

Sakraler Tumor

Warum wächst der so schnell?

Bei einem 47-jährigen Patienten hatte sich innerhalb von fünf Tagen eine etwa 8 x 7 cm große sakrale Schwellung gebildet. Der Patient klagt vor allem über lokale Schmerzen. Fieber und Allgemeinsymptome wurden nicht beschrieben. Beim Wasserlassen und Stuhlgang waren keine Probleme oder Veränderungen aufgetreten.

— Der Tumor war erhaben und von praller Resistenz. Eine Fluktuation war nicht palpabel. Ein etwa 7 cm langer entzündlicher Randsaum sowie vereinzelte Follikulitiden waren zu erkennen. Der Patient war afebril und zirkulatorisch stabil.

Anamnestisch waren ein radikal operiertes Schilddrüsenadenom sowie im Lokalbereich bereits mehrfach das Auftreten ähnlicher Beschwerden bekannt, das letzte Rezidiv lag fünf Jahre zurück.

Der Patient hatte vor zwei Tagen seinen Hausarzt konsultiert und eine Therapie mit Ciprofloxacin wurde von dieser Seite initiiert. Trotz der antibiotischen Behandlung führten jedoch das rasche Größenwachstum sowie die starken lokalen Schmerzen zur Vorstellung in der Notaufnahme.

Klinisch wurde die Diagnose eines tiefen Abszesses gestellt. Nach Inzision in Lokalanästhesie entleerte sich reichlich übelriechender Eiter. Etwa 30 ml Abszessinhalte wurden evakuiert. Nach Einlage einer Kocher-Drainage wurde der Patient zur weiteren ambulanten Behandlung entlassen. Die begonnene Antibiose mit Ciprofloxacin wurde unverändert weitergeführt.

Es handelt sich bei diesem Befund um das Rezidiv einer Dermoidzyste. Histologisch handelt es sich bei diesen um versprengte Bestandteile der Dermis, welche auch Hautanhangsgebilde enthalten können. Die Lokalisation ist häufig im Bereich des Kopfes, der Eierstöcke sowie des Kreuzbeins. Häufig sind diese Zysten steril und äußern sich vor allem durch langsames Größenwachstum. Bei Superinfektion kommt es wie im vorgestellten Fall zu einer raschen Progredienz der Befunde sowie starken Schmerzen, bei vorliegender Meningozele auch zu Meningitiden. Eine Antibiose kann in frühen Stadien und bei kleinen Herden durchaus eine erfolgreiche Therapieoption darstellen, bei großen



Foto: U. M. Schilling

Abszessen und in späten einschmelzenden Stadien ist eine chirurgische Spaltung unumgänglich. Eine definitive Versorgung lässt sich durch Spaltung oberflächlicher Zysten beziehungsweise Exzision tiefer gelegener Befunde erreichen. In solchen Fällen sollte allerdings insbesondere bei erstmaligem Auftreten eine Verbindung mit den Meningen unbedingt ausgeschlossen werden.

Differenzialdiagnostisch kommen Abszesse aufgrund einer Follikulitis (Pilonidalsinus) oder aufgrund von Fistelbildungen im Rahmen inflammatorischer oder maligner Prozesse sowie Malignomen infrage.

Der Patient war bereits mehrfach vorbehandelt. Aufgrund des massiven Befundes sowie der Infektionszeichen ließ sich eine direkte Definitivversorgung ohne den Verlust großer Gewebemengen mit

entsprechenden postoperativen Defekten nicht durchführen. Zeichen meningealer Beteiligung lagen trotz der ausgesprochenen Infektionszeichen nicht vor. Aus diesem Grund wurde eine Versorgung in zwei Schritten geplant, die aus der primären Eröffnung des Abszesses und nach Abklingen der Infektion aus einer späteren, sekundären Exzision der Zyste bestand.

Keywords: Dermoid cyst, sacral abscess

■ Dr. med. Ulf Martin Schilling,
Akutkliniken Linköpings
Universitetssjukhus
(Leiter: Jan Ljunghusen/Kerstin Skog),
S-58280 Linköping, Schweden