

Lipödem 2014 – ein Update

Lebensqualität gravierend verbessert

Die Kölner Lipödemstudie von 2012 untersuchte die Erfolgsaussichten und Wirkungen des Verfahrens der „Lymphologischen Liposculptur“ beim Lipödem der Beine und Arme. Prof. hon. (Univ. Puebla) Dr. med. Manuel Cornely stellt seine Ergebnisse in DERMAforum nun erstmals vor.

Die Behandlung der Lipohyperplasia dolorosa änderte sich nach Einführung der operativen Möglichkeiten in der Lymphologie. Die Kölner Studie untersuchte umfangreich die Erfolgsaussichten und Wirkungen des Verfahrens der „Lymphologischen Liposculptur“. Die Diagnose „Lipohyperplasia dolorosa“ bedarf des obligaten Nachweises der

- ▶ symmetrischen Fettverteilungsstörung an den Extremitäten zu Ungunsten des Körperstammes bei asymptomatischen Händen und Füßen,
- ▶ der diätetischen und sportlichen Resistenz des Fettes auf Grund der genetischen bedingten Dysproportion,
- ▶ der Schmerzhaftigkeit und
- ▶ der erhöhten Gefäßfragilität.

Nur bei Lipo-Lymphödemem wird der Untersucher eine Dellbarkeit im Bereich der Füße respektive ein Kaposi-Stemmer positives Zeichen im Bereich der Zehen vorfinden. Die Hochvolumentransportinsuffizienz der „Lipohyperplasia dolorosa“ führt obligat zur Druckschmerzhaftigkeit des Fettgewebes. Die pathophysiologischen Zusammenhänge wurden im Ende des letzten Jahrhunderts exzellent von Marsch, Halle, Vesti, Zürich, Tiedjen, Essen, Brauer, Emmedingen, Seitz/Bender, Düsseldorf, Cornely, Düsseldorf, und Brenner, Innsbruck erarbeitet und führten zu richtungweisenden Überlegungen bzgl. der bis dahin nur durch komplexe Entstauungstherapie behandelten Erkrankungen.

Therapeutische Optionen

Zur Verfügung stehen zur Normalisierung des Imbalanceverhältnisses von Produktion und Abtransport der Lymphe sowohl konservative als auch operative Verfahren. Es gilt jedoch von den konservierenden, nämlich konservativen, zu den heilenden, nämlich operativen Verfahren zu gelangen.

Komplexe Entstauungstherapie führt bei lebenslanger konsequenter Anwendung von Lymphdrainage und Kompressionsbestraufung respektive Kompressionsbearbeitung bestenfalls zur passageren Druckschmerzreduktion ohne jedwede Nachhaltigkeit. Nach Einführung der Tumescenzanästhesie stand ein Instrumentarium zur Verfügung, mit dem 1997 die ersten vorsichtigen Versuche der Fettgewebentfernung bei Lipohyperplasia dolorosa in Düsseldorf begonnen wurden.

Lymphologische Liposculptur

Die Patientinnen der ersten Stunde wurden trotz eindeutigen klinischen Bildes präoperativ alle einer indirekten Lymphangiographie und dynamischer Funktionslymphszintigraphie an den Beinen und Armen unterzogen, um zum einen Klarheit über den Lymphfluss präoperativ zu haben, aber auch, um zum anderen darstellen zu können, dass die Fettgewebentfernung aus medizinischer Indikation, also die „Lymphologische

Liposculptur“ bei der Lipohyperplasia dolorosa, keine deletären Nebenwirkungen auf die Lymphgefäßsituation haben würde – hatten doch alle Kritiker unisono behauptet, dass durch diese Operation Lymphödeme produziert würden. Bis heute hält sich hartnäckig das Gerücht, dass durch diese Operation Lymphödeme am Patienten entstehen können.



Vermutlich leiden vier Millionen Frauen in Deutschland an einem Lipödem der Beine und der Arme.

würden. Die Untersuchungen wurden langjährig angelegt und erst 2004 abgeschlossen. Erneut unterzogen sich die operierten Patientinnen einer dynamischen Funktionslymphszintigraphie sowie einer indirekten Lymphangiographie. Es bestätigte sich der klinische Aspekt, dass bei keinem Patienten ein Lymphödem durch die Operation entstanden ist.

Konservativer Widerstand weicht nur langsam

Dennoch muss ich als Operateur der ersten Stunde festhalten, dass der Widerstand der konservativen Lymphologen nur langsam den medizinischen Fakten weicht und bis heute „die letzte Messe“ zum Thema Lymphödemenstehung und Heilung durch Operation noch nicht gelesen ist, obwohl in vielfältigen Untersuchungen auch andere Operateure die Effizienz der Methode belegten und aus klinischer Sicht unmissverständlich klar ist, dass die Verfahren der „Lymphologische Liposculptur“, wenn sie denn bei Lipohyperplasia dolorosa eingesetzt werden und das Fettgewebe der Extremitäten – und dies ist eine *conditio sine qua non* – vollständig entfernt wird, zur Heilung des Krankheitsbildes führt. Darüber hinaus verlangt der operative Eingriff zwingend ein postoperatives Management, um die excellenten Ergebnisse zu erlangen. „Lymphologische Liposculptur“ hat mit einer simplen Fettabsaugung nichts zu tun, sondern bedeutet die konsequente operative-konservative Behandlung einer lymphologischen Erkrankung. Die oben zitierten abschließenden

nuklearmedizinischen Arbeiten wurden von Bender 2004 in Wien auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie erstmals vorgetragen und publiziert. Im selben Jahr, also sieben Jahre nach ersten Schritten mit der Methode, gelangte eine klinische Studie aus der Praxis bei einer operierten Zahl von 140 Patientinnen im Rahmen der siebenjährigen Nachuntersuchung zu dem klaren Ergebnis, dass keiner der Patientinnen postoperativ ein Lymphödem erlitten hat und dass bis auf 2% der Operierten keine weitere komplexe Entstauungstherapie mehr nötig war.

Kölner Lipödemstudie 2012

2012, also 15 Jahre nach Einführung der „Lymphologischen Liposculptur“, war es nun Zeit, mit einer deutlich größeren Anzahl von Patientinnen die Untersuchung erneut durchzuführen und im Rahmen einer großen Übersicht die Ergebnisse darzustellen (siehe Grafik rechts unten). Über den gesamten Betrachtungszeitraum dieser „Kölner Lipödemstudie 2012“ waren 3.140 Patientinnen in der Praxis untersucht worden. Von diesen Patientinnen wurden 19% operiert. Die Operierten wurden gebeten, einen Fragebogen zu beantworten.

Die Fragen lauteten:

- ▶ Wie lange hatten Sie bereits Beschwerden, bis die richtige Diagnose gestellt wurde?
- ▶ Wie lange hatten Sie noch OP-bedingte Beschwerden?
- ▶ Haben Sie heute noch Beschwerden?
- ▶ Führen Sie noch komplexe Entstauungstherapie durch?
- ▶ Wie empfinden Sie das kosmetische Ergebnis?
- ▶ Wie beurteilen Sie die Lebensqualität?
- ▶ Würden Sie die Operation wieder durchführen lassen?
- ▶ Würden Sie die Operation weiter empfehlen?

Die Rücklaufquote betrug mit 299 Patientinnen 57% der insgesamt 592 operierten Patientinnen. Da alle Patientinnen sich unter anderem auf Grund des Volumens der Fettmengen mehreren Operationen unterziehen mussten, betrug die Gesamtzahl der Operationen seit 1997 bis zum Beginn der Studie im Mai 2012 bei der Indikation Lipohyperplasia dolorosa 1.654 Eingriffe. Aus den vorhandenen Akten ermittelten wir die regelhafte Häufigkeit des Stadiums II bei einem durchschnittlichen Alter von 23 bis 45 Jahren, wobei die jüngste Patientin 15 und die älteste 83 Jahre alt war.

Die Fettmengenentfernung variierten zwischen 1.500 ml und 8.000 ml pro Operation, im aufwendigsten Fall wurden 26,5 Liter Fettgewebe in mehreren Schritten entfernt. Schon der Hinweis auf diese Größenordnungen stellt dar, dass die Indikationen zur dieser Operation keineswegs kosmetischer Natur sein kann. Die präoperative Vorbereitung wird seit nahezu einem Jahrzehnt nicht nur vom Operateur, sondern auch von einer Anästhesistin vorgenommen. Der Eingriff selbst erfolgt immer im

Team mit der Narkoseärztin in Tumescenzlokalanästhesie sowie einer begleitenden Analgosedierung. Die Schnitt-Naht-Zeit beträgt in aller Regel bis zu 320 Minuten.

Das postoperative Setting beinhaltet eine intensive einwöchige ambulante Nachbehandlung am Wohnort und wird begleitet von einer einwöchigen Antibiose sowie Heparinisierung zur Vermeidung von Nebenwirkungen. Es traten Pannikulitiden, Hämatome, Muskelkater, Wundinfektionen, Erysipele, Fettembolie, Thrombose und Lungenembolie in unter 0,2% auf. Trotz dieser geringen Nebenwirkungsquote handelt es sich auf Grund der großen Mengen des zu operierenden Gewebes um eine gut ambulante durchzuführende, aber sorgfältig zu planende Operation. Bei 3% der operierten Patientinnen ergab sich, dass sie im Beobachtungszeitraum gelegentlich noch Lymphdrainage durchführten, zwei dieser insgesamt neun Patientinnen behandelten ihre Extremitäten darüber hinaus noch mit Kompressionsbestraufungen.

Hohe Empfehlungsquote nach OP

Während die Zufriedenheit mit dem kosmetischen Ergebnis auch unter Berücksichtigung der Operationen bei Lipohyperplasia dolorosa Stadium 3 mit 89% angegeben wurde, gaben 95% der Patientinnen an, dass sich ihre Lebensqualität gravierend verbessert habe, die Empfehlungsquote für die Operation erreichte denselben Wert. Da 97% der Patientinnen keinerlei weitere komplexe Entstauungstherapie mehr durchführen, erlaubt sich der Autor auch weiterhin, von „Heilung“ der Lipohyperplasia dolorosa durch die lymphologische Liposculptur zu sprechen. Erfreulich ist ebenfalls, dass von Herrn Kollegen Schmelzer in Lübeck sowie von Herrn Kollegen Rappich in Darmstadt nahezu ähnlich gute



Übersicht: die Ergebnisse nach 15 Jahren

Ergebnisse bei der operativen Behandlung des Lipödems berichtet werden. Beide Kollegen publizierten 2007 ihre Ergebnisse, Prof. Schmelzer über 114 Patienten, Dr. Rappich über 27 Fälle. Es bleibt zu hoffen, daß sich die Methode in Zukunft unter operierenden Lymphologen durchsetzt. Erfreulich ist ja, dass niedergelassene Kollegen sowohl die konservative als auch die operative Therapie anbieten können. Jeder Arzt weiß um die Notwendigkeit, dass mit Diagnosestellung auch alle relevanten Therapien vorgeschlagen werden müssen, damit die Patientin wählen kann. Für die Therapie des Lipödems der Arme und Beine gilt spätestens ab dem Jahr 2012, dass ausschließlich nur konservative Therapie zu empfehlen nicht der ärztlichen Verpflich-



Prof. hon. (Univ. Puebla) Dr. med. Manuel Cornely

„Lymphologische Liposculptur“ hat mit einer simplen Fettabsaugung nichts zu tun, sondern bedeutet die konsequente operative-konservative Behandlung einer lymphologischen Erkrankung.“

tung der Aufklärung zu allen Methoden entspricht.

Es ist jedoch nicht sinnvoll, die lymphologische Erkrankung „Lipohyperplasia dolorosa“ ausschließlich nur lymphochirurgisch kurieren zu wollen. Im Düsseldorfer Zentrum werden bis zu 80% der Patientinnen primär konservativ erfolgreich therapiert. Eine lymphologische Praxis sollte beide Verfahren, ggf. in Kooperationen, anbieten können.

Fazit für die Praxis

Die operative Behandlung lymphologisch erkrankter Patientinnen ist eine spezielle. Sie sollte keinesfalls mit plastisch-chirurgischen, kosmetischen Eingriffen verwechselt werden. Sowohl die präoperative, aber vor allen Dingen die postoperative Betreuung der Patientinnen erfordert lymphologische Vorgehensweisen der konservativen Art. Patientinnen mit Lipohyperplasia dolorosa sollten

an Beinen und Armen sorgfältig untersucht werden, ihnen sollte sowohl die konservative als auch die operative Therapie angeboten werden können. Die Abheilungsquoten nach operativen Verfahren sind in der bisher größten Untersuchung zum Thema mit 97% beschrieben worden. Dies lässt hoffen, dass bei Anwendung derselben Verfahrensweisen bei weiteren lymphologischen Krankheitsbildern, nämlich beim sekundären Lymphödem an Beinen oder Armen, in der Regel nach onkologischen Eingriffen, ebenfalls neue Wege der Behandlung beschritten werden können, so wie dies seit 1997 bei der Lipohyperplasia dolorosa durch die Einführung der Methode der Lymphologischen Liposculptur möglich wurde. ◆