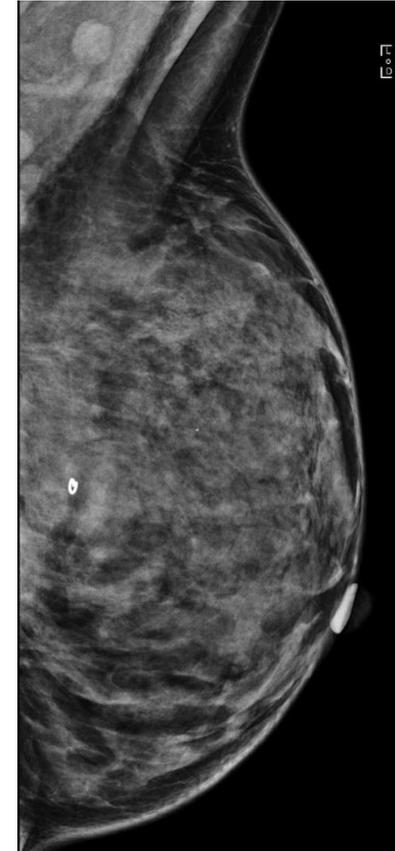
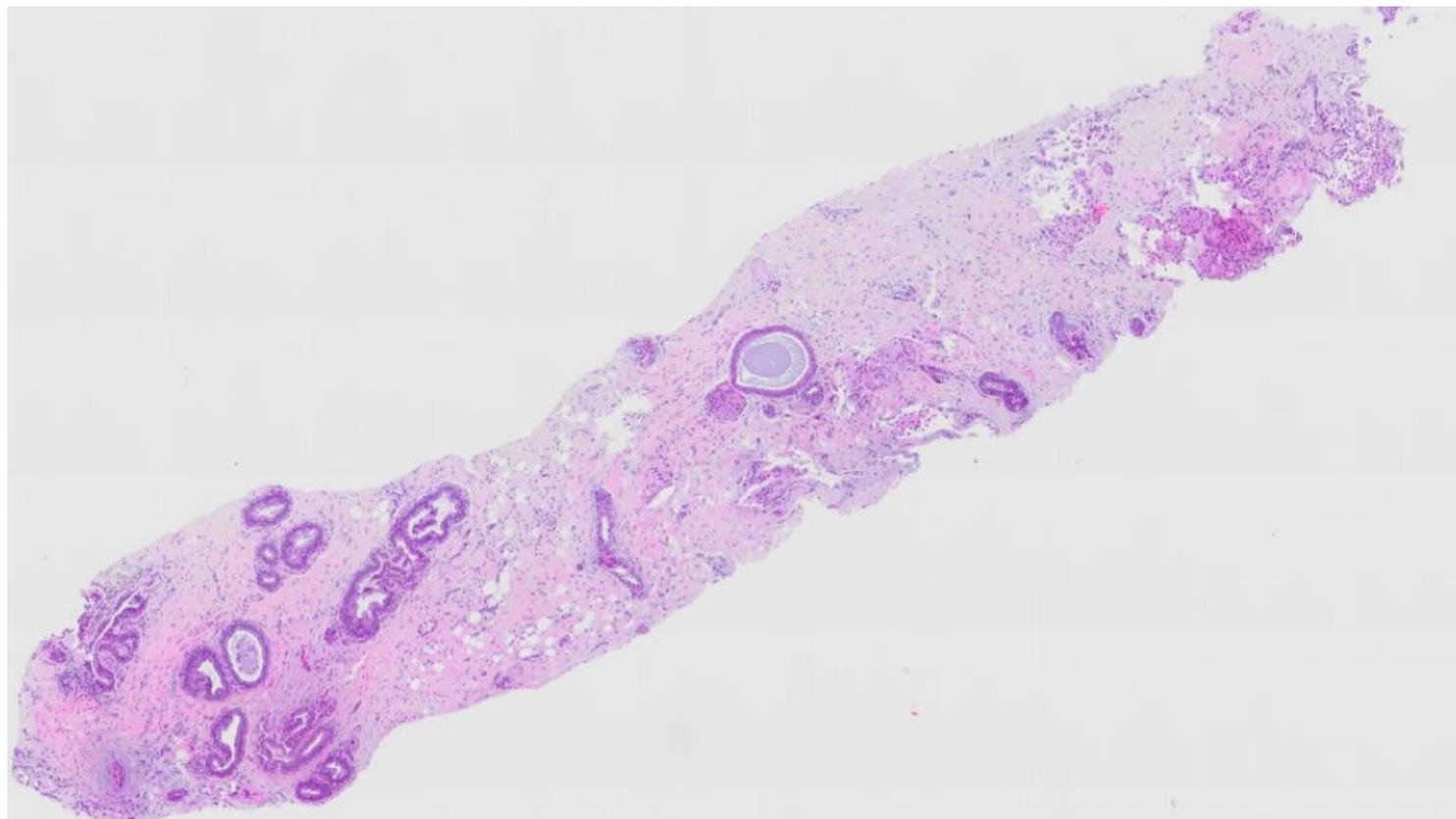


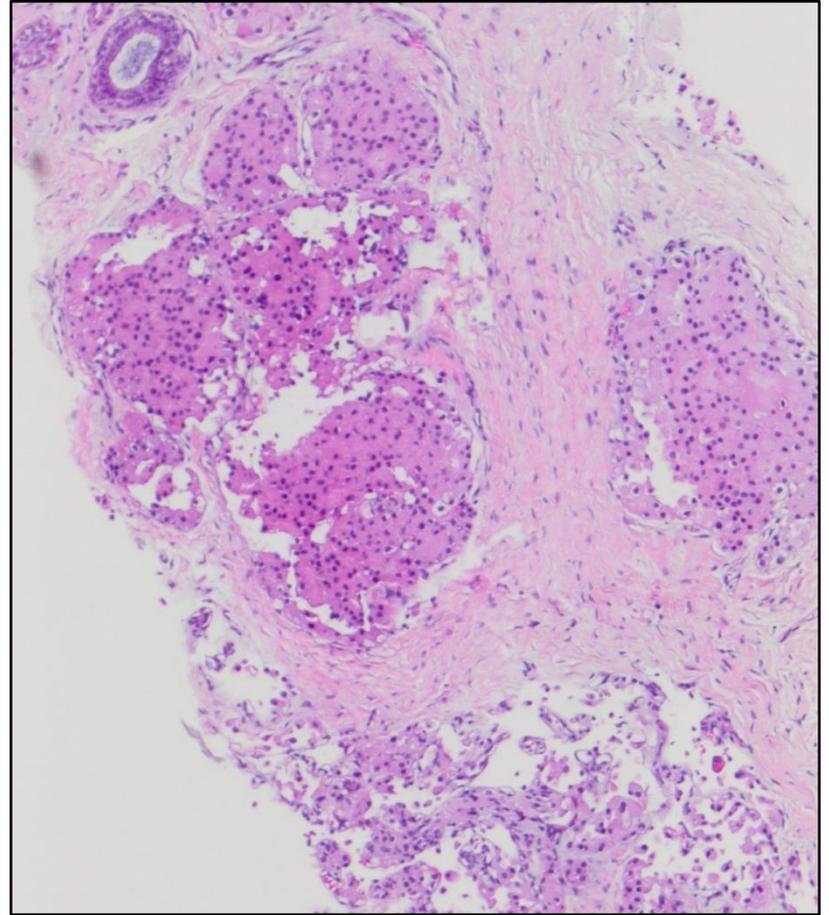
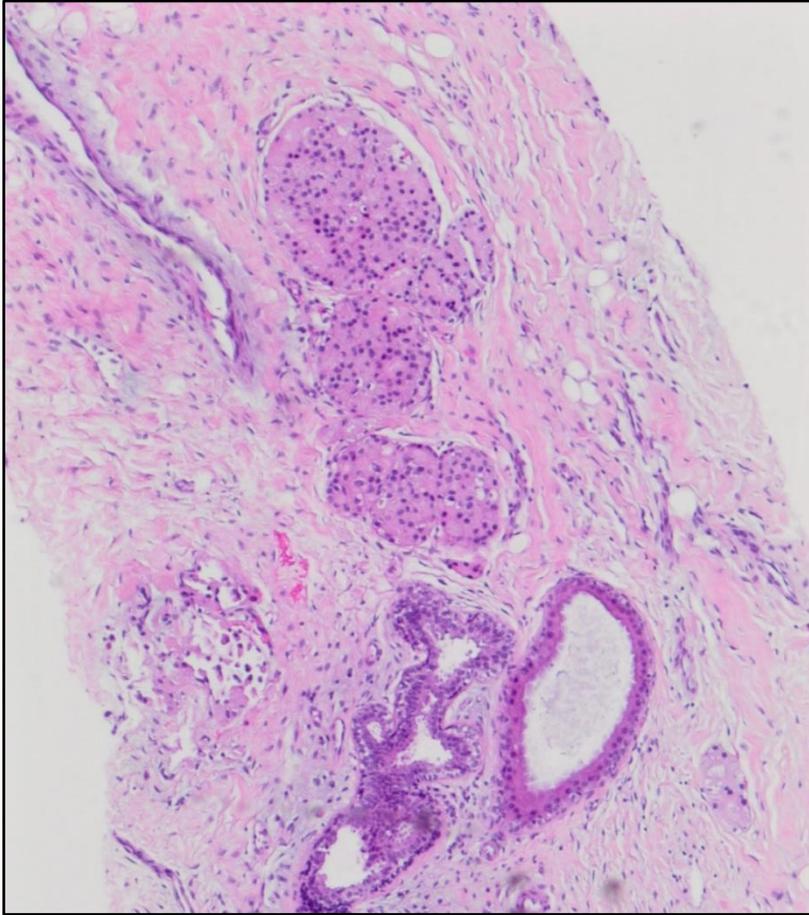
# Kasuistik 17-21

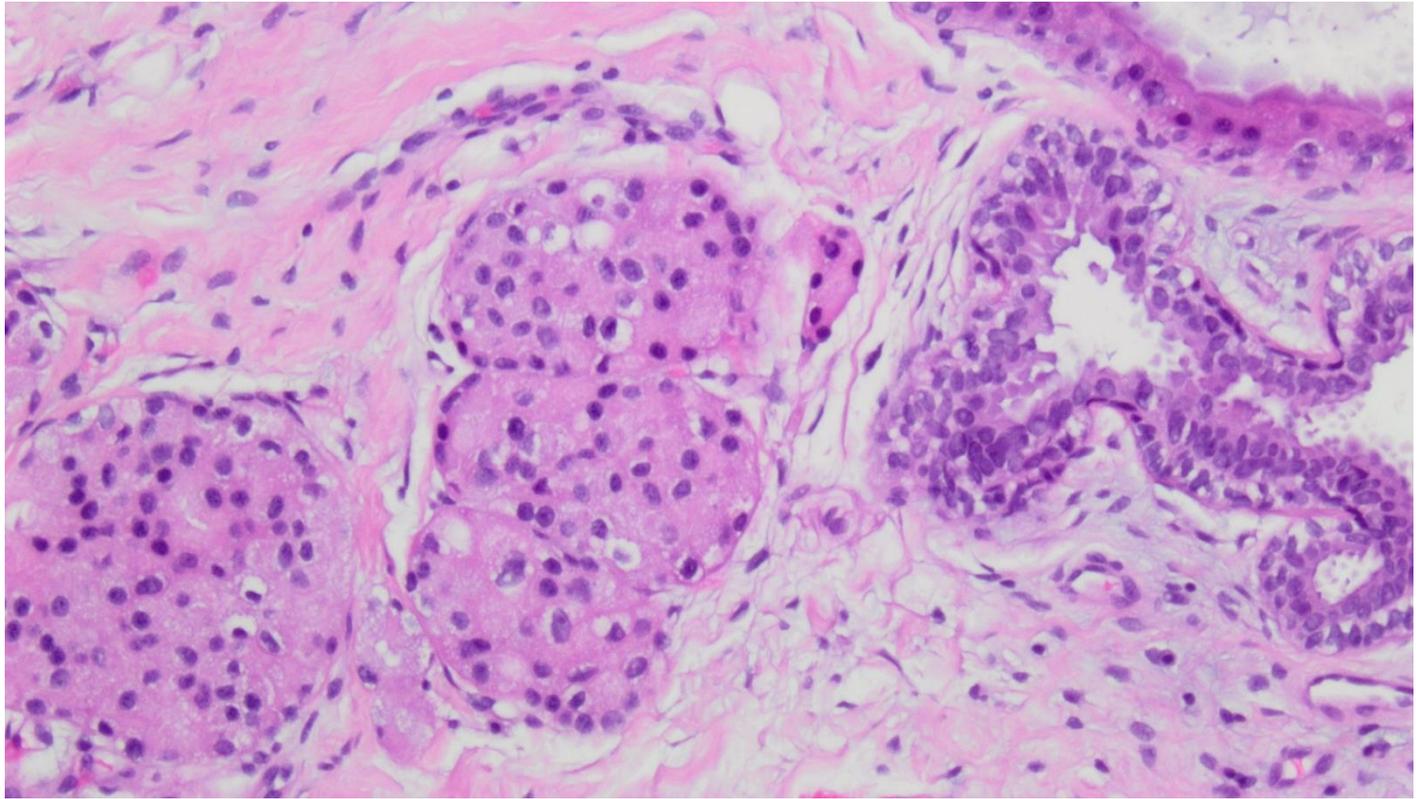
51-jährige Patientin,  
sonographisch suspekter  
Herd links 3 Uhr,  
Verdacht auf Karzinom

Befund an Fax	
Datum 24.4.18 Unterschrift	
stationär <input type="radio"/> ambulant <input checked="" type="radio"/> (Überweisung)	Regelleistung <input type="radio"/> Wahlleistung Arzt <input type="radio"/>
<b>Art / Lokalisation des Untersuchungsgutes:</b> Stanzbiopsie li. Mamme, 3 Uhr	
<b>Klinische Angaben und Fragestellung:</b> sonogr. suspekter Herd, v.a. Ca Anhalt für Malignität? gef. Rezeptoren?	

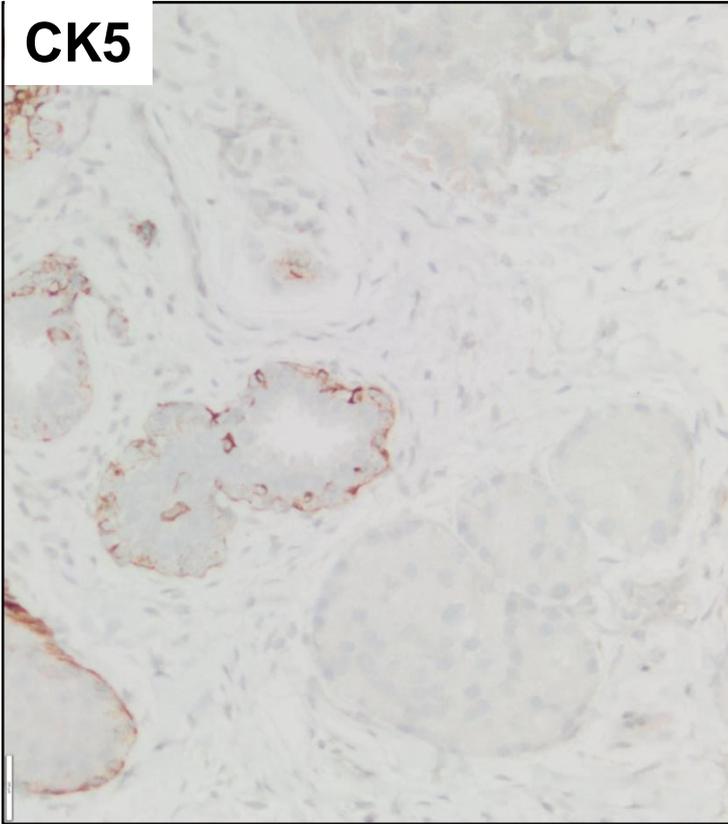




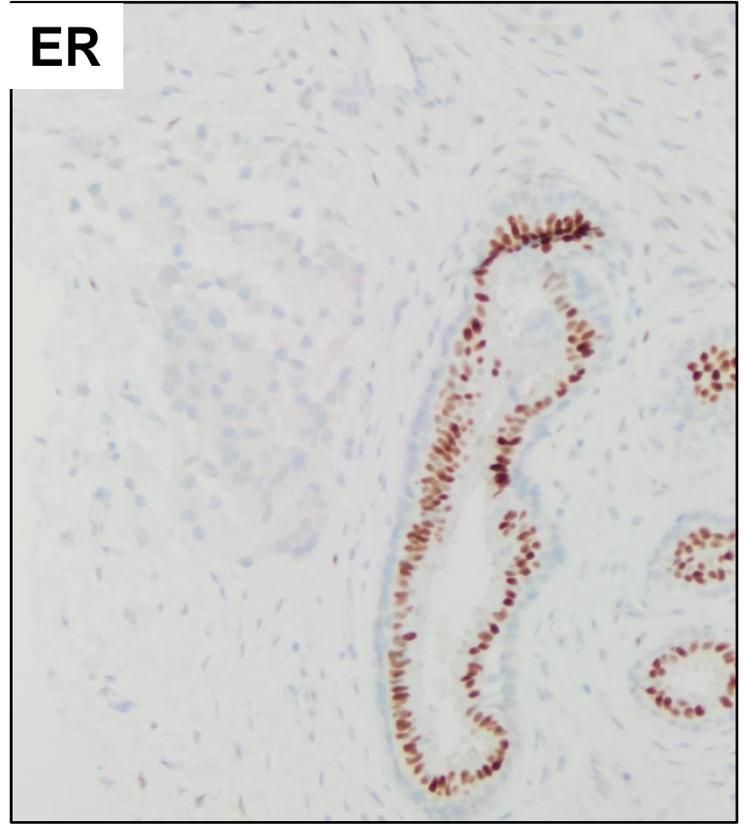


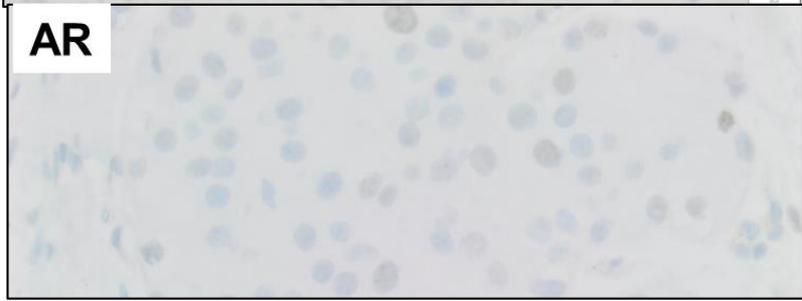
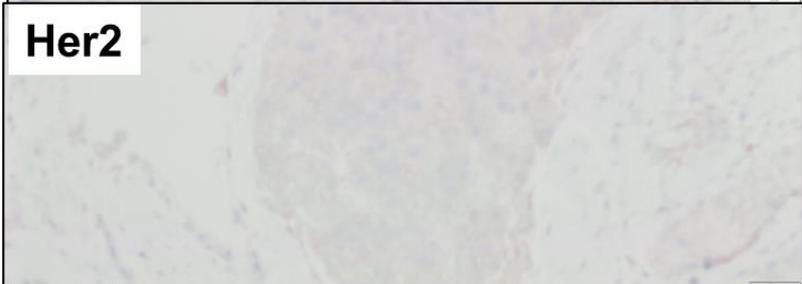
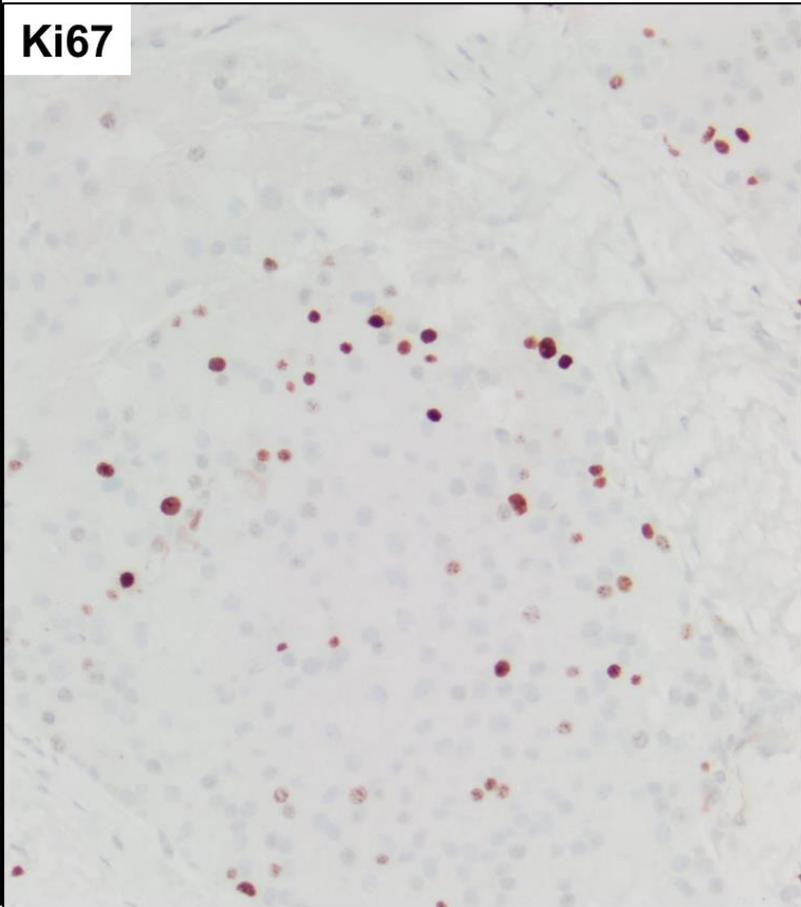
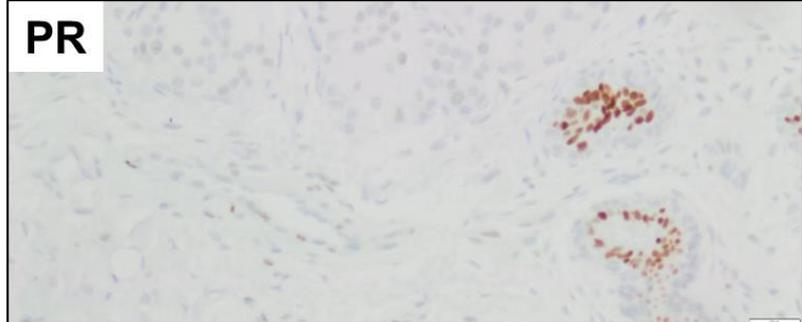


**CK5**



**ER**





Stationärer Aufenthalt vom 09.09.2009 bis zum 23.09.2009

Sehr geehrter Kollege,

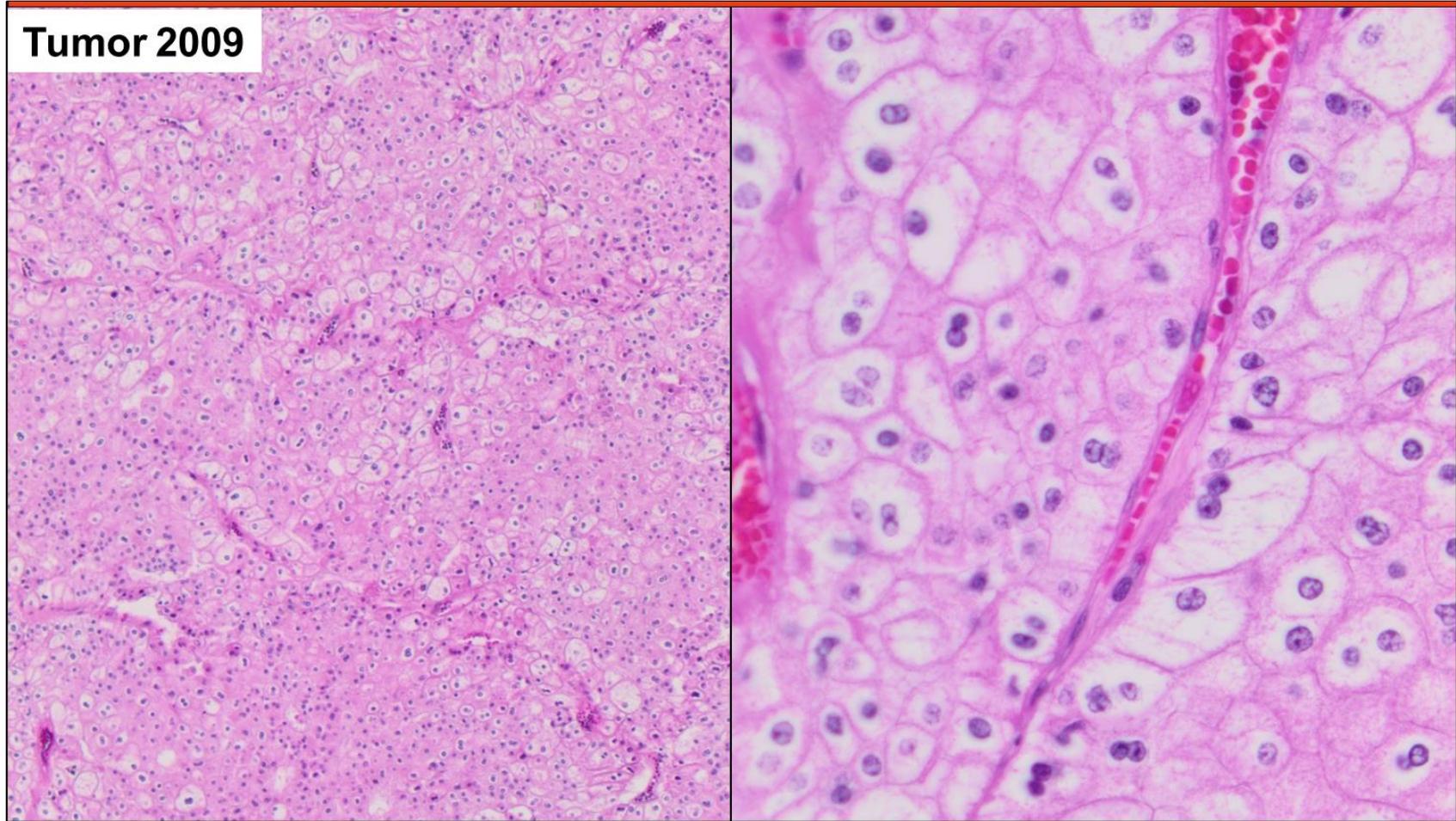
wir berichten Ihnen von der o.g. Patientin, die sich in unserer stationären Behandlung befand.

**Diagnosen:**

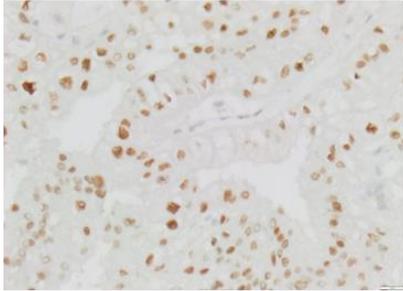
mäßig diff. chromophobes Nierenzellkarzinom rechts pT2, pNx, pMx, G2



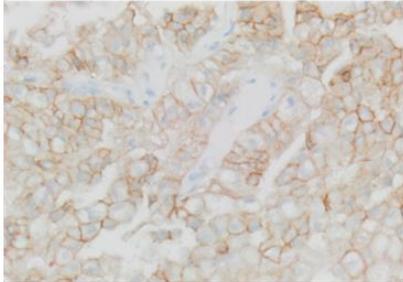
## Tumor 2009



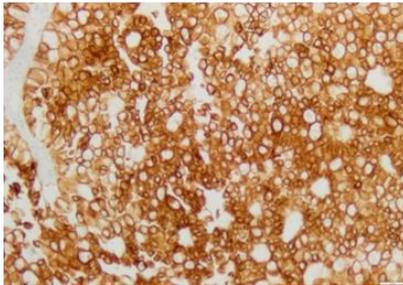
**Nierenzell-  
Tumor  
2009**



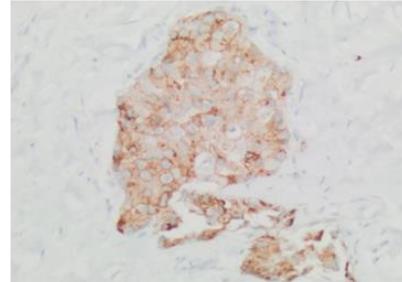
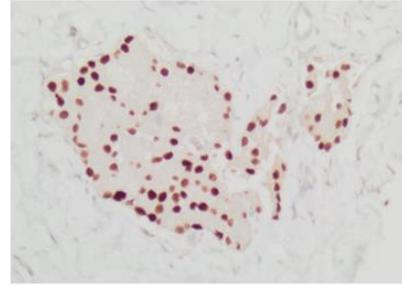
**PAX8**



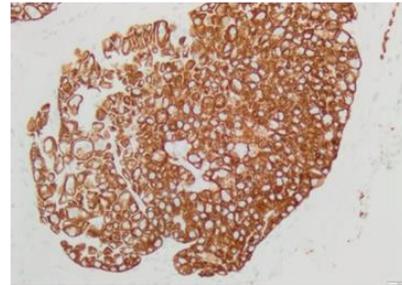
**CD117**



**CK7**



**Mamma-  
biopsie  
2018**



Metastase des vordiagnostizierten chromophoben Nierenzellkarzinoms in einer Stanzbiopsie der linken Mamma (3 Uhr nach klinischer Angabe)

ER-, PR-, AR-, GATA3-, HER2-, CK7+, PAX8+, CD117+, Ki67 ca. 25 %

Lokalisation (ICD-O-3): C50.4

Histologie (ICD-O-3): 8317/3

B-Klassifikation: B5d

# Kasuistik 17-21

IHC

Positiv: PAX8, CD117, CK7

Negativ: ER, PR, AR, CD68, HER2, CK5/14, GATA3

# Kasuistik 16-21

## Diagnose: Metastase chromophobes Nierenzellkarzinoms

Bei 0,3% bis 0,75% aller Karzinombefunde in der Mammadiagnostik handelt es sich um Metastasen. In etwa 25% der Fälle wird dabei die Malignomdiagnose erst durch der Mammabiopsie etabliert. Im klinischen Alltag wird die positive Tumoranamnese jedoch nicht immer mitgeteilt, so dass der Pathologe zum Zeitpunkt der Diagnosedstellung keine Kenntnis von diesem Hintergrund hat. Das Intervall zwischen der primären Tumordiagnose und dem Auftreten einer Metastase in der Mamma liegt zwischen 1 Monat und 15 Jahren mit einem Median zwischen 1 und 5 Jahren. Die häufigsten Primärtumoren mit Metastasierung in die Mamma sind sortiert nach abnehmender Frequenz:

- Lungenkarzinom (besonders Adenokarzinome, Kleinzeller)
- Malignes Melanom
- Gastrointestinale Tumore (Adenokarzinome von Magen und Kolorektum, Plattenepithelkarzinome des Ösophagus)
- Gynäkologische Tumore (seröses Ovariakarzinom, endometrioides Adenokarzinom, Plattenepithelkarzinom der Zervix)
- Urologische Tumoren (klarzelliges Nierenzellkarzinom, Transitionalzellkarzinom, azinäres Prostatakzinom)
- Schilddrüsenkarzinom (medullär)
- Neuroendokrine Karzinome, gut differenziert (verschiedene Lokalisationen des Primärtumors)
- Sarkome (Rhabdomyosarkom, Leiomyosarkom, Liposarkom).

Zusätzlich können auch hämatologische Neoplasien die Mamma sekundär einbeziehen, insb. trifft dies für maligne Non-Hodgkin Lymphome (diffus großzelliges Lymphom, Marginalzonenlymphom und follikuläres Lymphom) sowie akute Leukämien zu.

Im hier vorliegenden Fall besteht die Differentialdiagnose aus 3 Entitäten: apokrine Neoplasie der Mamma, Granularzelltumor und apokrin differenziertes Karzinom anderer Lokalisation (insb. Niere). Diese DD ist nur durch IHC aufzulösen, rein morphologisch kann nicht sicher differenziert werden. Um zur richtigen Diagnose zu gelangen sind 2 Aspekte (wie immer) wichtig: daran denken und in der Klinik (nochmals) nach Vorerkrankungen fragen (diese werden oft nicht mitgeteilt).

# Kasuistik 17-21

## Differentialdiagnose

<b>apokrines Karzinom</b>	morphologisch praktisch nicht abzugrenzen, hier ist die IHC nötig, typisch dabei: keine Expression epithelialer Marker (CK7!(), CK5/14), ER/PR negativ, AR/Napsin/EMA positiv
<b>Granularzell Tumor</b>	eosinophiles Zytoplasma mit D-PAS positiven Granula, keine Keratinexpression, Expression von S100/CD68, CD56
<b>Nierenzellkarzinom</b>	typisch die Koexpression von PAX8, CK7 und CD117, PAX 8 kann auch in Tumoren der Schilddrüse, des Thymus, des Müllerschen Epithels (und nur sehr selten von Mammakarzinomen) exprimiert werden!