

Tab. 9-7 Differenzialdiagnose der wichtigsten Fettgewebsvermehrungen

Parameter	Lipödem	Lipohypertrophie	Adipositas
Geschlecht	♀	♂	♂ + ♀
Fettgewebsvermehrung	Extremitäten	Extremitäten	Rumpf
Beschwerden	ja	nein	nein
Umfang Taille/Umfang Extremität	erniedrigt	erniedrigt	erhöht

Adipositas abgegrenzt werden. Beim idiopathischen Ödem ist eine morgendliche Schwellungssymptomatik auch im Bereich der Hände und des Gesichts charakteristisch. Beim orthostatischen Ödem ist nur ein belastungsabhängiges Spannungsgefühl der Unterschenkel auffallend. Eine Labor Diagnostik des Lipödems ist nicht möglich, da es weder gehäuft hormonelle Veränderungen noch Stoffwechselstörungen zeigt.

Bei differenzialdiagnostischen Schwierigkeiten der Abgrenzung zum Lymphödem empfiehlt sich die Durchführung einer Lymphszintigraphie, die beim Lipödem einen normalen bis erhöhten inguinalen Uptake ergibt (Kap. 4.3.1, S. 61 ff.).

Differenzialdiagnostisch muss beim Lipödem außerdem eine Polyneuropathie der Beine, ein Fibromyalgiesyndrom, Ischialgien, eine Gonarthrose und psychogene Schmerzhaftigkeit ausgeschlossen werden.

Als „**Pseudolipödem**“ bezeichne ich eine Lipohypertrophie, bei der die Beschwerden eines Lipödems angegeben werden, obwohl sie objektiv nicht vorhanden sind. Der Grund für diese Vortäuschung ist einerseits der Wunsch nach Zuwendung über die MLD, andererseits eine Selbsttäuschung als Erklärung für eine Adipositas. Erkennbar ist das Pseudolipödem daran, dass der Patient, abgelenkt durch ein intensives Gespräch, auf einen Kneiftest nicht mit Schmerzangabe reagiert.

9.4 Therapie

Therapieziel: Beseitigung der Ödembeschwerden

Die **Behandlung** der **Lipohypertrophie** ist bei mechanischen Behinderungen und starker psychischer Belastung mittels Liposuktion möglich, am besten in Tumescenz-Lokalanästhesie (TLA) mittels Vibrationskanülen. Besonders vorsichtig muss am Bein im Bereich des ventromedialen Lymphgefäßbündels vorgegangen werden, um nicht die Lymphgefäße zu schädigen. Das Absaugen der lateral am Oberschenkel liegenden Fettmassen ist dagegen ungefährlich, da dort keine wichtigen Lymphgefäße verletzt werden können. Besondere Vorsicht ist auch beim Absaugen am Oberarm im Bereich des basilären Bündels angebracht. Nach Durchführung der Liposuktion kann die Lipohypertrophie zum Stillstand kommen, aber auch erneut voranschreiten. Als Nachbehandlung der Liposuktion ist neben der Kompressionsbehandlung auch die MLD für einige Wochen wichtig, da es dadurch zu einem schnelleren Hämatomabbau kommt.

In manchen Fällen wird aus psychologischen Gründen (Dysmorphiephobie = Entstellungssyndrom-Angst) das Tragen einer Kompressionsstrumpfhose der Klasse 2

indiziert sein, obwohl deren Wirksamkeit bei der Lipohypertrophie nicht belegt ist. Möglicherweise kann durch das Tragen einer Kompressionsbestrumpfung das Voranschreiten der Lipohypertrophie verlangsamt oder eventuell sogar ein verstärkter Fettzellabbau erzielt werden. Dazu gibt es aber keine aussagekräftige Studie.

Das **Lipödem** sollte dagegen mit der Physikalischen Ödemtherapie, der Kombination aus Kompressionsbehandlung und MLD, behandelt werden, da es sich um ein lokalisiertes Ödem handelt. Durch diese Therapie können die Symptome der Erkrankung wesentlich gebessert oder zum Verschwinden gebracht werden. Bei der Behandlung mit MLD ist die Abflussbehandlung nur von geringer Bedeutung, da die Lymphkollektoren normal ausgebildet sind. Die MLD-Griffe müssen beim Lipödem schonend durchgeführt werden, da einerseits eine Schmerzhaftigkeit, andererseits eventuell eine verstärkte Neigung zur Hämatombildung besteht. Die ambulante Behandlungsfrequenz beim Lipödem ist in der Regel mit 1- bis 2-mal wöchentlich als 45- oder in schweren Fällen als 60-Minuten-Behandlung ausreichend. Auf die Therapie mit MLD kann verzichtet werden, wenn die Behandlung mit einem pneumatischen Kompressionsgerät durchgeführt wird, da beim Lipödem keine wesentlichen Schädigungen der Lymphkollektoren vorliegen.

Die Bestrumpfung beim Lipödem (Kap. 34.5.7, S. 335 ff.) besteht in der Regel aus einer flachgestrickten Kompressionsstrumpfhose der Klasse 2, bei Jüngeren auch der Klasse 3, wenn deren Körperform wesentlich von einer Normalform abweicht. Auf die Bestrumpfung der Füße kann dabei verzichtet werden, da die Füße und die Zehen in der Regel nicht ödematisiert sind. In einem solchen Fall reicht ein Steg unter dem Fuß hindurch, um ein Hochrutschen der Kompressionsbestrumpfung zu verhindern

(Abb. 34-39, S. 337). Die Hose kann auch in Leggingsform sein, also über dem Knöchel enden, wenn kein Ganzbein-Typ besteht.

Eine Liposuktion ist bei einem Lipödem genauso möglich wie bei der Lipohypertrophie. In 25 % der Fälle verschwinden die Beschwerden komplett, sodass danach auf Kompression und MLD verzichtet werden kann. Bei den übrigen 75 % muss die Physikalische Therapie fortgesetzt werden, wenn auch oft in reduzierter Intensität.

Die Liposuktion ist keine Kassenleistung und wird daher als eine „Schönheitsoperation“ eingestuft. Sie muss deshalb vom Patienten selbst gezahlt werden. Die Krankenkassen können jedoch in Einzelfällen durch eine Einzelentscheidung nach Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) die Kosten der Liposuktion übernehmen. Eine medizinische Indikation zur Liposuktion halte ich für gegeben, wenn durch die Lipohypertrophie oder das Lipödem die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (sozial, kulturell, wirtschaftlich) erheblich eingeschränkt ist, was der Fall ist, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- entstellende Körperform (massive oder gigantische Lipohypertrophie)
- Störung der Körperfunktion (Geh- oder Sitzbehinderung)
- echte Therapieresistenz auf die Physikalische Ödemtherapie
- keine wesentliche Adipositas, also der BGQ (WHtR) unter 0,54 liegt

Bei der Lipohypertrophie entfällt selbstverständlich der dritte Punkt.

Literatur

- Allen EV, Hines EA. Lipedema of the legs. A syndrome characterized by fat legs and orthostatic edema. Proc Staff Meet Mayo Clinic 1940; 15: 184-7.