

WALDEMAR OLSZEWSKI, ZDZISŁAW MACHOWSKI, ZBIGNIEW SAWICKI,
JAN NIELUBOWICZ

BADANIA KLINICZNE W PIERWOTNYM OBRZĘKU CHŁONNYM

Z I Kliniki Chirurgicznej AM w Warszawie i Zespołu Chirurgii Doświadczalnej
i Transplantologii PAN

Kierownik: prof. dr J. Nielubowicz

Kolejna część badań (3) przeprowadzonych u chorych z pierwotnym obrzękiem chłonnym miała na celu odpowiedź na następujące pytania:

1. Jaka jest zależność między wielkością obrzęku a obrazem limfograficznym.

2. Jak często poszczególne grupy obrzęku są powikłane zapaleniem nn. chłonnych.

3. Jakie zmiany w żyłach kończyn spotyka się w pierwotnym obrzęku chłonnym.

POSTĘPOWANIE

Badania przeprowadzono u 120 chorych z rozpoznany klinicznie pierwotnym obrzękiem chłonnym, podzielonych na 4 grupy w zależności od zmian w obrazie limfograficznym. W grupie I tzw. aplazji było 46 (37,42%) chorych, w grupie II tzw. hipoplazji 16 (13%) chorych, w grupie IIb tzw. hipoplazji z zastojem 24 (19,5%) chorych, w grupie III tzw. hiperplazji 9 (7,3%) chorych i w grupie IV prawidłowy limfogram obserwowano u 25 (25%) chorych.

Kliniczne obrzęki podzielono wg ich wielkości i zachowania się w 5 grupach oznaczonych od I do V. Ten podział służył dla porównania stopnia zmian limfograficznych z wielkością obrzęku.

U wszystkich chorych ustalono na podstawie wywiadów częstość występowania zapalenia naczyń chłonnych. Otrzymane dane pozwoliły na określenie częstości występowania zapalenia naczyń chłonnych w grupie a – hipo i hiperplazji i porównanie obszarów limfograficznych.

W grupie 50 chorych wykonano flebografię żył kończyny z obrzękiem oraz ż. miednicy i ż. głównej dolnej. Określono częstość występowania zmian w żyłach w poszczególnych grupach obrzęku.

WYNIKI

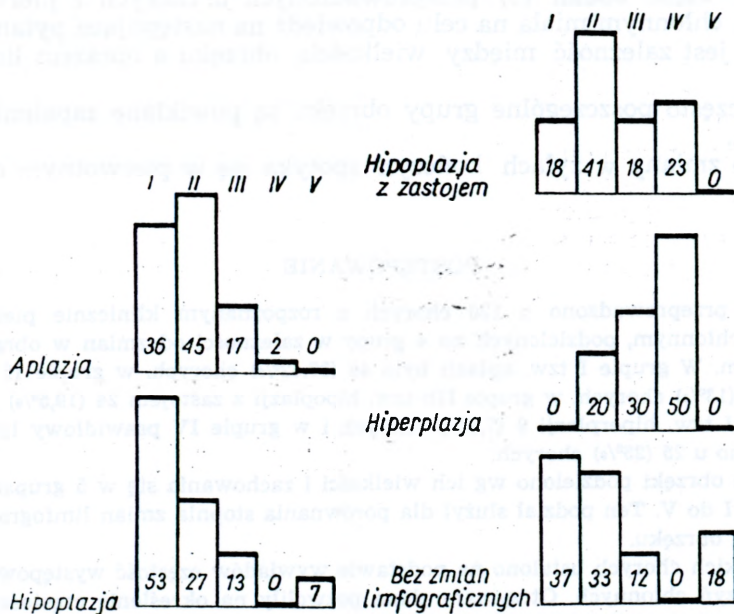
1. Zależność między wielkością obrzęku a obrazem limfograficznym

W poszczególnych grupach chorych podzielonych wg obrazu limfograficznego tzn. w tzw. aplazji, hipoplazji i hiperplazji określono zakres i zachowanie się obrzęku wg podziału przedstawionego w tab. 1.

Wyniki pokazuje ryc. 1. Okazało się, iż w grupie I obrzęk ograniczony był w 81% przypadków do stopy i częściowo goleni. W żadnym przypadku obrzęk nie obejmował całej kończyny. W grupie IIa i hipoplazji, przy jednym widocznym naczyniu chłonnym zakres obrzęku był prawie taki sam

Tabela 1

Grupa	Zakres	Zachowanie się obrzęku
I	stopa	miękki, ustępuje całkowicie po nocnym spoczynku
II	stopa, goleni	miękki, zmniejsza się po nocnym spoczynku
III	stopa, goleni	twardy w stopie, zmniejsza się nieco jedynie w goleni
IV	cała kończyna	twardy, nie ustępuje po spoczynku
V	tylko goleni	nie ulega zupełnie zmianom



Ryc. 1. Zakres i zachowanie się obrzęków w poszczególnych rodzajach obrzęku chłonnego. Liczby wskazują procent chorych w poszczególnych grupach wg podziału w tab. 1. I – obrzęk ograniczony do stopy, II – stopy i goleni (miękki), III – stopy i goleni (twardy, stały), IV – obejmujący całą kończynę, V – obejmujący tylko goleni.

jak w grupie I. Natomiast w grupie IIb tzw. hipoplazji z zastojem obrzęk ograniczony był do stopy w 18%, natomiast stopę i całą goleni obejmował w 59%, zaś całą kończynę w 23%. W grupie IV hiperplazji obrzęki były bardzo nasilone, nigdy nie dotyczyły wybiórczo samej stopy i w 50% obejmowały całą kończynę. W grupie prawidłowych limfogramów obrzęki były z reguły bardzo niewielkie i dotyczyły stopy i części goleni.

2. Częstość występowania zapalenia naczyń chłonnych w różnych grupach obrzęku

Zapalenie nn. chłonnych wystąpiło w grupie tzw. aplazji u 21 chorych (45%), w grupie tzw. hipoplazji u 6 chorych (37,5%), w grupie tzw. hipoplazji z zastojem u 16 chorych (66%), w grupie tzw. hiperplazji u 2 z 9 chorych (22%) oraz w grupie chorych z prawidłowymi limfogramami u 4 z 25 (16%). Szczególnie często występowało więc zapalenie nn. chłonnych u chorych z hipoplazją z zastojem. Limfogramy tej grupy charakteryzowały się wtórnymi zmianami w nn. chłonnych, tj. krętymi i wąskimi naczyniami w całej kończynie, wstęcznym odpływem środka cieniującego do rozszerzonych naczyń skórnych, krążeniem obocznym w okolicy pachwinowej oraz rozrzedzeniem budowy węzłów chłonnych.

3. Zmiany w żyłach kończyn w pierwotnym obrzęku chłonny

U żadnego z 50 badanych chorych nie stwierdzono wyraźnych radiologicznych cech zespołu pozakrzepowego. W pewnym odsetku przypadków (tab. 2) stwierdzano na flebogramach nierówne zarysy żył głębokich kończyny, przy pełnej drożności ich światła oraz widocznych cieniach zastawek. Stwierdzono duży odsetek (56%) tych zmian w grupie chorych z prawidłowymi limfogramami.

W 27% przypadków stwierdzono ubytki cienia lewej żyły biodrowej wspólnej w miejscu skrzyżowania z prawą t. biodrową, bez obecności krążenia obocznego.

Tabela 2

	Aplazja	Hipoplazja	Hipoplazja z zastojem	Hiperplazja	Prawidłowe
Żyły kończyny	12,5	22	33	0	56
Żyły miednicy i ż. główna dolna	0	10	17	0	0

OMÓWIENIE

Jednym z celów przedstawionej pracy było zbadanie zależności między rozległością obrzęku a nasileniem zmian w obrazie limfograficznym. Otrzymane dane wskazują, iż nie było równoległości między tymi dwoma obserwacjami. W grupie tzw. aplazji, w której nie można było znaleźć naczyń chłonnych w stopie, a więc zmiany w naczyniach były prawdopodobnie największe, obrzęki ograniczone były do stopy i dolnej części goleni. Natomiast w grupie tzw. hipoplazji z zastojem, w której uwidaczniały się liczne drobne, kręte naczynia, a często również sieć naczyń w stopie i bliższej części uda obrzęki były rozległe i obejmowały stopę, goleń i część uda. Naj-

większe obrzęki, bo obejmujące całą kończynę obserwowano w grupie tzw. hiperplazji, przy widocznych bardzo licznych rozszerzonych nn. chłonnych. Ciekawe jest, iż u 20% chorych, mimo obecności wyraźnego obrzęku stóp, naczynia chłonne wyglądały na limfogramach prawidłowo. Mogłoby to wskazywać na istnienie zaburzeń krążenia chłonnego obwodowo od badanych przez nas naczyń, a więc na poziomie włóściczek. Brak równoległości między stopniem zmian limfograficznych a wielkością obrazu potwierdzają również w badaniach doświadczalnych (2).

Badania flebograficzne przeprowadzone równolegle z badaniami limfograficznymi wykazały, iż obrzęki, z którymi mieliśmy do czynienia były spowodowane zastojem chłonnym, a nie żylnym. Niewielkie zmiany w żyłach nigdy nie przypominały spotykanych w zespole pozakrzepowym.

Ubytki cienia lewej ż. biodrowej wspólnej, obserwowano w 27% przypadków spowodowane były prawdopodobnie uciskiem żyły przez t. biodrową, co jest zjawiskiem fizjologicznym. Nie stwierdziliśmy równoległości w występowaniu opisanych wyżej zmian i obrzęku kończyny po stronie lewej (1).

Nawracające zapalenie nn. chłonnych kończyny z obrzękiem stwierdzaliśmy szczególnie często w grupie tzw. aplazji i hipoplazji. Każdy nawrót zapalenia powodował trwale zwiększenie się obrzęków. Na podstawie posiadanych danych nie można rozstrzygnąć czy pierwszym objawem choroby był obrzęk, czy też zapalenie naczyń chłonnych. Wiadomo jednak, iż zarówno ostre jak i przewlekłe zapalenie naczyń chłonnych rozpoznawane klinicznie i histologicznie było u więcej niż 50% chorych nieodłączną częścią obrzęku pierwotnego.

В. Ольшевски, З. Маховски, З. Савицки, Я. Нелюбович

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЛИМФАТИЧЕСКОМ ОТЕКЕ

Содержание

В работе даны результаты клинического наблюдения 120 больных с первичным отеком нижних конечностей.

Особенное внимание было обращено на зависимость между размерами отека и лимфографической картиной, осложнение отека воспалением лимфатических сосудов плюс патологические изменения в венах. Авторы отмечают отсутствие параллелизма между радиологическими и клиническими изменениями. В % отношении чаще всего воспаление лимфатических сосудов появляется в группе так называемых аплазий.

Изменения в венах были обнаружены у небольшого процента больных и, по всей вероятности, они не являются причиной отека.

W. Olszewski, Z. Machowski, Z. Sawicki, J. Nielubowicz

CLINICAL EXAMINATIONS ON PRIMARY LYMPHATIC EDEMA

Summary

Results of clinical observations of 120 subjects suffering from primary lymphatic edema of lower extremities, were presented. Particular attention was paid to the relationship between the degree of edema and lymphographic picture, to the lymphangitis complicating edema and to the coexistence of morbid lesions in veins. It was

found that no parallelism between radiologic picture and clinical signs exists. The highest percent of lymphangitis was found in a group of patients with the so-called aplasia of lymphatic vessels. Morbid lesions in veins were found only in an inconsiderable percent of patients being under observation. It seems that the last lesions do not cause the edema.

PIŚMIENNICTWO

1. *Calnan J. S., Kountz S., Pantecoast B. L., Shillingford J. P., Steiner R. E., Venous.*: Obstruction in the etiology of lymphedema praecox. *Brit. Med. J.*, 1964, 2, 221. — 2. *Olszewski W., Machowski Z., Sokołowski J., Nielubowicz J.*: Experimental lymphedema in dogs. *J. Cardiovasc. Sur.*, 1968, 9, 178. — 3. *Olszewski W. i in.*: Badania limfograficzne i histologiczne naczyń i węzłów chłonnych w pierwotnym obrzęku chłonnym. *Pol. Przeg. Chir.* (w druku).

Pracę nadesłano: 5. IV. 1971.

Adres autora: Warszawa, ul. Chałubińskiego 5.