

Das sekundäre Postmastektomie-Armlymphödem nach Manueller Lymphdrainage-Behandlung und Kompressionstherapie

Von P. Hutzschenreuter*, G. u. H. Wittlinger** und I. Kurz**

Arbeiten über die Behandlung von sekundären Armlymphödemem mit Manueller Lymphdrainage und anschließender Kompressionstherapie sind uns bisher nur aus der Feldbergklinik (*Kuhnke*, 1976 /a, 1980, 1981, *Földi* u. a., 1987, *Pfaff*, 1988) bekannt. Ziel unserer Studie war es, die Abnahme der Armvolumina bei der Manuellen Lymphdrainage-Behandlung (MLB) und anschließender Kompressionsbehandlung während einer 3wöchigen Behandlungsserie mit Hilfe der Umfangsmessungen nach *Kuhnke* (1976 /b, 1976 /c) im Armbereich zu erfassen. Bei allen Patienten war 1 Jahr vor Behandlung die radikale Mastektomie nach *Halstedt* durchgeführt worden. Diese bestand in der Abtragung des gesamten Mammakörpers, des darunterliegenden Musculus pectoralis major und der Ausräumung aller axillären Lymphknoten. Einer ersten MLD-Behandlungsserie unterzogen sich 39 rechtsseitig mastektomierte Frauen, 38 linksseitig mastektomierte Frauen und 4 beidseitig mastektomierte Frauen. 12 Monate später unterzogen sich einer zweiten MLD-Behandlungsserie: 17 Frauen mit rechtsseitiger Mastektomie, 14 mit linksseitiger Mastektomie und eine beidseitig mastektomierte Frau.

Ergebnisse

Erste Behandlungsserie: Bei den rechtsseitigen Mastektomien nahm das rechte Oberarmvolumen um 135 ml (7,0 %) und das rechte Unterarmvolumen um 218 ml (13,1 %) ab. Bei den linksseitigen Mastektomien nahm das linke Oberarmvolumen um 137 ml (7,6 %) und das linke Unterarmvolumen um 244 ml (14,6 %) ab. Bei beiden Behandlungsgruppen ist außerdem zu vermerken, daß gleichzeitig das Gesamtvolumen in den gesunden Armen um höchstens 100 ml abnimmt. Bei den beidseits mastektomierten Patientinnen betrug die Abnahme der linken Oberarmvolumina 144 ml

(7,7 %) und der linken Unterarmvolumina 265 ml (14,4 %), der rechten Oberarmvolumina 38 ml (2,3 %) und der rechten Unterarmvolumina 76 ml (5,5 %).

In der zweiten Behandlungsserie betrug die Volumenabnahme nach rechtsseitiger Mastektomie im rechten Oberarm 193 ml (9,8 %) und im rechten Unterarm 254 ml (14,9 %). Bei den linksseitig mastektomierten Patientinnen betrug die Volumenabnahme im Oberarm links 89 ml (5,5 %) und im Unterarm links 184 ml (11,6 %). Bei beiden Behandlungsgruppen nahm gleichzeitig das Gesamtvolumen in den gesunden Armen um 80 ml (3,2 %), nach rechtseitiger Mastektomie, und um 48 ml (2,1 %), nach linksseitiger Mastektomie, ab. Nach beidseitiger Mastektomie (Einzelfall) brachte die Zweitbehandlung eine Abnahme des linken Oberarmvolumens von 440 ml (16 %) und des linken Unterarmvolumens von 169 ml (7 %). Der rechte Arm zeigte kein Ödem.

Diskussion

Den Untersuchungen von *Pfaff* (1988) ist zu entnehmen, daß als auslösende Ursachen für die Ausbildung eines sekundären Armlymphödems 63mal eine spontane Entwicklung, 41mal Überanstregungen, 31mal Axillarrevisionen (postoperativ), 25mal Bestrahlungen, 24mal Blutentnahmen, Infusionen und Injektionen und 11mal ein Erysipel genannt wurden. Ärztlicherseits wurden bei diesen 301 Patienten 164mal Strahlenfibrosen, 106mal Erysipelkrankungen, 91mal Einschränkung der Schulterbeweglichkeit, 68mal Operationen im Ödem oder im Ödemabflußgebiet, 67mal Plexusschäden mit Paresen und 67mal venöse Kompressions-syndrome gefunden.

Bei unserem Krankengut handelt es sich um sekundäre Armödeme, welche postoperativ auftraten und durch die Manuelle Lymphdrainage-Behandlung und die sich anschließende Kompressions-Behandlung sowohl objektiv als auch subjektiv gebessert werden konnten. Objektiv kam es bei allen Patienten immer zu einer Abnahme des Armvolumens bei Erstbehandlung zwischen 9,9 % und 10,9 % und bei Zweitbehandlung zwischen 8,5 % und 12,1 %. Diese Volumenabnahme wurde ambulant durch Verordnen von Armstrümpfen und durch weitere ambulante Manuelle Lymphdrainage-Behandlungen, soweit nötig, fortgesetzt.

Aus diesen Untersuchungen schließen wir, daß die Manuelle Lymphdrainage nach Dr. *Vodder* und die Kompressionstherapie nach *Winiwater*

als maximale Entstauungstherapie beim sekundären Postmastektomie-Armlymphödem anzusehen ist.

Ein Ausblick auf die Zukunft ergibt, daß die Änderungen der Operationsverfahren (Tumorektomie), in der Bestrahlungsart (früher Röntgenstrahlen, heute hochenergetische Strahlen, wie Kobalt 60 und Betatron), durch zusätzliche Chemotherapien, endokrine Therapien und über die Aktivierung des körpereigenen Immunsystems sicherlich dazu beitragen, daß künftig die Zahl der sekundären Armlymphödeme reduziert und deren postoperativer Verlauf dadurch positiv beeinflußt werden wird.

Literatur

Földi E., Földi M. und Clodius, L.: Das Lymphödemchaos. Phlebol. u. Proktol. 16 (1987), 89–98.

Kuhnke E.: Die Behandlung von Armödemem nach Ablatio mammae mit Manueller Lymphdrainage nach Vodder-Asdonk. Folia Angiologica 24 (1976 /a), 317–326.

Kuhnke E.: Volumenbestimmung aus Umfangsmessungen. Folia Angiologica 24 (1976 /b), 228–232.

Kuhnke E.: Methode der Volumenbestimmung menschlicher Extremitäten aus Umfangsmessungen. Physiotherapie (1976 /c), 251.

Kuhnke E. und Asdonk, J.: Lymphdrainage und Ödemtherapie als physikalische Entstauungsbehandlung. Physiotherapie 71 (1980), 3–22.

Kuhnke E.: Wirksamkeit bei der Therapie von Extremitätenödemem. Physiotherapie 72 (1981), 91–96.