

Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pepo

Artykuł oryginalny/Original research article

Chłonnokotk piersiowy jako powikłanie operacyjnego leczenia wrodzonej atrezji przełyku i wrodzonej przepukliny przeponowej

Iatrogenic chylothorax after surgical interventions for Congenital Diaphragmatic Hernia and Esophageal Atresia

Marek Wolski*, Aleksandra Jasińska, Michał Gogolewski, Andrzej Kamiński

Klinika Chirurgii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 03.07.2017

Zaakceptowano: 12.07.2017

Dostępne online: xxx

Słowa kluczowe:

- limfoscintygrafia
- chłonnokotk jatrogenny
- chłonnka

Keywords:

- Lymphoscintigraphy
- Iatrogenic chylothorax
- Lymphatic

A B S T R A C T

The iatrogenic chylothorax is caused by a disorder of lymphatic transport within the natural tract. Postoperative iatrogenic chylothorax is the result of damage to the thoracic duct and diagnosis is based on fluid accumulation in the pleura. Lymphoscintigraphy remains the standard in pediatric diagnostics. Imaging tests are used to confirm the presence of fluid in the body cavities. The iatrogenic lymphoma treatment is multi-directional and includes nutritional treatment, pharmacotherapy and surgical treatment. The data were analyzed for patients treated for iatrogenic lymphoma in the Department of Pediatric Surgery of the Warsaw Medical University in the years 2005–2015.

© 2017 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

Chłonnokotk piersiowy powstaje na skutek zaburzenia transportu chłonnki w obrębie naturalnej drogi splywu. Wyróżnia się chłonnokotk wrodzony, będący skutkiem malformacji naczyniowych układu chłonnego lub nabyty. Chłonnokotk może być urazowy, w tym jatrogenny, oraz nieurazowy, będący powikłaniem chorób układowych, zapalnych i nowotworowych.

Chłonnokotk jatrogenny pooperacyjny jest wynikiem uszkodzenia przewodu piersiowego powodującego wypływ chłonnki lub przesięku chłonnki do jam ciała na skutek zablokowania przepływu w przewodzie piersiowym, np. poprzez obrzęknięte tkanki w okolicy przewodu. W pierwszej kolejności zaburzony zostaje mechanizm zastawkowy i odwrócony kierunek przepływu chłonnki. Następnie na skutek

* Adres do korespondencji: Klinika Chirurgii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Żwirki i Wigury 63a, 02-091 Warszawa, Polska. Tel.: +48665578922.

Adres email: marek.wolski@spedsk.edu.pl (M. Wolski).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2017.07.007>

0031-3939/© 2017 Polish Pediatric Society. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

Tabela I – Wskaźniki chłonki
Table I – Chyle biochemical parameters

Parametr	Wartość
Triglicerydy	1,2 mmol/L (200mg/Dl)
Komórkowość	1000 komórek/mL (przewaga limfocytów)
Białko	2,5 g/Dl
LDH	>110 IU/L

Źródło: opracowanie własne

wzrostu ciśnienia w obrębie przewodu dochodzi do wynaczenia chłonki do sąsiadujących tkanek. Podobny mechanizm odpowiada za zablokowanie odpływu i wynaczenie chłonki w przypadku zakrzepicy żył podobojczykowych [1].

Rozpoznanie opiera się na badaniu płynu gromadzącego się w opłucnej. Mlecznobiały kolor płynu jest charakterystyczny dla pacjentów karmionych dojelitowo. U pacjentów żywionych pozajelitowo (pacjenci zaintubowani, noworodki) płyn ma charakter przejrzysty z dużą zawartością białka i triglicerydów. Wartości graniczne dla rozpoznania chłonki zostały wymienione w tabeli I.

W diagnostyce chłonnokotoku u dzieci standardem pozostaje limfoscintygrafia. W celu potwierdzenia obecności płynu w jamach ciała wykorzystuje się USG, RTG, CT, MRI [2].

Leczenie jatrogennego chłonnokotoku jest kilkukierunkowe i obejmuje: leczenie żywieniowe, farmakoterapię oraz leczenie operacyjne. W przypadku chłonnokotoku wrodzonego podejmowane są próby leczenia prenatalnego, takie jak niskotłuszczowa dieta z wysoką zawartością średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych u matek, shunt opłucnowo-owodniowy czy pleurodeza OK – 432 [2–5]. W przypadku niewielkiego, samoograniczającego się wycieku, niezmnijającego wydolności oddechowej i krążeniowej pacjenta, możliwa jest postawa wyczekująca bez konieczności drenażu. W części przypadków chłonnokotok ustąpi po samoistnym wytworzeniu drogi spływu dla chłonki. Leczenie żywieniowe u dzieci z jatrogennym chłonnokotokiem wymaga stosowania mieszanek żywieniowych opartych na średniołańcuchowych kwasach tłuszczowych oraz częściowego lub całkowitego żywienia pozajelitowego. U dzieci niezaintubowanych, u których możliwe jest karmienie doustne, należy stosować niskotłuszczowe mieszanki MCT, których składniki nie są transportowane przez układ limfatyczny. W przypadku ograniczania wycieku możliwe jest stosowanie tej metody nawet przez dłuższy czas (kilka tygodni) [2]. Całkowite żywienie pozajelitowe jest metodą z wyboru u dzieci zaintubowanych, jednak bywa konieczne w przypadku masywnego chłonnokotoku oraz nieskuteczności leczenia doustną podażą mieszanek MCT. Konieczne jest nie tylko wypełnienie zapotrzebowania kalorycznego i płynowego, ale także uzupełnianie strat organizmu w zakresie kwasów tłuszczowych [2, 3]. W przypadku dużych strat chłonki należy uzupełniać immunoglobuliny oraz zapewnić profilaktykę przeciwbakteryjną. W zakres leczenia farmakologicznego wchodzi zastosowanie somatostatyny i jej analogów (oktreotydy) [2, 6]. Może być stosowana dożylnie lub podskórnie jako uzupełnienie innych metod leczenia. Nie należy jej stosować dłużej niż od 2 do 4 tygodni ze względu na możliwe ryzyko powikłań (nadciśnienie płucne). W przypadku nieskuteczności leczenia żywieniowego

i farmakologicznego konieczne jest leczenie chirurgiczne. Drenaż klatki piersiowej jest procedurą wstępną służącą odbarczeniu opłucnych i poprawieniu wydolności oddechowej. Metodami usuwania przecieku są pleurodeza, embolizacja przewodu piersiowego lub bezpośrednie zaopatrzenie okolicy przecieku. Wskazaniem do drenażu jest narastająca niewydolność oddechowa. Metoda wytworzenia zrostów opłucnej (pleurodeza) przy użyciu preparatu inaktywowanego *Streptococcus pyogenes* (OK – 432) lub innych czynników drażniących wykazała skuteczność w chłonnokotoku wrodzonym opornym na inne metody leczenia [2, 5]. Embolizacja przewodu tętniczego jest metodą dostępną głównie u pacjentów dorosłych, co ma związek z koniecznością zaintubowania przewodu piersiowego i umieszczenia w nim materiału embolizującego. U małych dzieci jest to zabieg bardzo wymagający technicznie i nie jest rutynowo stosowany. Standardem w chirurgicznym leczeniu chłonnokotoku jatrogennego pozostaje zaopatrzenie szwami, *en masse*, okolicy przecieku, a następnie uszczelnienie klejem tkankowym. W połączeniu z identyfikacją miejsca przecieku barwnikami lipofilnymi jest to metoda powszechnie stosowana. Naturalnym poszerzeniem tej metody jest zastosowanie dojścia torakoskopowego [2].

Materiał i metody

W latach 2005–2015 leczono 8 pacjentów z powodu jatrogennego chłonnokotoku po operacji wrodzonej atrezji przełyku lub wrodzonej przepukliny przeponowej. Retrospektywnie przeanalizowano historie chorób tych pacjentów.

Wyniki

Chłonnokotok wystąpił u trzech (6,25%) z 48 pacjentów operowanych z powodu atrezji przełyku. U jednego pacjenta wykonano pierwotne zespolenie przełyku, pozostałych leczono etapowo z wyłonieniem czasowej przetoki ślinowej. Rozpoznanie chłonnokotoku miało miejsce w 8., 10. i 14. dobie po operacji z maksymalnym nasileniem, odpowiednio w 6., 7. i 5. dobie chłonnokotoku. Maksymalne objętości drenażu to 116, 58 i 63 ml/kg m.c. U wszystkich pacjentów stosowano drenaż, somatostatynę i mieszanki żywieniowe MCT. Pierwszego pacjenta, ze względu na brak efektu leczenia zachowawczego, zakwalifikowano do operacji w 16. dobie chłonnokotoku. Podczas torakotomii miejsce przecieku skutecznie pokryto klejem tkankowym. U pozostałych dwóch pacjentów leczenie zachowawcze było skuteczne, a ustąpienie chłonnokotoku miało miejsce odpowiednio w 15. i 20. dobie leczenia (Tab. II).

Chłonnokotok wystąpił u pięciu (6,85%) z 73 pacjentów operowanych z powodu wrodzonej przepukliny przeponowej. U dwóch pacjentów ubytek w przeponie zaszyto, u trzech konieczne było użycie łąty. Chłonnokotok ujawnił się od 3. do 7. doby po operacji z największym nasileniem wycieku chłonki od 1. do 4. doby. Maksymalne objętości drenażu wynosiły od 46 do 95 ml/kg m.c. U wszystkich pacjentów stosowano drenaż klatki piersiowej, somatostatynę i mieszanki żywieniowe MCT. Jeden pacjent zmarł w 17. dobie po operacji

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8579172>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8579172>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)