

Vom Stiefkind zur Modediagnose: Entlarven Sie das falsche Lipödem!

Pluderhose mit Gummizug – die Diagnose stellen Sie ganz leicht

Aus der Fachliteratur

BOCHUM – Die Patientin wünscht sich eine Lymphdrainage oder noch lieber eine Fettabsaugung zulasten der Krankenkasse. Doch hat sie wirklich so dicke Beine wegen eines Lipödems? Wenn Sie die wichtigsten Leitsymptome kennen, lässt sich die Frage ohne großen Aufwand rasch klären.

Bis vor wenigen Jahren war die Diagnose „Lipödem“ allgemein wenig bekannt. Aktuell hat sich das Leiden – zum Teil durch reißerische Berichterstattung – zu einer Art Modekrankheit gemausert, wie Privatdozentin Dr. STEFANIE REICH-SCHUPKE vom Venenzentrum der Dermatologischen und Gefäßchirurgischen Kliniken der Universität Bochum darlegt. Fast täglich stellen sich in lymphologischen Sprechstunden übergewichtige Frauen vor, die fälschlicherweise glauben, unter einem Lipödem zu leiden, berichtet die Kollegin. Manche werden auch durch das „falsche Etikett“ in Angst und Schrecken versetzt – angesichts der Bilder, die im Internet kursieren, samt Horrorbotschaften über eine miserable Prognose.

Schon der Begriff „Lipödem“ leitet in die Irre, weil es sich nicht um Flüssigkeitseinlagerungen handelt, sondern eine anlagebedingte Fettverteilungs- und Vermehrungsstörung vorliegt. Betroffen sind fast nur Frauen. Oft entwickelt sich das Leiden bereits nach der Pubertät, manchmal erst nach einer Schwangerschaft. Typischerweise haben die Patientinnen eine schmale Taille und überproportional viel Fett an Gesäß, Hüften und Beinen – seltener (zu 30 %) auch an den Armen. Die Kapillaren weisen eine erhöhte Fragilität auf, geringste Traumen verursachen blaue Flecken. Das Gewebe ist druckschmerzempfindlich, im Lauf der Erkrankung können sogar Spontanschmerzen auftreten, sodass die Frauen Bewegung vermeiden.

Kein Flüssigkeitsstau: Beine schwellen nachts nicht ab

Weil es sich nicht um einen Flüssigkeitsstau handelt, schwellen die Beine bei Hochlagerung und über Nacht nicht ab. Die Hautfarbe ist beim unkomplizierten Lipödem nicht verändert. Treten Komplikationen wie Stauungsdermatitis und funktionelle venöse Insuffizienz ein, kann ein Mischbild entstehen.

Wie gelangen Sie nun zur korrekten Diagnose? Im Anschluss an die Anamnese – langsam zunehmender Extremitätenumfang ab Pubertät/frühem Erwachsenenalter, viele Hämatome, Druckschmerz – folgen Inspektion und Palpation. In die orangenartige Haut können Sie i.d.R. keine Dellen drücken. Druck am Bein löst Schmerzen aus. Eventuell finden sich multiple Hämatome.

Das spricht gegen Lipödem

- Fehlende Dysproportion zwischen Ober- und Unterkörper
- Asymmetrie von Armen/Beinen
- Beginn im späten Erwachsenenalter
- Waist-Hip-Ratio > 0,85 (> 1,0 für Männer)
- Waist-Height-Ratio > 0,5 (0,5–0,6 für 40- bis 50-Jährige, > 0,6 für über 50-Jährige)
- Keine „Kragenbildung“ am Knöchel
- Kein Druckschmerz, keine Hämatome
- Subkutisdicke beträgt 6–8 cm über dem Malleolus weniger als 12 mm

Füße und Hände sind schlank, an den Übergängen, z.B. am Fußknöchel, haben sich eventuell „Krägen“ gebildet, es resultiert der Aspekt „Pluderhose mit Gummizug“, veranschaulicht Dr. Reich-Schupke. Das Stemmer-Zeichen ist negativ: Die Haut über der zweiten Zehe lässt sich nicht abheben. Patientinnen mit Lymphödem haben hingegen typischerweise ein positives Stemmer-Zeichen.

Schneegestöber statt Spalten in der Sonographie

Sonographisch sieht man beim Lipödem keine liquiden Spalträume (erst beim Lipolymphödem), dafür stellt sich das Gewebe verdichtet als „Schneegestöber“ mit echoreichen Septen dar. Besteht der Verdacht auf ein Lipödem, ist eine Lymphszintigraphie fehl am Platz, es sei denn, man möchte eine begleitende Lymphabflussstörung ausschließen. Beim reinen Lipödem zeigt sich kein verzögerter – anfangs sogar ein übersteigerter – Lymphtransport.

Bedingt helfen bei der Diagnostik bestimmte Körpermaße. Der BMI kann allerdings irreführen, denn fast jede zweite Lipödempatientin leidet auch unter Adipositas, zudem ist der Grenzwert von 25 infolge der dicken Beine schnell überschritten. Die Waist-Hip-Ratio sollte bei nicht übergewichtigen Lipödem-Patientinnen unter 0,85 liegen. Interessant ist auch die Waist-Height-Ratio: Sie



Lipödem ja oder nein? Die Patientin links hat nur kräftige Beine. (1) Typisch für ein echtes Lipödem ist die Kragenbildung am Fußknöchel (2). Bei dieser Patientin weisen Kastenzehen und Vorfußschwellung auf Sekundärkomplikationen hin – sie hat ein Lipolymphödem.

Abb.: PD Dr. Stefanie Reich-Schupke, Universität Bochum

überschreitet normalerweise bei jüngeren Personen einen Wert von 0,5 nicht (bei über 50-Jährigen beträgt die Grenze 0,6).

Liposuktion nur für schwere Fälle

Somit gibt es derzeit wenig harte Diagnosekriterien für ein Lipödem. Etliche Ausschlusskriterien lassen sich hingegen leicht auflisten (s. Kastenzehen). Therapeutisch wird bei (und von) betroffenen Patientinnen z.T. Unfug betrieben: Abführmittel und Diuretika haben hier nichts zu suchen, stellt die Kollegin klar. Da es keine Kausaltherapie gibt, zielen die

sachgerechten Maßnahmen darauf ab, Symptome zu lindern, die Lipödem-Progression zu stoppen und Sekundärschäden (z.B. Lipolymphödem) zu vermeiden. Als sinnvoll gelten Kompressionstherapie, manuelle Lymphdrainage, apparative intermittierende Kompression, Bewegung und Gewichtsreduktion. Die Liposuktion bleibt schweren Fällen vorbehalten, um die „Beinmasse“ zu reduzieren, mechanische Störungen beim Gehen zu beseitigen sowie Schmerzen und Hämatombildung zu reduzieren. Dr. Carola Gessner

Stefanie Reich-Schupke et al., JDDG 2013; 11: 225-234

Vom Sport bis zur Liposuktion

» Therapeutische Möglichkeiten bei Lipödem

- 1 **Kompression:** reduziert Schwellung, Hämatome sowie Schmerzen und ist Voraussetzung für vermehrte Bewegung. Anfangs mit rundgestrickten Kompressionswaren, später mit flachgestrickten (wegen Einschnürungsgefahr bei zunehmender Kragenbildung).
- 2 **Gewichtsreduktion und Sport:** Adipositas gilt als wesentlicher Faktor, der Lipödeme triggert. Ernährungsberatung und Sport (Schwimmen, Walken, Radfahren) sind empfehlenswert.
- 3 **Manuelle Lymphdrainage:** reduziert Schwellung, Hämatome und Schmerzen. In frühen Stadien mit erhöhtem Lymphrückfluss wird die Methode nicht empfohlen. Cave: Fehlindikation – denn diese angenehme Behandlung wird oft vehement eingefordert.
- 4 **Apparative intermittierende Kompressionstherapie:** reduziert Schwellung und Schmerzen. Sinnvolles Vorgehen beim Lipolymphödem, wenn Kompression, Bewegung und manuelle Lymphdrainage nicht ausreichen. Cave: Druckschmerz als Komplikation bei falscher Anwendung, z.B. genitale Ödeme, Lymphzysten. Daher: Eignungsprüfung des Patienten vor Verordnung eines Heimgeräts.
- 5 **Liposuktion:** Kosten 3000 bis 20 000 Euro (Kassenleistung in Einzelfällen), Datenlage noch schwach. Keine Kausaltherapie, auch anschließend noch Kompression und ggf. manuelle Lymphdrainage nötig. Cave: Heilsversprechen – eine Reihe von Einrichtungen weckt damit falsche Hoffnungen.

Walking fördert Gesundheit nach Schlaganfall

Patienten zu schnellem Gehen ermuntern!

Aus der Fachliteratur

MONA – Schlaganfallpatienten, die noch selbstständig laufen können, profitieren von regelmäßigem Walking – vorausgesetzt, der Untergrund ist eben. Das ergab eine aktuelle Studie.

Welchen Effekt aerobes Gehtraining auf die Gesundheit von Schlaganfallpatienten hat, überprüften Kollegen der University of the West Indies in Jamaica in einem Kollektiv von 128 Betroffenen. Alle hatten in den zurückliegenden sechs bis 24 Monaten einen zerebralen Insult erlitten, konnten sich aber noch unabhängig fortbewegen. 64 Studienteilnehmer liefen über zwölf Wochen dreimal wöchentlich jeweils für 30 Minuten in raschem Tempo auf ebenem Boden. Die 64 Kontrollprobanden erhielten im gleichen Zeitraum Massagen auf der betroffenen Seite.

Nach drei Monaten boten die Läufer eine signifikant bessere Zeit im Sechs-Minuten-Gehtest, bezüglich der physischen Komponenten im SF-36 zeigte sich ein Trend zu stärkerer Besserung. Bei funktionellen Parametern gab es keine Unterschiede. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es sinnvoll wäre, aerobes Walken flächendeckend in Gesundheitsstrategien für Insultpatienten einzuführen. abr

Carron D. Gordon et al., Stroke 2013; online first

Neue Diagnostik bei Achalasie

21. Gastroenterologie-Update-Seminar

WIESBADEN – Mit Hilfe der hochauflösenden Manometrie lässt sich die Achalasie präziser diagnostizieren als mit der konventionellen Druckmessung. Dies ergab eine aktuelle Studie.

Fünf verblindete Untersucher beurteilten 20 Achalasie-Befunde nach der manometrie-basierten Chicago-Klassifikation, die drei Subtypen unterscheidet: den klassischen Typ 1 mit einer Relaxationsstörung des unteren Ösophaguspinkters, den Typ 2 mit panösophagealer Kompression und den Typ 3 mit langanhaltenden Spasmen.

Die Befunde sollten zweimal im Abstand von einer Woche bewertet werden. Dabei zeigte sich für die Typen 1 und 2 eine Übereinstimmungsrate > 75 % und für Typ 3 von 80 %. Die neue Diagnostik ist also intraindividuell und untersucherübergreifend gut reproduzierbar, kommentierte Professor Dr. PETER LAYER vom Israelitischen Krankenhaus in Hamburg das Ergebnis. Die Trennschärfe zwischen Typ 1 und 2 sei zwar noch nicht perfekt, dennoch vermutet der Experte, dass sich die Chicago-Klassifikation durchsetzen wird. rft