

NÜKS RETROPERİTONEAL PRİMER LENFOSEL: OLGU SUNUMU

Recurrent Retroperitoneal Primary Lymphocele: A Case Report

Ali İlker Filiz¹, Sezai Demirbaş¹, Yavuz Kurt¹, İlker Sücüllü¹, Haldun Uluutku¹,
Levhi Akın¹, Mehmet Yıldız¹

Özet

Oldukça nadir olarak literatürde bildirilen retroperitoneal primer lenfösel olgusunu, retroperitoneal yerleşimli kitlelerin ayırıcı tanısında akıld tutulması gereken bir antite olarak sunmayı amaçladık. Cerrahi operasyon komplikasyonu olarak ortaya çıkmayan primer retroperitoneal lenfösel olgusunun klinik ve radyolojik bulguları ve uygulanan tedavi yöntemleri sunuldu.

20 yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile hastaneye müracaat etti. Hikayesinde hastanın 4 yıl önce retroperitoneal kitle öntanısıyla ameliyat edildiği, kitleye eksizyonel biyopsi yapıp aspirasyon uygulandığı, histopatolojik inceleme sonucu lenfösel olarak rapor edildiği öğrenildi. Karın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi sonucunda retroperitoneal lenfösel tanısı ile ultrasonografi eşliğinde perkütan drenaj uygulanan ancak bir süre sonra nüks eden kitle lezyonuna total eksizyon uygulandı. Lenfösel tedavisinde cerrahi eksizyon yöntemi, aspirasyon, perkütan drenaj, skleroterapi gibi tedavi seçenekleri arasında rekürrens oranlarının en düşük olması nedeniyle tercih edilmesi gereken yaklaşım biçimidir.

Anahtar Kelimeler: Primer lenfösel; Rekürrens; Total eksizyon.

Giriş

Lenfösel, lenfatik sıvının anormal kolleksiyonu ile karakterize nadir bir patolojidir. Genellikle cerrahi operasyonlardan ve lenfoma nedeniyle kemoterapi tedavisi sonrasında görülebildiği gibi primer olarak da meydana gelebilir (1,2). İlk olarak 1842 yılında Rokitanski lenf sıvısı içeren kistik kitle tanımlamasını yapmış (3), 1955 yılında ise Mori tarafından servix

¹ GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Servisi
Ankara, Turkey.

Geliş tarihi: 24 Ekim 2005

Abstract

We aim to present primary retroperitoneal lymphocele, which is very rarely reported in the literature, as an entity to be considered in the differential diagnosis of retroperitoneal masses. Clinical and radiological findings, with the management of primary retroperitoneal lymphocele, which did not occur as a complication of previous surgery, are presented.

A 20 years old male patient presented with abdominal pain. History revealed that he had been operated on four years previously after a diagnosis of retroperitoneal mass. Following histopathologic examination of specimens from excisional biopsy and aspiration of the mass, a lymphocele was diagnosed. Similarly following abdominal ultrasound and computed tomography, a retroperitoneal lymphocele was diagnosed. Ultrasound guided drainage of the lymphocele was performed, however, on recurrence, the mass was totally excised. Total surgical excision of lymphocele is the preferred method of treatment, rather than aspiration, percutaneous drainage and sclerotherapy, because it has the lowest rate of recurrence.

Key Words: Primary lymphocele; Recurrence; Total excision.

kanseri nedeniyle yapılan histerektomi sonrasında tanımlanmıştır (4). Primer lenfösel yaşamın ilk on yılında daha sık olmakla birlikte her yaşta görülebilir. Akut karın bulguları gösterebilen primer lenfösel tanısında karın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi %85 oranında duyarlıdır (3,5). Tedavide önerilen yöntem rekürrens oranı en düşük (%12-17) olan total eksizyondur.

Olgu Sunumu

Yirmi yaşında erkek hasta yaklaşık 2-3 aydan beri devam eden karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde hastanın 4 yıl önce retroperitoneal kitle lezyonu öntanısıyla ameliyat edildiği, kitleye eksizyonel biyopsi uygulandığı, histopatolojik inceleme sonucu lenfanjioma olarak rapor edildiği öğrenildi. Fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri normal saptanan hastanın karın ultrasonografisinde karın içinde orta hat ve paramedian yerleşimli, psoas kası anterior komşuluğunda, karaciğer alt sınırından başlayarak mesane superior komşuluğuna uzanım gösteren 15x15x14 cm'lik septasyonlarla ayrılmış kistik kitle lezyonu izlendi. Bilgisayarlı karın tomografisinde orta hatta retroperitoneal yerleşimli, mezenterik yağlı dokuya invazyon gösteren, posterior komşuluğunda duodenum 2. ve 3. segmenti tutan ve pararenal boşluk ile sınırlanan 15x15x15 cm boyutlarında, sağ renal pelviste bir miktar dilatasyona yol açan hipodens kontrastlanma göstermeyen lobüle konturlu lezyon izlendi (Resim 1). Bu lezyonun intestinal yapıları sola deviyeye ettiği bildirildi. Hastaya lenfösel öntanısıyla ultrasonografi eşliğinde perkütan drenaj uygulandı. Drenaj sonrası yapılan histopatolojik inceleme sonucu yoğun reaktif karakterde lenfositler olarak rapor edildi. Bir ay sonra yapılan kontrolde hastanın şikayetinin devam ettiği ve yukarıda tanımlanan kitlenin sebat ettiği bildirildi. Bu lezyonun çoklu septasyonlar göstermesi nedeniyle perkütan drenaj ve skleroterapi için uygun olmadığı belirlendi. Hasta retroperitoneal lenfösel öntanısıyla elektif şartlarda ameliyata alındı. Genel anestezi altında orta hat kesisi ile laparotomi uygulandı. Eksplorasyonda çıkan kolon lateralinde, çekum hizasından başlayıp karaciğer altına kadar uzanan, duodenum ikinci ve üçüncü kısmına ve pankreas başına yapışıklıklar gösteren, multipl septalı yaklaşık 15x15x15 cm boyutlarında pür lenfatik sıvı içeren etrafı ince epitel tabakası ile çevrili lenfösel ile uyumlu görünen kistik kitle lezyonu saptandı (Resim 2). Kitle etraf dokulardan serbestleştirilerek kapsülü ile birlikte eksize edildi. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmedi. Hasta postoperatif ikinci gün oral gıda almaya başladı ve beşinci gün şifa ile taburcu edildi. Eksize edilen

kistik dokunun histopatolojik inceleme sonucu "lenfösel ile uyumlu bulgular" olarak bildirildi. Hastanın dört ve 12 hafta sonra yapılan bilgisayarlı karın tomografilerinde lenfösel ile uyumlu olabilecek herhangi bir kitleye rastlanmadı.

Tartışma

Lenfösel, lenfatik kanal patolojisi, cerrahi travma veya diğer yaralanmalar sonucunda oluşan ve lenf sıvısı içeren kistik kitledir. Yaygın lenfatik diseksiyon uygulanan cerrahi prosedürler sonrası görülebildiği gibi, renal transplantasyon, radikal histerektomi, travma, lenfoma tedavisi nedeniyle yapılan kemoterapi ve vasküler cerrahi sonrasında da görülebilir (1,2). Retroperitoneal primer lenfösel uluslararası literatürde az sayıda, genellikle olgu sunumları şeklinde rapor edilmektedir (5-9).

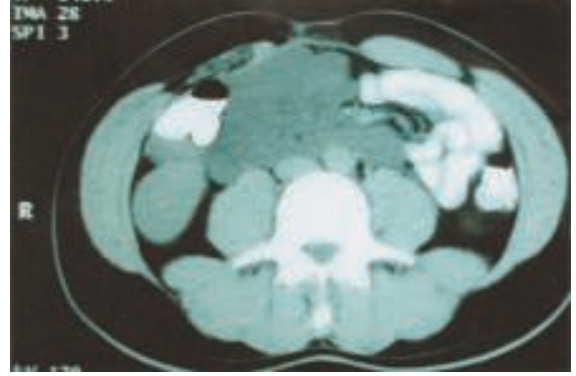
Primer lenfösel, lenfatik kanalların benign neoplazmlardır. Çocuklarda ilk on yılda %0,5 oranında görülürken, genç yetişkinlerde ve ileri yaşlarda %0,1 oranında rastlanır (10). Sıklıkla servikal bölgede (%75) ve aksillada (%20) görülür (3). Retroperitoneal lokalizasyon %1 olarak bildirilmiştir (3,11). Retroperitoneal primer lenfösel benign olmasına ve genellikle asemptomatik seyretmesine rağmen çevre organlara bası yaparak veya invazyon göstererek karın ağrısı, bulantı, kusma gibi bulgulara neden olabilir (12). Karın ultrasonografisi ve bilgisayarlı karın tomografisi tanıya gitmek için yapılması gereken tetkiklerdir (6). Olgumuzda sadece karın ağrısı şikayeti mevcuttu ve yapılan karın ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografi sonucunda yukarıda tanımlanan kitle lezyonuna bağlı olarak sağ renal pelviste az miktarda dilatasyon görüldü. Eksplorasyonda ise lenföselin duodenum 2. ve 3. kıtasına ve pankreas başına yapışıklıklar gösterdiği retroperitondaki diğer doku ve yapılara olan yapışıklığın daha gevşek olduğu ve kolay diseke edilebildiği gözlemlendi.

Lenfösel tedavisinde birçok yöntem uygulanmıştır. Bunlar arasında cerrahi eksizyon (3,10,13), aspirasyon (3), perkütanöz radyoterapi (14), laparoskopik drenaj (15,16), skleroterapi (17,18) bildirilmiştir. Özellikle

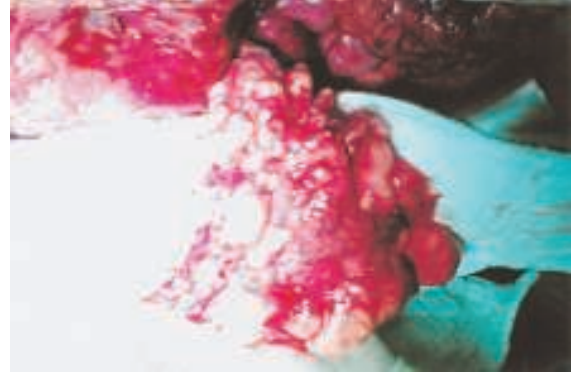
çocuklarda, sık olmasa da, spontan regresyona bırakma bir tedavi yöntemi olarak da bildirilmiştir (3,13). Literatürde perkütan drenaj sonrası skleroterapinin ve perkütanöz radyoterapinin lenfösel tedavisinde başarılı olduğunu ve rekürrens görülmediği bildirilmiştir (13,14,17,18). Ancak birçok yayında da perkütan aspirasyon ve skleroterapinin %100, inkomplet eksizyonun ise %40-50 oranında rekürrens gösterdiği bildirilmektedir (3,13,19). Yapılan çalışmalarda makroskopik total eksizyon uygulanan olgularda rekürrens oranlarının %12-17 arasında değiştiği ve diğer tedavi prosedürlerinde görülen rekürrens oranlarından anlamlı olarak düşük olduğu ve halen en iyi tedavi seçeneğinin cerrahi eksizyon olacağı bildirilmiştir (3,13,20). Olgumuzda ilk olarak inkomplet eksizyon ve aspirasyon uygulanmış ancak yaklaşık dört yıl sonra rekürrens görülmüştür. Ardından perkütan drenaj yapılmış, bir ay sonraki kontrolde drenajla küçülen lezyonun boyutlarında bir değişme olmadığı ve nüks ederek eski boyutlarına ulaştığı görülmüştür. Sonuçta olguya laparotomi yapılarak kist dokusu total eksize edilmiştir.

Sonuç

Lenfösel olgularının tedavisinde literatürde açıkça belirtilmektedir ki inkomplet eksizyon ve aspirasyon sonrası nüks %100'e yakındır. Birçok olguda lenfösel multiloküle olduğundan dolayı aspirasyon ve skleroterapi de yüz güldürücü sonuç vermemektedir. Lezyonun tam tedavisi bizim vakamızda da sunduğumuz gibi makroskopik total eksizyon olmalıdır.



Resim 1: Nüks retroperitoneal primer lenföselin preoperatif karın bilgisayarlı tomografi görüntüsü



Resim 2: Nüks retroperitoneal primer lenföselin eksizyon sonrası görüntüsü

KAYNAKLAR

1. Surana SK, Al Refai DA, Baj M. Traumatic lymphocele following blunt injury: a case report. *Internet scientific Publications* <<http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFile Path=journals/ijra/vol2n2/traumatic.xml>> (01.09.2006)
2. Poulos JE, Presti ME, Philips N, Longo WE. Presentation and management of lymphatic cyst of the colon: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1997;40:366-369.
3. Lorken M., Marnitz U., Manegold E., et al. Intraabdominal lymphangioma. *Chirurg* 2001;72:72-77.
4. Mori N. Clinical and experimental studies on the so called lymphocyst which develops after radical hysterectomy in cancer of the uterin cervix. *J. Jap Obstet Gynecol Soc* 1955;2:178-203.
5. Golematis B, Georgakakis A, Klonis G. Lymphatic cysts of the retroperitoneal space. Could epiploplasty be the method of choice? *Am J Gastroenterol* 1977;67:84-85.
6. Franciosi C, Romano F, Giardino A, et al. Mesenteric cyst neof ormation. A case report. *Minerva Chir* 2002;57:509-512.
7. Graf D, Pfister J, Streuli HK. Multiple retroperitoneal and mediastinal lymph cysts in primary ectatic lymph vessels. *Helv Chir Acta* 1993;60: 27-30.
8. Bliss DP Jr, Coffin CM, Bower RJ, et al. Mesenteric cysts in children. *Surgery* 1994;115:571-577.
9. Takiff H, Calabria R, Yin L, et al. Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiomas. *Arch Surg* 1985;120:1266-1269.
10. Huis M, Balija M, Lez C, Szerda F, et al. Mesenteric cysts. *Acta Med Croatica.* 2002;56:119-124.
11. Waisberg J, Pezzolo S, Henrique AC, et al. Retroperitoneal cystic lymphangioma. *Arq Gastroenterol* 1999;36: 37-41.
12. Gomez Pascual JA, Martin MA, Bonilla PR, et al. Retroperitoneal cystic lymphangioma. A silent disease in adults. *Actas Urol Esp* 2002;26:356-360.
13. Alqahtani A, Nguyen LT, Flageole H, et al. 25 years' experience with lymphangiomas in children. *J Pediatr Surg* 1999;34:1164-1168.
14. Neu B, Gauss G, Haase W, et al. Radiotherapy of lymphatic fistula and lymphocele. *Strahlenther Onkol* 2000;176:9-15.
15. Blessios GA, Rokkas CK, Neulander O, et al. Panoussopoulos D.: Laparoscopic management of large retroperitoneal lymphoceles complicating aortic surgery. *Surg Endosc* 2002;16:218.
16. Gill IS, Hodge EE, Munch LC, et al. Transperitoneal marsupialization of lymphoceles: a comparison of laparoscopic and open techniques. *J Urol* 1995;153:706-711.
17. Levi AD. Treatment of a retroperitoneal lymphocele after lumbar fusion surgery with intralesional povidone iodine: technical case report. *Neurosurgery* 1999;45:658-660.
18. Caliendo MV, Lee DE, Queiroz R, et al. Sclerotherapy with use of doxycycline after percutaneous drainage of postoperative lymphoceles. *J Vasc Interv Radiol* 2001;12:73-77.
19. Cholewa D, Waldschmidt J., Stroedter L. Transcutaneous and laparoscopic laser treatment in extensive retroperitoneal lymphangiomas in childhood. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd* 1998;115:339-404.
20. Hancock BJ, St-Vil D, Luks FI, et al. Complications of lymphangiomas in children. *J Pediatr Surg* 1992;27:220-224.