

INHALTSVERZEICHNIS

1. PhatoKOLLOgie	
1.1. Dünndarm	
1.2. Nomenkla	
1.3. BCA	
1.4. Lungengewebe	
1.5. Darm	
1.6. Punk-Reati	
1.7. Leber	
1.8. Polypen	
1.9. Nieren	
1.10. Keimzeit	
1.11. Herz	
1.12. Immu	
1.13. Hodgkin	
1.14. Sarko	

1. PHATOKOLLOGIE

Gaßler

1.1. Dünndarm.

- Pathologisch Makroskopisch schlecht zu sagen, welcher Dünndarmabschnitt das ist
- Histologisch jedoch eher einfacher, wegen Becher & Panethzellen
- Becher & Paneth beide distaler
- Lymph-Plaques: termin. Ileum
- Zotten werden im Verlauf kürzer

1.2. Nomenkla.

- Kryptogen = ideopathisch = keine Ahnung
- bei Leberzirrhose sagt man eher kryptogen

1.3. BCA.

1	• SCLC = Kleinzeller
1	• NSCLC = Adeno, Platten, Neuroendokrin, Sarkomatoide usf.
1	• Sarkomatoide schlecht zu behandeln
1	• SCLC:
1	– Schaut aus wie ein Lymphom
2	– so viele kleine, dicht gelagerte Zellkerne
2	– Zellkerne vulnerabel, also oft schmierig geplatzt
2	– kleinherdige Nekrosen
2	– Kernmoulding (dicht, kontakt mit Ausbeulung)
2	– Marker: ChromograninA, Synaptophysin, CD56
2	– über 80% der Zellkerne ist Chi-67-pos, sonst ist das kein Kleinzeller sondern ein neuroendokriner
3	– jeder Kleinzeller ist neuroendokrin
3	• diese Marker werden bei jedem Verdacht auf Neuroendokrin gefärbt
3	• NSCLC-Platte
	– polygonal konfigurierte Zellen
	– Interzellularbrücken, also Kontakte, dank Fixierung im Mikroskop sichtbar
	– Hypereosinophilie und Kernverlust möglich = Verhornung → sehr sicher PlattenepithelCA
	– Marker Plattenepithel: Cytokeratin 5+6 + P63
	• Adenoka
	– drüsenartig
	– andere Marker negativ
	– Cytokeratin 7 und TTF1 aber positiv
	– Zellballen & Zellgruppen
	– kann soweit dedifferenzieren, daß es wie ein Kleinzellern wird
	– erst ab 80% reproduktivität Kleinzeller
	• Metastasen in der Lunge insgesamt häufiger als primäres BCA
	• je nach Lappen jedoch unterschiede, Primarius gerne im Unterlappen

1.4. Lungengewebe.

- Pleuraerguss meistens Stauungserguss
- unilateral häufig was malignes

- Schwimm-Zellen - sind das jetzt Mesothelzellen oder was malignes? Färbungen erforderlich zur Differenzierung
- Emphysem: Alveolen konfuiert und wenige Septen, im Extremfall Bullae mit Pneugefahr
- Emphysem kann mit Systemerkrankungen assiziert sein - typisches Erstsymptom bei jugendlichem/jungen erwachsenen
- alpha-1 Antitrypsinmangel oder Bindegewebe-Erkrankung als Gründe
- Lungenödem: dickes Interstitiumsödem, in höherer Stufe auch intraalveolär → durch Eosinophilie im Mikroskop sichtbar
- Fibrose: Exogen allergische Alveolitis oder gewöhnliche interstitielle Pneumonie z.B. Grund

1.5. Darm.

- Crohn: Kopfsteinflaster & Schlitzförmige Ulzera, tiefe Fissuren und Fisteln
- Biopsie schaut total ähnlich aus, da ist keine sicher Unterscheidung alleine möglich
- Crohn: manchmal die Entzündung in tiefen Schichten viel viel stärker = disproportional
- Erster Blick: Verteilung der Lymphfollikel, oben oder überall (auch muscularis)

1.6. Punk-Reati. Pan-kreatitis

- früh: beginnende Fibrose und Entzündungszellen
- Kolliquationsnekrosen bei florider Pankratitis
- Spätstadium: komische Gänge

1.7. Leber.

- PBC bilär, Gallengangzerstörung, auch autoimmun, meistens bei Frauen, Granulome evtl
- PSC Entzündung und Atrophie, aber auch Gänge kaputt, eher Männer, zwiebelschalenartig um den Gallengang
- komisches Zeug das hier mit der Leber
- in beiden Fällen kann eine Zirrhose mit CCC-Gefahr
- CCC = CholangioCellularCarcinoma
- Lebergewebe: Zellgrenzen gut sichtbar - viele Zellkerne möglich - sekretartiger Aufbau mit Portalfeld

- Grobtropfige Verfettung der Leberepithelien
- ASH NASH (Non) Alk SteatoHepatitis oder so
- Faservermehrung: Retikulär, keine Septen am Anfang
- Councilman = apoptotischer Hepatozyt bei allen Lebererkrankungen mit kypnotischem Zellkern und eosinophilem Plasma
- Mellory-Body: krasses Zeug, große Zelle mit Hirschgeweih (Zytoskelett) gefüllt, unruhiges Plasma → auch nicht beweisend für Alkanamnese, wieder bei verschiedenen Erkrankungen wo es das gibt
- Graduierung über Fettropfenmenge, so 70% möglich oder auch 20% (untere Schwelle) über 50% oder 70% Fettleber, davor Verfettung
- ASH und NASH nur klinisch zu unterscheiden
- HCC: Hepatozytenähnlicher Krebs (Kerne zentral)
- CRC (Colorektal): Nekrosen voranden, Zellkerne flach bzw. spitz
- Intestinale Metastase: Unruhiger irgendwie

1.8. Polypen.

- wenn man zwei entartete Zytten findet ist das ein Beweis für eine FAP
- ansonsten keine Unterschiede mikroskopisch
- attenuierte Form: mind 100 Stück oder so

1.9. Nieren.

- es gibt autosomal dominante und rezessive Zystennieren irgendwie
- IGCCCG: Risikoklassifikation für irgendwas malignes an der Niere

1.10. Keimzeit.

- Klassifikation nach WHO
- Keimzell: Seminome & Nicht-Seminome
- außerdem gibt es nicht-nur-Keimzell-Tumoren bei den nicht-Seminomen, also z.B. mit Dottersack, Embryonal & Teratom auf einmal
- Seminom histologisch, schön ruhiges Bild mit fetten Keimzellen, dazwischen liegen Lymphos
- Embryonales Karzinom: CD30 der Marker

1.11. Herz.

- beim Aneurysma spurium ist eine intakte Adventitia nicht zwingend (anders als Lehrbuch und Wikipedia), aber dennoch typisch -

Hämatom kann durchaus die Adventitia überschreiten → Wikipediartitel ergänzen ..in der praxis..

- Spuriem: Typische Seldinger-Komplikation

1.12. **Immu.**

- Kaposi: ausgehend von den Lymphgefäßen laut Pathologen, ausgehend von Blutgefäßen laut Dermatologen

1.13. **Hodgkin.**

- Non: B & T-Zeller
- reife sind niedrig maligne
- unreife sind hochmaligne

- B: follikulär und diffus großzellig
- Hodgkin-Histo: einzelne auffallende Zellen verteilt mit großem Zellkern mit großem eosinophilen Nukleolus, Zytoplasma dennoch breit
- Non-Hodgkin: haufen von Zellen
- Hodgkin wächst eher knotig mit Fasern dazwischen (variabel aber)
- Ort: Mediastinale Lymphknoten

1.14. **Sarko.**

- mehrkernige Riesenzellen
- Konfluenz
- Sklerosierung
- no cheese