



Rapid Review

## Manuelle Lymphdrainage nach malignen Tumoren

erstellt von Dominic Ledinger, MSc MPH, Dr. Gernot Wagner, Christopher Cooper, BA, MA, PhD

Bitte den Rapid Review wie folgt zitieren:

Ledinger D., Wagner G., Klerings I., Manuelle Lymphdrainage nach malignen Tumoren: Rapid Review. EbM  
Ärztinformationszentrum; Dezember 2025. DOI: <https://doi.org/10.48341/set6-s744>

Verfügbar unter: [https://www.ebminfo.at/manuelle\\_Lymphdrainage\\_maligne\\_Tumore](https://www.ebminfo.at/manuelle_Lymphdrainage_maligne_Tumore)

# Anfrage / PIKO-Frage

Ab welchem Zeitpunkt ist bei Patient:innen nach abgeschlossener onkologischer Therapie die manuelle Lymphdrainage sicher anwendbar?

## Ergebnisse

### Studien

Wir identifizierten vier Studien: zwei randomisierte kontrollierte Studien (RCT) (1, 2) und zwei Beobachtungsstudien (3, 4). Insgesamt wurden 1 553 Patient:innen nach einer Tumorerkrankung eingeschlossen, bei denen entweder präventiv bzw. aufgrund eines therapieinduzierten sekundären Lymphödems eine manuelle Lymphdrainage vorgenommen wurde oder – in der jeweiligen Kontrollgruppe – keine manuelle Lymphdrainage, Standardversorgung oder Bewegungstherapie erfolgte. Die Studienteilnehmer:innen waren überwiegend Frauen im Alter von 49 bis 60 Jahren. Die Beobachtungszeit lag bei sechs Monaten bis fünf Jahren.

### Resultate

- **Rezidiv eines Mammakarzinoms:** Innerhalb von fünf Jahren traten laut einem RCT mit gesamt 160 Patient:innen in der Gruppe mit manueller Lymphdrainage ähnlich selten Rezidive eines Mammakarzinoms auf wie in der Kontrollgruppe ohne manuelle Lymphdrainage: 1 von 79 (1,3 Prozent) vs. 2 von 81 (2,5 Prozent; relatives Risiko [RR] 0,51; 95% Konfidenzintervall [KI] 0,05–5,54). In einer retrospektiven Kohortenstudie mit 1 106 Patient:innen war nach einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 3,33 Jahren in der Gruppe mit manueller Lymphdrainage bei 10,9 Prozent (12 von 110) und in der Gruppe ohne manuelle Lymphdrainage bei 15,5 Prozent (154 von 996) ein Krebsrezidiv nachweisbar (adjustierte Hazard Ratio [aHR] 0,71; 95% KI 0,39–1,29).
- **Rezidiv eines Malignoms im Kopf-Hals-Bereich:** Innerhalb von vier Jahren zeigten sich in einer Beobachtungsstudie mit 191 Patient:innen bei Anwendung von manueller Lymphdrainage ähnlich häufig Rezidive im Bereich des Mundes, Rachens und Kehlkopfes wie ohne manuelle Lymphdrainage: 18 von 100 (18 Prozent) vs. 19 von 91 (20,9 Prozent; RR 0,95; 95% KI 0,53–1,70).
- **Rezidiv eines Axillary Web Syndroms:** Innerhalb von sechs Monaten ergaben sich laut einem RCT mit 96 Frauen nach Mammakarzinom-Behandlung bei manueller Lymphdrainage ähnlich selten Rezidive eines Axillary Web Syndroms wie ohne manuelle Lymphdrainage: 1 von 48 (2,1 Prozent) vs. 2 von 48 (4,2 Prozent; RR 0,5; 95% KI 0,05–5,33).

### Vertrauen in das Ergebnis



0 von 3 = **unzureichend**

Auf Grundlage der von uns identifizierten Evidenz lässt sich keine Aussage darüber treffen, ab welchem Zeitpunkt bei Patient:innen nach abgeschlossener onkologischer Therapie eine manuelle Lymphdrainage als sicher anzusehen ist. Zudem ist unklar, ob es hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens von Rezidiven einen Unterschied zwischen der Anwendung von manueller Lymphdrainage und keiner manuellen Lymphdrainage gibt.

**Tabelle 1: Zusammenfassung der Ergebnisse**

Studien	Risiko für Bias	Patient:innen		Effekte			Stärke der Evidenz
		Manuelle Lymphdrainage	Kontrolle	Relativ (95% KI)	Mit manueller Lymphdrainage (95% KI)	Manuelle Lymphdrainage versus Kontrolle	
Rezidiv eines Mammakarzinoms							
1 RCT (2), n=160 Follow-up: max. 5 Jahre	niedrig	1/79 (1,3%)	2/81 (2,5%)	RR 0,51 (0,05 bis 5,54)*	1 Person weniger pro 100 (von 2 weniger bis 11 mehr)	Die Evidenz ist unzureichend, ob manuelle Lymphdrainage häufiger zu Rezidiven führt als keine manuelle Lymphdrainage.	<div><div></div><div></div><div></div><div>a</div></div>
1 retrospektive Kohortenstudie (3), n=1 106 Follow-up: 3,3 Jahre	moderat	12/110 (10,9%)	154/996 (15,5%)	aHR 0,71 (0,39 bis 1,29)	4 Personen weniger pro 100 (von 9 weniger bis 4 mehr)		<div><div></div><div></div><div></div><div>b, c</div></div>
Rezidiv eines Malignoms im Kopf-Hals-Bereich							
1 retrospektive Kohortenstudie (4), n=191 Follow-up: 4 Jahre	hoch	18/100 (18%)	19/91 (20,9%)	RR 0,95 (0,53 bis 1,70)*	1 Person weniger pro 100 (von 9 weniger bis 13 mehr)	Die Evidenz ist unzureichend, ob manuelle Lymphdrainage häufiger zu Rezidiven führt als keine manuelle Lymphdrainage.	<div><div></div><div></div><div></div><div>b, c</div></div>
Rezidiv eines Axillary Web Syndroms							
1 RCT (1), n=96 Follow-up: 6 Monate	moderat	1/48 (2,1%)	2/48 (4,2%)	RR 0,5 (0,05 bis 5,33)*	2 Personen weniger pro 100 (von 4 weniger bis 18 mehr)	Die Evidenz ist unzureichend, ob manuelle Lymphdrainage häufiger zu Rezidiven führt als keine manuelle Lymphdrainage.	<div><div></div><div></div><div></div><div>a</div></div>

Abkürzungen: aHR=adjustierte hazard ratio; KI=Konfidenzintervall; n=Stichprobengröße; RCT=randomisierte kontrollierte Studie; RR=relatives Risiko

\*selbst berechnet

<sup>a</sup> Wir stuften das Vertrauen in das Ergebnis aufgrund keiner oder sehr weniger Fälle und breiten Konfidenzintervalls (sehr unpräzises Ergebnis) um drei Stufen herab.

<sup>b</sup> Wir stuften das Vertrauen in das Ergebnis aufgrund weniger Fälle und breiten Konfidenzintervalls (unpräzises Ergebnis) um zwei Stufen herab.

<sup>c</sup> Wir stuften das Vertrauen in das Ergebnis aufgrund des Verzerrungsrisikos um eine Stufe herab.

## Vertrauen in das Ergebnis



**hoch**

Das Vertrauen in das Ergebnis ist hoch. Es ist unwahrscheinlich, dass neue Studien die Einschätzung des Behandlungseffektes/der Intervention verändern werden.



**moderat**

Das Vertrauen in das Ergebnis ist moderat. Möglicherweise werden neue Studien aber einen wichtigen Einfluss auf die Einschätzung des Behandlungseffektes/der Intervention haben.



**niedrig**

Das Vertrauen in das Ergebnis ist niedrig. Neue Studien werden mit Sicherheit einen wichtigen Einfluss auf die Einschätzung des Behandlungseffektes/der Intervention haben.



**unzureichend**

Das Vertrauen in das Ergebnis ist unzureichend oder es fehlen Studien, um die Wirksamkeit und Sicherheit der Behandlung/der Intervention einschätzen zu können.

# Einleitung

Die manuelle Lymphdrainage gilt als etablierte Therapie bei Lymphödemen und wird nach einer Krebserkrankung mit Lymphknotenentfernung häufig sowohl präventiv als auch zur symptomatischen Behandlung von Lymphödemen eingesetzt (5, 6). Zum Beispiel zeigte eine rezente Studie (7), dass bei Brustkrebspatient:innen mit postoperativem Lymphödem, die eine manuelle Lymphdrainage erhalten, die Ödemsymptomatik geringer ist als bei jenen ohne Lymphdrainage. Trotz der breiten Anwendung ist es aufgrund fehlender Evidenz unklar, ob und in welchem Ausmaß die manuelle Lymphdrainage potenziellen Einfluss auf die Entstehung von Metastasen oder das Auftreten von Tumorrezidiven haben könnte. Insbesondere bleibt unklar, ab welchem Zeitpunkt und unter welchen therapeutischen Voraussetzungen sich eine manuelle Lymphdrainage sicher vornehmen lässt, ohne das Risiko eines Rezidivs zu erhöhen. Wir fassen in diesem Rapid Review die Evidenz zur Frage zusammen, ab welchem Zeitpunkt bei Patient:innen nach abgeschlossener onkologischer Therapie eine manuelle Lymphdrainage sicher anwendbar ist.

Ein von uns im Jahr 2021 durchgeführter Rapid Review fand auf Basis einer nicht randomisierten kontrollierten Studien aus Brasilien, die insgesamt 202 Frauen mit radikaler Mastektomie und axillärer Lymphknotendisektion umfasste, unzureichende Evidenz hinsichtlich der Häufigkeit einer Serombildung und anderer Wundkomplikationen bei manueller Lymphdrainage im Vergleich zu Bewegungstherapie ([https://ebminfo.at/antwortdokumente/Gynaekologie\\_und\\_Geburtshilfe\\_07\\_2021\\_Brustkrebs\\_Serom\\_Axilla.pdf](https://ebminfo.at/antwortdokumente/Gynaekologie_und_Geburtshilfe_07_2021_Brustkrebs_Serom_Axilla.pdf)).

Ein weiterer von uns durchgeführter Rapid Review aus dem Jahr 2023 ergab unzureichende Evidenz betreffend den Einfluss von Kompressionstherapien auf die Entstehung von Krebsrezidiven versus keine Kompressionstherapien bei Patient:innen nach Brustkrebsbehandlung ([https://ebminfo.at/antwortdokumente/Haematologie\\_und\\_internistische\\_Onkologie\\_12\\_2023\\_Kompressionstherapie\\_Krebsrezidive.pdf](https://ebminfo.at/antwortdokumente/Haematologie_und_internistische_Onkologie_12_2023_Kompressionstherapie_Krebsrezidive.pdf)).

# Methoden

Um relevante Studien zu finden, hat eine Informationsspezialistin in folgenden Datenbanken recherchiert: Ovid MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Epistemonikos und UpToDate. Die verwendeten Suchbegriffe leiteten sich vom MeSH-System (Medical Subject Headings System) der National Library of Medicine ab. Als Ausgangsreferenzen dienten Publikationen, deren Abstracts in der Vorabsuche als potenziell relevant identifiziert worden waren. Die Suche erfasste alle Studien bis 10. November 2025. Der vorliegende Rapid Review fasst die beste Evidenz zusammen, die in den genannten Datenbanken zu diesem Thema durch Literatursuche zu gewinnen war. Die Methoden von der Frage bis zur Erstellung des fertigen Rapid Reviews sind auf unserer Website abrufbar: <http://www.ebminfo.at/wp-content/uploads/Methoden-Manual.pdf>. Tabelle 1 wurde mit GRADE pro GDT erstellt (<https://gradepro.org/>). Zur Beurteilung des Bias-Risikos von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) verwendeten wir das validierte Instrument Risk-of-bias-Tool 2 (8) und für Beobachtungsstudien das Tool Risk Of Bias In Non-Randomized Studies – of Interventions (ROBINS-I)(9). Die Auswahl der Studien erfolgte anhand der in Tabelle 2 beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien für Population, Intervention, Kontrolle und Endpunkte (PIKO-Schema).

**Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien**

	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium
<b>Population</b>	Patient:innen nach abgeschlossener onkologischer Therapie	--
<b>Intervention</b>	manuelle Lymphdrainage	andere Entstauungs- oder Kompressionstherapien
<b>Kontrollintervention</b>	keine manuelle Lymphdrainage	--
<b>Endpunkte</b>	Zeitpunkt und Häufigkeit des Auftretens eines Tumorrezidivs oder eines Axillary Web Syndrom Rezidivs	--
<b>Setting</b>	stationär, ambulant	--
<b>Studiendesign</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• randomisierte kontrollierte Studien (RCTs)</li><li>• Beobachtungsstudien mit Kontrollgruppe</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fallberichte</li><li>• Studien ohne Kontrollgruppe</li></ul>

# Resultate

## Studien

Wir identifizierten insgesamt vier relevante Studien: zwei randomisierte kontrollierte Studien (1, 2) und zwei Beobachtungsstudien mit Kontrollgruppe (3, 4). Insgesamt wurden 1 553 Patient:innen nach einer Tumorerkrankung eingeschlossen. Die Studienteilnehmer:innen erhielten nach abgeschlossener onkologischer Therapie entweder eine manuelle Lymphdrainage allein oder eine solche in Kombination mit Bewegungstherapie vorbeugend bzw. therapeutisch aufgrund eines sekundären Lymphödems. Die Patient:innen der Kontrollgruppe bekamen keine Therapie bzw. die Standardversorgung entsprechend der Leitlinie zur Prävention von Lymphödemen (Hautpflege, Vermeiden schweren Hebens, Vermeiden von extremen Temperaturen, Vermeiden einer Gewichtszunahme etc.) oder eine Bewegungstherapie. Die Teilnehmer:innen von drei der Studien (1-3) waren überwiegend Frauen im Alter von 49 bis 56 Jahren. In einer Studie (4) waren die Teilnehmer:innen überwiegend Männer (94 Prozent). Die Beobachtungszeit reichte von sechs Monaten bis fünf Jahren. Tabelle 3 zeigt die Charakteristika der inkludierten Studien im Detail.

Das Bias-Risiko bewerteten wir für den größeren RCT (2) als niedrig und für den kleineren RCT sowie die größere Beobachtungsstudie (1, 3) als moderat. Gründe dafür waren eine unzureichende Beschreibung des Randomisierungsprozesses und der Analysemethoden bzw. das Fehlen einer Intention-to-Treat-Analyse. Bei einer Beobachtungsstudie stuften wir das Bias-Risiko als hoch ein (4), da relevante Störfaktoren nicht berücksichtigt wurden.

**Tabelle 3: Charakteristika der inkludierten RCTs und Beobachtungsstudien**

Autor:in, Jahr, Studiendesign, Risiko für Bias	n randomisiert, Land, längste oder mittlere Beobachtungszeit	Population	n, Intervention, Zeit von der Operation bis zum Beginn der Behandlung	n, Kontrolle, Zeit von der Operation bis zum Beginn der Behandlung
<b>RCTs</b>				
Devoogdt et al. 2018 (2)  RCT  niedrig	n=160  Belgien  max. 5 Jahre	Patient:innen mit Mammakarzinom nach Operation  Lymphödem: 0% Chemotherapie: 63–72% Bestrahlung: 89–97%  Anteil Frauen: 99% Altersdurchschnitt: 55 bzw. 56 Jahre	n=79  28 Einheiten MLD (präventiv)  40 Tage	n=81  17 Einheiten Bewegungstherapie (präventiv)  34 Tage
Torres-Lacomba et al. 2022 (1)  RCT  moderat	n=96  Spanien  max. 6 Monate	Patientinnen mit Mammakarzinom nach Operation und Axillary Web Syndrom  Lymphödem: 0% Chemotherapie: 70% Bestrahlung: 83%  Anteil Frauen: 100% Altersdurchschnitt: 49 Jahre	n=48  9 Einheiten Physiotherapie (MLD + Bewegungstherapie)  NB	n=48  9 Einheiten Bewegungstherapie  NB
<b>Beobachtungsstudien</b>				
Preisler et al. 1998 (4)  retrospektive Kohortenstudie  hoch	n=191  Deutschland  mittlere Beobachtungsdauer: 4 Jahre	Patient:innen mit Malignomen im Kopf-Hals-Bereich nach Entfernung des Primärtumors  Lymphödem: 100% Chemotherapie: NB Bestrahlung: NB  Anteil Frauen: 6% Altersdurchschnitt: 60 Jahre	n=100  durchschnittlich 56 Einheiten MLD (Range: 10–300)  NB	n=91  keine MLD
Hsiao et al. 2015 (3)  retrospektive Kohortenstudie  moderat	n=1 106  Taiwan  mittlere Beobachtungsdauer: 3,3 Jahre	Patientinnen mit Mammakarzinom nach Operation  Lymphödem: 13% Chemotherapie: 83% Bestrahlung: 44%  Anteil Frauen: 100% Altersdurchschnitt: 52 Jahre	n=110  median: 32 Einheiten MLD  6 Monate	n=996  keine MLD (nicht näher berichtet)  NB

**Abkürzungen:** MLD=manuelle Lymphdrainage; n=Fallzahl; NB=nicht berichtet; RCT=randomisierte kontrollierte Studie; n=Anzahl der Patient:innen



## Rezidiv eines Mammakarzinoms

Innerhalb eines Beobachtungszeitraumes von fünf Jahren zeigte ein RCT (2) mit 160 Patient:innen mit manueller Lymphdrainage ähnlich selten Rezidive eines Mammakarzinoms wie ohne manuelle Lymphdrainage: 1 von 79 (1,3 Prozent) vs. 2 von 81 (2,5 Prozent; relatives Risiko [RR] 0,51; 95% Konfidenzintervall [KI] 0,05–5,54). In der manuellen Lymphdrainage-Gruppe einer retrospektiven Kohortenstudie (3) mit 1 106 Patient:innen war nach durchschnittlich 3,33 Jahren bei 10,9 Prozent (12 von 110) und in der Gruppe ohne manuelle Lymphdrainage bei 15,5 Prozent (154 von 996) ein Krebsrezidiv nachweisbar (adjustierte Hazard Ratio [aHR] 0,71; 95% KI 0,39–1,29).

## Rezidiv eines Malignoms im Kopf-Hals-Bereich

Innerhalb von vier Jahren zeigte eine Beobachtungsstudie (4) mit 191 Patient:innen mit manueller Lymphdrainage ähnlich häufig Rezidive im Bereich des Mundes, Rachens und Kehlkopfes wie ohne manuelle Lymphdrainage: 18 von 100 (18 Prozent) vs. 19 von 91 (20,9 Prozent; RR 0,95; 95% KI 0,53–1,70). Die Studienautor:innen führten jedoch keine statistische Adjustierung für mögliche Störfaktoren durch, was die Aussagekraft der Ergebnisse deutlich reduziert.

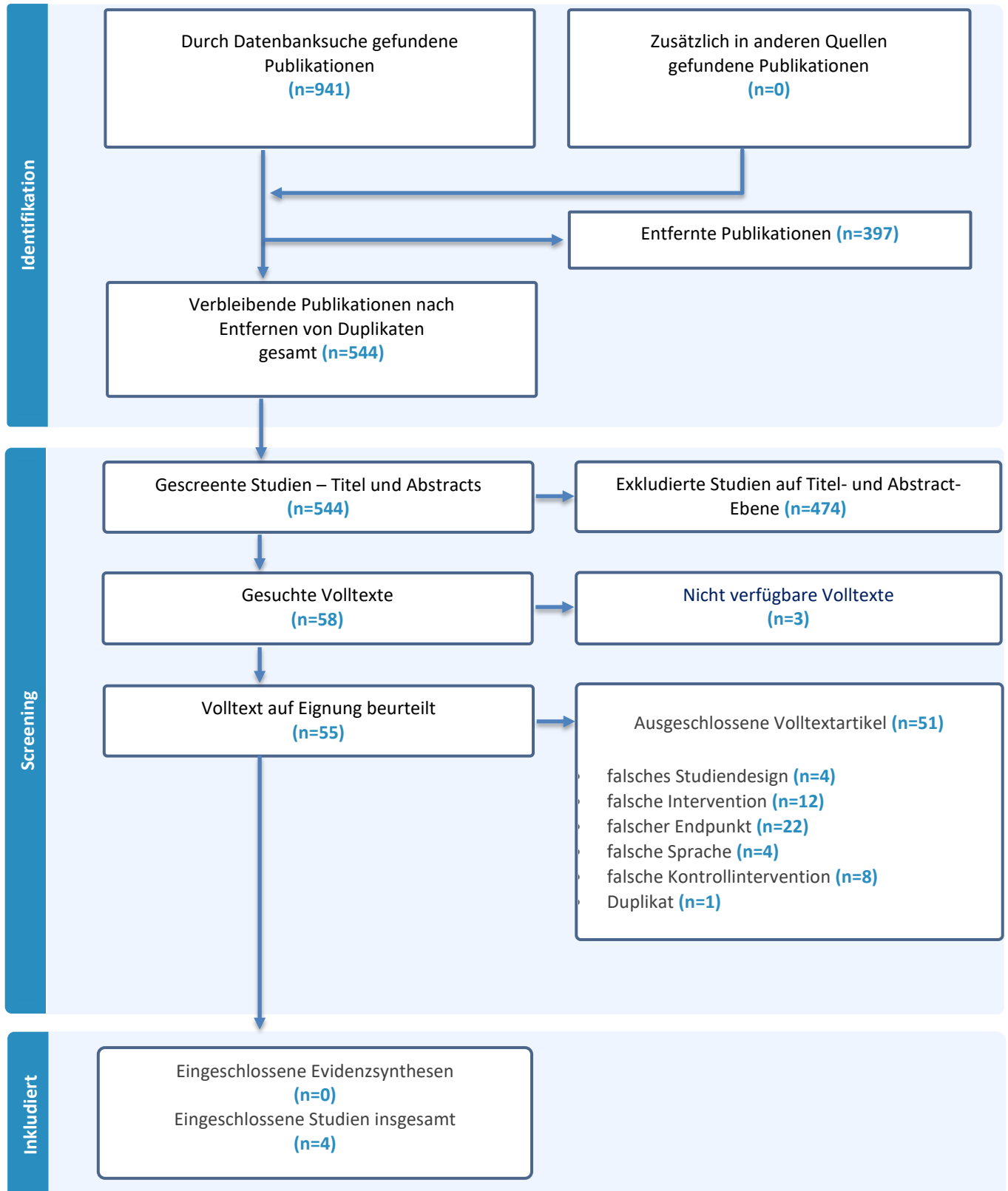
## Rezidiv des Axillary Web Syndroms

Ein RCT (1) mit 96 Patientinnen mit Axillary Web Syndrom nach Mammakarzinom-Operation verglich manuelle Lymphdrainage mit Armübungen. In keiner der beiden Gruppen traten innerhalb des sechsmonatigen Beobachtungszeitraumes unerwünschte Ereignisse auf. Jedoch hatten in der Gruppe mit manueller Lymphdrainage 2 Prozent der Patientinnen (1 von 48) und in der Gruppe mit Armübungen 4 Prozent (2 von 48) ein Rezidiv eines Axillary Web Syndroms (RR 0,50; 95% KI 0,05 bis 5,33).

# Appendix

## PRISMA-Flussdiagramm

Abbildung 1: PRISMA-Flussdiagramm modifiziert nach Page et al. (2021) (10)



# Suchstrategien

Result before deduplication (all study designs): 941

Result after deduplication (all study designs): 544

Ovid Medline

Database(s): Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to November 10, 2025

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	Manual Lymphatic Drainage/	157
2	(manual* adj3 lymph* adj3 drain*).ti,ab,kf.	706
3	(lymph* adj6 (manual* or manipul* or decongest* or compress*) adj6 (therap* or treat*)).ti,ab,kf.	947
4	Complete decongestive therap*.ti,ab,kf.	165
5	1 or 2 or 3 or 4	1364
6	exp Neoplasms/	4173901
7	(neoplas* or cancer* or carcino* or tumor? or tumour? or malignan* or oncolog*).ti,ab,kf,jw.	4842661
8	exp Antineoplastic Agents/	1339052
9	exp Antineoplastic Protocols/	173416
10	(chemotherap* or polychemotherap* or radi*therap*).ti,ab,kf.	750867
11	((radio* or radiat* or antineoplastic* or anti-neoplastic* or anticancer* or anti-cancer* or antitumo*r*) adj2 (therap* or treatment?)).ti,ab,kf.	203791
12	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11	6446427
13	exp Venous Thrombosis/	62745
14	(PE or DVT or VTE).ti,ab,kf.	104250
15	(thromb* or thrombus* or thrombopro* or thrombotic* or thrombolic* or thromboemboli* or thrombos* or embol* or microembol*).ti,ab,kf.	674834
16	(pulmonary adj2 (embolism or clot)).ti,ab,kf.	49377
17	13 or 14 or 15 or 16	757046
18	5 and (12 or 17)	734
19	(english or german).lg.	35676286
20	18 and 19	684
21	"Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment".ti.	1
22	20 and 21	1
23	Meta-Analysis/ or meta anal*.ti,ab,kw,kf. or "Systematic Review"/ or (systematic adj (review\$1 or overview\$1)).ti,ab,kw,kf.	599187
24	20 and 23	68
25	exp randomized controlled trial/ or (random* or placebo).mp.	2006214
26	20 and 25	195
27	exp cohort studies/ or exp epidemiologic studies/ or exp clinical trial/ or exp evaluation studies as topic/ or exp statistics as topic/ or ((control and (study or group*)) or (time and factors) or cohort or program or comparative stud* or evaluation studies or survey* or follow-up* or ci).mp.	12617578
28	20 and 27	406
29	24 or 26 or 28	456

#	Searches	Results
#1	[mh ^"Manual Lymphatic Drainage"]	50
#2	(manual*:ti,ab,kw NEAR/3 lymph*:ti,ab,kw NEAR/3 drain*:ti,ab,kw)	454
#3	(lymph*:ti,ab,kw NEAR/6 (manual*:ti,ab,kw OR manipul*:ti,ab,kw OR decongest*:ti,ab,kw OR compress*:ti,ab,kw) NEAR/6 (therap*:ti,ab,kw OR treat*:ti,ab,kw))	419
#4	("Complete decongestive" NEXT therap*):ti,ab,kw	62
#5	#1 or #2 or #3 or #4	656
#6	[mh Neoplasms]	130416
#7	(neoplas*:ti,ab,kw OR cancer*:ti,ab,kw OR carcino*:ti,ab,kw OR tumor?:ti,ab,kw OR tumour?:ti,ab,kw OR malignan*:ti,ab,kw OR oncolog*:ti,ab,kw)	305080
#8	[mh "Antineoplastic Agents"] or [mh "Antineoplastic Protocols"]	38733
#9	(chemotherap*:ti,ab,kw OR polychemotherap*:ti,ab,kw OR radi*therap*:ti,ab,kw)	129512
#10	((radio*:ti,ab,kw OR radiat*:ti,ab,kw OR antineoplastic*:ti,ab,kw OR antineoplastic*:ti,ab,kw OR anticancer*:ti,ab,kw OR anti-cancer*:ti,ab,kw OR antitumo*r*:ti,ab,kw) NEAR/2 (therap*:ti,ab,kw OR treatment?:ti,ab,kw))	34198
#11	#6 or #7 or #8 or #9 or #10	335424
#12	[mh "Venous Thrombosis"]	3569
#13	(PE:ti,ab,kw OR DVT:ti,ab,kw OR VTE:ti,ab,kw)	11314
#14	(thromb*:ti,ab,kw OR thrombus*:ti,ab,kw OR thrombopro*:ti,ab,kw OR thrombotic*:ti,ab,kw OR thrombotic*:ti,ab,kw OR thromboemboli*:ti,ab,kw OR thrombos*:ti,ab,kw OR embol*:ti,ab,kw OR microembol*:ti,ab,kw)	75603
#15	(pulmonary:ti,ab,kw NEAR/2 (embolism:ti,ab,kw OR clot:ti,ab,kw))	4830
#16	#12 or #13 or #14 or #15	81820
#17	(#5 and (#11 or #16))	395
#18	("conference proceeding" or "trial registry record"):pt	867005
#19	#17 NOT #18	194

## Epistemonikos.org

#	Searches	Results
1	<p>("manual lymph drainage" OR "manual lymphatic drainage" OR "Complete decongestive therapy") AND (neoplas* OR cancer* OR carcinom* OR oncolog* OR chemotherap* OR radiotherap* OR "radio therapy" OR radiotherap* OR "radiation therapy")</p> <p><a href="https://www.epistemonikos.org/advanced_search?q=(%22manual%20lymph%20drainage%22%20OR%20%22manual%20lymphatic%20drainage%22%20OR%20%22Complete%20decongestive%20therapy%22)%20AND%20(neoplas%20OR%20cancer%20OR%20carcinom%20OR%20oncolog%20OR%20chemotherap%20OR%20radiotherap%20OR%20%22radio%20therapy%22%20OR%20radiotherap%20OR%20%22radiation%20therapy%22)&amp;protocol=no&amp;classification=systematic-review">https://www.epistemonikos.org/advanced_search?q=(%22manual%20lymph%20drainage%22%20OR%20%22manual%20lymphatic%20drainage%22%20OR%20%22Complete%20decongestive%20therapy%22)%20AND%20(neoplas%20OR%20cancer%20OR%20carcinom%20OR%20oncolog%20OR%20chemotherap%20OR%20radiotherap%20OR%20%22radio%20therapy%22%20OR%20radiotherap%20OR%20%22radiation%20therapy%22)&amp;protocol=no&amp;classification=systematic-review</a></p> <p>("manual lymph drainage" OR "manual lymphatic drainage" OR "Complete decongestive therapy") AND (PE OR DVT OR VTE OR thromb* OR thrombus* OR thrombopro* OR thrombotic* OR thrombotic* OR thromboemboli* OR thrombos* OR embol* OR microembol* OR pulmonary embolism or pulmonary clot)</p>	79
2	<p><a href="https://www.epistemonikos.org/advanced_search?q=(%22manual%20lymph%20drainage%22%20OR%20%22manual%20lymphatic%20drainage%22%20OR%20%22Complete%20decongestive%20therapy%22)%20AND%20(PE%20OR%20DVT%20OR%20VTE%20OR%20thromb%20OR%20thrombus%20OR%20thrombopro%20OR%20thrombotic%20OR%20thrombotic%20OR%20thromboemboli%20OR%20thrombos%20OR%20embol%20OR%20microembol%20OR%20pulmonary%20embolism%20or%20pulmonary%20clot)">https://www.epistemonikos.org/advanced_search?q=(%22manual%20lymph%20drainage%22%20OR%20%22manual%20lymphatic%20drainage%22%20OR%20%22Complete%20decongestive%20therapy%22)%20AND%20(PE%20OR%20DVT%20OR%20VTE%20OR%20thromb%20OR%20thrombus%20OR%20thrombopro%20OR%20thrombotic%20OR%20thrombotic%20OR%20thromboemboli%20OR%20thrombos%20OR%20embol%20OR%20microembol%20OR%20pulmonary%20embolism%20or%20pulmonary%20clot)</a></p>	0

# Referenzen

1. Torres-Lacomba M, Prieto-Gomez V, Arranz-Martin B, Ferrandez JC, Yuste-Sanchez MJ, Navarro-Brazalez B, et al. Manual Lymph Drainage With Progressive Arm Exercises for Axillary Web Syndrome After Breast Cancer Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Phys Ther.* 2022;102(3):01.
2. Devoogdt N, Geraerts I, Van Kampen M, De Vrieze T, Vos L, Neven P, et al. Manual lymph drainage may not have a preventive effect on the development of breast cancer-related lymphoedema in the long term: a randomised trial. *J Physiother.* 2018;64(4):245-54.
3. Hsiao PC, Liu JT, Lin CL, Chou W, Lu SR. Risk of breast cancer recurrence in patients receiving manual lymphatic drainage: a hospital-based cohort study. *Ther Clin Risk Manag.* 2015;11:349-58.
4. Preisler VK, Hagen R, Hoppe F. [Indications and risks of manual lymph drainage in head-neck tumors]. *Laryngorhinootologie.* 1998;77(4):207-12.
5. Müller M, Klingberg K, Wertli MM, Carreira H. Manual lymphatic drainage and quality of life in patients with lymphoedema and mixed oedema: a systematic review of randomised controlled trials. *Qual Life Res.* 2018;27(6):1403-14.
6. Shao Y, Zhong DS. Manual lymphatic drainage for breast cancer-related lymphoedema. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2017;26(5).
7. Da Cuña-Carrera I, Soto-González M, Abalo-Núñez R, Lantarón-Caeiro EM. Is the Absence of Manual Lymphatic Drainage-Based Treatment in Lymphedema after Breast Cancer Harmful? A Randomized Crossover Study. *J.* 2024;13(2):402.
8. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ (Clinical research ed).* 2019;366:l4898.
9. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *Bmj.* 2016;355:i4919.
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed).* 2021;372:n71.

## Ein Projekt von

Das Evidenzbasierte Ärzteinformationszentrum ist ein Projekt von Cochrane Österreich am **Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation** der Universität für Weiterbildung Krems. Rapid Reviews für niederösterreichische Spitalsärzt:innen werden von der NÖ-Landesgesundheitsagentur finanziert.



## Disclaimer

Dieses Dokument wurde vom EbM Ärzteinformationszentrum des Departments für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation der Universität für Weiterbildung Krems – basierend auf der Anfrage eines praktizierenden Arztes/einer praktizierenden Ärztin – verfasst.

Das Dokument spiegelt die Evidenzlage zu einem medizinischen Thema zum Zeitpunkt der Literatursuche wider. Das EbM Ärzteinformationszentrum übernimmt keine Verantwortung für individuelle Patient:innentherapien.

## Danksagung

Die Autor:innen bedanken sich bei Dr.<sup>in</sup> Johanna Feyertag und bei Dr.<sup>in</sup> Stella Goeschl für die Unterstützung beim Screening der Studien.