

# Dermoidtumor

Maria-Theresia Schröder, Friederike Senger, Alexander Boosz, Andreas Müller

## Anamnese

Eine 29-jährige Patientin stellt sich bei ihrem Frauenarzt mit beginnenden, linksseitigen Unterbauchschmerzen vor. In der durchgeführten Ultraschalluntersuchung zeigt sich ein zystischer Adnexbefund. Nach wenigen Wochen erfolgt eine 2. Kontrolluntersuchung. Jetzt zeigen sich intrazystisch dünne Septen; eine Follikelpersistenz oder ein Corpus luteum erscheint aufgrund der Persistenz des Befunds unwahrscheinlich. Die Beschwerden sind zunehmend. Die Patientin wird zur laparoskopischen Zystenentfernung bei V. a. Dermoid in die Klinik eingewiesen. Es bestehen keine Vorerkrankungen. Der Zyklus ist regelmäßig und wird mit einer Dauer von durchschnittlich 28 Tagen angegeben.

## Sonografiebefund

In der Aufnahmeuntersuchung zeigt sich der zystische Ovarialbefund links von ca. 6 cm im Durchmesser mit feinen intrazystischen Septen (▶ **Abb. 1**). Das rechte Adnex und der Uterus erscheinen unauffällig. Es findet sich keine freie Flüssigkeit im Abdomen. Klinisch-sonografisch besteht der Verdacht auf einen Dermoidtumor.

## OP-Planung

Die Patientin wird für eine Exstirpation des Ovarialbefunds links per Laparoskopie aufgeklärt. In der Anamnese ist nur eine Küretage wegen einer Interruptio zu nennen.

## Intraoperativer Situs

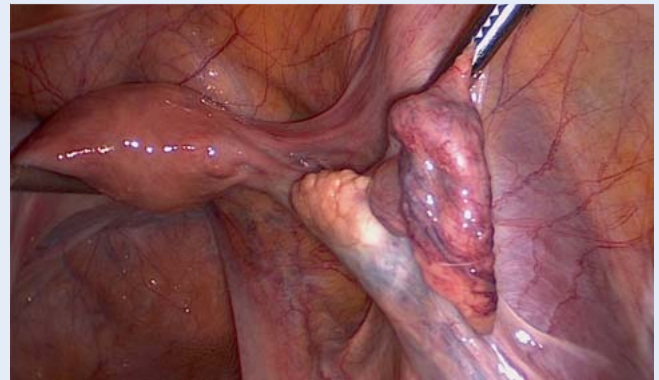
Intraoperativ zeigen sich ein unauffälliger Oberbauch, ein unauffälliger Dick- und Dünndarm sowie ein unauffälliges Mesenterium. Der Uterus ist mittelständig und anteflektiert. Das rechte Adnex ist komplett unauffällig (▶ **Abb. 2**). Am linken Ovar stellt sich die zystische Raumforderung dar (▶ **Abb. 3**). Das Ovar weist eine glatte Oberfläche ohne Auffälligkeiten auf.

Die Ovarrinde wird mit einer Schere inzidiert. Es wird mit dem Ausschälen der zystischen Struktur aus dem Ovar begonnen. An einer Stelle ist der Zystenbalg derartig dünn, dass eine Ruptur trotz größter Sorgfalt nicht vermieden werden kann. Es zeigen sich Haare; eine ölige, talgartige, dickflüssige Flüssigkeit tritt aus der Zyste aus (▶ **Abb. 4**). Intraoperativ wird der Befund eines Dermoidtumors damit bestätigt.

Die ausgetretene Flüssigkeit wird abgesaugt. Der Befund lässt sich dann problemlos und ohne dass weiterer Zysteninhalt in den Bauchraum gelangt aus dem Ovar ausschälen und wird im Bergebeutel aus der Bauchhöhle entfernt.



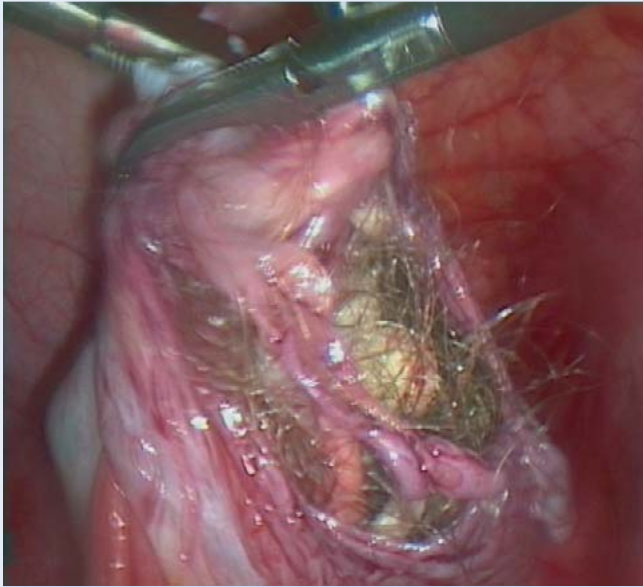
**Abb. 1** Sonografie des linken Adnexes mit Darstellung der hypodensen Raumforderung.



**Abb. 2** Laparoskopischer Blick auf den Uterus und den unauffälligen rechten Adnex.



**Abb. 3** Laparoskopischer Blick auf den linken Adnex.



**Abb. 4** Der linke Adnex nach Ruptur der Zyste mit den deutlich sichtbaren Haaren innerhalb des zystischen Befunds.

## Histologie

In der histologischen Aufarbeitung zeigt sich ein adultes Teratom mit ausgereiften Derivaten der 3 Keimblätter, herdförmig mit kolloidreichem Schilddrüsengewebe entsprechend einer Struma ovarii. Im präoperativen Aufnahmelabor waren sämtliche Laborwerte inklusive der Schilddrüsenparameter unauffällig.

## Weiterer Verlauf und Prozedere

Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos. Die Patientin kann am 2. postoperativen Tag nach Entfernung der eingelegten Robinson-Drainage entlassen werden. Sie stellt sich wieder bei ihrem Frauenarzt zur weiteren Betreuung und den regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen vor. Der Ultraschallbefund zeigte das typische Bild eines Dermoidtumors.

Aufgrund der Größe des Befunds und der Schmerzen wäre als Differenzialdiagnose auch eine Torsion des Adnexes infrage gekommen.

Reife Teratome sind benigne, embryonal angelegte Tumoren und wachsen langsam, sie rezidivieren nicht. Es besteht aber ein gewisses Risiko, dass ein weiteres Dermoid (Zweitumor) im anderen Ovar oder auch im gleichen Ovar zu einem späteren Zeitpunkt nochmals klinisch relevant werden kann.



## Korrespondenz

Prof. Dr. med. Andreas Müller  
Frauenklinik, Städtisches Klinikum Karlsruhe  
andreas.mueller.fk@klinikum-karlsruhe.de