

ROZSÁHLÁ LYMFOKÉLA PO RADIKÁLNÍ PROSTATEKTOMII

MUDr. Petr Hušek, MUDr. Miloš Brodák, Ph.D., MUDr. Josef Košina, MUDr. Lukáš Holub

Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové

Cílem práce je prezentovat vzácnou komplikaci po radikální prostatektomii a pánevní lymfadenektomii, a to rozsáhlou lymfokélou. Autoři popisují možnosti léčby této komplikace. Její nejlepší prevencí je provádět lymfadenektomii pouze u vyššího rizika postižení pánevních uzlin a s maximální šetností.

Klíčová slova: lymfokéla, radikální prostatektomie, pánevní lymfadenektomie.

Urolog. pro Praxi, 2008; 9(5): 249–250

Úvod

Lymfokéla po radikální prostatektomii a pánevní lymfadenektomii je spíše vzácnou komplikací. Je komplikací výkonu na lymfatickém systému, kdy dochází k hromadění lymfy unikající z lymfatických cév. Zcela výjimečně může dosáhnout větších rozměrů, které si vyžadují následnou invazivní terapii. Autoři předkládají kazuistiku pacienta s rozsáhlou lymfokélou.

Kazuistika

Na naší kliniku byl doporučen 73letý pacient s podezřením na karcinom prostaty. Z objektivního nálezu byl důležitý palpační nález per rektum s hmatným tvrdým uzlem v levém laloku žlázy a hodnotou PSA 4,6. Nemocný podstoupil transrektální ultrasonografii (TRUS) s biopsií, shledán karcinom prostaty T2b Nx Mo, GS 7. Vzhledem k celkově dobrému stavu a očekávanému přežití více než 10 let byla pacientovi provedena otevřená radikální prostatektomie, které předcházela modifikovaná pánevní lymfadenektomie. Byla odstraněna tukově lymfatická tkáň zevní ilické a obturatorní skupiny uzlin. Výkon sám a časný pooperační průběh byly bez komplikací. Histologický nález potvrdil karcinom prostaty T2b NoMo, GS 7. Pacient byl 15. den po výkonu propuštěn se zhojenou

operační ranou a mírnou stresovou inkontinencí. Ta do 6 měsíců postupně vymizela a nemocný je nadále sledován s negativním nálezem per rektum, PSA je stále < 0,01.

Po 3 měsících od operace pacient pociťuje neurčitý tlak v pravém podbřišku. Byl proveden ultrazvuk břicha s nálezem rozsáhlé tekutinové kolekce o rozměrech 30×6 cm. Pro velikost cystického útvaru bylo provedeno CT, na kterém je tekutinová kolekce viditelná od pravé pánevní stěny až k jaternímu okraji (obrázky 2–4). Pacient podstoupil punkci tohoto útvaru pod sonografickou kontrolou, pro velikost nálezu byl dočasně ponechán perkutánní J-stent. Biochemickým vyšetřením se prokázalo, že tekutinovou kolekci je lymfokéla. Laparoskopickou fenestrací lymfokély nemocný kvůli obavám z další operace a celkové narkózy odmítl. Proto ponechána perkutánní drenáž až do úplného vyprázdnění tekutiny, po vytažení drénu dochází k recidivě, ale podstatně menších rozměrů. Při dalším sledování dochází ke spontánní regresi lymfokély, její poslední velikost byla podle sonografie 55×30 mm. Pacient je bez obtíží, v dobrém celkovém stavu a je nadále sledován.

Diskuze

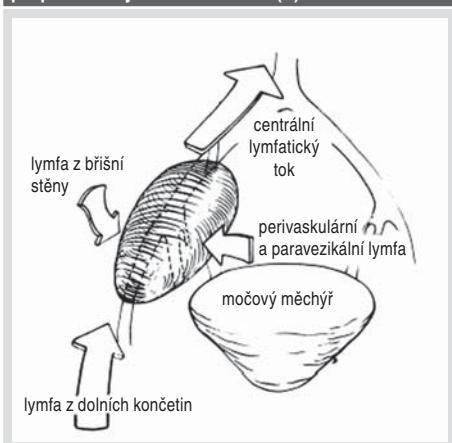
Lymfokéla je pseudocystický útvar vyplněný lymfou (složením obdobné krevní plazmě) s pevným

vazivovým pouzdrem, které ji ohraničuje od okolních orgánů a není vystlané epitelem (5). Drobné lymfokély mohou být asymptomatické, rozsáhlé, bývají spojené s obstrukčními symptomy na močových cestách či rizikem infekčních komplikací. Pokud se lymfokéla infikuje, může dojít až k rozvoji septického šoku s fatálními následky.

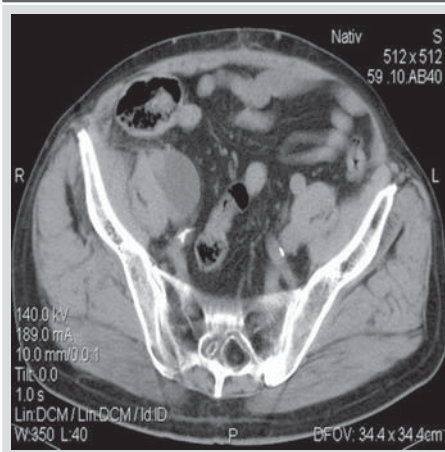
První, kdo se v praxi setkal s lymfokélou, byli gynekologové a urologové po rozsáhlých pánevních operacích pro nádory (1). S rozvojem šetrnějších operačních technik, nových chirurgických materiálů a možností ostatních oborů medicíny došlo k poklesu jejich incidence. To se projevilo relativním poklesem zájmu o tuto komplikaci. Lymfokéla a zájem o ni zažila svou renesanci díky prudkému rozvoji v oblasti transplantační medicíny v 80. letech minulého století. Zejména ve spojení s transplantacemi ledvin a jater, kde je relativně častou komplikací, postihující až 41 % pacientů (3).

V patogenezi lymfokél je zásadní únik lymfy z lymfatických cév poraněných během operačního výkonu. U pánevní lymfadenektomie se jedná o poranění ilických lymfatických cév, které procházejí souběžně s ilickými krevními cévami. Postupně dochází k fibrotizaci okolní tkáně a tvorbě vazivového pouzdra, ohraničujícího tekutinovou kolekci a vzniká pseudocysta. Závažnost lymfokély spočívá v jejím

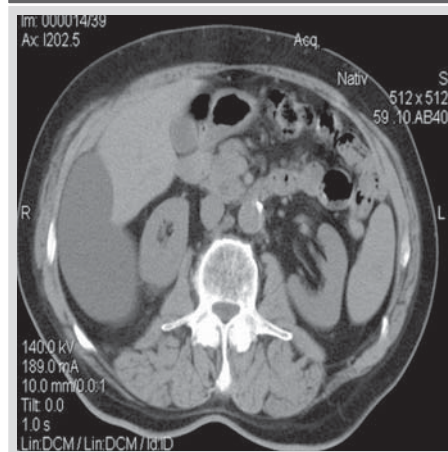
Obrázek 1. Schéma lymfatické drenáže v okolí ilických cév a místo nejčastějšího vzniku lymfokély po pánevní lymfadenektomii (7)



Obrázek 2. Lymfokéla v pravé části pánve



Obrázek 3. Lymfokéla dosahující až k játrům

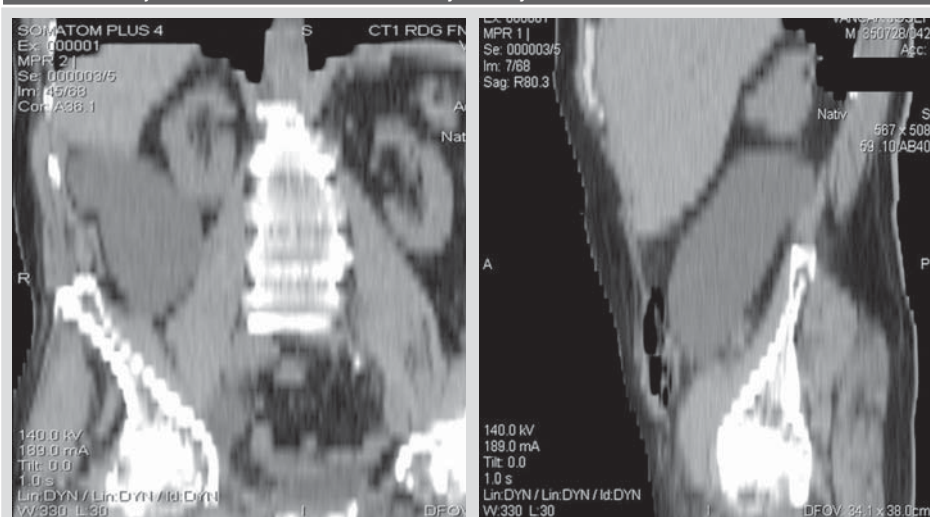


expanzivním chování. Mechanismus vzniku obtíží spojených s lymfokélou je dvojitý. V prvním případě se jedná o prostý útlak okolních útvarů. To může vést k obstrukci cévních struktur, močových cest, podráždění nervových pletení či dráždění gastrointestinálního traktu. Dalším mechanismem může být navození fibrotizace v pánevní části retroperitonea. V klinickém obraze symptomatických lymfokél můžeme nalézt hmatnou rezistenci, někdy s bolestmi na postižené straně. Často se setkáváme s lymfodémem stejnostranné končetiny, můžeme pozorovat i vznik varixů dolních končetin. Vzácné nejsou ani dysurické nebo obstrukční obtíže. Tlakem na distální část zažívacího traktu může dojít k subileoznímu stavu, někdy však i k iritaci střeva, která je spojena se vznikem průjmů.

Základní metodou v diagnostice lymfokél je ultrazvukové vyšetření, pokud je nález natolik závažný, že vyžaduje chirurgické řešení, pak indikujeme CT vyšetření. Prakticky všechny pooperační lymfokély jsou diagnostikovatelné do 3–4 týdnů od operace. K objasnění charakteru tekutiny používáme přímou punkci tenkou jehlou s aspirací obsahu. Punkci provádíme v lokální anestezii pod ultrazvukovým cílením. Aspirovanou tekutinu odesíláme k biochemické analýze (vyšetřujeme hladinu kreatininu, obsah minerálů, obsah proteinů, množství leukocytů). Tímto způsobem bezpečně ověříme, že se jedná o lymfu. Pedální lymfografie je v současnosti obsolentní a její využití v diagnostice lymfokél již nemá místo.

Po pánevní lymfadenektomii u karcinomu prostaty je výskyt lymfokél spíše vzácnější, přesto se vyskytuje častěji než se předpokládá. Rozsáhlá studie provedená v letech 1993 až 2006, ve které byl vyhodnocen soubor 1380 pacientů po pánevní lymfadenektomii, která předcházela radikální prostatektomii. Symptomatická lymfokéla byla prokázána u 72 pacientů, infikovaná lymfokéla byla ve dvou případech (4). Nižší výskyt pooperačních lymfokél je popisován u laparoskopických radikálních prostatektomii (6). Další studie prokázala relativně častý výskyt malých asymptomatických lymfokél. Bylo sledováno 22 pacientů po pánevní lymfadenektomii pravidelnými ultrazvukovými kontrolami. Schéma sledování bylo 7.–10. den, 3.–4. týden a 2.–3. měsíc

Obrázek 4. Trojrozměrná rekonstrukce uložení lymfokély



po operaci. Drobná asymptomatická lymfokéla byla pozorována u šesti pacientů, přičemž u dvou dokonce oboustranně (7).

Malé asymptomatické lymfokély je možné pouze sledovat. Pokud lymfokéla způsobuje obtíže, obstrukci dolních močových cest, případně obstrukci cévního řečiště, je indikace k invazivní terapii. Léčbou volby je perkutánní punkce a aspirace obsahu. Biochemické vyšetření získaného materiálu nám pomůže diagnosticky odlišit jinou etiologii tekutinové kolekce. Prostá aspirace má u malých lymfokél terapeutický efekt, u velkých slouží jako první pomoc k vyprázdnění obsahu, a tím odstranění tlaku na okolní struktury. U infikovaných a objemných lymfokél s obsahem nad 100 ml se po aspiraci doporučuje zavedení perkutánního drénu, k derivaci obsahu. Drenáž se ponechává dle sekrece několik dnů. Zavedený katétr je možno používat k lokální aplikaci antibiotik při infikovaném obsahu.

Dalším způsobem léčby je sklerotizace lymfokély. Její velkou výhodou je jednoduchost provedení a možnost opakování. Ke sklerotizaci se nejčastěji používá 96% alkohol, doxycyklin, polyvinylpyrrolidonjodid a tkáňové lepidlo. Nevýhodou je 15–40% recidiv, dále riziko sekundární infekce, či vytvoření adhezí a sept, které komplikují případný chirurgický výkon. Zevní drenáž lymfy samotná je problematická z důvodu velkých ztrát plazmatických bílkovin v rela-

tivně krátkém časovém období, proto je preferována drenáž vnitřní. Ta může být provedena otevřeným operačním výkonem, při které otevřeme dutinu břišní a marsupializujeme do ní přilehlou stěnu lymfokély. V současné době je zlatým standardem laparoskopická fenestrace s drenáží obsahu do peritoneální dutiny (3). Principem této metody je široké otevření stěny lymfokély naléhající na parietální peritoneum a umožnění zpětné resorpce lymfokély v peritoneální dutině. Incize pro vnitřní drenáž by měla být alespoň 4 cm dlouhá, aby se spontánně neuzavřela.

Závěr

Rozsáhlá lymfokéla je relativně vzácnou komplikací po pánevní lymfadenektomii při radikální prostatektomii. Léčbou je drenáž lymfokély, nejlépe vnitřní, a to laparoskopickou fenestrací do peritonea. Jinou možností je i vnější drenáž, je však nevýhodná, protože vede ke ztrátám bílkovin. V našem případě byla úspěšná dočasná zevní drenáž, po které následovala regrese lymfokély. Nejlepší prevencí lymfokél je pečlivá chirurgická preparace v pánvi.

MUDr. Petr Hušek

Urologická klinika FN a LF UK
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
e-mail: husek@fnhk.cz

Literatura

- Byron RL Jr, Yonemoto RH, Davajan V. Lymphocysts: surgical correction and prevention. *Am. J. Obstet. Gynec.* 1966; 94: 203–208.
- Gruessner RWG, Fasola C, Benedetti E et al. Laparoscopic drainage of lymphoceles after kidney transplantation: Indication and limitation. *Surgery* 1994; 117(3): 288–295.
- Fowler JE Jr. Manual of urologic surgery 1990: 220–225.
- Musch M, Klevecka V, Roggendorf U, and Kroepfl D. Complications of pelvic lymphadenectomy in 1380 patients undergoing radical retropubic prostatectomy between 1993 and 2006. *J Urol.* 2008; 179(3): 923–928.
- Pacovský J. Lymfokéla po transplantaci ledviny. *Urolog. pro Praxi*, 2004; 5: 210–213.
- Porpiglia F, Terrone C, Tarabuzzi R, Billia M, Grande S, Musso F, Burrini R, Renard J, Scarpa RM. Transperitoneal versus extraperitoneal laparoscopic radical prostatectomy: experiences of single center. *Urology* 2006; 68(2): 376–380.
- Spring DB, Schroeder D, Badu S, Agee R, Gooding GAW. Ultrasonic evaluation of lymphocele formation after staging lymphadenectomy for prostatic carcinoma. *Radiology* 198; 141: 479–483.