

Manuelle Lymphdrainage (ML)

Methodik und Praxis speziell im Bereich der Onkologie

Kennengelernt habe ich die ML als Hpa in der Praxis von Elsa Mittman in Düsseldorf, in der ich einige Jahre zuerst mehr als ML-Therapeutin und dann in Kombination mit Homöopathie gearbeitet habe.

Gefallen hat mir von Beginn an die Sanftheit der Technik und dass es kreisförmige, spiralartige Bewegungen sind, die meine Hände ausführen. Gut geerdet zu sitzen oder zu stehen habe ich gelernt, den Energiefluss durch mich durchfließen zu lassen und so den Lymphfluss der Patientin anzuregen. Bei dieser Methode ist zu schweigen auch eine schöne Möglichkeit hin zu spüren, wo es sich staut und wie es sich löst. Irgendwann beginnt auch der Gesprächsfluss und im Laufe der letzten 20 Jahre, in denen ich immer wieder mit ML arbeite, habe ich viel Spontanes, Profanes und auch Vertrauliches oder noch Unverdautes hören können:

- die Befürchtung, als Krebspatientin von der Nachbarin gemieden zu werden, und real zu erleben, dass die Straßenseite gewechselt wurde
- die Angst zu sterben
- das Gefühl, einzelne Körperteile seien fremd geworden, wie ungelenke, schwere Teile
- sich nicht bewegen zu wollen / zu können...

In meinen Behandlungen lege ich Wert darauf, dass die Patientin Zeit bekommt. Es ist mir ein Anliegen, sie in ihrem Begehren, was sie in der Welt möchte, ernst zu nehmen und wenn möglich, sie darin zu unterstützen.

Die sanfte Technik der ML ermöglicht ein vorsichtiges herantasten an alte, noch offene Wunden – körperlich und seelisch – aber auch die Möglichkeit, sich einfach zu entspannen, los zu lassen und eine reinigende Wirkung zu erfahren.

AUTORIN

Brigitte Baltscheit

Herzog Reichardstr. 8

55469 Simmern

Tel: 06761 / 965197

bribal@w4w.net

Heilpraktikerin (HP)

Homöopathische Praxis

für Frauen und Kinder,

ML-Ausbildungen

Historie

Die Behandlungsform und der Ausdruck „Lymphdrainage“ stammen von dem dänischen Physiotherapeuten und Philologen Dr. phil. EMIL VODDER. ¹ Nachdem er das Medizinstudium wegen einer Malariaerkrankung unterbrechen musste, wandte er sich der physikalischen Therapie zu. Schon früh interessierte er sich für das Lymphsystem. 1929 ging er mit seiner Frau Estrid, die 1923 in Berlin HP wurde, nach Frankreich. Entdeckt hat er die Lymphdrainage durch seine Frau, die ihm, um ihn von der Wirksamkeit der sanften Bewegungen zu überzeugen, erst mal nur ein geschwollenes Bein behandelte, welches sich danach seltsam leicht und beweglicher anfühlte. So wurde eine neue Technik geboren.

Eingeführt in die Schulmedizin wurde sie jedoch erst 1963 durch den Arzt Dr. ASDONK aus Essen als „Therapeutische Lymphdrainage“. Er begründete die Methode auf wissenschaftlicher Basis. Grifftechniken der Lymphdrainage wurden erweitert und ein Konzept zur Ödemtherapie entwickelt.

Professor KUHNKE aus Bonn entwickelte die Extremitätenvolumetrie und so konnte die Wirksamkeit der Lymphdrainage und Ödem-

therapie nachgewiesen werden, weshalb sie seit 1974 kassenabrechnungsfähig ist.

Manuelle Lymphdrainage (ML) ist dabei nur ein Teil der Ödemtherapie, dazu kommen Kompression (sei es durch Bandagierung oder Bestrumpfung) und entstauende Bewegungsübungen. Als ML/KPE (Komplexe physikalische Entstauungstherapie) ist das so rezeptierbar und abzurechnen.

Seit 1972 besteht die Feldbergklinik Dr. ASDONK als erste Klinik für lymphologische Medizin. Einige seiner Mitarbeiter (FÖLDI, DERI) gründeten später eigene Kliniken und sorgten so für eine weitere Verbreitung dieser Therapieform.

Anatomie und Physiologie

Aufbau des Lymphsystems

Das Lymphgefäßsystem ist ein Sammelsystem und daher kein Kreislaufsystem wie der Blutkreislauf! Es beginnt offen mit vielen kleinen Verästelungen im Interstitium, also überall zwischen den Zellen.

In jedem Gewebe (Haut- und Organewebe usw.) haben wir oberflächliche Hautlymphgefäße, die in größere Lymphkollektoren münden und dann in die großen Lymphstäm-

me führen. Erst hier befinden sich Klappen in den Lymphgefäßen, die einen Rückstrom verhindern. Hier wird das Lymphgefäßsystem selbst aktiv: Die sog. Muskelautonomie transportiert die Lymphe gegen die Schwerkraft in Richtung Herz.

Im Nacken, Hals, Achsel, Ellbogen, Leisten und Kniekehlen sind in die Lymphgefäßen zwischengeschaltet viele Lymphknoten (LK), die u.a. Filterfunktion haben. Die Lymphe verläuft ab den regionären LK in der Tiefe weiter.

Um die Abflussgebiete zu verstehen ist es hilfreich, sich den Körper in vier Quadranten eingeteilt vorzustellen.

racicus kurz vor dem linken Venenwinkel.

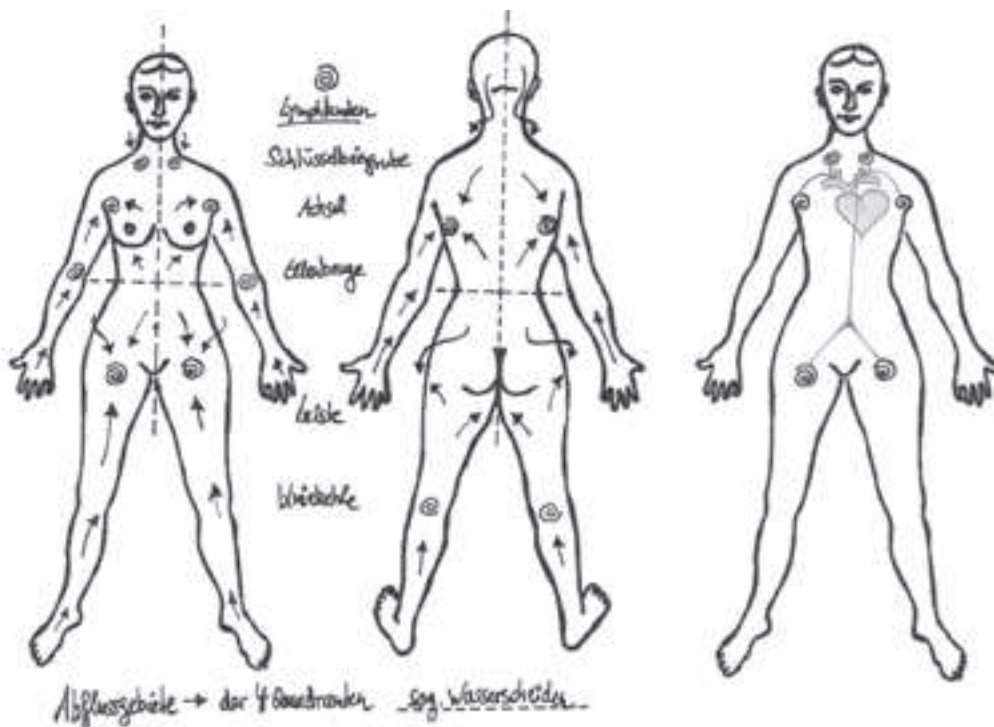
Der Kopf mit der jeweiligen Seite von Gesicht und Hals entstaut in die jeweiligen Lymphknoten hinter der Schlüsselbeingrube, den sog. Terminus, wo die Lymphe in die Tiefe geleitet wird.

Der linke Venenwinkel nimmt als $\frac{3}{4}$ der gesamten Lymphe auf (die beiden unteren Quadranten und den linken oberen), der rechte Venenwinkel $\frac{1}{4}$ (der rechte obere Quadrant). Letztendlich fließt also die gesammelte Lymphe kurz vor dem rechten Herz venös ins Kreislaufsystem des Blutes und kann

so über die inneren Organe ausgeschieden werden. Effekt nach der ML: Wasserlassen!

Das Lymphgefäßsystem zeigt sowohl in der Ausprägung und Dichte als auch in Verlauf und Mündungen viele individuelle Varianten! Außerdem ist es wichtig zu wissen, dass zwischen den Quadranten (die Grenzen werden auch als sog. „Wasserscheiden“ bezeichnet), Verbindungen existieren. Bei manchen Menschen sind diese Anastomosen sehr ausgeprägt, bei anderen weniger. Hier liegt sowohl die Kompensationsfähigkeit des eigenen Körpers

als auch das Potential von Manueller Lymphdrainage: Es können sich sowohl bereits angelegte Bahnen öffnen als auch neue bilden, sodass Umgehungsbahnen (Anastomosen) entstehen, um Ödeme zu entstauen.



Die Beine entstauen jeweils über die rechte und linke Leiste, wo die regionären LK sind (inguinale LK). Von da aus geht es in die Tiefe und über das untere Becken und Bauch vereinigen sich die die Gefäße an der Cisterna chyli, einer Gefäßausbuchtung auf der Höhe des Solar-Plexus. Von dort aus fließt die Lymphe weiter im Ductus thoracicus, dem Hauptlymphstamm. Brustmilchgang heißt er auf Deutsch, weil die Lymphe hier durch die aus dem Darm aufgenommenen Fette milchig geworden ist. Er mündet in den linken Venenwinkel.

Die Lymphe der Arme fließt durch die jeweiligen LK der Achsel (hier regionäre = axilläre LK) in die Tiefe und sammelt sich im Ductus thoracicus (unterteilt in sinister und dexter, links und rechts). Der Ductus lymphaticus dexter nimmt die Lymphe der rechten Seite auf: des rechten Halses, Kopfseite, rechten Armes, der rechten Brust und des rechten oberen Rückens und der rechten Flanke. Er ist ein ganz kurzes Gefäß, das im rechten Venenwinkel in die obere Hohlvene mündet. Der Ductus lymphaticus sinister nimmt die Lymphe der oberen linken Körperquadranten auf und hat außerdem noch Zuflüsse von Herz und Lunge. Er mündet in den Ductus tho-

Funktion des Lymphgefäßsystems

Die Lymphe fließt also letztendlich vor dem Herz ins Blutkreislaufsystem. Dort entsteht sie auch und zwar an den Kapillaren. Beim Austausch von Gas und anderen Stoffen wird immer auch Flüssigkeit aus dem Blut ins Gewebe gedrückt. Die muss nicht nur dort weg, sondern dem Kreislauf auch wieder zurückgeführt werden, damit das Volumen nicht fehlt: ca. 2-3 l am Tag bei 5-7 l kreisendem Blutvolumen!

Mit der Hauptfunktion der Drainage, d.h. dem Abtransport überflüssiger, interstitieller Flüssigkeit, hat die Lymphe auch eine Entgiftungsfunktion, denn es werden große Eiweißmoleküle, Zelltrümmer, Fremdkörper, Bakterien und andere (abgetötete) Erreger sowie Stoffwechselprodukte weggeschwemmt.

Das zusammengenommen wird als lymphpflichtige Last bezeichnet.

Im Bereich des Darms leistet die Lymphe Transportfunktion für die Fette und vermittelt so die Nährstoffaufnahme. Die Fette sind zu groß, um direkt ins Blut überzugehen, sondern wandern über die Lymphe dorthin. Daher ist die Lymphe ab dem Bauchbereich nicht mehr klar, sondern milchig (Brustmilchgang!).

Sehr wichtig ist das Lymphsystem für die Immunabwehr. In den Lymphknoten findet hauptsächlich eine Filterfunktion statt und die lymphatische Abwehr. Die Lymphgefäße durchbohren von allen Seiten die Lymphknotenkapsel und so umspült die Lymphe im Randsinusbereich des LK die dort ansässigen und zum Immunsystem gehörenden Zellen: die Lymphozyten (T- und B-Lymphozyten), Plasmazellen und Phagozyten, die sog. Fresszellen (= spezifische und unspezifische Abwehrfunktion).

Machen sich Krebszellen vom Tumor aus auf den Weg, können diese Metastasen in den Lymphknoten abgefangen werden. Im optimalen Fall bleiben sie nicht nur im Filter hängen, sondern werden dort von der Abwehr erkannt und vernichtet. Es kann aber auch passieren, dass sie zwar hängenbleiben, sich aber anfangen zu teilen und zu wachsen.

Werden Tumoren operiert, werden meist die regionären Lymphknoten zumindest teilweise entfernt. Einerseits kann so untersucht werden, ob der Tumor schon gestreut hat, die Absiedlungen entfernt und eine entsprechende weitere Behandlung geplant werden. Andererseits aber wird so eine natürliche Barriere im Körper zumindest teilweise zerstört. Zudem drohen danach Lymphödeme in dem Körperbereich, der über diese Lymphknoten entlastet wird.

Diese Zwischmühle wird mittels der modernen Methode der „Sentinel-Technik“ umgangen. Hier werden nur die sog. „Wächter-Lymphknoten“ entfernt und untersucht, das sind die 3-5 Lymphknoten, die an der Spitze der Abfluss- und Filterpyramide stehen. Wenn diese frei von Metastasen sind, kann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass auch die anderen LK gesund sind. So kann verhindert werden, dass diagnostisch bzw. prophylaktisch unnötig viele LK entfernt werden. Das ist nicht nur wichtig für die Immunabwehr, sondern verhindert auch das Risiko von (großen) Lymphödemem.

Pathologie

Durch eine nicht ausreichende Drainageleistung des Lymphgefäßsystems kommt es zur Ödembildung (= unspezifische Gewebeschwellung).

Physikalisch gesprochen kann die Ursache für die insuffiziente Drainageleistung in der verminderten Transportkapazität des Gefäßsystems liegen (1.) oder in der Erhöhung der lymphpflichtigen Last (2.) oder in beidem.

Anamnese

Dieser Lymphstau macht sich für die Patientin meist als mehr Volumen (dort und peripher davon) bemerkbar, oft auch als Schwere und Spannungsgefühl oder -schmerz. Außerdem werden eventuell vorhandene Missempfindungen durch Nervenschädigungen (als Nebenwirkung von OP, Bestrahlung oder Chemo) durch das Ödem meist verstärkt.

Für Anamnese und Verlauf ist es sinnvoll, Umfangsmaße zu nehmen. Achtung: Im Seitenvergleich kann es jedoch sein, dass die ödematöse Seite nicht dicker ist, weil durch Schonung die Muskulatur atrophiert ist. Neben den Umfangsmaßen der Extremitäten ist es wichtig, den entsprechenden Rumpfquadranten im Seitenvergleich zu betrachten, also z.B. für den Arm die Flanke unter der Achsel. Oft sammelt sich hier die Lymphe (teilweise auch nur dort und – noch – nicht im Arm). Neben dem Sichtbefund ist der Tastbefund wichtig. Ein Ödem ist in der Konsistenz weich bis teigig und dehnbar, also bei Druck mit dem Finger bleibt eine Delle, die sich erst zeitverzögert zurückbildet. Chronische Ödeme können durch Fibrosierung (Festwerden der eingelagerten Eiweiße) aber hart werden.

Das Ödem an sich ist aber nur ein Symptom, keine Diagnose. Es ist also sehr wichtig herauszufinden, was die Ursache ist. Erst dann kann entschieden werden, ob ML sinnvoll ist bzw. sogar kontraindiziert wäre.

Ursachen vom Lymphödemem

1. verminderte Transportkapazität

Hier ist das Lymphsystem nicht normal ausgebildet oder geschädigt, so dass die normale Transportleistung nicht erbracht werden kann und es zum Lymphödem kommt (obwohl nicht mehr lymphpflichtige Last vorhanden ist.)

1.a. primäre Ursachen (angeboren) z.B.:

Lymphgefäßhypoplasie / -aplasie (= unterentwickelte oder fehlende Lymphgefäße)

Lymphangiiektasien (= Erweiterung der Lymphgefäße)

Lymphknotenfibrosen (= Erweiterung der Gefäße mit Klap-peninsuffizienz und folgenden Gewebeverhärtungen)

Häufigstes Vorkommen durch eine oder mehrere dieser Ursachen ist ein Beinlymphödem.

1.b. sekundäre Ursachen (erworben) z.B.:

Zerstörung von Lymphknoten und / oder Lymphbahnen durch Entzündungen (z.B. Parasiten), Verbrennungen, Verletzungen, Operationen, Bestrahlung

Bei Krebstherapien werden oft die regionären Lymphknoten entfernt und / oder der Bereich bestrahlt, was zu dem die Lymphbahnen verkleben lässt.

Häufigstes Vorkommen ist ein Armlymphödem nach Mamma-Ca als Folge der Achselausträumung und Bestrahlung.

2. Überbelastung des gesunden Lymphsystems

Hier ist die lymphpflichtige Last so erhöht, dass die Reservekapazität des an sich gesunden Lymphgefäßsystems nicht ausreicht und ein Ödem entsteht.

Ursachen können z.B. sein durch lymphodynamische Insuffizienz, z.B. bei Herzschwäche (z.B. durch Klappenschwäche entsteht ein Rückstrom – Achtung: ML ist kontraindiziert!)

3. andere Ursachen, z.B.:

Phlebödem (infolge Bein-Beckenvenenthrombose)

entzündliches oder rheumatisches Ödem

Verletzungen, z.B. ein verstauchter Knöchel

Kontraindikationen

- akute Ekzeme (bei feuchten Stellen Gefahr von Superinfektion)
- akute Entzündungen (Erregerstreuung, auch Fußpilz oder Insektengift)
- frische Thrombosen (Gefahr einer Lungenembolie)
- Herzinsuffizienz = cardiale Ödeme durch (v.a. Rechts-) Herzschwäche (auch wenn noch kompensiert – kann durch ML dekompensieren)
- Allergien (Erhöhung der Eos durch ML)
- Niereninsuffizienz = renale Ödeme durch reduzierte Nierenleistung

Internistische Ödeme haben für den Körper Entlastungsfunktion, daher kann ML lebensgefährliche Krisen provozieren, ursächliche Behandlung ist angezeigt!

- metastasierende Malignome

Grund ist, dass ML hier palliative Behandlung ist. Im Vordergrund steht (erst mal die Frage der) ursächlichen Therapie. Bösartige Prozesse sind also keine absolute, sondern eine relative Kontraindikation. Es geht nicht um die Befürchtung der weiteren Streuung. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass ML nicht die Verschleppung von Metastasen beschleunigt. ² Im Gegenteil ist davon auszugehen, dass eine gute Entstauung die Filterfunktion und damit die Immunabwehr sogar anregt.

Praxis

Lymphödeme sollten dringend behandelt werden. Es geht nicht um Ästhetik und Befindlichkeit, sondern um Lebensqualität auch im Sinne der Vorbeugung von Verschlechterung. Die Ödeme können nicht nur stärker werden und sich weiter ausbreiten, sondern es droht Fibrosierung, d.h. das Eiweiß wird in der stehenden Schwellung hart, was sehr schmerzhaft ist und nur noch schwer behandelbar.

ML bei Lymphödem kann nicht ersetzt werden durch Präparate (Medikamente oder Tees) zur sog. Entwässerung. Das treibt zwar teilweise sehr effektiv die Flüssigkeit aus, aber es wird nur das Wasser ausgeschwemmt und die festen Stoffe verbleiben. Das reduziert zwar den Umfang der Ödeme, sie werden aber in der Konsistenz fester, d.h. neigen zum Fibrosieren, und sind dadurch schwerer lymphbar.

Mit Blick auf die Patientinnen ist es sinnvoll,

ML zu verschreiben bei:

- Varikosis (verursacht länger anhaltende venöse Stauungen in den Beinen)
- Lipödem (durch Fettansammlung verminderter Abtransport)
- nach Traumata: OP oder Unfall (um die Wundheilung zu beschleunigen, keine Funktionseinschränkungen durch anhaltende Ödeme)
- länger anhaltende Ödeme immer abklären lassen durch Doppler Untersuchungen oder CT
- begleitend bei/nach Krebstherapie (mit Abwägung der Kontraindikationen!)

Effekte

Gewebsverformung des Stauungsgebietes
durch häufiges Wiederholen der Griffe

- mechanische Entstauung (während der ML)
- Anregung der Muskelautonomie der Lymphgefäße (auch über die Behandlung hinaus)

Steigerung der Lymphtransportfähigkeit
durch monatelange Anwendung

- Kräftigung der Lymphgefäße
- Bildung von funktionsfähigen Lymphgefäßkollateralen = Umgehungsbahnen (Anastomosen)

Schmerzreduzierung

- durch Druckentlastung und Entgiftung des die Nervenenden umgebenden Interstitiums
- Unterbrechung der Schmerzbahnen durch die anhaltende Bewegungen der Griffe
- Anregung neuer Nervenverbindungen bzw. Verknüpfungen der bisher unterbrochenen

Vegetative Entspannung

- Senkung des Blutdruckes durch mechanische Einwirkung auf den Sinus carotis (laterale Halsseite)
- durch sanfte Behandlungstechnik, die innerliche Verkrampfung lösen kann
- Möglichkeit, psycho-onkologische Gespräche zu führen während der Behandlung



Grifftechniken

Dieses physikalische Behandlungsverfahren erfordert eine spezielle Fortbildung auch für die manuellen Grifftechniken, deren Kriterien sind:

großflächig – kreisförmig – gleichzeitig – sanft – langsam – in Abflussrichtung

Die Griffe sind möglichst „großflächig“ (zur Druckminderung) und „kreisförmig“ (um die Flüssigkeit zu schöpfen) und „gleichzeitig“ (um einen möglichen Rückfluss zu verhindern).

Sanfte und langsame Bewegungen sind notwendig, um die Muskelautonomie nicht zu unterbrechen und unnötige Kompressionen und Spasmen zu vermeiden. Das ist wichtig zu wissen, weil es immer noch viele Menschen nicht davon ausgehen, dass so sanfte Bewegungen etwas bewirken können, nach dem Motto: „viel hilft viel“ und „was nicht schmerzt, heilt auch nicht“.

Griffreihenfolge

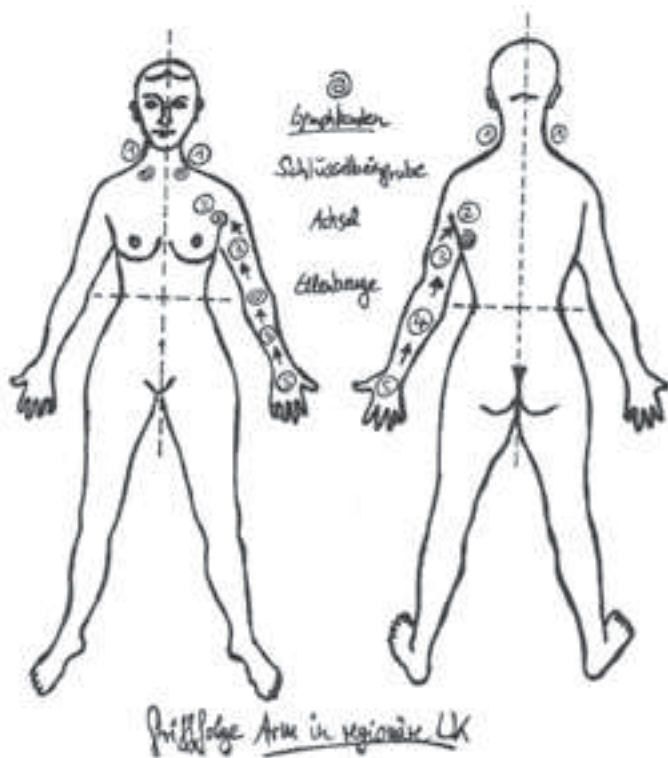
Es ist bei jeder ML obligatorisch, dass zuerst immer öffnende Griffe am Hals und LK Schlüsselbeingrube als Mündungsgebiet (Venenwinkel / Terminus) gemacht werden, danach die jeweiligen regionären LK und erst dann das peripher davon gelegene Körperteil behandelt werden müssen. So sind nicht nur die Abflusswege für die Lymphe frei, sondern es entsteht sogar ein Sog auf das Ödem.

Beispiel Arm (mit Achsellymphknoten)

Bei der ML wird immer in die entsprechenden regionären LK gearbeitet, sofern diese vorhanden und funktionsfähig, d.h. aufnahmewillig sind.

1. Halsgriffe mit LK Terminus
(um die Mündungsstelle in den Venenwinkel frei zu arbeiten)
2. Armwurzel, -achsel mit den regionären LK
3. Oberarm
4. Unterarm
5. Hand
6. Finger

Innerhalb eines Körperabschnittes wird von peripher zu zentral gearbeitet.

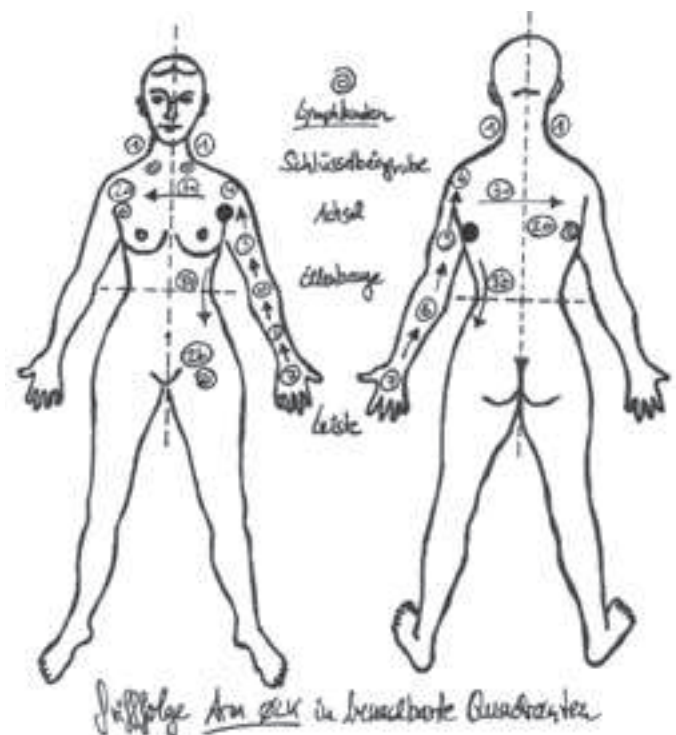


Beispiel Arm (mit Axilladissektion)

Wenn die regionären LK (hier: gleichseitige Achsel) entfernt oder bestrahlt wurden, ist (meist) davon auszugehen, dass es hier keinen Abfluss mehr gibt. Dann ist es nicht sinnvoll (wie oben beschrieben), Ödeme dorthin zu schieben (zu versuchen), sondern es wird in die benachbarten Quadranten umverteilt: hier a) in die andere Achsel und b) in die gleichseitige Leiste, d.h. es werden Umgehungskreisläufe aktiviert. Sind die LK in einer Achselhöhle insuffizient geworden, arbeite ich zunächst die axillären LK auf der gegenüberliegenden Seite frei. Dann lympe ich mit flachen Griffen quer über das Dekolleté von der erkrankten Seite in Richtung der gesunden Achselhöhle. Hier besteht die Möglichkeit, dass sich Anastomosen bilden, d.h. die Hautlymphgefäße werden durch den erhöhten Druck vergrößert und die Wandungen verstärkt (sichtbar bei Folgebehandlungen). Der obere Rücken wird wie vorn gearbeitet und die Flanke auf der erkrankten Seite in Seitlage.

1. Halsgriffe mit LK Terminus
(um die Mündungsstelle in den Venenwinkel frei zu arbeiten)
- 2a. Achsel mit LK auf der anderen Seite!
- 3a Brustbein vorn, oberer Rücken hinten
- 2b. Leiste mit LK auf der gleichen Seite!
- 3b. Flanke auf der gleichen Seite
4. betroffener Arm
5. Oberarm
6. Unterarm
7. Hand
8. Finger

Innerhalb eines Körperabschnittes wird von peripher zu zentral gearbeitet.



Spezialgriffe

Es gibt zusätzliche Ödemgriffe, die angewendet werden bei langanhaltenden Ödemen und Sonderformen, wie z.B. Fibrosierung des Lymphödems. Sie bewirken eine verstärkte Flüssigkeitsaufnahme durch Lymphkapillaren und venöse Blutkapillaren, was durch Diffusion möglich ist. Durch festeren Druck auf die Fibrosen werden größere Eiweißverklebungen zerquetscht, so dass sie transportfähig werden. Der Druck ist hier abhängig von der Ödemkonsistenz. Hier – und nur hier – kann individuell dosiert der Griff sehr fest sein, teilweise bis zur Schmerz- bzw. Toleranzgrenze. Vor und nach den Spezialgriffen erfolgen leichtere, sanftere Griffe zum Abtransport der Zelltrümmer.

Narbenbehandlung

Zusätzliche Griffe zur Narbenbehandlung sind hilfreich, um Verklebungen zu lösen und Narbenkelloiden entgegen zu wirken. Sie erfolgen im Narbenbereich, nachdem schematisch wie oben behandelt wurde. Hier wird entlang der Narbe in Richtung Abfluss und quer über die Narbe behandelt. Der Druck ist abhängig von der Konsistenz des Narbengewebes. Es empfiehlt sich, so früh wie möglich zumindest am Rand des Narbengewebes zu behandeln, um möglichst frühzeitig Zelltrümmer abzutransportieren und die Wundheilung zu verbessern. Es ist auch eine deutliche Erleichterung des Schmerz- und Missempfindens zu erzielen.

ML/KPE = Komplexe Physikalische Entstauungstherapie

Dazu gehört nicht nur ML (Manuelle Lymphdrainage), sondern auch die Kompressionsbehandlung. Das ersetzt nicht die ML, sondern unterstützt sie (notwendigerweise). So wird die Entstauung erhalten, das Rücklaufen verzögert und die Behandlung insgesamt effektiver. In der Reduktionsphase des Ödems wird gegebenenfalls eine Kompressionsbandagierung nach der ML angelegt. In der Erhaltungsphase wenn das Ödem stabilisiert ist, wird Kompressionsbestrumpfung angemessen.

Unterstützt werden kann die Therapie durch nicht ermüdendes Intervalltraining, z.B. Fahrrad fahren, schwimmen oder Trampolin springen.

Fallbeispiel

Die Patientin kam einige Jahre nach der 1. OP eines Mamma-Karzinoms, das brusterhaltend operiert wurde, aber mit Chemo und Axillardissektion (Ausräumung des Fettgewebes und aller darin enthaltenden Lymphknoten) therapiert worden war. Die ML umfasste die Behandlung der Narbenkelloide und die Anregung des Lymphflusses im Bereich: Hals, Achsel, Brust, Arm.

Es kam zu einem Rezidiv der Erkrankung, das mit Mastektomie (komplette Entfernung der Brust) und Rekonstruktion therapiert wurde, d.h. in derselben OP wurde über einen Latissimuslappen (Teil vom Rückenmuskel) und Implantat (Silikon) die Brust neu aufgebaut.

Die 2. OP verlief zunächst gut, es kam jedoch zu massiven Wundheilungsstörungen. Da das Implantat zu groß war (wie sich später herausstellte), klagte die Patientin über ein Gefühl von „Milchstau“ und die OP-Narben bluteten sehr lange nach. Ein

Anheben des Armes war nicht möglich und trotz mehrfacher Behandlungen gab es kaum Heilungstendenzen. Während der vor-sichtigen ML um das Narbengewebe und unter Auslassung des offenen Wundbereiches entwickelte sich eine Nekrose um die Mamille (Absterben des Gewebes um die Brustwarze), was durch Schwarzwerden der Hautareale zu erkennen war.

Infolge der psycho-onkologischen Gespräche vor und nach der ML konnte die Patientin gestärkt werden, sich eine Zweitmeinung einzuholen und sich einer weiteren OP zu unterziehen, um zu versuchen, die vorherige OP korrigieren zu lassen.

In dieser 3. OP wurde das Implantat entfernt, der Latissimus dorsi gelöst und neu platziert sowie ein Expander eingelegt. Das ist eine Implantathülle, die über ein Ventil langsam über Wochen von außen befüllt wird. Auch nach dieser OP kam es zu massiven Stauungsbeschwerden. Alles war hart und verspannt, eine Schlaflage und das Anheben des Armes schwierig und auch hier sekretierte die Narbe.

Durch die ML wurde die Narbe heller und sekretierte nicht mehr. Der Grund dafür war, das jetzt keine störende Ursache mehr vorhanden war (das zu große Implantat). Durch weitere psycho-onkologische Gespräche kam die Patientin in der Lage, sehr schnell zu spüren, wenn über den Port zu schnell und zu viel Volumen injiziert wurde. Sie empfand dann Übelkeit und eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens und konnte sich aus dem Expander durch den Facharzt wieder Flüssigkeit entnehmen lassen.

Hier war die ML extrem notwendig und auch der Abtransport der lymphpflichtigen Last über den Rücken und die Flanke zu den inguinalen LK in der Leiste hilfreich, um Erleichterung zu schaffen.

Durch den Korrekturversuch der Operation war es zur lymphatischen Insuffizienz eines Armes gekommen, d.h. es bildete sich eine Elephantiasis (extreme Ödematisierung des Armes bis zu den Fingern). Hier konnte aufgezeigt werden, wie Ödemgriffe wirkungsvoll eingesetzt werden konnten in Begleitung mit Kompressionsstrümpfen und Klinikaufenthalten, die tägliche ML ermöglichten. Durch das starke Engagement der Patientin und der Behandlerin wurde es möglich, die lymphatische Insuffizienz zu relativieren und die Elephantiasis rückgängig zu machen.

Letztendlich wurde zur Symmetrisierung die andere Brust verkleinert und später beide Brustwarzen als Tattoo nachgebildet.

Die Patientin äußert relatives Wohlbefinden, betreibt viel Sport (Schwimmen und Konditionstraining).

Die Behandlung gestaltet sich Status erhaltend: wöchentliche ML, Wickelungen nachts, Kompressionsstrumpf tagsüber, 1x jährlich Földi Klinik.

Zusammenfassung

Das Fallbeispiel kann aufzeigen, was ML als begleitende Therapie über 4 Jahre bewirken kann:

- Entstauungsdrainage nach OP
- Anastomosenaufbau bei Insuffizienz
- Ödembehandlung bei Elephantiasis
- psycho-onkologische Gespräche während der manuellen Behandlung
- Status erhaltende ML
- weiterhin entgiftende und abwehrstärkende Funktion

Diskussion

Während des Vortrages und bei der anschließenden Praxis entstand ein reger praktischer und gedanklicher Austausch mit den Teilnehmerinnen, die z.T. auch ML-Therapeutinnen sind. Das erweckte den Wunsch nach gelegentlicher Wiederholung, da jede ihren Praxisalltag doch sehr individuell färbt, auch nicht zuletzt durch ihre weiteren Therapieformen. Bei mir ist es die klassische Homöopathie, die sich gut mit der ML ergänzen lässt und die ML erwies sich auch bei den anderen Therapeutinnen als sinnvolle und bereichernde Ergänzung.

Für weitere Anregungen oder Fragen stehe ich unter meiner oben genannten @-Mail-Adresse gerne zu Verfügung! ☺

Anmerkungen

- ¹ siehe auch: <http://de.wikipedia.org/wiki/Vodder> (Abruf 31.07.2010)
- ² FÖLDI, E.: Hat die manuelle Lymphdrainage einen Einfluss auf die Rezidivhäufigkeit des Mamakarzinoms? In: Newsletter Földi (Juli 2009) www.foeldischule.de/images/Newsletter.pdf (Abruf 28.07.2010)

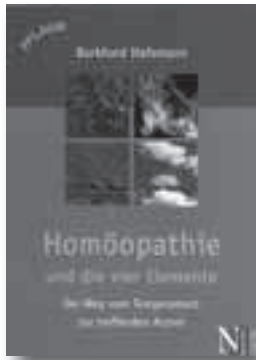
Literatur

- DIOTIMA: Jenseits der Gleichheit. Über Macht und die weiblichen Wurzeln der Autorität. Ulrike Helmer Verlag (1999)
- FÖLDI, E. / FÖLDI, M.: Lehrbuch Lymphologie: für Ärzte, Physiotherapeuten und Masseur/med. Bademeister. Verlag Elsevier (7. überarb. Aufl. 2010)
- FÖLDI, M. / KUBIK, S. (Hg.): Lehrbuch der Lymphologie. Gustav Fischer Verlag (3., neubearb. Aufl. 1993)
- http://de.wikipedia.org/wiki/Manuelle_Lymphdrainage (Abruf 31.07.2010)

Copyright

Foto © Brigitte Baltscheit
Grafiken © Silvia Mosen

Anzeige



Burkhard Hafemann
Homöopathie und die vier Elemente
Der Weg vom Element zur treffenden Arznei
224 Seiten, kartoniert, Euro 29,- ISBN 978-3-7905-0992-2

Das Ziel der neueren Homöopathie ist es, durch die Untersuchung natürlicher Heilmittelklassen die Wahl des individuell für eine Person passenden Mittels schneller und effizienter zu machen. Dieses Buch greift die neueren Untersuchungen auf, geht jedoch einen Schritt weiter auf diesem Weg und verbindet die Homöopathie mit der traditionellen europäischen Temperamentenlehre bzw. der Lehre von den vier Elementen, indem es die Heilmittelklassen (mineralische, pflanzliche, tierische) je einem Temperament bzw. Element zuordnet. Im therapeutischen Teil des Buches grenzt der Verfasser Element und Miasma ausgehend von astrologischen Grunddaten näher ein. Je nachdem, in welches der vier Elemente und in welches Miasma eine Person fällt, kommen bestimmte Arzneien in Frage, was die Mittelfindung in der Praxis deutlich erleichtert.



Olaf Rippe (Hrsg.)
Die Mistel – eine Heilpflanze für die Krankheiten unserer Zeit
Mythologie, Botanik, Signaturen, Naturheilkunde, Onkologie
352 Seiten mit 107 farbigen Abbildungen, kartoniert, Euro 38,- ISBN 978-3-7905-0995-3

Keine andere Pflanze bietet ein derart breites therapeutisches Spektrum, angefangen von Nervenleiden, über Herzkrankheiten, Frauenleiden und Alterskrankheiten bis hin zu Immunleiden wie die Mistel. Hinzu kommen praktisch sämtliche Stresskrankheiten und das Burn-out-Syndrom. Vor knapp 100 Jahren entdeckte Rudolf Steiner schließlich in ihr eine Heilpflanze gegen Krebs. Einst heiligste Pflanze unserer Vorfahren erlebte die Mistel in den letzten Jahrzehnten eine Metamorphose hin zur bedeutendsten Heilpflanze für die wichtigsten Krankheiten unserer Zeit. Die Autoren, zwei Heilpraktiker, eine Biologin, ein Arzt, ein Apotheker und ein Ethnopharmakologe, betrachten in diesem Buch die Mistel auf der Grundlage ihrer jeweiligen Fachkompetenz und schaffen so eine umfassende Betrachtung dieser gerade in unserer Zeit so bedeutenden Heilpflanze.



Richard Pflaum Verlag Lazarettstr. 4, 80636 München, Tel. 089/12607-0, Fax 089/12607-333, kundenservice@pflaum.de