

22nd International Congress of Lymphology 21-25 September 2009 Sydney Australia

Rapport av Docent Leif Perbeck

Kongressen stöddes av International Society of Lymphology (ISL).

ISL anordnar vartannat år världskongresser. För två år sedan var den i Shanghai och om ytterligare 2 år kommer kongressen äga rum i Malmö med ansvarig organisatör överläkare Håkan Brorson, Plastikkirurgiska klinken i Malmö. Deltagarantalet i år var drygt 300 personer från ett 50-tal länder och anmärkningsvärt var att de svenska representanterna var 17 stycken (tredje största antalet representerade, näst efter Australien och USA).

Tio svenskar presenterade resultat i form av föreläsningar och ibland som posters. Samtliga abstrakt finns bifogade till utskicket.

Vill man se några generella trender så påpekades behovet av att på ett entydigt sätt definiera vad som menas med ett lymfödem. F.n. finns fyra definitioner, den vanligaste definitionen baseras på water displacement eller att man optiskt mäter en skillnad mellan armarna. Vid en skillnad på 200 ml anger man att ett lymfödem föreligger. Ett annat vanligt sätt att definiera ett lymfödem är om volymskillnaden mellan armarna är $>10\%$. Vissa författare har sänkt denna kvot till 5 % och till och med 3 %. Under 3 % kan man inte kliniskt upptäcka ett lymfödem. Något konsensus hur man i framtiden ska definiera lymfödem har inte gått att nå utan huvudföreningen ISL uppmanas att inför nästa kongress komma med ett förslag. En annan viktig punkt när det gäller att standardisera ett lymfödem är att bestämma vilken metod som ska vara den s.k. golden standard. Tidigare har nog många ansett att water displacement är den mest tillförlitliga metoden men den är lite problematisk att praktiskt handha eftersom den kräver en möjlighet att fylla på en vattenreservoar och sedan mäta tyngden av det undanträngda vattnet. En ny metod kallas perimetri och det är en optisk metod som mäter volym. En annan metod som för 4 år sedan, eller till och med för 2 år sedan, inte alls var erkänd är bioelektroimpedansmätning, d.v.s. man mäter med en svag ström mängden vätska i en extremitet och ju mer vätska en extremitet har dess lägre blir dess motstånd mot en elektrisk signal och på så sätt kan man göra en kvot mellan den sjuka och kontrollarmen. De nya apparaterna som finns tillgängliga anses vara mycket tillförlitliga.

Vad gäller generell behandling vid lymfödem kvarstår den gamla sanningen, d.v.s. att kompression är den bästa. En viss tilläggseffekt kan man få av manuellt lymfdränage vilket bland annat Karin Johansson från Lund visat. De nyare behandlingarna, såsom laserbehandling som anses öka vibrationerna i vävnaden och på så sätt stimulera till ökad lymftransport har inte visat sig ha någon större dokumenterad effekt. En viktig undersökning presenterades även där man jämförde armarna före och efter en operation och man kunde då konstatera att det inte förelåg någon skillnad mellan den opererade armen före operationen och den icke opererade armen postoperativt. D.v.s. om man inte har möjlighet att preoperativt göra mätningar på en arm så kan man postoperativt använda den icke opererade armen som kontrollarm utan att få en alltför stor felkälla. Ytterligare en viktig information var att man kan genom att mäta omkretsen identifiera vissa segmentella volymskillnader som ibland kan vara relativt små men ändå ha stor betydelse jämfört med ett generellt ödem. Om man således utgår från handleden och identifierar ett segment som ligger 10-20 cm ovanför handleden, d.v.s. alldeles nedanför armbågen och sedan ett segment mellan 20-30 cm ovanför handleden, d.v.s. alldeles ovanför armbågen då visar det sig att det är inom dessa två segment och inte hela armen som patienterna ofta har sitt lymfödem. Det viktigaste när det gäller ett lymfödem är att upptäcka det tidigt att det går att behandla innan det blir irreversibelt. Ett annat sätt att

bedöma vilka patienter som löper risk för att utveckla ett lymfödem är att försöka fastställa om de har fungerande lymfkörtlar mellan musculus deltoideus och pectoralis i axeln. Om man sedan utför en axillarutrymning men inte påverkar väl fungerade lymfkörtlar i denna övre region så får patienten inget lymfödem. Sannolikt är detta förklaringen till varför tillägget av locoregional strålbehandling d.v.s. även mot axillen, men framför allt mot lymfkörtlar ovanför axillen och ovanför nyckelbenet de s.k. supraklavikulära lymfkörtlarna, leder till en så hög frekvens av lymfödem. En egen reflektion från min sida är att man kanske kan undvika onkologisk överbehandling, i detta fall strålbehandling. Det finns en ökad tendens att ge locoregional strålbehandling även till de patienter som har spridning till 1-3 lymfkörtlar i armhålan eftersom man har sett vissa överlevnadsvinster i denna grupp. Vid spridning till 1-3 lymfkörtlar är oftast de kraniella helt friska. Om man gör resonemanget från sentinel node-biopsi att metastasering sker till sentinel node-körteln och därefter successivt högre upp i axillen skulle man således i denna grupp inte behöva ge tilläggsbehandling mot lymfkörtlarna i fossa supraclavicularis. Sannolikt skulle man bespara många patienter lidande. Man har ju t.ex. slutat att generellt ge strålbehandling mot lymfkörtlarna parasternalt vid ett fåtal metastaser i axillen.