

Richtlijn

Beweegprogramma voor lipoedeem patiënten

D.E.M. van Aken, I.A.M. Geurts & I.A.F. Defesche.



Richtlijn Beweegprogramma voor lipoedeem patiënten

Inleiding

Deze richtlijn heeft betrekking op een beweegprogramma voor de aandoening lipoedeem en de rol van de fysiotherapeut binnen dit beweegprogramma. De inhoud van deze richtlijn is het eindproduct van het afstudeeronderzoek naar een beweegprogramma voor lipoedeem. De verantwoording, toelichting en onderbouwing van deze richtlijn wordt in het afstudeeronderzoek omschreven (op te vragen bij Hogeschool Zuyd Heerlen). Geadviseerd wordt om deze richtlijn in combinatie met het afstudeeronderzoek te lezen. Naast het afstudeeronderzoek en de richtlijn is ook een samenvattingskaart gemaakt waarin overzichtelijk de stappen van het fysiotherapeutisch methodische handelen in kaart worden gebracht.

Alhoewel de aandoening lipoedeem op zichzelf geen verwijfsindicatie voor fysiotherapie hoeft te zijn, kunnen de met lipoedeem samenhangende problemen, zoals vermoeidheid, beperkingen bij activiteiten in het algemeen dagelijkse leven (ADL), knieklachten, overgewicht, fysiotherapeutische behandelingen behoeven.

De richtlijn “Beweegprogramma voor lipoedeem patiënten” beschrijft de rol van de fysiotherapeut vanuit een breed perspectief. De fysiotherapeut dient zelf de informatie te selecteren die van toepassing is op de individuele patiënt.

Doelstelling

Doelstelling van deze richtlijn is fysiotherapeuten te informeren over de aandoening lipoedeem en het klachtenbeeld hiervan. Daarnaast dient deze als leidraad voor het uitvoeren van een beweegprogramma voor deze patiëntengroep. Het beweegprogramma kan uiteraard aangepast worden naar aanleiding van de wensen en behoeften van de patiënt. Deze richtlijn is van toepassing op lipoedeem patiënten van alle stadia (Stadium I, II en III), en van alle typen (1 t/m 5). Het uitvoeren van dit beweegprogramma veronderstelt de diagnose “lipoedeem”, vastgesteld door een dermatoloog en/of arts.

Ziektebeeld

Lipoedeem is een aandoening die bestaat uit een combinatie van een ophoping van vet en vocht. De aanmaak van vetweefsel en de afvoer van vocht via de lymfevaten is bij deze

patiënten niet optimaal.¹ De aandoening komt vrijwel alleen voor bij vrouwen, geschat wordt dat 11% van de vrouwelijke populatie lipoeedeem heeft.² In de literatuur zijn slechts 7 mannen met lipoeedeem besproken, telkens met een hormonale stoornis onder andere ten gevolge van levercirrose, testosterondeficiëntie, groeihormoondeficiëntie, hypogonadisme, hyperoestrogenemie of ten gevolge van hormoontherapieën voor prostaatkanker.²

Lipoedeem wordt gekarakteriseerd door een progressieve symmetrische vermeerdering van het onderhuids vetweefsel met daarbij orthostatische oedeemvorming (non-pitting).¹

De ophoping doet zich voornamelijk voor bij beide heupen, billen, dijen, knieën en onderbenen, soms in combinatie met beide armen. De voeten en handen daarentegen blijven vrij van de zwelling. Kenmerkend is de gestoorde lichaamsverhouding die ontstaat tussen romp en benen.³ Daarnaast zijn aanrakingspijnen, drukpijnen en snelle neiging tot hematomen kenmerken van lipoeedeem. Een groot gedeelte van de vrouwen met lipoeedeem hebben overgewicht, welke het risico voor bijkomende klachten zoals vaatlijden en gewrichtsklachten verhoogt.

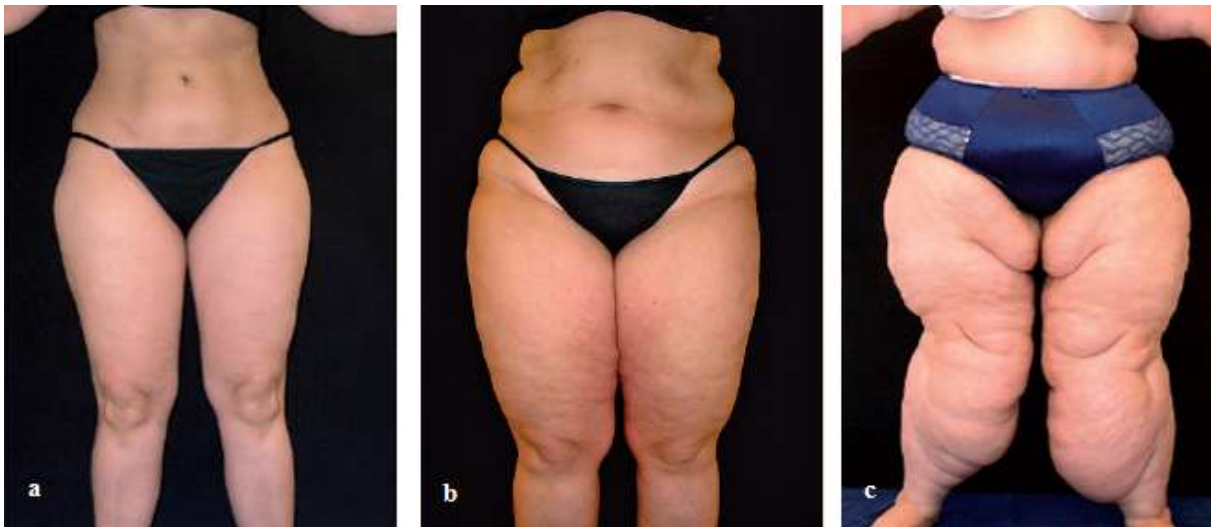
De oorzaak van het ontstaan van lipoeedeem is nog niet geheel bekend. De eerste symptomen komen vaak tot uiting rond de puberteit, na de zwangerschap, of tijdens de menopauze.

Gezien de periode van ontstaan en het feit dat vrijwel alleen vrouwen eraan lijden, wordt aan een hormonale rol gedacht. Daarnaast lijkt lipoeedeem ook deels door genetische factoren verklaard te worden. Uit onderzoek blijkt dat 16% tot 64% van de patiënten een of meerdere familieleden hebben met lipoeedeem.³

Het verloop van de ziekte werd door Meier-Vollrath en Schmeller naargelang de ernst in 3 stadia ingedeeld, zie tabel 1.⁴ In figuur 1 zijn drie klinisch voorbeelden weergegeven van de drie stadia.

Tabel 1: Stadia bij lipoeedeem volgens Meier- Vollrath en Schmeller

Stadium 1	- Weke en verdikte subcutis - Relatief effen structuur - Enkele kleine noduli
Stadium 2	- Meer verdikte en weke subcutis - Oneffen huid met putjes - Noduli worden groter
Stadium 3	- Dikke, verharde gevoelige subcutis - Grote deformerende vetkussens - Aantasting gangpatroon



Figuur 1: Klinisch beeld lipoeedeem. a. Stadium I. b. Stadium II. c. Stadium III

Naast de stadia van lipoeedeem wordt de ziekte ingedeeld op basis van de lokalisatie van de vetdeposities. Men onderscheidt een 5-tal types die beschreven staan in tabel 2. Patiënten kunnen daarnaast gedurende het verloop van hun ziekte van het ene type in het andere overgaan in een willekeurige volgorde.²

Tabel 2: Lipoeedeem indeling naar lokalisatie

Type 1	Pelvis, bekken en heupen
Type 2	Van bekken tot knieën met vorming vetplooien aan binnenkant knieën
Type 3	Van bekken tot op malleoli
Type 4	Armen
Type 5	Onderbenen

Door de verschijningsvorm van lipoeedeem kunnen naast fysieke ook psychische problemen ontstaan. Mensen met lipoeedeem voldoen niet aan het uiterlijk ideaalbeeld van de huidige maatschappij, en ook het feit dat er geen behandeling is die de aandoening volledig geneest, maakt het leven met deze aandoening zwaar.⁵ Benadering vanuit biopsychosociaal perspectief is daarom essentieel bij deze groep.

Huidige behandelingen

Literatuur laat zien, alhoewel de bewijskracht gering is, dat er aanwijzingen zijn dat de ‘Complexe Decongestive Therapy’ (CDT) in combinatie met liposuctie tot de beste resultaten

lijden. Deze CDT is een combinatie van manuele lymfedrainage, compressietherapie en oefentherapie.⁶

Het beweegprogramma in deze richtlijn kan als het onderdeel ‘oefentherapie’ in de CDT worden gezien

Multidisciplinaire aanpak

Samenwerking tussen fysiotherapeut en andere (para-)medici is van essentieel belang. Belangrijk daarbij is dat de verschillende zorgverleners inzicht hebben in elkaars deskundigheid en werkwijze, en dat zij de informatieverstrekking aan de patiënt op elkaar afstemmen. Dit zorgt ervoor dat de patiënt de beste zorg kan worden aangeboden. De mogelijke (para-)medici waarmee de fysiotherapeut kan samenwerken zijn:

- *Dermatoloog*: voor het stellen van de medische diagnose en aanmeting steunkousen
- *Oedeemtherapeut*: voor eventuele lymfedrainage en/of lymfapress
- *Diëtiste*: voor voedingsproblemen
- *Psycholoog*: wanneer de psychische belasting een belemmerende factor is
- *Podotherapeut*: voor steunzolen wanneer er sprake is van een platvoet

Diagnostisch proces

Het doel van het fysiotherapeutisch diagnostisch proces is het in kaart brengen van de aard en ernst van de functionele problemen op ICF-niveau.

Het diagnostisch proces bestaat uit: *verwijzing/aanmelding, anamnese, functioneel onderzoek en het behandelplan.*

Verwijzing/aanmelding

De diagnose lipoeedeem moet gesteld zijn door een arts/dermatoloog. Indien dit niet het geval is, zal de fysiotherapeut de patiënt moeten doorverwijzen naar de dermatoloog of arts. Door middel van differentiaal onderzoek wordt de medische diagnose ‘lipoeedeem’ vastgesteld.

Anamnese

Antwoorden die verkregen worden uit de anamnese vormen de basis voor het behandelplan. Een gerichte anamnese is dan ook erg belangrijk. Aandachtspunten voor de anamnese zijn:

- *Inventarisatie van de hulpvraag van de patiënt en het gewenste activiteitsniveau:*
Aanbevolen meetinstrument hiervoor is de vragenlijst Patiënt Specifieke Klachten (PSK)

- *Het in kaart brengen van de algehele gezondheidstoestand:*
 - aard en ernst (functie, activiteiten, participatie) van de klachten
 - aanvang, duur en beloop van de aandoening
 - comorbiditeit(en)
 - beweeggedrag
- *Inventarisatie van de status praesens:*
 - stoornissen in functie, beperkingen in activiteit (aanbevolen PSK) en participatieproblemen die samenhangen met lipoedeem
 - huidige gezondheidstoestand in het algemeen (functies, activiteiten, participatieproblemen)
 - huidige behandeling(en): medicatie/nevenbehandeling (manuele lymfedrainage, lymfapress, steunkousen)
- *Overige patiëntgegevens:*
 - persoonlijke gegevens
 - sociale gegevens (werk, gezin)
 - eisen die de omgeving aan de patiënt stelt
 - interne en externe factoren (die van invloed kunnen zijn op de behandeling van lipoedeem)
 - informatiebehoefte van de patiënt

Functioneel onderzoek

Op de gerichte anamnese sluit vervolgens het functionele onderzoek aan om beter zicht te krijgen op de functionele problematiek. De fysiotherapeut begint met het analyseren van de activiteiten die zijn geïnventariseerd door middel van de PSK en beoordeelt de manier van uitvoering. Daarnaast dient de kwaliteit van enkele grondmotorische eigenschappen in kaart te worden gebracht. Bij patiënten met lipoedeem dient gefocust te worden op:

uithoudingsvermogen, spierkracht en overgewicht. Bij spierkracht heeft de kracht van de M. Quadriceps de meeste aandacht.

Vervolgens wordt middels het functioneel onderzoek naar het activiteitsniveau gekeken. Het activiteitsniveau wordt onderzocht en behandeld volgens de principes van Graded Activity (GA). Dit zal in het therapeutische proces nader toegelicht worden.

Tijdens het onderzoek (en gedurende de behandeling) dient de juiste klinimetrie gebruikt te worden. Aanbevolen klinimetrie om de kwaliteit van de grondmotorische eigenschappen in kaart te brengen zijn:

- *(Kracht)uithoudingsvermogen: Conconi-test, Astrand-test*
- *Kracht: Hand-held-dynamometer (MicroFET), 1RM*
- *Vetverbranding: meting vetpercentage, heup-taille ratio*

De klinimetrie kan zowel inventariserend, diagnostisch als evaluatief gebruikt worden.

Tot slot observeert de fysiotherapeut hoe de patiënt omgaat met het gezondheidsprobleem. En wordt in kaart gebracht of hulp vanuit andere disciplines wenselijk is.

Opstellen behandelplan

Gebruikmakende van de resultaten van de anamnese en het functioneel onderzoek worden de behandeldoelen in kaart gebracht. Behandeldoelen die mogelijk een rol spelen bij deze patiëntengroep staan geformuleerd in tabel 3.

Tabel 3: Behandeldoelen beweegprogramma voor lipoedeem patiënten

Behandeldoelen:
1. <i>Optimaliseren van het activiteitsniveau</i>
2. <i>Ontwikkelen/onderhouden van een lichamelijk actieve leefstijl</i>
3. <i>Streven naar een gezond gewicht</i>
4. <i>Aanleren van omgaan met (pijn)klachten d.m.v. principes GA</i>
5. <i>Verbeteren van spierkracht (uithoudingsvermogen), m.n. van de onderste extremiteiten</i>
6. <i>Optimaliseren van de conditie (uithoudingsvermogen)</i>

Wanneer een behandelplan is opgesteld, kan het patiënt specifieke programma gestart worden. Belangrijk is dat tijdens het behandelproces continue geëvalueerd wordt op juistheid en haalbaarheid van de behandeldoelen.

Therapeutisch proces

Nadat de behandeldoelen gesteld zijn kan gestart worden met het therapeutisch proces, onderstaand zullen deze stappen verder worden toegelicht. Echter zullen eerst een aantal relevante gegevens voor de fysiotherapeut benoemd worden.

Relevante gegevens voor de fysiotherapeut

De fysiotherapeut moet aan bepaalde eisen voldoen om de behandeling van de patiënt met lipoedeem te kunnen starten.

- *De therapeut heeft kennis over de aandoening*
- *De therapeut kent het principe van Graded Activity*
- *De therapeut is in staat het beweegprogramma aan te passen aan eventueel bijkomende comorbiditeiten van de patiënt*

Informeren en adviseren

De eerste stap voor het beweegprogramma van lipoedeem patiënten is het informeren en adviseren. In dit gesprek moeten onderstaande punten aan bod komen:

- *Uitleg over de aandoening lipoedeem en factoren die hierop van invloed kunnen zijn, belicht vanuit een biopsychosociaal perspectief*
- *De rol van de fysiotherapeut en die van de patiënt*
- *De inhoud van een beweegprogramma en hoe een beweegprogramma in zijn werk gaat (duur, opbouw Graded Activity en soort beweegvormen)*

Het is van belang dat de patiënte zich tijdens het informeren en adviseren realiseert dat zij degene is die verantwoordelijk is voor het realiseren van verbeteringen. Het inclusie criterium om aan het therapeutisch proces te beginnen is dan ook: de patiënt is gemotiveerd om een actieve leefstijl te realiseren, en gaat akkoord met de opgestelde behandeling. Vermindering van klachten en integratie van een actieve leefstijl vraagt namelijk een actieve rol van de patiënt. De patiënte moet inzicht krijgen in haar huidige (klachten)gedrag en de gevolgen daarvan op lichamelijk, psychologisch en sociaal gebied. Op basis daarvan zal de patiënt duidelijk moeten worden gemaakt wat nodig is om het nieuwe actieve beweeggedrag te realiseren.

Patiënt specifiek beweegprogramma

Behandelbare grootheden

De invulling van het beweegprogramma moet de volgende behandelbare grootheden bevatten:

- *Vetverbranding*
- *Verbetering van conditie (uithoudingsvermogen)*
- *Verbetering van spierkracht (-uithoudingsvermogen)*

De trainingsprincipes van deze behandelbare grootheden staan in tabel 4 weergegeven.

Tabel 4: Trainingsprincipes vetverbranding, verbetering conditie en verbetering spierkracht

	Intensiteit (%Hfmax*)	Duur (min.)	Frequentie (per week)	Supercompensatie tijd (uur)
Vetverbranding¹⁶	50-70%	>20	2-3	18-24
Uithoudingsvermogen¹⁵	50-85%	20-30	3	18-48

	Belasting (% van 1RM)	Herhalingen (aantal)	Series (aantal)	Pauze (sec.)
Krachtuithoudingsvermogen¹⁵	≤ 50%	10-20	3-5	≤ 45

*de hartslag wordt berekend met de formule van Karvonen

Naast vetverbranding, verbetering van conditie en verbetering van spierkracht kent het behandelen van lipodeem patiënten nog twee doelen:

- Veranderen (pijn)klachtengedrag
- Verbeteren activiteitsniveau

Belangrijk is dat de patiënten ondersteund worden in de manier van omgaan met hun (pijn)klachten, dit om een optimaal activiteitsniveau te kunnen bereiken. Lipodeem patiënten zijn veel bezig met het plannen van hun dag. Patiënten wisselen intensieve dagen met minder intensieve af, en zijn in de avonden vaak minder actief vanwege een toename van (pijn)klachten. Belangrijk is dat door het beweegprogramma hun belastbaarheid vergroot wordt en dat ze tijdcontingent in plaats van (pijn)klachtencontingent gaan leven. Middels Graded Activity kan een focus op deze gedragsgeoriënteerde component gelegd worden.

Graded Activity

De intensiteit en de opbouw van de training kan vanuit drie perspectieven plaats vinden, namelijk: inspanningsfysiologische principes, krachttrainingsleer en/of principes Graded Activity.

Welke principes van krachttrainingsleer en inspanningsfysiologische nodig zijn voor verbetering van uithoudingsvermogen, kracht en vetverbranding, is reeds in tabel 4 weergegeven. Doordat veel lipodeem patiënten (pijn)klachtencontingent functioneren in hun dagelijkse leven, wordt ook geadviseerd de principes van Graded Activity toe te passen bij

deze patiëntengroep. Tijdens het informeren en adviseren is belangrijk dat de patiënt over deze methode goed voorgelicht wordt en hiermee akkoord gaat. De patiënten dienen te begrijpen dat hun degenen zijn die de gedragsverandering moeten realiseren.

Echter, omdat lipoeedeem patiënten niet geheel met chronische pijnpatiënten te vergelijken zijn, waarbij normaliter Graded Activity wordt toegepast, worden slechts enkele principes gebruikt van Graded Activity:

1. Bepalen baseline-meting

Er wordt aangeraden een baseline-meting te doen bij de activiteiten die uit de anamnese, PSK en/of functioneel onderzoek naar voren zijn gekomen. Ook kan bij specifieke oefeningen die relevant zijn voor realisatie van verbetering van de behandelbare grootheden (squat, lunge, step up etc.), de baseline-meting worden toegepast. Na de baseline-meting wordt, in overleg met de patiënt, de einddoelen per activiteit of oefening bepaald. Hierbij wordt vastgesteld wat het einddoel is en in welke tijdsperiode dit plaatsvindt.

Daarnaast wordt aangeraden om, zoals gebruikelijk bij Graded Activity, bij het starten van de training iets onder het basisniveau te beginnen. Zo zijn de patiënten meer verzekerd van succes in de trainingen wat kan resulteren in een positief effect op de motivatie van de patiënt.

De fysiotherapeut dient per patiënt in te schatten of toepassing van Graded Activity noodzakelijk is. Toepassing is minder relevant bij patiënten die niet (pijn)klachtencontingent functioneren.

2. Tijdcontingent in plaats van (pijn)klachtencontingent

Een tijdcontingente aanpak is een belangrijk principe van Graded Activity. Aanbevolen wordt gebruik te maken van de operante benadering, waarbij gezond gedrag aangeleerd wordt, positieve bekrachtiging plaatsvindt en op ongewenst (pijn)gedrag niet wordt ingegaan. Ook dit is belangrijk om uiteindelijk een actieve leefstijl te realiseren.

De Graded Activity benadering biedt een duidelijke structuur. De patiënten dienen, ondanks hoe zij zich voelen die dag, een vaststaand aantal herhalingen/series van een oefening te doen, met een vooraf vastgestelde intensiteit en duur.

Belangrijke factoren voor motivatie

Vanuit patiënten perspectief dient de fysiotherapeut ook rekening te houden met onderstaande punten die bijdrage aan de externe motivatie van de patiënt:

- 1. Trainen in groepsverband (enkel met lotgenoten of andere patiëntengroepen)*
- 2. Individuele begeleiding*
- 3. Trainen in de ochtenduren (echter dient voor realisatie van een actieve leefstijl ook gestreefd te worden te trainen op andere tijdstippen)*
- 4. Kosten niet te hoog*
- 5. Reisafstand niet te groot*

Referenties:

1. Schmeller, W., Meier-Vollrath, I. *Das Lipödem: neue Möglichkeiten der Therapie*, 2007. Schweiz Med Forum, PRAXIS; 7: 150-155. [27-06-2012]
2. Laleman, N., *Lipoedeem: Pathofysiologie, Diagnose en behandeling*. [online PDF]. Beschikbaar via: http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/892/856/RUG01-001892856_2012_0001_AC.pdf [2013, februari 23]
3. Schingale, F., *Lymphödeme Lipödeme, Diagnose und Therapie, Ein Ratgeber für Betroffene*, 2. Überarbeitete Auflage, Schlütersche GmbH & Co, 1003. (28-06-2012)
4. Schmeller, W., Meier-Vollrath, I., *Lipödem: Aktuelles zu einem weitgehend unbekannten Krankheitsbild*, 2007. Akt Dermatol; 33: 1-10. [27-06-201]
5. Verein zur Förderung der Lymphoedemtherapie e.V. (auteurs onbekend) *Lymphödem Lipödem.. Und dennoch gut leben*, 2012. LYMPHE & Gesundheit; 3.(1): 1-16.
6. Meier-Vollrath, I., Schneider, W., Schmeller, W. *Lipoedem: Verbesserte Lebensqualität durch Therapiekombination*. April 2005. Deutsches Ärzteblatt 102(15): 1061-1068. [27-06-2012]