



Pubik Masif Lokalize Lenfödemde Thompson Prosedürünün Uygulanışı

Use of Thompson Procedure in Pubic Massive Lymphedema

Cengiz ESER, İbrahim TABAKAN, Eyüphan GENCEL, Metin YAVUZ

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Yazışma Adresi

Correspondence Address

Cengiz ESER

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik
Cerrahi Anabilim Dalı,
Adana, Türkiye

E-posta: cengizeser01@gmail.com

ÖZ

Amaç: Masif lokalize lenfödem (MLL), nedeni tam olarak bilinmeyen benign yumuşak doku kitlesi olup genellikle morbid obez hastalarda görülür. Lezyon sıklıkla medial uyluk bölgesinde ortaya çıkmakla beraber nadir olarak suprapubik bölge ve alt abdominal bölge gibi alanlarda da ortaya çıkabilir. Tedavi uygulanmayan durumlarda anjiosarkoma dönüşüm görülebilir. Özellikle morbid obezlerde predispozan risk faktörleri göz önünde bulundurularak cerrahi planlanmalıdır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamızda 50 yaşında vücut kitle indeksi 51,4 kg/m² olan, suprapubik bölgede 30 cm çaplı MLL'ye sahip kadın hasta değerlendirildi. Hastaya suprapubik kitle eksizyonu ile kombine abdominal dermal pediküllü Thompson Prosedürü uygulandı.

Bulgular: Postoperatif dönemde sütür ayrışması gelişmedi. 6 aylık poliklinik takibinde seroma ya da herhangi bir enfeksiyon bulgusuna rastlanmadı. Suprapubik bölgede lenfödem rekürrensi görülmedi.

Sonuç: Suprapubik bölgedeki MLL'lerde Thompson Prosedürü gibi eksizyonel cerrahi yapılması hem volüm azalması hem malign potansiyelin düşürülmesi hem de lenfatik drenaj açısından uygun bir yöntem olarak uygulanabilir.

Anahtar Sözcükler: Masif lenfödem, Thompson prosedürü, Cerrahi

ABSTRACT

Objective: Massive Localized Lymphedema (MLL) is a benign soft tissue mass with unknown etiology and especially occurs in morbid obese patients. MLL generally appears in the medial thigh, but can rarely occur in the suprapubic area and lower abdominal region. MLL can develop into angiosarcoma. Predisposing risk factors should be taken into consideration for operative treatment.

Material and Methods: We evaluated a 50-year-old female patient who had a 30-cm MLL area in her suprapubic area. Her Body Mass Index was 51.4. We performed suprapubic mass excision combined with abdominal dermal pedicled Thompson Procedure.

Results: There was no suture dehiscence, seroma or infection in the postoperative 6-month period. We did not encounter recurrence during postoperative follow-up.

Conclusion: Excisional methods such as the Thompson Procedure may be a convenient choice for suprapubic MLL via decreasing malignant potential by excision and improving lymphatic drainage.

Key Words: Massive lymphedema, Thompson Procedure, Surgery

Geliş tarihi \ Received : 24.09.2015

Kabul tarihi \ Accepted : 09.10.2015

GİRİŞ

Masif lokalize lenfödem (MLL) genellikle obez hastalarda görülen nedeni tam olarak ortaya konamamış benign yumuşak doku lezyonudur. MLL ilk kez 1998 yılında Farshid ve Weiss tarafından tanımlanmıştır (1). Etiyolojisi tam olarak ortaya konmasa da özellikle morbid obezlerde oluşan lokalize lenfatik obstrüksiyon veya lokalize iskemilerin MLL'ye yol açtığı

DOI: 10.17954/amj.2017.83

sanılmaktadır (2). MLL en sık uyluklarda gözlenir. Ek olarak abdominal bölge, suprapubik bölge, skrotum, üst ekstremiteler ve inguinal bölgede de görülebilir (3,4). Nadir görülen bu hastalık bazen malignitelerle karışabilir.

Kronik lenfödem eğer tedavi edilmezse uzun dönemde anjiosarkoma dönüşebilir (5). Literatürde 3 hastada komplikasyon olarak anjiosarkom bildirilmiştir (6-8).

Dünyada en sık lenfödem nedeni *w.bancrofti* parazitinine bağlı olarak gelişen Filariiazistir. Bunun yanında periferik vasküler cerrahi, onkolojik cerrahi, radyoterapi, enfeksiyonlar, hipotiroidizm, lenfatik tümör invazyonu ve kompresyonu sonucunda da lenfödem gelişebilir (9).

Lenfödem cerrahisinde Charles ve Thompson prosedürlerinden liposakşın ve lenfatikolenfatik süpermikrocerrahiye kadar birçok yöntem tariflenmiş olup herbirinin başarı şansını lenfödem evresine göre farklılık göstermektedir (10-12).

Bu çalışmada, nadir görülen suprapubik yerleşimli bir masif lokalize lenfödem olgusu ve Thompson Prosedürü ile cerrahi tedavisi sunulmuştur.

OLGU

50 yaşında kadın hasta 2 yıldır pubik bölgede gittikçe büyüyen ve yürümesine engel olan kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Başvurduğunda her iki uyluğunda da kızarıklık ve şişlik mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde bölgeye herhangi bir travma veya cerrahi girişimi hikayesi yoktu. Hasta 5 yıldır tip 2 DM tanısı ile metformin 2 x 1000 mg kullanmaktaydı ve kan şekeri regüleydi. Fizik muayenesinde boyu 159 cm, ağırlığı 130 kg ölçüldü ve vücut kitle indeksi 51,4 kg/m² hesaplandı. Mons pubiste 30 cm çapında küre şeklinde, hiperpigmente, kalın ve portakal kabuğuna benzer kitlesel lezyon mevcuttu (Şekil 1A). Mons pubisten bacak arasına sarkan kitle hastanın yürümesini zorlaştırıyordu. Abdominal bölgede morbid obeziteye bağlı cilt ve cilt altı doku fazlalığı mevcuttu. Sol tarafta daha belirgin olmak üzere her iki alt ekstremitede selülit ile uyumlu kızarıklık, şişlik ve ısı artışı vardı.

W. bancrofti enfeksiyonuna bağlı lenfatik filariazisi araştırmak amacıyla yapılan periferik yayma sonucu negatif olarak raporlandı. Bilateral alt ekstremitte arteriyel ve venöz renkli



Şekil 1: A) Suprapubik massif lokalize lenfödem olan hastanın operasyon öncesi görünümü. B) Operasyon sırasında suprapubik bölgeden hazırlanan dermal flep. C) Operasyon sonlandığı andaki görünüm. D) Operasyondan 6 ay sonraki görünüm. Not: İnfrapubik bölgedeki ödemli görünüm, kitle eksizyonu sonrası ortaya çıkan vulvar yumuşak dokuya aittir.

doppler USG incelemesinde damar yapıları normal izlendi. Pelvik, batın USG ve MR tetkikleri ile pubisten başlayıp uyluk orta kısmına kadar uzanan ödemli, lipomatöz kitle ve cilt kalınlığında artış saptandı. Mons pubisteki kitleden biyopsi alındı ve sonucu lenfatik sıvıyla genişlemiş dermis, psödoepitelyomatöz hiperplazi olarak raporlandı. Morbid obezite nedeniyle iliak arteriyel Doppler ve hasta makineye sığmadığı için lenfosintigrafi yapılamadı. Operasyondan önce pulmoner emboli profilaksisi için girişimsel radyoloji bölümünce internal juguler venden girilerek inferior vena cava'ya geçici filtre takıldı.

Operasyon Tekniği

Supin pozisyonda, endotrakeal genel anestezi altında üriner kateterizasyon yapıldıktan sonra operasyona başlandı. Suprapubik bölgedeki 20x12 cm lik alanın dermofat flep olarak hazırlanması planlandı ve bu kısım elektrikli dermatom yardımıyla de-epitelize edildi (Şekil 1B). De-epitelize edilen alanın alt sınırından pubik bölgeye uzanan kitle, fasiya üzerinden eksize edildi. Eksize edilen kitlenin ağırlığı 5000 gr olarak tartıldı ve patolojiye gönderildi. Pubik bölgedeki dermofat flep Thompson prosedürüne uygun biçimde mons pubis tabanına 2/0 polyglactin dikiş materyali ile sütüre edildi. 4 adet suction dren yerleştirilip cilt altı sütürasyonlarla operasyon komplikasyonsuz sonlandırıldı (Şekil 1C). 14. günde drenlerin tamamı çekilerek hasta taburcu edildi.

Postoperatif dönemde sütür ayrışması gelişmedi. 6 aylık poliklinik takibinde seroma ya da herhangi bir enfeksiyon bulgusuna ve lenfödem rekürrensine rastlanmadı (Şekil 1D). Hasta, postoperatif birinci yılında abdominal bölge hijyeninin çok daha iyi olduğunu ve daha kolay mobilize olduğunu belirtti.

TARTIŞMA

Masif lokalize lenfödem (MLL) morbit obezitenin bir komplikasyonudur ve ilk kez 1998 yılında Farshid ve Weiss tarafından tanımlanmıştır(1). MLL en sık uyluklarda görülmekle birlikte abdominal bölge, suprapubik bölge, skrotum, üst ekstremiteler ve inguinal bölgede de görülebilir. Etiyolojisi tam olarak ortaya konmasa da özellikle morbid obezlerde oluşan lokalize lenfatik obstrüksiyon veya lokalize iskemilerin MLL'ye yol açtığı sanılmaktadır (2-4). Olgumuzda etiyolojik faktör olan morbid obeziye mevcuttu ve vücut kitle indeksi 51,4 kg/m² olarak hesaplandı. Bu durumda hastamızda obeziteye bağlı lenfatik obstrüksiyon ve/veya tekrarlayan enfeksiyonun bu tabloya neden olduğu varsayıldı. Ancak lokalizasyon itibarı ile de oldukça nadir bir bölgede olması bize ayırıcı tanı yapmayı gerektirdi. Dünyada en sık lenfödem nedeni *w.bancrofti* parazitiye bağlı

olarak gelişen Filariazistir. Bunun yanında periferik vasküler cerrahi, onkolojik cerrahi, radyoterapi, enfeksiyonlar, hipotiroidizm, lenfatik tümör invazyonu ve kompresyonu sonucunda da lenfödem gelişebilir (9). Hastamızda bu predispozan durumların olmadığı görüldü ve Filariazis tanısı için yapılan periferik yayma sonucu negatif olarak raporlandı. Yapılan radyolojik tetkikler ve kitleden alınan biyopsi sonucu MLL tanısı konuldu.

Masif lokalize lenfödemün uygun tedavisi öncelikle konservatiftir. Kilo verme, fizik tedavi, kompresyon tedavisi ve cilt hijyenine dikkat edilmesi konservatif yaklaşımlardır (5). Antibiyotikler selülit gibi bir enfeksiyon varlığında kullanılabilir. İmmobilizasyona neden oluyorsa, rekürren enfeksiyonlar geliyorsa, malignansi şüphesi varsa cerrahi tedavi yapılmalıdır (9). Kötü kokuya neden olması, malignite potansiyeli ve özellikle hastanın yürütmesine engel olması nedeniyle biz hastamıza cerrahi tedavi uyguladık.

Lenfödem cerrahisinde Charles ve Thompson Prosedürlerinden liposakşın ve lenfatikolenfatik süpermikrocerrahiye kadar birçok yöntem tariflenmiştir (10-12). Ancak bu tedavilerin sonuçları halen literatürde tartışılmaktadır. Hastamızda abdominal pannikülün de olması, uzun operasyonun riskli olması ve anastomoz yapılacak damarların bulunduğu çevre dokularda enfeksiyon bulgularının olması nedeniyle Thompson Prosedürü tercih edildi. Bu sayede postoperatif erken dönem mobilizasyon ve derin ven trombozu riskinden de kaçınılmış oldu.

Kronik lenfödemün tedavi edilmediği takdirde hücresel immün yanıtın bozulması ve anjiyoenik uyarı nedeniyle kutanöz anjiosarkoma dönüşebileceği belirtilmiştir (5). Literatürde toplam 3 hastada komplikasyon olarak anjiosarkom bildirilmiştir (6-8). Bunlardan ikisi periumblikal, biri de alt abdominal bölge yerleşimli olduğu belirtilmiş. Bu nedenle hastamızda malignensi riskini azaltmak amaçlı eksizyonel yöntem olan Thompson Prosedürü tercih edildi. Bu sayede hem eksizyon hem de lenfatik dolaşımın yeniden yapılandırılması amaçlandı.

Hastamızda ekstremitelerde uygulanan Charles Prosedürü tercih edilmedi. Bunun nedeni bu bölgede deri grefti adaptasyon problemi olasılığı ve uzun dönemde genital bölgede ödemin artması olasılığıydı. Hastamıza uygulanacak liposuction, yeterli volüm azalmasını sağlayamayacağından, fizyolojik süpermikrocerrahi yöntemler ise kitlenin eksizyon gerekliliğinden dolayı tercih edilmedi.

Suprapubik bölgedeki MLL'lerde Thompson Prosedürü gibi eksizyonel cerrahi yapılması hem volüm azalması hem malign potansiyelin düşürülmesi hem de lenfatik drenaj açısından uygun bir yöntem olarak uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Farshid G, Weiss SW. Massive localized lymphedema in the morbidly obese: A histologically distinct reactive lesion simulating liposarcoma. *Am J Surg Pathol* 1998; 22:1277-83.
2. Fife C. Massive localized lymphedema, a disease unique to the morbidly obese: A case study. *Ostomy Wound Manage* 2014;60(1):30-5.
3. Wu D, Gibbs J, Corral D, Intengan M, Brooks JJ. Massive localized lymphedema: Additional locations and association with hypothyroidism. *Hum Pathol* 2000;31:1162-68.
4. Barr J. Massive localized lymphedema of suprapubic origin. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:1663-4.
5. Goshtasby P, Dawson J, Agarwal N. Pseudosarcoma: Massive localized lymphedema of the morbidly obese. *Obes Surg* 2006;16:88-93.
6. Salas S, Stock N, Stoeckle E, Kind M, Bui B, Coindre JM. Chronic lymphedema due to morbid obesity: An exceptional cause of abdominal wall angiosarcoma. *Virchows Arch* 2008;453:217-9.
7. Azam M, Saboorian H, Bielick S, Smith T, Molberg K. Cutaneous angiosarcoma complicating morbid obesity. *Arch Pathol Lab Med* 2001;125:531-3.
8. Krause KI, Hebert AA, Sanchez RL, Solomon AR Jr. Anterior abdominal wall angiosarcoma in a morbidly obese woman. *J Am Acad Dermatol* 1986;15(2):327-30.
9. Garfein ES1, Borud LJ, Warren AG, Slavin SA. Learning from a lymphedema clinic: an algorithm for the management of localized swelling. *Plast Reconstr Surg* 2008;121:521-28.
10. Constantinescu T, Patel KM, Visconti G, Ciudad P, Nicoli F, Chen HC. Single-Stage, dual gastroepiploic lymph node flaps for the surgical treatment of lymphedema. *Plast Reconstr Surg* 2015;136 Suppl 4:136-7
11. Tanabe T. The surgical treatment of chronic lymphedema of the extremity. *Lymphology* 1979 ;12(1):47-8.
12. Savage RC. The surgical management of lymphedema. *Surg Gynecol Obstetz* 1984;159(5):501-8.