



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

Klinische Angaben

Lehrserie Nr. 332

Neuroendokrine Tumoren von Magen, Darm und Pankreas

von:

**Andreas Pascher, Münster, G. Klöppel,
München, M. Anlauf, Limburg/Lahn, Marianne
Pavel, Erlangen, 2018**

Fallanamnesen:

Fall 01-HE

52-jährige Patientin mit unspezifischen Oberbauchbeschwerden. Deutlich erhöhte Gastrin-Serumspiegel, jedoch klinisch kein Anhalt für ein Zollinger-Ellison Syndrom. Chromogranin-A ‚Exzess‘ im Serum. Kein Nachweis von Parietalzell- und Intrinsicfaktor-Autoantikörpern im Serum. Kein hereditäres Tumorsyndrom. Multiple Magenbiopsien aus dem Fundus und Korpus. Ursache der Hypergastrinämie und der deutlichen Chromogranin-A Erhöhung im Serum?

Fall 02.1-HE

69-jährige Patientin mit seit mehr als einem Jahrzehnt bekannter Typ A Gastritis. Endoskopisch mehr als 50 kleine polypöse Schleimhautveränderungen in Fundus und Korpus. Das Antrum endoskopisch unauffällig. Keine endokrinologische Symptomatik. Kein hereditäres Tumorsyndrom. Zustand nach mehrfachen Polypektomien. Jetzt Durchführung einer Gastrektomie (Präparat).

Fall 02.2-VMAT2

69-jährige Patientin mit seit mehr als einem Jahrzehnt bekannter Typ A Gastritis. Endoskopisch mehr als 50 kleine polypöse Schleimhautveränderungen in Fundus und Korpus. Das Antrum endoskopisch unauffällig. Keine endokrinologische Symptomatik. Kein hereditäres Tumorsyndrom. Zustand nach mehrfachen Polypektomien. Jetzt Durchführung einer Gastrektomie (Präparat).

Fall 03.1-HE

44-jähriger Patient mit rasch sich entwickelndem Ikterus. Mittels Ultraschall, ERCP und MRT kein sicherer Nachweis eines Tumors. Therapie: Papillotomie. Ein Jahr später erneut identische Beschwerden. Therapie: Sphinkterotomie. Ein weiteres Jahr später unspezifische Oberbauchschmerzen und erneut Ikterus. Therapie: Papillendilatation. Insgesamt drei Jahre nach Behandlungsbeginn und intensiver Bildgebung endosonographisch Verdacht auf einen Tumor im Bereich der Papille, möglicherweise mit Beteiligung des Pankreaskopfes. Zusätzlich ein kleiner Leberrundherd. Keine endokrinologische Symptomatik und kein Anhalt für ein hereditäres Tumorsyndrom. Whipple-Operation und Leberkeilexzidat.

Fall 03.2-SYN

44-jähriger Patient mit rasch sich entwickelndem Ikterus. Mittels Ultraschall, ERCP und MRT kein sicherer Nachweis eines Tumors. Therapie: Papillotomie. Ein Jahr später erneut identische Beschwerden. Therapie: Sphinkterotomie. Ein weiteres Jahr später unspezifische Oberbauchschmerzen und erneut Ikterus. Therapie: Papillendilatation. Insgesamt drei Jahre nach Behandlungsbeginn und intensiver Bildgebung endosonographisch Verdacht auf einen Tumor im Bereich der Papille, möglicherweise mit Beteiligung des Pankreaskopfes. Zusätzlich ein kleiner Leberrundherd. Keine endokrinologische Symptomatik und kein Anhalt für ein hereditäres Tumorsyndrom. Whipple-Operation und Leberkeilexzidat.

Fall 04-HE

62-jährige Patientin mit Anämie. Klinisch Verdacht auf obere gastro-intestinale Blutung. Endoskopisch polypöser Tumor präpapillär. Keine endokrinologische Symptomatik. Kein Hinweis auf eine hereditäres Tumorsyndrom. Laparotomie mit Duodenotomie und Polypenexzision

Fall 05a-HE

66-jähriger Patient mit Brennen und Druckgefühl im Epigastrium. Einnahme von H2-Blockern. Endoskopisch im Bulbus duodeni Zufallsbefund einer kleinen polypösen Schleimhauerhabenheit. Tumor, hyperplastische Brunner'sche Drüsen oder Magenschleimhautheterotopie?

Fall 05b-HE

66-jähriger Patient mit Brennen und Druckgefühl im Epigastrium. Einnahme von H2-Blockern. Endoskopisch im Bulbus duodeni Zufallsbefund einer kleinen polypösen Schleimhauerhabenheit. Tumor, hyperplastische Brunner'sche Drüsen oder Magenschleimhautheterotopie?

Fall 06-HE

66-jährige Patientin mit gelegentlich krampfartigen abdominellen Schmerzen seit mehreren Monaten. Sonografisch tumorverdächtiger Leberbefund. Mittels DOTATOC-PET Bestätigung des Lebertumors. Zusätzlich kleinem Tumor im Abdomen. Hemikolektomie rechts (Präparat). Kein Hinweis auf ein hereditäres Tumorsyndrom oder ein Karzinoidsyndrom.

Fall 07.1-HE

41-jähriger Patient mit Verdacht auf akute Appendizitis.

Fall 07.2-5HT

41-jähriger Patient mit Verdacht auf akute Appendizitis.

Fall 08.1-HE

43-jähriger Patient mit Verdacht auf akute Appendizitis.

Fall 08.2-5HT

43-jähriger Patient mit Verdacht auf akute Appendizitis.

Fall 09-HE

72-jähriger Patient. Anamnestisch seit einigen Monaten Schwäche und AZ-Verschlechterung bei Eisenmangelanämie (Hb: 77 g/l). In der Koloskopie im Bereich des Colon ascendens ein stenosierender Tumor.

Fall 10a-HE

68-jähriger Patient. Anamnestisch Blut-Nachweis im Stuhl. Koloskopisch im Bereich der rechten Kolonflexur ein ulzerierter Tumor.

Fall 10b-Synaptophys

68-jähriger Patient. Anamnestisch Blut-Nachweis im Stuhl. Koloskopisch im Bereich der rechten Kolonflexur ein ulzerierter Tumor.

Fall 11-HE

54-jährige Patientin mit unklaren abdominellen Schmerzen seit etwa einem Monat. Keine endokrinologische Symptomatik. Koloskopisch Nachweis und Abtragung eines etwa 1,0 cm durchmessenden Polypens im Rektum (Präparat). Mittels Endosonographie zusätzlich Nachweis mehrerer vergrößerter echoarmer Lymphknoten pararektal. Nach 4 Wochen weiterhin echoarme Lymphknoten nachweisbar. Deshalb Rektosigmoidresektion. Kein Hinweis auf ein hereditäres Tumorsyndrom.

Fall 12-HE

72-jährige Patientin mit multiplen, teils konfluierenden Tumorknoten im Bereich von Peritoneum, Omentum majus sowie anliegendem Dünndarm, Dickdarm und Ovar. Tumorentität? Primärtumor?

Fall 13a-HE

62-jährige Patientin. Nach klinischen Angaben multiple Leber- und Lungenmetastasen eines neuroendokrinen Tumors. Seit etwa drei Jahren trotz wiederholter radiologischer Untersuchungen kein Anhalt für einen Primärtumor. Tumorprogress. Klinische Fragestellungen: Lokalisation des Primärtumors? Proliferative Aktivität? Expression spezifischer Peptidhormone, die eine Verlaufskontrolle ermöglichen? Die Rückfrage bei der Klinik ergibt, dass es keine Hinweise auf eine spezifische endokrinologische Symptomatik oder Hormonerhöhung gibt. Kein Hinweis auf ein hereditäres Tumorsyndrom. Darüber hinaus seit kurzem neu aufgetretene Vergrößerung paratrachealer Lymphknoten.

Fall 13b-HE

62-jährige Patientin. Nach klinischen Angaben multiple Leber- und Lungenmetastasen eines neuroendokrinen Tumors. Seit etwa drei Jahren trotz wiederholter radiologischer Untersuchungen kein Anhalt für einen Primärtumor. Tumorprogress. Klinische Fragestellungen: Lokalisation des Primärtumors? Proliferative Aktivität? Expression spezifischer Peptidhormone, die eine Verlaufskontrolle ermöglichen? Die Rückfrage bei der Klinik ergibt, dass es keine Hinweise auf eine spezifische endokrinologische Symptomatik oder Hormonerhöhung gibt. Kein Hinweis auf ein hereditäres Tumorsyndrom. Darüber hinaus seit kurzem neu aufgetretene Vergrößerung paratrachealer Lymphknoten.

Fall 14_SSTR-2

67-jähriger Patient mit unspezifischen Oberbauchbeschwerden. Sonographisch und im CT findet sich ein 3 cm durchmessender Tumor im Pankreasschwanz. Kein Hinweis auf ein familiäres Tumorsyndrom. Pankreasschwanzresektion. Frage nach Somatostatin-Rezeptorexpression.

Fall 15-HE

81-jähriger Patient mit seit mehreren Jahren bestehenden unspezifischen Beschwerden wie Nervosität, Agitiertheit und Schweißausbrüchen. Schließlich Zunahme der Symptomatik, insbesondere morgens, bis hin zu deliranten Zuständen und schließlich Bewusstseinsverlust. Positiver oraler Glukosetoleranztest. Äquimolare Erhöhung von Insulin und C-Peptid. Sonografisch und mittels MRT kein Herdbefund nachweisbar. Schließlich Laparotomie und Freilegung des Pankreas. Mittels Palpation und intraoperativer Echosonographie Nachweis eines etwa 0.9 cm durchmessenden Tumors im Pankreaskopf. Keine Assoziation zum Ductus pancreaticus. E nukleation des Tumors (Präparat). Anschließend keine endokrinologische Symptomatik mehr. Kein Hinweis auf ein hereditäres Tumorsyndrom.

Fall 16-HE

67-jährige Patientin mit unspezifischen Oberbauchbeschwerden. Sonografisch und im CT findet sich ein 3,5 cm durchmessender zystischer Tumor im Pankreasschwanz (Präparat). Pankreasschwanzresektion bei Verdacht auf muzinös-zystische Neoplasie.

Fall 17a-HE

58-jähriger Patient mit Oberbauchschmerzen. Sonografisch und im CT findet sich ein 5,5 x 3 x 3 cm durchmessender Tumor im Pankreasschwanz. Pankreasschwanzresektion (Präparat). Kein Hinweis auf ein familiäres Tumorsyndrom. Tumor-Grad?

Fall 17b-Mib1

58-jähriger Patient mit Oberbauchschmerzen. Sonografisch und im CT findet sich ein 5,5 x 3 x 3 cm durchmessender Tumor im Pankreasschwanz. Pankreasschwanzresektion (Präparat). Kein Hinweis auf ein familiäres Tumorsyndrom. Tumor-Grad?

Fall 18

71-jähriger Patient mit klinisch bekannter intraduktaler papillärer muzinöser Neoplasie (IPNM). Kein Anhalt für einen endokrinen Tumor. Whipple-Operation (Pankreaspräparat aus tumorfreiem Pankreaskopfgewebe). Zusätzlicher kleiner neuroendokriner Tumor?