



Eine Ausstellung begleitete das Symposium.
(Fotos: Juzo, Markus Bachmann)

Verschiedene Facetten

2. Schweizer Lymphsymposium: „Das Krankheitsbild Lipödem – Primäre Lymphödeme und lymphatische Fehlbildungen bei Kindern und Jugendlichen“

Am 19. September 2020 fand in Zürich das 2. Schweizer Lymphsymposium statt. Die wissenschaftliche Leitung lag in Händen von Dr. med. Stephan Wagner, Leitender Arzt der RehaClinic Bad Zurzach. Die Berro AG und die Juzo Akademie der Julius Zorn GmbH unterstützten das Symposium. Mehr als 200 Teilnehmer aus 13 Nationen folgten der hybriden Veranstaltung vor Ort im Saal sowie online.

Die Referenten beleuchteten das Lipödem in all seinen Facetten – aus Sicht der Patienten, der konservativen Therapien und der chirurgischen Therapieoptionen. Diskutiert wurde über das Lipödem sowie das Lymphödem. Dabei kamen klinische, konservative und chirurgische Therapieoptionen sowie die Folgen von Adipositas zur Sprache.

Dr. med. Stephan Wagner gab einen Überblick über das Lymphödem und ging im Detail auf die konservative Therapie in der Klinik ein. Neben der komplexen physikalischen Entstauungstherapie (KPE) seien in der Erhaltungsphase die richtige Kompressionsversorgung, Bewegung, sanfte Massage des Gewebes, die richtige Ernährung und die Kontrolle des Körpergewichts sowie die adäquate Hautpflege notwendig. Ein sehr wichtiger Teil sei die Schulung der Patienten und deren Eigenverantwortung. Das Ziel eines langanhaltenden, positiven Behandlungsergebnisses sei nur durch ein multimodales Programm erreichbar. Wagner betonte, dass die Therapie keine kurative Wirkung habe, sondern die Symptome wie Schmerzen und Ödeme unter Kontrolle gehalten und Komplikationen verhindert werden müssen. Jede

Therapie benötige, um wirksam sein zu können, ein interdisziplinäres Netzwerk.

PD Dr. med. Mario Scaglioni, Luzern, stellte chirurgische Therapieoptionen als Behandlungsmöglichkeit beim Lymphödem vor. Indikationen seien unter anderem Invalidität oder rezidivierende Infektionen. Scaglioni erläuterte resezierende Verfahren wie die Liposuktion und rekonstruktive wie lymphovenöse Anastomosen (LVA) oder den vaskularisierten Lymphknotentransfer (VLNT). Die Chirurgie könne aber nicht alleine stehen, sondern müsse immer Hand in Hand gehen mit der konservativen Therapie.

Lymphödeme bei Kindern und Jugendlichen

Mit seinem Vortrag „Klassifikation von primären Lymphödemem und



Hinten v. l.: Jürgen Gold, Dr. med. Susanne Maurer, Dr. med. Denise Luchsinger, PD Dr. med. Mario Scaglioni, lic. phil. Christina Casanova, Dr. med. Daniel Münch, Peter Fontana, Dr. med. Jörg Eimers, Vorne v. l.: Dr. med. Felix Angst, Thiha Aung, Dr. med. Meinolf Dorka, Prof. Dr. med. Jochen Rössler, Dr. med. Stephan Wagner, Marlene Klima, Sergio Fontana. Nicht abgebildet: Prof. Dr. Michio Ozeki.

lymphatischen Fehlbildungen“ eröffnete Prof. Dr. med. Jochen Rössler aus Bern den zweiten Block der Veranstaltung. Man müsse unterscheiden zwischen vaskulären Tumoren (Gefäßtumoren) und vaskulären Malformationen (Gefäßfehlbildungen). Vaskuläre Malformationen lassen sich weiter aufteilen in langsam fließende (slow-flow), schnell fließende (fast-flow) und komplex kombinierte (complex-combined). Primäre Lymphödeme und lymphatische Fehlbildungen gehören laut ISSVA-Klassifikation (International Society for the Study of Vascular Anomalies) zu den slow-flow Malformationen. Standardtherapien wie Sklerosierung, Operation, Kompression und Drainage werden durch medikamentöse Therapien (z.B. Sirolimus) ergänzt, die sich aus Erkenntnissen der Genetik ergeben.

Thiha Aung aus Regensburg legte den Fokus auf „Congenitale Lymphödeme und deren Therapiemöglichkeiten“. Er zeigte anhand einiger Patientenfälle das hohe Infektionsrisiko bei lymphatischen Malformationen, da die oberflächigen Gefäße teils nach außen aufplatzen würden. Die Therapiemöglichkeiten seien hier sehr vielfältig. Es müsse aber immer bedacht werden, dass zwar eine kurative Verbesserung, nicht aber eine Heilung bewirkt werden könne. Neben medikamentöser und konservativer Behandlung mit Manueller Lymphdrainage (MLD) und Kompression sei es je nach Patienten nötig,

chirurgisch zu therapieren, beispielsweise mit einer LVA. Aber auch dann sei eine postoperative Versorgung mit Kompressionsversorgung unbedingt erforderlich.

Prof. Dr. Michio Ozeki aus Gifu (Japan) gab einen Überblick über die Diagnose und Therapie von seltenen lymphatischen Malformationen. Lymphatische Fehlbildungen als Komplexe Lymphatische Anomalien (CLA) können unter anderem Generalisierte Lymphatische Anomalien (GLA), Kaposiforme Lymphangiomatose (KLA) oder Gorham-Stout-Disease (GSD) umfassen. Sirolimus sei auch hier eine wichtige Therapie, weil es eine antiangiogenetische Wirkung habe und Patienten sehr gut auf das Medikament ansprechen würden.

Grundlagen des Lipödems

Marlene Klima, selbst Betroffene und Botschafterin der Initiative Frauensache, berichtete aus Patientensicht über das Lipödem. Seit ihrer Diagnose 2011 habe sich ihr Alltag erheblich verändert. Um Linderung für die schmerzenden und geschwollenen Beine zu bekommen, habe sie vieles ausprobiert. Am besten helfe ihr die richtige Flachstrickversorgung. Aber auch Sport und eine Ernährungsumstellung – aktuell teste sie eine basische Ernährung – spielten eine große Rolle. Sie schilderte, wie wichtig für Patientinnen das richtige Selbstmanagement sei. Dies erfahre sie vor allem auch aus der Community von

betroffenen Frauen, wo Ernährung, konservative Therapie und Sport, wie z.B. auf dem Trampolin, einen sehr hohen Stellenwert haben. Das alles seien essentielle Aspekte der Therapie, welche die Patientinnen zum Großteil selbst in der Hand hätten.

Dr. med. Denise Luchsinger aus Baden befasste sich mit dem Thema „Von der Lipohypertrophie zum Lipödem – Klinik und Diagnostik aus medizinischer Sicht“. Da es keine apparativen oder laborchemischen Methoden zur Diagnosestellung gäbe, seien die diagnostischen Kriterien, wie eine dysproportionale Fettgewebeerzeugung oder spontane Schmerzen, äußerst wichtig. Nicht jede Lipohypertrophie sei ein Lipödem, obwohl in beiden Fällen eine symmetrische Vermehrung von subkutanem Fettgewebe stattfinden würde. Bei der Lipohypertrophie bestehen – bei vergleichbarer Fettgewebeerzeugung – keine regelmäßigen Beschwerden, so Luchsinger. Es sei immer eine exakte und genaue Anamnese erforderlich, um die beiden Krankheitsbilder voneinander abzugrenzen.

Christina Casanova, lic. phil., Chur, betrachtete das Lipödem aus psychologischer Perspektive. Sie ging darauf ein, dass man das „Sein“ in seinem „Haben“ finden würde – das heutige Selbstbild beziehe sich immer auf den Marktwert, auf das Körperbild. Deshalb würden Frauen mit Lipödem oftmals unter einem Trauma leiden und Angst haben. Sie



Dr. med. Stephan Wagner, wissenschaftlicher Leiter des Symposiums (l.).

stellte eine praktische Methode vor, wie sie den Blick der Frauen wieder auf positive Erfahrungen und ein positives Selbstgefühl lenke. In einem „ICH-Büchlein“ solle man sich jeden Tag notieren, was einem Freude bereitet habe. Ziel einer Therapie soll immer die psychosoziale Stabilisierung der Patientinnen auf dem Hintergrund eines ressourcenorientierten Vorgehens sein. Betroffene werden die psychischen Narben nicht verlieren, aber könnten lernen, mit dem Schmerz umzugehen, so Christina Casanova.

Vom Schmerz aus betrachtet

Dr. med. Felix Angst (Bad Zurzach) stellte ein klinisches Schmerzprogramm vor. Der Schmerz werde mit SF-36 (Short Form Health 36) gemessen. Auch die Folgen des Schmerzes und das psychische Wohlbefinden würden in die Auswertung einfließen. In einer Studie mit 115 Lipödempatientinnen und 82 Patientinnen mit Fibromyalgie, die in Vergleich gesetzt wurden zur „Normgesundheit“, konnte festgestellt werden, dass zwischen den beiden Krankheitsbildern zwar Parallelen existieren, Lipödembetroffene aber weniger symptomatisch, komorbid und sozial dysfunktionell seien als Betroffene von Fibromyalgie. Das interessante an diesem Modell sei die Herangehensweise an die Krankheit: das Lipödem werde vom tatsächlichen Schmerz aus betrachtet und nicht nach Einteilung in Stadien.

Therapie des Lipödems

Dr. med. Stephan Wagner nahm die Teilnehmer mit auf eine Reise in die Zukunft. Die symptomatische KPE-Therapie beim Lipödem beinhalte neben der Versorgung mit Flachstrickkompression und MLD auch Bewegung, Hautpflege und die Schulung und Eigenverantwortung der Patientinnen. Zusätzlich eingesetzt werden könne eine intermittierende pneumatische Kompression (IPK). Diese sei eine gute Ergänzung zur MLD. Ebenso sei die Wassertherapie nebst positivem Effekt auf das Gewebe eine sehr gute Möglichkeit zur Bewegung und könne zur Akzeptanz des eigenen Körpers beitragen. MLD spiele bei Lipödem jedoch eine eher untergeordnete Rolle, so Stephan Wagner. Sie könne aber als additive Maßnahme zur Schmerzlinderung beitragen. In Zukunft müsse die Eigenverantwortung der Patienten mehr gefördert werden. Auch sollte, sofern eine Adipositas vorliege, diese unbedingt angesprochen und therapiert werden. Seine Empfehlung sei es, mit der MLD in der Erhaltungsphase etwas ressourcenschonender umzugehen, da das zentrale Element der Therapie die konsequente Kompression und Eigenverantwortung sei. Eine chirurgische Therapie wie die Liposuktion könne helfen. Diese Therapiemöglichkeit müsse aber individuell bei jedem Patienten betrachtet werden. Fakt sei, dass für alle Therapien die Studien fehlten und vieles evidenzbasiert verordnet werde.

„Lipödem und Ernährung“ lautete das Thema von Dr. med. Susanne Maurer (Winterthur). Pathologisch sei ein hohes Gewicht per se nicht gefährlich, solange keine Komorbiditäten (z.B. Diabetes, Lipödem) vorliegen würden. Bei einer Gewichtsreduktionstherapie sollen abdominale Fettverteilungsmuster reduziert werden. Hier reiche es bei 80% der Patienten mit metabolischen Störungen meist aus, 10% des Körpergewichts abzunehmen – nicht immer aber bei Patienten mit mechanischen oder psychischen Problemen. Lipödempatienten würden die gleiche Gewichtsabnahme erreichen wie andere Patienten, aber nicht an den betroffenen Stellen. Als eine sehr gute Möglichkeit, Gewicht zu reduzieren, ging sie auf Bewegung im Wasser ein, wodurch eine Lipolyse stattfinden würde. Hier funktioniere die Gewichtsabnahme durch den venösen Rückfluss signifikant besser. Ein operativer Eingriff sei auch nicht bei allen Patienten mit einem BMI > 40 nötig. Hier müsse immer individuell geprüft werden.

Welchen Stellenwert die operative Behandlung beim Lipödem hat, stellte Dr. med. Daniel Münch (Wiedlisbach) zur Diskussion. Neben Ernährung, Bewegung, Kompression, Lymphdrainage und psychologischer Unterstützung könne die Liposuktion als operative Maßnahme nach den konservativen Therapien folgen, durch die das pathologisch vermehrte Fettgewebe nicht dauerhaft entfernt werden konnte. Dies würde durch die Liposuktion zwar entfernt werden, jedoch könne kein Einfluss auf die Kapillardurchlässigkeit genommen werden. Rezidiveingriffe könnten daher nicht ausgeschlossen werden. Münch stellte die Wasserstrahl-Methode (WAL) als Wet-Technique genauer vor. Dabei würden die Adipozyten sanft und unter Schonung der Lymphbahnen herausgespült. Die Belastung des Körpers durch Medikamente und Volumen sei hier deutlich reduzierter als bei der „vollen Tumescenz“, wo das Gewebe mit einer Anästhesie-Lösung prall aufgefüllt werden müsse. Die Liposuktion, sofern die Methode auf Schonung der Lymphbahnen fokussiert sei, könne sowohl als Ergänzung als auch als Alternative zur konservativen Therapie gesehen werden. **GP**



Dr. med. Marie Luise Schiffmann (v.l.), Prof. Dr. med. Tobias Görge, Caroline Mitschang und PD Dr. med. Dr. rer. Nat. Jan Ehrchen.



Live-Demonstration der Handhabung von MAK Systemen. (Fotos: Juzo, Markus Bachmann)

Phlebo-Mix

5. Phlebologisches Symposium von Juzo in Münster

Am 7. November 2020 fand in Münster das 5. Phlebologische Symposium der Firma Juzo statt. Unter dem Titel „Gelebte Phlebologie: Bewährtes und Neues für die Praxis“ bot das Online-Symposium eine Möglichkeit zur Weiterbildung sowie Austausch via Chat-Funktion. Der wissenschaftliche Leiter Prof. Dr. med. Tobias Görge aus Münster begrüßte 115 Online-Teilnehmende aus Deutschland und sieben weiteren Nationen. Die wichtigsten Aussagen in Kürze:

Was ist die Livedovaskulopathie?

Prof. Dr. med. Tobias Görge: Symptome wie eine Livedo racemosa Zeichnung am Bein, blitzfigurenartige Läsionen der Haut und eine weiße Narben, die durch Abheilen der Ulzerationen entstehen, sind klinische Charakteristika der Livedovaskulopathie. Die Livedo racemosa Zeichnung sowie die Ulzerationen treten hauptsächlich im Bereich des Fußes auf. Der „Hautinfarkt“ müsse sofort und systematisch behandelt werden, wobei die Antikoagulation die besten Aussichten auf Therapieerfolg liefere.

Allergologischen Fragestellungen in der Phlebologie

PD Dr. med. Eva Valesky, Frankfurt: Rund 60% der Patienten, die Kompressionsstrümpfe tragen, hätten Probleme mit trockener Haut

und Juckreiz unter der Kompression. Kontaktallergien auf Kompressionsstrümpfe bzw. das Material seien äußerst selten. Es sei aber wichtig, dass die Patienten mindestens einmal täglich Hautpflege benutzen und ggf. auch eine Spannung auf den Haftrand minimieren. Allergische Sofort-Typ-Reaktionen auf Verödungsmittel wie Polidocanol seien eher selten. Nicht jede Reaktion der Haut sei mit einer Allergie zu erklären. Eine Anamnese und ein klinischer Befund stünden vor der allergologischen Diagnostik.

Zusatzweiterbildung Phlebologie

Dr. med. Andreas H. Dietrich, Gmund a. Tegernsee: Die Zusatzweiterbildung Phlebologie werde immer seltener angeboten. Es sei schwierig, sie abzuschließen, da das große Spektrum an Anforderungen eigentlich nur von Spezialkliniken vollumfänglich angeboten werden könne.

Druckschmerzhafte Varikosis am ganzen Körper

Dr. med. Marie Luise Schiffmann, Münster: Sie stellte einen Fall aus der phlebologischen Sprechstunde vor: Es handle sich um eine Patientin mit multiplen blau-livid gefärbten Noduli an Armen, Beinen und Rumpf. Die Stellen waren druckempfindlich und schmerzhaft bei Sonnenexposition und Hitze. Eine sonographische Darstellung und eine histologische Unter-

suchung zeigten eine Vereinbarkeit mit einer kavernen Malformation. Eine molekulargenetische Diagnose zeigte letztendlich Auffälligkeiten des GLMN-Gens und bestätigte die Diagnose einer Glomuvenösen Malformation (GVM). Therapiert wurde mit einer Sklerosierung mit 0,5%-igem Polidocanol. Die Stellen verblassten, und die Druckschmerzhaftigkeit ging im Laufe der Behandlung deutlich zurück. Auch das kosmetische Ergebnis überzeugte, und so konnte insgesamt die Lebensqualität der Patientin verbessert werden.

Kompressionstherapie bei Psoriasis

Dr. med. Jana Ziob, Bonn: Chronisch entzündliche Dermatosen, wozu auch die Psoriasis gehört, seien häufig therapieresistent an unteren Extremitäten. Die Kompressionstherapie nehme aber in der Reduktion der Inflammation einen wichtigen Pfeiler in der Therapie ein. Das Themenfeld biete viel Potenzial für Forschung und werde auch in den nächsten Jahren spannende Ergebnisse liefern.

Indikationen von Kompression in der Schwangerschaft

Dr. med. Erika Mendoza, Wunstorf: Kompressionsstrümpfen können in der Schwangerschaft Übelkeit, Erbrechen und Schwindel verringern und signifikant die Lebensqualität verbessern. **GP**