

# ĐIỀU TRỊ RÒ BẠCH HUYẾT SAU MỔ BÓC U MỠ VÙNG BỤNG ĐÙI HAI BÊN BẰNG NÚT MẠCH BẠCH HUYẾT KẾT HỢP TIÊM XƠ: CA LÂM SÀNG VÀ ĐIỀM LẠI Y VĂN

Trần Quế Sơn<sup>1,2,✉</sup>, Lê Văn Khang<sup>2</sup>, Trần Hiếu Học<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Rò bạch huyết vùng bụng là một biến chứng phổ biến, phức tạp, xảy ra sau phẫu thuật cắt u, nạo vét hạch vùng bụng điều trị triệt căn các bệnh lý ác tính. Cho đến nay, chưa có sự thống nhất trong lựa chọn phương pháp điều trị rò bạch huyết sau mổ. Chúng tôi thông báo một bệnh nhân nam 66 tuổi được mổ cắt bỏ khối u mỡ vùng bụng đùi hai bên. Kích thước u trên siêu âm bên trái và bên phải lần lượt là 30x35 và 33x40mm. Từ ngày thứ 3 sau mổ, cả hai bên vùng mổ chảy dịch trong, số lượng khoảng 400 - 500 mL/ngày, dịch lan lên thành bụng và dưới đùi, phải thay băng 5 - 7 lần/ngày. Chúng tôi quyết định chụp mạch bạch huyết để tìm đường rò bạch mạch vào ổ dịch ở cả hai bên. Đầu tiên, chúng tôi nút mạch bằng hỗn hợp keo Hystoacryl - Lipiodol theo tỉ lệ 1:6. Sau can thiệp, dịch ở bên trái giảm dần, bên phải không giảm. Sau một tuần, vùng rò bên phải được tiêm xơ bằng aetoxisclerol pha với không khí theo tỉ lệ 1:4. Thời gian nằm viện 41 ngày, vết mổ khô, hết rò bạch huyết. Kết luận: thuyên tắc hạch bạch huyết kết hợp tiêm xơ qua da có hiệu quả đối với những bệnh nhân rò bạch huyết sau mổ u vùng bụng.

**Từ khóa:** Rò bạch huyết, thuyên tắc mạch, tiêm xơ, u mỡ vùng bụng.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò bạch huyết vùng bụng là một biến chứng phổ biến, nghiêm trọng, dao động từ 5% đến 87% xảy ra sau phẫu thuật nạo vét hạch vùng bụng điều trị triệt căn các bệnh lý ác tính như ung thư da, ung thư dương vật và âm hộ.<sup>1,2</sup> Ngoài ra, một số phẫu thuật khác như bắc cầu động mạch đùi, đặt catheter để chạy tim phổi nhân tạo (ECMO), phẫu thuật thẩm mỹ (chẳng hạn như căng da đùi) đều có thể dẫn đến rò bạch huyết.<sup>3</sup> Phẫu thuật cắt u hoặc nạo vét rộng rãi hạch vùng bụng đùi khiến người bệnh phải đối mặt với một số nguy cơ khuyết tổ chức phần mềm như thiếu dưỡng da, chậm liền và nhiễm trùng vết thương. Người bệnh thường phải nằm viện lâu, tốn kém về kinh tế.<sup>2,4</sup> Cho đến nay vẫn

chưa có phương pháp điều trị thống nhất. Tùy vào vùng tổn thương mà có những lựa chọn điều trị khác nhau. Lựa chọn đầu tiên thường là điều trị bảo tồn, trong đó vết thương được hút bằng áp suất âm, nặn dịch hàng ngày, đeo tất áp lực, hạn chế truyền dịch, và người bệnh cần nằm viện nhiều tuần. Nếu điều trị bảo tồn thất bại, lưu lượng rò lớn > 1000 mL/ngày thì nên cân nhắc phẫu thuật hoặc can thiệp nút mạch bạch huyết.<sup>5,6</sup> Phẫu thuật điều trị rò bạch huyết bao gồm thắt mạch bạch huyết ở xung quanh đáy vết thương kết hợp che khuyết phần mềm bằng vật da có cuống mạch.<sup>7</sup> Những năm gần đây, chụp mạch bạch huyết thông qua hạch lân cận có thể xác định được vị trí rò, qua đó làm tắc mạch bạch huyết là một lựa chọn điều trị hiệu quả với tỷ lệ thành công khoảng 70%.<sup>8-11</sup> Tuy nhiên, có những trường hợp phải nút mạch nhiều lần hoặc áp dụng các phương pháp thay thế khác như tiêm xơ hoặc phẫu thuật.<sup>12</sup>

Tác giả liên hệ: Trần Quế Sơn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranqueson@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 07/08/2023

Ngày được chấp nhận: 29/08/2023

Trong bài viết này, chúng tôi giới thiệu một trường hợp rò bạch huyết phức tạp sau mổ cắt khối u mỡ vùng bẹn hai bên đã được điều trị thành công thông qua sự kết hợp giữa thuyên tắc mạch và tiêm xơ mạch bạch huyết vùng bẹn. Những khó khăn trong quá trình chẩn đoán và thái độ xử trí được trình bày trong bài báo cũng là kinh nghiệm lâm sàng cho các bác sĩ ngoại khoa khi đối mặt với biến chứng rò bạch huyết sau mổ.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

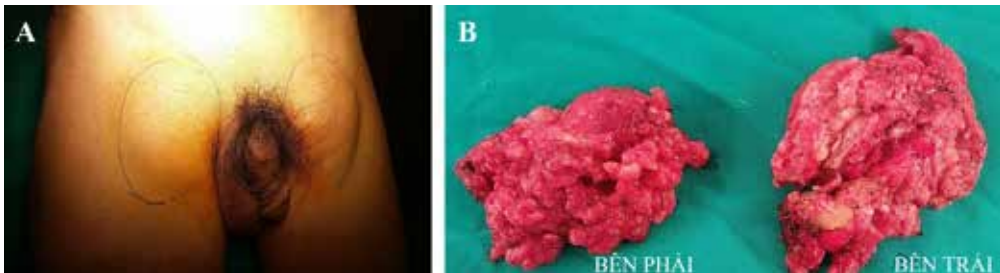
### Trước mổ:

Bệnh nhân nam, 66 tuổi. Mã số bệnh án: BM-230036878. Vào viện 6/6/2023, ra viện 13/7/2023. Bệnh nhân đến viện khám với biểu hiện khối u vùng bẹn và trên đùi ở hai bên khoảng 3 - 4 tháng. Siêu âm thấy vùng bẹn hai bên có các cấu trúc tăng âm tương đương với

mỡ, khối bên trái có ổ giảm âm, nhiều vách, kích thước 30x35mm, khối không đồng nhất nghi chảy máu cũ. Chọc hút kim nhỏ (FNA) khối bên trái hút ra 12 mL dịch vàng trong, nghèo tế bào, ít thực bào, không thấy tế bào ác tính. Xét nghiệm trước mổ: hồng cầu 4,22 T/L, tiểu cầu 205 G/L, bạch cầu 8,6 G/L, prothrombin (%) 88,5%, fibrinogen 4,74 g/L, ure 2,5 mmol/L, creatinin 57 $\mu$ mol/L, bilirubin toàn phần 19,7  $\mu$ mol/L, GOT 104 U/L, GPT 23 U/L, Kali 3,5 mmol/L.

### Trong mổ:

Bệnh nhân được mổ bóc u phần mềm vùng bẹn đùi hai bên. Khối u bên trái kích thước khoảng 3x4cm, chắc, dính vào mặt trước khối cơ đùi. Khối bên phải kích thước tương tự nhưng mềm hơn. Vùng mỡ được cầm máu và đặt dẫn lưu hút áp lực âm trước khi đóng da (Hình 1).



**Hình 1. Khối u vùng bẹn đùi hai bên.**

(A) vị trí u trên lâm sàng nằm ở dưới nếp bẹn, 1/3 trên của đùi

và (B) khối u sau khi đã cắt bỏ với kích thước trên siêu âm lần lượt là 30x35 và 33x40mm

### Sau mổ:

Người bệnh được dùng kháng sinh đường tĩnh mạch, thuốc giảm đau trong 5 ngày đầu, ăn đường miệng từ ngay sau mổ. Hậu phẫu từ ngày thứ 3, hai bên vùng mỡ chảy nhiều dịch trong, số lượng khoảng 400 - 500 mL/ngày, khối dịch lan lên thành bụng và dưới đùi, phải thay băng 5 - 7 lần/ngày. Để chẩn đoán phân biệt với tổn thương đường bài xuất như bàng quang hay niệu đạo màng, chúng tôi bơm xanh methylen pha loãng vào bàng quang thì không

thấy chất chỉ thị màu xanh chảy qua vết mổ. Tiếp đó, người bệnh được lấy dịch rò để làm xét nghiệm.

Với chẩn đoán rò bạch huyết nên người bệnh được can thiệp bởi bác sĩ điện quang có trên 15 năm kinh nghiệm qua hai lần nút mạch và tiêm xơ. Lần đầu (ngày 28/6/2023): bên phải chỉ còn một hạch, chụp thấy rò vào ổ dịch đùi phải. Sử dụng một kim cỡ 22 chọc vào hạch bạch huyết bẹn, dextrose-5-water (D5W) được

tiêm vào hạch bạch huyết để ngăn chặn quá trình trùng hợp sớm của Hystoacryl trong quá trình tiêm. Nút bằng hỗn hợp keo sinh học

Hystoacryl - Lipiodol (Guerbet, Aulnay-sous-Bois, France) theo tỉ lệ 1 - 6 (**Hình 2**).



**Hình 2. Chụp mạch bạch huyết qua hạch tại vị trí rò bạch huyết vùng bẹn phải.  
Nút rò bằng hỗn hợp keo sinh học Hystoacryl - Lipiodol  
(Guerbet, Aulnay-sous-Bois, France) theo tỉ lệ 1 - 6**

Bên trái không còn hạch nên không tiếp cận được bạch mạch. Sau can thiệp: dịch ở bên trái giảm dần, bên phải vẫn còn chảy dịch. Lần hai ngày 5/7/2023: tiêm xơ vào ổ dịch vùng đùi hai bên bằng aetoxisclerol pha với không khí theo

tỉ lệ 1 - 4 (**Hình 3**). Siêu âm sau lần 2 thấy còn ổ dịch nhỏ vùng bẹn hai bên (bên trái 15x8x4mm, bên phải 15x15x8mm). Người bệnh ra viện sau 41 ngày điều trị, vết mổ khô, không còn chảy dịch, không biến chứng phù chân.



**Hình 3. Tiêm xơ hóa vùng rò bạch huyết bằng aetoxisclerol pha với không khí theo tỉ lệ 1 - 4**

### III. BÀN LUẬN

Hệ thống bạch huyết trong cơ thể bao gồm các hạch và mạch bạch huyết, có vai trò dẫn lưu dịch ngoại bào trở về hệ thống tĩnh mạch.<sup>13</sup> Các mạch bạch huyết nhỏ đổ vào các mạch lớn hơn và cuối cùng đổ vào hệ tĩnh mạch trung tâm qua ống ngực hoặc ống bạch huyết phải. Hầu hết các mạch bạch huyết đều có van, tương tự như tĩnh mạch, các van này giữ cho bạch huyết chảy theo một hướng về tim. Nếu như hệ tĩnh mạch, máu di chuyển nhờ lực hút từ tim, thì trong hệ bạch huyết, dịch di chuyển nhờ áp lực tạo ra trong quá trình co cơ. Hệ thống bạch huyết vùng bẹn kết nối bạch huyết từ chi dưới đến xương chậu, đáy chậu và vùng bụng. Vị trí hệ thống bạch huyết này đặc biệt quan trọng, là nơi di căn của ung thư bộ phận sinh dục, ung thư đường tiêu hóa dưới.<sup>13</sup> Mặc dù hội tụ, nhưng hệ bạch huyết ở vùng bẹn có thể được chia thành hai nhóm riêng biệt: hạch bẹn nông và hạch bẹn sâu. Hệ bạch huyết từ vùng gót chân dồn về hạch khoeo và đi lên dọc theo động mạch đùi sâu. Trong khi hệ thống bạch huyết bề mặt ở chi dưới từ các ngón chân và lòng bàn chân hướng về phía trước trong đùi và nối với hai hoặc ba hạch chi phối ở vùng bẹn. Đây là lý do giải thích tại sao một vết rạch ở háng có thể làm tổn thương nhiều mạch bạch huyết. Rò bạch mạch hay rò bạch huyết (hoặc rò dưỡng chấp) là hiện tượng thoát bạch huyết hay dưỡng chấp ra khỏi bạch mạch. Bạch huyết có thể rò vào các khoang của cơ thể (ổ bụng, màng phổi, màng ngoài tim, đường bài xuất...) hoặc tạo thành các nang dịch trong phần mềm.

Tùy theo số lượng bạch huyết thoát ra ngoài bạch mạch nhiều hay ít mà có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng của người bệnh. Rò bạch huyết lưu lượng lớn trên 1000 mL/ngày sẽ làm cho bệnh nhân suy dinh dưỡng do mất protein, mỡ, tryglycerid, khoáng chất, các vitamin... kèm theo suy giảm miễn dịch, nằm

viện kéo dài, tăng nguy cơ nhiễm trùng, lâu liền vết thương và bi quan.<sup>4,1</sup> Chi phí điều trị rò bạch huyết trung bình 8025 USD (dao động, 3976 - 56.780) cao hơn so với nhóm không biến chứng là 5439 USD (4,338 – 14,649) ( $p = 0,02$ ).<sup>1</sup> Một số phương pháp điều trị khác nhau đã được ứng dụng để điều trị biến chứng rò bạch huyết ở vùng bẹn. Rebecca AM tiêm chất ICG (*Indocyanine Green*) trộn với Lymphazurin (hỗn hợp 1:1) tiêm trong da tại ba vị trí ở phần xa của đùi (mỗi vị trí 1mL ở phía trước bên, phía trước và phía trong đùi). Chụp mạch bạch huyết động để xác định vị trí rò và khâu bằng chỉ prolene. Kết quả phẫu thuật cho thấy phần mềm liền tốt, không nhiễm trùng và dẫn lưu được rút sau 8 ngày.<sup>14</sup> Nakamura cho rằng ranh giới phẫu thuật cần thu hẹp lại, hoặc chuyển vị trí của cơ may che mặt trước mạch máu đùi và bảo tồn tĩnh mạch hiển là một trong những cách để giảm tỷ lệ hoại tử vật da, nhiễm trùng và rò bạch huyết sau mổ.<sup>2</sup>

Rò bạch huyết vùng bẹn có thể được điều trị bảo tồn, can thiệp mạch hoặc chuyển vật da cơ che khuyết hổng phần mềm.<sup>4,7,9,15,16</sup> Tuy nhiên, theo sự hiểu biết của chúng tôi, không có bài báo nào cung cấp một cách nhìn tổng thể và cách tiếp cận hiệu quả đối với các loại rò bạch huyết khác nhau liên quan với vùng bẹn và đùi.<sup>6</sup> Lemaire (2008) giới thiệu phương pháp trị liệu bằng áp lực âm điều trị rò bạch huyết vùng bẹn.<sup>4</sup> Phương pháp này bao gồm việc đặt một miếng bọt xốp (VAC, Kinetic Concepts, San Antonio, Texas) vào đường rò được phủ bằng chất kết dính và với hệ thống ống nối với một máy bơm áp suất âm liên tục (125mmHg). Sau 6 ngày điều trị, hết rò bạch huyết, mép vết thương được khâu gần bằng hai mũi nilon dưới gây tê tại chỗ. Phương pháp này dựa trên nguyên tắc là tăng tưới máu cục bộ, tăng cường hình thành mô hạt, liền sẹo và thanh thải vi khuẩn. Phương

pháp này có tỷ lệ tái phát là từ 0 - 10%. Để khắc phục tình trạng này, một số tác giả đề xuất phương pháp ghép da có cuống mạch để hạn chế tình trạng nhiễm trùng và nhanh liền da.<sup>4</sup> Hiện nay, nút mạch bạch huyết có xu hướng phát triển như là một can thiệp ít xâm lấn cho người bệnh. Kỹ thuật xuyên tắc mạch bạch huyết ban đầu được đề xuất bởi Cope.<sup>17</sup> Các tài liệu liên quan cho thấy hiệu quả của chụp mạch bạch huyết và xuyên tắc đối với rò bạch huyết sau phẫu thuật lần lượt là 56% và 86%; do đó, đây có thể là một lựa chọn thay thế cho điều trị phẫu thuật.<sup>18</sup> Hiệu quả điều trị tương đối tốt với tỷ lệ thành công là 46% - 89%.<sup>9</sup> Tuy nhiên, gần một nửa số trường hợp rò bạch huyết cần phải can thiệp thêm. Các phương pháp điều trị can thiệp được phân thành hai loại là:

(1) làm xuyên tắc trực tiếp mạch bạch huyết bị rò và

(2) tiêm chất làm xơ tổ chức xung quanh vị trí rò.

So với các kỹ thuật khác, kết quả của việc kết hợp giữa nút mạch và tiêm xơ cho kết quả tốt nên được ứng dụng rộng rãi trong điều trị rò bạch huyết sau phẫu thuật tại các vị trí khác nhau.<sup>12</sup> Sun (2021) đã sử dụng hỗn dịch N-butyl cyanoacrylate và dầu được trộn với tỷ lệ 1:3 đến 1:4 kết hợp với 2 mL glucose 5%. Tỷ lệ thành công là 71,43%, thời gian can thiệp 41 - 68 phút, không biến chứng nặng sau mổ.<sup>18</sup> Nếu trường hợp hạch vùng bẹn rất khó xác định, hạch nhỏ vì u lành tính, thủ thuật nút mạch bạch huyết sẽ trở nên vô cùng khó khăn.<sup>12</sup> Ca bệnh của chúng tôi chỉ thành công với vị trí rò bạch huyết bên trái. Ngược lại, ở lần nút mạch đầu tiên lại không hiệu quả với vị trí rò bên phải vì không thể xác định được hạch vùng bẹn. Chất gây xơ hóa trong ca lâm sàng này gây nên tình trạng viêm vô trùng cục bộ, dẫn đến sự phá hủy mạch bạch huyết.<sup>15</sup> Nghiên cứu của Seyferth (2023) khi so sánh kết quả điều trị rò bạch

huyết vùng bẹn giữa phương pháp xuyên tắc mạch và tiêm xơ cho thấy tỉ lệ thành công lần lượt là 83,8% và 65,2% ( $p = 0,29$ ), số lần can thiệp trung bình là 1,3 và 2,5 lần ( $p = 0,003$ ), thời gian hết rò trung bình là 7 và 27 ngày ( $p = 0,002$ ). Như vậy, xuyên tắc mạch bạch huyết kết quả nhanh và ít lần can thiệp hơn so với tiêm xơ.<sup>11</sup> Rò bạch huyết kéo dài khiến vùng do loét, loét hổng da và tổ chức phần mềm, nhiễm trùng kéo dài thì lựa chọn phẫu thuật lại nên được đặt ra. Phần mềm vùng bẹn được che phủ bằng vật da cơ có cuống mạch đã được ứng dụng nhiều trong các nghiên cứu, tăng khả năng thành công nhưng ngày càng nhiều viện sẽ có xu hướng tăng lên.<sup>3,7,16,19</sup>

Thông báo của chúng tôi có một số hạn chế nhất định. *Thứ nhất*, cỡ mẫu hạn chế bởi vì chụp mạch bạch huyết trong hạch và xuyên tắc bạch huyết vùng bẹn là một kỹ thuật mới. *Thứ hai*, cần phải theo dõi lâu dài để đánh giá hiệu quả cũng như di chứng của phương pháp điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Rò bạch huyết là một biến chứng phức tạp, thường gặp sau mổ bóc u và nạo vét hạch vùng bẹn. Chụp mạch bạch huyết để xác định vị trí rò, đồng thời làm xuyên tắc mạch bạch huyết và tiêm xơ là một phương pháp ít xâm lấn, mang lại hiệu quả trong điều trị.

## LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn các nhân viên điều dưỡng Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai đã tham gia chăm sóc và theo dõi sau mổ; cảm ơn Trung tâm Gây mê hồi sức, Trung tâm điện quang – Bệnh viện Bạch Mai đã tham gia phối hợp điều trị ca bệnh này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chang SB, Askew RL, Xing Y, et al. Prospective assessment of postoperative

- complications and associated costs following inguinal lymph node dissection (ILND) in melanoma patients. *Ann Surg Oncol*. 2010; 17(10): 2764-2772.
2. Nakamura Y, Fujisawa Y, Maruyama H, et al. Intraoperative mapping with isosulfan blue of lymphatic leakage during inguinal lymph node dissection (ILND) for skin cancer for the prevention of postoperative lymphocele. *J Surg Oncol*. 2011; 104(6): 657-660.
3. Watfa W, Campisi C, Ryan M, et al. Lymphatic Leaks of the Thigh and Inguinal Region: Combined Plastic Surgery Approaches for an Effective Treatment Algorithm. *Ann Plast Surg*. 2020; 85(6): 661-667.
4. Lemaire V, Brilmaker J, Kerzmann A, Jacquemin D. Treatment of a groin lymphatic fistula with negative pressure wound therapy. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2008; 36(4): 449-451.
5. Gerken ALH, Herrle F, Jakob J, et al. Definition and severity grading of postoperative lymphatic leakage following inguinal lymph node dissection. *Langenbecks Arch Surg*. 2020; 405(5): 697-704.
6. Lv S, Wang Q, Zhao W, et al. A review of the postoperative lymphatic leakage. *Oncotarget*. 2017; 8(40): 69062-69075.
7. Pham Thi Viet Dung, Nguyen Ngoc Cuong, Thai Duy Quang, et al. Combination of Lymph Node Embolization and Musculocutaneous Flap Operation for Managing Groin Lymphorrhea. *Ann Vasc Dis*. 2021; 14(3): 267-269.
8. Lee EW, Shin JH, Ko HK, et al. Lymphangiography to treat postoperative lymphatic leakage: a technical review. *Korean J Radiol*. 2014; 15(6): 724-732.
9. Hur S, Shin JH, Lee IJ, et al. Early Experience in the Management of Postoperative Lymphatic Leakage Using Lipiodol Lymphangiography and Adjunctive Glue Embolization. *J Vasc Interv Radiol*. 2016; 27(8): 1177-1186 e1171.
10. Baek Y, Won JH, Kong TW, et al. Lymphatic Leak Occurring After Surgical Lymph Node Dissection: A Preliminary Study Assessing the Feasibility and Outcome of Lymphatic Embolization. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2016; 39(12): 1728-1735.
11. Seyferth ER, Itkin M, Nadolski GJ. Intranodal Glue Embolization for Postoperative Lymphatic Leaks in the Groin and Pelvis: Comparison with Sclerotherapy. *J Vasc Interv Radiol*. 2023; 34(4): 600-606.
12. Pan F, Loos M, Do TD, et al. Percutaneous afferent lymphatic vessel sclerotherapy for postoperative lymphatic leakage after previous ineffective therapeutic transpedal lymphangiography. *Eur Radiol Exp*. 2020; 4(1): 60.
13. Cesmebasi A, Baker A, Du Plessis M, Matusz P, Shane Tubbs R, Loukas M. The surgical anatomy of the inguinal lymphatics. *Am Surg*. 2015; 81(4): 365-369.
14. Rebecca AM, Mahabir RC, Pflibsen L, Hillberg N, Jensen C, Casey WJ, 3rd. Indocyanine Green Lymphangiography as an Adjunct for the Optimal Identification and Management of Lymphatic Leaks in the Groin. *J Reconstr Microsurg*. 2019; 35(2): 83-89.
15. Kayama E, Nishimoto K, Kaneko G, et al. Embolization Using N-butyl Cyanoacrylate for Postoperative Lymphatic Leakage: A Case Report. *Clin Genitourin Cancer*. 2018; 16(2): e355-e371.
16. Caretto AA, Stefanizzi G, Fragomeni SM, et al. Lymphatic Function of the Lower Limb after Groin Dissection for Vulvar Cancer and Reconstruction with Lymphatic SCIP Flap. *Cancers (Basel)*. 2022; 14(4).

17. Cope C, Salem R, Kaiser LR. Management of chylothorax by percutaneous catheterization and embolization of the thoracic duct: prospective trial. *J Vasc Interv Radiol.* 1999; 10(9): 1248-1254.
18. Sun X, Zhou F, Bai X, et al. Application of ultrasound-guided intranodal lymphangiography and embolisation in cancer patients with postoperative lymphatic leakage. *World J Surg Oncol.* 2021; 19(1): 32.
19. Song S, Parmeshwar N, Steiner G, Kim EA. A Systematic Review and Meta-analysis of Techniques for Management of Postoperative Lymphatic Leaks After Groin Surgery. *Ann Plast Surg.* 2022; 89(2): 238-244.

## Summary

### COMBINATION OF LYMPHATIC EMBOLIZATION AND VESSEL SCLEROTHERAPY FOR MANAGING BILATERAL LIPOMA GROIN LYMPHORRHEA: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Inguinal lymphatic complications frequently occur after radical inguinal lymph node dissection to treat malignant diseases of the genital or anal region. There is no consensus on the treatment method for lymphorrhea. We reported a case of a 66-year-old male patient underwent surgery to remove a bilateral inguinal lipoma tumor. The ultrasound image showed that the tumor size in the right and left inguinal regions was 30x35 and 33x40mm, respectively. The lymphatic leakage volume measured over 500 mL/day through negative pressure drainage on both sides, requiring the dressing to be changed approximately five to seven times daily. A multidisciplinary team of surgeons and interventional radiologists was consulted, and we decided to perform an intranodal lymphangiography to identify the leakage point. The largest lymph node in the groin area, located under the wound, was punctured under ultrasound guidance, and contrast material (Hystoacryl - Lipiodol glue at a ratio of 1:6) was injected into the lymph node. After a week, the sclerosant was injected to destroy the lymphatic vessels and prevent leakage. Hospital stay was 41 days without lymphatic fistula. Conclusion: lymphatic embolization and vessel sclerotherapy therapy is effective for patients with lymph fistula after surgery for inguinal tumors.

**Keywords:** Lymphorrhea, Lymphatic Embolization, Sclerotherapy, Inguinal lipoma tumor.