

## Lipödem

Wilfried Schmeller, Ilka Meier-Vollrath, Hanse-Klinik, Lübeck

### Einleitung

Das 1940 von Allen und Hines erstmals beschriebene Krankheitsbild des Lipödems (1) ist vielen Ärzten, Physiotherapeuten sowie selbst Betroffenen nicht bekannt; es wird daher immer noch zu selten beziehungsweise zu spät diagnostiziert (5, 9).

### Definition

Das Lipödem ist eine Krankheit unbekannter Ursache mit chronisch progredienter symmetrischer Unterhautfettvermehrung und orthostatischer Ödembildung; betroffen sind lediglich Frauen. Die umschriebene Volumenvermehrung überwiegend der Beine, manchmal mit zusätzlichem Befall der Arme, führt zu einer Disproportion zwischen schlankem Rumpf und auffallend voluminösen Extremitäten. Als Folge der überwiegend in den Beinen entstehenden Ödeme entwickelt sich ein Spannungsgedühl mit Berührungsempfindlichkeit und Druckschmerzen. Die Schmerzhaftigkeit ist auch in der Vielzahl an Synonymen aufgeführt (Tab. 1). Typisch ist ferner eine auffallende Neigung zu Hämatomen.

Lipalgie
Adiposalgie
Adipositas dolorosa
Lipomatosis dolorosa der Beine
Lipohyperplasia dolorosa
schmerzhafte Säulenbein
schmerzhafte Lipödemsyndrom

Tab. 1: Synonyme für das Lipödem.

### Epidemiologie

Bevölkerungsbezogene epidemiologische Untersuchungen existieren bisher nicht. Bei Untersuchungen in lymphologischen Fachkliniken fanden sich Lipödeme bei circa 10–15 % der stationären Patienten.

### Pathogenese

Da die Erkrankung ausschließlich das weibliche Geschlecht betrifft und erst nach der Pubertät auftritt, ist eine hormonelle Ursache wahrscheinlich. Dafür sprechen

auch Befundverschlimmerungen nach Schwangerschaften und zur Zeit der Menopause.

Neben hormonellen Einflüssen ist eine genetische Disposition entscheidend; vermutet wird eine autosomal dominante Vererbung mit Beschränkung auf das weibliche Geschlecht (4). Zwischen 15 und 64 % der Patientinnen geben an, dass weitere Mitglieder ihrer Familie betroffen sind.

### Pathophysiologie

Entscheidend bei der Ausbildung des Krankheitsbildes sind mehrere Faktoren. Eine Hyperplasie der Fettzellen bedingt die umschriebene Volumenzunahme der Unterhaut, welche typischerweise von der Taille oder von den Oberschenkeln abwärts ausgeprägt ist. Dieses subkutan gelegene Fettvolumen an den Extremitäten ist – im Gegensatz zu der Fettvermehrung am Stamm bei Adipositas – nicht „abhungerungsfähig“. Zwar sind durch verminderte Kalorienzufuhr (Diäten) beziehungsweise vermehrten Kalorienverbrauch (Sport) geringe Umfangsvermindernungen im Beinbereich möglich, die krankheitstypische Disproportion lässt sich damit aber nicht beseitigen.

Ein Teil der Patientinnen weist aber neben dem Lipödem zusätzlich eine Adipositas auf. Die Zahl der Adipösen ist bei Lipödempatientinnen deutlich größer als in der Normalbevölkerung (4, 14). Es ist jedoch unklar, ob dies Ausdruck der Erkrankung selbst oder Folge eines veränderten Essverhaltens ist.

Entscheidend ist ferner eine erhöhte Kapillarpermeabilität. Diese führt zu einer vermehrten Flüssigkeits- und Eiweißansammlung im Interstitium und verursacht die sich primär in der unteren Körperhälfte manifestierenden orthostatischen Ödeme. Deren Ausmaß – und nicht die absolute Fettmenge – ist für die Druck- und Berührungsempfindlichkeit des Gewebes entscheidend. Die auffallende Hämatomneigung ist Folge einer sogenannten verstärkten Kapillarfragilität, deren Ursache ebenfalls unklar ist.

Früher wurde vermutet, dass der zunehmende fett- beziehungsweise ödembedingte Gewebedruck eine mechanische Abflussbehinderung im Bereich der Lymphgefäße verursacht. Lymphszintigraphisch zeigte sich jedoch in frühen Stadien des Lipödems eine unbeeinträchtigte Funktion des Lymphsystems mit sogar erhöhtem Abtransport des vermehrten Flüssigkeitsvolumens. Bei den initial auftretenden passageren abendlichen Ödemen