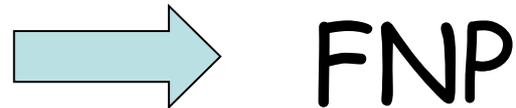
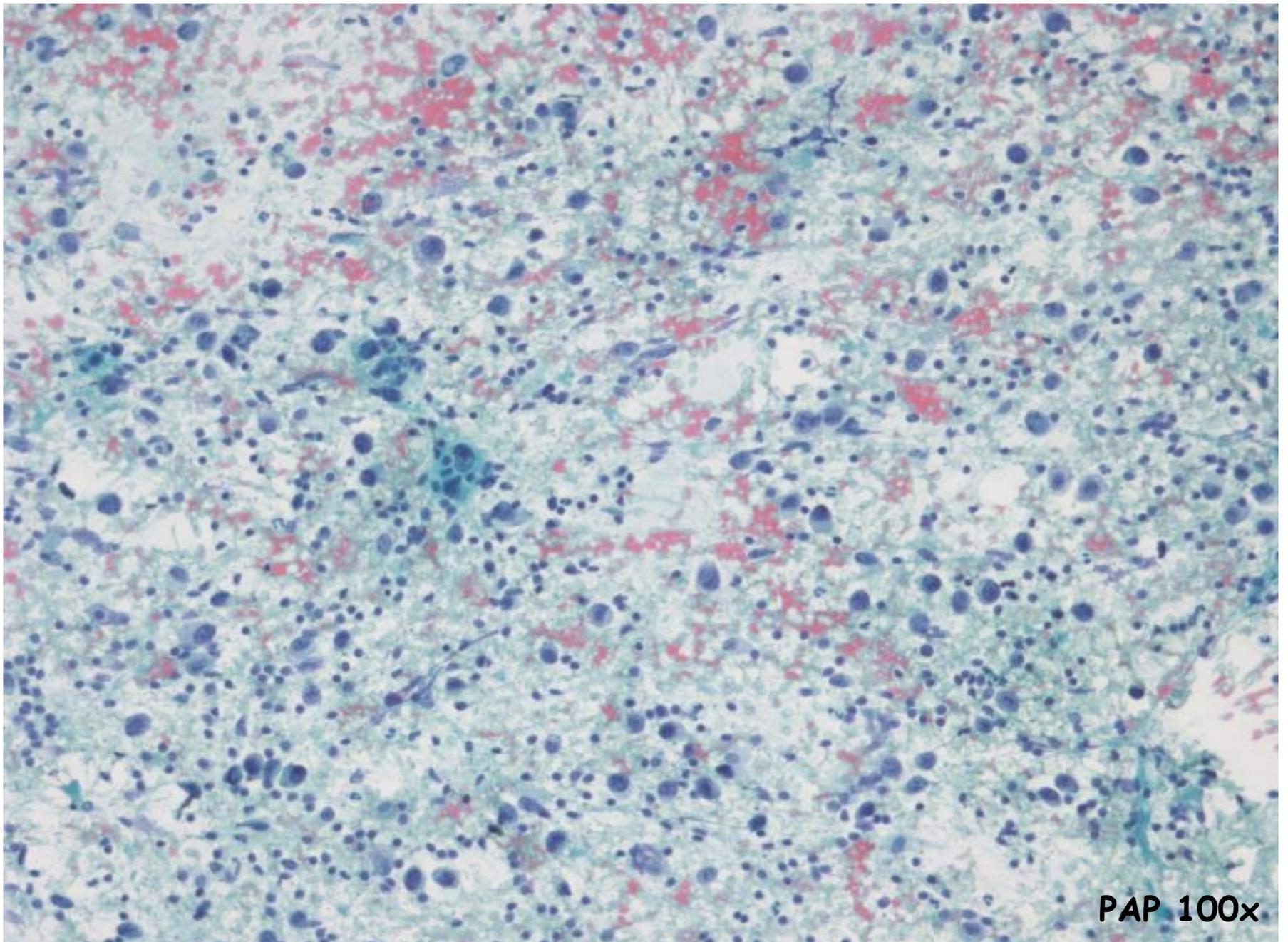


The image shows a microscopic view of tissue, likely a histological section, with a yellow banner overlaid in the center. The tissue consists of numerous small, rounded cells with light blue cytoplasm and dark purple nuclei. There are also several larger, more prominent cells with dark purple nuclei and lighter cytoplasm. The overall appearance is that of a cellular tissue, possibly a tumor or a specific type of epithelium. The yellow banner is a solid, bright yellow color and is positioned horizontally across the middle of the image.

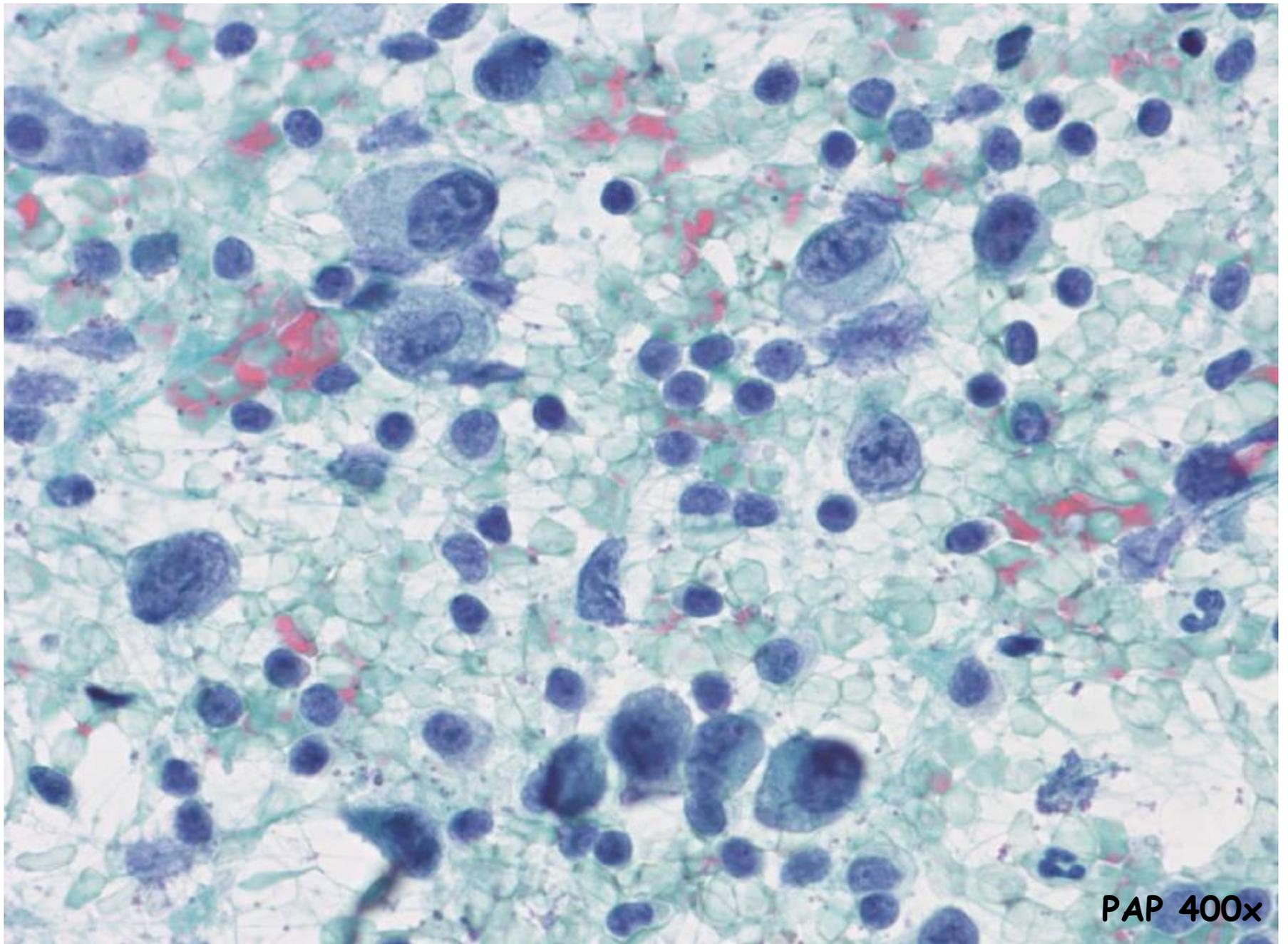
# Fall 1

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

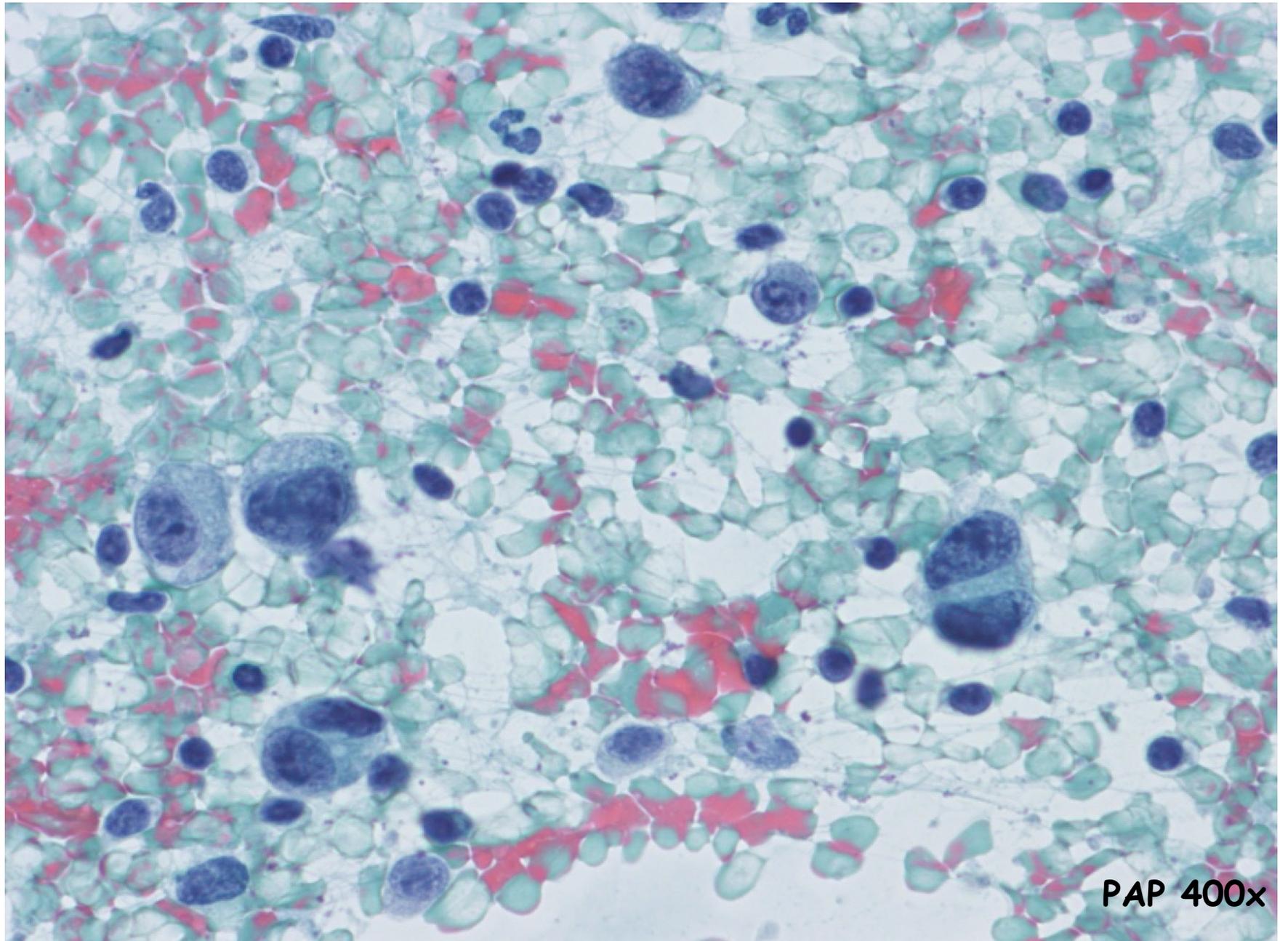




PAP 100x



PAP 400x



PAP 400x

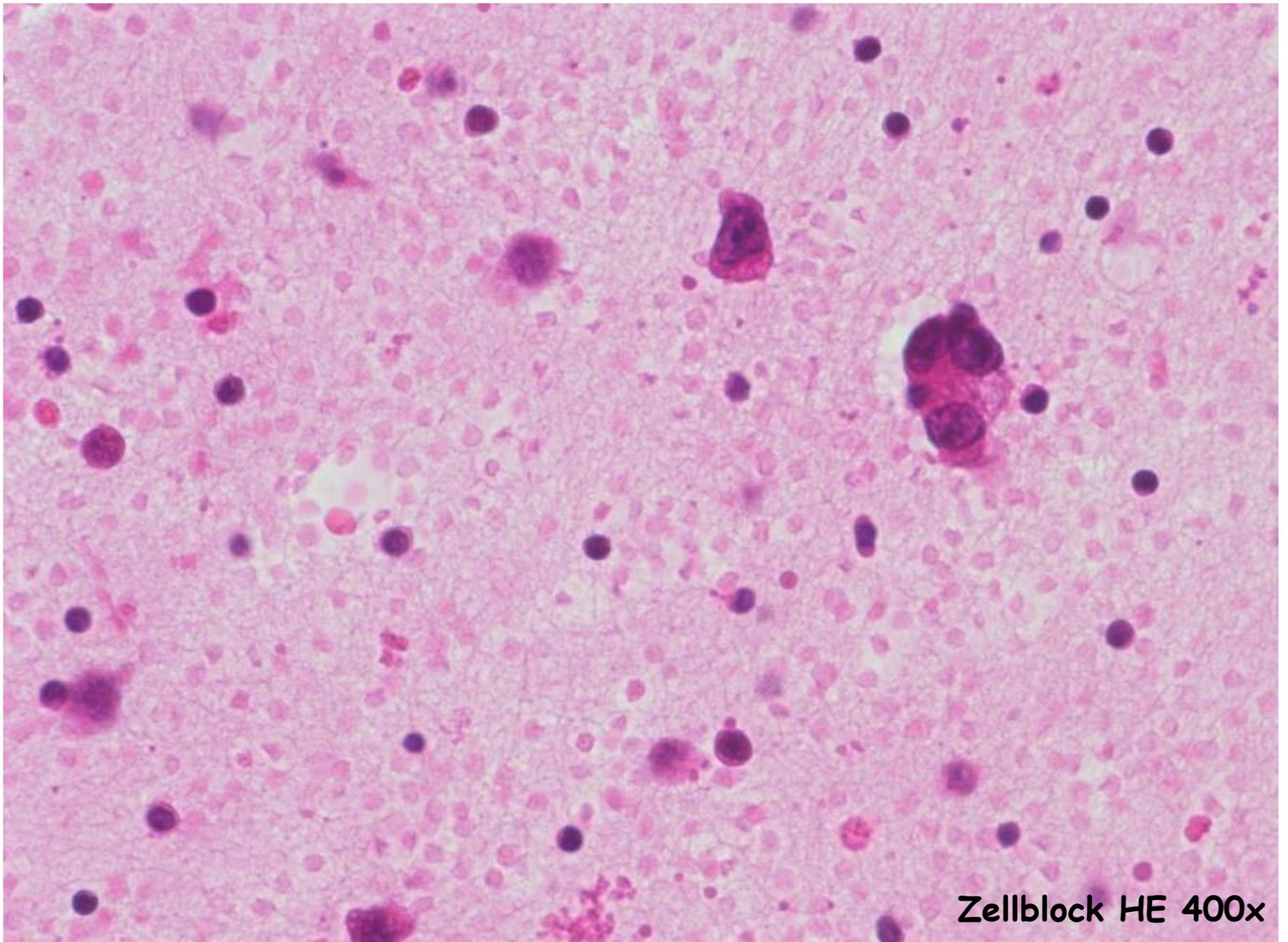
Die kleinen Lymphozyten im Hintergrund lassen erkennen, dass das Punktat tatsächlich aus einem Lymphknoten stammt. Auffallend sind die vielen grossen Zellen mit teilweise embryoid wirkendem polymorphem Zellkern mit erkennbaren Nukleolen. Öfters Doppelkerne. Gut erkennbarer Zytoplasmasaum.

# Differentialdiagnose?

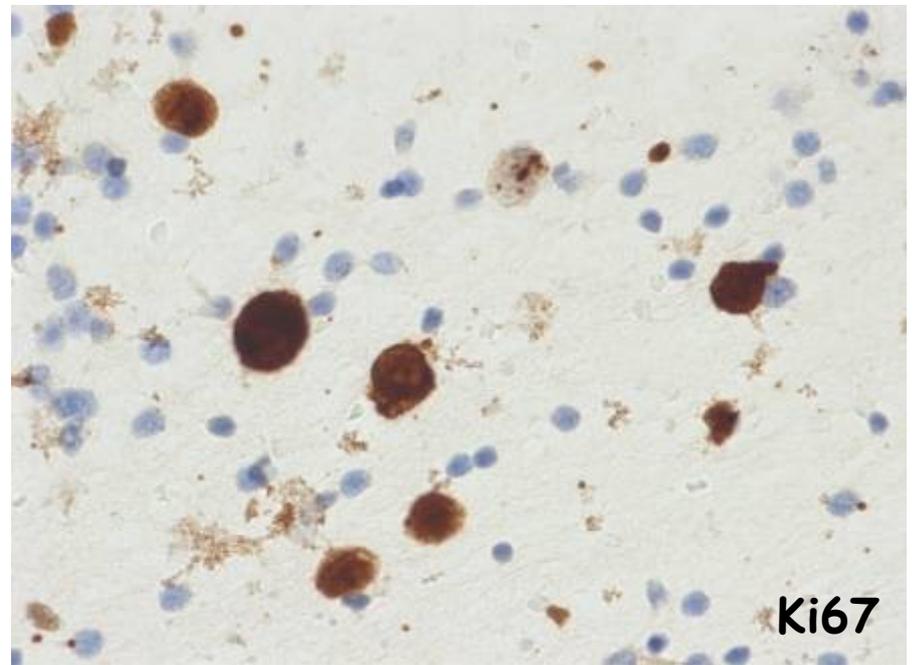
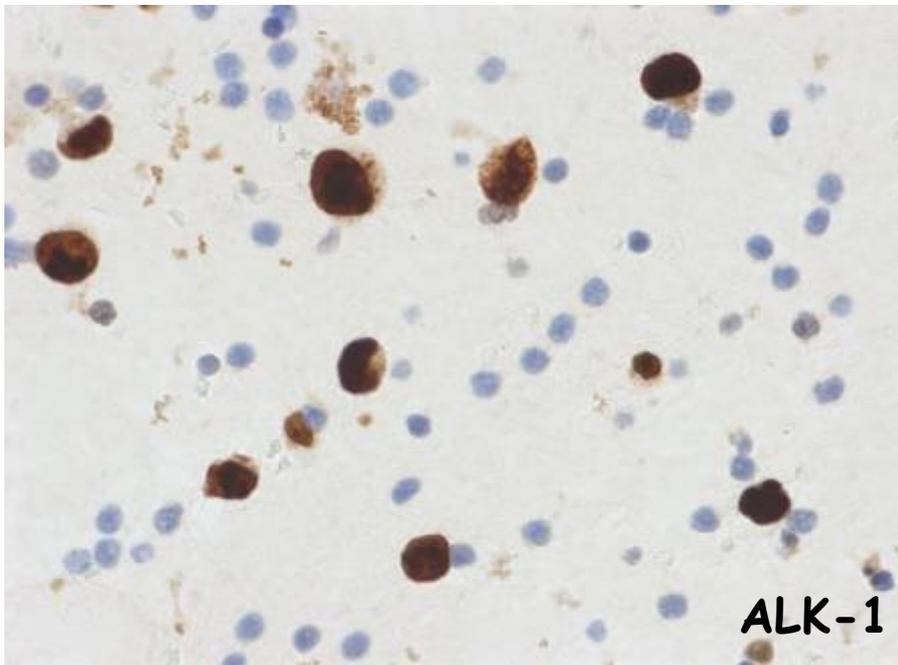
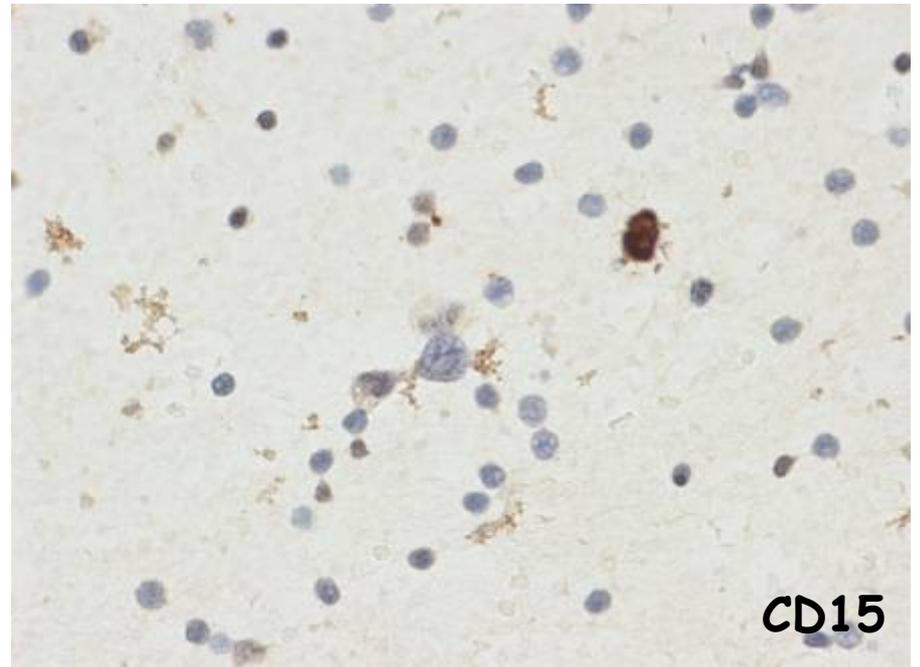
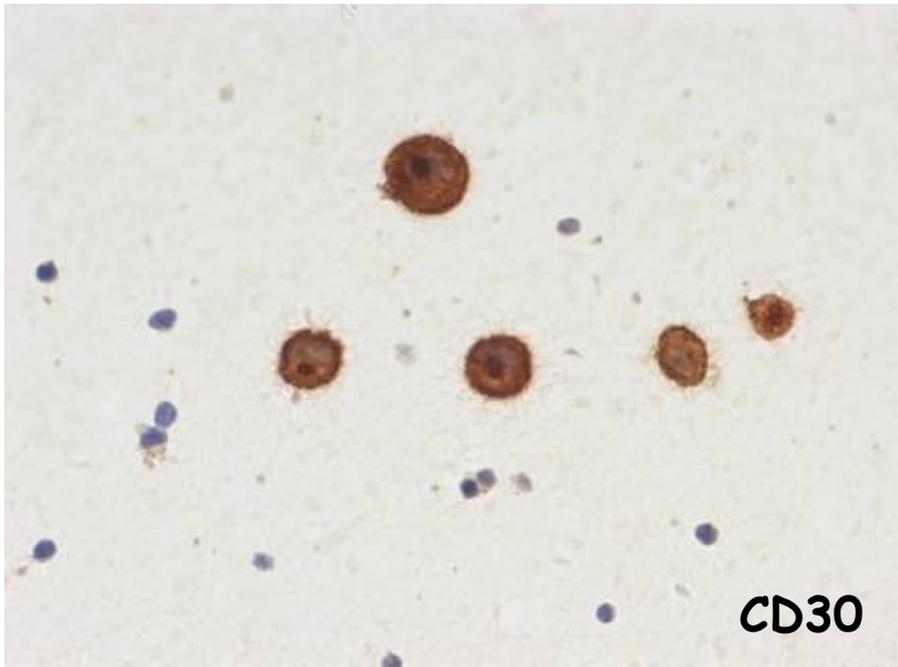
- M. Hodgkin
- Metastase eines Keimzelltumors
- Melanommetastase
- Mononukleose (EBV-Infekt)
- Grosszellig-anaplastisches Lymphom
- Reaktiver Lymphknoten
- Karzinommetastase

# 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.

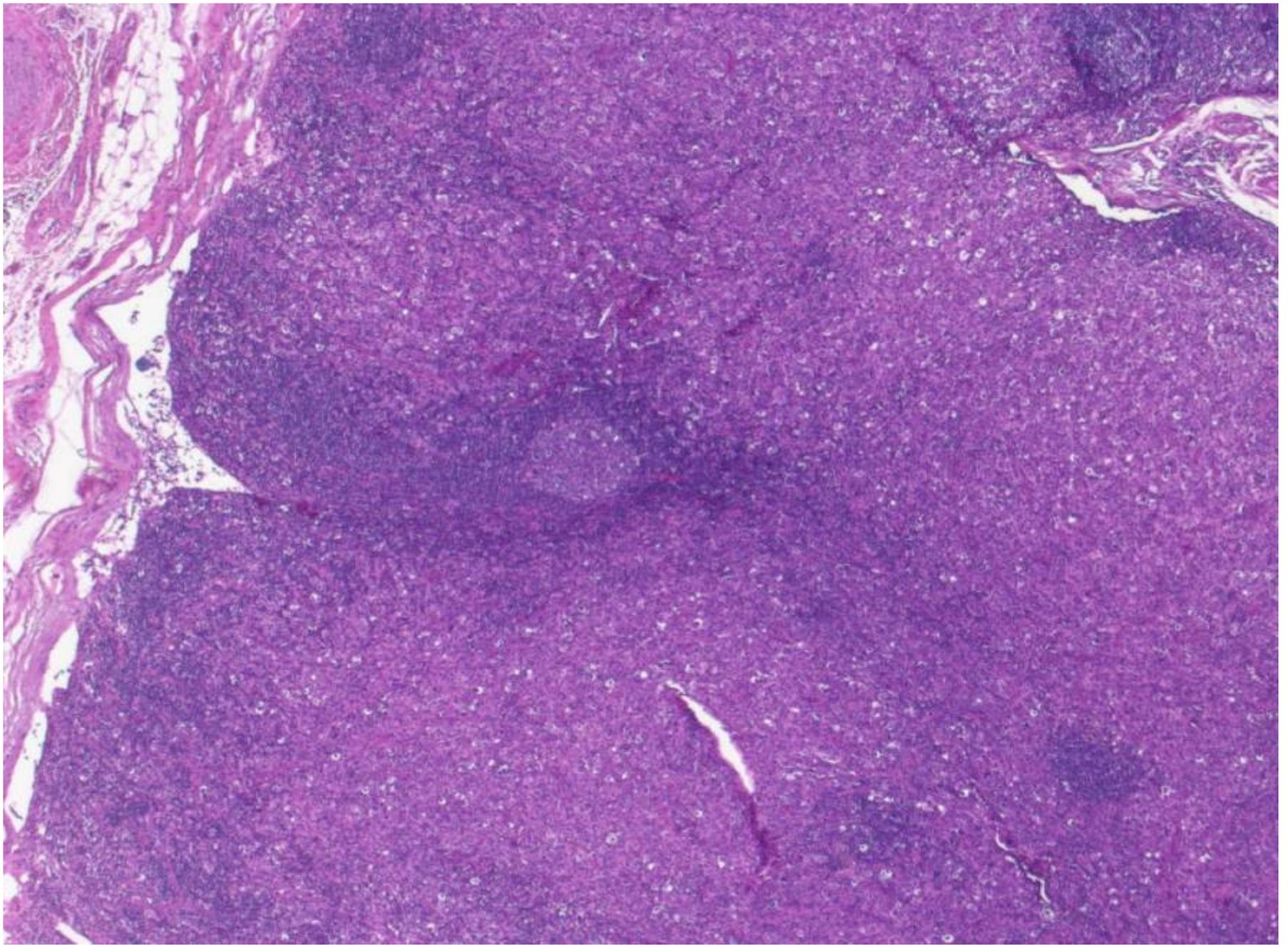
# Grosszellig anaplastisches Lymphom, ALK-1 +

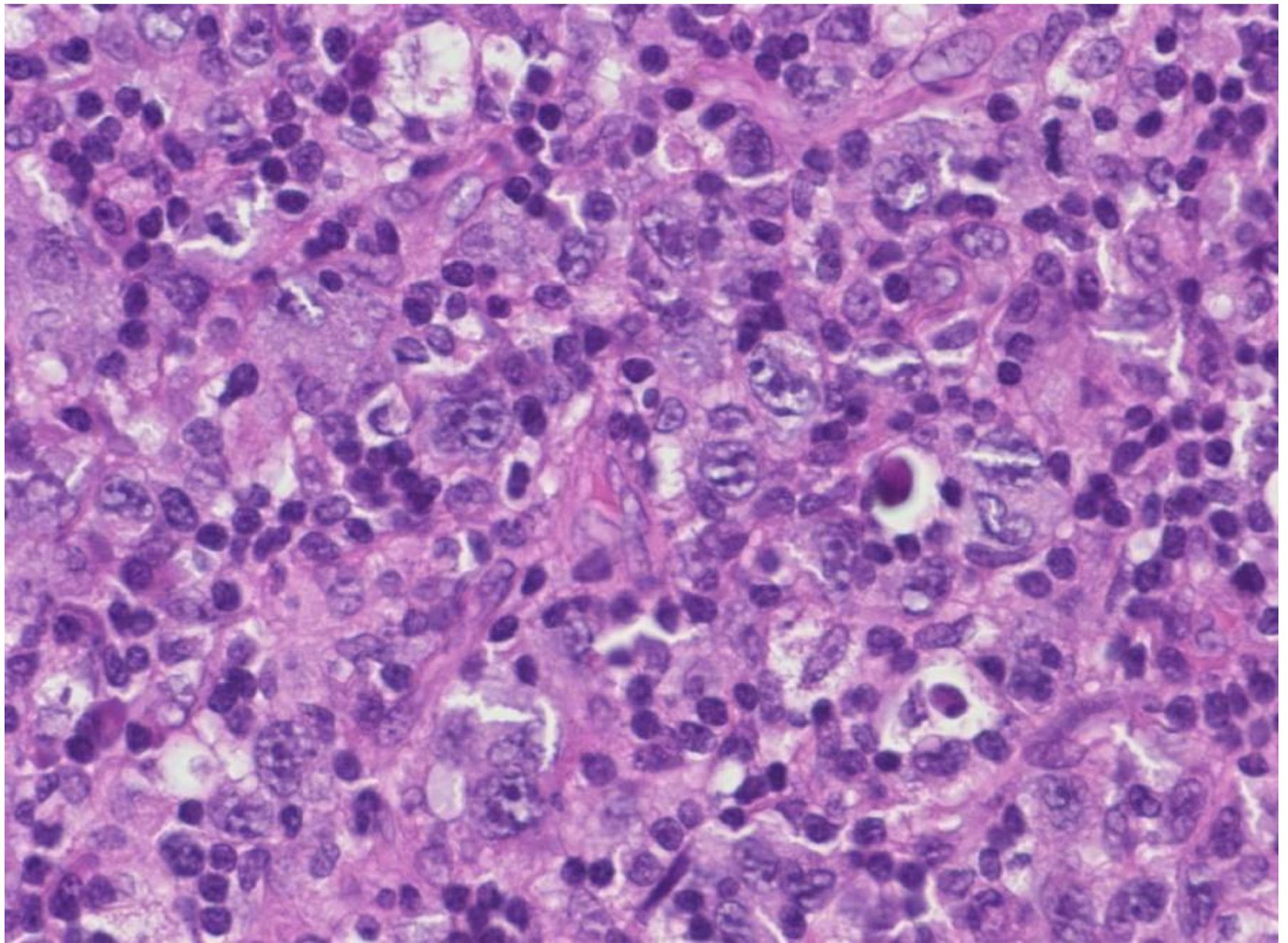
Seltener Lymphomtyp, der differentialdiagnostisch va. vom M.Hodgkin abgegrenzt werden muss. Rein morphologisch kämen auch ein undifferenziertes Karzinom, ein Keimzelltumor (Seminom), ein Sarkom oder ein Melanom in Betracht. Bei einer Mononukleose würde man neben den Blasten eher einen bunteren Hintergrund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

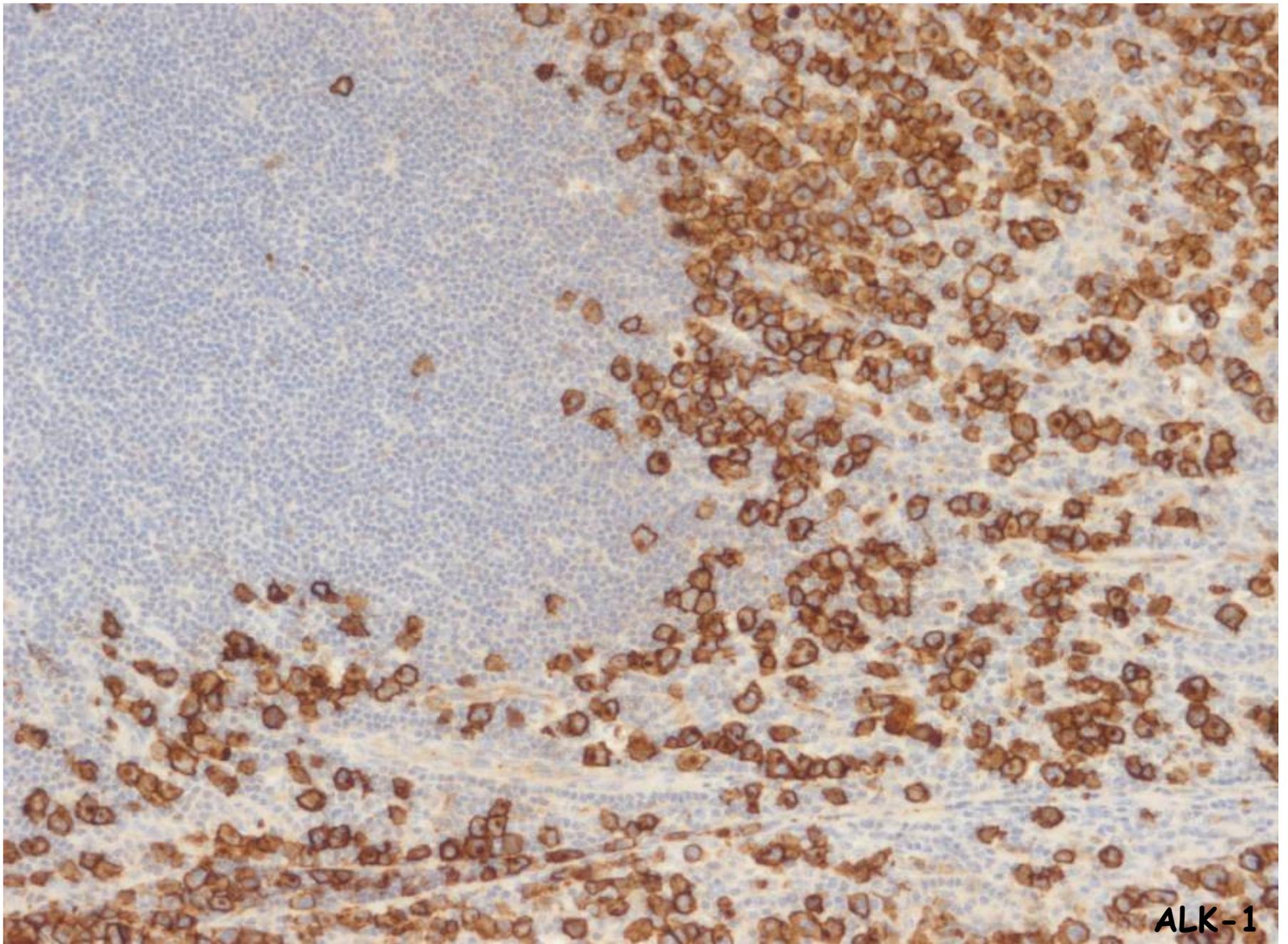
Therapie: Chemotherapie, evtl. allogene Knochenmarkstransplantation in refraktären Fällen

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

# Histologie des Lymphknotens







ALK-1