

Der unklare Adnexbefund

Sara Imboden^a, Hana Burger^b, Stefan Aebi^c, Stefan Mohr^a, Michael D. Mueller^a

^a Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern

^b Institut für Pathologie, Universität Bern

^c Klinik und Poliklinik für Medizinische Onkologie, Inselspital Bern

Fallbeschreibung

Eine 36-jährige Patientin stellt sich wegen zunehmender Unterbauchschmerzen und Druckgefühl im kleinen Becken beim Hausarzt vor. Er tastet einen Befund im Unterbauch und veranlasst ein CT des Abdomens. Dort wird ein unklarer Tumor im kleinen Becken gesehen, evtl. vom linken Ovar oder vom Mesenterium ausgehend, mit Verdacht auf Peritonealkarzinose mit vergrösserten Lymphknoten retroperitoneal und mesenterial. Auch in der Ultraschalluntersuchung des Abdomens findet sich derselbe 10 cm grosse Tumor im Unterbauch mit multiplen Knoten sowie geringem Aszites (Abb. 1 [6]). Die Patientin wird uns zugewiesen.

Sie verneint Verdauungsbeschwerden und B-Symptomatik, und ihr Allgemeinbefinden ist gut. Klinisch werden keine vergrösserten Lymphknoten palpirt und keine Splenomegalie gesehen. Laborwerte: asymptomatische, normochrome, normozytäre Anämie mit einem Hb von 68 g/l, LDH erhöht mit 1100 U/l, CA-125 393 kU/l. Bei unklarem Adnexbefund wird eine diagnostische Laparoskopie mit Schnellschnittuntersuchung geplant.

Intraoperativ finden sich zwei vergrösserte, derbe Ovarien, beide sind knotig verändert (Abb. 2 [6]), hingegen kaum freie Flüssigkeit und keine Hinweise auf Peritonealkarzinose oder sonstige intraabdominelle Streuung. Zur Histologiegewinnung erfolgt eine Adnexektomie links (grösserer Befund) über eine hintere Kolpotomie. Die Schnellschnittdiagnose lautet auf ein Fibrom des Ovars, so dass entschieden wird, den kontralateralen Befund auch zu entfernen unter Belassung eines makroskopisch unauffälligen Anteils des rechten Ovars.

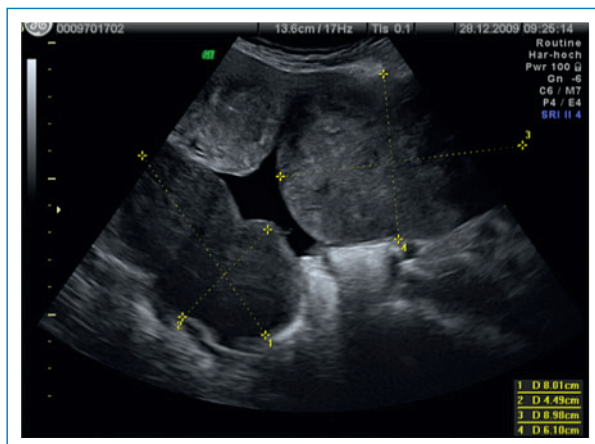


Abbildung 1
Abdomensonographie mit multiplen Tumorknoten.

Nach komplikationslosem Verlauf wird die Patientin am 3. postoperativen Tag in gutem AZ nach Hause entlassen.

In der definitiven Histologie zeigt sich eine Infiltration des Ovars durch grosse blastäre Zellen mit polymorphen, eingekerbten Kernen und prominenten Nukleolen (Abb. 3 [6]). Die immunhistochemische Untersuchung ergibt Reaktivität mit den Markern LCA, CD20, CD97a, bcl6, fokal schwache Positivität für bcl2 sowie negative Reaktionen für CD10, CD23, MUM-1, CD43 und EBV-LMP. Die Proliferationsfraktion (MIB-1) beträgt 50–60%. Die Diagnose lautet: diffuses grosszelliges B-Zell-Lymphom mit Infiltration des Ovars und (kleinherdig, subserosal) der Tube.

Retrospektiv zeigt der Befund im Schnellschnittpräparat atypische Zellen, deren Dignität ohne zusätzliche immunhistochemische Untersuchung nicht affirmativ zu bestimmen war.

Diskussion

Der unklare Adnexbefund ist eine häufige Indikation zur diagnostischen Laparoskopie. Mittels Anamnese, klinischer Untersuchung, bildgebender Diagnostik (insbesondere vaginaler Ultraschall, evtl. Abdomen-CT oder MRI) und Tumormarkern (CA-125) versucht man, präoperativ zwischen benigne und maligne zu unterscheiden. Mittels intraoperativer Schnellschnittuntersuchung lässt sich die Unterscheidung in der Regel treffen, so dass in *einem* Schritt die korrekte operative Therapie erfolgt. Dieser Fall zeigt jedoch, dass dies nicht immer gelingt. Erstens ist die präoperative Differentialdiagnose oft breit, und zweitens bleibt die Schnellschnittuntersuchung ein provisorischer Befund. Deswegen sind derartige Operationen sehr genau mit der Patientin zu besprechen, und eine ausführliche präoperative Aufklärung ist unerlässlich. Bei unerwartetem intraoperativem Befund muss allenfalls die Operation abgebrochen und zweizeitig vorgegangen werden.

Das Non-Hodgkin-Lymphom (NHL) der Ovarien ist extrem selten und kann klinisch, wie oben illustriert, kaum von den weit häufigeren Ovarialtumoren unterschieden werden. Maligne Lymphome können im Ovar als Sekundärmanifestation eines disseminierten Lymphoms auftreten oder selten (0,5% aller NHL) als primäres ovariellies Lymphom. Insgesamt betrifft das NHL am Ovar 1,5% aller ovariellen Neoplasien [1].

Die häufigsten Symptome eines NHL des Ovars sind Schmerzen bzw. Tumormasse im kleinen Becken. B-Symptome sind in 10–33% beschrieben [2]. Typisch für

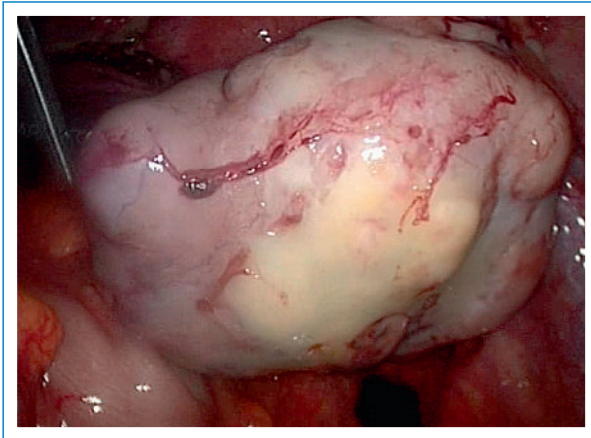


Abbildung 2
Vergrößertes, knotig verändertes Ovar.

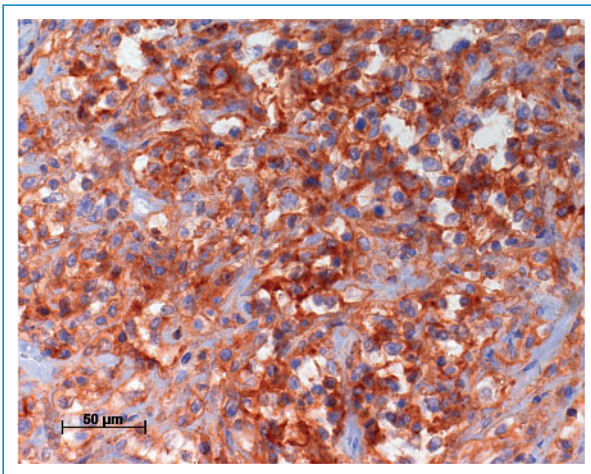


Abbildung 3
Immunhistochemische Expression der blastären Zellen von LCA (*leucocyte common antigen*).

das Lymphom ist das schnelle Wachstum des Befundes. Zur Diagnostik von Adnexbefunden ist die transvaginale Ultraschalluntersuchung der Goldstandard. Bezüglich der Diagnostik eines NHL des Ovars scheint jedoch das MRI eine genauere Unterscheidung der Konsistenz (beim NHL solid versus zystisch) zu ermöglichen [3]. Um ein primäres von einem sekundären ovariellen NHL zu unterscheiden, ist eine Staging-Untersuchung mittels klinischer Untersuchung, CT von Thorax und Abdomen und Knochenmarksbiopsie und -aspiration erforderlich.

Fox u. Mitarbeiter schlagen folgende Kriterien für die Diagnose eines primären ovariellen NHL vor [4]:

1. Zur Zeit der Diagnose ist das Lymphom klinisch auf die Ovarien begrenzt, und gründliche Untersuchungen zeigen keine Hinweise auf anderweitige Lymphome. Lokale Streuung (angrenzende Strukturen und lokoregionäre LK) wird noch toleriert.
2. Peripheres Blut und Knochenmark zeigen keine Hinweise auf Lymphombefall.
3. Wenn weitere lymphatische Läsionen auftreten, müssen wenigstens mehrere Monate seit dem Primärbefund verstrichen sein.

Die Differenzierung zwischen primärem und sekundärem Befall entscheidet über das Stadium und damit über die Prognose. Ein sekundäres ovarielles NHL hat eine eher schlechtere Prognose, mit 5-Jahres-Überlebensraten von 7–38%. Das primäre NHL hat eine eher bessere Prognose. Die Therapie erfolgt gemäss den üblichen Chemotherapie-Schemata für Non-Hodgkin-Lymphome. Unsere Patientin erhielt einen Therapie-vorschlag mit Rituximab und CHOP (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin und Prednison).

Dieser Fall zeigt, dass bei unklarem Adnexbefund und erhöhtem CA-125 die Liste der Differentialdiagnosen weiterhin lang sein kann und dass zur Diagnose – neben einer sorgfältigen Anamnese und klinischen Untersuchung, bildgebender Diagnostik und guter Aufklärung der Patientinnen – in der Regel eine definitive histopathologische Untersuchung erforderlich ist.

Korrespondenz:

Sara Imboden
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital Bern
Effingerstrasse 102
CH-3010 Bern
saraimboden@gmx.ch

Literatur

- 1 Perlman S, Ben-Arie A, Feldberg E, Hagay Z. Non-Hodgkin's lymphoma presenting as advanced ovarian cancer – a case report and review of literature. *Int J Gynecol Cancer*. 2005;15:554–7.
- 2 Monetrroso V, Jaffe ES, Merino MJ, Medeiros LJ. Malignant lymphomas involving the ovary: a clinicopathologic analysis of 39 cases. *Am J Surg Pathol*. 1993;17:154–70.
- 3 Crawshaw J, Sohaib SA, Wotherspoon A, Shepherd JH. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the ovaries: imaging findings. *British Journal of Radiology*. 2007;80:e155–8.
- 4 Fox H, Langley FA., Govan ADT, Shirley Hill A, Bennett MH. Malignant lymphoma presenting as an ovarian tumour: a clinicopathological analysis of 34 cases, *BJOG*. 1988;95(4):386–90.