

A rare cause for discomfort of the legs

T. Hofer

Dermatologie und Venerologie FMH, Phlebologie SGP, Wettingen, Switzerland

Keywords

Leg discomfort, varicose vein, neural compression, giant lipoma, thigh, calf

Summary

This paper presents two women who visited the phlebology surgery in the opinion that varices would be responsible for their symptoms. Patient 1 complained of nocturnal pain that radiated from the posterior surface of the left thigh to the anterior and lateral surfaces of the knee and lateral aspect of the calf. This pain occurred whenever she changed position. Patient 2 felt numbness in her right foot and an annoying burning sensation in her right heel. She was known to have lumbar discopathy and stenosis of the spinal canal which however, according to neurological diagnosis, could not explain the symptoms. On clinical examination neither had visible nor

palpable varices, nor any recognisable dermal signs of venous hypertension. However, it was conspicuous that the left foot of patient 1 barely reached the floor when she was sitting down. In patient 2 the circumference of the right calf was increased by 2 cm.

In both cases a coarse, circumscribed thickening was palpable deep in the posterior surface of the thigh (patient 1) and the proximal calf (patient 2). This was responsible for the asymmetrical posture in sitting of patient 1. Doppler/duplex sonography did not reveal any pathological findings in either patient. Thanks to MRI scans the cause in both cases was found to be a subfascial tumour that was displacing the musculature, thus compressing nervous structures; once in the thigh (patient 1: 600 g), once in the calf (patient 2: 200 g). In both women the symptoms disappeared after surgical extirpation of the clinically and histologically verified lipomas.

Schlüsselwörter

Beinbeschwerden, Varizen, neurogene Kompression, subfasziale Lipome, Oberschenkel, Wade

Zusammenfassung

Es werden zwei Patientinnen vorgestellt, die sich in der phlebologischen Sprechstunde meldeten in der Meinung, dass Varizen für ihre Beschwerden verantwortlich seien. Ihre Symptomatik ist aus phlebologischer Sicht atypisch und lässt ursächlich an eine peripher-neurologische Kompressionssymptomatik denken. Der Venenstatus ist unauffällig. Als Ursache kann in beiden Fällen ein subfaszial die Muskulatur verdrängendes Lipom, das neurogene Strukturen komprimiert, gefunden werden: einmal im Oberschenkel (600 g), einmal in der Wade (200 g).

Correspondence to:

Dr. med. Thomas Hofer
Dermatologie und Venerologie FMH
Phlebologie SGP
Winkelriedstr. 10, 5430 Wettingen, Schweiz
Tel. +41/56/427 27 22, Fax +41/56/427 00 12
E-Mail: thomas.hofer@hin.ch

Seltene Ursache von Beinbeschwerden

Phlebologie 2009; 38: 267–269
Received: October 14, 2009
accepted: October 19, 2009

Anamnese, Befunde

Beide Patientinnen vermuten als Ursache ihrer Beschwerden „innere Krampfader“.

Patientin 1

Die 59-jährige Frau meldet sich im November 1997 in der Sprechstunde und klagt über nachts auftretende Schmerzen, die von der linken Oberschenkelhinterseite an die Knievorder- und -außenseite sowie Unterschenkelaußenseite ausstrahlen. Diese treten vor allem bei Lageänderungen auf. Gelegentlich lokalisiert diese Patientin beim Aufstehen aus sitzender Position ein Schmerzgefühl in die linke Hüfte. Im Übrigen ist die sportliche Frau absolut beschwerdefrei.

Patientin 2

Die 71-jährige Frau erscheint im August 2009 in der Sprechstunde. Sie verspürt vermehrt ein Taubheitsgefühl im rechten Fuß und ein störendes Brennen in der rechten Ferse. Bei ihr ist eine lumbale Diskopathie und ein enger Spinalkanal bekannt, die laut Abklärung beim Neurologen nicht mit einer Kompressionssymptomatik einhergehen und die Symptomatik nicht zu erklären vermögen.

Klinischer Befund

Klinisch sind bei beiden Patientinnen weder sichtbare noch palpable Varizen erkennbar und auch keine dermalen Zeichen der venösen Hypertension. Bei Patientin 1 fällt jedoch auf, dass

im Sitzen ihr linker Fuß den Boden kaum berührt und über ihm zu schweben scheint. Bei Patientin 2 weist die rechte Wade einen Mehrumfang von 2 cm auf. Zudem fällt eine Konturunregelmäßigkeit der Waden auf (►Abb. 2a).

In beiden Fällen lässt sich eine eher derbe umschriebene Verdickung in der Tiefe der Oberschenkel-Hinterseite (Patientin 1) bzw. der proximalen Wade (Patientin 2) tasten. Bei Patientin 1 ist sie verantwortlich für deren asymmetrische Haltung im Sitzen.

Diagnostik

CW-Doppler/Duplexsonographie

Die phlebologische Abklärung (CW-Doppler bei Patientin 1, Duplexsonographie bei Pa-

tientin 2) deckt keine Refluxe im Bereich epifaszialer Leitvenen, keine transfaszialen Insuffizienzen auf. Bei Patientin 2 kommt die Vena saphena parva regelrecht zur Darstellung. Die üblicherweise darunter erkennbaren Muskelvenen sind aber durch eine homogene Tumormasse nach seitlich und in die Tiefe abgedrängt.

Magnetresonananz (MRI)

Das MRI zeigt bei Patientin 1 eine große, in Längsrichtung 23 cm messende Tumormasse, die kranial den Musculus gluteus maximus nach dorsolateral und die Muskulatur des dorsalen proximalen Oberschenkels nach medial abdrängt (▶Abb. 1).

Bei Patientin 2 ist die Ausdehnung der Masse in Längsrichtung 17 cm und verdrängt subfaszial gelegen, auf Höhe Kniegelenk die beiden Gastroknemiusköpfe nach medial und lateral. Weiter distal imprimiert sie diesen Muskel ohne Abdrängung (▶Abb. 2b).

Histologie

Die histopathologische Untersuchung bestätigt in beiden Fällen die Diagnose eines Lipomes.

Therapie und Verlauf

Beide Patientinnen werden in Spinalanästhesie und Bauchlage operiert.

Der Zugang bei Patientin 1 erfolgt durch eine Querinzision an der linken Oberschenkelhinterseite, 2 cm distal der Glutealfalte. Subfaszial stößt man auf ein großes Lipom (600 g), das stumpf von der abgedrängten Muskulatur abgelöst von distal her enukleiert werden kann. Gegen proximal wird der Lipomstil scharf abgesetzt. Der postoperative Verlauf ist bei Patientin 1 kompliziert durch eine passagere schmerzhafte Dysfunktion des Musculus biceps femoris (Caput longum) und eine Bursitis trochanterica links.

Bei Patientin 2 erfolgt der Zugang durch eine S-förmige Inzision in der Kniekehle. Die

Vena saphena parva wird nach seitlich abgeschoben und ein großes Lipom (200 g) stumpf zwischen den Gastroknemiusköpfen enukleiert, wobei der Nervus suralis, der partiell in diesem Lipom verläuft, ebenfalls stumpf herausgelöst wird und somit unverletzt erhalten bleibt (▶Abb. 2c, d). Der postoperative Verlauf ist komplikationslos.

Bei beiden Patientinnen verschwinden postoperativ die erwähnten subjektiven Beschwerden.

Diskussion

Schweregefühl, Spannen, Schwellung können in einem kausalen Zusammenhang mit gleichzeitig vorliegenden Varizen stehen. Eine Varikophlebitis manifestiert sich mit den klassischen Zeichen der Entzündung. Die Symptomatik der akuten tiefen Venenthrombose erstreckt sich von absolut typisch (z. B. Phlegmasia coerulea dolens) bis zum Fehlen jeglicher Symptomatik. Eine Vielzahl von Beinbeschwerden sind aber orthopädischen, rheumatologischen, neurologischen und angiologisch-arteriellen Ursprungs.

Gar nicht so selten ist es der Anblick der Beine, der weh tut (1). Der Arzt fragt: „Wo haben Sie denn ihre Schmerzen?“ Die Patientin antwortet: „Es schaut so aus!“ Viele Beschwerden sind Ausdruck von Ängsten vor

- einer Thrombose,
- einer plötzlichen, gar tödlich verlaufenden Embolie,
- einer Amputation.

Diese Ängste haben ihren Ursprung in unklaren Erinnerungen an Verwandte und teils auch nur fern Bekannte mit Beinbeschwerden. Aber auch einschlägige Medienberichte und Sendungen halten die Kundschaft buchstäblich auf Trab und veranlassen sie, um in der phlebologischen Praxis nach Rat zu fragen oder aber ganz einfach Beruhigung zu erbitten, dass ihnen nicht unmittelbar solches Ungemach bevorsteht. Der Umgang mit aus phlebologischer Sicht untypischen Beschwerdebilder gehört zum Alltag des Phlebologen.

Die Unsicherheit, welche Beschwerden wirklich Ausdruck einer rein phlebogenen Pathologie sind, mag erklären, weshalb in den Lehrbüchern zur Phlebologie die entsprechenden Abschnitte geradezu vernachlässigbar klein sind im Verhältnis zur Schilderung



Abb. 1 Patientin 1: Gut erkennbar ist dorso-lateral die große tropfenförmige Tumormasse im linken Oberschenkel, welche die Ursache der Asymmetrie im Sitzen ist.

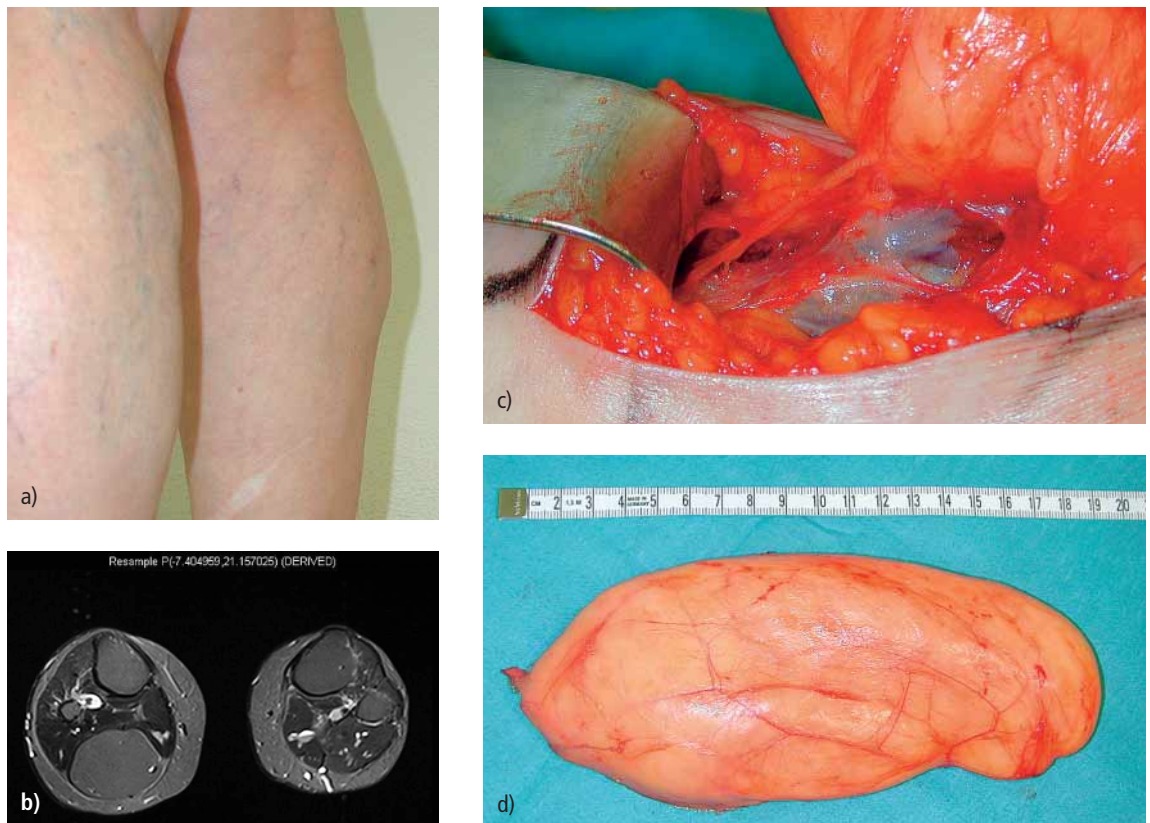


Abb. 2 Patientin 2

- a) Auffallend im Schattenwurf der beiden Waden ist links eine konkave Einbuchtung, rechts eine konvexe Ausbuchtung.
 b) Deutlich erkennbar ist in der rechten Wade, wie das Lipom die Muskulatur verdrängt (Rückenlage, Blick von distal).
 c) Erkennbar ist die Vena poplitea mit Abgang der Vena saphena parva und Muskelvenen, gestreckt der Nervus suralis, mit dem Lipom verbunden.
 d) enukleiertes Lipom

klinischer Erscheinungsbilder, die als Ausdruck der venösen Pathologie sich dem Arzt präsentieren können (2, 3). So orientiert man sich als Phlebologe lieber an Handfestem, an der sichtbaren, tastbaren, evtl. apparativ erkennbaren Klinik.

1997 stellte sich eine Patientin mit eben so typisch untypischen Beinbeschwerden vor, denen schlussendlich ein großes subfaszial die Muskulatur des Oberschenkels abdrängendes Lipom zu Grunde lag. Im Spätsommer 2009 spielte sich bei einer zweiten Patientin ähnliches in der Wadenmuskulatur ab. Nachdem der erste Fall noch als Kuriosum galt, gibt der zweite Fall Anlass, anhand der beiden Fälle die Pathogenese der Beinbeschwerden als Rarität erneut vorzustellen.

Unter „giant lipoma of the thigh“ finden sich im PubMed Hinweise auf 18 Publikationen. Eine der ersten erfolgte 1966 im Zentralblatt für Chirurgie (5). Als Komplikationen

werden neurale Kompressionssymptome, traumatisch bedingte Einschmelzung mit konsekutiver eitriger Fistulierung, Einschränkung der Beweglichkeit beschrieben. Da ein Liposarkom nie mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, wird die operative Revision in allen Fällen empfohlen (4).

Schlussfolgerung

Die einfachen diagnostischen Methoden des Dermatologen wie genaues Hinschauen und Ertasten kommen ihm auch in der Phlebologie zugute, indem er Asymmetrien leicht zu erkennen vermag. Mit „Hands on“ nicht nur am Doppler/Duplexgerät sondern eben auch direkt am Patienten, vermag er bereits palpatorisch eine seltene Ursache von nicht typischen Beinbeschwerden erahnen.

Literatur

1. Blättler W. Possible correlation between venous complaints and psychological status. *Vasa* 1991; 32 (Suppl): 599–604.
2. Hach-Wunderle V, Scheffler A, Strauss AL. Anamnese und Beschwerdebild. In: Rieger H, Schoop W (Hrsg). *Klinische Angiologie*. Berlin: Springer 1998: 888–890.
3. Ramelet AA, Moni M. 5. Klassifikation der Varicose und der primären Veneninsuffizienz der unteren Extremitäten. In: Ramelet AA, Moni M (Hrsg). *Phlebologie. Leitfaden für die Praxis*. Karger Kommunikation 1993: 63–75.
4. Terzioglu A, Tuncali D, Yuksel A, Bingul F, Aslan G. Giant lipomas: a series of 12 consecutive cases and a giant liposarcoma of the thigh. *Dermatol Surg* 2004; 30: 463–467.
5. Zeitler D. Clinical case of a giant lipoma of the thigh. *Zentralbl Chir* 1966; 91: 1608–1611.