

Protokoll

58. Kasuistisches Forum der niedersächsischen Pathologen („Niedersächsische Rätselecke“)

Samstag, den 30.04.2005

Hörsaal S des Pathologischen Institutes
der Medizinischen Hochschule Hannover
Organisator: Prof. Ostertag, Klinikum Hannover

Versand der Unterlagen an die Teilnehmer am 20.04.05

Internetpräsentation:

<http://www.klinikum-hannover.de/kdl/pat/cafo.htm>

Seit: 01.07.2005

- 1.) Teilnehmerliste
- 2.) Fallvorstellungen
- 3.) Auswertung der Qualitätsbewertung
- 4.) Diagnoseliste

Nächster Termin:

Samstag, den 12.11.2005

Protokollant: Dr. med. Christine Förster, KH Nordstadt
e-mail: inst.pathologie.nordstadt@klinikum-hannover.de

Teilnehmerliste (82 Teilnehmer)

Ort	Institution	Dres.
Aurich	Praxis am Kreis KH	Stauch
Aurich	Praxis am Kreis KH	Woziwodzki
Bielefeld	Krankenanstalten Gilead	Dumke
Bielefeld	Krankenanstalten Gilead	Weber
Bielefeld	Städtisches Klinikum	Dohmann
Bielefeld	Städtisches Klinikum	Hamberger
Bielefeld	Städtisches Klinikum	Schütte
Braunschweig	Praxis	Parussis
Brandenburg	Städtisches Klinikum	Laturnus
Bremen	Praxis	Städtler
Bremen	Klinikum Bremen Mitte	Burchardt
Bremen	Klinikum Bremen Mitte	Clausmeyer
Bremen	Klinikum Bremen Mitte	Meyerling
Bückerburg		Jehn
Burgwedel	Praxis	Richter jun.
Buxtehude		Garbe
Eisenach	Praxis	Schulz
Fulda	Klinikum Fulda	Arps
Fulda	Klinikum Fulda	Alt
Fulda	Klinikum Fulda	Basten
Fulda	Klinikum Fulda	Dohmen
Gehrden	Robert-Koch-KH	Bernhards
Gehrden	Robert-Koch-KH	Dirk
Gehrden	Robert-Koch-KH	Wille
Gehrden	Praxis	Urban
Göttingen	Universität	Bahn
Göttingen	Universität	Hemmerlein
Göttingen	Universität	Perske
Halberstadt	St. Salvator KH	Erbstößer
Hamburg	Klinikum Nord-Heidberg	Brüschke
Hamburg	Praxis	Meliß
Hannover	MHH	Kreipe
Hannover	MHH	Buhr
Hannover	MHH	Flemming
Hannover	MHH	Mengel
Hannover	MHH	Soudah
Hannover	MHH	Von Wasielewski
Hannover	MHH	Feist
Hannover	MHH	Fraul
Hannover	MHH	Gaedecke
Hannover	MHH	Marwedel
Hannover	MHH	Milde
Hannover	MHH	Brandis
Hannover	MHH	Stan

Ort	Institution	Dres.
Hannover	Ti-Ho	Hewicker-Trautwein
Hannover	Krankenhaus Nordstadt	Ostertag
Hannover	Krankenhaus Nordstadt	Delventhal
Hannover	Krankenhaus Nordstadt	Förster
Hannover	Krankenhaus Nordstadt	Pfennig
Hannover	Hautklinik Linden	Völker
Hannover	Praxis	Brennecke
Hannover	Praxis	Dankoweit-Timpe
Hannover	Praxis	Maschek
Hannover	Praxis	Richter sen.
Hannover	Praxis	Kupsch
Hannover	Praxis	Scheil-Bertram
Hannover		Erdelkamp
Hannover		Rieping
Herford	Klinikum	Lang
Hildesheim	Städtisches KH GmbH	Bürrig
Hildesheim	Städtisches KH GmbH	Hämmerling
Hildesheim	Städtisches KH GmbH	Kuske
Kassel	Praxis	Eisener-Grießhaber
Kassel	Klinikum	Gaiser
Kassel	Klinikum	Groß
Magdeburg	Praxis	Kühne
Minden	Klinikum	Kellner
Minden	Klinikum	Großmann
Minden	Klinikum	Veit
Nordhorn	Praxis	De Jonge
Oldenburg	Praxis	Henke
Osnabrück	Praxis	Bergmann
Osnabrück	Praxis	Bosse
Osnabrück	Praxis	Langenberg
Rethen		Reinecke-Lüthge
Rothenburg / Wümme	Diakoniekrankenhaus	Amthor
Rothenburg / Wümme	Diakoniekrankenhaus	Bontikous
Rothenburg / Wümme	Diakoniekrankenhaus	Tuma
Soest	Praxis	Greskötter
Springe		Pettig
Stade	Städtisches KH	Bommer
Wolfsburg	Stadtkrankenhaus	Katzenstein

Entschuldigte Teilnehmer der Rätselecke vom 30.04.2005

Prof. Dr. med. Georgii
Dr. med. Gafumbegete
Prof. Roessner
Prof. Füzesi
Prof. Klinge
Prof. Heine
PD Dr. Schmauz

Schondorf a. A.
Meppen
Magdeburg
Göttingen
Kassel
Bremerhaven
Papenburg

Fallvorstellungen

Fall 1

PD Bernhards, Robert-Koch-KH, Gehrden – Region Hannover

Organ: Milz

Diagnose: Monoklonale Plasmazellinfiltration der Milz ohne höhergradige zytologische Atypien – vereinbar mit MGUS (monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz).

Besonderheiten und Diskussion:

Patientin hat eine monoklonale Gammopathie vom Typ IgG kappa und eine Bence Jones Proteinurie. Die monoklonale Plasmazellproliferation beschränkt sich bisher auf die Milz.

Die Ursache der Splenomegalie ist unklar (Zytokineffekt?).

Literatur:

Horny HP, Saal J, Kaiserling E: Hematol Pathol; 6 (3): 155-60 (1992)

Fall 2

Dr. Kuske, Klinikum Hildesheim GmbH

Organ Niere

Diagnose: Benigne Läsion: Dysplasie? Dysgenese?

Besonderheiten und Diskussion:

Es handelt sich um eine tumorförmige Läsion im oberen Pol der Niere, bestehend aus Tubuli mit verkalktem Sekret, dickwandigen Blutgefäßen und einer breiten Bindegewebskapsel.

Ein zusätzliches Nierenbecken oder ein gedoppelter Ureter waren nicht auffällig.

Diagnosevorschläge - Konsil Prof. Störkel:

Hamartom des Nierenbeckens, Nierendysgenese.

Diagnosevorschlag Prof. Kreipe:

Lymphangiom, evtl. Einsatz des AK „Podoplanin“ (Marker für lymphatische Endothelien).

Diagnosevorschlag Prof. Ostertag:

Segmentale Zystenniere.

Fall 3

PD Kellner, Klinikum Minden

Organ: Ovar

Diagnose: Metastase eines klarzelligen Nierenzellcarcinom

Besonderheiten und Diskussion:

Der Befund eines ossär metastasierten, inoperablen Nierenzellcarcinom war zum Zeitpunkt der Beurteilung des Ovarialtumor nicht bekannt, daher lauteten die Arbeitsdiagnosen zunächst: Klarzelliges Adenocarcinom des Ovar bzw. Strum ovarii (Konsil Prof. Schmidt, Mannheim).

Metastasen eines Nierenzellcarcinom im Urogenitaltrakt sind selten (8% nach WHO). In der Literatur sind nur 11 Fäll von Ovarailmetastasen beschrieben, lediglich einer davon war zystisch.

Fall 4

Dr. Völker, Hautklinik Linden - Klinikum Hannover

Organ: Haut

Diagnose: Plattenepithelcarcinom auf dem Boden eines
Syringozystenadenoma papilliferum

Besonderheiten und Diskussion:

Es handelt sich um den seltenen Fall einer malignen Entartung eines Syringozystenadenoma papilliferum. In der Literatur sind lediglich 10 Fälle beschrieben.

Die Hautmetastase eines Plattenepithelcarcinom ist auszuschließen, da mehrfach Übergänge zwischen der benignen und der malignen Komponente darstellbar sind.

Literatur:

Hügel H: Am J Dermatopathol; 25 (6): 490-493 (2003)

Ishida-Yamamoto A: J Am Acad Dermatol; 45 (5): 755-759 (2001)

Fall 5

Prof. Amthor, Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH

Organ: Lunge

Diagnose: Destruierende und konstriktive Bronchiolitis bei linksseitiger Chlamydia pneumoniae Pneumonie.

Besonderheiten und Diskussion:

Die Morphologie spricht für einen einmaligen, ca. zwei Wochen alten Entzündungsschub.

Anamnese (nachträglich ermittelt): 1x Reinigung eines Taubenschlages vier Wochen vor der stationären Aufnahme.

Serologie: Chlamydia-antikörper: IgM positiv

Bei Kontrolle: IgM negativ (IgA und IgG negativ)

Bei der Psittacose handelt es sich um eine meldepflichtige Zoonose, die durch die Inhalation von erregerehaltigem, Staub verursacht wird. Die Therapie besteht in einer Antibiose mit Tetracyclinen und Makrolid-Antibiotika.

Diskussion: Dr. Soudah hat in seinem Präparat Chlamydiae mikroskopisch gefunden und weist auf die Möglichkeit der BAL-Untersuchung bei solchen Fragestellungen hin.

Literatur:

Chlamydiae? Noch vielfach unterschätzte Erreger

Diagnostik im Gespräch. Aktuelles aus der Diagnostica-Industrie, 4/2004.

www.vdgh.de

Travis WD, Tavolozza C, Colby TV, Koss MN: Non-Neoplastic disorders of the lower respiratory tract. Atlas of nontumor pathology I Fasc. 2 AFIP, Washington, DC 2002

Dail DH and Sponson JH Ed.: Pulmonary pathology. Springer NY 1988

Fall 6

Prof. Stan, MHH

Organ: Gehirn

Diagnose: Tollwut.

Besonderheiten und Diskussion:

Die Transplantation der infizierten Lunge erfolgte über eine Bronchusanastomose. Als Übertragungsweg kommen die Rami des N. vagus in Frage.

Die Viren zeigen eine besondere Affinität zu den Purkinje-Zellen des Kleinhirns und den Pyramidenzellen des Hippocampus. Hier gelingt der Nachweis der typischen intrazytoplasmatischen Negri-Bodies.

Literatur:

Srinivasan A: N Engl J Med.; Mar 17; 352(11):1103-11 (2005)

Misak A: CMAJ; Aug 17; 171(4):327 (2004)

Hogan RN: Cornea; Nov; 14(6):547-53 (1995)

Fall 7

Dr. Flemming, MHH

Organ: Leber

Diagnose: Inflammatorischer Pseudotumor bei Pflanzenfaserrest in einem Pfortaderast.

Besonderheiten und Diskussion:

Hypothese zum Pathomechanismus der Verschleppung des Pflanzenfaserrestes in die Pfortader: Perforierte Appendizitis.

Inflammatorische Lebertumoren sind häufig mit entzündlichen Erkrankungen des Gastro-Intestinaltraktes assoziiert.

Die zytologische Diagnose (FNP-Leber) ist schwierig und wegen der Zell- und Kernveränderungen der Makrophagen häufig falsch-positiv.

Wichtig ist die differentialdiagnostische Abgrenzung zu folgenden Tumor-Entitäten:

- Inflammatorischer myofibroblastärer Tumor.
- Follikulärer dendritischer Zell Tumor (fast ausschließlich in Asien, IH: CD21 positiv, CD23 positiv)

Literatur:

Hosler GA: Diagn Cytopathol; Oct; 31(4):267-70 (2004)

Lupovich A: Acta Cytol; Mar-Apr; 33(2):259-62 (1989)

Papachristou GI: J Clin Gastroenterol; Oct ; 38(9):818-22 (2004)

Del Fabbro D: J Hepatol; Sep; 41(3):498 (2004)

Cessna MH: Am J Surg Pathol; 25(6):761-8 (2001)

Chen TC: Mod Pathol; 14(4):354-60 (2001)

Fall 8

Dr. Förster, Region Hannover - Krankenhaus Nordstadt

Organ: Subcutis rechter distaler Unterschenkel

Diagnose: Pleomorpher hyalinisierender angiektatischer Tumor (PHAT) der Weichteile

Besonderheiten und Diskussion:

Es handelt sich um eine seltene Tumorentität, die 1996 erst-beschrieben worden ist. 50% der Tumoren manifestieren sich an den unteren Extremitäten. Charakteristisch sind spindelzellige pleomorphe Tumorzellen ohne nennenswerte Proliferationsaktivität und dünnwandige Blutgefäße mit perivaskulärer Ablagerung von amorphen eosinophilen Substanzen (Gemisch aus Fibrin und Hyalin).

Der Tumor gilt wegen des invasiven Wachstums und der Rezidivneigung als low-grade Neoplasie.

Hypothesen für die Entstehung der Gefäßkomponente:

- VEGF-Effekt
- Stase
- AV-Fisteln

Literatur:

Smith MEF: Am J Surg Pathol; 20 (1): 21-29 (1996)

Fall 9

Dr. Pfennig, Region Hannover - Krankenhaus Nordstadt

Organ: Endomyokardbiopsie – rechter Ventrikel

Diagnose: Allergische Hypersensitivitätsmyokarditis

Besonderheiten und Diskussion:

Herausarbeitung der Differentialdiagnose zwischen der allergischen Hypersensitivitätsmyokarditis, die ohne Myokardnekrosen vorliegt, eine gute Prognose hat und der Endocarditis parietalis fibroplastica (Löffler) im Rahmen eines Hypereosinophilie-Syndrom mit Myokardnekrosen und schlechter Prognose.

Vorstellung des Antikörpers CD69, der aktivierte eosinophile Granulozyten dekoriert und in allen Fällen der allergischen Hypersensitivitätsmyokarditis positiv reagiert (Differentialdiagnose zur Endocarditis Löffler).

Literatur:

Grabellus F: Histopathology; 46: 89-97 (2005)

Corradi D: Hum Pathol; 35 (9): 1160-1163 (2004)

Corssmit EPM: Cardiology; 91: 272-276 (1999)

Auswertung der Qualitätskontrollbögen:

Es wurden 66 Bögen zur Qualitätsbewertung abgegeben

Noten	1	2	3	4	Enthalt.	Mittelwert
Allgemeine Information	40	26	0	0	0	1
Qualität der Präparate	34	26	6	0	0	2
Qualität der Diaprojektion	44	21	1	0	0	1
Qualität der Darbietung	34	29	3	0	0	2
Anamnesen	19	31	15	1	0	2
Brauchbarkeit für die Praxis	37	23	5	1	0	2
Organisation am Tagungsort	48	15	1	0	2	1
Arbeitsbeeinflussung	32	21	10	3	0	2
Empfehlenswert	52	14	0	0	0	1
Referenten	29	23	1	0	12	1
Gesamtnote der Veranstaltung						2

Diagnoseliste

Fall 1 – PD Bernhards, Gehrden:

Monoklonale Plasmazellinfiltration der Milz ohne höhergradige zytologische Atypien – vereinbat mit MGUS.

Fall 2 – Dr. Kuske, Hildesheim:

Benigne Läsion der Niere: Dysplasie? Dysgenese?

Fall 3 – PD Kellner, Minden:

Metastase eines klarzelligen Nierenzellcarcinom.

Fall 4 – Dr. Völker, Hautklinik Linden:

Plattenepithelcarcinom auf dem Boden eines Syringozystadenoma papilliferum.

Fall 5 – Prof. Amthor, Rothenburg / Wümme:

Destruierende und konstriktive Bronchiolitis bei linksseitiger Chlamydophila psitacci Pneumonie.

Fall 6 – Prof. Stan, MHH:

Tollwut bei Z. n. Transplantation einer infizierten Lunge.

Fall 7 – Dr. Flemming, MHH

Inflammatorischer Pseudotumor der Leber bei Pflanzenfaserembolus in einem Pfortaderast.

Fall 8 – Dr. Förster, Hannover, Krankenhaus Nordstadt:

Pleomorpher hyalinisierender angiektatischer Tumor der Weichteile.

Fall 9 – Dr. Pfennig, Hannover, Krankenhaus Nordstadt

Allergische Hypersensitivitätsmyokarditis.