

# Appendizitis: eine schwierige Diagnose

Sergio Rodriguez Miralles, Franziska Jäggi

Chirurgische Klinik, Spital Zofingen

## Summary

### Appendicitis: not easy to diagnose

*Acute appendicitis is the commonest cause of acute abdomen requiring surgical intervention. Its clinical diagnosis is not always an easy matter due to the variable symptomatology, particularly at onset. Desmoid tumours are rare and, as well as occurring sporadically, are frequently associated with FAP. The rarity of desmoid tumours, coupled with the variability of their clinical course, makes them a vexing entity for which the efficacy of any specific treatment is hard to demonstrate and the prognosis for the individual patient almost impossible to predict.*

*This paper describes experience of a case of desmoid tumour of the appendix initially interpreted as appendicitis. It demonstrates the major diagnostic difficulties surrounding appendicitis.*


## Fallbeschreibung

Eine 54jährige Frau stellte sich wegen akuter Unterbauchschmerzen vor. Die Schmerzen wurden von ihr als diffus, eher krampfartig, teilweise stechend und hauptsächlich im rechten, mit Ausstrahlung in den linken Unterbauch beschrieben. Sie berichtete von einer seit zwei Wochen anhaltenden Diarrhoe. Übelkeit oder Erbrechen bestanden nicht, und auch eine Dysurie lag nicht vor. Anamnestisch war eine Sigmaresektion im Rahmen einer Sigmadivertikulitis bekannt.

Die körperliche Untersuchung ergab ein weiches Abdomen ohne Abwehrspannung, der Loslassschmerz war jedoch positiv. Es bestand kein Meteorismus, Leber und Milz waren nicht tastbar. Rektal fand sich eine leichte Druckdolenz bei der Palpation, die rechts grösser war als links.

Das Labor zeigte eine Leukozytose von 20000/mm<sup>3</sup> und ein CRP (C-reaktives Protein) von 86,3 mg/L.

Die Patientin wurde zum Ausschluss einer Adnexitis den Gynäkologen vorgestellt. Bei Verdacht auf ein nekrotisierendes Myom erfolgte schliesslich noch am gleichen Tag eine Operation mittels Pfannenstiel-Schnitt.

Intraoperativ zeigte sich ein 12 × 11 × 8 cm grosser, an der Appendixspitze hängender und teilweise mit dem Uterus verklebter Tumor (Abb. 1 .

Der Tumor wurde stumpf von der Umgebung abpräpariert; anschliessend wurde eine Appendektomie durchgeführt.

Die Histologie ergab eine abszedierende Entzündung im Bereich der Appendixspitze sowie eine

ausgedehnte Fibromatose (abdominales Desmoid) der Appendix und eine fibrinös eitrige Peritonitis.

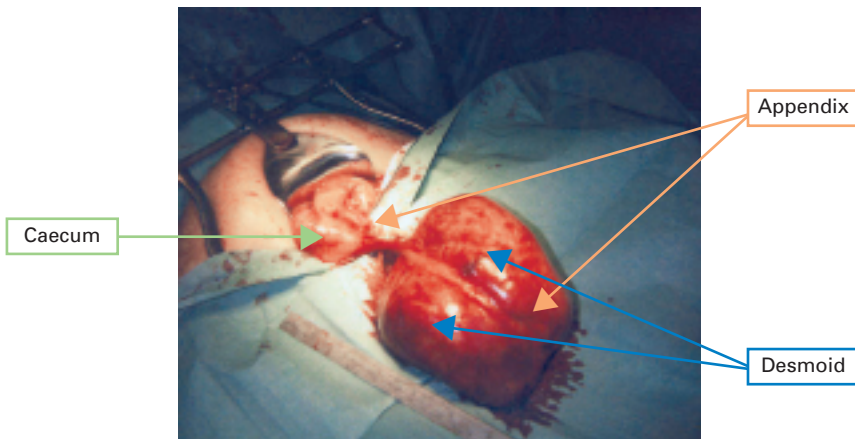
## Diskussion

Desmoide sind sehr seltene Tumoren, ihre Inzidenz liegt bei 2–8:1 000 000 [1]. Es wird neben sporadischem Auftreten ein gehäuftes Vorkommen bei Patienten mit familiärer adenomatöser Polyposis (FAP; Inzidenz 3,5–29%) beschrieben. Bei lokal infiltrativem Wachstum ohne Metastasierung gelten die Desmoide als semimaligne. Unterschieden werden extraabdominale und intraabdominale (mesenteriale) Desmoide. Spontan auftretende Desmoide sind zu 90% extraabdominal und nur zu 10% mesenterial [2]; mit einer FAP assoziierte Desmoide sind in bis zu 64% der Fälle mesenterial [3].

Neben der Seltenheit ist das Desmoid vom klinischen Verlauf her ein sehr heterogener Tumor; und es ist daher äusserst schwierig, einem Betroffenen eine Prognose zu stellen. Das chirurgische Trauma scheint das Desmoidwachstum zu triggern (Grössenzunahme, gesteigerte Aggressivität des infiltrativen Wachstums). Zwischen einer langsamen Grössenzunahme und einem aggressiven infiltrativen Wachstum kommen alle Erscheinungsformen vor, auch eine spontane Regredienz oder das Verschwinden von grossen Befunden sind möglich. Die Rezidivrate ist hoch (bei sporadischen Desmoiden 16–40%, bei FAP-assoziierten Desmoiden bis 85%) [4].

Eine chirurgische Exstirpation sollte angesichts des Triggereffekts nur bei einer möglichen R0-Resektion durchgeführt werden (vollständige Entfernung des Tumorgewebes beim Ersteintritt; um die Tumorentfernung im Gesunden sicherzustellen, ist über den makroskopisch sichtbaren Tumorbereich hinaus eine der dreidimensionalen Tumorausbreitung entsprechende Sicherheitszone mit zu entfernen) [5]. Als weitere Therapieoptionen stehen eine Strahlentherapie (bei extraabdominalen Lokalisationen) sowie Antiöstrogene (gehäuftes aggressives Wachstum bei Frauen im gebärfähigen Alter; Tamoxifen hemmt das Fibroblastenwachstum in vitro) [6], zytotoxische Therapien und nichtsteroidale Antirheumatika zur Verfügung.

Unser Fall illustriert auch die Schwierigkeiten in der Diagnostik einer Appendizitis. Sie ist zwar mit ungefähr 50% die häufigste Ursache eines akuten Abdomens, hat aber auch eine ausseror-



**Abbildung 1**  
An der Appendixspitze hängender, teilweise mit dem Uterus verklebter  
12 × 11 × 8 cm grosser Tumor.

dentlich breite Differentialdiagnose. Je nach Schmerzlokalisierung und -verlauf kommen neben unserer (sehr seltenen) Ursache viele andere Krankheitsbilder wie beispielsweise Adnexitis, Extrauterin gravidität (EUG), stielgedrehte Ovarialzysten, ein nekrotisierendes Myom, Pyelonephritis, Urolithiasis, Pleuritis, eine basale Pneumonie, Cholelithiasis, Pneumokokkenperitonitis oder ein Psoasabszess in Frage. Häufig handelt es sich bei den akuten Unterbauchschmerzen auch um eine Gastroenteritis

mit Reizung der Appendix (wie zum Beispiel bei einer Yersinieninfektion); die Symptome klingen dann nach einer kurzen Beobachtungszeit wieder spontan ab.

In der Diagnosestellung stehen Anamnese und klinische Untersuchung gegenüber den Laborparametern und weiteren Untersuchungen wie etwa der Sonographie klar im Vordergrund [7]. Typische Anamnesen sind akute oder subakute Bauchschmerzen, die zu Beginn in der Nabel- oder Magenregion lokalisiert werden und sich dann innerhalb weniger Stunden in den rechten Unterbauch verlagern. Die Patienten sind meist jung (10–30 Jahre). Appetitlosigkeit, Übelkeit und Erbrechen sowie Stuhlverhalt/Obstipation treten bei der Appendizitis ebenfalls häufig auf. In der Untersuchung werden oft Fieber und eine Tachykardie konstatiert. Druckdolenz über dem McBurney- oder dem Lanz-Punkt mit Abwehrspannung, positive Rovsing- und Psoas-Zeichen, kontralateraler Loslassschmerz und rektale Druckschmerzen deuten auf eine Appendizitis hin. Die erhöhten Entzündungsparameter im Labor sollten nur als Bestätigung der Diagnose dienen. Die Sonographie ist lediglich verwertbar, wenn eine Appendizitis identifiziert werden kann, ein Ausschluss ist leider nicht möglich. Die unzähligen Appendizitiszeichen sind vielleicht auch ein Hinweis darauf, dass eine sichere Diagnosestellung oft sehr schwierig ist.

Korrespondenz:  
Dr. med.  
Sergio Rodriguez Miralles  
Chirurgische Klinik  
Spital Zofingen  
Mühletalstrasse 27  
CH-4800 Zofingen  
[sergiorodriguez@bluewin.ch](mailto:sergiorodriguez@bluewin.ch)

#### Literatur

- 1 Dahn I, Jonnson N, Lundh G. Desmoid tumors. A serie of 33 cases. *Acta Chir Scand* 1963;126:305.
- 2 Hartley JE, Church JM, Gupta S, McGannon E, Fazio VW. Significance of incidental desmoids identified during surgery for familial adenomatous polyposis. *Dis Colon Rectum* 2004;47:334–40.
- 3 Peterschulte G, Lickfeld L, Möslein G. Das Desmoid-Problem. *Der Chirurg* 2000;71:894–903.
- 4 Hamilton L, Blackstein M, Berk T. Chemotherapy for desmoid tumours in association with familial adenomatous polyposis. A report of three cases [review]. *Can J Surg* 1996;39:247–52.
- 5 Easter DW, Halansz NA. Recent trends in the management of desmoid tumors. Summary of 19 cases and review of the literature. *Ann Surg* 1989;210:765.
- 6 Picariello L, Tonelli F, Brandi ML. Selective oestrogen receptor modulators in desmoid tumours. *Expert Opin Investig Drugs* 2004;13:1457–68.
- 7 Sidler S, Heim D, Negri M, Stricker U. Der Stellenwert des Ultraschalls bei Einweisungsgrund «akute Appendizitis». *Swiss Surgery* 2003;6:297–306.