

Çocukluk Çağında Lenfatiko-Venöz Şant Uygulaması

Creation of Lymphatico-Venous Shunt for A Childhood Lymphedema: Case Report

Dr. Kanat ÖZİŞİK,^a
Dr. Hakan AYDIN^a

^aKalp ve Damar Cerrahisi Kliniği,
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Ankara

*Bu makale 13. Ulusal Vasküler Cerrahi
Kongresi (22 Mayıs-26 Mayıs 2007,
Antalya/TÜRKİYE)'nde poster olarak
sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Kanat ÖZİŞİK
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
sozistik2002@yahoo.com

ÖZET Patofizyolojik olarak lenfödem, ciltaltı lenfatik akım obstrüksiyonundan kaynaklanır. Konjenital veya akkiz pekçok duruma bağlı olarak gelişebilir. Lenfödem kozmetik deformitelere ve fonksiyonel kayıplara neden olabildiği gibi hastanın yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkileyebilir. Lenfödemin önlenmesinde en önemli faktör hasta ve ailesinin eğitimidir. Lenfödem tedavisinde etkili çeşitli tedavi modaliteleri olmakla birlikte standart bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Primer lenfödem genellikle çocukluk çağında tespit edilir ve çoğunlukla konservatif metodlarla tedavi uygulanır. Bu olgu sunumunda pediatrik yaş grubunda mikrocerrahi yöntemi ile yapılan lenfatikovenöz şant meydana getirilmesi bildirilmektedir. Bu kolay ve ucuz yöntem kronik lenfödemli çocuklar için bir alternatif olabilir.

Anahtar Kelimeler: Lenfödem, mikrocerrahi, lenfatikovenöz şant, konjenital

ABSTRACT Pathophysiologically lymphedema originates from the obstruction of the subcutaneous lymphatic flow. Congenital or acquired, it may result from a number of cause. Besides functional loss and cosmetic deformities lymphedema also affects quality of life. The most important factor in the prevention of lymphedema is the education of the patients and their family. Although there are many approaches a standart treatment of lymphedema does not exist. Primary lymphedema is mostly detected in childhood and commonly treated by conservative methods. This case report presents our experience with microsurgical lymphaticovenous shunt creation for treatment of chronic lymphedema. This easy and simple method could be used widely and could provide stable improvement of chronic lymphedema in children.

Key Words: Lymphedema, microsurgery, lymphaticovenous shunt, congenital

Damar Cer Derg 2009;18(1):20-2

Lenfödem etiyojisi biliniyorsa, sekonder lenfödem, etiyojisi bilinmiyorsa primer lenfödem olarak sınıflandırılabilir. Primer lenfödem bir yaşından önce başlamışsa konjenital, 1-35 yaş arası başlamışsa prekoks ve 35 yaşından sonra başlamışsa tarda şeklinde alt gruplarda sınıflandırılır. Konjenital lenfödem sadece tek bir alt ekstremitayı kapsayabilir de, vücudun herhangi bir bölgesini tamamen yada kısmi olarak etkileyebilir. Lenfödem prekoks, primer lenfödemin en sık nedeni olup, olguların %94'ünden sorumludur. Kadın-erkek oranı 10:1 olup, bunda östrojenin etkisi olabileceği düşünülmektedir. Lenfödem tarda, relatif olarak seyrek ve primer lenfödem olguların %10'dan azını oluşturmaktadır. Lenfatiklerin distal hipoplazisi tipik olarak alt ekstremitelerin bilateral periferik öde-

mi ile ilişkilidir. Genellikle benzer semptomları olan aile hikayesi vardır, kadınlarda daha sıktır ve ağrısız bir ilerleme gösterir.¹ Ödem soliddir ve ciltte verrüköz hipertrofi ile rekürren enfeksiyonlar görülebilir. Primer olan lenfödemin genetik yatkınlığı olabilir ve lenfatik sistemin gelişimsel yetersizliği sonucu oluşur.² Genellikle konservatif metodlar uygulansa da, bu yöntemler kalıcı ve tatmin edici bir sonuç sağlamamaktadır.

OLGU SUNUMU

Dört yaşında erkek hasta, iki yaşından itibaren oluşan sağ ayak ve bacakta şişlik şikayeti ile hastanemize başvurdu. Aile öyküsü olamayan hastanın, fizik muayenesinde sağ ayakta, bacakta ve uylukta kalça eklemine yakın kısma kadar ödematöz şişlik mevcuttu (Resim 1). Hasta büyük ve ağır olan sağ alt ekstremitesi ile günlük aktivitelerini yerine getiremiyordu. Aynı ekstremitenin derisi gergindi, basmakla 4+ gode bırakan ödemi vardı ve arteriyel nabızları normaldi. Yapılan ekokardiyografi ve bilateral alt ekstremitte Doppler ultrasonografi normal olarak değerlendirildi. Lenfosintigrafi incelemesinde drenaj bozukluğu olduğu tespit edildi. Konservatif yöntemlerden yarar görmeyen hastaya femoral düzeyde mikrocerrahi yöntemi kullanılarak lenfatiko-venöz şant yapıldı. Operasyon sırasında ciltaltına sülfan mavi boyası verilerek lenfatiklerin görülmesi sağlandı. Diseksiyon ile



RESİM 1: Hastanın preoperatif görünümü.



RESİM 2: Hastanın postoperatif görünümü.

izole edilen üç adet lenf nodu ile safen ven 8-0 monoflamen sütür kullanılarak yan yana anastomoz edildi ve drenajın venöz sisteme yönlendirilmesi sağlandı. Bu metod ile 1 hafta içinde bacak çapında %30 gerileme gözlemlendi, ek olarak 3 aylık dönemde elastik çorap uygulamasına da devam edildi (Resim 2).

TARTIŞMA

Lenfödem, lenfatik sistemdeki anatomik veya fonksiyonel tıkanıklık sonucu, proteinden zengin sıvının interstisiyel boşlukta birikmesi sonucu oluşur. Primer lenfödem, lenfatik sistemin embriyolojik gelişim bozukluğu (aplazi, hipoplazi veya hiperplazi) sonucu oluşur. Sekonder lenfödem, lenf akımının sonradan oluşan bir nedenden dolayı azalması sonucu gelişir. Sekonder lenfödem, kanserler, enfeksiyonlar, radyoterapi, travma ve lenfatik girişimler (inguinal bölge cerrahisi ve lenf nodu eksizyonu) sonrasında oluşabilir.³

Tüm lenfödemli hastaların yalnızca %5 ile %10'una cerrahi tedavi uygulanmaktadır.⁴ Cerrahi girişim endikasyonları arasında lenfödemli ekstremitenin ölçüsü ve ağırlığından dolayı fonksiyon kaybı ve hareket kısıtlılığı olması, tekrarlayan selülit ve lenfatik atakları, inatçı ve geçmeyen ağrı, lenfanjiosarkom ve kozmetik nedenler sayılabilir.^{4,5} Lenfödem operasyonları eksizyonel girişim ve lenfatik rekonstrüksiyon şeklinde ikiye ayrılabilir. Rekonstrüksiyon grubunda olan lenfatikovenöz şant ameliyatları 1960'lı yıllarda yapılmaya başlanmış-

tır.⁶ Bu operasyon için en ideal adaylar, dilate olmuş infrainguinal lenf damarları olan, proksimal pelvik lenfatik obstrüksiyonlu hastalardır. Preoperatif olarak lenfosintigrafi ve seçilmiş hastalarda direkt kontrast lenfanjiografi yapılabilir. Venöz hipertansiyon böyle bir girişim için kontra endikasyon oluşturur.

Genellikle her türlü agresif tedaviye zor yanıt veren bu hastalık grubunda cerrahi tedavinin öncelikli tedavi seçeneği olarak pediatrik olgularda da değerlendirilmesi, oluşabilecek komplikasyonları azaltmada yardımcı olacaktır.^{7,8} O'Brien ve ark. 90 hastalık bir seride, %73 subjektif düzelme ve %42 uzun dönem gözlenen düzelme sağlandığını

bildirmektedir.⁹ Rusya'da 152 ve Çin'de 98 hastada yapılan lenfatikovenöz şant ameliyatlarında, 2/3 hastada gözle görülür bir iyileşme olduğu bildirilmiş, bunun yanında komplikasyonlar ve uzun dönem sonuçlar hakkında yeterli bilgi verilmiştir.^{10,11}

Lenfödem tedavisinde her şeyden önce cerrahi veya medikal yöntemlerin tam bir tedavi sağlamayacağı göz önünde tutulmalı ve hastaya da bildirilmelidir.¹² Bu tip ameliyatların bu hastalık grubunda ve uygun vakalarda tercih edilmesinin doğru olacağı, etkili, ucuz ve kolay bir metod olması nedeni ile de uygulanabilirliğinin olduğu düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Browse NL, Stewart G. Lymphoedema: pathophysiology and classification. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1985; 26(2): 91-106.
2. Mortimer PS. Swollen lower limb-2: lymphoedema. *BMJ* 2000; 320(7248): 1527-9.
3. Browse NL. The diagnosis and management of primary lymphedema. *J Vasc Surg* 1986; 3(1): 181-4.
4. Rhee RY, Gloviczki P. Lymphatic Disease. In: Dean HD, Yao JST, Brewster DC, eds. *Current diagnosis and treatment in vascular surgery*. Connecticut: Prentice-Hall International Inc; 1995. p.391-404.
5. Gloviczki P. Lymphedema. In: Cameron JL (ed). *Current surgical therapy*. Philadelphia: Mosby; 1998. p. 903-9.
6. Földi E. Lymphatic vascular diseases. In: Lanzer P, Topol EJ, eds. *Pan vascular medicine, integrated clinical management*. Berlin: Springer Verlag; 2002. p.1538-46.
7. Campisi C, Boccardo F, Zilli A, Macciò A, Napoli F. Long-term results after lymphatic-venous anastomoses for the treatment of obstructive lymphedema. *Microsurgery* 2001; 21(4): 135-9.
8. Campisi C, Eretta C, Pertile D, Da Rin E, Campisi C, Macciò A, et al. Microsurgery for treatment of peripheral lymphedema: long-term outcome and future perspectives. *Microsurgery* 2007; 27(4): 333-8.
9. O'Brien BM, Mellow CG, Khazanchi RK, Dvir E, Kumar V, Pederson WC. Long-term results after microlymphaticovenous anastomoses for the treatment of obstructive lymphedema. *Plast Reconstr Surg* 1990 ; 85(4): 562-72.
10. Zolotarevskii V, Savchenko TV, Chernysheva LM, Kurochkina AI. Late results of lymphovenous anastomoses in lymphedema of the lower extremities. *Khirurgiia (Mosk)* 1990;(5):96-101.
11. Huang GK. Results of microsurgical lymphovenous anastomoses in lymphedema--report of 110 cases. *Langenbecks Arch Chir* 1989;374(4):194-9.
12. Alsirt GF, Bostancı S. Lenfödem ve tedavisi. *T Klin Dermatoloji* 1994; 4(1): 47-52.