

# Akute Unterbauchschmerzen nach Hip-Hop-Training! ...

Stefan Portmann<sup>a</sup>, Kerstin Hug<sup>b</sup>

Kantonsspital Nidwalden

<sup>a</sup> Chirurgische Klinik

<sup>b</sup> Gynäkologische Klinik

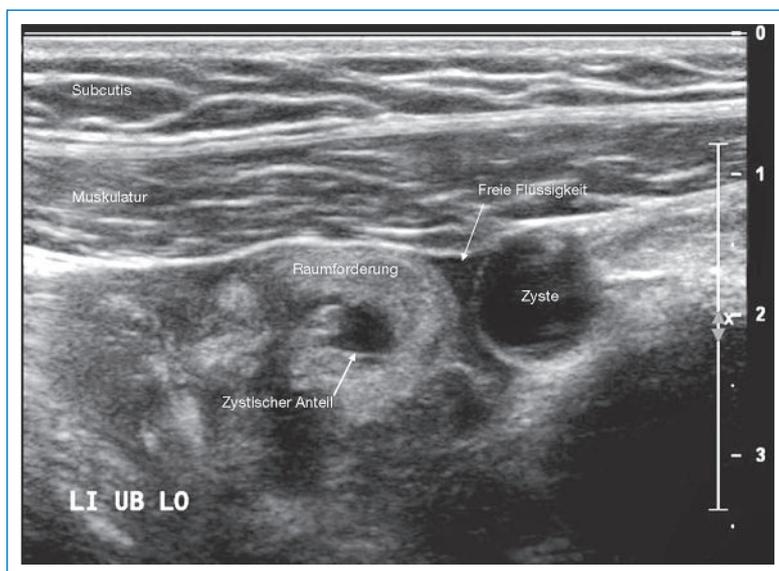
## Fallbericht

Eine 12-jährige prämenarchale Virgo wurde uns vom Dienstarzt wegen akuter, wellenförmiger, linksseitiger Flanken- und Unterbauchschmerzen und semiquantitativen Nachweises von Erythrozyten im Urinestreifen mit Verdacht auf Nephrolithiasis zugewiesen. Die Schmerzepisode war begleitet von Übelkeit und Erbrechen. Ein Tag vor Spitaleintritt habe die Patientin ein Hip-Hop-Training absolviert, ansonsten war die Anamnese unauffällig.

In der körperlichen Untersuchung sahen wir ein normalgewichtiges, prämenarchales Mädchen mit unauffälligen Vitalparametern, mit normalem äusseren Genitale und dem Alter entsprechender pubertärer Entwicklung (Pubes-Behaarung und Brustentwicklung Tanner-Stadium III). Es bestand eine Druckdolenz proximal medial der linken Spina iliaca anterior superior sowie Schmerzen beim Hüpfen und Gehen an derselben Stelle. Die Schmerzen waren im Verlauf von wechselnder Intensität, bestanden sowohl in Ruhe als auch während Bewegung.

Labordiagnostisch fanden sich initial und im Verlauf keine Auffälligkeiten (CRP <5 mg/l). In der erneuten Urinuntersuchung konnte weder im Teststreifen noch im Urinsediment die initiale Hämaturie nachgewiesen werden.

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.



**Abbildung 1**  
Abdomensonographie mit Darstellung einer mehrheitlich echogenen Raumforderung mit zystischem Zentrum, weiter lateral mit einer Zyste.

In der Abdomensonographie fand sich dorsal der Bauchdecke im Bereich der linken Adnexe, nebst einer dünnwandigen 1 cm messenden Zyste, eine inhomogene, vorwiegend echogene Raumforderung mit einem 5 mm messenden zystischen Anteil (Abb. 1 ). Eine Verbindung zum sonographisch reizlosen Ovar, oder einem anderen benachbarten Abdominalorgan, konnte nicht dargestellt werden. Sonopalpatorisch lag das Schmerzmaximum weiter kranial lateral des dargestellten Befundes, wo keine Pathologie der Bauchwand oder ableitenden Harnwege dargestellt werden konnte.

Aufgrund der intermittierenden Beschwerdearmut der Patientin sowie der unklaren sonographischen Befunde wurde eine MRI-Untersuchung angefertigt, in der sich eine strangförmige Verbindung zwischen oben genannter Raumforderung und der linken Adnexe bestätigen liess (Abb. 2 ). Differenzialdiagnostisch wurde an eine eingeblutete paratubare Zyste mit intraligamentärer Lage (Plica lata uteri) gedacht.

In der Laparoskopie fand sich im distalen Drittel der linken Tube eine livide Auftreibung nahe des Fimbrientrichters, eine stielgedrehte, hämorrhagisch infarzierte Hydatidenzyste als Teil eines Konglomerates von ödematösen Hydatiden sowie eine kleine reizlose Hydatide (Abb. 3 ). Das Zystenkonglomerat liess sich nicht detorquieren und musste deshalb an seiner Basis mittels bipolarer Nadelelektrode aus der Mesosalpinx reseziert werden. Die reizlose Hydatide am Fimbrientrichter wurde inzidiert. Rechtsseitig fand sich im distalen Drittel der Tube eine gestielte, reizlose Hydatide von 0,5 cm Durchmesser sowie kleine reizlose Hydatiden im Fimbrienbereich. Zur Prophylaxe weiterer Ereignisse wurde im vorliegenden Fall entschieden, die gestielte Hydatide rechtsseitig zu entfernen sowie die kleineren Hydatiden zu inzidieren. Am Folgetag konnte die Patientin beschwerdefrei nach Hause entlassen werden. Der histologische Befund war vereinbar mit einer torquierten Hydatidenzyste.

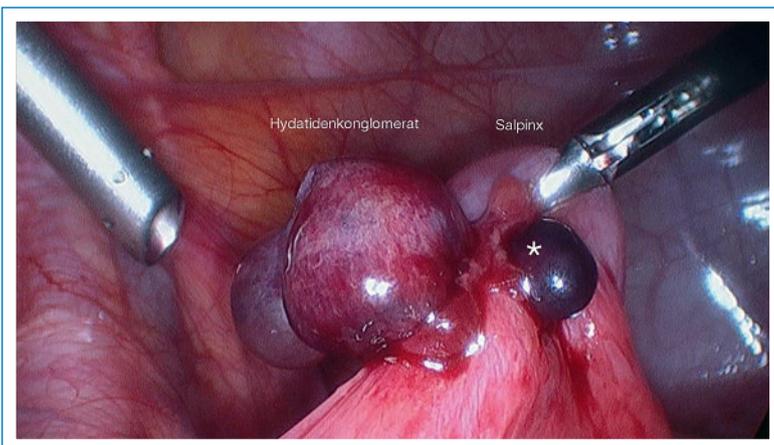
## Diskussion

Aufgrund der Anamnese und der klinischen Befunde ist bei oben genannter Patientin neben der hausärztlichen Verdachtsdiagnose einer Ureterolithiasis auch an eine Pathologie im Bereich der Adnexe zu denken [1].

Paratubare und paraovariale Hydatiden sind gutartige, zystische Strukturen im Bereich der Mesosalpinx. Sie entstehen aus Evaginationen der Urogenitalleiste, welche nicht mit den übrigen Evaginationen zum Müllergang konfluieren [2]. Sind sie klein (klassische Morga-



**Abbildung 2**  
MRI des kleinen Beckens (T2-Gewichtung): hyperdense Formation in der Plica lata uteri lateral des linken Ovars liegend.



**Abbildung 3**  
Laparoskopie des kleinen Beckens: Zystenkonglomerat mit hämorrhagischer Hydatide (\*), intakte Tube mit der Zange gefasst.

gni-Zysten), haben sie in der Regel keine klinische Relevanz und sind Zufallsbefunde während einer Laparotomie/Laparoskopie. In einigen Fällen sind Hydatiden involviert in Adnextorsionen, wobei bisher drei Mechanismen beschrieben wurden: einfache Stieldrehung der Morgagni-Hydatide mit intakter Adnexe, Torsion der Adnexe zusammen mit Torsion der Morgagni-Hydatide und Torsion von Hydatide bei Umwicklung des distalen Eileiters durch den Hydatidenstiel mit Schädigung des distalen Eileiters [3]. Hydatiden scheinen mehrheitlich perimenarchal symptomatisch zu werden. Es ist zu vermuten, dass die pubertär induzierte sekretorische Aktivität die Akkumulation von

Flüssigkeit in Hydatidenzysten, deren Grössenzunahme und somit eine adnexale oder hydatidale Torsion begünstigt [3].

Noch seltener ist bei prämenarchalen Mädchen die isolierte Eileitertorsion beschrieben [4]. Diesbezüglich wurden verschiedene extrinsische und intrinsische Risikofaktoren identifiziert. Zu den extrinsischen Risikofaktoren gehören unter anderem plötzliche Körperbewegungen.

### Schlussfolgerung

In dem von uns beschriebenen Fall waren eine stielgedrehte, hämorrhagisch infarzierte Hydatidenzyste als Teil eines entzündlich veränderten, ödematösen Zystenkonglomerats Ursache für die Beschwerden der Patientin. Zudem wurde eine livide Aufreibung des distalen Eileiters im Bereich des Fimbrientrichters beobachtet, ohne dass eine offensichtliche Strangulation durch einen Hydatidenstiel (bei weiterer reizloser Hydatide im Bereich des Fimbrientrichters) oder eine Torsion des Eileiters im distalen Bereich vorlag. Als Risikofaktor oder gar als direkter Auslöser für die Hydatidentorsion dürfen plötzliche Körperbewegungen, in diesem Fall das Hip-Hop-Training, vermutet werden. Obwohl die Hydatidentorsion selten ist, sollte sie differentialdiagnostisch bei allen prämenarchalen Mädchen und jungen Frauen im reproduktiven Alter in Betracht gezogen werden, welche sich mit plötzlich auftretenden Flanken- oder Unterbauschmerzen beim Hausarzt oder in der Notfallstation vorstellen. Damit kann eine verzögerte Diagnosestellung verhindert und eine frühzeitige laparoskopische Detorquierung und Zystenresektion angestrebt werden.

### Korrespondenz:

Dr. med. S. Portmann  
Assistenzarzt Chirurgie  
Kantonsspital Nidwalden  
CH-6370 Stans  
[stefan.portmann@gmx.net](mailto:stefan.portmann@gmx.net)

### Literatur

- 1 Achermann Y, Bunjevack B, Knoblauch C. Akute Unterbauschmerzen und negatives Beta-HCG: ein Fall für die Abdomensonographie. *Schweiz Med Forum*. 2005;5:503.
- 2 Parmley TH. Benign Neoplasms of the ovary, Fallopian tube, and parovarian region. Under review – update due 2010. *Parmley TH, Glob. Library womens med. (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10008.*
- 3 Pansky M, Smorgick N, Lotan G, Herman A, Schneider D, Halperin R. Adnexal torsion involving hydatids of Morgagni: a rare cause of acute abdominal pain in adolescents. *Obstet Gynecol*. 2006;108(1):100–2.
- 4 Terada Y, Murakami T, Nakamura SI, Sato Y, Niikura H, Ito K, et al. Isolated torsion of the distal part of the Fallopian tube in a premenarcheal 12-year-old girl: a case report. *Tohoku J Exp Med*. 2004;202:239–43.