Schmerzen beim Lipödem

Versuch einer Annäherung

W. Schmeller, I. Meier-Vollrath

Capio Hanse-Klinik, Fachklinik für Liposuktion und operativ-ästhetische Dermatologie, Lübeck

Zusammenfassung

Einleitung: Beschwerden beim Lipödem werden in der wissenschaftlichen Literatur überwiegend als Druckschmerz oder Spannungsgefühl bezeichnet.

Fragestellung: Ziel war, eine weitergehende Differenzierung der Qualität der empfundenen Beschwerden zu ermöglichen sowie eine orientierende Quantifizierung der Schmerzausprägung anzugeben.

Methoden: 50 Patientinnen mit Lipödem im Stadium II wurden gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, welcher 30 Items enthielt, die sensorischen und affektiven Schmerzempfindungen entsprachen. Diese sollten den Kategorien »trifft genau zu«, »trifft weitgehend zu«, »trifft ein wenig zu« oder »trifft nicht zu« zugeordnet werden. Zusätzlich sollten die Beschwerden mit eigenen Worten geschildert werden.

Ergebnisse: Am häufigsten wurden die Items *drückend* und *dumpf* angegeben. In geringerem Maße wurden angekreuzt: *schwer, ziehend, quälend, entnervend, heftig, unerträglich, erschöpfend* und *stechend*. Die Mittelwerte der Gesamtscores der Patienten für die sensorische und affektive Schmerzempfindung ergaben – beim Vergleich mit chronischen Schmerzpatienten – eine durchschnittliche Schmerzausprägung. Bei den eigenen Formulierungen wurden die Beschwerden jedoch teilweise als sehr ausgeprägt beschrieben.

Bewertung: Zur Charakterisierung der Empfindungen beim Lipödem war nur ein geringer Teil der angebotenen Adjektive geeignet. Interindividuell wurden die Schmerzen sehr unterschiedlich empfunden. Die subjektiv teilweise sehr starke Beschwerdesymptomatik sollte bei der Charakterisierung des Lipödems berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter: Lipödem, Schmerzerfassung, Schmerzempfindungsskala (SES)

Summary

Introduction: In the scientific literature complaints in patients with lipoedema are described as pain due to pressure or as tenderness.

Objective: To better classify the quality of pain in lipoedema and to find out about the extent of complaints.

Methods: 50 patients with lipoedema stage II received a questionnaire with 30 items containing adjectives of sensory and affective pain qualities. For these items they could choose between »fits exactly«, »fits fairly well«, »fits little« or »does not fit«. In addition, patients were asked to describe their complaints with their own words.

Results: In most cases the items *pressing* and *lumpish* were chosen. Many patients used the characterizations *heavy, tearing, distressing, enervating, fierce, unbearable, exhausting*, and *pinching*. The median values of all the patients´ sensory and affective scores showed – compared to people with chronic pain - »average« values. However, by using their own words, the complaints were often described as extremely burdensome.

Conclusion: For describing pain in lipoedema only few items were used by the patients. There were great interindividual variations. Aspects of pain can be quite burdensome; they should be used in the characterization and the grading of lipe

Einleitung

Beim Lipödem wird – im Gegensatz zu anderen Erkrankungen mit Ödemen wie Lymphödem, Phlebödem oder Herzinsuffizienz – eine deutliche Schmerzhaftigkeit in den betroffenen Arealen, d. h. vorwiegend in den unteren Extremitäten, angegeben. Dies zeigt sich auch in der Namensgebung der in Tab. 1 aufgeführten Synonyme. Insbesondere die Druckschmerzen werden – neben Berührungsempfindlichkeit und spontan auftretenden Spannungsschmerzen – als wesentliches Charakteristikum des Lipödems angesehen [1].

Mit Schmerz assoziierte Synonyme für das Lipödem

- Lipalgie
- Adiposalgie
- Adipositas dolorosa
- Lipomatosis dolorosa der Beine
- Lipohypertrophia dolorosa
- schmerzhaftes Säulenbein
- schmerzhaftes Lipödemsyndrom

Tab. 1

Der Erfolg der konservativen Therapie (kombinierte physikalische Entstauungsbehandlung, KPE) zeigt sich in einer Reduzierung des Ödemvolumens mit dadurch bedingter Beschwerdebesserung. Obwohl die manuelle Lymphdrainage mit anschließender Kompression und Bewegung seit Jahrzehnten täglich mit Erfolg eingesetzt wird, liegen unseres Wissens keine Studien mit quantitativen Angaben der Schmerzminderung nach physikalischer Entstauung vor.

Auch nach operativer Therapie wird von den Betroffenen eine Reduktion von Spontan- und Druckschmerzen angegeben. Dies konnte im Rahmen einer Selbsteinschätzung anhand von Fragebögen prä- und postoperativ evaluiert werden (2). Diese quantitative Beschwerdebesserung ist wohl primär Folge einer Ödemverminderung. Es wird vermutet, dass sich durch die Verkleinerung des Subkutanraums an

Ober- und Unterschenkeln dort postoperativ weniger Ödemflüssigkeit einlagern kann (Reduzierung des epifaszialen Kompartiments). So wird von 25 % der Betroffenen angegeben, dass nach Abschluss der operativen Therapie keine physikalische Therapie mehr notwendig war; 41 % gaben an, dass die KPE nur noch in stark vermindertem Ausmaß notwendig war [2].

Die von den Patienten empfundene Qualität der Lipödem-assoziierten Beschwerden wurde demgegenüber bisher noch nicht genauer untersucht. Weder in den Standardlehrbüchern über Schmerz bzw. Schmerztherapie [3-5] noch in der lymphologischen Literatur [6-9] konnten dazu Angaben gefunden werden.

Fragestellung

Es sollten die beim Lipödem auftretenden Schmerzen und (Miss-) Empfindungen erfasst und näher charakterisiert werden. Dabei interessierte auch, welchen Einfluss diese Beschwerden auf die Gesamtbefindlichkeit haben. Neben qualitativen Angaben in Form einzelner Scores sollten mittels einer Skalierung sowie mit Hilfe von Globalwerten auch semiquantitative Angaben erfasst werden.

Patienten und Methoden

Untersucht wurden – fortlaufend – 50 Patientinnen, die sich im Zeitraum von März bis Dezember 2007 in der Lübecker Capio Hanse-Klinik vorstellten. Alle wiesen ein Lipödem im Stadium II auf. Das durchschnittliche Alter war 38,9 (20–68) Jahre, der durchschnittliche BMI war 32,6 (21–47) kg/m^2; (Werte zwischen 30 und 34,9 entsprechen einer Adipositas Grad 1). Weitere Erkrankungen mit Schmerzen lagen nicht vor; Analgetika, Sedativa oder Antidepressiva wurden nicht eingenommen. Befund- und Beschwerdedauer betrugen bei allen Untersuchten mehrere Jahre.

Zur Erfassung der Beschwerden wurde eine Schmerzempfindungs-Skala (SES) in Form eines Fragebogens mit 30 Items eingesetzt. Dieser enthielt 24 standardisierte Items, die sensorische und affektive Merkmale der Schmerzempfindung beschreiben sowie Angaben zur Hartnäckigkeit dieser Schmerzen beinhalten [10]. Zu den sensorischen 10 Items zählten für die Schmerzrhythmik: *klopfend, pochend* und *hämmernd*, für das lokale Eindringen: *schneidend, reißend, stechend* und *durch-*

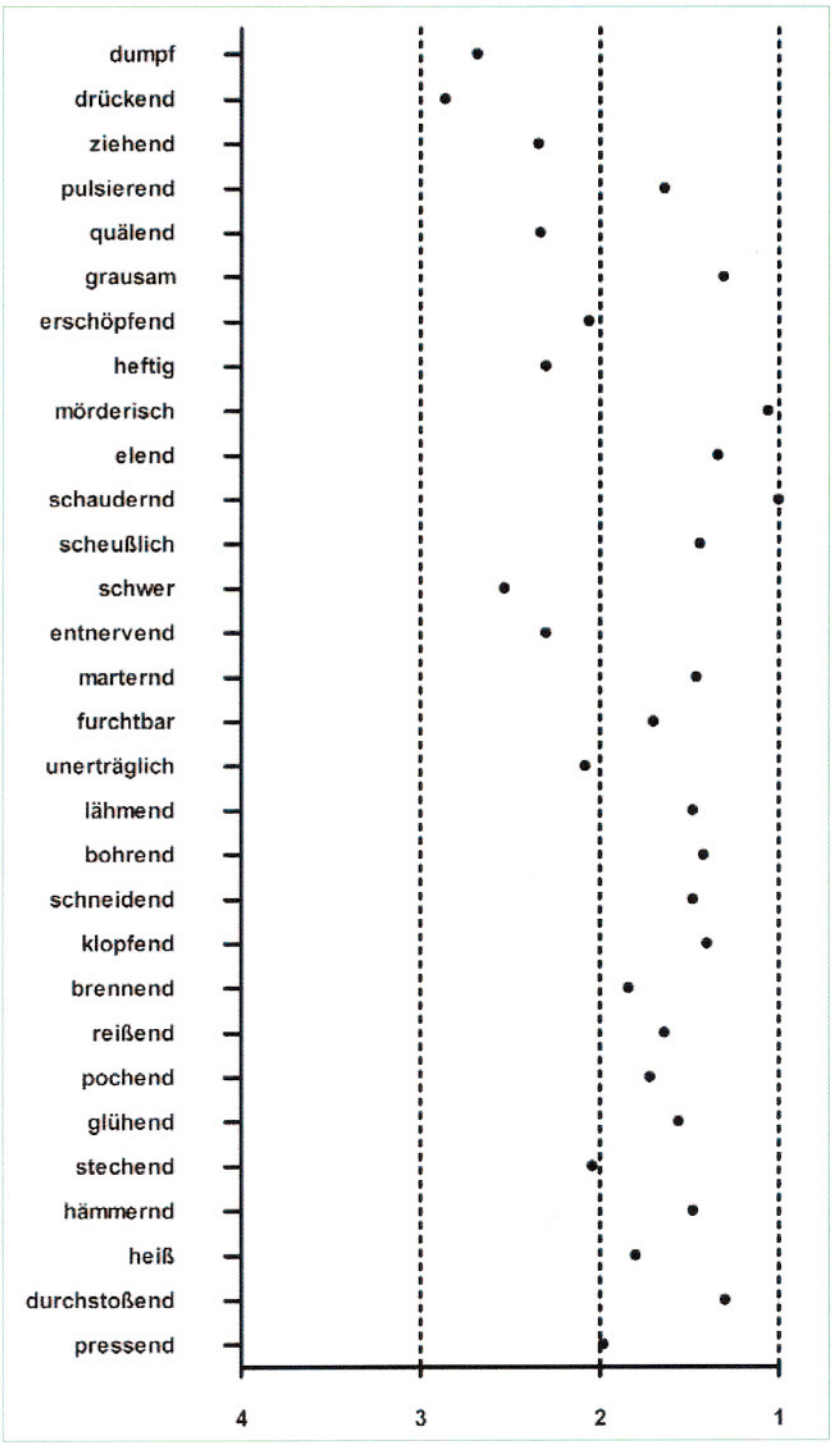

Abb. 1
Score-Mittelwerte bei insgesamt 50 Patientinnen. 1 = trifft nicht zu, 2 = trifft wenig zu, 3 = trifft weitgehend zu, 4 = trifft genau zu.

stoßend sowie für die Temperaturempfindung: *brennend, glühend* und *heiß*. Zu den als affektiv bezeichneten 14 Items zählten für die allgemeine Schmerzangabe: *grausam, heftig, mörderisch, schauderhaft, scheußlich, schwer, furchtbar, unerträglich* und für die Beschreibung der Hartnäckigkeit: *quälend, erschöpfend, elend, entnervend, marternd, lähmend*.

Diese 24 Items wurden ergänzt durch 6 Adjektive, welche teils im Schmerzfragebogen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Lübeck, eingesetzt, teils von Patientinnen mit Lipödem wiederholt bei Erhebung der Anamnesen benutzt wurden. Es handelte sich um die Begriffe: *dumpf, drückend, ziehend, pulsierend, bohrend* und *pressend*.

Alle Items sollten den Kategorien »trifft genau zu« (bewertet mit 4 Punkten), »trifft weitgehend zu« (3 Punkte), »trifft wenig zu« (2 Punkte) oder »trifft nicht zu« (1 Punkt) zugeordnet werden. Anhand der Punkte wurde für jede Eigenschaft ein Score errechnet; dieser setzt sich zusammen aus der Summe der einzelnen Scores aller Kategorien einer Eigenschaft dividiert durch die Zahl der Teilnehmer, d. h. in unserem Fall durch 50. (Würde also z. B. von allen Betroffenen bei einem Item »trifft genau zu« angekreuzt werden, so wäre der maximal mögliche Score 4 mal 50 = 200 dividiert durch 50 = 4,0).

Zusätzlich wurde aus den 24 standardisierten Items noch für jede Patientin ein Globalscore der Schmerzempfindung – getrennt für die sensorischen und affektiven Items – errechnet. Hierbei waren bei den 10 sensorischen Items Werte zwischen 10 (10 x 1) und 40 (10 x 4), bei den 14 affektiven Items zwischen 14 (14 x 1) und 56 (14 x 4) möglich.

Am Ende des Fragebogens befanden sich freie Zeilen; die Betroffenen wurden gebeten, dort die Beschwerden sowie die dadurch verursachten Empfindungen mit ihren eigenen Worten zu schildern.

Die 10 am häufigsten genannten Adjektive zur Schmerzbeschreibung (maximal möglicher Score-Wert: 4,0)

Rang	Item	Score
1.	*drückend*	2,86
2.	*dumpf*	2,68
3.	*schwer*	2,53
4.	*ziehend*	2,34
5.	*quälend*	2,33
6.	*entnervend*	2,30
7.	*heftig*	2,30
8.	*unerträglich*	2,08
9.	*erschöpfend*	2,06
10.	*stechend*	2,04

Tab. 2

Ergebnisse

Abb. 1 zeigt in Form einer grafischen Darstellung die errechneten durchschnittlichen Scores für jedes der 30 Items.

Tab. 2 führt die zehn am höchsten bewerteten Eigenschaften mit Scores ≥2 auf. Kein Item erreichte einen Score von 3 oder mehr; lediglich drei Eigenschaften (*drückend, dumpf* und *schwer*) erreichten einen Wert von mehr als 2,5.

Abb. 2 zeigt beispielhaft eine Auswertung des ersten Teils der Fragebögen (10 von 30 Items) mit Angabe der markierten Kategorien in Form einer Strichliste. Man erkennt – selbst bei den am häufigsten genannten Eigenschaften – die starken interindividuellen Unterschiede bei der Bewertung in den entsprechenden Kategorien.

Bezüglich der Gesamtscores ergab sich für die sensorische Schmerzempfindung (10 Items) ein mittlerer Wert von 16,3 (10-31), für die affektive Schmerzempfindung (14 Items) ein mittlerer Wert von 24,4 (14-43).

Zusätzliche Angaben in Form eigener Formulierungen hatten 40 der 50 Patientinnen gemacht.

In Tab. 3 sind schmerzbezogene individuelle Beschreibungen aufgeführt.

Besprechung

Ich empfinde meine Schmerzen als	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
dumpf	IIIII IIIII IIIII II	IIIII IIIII IIIII	IIIII II	IIIII IIIII II
drückend	IIIII IIIII IIIII III	IIIII IIIII IIIII I	IIIII II	IIIII IIII
ziehend	IIIII IIIII	IIIII IIIII II	IIIII IIIII III	IIIII IIIII IIIII
pulsierend	II	IIIII III	IIIII IIIII	IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII
quälend	IIIII IIIII	IIIII IIIII II	IIIII IIIII II	IIIII IIIII IIIII I
grausam	II	I	IIIII II	IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII
erschöpfend	IIIII IIIII	IIIII II	IIIII IIIII	IIIII IIIII IIIII IIIII III
heftig	IIIII III	IIIII IIIII IIIII I	IIIII IIIII	IIIII IIIII IIIII I
mörderisch			III	IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII II
elend	II	IIII	III	IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII
.....				

Abb. 2

Auszug aus der Auswertung der Fragebögen mit Gesamtergebnissen in Form einer Strichliste. Deutlich erkennbar sind die großen interindividuellen Unterschiede der Schmerzempfindung.

Formulierungen der Patientinnen zur Schmerzbeschreibung

- als würde einer die Blutzufuhr abdrücken
- als wenn die Beine aus allen Fugen wollten
- schmerzhafte Schwäche
- rohes Gefühl
- fühle mich schwach
- als wenn die Beine zerspringen
- bohrender, stechender Druck
- als wenn man den Fuß abbindet und die Flüssigkeit nicht mehr ablaufen kann
- die Haut ist zu eng
- wie Beton in den Beinen
- die Beine sind mit Zement gefüllt
- wie Blei in den Füßen
- als wenn man von innen platzen würde
- wie mit einem spitzen Messer
- als wenn Gummibänder hin und her gezogen würden
- ein dumpfer Schmerz, als wenn ein Stab zwischen das Kniegelenk gestoßen würde
- zermürbend und meinem Aktivitätsdrang widerstrebend
- Unterschenkel und Füße fühlen sich an wie mit Luft gefüllt
- der untere Körperteil ist kurz vor dem Einschlafen

Tab. 3

Anhand der Schmerzempfindungs-Skala (SES), die standardmäßig bei Personen zwischen 16 und 80 Jahren eingesetzt wird, ist eine differenzierte Beschreibung subjektiv wahrgenommener Schmerzen möglich. Sie wird – wie im vorliegenden Falle – als »Papier-Bleistift-Version« oder auch als Computerversion eingesetzt (11). Man verwendet sie in der Schmerzdiagnostik, vor allem aber in der Schmerzmessung, insbesondere bei der Evaluation von Schmerzbehandlungen. 12 der Items (aus der anfangs aufgeführten Gruppe der 24 Items) werden im »Deutschen Schmerz-Fragebogen« der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) und der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes eingesetzt (DGSS) (www.dgss.org).

Bei der hier vorliegenden Untersuchung zeigt sich, dass von den 30 verwendeten Beschreibungen lediglich ein Drittel geeignet war, die beim Lipödem auftretenden Beschwerden »abzubilden«. Die klassischen Fragebögen zur Schmerztherapie enthalten offensichtlich wenig Items, mit denen sich ödembedingte Beschwerden gut erfassen lassen. Von 30 Items haben – bei einem maximal möglichen Score von 4 – lediglich 10 einen Score von über 2; ein Score von 3 oder mehr wird von keinem Item erreicht. Als »genau zutreffend« oder »weitgehend zutreffend« werden mehrheitlich angegeben: *drückend, dumpf, schwer, ziehend, quälend, entnervend, heftig, unerträglich, erschöpfend* und *stechend*. Von diesen 10 Items sind 3 Items (*drückend, dumpf, ziehend*) nicht im standardmäßig eingesetzten Deutschen Schmerzbogen der DGSS aufgeführt. Von den übrigen 7 Items ist lediglich eines (*stechend*) Ausdruck einer sensorischen Schmerzempfindung. Die übrigen 6 (*schwer, quälend, entnervend, heftig, unerträglich* und *erschöpfend*) geben affektive Merkmale der Schmerzempfindung wieder. Dies demonstriert die starke emotionale Beanspruchung dieses Patientenklientels. Die Hälfte dieser Merkmale (*entnervend, quälend* und *erschöpfend*) weist auf die Hartnäckigkeit der Empfindungen hin. Dies ist bei einem sowohl chronischen als auch noch zusätzlich progredienten Leiden wie dem Lipödem gut nachvollziehbar.

Wahrscheinlich erklärt die individuell unterschiedliche affektive Verarbeitung der Beschwerden auch die starke interindividuelle Variabilität bei der Angabe der Schweregrad-Kategorien. So werden bestimmte Charakterisierungen bei einem Teil der Patientinnen als »genau zutreffend«, bei anderen jedoch als »nicht zutreffend« bezeichnet. Besonders deutlich demonstriert dies Abb. 2, wo auszugsweise ein Teil des ausgewerteten Fragebogens aufgeführt ist. Selbst bei den am häufigsten genannten Items *drückend* und *dumpf* finden sich sehr viele Betroffene, bei denen diese Empfindung als »wenig« bzw. »nicht zutreffend« angekreuzt wird. Stark ausgeprägte Unterschiede der Erlebnisqualität bei Lipödempatientinnen sind jedem klinisch tätigen Arzt bzw. Physiotherapeuten aus eigener Erfahrung bekannt.

Bezüglich der Gesamtscores dieses Patientenkollektivs ergibt sich für die sensorische Schmerzempfindung ein durchschnittlicher Wert von 16,3 und für die affektive Empfindung von 24,4. Um einen Vergleich mit Scores anderer schmerzhafter Erkrankungen zu ermöglichen, werden von den 30 Items lediglich die 24 ausgewertet, die standardmäßig in der klassischen Schmerzempfindungsskala (SES) eingesetzt werden. Zur Beurteilung des Grades der Schmerzausprägung anhand der SES wird in der Literatur ein Vergleich mit einer repräsentativen Stichprobe (n = 1.048) beiderlei Geschlechts durchgeführt [10]; diese Gruppe weist überwiegend chronische Schmerzzustände auf. Dabei wird bei sensorischen Werten zwischen 12 und 25 und bei affektiven Werten zwischen 22 bis 44 von einer »durchschnittlichen« Schmerzausprägung gesprochen. (Lediglich 5 von 50 Patientinnen erreichten bei der sensorischen Empfindung Werte über 25). Den subjektiv empfundenen Beschwerden beim Lipödem kommt somit zwar keine überragende, aber zumindest eine große Bedeutung zu.

Etablierte Stadien des Lipödems nach morphologischen Kriterien

Stadium I	Subkutis verdickt und weich mit kleinen Knötchen, Haut glatt
Stadium II	Subkutis verdickt und weich mit größeren Knoten, Haut uneben
Stadium III	Subkutis verdickt und induriert, große Knoten, deformierende Fettlappen an Innenseiten von Oberschenkeln und Knien

Tab. 4a

Denkbare ergänzende Einteilung des Lipödems nach Beschwerden

Grad I	Druckschmerzen nur nach Belastung (abends, Wärme, langes Stehen)
Grad II	Druckschmerzen dauernd, Spontanschmerzen nur nach Belastung
Grad III	Druckschmerzen dauernd, Spontanschmerzen dauernd

Tab. 4b

Dies bestätigen auch die individuell gebrauchten Beschreibungen am Ende des Fragebogens. Hier werden überwiegend recht dramatisch klingende Formulierungen aufgeführt, die teilweise auch relativ bedrohlich klingen (*abdrücken, abbinden, zerspringen, bohren, stechen, platzen*, etc.). Derartige »extreme« Empfindungen sind in der Literatur zum Lipödem bisher nicht beschrieben worden.

Die Aussagen der vorliegenden Studie beziehen sich ausschließlich auf die untere Extremität; die Arme sind prinzipiell viel seltener von Beschwerden betroffen. Dies weist auf die Bedeutung der Orthostase hin. Ob darüber hinaus noch die wiederholt beschriebenen nervalen Einflüsse in Form einer Schädigung des autonomen Nervensystems [6, 7] eine Rolle spielen, kann aufgrund dieser Untersuchung nicht eingeschätzt werden.

Sicher ist jedoch, dass die etablierte Einteilung der Schweregrade beim Lipödem – anhand klinischer Befunde unter alleiniger Bezugnahme auf die Fettvermehrung – dem Krankheitsbild nicht voll gerecht wird. Die subjektiv teilweise doch als sehr ausgeprägt empfundene Beschwerdesymptomatik ist in der etablierten Klassifizierung des Lipödems mit den Stadien I–III (Tab. 4a) in keiner Weise berücksichtigt. Denkbar und klinisch relevanter wäre eine ergänzende Einteilung, wie sie – versuchsweise – in Tab. 4b wiedergegeben ist. Die Ergebnisse dieser Arbeit, die sich vorwiegend den qualitativen Aspekten widmet, legen nahe, in Zukunft auch genaue und etablierte Verfahren zu quantitativen Messungen der Schmerzen vor und nach Therapie durchzuführen. Dies wird bereits in Ansätzen durchgeführt (2).

Abschließend lassen sich die Ergebnisse dieser Studie in den Kernsätzen der Tab. 5 zusammenfassen.

Kernsätze

Die Beschwerden beim Lipödem

- werden in vielen Fällen als sehr stark charakterisiert
- werden individuell sehr unterschiedlich empfunden
- wurden in der wissenschaftlichen Literatur bisher offensichtlich unterschätzt
- haben im Vergleich mit anderen chronischen Schmerzzuständen eine »durchschnittliche« Ausprägung
- sollten zwecks besserer Einschätzung des Schweregrads bei der Klassifizierung der Erkrankung berücksichtigt werden
- sollten in Zukunft nicht nur qualitativ, sondern möglichst auch quantitativ erfasst werden.

Tab. 5

Danksagung

Für die kritische Durchsicht des Manuskriptes samt Verbesserungsvorschlägen sei an dieser Stelle *Herrn Dr. Torsten Meier*, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Lübeck, herzlich gedankt. Wir bedanken uns ebenfalls bei *Frau Kristel Vedadi* (Capio Hanse-Klinik) für ihre Hilfe bei der Auswertung.

Literatur

1. Reißhauer A: Druckmessung beim Lipödem. In: Strößenreuther RHK (Hrsg.) Lipödem und andere Erkrankungen des Fettgewebes. Viavital Verlag, Köln 2001, 75-78

2. Schmeller W, Meier-Vollrath I: Lipödem: Aktuelles zu einem weitgehend unbekannten Krankheitsbild. Akt Dermatol 2007; 33: 251-260

3. Brune K, Beyer A, Schäfer M: Schmerz. Pathophysiologie – Pharmakologie – Therapie. Springer, Berlin, Heidelberg 2001

4. Wörz R (Hrsg): Differenzierte medikamentöse Schmerztherapie. Urban & Fischer, Jena, 2. Auflage 2001

5. McMahon S, Koltzenburg M (Hrsg.): Wall and Melzack´s textbook of pain. Churchill Livingstone, 5. Auflage 2006

6. Strößenreuther RHK: Pathophysiologie und weitere Überlegungen. In: Strößenreuther RHK (Hrsg.) Lipödem und andere Erkrankungen des Fettgewebes. Viavital Verlag, Köln 2001, 161-185

7. Földi E, Földi M: Das Lipödem. In: Földi M, Kubik S Lehrbuch der Lymphologie für Mediziner, Masseure und Physiotherapeuten. Urban & Fischer, München, Jena, 6. Auflage 2005, 444-453

8. Herpertz U: Ödeme und Lymphdrainage. Diagnose und Therapie von Ödemkrankheiten. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 3. Auflage 2006, 168-181

9. Weissleder H, Schuchhardt C (Hrsg.): Lymphedema. Diagnosis and Therapy. Viavital Verlag, Essen, 4. Auflage 2008

10. Geissner E: Die Schmerzempfindungs-Skala (SES). Handanweisung. Hogrefe, Göttingen 1998

11. Heuser J, Geissner E: Computer-Version der Schmerzempfindungsskala. Der Schmerz 1998, 12: 205-208

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. med. Wilfried Schmeller
Capio Hanse-Klinik
St.-Jürgen-Ring 66, 23564 Lübeck
E-Mail: ws@hanse-klinik.com

Lipödem – Liposuktion

Clarissa Ciaston

Zum ersten Mal erfuhr ich etwas über das Lipödem im Fortbildungskurs ML-KPE der Földi-Schule in München. Da war mir klar, daß meine Mutter an einem solchen litt. Sie hatte damals Stadium I mit allen unangenehmen Begleiterscheinungen wie Spannungsgefühl, Druckschmerz bereits bei leichter Berührung und anhaltende Blutergüsse.

Bei mir brach die Erkrankung 1994 nach meiner 1. Schwangerschaft aus. Mir war dies damals noch nicht bewußt. Wegen frühzeitiger Wehen erhielt ich über 6 Wochen Infusionen, die zu einer starken Gewichtszunahme führten. Nach der Geburt reduzierte ich mein Gewicht. Was blieb, war schwammiges, leicht ödematöses Gewebe am Oberschenkel, von mir als starke Cellulite eingestuft. Ende 95, nach meiner zweiten Schwangerschaft, ich nahm ca. 13 kg zu, verstärkte sich der Befund. Zum damaligen Zeitpunkt war die Fettschicht bereits nach unten gerutscht und bildete eine häßliche Fettfalte über und um das Knie. 1999 wurde in der Abteilung für Lymph-Angiologie einer Klinik nördlich von München nach ausführlicher Diagnostik die Diagnose Lipödem gestellt. Der Arzt empfahl spezielle Stützstrümpfe zu tragen, regelmäßig Lymphdrainage verabreichen zu lassen und mich letztendlich mit dem Befund abzufinden.

Das tat ich zunächst auch. Die Progredienz war jedoch nicht aufzuhalten. Zu Druckschmerz und Bluterguß-Neigung kamen – trotz Kompressionsstrümpfen – bei einem langen Arbeitstag in der Praxis regelrechte Schmerzen in den ganzen Beinen dazu, es kribbelte und manchmal hatte ich das Gefühl, daß das Gewebe platzte.

Zu den körperlichen Beschwerden kam die psychische Belastung, ich war sehr unglücklich. Ich ging selten schwimmen, am Strand lief ich immer mit einem Tuch um die Hüften herum und war immer bedacht, daß mich keiner sieht. Damals ohne Partner konnte ich mir nicht vorstellen, mich je einem Mann zu präsentieren. Es war so, als ob ab der Taille mein Körper nicht mehr zu mir gehörte. . .

Trotz regelmäßiger Behandlungen verschlimmerte sich das Beschwerdebild, und im Jahre 2003 fing ich an, mich für Liposuktion zu interessieren. Es ist einfacher, eine Entscheidung für eine OP zu treffen, die medizinisch zwingend nötig ist, aber die Progredienz akzeptieren konnte und wollte ich auch nicht.

Die in den Medien gezeigten Liposuktionen empfand ich jedoch als einen Alptraum. Die in Vollnarkose versetzten Patienten werden beim Saugen so stark hin- und hergeschüttelt, daß ich den Eindruck hatte, daß das Gewebe regelrecht herausgerissen wurde.

Insgesamt 5 der bekanntesten plast. Chirurgen in und um München habe ich aufgesucht und war schwer enttäuscht. Keiner wußte wirklich über das Lipödem Bescheid. Ich hörte Dinge wie: erst mal abnehmen und Sport machen. Fragen meinerseits, die die Situation nach der OP betrafen, wie das Aufhalten der Progredienz und Verhaltensweisen, wurden sehr vage beantwortet. Bis auf einen, wollten alle in Vollnarkose operieren, und dieser eine wollte beide Beine komplett bei einem Eingriff absaugen – „so 6 bis 7 Liter bei einer Sitzung geht schon. . ."

Frustriert wollte ich aufgeben, da gab mir meine behandelnde Phlebologin in München die Adresse einer Klinik in Lübeck.

Beim ersten dortigen Besuch fühlte ich mit sofort in Spezialistenhand gut aufgehoben. Die Liposuktion sollte in 3 Sitzungen stattfinden: Oberschenkel-Außenseite, Hüfte, dann medial und zum Schluß die Vorderseite, alles in Lokalanästhesie mit Tumoreszenztechnik.

Nach ausführlicher Anamnese wurde ich darauf hingewiesen, daß trotz Operation weiterhin bei der Arbeit Kompressionsstrümpfe vonnöten sein würden, außerdem sollte prinzipiell eine Gewichtszunahme vermieden werden. Insgesamt würde sich der Gesamtzustand deutlich verbessern.

Da das Lipödem fast Stadium II erreicht hatte, entschied ich mich umgehend für den Eingriff. Innerhalb eines Jahres, die letzte im Oktober 2005, wurden die 3 Eingriffe gemacht. Bereits nach der ersten OP (Hüfte, OS außen) verbesserte sich das Beschwerdebild, nach der zweiten (OS innen und Knie innen) war ich beschwerdefrei und fühlte mich wie neugeboren. Ich halte mich nach wie vor an die Vorgaben wie das Tragen von Kompressionsstrümpfen und bin glücklich, mich zu den Eingriffen entschieden zu haben.

Mittlerweile weiß ich auch, warum gerne in Vollnarkose operiert wird: es geht viel schneller. Eine Liposuktion unter Tumoreszenz-Lokalanästhesie dauert mit Infiltration und Absaugung ca. 4 Stunden, manchmal sogar länger. Das Gewebe wird zunächst verflüssigt und dann mit kleinen Kanülen abgesaugt. Ich hatte, außer im medialen Kniebereich, kaum Hämatome. Man kann diese Methode, bei der ich in ständigem Gesprächskontakt mit Arzt und Schwestern war, wirklich als sanfte Methode bezeichnen. Ich erhielt auf Wunsch eine ganz leichte Sedierung mit Diazepam (Valium) und empfand den Eingriff als völlig problemlos. Nach einer Übernachtung in der Klinik konnte ich den Heimflug antreten.