



9-1-2003

Posttraumatic Pelvic Lymphocele: A casereport

Nai-Chiung Huang

Sen-Yung Liu

I-Ru Chen

Ta-Sen Wei

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Huang, Nai-Chiung; Liu, Sen-Yung; Chen, I-Ru; and Wei, Ta-Sen (2003) "Posttraumatic Pelvic Lymphocele: A casereport," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 31: Iss. 3, Article 7.

DOI: <https://doi.org/10.6315/3005-3846.2201>

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol31/iss3/7>

This Case Report is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrsc@gmail.com.

外傷後骨盆腔淋巴囊腫：病例報告

黃乃炯 劉森永 陳怡如 魏大森

彰化基督教醫院復健科

骨盆腔淋巴囊腫通常發生於腎臟移植或骨盆腔腫瘤暨淋巴切除後的患者，由外力撞擊鈍傷造成者屬於罕見的病例。沒有出現症狀的患者，只需持續觀察追蹤即可；有症狀的患者則需要將囊腫內的淋巴液直接抽出或引流。本文提出一例因跌倒受傷後引起下背痛的患者，合併延遲出現單側大腿腫脹的現象，電腦斷層攝影在骨盆腔發現一個淋巴囊腫，經直接抽出囊腫液體後，所有症狀隨即迅速解除，經追蹤半年未再復發。（中華復健醫誌 2003; 31(3): 175 - 179）

關鍵詞：下背痛(low back pain)，骨盆腔淋巴囊腫(pelvic lymphocele)

前 言

骨盆腔淋巴囊腫(pelvic lymphocele)絕大部分都是由於手術或外傷，造成淋巴管的破壞後所引起的併發症，通常發生於腎臟移植或骨盆淋巴摘除手術後的患者。^[1,2] 大部分的患者不會產生症狀，只需持續觀察追蹤即可；有症狀的患者則有經皮引流、手術引流、注射硬化劑或手術縫合引流至腹腔(peritoneal marsupialization)等治療方式。^[3,4] 由外力撞擊鈍傷造成骨盆腔淋巴囊腫的情況相當罕見，本研究報告一例跌倒後引起下背持續疼痛的患者，並且逐漸產生單側下肢腫脹、行走困難的症狀，原本認為是下肢深部靜脈栓塞，進一步檢查後發現一個骨盆腔淋巴囊腫，在電腦斷層攝影的導引下抽出囊腫液體後，該患者的症狀顯著快速的改善。

病例報告

患者為 78 歲的女性，過去曾有斷斷續續的下背痛，沒有腹腔手術的病史。因走路跌倒，引起劇烈的下背和左臀部疼痛而至門診求治。患者主訴從左側下背、臀部、鼠蹊至大腿前內側出現劇烈疼痛，以至於

站立和行走困難，坐姿會稍微緩和症狀。理學檢查方面，外觀上沒有看到皮下瘀血，抬腿試驗(straight leg raising test)、Patrick test 正常，髖關節屈曲和膝關節伸直肌力稍差，足踝肌力正常，感覺檢查兩側對稱。X光檢查顯示腰椎退化性關節炎及骨質疏鬆症，但是沒有腰椎、股骨或骨盆的骨折。患者雖經藥物及一療程的復健治療，但效果不彰，於是繼續四處求醫，包括中醫、針灸及國術館民俗療法。約一個多月後症狀仍然沒有改善，持續下背痛並延伸至臀部、鼠蹊及大腿前側，站立或行走還是會加重疼痛的程度，同時逐漸出現左大腿腫脹疼痛；在受傷後兩個多月後再度回診，懷疑為深部靜脈栓塞，建議由心臟血管外科收住院檢查治療，並且開始抗凝血治療。住院時的血液檢查排除了感染的可能性。四天後電腦斷層攝影顯示在左上骨盆腔內發現一個 9x7x4 公分、低密度且邊緣完整的囊狀病灶，懷疑是淋巴囊腫，於是終止抗凝血治療，進一步在電腦斷層導引下抽出清澈略帶黃色的液體(圖 1 和 2)，該抽出液體的病理檢查並未發現惡性細胞。隔日患者的疼痛與日常生活功能即戲劇性的大幅改善，經半年追蹤，僅有輕微的下背酸痛，其他所有的症狀未再復發；同時，電腦斷層未見任何明顯之解剖上異常，靜脈攝影亦無明顯之阻塞或外來壓迫(圖 3 和 4)。

投稿日期：92 年 4 月 11 日 修改日期：92 年 7 月 16 日 接受日期：92 年 7 月 24 日

抽印本索取地址：黃乃炯醫師，彰化基督教醫院復健科，彰化市 500 南校街 135 號

電話：(04) 7238595 轉 7418 傳真：(04) 7279512



圖 1. 電腦斷層攝影在左上骨盆腔內發現一個 9x7x4cm，低密度的囊腫，如圖中“1”所示，內容物為均勻的黏液或漿液，並有中膈分開其腔室。其位置向前與右與小腸接觸，向左與腰大肌接觸，向後輕微壓迫到直腸。

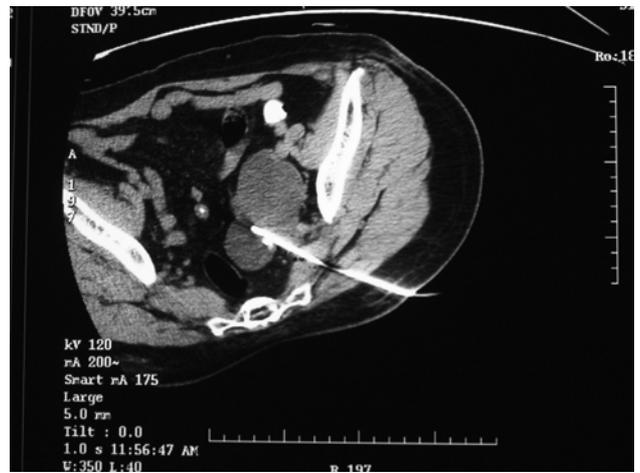


圖 2. 在電腦斷層導引下，由梨狀肌內側用一 8 號之 Hydrofeel 引流管插入囊腫內引流，引流液顏色為淡黃清澈。

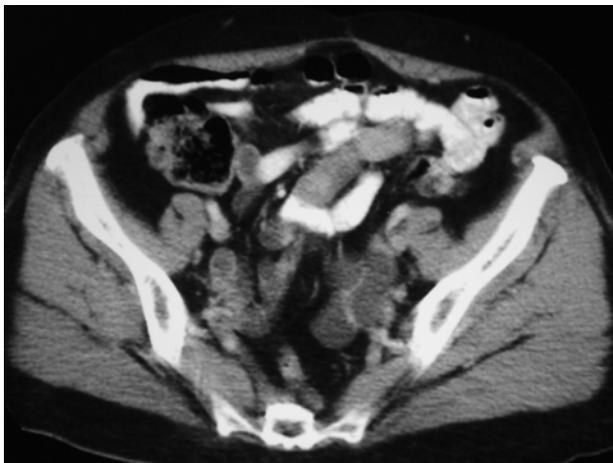


圖 3. 病人骨盆腔中未有任何明顯之解剖上異常或贅生物。



圖 4. 左側靜脈攝影可見股靜脈(femoral vein)的顯影，無明顯之阻塞或外來壓迫。

討 論

骨盆腔淋巴囊腫的文獻報告絕大部分是骨盆腔或後腹腔手術後的併發症，可以在術後幾天到數年內出現，^[5]通常是幾個禮拜。發生的比率在腎臟移植手術後的患者是 0.6-18%，婦科腫瘤暨淋巴切除手術後的患者是 20-30%，泌尿科腫瘤手術後的患者是 0.8-11%，^[3,6,7]

原因可能是淋巴結切除時處理淋巴管不當所造成。^[1,3]也有報告敘述發生在腰椎融合手術後的患者，^[8]但直接由外力撞擊鈍傷，造成骨盆腔淋巴囊腫的病例很罕見。^[3,9]產生淋巴囊腫的危險因子，包括手術技術問題、再移植、移植排斥、腎臟外囊破裂(renal capsular tears)、下肢動靜脈瘻管、化學治療、放射治療、使用利尿劑或抗凝血劑等。^[3,6,10]對於淋巴管的傷害如果只是輕微，可以藉由側枝循環來維持淋巴流動；但是當

傷害嚴重至阻斷淋巴循環時，淋巴液將逐漸積聚在骨盆或後腹腔，形成淋巴囊腫。所以淋巴囊腫的外壁是由緻密的纖維組織所構成，而不是上皮細胞，囊腫內液體的生化分析與血清大致相同，可以和手術後的血腫或膿瘍作鑑別診斷。^[1]

淋巴囊腫的病程發展與是否產生症狀和病灶大小息息相關。若囊腫不大，而且沒有併發感染，通常都會逐漸自行吸收而癒合，^[1]事實上很多骨盆腔淋巴囊腫並沒有出現症狀，只是在手術後的追蹤檢查被注意到，如腎臟移植後的超音波檢查。但是如果囊腫較大，會壓迫到鄰近的結構如腸骨血管、膀胱、輸尿管或直腸等，於是產生各種不同的症狀和問題，包括腹脹、腹痛、骨盆腔痛、下背痛、水腎、腎功能障礙、膀胱功能障礙、便秘、單側下肢腫脹、外陰部水腫與血管栓塞等。^[1,3]其中單側下肢水腫很容易被誤認為深部靜脈栓塞，但是抗凝血治療反而會增加囊腫內淋巴液的積聚，這是因為淋巴液內原本就沒有血小板，只能靠凝血因子來封住破損的淋巴血管。^[3,6]臨床上除了靜脈攝影或血管超音波檢查來確定深部靜脈栓塞的診斷，也可以使用淋巴血管攝影來探查淋巴循環的情形。^[11]

影像診斷上主要是使用超音波檢查和電腦斷層攝影。^[5]在超音波的影像方面，淋巴囊腫是低回音或沒有回音(hypoechoic to anechoic)，有時可以看到囊腫內的間隔(internal septum)；電腦斷層攝影則可以看到邊緣清楚、薄壁的低訊號病灶(well-delineated, low-attenuating lesions with thin wall)，顯現出充滿液體的空腔。如果有發現囊腫內間隔，要考慮感染的可能性，尤其是之前有穿刺抽出液體的紀錄。進一步的檢查是將囊腫內的液體抽出，檢視顏色外觀以及作生化、格蘭氏染色(Gram stain)和細胞學檢查來排除感染和腫瘤。對於合併單側下肢水腫的病人，藉由靜脈攝影可以發現血管阻塞是來自血管外的壓迫，而不是血管本身阻塞。^[3]

治療上，大部分的患者屬於較小且沒有症狀的淋巴囊腫，只需要持續觀察追蹤即可。對於有症狀的患者，一開始可以在超音波或電腦斷層攝影的指引下，直接經皮穿刺抽出液體(percutaneous aspiration)，好處是除了可將抽出液送檢，也比手術的方式來得安全。但是容易復發，80%-90%的患者需要重複抽吸，長期的成功率只有20%，而且多次抽出液體的步驟，容易造成感染，機會高達25%-50%。^[1,5,6]如果臨床症狀嚴重且影響鄰近重要結構的功能，或是出現腹痛、發燒、畏寒等敗血症的症狀，則需要積極的採用引流或手術治療。如果是經皮引流(percutaneous drainage)的方式，必須留置引流管一段時間，治療上有70%-100%的成功率，^[1,5,12]但缺點是導管留置時間長達數天到數月，住

院時間長，多所不便。引流加上注射硬化劑(drainage with injection of sclerosing agents)可以進一步增加成功率，縮短患者住院天數，並減少復發；常被使用的硬化藥物包括 alcohol, povidone-iodine, tetracycline, ampicillin 等。^[1,7,13,14]近來採用腹腔鏡的方式來手術，成效不錯而且可以縮短住院天數。^[6,15-17]手術引流(surgical drainage)或手術縫合引流至腹腔(marsupialization to the peritoneal cavity)等治療是最後不得已的方式。^[6,18]對於外傷後淋巴囊腫的治療，初次可以經皮直接抽出裡面所蓄積的淋巴液體，復發時才考慮經皮導管引流的方式或加上硬化劑注射。

回顧本病例的診斷治療過程，仍存有一些問題。首先是患者對治療診察很沒有耐性，不斷四處求醫，所以無法作進一步的追蹤，以至於檢查不夠完整。第二，住院開始時的抗凝血治療，至今雖然沒有引起任何的問題，但是對於骨盆腔囊腫的患者而言仍然是不利的。^[3,19]第三，治療方式是在電腦斷層攝影的指引下，直接經皮穿刺抽出液體，但是由過去的文獻報告得知，復發的機會頗高。第四，以往的文獻幾乎都是重大手術後的患者，包括腎臟移植或腫瘤暨淋巴切除，骨盆腔內有較大的結構變化，但是本病例未曾手術過，復發機會是否相同？是否需要採取更積極如經皮引流的治療方式？第五，過去的文獻曾提到淋巴囊腫壓到薦神經叢引起鼠蹊至大腿前內側的疼痛，^[20]本病例疼痛分布的區域大致相同，可能也是相同的情形，但是電腦斷層影像無法充分的證實。

結 論

外傷後的下背疼痛是復健科門診很常見的問題，當有些病人對於治療的反應不如預期時，尤其是合併延遲出現單側大腿腫脹的現象，應當進一步考慮神經與骨骼肌肉系統以外的原因，包括血管淋巴系統受傷的可能性，並且需要將深部靜脈栓塞和骨盆腔淋巴囊腫所造成的外在靜脈壓迫作鑑別診斷。

參考文獻

1. Kim JK, Jeong YY, Kim YH, et al. Postoperative pelvic lymphocele: treatment with simple percutaneous catheter drainage. *Radiology* 1999;212:390-4.
2. Metcalf KS, Peel KR. Lymphocele. *Ann R Coll Surg Engl* 1993; 75:387-92.
3. Brown KM, Borge MA, Labropoulos N, et al. Pelvic lymphocele following motor vehicle collision. *Ann*

- Vasc Surg 2002; 16:121-5.
4. Kerlan RK, LaBerge JM, Gordon RL, et al. Bleomycin sclerosis of pelvic lymphoceles. *J Vasc Interv Radiol* 1997;8:885-7.
 5. vanSonnenberg E, Wittich GR, Casola G, et al. Lymphocele: imaging characteristics and percutaneous management. *Radiology* 1986;161:593-6.
 6. Gill IS, Hodge EE, Munch LC, et al. Transperitoneal marsupialization of lymphocele: a comparison of laparoscopic and open techniques. *J Urol* 1995;153:706-11.
 7. Montalvo BM, Yrizarry JM, Casillas VJ, et al. Percutaneous sclerotherapy of lymphoceles related to renal transplantation. *J Vasc Interv Radiol* 1996;7:117-23.
 8. Levi AD. Treatment of a retroperitoneal lymphocele after lumbar fusion surgery with intralesional povidone iodine: technical case report. *Neurosurgery* 1999;45:658-61.
 9. Germon TJ, Clarke NM, Watt I. Post traumatic lymphocele. *Injury* 1994;25:65-6.
 10. Khauli RB, Stoff JS, Lovewell T, et al. Post-transplant lymphoceles: a critical look into risk factors, pathophysiology and management. *J Urol* 1993;150:22-6.
 11. Williams WH, Witte CL, Witte MH, et al. Radionuclide lymphangiography in the evaluation of peripheral lymphedema. *Clin Nucl Med* 2000;25:451-64.
 12. Conte M, Panici PB, Guariglia L, et al. Pelvic lymphocele following radical paraaortic and pelvic lymphadenectomy for cervical carcinoma: incidence rate and percutaneous management. *Obstet Gynecol* 1990;76:268-71.
 13. Gilliland JD, Spies JB, Brown SB, et al. Lymphoceles: percutaneous treatment with povidone-iodine sclerosis. *Radiology* 1989;171:227-9.
 14. Sawhney R, D'Agostino HB, Zinck S, et al. Treatment of postoperative lymphoceles with percutaneous drainage and alcohol sclerotherapy. *J Vasc Interv Radiol* 1996;7:241-5.
 15. Melvin WS, Bumgardner GL, Davies EA, et al. The laparoscopic management of post-transplant lymphocele. a critical review. *Surg Endosc* 1997;11:245-8.
 16. Hsu TH, Gill IS, Grune MT, et al. Laparoscopic lymphocelelectomy: a multi-institutional analysis. *J Urol* 2000;163:1096-9.
 17. Cadrobbi R, Zaninotto G, Rigotti P, et al. Laparoscopic treatment of lymphocele after kidney transplantation. *Surg Endosc* 1999;13:985-90.
 18. Matin SF, Gill IS. Laparoscopic marsupialization of the difficult lymphocele using internalized peritoneal dialysis catheter. *J Urol* 2000;163:1498-500.
 19. Sieber PR, Rommel FM, Augusta VE, et al. Is heparin contraindicated in pelvic lymphadenectomy and radical prostatectomy? *J Urol* 1997;158:869-71.
 20. Gonzalez-Gay MA, Garcia-Porrúa C, Pulpeiro JR, et al. Anterior crural neuralgia as a presenting manifestation of lymphocele. *Arthritis and Rheum* 2000;43:1183-4.

Posttraumatic Pelvic Lymphocele: A Case Report

Nai-Chiung Huang, Sen-Yung Liu, I-Ru Chen, Ta-Sen Wei

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Changhua Christian Hospital, Changhua

The development of pelvic lymphocele is usually a complication following renal transplantation as well as pelvic lymphadenectomy for gynecologic or urologic cancers. Pelvic lymphocele after blunt trauma is rarely described before. Asymptomatic patients are managed with observation and follow-up imaging studies. Symptomatic lymphoceles need to be treated by means of percutaneous needle aspiration or drainage. We reported a case of low back pain after a fall with delayed onset of ipsilateral thigh swelling. Computed tomography revealed a fluid-filled mass in the pelvis. After treatment by CT-guided percutaneous aspiration, all symptoms rapidly resolved without recurrent symptoms in 6 months follow-up. (J Rehab Med Assoc ROC 2003; 31(3): 175 - 179)

Key words: low back pain, pelvic lymphocele

