

Invited Comment – Diskussionsbeitrag

J. Pflug
Swollen Leg Clinic
Hammersmith Hospital
Royal Postgraduate Medical School
Ducane Road
GB London W 12

Im Hinblick auf die nicht sinngemäße Übersetzung des Ausdrucks „Invited comment“ möchte ich meinen Diskussionsbeitrag mit einer historischen Bemerkung einleiten. Der „Invited comment“ wurde in der angelsächsischen Medizin von zwei namhaften Chirurgen – Lord Moynihan aus Edinburgh und Dr. William Halsted aus Baltimore – etabliert. Beide wollten ihn nicht als Diskussionsbeitrag, sondern als einen Kommentar zur Anregung der Diskussion wissen.

Lord Moynihan vertrat die Ansicht, daß bei der Schilderung eines Therapieverfahrens die Zuhörer viel mehr profitieren würden, wenn der Vortragende nicht wie üblich die positiven Aspekte des Verfahrens in den Vordergrund stellte, sondern im Gegenteil ausführlich die Mißerfolge beschreiben würde. Da er sich nicht durchsetzen konnte, sollte als Ersatz der „Invited comment“ pointiert alle Gefahren der Methode auflisten, damit sie wenigstens in der Diskussion Beachtung fänden. Dr. Halsted ging davon aus, daß ein Bericht über ein diagnostisches oder therapeutisches Verfahren an Subjektivität verliert und mit größerem Gewinn diskutiert werden kann, wenn ein anderer, mit dem Gebiet vertrauter Therapeut die Gegenargumente zusammenfassend darstellt.

Ich kann allerdings dieser Forderung nicht nachkommen, da sich meine Erfahrungen hinsichtlich der chirurgischen Therapie des Lymphödems mit den Ausführungen von Herrn Brunner fast vollständig decken. So wie er bin ich der Meinung, daß die in dem Film demonstrierte mehrstufige Resektion des Unterhautgewebes die derzeit mit Abstand effektivste chirurgische Maßnahme zur Behandlung des chronischen Lymphödems darstellt.

In meinem Kommentar möchte ich

- a) auf die Vorteile dieses von uns beiden verwandten Verfahrens gegenüber anderen chirurgischen Methoden hinweisen;
- b) anhand meiner Erfahrungen mit Komplikationen (damit ich wenigstens zum Teil der Zielsetzung des „Invited comment“ gerecht werde) und anhand meiner Resultate den Stellenwert dieser operativen Behandlung zur konservativen Therapie abgrenzen.

Tab. I zeigt verschiedene Methoden, die zur chirurgischen Behandlung des Lymphödems empfohlen werden. Nach der theoretisch abgeleiteten Zielsetzung können alle diese Methoden in zwei Kategorien eingeteilt werden: Die Resektionsverfahren (mehrstufige Resektion des Unterhautgewebes, Gibson bzw. Charles) und solche, die die angestaute Lymphe vom ödematösen Unterhautgewebe in die von der Krankheit nicht betroffenen Muskeln oder in die gesunden proximalen Schichten ableiten sollen. Sie werden physiologische oder Drainage-Operationen genannt (Goldsmith, Thompson, Nielubowicz, O'Brian).

Tabelle I: Die vom Autor durchgeführten Operationen des Lymphödems der unteren Extremität:

<p>Staged resection = in Etappen durchgeführte, isolierte Resektion des Unterhautgewebes. Thompson = Drainage in die Bauchhöhle mittels Omentum. Nielubowicz = Drainage mittels Lymphknoten in die Vene. Gibson (Charles) = radikale Resektion des gesamten Weichteilmantels; Defekt mit Spalthautlappen gedeckt. O'Brian = mit mikrochirurgischer Technik durchgeführte direkte lymphovenöse Anastomose.</p>

Die von Sir Havelock Charles ausgearbeitete Methode geht mit dem Verlust der gesamten Hautfunktion einher und ergibt kosmetisch unbefriedigende Resultate. Ich habe bei keinem einzigen Patienten nach den verschiedenen Drainage-Operationen eine sichtbare Reduktion des Ödems feststellen können.

Unter den mehr als 800 Patienten, die in den letzten 15 Jahren in die Swollen Leg Clinic des Hammersmith Hospitals überwiesen worden waren, befanden sich 5, die nach Gibson bzw. Charles operiert wurden, und 12, bei denen eine der obengenannten Drainage-Operationen durchgeführt wurde. Bei den nach Charles radikal operierten Extremitäten ging die gesamte Hautfunktion verloren, und die kosmetischen Resultate waren darüber hinaus unbefriedigend. In der Gruppe der Drainage-Operierten habe ich in keinem einzigen Fall eine anhaltende Reduktion des Ödems feststellen können.

Es ist verständlich, daß eine therapeutische Methode, die keine nachhaltige Besserung herbeiführt, auf ablehnende Haltung stößt. Es dürfte jedoch kaum vertretbar sein, sämtliche chirurgischen Therapiemöglichkeiten aufgrund einer weniger erfolgreichen Methode pauschal abzulehnen. Ich hoffe, anhand von mehr als 60 Patienten zeigen zu können, daß die operative Behandlung des Lymphödems als mehrstufige Resektion des Unterhautgewebes bei entsprechender Indikation empfehlenswert ist.

Zur Kritik der mehrstufigen Resektion des Unterhautgewebes:

Es wird behauptet, daß bei schweren Formen des Lymphödems die isolierte Exzision des Unterhautgewebes nicht radikal genug und nach zwei bis drei Jahren ein Rezidiv sicher wäre. Wie die nachfolgenden Abbildungen zeigen, trifft diese Behauptung weder beim primären (Abb. 1–2) noch beim sekundären Lymphödem zu (Abb. 3 und 4).



Abb. 1

Primäres, seit 16 Jahren bestehendes Lymphödem des rechten Beins bei einem 31jährigen Metzger.



Abb. 2

Fünf Jahre nach der Operation, ein Jahr nach der Verbrühung der Kniekehle, unmittelbar nach Exzision der mazerierten und verrukös verdickten Dorsalhäut der Zehen II – IV wegen therapieresistenter Mykose und Versorgung mit Spalthautlappen vom Oberschenkel der Gegenseite.



Abb. 3

Eine 62jährige Patientin mit sechs Jahre bestehendem sekundärem Lymphödem des linken Beins nach Radiotherapie eines gynäkologischen Malignoms.



Abb. 4

Sieben Jahre nach der Operation.

Operiert man bei leichten Formen, wird oft eingewendet, daß die Resultate nicht auf die Operation, sondern auf das Tragen des Kompressionsverbandes zurückgingen. Daß diese Behauptung unzutreffend ist, erkennt man auf der Abbildung der Patientin mit beidseitigem Lymphödem, die vor 16 Jahren operiert worden ist (Abb. 5, 6 und 7).



Abb. 5
Eine 48jährige Patientin mit beidseitigem primärem Lymphödem mehr links.



Abb. 6
13 Jahre nach der Operation des Ober- und Unterschenkels. Das Ödem des Fußrückens blieb trotz regelmäßiger Nachbehandlung mit intermittierender Kompression unbeeinflusst.



Abb. 7
Seitliche Projektion. Zu beachten ist das Ödem des Fußrückens sowie oberhalb des lateralen Knöchels der Zustand nach Wundrandnekrose vor 13 Jahren, die mit Thiersch' Transplantation versorgt wurde.

Die Seitenansicht (Abb. 7) zeigt oberhalb des äußeren Knöchels eine abgeheilte Wundrandnekrose, die häufigste, aber praktisch einzige Komplikation der Resektion des Unterhautgewebes. Sie trat bei 51 unserer 63 Patienten auf, war jedoch nur bei 27 größer als 3 x 1 cm (Abb. 8 und 9). Bei 15 haben wir eine plastische Deckung mit Spalthautlappen, bei den restlichen Patienten heilte der Defekt spontan unter dem Zinkleimverband.



Abb. 8
Primäres Lymphödem links bei einer 23jährigen Frau.



Abb. 9
Zustand zwei Wochen nach der Operation und einer Woche ambulanter Behandlung mit Zinkleimverband. Die Nekrosen wurden bei dieser Patientin sehr wahrscheinlich durch zu festen postoperativen Verband ausgelöst.

Es darf nicht verschwiegen werden, daß bei der radikalen Resektion nach Charles viel schwerwiegendere Komplikationen auftreten können, wie Abb. 10 zeigt. Ob die Ursache an der Inkompetenz des Chirurgen oder an der Methode liegt, sei dahingestellt. Es muß aber mit Nachdruck betont werden, daß der klinisch relevante Aspekt dieses Befundes eine Seltenheit ist.



Abb. 10

Zustand fünf Jahre nach der Resektionsoperation nach Charles (die Operation wurde von einem Allgemeinchirurgen durchgeführt). Zwei Jahre nach der Operation mußten die Zehen wegen nicht heilender venöser Ulzera amputiert werden. Im Operationsbereich sind chronische Ulzerationen und Dermatosen zu sehen.

Ich habe Komplikationen dieses Ausmaßes ein einziges Mal in meiner jetzt 30jährigen chirurgischen Tätigkeit gesehen. Es kommt leider auch noch heute vor, daß solche Resultate ohne Erwähnung ihrer Seltenheit zur pauschalen Abwertung der chirurgischen Maßnahmen und indirekten Aufwertung der eigenen konservativen Behandlung herangezogen werden.

Die richtige Schlußfolgerung, die ich und viele andere gezogen haben, besteht in der Erfahrung, daß man bei den Exzisionsmethoden ein oder lieber zwei Schritte hinter Charles bleiben sollte. Diese Forderung ist bei der mehrstufigen Resektion des Unterhautgewebes, bei der die Funktion der Haut erhalten bleibt, gut realisierbar. Der Eingriff gehört, obwohl er für den Nichtchirurgen sehr traumatisierend wirkt, zu den einfachsten Formen der Hautlappenchirurgie (Abb. 11, 12 und 13).



Abb. 11
Primäres Lymphödem (15 Jahre Dauer) rechts bei einer 38jährigen Patientin. Zwei Jahre vor der Bildaufnahme wurde eine lymphovenöse Anastomose durchgeführt (ohne jeglichen Erfolg).



Abb. 12
Umfang der Resektion und Unterminierung der Hautlappen bei der ersten Stufe der Operation.



Abb. 13
Eine Woche nach der Operation.

Zur komplikationslosen Abheilung des weit unterminierten Hautlappens trägt ohne Zweifel die sofort nach der Operation applizierte intermittierende Kompression mit dem Hydroven M-Gerät bei.

Aus allen diesen Gründen habe ich die Indikation auf jugendliche Patienten erweitert, wie am Beispiel eines 17jährigen Mädchens demonstriert wird. Der Maßstab des Erfolgs war für sie, in Blue Jeans in die Diskothek zu gehen, ohne daß ihr dickes Bein auffiel (Abb. 14, 15 und 16).



Abb. 14

Primäres Lymphödem rechts bei einem 17jährigen Mädchen. Die Schwellung fing um die Knöchel herum vor fünf Jahren an.



Abb. 15

Zustand ein Jahr nach der Operation.



Abb. 16
Seitengleichheit in Blue Jeans.

Zusammenfassend glaube ich behaupten zu können, daß die mehrstufige Resektion des subkutanen Gewebes eine echte Bereicherung unserer bisherigen Therapiemöglichkeiten bei der Behandlung des chronischen Lymphödems darstellt und bei jungen Patienten sogar als Methode der Wahl bezeichnet werden kann.