

Lymphologische Terminologie

Konsensuspapier bezüglich Terminologie und Indikationskatalog in der Lymphologie

C. Schuchhardt*, U. Herpertz**

*Präventions- und Rehaklinik Pieper, St. Blasien-Menzenschwand (Chefarzt: Dr. med. C. Schuchhardt)

**Feldbergklinik Dr. Asdonk, Fachklinik für Lymphologie und Ödemkrankheiten, St. Blasien (Chefarzt: Dr. U. Herpertz)

Mit der Entwicklung von qualitätssichernden Maßnahmen in der Lymphologie, speziell der Erarbeitung von therapeutischen Standards und der Kontrolle der Wirksamkeit der manuellen Lymphdrainagetherapie wurde deutlich, dass als Basis eine einheitliche Terminologie bestehen muss. Aus diesem Grunde wurde in Konsensuskonferenzen am 17.11.1998 und am 29.07.1999 unter Schirmherrschaft der "Deutsche Gesellschaft für Lymphologie" und der "Arbeitsgemeinschaft Deutscher Lymphdrainageschulen" die gesamte lymphologische Terminologie überarbeitet und angeglichen.

Teilnehmer waren:

Frau Dr. Rüger, Internistin, St. Blasien
Prof. Dr. Weissleder, Internist und Radiologe, Freiburg
Dr. Herpertz, Internist, St. Blasien
Dr. Schuchhardt, Internist, St. Blasien-Menzenschwand
Dr. Jungkunz, Dermatologe, Friedberg

1. Lymphödem

A. Klassifikation der Lymphödeme

- I. Primäre Lymphödeme (angeborene Schädigung des Lymphsystems).
- II. Sekundäre Lymphödeme (erworbene Schädigung des Lymphsystems).

I. Primäre Lymphödeme

- a) familiäre = erbliche Lymphödeme
- b) sporadische Lymphödeme
- c) syndrombegleitende Lymphödeme (z. B. Turner-Syndrom, Klippel-Trenaunay-Syndrom).

II. Sekundäre Lymphödeme

postoperativ,
postradiogen,
posttraumatisch,
postinfektiös,
postentzündlich,
parasitär,
maligne,
artifizuell durch Selbstschädigung.

In seltenen Fällen ist eine Differenzierung zwischen primärem und sekundärem Lymphödem nicht möglich, z. B. bei Lymphödem mit Erysipelinfektionen. In diesen Fällen entfällt der Zusatz primär oder sekundär.

- Akutes Lymphödem: Ödem besteht weniger als 3 Monate.
- Chronisches Lymphödem: Ödem besteht länger als 3 Monate.

B. Einteilung der Lymphödeme nach Stadien

Latenzstadium:

Bekannte Schädigung des Lymphsystems ohne Ödem
= Lymphödemgefährdung.

Stadium 1:

Reversibles Lymphödem (spontan oder infolge Therapie).
Keine Eiweißfibrose.
Keine Gewebsveränderungen der Haut.

Stadium 2:

Manifestes Lymphödem.
Subkutane Eiweißfibrose (an den Zehen als Stemmer'sches Zeichen bekannt).
Leichte Hautveränderungen als Pachydermie, Hyperkeratose oder Papillomatose.

Das Stadium 2 entspricht dem typischen Lymphödem.

Stadium 3:

Manifestes Lymphödem.
Massive subkutane Eiweißfibrose.
Schwere Hautveränderungen als Pachydermie, Hyperkeratose, Papillomatose, Nagelveränderungen, Lymphzysten, Lymphfisteln, Ekzeme, Ulcera, Interdigitalmykosen, häufige Erysipele und Angiosarkom.

C. Einteilung der Lymphödeme nach Schweregrad (Volumenvermehrung)

Bei einseitigem Lymphödem kann das Volumenplus in Prozent gegenüber der gesunden Extremität angegeben werden.

bis 25%	= geringes Ödem
bis 50%	= mäßiges Ödem
bis 100%	= starkes Ödem
bis 200%	= massives Ödem
über 200%	= gigantisches Ödem.

Bei beidseitigen Lymphödem kann das Volumenplus nur geschätzt werden im Verhältnis zu einer fiktiven Normalextremität.

D. Begriffsdefinitionen:

- **Lymphozele:** Ansammlung von Lymphe in einem anatomisch nicht vorgegebenen Raum, somit Hohlraum ohne Endothel.

• **Lymphzyste:** Ausweitung von Lymphgefäßen an der Haut (Lymphbläschen) oder subkutan, somit Auskleidung des Hohlraumes mit einem Endothel.

• **Lymphfistel:** Öffnung eines Lymphgefäßes in eine innere oder äußere Körperoberfläche. Ursache meist erhöhter Druck innerhalb der Lymphgefäße.

2. Phlebödem = Venöses Ödem = Phlebostatisches Ödem

Infolge Druckerhöhung im venösen System (meist der Beine) durch Klap-peninsuffizienz (z. B. bei primärer Varikosis, nach Thrombosen, nach Phlebitiden).

Stadieneinteilung:

1. nur Ödem
2. mit Hautveränderungen wie Hämosi-
derin und Dermatosklerose
3. mit Ulcus

Phleb-Lymphödem = Phlebolymph-
ödem: Phlebödem mit zusätzlichem
sekundären Lymphödem.

3. Lipödem:

A. Lipohypertrophie

Fettverteilungsstörung mit überpro-
portionaler Verdickung der Extre-
mitäten im Verhältnis zum Rumpf
ohne Beschwerdesymptomatik.
(Lipodystrophie ist dagegen ein Fett-
gewebsschwund!).

B. Lipödem

Lipohypertrophie wie unter A mit
Ödemsymptomatik in Form von
Spannungsgefühlen, evtl. Spontan-
schmerzen, Druckempfindlichkeit
und Prallheit des Gewebes.

Die Unterteilung in diese beiden
Gruppen ist notwendig, da nur das
Lipödem einer Lymphdrainagetherapie
bedarf.

Achtung: Adipositas

Obesitas: Das normale Übergewicht
zeigt eine Stammfettsucht oder eine
gleichmäßige Verdickung von
Rumpf und Extremitäten.

Lip-Phlebödem

Lipödem mit zusätzlicher Phlebo-
stase.

Lip-Lymphödem

Lipödem mit zusätzlichem Lymph-
ödem.

Lip-Lymph-Phlebödem

Lipödem mit zusätzlichem Lymph-
ödem und Phlebödem, wobei die
Reihenfolge entsprechend der
Wertigkeit gewählt wird.

4. Traumatisches Ödem

Akutes passageres Ödem am Ort eines
Traumas, was unmittelbar nach dem
Trauma entsteht (z. B. nach Brüchen,
Operationen, Verletzungen, Ver-
renkungen, Verbrennungen, Ver-
stauchungen, Zerrungen, Prellungen).
Dauer des Ödems wenige Tage bis
Wochen, maximal 3 Monate.
Multifaktorielle Ödemgenese durch
Gewebschädigung mit Schädigung von
LG, Störung der Lymphvasomotorik
und exsudativer Komponente.

5. Chronisch entzündliche Ödeme

Ödemzustände bei Rheuma, Kollageno-
sen, nach Bestrahlung, bei chronischen
Ekzemen und anderen chronisch-unspe-
zifischen Hauterkrankungen, welche
ausgelöst werden durch eine chronisch
unspezifisch entzündliche Erkrankung.
Multifaktorielle Genese, u. a. funktio-
nelle und organische Beeinträchtigung
des Lymphsystems.

6. Ödem bei Morbus Sudeck = SRD

(sympathische Reflexdystrophie)

Begleitödem bei Morbus Sudeck,
sehr schmerzhaft, mit lokalisierter
Osteoporose und Gewebsatrophie.

Multifaktorielle Ödemgenese, u. a. mit
funktionellen und organischen Lymph-
gefäßschädigungen.

7. Inaktivitätsödem

Chronisches Ödem bei neurologischen
Erkrankungen wie

Apoplex, Poliomyelitis, MS oder Para-
plegie.

Multifaktorielle Ödemgenese u. a.
durch fehlende Muskelpumpe und
funktionelle LG-Schädigung.

8. Idiopathisches Ödem

Generalisierte Schwellneigung mit nur
geringer Ödematisierung bei Frauen
aufgrund erhöhter Kapillarpermea-
bilität.

9. Ödeme bei arteriellen Durchblutungs- störungen

Begleitödem bei
AVK und nach Operationen in
Blutleere infolge erhöhter Kapillar-
permeabilität durch Sauerstoffmangel
der Endothelzellen oder
nach arterieller Gefäßrekonstruktion
infolge Hyperämie.

Multifaktorielle Ödemgenese, u. a. mit
organischer und funktioneller Lymph-
gefäßschädigung.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Ulrich Herpertz

Internist

Dr. Schuhwerkstr. 16

79837 St. Blasien

www.lymphforum.de

e-mail: Dr. Ulrich @Herpertz.net