Case description

Ein **65-jähriger Patient** stellt sich in einer Praxis wegen einer weißlichen Veränderung am Zungenrand vor. Schmerzen bestünden keine. Er macht auf Sie einen abgemagerten Eindruck und riecht stark nach Zigarettenrauch.

Imagery



Makroskopie - präoperativ

ZMK-2010-WS-Woche-17-Makroskopie-praeope(...)



Bildgebung - OPAN präoperativ

ZMK-2010-WS-Woche-17-praeoperativ-OPAN-0(...)

Questions about the case

1. Wie würden Sie die Läsion am linken Zungenrand vor einer eingehenden Untersuchung beschreiben?

    A. Weißliche, endophytisch wachsende Läsion

    B. Dichter Candidabefall

    C. Weißliche, nicht abwischbare Läsion

    D. Weißliche, leicht erhabene Läsion

    E. Weißliche, verhärtete, verruköse Läsion

2. Welche Therapie würden Sie vorschlagen?

    A. Stationäre Aufnahme und i.v.-Gabe von Fluconazol

    B. Amphotericin B Lutschtabletten

    C. Chlorhexidin-Mundspüllösung

    D. Inhalatives Kortison

    E. Antibiose mit Tetracyclin

3. Welche Risikofaktoren/Risikoerkrankungen für eine Candidainfektion kennen Sie?

    A. Schmerzmittelkonsum (NSAR)

    B. Gute Mundhygiene

    C. Tumorerkrankung

    D. Diabetes insipidus

    E. Alle Antworten sind richtig.

4. Sie fertigen eine OPAN-Aufnahme an. Wie lautet Ihre Diagnose?

    A. Globulomaxilläre Zyste regio 24

    B. Subluxation des linken Kiefergelenkes

    C. Radikuläre Zyste 35

    D. Amalgamfüllungen aller Molaren

    E. Wurzelrest regio 28

5. Eine durchgeführte Biopsie ergibt die Diagnose: verruköses Plattenepithelkarzinom (Carcinoma in situ). Welche der nachfolgenden Zuordnungen der TNM-Klassifikation der Zungentumoren ist nicht richtig?

    A. pT3: Tumor im Durchmesser größer als 4 cm

    B. cM1: Fernmetastasen vorhanden

    C. pT1: Tumorgröße bis zu 2 cm im Durchmesser

    D. pN0: Lymphknotenstatus nicht beurteilbar

    E. cN3: Lymphknotenmetastasen in einem oder mehreren regionären Lymphknoten (über 6 cm im Durchmesser)

6. Welche Aussage zum verrukösen Plattenepithelkarzinom trifft nicht zu?

    A. Es ist gekennzeichnet durch eine sehr schnelle Wachstumstendenz.

    B. Es imponiert klinisch als exophytisch wachsender, verruköser und meist breitflächiger Tumor.

    C. Es ist ein Tumor des höheren Lebensalters.

    D. Es wird auch Ackermanntumor genannt und hat nur eine späte Tendenz zur lokalen Invasion.

    E. Es metastasiert sehr selten.

7. Welches ist die Therapie der Wahl bei einem bioptisch histologisch gesicherten verrukösen Plattenepithelkarzinom (Carcinoma in situ)?

   A. Exzisionsbiopsie, da es sich um ein Carzinoma in situ handelt.

   B. Alleinige Strahlentherapie

   C. Lokale Resektion mit gleichzeitiger intraoperativer Schnellschnittdiagnostik

   D. Die CO2-Laserresektion mit dem Vorteil der genauen Schnittranddiagnostik

   E. Radikale Resektion und radikale Neck-Dissection auf der betroffenen Seite

Diagnosis of the case

Verruköses Plattenepithelkarzinom (Ackerman-Tumor) des linken Zungenrandes bzw. Anteile einer verrukösen Hyperplasie

Nebenbefundlich: schlechte Mundhygiene, Parodontitis marginalis profunda, Wurzelrest 28, Karies 47 und Oberkieferfrontzähne.

Diagnosis - ICD10

Chapter	ICD-10	Diagnosis	In picture	Comment
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	B37.0	Aphthöser Soor	TBD	TBD
II. Neubildungen	C02.9	Bösartige Neubildung der Zunge	TBD	TBD

Correct answers to the questions

1. (D), 2. (B), 3. (C), 4. (E), 5. (D), 6. (A), 7. (C),

Questions about the case with comments

A. Die Läsion stellt sich eher expohytisch wachsend dar.

B. Hierbei handelt es sich bereits um eine Diagnose, die alleine aus der Betrachtung des Bildes nicht ableitbar ist.

C. Die Eigenschaft „abwischbar“ ist alleine aus der Betrachtung des Bildes nicht ableitbar.

E. Die Eigenschaft „verhärtet“ ist alleine aus der Betrachtung des Bildes nicht ableitbar.

A. Eine stationäre Therapie ist bei einem lokalen Befall nicht notwendig, wenn keine anderen Risikofaktoren oder Begleiterkrankungen vorliegen (z.B. Immunschwäche).

C. Dies würde eine Superinfektion mit Bakterien evtl. verhindern, den Candidabefall jedoch nicht bekämpfen.

D. Gerade eine inhalative Kortison-Therapie stellt selbst einen Risikofaktor für eine Candidabesiedlung dar.

E. Eine antibiotische Therapie könnte den Candidabefall sogar noch verstärken.

A. Medikamente wie Antibiotika, Cortison und Mundtrockenheit hervorrufende Medikamente (z.B. Psychopharmaka, Neuroleptika) können einen Candidabefall begünstigen.

B. Schlechte Mundhygiene korreliert oft mit Pilzinfektionen.

C. Vor allem konsumierende Tumorerkrankungen sind ein Risikofaktor für einen Candidabefall.

D. Diabetes mellitus stellt einen Risikofaktor für den Befall von Candida albicans dar. Diabetes insipidus ist eine Erkrankung, bei der der ADH-Haushalt gestört ist.

A. Diese Zyste liegt zwischen dem seitlichen Schneidezahn und dem Eckzahn des Oberkiefers (regio 12-13 oder 22-23).

B. Dies lässt sich anhand dieses OPANs nicht nachvollziehen. Dazu wäre eine eine „Kiefergelenk-spezial-Aufnahme“ notwendig.

C. Zahn 35 fehlt, es kann also nur eine radikuläre Residualzyste sein. Die Lokalisation ist aber eher apikal am Zahn 34, jedoch ohne direkten Bezug zum PA-Spalt.

D. Es sind zwar metalldichte Verschattungen erkennbar, es muss sich hierbei aber nicht um Amalgamfüllungen handeln.

A. Es wächst über Jahre.

B. Der Tumor wächst relativ oberflächlich, aber ausgedehnt über die Haut- oder Schleimhautoberfläche. Er ist gekennzeichnet durch eine zottige oder warzenartige, zerklüftete Oberfläche, die aufgrund der Keratinproduktion ein graues oder weißliches Aussehen hat.

C. Das Durchschnittsalter liegt bei ca. 60 Jahren.

D. Wenn der Tumor oberflächlich sehr ausgebreitet ist, wächst er in die Tiefe und kann durch die Mandibula oder, ausgehend von der bukkalen Mukosa, durch die Wange wachsen und die Haut infiltrieren.

E. Obwohl der Tumor bis in unmittelbare Nachbarschaft von Lymphknoten wachsen kann, wächst er um sie herum, anstatt lymphogen zu metastasieren. Große, stark infizierte Läsionen haben häufig eine entzündlich bedingte Vergrößerung der regionalen Lymphknoten zur Folge. Dadurch werden klinisch LK-Metastasen vorgetäuscht. Fernmetastasen bei Lokalisation im Kopf-Hals-Bereich wurden noch nie beobachtet.

A. Bei einer Biopsie wird nicht das ganze Gewebe erfasst, so dass ein invasives Karzinom letztlich nicht ausgeschlossen werden kann und deswegen die Läsion insgesamt unter Schnittrandkontrolle entfernt werden sollte. Beachten Sie, dass alle Karzinome mit einem Sicherheitsabstand entfernt werden müssen.

B. Aufgrund der guten Differenzierung des Tumors spricht er nicht gut auf Bestrahlung an.

C. Eine lokale Resektion mit Schnellschnittdiagnostik ist die Therapie der Wahl, da die Ränder genau beurteilt werden können und die Resektion den Tumorausmaßen angepasst werden kann.

D. Die Ränder nach Laserresektion sind 'verbrannt' und nicht gut zu beurteilen. Diese Methode wird gerne eingesetzt, um Blutungen zu minimieren.

E. Eine radikale Neck-Dissection ist aufgrund der seltenen lymphogenen Metastasierung nicht notwendig. Bei einem Carzinoma in situ geht man außerdem von einer intakten Basalmembran aus, weshalb eine Metastasierung ohnehin weitestgehend ausgeschlossen werden kann.