

Richtlijn lymfoedeem - diagnostiek en behandeling

F.B. van de Weg, M.C. Jooss, J.P. van den Berg

In 2014 is, onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, de tweede multidisciplinaire evidence based richtlijn lymfoedeem verschenen. De eerste versie dateerde uit 2002. Namens de VRA was collega Van den Berg, voorzitter van de richtlijnwerkgroep oncologische revalidatie, betrokken.

Binnen de revalidatiegeneeskunde hebben wij met enige regelmaat te maken met de gevolgen van lymfoedeem, in het bijzonder bij de Medisch Specialistische Oncologische Revalidatie. Er bestaat bij zorgverleners veel onbekendheid over de aandoening, waardoor lymfoedeem vaak niet, of (te) laat wordt ontdekt. Bovendien wordt de zorg veelal fragmentarisch aangeboden, omdat het zorgaanbod over vele disciplines verspreid is. Een standaardisatie van diagnostiek, behandeling, effectmeting en follow-up is volgens de werkgroep nodig om de kwaliteit van zorg te borgen. Een persisterende lymfafvloedstoornis kan leiden tot pijn, functionele beperkingen, vermoeidheid, afgenomen fysieke activiteit, verminderde sociale steun, verlies aan zelfvertrouwen, depressie en een verstoord zelfbeeld. Het dragen van een therapeutisch elastische kous, in het bijzonder een armkous, kan een belemmering zijn bij dagelijkse activiteiten (ADL); sporten, handen geven, handen wassen, werken in de verzorgings- en verplegingsberoepen, huishoudelijke werkzaamheden, etc.

DIAGNOSTIEK

Voorafgaand aan het opstellen van een lymfoedeem behandelplan moet de oorzaak van het lymfoedeem duidelijk zijn. Vaak is er een multifactoriële etiologie en zijn er ook meerdere onderhoudende factoren. Bij de speciale anamnese moeten de volgende aspecten in ieder geval goed in kaart gebracht worden: wijze en tijdstip van ontstaan en beloop, type en aard van de klachten, voorgeschiedenis en comorbiditeit, voorgaande (oedeem)therapieën, medicatie en func-

tioneringsproblemen volgens het ICF-model. Bij het specifiek lichamelijk onderzoek moet (naast uiter-aard de aanwezigheid van zwelling/oedeem) gelet worden op aanwezigheid van littekens, aard van de zwelling ('pitting versus non-pitting', eenzijdig versus tweezijdig, proximaal versus distaal), verdenking op hartfalen, nier en/of leverproblematiek, verdenking op kankerrecidief, tekenen van veneuze of arteriële insufficiëntie en begeleidende verschijnselen (bijvoorbeeld: roodheid, warmte, huidafwijkingen).

Aanvullende diagnostiek naar de oorzaak van zwelling is geïndiceerd in de volgende situaties: onverklaarbaar oedeem bij patiënten jonger dan 35 jaar, oedeem en zwelling met onbekende oorzaak, oedeem bij patiënten behorend tot risicogroep (met name oncologische behandeling) en bij vermoeden van mengvormen, bijvoorbeeld als het veneus stelsel ook betrokken is. De wijze waarop het oedeem moet worden gemeten - met de verschillende niveaus van bewijslast - wordt uitvoerig in de richtlijn besproken. Er is internationaal nog discussie over het klinisch relevante afkappunt ten aanzien van het volumever-schil. Niet alleen op stoornisniveau worden klinimetriche instrumenten beschreven, doch ook op de ICF-domeinen 'activiteiten en participatie'. Aan een definitieve core-set klinimetrie voor deze doelgroep wordt nog gewerkt.

STADIËRING

De meest gangbare classificatie is die van de International Society of Lymphology (ISL) waarbij drie stadia worden onderscheiden (figuur 1).

Er worden momenteel, veelal in het kader van het ICF-model, steeds uitgebreidere stadiëringssystemen ontwikkeld die ook op het menselijk functioneren gerichte parameters meenemen, zoals functionaliteit van een ledemaat, pijn, beperkingen in dagelijkse activiteiten en algehele kwaliteit van leven.

BEHANDELING

De behandeling van lymfoedeem kent twee fasen: een initiële behandel fase en een onderhoudsfase. Elke behandel fase kent specifieke behandelopties, en het accent ligt op oedeemvermindering (bijvoorbeeld compressietherapie, oefentherapie, lymfedrainage)

Drs. F.B. (Bas) van de Weg, revalidatiearts Revant Zeeland, voorzitter Werkgroep Oncologische Revalidatie VRA

M.C. (Marieke) Jooss, oncologie fysiotherapeut Revant, locatie Lindenhof (Goes)

Dr. J.P. (Jan Paul) van den Berg, revalidatiearts Ciran, voorzitter richtlijnwerkgroep oncologische revalidatie

en het aanleren van vaardigheden (zelfmanagement). In de onderhoudsfase wordt compressietherapie gegeven en past de patiënt zoveel mogelijk zelf de aangeleerde vaardigheden toe (bijvoorbeeld: huidzorg, oefentherapie, gewichtscntrole). Bij zwachtelen bij lymfoedeem blijkt het drukverlies van stijve zwachtels veelal al na enkele uren op te treden. Zwachtels dienen dus opnieuw aangebracht te worden als ze los gaan zitten. In zowel de initiële als de onderhoudsfase is een effectieve keuze van compressietechnologie essentieel. Bij de keuze van de techniek kan de mate van zelfmanagement van de patiënt ook een rol spelen. Therapeutische elastische kousen (TEK) moeten worden voorgeschreven door deskundigen. De voorkeur gaat uit naar vlakbreikousen met een hoge stijfheid (elasticiteitscoëfficiënt). Bij lymfoedeem aan de benen gaat de voorkeur uit naar een kous klasse III-IV en bij armlymfoedeem een kous van klasse II-III. Deze kousen dienen minimaal 2 tot 3 keer per jaar te worden gecontroleerd op effectiviteit. De rol van zelfmanagement wordt onderstreept. Bij therapieresistente of onbegrepen lymfoedeem kan eventueel verwezen worden naar het expertisecentrum voor lymfo/vasculaire geneeskunde ziekenhuis Nij Smellinghe te Drachten.

Rol van de revalidatiearts en zijn behandelteam

De revalidatiearts zal niet dagelijks te maken hebben met (de gevolgen van) lymfoedeem. Iedere revalidatiearts moet op zijn minst bekend zijn met de basale diagnostische en therapeutische principes, kennisnemen van de organisatie van zorg rondom lymfoedeem en weten welke hulp hij kan inschakelen bij therapieresistentie. Daarnaast moet de revalidatiearts op de hoogte zijn van de belangrijkste differentiaal diagnostische overwegingen, risicofactoren voor het ontstaan van lymfoedeem en onderhoudende factoren. Tot slot is het belangrijk om bij patiënten met bestaand lymfoedeem, snel de belangrijkste rode vlaggen te herkennen: idiopathisch oedeem, snel progressief oedeem, en persisterend oedeem bij adequate behandeling, en aanwijzingen voor recidief tumorgroei.

OEFENTHERAPIE

Het is van belang samen te werken met een fysiotherapeut/oefentherapeut met kennis van trainingsprincipes, lymfoedeem, en - indien het lymfoedeem is ontstaan na behandeling voor kanker - kennis van de gevolgen van de behandeling van kanker op het functionerend bewegen. Oefentherapie bij patiënten met (risico op) lymfoedeem is veilig, mits gestart wordt met lage trainingsintensiteit en de reacties van de patiënt (coördinatie, subjectieve symptomen) tijdens en na de training geëvalueerd en, waar nodig, bijgesteld worden. Meestal voldoet het trainingspro-

ocol zoals omschreven in de aanbevelingen van de American College of Sports Medicine (www.acsm.org) Om het behaalde trainingseffect te behouden is het aan te bevelen de patiënt te stimuleren om te voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen: minimaal 30 minuten per dag, minimaal vijf dagen per week, matig intensief te bewegen.

LYMFOEDEEM BIJ KANKER

Lymfoedeem na een oncologische ingreep ontwikkelt zich meestal langzaam, kan gedurende de dag variëren in omvang en is vaak gerelateerd aan fysieke inspanning. Lymfoedeem door lokale ingroei en obstructie ('maligne lymfoedeem') ontwikkelt zich vaak snel, kent geen fluctuatie, en gaat vaak gepaard met uitstralende pijn en/of sensibiliteitsuitval en tekenen van veneuze stuwung. In stadium 3 (figuur 1) is er een karakteristiek beeld van non-pitting oedeem met hypertrofie van vetweefsel, stapeling van eiwitten, fibrose en interstitiële ontsteking.



> **Figuur 1. Stadiëring.**

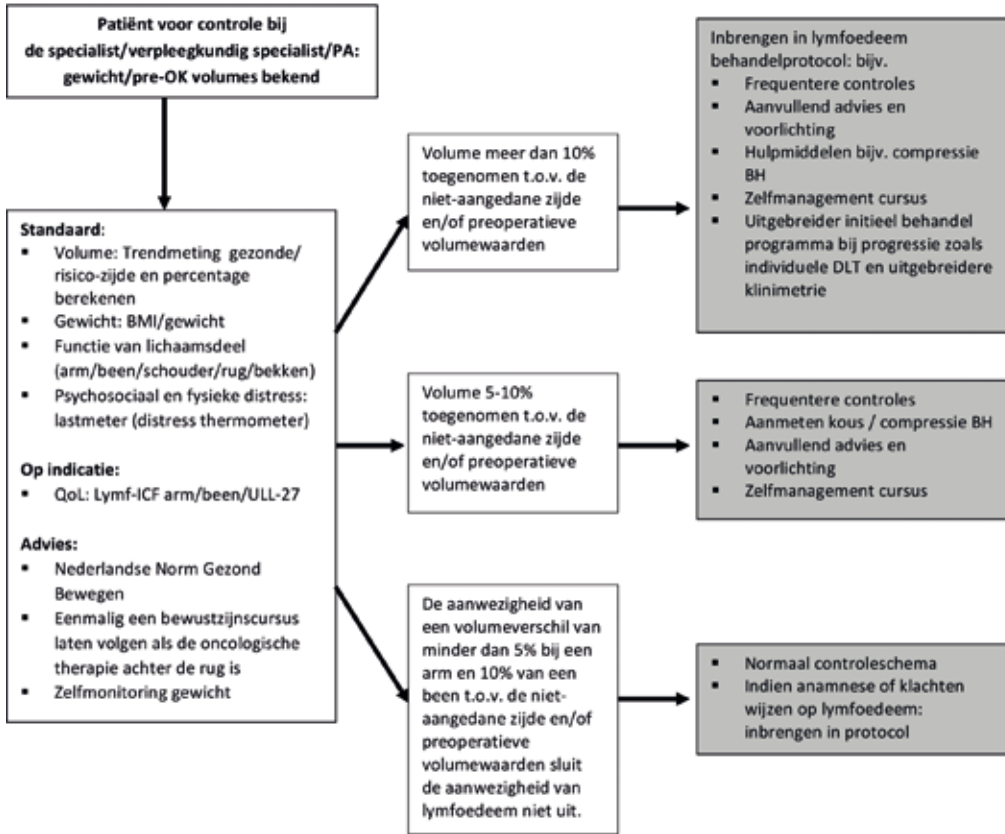
Stadium 1: Vroege opeenhoping van interstitieel vocht, die verdwijnt na hoog legging van de extremiteit. Het oedeem fluctueert. Pitting kan aanwezig zijn.

Stadium 2: Pitting oedeem dat zelden verdwijnt met hoog legging.

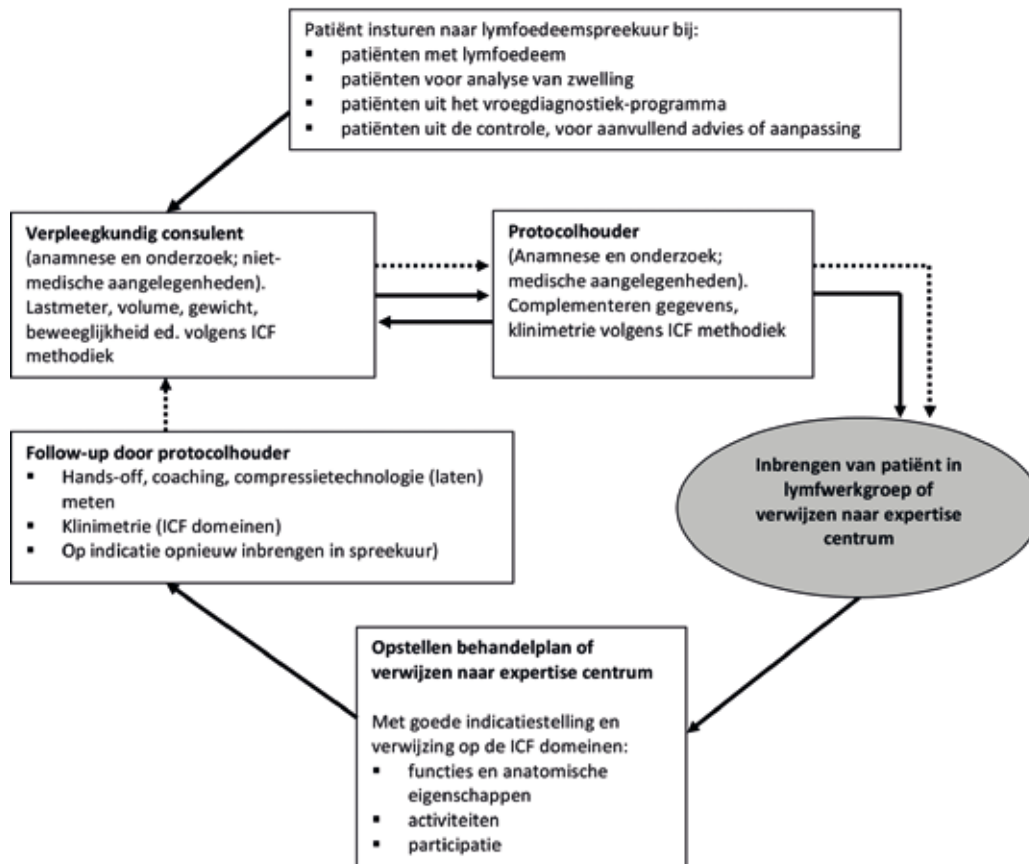
Stadium 3: lymfoedeem met vooral non-pitting en soms lymfostatische elephantiasis. Soms zijn er aan de voeten epidermale verschijnselen zoals acanthosis, papillomatosis, en verrucosis. In de subcutis treedt proliferatie van vetweefsel op.

ORGANISATIE VAN ZORG

Lymfoedeem en hieraan gerelateerde aandoeningen komen zo vaak voor dat (vroeg-)diagnostiek, preventie en behandeling van lymfoedeem tot de basiszorg van een zorginstelling moeten worden gerekend. Per zorginstelling moet de zorg voor mensen met lymfoedeem interdisciplinair georganiseerd worden. Dit veronderstelt heldere werkafspraken aangaande taakverdeling, protocolhouderschap en routing. Met name moet er ook worden nagedacht over een (individueel) nazorg(plan) ten behoeve van de follow-up. Ook het aspect kostenbeheersing is hierbij een



> *Figuur 2. Aanbevolen screening op lymfoedeem bij patiënten die zijn behandeld voor kanker met risico op lymfoedeem.*



> *Figuur 3. De aanbevolen routing voor patiënten met lymfoedeem.*

belangrijk aandachtspunt. Bovengenoemd proces kan plaatsvinden binnen een multidisciplinair lymfoedeemspreekuur, in samenspraak met een transmu- raal netwerk. In een dergelijk samenwerkingsverband hebben zitting: chirurg, dermatoloog, bandagist, fysiotherapeut, huidtherapeut en verpleegkundige. Facultatief of incidenteel kunnen andere specialismen worden toegevoegd. Bij complexe problematiek of achterblijvend therapeutisch resultaat kan worden doorverwezen naar een lymfoedeem expertisecen- trum.

Gezien de keuzes en aanbevelingen in deze richtlijn wordt voor patiënten die zijn behandeld voor kanker met risico op lymfoedeem de screening volgens figuur 2 geadviseerd.

De aanbevolen routing voor patiënten met lymf- oedeem wordt weergegeven in figuur 3.

CONCLUSIE

Lymfoedeem kan gepaard gaan met een grote morbiditeit en verlies van kwaliteit van leven. De zorg wordt veelal fragmentarisch aangeboden, omdat het zorgaanbod over vele disciplines verspreid is. In

de geactualiseerde richtlijn lymfoedeem komen de meeste relevante uitgangspunten van diagnostiek, stadiëring, therapie, en organisatie van zorg duidelij- k aan bod. Aspecten van zelfmanagement komen ten opzichte van de vorige richtlijn duidelijk aan de orde. Hoewel de revalidatiearts niet dagelijks met lymfoedeem te maken heeft, moet hij in ieder geval de basale diagnostiek beheersen, en weten wie snel verwezen moet worden naar een daartoe gespeciali- seerde zorgverlener.

Nadere informatie

U vindt de volledige richtlijn op richtlijndata- base.nl of op www.oncoline.nl/lymfoedeem. Nederland heeft sinds 2006 een netwerk voor lymfoedeem en lipoeedeem (www.lymfoedeem.nl), een platform waar patiënten en professionals ken- nis en ervaring kunnen uitwisselen.

Correspondentie

b.vandeweg@revant.nl

DCRM 2016

Value based rehabilitation medicine - Is it about money, evidence or ethics?





Over 30 workshops, mini-symposia and free paper sessions




You are invited

"Value Based Rehabilitation Medicine; is it about money, evidence or ethics?" is this year's theme of the Dutch Congress of Rehabilitation Medicine (DCRM) which will take place on 10 and 11 November 2016 in Maastricht, the Netherlands. Rehabilitation medicine is on its way to focus on maximizing value for patients: that is, achieving the best outcomes at the lowest cost. From a supply-driven health care system organized around what physicians do, toward a patient centred system organized around what patient needs. We aim to discuss this topic on our congress from the view of money and evidence but also on ethics.

This highly interactive and interdisciplinary conference will be organized by the Netherlands Society of Rehabilitation Medicine (NSRM). We invite physicians, residents, physician assistants, psychologists, occupational therapists, physical therapists, speech and languages therapists, neuroscientists, human movement scientist, other researchers and health care professionals in the field of rehabilitation medicine to join us for the DCRM 2016.

We look forward to meeting you at the DCRM 2016 in Maastricht!

Prof. Hans Rietman MD PhD
President NSRM

Prof. Coen van Bennekom MD PhD
Chair Scientific Committee DCRM

Keynote speakers

**Thomas Kelley
Werner Brouwer
Gunnar Hägglund**

Accreditation will be applied for at: EACCME, NSRM (VRA), NAPA, KNGF, ADAP, NIP






www.rehabilitationmedicinecongress.nl