
Radiologisk behandling av lymfelekkasje

FRA FAGMILJØENE

OLE EINAR HEIEREN

o.e.heieren@gmail.com

Ole Einar Heieren er overlege ved Seksjon for onkologisk og abdominal radiologi, Ullevål, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TOM MALA

Tom Mala er dr.med., professor ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og overlege ved Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELLEN VIKTIL

Ellen Viktil er overlege ved Seksjon for onkologisk og abdominal radiologi, Ullevål, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

OLE JØRGEN GRØTTA

Ole Jørgen Grøtta er ph.d. og seksjonsoverlege ved thorax-, kar og intervensjonsradiologi, Ullevål/Aker, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PER REIDAR WOLDBÆK

Per Reidar Woldbæk er dr.med. og overlege ved Thoraxkirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ved Oslo universitetssykehus, Ullevål tilbys avansert behandling av pasienter med lekkasjer fra lymfesystemet.

Radiologisk behandling av lymfelekkasje er et tilbud til en pasientgruppe som tidligere har hatt begrensede behandlingsmuligheter. Lymfelekkasje er en plagsom og truende tilstand for pasienten, og det er viktig at behandlingsmuligheten er kjent i det medisinske miljøet.

Et komplekst nettverk av lymfekar og lymfeknuter spiller en avgjørende rolle i kroppens immunforsvar og væskebalanse. Lymfevæske kan variere i utseende fra klar til et karakteristisk melkehvitt preg (kylus), som gjenspeiler et høyt innhold av triglyserider. Lymfelekkasje er en kjent komplikasjon til kirurgi, men kan også oppstå sekundært til neoplasme eller være av idiopatisk eller genetisk art (1). Lymfevæske kan lekke til ulike deler av kroppen, og særlig lekkasje av kylus kan utvikle seg til en livstruende medisinsk tilstand (2).

Vesentlige fremskritt innen billeddiagnostikk av lymfesystemet de siste 10–15 årene gjør at lekkasjer ofte kan fremstilles med høy anatomisk presisjon. En lekkasje kan lukkes med tilsvarende utstyr og metoder som benyttes ved perkutan endovaskulær behandling av indre blødninger.

Lekkasje til pleura, kylotoraks, er hyppigst forekommende. Primært håndteres dette ved gjentatte pleuradrenasjer og samtidige konservative tiltak, som tilsier faste / parenteral ernæring eller fettfattig kost samt eventuelt medikamentell behandling med somatostatin (2, 3). Ofte blir pasientene liggende lenge på sykehus. Betydelig volumtap av lymfevæske over tid kan utvikle seg til underernæring, elektrolyttforstyrrelser og svekkelse av immunforsvaret (3). Ytterligere behandlingstiltak vil da være påkrevet.

Særlig lymfelekkasje i toraks har vist seg godt egnet for radiologisk, terapeutisk lukking av ductus thoracicus (*thoracic duct embolization*, TDE), en teknikk som ble introdusert i 1999 (4). Dette er en perkutan, bildeveiledet intervensjon som har etablert seg som et godt behandlingsalternativ ved tilstanden. Ved Oslo universitetssykehus, Ullevål ble denne metoden første gang utført i 2012. Det ble da benyttet vevslim (histoacryl) for å tette lekkasjen hos en pasient med kylotoraks.

De siste tre årene har 16 pasienter med lymfelekkasje til pleura- eller bukhulen blitt henvist til diagnostikk og radiologisk behandling. Diagnostisk CT vil vanligvis foreligge før pasientene henvises. Ytterligere kartlegging gjøres fortrinnsvis ved ultralyd av aktuelt hulrom (pleura/abdomen) og eventuelt påfølgende kontrastforsterket dynamisk MR-lymfangiografi (dMRL). Ved bekreftet lekkasje gjøres en minimalt invasiv perkutan behandling en av de påfølgende dagene.

En studie fra 2010 viser at embolisering av ductus thoracicus ved kylotoraks var vellykket behandling hos 77 av 109 pasienter (71 %) (5). På grunn av fordelaktig morbiditets- og mortalitetsrater foreslås denne tilnærmingen ved behandlingstrengende kylotoraks som ikke lar seg håndtere ved primære tiltak (5).

Ved Oslo universitetssykehus, Ullevål er metoden tatt godt imot av ulike fagmiljøer og foretrekkes fremfor kirurgisk ligering ved lymfelekkasje etter øsofaguskirurgi. Vår erfaring er at også lekkasje til bukhulen, kyløs ascites, ofte lar seg behandle radiologisk med perkutan liming av lumbale lymfebaner, men det rapporteres om lavere suksessrate enn tilsvarende for embolisering av ductus thoracicus (3).

REFERENCES

1. Higgins MCSS, Park AW, Angle JF. Chylothorax: Percutaneous Embolization of the Thoracic Duct. *Oper Tech Thorac Cardiovasc Surg* 2015; 20: 402–12. [CrossRef]
2. Marts BC, Naunheim KS, Fiore AC et al. Conservative versus surgical management of chylothorax. *Am J Surg* 1992; 164: 532–5. [PubMed][CrossRef]
3. Kim J, Won JH. Percutaneous Treatment of Chylous Ascites. *Tech Vasc Interv Radiol* 2016; 19: 291–8. [PubMed][CrossRef]
4. Cope C, Salem R, Kaiser LR. Management of chylothorax by percutaneous catheterization and embolization of the thoracic duct: prospective trial. *J Vasc Interv Radiol* 1999; 10: 1248–54. [PubMed][CrossRef]
5. Itkin M, Kucharczuk JC, Kwak A et al. Nonoperative thoracic duct embolization for traumatic thoracic duct leak: experience in 109 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2010; 139: 584–90. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 1. april 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0039

Mottatt 17.1.2024, første revisjon innsendt 30.1.2024, godkjent 26.2.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.