

LYMPHOLOGIE

3 Vj 1

in Forschung und Praxis

ORGAN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR LYMPHOLOGIE UND DER GESELLSCHAFT FÜR MANUELLE

Sonderdruck aus Heft 2/99

Fallbericht
monströse Elephantiasis

F. H. H. H.

Fallbericht monströse Elephantiasis

F.-J. Schingale

Lympho-Opt, Fachklinik für Lymphologie, Pommelsbrunn-Hohenstadt (Ärztlicher Leiter: Dr. med. F.-J. Schingale)

Zusammenfassung

33-jährige Patientin mit monströser Elephantiasis bei primärem Lymphödem, seit dem neunten Lebensjahr zunehmende Beinumfang, seit 1992 bettlägerig. Einziger Behandlungsversuch mit 17 Jahren: Probefreilegung des gesamten linken Beines lateral. Behandlungsbeginn in der Lympho-Opt am 28. 1. 1999. Am 4. 3. 1999 erfolgte der erste Ausflug vor das Gebäude nach insgesamt 17 Jahren häuslicher Abgeschiedenheit. Die Entlassung nach sechs Monaten erfolgte mit einer Volumenreduktion von 81,2 kg!

Schlüsselwörter: primäres Lymphödem, Elephantiasis, Lymphödemtherapie

Stationäre Aufnahme am 28.1.1999

Allgemeinbefund: 150 cm groß, 149,8 kg schwer, wobei hier das Hauptgewicht im Bereich der unteren Extremitäten lag. Kopfhaut: sehr dünnes Haar. Gesicht, Hals, Nase o.B., Thorax o.B., Abdomen: adipöse Bauchdecken, Leber und Milz nicht vergrößert, Nierenlager frei, Bruchpforten geschlossen, keine pathologischen Resistenzen.

Lymphologischer Befund: Untere Extremitäten: monströse Elephantiasis, prall elastisches Ödem vom Vorfuß bis zur Leistenregion mit erheblichem Ödem an beiden Unterschenkeln rechts stärker als links, Ödem des äußeren Genitales einschließlich Mons pubis; Stemmer'sches Zeichen positiv, kissenartige Vorwölbung der Vorfüße, reizlose Narbe vom Trochanter majus bis zum Außenknöchel nach Probefreilegung. Die Umfänge betragen rechts im Knöchelbereich 102 cm, in Unterschenkelmitte 159 cm, im Kniebereich 140,5 cm, im Knöchelbereich 102 cm. Links im Knöchelbereich 87,5 cm, der stärkste Unterschenkelumfang 108 cm, im Bereich des Knies 107,5 cm.

EKG: normaler SR, keine Auffälligkeiten. Blutdruck 105/70 mmHg, Puls 76/Min.

Labor: Differential-Blutbild: Neutrophile auf 41,1 % erniedrigt. Lymphozyten 47,4 % erhöht, Harnsäure 8,0 mg/dl, geringe Verschiebung im Bereich der Eiweißelektrophorese, Alpha 1 Globulin 4,1 %, Alpha 2 10,7 %, Beta Globulin 13,4 %, Cholesterin 203 mg/dl. Übrige Laborwerte wie Kreatinin, gGT, GOT, GPT, LDH, Gesamteiweiß, Triglyceride, TSH basal, T3 und T4 völlig im Normbereich, Antikörper auf Filarien konnten nicht nachgewiesen werden.

Eine **Szintigraphie** ergab keinen Radioaktivitätsnachweis in den präfaszialen Lymphkolektoren oder regionalen Lymphknoten. Der Hauptabstrom erfolgte sehr wahrscheinlich über das subkutane initiale Lymphgefäßnetz.

Anamnese: Es handelte sich um eine 33-jährige spanische Patientin, die seit sieben Jahren wegen massiver Umfangs- und Gewichtszunahme der unteren Extremitäten bettlägerig war und ohne fremde Hilfe weder aufstehen noch sich hinlegen konnte.

Familienanamnese: Unauffällig, insbesondere keinerlei ähnliche Erkrankungen oder sonstige wesentliche Erkrankungen in der Familie. Der Bruder und dessen Kinder sind gesund.

Eigenanamnese: Als Kind Röteln, sonst keine weiteren Erkrankungen.

Gynäkologische Anamnese: Mit zwölf Jahren Menarche. Periode unregelmäßig 28-36 / 4-7 Tage.

Jetzige Anamnese: Seit dem neunten Lebensjahr begannen die Beine anzuschwellen. Zuerst die Füße, dann die Unterschenkel und zuletzt die Oberschenkel. Die Beinschwellungen nahmen so zu, dass die Patientin nach Schulentlassung mit 14 Jahren keinerlei Beruf ausüben konnte und seit dieser Zeit zu Hause lebte (Abb. 1). In diesem Zeit-

raum wurden auch mehrfach Ärzte konsultiert, nicht nur in Spanien, sondern auch in Frankreich, allerdings ohne Hilfe für die Patientin.

Mit 17 Jahren wurde eine Probefreilegung mittels eines lateralen Schnittes von der Hüfte bis zum Außenknöchel durchgeführt - ohne wesentliches Ergebnis.

Seit 1992 Bettlägerigkeit. Die Patientin war aufgrund des Gewichtes ihrer unteren Extremitäten nur noch in der Lage zweimal pro Tag das Bett zu verlassen um die Toilette aufzusuchen. Um in das Bett wieder hineinzukommen, musste ihr geholfen werden, da das Gewicht der unteren Extremitäten von ihr allein nicht zu bewältigen war (Abb. 2).

Seit dem 20. Lebensjahr rezidivierende Erysipele, 8/1998 nach einem Erysipel erfolgte der Verlust des Geruchssinns.

Aufgrund einer Anfrage bei der Kompressionsstrumpffirma medi in Barcelona wurde ein Foto angefertigt (Abb. 2). Aufgrund dieses Fotos Kontaktaufnahme mit der Frage, inwieweit eine Behandlung möglich wäre.

Therapie

Die Behandlung erfolgte in den ersten Tagen durch Öffnung des Terminus, Bauchtiefdrainage und Leistendrainage,



Abb. 1
Patientin im Alter
von 14 Jahren



Abb. 2
Monströse Elephantiasis (primäres Lymphödem).
Patientin bettlägerig

wobei hier innerhalb von einer Woche eine Gewichtsabnahme von 8,2 kg nachgewiesen werden konnte. Nach der zweiten Woche wurde die Lymphdrainage dreimal pro Tag durch zwei Therapeuten durchgeführt. Der Erfolg bestand darin, dass nach 18 Tagen eine Gewichtsabnahme von 39,6 kg erfolgt war. Die Patientin musste bis 20mal pro Tag auf den Schieber gesetzt werden, da bis zu diesem Zeitpunkt ein selbständiges Gehen noch nicht möglich war.

Neben der Komplexen Physikalischen Entstauung (KPE) wurde gleichzeitig ein Muskelaufbautraining mit Bewegungsübungen durchgeführt. Wir begannen in der dritten Woche mit der Patientin Geh- und Treppensteigübungen durchzuführen.

In der fünften Woche war eine Gewichtsreduktion von 52,2 kg erfolgt. Die Umfänge betragen unbandagiert 100 cm im Bereich des rechten Unterschenkels und 59,7 cm im Bereich des linken Unterschenkels (Abb. 3).

Erstaunlicherweise kontrahierte sich die Haut sehr gut. Ferner konnte nach der fünften Woche ein Treppensteigen von zwei Stockwerken durchgeführt werden und die Patientin begab sich das erste Mal vor die Klinik. In der sechsten und siebten Woche begannen hier bereits selbständige Ausflüge in die nähere Umgebung.

Aus psychischer Hinsicht war die Patientin nach dem ersten freien Spaziergang vollständig stabilisiert. Sie wurde von ihrer Mutter begleitet, die ständig bei ihr war. Die Verständigung gestaltete sich in keinster Weise problematisch, da insbesondere die Mutter mit Gesten zu verstehen war und von unserer Seite her mit einigen spanischen All

tagsredewendungen auch hier die tägliche Arbeit kontrolliert und verrichtet werden konnte.

Während der sechsmonatigen Behandlung erfolgte eine **Gewichtsreduktion** von 81,2 kg, somit betrug das Entlassungsgewicht 68,6 kg!

Der Umfang rechts konnte von 159 cm auf 51 cm!!! und links von 108 cm auf 48 cm reduziert werden (Abb. 4).

Komplikationen

Insgesamt erlitt die Patientin während der sechs Monate in unserer Klinik drei Erysipele, welche durch sofortige Gabe von 4,5 Mio. Einheiten Penicillin sowie Eisauflage und Rivanolumschläge behandelt wurden und somit die weitere Kompressionsbehandlung innerhalb von drei Tagen fortgesetzt werden konnte.

Während der Erysipeldauer wurde der Terminus und das Abdomen sowie die kontralaterale Seite weiterbehandelt.

Im Bereich der lateralen Narbe erfolgte eine Ulzeration nach zwei Wochen intensiver Therapie. Da diese Ulzeration nicht abheilte und sich hier eine Ossifikation des subkutanen Gewebes zeigte, führte ich am 5. 7. 1999 die Exzision dieses Bereiches einschließlich der alten Narbe im Bereich der Faszia auf einer Länge von 30 cm durch.

Um die Mikrozirkulation nicht zu stören, erfolgte der Hautverschluss durch Subkutannaht mit 3,0 Dexon, die darüber liegende Haut wurde mit Klammerpflaster verschlossen. Die Wunde



Abb. 3
Patientin nach fünf Wochen stationärer
Therapie

heilte pp, ein subkutanes Hämatom wurde abpunktiert.

Konzept ambulante Weiterbehandlung

Am 30. 7. 1999 erfolgte die Entlassung in obengenanntem Zustand. Die Patientin erhielt ein Lympha-Press Gerät (villa sana, Medizinische Produkte GmbH, Rehlingen) zur Eigentherapie und ist daran auch geschult worden. Diese Behandlung erfolgt täglich zu Hause. Fer



Abb. 4

*Erhebliche Rückbildung
der beiderseitigen
Lymphödeme nach
sechsmonatiger, intensiver
Entstauungsbehandlung*

*(kleines Bild oben bei
der Einlieferung)*

ner führt die Patientin die nächtliche Kompressionsbandagierung selbständig durch.

Da die Manuelle Lymphdrainage auch in Spanien weiter durchgeführt werden muss, wurde eine Therapeutin nahe des Wohnortes der Patientin in unserer Klinik angewiesen und unterrichtet, so dass die Kontinuität der Behandlung gewährleistet ist.

Es werden fünfmal pro Woche für die ersten zwei Monate die Ganzkörperlymphdrainagen weitergeführt. Im Anschluss daran werden die Umfangsmaße durch den spanischen Kollegen übermittelt. Bei weiterer Reduktion kann die **Behandlungsintensität auf dreimal pro Woche reduziert werden.**

In ca. acht Monaten wird eine erneute stationäre Therapie für sechs **bis acht**

Wochen erfolgen, während der eine Entscheidung über eine eventuell erforderliche Hautkorrektur getroffen wird.

Mit Abschluss der Phase I der KPE zeigte sich eine hervorragende Kontraktion der Haut, so dass zu diesem Zeitpunkt eine Korrektur nicht erforderlich war.

Bei der Rückkehr in ihre Heimat wurde die Patientin wieder voll in die Öffentlichkeit integriert und wird auch eine stundenweise Beschäftigung in einer sozialen Einrichtung erhalten.

Aktueller Befund

Am 10. November 1999 wurden uns die aktuellen Daten aus Spanien übermittelt: Umfangsreduktion von weiteren 3 cm, Gewebe bleibt weich, keine Fibrosierungen. Die ambulante Lymphdrainage wird jetzt dreimal pro Woche durchgeführt.

Korrespondenzadresse
Dr. med. Franz-Josef Schingale Fachara für
Allgemeinmedizin, Phlebologie Happurger
Straße 15 91224 Pommelsbrunn-Hohenstadt

© by Viavital Verlag GmbH, Köln 2000/01/1'

Alle enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrecht zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Auch die Rechte für die Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehsendungen, im Magnettonverfahren oder ähnlichen Verfahren bleiben vorbehalten.

Herausgeber: Viavital Verlag GmbH * Postfach 130363, 50497 Köln * Telefon 0221/7764-200 * Fax 0221/7764-201
Druck: Wesel, Druckerei und Verlag GmbH & Co. KG, Baden-Baden