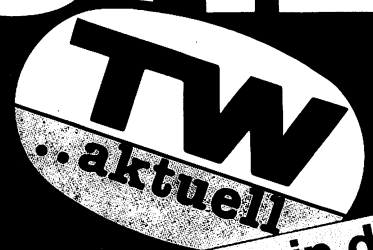


THERAPIE WOCHE



Neue Wege in der
Schmerztherapie

Weitblickende Hochdruck-Therapie. Von Anfang an.

- schonend wirksam
- niedrig dosiert
- gut verträglich
- breit einsetzbar bei vielen
Zweiterkrankungen

Polypress[®] PRAZOSIN + POLYTHIAZID

1x • täglich

Polypress[®] PRAZOSIN + POLYTHIAZID

forte
... wenn eine stärkere
Wirkung erforderlich ist.

POLYPRESS[®]/POLYPRESS[®] FORTE

Zusammensetzung: 1 Tablette Polypress enthält 0,548 mg Prazosinhydrochlorid (entspr. 0,5 mg Prazosin) und 0,25 mg Polythiazid. 1 Tablette Polypress forte enthält 1,095 mg Prazosinhydrochlorid (entspr. 1,0 mg Prazosin) und 0,5 mg Polythiazid. **Anwendung:** Bluthochdruck. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Prazosin und Sulfonamide. Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, bei schweren Nierenfunktionsstörungen, Schwangerschaft, Stillzeit, vorerst bei Kindern unter 12 Jahren. **Nebenwirkungen:** Meist nur zu Behandlungsbeginn: Schwindel, orthostatische Dysregulation, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Schwächegefühl, gastrointestinale Störungen, Priapismus, Hauterscheinungen, Blutbildveränderungen, Elektrolytverschiebungen (Kalium), Anstieg der Blutglukose und der Harnsäure. Äußerst selten, nur von den Einzelkomponenten bekannt: Intrahepatischer cholest. Ikterus, Entzündungen der Bauchspeicheldrüse (s. a. Fachinformation).

PFIZER GmbH · 7500 Karlsruhe 1

Wechselwirkungen: Möglich sind: verminderte Blutzuckersenkung von Antidiabetika, vermehrte Kaliumausscheidung mit Glucokortikoiden, verstärkte Herzglykosidwirkung bei Kaliummangel, verstärkte cardio- und neurotoxische Wirkung von Lithium in höheren Dosen, verringerte Wirkung von Noradrenalin bzw. verstärkte von Curare und Derivaten, Verminderung der Blutdrucksenkung bei gleichzeitiger Anwendung von Diuretika.

trächtigung bei
zeitigem Diabet
mit 1 Tablette P
reicht, Steigeru
1 oder 2 Tablett
und Preise: Po
(N 2) DM 56,5
20 Tabletten (N
ten (N 3) DM 13

8000 WÜNCHEM 22

LUDWIGSTR. 23
BAYER-STAATSBIBLIOTHEK

Karlsruhe

6 / 85 776 644100

Langzeitbehandlung
asthma
kranker Kinder

THERAPIE WOCHE

INHALT

Heft 20 □ 13. Mai 1985

Therapiewoche__telex 2367

Kritik am Bundesgesundheitsminister
Zahl der Nierentransplantationen nimmt zu

daten+++namen+++fakten 2374

Aspekte der patientennahen Analytik
Die Wirkung von Nifedipin auf die Sinusknoten- und AV-Knoten-Funktion unter autonomer Blockade beim Menschen
Eine gute Nachricht für Ulcus-duodeni-Patienten
Zur Bedeutung der Alpha-Blockade in der Behandlung der Hochdruckkrankheit
Byk Gulden erwirbt Rechte an neuem ISDN-Pflaster
Epilepsiebehandlung besser im Griff
Neues Antirheumatikum
Moderne Hochdrucktherapie durch selektive Alpha-1-Blockade

A. G. Karpf / J. J. Vallotton / P. Bauerfeind /
T. Cilluffo / C. J. Fimmel / J. Guyot / K. Stuby / A. L. Blum
Therapie hepatologischer Erkrankungen —
Fortschritte des Jahres 1984 2381



Psychologische Aspekte der Schmerztherapie 2405

Interview

- TW** Neue Wege in der Schmerztherapie.
Dr. med. Thomas Flöter, Frankfurt/Main
- TW** Ulkusbehandlung mit Antidepressiva
- TW** Ergebnisse einer Langzeitstudie an 97 endogenen Depressiven
- TW** Antidepressiva in der Schmerztherapie
- TW** Regelmäßige Dauereinnahme von Anxiolytika?
- TW** Prävalenz und Therapie psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung
- TW** Ergebnisse einer offenen multizentrischen Studie mit Lofepramin
- TW** Neuroleptische Medikamente und trophische Störungen

Fortsetzung der Inhaltsübersicht umseitig



macht flexibel...

Fibratflex[®] Dragees

Muskelrelaxans Analgetikum Antirheumatikum

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält:
Propyphenazon 120 mg
Meprobamat 120 mg

Anwendungsgebiete: Schmerzen verschiedener Ursache, insbesondere Schmerzen, wie sie bei muskulären oder psychogenen Verspannungen auftreten können, z. B. schmerzhafte und verspannende Erkrankungen im Bereich der Wirbelsäule und des Muskel-Gelenk-Systems. Degenerative Wirbelsäulenerkrankungen, Schulter-Arm-Syndrom, Zervikalsyndrom, Lumbalsyndrom, Ischialgie, Brachialgie, Myalgie, psychogene Kopfschmerzen, Muskelrheumatismus; extra-artikulärer Rheumatismus.

Gegenanzeigen: Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmaka-Intoxikationen; akute hepatische Porphyrien, genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie), Pyrazolon-Allergie.

Hinweis: Vorsicht bei Analgetika-Intoleranz (Analgetika-Asthma). Strenge Indikationsstellung in den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft.

Nebenwirkungen: Sedierung, orthostatische Regulationsstörungen, paradoxe zentrale Reaktionen; Agranulozytose. Überempfindlichkeitsreaktionen, z. B. Hautreaktionen, Schock, Blutbildveränderungen sind nicht auszuschließen.

Wechselwirkungen: Zentraldämpfende Pharmaka und Alkohol zeigen eine Wirkungsverstärkung.

Hinweis: Das Reaktionsvermögen kann beeinträchtigt sein. Dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Alkoholkonsum.

Dosierung: In der Norm 1 bis 3mal täglich 1 bis 2 Dragees.

Handelsformen: 50 Dragees (N2) DM 21,85
100 Dragees (N3) DM 39,30

Nicht nur akut,
schon vor
der Belastung:

Nitrolingual®

Kimchi, A.: Erhöhte Belastbarkeit nach Behandlung mit Nitroglycerin-Spray. Eine neue und wirksame Therapie bei Angina pectoris, Circulation 67, S. 124-127 (1983).

„Diese Studie veranschaulicht die prophylaktische Wirksamkeit von GTN-Spray [Nitrolingual®] bei Patienten mit diagnostizierter KHK und mit belastungsinduzierten Angina pectoris-Anfällen.“

(Die Übersetzung ist als Sonderdruck erhältlich.)



Ab Charge NSAO116 ist der Spray transparent und der Füllstand sichtbar.

**Nitrolingual
Spray**

200 Spraygaben

1 Spraygabe enthält 0,4 mg Glycerolnitrat (Nitroglycerin). Bei Bedarf 1-2 Spraygaben in den Mund sprühen.

Nitrolingual® (Kps.)-Spray: Zus.: 0,8/0,4 mg Glyceroltrinitrat; Ind.: Angina pectoris, Lungenödem, Herzasthma, spast. Gallenwegskoliken; Koronarsklerose, Kardiospasmus, Spasmen bei Pankreatitis (Kps.); spast. Migräne (Spray); Kontraind.: akute Hypotonie; Nebenw.: kurzzeitig Kopfdruck, Blutdrucksenkung mit Pulsbeschleunigung; Dos. u. Anw.: 0,4-0,6 mg sublingual oder gem.-ärztl. Anweisung; Hinw.: Kps. u. Spray trocken bei Zimmertemperatur lagern. Flasche nicht gewaltsam öffnen; Handelsl.: N1 30 Kps. DM 5,65; N2 50 Kps. DM 8,82; N3 100 Kps. DM 16,95, AP 300 Kps.; OP 1 Flasche mit 200 Spraygaben DM 15,05, AP.

G. Pohl-Boskamp
GmbH & Co., D-2214 Hohenlockstedt



THERAPIE WOCHE

INHALT

Heft 20 □ 13. Mai 1985

H. Schönborn
Antihypotonika –
überflüssig oder wertvoll?..... 2423

Klinische Lymphangiologie

Therapiekongreß Karlsruhe

M. Földi
Das Lymphödem..... 2430

E. Földi
Das maligne Lymphödem 2431

A. Brügger
Weichteil- und degenerativer Rheumatismus
und Lymphgefäßsystem. Zur Frage der
Mitbeteiligung des Lymphgefäßsystems beim
Zustandekommen des „Schulterrheumas“ 2436

H. Weißleder
Lymphszintigraphische Untersuchungen beim
Armlymphödem 2448

R. G. H. Baumeister
Die chirurgische Therapie des Lymphödems 2459

Originalarbeiten aus Forschung Klinik Praxis

R. Heitmann / B. Scriba
Medikamentöse Beeinflussung von Fettstoff-
wechselstörungen 2471

**P.-M. Pfennig / E. Thies / E. Lambrich /
P.-H. Ridder / M. Otte**
Therapie der exokrinen Pankreasinsuffizienz
mit säuregeschützten Pankreasenzymen 2475

Fortsetzung der Inhaltsübersicht umseitig



R. G. H. Baumeister

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität München (Direktor: Prof. Dr. G. Heberer),
Klinikum Großhadern, München

Die chirurgische Therapie des Lymphödems

Für die Therapie von Lymphödemem mit chirurgischen Mitteln bestehen drei prinzipielle Möglichkeiten: a) Resektionsmethoden, b) ableitende Verfahren, c) ein rekonstruktives Verfahren.

Resektionsmethoden

Durch Resektion von überschüssiger Haut und verdicktem Subkutangewebe, meist unter Mitnahme der Faszie, wird versucht, den Umfang der ödematösen Extremität zu reduzieren. Die Deckung der Wundfläche erfolgt dann entweder mit gestielten dünnen Lappenplastiken, sofern die Haut nicht zu verändert ist (Homans, Servelle). Insbesondere wenn die Haut der betroffenen Areale nicht mehr zu verwenden ist, kann die Deckung durch Spalthauttransplantate erfolgen (Charles). Von Mikulicz und Sistrunk wurden einfache Keilexzisionen des überschüssigen Gewebes empfohlen. Bei dem Verfahren nach Thompson wird das deepithelialisierte Ende eines Lappens, welcher die gesamte Länge der Extremität umfaßt, nach der Resektion des Unterhautfettge-

webes in die Tiefe geschlagen und den Gefäßen der Extremität mit den dort verlaufenden Lymphbahnen genähert. Dadurch soll neben dem Effekt der Resektion eine Lymphableitung in die Tiefe erfolgen. Somit ist hier eine Kombination zwischen Resektion und ableitendem Verfahren angestrebt.

Resektionsverfahren stellen eine Ultima ratio bei der Therapie elephantiasisch veränderter Extremitäten dar. Bei zu geringer Radikalität droht ein Rezidiv, da die verminderte Lymphtransportkapazität nicht verbessert wird. Bei radikaler Entfernung der Haut und des Subkutangewebes kann sich der Nachteil der dünnen Hautdecke durch Keloidbildung und Ulzerationen bemerkbar machen.

Ableitende Verfahren

Durch ableitende Verfahren wird versucht, die Lymphe auf abnormalem Wege aus der betroffenen Extremität zu entfernen. Alte Methoden versuchten eine Ableitung vom epifaszialen zum subfaszialen Raum durch versenkte Faszienstreifen (Lanz) oder durch Faszienresektion (Kondoleon). Eine Lymphableitung wurde auch durch Einbringen von

am Magen gestieltem Omentum majus in die Wurzeln der ödematösen Extremität versucht (Goldsmith). Gestielte Ileumsegmente, welche eröffnet und von der Mukosa entblößt in das ödematöse Bein eingebracht werden, verfolgen das gleiche Ziel (Kinmonth), ebenso wie Lappenplastiken aus Haut und Subkutangewebe, die eine lokale Lymphabflußblockade an der Extremitätenwurzel überbrücken sollen.

Der Beobachtung von lymphovenösen peripheren Fisteln unter pathologischen Umständen entspricht die Anlage von artefiziellen lymphovenösen und lymphonodolovenösen Anastomosen. Damit wird peripher des Venenwinkels Lymphe in das venöse System zurückgeleitet. Zunächst wurden Lymphbahnen mit speziellen Nadeln in die Venen End-zu-Seit eingeführt (Degni). Später erfolgten subtile mikrochirurgische End-zu-End-Anastomosen zwischen Lymphbahnen und kleinen Venen (O'Brien).

Unterschiedliche Drücke im venösen und lymphatischen System sowie Thrombenbildungen an den Anastomosen stellen Hauptprobleme dieser Methode dar.

Das Einziehen von Fäden in der ödematösen Extremität, die in gesunde Gewebsareale des Rumpfes geleitet werden, entspricht der Vor-



stellung einer Dochtwirkung mit einer daraus resultierenden Ableitungsmöglichkeit von Lymphe (Handley).

Diese Methode ist verlassen. Eine Neuentwicklung mit ähnlicher Zielrichtung stellt das Einziehen von Kunststoffschläuchen mit und ohne Ventile in das Subkutangewebe dar (Schrudde).

Direkte Rekonstruktion

Eine direkte Rekonstruktion eines lokal unterbrochenen Lymphabstroms stellt die mikrochirurgische autologe Lymphgefäßtransplantation dar. Damit kann die verminderte lymphatische Transportkapazität, die das Lymphödem verursacht, entscheidend verbessert werden.

Lymphbahnen vom Oberschenkel des Patienten werden im Falle eines Armlymphödems zwischen aufsteigenden Lymphbahnen am Oberarm und tiefen Halslymphbahnen interponiert.

Im Falle eines einseitigen Beinlymphödems werden die Transplantate über die Symphyse geleitet. Die Anastomosen werden als End-zu-End-Anastomosen mit Hilfe der sog. zugfreien Anastomosierungstechnik unter dem Operationsmikroskop mit 40facher Vergrößerung gefertigt.

Hauptindikationsgebiet ist das Postmastektomieödem sowie sonstige iatrogene Lymphödeme durch lokale Lymphbahnunterbrechung. Einseitige primäre Beinlymphödeme bei lokalisierter Atresie der Lymphstrombahn können ebenfalls durch autologe Lymphgefäßtransplantation therapiert werden.

Zwischen Juni 1980 und Juni 1984 wurden 28 Patienten (21 Patienten

mit Armödem und 7 Patienten mit Beinödem) auf diese Weise behandelt. Die Volumendifferenz konnte im Mittel um 60% reduziert werden. Diese Reduktion war auch nach einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 115 Wochen nachzuweisen. Mit Hilfe der Lymphsequenzsintigraphie konnte auch nach mehr als 1 1/2 Jahren postoperativ die Durchgängigkeit der Transplantate bestätigt werden.

Damit handelt es sich bei der autologen Lymphgefäßtransplantation um eine objektivierbare Rekonstruktionsmethode in morphologischer und funktioneller Hinsicht bei Lymphödemem mit einem lokal unterbrochenen Lymphabstrom.

Anschrift des Verfassers: Priv.-Doz. Dr. med. R. G. H. Baumeister, Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität, Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70