

## Behandling av lymfødem

**Behandling av lymfødem med «die komplexe physikalische Entstauungstherapie» ad modum Földi er beskrevet. Behandlingen har vært prøvd her i landet, og den synes meget lovende.**

Lymfødem sees i vårt land hyppigst etter inngrep for cancer med fjernelse av lymfeknuter i aksiller eller lysker, og strålebehandling, særlig cancer mammae og cancer cervicis uteri. Andre årsaker til slike sekundære lymfødem er infeksjoner i lymfesystemet. I enkelte tropiske land er filariasis hyppig årsak, særlig til genitale lymfødem. Ellers uskyldige inngrep (f.eks. fjernelse av lipom i lysken) og traumer kan gi årsak til livsvarig lymfødem (1, 2). Sekundære lymfødem omfatter alle tilfelle der årsaken til skade av lymfekarsystemet er kjent.

Primære lymfødem foreligger når slik årsak ikke er kjent. Tilstanden er ofte forbundet med misdannelser, især av karsystemet for øvrig. Det typiske, primære, «idiopatiske» lymfødem er kjent under eponymene Nonne, Milroy og Meige. Det forekommer hyppigst hos kvinner og starter ofte i puberteten, hvilket tyder på en hormonell

**Carl Fredrik Petlund**

Avdeling for fysikalsk medisin  
Rikshospitalet  
0027 Oslo 1

årsak. Forskjellige former for misdannelser, insuffisiens av lymfekar og fibrose av lymfeknuter er også anført som årsaker (1, 3).

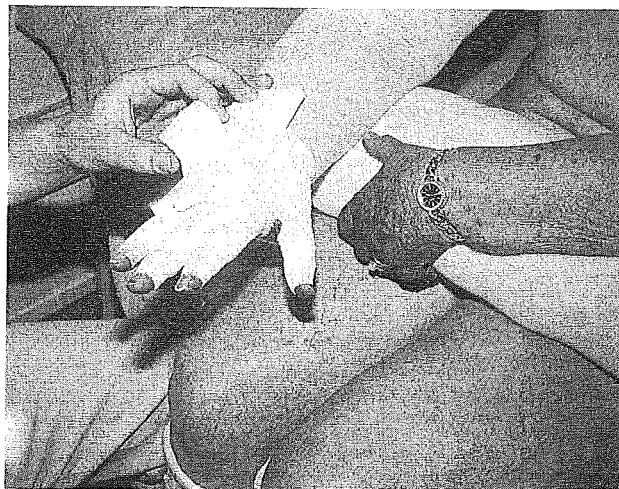
På grunnlag av Krefregisterets opplysninger om forekomst av cancer mammae og cancer cervicis uteri, operasjonshyppighet og kjent frekvens av senkomplikasjoner i form av lymfødem samt min erfaring med ca. 200 lymfødempasienter de siste par år, kan prevalens av lymføden her i landet løselig anslås til 7 000. Det er omtrent samme størrelsesorden som multipel sklerose (5 000). Insidens av de sekundære lymfødem er noe synkende som følge av bedret operasjonsteknikk for de aktuelle cancerformer.

Ofte har pasientene fått høre at lymfødemet er den pris de må betale for å overleve en cancer. De lever med sine plager, mange ganger betydelig handi-

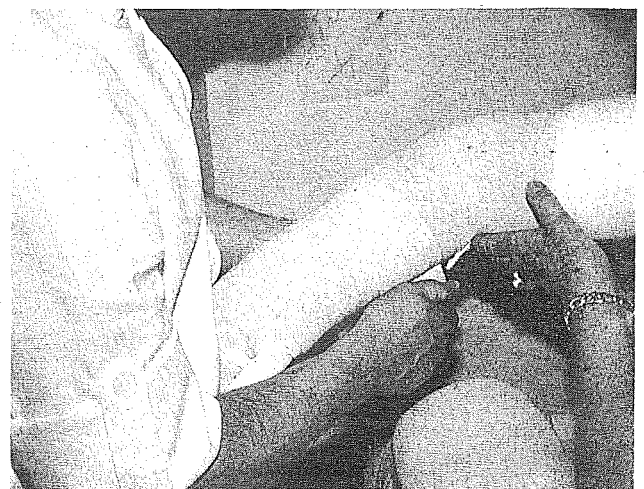
cappet. Smerter, spreg, tyngdefor-nemmelse og nedsatt motilitet er de fysiske plager. Hertil kommer utseendet og vansker med klær og sko. Invaliditeten varierer sterkt fra de lette transitoriske ødem til svær elephantiasis, der ekstremitetene har det mangedoblede volum, og pasienten har trukket seg tilbake fra sosial omgang.

I tillegg til dette kommer en utpreget tendens til infeksjoner, fra lette subkliniske og subkroniske «celullitter» til residiverende, fulminante erysipelasfall med høy feber og betydelig lokalsymptomer. Hver infeksjon blir nok behandlet og går tilbake, men etterlater et litt verre ødem. En sjelden gang kan lymfødemet også utvikle seg malignt til et lymfangiosarkom (Steward-Treves syndrom). Det er grunn til å tro at sjansene for malign utvikling reduseres hvis ødemet behandles (3).

Den kirurgiske behandling av lymfødem har dels bestått i reseksjon av det lymfødematøse vev, dels i plastiske operasjoner der man har forsøkt å svinge vev med normal lymfedrenasje til ødemet, dels mikrokirurgi (lymfovenøse anastomoser og innsyning av lymfeknuter i venevegg) (1, 4). Resultatene



Figur 1 Bandasjering



Figur 2 Bandasjering