

# JOURNAL FÜR FERTILITÄT UND REPRODUKTION

REHN A, HESS T

*Das gestielte Myom - Zwei besondere Differentialdiagnosen*

*Journal für Fertilität und Reproduktion 2004; 14 (1) (Ausgabe für Österreich), 20-24*

*Journal für Fertilität und Reproduktion 2004; 14 (1) (Ausgabe für Schweiz), 15-17*

**Homepage:**

**[www.kup.at/fertilitaet](http://www.kup.at/fertilitaet)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR IN-VITRO-FERTILISIERUNG, ASSISTIERTE REPRODUKTION UND KONTRAZEPTION

# Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

## Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,  
Kräuter und auch Ihr Gemüse  
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller  
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz  
ohne grünen Daumen?

**Dann sind Sie hier richtig**



# Das gestielte Myom – Zwei besondere Differentialdiagnosen

A. Rehn, Th. Hess

Zur präoperativen Abklärung eines unklaren Unterbauchtumors stehen uns diverse Abklärungsmethoden zur Verfügung. Trotzdem werden wir intraoperativ immer wieder überrascht.

- Fall Nummer 1: 32jährige Patientin, welche schon seit Jahren wegen bekannter Spondylolisthesis konservativ behandelt wurde. Ein Zufallsbefund im Rahmen der gynäkologischen Jahreskontrolle zeigte eine unklare Raumforderung im Bereich der rechten Adnexe. Sonographisch und in der MRT-Untersuchung wurde der Verdacht auf ein gestieltes Myom geäußert, intraoperativ fand sich aber ein großer retroperitonealer Tumor, welcher retrospektiv bereits auf älteren Röntgenbildern zu sehen war. Histologisch handelte es sich um ein Schwannom.
- Fall Nummer 2: 46jährige Patientin mit im Rahmen der gynäkologischen Jahreskontrolle festgestellter Raumforderung parauterin rechts. Präoperativ wurde mittels Ultraschall und Computertomographie die Diagnose eines gestielten Myoms gestellt. Intraoperativ fand sich ein kugeliges Tumor im Omentum majus, welcher histologisch die Diagnose einer leiomyomatösen Neoplasie des Omentum majus ergab.

In beiden Fällen wurde präoperativ die Diagnose eines gestielten Myoms gestellt, intraoperativ jedoch nicht bestätigt. Die Differentialdiagnose des gestielten Myoms ist sehr breit und verlangt unbedingt den Nachweis eines Stiels durch bildgebende Verfahren. Außerdem läßt sich anhand der beiden Fallbeispiele zeigen, daß wir trotz vieler präoperativer Abklärungsmöglichkeiten nicht vor intraoperativen Überraschungen gefeit sind.

Even though we dispose of a large variety of pre-operative diagnostic tools to differentiate tumors of the lower abdomen, the intra-operative findings are often surprising.

- Case No 1: Female patient with longstanding history of conservatively treated spondylolisthesis. On the occasion of an annual check-up the gynaecologist detected a tumor in close proximity to the right adnex. While radiological findings let suspect a pedunculated myoma, the intra-operative situs revealed a large retroperitoneal tumor with histological characteristics of a schwannoma.
- Case No 2: Detection of a parauterine space-occupying lesion at the occasion of an annual gynaecologic check-up. In this case the radiologically suspected pedunculated myoma intra-operatively revealed to be a spherical leiomyomatous neoplasia of omentum majus.

Analysis of the two mentioned cases underlines the manifold differential diagnosis of a pedunculated myoma: note, that the final diagnosis "pedunculated myoma" requires in any case radiological identification of the peduncle. *J Fertil Reprod* 2004; 14 (1): 20–24.

Zur präoperativen Diagnostik eines unklaren Unterbauchtumors stehen uns die verschiedensten Abklärungsmöglichkeiten wie Anamnese, klinische Untersuchung, Ultraschall, Computertomographie und Magnetresonanztomographie zur Verfügung. Ziel der Befunderhebung ist eine genaue präoperative Diagnosestellung, die optimale Vorbereitung der Patientin, die Wahl der besten Operationstechnik, sowie, falls notwendig, das präoperative Zuziehen von Konsiliarärzten aus anderen Fachgebieten. Trotzdem werden wir intraoperativ immer wieder überrascht und mit den limitierenden Möglichkeiten der klinischen und bildgebenden Verfahren konfrontiert. Anhand zweier Fallbeispiele sollen zwei besondere Diagnosen vorgestellt werden, welche präoperativ als gestieltes Myom beurteilt wurden und sich intraoperativ ganz anders präsentierten.

## Fallbeispiel 1

Das Fallbeispiel 1 zeigt eine 32jährige Patientin mit seit vielen Jahren bestehenden lumbalen Rückenschmerzen. Bei bekannter Spondylolisthesis L5/S1 wurden bereits diverse konventionelle Röntgenbilder und auch Magnetresonanztomographien der Wirbelsäule durchgeführt, auf denen eine deutliche Spondylolisthesis zu sehen war. Die Patientin befand sich in rheumatologischer Betreuung und war unter Physiotherapie beschwerdefrei. Im Rahmen der

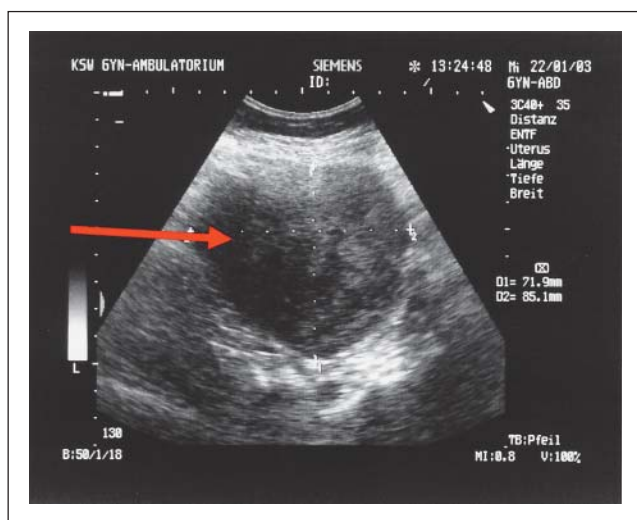


Abbildung 1: Fall 1: Ultraschallbefund: 72 x 85 x 64 mm große Raumforderung im Bereich der linken Adnexe.

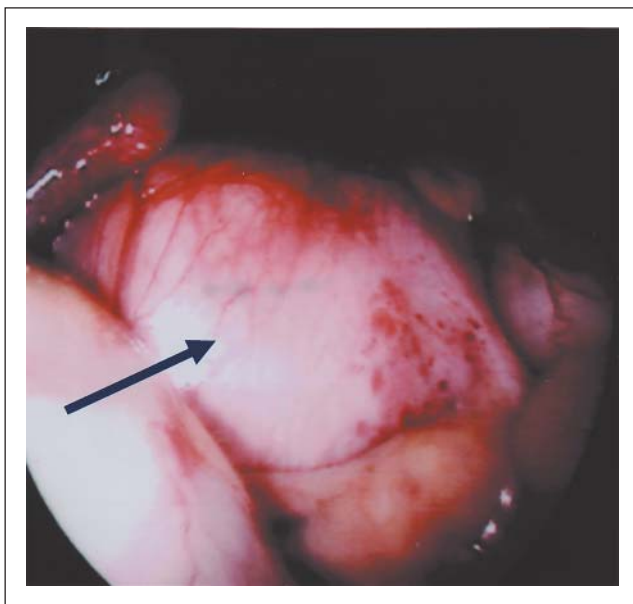


Abbildung 2: Fall 1: MRT: Blauer Pfeil: 100 x 65 mm große Raumforderung, als gestieltes Myom interpretiert. Roter Pfeil: Spondylolisthesis.

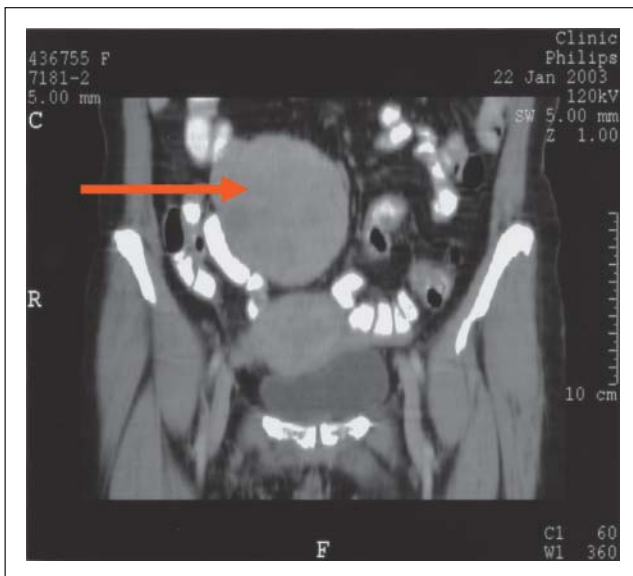
Korrespondenzadresse: OÄ Dr. Andrea Rehn, Frauenklinik, Kantonsspital Winterthur, CH-8401 Winterthur, Brauerstraße 15, E-mail: Andrea.Rehn@ksw.ch

gynäkologischen Jahreskontrolle wurde vom zuweisenden Gynäkologen eine Raumforderung im Bereich der linken Adnexe festgestellt, weshalb uns die Patientin zur weiteren Abklärung und Therapie überwiesen wurde.

- Persönliche Anamnese: Bis auf bekannte Spondylolisthesis unauffällig.
- Gynäkologische Anamnese: Regelmäßiger Zyklus, absolut keine Beschwerden.
- Gynäkologische Untersuchung: Kleiner, mobiler Uterus, schlecht mobile Raumforderung im Bereiche der linken Adnexe, ca. 8 cm groß.
- Ultraschall: 72 x 85 x 64 mm große, teils zystische, teils solide Raumforderung im Bereiche der linken Adnexe, beide Ovarien gut darstellbar und unauffällig (Abbildung 1).
- Magnetresonanztomographie (MRT): 100 x 65 mm großes, kräftig perfundiertes *gestieltes Myom* links im kleinen Becken mit sehr *dünnem Stiel* zum Uterus. Als Nebenbefund Spondylolisthesis L5/S1 (Abbildung 2).



**Abbildung 3:** Fall 1: Intraoperativ: Pfeil: retroperitoneal gelegene Raumforderung.



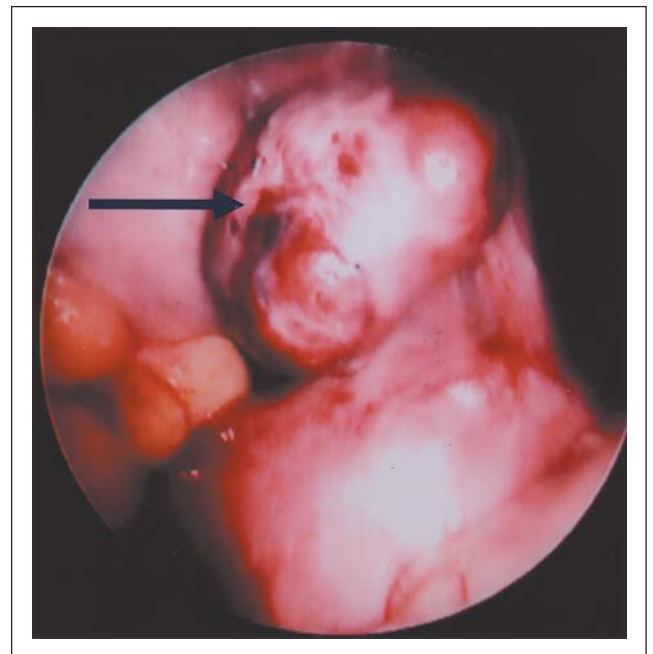
**Abbildung 4:** Fall 2: CT: Pfeil: Weichteiltumor fundal des Uterus im mesenterialen Fettgewebe gelegen.

- Geplante Operation: Diagnostische Laparoskopie mit laparoskopischer Myomentfernung.
- Intraoperativer Befund: Retroperitonealer Tumor links bei unauffälligem Uterus und Adnexe beidseits (Abbildung 3).
- Konsequenzen: Zuziehen des chirurgischen Konsiliararztes, Durchführung von Stanzbiopsien zur Diagnostik und zur weiteren Therapieplanung.
- Histologie: Mesenchymale Spindelzellneoplasie, vereinbar mit Schwannom (Neurinom).

## Fallbeispiel 2

Das zweite Fallbeispiel zeigt eine 46jährige Frau, bei welcher ebenfalls im Rahmen der gynäkologischen Jahreskontrolle als Zufallsbefund eine unklare Raumforderung parauterin rechts festgestellt wurde. Zuweisung zur weiteren Abklärung und Therapie mit Verdacht auf Uterus myomatosisus.

- Persönliche Anamnese: Nikotinabusus von 30 pack years.
- Gynäkologische Anamnese: Status nach 3 Spontangeburt und 1 sekundären Sectio wegen pathologischem CTG, Status nach 2 Aborten. 1994 diagnostische Hysteroskopie und fraktionierte Curettage bei Blutungsstörungen mit gleichzeitiger laparoskopischer Sterilisation mit unauffälligem Situs. Regelmäßiger Zyklus, sekundäre Dysmenorrhoe und Hypermenorrhoe.
- Gynäkologische Untersuchung: Bei sehr adipöser Bauchdecke schwierige Beurteilbarkeit, Uterus soweit palpabel normal groß, keine eigentliche Raumforderung palpierbar.
- Ultraschall: 71 x 85 x 82 mm große, echodichte Raumforderung kranial des Uterus, beide Ovarien gut darstellbar und unauffällig.
- Computertomographie des Abdomens (CT): Großer Weichteiltumor fundal des Uterus und im mesenterialen Fettgewebe gelegen, keine Verbindung zum Uterus darstellbar. Differentialdiagnostisch kommt ein sehr dünn gestieltes Uterusmyom oder ein Sarkom in Frage (Abbildung 4).
- Geplante Operation: Diagnostische Laparoskopie mit anschließender abdominaler Hysterektomie.



**Abbildung 5:** Fall 2: Intraoperativ: Kugelige Masse mit höckeriger Oberfläche ohne Verbindung zum Uterus.



- Intraoperativer Befund: Ausgedehnte Adhäsionen, im Unterbauch unauffälliger Uterus und Adnexen, es kann kein Myomstiel dargestellt werden. Im Mittelbauch liegt in den Netzadhäsionen eine kugelige Tumormasse mit höckeriger Oberfläche, der Oberbauch kann nicht eingesehen werden (Abbildung 5).
- Konsequenzen: Pfannenstiellaparotomie mit ausgedehnter Adhäsiole, Spülzytologieentnahme, Teilomentektomie, Tumorektomie mit Schnellschnittuntersuchung.
- Histologie: Leiomyomatöse Neoplasie im Omentum majus.

## Diskussion

In beiden Fällen handelt es sich um Zufallsbefunde im Rahmen der gynäkologischen Jahreskontrolle. Die ausgedehnten präoperativen Abklärungen führten zur Verdachtsdiagnose eines gestielten Myoms.

Im Fallbeispiel 1 lässt sich die Raumforderung retrospektiv bereits auf MRT-Bildern nachweisen, welche vor 2 Jahren wegen Rückenschmerzen durchgeführt wurden. Wegen der sehr eindrücklichen Spondylolisthesis wurde diese wahrscheinlich übersehen. Da im MRT sogar ein Myomstiel beschrieben wurde, war das gestielte Myom die wahrscheinlichste Diagnose. Dank der intraoperativ entnommenen Stanzbiopsien konnte die Diagnose eines Schwannoms gestellt werden. Die Patientin wurde zur weiteren Abklärung und Therapie den Neurochirurgen überwiesen. Ob die Rückenschmerzen von der Spondylolisthesis oder sogar vom Schwannom verursacht werden, wird der weitere Verlauf nach chirurgischer Therapie zeigen [1].

Im Fallbeispiel 2 fällt die unterschiedliche Lokalisation des Befundes auf: Primär wurde die Patientin mit einem

parauterinen Tumor rechts zugewiesen, bei Eintritt und im CT lag der Befund jedoch fundal des Uterus, was ein Hinweis auf die Mobilität des Tumors ist. Im Unterschied zum Fallbeispiel 1 wurde im CT kein Myomstiel beschrieben, da aber beide Ovarien gut darstellbar waren und ein Adnextumor eher unwahrscheinlich erschien, wurde trotzdem die Verdachtsdiagnose eines sehr dünn gestielten Myoms gestellt. Eine leiomyomatöse Neoplasie des Omentum majus ist eine seltene Diagnose, und ob sich diese vor allem bei einer Größe von 10 cm völlig benigne verhält oder aber low-grade-malignes Verhalten zeigt, ist der Literatur nicht zu entnehmen [2–4].

Beide Fälle zeigen die Schwierigkeiten einer korrekten präoperativen Diagnosestellung sowie der Interpretation der klinischen und radiologischen Befunde bei unklarem Unterbauchtumor auf. Mittels der bildgebenden Verfahren kann nur der klare Nachweis eines Stiels zur Diagnose des gestielten Myoms führen, wobei – wie Fallbeispiel 1 zeigt – auch hier Vorbehalte angebracht werden müssen. Die Differentialdiagnose des gestielten Myoms ist sehr breit und trotz vielen präoperativen Abklärungsmöglichkeiten sind wir nicht vor intraoperativen Überraschungen gefeit.

### Literatur:

1. Harakuni T, Yoshii Y, Kinjyo LT, Kushi S, Shingaki T, Yonaha H, Turushima H, Saito A, Hyodo A. Schwannoma of the cervical spinal cord with cervical angina, case report. *No Shinkei Geka* 2001; 29: 641–5.
2. Ikematsu Y, Usui K, Kamohara Y, Inoue K, Maeda J, Amano M. Leiomyoma of the lesser omentum: report of a case. *Surg Today* 1996; 26: 46–8.
3. Koopmans A, Mastboom WJ. Tumor of the omentum in 2 patients with a large mobile mass in the upper abdomen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145: 1799–802.
4. Klausch B, Wittstock G, Breuel I, Schumacher A. Disseminated peritoneal leiomyomatosis. A case report. *Zentralbl Gynäkol* 1989; 111: 1624–8.



**OÄ Dr. med. Andrea Rehn**

Medizinstudium bis 1995 an der Universität Zürich. Dokortitel 1996. 2001 Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe. Seit 2000 Oberärztin an der Frauenklinik des Kantonsspital Winterthur.

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)