

Clinica Chirurgica I dell'Università di Varsavia
e Laboratorio di Chirurgia Sperimentale
dell'Accademia Polacca di Scienze

J. NIELUBOWICZ

W. OLSZEWSKI

**Anastomosi chirurgiche
linfatico-venose**

(Nota preliminare)

Estratto da MINERVA CARDIOANGIOLOGICA

Vol. 15 - N. 3 - Pag. 254-256 (Marzo 1967)

EDIZIONI MINERVA MEDICA TORINO

<http://rcin.org.pl>

Tutti i tentativi chirurgici di anastomosi tra linfatici, nei casi linfedema delle estremità, sono rimasti sino ad oggi infruttuosi per il diametro estremamente ridotto di tali vasi.

Con la presente ricerca si è indagata la possibilità di effettuare una anastomosi diretta fra un linfonodo sezionato e la vena adiacente, basandosi sul presupposto che i seni linfatici sottocapsulari e midollari rimangano pervii e drenino liberamente la linfa proveniente dai vasi afferenti. Si ammette inoltre che nel linfedema, soprattutto in quello secondario, vi sia, attraverso l'anastomosi linfatico-venosa, un notevole deflusso di linfa, liberata dalla sezione del linfonodo.

Nella prima parte della ricerca vengono descritti gli esperimenti effettuati per mettere a punto la tecnica di anastomosi linfatico-venosa e per confermare la validità dei presupposti suaccennati.

Materiale e metodi

Le anastomosi linfatico-venose sono state effettuate in 30 cani, impiantando un linfonodo mesenterico o epatoduodenale nella vena cava inferiore. La sezione del linfonodo viene eseguita dopo una sua accurata mobilizzazione, ponendo una particolare attenzione nell'evitare di ledere l'irrorazione. Dopo avere afferrato con un angiostato tangenziale la parete della vena cava inferiore in prossimità del linfonodo, si esegue l'anastomosi con un soprappiglio semplice fra capsula del linfonodo e pareti del vaso.

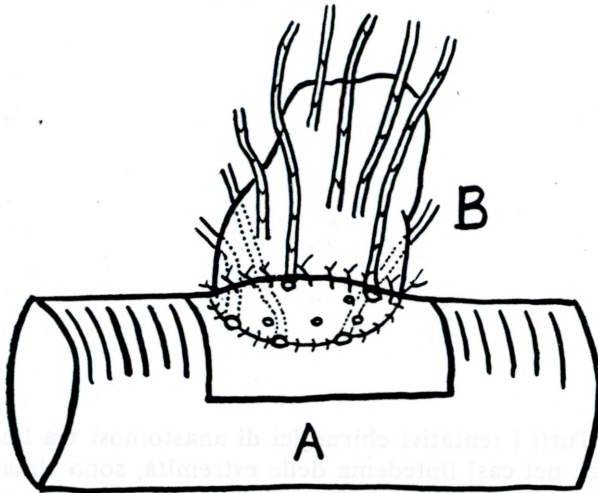


Fig. 1. — Principi tecnici dell'anastomosi diretta linfatico-venosa: A) vena; B) linfonodo sezionato e suturato alla vena.

Ad intervento terminato, la superficie di sezione del linfonodo bagna nel lume della vena (fig. 1). Gli animali sono stati sacrificati ad intervalli variabili da un giorno a sei mesi dopo l'intervento. Alla autopsia si è controllata attentamente l'eventuale presenza di trombosi in sede di anastomosi, nel cuore o nel sistema arterioso polmonare.

L'anastomosi è stata studiata istologicamente ed in dieci cani controllata con una linfografia, eseguita, rispettivamente, a distanza di 2, 4, 10, 12, 18 e 24 settimane dall'intervento iniettando il mezzo di contrasto direttamente nel linfonodo oppure nei suoi afferenti.

Risultati

Tutti gli animali sono sopravvissuti all'intervento. La tecnica di anastomosi è risultata semplice, non si sono mai avute emorragie, né trombosi, localmente o in altre sedi. Sulla superficie endovascolare del linfonodo anastomizzato sono chiaramente visibili alcuni orifizi (fig. 2), attraverso i quali la linfa defluisce liberamente nella vena, come è dimostrato dalla linfografia (fig. 4). Il controllo istologico di tale superficie endovascolare, dimostra come essa sia ricoperta da endotelio (fig. 3).

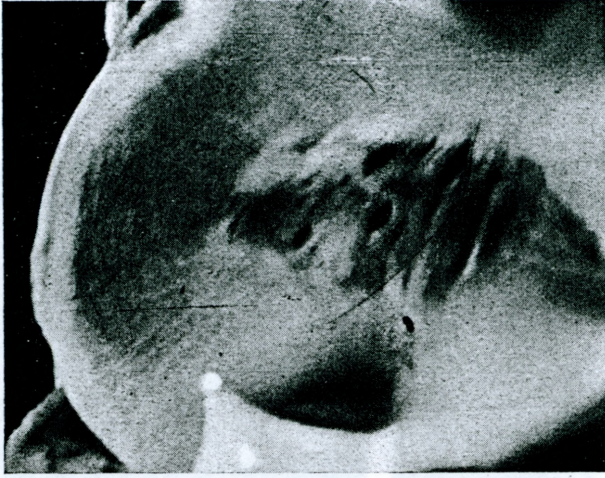


Fig. 2. — Fotografia a distanza ravvicinata della superficie endo-vascolare di un linfonodo mesenterico, anastomizzato alla vena cava inferiore: si vedono chiaramente gli orifizi attraverso i quali la linfa defluisce nella vena.

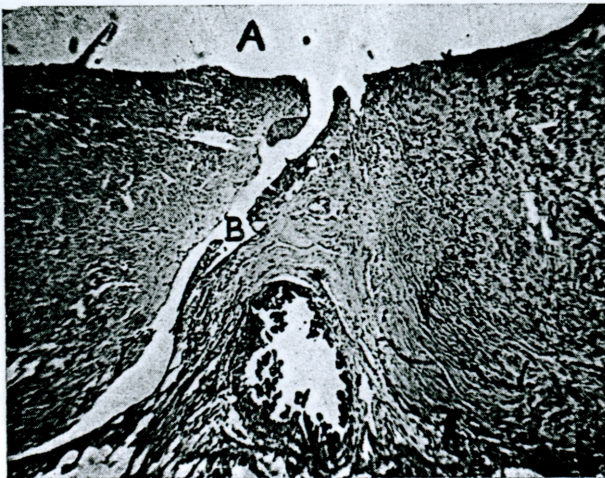
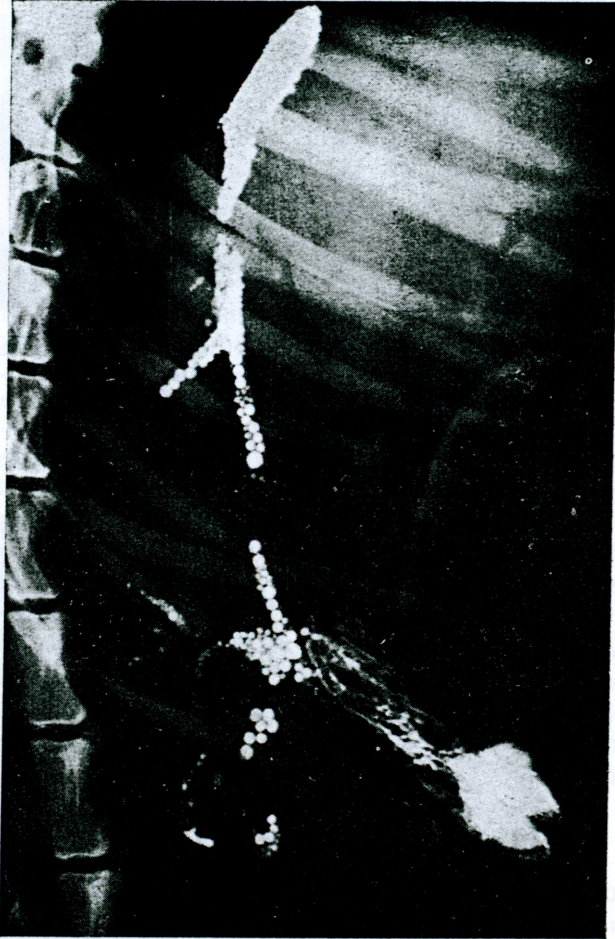


Fig. 3. — Microfotografia dell'anastomosi: A) lume vascolare; B) condotto formato dal seno periferico del linfonodo che si scarica direttamente nella vena.



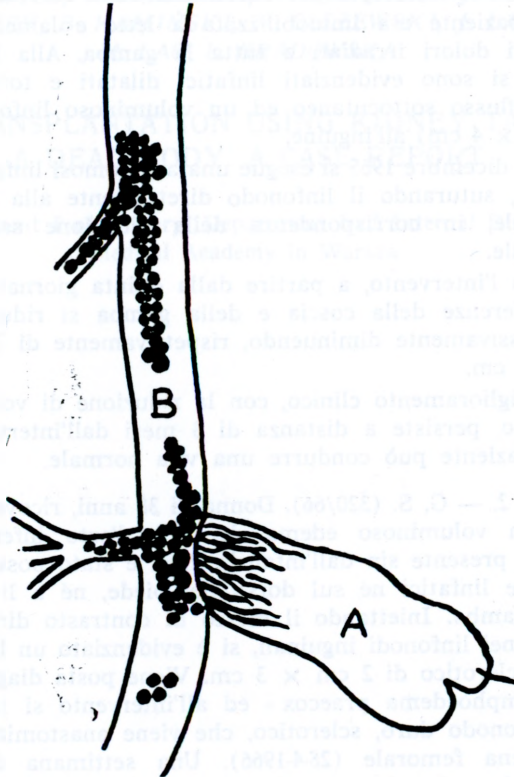


Fig. 4. — Linfografia eseguita tre mesi dopo l'intervento di anastomosi tra un linfonodo mesenterico e la vena cava inferiore nel cane. Il mezzo di contrasto era stato iniettato in uno dei linfatici afferenti. A) linfonodo; B) vena opacizzata dal mezzo di contrasto.

Esperienza clinica

Sono stati operati due pazienti.

Caso 1. — B. M. (12640/65). Donna di 60 anni, ricoverata per voluminoso edema della coscia e della gamba destra, comparso due anni dopo isterectomia e successiva radiumterapia per carcinoma della cervice.

La paziente era immobilizzata a letto e lamentava violenti dolori irradiati a tutta la gamba. Alla linfografia si sono evidenziati linfatici dilatati e tortuosi con reflusso sottocutaneo ed un voluminoso linfonodo (4 cm × 4 cm) all'inguine.

Il 20 dicembre 1965 si esegue una anastomosi linfatico-venosa, suturando il linfonodo direttamente alla vena femorale, in corrispondenza della giunzione safeno-femorale.

Dopo l'intervento, a partire dalla quinta giornata, le circonferenze della coscia e della gamba si riducono progressivamente diminuendo, rispettivamente di 7 cm e di 4 cm.

Il miglioramento clinico, con la riduzione di volume dell'arto, persiste a distanza di 3 mesi dall'intervento e la paziente può condurre una vita normale.

Caso 2. — G. S. (320/66). Donna di 38 anni, ricoverata per un voluminoso edema di tutto l'arto inferiore destro, presente sin dall'infanzia. Non è stato possibile reperire linfatici né sul dorso del piede, né a livello della gamba. Iniettando il mezzo di contrasto direttamente nei linfonodi inguinali, si è evidenziato un linfonodo sclerotico di 2 cm × 3 cm. Viene posta diagnosi di « lymphoedema praecox » ed all'intervento si trova un linfonodo duro, sclerotico, che viene anastomizzato alla vena femorale (28-4-1966). Una settimana dopo l'operazione la circonferenza della coscia era ridotta di 3 cm.