

## **Fallinformationen zum IAP-Seminar 187 „Immunhistochemie in der Gynäkopathologie“**

**Steffen Hauptmann, Institut für Pathologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**

### **Fall 1**

70-jährige Patientin. Im Rahmen der gynäkologischen Krebsvorsorge ist ein Hautareal im Vulvabereich auffällig. Nach einer Biopsie erfolgt im August 2008 die Vulvektomie, hiervon ist das Präparat.

### **Fall 2**

Die 38-jährige Patientin bemerkt seit einem Jahr ein langsames Wachstum der linken Labie. Die Läsion hat zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme Hühnereigröße und bereitet Schmerzen beim Sitzen. Bei der Operation stellt sich ein relativ gut begrenzter, 9x6x4 cm großer, mehrknotiger, graubrauner, weicher Tumor mit überwiegend glatter Oberfläche dar, der bis ins pararektale Weichgewebe reicht.

### **Fall 3**

30-jährige Patientin. Seit einem Jahr rezidivierende Kontaktblutungen. Im Abstrich PAP II, der den Befund nicht klärt. Deswegen Durchführung einer Zervixbiopsie welche die Diagnose eines papillären Adenokarzinoms erbringt. Da der histologische Befund nicht mit dem kolposkopischen Bild korreliert, erfolgt nur eine Konisation, von der das Präparat stammt.

### **Fall 4**

63-jährige Patientin. Wegen Hämatometra und PAP III erfolgt die Hysterektomie. Die Untersuchung des Präparates ergab die Diagnose eines Adenokarzinoms der Cervix uteri im Stadium pT2a. Daraufhin erfolgte die operative Komplettierung (pN0) mit nachfolgender Radiochemotherapie (Cisplatin). 4 Jahre später werden anlässlich der Nachuntersuchung multiple Lungenrundherde gefunden, die operativ entfernt werden. Wegen des ungewöhnlichen Verlaufes erfolgen die Vorstellung in der Universitätsfrauenklinik und die Nachbefundung der Präparate.

### **Fall 5**

48-jährige Patientin mit rezidivierenden Hyper- und Polymenorrhöen. Hysteroskopisch Darstellung einer polypoiden Struktur im proximalen Hinterwandbereich der Cervix, welche abgetragen wird.

### **Fall 6**

Die 58-jährige Patientin kommt zur Abklärung eines PAP V zur stationären Aufnahme in ein externes Krankenhaus. Die dort entnommene Biopsie von der Portio erbringt die Diagnose eines Klarzellkarzinoms. Daraufhin erfolgt die TAH mit BSO mit pelviner Lymphonodektomie. Es stellt sich ein 3.2x5.2 cm großer, nekrotisch zerfallender grauweißer Tumor dar, der die Zervix subtotal aufbraucht, den inneren Muttermund einbezieht und paravaginal infiltriert, hiervon stammt das Präparat.

### **Fall 7**

Eine 17-jährige Patientin, die immer zyklische Blutung hatte bekam 14 Tage nach der letzten Regel eine überstarke Zwischenblutung, die zur Anämie führte. Deswegen stationäre Aufnahme. Bei der gynäkologischen Untersuchung wurden ein großer weicher Uterus mit einer Sondenlänge von 14 cm und eine 8 cm große Raumforderung im Cavum uteri gefunden, die polypös aus dem Zervikalkanal ragte. Das  $\beta$ -HCG im Serum war zu dieser Zeit exzessiv erhöht (439.943 U/ml). Unter dem Verdacht auf einen Trophoblasttumor erfolgte zunächst die Abrasio, bei der 200g bräunliches, vorwiegend zottiges Material gewonnen wurde, welches zahllose bis zu 3 mm großen Zysten enthielt. Davon stammt das Präparat.

### **Fall 8**

61-jährige Patientin. 3 Jahre 8 Monate vor der aktuellen Aufnahme abdominale HE wegen Uterus myomatosus. Der histologische Befund ergab damals ein „Leiomyom mit möglichem Übergang in ein Leiomyosarkom“. Die neuerliche Vorstellung erfolgte wegen Unterbauchschmerzen. Im MRT Darstellung eines Weichteiltumors im Mesenterium, welcher chirurgisch entfernt wurde. Das Präparat zeigt einen 9.5x7x6cm großen, glasig-weißlichen Tumor, teilweise zystisch mit Nekrosen und Blutungen. Das anhängende 6 cm lange Dünndarmteilstück enthält serosaseits

einen weiteren 5.5x1.8x0.9 cm großen, gleichartigen Tumor. Das Präparat stammt von dem großen Tumor.

#### **Fall 9**

76-jährige Patientin, die sich wegen einer zwei Wochen anhaltenden vaginalen Blutung vorstellt. In letzter Zeit bemerkte sie außerdem das Auftreten einer Weichgewebsschwellung an der linken Thoraxwand. Unter dem Verdacht auf ein metastasiertes Korpuskarzinom erfolgte die Abrasio, bei welcher eine 34 g schwere Gewebsmenge gewonnen wurde. Hiervon stammt das Präparat.

#### **Fall 10**

Die 80-jährige Patientin stellt sich wegen einer postmenopausalen Blutung vor. Sonographisch bestand der dringende Verdacht auf ein Corpuskarzinom. Deswegen erfolgt die Abrasio, von der das Präparat stammt.

#### **Fall 11**

Bei der 32-jährigen Patientin erfolgte eine laparoskopische HE wegen Uterus myomatosus mit Blutungsstörungen. Einer der intramyometralen Knoten war histologisch auffällig.

#### **Fall 12**

50-jährige Patientin. Wegen einer anhaltenden starken Blutung 1.5 Jahre nach der letzten Regel erfolgt eine Abrasio bei klinischem Verdacht auf Uterus myomatosus.

#### **Fall 13**

73-jährige Patientin mit Ascites und Erhöhung des Ca125 (40 U/ml). Es besteht ein Zustand nach Adnexstirpation rechts vor 30 Jahren. Klinisch und in der Bildgebung dringender Verdacht auf Ovarialkarzinom. Es erfolgt die TAH mit Entfernung der linken Adnexe, des Netzes und eine Lymphonodektomie. Das Präparat stammt vom Uterus.

#### **Fall 14**

58-jährige Patientin mit abdominellen Schmerzen. In der Bildgebung Verdacht auf tumoröse Durchsetzung des großen Netzes. Bei der Laparotomie stellt sich eine plattenartige Netzkarzinose dar. Das übrige Peritoneum sowie Ovarien und uterine Serosa sind unauffällig. Unter dem Verdacht auf eine Netzkarzinose eines nicht-gynäkologischen Tumors wird nur das Omentum entfernt.

#### **Fall 15**

47-jährige Patientin. 6 Monate vor der aktuellen Aufnahme erfolgte eine Notfall-Laparotomie bei akutem Abdomen infolge gedeckter Transversumperforation. Nach der Transversumresektion erholt sich die Patientin nur langsam, bekommt aber 5 Monate später wieder Bauchschmerzen und bemerkt eine Umfangzunahme des Abdomens. Deswegen Laparoskopie mit Biopsieentnahme, welche die Diagnose eines schlecht differenzierten Siegelringzellkarzinoms erbrachten. Überweisung zur weiteren Therapie an die Universitätsfrauenklinik Halle. Bei der Debulking-OP stellt sich eine diffuse Peritonealkarzinose dar. Es erfolgt die TAH mit BSO und pelviner sowie paraaortaler Lymphonodektomie. Es bleibt Tumorrest <5 mm zurück. Das Präparat stammt vom großen Netz.

#### **Fall 16**

27-jährige Patientin, die wegen abdomineller Beschwerden zum Arzt geht. Palpatorisch und in der Bildgebung stellt sich ein 13x13x11 cm großer solider Tumor im kleinen Becken dar. Dieser wird chirurgisch entfernt. Der Prozess ist relativ gut begrenzt, hat eine gelbliche Schnittfläche mit kleinherdigen Nekrosen und hängt dem Colon an.

#### **Fall 17**

Die 29-jährige Patientin bekommt während des Urlaubs abdominelle Beschwerden die sie zum Gynäkologen führte. Er diagnostiziert eine Ovarialzyste ohne therapeutische Relevanz. Da die Beschwerden aber nicht nachließen, stellt sie sich zu Hause erneut vor. Dort wird die Diagnose von bilateralen Ovarialtumoren gestellt. Deswegen Resektion beider Adnexen und eines Simasegmentes, welches mit dem linken Ovar verbacken war. Drei Wochen später im CT Verdacht auf Peritonealkarzinose. Das Präparat stammt vom rechten Ovar.

### **Fall 18**

44-jährige Patientin mit bilateralen Ovarialtumoren ohne Oberflächenbeherdung. Peritoneum und Netz sind tumorfrei, die Lymphknoten sind nicht befallen.

### **Fall 19**

74-jährige Patientin mit abdominellen Beschwerden. Klinisch Verdacht auf Ovarialkarzinom. Deswegen Laparotomie. Es stellt sich ein 13x9x7 cm großer Ovarialtumor links dar. Dessen Oberfläche ist glatt, die Schnittfläche zystisch mit soliden, glasig-grauweißen Arealen. Uterine Corpuserosa, Tube re, Ovar re, Appendix und periadnexales Peritoneum mit rasenartigen, kleinknotigen (1-3 mm), graubräunlichen Belägen; Omentum majus kompakt, plattenartig durchsetzt.

### **Fall 20**

60-jährige Patientin mit ausgedehntem Tumorbefall des gesamten Bauchraumes und Ascites (klinisch Ovarialkarzinom im Stadium FIGO IIIC). Es erfolgt ein Debulking ohne Lymphknotenentfernung und es bleibt ein Tumorrest von 1-2 cm zurück. Die Patientin erhält 6 Zyklen Carboplatin und Taxol mit sehr gutem Ansprechen. Erneutes Rezidiv nach 23 Monaten, diesmal Resektion ohne makroskopischen Tumorrest. Die Patientin lebt fortan 81 Monate rezidivfrei.

### **Fall 21**

59-jährige Patientin. Klinisch besteht der Verdacht auf einen linksseitigen, benignen Ovarialtumor. Es erfolgt eine bilaterale SOE. Es stellt sich ein 55x30x30 mm großes Ovar mit glatter Oberfläche und faserig-gelblich-weißlicher Schnittfläche welche multiple, gleichartig gebaute, rindennahe Knoten aufwies. Das rechte Ovar war nur leicht vergrößert (30x30x10 mm) und zeigte histologisch eine papilläre Hyperplasie des Deckepithels und eine kortikale Rindenhypeplasie. Aus der Anamnese ist ein Z.n. Ablatio mammae re. vor 8 Wochen wegen eines invasiv lobulären, partiell siegelringzelligen Karzinoms pT3N1G2L1 mit ER IRS9, PR IRS1, HER2-Negativität und MIB 30% bekannt.

### **Fall 22**

5-jähriges Mädchen mit Bauchschmerzen. Palpatorisch und in der Bildgebung stellt sich ein 11 cm durchmessender, zystischer Ovarialtumor der rechten Seite dar. Die Oberfläche ist glatt.

### **Fall 23**

22-jährige Patientin mit einem linksseitigen, soliden Ovarialtumor, 11 cm durchmessend. Die Schnittfläche grauweiß, ohne Hämorrhagien und Nekrosen. Das Ca125 ist nur leicht erhöht; AFP und  $\beta$ HCG ist normal.

### **Fall 24**

Die 84-jährige Patientin wird wegen einer inkarzerierten Umbilikalhernie herniotomiert. Bei der histologischen Untersuchung des im Bruchsack befindlichen Anteiles vom großen Netz fielen Infiltrate eines malignen, wahrscheinlich epithelialen Tumors auf. Die weiteren klinischen Untersuchungen ergaben den Verdacht auf ein fortgeschrittenes Ovariakarzinom. Zusätzlich wird bei der Koloskopie ein stenosierender Tumor im Sigma gefunden. Deswegen erfolgt die Laparotomie, bei der eine Sigmaresektion erfolgt und beide Adnexe nebst des großen Netzes entfernt werden. Im rechten Ovar kommt dabei ein 58x38x18 mm großer, solider Tumor mit grauweißer Schnittfläche und gelben Stippchen zur Darstellung, wovon das Präparat stammt. Gleichartige Tumorherde finden sich im paraovariellen Gewebe rechts und links. Bei dem Prozess im Kolon handelte es sich um ein Adenokarzinom vom kolorektalen Typ im Stadium pT2N1(2/12) L0, V1, R0, G2.