

Kontakt

VDCA Geschäftsstelle

Mittelfeldweg 20c
27607 Geestland
Tel.: +49 (0)4743 275646
info@vdca.de, www.vdca.de

Vorsitzende

Heidi Hahn CFAC
h.hahn@vdca.de
Anschrift s. Geschäftsstelle

Schatzmeisterin

Maria Binn
In der Kreuzau 4
51105 Köln
Tel.: +49 (0)221 29830789
m.binn@vdca.de

Schriftführerin

Frauke Lorenzen-Oldendorp
CT(IAC-GYN)
Schwarzburger Str. 6
28215 Bremen
Tel.: +49 (0)421 20814910
f.lorenzen-oldendorp@vdca.de

Redaktionsbüro

Am Tabakquartier 62
28197 Bremen
Tel.: +49 (0)421 4899899
redaktion@vdca.de

Hinweise für Autoren

www.vdca.de, Rubrik Cyto-Info

Inhalt 3/2023

- 84 : VDCA Intern
- 85 : Das genitale Mikrobiom -
Mikrobiom-Analyse im klinischen Kontext
P. Finzer
- 88 : Infiltration eines Lymphoms
A. Xhaja, S. Hadzic
- 94 : Stolperfall
- 97 : Repetitorium : gynäkologische Zytologie
g. Strahlenreaktion des ektozervikalen Plattenepithels
H. Flenker †, H. Griesser
- 63 : Repetitorium : außergynäkologische Zytologie
61. Grundlagen: Körperhöhlenergüsse, Teil 4 -
malignes Mesotheliom
M. Engels
- 103 : Test the best
- 105 : Alles was Recht ist
- 108 : Christoph Hanrath Artwork
- 109 : Implementierung der COVID-19-Impfung
- 110 : Tagungsberichte
- 112 : Kontaktadressen der Regionalgruppen
- 113 : Fortbildungsveranstaltungen des VDCA
- 115 : Jobbörse Stellengesuche/Stellenangebote
- 118 : Unser Service für Mitglieder / Impressum

Infiltration eines Lymphoms

A. Xhaja, S. Hadzic

Im Rahmen der Routine-Krebsvorsorge mit der Co-Testung erhielten wir den Abstrich einer 55-jährigen Patientin mit dem HPV-Test.

Anamnestisch hatte die Patientin extern vor drei Jahren einen unauffälligen Befund (Gruppe I)

Die jetzige Gynäkologin hatte bis auf einen tastbaren axillären Lymphknoten und rezidivierende Harnwegsinfektionen sonst nichts Auffälliges bei der Abstrichentnahme bemerkt. Die vaginale Sonographie war unauffällig.

Im zytologischen Abstrich (Dünnschicht) finden sich vor einem blutigen, teils entzündlichen Präparatehintergrund (inklusive Zelldetritus) ein hochproliferiertes Zellbild (Schmittgrad 3-4) sowie unauffällige zervikale Drüsenzellen, Abb. 1, 2.



Abb. 1: (Bild mit Genius™ Digital Diagnostics System: DGG) links in den Kacheln sind überall Superfizialzellen und kleine hyperchromatische, dysplastische Zellen zu sehen. Rechts sieht man einen Zellverband mit Superfizialzellen und hyperchromatischen Tumorzellen.

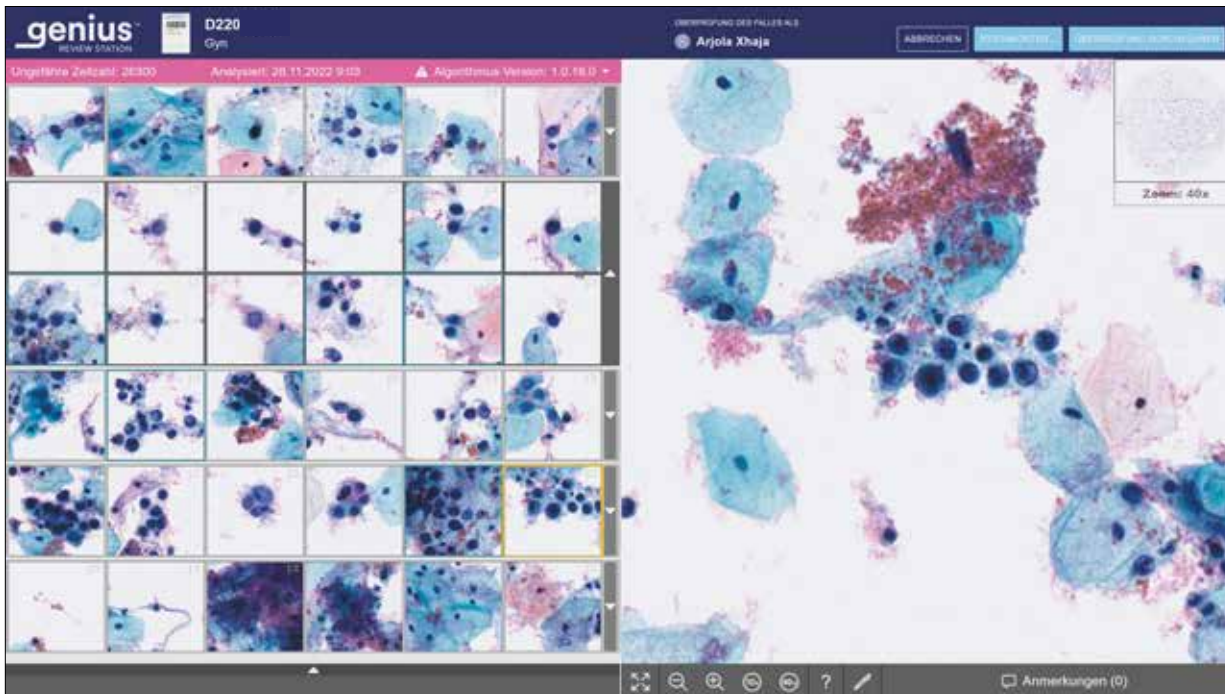


Abb. 2: (Bild mit GDDS) Links bleibt das Zellbild unverändert. Rechts neben Plattenepithelzellen sieht man Tumordiathese und einen lockeren atypischen Zellverband. Des Weiteren sieht man zahlreiche suspekte kleine Zellen, meistens einzeln, teils in Gruppen gelagert im gesamten Abstrich verteilt mit deutlicher Anisokaryose, Hyperchromasie und Polymorphie der Zellkerne.

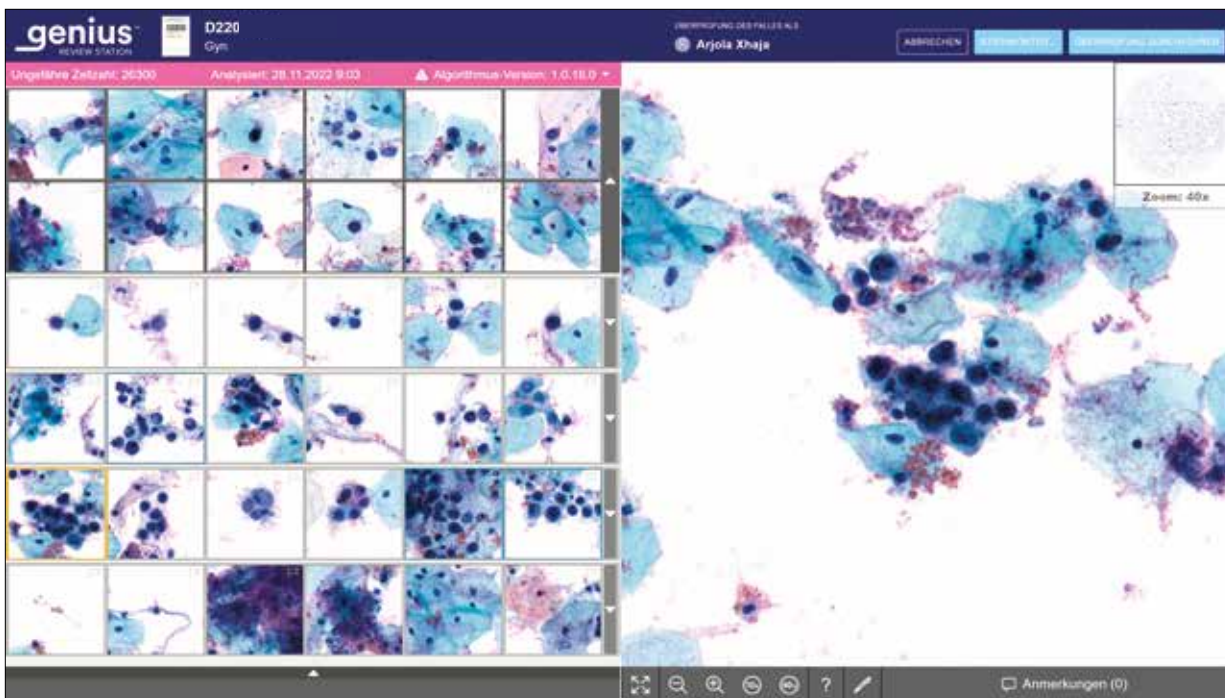


Abb. 3: (Bild mit GDDS) Links bleibt das Zellbild unverändert. Rechts Tumorzellen mit Anisokaryose und Hyperchromasie.

Außerdem zeigen diese atypischen Zellen neben prominenten Nukleolen, deutliche hyperchromatische, teils py-

knotische Zellkerne und helle sichtbare Areale (nuclear moldings), Abb. 4, 5.



Abb. 4: Tumordiathese und dysplastische hyperchromatische Zellen, Obj. 40x.

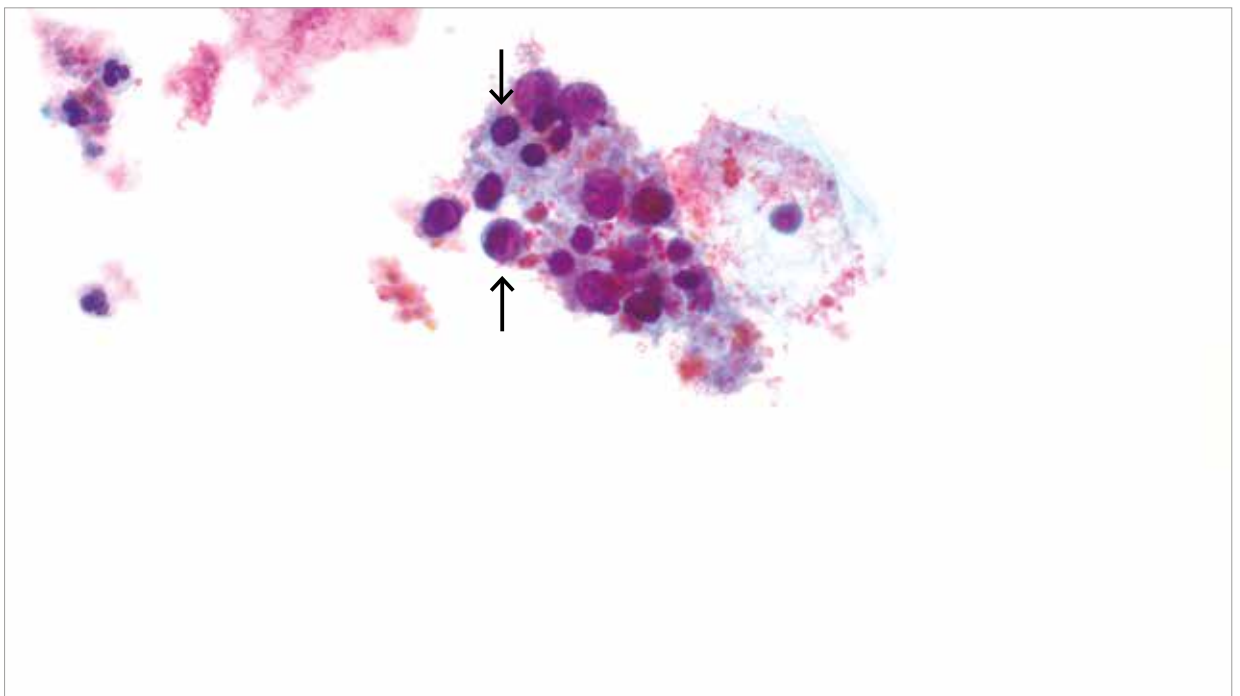


Abb. 5: Tumorzellen mit „nuclear moldings“ und teils pyknotischen Zellkernen, Obj. 40x.

Der Zytoplasmasaum ist meist sehr schmal, was sich für die Bestimmung der Herkunft der Zelle als schwierig erweist, Abb. 6, 7.

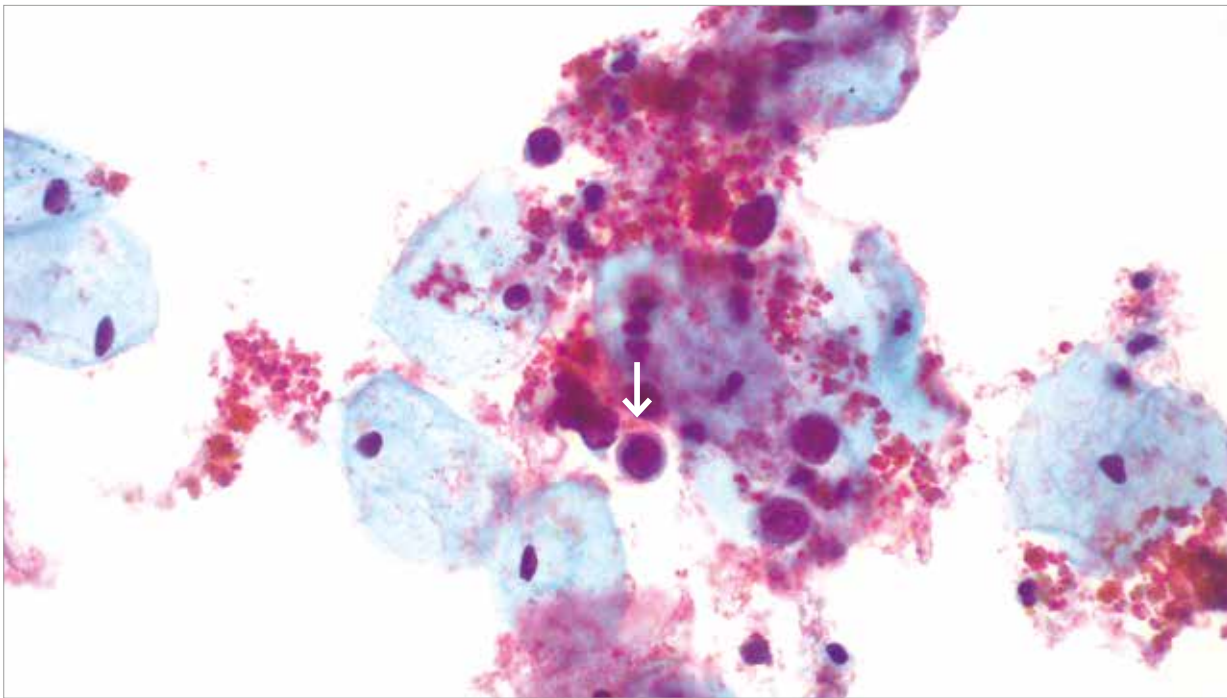


Abb. 6: Tumorzellen mit schmalen Zytoplasma, Obj. 40x.

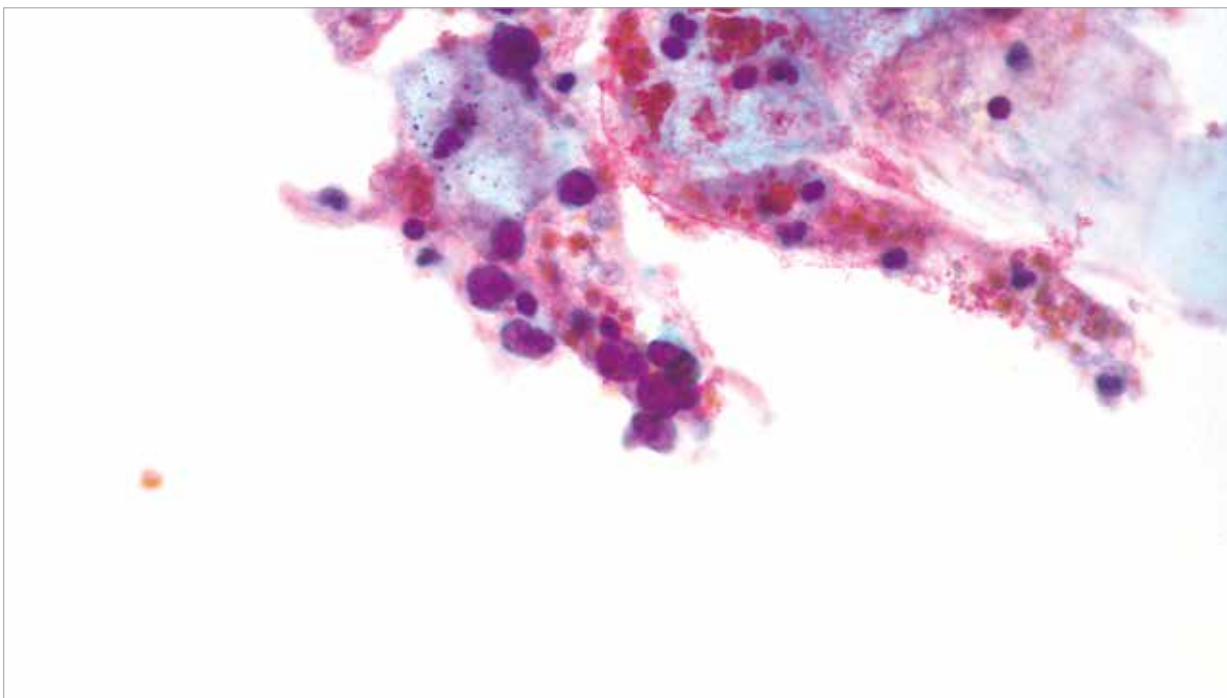


Abb. 7: Tumordiathese und Tumorzellen, Obj. 40x.

Infolgedessen forderten wir den Biomarker p16/Ki-67 an, der zur Identifizierung von höhergradigen, zervikalen Dysplasien dienen kann. Das Ergebnis war wie der HPV-HR-Test, negativ.

Nach interner Meinungsverschiedenheit am Diskussionsmikroskop (Gruppe III-p /IVb-g /V-x) vergaben wir schließlich die Gruppe III-g:

Hochsuspekte Adeno-Zellveränderungen mit Verdacht auf Zervixkarzinom HPV-Test (PCR cobas): negativ: p16/Ki-67 (CinTec PLUS) negativ.

Zur weiteren Differenzierung empfahlen wir eine kurzfristige Hysteroskopie mit Abrasio und Biopsie. Die Patientin wurde an die gynäkologische Abteilung der Uni-Klinik überwiesen.

Die zeitnahe klinische und computertomografische Untersuchung der Kliniker offenbarte einen Tumor von etwa 4 cm Durchmesser im Bereich der Zervix mit dem klinischen Verdacht eines Zervixkarzinoms.

Ein CT-Thorax + Abdomen mit Kontrastmittel zeigte folgende auffällige Befunde:

Thorax: Pathologisch vergrößerte Lymphknoten links axillär ca. 1,7 x 1,0 cm messend sowie ca. 2,7 x 2,0 cm. Vermehrter Lymphknotenbesatz rechts axillär ohne Lymphadenopathie.

Abdomen: Zirkulär verdickte Darstellung der Cervix uteri mit inhomogener Kontrastmittelaufnahme ca. 5,8 x 4,4 cm messend.

Beurteilung

Ausgedehnte Raumforderung in der Cervix uteri, CT-morphologisch Verdacht auf Zervixkarzinom.

Nach klinischer Untersuchung und CT wurde unter Vollnarkose eine Hysteroskopie mit fraktionierter Abrasio und einer Portio-Biopsie durchgeführt.

Die pathologisch-anatomische Diagnose der Portio-Biopsie ergab:

Portio-PE mit ausgedehnten, unterminierend wachsenden Formationen eines malignen Tumors, in erster Linie passend zu einer **high grade B-Zell Neoplasie**.

Das immunhistochemische Ergebnis der Zervix Tumor-Biopsie führte dann zur endgültigen Diagnose:

Die neoplastischen Zellen erwiesen sich als LCA und CD20-positiv. Ki-67 war deutlich erhöht (ca. 80%), und p16 zeigte keine blockartige Positivität. Die maligne Neoplasie war negativ für PanCK, CD56, Chromogranin A, Synathophysin und p40.

Die histologische Diagnose lautet:

diffuses großzelliges malignes B-Zell Lymphom. (DLBCL vom GCB-Typ, Stadium III E).

Der CT-Bericht zeigte bis auf die vergrößerten Lymphknoten axillär und teilweise präkardial, im Thorax und Abdomen keine pathologischen Auffälligkeiten. Auch die Knochenmark-Stanze war negativ, und eine Mammasonographie zeigte keinen Hinweis auf einen Tumor.

Die Patientin wurde im Tumorboard vorgestellt und in die hämato-onkologische Klinik der Uni zur weiteren Therapie (Chemo + Antikörper) überwiesen.

Fazit

Die Differenzialdiagnose der Lymphome im zytologischen Abstrich ist auch aufgrund ihrer Seltenheit sehr schwierig. Klinische Angaben wie lokale Lymphknotenschwellungen oder vaginale Blutungen können nützlich sein zur Diagnosefindung in routinemäßigen Screeningtests.

Da die Prognose und die Behandlung des primären malignen Lymphoms des Gebärmutterhalses völlig anders ist als die des Plattenepithelkarzinoms, sollte diese Erkrankung bei der Differenzialdiagnose unbedingt berücksichtigt werden.

Wissenswertes!

Non Hodgkin Lymphome (NHL) sind bösartige Erkrankungen des Lymphgewebes. Sie können überall im Körper entstehen, da sich im gesamten Körper Lymphgewebe befindet, wobei die Lymphknoten am häufigsten betroffen sind. Im fortgeschrittenen Stadium können auch andere Organe (Lunge, Leber, Milz, Knochenmark) befallen sein. Maligne Lymphome entstehen durch eine Veränderung im Erbgut von Lymphozyten. NHL gehen zu 90% von B-Lymphozyten aus und nur zu 10% von T-Lymphozyten. Das diffuse großzellige B-Zell-Lymphom (DLBCL) ist mit einer Inzidenz von circa 5,6 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern die häufigste maligne B-Zell-Neoplasie (medianes Erkrankungsalter circa 65 Jahre) und zählt zu den aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen mit dringlicher Therapieindikation in kurativer Intention. Evidenzbasierte Leitlinien waren bisher nicht verfügbar.

Da zervikale Lymphome selten sind, kann das Vorhandensein atypischer lymphatischer Zellen im zervikalen Pap-Abstrich als entzündlicher Prozess oder auch als eine andere bösartige Neubildung am Gebärmutterhals fehl-diagnostiziert werden.

Es sollte bei der Differenzialdiagnose unbedingt auch an ein mögliches Lymphom gedacht werden, da die hochmalignen NHL unbehandelt tödlich verlaufen.

Literatur

E. Grundmann: Einführung in die allgemeine Pathologie

Laszlo Szalay und Laszlo Ungar: Zervixpathologie, Kolposkopie und Zytologie

Marie Luise Schneider und Hans-Joachim Staemmler: Atlas der gynäkologischen Differenzialzytologie

Deutsches Ärzteblatt/Jg.120/Heft 17/28.April 2023

Bildnachweis

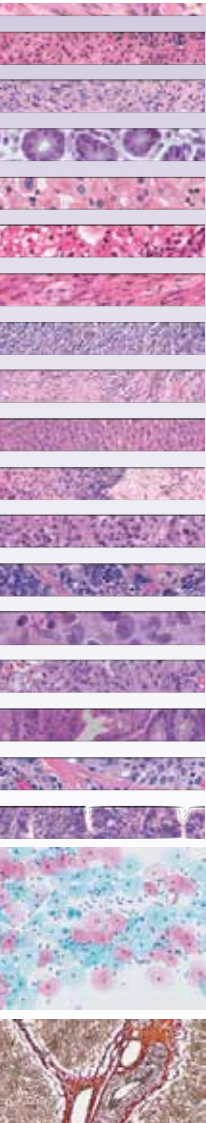
Genius Digital Diagnostics System, Dr.-medic. Arjola Xhaja

Verfasserinnen:

Sanela Hadzic CTA-Gyn. und Dr.-medic. Arjola Xhaja

MVZ für Zytologie und Molekularbiologie CytoMol.

Berner Straße 76, 60437 Frankfurt am Main



Bio-Optica *

- Färbelösungen
- Färbekits
- Färbebänke
- Färbeautomaten
- Eindeck-Automaten
- Archiv-Systeme



RESOFIX
Zell-Fixierspray



RESOSPIN Zentrifugen für
Dünnschicht - Präparation

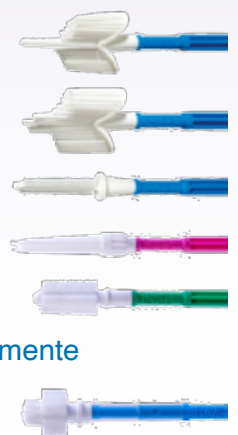


RESOLAB GmbH

Alter Rehmer Weg 7 ° 32547 Bad Oeynhausen
Telefon 05731-8689890 ° Fax 05731-8689891
www.resolab.de ° email : info@resolab.de

Rovers®

Abstrich-Instrumente



* RESOLAB ist Deutschland-Exklusiv-Distributor von Bio-Optica