Ultraschall – gezielte, perkutane Punktion und Drainage – eine neue Methode zur Behandlung von postoperativen Lymphzysten oder Abszessen

G.J.		Gerstner ^a
P.		Schramek ^b

^aGeburtshilflich-gynäkologische Abteilung A. ö. Krankenhaus Stockerau (Vorstand: Univ.-Doz. Dr. G. J. Gerstner) ^bUrologische Abteilung der Allg. Poliklinik der Stadt Wien (Vorstand: Univ.-Doz. Dr. P. Porpacz)

Doz. Dr. G. J. Gerstner, Geburtshilflich-gyn. Abt. A. ö. Krankenhaus Stockerau, A-2000 Stockerau

Einleitung

Lymphzysten nach Wertheim'scher Radikaloperation mit obligatorischer Lymphonod-ektomie treten in 3-24%, in vereinzeltten Berichten jedoch in bis zu 58% auf [1, 2]. Es handelt sich um eine postoperativ auftretende, subperitoneale Ansammlung von Lymphflüssigkeit (Lymphozele) vorwiegend im Bereich der seitlichen Beckenwand, neben der Harn-blase, welche sich im Ultraschall gut darstellen läßt. Ätiopathogenetisch werden in der Literatur die Entfernung des Rosenmüller'schen Lymphknoten, Vor- und Nachbestrahlung, sowie eine ungenügende Drainage genannt [2, 3].

Kasuistik

Wir berichten über eine 38jährige Patientin, bei der 14 Tage nach typischer Wertheim'scher Radikaloperation mit obligatorischer Lymphonodektomie eine im Ultraschall-bild etwa 11×5 cm große längl-iche Lymphzyste im linken Unterbauch diagnostiziert wurde. Die Symptomatik bestand in zunehmendem Flankenschmerz links, Unterbauchbeschwerden links, klopfschmerzhaftem Nierenlager links mit typischem Ausstrahlen in inguine, sowie täglichen Fieberzacken bis 38,3° C. Das am Tag 14 durchgeführte postoperative i.v.P. war unauffällig. Eine mehrtägige hochdosierte antibiotische Kombinationstherapie blieb wir-kungslos, weshalb man sich zu aktivem Vorgehen entschloß.

Methode

In Rückenlage wurde die etwa 11x5 cm große echoleere Raumforderung im linken Unterbauch exakt sonographisch lokalisiert. Verwendet wurde ein Ultraschallgerät der Firma Kretz, Combison 320 mit Punktionsschallkopf. In Lokalanästhesie wurde die Lymphzyste mit einer 1,3 mm starken, 3teiligen Punktionsnadel (Firma Angiomed®) gezielt „sonar controlled“) punktiert. Nach Aspiration von haemorrhagischer Flüssigkeit wurde ein 0,9 mm starker Führungsdraht mit gebogener, weicher Spitze durch die Punktionsnadel in den zystischen Hohlraum plaziert und unter Kontrolle der Röntgendurchleuchtung bis Charrière 16 aufbougiert. Zur Bougierung wurde ein teflonbeschichteter Faszidilatator der Firma Cook® von Charrière 8 bis Charrière 16 verwendet. Anschließend konnte ein

Freie Vorträge (Gynäkologie)

Charrière 14 Polyvinylkatheter mit 2 seitlichen Öffnungen (Firma Cook®) durch ein Nephrostomiewechselbesteck als retroperitoneales Drain gelegt werden [1]. Das Drain förderte in den ersten 24 Stunden spontan 200 ml haemorrhagische Lymphflüssigkeit. Die Elektrolytkonzentration der Lymphe (Natrium, Kalium, Chlorid sowie BUN und Kreatinin) entsprachen den Serumwerten. Die Patientin fieberte sofort ab und war beschwerdefrei. Das Drain förderte abnehmende Lymphmengen und wurde nach 13 Tagen wieder entfernt. Bei einer Ultraschallkontrolle konnte nun die Lymphzyste links nicht mehr nachgewiesen werden, es bestand jedoch rechts eine viel kleinere asymptomatische.

Ätiopathogenetisch dürfte in diesem Fall die zu früh (Tag 6) entfernte Redondrainage von Bedeutung sein. Neben der sorgfältigen Ligatur der afferenten Lymphgefäße und der großzügigen Redon-Drainage scheint vor allem auch eine ausreichend lange Aufrechterhaltung derselben für die Vermeidung von Lymphzysten von Bedeutung. Keine oder minimale Lymphfördermengen sind die Voraussetzung für die Entfernung des Drains. Der Grund für die frühzeitige Entfernung des Drains bei unserer Patientin war ein Fall mit exzessivem Lymphfluß über mehrere Wochen, der sich unmittelbar davor ereignet hatte. In der Literatur wird auch das Offenlassen des Retroperitonealraumes gegenüber dem Abdominalraum als Prophylaxe gegen Lymphzysten erwähnt.

In analoger Weise wurde bei einem urologischen Patienten ein Abszeß nach Nephrektomie punktiert. Es handelte sich um einen 76jährigen Mann mit akuter abszedierender Pyelonephritis rechts. Als Therapie der Wahl mußte die Nephrektomie rechts durchgeführt werden. Nach unauffälligem postoperativen Verlauf mit Abfiebern des Patienten kam es bei p. p. verheilten Wunde am 11. und 12. postoperativen Tag neuerlich zum Auftreten von septischen Temperaturen. Die Ultraschall-Untersuchung der Nephrektomieloge zeigte eine 5×3 cm große echoarme Raumforderung. Aufgrund dieses Befundes und des klinischen Bildes wurde die perkutane Abszeßdrainage in Lokalanästhesie durchgeführt. Analog wie in Fall 1 erfolgte die ultraschallgezielte Feinnadelpunktion. Nach Aspiration von Pus wurde der Punktionskanal über einen Führungsdraht mit Kunststoffbougies bis Charrière 16 aufdilatiert. Anschließend wurde ein Shirley-Drain Charrière 12 in die Abszeßhöhle vorge-schoben und mit einer Hautnaht fixiert. Nach mehrmals täglicher Spülung der Abszeßhöhle mit Betaisodona und sonographisch kompletter Rückbildung der Raumforderung konnte das Drain sieben Tage später fraktioniert entfernt werden. Der weitere Verlauf war komplikationslos.

Literatur

Alken, P. et al.: J. Urol. 125: 463-465 (1981).

Bernaschek, G., Schaller, A.: Geburtsh. Frauenheilk. 43: 453-455 (1983).

Kupka, K.: Geburtsh. Frauenheilk. 44: 128 (1984).