

Lymphdrainage bei chronischen Ulzera ist kein „Wellness“

Eiweißreiches Ödem über Lymphsystem abtransportieren

Praxisworkshop – B. Braun

BERLIN – Eigentlich gibt es keine „rein“ venösen Ulzera – fast immer ist auch das Lymphabflusssystem mit betroffen. Dies sollte auch bei der Therapie von Ulzera berücksichtigt werden. Ein Lymphtherapeut erläutert das Vorgehen.

Etwa 10 % des Blutes wird aus der Peripherie über das Lymphsystem zurücktransportiert, erinnerte der Physio- und Lymphtherapeut HAUKE CORNELSEN aus Hamburg. Da dies die einzige Möglichkeit des Eiweißrücktransportes ist, lässt sich diese Funktion von den Venen nicht kompensatorisch übernehmen.

Bei chronischen Beinwunden findet man sehr oft ein eiweißreiches Ödem. Und dies ist die „Rationale“ hinter einer zusätzlichen manuellen Lymphdrainage bei Patienten mit Ulcus cruris. Zunutze macht man sich dabei, dass die Lymphgefäße aufgrund ihrer anatomischen, recht oberflächlichen Lage gut zugänglich sind. Durch spezielle Griffe lässt sich eine reflektorische Kontraktion erzielen und der Lymphabfluss dadurch steigern.

Massage des Wundrandes kann Keime verschleppen

Allerdings ist eine Lymphdrainage keine „Wellness-Massage“ und sollte insbesondere bei chronischen Wunden nur speziell ausgebildeten Therapeuten vorbehalten sein, sagte Cornelsen. Nach seiner Erfahrung lasse sich die Zeit der Wundreinigung und Hautdesinfektion für die Lymphdrainage sehr gut nutzen. Im Fokus stehen zunächst die Lymphabflussgebiete, die höher als die Wunde liegen. Die zum Teil auch empfohlene Massage des Wundrandes hielt der Experte für etwas heikel, weil eine Keimverschleppung zumindest denkbar ist.

Nach einer etwa 60- bis 80-minütigen Lymphdrainage wird der

Behandlungserfolg im Bereich der Beine durch eine Kompression gesichert. Die ausreichende Polsterung ist dabei von entscheidender Bedeutung, weil die oberflächlich liegenden Lymphgefäße sonst abgeschnürt werden. Außerdem

Kompression sichert Erfolg der Lymphdrainage

darf die Kompression keinesfalls zu fest sein. Wenn der Patient „Ich halte das keine fünf Minuten aus“ sagt, ist mit Sicherheit etwas falsch gelaufen, meinte der Wundexperte. Wichtig sind der gute Sitz und die Bildung einer möglichst „starren

Wand“, was sich eher durch mehrere Wickellagen als durch einen festen Zug erreichen lässt. Als förderlich für die Compliance hat es sich erwiesen, den Patienten nicht gleich auf mehrtägiges

Tragen einzuschwören, sondern ihm zu sagen, dass er den Verband ruhig auch mal zwischendurch abnehmen kann. MW

Praxisworkshop „Wundexperten im Einsatz“, Veranstalter: B. Braun



Manuelle Lymphdrainage: kein überflüssiger Schnickschnack. Foto: wikipedia/nazareth

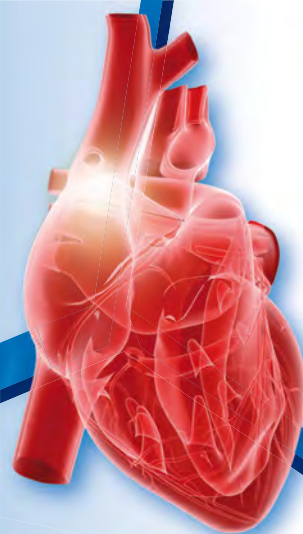
Bei symptomatischer KHK

...dem Leben mehr Möglichkeiten geben!^{1,2}

Weniger Angina-Beschwerden¹

Mehr Belastbarkeit²

Verbesserung der Lebensqualität¹



Procoralan®

Ivabradin

www.servier.de

5 mg | 7,5 mg 1-0-1

Procoralan® 5 mg Filmtabletten. Procoralan® 7,5 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Ivabradin **Zusammensetzung:** Procoralan® 5 mg: 1 Filmtablette enthält 5 mg Ivabradin (entsprechend 5,390 mg Ivabradin als Hydrochlorid). Procoralan® 7,5 mg: 1 Filmtablette enthält 7,5 mg Ivabradin (entsprechend 8,085 mg Ivabradin als Hydrochlorid). Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (E 470 B), Maisstärke, Maltodextrin, hochdisperses Siliziumdioxid (E 551), Hypromellose (E 464), Titandioxid (E 171), Macrogol 6000, Glycerol (E 422), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172), Eisen(III)-oxid (E 172). **Anwendungsgebiete:** Behandlung der koronaren Herzkrankheit Symptomatische Behandlung der chronischen stabilen Angina pectoris bei Erwachsenen mit koronarer Herzkrankheit und normalem Sinusrhythmus und deren Herzfrequenz ≥ 70 Schläge pro Minute (bpm) ist. Ivabradin ist indiziert: bei Erwachsenen mit einer Unverträglichkeit für Betablocker oder bei denen Betablocker kontraindiziert sind; oder in Kombination mit Betablockern bei Patienten, die mit einer optimalen Betablockertherapie unzureichend eingestellt sind. **Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz** Ivabradin ist indiziert bei chronischer Herzinsuffizienz der NYHA Klasse II bis IV mit systolischer Dysfunktion, bei Patienten im Sinusrhythmus mit einer Herzfrequenz ≥ 75 Schläge pro Minute (bpm), in Kombination mit Standardtherapie einschließlich Betablockern oder wenn Betablocker kontraindiziert sind oder eine Unverträglichkeit vorliegt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, Herzfrequenz im Ruhezustand unter 70 Schlägen pro Minute vor der Behandlung, kardiogener Schock, akuter Myokardinfarkt, schwere Hypotonie ($< 90/50$ mmHg), schwere Leberinsuffizienz, Sick-Sinus-Syndrom, SA-Block, instabile oder akute Herzinsuffizienz, Herzschrittgeber-Abhängigkeit (Herzfrequenz wird ausschließlich durch den Schrittmacher erzeugt), instabile Angina pectoris, AV-Block 3. Grades, Anwendung von starken Cytochrom P450 3A4-Hemmern wie Antimykotika vom Azoltyp (Ketoconazol, Itraconazol, Makrolidantibiotika (Clarithromycin, Erythromycin per os, Josamycin, Telithromycin), HIV-Proteaseinhibitoren (Nelfinavir, Ritonavir), Anwendung von Betablockern oder Diltiazem (Moderate CYP3A4-Inhibitoren mit herzfrequenzsenkenden Eigenschaften), Schwangerschaft, Stillzeit und Frauen im gebärfähigen Alter, die keine angemessenen Methoden zur Empfängnisverhütung anwenden. **Nebenwirkungen:** **Erkrankungen des Blutes und des Lymphsystems:** gelegentlich: Eosinophilie; **Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen:** gelegentlich: Hyperurikämie; **Erkrankungen des Nervensystems:** häufig: Kopfschmerz, im Allg. während des ersten Behandlungsmonats, Schwindel, möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie; gelegentlich: Synkope, möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie; **Augenerkrankungen:** sehr häufig: lichtbedingte visuelle Symptome (Phosphene); häufig: verschwommenes Sehen; gelegentlich: Diplopie, Sehstörungen; **Erkrankungen des Ohres und des Labyrinths:** gelegentlich: Vertigo; **Herzkrankungen:** häufig: Bradykardie (bei 3,3 % der Patienten in den ersten 2-3 Monaten, bei 0,5 % der Patienten schwere Bradykardie ≤ 40 Herzschläge pro Minute); AV-Block 1. Grades (Verlängerung des PQ-Intervalls im EKG); ventrikuläre Extrasystolen; Vorhofflimmern; gelegentlich: Palpitationen, supraventrikuläre Extrasystolen; sehr selten: AV-Block 2. Grades, AV-Block 3. Grades, Sick-Sinus-Syndrom; **Gefäßkrankungen:** häufig: unkontrollierter Blutdruck; gelegentlich: Hypotonie, möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie; **Erkrankungen der Atemwege, des Brustraums und des Mediastinums:** gelegentlich: Dyspnoe; **Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts:** gelegentlich: Übelkeit, Verstopfung, Diarrhoe, Bauchschmerzen; **Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes:** gelegentlich: Angioödem, Ausschlag; selten: Erythem, Pruritus, Urtikaria; **Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenkrankungen:** gelegentlich: Muskelkrämpfe; **Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort:** gelegentlich: Asthenie, möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie, Erschöpfung, möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie; selten: Unwohlsein, möglicherweise im Zusammenhang mit Bradykardie; **Untersuchungen:** gelegentlich: erhöhte Kreatininwerte im Blut, Verlängerung des QT-Intervalls im EKG. **Warnhinweise:** Enthält Lactose-Monohydrat. Patienten mit den seltenen hereditären Krankheiten Galactose-Intoleranz, Lapp-Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption sollten dieses Arzneimittel nicht einnehmen. Weitere Hinweise siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Frankreich. Örtlicher Vertreter: Servier Deutschland GmbH, Eisenheimerstr. 53, D-80687 München, Tel: +49 (0)89 57095 01

1 Werdan K. et al., Clin Res Cardiol 2012;101(5):365-73 – 2 Tardif JC et al., Euro Heart J 2009;30(5):540-48

