

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Fallbericht: Seltene
Raumforderungen der Leiste in der
klinischen Erscheinung inguinaler
Hernien: eine seminomatöse
Lymphknotenmetastase und ein
Liposarkom des Samenstranges**

Burger M, Hohenfellner M

Melchior S, Thüroff JW

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2005; 12 (2)

(Ausgabe für Österreich), 12-14

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2005; 12 (2)

(Ausgabe für Schweiz), 11-13

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Fallbericht: Seltene Raumforderungen der Leiste in der klinischen Erscheinung inguinaler Hernien: eine seminomatöse Lymphknotenmetastase und ein Liposarkom des Samenstranges

M. Burger¹, S. Melchior², M. Hohenfellner³, J. W. Thüroff²

Einleitung: Wir berichten über eine seminomatöse inguinale Lymphknotenmetastase und ein Liposarkom des Samenstranges, die sich klinisch als eine inguinale Hernie präsentierten. **Kasuistik:** Fall 1: Ein 53-jähriger Patient wurde unter der Annahme einer inguinalen Hernie links in einer chirurgischen Abteilung operiert. Es fand sich eine Raumforderung, welche in der Schnellschnittuntersuchung den Befund einer seminomatösen Lymphknotenmetastase ergab. In der folgenden Abklärung ergab sich ein linksseitiges pT2-Seminom. Anamnestisch wurde vor 26 Jahren eine inguinale Varikozelektomie links vorgenommen. Fall 2: Ein 61-jähriger Patient stellte sich mit einer schmerzlosen Raumforderung der rechten Leiste vor, die klinisch als inguinale Hernie imponierte und seit drei Jahren größenprogredient war. Die Ultraschall- und MRT-Befunde wurden als eine inguinale Hernie mit einem Peritonealfett enthaltenden Bruchsack gedeutet. Intraoperativ fand sich ein Liposarkom des Samenstranges. **Schlußfolgerung:** Trotz der Häufigkeit inguinaler Herniotomien sind überraschende maligne Raumforderungen selten. Man sollte diese Möglichkeit aber bei transskrotalen Eingriffen in der Anamnese und bei nicht eindeutig einzuordnenden Befunden differentialdiagnostisch bedenken. Inguinale Lymphknotenmetastasen testikulärer Neoplasien sind selten, in der Literatur ist ein eindeutiger Zusammenhang mit Eingriffen im Skrotal- und Leistenbereich beschrieben. Die klinische Erscheinung einer solchen als Leistenhernie ist bisher noch nicht beschrieben worden. Liposarkome des Samenstranges sind ebenfalls selten. Therapeutisch sollte eine radikale chirurgische Exzision und in Fällen unklarer Absetzungsgränder eine Radiatio erfolgen. Lokalrezidive treten häufig und eventuell auch spät auf.

Introduction: We present a case of a seminomatous lymph-node metastasis, which imposed as an inguinal hernia. **Case report:** Case 1: A 53 years old patient presented with the clinical finding of a left-sided inguinal hernia in a surgical department. During surgery an inguinal mass was found, that was shown to be a seminomatous lymph-node metastasis. Further evaluation revealed a left sided seminoma pT2. The history contained a left sided inguinal varicocelectomy 26 years ago. Case 2: A 61 years old patient presented with a painless mass of the right inguinal region, which has increased in size over the previous 3 years. Ultrasound- and MRT-findings were judged as an inguinal hernia with protruding peritoneal fat. Surgery revealed a liposarcoma of the seminal cord. **Conclusion:** Despite the frequency of herniotomy as a surgical procedure, the detection of inguinal malignancies does occur rarely. Still they have to be considered in cases of transscrotal surgery in the history and in cases presenting with unclear findings. Inguinal lymph-node metastases of testicular neoplasms are rare. In the literature an association with scrotal and inguinal surgery is described. A presentation as an inguinal hernia has not been described previously. Liposarcomas of the seminal cord are rare. Therapy should include radical surgical excision and adjuvant radiation if resection status is in doubt. Local relapse is common and may occur several years after initial therapy. **J Urol Urogynaekol 2005; 12 (2): 12–14.**

Die Herniotomie ist ein häufiger Eingriff, nur bei etwa 0,07 % der Herniotomien finden sich maligne Befunde [1]. Obwohl die klinische Untersuchung nicht immer eindeutig klassifizierbare Eindrücke ergibt, ist die Diagnose einer inguinalen Hernie unter Zuhilfenahme weiterer diagnostischer Methoden meist eindeutig zu stellen [2]. Wir stellen zwei seltene Raumforderungen der Leiste vor, die klinisch als Hernie imponierten.

Kasuistiken

Fall 1

Ein 53-jähriger Patient stellt sich mit einer innerhalb von drei Monaten aufgetretenen schmerzlosen Schwellung der linken Leiste in einer chirurgischen Abteilung vor. In der Vorgeschichte fand sich eine inguinale Varikozelektomie der linken Seite vor 16 Jahren. Er wurde von einem erfahrenen Chirurgen untersucht; die Raumforderung der Leiste links entsprach allen klinischen Aspekten einer direkten inguinalen Hernie. Der Hoden wurde seitens des Chirurgen nicht untersucht.

Der Patient wurde für eine Herniotomie der linken Seite vorgesehen. Intraoperativ fand sich eine weiche und

von der Umgebung gut abgrenzbare Raumforderung im Bereich der oberflächlichen inguinalen Lymphknoten. Eine Schnellschnittuntersuchung erbrachte den Verdacht auf eine Seminometastase, welcher sich in der endgültigen Histologie bestätigte.

Der Patient stellte sich in unserer Klinik zur weiteren Abklärung und Therapie vor. Bei der körperlichen Untersuchung fand sich eine linksseitige derbe Konsistenzvermehrung des gesamten Hodens. In der Sonographie zeigte sich am Unterpol des linken Hodens eine hypoechogene Inhomogenität. Im CT-Thorax und Abdomen fanden sich keine Hinweise auf eine Filialisierung, die Tumormarker AFP, β -HCG und LDH waren normwertig.

Die Histologie nach Semikastratio zeigte ein Seminom pT2. Aufgrund der Vorgeschichte ergab sich damit das Gesamtstaging pT2 pN1 cM0. Der Patient unterzog sich einer Radiatio der inguinalen Region und der paraaortalen Lymphknoten.

Fall 2

Ein 61-jähriger Patient stellte sich mit einer seit drei Jahren progredienten Raumforderung der rechten Leiste vor. Es fand sich bei der Untersuchung eine schmerzlose Raumforderung am Leistenring, die von Hoden und Nebenhoden abgrenzbar und nicht reponibel ist. Es waren keine Darmgeräusche zu auskultieren. Im Ultraschall erschien die Raumforderung hyperechogen, inhomogen und von Hoden und Nebenhoden abgegrenzt. Ein MRT interpretierte den Befund als inguinale Hernie mit peritonealem Fett (Abb. 1).

Von der ¹Klinik und Poliklinik für Urologie der Universität Regensburg, der ²Urologischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Mainz und der ³Urologischen Klinik und Poliklinik der Universität Heidelberg
Korrespondenzadresse: Dr. med. Maximilian Burger, Klinik für Urologie, Universität Regensburg, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Landshuter Straße 65, D-93053 Regensburg, E-Mail: urologie@caritasstjosef.de

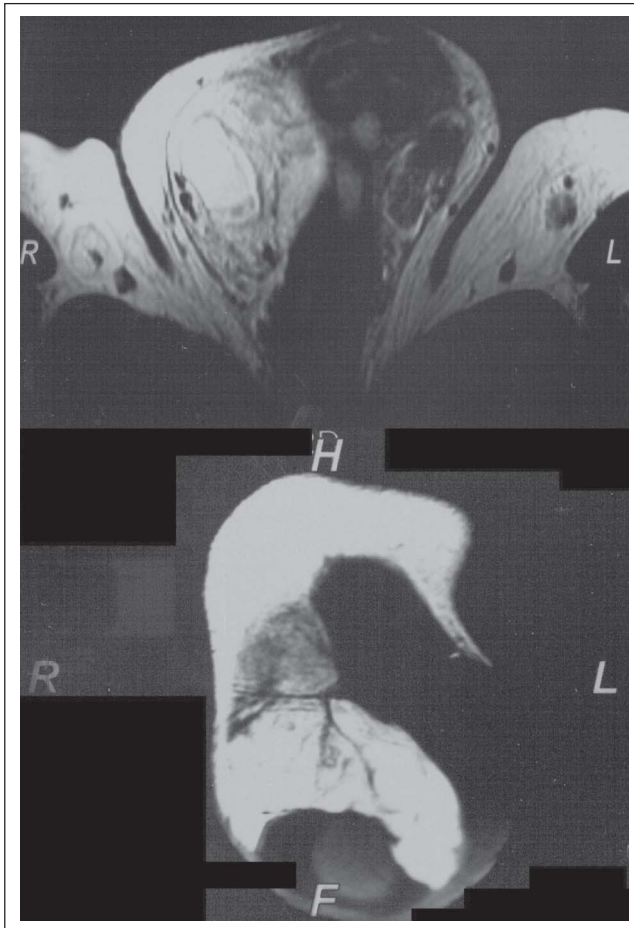


Abbildung 1: MRT-Becken: Der Befund lautete: V. a. inguinale Hernie mit präperitonealem Fett

Intraoperativ fand sich eine lipomatöse Masse, die sich nicht vom Samenstrang separieren ließ. Der Schnellschnitt ergab Malignität. Nach großzügiger Resektion und radikaler Orchiectomie zeigte sich in der endgültigen Histologie ein sklerosierendes und teilweise dedifferenziertes Liposarkom des Samenstranges (Coindre-Grad II, WHO-Grad III) mit einem Durchmesser von 14 cm. Aufgrund der Nähe der Tumorformation zum Absetzungsrand wurde eine weitere lokale Exzision, eine inguinale Lymphadenektomie und eine Hemiskrototomie vorgenommen. Die Histologie ergab den Befund kleiner Tumornester im resezierten inguinalen Fettgewebe, die Absetzungsänder und Lymphknoten waren tumorfrei.

Eine adjuvante Radiotherapie der rechten Inguinalregion und des gesamten Skrotums mit fraktionierten Dosen von 2 bis 60 Gy wurde durchgeführt. Diese wurde gut toleriert und nach einem Nachsorgezeitraum von 18 Monaten liegt kein Tumorrezidiv vor.

Diskussion

Eine Abweichung von den regulären lymphatischen Drainagewegen des Hodens mit einer inguinalen Metastasierung von Hodenmalignomen ist nach Eingriffen am Samenstrang und transskrotalen Biopsien mit einer Häufigkeit von 3 % beschrieben [3]. Bezüglich der Therapie dieser Patienten herrscht aufgrund der geringen Datenlage Unklarheit. Wir führten den Patienten einer Radiatio zu, da wir ihn dem Stadium IIA zuordnen. Im Falle inguinaler

Lymphknotenmetastasen nichtseminomatöser Hodentumoren wird eine Kombination aus adjuvanter Chemotherapie und inguinaler Lymphknotenresektion empfohlen [4].

Liposarkome des Samenstranges sind, wie Sarkome des Samenstranges allgemein, selten. Obwohl das Lipom der vorherrschende benigne Tumor der Leistenregion ist, entstehen nur ca. 5 % aller Samenstrangsarkome aus Fettgewebe. Es finden sich nur zwei kleine Serien mit Liposarkomen des Samenstranges in der Literatur [5, 6], daher ist die therapeutische Erfahrung gering. Die meisten Patienten stellen sich mit schmerzlosen inguinalen Raumforderungen vor, die über Monate oder Jahre entstehen. Es wurden keine spezifischen diagnostischen Methoden empfohlen. CT- und MRT-Untersuchungen könnten hilfreich sein, eine klare Klassifikation der Dignität scheint allerdings nicht möglich [4].

Entsprechend den allgemeinen Richtlinien der Sarkomtherapie sollte eine radikale chirurgische Entfernung erzielt werden. Da das Lokalrezidiv das Hauptproblem der Therapie ist und bei bis zu 50 % der Patienten auftritt, scheint eine lokale Exzision ungenügend [7]. Von Sarkomen der Extremitäten vermutet man, daß im Gegensatz zur Tumorgroße oder sogar zum histologischen Grading nur der Status des Absetzungsrandes ein Prädiktor für das Auftreten eines Lokalrezidivs ist [8].

Manche Autoren empfehlen aufgrund der schwierigen lokalen operativen Sanierung generell eine adjuvante Bestrahlung der Leistenregion; etwa 60 Gy sollten über 6 Wochen appliziert werden [6]. Aufgrund der relativen Chemoresistenz erscheint eine Chemotherapie bei Samenstrangsarkomen nicht angebracht [9]. Obwohl bei anderen Sarkomen des Samenstranges Metastasen aufgetreten sind, ist dies bei Liposarkomen nicht beschrieben [5].

Es liegen aufgrund der geringen Fallzahlen keine spezifischen Daten über Langzeitergebnisse vor, es zeigte sich bei kleinen Serien eine 15-Jahres-Überlebensrate von 52 % und eine 10-Jahres-Rezidivfreiheit von 44 % [6]. Da ein spätes Auftreten lokaler Rezidive vorkommen kann, sollte der Nachsorgezeitraum 10 Jahre übersteigen [7].

Schlußfolgerung

Bei der Häufigkeit von inguinalen Herniotomien sind überraschend aufgefundene maligne Raumforderungen sicherlich selten. Dennoch sollte man diese Möglichkeit vor allem bei transskrotalen Eingriffen in der Anamnese und bei nicht eindeutig einzuordnenden Befunden differentialdiagnostisch bedenken.

Eine inguinale seminomatöse Lymphknotenmetastase sollte bei unauffälligen retroperitonealen Lymphknoten unseres Erachtens als Stadium IIA betrachtet werden. Eine primäre Radiatio kleinerer Lymphknoten scheint bei Fehlen weiterer Herde neben einer Semikastratio angebracht. Die Fallzahlen sind aber sicherlich zu gering, um valide Aussagen treffen zu können.

Liposarkome des Samenstranges sind selten. Die Therapie sollte eine radikale Exzision im Rahmen einer radikalen inguinalen Orchiectomie und eine Nachresektion in Fällen unklarer Absetzungsänder umfassen. Bei unklarer Resektionssituation sollte eine adjuvante Radiatio abgeschlossen werden. Eine Fernmetastasierung ist nicht be-

schrieben, allerdings können Lokalrezidive häufig und auch spät auftreten. Daher sollten die Nachsorgezeiträume entsprechend lang sein.

Literatur:

1. Nicholson CP, Donohue JH, Thompson GB, Lewis JE. A study of metastatic cancer found during inguinal hernia repair. *Cancer* 1992; 69: 3008–11.
2. Farthmann EH, Lausen M. Bauchwandhernien. In: Berchthold, Hammelmann, Peiper, Trentz (Hrsg.). *Chirurgie*. 3. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 2000; 669–73
3. Klein FA, Withmore WF, Sogani PC, Batata M, Fisher H, Herr H. Inguinal lymph node metastases from germ cell testicular tumors. *J Urol* 1984; 131: 497–500.
4. Richie JP. Neoplasmas of the testis. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED (eds). *Campbell's Urology*. 7th ed, Vol. 2, Saunders, Philadelphia-London-Toronto, 1998; 2411–52.
5. Schwartz SL, Swierzewski SJ, Sondak VK, Grossmann HB. Liposarcoma of the spermatic cord: report of 6 cases and review of the literature. *J Urol* 1995; 153: 154–7.
6. Ballo MT, Zagars GK, Pisters PW, Feig BW, Patel SR, Eschenbach AC. Spermatic cord sarcoma: outcome, patterns of failure and management. *J Urol* 2001; 166: 1306–10.
7. Fagundes MA, Zietman AL, Althausen AF. The management of spermatic cord sarcoma. *Cancer* 1996; 77: 1873.
8. Pisters PW, Leung DH, Woodruff J. Analysis of prognostic factors in 1,041 patients with localized soft-tissue sarcomas of the extremities. *J Clin Oncol* 1996; 14: 1679.
9. Catton C, Jewett M, O'Sullivan B, Kandel R. Paratesticular sarcoma: failure patterns and definitive local therapy. *J Urol* 1999; 161: 1844–7.



Dr. med. Maximilian Burger

Geboren 1974 in München. Studium der Humanmedizin an den Universitäten Ulm und Regensburg und der Tulane-University (New Orleans, LA, USA) 1993 bis 2000. Von 2000 bis 2001 Assistent an der Chirurgischen Klinik der Universität Regensburg (Direktor: Prof. Dr. K. W. Jauch) sowie Assistent an der Urologischen Klinik der Universität Mainz (Direktor: Prof. Dr. J. Thüroff). Seit 2001 Assistent an der Urologischen Klinik der Universität Regensburg (Direktor: Prof. Dr. W. F. Wieland).

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](#)