

Makroskopische Hinweise bei der klinischen Untersuchung als diagnostischer Marker des Lipödems

S. Michel, M. Sauter, P. Leuthner, A. Siafliakis, C. Belay, D. von Lukowicz, K. Lossagk
Praxis Lipocura, München, Deutschland

Zusammenfassung

Die Diagnosestellung der Erkrankung Lipödem erfolgt in Zusammenschau der Anamnese und des klinischen Befundes. Wir konnten zwei makroskopische Marker benennen, die einen starken Hinweis auf das Vorliegen eines Lipödems liefern. Die beiden Areale befinden sich am Steiß und am medialen, proximalen Unterschenkel. Liegen hier eine Verdickung der Fettschicht und gegebenenfalls lipödemtypische Beschwerden vor, kann man mit einer hohen Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen eines Lipödems ausgehen. Bei ausschließlichem Vorliegen einer Adipositas ist die Fettschicht in diesen Arealen nicht verbreitert, was eine Abgrenzung zum Lipödem erleichtert.

Schlüsselwörter: Lipödem, Diagnosestellung, Marker, Adipositas

Macroscopic markers in the diagnosis of lipedema

Summary

The diagnosis of lipedema is based on the patient's medical history and clinical findings. We were able to name two macroscopic markers that provide a strong indication of the presence of lipedema. The two areas are located on the coccyx and on the medial, proximal lower leg. Thickening of the fat layer and the presence of symptoms typical of lipedema indicate a high risk of lipedema. In the case of pure obesity, the fat layer in these areas is not thickened, which makes it easier to distinguish it from lipedema.

Keywords: lipedema, diagnosis, marker, obesity

Einleitung

Hintergrund

Das Lipödem besteht etymologisch aus zwei Komponenten: „Lip“ steht dabei für das Fettgewebe und „Ödem“ für die Schwellung. Diese Krankheit weist genau diese beiden Elemente auf. Der erste Faktor ist die Verteilungs- und Funktionsstörung des Fettgewebes [1]. Vom Lipödem betroffenes Gewebe fungiert nicht als Energiespeicher, wie es bei gesundem Gewebe der Fall ist, und die Verteilung äußert sich in einem Volumenüberschuss an den Extremitäten und erst sekundär auch im Bereich des Rumpfes – also genau im Gegensatz zum Verteilungsmuster einer adipösen Patientin ohne Lipödem. Der zweite Faktor ist die fehlende Trans-

portfähigkeit der Lymphgefäße und der dadurch entstehende Stau an fett- und proteinreichem Substrat rund um die Fettzellen [2]. Da der Abtransport der Interzellulärflüssigkeit nicht mehr gewährleistet ist, kommt es zu einer vermehrten Aufnahme in die Fettzelle.

Das Lipödem betrifft fast ausschließlich Frauen, hormonelle Veränderungen spielen eine katalytische Rolle bei der Aktivierung der Krankheit [3]. Ein Schub kann eine schmerzhafte Volumenzunahme mit Verhärtungen und Hämatomneigung bewirken. Die hormonellen Veränderungen können spontan (Pubertät, Schwangerschaft, Menopause) oder iatrogen (endokrine Therapie) verursacht werden.

Das Krankheitsbild rückt durch die mediale Berichterstattung und politische Diskussion zunehmend in den Fokus des öffentlichen Interesses, was zu einer Sensi-

bilisierung bei der Diagnosestellung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte beiträgt. Wurden früher betroffene Frauen noch häufig als fettleibig bezeichnet und entsprechende Ratschläge zur Gewichtsreduktion erteilt [4], so lässt sich mittlerweile ein zielgerichtetes Behandlungsregime für diese Erkrankung durchführen [5]. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, anhand klarer Kriterien die Diagnose zuverlässig zu stellen. Neben den gängigen klinischen Kriterien konnten wir bei Lipödem-Patientinnen typische Areale einer pathologischen Fettgewebsvermehrung definieren, wodurch eine Abgrenzung zu Patientinnen mit einer isolierten Adipositas noch eindeutiger gelingen kann.

Krankheitsbild

Die Ursache des Krankheitsbildes ist bislang nicht abschließend geklärt. Einen großen Einfluss auf die Entstehung haben hormonelle Faktoren [6]. Das Zusammenspiel von Mikroangiopathien von Blut- und Lymphgefäßen, der Hyperplasie bzw. Hypertrophie von Fettzellen sowie inflammatorischen Abläufen führt zu den typischen Symptomen [7]. Die Patientinnen leiden neben einer extremitätenbetonten Fettgewebsvermehrung unter Schmerzen, Gelenkbeschwerden, Einschränkungen der Beweglichkeit, rascher Ermüdung und psychosozialen Stress. Auffällig ist, dass Diäten und Sport kaum Einfluss auf die Symptome haben [8]. Es wird angenommen, dass circa 10 % der weiblichen Bevölkerung an einem Lipödem leidet [9, 10].

Material und Methoden

Diagnostik

Das Lipödem wird häufig nicht oder nicht rechtzeitig diagnostiziert, was zu einem Fortschreiten der Erkrankung führen kann und Therapiemaßnahmen erschwert. Die Diagnosestellung erfolgt vor allem anamnestisch. Familiäre Häufung, Neigung zur Hämatombildung, Erkrankungsbeginn nach hormoneller Umstellung, Beschwerdezunahme im Tagesverlauf und eine ausbleibende Besserung trotz Sport und



Abb. 1
Der Fat-Pad am Steiß (gestrichelte Linie) ist hinweisgebend auf ein Lipödem.



Abb. 2
Der Fat-Pad am medialen, proximalen Unterschenkel wird als besonders störend empfunden.

diätischer Ernährung können hinweisend auf ein Lipödem sein [11]. Zudem ist eine sonographische Darstellung der Schichtdicken des Fettgewebes und eine Messung des Umfangs der Extremitäten sinnvoll. Beweisend sind die einzelnen Symptome und anamnestischen Hinweise jedoch nicht, auch wenn sie zusammen auftreten.

Ergebnisse

Bei der körperlichen Untersuchung unserer Patientinnen mit der bestätigten Diagnose Lipödem konnten wir bestimmte Areale einer Fettgewebsvermehrung ausmachen, die wir als pathognomonisch für das Krankheitsbild ansehen. Diese Fat-Pads liegen über dem Steiß (Abb. 1) und am proximalen Unterschenkel antero-

medial (Abb. 2). Bei Patientinnen, die an einer isolierten Adipositas leiden, findet man diese Fettgewebsareale nicht. Selbst normgewichtige Patientinnen, die an einem Lipödem leiden, zeigen oft dieses Verteilungsmuster und geben an diesen Stellen auch die typischen Beschwerden an. Die von uns auch als Hotspots bezeichneten Areale weisen am Knie eine Größe von circa 9 cm x 9 cm und am Steiß von circa 8 cm x 8 cm auf und sind auch sonographisch gut nachweisbar, da an den Stellen normalerweise nur eine geringe Dicke des Fettgewebes besteht. Die Begutachtung der beiden genannten Stellen kann in Zusammenschau der weiteren Befunde und anamnestischen Erhebungen einen klaren Hinweis auf das Vorliegen eines Lipödems geben und somit zu einer höheren Anzahl an richtigen Diagnosen füh-

ren. Dies wiederum verbessert das Outcome der Behandlung, da ein frühzeitiger Therapiebeginn zu besseren Ergebnissen und zu einem insgesamt weniger belastenden Krankheitsverlauf führt. Das Lipödem wird bei schlanken Patientinnen in frühen Erkrankungsstadien häufig übersehen oder deutlich verzögert erkannt, weshalb insbesondere diese Patientengruppe sehr von einer höheren Sensitivität der Diagnostik profitiert.

Therapie

Konservative Maßnahmen zur Behandlung des Lipödems beruhen vor allem auf dem Prinzip der Kompression. Manuelle Lymphdrainage, Kompressionskleidung und Wassersport erhöhen den Gewebe-

druck und sorgen für eine Verbesserung des Lymphabflusses. Diese Maßnahmen sorgen kurzzeitig für eine Linderung der Beschwerden, dauerhaft ist der Erfolg jedoch nicht, insbesondere in fortgeschrittenen Stadien [12]. Auch eine Umstellung der Ernährung im Sinne einer ketogenen Diät, die Einnahme von antiinflammatorisch wirkenden Nahrungsergänzungsmitteln sowie die Steigerung der sportlichen Aktivität führen kaum zu einer Abnahme des Beschwerdebildes an den Extremitäten. Patientinnen in einem fortgeschrittenen Stadium sind zudem oftmals nicht in der Lage, sportliche Aktivitäten in einem angemessenen Umfang zu betreiben, da das Lipödem ermüdend wirkt und ein Schweregefühl in Armen und Beinen beschrieben wird.

Um das Lipödem dauerhaft und nachhaltig zu therapieren und den Patientinnen wieder zu einer hohen Lebensqualität zu verhelfen, ist die lymphbahnschonende Liposuktion das Mittel der Wahl [13, 14]. Unsere Erfahrungen zeigen, dass sich die Beschwerden in den abgesaugten Arealen deutlich verbessern oder komplett verschwinden. Die oben genannten Fat-Pads werden besonders gründlich abgesaugt, da hier die Beschwerden oftmals sehr ausgeprägt sind und die Stellen als stigmatisierend empfunden werden.

Zusammenfassung

Das Lipödem ist ein häufiges Krankheitsbild, das fast ausschließlich Frauen betrifft. Meistens geht dem Krankheitsbeginn eine hormonelle Umstellung voraus. Der Leidensdruck ist hoch und der Verlauf unbehandelt häufig mit einer Zunahme der Beschwerden verbunden. Die Krankheit wird oft spät oder gar nicht diagnostiziert, da die Zusammenschau der Befunde und eine ausführliche Anamnese ausschlaggebend sind und viele Ärzte nicht ausreichend sensibilisiert sind. Wir konnten bei einer hohen Anzahl an Patientinnen mit der bestätigten Diagnose eines Lipödems typische Prädispositionsstellen nachweisen, die für die Diagnosestellung beweisend sein könnten. Hierbei handelt es sich um Fat-Pads im Bereich des proximalen antero-medialen Unterschenkels und über dem Steiß. Durch eine Begutachtung

dieser beiden beschriebenen Stellen, die von uns als Hotspots bezeichnet werden, lässt sich die Diagnosestellung auch von fachfremden Kollegen deutlich verbessern, und Therapien können früher und zielgerichteter eingeleitet werden. Besonders schlanke Patientinnen, die an einem Lipödem leiden und üblicherweise nicht korrekt oder erst nach weit fortgeschrittenem Krankheitsverlauf diagnostiziert werden, können so zuverlässiger detektiert und der entsprechenden Therapie zugeführt werden. Konservative Therapiemaßnahmen können die Symptome nur vorübergehend lindern, weshalb die lymphbahnschonende Liposuktion in vielen Fällen medizinisch indiziert ist, vor allem bei fortgeschrittenen Befunden. Bei der Liposuktion sollten die beschriebenen Hotspots gründlich mitbehandelt werden, um Beschwerden dort zu lindern, Rezidiven vorzubeugen und eine Stigmatisierung zu vermeiden.

Diskussion

Trotz der internationalen Anerkennung des Lipödems als eine Krankheit, an der Millionen Frauen leiden, ist dieses leider noch heute häufig fehldiagnostiziert. Durch die klinische Untersuchung der pathognomonischen Areale durch den behandelnden Arzt lassen sich Patientinnen in frühen Erkrankungsstadien leichter diagnostizieren, und zielgerichtete Therapien können eher eingeleitet werden. Unsere Empfehlung ist, bei jeglichen hormonellen Veränderungen, extrinsisch wie intrinsisch, die Hotspots klinisch zu kontrollieren und bei gleichzeitigem Vorliegen weiterer anamnestischer und klinischer Hinweise die Patientinnen frühzeitig einer bzw. einem auf die Behandlung von Lipödemen spezialisierter Fachärztin bzw. spezialisierten Facharzt zuzuweisen.

Literatur

1. Buso G, Depairon M, Tomson D, Raffoul W, Vector R, Mazzolai L: Lipedema: A call to action! Obesity (Silver Spring) 2019;1567-76.
2. Kurtkoti R: Chronic Oedema: Paradigm shift in lipoedema. Br J Community Nurs 2020;25(Sup4):S5.

3. Wollina U: Lipedema: up-to-date of a long forgotten disease. Wien Med Wochenschr 2017;167(13-14):343-8.
4. Okhovat JP, Alavi A: Lipedema: A Review of the Literature. Int J Low Extrem Wounds 2015;14(3):262-7.
5. Depairon M, Tomson D, Lessert C, Mazzolai L: Lipedema, the Unknown. Praxis 2018;107(20):1071-6.
6. Wiedner M, Aghajanzadeh D, Richter DF: Lipödem – Grundlagen und aktuelle Thesen zum Pathomechanismus. Handchir Mikrochir Plast Chir 2018;50:380-385.
7. Kruppa P, Georgiou I, Biermann N, Prantl L, Klein-Weigel P, Ghods M: Lipödem – Pathogenese, Diagnostik und Behandlungsoptionen. Dtsch Arztebl 2020;117:396-403.
8. Torre YS, Wadea R, Rosas V, Herbst KL: Lipedema: friend and foe. Horm Mol Biol Clin Invest;2018:33(1).
9. Peparth K, MacDougall D: Liposuction for the Treatment of Lipedema: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019.
10. Meier-Vollrath I, Schneider W, Schmeller W: Lipödem: Verbesserte Lebensqualität durch Therapiekombination. Dtsch Arztebl 2005;102:A-1061-7.
11. Truchetet F, Bonhomme A: Recognising and treating lipedema. Ann Dermatol Venereol. 2015;142:523-529.
12. Forner-Cordero I, Szolnoky G, Forner-Cordero A, Kemény L: Lipedema: an overview of its clinical manifestations, diagnosis and treatment of the disproportional fatty deposition syndrome - systematic review. Clin Obes 2012;2 86-95.
13. Sandhofer M, Hanke CW, Habbema L: Prevention of Progression of Lipedema With Liposuction Using Tumescent Local Anesthesia: Results of an International Consensus Conference. Dermatol Surg 2020;46(2):220-8.
14. Bauer AT, von Lukowicz D, Lossag K, Aitzemueller M, Moog P, Cerny M, Erne H, Schmauss D, Duscher D, Machens HG: New Insights on Lipedema: The Enigmatic Disease of the Peripheral Fat. Plast Reconstr Surg 2019;144(6):1475-84.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sebastian Michel
Praxis Lipocura
Pfisterstraße 9
D-80331 München
sm@lipocura.de