

Dr. Rüdiger Mascus
 Prof. Martin Heubner
 Frauenklinik
 Kantonsspital Baden

Irgendwie deplatziert

Eine 50 jährige perimenopausale Patientin stellte sich wegen eines symptomatischen Uterus myomatosus in unserer Klinik vor. Nach einem ausführlichen Gespräch wurde die Durchführung einer totalen laparoskopischen Hysterektomie mit Salpingektomie beidseits vereinbart.

In einer präoperativen Bildgebung zeigte sich neben den bekannten Myomen, welche insuspekt erschienen, der Verdacht auf ein Terratom des rechten Ovars. Es wurde vereinbart, dieses ebenfalls zu entfernen, ggf. per Adnexektomie.

Intraoperativ zeigte sich folgendes Bild: ein erwartungsgemäss vergrösserte Uterus myomatosus mit unauffälligen Adnexen beidseits, im Bereich des Ligamentum sacrouterinum zeigte sich ein weisslicher Tumor, welcher wie ein drittes Ovar imponierte und augenscheinlich mit dem oben beschriebenen Befund der MRI korrelierte (Abb. 1–2). Es erfolgte die laparoskopische Hysterektomie wie vereinbart, der am Lig. Sacrouterinum gestielte Tumor konnte problemlos in toto entfernt und geborgen werden.

Postoperativ ergab sich die folgende histopathologische Diagnose: Uterus myomatosus ohne Anhalt für Malignität, zystisches Terratom mit fokal unreifem Terratom (bestehend aus neurofibrillärem Gewebe, Durchmesser 1mm, Grad 1 sowie ein weiterer, 10mm durchmessender neuronaler/gliärer Herd, ebenfalls unreif.

Diagnose: paraadnexales unreifes Terratom, Grad 1 nach Gonzales-Crussi. pT1a G1.

Kommentar

Paraadnexale Terratome sind selten, unreife Terratome ebenfalls. Die Kombination dieser beiden Eigenschaften macht diesen Fall besonders aussergewöhnlich. In der Fachliteratur konnten wir keinen vergleichbaren Fall finden, lediglich Einzelfallbeschreibungen und kleinere Fall-sammlungen zu extraovariellen reifen Terratomen [1–4].



Abb. 1. In der Übersicht stellt sich bereits der im Douglasraum liegende Tumor dar.

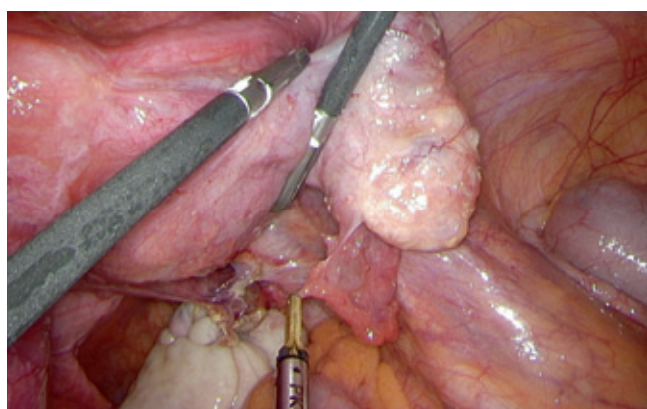


Abb. 2. Nach Mobilisation der rechten Adnexe zeigt sich, dass eindeutig keine Verbindung zwischen rechtem Ovar und dem Tumor im Douglasraum besteht.

Aus onkologischer Sicht sind im vorliegenden Fall lediglich Nachsorgen angezeigt, die Prognose ist ausserordentlich gut.

Literatur

1. Alwazzan A.B. et al., Int. J. Gyn. Cancer 2015; 25:1616–1622.
2. Papakonstantinou E. et al., Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2011; 38:291–3.
3. Schmidt D., Kommos F., Pathologie 2007; 28:203–208.
4. Yoshida A. et al., J. Obstet. Gynaecol. Res. 2005 Oct; 31:399–403.