

20 Jahre Karunkeltumore an einer Universitäts-Augenklinik: Eine klinisch-pathologische Korrelation

Amelie C. Clemens, Karin U. Loeffler, Frank G. Holz, Martina C. Herwig-Carl

Universitäts-Augenklinik Bonn, Universität Bonn

Amelie.Clemens@ukbonn.de



UNIVERSITÄTS
AUGENKLINIK BONN

UNIVERSITÄT BONN

Hintergrund

- Die Karunkel unterscheidet sich von der Bindehaut und Plica durch das Vorhandensein eines mehrschichtigen teils verhornenden Plattenepithels sowie zahlreiche Hautanhangsgebilde (Haarfollikel, Talgdrüsen, akzessorische Tränendrüsen).
- Die Karunkel weist ein großes Spektrum an benignen und malignen Veränderungen auf.

Methodik

- Retrospektive Untersuchung der von 1998 bis 2018 exzidierten Karunkeltumore an der Universitätsaugenklinik Bonn.
- Korrelation der klinischen und histopathologischen Befunde (Hämatoxylin-Eosin-Färbung [HE] und Perjodsäure-Schiff-Reaktion [PAS], Abb. 1-10).

Abb. 1: Verteilung Anzahl und Geschlecht

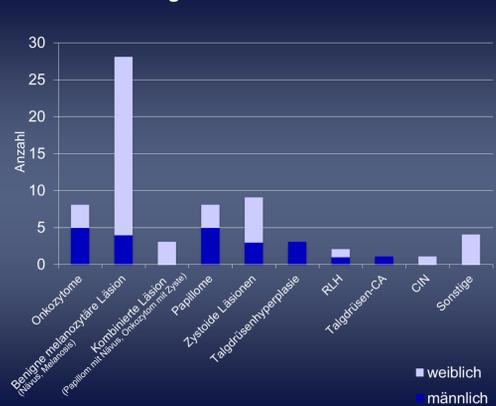


Abb. 2: Verteilung Alter

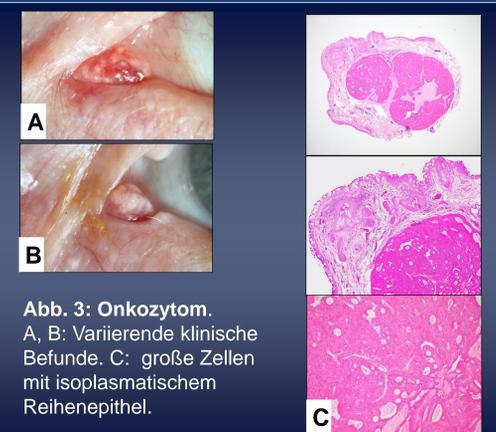
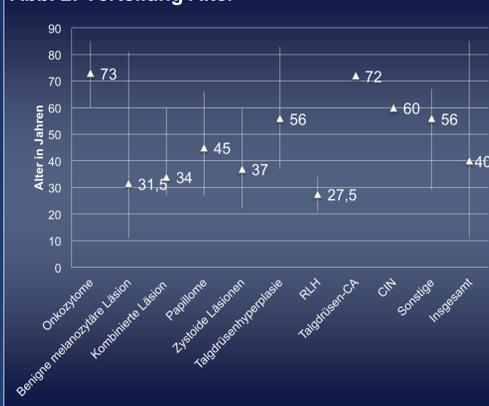


Abb. 3: Onkozytom. A, B: Variierende klinische Befunde. C: große Zellen mit isoplasmatischem Reihenepithel.

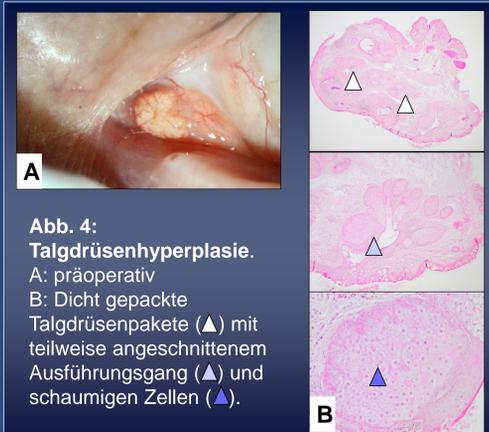


Abb. 4: Talgdrüsenhyperplasie. A: präoperativ B: Dicht gepackte Talgdrüsenpakete (▲) mit teilweise angeschnittenem Ausführungsgang (▲) und schaumigen Zellen (▲).

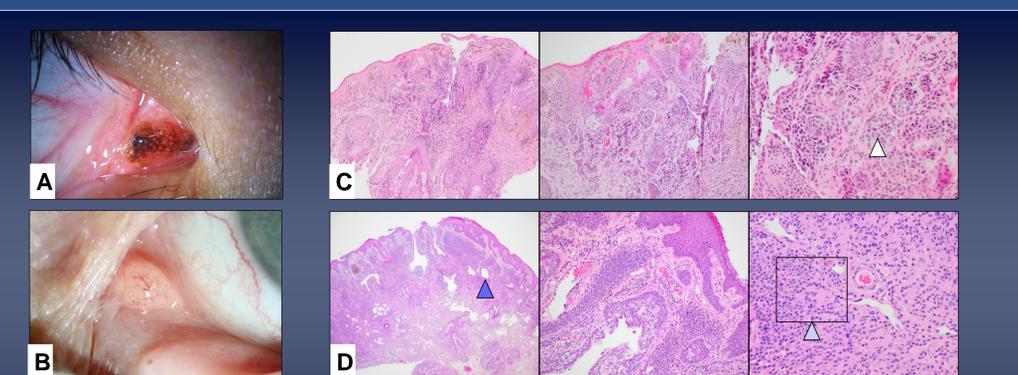


Abb. 5: Benigne melanozytäre Läsion. A: dunkel pigmentiert, B: unpigmentiert, C, D: viele Implantationszysten (▲), vereinzelt pseudonukleäre Einschlüsse, neuronale „Reifung“ (▲), sowie Nestbildung (▲) und teils fokaler teils ausgeprägter junctionaler Aktivität passend zum jeweiligen Alter.

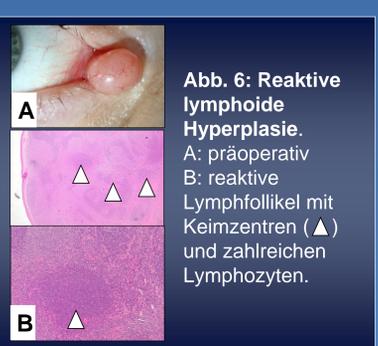


Abb. 6: Reaktive lymphoide Hyperplasie. A: präoperativ B: reaktive Lymphfollikel mit Keimzentren (▲) und zahlreichen Lymphozyten.

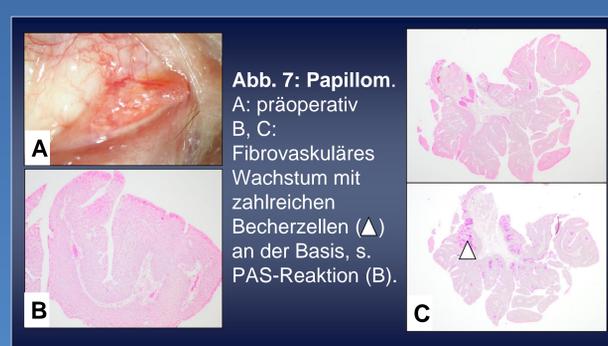


Abb. 7: Papillom. A: präoperativ B, C: Fibrovasculäres Wachstum mit zahlreichen Becherzellen (▲) an der Basis, s. PAS-Reaktion (B).

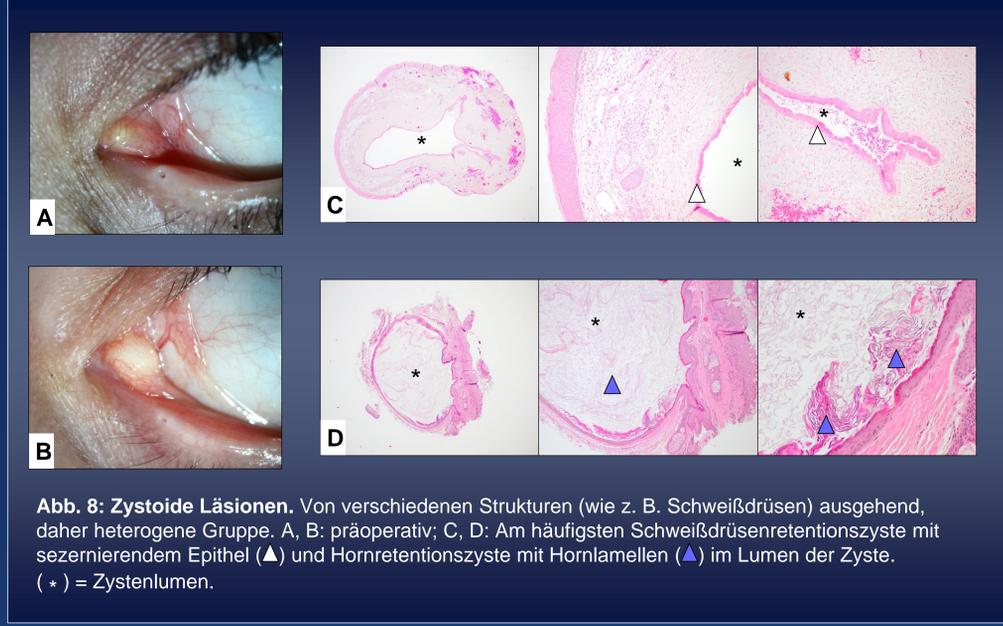


Abb. 8: Zystoide Läsionen. Von verschiedenen Strukturen (wie z. B. Schweißdrüsen) ausgehend, daher heterogene Gruppe. A, B: präoperativ; C, D: Am häufigsten Schweißdrüsenretentionszyste mit sezernierendem Epithel (▲) und Hornretentionszyste mit Hornlamellen (▲) im Lumen der Zyste. (*) = Zystenlumen.

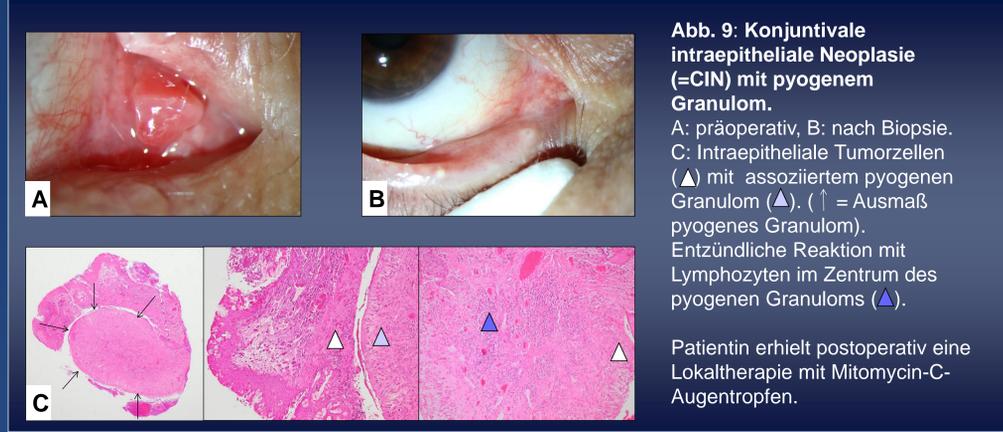


Abb. 9: Konjunktivale intraepitheliale Neoplasie (=CIN) mit pyogenem Granulom. A: präoperativ, B: nach Biopsie. C: Intraepitheliale Tumorzellen (▲) mit assoziiertem pyogenem Granulom (▲). (↑ = Ausmaß pyogenes Granulom). Entzündliche Reaktion mit Lymphozyten im Zentrum des pyogenen Granuloms (▲). Patientin erhielt postoperativ eine Lokalthherapie mit Mitomycin-C-Augentropfen.

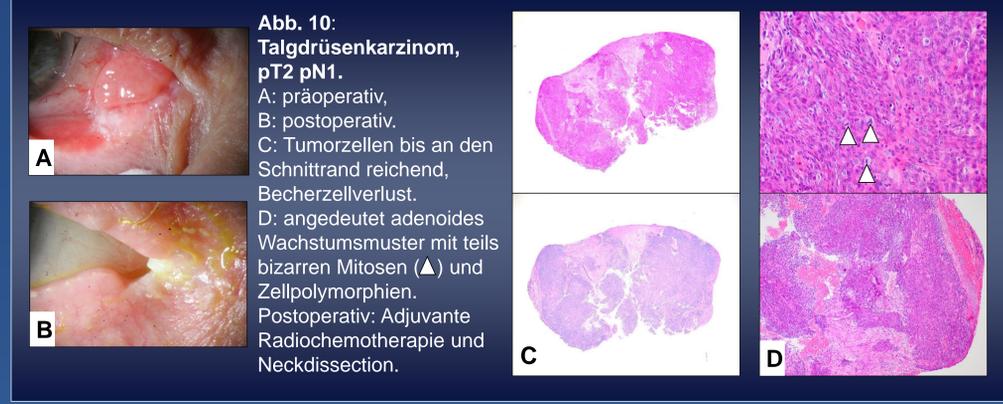


Abb. 10: Talgdrüsenkarzinom, pT2 pN1. A: präoperativ, B: postoperativ. C: Tumorzellen bis an den Schnitttrand reichend, Becherzellverlust. D: angedeutet adenoides Wachstumsmuster mit teils bizarren Mitosen (▲) und Zellpolymorphismen. Postoperativ: Adjuvante Radiochemotherapie und Neckdissection.

Ergebnisse

- Innerhalb von 20 Jahren wurden 67 unilaterale und solitäre Karunkeltumore exzidiert.
- Die Altersspanne der Patienten (männlich:weiblich = 1:2) reichte von 11 bis 85 Jahren (Mittelwert: 45 Jahre, Median: 40 Jahre)
- Die häufigsten Tumore waren
 - 41,8% benigne melanozytäre Läsionen (n=28)
 - 13,4% zystoide Läsionen (n=9)
 - 11,9% Onkozytome (n=8)
 - 11,9% Papillome (n=8)
- Bei lediglich 3% (n=2) zeigten sich maligne Veränderungen (Talgdrüsenkarzinom, pyogenes Granulom mit konjunktivaler intraepithelialer Neoplasie).
- Anhand des klinischen Bildes konnten 52,24% (n=35) der Tumore richtig diagnostiziert werden. Die höchste Übereinstimmungen zeigte sich bei Papillomen (87,5%, n=7) und benignen melanozytären Läsionen (60,7%, n=17)
- Im Vergleich zu den an unserer Klinik exzidierten Bindehauttumoren (1998-2018, n=1037) sind die Karunkeltumore weitaus seltener und weisen ein anderes Tumorspektrum auf.

Schlussfolgerungen

- Karunkeltumore weisen ein weites klinisches Spektrum auf, treten allerdings deutlich seltener als Läsionen der bulbären und tarsalen Bindehaut auf.
- Obwohl es sich zumeist um benigne Veränderungen mit einem typischen klinischen Bild handelt, ist eine histopathologische Untersuchung jeder exzidierten Läsion notwendig, um die finale Diagnose zu stellen sowie seltene maligne Tumoren mit Letalitätspotenzial auszuschließen.

Literatur:
Levy, J.; Ilisar, M.; Deckel, Y.; Maly, A.; Pe'er, J. (2009): Lesions of the caruncle: a description of 42 cases and a review of the literature. In: Eye (London, England) 23 (5), S. 1004–1018. DOI: 10.1038/eye.2008.316.
Kaesler, Pierre-François; Uffer, Sylvie; Zografos, Leonidas; Hamédani, Mehrad (2006): Tumors of the caruncle: a clinicopathologic correlation. In: American journal of ophthalmology 142 (3), S. 448–455. DOI: 10.1016/j.ajo.2006.04.035.
Luthra, C. L.; Doxanas, M. T.; Green, W. R. (1978): Lesions of the caruncle: a clinicopathologic study. In: Survey of ophthalmology 23 (3), S. 183–195.

Potentielle Interessenkonflikte: Keiner der Autoren hat einen Interessenkonflikt.