Schaden begrenzen

Therapie des Lymphödems

Prof. Dr. Knut Kröger, Klinik für Gefäßmedizin, Krefeld

Ein Lymphödem ist Folge eines gestörten Lymphgefäßsystems. Dieser Schaden, ob angeboren oder erworben, kann bis heute weder pharmakologisch, interventionell noch operativ beseitigt werden. Die Therapie des Lymphödems kann also keine Heilung herbeiführen, sondern nur die Folgen des Lymphschadens begrenzen. Das Ziel aller Maßnahmen ist es, den Lymphabfluss zu verbessern, bereits vorhandene fibrosklerotische Gewebsveränderungen zu erweichen und eine reaktive Bindegewebsvermehrung zu verhindern.

Die Basistherapie eines Patienten mit einem Lymphödem (**Abb. 1**) besteht aus Kompressionsbandagierungen, medizinischen Kompressionsstrümpfen, entstauenden Bewegungsübungen, einer Hautpflege und manuellen Lymphdrainagen. Diese Maßnahmen führen aber nur dann zum Erfolg, wenn sie im Sinne der „komplexen physikalischen Entstauungstherapie (KPE)“ aufeinander abgestimmt sind.

Am Anfang steht die intensive Entstauungssphase. Die Intensität kann abhängig vom Befund ambulant 2–3x pro Woche oder stationär 2 x am Tag erfolgen. Sie kann beendet werden, wenn keine weitere Reduktion des Umfangs erzielt werden kann (meistens 3–6 Wochen). Entstauende Verbände sind als mehrschichtige La-

genverbände aus elastischen Binden direkt nach der Lymphdrainage anzulegen.

Kompressionstherapie

Der Kompressionstherapie ist fester Bestandteil der Behandlung. Das Material für die Bandagierung muss zusätzlich rezeptiert werden. In der Phase der Initialen Entstauung ist ein Kompressionsverband im Anschluss an die Lymphdrainage sofort anzulegen und bis zur nächsten Lymphdrainage zu belassen. Erst auf die entstaute Extremität darf der Kompressionsstrumpf/-ärmel angemessen werden. Klassischerweise wird wegen der besseren Anpassbarkeit und Druckverteilung eine flachgestrickte Kompressionsware empfohlen. In dieser Umstellungsphase von Kompressionsverband auf Kompressionsstrumpf

sind Rückschläge häufig, da man im Vorfeld nicht weiß, wie schnell sich das Ödem erneut bildet. Allein die erste Nacht ohne Kompression und/oder das Anziehen des Strumpfes erst nach dem Frühstück kann bereits zu einer erneuten Ödembildung führen, die das Anziehen des gerade angefertigten Strumpfes unmöglich macht. Daher ist diese Übergangsphase sehr individuell zu gestalten und bedarf eines Verständnisses für die Therapie und eine gute Mitarbeit von Seiten des Patienten.

Apparative intermittierende Kompression

Neben der MLD gibt es die apparative intermittierende Kompression (AIK). Hierbei wird über eine automatische Insufflation von einzelnen Luftkammern wellenartig Druck auf die Extremität ausgeübt. Die AIK ist nicht mit einer MLD gleichzusetzen. Die MLD fördert gezielt den Lymphabfluss aus der Axilla und der Leiste über den Rumpf. Bei geöffneten Lymphgefäßen führen dann der sofort angelegte Kompressionsverband und die Muskelbewegung zur Entstauung. Diese kombinierte Wirkung fehlt der AIK. Sie sollte also nicht als Ersatz für die MLD eingesetzt werden, sondern in Ergänzung. In der stabilen Behandlungsphase kann der Einsatz der AIK das Intervall für die MLD verlängern.

Probleme im Alltag

Je weniger ausgeprägt das Lymphödem und die Gewebeveränderungen sind, desto besser sind die Therapieziele zu erreichen. Die Unkenntnis über die Therapieziele führt dazu, dass gerade in den Frühstadien eines Lymphödems keine Therapie eingeleitet wird. Je ausgeprägter der Gewebeumbau bereits ist, desto schlechter sind die Therapieergebnisse. Nur eine adäquate KPE kann aber eine weitere Verschlechterung bis hin zur kompletten Einsteifung der Extremität verhindern. Da in solchen fortgeschrittenen Ödemstadien die Therapieergebnisse für Arzt und Patient häufig kurzfristig nicht klar erkennbar sind, besteht das größte Problem darin, dass die Therapie zu früh wieder eingestellt wird.

1 Fortgeschrittenes Lymphödem mit einer Papillomatosis lymphostatica. Diese Spätschäden gilt es durch eine komplexe Entstauungstherapie zu verhindern.

© Prof. Dr. K. Kröger