Pelvine und paraaortale Lymphzysten nach Radikaloperation von Zervix- und Ovarialkarzinomen

E.	Edgar	Petru
K.	Karl	Tamussino
M.	Manfred	Lahousen
R.	Raimund	Winter
H.	Hellmuth	Pickel
J.	Josef	Haas

Department of Obstetrics and Gynecology, University, Graz, Austria

In dieser Arbeit der Grazer Universitäts-Frauenklinik wurde bei insgesamt 308 Patientinnen nach Radikaloperation eines Zervix- oder Ovarialkarzinoms mit pelviner Lymphonodektomie – in 66 Fällen sogar mit paraaortaler Lymphonodektomie – das postoperative Auftreten von Lymphzysten mittels Computertomographie (CT) erfasst. 173 Frauen waren wegen Zervixkarzinoms der Stadien Ib–Ib₃ operiert worden; in 17 Fällen war auch eine paraaortale Lymphonodektomie erfolgt; 135 Frauen mussten wegen Ovarialkarzinoms der Stadien Ic–IV operiert werden – in 49 Fällen mit zusätzlicher paraaortaler Lymphonodektomie. Alle Patientinnen erhielten prä- und postoperativ die routinemässige Heparinprophylaxe mit 5000 IE Liquemin 2- bis 3mal täglich subkutan. Die Operationstechnik des Zervixkarzinoms bestand in der abdominalen Hysterektomie und pelvinen Lymphonodektomie mit Resektion der Parametrien bis an die Beckenwand; die Operation des Ovarialkarzinoms bestand noch in einer zusätzlichen Salpingo-Oophorektomie mit Omentektomie und Lymphonodektomie. Die Drainage erfolgte mittels 2 Redon-Drains aus den paravesikalen Gruben und 2 Penrose-Drains pararektal, wobei die täglich produzierte Flüssigkeitsmenge gemessen und mit dem Auftreten von Lymphzysten korreliert wurde. Zum Nachweis der Lymphzysten diente ausschliesslich die postoperative CT-Untersuchung, welche routinemässig nach 3 und 6 Monaten wiederholt wurde. Es konnten damit sowohl die Grösse als auch die Lokalisation klinisch symptom-loser Lymphzysten exakt erfasst werden. In 35 Fällen (20%) mussten nach Zervixradikaloperationen und in 43 Fällen (32%) nach Ovarialkarzinomoperationen Lymphzysten festgestellt werden. Patientinnen mit Zervixkarzinom, welche postoperativ keine adjuvante Therapie benötigten, zeigten weniger ($p < 0,01$) Lymphzysten, während Patientinnen mit positivem Lymphknotenbefund eine signifikant höhere Rate an Lymphzysten ($p < 0,02$) aufwiesen als jene mit negativem Befund (29 gegenüber 14%). Bei Ovarialkarzinompatientinnen war eine adjuvante Therapie dagegen ohne Einfluss. Es wurde auch keine Korrelation bezüglich Alter, Stadium oder histologischer Differenzierung des Tumors, Operationstechnik (pelviner gegenüber paraaortaler Lymphonodektomie) und postoperativ gemessener Drainmengen mit dem Auftreten von Lymphzysten festgestellt. Die Lokalisation der Lymphzysten war vorwiegend entlang der grossen pelvinen Gefässe, vor allem entlang der Arteria iliaca und in der Fossa obturatoria. Die Grösse lag bei über 54 % zwischen 3 und 6 cm Durchmesser, nur bei 9 % war ein Durchmesser

von über 10 cm festzustellen. In keinem Fall mussten gravierende Probleme, wie Ureterkompression,

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

50

Infektion oder Beckenvenenthrombosen, festgestellt werden. In 5 Fällen konnte 12 Monate postoperativ eine Verkleinerung und in 3 Fällen ein Verschwinden der Lymphzysten mittels CT nachgewiesen werden. In 3 Fällen wurde allerdings eine Second-look-Operation durchgeführt, da die Lymphzyste als vermeintliches Rezidiv fehlinterpretiert worden war.

Für Klinik und Praxis ist die kurzfristige postoperative Nachkontrolle bei Radikaloperationen mittels CT vor allem auch in Hinblick auf das Auftreten von Rezidiven differentialdiagnostisch von Bedeutung und sollte routinemässig in das Nachsorgeprogramm integriert werden. Darüber hinaus ist durch eine postoperative CT-Untersuchung auch der objektive Nachweis von Lymphzysten möglich, während bislang angeführte Daten vor allem auf der klinischen Verdachtsdiagnose beruhten, was möglicherweise auch die grosse Schwankungsbreite der Literaturangaben erklärt (Inzidenz von Lymphzysten nach Zervixradikaloperationen zwischen 1, 5 und 25%).

Elisabeth Vytiska-Binstorfer, Wien Pelvic and Paraaortic Lymphocysts after Radical Surgery because of Cervical and Ovarian Cancer