



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

45. Symposion der Deutschen Abteilung der IAP e.V.

vom 27. Februar – 01. März 2009 in Bonn

Histologisches Schnittseminar: MALT-Lymphome

von

Prof. Dr. med. Peter Möller, Ulm

2009

Tagungsort:
Hörsäle der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Regina-Pacis-Weg 3
D-53113 Bonn
Beginn: 08.30 Uhr (s.t.) 01.03.2009

45. Symposium der IAP in Bonn 01.03.2009

MALT Lymphome - Prof. Möller, Ulm -

Anamnesebögen

Fall 1-12: Biopsien aus dem gastro-intestinal Trakt. Um allen Teilnehmern die gleichen Bedingungen zu bieten, sind die Abbildungen als Fotodokumente auf der Homepage der IAP hinterlegt.

Kriterien zur histologischen Differentialdiagnose der gastralen extranodalen Marginalzonen Lymphome (Wotherspoon et al. 1991, Lancet 338:1175-1176)

Score	Diagnose	Histologie
Wotherspoon 0	Normal	Vereinzelte Plasmazellen in der Lamina propria, keine Lymphfollikel.
Wotherspoon 1	Chronisch aktive Gastritis	Vereinzelt lymphozytäre Aggregate in der Lamina propria, keine Lymphfollikel, keine lymphoepithelialen Läsionen.*
Wotherspoon 2	Chronisch aktive Gastritis mit Lymphfollikeln	Chronisch aktive Gastritis mit prominenten Lymphfollikeln mit Mantelzone und eingestreuten Plasmazellen, keine lymphoepithelialen Läsionen.
Wotherspoon 3	Verdächtiges lymphozytäres Infiltrat, wahrscheinlich reaktiv	Lymphfollikel umgeben von kleinen Lymphozyten, die diffus in die Lamina propria aufsteigen und gelegentlich (vereinzelt) das Epithel

		invadieren.
Wotherspoon 4	Verdächtiges lymphozytäres Infiltrat, wahrscheinlich Lymphom	Lymphfollikel umgeben von einer Marginalzone. Lymphozyten infiltrieren diffus die Lamina propria und in kleinen Gruppen in das Epithel
Wotherspoon 5	Extranodales Marginalzonen Lymphom vom MALT Typ	Dichtes, diffuses lymphozytäres Infiltrat der Lamina propria mit prominenten lymphoepithelialen Läsionen

*Definition der lymphoepithelialen Läsion (LEL): mindestens 3 gruppierte (CD20-positive!) Lymphozyten im Magenepithel (Def. WHO: „three or more“).

Fall 1: (Magenbiopsien) 79 Jahre, männlich.

Fall 2: (Magenbiopsien) 72 Jahre, weiblich.

Fall 3: Magenbiopsien (3a) und Lungenbiopsien (3b); 48 Jahre, männlich.

Fall 4: (Magenbiopsien) 81 Jahre, weiblich

Fall 5: (Kryobiopsien Trachea) 72 Jahre.

Fall 6: (Colonbiopsien) 79 Jahre, männlich. Zusatzinformation: Neben der HE- und CD38 Färbung ist eine CISH (= Chromogene *in situ* Hybridisierung) mit mRNA Sonden für Kappa und Lambda Ketten gescannt. Blau-schwarz= Lambda mRNA; rot= Kappa mRNA).

Fall 7: (7a: Magenbiopsien und 7b: Schnittpräparat aus 4,5 x 4x 2 cm messendem Magenwandresektat) 42 Jahre, männlich. Zusatzinformation: Ein Schnitt von dem nachfolgenden Magenteilresektat wurde mit einer CISH aufgearbeitet.

Fall 8: (Biopsien aus dem Duodenum) 79 Jahre, männlich. Zusatzinformation: FISH Analyse ist positiv für Sonden zum Nachweis der Translokation t(8;14) sowie für ein Bruchereignis im IgH und *C-MYC* Locus. Kein Anhalt für eine Translokation t(14;18), kein Bruchereignis im *BCL6* Locus.

Fall 9: (Biopsien aus dem Duodenum) 65 Jahre, männlich.

Fall 10: (Colonbiopsien) 65 Jahre, weiblich.

Fall 11: (Magenbiopsien) 76 Jahre, männlich.

Fall 12: (Magenbiopsien, Kardia) 38 Jahre, männlich.

Schnittpräparate (die HEs und zusätzliche Immunhistologien zu den Präparaten aus dem Kasten wurden eingescannt und sind über Homepage der IAP abrufbar):

Fall 13:

Daten: 74 Jahre alte Frau, zunehmende Übelkeit und diffuse Oberbauchschmerzen. In der Biopsie Helicobacter-positive Gastritis und V.a. Magenlymphom. Trotz Eradikation weitere Symptomatik mit Haematemesis und Melena. Eine erneute Gastroskopie zeigt verdickte Falten entlang der großen Kurvatur mit glasiger Oberfläche und Gefäßeinsprossungen. Kein Nachweis mehr einer HP-Besiedelung. Ein umfangreiches Staging Untersuchung ist negativ hinsichtlich weiterer Lymphommanifestationen. Maßnahme: Gastrektomie. In der Magenvorderwand ein 5 x 4 cm messendes derbes Areal mit zentraler Einblutung.

Immunhistologie: Die Tumorzellen exprimieren CD20 und sind CD23-, CD10- und CD5-. Die Ki-67-Proliferationsrate liegt bei 10-15%.

Diagnose:

Fall 14:

Daten: 62 Jahre alter Mann mit wechselnden Oberbauchschmerzen seit 4 Monaten, kein Nachtschweiß, kein Gewichtsverlust, kein Fieber. Gastroskopisch in der Corpusvorderwand und großen Kurvatur multiple Ulzerationen und prominente Falten. Positiver CLO-Test für Helicobacter pylori. Histologie. Maßnahme: Billroth II Magenteilresektion.

Immunhistologie: Die Lymphomzellen sind CD20 positiv, die Ki-67-Proliferationsrate ist hoch (>50%).

Diagnose:

Fall 15:

Daten: 52 Jahre alte Frau. Distales 2/3 Magenteilresektat. Im Antrum zeigt sich kleinkurvaturseitig ein 6 cm durchmessender, auf die Vorderwand übergreifender, ulzerierter Tumor.

Fall 16:

Daten: 75 Jahre alter Mann in reduziertem Allgemeinzustand mit seit 6 Wochen zunehmenden, rechtsseitigen Unterbauchschmerzen und dort palpabler Verhärtung. Gastroskopie unauffällig. Im CT stellt sich eine Raumforderung im Coecum mit Einbruch in die Bauchwand dar. Daraufhin, bei Verdacht auf Coekumcarcinom, Lapartomie und erweiterte Hemikolektomie rechts. Die Dünndarmwand ist auf eine Strecke von 12 cm bis zur Bauhin'schen Klappe max. auf 4 cm verdickt, die Schnittfläche ist fischfleischfarben.

Immunhistologie: Die Lymphomzellen exprimieren CD20 und zeigen eine nahezu 100% Ki-67-Proliferationsrate. Ferner Nachweis von CD10, IgM und BCL6. BCL2, CD3 und CD30 sind negativ.

In der FISH Analytik Nachweis einer Translokation t(8;14) sowie eines Bruchereignis im *IgH* und *C-MYC* Locus. Kein Hinweis für eine Translokation t(14;18).

Diagnose:

Fall 17:

Daten: 79 Jahre alter Mann. Zur Referenzbefundung ein Block mit einem Dünndarmtumor.

Immunhistologie:

CD20+, CD10+, CD38+, BCL2+, BCL6+. Ki-67: Nahezu 100%.

In der FISH Untersuchung Nachweis einer einer Translokation t(8;14) und eines Bruchereignis im *C-MYC*, *IgH* und *BCL2* Locus. Diagnostische Sondenkonstellation für die Translokation t(14;18).

Diagnose:

Fall 18:

71 Jahre alter Mann mit Colonischämie. Ein 115 cm messendes Dickdarnteilresektat mit 15 cm anhängendem terminalem Ileum. Die proximalen Anteile des Dickdarms sind dilatiert, die Wandung hier papierdünn. Die Schleimhaut des Dünndarms und des distalen Dickdarms ist höckrig aufgeworfen. Das Präparat zeigt einen Querschnitt durch die Appendix, diese ist makroskopisch kolbig aufgetrieben.

Diagnose:

Fall 19:

49 Jahre alte Frau mit seit Jahren bekannter Sprue. Notfalloperation bei Dünndarmperforation. Resektion eines 7cm messendem Dünndarmsegments mit 0.5cm messender Perforation.

Diagnose:

Fall 20:

Daten: 68 Jahre alter Mann mit akut progredienter Polyradikulitis und Facialisparese. 12 kg Gewichtsabnahme in 3 Wochen. Kein Fieber, kein Nachtschweiß. In der Gastroskopie: Antrumgastritis. In der Coloskopie Nachweis von multiplen Raumforderungen und V.a. Colonkarzinom; daneben eine erhebliche akute Colitis. In den Biopsien ein polytopes Lymphom! Aufgrund einer Darmperforation erfolgt eine rechtsseitige Hemikolektomie mit 35 cm Coecum, C. ascendens und proximalem C. transversum und anhängend 30 cm terminalem Ileum. Im Dün- und Dickdarm finden sich multiple, bis zu 9 cm messende Schleimhautulzerationen (histologische Präparate aus dem Dick- und Dünndarm).

Immunhistologie: Die Lymphomzellen exprimieren CD3. CD20 und CD79alpha sind negativ, die Ki-67-Proliferationsrate liegt bei circa 20 %.

Diagnose:

Fall 21:

Daten: 38 Jahre alte Frau mit intermittierenden Bauchschwellungen und Rückenschmerzen unklarer Ursache. Nachts zunehmende Übelkeit und kolikartige Schmerzen sowie Nachtschweiß. Eine Punktionszytologie eines palpablen Leistenlymphknotens ist negativ. Im PET vergrößerte mediastinale und broncho-hiläre Lymphknoten. Vor weiterer Stagingdiagnostik akute obere gastro-intestinale Blutung. Maßnahme: Laparoskopie und 2, 5x 2 cm messende Magenwandexcision mit zentralem 1 cm messendem Ulkus. Ferner Resektion eines 8 cm breiten Dünndarmsegments mit massiv verbreiteter Wand auf 4,5 cm Länge, einer 1,3 cm messenden Nebennilz und der Gallenblase.

Immunhistologie: Die Lymphomzellen sind negativ für CD20 und exprimieren CD3, fokal auch CD4 und CD8 sowie teilweise CD30.

Diagnose: