

MLD bei Krebs

Manuelle Lymphdrainage und Ödemtherapie in der ambulanten Praxis bei Patienten nach Krebsoperationen

Die Manuelle Lymphdrainage und Ödemtherapie – oder Physikalische Ödemtherapie – oder wie von Dr. Asdonk damals empfohlene Komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE), ist aus der ambulanten Massage- und Physiotherapiepraxis nicht mehr wegzudenken.

Die Verordnungen für diese Therapie kommen aus den unterschiedlichsten medizinischen Bereichen. Eine wichtige Indikation für die Arbeit in der ambulanten Praxis ist der Zustand nach Krebsoperationen. Hier bekommen wir Zuweisungen von Hausärzten, Internisten, Onkologen, Gynäkologen und Radiologen – um einige Beispiele zu nennen. Sekundäre Lymphödeme beginnen im Gegensatz zu primären Lymphödemen meistens proximal und breiten sich nach distal aus, eine deszendierende Ödematisierung.

Für das sekundäre Lymphödem gibt es viele Ursachen:

Operationen	= postoperatives Lymphödem
Bestrahlungen	= postradiogenes Lymphödem
Metastasen	= malignes Lymphödem
Traumen	= posttraumatisches Lymphödem
Infektionen	= postentzündliches Lymphödem
Entzündungen	= postentzündliches Lymphödem (durch unbelebte Reize)
Parasiten	= parasitäres Lymphödem
Selbstschädigung	= artifizielles Lymphödem

Für die ambulante Massage- oder Physiotherapiepraxis steht an erster Stelle das sek. Armlymphödem nach Mamma-Ca-Operation – (Mammaamputation, Ablatio Mammae, Mastektomie), aber auch für Teilresektionen und für Patient*innen mit einer Mastektomie und einer anschliessenden Brustrekonstruktion. Die axillären Lymphknoten sind dabei komplett oder teilweise ausgeräumt. Bei der brusterhaltenden Operation (Abb. 1) kann nach einem postoperativen exsudativen Ödem auch ein sekundäres Mamma- oder Rumpfwandlymphödem entstehen. Die Betroffenen können einseitig oder beidseitig operiert sein. Ca. 1/1000 der Operierten sind Männer.

Die Therapie beginnt entweder direkt postoperativ oder auch Jahre später, wenn ein sekundäres Armlymphödem aufgetreten ist. Wenn wir in den 80er-Jahren des vorigen Jahrhunderts noch davon ausgegangen sind, dass ca. 30 % bis 35 % der operierten und bestrahlten Patient*innen ein sekundäres Armlymphödem entwickelten, dann sind es heute, nach den schonenden und brusterhaltenden Operationen noch ca. 10 %. Aber nach wie vor gilt: Ein unbehandeltes Lymphödem ist chronisch progredient.

Lymphdrainagetherapeut*innen beginnen mit der Befunderhebung und erstellen einen Behandlungsplan. Dabei wird zwischen der Entstauungsphase und der Erhaltungsphase für die Behandlungsfrequenz der Sitzungen unterschieden. Die Entstauungsphase wird evtl. in einer speziellen lymphologischen Einrichtung durchgeführt. Dort wird an 5 Tagen pro Woche behandelt. Bei der Erhaltungsphase in der ambulanten Praxis wird ein- bis zweimal wöchentlich behandelt. Für die Durchführung der Manuellen Lymphdrainage ist es sehr wichtig, dass Therapeut*innen über Kenntnisse der anatomischen Grundlagen der Lymphgefäße verfügen. Bei einer axillären Dissektion muss bei der Behandlung ein Umgehungsweg für die operierte Axilla gewählt werden.

Während der Behandlungsserie kann sich der Ödemstatus ganz unterschiedlich entwickeln. Auch jetzt ist eine fundierte Ausbildung der MLD entscheidend. Wenn sich das Ödemvolumen zurückbildet, müssen die Therapeut*innen ihre Patient*innen ständig über die Verhaltensmassnahmen beim Lymphödem beraten. Hierzu gibt es das Merkblatt für Ödemgefährdete. Auch die Kompression – entweder als Kompressionsbandage, als flachgestricktem Kompressionsstrumpf oder beide im Wechsel – ist während der Therapie ein ständiger Begleiter. Hier kommt es darauf an, was für die Patient*innen effektiver ist bzw. mit welchem er im Alltag besser zurechtkommt. Weiterhin muss bedacht werden, ob der/die Patient*in Angehörige hat, die beim Anlegen der Kompression behilflich sind oder ob ein Pflegedienst organisiert werden muss.

Der Ödemstatus kann sich auch verschlimmern. Dann müssen die Therapeut*innen die typischen Symptome eines malignen Lymphödems erkennen können.

Symptome des malignen Armlymphödems:

- zentrale Betonung des Lymphödems, Schwerpunkt Schulter – Oberarm
- Übergreifen des Ödems auf die zugehörige Thoraxwand, eventuell auch auf Hals und Gesicht
- rasche Ödemzunahme
- progrediente Armplexusschädigung (tumorinfiltrativ)
- Venektasien an der Extremitätenwurzel
- venöser Umgehungskreislauf der Schulter
- Überwärmung des Ödems
- Lymphangiosis carcinomatosa cutis
- sichtbare Metastasen
- vergrösserte Lymphknoten
- partielles Horner-Syndrom (Miosis, Ptosis)

Bei Verdacht ist die Vorstellung beim behandelnden Arzt oder bei der behandelnden Ärztin sofort zu veranlassen (Abb. 2).

Beim sekundären Beinlymphödem sind die Ursachen sehr unterschiedlich. Beispiele: Bei Frauen sind es sekundäre Lymphödeme nach Unterleibsoperationen, bei Männern Prostatakrebsoperationen und bei beiden Geschlechtern Darmkrebs, Blasenkrebs, aber auch Melanomoperationen. Sowohl am Arm als auch am Bein kann das Ödem direkt nach der Operation bzw. Bestrahlung auftreten oder aber Jahre später. Die Umgehungsweg für den Lymphabfluss der unteren Extremität sind gegebenenfalls die Flankenbehandlungen zu den axillären Lymphknoten. Bei der Bauch-/Bauchtieftdrainage gibt es Kontraindikationen, die bei der Behandlung zu beachten sind. Die Kompressionsversorgung kann an der unteren Extremität aufgrund des Schuhwerks sehr problematisch werden, vor allem wenn zusätzlich ein Diabetes oder eine Polyneuropathie vorliegt. Auch beim sek. Beinlymphödem besteht die Gefahr für eine maligne Verschlimmerung. Da sind Therapeut*innen gefragt und müssen entsprechend reagieren.

Das sekundäre Kopflymphödem nach einer Neckdissektion (Abb. 3) stellen für die behandelnden Therapeut*innen eine sehr grosse Herausforderung dar.

Ursachen für das Kopflymphödem:

- bösartige Malignome (Kehlkopf, Mundboden, Zunge, Rachen, Tonsillen, Speicheldrüse, Schilddrüse)
- malignes Melanom, malignes Lymphom
- Rezidive von Kopf- u. Halstumoren
- Metastasen anderer Tumoren (z. B. Mamma-Ca)

Hinzu kommt, dass Patient*innen – wie in meiner Praxis – häufig eine schlechte Prognose haben. Beim Behandlungsablauf ist zu überlegen, ob die Behandlung zuerst in Bauchlage und dann erst in Rückenlage durchgeführt wird. Der Hauptabfluss verläuft evtl. über den Nacken,

links und rechts entlang der Halswirbelsäule. Auch die Mundinnendrainage kann bei diesem Patientenkollektiv ein sehr wichtiger Behandlungsabschnitt sein. Die Kompressionstherapie ist beim Kopflymphödem sehr problematisch. Es gibt spezielle «Kopfkompansionsstrümpfe», welche – wenn überhaupt – nur zu Hause zu bestimmten Zeiten getragen werden. Auch das Anlegen einer Kopfkompansionsbandage ist möglich. Dabei ist zu beachten, dass auf der Hornhaut des Auges kein Kompressionsdruck entstehen darf. Dies könnte zu Ulzerationen führen.

Bei allen Patient*innen mit einem sekundären Lymphödem ist deren Mitarbeit ein wichtiger Baustein für den Therapieerfolg:

- (Körper)-Hygiene (z.B. Fusspilz)
- richtige Kleidung (z.B. keine abschnürende Unterwäsche)
- richtige Bewegung in der Kompression, wenn möglich (Üben und Pausen im angepassten Verhältnis)
- Hautpflege (ph-neutrale Einreibung)
- Penicillin und Desinfektion bei Verletzungen und Verunreinigungen der Haut (Erysipel-Prophylaxe)

Manuelle Lymphdrainage und Krebs heisst aber auch, dass wir Patient*innen bis ins Finalstadium behandeln. Wir kommen mit ihnen während der Behandlung ins Gespräch und kennen die Familienverhältnisse. Plötzlich erfährt man, dass ein Rezidiv diagnostiziert wurde. Nun beginnt der lange Leidensweg von vorne und wieder besteht Hoffnung auf einen positiven Ausgang. Dann die Nachricht: Es gibt doch keine Hoffnung mehr.

«Seit 40 Jahren arbeite ich mit der Manuellen Lymphdrainage und noch länger dauern die Diskussionen über das "Verschleppen" von Krebszellen mit dieser Behandlung. Niemand konnte bis heute Gegenteiliges beweisen. Darum können wir mit gutem Gewissen bei unseren Patient*innen die Manuelle Lymphdrainage bis ins Finalstadium durchführen. Wir schenken diesen Menschen mit der Therapie Zuwendung, können Schmerzen lindern und damit die Lebensqualität ein klein wenig verbessern.»

Peter Volk

- 1 Brusterhaltende Mamma-Ca-OP
- 2 Armlymphödem nach Mamma-Ca-OP und einer Lymphangiosis carcinomatosa
- 3 Zustand nach Neckdissektion

Literaturverzeichnis

Eigene Aufzeichnungen beim Unterricht mit Herrn Dr. Asdonk, Herrn Prof. Kuhnke und Frau Bartetzko-Asdonk im Lehrinstitut für Lymphologie an der Feldbergklinik

Ödeme und Lymphdrainage, Lehrbuch der Ödematologie, Ulrich Herperth, Thieme Verlag, 6. Auflage

Lehrbuch der Lymphologie, M. Földi, S. Kubik (Hrsg.), 5. Auflage, Urban & Fischer

Peter Volk

Privatpraxis für physikalische Therapie | Hauptstr. 91 | D-79297 Winden

