




# Ungewöhnliche operative Therapie für eine Milz

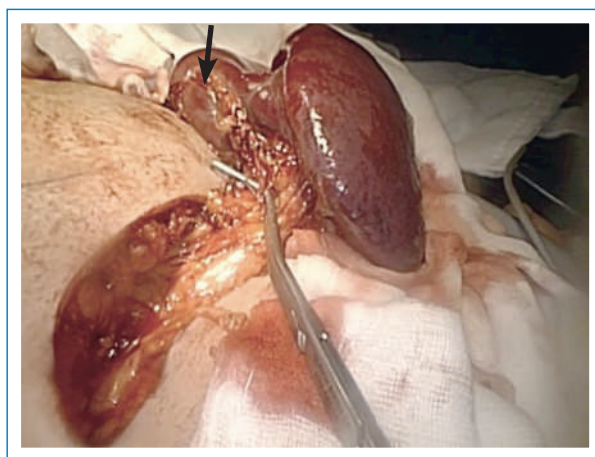
Nadja Fischer<sup>a</sup>, Barbara Padberg Sgier<sup>a</sup>, Gabriela Hässig<sup>b</sup>, Peter Villiger<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Institut für Pathologie und Rechtsmedizin, Kantonsspital Graubünden, Chur

<sup>b</sup> Departement für Chirurgie Kantonsspital Graubünden, Chur

Plötzlich und ohne Trauma verspürt die 37-jährige Patientin einen stichartigen Schmerz im Oberbauch. Im CT erkennt man eine 7 × 8 × 11 cm grosse Milzzyste am Oberpol mit Einriss und freier Flüssigkeit. Die Patientin bleibt hämodynamisch stabil. Die Echinokokkus-Serologie ist negativ. Nach drei Wochen ist die Zyste im CT leicht grösser (12 × 10 × 10 cm). Es fehlen Malignitätszeichen. Wir schlagen die laparoskopische Resektion vor.

Die Zyste ist kranial mit dem Zwerchfell verklebt, was die Spontanheilung erklärt. Die Milz wird allseits mobilisiert, wobei die Zyste einreisst. Der Zystenbalg wird gefasst, gegen ventral gezogen, so dass die Milz samt Pankreasschwanz nach ventral gelöst werden kann. Über eine Minilaparotomie werden Milz mit Zyste vor die Bauchdecke gebracht. Die Oberpolarterie wird ligiert, was zur Demarkation am Milzgewebe führt. Dies erlaubt, den Milzoberpol mit der Zyste abzutrennen (Abb. 1 ). Die verbleibene Hemimilz wird reponiert. Histologisch liegt eine seltene (0,07%) mesotheliale Milzzyste kongenitalen Ursprungs vor (Abb. 2A  und B ) [1, 2]. Im Verlauf wird in der Duplexsonographie eine normal perfundierte Hemimilz abgebildet, die Patientin ist beschwerdefrei.



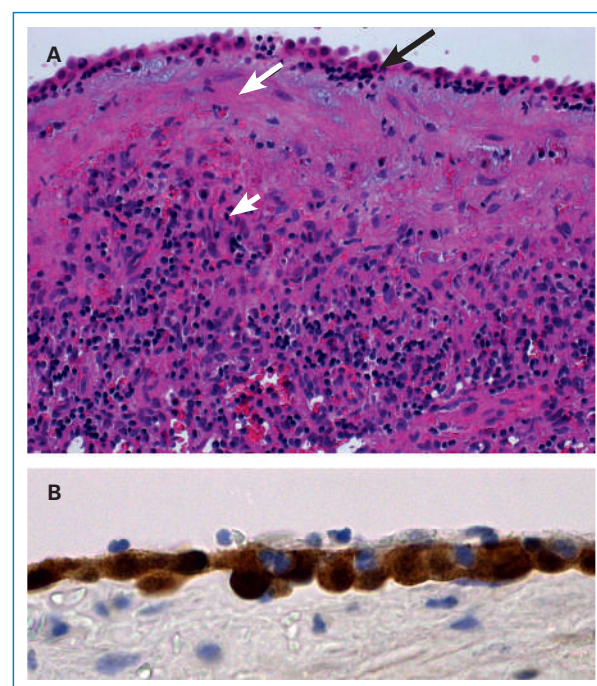
**Abbildung 1**  
Intraoperatives Bild der laparoskopisch entfernten Milzzyste (Pfeil).

## Korrespondenz:

Dr. Nadja Fischer  
Assistenzärztin  
Institut für Pathologie  
Kantonsspital Aarau  
Tellstrasse  
CH-5001 Aarau  
[nadja.fischer\[at\]ksa.ch](mailto:nadja.fischer[at]ksa.ch)

## Literatur

- 1 Palmeriri I, Natale E, Crafa F, Cavallaro A, Mingazzini PL. Epithelial splenic cysts. *Anticancer Research*. 2005;25:515–22.
- 2 Vajda R, Kereskai L, Czauderna P, Schaarschmidt K, Kalman A, Koltai J, et al. Re-evaluation of histological findings in nonparasitic splenic cysts. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2012;24:316–9.



## Abbildung 2

**A:** Histologisches Bild (HE × 200) der Milzzyste mit flachem, auskleidendem Mesothelzellsaum (langer Pfeil), bindegewebiger Kapsel (mittellanger Pfeil) und angrenzendem Milzparenchym (kurzer Pfeil).  
**B:** Flaches auskleidendes Mesothel der Milzzyste mit immunhistologischer zytoplasmatischer Positivität für Calretinin (spezifischer Marker für Mesothel).

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.