

Stellungnahme der Autoren

Wir freuen uns sehr über den ausführlichen Leserbrief des Kollegen, gibt er uns doch Gelegenheit, manche der bestehenden Unschärfen beim Krankheitsbild Lipödem zu präzisieren. Wir halten uns in dieser Replik an die Struktur des Leserbriefes und diskutieren hierbei nur die aus unserer Sicht wichtigsten der zahlreich aufgetretenen Divergenzen. Die kritischen Zitate des Leserbriefes werden wir hierbei in „Kursivdruck“ unserem Kommentar voranstellen.

Teil 1a: Morphologie, Gewicht und Progredienz

„Die Morphologie bei (morbider) Adipositas und auch die gewichtsbedingte Beschwerde-

symptomatik im ambulanten Bereich unterscheiden sich möglicherweise von derjenigen der Patientinnen, die überwiegend die Klientel der Lymphkliniken bilden.“ „Demgegenüber waren bei einer früheren Auswertung eigener Daten 26 Prozent der Operierten normalgewichtig, 28 Prozent übergewichtig und 46 Prozent adipös; insgesamt wiesen nur 11 Prozent eine morbide Adipositas auf (Lymph-Forsch 2010)“.

Diese im Leserbrief wiedergegebenen Zahlen weisen u. E. eher auf die wenig repräsentative Adipositas-Prävalenz von Lipödempatientinnen hin, die eine Liposuktionsklinik aufsuchen.

Die Adipositas-Prävalenz unserer 2015 – ambulant – gesehenen Patientinnen mit Lipödem lag wie richtig vermerkt bei 88%. Nahezu identische Zahlen hat die Londoner Ar-

beitsgruppe um Kristiana Gordon publiziert (1). Ähnliche Zahlen gibt es auch aus den Niederlanden (2).

Hier wie an mehreren anderen Stellen des Leserbriefes wird die Sichtweise der Artikelautoren damit erklärt, dass das stationäre Patientengut different ist von der Patientenpopulation ambulant tätiger Kollegen. Es wird suggeriert, dass wir aufgrund dieser vorselektierten Patientenpopulation zu unseren – falschen – Schlussfolgerungen gekommen sind.

Tatsächlich ist die Földiklinik (Europäisches Zentrum für Lymphologie) nicht nur die größte lymphologische Fachklinik weltweit; innerhalb der Klinik betreiben drei Fachärzte für Innere Medizin auch eine kassenärztliche sowie privatärztliche lymphologische Ambulanz. Einer dieser Internisten (Bertsch) ist auch der ärztliche Teil des Autorenteames der

Artikelserie zu den Mythen und Fakten des Lipödems. In unserer lymphologischen Ambulanz sehen wir ca. 4000 Patienten jedes Jahr; knapp 65% unserer Ambulanzpatienten kommen mit der Diagnose Lipödem.

Hinsichtlich der Zuweisung erfolgt diese häufig von Seiten eines Phlebologen, seltener auch Angiologen. Die Mehrheit unserer Patienten kommt über den Hausarzt sowie aus Eigeninitiative (bitten ihren Hausarzt daher um eine Überweisung zu uns). Das Einzugsgebiet ist deutschlandweit und umfasst auch Patientinnen aus den neuen Bundesländern. Das Alter der uns vorgestellten Frauen liegt zwischen 15 und 75 Jahren.

Ein relevantes Bias sehen wir daher nicht; dies betrifft auch die stationären Patienten, die sich hinsichtlich Krankheitsausprägung, Gewicht und Alter in keiner Weise von unserem ambulanten Patientengut unterscheiden.

Im Leserbrief wird weiter ausgeführt: *„Aber: natürlich ist das Lipödem progredient. Jede Patientin im Stadium III war vorher im Stadium II, jede im Stadium II hatte vorher ein Stadium I, anders geht es gar nicht. Am besten erkennt man die Progredienz beim Sichten von Fotos der letzten Jahre, soweit vorhanden“.*

Diese Stadieneinteilung halten wir selbst für völlig irrelevant. In der Földiklinik, Fachklinik für Lymphologie, klassifizieren wir Patientinnen mit Lipödem grundsätzlich nicht. So sehen wir Patientinnen mit deutlich disproportionaler Fettgewebsvermehrung der Beine und nur milder Beschwerdesymptomatik, gleichzeitig aber auch Patientinnen mit sehr milder Disproportionalität und ausgeprägten Schmerzen. Was also möglicherweise klassifiziert werden kann, ist die Lipohypertrophie, die lokale Fettgewebsvermehrung, nicht aber das Lipödem.

Hinsichtlich der im Leserbrief postulierten Progredienz drängt sich doch die – im Leserbrief leider nicht beantwortete – Frage auf: WARUM kommt die Patientin von einem Stadium I (der Lipohypertrophie) in ein Stadium II und schließlich in ein Stadium III? Hier sehen wir lediglich zwei Möglichkeiten:

Bestand bei dieser Patientin tatsächlich:

a) Weitgehende Gewichtsstabilität bzw. nur wenige Kilo Gewichtsanstieg, der lediglich der subkutanen Fettgewebsvermehrung der Beine entspricht? Dann wäre das Lipödem vielleicht doch progredient. Dies wider-

spricht aber sicher der überwiegenden Erfahrung eines jeden Lipödem-Behandlers.

b) Signifikante Gewichtszunahme? Dann wäre allerdings eher die Gewichtszunahme (bzw. in den meisten Fällen die Adipositas) progredient. Es sei denn, man glaubt, die für das Lipödem beschriebene „lokale Unterhautfettvermehrung“ im Bereich der Beine (manchmal auch der Arme) könne für Gewichtszunahmen von 20, 40 oder 60 kg verantwortlich sein. Für diese Sichtweise fehlt allerdings jedes sinnvolle pathophysiologische Konstrukt.

Hinsichtlich der genannten Fotos: Hier kursieren drei Fotos im Netz, die seit Jahren immer wieder als „Beweis“ für die Progredienz – auch auf Vorträgen von Experten oder auf Handys von Patienten – herhalten müssen. Drei Fotos reichen u. E. nicht aus, um die Progredienz eines ganzen Krankheitsbilds zu konstatieren.

„In allen Publikationen wird betont, dass die zunehmende Disproportion nicht ernährungstechnisch bedingt und daher auch nicht ernährungstechnisch beeinflussbar ist. Dies zeigt sich auch daran, dass viele der zu uns kommenden konservativ behandelten Patientinnen trotz ausgeprägter Gewichtsabnahme (oft zwischen 10 und 20 kg) angeben, dass die Disproportion nicht verschwindet“.

Es ist richtig, dass die Disproportion nicht ernährungstechnisch bedingt ist, dies wurde auch nie von uns in Abrede gestellt. Allerdings stellt die Disproportion alleine erst einmal keinen Krankheitszustand dar. Nicht richtig ist die Feststellung, dass diese Disproportion durch Gewichtsabnahme nicht beeinflussbar ist. Nur weil dieses Statement *„in allen Publikationen“* (viele davon übrigens von Liposuktion durchführenden Ärzten) betont wird, entsteht daraus noch keine wissenschaftliche Evidenz. Tatsächlich widerspricht dieses Statement in hohem Maße unserer klinischen Erfahrung: Zwar bleibt auch bei substantieller Gewichtsabnahme eine gewisse Disproportion bestehen; die Patienten nehmen allerdings in der Regel proportional am Rumpf und an den Beinen ab. Dieses Phänomen beobachten wir täglich sowohl bei unseren ambulanten als auch unseren stationären Patientinnen. Hierdurch erleben die Patienten auch eine Beschwerdebesserung, die allerdings abhängig von der aktuellen psychischen Situation (und dem damit eng in Zu-

sammenhang stehenden Einfluss auf die Schmerz Wahrnehmung) unterschiedlich stark sein kann. Die Disproportionalität alleine – und dies sei betont – ist kein Lipödem und stellt erst einmal keine behandlungsnotwendige Krankheit dar.

Zum Terminus Lipolymphödem

„...wird dies als gleichzeitiges Vorliegen zweier Erkrankungen angesehen; von lymphologischer Seite wird dies – auch in der uns zukommenden Korrespondenz – als Lipolymphödem bezeichnet“.

Nur weil dieser Terminus seit Jahrzehnten tradiert wird und die den Leserbriefautor erreichte Korrespondenz Freude am Begriff Lipolymphödem hat, heißt das noch nicht, dass dieser Begriff auch sinnhaft ist. Bronchopneumonie heißt Bronchopneumonie, weil sich die Pneumonie von den Bronchien aus entwickelt, meist im Rahmen einer superinfizierten viralen Bronchitis. Phlebolymphödem heißt Phlebolymphödem, weil das Ödem sowohl eine phlebologische als auch eine lymphologische Ursache hat. Lipödem hat aber mit Lymphödem so viel zu tun wie ein Erysipel mit einer Psoriasis. Natürlich können beide Erkrankungen jeweils zusammen auftreten, aber die eine Erkrankung hat erst einmal nichts mit der anderen zu tun.

Der Logik des Leserbriefes folgend, müsste man dann auch dieses Erysipel, welches sich bei einem Psoriasispatienten entwickelt, „Psoriasiserysipel“ nennen. Macht das Sinn? Lipolymphödem suggeriert ja, dass Lipödem zum Lymphödem führt, quasi die Ursache des Lymphödems ist. Für diese „Idee“ existiert allerdings kein sinnvolles pathophysiologisches Konzept.

Teil 1 b: Ein Lipödem macht psychisch krank

Die Kritik im o.g. Leserbrief geht zunächst von einer falschen Grundlage aus. So wird dort – übertragend auf die Pilotstudie – behauptet, dass *„die meisten Lipödeme im Zeitraum Pubertät / junges Erwachsenenalter entstehen“*. In der Stichprobe der Pilotstudie waren jedoch keine Patientinnen enthalten, die das Lipödem – mit allen dafür notwendigen Kriterien – bereits in der Pubertät entwickelt hatten. Vielmehr zeigte sich in der Pubertät eine

Gewichtszunahme und oft der Beginn einer Disproportionalität der Beine. Schmerzen hatten die Patientinnen zu diesem Zeitpunkt allerdings noch nicht. Bei allen Patientinnen entwickelte sich die für das Lipödem typische und zur Diagnosestellung notwendige Schmerzsymptomatik erst in den Folgejahren.

Im Rahmen der Pilotstudie war es uns wichtig, genau zwischen Lipohypertrophie und Lipödem zu differenzieren, da wir die Zusammenhänge zwischen psychischer Symptomatik und Lipödem näher untersuchen wollten. Leider zieht sich das Fehlen der in unseren Augen dringend notwendige Differenzierung zwischen Lipohypertrophie und Lipödem wie ein roter Faden durch den gesamten Leserbrief.

Der Autor des Leserbriefs führt aus: *„Eine sehr große Zahl von Patienten (fast alle) äußert – aufgrund ihres Befundes – ihre Empfindungen und Gefühle in Form von Frustration, Ängsten, Verzweiflung, depressiver Verstimmung etc. Und ob das Lipödem nun „direkt“ oder indirekt zu „psychischen Störungen“ führt, ändert nichts an der immer wieder geschilderten großen emotionalen Belastung.“* Wir nehmen die Sorgen unserer Patientinnen und ihre Verzweiflung in jedem Fall sehr ernst. Gerade deshalb ist es von immenser Wichtigkeit, nicht der Versuchung zu erliegen, jegliche psychische Belastung, jegliches psychische Leiden vorschnell als Folge des Lipödems zu interpretieren.

Es seien hier exemplarisch zwei Faktoren beschrieben, die bei vielen Teilnehmerinnen der Pilotstudie bereits vor dem Auftreten des Lipödems bestanden und die sich auf deren psychische Symptomatik ausgewirkt haben: zum einen traumatische Erfahrungen, die die Beziehung zum eigenen Körper schwierig machen, zum anderen das gängige schlanke Schönheitsideal.

In der Pilotstudie begegnet uns mit ca. 60% ein hoher Anteil an Frauen, die in der Vergangenheit sexuellen Missbrauch und/oder physische Gewalt erfahren haben, was die Beziehung zum eigenen Körper schwierig macht. Bezüglich sexuellem Missbrauch begegnet uns ein Anteil, der ein Mehrfaches der 12,7% beträgt, die 2011 in einer repräsentativen Umfrage zur Prävalenz von sexuellem Missbrauch (3) an 2504 Personen ermittelt wurden. Nach Plener et al. „konnte gezeigt werden, dass das Erleben solcher Ereignisse

(neuro)biologische Konsequenzen nach sich zieht und das Risiko für sowohl psychische als auch körperliche Erkrankungen erhöht“ (4). Hierunter sind u.a. auch Zusammenhänge zur Adipositas beschrieben. Die Studienlage zeigt darüber hinaus eine robuste Evidenz für Zusammenhänge von körperlicher Misshandlung mit depressiven Erkrankungen, Angststörungen und Essstörungen (5).

Im Rahmen unserer Pilotstudie führten sexueller Missbrauch oder körperliche Gewalt bei den betroffenen Frauen als „Rettungsversuch der Psyche“ oft zu Essanfällen oder Depressionen. Natürlich kommen auch andere Ursachen für die Entstehung von Depressionen, Essstörungen oder anderen Störungsbildern vor. Nicht alle Frauen – und auch das sei betont – haben physische Gewalt oder sexuellen Missbrauch erlebt. In wie weit die psychischen Störungen oder auch Belastungen eher zum Krankheitsbild Adipositas beitragen – und durch die Progredienz der Adipositas zum Lipödem – oder eher zum Krankheitsbild Lipödem, können wir aus unseren Daten nicht differenzieren.

Neben traumatischen Erfahrungen ist noch eine weitere Thematik von Bedeutung, nämlich das gängige schlanke Schönheitsideal, wie es in den Medien dargestellt, aber auch nebenbei in der Werbung für verschiedenste Produkte transportiert wird. Wenn junge Mädchen oder Frauen sich mit diesen – oft „gephotoshopten“ – Körpern vergleichen, wie sollen sie da mit ihrem eigenen Körper zufrieden sein? Manche Frauen in der Pilotstudie berichteten über frühe negative Kommentare aus ihrem sozialen Umfeld zu ihrem Gewicht, ihrer Figur oder ihren Beinen. Viele berichteten jedoch vorrangig über die eigene Unzufriedenheit mit dem Körper, von beginnenden Diäten und Gewichtszunahmen und dies noch vor der Entwicklung der Lipödem-typischen Schmerzen.

Der Autor des Leserbriefes erwähnt die Pilotstudie: *„Bei 89 Prozent standen die nach einem Lipödem neu aufgetretenen psychischen Störungen in keinem direkten Zusammenhang mit den Beschwerden des Lipödems.“* Und er wirft die Fragen auf: *„Kann dies wirklich so apodiktisch gesagt werden? Oder standen sie vielleicht doch in Zusammenhang mit der zunehmenden Änderung des Aussehens („Entstellung“) bzw. der zunehmenden – subjektiv unzureichend beein-*

flussbaren – Beschwerden durch das Lipödem?“ Für Lipödempatientinnen ist es oft zunächst einfacher, schwierige Gefühle oder psychische Symptome einem Lipödem zuzuordnen, das sichtbar, als körperliche Erkrankung anerkannt und als medizinisch therapierbar erscheint. Dies ist zunächst weniger schambesetzt und konfrontiert nicht erneut mit den alten Traumata oder Belastungen aus der Vergangenheit. In den Interviews der Pilotstudie zeigte sich jedoch, dass der Großteil an psychischem Leiden bereits vor der Lipödem-typischen Schmerzsymptomatik bestand und dass die Beschwerden des Lipödems hier eher zu einer Verstärkung des bereits Vorhandenen führten, nicht zu neuen Störungsbildern. Eine psychische Symptomatik, die bereits vor der Entwicklung der typischen Lipödembeschwerden besteht, kann – rein formallogisch – und das ist gesichert, nicht die Folge des Lipödems sein. Jene Frauen, die zuvor keine gravierenden psychischen Symptome aufwiesen, gingen mit den entstehenden Lipödemschmerzen im Alltag gelassener um und erlebten wiederum insgesamt weniger psychische Beeinträchtigungen.

Im o.g. Leserbrief wird die Behauptung aufgestellt: *„Psychische Faktoren spielen sicher bei der „Wahrnehmung Lipödem-bedingter Schmerzen“ eine Rolle, können aber nicht direkt das Unterhautfettgewebe und dessen Volumenzunahme beeinflussen.“* Das ist nur bedingt richtig. Auf das Essverhalten und auf die damit eng in Zusammenhang stehende Gewichtsentwicklung hat die psychische Situation allerdings durchaus einen wichtigen Einfluss – und damit in der Folge auch auf die Entwicklung des Unterhautfettgewebes der Beine.

Ödem im Lipödem

Hinsichtlich des „Ödems im Lipödem“ wird im vorliegenden Leserbrief mit unterschiedlichen Argumentationssträngen diskutiert, die wir im Folgenden etwas „aufdröseln“ wollen.

Zum einen wird „historisch“ argumentiert: MLD beim Lipödem haben sich seit ihrer Erfindung *„zigtausendfach erfolgreich“* bewährt; sind *„in allen Lymphkliniken Standardbegriffe“*, *„die jahrzehntelange Erfahrung weltweit“*... spräche für die *„gute Wirksamkeit und den überzeugenden Erfolg dieser physikalischen Methode“*.

Diese Argumentation erscheint uns bemerkenswert. Wissenschaft entwickelt sich weiter, auch die Medizin. Gerade das noch junge Fachgebiet der Lymphologie sollte offen sein für neue Ideen, neue Therapiekonzepte.

Das Beharren auf „alten Weisheiten“ erscheint uns als nicht zeitgemäß. Gerade im wissenschaftlichen Diskurs, im Ringen um die bessere Argumentation, liegt die Chance auf Weiterentwicklung – auch für die Krankheit Lipödem. Diesen Leserbrief sehen wir als wichtigen Beitrag auf diesem Weg. Ein „es ist gut so, weil es schon immer so war“ verhindert aber diesen wissenschaftlichen Diskurs.

Der zweite Argumentationsstrang bezieht sich dann auf das Ödem im Bein. So findet man im Leserbrief:

„Bei der großen Mehrzahl unserer Patientinnen lässt sich jedenfalls bei der Erstuntersuchung klinisch eine Dellbarkeit prätibial feststellen.“

„Das Beinödem zeigt sich typischerweise klinisch im distalen Teil des Unterschenkels und dieser ist dort auch dellbar; dass sich am Oberschenkel proximal kein Ödem nachweisen lässt, erscheint nicht ungewöhnlich, da die (geringe) Ödemmenge sich – orthostatisch bedingt – primär distal am Unterschenkel befindet.“

Selbstverständlich – und hier stimmen wir vollständig zu – kann man bei manchen Patientinnen mit Lipödem auch eine „Dellbarkeit prätibial feststellen“. Diese zeigt sich auch „typischerweise klinisch im distalen Teil des Unterschenkels“. Allerdings präsentieren auch Menschen (die deshalb nicht gleich zum Patienten werden), die nicht an einem Lipödem leiden – situativ (z.B. nach längerem Stehen oder in heißen Sommermonaten) – prätibial dellbare Ödeme. Salopp formuliert: Nur, weil manche Lipödempatientinnen kleinere Nasen haben, sind diese nicht pathognomonisch für ein Lipödem.

Widersprüchlich sind die im Leserbrief dargestellten Zusammenhänge zwischen „Ödem-Ausmaß“ und die von der Patientin empfundenen Schmerzsymptomatik. So wird im Leserbrief konstatiert: *„Die Ursache der Schmerzsymptomatik beim Lipödem ist unverändert unklar.“* Im gleichen Absatz des Leserbriefs liest man aber: *„weniger Ödem bedeutet meist weniger Schmerzen“*. Eine erkennbare Logik erschließt sich für uns hieraus nicht.

In Vorträgen und Publikationen erklärt der Autor des Leserbriefes seit vielen Jahren das Ödem zur Ursache der Schmerzsymptomatik: *„Durch die Ödeme entstehen Spannungs-, Berührungs- und Druckschmerzen“* (6) oder in einer anderen Publikation: *„The extend of this accumulation and not the absolute fat volume, is the major reason for sensitivity to pressure and touch“* (7). Die Mehrzahl der Lipödempatientinnen geben Schmerzen am gesamten Bein an, insbesondere klagen viele über Druckschmerzhaftigkeit am Oberschenkel. Wenn sich aber, wie im Leserbrief zu lesen, *„am Oberschenkel proximal kein Ödem nachweisen lässt“*, kann – formallogisch – dieses Ödem auch nicht die Ursache der, von der Patientin oft stark wahrgenommenen, Schmerzsymptomatik sein.

Im Leserbrief konnte leider auch nicht beantwortet werden, warum dieses „Ödem im Lipödem“ sich jeglicher bildgebenden Diagnostik verweigert. Weder Sonografie noch CT noch MRT konnte bei Lipödempatientinnen je die Existenz eines relevanten Ödems nachweisen. Nichts desto trotz findet sich im Leserbrief die Formulierung: *„Jedoch gibt es keinen Zweifel, dass die Entstauung des Beines diese Symptomatik bessert bzw. zum Verschwinden bringt“*. Wir haben – allerdings – erhebliche Zweifel an diesem „Phänomen Entstauung“. Entstauung setzt ja „Stauung“ voraus. Warum existiert kein – sinnvolles – pathophysiologisches Konstrukt für diese „Stauung“? Warum konnte keines der oben genannten bildgebenden Verfahren je diese Stauung nachweisen? Auf welchen Fakten beruht dieses Konzept der „Gewebsstauung“?

Während des Schreibens der Leserbriefepublik erschien ein sehr bemerkenswerter Artikel von Hirsch et al. über die hochauflösende Sonografie beim Lipödem in dieser Zeitschrift. Hier fassen die Autoren ihre Ergebnisse wie folgt zusammen: *„Der Nachweis von Flüssigkeitseinlagerungen bei Patienten mit einer „schmerzhaften Lipohypertrophie“ gelingt nicht, sodass die Krankheitsbezeichnung Lipödem irreführend ist und überdacht werden sollte“* (8). Dieser Einschätzung von Hirsch und Kollegen schließen wir uns zu 100% an.

Viel wahrscheinlicher erscheint uns ein inflammatorischer Prozess im Fettgewebe, der für die Schmerzsymptomatik mitursächlich ist. Wir stimmen zu, dass es sich hierbei noch um eine Hypothese handelt. Dies wurde von

uns auch so dargestellt. Allerdings verdichten sich die Hinweise, dass diese Hypothese bald verifiziert werden könnte. Auf die entsprechende Studienlage wurde hier in unserem Artikel bereits eingegangen. Mit dieser Sichtweise sind wir nicht alleine. Sowohl Yvonne Frambach, Oberärztin der Hanseklinik in Lübeck und renommierte Lipödemexpertin (9,10) als auch Stanley Rockson, Professor an der Stanford University und einer der führenden Lymphologen weltweit (11) gehen von einer inflammatorischen Pathogenese des Lipödems aus. Dies würde auch den positiven Effekt der Kompression erklären, der von uns in keiner Weise – wie im Leserbrief dargestellt – in Abrede gestellt wurde. Von Studien aus der Sportmedizin und aus der Phlebologie wissen wir seit langem von den antiinflammatorischen Effekten der Kompression. Wir betonen daher mit Nachdruck: Kompression ist ein essentieller Bestandteil im gesamttherapeutischen Konzept. Dieses Konzept wird Thema in Teil 5 unserer Artikelserie sein.

Der dritte Argumentationsstrang zielt auf die durch die MLD erreichte *„Ödemvolumenverminderung“*. Die Tatsache, dass Fachkliniken diese seit Jahrzehnten – traditionell – in ihren Entlassungsbriefen beschreiben (um damit die „Entstauungstherapie“ des Lipödems zu rechtfertigen) reicht als Evidenz sicher nicht aus. Der Mensch besteht zu rund 70% aus Wasser. Wenn dieser Mensch drei Wochen lang jeden Tag MLD erhält, die Beine täglich bandagiert werden, dann wäre es doch sehr überraschend, wenn die Beine nach diesen drei Wochen nicht auch eine diskrete Umfangsverminderung erfahren. Entscheidend hinzu kommt aber auch die deutlich veränderte Lebensweise der Lipödempatientinnen während eines stationären Aufenthalts – mit täglich oft mehrfacher Bewegungstherapie und gesundem Essenverhalten. Durch die hierdurch regelmäßig erfahrene – globale – Gewichtsabnahme werden selbstverständlich auch die Beinvolumina geringer. Darf man das dann *„Ödemvolumenverminderung“* nennen?

Das Lipödem ist weit mehr als dickere schmerzhaft Beine. Lipödemtherapie ist daher auch weit mehr als einfach nur MLD und Kompression (und ggf. Liposuktion). Fachkliniken für Lymphologie sollten ihren Patienten auch weit mehr als nur diese beiden Therapie-Tools bieten. Aufgrund ihrer Kompetenz,

Kompressionstherapie auf hohem Niveau anbieten zu können, sind lymphologische Fachkliniken auch weiterhin die einzigen Fachkliniken, die Lipödempatientinnen adäquat im stationären Setting behandeln können.

Im Leserbrief wird richtigerweise die rapide Progredienz der Adipositasprävalenz erwähnt („Adipositasepidemie“). Folge dieser Adipositasepidemie ist eine rapide Zunahme an Patientinnen, die an drei Krankheiten gleichzeitig leiden: an Adipositas, einem Adipositas-assoziierten Lymphödem und einem Lipödem. Wer, wenn nicht Fachkliniken für Lymphologie, soll diese Patientinnen behandeln? Seit Jahren ist diese Patientengruppe die am schnellsten wachsende in der Földiklinik. Allerdings muss sich Lipödemtherapie auf die tatsächlichen Beschwerden der Patientinnen fokussieren – und nicht auf ein fiktives (nie nachgewiesenes) Ödem. Patienten wird auch, wie im Leserbrief suggeriert, nichts weggenommen. Auch hier ist das Gegenteil richtig:

Therapiekonzepte, die die oft komplexe Beschwerdesymptomatik von Lipödempatientinnen zum Inhalt haben, müssen sich neben der Schmerztherapie (und hier ist die Kompression essentiell) auch auf die weiteren Beschwerden vieler Patientinnen fokussieren: auf Gewichtszunahme; den Mangel an Selbstakzeptanz, ggf. auf die psychische Vulnerabilität, auf den Mangel an Bewegungsaktivität und damit eng verbunden den Mangel an Fitness und Mobilität. Physiotherapeutisch tätige Fachkräfte werden daher in einem sinnvollen und umfassenden Gesamtkonzept dringlicher benötigt denn je.

Fazit

Auch der Leserbrief bietet keine neuen Erkenntnisse, die auf ein „Ödem im Lipödem“ hinweisen. Damit existiert auch keine Evidenz für die so oft zitierte „Stauung des Gewebes“, und damit auch keine Notwendigkeit zur „Entstauung“! Manuelle Lymphdrainage „tut gut“, kein Zweifel, medizinisch notwendig ist sie deshalb bei der Erkrankung Lipödem aber nicht. Wie liest man in den renommierten niederländischen Lipedema guidelines: „It has not been proven that MLD has a role in the treatment of lipedema“.

Teil 3: Lipödem und Adipositas

Kritisch wie gleichermaßen gefährlich sehen wir die Ausführungen des Leserbriefs zu Teil 3 Lipödem und Adipositas: „Ob die Adipozyten des Lipödems zusätzlich zur Subkutis der Extremitäten auch viszeral im Bauchbereich eine Volumen- und Gewichtsvermehrung verursachen, kann derzeit nicht sicher beurteilt werden“. Und weiter oben in Teil 1 des Leserbriefs: „Die Zuordnung von an Rumpf und Extremitäten lokalisierten Unterhautfettvermehrungen als Folge der Adipositas bzw. als Folge des Lipödems... kann sehr schwierig, teilweise wohl auch unmöglich sein“.

Wir möchten ausdrücklich betonen, dass Unterhautfettgewebsvermehrungen am Rumpf bzw. Adipozyten im Bauchraum keinesfalls in einen Zusammenhang mit Lipödem gebracht werden sollten! Gedankenspiele wie diese, entbehren jeglicher wissenschaftlichen Evidenz. In diesen Regionen besteht ja auch keine Schmerzsymptomatik bei den Patientinnen. Allerdings sehen wir bereits jetzt – täglich – Patientinnen, die uns mit der Diagnose Lipödem (oder „Lipolymphödem“) vorgestellt werden und die fest davon überzeugt sind, dass ihr Lipödem die Ursache Ihrer Gewichtszunahme, ihrer Adipositas sei. Immer häufiger sehen wir adipöse Patientinnen, die behaupten, an einem „Ganzkörperlipödem“ oder an einem „Lipödem des Bauches“ zu leiden – welches ihnen auch nicht selten von ärztlichen Kollegen attestiert wird – und die hierin die Ursache ihrer Gewichtszunahme sehen. Hier möchten wir dem Autor des Leserbriefes am liebsten ganz laut zurufen: „Halt, Herr Prof. Schmeller, nein, bitte öffnen Sie diese Büchse der Pandora nicht!“

Im Leserbrief wird weiter ausgeführt: „Ob die Adipositas bei entsprechender (genetischer) Disposition ein Lipödem zur Folge hat, ist spekulativ. Erstaunlich wäre dann aber die hohe Zahl von Adipösen, die kein Lipödem aufweisen“.

Der enge Zusammenhang zwischen Adipositas und Lipödemausprägung ist unbestritten; das wird jeder bestätigen, der regelmäßig mit Lipödempatientinnen arbeitet. Nur 3% unserer ambulanten Patientinnen mit Lipödem waren (2015) normalgewichtige; ähnliche Zahlen beschreiben, wie oben bereits erwähnt, renommierte Lipödemexperten in England und den Niederlanden. Auch Fram-

bach, wie der Schreiber des Leserbriefs ebenfalls aus der Hanseklinik in Lübeck, führt aus: „Adipositas ist die häufigste Begleiterkrankung beim Lipödem. Zusätzlich stellen Übergewicht und Adipositas offenbar einen Aggravationsfaktor dar. Das heißt mit zunehmendem Gewicht verstärkt sich zunächst der augenscheinliche Befund an den Extremitäten und meist auch die Beschwerdesymptomatik“ (10).

Und natürlich: nicht jede adipöse Frau entwickelt ein Lipödem. Wie unser geschätzter Altkanzler Helmut Schmidt bewies, gibt es auch Kettenraucher, die kein Bronchialkarzinom bekommen und 97 Jahre alt werden. Trotzdem wird auch der Autor des Leserbriefs nicht bestreiten, dass „Kettenrauchen“ das Risiko für Lungenkrebs und vorzeitiges Ableben erhöht.

Lipödem und Gewichtsreduktion

„Im Gegensatz zu den Erfahrungen in der Földiklinik können wir die prinzipiell positiven Erfahrungen der Patientinnen durch Gewichtsabnahme unter konservativer Therapie nur in Einzelfällen bestätigen.“... „Dies betrifft vor allem die unverändert bestehenden Wasseransammlungen in den Beinen mit Spannungs- und Druckschmerzen“.

Hier teilen wir die im Leserbrief wiedergegebene Erfahrung: Konservativ erreichte Gewichtsabnahmen sind selten substanziell und selten von langer Dauer. Auch wir sehen hier nur Einzelfälle. Das Scheitern konservativer Gewichtsreduktionsversuche im Langzeitverlauf wird auch von einer sehr robusten Studienlage bestätigt, die bereits in Teil 3 unserer Artikelserie aufgeführt wurde. Moderat adipösen Lipödempatientinnen (BMI unter 40 kg/m²) raten wir daher auch explizit von weiteren Gewichtsreduktionsversuchen (in der Regel „Diäten“) ab und empfehlen stattdessen eine langfristige Gewichtsstabilisierung. Um dies zu erreichen, werden sie in unserer Klinik auch ernährungsmedizinisch, sportpädagogisch und psychologisch unterstützt.

Allerdings, und hier können wir die – vom Autor des Leserbriefs als „apodiktisch“ empfundene – Aussage nur so wiederholen: Lipödempatientinnen, die z.B. durch eine bariatrische Operation substanziell Gewicht verlieren, erleben regelhaft eine deutliche Besserung ihrer lipödemytischen Beschwerden.

Entsprechende Patientenaussagen hören wir inzwischen mehrfach jede Woche. Aus gegebenem Anlass (12) sei betont, dass wir im Rahmen unseres Adipositasprogramms grundsätzlich nur Patienten mit einem BMI ab 40 kg/m² für einen adipositas-chirurgischen Eingriff vorbereiten. (3 Ausnahmen in den vergangenen 10 Jahren von Patientinnen mit einem BMI um 38 kg/m² waren gut medizinisch begründbar).

Unabhängig von der Gewichtssituation sollte man aber bei den im Leserbrief beschriebenen Patienten, die an „*Wasseransammlungen in den Beinen mit Spannung- und Druckschmerzen*“ eher an ein Lymphödem denken. Zu einem Lipödem passt diese beschriebene Symptomatik nicht. Es drängt sich daher der Verdacht auf, dass hier – ähnlich wie auch bei den Kollegen Wollina und Heinig (13) – nicht nur eine mangelnde Differenzierung der Diagnosen Lipödem und Lipo hypertrophie stattfindet, sondern auch eine problematische Vermischung der Diagnosen Lipödem und Lymphödem. Dieser Verdacht erhärtet sich, wenn man am Ende des Leserbriefes liest, dass „*große Ödemvolumenmengen*“ durch die MLD bei der Patientin mit Lipödem entfernt werden konnten. Lymphtherapeuten, die „*große Ödemvolumenmengen entfernen*“, erreichen dies bei Patienten mit einem Lymphödem, sicher aber nicht bei Patientinnen mit einem reinen Lipödem.

Mit großem Erstaunen haben wir die Schlussbemerkungen des Leserbriefes gelesen. Hier weicht der durchweg sachlich gehaltene Stil des von uns persönlich sehr wertgeschätzten Leserbriefautors einer mehr oder weniger subtil vorgetragenen „Stimmungsmache“. So fragen wir uns, mit welcher Intention suggeriert wird, dass wir das Lipödem künftig „*allein mit Psychotherapie*“ behandeln wollen. Sollen hier vielleicht bestehende Ängste von Betroffenen geschürt werden? In allen unseren Arbeiten haben wir auf die Komplexität dieser Erkrankung hingewiesen, und damit auch auf die Komplexität – und Vielfalt – der sich hieraus ergebenden Therapie. Neben den Betroffenen wird am Ende des Leserbriefes auch die „*Reaktion der riesigen*

Zahl konservativ arbeitender Lymphologen“ ins Feld geführt, die durch die MLD „*deutliche Therapieerfolge erzielt haben*“. Hier wundern wir uns sehr über die Wahrnehmung des Leserbriefautors. Zum einen ist die Zahl konservativ arbeitender Lymphologen – leider – alles andere als riesig, tatsächlich ist sie eher sehr überschaubar. Und wenn, zum anderen, die MLD tatsächlich so „*deutliche Therapieerfolge*“ beim Lipödem erzielt, warum ist dann überhaupt ein operativer Eingriff wie die Liposuktion noch notwendig?

Hinsichtlich der Reaktion der konservativ arbeitenden Lymphologen können wir den Verfasser des Leserbriefes aber beruhigen. Nicht nur die in der Földiklinik arbeitenden Lymphologen (9 davon sind bereits seit über 20 Jahren lymphologisch tätig!) stehen hinter der von uns vorgetragenen Sichtweise auf das Lipödem. Jeweils nach Erscheinen unserer Arbeiten in der Zeitschrift „*Phlebologie*“ haben uns zahlreiche E-Mails und Telefonanrufe von niedergelassenen Phlebologen und Angiologen erreicht, die ihre Zustimmung, oft in begeisterter Form äußerten („*Endlich mal ein Artikel über das Lipödem, der genau meine seit vielen Jahren bestehende Erfahrung bestätigt*“). Kritische Stimmen zu unseren Arbeiten gab es bisher lediglich von zwei Gruppen: von Ärzten, die Liposuktion durchführen sowie von manchen Lipödem-Selbsthilfegruppen – welch bemerkenswerte Allianz.

Die vielen Ermutigungen haben einen der Verfasser des Autorenteams dazu veranlasst, das Thema Lipödem auf europäischer Ebene zu diskutieren. So fand im Juni 2018 das 1st European Lipedema Forum in Hamburg statt. In diesem Meeting mit renommierten Lipödemexperten aus verschiedenen europäischen Ländern (die meisten waren bzw. sind aktuell an der Erstellung ihrer jeweiligen nationalen Lipödem-Leitlinie beteiligt) konnte in den themenbezogenen Arbeitsgruppen ein breiter Konsens erzielt werden. Aktuell planen wir das 2nd European Lipedema Forum, das im März 2019, dann in einem größeren Rahmen, in München stattfinden wird. Das Interesse der europäischen Fachmedien ist bereits jetzt riesig.

Lipödem – und hier schließen wir uns der Meinung Leserbriefverfassers an – es bleibt spannend.

Dr. med. Tobias Bertsch
Gabriele Erbacher
Földiklinik GmbH & Co.KG
Rösslehofweg 2–6
79856 Hinterzarten
E-Mail: tobias.bertsch@foeldiklinik.de

Literatur

- Child AH, Gordon K et al. Lipedema: an inherited condition. *Am J Med Genet A* 2010; 152A(4): 970–976.
- Bosman J. Lipoedema: Poor knowledge, neglect or disinterest? *Journal of Lymphoedema* 2011 Vol 6, No 2, 109–111.
- Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, & Glaesmer H. Misshandlungen in Kindheit und Jugend. *Deutsches Ärzteblatt Int* 2011,108,287–294.
- Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9:e1001349.30.
- Plener PL, Ignatius A, Huber-Lang M, Feger JM. Auswirkungen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter. *Schattauer: Nervenheilkunde* 2017(3):161–167.
- Schmeller W, Meier-Vollrath I. Das Lipödem: Neue Möglichkeiten der Therapie. *Schweiz Med Forum* 2007; 7:151.
- Schmeller W Meier-Vollrath I. Lipedema. Abrufbar unter <https://www.lipedema-simplified.org/downloads/Lipoedema-schmeller.pdf> S. 297.
- Hirsch T, Schleinitz, M. et al. Ist die Differentialdiagnostik des Lipödems mittels hochauflösender Sonografie möglich? *Phlebologie* 2018; 47: 182–187.
- Frambach, Y. Lipödem – eine entzündliche Erkrankung. Vortrag zur 41. Jahrestagung der DGL in Bad Soden am 6. Oktober 2017
- Frambach Y. Lipödem – eine „schwere“ Diagnose? *Vasomed* 2016; (28) 5: 241–242.
- Rockson, S. Persönliches Gespräch auf dem ILF in Rotterdam im Juni 2018
- Faerber G. Kommentar zum Beitrag Bertsch T, Erbacher, G. Lipödem – Mythen und Fakten Teil 3. *Phlebologie* 2018, 47: 197.
- Heinig B, Wollina U. Letter to the editor. Zum Beitrag: Bertsch T, Erbacher G. Lipödem – Mythen und Fakten Teil 1. *Phlebologie* 2018; 47: 290–291.