

Über die Behandlung der Ödeme bei lymphogenvenösen Abflussstauungen und bei Elephantiasis

Autor(en): **Wegner, W.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Medicales = Bollettino dell' Accademia Svizzera delle Scienze Mediche**

Band (Jahr): **16 (1960)**

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-307464>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Aus der Medizinischen Klinik der Medizinischen Akademie Magdeburg
Direktor: Prof. J. Rechenberger

Über die Behandlung der Ödeme bei lymphogenvenösen Abflußstauungen und bei Elephantiasis

Von W. Wegner

Die Ödeme und die Elephantiasis als Folge venöser und lymphogener Abflußstauungen stellen in zunehmendem Maße Leiden dar, die erhebliche Anforderungen an die Geduld des Patienten und die Kunst des Behandlers stellen.

Nach Untersuchungen verschiedener Autoren haben 90% aller Patienten, die eine Thrombophlebitis der tiefen Venen der Extremitäten oder der Beckenvenen erleiden, mit Folgezuständen im Sinne des postthrombotischen Syndroms in verschiedenen Schweregraden zu rechnen.

Gjöres gibt an, daß in Schweden 2% der erwachsenen Bevölkerung eine Thrombophlebitis durchmachen. Daß damit diese Krankheitsgruppe besondere sozialmedizinische Bedeutung gewinnt, wird durch die Angabe deutlich, daß in der Deutschen Bundesrepublik im Jahre 1951 1% der Männer und 1,5% der Frauen aller Rentenzugänge Venenerkrankungen waren.

Halse gibt in seiner Monographie und in weiteren neueren Arbeiten über das postthrombotische Syndrom eine umfassende Darstellung dieser anscheinend fast unvermeidlichen Komplikation venöser Erkrankungen.

Zur Pathogenese gibt *Halse* an, daß es in der thrombosierten Vene entweder zu bindegewebiger Obliteration oder zu spontaner Rekanalisation kommt. In der Mehrzahl der Fälle tritt eine verzögerte Thrombolyse mit folgenden Möglichkeiten ein:

1. Fibröse Substitution der Thrombenmassen. Die Folge ist eine irreversible bindegewebige Obliteration.
2. Trotz später Thrombolyse wird das Gefäß wieder durchgängig – die Venenklappen bleiben aber schlußunfähig.
3. Eine Mischform – das Gefäßlumen bleibt eng, ist aber durchgängig, der Klappenapparat bleibt insuffizient. Nach den Untersuchungen von *Halse* überwiegt diese Möglichkeit.

Bei gestörter oder fehlender Klappenfunktion ist nun der Abfluß stark verlangsamt und auch beim Gehen sinkt der Venendruck nicht ab, da der Pumpmechanismus der Muskulatur wegfällt. Das Blut stagniert im ganzen Venennetz, der Venendruck steigt an, und die Folge sind Ödeme.

Nach *Linke* folgt eine Lymphbahnverödung auf dem Boden periphlebischer Entzündungsprozesse, die auch die Kollateralbahnen verlegen und damit eine endgültige Dekompensation der Blut- und Lymphzirkulation bedingen. Zunächst beruht die Anschwellung auf einem Stauungsödem infolge Lymph- und venöser Abflußstauung. Mit zunehmender Chronizität kommt es dann zur Gerinnung, Fibrinosierung und Verhärtung der Ödemflüssigkeit durch Anstieg des Eiweißgehaltes in der Stauunglymphe und fibrinosierende Obstruktion der Lymphgefäße.

Die optimale Therapie der Grunderkrankungen, also der Thrombophlebitis und der Thrombosen der tiefen Venen der Extremitäten und der Beckenvenen, ist zweifellos in Ruhigstellung, Diät und in der Behandlung mit Antikoagulantien, Panthesin-Hydergin und gefäßabdichtenden Mitteln gegeben. Dabei müssen die Kastanienextrakte und nach neuesten Mitteilungen von *Güthenke* auch die Extrakte des roten Weinblattes erwähnt werden. Die nachfolgende physikalische Behandlung mit Wicklungen, Massagen und Bädern erscheint unerlässlich. Es ist nicht Aufgabe dieses Referates, auf die Therapie der Grunderkrankungen einzugehen. Die geschilderten Komplikationen in der Form des postthrombotischen Syndroms bedeuten anscheinend auch nach Einführung der Antikoagulantientherapie in hohem Maße eine «Crux medicorum».

Wir möchten im folgenden eine Behandlungsmöglichkeit schildern, mit der wir in den letzten Jahren bemerkenswerte Ergebnisse erzielt haben.

Seit dem Sommer 1958 behandelten wir 28 Patienten mit hochgradigen chronischen Ödemen bzw. Elephantiasis eines oder beider Beine. Von diesen 28 Patienten waren 25 weiblichen und 3 männlichen Geschlechts. Die Fälle gliedern sich auf in:

- 9 postthrombotische Abflußstauungen, bei denen die Grunderkrankung 4 Monate bis 3 Jahre zurücklag
- 6 chronische Thrombophlebitiden mit Krankheitsbeginn vor 3–14 Monaten
- 5 Patientinnen mit Elephantiasis nach recidivierendem Erysipel der Unterschenkel
- 5 Fälle mit Abflußstauungen nach Beckenvenenthrombose
- 2 Patientinnen mit Abflußstauungen, die während Gravidität auftraten und 4 bzw. 7 Wochen post partum unverändert bestanden
- 1 Patientin mit Klippel-Trennoneyscher Erkrankung

Unsere Behandlung war in ihren Grundzügen bei allen Patienten gleich. Neben strenger Bettruhe über ca. 15 Tage gaben wir lactovegetabile Diät. Bei der Lagerung legten wir die gestauten Extremitäten nicht auf Schiene, sondern lediglich erhöht auf breite Keilkissen oder Holzgestelle. Die medikamentöse Behandlung bestand in täglich 2 intramuskulären Injektionen des Panthesin-Hydergin – bei den Patienten mit chronischer Thrombophlebitis in Infusionen von Panthesin-Hydergin – über 15 Tage. Gleichzeitig wurden Diuretica der Hydrochlorothiazidreihe gegeben wie Esidrix, Diclotride oder Urodiazin. Dabei dosierten wir anfänglich mit der hohen Dosis von 3×2 Tabletten und gingen nach 3 Tagen auf 3×1 Tablette, nach 5 Tagen auf 1 Tablette täglich über. Ebenso wurde gleich zu Beginn der Behandlung in allen Fällen Kastanienextrakt gegeben. Anfänglich hatten wir den Eindruck, daß die Kastanienextrakte die diuretische Wirkung der Hydrochlorothiazidpräparate hemmten. Diese Beobachtung konnte aber bei längerer Behandlungsdauer nicht bestätigt werden.

Insgesamt sahen wir bei dieser Kombinationsbehandlung ein wesentlich rascheres Abschwellen der Stauungen als bei der üblichen Behandlungsweise. Wir kontrollierten den Rückgang der Ödeme durch Eintauchen der Extremitäten in ein Überlaufgefäß, wobei die Überlaufmengenmenge gemessen wurde. In einem der so behandelten Fälle betrug die Abnahme des Volumens eines Unterschenkels in 10 Tagen 2500 ml. Nach Absetzen der Panthesin-Hydergin-Behandlung – also in der dritten Behandlungswoche – werden physikalische Behandlungsmaßnahmen zusätzlich angesetzt. Neben leichter Massage geben wir täglich ein kaltes Dauerteilbad der gestauten Extremität bis zu 2 Stunden bei einer Wassertemperatur von 18° C. Dieses Bad wird vom Patienten nach Gewöhnung als sehr angenehm empfunden. Sobald die gestaute Extremität so weit abgeschwollen ist, daß das Volumen annähernd dem der gesunden Extremität entspricht und keinerlei Entzündungserscheinungen mehr vorhanden sind, werden die Patienten unter sorgfältigster Wickelung mit breiten, elastischen Binden durch Aufstehversuche belastet, die täglich so weit gesteigert werden, bis ein Druckgefühl eintritt. Dabei läuft die Behandlung mit Kastanienextrakten und mit einer Tablette eines Hydrochlorothiaziddiureticums weiter. In keinem Falle konnten wir trotz langzeitiger Gabe der Diuretica nachteilige Nebenwirkungen wie die beschriebene Kaliumverarmung beobachten. Vor einigen Monaten wurde von *Bierstedt* zur Behandlung der Stauungserscheinungen die Unterwasserdruckmassage angegeben. Dabei wird im Verlauf der Behandlung der Massagedruck von 0,5–1,5 atü gesteigert. Nach den von *Bierstedt* beschriebenen Erfolgen erscheint auch diese Behandlungsart recht wert-

voll. In unseren Fällen dauerte die stationäre Behandlung 6 Wochen bis 5 Monate und wurde in allen Fällen mit gutem Erfolg abgeschlossen. Alle Patienten wurden nachbeobachtet. Während der Nachbeobachtungszeit wurden fortlaufend Kastanienextrakte weiter gegeben. Außerdem wird bei den geringsten Anzeichen einer erneuten Ödembildung – soweit sie nicht während der Nachtruhe völlig ausgeschwemmt wird – erneut über 5–8 Tage diuretisch behandelt. Wir legen bei der Gesamtbehandlung besonderen Wert darauf, jegliche Gewichtszunahme zu verhindern. Im Falle der Klippel-Trennoneyschen Erkrankung – einem 16jährigen Mädchen – gaben wir neben der geschilderten Therapie Prednison und Streptomycin und erzielten auch hier guten Dauererfolg.

Wir glauben, mit dieser Kombinationstherapie eine Behandlungsmöglichkeit gefunden zu haben, die zwar hohe Anforderungen an das Pflegepersonal stellt und intensive Mitarbeit des Patienten erfordert, aber das traurige Schicksal der Menschen mit Abflußstauungen der Extremitäten erheblich erleichtern kann. Wir empfehlen diese Behandlungsart zur Nachprüfung.

Zusammenfassung

Die Ödeme der unteren Extremitäten, die als Folge lymphogen-venöser Abflußstauungen auftreten, sind durch eine kombinierte medikamentös-physikalische Behandlung beeinflussbar. Es wurden bisher 28 Patienten in der Weise erfolgreich behandelt, daß bei strenger Bettruhe über 15 Tage neben lactovegetabiler Diät Panthesin-Hydergin, Hydrochlorothiaziddiuretica und Kastanienextrakte gegeben wurden. An physikalischen Maßnahmen wurde von der 3. Behandlungswoche ab täglich ein kaltes Bad der gestauten Extremität verabreicht. Die Wassertemperatur des Bades liegt bei 18°C, die Badedauer beträgt 2 Stunden. Zur Nachbehandlung wird über mehrere Monate Kastanienextrakt gegeben.

Résumé

Les œdèmes des extrémités inférieures, qui surviennent à la suite de stase dans l'écoulement lymphatico-veineux, peuvent être améliorés par un traitement combiné médicamenteux et physiothérapique. L'auteur a ainsi traité 28 patients, tout d'abord par un repos au lit strict pendant 15 jours, avec en même temps une diète lacto-végétarienne, et en donnant des diurétiques hydrochlorothiazidiques combinés à de la Panthésine-Hydergine, avec en plus des extraits de marrons d'Inde. Au point de vue physiothérapeutique, l'on a commencé, dès la troisième semaine, à faire journellement un bain froid des extrémités inférieures stasées. La

température de l'eau doit être de 18° environ, la durée de l'immersion de 2 heures. Comme traitement d'entretien, l'on donne des extraits de marrons d'Inde pendant plusieurs mois.

Riassunto

Gli edemi degli arti inferiori che insorgono in seguito a stasi veno-linfatica possono essere influenzati da una terapia combinata medicamentosa e fisica. Sono stati trattati finora con successo 28 pazienti nel modo seguente: riposo assoluto a letto e somministrazione, oltre ad una dieta a base di latte e vegetali, di Pantestina-Idergina, diuretici del gruppo dell'idroclorotiazide ed estratti d'ippocastano. Quale terapia fisica, venne praticato giornalmente, a partire dalla terza settimana, un bagno freddo dell'estremità con stasi. La temperatura del bagno si aggira sui 18° C., e la durata dello stesso è di due ore. Quale terapia di mantenimento vien somministrato per parecchi mesi estratto d'ippocastano.

Summary

Oedema of the lower extremities, which appears as a result of lymphogen-venous blockage of the outflow, can be influenced by a combined medicament-physical treatment. Up to the present, 28 patients have been successfully treated in this way, with strict rest in bed for 15 days plus lactovegetable diet and administration of Panthesin-Hydergin, hydrochlorothiazide diuretica and extract of chestnut. The physical measures consisted of a daily cold bath for the lower extremities from the third week of treatment. The temperature of the water was about 18° C and the duration of the bath two hours. For after-treatment, chestnut extract was given for several months.

Bierstedt P.: Z. ges. inn. Med. 15, 443 (1960). – *Gjöres J. E.*: Angiology 9, 51 (1958). – *Güthenke K.*: Dtsch. med. J. 11, 370 (1960). – *Halse Th.*: Das postthrombotische Syndrom. Verlag Dietrich Steinkopff, Darmstadt 1954. – *Halse Th.*: Z. Kreisl.-Forsch. 48, 782 (1959). – *Lampert H.*: Phys. Therapie, 3. Aufl., Verlag Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig 1954. – *Linke H.*: Medizinische 1959, 522; Ärztl. Wschr. 9, 337 (1954). – *Mihai C., Milcu V., Solomon S. und Rosin M.*: Z. ges. inn. Med. 15, 438 (1960). – *Prerovsky J., Linkart J. und Dejdar R.*: Krankheiten der tiefen Venen der unteren Gliedmaßen. VEB Gust. Fischer Verlag, Jena 1960. – *Richterich R., Spring P. und Thönen H.*: Schweiz. med. Wschr. 89, 353 (1959).