Postpartale Unterbauchschmerzen – wenn die Ursache in der Leber liegt

Viszerale Schmerzprojektion durch ein Riesenhämangiom der Leber

Postpartale Unterbauchschmerzen werden häufig gynäkologischen Ursachen zugeschrieben. Aufgrund viszeraler Schmerzprojektionen können jedoch auch Pathologien ausserhalb des Beckens eine ähnliche Symptomatik verursachen. Wir berichten über den seltenen Fall eines symptomatischen Riesenhämangioms der Leber, das sich 21 Tage nach einer unkomplizierten Spontangeburt als linksseitiger Unterbauchschmerz präsentierte. Der Fall unterstreicht die Bedeutung einer erweiterten Differenzialdiagnostik und einer frühzeitigen Bildgebung bei unklaren Beschwerden im Wochenbett.

Luis Manrique[1], Katja Weiss[2], Thomas Rosemann[2], Beat Knechtle[1,2]*

Fall aus der Praxis

Anamnese, klinische Befunde und Labor

21 Tage nach einer unkomplizierten Spontangeburt stellte sich eine 35-jährige Patientin mit ziehenden, krampfartigen Schmerzen in der linken Fossa iliaca vor (VAS 4/10). Die Beschwerden verstärkten sich bei Bewegung und besserten sich in Ruhe. Gynäkologische, gastrointestinale, urologische oder andere systemische Begleitsymptome bestanden nicht. Stuhlgang und Miktion waren regulär, das Stillen verlief komplikationslos. Eine bekannte Lebererkrankung lag nicht vor; Alkoholkonsum sowie die Einnahme hormoneller Kontrazeptiva wurden verneint.

Klinisch zeigte sich ein weiches Abdomen mit lokalem Druckschmerz links inguinal ohne Peritonismus. Die gynäkologische Untersuchung einschliesslich transvaginaler Sonografie durch die behandelnde Frauenärztin war unauffällig. Laborchemisch fanden sich normale Leukozyten ($5{,}3 \times 10^3$/µl), ein CRP <10 mg/l, ein Hämoglobinwert von 12,6 g/dl sowie unauffällige Leberwerte.

Differenzialdiagnostische Überlegungen

Aufgrund der Schmerzlokalisation wurden zunächst gynäkologische, urologische und gastrointestinale Ursachen in Betracht gezogen (Tabelle 1). Eine Übersicht möglicher Differenzialdiagnosen bei postpartalen Unterbauchschmerzen links ist in Tabelle 1 dargestellt. Die Darstellung basiert auf klinischer Einschätzung, Fallanalyse und Literatur.

Weitere Abklärung

Da weder klinisch noch laborchemisch Hinweise auf eine gynäkologische, urologische oder entzündliche Ursache bestanden, wurde eine abdominale Sonografie durchgeführt. Diese zeigte eine rundliche, relativ gut abgrenzbare Raumforderung von etwa 7,5 cm im linken Leberlappen (Abb. 1). Differenzialdiagnostisch kamen ein kavernöses Hämangiom, eine fokal noduläre Hyperplasie (FNH), ein hepatozelluläres Adenom sowie maligne Leberläsionen in Betracht.

Zur weiteren Charakterisierung erfolgte eine kontrastmittelverstärkte Magnetresonanztomografie (MRT). Hier zeigte sich eine hyperintense, lobulierte Läsion mit peripher nodulärem Enhancement und zentripetaler Auffüllung in der Spätphase, bildmorphologisch typisch für ein kavernöses Hämangiom (Abb. 2–3). Der Befund wurde interdisziplinär zwischen Hausarzt und Radiologie besprochen. Aufgrund der charakteristischen Bildgebung wurde die Diagnose eines Riesenhämangioms der Leber gestellt.

[1]Medbase St. Gallen Am Vadianplatz, St. Gallen, Schweiz
[2]Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Differenzialdiagnosen bei postpartalen Unterbauchschmerzen links (ohne Fieber)

System	Mögliche Diagnose	Argumente pro/contra im vorliegenden Fall
Gynäkologisch	Endometritis, Ovarialzyste, Adnexitis	gynäkologischer Status unauffällig, kein Fieber, kein Fluor, keine Dyspareunie
Urologisch	Harnwegsinfekt, Ureterstein	keine Dysurie, normale Miktion, kein Flankenschmerz
Gastrointestinal	Sigmoiditis, Obstipation, funktionelle Schmerzen	kein Fieber, regulärer Stuhlgang, keine peritonealen Zeichen
Muskel-Skelett	Iliosakralgelenk- Dysfunktion, Bauchwandzerrung	Schmerz lageabhängig, aber kein Hinweis auf muskuläre oder ligamentäre Ursache
Viszeral	Leberhämangiom mit viszeraler Schmerzprojektion	Ultraschall und MRT-Befund: Hämangiom im linken Leberlappen; plausible Schmerzlokalisation

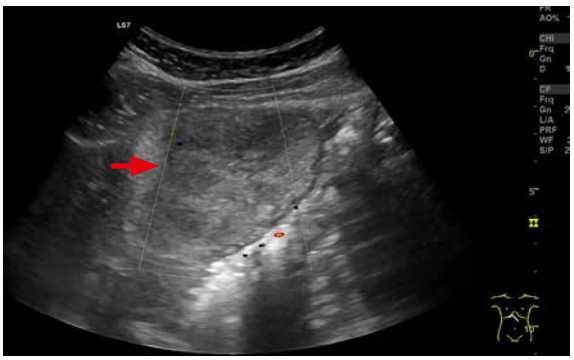

Abbildung 1: Sonografie des linken Leberlappens (Oberbauch, transversale Ansicht). Graustufenbild mit Farbdoppler-Darstellung zeigt eine hyperechogene, leicht inhomogene Raumforderung im Segment III/IVb des linken Leberlappens. Die Randbegrenzung ist unscharf, das umgebende Lebergewebe erscheint unauffällig. Der sonografische Aspekt ist vereinbar mit einem kavernösen Hämangiom. (Bild: Medbase St.Gallen, Am Vadianplatz St.Gallen)

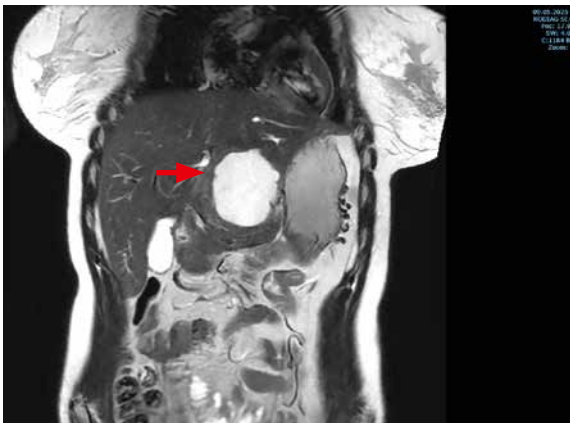

Abbildung 2: MRT der Leber (koronare T2-gewichtete Sequenz). Das koronare T2-gewichtete MRT zeigt eine hyperintense, rundliche Raumforderung im Segment III/IVb des linken Leberlappens (roter Pfeil), mit lobulierten Konturen und homogener Signalintensität. Die Läsion misst ca. 7,5 × 6,4 cm. Das umgebende Lebergewebe erscheint signalnormal. Der Befund ist vereinbar mit einem kavernösen Hämangiom, typischerweise T2-hyperintens durch den hohen Flüssigkeitsgehalt. Kein Hinweis auf Kapselruptur, intrahepatische Cholestase oder Kompression benachbarter Strukturen. (Bild: RODIAG St. Gallen)

Diagnose

Riesenhämangiom (giant hemangioma) der Leber.

Therapie und Verlauf

Aufgrund der typischen MRT-Morphologie, des Fehlens von Komplikationen sowie der spontanen klinischen Besserung wurde ein konservatives Vorgehen gewählt. Eine invasive Diagnostik oder operative Therapie war nicht erforderlich.

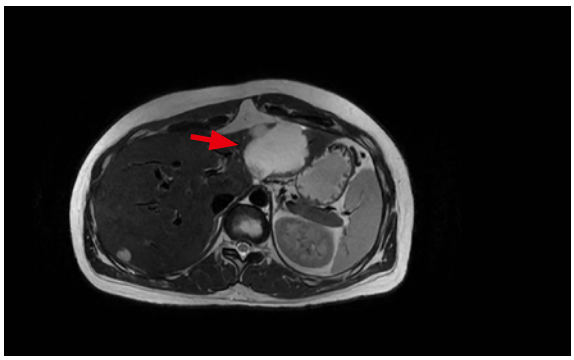

Abbildung 3: MRT der Leber (axiale T1-gewichtete Sequenz mit Kontrastmittel, venöse Phase). Das axiale Kontrastmittel-MRT der Leber zeigt eine gut abgrenzbare, lobulierte Raumforderung im linken Leberlappen (Segment III/IVb), Durchmesser ca. 7,5 × 6,4 cm, mit charakteristischer peripherer Kontrastmittelanreicherung und zentripetaler Auffüllung (roter Pfeil). Die Läsion weist eine typische Kontrastmittelaufnahme für ein kavernöses Hämangiom auf. Keine Anzeichen für Kapselruptur oder vaskuläre Invasion. Das umgebende Parenchym erscheint unauffällig. (Bild: RODIAG St. Gallen)

Eine gastroenterologische Mitbeurteilung wurde empfohlen und eingeleitet, von der Patientin jedoch zu einem späteren Zeitpunkt abgelehnt.

Beim telefonischen Follow-up vier Wochen nach Diagnosestellung berichtete die Patientin über eine vollständige Beschwerdefreiheit und eine uneingeschränkte Rückkehr in den Alltag. Aufgrund des stabilen Verlaufs sowie fehlender Risikofaktoren wurde auf weitere bildgebende Verlaufskontrollen verzichtet. Eine erneute Vorstellung wurde lediglich bei Wiederauftreten der Beschwerden empfohlen.

Warum verursachte das Hämangiom Unterbauchschmerzen?

Leberhämangiome sind die häufigsten benignen Lebertumoren und verlaufen in den meisten Fällen asymptomatisch (4). Nur ein kleiner Teil der Läsionen überschreitet einen Durchmesser von 5 cm und wird als Riesenhämangiom klassifiziert (5). Klinisch relevante Beschwerden treten selten auf und werden vor allem auf Kapselspannung, lokale Kompressionseffekte oder hormonelle Einflüsse zurückgeführt (6,7).

Viszerale Schmerzen werden häufig nicht am Ursprungsort der zugrunde liegenden Pathologie wahrgenommen. Ursache hierfür ist die Konvergenz viszeraler und somatischer Afferenzen im Rückenmark (1,2). Für den linken Leberlappen wurde eine Überlappung viszeraler Afferenzen mit somatischen Afferenzen der Bauchwand beschrieben, wodurch intrahepatische Reize als Unterbauchschmerzen wahrgenommen werden können (1,3). Dieses Phänomen wird als viszeral-reflektierter Schmerz bezeichnet.

Für die klinische Beurteilung ist daher nicht allein die anatomische Schmerzlokalisation entscheidend. Im vorlie-

genden Fall führte erst die frühzeitige Sonografie zur Diagnose einer Raumforderung im linken Leberlappen. Dies unterstreicht die Bedeutung einer erweiterten Differenzialdiagnostik bei persistierenden Beschwerden trotz unauffälliger gynäkologischer Basisabklärung.

Die kontrastmittelverstärkte Magnetresonanztomografie gilt als diagnostischer Goldstandard zur Charakterisierung von Leberhämangiomen (8). Das typische Muster mit peripher nodulärer Kontrastmittelaufnahme und zentripetaler Auffüllung erlaubt in den meisten Fällen eine zuverlässige Abgrenzung gegenüber malignen Leberläsionen und macht eine Biopsie bei klassischer Bildmorphologie in der Regel überflüssig (8).

Der vorliegende Fall verdeutlicht, dass auch ein benignes Riesenhämangiom der Leber als isolierter Unterbauchschmerz imponieren kann. Die vollständige Rückbildung der Beschwerden ohne spezifische Therapie sowie die charakteristischen MRT-Befunde sprechen für eine viszerale Schmerzprojektion als wahrscheinlichste Ursache der Symptomatik.

Leberhämangiome – was ist für die Praxis relevant?

Die Mehrzahl der Leberhämangiome wird zufällig entdeckt und erfordert keine spezifische Therapie (4–7). Entscheidend für das weitere Vorgehen sind nicht allein die Grösse der Läsion, sondern insbesondere die klinische Symptomatik, die Bildmorphologie sowie das Vorliegen möglicher Komplikationen (6,9).

Bei typischer Bildgebung und fehlenden Beschwerden genügt in den meisten Fällen ein konservatives Vorgehen (7–9). Eine weiterführende hepatologische oder chirurgische Abklärung sollte hingegen bei persistierenden Symptomen, Grössenzunahme, diagnostischer Unsicherheit oder Hinweisen auf Komplikationen wie Kompression benachbarter Strukturen, Rupturgefahr oder Gerinnungsstörungen erwogen werden (6,9).

Der vorliegende Fall verdeutlicht, dass auch bei ungewöhnlicher Symptomatik nicht jede nachgewiesene Raumforderung einer Intervention bedarf. Entscheidend ist die integrative Beurteilung von Klinik, Bildgebung und Verlauf.

Bedeutung für die Hausarztpraxis

Postpartale Unterbauchschmerzen werden häufig gynäkologischen oder muskuloskelettalen Ursachen zugeschrieben. Der vorliegende Fall zeigt jedoch, dass auch seltene extra-gynäkologische Erkrankungen hinter einer solchen Symptomatik stehen können.

Bei persistierenden Beschwerden trotz unauffälliger gynäkologischer Basisabklärung sollte deshalb frühzeitig eine abdominale Sonografie erwogen werden. Diese kann nicht nur häufige Ursachen erfassen, sondern auch seltene Befunde erkennen und unnötige invasive Abklärungen vermeiden.

Der Fall verdeutlicht zudem, dass die Schmerzlokalisation nicht immer Rückschlüsse auf den tatsächlichen Ursprungsort der zugrunde liegenden Pathologie zulässt. □

Merksätze

- Postpartale Unterbauchschmerzen können selten durch viszerale Schmerzprojektionen verursacht werden.
- Die Sonografie eignet sich als rasch verfügbare Erstabklärung bei unklaren Beschwerden.
- Ein Leberhämangiom kann trotz normaler Leberwerte symptomatisch sein.
- Die Magnetresonanztomografie ermöglicht meist die sichere Diagnose eines Leberhämangioms.
- Bei typischer Bildgebung und fehlenden Risikofaktoren ist häufig ein konservatives Vorgehen ausreichend.

Lesetipps

- Wang et al.: Natürlicher Verlauf von Leberhämangiomen
- Leon et al.: Was Internisten über Leberhämangiome wissen sollten
- Kacała et al.: Bildgebung und therapeutische Strategien
- Amico et al.: Wann ist eine operative Therapie sinnvoll?
- Marrero et al.: Leitlinien zur Diagnostik fokaler Leberläsionen

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Beat Knechtle
Medbase St. Gallen am Vadianplatz
Vadianstrasse 26
9001 St. Gallen
E-mail: beat.knechtle@hispeed.ch

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Referenzen:

1. Standring S, ed. Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice. 42nd ed. Amsterdam: Elsevier; 2020
2. Hall JE, Guyton AC. Textbook of Medical Physiology. 15th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021. Chapter 49
3. Hundt W et al.: Referred abdominal pain—patterns and pitfalls. Eur Radiol. 2019;29:6702-6712
4. Wang A et al.: Natural history of hepatic hemangioma: a follow-up analysis of 534 patients. Front Life Sci. 2019;12(1):27-32. doi:10.1080/21553769.2019.1684389
5. Wolf DC: Hepatic Hemangiomas. Medscape. Updated February 17, 2025. Available from: http://emedicine.medscape.com/article/177106-overview
6. Amico A et al.: Giant hepatic hemangioma case report: When is it time for surgery? Ann Med Surg (Lond). 2020;58:4-7. doi:10.1016/j.amsu.2020.08.003
7. Leon M et al.: Hepatic hemangioma: What internists need to know. World J Gastroenterol. 2020;26(1):11-20. doi:10.3748/wjg.v26.i1.11
8. Kacała A et al.: Hepatic Hemangioma: Review of Imaging and Therapeutic Strategies. Medicina (Kaunas). 2024;60(3):449. doi:10.3390/medicina60030449
9. Marrero JA et al.: ACG Clinical Guideline: The Diagnosis and Management of Focal Liver Lesions. Am J Gastroenterol. 2014;109(9):1328-1347. doi:10.1038/ajg.2014.213