

Behandlung des Lymphödems – Teil III: Sekundäres Lymphödem

Desaströse onkologische Heilung

Prof. hon. Univ. Puebla Dr. med. Manuel E. Cornely, Düsseldorf, beschreibt exklusiv für DERMAforum ganz konkret die operative Behandlung des Lymphödems. Lesen Sie hier den dritten Teil:

Unzweifelhaft steht fest, dass zur Krebsbehandlung alle erdenklichen Mühen aufgebracht werden müssen, um das Geschwulstleiden zu beenden und den Patienten von der Erkrankung zu heilen, sodass dem Weiterleben keine Gefahr droht.

Zum Einsatz kommen hierzu bekannterweise neben den chirurgischen Maßnahmen auch Bestrahlungen und Chemotherapeutika, soweit wir uns im Bereich der Schulmedizin bewegen. Das Ziel wird immer sein, die Krebsgeschwulst rückstandslos zu entfernen und anschließend, je nach Gewebeat und Empfindlichkeit, mit weiteren Maßnahmen zu agieren. Im Rahmen der präoperativen Diagnos-

Die immer wieder erwähnten Thoraxwandödeme, die nach Sentinel-Node-Entfernungen bei Mammakarzinom vermehrt auftreten sollen, sind weder statistisch noch über Studien jemals beschrieben worden. Dennoch sagen Lymphologen übereinstimmend, dass sekundäre Ödeme in der Thoraxwand nach Sentinel Node häufiger vorkommen als nach den vollständigen Lymphadenektomien. Nicht selten werden die Lymphödeme dann auch noch der postoperativen Behandlung angelastet. Sicherlich entsteht nach einer Radiatio ein Ödem; inwieweit es sich hierbei um ein Lymphödem handelt, welches durch die Kombination von Lymphknotenentfernung und Bestrahlung

schwunden ist, eine latente Angst vor der Entwicklung eines Lymphödems hat. Genau aus diesem Grunde sollten verantwortungsvolle Mediziner und Medizinerinnen den Betroffenen diese Angst nehmen, über die Notwendigkeit der Therapie im Falle eines Lymphödems informieren und ansonsten einer vom Krebs geheilten gesunden Patientin keine Lymphdrainagen verordnen, so sie kein Lymphödem hat. Ob ein Lymphödem besteht oder nicht, ist für den Dermatologen sehr einfach festzustellen. Tasten Sie eine vergleichbare Hautfalte im betroffenen Areal mit der Gegenseite einer gesunden Extremität und fühlen Sie, ob das Subkutangewebe eine entsprechende Verdickung hat.

chen Kassenärztlichen Vereinigungen werden Sonderziffern für diese onkologisch bedingten Lymphödeme vorgehalten. Sie sollten diese Ziffern auf jeden Fall in ihrer KV eruieren und in die Abrechnung mit eintragen, damit diese Verordnungen im Regressfall nicht berücksichtigt werden. Die Aufgabe der ärztlichen Betreuung besteht also darin, eine adäquate Verordnungssituation zu erreichen, mit den Ressourcen sparsam umzugehen und die Qualität der Verordnung zu überprüfen. Zu diesem Zweck soll Ihnen der Therapeut vor jeder Neuverordnung entsprechende Umfangsmaße der behandelten Extremität vorlegen. Die Entgegennahme dieser Umfangsmaße sollte für Sie eine Pflicht sein, bevor Sie eine neue Verordnung ausstellen. Gemessen an dem möglichen Gesamtvolumen der Verordnungen ist diese rigide Vorgehensweise sinnvoll. Sie führt allerdings auch dazu, dass sowohl der Therapeut als auch die Patientin um die Besonderheit dieser Behandlung wissen und die manuelle Lymphdrainage als das schätzen lernen, was sie letzten Endes ist: Die einzige mögliche konservative Therapie beim sekundären Lymphödem.

Management lebenslanger Behandlung ist die schwierigste Aufgabe

Patienten, die inkompliant sind, müssen auf die Konsequenzen des nicht behandelten Lymphödems hingewiesen werden. Das Lymphödem wird eine Entwicklung nehmen vom Stadium I zum Stadium III und endet in einer Volumenzunahme der Extremität mit allen dazugehörigen Komplikationen wie einseitiger Gewichtsverlagerung, Schiefstellung der Wirbelsäule, Muskeldysbalancen, Papillomatosen der Haut, Infektionen und schwerster Behandlungsfähigkeit sowie Hospitalisierung. Dies ist alles vollkommen unnötig, da schon in frühen Stadien durch suffiziente Behandlung ein solcher Verlauf in aller Regel aufgehalten wird. Da es bis heute keine nachweislich wirksamen internen oder externen Medikamente zur Behandlung des sekundären Lymphödems gibt, bleibt nur der Weg über die konsequente Durchführung der Komplexen Entstauungstherapie in all ihren Gliederungen.

Das Management einer solchen lebenslangen Behandlung, die als Konsequenz der Staging-Operation verstanden werden muss, ist die schwierigste Aufgabe für Lymphologen und Betroffene. Darüber hinaus ist es auch nicht gerade einfach, aus den Köpfen der Senologen und anderen onkologisch tätigen Operateure herauszubekommen, dass die Entstehung eines Lymphödems einem fatalen Fehler bei der Operation zu schulden sei. Selbstverständlich gibt es keine Abhängigkeit der Entstehung eines Lymphödems von der Operationsmethode, wie unlängst noch auf der Kölner Tagung der Mildred-Scheel-Akademie von Frau Dr. med. Antalfy, einer ausgewiesenen Senologin des Krankenhauses Köln-Hohenlind, dargestellt werden konnte. Ebenso wichtig ist es, den Patienten wieder zur Selbstständigkeit zu führen und ihm jedwede Angst vor dem Lymphödem, aber auch jedwede Sorge um Vorsichtsmaßnahmen zu nehmen! Die häufig weit verbreiteten Ratgeber führen leider in die Irre. Selbstverständlich kann man an einem lymphödematös geschwellenen



Prof. hon. Univ. Puebla
Dr. med. Manuel E. Cornely

„Es geht darum, den Patienten auf seinem Weg in ein unbeschwertes Leben zu begleiten.“

Arm Blutdruck messen oder Injektionen vornehmen, wie man natürlich auch alle anderen alltäglichen Gegebenheiten des Lebens mit diesem Arm weiter ausführen kann. Die Betroffenen sollten aber auch verstehen, dass dieser Arm, anders als die gesunde Gegenseite, eher dazu neigt, empfindlich zu reagieren. In dieser Relativierung liegt eine große Bedeutung. Immer wieder werden Patienten zu Ihnen kommen und sagen: „Man hat mir ja verboten, dass (...)“ Solche Verbote beginnen vom Sonnenbaden bis zur Sauna, vom einseitigen Heben bis zum Fensterputzen, vom Rauchen bis zum Nähen. Das und dergleichen mehr hört man leider viel zu oft, dies wird dann auch in den entsprechenden Patientengruppen weitertradiert. All dies hat keinerlei Sinn. Gefährdete Patienten werden ihre Gefährdung selber einschätzen lernen oder im Gespräch mit Ihnen erkennen und sich des Risikos bewusst sein, so denn überhaupt ein Risiko besteht. Allen anderen bleibt es unbenommen, mit dem Lympharm genauso weiterzuleben wie vor der Operation, die zu diesem Desaster führte. Dies gilt natürlich nicht nur für die Arme, sondern auch für alle Patienten, deren Beine betroffen sind. Bestärken Sie also Ihre Patienten mit sekundären Lymphödem und machen Sie Ihnen Mut. Verordnen Sie keine prophylaktischen Lymphdrainagen, dies ist eine ungeheure Ressourcenverschwendung und führt zu nichts medizinisch Sinnvollem.

Die Komplexe Entstauungstherapie ist ein teures Gut und muss in ihrer Anwendung überwacht werden. Sie wird den Patienten für den Rest des Lebens begleiten, da die Implantation von Lymphknoten eine heute noch nicht geübte Technik ist. Die Amputation ebensolcher Knoten aus den onkologisch betroffenen Regionen ist bis heute unumkehrbar. Zum Management gehört deshalb, mit den Patienten Ziele zu verabreden, die z.B. darin bestehen könnten, in den ersten Monaten dreimal pro Woche Lymphdrainage durchzuführen und bei Verbesserung der Messergebnisse oder des klinischen Eindrucks diese Frequenz deutlich zu senken, sodass das Ziel sein sollte, die Patienten dazu zu motivieren, möglichst mit einer Frequenz von einmal pro Woche oder vielleicht sogar einmal im Monat Lymphdrainage und entsprechender Bestrahlung zurechtzukommen. Es geht hier nicht um die Verknappung der Ressourcen, es geht darum, den Patienten auf seinem Weg in ein unbeschwertes soziales Leben zu begleiten und ihn mit der chronischen Erkrankung Lymphödem zu betreuen. ve ♦

In der nächsten Ausgabe wird Prof. hon. Univ. Puebla Dr. med. Manuel E. Cornely von operativen Methoden berichten, die beim sekundären Lymphödem erfolgreich angewendet werden.



Das bekannte sekundäre Armlymphödem des Mammakarzinoms wird nicht selten ergänzt durch eine Veränderung, die auch an den Händen und Fingern auftreten kann.

tik, aber auch des intraoperativen und postoperativen Stagings, ist es notwendig, sich über die Lymphabflussbahnen ins Klare zu setzen und fragliche Mikrometastasen in Lymphknoten zu finden und entsprechend zu behandeln. Dies kann bedeuten, so wie bei der Sentinel-Node-Technik des Melanoms, aber auch des Mammakarzinoms, dass nur der Wächterlymphknoten nach entsprechender präoperativer Markierung und inter-operativer Anfärbung aufgesucht und entfernt wird. Finden sich in diesem Knoten Hinweise auf Veränderungen, die dem Tumor zuzurechnen sind, so werden alle weiteren Lymphknoten der Station nach üblichen onkologischen Verfahren operativ entfernt.

Nicht bei allen Tumoren ist allerdings die dezidierte Entfernung eines Wächterlymphknotens möglich, häufig müssen die Lymphknotenstränge aufgrund der Biologie des Tumors gleich vollständig entfernt werden. Dabei dient das operative Manöver am Lymphknoten sowohl dem Staging als auch – vermeintlich – der Heilung. Ob die operative Entfernung von Lymphknoten auf das Ziel „Lebensverlängerung“ gesehen sinnvoll ist, muss in Studien noch belegt werden. Es gibt Zweifel an diesem Konzept.

Sekundäre Ödeme in der Thoraxwand nach Sentinel-Node-Entfernung häufiger

Keine Zweifel gibt es allerdings daran, dass durch die Entfernung der Lymphknotenstationen die sensible Struktur des Lymphgefäßsystems gravierend beschädigt wird und dies häufig desaströse Folgen hat. Während nach der Sentinel-Node-Entfernung die Zahlen über sekundäre Armlymphödeme bei Mammakarzinom um ein bis drei Prozent liegen sollen, sind nach übereinstimmender Literatur seit Jahrzehnten die nahezu vollständigen Node-Ektomien bei Mammakarzinom mit einer Rate von 30 bis 35 Prozent Lymphödem belastet.

entsteht, bleibt dahingestellt. Die Bestrahlung als solche dient ja schon als physikalische Belastung des Gewebes hinreichend dazu, eine Ödematisierung zu erreichen. Dermatologen sind die Entzündungszeichen in diesen so belasteten Haut- und Unterhautgewebearealen geläufig. Letztlich ist der Streit aber auch müßig: Bei einem Drittel aller Brustkrebs-Patientinnen und bei etwa 25 Prozent aller weiblichen und männlichen Tumoren im Unterleib, also im Wesentlichen den Zuständen nach Operationen an Uterus oder Prostata, verbleibt ein sekundäres Lymphödem der Extremitäten. Dies betrifft bei Operationen am Uterus sowohl den Verlauf als einseitiges Beinödem als beidseitiges Beinödem, aber auch als Ödem an Bein und äußerem Genitale, häufig bis zum Nabel.

Das bekannte sekundäre Armlymphödem des Mammakarzinoms wird nicht selten ergänzt durch eine Veränderung, die im Bereich Rücken und vordere Thoraxwand, aber auch an den Händen und Fingern auftreten kann. Klassischerweise ist hier immer die operierte Seite betroffen.

Ödeme, die direkt postoperativ auftreten, müssen eindeutig von sekundären Lymphödem differenzialdiagnostiziert werden. So gilt die Regel, dass eine postoperative Ödematisierung nach spätestens sechs Wochen nicht mehr nachweisbar sein sollte. Am Beispiel des sekundären Lymphödems bei Mammakarzinom wird dargestellt, dass die Ödeme natürlich sofort postoperativ auftreten können, gerne aber erst nach einem halben Jahr auftreten. Ohne weiteres können solche Ödeme aber auch erst Jahrzehnte nach der chirurgischen Intervention auftreten. Hieraus resultiert, dass die Patientin, wenn denn die Angst vor dem Sterben und die Sorge um den Tumor nach einigen Monaten bis Jahren endgültig ver-

Palpieren Sie ebenfalls, ob Sie eine Dellbarkeit im Gewebe hinterlassen können. Das Lymphödem, welches als einziges aller bekannten Ödeme auch die Finger vollständig umfassen kann, weist im Stadium I bis II eine Dellbarkeit des Gewebes auf, die sich nur sehr langsam wieder zurückzieht. Diese Einseitigkeit und die Trägheit ist ein unzweifelhafter Hinweis bei entsprechend positiver Anamnese für die Existenz eines Lymphödems.

In der Phase I der Komplexen Entstauungstherapie, die dann beim Nachweis eines Lymphödems zu erfolgen hat, muss die Extremität nach einer suffizient durchgeführten manuellen Lymphdrainage, die immer eine zentrale Entstauung – die am Hals beginnt – zu beinhalten hat, durch Kompressionsbandagierungen auf das bestmögliche Maß zurückgearbeitet werden. Erst wenn dieses Maß erreicht ist, kann von der Phase II der Therapie gesprochen werden. Diese Phase unterscheidet sich von der ersten Phase darin, dass nicht mehr bandagiert wird, sondern die Extremität mit einer entsprechend flachgestrickten Kompression zusätzlich zur manuellen Lymphdrainage versorgt werden muss. Spätestens jetzt ist es dermatologische Pflichtübung, die Haut in ihrer Qualität zu erhalten, damit nicht durch Verletzungen des Säureschutzmantels die Eintrittspforten für Keime gegeben werden, die dann zum Erysipel führen können.

Eine dezidierte Pflege der Hautanhangsorgane, hier im Besonderen der Nägel, und die Vermeidung von Infektionen durch Pilze gehört ebenfalls zum Behandlungskonzept von Patienten mit sekundären Lymphödem.

Unter Beachtung der gültigen Heilmittelrichtlinien ist manuelle Lymphdrainage nach der Gruppe Ly 3 für bis zu 50 Anwendungen zu rezeptieren. Danach hat eine dreimonatige Pause nach den Heilmittelrichtlinien zu erfolgen. Die Pause bezieht sich allerdings ausschließlich auf die Verordnungsfähigkeit und nicht auf die Behandlungsnotwendigkeit. In man-