



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

Klinische Angaben

Lehrserie Nr. 89

Schwangerschaftsbezogene Trophoblasterkrankungen

von:

L.-C. Horn, Leipzig, M. Vogel, Leipzig, 2009

Fallanamnesen:

Fall 01

38-jährige Frau zwei Geburten 1981 und 1985, zuletzt Interruptio Januar 1995. Oktober 1994

fraktionierte Abrasio wegen Zwischen- und Kontaktblutungen (Histologie nicht bekannt).

Seit 1,5 Jahren bekannter Uterus myomatosus, jetzt mit Wachstumstendenz. Bis vor 2 Wochen

orale Kontrazeption, seit anderthalb Wochen Zwischenblutungen.

Abrasio, vier Tage später abdominale Hysterektomie ohne Adnexe. Das Präparat stammt vom Abrasionsmaterial.

Fall 02

34-jährige Patientin:

Hysterektomie wegen nicht stillbarer Blutung und inzipientem Abort.

Fall 03

30-jährige Patientin mit Interruptio vor 6 Jahren und Spontangeburt vor 9 und einem Jahr, vor 8 Monaten Regeltempostörung mit Dauerblutung. Jetzt rezidivierende pulmonale Beschwerden und Gewichtsverlust von 15 kg innerhalb von 2 Monaten.

Klinisch Verdacht auf Lungentuberkulose mit tuberkulostatischer Therapie. Bei Therapieresistenz und differentialdiagnostischem Verdacht auf M. Boeck offene Lungenbiopsie, von der das Präparat stammt.

Makroskopie

4,5 x 2,5 x 1 cm messendes, teils pleurabedecktes Lungenexzizat. Feinknotige Schnittflächen mit bis 0,1 cm messenden Herdchen.

Fall 04

17-jährige I.-G. 0.-P.

Spätabort 17. SSW. Blutungen post Abortum. Nach 2 Wochen Abrasio wegen Verdacht auf Plazentagewebsreste.

Fall 05a

43-jährige Frau

Zustand nach Entbindung vor 8 Monaten. Im Wochenbett keine Auffälligkeiten. Jetzt: massive vaginale Blutung, Verdacht auf Abort. Die Möglichkeit einer Schwangerschaft wird jedoch von der Patientin verneint.

Makroskopie:

(5A)

Sehr blutreiches Abrasionsmaterial. Kein Plazentagewebe. Nach ca. 1 Woche erneut stärkergradige Blutungen. Bei abgeschlossener Familienplanung (2 gesunde Kinder) Entschluß zur Hysterektomie.

Makroskopie

(5B)

Uterus 140 g, SL: 9 cm. 2 x 0,6 cm messende breitbasige dunkelbraune polypöse Läsion im oberen Corpus uteri. 25 mm Myometrium, knotenfrei. 8 mm flaches dunkelbraunes polypöses Gebilde im inneren Muttermund.

Hier: Schnitt: Corpus uteri.

Fall 05b

43jährige Frau

Zustand nach Entbindung vor 8 Monaten. Im Wochenbett keine Auffälligkeiten. Jetzt: massive vaginale Blutung, Verdacht auf Abort. Die Möglichkeit einer Schwangerschaft wird jedoch von der Patientin verneint.

Makroskopie

(5A)

Sehr blutreiches Abrasionsmaterial. Kein Plazentagewebe. Nach ca. 1 Woche erneut stärkergradige Blutungen. Bei abgeschlossener Familienplanung (2 gesunde Kinder) Entschluß zur Hysterektomie.

Makroskopie

(5B)

Uterus 140 g, SL: 9 cm. 2 x 0,6 cm messende breitbasige dunkelbraune polypöse Läsion im oberen Corpus uteri. 25 mm Myometrium, knotenfrei. 8 mm flaches dunkelbraunes polypöses Gebilde im inneren Muttermund. Hier: Schnitt: Corpus uteri.

Fall 06

39-jährige

VIII.-G. V.-P. Abortus incompletus, Saugkürrettage. Beta HCG-Spiegel über 100 000 IU/l. Diagnose: Blasenmole. Absinken, dann erneutes Ansteigen der Beta-HCGWerte.

Rekürrettage.

Histologie: Persistierende Blasenmole. Weiter ansteigende Beta-HCGWerte, daraufhin hysterektomie mit Salpingektomie beidseits.

Makroskopie

Uterus ohne Adnexen 195 g, Sondenlänge 8 cm. 18 x 15 x 3 mm großer Knoten im linken Tubenwinkel.

Fall 07

30-jährige I.-G. I.P.

Geminigravidität 18 SSW. Blutungen. Placenta praevia totalis. Eine Fruchthöhle leer. Sectio parva.

Makroskopie:

Getrennte Zwillingssplazenta. Plazenta A (Schnittpräparat): 200 g, multiple blasige Strukturen der Schnittflächen (Plazenta B: 95 g, unauffällige Schnittflächen).

Fall 08

28-jährige Frau

Letzte Schwangerschaft vor 1 ½ Jahren. Letzte Regelblutung vor 6 Wochen. Gering erhöhte Beta-HCG-Werte: 300 – 400 IU/l.

Fall 09

33-jährige II.-G. I.-P.

Abortus incompletus 11. SSW.

Makroskopie:

19 g, davon teileröffneter Fruchtsack, Durchmesser 35 mm. Embryo 12 mm, globale Entwicklungsstörung (GD 4).

Fall 10

40-jährige Patientin mit Abortus incipiens. Sonographisch VD auf Windmole. CurettageMaterial von 5 cm, hochgradig hämorrhagisch.

Fall 11

27-jährige I.-G. I.-P.

Spontangeburt 35 SSW. Postnatale Blutungen, Uterusatonie. Abdominelle Hysterektomie.

Makroskopie:

Uterus 665 g, Sonderlänge 15 cm. Ca. 8 cm messender Wanddefekt der Corpushinterwand. Intramurale frische Blutung. 2 cm großes intramurales Myom. Placenta fragmentiert, Rechtgewicht 305 g.

Fall 12

31-jährige II.-G., O-P.

Vor 10 Wochen Saugcurettage wegen Abortus incipiens (Abortmaterial nicht untersucht); wenige Wochen später Schmierblutung. Jetzt erneute Abrasio. β -HCG-Wert zum Zeitpunkt der Abrasio über 100.000I./U.1.

Makroskopie:

spärliches Abrasionsmaterial. Bis gut reiskorngroße Gewebespäne, zus. 1,8 g.

Fall 13

28-jährige II.-G. I.-P.

Missed abortion, 9. SSW.

Makroskopie:

22 g, davon 15 g Fruchtsackgewebe. Mehrere Gruppen plumper, bis stecknadelkopfgroßer Zotten.

Fall 14

Postmenopausale Patientin mit einem in der Abrasio histologisch gesichertem malignen epithelialen Tumor – Hysterektomie. Im Präparat ein Tumor des Cavum uteri.

Fall 15

26-jährige III.-G. II.-P.

Drohender Abort, Blutungen.

Saugkürettage: Nekrotische Dezidua, Trophoblastzellen. Beta-HCG: 1100IU/1. 2.

Kürettage: Verdacht auf Chorionkarzinom. Beta-HCG: 182 IU/1.

Ultraschall: Ins Myometrium reichender Tumor. Bei abgeschlossener Familienplanung Hysterektomie, Beta-HCG postoperativ 12 U/1.

Makroskopie

Uterus 93 g, 4,5 cm Tumor mit Koagel, weiche Konsistenz.

Fall 16

36-jährige II.-G. II.-P.

Spontangeburt 38 SSW.

Makroskopie

Normgewicht der Plazenta. Knapp 3 cm messender chronischer Infarkt.

Fall 17

33-jährige VIII.-gravida, VI.-para mit unauffälliger Termgravidität vor 6 Monaten. Vorstellung jetzt mit dysfunktioneller Blutung seit ca. 5 Wochen.

Die bimanuelle gynäkologische Untersuchung zeigte einen kleinen Uterus, jedoch den Verdacht auf einen endozervikalen Tumor (klinisch FIGO-Stadium IB1).

Die daraufhin durchgeführte Abrasio und Portiobiopsie ergab ein schlecht differenziertes Plattenepithelkarzinom. 14 Tage später radikale Hysterektomie nach Wertheim- Meigs, von der das Präparat stammt.

Makroskopie:

Uterus 10 x 8 x 6 cm. Hämorrhagischer, nekrosereicher Tumor des gesamten Corpus uteri. Tiefe Infiltration der Corpuswand, Infiltration der Cervix uteri.

Fall 18

41-jährige Patientin mit Tubensterilisation vor 7 Jahren. Klinisch VD auf Uterus myomatosus und chronische Endometritis. Fraktionierte Abrasio mit Nachweis von Trophoblastzellen, Hysterektomie.

Uterus: 350 g, 11.8 x 10.5 x 5.5 cm. 7.2 x 4.6 x 4.4 cm gut umschriebener nekrotischer Tumor im unteren Uterinsegment. Ruptur in das Cavum uteri.

Fall 19

53-jährige Patientin, III.-gravida, II.-para, Interruptio vor 24 Jahren, Regelpause vor 3 Monaten, jetzt Dauerblutung. Bei Klinikaufnahme war der Uterus vergrößert mit weicher Konsistenz, sonographisch feinzystische Strukturen im Cavum uteri.

Abrasio unter OxytocinTropf. Das Material stammt von dem Abrasionsmaterial.

Fall 20

18-jährige II.-G. I.-P.

Missed abortion 11 SSW.

Makroskopie:

23 g, multiple derbe Gewebespäne. Kein Fruchtsackgewebe abgrenzbar.

Fall 21

37-jährige Frau.

Missed abortion rechn. 15 SSW.

Makroskopie:

39 g. 24 g fragmentierter Fruchtsack, max. 26 mm Restdurchmesser. Rechter Unterschenkel: 18 mm, mit Fuß 15 mm.

Fall 22

25-jährige I.-G. I.-P.

Zustand nach Missed abortion mit Abrasio. Schmierblutungen. Erhöhte Beta-HCG-Werte, ansteigend. Recurettage.

Makroskopie

Zusammengelegt 6,5 cm Abortmaterial, blutreich. Makroskopisch und lupenoptisch kein Zottengewebe, insbesondere keine Zottenblasen.

Fall 23

32 Jahre alte Patientin mit Zustand nach Sectio caesaria vor 7 Monaten. Jetzt massive Blutung ex utero, letzte Regel vor 6 Wochen.

Klinisch

Verdacht auf abgelaufenen Abort. Nach zweimaliger Abrasio abdominale Hysterektomie mit Entfernung der rechten Adnexe und einer Sampling-Lymphonodektomie aufgrund intraoperativ vergrößerter Lymphknoten rechts.

Makroskopie:

67 gr Uterus von 10,5 x 6 x 5 cm. Auf der Schnittfläche ein das gesamte Cavum uteri ausfüllender grauroter Tumor von 4 x 4 x 3,5 cm mit einzelnen Hämorrhagien sowie Nekrosearealen, die ca 30 % der Gesamttumormasse einnehmen. Fragliche beginnende Infiltration des Myometriums. Rechte Adnexe auffällig.