

Behandlungsstandard: Lymphödem

WZ-BS-008 V05 Lymphödem bei
chronischen Wunden

gültig bis: 12.02.2027

Wundzentrum
Hamburg
überregionales Wundnetz

Seite 1 von 3

Ziele

- Koordiniertes Vorgehen aller an der Behandlung beteiligten Personen
- Einheitliches Vorgehen bei Diagnostik und Therapie
- Sach- und fachgerechte komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE)
- Vermeiden von Komplikationen und Rezidiven
- Förderung des Wundheilungsprozesses und der Lebensqualität

Definition

Das Lymphgefäßsystem ist ein Drainage- und Transportsystem, bestehend aus unterschiedlichen Gefäßabschnitten und zwischengeschalteten Lymphknoten. Die in ihm transportierte Lympheflüssigkeit enthält vor allem Eiweiß, aber auch Wasser, Fett und Zellen (sogenannte lymphpflichtige Substanzen). Seine Funktion wird durch aktive (Kontraktion) und passive (Sogpumpe) Mechanismen gewährleistet. Ein Lymphödem entsteht, wenn die Menge der lymphpflichtigen Substanzen die Kapazität des Transportsystems überschreitet. Dies kann bei mangelnder Ausbildung oder nach Zerstörung der eigentlich ausreichenden Strukturen geschehen.

Es werden unterschieden:

- primäres Lymphödem: entsteht, wenn zu wenige oder zu schwache Lymphbahnen und/oder Kollektoren im Körper angelegt sind
- sekundäres Lymphödem: entsteht, wenn das zuvor funktionierende Lymphgefäßsystem verlegt oder zerstört wird, z. B. durch Tumore, nach Operationen oder nach Bestrahlungen

Je nach Ausprägung werden vier Stadien des Lymphödems unterschieden:

Latenzstadium

Stadium 0: kein klinisch apparentes Lymphödem, aber zum Teil pathologisches Lymphszintigramm
(Subklinisches Stadium)

Stadium I: weiches Ödem; Hochlagern der betroffenen Extremitäten führt zur Reduktion der Schwellung
(Spontan reversibel)

Stadium II: Ödem mit sekundären Gewebeveränderungen; Hochlagern beseitigt die Schwellung nicht
(nicht spontan reversibel)

Stadium III: Deformierende harte Schwellung, z. T. lobäre Form, z. T. mit typischen Hautveränderungen (Papillomatosis cutis)

Die chronische Stauung kann zur Schädigung der Haut (Dermatofibrose, Papillomatosis cutis) führen, in deren Verlauf sich ggf. chronische Wunden entwickeln.

Diagnose

Die Diagnose des Lymphödems wird in der Regel nach der sorgfältigen Untersuchung der betroffenen Extremität nach eingehender Anamnese gestellt. Eine apparative Diagnostik ist nur in Ausnahmefällen sinnvoll. Es erfolgt aber immer eine weiterführende Diagnostik, da das Lymphödem häufig ein Symptom ist. Bei den Extremitätenödemen handelt es sich meist um aufsteigende Ödeme. Eine wichtige Ausnahme sind Ödeme im Verlauf von Krebserkrankungen, die stammnah beginnen.

Typische Zeichen sind:

- Hautfurchen an den Zehengrundgelenken und im Bereich des Sprunggelenks
- Positives Kaposi-Stemmer-Zeichen: es gelingt nicht mit Daumen und Zeigefinger eine Hautfalte vom Rücken der zweiten Zehe abziehen bzw. die Haut dort einzudellen
- Es finden sich unnatürliche Hautfurchen
- Die Fußrücken sind geschwollen

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH

Überprüft: Leiter der Standardgruppe

Freigegeben: 2. Vorsitzende WZHH

Datum: 13.02.2025

Datum: 13.02.2025

Datum: 13.02.2025

- In den Räumen zwischen den Knöcheln und der Achillessehne (Bisgaard-Kulisse) kommt es zur Kissenbildung
- An den Knieinnenseiten finden sich Wülste

Therapie

Bei der KPE handelt es sich um die Kombination mehrerer Maßnahmen:

- Die Kompressionstherapie im Anschluss an die Lymphdrainage sollte in Form lymphologischer Kompressionsverbände oder per medizinischen adaptiven Kompressionssystemen (MAK) durchgeführt werden. Erstere unterscheiden sich von den phlebologischen Kompressionsverbänden (PKV) dadurch, dass sie die Zehen bzw. die Finger mit einbeziehen und deutlich mehr Bindenüberlappungen beinhalten. Die Tragezeit dieser Verbände ist wegen der hohen Belastung relativ kurz. Zur Erhaltung des Therapieerfolges werden nach initialer Entstauung flachgestrickte medizinische Kompressionsstrümpfe getragen. Sie sind in verschiedenen Kompressionsklassen und unterschiedlichen Längen erhältlich. Siehe Information (IN 004) „Verordnung von medizinischen Kompressionsstrümpfen (MKS)“.
- Die manuelle Lymphdrainage ist eine physiotherapeutische Methode, die durch spezifische Handgriffe, z. B. schiebend oder kreisend, eine Entstauung des Gewebes zu erreichen versucht. Sie beginnt typischerweise an den Halslymphknoten und wird dann in der Axillar- und der Bauchregion fortgesetzt. Das Ziel dieser einleitenden Maßnahme ist es, Raum für die Lymphe aus den zu entstauenden Extremitäten zu schaffen. Erst wenn dies erreicht ist, werden die ödematösen Extremitäten behandelt. Die Behandlungsdauer beträgt mindestens 30, oft aber 45 bis 60 Minuten.
- Als Ergänzung kann die intermittierende pneumatische Kompressionstherapie (IPK) eingesetzt werden.
- Körperliche Aktivität (nicht nur Physiotherapie) gehört zur Therapie zwingend hinzu. Besonders geeignet sind Ausdauersportarten, wie Schwimmen, Gehen, Laufen oder Radfahren.
- Wegen der stauungsbedingten Hauterscheinungen ist eine sorgfältige Hautpflege (siehe Information (IN 002) „Hautpflege und Hautschutz bei Menschen mit chronischen Wunden“) unerlässlich. Sie sollte besonders auch in den Räumen zwischen den Zehen und in der Leistenregion erfolgen.
- Aufklärung und Schulung zur individuellen Selbsttherapie

Es werden zwei Phasen der KPE unterschieden:

Phase I: Mobilisierung der vermehrten interstitiellen Flüssigkeit zur Normalisierung der Gewebshomöostase. Die manuelle Lymphdrainage erfolgt 1-2x täglich. Die Behandlung sollte für 21-28 Tage in einer spezialisierten Einrichtung mit entsprechender Infrastruktur, stationär oder ambulant durchgeführt werden.

Phase II: Der Erfolg der Therapie wird gewährleistet. Die Komponenten der KPE kommen befundadaptiert zur Anwendung. Im Krankheitsverlauf kann eine Wiederholung der Phase I erforderlich sein.

CAVE! die manuelle Lymphdrainage darf nur von speziell ausgebildeten Physiotherapeuten durchgeführt werden. Eine manuelle Lymphdrainage ist nur sinnvoll und nachhaltig, wenn direkt im Anschluss eine lymphologische Kompressionstherapie erfolgt!

Für die Kompressionstherapie gelten folgende Kontraindikationen (siehe Verfahrensstandard (VS 008) „Kompressionstherapie bei Ulcus cruris venosum (UCV)“):

- Dekompensierte Herzinsuffizienz
- Kritische Ischämie: KADI/ABI < 0,5
- Phlegmasia coerulea dolens

Lymphknotenmetastasen gelten nicht generell als Kontraindikation. Vor der Behandlung sollte allerdings ein onkologisches Konsil erfolgen. Nur die aktive Mitarbeit der Patienten führt zu einem Therapieerfolg. Verständliche und wiederholte Aufklärung über das Krankheitsbild und die Therapie sind daher absolut notwendig.

Komplikationen

Besonders nach Operationen kann es zu einem geschlossenen Lymphverhalt (Lymphozele) oder zu Lymphfisteln kommen. Sie bedürfen der speziellen Therapie.

Differenzialdiagnosen

- Internistische Ödeme, z. B. bei Herz- oder Nierenschwäche
- Phlebologische Ödeme
- Lipohypertrophie bzw. Lipödem
- Idiopathische und orthostatische Ödeme, z. B. vor der Regelblutung oder nach langem Stehen oder Sitzen

Hinweise

Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen e.V. (GDL) (2017). AWMF S2k Leitlinie Diagnostik und Therapie der Lymphödeme, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 058-001, gültig bis 22.05.2022, z. Zt. in Überarbeitung

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (2018). AWMF S2k - Leitlinie: Medizinische Kompressionstherapie der Extremitäten mit Medizinischem Kompressionsstrumpf (MKS), Phlebologischem Kompressionsverband (PKV) und Medizinischen adaptiven Kompressionssystemen (MAK). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 037/005, gültig bis 31.12.2023 (z. Zt. In der Aktualisierung)

erstellt / überarbeitet	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
13.02.2025	13.02.2025	13.02.2025	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Dr. Pflugradt Ltg. Standardgruppe	 Kerstin Protz 2. Vorsitzende WZHH	PDL Leitung Ärztliche Leitung