

## Behandlung des Lipödems – Teil 1

## Lipödem, das oft missdeutete Krankheitsbild

Prof. Dr. med. Manuel Cornely, Düsseldorf, beschreibt in dieser und den nächsten Ausgaben von DERMAforum ganz konkret die Behandlung des Lipödems. Lesen Sie hier den ersten Teil:

Gar nicht so selten kommt eine Patientin in die Praxis von Phlebologen und Dermatologen, aber auch Gynäkologen und Allgemeinmedizinern, und klagt über Schmerzen in den Beinen. Und eben so gar nicht selten wird reflexartig dann nach einer klinischen Untersuchung festgestellt, dass hierfür eine Venenerkrankung ursächlich sei. Die Patientin klagt über Spannungsgefühl, schwere Beine, Berstungsgefühl, und sie berichtet weiter, dass diese Beschwerden teilweise durch Lagerungswechsel, also Hochlagern der Beine, verbessert würden. Nun ist es nichts Ungewöhnliches, dass wir eher Amseln als Kolibris an den Fenstern vorbeifliegen sehen, und so ist es auch nicht verwunderlich, dass zuallererst an die Volkskrankheit Varikosis in ihrem manchmal sehr diffusen, manchmal aber auch sehr deutlichen Krankheitsbild und Klinik gedacht wird. Natürlich ergeben sich auch internistische Differenzialdiagnosen der kardialen, nephrologischen oder thyreotischen Ursachen. Dennoch ist es ebenfalls gar nicht so selten, dass diese Patientin zuallererst mit einer rundgestrickten Kompressionsbekleidung und ggf. mit dem Hinweis „Nehmen Sie doch mal etwas ab“ nach Hause geschickt wird. Und ebenfalls gar nicht so selten ist die Verordnung von Medikamenten wie etwa Rosskastanienextrakten oder Diuretika jedweder Provenienz. Deutlich seltener ist, dass bei den Differenzialdiagnosen auch ein lymphologisches Krankheitsbild gedacht wird, welches 1940 erstmals von Allen und Hines beschrieben und im letzten Jahrzehnt des letzten Jahrhunderts von Cornely und Marsch erneut aufgearbeitet und neu beschrieben wurde.

### Symmetrisch an Armen und Beinen

Bei der Inspektion der Patientin fällt auf, dass die Füße selbst überaus schlank sind, ein Ödem sich nicht darstellt, ein Kaposi-Stemmer-Zeichen immer negativ bleibt. Die Venenfüllung im Bereich der Fußrücken ist exzellent und eine Varikosis nicht zwingend wirklich sichtbar, geschweige denn duplexsonographisch zu eruieren. Bei weiterer genauerer Inspektion fällt auf, dass die Veränderungen an den Beinen symmetrisch sind. Sie beginnen an den oberen Sprunggelenken und enden im Bereich der Hüfte beidseits. Und eine weitere Inspektion – und hier muss man alle Kollegen bitten, die Patientin bis auf die Unterwäsche entkleidet zu untersuchen – zeigt dann, dass ebensolche Fettgewebsvermehrungen symmetrisch an den Armen, an den Handgelenken bis zu den Schultern entstanden sind. Die Hände wiederum sind vollkommen frei von irgendwelchen klinischen Zeichen der Ödimatisierung oder Fettgewebsvermehrung. Die Handrückenvenen sind wie üblich zu sehen, ein Ödem ist nicht tasbar, eine Stemmer-Kaposi-Zeichen an den Handrücken oder den Fingern nicht nachweisbar. Die Palpation des Gewebes, welches an den Beinen als schmerzhaft beschrieben wird, zeigt dann, dass dieser Schmerz durch leichtes

Touchieren auslösbar ist. Und wenn man, hinter der Patientin stehend, ebensolche Palpationen und Touchierungen auch im Bereich der Oberarme und Unterarme ausführt, wird die Patientin ebenfalls schmerzhaft zusammensucken. Allerspätestens nun ist klar, dass das phlebologische Krankheitsbild der Varikosis nicht sticht. Viel wahrscheinlicher ist, dass die Patientin auf Befragung angibt, dass sie diese Fettgewebsverteilungsstörung, welche symmetrisch an Beinen und Armen auftritt und von einer regelmäßigen Schmerzhaftigkeit begleitet ist, schon seit ihrer Pubertät an sich selber erkennt.

Sie wird sagen, dass sie bei vielen Ärzten schon zur Konsultation war und viele Kolleginnen und Kollegen ihr zur Gewichtsreduktion durch Sport und Diät geraten haben. Sie selber wird erläutern, dass sie Diäten durchgeführt hat und dass sie grundsätzlich zwar abnehmen kann, dies allerdings im Wesentlichen im Bereich des Körperstammes, also von der Hüfte bis zu den „Haarspitzen“, nicht aber an den Armen und den Beinen. Bestenfalls proportional mag sie an Armen und Beinen ein wenig den übermäßigen Kalorien zugerechnetes Fettgewebe durch Diät und Sport beeinflussen können. Wenn aber der Körperstamm bis zur Kachexie durch die physikalischen und diätetischen Übungen reduziert wäre, so bliebe dennoch ein vermehrtes unproportional gewachsenes Fettgewebe der symmetrischen Art, häufig an allen vier Extremitäten. Denn gar nicht so selten ist dieses Krankheitsbild, welches als Lipödem in die Literatur Eingang fand und heute unter genauer Betrachtung der Fettgewebsverhältnisse und des Ausdrucks der klinischen Hochvolumeninsuffizienz als Lipohyperplasia dolorosa bezeichnet wird. Betroffen sind zu über 99 Prozent Frauen; dies legt den Verdacht nahe, dass die hormonelle Stimulation des Fettgewebes im Rahmen der Pubertät das prä-formierte Lipödem-Fettgewebe zur vollen Entfaltung führt. Leider kommt dieses Krankheitsbild überaus häufig vor, seriöse Schätzungen sprechen von drei bis fünf Millionen betroffener Frauen in der Bundesrepublik und es wird dringend Zeit, dass die Palpation der Extremitäten fest zum klinischen Tool aller Untersucher des Unterhautfettgewebes und der Haut wird.

Ich habe mir angewöhnt, nach einer Inspektion der gesamten Figur noch im Sitzen die Oberschenkelaußenseiten einem diskreten Pinching zu unterziehen, und frühestens hier macht sich der Verdacht auf ein Lipödem schon bemerkbar. Es ist einfach, medial zu pinchen, dies wird häufiger zu Schmerzen führen; das paradoxe Pinchen, wie Kasseroller es vor über einem Jahrzehnt beschrieb, ist ein eher untrügliches Zeichen für ein Lipödem.

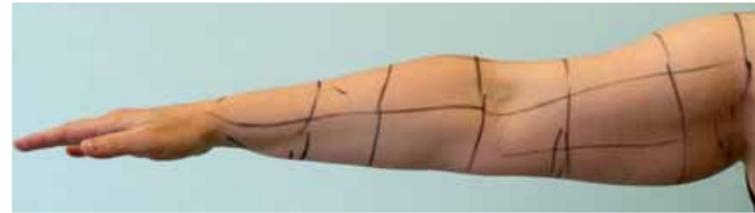
### Im Stehen weiter untersuchen

Ich habe mir weiterhin angewöhnt, die Patientin im Stehen weiter zu untersuchen und mich hinter die bis auf die Unterwäsche entkleidete Patientin zu stellen, sie dabei einem ebensolchen paradoxen Pinching der

Oberarme und Unterarme zu unterziehen; und wenn auch dieser Befund positiv ist, so erlaube ich mir – nach Rückfrage bei der Patientin – von hinten mit der rechten Hand das Fett des Bauches zu palpieren und mit der linken Hand mit selbem Druck die entsprechenden Areale im Bereich des in dem Fall linken Armes und linken Beines gleichzeitig mit der Palpation des Bauches auf Schmerzhaftigkeit zu untersuchen.

Ist die Berührung im Bereich des Bauchfettes komplett schmerzlos, während die Berührung im Bereich der Extremitäten überaus schmerzhaft ist, so ist spätestens in diesem Moment die Diagnose gefällt.

Was steckt nun hinter diesem eigentlich altbekannten und so oft übersehenen Krankheitsbild? Nach heutigen Vorstellungen wissen wir, dass in



Lipödem am Arm rechts vorn

dem Fettgewebe eine überdimensionale Menge von Lymphflüssigkeit aufgrund einer vaskulären Schädigung der Kapillaren und der Venolen entsteht. Messbar sind diese Mengen nicht, aber wir wissen aus vergleichenden Untersuchungen der Up-take-Zeiten der Lymphszintigraphie, wie sie schon vor Jahrzehnten erfolgreich von Tietgen et al., aber auch von Brauer et al. vorgelegt wurden, dass die Up-take-Raten dieser nuklearmedizinischen Untersuchung deutlich über den Up-take-Raten normal gesunder Patienten liegen. Dies bedeutet, dass das Lymphgefäßsystem versucht, die vermehrt anfallende Prä-Lymphpe und Lymphpe aus dem Fettgewebe mit hohem Volumen zu eliminieren. Wir sprechen im Zusammenhang von einer Hochvolumeninsuffizienz. Vesti et al. konnten die Mikroaneurysmata der Lymphgefäße der Haut ebenfalls schon vor mehr als einem Jahrzehnt mikrophotographisch darstellen. Die Ödematisierung und die Mikroaneurysmabildung der Lymphgefäße in der Cutis ist seit langem bekannt. Sie ist Ausdruck eines rückwärtsgerichteten Staus in die Haut selbst und in das Fettgewebe selber. Die Hochvolumeninsuffizienz setzt voraus, dass eine Reservekapazität in den Transportraten der Lymphgefäße vorhanden ist. Die Lymphgefäße sind eben bei diesen Patienten vollkommen intakt. Sie transportieren mit hoher Frequenz und Volumen Lymphpe aus den Beinen und den Armen!

### 90 Prozent haben auch an den Armen ein Lipödem!

Es sei noch einmal besonders betont, dass bei genauer Inspektion sicherlich 90 Prozent der Patientinnen ein Lipödem auch an den Armen haben. Kommt es nun zum langsamen Sistieren der Transportraten unter der Hochvolumeninsuffizienz aufgrund der dauerhaften 24-stündigen Überlastung des Systems, so fließt Lymphpe zwischen (!) die Fettzellen zu-

rück. Es kommt zu einer diskreten Ödematisierung des Gewebes, die sich im Ultraschall als Schneegestöber-Phänomen beschreiben lässt. Lymphspalten oder Lymphseen kann man zwischen den Geweben nicht nachweisen, wenn es sich denn um eine Lipohyperplasia dolorosa handelt. Nun sind diese Untersuchungen mittels Ultraschall bisher an den Unterschenkeln durchgeführt worden, hier fehlen uns weiterführende investigative Maßnahmen und der Einsatz von mehr Ultraschalluntersuchungen im Bereich anderer Regionen des Lipödems, sei es an den Oberschenkeln-Innenseiten und -Außenseiten, sei es an den Unterarmen und Oberarmen. Es ist aber zu vermuten, dass auch hier dieselben Befunde erhoben werden: eine Verdickung des Fettgewebes bei gleicher Cutisdicke. Diese Zunahme des Gewebedruckes im subkutanen Fettgewebe führt zu der von der Patientin beklagten Schmerzhaftigkeit, welche als klinisches Leitsymptom der Lipohyperplasia dolorosa zu gelten hat.

### Korrekte Bezeichnung ist „Lipohyperplasia dolorosa“

Brenner beschrieb auch schon am Ende des letzten Jahrhunderts, dass es beim Lipödem nicht zu einer Vergrößerung der einzelnen Fettzellen kommt, so wie es bei der Adipositas beschrieben ist, sondern zu einer numerischen Veränderung der Fettzellenzahl, das heißt, dass die Fettzelle selber beim Lipödem eine normale Größe hat, insgesamt aber mehr Fettzellen an diesen Patientinnen haften. Diese Pathologie ist mit einer Lipohyperplasia korrekt bezeichnet, und da es zu einer schmerzhaften Veränderung kommt, wählte und publizierte ich im Beginn des Jahres 2003 den Begriff Lipohyperplasia dolorosa zur korrekten Beschreibung des Lipödems der Arme und Beine.

### Angeboren, nicht erworben

Das pathogenetische Konzept setzt sich also zusammen aus einer angeborenen – und nicht erworbenen – Fettverteilungsstörung häufig an Armen und Beinen. Diese Fettverteilungsstörung ist symmetrisch ausgebildet, sie ist resistent gegen Diäten und Sport, die Füße und die Hände sind immer frei von klinischen Zeichen, eine Druckschmerzhaftigkeit ist beim unbehandelten Lipödem obligat, die Patientinnen klagen sehr häufig über die Tendenz zur leichten Ausbildung von Hämatomen. Was die Vererbung betrifft, so scheint ein weibliches Muster vorzuliegen. Wir erheben seit Jahren in der Praxis hierzu Verwandtschaftsverläufe, um in Zukunft besser darüber berichten zu können, in welchen Verhältnissen das Lipödem von Mutter auf Tochter vererbt wird.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass viele Patientinnen unabhängig vom Lipödem ebenfalls an einer Adipositas leiden. Diese wiederum stellt sich im Wesentlichen aber am Körperstamm dar. Wenn es zu einer erhebli-



Prof. Dr. med. Manuel Cornely

„Ein Lipödem darf nicht unbehandelt bleiben!“

chen Adipositas kommt, so wird man die Fettmassen auch vermehrt an den Händen und Füßen selber mit Einbeziehung der Phalangen sehen sowie eine entsprechende Wulst- und Faltenbildung im Bereich von Bauch und Hüften. Es lohnt sich, hier anamnestisch sehr korrekt nachzufragen und ggf. die Patientin auch in der Tat zu einem vernünftigen Versuch einer mit einer diätetischen Umstellung wie zum Beispiel „Metabolic Balance“ anzuregen. In der Praxis hat sich allerdings gezeigt, dass diese Herangehensweise mit sehr viel Gefühl vorgenommen werden muss. Viele Patientinnen sind ob der nihilistischen Einstellung der Mediziner aufgrund einer mangelnden Kenntnis des Lipödems frustriert, weil sie vielfach schon seit Jahrzehnten hören: „Nehmen Sie erst mal ab, reduzieren Sie Ihr Gewicht und treiben Sie Sport!“ Kaum eine Patientin, die ich in der Praxis sehe, hat nicht dies alles schon getan und voller Verzweiflung auch wieder beendet, weil sie natürlich die Erfahrung macht, dass sich an den Zonen im Bereich der Beine und der Arme durch solche, durchaus ja nicht einfach durchzuführenden Maßnahmen keinerlei wirklicher Erfolg zeigt.

Als Faustregel gebe ich meinen Patientinnen heute den Rat, dass sie pro Lipödem-Bein ein Gewicht von 6 kg und für die Arme ebenfalls ein Gewicht von insgesamt 6 kg, also bei betroffenen Armen und Beinen 18 kg, von ihrem Gewicht auf der Waage abziehen sollen, damit sie dann – den üblichen Regeln entsprechend die Körperlänge um 100 reduziert – ein Normalgewicht überhaupt einmal errechnen können, welches einer Diät oder Sport zugänglich ist. Ein weiterer Hinweis ist, die Waage letzten Endes zu vergessen und sich stattdessen einen Spiegel zu besorgen, der die ganze Körpergröße zeigt, und ein Zentimetermaß zu benutzen, um die Umfänge am Bauch zu messen.

Es ist wichtig, dass man den betroffenen Frauen sehr wohl das Verständnis entgegenbringt, dass sie nicht nur Frustfresser sind, sondern an einem lymphologischen Krankheitsbild leiden, welches einer suffizienten Therapie zugeführt werden muss.

### Ein Lipödem darf nicht unbehandelt bleiben!

Es ist entweder einer komplexen Entstauungstherapie oder der lymphologischen Liposculptur zuzuführen. Über die therapeutischen Optionen werde ich der nächsten Ausgabe von DERMAforum berichten. ve ♦