Pelviskopische Operation eines juvenilen Granulosazell tumors und eines serösen Kystadenokarzinoms

Zwei Fallberichte und „Follow-up“

T.	Teresa	Weber-Rössler
M.		Burger
P.		Safar

A.ö. Krankenhaus Korneuburg, Abt. f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe (Vorst.: Prim. Dr. P. Safar)

Dr. Teresa **Weber-Rössler**, A.ö. Krankenhaus, Abt. f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe, Wiener Ring 3-5, A-2100 Korneuburg

An Hand von zwei eindrucksvollen Fallberichten von soge-nannten Borderlinetumoren des Ovars bei jungen Patientinnen wollen wir unser operatives Vorgehen diskutieren.

Bei einer großen Anzahl von laparoskopischen Operationen am Ovar wurde ein maligner Tumor (sogenannter Juveniler Gra-nulosazelltumor des Ovars, siehe auch unten) und eines Borderlinetumors des Ovars (seröses Kystadenonkarzinom) an-operiert.

1. Fallbericht

22jährige Patientin mit unauffälliger Anamnese kommt wegen seit drei Wochen anhaltender Unterbauchschmerzen links zur fachärztlichen Kontrolle.

Befund: weicher, druckdolenter Adnextumor links.

Vaginalsonographie: linke Adnexe: 48 × 50 mm großer, gut ab-grenzbarer polycystischer Tumor mit soliden und cystischen An-teilen, kein Aszites (Abb. 1).

Laparoskopische OP: das linke Ovar polycystisch verändert, glatte Oberfläche. Punktion und Teilresektion des Ovars – auf-fallend zerreißliches Gewebe.

Histo: Juveniler Granulosazelltumor des linken Ovars pTIC.

1 Woche später: Entfernung der linken Adnexe und PE des rechten Ovars mit Peritoneallavage per Laparotomie.

Histo: siehe oben: Stadium pTlc (Tumorzellen bei Abdominal-lavage).

Kontrollaparoskopie nach 6 Monaten: kleines Becken frei, Tumorzellen in Lavage nicht nachweisbar.

Juveniler Granulosazelltumor

97 % vor dem 30. Lebensjahr.

5 % vor der Pubertät, kann eine Pseudo-Pupertas praecox verur-sachen.

DD: Erwachsenenform des Granulosazelltumors.

Klinik: typisch Unterbauchschmerzen und Schwellung. Menstruationsunregelmäßigkeiten oder Amenorrhoe, als Erstsym-ptom kann ein akutes Abdomen auftreten, bei Ruptur mit Hämoperitoneum.

Makroskopie:

meist große Tumore von 3 bis 32 cm Größe, die typischerweise klinisch Symptome machen

10 % bei Operation bereits rupturiert, nur 2 % im Stadium II

solid- und/oder cystischer Tumor, meist einseitig, Konsistenz weich „zerreißlich“. Tumor abgekapselt.

Histo: solide Komponenten mit Nekrosen und Einblutungen, Theka und Granulosazellen.

Therapeutisches Vorgehen und Behandlung

Trotz schwerer Zellatypien, hoher Zellteilungsrate gute Prognose, besonders wenn begrenzt auf Ovar. Von 125 Fällen insgesamt waren 8 bösartige Fälle (diese innerhalb von 3 Jahren und sehr rasch).

Prognostische Faktoren:

Tumorstadium:

2 von 80 Fällen im Stadium I waren klinisch bösartig

Ruptur des Tumors hatte keinen nachteiligen Effekt auf die Prognose

alle Tumore im Stadium III waren bösartig.

2. Fallbericht

30jährige Patientin, Nullipara, anamnestisch Hyperprolätinämie

Vaginalsonographie: ca. 50 × 56 mm große Ovarialcyste links mit homogenen Cysteninhalt, an der Innenseite papilläre Auflagerungen, kein Aszites, rechtes Ovar unauffällig.

Laparoskopische OP: Cystenpunktion und Adnexektirpation links (papilläre Anteile!) [2] – vor „endobag“-Äa.

Histo: Seröses Kystadenokarzinom niedriger maligner Potenz (sogenannter Borderline Tumor) des Ovars, da Eröffnung der Kapsel Stadium pT1c links.

Re-staging OP 1 Monat später:

PE aus Adnexrest, rechtes Ovar, Douglas, Omentum majus und Lavage-Zytologie: negativ.

16 Monate später Auftreten eines kontralateralen Adnextumors.

Vaginalsonographie: Tumor mit cystisch-soliden Anteilen und Binnenstrukturen von ca. 60 × 60 × 30 mm Größe im Bereich des rechten Ovars (Abb. 3).

Fertilitätserhaltende OP: nach diagnostischer Laparoskopie, Laparotomie, Gefrierschnitt kein Hinweis auf Tumor – Teilresektion des rechten Ovars.

Histo: kein Tumor nachweisbar, sehr umfängliches eingeblutetes Corpus luteum.

Diskussion

Im 1. Fallbericht handelte es sich um das Vorliegen eines seltenen Granulosazelltumors bei dem sicher ist, daß die Ruptur des Tumors keinen nachteiligen Effekt auf die Prognose hat. Bei dieser Patientin fand sich kontrollpelviskopisch ein völlig unauffälliger Situs.

Abb. 1.

Abb. 2.

Abb. 3.

Bei dem Fall 2 konnte wegen der erneut kontralateral aufgetretenen Zyste die sonographisch sicher den Verdacht eines Rezidivs stellte, doch fertilitätserhaltend vorgegangen werden.

Schlußfolgerung

1. Bei juvenilen Adnextumoren ist ein individuelles Vorgehen zur Festlegung von Dignitätskriterien notwendig.

Um sicher primär den kleinsten chirurgischen Eingriff zu wählen, ist das Einsetzen der diagnostischen Laparoskopie zur histologischen Abklärung wichtig.

Wie diese zwei herausgegriffenen Fallbeispiele zeigen, ist bei einer großen Anzahl von laparoskopischen Operationen immer wieder mit dem Auftreten von solchen Grenzfällen zu rechnen.

Literatur

Robert J. Kurman: Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract 3rd Edition. Springer-Verlag.

Weitere Literatur beim Verfasser.

176

Weber-Rössler/Burger/Safar

Pelviskopische Operation eines juvenilen Granulosazelltumors und eines serösen Kystadenokarzinoms