

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)

**Ödemklinik Bad Nauheim, im Rehazentrum der BfA,
(Abteilungsleiter: Dr. med. 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

1. Lymphödem

A. Klassifikation der Lymphödeme

- I. Primäre Lymphödeme (angeborene Schädigung des Lymphsystems).
- II. Sekundäre Lymphödeme (erworrene 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,
artifiziell durch Selbstschädigung.

In seltenen Fällen ist eine Differenzierung zwischen primärem und sekundärem Lymphödem nicht möglich, z. B. bei Lymphödem mit Erysipelinfectionen. 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 Lymphödemen kann das Volumenplus nur geschätzt werden im Verhältnis zu einer fiktiven Normalextremität.

D. Begriffdefinitionen:

- **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 Lymphgefäßse.

2. Phlebödem = Venöses Ödem = Phlebostatisches Ödem

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

Stadieneinteilung:

1. nur Ödem
2. mit Hautveränderungen wie Hämosiderin und Dermatosklerose
3. mit Ulcus

Phleb-Lymphödem = Phlebolymphödem: Phlebödem mit zusätzlichem sekundären Lymphödem.

3. Lipödem:

A. Lipohypertrophie

Fettverteilungsstörung mit überproportionaler Verdickung der Extremitäten im Verhältnis zum Rumpf ohne Beschwerdesymptomatik.
(Lipodystrophie ist dagegen ein Fettgewebsschwund!).

B. Lipödem

Lipohypertrophie wie unter A mit Ödemsymptomatik in Form von Spannungsgefühlen, evtl. Spontanschmerzen, 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 Phlebostase.

Lip-Lymphödem

Lipödem mit zusätzlichem Lymphödem.

Lip-Lymph-Phlebödem

Lipödem mit zusätzlichem Lymphödem 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, Verrenkungen, Verbrennungen, Verstauchungen, Zerrungen, Prellungen). Dauer des Ödems wenige Tage bis Wochen, maximal 3 Monate.

Multifaktorielle Ödемgenese durch Gewebsschädigung mit Schädigung von LG, Störung der Lymphvasomotorik und exsudativer Komponente.

5. Chronisch entzündliche Ödeme

Ödemzustände bei Rheuma, Kollagenosen, nach Bestrahlung, bei chronischen Ekzemen und anderen chronisch-unspezifischen Hauterkrankungen, welche ausgelöst werden durch eine chronisch unspezifisch entzündliche Erkrankung. Multifaktorielle Genese, u. a. funktionelle und organische Beeinträchtigung des Lymphsystems.

6. Ödem bei Morbus Sudeck = SRD (sympathische Reflexdystrophie)

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

Multifaktorielle Ödемgenese, u. a. mit funktionellen und organischen Lymphgefäßschädigungen.

7. Inaktivitätsödem

Chronisches Ödem bei neurologischen Erkrankungen wie Apoplex, Poliomyelitis, MS oder Paraplegie.

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

8. Idiopathisches Ödem

Generalisierte Schwellneigung mit nur geringer Ödematisierung bei Frauen aufgrund erhöhter Kapillarpermeabilität.

9. Ödeme bei arteriellen Durchblutungsstörungen

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

Multifaktorielle Ödемgenese, u. a. mit organischer und funktioneller Lymphgefäßschädigung.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Christian Schuchhardt
e-mail: klinik@klinik-pieper.de

Dr. med. Ulrich Herpertz
e-mail: dr.ulrich@herpertz.net