

Liposuktion beim Lipödem – Differenzierte Indikationsstellung

A. Baumgartner
Hanse-Klinik GmbH, Lübeck

Die **Liposuktion** gehört weltweit zu den häufigsten Eingriffen in der plastischen Chirurgie. Sie wird mittels vieler verschiedener Methoden angewandt und kann in Form der Radiofrequenz-, der Ultraschall-, der Wasserstrahl- sowie der Vibrationsliposuktion durchgeführt werden. Die in den 1980er Jahren entwickelte Tumescenzlokalanästhesie hat sehr zur Verbreitung der Methode beigetragen.

Zunächst aus primär ästhetischen Gründen zur Reduktion kosmetisch störender Vermehrungen des Unterhautfettgewebes eingesetzt, wird das inzwischen etablierte und sichere Verfahren im letzten Jahrzehnt vermehrt auch bei medizinischen

Indikationen verwendet. Dazu zählt in erster Linie das Lipödem, da sich die Wasserstrahl- bzw. vibrationsassistierte Liposuktion in Tumescenzlokalanästhesie als risikoarmes und schonendes Verfahren für das Gewebe und die Lymphgefäße erwiesen hat. Insbesondere für Lipödempatientinnen ist dies von größter Wichtigkeit, da so das Auftreten von postoperativen sekundären Lymphödemen deutlich minimiert werden konnte.

Das **Lipödem** ist eine Erkrankung, die fast ausschließlich Frauen betrifft und ist charakterisiert durch eine umschriebene symmetrische Unterhautfettgewebsvermehrung an den Extremitäten. Diese

führt zu einer Disproportion zwischen schlankem Ober- und voluminösem Unterkörper. Damit einher geht immer eine symmetrische Beschwerdesymptomatik im Sinne einer Berührungsempfindlichkeit sowie Spannungs- und Druckschmerzen (1). Ein orthostatisches Ödem kann, muss aber nicht vorliegen. Eine Evidenz für das Auftreten eines Ödems gibt es dabei nicht.

Differenzialdiagnostisch ist vom Lipödem – neben der schmerzlosen Lipohypertrophie – die **Adipositas** abzugrenzen, bei der eine rumpfbetonte Fettgewebsvermehrung subkutan und intraabdominell besteht. Der Unterschied besteht darin, dass bei der Adipositas im Gegensatz zum Lipödem keine Schmerzen und normalerweise auch keine Ödeme auftreten. Bei ausgeprägteren Formen der Adipositas kann jedoch ein adipositasassoziiertes Lymphödem vorliegen. Es gibt viele Mischformen; Übergänge und Kombinationen zwischen Lipödem, Lipohypertrophie und Adipositas sind häufig. So sind über 70 % der Lipödempatientinnen ebenfalls übergewichtig bzw. adipös. Die Adipositas und das Lipödem scheinen sich gegenseitig zu beeinflussen.

Bei beiden Krankheitsbildern kann eine **konservative** und eine **operative Therapie** unterschieden werden. Stellen bei der Adipositas z. B. Ernährungsumstellungen, Bewegung, psychologische Betreuung bis hin zur bariatrischen Chirurgie wichtige Pfeiler der Behandlung dar (2), so sind es beim Lipödem die Kompressionsbehandlung, die Bewegung, die Gewichtsstabilisierung und die Liposuktion. Mit der konservativen Therapie beim Lipödem kann ein Teilaspekt der Beschwerdesymptomatik behandelt werden (3).

Die seit 2005 in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (seit 2023 Deutsche Gesellschaft für

Phlebologie und Lymphologie) aufgeführte **Liposuktion** beim Lipödem ist mittlerweile zu einer **unverzichtbaren Therapiemaßnahme** geworden. Denn nur dadurch lässt sich im Gegensatz zur konservativen Therapie eine dauerhafte Reduktion der Unterhautfettgewebsvermehrungen an den betroffenen Extremitäten erreichen. Neben der Reduktion der krankhaften Umfangsvermehrungen und der daraus resultierenden Normalisierung der Körperproportionen sowie dem Zugewinn an Mobilität wird die lipödemtypische Beschwerdesymptomatik, wie Berührungsempfindlichkeit sowie Spannungs- und Druckschmerzen, signifikant verbessert (4-6). Durch den Zugewinn an Mobilität kann eine gleichzeitig bestehende rumpfbetonte Adipositas ebenfalls verringert werden. Die Patientinnen sind wieder motiviert, durch Sport und Ernährungsumstellungen das Körpergewicht zu reduzieren (Abb. 1). Die ggf. postoperativ weiterhin notwendige konservative Therapie beim Lipödem z. B. in Form der Kompressionsbehandlung kann somit

reduziert werden, was wiederum zu einer Erhöhung der Lebensqualität beiträgt.

Mit einer aufeinander abgestimmten **Kombination konservativer und operativer Maßnahmen** kann eine ausgeprägte Befund- und Beschwerdebesserung mit einem hohen **Gewinn an Lebensqualität** sowohl beim Lipödem (7) als auch bei der Adipositas erreicht werden.

Literatur

1. Kruppa P et al. Lipödem – Pathogenese, Diagnostik und Behandlungsoptionen. Dtsch Arztebl Int 2020;117:396-403.
2. Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas, Stand 2014. AWMF Reg. Nr. 050-001.
3. Deutschen Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie e.V. S2k-Leitlinie Lipödem, Stand 2024. AWMF Reg. Nr. 037/012.
4. Ghods M et al. Operative Behandlung des Lipödems. Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie 2018;50:400-411.
5. Baumgartner A, Hüppe M, Schmeller W. Long-term benefit of liposuction in patients with lipoedema: a follow-up study after an

average of 4 and 8 years. British Journal of Dermatology 2016;174:1061-1067.

6. Wollina U, Heinig B. Treatment of lipoedema by low-volume micro-cannular liposuction in tumescent anesthesia: Results in 111 patients. Dermatol Ther 2019;32(2):e12820. doi: 10.1111/dth.12820.
7. Frambach Y, Baumgartner A, Schmeller W. Lipödem und Lebensqualität. Vasomed 2015;27:248-249.

Korrespondenzadresse

Dr. med.
Axel Baumgartner
Hanse-Klinik GmbH
St.-Jürgen-Ring 66
23564 Lübeck
ab@hanse-klinik.com
www.hanse-klinik.de



Abb. 1: a) Präoperativ, 137 kg Körpergewicht; b) postoperativ, fünf Eingriffe mit insgesamt 26,7 l Fettgewebsaspirat, 98 kg Körpergewicht.