Multiple blaue Nävi der Vagina – Seltene Differentialdiagnose zum Melanom der Vagina

K.		Heim ^a
E.		Müller-Holzner ^a
G.		Pinzger ^a
R.		Höpfel ^b

^aUniversitätsklinik für Frauenheilkunde (Vorst.: Prof. Dr. O. Dapunt) ^bUniversitätsklinik für Dermatologie Innsbruck (Prof. Dr. P. Frisch)

OA Dr. K. Heim, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck

Die Mehrheit der ohnehin sehr seltenen melanotischen Veränderungen der Vagina sind maligne Melanome (0,3–0,8% aller Melanome [1]). es gibt jedoch gelegentlich auch benigne Läsionen, die differentialdiagnostisch zu beachten sind. Maligne Melanome des weiblichen Genitaltraktes haben eine Inzidenz von weniger als 0,1 Fällen pro 100.000 Frauen. Primäre Melanome in der Vagina haben an den schon seltenen Malignomen der Vagina einen Anteil von 3%. Bisher sind gut 120 Fälle primärer maligner Melanome [2], 14 benigne epitheliale Melanosen (meist im Sinne einer Lentigo benigna) und 2 jeweils solitäre dermale (blaue) Nävi in der Vagina [4, 5] publiziert worden. In einzelnen Fällen war nicht nur die Vagina, sondern auch angrenzende Strukturen (Zervix, Hymenalsaum) mitbetroffen. Ebenso ist eine Vergesellschaftung unterschiedlicher melanozytärer Veränderungen (epitheliale Melanose, blauer Nävus, Melanom) beschrieben. Als Melanosis vaginae können klinisch alle makulösen braunblauen Veränderungen bezeichnet werden. Histologisch können sich dahinter epitheliale und/oder dermale melanozytäre Pigmentierungen verbergen.

Die folgende Falldarstellung schildert erstmals in der Literatur eine mehrherdige Melanosis der Vagina, der ausschließlich Herde dermaler melanozytärer Pigmentansammlungen im Sinne multipler blauer Nävi (i. w. S.) zugrundeliegen (mehrherdige diffuse dermale Melanozytose). Die präsentierte Kasuistik soll einerseits einen Beitrag zur Differentialdiagnose und Diskussion über die Prognose solcher melanozytärer Veränderungen in dieser außergewöhnlich seltenen Lokalisation beisteuern, andererseits die diagnostischen Maßnahmen aufzeigen.

Falldarstellung:

Eine 51-jährige Patientin zeigte anlässlich einer Routineuntersuchung in der gesamten Vagina verteilt eher unscharf und poly-zyklisch begrenzte nicht vulnerable grau-blau-braune Flecken recht unterschiedlicher Größe. Sie hatte in der Anamnese 2 Partus, keinen Abortus, und es bestand der Zustand nach abdomineller Uterusexstirpation wegen eines Uterus myomatosus permagnus. Im Befund vom histologischen Präparat der Gebärmutter (v. a. der Portio) sind keine melanozytären Veränderungen beschrieben.

Die vaginale und rektale Untersuchung des kleinen Beckens war unauffällig. Eine komplette Durchuntersuchung wegen der Diffe-

rentialdiagnose Melanom (äußere Ganzkörperuntersuchung, Augen-fundus. HNO-Untersuchung, neurologische Untersuchung, Tho-raxröntgen, Sonographie, CT u. a.) blieb ohne auffällige Befunde. Sämtliche Laborbefunde waren im Normbereich.

Der histologische Befund mehrerer Biopsien (Abb. 1) ergab dann eine akantotisch verdickte Epidermis, in der Dermis fanden sich eingebettet in lockeres Bindegewebe zahlreiche pigmentgefüllte Zellen (Melanozyten/Melano-makrophagen). Es fanden sich keine junctionale Aktivität, Nekrosen, Mitosen oder lymphozytäre Infiltration. Die Reaktion auf Eisen war negativ, die Untersuchung nach Masson Fontana bestätigte Melanin. An-dere Differentialdiagnosen wie Endometriose, Haemangiome, Haemorrhagien, Eisenablagerungen „Tätovierungen“, Cysten, Varizen u. a. konnten neben einem Melanom damit auch ausgeschlossen werden.

In der bisherigen Nachbeobachtungszeit von 2 ½ Jahren zeigte sich der klinische Befund völlig unverändert.

Diskussion

Normalerweise sind in der Vagina des Menschen keine Melanozyten nachweisbar, wiewohl Nigogosyan 1964 [3] bei 100 zufällig ausgewählten Autopsien (von Patientinnen mit Malignomen) in 3 Fällen in der basalen epidermalen Zellschicht pigmentierte dendritische Melanoblasten gefunden hat. Kein Befund war klinisch aufgefallen. Atypische Melaninpigmentlokalisationen sind im Ösophagus, Larynx, Mundhöhle, Nasenschleimhaut, Vestibular-organ, Mittelohr, Prostata, Endometrium, Zervix und Lymph-knoten beschrieben. Der Ursprung oben beschriebener außer-gewöhnlicher Melanozytenansammlungen in der Vagina dürfte aus dem Neuralrohr stammen, sei es durch Umwandlung von ort-ständigen Schwannzellen oder auf der Wanderung vom Neuralrohr lieengebliebenen Melanozyten [1, 3]. Ob, wie von einigen Autoren bei epithelialen Melanozytosen vermutet, als ursächliche Faktoren Uterusprolaps, Nävistypus, Bestrahlung, Fremdkörper, Hormone u. dgl. in Frage kommen, ist auch bei den dermalen Melanosen zu bezweifeln.

In der Vagina ist bisher nur ein Fall publiziert, bei dem sich nachweislich aus einer benignen epithelialen Melanosis ein malignes Melanom entwickelt hat. Es ist jedoch bisher über kein Melanom

M

» . β»

β

3/8ü. „

;

■; • t''%'
5/8 ■' * *vi

. ft ■■■

* ... ** * 1 , t .

! ‘

»\$ /•is W *
 ;■'■?...■'...■. ■ 3/8 7/8 ,.7/8'· íå ■-■■■ s > . 3/4 5/8.; -
 ,#

/■

■^{1/8}/₈ : y· v

Abb. 1. Histologisches Bild der Biopsie (HE-Färbung, Vergrößerung 63-fach). Die dunklen pigmenthaltigen Zellen liegen in der Dermis.

Pigmentierte Veränderungen in der Vagina sollten jedoch in je-dem Falle durch eine histologische Untersuchung abgeklärt werden, wobei Hilborne 1987 [1] darauf hinwies, daß eine Schnell-schnittuntersuchung zu falschen Aussagen führen könnte und sich die weitreichende Diagnose eines Melanoms auf fixierte Biop-

der Vagina berichtet worden, das sich aus einem blauen Nävus ent-wickelt hätte. der von uns beobachtete Fall zeigte ebenfalls bisher keine Entartungstendenz. Dermale blaue Nävi (v. a. tumoröse) ent-arten sehr selten, wiewohl sog. zelluläre blaue Nävi histologisch oft schwer von einem Malignom zu unterscheiden sind und eine höhere

Entartungstendenz haben sollen [4]. Es ist insgesamt jedoch äußerst siepräparate stützen sollte.

Zur Therapie von blauen Nävi ist eineunwahrscheinhch, daß den beschriebenen dermalen melanozytären komplette Excision oder gar Kolpektomie nicht notwendig, es sei(blaue) Nävi in der Vagina ein besonderes malignes Potential zu- denn bei großen Tumoren oder klinischen Symptomen. Regelmäßige kommt. klinische Kontrollvisiten und ev. -biopsien waren bei dieser seltenen

Veränderung wertvoll.

Literatur

1. Hilborne LH, Fu YS (1987) Pigmented lesions of the vagina. In: Wilkinson EJ (eds) Pathology of the vulva and vagina. Churchill Livingstone, New York p 198.

Li-Ying Liu, Hou Y-J, Li J-Z (1987) Primary malignant melanoma of the vagina: a report of seven cases. Obstet Gynecol 70: 569–572. Nigogosyan G, De la Pava S, Pickren JW (1964) Melanoblasts in vaginal mucosa. Cancer 17: 912–913.

Rodriguez HA, Ackermann LV (1968) Cellular blue nevus. Cancer 21: 393–405. Tobon H,

Murphy Al (1977) Benign blue nevus of the vagina. Cancer 40: 3174–3176.

290

Heim

Müller-Holzner

Pinzger

Höpfl

Multiple blaue Nävi der Vagina – Seltene Differentialdiagnose zum Melanom der Vagina