



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

Klinische Angaben

Lehrserie Nr. 31

Schilddrüsentumoren

von:

**K.W. Schmid, Essen, Sien-Yi Sheu-Grabellus,
Recklinghausen, 2007 Update 2020**

Fallanamnesen:

Fall 01

Anamnese:

62-jährige Frau mit beidseitiger Schilddrüsenvergrößerung mit Trachealeinengung.

Makroskopie:

Beidseitige Resektionspräparate (46 bzw. 58g schwer). In beiden Schilddrüsenlappen multiple 0,3 bis 2,5cm große graubraune glatt begrenzte Knoten.

Fall 02

Anamnese:

34-jährige Frau mit szintigraphisch hypofunktionellem („kaltem“) Knoten im linken Schilddrüsenlappen. In der Feinnadelaspirationszytologie findet sich ein zellreiches Punktat mit deutlichen Kerngrößenschwankungen. Die zytologische Diagnose lautete „szintigraphisch kalte follikuläre Neoplasie, histologische Abklärung empfohlen“.

Makroskopie

Lobektomiepräparat links mit einem makroskopisch scharf begrenzten, 3,5 cm großen, braun-gelblichen Knoten. Keine Gefrierschnittdiagnose. Rechtsseitige Resektion.

Fall 03

Anamnese:

51-jährige Frau mit latenter Hypothyreose und einem hypofunktionellen („kalten“) Knoten rechts in der Nähe des Isthmus. In der Feinnadelaspirationszytologie zellreiches Punktat mit oxyphilen Epithelien mit ausgeprägten Atypien. Es wird zytologisch „Malignitätsverdacht“ geäußert.

Makroskopie

Thyreoidektomiepräparat (76g) mit mehreren Knoten. Einer dieser Knoten im rechten Schilddrüsenlappen zeigt eine auffällige rehbraune Farbe. Der Knoten ist makroskopisch scharf begrenzt.

Fall 04

Anamnese:

49-jährige Patientin mit ausgeprägter Struma mit mehreren szintigraphisch hypofunktionellen („kalten“) Knoten. Keine Feinnadelaspirationszytologie. Beidseitige Resektion.

Makroskopie:

62 bzw. 48g schwere Schilddrüsenresektate. In beiden Lappen finden sich bis 4cm große, teilweise regressiv veränderte scharf begrenzte Knoten mit regressiven Veränderungen. Einzelne Knoten fallen durch ihre rehbraune Farbe auf.

Fall 05

Anamnese:

37-jährige Patientin mit szintigraphisch heißem Knoten („Autonomie“) im linken Lappen

Makroskopie

29g schweres Schilddrüsenresektat mit einem makroskopisch scharf begrenzten, bis 3cm großen, regressiv veränderten Tumorknoten.

Fall 06

Anamnese:

36-jährige Frau mit einem kleinen kalten Knoten. Zytologisch wird der Verdacht auf ein papilläres Karzinom geäußert, der im intraoperativen Gefrierschnitt nicht bestätigt werden kann.

Makroskopie

20g schweres Lobektomiepräparat mit einem makroskopisch gelb-bräunlichen, zirkumskripten Tumor mit einem Durchmesser von 2cm. Der Tumor zeigt einen angedeutet lobulären Aufbau sowie regressive Veränderungen.

Fall 07

Anamnese:

49-jähriger Mann mit beidseitiger Struma nodosa. Keine Funktionsstörungen.

Makroskopie

97g schweres beidseitiges Resektionspräparat, linksseitig ein 3,5cm großer, scharf begrenzter gelbbrauner Knoten. Das übrige Schilddrüsengewebe mit mehreren Kolloidknoten.

Fall 08

Anamnese:

42-jährige Frau mit einem hypofunktionellen („kalten“) Knoten im rechten Schilddrüsenlappen. Die Feinnadelaspirationszytologie ist nicht verwertbar.

Makroskopie:

34g schweres rechtsseitiges Resektat mit einem 3,5cm großen grau-weißlichen Knoten, der makroskopisch relativ scharf begrenzt erscheint.

Fall 09

Anamnese:

54-jährige Frau mit einem ca. 10 Jahren bekannten hypofunktionellen („kalten“) Knoten. Nunmehr seit einigen Monaten Wachstumstendenz mit Schluckbeschwerden. In der Feinnadelaspirationszytologie zellreiches Punktat mit eher geringen Kerngrößenschwankungen; aufgrund des Zellreichtums Diagnose einer follikulären Neoplasie unklarer Dignität mit Operationsempfehlung.

Makroskopie

Subtotales Thyreoidektomiepräparat mit einem rechtsseitigen makroskopisch scharf begrenzten 3,5cm großen Knoten. Die Tumorkapsel bereits makroskopisch erkennbar verbreitert.

Fall 10

Anamnese:

73-jährige Frau. Rasches Größenwachstum der Schilddrüse (rechter Lappen) bei seit Jahrzehnten bekannter beidseitiger Struma. Nunmehr Trachealstenose und Recurrensparese. Szintigraphisch besteht ein ausgedehnter kalter Bezirk im rechten Schilddrüsenlappen. Zytologisch dringender Malignitätsverdacht.

Makroskopie:

Randlich unscharf begrenzter, 5,5cm großer derber grau-weißer Tumor im rechten Schilddrüsenlappen mit bereits makroskopisch erkennbarer beginnender Infiltration der Halsweichteile.

Fall 11

Anamnese:

65-jährige Frau mit rasch wachsender, druckdolenter Struma mit szintigraphisch kaltem Knoten rechts.

Makroskopie:

78g schweres rechtes Lobektomiepräparat mit größeren und kleineren, teilweise rehbraunen Tumorknoten.

Fall 12

Anamnese:

48-jährige Patientin mit szintigraphisch hypofunktionellem („kaltem“) Knoten. In der Feinnadelaspirationszytologie finden sich atypische Zellen mit nukleären Einschlüssen sowie papillär strukturierte Zellverbände.

Makroskopie:

3,2 cm großer gelbbrauner unscharf begrenzter Knoten im Zentrum des rechten Schilddrüsenlappens.

Fall 13

Anamnese:

28-jährige Patientin mit einer großen Struma multinodosa mit mehreren szintigraphisch „kühlen“ Knoten. Deutliche Trachealeinengung. Beidseitige Schilddrüsenresektion.

Makroskopie:

Beidseitige Schilddrüsenresektion (linker Lappen 68g, rechter Lappen 54g) mit mehreren kolloidreichen Knoten mit makroskopisch erkennbaren Regressionen (Blutungen, Verkalkungen, Zystenbildung). Daneben fällt bereits makroskopisch ein 2mm großer grau-weißer Knoten im rechten Schilddrüsenlappen auf.

Fall 14

Anamnese:

33-jähriger Patient mit vergrößerten Lymphknoten. Diese zeigen histologisch Besiedelung durch ein papillär aufgebautes, Thyreoglobulin -positives Karzinom. Danach Thyreoidektomie mit modifizierter radikaler Neck- Dissektion.

Makroskopie:

Thyreoidektomiepräparat mit einem im Randbereich des rechten Lappens gelegenen 4mm großen unscharf begrenzten grau-weißen Knötchen

Fall 15

Anamnese

41-jährige Frau mit rasch gewachsenem Knoten im linken Lappen der Schilddrüse. In der Feinnadelaspirationszytologie Verdacht auf papilläres Karzinom (Kerneinschlüsse). Darauf linksseitige vollständige Lobektomie.

Makroskopie

Linksseitiges, 58g schweres Lobektomiepräparat mit einem maximal 5,4cm großen, makroskopisch nur partiell gekapselten Knoten.

Fall 16

Anamnese

27-jährige Patientin mit vergrößerter und deutlich druckdolenter Schilddrüse. Szintigraphisch kalte Bezirke. Sonographisch unklarer Befund. In der Feinnadelaspirationszytologie reichlich Entzündungszellen sowie Epithelien mit Kerngrößenschwankungen.

Makroskopie:

Beide Schilddrüsenlappen sind von derber Konsistenz und zeigen auf der Schnittfläche grauweiße Bezirke.

Fall 17

Anamnese:

72-jähriger Mann mit derbem Tumor im Hypopharynxbereich. Eine Biopsie aus diesem Bereich ergibt eine Infiltration durch ein drüsig-papillär aufgebautes Adenokarzinom. Immunhistochemisch ist der Tumor deutlich positiv für CA 19.9, CEA (in einigen Zellen) sowie überraschend fokal für Thyreoglobulin ; keine Milchglaskerne.

Makroskopie:

100 Gramm schweres Thyreoidektomiepräparat mit einem breit in perithyreoidale Weichgewebe vorwachsenden grau-weißen, unscharf begrenzten Tumor (maximaler Durchmesser 6cm)

Fall 18

Anamnese:

31-jährige Frau mit klinischer und serologischer Autoimmunthyreoiditis Hashimoto. Seit einigen Wochen Schilddrüsenwachstum. Szintigraphisch kalter Knoten links.

Makroskopie:

45 bzw. 38g schwere Schilddrüsenresektate mit lobulierter, grau-weißlicher Schnittfläche. Randlich im linken Schilddrüsenlappen ein 2,2cm großer verdichteter Knoten.

Fall 19

Anamnese:

36-jährige Frau mit seit längerer Zeit bestehendem Morbus Basedow mit endokriner Orbitopathie. Beidseitige Schilddrüsenresektion (24 bzw. 23 Gramm schwer).

Makroskopie:

Zwei Schilddrüsenresektate mit lobulierter braun-rötlicher Schnittfläche. Im rechten Lappen findet sich im Kapselbereich ein grau-weißlicher verdichteter, unscharf begrenzter Tumorherd (0,7 cm Durchmesser).

Fall 20

Anamnese:

72-jährige Frau mit deutlich vergrößerten Lymphknoten und raschem Schilddrüsenwachstum. Die Feinnadelaspirationszytologie aus dem linken Schilddrüsenlappen ergibt ein „oxyphiles Karzinom“.

Makroskopie:

Randlich das Halsgewebe infiltrierender 6,5cm großer grau-weißer Tumor im linken Schilddrüsenlappen mit fokalen Nekrosen. Zahlreiche Lymphknoten sind bereits makroskopisch tumorbesiedelt.

Fall 21

Anamnese:

56-jähriger Mann mit szintigraphisch kaltem Knoten im linken Schilddrüsenlappen. Zytologisch „oxyphile Zellen, dringender Malignitätsverdacht.“

Makroskopie:

72g schweres Thyreoidektomiepräparat mit einem 5cm großen unscharf begrenzten Tumor mit auffälliger rehbrauner Farbe. Der Tumor infiltriert bereits makroskopisch das perithyreoidale Weichgewebe.

Fall 22

Anamnese:

64-jähriger Patient mit bekannter Struma. Seit einigen Wochen rasche Schilddrüsenvergrößerung, Schluckbeschwerden, Heiserkeit und beidseitig vergrößerte Lymphknoten.

Makroskopie:

Thyreoidektomiepräparat mit einem breit-invasiv wachsenden 6,5cm großen, grau-weißen, derben und organüberschreitenden Tumor in beiden Schilddrüsenlappen. Makroskopisch bestehen auch Nekrosen und Einblutungen. Beidseitig tumorbesiedelte Lymphknoten.

Fall 23

Anamnese:

67-jähriger Mann mit lange bekannter Struma. Seit zwei Wochen deutliche Größenzunahme der Schilddrüse mit Heiserkeit.

Makroskopie:

Grauweißes 108g schweres Tumorsektat. Infiltration der Halsweichteile.

Fall 24

Anamnese:

84-jähriger Patient mit rasch wachsendem Tumor im Schilddrüsenbereich mit Trachealeinengung.

Makroskopie:

Thyreoidektomiepräparat mit beidseitigen grau-weißen Tumormassen. Infiltration der Halsweichteile.

Fall 25

Anamnese:

4-jähriges Kind aus bekannter MEN 2A-Familie. Genetischer Nachweis einer Mutation am ret -Proto- Onkogen als auch pathologischer Pentagastrintest. Klinisch keine vergrößerten Lymphknoten.

Makroskopie:

18g schweres Thyreoidektomiepräparat ohne makroskopisch eindeutig nachzuweisende Herdbildung. Das Material wird in 3mm dicken Scheiben vollständig eingebettet und histologisch untersucht.

Fall 26

Anamnese:

24-jährige Frau, bei deren Onkel vor drei Monaten ein medulläres Schilddrüsenkarzinom operativ entfernt wurde. Im Rahmen des Familienscreenings fand sich bei der Patientin eine Mutation des ret-ProtoOnkogens (Chromosom 10q11.2) sowie ein pathologisch erhöhtes SerumCalcitonin nach Pentagastrin - Stimulation. Daraufhin Thyreoidektomie.

Makroskopie:

35g schweres Thyreoidektomiepräparat. Die Schilddrüse ist nicht vergrößert, die Schnittfläche grob gelappt. In beiden Schilddrüsenlappen finden sich mehrere bis 3mm große graue Herde.

Fall 27

Anamnese:

56-jähriger Patient mit szintigraphisch hypofunktionellem („kaltem“) Knoten links.

Makroskopie:

28g schweres Resektionspräparat mit einem 2,5cm großen graubraunem, makroskopisch scharf begrenzten, im Zentrum des Präparates gelegenen Knoten.

Fall 28

Anamnese:

41-jähriger Mann mit einem kalten Knoten im rechten Schilddrüsenlappen. Im Gefrierschnitt „spindelzelliger maligner Tumor“.

Makroskopie:

50g schweres Thyreoidektomiepräparat mit einem 4cm großen grau-weißen Tumor mit granulärer Schnittfläche. Die gleichzeitig entfernten Lymphknoten sind makroskopisch unauffällig.

Fall 29

Anamnese:

50-jähriger Patient mit rezidivierenden Durchfällen. Bei der Durchuntersuchung wird ein Tumor im Bereich der Schilddrüse und des Mediastinums festgestellt. Vergrößerte Lymphknoten im Halsbereich. Im intraoperativen Gefrierschnitt Verdacht auf Schilddrüsenmetastase durch ein Adenokarzinom.

Makroskopie:

89g schweres Thyreoidektomiepräparat mit einem im linken Schilddrüsenlappen diffus infiltrierenden, grau-weißen Tumor mit Übergreifen auf die Halsweichteile. Weitere Tumoranteile stammen von retrosternal. Fast alle entfernten Lymphknoten sind makroskopisch tumorbesiedelt.

Fall 30

Anamnese:

61-jährige Frau mit bekannter Knotenstruma und mehreren kalten Knoten. Seit einigen Wochen vergrößerte Lymphknoten im Halsbereich.

Makroskopie:

75g schweres Thyreoidektomiepräparat mit einem 2,5cm großen grau-gelben, makroskopisch relativ scharf begrenzten Tumor. Im Anschluss an den Tumor das Schilddrüsengewebe herdförmig bis an den Rand grau-weiß induriert. Einzelne Lymphknoten makroskopisch tumorbesiedelt.

Fall 31

Anamnese:

53-jährige Patientin mit klinisch und serologisch nachgewiesener Autoimmunthyreoiditis Hashimoto. Aufgrund einer deutlichen Größenzunahme der Schilddrüse erfolgt die Schilddrüsenresektion.

Makroskopie

Makroskopisch finden sich in dem 38g schweren Resektat einzelne Knoten und diffus betroffene Anteile mit einer grau-weißen bis rosafarbenen Schnittfläche. Erhaltenes Schilddrüsengewebe ist makroskopisch nicht eindeutig erkennbar.

Fall 32

Anamnese:

79-jähriger Patient mit seit langer Zeit bekanntem Knotenkropf. Seit einigen Wochen rasch wachsender Tumor der Schilddrüse.

Makroskopie:

Thyreoidektomiepräparat mit einem 7cm großen, makroskopisch relativ umschriebenen Tumor mit Nekrosen und Einblutungen. Die Schnittfläche ist grau-rot.

Fall 33

Anamnese:

64-jährige Frau. Zustand nach Tumornephrektomie vor mehr als 10 Jahren. In den letzten 6 Wochen rasche Größenzunahme des rechten Schilddrüsenlappens. Szintigraphisch mehrere kalte Knoten beidseits.

Makroskopie:

mit mehreren 0,8 - 3,2cm großen hellgelben Knoten. Einige Knoten zeigen Einblutungen.

Fall 34

Anamnese:

11-jähriges Mädchen mit seit einigen Jahren bekannter Struma. Seit einiger Zeit asymmetrisches Wachstum und Entwicklung einer deutlichen Hypothyreose.

Makroskopie

320g schweres beidseitiges Resektionspräparat (rechts 210g, links 110g). Auf der Schnittfläche sind Knoten neben grob gelappten und teilweise deutlich fibrosierten Arealen erkennbar.

Fall 35

Anamnese:

54-jähriger Patient mit latenter Hypothyreose. Die Schilddrüse ist deutlich vergrößert und verfestigt.

Makroskopie:

Symmetrisch vergrößerte Schilddrüse (140g), grau-glasige Schnittfläche.

Fall 36

Anamnese:

50-jährige Patientin mit hypofunktionellem („kaltem“) Knoten im rechten Schilddrüsenlappen. In der Feinnadelaspirationszytologie werden oxyphile Epithelien mit beträchtlichen Kerngrößenschwankungen gefunden. Empfehlung zur histologischen Abklärung.

Makroskopie

Lobektomiepräparat (38g) mit einem 4cm großen nekrotischen Knoten mit Einblutungen.