Schüddrüsenkarzinom des Ovars

E.		Abfalter
H.		Schröcksnadel
E.		Müller-Holzner
C.		Marth
K.		Heim
O.		Dapunt

Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck (Vorstand: Prof. Dr. O. Dapunt)

Dr. E. Abfalter, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

Teratome machen etwa 20% aller Ovarialgeschwülste aus. Wie hinlänglich bekannt, können sie sich abstammungsgemäß aus den verschiedensten Geweben zusammensetzen. Besteht ein Teratom zum überwiegenden Teil aus Schilddrüsengewebe oder vermag der vorhandene Schilddrüsengewebsanteil eine Hyperthyreose zu verursachen, so spricht man von einer Struma ovarii. Sie ist sehr selten und macht ungefähr 2% alle benignen Teratome aus. Davon wieder können ungefähr 5% maligne entarten.

Im Jahre 1989 kam an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck eine 77jährige Patientin mit einem einseitigen, derben, schlecht beweglichen, orangengroßen Adnextumor zur stationären Aufnahme. Anamnestisch bestand eine latente kardiale De-kompensation sowie eine seit fünf Jahren bekannte Hypertonie mit Blutdruckwerten um 185/100. Der Tumor hatte der Patientin keinerlei Beschwerden bereitet und war im Rahmen einer Routinekontrolle entdeckt worden. In der Sonographie fand sich eine 8 cm große, teils zystisch, teils solide Raumforderung, die vom rechten Ovar ausging. Bei der Laparotomie stieß man auf einen bläulich-weißen, mehrknotigen Tumor, der nach exakter Abpräparation vom Ureter zur Schnellschnittuntersuchung gesandt wurde. Trotz der Diagnose einer benignen Struma ovarii wurde auf Grund des Alters der Patientin das gesamte innere Genitale einschließlich des Omentum majus entfernt. Die Exploration des restlichen Abdomens ergab keinerlei Auffälligkeiten. Histologisch bestand der Tumor aus zahlreichen, zum Teil zystisch abgeänderten, an der Schnittfläche glänzenden Knoten und konnte als typisch gebaute Struma ovarii klassifiziert werden. Ein 3 cm großer, papillär gebauter Knoten mit zahlreichen Psammomkörpern entpuppte sich als hochdifferenziertes papilläres Schüddrüsenkarzinom mit Infiltration der Kapsel.

Nach Feststehen der Diagnose wurde die Patientin an die nuklearmedizinische Abteilung zugewiesen, wo mittels Thoraxröntgen, Urogramm und Knochenszintigraphie anderweitige Absiedlungen ausgeschlossen werden konnten. Sonographisch fand man eine kleine, echoarme Schilddrüse, eine geringgradige Hypothyreose und ein unauffälliges Skelettszintigramm. Die weitere Behandlung hätte nun wie die eines Schilddrüsenkarzinoms an typischer Stelle erfolgen sollen, nämlich mittels Thyreoidektomie und Radiojodtherapie. Da die Thyreoidektomie von der Patientin aus Altersgründen abgelehnt wurde, kam man überein, vor allem auch im Hinblick darauf, daß das Schilddrüsenvolumen sehr klein war, die verbliebenen Reste alleine mittels

Radiojodtherapie zu eliminieren. Dies erfolgte zwei Monate nach der Operation zu einem Zeitpunkt, da sich sowohl die Schilddrüsenfunktion als auch die Blutdruckwerte wieder normalisiert hatten. Die Patientin erhielt 50 mCi JodB1 oral. Die Therapie wurde von ihr gut toleriert, bei den nachfolgenden Kontrollen in dreimonatigen Abständen war bisher kein Hinweis auf Metastasierung oder Progredienz aufgefallen.

Freie Vorträge (Gynäkologie)

213

Die Struma ovarii maligna ist eine in der Weltliteratur äußerst selten beschriebene Erkrankung, deren Häufigkeitsgipfel in der Prämenopause liegt. Das klinische Erscheinungsbild ist meist unspezifisch und kann dem benignen zystischen Teratomen ähneln. Gelegentlich kann über eine Hyperthyreose in Kombination mit einem Ovarialtumor ein präoperativer Verdacht auf eine solche Erkrankung geäußert werden. Neben den häufiger beschriebenen follikulären Karzinomen können auch papilläre Neoplasmen vorkommen. Metastatische Absiedelungen finden sich in Peritoneum, Lymphknoten, Leber, Lunge, Knochen und Hirn. Obwohl die meisten der malignen Ovarialtumore einer Chemotherapie gut zugänglich sind, ist das Vorgehen bei der Struma maligna ein anderes: An die chirurgische Sanierung soll sich eine Thyreoidektomie und eine Radiojodtherapie anschließen. Dies ist notwendig, um regelmäßige Überwachungen mittels Radiojodganzkörperzintigrammen und Thyreoglobulinbestimmungen durchzuführen. Zu diesem Zwecke muß auch mit der Hormonsubstitution vier Wochen vor Durchführung pausiert werden. Trotz der geringen Fallzahl scheint die Prognose vergleichbar der des Schilddrüsenkarzinoms.

Sie liegt somit deutlich günstiger als die des Ovarialkarzinoms.

Gynäkol Rundsch 1990;30(Suppl 1): 213–214

Aktinomykose der Adnexe – Differentialdiagnose zum Ovarialkarzinom

E. Abfalder, H. Schröcksnadel, E. Solder, D. Peer, E. Müller-Holzner, O. Dapunt

Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck (Vorstand: Prof. Dr. O. Dapunt)

ein grampositiver

anaerober Keim

der normalerweise als Saprophyt auf der Haut und in der Mundhöhle der Erwachsenen vorkommt.

Dementsprechend stehen auch Infektionen des kraniofazialen und thorakalen Bereichs im

Vordergrund

die durch chronisch indurierende Entzündungen mit Abszedierung und Fistelbildung

gekennzeichnet sind. Nur sporadisch ist Actinomyces israeli im Verdauungs- und Urogenitaltrakt

anzutreffen. Nach den bestehenden Erkenntnissen ist er nicht in der Lage

eine intakte Schleimhaut zu penetrieren. Finden sich allerdings präexistente Läsionen

wie dies bei längerdauerndem IUD-Gebrauch der Fall sein kann

ist eine Aszension von Keimen möglich

die in der weiteren Folge zu Abszeßbildungen im Bereich der Adnexe führt.

Der häufigste Erreger der humanpathogenen Aktinomykose ist Actinomyces israeli