

## Kasuistik 14-21

28-jährige Frau

Osteosarkom Oberarm

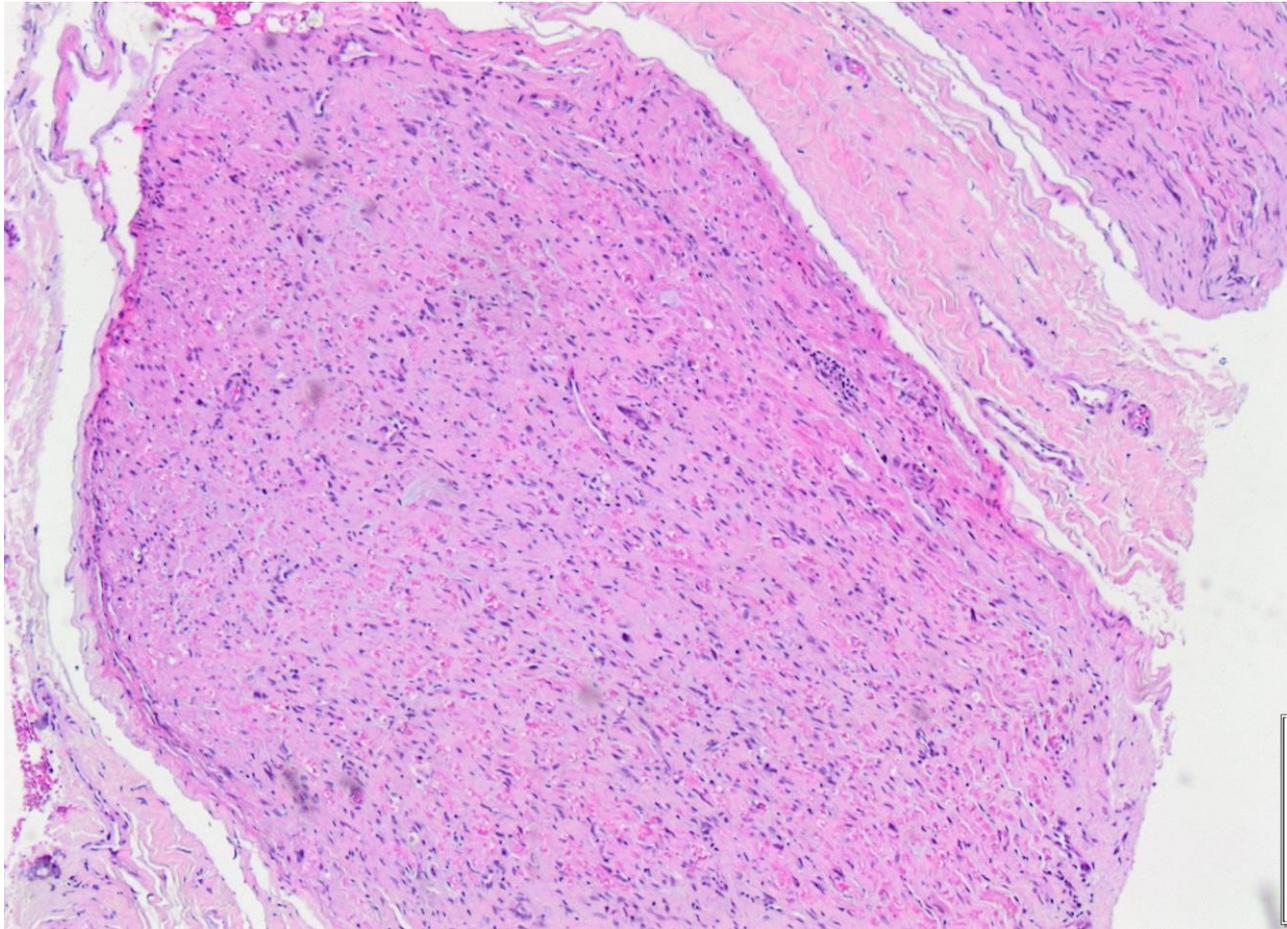
Resektion

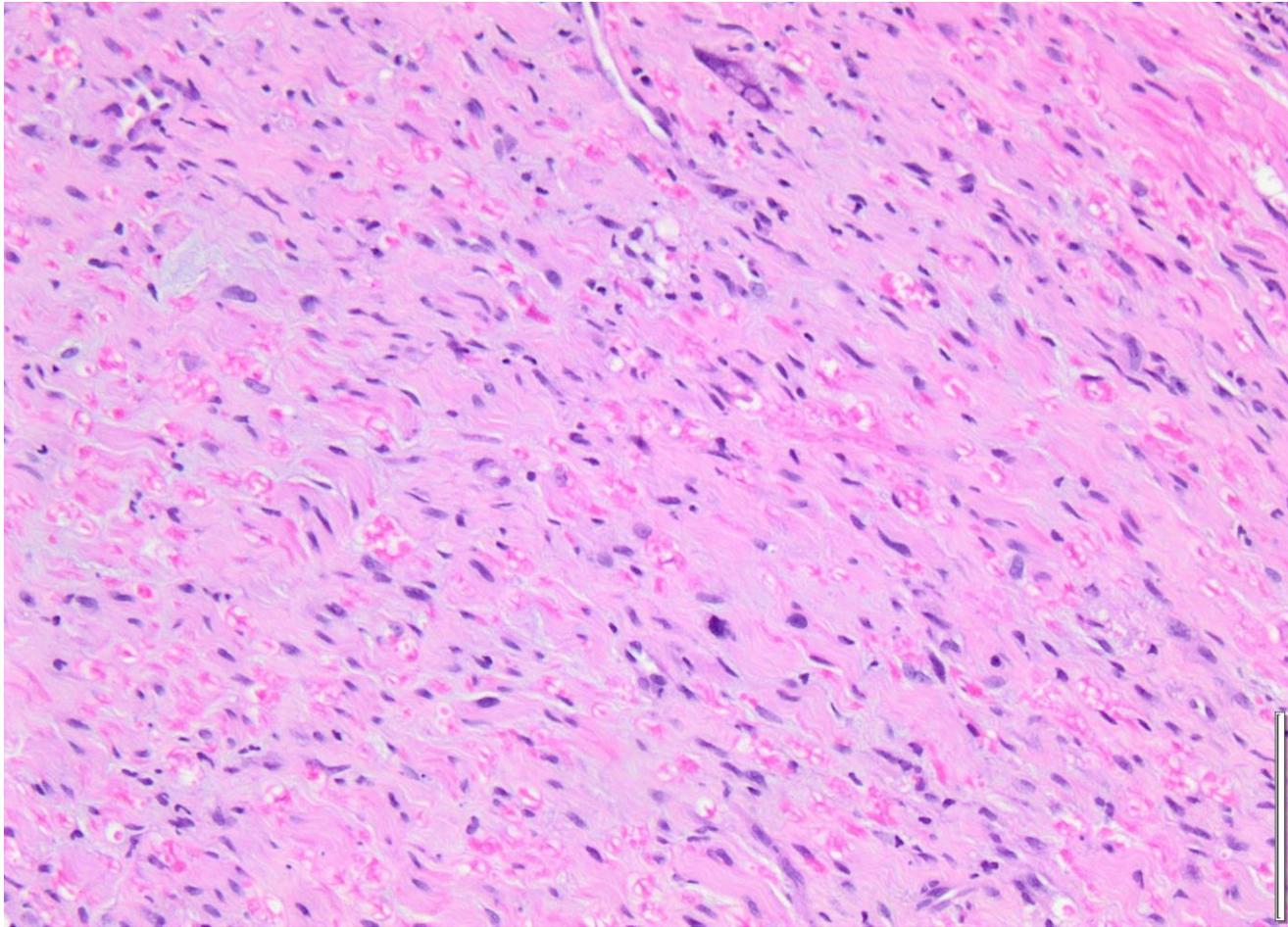
Tumorfreiheit Armplexus?

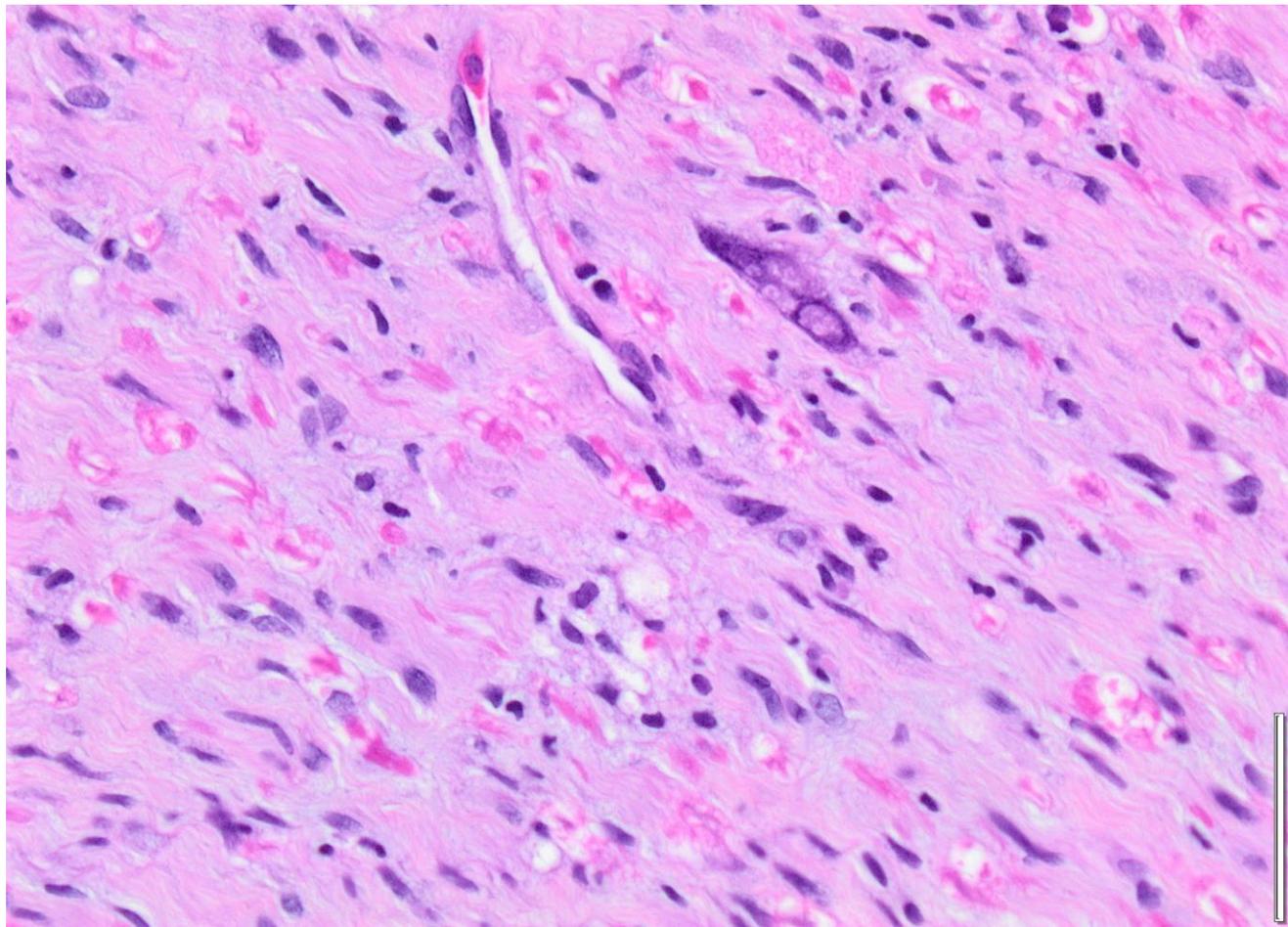
Befund

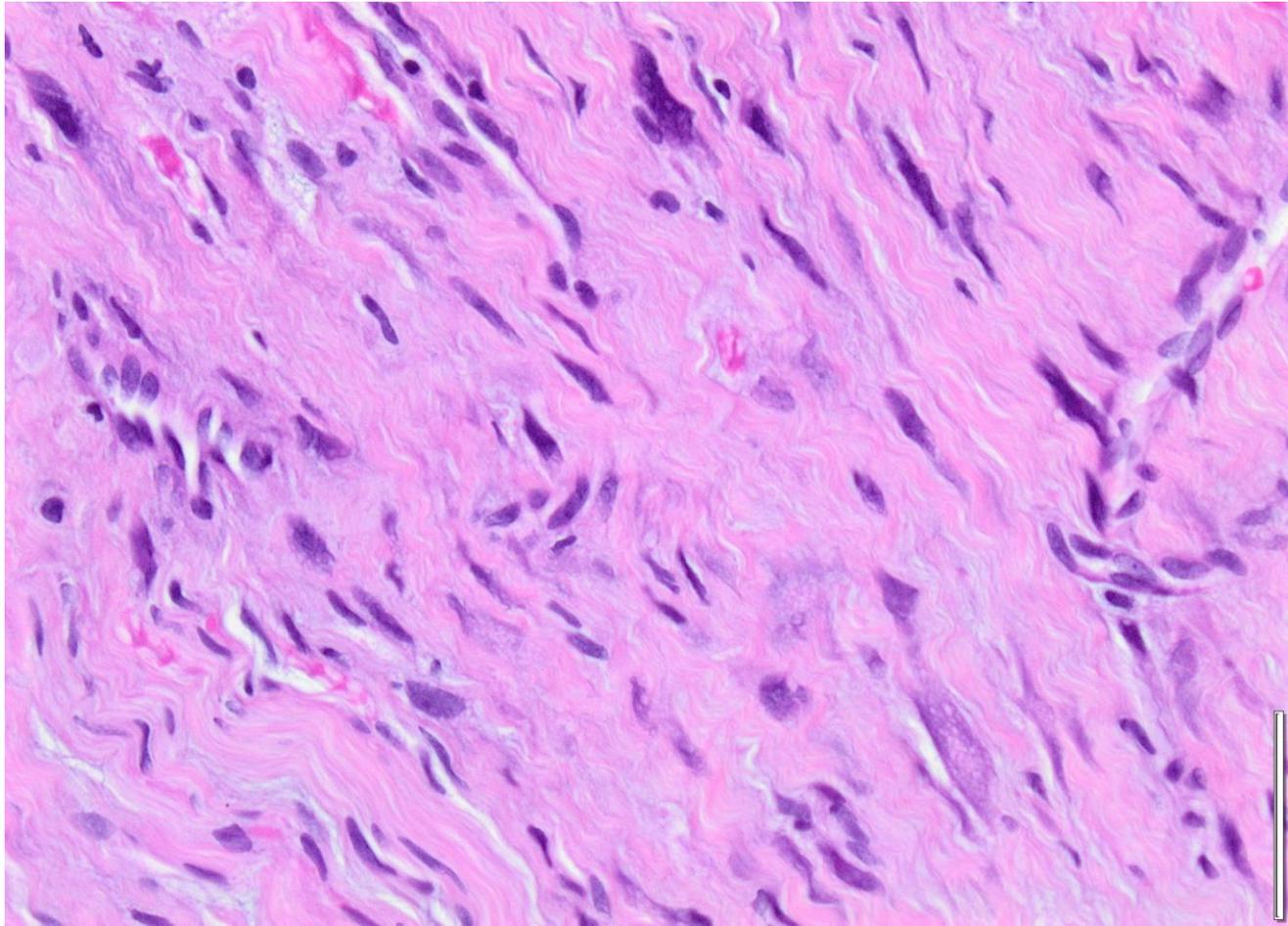
Intraoperative SS-Untersuchung  
des Absetzungsrandes



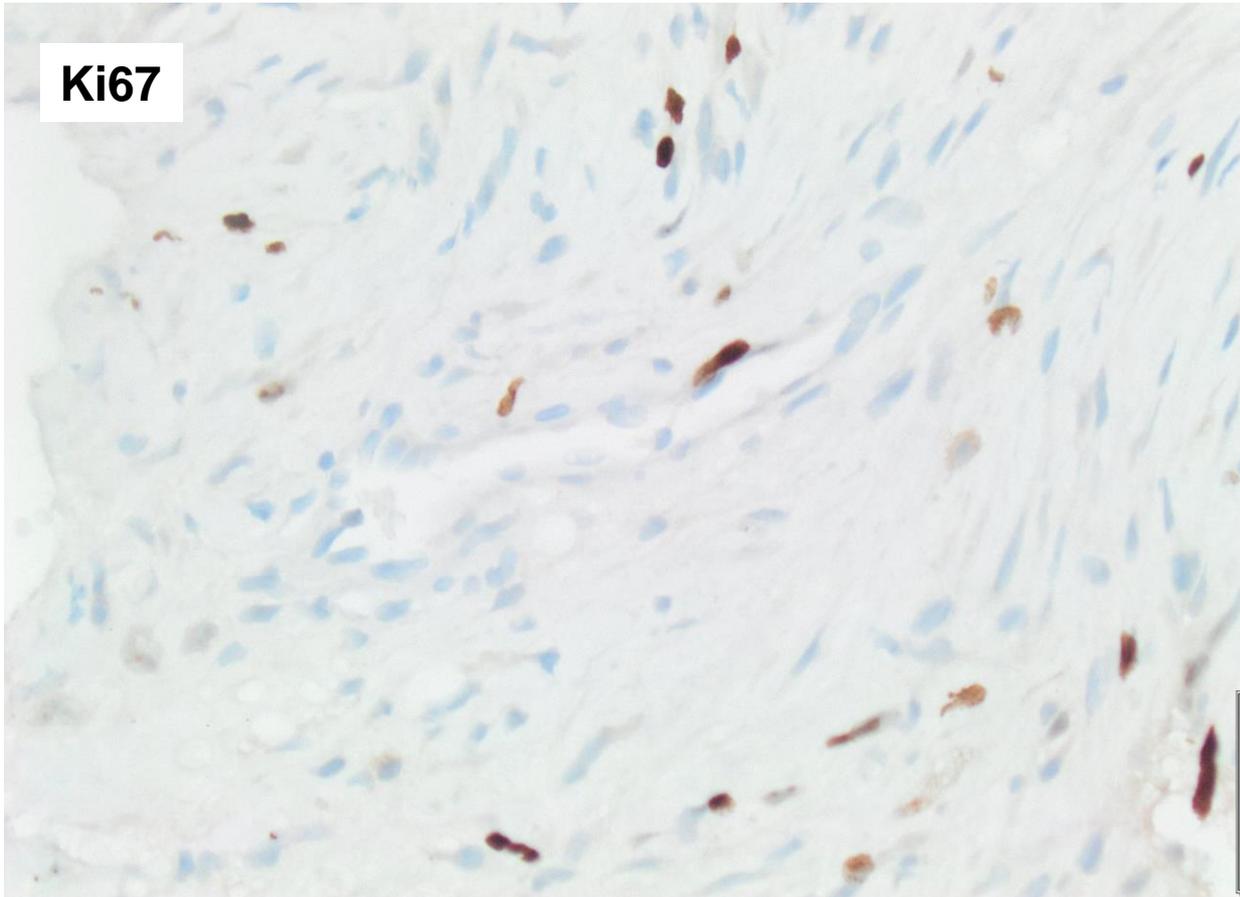




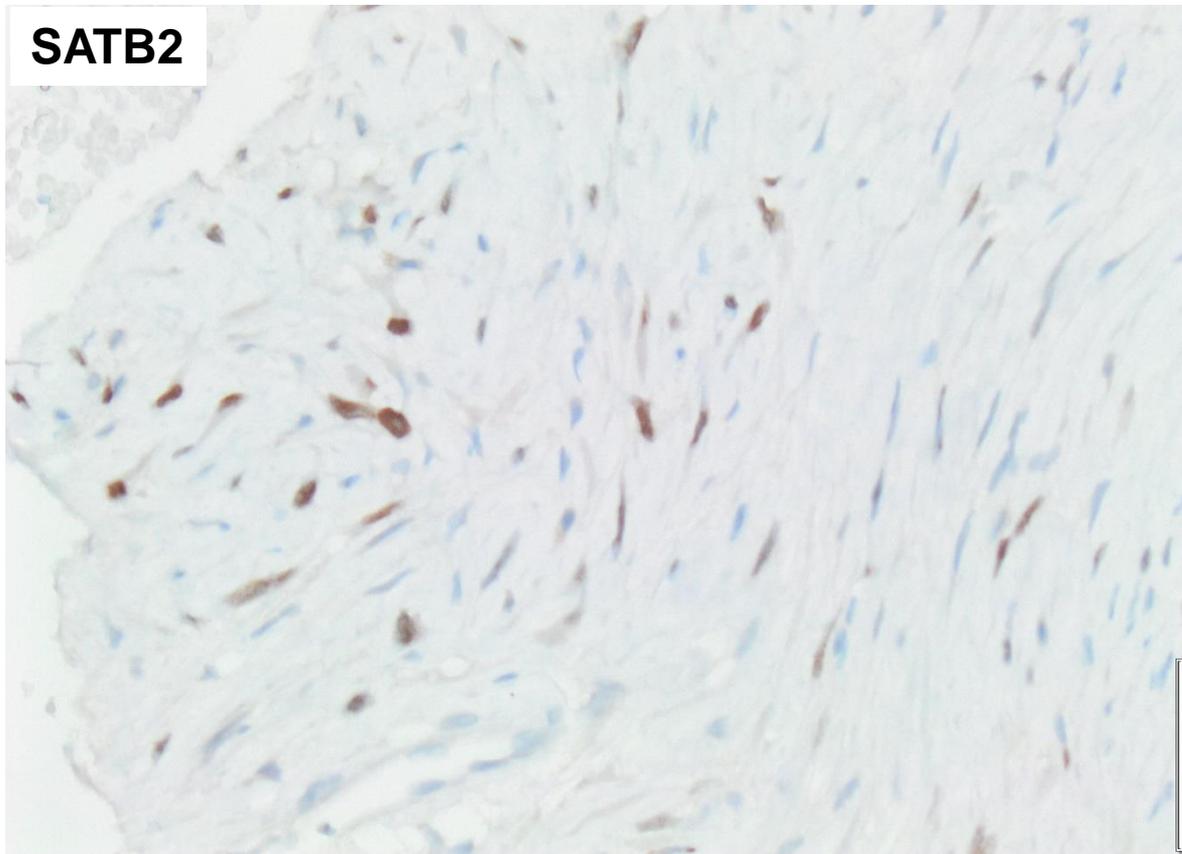




**Ki67**



**SATB2**



# Kasuistik 14-21

IHC

Positiv: SATB2

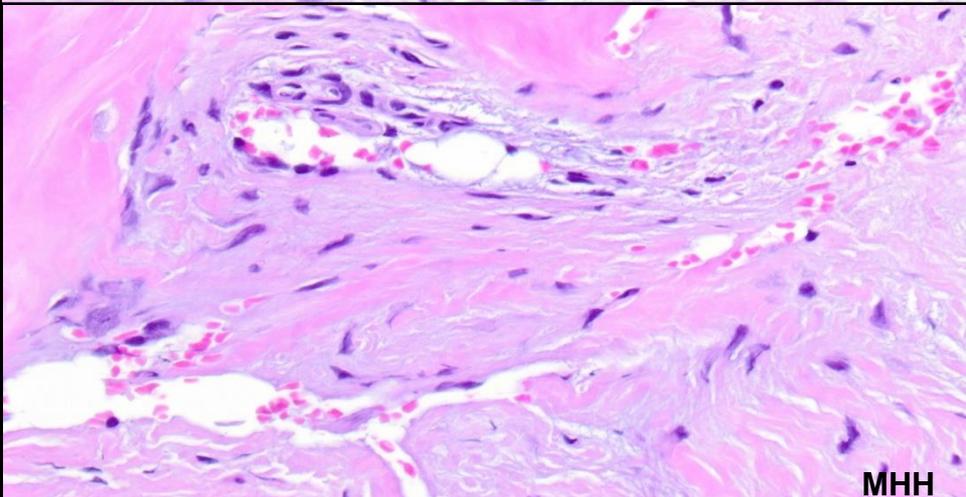
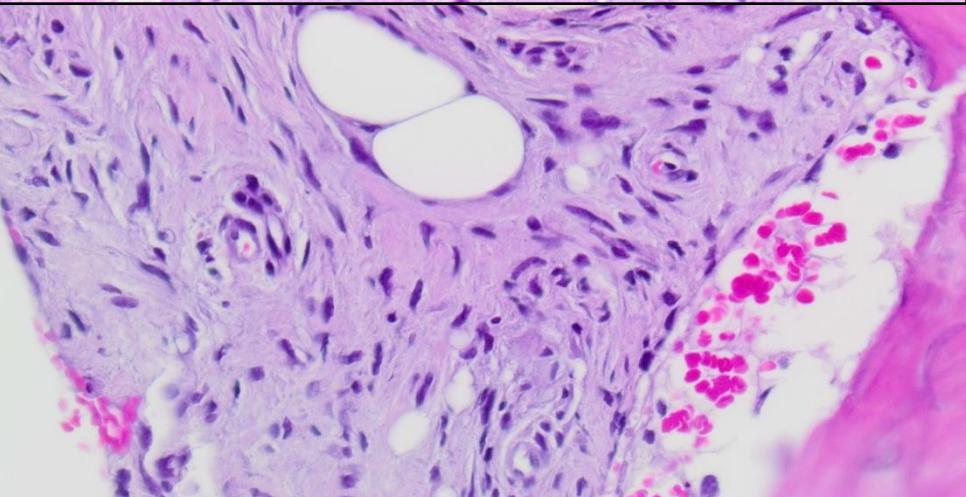
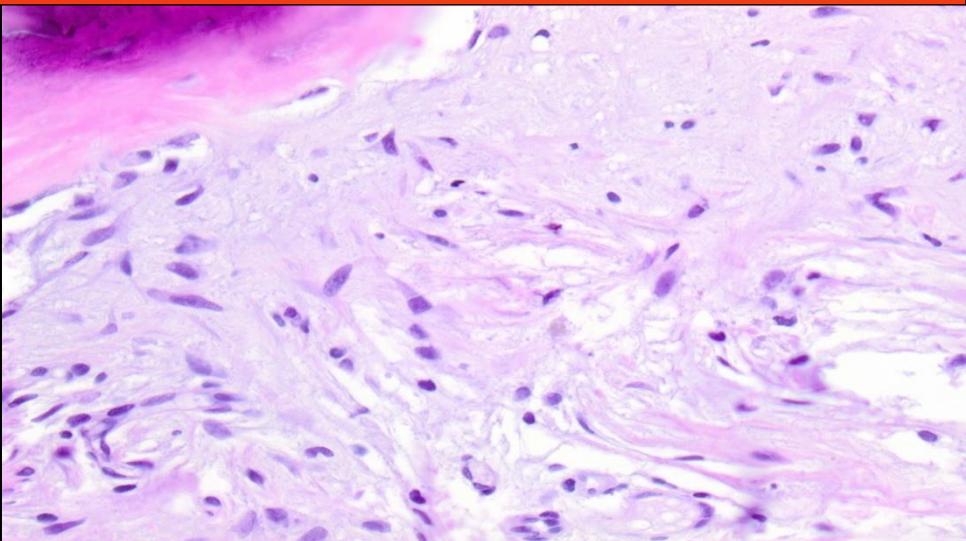
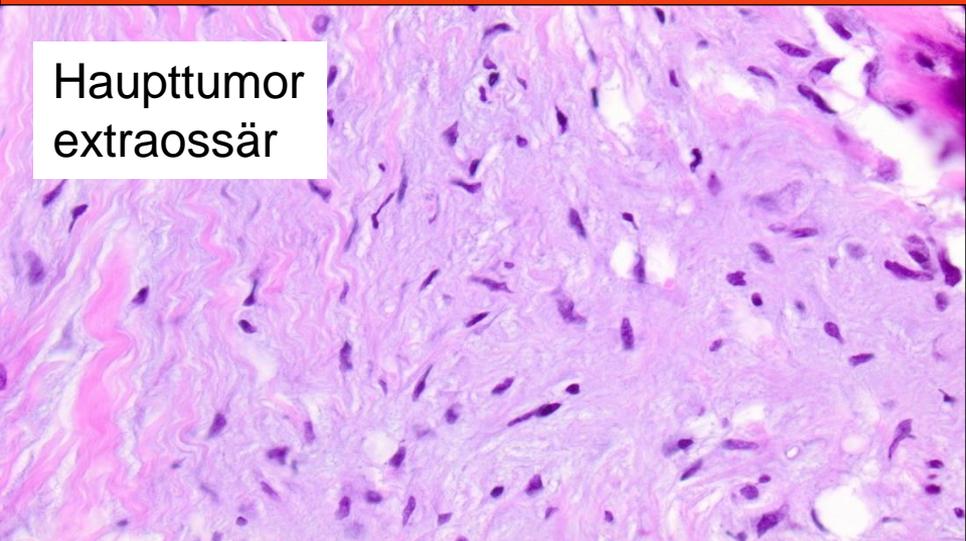
Negativ: S100, CK8/18, CD68

FISH

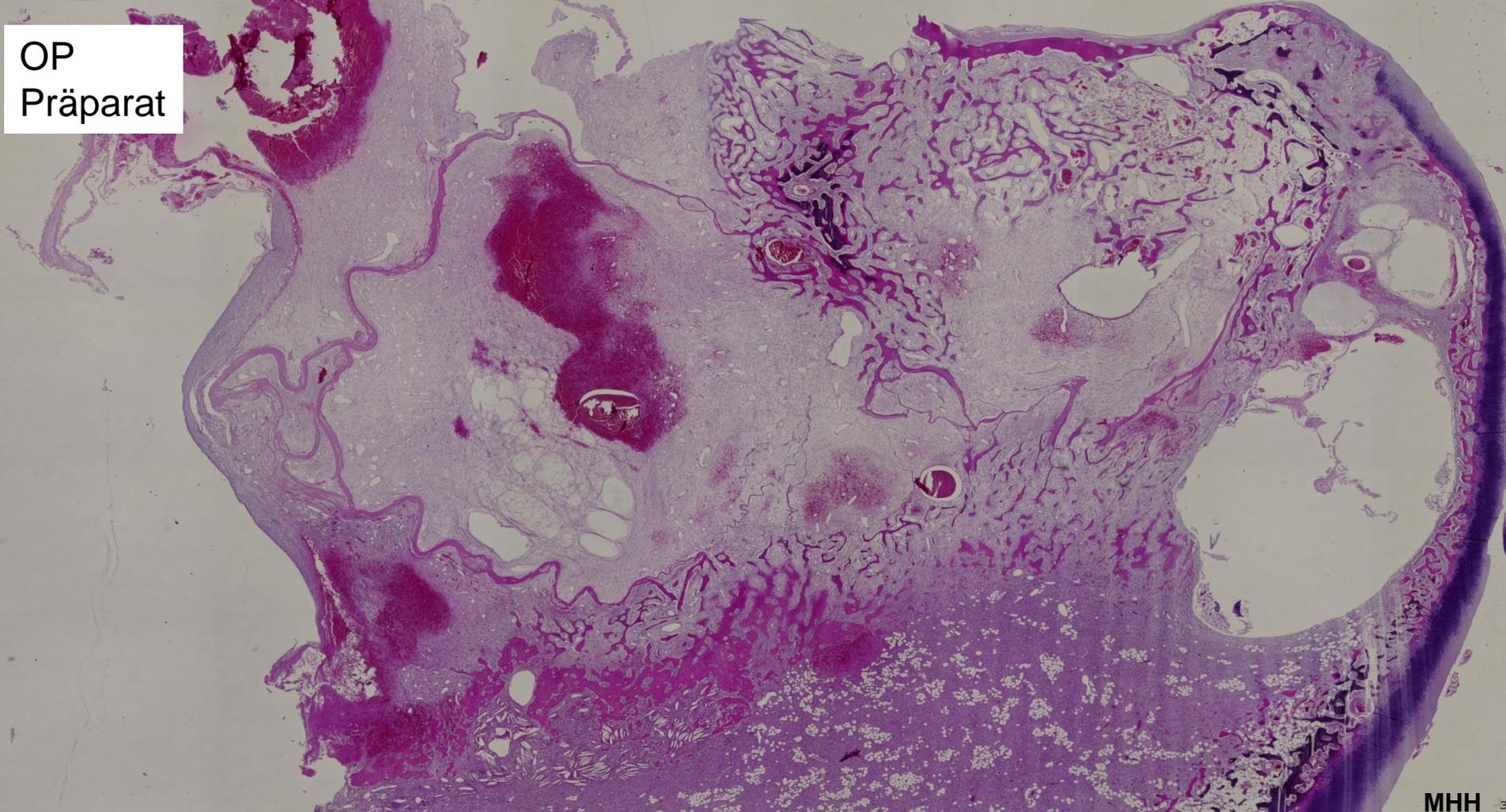
MDM2 Amplifikation



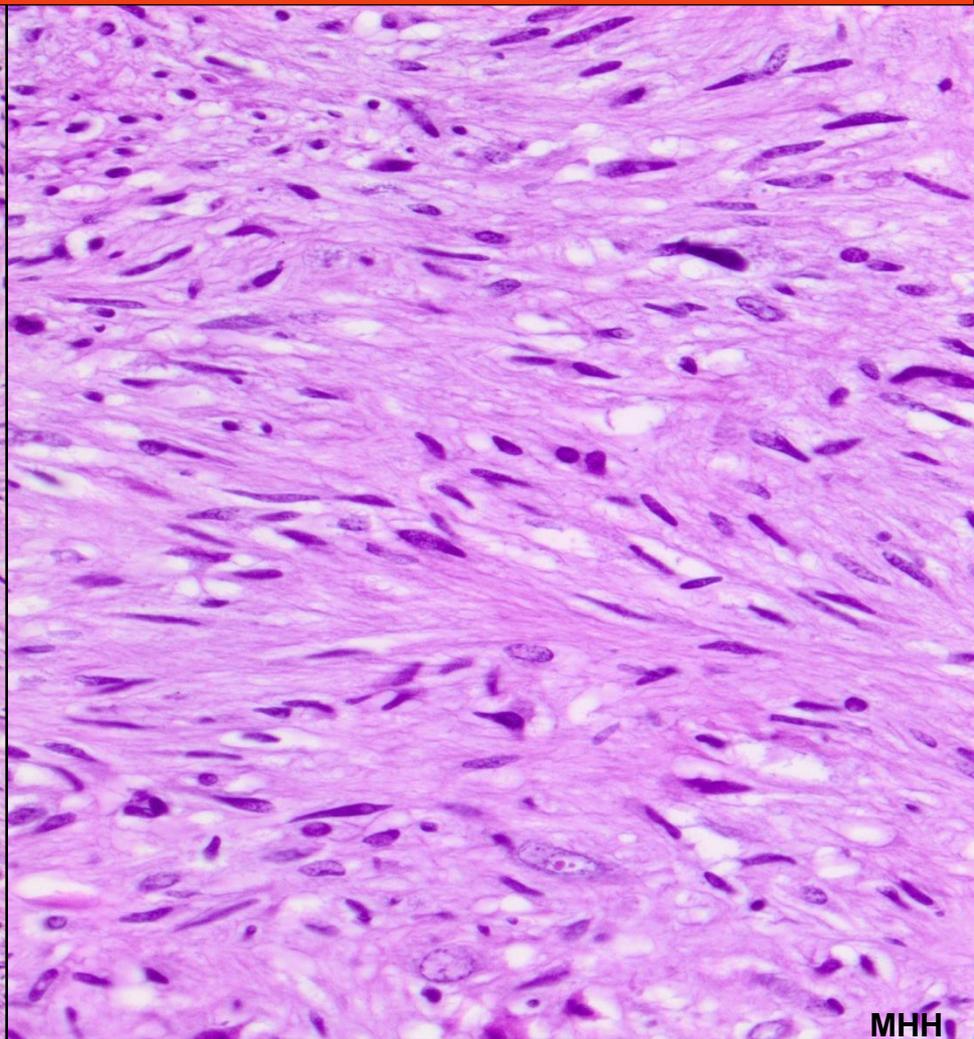
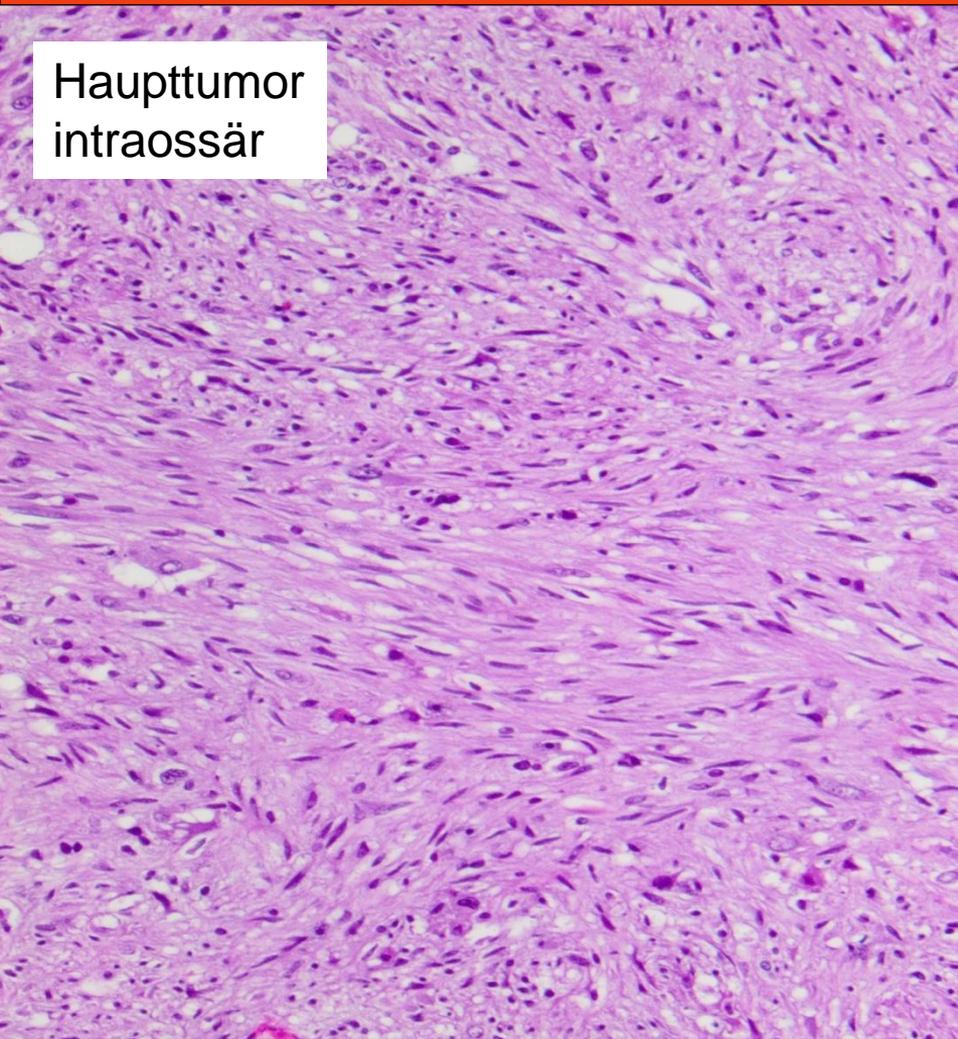
Haupttumor  
extraossär



OP  
Präparat



Haupttumor  
intraossär



# Kasuistik 14-21

## Diagnose: Intraneurale Ausläufer eines parossealen Osteosarkoms

Entscheidend im vorliegenden Fall ist das Erkennen der zwischen den Schwannzellen gelegenen atypischen Zellformen mit hyperchromatischen und vergrößerten Kernen. Immunhistochemisch bei fehlender Reaktion für S100 und SOX10 eine lebhafte Expression von SATB2 bei gesteigerter Proliferation. Zusätzlich in der FISH deutlich MDM2 Amplifikation in Einzelzellen. Daher ist die Diagnose in Kenntnis des Vorbefundes eines partiell dedifferenzierten parossealen Osteosarkoms eindeutig, es handelt sich um intraneurale Sarkomausläufer. Permeativ und dispers wachsende Tumorausläufer intraneural sind eigentlich eher bei Karzinomen zu beobachten, in der jüngeren Vergangenheit habe ich derartige Befunde jedoch bei 2 weiteren Sarkomen (beides Fibrosarkome) beobachtet, evtl. sind solche Tumorausläufer auch bei Sarkomen doch nicht so selten. Wichtig daher genaue Kontrolle des Befundes auch in hoher Vergrößerung & die Kenntnis des morphologischen Spektrums des resezierten Tumors. Ggf. Kontrolle durch IHC und/oder FISH. Echte Differentialdiagnosen gibt es bei eindeutiger Atypie eigentlich nicht, sog. „ancient changes“ mit reaktiver Atypie kommen nur in neuralen Tumoren aber in der Regel nicht in regulären peripheren Nerven vor.