Patienteninformation

Lymphödem, Lipolymphödem, Lipödem

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Was ist ein Lymphödem?

Das Lymphödem ist ein eigenständiges, chronisches, zur Progression neigendes Krankheitsbild, bedingt durch eine Transportstörung des Lymphgefäßsystems. Die Belastung des Gewebes mit lymphpflichtigen Lasten, wie Wasser, Eiweiß etc. führt zu chronisch-fortschreitenden Entzündungen mit Anregung der Binde- und Fettgewebe bildenden Zellen (Fibroblasten, Adipoblasten). Als Langzeitschaden entwickelt sich eine zunehmende bindegewebige Durchbauung des Unterhautgewebes mit begleitender Verdickung der Haut.

Das Lymphödem kann primär oder sekundär entstehen:

Beim primären Lymphödem besteht eine angeborene Fehlentwicklung des Lymphgefäßsystems. In seltenen Fällen sind bereits bei der Geburt Symptome des Lymphödems sichtbar. Meist treten die ersten Veränderungen vor dem 35. Lebensjahr (Lymphoedema praecox) auf. Seltener manifestiert sich das Krankheitsbild erst im späteren Lebensalter (Lymphoedema tardum). Primäre Lymphödeme sind meist einseitig lokalisiert. Bei Doppelseitigkeit besteht in der Regel eine Asymmetrie.

Sekundäre Lymphödeme entstehen durch Schädigungen des Lymphgefäßsystem durch Traumen (z.B. nach Operationen, Unfallfolgen, Verbrennungen), Entzündungen (z.B. Erysipel, parasitär, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises) oder bösartigen Erkrankungen. Die häufigste Ursache eines sekundären benignen Lymphödems in den westlichen Ländern sind therapeutische Eingriffe (z.B. nach Lymphknotenentnahme in der Achselhöhle nach Brustkrebs) infolge einer Krebserkrankung. Bei einem malignen Lymphödem erfolgt die Behinderung des Lymphabflusses durch die Vermehrung der bösartigen Zellen.
Das klinische Bild des Lymphödems verändert sich mit der Bestehensdauer. Die ersten Symptome sind in der Regel eine weiche Schwellung des Beines/ Armes, die die Zehen bzw. Finger mit einbeziehen. Nach Druck auf das Gewebe bleiben Dellen zurück. Die Schwellung ist nach Hochlagerung des Beines/ Armes rückläufig. Im weiteren Verlauf kommt es zu einer zunehmenden Verfestigung des Gewebes mit einer narbig-bindegewebigen Durchbauung. Im Spätstadium können monströse, teils brettharte Schwellungen auftreten. Das Bein/ der Arm ist zunehmend entstellt. Es treten Hautveränderungen mit Verfärbungen, wärzchenartigen gutartigen Hauttumoren und zunehmende Hautschuppung und Verhornung auf.

Was ist ein Lipödem?

Bei einem Lipödem handelt es sich um eine Fettverteilungsstörung, meist einhergehend mit orthostatischen Ödemen, besonders an den Ober- und Unterschenkeln mit Schwellungen in der zweiten Tageshälfte und Schmerzen unklarer Ursache. Charakteristischerweise betrifft die Schwellung symmetrisch beide Beine (seltener die Arme) und endet in Knöchelhöhe. Im Gegensatz zum Lymphödem greift die Schwellung beim
Lipödem nicht auf den Fußrücken und die Zehen über. Die ersten Anzeichen treten vorzugsweise am Ende der Pubertät auf. Die Krankheit kann jedoch in jedem Lebensalter ihren Anfang nehmen. Bei den Betroffenen besteht meist eine gewisse familiäre Belastung. Die genaue Ursache des Lipödems ist jedoch letztlich unklar. Das Lipödem findet sich beinahe nur bei Frauen, weshalb hier vermutlich eine entsprechende hormonelle Ursache bei familiärer Belastung eine Rolle spielt. Bei den wenigen Männern mit einem Lipödem besteht oft begleitend eine Leberschädigung. Es liegt also auch hier die Vermutung nahe, dass auch hier die Östrogene (weibliche Hormone) die Fettverteilungsstörung bei Männern bewirken. Das beim Lipödem auftretende Fettgewebe ist nicht etwas Reservefett wie es beim Übergewicht auftritt.

Vielmehr sind die Fettzellen an den betroffenen Stellen vergrößert und Vergleich zu normalen Fettzellen verformt. Häufig kommt es in der Folge zu einer mechanischen Behinderung des Lymphabflusses aus den Lymphkapillaren und kleinen Sammelgefäßen zwischen den Bindegewebssepten. Dadurch entsteht eine Wasseransammlung (Ödem) im Unterhautfettgewebe. Die großen Lymphgefäße sind von dieser Abflussstörung meist anfänglich nicht betroffen, im weiteren Verlauf kann es jedoch zu einem Übergang in ein Lymphödem kommen. Man spricht dann meist von einem Lipolymphödem. Das klinische Bild beim Lipödem verändert sich ebenfalls mit der Bestehensdauer. In den ersten Jahren finden sich treten symmetrische Fettpolster an den Beinen auf. Typische Lokalisationen sind Reiterhosen, Oberschenkelwülste sowie Fettkörper im Bereich der Knieinnenseite. In späteren Jahren kann das Fett bis zu den Knöcheln vorwachsen und eine säulenartige Veränderung der Beine hervorrufen. Die Knöchelkontur ist dabei in der Regel verstrichen, der Fuß bleibt charakteristischerweise ausgespart. Die meisten Patienten beklagen: Fettgewebsvermehrung, Druckschmerzhaftigkeit des Gewebes sowie eine Neigung zu „blauen Flecken“ bei geringen Traumata. Auf Druck bleiben beim Lipödem im Gegensatz zum Lymphödem meist keine „Dellen“ in der Haut zurück.

Wie lassen sich Lip- und Lymphödem unterscheiden?

Tabelle 1: Unterscheidungsmerkmale von Lip- und Lymphödem

	Lymphödem	Lipödem
Lokalisation	Vorfuß auch betroffen	Fuß immer frei
Hautkonsistenz	glatt und prall	weich, wellig, knotig
Tastbefund	weiche dellenhinterlassende Schwellung	sulzig
Orangenhaut	nicht vorhanden	meist vorhanden
Hautfaltendicke	Faltendicke > 2 cm	Normal
Schmerzen	Normal	spontan u. Druckschmerz

Wie lässt sich die Diagnose sichern?
Besteht nach einer eingehenden klinischen Untersuchung der Verdacht auf das Vorliegen eines Lymphödems und/ oder Lipödems, kann neben einer Ultraschalluntersuchung eine radiologische Diagnostik erfolgen, um eindeutig festlegen zu können, um welche Art des Beinödems es sich handelt. Eine indirekte Lymphographie in Xeroradiographietechnik ermöglicht die Beurteilung der Morphologie der Lymphkollektoren und Präkollektoren. Die quantitative Isotopenlymphographie dient zur Beurteilung des lokalen und globalen Lymphabtransportes des Beins, in der Regel wird sie im Seitenvergleich an beiden Beinen durchgeführt.

Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?
Die Therapie des Lip- und Lymphödems besteht aus 4 wesentlichen Säulen. Dazu gehören:
1. Bewegung und Gewichtsoptimierung
2. Hautpflege
3. Kompressionstherapie
4. Manuelle Lymphdrainage
5. ggf. auch apparative intermittierende Kompressionstherapie

Diese Therapiesäulen sollten während der gesamten Dauer der Therapie, ggf. auch lebenslang, bedarfsorientiert angewendet werden. Die Intensität und Frequenz muss dabei immer wieder an den aktuellen klinischen Zustand angepasst werden. Man unterscheidet eine Entstauungstherapie und eine Erhaltungstherapie.

	Entstauungstherapie	Erhaltungstherapie
Manuelle Lymphdrainage	5-7x/Woche	1-2x/Woche
Apparative intermittierende Kompression	Täglich (soweit vorhanden)	Nach Bedarf
Kompressionstherapie	Lymphologische Kompressionsbandagierung über 24h	Med. Kompressionsversorgung mit erhöhter Festigkeit oder Flachstrick nach Maß
Hautpflege	Täglich	Täglich
Bewegungstherapie	Täglich in der Kompression	Täglich

Hat bisher keine Behandlung stattgefunden, ist eine kombinierte physikalische Entstauungstherapie (KPE) angezeigt. Sie kann ambulant oder stationär erfolgen. Die Erhaltungsphase wird ambulant durchgeführt. Bei einem Lipödem kann neben einer konservativen Therapie mittels komplexer Entstauungstherapie eine chirurgische Therapie mittels Liposuktion in moderner, die Lymphgefäße schonender Technik, erwogen werden. Die Kosten für diesen Eingriff werden bisher nicht regelhaft von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Die Indikation zu diesem Eingriff sollte individuell gestellt werden und ist wesentlich von den bisher erfolgten konservativen Maßnahmen und den weiteren Begleiterkrankungen des Betroffenen abhängig.

Was ist bei der Verordnung der manuellen Lymphdrainage zu beachten?
Bei einem gesicherten Lymphödem/ Lipolymphödem kann zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen entsprechend den Heilmittel-Richtlinien (Juli 2004) bei Lymphabflussstörungen mit prognostisch länger dauerndem Behandlungsbedarf (Indikationsschlüssel LY2a/ Ly3a bei bösartigen Erkrankungen) eine manuelle Lymphdrainage als MLD-45 (Großbehandlung) bzw. als MLD-60 (Ganzbehandlung) (einschließlich Kompressionsbandagierung) verordnet werden. Dabei dürfen sowohl die Erstverordnung als auch die Folgeverordnungen maximal 6 Behandlungen umfassen. Die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls liegt bei bis zu 30 Einheiten (Ly2a) bzw. 50 Einheiten (Ly3a).

Eine Behandlung außerhalb Regelfalls ist nur ausnahmsweise bei entsprechender Indikation und auf ausdrückliche Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse möglich. Liegt eine derartige Genehmigung nicht vor, ist bei gegebener Indikation wie einem Rezidiv oder einer erneuter Erkrankungsphase eine Verordnung als erneuter Regelfall erst wieder nach einem behandlungsfreien Intervall von 12 Wochen möglich.
Die Frequenzempfehlung der manuellen Lymphdrainage liegt bei mindestens 1 x wöchentlich, in der Anfangsphase oft wesentlich häufiger. Gegebenenfalls erforderliche Kompressionsbinden sind gesondert als Verbandmittel zu verordnen, sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind. Eine manuelle Lymphdrainage ohne anschließende Kompressionstherapie durch Kompressionsverbände oder Kompressionsstrümpfe ist nicht sinnvoll und kann aus medizinischer Sicht nicht unterstützt werden.

Wie kann ich ein Heimgerät zur apparativen intermittierenden Kompression bekommen?
Ist die manuelle Lymphdrainage nicht ausreichend und besteht kein Abflusshindernis im Bauchraum oder Leistenraum (z.B. nach einer bösartigen Vorerkrankung), kann die Ergänzung der Therapie durch eine apparative intermittierende Kompression erforderlich sein. Diese erfolgt zunächst einige Male unter ärztlicher Aufsicht in der Ambulanz. Sollte sich zeigen, dass die Therapie gut vertragen wird und ein Therapieerfolg nur durch eine langfristige apparative intermittierende Kompression zu sichern ist, kann gegebenenfalls ein Gerät zur Heimbehandlung bei der Krankenkasse beantragt werden.

Wann ist eine Einweisung in eine lymphologische Klinik ratsam?

Ein stationärer Aufenthalt in einer lymphologischen Fachklinik kann ratsam sein zur Einleitung einer komplizierten Entstauungstherapie (z.B. bei kardialer Begleiterkrankung) oder bei Komplikationen wie Wundrosen (Erysipel) oder chronischen Wunden (Ulcus cruris). In diesen Fällen kann eine Aufnahme in eine Akutklinik durch Einweisung des behandelnden Arztes erfolgen.
Ein Klinikaufenthalt im Rahmen einer lymphologischen Rehabilitation ist nur bei schweren Fällen mit entsprechender ambulanter Vortherapie möglich. Dieser Aufenthalt muss mit einem speziellen Antragsformular bei der Krankenversicherung oder Rentenversicherung (je nach Zuständigkeit) beantragt werden.

Welchen Einfluss hat Übergewicht auf den Verlauf der Erkrankung?
Auch im Rahmen des Lipödems und Lymphödems zu einer lokalen Vermehrung von Fettgewebe kommen. Zusätzliches Übergewicht führt jedoch zu einem massiven Fortschreiten der Grundkrankheit. Außerdem wird durch erhebliches Übergewicht die Bewegung als wesentliche Säule der Therapie zunehmend schwieriger. Es ist daher essentiell, dass Patienten mit einem Lip- und/ oder Lymphödem versuchen, alleine oder mit Hilfe ärztlicher Unterstützung und Beratung ihre Ernährung umzustellen und versuchen, Ihr Gewicht zu optimieren. Hier ist letztlich nur eine langfristige Ernährungsumstellung sinnvoll und aussichtsreich. Kurzfristige Diäten oder Fastenkuren helfen dabei nicht.

Sie haben noch weitere Fragen? Das Praxisteam beantwortet sie Ihnen gern.