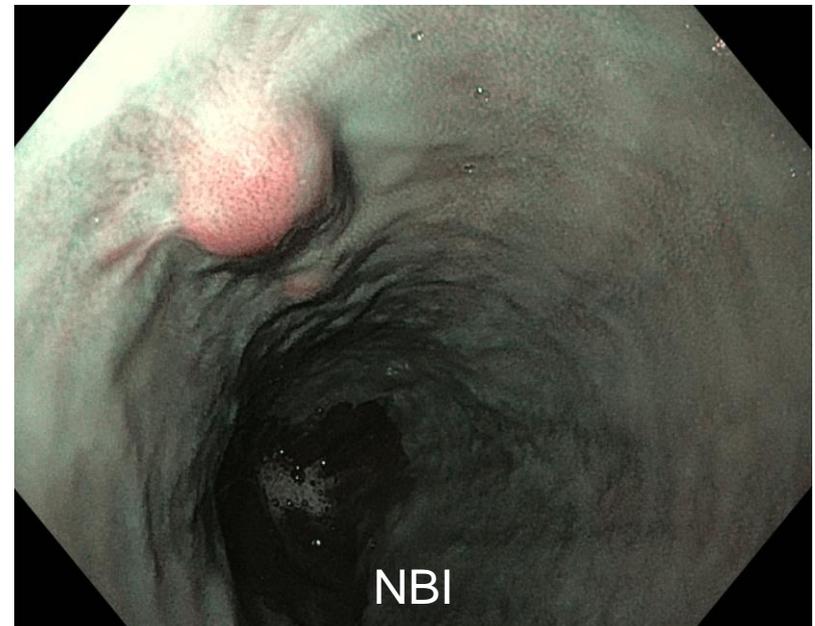
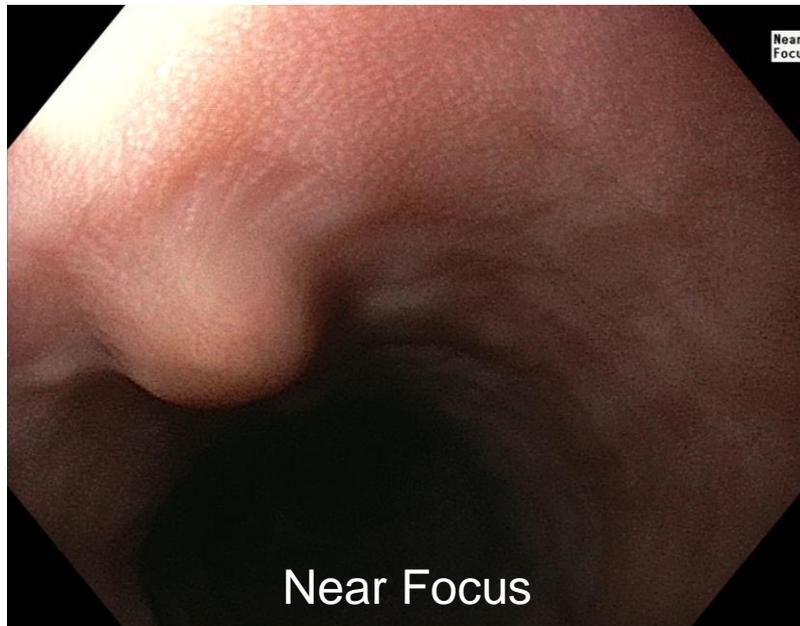




Bei der 59-jährigen Patientin wurde als Zufallsbefund bei einer extern durchgeführten Gastroskopie bei Gastritis eine Erhabenheit von ca 8mm beschrieben. Die Patientin war diesbezüglich beschwerdefrei. Sie wurde uns über die Chirurgie zur Mitbeurteilung einer OP-Indikation zugewiesen. In der erneuten Endoskopie zeigte sich das folgende Bild:



Welche Differentialdiagnosen kommen bei dem Bild in Frage?
Was wären die nächsten Schritte?



In der extern bereits erhobenen Biopsie durch die dünne Epithelschicht wurde histopathologisch ein Granularzelltumor nachgewiesen.

Granularzelltumore entstehen aus den Schwann-Zellen und können in allen Organen des GI-Traktes auftreten. Die liegen vor allem in der Mucosa und Submucosa und sind dann von einem unauffälligen Epithel überzogen. In der Endosonographie stellen sie sich meist als solitäre homogene, scharf abgegrenzte, hypoechogene Läsionen dar. Meist sind sie durch die nur dünne Epithelschicht darüber einer Biopsie mit der Zange zugänglich. Granularzelltumore sind fast immer benigne, können aber in 2-3% der Fälle auch maligne entarten, vor allem bei einer Größe von >3cm. Darum wird empfohlen, Granularzelltumore >10mm mittels EMR, bei >20mm eher mittels ESD endoskopisch abzutragen. Sehr große Prozesse können auch eine Operation erfordern. Tumore <10mm entarten so gut wie nie und sind alle 1-2 Jahre endoskopisch zu kontrollieren.

Das Endosono zeigt das helle Eintrittsecho des Ultraschalls, die eochoreiche Submukosa und die zweischichtige Muskularis. Die Mucosa (echoarme Schicht) ist kompressionsbedingt nicht gut abgrenzbar. Der Granularzelltumor ist in der Submukosa flau leicht hypoechogen abgrenzbar.

