

Langzeitergebnisse nach Reduktionsplastik wegen sekundärer Genitallymphödeme

Zusammenfassung:

Sekundäre Lymphödeme des Skrotums sprechen auf die physikalische Ödemtherapie nicht so gut an wie Extremitätenlymphödeme. Es werden 3 Fälle vorgestellt, bei denen eine skrotale Reduktionsplastik ein gutes Langzeitergebnis ergeben hat.

Schlüsselwörter:

Genitallymphödeme, physikalische Ödemtherapie, Reduktionsplastik.

Ein sekundäres Lymphödem entsteht durch eine erworbene Schädigung des Lymphsystems. Unterschiedliche Ursachen führen zu Schädigungen der Lymphknoten und Lymphgefäße, wodurch die Transportkapazität des Lymphsystems soweit reduziert wird, dass die Lymphflüssigkeit nicht mehr ausreichend abtransportiert werden kann. Der Lymphabfluss von Skrotum und Penis verläuft zu den Leistenlymphknoten. Die Lymphe des Hodens verläuft dagegen durch den Leistenkanal zu den lumbalen Lymphknoten.

Ursachen von sekundären Genitallymphödem sind

1. Operation und Bestrahlung von inguinalen, iliakalen oder lumbalen Lymphknoten, meist wegen Krebserkrankungen,
2. rezidivierende Entzündungen von Lymphbahnen und Lymphknoten im Leisten-Beckenbereich,
3. in den Tropen parasitäre Erkrankungen des Lymphsystems (Filariosis) und
4. Infiltrationen des Lymphsystems inguinal, iliakal oder im Becken durch Tumore und Metastasen mit Entstehung eines malignen Lymphödems.

Die weitaus häufigste Ursache sekundärer Genitallymphödeme bei Männern sind Operation und/oder Bestrahlung der inguinalen oder iliakalen Lymphknoten wegen Malignom. Dabei handelt es sich um Prostata-Ca., Rektum-Ca., Blasen-Ca., Penis-Ca., Hoden-Ca. oder maligne Melanome oder maligne Lymphome. Besonders ödemgefährdet sind dabei bestrahlte Patienten, da infolge der Radiatio Lymphknoten fibrosieren, so dass der Lymphdurchfluss zunehmend behindert wird. Sekundäre Genitallymphödeme traten besonders schwergradig bis etwa 1990 auf, da früher mit Röntgen- und Kobalt-Bestrahlungen häufiger Strahlungsschäden gesetzt wurden. Mit den heutigen modernen Bestrahlungsverfahren sind die Strahlenschädigungen weitaus geringer und daher ist die Gefahr von schwergradigen sekundären Genitallymphödem erheblich reduziert.

Für den lymphologisch Erfahrenen dürfte es überraschen, dass auch nach Hoden-Ca.-Behandlung Genitallymphödeme entstehen, da der Lymphabfluss der Hoden nach lumbal in Höhe der Nierenhili verläuft. Dazu muss man jedoch wissen, dass bis vor 20 Jahren fälschlicherweise häufig bei Hoden-Ca. Lymphknoten der Leisten als erste Lymphknotenstation angesehen wurden und entsprechend operativ exstirpiert und/oder auch bestrahlt wurden.

Sekundäre Genitallymphödeme durch rezidivierende Entzündungen wie Erysipele, Lymphadenitis oder Lymphangitis sind relativ selten und werden kaum zu einer so starkgradigen Ausprägung führen wie die vorgenannten postradiogenen Lymphödeme.

Sekundäre Genitallymphödeme durch Filariosis können zu riesigen Ausmaßen führen, haben jedoch für Mitteleuropa keine Bedeutung, da die Filariosis nur in den Tropen vorkommt.

Maligne Genitallymphödeme sind ebenfalls relativ selten und bedürfen niemals einer operativen Therapie, da die Lebenserwartung bei diesen Patienten erheblich reduziert ist.

Die Häufigkeit von Genitallymphödemem ist insgesamt ziemlich gering. Nach meinen Statistiken findet man primäre Lymphödeme des Genitale in 3 %, was bei ungefähr 40 000 primären Lymphödemem in Deutschland insgesamt 1 200 Fälle ergibt. Diese primären Lymphödeme sind jedoch in der Regel nur leichtgradig ausgeprägt, so dass eine operative Maßnahme nicht erforderlich ist.

Bei den sekundären Lymphödemem beträgt die Häufigkeit 1,5 %, was bei 80 000 Betroffenen für Deutschland ebenfalls 1 200 Lymphödeme ausmacht.

Insgesamt kann somit in Deutschland mit 2 400 Genitallymphödemem gerechnet werden, wobei der größte Teil Männer sind.

Ein Teil der Genitallymphödeme ist mit Beinlymphödemem kombiniert.

An Komplikationen finden sich bei Skrotallymphödem häufig Lymphbläschen und folglich auch Lymphfistelungen, so dass wiederholte Erysipele nicht selten sind.

Die Beschwerden durch Genitallymphödeme beim Mann sind in erster Linie eine mechanische Behinderung beim Gehen und Sitzen, das Problem, geeignete Kleidung zu finden, eine enorme psychische Belastung durch die auffällige Verdickung bei den schwergradigen Ödemem sowie Probleme in der Partnerschaft. Miktionsbeschwerden werden dagegen selten angegeben.

Die Diagnose eines sekundären Genitallymphödems ist eine rein klinische Diagnose. Eine lymphszintigraphische Untersuchung ist nicht sinnvoll, zumal auch keine Standardwerte vorhanden sind. Allenfalls bei Verdacht auf maligne Genese ist ein CT, MRT oder eine Ultraschalluntersuchung erforderlich.

Die Therapie des männlichen Genitallymphödems geschieht zuerst mit der physikalischen Ödemtherapie, der Kombination aus manueller Lymphdrainage, Ödemgriffen und Kompressionstherapie. Die manuelle Lymphdrainage sollte möglichst durch einen männlichen Therapeuten durchgeführt werden. Der Lymphtherapeut sollte den Patienten in die Eigenbehandlung des Genitallymphödems einweisen, so dass sich der Lymphtherapeut auf die Abflussbehandlung von der Leiste zum Terminus und zu den Achseln konzentrieren sollte. Die Bandagierung ist sicherlich das Hauptproblem beim Genitallymphödem, da die Bandagierung des Skrotums, aber auch des Penis, relativ schwierig ist und nicht mit so kräftigem Druck wie an den Extremitäten durchgeführt werden kann. Außerdem muss zum Wasserlassen in der Regel die Bandagierung, zumindest vom Penis entfernt werden. Für die Kompressionsversorgung haben sich Bermudahosen oder Radlerhosen bewährt. Suspensorien sind in der Regel nicht so günstig, da sie einerseits keinen wesentlichen Kompressionsdruck ausüben und andererseits manchmal in den Leisten scheuern.

Bei Lymphbläschen oder Lymphfistelungen sind operative Abtragungen, meist mit dem Laser, notwendig, um einerseits die Lymphorrhoe zu verhindern, andererseits den Eintritt von Bakterien mit der Auslösung von Erysipelen zu unterbinden. Leider treten häufig immer wieder Lymphzysten und –fistelungen auf, so dass die Betroffenen durch die Lymphorrhoe oft sehr belastet sind.

Da die Ergebnisse durch die physikalische Entstauung bei den schwergradigen Genitallymphödemen nicht sehr günstig sind, habe ich mehrfach skrotale Ödemreduktionsplastiken, vorwiegend in urologischen Abteilungen, durchführen lassen. Die Ergebnisse waren allesamt sehr erfreulich, auch nach vielen Jahren noch, weswegen ich drei solche Fälle demonstrieren möchte. Ich empfehle daher bei Versagen der physikalischen Ödemtherapie eine operative Reduktion des Skrotums, selbst wenn Lymphbläschen oder Lymphfisteln vorliegen sollten.

Fall 1 (M. A.)

1951 geborener Mann, der 1983 ein malignes Melanom an der linken Wade bekam, das mit Vorbestrahlung und intraoperativer hyperthermer Zytostatika-Perfusion des linken Beines behandelt wurde sowie einen Monat später mit inguinaler und iliakaler Lymphadenektomie links. Seitdem besteht ein Lymphödem des linken Beines. 1989 dann Lokalrezidiv an der linken Wade mit erneuter hyperthermer Zytostatika-Perfusion des linken Beines. 1992 Verdacht auf rechtsseitige Metastasierung mit rechtsseitiger inguinaler und iliakaler Lymphadenektomie mit nachfolgender Lymphödembildung am rechten Bein und Genitale. Ödemverstärkung an beiden Beinen und im Genitale durch 10 Erysipele. Ursache der Erysipele waren multiple Lymphbläschen des Skrotums mit rezidivierenden Fistelungen und Lymphorrhoe. 1996 dann Reduktionsplastik des Skrotums mit Entfernung von 3,5 kg Gewebe und sehr gutem kosmetischen Ergebnis. 2001 noch Bridenileus-Operation. Das Operationsergebnis ist bis heute unverändert. Es bestehen jedoch weiterhin Lymphbläschen mit teilweise Fistelungen am Skrotum. Der Patient ist mit dem kosmetischen Ergebnis sehr zufrieden.

Fall 2 (R. H.)

1941 geborener Mann, bei dem 1945 eine Abszessspaltung der rechten Leiste durchgeführt wurde. Wegen Lymphknotenvergrößerung der Leisten Lymphknoten-PE linke Leiste 1961 und in der rechten Leiste 1962. Seit 1979 bilden sich, ausgelöst durch ein Erysipel, Lymphödeme beider Beine. Bisher insgesamt 17 Erysipele. 1991 lymphovenöser Shunt am rechten Oberschenkel und erneuter lymphovenöser Shunt am rechten Oberschenkel 1995, ohne wesentliche Ödemverbesserung. 1993 noch Liposuktion am rechten Unterschenkel. Jetzt ist das Lymphödem am rechten Bein stark ausgeprägt und am Unterschenkel links gering ausgeprägt.

1991 entwickelt sich ein skrotales Lymphödem, ausgelöst durch ein Erysipel. 1993 skrotale Reduktionsplastik mit sehr gutem Ergebnis, das bis heute angehalten hat. Der Patient ist mit dem Ergebnis sehr zufrieden.

Fall 3 (F. S.)

1941 geborener Mann. 1985 Erstdiagnose eines Morbus Hodgkin mit inguinaler Lymphknoten-PE rechts und Bestrahlung der inguinalen, iliakalen und lumbalen Lymphknoten sowie Chemotherapie. Schon seit 1985 Beinlymphödem rechts, jetzt mäßig bis stark ausgeprägt und seit 1992 auch Beinlymphödem links, jetzt mäßig ausgeprägt. Seitdem auch skrotales Lymphödem mit Lymphzysten und Lymphfistelungen und dadurch bedingt insgesamt 22 Erysipele. 2000 Resektionsoperation von Skrotum und Penis mit befriedigendem Ergebnis, ohne Ödemverschlechterung am Genitale bis heute. Der Patient ist mit dem Operationsergebnis zufrieden.