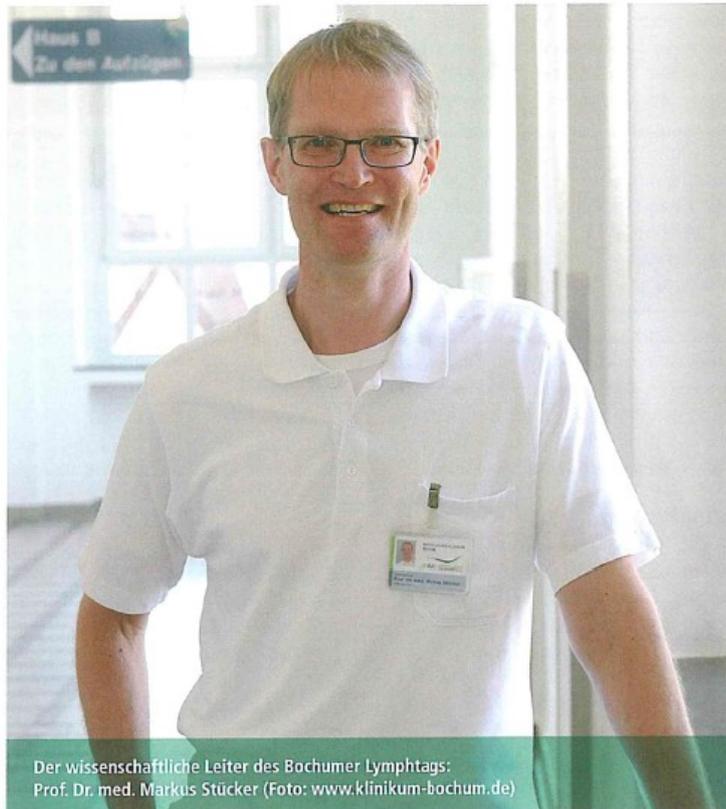


# Onkologischer Blickwinkel

Zum zehnten Mal fand am 30. Januar der Bochumer Lymphtag statt. Das reine Onlineformat lockte auch Gäste aus dem Ausland zur Veranstaltung.

Zum ersten Mal fand der Lymphtag als reines Online Symposium statt. Der wissenschaftliche Leiter Prof. Dr. med. Markus Stücker, Bochum, begrüßte zur Veranstaltung rund 420 Teilnehmende online. Besonders erfreulich war aus Sicht von Juzo die große Anzahl an internationalen Gästen. Aus 13 Ländern nutzten Gäste die englische Simultanübersetzung. Außerdem waren annähernd 180 Teilnehmende aus der Türkei dank einer türkischen Simultanübersetzung online dabei. Mehr als 50 weitere Personen haben sich für die Teilnahme im Rahmen der Mediathek entschieden. Somit konnten rund 470 Teilnehmer registriert werden. Veranstaltet wurde der Tag durch die Akademie für medizinische Fortbildung der ÄKWL und KVWL, Münster gemeinsam mit der Juzo Akademie in Zusammenarbeit mit der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie des St. Josef Hospitals und dem Venenzentrum der Dermatologischen und Gefäßchirurgischen Kliniken, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum.



Der wissenschaftliche Leiter des Bochumer Lymphtags:  
Prof. Dr. med. Markus Stücker (Foto: [www.klinikum-bochum.de](http://www.klinikum-bochum.de))

Der diesjährige Lymphtag beleuchtete die Genese und Therapie von Lymphödemen aus diversen onkologischen Blickwinkeln. Die Referenten betrachteten Aspekte in den unterschiedlichsten Fachbereichen und stellten deren Einfluss auf die Ödembildung und -behandlung in den Fokus.

Den ersten Block eröffnete Univ.-Prof. Dr. med. univ. Erich Brenner, Innsbruck, mit seinem Vortrag „Faszination Lymphatisches System: Anatomie und Physiologie“. Neben dem Kreislaufsystem Herz, Arterien, Kapillaren und Venen existiere der Halbkreis der Lymphgefäße, der be-

reits bei den Kapillaren ansetze. Neben der Morphologie lag der Fokus auf Anatomie und Physiologie des Lymphsystems.

Bei der Betrachtung des Lymphtransports seien drei Parameter wesentlich: die maximale Transportkapazität des Lymphgefäßes, die Summe der lymphpflichtigen Lasten sowie das aktuelle Lymphzeitvolumen (das Volumen, das zum aktuellen Zeitpunkt transportiert werde). Im Normalfall liegen Lymphlast und Lymphzeitvolumen ident und bei etwa 20% der Transportkapazität. Wenn die Lymphlast kurzzeitig ansteige, könne das Lymphsystem

darauf reagieren und die Kapazität erhöhen. Dies gehe aber nur über einen kurzfristigen Zeitraum, bevor die Lymphgefäße ermüden und die Transportkapazität wieder sinke. Das sei der Punkt, an dem dann ein Ödem entstehe. Auch wenn die Lymphlast die maximale Transportkapazität übersteige oder aufgrund der Schädigung von Lymphgefäßen die maximale Transportlast unter die Lymphlast sinke, entstünde ein Ödem.

„Bildgebung beim Lymphödem: Indikationen, Methoden, Aussagekraft“ war das Thema von PD Dr. med. Claus Pieper, Bonn. Er stellte Lymphbildgebungstechni-

ken vor und ging dabei primär auf die radiologischen Verfahren ein (Röntgenlymphangiographie, Pedale Funktionslymphszintigraphie, MR-Lymphangiographie und kurz auch ICG Fluoreszenzlymphangiographie).

Ziele der Verfahren seien, Ödemverteilung und -ausmaß darzustellen, die Identifikation von funktionellen Lymphgefäßen und -knoten, eine exakte anatomische Lokalisierung in Bezug zu Venen, das Vorliegen eines dermalen Refluxes/Dermisverdickung zu erkennen, Fettgewebsveränderungen (Hypertrophie) und Fibrosierung zu identifizieren sowie die Quantifizierung der Funktionalität des Lymphgefäßes. Er machte eine Gegenüberstellung der MR-Lymphangiographie (MRL) und der Lymphszintigraphie, die beide konkordante Befunde liefern würden. Die Lymphszintigraphie sei aber in der Darstellung der Funktion der Lymphknoten/Anreicherungskinetik überlegen, wohingegen die MRL in der Darstellung der Lymphgefäße und deren Morphologie überzeugender sei.

### Lymphödem in der HNO-Heilkunde

Dr. med. Michael Oberlin, Hinterzarten, beschäftigte sich mit dem „Lymphödem in der HNO-Heilkunde: Kopf-, Gesichts-, Halslymphödeme, deren Ursache und Therapieoptionen“. Gerade im Kontext der Onkologie betrachtet könne man sagen, dass Lymphödeme im Kopf-, Gesichts- und Halsbereich meist Folge therapeutischer Eingriffe bei malignen Tumoren seien. Die Therapie der HNO-Tumore sei immer noch sehr radikal (chirurgisch Neck dissection, Strahlentherapie, Radiochemotherapie), was zu einer sehr hohen Inzidenz eines Lymphödems führe (ca. 30 bis 76%). Neben äußerem Lymphödem gäbe es auch das innere Lymphödem der Mundhöhle sowie des Larynx und Pharynx, das deutlich schwerer zu erkennen sei. Die Patienten würden unter anderem an Schluckbeschwerden oder Atem- und Sprechprobleme leiden.

Oberlin ging auf die Physikalische Therapie dieser äußeren und inneren Lymphödeme ein, die eine große Herausforderung für die The-

### DEKADE GEGEN KREBS

Die Dekade gegen Krebs ist eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und weiteren Partnern ins Leben gerufene Initiative, welche die Erforschung und Bekämpfung der Krankheit in den Mittelpunkt stellt. In drei Arbeitsgruppen beantworten die Akteure aktuelle Fragen nach dem Stand der Forschung, der Hilfe für Betroffene und der schnellen und unkomplizierten Behandlungsweise, unabhängig vom Wohnort. Die Maxime über allen Fragen: die Forschung konsequent auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten auszurichten. Deshalb sind Bürgerinnen und Bürger besonders eingeladen, die Dekade mitzugestalten. Betroffene, Angehörige und Interessierte können und sollen ihre persönlichen Erfahrungen und Wünsche einbringen. Während der Dekade wird dafür zu bestimmten Zeitpunkten ein Portal geöffnet, in dem die Konzepte und Arbeiten kommentiert und eigene Vorschläge unterbreitet werden können.

rapeuten darstelle. Laut Untersuchungen aus den USA an 1.200 Patienten mit Kopf-, Gesichts-, und Halslymphödem nach einer Tumorthherapie würde durch die Konservative Physikalische Entstauungstherapie (KPE) bei 60% eine Besserung eintreten. Jedoch sei die Erfahrung von MLD-Physiotherapeuten in der Behandlung von Kopf-, Gesichts-, und Halslymphödem oft begrenzt und die Kompressionstherapie erfordere noch ein großes Maß an „Kreativität“, führe aber im Rahmen der KPE zu großen Verbesserungen.

### Brustkrebs und Lymphödem

Brustkrebs und Lymphödem: Haben sich Lymphödeme durch moderne Mammachirurgie verändert? Dieser Frage ging Dr. med. Irene Richter-Heine, München, nach. Die operative Therapie der Brustkrebserkrankungen nehme eine zentrale Stellung in der Brustkrebsbehandlung ein. Heute seien brusterhaltende Therapien (BET) zwar vorrangig, jedoch gingen diese mit einer adjuvanten Bestrah-

lung einher und hätten deshalb häufig ein ästhetisch nicht ansprechendes Ergebnis. Wenn das reduzierte Volumen bei einer brusterhaltenden Therapie 15 bis 30 % ausmache, müsse mit Asymmetrie, Deformierung, Dellenbildung und Fehlpositionierung des NAK (Nippel-Areola-Komplex) gerechnet werden. Eine große Rolle in der Behandlung von Brustkrebs spielten die Lymphknoten, insbesondere der Sentinel-Lymphknoten (Wächterlymphknoten).

In der klinischen Beobachtung treten weitaus seltener hochgradige sekundäre Armlymphödeme nach Entfernung von Lymphknoten und Bestrahlung auf. Auffällig häufiger sind Ödeme bzw. Lymphödeme der Brust und Thoraxwand nach BET/Mastektomie mit Bestrahlung und adjuvanter moderner Therapie.

Lymphödeme treten weniger häufig auf, da früher operiert und adäquat therapiert werden könne. Eine frühe Diagnosestellung bedeute eine weniger aggressive Therapie, weniger radikale Operationen mit weniger einschneidenden Folgen wie Arm-, Brust- oder Thoraxwand-Lymphödem. Eine adäquate, individuelle Beratung, Diagnostik und Therapie stünden in zertifizierten Brustzentren betroffenen Frauen zur Verfügung. Im multidisziplinären Zusammenspiel in der Brustkrebsbehandlung liege der Erfolg der Therapie, von der OP-Planung und patientenadaptierten Durchführung bis hin zur Rehabilitation.

Heike Freise, Bad Homburg, gab einen Einblick in den Alltag einer Breast Care Nurse. In Deutschland erkrankten jährlich rund 69.000 Frauen und 700 Männer an Brustkrebs. Als Breast Care Nurse müsse man sich vielfältigen, freudigen und auch traurigen Herausforderungen stellen und ein hohes Maß an psychischer Stabilität, Empathie und Belastbarkeit aufbringen. In zertifizierten Organkrebszentren (ca. 273 zertifizierte Brustkrebszentren in Deutschland) könne die Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten verbessert und eine ganzheitliche Begleitung in allen Phasen der Erkrankung ermöglicht werden. Ein Netzwerk aus verschiedenen Spezialisten stehe in den Zentren an der

Seite der Erkrankten. Die Information über den Organisationsablauf der Klinik, Beratung zu Unterstützungsmöglichkeiten durch Sozialberatung, Psychoonkologen ggf. Seelsorge oder die Besprechung prothetischer Versorgung gehören u.a. zu den täglichen Aufgaben. Als Onkologische Fachpflegekraft sei man ein Baustein in einem multiprofessionellen Team und kümmere sich um die Menschen.

Prof. Dr. med. Marcus Lehnhardt, Bochum, deckte das Spektrum der mikrochirurgischen Techniken in seinem Beitrag „Prävention des Lymphödems nach Tumor durch lymphovenöse Anastomosen“ ab. Über lymphovenöse Anastomosen (LVA) könne die Möglichkeit einer Prävention eines Lymphödems geschaffen werden. Mehr als 50% der Patienten eines Weichteilkarzinoms würden Lymphödeme entwickeln. Eine mit dieser Tumorart einhergehende notwendige Bestrahlung begünstige zusätzlich eine Schädigung des Lymphabflusses. Lehnhardt gab einen Überblick über den Aufwand und den Mehrwert, den eine solche Operation mit sich bringe. Wenn im Rahmen einer Tumorresektion LVA gemacht werden und so die Lymphe in das venöse System umgeleitet werde, sei ein zeitlicher Mehraufwand von rund einer Stunde notwendig. In der Nachbehandlung müsse postope-

rativ mit elastischen Kompressionsbandagen und später mit individuell angepassten Kompressionsbekleidung versorgt werden. Patienten mit LVA hätten auf lange Sicht eine gut abfließende Lymphflüssigkeit und keine Probleme mit der Bildung von Lymphödemen.

Das postinterventionelle Ödem in der Orthopädie wurde von Peter Nolte, niedergelassener Allgemeinmediziner und Lymphologe, Meinerzhagen-Valbert, genauer betrachtet. Bei operativen Interventionen wie einem Kniegelenkersatz entstünden Gewebetraumata z.B. durch Haken. Die Bahnen der vetromedialen Bündel der Beinlymphgefäße (Flaschenhals) würden im Zuge der Operation beeinträchtigt werden.

Gewebetraumata können zu einer akuten Entzündung der umliegenden Gewebestrukturen führen und erhebliche Folgen wie z.B. ein postoperatives Lymphödem, drohende Wundheilungsstörung, Schmerzen und länger andauernde Immobilität der Patienten mit sich bringen.

Eine sinnvolle präoperative Risikostratifizierung könne Abhilfe schaffen. Behandlungsziele seien unter anderem eine Beseitigung des inflammatorischen Proteinstatus durch beispielsweise eine Steigerung des Lymphzeitvolumens oder die Entwicklung neuer Lymphabflusswege

(LVA). Die KPE mit anschließender lymphologischer Kompressionsbandagierung sei unbedingt in der Therapie zu berücksichtigen.

Dr. med. Anna-Theresa Lipp, München, referierte zum Thema „Ernährung und Lymphödem: Gibt es die Lymphödem-Diät?“. Der Darm sei im Kontext eines Lymphödems ein sehr wichtiges Organ, da er für die Steuerung der Lymphproduktion mit verantwortlich sei. Abhängig von der Ernährung könne die Produktion von Lymphflüssigkeit stark schwanken. Lipp ging auf die Entzündungen im Darmbereich ein und nannte antiinflammatorische Nahrungsmittel, die bei der Gesunderhaltung des Darms unterstützen und Entzündungen im Darm vorbeugen könnten. Die Reduktion beispielsweise von Alkohol und natriumreicher Nahrungsmittel trage zur Stabilisierung der Lymphproduktion bei. Es gäbe keine direkte Lymphödem-Diät, wohl aber Säulen der Ernährung bei Ödemen, die beachtet werden sollten. Low Carb und Low Fat würden keine signifikanten Unterschiede im Gewichtsverlust zeigen, Low Fat sei bei einem Lymphödem auch nicht zu empfehlen, da der Verzicht auf gute Fette eher kontraproduktiv sei.

Der nächste Bochumer Lymphtag findet am 29. Januar 2022 als hybride Veranstaltung statt. **GP**