



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

Klinische Angaben

Lehrserie Nr. 219

Pathologie der Tumoren der ableitenden Harnwege

von:

**Katharina Lindemann-Docter, Aachen, R. Golz,
Wuppertal, Ruth Knüchel-Clarke, Aachen, S.
Störkel, Wuppertal, 2011**

Fallanamnesen:

Fall 01

Anamnese

Eine 74-jährige Frau, Z. n. pTa G1 vor 2 Jahren, stellt sich mit Hämaturie vor. Eine Fluoreszenzzystoskopie mit HEXVIX wurde durchgeführt, die ein 1,5 cm großes, exophytisches positives Areal im Bereich der rechten Harnblasenwand zeigt. Weiterhin eine flache Rötung im Blasenausgang. TUR rechte Harnblasenwand und Blasenauslass sowie isoliert eine Probe aus dem Tumorgrund.

Makroskopie

(Rechte Harnblasenwand): Multiple, zusammengelegt 4 x 3 x 0,5 cm große Gewebsspäne, im Einzelnen bis 9 mm groß (vollständige Einbettung).

Fall 02

Anamnese

Ein 73-jähriger Mann, bei dem primär in der TUR ein muskelinfiltrierendes parziell plattenepithelial differenziertes Urothelkarzinom, high grade, diagnostiziert worden war.

Drei Monate später Zystoprostatektomie ohne zwischenzeitliche Chemotherapie.

Makroskopie

Die Harnblase war ödematös und gerötet, im Bereich des Trigonum fand sich ein Ulcus nach TUR. Die Zystektomie erfolgte mit Kartierung der gesamten Harnblase durch die Pathologie. Sie sehen eine Stelle aus der Harnblase (rechts medial kaudal, nicht in Beziehung zum Primärtumor), makroskopisch leicht gerötet, kein Herdbefund.

Fall 03

Anamnese

Eine 69-jährige Frau mit Dysurie und Mikrohämaturie. Daraufhin wurde eine Zystoskopie durchgeführt.

Makroskopie

Ein 0,3 cm großes Gewebsstück

Fall 04

Anamnese

Ein 35-jähriger Grieche, der seit 4 Jahren in Deutschland lebt. Nach einigen Wochen mit Beschwerden einer Dysurie kam der Patient nach einer einmaligen Hämaturie – Episode zur stationären Abklärung. Es folgte eine Zystoskopie mit TUR der Blase.

Makroskopie

Mehrere zusammen 4,5g schwere zottige Gewebsstücke

Fall 05

Anamnese

Ein 27-jähriger Patient mit seit mehreren Monaten rezidivierender Mikrohämaturie und Harnwegsinfekten.

Die Urinzytologie negativ (ohne Tumorzellen). In der Zytoskopie ein papillärer Tumor der linken Seitenwand. TUR von Tumor und (getrennt) Tumorgrund.

Makroskopie

(Tumor linke Seitenwand): Mehrere, zusammengelegt 2,5 x 2,9 x 1,1 cm große Gewebsspäne.

Vollständige Einbettung.

Fall 06

Anamnese

Eine 58-jährige Frau mit der Erstdiagnose eines Harnblasentumors in der Fluoreszenzzystoskopie mit 5-Aminolävulinsäure. Unilokuläre Fluoreszenz.

Makroskopie

10 Kapseln mit bis zu 1.3 cm großen Biopsaten aus einem großen solitären papillären Harnblasentumor, großflächig über Blasenauslass, Blasendach und Blasenseitenwand links nachweisbar.

Fall 07

Anamnese

Ein 90-jähriger Mann mit seit 2006 2x rezidiertem Urothelkarzinom, zuletzt pTa high grade (pTaG3). Im Februar 2008 zystoskopisch V. a. erneutes Rezidiv (papillär, unifokal) im Bereich des Blasendach. TUR dieser Region.

Makroskopie

(TUR Blase) In zahlreichen Fragmenten übersandtes, zusammengelegt 4,2 x 2,8 x 1,7 cm messendes Gewebsexzidat. Kompletteinbettung in 3 Kapseln.

Fall 08

Anamnese

Eine zum Zeitpunkt der Erstdiagnose 68jährige Patientin mit zum damaligen Zeitpunkt durchgeführter Nephroureterektomie wegen pTa, G1 Urothelkarzinom. 14 Jahre später (82Jahre) in der Lokalisation Blasenhal: Diagnose eines nicht invasiven papillären Urothelkarzinoms, high grade (alte Klassifikation: pTa, G2), 4 weitere Biopsien tumorfrei, Harnblasenspülung und Ureterspülung links jeweils mit Tumorzellen.

Ein weiteres Jahr später multifokales Carcinoma in situ z.T. pagetoid und multifokale papilläre nicht invasive Urothelkarzinome 3 x low grade und high grade (alte Klassifikation pTa (m) G2 und G3). Parallel durchgeführte Zytologie des linken Harnleiters: ohne Tumorzellen.

Einen Monat später Zystektomie.

Makroskopie

Zystektomie mit einer 15 x 17 x 4,5 cm großen Harnblase mit ödematöser Schleimhaut mit multiplen Hämorrhagien und kleinen gefäßinjezierten oder kleinflächig ulzerierten Arealen. Zusätzlich ein Divertikel an der rechten Harnblasenseitenwand, max. 1,5 cm. Aus der Kartierung des gesamten Urothels liegt eine Probe aus der Mitte der rechten lateralen Harnblasenwand vor, die makroskopisch keinen Herdbefund enthielt.

Fall 09

Anamnese

Ein 44-jähriger Mann mit der Primärdiagnose eines soliden mindestens stromainvasiven Urothelkarzinoms mit Lymphangiosis carcinomatosa und Hämangiosis carcinomatosa in der Lokalisation Blasenboden/Blasenhal und beim Mapping zusätzlichem Carcinoma in situ der linken Seitenwand. Andere Mappingregionen mit chronisch unspezifischer Cystitis.

2 Monate später Zystoprostektomie mit Schnellschnitt von Harnröhre und Harnleitern. Dabei Carcinoma in situ im Absetzungsrand des linken Harnleiters.

Makroskopie

Entnahme der Probe aus der Lokalisation: rechte Harnblasenhinterwand.

Fall 10

(gleicher Patient wie Fall 9)

Anamnese

Ein 44-jähriger Mann mit der Primärdiagnose eines soliden mindestens stromainvasiven Urothelkarzinoms mit Lymphangiosis carcinomatosa und Hämangiosis carcinomatosa in der Lokalisation Blasenboden/Blasenhals und beim Mapping zusätzlichem Carcinoma in situ der linken Seitenwand. Andere Mappingregionen mit chronisch unspezifischer Cystitis.

2 Monate später Zystoprostatektomie mit Schnellschnitt von Harnröhre und Harnleitern. Dabei Carcinoma in situ im Absetzungsrand des linken Harnleiters.

Makroskopie

Ein 285 g schweres Resektat bestehend aus einer 7 x 5 x 3 cm großen Harnblase und einer 5 x 3 x 2,2 cm großen makroskopisch unauffälligen Prostata. In der Harnblase mehrere Ulcera nach TUR. Besonders an der Hinterwand und am Blasendach ödematöse Schleimhautaufquellung und diffuse Rötung. Ihnen liegt ein Schnitt aus der kartierten Harnblase vor, der der Lokalisation: linke mediale Seitenwand entspricht, makroskopisch leicht gerötet, kein eigentlicher Herdbefund.

Fall 11

Anamnese

69-jähriger Patient; seit mehr als 40 Jahren starker Raucher; Dysurie seit 6 Wochen; in der Zystoskopie Rötung der Schleimhaut an der Hinterwand

Makroskopie

3 bis 0,9 cm große Partikel.

Fall 12

Anamnese

71-jähriger Mann. Keine weiteren klinischen Angaben. Zystektomie.

Makroskopie

In der Harnblase (12 x 10 cm) zeigen sich trigonumnah linksseitig in der Hinterwand mehrere knotige derbe Schleimhautareale, die auf der Schnittfläche bis ins Fettgewebe reichen. Die Serosa ist zart. Der linke Ureter mündet direkt in den Tumor. Die Prostata makroskopisch ohne Bezug zum Tumor. Die übrige Harnblasenwand fokal gerötet, kein weiterer Herdbefund. Probe aus einem derben Wandareal linksseitige Hinterwand.

Fall 13

Anamnese

80-jährige Frau

Zustand nach invasiv lobulärem Mammakarzinom 1995. Jetzt Makrohämaturie. In der TUR-Blase ein ALA-positives Areal. Anschließend Zystektomie.

Makroskopie

Zystektomiepräparat mit Scheidenstumpf und Adnexen. Die Harnblase misst 14 x 8 cm. In der Harnblase ein solitärer exophytischer Tumor in der Lokalisation Blasendach mit einer Größe von 5,8 x 7 cm, derb polypös, weisslich. Die umgebende Schleimhaut fleckig gerötet, kein weiterer Herdbefund. Kartierung der Harnblase. Probe aus Tumor und umgebender Harnblasenwand.

Fall 14

Anamnese

82-jähriger Patient mit der Erstdiagnose eines großen Blasentumors; klinisch cT2; Erstresektion

Makroskopie

Zahlreiche zusammen 22g schwere 6,0 x 5,0 x 1,2 cm große Gewebsspäne

Fall 15a

a. Anamnese

67-jähriger Mann

Diagnose einer akuten Zystitis.

Nach fehlendem Ansprechen auf eine antibiotische Therapie weitergehende Diagnostik. Zystoskopisch großer Tumor. TUR-Blase und anschließend Zystektomie einschließlich eines 23,5 cm langen Sigmasegment.

Keine Tumorerkrankungen in der Vorgeschichte.

Makroskopie

Im Bereich der Harnblasenhinterwand ein 5 x 4 cm messendes Areal mit großflächiger Ulzeration der Schleimhaut, hier die Harnblasenwand weißlich-derb, fokal eingeblutet. Die Schleimhaut im Bereich des Sigmaresektates in Assoziation zu der tumorösen Veränderung der Harnblasenwand eingezogen, auf einem Areal von 6 x 4,5 cm weißlich derb verändert. Weiterhin in der Darmschleimhaut distal des beschriebenen Areals insgesamt 4 voneinander abgrenzbare polypöse bis zu 1,3 cm durchmessende Polypen.

Kartierung der Harnblasenwand und repräsentative Schnitte aus den anderen Organen. Hier ein Schnitt aus der Tumorregion Harnblase.

Fall 15b

b. Anamnese

66-jährige Frau. Zustand nach Sigmakarzinom 12/2009 mit Resektion, Radiatio und Chemotherapie. Jetzt Resektion von Dünndarmsegment und Harnblasenteilresektat wegen Tumor.

b. Makroskopie

Im 7 cm langen Dünndarmsegment transmuraler Wanddefekt mit fokaler Verhärtung. Harnblasenresektat 7,5 x 5,4 x 4,7 cm messend mit zentralem exophytischen 4 x 3,3 cm großen Herd. Schnittpräparat aus diesem Bereich.

Fall 16a

Anamnese

33-jähriger Mann mit einer zystoskopisch tumorverdächtigen papillären Raumforderung im Harnblasenauslass und der proximalen Urethra Präparat „a“ stammt von der ersten Zystoskopie; Präparat „b“ von der 2. Kontrolle 6 Monate später

Makroskopie

a. mehrere zusammen 1,5 g schwere 3 x 2 x 0,5 cm große Späne von der Ureterenleiste /Blasenauslass

b. mehrere zusammen 2g schwere 3,2 x 2,1 x 0,7 cm große Gewebsspäne

Fall 16b

Anamnese

33-jähriger Mann mit einer zystoskopisch tumorverdächtigen papillären Raumforderung im Harnblasenauslass und der proximalen Urethra Präparat „a“ stammt von der ersten Zystoskopie; Präparat „b“ von der 2. Kontrolle 6 Monate später

Makroskopie

a. mehrere zusammen 1,5 g schwere 3 x 2 x 0,5 cm große Späne von der Ureterenleiste /Blasenauslass

b. mehrere zusammen 2g schwere 3,2 x 2,1 x 0,7 cm große Gewebsspäne

Fall 17

Anamnese

Ein 68-jähriger Mann fällt im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung mit einem palpatorisch derben Herd in der linken Prostatahälfte auf, der sich im Ultraschall als hypodense Zone darstellt. Das Gesamt - PSA liegt bei 14.5 ng /ml (Norm: 0 - 4 ng /ml).

Stanzbioptisch wird auswärts ein Prostatakarzinom (Gleason- Score : 3+3 = 6) gesichert.

Klinisch liegt ein organbegrenzttes Prostatakarzinom (Stadium T2a) vor. Darauf erfolgt die radikale Prostatektomie.

Makroskopie

Ein 48 g schweres 3.5 x 3.0 x 3.0 cm großes radikales Prostatektomiepräparat mit beidseits anhängenden Samenblasen. Schnittflächen grau-weiß und periurethral knotig, prallelastisch. Tumorgewebe ist makroskopisch nicht sicher abgrenzbar. Das Schnittpräparat stammt aus dem apexnahen Drittel (rechts lateral gekerbt).

Fall 18

Anamnese

Ein 73-jähriger Mann wurde notfallmäßig wegen einer massiven Makrohämaturie in die urologische Klinik eingewiesen. Zystoskopisch fand sich ein breitbasiger ausgedehnter Tumor am Blasendach, der partiell nekrotisch erschien.

Makroskopie

Mehrere zusammen 12 g schwere und 6 x 6 x 3 cm große Gewebsspäne.

Fall 19

Anamnese

Eine 69-jährige Frau, bei der auf Grund des zystoskopischen Befundes eines „infiltrierenden Blasentumors“ eine TUR durchgeführt wurde.

Makroskopie

Zahlreiche zusammen 3,6g schwere Gewebsspäne

Fall 20a

Anamnese

78-jähriger Patient

Seit 1993 rezidivierende papilläre Urothelkarziome der Harnblase (pTa G1-2). Im Verlauf bei zweifelhafter Urinzytologie mehrere negative FISH-Befunde. Im Oktober 2010 bei verdächtiger Spülzytologie der Harnblase und des rechten Ureters erneute FISH-Untersuchung, jetzt mit positivem Ergebnis. TUR, anschließend Nephrektomie und Ureterektomie rechts.

Makroskopie

Nephroureterektomiepräparat, bestehend aus einer 9,6 x 5,4 x 4,0 cm großen Niere mit anhängendem 13 cm langen, bis 1,0 cm durchmessenden Ureter. Die Schleimhaut im Bereich des Nierenbeckens teilweise glatt; vor allem im Übergang zum Ureter mehrere bis 0,5 cm große papilläre Aufwerfungen.

Probe A: Ureter Probe B: Nierenbecken.

Fall 20b

Anamnese

78-jähriger Patient

Seit 1993 rezidivierende papilläre Urothelkarziome der Harnblase (pTa G1-2). Im Verlauf bei zweifelhafter Urinzytologie mehrere negative FISH-Befunde. Im Oktober 2010 bei verdächtiger Spülzytologie der Harnblase und des rechten Ureters erneute FISH-Untersuchung, jetzt mit positivem Ergebnis. TUR, anschließend Nephrektomie und Ureterektomie rechts.

Makroskopie

Nephroureterektomiepräparat, bestehend aus einer 9,6 x 5,4 x 4,0 cm großen Niere mit anhängendem 13 cm langen, bis 1,0 cm durchmessenden Ureter. Die Schleimhaut im Bereich des Nierenbeckens teilweise glatt; vor allem im Übergang zum Ureter mehrere bis 0,5 cm große papilläre Aufwerfungen.

Probe A: Ureter Probe B: Nierenbecken.

Fall 21

Anamnese

61jähriger Patient mit autosomal-dominanter polyzystischer Nierenerkrankung. Seit mind. 10 Jahre bestehende terminale Niereninsuffizienz mit Dialysepflichtigkeit. In einer wegen Hämaturie entnommenen Urinzytologie verdächtige Zellen, FISH positiv. Zystoskopisch papillärer Tumor rechte Seitenwand; in TUR-B papilläres Urothelkarzinom, High grade mit fokal beginnend invasivem Wachstum (pT1 G3). In einer Sitzung Nephrektomie beidseits und Zystektomie.

Probe aus der rechten Niere.

Makroskopie

Ein 2400 g schweres Nephrektomiepräparat mit den Ausmaßen 26 x 15 x 12 cm. Die Oberfläche polyzystisch, die Zysten bis 4 cm groß. Auf der Schnittfläche bei überwiegend dünnwandigen, serösen Zysten auch einige solide Areale, weißlich, mässig derb. Im Urothel des Nierenbeckens bis 0.6 cm große papilläre Strukturen, der Ureter zart.

Fall 22

Anamnese

48 jähriger Mann mit Verdacht auf Nieren- oder Nierenbeckentumor, max. 2 cm groß, rundlich. Zytologie und eine kleine Biopsie des Nierenbeckens blieben zweifelhaft: Entzündung und reaktive Urothelveränderungen.

Entscheidung zur Nephrektomie.

Makroskopie

Nephrektomiepräparat (11,5 x 6,3 x 4,8 cm) mit glatter Nierenoberfläche und blander Schnittfläche des Parenchyms ohne Herdbefund. Im Nierenbecken ein kugeliges, angedeutet exophytisch wachsender Tumor mit den Ausmaßen 2,2 x 1,7 x 1,7 cm. Querschnitt aus dem Tumor mit umgebendem Urothel.