Reduzierung des Lymphflusses nach pelviner Lymphonodektomie

P.		Riss
M.		Kafka

Abt. f. Gynäkol. u. Geburtsh., LKH Mödling (Vorst.: Prof. Dr. P. Riss)

Prof. Dr. Paul Riss, Abt. f. Gynäkol. u. Geburtsh., LKH, A-2340 Mödling

Die Exstirpation der pelvinen Lymphknoten ist Teil der radikalen Hysterektomie. Wir untersuchten, wie groß der Lymphfluß nach pelvinen Lymphonodektomien tatsächlich ist, wie häufig Lymphzysten auftreten und ob es gelingen kann, durch die Applikation von Fibrin-kleber an die Beckenwand am Ende der Operation die den Lymphfluß zu reduzieren.

Methode und Ergebnisse

In die Untersuchung wurden 38 Patientinnen aufgenommen, welche nach Wertheim radikal hysterektomiert wurden und bei denen vor Verschuß des Peritoneums Fibrinkleber an die Beckenwand eingebracht wurde. Als historische Vergleichsgruppe dienten 22 Patientinnen mit radikaler Hysterektomie ohne Fibrinklebung (Tab. 1). Am Ende der Operation vor Verschuß des Peritoneums wurde 2 ml Fibrinkleber (Tissucol, Immuno, Wien) mittels Sprühap-plikator (Tissumat) an die Beckenwände und in die Fossae obturato-riae appliziert. Für den Fibrinkleber wurde Thrombin in der Konzentration 500E/ml zur raschen Verfestigung (1-2 Minuten) verwendet.

An die Beckenwand wurde beidseits eine Saugdrainage gelegt und durch getrennte Stichinzision durch die Bauchdecke herausge-leitet.

In Tabelle 2 sind die Ergebnisse in bezug auf die Gesamtmenge an verlorener Lymphe, die Liegedauer der Saugdrainagen und der durchschnittliche Lymphfluß pro Tag aufgeführt. In der Tissucol-gruppe fanden sich durchwegs günstigere Werte eines verringerten Lymphflusses, die Unterschiede zur Kontrollgruppe waren aber be-dingt durch die große Streubereite nur in bezug auf die Liegedauer der Saugdrainagen signifikant.

Lymphzysten von mehr als 30 mm Durchmesser 2 Wochen nach der Operation wurden in der Hälfte der Patientinnen der Kontrollgruppe, aber nur in weniger als einem Drittel der Untersuchungs-gruppe gefunden. Der Unterschied war statistisch nicht signifikant ($\chi^2 = 2,7$).

Wir prüften weiters, ob zwischen dem kolloidosmotischen Druck im Plasma und dem Lymphfluß ein Zusammenhang besteht. Zu die-sem Zweck stellten wir die Konzentration des Gesamteiweißes im Plasma nach der Radikaloperation den Parametern des Lymphflusses gegenüber. Dabei fand sich kein direkter Zusammenhang zwischen der Eiweißkonzentration und dem Lymphverlust, der Liegedauer der Saugdrainagen und dem durchschnittlichen Lymphfluß pro Tag.

Diskussion

Welche Faktoren tatsächlich für die Stärke des Lymphflusses ver-antwortlich sind, ist nicht restlos geklärt (Moore et al 1989, Ojeda et al 1986). Das primäre Trauma ist sicher die Verletzung der Lymphge-fäße bei der Lymphonodektomie. Das Ausmaß des Traumas steht in

Tabelle 1. Patientengut

Zusammenhang mit der Radikalität der Operation. Auch die Heparinisierung wurde in Zusammenhang mit dem vermehrten Lymphfluß gebracht. Hier ist es wahrscheinlich der fehlende Verschluß kleinster Lymphgefäße.

Im Bestreben, die Menge der verlorenen Lymphe zu reduzieren haben wir versucht, Fibrinkleber an die Beckenwand aufzubringen. Damit sollen kleinste Lymphgefäße verschlossen werden, so daß es nach unserer Hypothese zu einem geringeren Lymphfluß postoperativ und zur selteneren Ausbildung von Lymphzysten kommen soll.

Bezüglich der Diagnose von Lymphzysten muß festgehalten werden, daß Lymphzysten sowohl unmittelbar nach der Operation als auch zu einem späteren Zeitpunkt auftreten können (Genz et al. 1992). Vor der Verfügbarkeit des Ultraschalls mußten Lymphzysten

durch die Palpationsuntersuchung diagnostiziert werden. Heute steht mit der Ultraschalluntersuchung eine nicht invasive Methode zum Nachweis auch von kleinen Lymphzysten zur Verfügung. Dabei stellt sich die Frage, ab welcher Größe Lymphzysten überhaupt registriert werden sollen. Wir haben in unserer Studie die Ultraschalluntersuchung 2 Wochen nach der Operation, gemeinsam mit der in-travenösen Pyelographie durchgeführt und Lymphzysten ab einer Größe von 30 mm Durchmesser definiert.

Zusammenfassend können wir feststellen, daß nach unserer Erfahrung die Applikation von Fibrinkleber nach Lymphonodektomie mit keinen Nachteilen verbunden ist. Sicher sind mehrere Faktoren für den Lymphfluß im kleinen Becken nach Lymphonodektomie verantwortlich, so daß nicht von einer einzelnen Maßnahme bei allen Patientinnen die Lösung aller Probleme erwartet werden kann. Nach unseren Erfahrungen gelingt es mit dem Fibrinkleber, die Menge und die Dauer des Lymphflusses zu reduzieren.

Literatur

Genz T, Stumpfe T, Dimpfl T: Lymphozelen nach pelviner und/oder paraaortaler Lymphonodektomie-Inzidenz, Behandlung und Prognosefaktoren. Gynäkologe 1992; 25: 55-58.

Moore DH, Fowler WC, Walton LA, Droegemueller W: Morbidity of lymph node sampling in cancers of the uterine corpus and cervix. Obstet Gynecol 1989; 74: 180-184.

Ojeda L, Sharifi R, Lee MK, Mouli K, Guinan P: Lymphocele formation after extraperitoneal pelvic lymphadenectomy; possible predisposing factors. J Urol 1986; 136: 616-618.