

3.1 DERMATOPATHOLOGIE

W. Segal, I. Jester, S. Regauer

PRÄPARATEARTEN

- Stanzbiopsien
- Incisionsbiopsien
- Excisionsbiopsien
- Material nach Abschabung
- Material nach Reduktionsplastiken

MAKROBESCHREIBUNG

Die sorgfältige Makrobeschreibung von frisch (zur intraoperativen GS-Diagnostik) oder fixiert eingesandten Präparaten liegt in der Verantwortung des Pathologen und ist ein integraler Bestandteil des Befundes. Die dabei erhobenen Befunde sind in der Folge häufig nicht mehr reproduzierbar, besitzen erhebliche Bedeutung für die Diagnosefindung und sind u.U. von forensischer Wichtigkeit.

Folgende Details sollen im Befund enthalten sein:

- Die **Entnahmestelle** - topographischer Aspekt entsprechend der klinischen Mitteilung.
- **Präparatqualität** ; ob nativ oder fixiert eingesandt.
- **Präparateform** und **Präparatbegrenzung**.
- **Präparatdurchmesser** in drei Dimensionen.
- Beschreibung von **Markierungen** oder bestehenden Orientierungshilfen
- Beschreibung und Quantifizierung von **Läsionen** wie Ulcus oder Tumordurchmesser. Bezug dieser Läsionen zu normalem Gewebe, auch in topographischer Zuordnung zu bestimmten Schichten der Haut.
- Bezug dieser Läsionen zu **Präparatrandabschnitten**, minimaler Abstand.
- **Farbmarkierung** der lateralen und basalen Präparatrandzonen (z.B. Tuschemarkierung nach Trocknung) bei Vorliegen von Neoplasien.

FIXIERUNG DES MATERIALS

Routinemäßig soll Material rasch in 10%-iger Formaldehydlösung fixiert werden, die mit Phosphatpuffer auf PH 7,2 eingestellt ist. Die Menge an Formalin sollte das zehnbis zwanzigfache des Probenvolumens betragen, eine Minimaldauer von 8 Stunden für den Fixiervorgang ist zu empfehlen. Die Indikationen für eine GS-Untersuchung (bei tumorverdächtigen Läsionen, z.B. malignes Melanom bzw. Tumorrandsbiopsien)

sollten vereinbart sein. Bezüglich der Problematik und Treffsicherheit von Schnellschnittuntersuchungen sind vorab Informationen auszutauschen.

ZUSCHNEIDETECHNIK-SCHNITTRICHTUNGEN

- **Stanzbiopsien**
Im Gesamten einbetten, je nach Fragestellung Aufarbeitung in Stufen- oder Serienschneidetechnik.
- **Incisions- bzw. Excisionsbiopsien**
Grundsätzlich sind Querschnitte anzulegen, um den Abstand Tumor-Excisionsrand beurteilen zu können. Die Aufarbeitung in 4 bis 5 mm dicken Gewebescheiben mit Nummerierung derselben ist grundsätzlich zu empfehlen.

FÄRBUNG DER PRÄPARATE

- Routinemäßige Standardfärbung erfolgt mit **Hämatoxylin-Eosin**.
- **PAS-Reaktion:** Zur Darstellung von Glykogen- bzw. neutralen Mukopolysacchariden. Spezielle Fragestellungen z.B. zum Nachweis von Pilzen, Basalmembranen etc.
- **Alcianblau-Reaktion:** Zum Nachweis saurer Mukopolysaccharide bei speziellen Fragestellungen.
- **Giemsa-Färbung:** Zum Nachweis von Mastzellen, von Leishmanien etc.
- **Elastica-van Gieson:** Zum Nachweis von elastischen Fasern (z.B. Sklerodermie, Granuloma anulare, Elastofibroma dorsi).
- **Silberfärbungen:** Fontana-Masson zum Melaninnachweis, Grocottfärbung zum Pilznachweis.
- **ZN-Färbung:** Zum Nachweis von Mykobakterien.
- Alkoholische **Kongorot-Färbung:** Bei Verdacht auf Amyloidose.

POLARISATIONSOPTISCHE UNTERSUCHUNG

Zum Nachweis doppeltlichtbrechender Fremdkörpersubstanzen, von Urat-Kristallen, von Amyloid und bestimmten, doppeltlichtbrechenden Lipideinlagerungen.

DIREKTE IMMUNFLOURESCENZUNTERSUCHUNGEN

Typische Indikation bei immunmedierten vesiculo-bullösen Erkrankungen, bei Lupus erythematodes und bei leukozytoklastischer Vasculitis.

IMMUNHISTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

Standardgemäß mit einer Palette von am Paraffinschnitt verwendbaren Antikörpern, im besonderen in der Abklärung von Tumorerkrankungen mit Einschluss maligner Lymphome.

BEFUNDBERICHT

Die Befundbeschreibung soll so erfolgen, dass sie auch für einen an pathohistologischen Befunden interessierten Dermatologen nachvollziehbar ist. Dies bedingt eine Detailbeschreibung, welche insbesondere bei der Beurteilung entzündlicher Hauterkrankungen in der Differentialdiagnose schlüssig verwertbar ist. Die Diagnose sollte eindeutig sein, oder ein Spektrum möglicher Differentialdiagnosen beinhalten, die auf eingebrachte anamnestische Daten bzw. klinischen Befund Bezug nehmen. Es empfiehlt sich hier im besonderen ein enger Kontakt mit den klinischen KollegInnen.


STANDARDISIERTE BEURTEILUNG BEIM MALIGNEN MELANOM


Es ist Standard, in der Befundung von malignen Melanomen neben den Stagingkriterien der UICC auch die Invasionstiefe nach Clark anzugeben. Zudem muss eine Messung der vertikalen Tumordicke am histologischen Präparat nach Breslow erfolgen. Hier ist als oberstes Messniveau die obere Grenze des Stratum granulosum der Epidermis, bei ulzerierten Melanomen die Ulcusbasis anzunehmen. Unteres Messniveau ist der tiefste Punkt der Tumorinvasion (excl. von Zellen eines präexistenten Naevuszell-Naevus). Relativiert wird diese Aussage durch bestehende Regression, was gesondert zu vermerken ist. Zusätzlich anzugeben ist das Vorkommen von Satellitenmetastasen bzw. In-transit-Metastasen. Zur Diagnose eines malignen Melanoms ist auch der Melanomtyp nach ICD-O anzugeben.


LITERATUR


 LEVERS´S Histopathology of the skin


Elder, D.
Lippincott-Raven 1997


 Surgical Pathology dissection
Hruban, R.H.al.
Springer 1996


 Laboratory Methods in Histotechnology
Prophet, E.,B.
AFIP 1992


 Manual of Histologic Staining Methods of the AFIP
Luria, LG
American Registry of Pathology 1968


 Principals and Technics of Surgical Pathology
Schmidt, W.A.
Eddison-Wesley Publishing Comp. 1983

 Die intraoperative Schnellschnittuntersuchung
Hermanek, P., Bünte, H.
Urban&Schwarzenberg 1972

 Pathohistologische Begutachtung von Tumoren
Hermanek P., perimed Fachbuch-Verlagsgesellschaft m.b.H. 1983

 AFIP – Atlas of Tumor Pathology: Non-Melanocytic Tumors of the Skin
G. Murphy, D. Elder, 1990

 AFIP – Atlas of Tumor Pathology: Melanocytic Tumors of the Skin
G. Murphy, D. Elder, 1990

 WHO: Histological Typing of Skin Tumours
P. Heenan, D. Elder, L. Sobin, 1996