

Testen Sie Ihr Fachwissen

Test Your Knowledge



Autoren

I. Moll¹, P. von den Driesch²

Institute

- 1 Praxis für Dermatologie und Venerologie, Allergologie, Berufsdermatologie, Facharztzentrum an der Kampnagelfabrik, Hamburg
- 2 Klinik für Dermatologie und Allergologie, Krankenhaus Bad Cannstatt, Stuttgart

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0042-119741>
 Akt Dermatol 2017; 43: 284–286
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
 ISSN 0340-2541

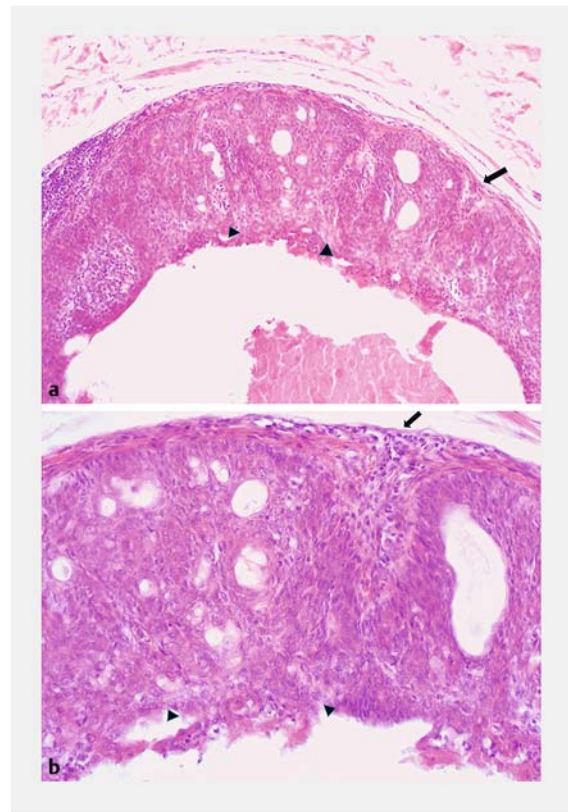
Unsere Patientin (64 Jahre) stellte sich wegen eines neu aufgetretenen und rasch gewachsenen kleinen Knötchens in der Ellenbeuge vor, Beschwerden bestanden nicht. Die Patientin inspiziert ihre Haut regelmäßig, da sie 2 Jahre vorher ein malignes Melanom hatte (kontralateraler Oberarm).

Klinisches Bild

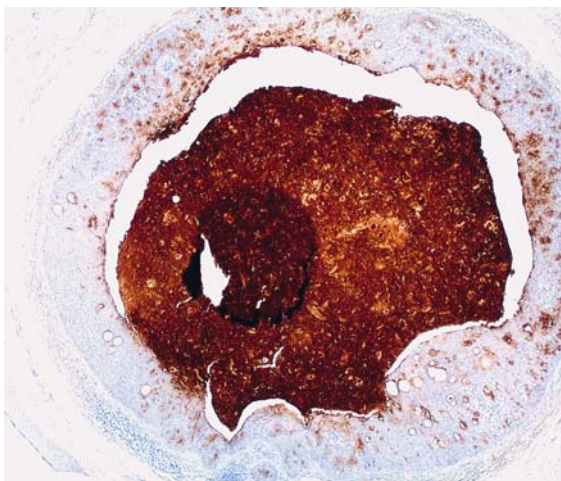
In der Ellenbeuge links findet sich ein kleiner Tumor (Durchmesser ca. 4mm), der derb palpabel ist. Die Oberfläche ist unauffällig, es besteht lediglich eine diskrete Schuppung. Pigmente oder Gefäße sind nicht erkennbar. Der klinische Verdacht ist eine Epidermalzyste, ein Fibroma durum und eine Melanom-Metastase.

Histologie

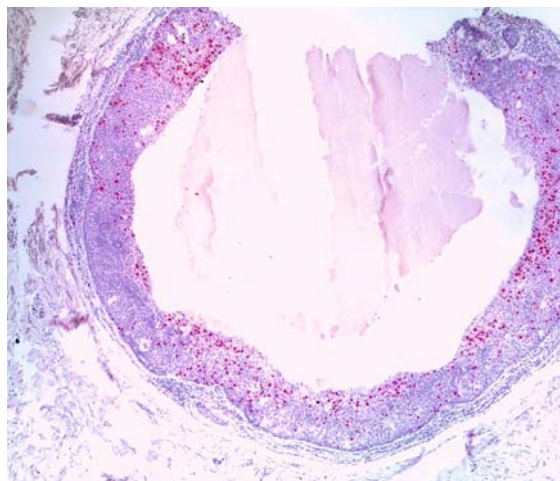
Das HE-Präparat zeigt in der Dermis einen zystischen Tumor, zentral angefüllt mit Sekret (► Abb. 1 a). Das Epithel besteht teils aus monomorphen kuboiden Zellen mit gleichmäßigen Kernen, teils aber auch aus atypischen Zellen, die unterschiedliche Kern-Zytoplasma Relationen aufweisen. Wenige Mitosen sind erkennbar. Eingestreut sind fokale duktal differenzierte Strukturen von unterschiedlicher Größe, teils mit einer Kutikula und kutikulären Zellen, teils angefüllt mit homogener Substanz. Zusätzlich noch abortive duktale Strukturen (► Abb. 1 b). Das Stroma ist zell- und gefäßreich. Es ist zwischen den Tumorzellen erkennbar und umgibt den Tumor gleichmäßig. Ein Einwachsen in die Umgebung ist nicht erkennbar (► Abb. 1 a, b).



► **Abb. 1** HE-Färbung des zystischen Tumor. Im Zentrum Sekret (a). Die Zystenwand zeigt abortive und differenzierte Lumina, regelmäßige und dysplastische Poromzellen und gefäßreiches Stroma (a, b).



► **Abb. 2** Immunohistochemie mit EMA (Antikörper EMA Clone E29; Dako, M0613). Die zystischen und abortiv zystischen Strukturen sind angefärbt.



► **Abb. 3** Immunohistochemische Färbung mit Ki 67 (Antikörper: Clone M 7240, DAKO). Zahlreiche lumen-nahе Zellkerne sind angefärbt.

Die EMA-Färbung (Epitheliales Membranantigen) zeigt innerhalb des Epithels angefärbte Einzelzellen, kleine Konglomerate, figurierte Gangstrukturen und färbt auch den zystischen Inhalt (► **Abb. 2**). Das Carcinoembryonale Antigen (CEA: Clone 85A 12, Linaris EO 56) ist nicht nachweisbar (nicht gezeigt).

Ki67 färbt zahlreiche Kerne, die mitotisch sind (► **Abb. 3**). Diese sind heterogen verteilt, bevorzugt aber in den mittleren und inneren Zellschichten der Zyste lokalisiert.

FRAGEN

- ❓ Was ist Ihre Diagnose?
- ❓ Welche Spezialfärbungen wünschen Sie?

Auflösung ...



Diagnose

Zystisches ekkrines Porom.

Porome sind seltene gutartige Tumoren, deren Erstbeschreibung durch Pinkus (1956) erfolgte [1]. Typisch ist ihre klinische Vielgestaltigkeit. Häufig zeigen sie eine rötlich-bräunliche Farbe, auch hautfarbene Knoten kommen vor [2]. Die bevorzugte Lokalisation sind die Fußsohlen, die Unterschenkel, aber auch der Kopfhalsbereich und die Axillen können betroffen sein [3] und andere seltene Lokalisationen [4]. Gelegentlich sind Porome druckdolent. Die klinischen Differenzialdiagnosen sind daher melanozytäre Tumoren, Gefäßtumoren, seborrhoische Keratosen, M. Bowen, bei dermalen Formen auch Zysten, Fibrome oder Basaliome. Meist weisen sie ein langsames Wachstum auf. In seltenen Fällen treten sie multipel auf, man nennt dies Poromatose.

Wegen der Ducti und Zysten, die von einer PAS-positiven Kutikula begrenzt sind, werden sie oft als Tumoren der ekkrinen Schweißdrüsenausführungsgänge interpretiert [5].

Das Keratinstmuster der Mehrzahl der Poromzellen ist differenziert wie die Basalzellen des dermalen Duktus und der Epidermis. Lediglich wenige Zellen ähneln den luminalen Zellen des dermalen Duktus und Akrosyringiums. Es besteht demnach eine enge Verwandtschaft zwischen Poromzellen einerseits und den Basalzellen, die am Übergang der Reteleisten in den dermalen Dukt lokalisieren, andererseits. Aber es ist kaum eine Beziehung zu den Zellen des Akrosyringiums erkennbar, worauf der Name „Porom“ eigentlich hinweisen soll [6,7].

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse

Prof Dr. Ingrid Moll
Praxis für Dermatologie und Venerologie,
Allergologie, Berufsdermatologie
Facharztzentrum an der Kampnagelfabrik
Jarrestraße 2 – 6
22303 Hamburg
E-Mail: ingridmoll@yahoo.de

Literatur

- [1] Pinkus H, Rogin JR, Goldmann P. Eccrine poroma. Arch Dermatol 1956; 74: 511 – 521
- [2] Burgés A, Gamboa M, Alós L et al. The challenging diagnosis of eccrine poromas. J Am Acad Dermatol 2016; 74: e113 – e115
- [3] Masamatti SS, Narasimha A, Bhat A, Chowdappa V. Eccrine Porocarcinoma of the Scalp: A Rare Case Report with Review of Literature. J Clin Diag Res 2016; 10: ED15 – 16
- [4] Fierro-Arias L, Claderón L, Peniche-Castellanos A, Mercadillo-Pérez P. Periungual eccrine poroma. J Cutan Med Surg 2015; 19: 84 – 86
- [5] Hashimoto K, Lever WF. Eccrine poroma. J Invest Dermatol 1964; 46: 237 – 247
- [6] Moll I, Moll R. Comparative cytokeratin analysis of sweat gland ducts and eccrine poromas. Arch Dermatol Res 1991; 283: 300 – 309
- [7] Watanabe S, Mogi S, Ichikawa E et al. Immunohistochemical Analysis of Keratin Distribution in Eccrine Poroma. American Journal of Pathology 1993; 142: 231 – 239