

Eine seltene Entität bei der Frau

Differentialdiagnose der inkarzerierten Inguinalhernie

Benjamin Wagner, dipl. Arzt

Chirurgische Klinik, Spital Männedorf

Fallbericht

Eine 38-jährige Patientin stellte sich selbstständig auf unserer Notfallstation mit einer akut schmerzhaften Weichteilschwellung in der rechten Leiste vor. Schon vor gut 20 Jahren war bei ihr klinisch die Diagnose einer Inguinalhernie rechts gestellt worden. Bis anhin hatte sie jedoch aus persönlichen Gründen die empfohlene operative Versorgung abgelehnt. Seit einem Jahr wurde die Schwellung als permanent empfunden. In der letzten Woche zunehmende Druckempfindlichkeit sowie Nausea ohne Vomitus und Obstipation.

Klinisch zeigte sich eine 6 × 3 cm messende, druckdolente, prall elastische Weichteilschwellung oberhalb des Ligamentum inguinale rechtsseitig mit positivem Hustenanprall. Das Integument darüber war unauffällig. Ein Repositionsversuch beim klinischen Bild einer Inguinalhernie war sehr schmerzhaft und frustrierend. Laborchemisch zeigten sich keine pathologisch erhöhten Entzündungsparameter. Das Laktat befand sich im Normbereich. Sonographisch wurde der Verdacht auf eine Inguinalhernie mit intestinalen Strukturen als Inhalt geäußert (Abb. 1).

In Zusammenschau der Befunde gingen wir von einer inkarzerierten Inguinalhernie aus und stellten die Indikation zur diagnostischen Laparoskopie. Nach problemloser Anlage des Pneumoperitoneums über einen umbilikalen Zugang zeigte sich jedoch kein Anhalt für eine Leisten- oder Femoralhernie, obwohl die Weichteilschwellung in der Leiste weiterhin prominent palpabel war. Wir entschieden uns in dieser Situation zu einer offenen Leistenrevision. Nach Spalten der Externusaponeurose stellte sich ein lobulierter, zystischer Befund im Leistenkanal dar, der am Ligamentum teres uteri gestielt war. Nach zirkumferentieller Freilegung wurde die zystische Läsion in toto abgetragen (Abb. 2). Die Externusaponeurose wurde fortlaufend verschlossen. In der neuerlichen Laparoskopie zeigte sich der Anulus inguinalis profundus aufgrund der Resektion erweitert. Prophylaktisch wurde daher ein Polypropylenetz im Sinne einer laparoskopischen TAPP (transabdominelle Präperitoneale Plastik bzw. transabdominelle Patch-Plastik) eingelegt. Anschliessend problemloser Verlauf

mit Demissio am zweiten postoperativen Tag. In der makroskopisch-pathologischen Untersuchung zeigte sich eine Zyste von insgesamt 6 × 5 × 3 cm Durchmesser mit Kammerung bis zu 2 cm Durchmesser und seröser Flüssigkeit als Inhalt. Histopathologisch wurde eine Ligamentum teres uteri-Zyste ohne Hinweise für Malignität nachgewiesen. Die klinischen Verlaufskontrollen waren ohne Anhalt für ein Rezidiv.

Diskussion

Die schmerzhafteste Schwellung in der Leistenregion kann unterschiedliche Ursachen haben. Neben Inguinalhernien, Lymphadenopathien, Abszessen oder Weichteiltumoren stellt bei Frauen die Zyste des Ligamentum teres uteri eine seltene Entität dar. In der Literatur finden sich zwar zahlreiche Einzelfallbeschreibungen beziehungsweise kleinste Fallserien [1–4], häufig wird der Befund aber mit einer inkarzerierten Hernie ver-



Benjamin Wagner

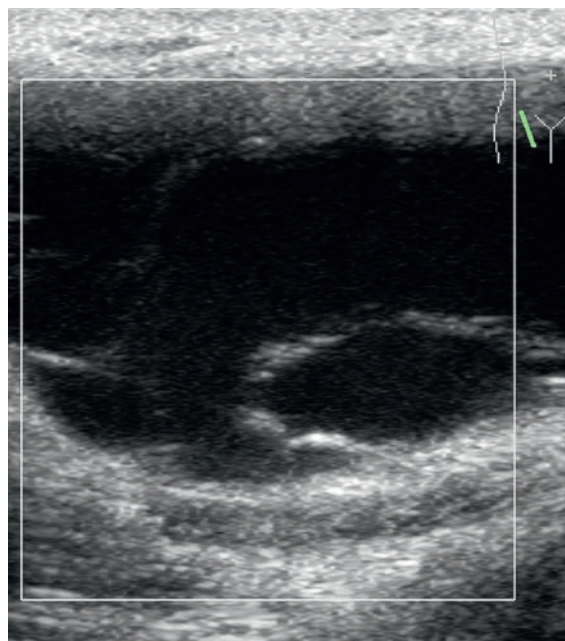


Abbildung 1: Sonographie Leiste mit Verdacht auf inkarzerierte Darmschlinge.

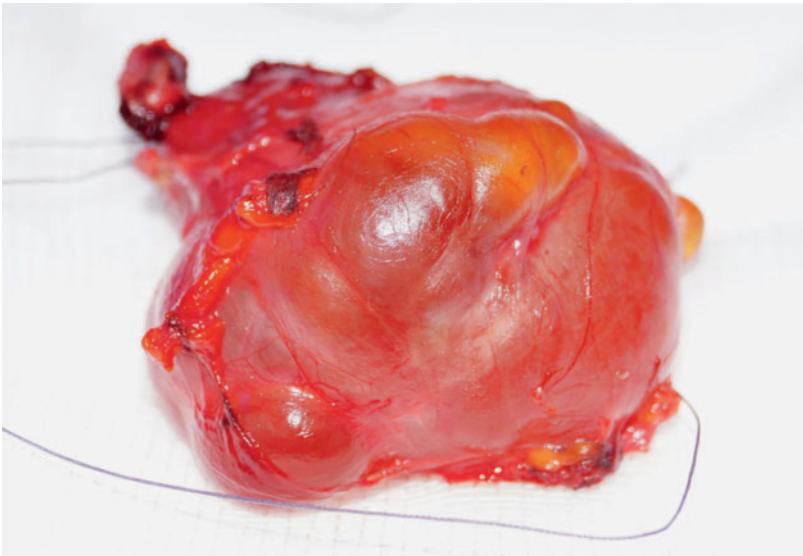


Abbildung 2: Präparat der Ligamentum teres uteri-Zyste.

Korrespondenz:
Benjamin Wagner
Klinik für Chirurgie
Spital Männedorf
Asylstrasse 10
CH-8708 Männedorf
Benjaminwagner[at]
outlook.com

wechselt und die Diagnose erst intraoperativ gestellt [2, 3]. Ätiopathologisch wird zwischen Nuck-Zysten (Anton Nuck, 1650–92, Professor der Anatomie in Leiden) und mesothelialen Zysten unterschieden [2]. Erstere stellen analog zum persistierenden Processus vaginalis

testis die Hydrozele der Frau dar. Sie sind meist ein-kammerig und kommen im Kindesalter vor [1]. Letztere entstehen aus während der Embryonalphase versprengtem mesenchymalem Gewebe im Ligamentum teres uteri, sind häufig multilobulär und betreffen erwachsene Frauen in der dritten oder vierten Lebensdekade. Eine nicht erklärte Prädominanz von 86% besteht für die rechte Seite [1]. Therapeutisch bietet sich bei symptomatischen Patientinnen die Resektion in toto an. Je nach Befund sollte sich bei erweitertem Anulus inguinalis profundus eine Netzplastik anschliessen [1–4]. Eine alleinige Punktion führt zwar zu einer unmittelbaren Linderung der Symptomatik, ist jedoch mit einem raschen Wiederauffüllen der Zyste behaftet [5].

Danksagung

Ich bedanke mich bei PD Dr. med. C. Stoupis, Chefarzt Radiologie, Spital Männedorf, für das Überlassen der Sonographie-Abbildung.

Disclosure statement

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Harper GB Jr, Awbrey BJ, Thomas CG Jr, Askin FB. Mesothelial cysts of the round ligament simulating inguinal hernia. Report of four cases and a review of the literature. *Am J Surg.* 1986;151:515–7.
- 2 Saylam B, Gülseren MO, Han O, Comçali B, Vural V, Coşkun F. Cysts of the round ligament simulating inguinal hernia: report of a case. *J Nippon Med Sch.* 2013;80(4):296–9.
- 3 Manatakis DK, Stamos N, Agalianos C, Vamvakas P, Kordelas A, Davides D. Mesothelial cyst of the round ligament misdiagnosed as irreducible inguinal hernia. *Case Rep Surg.* 2013;2013:408078. doi: 10.1155/2013/408078. Epub 2013 Sep 18.
- 4 Matsumoto T, Hara T, Hirashita T, Kubo N, Hiroshige S, Orita H. Laparoscopic diagnosis and treatment of a hydrocele of the canal of Nuck extending in the retroperitoneal space: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5(11):861–4.
- 5 Stickel WH, Manner M. Female hydrocele (cyst of the canal of Nuck): sonographic appearance of a rare and little-known disorder. *J Ultrasound Med.* 2004 Mar. 23(3):429–32.

Das Wichtigste für die Praxis

- Klassischerweise ist die Diagnose der Inguinalhernie, und insbesondere auch die der Inkarzeration einer solchen, klinisch. Die seltene Zyste des Ligamentum teres uteri kann eindrücklich das Bild einer solchen vortäuschen.
- Aufgrund der Multilobulierung kann die Sonographie des Befundes irreführend sein.
- Mit grösserer Sicherheit könnte eine präoperative Computertomographie die Diagnose erhärten.
- In der klinisch akuten Situation ist ein chirurgisches Vorgehen in jedem Fall gerechtfertigt und stellt gleichzeitig die Therapie der Wahl dar.