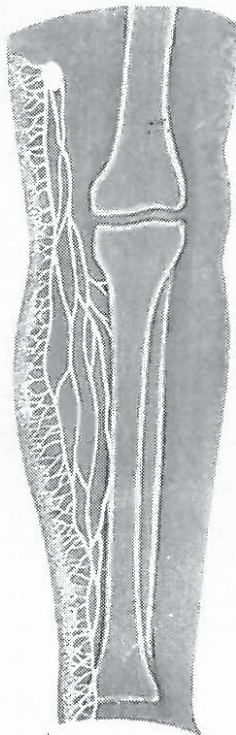


لنفادم مزمن و درمان آن

دکتر هوشنگ احراری ✽ دکتر محمد عابدی پور ✽

انساج عمقی بوسیله عروق لنفاوی عمقی که در زیر نیام عضله قرار دارند ، بوسیله تنه‌های اصلی مجاری — که در حوالی عروق آن ناحیه هستند — درناژ میشوند . بین این دو سیستم سطحی و عمقی ارتباط مختصری وجود دارد و در سایر قسمت‌ها بطور مستقل ، لنف‌های ناحیه مربوطه را از سطح و عمق درناژ مینماید .



شکل (۱)

بیماری سیستم لنفاوی تاحدودی نادر است و درمان آن از نظر طبی و یا جراحی مشکل میباشد ، بطوریکه در بعضی موارد ناچار به قطع عضو میشویم . گاهی اوقات هم عدم تأثیر معالجات مختلف ، بیماران را به ناراحتی روانی مبتلا میکند و بدین علت گرفتاریهای اجتماعی زیادی فراهم میآورد .

بررسیهای اخیر لنفانژیوگرافی ، اطلاعات زیادی درباره آناتومی و پاتولوژی این بیماری بدست داده است و جراحان توانسته‌اند راههای تازه‌ای برای درمان این بیماری پیدا کنند و نتایج رضایت‌بخشی نیز بدست آورند .

تاریخچه پیدایش سیستم لنفاوی : در سال ۱۶۲۲ ، Asellius پروفیسور آناتومی میلان ، ابتدا پس از بررسی در حیوانات و سپس در انسان درباره سیستم لنفاوی بدن گزارش مشروحی ارائه نمود . T. Bartholin اولین بار کلمه لنفاتیک را بکاربرد و در سال ۱۶۵۱ Pecquet کانال توراسیک را شرح داد و Sterling تبادل مواد بین پلاسما و لنف — بوسیله فشارهای اسمزی و هیدرواستاتیک — را به ثبوت رسانید ؛ بالاخره امروزه با کشف مواد ایزوتوپ ، لنفوگرافی به راحتی انجام میشود و اطلاعات مفیدی به ما میدهد .

آناتومی سیستم لنفاوی : شبکه لنفاوی سطحی بلافاصله در طبقه اپی تلیال پوست قرار دارد که لنف پوست ناحیه مربوطه را درناژ مینماید (شکل شماره ۱) . این شبکه تدریجاً لنف خود را در عروق لنفی — که دارای دریچه‌هایی است که بفواصل چند میلی‌متر از هم قرار گرفته‌اند — تخلیه مینماید ؛ تدریجاً مجاری لنفاوی بزرگتر — در قسمت پروکسیمال — مسیر وریدهای سطحی را طی کرده و به عقده‌های لنفاوی میریزند . لنف

همیشه بطور قابل ملاحظه‌ای پروتئین بافت همبند افزایش یافته است و این، خود زمینه مناسبی برای فعالیت فیبروپلاستها و تشکیل نسج فیبروز در نسج زیرجلد بوده است، ازدیاد فیبروزها موجب انسداد بیشتر مویرگ‌های لنفاوی شده بیماری را تشدید مینماید.

با اندازه‌گیری غلظت پروتئین خارج شده از نسج متورم میتوان به علت تورم پی برد.

در پروتئین حد پائین: چنانچه غلظت پروتئین ۰/۱ تا ۰/۳ گرم درصد باشد، تورم مربوط به هیپوپروتئینی است.

اگر ۰/۳ تا ۰/۵ گرم درصد باشد، تورم مربوط به ادم‌های قلبی است.

اگر ۰/۶ تا ۰/۹ گرم درصد باشد تورم مربوط به ادم‌های ویدی است.

در پروتئین حد بالا: مقدار پروتئین از ۱ تا ۵ گرم درصد متغیر خواهد بود که در بیماری لنفادم و یا سوختگی و آلرژی‌ها دیده میشود (۶).

تاریخچه لنفوگرافی: در سال ۱۹۳۳ اولین بار Hudack و McMaster لنفوگرافی را در شخص مرده‌ای انجام داده‌اند و پس از آن Kinmonth در ۱۹۵۲ و ۱۹۵۵ در رتبه لنفی ماده رادیوواپاک را تزریق کرده‌اند و بالاخره تکنیک جدید لنفوگرافی توسط Taylor در سال ۱۹۶۲ شرح داده شده است و در آن موقع ماده حاجب Neo Hydrol (اولترافلوئید لیپودول) را تزریق میکردند و با این ماده نمیتوانستند غدد لنفاوی را مشخص نمایند؛ تا اینکه McPeak در سال ۱۹۶۵ محلول روغنی با غلظت زیاد را بوسیله دستگاه فشاردهنده مخصوصی که به سرنگ متصل بوده است در رتبه لنف سطحی وارد مینماید. برای لنفوگرافی اندام تحتانی معمولاً ۶ سی‌سی از محلول - تدریجاً بمدت ۶۰ دقیقه - برای نمایان کردن مجاری لنفی در اندامها کافی خواهد بود. چنانچه انسدادی در مجاری لنفی وجود نداشته باشد در عرض چند ساعت ماده حاجب تنه‌های لنفاوی را طی میکند و به عقده‌های لنفاوی میرسد و در عقده‌های لنفاوی تا چند ماه باقی میماند و این خود وسیله‌ای برای راهنمایی در رادیوتراپی عقده‌های لنفاوی سرطانی است (۲-۵).

تصاویر شماره (۲) تکنیک لنفوگرافی را نشان میدهد.

تعیین لنفوگرافی

در لنفوگرافی طبیعی: معمولاً در ساق پا، ۲ الی ۳ شاخه لنفی در زیر جلد نمایان میشود که در مسیر صافن داخلی بطرف بالامیرود و در آن این شاخه‌ها به ۶ تا ۱۲ عدد میرسد که بالاخره به عقده‌های لنفاوی کشاله ران میرسد (شکل شماره ۳).

مسیر مجاری لنفاوی در اندام

در اندام تحتانی، مجاری لنفاوی از قسمت پشتی و طرفی ساق در مسیر وریدهای صافن بطرف بالا کشیده شده و به عقده‌های لنفاوی سطحی کشاله ران وارد میشود. سایر قسمتها بوسیله تنه‌های لنفاوی دیگری از فاسیال عمقی در حدود زانو گذشته و به عقده‌های لنفاوی ناحیه رگبی میریزند.

در اندام فوقانی، تنه‌های لنفاوی زیرجلدی دارای مجاری ظریف‌تری نسبت به اندام تحتانی هستند؛ این مجاری تدریجاً بطرف وسط و طرفین ساعد میروند و در ناحیه آرنج بطرف ورید Basilic تغییر مسیر داده بالاخره وارد عقده‌های لنفاوی زیر بغل میگرددند.

فیزیوپاتولوژی: لنف از کاپیلرهای خونی نفوذ کرده در مجاور انساج قرار میگیرد؛ مقداری از آن صرف تغذیه سلولها شده بقیه برای بازگشت به سیستم خونی وارد مویرگ‌های لنفاوی میگردد. بدین ترتیب، روزانه در حدود $\frac{1}{3}$ پلاسمای خون از کاپیلرها خارج میشود و سپس توسط مجاری لنفاوی و کانال تراسیک بجریان عمومی بر میگردد.

عروق کوچک لنفاوی نسبت به مولکولهای پروتئین و شیلومیکرون‌ها و سلولهای خونی و باکتریها و اجسام خارجی مثل Indian ink قابل نفوذ هستند.

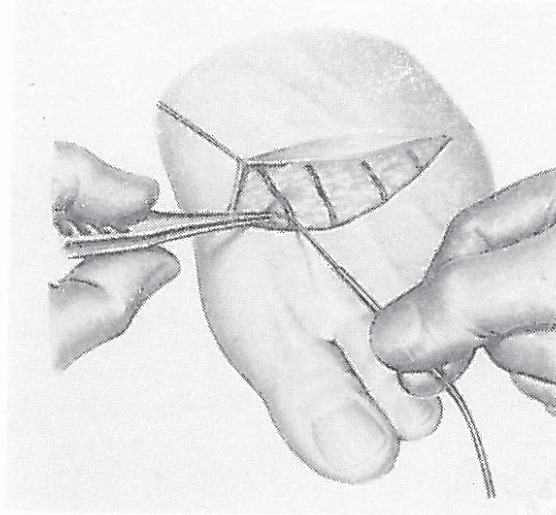
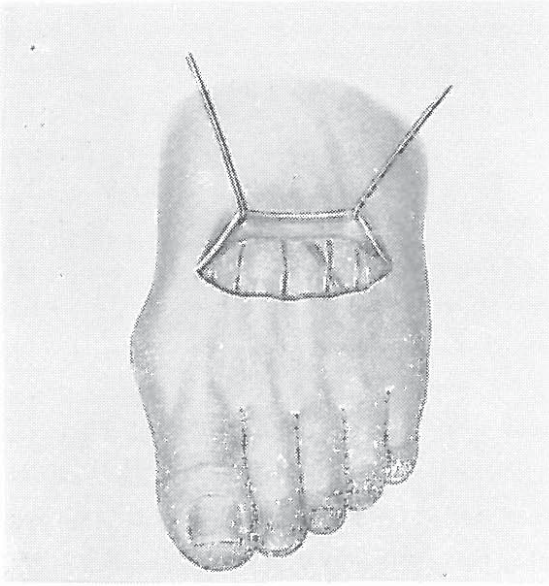
بدین ترتیب کار عمده سیستم لنفاوی، برگرداندن پروتئین-های پلاسما خارج شده از کاپیلرها به جریان گردش عمومی است.

فرمول و خواص لنف عبارتست از:

- ۱- فیبرینوژن و پروتئین.
 - ۲- گویچه سفید که ۹۵٪ آن را لنفوسیتها تشکیل میدهند.
 - ۳- گویچه قرمز که تعداد آن در موقع کار و فعالیت زیادتر شده تا حدود ۱۳۰۰۰ عدد میرسد.
 - ۴- نیتروژن، زوره، کراتینین، قند و کلرواسیدهای آمینه، فسفر و کلسیم.
- لنف بعلت نداشتن پلاکت و کمبود ترومبوپلاستین، زمان انعقاد طولانی‌تری نسبت به خون دارد (۱۰ تا ۲۰ دقیقه) فشار داخل مویرگ‌های لنفاوی $\frac{1}{2}$ و در خارج آن $\frac{1}{9}$ سانتی-متر آب است؛ McMaster این فشار منفی باعث حرکت یکطرفه مایع نسجی بداخل مویرگ‌های لنفی میشود و از آنجا به کمک انقباضات نسجی و در پیچه‌های لنفاوی بطرف کانال تراسیک میرود (۳).

پاتولوژی: عدم گردش جریان لنف در مویرگ‌های

لنفاوی و تجمع آن در نسج همبند، سبب تورم عضو شده بیماری لنفادم را ایجاد میکند. عده‌ای نقص کار سیستم ویدی را هم در ایجاد بیماری موثر میدانند. در لنفادم نقص مهم تخلیه مولکولهای پروتئین پلاسما خارج شده از دیواره کاپیلرهای خونی در فضای بین نسجی است. تجمع پروتئینها موجب فشار اسموتیک غیر-طبیعی شده که خود باعث تجمع بیشتر لنف در نسج می‌گردد و بطور ثانوی موجب افزایش تورم عضو میگردد. در لنفادم



تصاویر شماره (۲)



تصاویر شماره (۳)

ج : ۱۱٪ بیماران به هیپرپلازی مجاری لنفاوی دچار هستند که تنه‌های لنفاوی از نظر اندازه و تعداد زیاد شده پیچ‌وخم دار و واریسی میشوند؛ دریچه‌ها هم incompetent هستند و یا اصلاً دریچه‌ای وجود ندارد (شکل شماره ۶).



(شکل ۶)

الف : ۱۳٪ بیماران لنفادمی به آپلازی مجاری دچار هستند که در این دسته از بیماران لنفاوی مشخص نمیگردد و ماده رنگی در زیر جلد پخش میشود (شکل شماره ۴).



(شکل ۴)

در مجاری لنفاوی ممکن است شیل وجود داشته باشد و حتی ازوزیکولهای پوست شیل خارج بشود. این نوع، غالباً با سایر مالفورماسیونهای عروقی مانند فیستولهای شریانی وریدی نیز همراه هستند (۴). در بعضی مواقع آنومالی در تنه‌های لنفی ناحیه لگن وجود دارد و مایع شیل روده‌ها از طریق برگشت به پائین بطرف ران می‌آیند که بیماری نادر شیلوزرفلو را ایجاد میکند. وزیکولهای لنفی زیر پوست در این مرحله حاوی مایع شیری رنگ است.

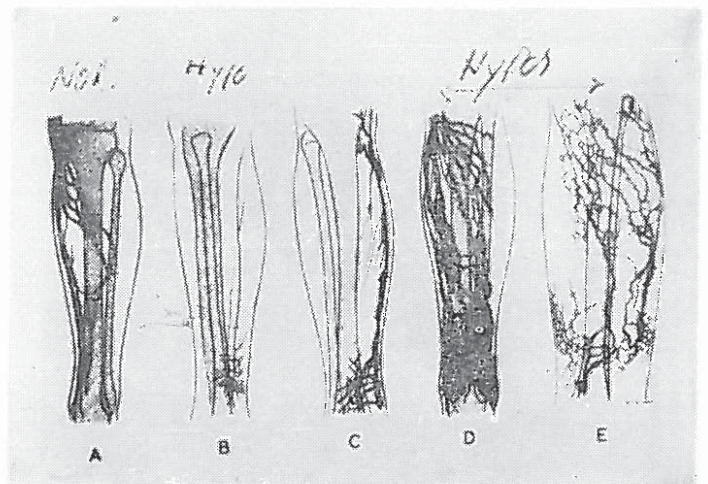
تقسیم‌بندی بیماری لنفادم :

ناکون تقسیمات مختلفی درباره علت لنفادم ذکر شده است؛ در این مقاله ساده‌ترین نوع تقسیم‌بندی ذکر میگردد :

۱- لنفادم اولیه یا ایدئوپاتیک Primary که در آن بطور کلی سیستم لنفاوی دچار رشد بوده و تکامل طبیعی پیدا نکرده‌اند؛ در این دسته، سه نوع مختلف وجود دارد که عبارتند از :

الف- نوع فامیلی بیماری Milroy که در سال ۱۸۹۲
۲۲ مورد آن توسط Milroy معرفی شده است.

این نوع لنفادم غالباً در نوع مادرزادی وجود دارد (۳).
ب : ۷۰٪ بیماران لنفادم به هیپرپلازی مجاری دچار هستند که ممکنست فقط يك الی دو تنه لنفی در لنفوگرافی دیده شود (شکل شماره ۵).



(شکل ۵)

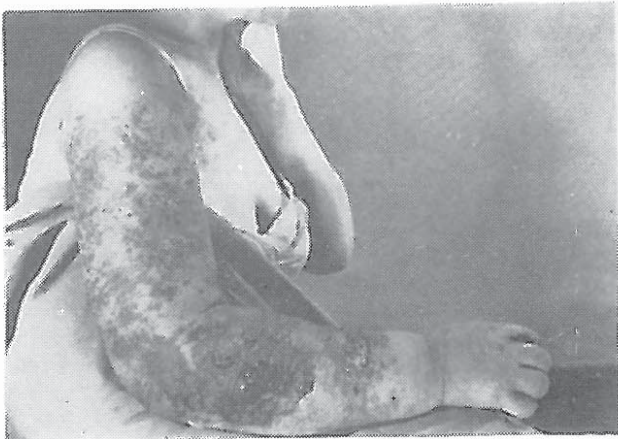
شدید مانند : تب ، ضعف ، بی‌حالی شدید ، التهاب و قرمزی پوست مشخص میگردد؛ در بسیاری از موارد درمان فوری با آنتی-بیوتیک موجب نجات بیمار میشود .

۲- هیپرکراتوز که درمحل تورم بوجود میآید و درمان خاصی ندارد (شکل شماره ۷) .



(شکل ۷)

۳- لنفانژیوسارکوم یا سندرم Stewart Treves (شکل شماره ۸) بطور نادر نسج لنفادماتوز بروی لنف-ادم مزمن گزارش شده است و گسترش فراگیری (متاستاز) آن از راه لنف زیرجلدی این بیماری است . بهرادیوتراپی و شیمیوتراپی حساس است ولی عود موضعی دیده میشود و بیشتر اوقات آمپوتاسیون وسیع لازم میگردد (۴) .



(شکل ۸)

ب- نوع زودرس که تظاهرات آن در سنین بلوغ بین ۱۵ تا ۳۰ سالگی ظاهر شده و غالباً در دختران جوان دیده میشود .

ج- نوع دیررس که در سنین بالاتر از ۳۵ سال ظاهر میگردد .

۲- لنفادم ثانویه یا Secondary که دارای علل مختلفی است مانند :

الف- انسداد مجاری لنفاوی در اثر تومورهای بدخیم کشالدران یا زیر بغل و یا درمسير تنه‌های لنفاوی ؛ از بین رفتن غد لنفاوی با عمل جراحی یا در اثر رادیوتراپی .

ب- انسداد بعلت عفونت مانند : سلولیت ، و لنفانژیت ، سل ، سیفلیس ، فیلاریا و گرانولوماتوز Venerian ضایعات بعد از فلجیت ؛ ضایعات محلی بعلت گزیدن حشرات ، مار و غیره (۱) .

تشخیص افتراقی :

با خصوصیات ذکر شده تشخیص لنفادم آسان خواهد بود . اشکال در تشخیص موقعی است که تورم دوطرفه باشد ، که در اینصورت باید بین ادم‌های هیپوپروتئینمی و تورم‌های کلیوی و قلبی فرق گذاشته شود . چنانچه ضایعه یکطرفه باشد ، تورم بعلت ضایعه انسدادی وریدها نیز مطرح خواهد بود که تغییر رنگ پوست ، وجود پیگمانتاسیون ، احتمالاً اولس‌های واریکو ، وجود سندرم‌های بعد از فلجیت راهنمای تشخیص خواهد بود . ونوگرافی ، انسداد وریدها را نشان میدهد ؛ بالاخره تورم فونکسیونل بعلت ضایعات عصبی ، ضربه ، فلج هیستری ، سرمازدگی را نباید از نظر دور داشت (۶) .

تشخیص قطعی :

با اطلاع از تاریخچه بیماری و ضخیم شدن پوست ، وجود هیپرکراتوز و دارا بودن تاریخچه عفونت های تکرار شونده ، تشخیص ساده خواهد بود و لنفوگرافی نیز اطلاعات ویژه‌ای درباره بیماری بدست میدهد .

پیش آگهی :

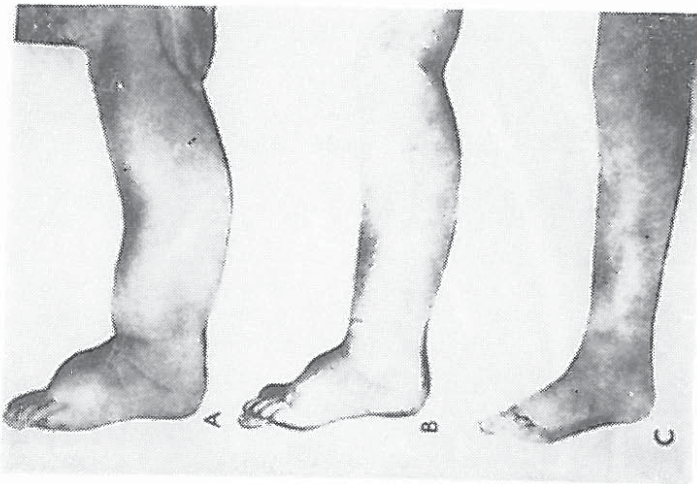
بطور عموم ، لنفادمی که دارای پیشرفت کند است پیش-آگهی بهتری خواهد داشت ؛ تعداد زیادی از این بیماران نیز با معالجات پزشکی درمان میشوند .

لنفادم هایی که مکرراً به عفونت‌های حاد (سلولیت و لنفانژیت) دچار میشوند و هر بار به حجم عضو مبتلا میافزایند ، دارای عاقبت بدی هستند و بایستی عمل جراحی این بیماران تسریع گردد ؛ چه گاهی اوقات عفونت ایجاد شده غیر-قابل کنترل و کشنده خواهد بود و در موارد نادر ، زخمهای لنفادم به لنفانژیوسارکوم تبدیل میگردد که در اینصورت چاره‌ای جز آمپوتاسیون گسترده نخواهد بود .

عوارض لنفادم عبارتند از :

۱- سلولیت راجعه بعلت استرپتوکک که علائم عفونی

Buried (shaved) skin flaps (برای ایجاد ارتباط بین سیستم لنفاوی سطحی و عمقی انجام داده است. بعقیده **تامپسون** مزیت این عمل در این است که لنفاتیکهای سطحی بین عضلات قرار میگیرند و انقباض عضلانی و نبض شریانی، در جریان انداختن لنف بداخل مویرگهای لنفی کمک موثری مینماید و در ثانی بین لنفاتیکهای سطحی و عمقی و همچنین باشبکه وریدی — که در مجاور هم هستند — ارتباطاتی ایجاد میگردد و رزئراسیون لنفاتیکها سریعتر انجام میشود؛ هر چه زمان بگذارد، رشد کانالهای لنفاتیک جدید بیشتر شده و در نازلنف انجام گرفته و حجم عضو با اندازه طبیعی برگشت مینماید (شکل شماره ۹).



(شکل ۹)

درمان

در لنفادهای خفیف، همیشه ابتدا درمانهای طبی انجام میشود که این درمانها شامل: بکار بردن جورابهای ضخیم الاستیکی، بالاگذاوردن پا، رعایت بهداشت پا و استفاده از آنتی-بیوتیک بطور متناوب میباشد.

همانطوریکه ذکر شد در بیماری لنفادم مسئله مهم حملات عفونی تکرار شونده است که همیشه بطور ثانوی عارض میشود و درمان آن، آنتی بیوتیک تراپی بمقدار زیاد خواهد بود. لنفادم حجیمی که با درمانهای طبی کنترل نمیشوند باید مورد عمل جراحی قرار گیرند که معمولاً این عده بیماران از گروه لنفادم باعلت ثانوی هستند مانند لنفادم دست (بعد از عمل سرطان پستان)؛ پس از اطمینان نسبت به از بین رفتن علت اولیه بیماری، برای کم کردن حجم عضو مبتلا و جلوگیری از حملات لنفانژیت های تکرار شونده مورد عمل جراحی قرار میگیرد.

اعمال جراحی

ناریچچه: از اوائل قرن ۱۹ تا کنون برای درمان بیماری لنفادم، انواع اعمال جراحی پیشنهاد شده و مورد عمل قرار گرفته است که یکی بعد از دیگری بعلت بی نتیجه بودن آن مورد استفاده قرار نمی گیرد از آن جمله است: لنفانژیوپلاستی Bridging با فلاپهای پوستی، اعمال جراحی اکزیسیونل، عمل اکزیسیون با برداشتن نیام عضلات (بنام عمل Kondoleon) و غیره.

آخرین تکنیک اعمال جراحی که بنام اعمال فیزیولوژی برای درمان بیماران لنفادم متداول شده و تا کنون نتایج رضایت بخشی داشته است، در زیر ذکر میگردد:

۱- عمل جراحی که ابتدا در سال ۱۹۶۷ توسط Rafael De Los Santeos پیشنهاد گردیده و آن عبارت از ترانسپوزیسیون چادرینه میباشد که پس از برداشتن انساج متورم از عضو مبتلا، چادرینه بزرگی را با لاپاراتومی از معده و کولون عرضی — با حفظ عروق گاستروایپی پیلوئیک — آماده کرده در لنفادم اندام تحتانی از کانال فمورال به قسمت داخل ران روی عضلات رانی قرار میدهند و برای لنفادم های اندام فوقانی، با ایجاد کانال پوستی در جدار قفسه سینه چادرینه آماده شده را از این کانال می گذرانند و پس از عبور آن از ناحیه زیر بغل، در مجاورت شبکه عروقی روی عضلات بازو و تا قسمت وسطای آن قرار میدهند؛ بدین ترتیب لنف توسط عروق لنفاوی چادرینه جذب میگردد و تدریجاً از تورم عضو کاسته میشود. اشکالات این نوع عمل عبارتست از: ابتدا کوتاه بودن چادرینه که ممکن است به محل لازم نرسد. دوم اینکه احتمال ترومبوزه شدن عروق چادرینه در این عمل زیاد میباشد.

۲- عمل Thompson که ابتدا در سالهای ۱۹۶۵ و ۱۹۶۷ این نوع عمل را که بنام ترانسپوزیسیون پوست

در شکلهای (۱۰) این تکنیک نشان داده میشود.

تامپسون در مدت ۱۵ سال بررسی تکنیک خود، نتیجه خوب و قابل قبول داشته است؛ در ۹۲٪ بیماران مبتلا به لنفادم اولیه یا ایدیوپاتیک نتیجه خوب و قابل قبول بوده است.

در ۱۰۰٪ بیماران مبتلا به لنفادم ثانوی، نتیجه خوب بوده است.

در ۹۴٪ بیماران مبتلا به لنفادم در اندام فوقانی باعلت های مختلف، نتیجه خوب بوده است. رویهمرفته باید اذعان نمود که تجربیات برای دو نوع عمل فیزیولوژی فوق تا کنون کافی نبوده و احتیاج به درمان تعداد زیادتری از بیماران لنفادمی باتکنیکهای فوق است تا بتوان درباره نتیجه آن قضاوت صحیحی نمود.

شرح حال و نتیجه عمل جراحی باطریقه **تامپسون** را که نزد بیمار ما انجام گرفته است در صفحات بعد ذکر مینمائیم.

درماینه بالینی ، اندام تحتانی راست تا کتالدران متورم و سفست است و این تورم از قسمت فوقانی ران شروع و تا انتهای تحتانی ساق پا ختم میشود . قطر ران در نیمه فوقانی ۳۵ سانتی-متر و در ثلث میانی ۵۸ سانتیمتر بوده که با طرف سالم در حدود ۲۵ سانتی متر اختلاف داشته است . سطح پوست کشیده و در روی آن نودولهای پراکنده وجود دارد که قوام آن تقریباً سخت میباشد .

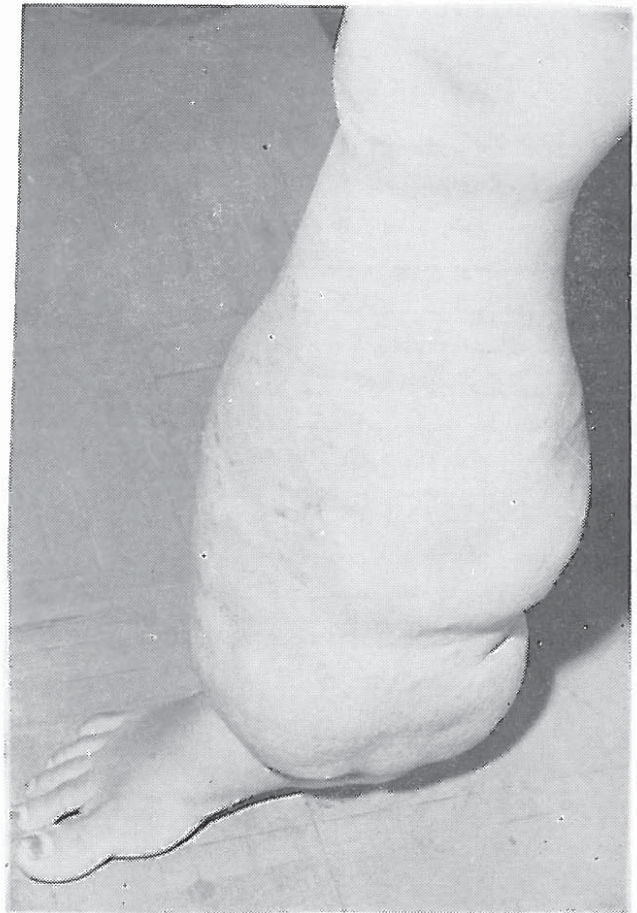
درفشار ، گوده باقی نه میگذارد ، تورم تا قوزکهای پا ختم میشود . بطوریکه در شکل شماره (۱۳) نیز دیده میشود در پشت پا تورمی وجود ندارد .

شرائین رانی و رکبی و پشت پائی ضربان عادی دارند ؛ اختلال در جریان گردش خونی و وریدی دیده نشده روی پوست زخمی وجود ندارد .

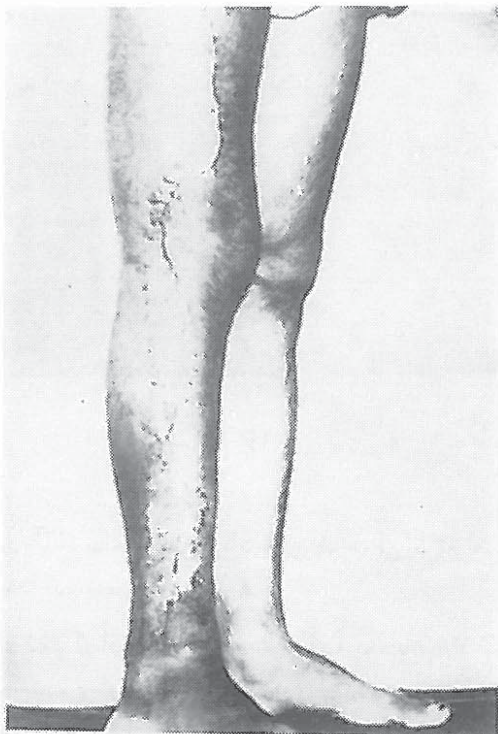
آزمایش خون : در بررسی متعدد میکرو فیلر دیده نشده و بیوپسی از ندول روی پوست ، فیبروز را نشان داده است .

تشخیص لنفادم اولیه دیررس داده شده است شکل شماره (۱۴) قبل از عمل . بیمار با عمل طریقه تامپسون ترانسپوزیسیون لنفاتیک Buired shaved مورد عمل قرار میگردد .

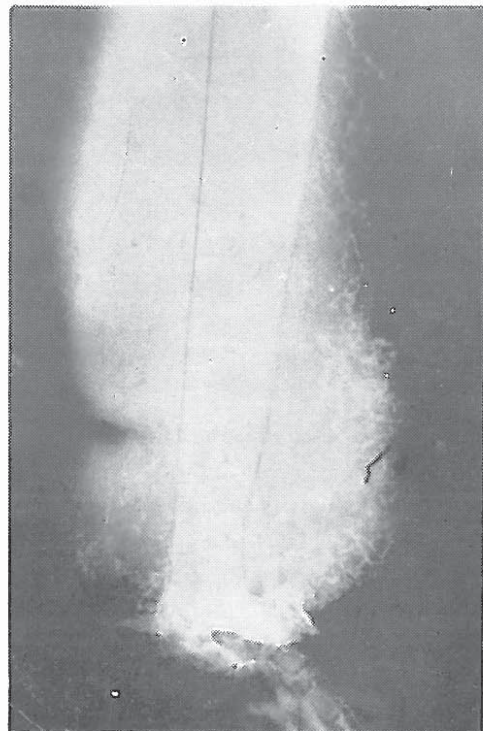
دوماه بعد از عمل همانطوریکه در شکل شماره (۱۵) مشاهده میشود ، حجم پا تقریباً با پای دیگر برابر شده است .



شکل شماره ۱۱-۱۳ و ۱۴



(شکل ۱۵)



(شکل شماره ۱۲)

بیمار دوم

آقای د.ح. ۱۵ ساله . محصل متولد و ساکن تهران . بعثت تورم پای راست که از نوک انگشتان و پشت پا شروع شده تا بالای ران ادامه داشته مراجعه کرده است . بیماری از ۴ سال قبل تدریجاً از مچ پا شروع شده که بهمین علت نزد پزشکان مختلف - به عنوان دررفتگی قوزک پا - مراجعه کرده است . در عمل قوزک داخلی و خارجی محل انسزیون جراحی وجود دارد که از آن بیوپسی بعمل آمده و از نتیجه آن اطلاعی در دست نیست . پس از چند ماه از معالجه منصرف شدند و بیمار بحال خود گذاشته میشود که تدریجاً تورم بیشتر شده و تا بالای ران ادامه یافته است (شکل شماره ۱۶ - قبل از عمل) . از دو سال پیش بیمار بفاصله هر چند ماه یکبار دچار حملات عفونی لنفاوی همراه با تب و لرز و قرمزی در این پا میشده است که به پزشک مراجعه کرده و با مصرف آنتی بیوتیک و استراحت بهبودی می یافته است . پس از هر دوره تب و لرز حجم پا اضافه میشده و بیمار کم خون میشده است . در سابقه فامیلی بیمار نکته مهمی وجود ندارد ؛ دو خواهر ۹ ساله و ۴ ساله و یک برادر ۴ ساله دارد که به این بیماری دچار نیستند ؛ در سابقه شخصی هم سابقه بیماری دیگری را ذکر نمیکنند .

با وجودی که چند روز پس از استراحت و بالا گذاشتن پا برای آماده کردن عمل گرفته شده است ، با این حال تورم نسبتاً شدیدی که از نوک انگشتان و پشت پای راست شروع شده و تا بالای ران ادامه داشته دیده شده است . قطر ران در نیمه فوقانی ۳۲ سانتی متر و در نلک میانی ۴۵ سانتی متر و در وسط ساق پا ۲۷ سانتی متر بوده است که با مقایسه طرف سالم بطور متوسط در حدود ۱۷ سانتی متر اختلاف داشته است . سطح پوست صاف و ضخیم است ، در فشار گوده باقی نمی گذارد ؛ شرائین و وریدهای پای راست که معاینه شده ، هیچگونه ضایعه ای را نشان نمیدهد . در آزمایش خون بجز کم خونی ، نکته مرضی دیگری دیده نشد . تشخیص بیمار لنفادم اولیه بوده است که با طریقه تامپسون (ترانسپوزیسیون لنفاتیک Buired Shave) مورد عمل قرار گرفته است . شکل شماره (۱۷) که ۲۵ روز بعد از عمل جراحی گرفته شده ، نشان میدهد که از حجم پا بمقدار متناهی کاسته شده و با پای طرف چپ مختصر تفاوت دارد . بیمار برای عمل نیمه دیگر این پا ، حداقل ۶ ماه دیگر مراجعه خواهد کرد .



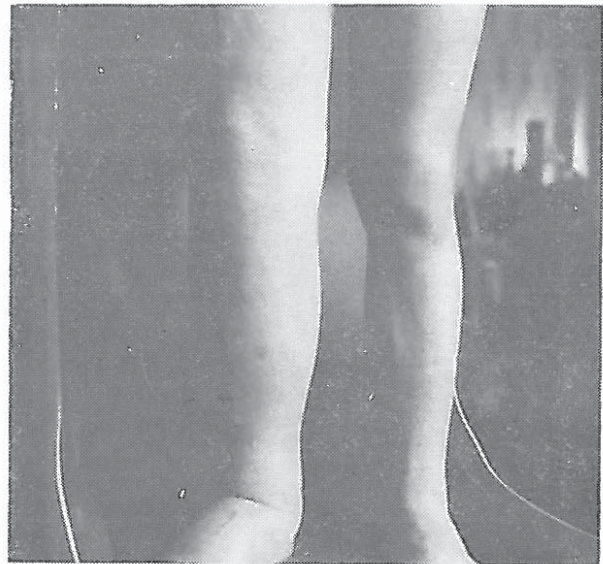
(شکل ۱۷)

خلاصه :

در این مقاله ابتدا در باره تاریخچه پیدایش سیستم لنفاوی و چگونگی تکامل لنفاوی بحث شده است ؛ کوشش نموده ایم که ساده ترین تقسیم بندی بیماری لنفادم را ذکر کنیم و در باره چگونگی تشخیص قطعی بیماری لنفادم و تشخیص افتراقی آن با سایر بیماریهای ادم دار ، به تفصیل بحث نماییم . و همچنین در باره درمانهای طبی و سپس اعمال جراحی متداول توضیحات لازم داده شده است و آخرین تکنیک اعمال جراحی ، که امروزه در درمان بیماری لنفادم متداول است و بنام اعمال فیزیولوژی موسوم اند معرفی شده است ؛ این اعمال عبارتند از :

۱- عمل ترانسپوزیسیون چادرینه یا عمل

Rafael De Loa Santos



(شکل ۱۶)

در آزمونهای خونی بیمار بجز کم خونی نکته مرضی دیگری مشاهده نشد .

در لنفوگرافی پای راست بیمار که یک ماه قبل از بستری شدن انجام شده ، هیچ نوع کانال لنفاوی دیده نشده و ماده رنگی در زیر پوست پشت پا منتشر شده است (آپلازی مجاری لنفاوی) ، در معاینه بالینی همانطوریکه در فتوگرافی این پا دیده میشود ،

گوا اینکه باروشهای فوق ، تاکنون نتایج خوبی حاصل شده است و نتیجه عمل نزد بیمارما نیز که بطریقه تاهپسون عمل شده رضایت بخش بوده است ، معهدنا باید اذعان نمود که هنوز تعداد عملهای انجام شده باروشهای فوق برای نظر دادن قطعی کافی نیست و احتیاج به تجربیات بیشتری دارد .

۲- عمل ترانسپوزیسیون پوست یا عمل تاهپسون Shaved Skin flaps منظور از اعمال فوق ، ایجاد ارتباط بین لنفاتیهای سطحی و عمقی بعد از برداشتن نیام عضلات است که پس از گسترش مجاری لنفی جدید ، درناژ لنف از راه مجاری لنفاوی عمقی انجام میگردد و تدریجاً تورم عضو از بین میرود .

RESUME

L'anatomie et la pathologie du systeme lymphatique sont discutees a la lumieres des etudes lymphographiques. Ces etudes ont surtout demontre l'independance relative des deux systemes lymphatiques superficiel et profond et la complexite des anomalies que l'en rencontre a leur niveau. Les lymphoedeme primaires sont distangues. Les nouvelles techniques operatoires employees pour le traitement des lymphoedeme sont decrites. La derniere partie de l'article est consacre a la presentation de deux cas de lymphoedeme primaire operes avec denbons resultats selon la technique de Thompson.

REFERENCES

- 1— Allen Barker Himes
Peripheral vascular diseases
Fourth edition sanders 1972 P 635-655.
- 2— Array. N and Picard J.D
La lymphangiographie
1st Edd Paris 1963 sanders Co. P 86-94.
- 3— Thompson. N
The surgical treatment of chronic lymphoedema
of the extremities
The surgical clinics of north America Vol. 47 No. 2
April 1967, P 445-504.
- 4— Taylor, G.W
Surgical management of primary lymphoedema.
The Royal Society of Medicine Dec. 1965
Vol. 58 No. 12 P. 1024-1026.
- 5— Taylor, G.W
Lymphangiography
Operative surgery second edd
Vol. 3 Butterwerths P. 242-246, 1976.
- 6— Taylor, G.W
Lymphoedema.
Clinical surgery second edd 1675.
Vol. 2 P. 281-300 Butterwerths.