

Behandlung des Lymphödems – Teil IV: Operative Maßnahmen bei sekundärem Lymphödem

Lymphologische Liposculptur

Prof. hon. Univ. Puebla Dr. med. Manuel E. Cornely, Düsseldorf, beschreibt exklusiv für DERMAforum ganz konkret die operative Behandlung des Lymphödems. Lesen Sie hier den vierten Teil:

Das Desaster des sekundären Lymphödems nach onkologisch indizierter Entfernung von Lymphknoten, wie beispielsweise bei Brustkrebs oder bei gynäkologischen Tumoren des Unterleibs oder Prostataoperationen, führt immer zu einer lebenslangen komplexen Entstauungstherapie. Dies bedeutet, dass der Patient sich darauf einstellen muss, dass er bis zu dreimal pro Woche für jeweils eine Stunde zur manuellen Lymphdrainage in die Praxis des Physiotherapeuten gehen muss, dort entsprechend behandelt wird und anschließend, nach Überwinden der akuten Phase, in der durch Kom-

mag sich dann in Kopfschmerzen oder anderen orthopädischen Beschwerden ausdrücken. Darüber hinaus und für den Dermatologen durchaus interessant ist, dass unter der konservativen Behandlung die Haut eine Veränderung erfährt. Zum einen wird sie durch das Tragen der Kompressionsbandagen respektive -strümpfe trocken, sodass eine regelmäßige Hautpflege mit ins Konzept der komplexen Entstauungstherapie aufzunehmen ist; zum anderen neigen die Patienten zu vermehrten Infekten im Bereich der Endphalangen, die sich häufig als mykologischer Infekt der Spatien bzw. der Nägel dar-

Patientinnen bezüglich der Differenz der Zirkumferenzen keine Probleme mehr mit ihrer Kleidung haben. Selbstverständlich spielt die ungleiche Gewichtsverteilung aus medizinischem Grunde eine Rolle. Brorson hatte allerdings nicht im Sinne, eine Verbesserung des Lymphflusses zu bewirken, so wie sie von einem anderen Kollegen, Prof. Dr. med. Rüdiger Baumeister in München, bis heute durch die autologe Lymphgefäßtransplantation erreicht werden kann. Während Brorson also die Umfangsvermehrung erzielen konnte, zielte Baumeister auf die Verbesserung des Lymphflusses ohne Umfangsredukti-

Brenner in Innsbruck stellte zu diesen Arbeiten heraus, dass das entfernte Gewebe stark durchsetzt ist mit waserbindenden Proteoglykanen. So lässt sich auch erläutern, dass durch Entfernung des subkutanen Gewebes, das eben nicht nur fett-, sondern auch proteoglykanhaltig ist, die Balancierung des Lymphflusses gelingt, ohne dass eine Lymphgefäßtransplantation zusätzlich vorgenommen werden muss.

Prall-elastische Füllung des gesamten Gewebes wichtig

Wir betreuen in der Praxis zurzeit einige Patienten, bei denen ausschließlich nur die Lymphologische Liposculptur des Armes vorgenommen wurde, und andere Patienten, bei denen nur die Transplantation von Baumeister durchgeführt wurde, sowie Patienten, bei denen Transplantation und Liposuktion gleichfalls durchgeführt wurden. Es ergibt sich aus der sicherlich kleinen Zahl der betrachteten Fälle heute der Eindruck, dass die reine Besaugung des betroffenen sekundären Lymphödems hinreichend ist, um die gewünschten Ziele der medizinischen und kosmetischen Verbesserung zu erlangen.

Die Operation wird grundsätzlich in Analgosedierung durchgeführt, so wie es für die Lymphologische Liposculptur als Standardverfahren auch vorgesehen ist. Bei entsprechender Anzeichnung der betroffenen Areale, bei denen auch die Thoraxwand und die Schulterregion mit untersucht werden, unter dem Aspekt der Ausbildung eines sekundären Lymphödems der Thoraxwand, wird die Patientin nach Lagerung auf dem OP-Tisch analgosediert. Das Einbringen der Tumescenzlokalanästhesie erfolgt mit einer Spraynadel und ist in kürzester Zeit durchgeführt. Ich lege Wert darauf, dass eine prall-elastische Füllung des gesamten Gewebes am Ende der Einbringung der Tumescenz erreicht ist. Dies gilt sowohl für den Arm als auch für die betroffene Region des Handrückens bis zu den Fingergrundgelenken, wenn denn auch die Hand von der Gewebevermehrung betroffen ist. Nach entsprechender zweistündiger Einwirkzeit der Tumescenzanästhesie wird in dem nun so vorpräparierten Gewebe mittels einer 4-mm-Neunlochkanüle in Vibrationstechnik das Subkutangewebe streng oberflächlich entfernt. Hierbei gilt es, bei den Zugängen, die mit dem Skalpell gelegt werden, sorgfältig auf weitere Subkutanstrukturen zu achten, die Nähe zu Nerven, Arterien und Venen in bestimmten Regionen des Arms sowohl an der volaren und dorsalen Seite genauestens zu berücksichtigen. Die Besaugung selber sollte über die Gelenke hinaus erfolgen, damit ein ebenes Bild erreicht wird. Eine Übersaugung im Bereich des fasciennahen Areal des Unterarms volar und dorsal sowie im Bereich der Triceps-/Bicepsloge muss vermieden werden, um ein auch kosmetisch vernünftiges Ergebnis zu erzielen. Da die anatomischen Verhältnisse am Unterarm ausgesprochen eng aneinanderliegen, ist hier mit einem vorsichtigen, diskreten Saugen mehr zu erreichen als mit einer aggressiven Herangehensweise. Gelegentlich sahen wir pannikulitische Veränderungen postoperativ, die mit Triamcinolon-40-i.m.-Injektionen allerdings unproblematisch kurabel waren. Nach der Durchführung der Unterhautfettgewebentfernung



Prof. hon. Univ. Puebla
Dr. med. Manuel E. Cornely

„Es zeigt sich, dass Patientinnen mit sekundären Arm- und Beinlymphödem einen großen Benefit von dem Verfahren haben.“

wird die noch verbleibende Tumescenzlösung aus dem Arm sofort herausdrainiert und anschließend eine Bandagierung von den Fingern bis zur Schulter angelegt.

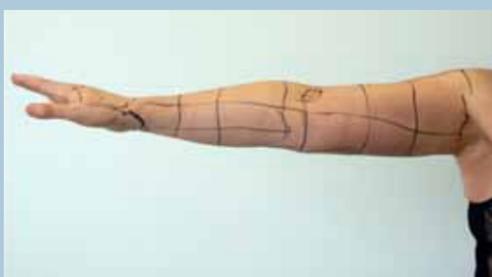
Engmaschige klinische Kontrolluntersuchung angezeigt

Die Patientin wird in unserer Praxis dann für ein bis zwei Tage im Gästehaus aufgenommen und unter Kontrolle der postoperativen Zeichen am nächsten und darauffolgenden Tag sofort mit Lymphdrainage weiterbehandelt. Außer den zu erwartenden Blutergüssen sind bisher keine weiteren Komplikationen aufgetreten. Die übliche Verfahrensweise sieht vor, dass die Patientin noch vor Antritt der Operation am Heimatort die Lymphdrainagetermine organisiert hat, sodass wir die Weiterbetreuung dem niedergelassenen Physiotherapeuten gerne überlassen. Die Patientin wird mit einem Strumpf versorgt. Die Lymphdrainage sollte in den ersten 14 Tagen täglich durchgeführt werden. Eine engmaschige klinische Kontrolluntersuchung ist im jetzigen Stadium der Anwendung des neuen Verfahrens bei sekundärem Lymphödem angezeigt. Was hier für den Arm dargestellt wurde, gilt in genau derselben Weise auch für die Beine.

Erste Anfänge in die richtige Richtung

Die Zahlen sind insgesamt noch zu klein, als dass hier von einem Standardverfahren geredet werden könnte. Fest steht aber, dass nach nunmehr sechs Jahren Anwendung in der eigenen Praxis die Patientinnen in der Regel nur noch 20 Prozent der Lymphdrainage des Ausgangswertes bedürfen. Einige Patientinnen bedürfen überhaupt keiner weiteren konservativen Therapie, bei einigen hat sich der Erfolg nicht so eingestellt wie gewünscht, weil dieser Erfolg abhängig ist von der intensiv durchgeführten postoperativen Betreuung. Ich würde also unterstreichen, dass sich herausstellen wird, ob die Methode der Wahl bei Stadium II und III des Lymphödems diese Operation sein wird. Sie steht nicht in Konkurrenz zur Lymphgefäßtransplantation, da bei diesem Verfahren keinerlei Umfangsverbesserungen zu erwarten sind. Ob beide Verfahren, Transplantation und Lymphologische Liposculptur, in Kombination angewendet werden müssen, kann zurzeit aufgrund der Datenlage in Abrede gestellt werden. Die Ergebnisse sind durch die Lymphologische Liposculptur alleine zu erreichen. Wir sind also dabei, in den ersten Anfängen in die richtige Richtung zu gehen. Es ist eine spannende Zeit in der operativen Lymphologie. ◆

Weitere Informationen unter:
www.operative-lymphologie.de



Oben: Anzeichnung der betroffenen Areale, bei denen auch Thoraxwand und Schulterregion mit untersucht werden.

Links: Ziel ist, dass beide Extremitäten gleich dick sind.

Alles zum Lipödem/Lymphödem

Kompaktes Wissen und Beratung

Beratungszentren für Patienten mit Lipödem oder sekundärem Lymphödem, in denen Prof. hon. (Univ. Puebla) Dr. med. Manuel E. Cornely persönlich die Patienten untersucht und berät, befinden sich zurzeit in Berlin, Düsseldorf, Trier, Nürnberg, München, Tegernsee und Bad Reichenhall.

Termine können unter der Telefonnummer (02 11) 171 11 71, Frau Nicole Köppler, arrangiert werden.

Unter derselben Telefonnummer können Sie auch eine Broschüre und DVD mit sämtlichen Beiträgen zum Thema Operative Lymphologie: Lipödem/Sekundäres Lymphödem kostenfrei bestellen.

pressionsbandagierungen der Erfolg der manuellen Lymphdrainage konserviert wird, eine entsprechend anzupassende flachgestrickte Kompressionsware für den Arm respektive die Beine zur Versorgung eingesetzt werden muss.

Infektiologische Präventionsstrategie betreiben

Im Gefolge wird der Patient nach Überwindung des Stadiums I, in welchem das Ödem noch dellbar ist, üblicherweise in ein Stadium II oder III kommen – und dies unabhängig davon, wie intensiv er Lymphdrainage im Rahmen der komplexen Entstauungstherapie betrieben hat. Die Umfangsvermehrung der betroffenen Extremität führt nun zu weiteren Beschwerden, sei es die eingeschränkte Beweglichkeit, seien es die entsprechenden Veränderungen im Bereich der nahen Gelenke, also der Schulter oder der Hüftgelenke. Nicht selten haben z.B. Mammakarzinom-Patientinnen eine Fehlstellung der Wirbelsäule durch die einseitige Belastung mit dem verdickten Arm bei gleichzeitiger Gewichtsreduktion der Körperhälfte nach z.B. Ablatio mammae. Diese Fehlstellung der Wirbelsäule

stellen. Es muss also eine sorgfältige infektiologische Präventionsstrategie betrieben werden und ggf. therapeutisch eingegriffen werden. Dass es darüber hinaus noch durch Veränderung des Subkutangewebes und der daraus weiter resultierenden Druckerhöhung im Lymphgefäßsystem zu entsprechenden kutanen Veränderungen im Sinne von Papillomatosen, Lichenifizierungen und Lichenifikationen kommt, ist bekannt. Während die Komplexe Entstauungstherapie im Stadium I zu einer Umfangsverminderung des Arms führt, da hier Flüssigkeiten verschoben werden, wird im Stadium II und III dieser Effekt nicht mehr wirklich nachzuweisen sein. Die solide Umfangsvermehrung der betroffenen Extremität ist durch Komplexe Entstauungstherapie nicht zu reduzieren. Dies war auch der Anlass, der dazu führte, dass H. Brorson erstmals 1997 in klassischer plastisch-chirurgischer Weise eine Liposuktion in trockener Manie bei Patientinnen, die ein sekundäres Armlymphödem nach Mammakarzinom ausgebildet hatten, zu operieren und das subkutane Gewebe zu entfernen. Der Gedanke ist hierbei gewesen, auch ein befriedigendes kosmetisches Ergebnis zu erreichen, nämlich dass die Extremitäten beidseits gleich dick sind und die

on. Das mikrochirurgische Verfahren der Lymphgefäßtransplantation wird bis heute in München erfolgreich durchgeführt. In Abwandlung der Liposuktion des Arms nach Brorson habe ich die Prinzipien der Lymphologischen Liposculptur, also die Fettgewebentfernung in Tumescenzanästhesie, auf das Krankheitsbild der sekundären Lymphödeme an Beinen respektive Armen, also hier im Besonderen bei Mammakarzinom, umgesetzt. Das Verfahren ist noch zu jung, um schon jubeln zu können, aber es zeigt sich, dass auch Patientinnen mit sekundären Armlymphödem respektive Beinlymphödem nach entsprechender onkologischer Operationen im Beckenbereich einen großen Benefit von der Anwendung dieses Verfahrens haben. Voraussetzung für alle diese Indikationen ist, dass das Gewebe umfangreich entfernt wird und dass nach Abschluss der Operation eine suffiziente 14-tägige weitere konservative Therapie zu erfolgen hat. Nur dann kann das angestrebte Ziel, Reduktion des Arms auf die Zirkumferenz der Gegenseite sowie Reduktion der Lymphdrainagepflichtigkeit auf ca. 20 Prozent des Ausgangswertes, auch erreicht werden. Die begleitende Forschung unter der Führung von Prof. Dr. med. Erich