

Renal Transplantasyon Sonrası Gelişen Lenfoselin Laparoskopik Tedavisi

Burhan MAYIR, Okan ERDOĞAN, Alper DEMİRBAŞ, Ayhan DİNÇKAN, Alihan GÜRKAN
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Özet

Lenfösel renal transplantasyon sonrası %0.6-18 görülen bir komplikasyondur. Çoğu asemptomatik olup tedavi gerektirmezken semptomatik olan az sayıda hastada tedavi edilmelidir. Tedavide internal peritoneal drenaj altın standarttır. Laparoskopik yaklaşım bir çok merkez tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yaklaşımın hastanede yatış süresinde kısalma, düşük morbidite ve düşük rekürrens oranı gibi avantajları vardır. Biz bu yazıda semptomatik lenfösel sebebiyle laparoskopik internal drenaj uygulanan hastalarımızın sonuçlarını bildirdik.

Anahtar sözcükler: Lenfösel, laparoskopi, laparoskopik internal peritoneal drenaj

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi 2005; 12(2): 79-82

Summary

Laparoscopic treatment of lymphoceles in patients after renal transplantation

Lymphocele is a recognized complication of renal transplantation. The reported frequency ranges from 0.6-18%. Most lymphoceles are asymptomatic and requiring no therapy. When symptomatic it should be treated. Laparoscopic internal peritoneal drainage by open or laparoscopic surgery is gold standart at the treatment of symptomatic lymphocele. Laparoscopic drainage provides short hospitalization, low morbidite and low recurrens rate. In this study we report our experience using laparoscopic internal peritoneal drainage in the treatment of lymphocele.

Key words: Lymphocele, laparoscopy, laparoscopic internal peritoneal drainage

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery 2005; 12(2): 79-82

Giriş

Lenfösel böbrek transplantasyonu sonrası görülen nadir bir komplikasyondur. Görülme oranı %0.6-18 olarak bildirilmiştir ve büyük çoğunluğu transplantasyon sonrası bir yıl içinde görülür.^{1,2} Hastalık sıklıkla asemptomatik seyretmektedir. Semptomatik olduğu zaman böbrek veya üretere bası sonucu idrar miktarında azalma, kreatin düzeyinde artış, karında kitle hissi, karın ağrısı, iliak vene bası sonucu venöz dönüştürme önlenmesi ile bacakta ağrı, ödem ile ortaya çıkabilir. Asemptomatik lenföseller tedavi gerektirmezken semptomatik lenfösellerin tedavi edilmesi önerilmektedir. Perkütanöz drenaj, iğne aspirasyonu ve sklerozan madde enjeksiyon, external drenaj veya konvansiyonel metotla veya laparoskopik internal drenaj gibi çeşitli tedavi yöntemleri vardır. Internal drenaj lenfösel tedavisine altın standarttır. Bu çalışmada kliniğimizde ardışık olarak laparoskopik internal peritoneal drenaj uygulanan semptomatik üç hasta, güncel literatür verileri ile birlikte tartışılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Mayıs 2003 - Mayıs 2005 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda böbrek transplantasyonu sonrası gelişen lenfösel tanısıyla laparoskopik internal peritoneal drenaj uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların verileri dosyalarından alınarak kaydedildi.

Lenfösel tanısı yapılan ultrasonografik (USG) değerlendirmede sıvı birikimi olması ile konuldu. Tüm hastalara tanı ve tedavi amaçlı öncelikle perkütan drenaj uygulandı. Tekrar lenfösel gelişen olgulara laparoskopik internal peritoneal drenaj planlandı.

Operasyon genel anestezi altında gerçekleştirildi. Tüm hastalara foley sonda takıldı, 1 gf. Cefazolin ile profilaksi uygulandı. Operasyonlar supin pozisyonda gerçekleştirildi. Operatör lenföselin karşı tarafında, asistan ise lenfösel olan tarafta yer aldı. Tüm hastalara göbek altından 11 mm'lik trokar konularak batın 12 mmHg'ya kadar CO₂ ile in-

suflü edildi. Daha sonra suprapubik orta hattan 5 mm'lik ve lenföselin karşı tarafından olacak şekilde sağ ve ya sol alt kadrana m.rektus abdominis lateralinden 5 mm'lik trokar girildi. Ultrasonografik veriler ve kamera görünümüne göre transplante böbrek çevresindeki lenfösel bulundu. Kamera görüşü altında lenfösel üzerindeki peritona makas koterle 3-4 cm çaplı bir pencere oluşturularak drenaj sağlandı. Lenfösel içeriği aspire edildi. Olgular daha sonra USG ile takip edildi.

Bulgular

Mayıs 2003 - Mayıs 2005 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda böbrek transplantasyonu sonrası lenfösel gelişen üç hastaya laparoskopik internal peritoneal drenaj uygulandı. Olguların ikisi erkekti. Yaşları 33-57 arasında idi. Lenfösel gelişme süresi transplantasyon sonrası ortalama 50 gündü (30-90 gün).

Bir hastada venöz bası sonucu aynı taraf bacakta ödem şikayeti bulunurken diğer iki hasta rutin takiplerde kreatin düzeyinde artış gözlenmesi üzerine yapılan araştırmalar sonucu lenfösel saptandı.

Lenfösel çapı 74-105 mm (94 mm) idi. Tüm hastalara ilk olarak perkütan drenaj uygulandı. Perkütan girişim sonrası tekrar lenfösel birikimi üzerine hastalara laparoskopik internal drenaj uygulandı. İlk hastada operasyon sırasında epigastrik ven yaralanması oldu. Kanama kolaylıkla kontrol altına alındı. Diğer hastalarda ameliyat sırasında herhangi bir komplikasyona rastlanılmadı. Bir hastada laparoskopik internal peritoneal drenaj sonrası tekrar lenfösel birikimi saptandı. Bu hastaya açık internal peritoneal drenaj uygulandı. Hastalara ait veriler Tablo 1'de görülmektedir.

Tartışma

İmmüsupresyon ve cerrahi tekniklerdeki gelişmeler sonucu renal transplantasyonun yaygın olarak uygulanmaya başlanması beraberinde komplikasyonlarda da artmayı getirmiştir. Bu komplikasyonlardan biri olan lenfösel renal transplantasyon sonrası %0.6-18 oranında görül-

Tablo 1
Hastalara ait veriler

Olgu	1	2	3
Yaş	57	49	33
Cinsiyet	K	E	E
Semptom	Bacakta ödem	Yok	Yok
Komplikasyon	Bacakta ödem Kreatin yüksekliği	Kreatin yüksekliği	Kreatin yüksekliği
Lenfosel çapı (mm)	74	103	105
Kreatin düzeyi			
Preop	2.0	3.1	2.84
Postop	1.6	1.1	1.8
Operatuar komplikasyon	Epigastrik ven yaralanması	Yok	Yok
Operasyon zamanı (dk)	65	55	60
Nüks	Yok	Var	Yok

mektedir.^{1,2} Bu farklı oranlar farklı merkezlerdeki takip kriterlerinin ve lenfosel tanımlarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Lenfosel gelişiminden sorumlu tutulan faktörler aşırı perivasküler diseksiyon, transplante edilen böbreğin hiler lenfatikleri ve kapsüler yırtıklar, akut rejeksiyon atakları, greft biyopsisi varlığı, alt ekstremitelerde arteriyovenöz fistül varlığı, tekrar transplantasyon, diüretik, yüksek doz steroid ve antikoagülan kullanımınıdır.² Cerrahi teknik dışı sebeplerden özellikle akut rejeksiyonun lenfosel gelişimiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Lipay ve ark.ları lenfosel sebebiyle opere ettikleri 19 hastanın 16'sında bunun akut rejeksiyonla ilişkili olduğunu göstermişlerdir.³

Lenfosel gelişiminde lenf sıvısının iki kaynağı vardır. Biri alıcı lenfatikleri, diğeri ise transplante edilecek böbrektir. Alıcı operasyonunda anastomoz yapılacak damarlar dışındaki diğer damarların diseksiyonundan kaçınılmalıdır, lenfatikler bağlanıp kesilmelidir. Transplante böbrekte de verici operasyonunda lenfatikler mümkün olduğunca bağlanarak kesilmelidir. Fakat subkapsüler pleksustan kaynaklanan lenfatik kanalların kesilmesiyle oluşan akımı engellemek teknik olarak zordur. Sonuçta gerek verici gerekte alıcı operasyonlarının lenfatikleri kesilmeden önce bağlanmalıdır.²

Lenfosel sıklıkla transplantasyon sonrası ilk bir yılda gelişir. Bu lenfosellerin çoğu küçük, asemptomatiktir ve kendiliğinden geriler.⁴ Büyük boyut-

lara ulaştığında semptomatik hale gelir. Semptomatik olduğunda böbrek veya üretere bası sonucu idrar miktarında azalma, kreatin düzeyinde artış, batında kitle, karın ağrısı, iliak vene bası sonucu bacakta ağrı, ödem gibi problemlerle ortaya çıkabilir. Bizim olgularımızdan ikisi rutin takiplerde kreatin seviyesinde yükselme ile saptanırken diğer hastada aynı taraf bacakta ödem gelişmesiyle ortaya çıkmıştır.

Asemptomatik ve küçük boyutlu lenfosellerde takip önerilmektedir. Büyük boyutlu olması, semptomatik olması tedavi gerektirir.⁵

Tedavide perkütan drenaj, perkütan aspirasyon ve sklerozan enjeksiyonu, açık yada laparoskopik internal drenaj gibi farklı yöntemler vardır. Perkütan drenaj genellikle ilk başvuru olan tedavi yöntemi olmaktadır. Diğer yöntemlere göre daha az invaziv olmakla beraber etkinliği azdır, infeksiyon yada kanama gibi komplikasyonları vardır.⁶ Perkütan drenaj sonrası %50-100 rekürrens bildirilmiştir.⁷ Bizim hastalarımızın tümüne ilk olarak perkütan drenaj uygulandı. Fakat tümünde girişim başarısızlıkla sonuçlandı. Perkütan drenaj sonrası tetrasiklin, povidin iyot yada etanol gibi sklerozan ajanlar verilmesinin başarı şansını yükselttiği gösterilmiştir.⁶ Sklerozan tedavide tekrarlama %10-15'tir.⁷

Lenfosel tedavisinde internal peritoneal drenaj altın standarttır. Bu yöntem ilk kez Bryon ve ark tarafından jinekolojik cerrahi sonrası gelişen lenfo-

sellerin tedavisinde kullanılmış daha sonraları transplantasyon sonrası lenfositlerde uygulanmıştır.⁸ Önceleri açık olarak yapılabilmeyle beraber laparoskopinin yaygınlaşmasıyla beraber laparoskopik olarak da uygulanabilmektedir. Laparoskopik internal drenaj ilk kez 1991 yılında McCullogh ve ark. tarafından tanımlanmıştır.⁹

İnternal drenaj işleminde lenfosit üzerindeki peritona bir pencere açılarak karın boşluğuna drenaj sağlanır. Peritoneal pencere açıldıktan sonra kapanmaması için içine omentum yerleştirilebilir. Açık drenaj da rekürrens %15, laparoskopik internal drenajda rekürrens %4-6'dır. Laparoskopik girişimler başarı oranı, hastanede kalış süresi, hasta konforu açısından daha iyi olsa da komplikasyonlar daha fazla görülmektedir.^{10,12} İnternal drenaj enfeksiyon varlığında uygulanmamalıdır. Bu durumda external drenaj tercih edilmelidir.⁸

Lenfosit renal transplantasyon sonrası ortaya çıkabilecek bir komplikasyondur. Önemli olan oluşumunun önlenmesidir. Bunun için gerek verici, gerek alıcı ameliyatlarında lenfatik kanallar mümkün olduğunca bağlanarak kesilmelidir. Lenfosit tedavisinde internal peritoneal drenaj altın standarttır. Laparoskopik yaklaşım bir çok merkez tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yaklaşımın hastanede yatış süresinde kısalma, düşük morbidite ve düşük rekürrens oranı gibi avantajları vardır. Lenfosit tedavisinde laparoskopik internal peritoneal drenaj güvenli, kolay ve etkin bir tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir. Bilgilerimize göre bu olgular Türkiye'de laparoskopik internal peritoneal drenaj uygulanan ilk olgulardır.

Kaynaklar

1. Howard RJ, Simmons RL, Najarian JS. Prevention of lymphoceles following renal transplantation. *Ann Surg* 1976; 184: 166-8.
2. Khauli RB, Stoff JS, Lovewell T, Ghavamian R, Baker S. Post-transplant lymphoceles: a critical look into the risk factors, pathophysiology and management. *J Urol* 1993; 150: 22-6.
3. Lipay MA, Noronha Ide L, Vidonho Junior A, Romao Junior JE, Campagnari JC, Srougi M. Lymphocele: a possible relationship with acute cellular rejection in kidney transplantation. *Sao Paulo Med J* 1999; 117: 238-42.
4. Garay JM, Alberu J, Angulo-Suarez M, Bezauri-Rivas P, Herrera MF. Laparoscopic drainage of lymphocele after kidney transplant. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2003; 13: 127-9.
5. Munoz P. Management of urinary tract infections and lymphocele in renal transplant recipients. *Clin Infect Dis* 2001; 33 (Suppl 1): S53-7.
6. Chin A, Ragavendra N, Hilborne L, Gritsch HA. Fibrin sealant sclerotherapy for treatment of lymphoceles following renal transplantation. *J Urol* 2003; 170: 380-3.
7. Gill IS, Hodge EE, Munch LC, Goldfarb DA, Novick AC, Lucas BA. Transperitoneal marsupialization of lymphoceles: a comparison of laparoscopic and open techniques. *J Urol* 1995; 153: 706-11.
8. Khauli RB, Mosenthal AC, Caushaj PF. Treatment of lymphocele and lymphatic fistula following renal transplantation by laparoscopic peritoneal window. *J Urol* 1992; 147: 1353-5.
9. Glass LL, Cockett AT. Lymphoceles: diagnosis and management in urologic patients. *Urology* 1998; 51: 135-40.
10. Fuller TF, Kang SM, Hirose R, Feng S, Stock PG, Freise CE. Management of lymphoceles after renal transplantation: laparoscopic versus open drainage. *J Urol* 2003; 169: 2022-5.