Die Behandlung von Parovarialzysten mittels operativer Laparoskopie

W.		Hönigl
P.		Lang
K.		Tamussino

Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik Graz (Vorst.: Prof. Dr. R. Winter)

Dr. W. Hönigl, Geburtsh.-gynäkol. Univers.-Klinik, Auenbruggerplatz 14, A-8036 Graz

Parovarialzysten (POC) treten meist bei Frauen im fertilen Alter als glattwandige Retentionszysten von unterschiedlicher Größe auf. Durch die Elongation der Tube und Distanzierung des Fimbrienendes vom Ovar können sie auch als Sterilitätsfaktor von Bedeutung sein. Entwicklungsgeschichtlich sind sie meist mesothelialen oder paramesonephrischen Ursprungs, während vom Epoophoron (Parovarium), einem Rest des mesonephrischen Wolffschen Gangs ausgehende kleine paratubäre Cysten eine extreme Rarität darstellen. POC sind meist einkammrig und dünnwandig mit einem Durchmesser von 3–4 cm, selten werden sie bis kindskopf groß. POC sind immer intraligamentär zwischen den beiden Blättern der Mesosalpinx im Retroperitonealraum entwickelt und weisen typischerweise überkreuzte Gefäße auf, die von der Mesosalpinx und der Cystenwand stammen. POC sind deutlich getrennt vom Ovar; bei breitflächiger Beziehung der POC zum Ovar ist differentialdiagnostisch eine intraligamentär entwickelte Ovarialcyste abzugrenzen. POC sind im Inneren von einem einreihigen Epithel ausgekleidet, das entweder aus zylindrischen, teils cilientragenden und teils sezernierenden Zellen aufgebaut ist oder aus flachen oder kubischen Zellen besteht. Der Zysteninhalt ist klar und meist wässrig. Im Ultraschall imponieren POC als einkammrige, oft dünnwandige echoleere Aussparungen, welche in enger anatomischer Beziehung zum getrennt darstellbaren, normal großen ipsilateralen Ovar stehen.

In seltenen Fällen kann es zur Stielbildung und isolierten Stieldrehung einer Parovarialzyste kommen. Häufiger wird jedoch der Eileiter in die hämorrhagische Infarzierung miteinbezogen. Die Stieldrehung einer Parovarialzyste führt zu akuten Beschwerden. Meist liegt eine typische Anamnese mit plötzlichem Einsetzen akuter Unterbauchschmerzen und Übelkeit vor sowie ein tastbarer druckschmerzhafter Adnextumor. Die Laparoskopie ermöglicht die richtige Diagnose, die Abgrenzung der POC zur Ovarialcyste und ihre Behandlung.

Methode

Zwei suprasymphysäre Einstiche werden als Instrumentenkanäle gesetzt; der gesamte Bauchraum wird sorgfältig inspiziert, um ein malignes Geschehen weitgehend auszuschließen und allfällige Douglasflüssigkeit wird zur zytologischen Untersuchung abgesaugt. Das Peritoneum über die Parovarialzyste wird mit der Schere in einem gefäßfreien Areal indiziert und die Zyste stumpf unter größtmöglicher Schonung des mesosalpingealen Gefäßnetzes aus ihrem Bett herauspräpariert. Falls erforderlich, werden kleine blutende Gefäße in der Mesosalpinx mit der schmalen bipolaren Koagulationszange koaguliert. Die Zyste wird im weiteren Verlauf abpunktiert, der schlaffe Zystenbalg wird sodann im Bereich des Stiels, sofern

ein solcher vorhanden ist, nach bipolarer Koagulation abgesetzt und aus der Bauchhöhle entfernt. Die Peritonealränder der Incisionsstelle werden adaptiert, eine gesonderte Naht ist nicht erforderlich.

Wenn die Parovarialzyste stielgedreht ist, kann die Tube und das Ovar in die Stieldrehung und hämorrhagische Infarzierung mit einbezogen sein. In diesem Fall wird zuerst detorquiert, um den venösen Abfluß aus der Adnexe zu ermöglichen. Erholt sich danach die Adnexe, wird diese erhalten und die für die Stieldrehung verantwortliche Parovarialzyste ausgeschält. Bei gleichzeitigem Sterilisationswunsch oder postmenopausalem Status der Patientin wird von der aufwendigen Cystenausschälung unter Erhalt der Tube meist Abstand genommen und die Operationszeit durch eine Cystenabtragung mit Teilresektion der ipsilateralen Tube verkürzt.

Ergebnisse

Im Zweijahreszeitraum 1991–92 wurden bei 23 Patientinnen 24 Parovarialzysten endoskopisch operiert. Der Zystendurchmesser maß sonographisch 2–10 cm. Das Alter der Patientinnen war 17–52 Jahre. 19/23 Frauen wurden tubenerhaltend operiert. In 4/23 Fällen erfolgte eine gleichzeitige ipsilaterale Salpingektomie. Bei 2/23 Frauen bestand Sterilisationswunsch, bei 1/23 Frauen war eine Tubensterilisation vorausgegangen, und 1/23 Frauen war postmenopausal. In 23/24 Fällen wurde die klinische Diagnose Parovarialzyste histologisch bestätigt, in 1/24 Fällen fand sich ein benignes papilläres Zystadenofibrom. Eine Stieldrehung der Parovarialzyste lag in 1/24 Fällen vor.

Diskussion

Eine tumoröse Entartung von POC im Sinne von papillären serösen Cystadenomen von Borderline-Malignität ist in unserem Kollektiv nicht aufgetreten, wurde jedoch in der Literatur beschrieben. Die Raten schwanken zwischen 1,8% (Stein et al 1990) und 2,8% (Genadry et al 1977).

Die von Genadry et al. publizierte 15-Jahresanalyse 1952–1967 am John Hopkins Hospital zeigte, daß 132/140 Parovarialcysten als gutartig eingestuft wurden. 3/140 benignen serösen papillären Cystadenofibromen sowie einem benignen Cystadenofibrom (1/140) stehen jedoch vier maligne papilläre seröse Cystadenocarcinome (4/140) gegenüber. Das mittlere Patientenalter betrug in der Gruppe mit maligner POC (n = 4) im Mittel 32 (13–38) Jahre, die mittlere Zystengröße 6 cm. 7/8 Patientinnen mit tumoröser POC haben jedoch seither mindestens 5 Jahre tumorfrei überlebt, 1/8 Patientinnen hatte sich der Nachsorge entzogen.

Eine 10-Jahresanalyse 1975–1985 am Los Angeles County Hospital (Stein et al 1990) erbrachte gutartige Parovarialcysten in 98,2 % der Fälle (165/168). 3/168 POC wurden als Tumor klassifiziert (je ein papillärer seröser Borderlinetumor, seröser Borderlinetumor und malignes papilläres seröses Cystadenocarcinom). Makropathologisch waren papilläre Innenstrukturen in 3/3 Fällen der malignen Tumore anzutreffen. Die Zytologie von Zysteninhalt und Peritonealflüssigkeit wurde in 2/2 Fällen als negativ berichtet. Das Patientenalter war mit 19, 27 und 48 Jahren breit gestreut, die Zystengrößen lagen mit 8×9, 12×12 und 10×10 cm im oberen Bereich. Ultraschalldaten liegen in der Serie von Stein et al nicht vor.

Die größte Serie von 25 serösen papillären Cystadenomen von Borderline-Malignität im Lig. latum wurde von der Arbeitsgruppe um RE Scully zusammengetragen. Es handelte sich um uniloculäre Cysten mit glatter Oberfläche, einem Durchmesser von 1–13 cm. Sie waren im Gegensatz zu morphologisch ähnlichen Borderline-tumoren des Ovars allesamt unilateral lokalisiert. Eine peritoneale Aussaat oder Beteiligung des Ovars konnte nicht nachgewiesen werden. Die Therapie bestand in einer einfachen operativen Entfernung der Zyste per la-

parotomiam, wobei 2/25 Zysten intraoperativ rupturierten. 23/23 Patientinnen überlebten seit der Operation tumorfrei 6 Monate bis 11 Jahre.

Bei adäquater sonographischer Diagnostik sollten große cystische Adnextumoren mit papillären Innenstrukturen von einem laparoskopischen Vorgehen ausgeschlossen werden können. Damit wird das Risiko, eine tumorös entartete POC endoskopisch zu operieren, noch weiter minimiert. Der laparoskopische Zugang zur Behandlung von einfachen Parovarialzysten ermöglicht bei gegebener Indikation ein tubenerhaltendes Vorgehen und ist als Therapie der Wahl anzusehen. Bei Raumbegrenzung durch einen myomatösen oder graviden Uterus sowie bei großen, breitflächig zum Ovar in Beziehung stehenden Parovarialzysten kann die endoskopische Zystenausschälung unter Erhaltung des elongierten Eileiters technisch anspruchsvoll sein.

Literatur

Bruhat MA, Mage G, Pouly JL, Manhes H, Canis M, Wattiez A: Coelioscopie opératoire.

MEDSI/Mc Graw-Hill 1989. Herbert CM, Segars JH, Hill GA: A laparoscopic method for excision of large retro-peritoneal paraovarian cysts. Obstet Gynecol 1990;75:139–41.

Semm K: Operationslehre für endoskopische Abdominalchirurgie. Schattauer Verlag 1984.

Stein A, Koonings P, Schlaerth J, Grimes D, d'Ablaing G: Relative frequency of malignant paraovarian tumors: Should paraovarian tumors be aspirated? Obstet Gynecol 1990; 75: 1029.

Genadry R, Parmley T, Woodruff JD: The origin and clinical behavior of the paraovarian tumor. Am J Obstet Gynecol 1977; 129: 873–80.

Aslani M

Ahn GH

Scully RE: Serous papillary cystadenoma of borderline malignancy of broad ligament: A report of 25 cases: Int J Gynecol Pathol 1988; 7: 131–8. Samaha M

Woodruff JD: Paratubal cysts: Frequency histogenesis and