

Sekundäres Lymphödem unter dem Bild einer einseitigen Lipohypertrophie (non-pitting lymphedema)

Eine Kasuistik

W. Schmeller, A. Baumgartner, Y. Frambach

Hanse-Klinik, Fachklinik für Liposuktion, Lübeck, Deutschland

Zusammenfassung

Wir berichten über den Fall eines nicht dellbaren Lymphödems unter dem Bild einer einseitigen Lipohypertrophie; das non-pitting lymphedema entwickelte sich ohne klinisch auffallendes Ödem. Eine wirksame Therapie ist nur mittels Liposuktion möglich.

Schlüsselwörter: Non-pitting lymphedema, nicht dellbares Lymphödem, Lipohypertrophie, Liposuktion

Secondary lymphedema presenting as unilateral lipohypertrophy (non-pitting lymphedema): A case report

Summary

We present the case of non-pitting lymphedema without any clinically evident edema, but with manifestation of unilateral lipohypertrophy. Liposuction is the only effective treatment for this.

Keywords: non-pitting lymphedema, lipohypertrophy, liposuction

Einleitung

Das nicht dellbare Lymphödem (non-pitting lymphedema) ist eine Sonderform eines meist sekundären Lymphödems. Hierbei besteht trotz erfolgter konsequenter physikalischer Entstauung, das heißt trotz Beseitigung des krankheitstypischen Ödems, eine Volumenvermehrung der betroffenen Extremität gegenüber der gesunden Seite. Dies ist Folge der Vermehrung vorwiegend des subkutan gelegenen Fettgewebes. Eine weitere Volumenreduzierung mittels konservativer, das heißt entstauender Verfahren ist daher nicht möglich.

Im vorliegenden Fall hatte sich die einseitige Vermehrung des Unterhautfettgewebes im Bein- und Hüftbereich innerhalb sehr kurzer Zeit entwickelt, ohne dass ein Ödem bzw. eine Ödemneigung für die Betroffene merkbar bzw. klinisch nachweisbar war.

Kasuistik

Anamnese

Bei der 1972 geborenen Patientin wurde im Januar 2006 nach auffälliger zytologi-

scher Früherkennungsuntersuchung (PAP-Abstrich) eine Konisation durchgeführt, bei der sich histologisch ein invasives Plattenepithelkarzinom (G2) fand. Therapeutisch erfolgte eine radikale Hysterektomie nach Wertheim-Meigs mit pelviner und unterer paraaortaler Lymphadenektomie; dabei wurden über 40 Lymphknoten entfernt. Die abschließende Diagnose lautete: Zervixkarzinom, pT1b pN0 M0 L1 V0 R0.

Im Februar 2006 wurde über einen Zeitraum von sechs Wochen eine homogene Bestrahlung des Beckens mit Photonen (15 MV) durchgeführt (Einzeldosis 1,8 Gy, Gesamtdosis 50,4 Gy). Simultan erfolgte eine Chemotherapie mit Cisplatin. Eine vorgesehene intravaginale Brachytherapie mit Iridium-192 wurde auf Wunsch der Patientin nicht durchgeführt.

Im Sommer 2006, das heißt vier bis fünf Monate postoperativ, kam es zu einer Umfangsvermehrung des rechten Beines sowie – deutlich geringer – des linken Beines, vorwiegend im Oberschenkelbereich. Diese Volumenzunahme wurde über einen Zeitraum von nur einem Monat bemerkt. Der Beinumfang blieb danach – trotz

Durchführung Manueller Lymphdrainagen und Tragen rundgestrickter Kompressionsstrumpfhosen KKL II – in den folgenden Jahren weitgehend unverändert.

2011 erfolgte eine dreiwöchige stationäre Behandlung in einer lymphologischen Fachklinik. Unter der Diagnose eines sekundären, stark bis massivgradigen Beinlymphödems beidseits, rechts mehr als links, mit Beteiligung der unteren Rumpfquadranten und des Monspubis-Bereiches wurden dort zweimal täglich Manuelle Lymphdrainagen mit anschließender Kompressionsbandagierung in Kombination mit einer speziellen lymphentlastenden Krankengymnastik der Beine durchgeführt. Dies führte linksseitig zu einer Abnahme des Beinvolumens um 256 ml; rechtsseitig, das heißt am betroffenen Bein, konnte keine Volumenminderung erzielt werden.

2012 traten erstmals – im Rahmen einer Gewichtszunahme – mäßige Beschwerden in Form eines vermehrten Spannungsgefühls auf, mehr in den Unterschenkeln als in den Oberschenkeln. Es erfolgte erneut eine ambulante Entstauungstherapie, die eine Beschwerdeminderung, aber keine Beinverschmälerung bewirkte. In all den Jahren waren nie Fuß- oder Fesselödeme bemerkt worden.

Befund bei Erstvorstellung im Juli 2012

Bei einem Körpergewicht von 93 kg fand sich eine kräftige, rumpfbetonte Figur. Es bestand eine deutliche Verdickung des weichen Subkutangewebes des rechten Ober- und – in geringerem Maße – des rechten Unterschenkels ohne auffallende Dellbarkeit und ohne Induration des Gewebes (Abb. 1a, 2a). Kein Druckschmerz, keine Verdickung im Fessel- oder Fußbereich, keine Querfaltenbildung an den Zehen, Stemmer'sches Zeichen negativ. Linksseitig normal erscheinender Befund ohne klinisch nachweisbare Ödeme.

Umfänge: Taille 95,5 cm, Hüfte 102 cm, Oberschenkel inguinal rechts 82 cm, links 76 cm, Oberschenkel Mitte rechts 84 cm, links 74 cm, Oberschenkel oberhalb des Knies rechts 50 cm, links 45 cm, Unterschenkel (US) unterhalb des Knies rechts 41,5 cm, links 38 cm, US-Mitte rechts 48,5 cm, links 45 cm, Fesseln rechts