



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

Klinische Angaben

Lehrserie Nr. 118

Das Zervixkarzinom und seine Vorstufen

von:

**D. Schmidt, Viersen, L.-C. Horn, Leipzig, M.
Höckel, Leipzig, 2005**

Fallanamnesen:

Fall 01

Klinische Angaben:

Missed abortion 9. SSW. Zustand nach dreimaliger IvF /ET 2. ICSI, ko lposkopisch suspekter Portio, Biopsie bei 1:00 Uhr.

Makroskopischer Befund

Biopsat 0,5 cm, 9 Stufen.

Fall 02

Klinische Angaben:

Riesencondylom der Portio bei Verdacht auf HPV-Infektion, Abtragung post partum.

Makroskopischer Befund:

Allseitig polypös strukturiertes GS 1,5 x 1,8 x 0,6 cm, halbiert, kein Rest.

Fall 03

Klinische Angaben:

Risikoschwangerschaft bei HIV-Infektion. Portio- PE's bei zytologisch Gruppe IIID. V.a. HPV-Infektion.

Makroskopischer Befund:

3 Uhr: GS, 0,3 cm, 3 Stufen.

Fall 04

Klinische Angaben:

37-jährige Patientin mit einem rezidivierenden Pap III D, HPV high risk positiv, Amenorrhoe unter Ceracette seit 2 Jahren.

Makroskopischer Befund:

Konus: ein bis 2,5 x 2 x 1,5 cm großes Portiokonisat, bei 12 Uhr fadenmarkiert (Einbettung in toto nach radiärer Schnittführung).

Fall 05

Klinische Angaben:

Endozervikal zytologisch Pap IV B außerhalb mit zytologischem Verdacht auf Mikroinvasion. Jetzt kolposkopisch 0. Einnahme von Minisiston.

Makroskopischer Befund:

Fadenmarkiertes Konisat 2,5 x 2,3 x 2,3 cm. Portio glatt, Muttermund quer. Vollständige segmentale Aufarbeitung.

Fall 06

Klinische Angaben:

Letzte Regel 1986. Verdacht auf Cervixkarzinom, DD Ca in situ. Zusätzlich arterielle Hypertonie, Osteoporose.

Makroskopischer Befund:

Cervix: Bröckeliges Gewebe 0,9 cm, 3 Stufen.

Fall 07

Klinische Angaben

46-jährige Patientin mit einem Pap III (blasse Nacktkerne), Para 0, Gravida 0, Diane seit 1 ½ Jahren.

Makroskopischer Befund:

Ein bis 1,5 x 1,5 x 1 cm großes Portiokonisat, bei 12 Uhr fadenmarkiert (Einbettung in toto nach radiärer Schnittführung).

Fall 08

Klinische Angaben

Zustand nach Wertheim'scher Radikaloperation 8/2001 mit Nachweis eines Plattenepithelkarzinoms pT2b, pN0, R0, L1, G3 mit anschließender Radiatio. Jetzt Verdacht auf Rezidiv Beckenwand links.

Makroskopischer Befund:

Drei grauweiße Punktionszylinder von 1 bis 1,7 cm Länge, 6 Stufen.

Fall 09

Klinische Angaben

Zervixkarzinom -Rezidiv, V.a. Harnblasen- und Rektuminfiltration, Z.n. Radiochemotherapie.

Makroskopischer Befund:

Pararektal rechts: 3 teils grau-weiße und gelbliche PZ von 0,7 bis 1,8 cm Länge und 0,2 cm Durchmesser, 3 Stufen.

Fall 10

Klinische Angaben:

Hysterektomie mit beiden Adnexen und radikale Lymphonodektomie bei Z.n. nach neoadjuvanter Radiotherapie wegen eines histologisch gesicherten Zervixkarzinoms.

Makroskopischer Befund

8 x 8 x 6cm Uterus mit narbig veränderter Portio. Endozervikal ein großer, die gesamte Zervix einnehmender ausgedehnt nekrotischer Tumor, davon das Präparat.

Fall 11

Klinische Angaben:

Plattenepithelkarzinom der Cervix uteri FIGO-Stadium II B bei Zustand nach 6 Zyklen neoadjuvanter Chemotherapie. Jetzt totale mesometriale Resektion (TMMR) des Uterus.

Makroskopischer Befund

6 x 4 x 2 cm Uterus mit einer zirkulär anhängenden Scheidenmanschette, ventral 0,5 cm, dorsal 0,7 cm breit. Endometrium atroph, Myometrium 1,5 cm dick. Parametrium rechtsseitig 3,8 x 4 x 1 cm, linksseitig 4 x 2,5 x 1,5 cm. Portio glatt, MM quer. Endozervikal zirkulär eine 1,5 cm lange und 1 cm in Querausdehnung messende Induration. Cervix vollständig aufgearbeitet.

Fall 12

Klinische Angaben:

50-jährige Patientin mit einem auffälligen PAP-Befund (PAP V). P5, G7, LP vor 4 Wochen, keine Hormoneinnahme. Aufgrund des PAP-Befundes erfolgte eine Probeexzision von der Zervix, anschließend eine Wertheim- Meigs -Operation.

Makroskopischer Befund:

Ein Blockpräparat aus Uterus und beiden Adnexen, zusammen 304 g schwer. 10 cm langer, im Fundus 6 cm breiter und 4 cm tiefer Uterus mit tonnenförmig aufgetriebener Portio und einem grau-weißen flächig ulzerierten, dorso -ventral 7 cm durchmessenden und quer 6 cm durchmessenden Tumor mit zum Isthmus hin schmierig zerfallenden Anteilen. Zirkuläre, ventral bis 2,1 cm breite und dorsal bis 5 cm breite Vaginalmanschette. Dorsalseitig wächst der Tumor flächig über die Fornix hinaus, 3 cm die Vagina herunter.

Fall 13

Klinische Angaben:

16-jährige Patientin mit Verdacht auf Dysplasie der Zervix uteri, Pap III D, P1, G1. Es wurden eine Konisation und eine fraktionierte Abrasio durchgeführt.

Makroskopischer Befund:

Konus: 2,5 x 2 x 1 cm groß, nicht markiert (Einbettung in toto nach radiärer Schnitfführung).

Fall 14

Klinische Angaben:

39-jährige G 0, P 0, zytologisch Pap III, HPV high risk positiv, Konisation. Anschließend radikale Hysterektomie nach Wertheim- Meigs.

Makroskopischer Befund

2 x 2 x 1cm großes Konisat, Fadenmarkierung bei 12:00 (Einbettung in toto nach radiärer Schnitfführung)

Fall 15

Klinische Angaben:

59-jährige Patientin mit Postmenopausenblutung und einem kleinen Zervixschleimhautpolypen. Es erfolgte eine fraktionierte Abrasio und anschließend eine Konisation mit fraktionierter Abrasio. Schließlich wurde eine Wertheim- Meigs - Operation durchgeführt.

Makroskopischer Befund:

1,5 x 1,2 x 1,8 cm Konisat, Fadenmarkierung bei 12:00. Einbettung in toto nach radiärer Schnitfführung.

Fall 16

Klinische Angaben

Histologisch gesichertes Plattenepithelkarzinom der Cervix uteri, G3, FIGO-Stadium IIA. Jetzt totale mesometriale Resektion (TMMR) des Uterus.

Makroskopischer Befund:

97 g schwerer Uterus von 9,5 x 6 x 3 cm. Scheidenmanschette vorn 2,6 cm, hinten 3 cm breit. Parametrium rechts 3 x 4 x 0,8 cm, links 3,5 x 2 x 1 cm. Zwischen 3 Uhr und 9 Uhr ein oberflächlich ulzerierter exophytischer Tumor von 2,5 cm Länge, 3 cm Querausdehnung und 2,2 cm Dicke. Keine Infiltration der Scheide bzw. der Parametrien. Übrige Portiooberfläche glatt. Endometrium von 0,2 cm, Myometrium 1,2 cm Dicke.

Fall 17

Klinische Angaben

27-jährige Patientin, G1, P1, keine Hormoneinnahme bekannt. LP 4 Tage vor der Probeexzision. Nach der Probeexzision erfolgte eine Wertheim- Meigs -Operation.

Makroskopischer Befund:

Ein 139 g schwerer Uterus, 9.5 cm lang, im Fundus 6 cm breit und 2,5 cm tief. Ektozervikale Manschette 4 cm breit. Zirkulär anhaftend bis 2 cm breite Anteile der Vaginalmanschette. Anhaftend parametranes Gewebe rechts und links. Im Bereich der Ektozervix ein 2 x 2 x 1 cm großes Tumorgewebe. Auf den Schnittflächen keine Invasion der Ektozervix bzw. der Scheidenmanschette erkennbar. Der Tumor ragt ca. 0.5 cm in die Endozervix hinein. Zervikalkanal weit, Schleimhaut längsgeriffelt. Parametranes Gewebe rechts und links jeweils tumorfrei. Cavum uteri eng, Schleimhaut überwiegend flach. An einer Stelle ein 1.5 cm durchmessender Polyp. Myometrium feinfaserig, bis 2,2 cm breit. Serosa unauffällig.

Fall 18

Klinische Angaben:

35-jährige Patientin mit einem Tumor der Zervix uteri. Vier Jahre nach der Erstdiagnose Tumor in einem Ovar. Sieben Jahre nach der Erstdiagnose Tumor der Harnblase (alle Tumoren zum Konsil übersandt).

Makroskopisch

Blockmaterial, Tumor zum Konsil übersandt.

Fall 19

Klinische Angaben

29-jährige Patientin mit einem Tumor der Zervix (zum Konsil übersandt).

Makroskopisch

Blockmaterial, Tumor zum Konsil übersandt.

Fall 20

Klinische Angaben:

75-jährige Patientin mit einem ulzerierten Tumor der Zervix. Probeexzision und nachfolgende Wertheim- Meigs -Operation.

Makroskopischer Befund:

Ein 122 g schwerer Uterus, 9 cm lang, im Fundus 3,5 cm breit und 1,5 cm tief. Ektozervikale Manschette 3 cm breit. Portio glatt. Im Zervikalkanal polypöse Tumormassen. Auf der Schnittfläche durch die Zervix eine Tumorerinfiltration der gesamten Zervixwand, bis an die Parametrien heranreichend. Tumorerinfiltration des Isthmus und des Myometriums des Corpus uteri. Lymphknoten der Fossa obturatoria links sind vergrößert, zum Teil konfluiert und zeigen eine weißliche Schnittfläche bei fester Konsistenz.

Fall 21

Klinische Angaben:

81-jährige Patientin, Verdacht auf Zervixkarzinom, FIGO IIC, P2. Es erfolgten Probeexzisionen von der Zervix bei 12 Uhr, bei 3 Uhr, bei 6 Uhr, bei 9 Uhr und vom CK.

Makroskopischer Befund:

Alle Proben bestehend jeweils aus einer ca. walnußgroßen weißlichen Gewebsmenge.

Fall 22

Klinische Angaben

44-jährige Patientin mit abnormer uteriner Blutung. Drei Abrasionen vorausgegangen. Anschließend Hysterektomie (zum Konsil übersandt).

Makroskopisch

Konsiliarisch übersandtes Blockmaterial

Fall 23

Klinische Angaben:

Z. n. Konisation mit Nachweis einer CIN II der hinteren MML zwischen 5:00 und 6:00, vaginaler und zervikaler Rand frei. Fokal mesonephroide Reste am Absetzungsrand des Konisates. Hysterektomie bei Karzinophobie.

Makroskopischer Befund:

Uterus 83g, 8,5 x 5,4 x 4,5cm, runzelige Portio bei Z.n. Konisation. Endometrium 0,4cm, Myometrium 2,3cm mit fragl. Endometriose

Fall 24

Klinische Angaben:

56 Jahre, Wertheim`sche Radikaloperation bei histologisch vordiagnostiziertem endometrialem Adenokarzinom mit Zervixbefall. Z.n. Rektumamputation vor 8 Jahren.

Makroskopischer Befund

102g Uterus 10,5 x 6 x 3cm. Endozervikal an der Hinterwand eine 1,4cm großer Gewebdefekt, darunter die Zervixwand infiltrierender 2,7cm langer, 3cm in Querausdehnung messender 1cm starker Tumor (davon vorliegender Schnitt). Im Cavum uteri zwei 0,9 und 1,2cm große Endometriumpolypen und subseröse Myome bis 1,4cm.

Fall 25

Klinische Angaben

Zustand nach Cholezystektomie 1996. Verdacht auf endozervikal sitzendes Zervixkarzinom FIGO-Stadium III B. Zytologisch Pap II vor einem Monat.

Makroskopischer Befund:

5 grauweiße Punktionszylinder von 1,5 bis 2,5 cm Länge und 0,1 cm Durchmesser, 3 Stufen.

Fall 26

Klinisch

49 Jahre, Wertheim`sche Radikaloperation bei histologisch gesichertem Zervixkarzinom, FIGO-Stadium IIA. Vergrößerte pelvine Lymphknoten.

Makroskopisch

Lymphknoten von obturatorisch rechts bis 3 x 1,7 x 1,5cm, Schnittfläche unauffällig, davon vorliegendes Präparat.

Fall 27

Klinisch

Gestielter Cervixpolyp 13. SSW bei kolposkopisch essigweißem Epithel 6 Uhr.

Makroskopisch

2 Biopsien 0,2 cm, 3 Stufen.

Fall 28

Klinisch

64 Jahre, ausgedehntes Uterusmalignom mit Infiltration des Sigmas, Peritonealkarzinose.

Makroskopischer Befund

11cm langer Uterus, der im Corpusbereich vollständig von einem mäßig derbem Tumor von 7cm Länge, 6,5cm Querausdehnung und 3,5cm Stärke eingenommen wird. Cervix uteri ohne sicheren Tumor (davon vorliegender Schnitt). Linke Adnexe unauffällig. Rechte Adnexe einen Konglomerattumor bildend. 31 x 12cm Netz, vollständig von Tumor durchsetzt und mit einem 41cm langen Sigma verbacken, das hier ein ca. 6cm großes Tumorkonglomerat zeigt mit vollständiger Infiltration der Wand und Schleimhautdurchbruch.

Fall 29

Klinisch

46-jährige Frau, Polyp am Muttermund.

Makroskopischer Befund:

3,0 cm großer oberflächlich glatter Polyp mit 1,5 cm langem bis 1,2 cm dickem Stiel.

Fall 30

Klinische Angaben:

34-jährige Patientin mit einem rezidierten Zervixpolypen (zum Konsil übersandt).

Makroskopisch

Blockmaterial zum Konsil übersandt.

Fall 31

Klinische Angaben:

36-jährige Patientin mit einem Tumor der Zervix, zum Konsil übersandt.

Makroskopisch:

Blockmaterial zum Konsil übersandt.

Fall 32

Klinische Angaben:

85-jährige Patientin mit einem Zervixtumor (zum Konsil übersandt).

Makroskopischer Befund:

Zusammen 4 x 2 x 1 cm durchmessende grau-rosafarbige polypoide Gewebsstrukturen, zum Schnellschnitt übersandt.

Fall 33

Klinische Angaben:

35 Jahre alte Patientin mit Blutung in der Schwangerschaft. Klinisch Verdacht auf ein Zervixkarzinom FIGO-Stadium IB. Nach PE radikale Hysterektomie.

Makroskopischer Befund:

Endozervikaler Tumor mit parametraner Infiltration.

Fall 34

Klinische Angaben:

33-jährige VIII.-gravida, VI.-para mit einer unauffälligen Term-Schwangerschaft vor 6 Monaten. Jetzt dysfunktionelle Blutung seit 5 Wochen. Palpatorisch kleiner Uterus, Verdacht auf endozervikalen Tumor (FIGO IB1). In der Abrasio Nachweis eines Plattenepithelkarzinoms G3. Danach radikale Hysterektomie nach Wertheim- Meigs.

Makroskopischer Befund:

Resezierter Uterus mit einem 10 x 8 x 6cm großen teilweise hämorrhagisch durchsetzten Tumor mit Nekrosen, das gesamte Corpus uteri einnehmend. Infiltration der gesamten Uteruswand und der Cervix uteri, Parametrien frei, keine Lymphknotenmetastasen.

Fall 35

Klinische Angaben:

Hochsitzendes Cervixkarzinom FIGO-Stadium II b. Zustand nach Portio-PE sowie fraktionierter Abrasio. Laparoskopische Abklärung von Ovarialtumoren unklarer Dignität.

Makroskopischer Befund:

5 x 1 cm große Tube, anhängend ein solid zystischer Ovarialtumor 4,5 x 2,5 x 1,5 cm groß, mit kleinen Zysten bis 1 cm durchmessend, Wand 0,1cm dick, Innenfläche glatt.