

Schingale F.J.

Das Lipödem- kein kosmetisches Problem, sondern eine Krankheit
Medizin und Praxis - Sept. 2000, 18-20

Auch heute noch müssen sich Frauen von ihren betreuenden Ärzten und z.T. auch von den medizinischen Diensten der Krankenkassen sagen lassen, dass sie doch trotz ihrer dicken Beine bei völlig normal gebautem Oberkörper völlig gesund seien, dass sie diese Veranlagung geerbt haben und dass man dagegen nichts tun könne. Sie könnten ihre Hüften und Beine ja mit weiten Röcken und Hosen kaschieren.

Was ist das Lipödem?

Bei dem Lipödem handelt es sich um eine Fettgewebsverteilungsstörung, überwiegend im Bereich der unteren Extremitäten beidseitig symmetrisch, welche chronisch fortschreitend ist und häufig im Bereich des Beckenkamms beginnt (Reiterhosen) (Abb. 1).

Im späteren Verlauf der Erkrankung wachsen die Fettpolster. Sie nehmen insbesondere im Bereich der Knie mediallyseitig und später bis hin zu den Knöcheln mit ausgeprägter Fettlappenbildung proximal der Knöchel zu (Abb. 2).

Ein Befall im Bereich der Oberarme und Handgelenke tritt ebenfalls auf, wobei sich hier die Fettlappeneinschnürung im Bereich der Ellenbogen und später im Bereich der Handgelenke bilden. Im Frühstadium dieser Erkrankung sind die Hände und die Füße völlig normal geformt.

Lipödem - die Krankheit

1. Bei orthostatischer Lebensweise kommt es durch das Fettgewebe bedingt zu einem niederen Gewebstonus mit vermehrter Flüssigkeitseinlagerung. Die Ödeme treten bevorzugt in der zweiten Tageshälfte auf. Im Verlauf von Jahren kommt es dann zu einer Mitbeteiligung des Vorfußes. Man findet kissenartige Ödembildung, verstärkte Faltenbildung im Bereich der Grundgelenke der Zehen und positives Stemmer'sches Zeichen, so dass wir dann von einem Lipo-Lymphödem sprechen (Abb. 3).

2. Bei Lipödempatienten besteht vorwiegend im Frühstadium, wenn das Ödem noch nicht auf den Unterschenkel übergegriffen hat, eine starke Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der Unterschenkel.

3. Dadurch dass der venöse Abstrom in den Hautplexus durch das Lipödem behindert ist, kommt es vermehrt zu spontanen Hämatombildungen bedingt durch Gefäßfragilität.

4. Bedingt durch die unförmige Lappenbildung im Bereich der Beine leiden die Patienten sehr häufig unter psychischen Störungen, die insbesondere noch durch Kollegen verstärkt werden, welche die Patienten auffordern, weniger zu essen. Mir ist bisher kein Fall bekannt, in welchem ein Lipödem durch eine Reduktionskost geheilt werden konnte, da es sich hier um eine krankhafte Fettgewebsvermehrung handelt die durch minder kalorische Ernährung nicht angegriffen wird.

Wäre das Lipödem ein kosmetisches Problem, fänden sich diese vier genannten Krankheitssymptome, wie Schwellung, Schmerzen, spontane Hämatome und psychische Erschöpfungszustände nicht.

98 % der Lipödempatienten sind Frauen. Bei Männern findet sich diese Erkrankung nur in 2 % der Fälle, häufig in Form von massiven Fettlappenbildungen im Bereich der Oberarme und Oberschenkel im Sinne einer "Popeye"-Figur (Launois-Bensaude-Syndrom). Bei Männern tritt das Lipödem dann auf, wenn eine zunehmende Feminisierung stattgefunden hat, insbesondere bei Leberzirrhose und Hormonbehandlungen bei Prostatakarzinom.

Ursache des Lipödems

Die Ursachen für das Lipödem sind nicht geklärt. Ca. 80 % dieser Erkrankungen sind vererbt. Wir konnten nachweisen, dass eine deutliche familiäre Belastung besteht. Zusätzlich beeinflussen Hormonstörungen, insbesondere Störungen zwischen dem thyreoidalen-hypophysären und ovariell-hypophysären Stoffwechsel das Ödem. Des Weiteren tritt bei einer familiären Belastung das Lipödem deutlich früher auf, je eher die Patientinnen mit der Einnahme der Pille begonnen haben.

Es werden hier Östrogenrezeptoren diskutiert. Eine Arbeitsgruppe an der Frankfurter Universitätsklinik wird dieser Frage nachgehen.

Befund

Untersuchungsbefunde beginnen mit der Pubertät oder spätestens nach Einnahme der Pille. Im Anfangsstadium finden wir Fettlappenbildung im Bereich der Hüften. Im weiteren Verlauf nehmen die Fettpolster im Bereich der Knie mediallyseitig zu, um danach säulenartig bis zu den Knöcheln herunterzufallen. Im Bereich der Knöchel besteht dann eine scharfe Abgrenzung im Sinne eines Suavenhosensyndroms. Die Knöchel, die Zehen und der Vorfuß sind komplett frei (Abb. 4).

Das reine Lipödem zeigt eine gleichmäßige, symmetrische Verteilung des Fettgewebes.

Verlauf der Krankheit

Zunehmende Schwellung im Bereich der Unterschenkel mit Spannungsgefühl, Schweregefühl und Schmerzen im Bereich der Unterschenkel, dann auch Schwellungsgefühl und Nachweis eines Lymphödems bei weiterer Schädigung der Lymphgefäße und der Erschöpfung der lymphatischen Transportkapazität.

Dieses Krankheitsbild nennt man Lipolymphödem (Abb. 5).

Auf Grund der psychischen Komponenten haben die Patienten häufig mehrfache sogenannte Abmagerungskuren durchgeführt und dann aus Frust mit diesen Diäten aufgehört, völlig normal weitergegessen und schließlich ein deutliches Übergewicht erlangt.

Auch hier zeigt sich, dass das Lipödem eine Erkrankung und kein normales Übergewicht ist, denn rein übergewichtige Patientinnen haben eine Stammfettsucht und völlig normal schlanke Beine. Eine Lipödempatientin hat dagegen anfänglich, wie man es teilweise auf den Kinder- oder Jugendfotos erkennen kann, deutlich verstärkte Fettlappen im Bereich der unteren Extremitäten und dann erst die zunehmende Adipositas.

Stadieneinteilung

Das Lipödem wird in drei Stadien eingeteilt.

Im Stadium eins ist die Hautoberfläche glatt, die Gewebestruktur ist feinknotig, es ist hier nur eine Vermehrung im Bereich der Hüften nachweisbar ohne Orangerhaut.

Stadium zwei: Die Hautoberfläche ist uneben, die Gewebestruktur ist grobknotig - wir sprechen hier von einer Orangerhaut, im weiter fortschreitenden Stadium auch von einer Matratzenhaut, wenn die Unebenheiten der Hautoberfläche deutlich zunehmen. Im Volksmund wird dieses Stadium als Cellulite bezeichnet, im lateinischen Sprachgebrauch Panikulopathia ödematocsklerotika.

Bei der Untersuchung finden wir im Stadium eins und Stadium zwei teilweise eine erhebliche Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der Unterschenkel, sowie zunehmende Besenreiservarizen, bogenförmig im Bereich der lateralen Oberschenkel, teilweise spontane Hämatome.

Stadium drei: Groblappige Fettgewebsvermehrung, welche die Konturen der Extremitäten deformiert.

Im Stadium drei deutlich kühle Haut im Bereich der Unterschenkel, die Patienten haben ständig ein Kältegefühl trotz sehr gut tastbarer Fußpulse.

Die apparative Untersuchung

Die Lichtreflexionsrheographie ergibt keinen Anhalt für eine hämodynamisch wirksame Abflussstörung.

Die Venenverschlussplethysmographie zeigt einen normalen arteriellen Einstrom, eine deutlich eingeschränkte venöse Kapazität mit normal venösem Ausstrom, sowie eine deutlich eingeschränkte arterielle Reserve.

Die sonographischen Bilder zeigen eine deutlich verdickte Subkutis mit knotiger Struktur.

Szintigraphische Untersuchungsverfahren, die indirekte Lymphangiographie und Funktions-szintigraphie ergeben beim Lipödem nur wenig pathologische Ergebnisse. Beim Lipolymphödem ist insgesamt die Funktionslymphszintigraphie nach *Prof. Weißleder* als Methode der Wahl zum Beweis einer Lymphabflussstörung durchzuführen.

Allein der äußere Aspekt zeigt ein begleitendes Lymphödem bei einem Lipödem. Allerdings benötigen wir hier teilweise die Lymphfunktionsszintigraphie, um den Patientinnen klarzulegen, dass hier eine operative Therapie im Sinne von Liposuktion kontraindiziert ist, da durch diese operativen Eingriffe das Lymphödem deutlich verschlechtert werden kann.

Therapie

Die Behandlung des Lipödemsyndroms ist grundsätzlich konservativ. Operative Verfahren, die Lymphgefäßstrukturen verletzen können und damit ein sekundäres Lymphödem und somit eine Verschlechterung der Erkrankung hervorrufen können, sind kontraindiziert.

Therapie bei idealgewichtigen Patienten mit einem Lipödem vom Stadium eins:

Hier genügt eine konsequente Behandlung mit den Kompressionsstrumpfhosen der Kompressionsklasse 2 bis 3. Ferner empfehlen wir ein Rollen der Oberschenkel von distal nach proximal mit einem Nudelholz. Das Nudelholz deshalb, da hier eine glatte Fläche vorliegt, welche eine übermäßige Dehnung durch Noppen und sonstige rauhe Oberflächen und somit ein Zerreißen der feinsten Gefäße in der Haut vermeidet.

In den Stadien zwei und drei empfiehlt sich eine stationäre Behandlung von vier Wochen Dauer. Während dieser stationären Behandlung erhalten die Patienten tägliche Ganzkörperlymphdrainagen, apparative intermittierende Kompressionstherapie, Krankengymnastik, Unterwasserdruckmassagen, sowie Bandagierungen vom Fuß bis zur Hüfte. Ferner erhalten die übergewichtigen Patienten eine cholesterinarme Reduktionskost.

Insbesondere die apparative intermittierende Kompressionstherapie zeigt gute Erfolge. Bei schmerzhaften Beinen erfolgt die Therapie mit vorher in Watte gepolsterten Beinen.

Ohne diese intensiven Maßnahmen, nur mit alleiniger Diät kommt es bei den Patienten zu einer Fettreduktion an Busen und Abdomen. Die Beine selber bleiben unverändert, da dieses Fettgewebe krankhaft abgelagert ist und hier nur durch eine intensive Bearbeitung zum einen von außen und zum anderen durch intensives Muskeltraining (Spazieren gehen mit der starken Bandagierung), eine Verbesserung der Mikrozirkulation erreicht werden kann.

Im Anschluss an die stationäre Behandlung sind eine Kompressionsstrumpfhose, Kompressionsklasse 3, flachgestrickt sowie weitere regelmäßige Lymphdrainagen zur ambulanten Weiterbehandlung erforderlich.

Bei vorher bestehendem Übergewicht selbstverständlich auch weiteres Einhalten einer kalorienreduzierten Diät.

Alle sportlichen Betätigungen, die Muskelarbeit im Bereich der Beine bewirken, sind erlaubt und sollten durchgeführt werden.

Für die nachstationäre Behandlung für all unsere Patienten gilt als oberstes Gebot: Unbedingt Gewicht auf Normal- bzw. Idealgewicht reduzieren, damit nicht zusätzlich ein Lymphödem entsteht. Ferner Tragen der Kompressionsteile regelmäßig und konsequent. Weiterhin alle sportlichen Betätigungen wie Schwimmen, Wandern und Radfahren bei jungen Patienten auch Bodybuilding mit überwiegender Beinarbeit. Zweimal manuelle Lymphdrainage pro Woche im Sommer, einmal im Winter mit anschließender Bandagierung durch den Therapeuten.

Bei entsprechend guter Compliance kommt ein weiterer stationärer Aufenthalt zur Stabilisierung des Therapieerfolges in Frage.

Eine medikamentöse Therapie gibt es nicht. Ständige Einnahmen von Entwässerungstabletten und Abführmitteln ist kontraindiziert.