

Sekundární lymfedém muže

MUDr. Veronika Flášarová

DERMI, s. r. o. – ambulance kožní, flebologie, lymfologie a korektivní dermatologie, Brno

Popis případu sekundárního lymfedému u pacienta s mnohočetnými onkologickými chorobami lokalizovanými v oblasti malé pánve a genitálií. Operační techniky i následná radioaktivní léčba vedly k postupnému poškození lymfatického systému a plně rozvinutému sekundárnímu lymfedému. Toto onemocnění bylo po konzultaci s onkology a internisty léčeno kompresí a přístrojovou lymfodrenáží a postupně došlo k redukci otoku i zlepšení kvality života pacienta.

Klíčová slova: onkologická onemocnění a lymfedém, diagnóza, léčba.

The man with secondary lymphoedema

The patient with secondary lymphoedema and many cancer diseases localised in pelvis minor. The operations and radical radiotherapy came to damage lymphatic system and progress secondary lymphoedema. This disease was treated by compression and presotherapy and then the lymphoedema was reduced and the quality of patient's life was improved.

Key words: oncology diseases and lymphoedema, diagnosis, therapy.

Interní Med. 2011; 13(11): 450–452

Lymfedém

Lymfedém je hyperosmolární otok vznikající nahromaděním intersticiální tekutiny při dysfunkci lymfatického systému. Manifestace otoku je výsledkem patologické lymfatické drenáže při normální kapilární filtraci. Příčinou vzniku otoku je dysfunkce nebo kongenitální abnormalita lymfatického systému (absence nebo hypoplazie či lymfektazie mizních cév) – **primární lymfedém** (obrázek 1). Manifestaci otoku do 35 let věku, nejčastěji v období puberty, označujeme jako lymphoedema praecox, po 35. roce potom jako lymphoedema tardum.

Sekundární lymfedém (obrázek 2) vzniká při druhotném poškození mizního systému

(obstrukce lymfatických uzlin, ovlivnění toku lymfy, postižení iniciálních miznic). Příčina, která vede k zablokování odtoku lymfy, může být benigní (trauma, záněty (posttrombotický sy), zánět typu lymfangoitidy (erysipel), chirurgický zákrok, diagnostické a terapeutické výkony – radioterapie).

Příčina může být také maligní, tedy lymfedém v důsledku útlaku mizních cest tumorem nebo metastázou. Sekundární lymfedém vzniká pod místem obstrukce a šíří se do periferie.

Z klinického hlediska můžeme lymfedém rozdělit do 4 stadií:

- **0. st. – latentní lymfedém** – normální kapilární filtrace (břemeno mizního systému) nepřevyšuje sníženou lymfatickou drenáž, a proto otok není manifestován.
- **I. st. – reverzibilní lymfedém** – lymfatická drenáž je v rovnováze s kapilární filtrací, ale při její převaze dochází k přetížení transportní kapacity lymfatického systému a ke vzniku otoku.
- **II. st. – ireverzibilní lymfedém** – trvalý otok při přetížení insuficientního lymfatického systému, postupně narůstající s fibrotizací podkoží.
- **III. st. – elefantiáza** – výrazný otok s vazivovou přeměnou podkoží až deformitami postižených částí těla.

Obrázek 1. Primární lymfedém



Obrázek 2. Sekundární lymfedém



Klinický obraz

Lymfedém je bledý, nebolestivý, zpočátku měkký otok – **pitting test** pozitivní (v místě tlaku prstu vzniká důlek), postupně díky fibrotizaci podkoží otok tuhne. Často bývá pozitivní **Stemmerovo znamení** (nelze vytvořit kožní řasu na II. prstci).

Primární lymfedém je lokalizován na periferii a šíří se proximálně, naopak sekundární lymfedém vzniká pod místem obstrukce a šíří se do periferie.

Při dlouhotrvajícím otoku dochází i ke kožním změnám, jako je: suchost kůže, redukce ochlupení, tvorba hyperkeratóz až výrůstků (verrukosis lymfostatica), tvorba puchýřků (chyloderma), sekrece lymfy (lymphorrhea) až následné poškození kožního povrchu a vzácně vznik ulcus cruris lymfaticum. Častou komplikací je rozvoj akutních zánětlivých bakteriálních změn podkoží – erysipel.

Diagnóza a diferenciální diagnóza

Při vyšetření se zaměříme na anamnézu a klinický obraz. Nejdůležitější pro stanovení diagnózy je izotopová lymfoscintigrafie, která vyhodnotí morfologické změny a transportní kapacitu lymfatického systému. Diagnostiku také doplňujeme o ultrazukové vyšetření podkoží nebo magnetickou rezonanci.

V diferenciální diagnostice je nutné oddělit otok hypalbuminemický (renální, kardiální, hepatální) a jiný typ otoku hyperosmolárního. Hypersmolární otoky jsou charakterizovány vysokým obsahem bílkovin a vody v intersticiu. Základní příčinou vzniku je nerovnováha mezi množstvím intersticiální tekutiny (břemeno mizního systému) a funkční zdatností lymfatického systému (transportní kapacita).

Příčinou rozvoje otoku bývá lokální dysfunkce nebo abnormalita lymfatického systému (**lymfedém**), dekompenzovaná chronická žilní insuficience (**flebedém**), estrogenně podmíněné atypické ukládání tukové tkáně u žen, tzv. lipohypertrofie doprovázená otokem (**lipedém**). Výše uvedené typy se navzájem mohou i kombinovat – dekompenzovaná chronická žilní insuficience a následné přetížení a dekompenzace systému mizního (**flebolymfedém**).

Terapie lymfedému

Lymfedém je chronické onemocnění, jehož léčba je dlouhodobá až celoživotní. Je zaměřena na stimulaci lymfatického systému a tím redukcí otoku. Základní léčbou je tzv. **komplexní dekongestivní terapie**.

Ta se skládá z **manuální mizní drenáže, intermitentní přístrojové presoterapie, kompresivní terapie** doplněné cílenou vícevrstevnou a zesílenou kompresí s pomůckami a **speciální pohybové aktivitu** – cvičení. Manuální ošetření je soubor speciálních hmatů o určitém tlaku a směru, který vede k aktivaci lymfatického systému. Přístrojová lymfodrenáž je potom imitace manuálního ošetření speciálním přístrojem s komorovými návleky, do kterých je dle programu vháněn vzduch. Dochází k ovlivnění periferních miznic, zvýšení lymfatické drenáže a zrychlení průtoku žilním systémem. Nedílnou součástí dekongestivní terapie je zevní **komprese**. Cílem kompresivní terapie je stimulace činnosti žilně svalové pumpy, redukce žilní dilatace a zvýšení lymfatické drenáže. Aplikace zevní komprese ovlivňuje i mikrocirkulaci – snižuje kapilární filtraci, zvyšuje reabsorpci a lymfatickou drenáž. Také má lokální protizánětlivý účinek, stimuluje fibrinolýzu a zvyšuje parciální tlak kyslíku tkání. Další částí dekongestivní terapie je vhodná **po-**

hybová aktivita, vedoucí k aktivaci toku lymfy. Pro správný efekt musí být cvičení prováděno s kompresí postižené končetiny, pomalu, plynule a vždy doprovázeno aktivním dýcháním.

I **farmakoterapie** je součástí komplexní léčby. Zahrnuje enzymy-proteázy a venofarmaka s lymfotropním účinkem – ovlivnění transportní kapacity mizního systému (diosmin, ruscus hesperidin, troxerutin).

V neposlední řadě je důležitá i **péče o kůži** – po omytí aplikace krémů s kyselým pH, které obnovují kyselý kožní film = přirozenou antibakteriální a antimykotickou bariéru. Důležitá je i prevence a včasná diagnóza kožních komplikací – interdigitální mykózy a bakteriálních infekcí kůže a podkoží – erysipelu.

Kazuistika

Třiaosmdesátiletý pacient byl v listopadu roku 2008 odeslán z onkologie na lymfologickou ambulanci pro obtěžující a progredující otoky DKK, podbřišku, scrota a penisu.

V anamnéze byla zjištěna hypertenze a četná onkologická onemocnění – mnohočetné karcinomy v oblasti dutiny břišní a genitálií. Onkologická anamnéza byla pozitivní u sourozence – sestra měla karcinom kostní tkáně.

Z farmakologické anamnézy – medikace Gopten, Verospiron, Surgam, Furose, Apo-Ome, Lusopress, Aescin, Detralex, alergie negoval.

V r. 1970 byl pacient operován pro karcinom tlustého střeva, v r. 1998 byla pro tumor varlete provedena orchiektomie, následně byl tento stav v r. 2007 komplikován adenokarcinomem prostaty s následnou kurativní radioterapií, cílenou na malou pánev a prostatu.

Asi půl roku po radioterapii pacient popisoval pomalý nárůst otoků dolních končetin a oblasti genitálií. Tento stav neustále progre-

Obrázek 3. Sekundární lymfedém



doval, a proto byl pacient odeslán z onkologického pracoviště k cílenému lymfologickému vyšetření.

Do naší ambulance se pacient dostavil v listopadu 2008. Při klinickém vyšetření byl shledán tuhý bledý otok podbřišku, scrota a penisu, na dorsum penis již s jasnou fibrotizací, ventrálně na scrotu přítomná verrucosis lymfostatica, bez sekrece – lymforey.

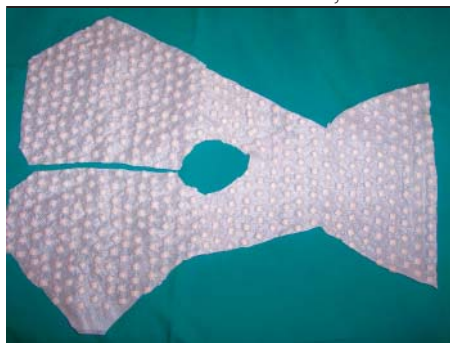
Také byl viditelný tužší otok v mediální oblasti stehna a třísel. Perimaleolárně přítomný otok byl měkký, charakteru flebedému. Na základě výše uvedeného obrazu byla stanovena diagnóza sekundárního lymfedému DKK, podbřišku, scrota a penisu (obrázek 3).

Po stanovení diagnózy byla zahájena lymfologická terapie. Od prosince 2008 probíhala cílená komprese dolních končetin, podbřišku a genitálií vícevrstevnou kompresí. V celkové terapii byla nasazena venofarmaka s lymfotropním účinkem (Detralex), režimová opatření a cvičení s kompresí.

Po následné kompletaci kontrolních vyšetření onkologických a kardiologických (onkologický

Obrázek 4. Přístrojová lymfodrenáž



Obrázek 5. Mobiderm – cílená inlejš

nález stabilizován bez známek recidivy procesu, kardiologicky pacient stabilizován, není námitek k aplikaci lymfodrenáží) byla od února 2009 doplněna léčba o přístrojovou lymfodrenáž kalhotovým návlekem na dolní končetiny v kombinaci se speciálními návlky na oblast pánve (pampers, obrázek 4). Aplikace ošetření přístrojovou lymfodrenáží probíhala po předchozím manuálním ošetření proximálních lymfatických cest 1x týdně po dobu 30 min. kalhotovým návlekem a 30 min. návlekem pampers. Pravidelně byl kontrolován krevní tlak před i po ošetření.

Zavedenou terapii pacient snášel velmi dobře, tlakově byl stabilizován a postupně docházelo k proměknutí fibrotizace, redukci verrukosit i otoku, výrazněji v oblasti podbřišku a dolních končetin. V dubnu 2009 proběhlo kontrolní onkologické i urologické vyšetření, zdravotní stav pacienta byl stabilizován, hodnoty PSA v normě.

Od května 2009 byla pro stále přetrvávající otok scrota a podbřišku zavedena cílená komprese do oblasti mons pubis a scrota speciální kompresivní pomůckou – Mobiderm (obrázek 5).

Obrázek 6 a 7. Kompresivní kalhoty s inlejš

V září r. 2009 při kontrolním klinickém vyšetření jsme se pro zlepšení kvality života pacienta zaměřili na vytvoření komfortní komprese otoku podbřišku a genitálií, a to předepsáním a vyhotovením komprese kalhotovými punčochami

na míru s inlejš do oblasti podbřišku (obrázky 6 a 7).

Nadále je pacient v péči naší ambulance, pravidelně dochází k ošetření přístrojovou lymfodrenáží, je zavedena komprese a režimová opatření. Lymfedém je při zavedené terapii postupně redukován a pacient i přes svůj věk zvládá ošetření včetně zesílené komprese velice dobře.

Závěr

Lymfedém je chronické, vleklé onemocnění významně ovlivňující život pacientů. Proto včasná diagnóza, důsledná spolupráce lékaře a lymfoterapeuta s pacientem vede k včasnému zahájení cílené léčby, a tím postupně k redukci otoku i zlepšení kvality života.

Literatura

1. Benda K, a kol. Lymfedém – komplexní fyzioterapie, lymfodrenáže a doplňující léčebná péče 2007.
2. Navrátilová Z. Diferenciální diagnostika hypersomolárních otoků dolních končetin. Med. praxi 2006; 6: 281–283.
3. Navrátilová Z. Lymfedém v dětském věku. Pediatr. praxi 2005; 4: 184–186.

Článek přijat redakcí: 14. 6. 2011

Článek přijat k publikaci: 4. 8. 2011

MUDr. Veronika Flášarová

DERMI, s. r. o. – ambulance kožní, flebologie, lymfologie a korektivní dermatologie
Vinohrady 8a, Brno 63900
dermi@dermi.cz