



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

Klinische Angaben

Lehrserie Nr. 103

Kopf-Halstumoren

von:

**Christine E. Förster, Hannover, G. Jundt, CH-
Basel, Hiltrud Glanz, Gießen, T. Dreyer,
Gießen, 2006**

Fallanamnesen:

Fall 01

Anamnese

43-jähriger 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 Gewebeexzizat mit einem 0,5 x 0,2 x 0,2 cm großen Schleimhautanteil.

Fall 02

Anamnese

13-jähriger 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 03

Anamnese

12-jähriger 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 04

Anamnese

40-jähriger Patient ohne nähere Angaben.

Makroskopie

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

Fall 05

Anamnese

25-jähriger 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 06

Anamnese

72-jähriger 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 07

Anamnese

66-jähriger Patient

Seit Jahren links betonte Sinusitis, Behinderung der Nasenatmung und wiederholte Blutungen der Nasenhöhle 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 LS 103 S 2010.02.28 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 08

Anamnese

42-jährige 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 Nasenhöhle fällt ein mit Fibrin belegter Tumor auf. Nebenbefundlich ein sanierungsbedürftiges Lückengebiss. Intraoperativ fand sich ein ausgedehnter 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 09

Anamnese

73-jähriger männlicher Patient

ehemaliger Küfer, klagt über persistierende eitrig-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

17-jährige 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

79-jährige Patientin

Vor 2 Monaten wegen Pneumonie stationär in einem auswärtigen Krankenhaus. Seit dieser Zeit Globus-gefühl. Außerdem: Z.n. Magenulkus, 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

43-jähriger 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

63-jähriger 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.

KlinikBei 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, unverschiebbliche 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. LS 103 S 2010.02.28

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

55-jährige 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 Tonsillektomierpräparat.

Fall 16

Anamnese

66-jährige 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. Zystenwand auf der Schnittfläche braun-glasig.

Fall 18

Anamnese

28-jährige Patientin

Seit ca. 4 bis 5 Monaten langsam an Größe zunehmende, seit einigen Tagen auch schmerzhafte 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

45-jähriger 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 grauweißer, fein papillomatöser Oberfläche.

Fall 20

Anamnese

72-jähriger 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, LS 103 S 2010.02.28 weißlichen Tumor. Auf der Schnittfläche erscheint der Tumor wie aufsitzend, ohne die Lamina propria wesentlich zu infiltrieren.

Fall 21

Anamnese

65-jährige 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

60-jährige Patientin

Zustand nach Voroperation der Stimmlippe rechts. Jetzt Fremdkörpergefühl im Hals und "kratzige Stimme". Die Patientin raucht etwa 3-4 Zigaretten pro Tag. LS 103 S
2010.02.28

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

42-jähriger 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

81-jährige 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

63-jähriger 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 LS 103 S 2010.02.28 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

53-jähriger 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 29a

Anamnese

49-jähriger 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 29b

Anamnese

49-jähriger 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

60-jähriger 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

75-jähriger 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

66-jährige 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.

M

akroskopie

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 Nasenhöhle.

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 22x 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.

LS 103 S 2010.02.28

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

Anamnese

37-jährige 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.