
Lymphologie Aktuell

Informationen für Mitglieder Nr. 29

Pelvine Lymphozelen

-Erfolgreiche Behandlung durch lympho-venöse Anastomosen-

Einleitung

Lymphozelen sind Ansammlungen von Lymphflüssigkeit im Gewebe als Folge von Traumen oder operativen Eingriffen am Lymphgefäßsystem beispielsweise Lymphadenektomien bei malignen Tumoren im Abdomen oder Beckenbereich. Durch fehlende Endothelauskleidung der Wand unterscheiden sich Lymphozelen von Lymphzysten.

Die Häufigkeit der Lymphozelen im Beckenbereich wird in der Literatur mit 1-48% angegeben. Bei jeder fünften urologischen oder gynäkologischen Operation muss bei radikaler retroperitonealer Lymphadenektomie mit postoperativen Lymphozelen gerechnet werden. Nach Nierentransplantationen liegt die Häufigkeit postoperativer Lymphozelen zwischen 0,6–18,0%. Durch verbesserte Operationstechnik hat sich diese Zahl auf 5% reduziert. Der Nachweis von Lymphozelen erfolgt vorwiegend durch Ultraschall. Computertomographie oder Magnetresonanztomographie sind ebenfalls geeignet aber mit höheren Kosten verbunden.

Bei kleineren asymptomatischen Lymphozelen ist eine Therapie nicht erforderlich. Diese bilden sich meist nach einigen Wochen oder Monaten spontan zurück. Symptomatische Formen können durch Nadelaspiration, kurative Drainagen, Fensterung mit innerer Drainage, Verödung oder operative Entfernung behandelt werden. Bei dem Versuch Lymphozelen durch Punktionen zu veröden ist allerdings zu beachten, dass diese Massnahme häufig nicht zu einem Dauererfolg führt und ausserdem mit einer höheren Infektions- und Rezidivquote verbunden ist.

Therapieoption Lympho-venöse Anastomosen

Die Autoren Todokoro et al. 2012 berichten über ihre Erfahrungen mit der Behandlung von grösseren symptomatischen pelvinen Lymphozelen durch Anlage lympho-venöser Anastomosen (LVA) im Bereich der unteren Extremitäten. Dabei wird angenommen, dass der reduzierte Lymphtransport durch die Ableitung der Lymphflüssigkeit in benachbarte Venen zu einer Austrocknung der Lymphozele führen würde.

Untersuchungstechnik

Im Zeitraum von 2010-2011 wurden insgesamt 11 Patienten behandelt bei denen als Folge der operativen Therapie von gynäkologischen Malignomen pelvine Lymphozelen aufgetreten waren. Der Lymphozelen-Nachweis und die Volumenbestimmung erfolgten durch CT und/oder Ultraschall. Zur Lokalisation der peripheren Lymphkollektoren wurde am Tage vor jeder LVA-Operation eine Indocyaningrün-Fluoreszenz-Lymphographie durchgeführt. In Lokalanästhesie erfolgten mehrere Inzisionen bilateral von etwa 2-3 cm Länge (Fussrücken, distaler medialer Oberschenkel und Leiste). Die durchschnittliche Anzahl der entweder End-zu-End oder Seit-zu-End Anastomosen pro Patient wird mit 8,2 angegeben.

Ergebnisse

Eine komplette Rückbildung der Lymphozelen wurde bei 6 Patienten beobachtet. Bei den restlichen 5 fand sich lediglich eine Größenabnahme. Die Volumina vor Therapie von durchschnittlich 400 ml (50-1050 ml) reduzierten sich nach der Behandlung in wenigen Tagen auf durchschnittlich 43 ml (0-120 ml). Bei

3 Patienten, die vor Anlage der lymphovenösen Anastomosen bereits eine perkutane Katheterdrainage erhalten hatten reduzierte sich das täglich drainierte Volumen nach Anlage der LVA von 340 ml auf 20 ml. Sämtliche

symptombedingten Beschwerden bildeten sich vollständig zurück. Die bei 7 Patienten nachweisbaren Extremitäten-Lymphödeme zeigten allerdings nur eine Volumenabnahme. Die Wiederaufnahme der erforderlichen physikalischen Entstauungsbehandlung erfolgte 14 Tage nach Operation. LVA bedingte Komplikationen wurden nicht beobachtet.

Statement der Autoren

Wegen der gering invasiven Technik, angeblich verbunden mit weniger Komplikationen und Rezidiven gegenüber anderen Therapieformen, sowie den positiven Therapieergebnissen wird die LVA-Technik als echte Alternative zu den traditionellen Behandlungsmethoden angesehen. Die Autoren empfehlen deshalb die Methode bei symptomatischen Lymphozelen als erste therapeutische Massnahme einzusetzen.

Kommentar

Das Konzept der Autoren ist auch bei Berücksichtigung der von ihnen erwähnten Einschränkungen nicht kommentarlos akzeptierbar. Eine Behandlungsmethode mit einer Erfolgsquote von 54,5 % und einer Teilerfolgsquote 45, 5% basierend auf den Ergebnissen von insgesamt 11 Patienten kann nicht als echte Alternative zu jahrelang bekannten Behandlungsformen angesehen werden. Langzeitergebnisse der verwendeten LVA Technik liegen bisher nicht vor. Deshalb ist auch über Spätkomplikationen und Rezidive nichts bekannt. Durchgängigkeitsprüfungen der Anastomosen wurden bei den Patienten anscheinend nicht durchgeführt auch nicht bei denjenigen mit negativen Resultaten.

Im Gegensatz zur LVA-Technik liegt die Erfolgsquote bei der Sklerotherapie nach Literaturangaben zwischen 77% und 98%. Die Rezidivrate wird mit 31% angegeben. Bei der laparoskopischen oder operativen Fensterung einer Lymphozele muss neben möglichen

Komplikationen mit einer Rezidivrate von 6-15% gerechnet werden.

Voll unterstützt werden kann jedoch der abschliessende Autorenhinweis, dass nämlich weitere Studien erforderlich sind um die bisherigen LVA-Ergebnisse zu bestätigen insbesondere aber um die Vor- und Nachteile gegenüber anderen gering invasiven Methoden, z.B. Katheter- oder Sklerotherapie herauszufinden. Bis zu diesem Zeitpunkt muss die LVA-Therapie von symptomatischen Lymphozelen lediglich als Hinweis für mögliche Alternativen zu den bekannten Behandlungsmethoden angesehen werden.

Literatur

Todokoro T, Furniss D, Oda K, Kawana K, Narushima M, Mihara M, Kikuchi K, Hara H, Effective treatment of pelvic lymphocele by lymphaticovenular anastomosis. *Gynecol Oncol.* 2012 Nov 16. pii: S0090-8258(12)00880-3. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.11.014.

Lymphologie Aktuell

wünscht allen Lesern ein gesundes und erfolgreiches
Neues Jahr



Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Lymphologie,

E-Mail: post@dglymph.de

Internet: www.dglymph.de

verantwortlich: H. Weissleder