

A. Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniği

ŞİLÖZASİT VE ŞİLOTORAKS

«Lenfajiyografi ile tanımlanmış bir vak'a»

Dr. Nihat Sipahi*

Dr. Burhan Şahin**

Bugün lenf sistemi hastalıklarını Kimonath'ın 1952 yılında geliştirdiği pratik lenfajiyografi tekniği ile daha emin ve kolay tanımlamak olanağına sahibiz. Lenfajiyografi memleketimizde başarı ile ilk kez Prof. Berk (1) tarafından geliştirilmiş, rutin bir muayene metodu olarak 1965 yılında bu yana kullanılmaya başlanmıştır. Bu metodun bizde geç uygulaması nedeni ile olsa gerek bugüne kadar literatürümüzde şilöz asit ve şilotoraks birlikte bulunan vak'a yayınına rastlamadık. Ancak gene aynı araştırıcının (2) şilotoraks- ta lenfajiyografi neşriyatında 3 şilotoraks vak'asından bahsedilmektedir. 1956 yılına kadar dünya literatürünü toplayan bir yazıda (5) 302 vak'a toplanmakta ve bu vak'aların ancak 32 tanesi şilotoraks ve şilozasiti kombine, 126 vak'a şilöz asit 77 vak'ada şilotoraks bulunmakta idi.

Aynı sahıpta şilöz asit ve şilotoraksın tüberküloz nedeni ile komolduğu bir vak'anın nekropsisi sonuçlarını 1956 yılında Fakültemiz Klinik-Patoloji toplantılarından birinde bildirmiştik. Bu yazımızda lenfajiyografi ile teşhis edilmiş gene aynı özellikte bir vak'anın dünya literatüründe sayılacak kadar az ve bizim literatürümüzde hiç yayınlanmamış olması yayınlama nedenlerimiz oldu.

Şilotoraks ve şilöz asit bir hastalık antitesi değil travmatik veya obstrüktif kökenli ilginç internal bir lenf yolları filtülü sekeli-

* A. Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kürsüsü Doçenti

** A. Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kürsüsü Asistanı

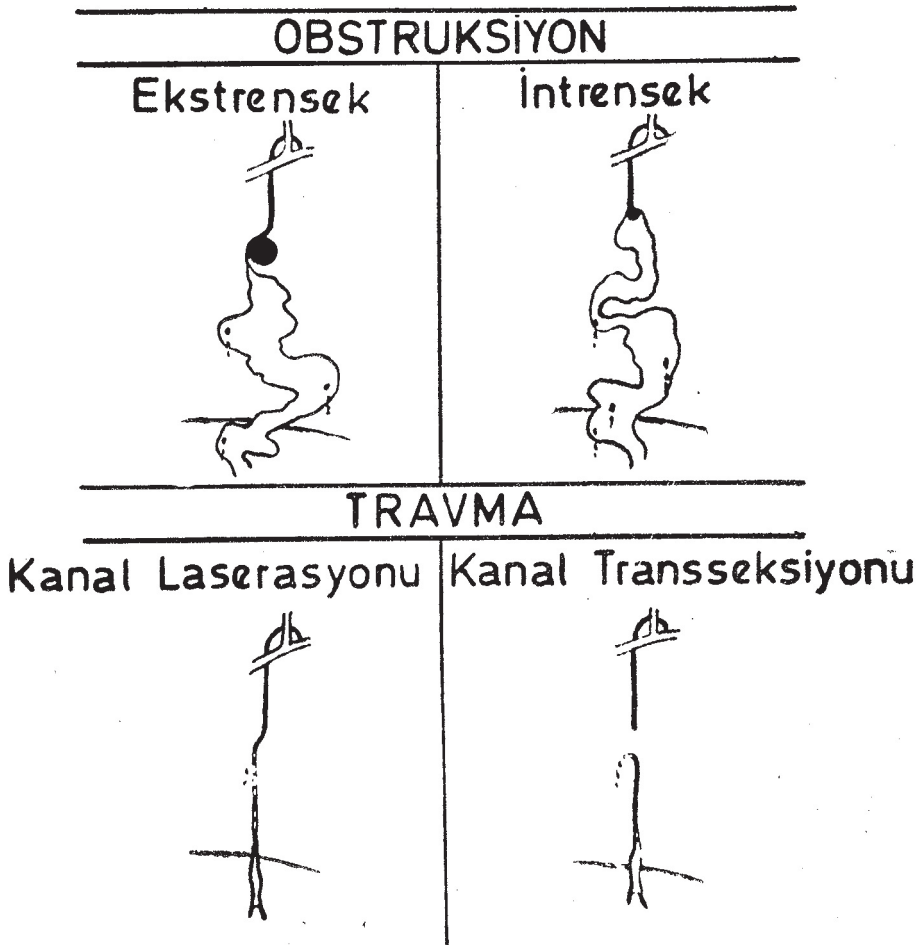
dir, lymph nomenklatüründe standart terimler değişik araştırmacılar tarafından türlü anlamlarda kullanılmaları nedeni ile karışıklıklara sebep olmaktadır. Bu sebeple kullanılan terimlerin hakiki anlamlarını vermek gereklidir. «Pure Lymph» spesifik organ ve doku orijinli, aksine «miskt lymph» iki veya daha fazla orijinden çıkan pure lymph'i tanımlar. Şilöz (Chylous) veya «Chyle» terimi ise yüksek miktarda yağ ihtiva eden lymph'i kastetmektedir. Chyle genellikle vücudun birçok bölge ve organından drene olan «miskt lymph» karakterindedir. Şilöz bir mayide aşağıdaki özelliklerden bir veya bir kaçının bulunması gereklidir :

1. Mikroskopik olarak serbest yağ
2. Plazmadan fazla yağ miktarı
3. Plazmanın yarısı kadar protein
4. Cerrahi veya otopsi ile lymphatic fistüllektomi

Cycterna Chyli ikinci lomber vertebranın ön yüzünde bulunur, karaciğer, barsaklar inen torasik ve lomber lenfa drenajını toplar. Ductus thoracicus cysterna chyli'den yukarıya doğru uzanır ve hiatus aorticustan aorta ile azygos ven arasından geçer. Yukarı mediastane arcus aorta ve arteria subklavianın arkasında özofagusun solu ile sol parietal plevra arasında vasıl olur. Dokuzuncu torasik vertebra hizasına kadar ductus thoracicus % 92 oranında tek tir ve bu noktada genellikle ductus thoracicusun transthorasik ligation'a uğradığı yerdir. Ductus thoracicus göğös içindeki seyri boyunca retro pleuraldir. Thoracic duct boyunda claviculanın 5.5 cm kadar üstüne çıkar ve internal vena jugularis'e % 47 oranında tek bir kanal olarak açılır. Sol torasik kanal 40-45 cm uzunluğunda olup cysterna chyli'den gelen lymphi drene ettiği gibi sol toraks sol akciğer boyunun ve ensenin sol tarafı ile sol yukarı ekstremité drenajı gene bu yolla olur. Bu kanal 4-6 mm genişliğinde, entotel ile döşeli müsküler tabakası olan bir oluşumdur, ve konnektif dokuya sahiptir. Parasempatik ve sempatik sistem kontrolünde kontraktibilitesi vardır. Sağ lymphatic duct yalnız 3-5 cm uzunluğunda olup karaciğer sağ lobunun yukarı yüzünü sağ akciğeri ve sağ yukarı ekstremité ile boyun ve ensenin sağ tarafını drene eder. Sağ ductus thoracicus genellikle sağ internal vena jugularis'e veya sağ subklavia venine açılır.

LENFATİK DOLAŞIM

İnsanda lenfatik sirkülasyon rudumenter olup, lenfa birçok faktör yardımı ile kapalı lenfa yollarında nakledilir. Bu faktörler arteriel pülsasyon müsküler aktivite, intestinal peristaltizma, karın ve toraks içi tazyikleridir. Ductus thoracicus içindeki lymph'in % 95'ni karaciğer ve barsaklardan gelen lenf teşkil eder. Lenfa sisteminin en önemli görevi dokulardaki fazla kan proteinlerini, me-



Resim I : Obstrüksiyon ve travma nedenleri ile tıkanan ve yırtılan ductus thoracicus şekilleri.

tabolik ve hazmolmamış yağı absorbe edip nakletmektir. Şilöz lenfin kimyası : Dansite : 1012'den 1020'ye kadar, total yağ miktarı : % 0,5 gr - % 3 gr, total protein : % 1 - 6 gr, Albumin Globulin : 3-1'dir. Total yağ miktarı diyetdeki yağa yarelel olarak değişir. Protein miktarı genellikle % 3 oranında sabittir.

Şilotoraks ve şilözasit ortaya çıkışı bakımından travmatik ve spontan olabilir. Spontan şilötoraks genellikle malign ve obstrüktif karakterlidir. Lymphoma, carcinoma veya tbc obstrüksiyon sebebi olabilir (Resim: I).

Silötoraks ve Şilözasit Klasifikasyonu.

1. Spontan

B — Ekstresek lymphatic obstrüksiyon

B — İntresek lymphatic obstrüksiyon

II. Travmatik

A — Penetran

1) Cerrahi

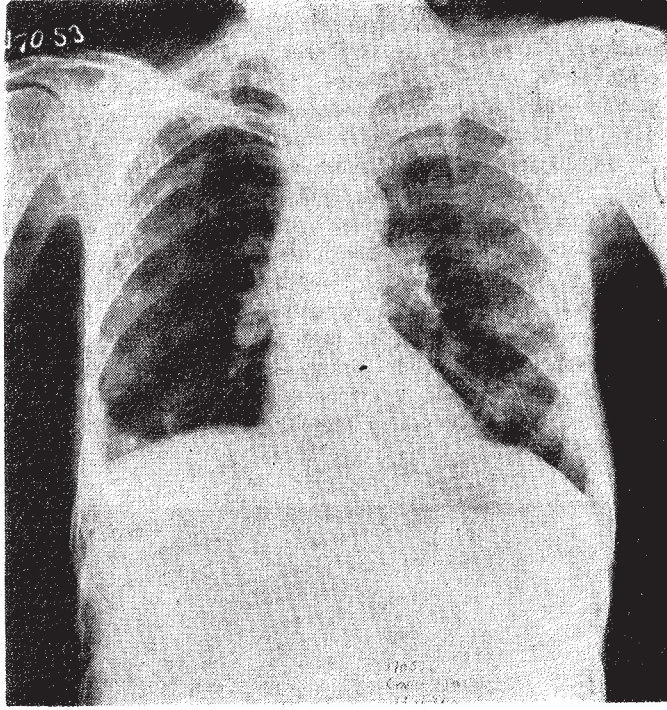
2) Cerrahi harici

B — Nonpenetran

Literatürde mevcut şilözasit ve şilötoraksın kombine bulunduğu vak'aların (32 vak'a) 29'u (% 87, 8) spontan olarak meydana gelmiş vak'alardır (5). Bu vak'aların hepsi obstrüktif nedenle ve 15 vak'a (% 51,7) ekstresek sebeplerle, 14 vak'a (% 48,3) entrensebeplerle oluşmuşlardır. Geri kalan 3 vak'a (% 12,1) travmatik orijinli olup bu vak'aların hepsinde travmatik sebep nonpenetran idi.

VAKA OBSERVASYONU

C.Ö. (51), Niğde, Ev kadını (Prot. No : 11259/71). Hastaya karnında şişlik, karın ağrısı, halsizlik, iştahsızlık ve zayıflama şikâyetleri ile Niğde Devlet Hastahanesinde 23. 8. 1971 de laparotomi yapılmış. Transvers kolon mezosu üstünde karın arka duvarına fikse geniş bir kitle ve barsak mezolarında yer yer kitleler tesbit edilmiş, inoperabl intraabdominal tümör kanısı ile biopsi dahi alınmadan ameliyat sonuçlandırılmıştır. Ameliyattan bir süre sonra karındaki asit artmış ve 11.11.1971 de kliniğimize yatırılarak 20.2.1972 tarihine kadar tetkik ve tedavi görmüş. Batında, sağ plevra boşluğunda asit varmış. Antitüberkülo tedaviden kısmen isgtifade etmişse de hasta gene aynı şikayetlerle ikinci kez 20.4.1972 tarihinde kliniğimize yeniden tetkik edilmek üzere kabul edildi. Hastanın öz geçmişinde 12 sene evvel bir akciğer tüberkülozu var.

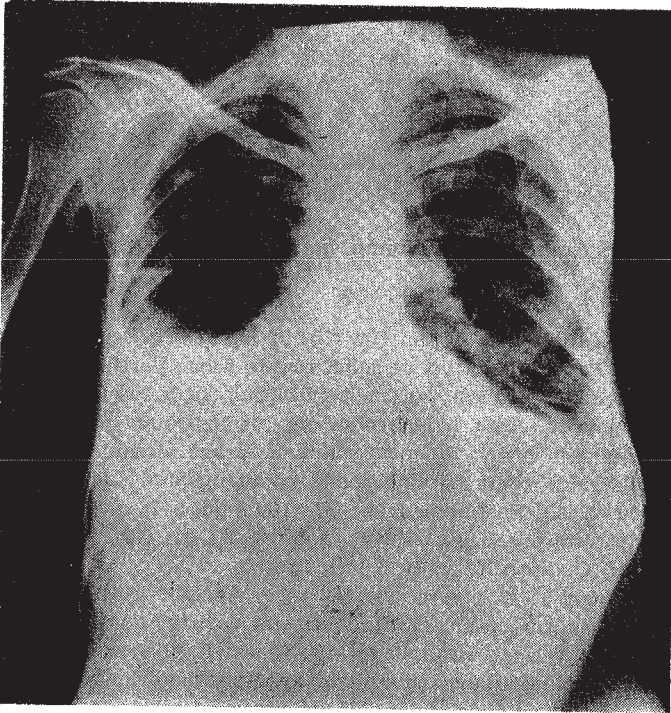


Resim II : Hastanın normal akciğer grafisi

Fizik muayene : K.B.: 110/70 mm Hg, Nb: 92 hasta genel görünümü ile cilt altı yağ tabakasını kaybetmiş, zayıf ve soluk renkli. Karın ileri derecede bombe, epigastriumda ameliyat nedbesi var, nedbe üzerinde fitik teşekkül etmiş, karında serbest asit mevcut, derin palpasyonla slg alt kadranda kitle palpe ediliyor, Sağ akciğer kaidesi vurma ile mat, solunum sesleri alınmıyor. Boyunda thiroid sol lobu üzerinde ceviz büyüklüğünde nodül mevcut. Laboratuvarı: E : 3.8 mil., L: 9.400 - 2.600, Sedimantasyon: 77 - 100 mm/1 - 2 saatte. Gaita: normal idrar: normal, total protein: % 4,6 gr, Alb.: % 2,4 gr, Glb.: % 2,2 gr, Timol B testi: % 1,4 Ü, Çinko sülfat : % 6,6 Ü, üre: % 19 mgr, AKŞ: % 180 mgr, T. Lipid: % 560 mgr, T. Kolesterol: % 180 mgr, Akciğer grafisi: Sağda homojen kesafet mevcut, karın mayii: Görünümü: şilö vasıfta, dansite: 1015, albumin: 13 gr/lt., rivalta: müsbet, sitolojik tetkik: Class II. Bkteriolojik tetkikinde patojen bakteri üremedi. Plevra mayii de aynen şilö görünümde olup aynı vasıflarda idi. Her iki mayiide sudan- III ile yapılan boyamada mebzül yağ damlacıkları vardı. Asitte total protein: % 6,3 gr, Albumin: % 2,5 gr, Globulin: % 3,8 gr, total kolesterol: % 325 mgr, total lipid: % 1264 mgr, Na: % 132 mEq/L,

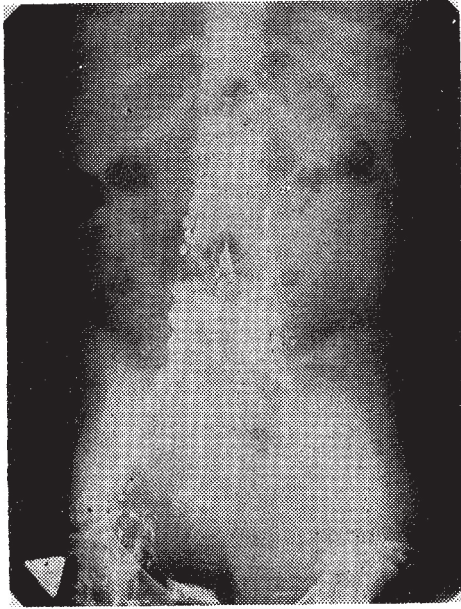
K : 3,6 mEq/L, bulunmuştu. Plevra mayiinde total protein: % 5,8 gr, albumin: % 2 gr, globulin: % 3,8 gr, T. Kolesterol: % 120 mgr, total lipid: % 1617 mgr, Na: % 135 mEq/L, K: % 3,5 mEq/L. Karın mayiinden yapılan protein elektroforezi: Albumin: % 68, alfa₁: % 6,25 alfa₂: % 6,25 beta: % 5,00 gamma: % 17,5. Plevra mayiinden yapılan elektroforezde albumin: % 56, alfa₁: % 9, beta: % 11, gamma: % 16, Serum protein elektroforezi: Albumin: % 47, 34, alfa₁: % 5,26, alfa₂: % 13, 15 beta: % 10, 52, gamma: % 23, 62. Mide - ince barsak radyolojik tetkiki: Normal, jinekolojik muayene: Normal. Lymphanjiografi: Cysterna Chyle'i üzerinde bir kısımdan yukarı lenf akımı olmuyor ve batin mayiinde serpintiler halinde kontrobst madde dağılımı tesbit ediliyor (resim: 2, 3, 4, 5).

Seyir ve tedavi: Hastaya tekrar antitüberkülo tedavi tatbik edildi. Bir salah olmayınca kortizon (günde 80 mgr deltacortry) tedaviye ilave edildi. Genel durumda geçici bir düzelme olduysa da sol plevra da mayii toplandı. Hastada tüberküloz nedeni ile cysterna chyle seviyesinden biraz yukarıda baskı olduğu kanısı ve tatbik edilen tedavi ile taburcu edildi.



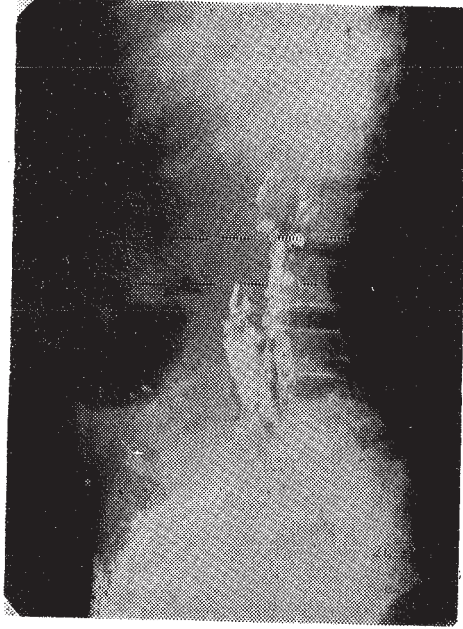
Resim III : Bilhassa sağda fazla olmak üzere her iki pleura boşluğunda mayi toplandıktan sonraki akciğer grafisi

Chylothorax ve chylousasit teşhisi çoğu kez bizim vak'amızda olduğu gibi bir gecikmeden sonra karından ve thoraks'dan alınan mayilerle konulur. Vücudun hiçbir mayiinde yağ plazmadan fazla ve proteinler plazma proteinlerinin yarısı kadar olamaz. Hastalığın teşhisinde asite geçen lipophlic injeksiyonlar yeşil veya kırmızı renkte yağ ve oleomargarinleri yedirmek, bu maddelerin asit ve thorax mayiinde bulunması ile chylous asit ve chylothorax teşhisi konur.



Resim IV : Lenfanjiografide ön arka planda lenf yollarının cysterna chyle hizasında tıkanışını ve kontrast maddenin karın içindeki sıvıda dağılışı

Bugün her halde en kesin teşhis lenfanjiografi ile olacaktır. Lenfanjiografi (3, 4, 6) bilhassa chylous asit ve chylothorax teşhisinde değerine inandığımız bir muayene metodudur. Biz vak'amızı bu metod ile tanımladık ve bir torasik kanal üzerine baskı tesbit ettik. Cerrahî metodla tedaviyi yapılacak müdahalenin güçlüğü ve hastanın genel halinin bunu kaldırmıyacağı nedeni ile denemedik.



Resim V : Yan planda gene tıkanma yerinin üstüne kontrast maddenin çıkamadığı ve karın içi sıvıya küçük partiküller halinde dağılışı tesbit edilmektedir.

ÖZET

Bu yazımızda literatürümüzde yayınlanmamış ve dünya literatüründe de nadir görülen şilotoraks ve şilöasitin aynı vak'ada combine olduğu bir hastayı takdim ettik. Bu nedenle de konuyu literatür ışığında etraflıca inceledik.

RESUME

CHYLOASİT ET CHYLOTORAK

Un cas chyloasit et chylotorak pour l'aide lymphaugiographie

Dans cette article nous vous avons presente un malade appertient sur le maladie chylorodieu et chylatorax qui oût été pupliè très rare dans les iteratures c'est pourquoi cette malade nous a paru très interescent.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — BERK, U.: Lenfanjiografi metodu ve memlekimizde ilk uygulaması. A.Ü. Trp Fak. Mec. Cilt: 18, 123 - 135, 1965.
- 2 — BERK, U.: Şilotoraksde lenfanjiografi. Gül. As. Tıp. Ak. Bül. 9 : 481, 1966.
- 3 — BİSMUTH, V.: DESPREZ - CURELY, J. P. TL BOURDOR, R. et GROZCA, P.: La lymphangrafie, Technique, indicatior et resultats. Rev. Rahom Med. İnt., 3 : 83, 1966.
- 4 — COHEN, R. M.D., VİAMONTE, M. JR. M.D., CYPRESS, E. M. D.; KALSER, M.H., M.D.: Lymphangiography in a patient with Chyloüs Ascites. Radiology 81 : 219, 1963.
- 5 — GREENİNG, R.R. and WALLACES : Further observation in lymphangiography. Rad. Clin. N. Amec. I : 157, 1963.
- 6 — NİX, J.T.; ALBERT, M.; DUGLAS, J. E. and WENDT, N. L.: Chylothorax and Chylous'ascites; A Study of 302 selected cases. Amec. j. of Gastroenterology. 40 : 40, 1957.

(Mecmuaya geldiği tarih, 27 Ekim 1972)