

Letter to the Editor

Zum Beitrag: Bertsch T, Erbacher G. Lipödem – Mythen und Fakten Teil 1. *Phlebologie* 2018; 47: 84–92.B. Heinig¹, U. Wollina²¹Zentrum für Physikalische Therapie und Rehabilitationsmedizin; ²Klinik für Dermatologie und Allergologie, Städtisches Klinikum Dresden

Das Lipödem ist eine häufigere Erkrankung des Erwachsenenalters mit klarer Bevorzugung des weiblichen Geschlechts. Die S1-Leitlinie definiert die Erkrankung folgendermaßen:

„Das Lipödem ist eine chronische und progrediente Erkrankung, die nahezu ausschließlich bei Frauen auftritt und durch eine Fettverteilungsstörung mit deutlicher Disproportion zwischen Stamm und Extremitäten gekennzeichnet ist. Diese entsteht aufgrund einer umschriebenen, symmetrisch lokalisierten Unterhautfettgewebsvermehrung der unteren und / oder oberen Extremitäten ... Zusätzlich bestehen Ödeme, die durch Orthostase verstärkt werden, sowie eine Hämatomneigung nach Bagateltraumen ... Charakteristisch ist außerdem eine gesteigerte Druckschmerzhaftigkeit; meist bestehen Spontanschmerzen.“ (1)

Die Autoren des oben genannten Beitrages prüfen, inwieweit diese Definition mit der in der Rehabilitationsmedizin vorherrschenden Realität übereinstimmt und ziehen hieraus ihre eigenen Schlussfolgerungen. Diese müssen aufgrund des Bias der Zuweisung weder mit den Verhältnissen in der Durchschnittsbevölkerung noch denen der stationären Heilbehandlung kongruent sein. In Dresden betrei-

ben wir seit einigen Jahren eine ambulante Spezialsprechstunde für Patienten mit Lip- und Lymphödem und verwandten Krankheitsbildern und wir engagieren uns im Lymphnetz Dresden.

Die eindeutige Dominanz des weiblichen Geschlechts deutet auf hormonelle Einflüsse in der Pathogenese des Lipödems hin. In der Anamneseerhebung bei Lipödem-Patientinnen wird aus unserer Sicht ein klarer Einfluss hormoneller Umstellungen auf die Progredienz des Lipödems deutlich. Derartige Faktoren Stellen der Beginn der Menarche, Umstellungen / Einstellungen auf Kontrazeptiva, Gravidität und in selteneren Fällen der Eintritt der Menopause dar.

Lokale Faktoren wie Traumata können sich verschlechternd auswirken. Dies gilt insbesondere für die Kniegelenk-nahen Bereiche des subkutanen Fettgewebes. Wiederholt konnten wir beobachten, das Arthroskopie oder andere operative Eingriffe am Kniegelenk zu einer lokalisierten Vermehrung des Fettgewebes geführt haben.

Ist das Lipödem eine progrediente Erkrankung? Diese Frage hat mindestens zwei Aspekte zu berücksichtigen: die Entstehung und die Fortentwicklung. Da Lipödeme vor der Pubertät eine absolute Rarität darstellen, liegt es auf der Hand, dass sie sich aus einem klinisch nicht-lipödematösen Zustand in ein Lipödem hin entwickeln. Dies ist eine Progredienz.

Muss ein Lipödem zwangsläufig im weiteren Verlauf zunehmen? Dies ist nach unserer Erfahrung individuell sehr unterschiedlich. Wir kennen rasch progrediente Lipödeme mit deutlicher jährlicher Umfangszunahme und frühzeitiger Entwicklung knotiger bis fibromatöser Zustände und andere mit langsamer oder auf einer Stufe der Entwicklung nicht weiter fortschreitender Erkrankung.

Aus operativer Sicht ist die Genese des Lipödems auf eine Liphypertrophie allein nicht zu beschränken, vielmehr liegt eine komplexe Störung vor. Während sich juxtaartikulär am

Knie häufig anfänglich weißes/ beiges Fettgewebe findet und am mittleren und proximalen Oberschenkel gelbes (butterfarbenes), kommt es im Verlaufe zu einer teilweißen Umwandlung in braunes Fettgewebe, was sich bei der Liposuktion zeigt.

Im Rahmen der Tumescenzanästhesie zur Vorbereitung der Liposuktion wird deutlich, dass die oberste Lage des subkutanen Fettgewebes in den Prozess der Vergrößerung der Adipozyten nicht einbezogen ist. Hier bleiben die Lobuli zart und klein.

Die Fettgewebhypertrophie findet sich insbesondere in den mittleren Lagen des Fettgewebes, welches anfänglich einen geringgradigen Bindegewebeanteil aufweist. Sekundär kann es im fortgeschrittenen Zustand des Lipödems jedoch auch zu massiven Fibrosierungen mit Wammenbildungen kommen, die analog einer Elephantiasis nostras eingeordnet werden können. Hier können unreife Lymphgefäße beobachtet werden (2).

Tobias Bertsch hat sich mit der Assoziation von Adipositas und Lymphödem intensiv beschäftigt. Wir stimmen mit den Autoren überein, dass eine Adipositas, gerade in der Form der morbiden Adipositas, ein sekundäres Lymphödem verursachen kann. Eine Adipositas kann auch den Zustand des Lipödems negativ beeinflussen.

Aus der Zusammenarbeit mit dem Adipositas-Zentrum des Städtischen Klinikums Dresden ist anzumerken, dass eine bariatrische Chirurgie sehr wohl eine morbid Adipositas korrigieren kann. Wir haben aber keine adipösen Lipödem-Patientinnen gesehen, bei denen das vorbestehende Lipödem durch die bariatrische Chirurgie korrigiert wurde.

Der Begriff des Lipolymphödems wird auch aus unserer Erfahrung heraus häufig unkritisch verwendet. Dies kann aber auch eine Ursache in der Heilmittelverordnung haben. Nach den Empfehlungen der S1-Leitlinie „Lipödem“ steht unter den symptomatischen Behandlungsmaßnahmen die Komplex-Entstauungstherapie (KPE) an erster Stelle. In der Diagnoseliste für den „Langfristigen Heilmittelbedarf /Besonderen Verordnungsbedarf (ehemals Praxisbesonderheiten)“ in der Aktualisierung vom 30.05.2017 findet sich die Diagnose des Lipödems nicht. Darauf haben auch Bertsch und Erbacher hingewiesen. Die Sinnhaftigkeit der manuellen Lymphdrainage bei Lipödem ist wissenschaftlich zumindest sehr unzureichend belegt.

Korrespondenzadresse

Uwe Wollina, MD
Klinik für Dermatologie und Allergologie, Städtisches Klinikum Dresden
Friedrichstrasse 41
01067 Dresden
Tel. +49-351-4801685
Fax +49-351-4801219
E-Mail: wollina-uw@khdf.de
www.khdf.de

Zitierweise des Beitrages/Cite as:

Phlebologie 2018; 47: 290-293
DOI: <http://dx.doi.org/10.12687/phleb2443-5-2018>
Eingereicht: 07. Juni 2018
Angenommen: 11. Juni 2018

Ein zweiter Schwerpunkt der o. gen. Arbeit widmet sich der Beziehung von Schmerz und psychischer Belastung. Die Genese des Schmerzes beim Lipödem ist bisher unzureichend verstanden. Erich Brenner stellt die Hypothese auf, dass es sich um eine dynamische mechanische Allodynie handelt, bei der Aβ-Fasern und vielleicht auch taktile C (CT)-Fasern beteiligt sein könnten (3). Wir untersuchten inflammatorische Stoffwechselwege der Tyrosinkinase, die Schmerzen induzieren können und an der Fettgewebeerkrankung beteiligt sind, konnte aber keine Beteiligung dieser Kinase feststellen (4). Das Konzept einer chronischen Entzündung – in Analogie zur Adipositas – erklärt die Schmerzhaftigkeit ebenso wenig und ist in Bezug auf das Lipödem auch wenig untermauert (1). Bisher existieren keine belastbaren Daten zur Schmerzentwicklung und zum Verlauf bei Patientinnen mit einem Lipödem. Die gegenseitige Beeinflussung von

Schmerz und Psyche verdient es, auch beim Lipödem wissenschaftlich untersucht zu werden.

Die Pilotstudie im Rahmen der o. gen. Publikation bezieht sich auf psychische Störungen bei Lipödem-Patientinnen und konstatiert, dass immerhin bei 2/3 der untersuchten Patientinnen solche Störungen vorgelegen haben. Es scheint, als ob diese Daten auf den Auskünften der Patientinnen basierten und nicht auf validierten Testverfahren. Eine Vergleichsgruppe wurde nicht einbezogen. Eine kausale Beziehung zwischen den erfassten psychologischen Störungen oder Vulnerabilitäten und der Erkrankung Lipödem lässt sich hieraus nicht ableiten.

Wir danken den Autoren, dass sie eine Diskussion angestoßen haben, auch wenn wir teils differente Erfahrungen bei Lipödem-Patientinnen gemacht haben.

Literatur

1. S1-Leitlinie Lipödem. AWMF Registernummer 037-012.
2. Wollina U, Heinig B, Schönlebe J, Nowak A. Debulking surgery for elephantiasis nostras with large ectatic podoplanin-negative lymphatic vessels in patients with lipo-lymphedema. *Eplasty* 2014;14:e11.
3. Brenner E. Wie kommt der Schmerz ins Lipödem? *LymphForsch* 2017;21:1–9.
4. Schneble N, Wetzker R, Wollina U. Lipedema – lack of evidence for the involvement of tyrosine kinases. *J Biol Regul Homeost Agents* 2016;30:161–163.
5. Wollina U, Goldman A, Heinig B. Microcannular tumescent liposuction in advanced lipoedema and Dercum's disease. *G Ital Dermatol Venereol* 2010;145:151–159.
6. Wollina U, Heinig B. Tumescent microcannular (laser-assisted) liposuction in painful lipedema. *Eur J Aesthet Med Dermatol* 2012;2:56–69.
7. Baumgartner A, Hueppe M, Schmeller W. Long-term benefit of liposuction in patients with lipoedema: a follow-up study after an average of 4 and 8 years. *Br J Dermatol* 2016;174:1061–1067.

Stellungnahme der Autoren

Wir danken den Autoren dieses Leserbriefes für ihre kritische Stellungnahme, die uns die Möglichkeit gibt, den Mangel an wissenschaftlicher Evidenz bei vielen populären Statements zum Lipödem weiter zu verdeutlichen.

Zu Beginn ihres Leserbriefes weisen die Kollegen Heinig und Wollina darauf hin, dass die Schlussfolgerungen in unseren bisherigen Artikeln „aufgrund des Bias der Zuweisung weder mit den Verhältnissen in der Durchschnittsbevölkerung noch denen der stationären Heilbehandlung kongruent sein“ müssen. Die Leserbriefautoren weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sie selbst „eine ambulante Spezialsprechstunde für Patienten mit Lip- und Lymphödem und verwandten Krankheitsbildern“ betreiben, darüber hinaus engagieren sich Heinig und Wollina im Lymphnetz Dresden.

Die Autoren des Leserbriefes suggerieren mit dieser Feststellung, dass wir aufgrund einer vorselektierten Patientenpopulation zu unseren – in ihren Augen 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 Autorenteam 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 (biten 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.

Einen relevanten 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. Die Entscheidung, welche Patientin mit Lipödem eine Kostenzusage für einen stationären Aufenthalt in unserer Klinik erhält, obliegt allein dem Kostenträger. Das Erken-

nen einer gewissen Rationale bei dieser Entscheidung ist uns bisher noch nicht gelungen.

Wir stimmen den Kollegen Heinig und Wollina darin zu, dass hormonelle Einflüsse in der Pathogenese des Lipödems eine Rolle spielen können. Wie genau dieser Einfluss aber aussieht, ist allerdings zum jetzigen Zeitpunkt völlig unklar und Gegenstand von diversen Spekulationen (1).

In keiner Weise teilen wir die daraus abgeleitete Schlussfolgerung der Kollegen aus Dresden. Diese schreiben: „In der Anamneseerhebung bei Lipödem-Patientinnen wird aus unserer Sicht ein klarer Einfluss hormoneller Umstellungen auf die Progredienz des Lipödems deutlich. Derartige Faktoren Stellen der Beginn der Menarche, Umstellungen/Einstellungen auf Kontrazeptiva, Gravidität und in selteneren Fällen der Eintritt der Menopause dar“.

Hier werden unterschiedliche Aspekte dieser Erkrankung auf problematische Art und Weise miteinander vermischt: Gewichtszunahme (meist Adipositas), Liphypertrophie und Lipödem.

Richtig ist, dass Frauen bevorzugt während der Pubertät, Einstellung auf Kontrazeptiva, der Schwangerschaft oder während der Menopause eine Gewichtszunahme erfahren. Bei genetischer Disposition für eine dispo-

portionale Volumenzunahme im Bereich der Beine (manchmal auch der Arme) kann es dann zu einer Lipohypertrophie kommen. Beschwerden im Sinne von Schmerzen haben die Frauen während diesen Phasen in aller Regel nicht. Diese treten – ggf. – erst Jahre später auf; bei den meisten Frauen mit Lipohypertrophie treten aller Wahrscheinlichkeit nach zeitlebens nie Beschwerden im Weichteilgewebe der Beine auf (verlässliche Zahlen zur Prävalenz des Lipödems existieren nicht!). Eine Beschwerdesymptomatik ist aber essenziell, damit wir die Diagnose Lipödem überhaupt stellen können. Ansonsten müssten wir jedes dickere (oder von der Frau als dicker empfundene) Frauenbein als Lipödem diagnostizieren; die Konsequenzen dieser Sichtweise kann man sich ausmalen.

Progredient ist daher nicht, wie von den Autoren behauptet, das Lipödem, sondern in manchen Fällen die Gewichtszunahme während dieser hormonell vulnerablen Phasen. Eine Lipohypertrophie – bzw. bei Auftreten von Beschwerden auch ein Lipödem – kann dann Folge dieser Gewichtszunahme sein.

Diese fehlende – aber dringend notwendige – Differenzierung von Lipohypertrophie und Lipödem wird auch im weiteren Verlauf des Leserbriefes deutlich. So schreiben die Dresdner Kollegen, dass auch lokale Faktoren wie Traumata einen negativen Einfluss auf das Lipödem haben. *„Wiederholt konnten wir beobachten, das Arthroskopie oder andere operative Eingriffe am Kniegelenk zu einer lokalisierten Vermehrung des Fettgewebes geführt haben“*. Auch wir teilen diese Beobachtung, nicht jedoch die daraus gezogene Schlussfolgerung. Die manchmal postoperativ auftretende, lokalisierte Fettgewebsvermehrung als Lipödem zu bezeichnen verwundert uns sehr und weist auf ein grundsätzliches Missverständnis dieser Erkrankung seitens der Dresdner Kollegen hin. Dieses Missverständnis wird auch in einem weiteren Statement von Heinig und Wollina deutlich: *„Da Lipödeme vor der Pubertät eine absolute Rarität darstellen, liegt es auf der Hand, dass sie sich aus einem klinisch nicht-lipödematösen Zustand in ein Lipödem hin entwickeln. Dies ist eine Progredienz.“*

Noch einmal: Die Beschwerdesymptomatik des Weichteilgewebes ist essenzieller Bestandteil der Diagnose Lipödem. Progredient ist häufig eine Gewichtszunahme bei Patien-

tinnen mit Lipödem; eine wissenschaftliche Evidenz für die Progredienz des Lipödems existiert nicht. Darüber hinaus widerspricht dieses „Dogma“ unserer klinischen Erfahrung, die wir und unsere ärztlichen Kollegen in der Földiklinik jährlich mit mehr als 3000 Lipödempatientinnen ambulant und stationär machen.

Progrediente Verläufe im Sinne von isolierter Fettgewebszunahme an Beinen oder Armen (bei stabiler Körperproportionen der Rumpfregeion sind nach unserer Erfahrung extrem selten. Aufgrund dieser Einzelfälle (die gerne im Internet oder auf Vorträgen als typisch beschrieben werden) ein ganzes Krankheitsbild als progredient zu beschreiben, entbehrt jeglicher wissenschaftlichen Vorgehensweise – und ist zudem wenig hilfreich.

Im weiteren Verlauf des Leserbriefes geben die Verfasser einige histologische Erläuterungen zum Fettgewebe, die aus unserer Sicht wenig zur Klärung des Krankheitsbildes Lipödem beitragen. Die Beschreibungen der Autoren stehen in keinerlei Zusammenhang zu dem von den Patienten angegebenen Beschwerden, die ja – wie mehrfach erwähnt – entscheidend für die Diagnose Lipödem sind.

Eine gewisse Verwunderung hat uns dann beim Weiterlesen der histologischen Erfahrungen der Kollegen ereilt. So schreiben Heinig und Wollina: *„Sekundär kann es im fortgeschrittenen Zustand des Lipödems jedoch auch zu massiven Fibrosierungen mit Wammenbildungen kommen, die analog einer Elephantiasis nostras eingeordnet werden können.“* Was hier von den Kollegen aus Dresden beschrieben wird sind typische Merkmale eines ausgeprägten LYMPHÖDEMS, nicht aber des Lipödems! Dies wird auch deutlich, wenn man sich die von den Verfassern des Leserbriefes angegebene Literaturquelle anschaut (2). So scheinen die dort beschriebenen und auf Fotos gezeigten Patientinnen in erster Linie an morbider Adipositas sowie an massiven Adipositas-assoziierten Lymphödemem zu leiden als an einem Lipödem. Dies ist auch in allen Sonografie-Bildern dieser Publikation der Kollegen Heinig und Wollina klar erkennbar, die die klassischen sonografischen Kriterien eines Lymphödems zeigen.

Über die bereits oben festgestellte Vermischung von Begrifflichkeiten (Gewichtszunahme, Lipohypertrophie und Lipödem) vermischen die Autoren des Leserbriefes darüber

hinaus auch die Diagnosen Lipödem und Lymphödem auf problematische Art und Weise.

Ein weiteres Anliegen der Kollegen aus Dresden besteht in der Aufrechterhaltung eines populären Dogmas zum Lipödem, das insbesondere von Kollegen, die die Liposuktion durchführen, regelhaft betont wird (3). So schreiben Heinig und Wollina: *„dass eine bariatrische Chirurgie sehr wohl eine morbide Adipositas korrigieren kann. Wir haben aber keine adipösen Lipödem-Patientinnen gesehen, bei denen das vorbestehende Lipödem durch die bariatrische Chirurgie korrigiert wurde.“* Da dieses beliebte und häufig zitierte Statement Gegenstand des dritten Teils unserer Artikelreihe: „Lipödem – Mythen und Fakten“ ist, und dieser Artikel erst im vergangenen Heft dieser Zeitschrift erschienen ist (3), gehen wir nur ganz kurz auf diese Feststellung der Kollegen ein. Im Gegensatz zu den Dresdner Kollegen sehen wir hier in der Földiklinik (ambulant und stationär) fast täglich Patienten, die durch eine im Rahmen einer bariatrischen OP erfolgten Gewichtsreduktion auch eine drastische Reduktion ihrer Beinumfangs und damit eine substanzielle Verbesserung ihres Lipödems erfahren haben. Pathophysiologisch gesehen erschließt sich uns in keiner Weise, warum Gewichtsabnahmen von 50 oder mehr Kilogramm, sich ausschließlich auf den oberen Teil des Körpers bzw. den Rumpf fokussieren sollen. Selbstverständlich reduziert sich auch das Fettgewebe in der Beinregion beträchtlich und damit auch die Beschwerden der Patientinnen. Oft sind Patientinnen nach erfolgter Gewichtsreduktion beschwerdefrei, sodass wir dann von einem „Lipödem in Remission“ sprechen können. Was nach Gewichtsabnahme häufig verbleibt, ist eine noch mäßige disproportionale Lipohypertrophie der Beine, die wir – wie bereits mehrfach erwähnt – sinnvollerweise vom Krankheitsbild Lipödem unterscheiden sollten.

Im zweiten Teil ihres Leserbriefes widmen sich die Verfasser des Leserbriefes dem Thema Schmerzentstehung beim Lipödem. Wir stimmen den Kollegen zu, dass bislang keine belastbaren Daten zu möglichen Ursachen des Schmerzes existieren. Das Thema unseres Artikels (Teil 2) war allerdings nicht, ein schlüssiges Erklärungsmodell zur Schmerzentwicklung beim Lipödem vorzustellen. Vielmehr

ging es uns darum darzustellen, dass jegliche wissenschaftliche Evidenz für ein relevantes Ödem beim Lipödem fehlt; es ging uns weiter darum darzustellen, dass ein Ödem in keiner Weise – wie regelhaft behauptet – für die von den Patienten empfundene Schmerzsymptomatik verantwortlich sein kann und schließlich ging es uns darum darzustellen, dass damit der regelmäßigen und dauerhaften Verordnung von Manuellen Lymphdrainagen mit dem Ziel der „Ödembeseitigung“ jede Grundlage fehlt. Entzündung im Sinne eines „chronic low grade state of inflammation“ und Hypoxie bieten u.E. allerdings das bislang plausibelste Erklärungsmodell für die Schmerzen unserer Lipödempatientinnen. Die entsprechenden Daten für diese Hypothese wurden im Rahmen unseres Artikels genannt (4).

Wir stimmen den Verfassern des Leserbriefes von ganzem Herzen zu, dass die gegenseitige Beeinflussung von Schmerz und Psyche unbedingt noch weiter wissenschaftlich untersucht werden sollte. In der genaueren Kenntnis der Zusammenhänge von Psyche und Schmerz liegt eine enorme und derzeit noch zu wenig genutzte Chance für eine wirkungsvollere Therapie der betroffenen Frauen.

In ihrem Leserbrief schreiben Heinig und Wollina: „Die Pilotstudie im Rahmen der o. gen. Publikation bezieht sich auf psychische Störungen bei Lipödem-Patientinnen und konstatiert, dass immerhin bei 2/3 der untersuchten Patientinnen solche Störungen vorgelegen haben. Es scheint, als ob diese Daten auf den Auskünften der Patientinnen basieren.“ Die Psychodiagnostik im Rahmen der Pilotstudie der Földiklinik (5), auf die hier Bezug genommen wird, erfolgte allerdings nicht – wie von Heinig und Wollina fälschlicherweise angenommen – durch die Patientinnen selbst, sondern durch eine mit dieser Patientengruppe erfahrenen Psychologischen Psychotherapeutin. Da keine Fragebögen existieren, die eine Vielzahl an psychischen Störungen reliabel und valide im Lebensverlauf abbilden, war im Rahmen des explorativen Charakters der Studie das halbstrukturierte Interview die geeignetste und präziseste Diagnostikmethode. Dabei erfolgten die Interviews angelehnt an validierte diagnostische Verfahren und den ICD (6). Um Suggestivfragen zu vermeiden, wurden die psychischen Be-

schwerden und Störungsbilder im Lebensverlauf und die Lipödembeschwerden im Lebensverlauf strikt getrennt voneinander und nacheinander erhoben und erst in einem weiteren Schritt zur nochmaligen Überprüfung der Stimmigkeit der Angaben überblendet. Dies schien uns das geeignetste Verfahren, um vor allem klinisch relevante Beschwerden zu erfassen. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes in unserer Klinik wird regelhaft die deutsche Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) (7,8) als Screening Instrument bei der Aufnahme von Patienten eingesetzt. Dabei zeigt sich in der Praxis, dass vor allem bei Patienten mit körperlichen Einschränkungen das Instrument oft nicht valide genug misst. Oft liegen die Werte dann höher als es dem tatsächlichen klinischen Bild entspricht. Dies ist auch ein weiteres Problem der bisherigen internetbasierten Befragungen per Fragebogen. Die klinische Relevanz der erhobenen Daten kann nicht eingeschätzt werden und das abbildbare Spektrum der Symptomatik erweist sich für die Praxis als deutlich zu eng. Daraus würden sich letztendlich negative Folgen für die Therapie ergeben, da relevante Symptomatik, die übersehen wird, auch keiner folgenden Behandlung zugänglich ist.

Heinig und Wollina kritisieren, dass in der Pilotstudie von Bertsch und Erbacher keine Vergleichsgruppe einbezogen wurde. Dies hätten wir natürlich nur zu gerne getan, allerdings kommen Patientinnen, die lediglich an einer Lipo hypertrophie leiden (und damit beschwerdefrei sind), in einer Fachklinik so gut wie nie vor, da hier kein Behandlungsauftrag besteht.

Davon unberührt bleibt jedoch die Tatsache – und das ist auch ohne Kontrollgruppe gesichert – dass psychische Beschwerden oder Störungsbilder, die vor der Entwicklung eines Lipödems auftreten, rein formallogisch **nicht die Folge** des Lipödems sein können. Besonders interessant ist hier die – wie bereits erwähnt in getrennten Interviewabschnitten erhobene – zeitliche Abfolge von psychischer Vulnerabilität und nur wenige Monate später entstehender Lipödembeschwerdesymptomatik.

Um eine direkte kausale Beziehung zwischen psychischen Vulnerabilitäten und der Erkrankung Lipödem zu beweisen, ist weitere

Forschung nötig. Derzeit deutet jedoch vieles darauf hin, dass psychische Faktoren bei der Entstehung eines Lipödems eine wichtige Rolle spielen können.

Darüber hinaus bestehen auch Wechselwirkungen zwischen psychischen Störungsbildern und der Gewichtsentwicklung.

Um Patientinnen eine individualisierte Therapieoption anbieten zu können, ist es von immenser Wichtigkeit, eine saubere Unterscheidung von Gewichtszunahme, (meist Adipositas) Lipo hypertrophie, Lymphödem und Lipödem zu treffen.

Neugierig wären wir auch gewesen, welche Schlüsse die Dresdner Kollegen aus der von ihnen unter 5 bis 7 erwähnten Literatur gezogen hätten, auf die im Leserbrief nicht eingegangen wird.

Wir danken den Kollegen Heinig und Wollina für die Gelegenheit, diese dringend notwendigen Differenzierungen an dieser Stelle noch einmal verdeutlichen zu können.

Dr. med. Tobias Bertsch
Gabriele Erbacher

Földiklinik GmbH & Co.KG

Rösslehofweg 2–6

79856 Hinterzarten

E-Mail: tobias.bertsch@foeldiklinik.de

Literatur

1. Child A, Gordon K et al. Lipedema: An Inherited Condition. American Journal of Medical Genetics 2010.970–976.
2. Wollina U, Heinig B, Schönlebe J, Nowak A. Debulking surgery for elephantiasis nostras with large ectatic podoplanin-negative lymphatic vessels in patients with lipo-lymphedema. Eplasty 2014;14:e11.
3. Bertsch T, Erbacher G. Lipödem – Mythen und Fakten Teil 3. Phlebologie 2018; 47: 188–197.
4. Bertsch T, Erbacher G. Lipödem – Mythen und Fakten Teil 2. Phlebologie 2018; 47: 120–126
5. Bertsch T, Erbacher G. Lipödem – Mythen und Fakten Teil 1. Phlebologie 2018; 47: 84–92.
6. Dilling H Mombour W. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hogrefe 2015.
7. Herrmann-Lingen C, Buss U, Snaith RP: Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (3. aktualisierte und neu normierte Auflage). (2011)
8. Petermann F: Hospital Anxiety and Depression Scale, Deutsche Version (HADS-D) Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie (2011), 59, 251–253.