



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

# **Klinische Angaben**

## **Lehrserie Nr. 227**

# **Transplantationspathologie - Herz/Leber/Lunge**

von:

**H. A. Baba, Essen, J. Wohlschläger, Essen,  
2011 Update (Die Lehrserie steht  
ausschließlich digital zur Verfügung)**

## **Fallanamnesen:**

### **Fall 01**

45 jährige Frau. HTX vor 5 Monaten bei DCM und ventrikuläre Tachykardien bei Z.n. AICD Implantation. Niedriger CSA Spiegel, gute Herzfunktion

### **Fall 02**

41 jähriger Mann. HTX vor 2 Monaten bei DCM. Kontrollbiopsie bei vorheriger Abstoßung

### **Fall 03a**

26 jähriger Mann. 6 Monate vor HTX großer Myokardinfarkt bei koronarer 1-Gefäßerkrankung und Implantation eines linksventrikulären mechanischen Unterstützungssystem (LVAD). Unmittelbar nach HTX schlechte Herzfunktion, Entwöhnung nur mit intraaortaler Ballonpumpe (IABP), hoher Katecholaminbedarf. Noch am gleichen Tag Anschluss an eine extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO). 5 Tage nach HTX verstirbt der Patient. Die Stanzbiopsie wurde kurz nach dem Tod des Patienten entnommen. 3A: HE gefärbter Schnitt 3B: C4d Immunhistochemie

### **Fall 03b**

26 jähriger Mann. 6 Monate vor HTX großer Myokardinfarkt bei koronarer 1-Gefäßerkrankung und Implantation eines linksventrikulären mechanischen Unterstützungssystem (LVAD). Unmittelbar nach HTX schlechte Herzfunktion, Entwöhnung nur mit intraaortaler Ballonpumpe (IABP), hoher Katecholaminbedarf. Noch am gleichen Tag Anschluss an eine extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO). 5 Tage nach HTX verstirbt der Patient. Die Stanzbiopsie wurde kurz nach dem Tod des Patienten entnommen. 3A: HE gefärbter Schnitt 3B: C4d Immunhistochemie

### **Fall 04a**

5 jähriges Mädchen mit einem Bland-White-Garland Syndrom (angeborene Anomalie der Koronararterien mit Abgang der linken Koronararterie aus der Pulmonalarterie) und Ausbildung eines großen Myokardinfarktes. Bei schlechter Herzfunktion Durchführung einer Takeuchi-Operation (Reimplantation der linken Koronararterie in die Aorta) und einer heterotopen HTX. Vier Jahre nach HTX Explantation des Transplantates. Zuletzt nur noch minimale Immunsuppression. Histologie aus dem explantierten Transplantat. 4A: HE gefärbter Schnitt 4B: EvG gefärbter Schnitt

### **Fall 04b**

5 jähriges Mädchen mit einem Bland-White-Garland Syndrom (angeborene Anomalie der Koronararterien mit Abgang der linken Koronararterie aus der Pulmonalarterie) und Ausbildung eines großen Myokardinfarktes. Bei schlechter Herzfunktion Durchführung einer Takeuchi-Operation (Reimplantation der linken Koronararterie in die Aorta) und einer heterotopen HTX. Vier Jahre nach HTX Explantation des Transplantates. Zuletzt nur noch minimale Immunsuppression. Histologie aus dem explantierten Transplantat. 4A: HE gefärbter Schnitt 4B: EvG gefärbter Schnitt

### **Fall 05**

59 jähriger Mann. Herztransplantation vor 18 Tagen bei einer DCM. CSA Spiegel im Normbereich, klinisch guter Verlauf. Protokollbiopsie.

### **Fall 06**

32 jähriger Mann. HTX vor 6 Monaten bei DCM. Z.n. zweimaliger 3A Abstoßung. Gute Transplantatfunktion, CSA Spiegel im Normbereich.

### **Fall 07**

59 jähriger Mann. LeberTX vor 3 Wochen bei multiplen HCCs. Aktuell Sepsis bei Gallengangsnekrosen. Erhöhte Transaminasen.

### **Fall 08**

10 jähriger Junge. LeberTX vor 2 Tagen bei M. Wilson Zirrhose. Jetzt Routinebiopsie bei Revision bei Hämatomausräumung. Leber makroskopisch unauffällig.

### **Fall 09**

1 jähriger weiblicher Säugling. LeberTX vor 3 Wochen bei Gallengangsatresie. Klinisch V.a. Abstoßung

### **Fall 10**

22 jährige Frau. LeberTX vor 8 Monaten bei akutem Leberversagen auf dem Boden eines M. Wilson. Jetzt Cholestase, Cholangitis. Ausschluss einer Abstoßung

### **Fall 11**

57 jähriger Mann. LeberTX vor 3 Monaten bei Hepatitis C Zirrhose und HCC. Jetzt Anstieg der Transaminasen und stark erhöhte HCV RNA Kopien.

### **Fall 12**

15 jähriges Mädchen. Z.n. Knochenmarktransplantation bei Fanconi Anämie vor 4 Jahren. Bei GvHD der Leber LeberTX vor 6 Wochen. Transaminasen erhöht, sonographisch inhomogenes Leberparenchym. Abstoßung?

### **Fall 13**

65 jährige Frau. LeberTX vor 5 Jahren bei Autoimmunhepatitis und HBV Zirrhose. Jetzt ReLeberTX bei Zirrhose.

### **Fall 14**

weiblich, 44 Jahre. Z.n. Doppellungentransplantation wegen Lymphangioliomyomatose. Biopsie bei FEV1 Abfall. Hämorrhagisch geschwollene Bronchialschleimhaut.

### **Fall 15**

männlich, 42 Jahre. Z.n. Doppellungentransplantation wegen Lungenfibrose. Biopsie bei FEV1 Abfall.

### **Fall 16**

männlich, 63 Jahre. Z.n. Doppellungentransplantation. Keine Angaben zur Grunderkrankung. Röntgenologisch bipulmonale Infiltrate.

### **Fall 17**

weiblich, 47 Jahre. Z.n. Doppellungentransplantation bei COPD/Emphysem. FEV1 Abfall. Husten.

### **Fall 18**

weiblich, 21 Jahre. Z.n. Doppellungentransplantation im Mai 2010 wegen zystischer Fibrose. Z.n. Abstoßung A3, B1R 3 Monate nach TX. Jetzt erneute Biopsie nach 7 Monaten.

## **Fall 19**

weiblich, 36 Jahre. Lungentransplantation bei Endstadiumfibrose, nächstliegend bei Bronchiektasen. Bis Mai 2007 keine Abstoßung. Juni 2011 erneute Biopsie wegen pulmonaler Infiltrate.