Case description

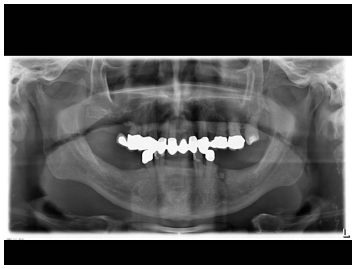
Ein **39-jähriger Patient** stellt sich wegen Brennen und Schmerzen im linken Bereich der Zunge erstmalig in Ihrer Praxis vor. Die Symptome bestünden seit etwa drei Wochen. Ihre Fragen nach anderen Erkrankungen oder Medikamenteneinnahmen werden von dem Patienten verneint.

This document was downloaded from vivocase.com

Imagery

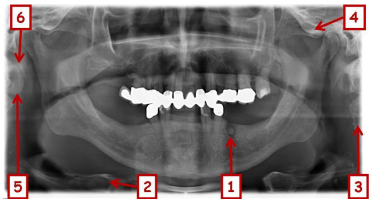
Makroskopie - intraoral präoperativ

Makroskopie - 1- Präoperatives Bild 1



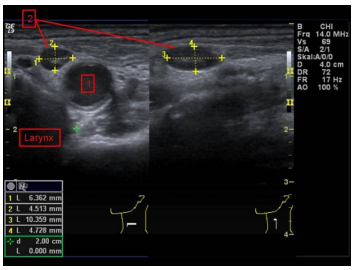
Bildgebung - OPAN präoperativ

Bildgebung - OPAN (ohne Nummerierung)



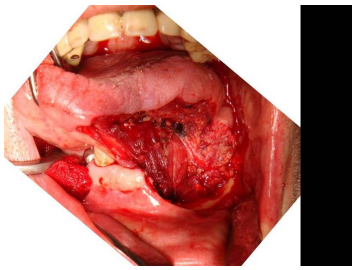
Bildgebung - OPAN präoperativ nummeriert

Bildgebung - OPAN (mit Nummerierung)



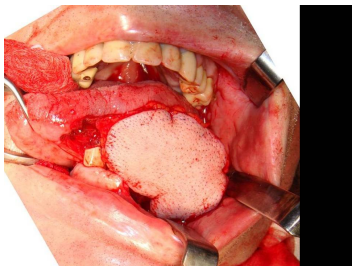
Bildgebung - Sonografie präoperativ

Bildgebung - Sonografie



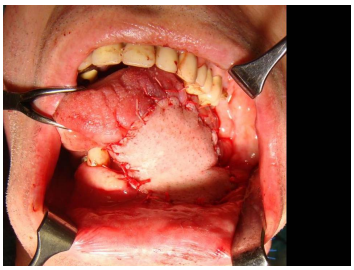
Makroskopie - intraoperativ

Makroskopie - 2- Intraoperatives Bild 1



Makroskopie - intraoperativ

Makroskopie - 2- Intraoperatives Bild 2



Makroskopie - intraoperativ

Makroskopie - 2- Intraoperatives Bild 3

Makroskopie - 3 Monate postoperativ

Makroskopie - 3- Postoperatives Bild (3

M(...)

Questions about the case

1. Welche Aussage des Patienten passt zu dem Befund, der sich Ihnen bei der intraoralen Inspektion zeigt?

    A. Nach einem Faustschlag vor 3 Wochen habe ich zunehmend Schmerzen.

    B. Ich rauche seit meinem 14. Lebensjahr und trinke zur Zeit ca. 0,5l Bier am Tag.

    C. Zur gleichen Zeit habe ich Blutbeimengungen im Stuhl bemerkt.

    D. Ich habe seit über 10 Jahren einen Knubbel an der Zunge, der jetzt auf einmal schmerzt.

    E. Vor 3 Wochen hatte ich eine geschwollene Wange und Fieber, seitdem tut mir die Zunge weh.

2. Wie gehen Sie jetzt vor?

    A. Sie entnehmen sofort eine Schnittbiopsie zur weiteren Abklärung.

    B. Sie empfehlen 2 Wochen Prothesenkarenz, verschreiben ein schmerzlinderndes Mundgel und bestellen den Patienten in 2 Wochen wieder ein.

    C. Sie beruhigen den Patienten, weil es keinen Karzinomnachweis gibt, und verschreiben ein Schmerzmittel.

    D. Sie kontrollieren die Dysplasie in einem Jahr mit erneuter Bürstenbiopsie.

    E. Sie überweisen den Patienten zum weiterbehandelnden MKG-Chirurgen bzw. in eine Fachklinik, damit sich der klinische Eindruck nicht verändert.

3. Welche weiterführende Diagnostik ist am sinnvollsten, wenn Sie am Hals dieses Patienten eine Raumforderung tasten können?

    A. Magnet-Resonanz-Tomografie (MRT) von Kopf & Hals und Skelettszintigraphie

    B. Computertomografie (CT) von Kopf & Hals und Orthopantomogramm (OPAN)

    C. Sonografie des Halses und CT von Kopf & Hals

    D. OPAN und Röntgen der Nasennebenhöhlen

    E. CT von Hals & Thorax und Abdomensonografie

4. Bei welchem Befund liegt ein erhöhtes Risiko für eine Transformation einer präkanzerösen Läsion vor?

    A. Multiple intraorale Fibrome

    B. Homogene Leukoplakie

    C. Koinfektion mit Candida

    D. Anamnese für Allergien

    E. Gemeinsames Auftreten mit Risikofaktoren (z.B. Nikotinabusus)

5. Welche wäre die Therapie der Wahl bei einem Patienten mit bestätigtem Verdacht auf ein Plattenepithelkarzinom?

    A. Exzision und plastische Deckung

    B. Lokale Strahlentherapie inklusive Strahlentherapie der Lympabflusswege

    C. Systemische Chemotherapie

    D. Radikale Resektion mit Schnittrandkontrolle, Neck dissection und möglichst sofortiger Rekonstruktion mit Eigengewebe

    E. Radikale Resektion mit Schnittrandkontrolle, Neck dissection und möglichst sofortiger Rekonstruktion mit alloplastischem Gewebeersatz

6. Was folgern Sie daraus für die anschließende Therapie?

    A. Da es sich um eine R0-Resektion handelt, sollte eine Nachresektion erfolgen.

    B. Es ist keine weitere Therapie außer der regelmäßigen Tumornachsorge notwendig.

    C. Da es sich bei pT2 um einen kleinen Tumor handelt, ist keine Nachbehandlung notwendig.

    D. Ein alleinige adjuvante Chemotherapie wird bei pN2a, G2 immer empfohlen.

    E. Da Lymphknoten befallen sind, sollte eine adjuvante Strahlentherapie eingeleitet werden.

Diagnosis of the case

V.a. Plattenepithelkarzinom des linken Zungenrandes und Leukoplakie des seitlichen Mundbodens.

Präoperative bioptische Diagnose: Plattenepithelkarzinom (G2)

Postoperative histopathologische Diagnose: Plattenepithelkarzinom (TNM-Klassifikation nach UICC 2010: pT2, pN2a, cM0, G2, L0, V0, R0)

Diagnosis - ICD10

Chapter	ICD-10	Diagnosis	In picture	Comment
II. Neubildungen	C02.3	Bösartige Neubildung des beweglichen Zungenteils	TBD	TBD
II. Neubildungen	C02.9	Bösartige Neubildung der Zunge	TBD	TBD
II. Neubildungen	C04.9	Bösartige Neubildung des Mundbodens	TBD	TBD
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	K13.2	Erythroplakie der Zunge	TBD	TBD
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	K14.6	Glossalgie	TBD	TBD

Correct answers to the questions

1. (B), 2. (E), 3. (C), 4. (C), 5. (D), 6. (E),

Questions about the case with comments

A. Eine traumatische Anamnese ist nicht typisch für diese Veränderungen. Selten können solche Veränderugen aber dadurch entdeckt werden.

C. Blut im Stuhl kann bei zahlreichen Krankheitsbildern auftreten, ist jedoch nicht typisch für die vorliegende Erkrankung.

D. Da es sich in diesem Fall vermutlich um eine maligne Veränderung handelt, ist eine ausgedehnte langjährige Anamnese eher untypisch.

E. Diese Aussage deutet auf ein Infektgeschehen hin. Es kann sich bei großen Tumoren um eine Superinfektion handeln oder Folge der schlechten Mundhygiene (Karies --> Abszess) sein. Die geziegte Veränderung ist jedoch nicht superinfiziert.

A. Eine Schnittbiopsie ist notwendig, allerdings kann sie zur Veränderung des klinischen Eindruckes führen.

B. Bei Nachweis von schwerern Dysplasien genügt dies auf keinen Fall!

C. Die mit der Bürste erfassten Zellen deuten auf eine schwere Dysplasie hin, so dass mit hoher Wahrscheinlichkeit im übrigen veränderten Gewebe bereits ein invasives Karzinom entstanden ist.

D. Bei einem Nachweis von schweren Dysplasien genügt dies auf keinen Fall!

E. Dies ist die beste Option.

A. Eine Skelettszintigraphie ist nicht notwendig, da sie nur zu einer unspezifischen Anreicherung im Kiefer führt, wenn der Kiefer infiltriert ist. Bei Lymphknoten hilft dies nicht weiter.

B. Die CT und die OPAN-Aufnahme wären bei bei der Beurteilung knöcherner Infiltrationen hilfreich.

C. Für die Abklärung der Halslymphknoten ist der Ultraschall der CT an Sensitivität und Spezifität überlegen. Die CT kann zusätzliche Hinweise auf knöcherne Infiltrationen geben.

D. Bei der Diagnose metastatisch befallener Lymphknoten helfen Röntgenbilder nicht weiter, da in Röntgenaufnahmen Weichgewebe vergleichsweise nur sehr schlecht dargestellt wird.

E. Diese Untersuchungen können bei hämatogenem Metastasenverdacht indiziert sein. Hier gilt es aber den Befall von Lymphknoten am Hals abzuklären.

A. Multiples Auftreten von Leukoplakien wäre richtig.

B. Nicht die homogene Leukoplakie ist gefährlich sondern die inhomogene oder die Erythroleukoplakie.

C. Diese wird auch als Candida-Leukoplakie bezeichnet.

D. Eine Anamnese für andere maligne Tumoren wäre richtig.

E. Das Auftreten OHNE Risikofaktor würde das Risiko erhöhen!

A. Eine alleinige Exzision reicht nicht aus.

B. Eine alleinige Strahlentherapie wäre nicht Therapie der Wahl, kann aber bei multimorbiden inoperablen Patienten erwogen werden.

C. Eine alleinige Chemotherapie wäre nicht die Therapie der Wahl. Sie kann aber bei multimorbiden inoperablen Patienten evtl. erwogen werden. Palttenepithelkarzinome des Mundes sprechen aber auch auf eine Chemotherapie nicht gut an.

E. Der Gewebeersatz mit Eigengewebe ist dem alloplastischen Gewebeersatz vorzuziehen.

A. Eine R0-Resektion bedeutet, dass mikroskopisch alle chirugischen Ränder tumorfrei sind.

C. Auch bei kleinen Tumoren muss ein Tumorrecall zunächst monatlich erfolgen.

D. Die alleinige Chemotherapie ist nicht Mittel der adjuvanten Therapie.

E. pN2a ist hier ausschlaggebend für die genannte weitere Behandlung.