

Acta Medica Okayama

Volume 3, Issue 1

1932

Article 8

MÄRZ 1932

Ein Fall von Tubenblasenmole

Sanshiro Sumori*

*Okayama University,

Copyright ©1999 OKAYAMA UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL. All rights reserved.

Aus dem anatomischen Institut der Med. Universität Okayama
(Vorstand: Prof. Dr. K. Kôsaka).

Ein Fall von Tubenblasenmole.

Von

Sanshiro Sumori.

Eingegangen am 30. November 1931.

Da sich die Blasenmole durch abnorme Proliferation des Chorion-epithelgewebes des Eies entwickelt, kommt sie begreiflicherweise überall da vor, wo das Ei sitzt, sei es intra-, sei es extrauterin.

In Wirklichkeit scheint ihr Vorkommen ausserhalb der Gebärmutter indes äusserst selten zu sein.

In der inländischen Literatur habe ich nur einen, in der ausländischen kaum zehn solche Fälle auffinden können.

Eigene Beobachtung.

K. M., 36 jährige Frau. Erste Untersuchung 9. I. 1924, Aufnahme 12. I. 1924, Entlassung 12. II. 1924.

Anamnese: Die Kranke war von Kindheit an völlig gesund und hatte keine hereditäre Belastung. Im 16. Jahre trat die erste Menstruation auf, die seitdem stets regelmässig sich wiederholte und zwar mit einer Dauer von 3 bis 4 Tagen. Keine Dysmenorrhoe. Im 20. Jahre verheiratete sie sich. Die bisher stattgehabten dreimaligen Entbindungen verliefen stets glatt. Die letzte Regel unter normalen Verhältnissen fand vom 7. bis 10. November 1923 statt. Das vorliegende Leiden setzte vor 2 Wochen ein. Patientin begann über anfallsweise auftretende mittelmässig starke Unterleibsschmerzen zu klagen, die späterhin von Uterusblutung leichten Grades begleitet wurden.

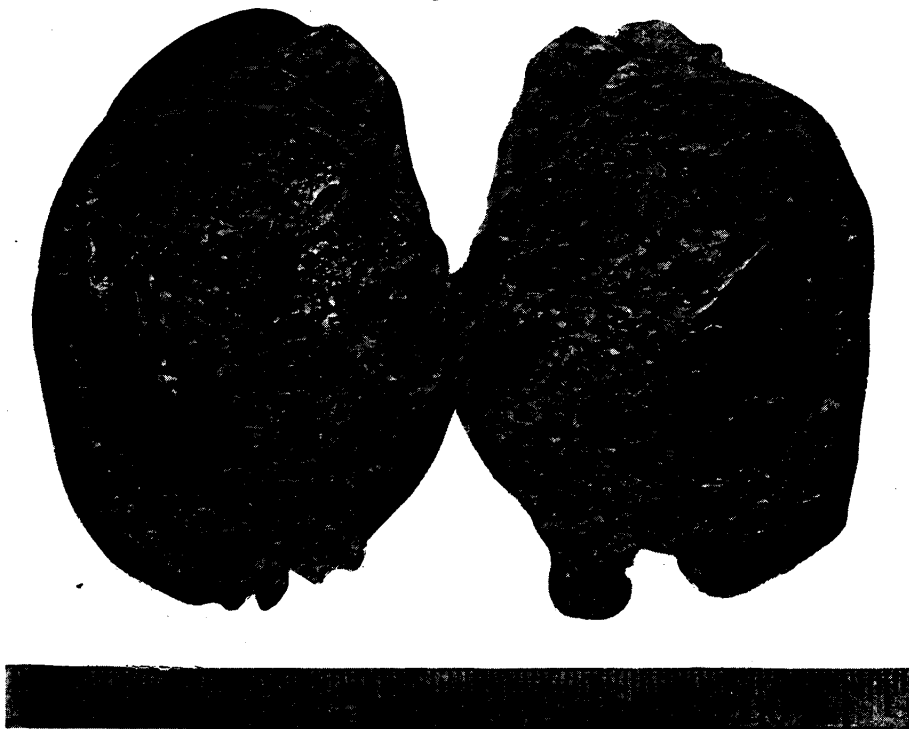
Status zur Zeit der Aufnahme: Patientin ist ein Individuum von mittelmässigem Körperbau und gutem Ernährungszustande, zeigt leichte Anämie, doch nirgends Ödem. Puls, Herz und Lungen bieten keine Abnormität dar. An der Mamma lässt sich keine pathologische Veränderung, insbesondere kein Zeichen von Kolostrumabsonderung beobachten. Die kombinierte Untersuchung ergibt, dass der Uterus eine Lage von Anteversio-Flexio einnimmt, doch beträchtlicher Weise nach links verschoben und wenig gut beweglich ist. Der Uteruskörper ist etwas grösser und weicher als normal. Rechts von der Gebärmutter

betastet man einen kugeligen Tumor, der beinahe apfelsinengross und elastisch weich ist. Im *Douglas'schen* Raume palpiert man eine hämatomähnliche Resistenz. Die Schleimhaut der Portio vaginalis sowie des Scheidengewölbes ist livid verfärbt. Das Zervikalsekret ist dunkelrötlich und gering an Menge.

Diagnose: Auf Grund des obigen Befundes denkt man zunächst an Extrauterinschwangerschaft. Da die Schmerzanfälle nicht nur heftig, sondern mehr wehenartig sind, während weder Ohnmacht noch Anämie sich nachweisen lassen, nimmt man ohne weiters an, dass es sich um einen Tubenabort handle. Da kein Fieber besteht, entschliesst man sich zur Operation, die am 24. Januar 1924 stattfand.

Operationsbefund: In der Bauchhöhle lässt sich keine freie Flüssigkeit nachweisen. Der Tumor sitzt rechts hinten vom Uterus und hat die Grösse einer Apfelsine. Die Tube der gleichnamigen Seite ist gänseeigross verdickt. Die Lokalisation des Ovariums ist von aussen her nicht konstatierbar. Trotzdem palpiert man in der Nähe des hinteren und unteren Tumorendes eine Gebilde, welches das Ovarium ahnen lässt. Die linken Adnexe sind intakt. Die hintere Fläche des Tumors ist mit den Darmschlingen diffus verwachsen, doch lässt sich ziemlich leicht und stumpf abpräparieren. Die genannte Tumorfäche

Fig. 1.





ist nicht nur stark verdünnt, sondern zeigt auch stellenweise nekrotische Partien von 1 bis 2 cm Durchmesser, durch die eine Gruppe von Blasen als Inhalt des Tumors hindurchschimmert. Es handelte sich also um eine Tubengravidität mit Traubenmole. Die linken Adnexe wurden mit dem Tumor exstirpiert. Der Verlauf nach der Operation war glatt, und die Kranke wurde 3 Wochen später entlassen.

Befunde des exstirpierten Tumors: Die Eihöhle mit einer beinahe glatten Innenfläche ist mit zahllosen miliar- bis kleinfingerkopfgrossen Blasen gefüllt. Die Blasenmole selbst ist in grösserer Ausdehnung mit Blut durchtränkt, was besonders in dem der hinteren Tumorstwand anliegenden Bezirke ausgeprägt erscheint (Fig. 1, Fig. 2.). Dieser

Befund ist höchst wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass die Geschwulst besonders die hintere Wand des Eisackes angreift und stark ausdehnen lässt, was bedeutendere Blutung in diesem Teile zur Folge hat. Das Ovarium befindet sich hinten unten von der Stelle der Fimbria und ist nur teilweise mit einer bindegewebigen Hülle bedeckt. Das von aussen her wenig gut sichtbare Ovarium lässt sich aus der Schnittfläche des Präparates deutlich nachweisen und zeigt keine mikroskopische Veränderung, indem es hier und da Corpora lutea enthält.

Literarische Übersicht.

Obwohl das Vorkommen von Tubengravidität recht häufig ist, gilt jedoch ein Fall wie der meinige in Verbindung mit Blasenmole als ein höchst seltener.

Im Handbuche von *Halban-Seitz* gibt *O. Hoehne* folgende Beschreibung: „Auch für das ektopisch eingebettete Ei selbst sind Proliferationsvorgänge bekannt, genau wie bei uteriner Nidation, sowohl nach der Richtung der verschiedenwertigen Blasenmole als auch hinsichtlich echter chorioepithelialer Geschwulstbildung.“ „Es ist natürlich unrichtig, allein ein Ödem bzw. eine hydropische Degeneration des Zottenstromas und die für den ektopischen Eisitz charakteristische stärkere Proliferation der chorioepithelialen Elemente schon als Blasenmole hinstellen zu wollen. Sieht man von diesen allerdings häufigen mikroskopischen Befunden ab, so ist die Blasenmole bei ektopischem Eisitze sehr selten.“ *R. Werth* äussert in *Winkels Handbuch der Geburtshilfe* dieselbe Ansicht.

Unter dieser Voraussetzung habe ich in der Literatur nur die von *Werth* referierten 8 Fälle auffinden können, d. h. je 1 Fall von *Otto*, von *Recklinghausen* sowie von *Matwejew* und *Sykor*, 2 Fälle von *Wenzel* und 3 Fälle von *Croom*. Dazu kommt noch je 1 Fall von *Henkel*, *Weisshaupt* und *Mathias*. Im Inlande berichtet lediglich *Imabuchi* über einen Fall.

Es sei nun von diesen Fällen nur das Wichtigere hervorgehoben. *Freund* und *Recklinghausen* beobachteten bei einer 5 Wochen alten Tubenschwangerschaft, dass das Ei aus der glattrandigen Durchbruchsstelle teilweise herausragte und zweifelloose myxomatöse Chorionzotten zeigte. *Henkel* berichtet über einen Fall, bei dem es sich um eine 32 jährige Frau handelte, die 9 Jahre verheiratet war, jedoch nie geboren und nie abortiert hatte. Bei der Operation fand sich eine spontane rupturierte Graviditas interstitialis von 5–6 Monaten mit Blasenmole und ausserdem in der Bauchhöhle ein 36 cm langer lebensfrischer Foetus.

Weisshaupt demonstrierte eine destruierende Tubenblasenmole, die einer 34 jährigen Patientin entstammte. An der Rupturstelle der Tube fand er, dass die Muskulatur durch Wucherung des Chorionepithels völlig usuriert war. Die im Tubendefekte zutage tretenden Zotten wiesen beginnende hydropische Degeneration auf und waren von starken chorionepithelialen Proliferationen umgeben, unter denen die synzythialen Elemente stellenweise überwogen. In einer hinzugefügten Bemerkung sagt er: „Blasenmole der Tube ist, wie es scheint, bisher gar nicht beobachtet worden.“

Mathias berichtet über einen Fall von Tubengravidität mit Blasenmole, bei dem er unter Verdacht auf Extrauterinschwangerschaft die Operation vornahm.

Die folgenden zwei Fälle sind solche, bei denen eine Blasenmole im Eierstocke entwickelt war.

Nielson fand bei einer 35 jährigen bisherigen Nullipara mit freien und normalen Tuben sowie einem nur durch ein doppelthühnereigrosses Fibrom der Hinterwand veränderten Uterus eine Blasenmole ohne Foetus in dem faustgrossen rechten Ovarium, die einer Uterusblasenmole völlig glich. Diese Patientin war nach den charakteristischen klinischen Erscheinungen gravid, und zwar bestand zweifellos eine wirkliche Ovarialgravidität.

Pick entdeckte bei einer 30 jährigen Frau eine blasenmolenartige Proliferation in der Dermoidzyste des Ovariums.

Schliesslich berichtet *Imabuchi* über einen Fall von linksseitiger interstitieller Tubengravidität mit Blasenmole. Es handelte sich um eine 39 jährige Frau, die bis dahin fünfmal normalerweise geboren und einmal abortiert hatte. Sie wurde unter dem Verdachte von Extrauterinschwangerschaft operiert.

Der Verfasser will das seltene Vorkommen der extrauterinen Blasenmole darauf zurückführen, dass die Proliferationskraft der Tubenschleimhaut im Vergleiche zu der des Uterus mangelhaft sei und bei jener die Fähigkeit, hinreichende Reize und Ernährung zu liefern, folglich fehle; für die Entartung der Chorionzotten und für die Bildung der Blasenmole ist diese nicht unentbehrlich.

Zum Schlusse will ich nicht versäumen, Herrn Prof. Dr. *Andô* für seine lebenswürdige Durchsicht dieses Manuskriptes meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Otto, Über Tubenschwangerschaft mit Berücksichtigung eines Falles von Gravidit. tub. molar. hydatid., Inaug. Dissert. Greifswald 1871. — *Croom*, Two cases of

extrauterine gestation. Edinb. med. Journ. Vol. 40, Part. 2, p. 889, 1889. — *Recklinghausen*, Periforierende Blasenmole bei fünf-wöchentlicher Tubenschwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. 1889. — *Wenzel*, Alte Erfahrungen etc. Wiesbaden S. 85, 1893. — *Matwejew* u. *Sykow*, Blasenmole in der Tuba Fallopii und zystische Degeneration d. Ovar. Zentralbl. f. Gyn. 1902, s. 296. — *Henkel*, Demonstration einer interstitiellen Gravidität. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. 1904, S. 502. — *Weisshaupt*, Demonstration einer destruierenden Tubenblasenmole. Zentralbl. f. Gyn. 1916, S. 216. — *Mattias*, Tubare Blasenmole. Zentralbl. f. Gyn. 1929, S. 2855. — *Möller Poul* et *Als-Nielsen*, Cas de môle hydatidense ovarienne. Acta Gynecol. Scandinav. 1925, 3, p. 325. — *Pick*, Zur Kenntnis der Teratome: blasenmoleartige Wucherung in einer „Dermoidzyste“ des Eierstocks. Berl. kl. Wochenschr. 1902, S. 1189. — *Halban-Seitz*, Biologie und Pathologie des Weibes. Bd. 7, Tl. 2, S. 772. — *Döderlein*, Handb. d. Geburtsh. 1924, S. 503. — *Essen-Möller*, Studien über die Blasenmole u.s.w. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1912. — *Josephson*, dáraboki gynekologi. p. 323, Stockholm 1902. — *Briquet*, Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires. Paris 1903. — *Hennig*, Studien über den Bau der menschlichen Plazenta. Leipzig 1872, P. 32. — *Freund*, v. Winkels Handbuch d. Geburtsh. Bd. 2, Tl. 1, S. 537. — *Freund*, Blasenmole bei jungem menschlichem Ei. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 26, S. 597, 1907. — *Favell*, Journ. of obst. and gyn. Brit. emp. 9, p. 68, 1906. — *Muralto*, Ephem. nat. curios. dec. 2, obs. 95. — *Risel*, Das maligne Chorionepitheliom etc. Arb. aus d. pathol. Inst. in Leipzig 1903. — *Imabuchi*, Ein Fall von interstitiellen Blasenmole. Tôkiô Izisinsi Nr. 236, s. 574 (Japanisch).
