

Діагностика і хірургічне лікування лімфедема лівої нижньої кінцівки III-IV стадії у 55-річної хворої

І.І. Кобза¹, Т.І. Кобза², Ю.С. Мота¹, Р.І. Трутяк¹, О.В. Колупаєв²

¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургії №2;

²Львівська обласна клінічна лікарня, Львів

Реферат

Лімфостаз нижніх кінцівок спостерігають у 1,2–47,0 % після радикального хірургічного лікування злоякісних новоутворів жіночих статевих органів. Мікрохірургічні операційні втручання, такі як лімфовенозні анастомози, трансплантація васкуляризованих лімфатичних вузлів, через мінливість результатів, відсутність переваги одного методу лікування, продовжують залишатися експериментальними та потребують подальшого дослідження. Водночас дермоліпофасціоектомія в поєднанні з післяопераційною компресійною терапією забезпечує задовільні довготривалі результати і є показана на пізніх стадіях лімфедема, коли відбувається ремоделювання оточуючих тканин у фіброзну та гіпертрофовану підшкірну жирову клітковину. У нашому спостереженні у хворої віком 55 років з вторинною лімфедемою лівої нижньої кінцівки III-IV стадії після комбінованого лікування раку шийки матки T_{1b2}N₀M₀G₂ дермоліпофасціоектомія дозволила значно покращити якість життя та відновити загальну рухову активність пацієнтки.

Ключові слова: лімфедема нижніх кінцівок, хірургічне лікування.

Diagnosis and surgical treatment of left lower limb lymphedema, III-IV stage, in a 55-year-old patient

I.I. Kobza¹, T.I. Kobza², Yu.S. Mota¹, R.I. Trutyak¹, A.V. Kolupaev²

¹Danylo Halatsky National Medical University in Lviv, Department of Surgery № 2;

²Lviv Regional Clinical Hospital

Abstract

Lower limb lymphostasis is observed in 1,2–47,0 % after radical surgical treatment of malignant tumors of the female genital organs. Microsurgical interventions such as limfovenous anastomoses, transplantation of vascularized lymph nodes due to the variability of the results, lack of benefits of one method of treatment remain experimental and need further investigations. Furthermore, dermolipofascioectomy in combination with postoperative compression therapy, provides satisfactory long-term results and is recommended at late stages of lower limb lymphedema, when surrounding tissues are remodeling into hypertrophic fibrous subcutaneous fat. In our observation, in a 55 year-old woman, with secondary left lower limb lymphedema, III-IV stage, after combined treatment of cervical cancer T_{1b2}N₀M₀G₂, dermolipofascioectomy allowed significantly improve the quality of patient's life and restore overall motor activity.

Key words: lower limb lymphedema, surgical treatment.

Вступ. Лімфедема – повільно прогресуючий набряк частин тіла, обумовлений порушенням лімфовідтоку, з нагромадженням води, електролітів, високомолекулярних білків в інтерстиціальному просторі, що призводить до виникнення фіброзних змін шкіри, підшкірної клітковини та збільшення кінцівки в об'ємі [1, 3, 5, 6]. Розрізняють первинну лімфедему, при якій має місце гіпо-, аплазія лімфатичних судин або клапанна недостатність (синдром Milroy, Meige, лімфедема tarda), та вторинну, яка виникає при ушкодженні лімфатичних судин запальними (бешіха, лімфаденіти, лімфангіти, філяріоз) або незапальними чинниками (посттравматична, лімфаденектомія, рентгенівське опромінення). Вторинна лімфедема нижніх кінцівок є одним із частих ускладнень після лімфодисекції, променевої терапії з приводу злоякісних новоутворів жіночих статевих органів, спричинює проблеми у вигляді функціональних та естетичних дефектів, а також психологічні ускладнення, знижуючи якість життя хворих [6, 9].

Мета дослідження. Покращення діагностики та результатів лікування лімфедема нижніх кінцівок III-IV стадії.

Матеріали та методи. Проаналізовано випадок діагностики і хірургічного лікування лімфедема лівої нижньої кінцівки III-IV стадії.

Опис клінічного спостереження

Хвора віком 55 років 21.03.2017 р. госпіталізована у відділення хірургії судин Львівської обласної клінічної лікарні із скаргами на щільний набряк лівої стопи, гомілки та пухлиноподібний утвір на передньовнутрішній поверхні лівого стегна, загальну слабкість. Із анамнезу: у 2002 р. хворій після опромінення виконали екстирпацію матки з додатками (операція Вертгайма) з приводу раку шийки матки T_{1b2}N₀M₀G₂. Впродовж першого місяця після операції виник і все частіше став турбувати щільний набряк тильної поверхні лівої стопи, гомілки, стегна, а згодом – пухлиноподібний утвір на передньовнутрішній поверхні лівого стегна, розмірами 25,0x50,0 см. Від запропонованого хірургічного лікування в три етапи пацієнтка до останнього часу утримувалась. Застосування виробів компресійної дії стало неможливим, а обмеження в пересуванні, залежність від сторонньої допомоги схилили хвору погодитись на хірургічне лікування.

Загальний стан хворої задовільний. Пульс – 84 уд/хв., АТ – 130/80 мм рт. ст. Шкірні покриви та видимі слизові блідо-рожеві, набряки на нижніх кінцівках. На передньовнутрішній поверхні лівого

стегна наявний пухлиноподібний утвір, розмірами 25,0x50,0 см, здатність хворої до пересування обмежена, потребує сторонньої допомоги (рис. 1, 2).



Рис. 1. Лімфедема лівої нижньої кінцівки.



Рис. 2. Ліва нижня кінцівка перед операційним Втручанням.

Загальний аналіз крові: еритроцити – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобін – 133 г/л, КП – 0,9, тромбоцити – $252,0 \times 10^9$, лейкоцити – $4,9 \times 10^9/л$, е – 0%, п – 3%, с – 58%, лімф. – 30%, м – 9%, ШЗЕ – 12 мм/год. Біохімічний аналіз крові: білірубін – 10,0 мкмоль/л, глюкоза – 4,2 ммоль/л, білок – 80,0 г/л, креатинін – 0,073 ммоль/л, АСТ – 12,9 Од/л, АЛТ – 12,0 Од/л. Коагулограма: ПЧ – 17,0", ПІ – 93%, фібриноген – 3,55 г/л, гематокрит – 0,48.

ЕКГ: синусовий ритм, ЧСС – 80 уд/хв, нормальне положення електричної осі серця, гіпертрофії відділів не виявлено.

УЗД судин нижніх кінцівок: глибокі вени прохідні, без ознак тромбозу та рефлюксу. Утвір на стегні без кровоплину з множинними анехогенними включеннями (лімфедема). По артеріях кровоплин магістральний.

СКТ: виражена інфільтрація м'яких тканин лівого стегна максимальною товщиною до 209 мм, що поширюється до рівня лівої п'яти, без ознак патологічного накопичення контрастної речовини. Ознак тромбозу чи патологічних новоутворів не візуалізується (рис. 3, 4).



Рис. 3. СКТ – пухлиноподібний утвір лівого стегна, розмірами 43,1x23,4 см.



Рис. 4. СКТ – виражена інфільтрація м'яких тканин лівого стегна.

22.03.2017 р. 11⁰⁰–13¹⁰. Операція: видалення пухлиноподібного утвору (лімфедема) медіальної поверхні лівого стегна.

По медіальній поверхні лівого стегна довкола пухлиноподібного утвору розсічено шкіру та підшкірну клітковину (рис. 5). Із застосуванням діа-термокоагуляції у межах візуально здорових тка-



Рис. 5. Відтинання шкіри та зміненої підшкірно жирової клітковини.



Рис. 7. Макропрепарат масою 15 кг.

Результати патоморфологічного дослідження: епідерміс – клітинний склад пласта звичайний, стратифікація збережена; дерма – розподіл на шари відсутній, дифузний склероз, ангіоматоз, вогнищеві лімфоцитарні інфільтрати; жирова тканина – дифузний склероз, ділянки ослизнення, ангіоматоз, вогнищеві мононуклеарні інфільтрати, просвіти лімфатичних судин дилатовані. Клітинний склад жирової тканини звичайний. Патолого-анатомічний діагноз: морфологічні зміни відповідають клінічному діагнозу «слоновість».

У післяопераційному періоді для покращення лімфатичного дренажу та лімфообігу в кінцівці

нин (рис. 6) видалено пухлиноподібний утвір, масою 15 кг, тканини якого насичені лімфатичною рідиною (рис. 7). Гемостаз під час операції. Ранева поверхня закрита за рахунок переміщення країв. Вузлові шви на шкіру (рис. 8). Рана дренована через дві контрапертури ПХВ трубками. Асептична пов'язка.



Рис. 6. Пухлина стегна відсічена.



Рис. 8. Вигляд післяопераційної рани.

застосовували компресійний трикотаж, вакуум-асистовану терапію (ВАТ), інфузійно-трансфузійну коригуючу терапію, лораксон 1,0 x 2 р/д внутрішньовенно, клексан 0,4 п/ш x 2 р/д, детралекс 2 таб per os x 2 р/д. На 21 добу післяопераційного періоду накладено вторинні шви на лівому стегні та повторно встановлено ВАТ з приводу сероми післяопераційної рани. Рана на медіальній поверхні лівого стегна гоїться вторинним натягом, вкрита грануляціями (рис. 9). Хвора у задовільному стані виписана зі стаціонару для подальшого лікування в амбулаторних умовах (рис. 10).



Рис. 9. Вигляд п/о рани через 1 місяць після операції.



Рис. 10. Ліва нижня кінцівка через 1 місяць після операції.

Результати досліджень та їх обговорення. У нашому спостереженні, у хворої, віком 55 років, із вторинною лімфедемою лівої нижньої кінцівки III-IV стадії після комбінованого лікування раку шийки матки $T_{1b2}N_0M_0G_2$ дермоліпофасціоектомія дозволила значно покращити якість життя та відновити загальну рухову активність пацієнтки. Хвора відзначила зменшення відчуття важкості в лівій нижній кінцівці та значне полегшення при ходьбі.

Після радикального хірургічного лікування злоякісних новоутворів жіночих статевих органів у 1,2–47,0 % випадках спостерігають лімфостаз нижніх кінцівок [7–9]. Із збільшенням тривалості виживання частота розвитку лімфедери зростає [5]. Мікрохірургічні операції – лімфовенозні анастомози, трансплантація васкуляризованих лімфа-

тичних вузлів, через мінливість результатів, відсутність переваги одного методу лікування, залишаються експериментальними та потребують подальшого дослідження [2,5]. Водночас дермоліпофасціоектомія, післяопераційна компресійна терапія забезпечують задовільні довготривалі результати і показані на пізніх стадіях лімфедери, коли відбувається ремоделювання оточуючих тканин у фіброзну та гіпертрофовану підшкірну жирову клітковину [4,5].

Висновки. Дермоліпофасціоектомія, післяопераційна компресійна терапія при вторинній лімфедері лівої нижньої кінцівки III-IV стадії після комбінованого лікування з приводу раку шийки матки $T_{1b2}N_0M_0G_2$ відновили рухову активність та покращили якість життя хворої.

Інформація про конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при виконанні наукового дослідження та підготовці даної статті.

Інформація про фінансування. Автори гарантують, що вони не отримували жодних винагород в будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи.

Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:

Кобза І.І. – розробка концепції і дизайну дослідження, аналіз отриманих даних, редагування, статистична обробка даних;

Кобза Т.І. – збір матеріалу дослідження, розробка дизайну дослідження, аналіз отриманих даних;

Мота Ю.С. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних, підготовка тексту статті;

Трутяк Р.І. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних, підготовка тексту статті;

Колупасв О.В. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих даних.

Список використаної літератури

1. Мышенцев П.Н., Каторкин С.Е. Тактика лечения при вторичной лимфедеме нижних конечностей. *Новости хирургии* 2014; Том 22; 2: 239 – 243.
2. Щербинин И.Н. Малоинвазивная хирургия лимфедемы конечностей. *Український журнал екстремальної медицини імені Г.О. Можаява* 2011; Том 12; 4: 81 – 86.
3. 1st Latin American Consensus on the management of lymphedema Jose L. CIUCCI and the Consensus Group. Central Military Hospital, Buenos Aires, Argentina. – *Phlebolympology* 2004; 44: 258 – 264.
4. Jay W. Granzow, Julie M. Soderberg, Amy H. Kaji et al. Review of current surgical treatments for lymphedema. *Annals of surgical oncology* 2014; 21: 1195 – 1201.
5. Lee G.K., Perrault D.P., Bouz A. et al. Surgical treatment modalities for lymphedema. *Journal of Aesthetic & Reconstructive Surgery* 2016; 2:13.

6. Mahesh M.S., Rajashekar Jade, Naveen N. et al. A clinical study of lymphedema management. *International Surgery Journal* 2016; 3(2): 736–741.
7. Tada H., Teramucai S., Fukushima M. et al. Risk factors for lower limb lymphedema after node dissection in patients with ovarian and uterine carcinoma. *BMC Cancer* 2009; 9: 47.
8. Tanja Planinsek Rucigaj. Lymphedema after gynecological cancer. *Ovarian Cancer* 2017: 1 – 11.
9. Yoko Ohba, Yukiharu Todo, Noriko Kobayashi et al. Risk factors for lower-limb lymphedema after surgery for cervical cancer. *International journal of clinical oncology* 2011; 16: 238 – 243.

Стаття надійшла до редакції: 30.12.2019 р.