

Zyklische Schmerzen in der Leiste

Hans Peter Ledermann^a, Edward Wight^b, Werner Jelk^c, Ellen Obermann^d, Bernard Mengiardi^a

^a IMAMED Radiologie Nordwest, Basel, ^b Universitäts-Frauenklinik Basel, ^c Mühlemattpraxis, Oberwil BL, ^d Institut für Pathologie, Universitätsspital Basel

Fallbeschreibung

Eine 27-jährige Patientin mit seit zwei Jahren zunehmenden Unterbauchschmerzen wird konsiliarisch dem Rheumatologen zur weiteren Abklärung zugewiesen nach negativer gastroenterologischer Abklärung. Die Anamnese ergibt intermittierende Schmerzen im Unterbauch, aber auch in der Leiste links mit Ausstrahlung in das linke Bein. Die Unterbauchschmerzen ha-

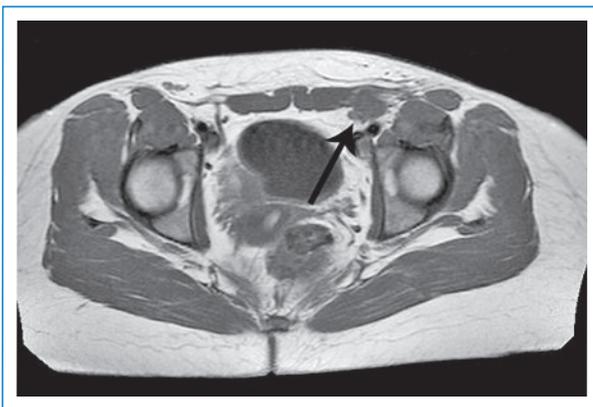


Abbildung 1

Axiale MRI-Aufnahme des Beckens (offenes MR-System, 1 Tesla) mit Darstellung der asymmetrisch links nachweisbaren Raumforderung in der Inguina, ventral der grossen Gefässe (Pfeil).

ben einen zyklischen Verlauf. Es besteht ein Status nach Herniotomie bds. im Säuglingsalter sowie Revision eines Nabelbruches. Klinisch findet sich in der Inguina links eine umschriebene Druckdolenz mit derber Induration ohne eigentliche Raumforderung und ohne Hinweise auf eine Inguinalhernie. Es zeigt sich eine freie Beweglichkeit der Hüften ohne Schmerzen.

Die Laboruntersuchung ist unauffällig. Die weiterführende sonographische Untersuchung der Leisten bds. lässt kein Hernienrezidiv nachweisen. Es ist jedoch eine unscharf begrenzte echoarme Läsion links von $2 \times 3 \times 2,5$ cm Grösse abgrenzbar. Bei klinischem Verdacht auf Endometriose findet sich in der nachfolgend durchgeführten MRI-Untersuchung des Beckens eine Raumforderung in der Inguina links ventral der grossen Gefässe mit unscharfer Aussenbegrenzung (Abb. 1 ) , mit multiplen kleinen Zystchen und umgebendem Weichteilödem (Abb. 2A ) . Nach intravenöser Kontrastmittelgabe zeigt sich ein unscharf begrenztes Enhancement mit kleinen zentralen Aussparungen, vereinbar mit kleinen Zystchen (Abb. 2B ) . Bei entsprechender Symptomatik mit zyklusabhängigen Schmerzen wird der Befund als mögliche inguinale Endometriose links beurteilt, wobei im kleinen Becken MR-tomographisch keine Endometrioseherde abzugrenzen sind.

Nach operativer Exzision konnten histologisch inguinal links zahlreiche kleine Endometrioseherde nachgewiesen werden (Abb. 3 ) . In der gleichzeitig durchgeführten diagnostischen Laparoskopie fanden sich zusätzlich im Ligamentum sacrouterinum bds. hämorrhagisch-nekrotische Endometrioseherde. Der CA-125-Wert, der häufig bei Endometriose positiv ausfällt, war bei unserer Patientin präoperativ normal mit 23,7 U/l (Norm <35 U/l). Als Austrittsmedikation erhielt die Patientin Paracetamol in Reserve.

Diskussion

10–15% der Frauen im fertilen Alter sind von der Endometriose betroffen [1]. Bei Patientinnen mit Unterbauchschmerzen und Infertilität liegt die Frequenz bei bis zu 30–50% [1, 2]. Symptome, die auf eine «klassische» Endometriose im kleinen Becken hinweisen, sind: Dysmenorrhoe, Dyspareunie, chronisch-rezidivierende Unterbauchschmerzen, Sterilität, Zyklusstörungen (Hypermenorrhoe, Menorrhagie) und Rückenschmerzen sowie Defäkationsbeschwerden (Dyschezie) [1].

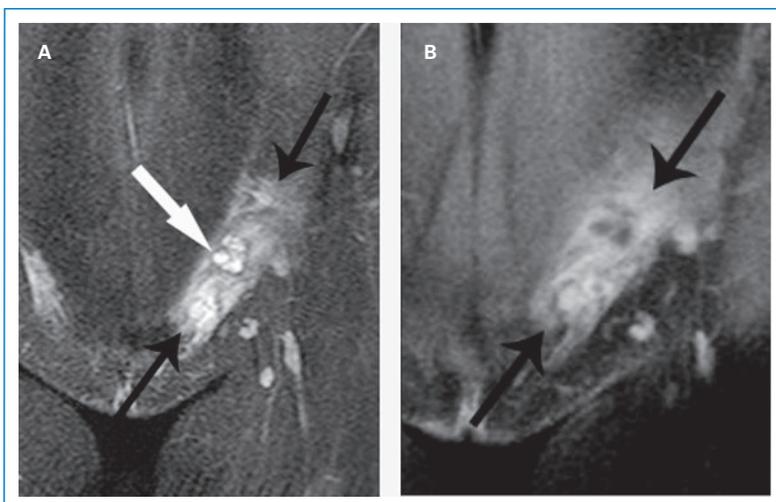


Abbildung 2

A Koronare, ödem-sensitive, T2-gewichtete Aufnahme: in der Inguina links multiple kleine helle Zystchen (weisser Pfeil) mit umgebendem, unscharf begrenztem Weichteilödem (schwarze Pfeile).

B Nach intravenöser Kontrastmittelgabe zeigt sich ein umschriebenes Enhancement (Pfeile).

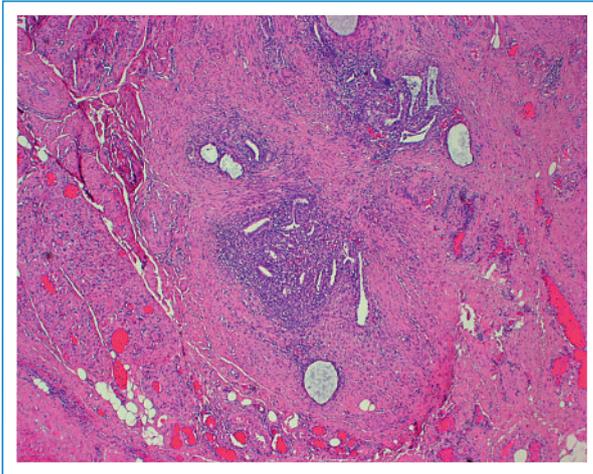


Abbildung 3
Histologische Darstellung der Endometrioseherde in der Subkutis der Leiste. Im Zentrum gelegen ist ein Endometrioseherd mit endometriumtypischen Drüsen und angrenzendem zytogenem Stroma. Das Weichteilgewebe ist fibrosiert, stellenweise ist noch Fettgewebe erkennbar (HE, 10er-Vergrößerung).

Extraperitoneale Endometrioseimplantate wurden bereits 1896 beschrieben. Die Inzidenz der extraperitonealen inguinalen Endometriose wird auf ca. 0,4% geschätzt. Neben vaginalen Endometrioseimplantaten wurden auch Herde im Rektum, der Lunge, der Pleura, dem Gehirn sowie im subkutanen Gewebe der Abdominalwand (Umbilicus) und in der Inguina beschrieben [2]. In der Literatur wurden bisher elf Fälle von inguinalen Endometrioseherden mit MR-Korrelation beschrieben [3, 4].

Die häufigsten klinischen Symptome der inguinalen Endometriose sind eine inguinale Resistenz oder Raumforderung und Schmerzen, die jedoch nur in ca. 50% der Fälle zyklisch angegeben werden. Es wird angenommen, dass sich die Endometrioseherde über den z.T. offenen Processus vaginalis peritonei von der Bauchhöhle in die Inguina ausbreiten [4].

In unserem Fall zeigte sich im MRI eine unscharf begrenzte Raumforderung in der Inguina im Verlaufe des Processus vaginalis peritonei. Dabei fehlten die sonst für die Endometriose typischen Signalalterationen von Blutabbauprodukten mit Erniedrigung des Signals in der T2-Wichtung (T2 shading) sowie Signalerhöhung in T1-Wichtung. Dieses Fehlen der sonst für die abdominelle Endometriose typischen Signalveränderungen wird auch in vorangegangenen Case reports beschrieben [3].

Während bei unserer Patientin die inguinal links gelegene Endometrioseherde in der MRT problemlos dargestellt werden konnten, liessen sich die erst in der Laparoskopie diagnostizierten Herde im sacrouterinen Ligament bds. MR-tomographisch (trotz klinischem Verdacht) nicht nachweisen. Trotz deutlichen technischen Fortschritten bleibt die Diagnose vor allem kleiner und vernarbender

Endometrioseherde mittels MRT schwierig. Die Sensitivität und Spezifität sind auch abhängig von einem dezidierten MR-Untersuchungsprotokoll sowie der Erfahrung des Radiologen mit dieser speziellen Fragestellung. Grössere Endometrioseherde (z.B. ovarielle Endometriome) lassen sich meist mit hoher Sensitivität mittels MRT nachweisen. Der Goldstandard zur Diagnose der pelvinen Endometriose ist die Laparoskopie [2].

Die Differentialdiagnose der inguinalen Raumforderung umfasst neben angeborenen Raumforderungen erworbene Hernien, entzündliche und neoplastische Lymphknotenschwellungen sowie primäre Neoplasien der Inguina [5]. Nach Katheterisierung der Arteria femoralis und Traumata sowie Operationen können Hämatome und Aneurysmata der Femoralgefässe sowie Abszesse auftreten. Angeborene Malformationen umfassen nicht vollständig deszendierte Hoden, Zysten im Processus vaginalis bei Frauen und kongenitale (indirekte) Hernien [6]. Direkte Hernien treten medial der epigastrischen Gefässe durch die Bauchwand. Indirekte Hernien treten durch den inneren inguinalen Ring, lateral der epigastrischen Gefässe und folgen dem Verlauf des Inguinalkanales. Die Femoralhernien liegen im Femoralkanal, medial der grossen Femoralgefässe. Falls klinisch der Herniennachweis nicht sicher gelingt, kann eine sonographische Zusatzuntersuchung die Diagnose erhärten. Seltener, nicht neoplastische Raumforderungen der Inguina umfassen eine grosse Bursa iliopectinea, grosse Ergüsse der Hüfte und Abszesse. Der häufigste primäre Tumor der Leiste ist das Lipom. Lymphknotenschwellungen können entzündlich oder neoplastisch bedingt sein. Bei metastatisch vergrösserten Lymphknoten können die zugrundeliegenden Tumoren im unteren Teil der Vagina, dem Penis, dem Rektum, Anus oder der Beine (Melanom) liegen [5]. Primäre bösartige Tumoren im Bereiche der Leisten entstammen häufig Sarkomen des Beckens.

Korrespondenz:

PD Dr. med. H. P. Ledermann
IMAMED Radiologie Nordwest
Sternengasse 18
CH-4051 Basel
hanspeter.ledermann@imamed.ch

Literatur

- 1 Neukomm C, Mueller MD. Die Endometriose – eine wenig bekannte, oft unerkannte Frauenkrankheit. *Schweiz Med Forum*. 2008;8(30–31): 539–43.
- 2 Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet*. 2004;364:1789–99.
- 3 Cervini P, Mahoney J, Wu L. Endometriosis in the canal of Nuck: atypical manifestations in an unusual location. *AJR*. 2005;185:284–5.
- 4 Kirkpatrick A, Reed CM, Bui-Mansfield LT, Russell MJ, Whitford W. Radiologic-pathologic conference of Brooke Army Medical Center: endometriosis of the canal of Nuck. *AJR*. 2006;186:56–7.
- 5 Bhosale PR, Patnana M, Viswanathan C, Szklaruk J. The inguinal canal: anatomy and imaging features of common and uncommon masses. *Radiographics*. 2008;28:819–35.
- 6 Shadbolt CL, Heinze SB, Dietrich RB. Imaging of groin masses: inguinal anatomy and pathologic conditions revisited. *Radiographics*. 2001;21 Spec No:S261–S271.