

# Das Lipödem – ein meist verkanntes Frauenleiden

**DIE KLAR DEFINIERTE,** progredient verlaufende Erkrankung der Frau, die durch eine Fettverteilungsstörung mit deutlicher Disproportion zwischen Stamm und Extremitäten gekennzeichnet ist, kann erfolgreich mit einer lymphschonenden Liposuktion behandelt werden. Sport und Diät wirken hingegen nicht!

Das Lipödem ist eine sehr häufige Erkrankung der Frau mit einer schick-salhaften Progression. Nachdem meist weder die Betroffenen noch die Ärzteschaft das Krankheitsbild in seiner Expression und Progression kennen, haben Fachgesellschaften in Deutschland und Holland in jüngster Zeit Richtlinien zur Diagnostik und Therapie verfasst. Die meiste Erfahrung von diesem Krankheitsgebiet haben die deutschen und österreichischen Phlebologen (Wienert et al., Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie, 2009). Nachdem unsere Praxis seit mehr als 20 Jahren die operative Behandlung dieser Erkrankung durch Liposuktion durchführt, hat sich bei uns ein österreichisches Zentrum für die operative Lipödem-Therapie herausentwickelt. Anhand der Richtlinien und einer von uns durchge-

führten repräsentativen Umfrage möchten wir zum Thema Lipödem Stellung nehmen und informieren.

## Was ist ein Lipödem?

Das Lipödem ist eine chronisch progredient Erkrankung, die nahezu ausschließlich bei Frauen auftritt und durch eine Fettverteilungsstörung mit deutlicher Disproportion zwischen Stamm und Extremitäten gekennzeichnet ist. Diese entsteht aufgrund einer umschriebenen, symmetrisch lokalisierten Unterhautfettgewebsvermehrung der unteren und/oder der oberen Extremitäten. Zusätzlich bestehen Ödeme, die durch Orthostase verstärkt werden, sowie eine Hämatomneigung nach Bagateltraumen. Charakteristisch ist außerdem eine gesteigerte Druckschmerzhaftigkeit; meist

bestehen Spontanschmerzen, aber auch eine extreme Hypersensibilität – Streich wird als Schmerz empfunden. Das Lipödem beginnt in der Regel in einer Phasie hormoneller Veränderungen wie Pubertät, Schwangerschaft oder Klimakterium. Etwas züglicher der Epidemiologie existieren keine gesicherten Daten aus großen Studien. Ambulant durchgeführte Studien gaben Abhängigkeit vom untersuchten Kollektiv und von den angelegten Diagnosekriterien. Mehrheitlich eine Häufigkeit von 7,9% ; Es finden sich aber auch deutlich geringere Zahlen.

Insgesamt geht man angesichts der weit verbreiteten Unsicherheit bezüglich der Diagnosestellung von einer hohen Dunkelziffer aus. Allerdings gibt es auch Frauen, die fälschlicherweise die Diagnose Lipödem erhalten, obgleich sie nicht die Kriterien eines Lipödems erfüllen. In den meisten Patientinnen kennen ihre Diagnose nicht.

Die Ätiologie ist weiterhin unbekannt. Die genauen Pathomechanismen sowie die spezielle Rolle der Hormone und ihrer Rezeptoren sind ebenfalls nicht geklärt. In bis zu 60% der Fälle wurde eine genetische Komponente mit familiärer Häufung des Lipödems beschrieben. Dies bestätigt auch unsere Befragung, wobei zumeist die Konstellation zur Großmutter und Mutter nachweisbar war.

Die umschriebene Fettgewebsvermehrung ist Folge einer Hypertrophie und Hyperplasie der Fettzellen. Außerdem sind Veränderungen des Bindegewebes zu beobachten (Brenner 2009). Zusätzlich liegt eine Kapillarpermeabilitätsstörung vor, wodurch vermehrt Flüssigkeit aus dem Gefäßsystem ins Interstitium gelangt. D



Abb. 1: Die Klassifikation des Lipödems erfolgt nach Schröder

höhte Kapillarfragilität bedingt die aufblühende Hämatomneigung. Aufgrund des vermehrten Flüssigkeitsangebotes reagiert das zunächst intakte Lymphgefäßsystem mit einem gesteigerten Lymphtransport. Ob die Dauerbelastung der Lymphgefäße zu degenerativen Veränderungen der Gefäßwand mit dadurch bedingter Reduktion der Transportkapazität führt, ist hypothetisch. Kann die anfallende Gewebsflüssigkeit nicht mehr ausreichend abtransportiert werden, kommt es zu Ödemen. Im Laufe der Jahre kann eine Zunahme von subkutanem Fett und Ödem entstehen. Der Lymphstau ist anatomisch und klinisch sehr häufig mit einer Hyperplasie des Fettgewebes verbunden.

### Klinik und Verlauf

Die Veränderungen des Lipödems treten immer symmetrisch an den Beinen und den Armen (Herpertz 2004, Cornely 2012) auf. Die Fettvermehrung kann sich unregelmäßig über Ober- und/oder Unterarm (,,Säulenbeine“) bzw. Ober- und/oder Unterarm verteilen. Als typisch wird die Kalibersprung zur angrenzenden gesunden Region angesehen („Muff“, „Türschloßphänomen“, „Kragenbildung“).

### Klassifikation des Lipödems erfolgt nach Schrader (Abb. 1):

- yp I Gesäß und Reiterhosen
- yp II Oberschenkeltyp (bis zum Knie)
- yp III Beine bis zu den Malleolen
- yp IV Armbeteiligung
- yp V ausschließlich Unterschenkel

Im späteren Verlauf finden sich zusätzlich die oben beschriebene Wulstbildungen (Wann), die vorwiegend an den Oberschenkel- und Knieinnenseiten, seltener auch Sprunggelenksbereich lokalisiert sind. Durch Scheuereffekte entstehen Gewebematisierungen (chronisch irritative Dermatitis), über Okklusionseffekte in den Falten Mazerationen und konsekutive Infektion. Die Wulstbildungen an den Unterschenkelinnenseiten führen ferner zu einer Störung des Gangbildes mit Achsenstellung der Beine und orthopädischen Komplikationen (vorwiegend Valgusgonarthrosen). Hypothyreose und Varikose sind sehr häufig mit dem Lipödem vergesellschaftet.

Betroffenen sind in ihrer Lebensqualität oft stark eingeschränkt. Dies ist einerseits Folge der Volumenzunahme und Disproportion zwischen Stamm und

Tab.: Differenzialdiagnose des Lipödems

	Lipödem	Lipohypertrophie	Adipositas	Lymphödem
Fettvermehrung	+++	+++	+++	{+}
Disproportion	+++	+++	{+}	+
Ödem	+++	0	{+}	+++
Schmerzen	+++	0	0	0
Hämatomneigung	+++	{+}	0	0

Extremitäten, andererseits leiden die Betroffenen – verstärkt bei warmem Wetter, nach längerem Stehen bzw. Sitzen sowie am Abend – an einem Spannungsgefühl mit Berührungs- und Druckschmerzhaftigkeit. Teils kann auch eine erhebliche Spontanschmerzhaftigkeit bestehen. Die Schmerzen werden überwiegend als dumpf, drückend und schwer beschrieben. Die Erkrankung ist chronisch progredient. Drei morphologische Stadien des Lipödems lassen sich abgrenzen. Der Progress ist nicht vorhersehbar und individuell unterschiedlich. Die Stadieneinteilungen sind nicht zwangsläufig mit dem Ausmaß der klinischen Symptomatik (Schmerzen) verknüpft.

### Stadieneinteilung nach Strößenreuther (Abb. 2):

- Stadium I glatte und gleichmäßige Haut
- Stadium II Hautoberfläche wird wellig, beginnende knotige Erhebungen
- Stadium III Gewebestruktur großknotig und deformierende, überhängende Fettlappen

Die psychosoziale Situation der betroffenen Patientinnen wird vor allem durch die

häufig progressiv verlaufende Adipositas aggraviert, vielfach führt die permanente Schmerzsituation zu einer Antriebslosigkeit und Depression, die wiederum medikamentös (Antidepressiva) die Adipogenese forciert. Bei vielen Patientinnen wird auch die Arbeitssituation beschwerlich bis unerträglich, was auch unsere Patientinnenumfrage beweist.

Eine Progression zum Lipödem mit sekundärem Lymphödem (Lipolymphödem) kann in jedem Stadium stattfinden (Herbst 2012), wenngleich es in unserem Patientinnengut nur sehr selten an den Unterschenkeln manifestiert ist.

Anzustreben ist eine frühzeitige Diagnosestellung des Lipödems durch Anamnese, Inspektion und Palpation anhand der typischen Charakteristika (Fornier-Cordero 2012). Andere Ursachen eines Ödems sollten ausgeschlossen werden. Hierzu können weitere diagnostische Maßnahmen notwendig sein. Sehr wichtig scheint vor allem der Ausschluss des Lymphödems einer primären Adipositas und der Lipohypertrophie, wie es auch in der Tabelle ersichtlich ist.

Zur Verlaufskontrolle empfehlen wir die Bestimmung weiterer Parameter wie das



Abb. 2: Stadieneinteilung nach Strößenreuther

Gewicht, den Body-Maß-Index (BMI), die „Waist-to-Hip-Ratio“ (WHR) sowie eine umfangreiche Fotodokumentation. In unserer Ordination verwenden wir zur genauen Fettanalyse und Verlaufskontrolle eine Impedanzmessung (Tanita-Waage), wobei neben Gewicht, Größe, BMI, Fett, Knochen und Muskelmasse definiert werden. Insbesondere wird auch das viszerale Fett und der Grundumsatz bestimmt. Mit diesen Parametern können wir sehr gut den Effekt der chirurgischen Therapie, aber auch postoperativ notwendige Compliance bezüglich Bewegung und Ernährung kontrollieren.

**Therapieoptionen:  
von konservativ bis operativ**

Das Ziel einer jeden Therapieoption sollte zum einen eine Beseitigung oder Verbesserung der Beschwerdesymptomatik (Schmerzen, Schwellung, Hämatomneigung) sein. Zum anderen sollten dermatologisch lymphatische (z.B. Erysipel, Ulcera, Lymphödem, Dermatitisen u.a.) und orthopädische Komplikationen (Gelenkerkrankungen, Fehlstellungen etc.) im Krankheitsverlauf verhindert werden. Außerdem sollte die beeinträchtigte Lebensqualität der Patientinnen spürbar gebessert werden und damit auch die nicht beeinflussbare Progression des Leidens beeinflusst werden.

Die etablierte konservative Therapie stellt die komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE) dar, zu welcher die manuelle Lymphdrainage, Kompressionsthera-

pie, Bewegungstherapie und Hautpflege zählen.

Bleibt eine entsprechende Besserung der Beschwerden durch konservative Maßnahmen aus, ist eine lymphschonende Liposuktion zu erwägen, was auch in den meisten Fällen wegen des trotz KPE verbleibenden Leidensdruckes notwendig ist. Dadurch kann bei einem erheblichen Teil der Betroffenen die konservative Therapie reduziert bzw. teilweise sogar darauf verzichtet werden.

Bei der lymphschonenden Fettabsaugung werden die hyperplastischen Fettzini ohne Schädigung der Gefäß- und Bindegewebsstrukturen entfernt. Die Liposuktion mit stumpfen Vibrationskanülen, welche in Tumescenz-Lokalanästhesie (Sandhofer) und ambulant durchgeführt wird, ist heutzutage die etablierte und risikoarme operative Methode der 1. Wahl. Der Eingriff bringt höchste Patientenzufriedenheit (95%). Er führt zu einer Reduktion der Schmerzen, Schwellungsneigung und Hämatomneigung. Weiteres beschreiben die Patienten subjektiv eine Zunahme der Lebensbejahung (Stimmungslage, Antrieb). Für den Erfolg des Eingriffes ist neben der technisch anspruchsvollen Liposuktionstechnik (Erfahrung des Operateurs) eine radikale Entfernung der hyperplastischen Fettzonen notwendig, um ein nachhaltiges Ergebnis zu erzielen. In unserem Patientengut werden durchschnittlich 7,5 Liter reines Fett in zwei Sitzungen entfernt. Neben der vollen Tumescenz-Lokalanästhesie ist auch zusätzlich eine effektive Sedoanalgesie durch einen Facharzt für



**Autor: Dr. Matthias Sandhofer**  
Haut-Lipödem-Venen-Ästhetikzentrum  
www.sandhofer.at  
dr.matthias@sandhofer.at  
johann.gruber@tirof-kliniken.at

Anästhesie und Intensivmedizin zu empfehlen. Außerdem sollte eine postoperative exakte Kompressionstherapie erfolgen, ergänzt durch manuelle und maschinelle Lymphdrainagen. Allfällige Restindurationen sollten schließlich mit radialer Stoßwelle beseitigt werden (Sandhofer 2015). Bei den von uns in den letzten 20 Jahren behandelten Lip-ödempatientinnen kam es zu keinem einzigen Vollrezidiv.

**Zusammenfassung**

Das Lipödem ist eine klar definierte, progredient verlaufende Erkrankung der Frau. Es ist häufiger vorhanden als angenommen. Behandlungsversuche durch Sport und Diät wirken nicht! Viele Patientinnen haben Krampfader und entwickeln eine Adipositas, welche die Lebensqualität enorm einschränkt. Die lymphschonende Liposuktion ist sehr erfolgreich und führt meist zu einer dramatischen Verbesserung der Beschwerdesymptomatik. Die rechtzeitige Diagnose und Therapie erspart Patientinnen viel Leid und Frust.

**Literatur**  
1. WANE S. Lipödem 2015, Register Nr. 017012 Klasse 51  
2. Dutch Society of Dermatology and Venereology and the Dutch Academy of medical specialists (DORDE) Lipödem guidelines in the Netherlands (2014)  
3. Wlerner et al., Lipödem, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie, Phlebologie 2009, 38: 164-167

**Verein ChronischKrank®**



Der Verein ChronischKrank® setzt sich aus Betroffenen und Menschen die Betroffenen helfen wollen zusammen. Die Selbsthilfegruppe Lipödem ist Teil des Vereins und steht Betroffenen zur Seite.

**Kontakt Daten:**  
Verein ChronischKrank® Österreich  
Mari Bakac, Selbsthilfegruppe Lipödem  
Tel.: 0681784 65 43 11  
Mo, Di 16:30–18:30 Uhr  
Zentrale OÖ: 07223/826 67  
Kirchenplatz 3, 4470 Enns  
bakac@chronischkrank.at  
www.chronischkrank.at