

Brunner U. Fleischlin C.

Grundpfeiler eines Behandlungsplanes für das primäre Lymphödem der Beine

Ödem Jahresb. Perimed Verlag 1986 ;87-90

Die vorgelegte Übersicht hat nicht den Zweck, einen physiotherapeutischen Lehrgang abzustecken, sondern den gegenwärtigen Zug eines "roten Fadens" aufzuzeigen, welcher im Laufe von 20 Jahren erarbeitet wurde und heute eigengebräuchlich in der täglichen Routine, in der Dokumentation und im Unterricht eine gewisse Orientierung innerhalb der komplexen lymphostatischen Schwellungsverhältnisse erlaubt. Ein Film mit didaktischem Akzent wurde 1979 gedreht.

Die chirurgischen Herausforderungen des primären Lymphödems erstrecken sich auf Palliativmaßnahmen im Terrain der Schwellung selbst, dann aber auch auf die Behandlung zahlreicher Begleitsymptome und Folgezustände. Physiotherapeutische Vor-, Begleit- und Nachbehandlungen sind aus chirurgischen Behandlungsgängen nicht wegzudenken.

Das *Ziel* unseres Behandlungsplanes liegt darin, den Patienten mit primärem Lymphödem so zu verselbständigen, daß er schließlich "ein Leben *mit* seinem Bein zu führen vermag und nicht ein solches *für* sein Bein" (*Anne Sonderegger*). Der Weg zu diesem Ziel führt im wesentlichen durch 2 Etappen:

Beurteilung der Ausgangslage

Diese umfasst mit vielfältigen Querverbindungen ärztliche sowie physiotherapeutische Informationsquellen und gliedert sich in:

Anamnese

- Familiäre Belastung
- chronischer oder akuter Spontanbeginn oder mit auslösendem Ereignis
- Lebensalter bei Erst- und Zweitmanifestationen
- Verlaufsform ascendierend oder descendierend

Subjektive Angaben

- Schmerzen und Behinderungen wegen Schwellung allgemein oder örtlich betonter Veränderungen

Objektive Bestandsaufnahme

- Grundform vom distalen oder vom proximalen Typ
- Lokale Eigenheiten
- Direkte lymphostatische Begleit- und Folgezustände (Fußmykose, Lymphfisteln)
- Indirekte Begleit- und Folgezustände (Dyskonditionierungen, statische Folgen)

Grundpfeiler eines ersten Behandlungsplanes

Dieser Plan gilt vorwiegend für ambulantes Krankengut und erstreckt sich über ca. 3 Monate. Im wesentlichen verfolgt er 3 Absichten:

- Schmerzbekämpfung
- Qualitative Überprüfung entstauender Maßnahmen auf unmittelbares Ansprechen, Kurzzeitwirkung (Stunden) und Langzeitwirkung (Tage).
- Persönlichkeitsanalyse im Hinblick auf die angestrebte Verselbständigung des Patienten.

Wird der Patient für diese erste Phase hospitalisiert, was aus distanzlichen Gründen gelegentlich notwendig ist, läuft sie selbstredend schneller (ca. 14 Tage), aber unter den gleichen Gesichtspunkten ab.

Phase I: 12 Sitzungen / 3x wöchentlich

Zur Schmerzbekämpfung

Diese erstreckt sich auf Korrektur von Haltungsschäden, Gangschulung und elektrotherapeutische Maßnahmen in Richtung Periostosen, Ligamentosen und Tendomyosen.

Zur qualitativen Überprüfung entstauender Maßnahmen

Als integrierter Forschungs- und Lehrkörper einer Kantonalen Schule für Physiotherapie halten wir uns in Tabelle 2 absichtlich an die Fachausdrücke der klassischen Massage und Heilgymnastik. Moderne, lymphbewußte Verfeinerungen sind darin integriert.

Die Summe erprobter und sinnvoller Maßnahmen bezeichnen wir seit der Jahresversammlung 1975 (Rheumazentrum Zurzach) der Schweiz. Gesellschaft für Phlebologie zum Thema "Physikalische Therapie und Phlebologie und Lymphologie" als "Kombinierte physikalische Entstauungstherapie".

Ein geraffter Ablauf derselben findet sich in Tabelle 3.

Die Entstauungsgymnastik wurde 1969 entworfen und am 4. Internationalen Kongreß für Phlebologie (Luzern 20.-24. 9. 71) ausgereift vorgetragen. Sie wurde anfänglich in Gruppen durchgeführt, doch erwies sich das Muster der Persönlichkeiten von Lymphödemträgern und deren Schwellungscharakter dafür als zu vielfältig. Ein individuelles Anlehen und ebenso individuelle Kontrollen sind für den Erfolg unerlässlich. Den Patienten wird ein Merkblatt abgegeben.

Die manuelle Entstauung richtet sich einerseits auf die Grundform des Lymphödems. Sie berücksichtigt dabei die Grundsätze der Lymphdrainage nach *Vodder* und seiner heute weltweit verbreiteten, direkten und indirekten Schüler. Andererseits aber findet sie ihre Bedeutung in der Beseitigung örtlicher Schwellungen und örtlicher Indurationen als Vorbereitung zur Bestrumpfung. Eine besondere Krux sind die wurstförmigen Zehen, das Fußrückenödem und vertiefte natürliche Hautfalten auf allen Stufen des Beines.

Die apparative Entstauung mit intermittierender Kompression erfordert einen kritischen Einsatz, läßt sich aber gegebenenfalls individuell im Rahmen der kombinierten Entstauungstherapie vor allem zur Verselbständigung der Patienten sinnvoll einsetzen. Im Laufe der letzten Jahre ergaben sich folgende Indikationen und Erfahrungen:

- Behandlung ebenmäßiger Grundformen lymphostatischer Zustände im sogenannten reversiblen Stadium. Im sogenannten irreversiblen Stadium stößt sie auf die enorme Resistenz der typisch "harten" Schwellung. Den vollen therapeutischen Effekt entfaltet sie deshalb im Rahmen eines umfassenden Therapieplanes.
- Abtragung von Schwellungsschüben während der Schwangerschaft, nach Trauma, Erysipel oder im Sommer.
- Unmittelbare Nachbehandlung gewebssreduzierender Operationen.
- Typische lokale Eigenheiten des Lymphödems werden kaum beeinflusst.
- Die ascendierende und die deszendierende Schwellungstendenz des primären Lymphödems erfordern einen differenzierten Einsatz.
- Komplikationen des Lymphödems sind im Ablauf der Behandlung zu erfassen und erfordern gelegentlich eine Unterbrechung der intermittierenden Kompression.

An Apparaten stehen heute zur Verfügung: Flowtron (1 Kammer), Multicom (3 Kammern), Phlebomat, Vaskulator (Druckwellen).

Die *Bandagierung* übergreift integrierend manuelle und apparative Entstauung. Sie wird entsprechend der Grundtechnik mit textilelastischen Binden vorgenommen, mit Schaumgummieinlagen gezielt auf örtliche Schwellungen und Indurationen angesetzt und nach Möglichkeit auch nachts und unter Druckstiefeln jeder Art angewandt. Ein besonders origineller Einfall von *H. R. van der Molen* war die Einbandagierung kleiner Bällchen zur Entstauung von Fußrückenödemen. Solche Hartgummibällchen werden in der Hundedressur gebraucht und sind deshalb in Tierhandlungen und nicht in Spielwarengeschäften zu suchen.

Phase II: Bestrumpfung

Die Bestrumpfung ist der abschließende und zugleich integrierendste Bestandteil des 1. Behandlungsplanes. Der Patient mit Lymphödem braucht seinen medizinischen Kompressionsstrumpf wie der Amputierte seine Prothese. Durch die manuelle Vorbehandlung wurden lokale Indurationsfelder, Wülste und Kissen so erweicht, daß die Form des Beines nicht nur durch Maßstrümpfe, sondern auch durch Sortimentsstrümpfe gehalten werden kann. Gerade beim Lymphödem mit seinen örtlich betonten Schwellungen und funktionellen Barrieren in Form vertiefter natürlicher Hautfalten ist von wegweisender Bedeutung, daß der Patient seine eigenen Besonderheiten kennt und im Anziehen des Strumpfes individuell angeleitet wird.

Weil sich die Strumpfgröße unter kombinierter physikalischer Entstauung zusehends verringert, wird die "definitive" Bestrumpfung erst nach Abschluß der 12 ersten Sitzungen vorgenommen. Stehen "Versuchsstrümpfe" zur Verfügung, ist ihre Anwendung schon nach der 2. Behandlung angezeigt.

Wurstförmige Zehen und bombierte Fußrücken sowie jede Tendenz zu überhängenden Falten unterhalb des Kniegelenkes sind besondere Detailprobleme.

Manifestation der Schwellung

Familiär ± angeboren	35	(6,5%)
Spontan chronisch	470	(88%)
<u>Spontan akut</u>	<u>31</u>	<u>(5,5%)</u>
1.9.1985	536	

Tab. 1: Primäres Lymphödem der Beine (536 Pat.): Manifestation der Schwellung.

1. 12 Sitzungen kombinierter physikalischer Entstauungstherapie (3x wöchentlich)

- Entstauungsgymnastik
- Manuelle Entstauung
- Apparative Entstauung
- Bandagierung
- Gangschulung
- Elektrotherapie zur Schmerzbekämpfung und Resorption

Einüben eines Hausprogrammes

2. Bestrumpfung

3. 12 Sitzungen kombinierter physikalischer Entstauungstherapie (1 - 2x wöchentlich)

- Kompressive Detailmaßnahmen
- Orthopädische Maßnahmen
- Dermatologische Maßnahmen
- Soziale Maßnahmen

Tab. 2: Grundpfeiler für einen ersten Behandlungsplan bei primärem Lymphödem der Beine.

1. Aktive Maßnahmen:

Entstauungsgymnastik Gangschulung (Integration der Zehenbewegungen in den Gehakt)

2. Passive Maßnahmen:

2.1 Manuelle Entstauung

Rückenlage:

- Allgemeine Ausstreichung am hochgelagerten Bein
- Kreisknetung der regionalen Lymphknoten an der Wurzel der Extremität
- Kreisknetungen entlang und in Richtung der physiologischen Lymphstromgebiete
- Handmassage örtlicher Indurationsfelder und örtlich betonter Schwellungen
- Kreisknetung der regionalen Lymphknoten
- Allgemeine Ausstreichung

Bauchlage:

- Allgemeine Ausstreichung
- Kreisknetung der poplitealen Lymphknoten
- Weiterer Ablauf wie oben in Rückenlage

Rückenlage:

- Kreisknetung der regionalen Lymphknoten an der Wurzel der Extremität
- Allgemeine Ausstreichung

2.2 Apparative Anwendungen

Regelmäßige Anwendung nur nach vorausgegangener Testung ihrer Wirksamkeit im einzelnen Fall und nur im Anschluß an manuelle Entstauung: Flowtron (1 Kammer), Multicom (3 Kammern), Phlebomat, Vaskulator (Druckwellen)

2.3 Bestrumpfung mit Sortiment Sigvaris oder Maßstrümpfen

3. Elektrotherapeutische Maßnahmen:

Gegen schmerzhaftige Dyskonditionierung (Periostosen, Ligamentosen, Tendomyosen infolge Fehlbelastung) Resorptiv gegen Vertiefung natürlicher Hautfalten und örtliche Indurationsfelder

Tab. 3: Kombinierte physikalische Entstauungstherapie (geraffter Ablauf).

Phase III: 12 Sitzungen 2x wöchentlich

Jetzt stehen Patient und Therapeut in der Bewährungs- und Korrekturphase der eingangs eingeleiteten und individuell abgecheckten Anwendungen. In dieser Phase drängen sich immer wieder Hilfeleistungen auf, über deren Notwendigkeit sich der Patient während nochmals 12 Sitzungen mehrmals aussprechen kann.

Kompressive Detailmaßnahmen:

- Ausschalten von Applikationsschwierigkeiten
- Allgemeine Modifikationen (z. B. Doppelstrümpfe, Maßstrümpfe)
- Örtliche Modifikationen (z. B. Modifikation Plus des Sortimentes Sigvaris)

Orthopädische Maßnahmen:

- Diese beziehen sich vor allem auf die Linderung von Metatarsalgien im Verlauf einer Kompressionstherapie mit Strümpfen. Bei einer Untersuchung von 50 zufällig ausgewählten Lymphödem-Patienten im Alter von 13-70 Jahren fand sich bei 45 Patienten eine Spreizfußdeformität. Mit 90 % liegt diese Deformität im lymphödematischen Krankengut deutlich über der Norm. Die Erklärung dafür bleibt hypothetisch und läuft möglicherweise über eine Inaktivitätsatrophie der Muskulatur am Vorfuß, deren Progression durch Strumpfbehandlung unterstützt wird. Retrokapital abstützende Einlagen sind die Maßnahme der Wahl, evtl. sogar Einweben retrokapitaler Pelotten in die Kompressionsstrümpfe.

Dermatologische Maßnahmen:

- Behandlung chronischer Fußmykosen
- Behandlung und Prophylaxe von Allergien und mechanischer Unverträglichkeit der Kompressionsstrümpfe

Soziale Maßnahmen:

- Ergonomische Beratung
- Berufswechsel Umschulung
- Familienberatung

Grundsätze für einen Behandlungsplan auf Dauer

Für Dauererfolge sind maßgebend:

- Konsequenz des Patienten
- Geduld und Therapiebereitschaft des Therapeuten
- Sofortige Kupierung von akuten Schwellungsschüben,

Schmerzsyndromen und anderen Komplikationen

- Behandlungstöße während jahreszeitlich regelmäßigen Exazerbationen
- Intensivtherapie während Schwangerschaft

Schlussfolgerungen

Die klinische Lymphologie ist zu einem wichtigen Teilgebiet der Angiologie im allgemeinen Sinne dieser Spezialität geworden. Patienten mit Lymphödem suchen nach Ärzten und Therapeuten, die ihnen eine *Führung* durch dieses chronische Leiden anbieten und insbesondere auch mit den diversen Komplikationen der

chronischen Lymphostase vertraut sind. Die nötige Erfahrung im Umgang mit den in Mitteleuropa allerdings noch eher seltenen Lymphödemen der Beine kann jedoch nur am Krankengut lymphologischer Zentren erworben werden.

- Bremsung akuter Schwellungsschübe
- Linderung akuter Schmerzsyndrome
- Erfassung akuter und chronischer Komplikationen
- Regelmäßige Revision der Strumpfgrößen

Tab. 4: Grundsätze für einen Behandlungsplan auf Dauer.