

Endometriose einmal anders

Eine 48-jährige Patientin stellt sich mit seit etwa acht Wochen bestehenden, zunehmenden Schmerzen in der rechten Adnexloge vor. Diese strahlen bis nach perianal aus, es besteht keine Dyschezie, aber eine tiefe Dyspareunie. Die Schmerzen werden als kontinuierlich bestehend und von ziehendem Charakter beschrieben.

Die Patientin hat eine lange gynäkologische Voranamnese. Es besteht Status nach hysteroskopischer Myomresektion, Status nach abdominaler Myomenukleation, St. n. Laparoskopie mit Endometrioseresektion, St. n. Laparoskopie mit Adnexektomie rechts bei Torsion, St. n. laparoskopischer totaler Hysterektomie vor neun Jahren (letzte Operation).

Bei der gynäkologischen Untersuchung imponiert ein druckschmerzhafter, glatter Scheidenpol mit einem eingeschränkt mobilen, derben, höckrigen Tumor in der rechten Adnexloge. Von rektal tastet sich die Schleimhaut glatt und verschieblich zu diesem Befund.

Im transvaginalen Ultraschall ist der Befund schlecht darstellbar, es imponiert ein mehrknotiger, homogener hypoechogener Tumor, welcher vaskularisiert erscheint. In einem extern durchgeführten MRI wurde eine vorwiegend solide Raumforderung mit Kontakt zum Vaginalstumpf, zur Harnblase und zum Rektum beschrieben.

Bei der Verdachtsdiagnose von pelvipitonealen parasitären Myomen im Status nach Hysterektomie eines Uterus myomatosus mit Morcellement erfolgt die Indikationsstellung zur Laparoskopie. Für eine allfällig erforderliche Rektumresektion wird die Patientin vorbereitet.

Intraoperativ stellen sich multiple derbe Knoten peritoneal dar, die flächig die muskuläre Rektumwand infiltrieren. Auch im Bereich des parietalen Peritoneums stellen sich die gleichen Veränderungen dar (Abb. 1). Die Befunde werden schrittweise von den

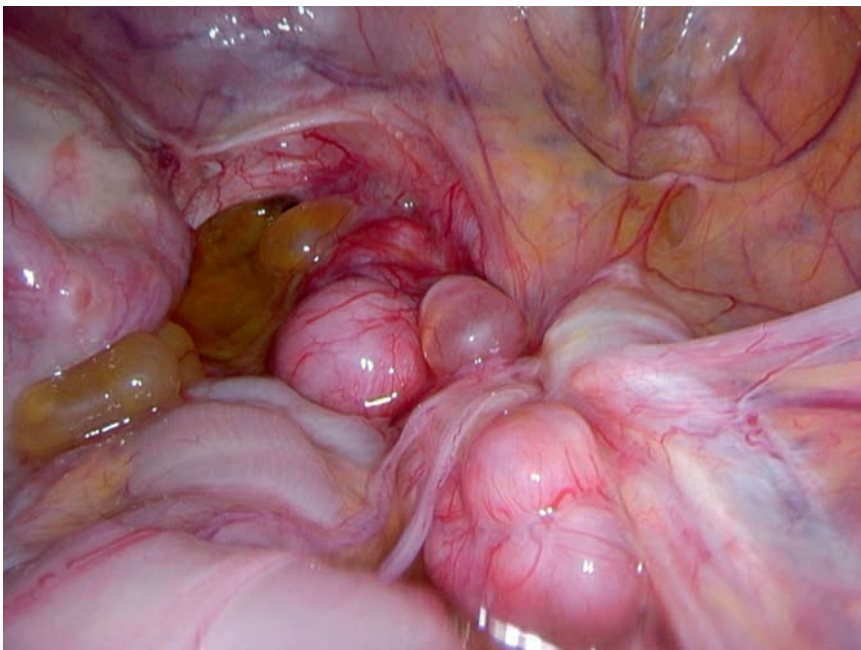


Abb. 1. Intraoperativer Situs zu Beginn der Operation.

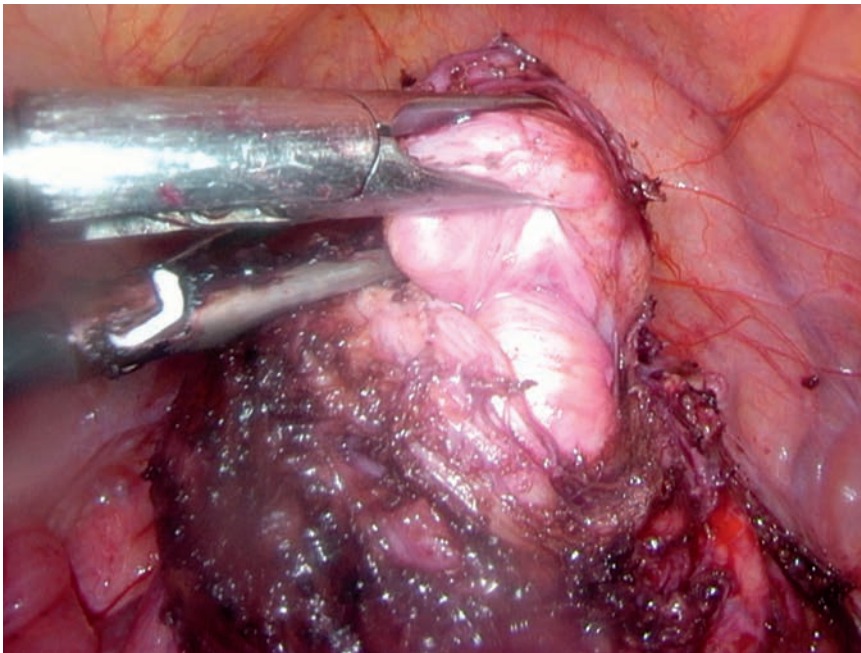


Abb. 2. Infiltration der muskulären Darmwand durch knotige Endometriose.

peritonealen Strukturen und der Rektumwand freipräpariert. Die Infiltration der Muscularisschicht ist ausgedehnt, es kommt jedoch zu keiner Eröffnung des Darmlumens.

Klinisch wird auch intraoperativ die Verdachtsdiagnose von parasitären Myomen nach Hysterektomie gestellt. Der postoperative Pathologiebefund ergibt jedoch eine Überraschung: es handelt sich bei sämtlichen Herden um Endometriosemanifestationen.

Die Patientin erholt sich rasch von dem Eingriff und ist in dessen Folge beschwerdefrei.

Der beschriebene Fall ist ungewöhnlich. Während die von der Patientin beschriebenen Schmerzen besser zur Endometriose als zu parasitären Myomen passen, ist die makroskopische Präsentation dieses späten Endometrioserezidivs äusserst ungewöhnlich. Dieser Kasus illustriert, was wir immer wieder erfahren: die Endometriose kann sich höchst unterschiedlich manifestieren und präsentieren.