

Mannheimer E.

## **Konservative Therapie des sekundären Armödems nach Ablatio mammae**

*Ödem Jahresb. Perimed Verlag 1986;83-4*

Angiologische Abteilung der Kardiologischen Univ.-Klinik, Wien

Die Therapie des Lymphödems nach Mammaresektion bzw. Ablatio mit Nachbestrahlung ist unbestritten eine konservative. Leider ist noch immer sowohl bei Chirurgen als auch bei Strahlentherapeuten ein gewisser Fatalismus gegenüber dem Auftreten dieser Ödeme vorhanden, und eine große Anzahl von Patienten mit und ohne Tumorrezidiv bleibt durch Jahre unbehandelt.

Jedem auf diesem Gebiete einigermaßen Vertrauten ist klar, daß gerade bei derartigen Patienten die Therapie so bald als möglich einsetzen sollte, da der Erfolg bei noch reversiblen, nicht fibrosierten Fällen ein erheblich besserer und dauerhafterer ist.

Wir haben bei unseren Patienten versucht, eine Relation dahingehend zu erarbeiten, ob der Zeitpunkt des Auftretens des Ödems von der Strahlendosis, den angewandten Feldern bzw. der Operationstechnik abhängt, konnten jedoch hierbei keine sicheren Zusammenhänge aufdecken. Wir haben einerseits Patienten mit Teilresektion und Nachbestrahlung, bei denen etwa 4 Monate nach der Bestrahlung ein beträchtliches Ödem aufgetreten ist, und andererseits Patientinnen mit totaler Ablatio mit Mitnahme der axillären Lymphknoten und ausgedehnter Bestrahlung, bei denen das Ödem bis zu 4 Jahre nach der Bestrahlung in Erscheinung trat.

Viel wesentlicher für den Erfolg der Therapie scheint der Beginn der Behandlung in Relation zur Dauer des bestehenden Ödems zu sein, und zwar unabhängig davon, wie lange die Bestrahlung zurückliegt. D. h., Patienten, bei denen die Bestrahlung etwa 2 Jahre zurückliegt und das Ödem erst seit etwa 4 Monaten besteht, haben mit großer Wahrscheinlichkeit den gleichen Erfolg zu erwarten wie Patienten, bei denen das Ödem unmittelbar nach der Bestrahlung auftritt und sofort einer Therapie zugeführt wird. Unser Therapiekonzept beim sekundären Armödem besteht aus 3 Anteilen:

1. Es wird grundsätzlich bei allen Patienten mit der Lymphdrainage am vorderen und hinteren Thoraxquadranten der befallenen Seite begonnen und erst nach Mobilisierung der Lymphe und Abfluß aus diesen Bereichen die Massage des Armes angeschlossen.

2. Nach Massage des Armes vom Handrücken beginnend bis zum Schulterbereich wird noch eine maschinelle Entstauung mit einem Lymphapreßgerät angeschlossen. Die gesamte, 3mal wöchentlich durchgeführte Therapie dauert 1 Stunde.

3. Die Patientin erhält einen angepaßten Armstrumpf, der tagsüber getragen werden muß. Medikamentöse Therapie wird nicht durchgeführt, eine gleichzeitig eingeteilte adjuvante Chemotherapie wird fortgesetzt.

Bei lokalen Thoraxwandrezidiven haben wir früher die Therapie ausgesetzt, aufgrund vorliegender experimenteller Daten glauben wir allerdings nunmehr zu einer Fortsetzung berechtigt zu sein. Lediglich bei Verdacht auf lokales Erysipel wird die Massage sofort unterbrochen und erst nach ausreichender Penicillintherapie und kompletter klinischer Abheilung wieder begonnen.

## Ergebnisse

Von 30 Patienten mit einem Ödem, das zwischen 3 Wochen und 4 Monaten besteht (unabhängig von der Zeitdauer seit der Operation bzw. Bestrahlung), konnte bei 24 Patienten ein komplettes Verschwinden des Ödems von Handrücken und Unterarm erzielt werden, bei den verbliebenen 6 Patienten blieb der Unterarmumfang 1-2 cm über dem der kontralateralen Seite.

Die Oberarmschwellung hat bei allen Patienten deutlich abgenommen (13,8 %), ist jedoch in ihrem Umgang durchwegs 3-4 cm über dem des gesunden Armes geblieben. Auffallend ist, daß die Patienten bereits nach 2-3 Behandlungen, wenn also der gemessene Umfang noch kaum abgenommen hat, eine subjektiv deutliche Besserung des Schwere- und Spannungsgefühls angeben.

Die Dauer der Behandlung richtet sich naturgemäß nach dem Erfolg und schwankt zwischen 4 Monaten und 1 Jahr, wobei nach 2 bis 3 Wochen auf 2mal wöchentlich zurückgegangen wird. Nach Abschluß der Serie werden die Patientinnen monatlich zur Kontrolle bestellt, da bei Wiederauftreten einer leichten Verschlechterung durch wenige Behandlungen diese wieder reversibel ist. Der Armstrumpf muß allerdings weiter getragen werden, eine Hochlagerung der Extremität nützt im Gegensatz zu venösen Stauungen nur wenig und wird nur dann durchgeführt, wenn sie vom Patienten als subjektiv angenehm empfunden wird.

Zusammenfassend haben sich die kombinierte, ambulant durchführbare, manuelle Lymphdrainage und apparative Entstauungstherapie bei sekundärem Armlymphödem gut bewährt, wobei eine - bei uns jetzt gut funktionierende - Zusammenarbeit von Chirurgen, Chemotherapeuten und Strahlentherapeuten die Erfolge noch wesentlich verbessern kann.