

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Fallbericht: Laparoskopische
Resektion einer retroperitonealen
Riesenzyste**

Samtleben H, Blana A

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2010; 17 (2)

(Ausgabe für Österreich), 23-24

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2010; 17 (2)

(Ausgabe für Schweiz), 20-21

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: Laparoskopische Resektion einer retroperitonealen Riesenzyste

H. Samtleben, A. Blana

Aus der Klinik für Urologie am Klinikum Fürth

■ Einleitung

Große retroperitoneale Zysten sind in der Literatur selten beschrieben. Solche Zysten weisen meist unspezifische Symptome auf und werden eher zufällig in den unterschiedlichsten Fachrichtungen diagnostiziert. Die geschätzte Inzidenz wird zwischen 1:5750–1:250.000 angegeben [1]. In einigen Fällen gelingt die Zuordnung zum Ursprungsorgan mittels Sonographie und weiterführender Bildgebung wie CT und MRT [2], wobei eine große Zahl an Differenzialdiagnosen infrage kommt (Tab. 1) [2–4].

Wichtig für das therapeutische Vorgehen ist, zwischen malignen oder benignen Befunden zu unterscheiden. So ist es bei benignen symptomlosen Zysten möglich, diese zu belassen und regelmäßig zu kontrollieren. Weiter ist neben einer einfachen Punktion und Sklerosierung auch eine Marsupialisation möglich, wobei aber bei der alleinigen Punktion mit einer relativ hohen Rezidivrate zu rechnen ist [5]. Ist die Zuordnung

mit der zur Verfügung stehenden Bildgebung und Diagnostik nicht möglich, ist bei der Entscheidung des weiteren Procederes immer an eine maligne Entartung zu denken [6]. Wir berichten über einen Fall einer großen retroperitonealen Zyste bei einer jungen Frau, bei der eine präoperative Zuordnung nicht möglich war.

■ Kasuistik

Aufgrund von vermehrtem Harndrang stellte sich eine 24-jährige Patientin bei ihrem Urologen vor. In der Sonographie zeigte sich eine massive, liquide, teils septierte Zyste im gesamten rechten Oberbauch, die bis in das kleine Becken reichte. Die Nieren und weitere benachbarte Bauchorgane stellten sich sonomorphologisch unauffällig dar. Die Patientin hatte neben dem vermehrten Harndrang weder weitere Symptome noch weitere bekannte Erkrankungen. Gewichtsverlust, nächtliches Schwitzen und Fieber wurden verneint. Die körperliche Untersuchung zeigte ein etwas aufgetriebenes Abdomen. Die Bauchdecke war weich, ein Tumor war nicht zu tasten, die Nierenlager waren frei. Die weitere Untersuchung durch den Gynäkologen brachte keine Hinweise auf den Ursprung der zystischen Raumforderung.

Im Abdomen-CT zeigte sich eine ausgedehnte, zystisch imponierende Raumforderung des rechten Retroperitoneums, am ehesten einer primären Zyste entsprechend. Es gab keine eindeutigen Hinweise auf einen malignen Prozess (Abb. 1a–c). Unter der Verdachtsdiagnose einer primären Zyste unklaren Ursprungs wurde die Indikation zur laparoskopischen Freilegung und Entfernung gestellt.

Tabelle 1: Differenzialdiagnosen retroperitonealer Zysten

Lymphozele	Urinom
Lymphangiom	Endosalpingiosis
Schwanzdarmzyste	Müller'sche Zyste
Zystisches Teratom	Vaginalzyste
Zystisches Hämatom	Paraurethrale Zyste
Zystisches Mesotheliom	Muzinöses Zystadenom
Bronchogene Zyste	Hydatide Zyste
Epidermoidzyste	Pseudozyste (nicht pankreatisch)
Mesenterialzyste	
Pseudomyxoma peritonei	

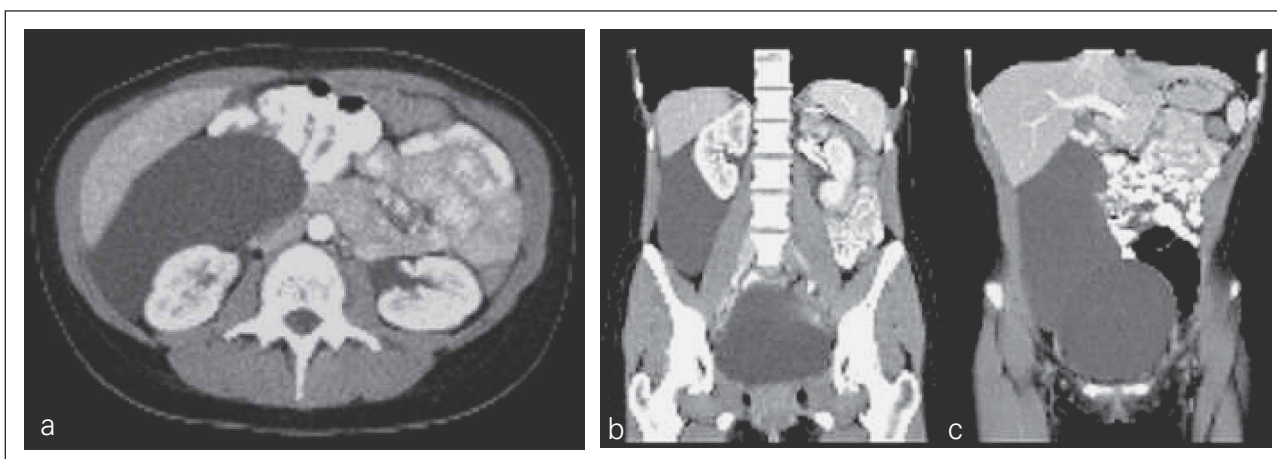


Abbildung 1a–1c: CT mit retroperitonealer Zyste

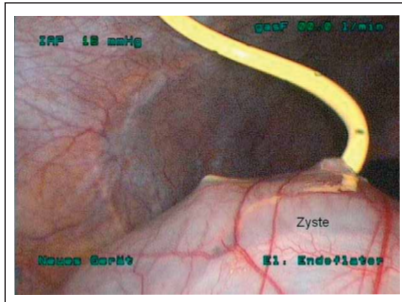


Abbildung 2: Sicht auf die liegende Drainage nach Etablierung des Pneumoperitoneums

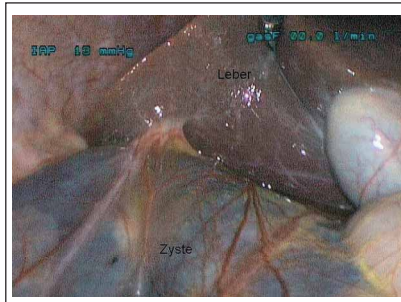


Abbildung 3: Zyste mit Leberunterrand verwachsen



Abbildung 4: Leberbett nach kompletter Entfernung der Zyste

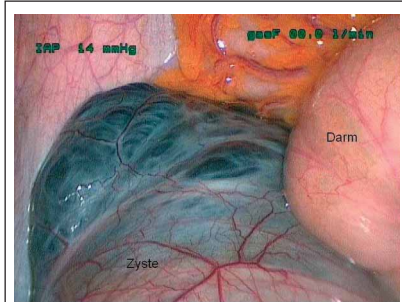


Abbildung 5: Sicht auf den Zystenanteil im kleinen Becken nach Drehen aller Instrumente um 180°

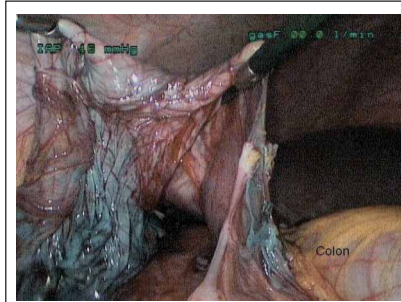


Abbildung 6: Präparation der Zyste entlang des Colon ascendens

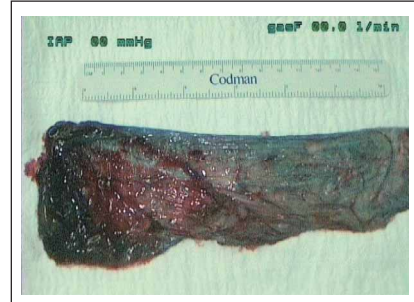


Abbildung 7: Resektat *in toto*

Therapie

Zunächst wurde die Zyste unter sonographischer Kontrolle retroperitoneal punktiert und eine Drainage eingelegt. Es entleerte sich ca. 1100 ml bernsteinfarbene Flüssigkeit. Die Zytologie ergab den Befund einer Flüssigkeit mit Hinweis auf uncharakteristische, floride und entzündliche Veränderungen ohne Nachweis atypischer Zellen.

Aufgrund der Größe der Zyste und des unklaren Ursprungs wurde eine laparoskopische Zystenentfernung geplant. In Linksseitenlage erfolgte das Einbringen des Optiktrovars im Bereich des Nabels, eines weiteren 10-mm-Trovars im Unterbauch sowie 2 5-mm-Trokare im rechten Oberbauch. In der Übersicht zeigte sich die Zyste nach Etablierung des Pneumoperitoneums mit liegender Drainage (Abb. 2). Dabei zeigte die vermeidlich retroperitoneal gelegte Drainage ihren transperitonealen Verlauf. Zur besseren Darstellung wurde die Zyste mit Methylen-Blau aufgefüllt. Die Auslösung der Zyste wurde im Oberbauch begonnen. Verwachsungen der Zyste mit der Leber konnten scharf gelöst werden, wobei eine Verletzung der Zystenwand vermieden werden sollte (Abb. 3, 4). Nach Drehen der Instrumente um 180° erfolgte die weitere subtile Präparation entlang dem Colon ascendens bis ins kleine Becken (Abb. 5, 6). Die Zyste konnte *in toto* entfernt werden.

Ergebnis

Die Operationszeit betrug 90 Minuten. Der Kostenaufbau konnte rasch erfolgen und wurde gut vertragen, sodass die Patientin am 3. postoperativen Tag in gutem Allgemeinzustand schmerzfrei entlassen werden konnte. Die histopathologische Untersuchung ergab den Befund einer einfachen, einkammerigen (dysontogenetischen) Mesothelzyste. Es ergab sich

kein Anhalt für Malignität. Die 8 Wochen später durchgeführte Kontrolle zeigte ein klinisch und sonographisch unauffälliges Abdomen ohne Nachweis eines weiteren Verhaltens. Die Patientin ist aktuell komplett beschwerdefrei.

Zusammenfassung

Bei diesem Fall einer riesigen retroperitonealen Zyste handelt es sich um eine Rarität, die minimalinvasiv entfernt werden konnte. Aufgrund der Ausdehnung der Zyste und der besseren intraoperativen Übersicht haben wir uns für einen transperitonealen Zugang entschlossen. Bei zystischen Raumforderungen mit unklarem Ursprung wie in diesem Fall und zum Ausschluss einer malignen Entartung ist die komplette Exzision einer reinen Fensterung mit der entsprechenden Rezidivgefahr vorzuziehen.

Literatur:

- Guile M, Fagan M, Simopolous A, et al. Retroperitoneal cyst of mullerian origin: A case report and review of the literature. *J Pelvic Med Surg* 2007; 13: 149–52.
- Yang D, Jung D, Kim H, et al. Retroperitoneal cystic masses: CT, clinical and pathological findings and literature review. *RG* 2004; 25: 1353–65.
- Alzarra A, Mousa H, Dickens P, et al. Idiopathic benign retroperitoneal cyst: A case report. *J Med Case Reports* 2008; 2: 43.
- Prokop M, Galanski M, Schaefer-Prokop C, et al. Ganzkörpercomputertomografie. In: Jörgensen M (Hrsg.). *Peritonealhöhle und Retroperitoneum*. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart, 2007.
- Tung GA, Pfister RC, Papanicolaou N, et al. Adrenal cysts: imaging and percutaneous aspiration. *Radiology* 1989; 173: 107–10.
- Banas B, Mussack T, Pfeifer KJ, et al. Große Nebennierenzysten: Zunehmende Inzidenz einer häufig malignen Erkrankung. *Dtsch Arztebl* 2003; 100: A-921/B-772/C-722 MEDIZIN.

Korrespondenzadresse:

Dr. Henrik M. Samtleben
Klinik für Urologie am Klinikum Fürth
D-90744 Fürth, Jakob-Henle-Straße 1
E-Mail: hsamtleben@arcor.de

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](#)