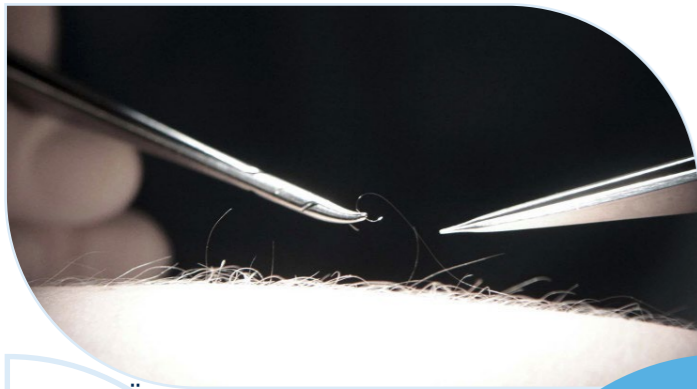




Rekonstruktive Lymphchirurgie bei chronischen Lymphödem



Leitende Ärztin:
Dr. med. K. Seidenstücker
Kontakt:
lymphchirurgie@sana.de
Tel.: 0211-2800-1990

Liebe Patientinnen und Patienten

Herzlich Willkommen in der Klinik für Plastische Chirurgie II der Sana Klinik Düsseldorf Benrath. Seit 2016 führen wir am Standort Benrath eine Plastische Chirurgie mit dem Schwerpunkt der rekonstruktiven Lymphchirurgie.

Wir möchten Sie über die aktuellen operativen Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit chronischem Lymphödem informieren. Bei den rekonstruktiven Verfahren ist das Ziel, wieder einen Lymphabfluss zu schaffen, indem man die Lymphflüssigkeit umleitet.

In den letzten Jahren hat sich unsere Abteilung zu einem der führenden Zentren Europas entwickelt. Durch unsere mikrochirurgische Expertise, Erfahrung und die kritische Nachuntersuchung unserer Ergebnisse haben wir Behandlungsalgorithmen entwickelt, die das chronische Leid durch ein Lymphödem verbessern können.

Die Bildgebung des Lymphsystems hat sich auch weiterentwickelt und mit unseren Kooperationspartnern können wir für die Betroffenen einen Behandlungsplan entwerfen. Nur die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation mit den konservativen Therapiemöglichkeiten führt zu einem langfristigen Erfolg.

Nach einer ausführlichen Untersuchung und Diagnostik entscheidet man, welches Verfahren für Sie hilfreich ist und erklärt Ihnen die Methodik und mögliche Risiken.

Dr. K. Seidenstücker
Leitende Ärztin



Das Lymphödem

Man unterscheidet zwei Arten von Lymphödem: Ein primäres, angeborenes Lymphödem und ein sekundäres Lymphödem, bei dem die Schädigung des Lymphsystems erworben ist als Folge von: Operationen und/oder Strahlentherapie (z.B. im Rahmen einer Tumorbehandlung), Unfällen oder Parasitenbefall (Filariose).

Wenn der Lymphabfluss blockiert ist, können Proteine nicht mehr aus der betroffenen Region abtransportiert werden. Als Folge kommt es zum Flüssigkeitseinstrom und zur Schwellung. Bei länger bestehendem Lymphödem baut sich das Gewebe um und es kommt zu einer Zunahme des Fett- und Bindegewebes in der betroffenen Extremität. Darüber hinaus ist häufig die Immunantwort auf Krankheitserreger gestört und die Betroffenen sind gefährdeter, häufiger an Infektionen z.B. Wundrosen (Erysipele) zu erkranken. Neben der Umfangszunahme beklagen die Betroffenen auch ein vermehrtes Spannungsgefühl und Schmerzen. Sie sind im täglichen Leben und in Ihrer Lebensqualität bis hin zur Arbeitsunfähigkeit eingeschränkt.

Die operativen Möglichkeiten werden in rekonstruktive und in ablative Verfahren unterteilt. Zu den rekonstruktiven Verfahren zählen die Anlage von lymphovenösen (LVA) und Lymphknoten-venösen (LK-VA) Anastomosen und der mikrochirurgische Lymphknotentransfer (VLNT). Das ablative Verfahren umfasst die Liposuktion der betroffenen Extremität. Alle operativen Maßnahmen werden ergänzt durch die konservative Therapie.

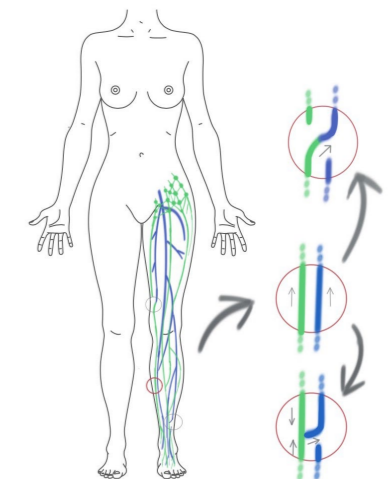
Anlage von lymphovenösen Anastomosen (LVA) in supermikrochirurgischer Technik

Bei diesem Verfahren werden Venen an Lymphgefäße unter dem Mikroskop mikrochirurgisch angeschlossen. So kann die gestaute Lymphflüssigkeit über eine Vene abtransportiert werden.

Der Abfluss gelingt, da in den sehr kleinen Venen (0,3-0,8mm) der Druckgradient so gering ist, dass die Lymphe dagegen anfließen kann. Viel mikrochirurgisches Geschick, Spezialinstrumente und –nahtmaterial sind erforderlich, um eine lymphovenöse Anastomose (LVA) in supermikrochirurgischer Technik anzulegen. Die Vene wird seitlich an das Lymphgefäß anastomosiert, so dass wir keine Lymphgefäße durchtrennen.

Eine Infrarotlymphografie macht es möglich, die kleinen Lymphbahnen aufzufinden und ihre Funktionsfähigkeit zu überprüfen. Gerade an der unteren Extremität ist häufig zusätzlich ein funktionelles Lympho-MRT erforderlich, das genau die Lage der Lymphbahnen in einer 3D Rekonstruktion abbildet.

Der Eingriff ist minimal-invasiv über sehr kleine Hautschnitte.



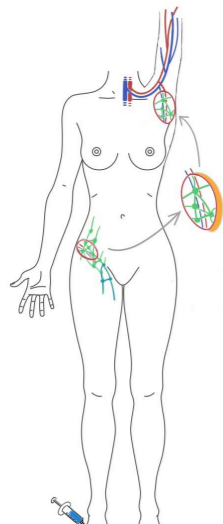
Mikrochirurgischer Lymphknotentransfer (VLNT)

Mit diesem werden Lymphknoten aus der Leiste, von der seitlichen Rumpfwand oder aus dem Bauch mit ihrer eigenen Blutversorgung als freier Gewebetransfer gehoben und zum betroffenen Arm / Bein transferiert und an die dortigen Gefäße mikrochirurgisch angeschlossen.

Aus den transplantierten Lymphknoten bilden sich langfristig neue Lymphbahnen aus, die die angestaute Lymphe wieder abtransportieren können. Zudem sind im Lymphknoten selbst natürliche lymphovenöse Shunts, die die Lymphflüssigkeit aus ihrer Umgebung aufnehmen und ins venöse System leiten. Dieses Phänomen führt zu einer direkten Befundverbesserung nach der Operation.

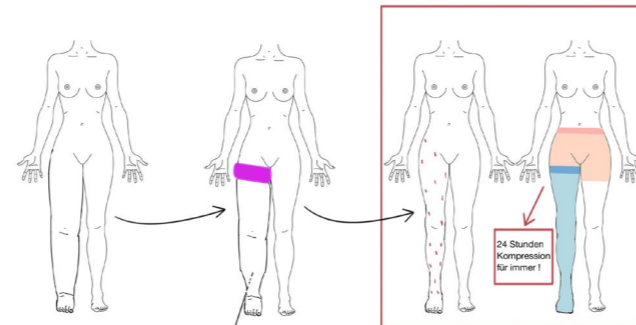
Neben der Rekonstruktion des Lymphabflusses bringt man durch die transplantierten Lymphknoten auch wieder eine Immunantwort vor Ort und die Gefahr und Frequenz von Wundrosen (Erysipel) nimmt ab.

Um das Risiko für ein Lymphödem in der Spenderregion zu minimieren, färben wir die Lymphbahnen und -knoten, die für die Extremität wichtig sind, an damit sie vor Ort belassen werden. (Reverse mapping).



Liposuktion der betroffenen Extremität (Fibrolippektomie)

Additiv zu den o.g. rekonstruktiven (wiederherstellenden) Verfahren bieten wir für fortgeschrittene Lymphödeme auch eine Gewebe- und Umfangsreduktion durch die Liposuktion an. Hier gibt es zum einen die Möglichkeit der WAL wasserstrahl-assoziierte-Liposuktion oder der Liposuktion in Blutleere. Mit der letzteren können die Umfangswerte der gesunden Gegenseite erreicht werden. Besteht ein Lymphstau seit langer Zeit, führt die erhöhte Eiweißkonzentration im Gewebe unter anderem zu einer chronischen Entzündungsreaktion, die daraufhin zu einer Fibrose (Vernarbung, Verhärtung) führt sowie eine Fettzellhypertrophie (Aufquellen der Fettzellen) auslöst. Dadurch verkleben auch zuvor noch funktionsfähige Lymphbahnen und eine LVA-Anlage ist z.B. nicht mehr erfolgsversprechend. In diesen Fällen kann der Gewebeüberschuss entfernt werden. Nach einer Liposuktion muss die Kompressionsware für eine bestimmte Zeit Tag und Nacht getragen werden, wenn zuvor ein lymphrekonstruktiver Eingriff erfolgte. Wird nur eine Liposuktion durchgeführt muss danach die Kompressionsware lebenslang Tag und Nacht getragen werden, um ein erneutes Anschwellen der Extremität zu vermeiden.



Nach einer ausführlichen Untersuchung und Diagnostik entscheiden wir, welches Verfahren für Sie hilfreich ist und erklären Ihnen die Methodik und mögliche Risiken. Manchmal ist auch eine Kombination verschiedener Verfahren sinnvoll.

Bitte bringen Sie zu einem Erstgespräch alle vorhandenen Unterlagen bezüglich des Lymphödems (und falls eine Tumorerkrankung vorlag auch von dieser) mit. Wir beraten Sie gerne bei einem persönlichen Gespräch.

Ihr Kontakt zu uns

Klinik für Plastische Chirurgie II
Rekonstruktive Mikro- und Lymphchirurgie
Standort Benrath

Leitende Ärztin
Dr. med. Katrin Seidenstücker
Fachärztin für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Oberärztin KV-Sprechstunde
Alina Abu-Ghazaleh
Fachärztin für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Lymphchirurgie@sana.de

Sekretariat
Angelika Pitzner
Telefon 0211 / 2800 – 1990
Telefax 0211 / 2800 – 1455
angelika.pitzner@sana.de

So erreichen Sie uns – Verkehrsanbindung



Sana Kliniken Düsseldorf
Sana Krankenhaus Benrath

Klinik für Plastische Chirurgie II
Rekonstruktive Mikro- und Lymphchirurgie

Urdenbacher Allee 83
40593 Düsseldorf
Tel. 0211 / 2800 1990
Fax 0211 / 2800 1455

www.sana-benrath.de