

Unübliche Präsentation einer Leberzyste

Christian Kositz^a, Manuela Brunner^b, Eva Markert^c, Othmar Kehl^a


^a Spital Heiden, Medizinische Abteilung, Heiden

^b Spital Heiden, Chirurgische Abteilung, Heiden

^c Institut für Pathologie, Kantonsspital, St. Gallen

Fallbeschreibung

Der 46-jährige Patient wies sich selbst wegen stärkster krampfartiger Oberbauchschmerzen zu. Anamnestisch gab es keine Hinweise auf abdominelle Traumen oder Operationen in der Vorgeschichte. Ein ähnliches Schmerzereignis fand vor einem Jahr ohne Arztkonsultation statt. Bei der Abklärung stellte sich CT-radiologisch eine ca. 9,5 × 9,5 × 11,5 cm grosse, teilweise verkalkte, zystische Läsion median im Unterbauch dar. Eine differentialdiagnostisch in Betracht kommende Echinokokkuszyste konnte aufgrund der negativen Serologie nicht bestätigt werden. Ansonsten fanden sich laborchemisch keine Auffälligkeiten. Aufgrund der Regredienz der Beschwerden wurde der Patient noch am selben Tag nach Hause entlassen.

Zur Abklärung des weiteren Prozederes stellte sich der Patient in der Sprechstunde im Spital Heiden vor. In der durchgeführten Sonographie des Abdomens zeigte sich neben Nierenzysten beidseits die schon im CT beschriebene Zyste als 9 × 10 × 11 cm grosse Raumforderung hinter der Harnblase (Abb. 1 ). Nach Absprache mit dem Patienten wurde die operative Entfernung der kompletten Zyste durch eine untere mediane Laparotomie geplant.

Der Operationssitus stellte eine mit Dünndarmschlingen adhärenzte, gestielte Zyste dar. Der gestielte Zystenfortsatz konnte bis zum linken Leberlappensegment III zurückverfolgt werden. Die Zyste wurde samt Stiel und einem Teil des Leberlappensegments in toto reseziert. Die Histologie der eingesandten Proben ergab eine hochgradig regressiv veränderte biliäre Zyste ohne Hinweis

auf Malignität. Das Zystenpunkat war steril. Der Patient blieb seither beschwerdefrei.

Bei diesem Fall handelt es sich wahrscheinlich um eine stielgedrehte, nicht parasitogene Leberzyste, die sich bis in die untere Abdominalhöhle erstreckte. Dieser Verdacht würde auch das vorhergegangene, spontan regrediente Schmerzereignis vor einem Jahr erklären.

Kommentar

Solitäre, nicht parasitogene Leberzysten sind keine Seltenheit mit einer Inzidenz von 1–5% in der Bevölkerung [1–3]. Nur ca. 5% dieser Zysten gehen mit Symptomen einher wie abdominelle Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Völlegefühl, Reflux oder Dyspnoe [4–5]. Selten präsentiert sich eine nicht parasitogene Leberzyste mit einer Einblutung, Ruptur, Peritonitis, Infektion, portaler Hypertension, obstruktivem Ikterus, pulmonalem Embolus oder Torsion wie in unserem Fall [6–12]. Als Differentialdiagnosen dieser benignen Erkrankung sollten Echinokokkuszysten und maligne Zysten sicher ausgeschlossen werden [1, 5].

Korrespondenz:

Dr. Othmar Kehl
Spital Heiden AR
CH-9410 Heiden
[othmar.kehl\[at\]svar.ch](mailto:othmar.kehl[at]svar.ch)

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.

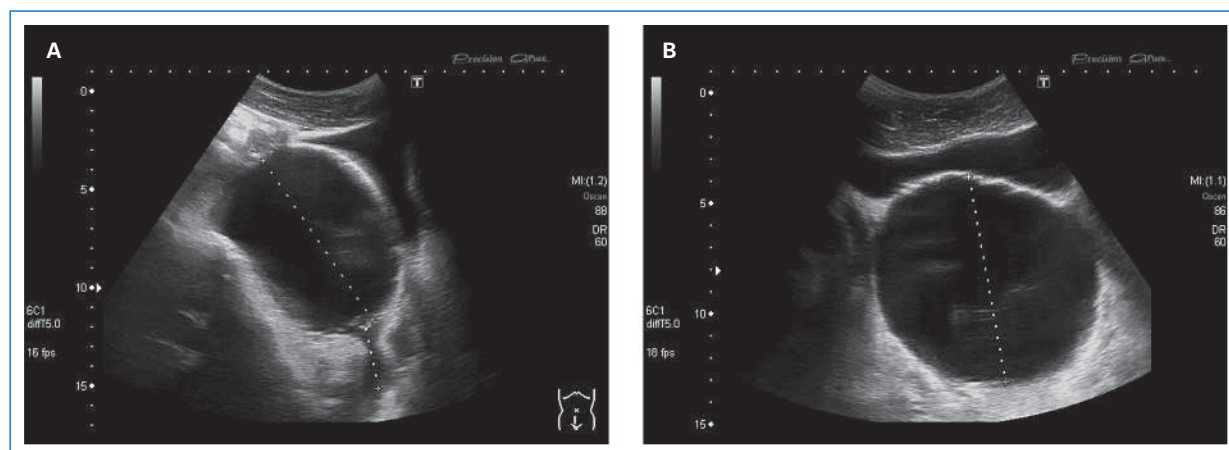


Abbildung 1

Sonographie des Abdomens längs (A) und quer (B); deutlich erkennbare zystische Struktur mit stielartiger Veränderung hinter der Blase.

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