

Comely M. E.

## Therapie beim Lip- und Lymphödem

*Vasomed 5/2001; 13Jhg. 214-5*

Lipödeme und Lymphödeme gehören als klinische Entitäten zu den Differentialdiagnosen der Extremitätenschwellungen. An den Beinen gilt es unter den ödematösen Schwellungen noch Phlebödeme und kardiale Ödeme zu differenzieren.

Ist eine Schwellung verursacht durch Einlagerung von Flüssigkeit, so gilt es zu unterscheiden, ob diese Flüssigkeit eiweißreich oder eiweißarm ist. Ist sie eiweißreich und auf bestimmte klinische Grenzen beschränkt, so liegt die Vermutung nahe, dass es sich rein klinisch um ein Lymphödem handelt. Hierbei sind als klinische Zeichen eine bestimmte statische Dellbarkeit und eine Ausdehnung an der Extremität selbst immer wieder genauestens zu beschreiben.

Beim Lymphödem ergeben sich aus der Anamnese und dem klinischen Befund die Unterscheidungen zwischen primärem und sekundärem Lymphödem. In der klinischen Untersuchung fallen Hautveränderungen bis hin zur Papillomatose und Schwellungen auf, die ausschließlich nur beim Lymphödem auch die Endphalanges mit umfassen können. Wir beschreiben dann das Zeichen nach Stemmer-Kaposi als positiv.

Im besonderen Fall des Lipödems gelten diese Regeln nur teilweise. Ursache hierfür ist der unterschiedliche pathophysiologische Hintergrund der Extremitätenschwellungen.

Lipödeme kommen nahezu ausschließlich nur bei Frauen vor. Sie sind auch an den oberen Extremitäten zu finden und treten grundsätzlich nur symmetrisch auf. Bei 30 % der Patientinnen erstreckt sich diese Symmetrie nicht nur auf die Beine, sondern auch auf die Arme.

Die Begrenzungen der Lipödeme sind nach distal das obere Sprunggelenk bzw. das Handgelenk und nach proximal die Hüfte bzw. die Schulter.

Lipödeme entstehen durch Fettgewebsvermehrung an den Extremitäten und sind genetisch bedingt (Lipohypertrophie). Durch Zunahme der Stammadipozyten, vermutlich unter dem Einfluss von Östrogen kommt es zu einem vermehrten Anfall von Lymphe und lymphpflichtigen Lasten. Es entsteht eine Transportinsuffizienz. Hieraus resultiert ein lymphostatisches Ödem, bei völlig normalem Lymphgefäßsystem. Hierin unterscheiden sich die Lymphödeme gravierend von Lipödemem.

Lipödeme sind durch eine Symptomentrias gekennzeichnet:

1. Fettgewebsvermehrung;
2. Druckschmerzhaftigkeit;
3. hohe Fragilität der Gefäße bis hin zu spontanen Einblutungen.

Die therapeutischen Optionen bei Lymphödemem sind von *Vodder* vor vielen Jahrzehnten beschrieben und von *Asdonk* und *Földi* ergänzt und erweitert worden. Der heutige Standard ist unbestritten die Manuelle Lymphdrainage mit einer Kompression, die der Akuität der Erkrankung angemessen sein muss. Die intermittierend apparative Kompression spielt hier im klinischen Alltag und im Bewusstsein der Lymphologen zunehmend eine wesentliche Rolle.

Bei Lipödemem sieht die Situation völlig anders aus. Die Ursache der Beschwerden, das Fettgewebe, kann operativ entfernt werden durch Liposuction. Die Manuelle Lymphdrainage hingegen führt ausschließlich nur zu einer Reduktion der Druckschmerzhaftigkeit. Eine Umfangsreduzierung durch Manuelle Lymphdrainage und Kompression ist nach heutigem Wissensstand nicht möglich.

Die Durchführung einer Liposuction beim Lipödem wird demonstriert.