

Das Lipödem – Abgrenzung und Therapie

Autor: Dr. med. Rainer Jokisch

Die korrekte Diagnose eines vorliegenden Lipödems ist schwierig, kann jedoch durch die Beachtung gewisser Indikatoren erleichtert werden. Um den Patienten eine höhere Lebensqualität zu ermöglichen, steht als Erfolg versprechende Therapieoption die Liposuktion in Tumescenzanästhesie mit Vibrationstechnik zur Verfügung.

Das **Lipödem** ist eine Fettverteilungsstörung, die bevorzugt Frauen betrifft und häufig als Fettsucht oder Lymphödem fehlgedeutet wird.¹ Charakteristisch sind symmetrische Fettansammlungen von den Hüften bis zum Sprunggelenk mit einer sofort wahrnehmbaren Dysproportionierung zu schlanken Füßen und schlankem Oberkörper. Dem Krankheitsbeginn während der Pubertät folgen frustrane Versuche der Gewichtsreduktion und der Alltag ist gekennzeichnet durch permanenten Leidensdruck aufgrund der auffälligen Dysproportion. Anamnestische Schilderungen von Druckschmerzhaftigkeit, Berührungsempfindlichkeit und Hämatomneigung stützen den Krankheitscharakter. Bildgebende Verfahren wie Kernspintomografie, B-Bild-Sonografie oder Lymphszintigrafie sind zur Diagnosestellung wegen fehlenden scharfen Unterscheidungsmerkmalen zu

normalem Fettgewebe nicht indiziert. Im weiteren Verlauf kann es zum sekundären Lymphödem kommen. Liposuktion in Tumescenzlokalanästhesie führt zur dauerhaften Reduktion der geschilderten Symptome und über die Körperformung zur Besserung der Dysmorphie. Damit wird eine wesentliche Erhöhung der alltäglichen Lebensqualität erreicht und die Entwicklung eines sekundären Lymphödems verhindert.

Diagnosestellung

Die Diagnosestellung erfolgt immer anamnestisch-klinisch (Tab. 1). Bei unklarer Abgrenzung kann die B-Bild-Sonografie helfen. Diffus verstärkte Echogenität, die jener von Lipomen ähnelt (Bild des Schneegestöbers) und Nachweis von echoreichen Septen bei Fehlen von echolosen Spalten bei massi-



nach Lipödemen existiert nicht. Hilfreich für die sichere klinische Diagnosestellung ist der Blick auf die Sprunggelenksregion. Während der Fuß bis oberhalb der Malleoli schlank ist, wirkt der Unterschenkel direkt im Anschluss wegen der erheblichen Fettmassen muffartig verbreitert. Auf diese Weise ist eine sichere Abgrenzung zu anderen Ödemformen möglich. Mildere Formen des Lipödems zeigen eine konvexe Vorwölbung, gegenüber dem konkaven Normalbefund im Bereich der distalen Paratibialregion.

Lipödem – Lipohypertrophie

Die klare Abgrenzung zur Lipohypertrophie ist inspektorisch bei milden Formen nicht möglich, sondern beruht auf den vom Patienten geschilderten Symptomen. Bei identischem Grad der Fettgewebisdysproportionierung kann deshalb die Lipohypertrophie als asymptomatisches Lipödem oder das Lipödem als symptomatische Lipohypertrophie bezeichnet werden.

Lokalisation

Auch das Verteilungsmuster der Fettansammlungen kann lokalisiert betont an Ober- und Unterschenkeln, bzw. gluteal in verschieden starker Ausprägung vorkommen und bis zur Wammenbildung reichen. Das Gehen kann bei medial gelagerten Fettmassen im Sinne von Pseudo-Genua valga so stark behindert sein, dass ein auffällig schleppendes Gangbild resultiert. In einigen Fällen ist das Lipödem gleichzeitig an den Armen vorhanden.³

Therapie

Es besteht Konsens darüber, dass die Liposuktion in Tumescenzanästhesie mit der Vibrationstechnik auf gewebeschonende Weise vielen Lipödempatienten eine neue Lebensqualität ermöglicht hat.⁴ Alle für das Lipödem typischen Symptome (Tab.1) werden schlagartig verbessert. Lymphdrainagebehandlungen im postoperativen Verlauf unterstützen wesentlich die Rekonvaleszenz. In einigen Fällen empfinden Patienten den antiödematösen Effekt der Lymphdrainage

ver Verdickung des subkutanen Fettmantels² passen zum Lipödem. Morphologisch-palpatorisch lassen sich grob drei Schweregrade unterscheiden (Tab. 2). Eine Einteilung

Tab. 1

Differentialdiagnose AWMF-Leitlinien			
Typische klinische Merkmale	Lipödem	Lipohypertrophie	Adipositas
Fettvermehrung	+++	+++	+++
Disproportion	+++	+++	++
Ödem	+++	∅	(+)
Druckschmerz	+++	∅	∅
Hämatomneigung	+++	+	∅

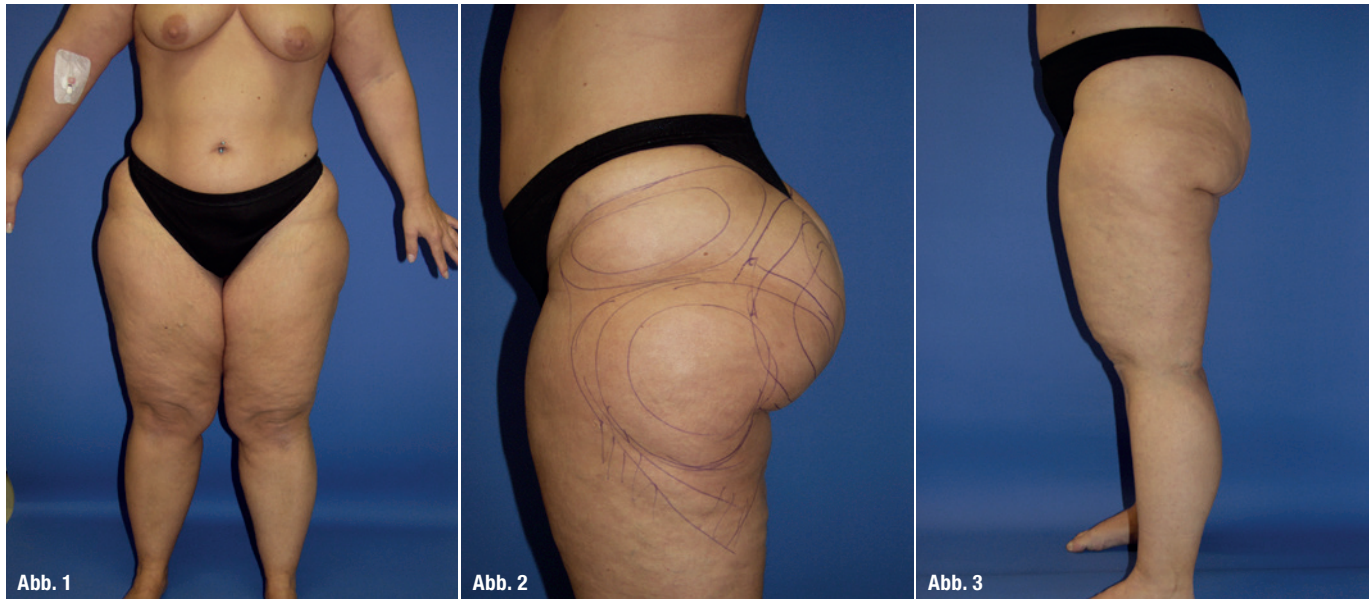


Abb. 1

Abb. 2

Abb. 3

Abb. 1: Lipödem Grad 2–3.
Abb. 2: Lipödem vor Glutaeal-
 saugung mit Markierung.
Abb. 3: Lipödem sechs Monate
 postoperativ.

als so wohltuend, dass diese Behandlung fortgesetzt wird, um ein weiteres Plus an alltäglicher Lebensqualität zu erreichen. Alternativ können bei nicht indizierter Liposuktion permanente konservative Maßnahmen (Komplexe physikalische Entstauung) Linderung bewirken, indem das sekundäre Lymphödem reduziert wird. Der Gewinn an Lebensqualität bleibt dann aber wegen des permanenten Tragens von Flachstrickwaren gering.

Besonderheiten der Liposuktion bei Lipödem

Typischerweise sind mehrere OP-Sitzungen (zwei bis vier) erforderlich, um durch Liposuktion beide Beine komplett zu behandeln¹. Beim typischen Lipödem liegt der Fettanteil im Aspirat häufig bei 70–90% des Gesamtvolumens. Deshalb sind auch die bei einer Operation abgesaugten Gesamtfettmengen wesentlich größer (häufig >3 Liter) als bei einer rein ästhetischen Behandlung. Die besondere Herausforderung besteht darin, vor lauter Begeisterung über die hohe Effizienz, mit der die Vibrationskanüle Fett aspiriert, die einzelnen Zonen nicht zu übersaugen. Leicht kommt es wegen dem relativen Hautüberschuss an Oberschenkeln und Gesäß zur postoperativen Wammenbildung

(Abb. 2 und 3). Dieser Umstand erfordert die Diskussion von Folgeoperationen⁵ (Hautreduktionsplastiken) mit der Patientin schon im Erstgespräch.

Fazit

Mit der vibrationsassistierten Liposuktion in Tumescenzlokalanästhesie steht seit nunmehr 15 Jahren eine sichere Behandlungsmethode für Lipödempatientinnen zur Verfügung, die dauerhaft zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt. Das Krankheitsbild erfordert wegen seiner Ausdehnung mehrzeitige Liposuktion, ggf. in Kombination mit Hautreduktionsplastiken bis hin zum Bodylift. Wegen der schwierigen Abgrenzbarkeit zur benignen Lipohypertrophie ist die Erstattungsfähigkeit immer eine Einzelfallentscheidung.

Tab. 2

Stadien-Einteilung des Lipödems	
Stadium I	Hautoberfläche glatt, Subkutis verdickt, Fettstruktur feinknotig.
Stadium II	Hautoberfläche uneben, Fettstruktur grobknotig.
Stadium III	Gewebe zusätzlich derber und härter, großlappig deformierende Fettlappen.

Kontakt
face



**Dr. med.
Rainer Jokisch**
 Hautmedizin Kelkheim
 Frankenallee 1
 65779 Kelkheim am
 Taunus
 Tel.: 06195 6772-300
 Fax: 06195 6772-333

jokisch@hautmedizin-kelkheim.de
 www.hautmedizin-kelkheim.de

Infos zum Autor



Literatur



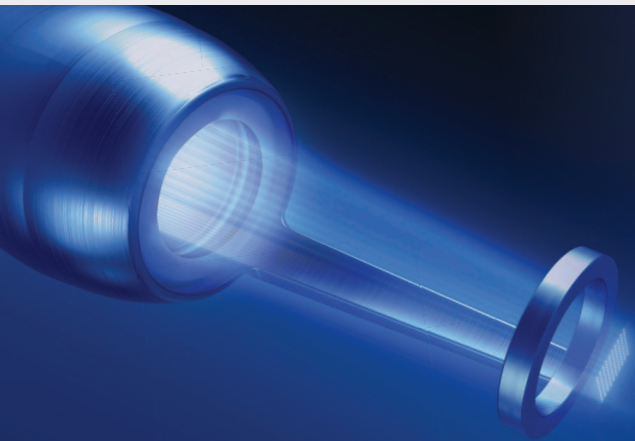

PicoWay[®]
The Clear Picosecond Laser Solution

Have It Both Ways



NEU PicoWay[®]
Resolve[™]

Picosecond Holographic Fractional



- > Neue Behandlungsmöglichkeit
- > innovativer Pikosekunden-Laser mit 2 Wellenlängen 532nm & 1064nm für nicht-fraktionierte & fraktionierte Behandlungen
- > Hautverjüngung, Pigmentierung und Hauttoning
- > Behandlung unterschiedlichster Tattoos jegliche Arten und Farben

Für eine Beratung kontaktieren Sie uns bitte per E-Mail an info.de@syneron-candela.com
oder rufen uns direkt an, Tel 06102 59985-0

SYNERON  **CANDELA**[®]

www.syneron-candela.de