

## Histopathologie der rheumatoiden Arthritis (PcP, rA)

- Zotten-Hyperplasie 100 %
- **Diffuses Lymphozyteninfiltrat**, vermischt mit Plasmazellen 100 %
- **Proliferation der synovialen Deckzellen**, mehrlagig, manchmal zylindrisch 97 %
- Gefäßproliferate (erst in Spätstadien, nicht im frischen Fibrin) 98 %
- Fibrinablagerungen **ohne Granulationsgewebe** 64 %
- Lymphfollikel (Keimzentren) 60 %
- Siderophagen (nur spärlich, in mittleren und tiefen Schichten und mantelförmig um Blutgefäße, sonst DD pigmentierte villonoduläre Tendosynovitis) 40 %
- **Zentrale Nekrosen mit umgebenden Palisadengranulomen** 3,3 %
- Riesenzellen, manchmal reichlich, immer direkt unter der Deckzellschicht (sonst DD pigmentierte villonoduläre Tendosynovitis)
- **Zweilagige Synoviozyten-Schicht** mit Fibrin/Entzündungszellen dazwischen (kein Granulationsgewebe!, entsteht durch Durchwachsen von alten Fibrinausschwitzungen).
- Keine Granulozyten (dürfen nur vereinzelt im frischen Fibrin vorkommen oder bei jatrogener bakterieller Superinfektion).

### Differentialdiagnose:

Kriterium 1. Ordnung: Nekrosen mit Palisadengranulomen.  
Beweisend für rA

Kriterium 2. Ordnung: Deckzell- und Synovialzellproliferate.  
Für rA bestenfalls charakteristisch

Kriterium 3. Ordnung: Lympho-plasmazelluläre Infiltration.  
rA lediglich möglich

Liegen im Stratum synoviale Granulozyten in größerem Ausmaß und ist eine jatrogene Superinfektion ausgeschlossen, spricht das grundsätzlich gegen eine rA.  
Ausbleiben einer Proliferation der ortsständigen Synovialzellen beim Vorhandensein stärkerer Fibrinexsudation spricht eher gegen rA (Exsudation und Proliferation müssen zueinander in einem proportionalen Verhältnis stehen).

Sekundäre Synovitis bei Arthrose:

Keine Granulozyten. Lymphozyten und Plasmazellen können das Bild beherrschen, evtl. Lymphfollikel mit Keimzentren, jedoch wenig Deckzell- und Synovialzellproliferation, weniger Fibrinexsudation, zusätzlich **zarte** Proliferationszotten (entstehen durch Deckzellproliferate), plumpe Zotten mit einem sehr lockeren, zellarmen, oft fettreichen Stroma (Glaszotten).

Spondylitis ancylosans und Arthritis psoriatica:

Lymphozyten und Plasmazellen dominieren, erhebliche Zottenvegetationen, Deckzell- und Synovialzellproliferate jedoch schwächer ausgeprägt.

Pigmentierte villonoduläre Tendosynovitis:

Hämosiderinablagerungen viel stärker und diffuser verteilt, Riesenzellen diffuser verteilt.