

Herrn Univ.-Professor  
Dr. med. Peter Albers  
Direktor der Urologischen  
Universitätsklinik

Eing.: 20.04.2012 E.-Nr.: H 11525-12

Patientin / Patient  
Name: Shuyskiy  
Vorname: Feliks  
Geb.-Datum: 29.10.1937  
Material: Prostata

Düsseldorf, den 25.04.2012

ZAU/BRA/SCI

Vorbefunde: H11432-12 H11409-12  
Untersuchungsergebnis und Begutachtung befko002

Eingesandt wurde eine 58 g schwere, 5,5 x 4 x 3,7 cm große Prostata mit rechtsseitig anhängender, 2,7 x 1,8 x 0,5 cm großer Samenblase sowie dem 3 cm langen und 0,5 cm im Durchmesser großen Ductus deferens. Linksseitig anhängend die 3 x 1,5 x 0,5 cm große Samenblase sowie der 3 cm lange und 0,5 cm im Durchmesser große Ductus deferens.

- a. Rechte Ductus deferens-Absetzung.
- b. Linke Ductus deferens-Absetzung.
- c. Rechte Samenblase.
- d. Linke Samenblase.

Prostatagewicht ohne Samenblasen: 50 Gramm.

- e. Rechte Samenblaseninsertionsstelle.
- f. Linke Samenblaseninsertionsstelle.
- g. Rechte vesikale Absetzung.
- h. Linke vesikale Absetzung.
- i. Rechte apikale Absetzung.
- j. Linke apikale Absetzung.

die übrige Prostata wird von vesikal nach apikal lamelliert und vollständig eingebettet.

- k. Rechte Prostatahälfte.
- l. Die linke Prostatahälfte.

Auf lamellierten Schnittflächen das Prostataparenchym knotig und insbesondere im Bereich des rechten Prostatalappens im Kapselbereich diffus gelblich verdichtet.

Histologisch erkennt man:

- a. Ductus deferens mit regelrecht auskleidendem Zylinderepithel. Das Epithel teils abgeschilfert. Die angrenzende Wandmuskulatur regelrecht. Keine atypischen Infiltrate.
- b. Auch hier Querschnitt des Ductus deferens mit regelrechtem, teils deutlich abgeschilferten Epithel und Konkrementen im Lumen. Die angrenzende Wandschicht regelrecht. Keine Atypien.
- c. Die Samenblase mit deutlich abgeschilferten Epithel, welches im Lumen liegt. In der angrenzenden organoid aufgebauten Wandschicht organoid aufgebaute Nervenfasern. Keine Atypien.
- d. Auch hier die Samenblasen mit regelrecht auskleidendem Epithel. Die angrenzenden Wandschichten regelrecht. Das Gewebe teils deutlich eingebuchtet. Keine Atypien.
- e.+f. Anteile der organoid aufgebauten Samenblase mit regelrecht ausklei-

dendem Zylinderepithel mit deutlichem Lipofuszinpigment mit Übergang zur Prostata mit organoid aufgebauten Drüsen und umgebendem fibromuskulärem Prostatastroma. Des Weiteren umschrieben kleinlumige Prostatadrüsen mit Drüsen Rücken an Rücken gelagert. Die Kerne mit vesikulärem Chromatin. Es zeigen sich deutliche Nukleoli. Die atypischen Drüsen mit Infiltration von Perineuralscheiden. Teils die Drüsen fusionierend. Die atypischen Drüsen reichen über 0,1 cm in den schwarz getuschten Rand hinein. Abstand zum blau getuschten Rand < 0,1 cm.

g. Fibromuskuläres Prostataparenchym mit organoid aufgebauten teils zystisch erweiterten Prostatadrüsen. Keine Atypien.

h. Fibromuskuläres Prostatastroma sowie angrenzendes reifzelliges univakuoläres Fettgewebe mit umschrieben organoid aufgebauten Drüsen. Es zeigt sich ein geringes lymphoplasmazelluläres Entzündungsinfiltrat.

i. Prostataparenchym mit ausgedehnten Formationen eines kleinlumigen teils fusionieren Tumors. Die Kerne vergrößert mit vesikulärem Chromatin und deutlichen Nukleoli. Die Kerne infiltrieren Perineuralscheiden. Die Tumorzellen reichen bis in den schwarz getuschten Rand hinein. Umschrieben Drüsen mit geringem cribriformem Wachstumsmuster.

j. Fibromuskuläres Prostataparenchym mit organoid aufgebautem teils zystisch erweiterten Drüsen. Teils die Drüsen gering atroph. Umschrieben auch hier Formationen des beschriebenen Tumors. Die Tumorzellen reichen bis unmittelbar an den blau getuschten Rand heran.

k1.-k9. Fibromuskuläres Prostataparenchym mit organoid aufgebauten Drüsen, diese teils gering atroph, teils zystisch erweitert. Partiiell zeigt sich ein geringes umgebendes lymphoplasmazelluläres Entzündungsinfiltrat. Die miterfasste Urethra von regelrechtem Urothel ausgekleidet. Auch hier Formationen eines kleindrüsigen Tumors. Die Drüsen liegen Rücken an Rücken. Die Kerne vergrößert mit vesikulärem Chromatin und deutlichen Nucleoli. Partiiell die Drüsen fusionierend. Partiiell kommt es zu einem dissoziativen Wachstumsmuster. Auch hier Nachweis von Perineuralscheideninfiltration. Die Tumorzellen infiltrieren bis in das periprostatiche Fettgewebe. Nachweis von Blutgefäßinfiltration. Tumorzellen reichen über eine Länge von 0,5 cm in den schwarz getuschten Rand hinein.

l1.-l9. Fibromuskuläres Prostataparenchym mit organoid aufgebauten Drüsen. Diese teils zystisch erweitert, teils rupturiert mit Nekrose im Lumen. Teils die Drüsen atroph. Es zeigt sich ein geringes lymphoplasmazelluläres begleitendes Entzündungsinfiltrat. Umschrieben regelrechtes Urothel. Teils die Drüsen gering cribriform. Umschrieben auch hier Formationen eines kleindrüsigen wachsenden Tumors. Die Drüsen liegen Rücken an Rücken mit vergrößerten Kernen und vesikulärem Chromatin. Es zeigen sich deutliche Nucleoli. Die Drüsen infiltrieren Perineuralscheiden. In der Umgebung Drüsen mit cribriformem Wachstumsmuster mit noch erhaltener Basalmembran mit teils deutlichen Kernatypien. Teils die Drüsen mit fusionierendem und dissoziativem Wachstumsmuster. Tumorzellen reichen bis <0,1 cm an den blau getuschten Rand heran.

#### Kritische Wertung

Prostatektomiepräparat mit einem im Bereich beider Seitenlappen lokalisierten azinären Adenokarzinom der Prostata mit extrakapsulärer Ausbreitung und an zwei Stellen lokalisierter Infiltration des rechten seitlichen Absetzungsrandes über eine Länge von 0,1 bzw. 0,5 cm (Gleason-pattern hier 4 + 3 = 7).

Darüber hinaus ausgedehnte Perineuralscheideninfiltration.

Tumorfremie linksseitige seitliche Absetzung (jedoch reichen Tumorzellen

fokal bis < 0,1 cm an die Absetzung heran).  
Tumorfremie vesikale Absetzung beidseits.

Tumorfremie linksseitige apikale Absetzung (jedoch reichen Ausläufer des Karzinoms bis unmittelbar an die Absetzung heran).  
Rechter apikaler Präparaterand mit Infiltration des azinären Adenokarzinoms,  
vgl. jedoch auch gesondert übersandte Harnröhrenabsetzung ventral und dorsal (H 11432/12).

Tumorfremie Samenblasen beidseits.  
Tumorfremie Ductus deferens-Absetzung beidseits.

Darüber hinaus ausgeprägte multifokale high grade-PIN, betont im linken Seitenlappen.

Kurzklassifikation gemäß der UICC (in Zusammenschau mit unseren Vorbefunden H 11432-12, H 11409-12 und H 11408-12):

mind. pT3a pN0(0/7) L0 V0 Pn1 R1 (rechtsseitige seitliche Absetzung)

Gleason-Score: 4 + 4 = 8 (fokal pattern 5 < 5%)

OA Dr. med. S. Braunstein