

Tipps und Tricks bei der operativen Versorgung von Lipödem-Patienten

M. Ghods

Klinik für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Mikrochirurgie/Handchirurgie, Klinikum Ernst von Bergmann gemeinnützige GmbH, Potsdam



Mojtaba Ghods

Zusammenfassung

Das Lipödem ist eine atypische, symmetrische Fettgewebsverteilungsstörung, die hauptsächlich die untere Extremität betrifft. Sie tritt fast ausschließlich bei Frauen auf und geht mit Schmerzen, Druckempfindlichkeit und Hämatomneigung einher. Ist eine konservative Therapie nicht erfolgreich, können mit der Liposuktion oft gute Ergebnisse erzielt werden. In dem Beitrag wird das praktische Vorgehen eingehend beschrieben.

Schlüsselwörter: Lipödem, konservative Therapie, Liposuktion, Patientenauswahl, Kosten und Kostenübernahme

Das Lipödem

Beim Lipödem handelt es sich um eine atypische, symmetrische Fettgewebsverteilungsstörung, die hauptsächlich die untere Extremität betrifft und ausschließlich bei Frauen auftritt, besonders in Phasen der hormonellen Veränderung, wie der Pubertät, der Schwangerschaft oder der Menopause. Pathognomonisch sind Schmerzen, Druckempfindlichkeit und Hämatomneigung bei den Patienten zu verzeichnen. Sekundär kommt es zur Entwicklung von Ödemen.

Behandlung des Lipödems

Das Lipödem wird aktuell zunächst mit konservativen Maßnahmen ambulant im Sinne einer Kompressionsbestrumpfung und manueller Lymphdrainage behandelt. Erzielen diese Maßnahmen keine deutliche Besserung, erfolgt eine Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE) mit einem spezifischen Ernährungs- und Bewegungsplan. Diese Therapie kann bis zu fortgeschrittenen Stadien angewandt werden und führt bei den meisten Patienten zu einer Besserung der Beschwerden. Bei der konservativen Therapie ist allerdings zu beachten, dass es sich lediglich um eine symptomatische Behandlung handelt.

Sollte trotz der konservativen Behandlungsmaßnahmen keine Linderung der Schmerzen und Beschwerden eintreten, stellt die operative Therapie in Form der Liposuktion eine geeignete Behandlungsmaßnahme dar. Mittels der Liposuktion wird die Beseitigung oder zumindest die Verminderung des krankhaft vermehrten, überschüssigen Körperfettes an den betroffenen Körperstellen angestrebt.

Diese medizinisch indizierte Fettabsaugung ist grundlegend von einer Fettabsaugung aus rein ästhetischen Gründen zu unterscheiden. Bei der Lipödem-Liposuktion liegt die Ausrichtung darauf, soviel krankhaftes Fettgewebe wie möglich zu entfernen, um die Symptomatik zu verbessern und sekundäre Veränderungen zu vermeiden. Fast das gesamte krankhafte Fettgewebe wird für ein bestmögliches Ergebnis operativ bereits oberhalb des oberen Sprunggelenkes bis zur Hüfte bzw. ab der Handgelenk-Beugefalte bis zum Schultergelenk abgesaugt (Abb. 1).

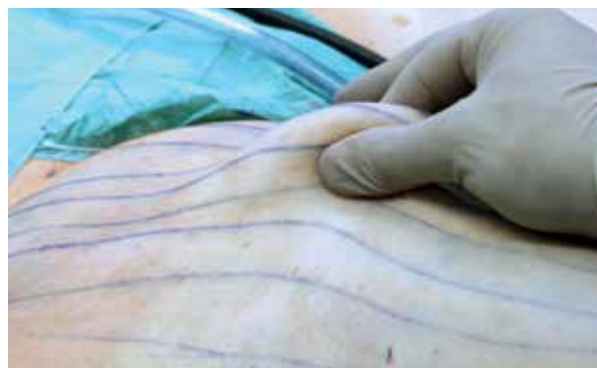


Abb. 1: Intraoperativer Pinch-Test mit der Maxime: unter 2 cm nach Absaugung.

Das Ziel einer ästhetischen Fettabsaugung ist die Absaugung bestimmter, als subjektiv störend empfundener Fettpolster zur Herstellung einer Symmetrie bzw. zur Verbesserung des äußeren Bildes. Diese Intention ist bei Lipödem-Patienten zweitrangig. Hinzu kommt der Unter-

schied, dass im Verlauf der Operation bei Lipödem-Patienten maßgeblich darauf zu achten ist, die Absaugung entlang der Lymphbahnen vorzunehmen (Abb. 2).

Zwei Methoden haben sich bis heute bei der operativen Behandlung bewährt:

- die vibrationsassistierte Liposuktion,
- die wasserstrahlassistierte Liposuktion.



Abb. 2: Nach Absaugung bei Straffungsoperation; Darstellung der geschonten Gefäße, Nerven und Lymphbahnen.

Bei beiden Methoden wird zunächst das abzusaugende Unterhautfettgewebe mit einer Kochsalzmischung unter-spritzt, welche die Ablösung des zwischen den Bindegewebsstrukturen befindliche, locker liegende Fettgewebe bedingt. Mittels dieser sogenannten Tumescenz-Liposuktion wird eine Verletzung von umliegenden Gewebeschichten, Nerven, Lymphbahnen und Gefäßen verhindert. Im Zuge neuer Entwicklungen und erprobter Verfahren in den vergangenen Jahren kann man heute das vermehrte Fettgewebe sicher und mit beachtlichem Erfolg absaugen. Unter Beachtung der international etablierten Leitlinien beim Einsatz von stumpfen Mikrokanülen verläuft die Liposuktion beim Lipödem ausgesprochen gewebeschonend. Umliegende Nerven und Gefäße bleiben unberührt und weitgehend verschont. Zudem sind die kosmetischen Resultate gut.

Abhängig von den individuellen Beschwerden der Patienten und den Stadien des Lipödems sind die Absaugmengen sehr unterschiedlich. In den Anfangsstadien des Krankheitsbildes handelt es sich um wenige Liter abgesaugten Fettgewebes. Hingegen weisen fortgeschrittene Stadien mit sogenannten Megafettabsaugungen ein Volumen von bis zu zehn Litern bei jeder Absaugung auf.

Auswahl der Patienten

In der Regel sollten Patienten operiert werden, die sich mit einer Diagnosestellung durch einen Lymphologen oder Kollegen mit ausgewiesener Erfahrung auf dem Gebiet des Lipödems bei uns vorstellen. Erfahrungsgemäß

müssen die Lipödem-Patienten mit drei bis vier operativen Eingriffen rechnen, die jeweils im Zeitabstand von drei Monaten stattzufinden haben. Je nach Befund werden bei jeder Absaugung zwischen vier bis zehn Liter Fettgewebe zunächst am Ober- und Unterschenkel streckseitig, im Anschluss Ober- und Unterschenkel rückseitig, dann gegebenenfalls Ober- und Unterarm abgesaugt. Nicht ausgeschlossen sind Folgeoperationen zur Korrektur. Daher ist es vor einer operativen Behandlung wichtig, die Patienten über mögliche Straffungsoperationen im Nachgang der Liposuktion aufzuklären.

Die Entscheidung, welche Art der Anästhesie vorgenommen wird, entscheidet der Operateur auf Grundlage seiner Erfahrungen sowie unter Berücksichtigung des Patientenwunsches und dessen gesundheitlicher Allgemeinkonstitution.

Präoperativ sollte am Tag der Operation bzw. am Vorabend eine Lymphdrainage durchgeführt werden. Am Operationstag erfolgt die Anzeichnung. Der Patient hat seinerseits eine Kompression (flachgestricktes Kompressionsmieder) mitzuführen.

Operativ werden je nach Bedarf Zugänge gelegt, um nahezu das gesamte krankhafte Fettgewebe zu entfernen. Dabei verwenden wir 5er-Kanülen zur Tiefenabsaugung, 4er-Kanülen zur Mittelschichtabsaugung sowie 3er-Kanülen zur oberflächlichen Liposuktion (Abb. 3).

Wir postulieren, dass das Krankheitsbild des Lipödems Gemeinsamkeiten mit der endokrinen Ophthalmopathie im Sinne einer Autoimmunerkrankung aufweist, die unter anderem mittels Entfernung des intraorbitalem Fetts nach *Olivari* behandelt wird. Das krankhafte Fett wird auch bei jenem Krankheitsbild in verschiedenen Schichten und mit einer bestimmten Menge entfernt. Andernfalls kommt es zu einem Rezidiv und einem nicht zufriedenstellenden Ergebnis mit entsprechender Reaktion auf der Patienten-seite. Auch bei den Lipödem-Patienten wird in verschiedenen Schichten abgesaugt. Ziel hierbei ist die Entlastung der Lymphbahnen sowie die Hautstraffung, die infolge des Reizes der Absaugung ausgelöst wird.



Abb. 3: Oberflächige Lipödem-Liposuktion mit 3er-Kanüle.

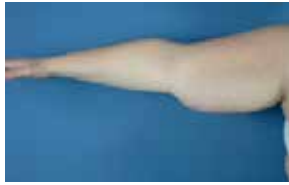


Abb. 4: Oberarm präoperativer Zustand.



Abb. 5: Postoperativ, Absaugmenge drei Liter.

Im intraoperativen Verlauf haben zudem eine Kühlung mittels Bauchtüchern und Lymphdrainagen zu erfolgen, um einer Ödembildung entgegen zu wirken. Schließlich werden die Inzisionsstellen genäht. Die Handhabung, diese offen zu lassen, um einen Abfluss zu ermöglichen, ist aus unserer Erfahrung für den Patienten eher sehr Kreislauf belastend. Das Ergebnis zugrenzter Inzisionsareale ist bewiesenermaßen gut und weist eine größere Patientenzufriedenheit auf.

Direkt im Anschluss der Lipödem-Liposuktion bekommt der Patient zur Minimierung des Thromboserisikos, zur Verbesserung der Wundheilung und zur Reduktion des postoperativen Ödems die Kompressionsbestrumpfung angelegt. In der Regel verbleibt der Patient nach dem operativen Eingriff eine Nacht in stationärer Überwachung. Dies gilt insbesondere bei größeren Absaugungen. Die postoperative Weiterbehandlung sieht direkt nach der Operation eine Mobilisierung, das Duschen am Folgetag und eine beginnende Lymphdrainage vor. Ferner sollte eine Versorgung mit Arnica-Salbe oder -Tabletten vorgenommen werden. In jedem Fall ist nach der Operation die Diät und Sporttherapie ein Leben lang fortzusetzen.

Nach unserer Erfahrung (Fünf-Jahresstudie postoperativ (1)) sind bis zu 95% der Patienten sehr zufrieden mit dem Ergebnis der Lipödem-Liposuktion, da sich die Symptomatik enorm verbessert hat und die Lebensqualität infolge dessen deutlich gestiegen ist. Einige der Patienten sind nicht mehr auf das Tragen eines Kompressionsmieders angewiesen, bei weiteren verringert sich die Anzahl der Lymphdrainagen.



Abb. 6: Beine präoperativer Zustand.



Abb. 7: Postoperativ, Absaugmenge neun Liter.

Kosten und Kostenübernahme der operativen Behandlung

Trotz exzellenter Resultate, welche auch wissenschaftlich unsererseits sowie durch andere Kliniken, unter anderem durch *W. Schmeller*, *M. E. Cornely* und *S. Rapprich*, dokumentiert sind, besteht seitens der Krankenkassen noch keine Verpflichtung, die Kosten der Liposuktion zu tragen. Allerdings hat der Bundesausschuss seit kurzem den Weg zur Kostenübernahme der Liposuktion bei diagnostiziertem Lipödem geebnet. Hierfür fordern die Kassen jedoch noch weiterführende Studien. Bis dahin bleibt die Kostenübernahme einer Fettabsaugung beim Lipödem durch die Krankenkasse eine reine Kulanzleistung.



Abb. 8: Beine präoperativer Zustand.



Abb. 9: Postoperativ, Absaugmenge sieben Liter.

Den Patienten mit abgelehnten Anträgen zur Kostenübernahme der Liposuktion (Kostenübernahmegenehmigung bei uns max. 20%) steht eine oftmals langwierige Auseinandersetzung mit den Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen bis hin zum Sozialgericht bevor. Die Finanzierung der Therapie durch die Patienten selbst ist meist nicht möglich, da es sich in der Mehrzahl der Fälle um mindestens drei bis vier Absaugungen handelt und sich die Kosten bei einer privaten Finanzierung auf die Höhe eines kleinen Mittelklassewagens belaufen.

Literatur

1. Dadras M, Mallinger PJ, Corterier CC, Theodosiadi S, Ghods. Liposuction in the Treatment of Lipedema: A Longitudinal Study. *M Arch Plast Surg.* 2017;44(4):324-331.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Mojtaba Ghods
Klinikum Ernst von Bergmann gemeinnützige GmbH
Klinik für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive
Mikrochirurgie/Handchirurgie
Charlottenstr. 72, 14467 Potsdam
E-Mail: mghods@klinikumebv.de