

کوتر کردن لنفاتیک‌های گیرنده و تأثیر آن روی شیوع لنفوسل پس از پیوند کلیه

دکتر حسین نوربالا M.D.

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله «عج» - دانشکده پزشکی - بخش پیوند کلیه - تهران - ایران

خلاصه

برای مقایسه اثر بستن با کوتر کردن لنفاتیک‌های گیرنده روی شیوع لنفوسل پس از پیوند کلیه هتروتوپیک کلاسیک با دهنده زنده این مطالعه در ۵۷۸ پیوند کلیه در سالهای ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۸ در بیمارستان بقیه‌الله‌الاعظم «عج» انجام شد. در ۳۴۱ نفر لنفاتیک‌های عروق ایلیاک گیرنده کوتر و سپس قطع شدند و در ۲۳۷ نفر لنفاتیک‌ها قطع نشدند و یا پس از قطع لیگاتور به کمک نخ غیر قابل جذب انجام شد. شیوع لنفوسل که احتیاج به روش‌های تهاجمی داشته باشد در گروه مطالعه در طول مدت پیگیری (متوسط ۴۳ ماه) صفر و در گروه شاهد تنها یک مورد بود که مقایسه دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان ندارند ($P=0/47$). به نظر می‌رسد در پیوند کلیه از دهنده‌های زنده لیگاتور عروق لنفاتیک گیرنده مزیتی بر کوتر کردن آن ندارد.

واژه‌های کلیدی: پیوند کلیه، لنفوسل، کوتر کردن لنفاتیک گیرنده

مقدمه

لنفاتیک گیرنده کم‌رنگ‌تر شده است [۷،۲]. تصور می‌شود که کوتر کردن عروق لنفاتیک نقشی در افزایش شیوع لنفوسل نداشته باشد. این مطالعه شیوع تشکیل لنفوسل را در بیمارانی که لنفاتیک‌های آنها کوتر شده است با بیمارانی که عروق لنفاتیک آنها با نخ نایلون بسته شده است مقایسه کرده است.

مواد و روشها

در فاصله سالهای ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۸ تعداد ۵۷۸ پیوند کلیه در بیمارستان بقیه‌الله‌الاعظم «عج» انجام شده است. دهنده‌ها تماماً زنده و در ۹۷/۵٪ موارد غریبه و در ۲/۵٪ موارد فامیل بوده‌اند.

تشکیل لنفوسل در محل پیوند کلیه یکی از عوارض عروقی پس از پیوند کلیه است [۱]. در گزارشات مختلف آمارهای متفاوتی در مورد شیوع آن ذکر شده است، همچنین اتیولوژی و منشأهای متفاوت و فاکتورهای مساعد کننده مختلفی برای آن شرح داده شده است [۲-۴]. با احتمال نقش لنفاتیک‌های اطراف عروق ایلیاک گیرنده در بروز لنفوسل بطور کلاسیک توصیه می‌شود لنفاتیک‌های گیرنده پس از قطع با نخ نایلون یا هموکلپ بسته می‌شوند [۶،۵] و بعضی مطالعات کوتر کردن آنها را کافی نمی‌دانند [۵]. با گسترش مطالعاتی که علل مختلف لنفوسل را با جزئیات بیشتری بررسی کرده‌اند نقش چگونگی بستن عروق

۴۱۴ نفر از بیماران مرد و ۱۶۴ نفر زن (نسبت مردان ۲/۵ برابر زنان) و متوسط سن ۳۱ سال بوده است. تکنیک پیوند از نوع هتروتوپیک کلاسیک (آناستوموز ورید به صورت End to side به ایلیاک خارجی - آناستوموز شریان با روش End to end به ایلیاک داخلی یا End to side به ایلیاک خارجی و آناستوموز حالب با روش Lich و Stent به لترال مثانه) بوده است. در ۳۴۱ نفر از بیماران فوق قطع لنفاتیک عروق ایلیاک گیرنده تنها پس از کوتر کردن انجام شده است و برای لیگاتور نخ سیلک یا نایلون مطلقاً بکار نرفته است (گروه مطالعه). در این گروه ۲۳۹ مرد و ۱۰۲ زن (نسبت مردان ۲/۳۴ برابر زنان) و متوسط سن ۳۱/۳ سال بوده است. در ۲۳۷ نفر لنفاتیک‌ها حتی المقدور قطع نشده‌اند و در مواردی که قطع لنفاتیک وجود داشت لیگاتور بوسیله نخ سه صفر غیر قابل جذب انجام شد و کوتر به این منظور مطلقاً بکار نرفت (گروه شاهد). در این گروه ۱۶۹ مرد و ۶۸ زن (نسبت مرد به زن ۲/۴۸) و متوسط سن ۳۰/۶ سال بوده است.

نتایج

طول متوسط Follow up (پیگیری) ۴۳ ماه است. در طول مدت بستری حداقل یک سونوگرافی برای بررسی لنفوسل انجام شد و پس از آن در صورت وجود علامت مشکوک کننده سونوگرافی برای تشخیص لنفوسل انجام شده است. در طول مدت پیگیری در گروه مورد مطالعه لنفوسل که احتیاج به دخالت انوازیو داشته باشد مشاهده نشد. در گروه شاهد تنها یک مورد لنفوسل علامت‌دار مشاهده شد که توسط یک دریچه‌ای که به داخل پریتون باز شد و بهبود یافت. دو گروه با تست Chi-Square-Pearson مقایسه شدند و تفاوت معنی‌داری در شیوع لنفوسل نشان ندادند ($P=0/47$).

بحث

در سال ۱۷۷۴ آقای Hunter و Hewson عروق لنفاتیک را کشف کردند و آن را بزرگترین کشف آناتومی پس از شناخت گردش خون دانستند [۸]. در سال ۱۹۵۵ لنفوسل بدست Mori ژنیکولوژیست پس از رادیکیال هیستریکتومی تحت عنوان

لنفوسیسست گزارش شد [۹].

لنفوسل تجمع مایع در حفره‌ای است که بوسیله اپیتلیوم مفروش نشده است. این عارضه در عمل‌های خارج پریتون از جمله پیوند کلیه دیده می‌شود [۲]. وقتی عروق لنفاتیک صدمه بینند مستعد ترشح (Leakage) مداوم هستند چون مواد انعقادی در لنف بسیار کم است. پلاکت ندارد و جدار آن فاقد عضله است و هفته‌ها طول می‌کشد تا عروق لنفاتیک صدمه دیده ترمیم شوند [۱۰]. شیوع لنفوسل در پیوند کلیه از ۶٪ تا ۱۸٪ گزارش شده است [۲]. شیوع متوسط لنفوسل کلینیکال در پیوند کلیه ۲٪ است. شیوع فراوان لنفوسل پس از پیوند کلیه ابتدا باعث تعجب فراوان شد زیرا قبلاً جراحی‌های متعددی روی عروق ایلیاک انجام می‌شد و لنفوسل بسیار نادر بود [۴]. در بروز لنفوسل در پیوند کلیه لنفاتیک‌های دهنده و گیرنده (ایلیاک) هر دو مقصر شناخته شده‌اند [۲]. Ward در یک بررسی برغم تصور اولیه که لنف از گرافت ترشح می‌شود با تزریق مواد نشان‌دار ثابت کرد که لنف از عروق ایلیاک گیرنده پخش شده و سبب تشکیل لنفوسل می‌شود [۳]. این یافته عامل توصیه به لیگاتور کردن کلیه لنفاتیک‌ها و کافی ندانستن کوتر شد و این راه بهترین روش پیشگیری لنفوسل دانسته شد [۱۱-۵]. اغلب لنفوسل‌ها بدون علامت هستند. علائم بیشتر به علت فشارهای ناشی از لنفوسل روی عناصر مجاور آن است. درد، توده، ادم ژنیتال یا پاها، ترمبوز ورید پاها، آمبولی ریوی، نارسایی کلیوی، هیدرونفروز، عفونت سیستمیک، انسداد روده، تکرر ادرار، انسداد پورت و وناکاو ورتانسین ادراری، از جمله علائم هستند [۱۲-۲].

تشخیص لنفوسل بسیار ساده است و با سونوگرافی و CT اسکن به راحتی تشخیص داده می‌شود. هرگونه تجمع مایع مشکوک باید با هدایت رادیولوژیک تخلیه شده و برای بررسی کراتی‌نین - سلول - رنگ‌آمیزی گرم و کشت فرستاده شود [۲،۱]. لنفوسل‌های بدون علامت اقدام خاصی نیاز ندارند و اغلب در طول زمان بهبود می‌یابند. هرگونه اسپیراسیون صرفاً برای مقاصد تشخیصی توصیه می‌شود [۱]. لنفوسل‌های علامت‌دار را می‌توان با روش پرکوتانه درناژ کرد که حدود ۷۰٪ شانس موفقیت دارد. نکته منفی لزوم چندین هفته زمان تا حل

کردند [۷]. در مطالعه ما شیوع لنفوسل در مقایسه با مطالعات مذکور کمتر است که شاید علت آن پیوند کلیه از دهنده زنده باشد در حالی که در اکثر مطالعات مذکور بیشتر بیماران از دهنده کاداوری کلیه دریافت کرده‌اند. در مطالعات ذکر شده نیز مانند مطالعه ما لنفوسل بیشتر به عوامل مساعد کننده‌ای نظیر Rejection نسبت داده شده است و توجه خاصی به نوع بستن عروق لنفاتیک گیرنده معطوف نشده است.

نتیجه شیوع لنفوسل پس از پیوند کلیه در سالهای اخیر کاهش قابل توجهی یافته است و کمتر کردن یا لیگاتور کردن لنفاتیک‌های گیرنده هیچکدام نقش با اهمیتی در افزایش یا کاهش شیوع لنفوسل ندارند. به نظر می‌رسد عواملی که سبب کاهش شیوع Rejection شده‌اند لنفوسل را نیز به شدت کاهش داده‌اند.

منابع

1. Mark D, and olland MD (1998). Surgical technique/posttransplant complications. *sury clin North Am*; 78(1): 55-60.
2. Glass LL, and cockett AT (1998). Lymphoceles: Diagnosis and Managemen In Urologic patients: *urology. si(SA suppl)*, pp.135-40.
3. Ward K, Lingensmith We, sterioff S, and wagner Hnjr (1978). The origin of lymphoceles following renal transplant. *transplantation*; 25: 346.
4. Zincke H, Woods JE, Leary FJ, Aguido JJ, Deweerd JH, Frohnert PP, and Hattary RR (1975). Experience with lymphoceles after renal transplantation. *surgery*; 77: 444-6.
5. Griffiths AB, Fletcher EW, and Morris PJ (1979). Lymphocele after Renal transplatation Aust NZJ surgery; 49: 626-28.
6. Russell M, Freid RM, Siegel D, Smith AD, and Weiss GH (1998). lymphoceles after laparoscopic pelvic node dissection. *urology*; SI(5A suppl): 131-4.
7. Khanli RB, Stoff JS, Lovewell T, Ghavamian R, and Baker S (1993). Posttransplant lymphoceles: A critical look into the risk factors, pathophysiology and management. *J*; 150(1): 22-6.
8. Hewson W (1774). The lymphatic system in the human and in the other animals. London. J Johnson.
9. Mori N (1955). Clinical and experimental studies on the so called lymphocyst which developed after radical hysterectomy in cancer of uterine cervix *J Jap obst-gynec*; sec 2: 178-203.
10. Leitner DW, and Sherwood RC (1983). Inguinal lymphocele as a complication of tigh plasty. *Plast-Reconstr-swy*. 72: 878-81.
11. Howard RJ, Simmans RL, and Najarian JS (1976). Prevention of lymphoceles following renal transplantation *Ann sury*, pp,184-166.
12. Katz R, Landau EH, pikarsky AJ, and Eid A (1997). Bladder outlet obstruction by a lymphocele following kidney transplantation. *urol Int*; 59(3): 186-7.

شدن مشکل است بهمین دلیل توصیه می‌شود که مواد اسکروزان داخل لنفوسل تزریق شود [۴]. تتراسیکلین - دوکسی سیکلین - مینوسیکلین - پوویدون ایوداین - طلای رادیو اکتیو Au 198 - اتانل ۹۵٪ - چسب فیبرین و سدیم تتراسیکلین سولفات برای این منظور بکار رفته‌اند و درصد موفقیت درمان را تا ۹۰-۸۰٪ بالا برده‌اند [۱۴،۱۳،۲].

هر چند روش درمان تاریخی و کلاسیک لنفوسل باز کردن آن به داخل پریتون است، (Internal Marsupialization) [۲] در سالهای اخیر گزارشات متعددی در مورد باز کردن لنفوسل به داخل پریتون از طریق جراحی لاپاراسکوپی منتشر شده است و نتایج آن نیز قابل رقابت با جراحی باز است [۱۷-۱۵].

Gonzalez Martin و همکاران یک روش مینی لاپاراتومی برای باز کردن لنفوسل به داخل پریتون پیشنهاد کردند که به اندازه جراحی کلاسیک کارایی دارد و توصیه کردند کسانی که وسایل لاپاراسکوپی در اختیار ندارند و یا با تکنیک آن آشنا نیستند از این روش استفاده نمایند [۱۸]. توصیه می‌شود لنفوسل‌هایی که عفونی شده‌اند با روش باز کردن به پوست (External Marsupializtion) درمان شوند [۱۹]. در مطالعه ما نشان داده شد که از یک طرف شیوع لنفوسل در سالهای اخیر شدیداً کاهش یافته است و از طرف دیگر کمتر کردن یا لیگاتور کردن نقش با اهمیتی در شیوع لنفوسل ندارد و لذا شیوع لنفوسل را باید به عوامل مساعد کننده ارتباط داد.

بطور کلی فاکتورهای مساعد کننده متعددی برای لنفوسل ذکر شده است. لنفوستاز ناکافی در جریان عمل - کموتراپی - رادیوتراپی قبلی - آنتی‌کواگولان - دیورز و Rejection از این مواد هستند [۲]. همچنین Khauli و همکاران در یک مطالعه در ۱۱۸ پیوند کلیه که اکثر آنها از کاداوری بودند در ۳۶٪ موارد لنفوسل مشاهده کردند که ۲۲٪ آنها ۵ cm یا بیشتر قطر داشتند و تنها در ۶/۸٪ دارای علامت بودند. آنها ده ریسک فاکتور احتمالی شامل: سن، جنس، منبع گرافت، پیوند مجدد، HLA، نوع نگهداری کلیه قبل از پیوند، نوع آناستوموز شریان، ATN و فعالیت تأخیری گرافت - پس زدن (Rejection) و دوز بالای کورتون را مورد مطالعه قرار دادند و تنها Rejection را به عنوان عامل مساعد کننده لنفوسل تأیید

13. Gilliland JD, Spies JB, Brown SB, Yrizarry JM, and Greenwood LH (1989). Lymphoceles: Percutaneous treatment with povidone Iodine sclerosis. *Radiology*; 171: 227-9.
14. Shokeir AA, el-Diasty TA, and chonein MA (1993). Percutaneous treatment of lymphoceles in renal transplant recipient. *J Endo Urol*; 7: 481-2.
15. Fahenkamp D, Raatz D, Schonberger B, and Loning SA (1993). Laparoscopic lymphocle drainage after Renal transplantation. *J urol*; 150: 316-8.
16. Gill IS, Hodge EE, Munch IC, Goldfarb DA, Novick AC, and Lucas BA (1995). Transperitoneal Marsupialization of lymphoceles: A comparison of laparoscopic and open techniques. *urology*; 153: 1706-11.
17. Kize H, Shibahara T, Matsuura H, Fumino M, Hayashi H, Arima K, Yanagawa M, and Kawamura J (1998). Laparoscopic fenestration of lymphocle after renal transplantation. *Hinyokika*; 44(5): 323-5.
18. Gonzalez Martin M, Duarte-Novo JF, Gomez-veiga F, chantada-Abal V, and Alvarcz-Castelo L (1999). Marsupialization via mini laparotomy in the Kidney transplant: *Arch-Esp-urol*; 52(1): 41-6.
19. Olsson CA, Willschar MK, Filoso AM, and Cho SI (1976). Treatment of posttransplant lymphoceles Internal versus external drainage. *Transplant pro*; 8: 501-4.