

# Ernährungstherapie bei Lipödem und Adipositas – Ergebnisse eines leitliniengerechten Therapiekonzepts

G. Faerber

Zentrum für Gefäßmedizin, Hamburg

## ▲ Hintergrund

Über die Hälfte der Lipödempatientinnen sind adipös, nur knapp 30 % normalgewichtig. Die Adipositas verstärkt die Ödemsymptomatik zum einen durch die zunehmende Insulinresistenz im Rahmen des metabolischen Syndroms, zum anderen durch die Östrogeneffekte des Fettgewebes. Die alimentär bedingten zusätzlichen Fettmassen gerade an den Oberschenkeln führen zu einer weiteren Verschlechterung des Gangbilds bzw. der Achsenfehlstellung der Beine und somit der Mobilität. Ein sekundäres Lymphödem tritt fast ausschließlich bei gleichzeitiger Adipositas auf. Während das Lipödem sowohl in der medizinischen Literatur als auch in der Laienpresse immer noch als diätresistent beschrieben wird, gehören nach der neu überarbeiteten Leitlinie für die Diagnostik und Therapie des Lipödems Ernährung und körperliche Aktivität ebenso zur konservativen Therapie wie die Komplexe Physikalische Entstauungstherapie. Bei einer morbid Adipositas sollte vor einer Liposuktion auf jeden Fall eine Ernährungstherapie mit dem Ziel der Gewichtsnormalisierung stattfinden.

Grundlage einer Gewichtsreduktion sollte dabei immer eine Kombination aus ernährungs-, bewegungs- und ggf. verhaltenstherapeutischen Maßnahmen sein und sowohl die Phase der Gewichtsreduktion als auch die langfristige Stabilisierung umfassen. Da eine Hyperinsulinämie die Lipogenese fördert und die Ödembildung verstärkt, wird empfohlen, Blutzucker- und Insulinspitzen zu vermeiden und ausreichende Pausen zwischen den Mahlzeiten einzuhalten. Für den langfristigen Erfolg ist es unabdingbar,

	prä M	prä SD	post M	post SD	Veränderung in %	P-Wert (t-Test)	Effektstärke (d Cohen)
ZKA					<b>45,6</b>	<0,001***	-1,92
OS prox.	35,26	12,1	19,18	11,62			
OS 15 cm	73,96	7,75	64,47	7,15	12,83	<0,001***	-1,27
Knie	62,43	6,85	54,93	5,86	12,01	<0,001***	-1,17
US 10 cm	46,74	6,2	41,8	5,1	10,57	<0,001***	-0,87
	45,75	5,21	41,34	4,16	9,64	<0,001***	-0,93

Tab. 1: Ketogene proteinoptimierte Ernährung. Ergebnisse: Umfänge Gruppe 2 (nur Ernährung), n=50, Therapiedauer vier Wochen bis neun Monate, Reduktion des Zwischenknöchelabstands (ZKA) über 45 %. OS = Oberschenkel, US = Unterschenkel

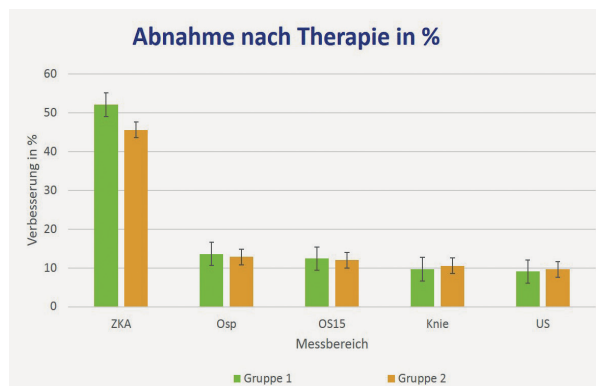


Abb. 1: Ketogene proteinoptimierte Ernährung – Ergebnisse der Umfänge.

darauf zu achten, dass die Gewichtsreduktion nicht zu Lasten der Muskelmasse, sondern der Fettmasse erfolgt, was eine ausreichende Versorgung mit hochwertigem Protein erfordert.

## Methoden und Fragestellung

Die hier vorgestellten Untersuchungsergebnisse wurden erzielt durch eine Ernährungstherapie, bei der die Kohlenhydrate am Anfang sehr stark reduziert werden, die für den Muskelschutz optimale Proteinzufuhr aber beibehalten wird (ketogene proteinoptimierte Diät). Im Verlauf wird die Kohlenhydrat- und Kalorienzufuhr allmählich, angepasst an die individuelle Situation der Patientinnen, erhöht, während die Proteinmenge zunächst gleich bleibt. Sowohl während der Reduktionsphase als auch in der Aufbau- und Erhaltungsphase werden verhaltensmodifizierende Elemente (Essverhalten, Bewegung, Stress- und Frustrationsbewältigung, Lebensstiländerung) eingebaut, ggf. eine entsprechende Therapie eingeleitet.

Mit dieser Methode wird eine Abnahme von durchschnittlich 20 bis 25 kg in vier Monaten erreicht. Im Verlauf der Therapie sind in einem Zeitraum von bis zu einem Jahr Gewichtsreduktionen von 30 bis 40 % des Ausgangsgewichts (nicht des „excess weight“) und mehr möglich. Für den Langzeiterfolg ist eine gute Nachbetreuung unerlässlich. Untersucht werden sollte, ob mit dieser Therapie eine nachhaltige Beschwerdebesserung sowie eine Reduktion der Therapiemaßnahmen erreicht werden können.



Abb. 2: 51 Jahre, 164 cm, 128 kg, BMI 46,8; Waist-to-Height Ratio 0,73, Lipödem Stadium II mit sekundärem Lymphödem, Insulinresistenz, Flachstrickhose, MLD einmal wöchentlich.  
Ergebnis nach 32 Wochen: minus 50 kg, keine MLD, Rundstrickkompression a-d.

## Ergebnisse

58 Patientinnen mit der gesicherten Diagnose Lipödem wurden von einer unabhängigen, externen Studentin telefonisch befragt. 82,7 % der Befragten gaben eine Besserung der Beschwerden zum Zeitpunkt der Befragung an, wobei die Beschwerdeintensität um 69,23 % unmittelbar nach der Therapie und um 59,85 % zum Zeitpunkt der Befragung reduziert wurde. Vor der Therapie erhielten 71,9 % der Befragten mindestens eine Manuelle Lymphdrainage pro Woche, zum Zeitpunkt des Telefonsurveys nur noch 47,4 %. Die Intensität der Kompressionstherapie nahm ebenfalls ab, der Anteil der Versorgung mit flachgestrickten Kompressionsstrümpfen sank von 60 % auf 38,4 %. Außerdem wurden Umfangsmessungen von 92 Patientinnen mit Lipödem oder Lipohypertrophie vor und nach der Therapie ausgewertet. 42 Patientinnen erhielten zusätzlich eine apparative Therapie (Sonolipolyse und Endermologie®, Gruppe A), 50 Patientinnen ausschließlich die Ernährungstherapie (Gruppe B). Gemessen wurden der Abstand zwischen den Innenknöcheln bei Berührung der Oberschenkel sowie die Umfänge der Oberschenkel proximal und 15 cm oberhalb des Knies, der Knie und der Unterschenkel. Der Zwischenknöchelabstand nahm in Gruppe A um 52,08 % ab, in Gruppe B um 45,6 %. Die Oberschenkelumfänge wurden um 13,65 % bzw. 12,45 % in Gruppe A und um 12,83 % bzw. 12,01 % in Gruppe B reduziert, die Umfänge der Knie um 9,68 % (Gruppe A) bzw. 10,57 % (Gruppe B), die der Unterschenkel um 9,68 % (Gruppe A) bzw. 9,64 % (Gruppe B). Die Reduktionen waren statistisch signifikant ( $p < 0,001$ ), Zwischen den Gruppen gab es keinen signifikanten Unterschied.

## Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse zeigen, dass die Beschwerdesymptomatik durch eine geeignete Ernährungstherapie in über 80 % der Fälle gebessert und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen wie Lymphtherapie und Kompression deutlich reduziert werden können. Gleichzeitig kommt es zu einer erheblichen Reduktion des subkutanen Fettgewebes an den Beinen, dokumentiert durch die deutlichen Umfangsverminderungen an Ober- und Unterschenkeln, vor allem aber durch die Abnahme des sogenannten Zwischenknöchelabstands, an der sich die Verbesserung des Gangbilds besonders gut erkennen lässt. Ob und in welcher Intensität nach einer Gewichtsreduktion noch Beschwerden bestehen bzw. weitergehende Therapiemaßnahmen erforderlich sind, lässt sich im Einzelfall nicht vorhersagen, dies hängt aber auch von der Methode und vor allem von der langfristigen Compliance der Patientinnen bzw. der Bereitschaft zu einer dauerhaften Ernährungsumstellung und ggf. Lebensstiländerung ab.

*Dieser Beitrag beruht auf einem Vortrag beim 40. Jahreskongress der DGL vom 22.-24.09.2016 in Hof.*

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Gabriele Faerber  
Zentrum für Gefäßmedizin  
Paul-Dessau-Str. 3e  
22761 Hamburg  
E-Mail: gabrielefaerber@gmx.de

