

31. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie (DGL) „Aktuelles, Bewährtes und Zukünftiges in Diagnostik und Therapie lymphologischer Erkrankungen“

Vom 20.-22. Sept. 2007 lud die Deutsche Gesellschaft für Lymphologie (DGL) zu ihrem 31. Jahreskongress ein. In Marburg an der Lahn wurden Ergebnisse aus der Grundlagenforschung sowie der aktuelle Stand des klinisch und praktisch relevanten Wissens zur Lymphologie interdisziplinär diskutiert. Das Lymphgefäßsystem wie die damit vergesellschafteten Ödemerkrankungen standen für die unterschiedlichsten Berufsgruppen der Versorgungskette aus Ambulanz und Klinik im Fokus. Für diese heterogene Fachwelt haben sich die Kongresse in der Form bewährt: 1 Tag Workshops / Refresher, 2 Tage Vorträge mit Diskussion.

Im Bereich Workshop war in diesem Jahr neu: Ein Angebot speziell für Betroffene („Was kann ich selbst noch tun?“), das mit großem Erfolg angenommen wurde. Hintergrund sollte sein, sich als Lymphödempatient/in einen Teil Selbstbestimmung zurück zu gewinnen, sich nicht nur „behandeln zu lassen“. Die weiteren Angebote waren ausgelegt für Therapeuten. Wie immer gab es interessante Überschneidungen mit vielen medizinischen Bereichen. Der folgende Beitrag vermittelt einen kurzen Einblick in für die Onkologie relevante Themen.

Grundlagen und neue Perspektiven; Diagnostik

Laut *Schacht, Dermatologie, Freiburg*, werden minimal invasive radiologische Verfahren das Patientenkollektiv vergrößern, das von autologen Lymphgefäßtransplantationen profitieren können. - Die hochspezialisierten Operateure setzen voraus: Kurzstreckige Unterbrechung des Lymphabflusses (wie z. n. Axilla- / Leistendisektion), ein gefäßgesundes Bein zur Entnahme von 2-3 Lymphkolektoren, bei onkologischer Grund- / Erkrankung nachgewiesene Rezidivfreiheit, dass mind. über 6 Monate eine Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE Phase 1 + 2) durchgeführt worden sei.

Zu chylösen Ergüssen der Pleura nach Verletzungen des ductus thoracicus unterschiedlichster Genese berichtete *Schuchhardt, Hämatologie und internistische Onkologie, Skt. Blasien-Menzenschwand*. Eine operative Ligatur habe bislang nur zu unbefriedigenden Langzeitergebnissen geführt. Standard sei heute die konservative Behandlung mittels strenger MCT-Diät und physikalischer Entstauungstherapie. Reiche dies nicht aus, fänden sich in der Literatur Einzelfälle des erfolgreichen Einsatzes von Somatostatin-Analoga, z. B. Octreotide. Hier vorgestellter Fall aus lymphologischer Fachklinik: Z. n. Non Hodgkin, Primärtherapie totale nodale Radiatio, nach 12 Jahren traten ein sekundäres Beinlymphödem sowie chylöser Ascites und der Pleura auf. Kein Rezidiv der malignen Grundkrankheit.

Fortschritte der bildgebenden Darstellung des Lymphsystems mittels MR-Tomographie und zweier unterschiedlicher Gruppen von Kontrastmitteln (KM) stellte *Mack, Radiologie, Frankfurt a. M.*, vor. Mit T1-Typ KM, z. B. Gadomer-17, werde experimentell die Darstellung der Abflusswege der Mamma, der Feinstruktur der Lymphknoten (LK) zur Metastasendiagnostik und zur Lymphfistelographie erprobt. T2-Typ KM, wie Superparamagnetische Eisenoxidpartikel (SPIO), würden sich in gesunden LK anreichern. Seien Aussparungen zu sehen, weise dies auf Tumorzellen hin. Die Wertigkeit für das LK Staging zeigte eine Studie bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren: Histopathologisch untersucht 648 LK, davon 56 metastatisch. Die MRT (+ T2-Typ KM) habe 52 von 56 LK-Metastasen (Sensitivität 93 %, Spezifität 99 %) detektiert. Mittels der nativen MRT fanden

Kongressbericht erschienen im FORUM, Rubrik: Aktuell
Heft 6/2007 – 22. Jahrgang – das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

sich 35 von 56 LK-Met. bei cut off für LK ≥ 10 mm (Sen. 63 %, Spez. 95 %), bei cut off für LK bei 7 mm wäre die Sen. 91 % und Spez. 66 %.

Der Frage der technischen Abklärung bei V.a. Lymphödem der Beine ohne eindeutige Klinik (Frühstadium) stellten sich *Brauer und Brauer, Radiologie, Emmendingen*. Mehrere Patientengruppen wurden mittels Sonographie, statischer Lymphszintigraphie und Funktionslymphszintigraphie (mit Laufbandmessung) untersucht. Sie konnten zeigen, dass im Gegensatz zur standardisierten Funktionslymphszintigraphie, die Sonographie die Frühformen des Lymphödems bislang nicht zuverlässig diagnostizieren könne. Einflussfaktoren seien z.B.: Lagerung des Beines, sowie die Transducerposition. Weiterhin machten sie deutlich, dass die statische Lymphszintigraphie allein nicht ausreichend sei.

Sentinel-Lymphknotenbiopsie

Brusterhaltung als auch Reduzierung der Ödemhäufigkeit ist ein primäres Ziel der Therapie beim MammaCa. Die Sentinel Lymphknoten (SLN) Biopsie stellt dabei einen wesentlichen Meilenstein dar. *Albert, Gynäkologie, Marburg* berichtete von Entwicklung und klinischer Validierung dieser Methode, bis zur Implementierung in die S3-Leitlinien der Fachgesellschaften in diesem Jahr.

Grundlage der SLN sei die Theorie, dass der Lymphabfluss eines Tumors und dessen Metastasierungswege sich geordnet von einem LK zu den nachgeschalteten verhalte. Wenn histopathologisch der / die ersten LK („Wächter LK“) ohne Tumorzellen seien, könne auf die Axilladissektion verzichtet werden. Nach Zahlen des Robert-Koch-Institutes (2006) träfe dies auf ca. 65 % der MammaCa Patientinnen (n = 35.825) zu. Die Staginggenauigkeit bleibe erhalten, wenn nach den Qualitätskriterien der Fachgesellschaften vorgegangen werde. Ein möglichst atraumatisches Vorgehen, plastisch- und mikrochirurgische Techniken würden sich in der Brustchirurgie verbreiten.

Die SLN werden nuklearmedizinisch und / oder mit einem Farbstoff visualisiert und so für Operateure erst auffindbar gemacht. Die nuklearmedizinische Markierungstechnik sei bislang nicht standardisiert, wie *Brauer, Präsident der DGL*, betonte. Die Detektionsrate variere abhängig von der Injektionstechnik. Deutsche Krebsgesellschaft und die Dt. Gesellschaft für Senologie fordere eine Trefferquote von > 80 %, nach 3 Jahren > 90 %. Eine „Lernkurve“ die in der Form nicht unbedingt nötig wäre, denn basierend auf jahrelanger lymphszintigraphischer Erfahrung (z. B. beim Melanom) und anatomischer Überlegungen, habe sich in Emmendingen bei 139 MammaCa Patientinnen für die Darstellung der SLN eine 100 % Quote gezeigt (intraop. Auffindrate ebenfalls 100 %). Die intradermale Tracerinjektion scheine den anderen Injektionstechniken überlegen zu sein.

Aktuelle Daten zum Ödembefund nach Brustkrebstherapie präsentierte *Netopil, Allgemeinmedizin, Bad Nauheim*. Analyse von 900 Patientinnen (Primärtherapie 2000 und später) bei Aufnahme in einer onkologischen Rehaklinik: 64 % ödemfrei, 10 % nur Armlymphödem, 18 % nur Mamma / Thoraxödem, 8 % Arm und Rumpfquadrant betroffen. Ödembezogene Untersuchungen und Messungen erfolgten gemäß der Richtlinien der DGL.

Das Lymphödem, nach wie vor eine der häufigsten Komplikationen der Primären Therapie des MammaCas, führe zu progressiven und chronischen Funktionsstörungen, wie *Seifart, Hämatologie und internistische Onkologie, Bad Soden-Salmünster*, ausführte. Diese können mit psychischen und physischen Beeinträchtigungen in nahezu allen Lebensbereichen einhergehen. Es gelte patientinnenorientiert die Versorgung zu verbessern. Für das

Kongressbericht erschienen im FORUM, Rubrik: Aktuell
Heft 6/2007 – 22. Jahrgang – das offizielle Magazin der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Brustzentrum Regio, Marburg-Biedenkopf, wurde in einem systematischen Konsensusverfahren eine praxisorientierte sektorenübergreifende Handlungsempfehlung abgestimmt (wie Untersuchungsmodalitäten, Verlaufsdocumentation eines ggf. entdeckten Lymphödems). In den regulären klinischen Ablauf und ambulanten Nachsorgerhythmus miteingebunden seien ebenfalls Messungen zur Lebensqualität (Fragebogen von den Patientinnen selbst auszufüllen). Dies unterstütze Ärzte und Patientinnen in der Entscheidung zur Einleitung von therapeutischen Maßnahmen. Eine wissenschaftliche Untersuchung zu Effizienz und Effektivität begleite dies.

... der Blick über die Grenzen ...

Wenn in der Lymphologie alle die gleiche Sprache sprechen würden sei eine qualitätsgestützte und erfolgreiche Therapie möglich, auch im Rahmen der Ambulanz. So formulierte es *Gültig, Medizinische Weiterbildungs GmbH, Aschaffenburg*. Er stellte das von der KV Hessen anerkannte ärztliche „Curriculum Lymphologie“ vor (50 Stunden in Theorie und Praxis: Krankheitsbildbezogene Anatomie, Diagnostik, Pathophysiologie und Therapie / Dokumentation). Unterstützt von namenhaften Experten der lymphologischen Fachgesellschaften wären über 100 Ärzte weitergebildet worden, und in ihrer jeweiligen Region eine Vernetzung mit Therapeuten und Sanitätshäuser angeregt worden. Das Funktionieren der Versorgungskette setze ein Hand-in-Hand-Arbeiten voraus.

Lymphbildung und Lymphtransport, Physikalische Ödemtherapie

Neue Ergebnisse zu Morphologie und Funktion der Lymphgefäße präsentierte *Zöltzer, Humanbiologie, Kassel*, mittels raster- und transmissionselektronenmikroskopischer Aufnahmen. Thema: „Der Präkollector – Ein besonderer Abschnitt des Lymphgefäßsystems“. Fazit: Lymphgefäße und LK scheinen sich ähnlicher zu sein als bisher angenommen. Die Arbeitsgruppe ist eine der ganz wenigen die in diesem Bereich Grundlagenforschung betreiben.

Genitalödeme, kombiniert zumeist mit Beinlymphödem, träten nach onkologischen Therapien auf, die die aortalen, Becken- oder Leisten-LK tangieren. Zur Situation beim Mann brachte *Wauer, Physiotherapie, Frankfurt a. M.*, Behandlungsbilder und Tipps mit. Je früher die Therapie eingeleitet werde umso günstiger, denn rezidivierende Erysipele, Lymphbläschen und Fisteln seien hartnäckige Spätstadien. Der Ablauf orientiere sich konsequent an den Phasen der KPE. Zur Entstauung bedarf es intensiver Manueller Lymphdrainage (MLD) der Zentralen Lymphstämme, Axilla, Flanke, Unterbauch, Rücken, Damm + Genital – cave: Hygienemaßnahmen – und Bandagierung der ödematisierten Bereiche. Nach Penis und / oder Skrotum erfolge die Behandlung der Beine mit MLD und Lymphologischen Kompressionsverband (LKV). Behandlungszeit sei hierfür 60 Min. Minimum, täglich für 2-3 / ggf. 4 Wochen (Phase 1). Der Patient / Angehörige werden soweit als möglich miteinbezogen: Entstauende Atem- / Bewegungsübungen (BÜ), Selbstbandage. Spezielle Suspensorien zur Kompression des Skrotums könnten in der Erhaltungsphase 2 hilfreich sein.

Die Kompressionsstrumpfversorgung als ein Bestandteil der KPE stellte *Vollmer, Bandagistenmeisterin, Freiburg*, vor. Erfahrung beim Anmessen der maßgefertigten Flachstrickbestrumpfung („mit Naht“), sowie gute Kenntnisse zu den Krankheitsbildern und Therapieablauf seien nötig, wie sie aus mehreren Jahrzehnten Lymphologie zu berichten wusste. Nur eine korrekte, nicht abschnürende Bestrumpfung könne die gewünschten

positiven Wirkungen entfalten und wäre viel angenehmer zu tragen als es zunächst den Anschein habe.

Bei der Rehabilitation onkologischer HNO-Patienten stelle das chronische Lymphödem ein besonderes Problem dar. Laut *Poll, Rehabilitation, Aulendorf*, zumeist 6-8 Wochen postradiatio eintretend, verschlechtere es Stimmanbahnung, Dyspnoe, -phagie, Kopf-Halsbeweglichkeit und verstärkte Spannungsbeschwerden. Die ästhetische Entstellung könne Patienten zusätzlich traumatisieren und zu Depressionen führen. Sachkundig und mit nötiger Dosierung eingesetzt reduziere die MLD das Lymphödem und bessere so mit die o.g. Symptome. Immer zu beachten: Kontraindikationen und die jeweilige onkologische Situation.

Döller, Zentrum Lymphologie, Wolfsberg, referierte zum aggressiven Lymphangiosarkom (Stewart-Treves-Syndrom). Die Brusterhaltende Therapie (BET) werde zunehmend für immer mehr Frauen bei MammaCa möglich, die Bedeutung des STS nehme zu. Über 100 Fälle kutaner Angiosarkome der Brust seien seit der Erstbeschreibung (1987 von Body) publiziert, bei ED bereits 50 % davon metastasiert. Beschriebene Entstehungsmechanismen: Die nötige Radiatio nach BET, als auch ein unbehandeltes chronisches Lymphödem der Brust. Bereits bei kleinsten, verdächtigen Hautläsionen (hämatomähnlich) seien Biopsien zur Früherkennung nötig, um eine Heilung erreichen zu können eine radikale chirurgische Excision. Präventivmaßnahme sei daher eine frühzeitige Therapie eines Brustlymphödems.

Patientenversorgung

Mehrere Referenten vermittelten aktuelle Situation und Möglichkeiten aus Sicht der Beteiligten der lymphologischen Versorgungskette: Ärzte aus Klinik / Ambulanz, Lymphtherapeuten (speziell weitergebildete Physiotherapeuten wie Masseur, medizinische Bademeister) und zertifizierte Abmesser des Sanitätsfachhandels. Selbst wenn jeder für sich seine Arbeit am Patienten gut mache, sei in der Ambulanz der Informationsfluss problematisch / nicht ausreichend. Es mangle zu oft an qualifizierter Dokumentation des individuellen Verlaufs der Patienten (*Miller, Dermatologie, Berlin*). Diese sei aus mehreren Gründen absolut notwendig, so auch *Kohler, Chirurgie, Speyer*, z. B. um Regressforderungen abzuwehren. Bei Überprüfung des richtgrößenorientierten Praxisbudgets für Heilmittel habe der niedergelassene Arzt den Nachweis der medizinischen Notwendigkeit seiner Verordnungen im Rahmen der KPE 1 / 2 (MLD + LKV, BÜ oder ggf. KG) zu führen.

Zu den Problemen von Patientenseite berichtete *Bimler, Bundesverband Lymphselbsthilfe e.V., Giessen*, dass nach Informationswünschen zu Krankheitsbildern / Therapie und Angeboten der Lymphselbsthilfegruppen, an nächster Stelle bereits die dringende Bitte nach Adressen lymphologisch erfahrener Ärzte komme. Ödeme würden eher konserviert, denn gebessert (LKV !) werden. Selbst bei offenkundig schwerwiegenden Krankheitsfällen, auch onkologischen Lymphödem, werde an physikalischen Therapien / Rehas „gespart“, zunehmend Budgetgründe angeführt.

Die Kongressvorträge werden veröffentlicht in „Lymphologie in Forschung und Praxis“, viavital Verlag - Fachzeitschrift und Organ der drei deutschsprachigen lymphologischen Fachgesellschaften. Informationen dazu, ggf. den Abstractband, unter www.dglymp.de

Autorin: Eva Bimler, Ärztin, 1. Vorsitzende Bundesverband Lymphselbsthilfe e.V. (BVL)

In einem Kasten separat

Bundesverband Lymphselbsthilfe e.V. (BVL):

2001 haben wir uns als Lymphödembetroffene / -gefährdete in dem gemeinnützigen Verein BVL zusammengeschlossen, um zum Erhalt unserer Gesundheit beizutragen. Ehrenamtlich engagieren wir uns für Prävention und Aufklärung zu den Lymphödememen. Z.T. sind wir selbst vom Fach, und so auf den lymphologischen Kongressen mit Infostand und aktiven Beiträgen vertreten. Unser Fazit: Es lohnt sich – für Patienten und (fast) jedes medizinische Fachgebiet – sich mit der Rolle des Lymphsystems eingehender zu beschäftigen.

Kontakt: Eva Bimler

1. Vorsitzende BVL

Wilhelmstr. 12

35392 Giessen

Tel. 0641-9715557

www.Bundesverband-Lymphselbsthilfe.de



Bilder oben li. + re.
Fachleute informieren sich über Probleme
und Aktivitäten der Lymphödem-
Betroffenen: BVL-Infowand und Vortrag

Bild li.
Notfallversorgung einer Betroffenen mit
Lymphologischen Kompressionsverband
(LKV) und Lymptape