

# Die erfolgreiche Komplexe Physikalische Entstauungstherapie eines elefantastischen Lipo-Phlebo-Lymphödems mit Dekubitus in der ambulanten lymphologischen Schwerpunktpraxis

K. Schiller, C. Bromberger

Lymphologische Schwerpunktpraxis Pritschow, Waldkirch

## Zusammenfassung

Ein elefantastisches Lipo-Phlebo-Lymphödem, kompliziert durch einen Dekubitus und eine morbide Adipositas, konnte in enger Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt durch Komplexe Physikalische Entstauungstherapie und Wundbehandlung in der ambulanten lymphologischen Schwerpunktpraxis erfolgreich entödematisiert werden: Zwölf Monate intensiver Behandlung führten zur Abheilung des Dekubitus und zur Entödematisierung beider Füße und Unterschenkel. Anschließend wurde die Patientin mit flachgestrickter Unterschenkel-Kompressionsbestrumpfung versorgt. Nach einer zweiten Entödematisierungsphase wurde eine zusätzliche Oberschenkel- und Leib-Kompressionsversorgung als „Capri-Hose“ angemessen. Weitere neun Monate später konnte mittels Reduktionsplastik eine 12 kg schwere Fettschürze entfernt werden.

**Schlüsselwörter:** Elefantiasis, Lipo-Phlebo-Lymphödem, morbide Adipositas, Dekubitus

## Summary

Elephantiasic lipophlebolymphedema complicated by decubitus and morbid obesity was successfully decongested through complete physical decongestive therapy and wound care at our out-patient treatment center for lymphedema management in close cooperation with the patient's physician. After twelve months of intensive treatment, the patient's decubitus was healed and both feet and lower legs decongested. Following decongestive therapy, the patient was fitted with flat-knitted knee-high compression stockings. After a second decongestive phase, an additional compression garment (capri pants) was fitted for treatment of the thighs and lower body. After nine months, an apron of fat weighing 12 kg was removed in reduction plastic surgery.

**Keywords:** elephantiasic lipophlebolymphedema, morbid obesity, decubitus

Hyperalgesie der Haut an beiden Unterschenkeln (visuelle Schmerz-Skala (VAS): 8). Seit zwei Jahren vier- bis fünfmal im Jahr rezidivierende Erysipelenfekte beider Beine. Andere Erkrankungen: Hypertonie und Diabetes mellitus. Die Patientin raucht seit 30 Jahren, zum Zeitpunkt der Erstvorstellung circa 50-60 Zigaretten täglich.

Die Adipositas permagna und die Ödeme hatten Bewegungseinschränkungen auf allen Ebenen zur Folge. Anstrengungen, z. B. auf der Behandlungsbank Platz zu nehmen, gingen mit einer Belastungsdyspnoe einher.

Das enorme Gewicht der Beine und die ständige Außenrotationsposition der Beine im Liegen provozierten durch kontinuierlichen, massiven Druck auf den linken lateralen Unterschenkel Anfang 2006 einen Dekubitus. Die Patientin litt an ständigen ziehenden Schmerzen (VAS 8) im Dekubitusbereich. Die selbstständige Wundversorgung der Patientin war bis dato völlig unzureichend, es gab keine Kontrollen durch einen Wundmanager oder Arzt.

Durch massive Angst vor einer Krankenhausbehandlung wegen des Dekubitus nahm die Patientin kaum ärztliche Betreuung in Anspruch. Der Wundgeruch und die großen Mengen an auslaufendem Wundsekret, die Patientin sprach von „Wundpfützen“, waren ihr peinlich und führten zu ihrer sozialen Isolation. Sie verließ das Haus nur in dringenden Fällen und wirkte sehr „in sich gekehrt“. Sie litt an nächtlichen Angstzuständen, Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen.

Die Patientin ist geschieden und lebt mit ihrer Tochter, ihren Eltern und ihrem Bruder in einem Haus.

## Inspektion und Palpation

Adipositas permagna, Fettschürze bis zur Mitte der Oberschenkel hängend (Abb. 2). Trockene, rissige Haut an beiden Beinen und Füßen. Beidseits Nagel- und Interdigitalmykose. Untere Rumpfquadranten: ventral und dorsal Hautfalten beidseits verbreitert, massives Ödem des Mons pubis, bindegewebig proliferiert. Lobuläre Ödeme an beiden Oberschenkeln (Abb. 1) mit deutlichen Bindegewebssproliferationen. Ausgeprägte Asymmetrie im medialen Oberschenkelbereich. Die Unterschenkelödeme waren beidseits fest, präfibial war eine Delle nur

Es folgt der Fallbericht einer Patientin mit elefantastischem Lipo-Phlebo-Lymphödem, Adipositas permagna und Dekubitus am linken lateralen Unterschenkel. Die lymphtherapeutische Befundung der Patientin wird beschrieben, die einzelnen Schritte der erfolgreichen ambulanten Behandlung vorgestellt.

## Erste Vorstellung der Patientin am 27.6.2007

Anamnese: 44-jährige Patientin, Hausfrau. Größe: 164 cm, Gewicht: 220 kg (BMI: 81,1). Seit der Pubertät Anzeichen von lipödematischen Veränderungen, z. B. Reiterhosen-ähnliche Fettgewebsvermehrung. Hämatomneigung an beiden Beinen.



**Abb. 1:**

Erstbefundung 27.6.2007: lobuläre Strukturen, Fettschürze, starke Rötung im Dekubitusbereich.



**Abb. 2:**

Erstbefundung 27.6.2007: massives Dekubitus am li. lateralen Unterschenkel.

schwer eindrückbar, retromalleolär war das Gewebe beidseits fest (links > rechts). Das Wundgebiet war fibrosklerotisch induriert. Vereinzelt fanden sich Varizen an beiden Unterschenkeln. Die bombierten Fußrücken waren durch Gewebsvermehrung hart (rechts > links). Das Stemmer'sche Zeichen war positiv (links > rechts), beidseits waren Kastenzehen ausgeprägt.

### Wundinspektion

Dekubitus am linken lateralen Unterschenkel, 20 cm proximal von der Fußsohle entfernt, Durchmesser circa 12 cm, gezackter Wundrand mit tiefen Wundtaschen (Abb. 3). Unregelmäßige Wundtiefe, bis zu 0,5 cm. Auf dem Dekubitusgrund fibrinöser, schmieriger Belag, Papillomatose am Wundgrund, drei bis vier Lymphfisteln mit massiver Lymphorrhoe (gelblich), faulig-süßlicher Geruch. In der Umgebung des Dekubitus Stauungsdermatitis und starke Mazerationen (durch starke Exsudation/Lymphorrhoe), Fußhaut komplett aufgeweicht.

### Diagnose

Elefantiasisches Lipo-Phlebo-Lymphödem, Adipositas permagna, Dekubitus am linken lateralen Unterschenkel.

### Zielvereinbarung

Gemeinsam mit der Patientin und dem behandelnden Arzt wurde eine Zielvereinbarung formuliert: Schmerzfreiheit, Wundheilung, Entödematisierung der unteren Rumpfquadranten, des Mons pubis und beider Beine mit anschließender Kompressionsbestrumpfung. Verbesserung der Beweglichkeit, Gewichtsabnahme und Reduktion des Zigarettenkonsums. Um diese Ziele zu erreichen, muss mit einem Behandlungszeitraum von circa zwei Jahren gerechnet werden.

### Therapieplan

Nur nach einer entsprechend langen Phase 1 der Komplexen Physikalischen Entstauungstherapie (KPE) (Entödematisierung

über circa 1,5 Jahre) konnte eine erste adäquate Bestrumpfung angemessen werden. Die Entödematisierungsphase beinhaltet eine sechsmal wöchentlich durchgeführte Manuelle Lymphdrainage (MLD 60) mit Wundbehandlung, allgemeiner Hautpflege, einschleichendem lymphologischem Kompressionsverband (LKV) und entstauender Bewegungstherapie. Der LKV musste von einer bis zur nächsten Behandlung getragen werden.

Nach erfolgreicher Entödematisierung und Kompressionsbestrumpfung folgte die Optimierungs-/Erhaltungsphase, die Phase 2 der KPE. In dieser Phase wird je nach Reödematisierungstendenz die Behandlungsfrequenz mittels MLD, Hautpflege, LKV und Bewegungstherapie festgelegt [2].

### Beginn der Therapie (Phase 1 der KPE) am 5.7.2007 und weiterer Verlauf

Am Beginn der Therapie standen die Entödematisierung beider Füße und Unterschenkel und eine intensive Patientenaufklärung bezüglich der Entstehung des Ödems und der Wunde, der Wirkung der KPE, der Phasen der KPE, der Bedeutung der Patientencompliance sowie über hygienische Aspekte. Der Arzt gab die Anweisungen für die Wundversorgung und führte ein regelmäßiges Débridement des Dekubitus durch, anfänglich einmal pro Woche, später vierzehntägig. Medikamentöse Diabeteskontrolle und Schmerzbehandlung, Behandlung der Nagel- und Interdigitalmykose.

### Manuelle Lymphdrainage (MLD)

Um ein Ablaufen des Ödems zu gewährleisten, erfolgte für 20 Minuten eine zentrale Anregung der Kollektoren, bevor die unteren Rumpfquadranten und die Beine behandelt wurden. Diese Intensität der Vorarbeit wurde über vier Wochen beibehalten. Im Ödembereich wurden Fibroelockerungsgriffe angewendet.

### Wundbehandlung und Wundversorgung

Die regelmäßige Arztkonsultation gemeinsam mit der Patientin ermöglichte eine ge-

**Abb. 3:**

Erstbefundung 27.6.2007: Dekubitusaufnahme nach Entfernung des fibrinösen schmierigen Belags, Dekubitusdurchmesser ca. 12 x 12 cm, Tiefe ca. 0,5 cm, Papillome am Wundgrund, faulig-süßlicher Geruch.

**Abb. 4:**

Wundschluss 18.7.2008: stabiles Epithelgewebe.

**Abb. 5:**

Z. n. Reduktionsplastik der Fettschürze, April 2009.

naue Absprache der Wundbehandlung und -versorgung.

Vorgehensweise beim Anlegen des lymphologischen Kompressionsverbandes: Vor der Behandlung duschte die Patientin (mit Okklusivverband der Wunde) in der Praxis. Die bandagefreie Zeit musste so kurz wie möglich gehalten werden, um eine Reödematisierung zu verhindern. Je nach Ödemkonsistenz und Schmerzsituation erfolgte eine weichere, festere, ruhige oder unruhige Polsterung.

### Bewegungstherapie

Nach der Manuellen Lymphdrainage wurden die Muskel- und Gelenkpumpen durch leichte Übungen in der Kompression aktiviert, z. B. im Liegen mit Dorsal- und Plantarflexion beider Füße und im Sitzen mit abwechselnder Knieflexion und -extension.

### Zwischenbefund am 11.12.2007

Der Wunddurchmesser war auf circa 6 cm reduziert, es existierten keine Wundtaschen mehr. Vollständige Rückbildung der Papillomatose und der Stauungsdermatitis. Keine Lymphorrhoe. Die Bewegungsbelastung konnte ausgebaut werden. Aufbau eines Trainings-

plans: leichtes Ausdauertraining, unter anderem in Form von täglichen Spaziergängen, die stufenweise verlängert wurden. Krafttraining im Intensitätsbereich 30-50 % nach modifizierter RPE-Skala (rate of perceived exertion) [1].

### Abschlussbefund der 1. Phase der KPE am 18.7.2008

Gewichtsreduktion um 63 kg, Wundverschluss mit Defektheilung (Abb. 4), deutliche Umfangsreduzierungen (Diagramme 1, 2) und Lockerung des fibrotischen Gewebes. Guter Hautpflegezustand, regelmäßige medizinische Fußpflege. Zigarettenkonsum reduziert auf maximal fünf Stück pro Tag.

### Phase 2 der KPE

Nach Absprache zwischen dem Therapeuten und dem Orthopädietechniker wurde eine flachgestrickte Kompressionsversorgung mit Unterschenkelstrümpfen und Zehenkappen angefertigt. Es folgte der Übergang in die Optimierungs-/Erhaltungsphase der Therapie (Phase 2 der KPE), die Behandlungsfrequenz wurde entsprechend der Reödematisierungstendenz mit zwei- bis dreimal wöchentlicher

KPE festgelegt [2]. An jede MLD schloss sich Hautpflege und Bandagierung an, welche die Patientin bis abends trug. An therapiefreien Tagen trug die Patientin ihre Kompressionsbestrumpfung. Die Intensität des Ausdauer- und Krafttrainings konnten weiter ausgebaut werden.

### Zwischenbefund am 29.8.2008

Die Ödemsituation beider Füße und Unterschenkel war stabil (Diagramme 1, 2). Aktualisierte Zielvereinbarung: Entödematisierung beider Oberschenkel und der unteren Rumpfquadranten mit anschließender Anmessung einer Kompressions-Caprihose.

Wiederholung der Phase 1 der KPE: tägliche Behandlungen (sechsmal wöchentlich), MLD 60, Hautpflege, LKV beider Beine, entstauende Bewegungstherapie. Trainingsintensitätsbereich nun 50-70 % nach modifizierter RPE-Skala. Die Patientin führte ein Trainingstagebuch, worin ihr Trainingsprogramm aufgeführt war und Fortschritte notiert wurden.

### Zwischenbefund am 14.10.2008

Ödemreduktion (Diagramme 1, 2). Anfertigung einer dreiteiligen flachgestrick-

### Entödematisierungsverlauf Vorfuß / Malleolen

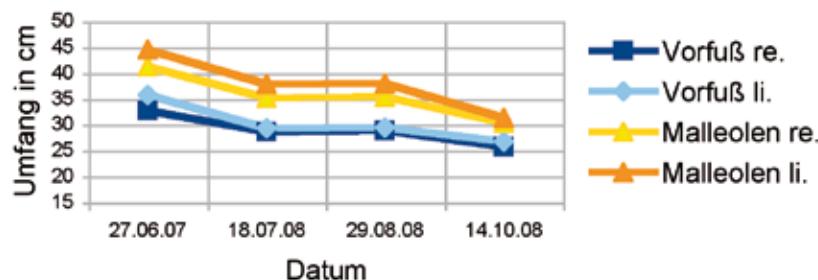


Diagramm 1

### Entödematisierungsverlauf Unter-/Oberschenkel

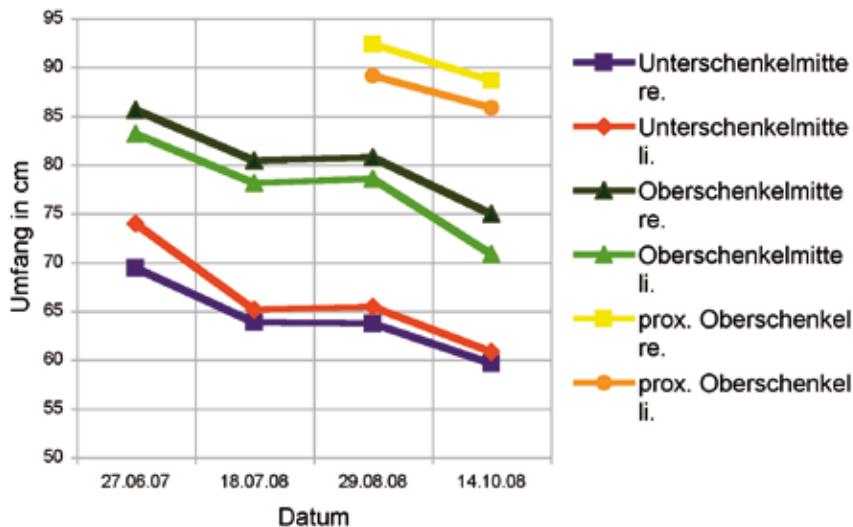


Diagramm 2

ten Kompressionsversorgung: Zehenkappen, Unterschenkel-Kompressionsstrümpfe und eine Caprihose mit Hosenträgern.

#### Erneute Optimierungs-/Erhaltungsphase am 6.4.2009

Operative Entfernung der 12 kg schweren Fettshürze (Reduktionsplastik) in der Universitätsklinik Freiburg (Resultat siehe Abb. 5). Eine weitere Reduktionsoperation lobulärer Strukturen an den Oberschenkeln ist geplant.

### Fazit

Die Patientin, die anfangs völlig verängstigt erschien, ist ein fröhlicher, lebensbejahender Mensch geworden. Sie trägt ihre Kompressionsversorgung konsequent und erscheint regelmäßig zur Therapie. Dennoch bedarf sie einer klaren Führung im Sinne der Aktualisierung der Zielvereinbarung. Dieser Bericht zeigt, dass auch extreme Fälle elefantastischer Ödeme mit Wunde und begleitender Adipositas in einer physiotherapeutischen lymphologischen Schwerpunktpraxis erfolgreich

behandelt werden können. Voraussetzung hierfür ist allerdings eine funktionierende Versorgungskette.

### Literatur

1. Froböse I, Fiehn R: Das Training in der Therapie – Grundlagen. Ullstein Medical Verlag, Wiesbaden 1998
2. Pritschow H, Schuchhardt C: Das Lymphödem und die Komplexe Physikalische Entstauungstherapie, Ein Handbuch für die Praxis in Wort und Bild. ViaVital Verlag, Köln, 2. Auflage 2008

### Korrespondenzadresse

Karin Schiller  
Mainzer Landstr. 52  
65795 Hattersheim a. M.  
E-Mail: schiller-physio@anpa.de