

Chronisch postraumatische Lymphocele und deren minimalinvasive Therapie mittels Verödung durch Doxycyclin

Text von Stefan Bölter, Regula Humm und Urs Güntensperger

Fallbeschreibung:

Von einem Hausarzt und Sportmediziner der Region wurde uns ein athletischer 32 jähriger Mann zugewiesen, der sich bei einem Mountainbikesturz eine schwere Kontusion des proximalen Oberschenkels links aussen zuzog. In der Folge des Traumas entwickelte sich eine Schwellung mit einer Grösse von etwa 10 x 15 x 2 cm. Hier wurde beim Hausarzt eine zweimalige Abpunktion seröser Flüssigkeit durchgeführt. Die Schwellung kehrte jedes Mal nach kurzer Zeit zurück.

Etwa 6 Monate nach dem Trauma wurde der Patient uns zu einer Ultraschalluntersuchung und einer eventuellen sonographisch gesteuerten Punktion zugewiesen. Der US zeigte eine grössere Flüssigkeitskolektion in der Muskulatur des proximalen Oberschenkels links. Max. Ausdehnung 8 x 2 x 16cm. Glatte Membran, keine Perfusion, Flüssigkeitsfüllung ohne Schwebeteilchen (Abb. 1 und Abb.2). Es wurden 125ml klarer gelblicher Flüssigkeit abpunktiert. Die Höhle war anschliessend vollständig entleert. Aufgrund der Anamnese, der Farbe und Viskosität der Flüssigkeit wurde der Verdacht auf eine Lymphocele gestellt. Dieser wurde zytologisch bestätigt.



Abb.1 und Abb.2: Initiale US-Untersuchung etwa 6 Monate nach Trauma mit intramuskulärer Flüssigkeitskolektion im proximalen Oberschenkel links.



Im Verlauf wurden weitere Punktionen mit Entleerung und anschliessender Kompression der Lymphocele durchgeführt. Diese kehrte jedesmal zurück und zeigte im Verlauf eine zunehmend dicker werdende Wand bei abnehmender Gesamtgrösse (Abb. 3).

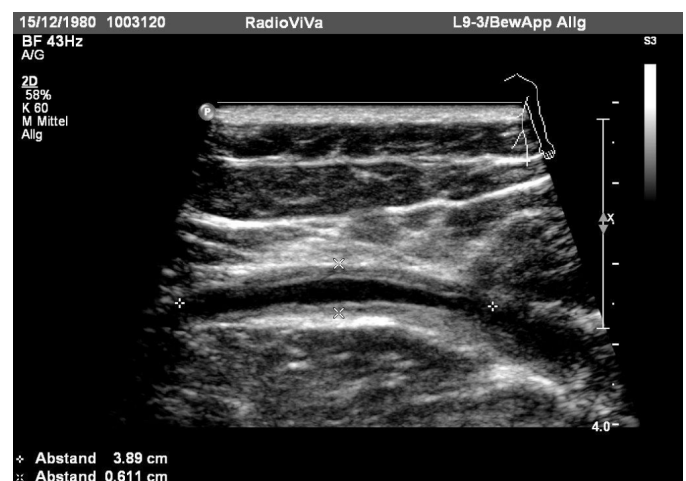


Abb.3: Nach Abpunktionen wird die Lymphocele kleiner, jedoch die Wand dicker.

Etwa 1,5 Jahre nach dem initialen Trauma erfolgte die operative Sanierung der Lymphocele. In deren Folge trat ein lokales Hämatom auf, welches evakuiert wurde. Die anschliessend durchgeführte US-Kontrolle zeigte erneut eine Flüssigkeitskolektion in der Oberschenkelmuskulatur links mit einer Grösse von etwa 15 x 21 x 2 cm. Es wurde eine 6,3 F Drainage eingelegt und der Befund unter Sog entleert. Das Material wurde erneut zur zytologischen Untersuchung eingesandt, mit dem Resultat einer eigebluteten Lymphocele.

Aufgrund des unbefriedigenden Verlaufes Entschluss zur Durchführung einer Lymphocelenverödung mit Doxycyclin. Der Patient wurde über das Vorgehen aufgeklärt. Bei weiterhin einliegender Drainage (diese hatte in den letzten 24 Stunden vor der Verödung etwa 70ml klarer gelblicher Flüssigkeit gefördert) und entleerter Höhle wurde ein Gemisch aus 5ml Rapidocain und 25ml

Doxycyclin 500mg appliziert (Abb. 4 und Abb. 5). Der Medikamentencocktail wurde durch leichte Massage in der Höhle verteilt. Anschliessende Überwachung des Patienten für 2 Stunden bei gefüllter Höhle . Keine Komplikationen, keine relevanten Schmerzen. Die anschliessende Aspiration des Höhleninhaltes förderte ca. 70ml gelblicher, blutig tingierter Flüssigkeit. Da die Höhle vor Applikation des therapeutischen Cocktails komplett entleert war, und jetzt nach nur 2 Stunden 40ml mehr aspiriert werden konnten, gingen wir von einer high-flow Lymphozele aus. Nach abgeschlossener Behandlung wurde der Patient mit einem Kompressionsverband entlassen und instruiert, sich die kommenden Tage zu schonen.

Die abschliessende US Kontrolle 2 Monate nach der Verödung zeigte eine kollabierte / verklebte Höhle ohne flüssigen Inhalt (Abb. 6).



Abb.4: Einliegender Drainageschlauch und Füllung der Höhle mit dem therapeutischen Cocktail.



Abb.6: 2 Monate nach Verödung kollabierte Höhle ohne persistierende Flüssigkeit.

Diskussion:

Die Verödung von Lymphocelen mittels Instillation von Doxycyclin ist eine bekannte und oft erfolgreich angewandte Methode zur Therapie postoperativer oder posttraumatischer Lymphocelen (Caliendo MV et. al: Sclerotherapie with use of doxycycline after percutaneous drainage of postoperative lymphocèles. J Vasc Interv Radiol Jan 2001; 12(1):73-7). Die Methode ist einfach und risikoarm in ihrer Anwendung.

Wir konnten jetzt mit dieser minimal invasiven Methode einen jungen, aktiven Patienten heilen.

Ich möchte mich für die angenehme, kollegiale und zielführende Zusammenarbeit mit Regula Humm und Urs Güntensperger bedanken.



Dr. med. Stefan Bölter

Dr. med. Oguzhan Zagralliglu

Spezialärzte für Radiologie FMH

Zürichstrasse 5 in 8180 Bülach

Tel. 044 872 90 00

Fax 044 872 90 01

www.radioviva-zh.ch

info@radioviva-zh.ch

Wir bedanken uns bei der Fa. Philips für das Sponsoring dieser Publikation.