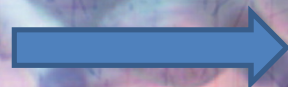


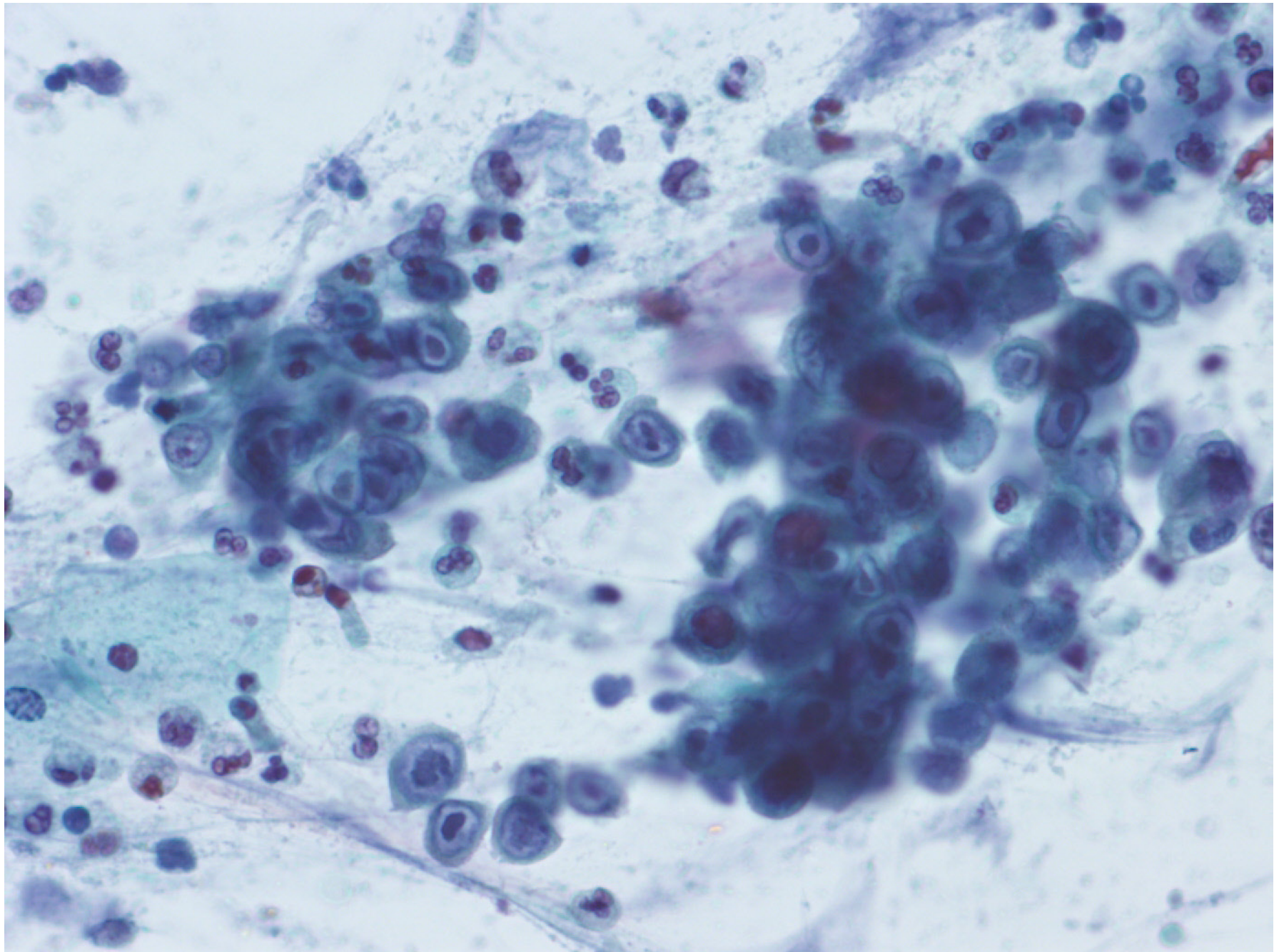
55-jähriger Mann

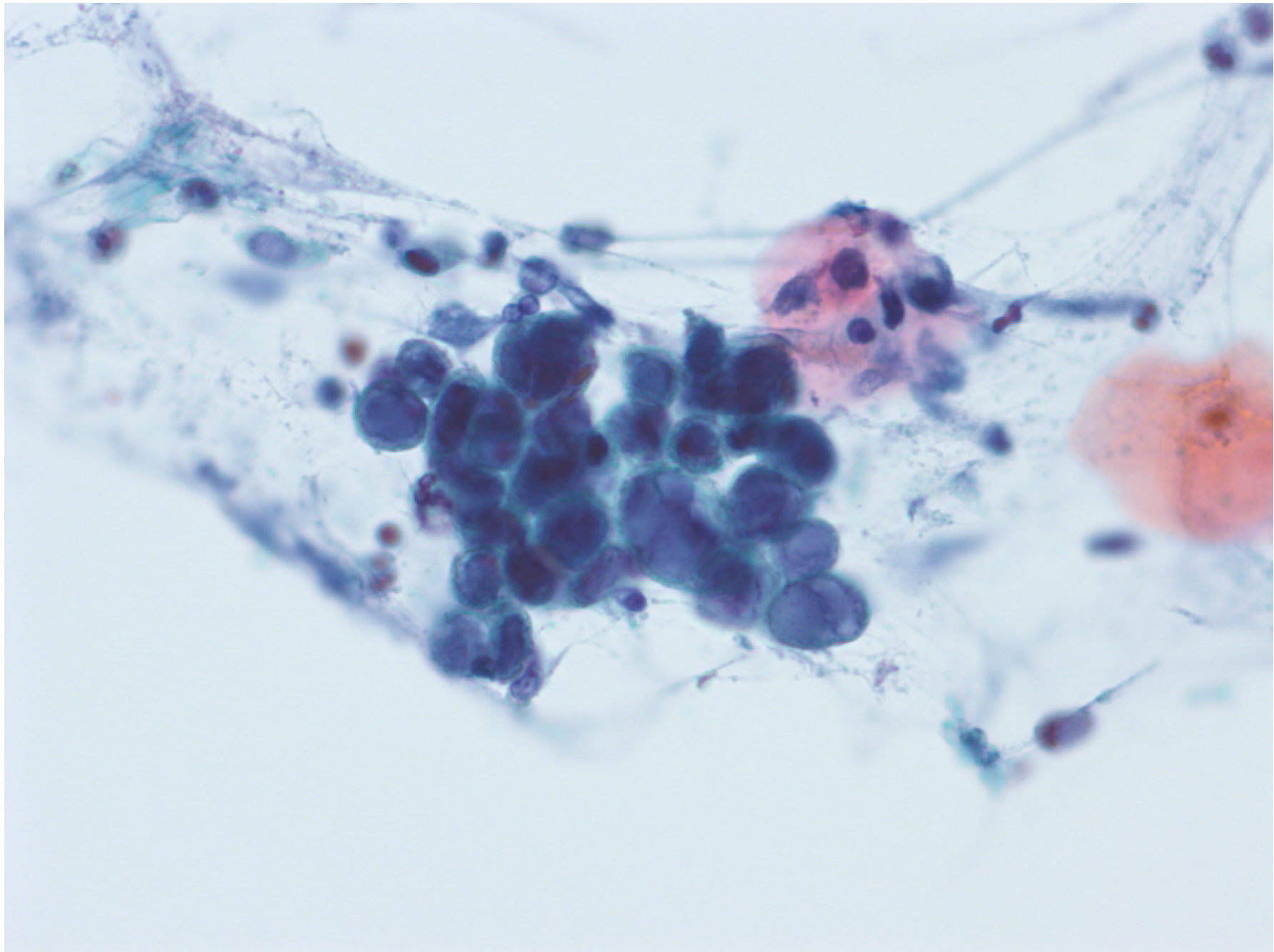
Status nach Ösophagektomie und Magenhochzug bei bekanntem Adenokarzinom des Ösophagus. Starker Hustenreiz mit gelblichem Auswurf. Fistel?

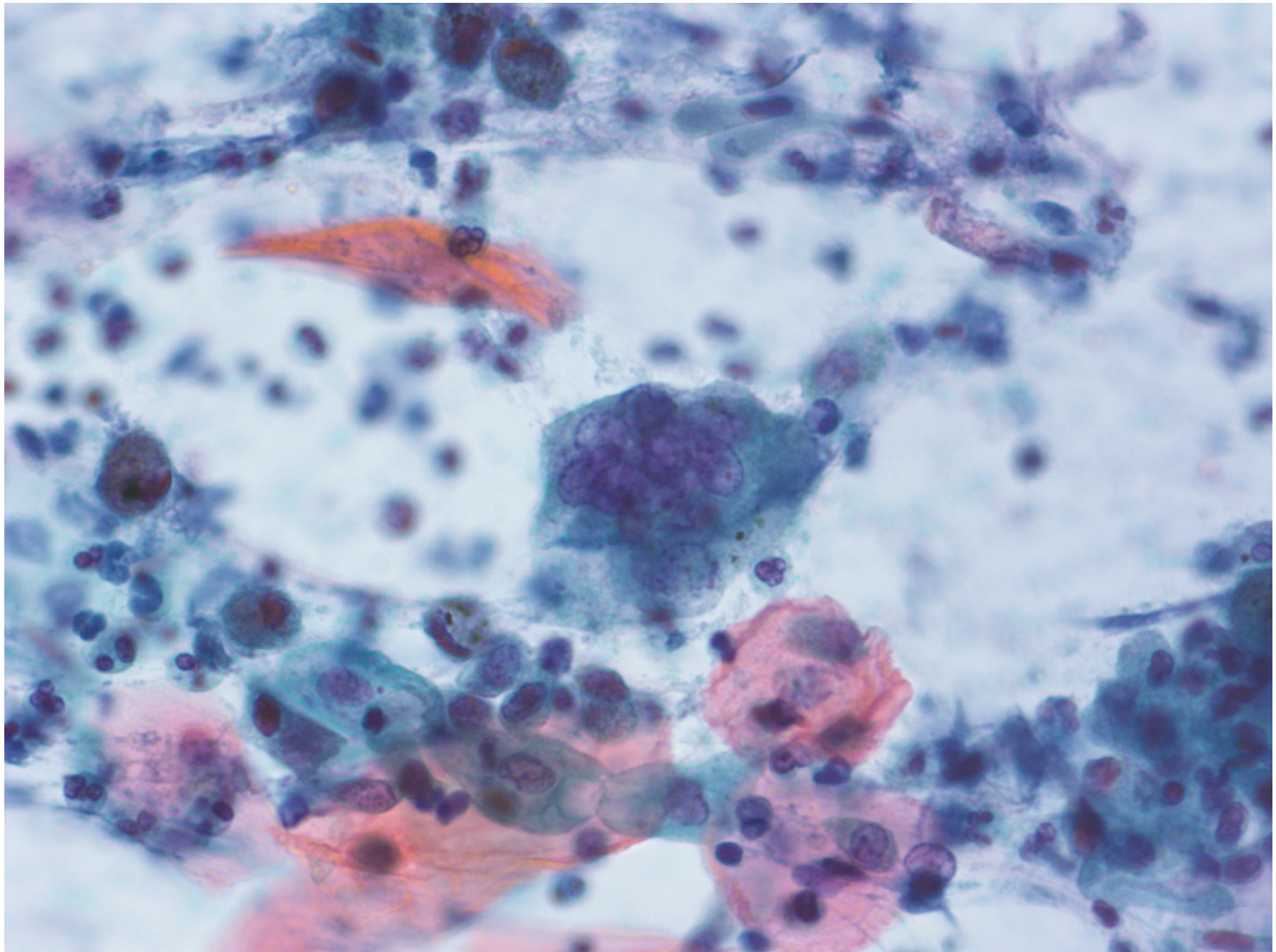
Bronchoskopisch keine Fistelöffnung.
Multiple Schleimhautalterationen DD infektiös, Neoplasie.



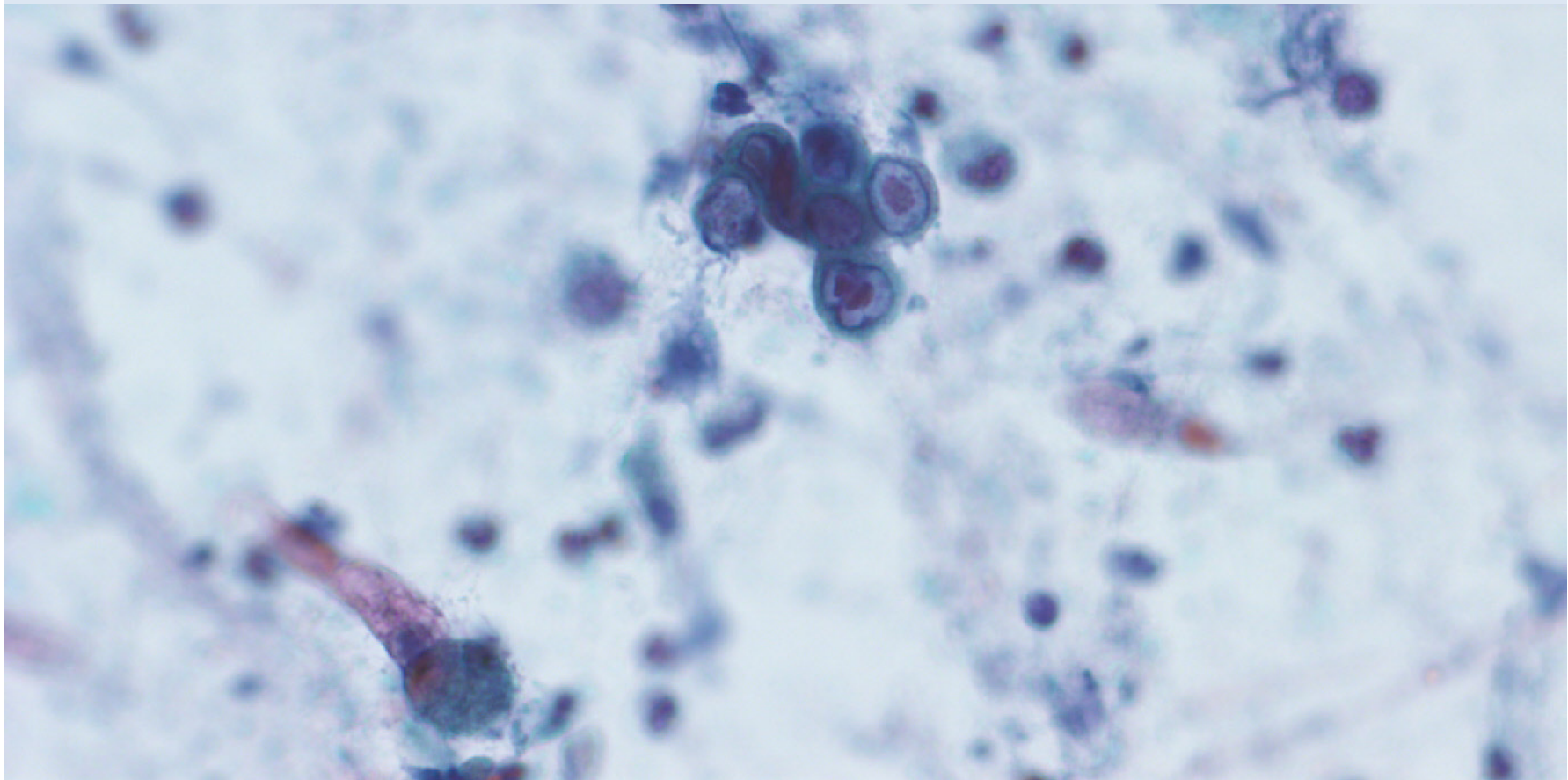
Bronchuslavage







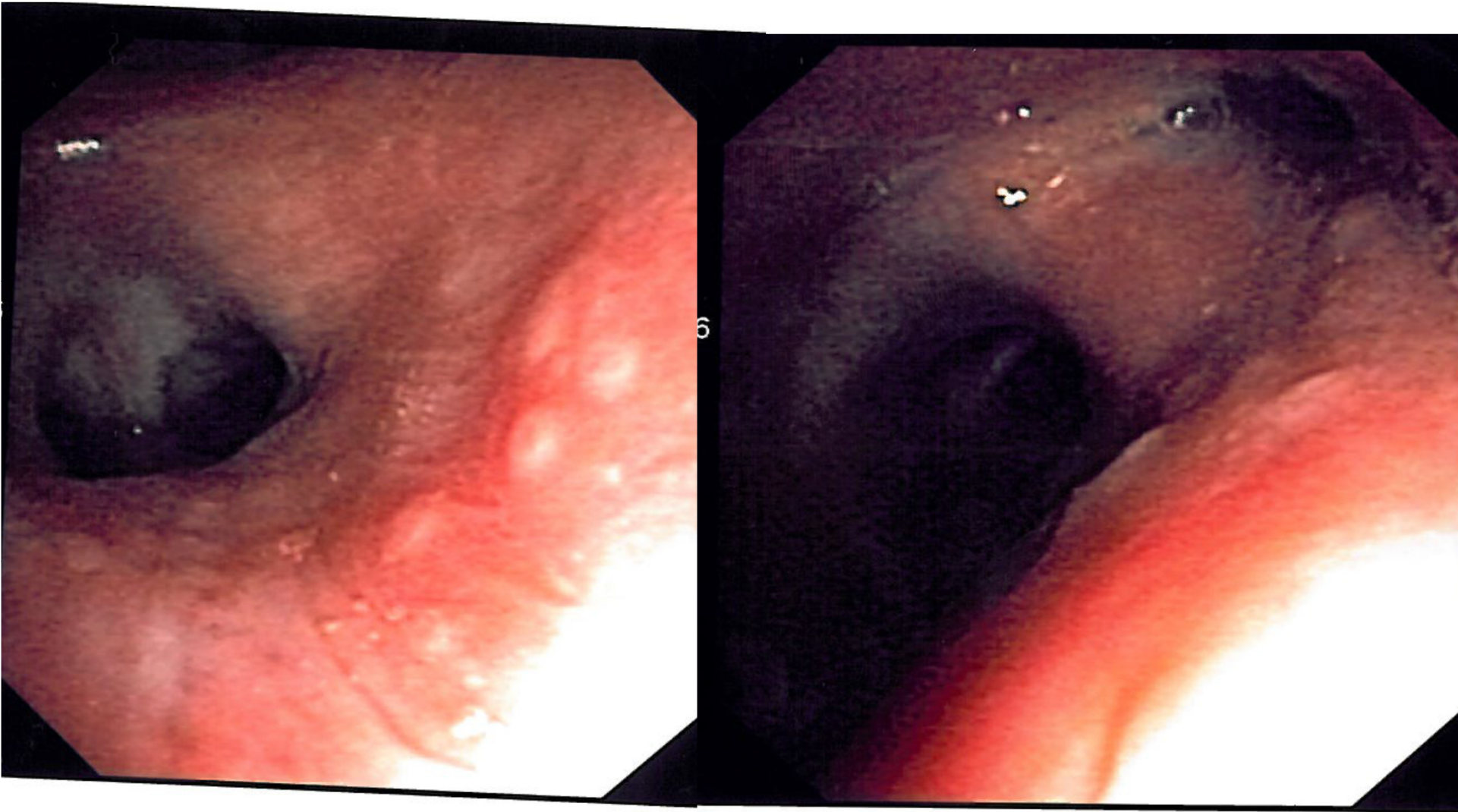
Auf detritisch-entzündlichem Hintergrund finden sich reaktive endobronchiale Zellen neben reichlich Histiocyten. Immer wieder einzeln und in kleineren Gruppen liegende Zellen mit milchglasartiger Kernveränderung/Kernvakuolen. Vereinzelt auch mehrkernige Zellen.




Differentialdiagnose

- Zellen eines Adenokarzinomes
- viraler Infekt: Herpes simplex
- viraler Infekt: Zytomegalie (CMV)
- degenerative Zellveränderungen

Bronchoskopisch-endobronchialer Befund



The background of the slide is a microscopic image of cells, likely from a Pap smear, showing various cell shapes and colors (pink, blue, purple) with a grid overlay. The text is centered on a white background.

Das zytologische Bild ist zusammen mit dem endoskopischen Befund hochverdächtig auf einen

Herpes simplex Virusinfekt

Zwar wurde im vorliegenden Fall unsere Verdachtsdiagnose mikrobiologisch nicht bestätigt - es wurde jedoch auch nicht speziell danach gesucht. Die Zytomorphologie erscheint uns aber typisch.

Bei einem Zytomegalie-Virusinfekt wären die Zellen grösser, wie der Name ja auch sagt. Auch wäre der Milchglasaspekt der Zellkerne nicht typisch.

Die Veränderungen lediglich als Degenerationsphänomen zu interpretieren wäre unseres Erachtens zu kurz gegriffen.

Für eine Karzinomaussicht gab es weder klinisch noch bildgebend Hinweise. Auch scheinen die betroffenen Zellen insgesamt zu regelmässig, als dass es sich um maligne Zellen handeln könnte.