

Kompressionstherapie aus der Sicht des Lymphtherapeuten

O. Gültig

Lymphologic med. Weiterbildungs GmbH, Aschaffenburg

▲ Innerhalb der Komplexen Physikalischen Entstauungstherapie (KPE) kommt neben dem Einsatz der Manuellen Lymphdrainage (MLD), deren Wirkungen durch die aktuellen lymphzintigraphischen und fluoreszenzdiagnostischen (Indocyaningrün-) Untersuchungen wissenschaftlich belegt sind, dem Lymphologischen Kompressionsverband (LKV) besonders in der Entstauungsphase eine zentrale Bedeutung zu (Abb. 1a).

Ohne den täglich neu angelegten LKV ist die Entödematisierung (Phase I der KPE) aller mit einer Lymphostase einhergehenden Ödemformen unvorstellbar.

In der täglichen Praxis zeigt sich jedoch, dass die MLD allzu oft in isolierter Form verordnet wird. Dies ist fachlich völlig unsinnig und belastet das Budget der Krankenkassen, ohne einen bleibenden Erfolg zu erzielen.

In der Phase II der KPE (Erhaltung und Optimierung) ist das Tragen eines/r in der Regel flachgestrickten medizinischen Kompressionsstrumpfes/Strumpfhose unverzichtbar, da es sonst unweigerlich zur Reödematisierung kommen muss (Abb. 1b). In vielen Regionen Deutschlands ist es üblich geworden, auch in dieser Phase an dem/den

wöchentlich individuell verordneten Behandlungstag/-tagen den LKV anzulegen. Damit wird der Tendenz der Reödematisierung/Fibrosierung trotz Tragens der medizinischen Kompressionsstrümpfe (MKS) wirkungsvoll entgegengewirkt. Eine kostenintensive erneute Phase I der KPE nach Monaten oder einem Jahr trotz Tragens der MKS ist damit meist nicht mehr notwendig.

Die Wirkungen des LKV gehen weit über die bekannten Effekte eines phlebologischen Verbandes hinaus (nach *Pütter oder Sigg*) und sind wissenschaftlich gut belegt. Neben den bekannten Einflüssen auf das venöse Gefäßsystem hat der LKV zahlreiche weitere Wirkungen (1):

- Senkung des effektiv ultrafiltrierenden Drucks,
- Beschleunigung und Steigerung des lymphangiologischen Abstroms,
- Verbesserung der Muskel- und Gelenkpumpe,
- Verschiebung interstitieller Flüssigkeit aus dem Staugebiet,
- Vergrößerung der Reabsorptionsfläche,
- Lockerung von fibrotisch verändertem Gewebe,
- Stabilisation geschädigter Gewebsstrukturen,
- Erhaltung des Behandlungserfolges.

Zu berücksichtigen sind immer die absoluten und relativen Kontraindikationen des LKV (1):

Absolute Kontraindikationen:

- höhergradige pAVK,
- kardiale Ödeme.

Relative Kontraindikationen:

- arterieller Bluthochdruck,
- Herzrhythmusstörungen,
- Verengung der Herzkranzgefäße (KHK),
- chronische Polyarthritis,
- sympathische Reflexdystrophie (CRPS),
- progressive systemische Sklerose,
- Patienten im Endstadium einer Krebserkrankung.

Der klassische LKV muss einen geringen Ruhedruck (Tragekomfort in der Ruhe), jedoch demgegenüber einen hohen Arbeitsdruck (siehe Bedeutung der Stiffness in der medizinischen Kompression (2)) aufbauen. Aus diesem Grund kommen beim LKV, der ohne weiteres auch über



Abb. 1:

a) Lymphologischer Kompressionsverband zu Beginn der Phase I bei elephantiastischem primärem Lymphödem beidseits.

b) Medizinische Kompressionsstrumpfhosen-Versorgung (flachgestrickt) nach erfolgreicher Entstauungsphase des primären Lymphödems beidseits. (Fotos: Dr. med. Franz Schingale, Lympho-Opt-Klinik, Pommelsbrunn).

Nacht, also bis zur nächsten Behandlung, getragen werden kann (23 Std.), Kurzzugbinden zum Einsatz.

Ohne zusätzliche Verwendung von Querrücken verhin- dernde Unterzugbinden (Schaumstoffbinden) ist die inter- stitielle Ödemverdrängung in nicht lymphostatisch öde- matisierte Körperabschnitte durch die epifaszialen Gewebsspalten (tissue channels (3)) nicht möglich.

Die Resorption der interstitiellen Flüssigkeit in den Extremitäten findet physiologisch nicht über die Blutka- pillaren/Venen statt (4). So geschieht die Resorption des physiologischen Ultrafiltrats in den Extremitäten aus- schließlich über das oberflächliche (90 %) und tiefe (10 %) Lymphgefäßsystem. Im Zustand der Lymphostase wird die dann eiweißreiche interstitielle Flüssigkeit nur noch über epifasziale Gewebsspalten in ödemfreie Gebiete verschoben. Dort wird sie dann durch Lymphkollektoren abtransportiert, die zuerst mit der MLD angeregt wurden.

Damit entsteht - durch die synergistisch eingesetzten Maßnahmen der KPE - das Prinzip der freien Marktwirt- schaft zwischen MLD (Nachfrage/Sog) und LKV (Angebot). Der LKV-Anlegende muss darauf achten, von einem dis- tal höheren Druck (Armverband circa 30 mmHg (5)) ein stufenloses Druckgefälle nach proximal zur Extremitä- tenwurzel aufzubauen. Auch bei flachgestrickten MKS wird dieses gleiche Prinzip umgesetzt (distal 100 % des Druckes, proximal nur noch 40 % des Druckes).

Ohne permanente Hautpflege zur Verhinderung der Aus- trocknung der Epidermis (sonst erhöhte Infektionsgefahr)

und dem Einsatz von entstauernder Übungsbehandlung in der Kompression und möglichst viel Bewegung über den Tag hinweg erzielt der LKV keine volle Wirkung.

Durch die individuellen lokalen Aufpolsterungen mit hochdichten PU-Schaumstoffen oder weicheren Schaum- stoffen mit unruhiger Oberfläche können die typischen lymphostatischen Fibrosierungen und eingelagerten Pro- teoglykane wirkungsvoll abgebaut werden.

Literatur

1. Gültig O, Miller A, Zöltzer H (Hrsg.). Leitfaden Lymphologie. Elsevier 2015.
2. Rabe E. Vortrag auf dem 9. meeting Fleesensee, Mai 2015.
3. Zöltzer H. Funktionelle Anatomie der Lymphbildung. Lymph- Forsch 2003;7(2):60-68.
4. Schad H. Gilt die Starling'sche Hypothese noch? LymphForsch 2009;13(2):71-77.
5. Partsch H, Damstra RJ, Mosti G. Dose finding for an optimal compression pressure to reduce chronic edema of the extremi- ties. Int Angiol 2011;30(6):527-533.

Korrespondenzadresse

Oliver Gültig
Lymphologic med. Weiterbildungs GmbH
Im Neurod 2
63741 Aschaffenburg
E-Mail: oguelting@lymphologic.de

