



Protokoll Lymphstammtisch in Basel 31.01.2026

Teilnehmer:

- 5 Betroffene mit sekundäres Lymphödem an einem oder beiden Beinen
- 1 Betroffen mit primäres Lymphödem an einem Bein
- 1 Betroffen mit sekundäres Lymphödem am Arm
- 1 Gast

Total: 8 Personen

Der erste Lymphstammtisch in diesem Jahr fand an einem schönen, sonnigen Nachmittag zwischen 14 und 16 Uhr in einer interessierten und neugierigen Runde statt. Zu Beginn hatte jeder die Gelegenheit, sich kurz vorzustellen und die wichtigsten persönlichen Themen rund um das Lymphödem einzubringen.

Die Fragen und Anliegen waren vielfältig. Dank unserer gebündelten Erfahrung konnten bereits zu Beginn wertvolle Hinweise und praktische Tipps ausgetauscht werden. Dieser Austausch unter Betroffenen ist für jeden Einzelnen besonders hilfreich, da unterschiedliche Erfahrungen, Empfehlungen und Bestätigungen im Umgang mit Therapieformen wie Kompressionsversorgung, Bandagieren oder Hautpflege geteilt werden. Genau dieser gegenseitige Wissenstransfer macht den Lymphstammtisch so wertvoll.

Schwerpunktthema an diesem Nachmittag war das **Erysipel**. Diese ernstzunehmende Komplikation stellt bei Lymphödem eine der häufigsten Ursachen für akute Verschlechterungen dar. Bereits vor zwei Jahren wurde dieses Thema in einem Lymphstammtisch behandelt – dennoch zeigt sich immer wieder, wie wichtig es ist, dieses Kapitel erneut aufzugreifen und gemeinsam zu vertiefen.

In diesem Handout und Protokoll werden folgende Aspekte zum Thema Erysipel zusammengefasst:

- Die Verschlechterung der Lymphgefässe – ein schleichender Prozess
- Lymphangiogenese – Anpassung mit begrenzten Möglichkeiten
- Erysipel – Definition und klinisches Erscheinungsbild
- Warum Streptokokken bei Lymphödem besonders problematisch sind
- Aktuelle Daten zur Erysipel-Prophylaxe
- Verhalten im Akutfall
- Unterschiede zwischen primärem und sekundärem Lymphödem in Bezug auf Erysipel
- Kompressionsversorgung und der Zusammenhang mit Erysipel
- Haarentfernung bei Lymphödem

Erysipel bei Lymphödem

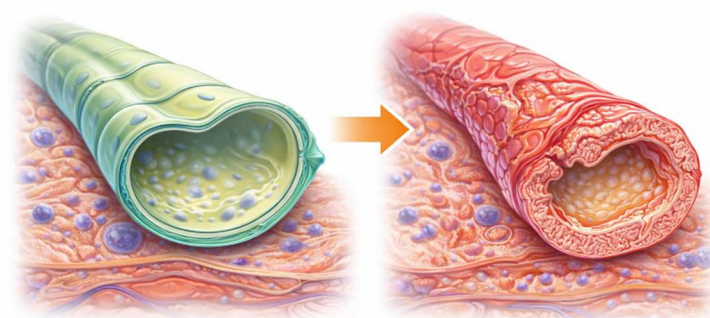
Entstehung, Risiken, Prävention und aktueller Stand der Prophylaxe

Das Erysipel, auch Wundrose genannt, gehört zu den häufigsten und zugleich folgenreichsten Komplikationen bei Menschen mit Lymphödem. Während manche Betroffene nie ein Erysipel entwickeln, erleben andere mehrere Episoden pro Jahr, oft mit zunehmender Schwere. Jede dieser Infektionen bedeutet nicht nur eine akute Erkrankung, sondern kann das Lymphsystem weiter schädigen und den Krankheitsverlauf des Lymphödems nachhaltig verschlechtern. Umso wichtiger ist es, die zugrunde liegenden Mechanismen zu verstehen, Risiken richtig einzuordnen und präventive sowie therapeutische Massnahmen gezielt umzusetzen.

Die Verschlechterung der Lymphgefässe – ein schleichender Prozess

Das Lymphsystem ist ein fein verzweigtes, hochdynamisches Transportsystem. Es übernimmt den Abtransport von Gewebsflüssigkeit, Eiweissen, Entzündungsstoffen und Immunzellen und spielt eine zentrale Rolle in der lokalen Immunabwehr. Lymphgefässe sind dabei keine passiven Röhren, sondern aktive Strukturen mit Eigenkontraktilität, Klappenmechanismen und einer empfindlichen Gefässwand.

Bildgebende und histologische Untersuchungen zeigen, dass sich Lymphgefässe im Verlauf eines Lymphödems schrittweise verändern. In frühen Stadien sind sie häufig noch gut durchgängig und funktionell. Mit zunehmender chronischer Belastung kommt es jedoch zu einer Verdickung der Gefässwand, einer Verengung des Lumens und schliesslich zu einem teilweisen oder vollständigen Verschluss. Dieser Endzustand wird als Lymphsklerose oder Lymphosclerosis bezeichnet.



Normales Lymphgefäss

Sklerotisiertes Lymphgefäss

Diese strukturellen Veränderungen haben weitreichende Konsequenzen für den Lymphabfluss und die Immunfunktion im betroffenen Gebiet.

Primäres Lymphödem – wenn die Ursache im Gefäss liegt

Beim primären Lymphödem liegt die Ursache in einer angeborenen Fehlanlage oder Funktionsstörung der Lymphgefässe. Diese kann bereits vorhanden sein, bevor klinisch ein sichtbares Ödem auftritt. Die Anzahl der Lymphgefässe ist reduziert, ihre Struktur verändert oder ihre Pumpfunktion eingeschränkt. Im Verlauf verlieren sie zunehmend ihre Transportfähigkeit.

Durch die fortschreitende Sklerosierung können die Lymphgefässe die anfallende Gewebsflüssigkeit immer schlechter abführen. Das Ödem entsteht somit als **Folge der schleichenden Gefässverschlechterung** und nicht als deren Auslöser. Diese Unterscheidung ist zentral für das Verständnis des Krankheitsverlaufs und der späteren Komplikationen.

Sekundäres Lymphödem – wenn der Schaden vorausgeht

Beim sekundären Lymphödem ist die Ausgangslage eine andere. Hier kommt es zunächst zu einer akuten oder chronischen Schädigung des Lymphsystems, etwa durch operative Eingriffe, Lymphknotenentfernungen, Bestrahlung, Verletzungen oder Entzündungen. Diese Schädigung führt zu einem Lymphstau.

Bleibt dieser bestehen, entwickelt sich mit der Zeit ebenfalls eine strukturelle Veränderung der Lymphgefässe. Die anhaltende Überlastung begünstigt Entzündungsprozesse, Fibrosierung und schliesslich ebenfalls eine Lymphsklerose. In diesem Fall ist die Sklerose **eine Folge des bestehenden Ödems**. Unabhängig von der Ursache kann der Krankheitsverlauf somit in einen ähnlichen Endzustand münden.

Der gemeinsame Endpunkt: blockierter Lymphabfluss

Sowohl beim primären als auch beim sekundären Lymphödem kann es im Verlauf zu einer deutlichen Einschränkung oder Blockierung des Lymphabflusses kommen. Der aktive Transport ist reduziert oder nicht mehr möglich, und die Flüssigkeit kann nicht mehr über die vorgesehenen Wege abfliessen. Das Lymphsystem versucht, diese Situation zu kompensieren, indem die Lymphflüssigkeit auf Umgehungswege ausweicht, etwa über oberflächliche Gefässe, Kollateralbahnen oder benachbarte Abflussgebiete. Diese Anpassungsmechanismen sind jedoch nur begrenzt leistungsfähig und können die ursprüngliche Funktion nicht vollständig ersetzen.

Lymphangiogenese – Anpassung und begrenzte Chance

Der menschliche Körper besitzt grundsätzlich die Fähigkeit zur Lymphangiogenese, also zur Neubildung von Lymphgefässen. Unter bestimmten Bedingungen kann dieser Prozess angeregt werden. Eine konsequente lymphologische Therapie schafft dabei günstige Rahmenbedingungen, indem sie den bestehenden Abfluss verbessert, Entzündungsprozesse reduziert und funktionelle Gefässabschnitte entlastet.

Manuelle Lymphdrainage, adäquate Kompressionstherapie und eine sorgfältige Hautpflege können dazu beitragen, Umgehungskreisläufe zu stabilisieren und möglicherweise die Ausbildung neuer lymphatischer Strukturen zu unterstützen. Eine bereits fortgeschrittene Sklerosierung lässt sich dadurch nicht rückgängig machen, der Prozess kann jedoch verlangsamt und funktionelle Reserven erhalten werden.

Erysipel – Definition und klinisches Bild

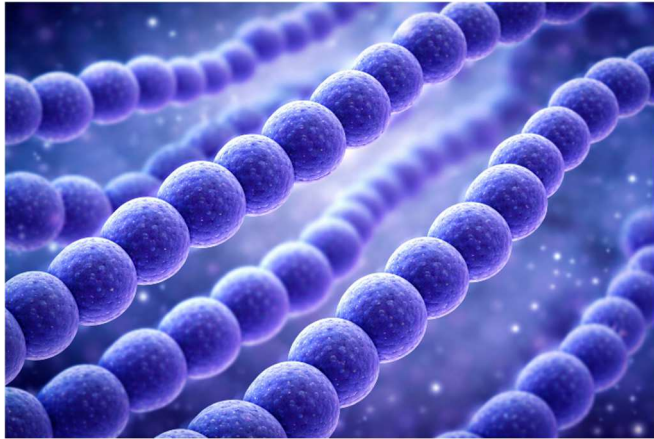
Das Erysipel ist eine akute bakterielle Entzündung der Haut und des Unterhautgewebes, meist verursacht durch Streptokokken. Es gehört zu den häufigsten Hautinfektionen und weist eine Inzidenz von etwa 200 Fällen pro 100'000 Erwachsene pro Jahr auf. Bei Menschen mit Lymphödem tritt es deutlich häufiger auf.

Klinisch zeigen sich fast immer ein plötzliches Krankheitsgefühl, Fieber und Allgemeinsymptome wie Abgeschlagenheit oder Lymphknotenschwellungen. Lokal findet sich typischerweise eine scharf begrenzte, stark überwärmte Rötung mit zungenförmigen Ausläufern, begleitet von Schwellung und Schmerzen. Das Erysipel ist in der Regel einseitig und betrifft nahezu immer die vom Lymphödem betroffene Extremität.



Warum Streptokokken bei Lymphödem so problematisch sind

Streptokokken sind Bakterien, die natürlicherweise auf der Haut, auf Schleimhäuten und in der Umwelt vorkommen. Auch bei gesunden Menschen gelangen sie immer wieder über kleinste, oft unbemerkte Hautverletzungen ins Gewebe. Unter normalen Bedingungen bleibt dies folgenlos, da das Immunsystem sehr rasch reagiert.



Bei einem intakten Lymphsystem werden eingedrungene Bakterien schnell über die Lymphgefäße abtransportiert und in den Lymphknoten von Immunzellen erkannt und eliminiert. Beim Lymphödem ist jedoch genau dieser Transportweg gestört. Im ödematösen Gewebe verbleiben Bakterien länger, die Antigenpräsentation ist verzögert und die Immunantwort setzt zu spät und oft

überschießend ein. Dadurch können sich Streptokokken ausbreiten und eine massive Entzündung auslösen.

Dass Erysipele fast immer auf das Ödemgebiet beschränkt bleiben, erklärt sich durch diese lokale Störung der Immunüberwachung. Es handelt sich nicht um eine generelle Immunschwäche, sondern um eine **lokal begrenzte immunologische Schwachstelle**.

Der Teufelskreis aus Lymphödem und Erysipel

Mit zunehmender Schädigung der Lymphgefäße verschlechtert sich die lokale Immunabwehr weiter. Jedes Erysipel schädigt die Lymphgefäße zusätzlich, fördert fibrotische Veränderungen und beschleunigt die Lymphsklerose. Dadurch steigt das Risiko für weitere Infektionen. Dieser Teufelskreis erklärt, warum manche Betroffene wiederholt und zunehmend schwer an Erysipelen erkranken und weshalb eine konsequente Prävention so zentral ist.

Aktuelle Daten zur Erysipel-Prophylaxe

Aktuelle Studien zeigen, dass rekonstruktive lymphchirurgische Verfahren, insbesondere lymphovenöse Anastomosen, das Risiko für Erysipele deutlich senken können. In mehreren Studien konnte eine signifikante Reduktion der Erysipelhäufigkeit nach operativen Eingriffen gezeigt werden, unabhängig von der reinen Volumenreduktion. In vielen Fällen sank die Anzahl der Infektionen von mehreren Episoden pro Jahr auf nahe null. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine Verbesserung des lymphatischen Abflusses entscheidend zur Unterbrechung des Teufelskreises beitragen kann.

Studie / Fallgruppe	Erysipel-Episoden vor OP	Erysipel-Episoden nach OP	Bemerkung
150 LVA-Patienten (24 Monate)	4,22	0,10	sehr starker Abfall (ScienceDirect)
Pereira et al. – Arm	1,3 / Jahr	0 / Jahr	nahezu keine Rezidive (thieme-connect.com)
Pereira et al. – Bein	2,6 / Jahr	0,12 / Jahr	deutliche Reduktion (thieme-connect.com)
Yang et al. – Lower limb	1,0 / Jahr	0,0 / Jahr	signifikanter Unterschied (MDPI)

Verhalten im Akutfall

Ein Erysipel ist ein medizinischer Notfall und erfordert grundsätzlich eine **sofortige ärztliche Abklärung**. Entscheidend für den Verlauf ist eine **möglichst früh einsetzende antibiotische Therapie**, da sich die Infektion rasch ausbreiten und zu weiteren Schäden am Lymphsystem führen kann. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass nicht immer unmittelbar ein Arztbesuch möglich ist, sei es aufgrund von Wartezeiten, Wochenenden, Nachtstunden oder Aufenthalt ausserhalb des gewohnten Versorgungssystems.

Aus diesem Grund empfehlen wir Betroffenen mit bekanntem Lymphödem und bereits durchgemachtem Erysipel, **in Absprache mit ihrer behandelnden Ärztin oder ihrem behandelnden Arzt ein geeignetes Antibiotikum für den Notfall zu Hause bereitzuhalten**. Bei eindeutigem Verdacht auf ein Erysipel kann so, sofern zuvor klar vereinbart, **so früh wie möglich mit der Einnahme begonnen** werden. Dies ersetzt keinesfalls die ärztliche Beurteilung, sondern dient der Überbrückung wertvoller Zeit. Eine **umgehende ärztliche Kontaktaufnahme oder Vorstellung im Notfall** ist dennoch zwingend erforderlich.

Begleitend zur antibiotischen Therapie sollte die betroffene Extremität **hochgelagert** werden, um die Schwellung zu reduzieren und den Gewebedruck zu senken. Eine **angepasste Kompressionstherapie** kann, sofern sie verträglich ist, ebenfalls unterstützend wirken. Frühere Bedenken, dass Kompression den Infektionsverlauf negativ beeinflussen könnte, haben sich nicht bestätigt. Während der akuten Entzündungsphase wird die **manuelle Lymphdrainage pausiert**, um das entzündete Gewebe nicht zusätzlich zu reizen. Nach Abklingen der akuten Symptome sollte die lymphologische Therapie jedoch **zeitnah wieder aufgenommen** werden, um den Lymphabfluss zu stabilisieren und einer weiteren Verschlechterung des Lymphödems entgegenzuwirken.

Ein zentraler Bestandteil der Akut- und Langzeitstrategie ist zudem die **konsequente Hautpflege und Hautkontrolle**. Da Streptokokken natürlicherweise auf der Haut vorkommen, spielt eine intakte Hautbarriere eine entscheidende Rolle. Trockene Haut, kleine Risse,

Pilzinfektionen, Mückenstiche, Kratzverletzungen oder Sonnenbrand können als Eintrittspforten dienen und sollten nach Möglichkeit vermieden oder frühzeitig behandelt werden. Eine regelmässige, dem Hautzustand angepasste Pflege des Lymphödembereichs ist daher ein wesentlicher Bestandteil der Erysipel-Prophylaxe.

Ferien und Reisen

Bei Ferien und Reisen ist eine **vorausschauende Vorbereitung** besonders wichtig. In ungewohnter Umgebung können Sprachbarrieren, andere medizinische Standards oder lange Wege zur nächsten ärztlichen Versorgung die Behandlung verzögern. Umso entscheidender ist es, **frühe Symptome eines Erysipels sicher zu erkennen** und ohne Zögern zu reagieren.

Wir empfehlen Betroffenen, bei Reisen stets ein **ärztlich verordnetes Notfall-Antibiotikum** sowie eine **Erysipel-Notfallkarte oder ein entsprechendes Schreiben** mitzuführen. Diese Unterlagen helfen, im Ernstfall rasch zu erklären, worum es sich handelt, und erleichtern die Kommunikation mit medizinischem Fachpersonal, insbesondere im Ausland. Auch im Urlaub gelten die gleichen Grundsätze der Hautpflege, des Schutzes vor Verletzungen, Insektenstichen und Sonnenbrand sowie der sorgfältigen Beobachtung des betroffenen Körperbereichs.

Ein rasches, entschlossenes Handeln kann im Akutfall nicht nur Komplikationen verhindern, sondern auch dazu beitragen, den langfristigen Verlauf des Lymphödems positiv zu beeinflussen.

Die Beobachtung, dass Betroffene mit sekundärem Lymphödem häufiger Erysipele entwickeln als Betroffene mit primärem Lymphödem, ist in der Fachliteratur gut beschrieben und wird auch klinisch immer wieder bestätigt.

Der Unterschied liegt weniger in der Existenz eines Lymphödems an sich, sondern in der Art der Schädigung des Lymphsystems und in den Begleitfaktoren, die beim sekundären Lymphödem hinzukommen.

Beim primären Lymphödem handelt es sich um eine angeborene Fehlanlage oder Funktionsstörung der Lymphgefässe. Diese Gefässe sind zwar vermindert oder strukturell verändert, das System entwickelt sich jedoch über Jahre hinweg gemeinsam mit dem Körper. Das Immunsystem passt sich an diese Situation an. Oft beginnt das primäre Lymphödem langsam, schleichend und ohne vorausgehendes Trauma. Die Haut bleibt – zumindest in frühen und mittleren Stadien – relativ intakt, die Barrierefunktion ist häufig besser erhalten, und es liegen weniger zusätzliche Risikofaktoren wie Narben, Bestrahlungsfolgen oder ausgedehnte Gewebeschäden vor. Deshalb haben viele Menschen

mit primärem Lymphödem über lange Zeit keine oder nur wenige Erysipele, auch wenn das Risiko grundsätzlich erhöht ist.

Beim sekundären Lymphödem ist die Ausgangslage eine andere. Hier wird ein zuvor funktionierendes Lymphsystem akut oder chronisch geschädigt, meist durch Operationen, Lymphknotenentfernungen, Bestrahlung, Tumorerkrankungen, schwere Entzündungen oder Traumata. Diese Eingriffe zerstören nicht nur Lymphgefäße, sondern auch wichtige Immun- und Filterstationen. Zusätzlich entstehen Narben, fibrotische Gewebeeränderungen und oft eine dauerhafte Entzündungsbereitschaft im betroffenen Areal.

Ein entscheidender Punkt ist, dass beim sekundären Lymphödem die lokale Immunabwehr plötzlich und unvollständig ist. Die Lymphflüssigkeit staut sich in einem Gewebe, das zuvor an einen normalen Abfluss gewöhnt war. Die Haut ist häufiger vorgeschädigt, trockener, anfälliger für Risse, Pilzinfektionen oder kleine Verletzungen. Gleichzeitig fehlt durch die Lymphknotenentfernung oder -schädigung ein zentraler Ort, an dem Bakterien effizient erkannt und abgewehrt werden könnten. Streptokokken gelangen dadurch leichter ins Gewebe, bleiben länger dort und können sich schneller ausbreiten.

Hinzu kommt ein selbstverstärkender Mechanismus: Jedes Erysipel schädigt die Lymphgefäße weiter, verstärkt die Fibrosierung und verschlechtert den Abfluss erneut. Dadurch steigt das Risiko für ein weiteres Erysipel deutlich an. Dieser Teufelskreis ist beim sekundären Lymphödem besonders ausgeprägt, weil das System bereits von Beginn an strukturell verletzt ist.

Was das Verhältnis betrifft, zeigen klinische Beobachtungen und Studien übereinstimmend, dass Erysipele bei sekundärem Lymphödem deutlich häufiger auftreten. Je nach Studie und Kollektiv entwickeln etwa **30–50 % der Betroffenen mit sekundärem Lymphödem** im Verlauf mindestens ein Erysipel, nicht selten auch wiederholt. Bei **primärem Lymphödem** liegen die Angaben deutlich niedriger, häufig im Bereich von **10–20 %**, wobei viele Betroffene nie oder nur einmal im Leben ein Erysipel erleiden. Die genauen Zahlen variieren, da Stadium, Lokalisation, Hautpflege, Therapie und Begleiterkrankungen eine grosse Rolle spielen, doch der Trend ist eindeutig.

Zusammengefasst lässt sich sagen:

Nicht das Lymphödem an sich entscheidet über das Erysipel-Risiko, sondern wie stark und auf welche Weise das Lymphsystem geschädigt wurde. Beim sekundären Lymphödem treffen gestörter Abfluss, geschädigte Hautbarriere, fehlende Lymphknotenfunktion und häufige Vorentzündungen zusammen – eine Konstellation, die bakterielle Infektionen deutlich begünstigt. Beim primären Lymphödem ist das System zwar eingeschränkt, aber oft besser adaptiert und immunologisch stabiler.

Kompressionsversorgung und der Zusammenhang mit Erysipel

Die Kompressionsversorgung ist eine zentrale und unverzichtbare Säule in der Behandlung des Lymphödems. Sie dient der Symptomkontrolle und trägt wesentlich zur Stabilisierung und Verbesserung des Ödemzustandes bei. Wie jedes medizinische Hilfsmittel kann jedoch auch die dauerhafte Kompression Auswirkungen auf die Haut haben.

Mögliche Zusammenhänge:

1. Veränderung der Hautstruktur

Durch das tägliche, langfristige Tragen von Kompressionsstrümpfen kann sich die Haut verändern. Sie wird mit der Zeit häufig trockener, dünner und empfindlicher. Kleine, kaum sichtbare Hautrisse können entstehen und bilden Eintrittspforten für Bakterien (insbesondere Streptokokken), die ein Erysipel auslösen können.

2. Eingewachsene Haare und lokale Entzündungen

Unter dauerhafter Kompression können Haare schlechter durch die Hautoberfläche wachsen. Eingewachsene Haare können kleine Entzündungsherde bilden und das Infektionsrisiko erhöhen.

3. Haftrand (Silikonband)

Der Haftrand moderner Kompressionsstrümpfe besteht häufig aus Silikonknoten. Sitzt der Strumpf optimal und wird im Tagesverlauf nicht neu positioniert, können punktuelle Druckspitzen entstehen. Beim abendlichen Ablösen können kleinste Hautverletzungen auftreten. Regelmässiges bewusstes Neuansetzen des Strumpfes – auch wenn er „perfekt“ sitzt – hilft, solche Druckbelastungen zu vermeiden.

4. Hygiene und Materialbelastung

Kompressionsstrümpfe nehmen Hautschuppen, Körperfette und Mikroorganismen auf. Auch wenn sie optisch sauber erscheinen, sollten sie täglich gewechselt und gewaschen werden. Nur so bleibt sowohl die hygienische Sicherheit als auch die erforderliche Kompressionswirkung erhalten.

5. Restfeuchtigkeit und Hautfalten

Obwohl moderne Materialien Feuchtigkeit gut transportieren, kann besonders in Hautfalten eine Restfeuchtigkeit verbleiben. Dieses feucht-warme Milieu kann Pilzinfektionen und bakterielle Besiedlung begünstigen.

Haarentfernung bei Lymphödem

Ein wichtiger Beitrag aus der Runde betraf die richtige Haarentfernung im vom Lymphödem betroffenen Gebiet. Auch wenn die Gründe unterschiedlich sind – viele Betroffene haben verständlicherweise den Wunsch, Haare an den Beinen oder anderen betroffenen Arealen zu entfernen.

Bei bestehendem Lymphödem ist jedoch besondere Vorsicht geboten, da selbst kleinste Hautverletzungen ein relevantes Risiko darstellen können.

Warum ist Haarentfernung problematisch?

Die Haut im Lymphödemgebiet ist häufig:

- chronisch belastet
- anfälliger für Mikroverletzungen
- in ihrer Barrierefunktion eingeschränkt
- immunologisch weniger gut geschützt

Durch die gestörte Lymphdrainage ist die lokale Immunabwehr reduziert. Dadurch können bereits kleinste Hautläsionen als Eintrittspforte für Bakterien dienen – insbesondere für **β-hämolyisierende Streptokokken der Gruppe A (Streptococcus pyogenes)**, die als häufigste Erreger des Erysipels gelten.

Jede zusätzliche Hautschädigung erhöht somit potenziell das Risiko einer bakteriellen Infektion.

Methoden, die kritisch zu beurteilen sind

In der Diskussion wurde klar festgehalten, dass folgende Methoden nicht empfohlen werden:

1. Wachsen / Epilation (Haar „Ausreissen“)

- mechanisches Trauma der Haarwurzel
- starke Reizung des Gewebes
- mögliche Mikroeinblutungen
- schmerzhafter Reiz mit entzündlicher Reaktion

Diese Methode stellt für ein Lymphödemgebiet ein deutlich erhöhtes Risiko dar.

2. Rasieren mit klassischer Rasierklinge

- zahlreiche Mikroverletzungen
- nicht sichtbare Hautirritationen
- erhöhtes Risiko für bakterielle Besiedelung

Auch wenn Schnittverletzungen nicht offensichtlich sind, entstehen häufig kleinste Läsionen, die als Eintrittspforte für Keime dienen können.

Schonendere Alternative

In der Runde wurde eine weniger traumatisierende Methode besprochen:

Chemische Haarentfernungscremes (Depilationscremes).

Diese Produkte lösen das Keratin der Haare oberflächlich auf, sodass die Haare ohne mechanisches Trauma mit einem Spatel oder feuchten Tuch entfernt werden können.

Wichtig dabei:

- Nur auf intakter Haut anwenden
- Vorher einen Hautverträglichkeitstest durchführen
- Einwirkzeit exakt einhalten
- Anschliessend sorgfältig abspülen
- Danach eine geeignete, pH-neutrale Pflege auftragen

Auch diese Methode ist nicht völlig risikofrei, aber bei korrekter Anwendung deutlich schonender als Rasieren oder Epilation.

Literatur und Quellen

- Grundlagen der Phlebologie und Lymphologie, 4. Auflage, Thieme Verlag, 2024
- AWMF S2k-Leitlinie 037/015: Diagnostik und Therapie des Lymphödems
- Rockson SG, Rivera KK. Circulation, 2008
- Mortimer PS, Levick JR. Clinical Medicine, 2004
- Dupuy A et al. British Journal of Dermatology, 1999
- Cox NH. British Journal of Dermatology, 2006