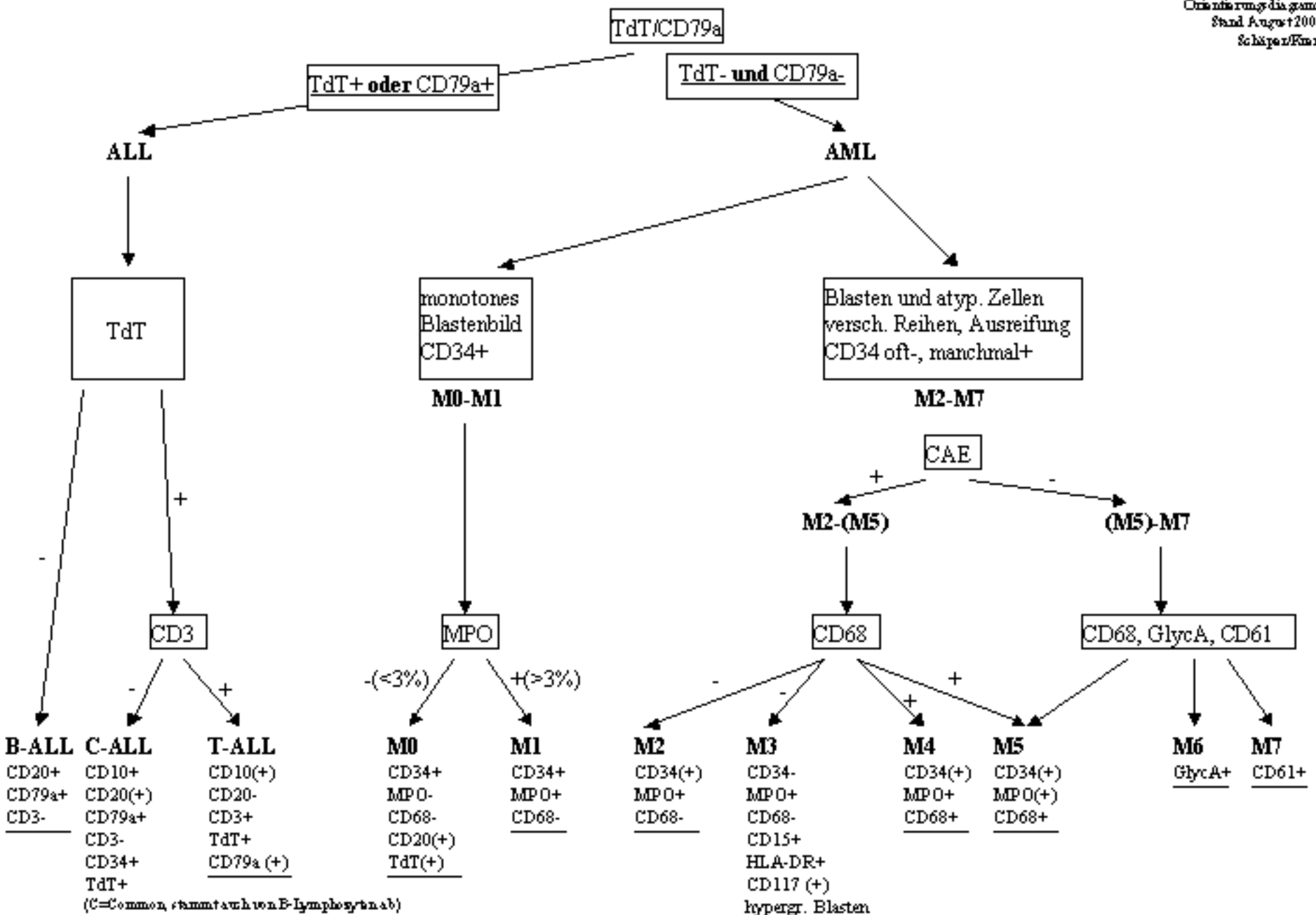


**Konv. Diagnose: Akute Leukämie: >20% Blasten im Knochenmark (sonst MPS oder MDS)
Immunhistologisch: Akute Leukämien sind meist TdT und/oder CD 34 positiv (Ausn. s. u.)**



Kurzform	Bezeichnung	Häufigkeit	Hauptbefund	DD
AML-M0	AML mit minimaler Differenzierung	5-10%	<3% MPO, Blastenasen	ALL, M7, M5a, NHL
AML-M1	AML ohne Ausreifung	10-20%	>3% MPO, <10% reife Zellen, Blastenasen	ALL, M2, M5a
AML-M2	AML mit Ausreifung	30-45%	>10% reife Zellen	M2, M4, RAEB, M6a
AML-M3 (APL)	Akute Promyelozytenleukämie	5-10%	hypergranuläre Blasten, Auer-Stäbe	
AML-M3m	mikrogranuläre Variante	(25% von M3)	Blasten hypogranulär, Kernbucht	
AML-M4 (AMML)	Akute myelomonozytäre Leukämie	15-20%	>20% monozyt. (CD68+) Diff., M.zyten Blut ++	M2, M5
AML-M4EO	AMML mit Knochenmark eosinophilie	1/4 von M4	atyp. Eosinophile im KM erhöht, im Blut nicht	
AML-M5a (AMoL)	Akute Monoblastenleukämie	<5%	>80% monozyt. (CD68+) Diff., M.blasten >80%	M0, M1, M7
AML-M5b (AMoL)	Akute Monozytenleukämie	<5%	>80% monozyt. (CD68+) Diff., M.blasten <80%	M4, M3m/v
AML-M6a (AEL)	Akute Erythroleukämie	<5%	>50% Ery.blast. + >30% Myeloblasten	RAEB, M2
AML-M6b (AE)	Akute Erythämie	<1%	>80% Ery.blast. + <5% Myeloblasten	B12/Fols.-, M7, ALL, NHL
AML-M7	Akute Megakaryoblastenleukämie	<10%	>50% megakaryoblast. Diff, kein MPS	M0, ALL, M6b, CML-BT
Sonderformen	Hypozelluläre AML Akute Basophilenleukämie Akute Eosinophilenleukämie Panmyelose mit Myelofibrose			

Kl. Fragestellung: hämatol. Grunderkrankung? Befund: Blasteninfiltrate >20%
Diag.: akute Leukämie. DD: NHL, DD: CLL-BT (Blastentransformation)
Wenn akute Leukämie, zuerst Diff. in ALL vs. AML. Dann Versuch der weiteren Diff.: B- vs. T- bei ALL, M0-M2 vs. M3 vs. M4-M5 vs. M6-M7 bei AML.

Kl. Fragestellung: Restinfiltrate nach Therapie? Befund: fragl. fok. Blasten.
IH nach klinischer Angabe (z.B. CD34 und MPO bei kl. Angabe AML-M1)
Diag.: konfluente Infiltrate vs. diffuse Infiltrate (Quantifizieren, %satz Zellen)

Kl. Fragestellung: Typisierung der akuten Leukämie. Diag.: Rücksprache mit Station bzw. mit Prof. Oertel, da Typisierung in den meisten Fällen am Markausstrich besser durchzuführen ist. Durchflusszytometrie ist besser als Paraffinimmunhistologie. Zytobefund in Histobefund einbeziehen.
Wir haben weniger Marker, z.B. sind CD13, CD14 und CD33 Antikörper gegen myeloische Antigene, die am Paraffinschnitt nicht einsetzbar sind.

Cave: hypozelluläres Knochenmark schließt Diagnose einer akuten Leukämie nicht aus: evtl. hypozelluläre Variante.

Cave: Bei Fragestellung: Rezidiv einer ALL? CD10 markiert auch normale hämatopoetische Zellen (ca. 10%). TdT-positiv sind nur einzelne Zellen (Hämatogonen). CD20-positiv auch nur einzelne Zellen, aber evtl. reaktive Lymphozytose.

Cave: nach neuem WHO-Atlas handelt es sich bereits bei >20% Blastenanteil um eine akute Leukämie. Früher: >30%, Angaben im Remmele sind somit nicht mehr aktuell. RAEB-T und CMML-T gibt es nicht mehr.

Cave: Es gibt (selten) biphänotypische akute Leukämien mit Expression lymphatischer und myeloischer Antigene.