

# Przewlekła torbiel chłonna po operacji raka piersi – postępowanie

## *Chronic lymphocele after modified radical mastectomy – treatment*

Zbigniew Morawiec, Maciej Stańczyk, Józef Howaniec, Mariusz Pawlak, Agnieszka Kołacińska, Łukasz Rajchert, Marek Tazbir, Michał Galicki

Oddział Chirurgii Onkologicznej Regionalnego Ośrodka Onkologicznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi; ordynator Oddziału: dr med. Zbigniew Morawiec

Przeгляд Menopauzalny 2007; 2: 115–117

### Streszczenie

Torbiel chłonna, polegająca na gromadzeniu się płynu w łożu pooperacyjnej jest najczęściej występującym powikłaniem towarzyszącym chirurgii piersi; jej kliniczna manifestacja dotyczy ponad połowy przypadków operowanych chorych. Patofizjologia występowania torbieli chłonnej nie jest w pełni wyjaśniona. Wiadomo jednak, że proces ma tendencję do samoograniczenia, a skutecznym jego leczeniem są drenaż i punkcje torbieli. Proces ten bardzo rzadko przechodzi w postać przewlekłą. Na przykładzie 70-letniej chorej po przebytych zabiegach amputacji piersi lewej sposobem Maddena z powodu raka piersi, u której stwierdzono obecność przewlekłej przetrwałej torbieli chłonnej autorzy przeanalizowali piśmiennictwo w celu wyjaśnienia etiologii procesu i możliwości zapobiegania. Pacjentka, lat 70, 29 mies. po zabiegu operacyjnym zgłosiła się do poradni onkologicznej z powodu nawracającej torbieli chłonnej w okolicy rany pooperacyjnej, wymagającej comiesięcznych zabiegów punkcji. W badaniu ultrasonograficznym stwierdzono przestrzeń płynową ciągnącą się na przestrzeni 12 cm od dołu pachowego lewego do linii środkowo-obojęzycznej pod blizną pooperacyjną. Chora nie wyrażała zgody na leczenie operacyjne, a punkcje torbieli i podawanie środków obliterujących nie przyniosły efektu leczniczego. U podstaw powstania przewlekłej torbieli leży wiele czynników, których współistnienie może spowodować przejście procesu w postać przewlekłą. Do czynników sprzyjających należy zaliczyć przede wszystkim powstanie martwej przestrzeni, która stopniowo wypełnia się płynem. Autorzy uważają, że ważną rolę w powstaniu przewlekłej torbieli chłonnej pełnią też hiperlipidemia i towarzysząca infekcja w przebiegu pooperacyjnym.

**Słowa kluczowe:** torbiel chłonna, rak piersi, powikłania

### Summary

Lymphocele is the most common complication of breast cancer surgery. Although its pathophysiology remains unknown, the prognosis and outcome are favourable. We report an incidence of chronic and persistent lymphocele still present 29 months after radical mastectomy in a 70-year old woman consulted in our outpatient department. Ultrasonography revealed a large fluid retention area of 12 cm in diameter extending from the left axilla to the left midclavicular lane. The patient refused surgical resection so puncture drainage and local injections of vibramycine into the cyst were performed once a month and partial regression was observed. Hyperlipidaemia and infection in perioperative period as possible causes of chronic lymphocele are discussed.

**Key words:** lymphocele, breast cancer, complication

### Wstęp

Limfadenektomia pachowa jest ciągle jeszcze w Polsce standardem leczenia operacyjnego wczesnego raka piersi u kobiet jako integralny element zarówno leczenia oszczędzającego, jak i radykalnych amputacji wykonywanych sposobem Maddena lub Halsteda [1, 2].

Torbiel chłonna jest najczęściej występującym powikłaniem zabiegów operacyjnych i rekonstrukcyjnych u kobiet z rakiem piersi. Według danych z piśmiennictwa częstość tego powikłania oceniana jest na 2,5–92% [3–5]. Patofizjologia nie jest dokładnie poznana, a za przyczynę powstania torbieli chłonnej uważa się gromadzenie pły-

Adres do korespondencji:  
dr med. **Zbigniew Morawiec**, Oddział Chirurgii Onkologicznej, Regionalny Ośrodek Onkologiczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi, ul. Paderewskiego 4, 93-509 Łódź

nu w martwej przestrzeni rany pooperacyjnej pod płaciami skórnymi oraz w dole pachowym. Samo powstanie torbieli chłonnej nie jest zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjentki, chociaż może powodować martwicę płatów, rozszczelnienie się rany pooperacyjnej oraz konieczność wymiany protezy piersi, a niekiedy wiąże się z koniecznością dłuższej hospitalizacji i wymaga regularnych, uciążliwych punkcji. W skrajnych przypadkach zakażenie torbieli chłonnej może prowadzić do powstania ropnia lub sporadycznie, zakażenia ogólnoustrojowego, zwłaszcza u chorych poddawanych pooperacyjnej chemioterapii. Ponadto powstanie torbieli chłonnych znacznie komplikuje możliwość rekonstrukcji piersi.

### Opis przypadku

Chora, lat 70, została przyjęta na oddział chirurgii onkologicznej w sierpniu 2004 r. z powodu guza lewej piersi. Od 10 lat była leczona z powodu choroby niedokrwiennej serca i hipercholesterolemii. Badaniem palpacyjnym stwierdzono rozległe zagęszczenie miększe w kwadrancie górnym zewnętrznym. Węzły chłonne pachowe po stronie guza nie były powiększone. W badaniu mammograficznym stwierdzono liczne rozległe asymetryczne mikrozwapnienia. W materiale uzyskanym metodą biopsji stereotaktycznej wykryto komórki podejrzane (*cellulae suspectae*). Stężenie cholesterolu w surowicy krwi w dniu przyjęcia wynosiło 270 mg/dl, trójglicerydów 105 mg/dl.

W badaniu śródoperacyjnym rozpoznano inwazyjnego raka piersi. Chora została poddana amputacji piersi z usunięciem regionalnych węzłów chłonnych sposobem Maddena. W czasie operacji założono w sposób typowy zamknięty układ drenażu ssącego. W 5. dobie usunięto dren i chora została wypisana ze szpitala. Następnie pacjentka zgłaszała się do ambulatorium celem ewakuowania nagromadzonej chłonki, początkowo co 3–5 dni, a w następnym – raz w tygodniu. Każdorazowo ewakuowano 100–150 ml płynu. Punkcje konty-



Ryc. 1. Przewlekła torbiel chłonna

nuowano w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Z dokumentacji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (poz) wynika, że w 2 mies. po zabiegu chora zagorączkowała. Rozpoznano infekcję górnych dróg oddechowych i włączono leczenie antybiotykiem z grupy cefalosporyn. Wobec braku efektów w leczeniu przez lekarza poz, chora zgłosiła się ponownie do chirurga onkologa.

### Wyniki

W 29 mies. po mastektomii utrzymuje się przewlekła torbiel chłonna. Badaniem fizykalnym wyczuwa się baltujący, ruchomy, miękki guz (ryc. 1). W badaniu USG widoczna jest rozległa, rozszerzająca się ku dołowi przestrzeń płynowa ciągnąca się z dołu pachowego w tkance podskórnej pod obydwoma płaciami i blizną pooperacyjną, dochodząca do poziomu łuku żebrowego lewego w linii środkowo-obojęczykowej. Ilość gromadzonego płynu oceniono na ok. 70 ml. Ponieważ pacjentka nie wyraziła zgody na zaproponowany zabieg operacyjny, podjęto próbę obliteracji torbieli z zastosowaniem doksycykliny podawanej dojamowo celem wywołania jałowego odczynu zapalnego. Postępowanie takie przyniosło jedynie okresowe zmniejszenie ilości gromadzącego się płynu. Obecnie raz w miesiącu wykonywana jest punkcja płynu, a objętość aspirowanej treści wynosi 35–105 ml, mimo to chora nadal nie wyraża zgody na leczenie operacyjne.

### Omówienie wyników

Płyn w ranie pooperacyjnej po zabiegach na układzie chłonnym jest częstym powikłaniem i zdarza się w 2,5–92% przypadków w zależności od metody jego detekcji [3–5]. Ilość treści, która jest początkowo drenowana, a następnie aspirowana w trakcie punkcji waha się 5–80 ml, a w doświadczeniu autorów nawet do 200 ml. Pooperacyjna torbiel chłonna utrzymuje się zwykle przez ok. miesiąc, z tendencją do zmniejszania się po kolejnych punkcjach [6], chociaż czasem wystarcza jednorazowa interwencja [5]. Wobec powszechności występowania torbieli chłonnych wymienianych jest kilka sposobów zmniejszenia częstości ich pojawiania. Większość autorów zaleca ssący drenaż w układzie zamkniętym [7–9], chociaż Talbot i Magarey nie stwierdzili różnic w ilości aspirowanego płynu, częstości infekcji i czasie trwania *lymphocele* u chorych z drenażem i bez drenażu [10]. Zalecany czas drenażu to wg badań Gupty i wsp. 8 dni [11]. Pojawiły się również sposoby śródoperacyjnych metod zapobiegania powstawaniu torbieli chłonnych. Stosowanie kleju fibrynowego w badaniach Gioffre Florio zmniejszyło częstość tego powikłania, jednak inni autorzy nie podzielają tej opinii [12, 13]. Zastosowanie trombiny bydłczej nie poprawiło efektu leczenia powikłań pod postacią torbieli chłonnej [14]. Badania Portera wy-

kazały, że użycie noża elektrycznego przy odpreparowaniu płatów skórnych zmniejsza krwawienie, jednak zwiększa ryzyko powstawania torbieli chłonnych [15]. Liczne prace potwierdzają, że formowanie się torbieli chłonnych jest niezależne od takich czynników, jak wiek, wielkość guza, liczba zajętych procesem nowotworowym węzłów chłonnych czy chemioterapia przedoperacyjna [14, 16]. Wydaje się, że istotny wpływ na powstawanie torbieli chłonnych ma rodzaj wykonanego zabiegu operacyjnego. Torbiel chłonna rzadziej powstaje po leczeniu oszczędzającym pierś oraz w przypadku wykonywania biopsji węzła wartowniczego (odpowiednio 40 i 15%). Związane jest to z rozległością martwej przestrzeni, która jest mniejsza w przypadku zabiegów mniej rozległych, a większa po radykalnej mastektomii z odpreparowaniem płatów skórnych [14, 16, 17]. Sposobem na ograniczenie martwej przestrzeni może być bandażowanie pacjentki po zabiegu lub stosowanie specjalnych ubrań uciskowych [18]. Inna metoda zaproponowana przez Schuijvlot, polegająca na unieruchomieniu płatów skórnych w stosunku do mięśnia piersiowego większego spowodowała zmniejszenie częstości powikłań i objętości torbieli chłonnej [19].

Podejmowane są również próby modyfikacji zabiegów operacyjnych. Hamy i wsp. wykonywali śródoperacyjne wyściełanie dołu pachowego fragmentem mięśnia, co wprawdzie doprowadziło do zmniejszenia częstości tego powikłania, ale spowodowało trudności w pooperacyjnej rehabilitacji ramienia [20].

Istotnymi czynnikami ryzyka wystąpienia torbieli chłonnej mogą być zaburzenia gospodarki lipidowej pod postacią hipercholesterolemii i hipertrójglicydemii, oraz występująca w okresie pooperacyjnym infekcja, na skutek której wytwarza się martwa przestrzeń wyścielona torebką łącznotkankową [14, 16, 21]. W takim przypadku podawanie dojamowo środków obliterujących może okazać się nieskuteczne i tylko leczenie chirurgiczne może doprowadzić do całkowitego wyleczenia.

## Wnioski

1. Rodzaj zabiegu operacyjnego ma wpływ na powstanie torbieli chłonnej.
2. Zastosowanie drenażu ssącego w układzie zamkniętym zmniejsza ryzyko powstania torbieli chłonnej.
3. Najlepszym sposobem leczenia przewlekłej torbieli chłonnej jest jej usunięcie chirurgiczne.
4. Zastosowanie środków obliterujących jest mało skuteczne.

## Piśmiennictwo

1. Jassem J. Historia leczenia raka sutka. W: Rak sutka. Jassem J (red.). Springer PWN, Warszawa 1998; 23-31.
2. Veronesi U. Value of limited surgery for breast cancer. *Semin Oncol* 1978; 5: 395-402.

3. Tadych K, Donegan WL. Postmastectomy seromas and wound drainage. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 165: 483-7.
4. Moris AM. A controlled trial of close wound suction. *Br J Surg* 1973; 60: 357-9.
5. Aitken DR, Minton JP. Complications associated with mastectomy. *Surg Clin North Am* 1983; 63: 1331-52.
6. Stehens WE. Postmastectomy serous drainage and seroma: probable pathogenesis and prevention. *Arch Surg* 1995; 130: 877-80.
7. Barwell J, Campbell L, Watkins RM. How long should suction drains stay in after breast surgery with axillary dissection? *Ann R Coll Surg Engl* 1997; 79: 435-7.
8. Jeffrey SS, Goodson WH 3<sup>rd</sup>, Ikeda DM, et al. Axillary lymphadenectomy for breast cancer without axillary drainage. *Arch Surg* 1995; 130: 909-12.
9. Tejler G, Aspegren K. Complications and hospital stay after surgery for breast cancer: a prospective study of 385 patients. *Br J Surg* 1985; 72: 542-4.
10. Talbot ML, Magarey CJ. Reduced use of drains following axillary lymphadenectomy for breast cancer. *ANZ J Surg* 2002; 72: 488-90.
11. Gupta R, Pate K, Varshney S, et al. A comparison of 5-day and 8 day drainage following mastectomy and axillary clearance. *Eur J Surg Oncol* 2001; 27: 26-30.
12. Gioffre Florio MA, Mezzasalma F, Manganaro T, et al. The use of fibrin glue in the surgery of breast carcinoma. *G Chir* 1993; 14: 239-41.
13. Carless PA, Henry DA. Systematic review and meta-analysis of the use of fibrin sealant to prevent seroma formation after breast cancer surgery. *Br J Surg* 2006; 93: 810-9.
14. Burak WE Jr, Goodman PS, Young DC, et al. Seroma formation following axillary dissection for breast cancer: risk factors and lack of influence of bovine thrombin. *J Surg Oncol* 1997; 64: 27-31.
15. Porter KA, O'Connor S, Rimm E, et al. Electrocautery as a factor in seroma formation following mastectomy. *Am J Surg* 1998; 176: 8-11.
16. Pogson CJ, Adwani A, Ebbs SR. Seroma following breast cancer surgery. *Eur J Surg Oncol* 2003; 29: 711-7.
17. Coveney EC, O'Dwyer PJ, Geraghty JG, et al. Effect of closing dead space on seroma formation after mastectomy – a prospective randomized clinical trial. *Eur J Surg Oncol* 1993; 19: 143-6.
18. O'Hea BJ, Ho MN, Petrek JA. External compression dressing versus standard dressing after axillary lymphadenectomy. *Am J Surg* 1999; 177: 450-3.
19. Schuijvlot M, Sahu AK, Cawthorn SJ. A prospective audit of the use of a buttress suture to reduce seroma formation following axillary node dissection without drains. *Breast* 2002; 11: 94-6.
20. Hamy A, Bouchot-Hermouet FB, Bouchot O. Wadding of the axilla in the conservative treatment of cancer of the breast. Prevention of lymphocele. *J Chir (Paris)* 1990; 127: 99-102.
21. Yamada T, Morita K, Yamamura K, et al. Delayed infection of a lymphocele following mastectomy with immediate breast reconstruction: report of a case. *Surg Today* 2000; 30: 914-6.