

Bölüm 9

JİNEKOLOJİK MALİGNANSİLERDE LENFOSEL ÖNLEME YÖNTEMLERİ

Volkan KARATAŞLI¹

GİRİŞ

Lenfadenektomi, jinekolojik malignansi cerrahisinde evrelemenin bir parçası olarak uygulanmaktadır. Lenfadenektominin en sık komplikasyonları arasında lenfösel gelişimi yer almaktadır ⁽¹⁾. Lenfösel, lenfatik sıvının lenfadenektomi sonrası epitelyal doku ile çevrili olmadan kalın bir duvar ile çevrili kistik yapı şeklinde birikimi sonucunda oluşan lezyondur ⁽²⁾. En sık olarak ürolojik ve jinekolojik malignite cerrahileri sonrasında ilk 3 ayda gelişmektedir ⁽²⁾. Çoğunlukla asemptomatik olmalarına rağmen, özellikle büyük boyutlara ulaştıklarında bası semptomları oluşturabilmektedir ⁽²⁾. Ayrıca morbiditeyi artırarak adjuvan tedavilerin başlanmasında gecikmelere yol açabilmektedir ⁽¹⁾. İnsidansının %1-58 arasında olduğu belirtilmiştir ⁽¹⁾. Bu kadar geniş aralıkta bir insidansın bulunması hastaların çoğunluğunun asemptomatik olmalarından ve uygulanan cerrahi prosedürlerin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir ⁽¹⁾. Lenföselin, en sık olarak serviks ve over kanseri cerrahileri sonrasında ortaya çıktığı gösterilmiştir ^(3,4). Pelviste eksternal iliak damarlar ya da obturator fossada daha çok görülmektedir ⁽²⁾. Tanıda en basit ve faydalı görüntüleme yöntemi ultrasonografidir, genellikle kalın çeper içerisinde farklı ekojenitelerde sıvı bulunan kistik yapı şeklinde ortaya çıkmaktadır ⁽²⁾.

RİSK FAKTÖRLERİ

Lenfösel gelişimi için pozitif lenf nodları, radyoterapi öyküsü ve antikoagulan kullanımının risk faktörleri arasında olduğu saptanmıştır ⁽⁴⁾. Ayrıca vücut kitle indeksinin (VKİ), cerrahi prosederün, lenfadenektomi tipinin, çıkarılan lenf nodu sayısının, uygulanan adjuvan tedavilerin lenfösel oluşumu açısından risk oluşumunu oluşturmadığı ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır. VKİ yüksek olan hastalarda lenfösel gelişiminin daha fazla olduğu saptanmışsa da ⁽³⁾, riskin artmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur ⁽⁵⁾. Laparotomi ve laparoskopi yapılan hastalar

¹ Medikal Doktor, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, volkankaratasli@yahoo.com

sentetik maddelerin kullanımı ile ilgili daha fazla kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Oktreotid gibi farmakolojik ajanların jinekolojik malignanssi cerrahisinde kullanımı ile ilgili yeni araştırmalara gereksinim vardır.

KAYNAKÇA

1. Achouri A, Huchon C, Bats A-S, Bensaïd C, Nos C, Lécuru F. Postoperative lymphocysts after lymphadenectomy for gynaecological malignancies: preventive techniques and prospects. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2012;161(2):125-129. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.12.021.
2. Weinberger V, Cibula D, Zikan M. Lymphocele: prevalence and management in gynecological malignancies. *Expert Review of Anticancer Therapy*. 2014;14(3):307-317. Doi: 10.1586/14737140.2014.866043.
3. Kim HY, Kim JW, Kim SH, Kim YT, Kim JH. An analysis of the risk factors and management of lymphocele after pelvic lymphadenectomy in patients with gynecologic malignancies. *Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association*. 2004;36(6):377-383. Doi: 10.4143/crt.2004.36.6.377
4. Zikan M, Fischerova D, Pinkavova I, Slama J, Weinberger V, Dusek L, et al. A prospective study examining the incidence of asymptomatic and symptomatic lymphoceles following lymphadenectomy in patients with gynecological cancer. *Gynecologic Oncology*. 2015;137(2):291-298. Doi: 10.1016/j.ygyno.2015.02.016.
5. Achouri A, Huchon C, Bats A, Bensaïd C, Nos C, Lécuru F. Complications of lymphadenectomy for gynecologic cancer. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*. 2013;39(1):81-86. Doi: 10.1016/j.ejso.2012.10.011.
6. Ghezzi F, Uccella S, Cromi A, Bogani G, Robba C, Serati M, et al. Lymphoceles, lymphorrhea, and lymphedema after laparoscopic and open endometrial cancer staging. *Annals of Surgical Oncology*. 2012;19(1):259-267. Doi: 10.1245/s10434-011-1854-5.
7. Benedetti-Panici P, Maneschi F, Cutillo G, D'andrea G, di Palumbo VS, Conte M, et al. A randomized study comparing retroperitoneal drainage with no drainage after lymphadenectomy in gynecologic malignancies. *Gynecologic Oncology*. 1997;65(3):478-482. Doi: 10.1006/gyno.1997.4648.
8. Carcoforo P, Soliani G, Maestroni U, Donini A, Inderbitzin D, Hui TT, et al. Octreotide in the treatment of lymphorrhea after axillary node dissection: a prospective randomized controlled trial. *Journal of the American College of Surgeons*. 2003;196(3):365-369. Doi: 10.1016/S1072-7515(02)01757-X.
9. Kim WT, Ham WS, Koo KC, Choi YD. Efficacy of octreotide for management of lymphorrhea after pelvic lymph node dissection in radical prostatectomy. *Urology*. 2010;76(2):398-401. Doi: 10.1016/S1072-7515(02)01757-X.
10. Scholz HS, Petru E, Benedicic C, Haas J, Tamussino K, Winter R. Fibrin application for preventing lymphocysts after retroperitoneal lymphadenectomy in patients with gynecologic malignancies. *Gynecologic Oncology*. 2002;84(1):43-46. Doi: 10.1006/gyno.2001.6462.
11. Franchi M, Trimpos J, Zanaboni F, vd Velden J, Reed N, Coens C, et al. Randomised trial of drains versus no drains following radical hysterectomy and pelvic lymph node dissection: a European Organisation for Research and Treatment of Cancer-Gynaecological Cancer Group (EORTC-GCG) study in 234 patients. *European Journal of Cancer*. 2007;43(8):1265-1268. Doi: 10.1016/j.ejca.2007.03.011.
12. Charoenkwan K, Kietpeerakool C. Retroperitoneal drainage versus no drainage after pelvic lymphadenectomy for the prevention of lymphocyst formation in women with gynaecological malignancies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(6). Doi: 10.1002/14651858.CD007387.pub4.

13. Yamamoto R, Saitoh T, Kusaka T, Todo Y, Takeda M, Okamoto K, et al. Prevention of lymphocyst formation following systematic lymphadenectomy. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2000;30(9):397-400. Doi: 10.1093/jjco/hyd107.
14. Logmans A, Kruyt R, De Bruin H, Cox P, Pillay M, Trimbos J. Lymphedema and lymphocysts following lymphadenectomy may be prevented by omentoplasty: a pilot study. *Gynecologic Oncology*. 1999;75(3):323-327. Doi: 10.1006/gyno.1999.5624.
15. Fujiwara K, Kigawa J, Hasegawa K, Nishimura R, Umezaki N, Ando M, et al. Effect of simple omentoplasty and omentopexy in the prevention of complications after pelvic lymphadenectomy. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2003;13(1):61-66. Doi: 10.1136/ijgc-00009577-200301000-00011.
16. Lamblin G, Chauvy L, Rannou C, Mathevet P, Chabert P, Mellier G, et al. Does ultrasonic advanced energy reduce lymphocele incidence in laparoscopic para-aortic lymphadenectomy? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2015;185:53-58. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.11.030.
17. Rafii A, Camicas A, Ferron G, Mery E, Gladieff L, Delannes M, et al. A comparative study of laparoscopic extraperitoneal laparoscopy with the use of ultrasonically activated shears. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2009;201(4):370. e371-370. e375. Doi: 10.1016/j.ajog.2009.05.026.
18. Gallotta V, Fanfani F, Rossitto C, Vizzielli G, Testa A, Scambia G, et al. A randomized study comparing the use of the Ligaclip with bipolar energy to prevent lymphocele during laparoscopic pelvic lymphadenectomy for gynecologic cancer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010;203(5):483. e481-483. e486. Doi: 10.1016/j.ajog.2010.06.053.
19. Köhler C, Kyeyamwa S, Marnitz S, Tsunoda A, Vercelino F, Schneider A, et al. Prevention of lymphoceles using FloSeal and CoSeal after laparoscopic lymphadenectomy in patients with gynecologic malignancies. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2015;22(3):451-455. Doi: 10.1016/j.jmig.2014.12.007.
20. Bifulco G, Giampaolino P, Morra I, Tommaselli G, Tarsitano F, Chiacchio G, et al. Synthetic cyanoacrylic glue in the prevention of post-operative lymphocele after pelvic lymphadenectomy in patients with uterine malignancies: A prospective, single-blind, preliminary study. *Gynecologic Oncology*. 2014;134(3):556-560. Doi: 10.1016/j.ygyno.2014.06.015.