

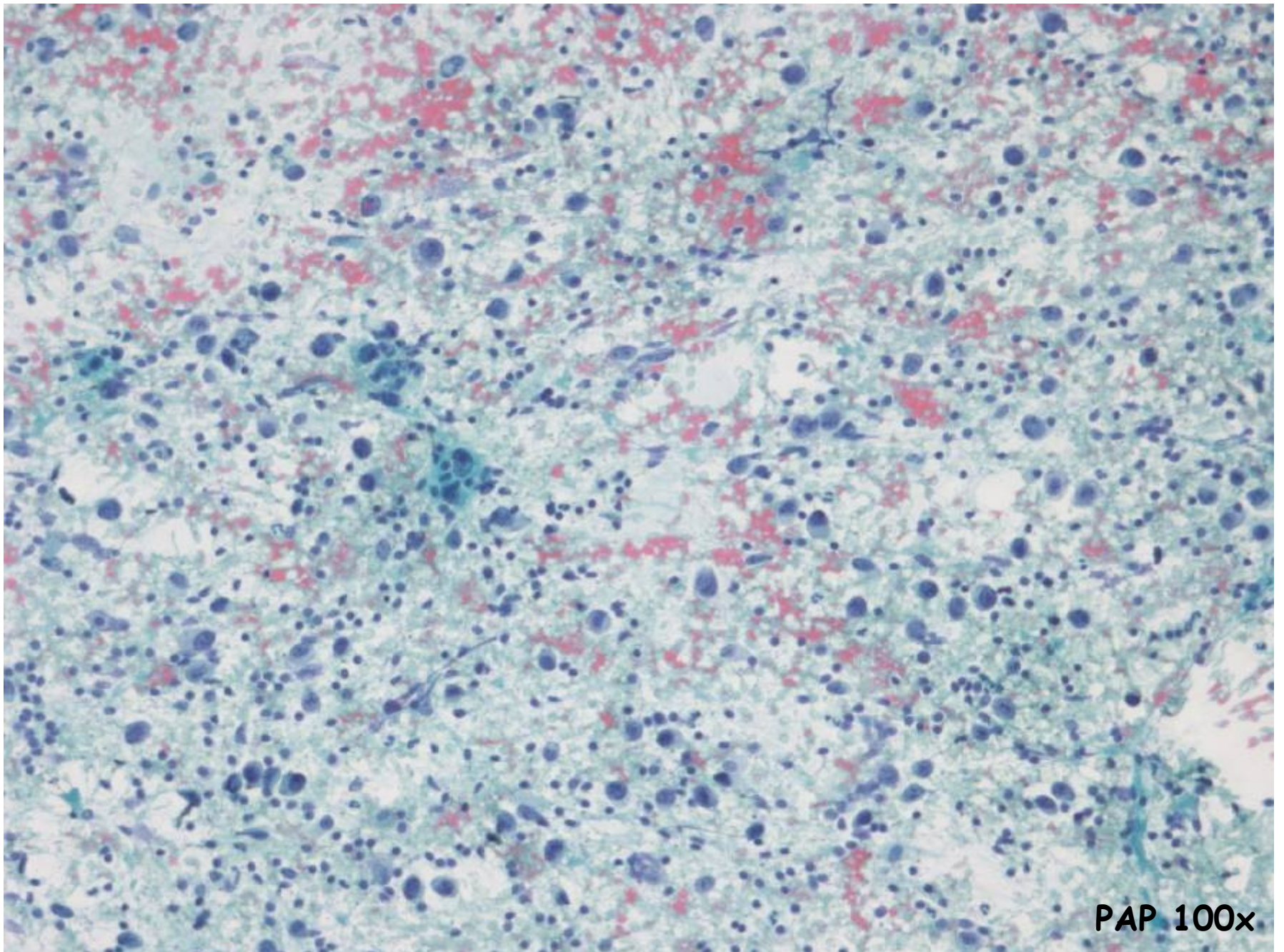
The image shows a microscopic view of tissue, likely stained with hematoxylin and eosin (H&E). The tissue consists of numerous small, rounded cells with pale cytoplasm and distinct nuclei. Some nuclei are larger and more prominent, while others are smaller and more numerous. The overall appearance is that of a cellular population with varying nuclear sizes and shapes. A solid yellow horizontal banner is superimposed over the top portion of the image, containing the text 'Fall 1'.

Fall 1

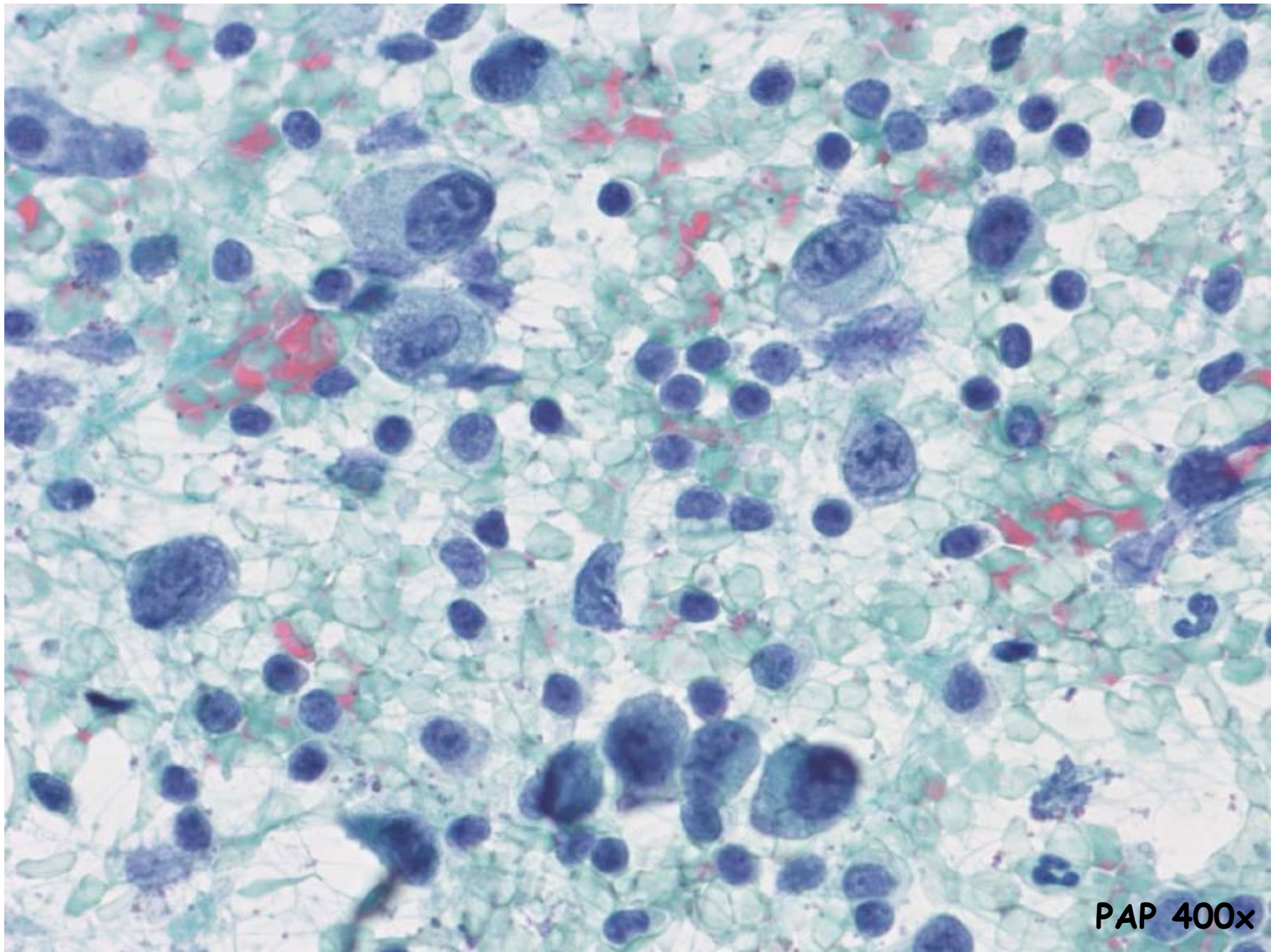
19-jähriger Mann mit seit 3 Wochen bemerkter, zunehmender Schwellung inguinal links, leicht druckdolent. Sonographisch multiple Lymphknoten, grösster bis ca. 3 cm.



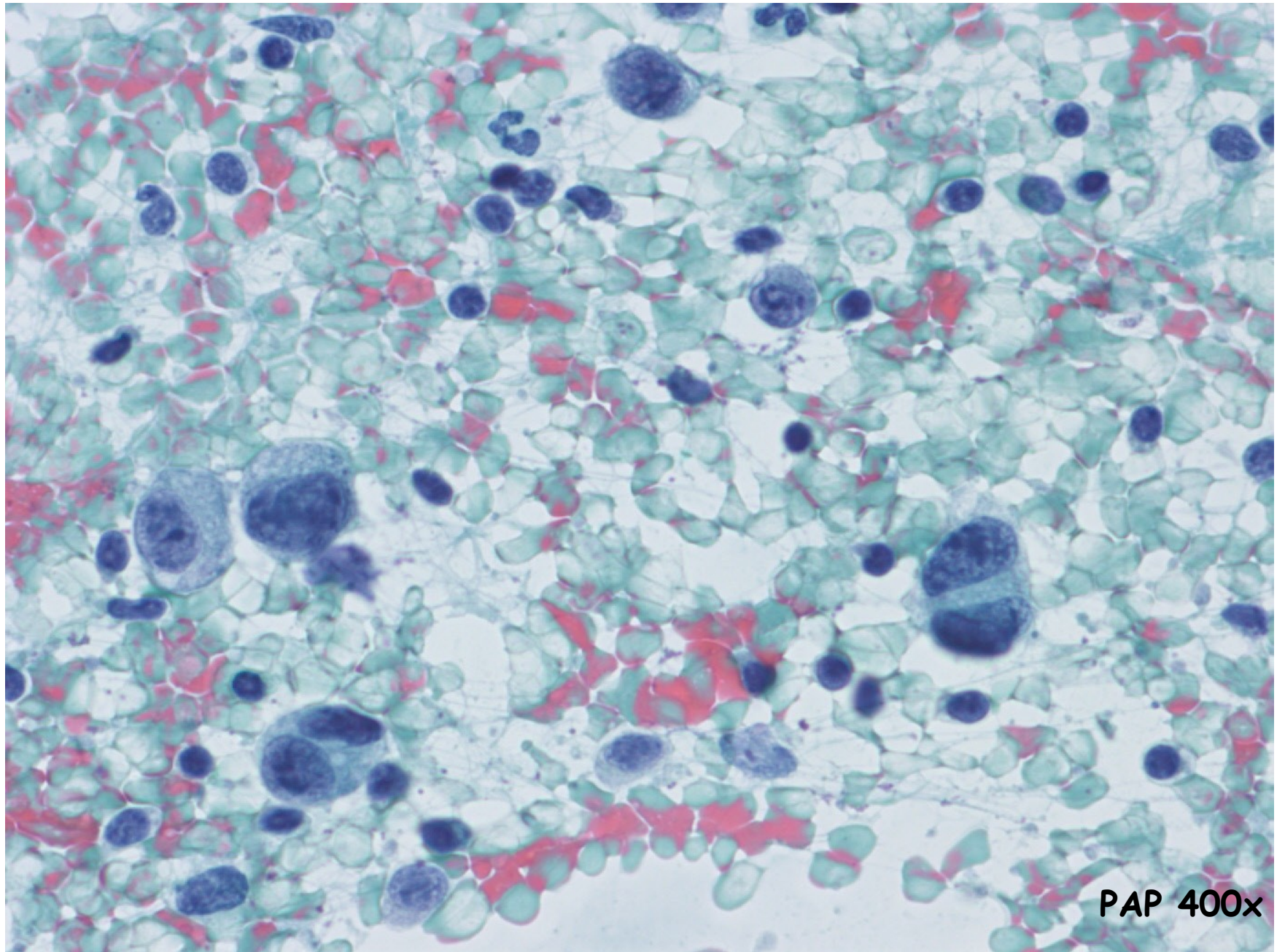
FNP



PAP 100x



PAP 400x



PAP 400x

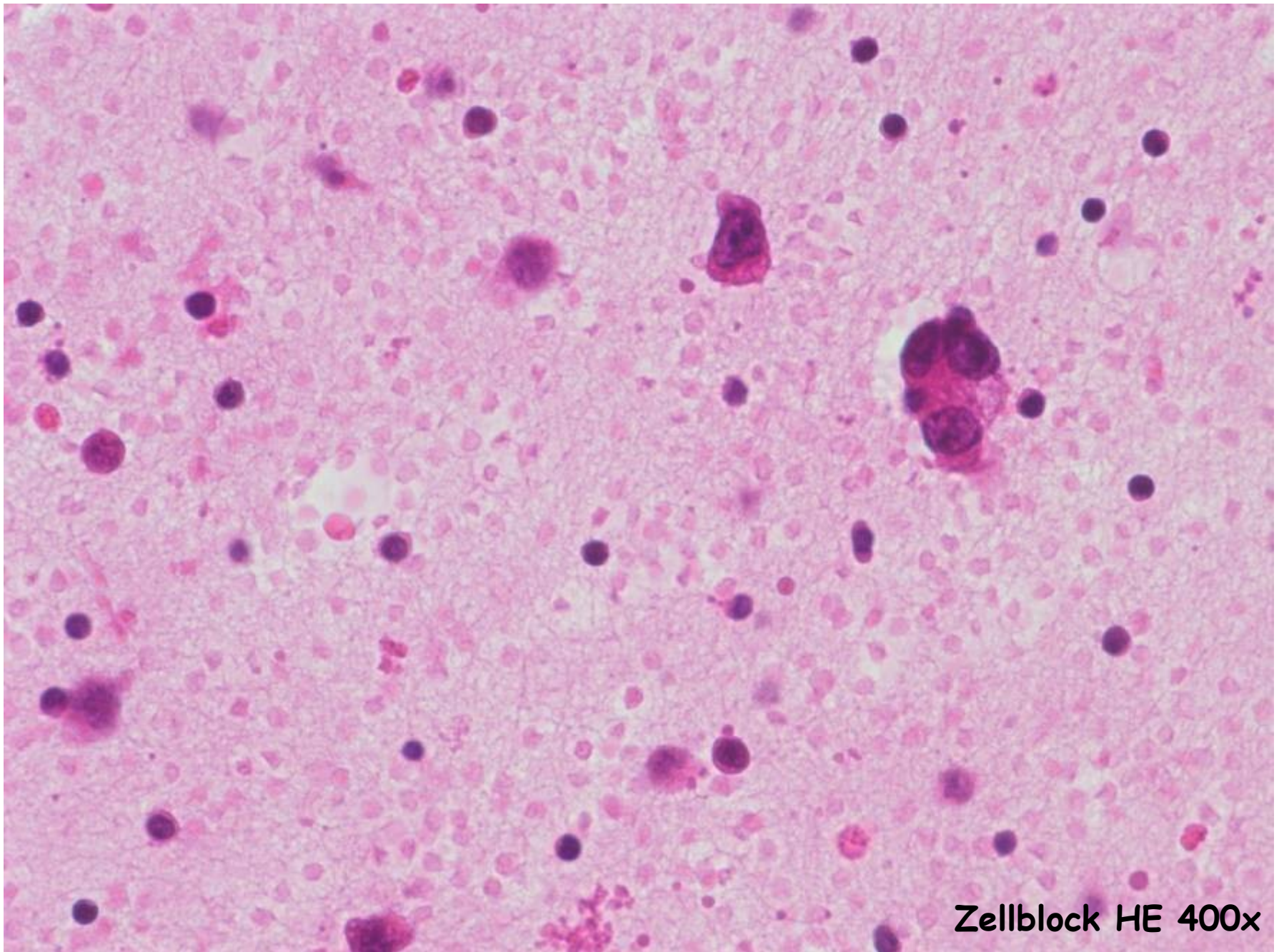
Die kleinen Lymphozyten im Hintergrund lassen erkennen, dass das Punktat tatsächlich aus einem Lymphknoten stammt. Auffallend sind die vielen grossen Zellen mit teilweise embryoid wirkendem polymorphem Zellkern mit erkennbaren Nukleolen. Öfters Doppelkerne. Gut erkennbarer Zytoplasmasaum.

Differentialdiagnose?

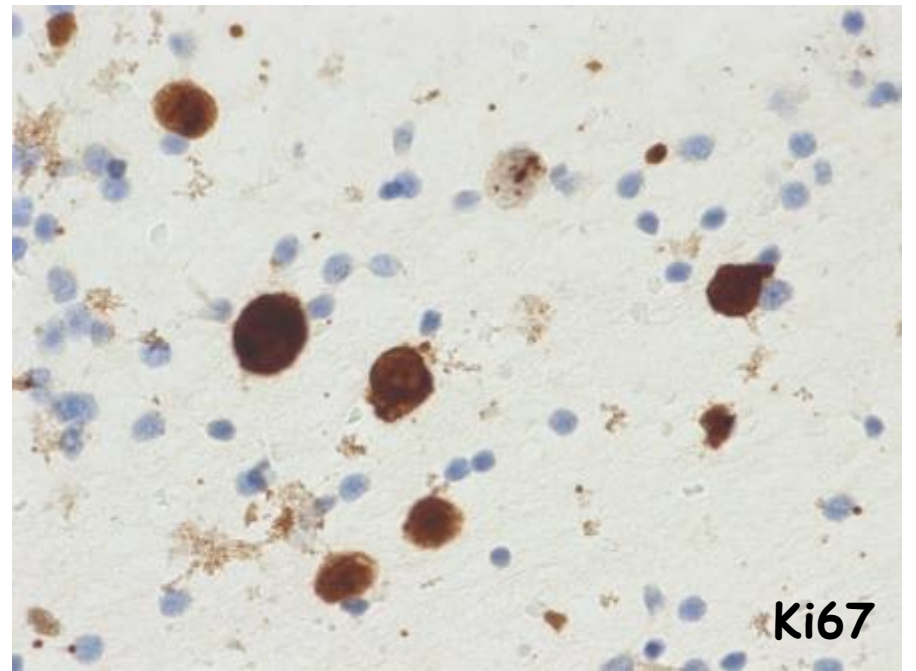
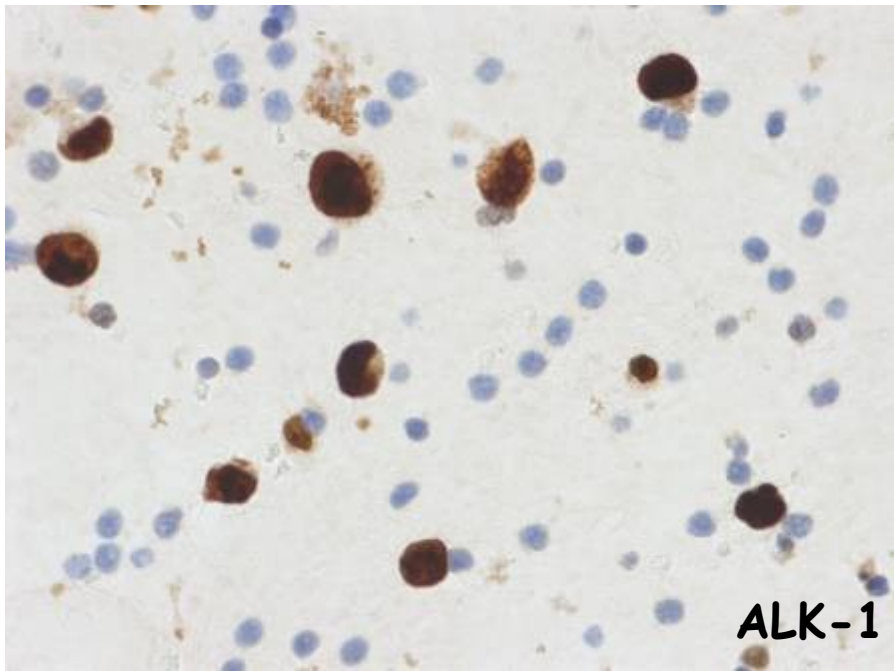
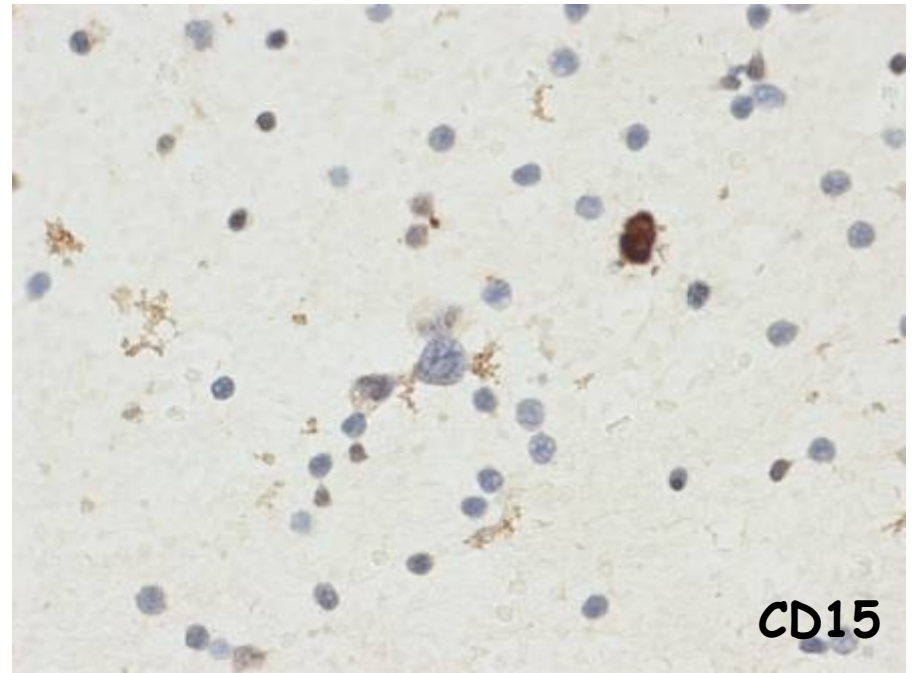
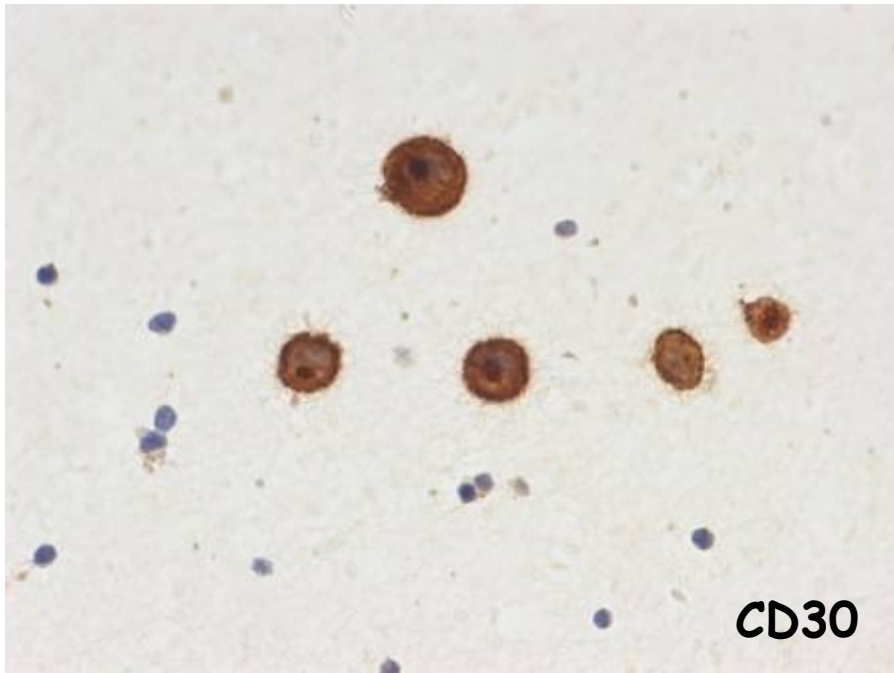
- M. Hodgkin
- Metastase eines Keimzelltumors
- Melanommetastase
- Mononukleose (EBV-Infekt)
- Grosszellig-anaplastisches Lymphom
- Reaktiver Lymphknoten
- Karzinommetastase

Welche Zusatzuntersuchungen?

- Behandelnden Arzt bezüglich Serologie und weiteren klinischen Befunden fragen
- Immunzytochemie
- Erreger-PCR
- Zellblock von Nadelspühlflüssigkeit
- Empfehlung zur Lymphknotenexzision



Zellblock HE 400x



In der Immunzytochemie am Zellblock zeigen die relevanten Zellen eine kräftige Positivität für CD30, ALK-1 und EMA bei Negativität für CD15, CD20, EBV-LMP, PLAP, S-100 und Pankeratin. Proliferationsfraktion (Ki67) gegen 100%.

Eine nachfolgende Lymphknotenexzision bestätigte die bereits zytologisch gestellte Diagnose.

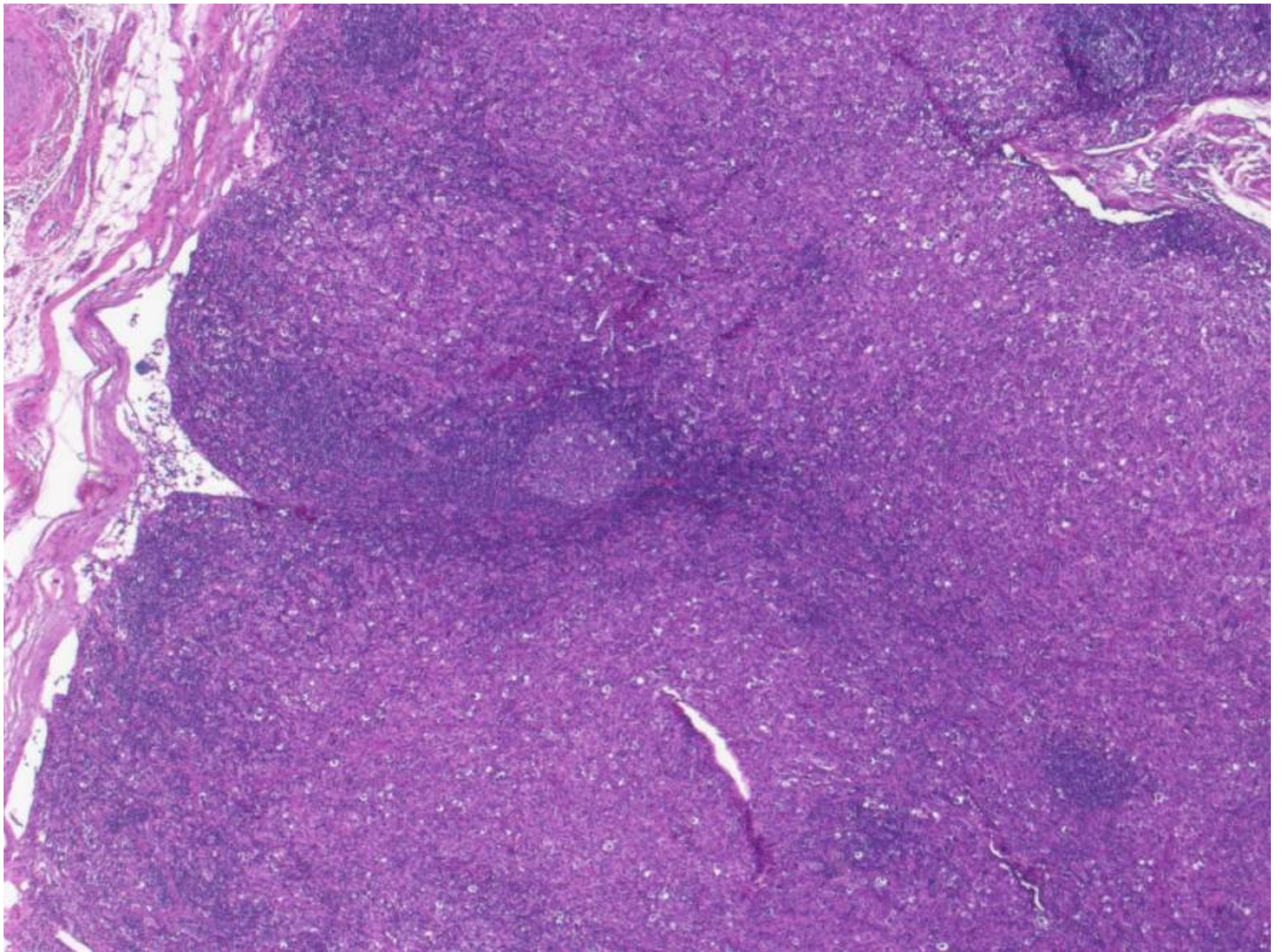
Grosszellig anaplastisches Lymphom, ALK-1 +

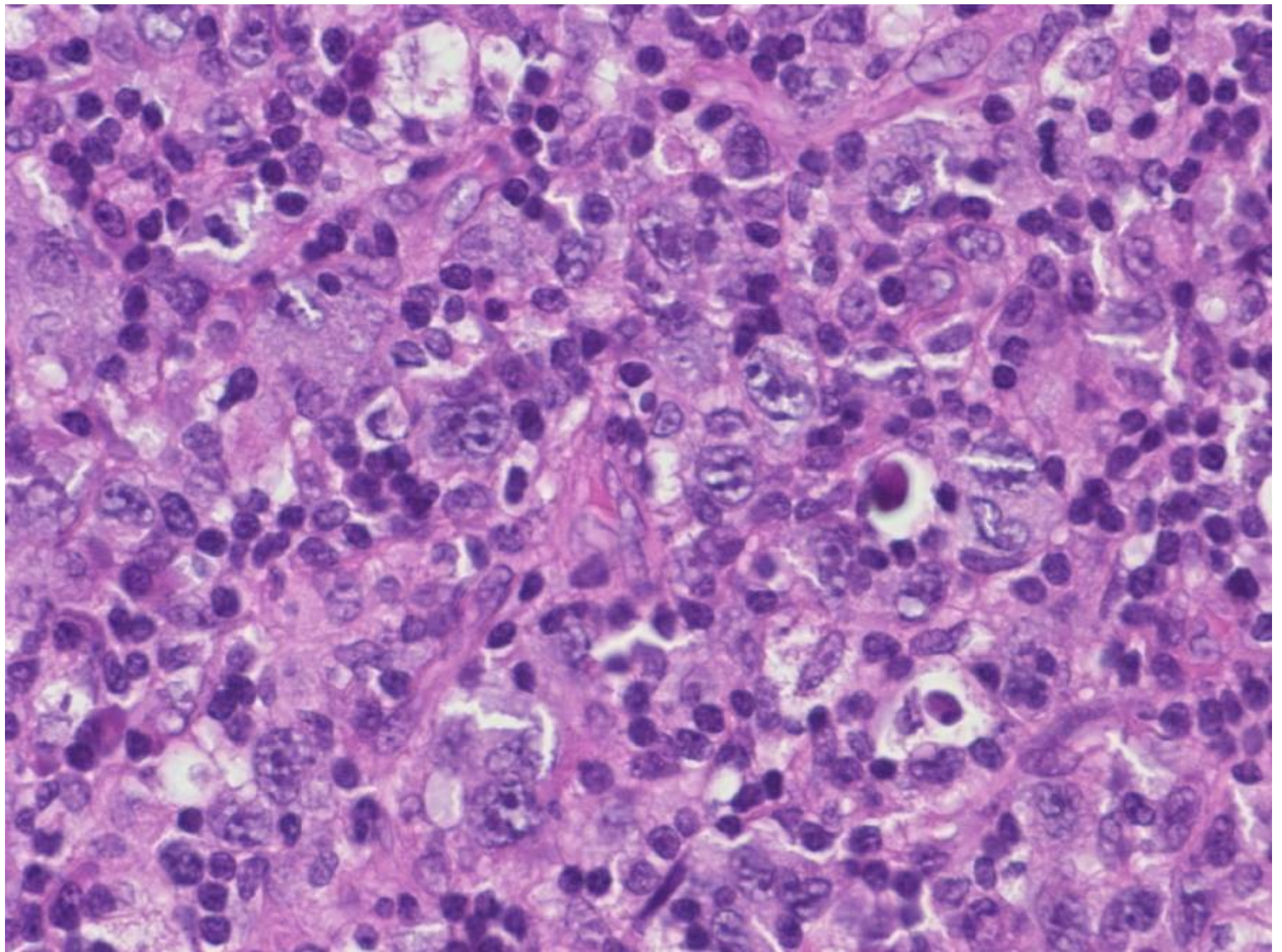
Seltener Lymphomtyp, der differentialdiagnostisch va. vom M.Hodgkin abgegrenzt werden muss. Rein morphologisch kämen auch ein undifferenziertes Karzinom, ein Keimzelltumor (Seminom), ein Sarkom oder ein Melanom in Betracht. Bei einer Mononukleose würde man neben den Blasten eher einen bunteren Hintergrund erwarten. Bei optimaler Materialgewinnung kann die Diagnose zytologisch mit Hilfe der Immunzytochemie gestellt werden.

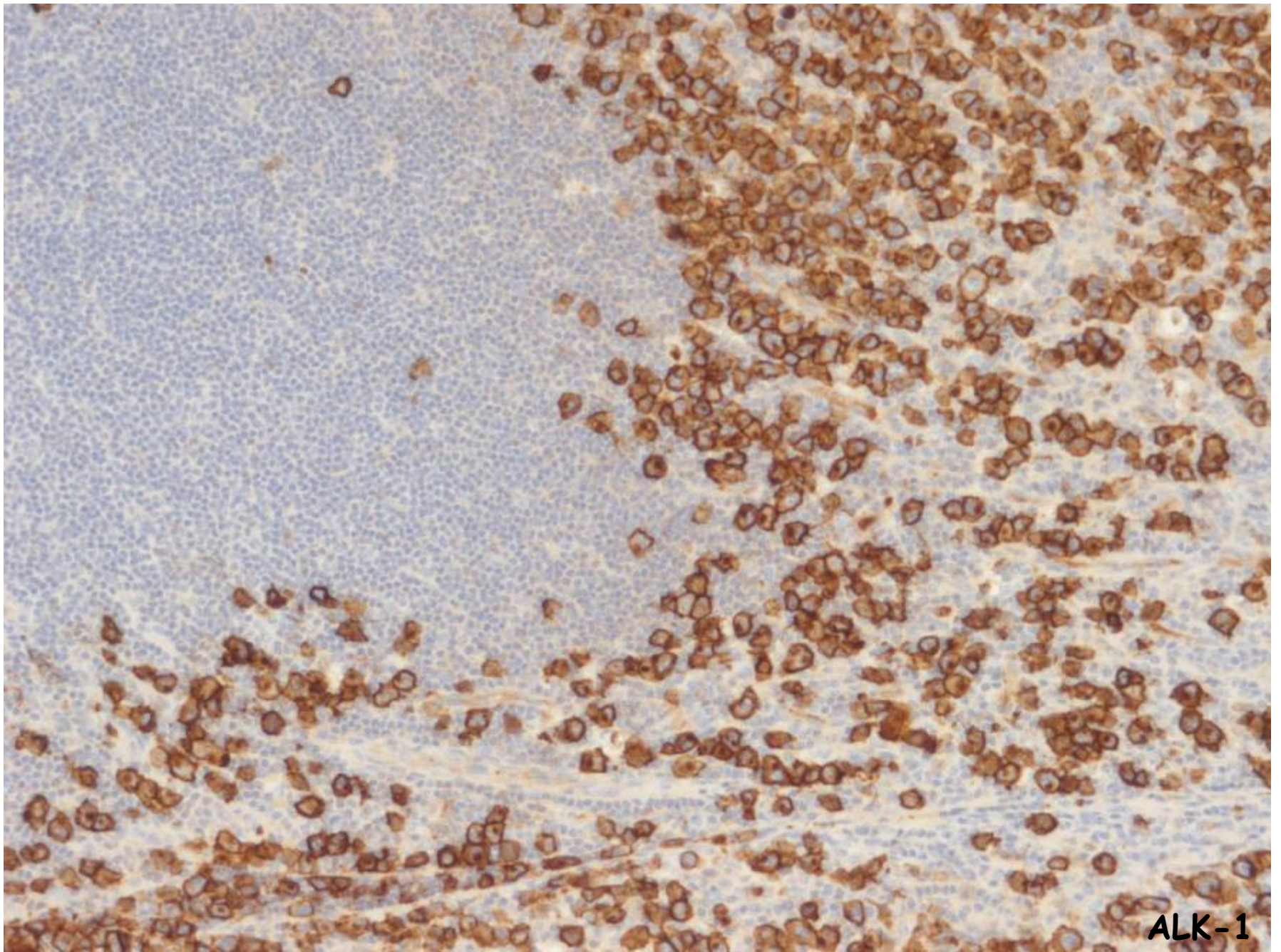
Therapie: Chemotherapie, evtl. allogene Knochenmarkstransplantation in refraktären Fällen

Prognose: 5-Jahresüberleben 70-80%
Rezidivrate ca. 30%

Histologie des Lymphknotens







ALK-1