Aktinomykose der Adnexe – Differentialdiagnose zum Ovarialkarzinom

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

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

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

Der häufigste Erreger der humanpathogenen Aktinomykose ist *Actinomyces israeli*, 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.

Freie Vorträge (Gynäkologie)

214

An der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Innsbruck wurden innerhalb eines Jahres drei Fälle aktinomykotischer Tuboovarialabszesse beobachtet. Die Patientinnen wiesen zahlreiche Gemeinsamkeiten hinsichtlich ihrer Krankengeschichte auf: Eine unauffällige Sexualanamnese, langdauernden IUD-Gebrauch, sowie subakute Abdominalbeschwerden. Die Zuweisung erfolgte jeweils mit dem Verdacht auf einen malignen Unterbauchtumor. Bei allen dreien bestand eine Leukozytose (20.000) sowie eine stark erhöhte BSG (65/120) bei ansonsten unauffälligen Laborparametern.

Charakteristisch für die abdominopelvine Aktinomykose ist die in den Anfängen geringe Schmerzhaftigkeit bei a- bis subfertilem Verlauf, der die typischen Symptome schwerer Adnexitiden vermissen läßt. Palpatorisch waren daher zum Zeitpunkt der naturgemäßen späten Diagnosestellung bereits ausgeprägte, schlecht bewegliche, mit der Umgebung fest verbackene Adnextumore tastbar, am ehesten vergleichbar einem Ovarialkarzinom im Stadium II–III, die zu übergreifenden Schäden auf Nachbarorgane geführt hatten: Bei einer Patientin bestand eine einseitige Hydronephrose, bei der zweiten eine Sigmastenose und bei der dritten eine radiologisch darstellbare Fistelung ins Ileum, sowie eine Infiltration in die Bauchwand.

Im Rahmen der operativen Sanierung erfolgte zweimal eine bilaterale Adnexektomie, einmal eine unilaterale, zweimal eine Hysterektomie und einmal mußte eine Ileumteilresektion durchgeführt und eine vorübergehende Querkolostomie angelegt werden.

Der postoperative Verlauf gestaltete sich bei allen Patientinnen problemlos. Eine antibiotische Behandlung mit Aminopenicillinen erfolgte über drei Wochen, Röntgenkontrollen vor Entlassung zeigten eine weitgehende Rückbildung von Hydronephrose und Sigmastenose. Die Patientin mit der Kolostomie wurde nach zwei Monaten rückoperiert und ist zur Zeit beschwerdefrei und ohne Rezidiv. Eine andere Patientin mußte sechs Monate nach der Primärtherapie wegen eines hühnereigroßen Abszesses im Septum rectovaginale inzidiert werden und einer neuerlichen antibiotischen Therapie über zwei Monate zugeführt werden. Fistulologisch zeigten sich in allen Präparaten ausgedehnte Abszedierungen der gesamten Adnexe mit dicht entzündlicher Infiltration der Tubenwand und reichlich entzündlichem Detritus mit Granulozyten, Schaumzellen und zahlreichen Aktinomyzesdrüsen.

Die abdominopelvine Aktinomyzesinfektion der Adnexe mit Abszedierung in Ovarien und Tuben stellt eine relativ seltene Erkrankung dar

die auf Grund ihrer spät auftretenden Beschwerden das Vorhandensein eines malignen Neoplasmas vortäuscht. Das infiltrierende Verhalten in die Umgebung

die Tendenz zur Fistelbildung und die Neigung zu Rezidiven können diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten bereiten und die Abgrenzung zu einem malignen

Unterbauchtumor erschweren. Eine kombinierte antibiotisch-operative Behandlung ist meist unumgänglich. Verwendet werden hochdosiert Penicilline

in erster Linie Aminopenicilline oder Penicillin G

in zweiter Linie Tetrazykline. Der Behandlungszeitraum von mindestens drei Wochen darf nicht unterschritten werden

da Aktinomyzesinfektionen für ihre Rezidivfreudigkeit bekannt sind. Es empfehlen sich deshalb kurzfristige Kontrollen mit Bestimmung von Leukozyten

BSG und Durchführung bakteriologischer Abstriche. Alles in allem ist die Prognose solcherart behandelter Patienten günstig.