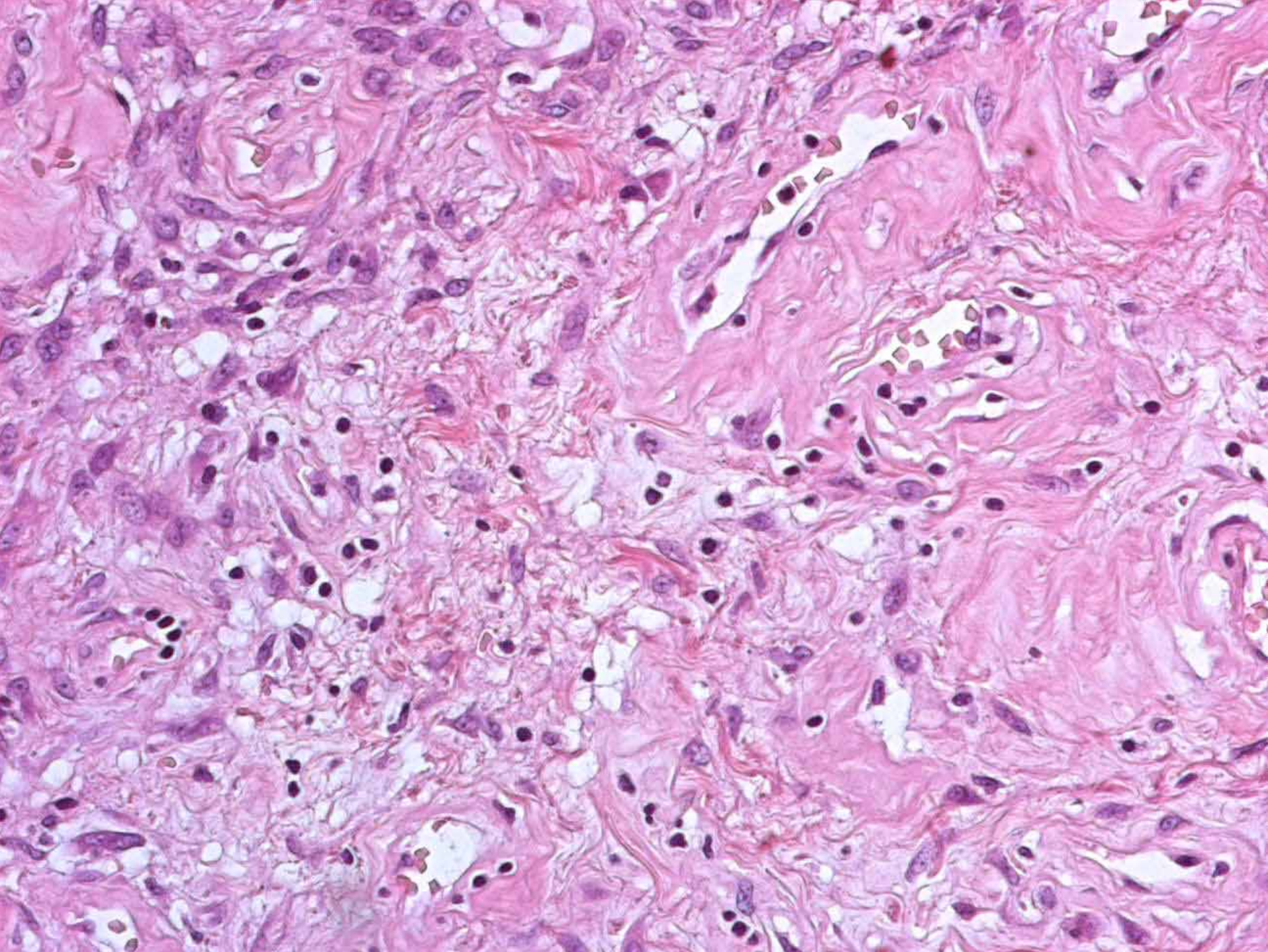


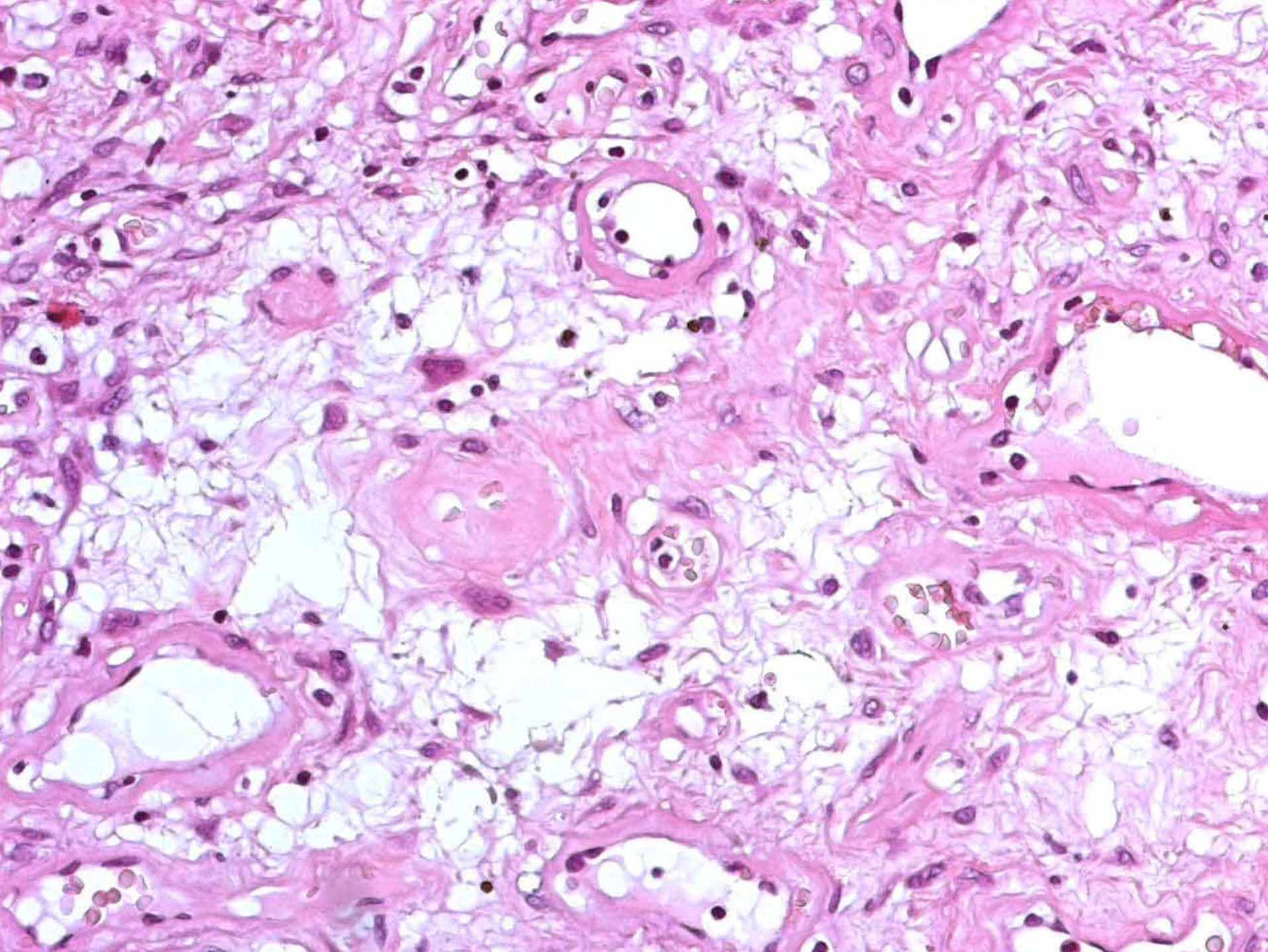


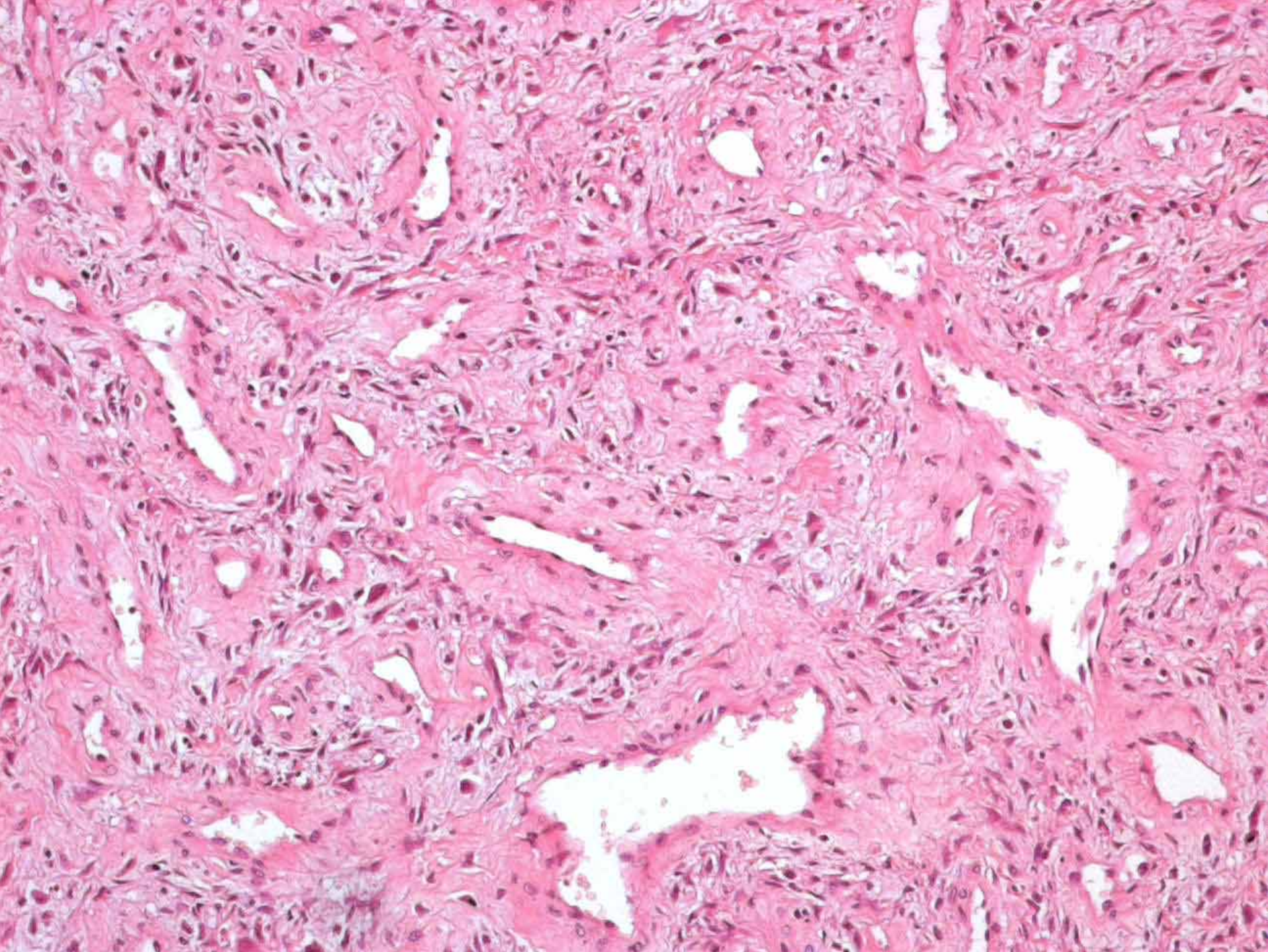


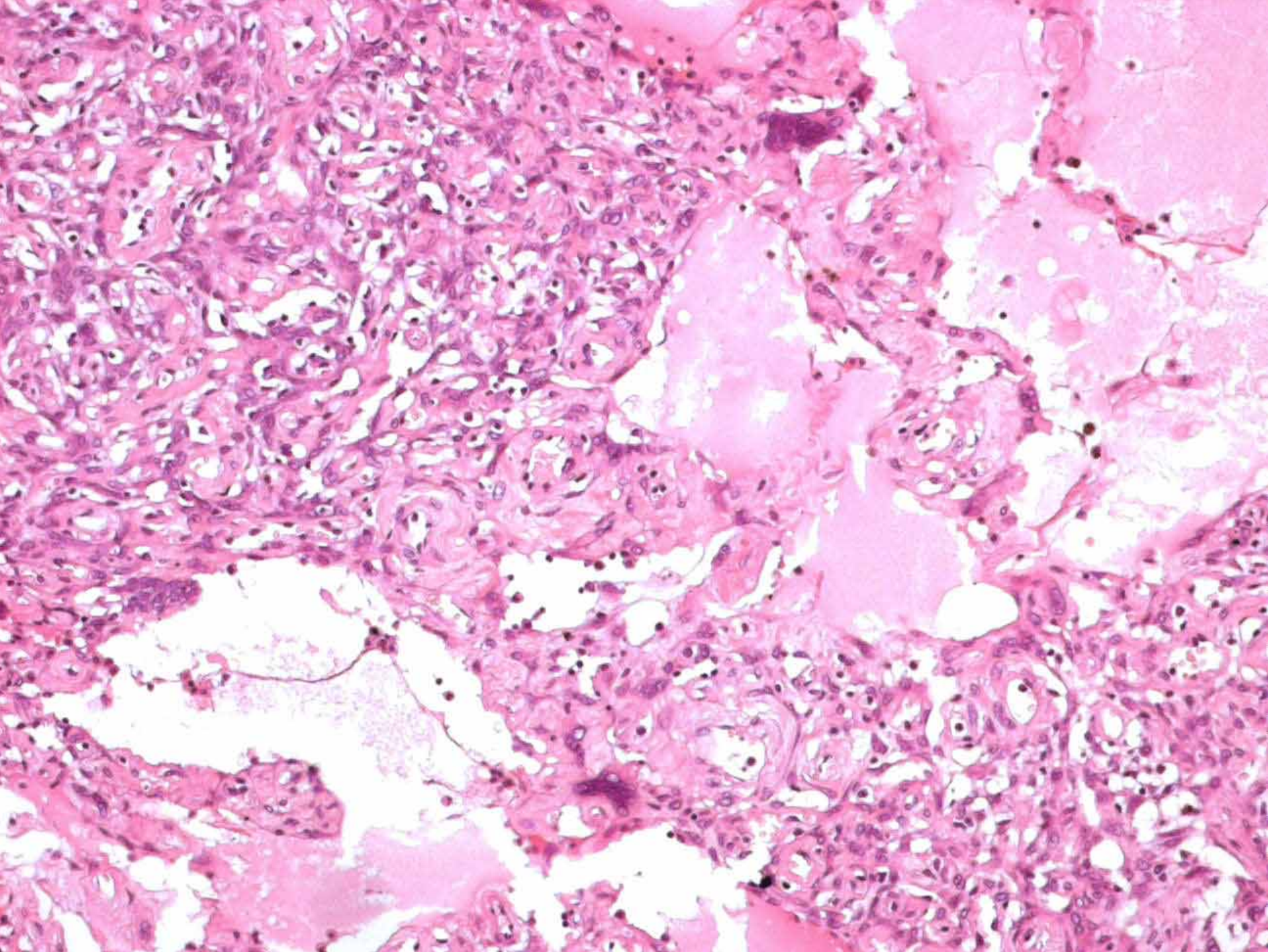


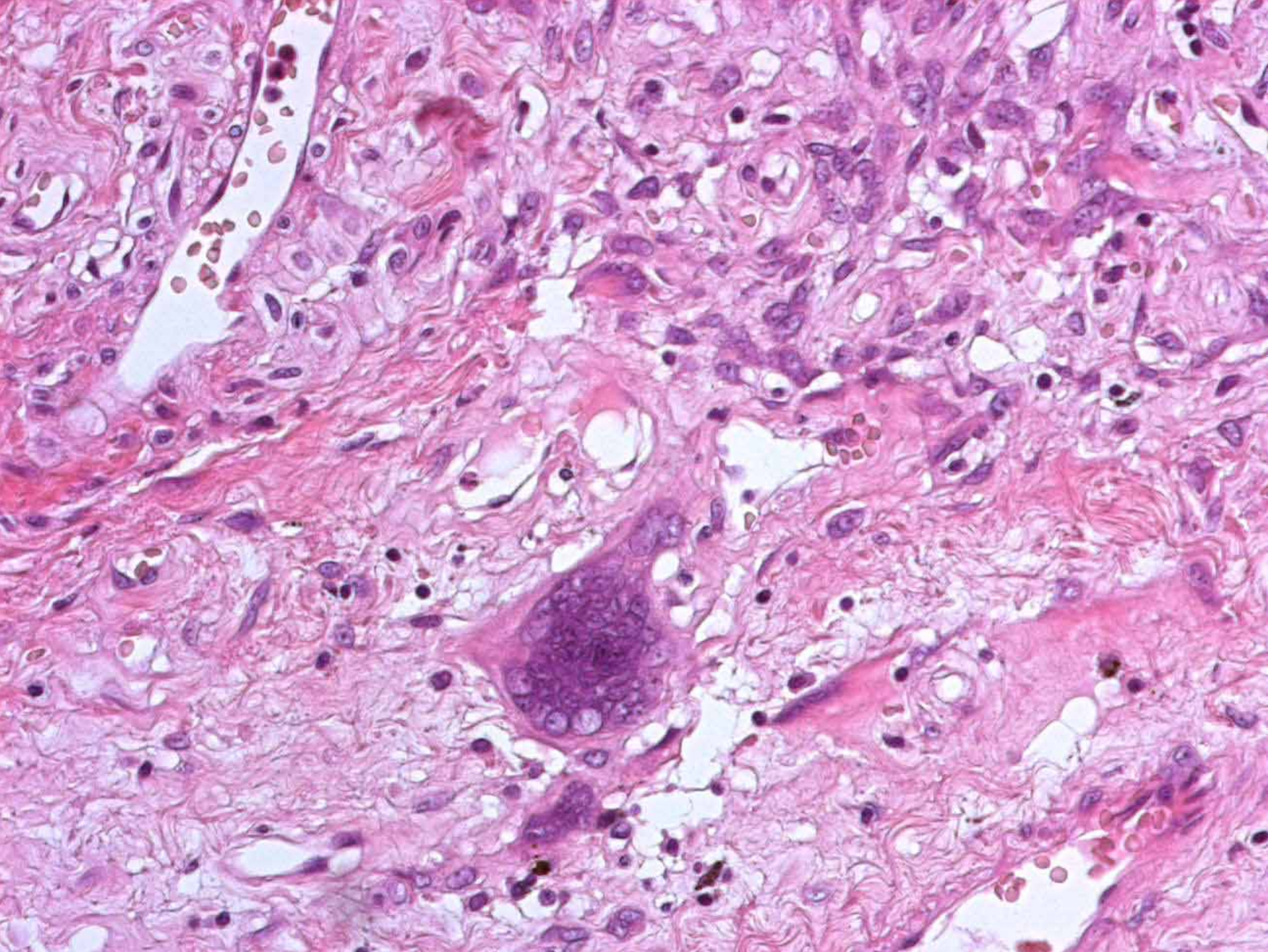


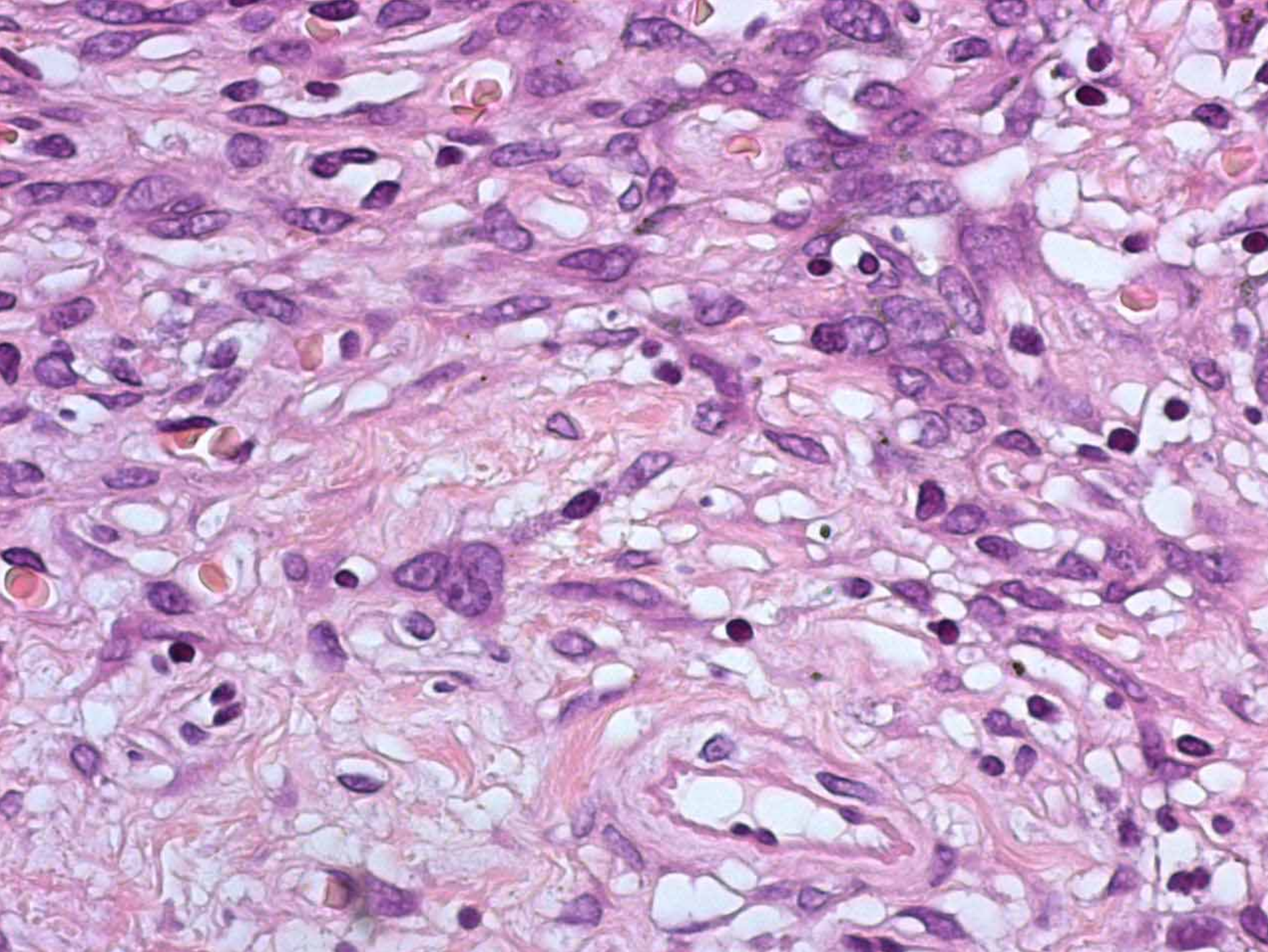


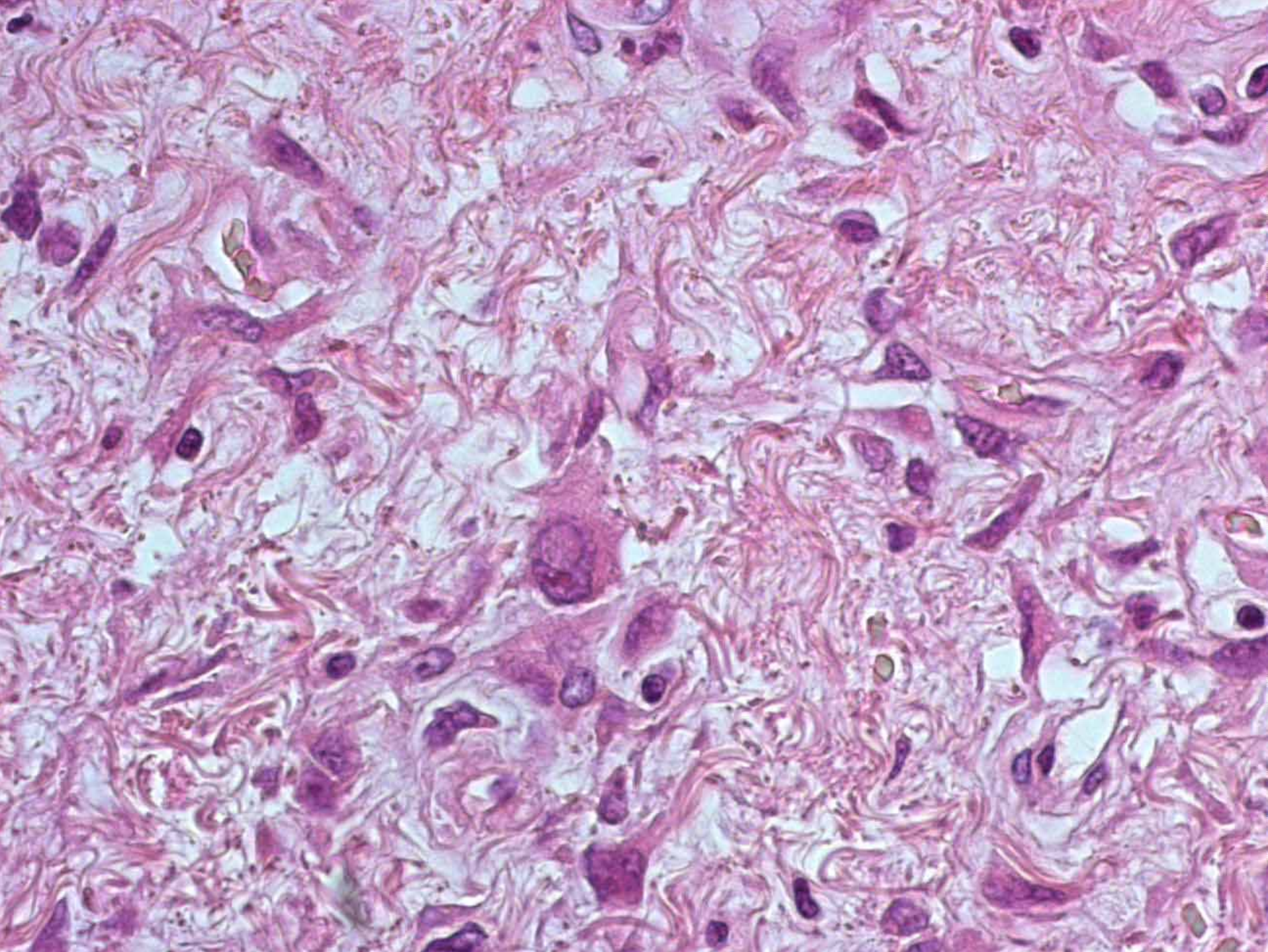


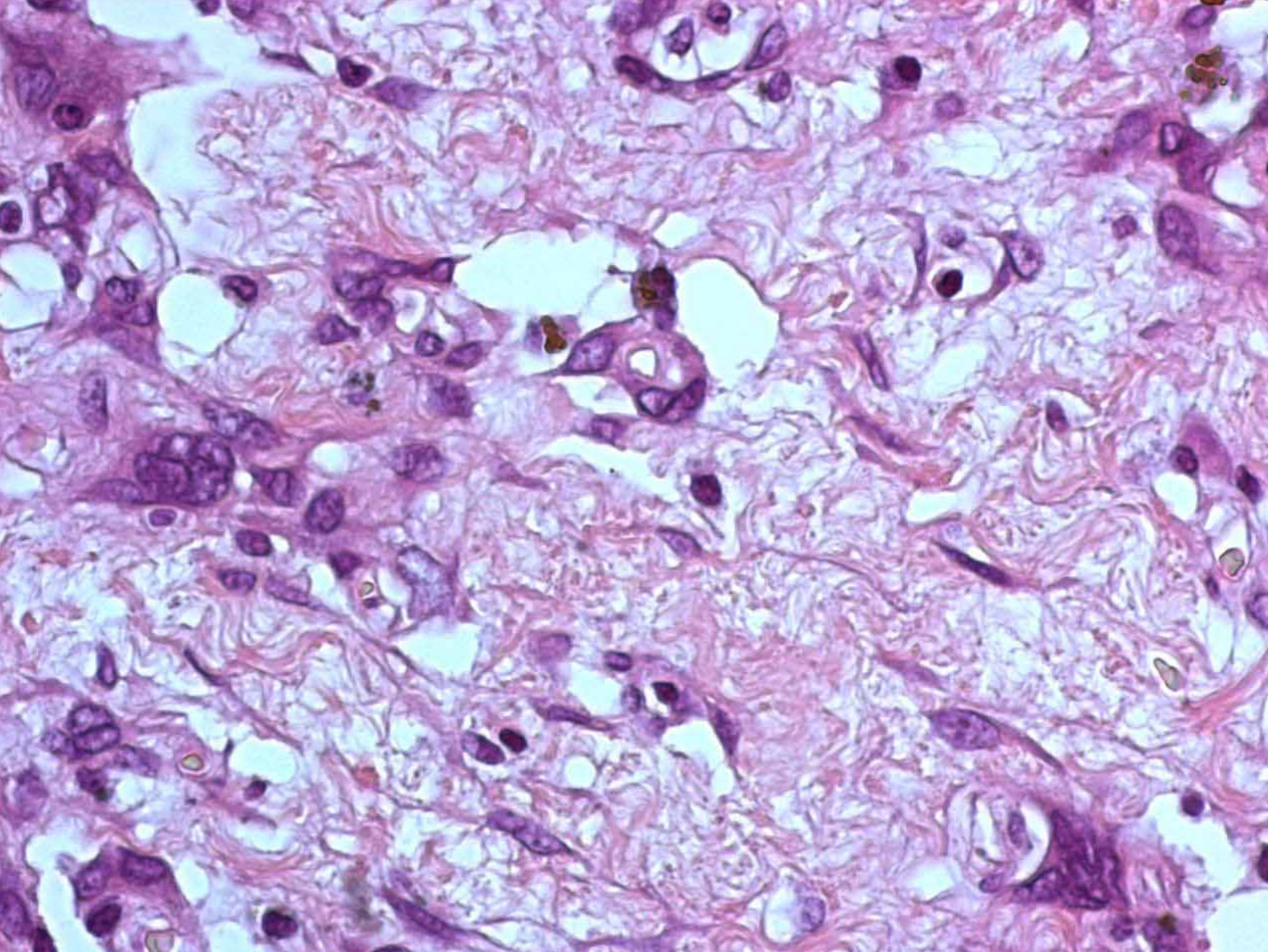




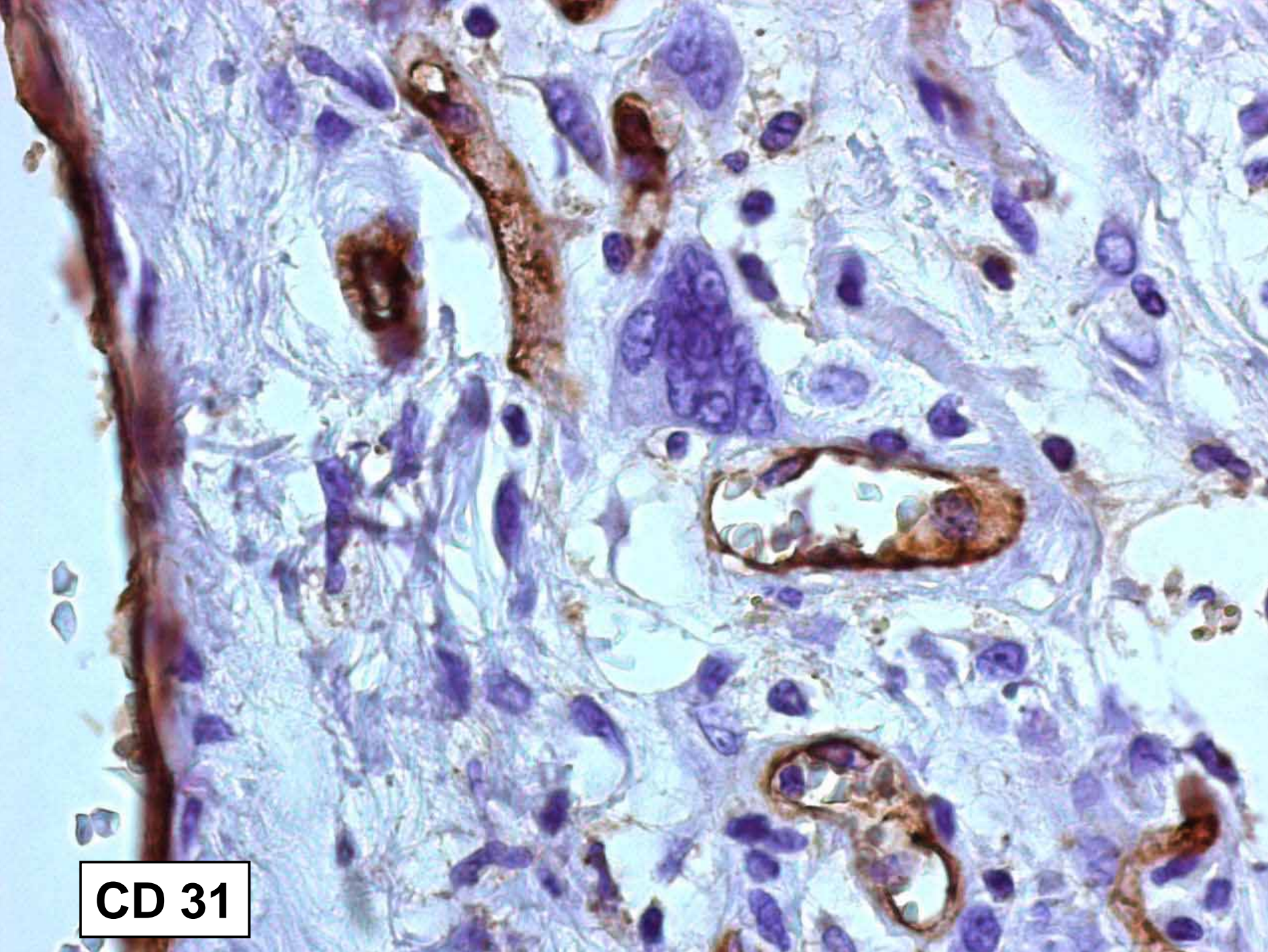




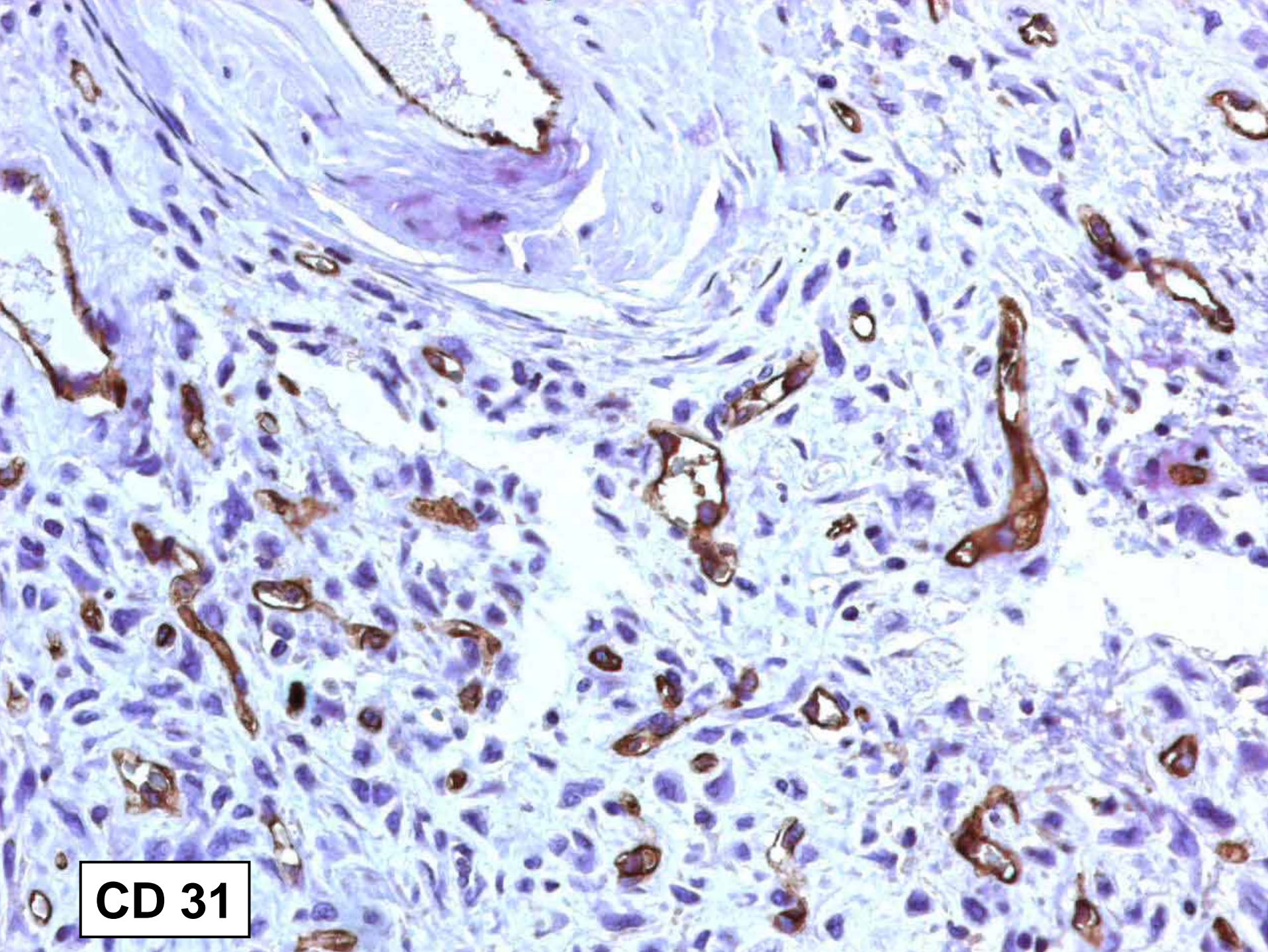




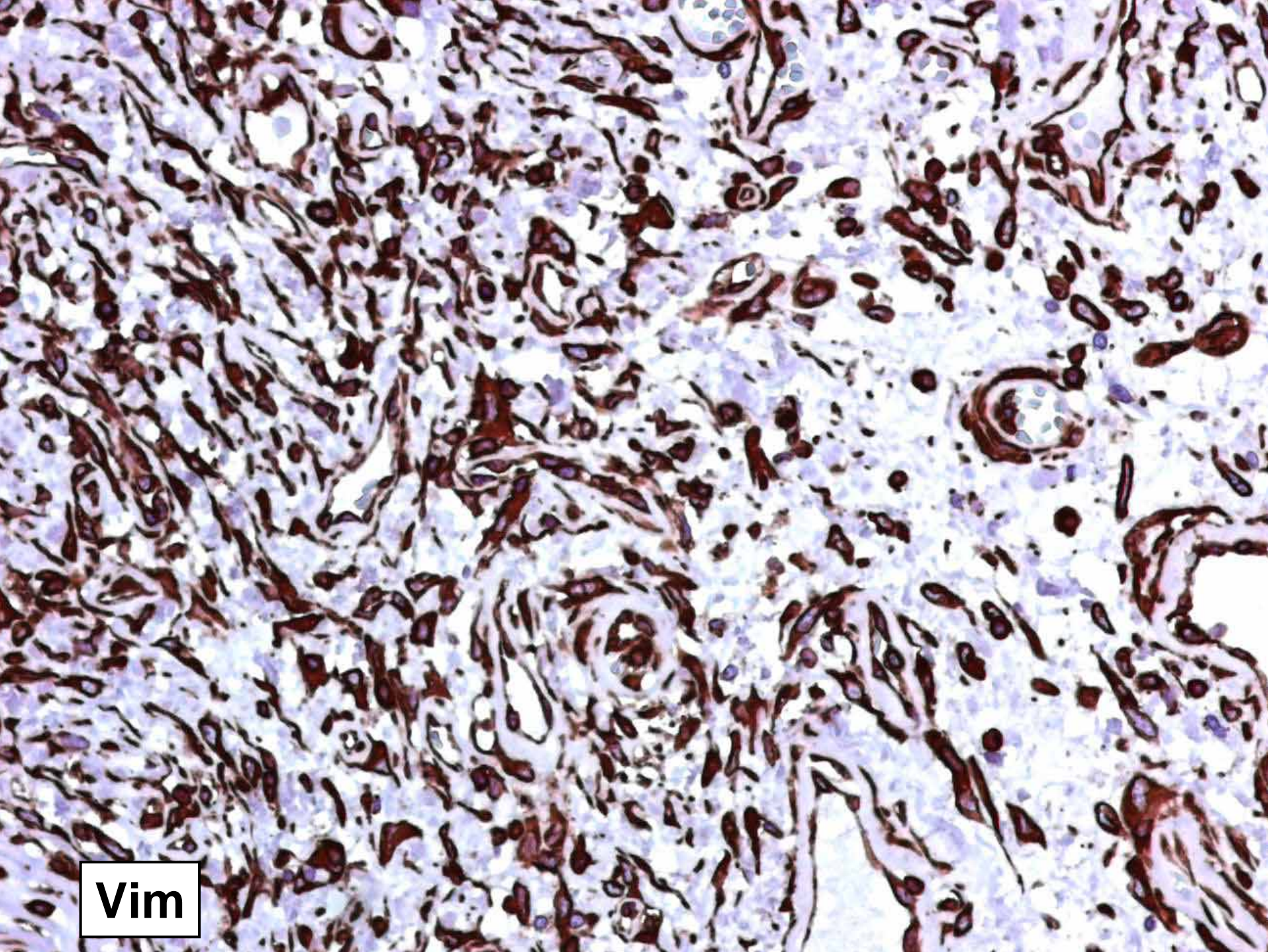




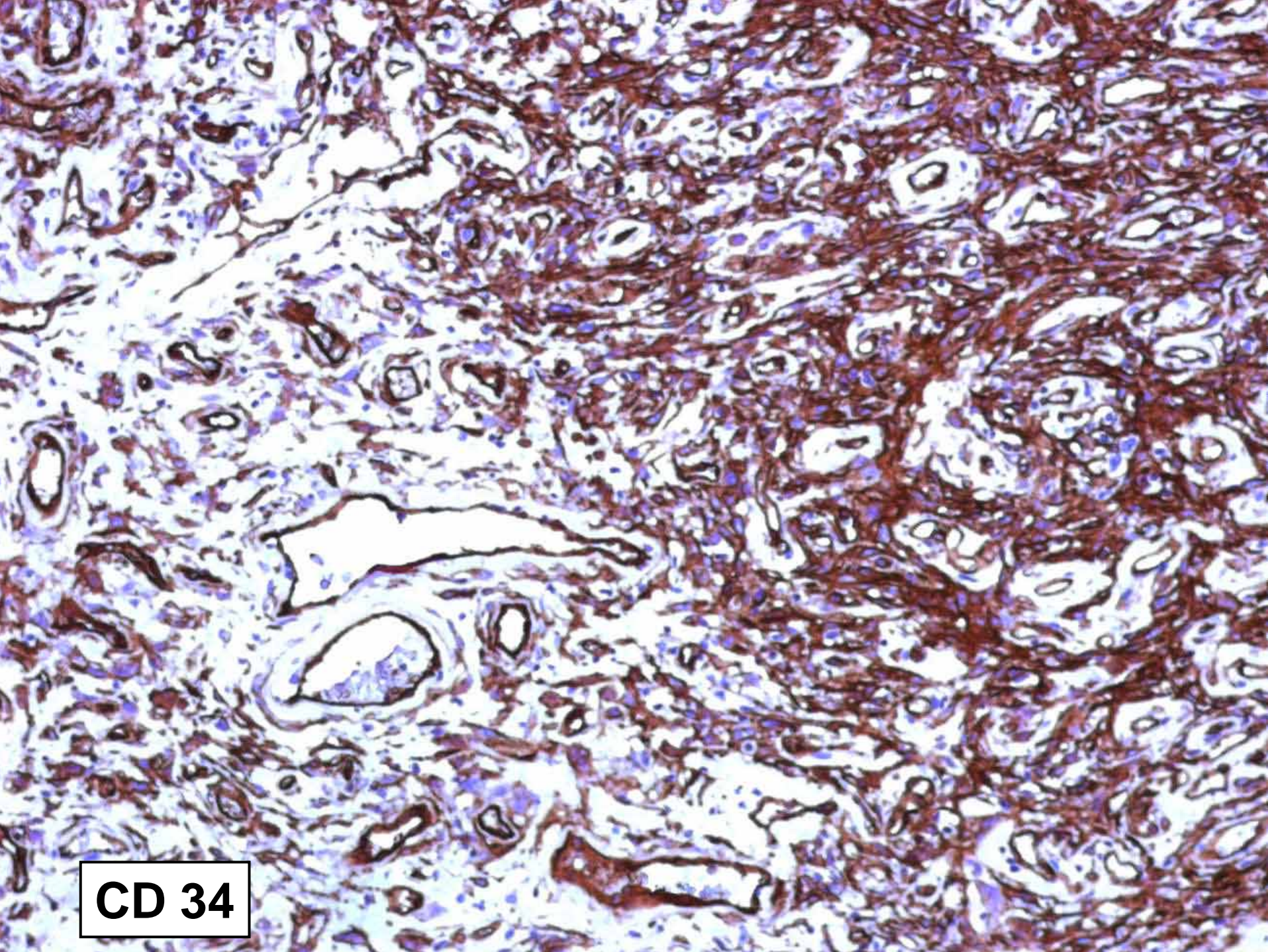
**CD 31**



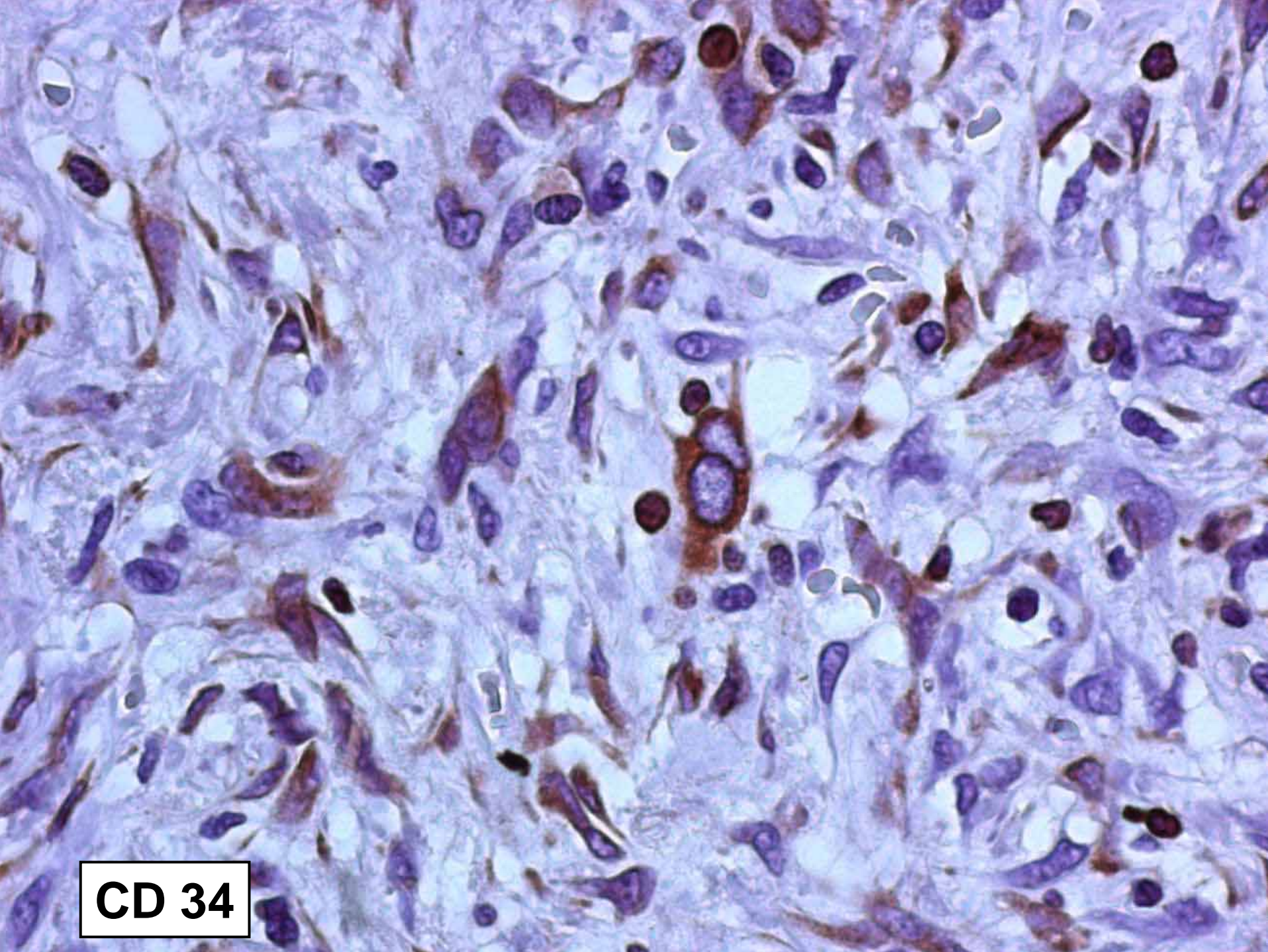
**CD 31**



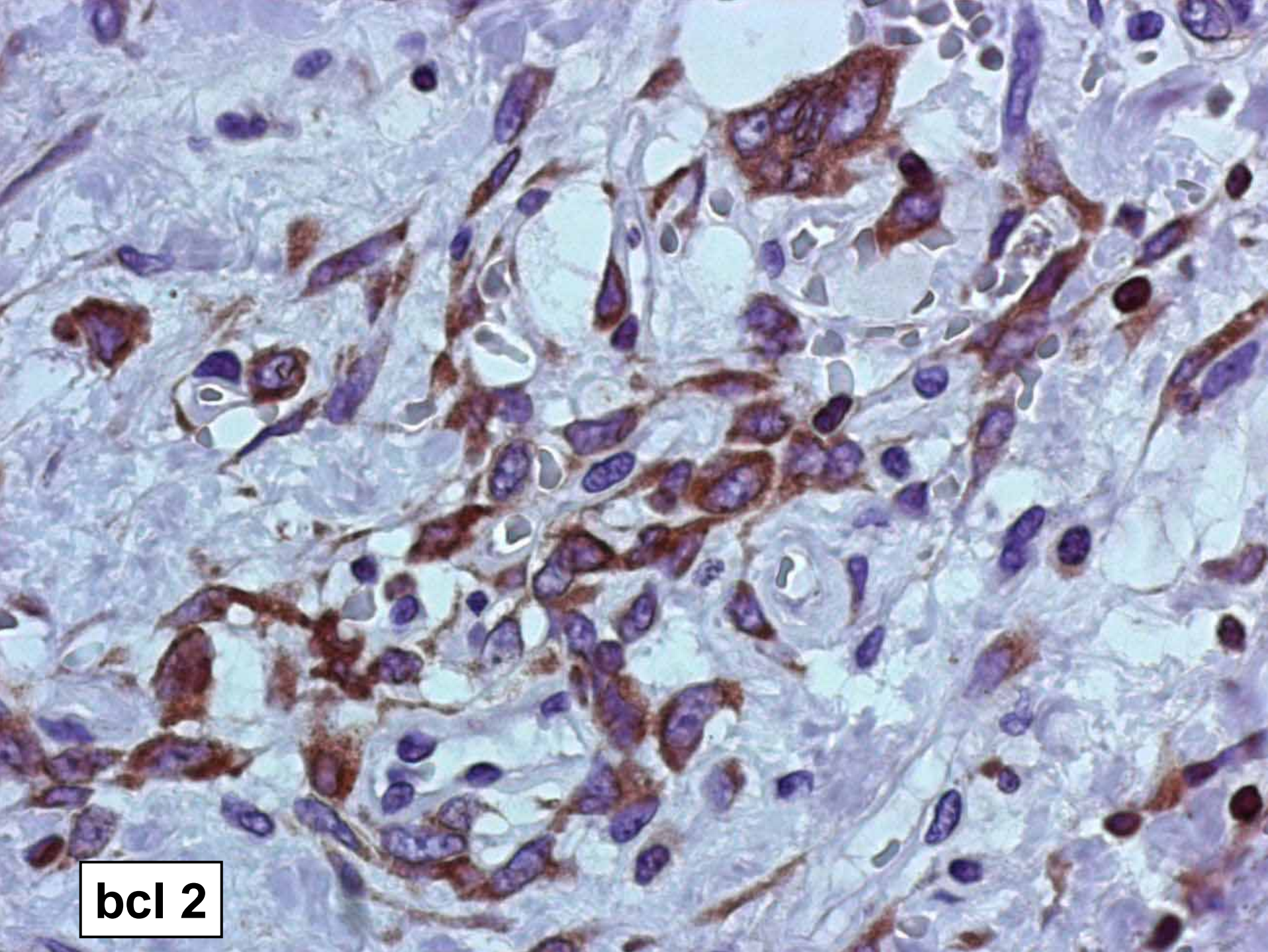
**Vim**



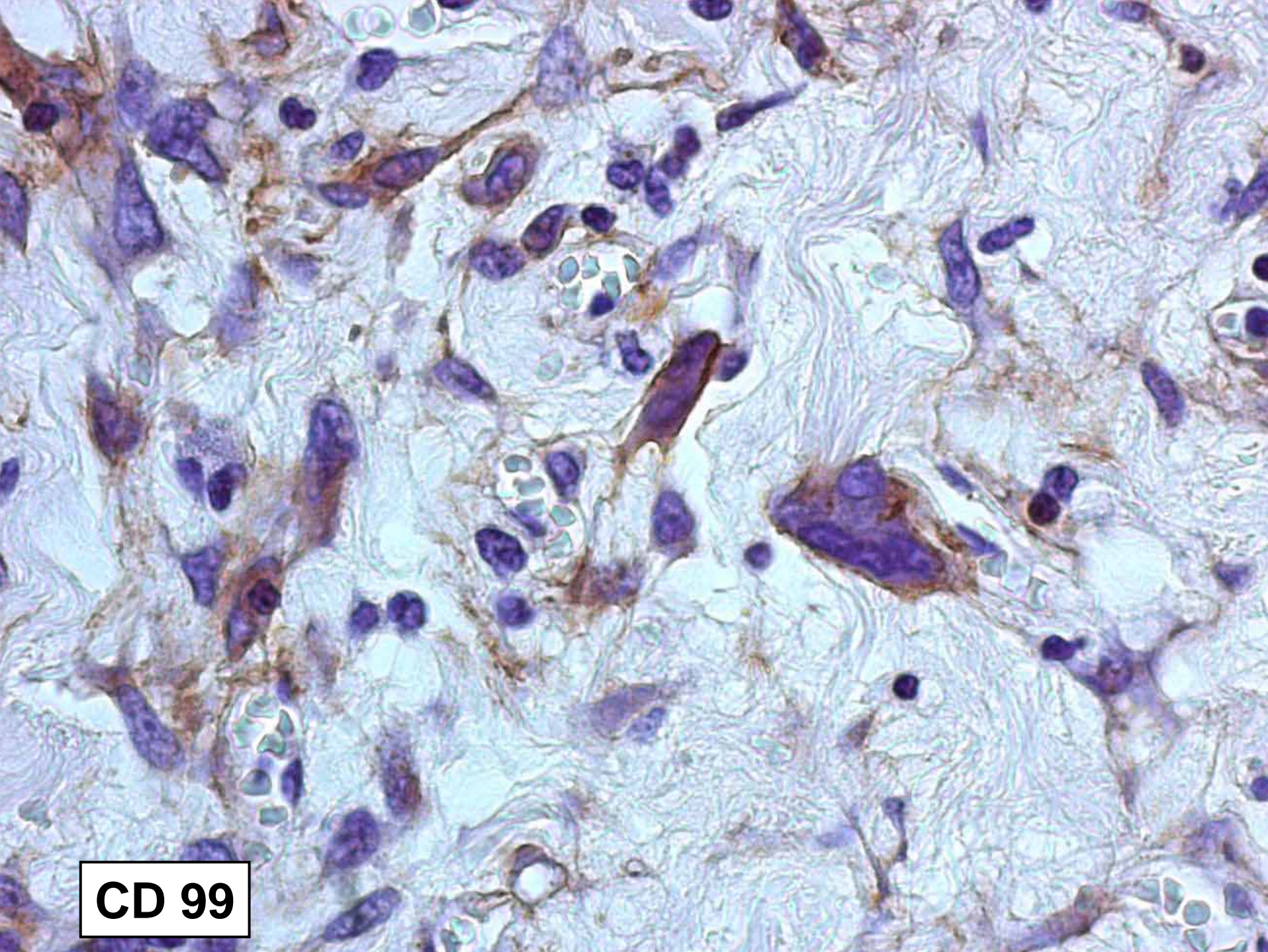
**CD 34**



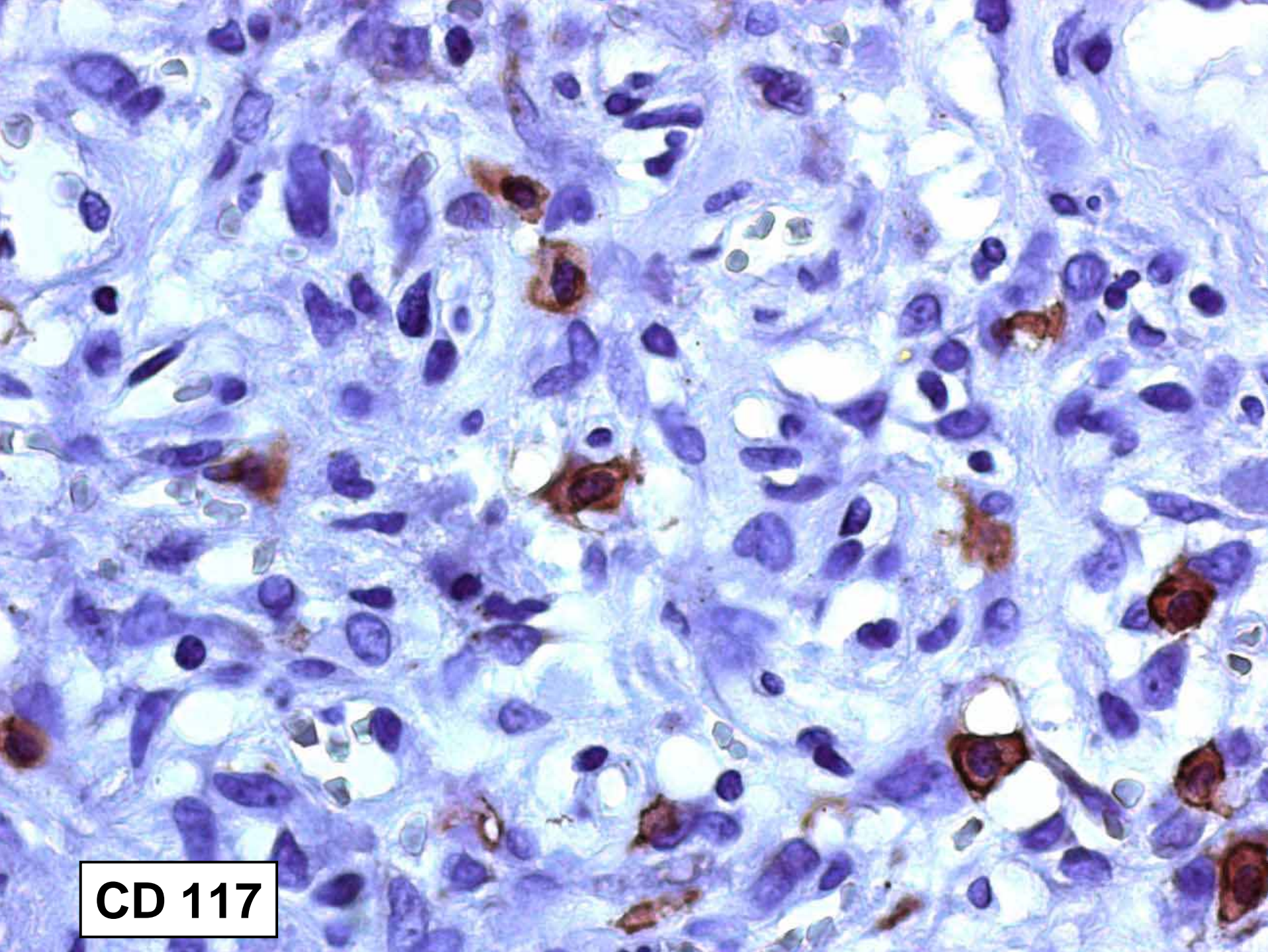
**CD 34**



**bcl 2**

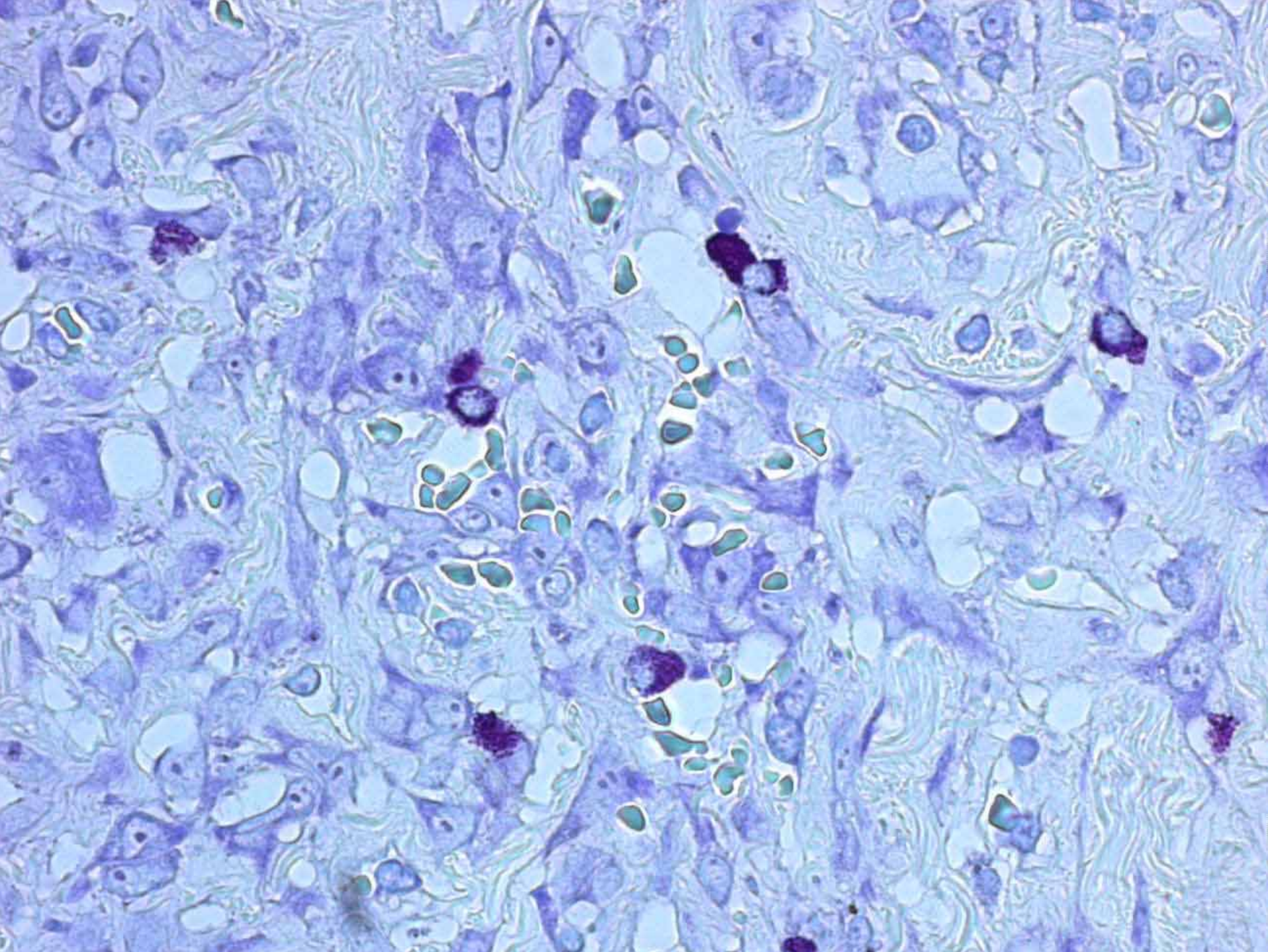


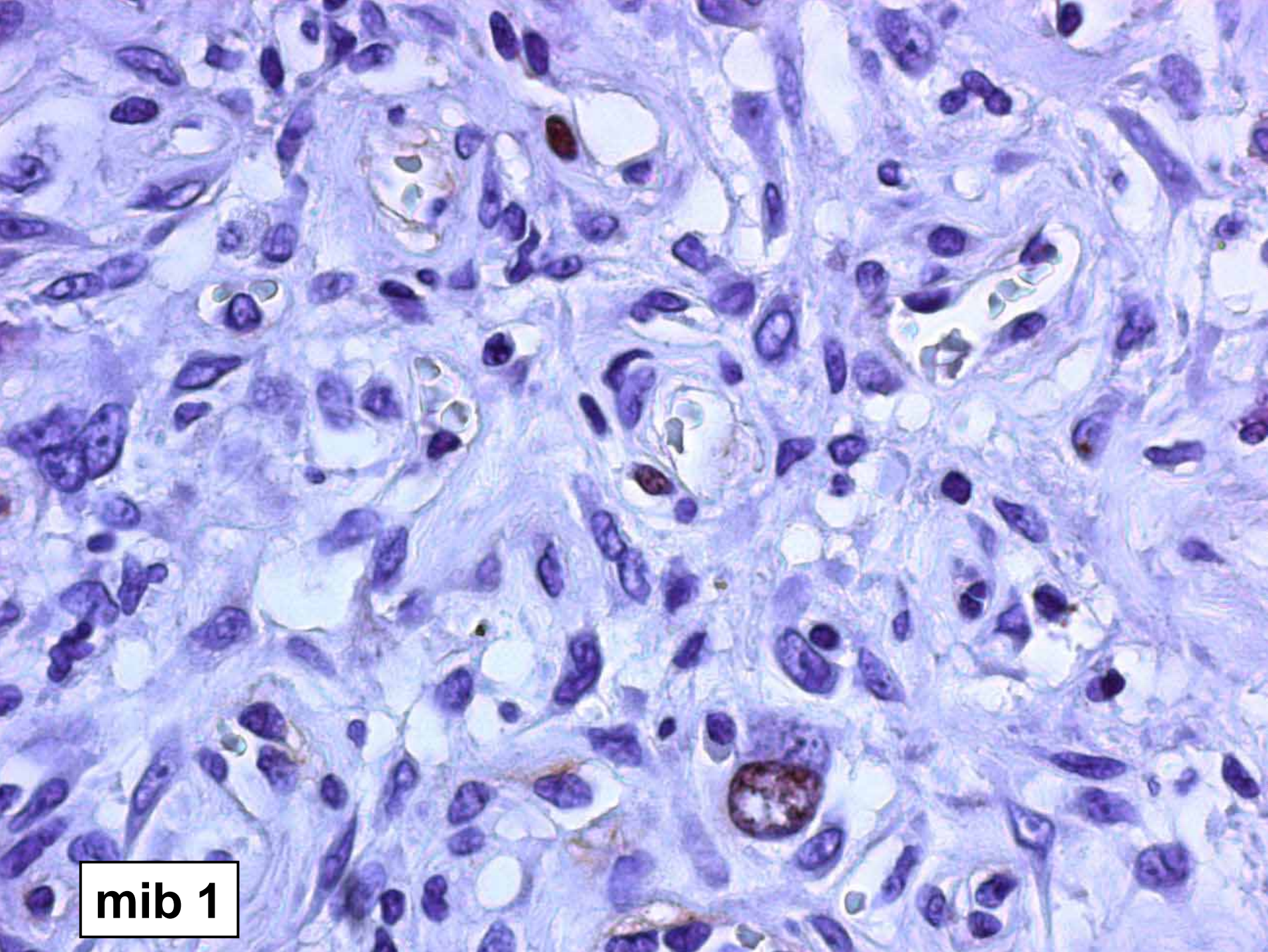
**CD 99**



**CD 117**







**mib 1**

# Immunhistologie

*positiv*

Vimentin

CD 34

CD 99

bcl 2

MIB (ca. 5 %)

*negativ*

EMA

ms Aktin (Gefäße +)

Desmin

CD 31 (Gefäße +)

CD 117

S 100-Protein

HMB 45

Ö- u. P-Rezeptor

EGFR

# Diagnose

Extrapleuraler Solitärer Fibröser Tumor ?

# Solitärer Fibröser Tumor

- Mesenchymaler möglicherweise fibroblastärer Tumor mit prominentem hämangioperizytomartigem Gefäßmuster
- 1931 von Klemperer und Rabin erstmals als pleuraler Tumor beschrieben
- In der Folge Nachweis in verschiedensten extrathorakalen Lokalisationen
- Ein Teil der früheren Hämangioperizytome zählt heute zu den SFT

# Differenzialdiagnosen

## Riesenzellfibroblastom / Dermatofibrosarkom

- + angiektoide Spalträume mit Riesenzellen und solide spindelzellige Areale
- + IH: CD 34+
- Riesenzellfibroblastom selten bei Erwachsenen
- keine dickwandigen Gefäße/  
„Hirschgeweihgefäße, patternless pattern“
- schlechte Begrenzung

# Riesenzellangiofibrom

- Benignes Neoplasma, das multinukleäre große Stromazellen und angiektoiden Hohlräume enthält
- Erstbeschreibung 1995 von Dei Tos in der Orbita-Region
- In der Folge extraorbitaler Nachweis im Kopf-Hals-Bereich, Mediastinum, Rücken, Retroperitoneum, Vulva und Hüfte (einzelne Fälle)

	<b>Solit. Fibr. Tu.</b>	<b>Hämangioperi.</b>	<b>RZAngiofibrom</b>
<b>Alter (Jahre)</b>	<u>Median 50</u>	<u>Median 50</u>	Median 45
<b>Geschlecht</b>	<u>m = w</u>	w > m	w > m ?
<b>Lokalisation</b>	meist Thorax, <u>ubiquitär</u>	retroper./sinu- nasal/ mening.	meist Orbita selten <u>andere</u>
<b>Zellform</b>	spindelig, gewellt	rundlich	<u>rund / spindelig</u>
<b>Riesenzellen</b>	selten	selten	<u>oft, an angiek- toiden Spalten</u>
<b>Stroma</b>	<u>kollagenreich- skleros./ locker</u>	spärlich, locker	<u>kollagenreich/ locker</u>
<b>Gefäße</b>	<u>„Hirschgeweih“</u>	<u>„Hirschgeweih“</u>	<u>zahlreich, dickwandig</u>
<b>Muster</b>	<u>„patternless“</u> , storiform	zellreich	<u>„patternless“</u>



# Literatur

Orbital and extraorbital giant cell angiofibroma:  
a giant cell-rich variant of solitary fibrous tumor?

Guillou L, Gebhard S, Coindre J-M,  
Am J Surg Pathol 24(7): 971-979, 2000

Giant cell angiofibroma. A distinctive orbital tumor  
in adults.

Dei Tos AP, Seregard S, Calonje E, Chan JK, Fletcher CD  
Am J Surg Pathol 19: 1286-93, 1995

Primary neoplasms of the pleura: a report of five cases.

Klemperer P, Rabin CB Arch Pathol 11: 385, 1931

# Unsere Diagnose

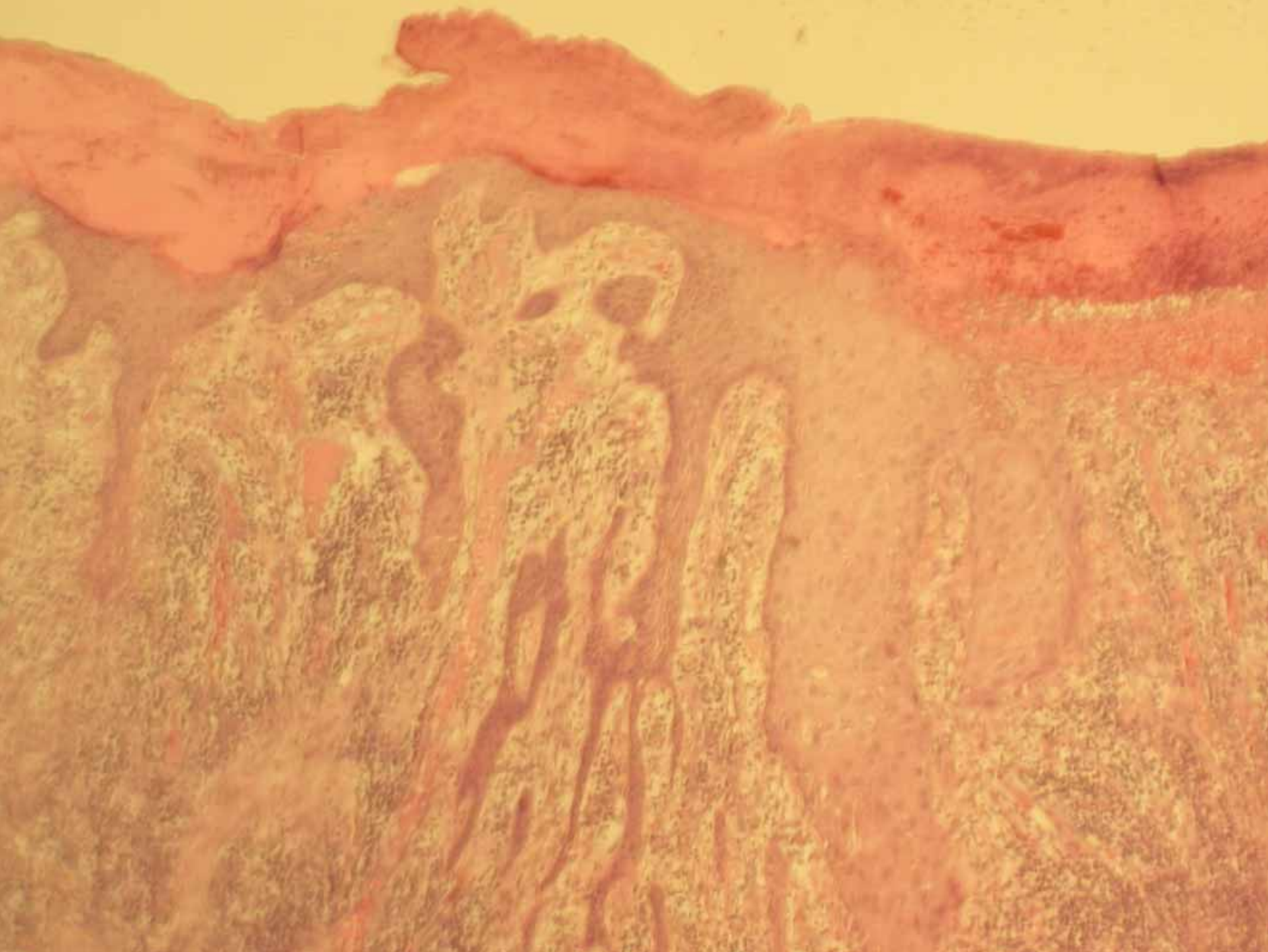
Tumor aus der Gruppe

Extrapleuraler Solitärer Fibröser Tumor –  
Hämangioperizytom –  
Riesenzellangiofibrom

**Fall 3**

30-j. Patientin aus dem tropischen Afrika  
(Uganda)

- 2003           Ulcerierende Vulvitis, HIV II-Infektion unter retroviraler Therapie. HSV 1/2 und CMV positiv.
- 12.02.04       *Exophytisch-ulcerierender vaginal-perianaler Tumor*
- Ausgeprägte chronisch-entzündliche und floride Vulvitis.  
                  Hochgradiger V.a. multifokales invasives Carcinom (Ki-67 in den Epithelzapfen stark positiv, p53 positive Expression, HPV's und HSV 1/2 positiv).
- 24.02.04       *Exophytisch wachsende Vulva- und Perianaltumore.*
- Ulcerierende Vulvitis mit pseudoepitheliomatöser Plattenepithelhyperplasie bei nachgewiesener Herpesinfektion ohne HPV-Nachweis.
- 03.03.04       Bilharziose, Amoebiasis, Lues, Histoplasmose und Blastomykose neg.
- 06.08.04       *Operative Entfernung eines polypös-ulcerös wachsenden Tumors im Bereich des Os sacrum.*
- 11.08.04       Ulcerierende chronisch-floride Entzündungsreaktion mit Eosinophilie.
- 03.09.04       *Rezidivierende ulceröse Läsionen im Genito-Analbereich mit Ausbreitung auf den Rücken.*



## Genital ulcer disease

HSV 1,2

(HIV)

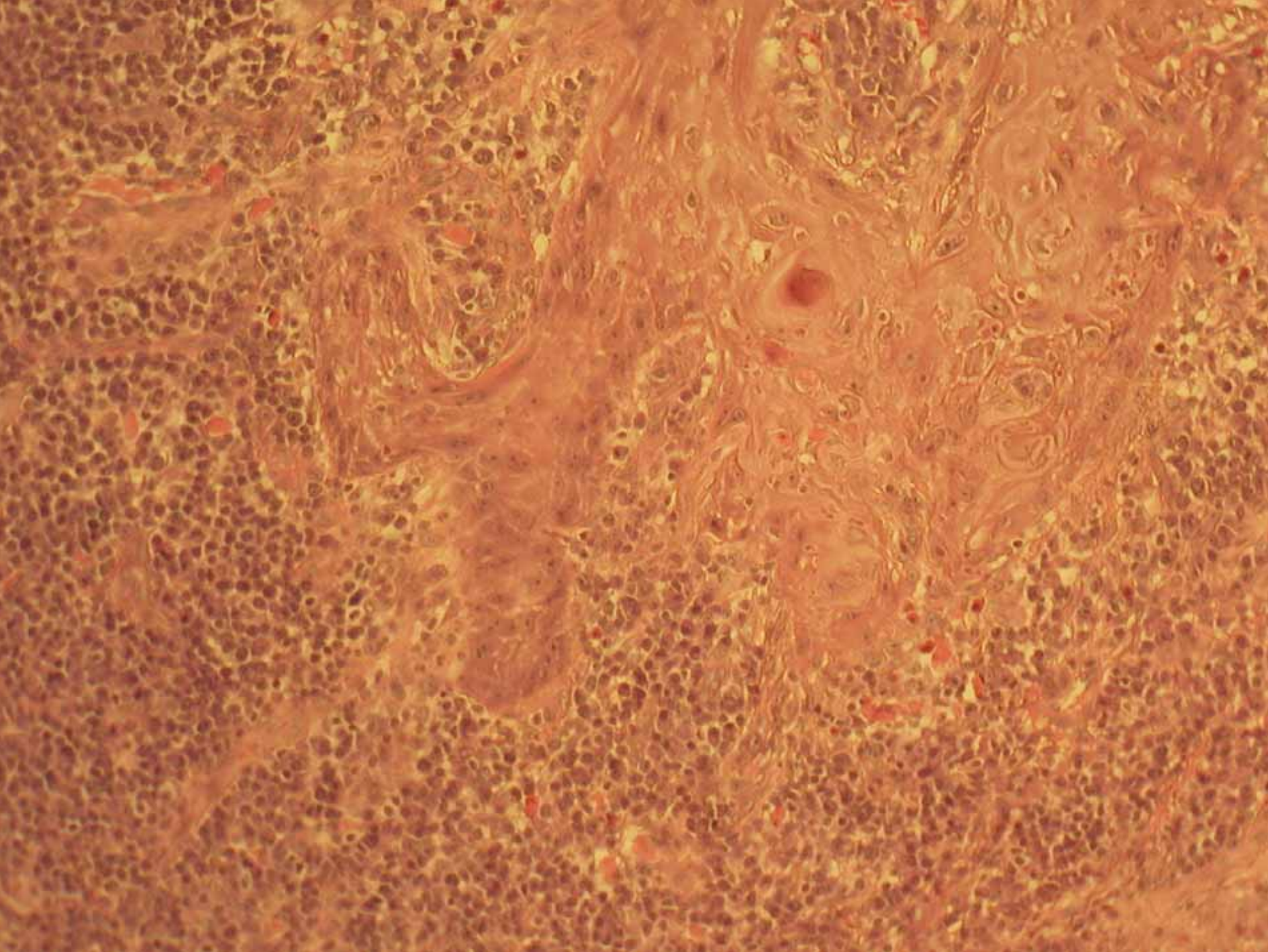
Chancroid (*Haemophilus ducreyi*)

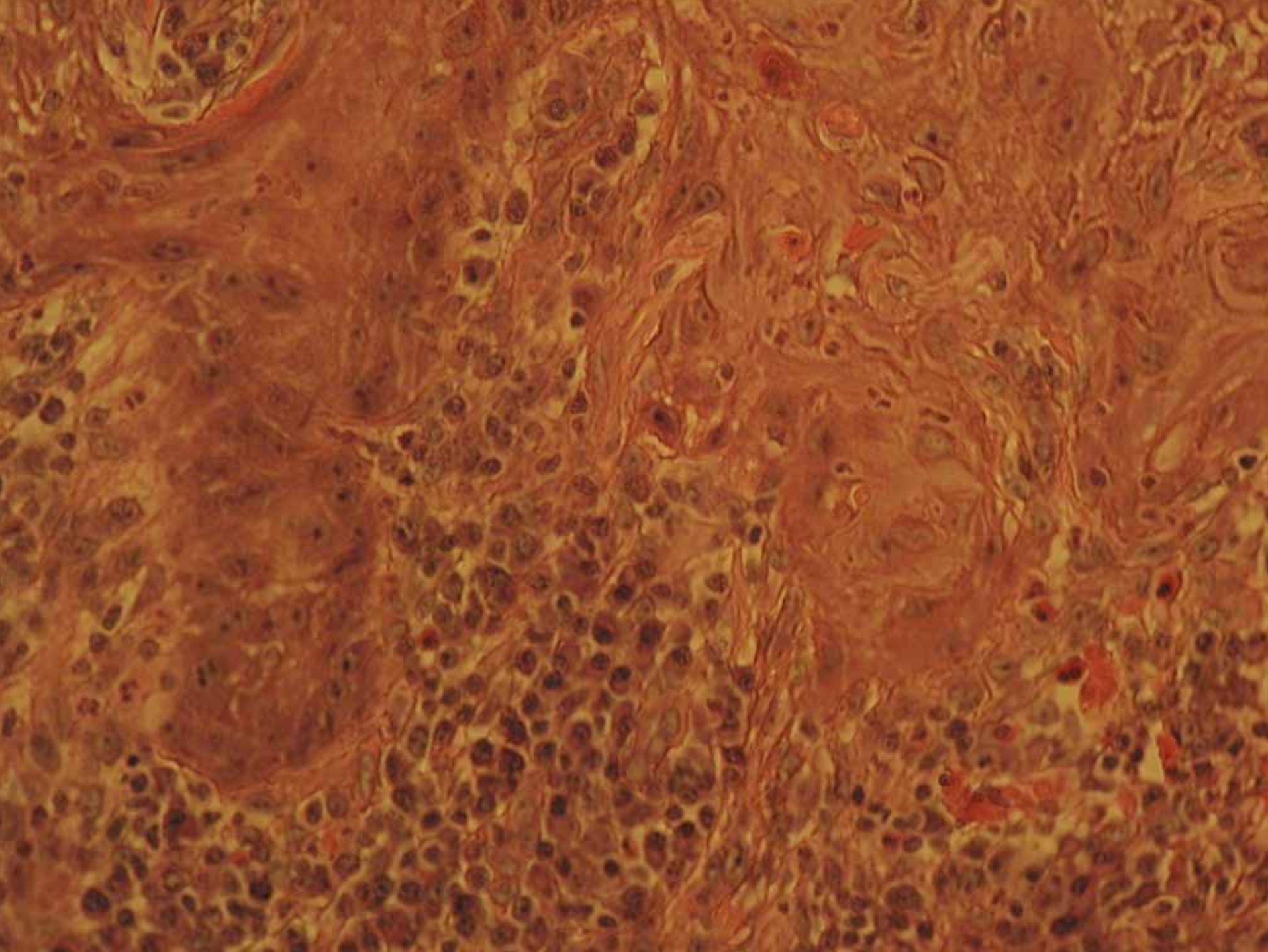
Syphilis (*Treponema pallidum*)

LGV (*Chlamydia trachomatis*)

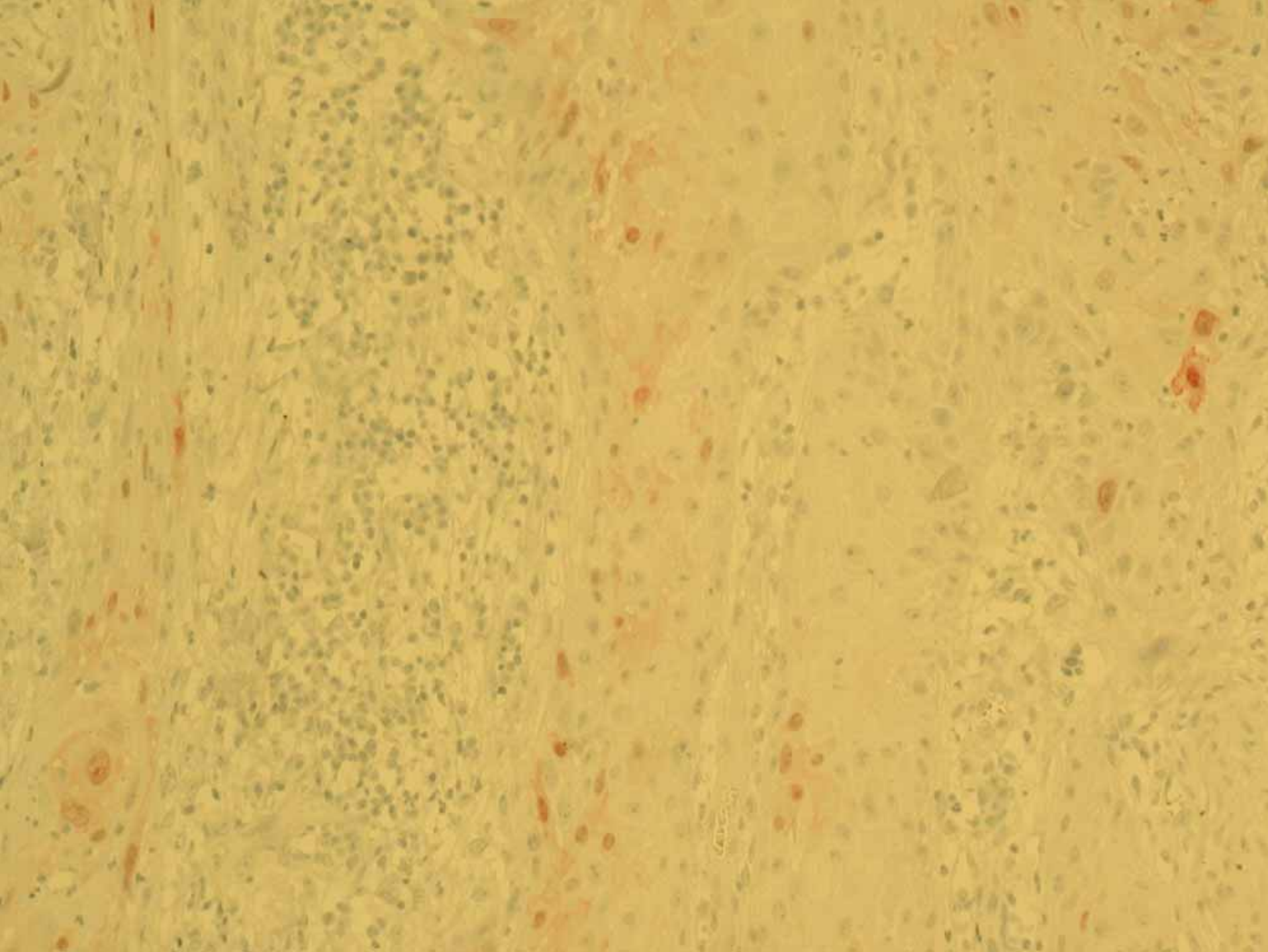
Granuloma inguinale (*Calymmatobacterium granulomatis*)

## Syndromic management









Relative Risks of Cervical Cancer  
in Kampala during the years 1984-85

HPV 16, 18	22.0
HSV 1/2	13.6
CMV	6.0
EBV	2.7
CLT	4.8

Antibody titres to herpes-viruses  
much higher than in western countries

RR increases according to the  
number of infections

HIV	0.2
	(2/32 vs 5/18)
	(6.3% vs 27.8%)

Review of the literature - HIV-infection  
and cervical cancer in Africa

Schmauz et al.	(1989)	Kampala	---
Rogo & Kavoo-Linge	(1990)	Nairobi	---
ter Meulen et al.	(1992)	Dar es	---
Sitas et al.	(2000)	J'burg	+?
Newton et al.	(2001)	Kampala	+?
Gichangi et al.	(2002)	Nairobi	+/-

# 57. Rätselecke

## Fall 5

Institut für Pathologie

Braunschweig

# Klinische Angaben (Endo)

Art des Untersuchungsmaterials:

Tumor

Lokalisation:

1

re. Zungenrundel

2

3

4

Vorbefund-Nr.:

Entnahmetag:

14.4.04

Klinische Daten (Anamnese, frühere Op., Labor, Rö.- Bef., Regelangabe):

50 J. melanc. Menstru. Tumor re.  
Zungenrundel, gestielt.

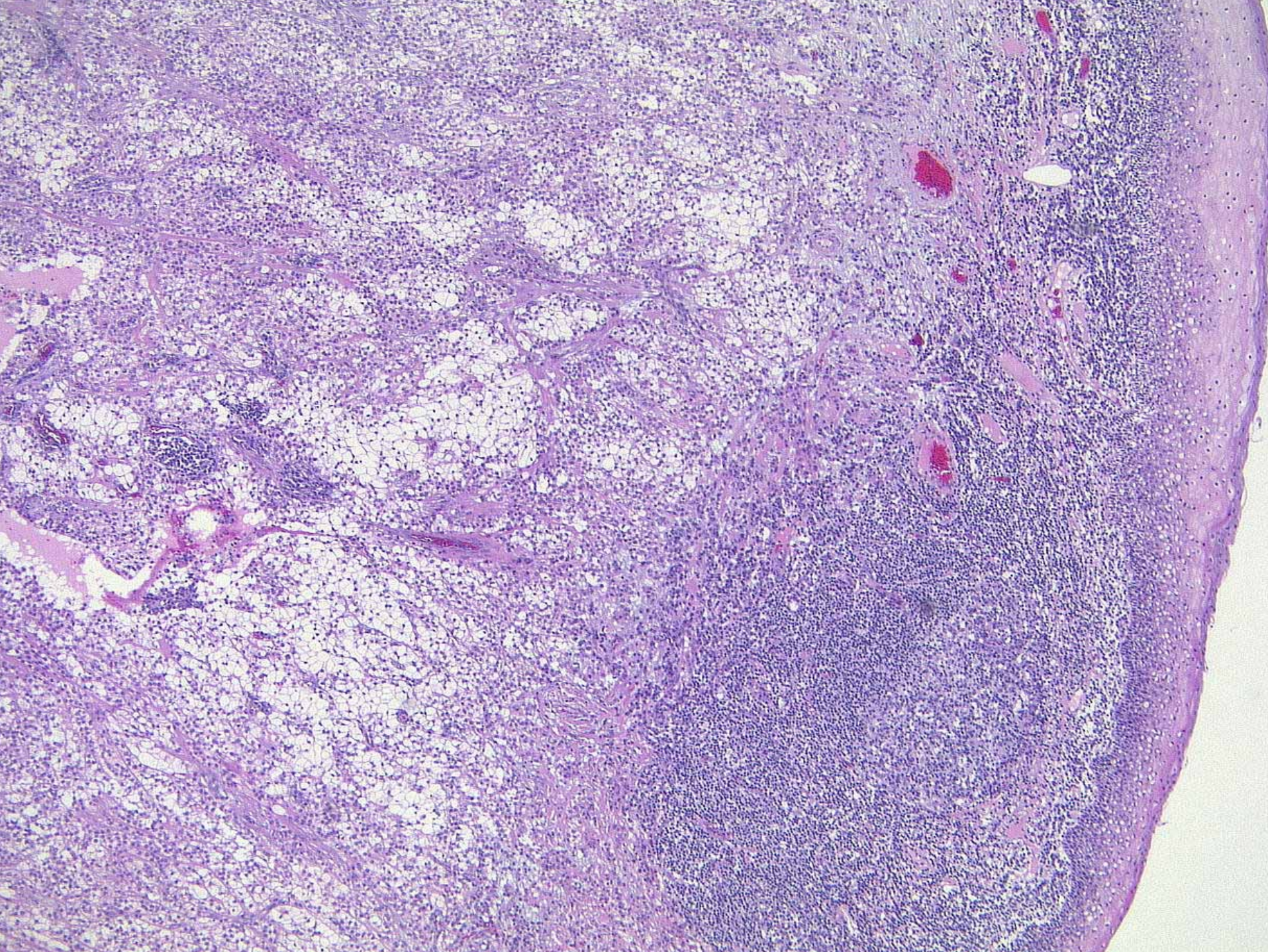
Klin. Diagnose:

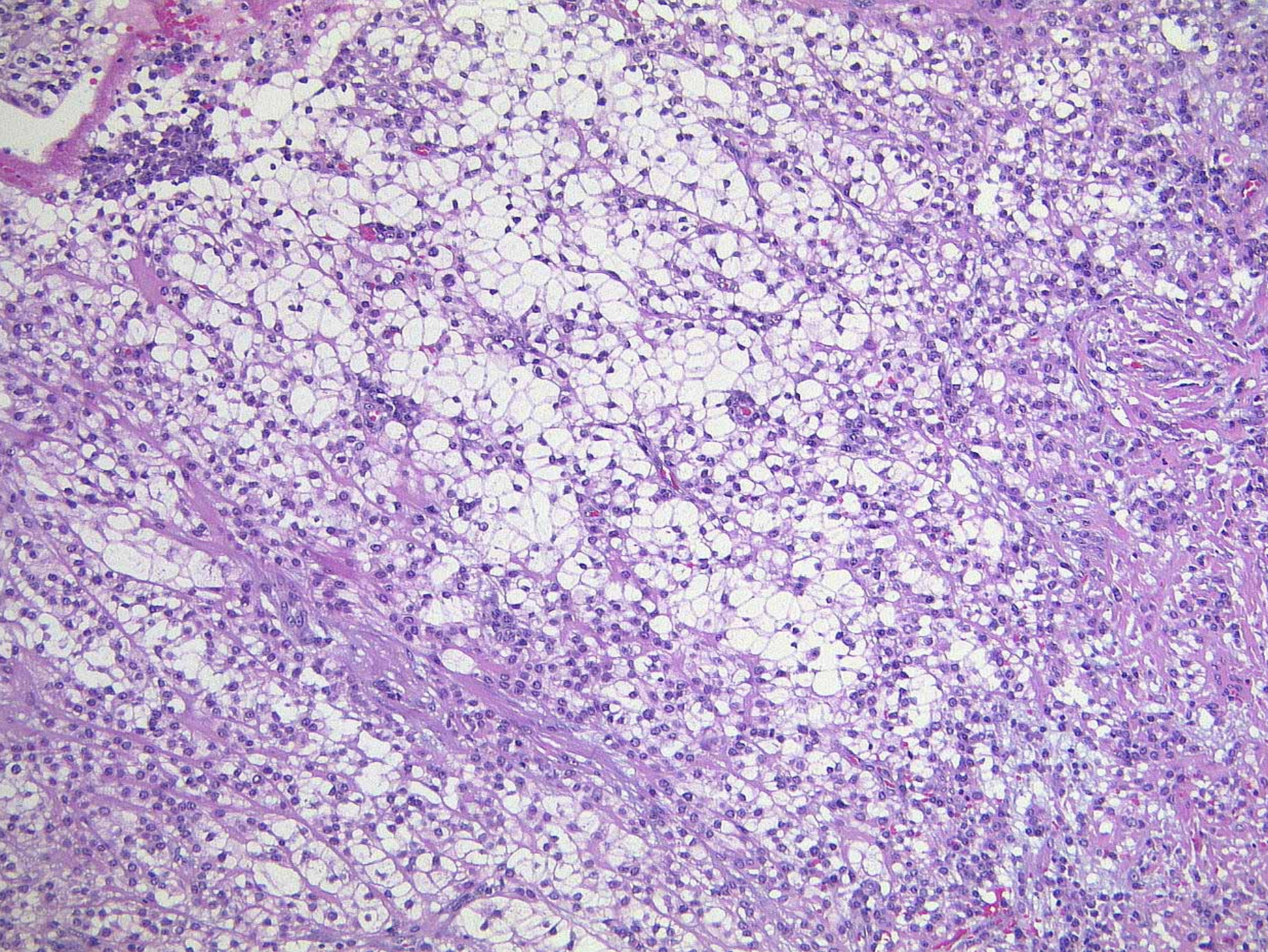
Fibrom ?

Klin. Fragestellung:

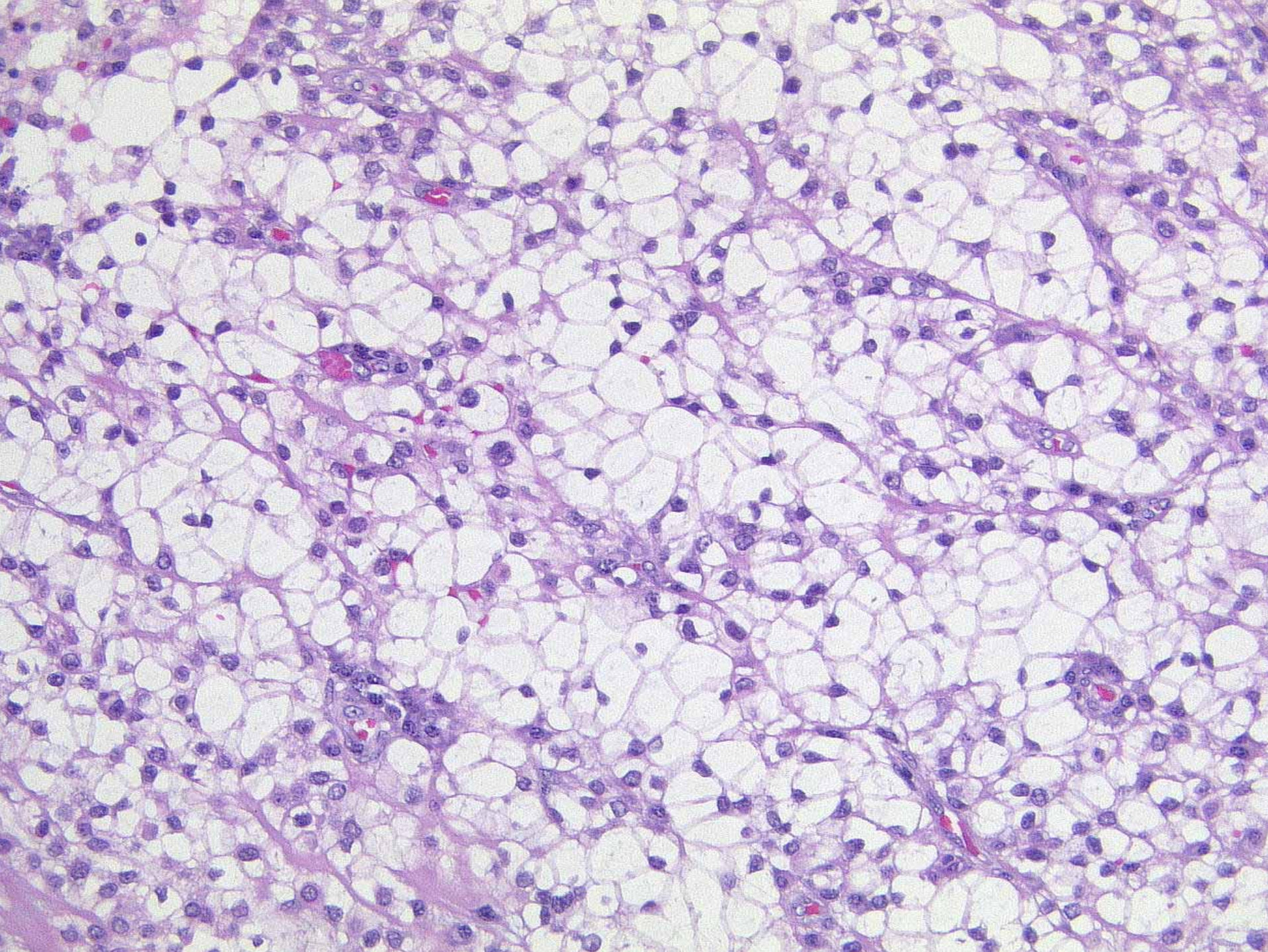
Malignanz ?









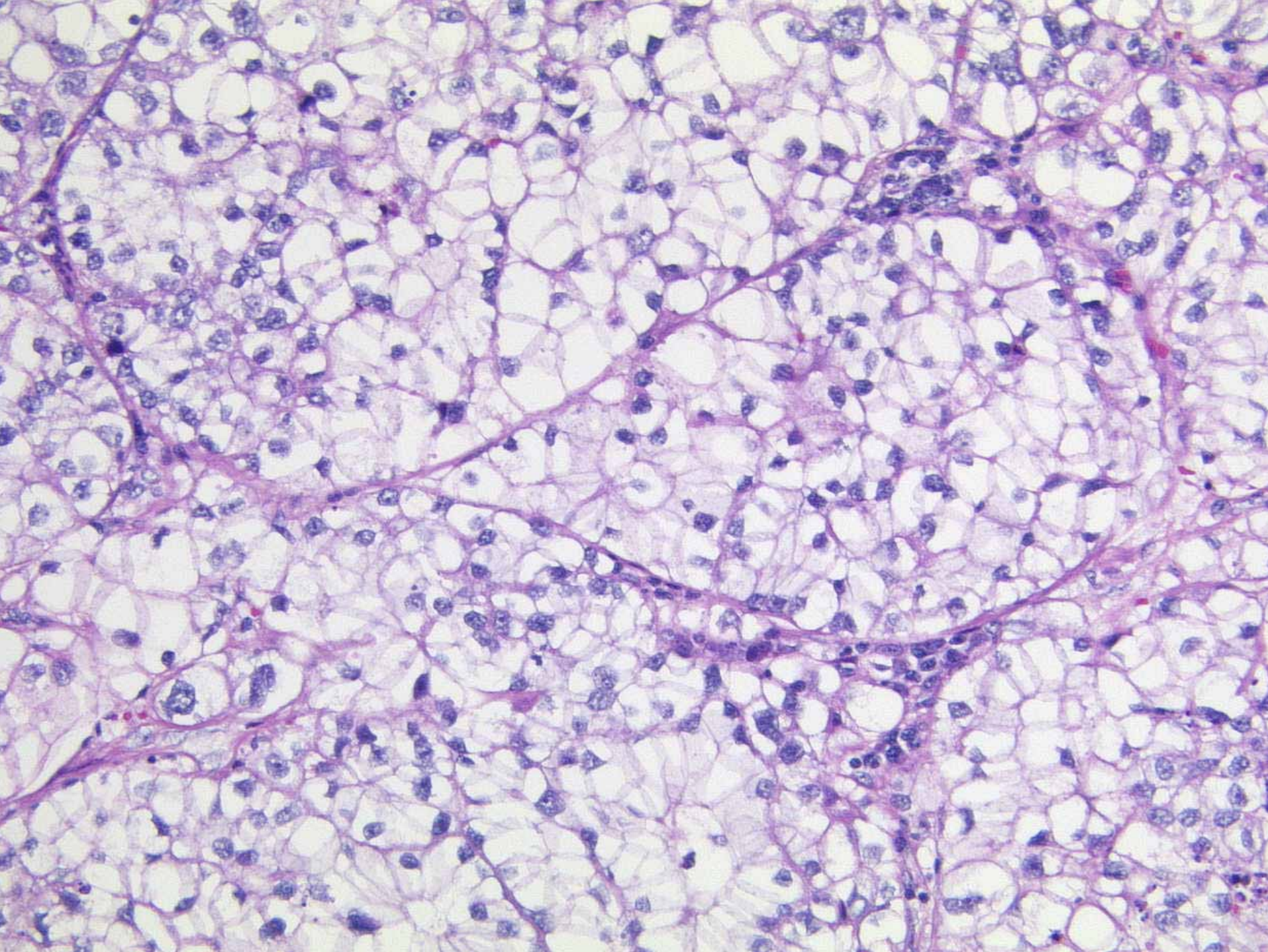


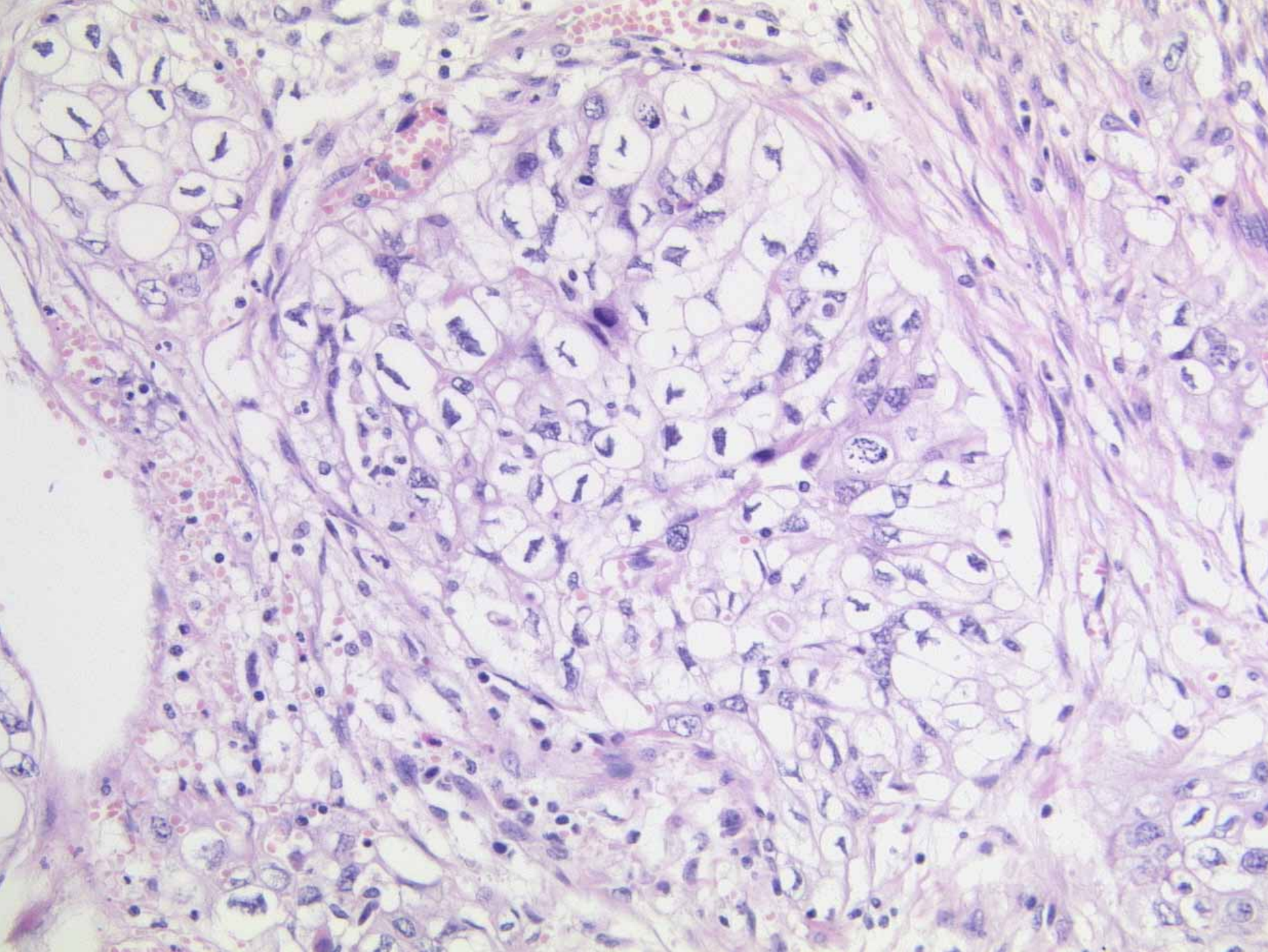
# Arbeitsdiagnose

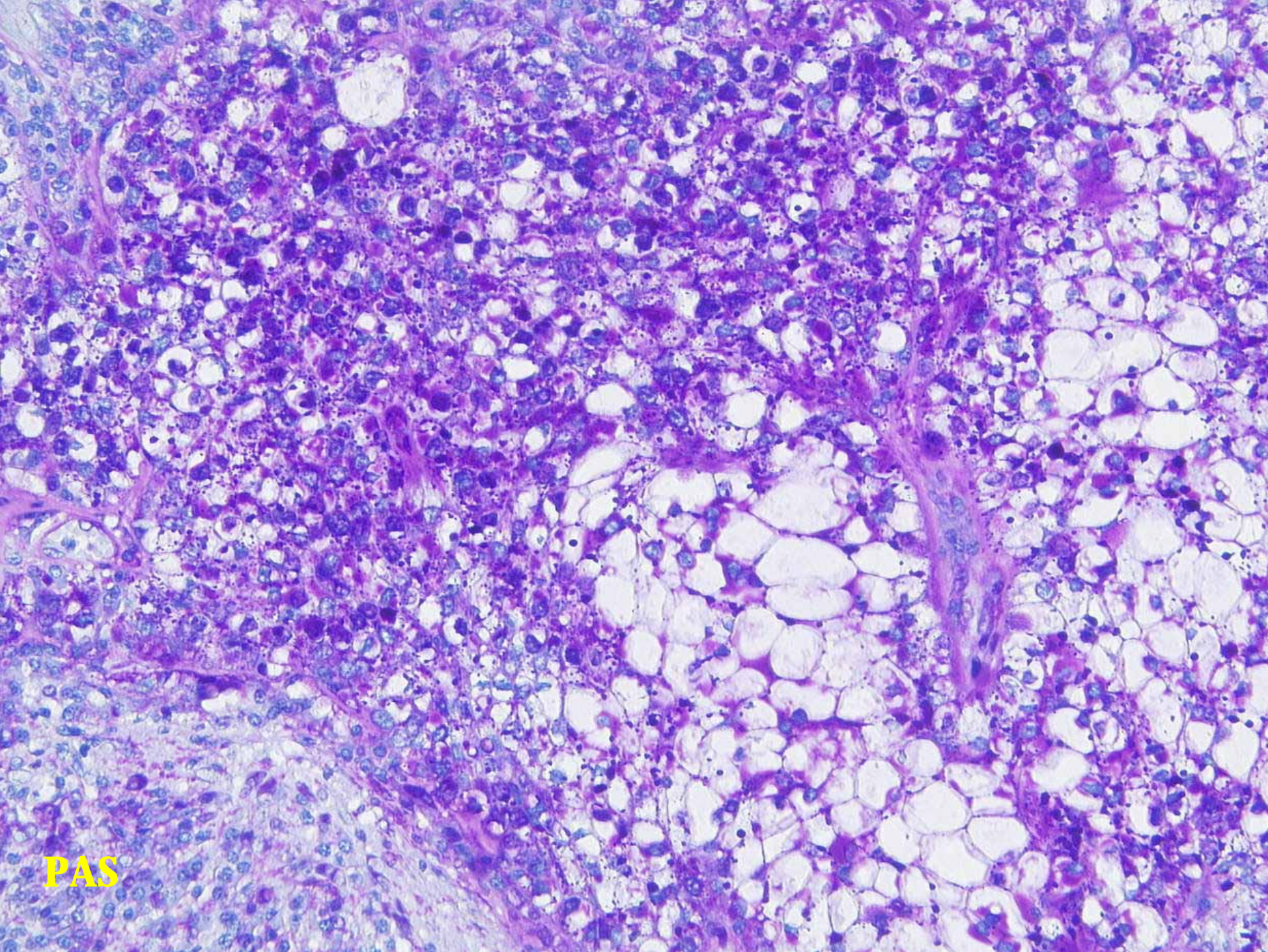
Dringender Verdacht auf  
Metastase eines  
Nierenzellkarzinoms

# primäre Klarzell-Karzinome

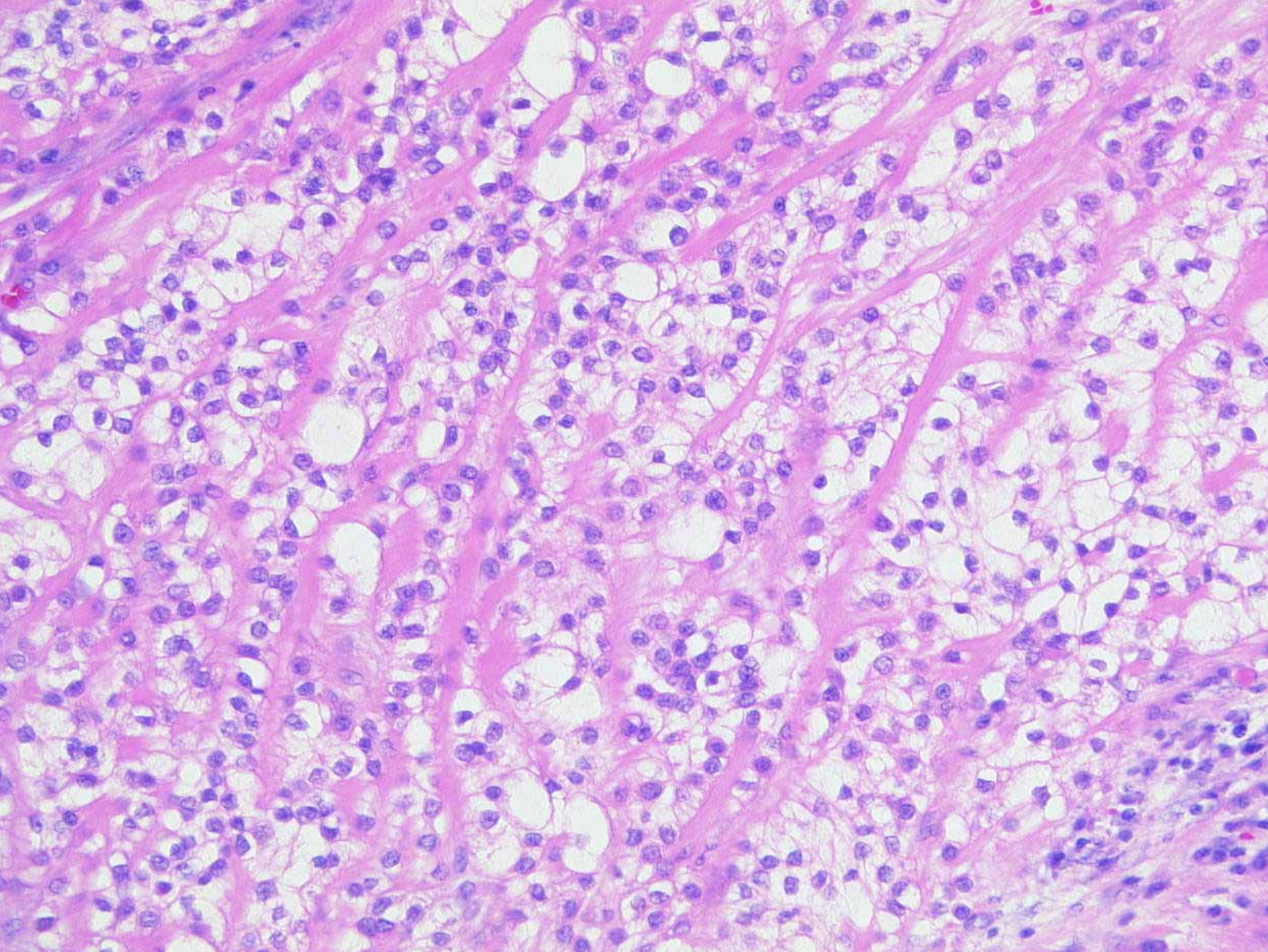
- Niere
- Lunge
- Ovar
- Cervix
- Harnblase
- Schilddrüse

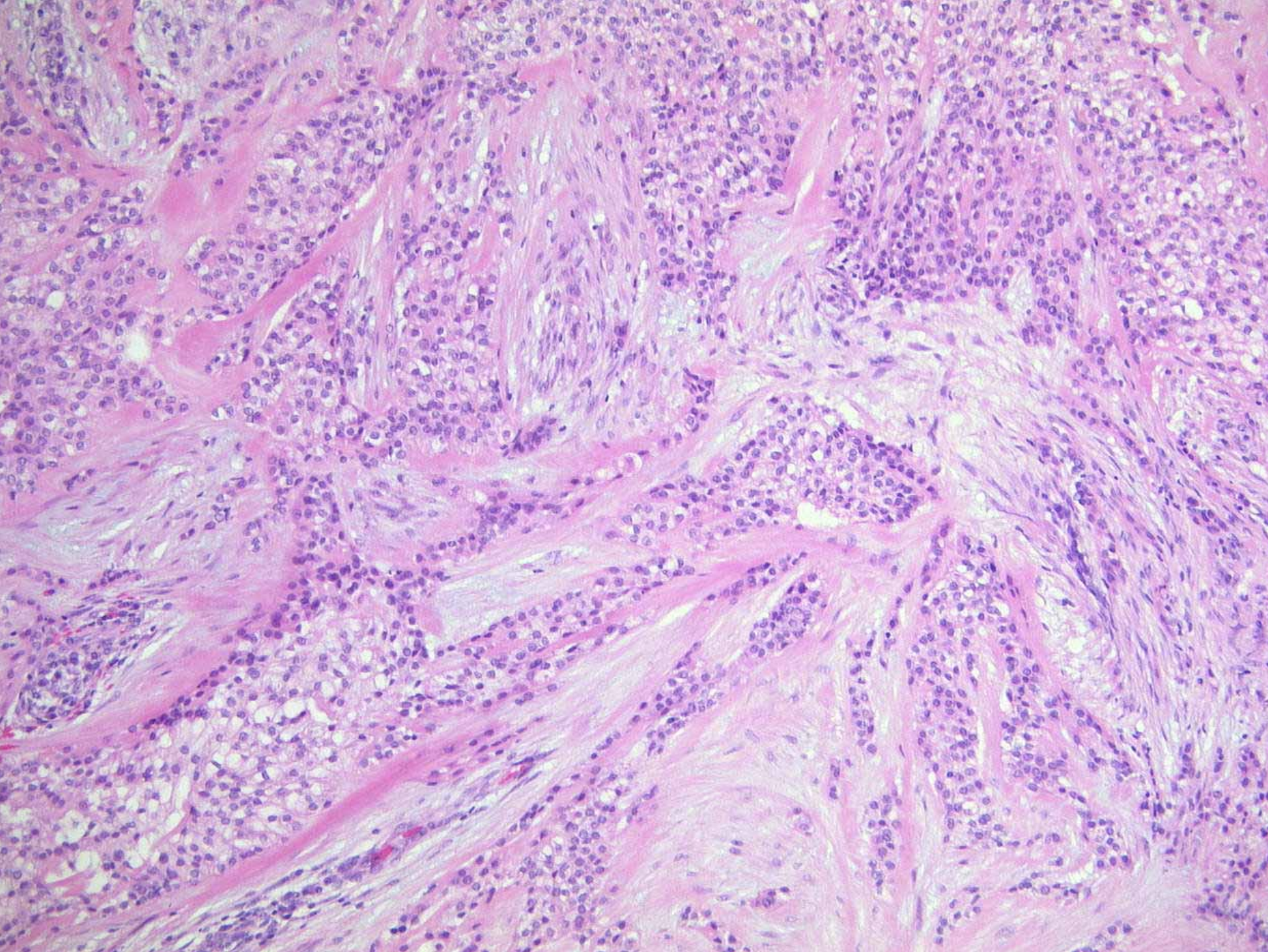




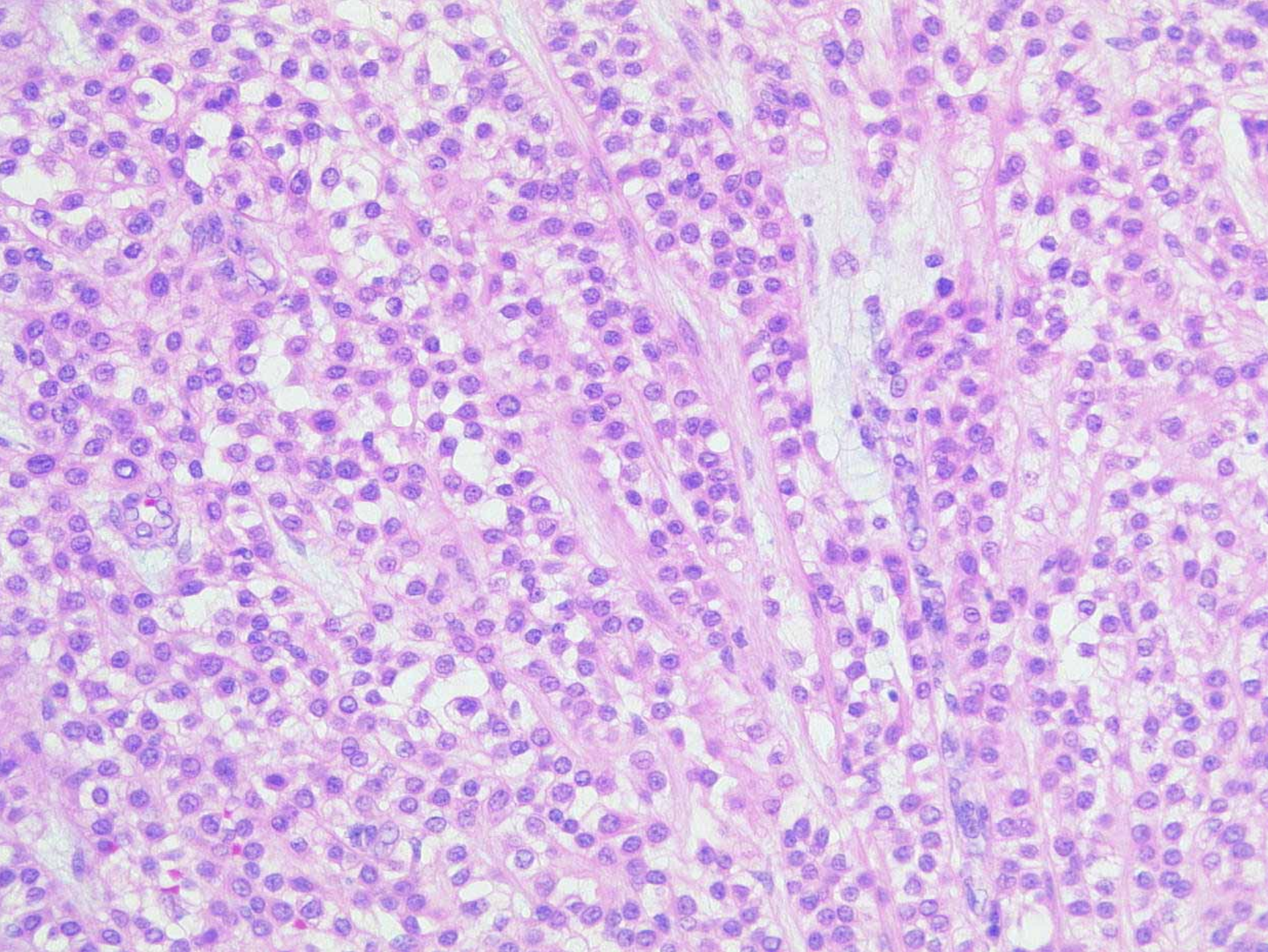


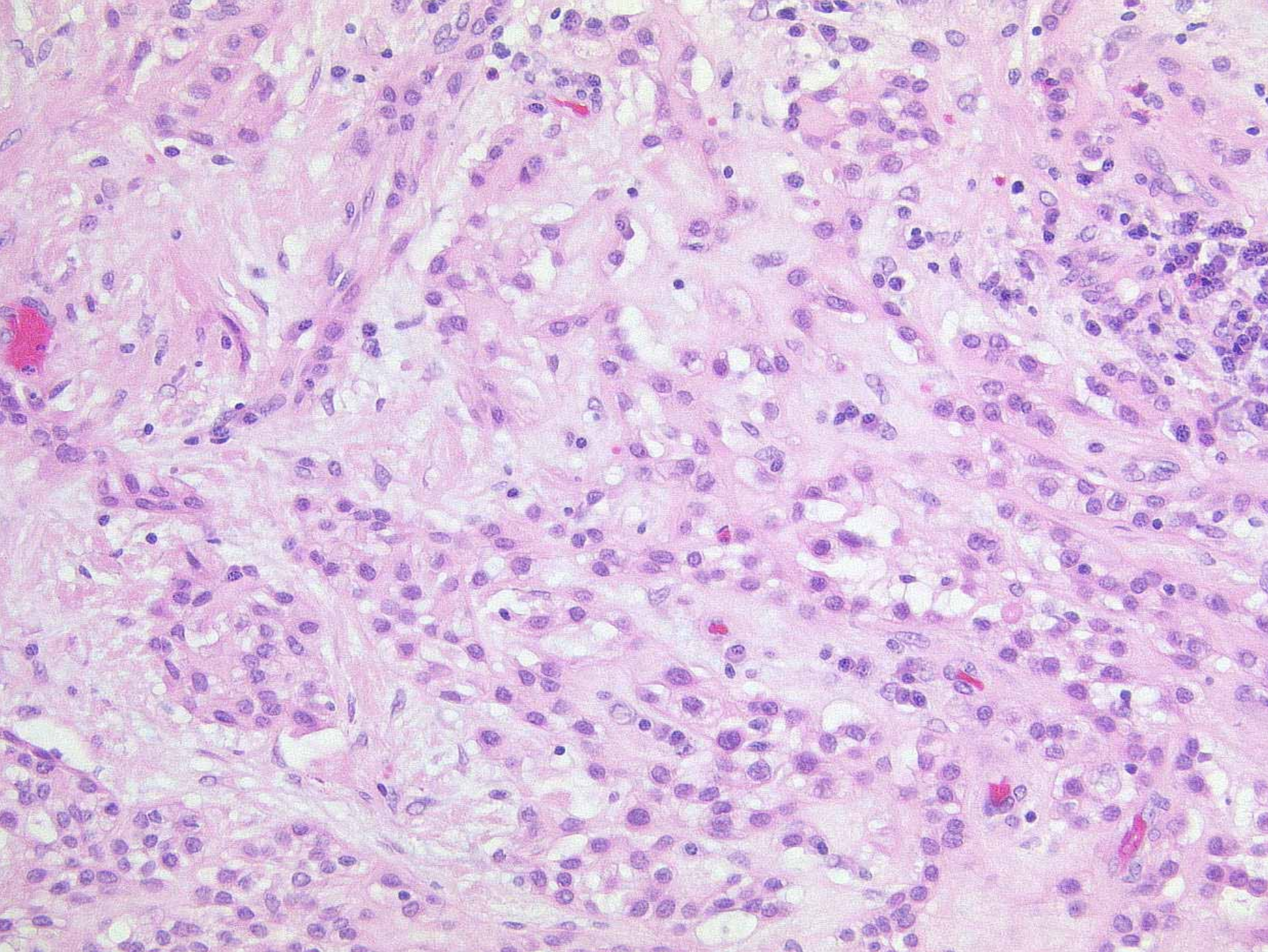
PAS

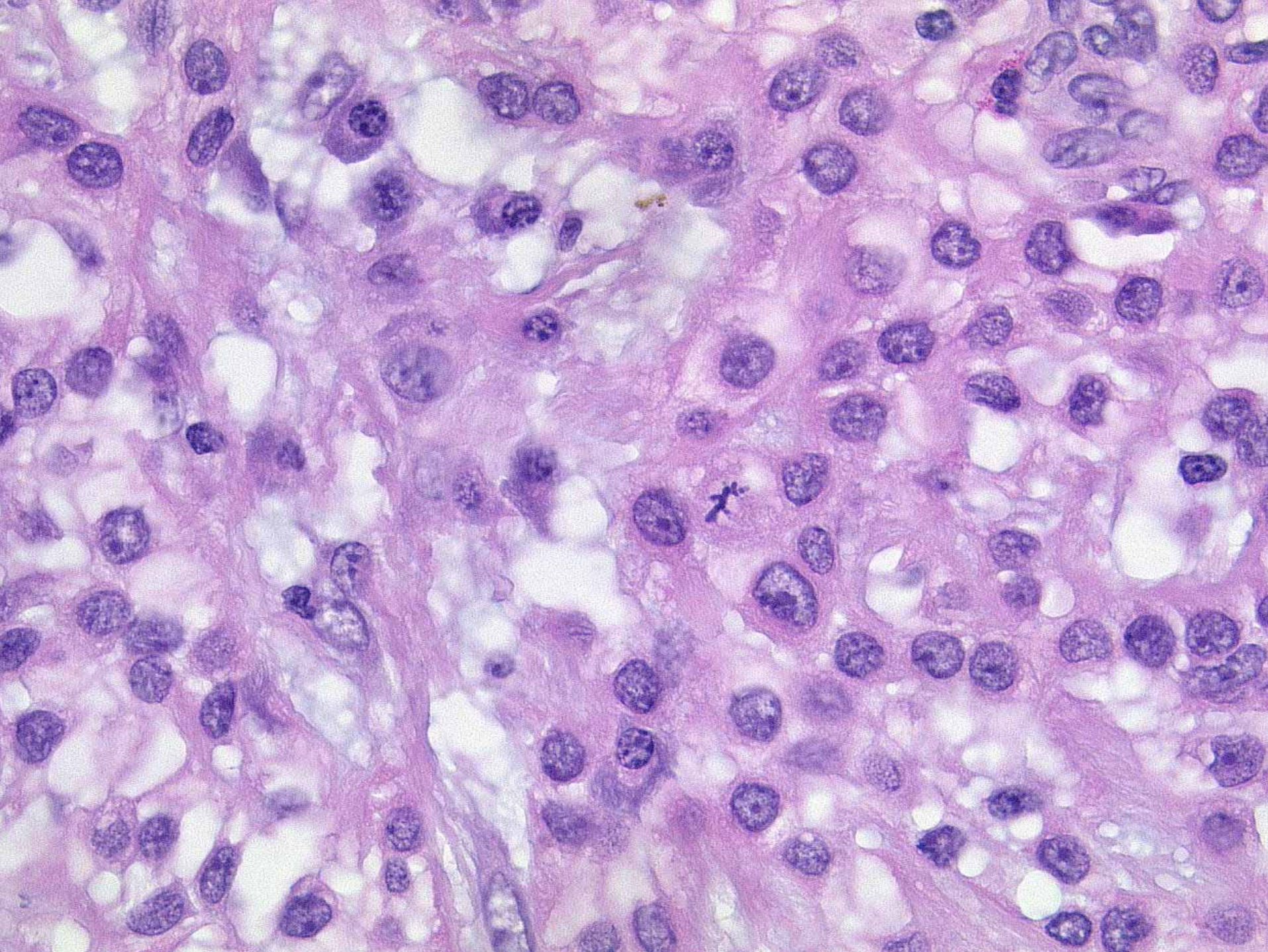


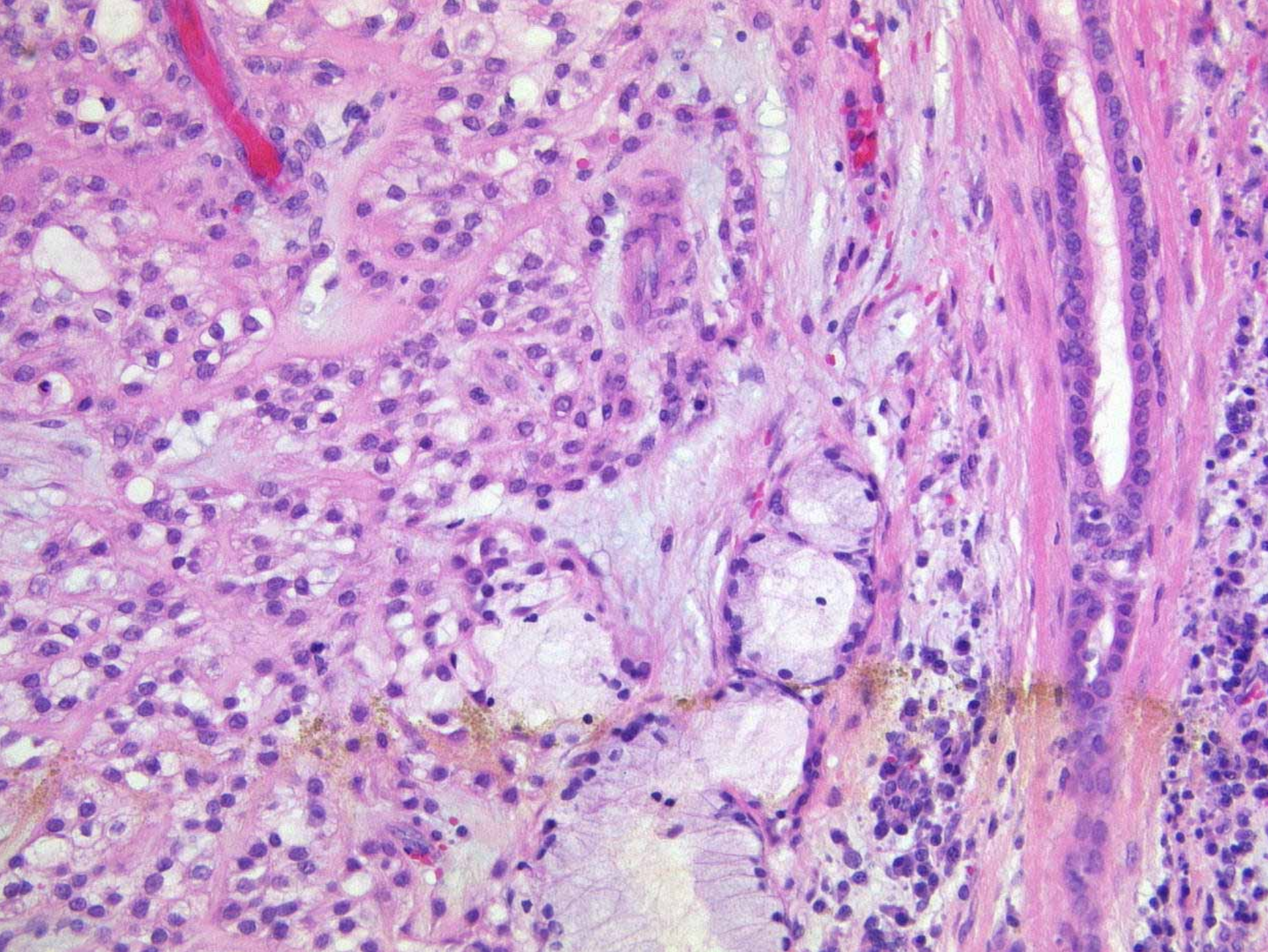


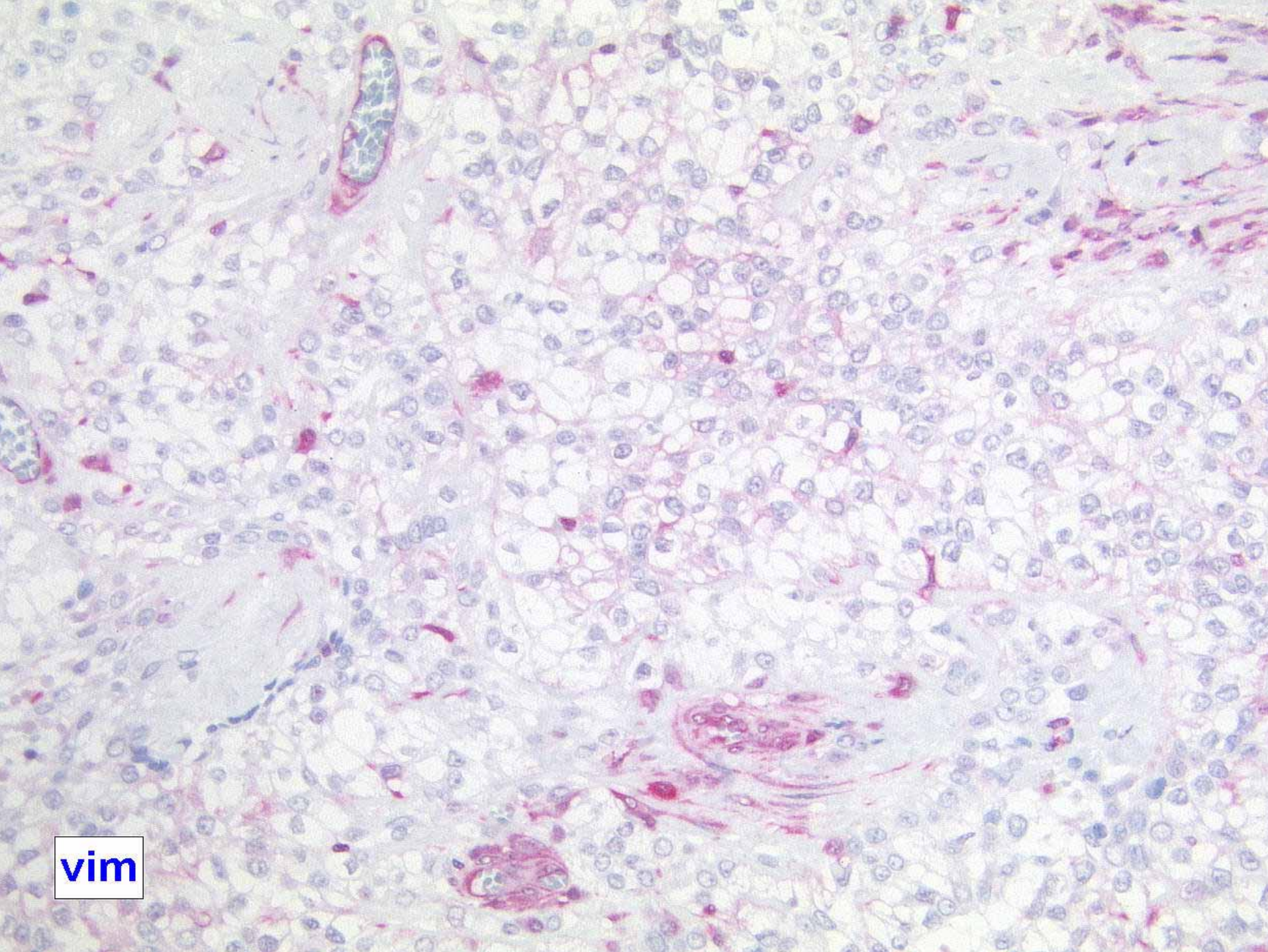




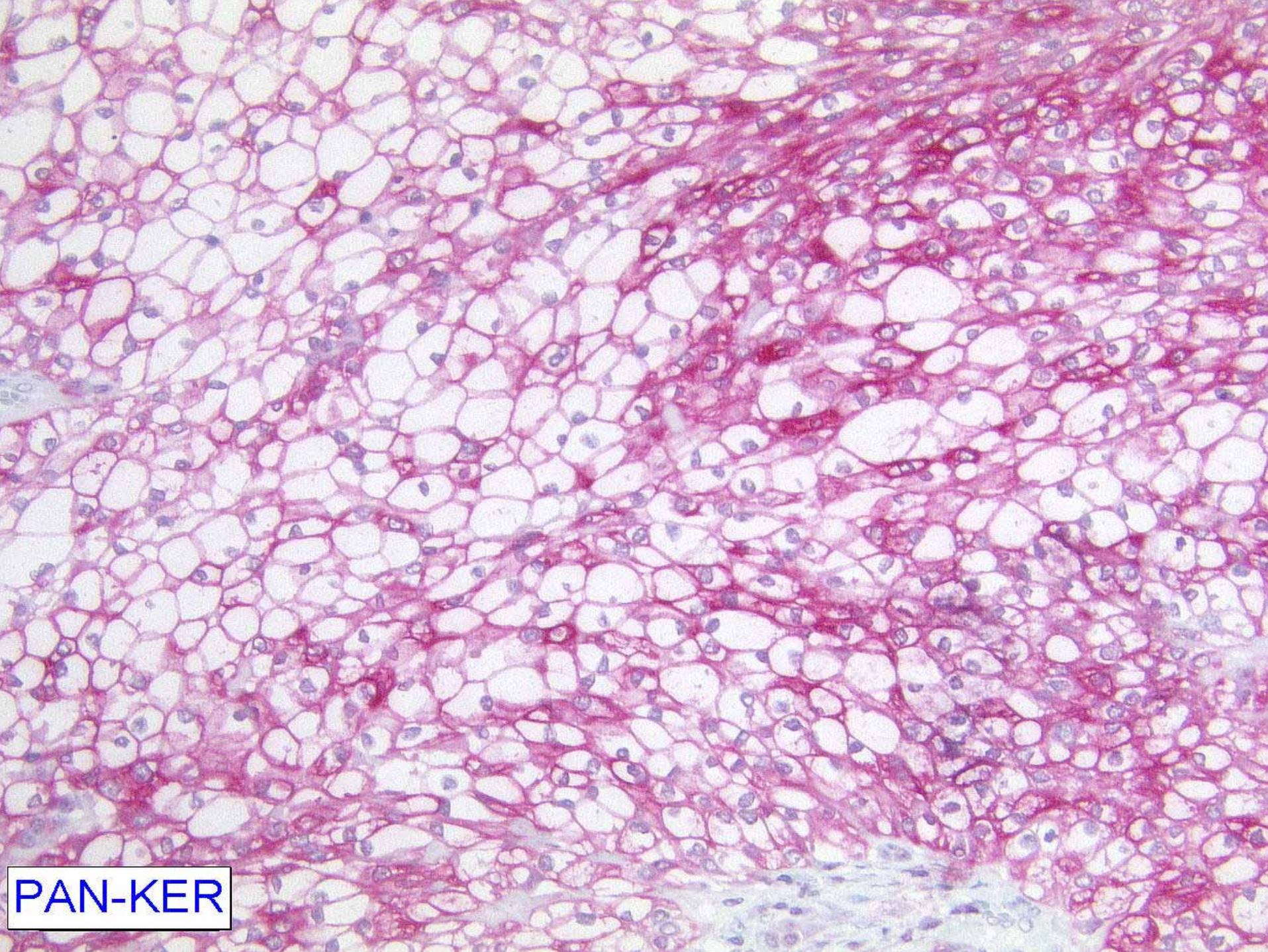




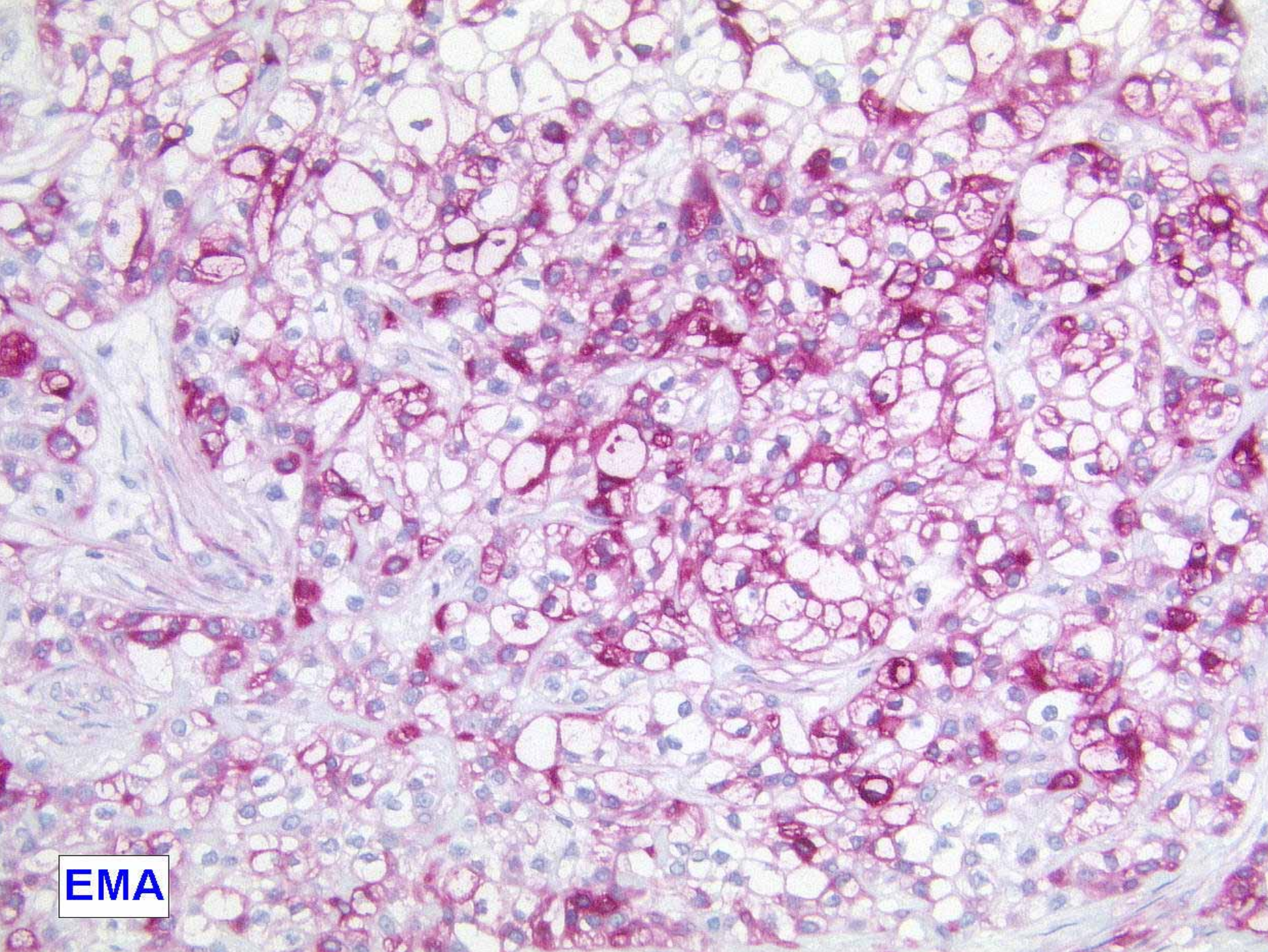




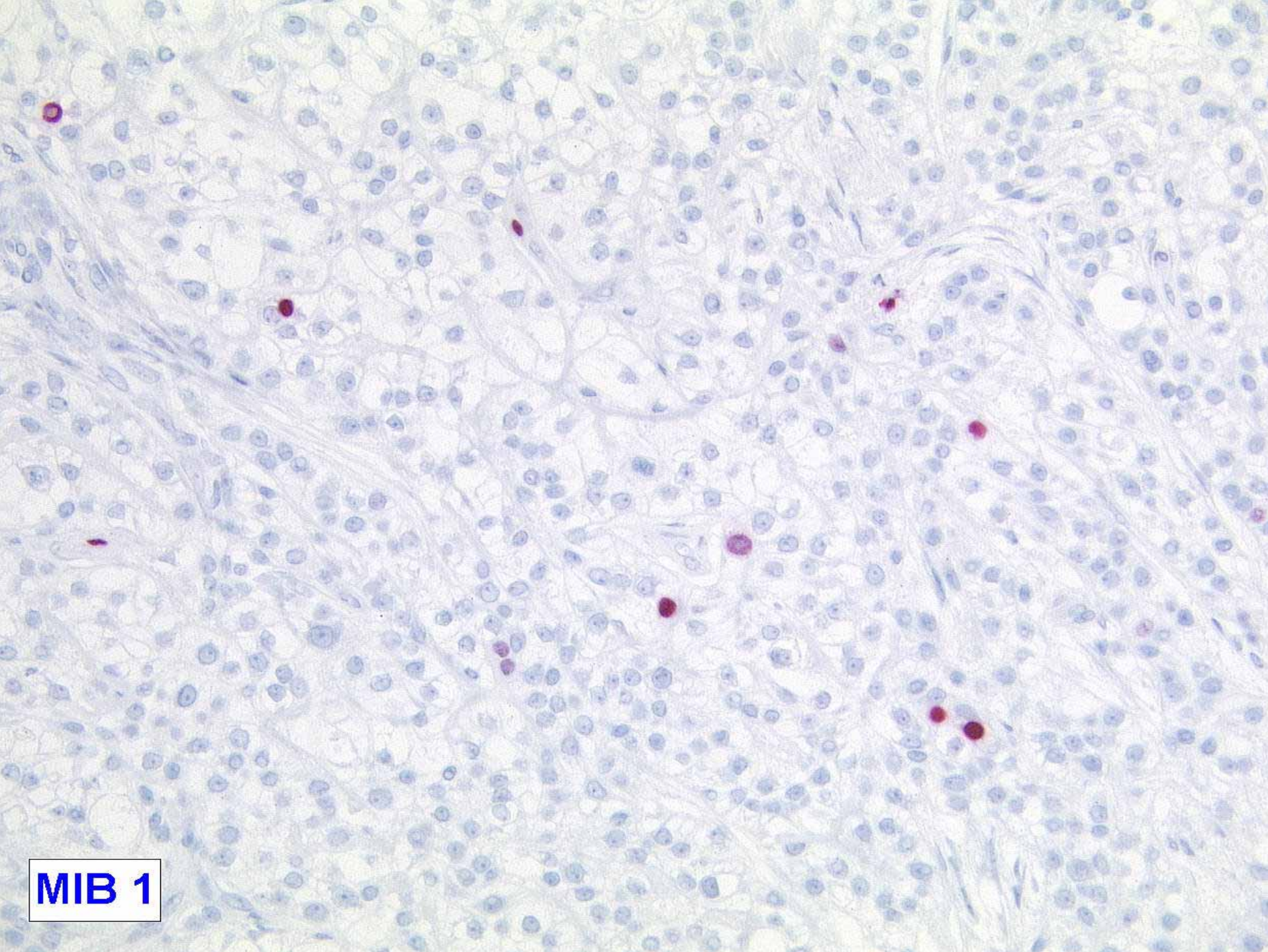
vim



PAN-KER



**EMA**



**MIB 1**



# Immunhistochemie

- **positiv**

Panzytokeratin

EMA

MIB 1 ca. 2%

- **negativ**

Aktin

BRST-2

Calcitonin

CEA

Chromogr., NSE, Synapt.

GFAP

S-100

Thyreoglobulin

TTF 1

Vimentin

# Diagnose

Hyalinisierendes  
Klarzellkarzinom der  
kleinen Speicheldrüsen

# Klinische Daten des HCCC

- Durchschnittsalter 55 Jahre
- Überwiegend Vorkommen bei Frauen
- Lokalisation: 70% kleine Speicheldrüsen, 30% große Speicheldrüsen ( meist Gl. parotis )
- 10-Jahres-Überlebensrate 90%
- Lokal invasives Wachstum
- Perineurale Infiltration, keine Gefäßinfiltration
- Lymphknotenmetastasen in 15%

Seifert G, Donath K . Pathologe. 1996 Mar; 17 (2): 110-5.

O`Regan E, Shandilya M, Gnepp DR, Timon C, Toner M. Oral Oncol. 2004 Mar; 40 (3): 348-52.

# Morphologische Kennzeichen des HCCC

- Solide und trabekuläre Formationen polygonaler Zellen mit hellem Zytoplasma
- PAS-positive Zytoplasmareaktion, Muzin neg.
- Desmoplastisches hyalines Stroma mit positiver PAS- und negativer Kongorotfärbung
- Positivität für Zytokeratin, EMA und teilweise auch CEA
- Negativität für Vimentin, S-100 und Aktin

Seifert G, Donath K. Pathologe. 1996 Mar; 17 (2): 110-5.

O'Regan E, Shandilya M, Gnepp DR, Timon C, Toner M. Oral Oncol. 2004 Mar; 40 (3): 348-52.

# Differentialdiagnosen

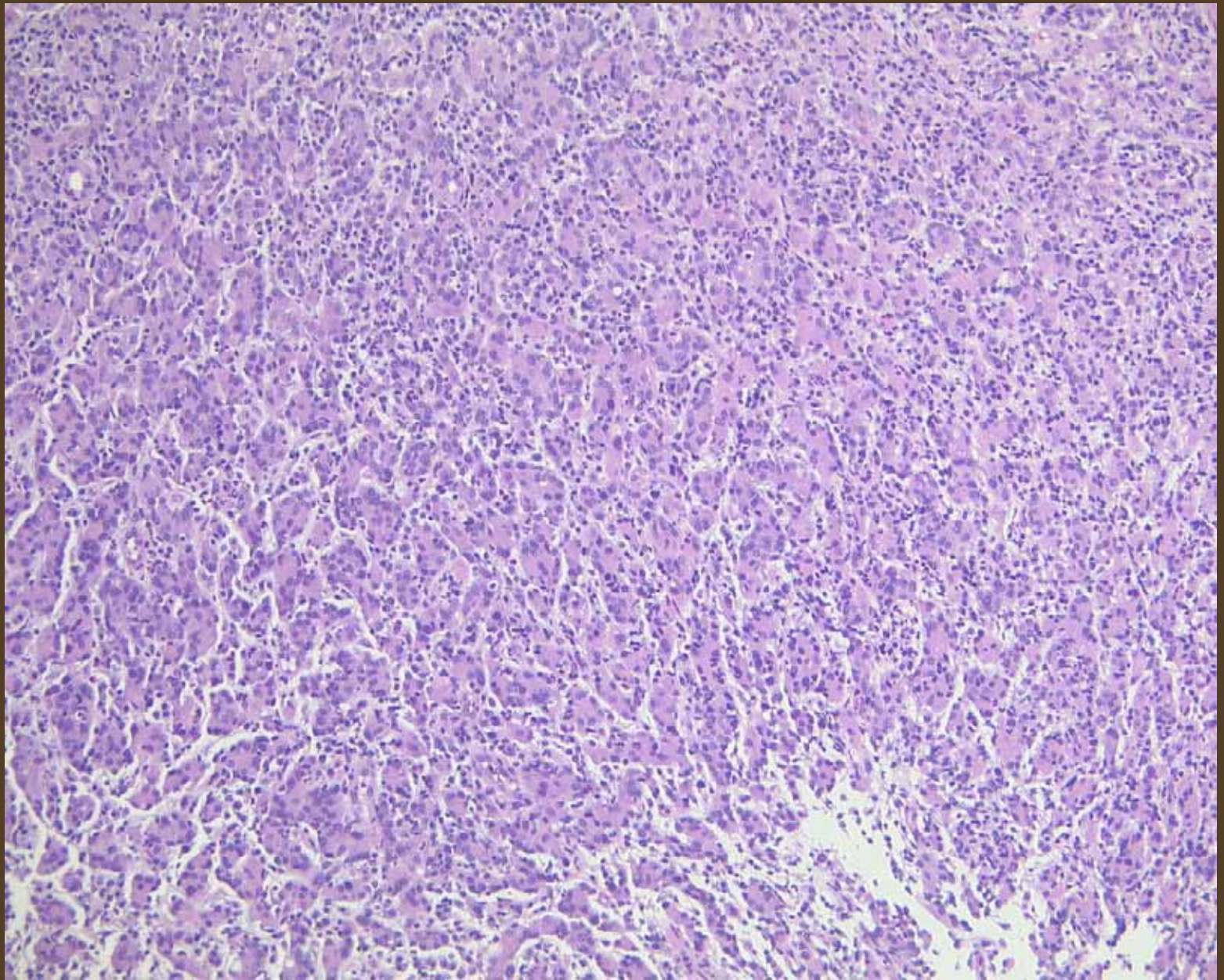
- Epithelial-myoepitheliales Karzinom
- Myoepitheliales Karzinom
- Azinuszellkarzinom
- Mukoepidermoidkarzinom
- Hellzelliges odontogenes Karzinom
- Metastasen klarzelliger Karzinome

# 57. Rätselecke

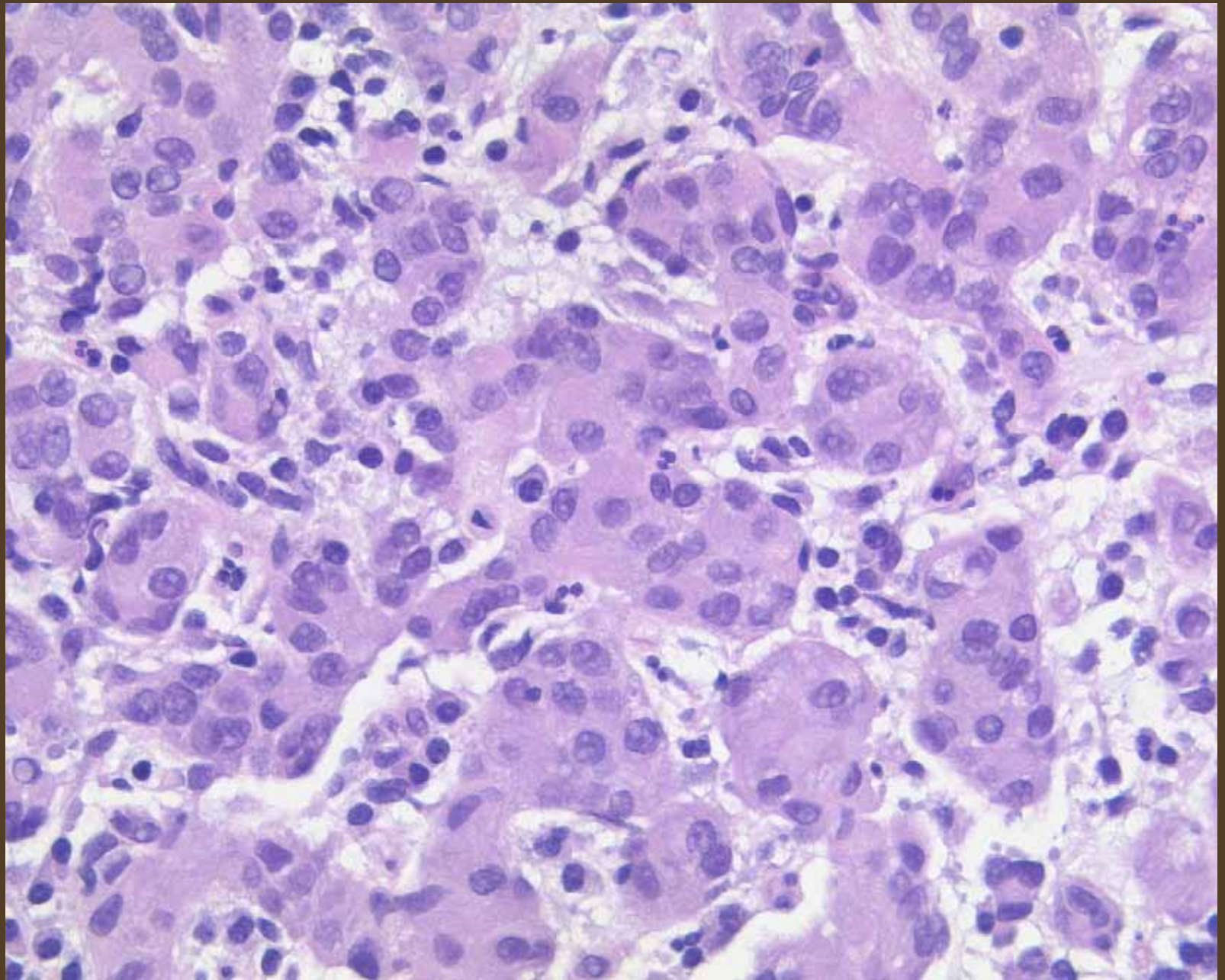
Fall 6

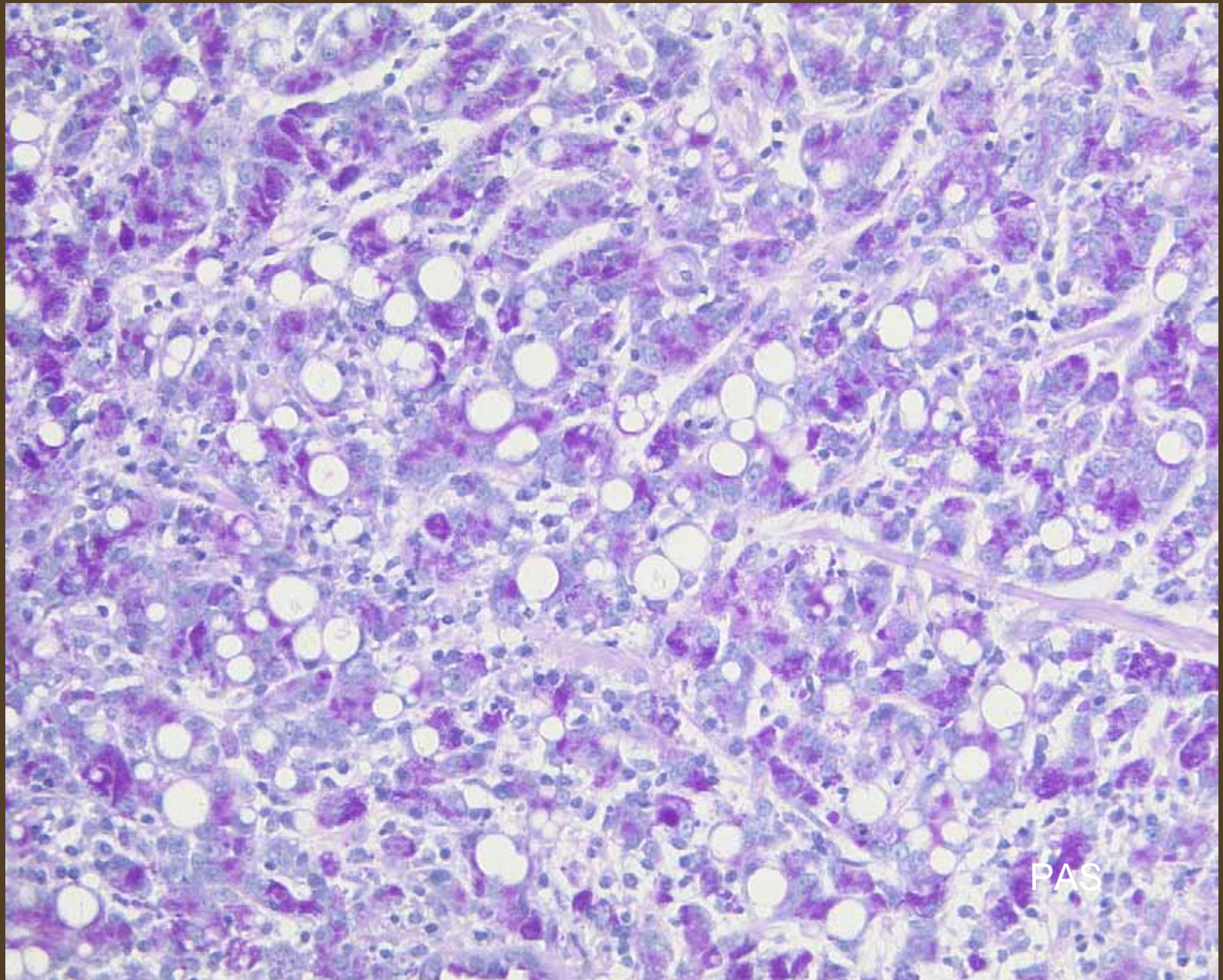
Institut für Pathologie  
Braunschweig

Entnahme-Lokalisation (z. B. Randproben)	Makroabgleich (institutsintern)	Klinische Angaben:
<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>1 4 PE'S 0,2 cm</p> <p>2 B</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>Art des Untersuchungsmaterials: PE MAGENKORPUS</p> <p>Klinische Daten (Anamnese, frühere OP, Labor, Rö-Bef., Regelangabe) NET. ERBRECHEN, GEWICHT ↓↓.</p> <p>Klinische Diagnose: ÖGÖ; DEUTLICHE SCHLEIMHAUTIN- FILTRATION IM Klinische Fragestellung: KORPUS TU-VERDÄCHTIG.</p>
Entnahmetag: 15/9/04		
Vorbefund:		
<p>Telefon:</p> <p>Telefax:</p> <p>Email:</p>	<p>STÄDTISCHES KLINIKUM WOLFENBÜTTEL gGmbH Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie ..... lesbare Unterschrift Stempel</p>	

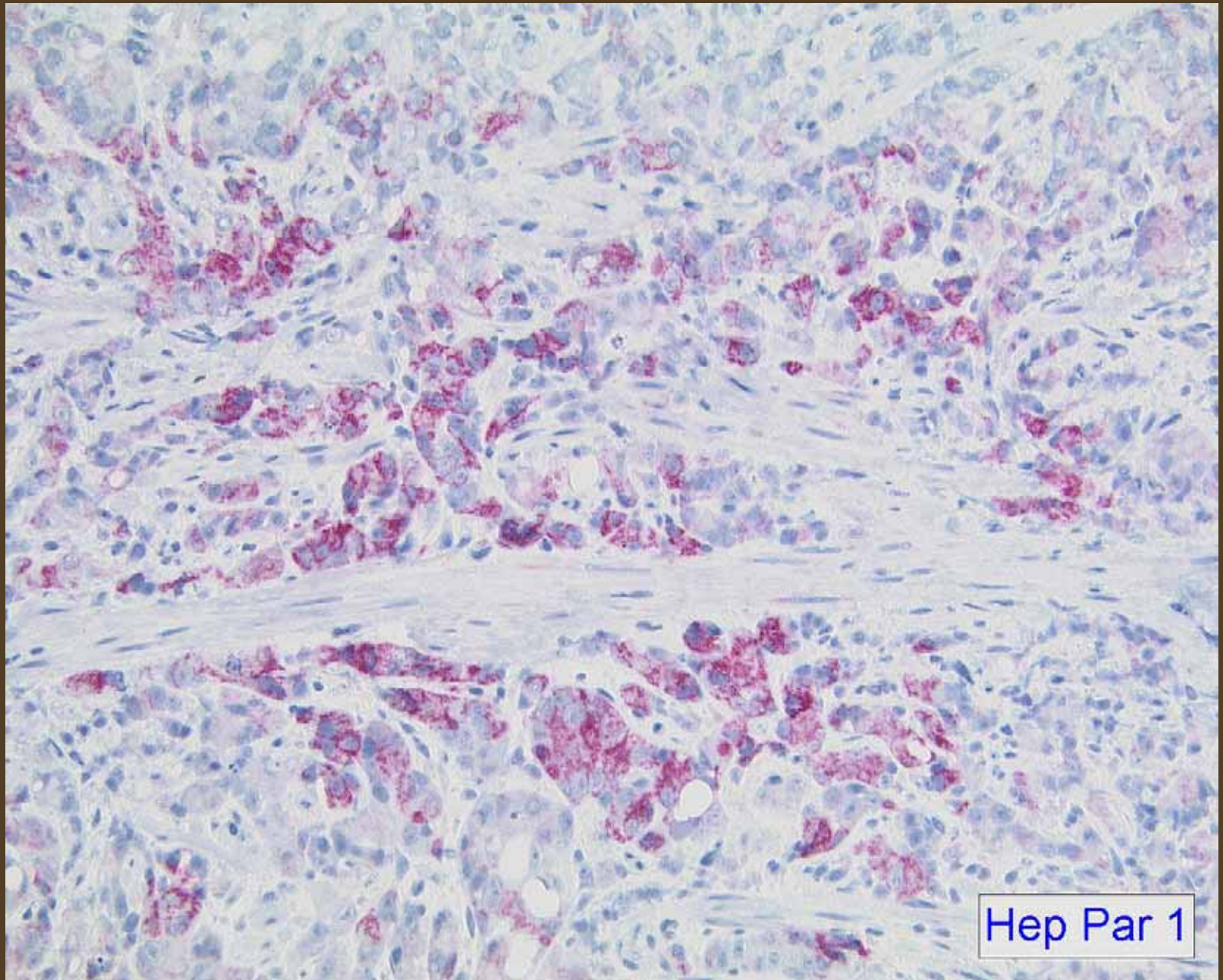








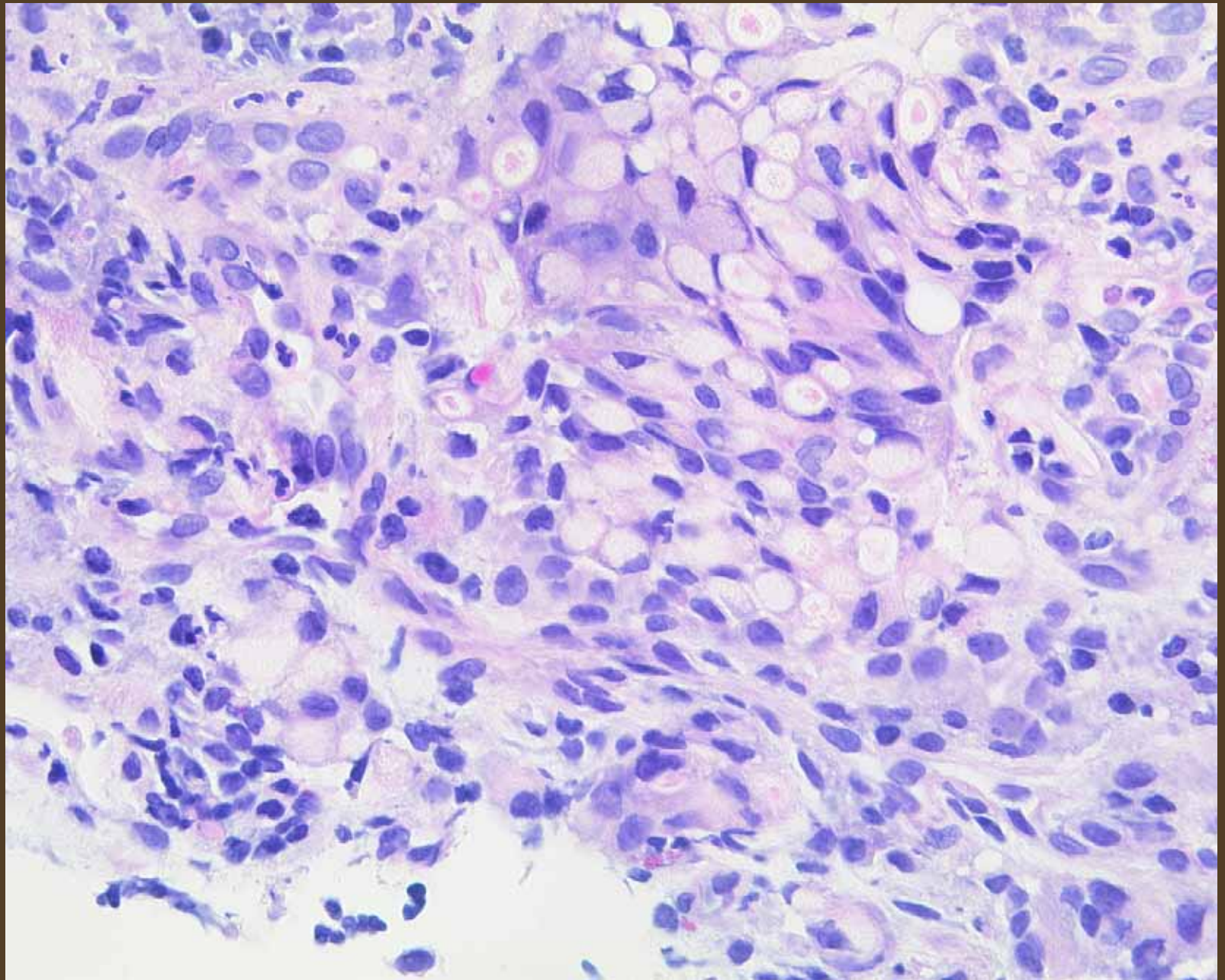
PAS

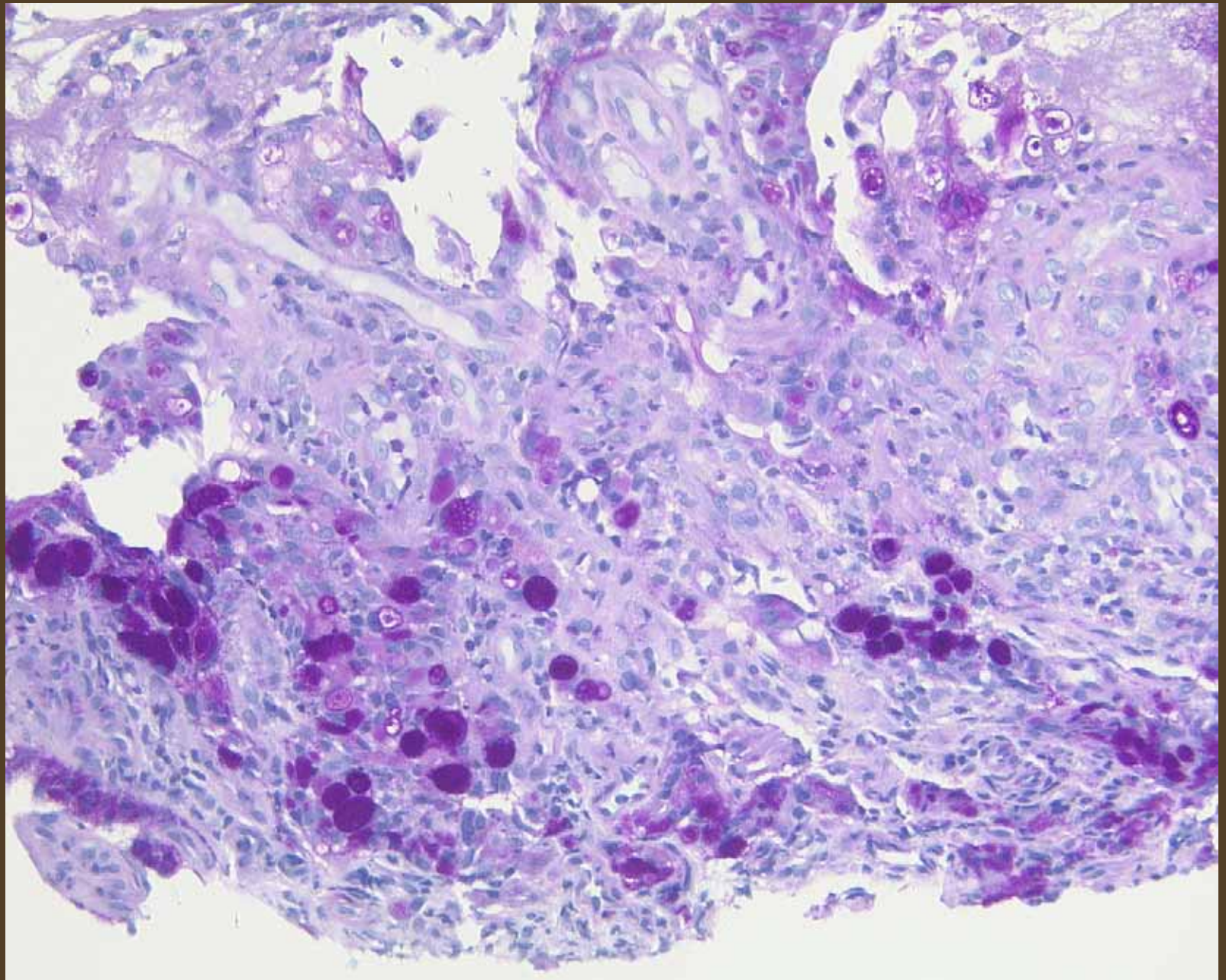


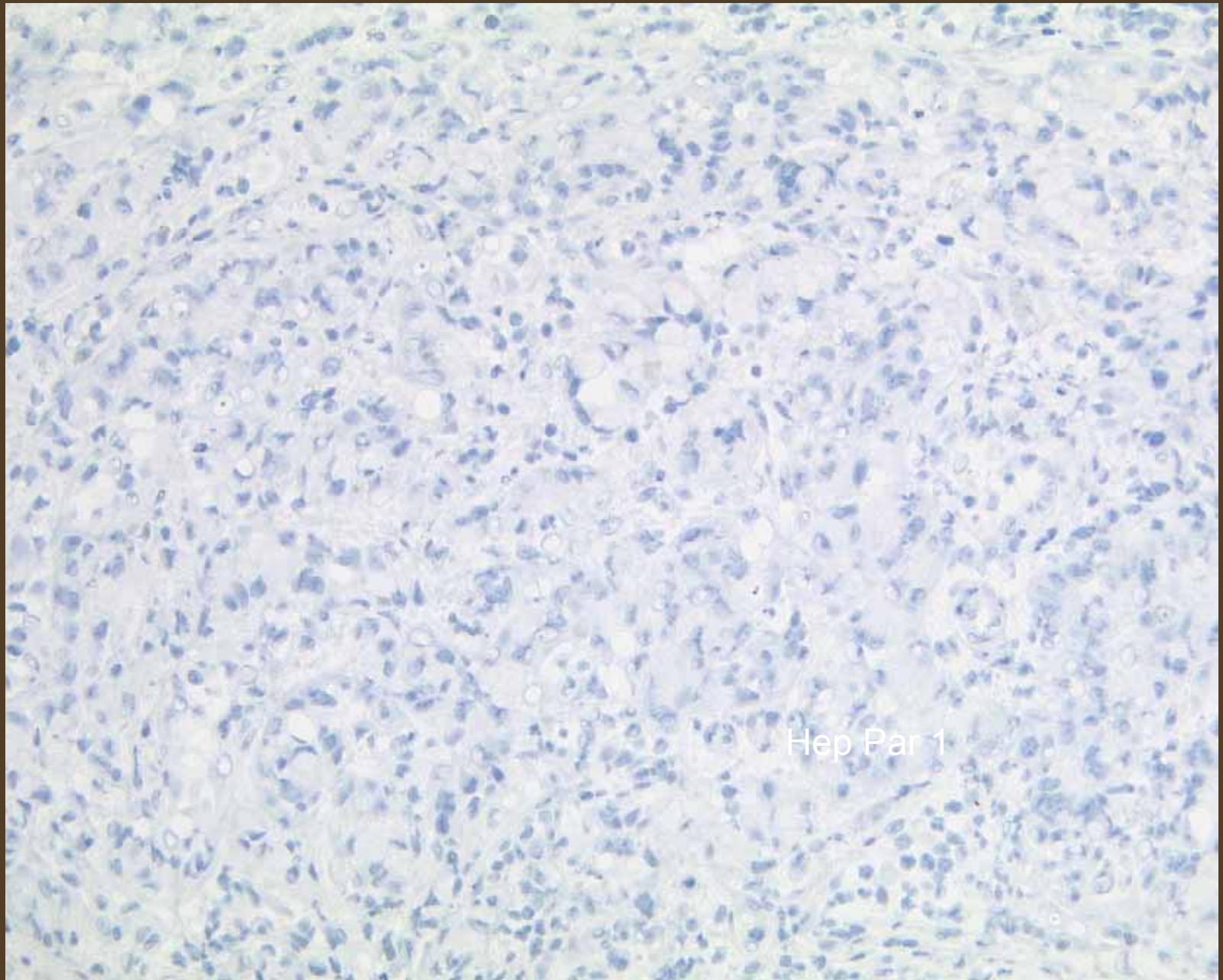
Hep Par 1

Unsere Diagnose lautete:

„Biopsate vom Magencorpus mit Infiltration durch ein  
hepatoides Adeno-Carcinom“







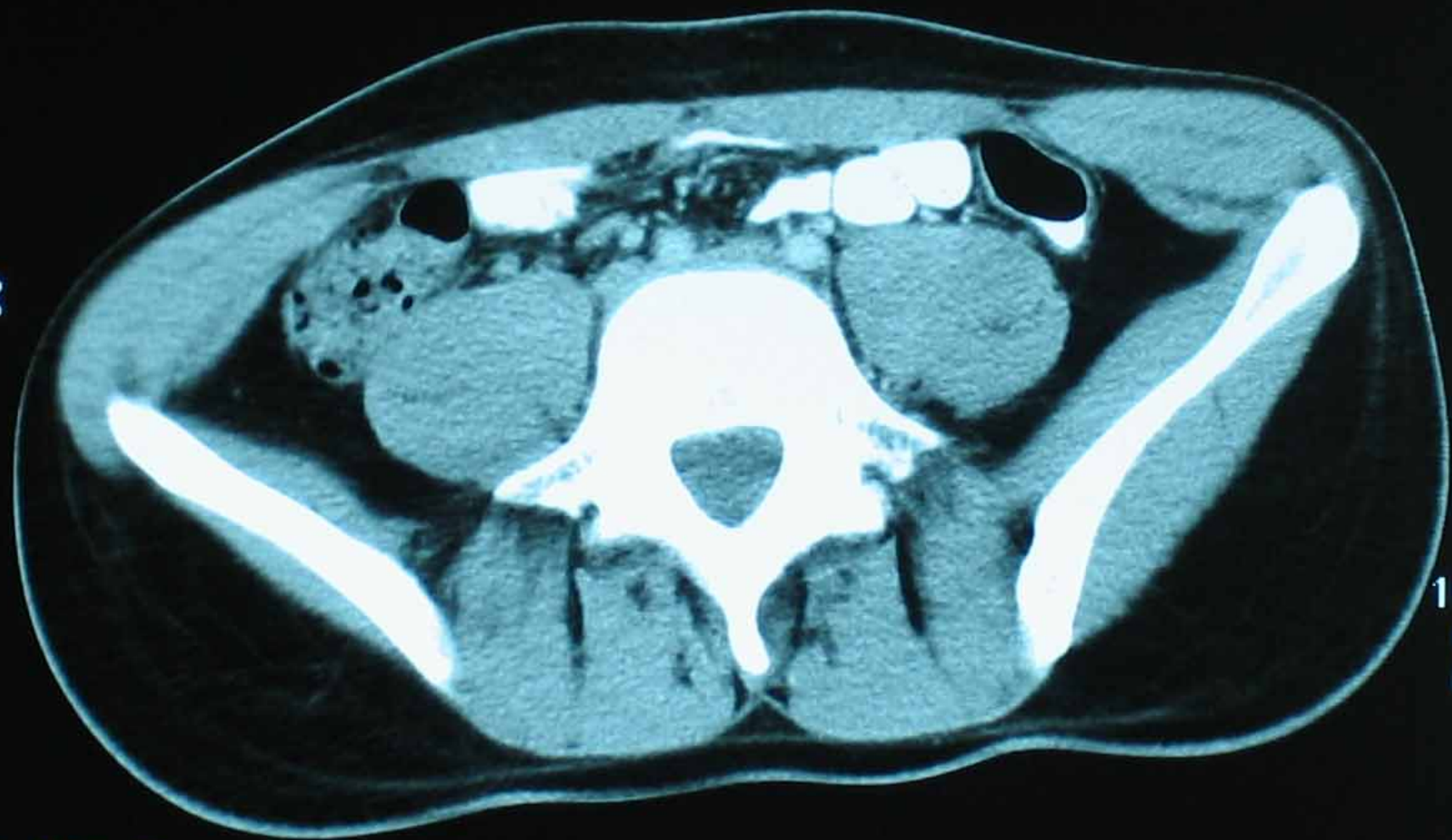
Unsere Diagnose lautete jetzt:

„Wenig differenziertes, z.T. siegelringzelliges Carcinom.“



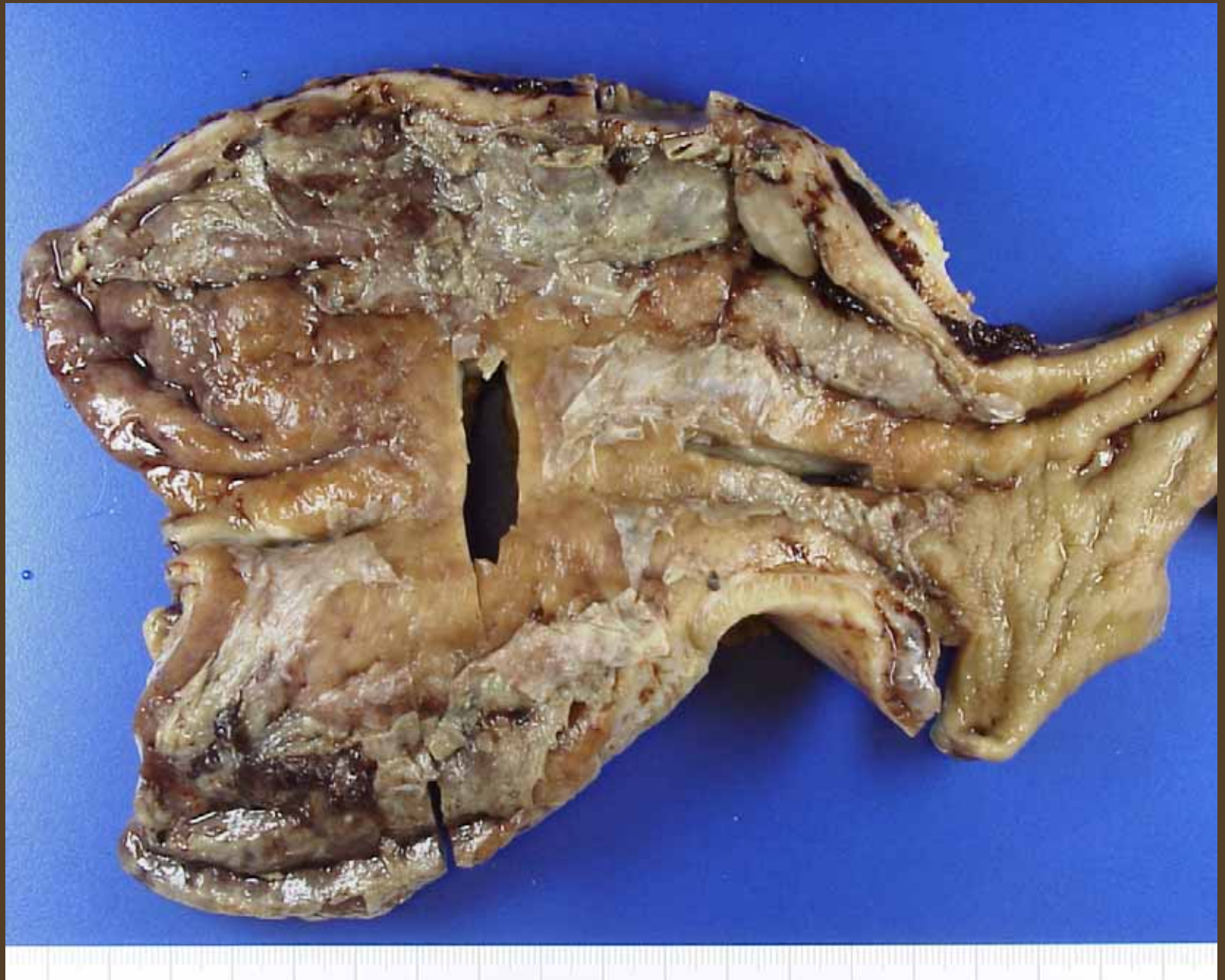
12-JUL-2004  
12:17:43.44

R

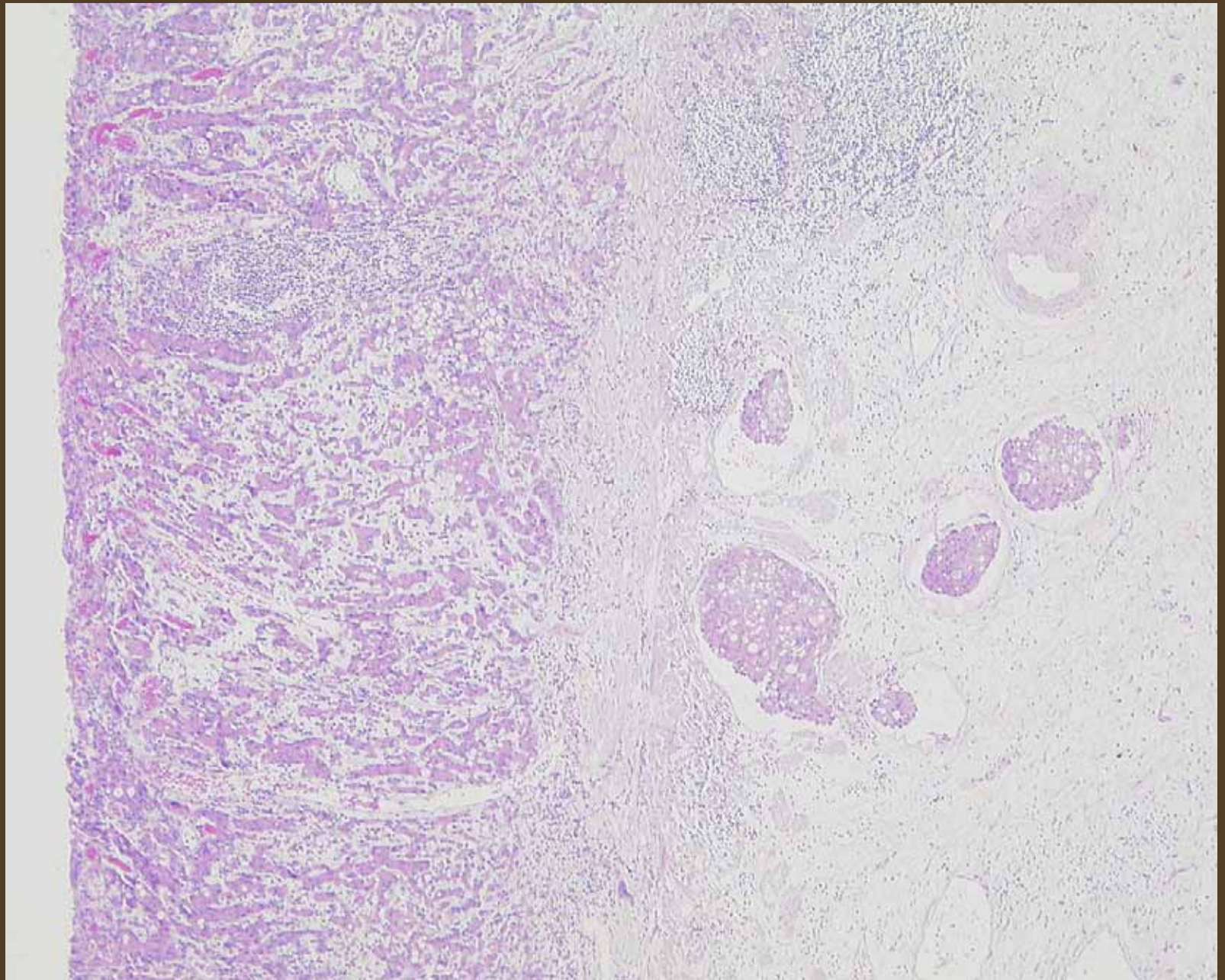


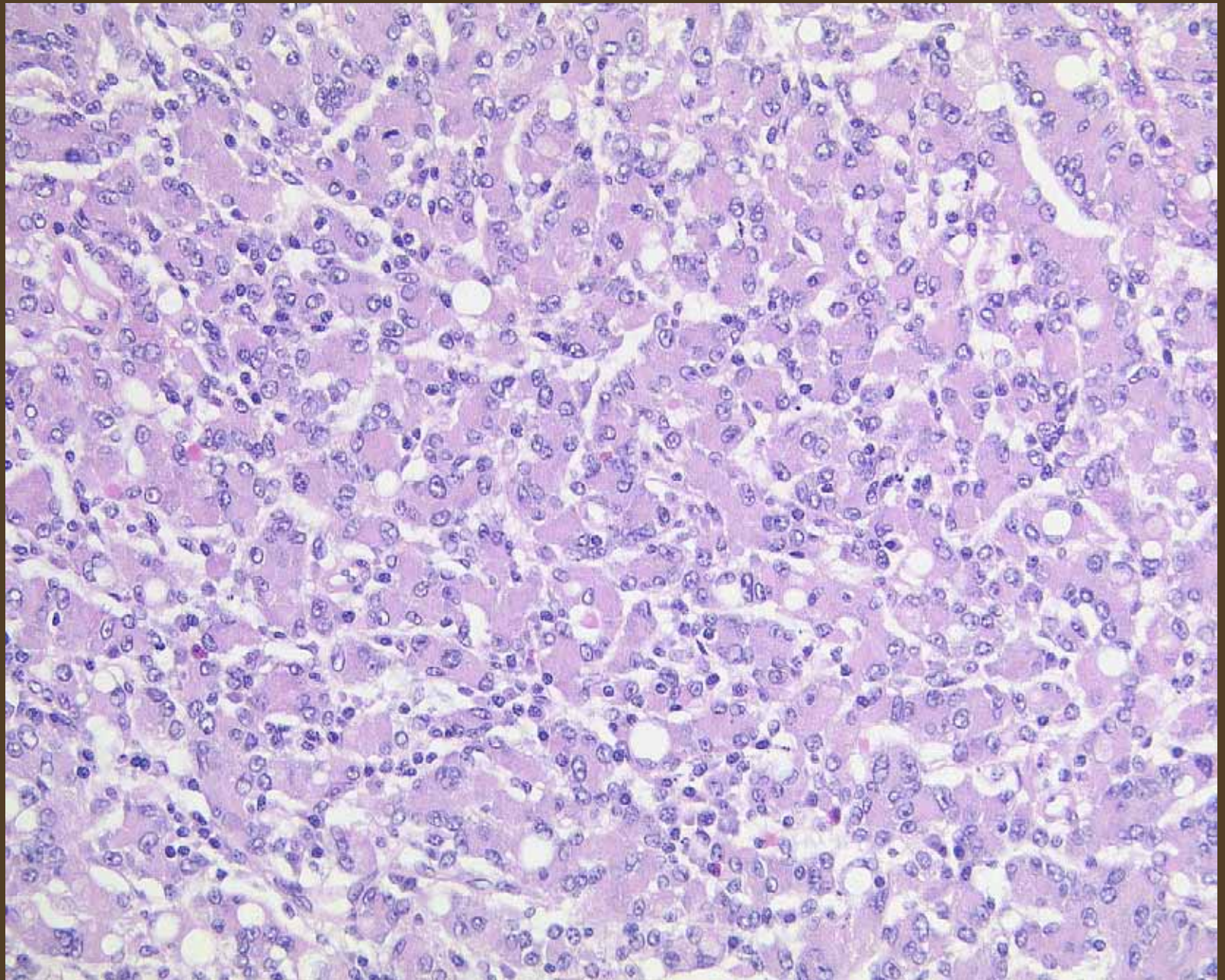
10  
C  
M

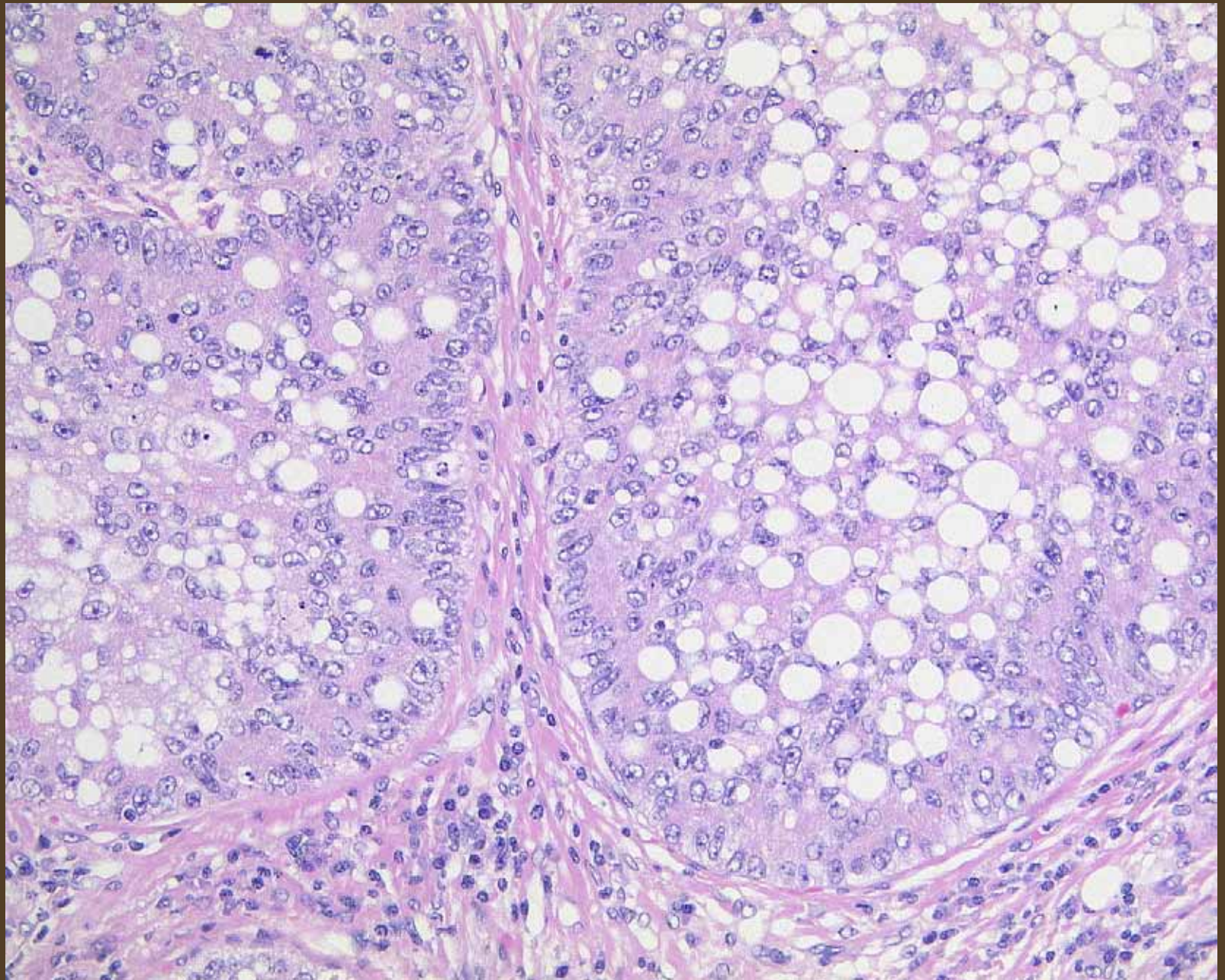
TP 522.5

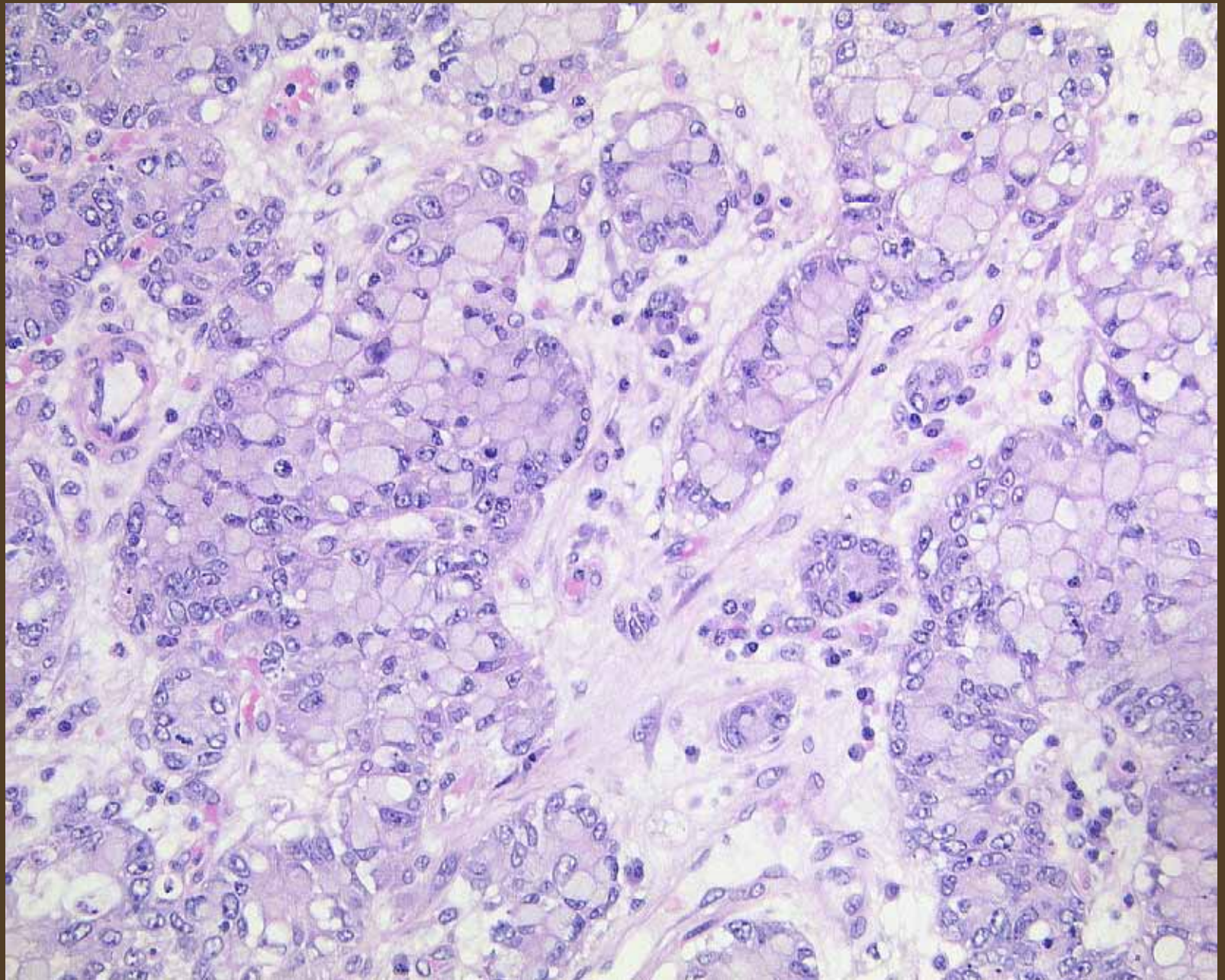


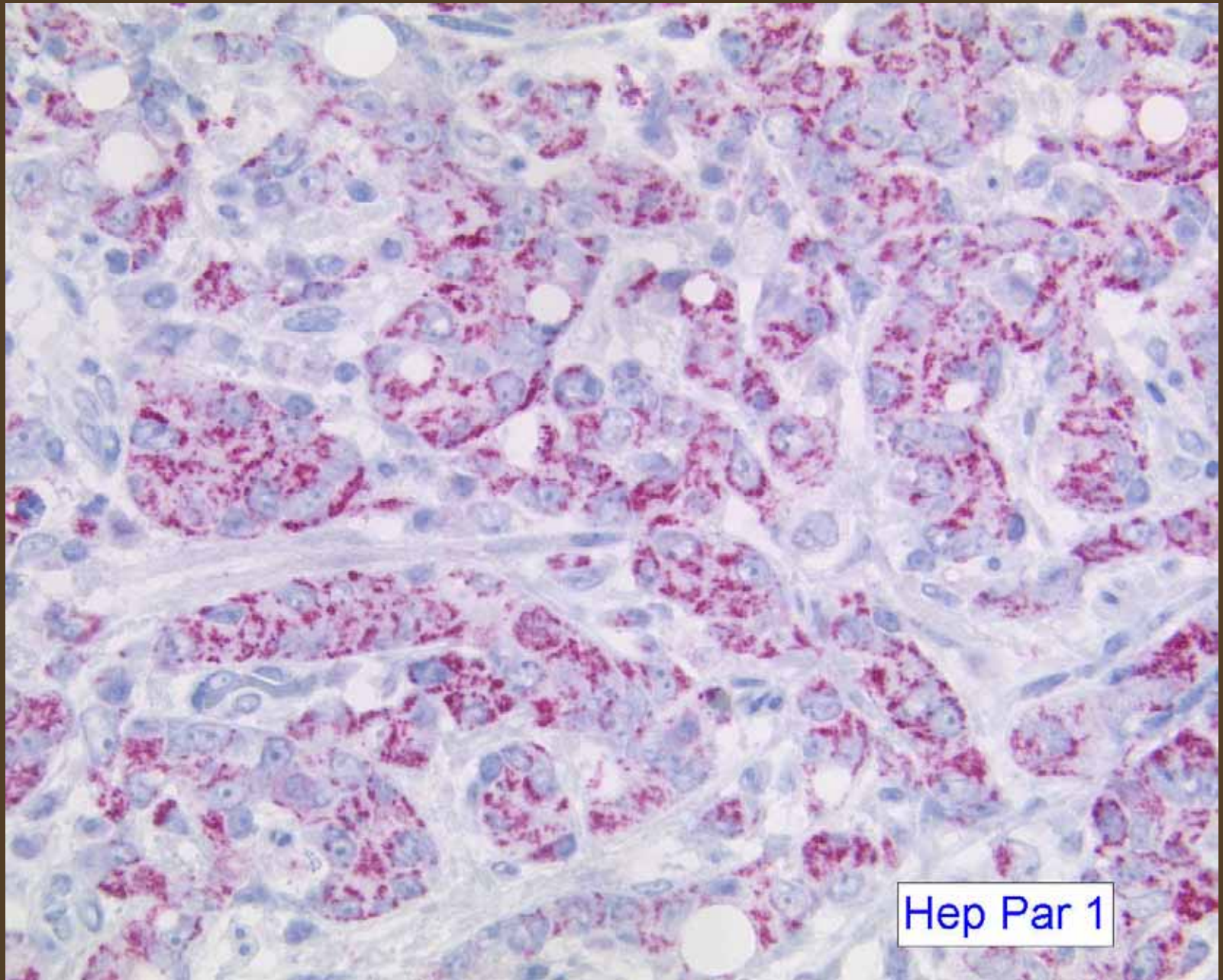






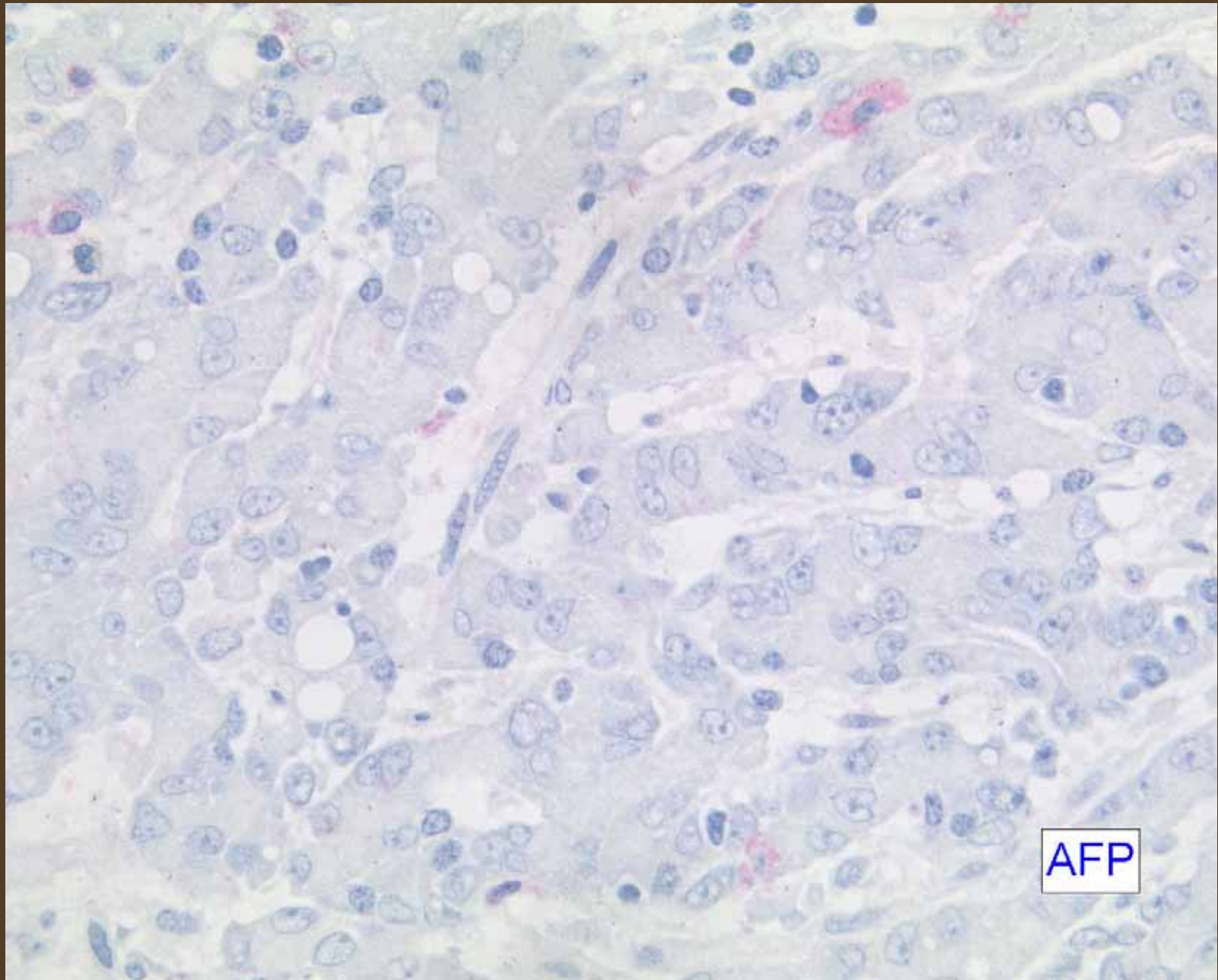




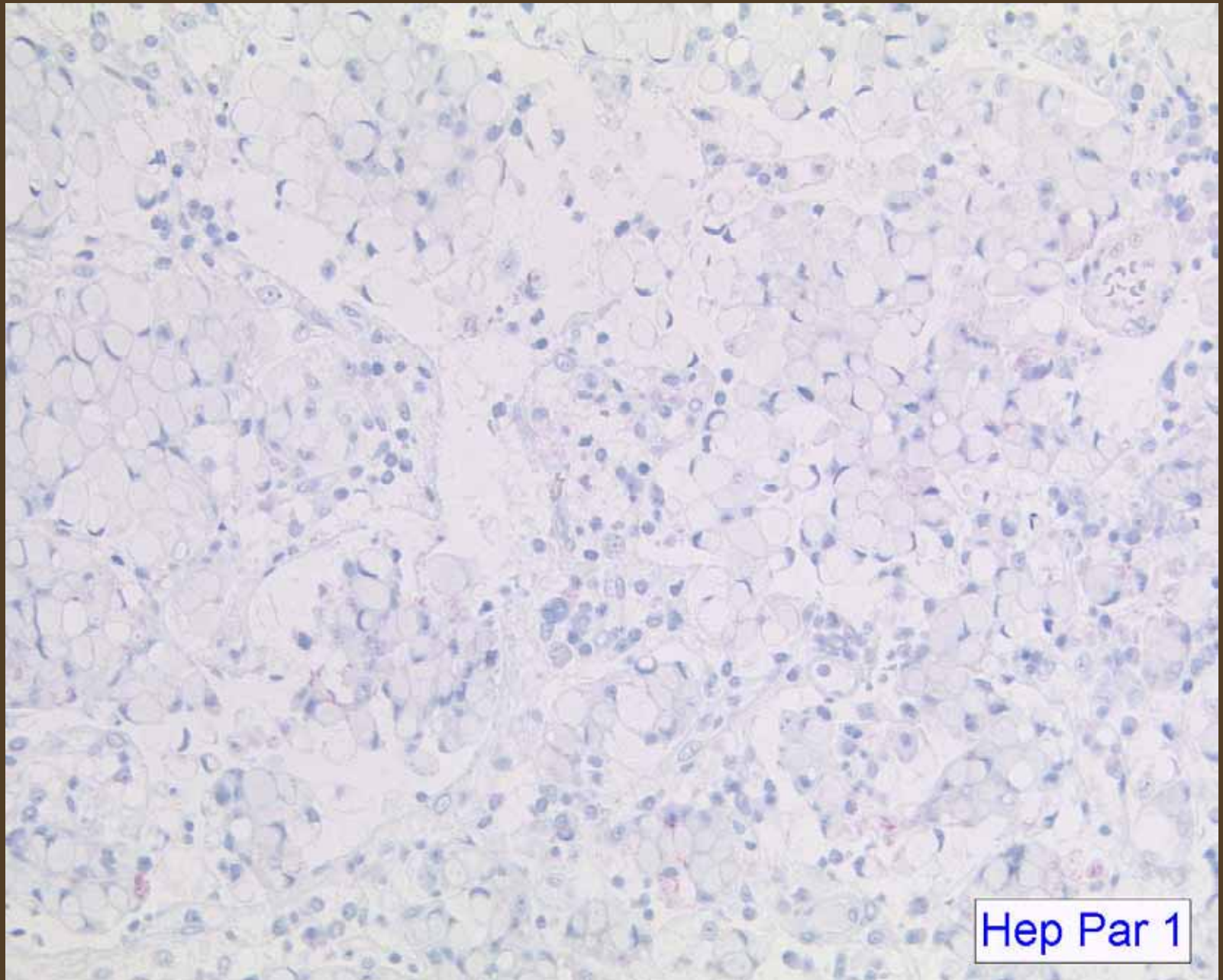


Hep Par 1

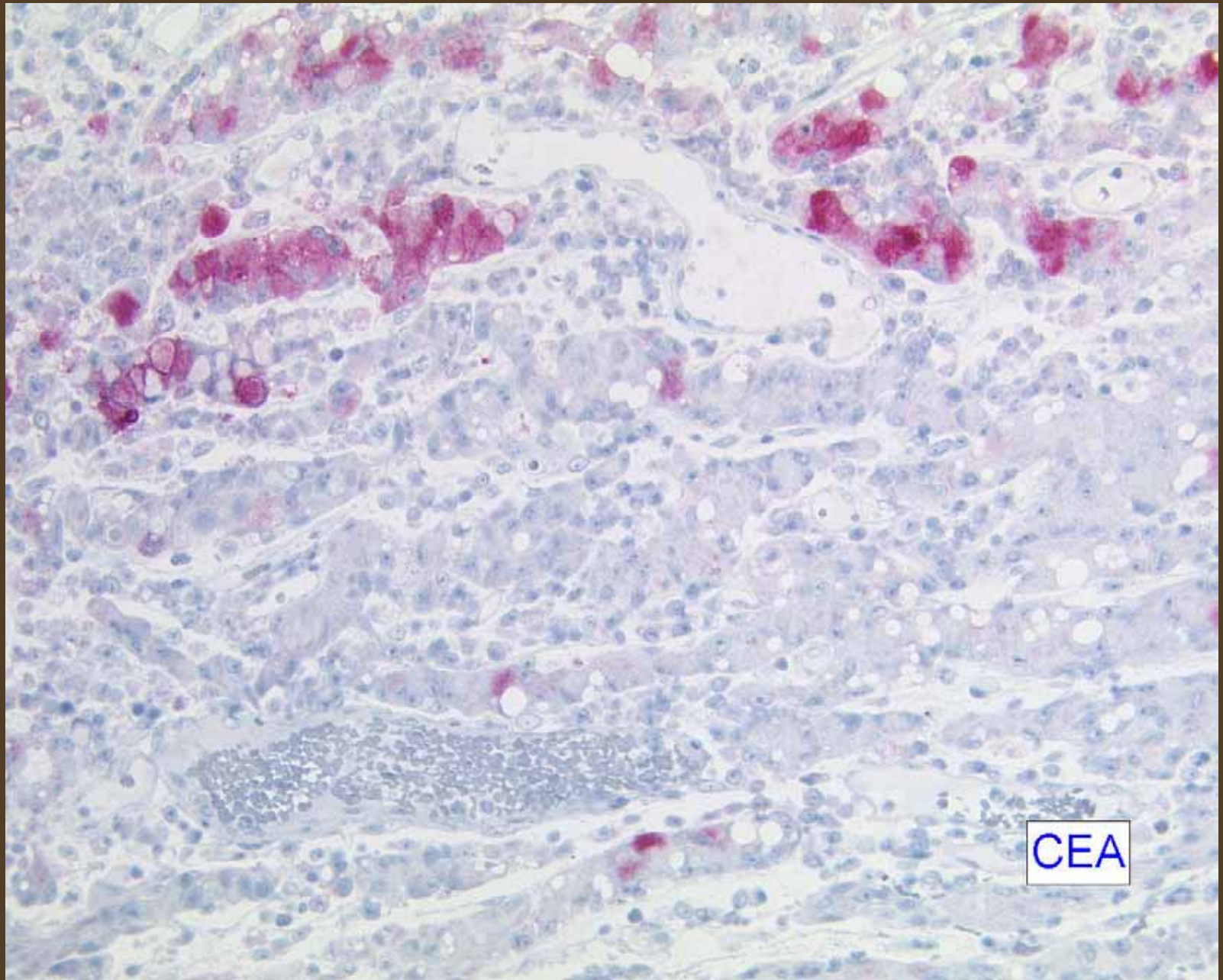




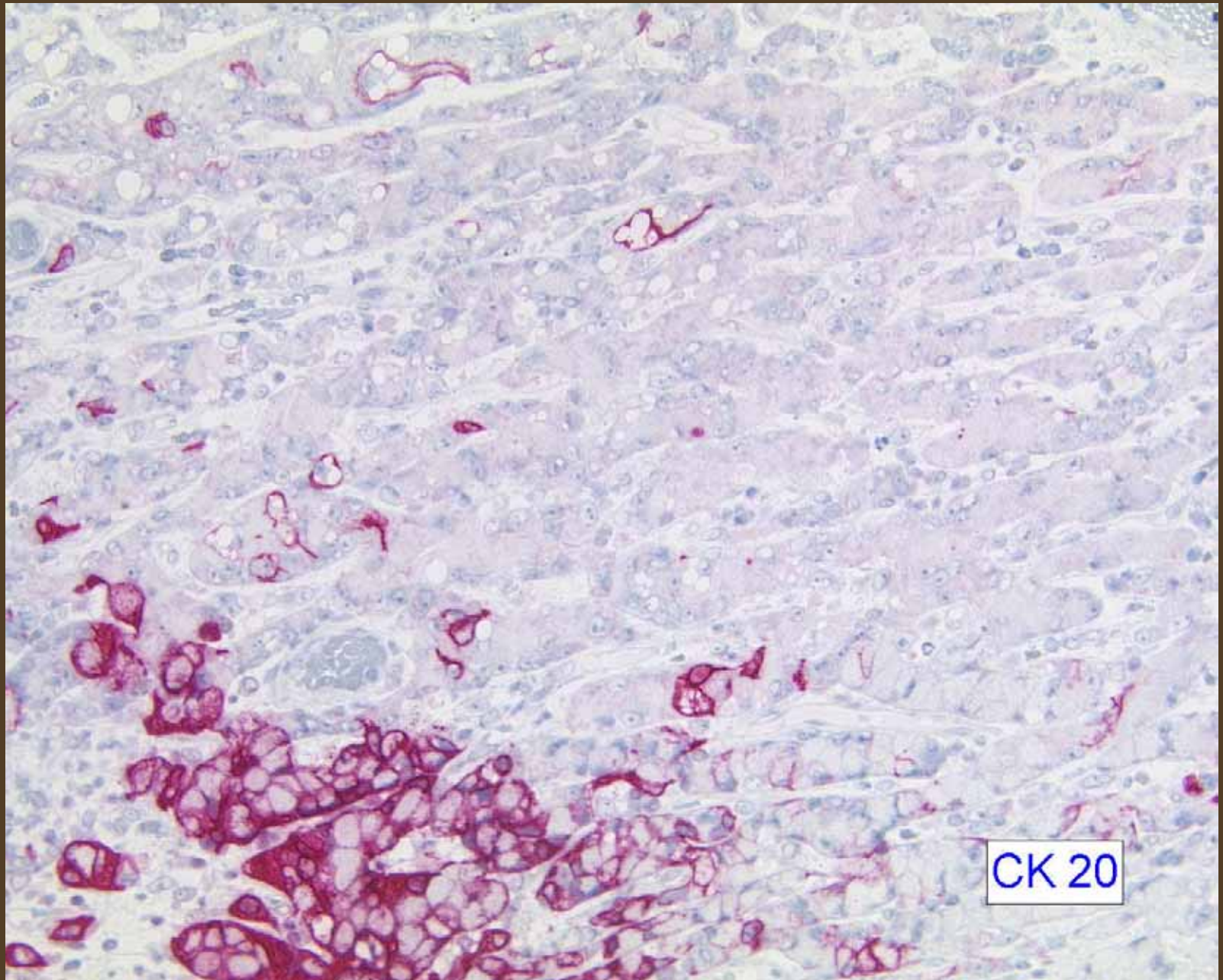
AFP



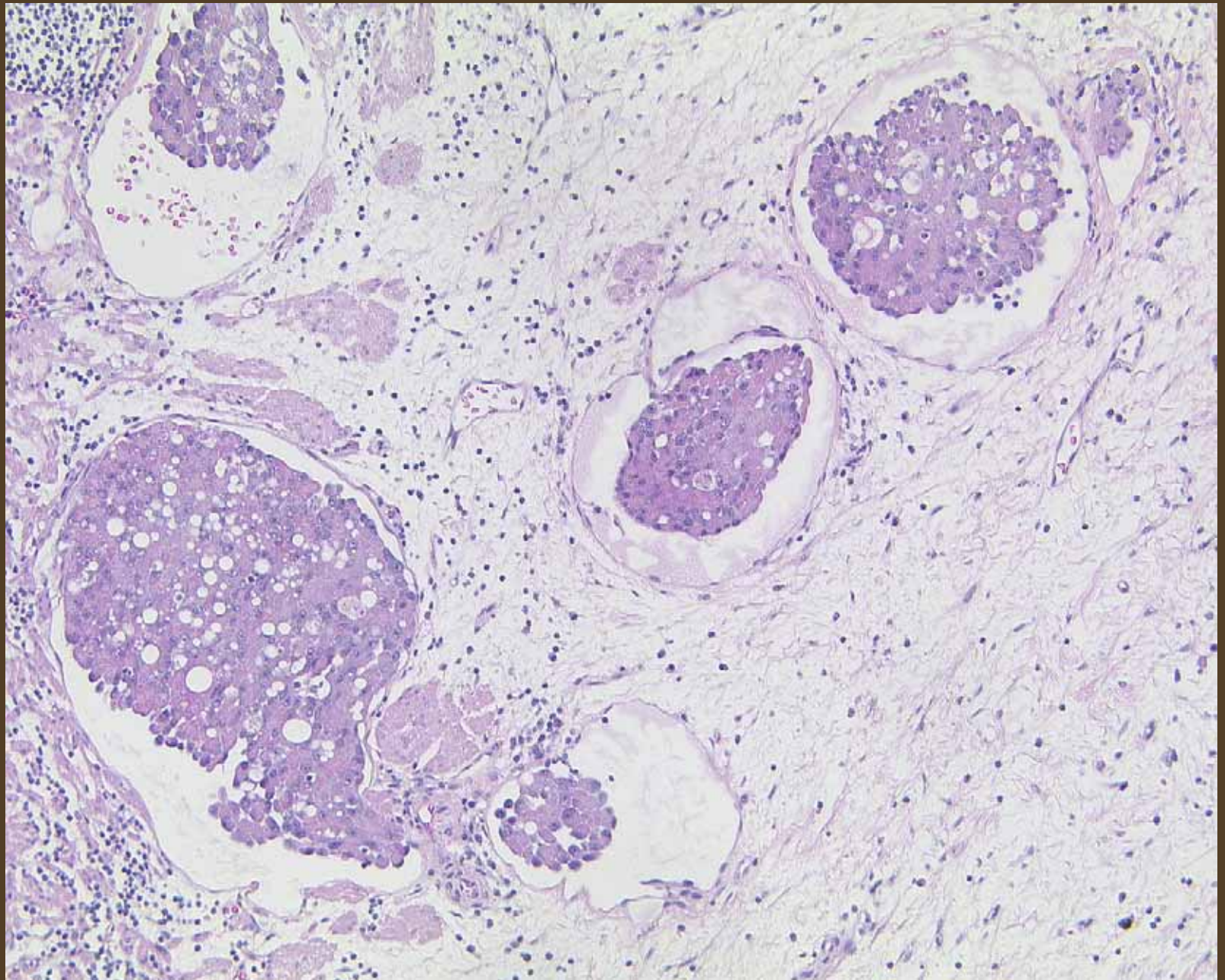
Hep Par 1

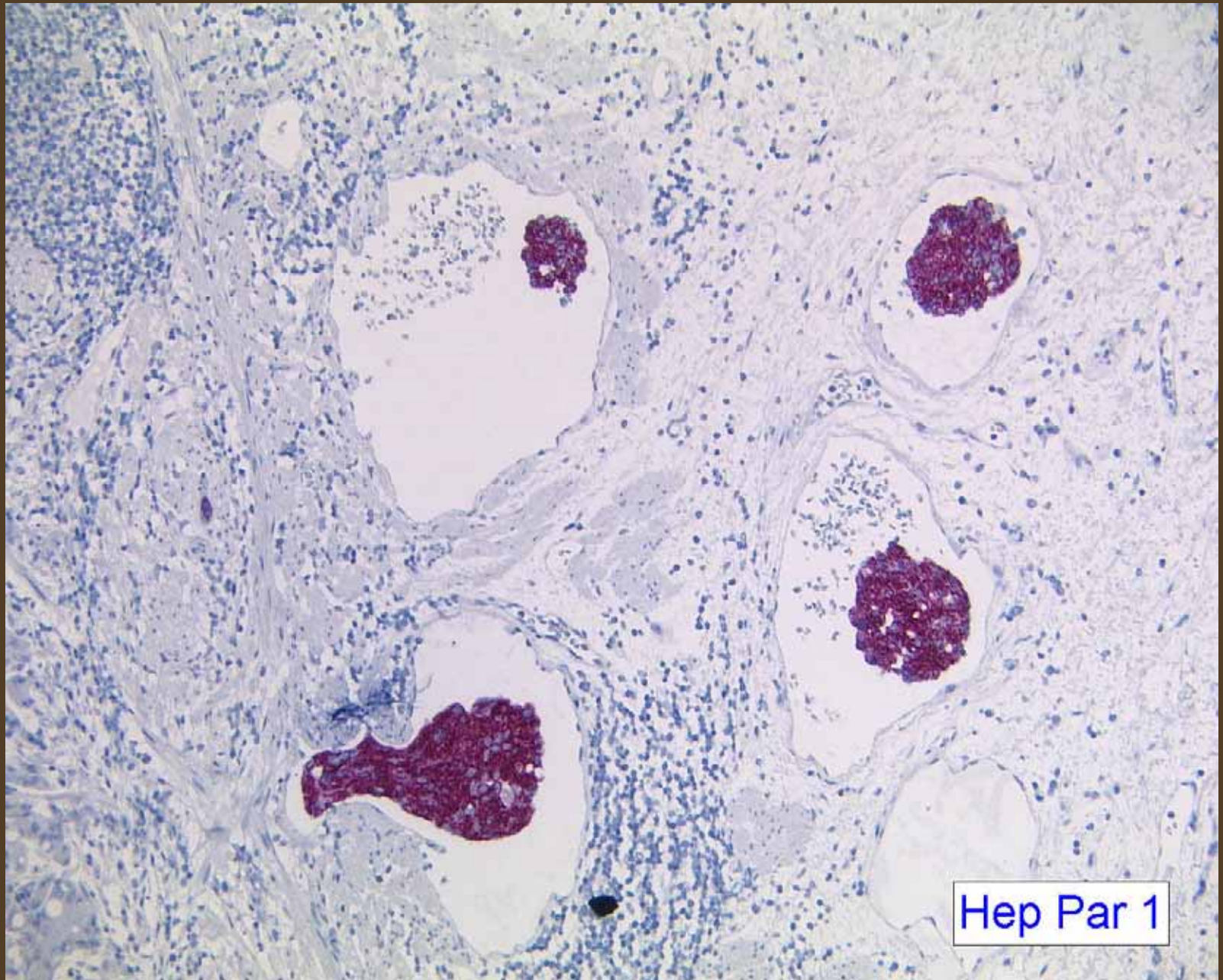


CEA



CK 20





Hep Par 1

Unsere Diagnose:

Gastrektomiepräparat mit einem lokal weit fortgeschrittenen Carcinom, teils Siegelringzellcarcinom, teils hepatoides Adeno-Carcinom. Ausgiebige Lymphangiosis und Hämangiosis carcinomatosa, tumorfreie Resektatränder.

Tumorkategorie: pT<sub>3</sub>, pN<sub>3</sub> (31/31), L<sub>1</sub>, V<sub>1</sub>, G3

## Hepatoide Adeno-Carcinome des Magens

- Erstbeschreibung 1970 (Bourelle et al.)
- Seither ca. 250-300 Fälle publiziert
- Schlechtere Prognose
- Frühe Metastasierung
- Hämangiosis carcinomatosa



## Hepatoide Adeno-Carcinome des Magens

- Hepatoide Differenzierung
- Serum-AFP +
- IHC: AFP, AAT, Hep Par 1
- Zweite Differenzierung: meist tubuläres oder papilläres Carcinom
- Bislang keine Siegelringzellkomponente

## Hepatoide Adeno-Carcinome des Magens

Nagai et al. 1993:

28 hepatoide Ca's:            15 AFP+

   13 AFP –

22 AFP+ Ca's ohne histol. hepatoide Differenzierung

Hepatoide Differenzierung prognoserelevant!

## Hepatoide Adeno-Carcinome des Magens

Hepatoider Tumorcharakter: Erhöhte mRNA für Albumin in hepatoiden Tumoren vs. Andere Differenzierungen (Yano et al., 2003).

Gemeinsamer Ursprung hepatoider und anderer Differenzierungen: Identischer LOH und identische p53-Mutationen (Akiyama et al., 2003).

**Niedersächsische Rätselecke**

**13.11.04**

**Fall Nr. 7**

**Nordstadt Krankenhaus**

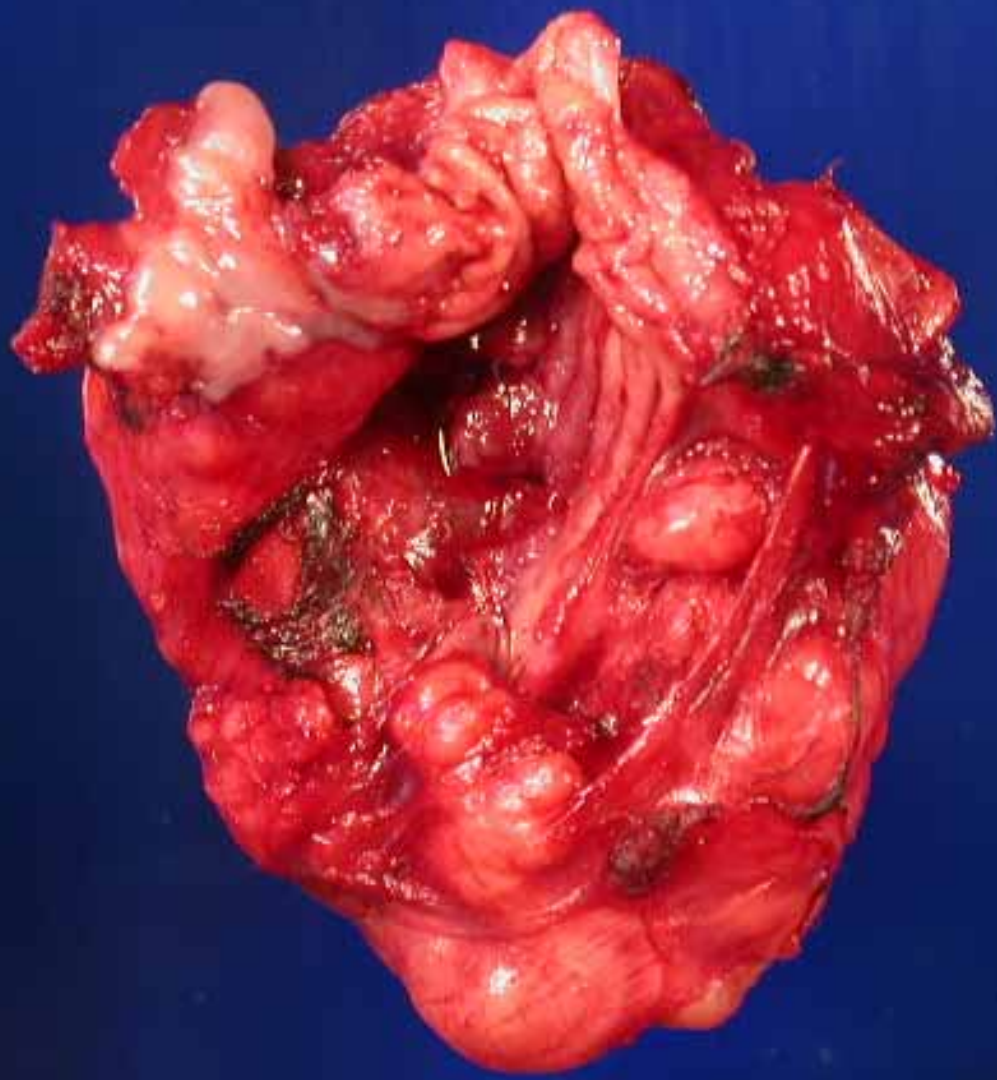
**47jährige Frau**

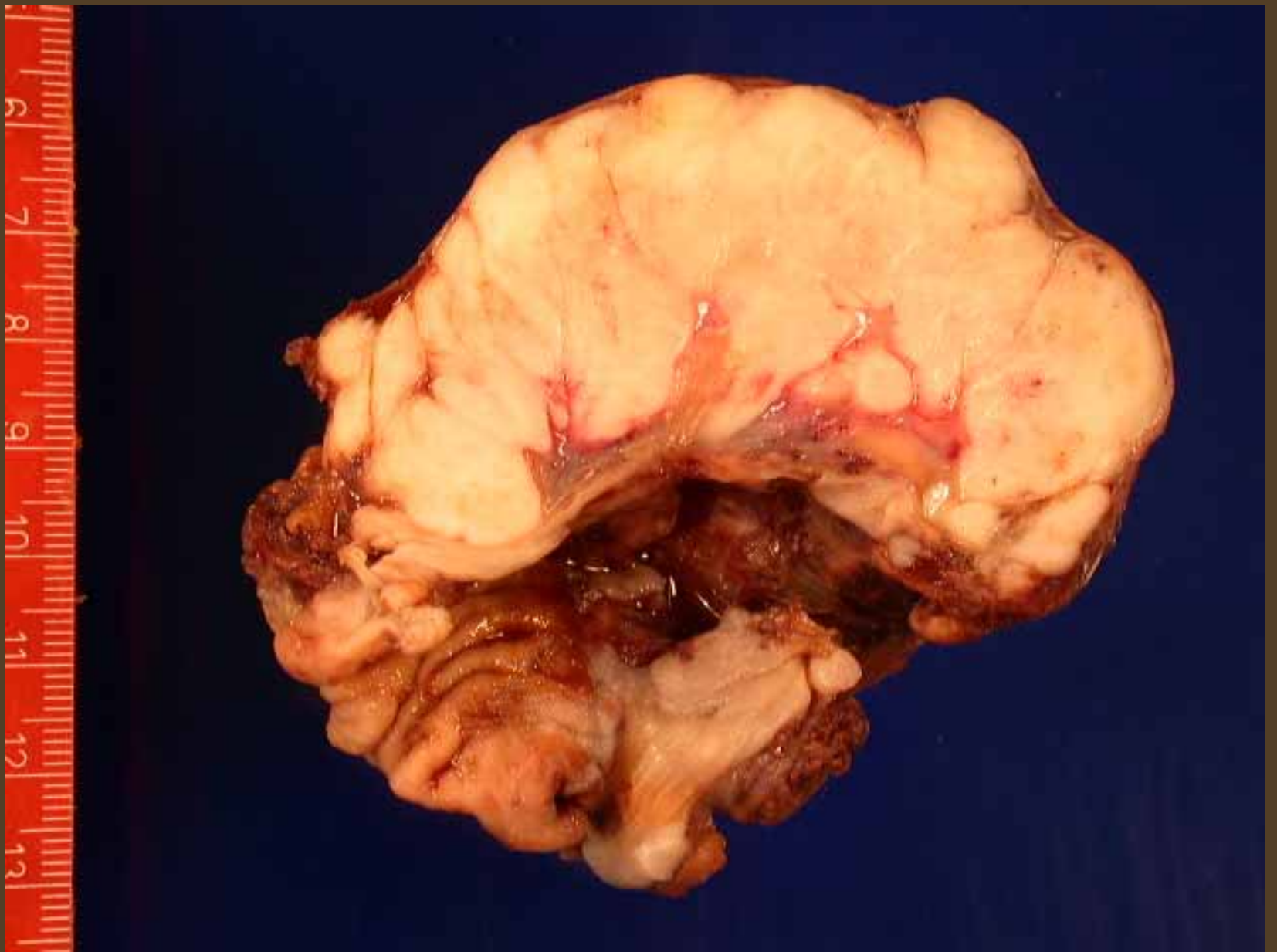
**Asthma bronchiale**

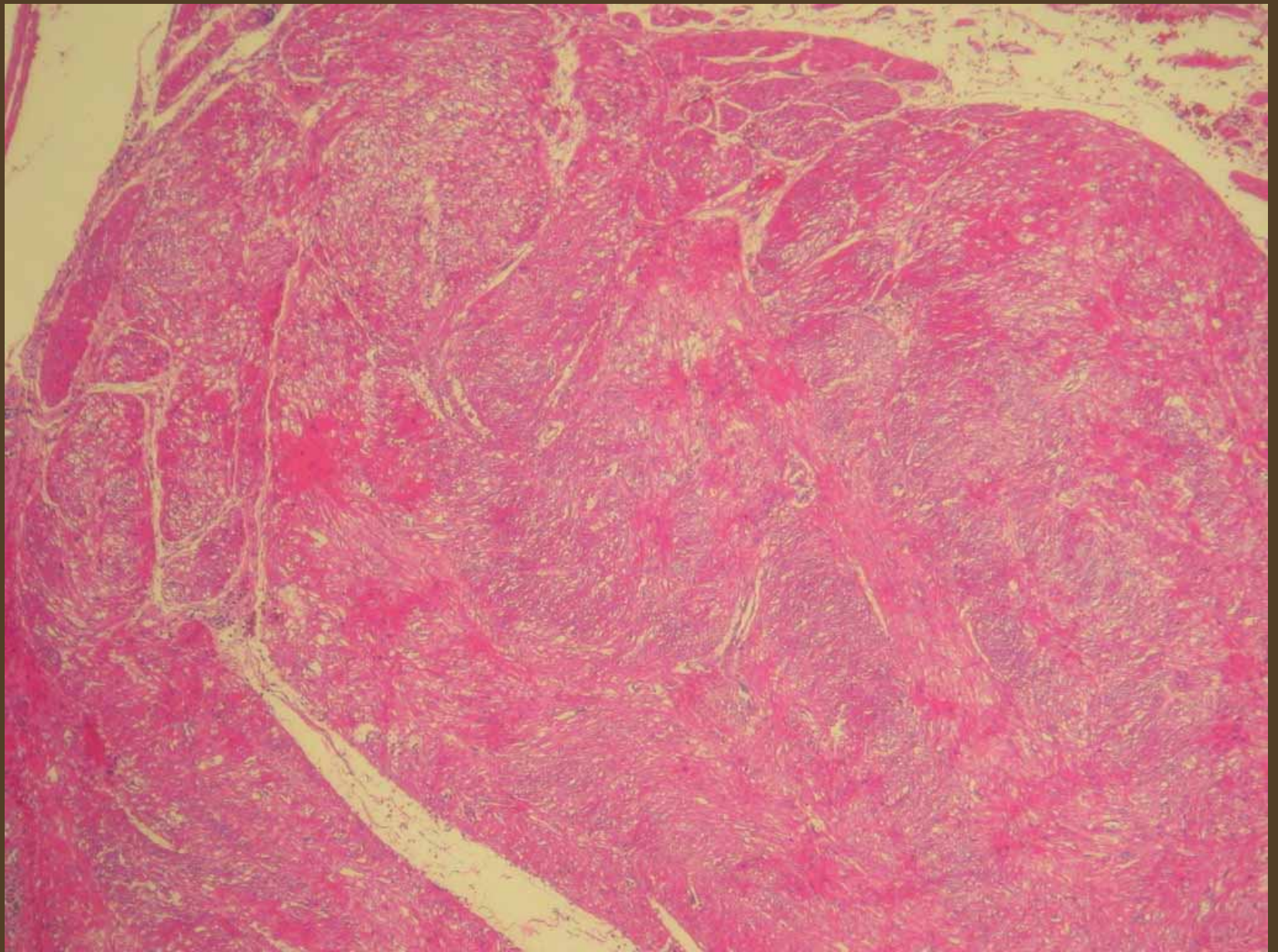
**keine Beschwerden**



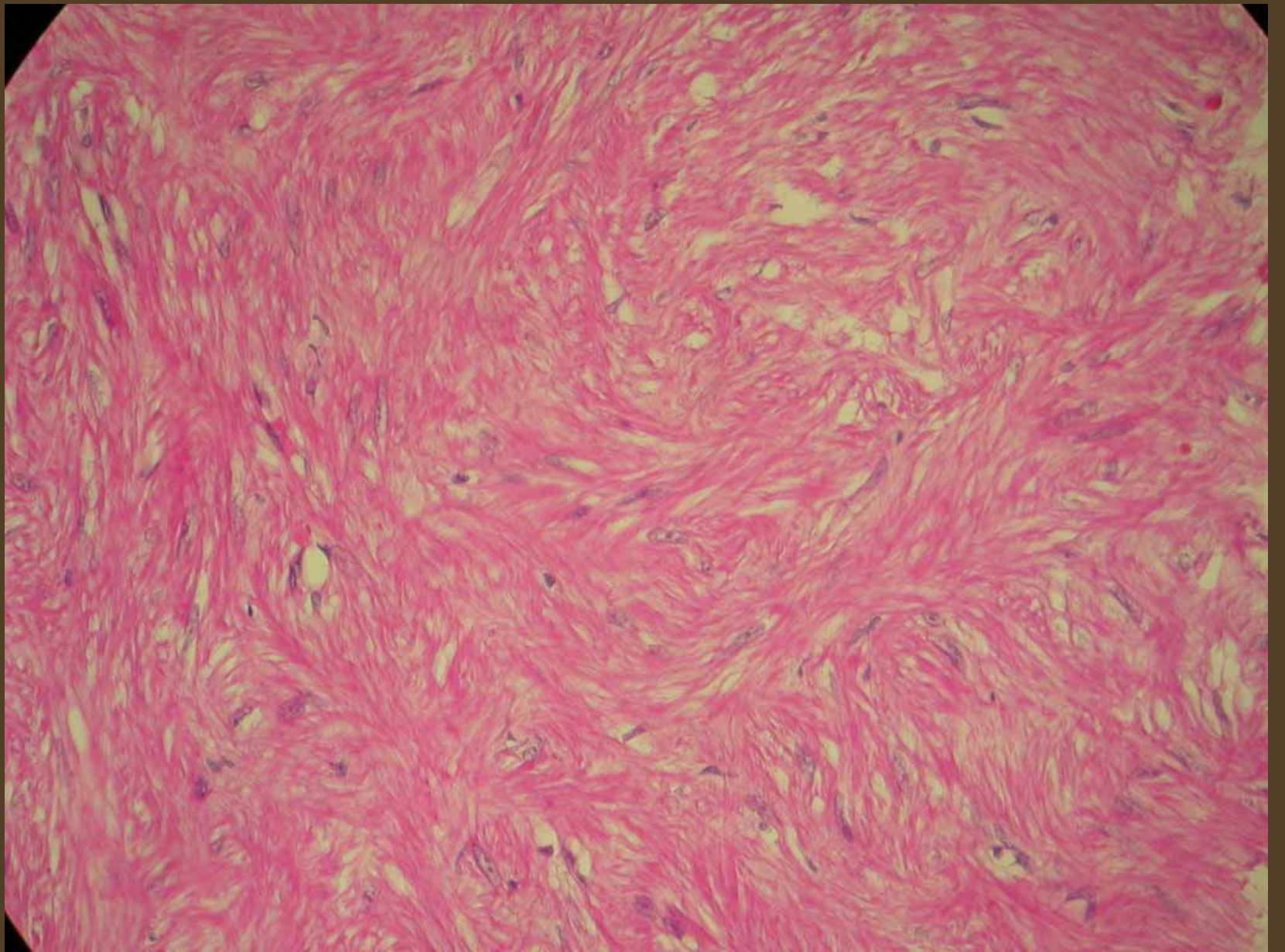
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
1

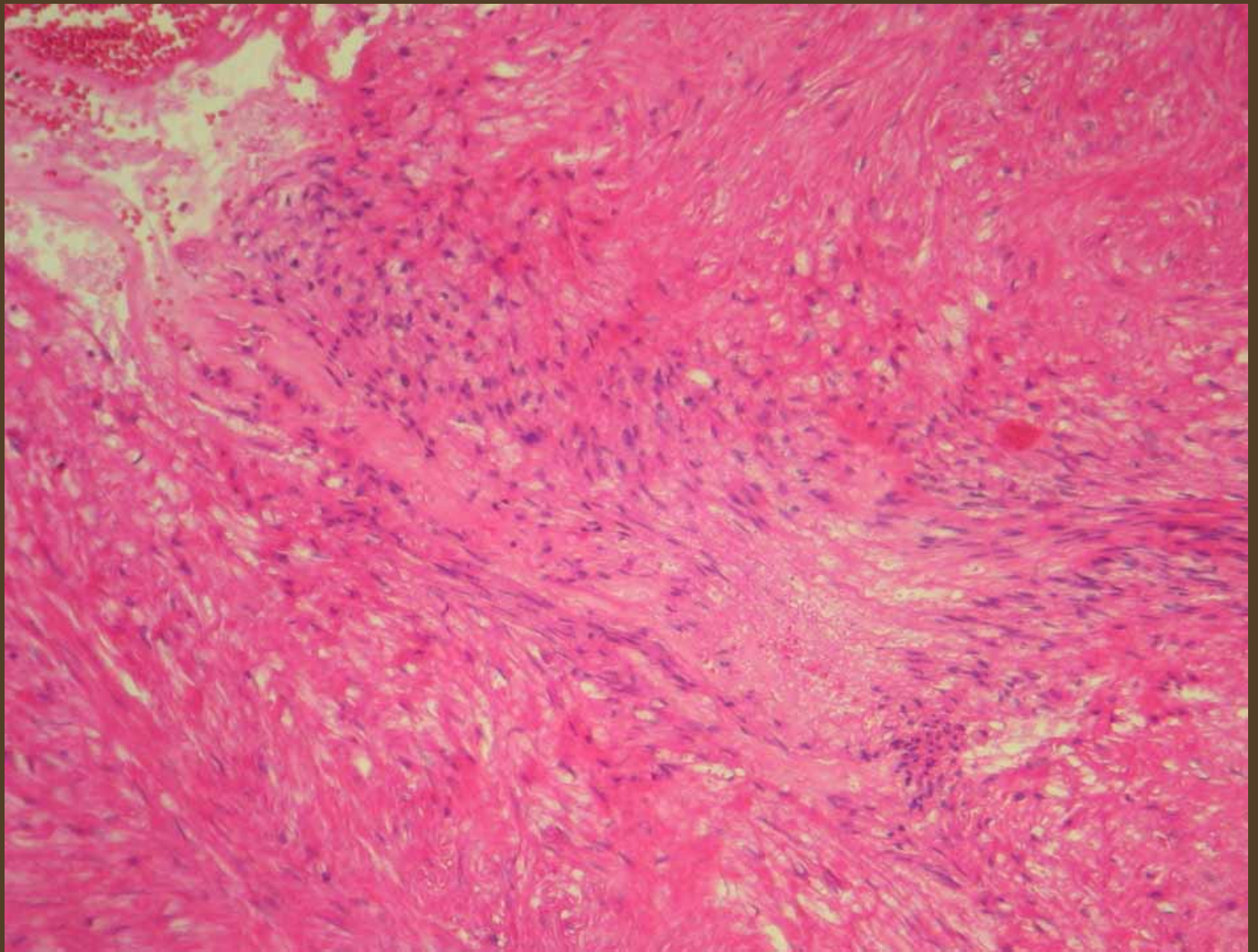


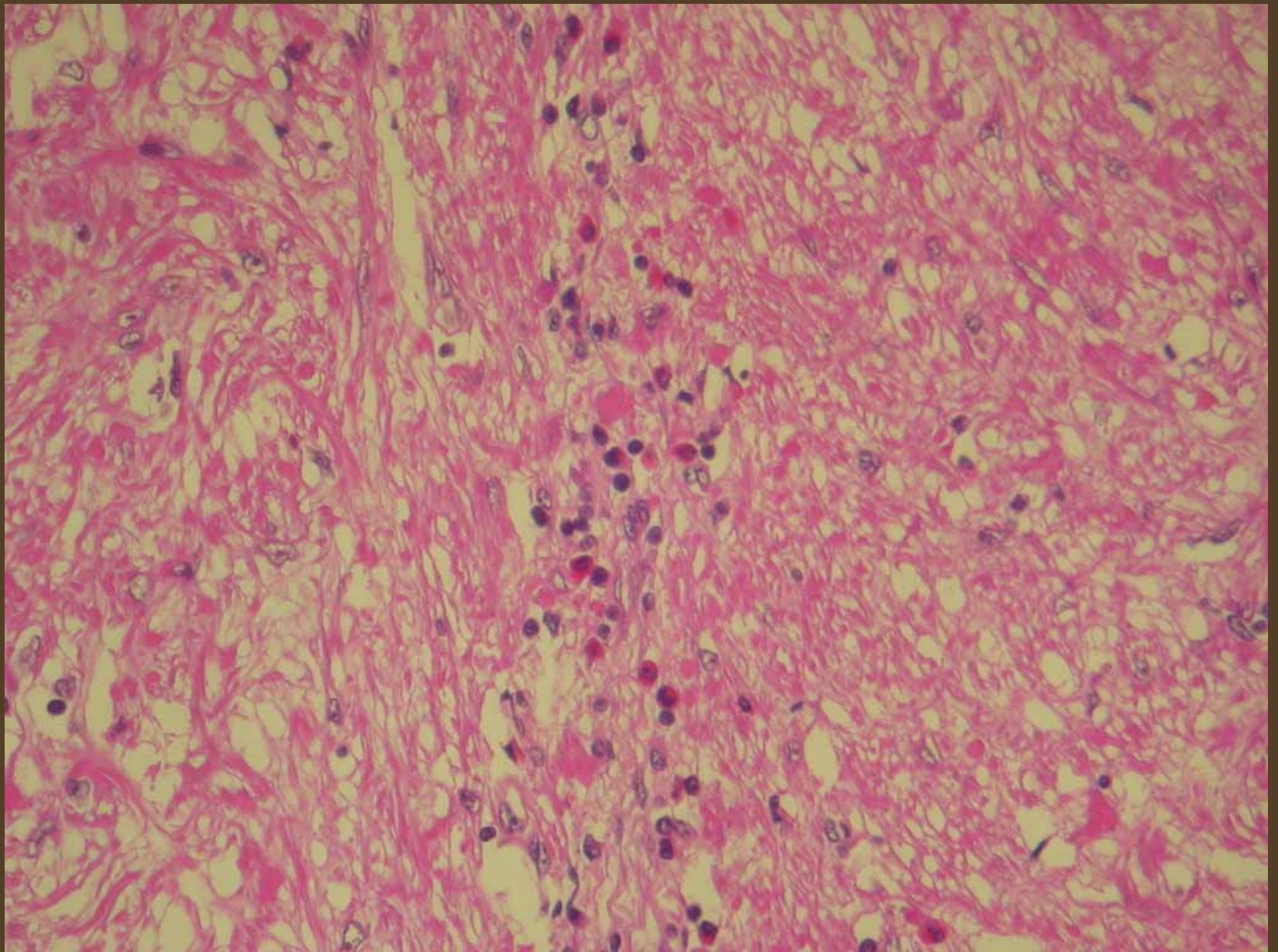


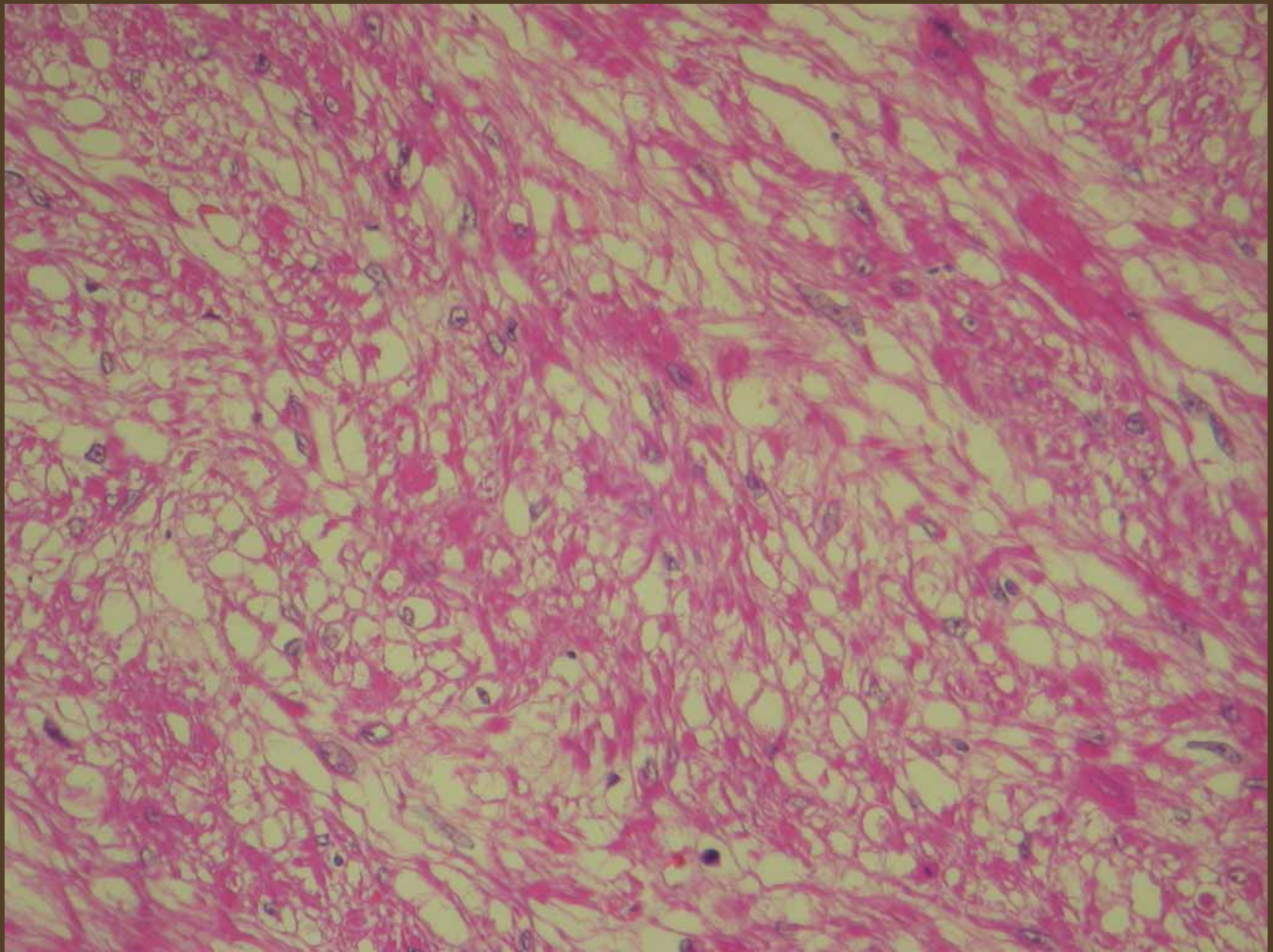




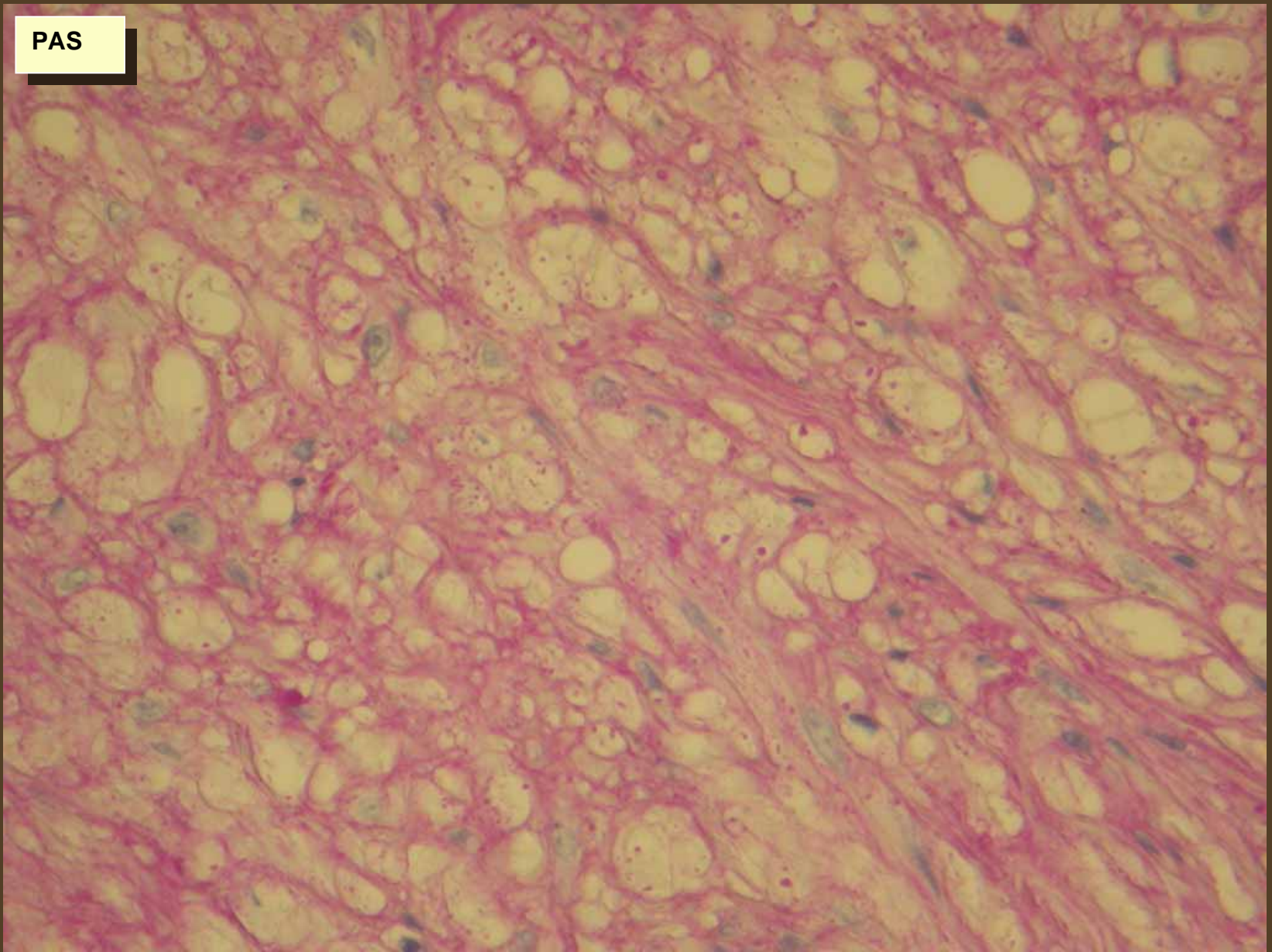


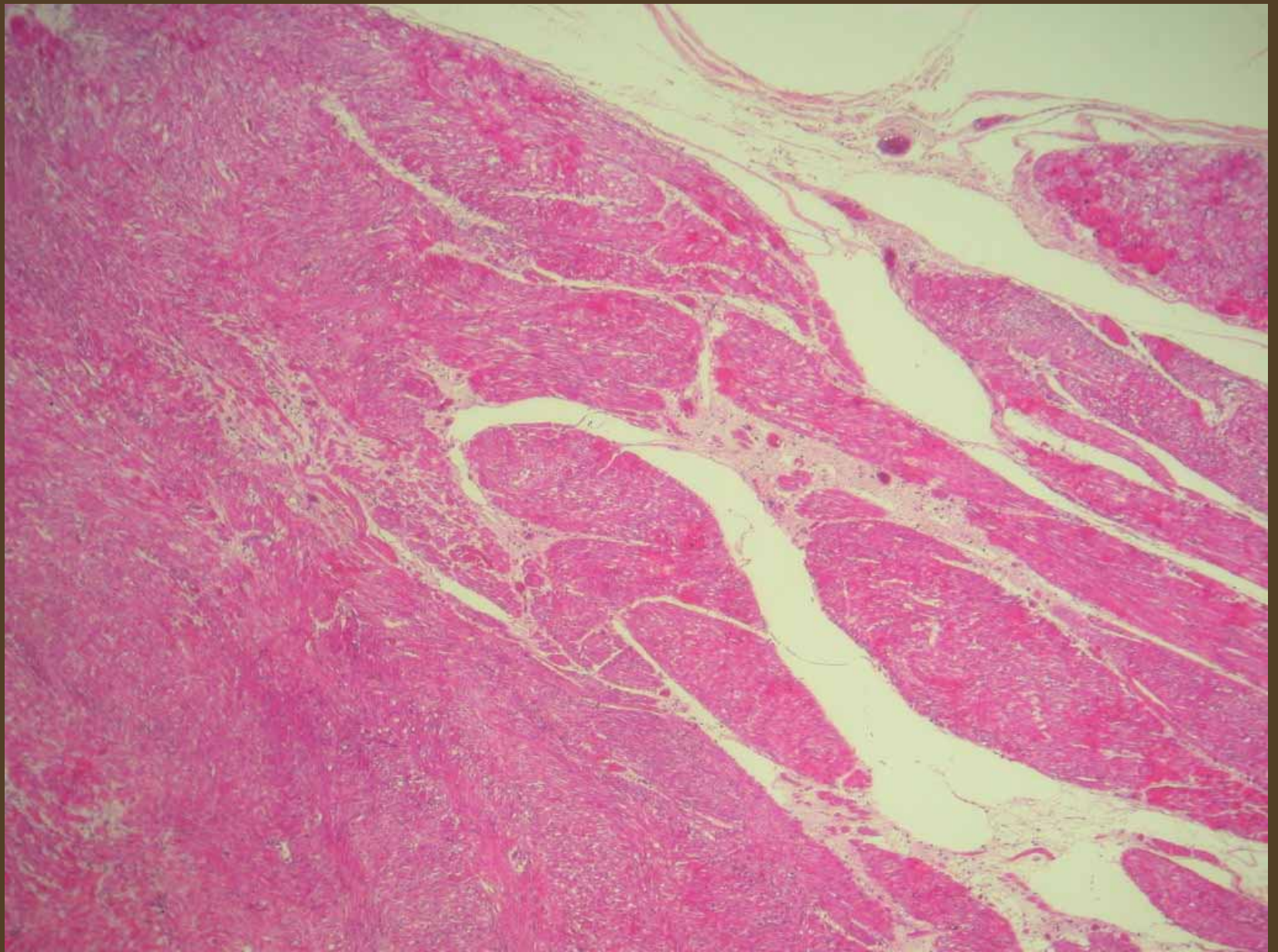




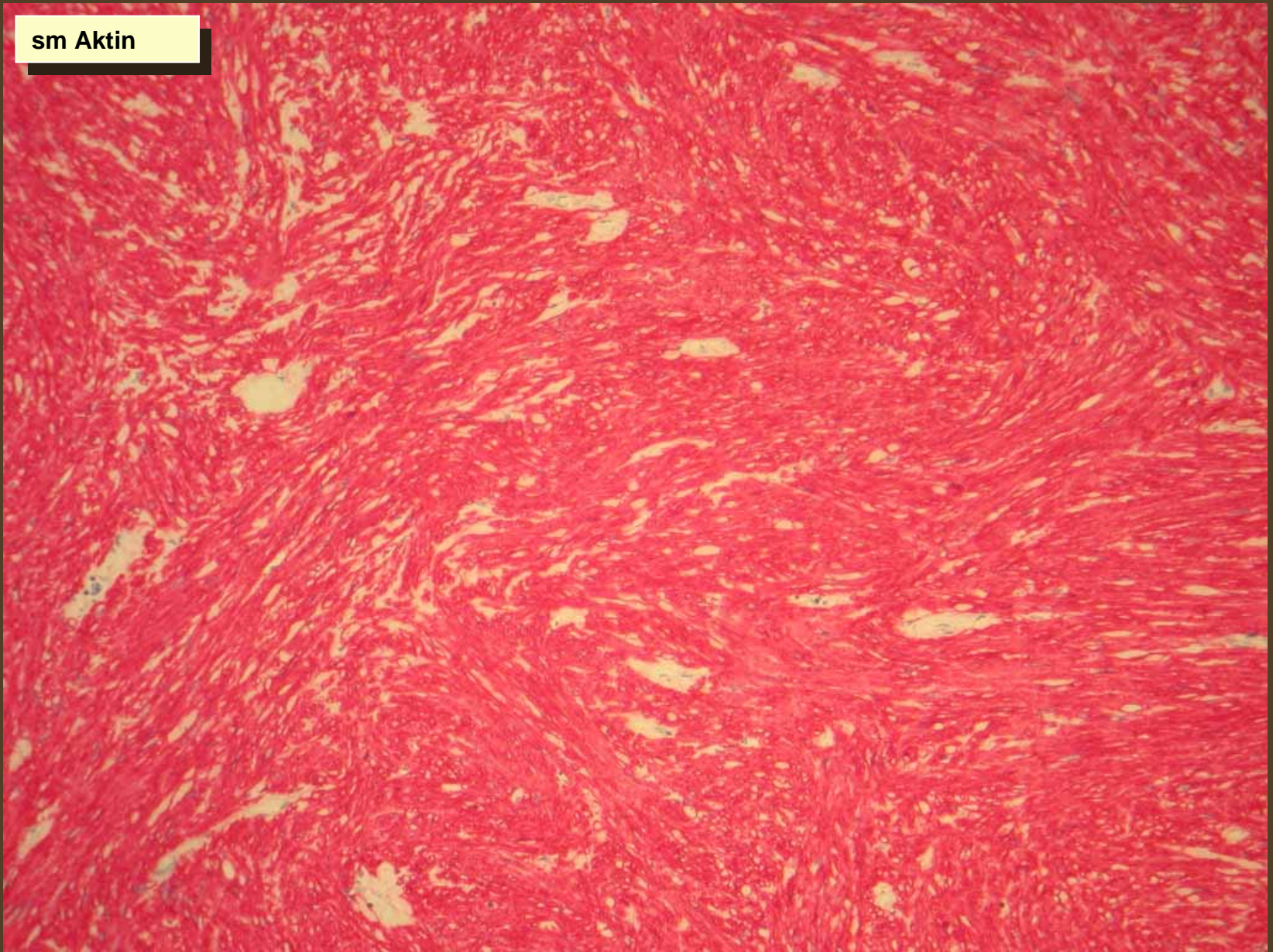


PAS

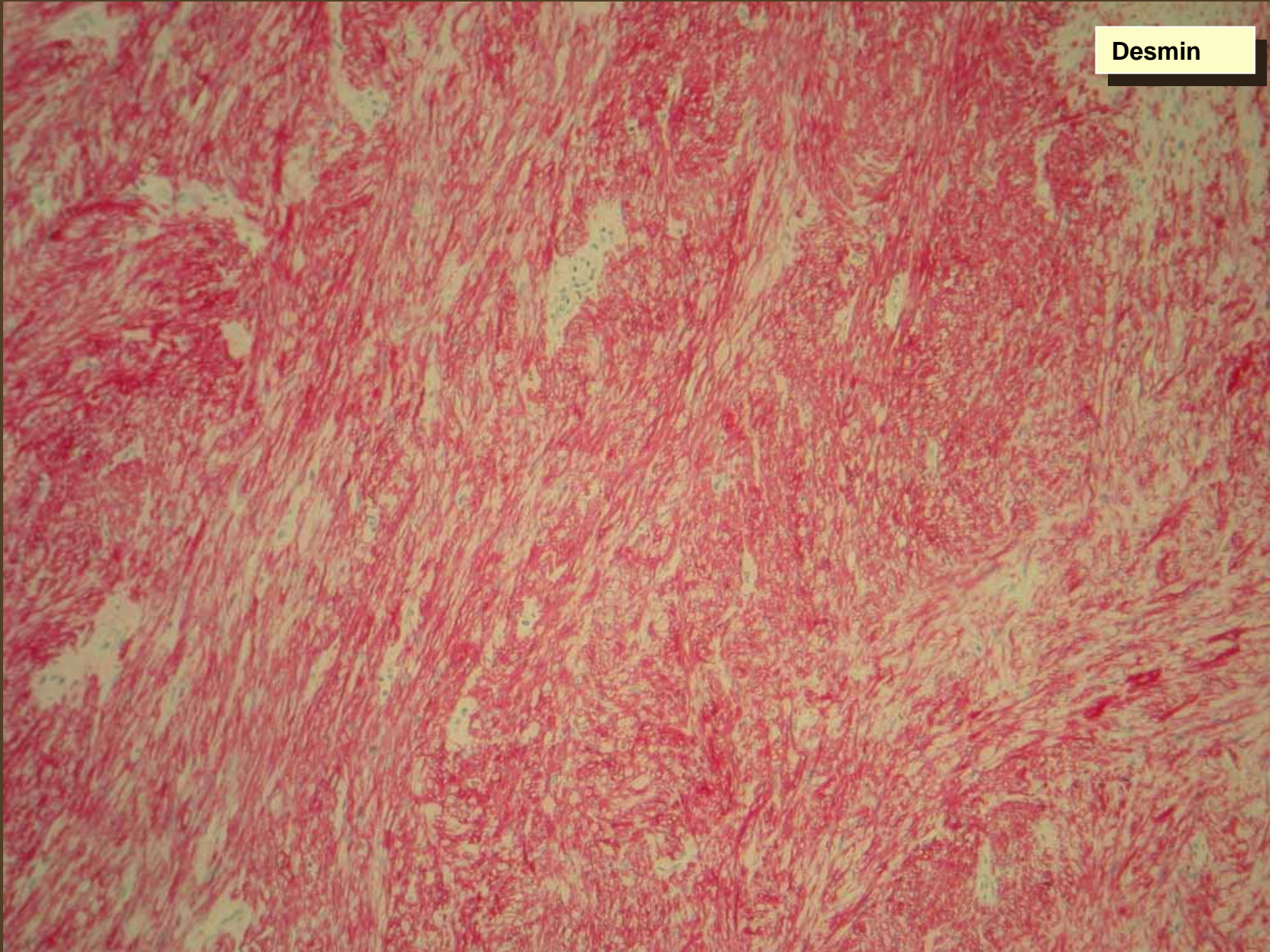




sm Aktin

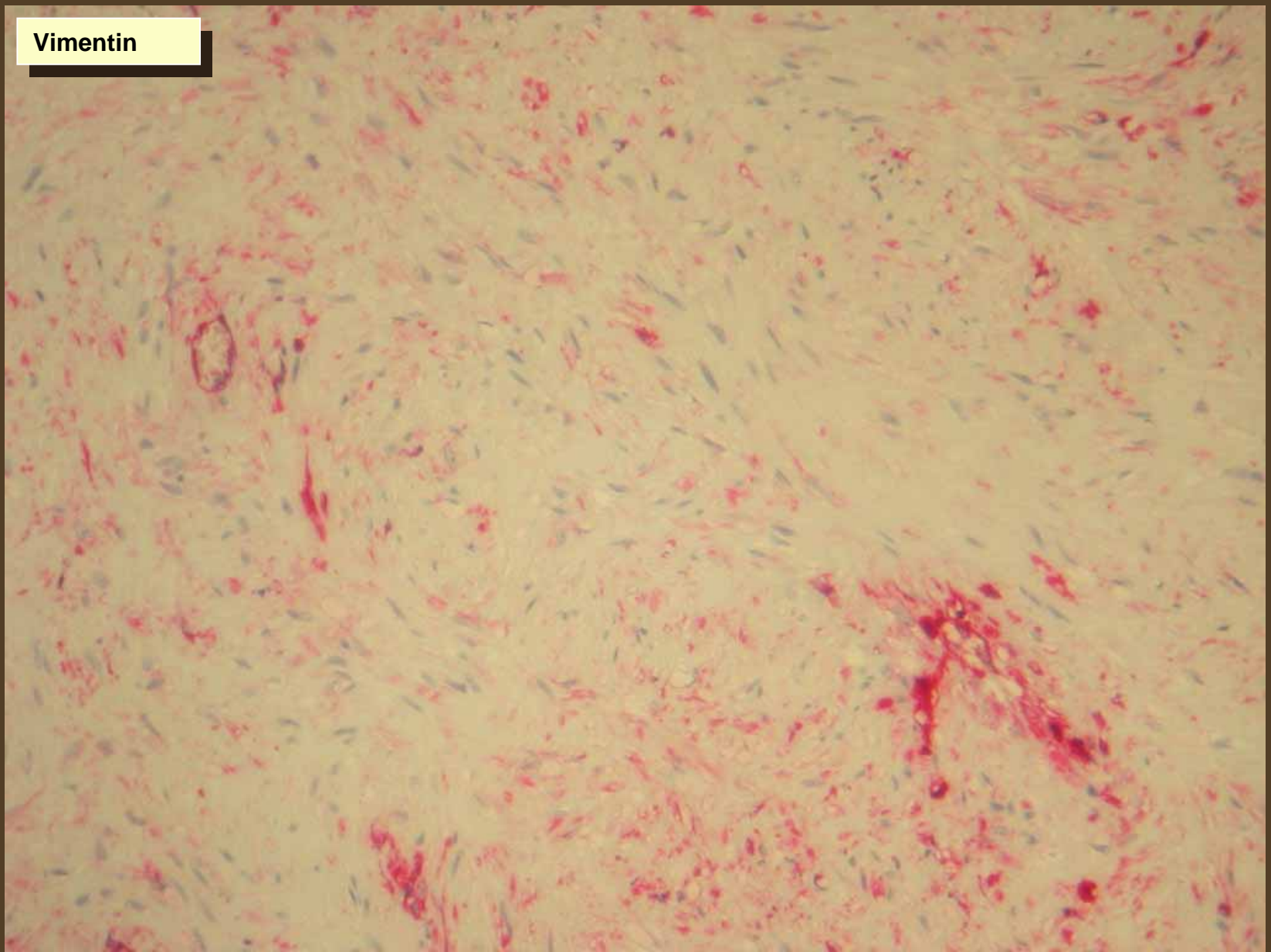


**Desmin**

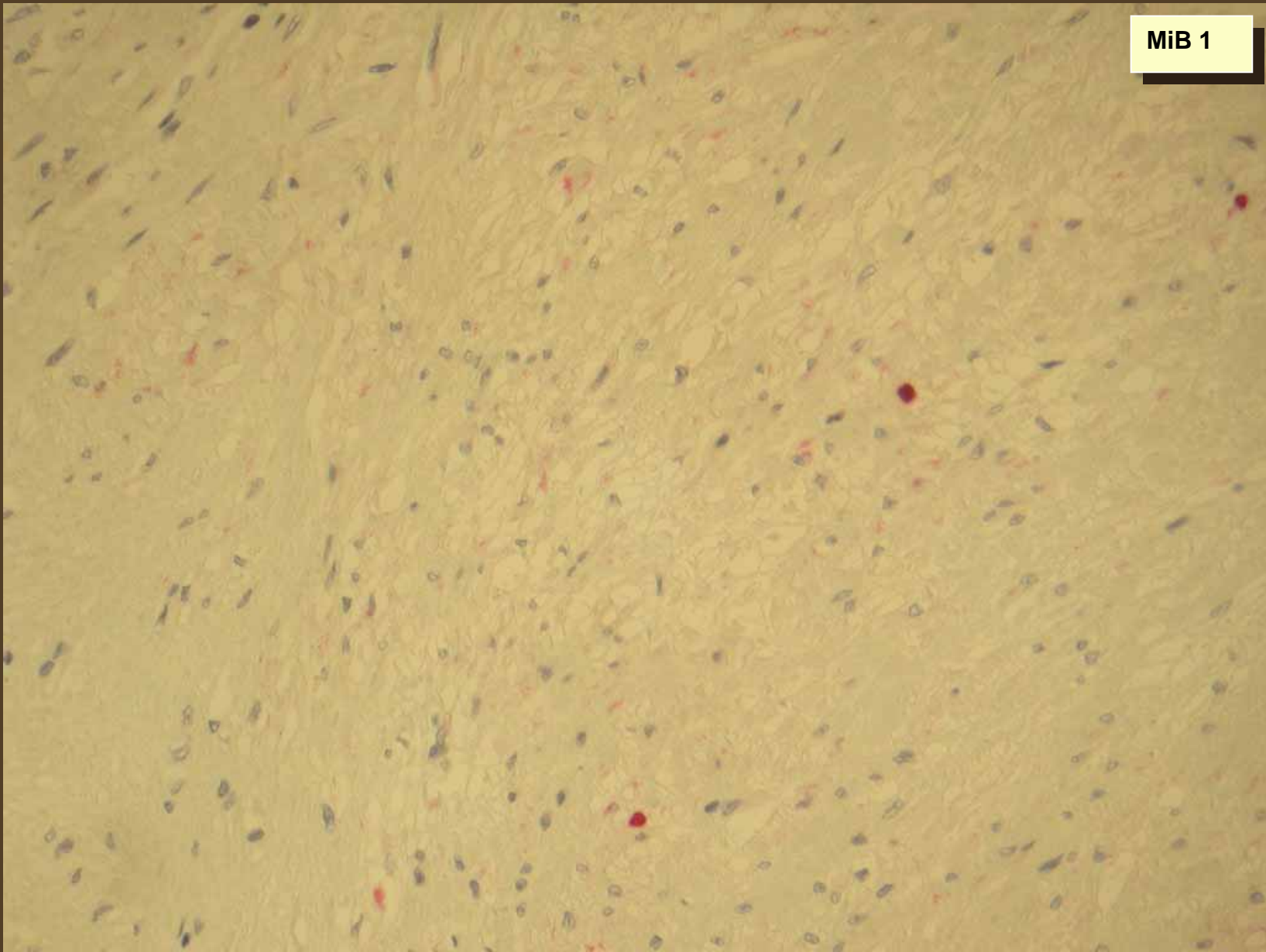




**Vimentin**



MiB 1



# Oesophageale Leiomyomatose

---

- auch Tracheobronchialsystem, weibl. Genitale
- sehr selten
- Alter: 6-84  
(meist jugendliche Patienten)
- Dysphagie, postprandiale Regurgitation, Gewichtsverlust
- Therapie: Resektion

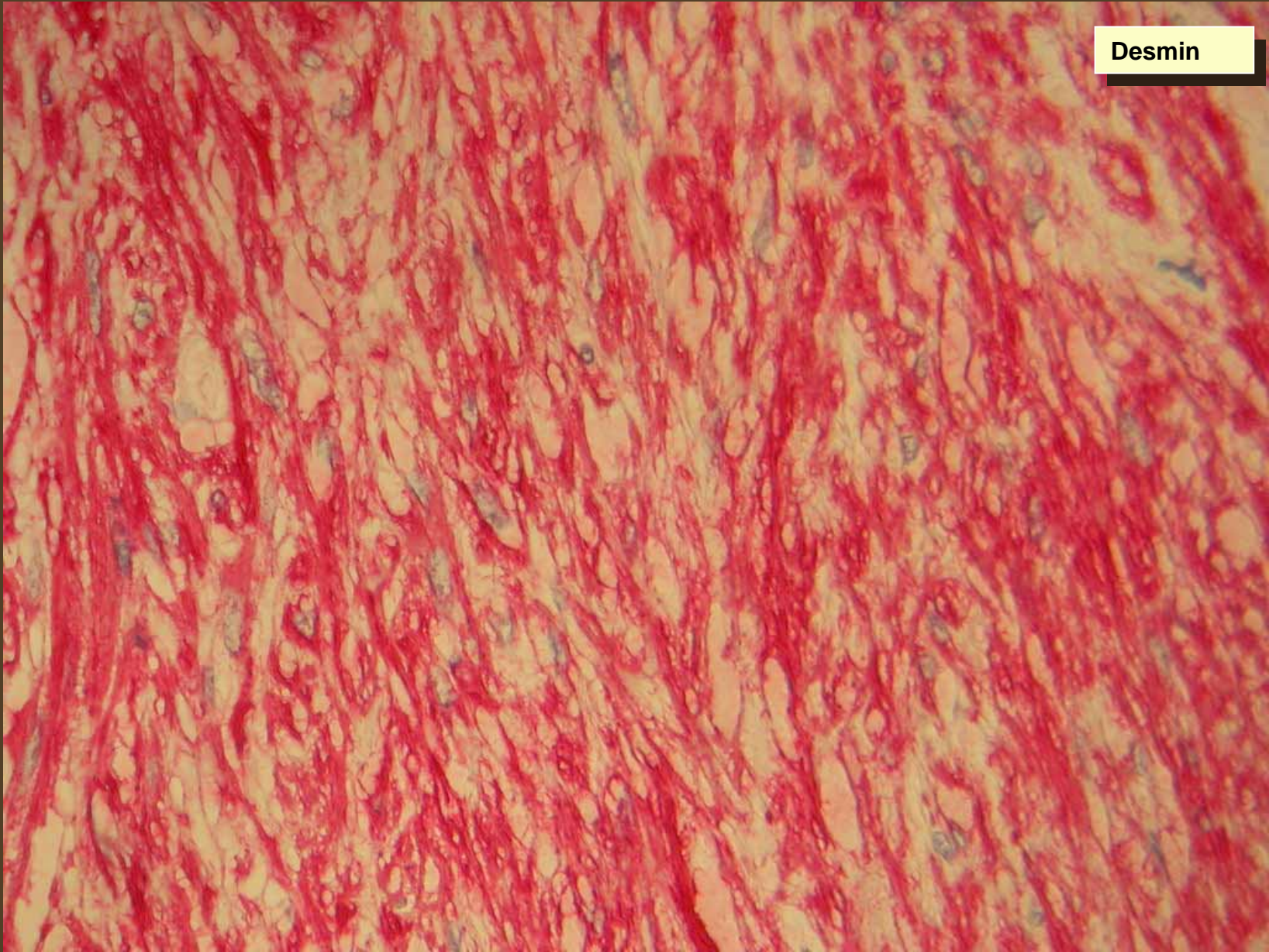
# Leiomyomatose

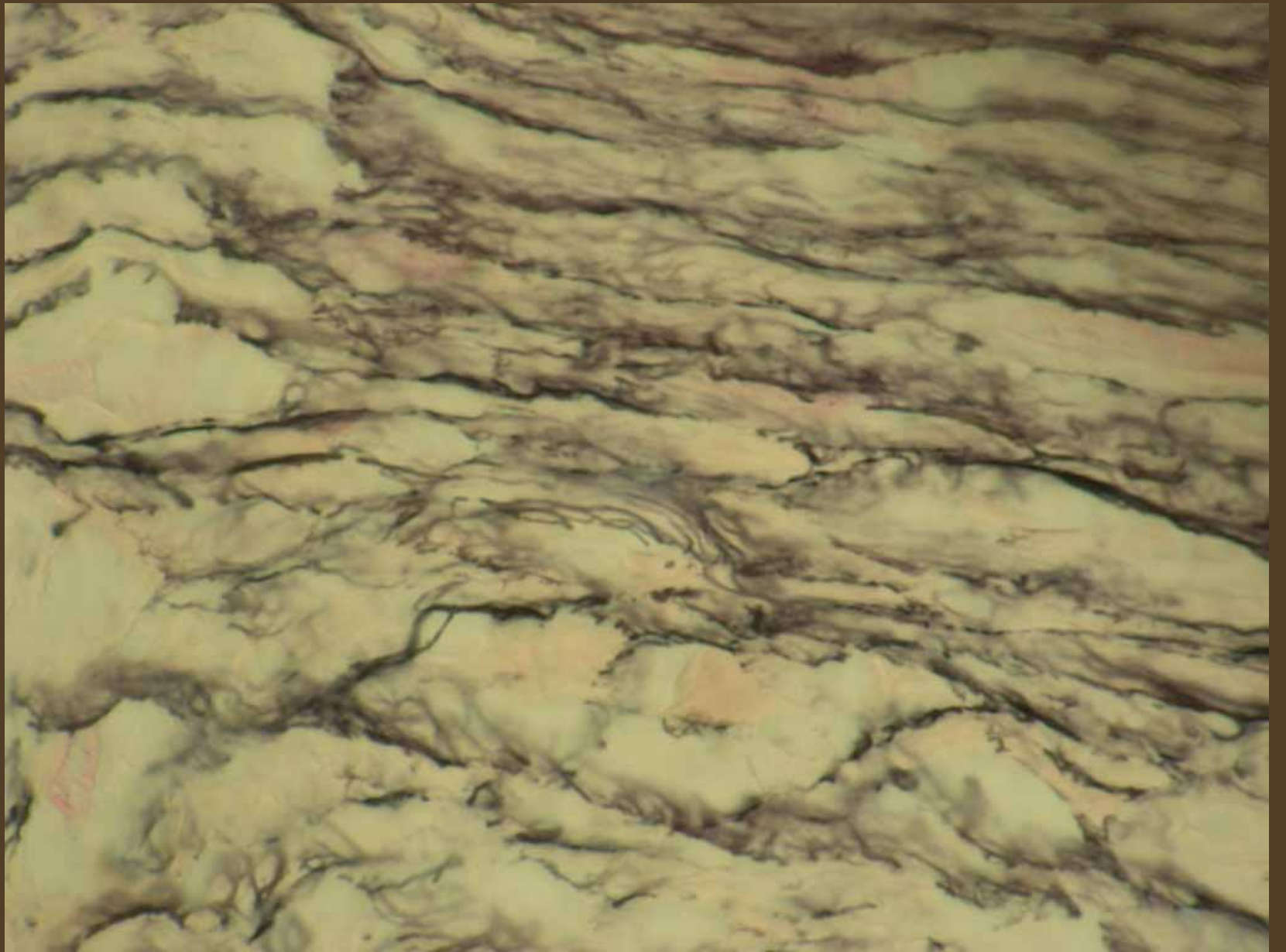
Deletion des 5' Endes des  
Col 4A5 - und des COL 4A6-Gens  
auf dem X-Chromosom

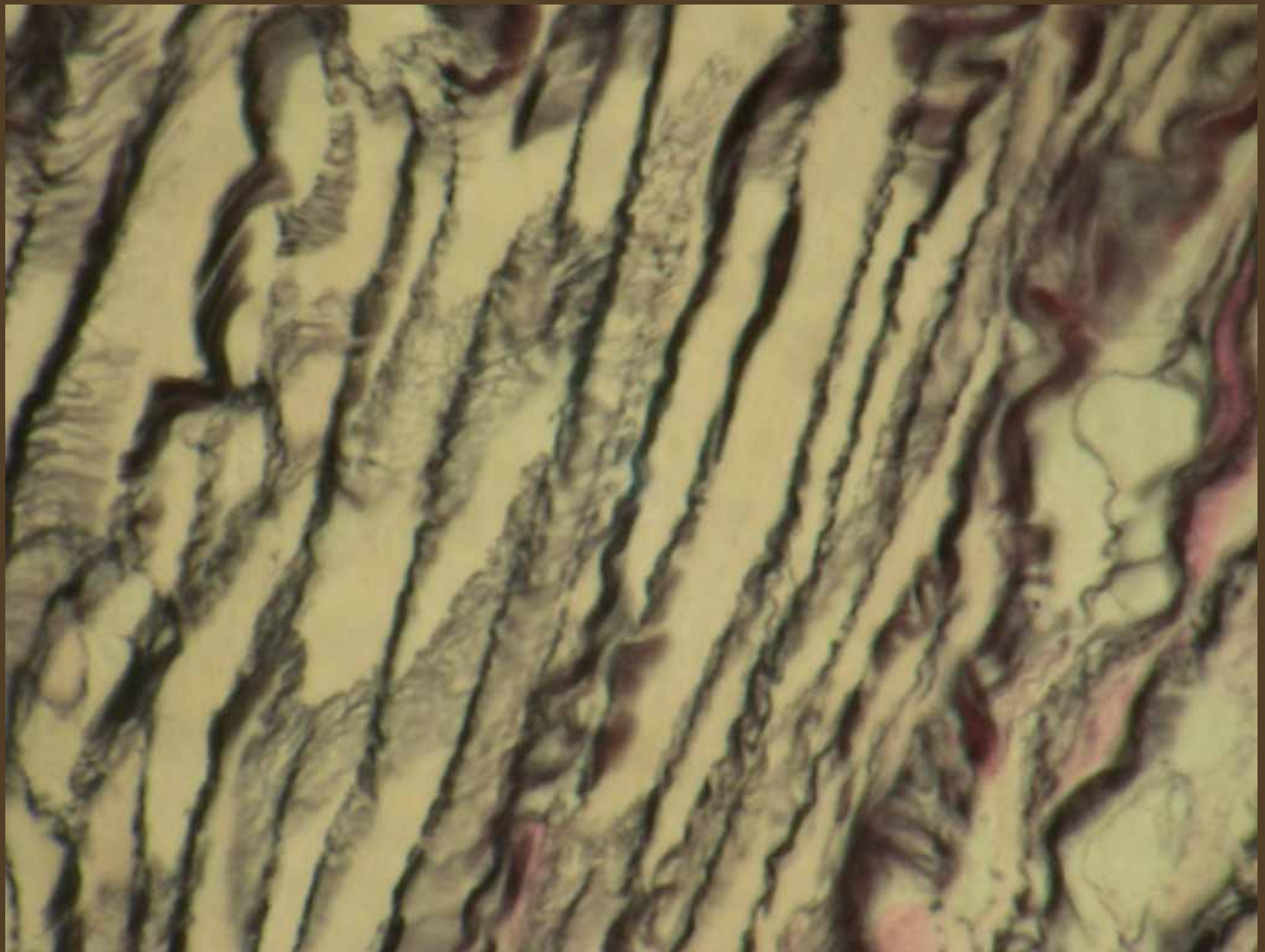
# Alport-Syndrom

verschiedene Mutationen des  
Col 4A5-Gens

**Desmin**







# Literatur

---

- Segal et al. (1999)  
Line-1 Elements at the sites of molecular rearrangements in Alport syndrome-diffuse leiomyomatosis  
Am J Hum Genet 64: 62-69
- Anker et al. (2003)  
Alport syndrom with diffuse leiomyomatosis  
Am J Med Genet 15; 119A(3): 381-5



# Kasuistisches Forum Niedersächsischer Pathologen

*vulgo*

## 57. Rätselecke

Nr. 8

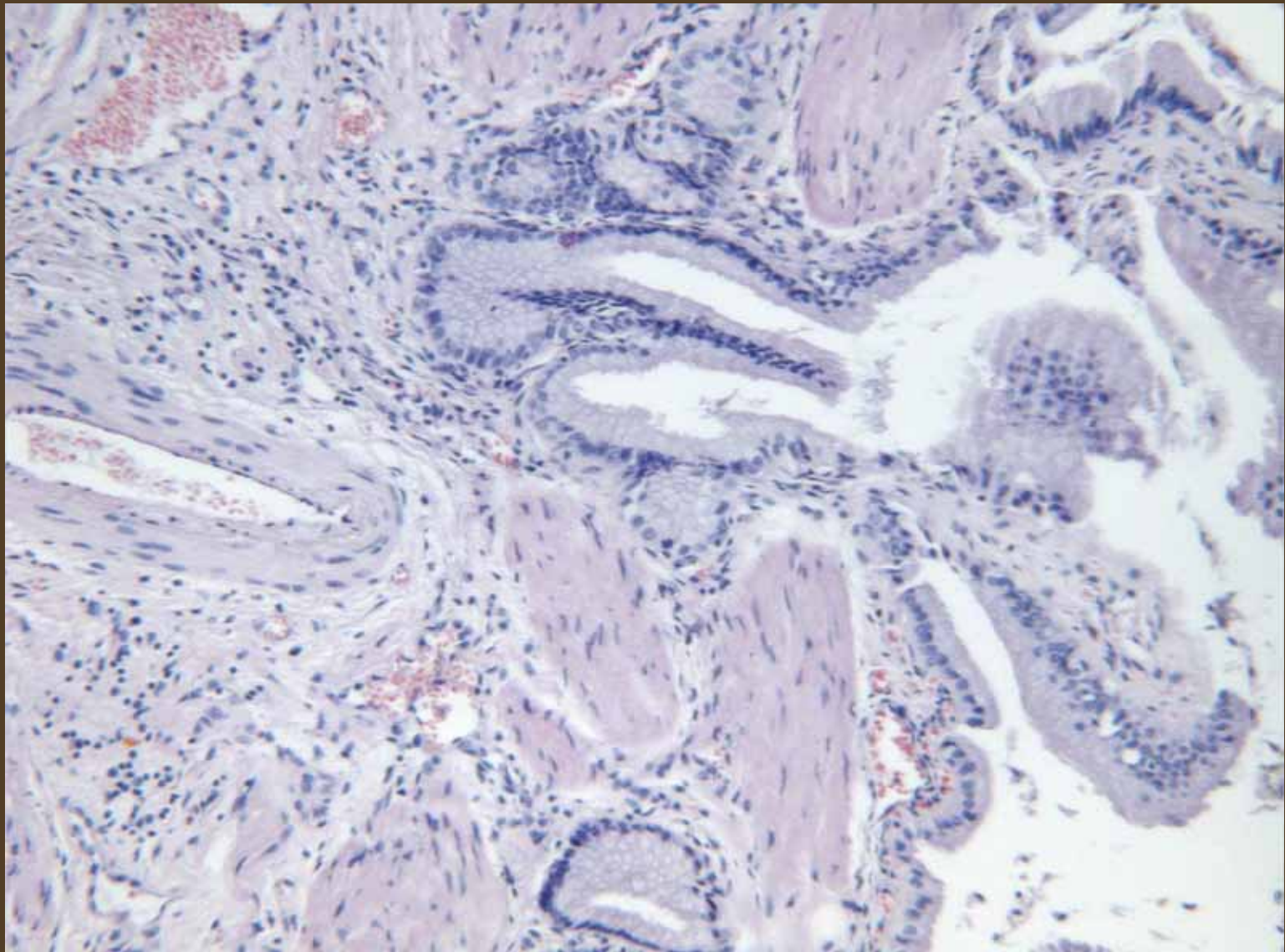


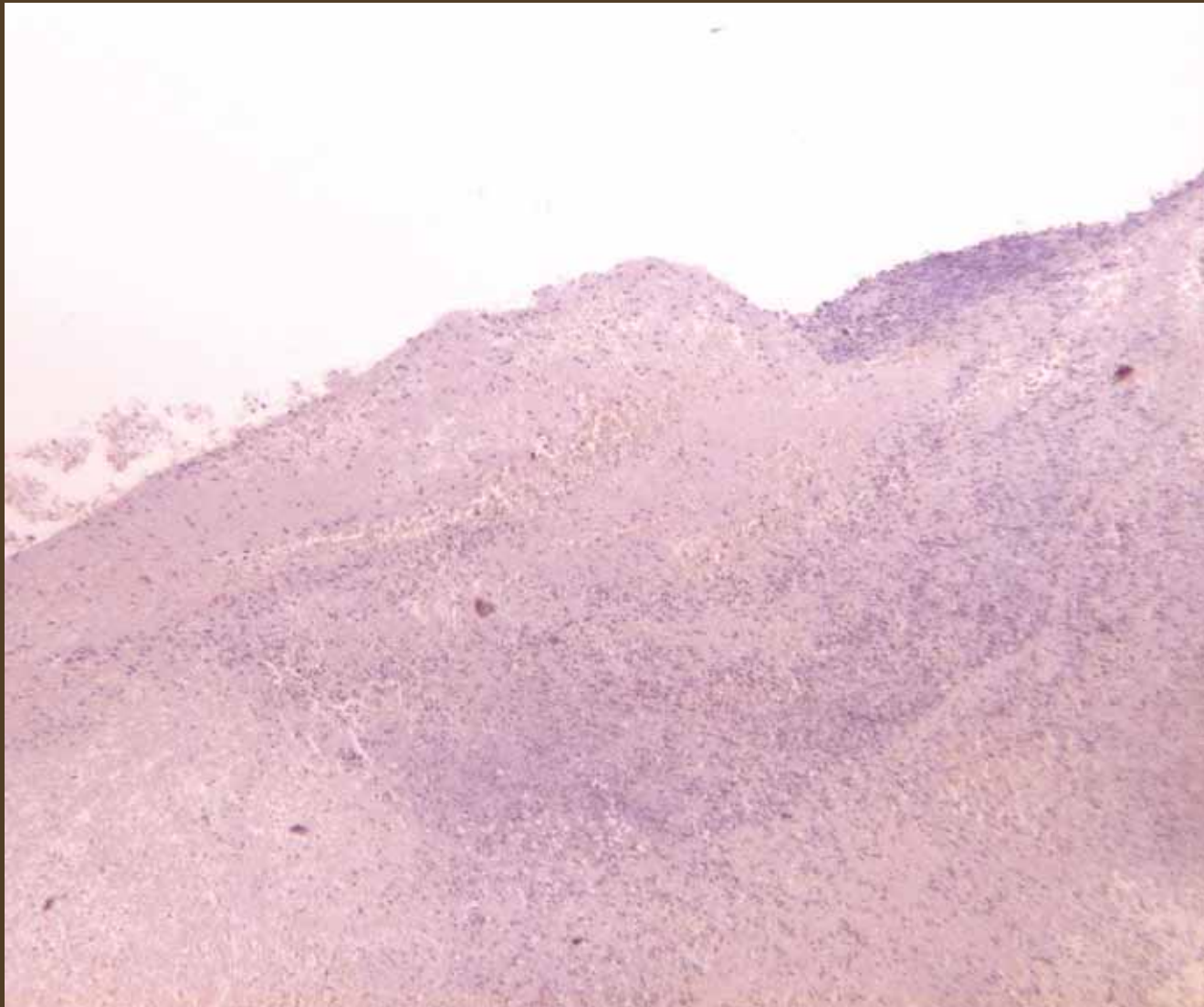
K.-F. Bürrig

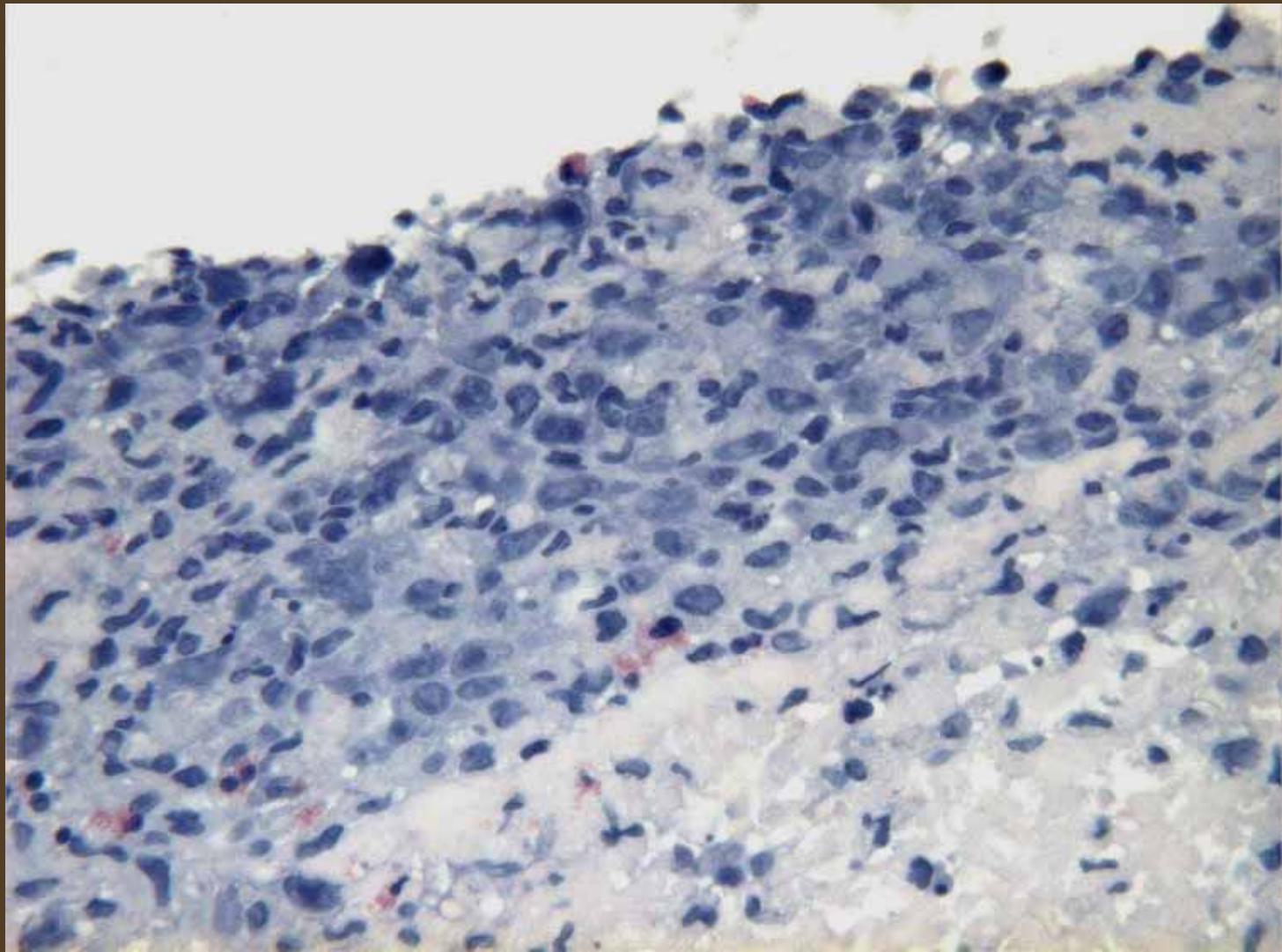
Städt. Krankenhaus Hildesheim GmbH

**70 Jahre alter Mann**

**Aortenaneurysma, Cholezystolithiasis**

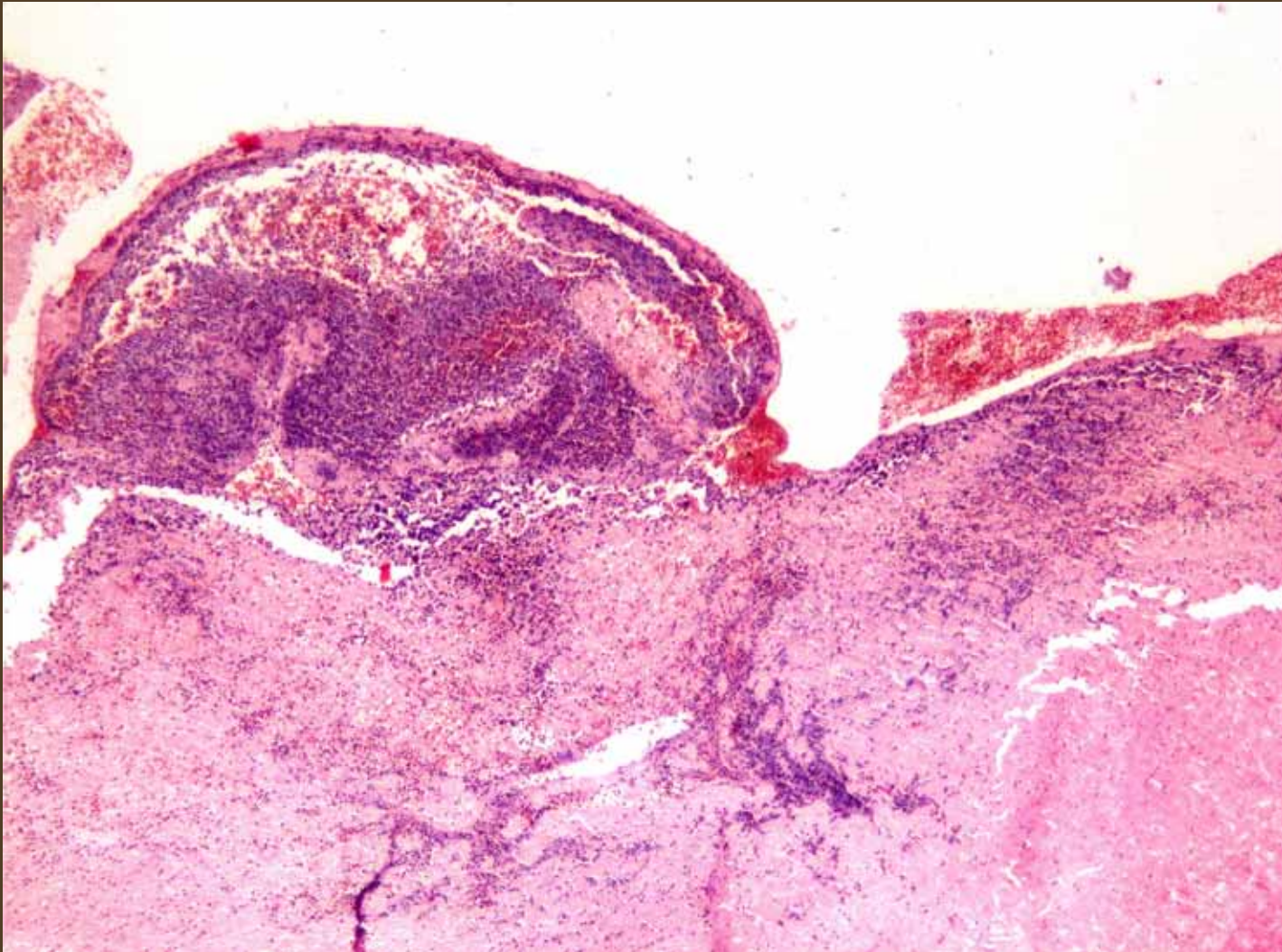




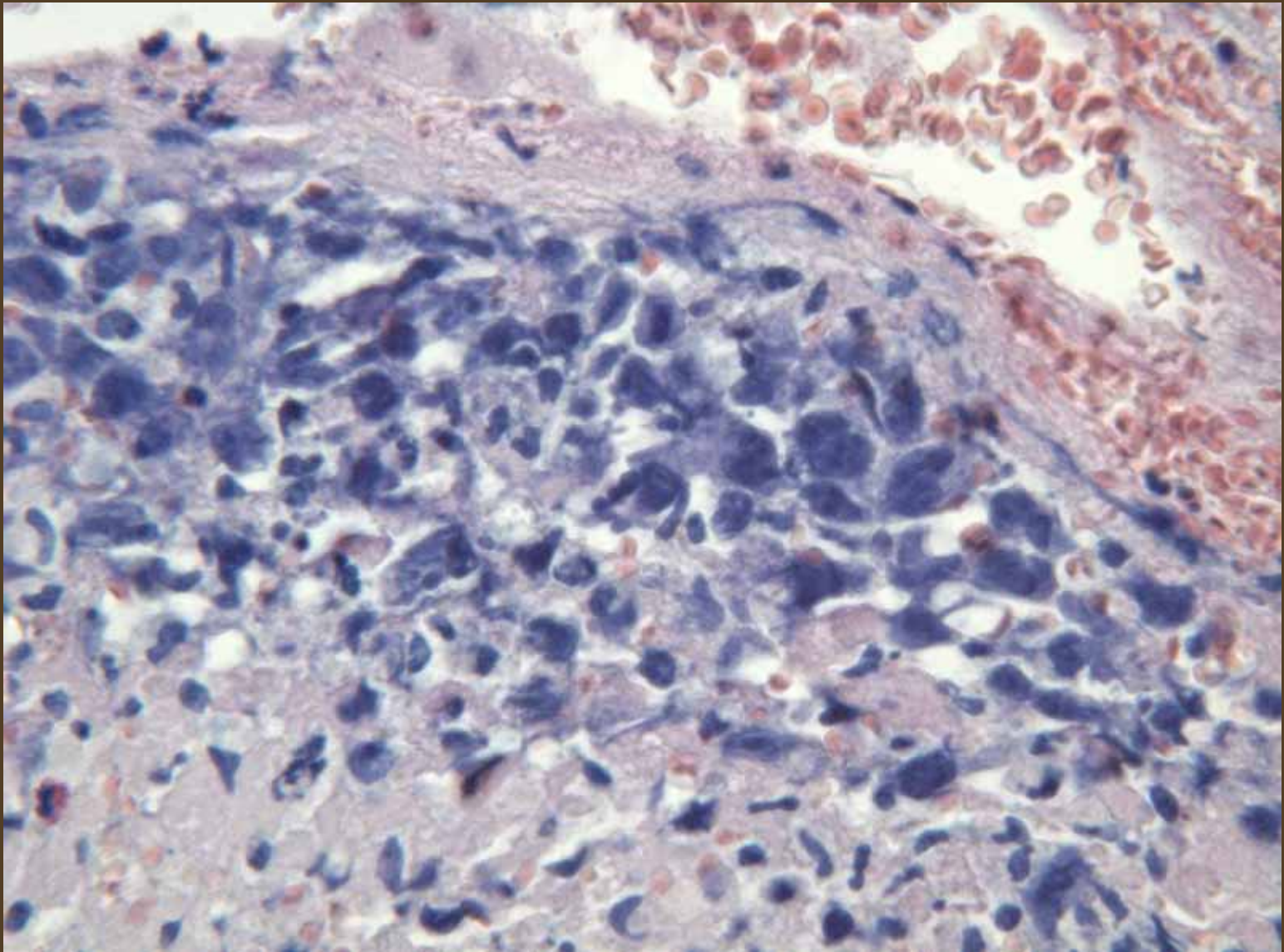


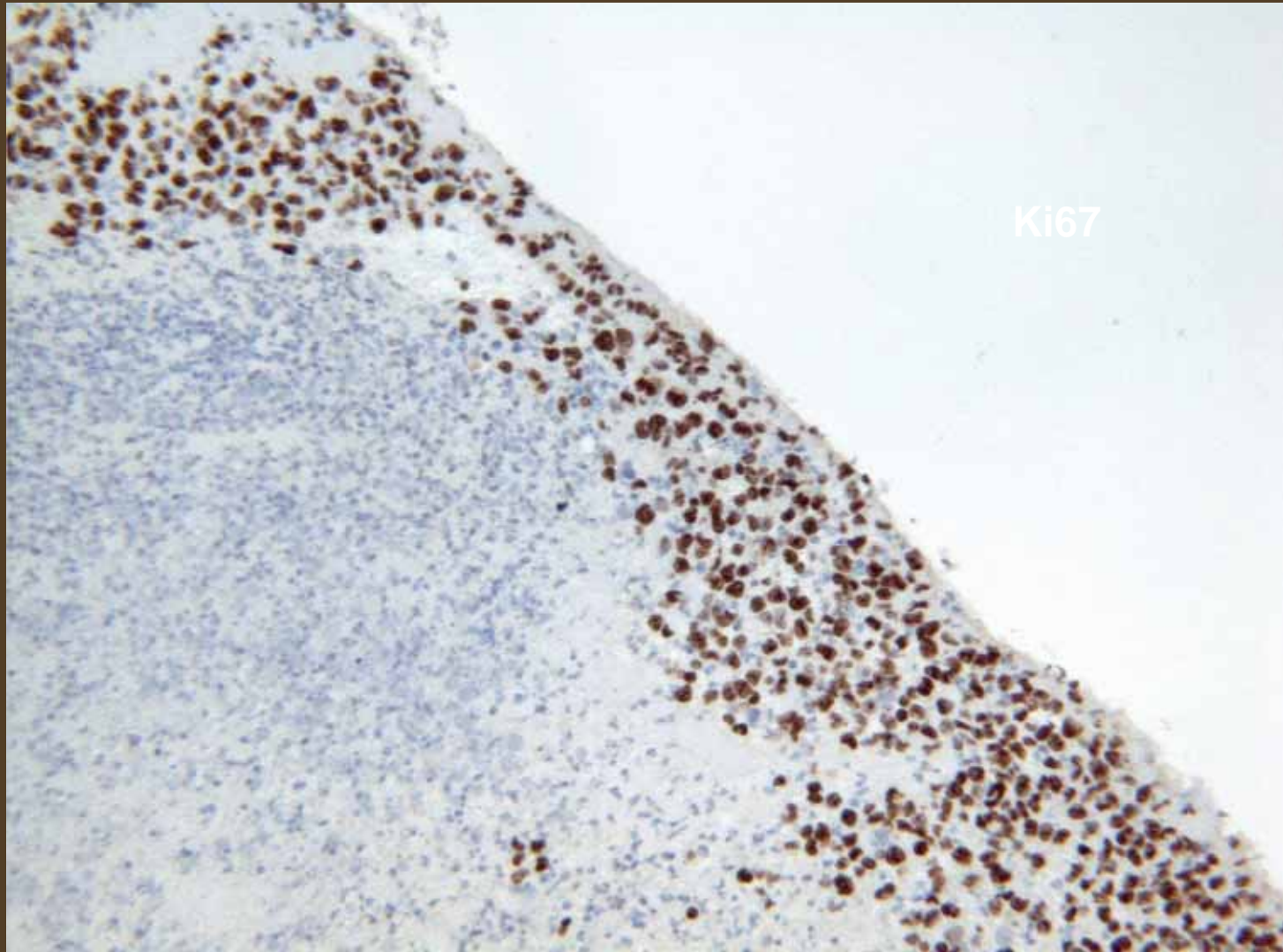


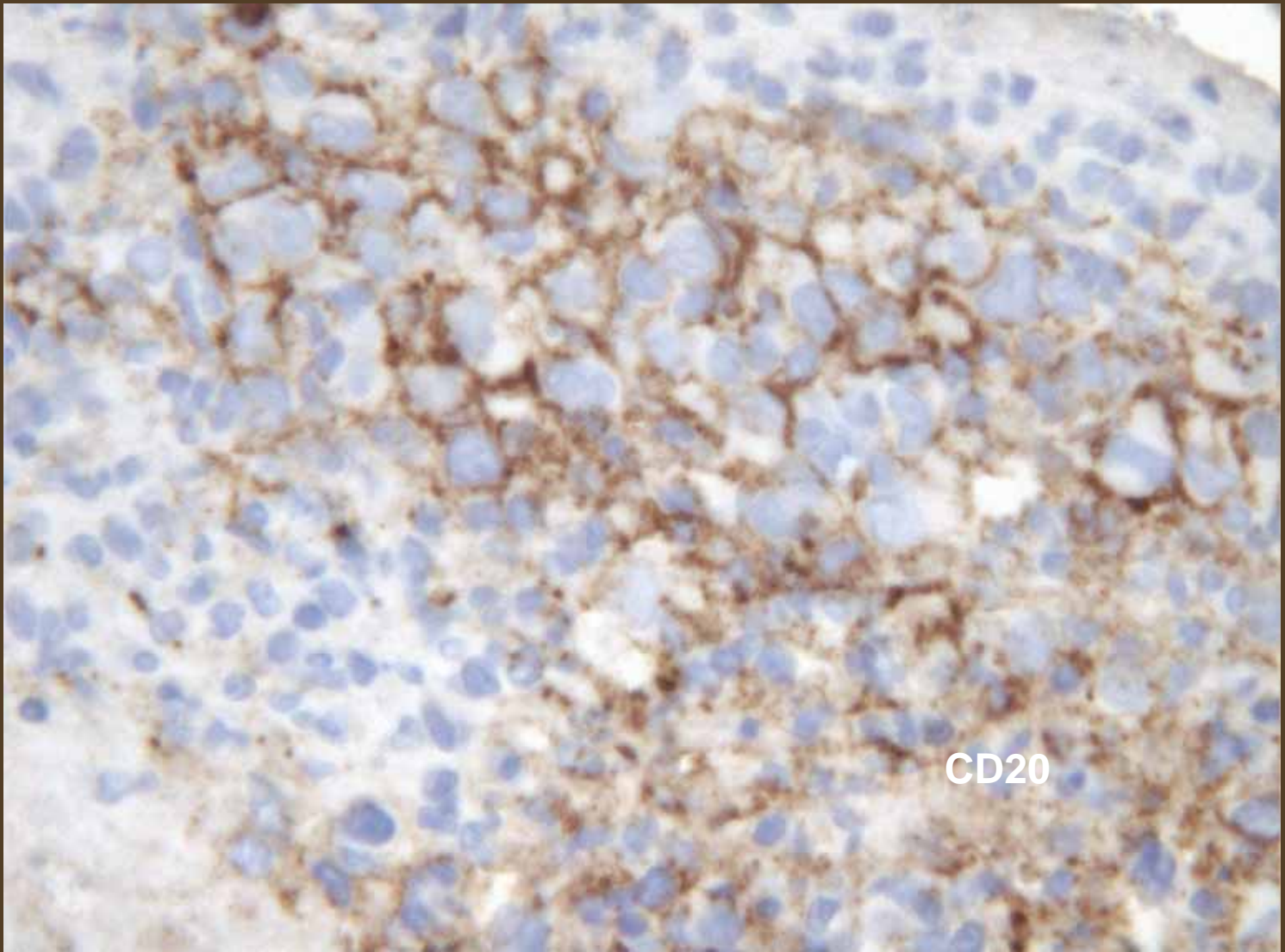


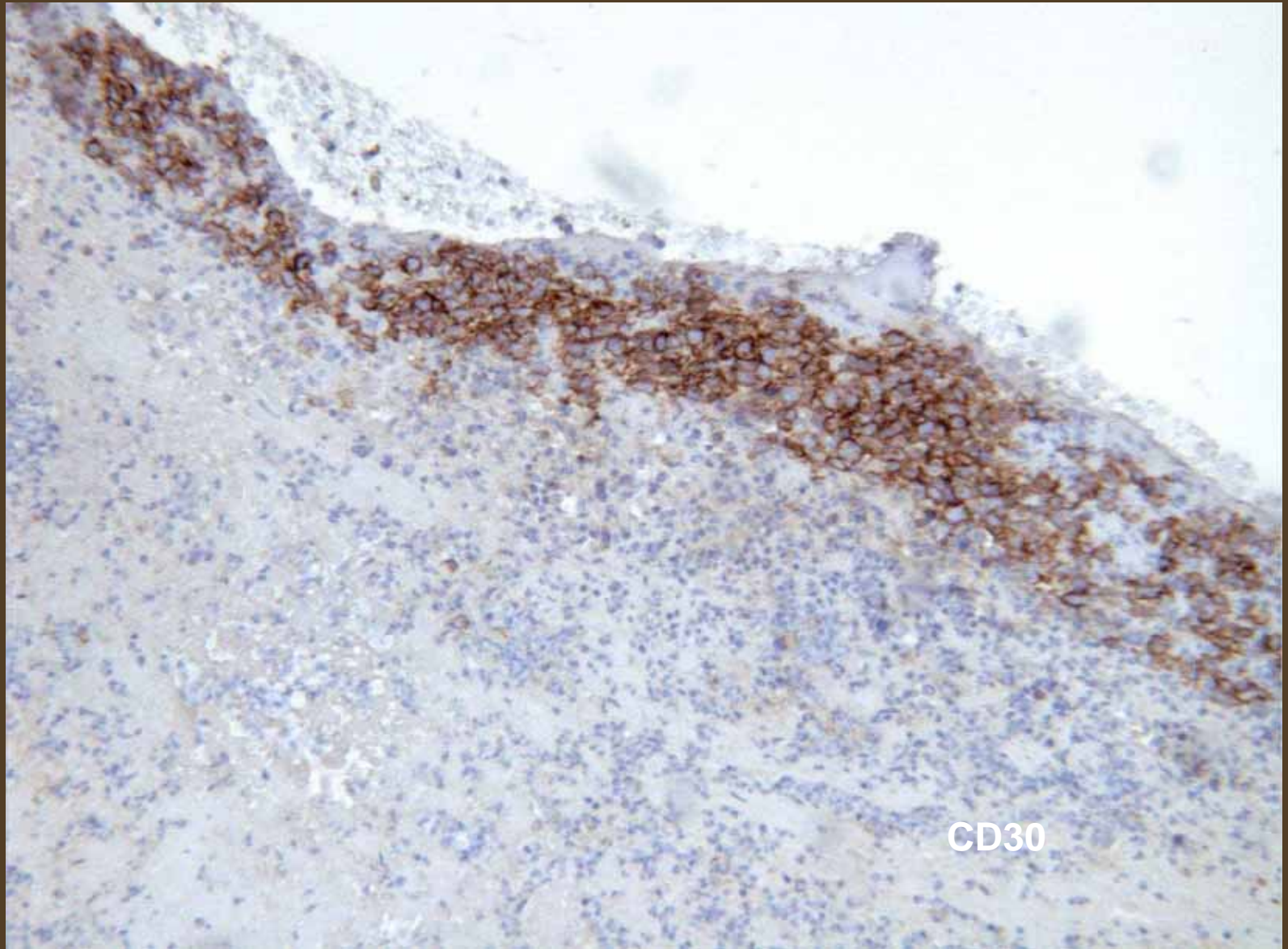












CD30

## Atypische Blasten im Abscheidungsthrombus

---

### ***Konsil:***

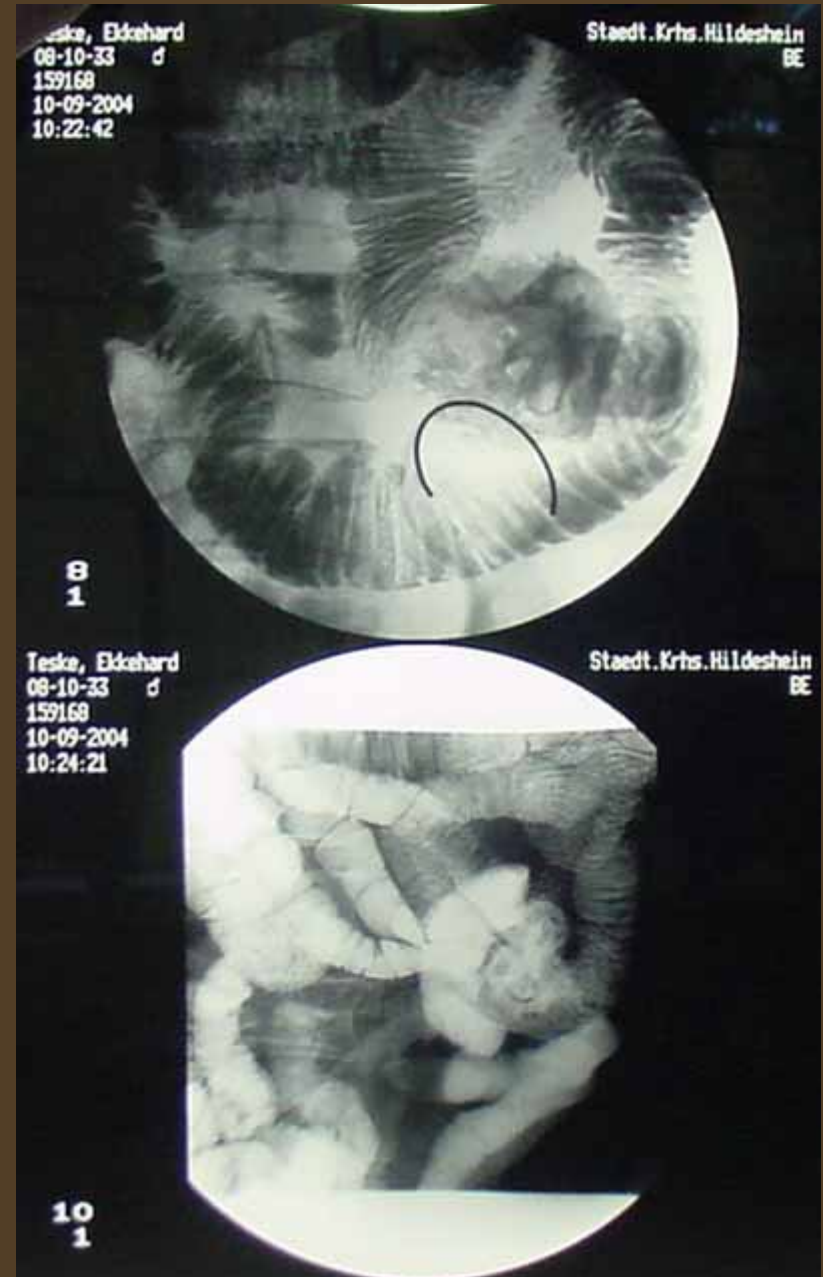
**„Abscheidungsthrombus mit sich schemenhaft zur Darstellung kommenden CD30- und CD20-positiven Zellschatten.“**

***(Stein, Berlin)***

- **Multimorbidität:** Aortenaneurysma, Cholezystolithiasis, arterieller Hypertonus, Diabetes mellitus Typ 2, Herzrhythmusstörungen, Inkontinenz nach TUR Prostata
- **Labor:** Anämie, ger. periphere Eosinophilie, CRP
- **Diagnostik:** Rö-Thorax, Sonographie, Bronchoskopie, ÖGD, Koloskopie, Knochenszintigramm, CT-Thorax, CT-Abdomen
- **PET:** Erhöhter Glukosemetabolismus im Bereich von Darmschlingen links im Unterbauch und caudal des Os ischiadicum links

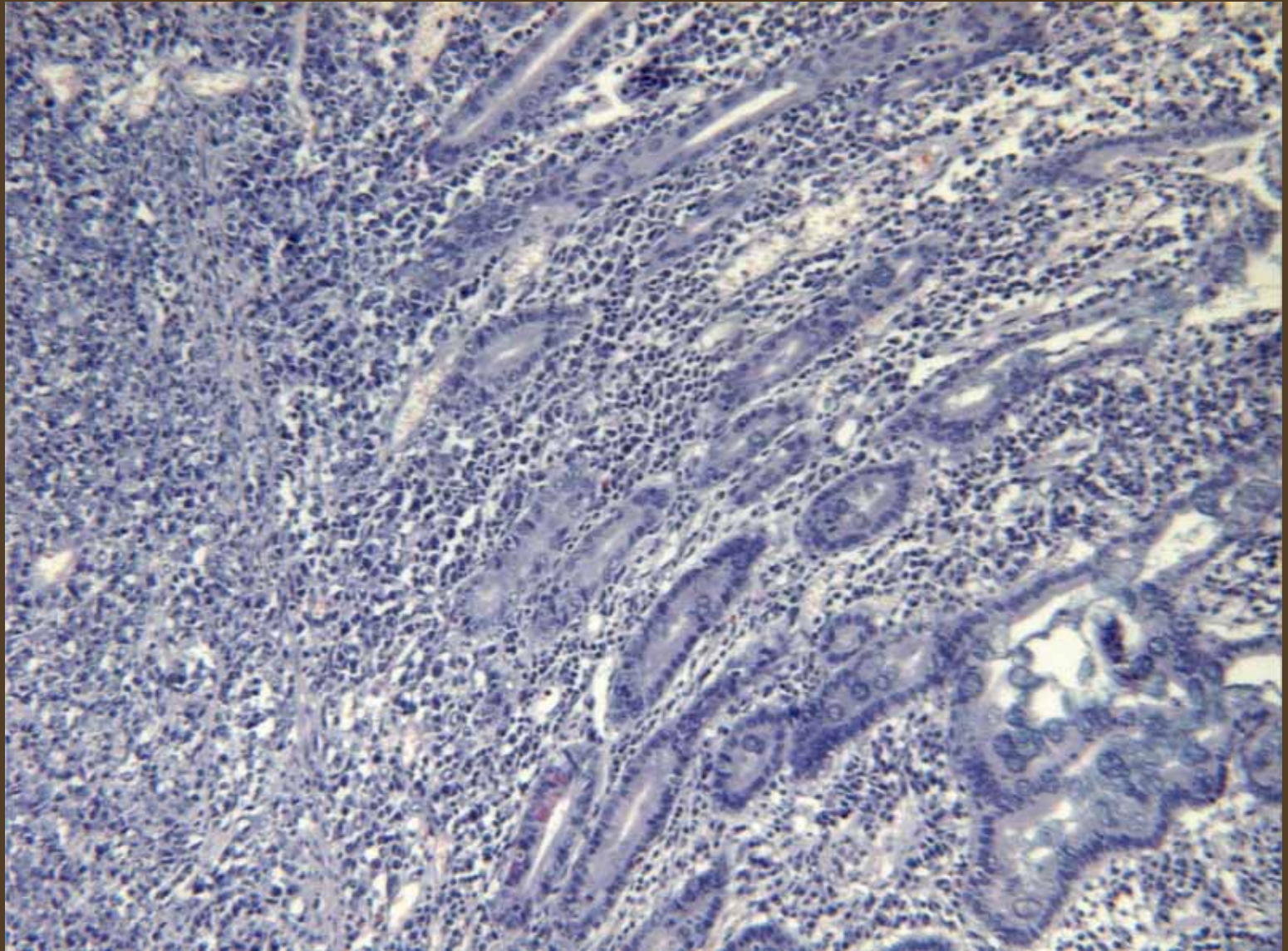
## 4 Monate später:

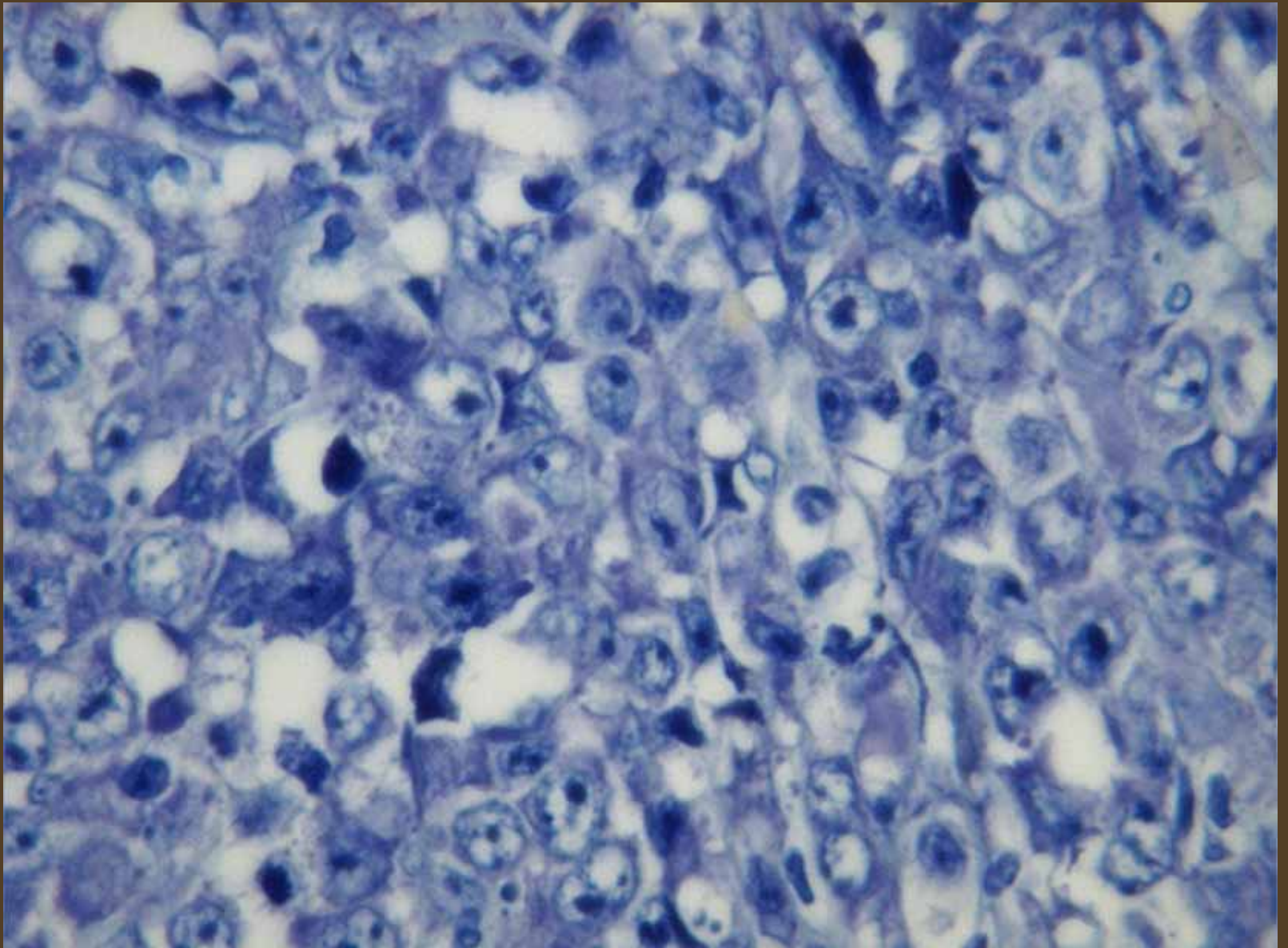
- Gastroskopisch steno- sierender Prozeß in oberem Jejunum
- Fieber bis 39 ° C
- Gewichtsverlust

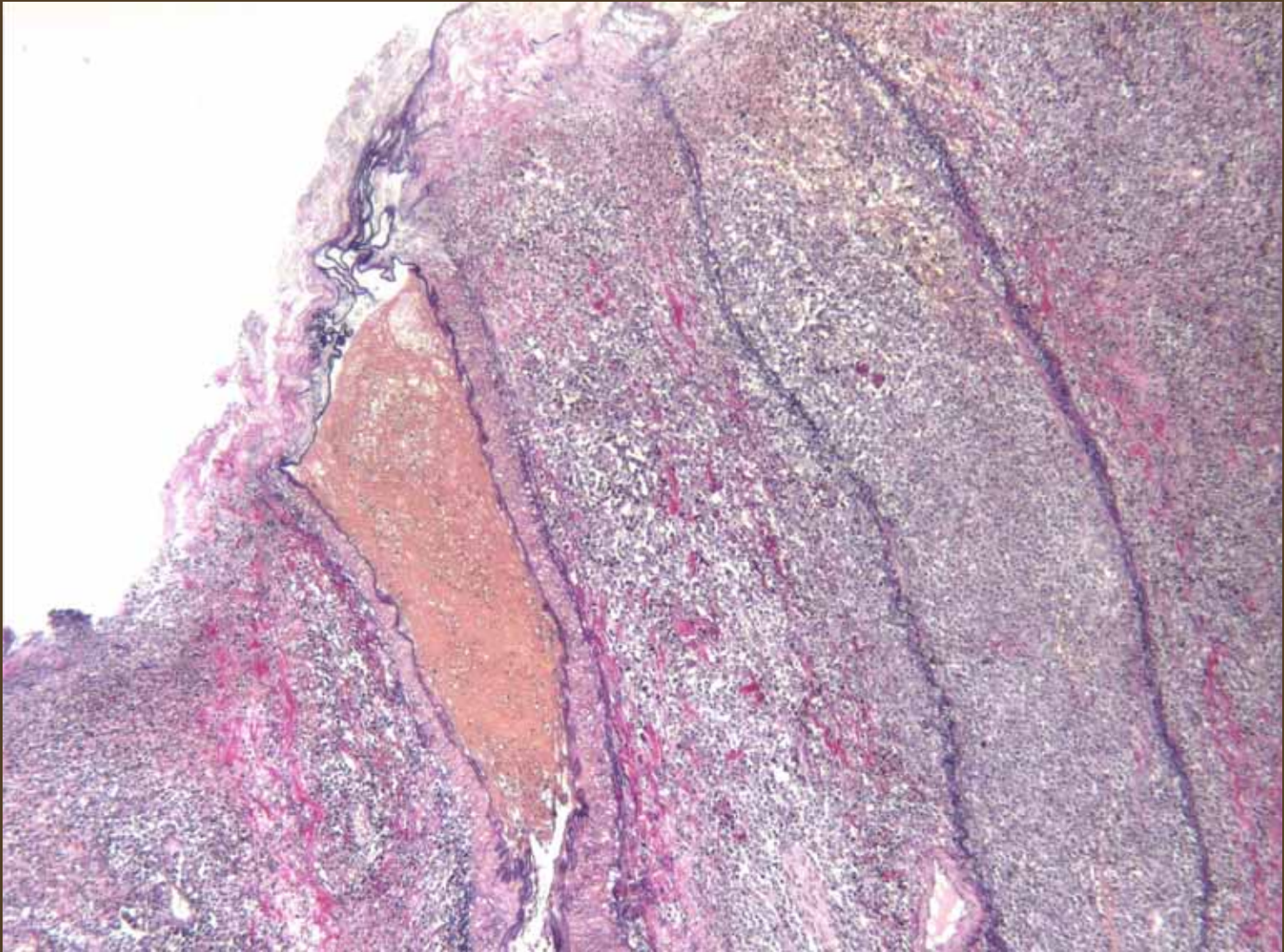










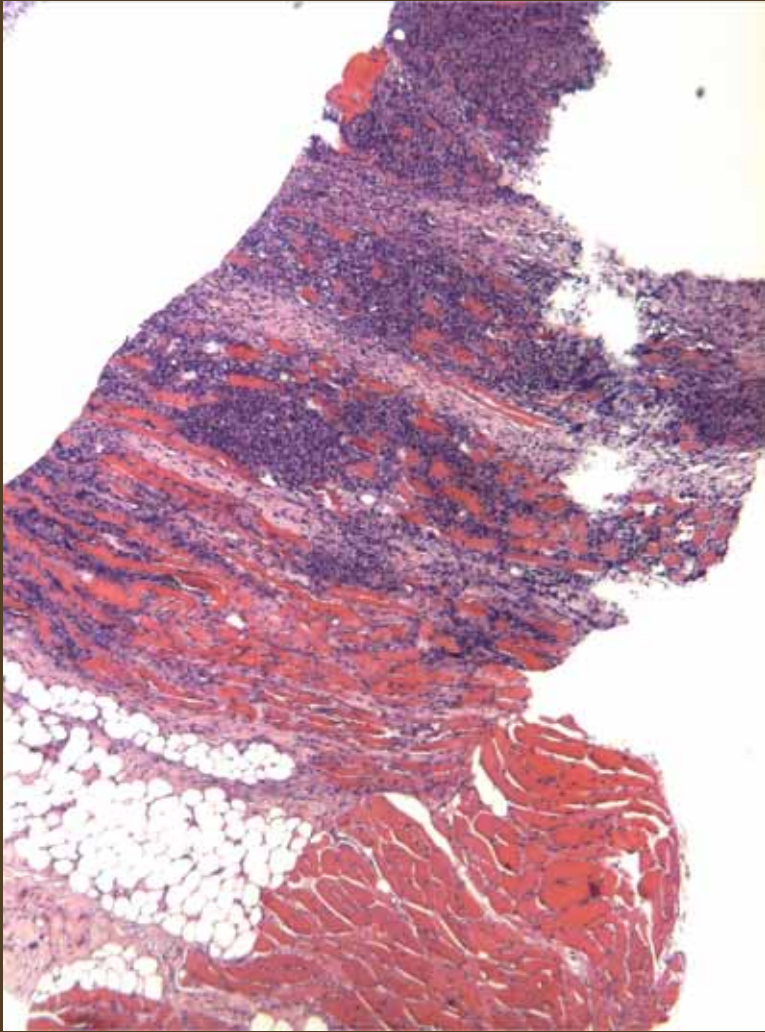


# **Ulzerierte EBV-induzierte Lymphoproliferation unter dem Bild eines diffusen großzelligen B-Zell-Lymphoms**

***(Stein, Berlin)***

***Oyama et al.: Senile EBV+ B-Cell Lymphoproliferative Disorders. Amer J Surg Pathol (2003) 27: 16-26***





## Manifestationen des diffusen B-Zell-Lymphoms

---

- Lymphombesiedelung aortaler Abscheidungs- thrombus
- Ulzerierte Lymphomproliferation im Jejunum
- 15 cm großes Lymphom in der Adduktoren- muskulatur des linken Oberschenkels

- **Chemotherapie: erst Vincristin, Prednisolon, dann CHOP, Rituximab.**
- **Agranulozytose**
- **Tod 5 Monate nach OP des Aortenaneurysmas**
- **Keine Obduktion**



# Rätselecke

Fall 9



## Klinikum der Stadt Wolfsburg

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen

Axel Reinecke-Lüthge

Rätselecke

## Fall 9

Klinische Angaben:

18 jähriger Patient,

„Appendix und Hämatom rechter Unterbauch,

Dg. präoperativ: akute Appendizitis

postoperativ: großes Hämatom

unklarer

Genese“

Rätselecke

## Fall 9

Klinische Angaben:

18 jähriger Patient,

„Appendix und Hämatom rechter Unterbauch,

Dg. präoperativ: akute Appendizitis

postoperativ: großes Hämatom

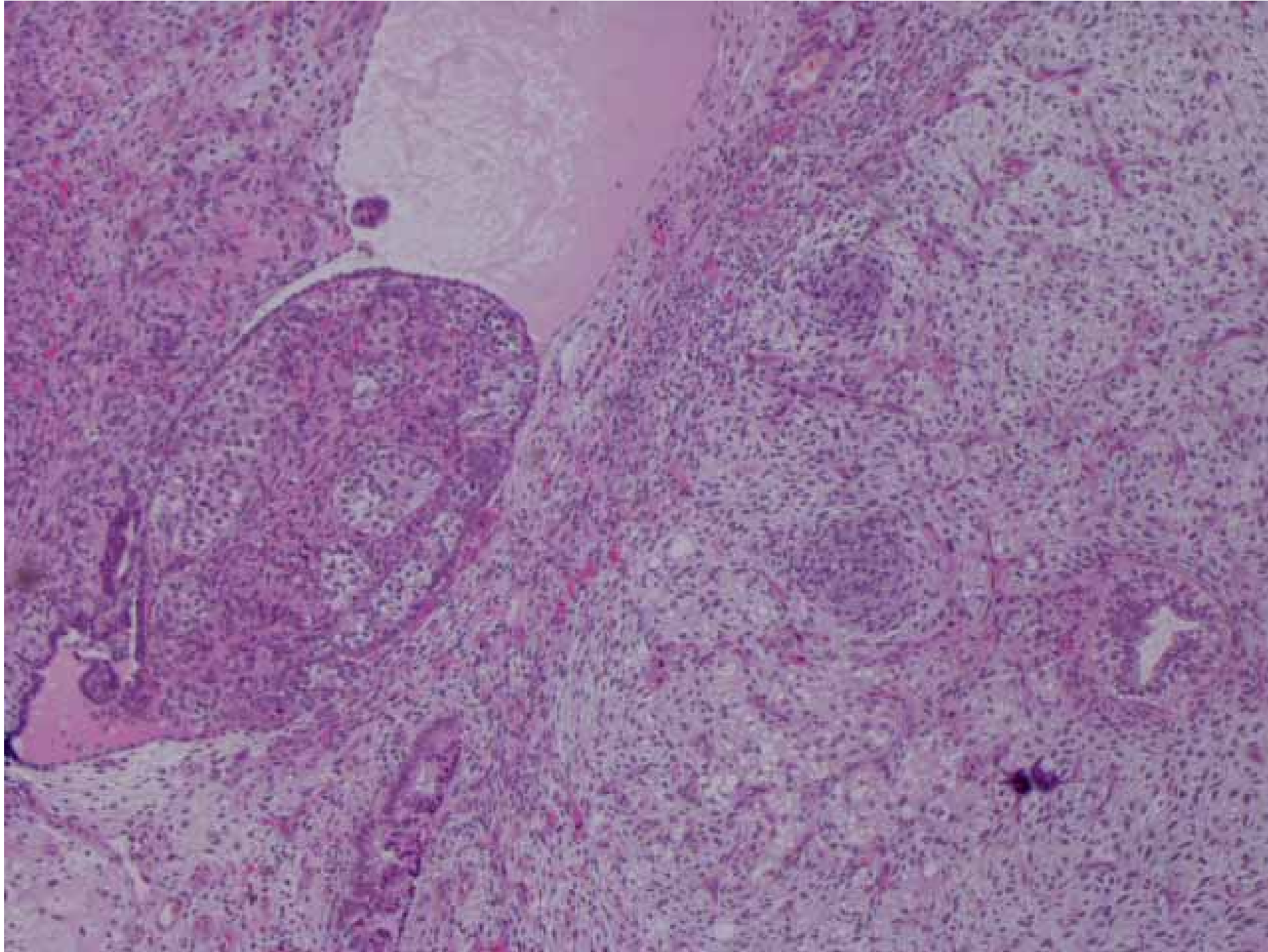
unklarer

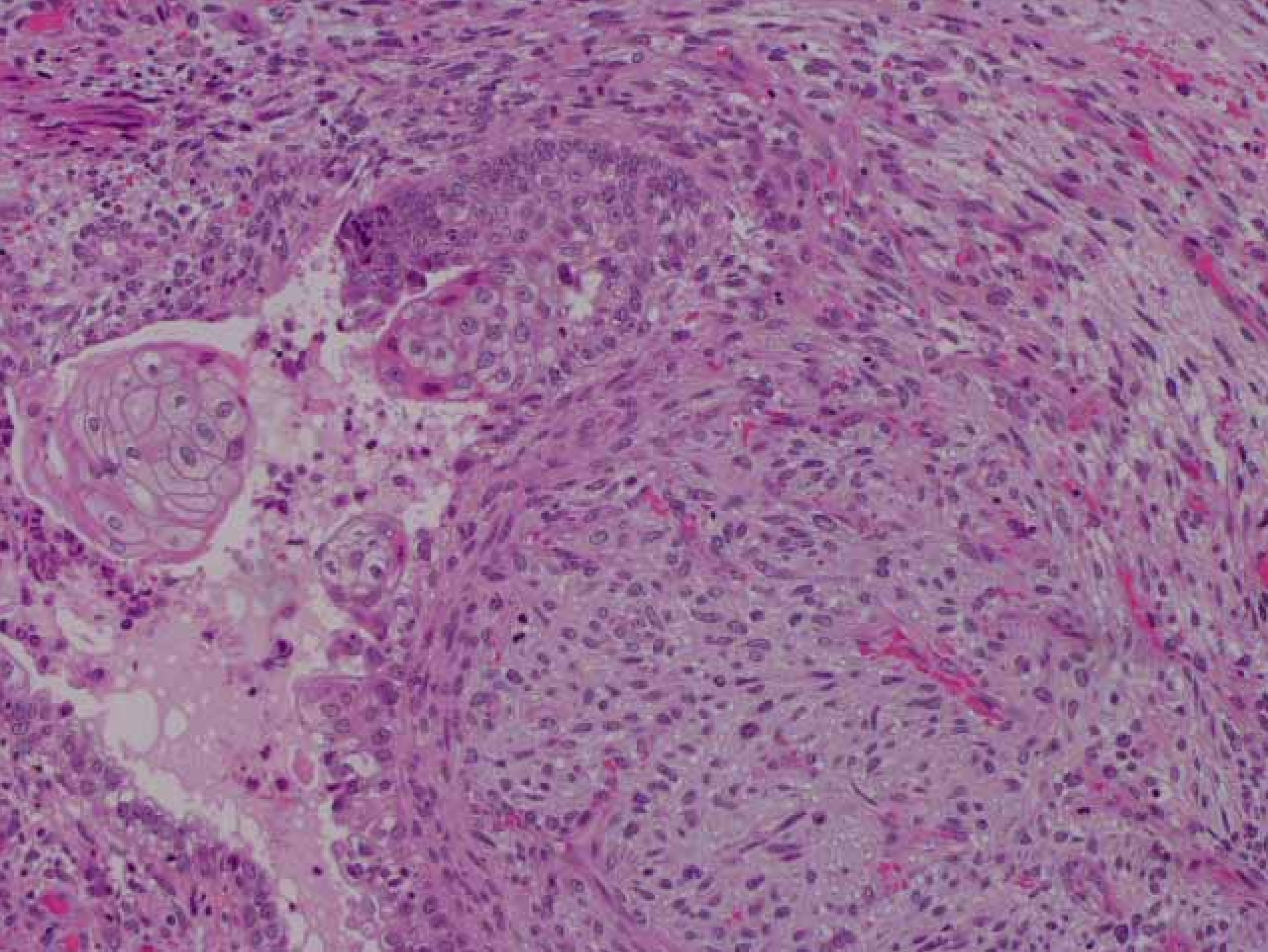
Genese“

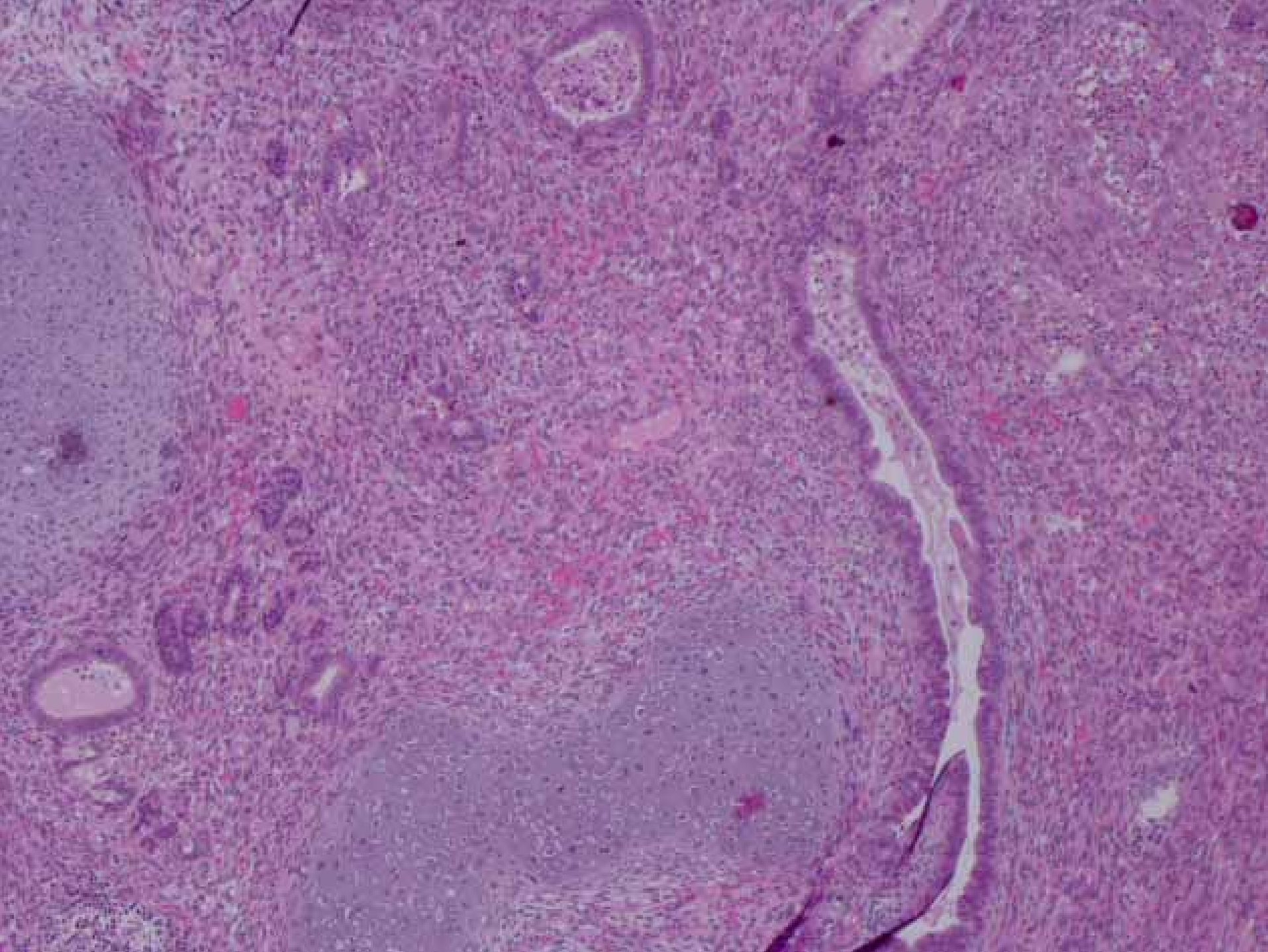
Makroskopie:

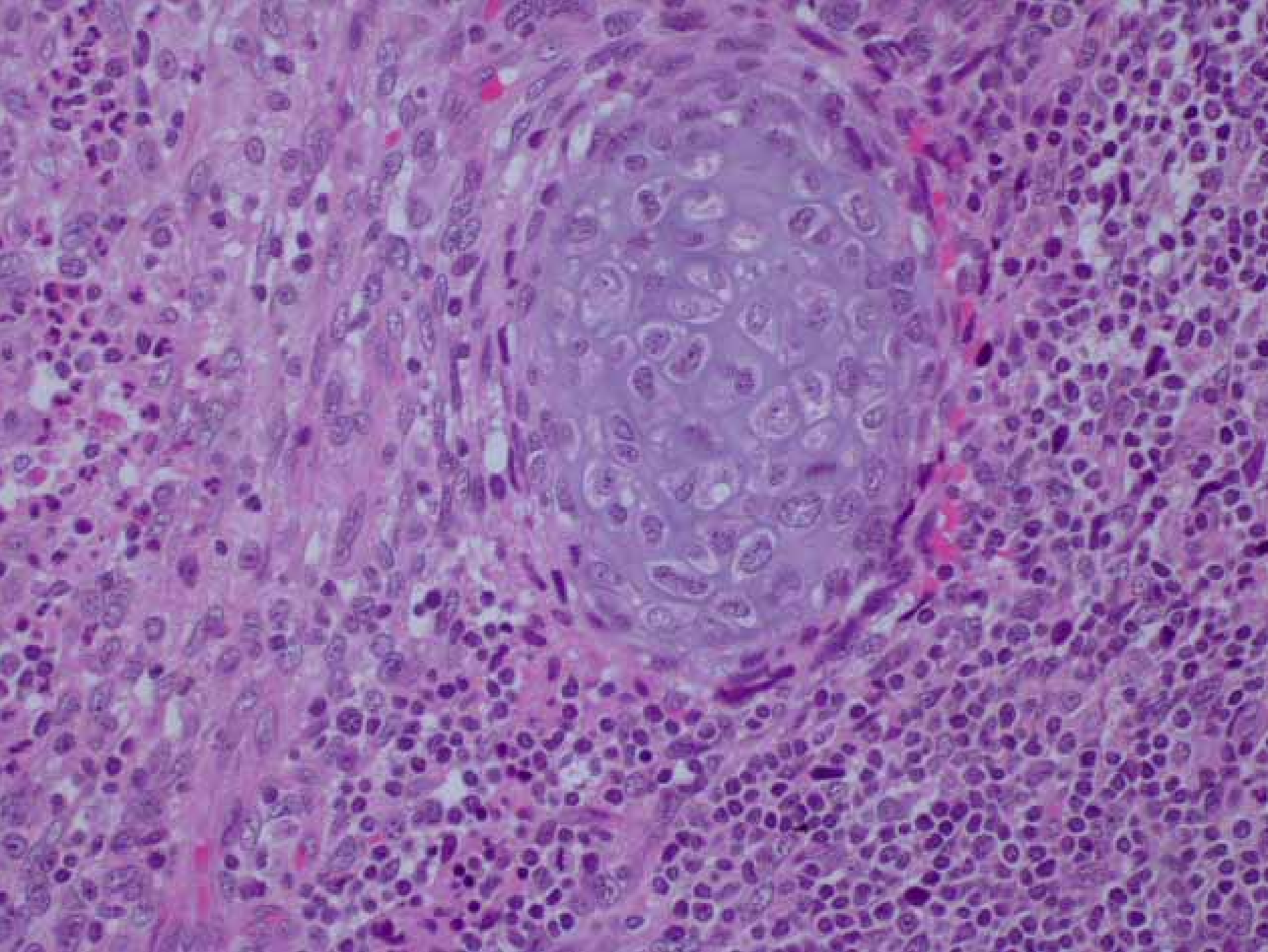
60 x 8 x 8 mm Appendix und angrenzend  
zahlreiche 15 – 60 mm große Hämatomanteile  
mit grau-weißlichen Arealen

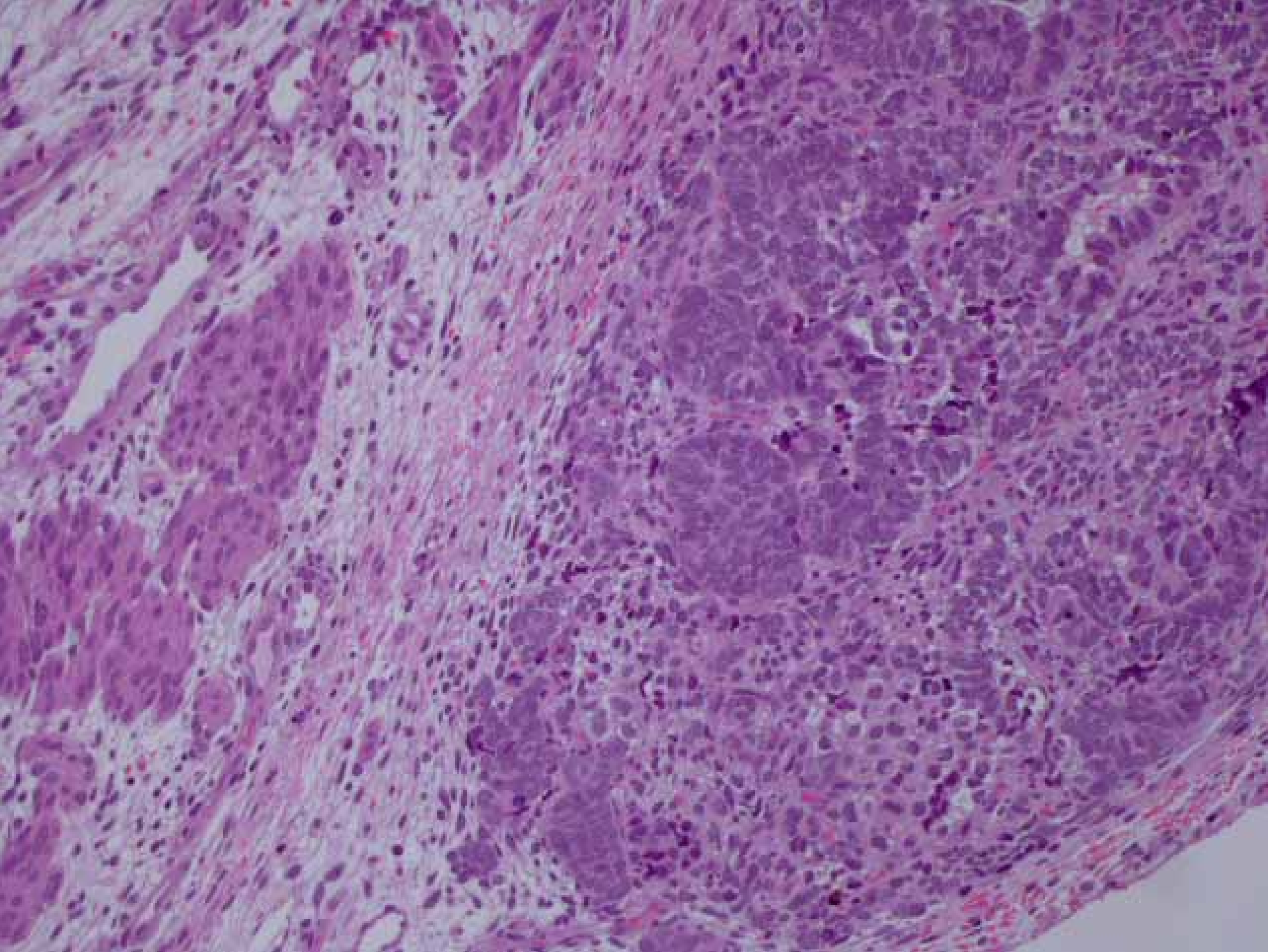
(„aus dem retrocoecalen Mesenterium“)



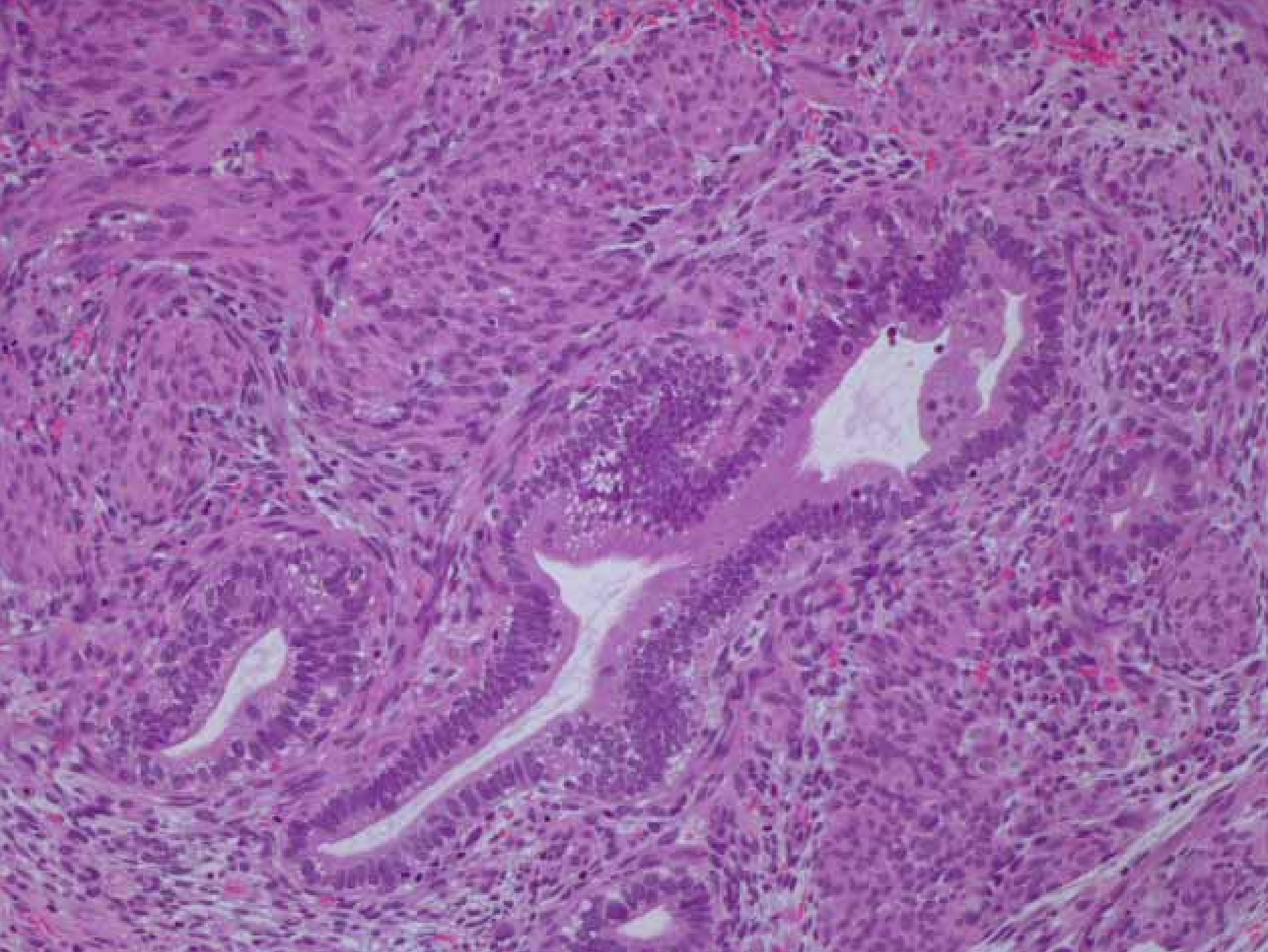


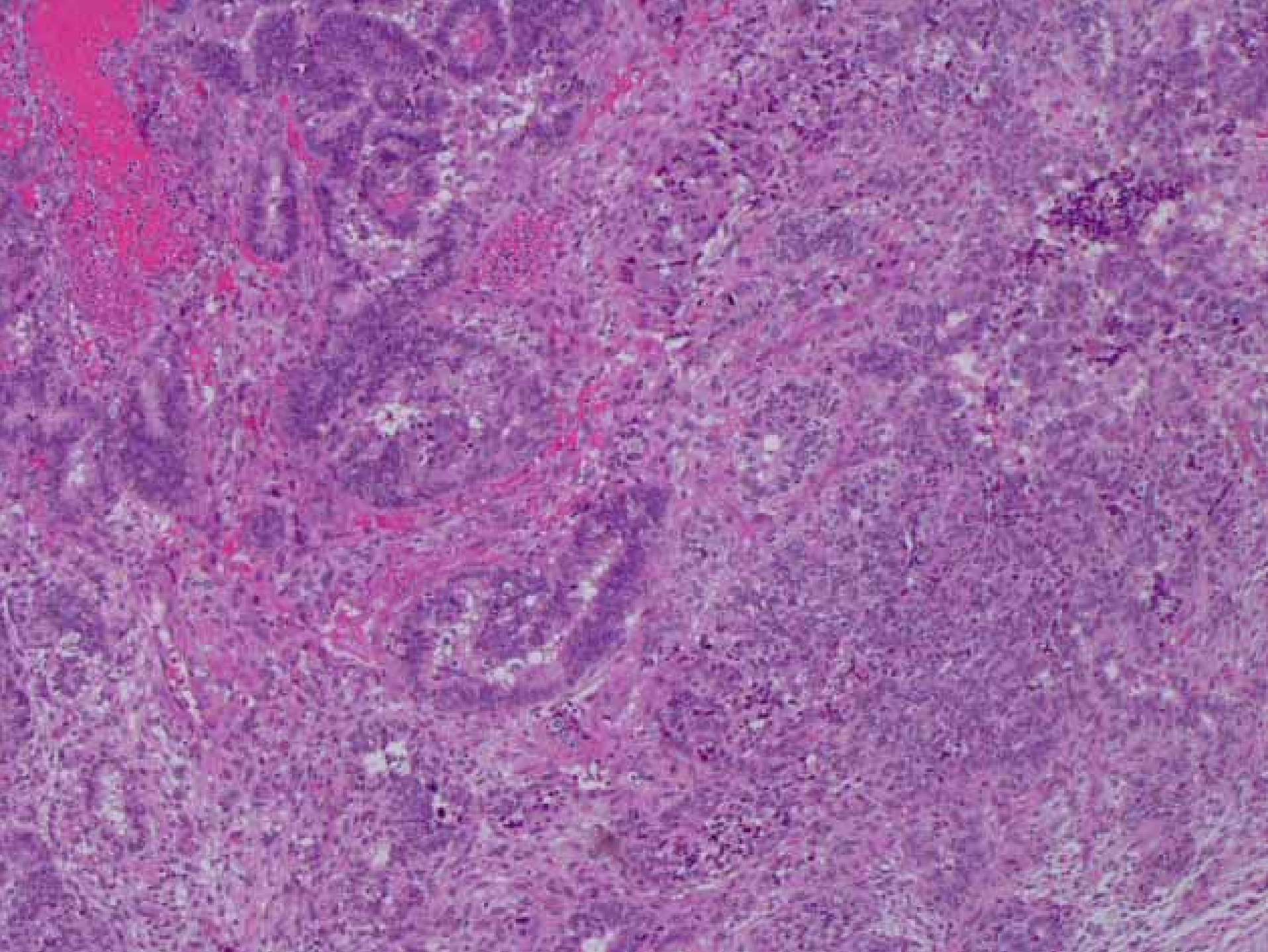


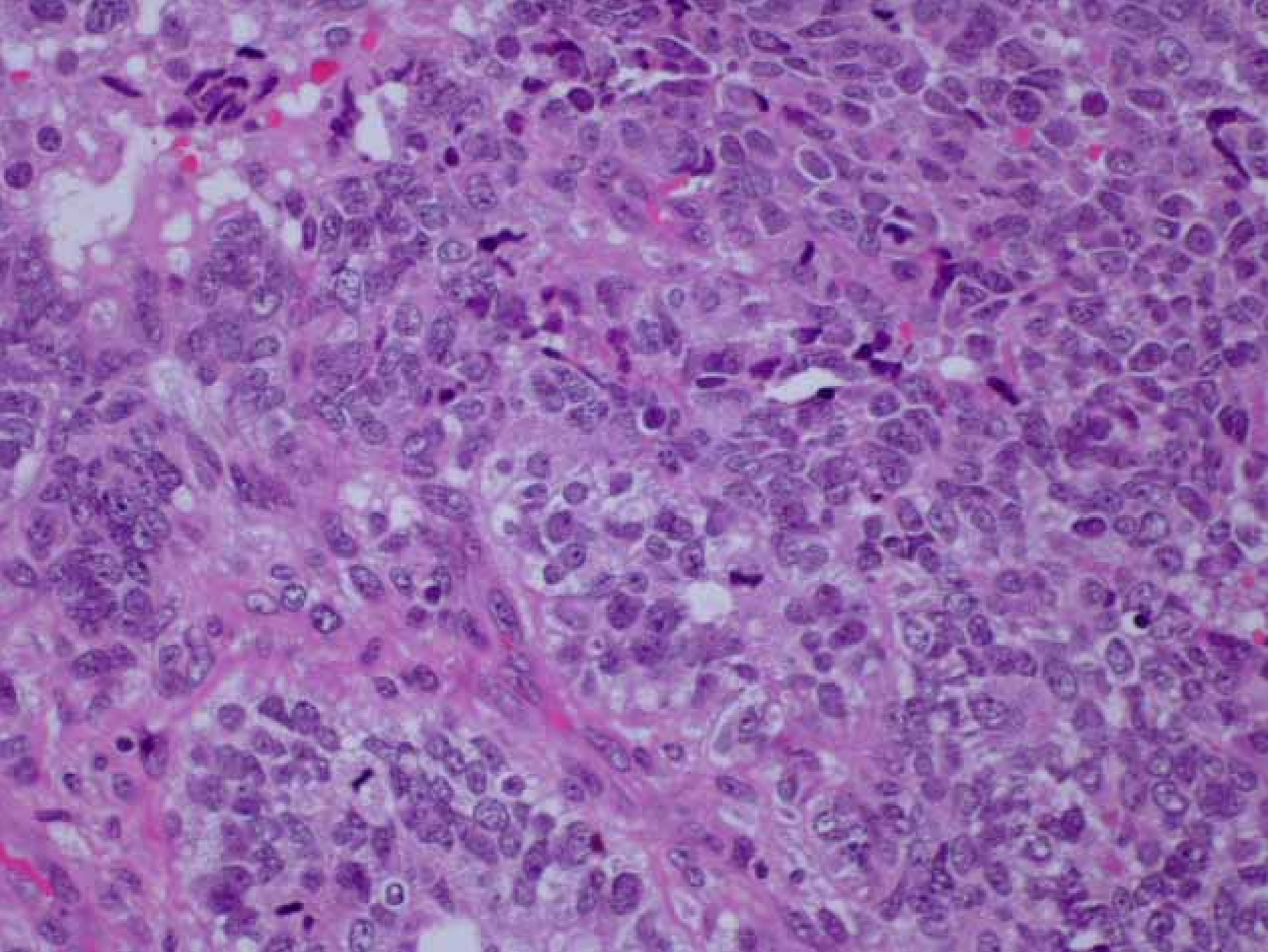


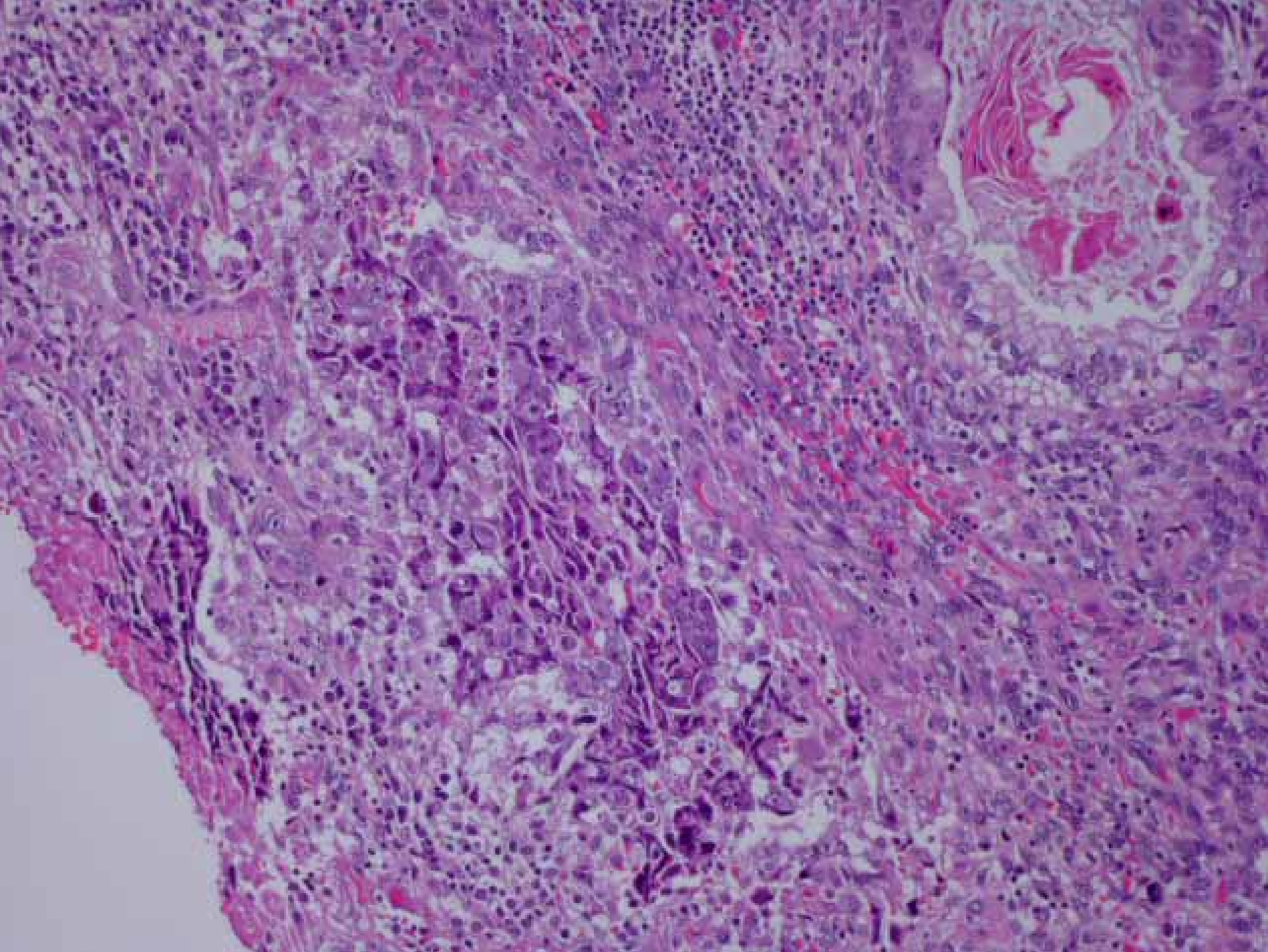


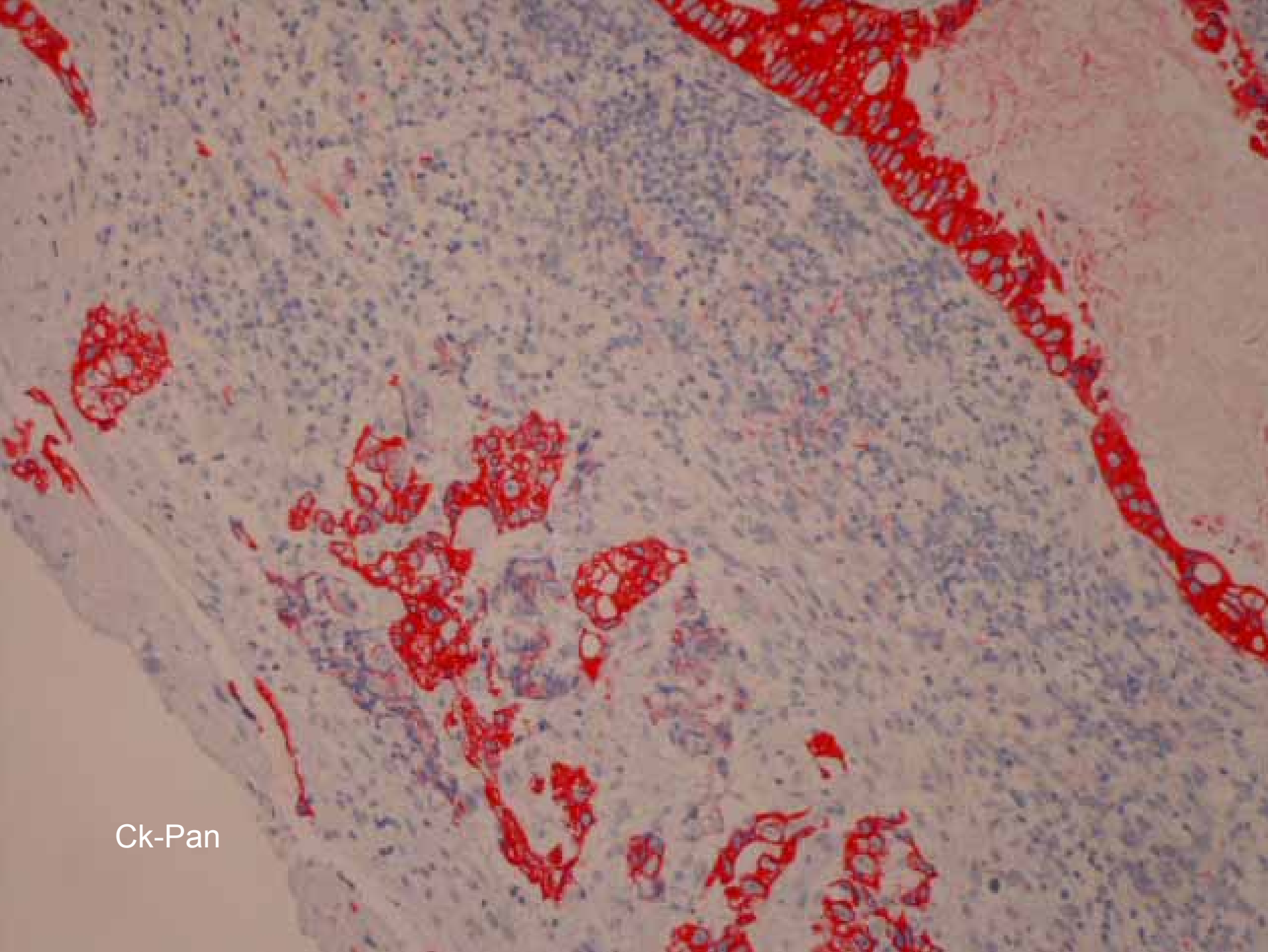




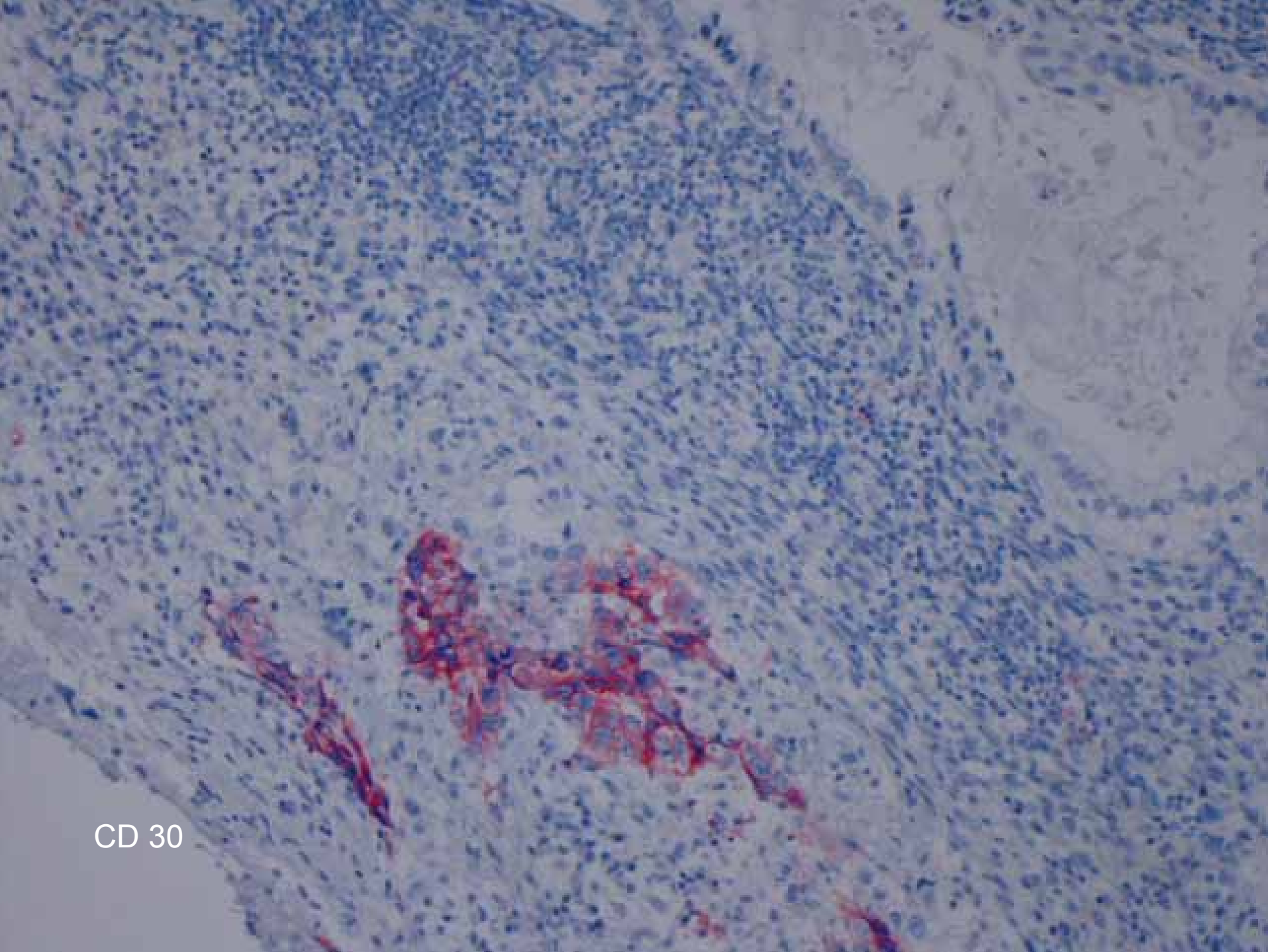




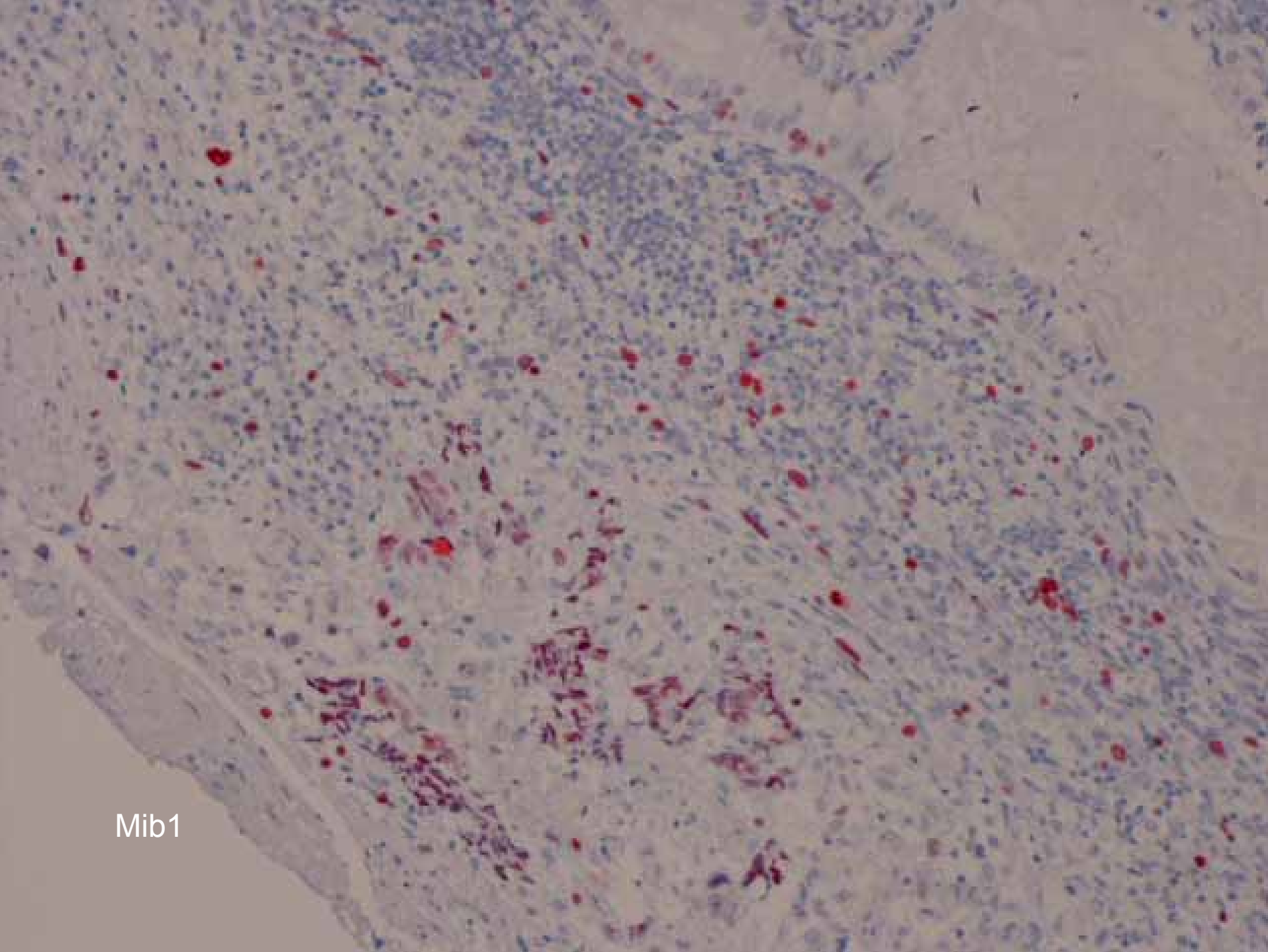




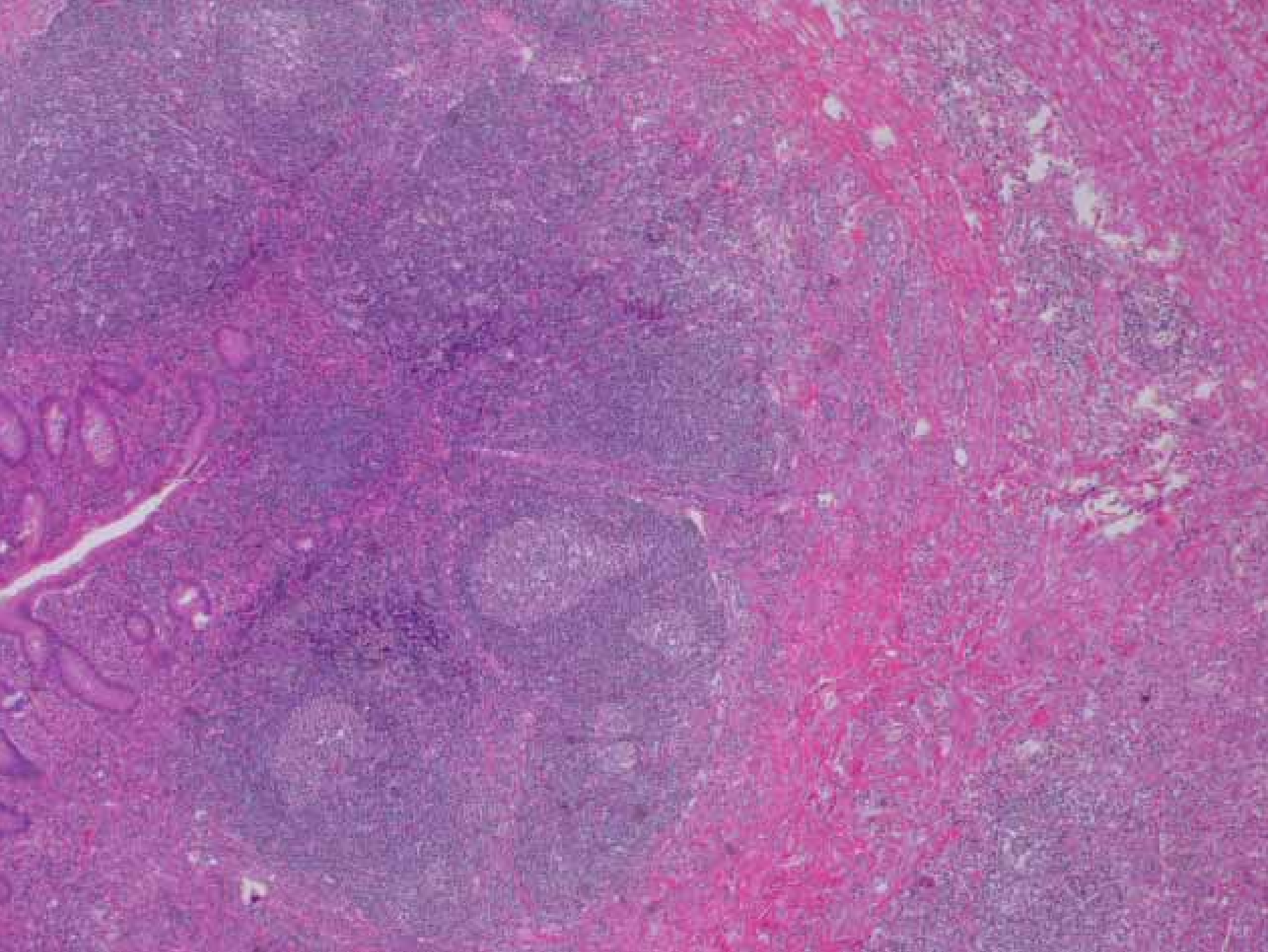
Ck-Pan



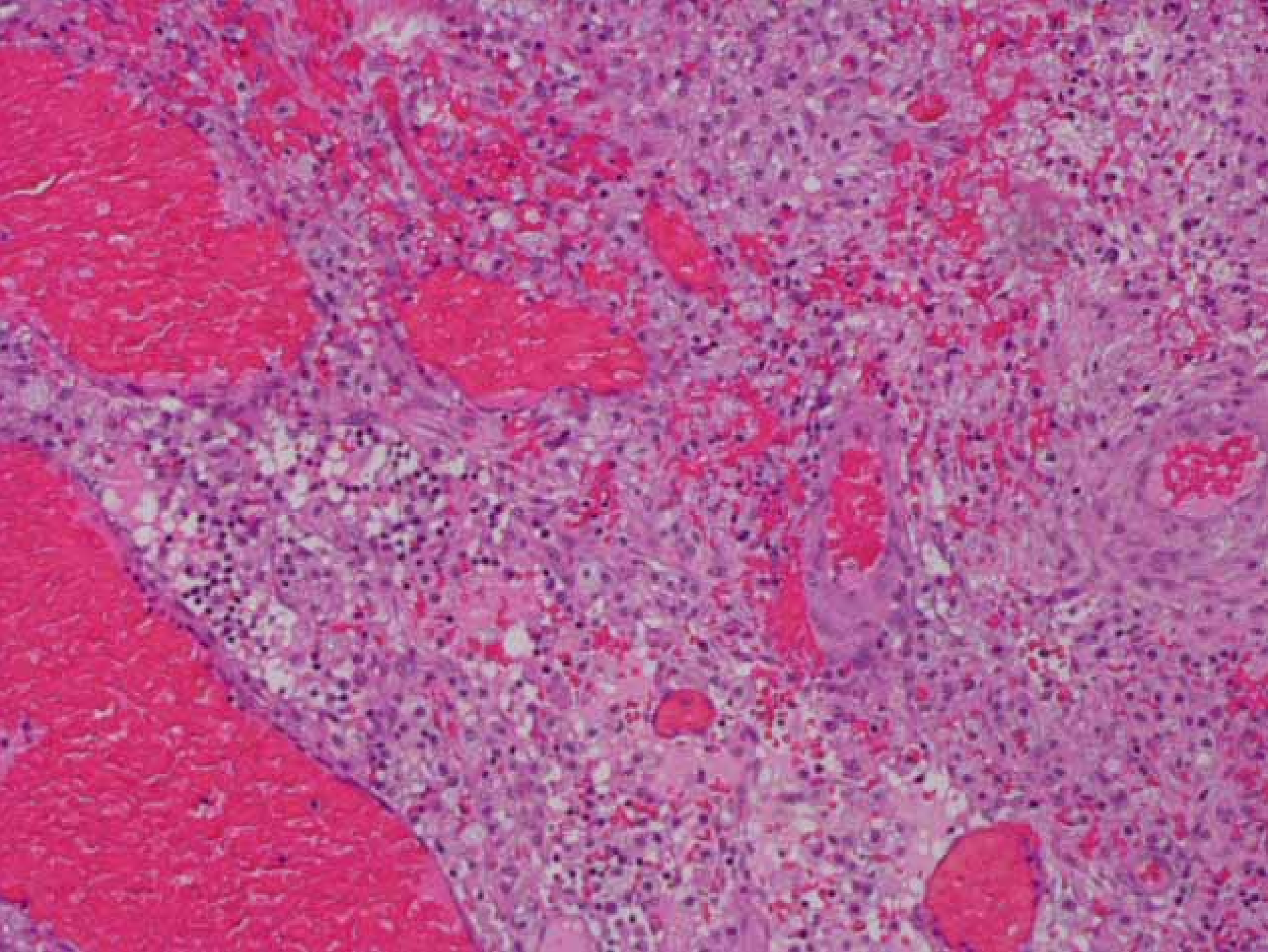
CD 30

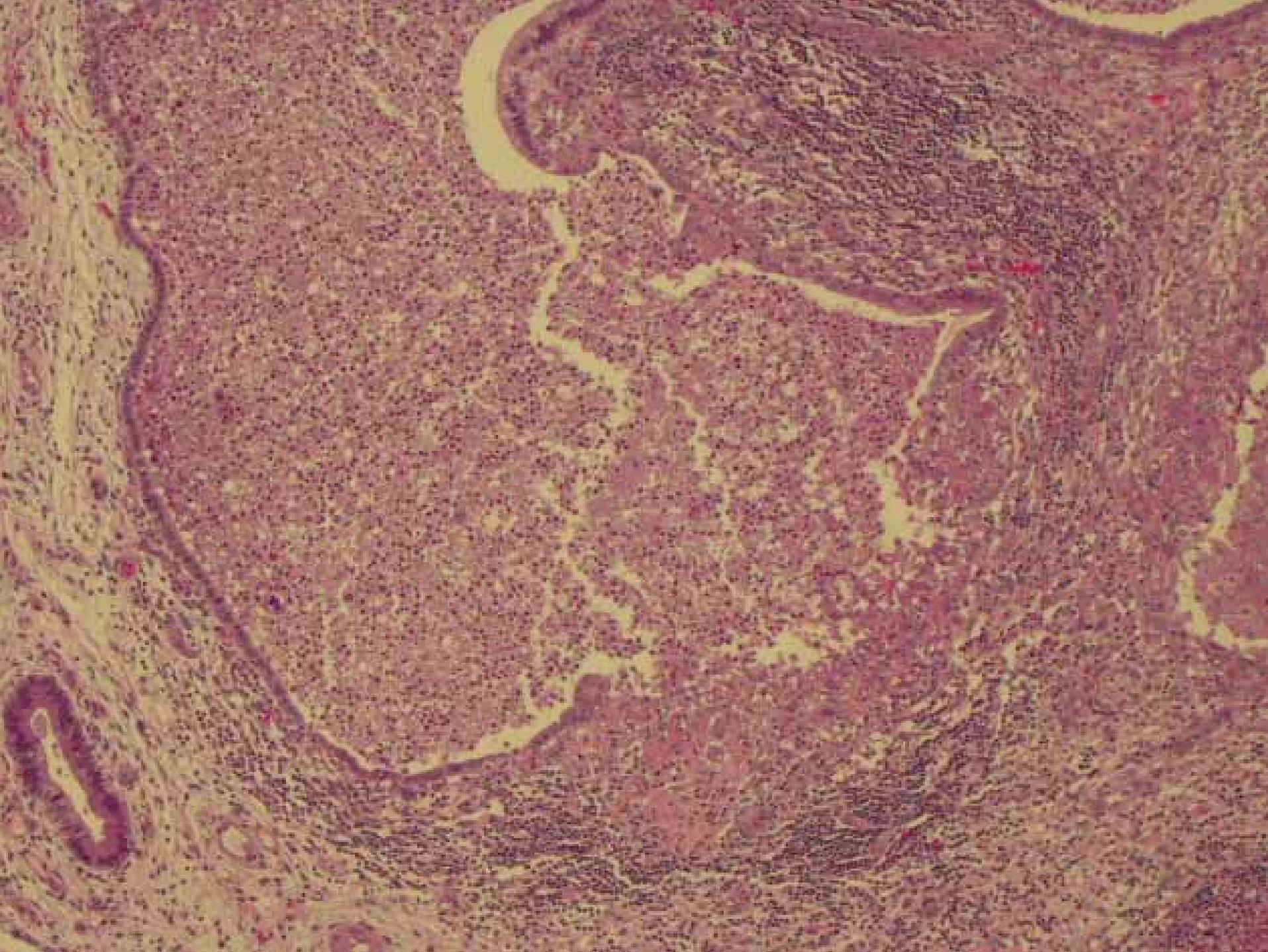


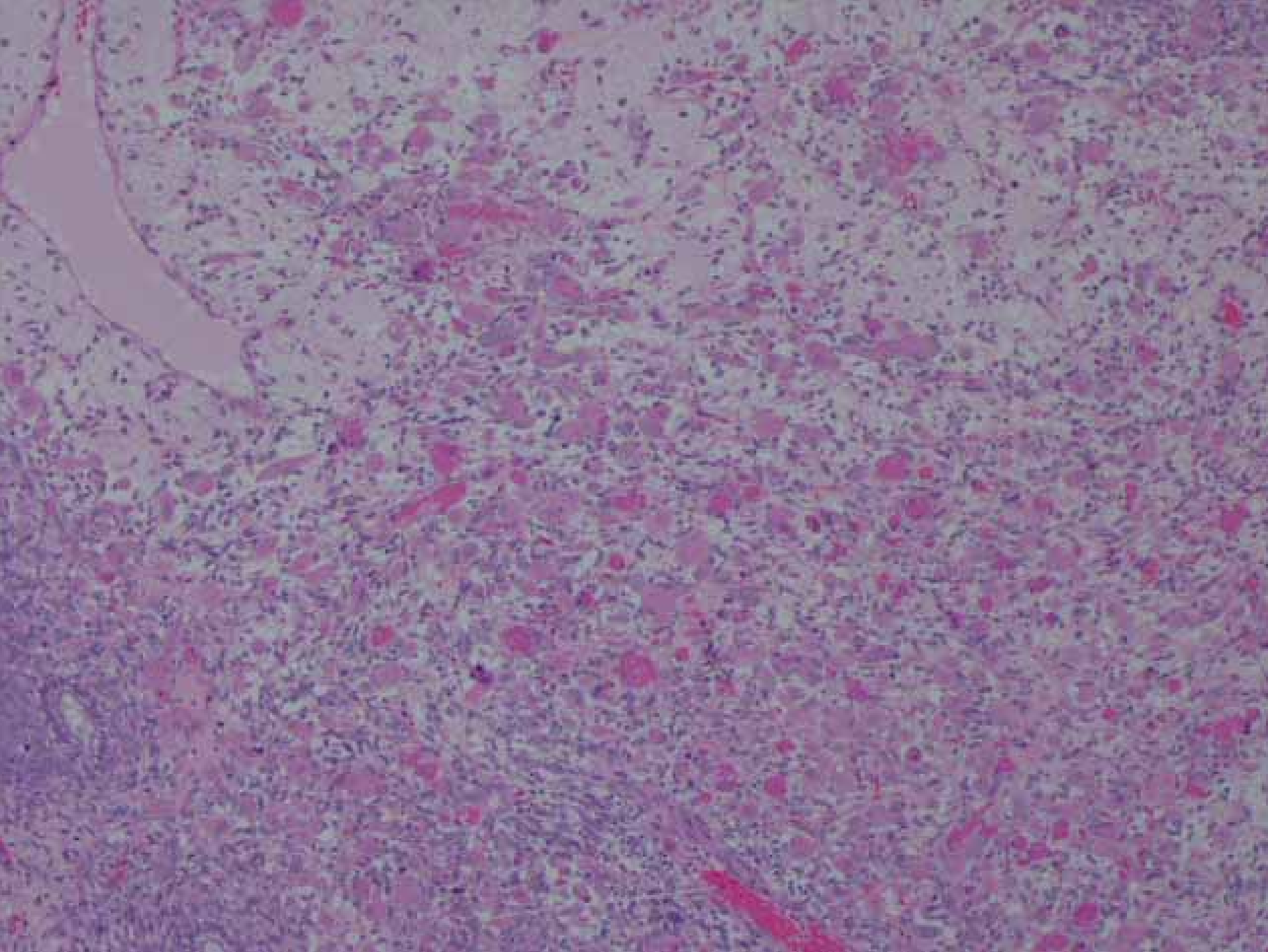
Mib1

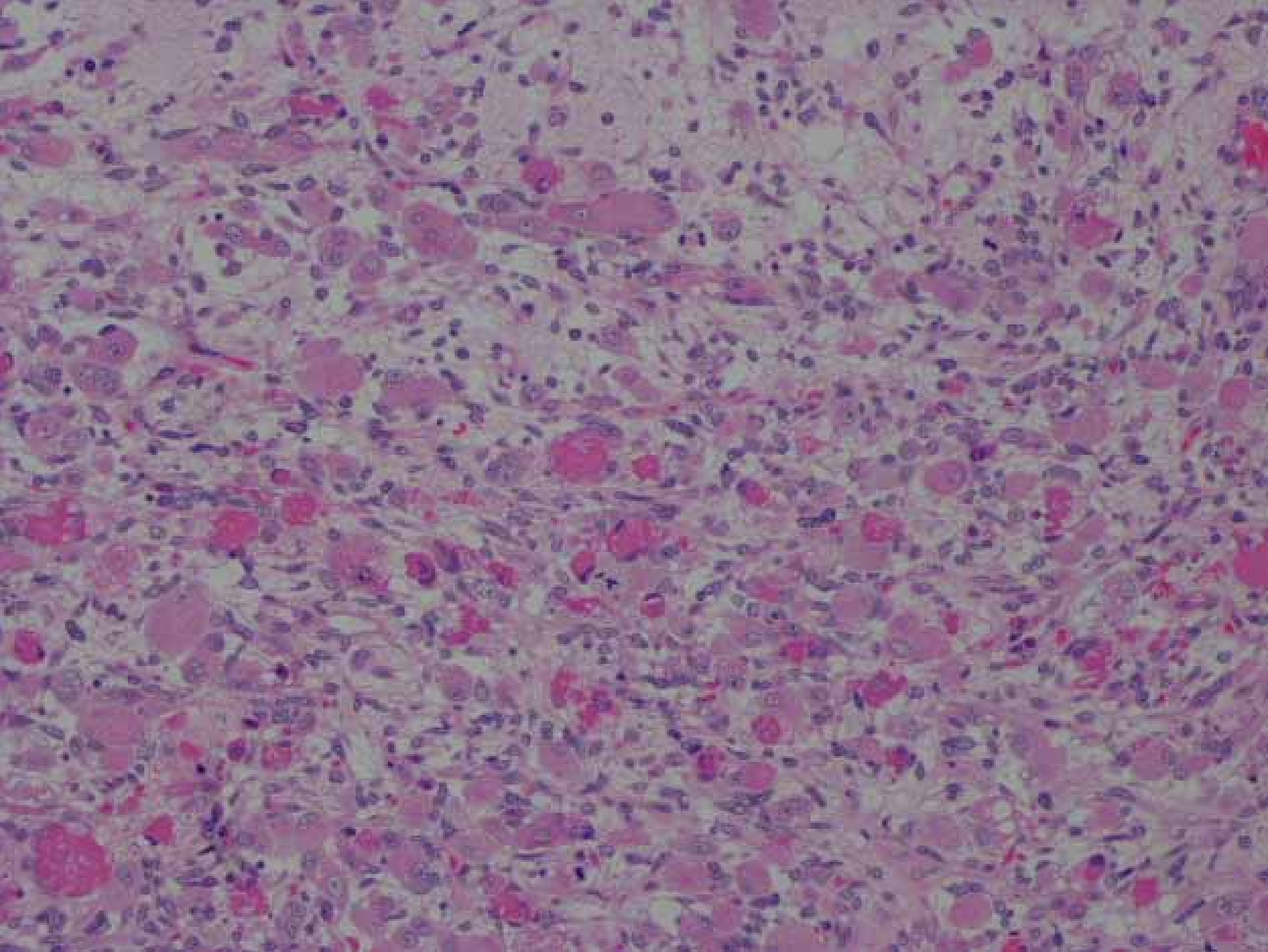


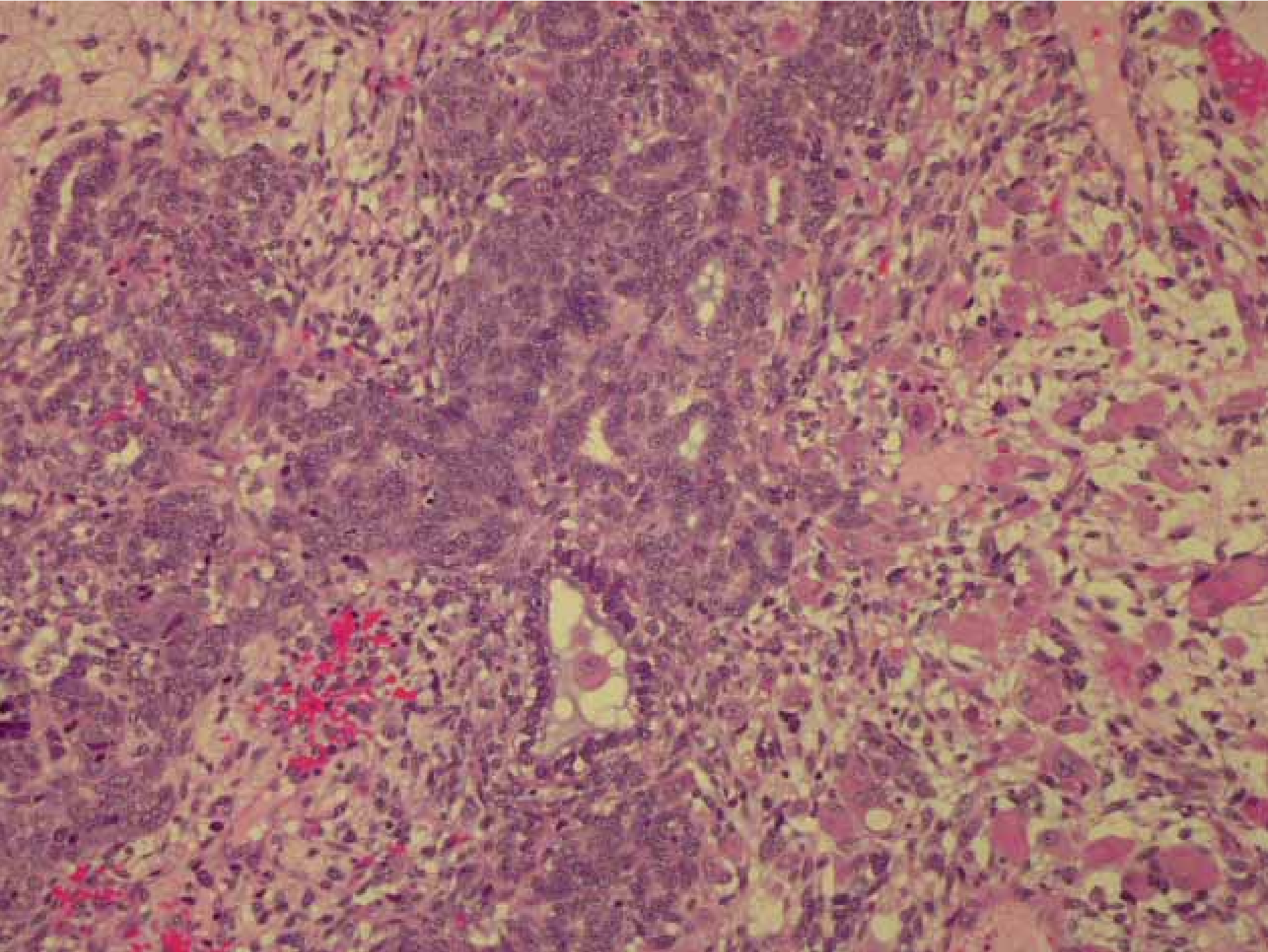


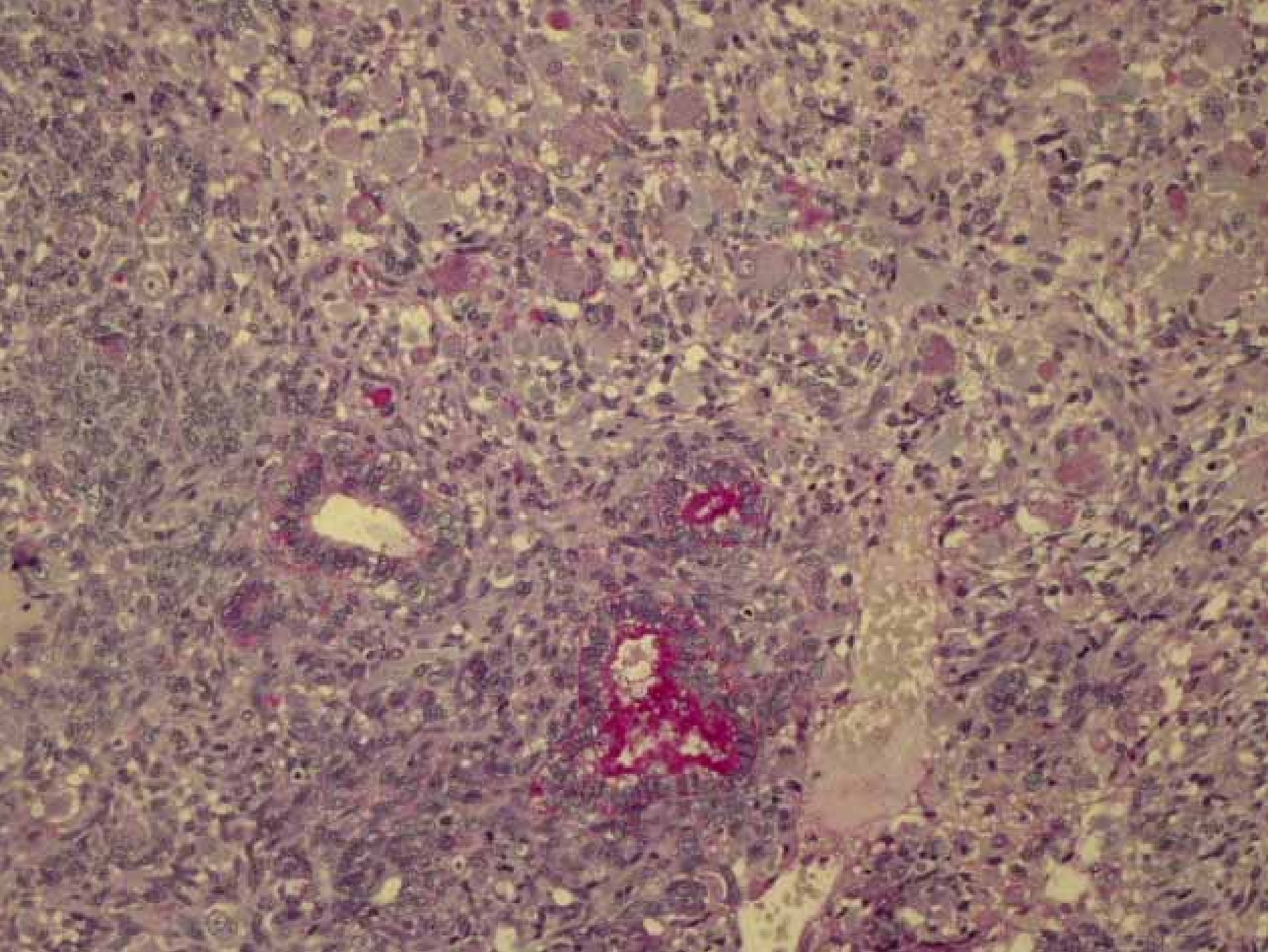


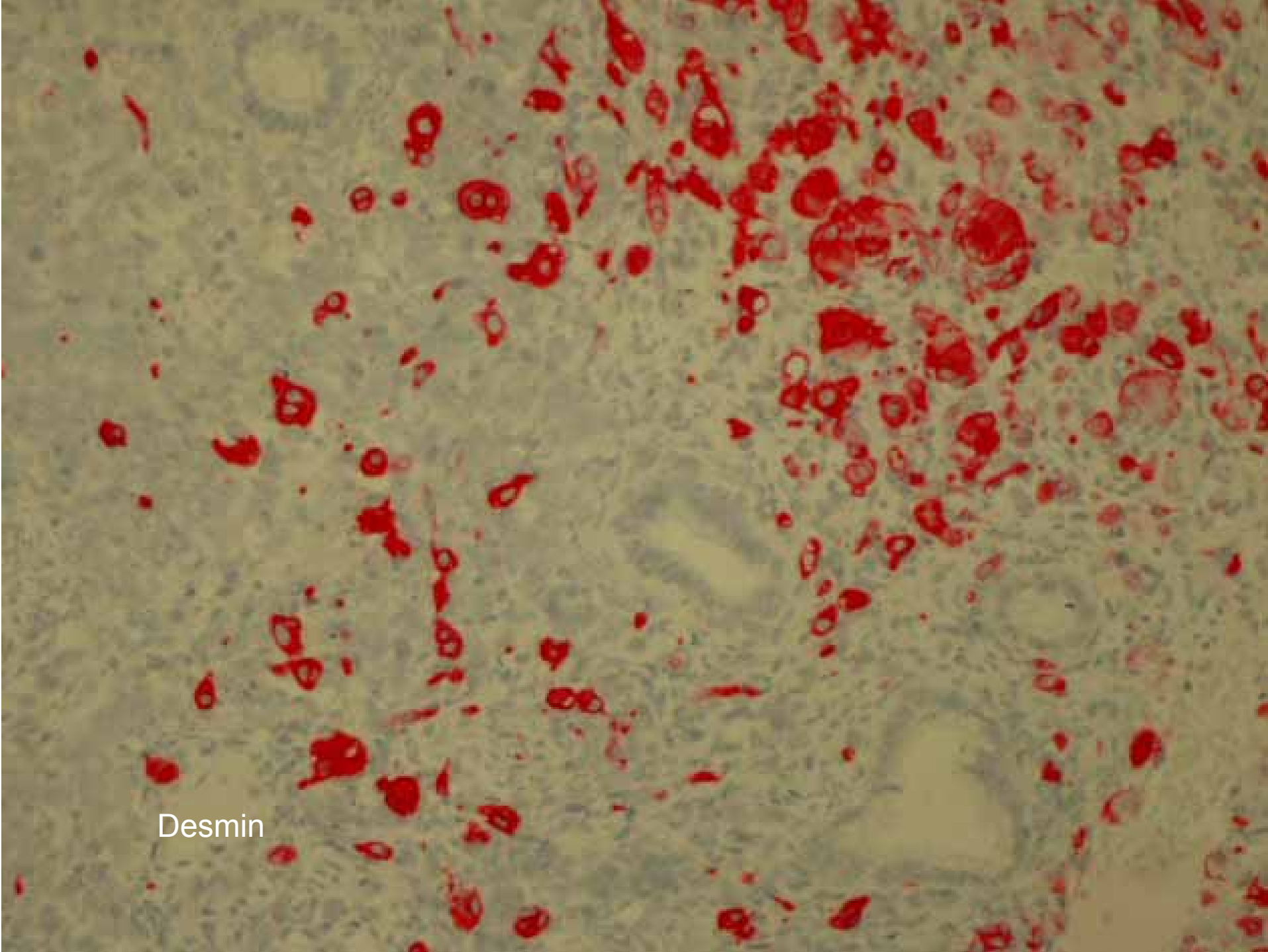




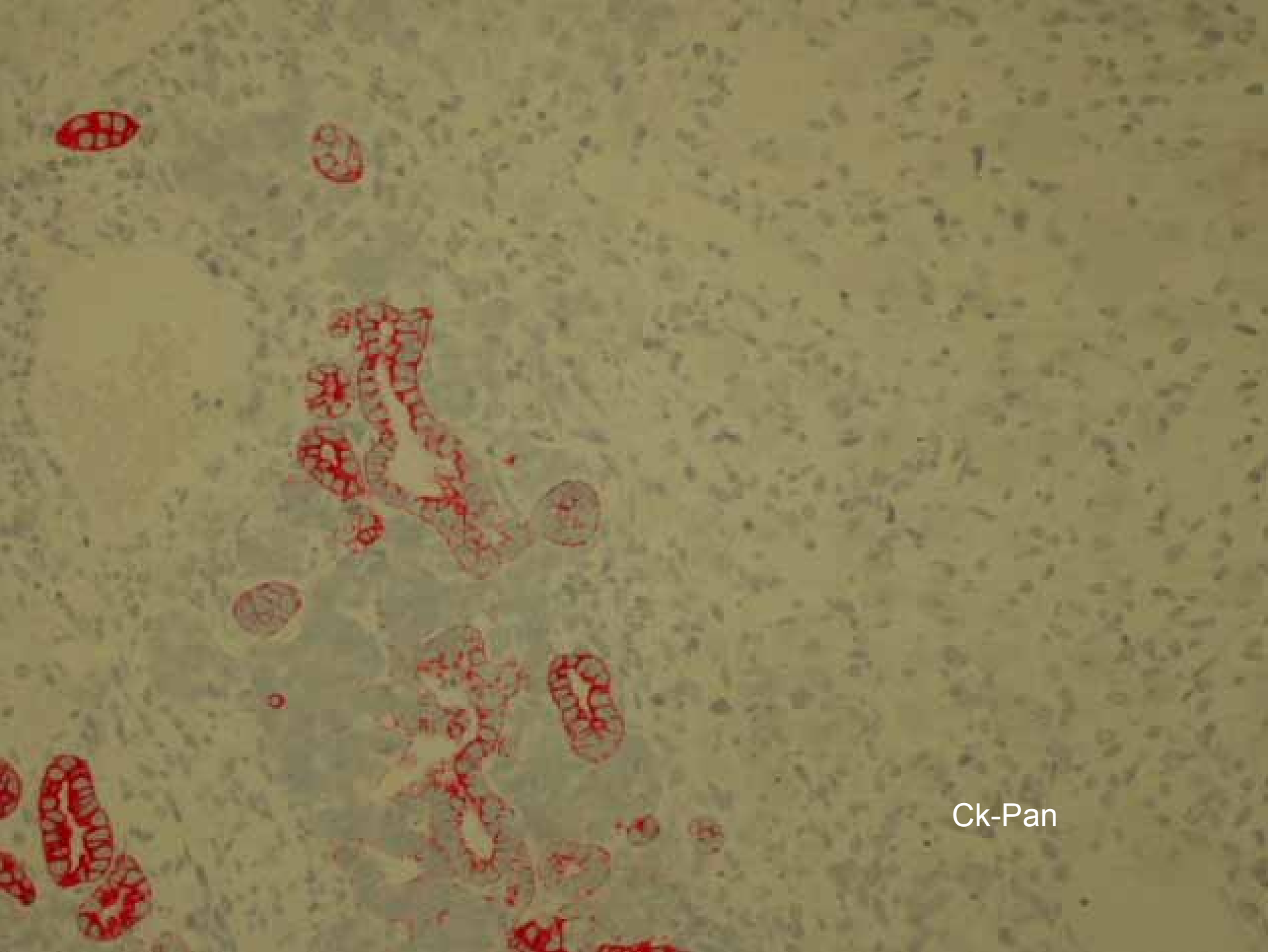






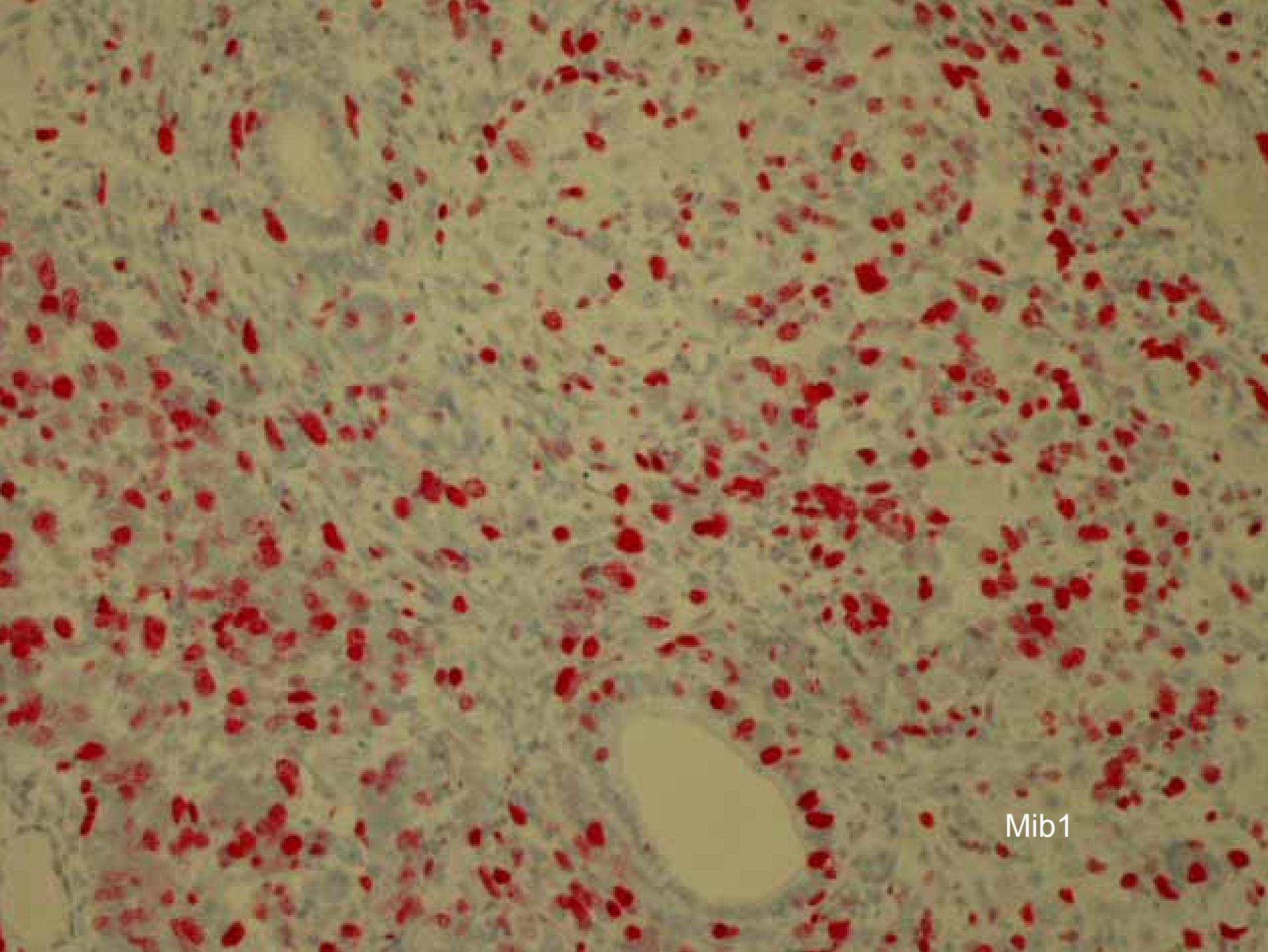


Desmin

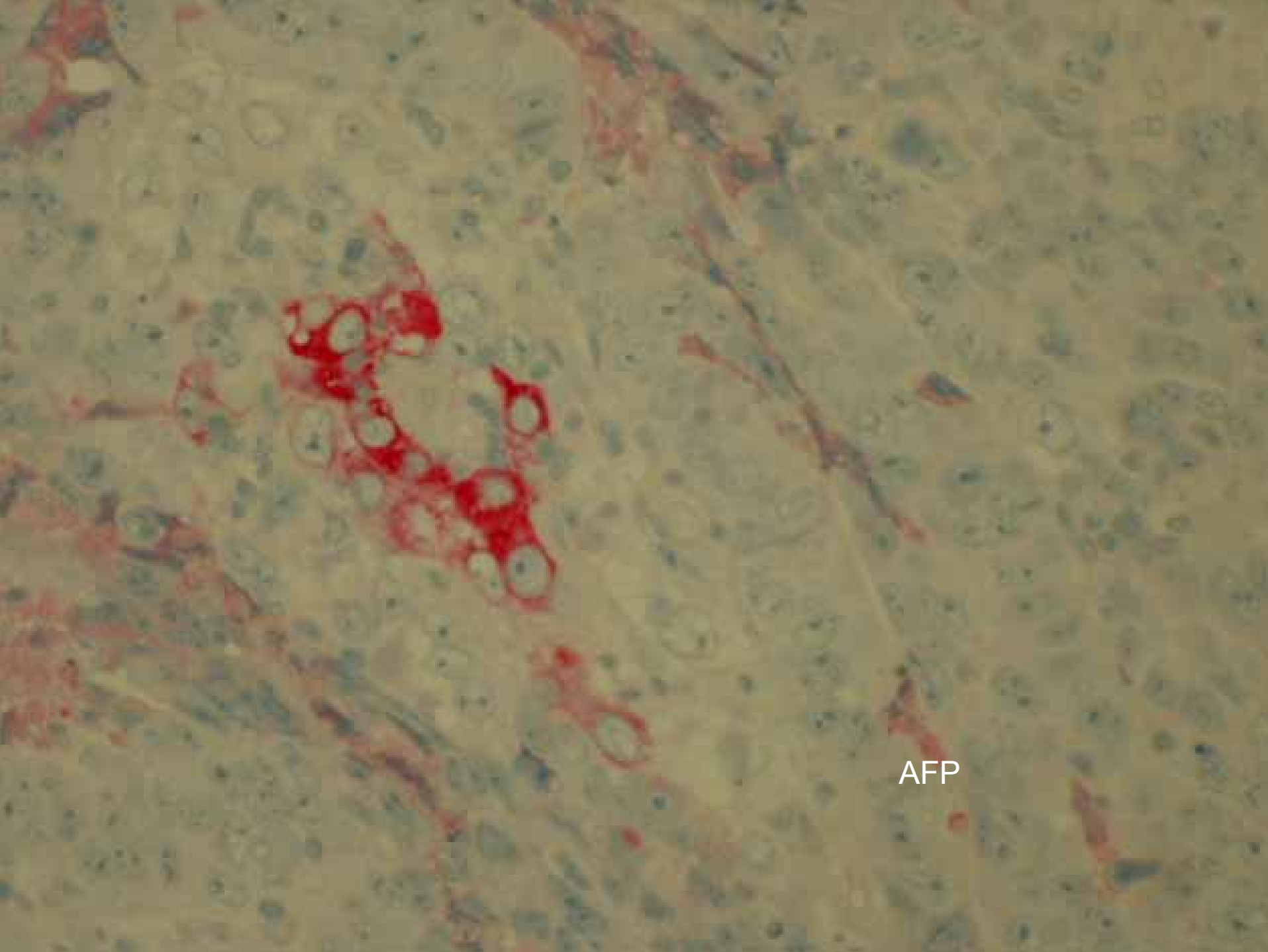


Ck-Pan

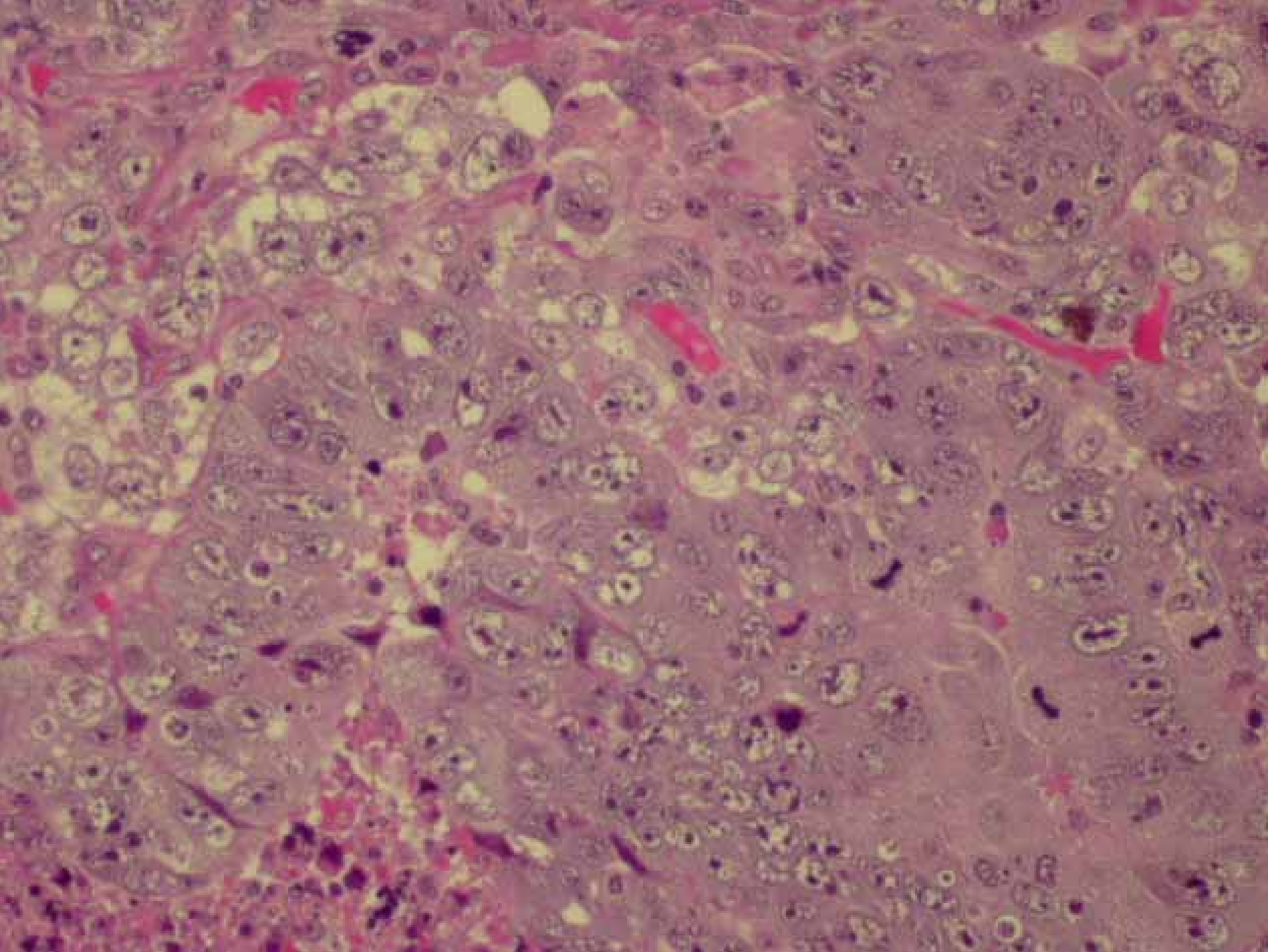




Mib1



AFP



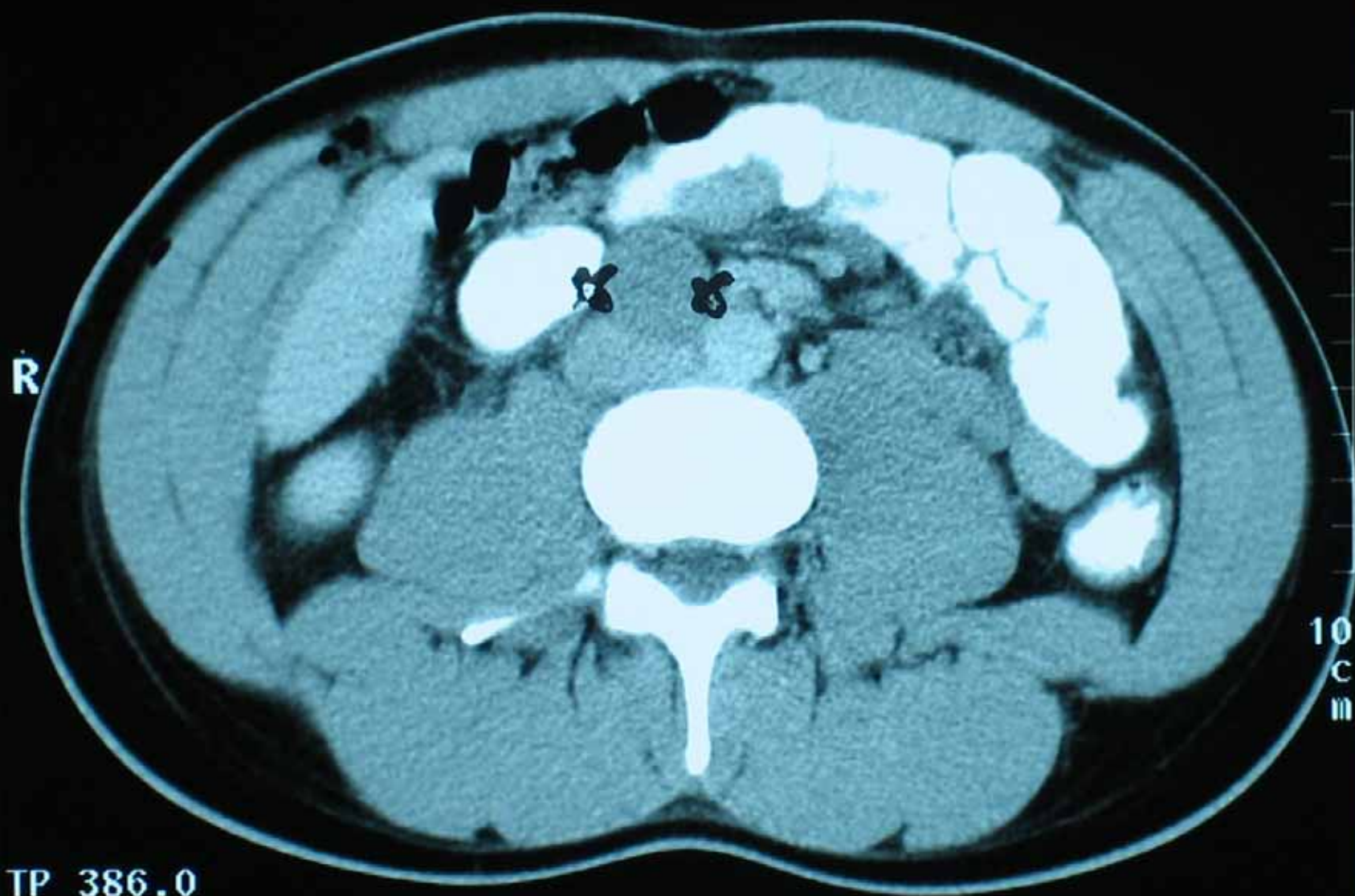
18 j. männlicher Pat.,  
aus dem rechten Unterbauch, (von retrocoecal):

Unreifes Teratomgewebe mit  
„ungewöhnlicher Histologie, etwa  
Grad 3 der Unreife“ ohne  
neurales Gewebe +  
Embryonalen Karzinomanteile

# Serologie

- AFP: 227  $\mu\text{g/l}$   $\uparrow$
- $\beta$ -HCG: 11 U/l  $\uparrow$
- LDH: i.N.

28 mm



R

R

10  
C  
M

10  
C  
M

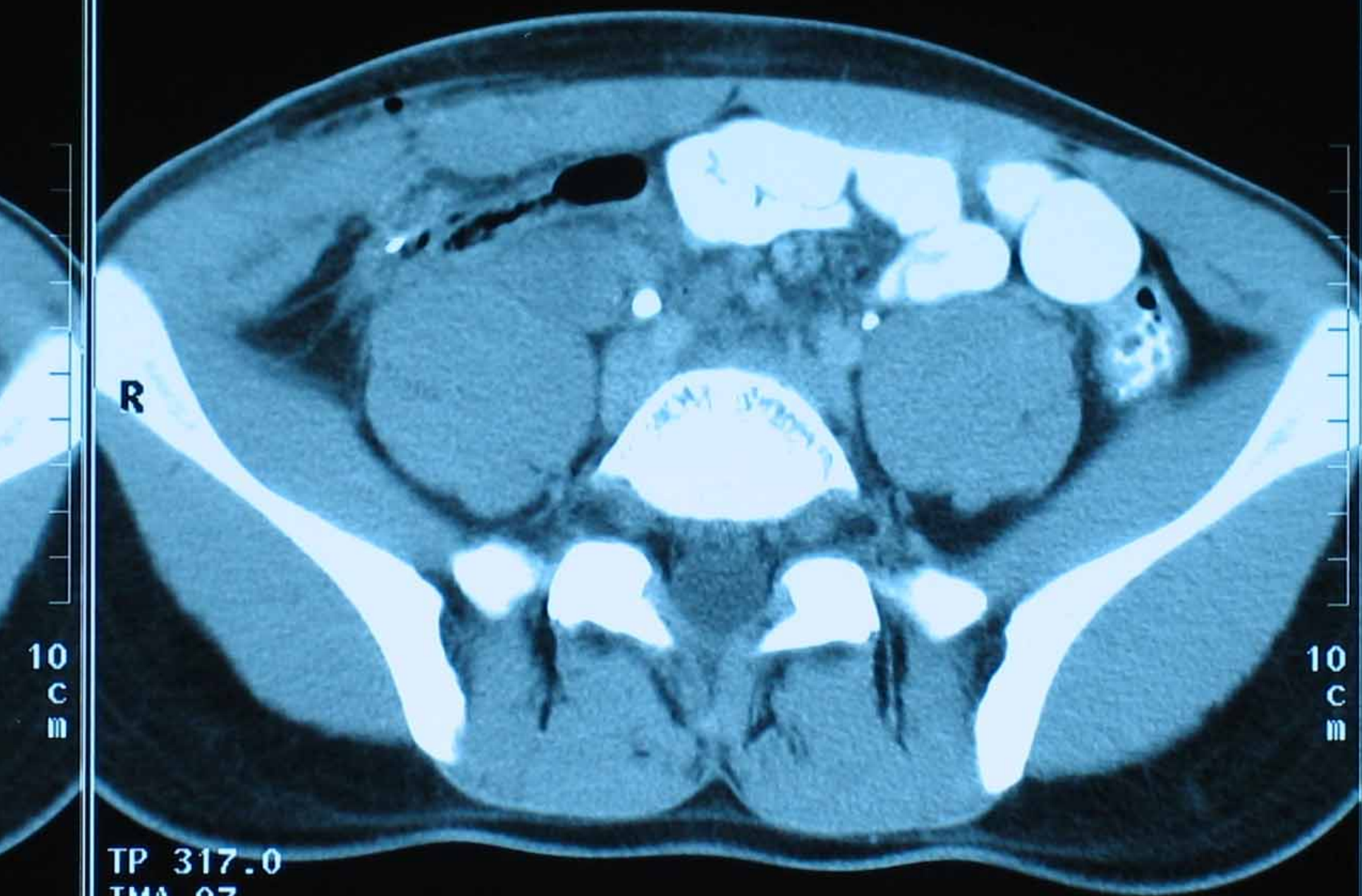
TP 386.0  
IMA 83  
SPT 11

TP  
IM  
SP

W

282

01-APR-2004  
12:21:31.17



TP 317.0  
IMA 97  
SPI 12

350

W

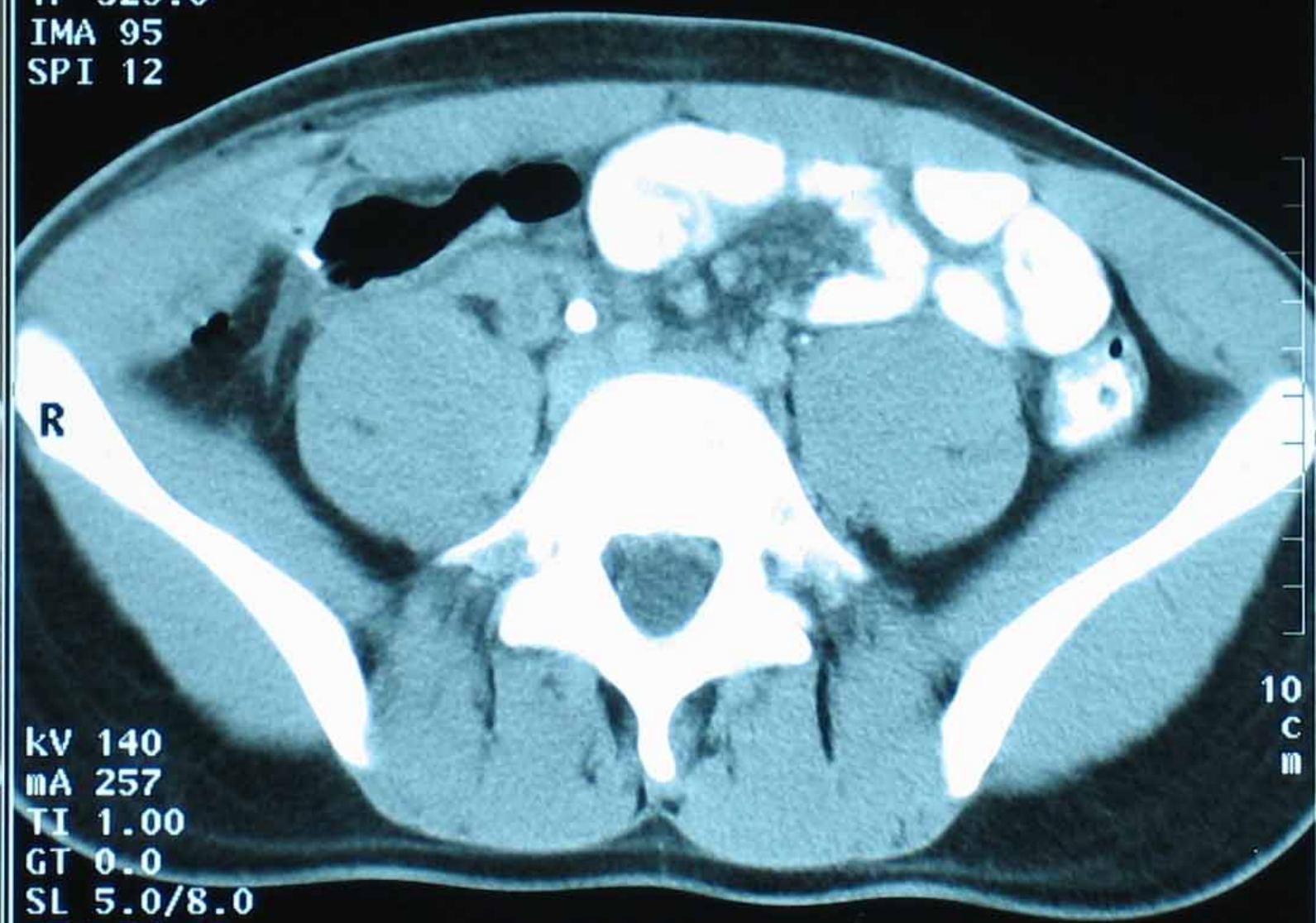
350

S 4  
:10C  
-CR

A

01-APR-2004  
12:21:32.18  
TP 325.0  
IMA 95  
SPI 12

01-APR-  
12:21:3



10  
C  
m

10  
C  
m

kV 140  
mA 257  
TI 1.00  
GT 0.0  
SL 5.0/8.0  
274 2/-18

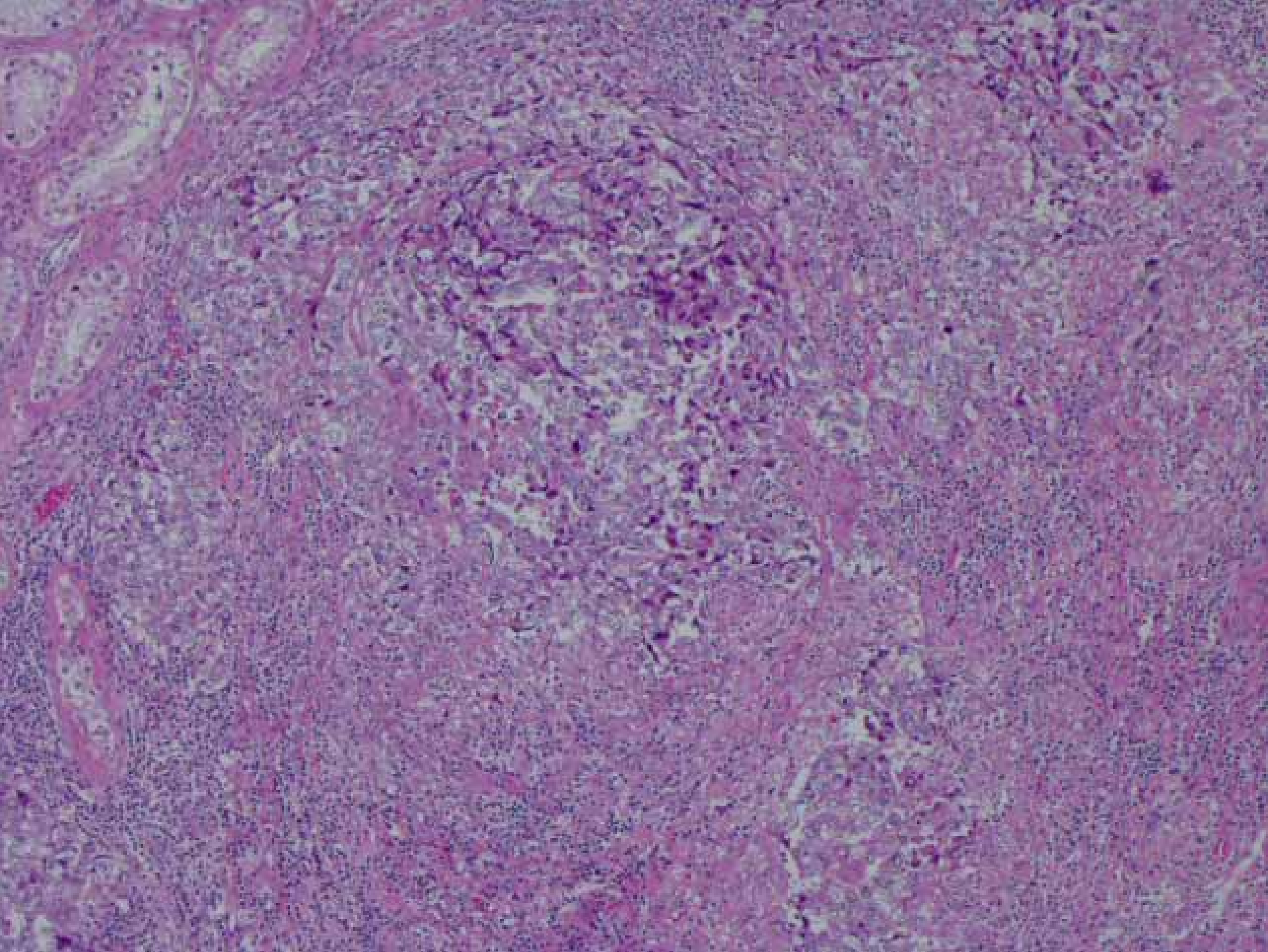
TP 321.  
IMA 96  
SPI 12

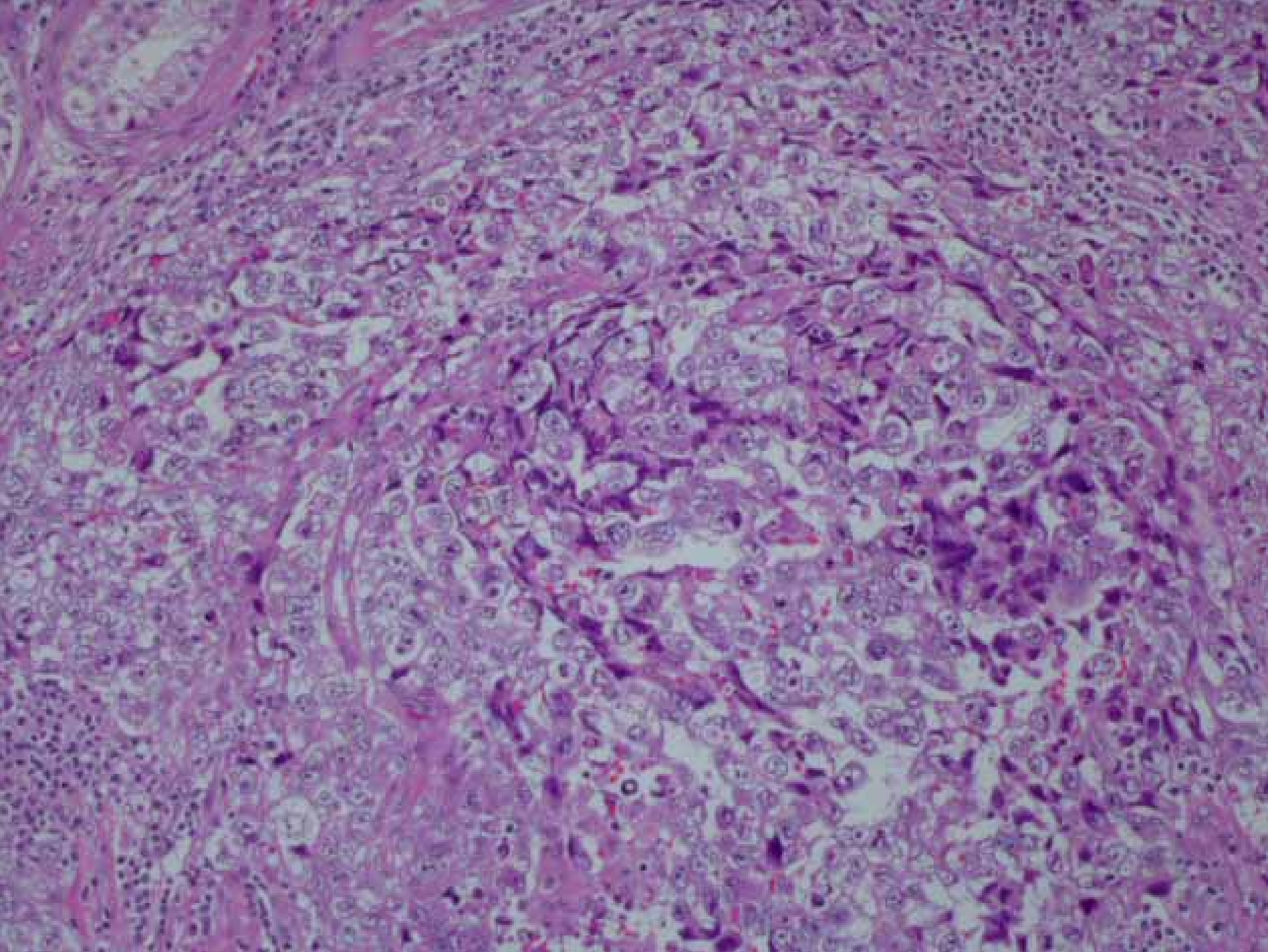
290

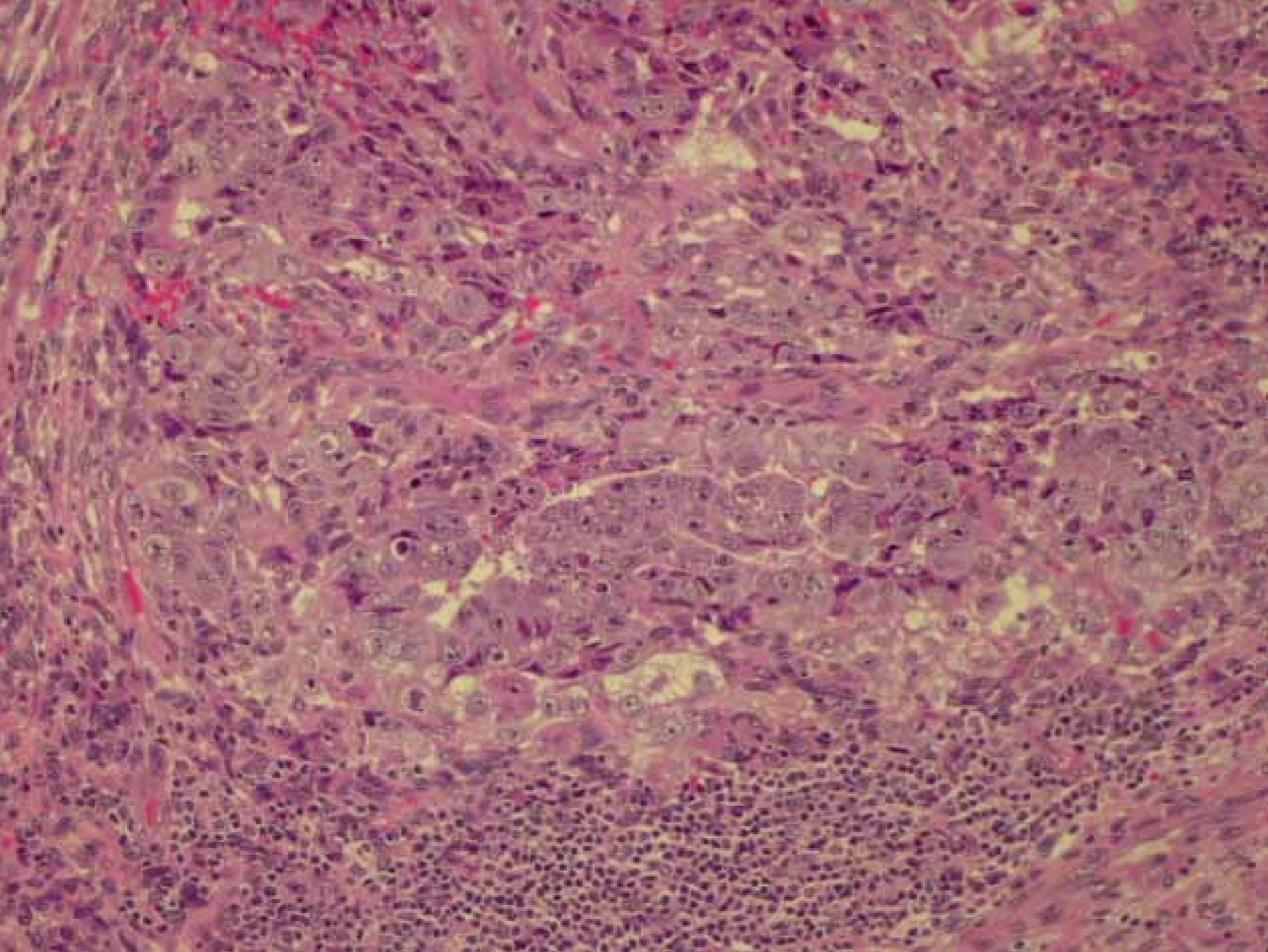
AB50 L0 KM ORAL/RECTAL

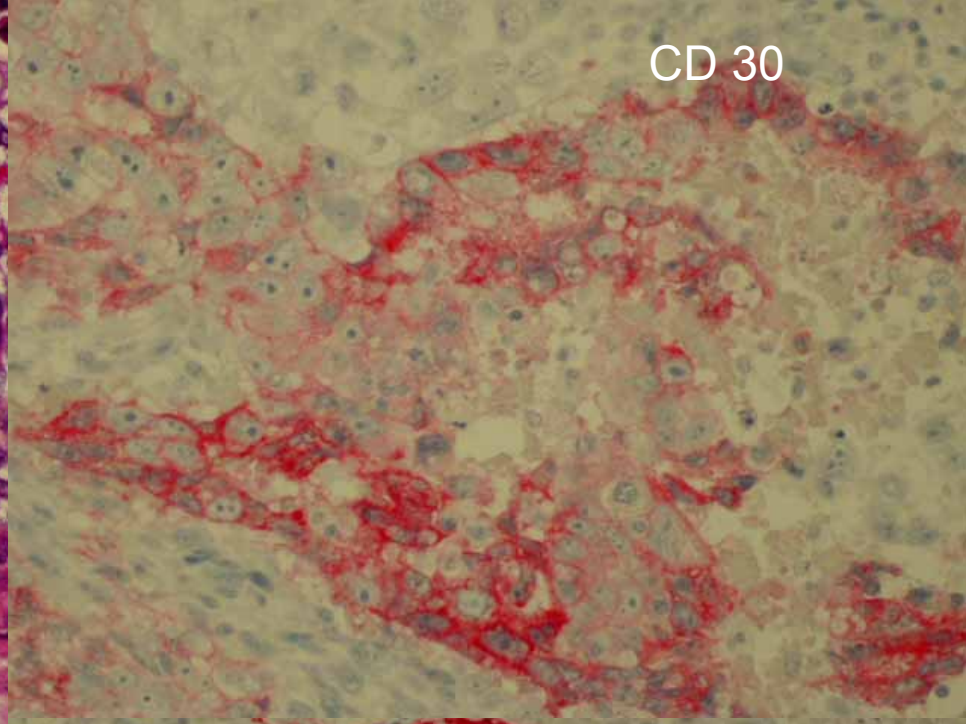
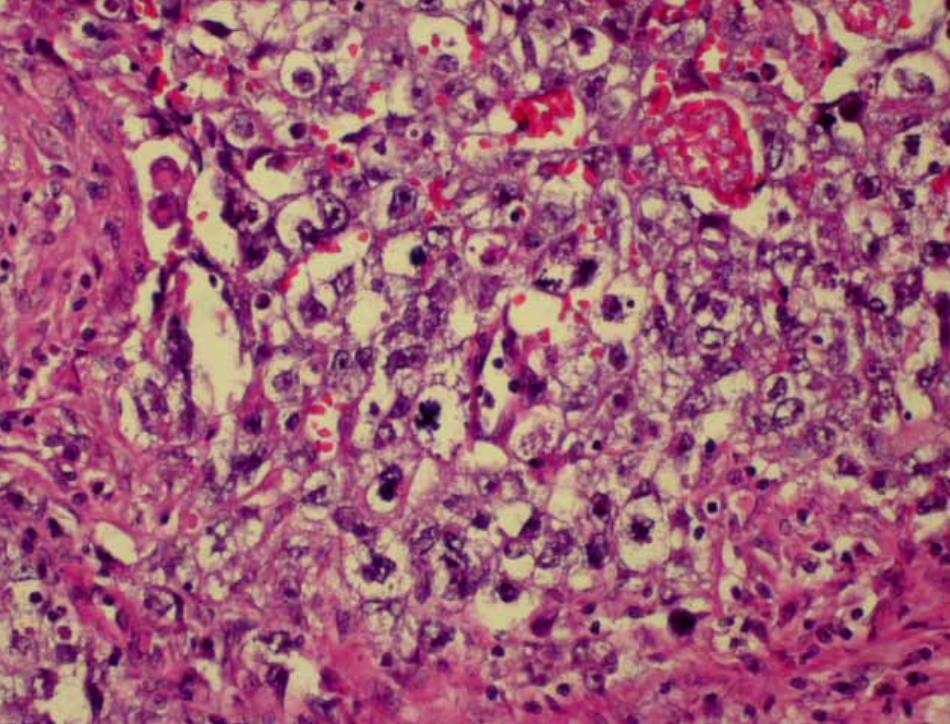
W 350



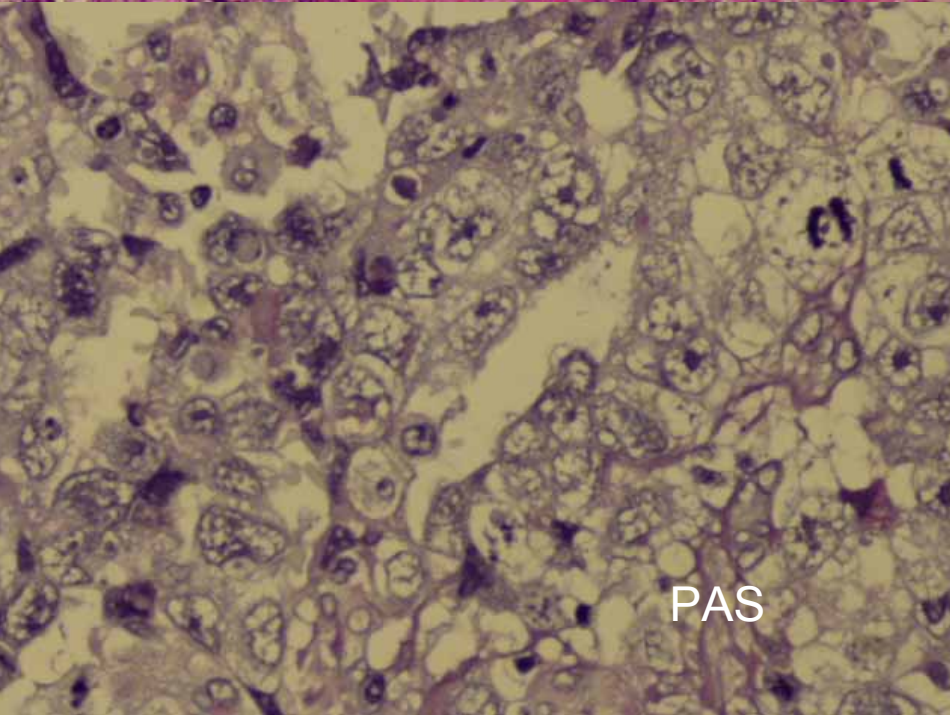




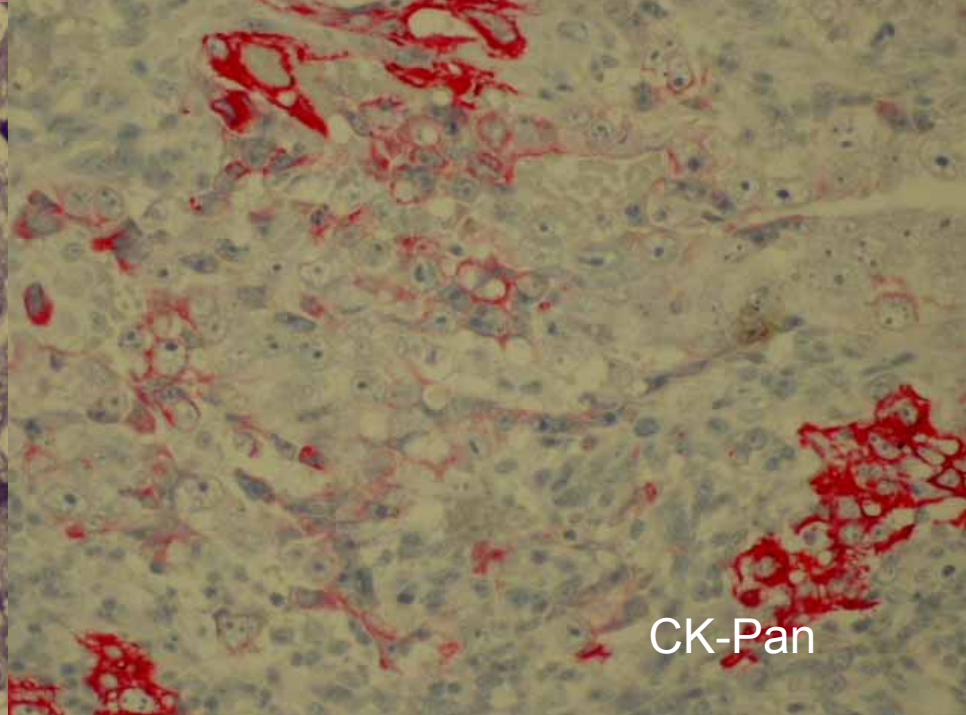




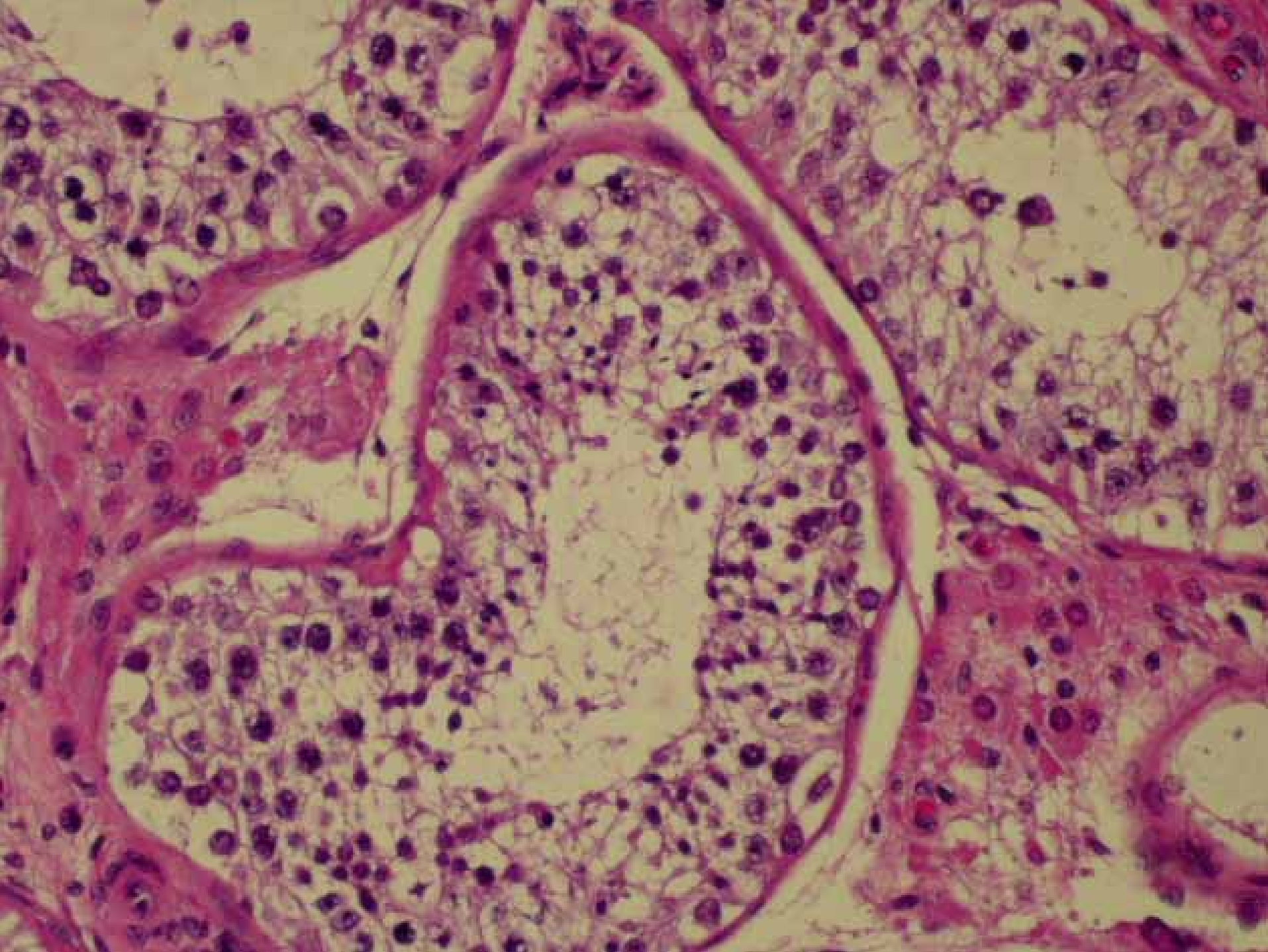
CD 30

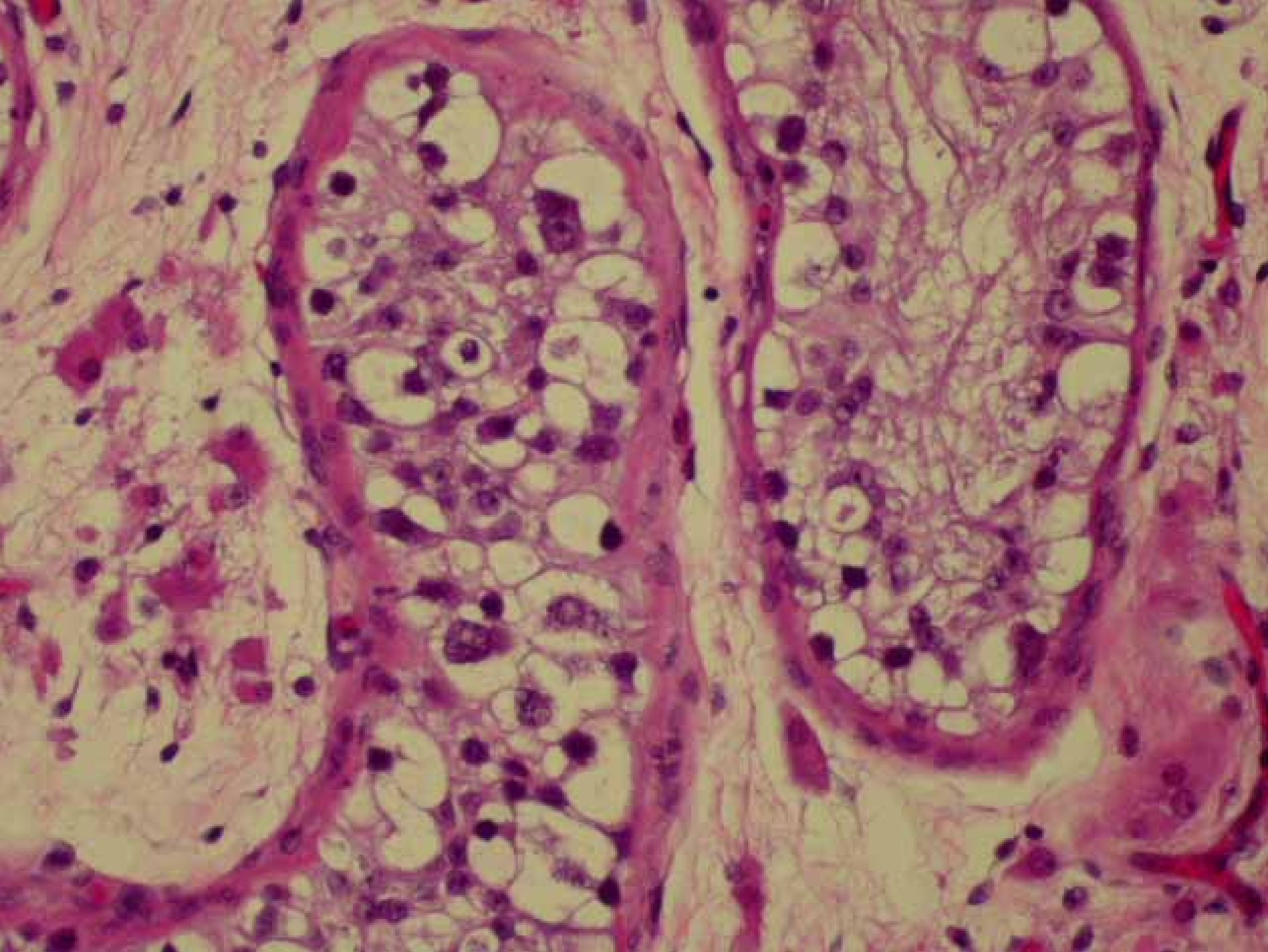


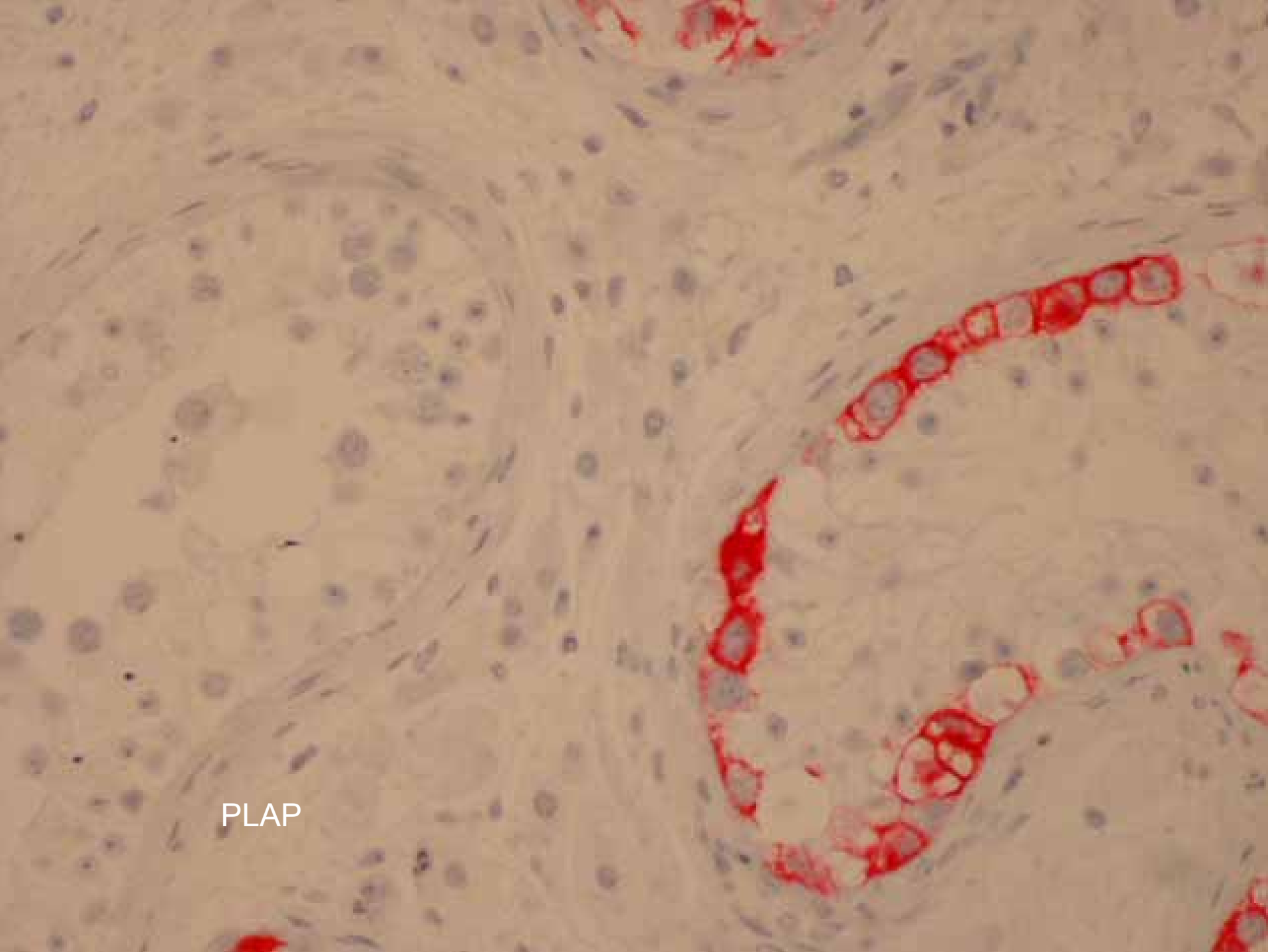
PAS



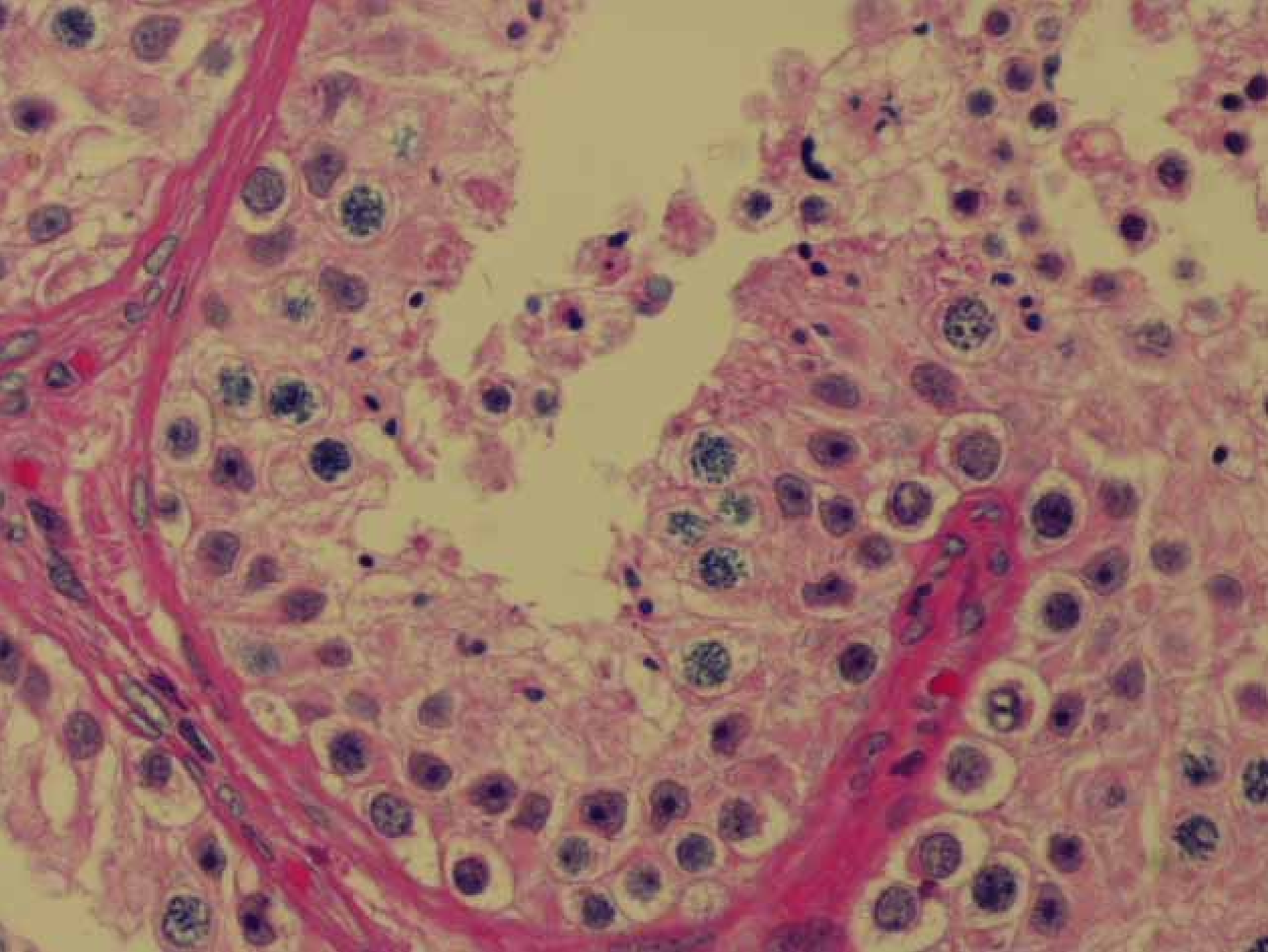
CK-Pan







PLAP





# KD \*11/85

3650 u 3880-04

Metastasierter Keimzelltumor des rechten Hodens:

**Embryonales Karzinom, 8 mm groß**

Metastasenmaterial von intraabdominal/retroperitoneal:

**Unreifes Teratom (80%), mit ungewöhnlicher  
Morphologie „etwa Grad 3“ ohne neurale  
Anteile**

**+ Embryonales Karzinom (20 %)**

**pT1, N2**

## Lugano-Stadium IIb

 Adjuvante Chemotherapie 4 x PEB Schema

Re-Staging

 RPL (retroperitoneale Lymphadenektomie)

12-JUL-2004  
12:17:15.81

R



10  
C  
M

12-JUL-2004  
12:17:16.37

12  
12

R

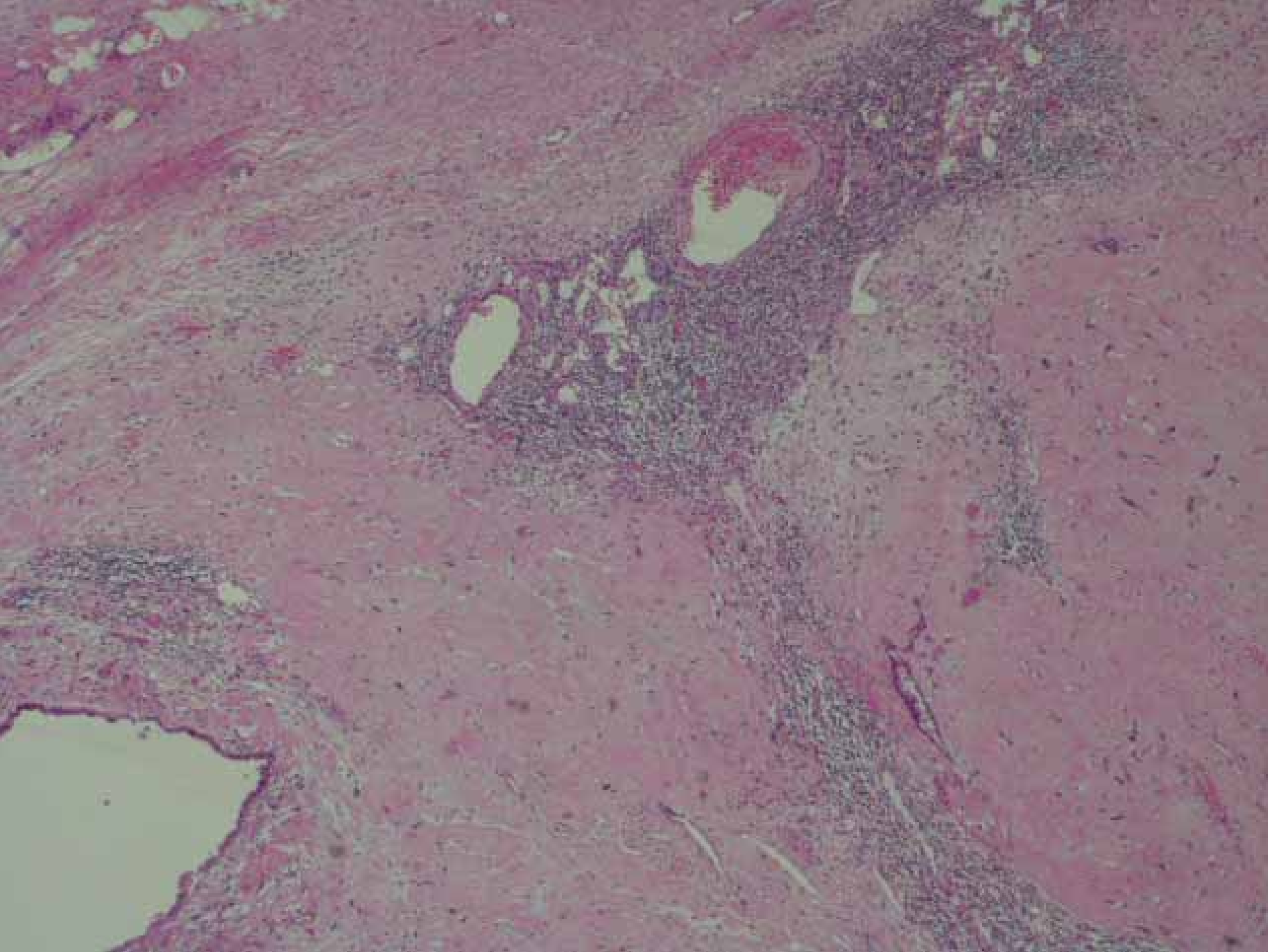


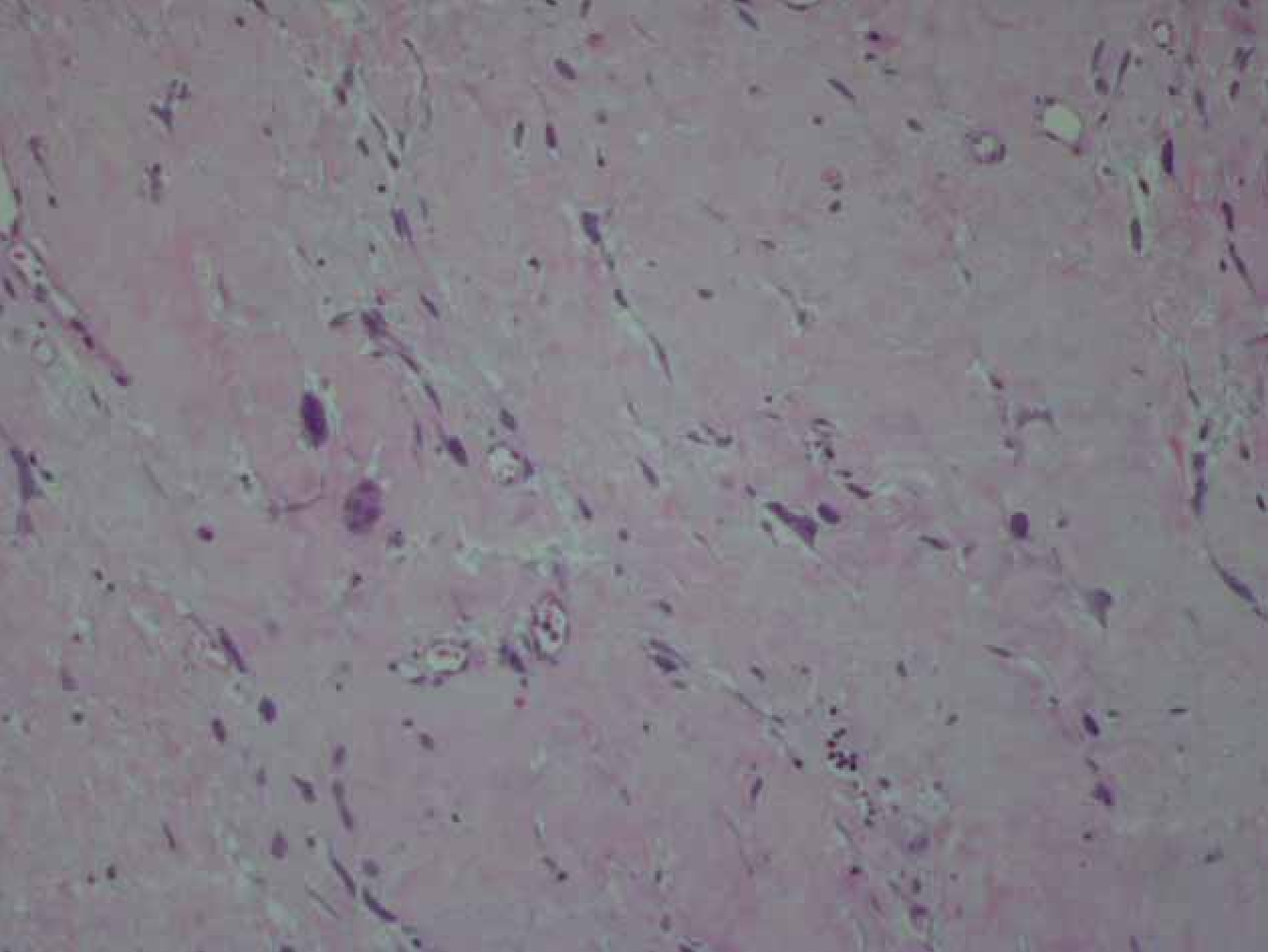
R

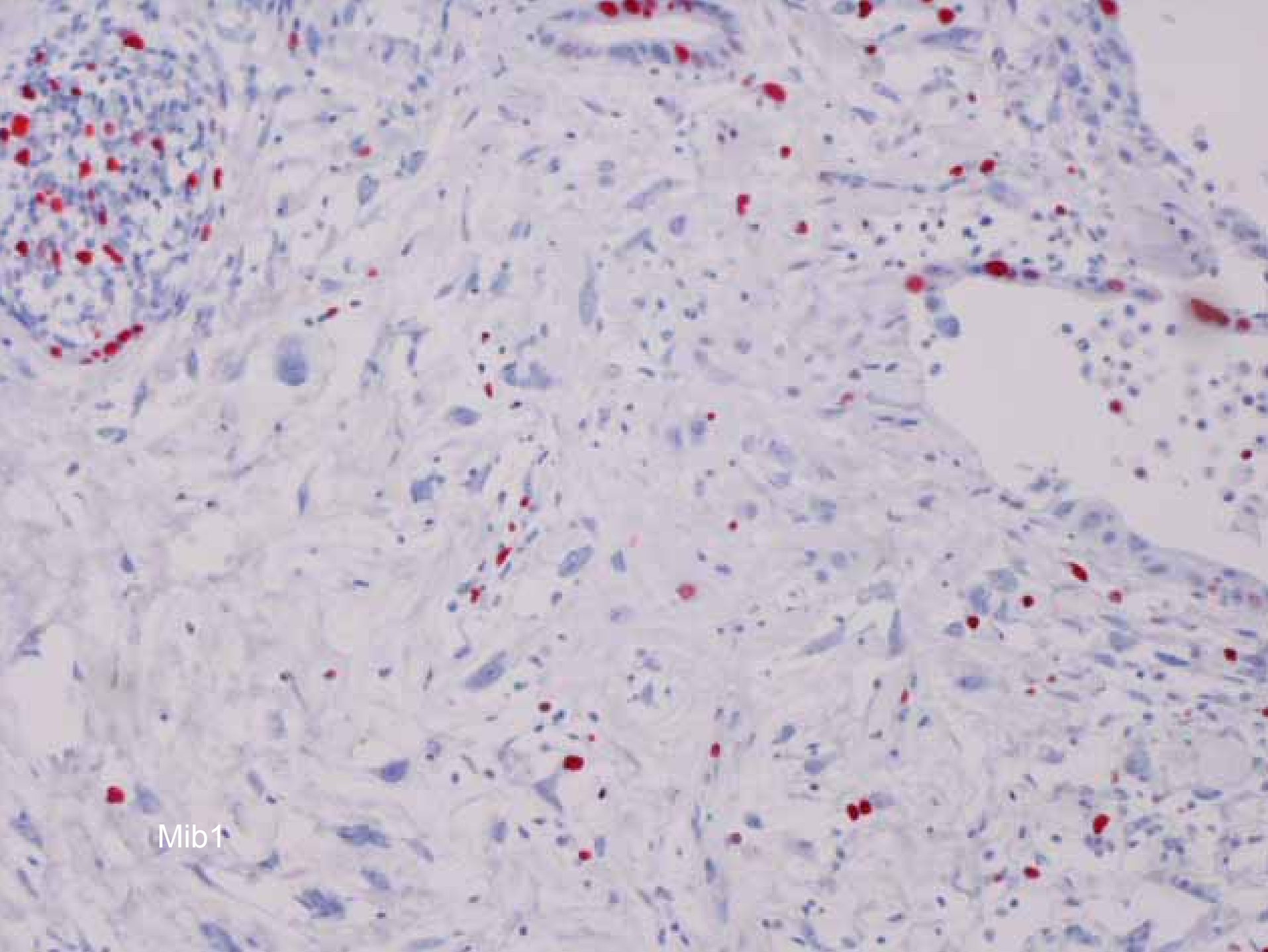
10  
C  
M

TP 596.5  
TMA 47

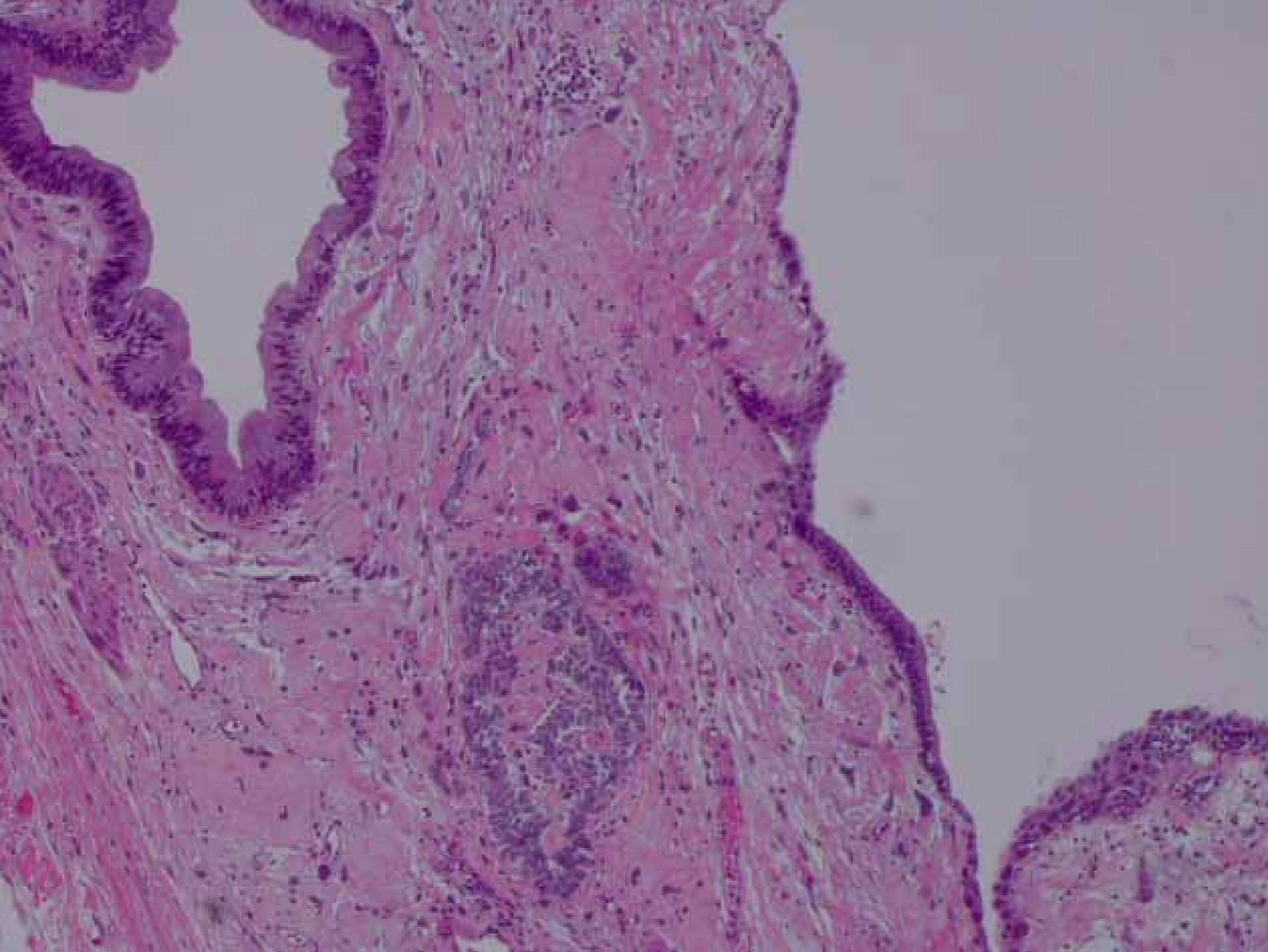
TP  
IM



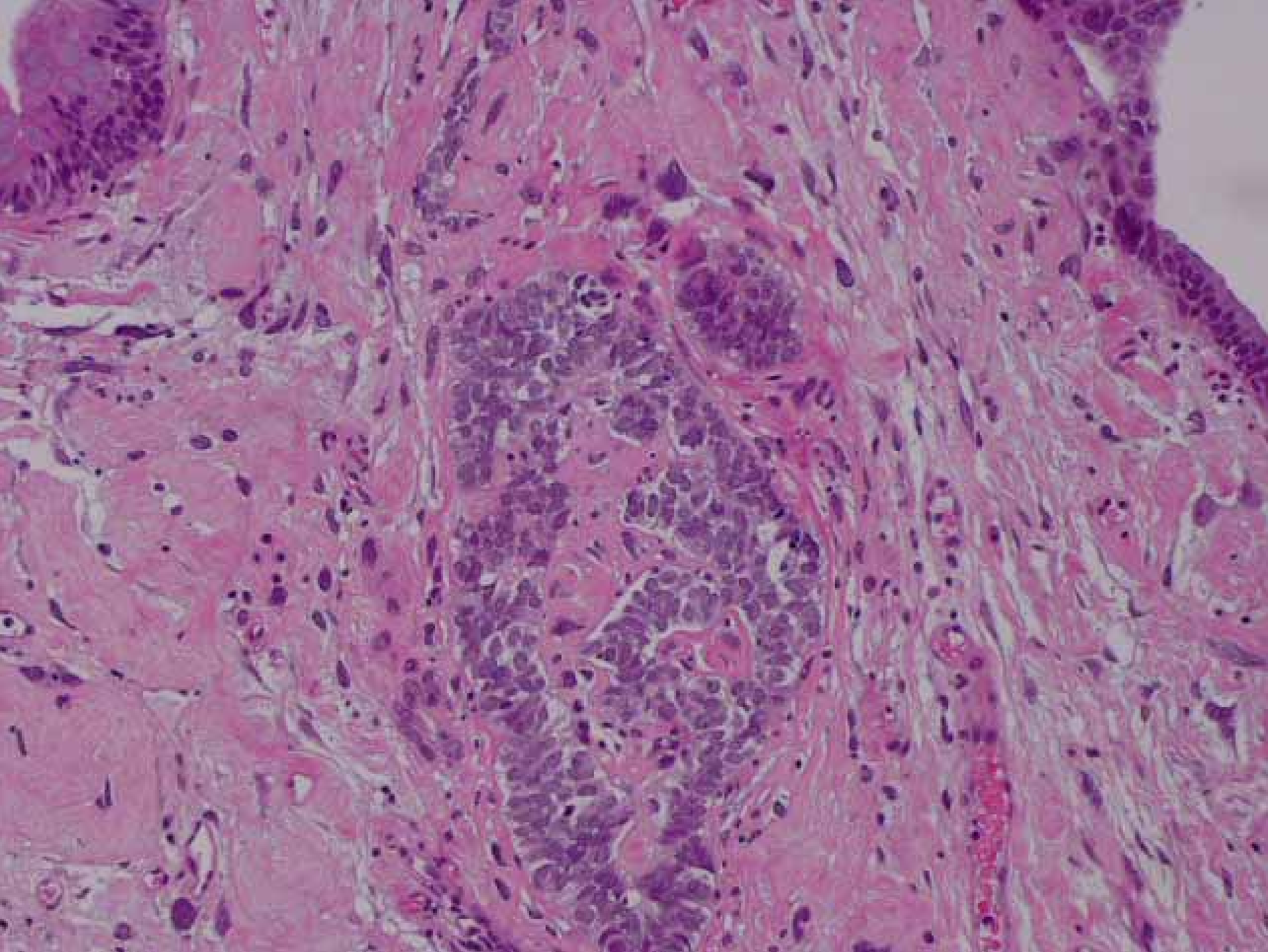


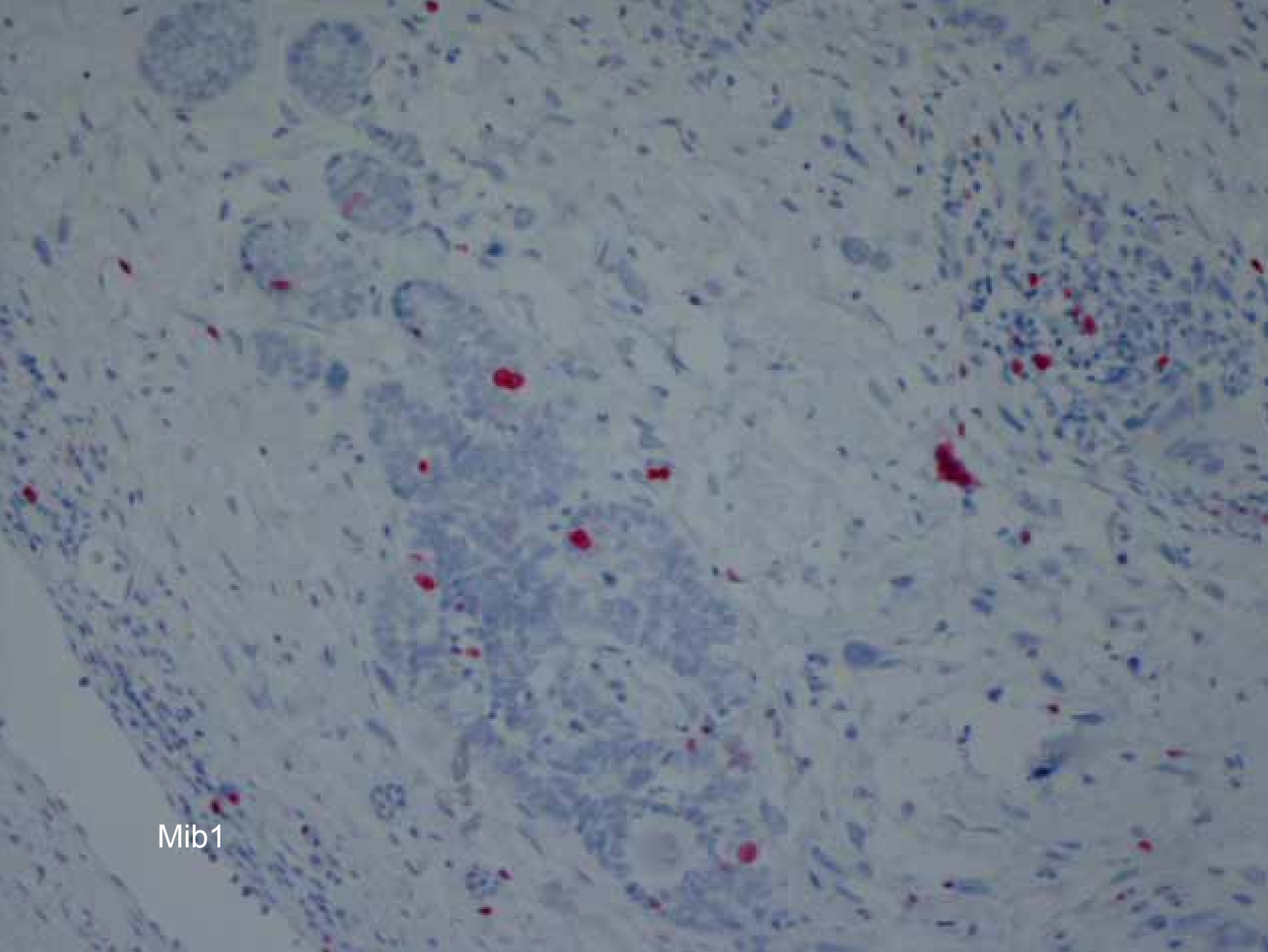


Mib1

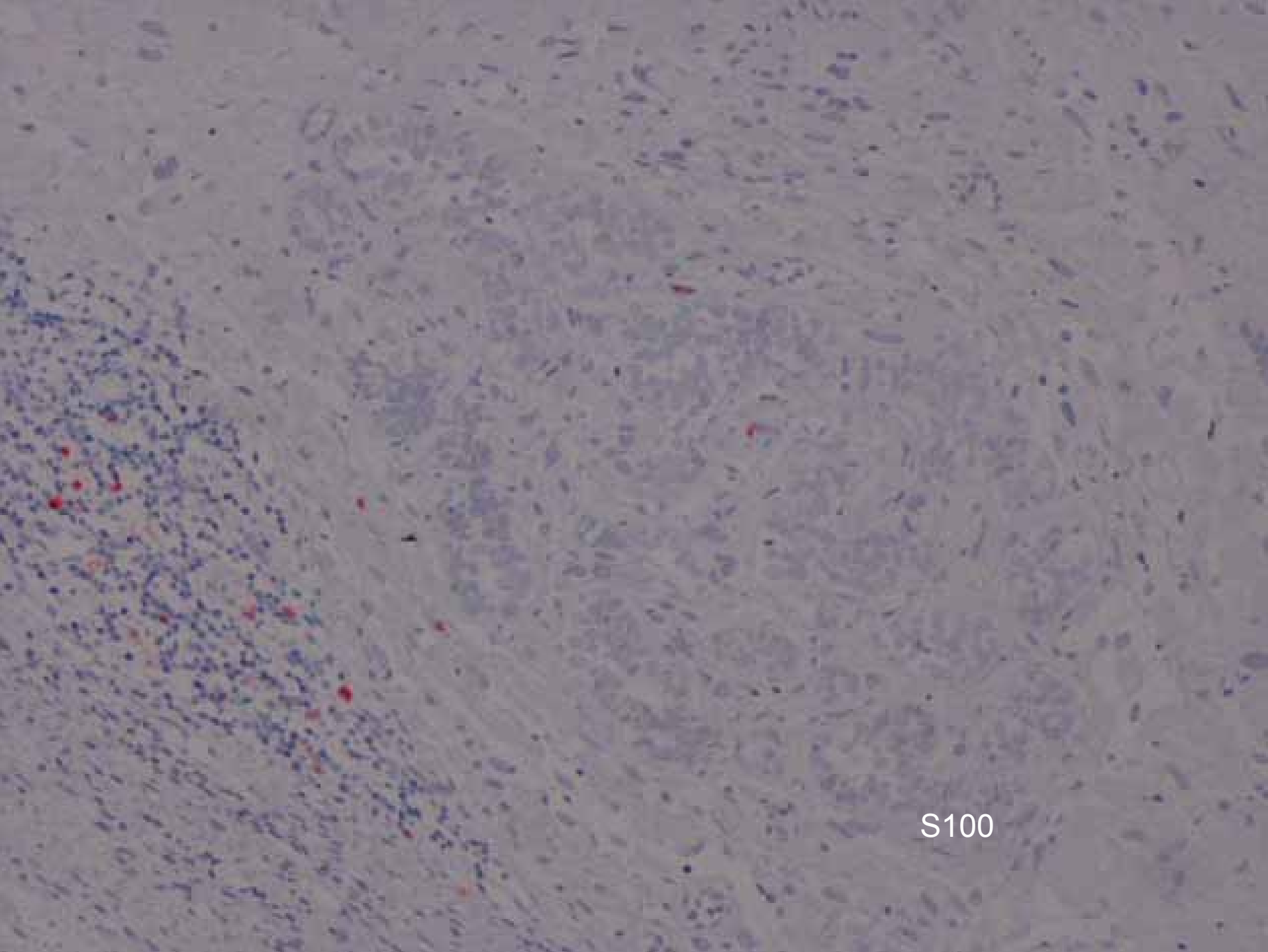








Mib1



S100

Nach Chemotherapie in resezierten Rest-LK:

stark regressives Tumormetastasengewebe  
und vitale Teratomresiduen  
in einem LK (1/17)

# Häufigkeit

- Ca. 2% reine EC im Hoden (früher 20%)
- 87% der Nicht-Seminome mit EC-Komponente
- 66% aller EC bei Diagnose Metastasen (70% der Seminome dagegen ohne M.)
  - LDH in 60%
  - (AFP) ↑
  - (βHCG)

# Klinikum der Stadt Wolfsburg



