

Chronische Lymphödeme (cLÖ)- Entstehung und naturheilkundliche Therapie, unter bes. Berücksichtigung der Regulativen Enzymtherapie

**Dr. med. Rudolf Inderst
MEF (Medizinische Enzymforschungsgesellschaft) eV, Grassau**

Einleitung

Lymphödeme sind keineswegs seltene Erscheinungen: In Deutschland sind ca. 4,5 Millionen Menschen von dieser Krankheitseinheit betroffen, weltweit 60 bis 120 Millionen. Angesichts der großen Zahl von Patienten verwundert es, dass z. B. im Gegensatz zu Forschungsansätzen bei der Rheumatoiden Arthritis (in Deutschland 1,2 Millionen Betroffene) nur wenige fachärztliche Kongresse durchgeführt werden oder/und auch nur wenige aktuelle wissenschaftliche Traktate existieren. Auch Medizinstudenten erfahren viel über Arterien und Venen, aber viel zu wenig über Lymphgefäße. Dabei waren die weiße Flüssigkeit führenden Gefäße bereits im Altertum bekannt, ihre entscheidende Bedeutung in der Humoralmedizin durchaus verstanden, aber in der modernen Medizin werden Lymphgefäße eher stiefmütterlich behandelt. So gibt es keine eigene Zusatzbezeichnung in der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte und auch Fachkliniken zur spezifischen Behandlung sind spärlich in Deutschland. Bedauerlicherweise sind diese Kliniken zumeist private Einrichtungen und sind daher aus Kostengründen für die Betroffenen schwer zugänglich.

Ursachenforschung

Ursachen für das csLÖ sind in Europa chronische Entzündungen, Tumordinfiltration in Lymphgefäße, postoperative Lymphadenektomie und nach Bestrahlung von Tumoren auftretende Veränderungen. Hier ist das Mammakarzinom die häufigste Ursache.

Nicht zu vergessen ist das Postthrombotische Syndrom -nach wiederholten Venenentzündungen oder Thrombosen-, in dessen Gefolge eine chronisch-venöse Insuffizienz mit sekundärem Lymphödem auftritt.

Bei intensivem Studium der weltweiten Literatur finden sich wichtige neue Erkenntnisse hinsichtlich der einzelnen pathologischen Entwicklung des Lymphödems.

Basis der Erkenntnis ist, dass sich ein LÖ aufgrund eines erhöhten Druckes innerhalb der Lymphgefäße entwickelt und dass es - im Gegensatz zu kardialen Ödemen- ein eiweißreiches Ödem ist. Daraus folgen reaktive Schritte des umgebendes Gewebes bzw. der Lymphgefäße. Schon mit bloßem Auge und bes. lichtmikroskopisch ist die zunehmende Sklerosierung/ Fibrosierung des Gewebes besonders in den höheren Stadien (Stadium 2 + 3) zu erkennen. Dadurch wird das subkutane Fettpolster verschmälert und die Verletzbarkeit in diesen Bezirken nimmt zu: Mögliche Eintrittspforten für pathogene Keime. Die seit vielen Jahren bekannten und immer wiederkehrenden Entzündungsreaktionen (Erysipele) sind die typische Folge.

Biochemisch lassen sich im betroffenen Gewebe vermehrt sog. Matrix- Metallo-Proteasen(MMP 1,3,9) nachweisen, die einen erhöhten Abbau von spezifischem Bindegewebsstrukturen einleiten. Die Konzentration der Gegenspieler (TIMPS) ist erniedrigt, wie das schon bei chronisch nicht heilenden

Wunden beobachtet wurde. Gleichzeitig wird aus den ins umliegende Gewebe auswandernden Phagozyten und aus dem Gewebe präformiertes TGF beta in unphysiologisch hohen Konzentrationen freigesetzt und damit die Fibrosierung des Gewebes in Gang gesetzt bzw. unterhalten. Einige Forscher zeigten zudem in Tierstudien, dass zusätzlich abnorm hohe Spiegel von IL 6 auftreten und so in Verbindung zu erhöhtem TGF eine **typische chronische Entzündung induzieren**. Interessanterweise verfügen die in das betroffene Gebiet auswandernden und hochaktiven Makrophagen/Phagozyten über deutlich erhöhte Konzentrationen von Defensinen, auch Lysozym: Das gleiche gilt für die in diesem Gebiet befindlichen Keratinozyten: Konstitutionell ist bereits Lysozym vorhanden und nach einem Trauma bilden sich alpha- und beta-Defensine. Das bedeutet, dass der Organismus mit Hilfe von Defensinen möglichen Infektionen gegensteuern will!

Stadieneinteilung:

Üblicherweise werden LÖ in 3 unterschiedliche Schweregrade eingeteilt, wobei angenommen wird, dass bis zum Stadium 2 eine (Defekt)-Heilung möglich ist. Das Vor- oder Latenzstadium (Stadium 0) kann lebenslang bestehen oder in das Stadium I übertreten, wenn keine adäquate Behandlung durchgeführt wird. Das noch weiche Ödem (typische Dellenbildung) lässt sich durch gezielte Hochlagerung des Beins gut beeinflussen. Allerdings hat bereits zu diesem Zeitpunkt eine Fibrosierung des Gewebes eingesetzt. Schreitet die Erkrankung fort, lässt sich die Schwellung auch durch Hochlagerung des Beins nicht mehr beseitigen. Aus der teigigen Schwellung entwickelt sich die für das III. Stadium typische harte Schwellung bzw. eine Elephantiasis. Dazu treten irreversible Hauterscheinungen wie Verfärbungen auf. Ob operative Maßnahmen dann noch sinnvoll sind, sollten lymphologisch geschulte Ärzte zusammen mit Chirurgen entscheiden.

Therapiemöglichkeiten:

Die erste naturheilkundliche Maßnahme sollte sein:

Zufuhr von hochaktiven Proteasen wie Bromelain, Lysozym und Trypsin und parallele Gabe von Antioxidantien (z. B. innovazym, Fa Innova Vital). Damit werden die übermäßig ablaufenden entzündlichen Vorgänge sinnvoll herab geregelt!

Beispielsweise können Selen und sekundäre Pflanzenstoffe zugeführt werden, die dann als intra- und extrazellulär wirksame Antioxidantien zur Verfügung stehen, wie Zink, die Vitamine C und E sowie Lysozym!

Messbar führen solche Veränderungen im Lymphgefäßbereich zu erhöhtem oxidativen Stress und der ungewöhnliche Druck erniedrigt zusätzlich die lokale Sauerstoffversorgung. Selbst in der neueren Heilkunde hatte man daher zu Recht von einer "Versumpfung" des Gewebes gesprochen, in der biologischen Medizin werden Begriffe wie "Verschlackung und Übersäuerung" verwendet.

Schon seit langem ist bekannt, dass sich bei chronisch verlaufenden Entzündungen die körpereigenen anti-oxidativen Schutzsysteme (Glutathion etc.) zunehmend erschöpfen und damit die Radikalenbildung zunimmt. Folge ist unter anderem auch eine vermehrte Durchlässigkeit von Gefäßen.

In diesem Zusammenhang sollte auf die additive Wirkung von Vitamin D3 (D-Mulsin) hingewiesen werden. Aktuelle immunologische Forschungen zeigen den nachhaltigen Einfluss dieser Substanz nicht nur auf Immunzellen (Phagozyten, B-Zellen, regulatorisch wirksame T-Zellen), sondern auf den

die chronische Entzündung fördernden Botenstoff NK kappa B, der aufgrund der vorne angegebenen Ereignisse in der Lage ist, dauerhaft die sog. Entzündungsgene anzuschalten. Aufgrund persönlicher Erfahrungen sowie Erkenntnissen der Literatur kann eine tägliche Dosis von 2-3.000 IE empfohlen werden.

Die 2. naturheilkundliche Maßnahme muss sein: Entsäuerung , Verminderung der Durchlässigkeit sowie Erhöhung des Lymphflusses:

Es ist histologisch erwiesen, dass sich im betroffenen Gewebe eine chronische Entzündung entwickelt, wobei es also neben erhöhtem Druck zusätzlich zu Permeabilitätsstörungen der Lymphgefäße kommt. Chronische Entzündungen führen zur lokalen Azidose, daher sind auch Basenmittel angezeigt! Permeabilitätsstörungen wirken Bioflavonoide gut entgegen, daher ist innovazym plus (mit Omega 3 Fettsäuren, Dosierung 7 Tabletten/Tag und Hinweis auf Nüchterneinnahme) in Kombination mit innova balance besonders wirksam. Sogar eine gewisse Erhöhung des Lymphflusses lässt sich zudem mit Proteasen erzielen. Die Lymphdrainage (Achtung Gegenanzeigen bei noch bestehenden Tumoren!) führt zu deutlicher Anregung des Lymphflusses und ist daher in das Gesamttherapiekonzept zu integrieren.

Erfahrungsgemäß liegt bei vielen Betroffenen aufgrund der langandauernden Erkrankung sowie diversen Therapieversuchen mit Antibiotika auch eine Störung der Darmflora vor. Es empfiehlt sich beispielsweise ein 3 Monatskur mit Enterokokken (Symbioflor1) oder Laktobazillen/Bifidobakterien (Symbiovital) ggf. mit Mutaflor (E. coli Stamm).

Die hier angeführten Erkenntnisse und Ergebnisse stützen sich auf die Erfahrungsheilkunde, sie sind aber aufgrund der Vielzahl von Therapeutika nicht im Sinne der klassischen Medizin in DB-Plazebo-kontrollierten Studien untersucht worden. Kann es den chronisch leidenden Menschen zugemutet werden auf "saubere klinische Ergebnisse" zu warten, die sich aufgrund der Komplexität ohnehin nur schwer erbringen lassen?

Allerdings: Die parallele Maßnahme muss sein, den bestehenden Druck dauerhaft zu senken. Das wird durch die komplexe Entstauungstherapie erreicht.

Die in situ verbleibende Flüssigkeitsmenge erzeugt zunehmenden Druck und führt zur Erweiterung der Lymphgefäße. Der normale Aufbau der Lymphgefäße Intima, Media mit Muskelschicht und Adventitia (Aussenschicht) verändert sich.

Nachdem offensichtlich im Gewebe ein Sauerstoffmangelzustand herrscht, kommt für den naturheilkundlichen Therapeuten auch die Verwendung von OZON (ROCKITANSKY-STIEFEL) bzw. die intravenöse Sauerstofftherapie nach Dr. REGELBERGER in Betracht.

Die Leitlinie der klassischen Medizin stellt die Pathophysiologie/Entstehung des chronischen LÖ ähnlich dar, misst aber medikamentösen Maßnahmen wenig Bedeutung zu, insb. bleiben die hier vorgetragenen Therapiemaßnahmen unerwähnt. Dadurch ist der Patient u.a. gezwungen, die Kosten für diese wertvollen Maßnahmen selbst zu übernehmen.

Es ist aber nicht auszuschließen, dass die Zukunft hier Veränderungen bringt: Schon jetzt (2011) werden Bromelain bzw. Kombinationen und Antioxidantien in der Zeitschrift für Komplementärmedizin als sinnvoll und nachhaltig dargestellt.

Die Ernährung sollte im Sinne der biologischen Gesamt-Situation umgestellt und auf den (chronisch einwirkenden) Stress muss geachtet werden! Hitzeeinwirkungen (Sauna, Sonnenbaden etc.) auf die Lymphödeme sind strikt zu meiden. Hochdruckmittel, die Diuretika enthalten, sollten solche Patienten nicht einnehmen, da sie auf das eiweißreiche Ödem keinen Einfluss nehmen!

Chirurgische Therapiemöglichkeiten:

Derzeit gibt es zwar einige erfolgsversprechende Therapiemethoden -wie die sie z. B. an der Universität in Freiburg in Zusammenarbeit mit der Foeldi -Klinik oder plastisch-chirurgischen Abteilungen an anderen Universtitäten in Erlangen oder Heidelberg praktiziert werden- aber die möglichen Verfahren haben sich deutschlandweit bisher nicht durchgesetzt. Eine gute Übersicht über die derzeitigen Möglichkeiten finden die Betroffenen in der im Internet befindlichen Seite des "Vereins zur Förderung der Lymphödemtherapie e.V.")

Prophylaxe derzeit unzureichend

Natürlich wäre es optimal, die Patienten im Vorfeld (vor OP/Behandlung) eingehend auf die mögliche Entstehung eines LÖ zu unterrichten und sofort nach OP auch mit der Behandlung zu beginnen. Die jetzige Situation ist aber dadurch gekennzeichnet, dass die Mehrzahl der Patienten weder nach OP eine Rehabilitation durchläuft noch über die therapeutischen Möglichkeiten unterrichtet wird. Das ist ein Versäumnis, das man nicht den Ärzten, sondern in erster Linie den Krankenkassen anlasten muss.

Literatur (Auswahl)

Földi E et al.: Zur Diagnostik und Therapie des Lymphödems. Deutsches Ärzteblatt 95, 1998

GfbK INFO: Lymphödem. 2015

Inderst R. Chronische low-Level Entzündungen. EHK 66, 2017

Korpan M: Behandlung des Lymphödems mit Enzymen. MMW Taschenbuch, Herausg.: Wrba H et al München 1997

Kraft K: Lymphödem. MMW-Fortschr. Med. Nr. 16/2001

Negar Vaezipour:

Inzidenz und Risikofaktoren des sekundären Lymphödems nach Therapie des Mammakarzinoms
DISSERTATION Freiburg 2015

Siems W und R Brenke: Chronische Lymphödeme umfassend behandeln. DAZ 38/2004

AWMF Leitlinie : Diagnostik und Therapie der Lymphödeme-2009