

Die postoperative Lymphfistel der Leistenregion

Von E. KRAUSE, Z. VARADY

Die *Ursache* der Entstehung einer Lymphfistel oder einer Lymphzyste postoperativ ist die Durchtrennung einer Lymphbahn oder eines Lymphknotens mit relativ grossem Lymphfluss.

In der Leistengegend kommunizieren tiefes und oberflächliches Lymphsystem durch die Verbindung von oberflächlichen und tiefen Lymphknoten, hier ist bei einer Läsion mit einem starken Lymphfluss zu rechnen.

In den kleinen Lymphgefässen kommt es durch Gerinnung zur Stase. Die *Häufigkeit* einer Lymphfistel oder Zyste ist in der Venenchirurgie gering, in der Arterienchirurgie können wir in etwa 2% damit rechnen.

Die *Diagnostik* ist einfach: aus der Operationswunde kommt eine klare Flüssigkeit, wenn man die verklebten Wundränder trennt. Sie ist im Gegensatz zum Serum weisslich klar, die Serumflüssigkeit ist gelblich. Die Wunde ist im Anfang nicht infiziert, nachweisbar durch den fehlenden Keimbefall. Es entsteht so eine Lymphfistel.

Bleibt die Wunde geschlossen, so kommt es nach einer anfänglichen Vorwölbung der Wunde, meist im unteren Wundpol, zu einer sich konzentrierenden Schwellung ohne jegliche entzündliche Erscheinungen, einer Lymphzyste.

Als *diagnostische Hilfe* kann die Injektion von 11%iger Patentblaulösung, steril, subkutan in den Fussbereich dorsal dienen -, die aus der Wunde tretende Lymphe ist blau gefärbt.

Die *Komplikation* der Lymphfisteln ist die sekundäre Infektion, die auch zur septischen Ruptur eines rekonstruierten arteriellen Gefässes führen kann, die Lymphzyste macht gewöhnlich ausser ihrer gelegentlichen Hartnäckigkeit keine wesentlichen Komplikationen.

Eine Analyse von 472 Patienten mit rekonstruktiven arteriellen Operationen an der unteren Extremität ergab 6 Fälle mit einer Infektion III. Grades mit arterieller Gefässbeteiligung. 3mal war die inguinale Region betroffen, 3mal der Oberschenkel.

Infektionsrate: 1,27%.

Meist rupturierten die Gefässe, eine Amputation war nicht notwendig, verschiedene Arten einer Reoperation führten zur Sanierung.

Ob hiervon eine Sekundär-Infektion infolge einer Läsion des Lymphsystems ursächlich beteiligt war, konnte nicht erwiesen werden, ist aber möglich.

Um die Lymphfistel und die Zyste mit ihren Komplikationsmöglich-

keiten zu vermeiden, scheint uns eine Prophylaxe am besten geeignet. Sie besteht darin, eine Schnittführung in der Leistengegend zu wählen, die die lymphatischen Gebilde schont. Dazu kurz die anatomischen Verhältnisse anhand eines Lymphogramms.

Abb.1 zeigt deutlich, welche Konzentration von Lymphgefäßen und Knoten wir antreffen, wenn wir im Bereich der Leistenregion operieren, tiefes und oberflächliches System kommunizieren hier.

Abb.2 demonstriert die von uns praktizierte Schnittführung. Mit dem Kreuz ist die Arterie bezeichnet, der bogenförmige Verlauf des Schnittes ist zu sehen, der peripher nach medial zur eventuellen Präparation der Vena saphena magna fortgeführt wird oder lateral zur Freilegung der A. fem. superficialis dient. Symphyse und Spina ilica anterior sind markiert. Wir treffen mit diesem Schnitt unter Umgehung der Lymphknoten und Gefäße auf die Muskelfaszie des M. sartorius und können so die Lymphgebilde in toto nach medial abheben. Beim Verschluss der Operationswunde wird bei der Subkutan-Naht vermieden, Lymphgefäße und Knoten zu durchstechen, sie werden durch Fassen der Subkutis mit der Subkutanfaszie an ihre ehemalige Stelle gebracht.

Entscheidend kann diese Massnahme sein, wenn durch infizierte Läsionen der unteren Extremität bei arterieller Verschlusskrankheit die Lymphknoten bakteriell infiziert sind, und ein alloplastischer Gefäßersatz notwendig wird, die Folgen einer Protheseninfektion sind wohlbe-

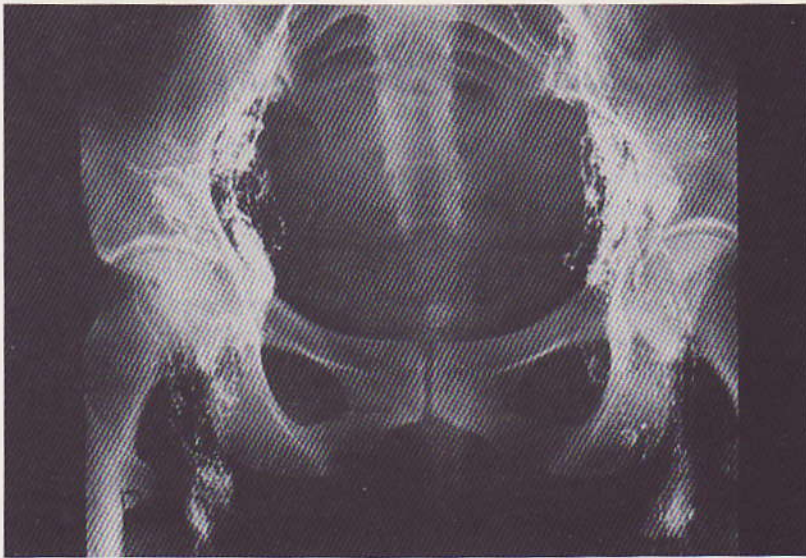


Abb. 1. Lymphangiographische Darstellung der lymphatischen Gebilde der Leistengegend.

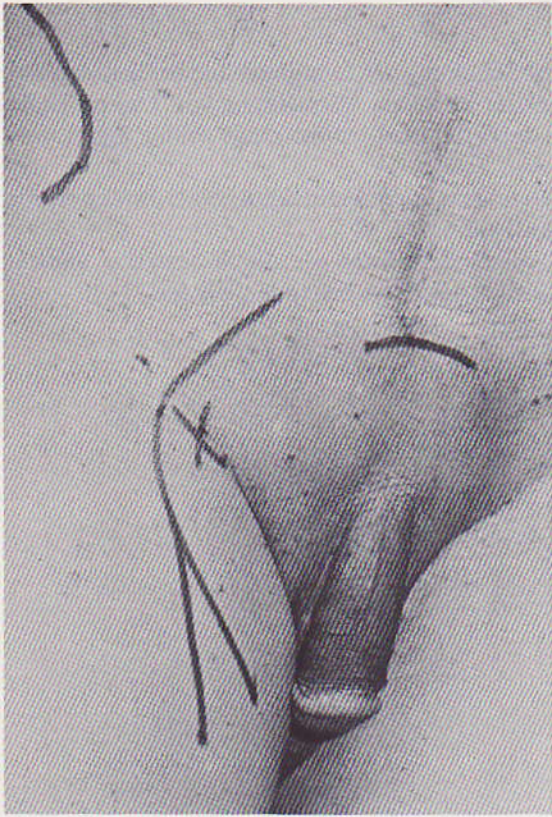


Abb.2. Schnittführung in der Leistengegend zur Umgehung des Lymphsystems.

kannt. Ist die Durchtrennung grösserer Lymphstränge unvermeidlich, sollte man sie ligieren.

Die *Behandlung* der Lymphfistel ist einfach: sterile Verbände und Schutz der Wundränder mit Zinkpräparaten lassen nach etwa 14 bis 21 Tagen den Lymphfluss versiegen, infolge der Granulation der Wunde.

Lymphzysten trotzen zuweilen hartnäckig einer konservativen Behandlung, z. B. der Punktion. Am Boden dieser Zysten finden sich eine oder mehrere Öffnungen, man kann sie mit Patent-Blau nach der oben genannten Methode darstellen. Sie werden mit Umstechungsligaturen versorgt und die Zyste ausgeschält.

Zusammenfassung

1. Die Prophylaxe mit der Schonung der Lymphgebilde bei der inguinalen Inzision steht an erster Stelle zur Vermeidung von Lymphfisteln und Zysten. Grössere durchtrennte Lymphstränge sollten ligiert werden.
2. Ist eine Fistel aufgetreten, genügt die Vermeidung einer Infektion zur komplikationslosen Ausheilung.
3. Ist eine Lymphzyste entstanden, kann sie durch selektive Umstechungsligaturen am Grunde der Zyste behandelt werden.