

Kasuistik 15-21

58-jährige Frau

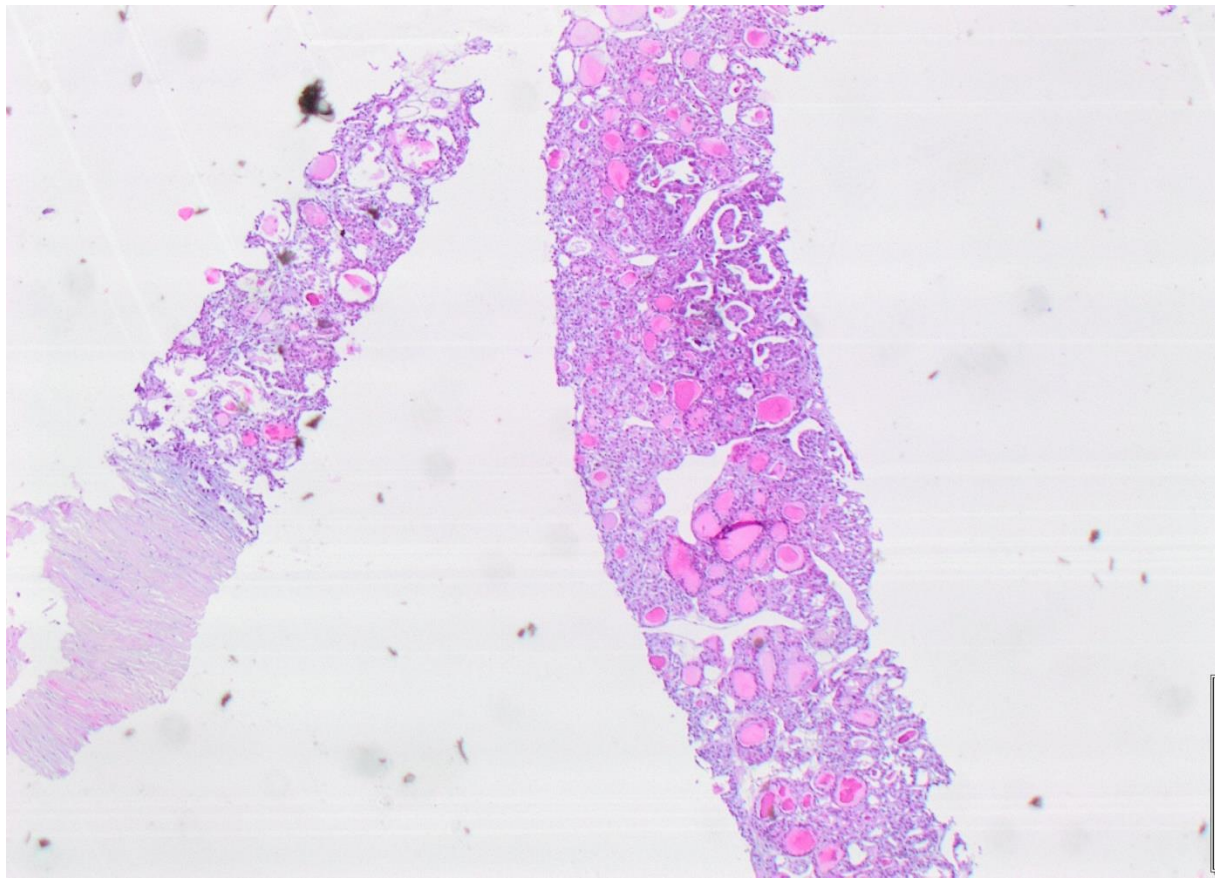
kalter Knoten in der

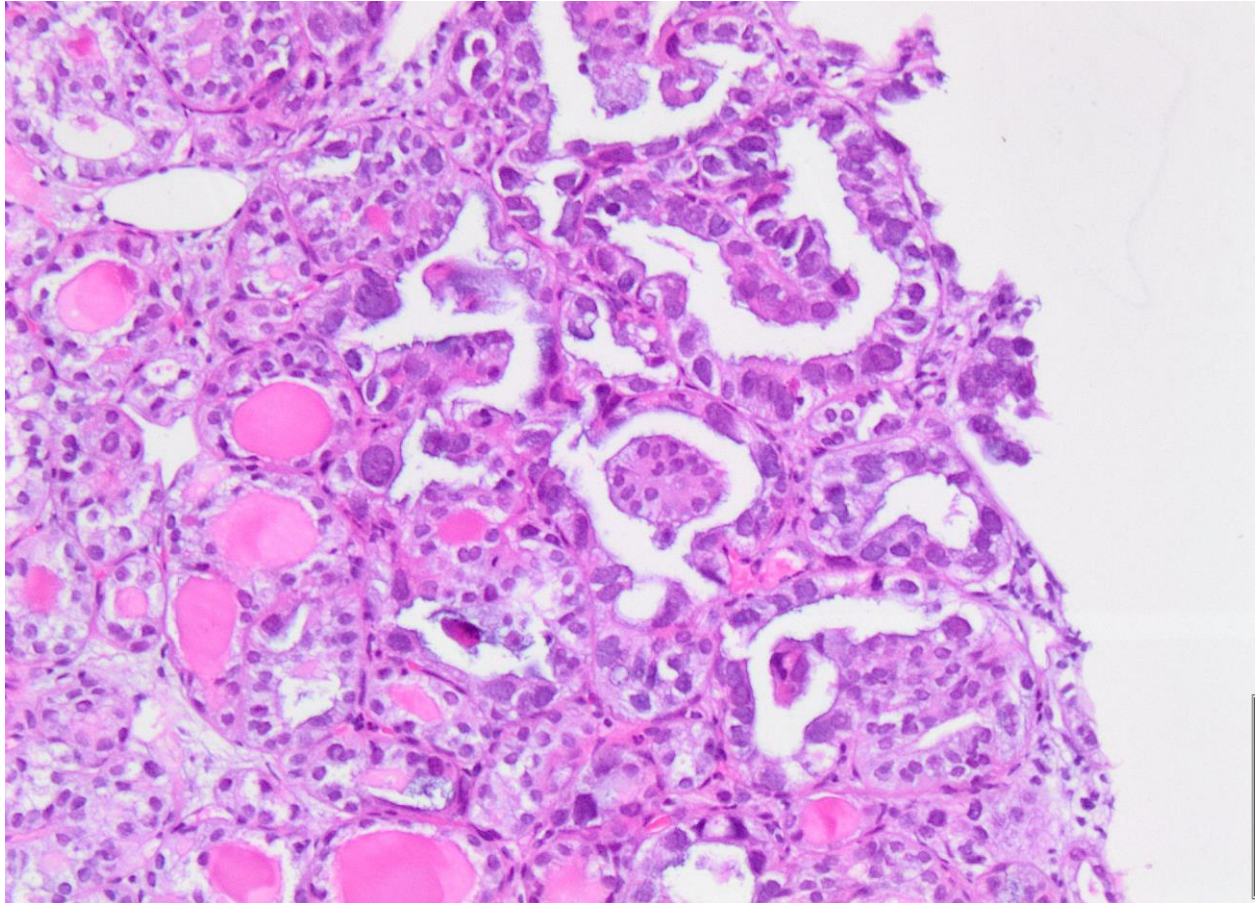
Schilddrüse

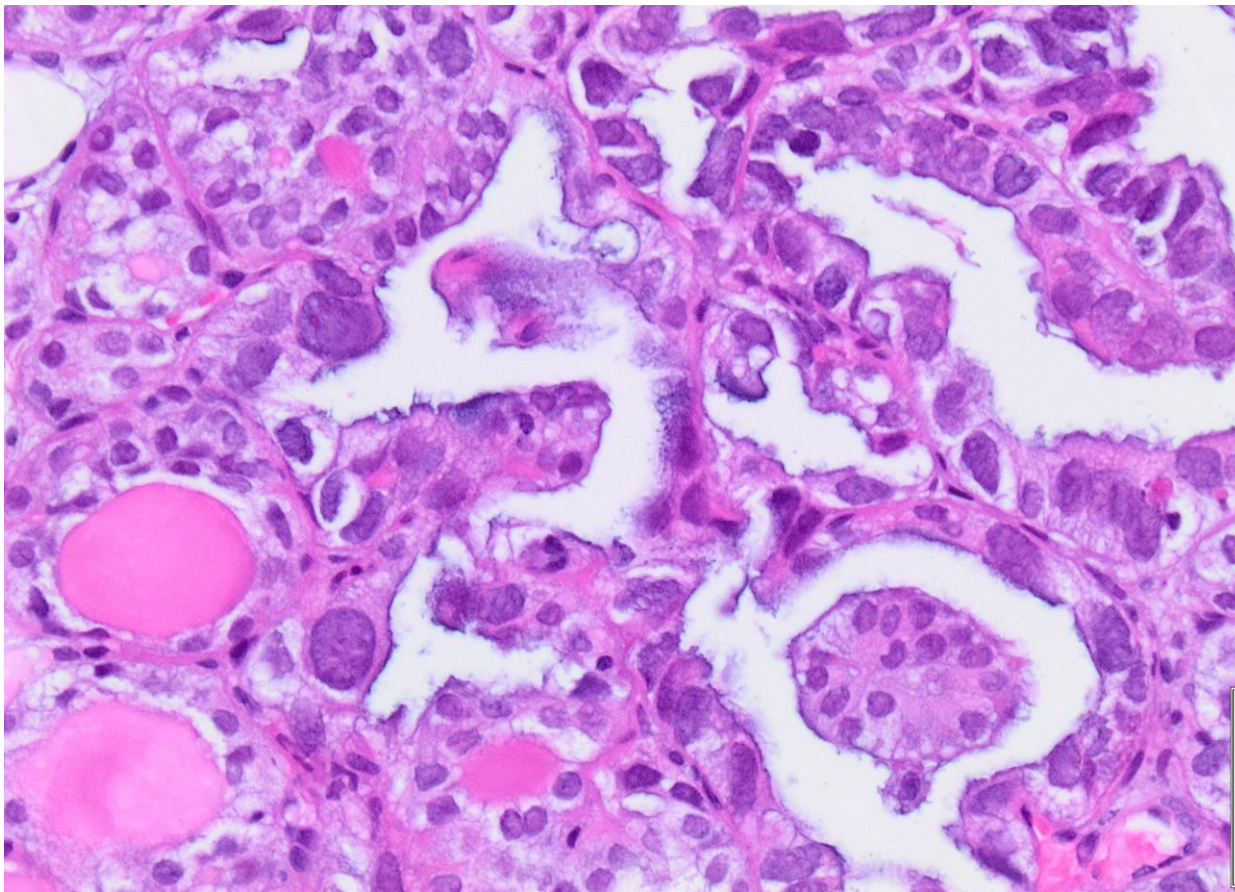
V.a. multiple

ossäre & pulmonale Metastasen

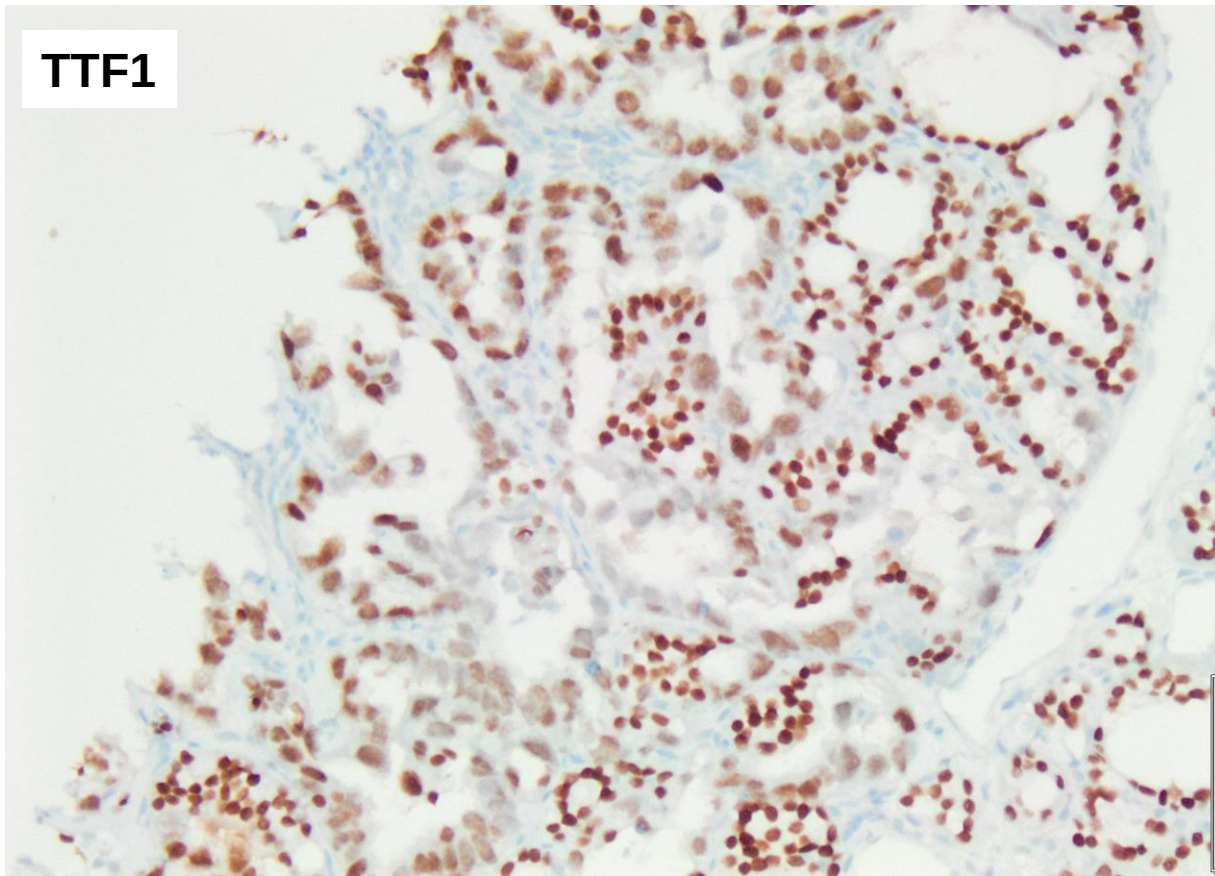
Nadelpunktion Schilddrüse



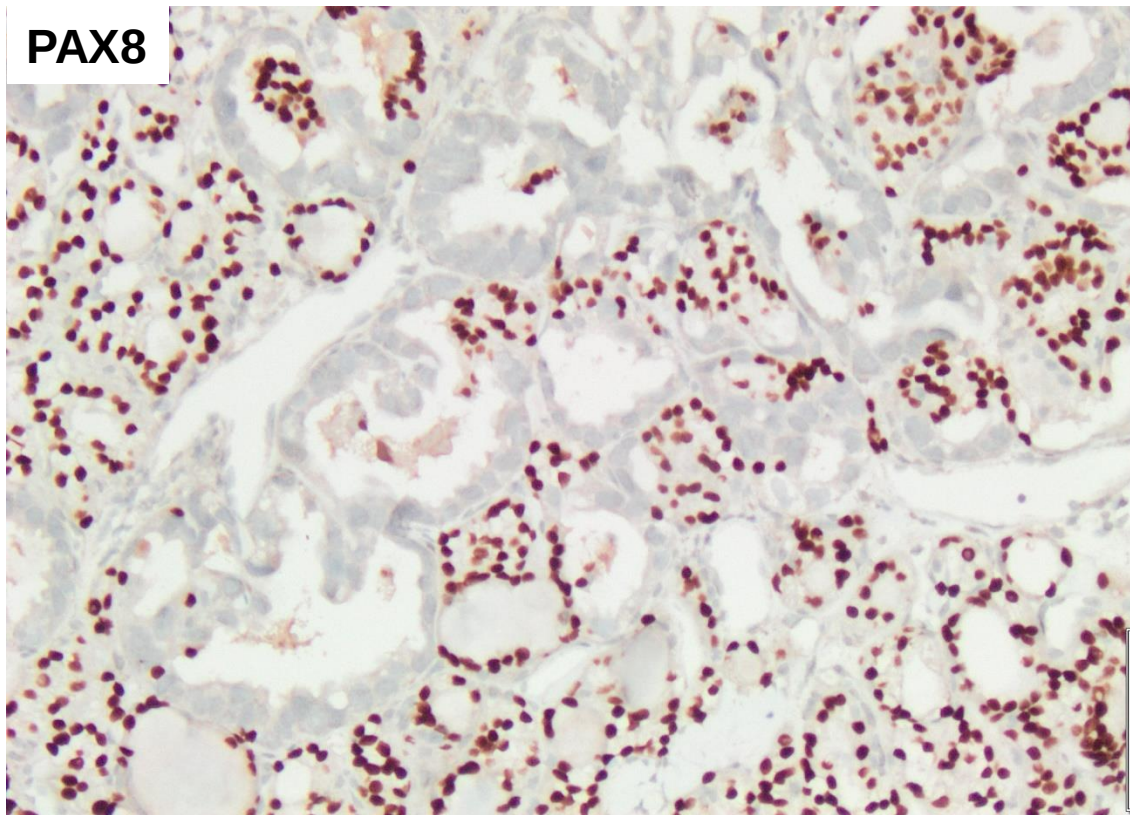




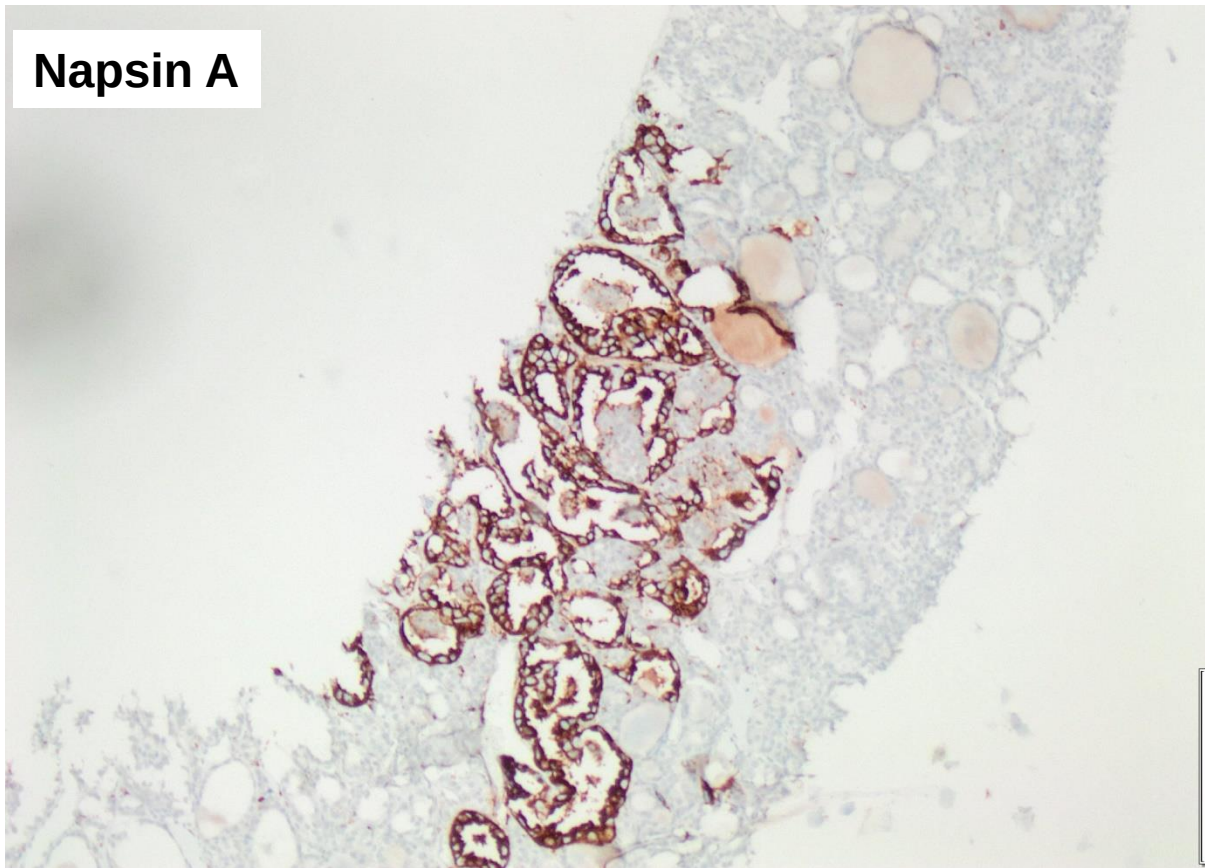
TTF1



PAX8



Napsin A



Kasuistik 15-21

IHC

Positiv: TTF1, Napsin A, CK7

Negativ: PAX8

MolPath:

Doppelmutation EGFR-Gen (p.G719A; p.R776C)

Diagnose: Metastase eines pulmonalen Adenokarzinoms

Dieser Fall weist zwei diagnostische „Gemeinheiten“ auf. Klinisch zeigte sich ein fortgeschrittenes Tumorleiden mit zahlreichen Tumormanifestationen im Skelett, der Leber, der Lunge und der Schilddrüse. Als erster Tumorherd (weil leicht zugänglich) wurde die Schilddrüse punktiert. Hier kann zunächst die sehr kleinherdige Proliferation in follikelartigen Verbänden angeordneter atypischer Epithelien leicht übersehen werden. Dabei zeigen sich vergrößerte und hyperchromatische Kernfiguren ohne Kerneinschlüsse oder Kernfalten bei fehlender papillärer Architektur. Das sich weiter ergebende Problem ist die histogenetische Zuordnung der epithelialen Neoplasie. Bei fehlenden zytologischen und architektonischen Merkmalen einer papillären Neoplasie der Schilddrüse ist zunächst keine eindeutige Zuordnung möglich. In der Immunhistochemie zeigt sich eine durchgehende (wenngleich eher schwache) Expression von TTF1 bei jedoch fehlender Reaktion für PAX8, diese Markerkombination wäre für ein differenziertes SD-Karzinom sehr ungewöhnlich. In einer ergänzenden IHC ist eine lebhafte Expression von Napsin A nachweisbar, die MolPath zeigt eine Doppelmutation des EGFR Gens. In der Zusammenschau ist daher die Metastase eines pulmonalen Adenokarzinoms in die Schilddrüse zu diagnostizieren. In der primären (auswärtigen) Befundung der Biopsie wurde der Tumor als Schilddrüsenkarzinom eingeordnet.

Differentialdiagnose

- Schilddrüsenkarzinom** morphologisch ist ein differenziertes SD-Karzinom durchaus möglich, wenngleich zytomorphologische oder architektonische Merkmale eines PTC hier fehlen, die Expression von TTF1 ist bekanntermaßen sowohl in SD-Ca als auch Lungen-CA möglich, PAX8 wird sowohl in differenzierten als auch gering differenzierten SD-CA exprimiert, das Fehlen dieses Markers spricht gegen ein SD-Ca, Napsin A zeigt eine Expression in 70-80% der Lungen-Ca (jedoch selten auch in SD-CA), in der Zusammenschau sprechen die Befunde für ein Lungenkarzinom
- Lungenkarzinom** wie im vorangegangenen Absatz diskutiert ist der Immunphänotyp (TTF1+, PAX8-, Napsin A+) charakteristisch für ein Lungenkarzinom, der Nachweis einer EGFR Doppelmutation unterstreicht diese Einordnung