

Axillary web syndrom

MUDr. Martina Lazecká, MUDr. Eva Jašková

Kožní oddělení Slezská nemocnice Opava

Dermatovenerologické oddělení, Slezská nemocnice Opava

Axillary web syndrom (AWS) je relativně časté onemocnění lymfatické cévy, kterému většinou předchází chirurgický zákrok v axile. Článek poskytuje popis klinického obrazu, možnosti diagnostiky a terapie. Uvádíme případ pacientky s AWS nejasné příčiny.

Klíčová slova: axillary web syndrom, overload lymfatické cévy, etiologie, diagnostika, klinický obraz, terapie.

Axillary web syndrome

Axillary web syndrome (AWS) is a relatively common disease of lymphatic vessels, which is usually preceded by surgery in the axilla. The article provides a description of the clinical status as well as diagnostics and therapy options. We present an AWS patient with unclear causes.

Key words: axillary web syndrome, lymphatic vessel overload, etiology, diagnostics, clinical status, therapy.

Dermatol. praxi 2014; 8(2): 71–73

Úvod

AWS neboli overload lymfatické cévy je bolestivou komplikací popisovanou většinou po chirurgických zákrocích v axile. 2–4 týdny (ale i několik dnů až několik měsíců) po zákroku vzniká bolestivý, dobře palpatelný pruh v podkoží probíhající přes střed axily na vnitřní stranu paže, v závažnějších případech přes loketní jamku k zápěstí. Bolestivost přepjaté lymfatické cévy limituje abdukci ramenního kloubu, případně i extenzi lokte a zápěstí. Tento stav zpravidla spontánně odezní do 8–16 týdnů po zákroku. Komplikací může být dlouhodobé snížení rozsahu hybnosti zejména ramenního kloubu.

Popis případu

65letá pacientka přišla do naší ambulance na doporučení ortopedické ambulance. Neléčila se s žádnou chorobou, léky neužívala, anamnesticky uváděla infrakci pravého ramene před 8 lety, stp. cholecystektomii před 30 lety. Chodila na pravidelné preventivní prohlídky, gynekologické i mamografické kontroly (poslední před 6 měsíci). Popisovala asi měsíc progredující bolestivou napjatou strunu v centru pravé axily, která dosahovala do 1/3 vnitřní strany paže. Zde byla patrná adherence a retrakce podkoží, bez erytému, bez infiltrace či proteplení (obrázek 1). Abdukce v ramenním kloubu byla bolestivá, nepřesáhla 160 st. Končetina byla bez známek traumatu, trauma ani zákrok v axile v posledních měsících pacientka neudávala. Vzhledem k prvotnímu vyloučení ortopedické příčiny a nepřítomnosti klinických známek zánětu jsme z klinického obrazu stanovili diagnózu AWS nejasné etiologie. K vyloučení lymfadenopatie jsme provedli UZV vyšetření axilárních a krčních uzlin, následovala základní vyšetření k vyloučení neo-

plazie ve spádové oblasti – rtg plic, sono břicha, základní laboratorní screening (KO, CRP, ALT, AST, GMT, bili, urea, kreatinin). Všechna vyšetření byla bez patologického nálezu. Zahájili jsme terapii lymfo-tapingem a celkově proteolytickými enzymy (Wobenzym tbl. 5-5-5). Tape byl veden po přední straně hrudníku do kontralaterální axily (obrázky 2, 3). Dále jsme doporučili vyšetření na rehabilitačním oddělení a cvičení k udržení rozsahu pohybů v ramenním kloubu.

Na první kontrolu pacientka přišla po týdnu. Subjektivně i objektivně došlo k výraznému zlepšení stavu, lymfatická céva byla palpačně méně napjatá a bolestivá. Subjektivně přetr-

vávala občasná spontánní bolestivost v axile. Ramenní kloub pohyblivý v celém rozsahu, přestože pacientka ještě nestihla rehabilitační vyšetření, které jsme tímto zrušili. Dobrá odezva na terapii potvrdila diagnózu AWS. Lymfo-taping jsme pro iritační dermatitidu pod zakončením pásky na 3 dny přerušili (obrázek 4). Po 3denní aplikaci lokálních kortikoidů dermatitida odezněla a pokračovali jsme v tapingu po dobu 3 týdnů – již bez komplikací. Wobenzym v dávce 5-0-5 tbl pacientka užívala 6 týdnů. Po 3 týdnech terapie byla struna v axile patrná pouze při vzpažení, bolestivost zcela vymizela (obrázek 5).

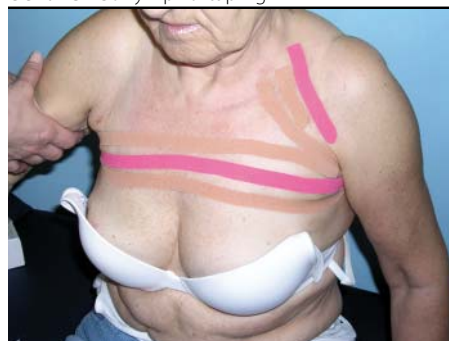
Obrázek 1. První den



Obrázek 2. Lymfo-taping



Obrázek 3. Lymfo-taping



Obrázek 4. Iritační dermatitida po tapu



Vstupní lymfoscintigrafie z organizačních důvodů nebyla možná, kontrolní lymfoscintigrafie po odeznění potíží byla bez patologie. Kontrolní mamografie také. Po 2 měsících jsme případ uzavřeli bez nálezu příčiny tohoto onemocnění. Mechanický útlak cévy v axile teoreticky mohl předcházet, ale potvrzen nebyl. Vliv traumatu ramene před 8 lety je sporný. Vzhledem k časté asociaci AWS s maligními tumory jsme pacientce doporučili nadále dodržovat pravidelný screening onkologických chorob včetně samovyšetření prsů, kontrolu v naší ambulanci při potížích.

Diskuze

AWS, jehož podstatou je přepětí lymfatické cévy v axile, byl popsán Moskowitzem roku 2001.

Klinický obraz zahrnuje palpovatelnou napjatou bolestivou strunu ve středu axily probíhající v podkoží mediální strany paže, dle závažnosti postižení dále přes loketní jamku po volární straně předloktí přes zápěstí do dlaně. Způsobuje omezení abdukce v ramenním kloubu (případně flexe v lokti a zápěstí) (6). Výjimečně může být céva zdvojená, případně vidíme několik na sebe nenavazujících ohraničených postižených úseků (8). Údaje o incidenci se v literatuře různí. Moskowitz v retrospektivní studii popisuje 44 případů (6%) AWS ze 750 pacientek léčených pro karcinom mammy, u 4 pacientek po biopsii axilární uzliny (2). Lauridsen a spol. popsali AWS u 57% pacientek po operaci pro ca mammy. Leidenius v prospektivní studii popsal WEB syndrom u 20% pacientek (ze 49) po extirpaci sentinelové uzliny a u 72% pacientek (ze 36) po exenteraci axily (3). Z toho vyplývá, že šetrné chirurgické postupy při zákrocích v axile významně snižují riziko vzniku AWS. Z méně běžných příčin Rashtak a spol. diagnostikovali AWS jako komplikaci furunklu v axile (5).

Etiopatogeneze AWS není zcela objasněna. Histologické vyšetření u 4 pacientů ve studii Moskowitz prokázalo fibrinové zátky v lymfatických a krevních cévách (2). V kazuistice popisující vznik AWS po furunklu v axile histopatologické vyšetření cévy ukázalo fibroblastickou proliferaci obklopující lymfatickou cévu (5). Příčinou AWS je pravděpodobně trombóza lymfatické cévy. Přestože lymfa je velmi málo srážlivá tělní tekutina díky sotva měřitelné hladině fibrinogenu, von Willebrandova faktoru a jiných faktorů koagulace, trombózy lymfatických cév jsou pravděpodobně poddiagnostikovány. Byly objeveny zejména v ductus thoracicus, axilárních nebo inguinálních lymfatických cévách. Tromboplastin

je uvolňován z poškozených endotelových buněk lymfatických cév zejména při chronické obstrukci lymfatické cévy. Teoreticky, okluzi lymfatické cévy může způsobit její vnější útlak, neoplastická obliterace nebo metastázy, lymfatická dysfunkce a zvýšení intraluminálního tlaku po lymfadenektomii, ale i některé infekce (filariasis, Chlamydia trachomatis, Mycobacterium tuberculosis aj.), městnavé srdeční selhání, amyloidosa aj. (7).

Pro diagnostiku je největším přínosem anamnesticky trauma nebo chirurgický zákrok v axile. Klinický obraz je typický. V diferenciální diagnostice je nutno vyloučit lymfangoitidu, flebitidu, při rozsáhlejšímu postižení může AWS imitovat epikondylitidu nebo syndrom karpálního tunelu (4). Nejprínosnějším vyšetřením je lymfoscintigrafie horní končetiny, kde se zobrazí přeplněná lymfatická céva zakončená v axile. Diagnózu můžeme potvrdit biopsií a histologickým vyšetřením cévy, to však pro nežádoucí traumatizaci cévy i pacienta a zvýšení rizika vzniku lymfedému není vhodné.

Přestože AWS většinou odezní spontánně, správným terapeutickým postupem pozitivně ovlivníme jeho průběh. Bez léčby může výjimečně omezení rozsahu kloubu a bolestivost přetrvávat řadu let (8).

V terapii se standardně uplatňují analgetika, manuální lymfodrenáž a rehabilitace kloubu. V našem případě jsme alternativně s dobrým efektem použili lympho-taping, celkově proteolytické enzymy.

Analgetizace – NSAIDS, případně opioidy u pacientů, kde bolestivost limituje spolupráci pacienta a znemožňuje účinnou rehabilitaci. Jinak NSAIDS na průběh choroby vliv nemají.

Manuální lymfodrenáž – manuální technika pracující s jemným tlakem 30–40 mmHg. Zvyšuje resorbci lymfy a její transport mizním řečištěm, podporuje kontrakční schopnosti lymfatik, funkci lymfangionu. Stimuluje fagocytární aktivitu makrofágů, tím i extralymfatické odbourávání městnajíčích proteinů, fibrinolýzu. Při terapii AWS využíváme preformovaných spojek na rozhraní povodí pravé a levé poloviny hrudníku, které při manuální lymfodrenáži aktivujeme a směřujeme tok lymfy do druhostranné axily (1).

Rehabilitace je vhodná při omezení rozsahu hybnosti kloubu. Nikdy nevolíme techniky, při kterých by docházelo k prohřívání, překrvení podkoží, které by mohlo způsobit zhoršení stavu. Vhodné jsou měkké techniky, aktivní a pasivní individuální léčebný tělocvik, stretching. Léčebné metody volí fyzioterapeut dle aktuál-

Obrázek 5. Po třech týdnech



ního stavu a snášenlivosti pacientem. Moreau a spol. v prospektivní studii prokázali pozitivní vliv fyzikální terapie na obnovu funkce postižených kloubů.

Proteolytické enzymy p.o. – jejich proteolytický a fibrinolytický účinek vede k lýze lymfatických zátek a obnovení průchodnosti lymfatických cév, zlepšují reologické vlastnosti lymfy, mikrocirkulaci. Aktivací makrofágů, NK buněk aj. zajišťují rychlé odklizení produktů proteolýzy. Peptidolytickým odbouráváním mediátorů bolesti působí analgeticky (1).

Lympho-taping patří k doplňkovým metodám dekongestivní terapie. Lympho-tape je voděodolná prodyšná bavlněná páska s akrylátovým lepidlem, která se s mírnou elongací (asi o 4%) přikládá na kůži ve směru žádoucího toku lymfy. Tělesným teplem se lepidlo aktivuje a páska přilne. Jejím zkrácením do původní délky dojde ke zřasení kůže, snížení tlaku v intersticiu. Kotvící ligamenta lymfatických kapilár se napínají a dochází k otevření štěrbin mezi endotelovými buňkami, toku tkáňového moku a makromolekulárních látek do lumina kapilár (1). Tape se mění co 7–10 dnů. Jeho výhodou je celodenní působení, pacient není omezen v běžných činnostech. Nežádoucím účinkem může být iritační nebo kontaktní alergická dermatitida. Alergická reakce není častá a alergenem bývá většinou barvivo pásky.

Závěr

AWS je málo známé, ale přesto relativně časté onemocnění lymfatické cévy, jehož etiopatogeneze není zcela objasněna. Ve většině případů je vyvolán chirurgickým zákrokem v axile, AWS z jiných příčin je diagnostikován vzácně. Léčba patří do rukou lymfologa a lymfoterapeuta. V našem případě prezentujeme dobrý efekt celkové terapie proteolytickými enzymy v kombinaci s lympho-tapingem.

Hlubší poznání AWS a jeho léčby závisí na dobré mezioborové spolupráci. Důležitá je i psychická podpora pacienta, povzbuzení k aktivnímu přístupu.

Literatura

1. Benda K, et al. Lymfedém – komplexní fyzioterapie, lymfodrenáže a doplňující léčebná péče. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008.
2. Moscowitz AH, Anderson BO, Yeung RS, Brd DR, Lawton TJ, Moe RE. Axillary web syndrome after axillary dissection, The American Journal of Surgery, 2001; 181: 434–439.
3. Leidenius M, Leppanen E, Krogerus L, Von Smitten K. Motion restriction and axillary web syndrome after sentinel node biopsy and axillary clearance in breast cancer. The American Journal of Surgery, 2003; 185: 127–130.

4. Wald M. Lymfedém – komplikace komplexní léčby karcinomu prsu, Onkologie, Solen, 2009: 32–34.
5. Rashtak S, Gamble GL, Gibson LE, Pittelkow MR. From Furuncle to Axillary Web Syndrome: Shedding Light on Histopathology and Pathogenesis, Dermatology 2012; 224: 110–114.
6. Moreau A, Leduc O, Tinlot A, Clement A, Parijs T, Strappaert J, Beckers F, Pastouret F, Leduc A. Axillary Web Syndrome (AWS): its Features and the Physical Treatment Plan of Care, Lymphology 2010; 59: 25–28.
7. Lippi G, Favalaro EJ, Cervellin G. Hemostatic Properties of the Lymph: Relationships with Occlusion and Thrombosis, Semin Thromb Hemost 2012; 38(02): 213–221 [online]. 2012; 38(2): 213–221 [cit. 2014-01-02]. DOI: 10.1055/s-0032-1301418. Dostupné z: <https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1301418>.
8. Kepics JM. Physical therapy treatment of axillary web syndrome, Rehabilitation Oncology, 2004; 22: 21–22.
9. Leduc O, Siche M, Moreau A, Rigolet J, Tinlot A, Darc S, Wilputte F, Strapart J, Parijs T, Clément A, Snoeck T, Pastouret F,

Leduc A. Axillary web syndrome: nature and localization. Lymphology 2009; 42(4): 176–181.

Článek přijat redakcí: 18. 3. 2014
Článek přijat k publikaci: 11. 6. 2014

MUDr. Martina Lazecká

Dermatovenerologické oddělení
Slezská nemocnice Opava
Olomoucká 86, 176 01 Opava
martilaz@centrum.cz

