# Physiotherapeutsche Betreuung von Patientinnen nach Mamma-Karzinom

Autor(en): **Krahmann, Hella**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapie = Fisioterapia**

Band (Jahr): **31 (1995)**

Heft 1

PDF erstellt am: **31.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-929429

**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.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

**http://www.e-periodica.ch**

Hella Krahmann, Lehrerin der Krankengymnastik,
Universitäts-Frauenklinik, Hugstetter Strasse 55, D-7800 Freiburg

PRAXIS

# Physiotherapeutis
# Patientinnen nach

**Schüle und Trimborn haben in einer Studie bei 100 Patientinnen nach Ablatio mammae nachgewiesen, dass die physiotherapeutische Behandlung bei zirka 50% der Patientinnen gar nicht durchgeführt wurde, bei zirka 25% mangelhaft bis ausreichend und nur bei 25% gut war. Aus meiner Erfahrung mit ambulanten Patientinnen muss ich diese Ergebnisse leider bestätigen.**

## Was ist Nachsorge?

Die einen verstehen darunter die rein medizinische Versorgung, d.h. mit Abschluss der Therapie ist auch die «Nachsorge» beendet. Andere dagegen verstehen darunter ein engmaschiges Netz von medizinischer, psychologischer und sozialer Betreuung. Dort, wo eine solch vielseitige Versorgung vorhanden ist, fehlt es manchmal an der Koordination der einzelnen Institutionen.

Bevor wir den Erfahrungsaustausch vornehmen und ich Ihnen unser Programm vorstelle, möchte ich mich kurz zum Sprachrohr der Patientinnen machen. In der Regel ist die Zeitspanne von der Diagnose bis zur Operation kurz. Die meisten Patientinnen gehen noch mit einer kleinen Hoffnung in den Operationssaal, dass vielleicht doch keine Ablatio erfolgt, der Befund sich als nicht so schwerwiegend herausstellt und/oder vielleicht brusterhaltend operiert werden kann. Wenn sie dann aus der Narkose aufwachen, werden sie spür- und sichtbar mit der Realität konfrontiert. Jetzt erst begreifen sie wirklich, was geschehen ist, und haben viel Zeit zum Nachdenken. Der eigentliche Prozess der Krankheitswahrnehmung beginnt jetzt. Für die Bewältigung wird viel davon abhängen, wie ihnen das Umfeld begegnet und ihnen konstruktive Hilfe anbieten kann. Jeder von uns ist gefordert. Und was geschieht klinisch?

Die Wunde wird versorgt und unter dem Aspekt der «optimalen Heilung» betrachtet. Die Physiotherapeutin kommt täglich zum Üben. Die weiteren Untersuchungen laufen. Auf die Ergebnisse harrt die Patientin mit Hoffnung oder negativer Gestimmtheit. Hat alles noch einen Sinn? Gibt es eine «Heilung»? Wie schlimm werden die Untersuchungsergebnisse ausfallen? Die Patientin aber weiss und fühlt, dass sie ein geschlechtsspezifisches Organ verloren hat, weil sie Krebs hat. Sie muss sich also mit zwei unterschiedlichen Tatbeständen auseinandersetzen, die tief in ihr Leben eingreifen, ihre Lebensplanung vielleicht total zerstören, sie aber mit Sicherheit grundlegend verändern. Wie tief und wie gravierend, werden wir wohl nur in den seltensten Fällen erfahren. Krebs bedeutet für viele eine Art Todesurteil.

Das andere ist die Auseinandersetzung mit der Deformierung des äusseren Erscheinungsbildes. Die optische Wiederherstellung durch eine Rekonstruktionsplastik ist sicher eine grosse Hilfe, die die heutige Medizin zu bieten hat, kann aber nur bedingt die physischen und psychischen Komponenten beeinflussen.

Als weiteres kommt die Auseinandersetzung mit dem näheren und weiteren Umfeld hinzu, das oft von konfusen Vorstellungen geprägt ist. Das geht von der Meinung, Krebs sei infektiös (man scheut sich, der Patientin die Hand zu geben), bis hin zu Schuldzuweisungen, weil Krebs eine psychosomatische Erkrankung sei. Die Palette der Interaktionsformen ist vielschichtig. Dazu zwei Fallbeschreibungen:

**Beispiel 1**

*Die Patientin kam aus einer 60 km entfernten Stadt, in der es ein angesehenes Krankenhaus gab. Sie hätte sich also dort operieren lassen können. Da sie im Ort sehr bekannt war und die Einstellung ihres Bekanntenkreises zur Diagnose «Krebs» kannte (Krebs ist infektiös, Krebs ist eine Strafe Gottes und ähnliches mehr), liess sie sich in der Universitäts-Frauenklinik operieren. Die Operation war nur ihrem Mann bekannt, die engere Familie wusste nichts davon. Ich erfuhr diese Geschichte, nachdem ich die Patientin in ein Gespräch verwickelt hatte, weil mir ihr aussergewöhnlich lethargisches Verhalten aufgefallen war. Aus den genannten Umständen bekam sie keinen Besuch, und aufgrund der Entfernung konnte sie auch ihr Mann nur am Wochenende besuchen. Sie hatte sich so auf «Nicht-darüber-Sprechen» trainiert, dass auch die Schwestern und Ärzte nichts über die Vorgeschichte wussten.*

** Vortrag im Mittwoch-Kolloquium der Universitäts-Frauenklinik Freiburg in Zusammenarbeit mit OA Dr. Kleine und Dr. Henne*

# che Betreuung von Mamma-Karzinom*



**Beispiel 2**

*Die Patientin ist Ärztin. Sie fällt uns durch ihre Hyperaktivität auf. Sie übt so viel, dass nicht nur die Wundheilung gefährdet ist, sondern sie sich auch insgesamt überbelastet. Ihre wichtigste Frage ist immer wieder, wann sie ihren Sport wieder ausüben könne. Ich versuche, an ihr medizinisches Wissen zu appellieren, und lege ihr etwas Schonung nahe, von der sie aber nichts wissen will. Sie möchte so schnell als möglich die Tätigkeit in ihrer Praxis (Sport!) wieder aufnehmen. Einen Praxisvertreter für eine Zeitlang zu engagieren, lehnt sie – vordergründig aus finanziellen Gründen – ab. Die Wahrheit ist: Was sollen meine Patienten/-innen von mir denken, dass mir so etwas passiert? Sie werden mir nicht mehr vertrauen und nicht mehr zu mir kommen. Sie werden an mir als Ärztin zweifeln. Sie hatte ausserdem eine panische Angst vor «Klatsch und Tratsch», wenn jemand im nächsten Umkreis etwas von ihrer Erkrankung erfähren würde.*

Dem äusseren Erscheinungsbild, auch bei älteren Frauen, wird allgemein viel Bedeutung zugemessen, und die Brust ist nun einmal ein spezifisch weibliches Attribut. Wie die Frau diesen Verlust verarbeitet, wird wesentlich von ihrer Einstellung zur Sexualität und ihrer Rollenidentität abhängen. Diese Aspekte werden auch noch wirksam sein, wenn eine Rekonstruktionsplastik erfolgte, denn die Einlage einer Prothese, noch mehr das Tragen einer Prothese, wird immer ein Fremdkörper bleiben, der unter den genannten Kriterien die Wahrnehmungsqualität beeinflusst.

So muss jeder versuchen, dazu beizutragen, der Frau eine neue Lebensqualität zu vermitteln. Aber was heisst «Lebensqualität»? Es wurden wiederholt Versuche unternommen, diesen Begriff zu definieren, aber bis heute ist keine allgemeingültige Definition gefunden worden, denn es gibt wohl nur individuelle Definitionen.

Bevor der/die Therapeut/-in an das Bett der Patientin tritt, müssen solche und ähnliche Gedanken reflektiert werden. Als weiteres muss der/die Therapeut/-in seine/ihre eigene Einstellung zur Diagnose überdenken. H.E. Richter hat nachgewiesen, dass die Therapeuten-Patienten-Interaktion wesentlich von dieser persönlichen Einstellung abhängt. Bei Ärzten, die selbst Angst hatten, an Krebs zu erkranken und/oder sich in ihren therapeutischen Möglichkeiten «am Ende fühlten», war die Kommunikation verkürzt.

Damit die Patientin nicht mit unnötigen Fragen belastet wird, sollten zur Befunderhebung die wichtigsten Informationen aus dem Krankenblatt, vom/von der Arzt/Ärztin und von der Schwester eingeholt werden. Die weitere Befunderhebung sollte dem wachsamen Auge und Ohr überlassen werden. Ein/-e geschulte/-r Physiotherapeut/-in wird auch durch das Hemd Bewegungseinschränkungen und Schonhaltungen erkennen. Der Zustand der Narbe kann erfragt oder beim üblichen Verbandswechsel zur Kenntnis genommen werden.

Folgende Behandlungsziele werden verfolgt:

**Thrombose-/Embolie-/ Pneumonie-Prophylaxe**

Dieser Aspekt umfasst den Aufenthalt auf der Wachstation und ist in der Regel bald zu vernachlässigen, da die Patientinnen schnell mobilisert werden. Bei älteren Patientinnen, grossen Eingriffen und auffälliger Schonung der betroffenen Seite steht die Pneumonie-Prophylaxe im Vordergrund. Bereits bei diesen Übungen wird die Patientin auf Schonhaltungen hin beobachtet, z.B. ein Fixieren des Armes am Körper oder das Hochziehen der Schulter.

**Kontraktur-Prophylaxe – Vermeidung von Schonhaltungen**

Bei einem normalen Verlauf wird die Patientin zwischen dem zweiten und vierten Tag auf die Station zurückverlegt. Wegen des grossen Kontrakturrisikos des Schultergelenks war die zeitliche Aufnahme dieses Behandlungskriteriums wiederholter Streitpunkt und reichte vom ersten bis vierzehnten postoperativen Tag. Beim frühzeitigen Übungsbeginn ging es um folgende Diskussionspunkte:

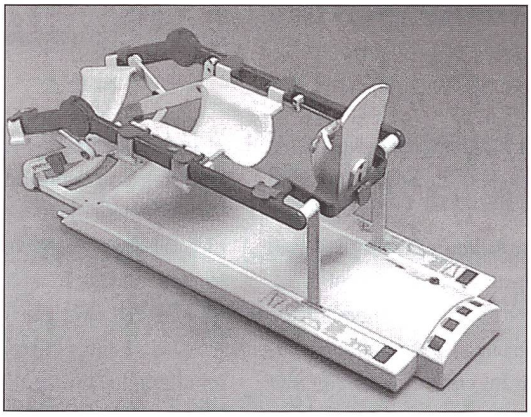
- Behinderung der Wundheilung;
- Hämatombildung;
- Ödembildung.

Besonders im Hinblick auf das Ödemrisiko plädierte Földi für einen späten Übungsbeginn (14. Tag).

1972 führte Professor Pfleiderer die Ablatio mammae an der Universitäts-Frauenklinik Freiburg ein. Wir konnten uns damals an keinen standardisierten Konzepten orientieren und mussten unsere eigenen Erfahrungen nach allgemein üblichen Kriterien machen. Seitdem führen wir das beschriebene Programm ohne nachteilige Reaktionen durch. Dem Plädoyer für den frühzeitigen Übungsbeginn kommen heute die verbesserten Operationstechniken (Schonung der Lymphbahnen) zugute. Solange die Drainagen liegen und die Wundheilung noch nicht abgeschlos-

Ihren Patienten zuliebe ...

Rehabilitationsprodukte von ORMED



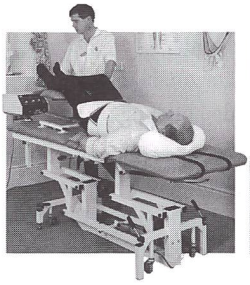
**ARTROMOT® K2**

die ***anatomische*** Kniebewegungsschiene

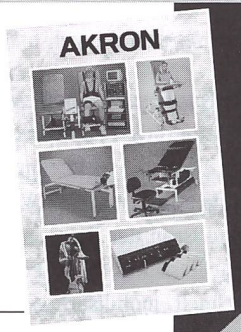
- **anatomisch korrekter Bewegungsablauf**
- **anwenderfreundliches Handling**
- **Wechsel rechts/links *ohne* Seitenumbau**

ORMED MEDIZINTECHNIK
IDEEN DIE BEWEGEN

ORMED AG · CH-9464 Lienz/St.Gallen · Telefon (071) 79 21 21



**Physiotherapie-Bedarf von AKRON®**




Traktionsgeräte – Behandlungsliegen – Kipptische – Extensionstische. Wir führen über 80 verschiedene AKRON®-Modelle. Gerne senden wir Ihnen gratis unseren AKRON®-Katalog.

Name/Firma

Adresse

PLZ/Ort

Bitte ausfüllen und einsenden an:

**BLATTER**
REHABILITATIONS-TECHNIK

AKRON-Behandlungsliege

E. BLATTER & CO AG • CHRIESBAUMSTRASSE 2 • 8604 VOLKETSWIL • TELEFON (01) 945 18 80 • TELEFAX (01) 946 02 95

# ORIGINAL MEDAX

**Von uns entwickelt** und seit vielen Jahren bewährt.

Machen Sie **keine Experimente mit** irgendwelchen **Kopien!**

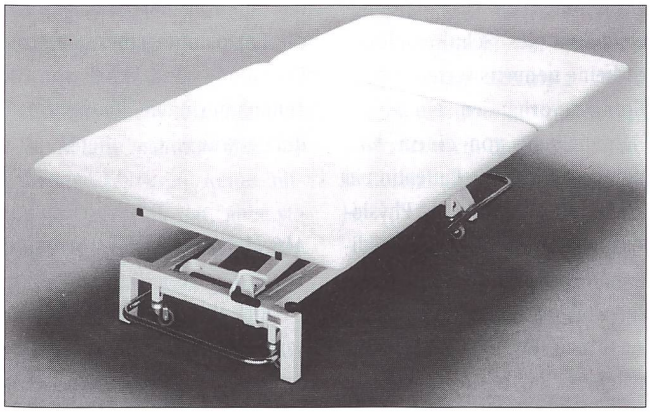
**Unser Fabrikationsprogramm:**

- 2-/3-/4-/6teilige Liegen
- Extensionsliegen
- Bobath-Liegen
- Manualtherapie-Liegen
- Kombi-Liegen mit Gynäkologieteil
- CLEWA-Kofferliegen (Import)

## Behandlungsliege MEDAX P 40 A

- Elektrische Höhenverstellung von 44 bis 104 cm mit praktischer Fuss-Schaltstange
- Rückenstütze und Knieflexion mit bequemen Hubhilfen stufenlos verstellbar
- Fahrwerk (Lenkrollen) mit Fusspedal in jeder Position der Höhenverstellung ausfahrbar
- Sehr stabiles Schweizer Fabrikat
- SEV-geprüft
- 2 Jahre Garantie

## BOBATH-Liege MEDAX 1- oder 2teilig



❑ Senden Sie uns bitte eine Dokumentation.
❑ Bitte rufen Sie uns an.

Name: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

PH-03/94

**MEDAX AG**
**MEDIZINTECHNIK**

Schneckelerstrasse 20
CH-4414 Füllinsdorf BL
Tel. 061-901 44 04
Fax 061-901 47 78

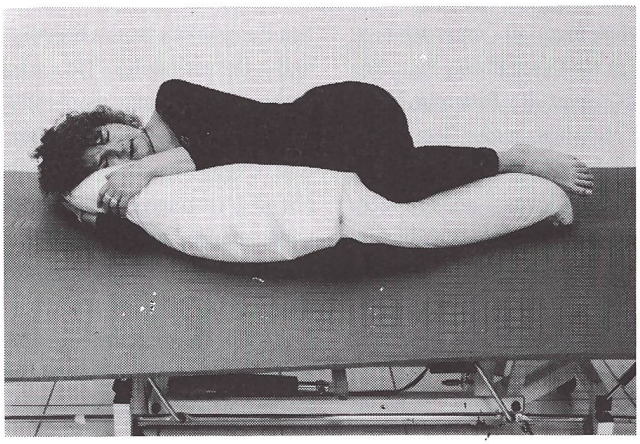
# Coussin CorpoMed®

## pour un meilleur appui dans beaucoup de situations

Les coussins CorpoMed® sont extrèmement modelables grâce à leur rembourrage unique: de toutes petites billes remplies d'air. Ces coussins s'adaptent immédiatement à toutes les positions du corps, mais ils ne changent pas de forme si l'on ne le veut pas.

l'escargot: pour réduire les efforts sur la colonne vertébrale lombaire

pour réduire les efforts sur la ceinture cervicale et scapulaire



position latérale, sans rotation de la colonne vertébrale

Veuillez envoyer:

❑ prospectus
❑ prix, conditions

Timbre:

**BERRO SA**

case postale, 4414 Füllinsdorf, tél. 061 - 901 88 44

sen ist, werden Spannung und Schmerz beim Üben berücksichtigt. Das erlaubt meistens einen Bewegungsradius von zirka 90°. Die Übungen sollten – um jede Einseitigkeit zu vermeiden – bilateral ausgeführt werden. Ein einseitiges und damit meist assistives Bewegen erfolgt nur bei extremen Schmerzen oder Schmerzempfindlichkeit (Abnahme der Armschwere) und Ängstlichkeit (leichtes Führen des Armes) der Patientin.

Sobald der Allgemeinzustand der Patientin es erlaubt, sollte sie zum Üben aus dem Krankenzimmer heraus in den Behandlungsraum genommen werden. Damit sollen Eigenständigkeit (Patientin wenn möglich allein gehen lassen) und Integration in einen normalen Alltag gefördert werden. Dazu gehört auch, dass die Patientin angeregt wird, kleine Spaziergänge zu unternehmen, z. B. in ein Geschäft zu gehen. Vor allem, wenn die Patientin in einem Mehrbettzimmer liegt, sollte die Behandlung möglichst bald im Behandlungsraum erfolgen, um ihr so Gelegenheit zu bieten, mit dem/der Physiotherapeut/-in Probleme zu erörtern. Zur Eigenkontrolle und für das häusliche Üben ist das Üben vor dem Spiegel ein wichtiger Behandlungsinhalt. Bevor aber der Spiegel als Medium eingesetzt wird, sollte der alltägliche Umgang mit ihm beobachtet werden. Zum Beispiel: Blickt die Patientin, bevor sie das Zimmer verlässt, in den Spiegel, um sich die Frisur zu richten? Frauen, die Schwierigkeiten mit der Krankheitsbewältigung haben, meiden oft den Blick in den Spiegel, der sie mit der Realität konfrontiert.

Wenn sich zufällig zwei Patientinnen im gleichen Übungsstadium befinden, hat sich die Partnerarbeit zur Unterstützung der spezifischen Ziele sehr bewährt und sollte neben der Einzelbehandlung bewusst mit einbezogen werden.

Nach der Entfernung der Drainagen und abgeschlossener Wundheilung wird auf die Spannungs- und Schmerzgrenze beim Üben keine Rücksicht mehr genommen. Je nach Bewegungsausmass bzw. Bewegungseinschränkung müssen jetzt auch intensive Dehntechniken erfolgen.

Allgemein ist zu beachten, dass der Arm nicht durch «zu schweres Üben» belastet wird, z. B. Widerstände, die eigene Körperschwere, schwere Geräte. Das Gerätematerial sollte leicht sein, z. B. Schaumstoff- und Moosgummibälle, Schwungbänder und -tücher, Plastikkeulen. Zur Rhythmisierung der Bewegungen haben sich alle Arten des rhythmischen Instrumentariums bewährt, z.B. Bongo, Schellen, Glocken, Klangstäbe. In diesem Zusammenhang versteht sich der Einsatz von Musik von selbst.

Ein weiterer wesentlicher Behandlungsinhalt ist die Haltungs- und Gangschulung. Je nach Brustgrösse und psychischer Kompensation zeigen Haltung und Gangbild typische Merkmale. Mit oft geringfügigen Spannungen wird der Arm beim Gehen nicht gleichmässig mitgeschwungen, die Schulter (meistens der betroffenen, seltener der gesunden Seite) hochgezogen, der Rücken kyphosiert.

**Ödem-Prophylaxe**

Unabhängig vom Ödemrisiko sollten stets von Anfang an und auch im weiteren Verlauf Massnahmen zur Unterstützung des lymphatischen Rückstroms mit einbezogen werden. Dazu zählt auch, dass alles, was ein Ödem provozieren könnte, z. B. Üben mit schweren Geräten oder Widerständen, vermieden wird. Wenn ein erhöhtes Ödemrisiko besteht (abhängig von der Anzahl der entfernten Lymphknoten, allgemeine Ödemneigung), wird eine gezielte Ödemprophylaxe eingesetzt (Üben, Lagern, Massagetechniken, Kompressionsverband oder -strumpf). Bevor ein Kompressionsstrumpf angefertigt wird, sollte die Verträglichkeit durch das Anlegen eines Verbands ausprobiert werden. Für die Wirksamkeit der Ödem-Prophylaxe und -Therapie sind die Summe der Massnahmen und die zeitliche Kontinuität entscheidend: Die Massnahmen müssen rund um die Uhr durchgeführt werden.

In diesem Zusammenhang wird immer wieder die intermittierende Kompressionsbehandlung, z. B. mit dem Jobst-Gerät, diskutiert. Die Indikation hängt von den Abflussmöglichkeiten ab. Je geringer diese sind, desto weniger ist der Einsatz des Geräts angezeigt. Weiter ist der Druck entscheidend. Er darf nicht zu hoch sein und muss individuell auf die Verträglichkeit hin ausgetestet werden (ebenso wie die Festigkeit des Kompressionsverbands).

**Entlassung der Patientin aus der Klinik**

Bei einem normalen Verlauf erfolgt die Entlassung zwischen dem vierzehnten und dem sechzehnten Tag. Bis zu diesem Zeitpunkt sollten die fast volle Beweglichkeit des Schultergelenks und keine nennenswerten Schonhaltungen vorhanden sein.

Unabhängig von einem Kuraufenthalt erhält die Patientin ein Rezept über zwölfmal Physiotherapie. Die Fortsetzung der klinischen Behandlung ist erforderlich, weil oft erst im Alltag Haltungs- und Bewegungsprobleme entstehen. Sie beruhen auf der teils ungewohnten Belastung, Ängstlichkeit, Unsicherheit sowie der psychischen Konfliktbewältigung im Sinne eines psychosomatischen Musters.

**Bestrahlungs- und Chemotherapie**

Bei einer Bestrahlungstherapie ist die sofortige Aufnahme der Behandlung zwingende Notwendigkeit, weil unter der Bestrahlung das Gewebe schrumpft, d.h. es muss eine intensive Kontraktur-Prophylaxe unter den genannten Kriterien durchgeführt werden. Das Übungsprogramm muss die allgemeine Belastbarkeit der Patientin berücksichtigen und darf nicht zum Schwitzen führen (nicht zu warme Bekleidung, keine zu hohe Raumtemperatur). Die Behandlung kann als Partner- und/oder Gruppenarbeit gestaltet werden. Sowohl während der Bestrahlung als auch während der Chemotherapie hat sich die Entspannungstherapie bewährt. Diese Behandlungsaspekte müssen auch berücksichtigt werden, wenn die Therapie ambulant durchgeführt wird.

**Mamma-Selbsthilfegruppe**

Im Programm einer Mamma-Selbsthilfegruppe sollte die Physiotherapie fester Bestandteil sein. Für diese Gruppenarbeit sollten dem/der Physiotherapeuten/-in mehr als die üblichen Übungstechniken zur Verfügung stehen. Das Repertoire sollte z. B. Erfahrungen mit Motopädagogik, rhythmischen Verfahren, Üben nach Vorstellungsbildern, Tanztherapie und ähnliches beinhalten. Auch in diesem Rahmen hat die Entspannungstherapie grosse Bedeutung und wird von den Teilnehmerinnen häufig besonders gewünscht.

**Abweichungen vom normalen Verlauf**

Eine der am häufigsten geäusserten Beschwerden ist ein strangartiges Ziehen von der Achselhöhle über die Innenseite des Oberarms bis zum Ellbogen, manchmal bis zum Handgelenk. Der «Strang» kann sichtbar sein. Es handelt sich um verödende

Lymphbahnen. Der fühl- und sichtbare Strang und das oft schmerzhafte Ziehen irritiert Patientin und Therapeut/-in gleichermassen. Eine Zeitlang befürchtete man das Einreissen dieser verödenden Lymphbahnen und die Provokation von Ödemen. Da diese Lymphbahnen für das Lymphgefässsystem hinfällig sind und Bewegungsschonung eine Kontraktur nach sich ziehen würde, ist ein konsequentes Üben indiziert und hat nach unseren Erfahrungen bis heute keine Nachteile gezeigt. Im Gegenteil, durch das Üben lässt das schmerzhafte Ziehen nach und hört nach einiger Zeit ganz auf.

Bei ausgedehnten Operationen kann es zu Hämatomen kommen, die eine physiotherapeutische Behandlung in Frage stellen. Auch hier hat rücksichtsvolles Üben als Kontraktur-Prophylaxe keine Nachteile gezeigt. Wenn – aus welchen Gründen auch immer – das Üben reduziert werden muss, sollte der Arm in unterschiedlichen Positionen gelagert werden. Ausserdem muss die Patientin angehalten werden, den Arm nicht zu fixieren (z. B. am Körper «festzuhalten»), sondern im schmerzfreien Radius zu bewegen. Bei sehr ausgedehnten Operationen muss eine Kontraktur akzeptiert werden. In diesem Fall muss das Ausmass des Bewegens bzw. der erforderlichen Schonung mit dem Arzt individuell abgesprochen werden.

**Psychosomatische Aspekte**

Die Ablatio mammae stellt für die heutige Chirurgie keine aufwendige Operation dar, aber sie ist ein Eingriff, der das Leben der Frau in grundlegender Weise beeinflusst.

Für die unterschiedlichen «somatischen» Äusserungen muss der/die Physiotherapeut/-in sensibel sein (hinhören, was nach dem dritten Komma gesagt wird). Häufig wird der Patientin mit den Worten begegnet: «Die Operation ist gut verlaufen, alles sieht bestens aus, und ansonsten wird alles wieder gut. Und ausserdem gibt es noch die Bestrahlung oder Chemotherapie, die eventuelle Spätfolgen verhindern soll.» Unter organmedizinischen Gesichtspunkten ist gegen diese Aussagen nichts einzuwenden. Im Gegensatz dazu steht die Patientin, die sich aktiv verhält, so tut, als wäre nichts geschehen. Sie ist vordergründig eine angenehme Partnerin für den/die Therapeuten/-in, dem/der sie es mit ihrer überdosierten Motivation leicht macht. Im Grunde aber verdeckt sie den Konflikt. Mit ihrem Verhalten: «Es ist gar nichts geschehen, ich lebe wie vorher», verleugnet sie die Krankheit und täuscht sich selbst und ihr Umfeld. Diese Patientinnen müssen mit Rücksicht auf die Wundheilung in ihrer Übungsaktivität oft gebremst werden. Vor allem darf sich der/die Physiotherapeut/-in nicht täuschen lassen und meinen, die Patientin mache gut mit, hier könne noch intensiver geübt werden. Ebenso wäre es im Hinblick auf die Verleugnungsstrategien falsch, der Patientin, weil sie aktiv ist, keine Physiotherapie zuteil werden zu lassen.

**Beratung in bezug auf alltägliche Verhaltensweisen**

Im Vordergrund steht immer wieder die Diskussion um das Ödemrisiko. Es ist in erster Linie von der Anzahl der entfernten Lymphknoten abhängig. Weiter spielen die Operation und, wenn bestrahlt wird, die rücksichtsvolle Bestrahlungstechnik eine Rolle.

Wir empfehlen, alles zu vermeiden, was die Entstehung eines Ödems fördern könnte. Dazu gehören zum Beispiel:

- Belastung des Arms durch schwere Tätigkeiten, z. B. Umgraben im Garten, Tragen von schweren Einkaufstaschen;
- heisse Bäder, Duschen und Sonneneinstrahlung;
- Injektionen, Blutdruckmessung am betroffenen Arm;
- den Arm lange hängen lassen, z. B. bei ausgedehnten Wanderungen. Besser ist es, die Hand ab und zu in Kleider- oder Manteltasche oder in den Gürtel zu stecken oder ein paar Übungen durchzuführen.

Inwieweit Injektionen und Blutdruckmessung tatsächlich ein Ödem fördern, ist strittig. Aber soweit ein zweiter Arm für solche Massnahmen zur Verfügung steht, dürfte die Durchführung unproblematisch sein und zur Beruhigung der Patientin beitragen.

Wenn keine Rekonstruktionsplastik durchgeführt wurde oder geplant ist, sind Hinweise auf Prothesen notwendig. Neben der Wiederherstellung des äusseren Erscheinungsbildes begünstigen sie den statischen Ausgleich. Spezielle Prothesen für Badeanzüge ermöglichen das Schwimmen. Der/die Physiotherapeut/-in sollte wissen, in welchen Geschäften die Patientin über Prothesen beraten wird und welche speziellen Kleidungsstücke es gibt. Je nach örtlicher Gegebenheit sollte die Beratung auch in der Klinik möglich sein.

In bezug auf ein allgemeines Training und die Koordination der Armbewegungen wird immer wieder das Schwimmen empfohlen. Die Wassertemperatur soll 20 bis 30 Grad nicht überschreiten.

Für ein allgemeines körperliches Training eignen sich besonders alle rhythmischen Übungsverfahren, einschliesslich aller Tanz- und Spielformen, die keine Belastung des Arms mit sich bringen. Eine wesentliche Prävention gegen Schonhaltungen und sonstige Ursachen, die zu Verspannungen führen können, stellen die unterschiedlichsten Entspannungsverfahren dar, die immer angeboten werden sollten.



**Zusammenfassung**

Vom ersten postoperativen Tag bis zur Entlassung aus der Klinik, während der Bestrahlungszeit oder Chemotherapie sowie im ambulanten Bereich muss die Physiotherapie fester Bestandteil im Nachsorgekonzept bei Patientinnen nach Ablatio mammae sein. Neben den üblichen Massnahmen ist die psychische Betreuung dieser Patientinnen für die Konfliktbewältigung ausschlaggebend. Dazu gehört auch, dass der/die Physiotherapeut/-in Kenntnisse über Hilfsmittel (Prothesen, spezielle Kleidung) sowie Kontakt zu entsprechenden Organisationen (z. B. Schweizer Verein für brustoperierte Frauen «Leben wie zuvor», 4153 Reinach, Telefon 061-711 91 43) hat und über Möglichkeiten Bescheid weiss, die Patientin in andere Übungsgruppen zu integrieren. Ausser der üblichen Physiotherapie sollten andere therapeutische Verfahren beherrscht werden, z. B. unterschiedliche Methoden zur Körperwahrnehmungsschulung. Die Entspannungstherapie ist fester Bestandteil des Gesamtkonzepts.

**Nur ein offenes Herz ist ein gesundes**

EDUARD AEBERHARDT-STIFTUNG
ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT

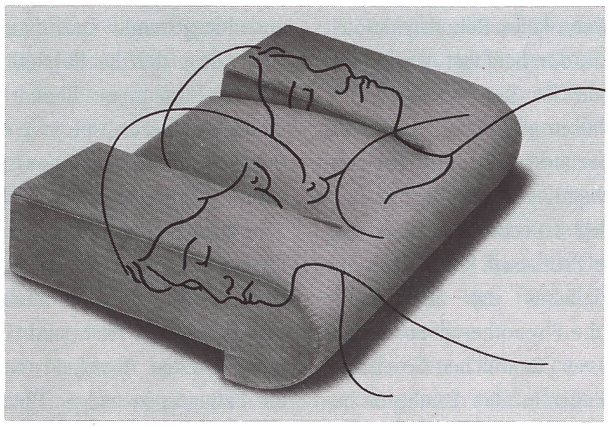
the pillow®

## l'appui orthopédique pour la tête et le cou

Indiqué, aux termes d'essais cliniques approfondis, pour:

- troubles du cou et des épaules
- maux de tête tenaces et résistants
- troubles du dos

**«the pillow»**® offre **un appui optimal** à la tête et au cou; en position latérale, la tête demeure en position médiane, et, en position dorsale, il donne lieu à une extension inapparente mais efficace.
La liberté de mouvement demeure tout à fait intacte.



Il existe **3 modèles:**
Normal: «Standard» et «Soft», pour les patients de pois corporel respectivement supérieur et inférieur à 65 kg.
«Travel»: «Standard» et «Soft», pour les voyages et pour les patients au dos plat ou au cou court.

**NOUVEAUTÉ:** «Extra Comfort», en latex (matériau naturel): «Standard» et «Soft», particulièrement agréables et durables.

**the pillow®: le coussin professionnel qui réduit notablement la consommation spontanée d'antidolorifiques.**

**Envoyez-moi s. v. p.:**

❒ des prospectus et des notices pour les patients, à afficher
❒ une documentation complète
❒ un exemplaire spécial de la publication «Evaluation d'un coussin pour la tête en présence de troubles cervicaux», de la Schmerzklinik à Bâle

**BERRO AG**
Case postale
4414 Füllinsdorf

Cachet

PG-D4-4



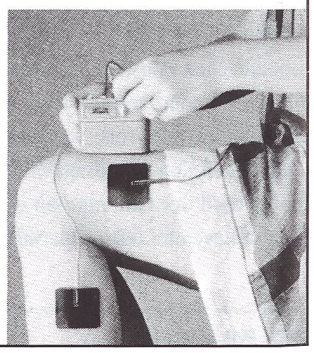
# Rasch schmerzfrei ohne Nebenwirkungen durch TENS AGAR

Transkutane Elektrische Nervenstimulatoren (TENS) eignen sich zur Behandlung akuter und chronischer Schmerzen. TENS-Geräte sind so einfach, dass sie vom Patienten nach Anweisung des Arztes auch zuhause angewandt werden können.

Economic 9 K Fr. 185.–
Fr. 480.–

**Wirkungsweise (Schleusentheorie):**
Das Nervensystem kann pro Zeiteinheit nur eine beschränkte Menge sensorische Informationen verarbeiten. Werden zuviele Informationen gesendet, unterbrechen bestimmte Zellen im Rükkenmark die Signalübertragung; die Schmerzsignale treffen nicht mehr im Hirn ein. Bei der TENS-Anwendung werden daher auf der Haut über dem Schmerzbereich Elektroden angebracht, durch die ein schwacher Strom fliesst. Der elektrische Reiz tritt so in Wettstreit mit den Schmerzsignalen.

Das Gerät kann verwendet werden bei:
Rückenschmerzen, Postoperativem Schmerz, Gelenkschmerzen, Phantomschmerzen, Ischias, Neuralgie, Migräne und Spannungskopfschmerzen, Verstauchungen, Muskelzerrungen und in der Sportmedizin. Auch bei rheumatischer Arthritis empfehlenswert.
Behandlungsdauer: 20 bis 30 Minuten.
Es besteht keine Suchtgefahr. Das Gerät verursacht keinerlei Nebenwirkungen. Die Behandlung ist symptomatisch, das heisst, sie unterdrückt die Schmerzempfindung. Jedes Gerät wird in einer handlichen Tasche, die alle notwendigen Zubehörteile enthält, geliefert.



**parsenn-produkte ag**
**ch-7240 küblis**
**Tel. 081/54 22 55**
**Fax 081/54 16 38**