



INTERNATIONALE AKADEMIE FÜR PATHOLOGIE  
DEUTSCHE ABTEILUNG e.V.  
INTERNATIONAL ACADEMY OF PATHOLOGY  
GERMAN DIVISION, INC.

# **46. Symposion der Deutschen Abteilung der IAP e. V.**

vom 26. – 28. Februar 2010 in Bonn

## **Histologisches Schnittseminar: Kopf- Halstumoren**

von

**Priv.-Doz. Dr. med. T. Dreyer, Hamburg,**

**Prof. Dr. med. G. Jundt, Basel,**

**Dr. med. Hiltrud Glanz, Giessen**

**und**

**Dr. med. Christine Förster, Hannover**

**2010**

**Tagungsort:**

**Hörsäle der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität  
Regina-Pacis-Weg 3  
D-53113 Bonn**

**Beginn: 08.30 Uhr (s.t.) 28.02.2010**

## Fall 1

### Anamnese

43jähriger männlicher Patient, der über einen seit wenigen Wochen bestehenden, rasch wachsenden, schmerzlosen Knoten zervikal links klagte.

### Klinik

„Pathologisches Gewebe“ im Bereich des Epipharynx links (Rosenmüller'sche Grube).

### Makroskopie

Ein 3 x 4 x 3 mm großes, grau-weißes Gewebeexzissat mit einem 0,5 x 0,2 x 0,2 cm großen Schleimhautanteil.

## Fall 2

### Anamnese

13jähriger Jugendlicher. Linksbetont behinderte Nasenatmung seit ca. einem Jahr. Vor acht Monaten zweimal Epistaxis mit spontaner Blutstillung. Cephalgien im Stirnbereich und Rhinorrhoe.

### Klinik

Bei Aufnahme endonasal links große weißlich belegte Raumforderung mit gebuckelter Schleimhaut, das Cavum der linken Nasenhaupthöhle komplett ausfüllend. Die flexible Endoskopie zeigt überwiegend links einen exophytischen Tumor, der auch den Nasopharynx linksseitig vollständig ausfüllt. Sonographisch vergrößerte Halslymphknoten beidseits in erster Linie als reaktiv anzusehen. Im CT weichteildichter expansiv wachsender Tumor ausgehend von der Keilbeinhöhle mit Arrosion knöcherner Strukturen und mit Beteiligung der Siebbeinzellen, der linken Nasenhaupthöhle und mit Ausdünnung der medialen Kieferhöhlenbegrenzung.

### Makroskopie

Zahlreiche bröckelige, bis zu 4,2 cm im maximalen Durchmesser große grau-weiße Gewebstücke.

## Fall 3

### Anamnese

12jähriger Jugendlicher. Zustand nach Adenektomie vor sieben Jahren. Seit ca. 6 Monaten rezidivierende Epistaxis. Letzte stärkere Blutungsepisode vor 2 Monaten. Weiterhin zunehmende rechtsbetonte Nasenatmungsbehinderung.

### Klinik

Endonasal im Bereich der rechten Haupthöhle große Vorwölbung der mittleren Muschel, bedeckt von glatter Schleimhaut. Nebenbefundlich Septumdeviation nach links. Intraoperativ glasig glatt begrenzter Tumor. Im Zentrum bröckeliges Material. Tumorausdehnung bis ins hintere Siebbein und bis in die Kieferhöhle. Laterale Nasenwand und sinu-ethmoidaler Winkel, dem mutmaßlichen Ursprungsort des Tumors entsprechend, sind zerstört, die mittlere Nasenmuschel ist nicht mehr nachweisbar.

### Makroskopie

Stark fragmentiertes, bröckeliges, zusammen 4 x 3 x 3 cm messendes Material.

## Fall 4

### Anamnese

40jähriger Patient ohne nähere Angaben.

### Makroskopie

Fragmentiertes, zusammen 3,5 cm durchmessendes grau-braunes Weichgewebe aus dem Bereich des Sinus frontalis.

## Fall 5

### Anamnese

25jähriger Patient. Seit einem halben Jahr zunehmende Behinderung der Nasenatmung links und vermehrte Schleimsekretion. Tabakkonsum: Ca. 10 Zigaretten pro Tag.

### Klinik

Die Spiegeluntersuchung ergibt, dass die linke Nasenhaupthöhle fast vollständig mit polypös glasigem Material ausgefüllt ist. Blutungsneigung bei Berührung. Die Untersuchung mit dem flexiblen Endoskop zeigt einen Tumor, der bis in den Nasenrachen reicht. Im CT komplette Verschattung der linken Nasenhaupthöhle und der linken Kieferhöhle.

### Makroskopie

Fragmentiertes, zusammen 5 x 4 x 2 cm im Durchmesser großes, teilweise von Schleimhaut bedecktes Gewebe mit zystischen Hohlräumbildungen.

## Fall 6

### Anamnese

72jähriger Patient. Bekannte Herzrhythmusstörungen. Vitiligo. Seit zwei Jahren zunehmende linksbetonte Behinderung der Nasenatmung. Bereits vor zwei Jahren sei eine endonasale Nasennebenhöhlenoperation durchgeführt worden.

### Klinik

Bei Aufnahme endonasal Kieferhöhlenwand medial links vorgewölbt mit Kontakt zur mittleren Muschel im Bereich des mittleren Nasenganges links. Im CT der Nasennebenhöhlen zeigt sich eine komplette Verschattung der Kieferhöhle links und Teilverschattung der vorderen Siebbeinzellen links.

### Makroskopie

Fragmentiertes, zusammen 5 cm im Durchmesser großes polypöses gelb-braunes Material.

## Fall 7

### Anamnese

66jähriger Patient. Seit Jahren links betonte Sinusitis, Behinderung der Nasenatmung und wiederholte Blutungen der Nasenhaupthöhle links. Z.n. Basaliomentfernung im Bereich der Stirn vor zwei Jahren.

### Klinik

Bei Aufnahme zeigte sich im Nasengang ein aus der Kieferhöhle links stammender reichlich vaskularisierter Tumor. An der Stirn fand sich ein Basaliomverdächtiger Hauttumor. Im CT der Nasennebenhöhlen: destruierende Raumforderung der linken Kieferhöhle mit Einbruch in Wangenweichteile und Orbita links sowie mit Destruktion der Maxilla. In der Skelettszintigraphie: Steigerung des Knochenstoffwechsels verdächtig auf ossäre Infiltration

durch einen malignen Tumor im Bereich der Kieferhöhle links, des Alveolarkamms des Oberkiefers sowie im Bereich der lateralen Orbitawand. Gewebeprobe aus dem Kieferhöhlentumor links.

### **Makroskopie**

Ein unregelmäßig begrenztes 6,2 x 4,3 x 1,7 cm messendes Schleimhautpräparat mit einem zentral ausgedehnten ulzerösen Epitheldefekt. Anhängend knöcherne Strukturen des Oberkiefers.

## **Fall 8**

### **Anamnese**

42jährige Hausfrau. Epistaxis links mit zunehmender links betonter Nasenatmungsbehinderung. Eine besondere Exposition gegenüber Holzstaub, insbesondere von einheimischen Harthölzern (z.B. Buche) besteht nicht.

### **Klinik**

Bei der Spiegelung der linken Nasenhaupthöhle fällt ein mit Fibrin belegter Tumor auf. Nebenbefundlich ein sanierungsbedürftiges Lückengebiss. Intraoperativ fand sich ein ausgehnter Tumor mit Destruktion der knöchernen Begrenzung zur Schädelbasis und der Orbita links. Dura und Periorbita waren intakt.

### **Makroskopie**

Mehrere zusammen 6,5 x 3,5 x 3 cm messende polypöse gelb-braune zum Teil knochenharte Gewebstücke mit Schleimhautanteilen.

## **Fall 9**

### **Anamnese**

73jähriger männlicher Patient, ehemaliger Küfer, klagt über persistierende eitrige Rhinorrhoe und gelegentliches Nasenbluten, vor allem beim Schnäuzen.

### **Klinik**

Linke Nase durch weißliche, schleimig belegte Tumormasse fast vollständig okkludiert.

### **Makroskopie**

Mehrere zusammen 4,5 x 4 x 1 cm messende hellbraune Gewebefragmente, bestehend teils aus von Schleimhaut bedeckten Knochenlamellen und teils aus hellbraunem Weichgewebe.

## **Fall 10**

### **Anamnese**

17jährige Patientin. Schluckbeschwerden seit 2 Wochen mit selbst bemerkter Schwellung der Gaumentonsillen. Zunächst habe sie Amoxicillin bekommen, daraufhin habe sie einen Ausschlag im Mundbereich beobachtet. Seit 4 Tagen zunehmende Schluckbeschwerden, Essen und Trinken seien kaum noch möglich. Zunehmende Atemprobleme.

### **Klinik**

Enoral beidseits massiv vergrößerte, sich nahezu berührende Tonsillen mit schmierig weißlichen Auflagerungen. Halslymphknoten palpabel vergrößert. Endoskopisch vergrößerte Adenoide, die ebenfalls schmierig belegt waren.

### **Makroskopie**

2 bis zu 3,2 cm im maximalen Durchmesser große Tonsillektomiepräparate beidseits.

## Fall 11

### Anamnese

79jährige Patientin. Vor 2 Monaten wegen Pneumonie stationär in einem auswärtigen Krankenhaus. Seit dieser Zeit Globusgefühl. Außerdem: Z.n. Magenerkrankung, Refluxkrankheit, Hypercholesterinämie.

### Klinik

Linke Tonsille massiv vergrößert und vorgewölbt. Keine Ulzeration, keine Beläge, reizlose Gaumenbögen. Ultraschall: links parajugulär multiple rundliche Knoten ohne erkennbare Binnenstruktur.

### Makroskopie

Zwei etwa gleichgroße bis zu 2,5 x 2 x 1,5 cm messende Tonsillektomiepräparate mit gelblich markiger Schnittfläche.

## Fall 12

### Klinische Daten

43jähriger Patient mit breitbasiger tumoröser Vorwölbung des weichen Gaumens.

### Makroskopie

Ein ovaläres 1,7 x 1,5 x 0,7 cm messendes Schleimhautresektat des Gaumens mit zentraler 1 cm messender Ulzeration.

## Fall 13

### Anamnese

63jähriger Patient. Seit ca. 8 Wochen „Kloßgefühl“ am Hals linksseitig. Er selbst und Angehörige hätten eine zunehmend „kloßige“ Sprachveränderung bemerkt. Keine Besserung nach antibiotischer Therapie. Seit ebenfalls ca. 8 Wochen erhöhte Blutzuckerwerte. Daraufhin Verzicht auf „süße Sachen“, dieses habe zu einem Gewichtsverlust von 14 kg in dieser Zeit geführt. Bei Aufnahme: Klage über Dysphagie, die ihn zwänge sich überwiegend flüssig zu ernähren. Seit 9 Jahren Asthma bronchiale. Berufsanamnese: Langjähriger Untertagebergbau, anschließend sei er in der Stahlindustrie tätig gewesen. Tabakkonsum 20- 30 Zigaretten pro Tag über 20 Jahre. Keine weiteren Vorerkrankungen.

### Klinik

Bei Spiegeluntersuchung: Nasenseptumdeviation nach links. Bei Inspektion der Mundhöhle: großer Tumor im Bereich der linken Tonsillenloge. Die laterale Pharynxwand links und die linguale Epiglottis waren vom Tumor infiltriert. An der Halsseite links tastbare, unverschiebliche 5- 6 cm große Lymphknotenkonglomerate. Die Halssonographie links bestätigt ein Lymphknotenkonglomerat bestehend aus verbackenen echoarmen teilweise inhomogenen Knoten entlang der A. carotis interna, im Bereich des M. sternocleidomastoideus und der V. jugularis bis zum Mastoid und bis zur Schädelbasis reichend. In der Ösophagoskopie zeigten sich streckenweise Ösophagusvarizen. Inspektion des Hypopharynx und des Larynx mit Kleinsasser-Rohr: linksseitiger knotig aufgebauter Tumor von der linken Pharynxseitenwand bis zur Tonsillenloge reichend. Tumorausläufer stellenweise bis in den Nasopharynx reichend. Breitflächige Infiltration in die Halsweichteile. In der Röntgen-Thoraxuntersuchung: Lungenemphysem und zystische Raumforderung parahilär rechts. Thorax-CT: rechtsseitig parahiläre Kaverne, vermutlich einer Emphysembulla entsprechend. CT-Abdomen: chronische Pankreatitis. Ultraschall Abdomen: Cholezystolithiasis, dilatierter D. pancreaticus, Pankreaskopf nicht abgrenzbar. Tumor nicht auszuschließen.

**Makroskopie**

Ein 2,8 x 2,2 x 1,2 cm messendes bräunliches Präparat mit grau weißer Schnittfläche aus dem Bereich der Tonsillenloge. Beiliegend ein weiteres 1,2 cm im maximalen Durchmesser großes Präparat.

**Fall 14****Anamnese**

55jährige Patientin. Zustand nach Mundbodenkarzinom vor 4 Monaten.

**Klinik**

Jetzt im Rahmen der Tumornachsorge ein 5 mm im Durchmesser großes leukoplakisch verändertes Schleimhautareal des linken vorderen Gaumenbogens. Außerdem: Sekretstau und Sialadenitis der Gl. submandibularis.

**Makroskopie**

Ein 4,1 cm im maximalen Durchmesser großes Schleimhautresektat des vorderen Gaumenbogens links.

**Fall 15****Anamnese**

54-jähriger Patient. Seit 8 Wochen rasch progrediente Raumforderung der rechten Tonsille. Keine relevanten Vorerkrankungen.

**Klinik**

Große, glatte, gerötete, nach medial bis an die Uvula, nach lateral kaudal bis an die Zunge reichende Raumforderung der rechten Tonsillenloge.

**Makroskopie**

unregelmäßiges 2,5 x 2 x 1,2 cm messendes auf der Schnittfläche grau-weißes Tonsillektomiepräparat.

**Fall 16****Anamnese**

66jährige Patientin. Seit ca. 1 Jahr kleiner schmerzhafter lang-sam an Größe zunehmender Knoten buccal, der sie beim Kauen störe. Marcumartherapie bei Z.n. Mitralklappenersatz Z.n. Herzschrittmacher-Implantation bei Rhythmusstörungen, Hausstaub- u. Pflasterallergie.

**Klinik**

Gestielte, epithelialisierte ca. 1,5 cm durchmessende, kugelige Vorwölbung im Bereich der linken Wangenschleimhaut.

**Makroskopie**

Oberflächlich glatt begrenztes 1,6 cm im maximalen Durchmesser großes elastisches Präparat mit Schleimhautoberfläche.

## Fall 17

### Klinische Daten

39-jähriger Patient mit einer umschriebenen tumorösen Vorwölbung an der Unterlippe.

### Makroskopie

Ein 1,5 cm im Durchmesser großes zystisches Präparat. Zysten-wand auf der Schnittfläche braun-glasig.

## Fall 18

### Anamnese

28jährige Patientin. Seit ca. 4 bis 5 Monaten langsam an Größe zunehmende, seit einigen Tagen auch schmerzhaft Schwellung submandibulär links. Außerdem: Neurodermitis, Asthma bronchiale, und diverse „diverse Allergien“.

### Klinik

Rechts mandibulär palpierbare relativ weiche, gering verschiebliche, ca. 10 x 5 x 5 cm messende, bis nach submental reichende Raumforderung. Schleimhaut enoral unauffällig. Im Bereich der Plica glosso-alveolaris deutliche Vorwölbung des mittleren und des anterioren Mundbodens. Ultraschall: inhomogene, teils echoleere, gekammert zystische Raumforderung. Feinnadelpunktion: Kernlose Zellschollen, Makrophagen, keine Zelltypen. Intraoperativ große, zystische Raumforderung kranial des M. mylohyoideus und kranial an die Gl. sublingualis und lateral an die Gl. submandibularis angrenzend. Zysteninhalt: ca. 1 – 2 ml, wässrig.

### Makroskopie

Eine 6 x 4,2 x 2,7 cm messende Zyste mit Talg-ähnlichem Inhalt und zart membranöser Wand.

## Fall 19

### Klinische Daten

45jähriger männlicher Patient, HIV positiv. Anlässlich einer Routineuntersuchung wurden in der Mundhöhle und anogenital multiple kleine Knötchen entdeckt.

### Makroskopie

6 x 4 x 1 mm im Durchmesser großes spindeliges Schleimhautexzissat mit grau-weißer, fein papillomatöser Oberfläche.

## Fall 20

### Anamnese

72jähriger männlicher Patient, bei dem vor 8 Jahren anlässlich einer Zahnbehandlung klinisch eine Leukoplakie auffiel. Seit drei Jahren erschien der Patient nicht mehr zur Kontrolle. Jetzt erneut Vorstellung wegen rascher Größenzunahme des Befundes in den letzten 2 Monaten.

### Klinik

Blumenkohlartige 2,5 x 1,5 x 1 cm messende Auftreibung im Bereich des Mundbodens links.

### Makroskopie

Ein 13 x 5 x 1,5 cm messendes Mundboden-/Zungenteilresektat mit anhaftender Speicheldrüse. Kranial ein 4 x 3 cm messendes, von Mundschleimhaut bedecktes Areal mit einem zentral sitzenden, maximal 2,2 cm großen blumenkohlartig papillär gebauten,

weißlichen Tumor. Auf der Schnittfläche erscheint der Tumor wie aufsitzend, ohne die Lamina propria wesentlich zu infiltrieren.

## **Fall 21**

### **Anamnese**

65jährige Patientin, die seit mehreren Monaten eine schmerz-lose Schwellung im Bereich des linken Kieferwinkels bemerkte.

### **Klinik u. Zytologie**

Vergrößerte und indurierte Tonsille links. In der Feinnadelpunktion Nachweis maligner epithelialer Zellen.

### **Makroskopie**

Ein 35 x 20 x 15 mm messendes Tonsillektomiepräparat. Oberfläche stark eingekerbt, stellenweise weißlich verfärbt und induriert. Auf der Schnittfläche ein 14 mm im Durchmesser großes grau-weiß glänzendes tumorverdächtiges Gewebe, bis zum Resektionsrand des Tonsillenbettes reichend.

## **Fall 22**

### **Hinweis**

Zu diesem Fall existiert ausschließlich eine elektronische Dokumentation, die relevanten Befunde sind als Abbildung hier dargestellt. Ein Schnittpräparat existiert nicht!

### **Anamnese**

9 Tage alter weiblicher Säugling. Keine weiteren Angaben.

### **Klinik**

Gestielter ca. 2 cm großer Tumor der Gingiva.

### **Makroskopie**

Ein 1,9 x 1,6 x 1,0 cm im Durchmesser großes, an der Ober-fläche zur Hälfte von Schleimhaut bedecktes Präparat mit hell-brauner Schnittfläche.

## **Fall 23**

### **Anamnese**

58 Jahre alter Patient.

### **Klinik**

Intraossärer Tumor des Unterkiefers rechts.

### **Makroskopie**

Ein z. T. knöchernes 1 cm messendes Präparat mit anhängen-dem Weichgewebe.

## **Fall 24**

### **Anamnese**

60jährige Patientin. Zustand nach Voroperation der Stimmlippe rechts. Jetzt Fremdkörpergefühl im Hals und "kratzige Stimme". Die Patientin raucht etwa 3-4 Zigaretten pro Tag.

**Klinik**

Lupenlaryngoskopisch und videostroboskopisch ödematös wirkende Schwellung vornehmlich im vorderen und im mittleren Drittel der Stimmlippe. Inkompletter Glottisschluss. Verminderte phonatorische Stimmlippenbeweglichkeit.

**Makroskopie**

Zusammen 0,8 cm messendes Gewebe der Stimmlippe rechts.

**Fall 25****Anamnese**

42jähriger Patient, seit mehreren Jahren nächtliches Schnarchen mit Atemaussetzern und Tagesmüdigkeit. Die Stimme habe sich in den letzten Jahren kaum verändert. Tabakkonsum: 25 Zigaretten pro Tag. Arterielle Hypertonie.

**Klinik**

Linke Stimmlippe vorderes Drittel: schmalbasig gestielter, bei Atmung frei flottierender Polyp, rechte Stimmlippe: leichte Kontaktreaktion mit keratotischen Veränderungen des Epithels, übriges Epithel unauffällig.

**Makroskopie**

Annähernd rundes 0,7 cm im maximalen Durchmesser großes von Schleimhaut bedecktes, glasig-polypöses Präparat der Stimmlippe links.

**Fall 26****Anamnese**

81jährige Patientin. Seit Monaten nässende und blutende "Wunde" am linken Nasenflügel, langsam an Größe zunehmend. Bei HNO-ärztlicher Lupenlaryngoskopie im Rahmen einer Routineuntersuchung: Zufallsbefund einer Veränderung im Larynx.

**Klinik**

Subepitheliale Verdickung im Bereich der linken Ary-Region und Taschenfalte hinten. Leicht unregelmäßige Oberfläche, gelbliche Verfärbung. Bei Palpation: derbe Resistenz. Glottisebene und übriger Larynx unauffällig.

**Makroskopie**

Ein 0,9 cm im maximalen Durchmesser großes Schleimhautpräparat der Taschenfalte links.

**Fall 27****Anamnese**

63jähriger Patient. Vor 6 Monaten stationär wegen Lungenentzündung. CT: Lungenrundherd im Lungenoberlappen rechts. Im Rahmen einer Bronchoskopie fällt eine Stimmlippenveränderung auf, die zunächst abgeklärt werden soll. Auf gezieltes Nachfragen gibt der Patient an, seit ca. 3-4 Jahren eine leicht "belegte" zum Teil auch wechselnd heisere Stimme zu haben, allerdings ohne subjektive Progredienz in den letzten Monaten.

**Klinik**

Bei Aufnahme diskret belegter Klang der Stimme, insgesamt aber noch kräftig. Epithel der linken Stimmlippe vorn buckelig und uneben mit zum Teil weißlich leukoplakischer Umgebung. Auch rechts kleinere weißliche Zonen. Nebenbefundlich ausgeprägte Gehörgangsexostosen beidseits, kleines Papillom der Uvula links. Phoniatorische Stimmlippenbeweglichkeit rechts leichtgradig, links erheblich eingeschränkt. Grobbeweglichkeit und Glottisschluss regelrecht. Mikrolaryngoskopisch erscheinen die

Randbereiche der Stimmlippenveränderung besonders links als fraglich präkanzerös verändert. Rechts Verdacht auf Keratose im Sinne einer Kontaktreaktion.

### **Makroskopie**

Ein 1,5 x 0,9 x 0,1 cm messendes Schleimhautpräparat der Stimmlippe links.

## **Fall 28**

### **Anamnese**

53jähriger Patient. Seit drei Monaten progrediente Heiserkeit. Tabakkonsum: Eine Packung Zigaretten pro Tag seit 30 Jahren. Gelegentlich Alkoholkonsum.

### **Klinik**

Bei Aufnahmeuntersuchung exulzierter Tumor der Stimmlippe links mit verdickten weißlichen Auflagerungen und mit Ausläufern in die vordere Kommissur. Stimmlippenbeweglichkeit seitengleich. Intraoperativ zusätzlich Ausdehnung in den Ventrikel links, nach subglottisch und nach dorsal bis zum Processus vocalis des Stellknorpels links. Kraniokaudale Tumorausdehnung: 1,4 cm.

### **Makroskopie**

Ein von ventral nach dorsal 2,2 cm, von kranial nach kaudal 2,3 cm und von medial nach lateral 1 cm messendes Präparat der Stimmlippe links, das an der Oberfläche von Schleimhaut bedeckt ist und im Zentrum einen maximal 1,9 cm messenden Tumor aufweist. Aufarbeitung von dorsal nach ventral in Frontalebene.

## **Fall 29**

### **Anamnese**

49jähriger Patient. Gewichtsverlust seit 6 Monaten. Seit mehr als 3 Monaten zunehmende Dyspnoe. Seit einem Monat Schluckbeschwerden. Keine Befundbesserung nach konservativem Therapieversuch mit Antibiose und Asthma-Spray. Die Stimme sei schon seit Jahren heiser. Tabakkonsum: 1-2 Päckchen Zigaretten/Tag, Alkoholkonsum: mehrere Flaschen Bier/Woche.

### **Klinik**

Endolaryngeal Stimmlippenstillstand rechts. Rechte Taschenfalte aufgeworfen, aryepiglottische Falte verdickt, Schleimhaut darüber intakt. Glottisspalt deutlich verengt. Inspiratorischer Stridor. Sonographisch vergrößerte Halslymphknoten untere parajuguläre Gruppe rechts. Im CT eine 3 x 2,5 cm im maximalen Durchmesser große Raumforderung mit dorsaler Stimmlippeninfiltration und Destruktion des Aryknorpels. Beteiligung des Ringknorpels, Stenosierung des glotto-subglottischen Raumes. In der Panendoskopie aufgeworfene rechte Taschenfalte und verdickte aryepiglottische Falte. Oberflächlich lediglich Schleimhautrötung, aber kein Tumor sichtbar. Im Bereich der Glottis verdickte weißliche Schleimhaut. Im Bereich des Processus vocalis rechts eine Fistelöffnung. Kein exophytischer Tumoranteil.

### **Makroskopie**

Ein von Schleimhaut bedecktes 1,5 x 1 x 0,8 cm messendes Präparat.

## Fall 30

### Anamnese

60jähriger Patient. Seit 4 Wochen Heiserkeit. Mittlerweile fast komplette Aphonie. Seit letzter Zeit Luftnot. Bei einer daraufhin durchgeführten Bronchoskopie sei ein subglottischer Tumor entdeckt worden.

### Klinik

Starke Dysphonie mit inspiratorischem Stridor. Die Laryngoskopie ergibt einen großen, glatt begrenzten subglottischen Tumor, der die Trachea fast vollständig verlegt. Minimaler Restspalt im Bereich der vorderen Kommissur. Sonographisch keine vergrößerten Halslymphknoten. Im CT des Halses ein ca. 2 cm großer Tumor, der das Larynxlumen nahezu vollständig verlegt. Rechtsseitige Stimmlippeninfiltration. Ebenfalls kein Hinweis auf zervikale Lymphknotenvergrößerung. Weiteres Staging ohne Hinweis für Fernmetastasen.

### Makroskopie

Mehrere unregelmäßig geformte 2,5 cm im maximalen Durchmesser große feste Gewebstücke aus dem Bereich des Tumors.

## Fall 31

### Anamnese

75jähriger Patient. Stimmveränderungen seit ca. 24 Monaten, mehrfache Gewebsabtragungen, die histologisch zunächst als fibrosierende bzw. hyperplastische Laryngitis gedeutet worden seien. Seit einer Operation im Bereich der Stimmlippe vor etwa einem Jahr zunehmende Heiserkeit.

### Klinik

Mikrolaryngoskopisch wirkt die rechte Stimmlippe über die gesamte Länge spindelförmig aufgetrieben, glasig, überzogen von einer glatten und geröteten Schleimhautoberfläche mit dilatierten Gefäßen, palpatorisch induriert bis derb. Linke Stimmlippe regelrecht.

### Makroskopie

Ein 2,5 x 1,5 x 0,9 cm messendes Schleimhautresektat.

## Fall 32

### Anamnese

66jährige Patientin. Z.n. Nikotinabusus. Aktuell kein Tabakkonsum. Bekannte chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Seit einem Monat Verdacht auf Verschlechterung. Nur unwesentliche Verbesserung der Ventilation unter medikamentös konservativer Therapie (inhalative Bronchodilatation, Theophyllin). Vor wenigen Tagen akute Dyspnoe. Kein Ansprechen auf antiobstruktive Medikamente.

### Klinik

Orotracheale Intubation unter manueller Führung nur gegen Widerstand möglich. Atmung anschließend wieder frei. Im CT des Halses eine tumoröse Raumforderung im Bereich des Ringknorpels. Mikrolaryngoskopie nach Kleinsasser: unauffällige Stimmlippen. Unmittelbar subglottisch ein in die Larynxlichtung wachsender Tumor mit nahezu vollständigem Verschluss der Lichtung.

### Makroskopie

Fragmentiertes zusammen 2 cm durchmessendes grau-braunes Gewebe aus dem Tumor.

### **Fall 33**

#### **Anamnese**

64-jähriger Patient mit seit drei Monaten bestehender, größenprogredienter Raumforderung in der linken Nasenhaupthöhle.

#### **Klinik**

Papillomatöser Tumor mit flächiger Ausdehnung vom vorderen Septum über den Nasendom auf die laterale Seite.

#### **Makroskopie**

Schleimhautexzidat von 27 x 20 mm Ausdehnung mit einem papillomatösen Tumor von 20 mm Maximaldurchmesser.

### **Fall 34**

#### **Anamnese**

55-jährige Patientin mit seit 6 Monaten bestehenden Gesichtsschmerzen. Zusätzliche Symptome: Augenrötung rechts, Riech- und Geschmacksstörung, gelegentliches Nasenbluten.

#### **Klinik**

Tumor im Nasopharynx mit Destruktion der Sella turcica, der Keilbeinhöhle, des knöchernen Nasenseptum, der Siebbeinzellen rechts, des Sinus maxillaris und Sinus frontalis rechts.

#### **Makroskopie**

Zahlreiche teils membranöse, teils knotige Präparate von zusammen 65 x 55 x 25 mm Größe.

### **Fall 35**

#### **Anamnese**

69-jährige Patientin mit seit einigen Monaten bestehenden Schmerzen am rechten Nasenrücken und rezidivierender Epistaxis.

#### **Klinik**

Inoperabler Tumor der rechten Nasenhöhle mit Ausbreitung in beide Orbitae und Infiltration der Glabella.

#### **Makroskopie**

Mehrere irregulär gestaltete Präparate von maximal 33 x 22 x 10 mm Größe.

### **Fall 36**

#### **Anamnese**

77-jähriger Patient mit seit drei Wochen wahrgenommenem Völlegefühl der linken Nasenhöhle, Nasenatmungsbehinderung und weiß-gelblicher Sekretion aus dem linken Nasenloch.

#### **Klinik**

Komplette Verlegung der linken Nasenhaupthöhle und ausgedehnte Infiltration des gesamten Nasennebenhöhlensystems durch einen polypösen, fleischigen Tumor.

**Makroskopie**

Tumorgewebe in Form von zahlreichen polypösen teils Schleimhaut überkleideten Präparaten von zusammengelegt 80 x 40 x 15 mm Größe. Die Schnittfläche grau bis beige, glasig.

**Fall 37**

Zu diesem Fall existiert ausschließlich eine digitale Dokumentation:  
[www.klinikum-hannover.de/kdl/pat/pdf/46\\_iap\\_fall37.pdf](http://www.klinikum-hannover.de/kdl/pat/pdf/46_iap_fall37.pdf)

**Anamnese**

37jährige Patientin mit Hörminderung und Rauschen im rechten Ohr.

**Klinik**

Weißlich-gelbliche Raumforderung im Bereich der Paukenhöhle, welche die Gehörknöchelchen komplett verlegt und sich im Bereich des Epitympanons bis in Richtung auf das Hypotympanon ausbreitet.

**Makroskopie**

Drei maximal 3 mm große weißliche Präparate.