

ZAPLETI KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA PLJUČNEGA RAKA

Tomaž Štupnik, dr. med.

Univerzitetni klinični center Ljubljana

UVOD

Odkar večino bolnikov z odstranljivim pljučnim rakom operiramo na manj invaziven – videotorakoskopski način (VATS), so hudi pooperativni zapleti bistveno manj pogosti kot nekoč, ko smo operirali na odprti način – skozi torakotomijo.

Bolniki po videotorakoskopskem posegu okrevajo bistveno hitreje, zato lahko večino obravnavamo na način, ki ga imenujemo kirurgija s pospešenim okrevanjem in ki omogoča, da lahko približno polovico bolnikov iz bolnišnice varno odpustimo v domačo oskrbo že 1. ali 2. dan po operaciji. Teden dni po videotorakoskopski lobektomiji pljuč večina bolnikov lahko opusti jemanje analgetikov, tri tedne po posegu pa se večina že lahko vrne v službo.

Z manj invazivnim posegom lahko sedaj operiramo tudi visoko ogrožene bolnike s pljučnim rakom, ki jih nekoč zaradi prevelike pooperativne smrtnosti nismo smeli. To so predvsem bolniki z močno prizadeto pljučno funkcijo (FEV1 pod 40 %, difuzijska kapaciteta za CO pod 40 %, največji v O₂ pod 15). Pri teh bolnikih so zapleti sicer še vedno zelo pogosti (70 %), čas zdravljenja v bolnišnici je bistveno daljši, vendar pa je pooperativna smrtnost kljub temu še vedno sprejemljivo nizka (3–5 %).

ZAPLETI KIRURGIJE PLJUČNEGA RAKA PO ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE

Operirani bolniki lahko po odpustu iz bolnišnice v primeru težav vedno pokličejo dežurnega torakalnega kirurga, vendar pa se marsikdaj pred tem obrnejo na splošnega zdravnika, zato je koristno, če ta pozna najpogostejše zaplete in težave po operacijah pljučnega raka.

Približno 10 % bolnikov moramo v prvem mesecu po operaciji zaradi takšnih ali drugačnih zapletov ponovno sprejeti v bolnišnico, bodisi na oddelek za torakalno kirurgijo bodisi v katero od splošnih bolnišnic. V povprečju se to zgodi 2 tedna po posegu, presenetljivo pa je med ponovno sprejetimi bolniki zelo malo tistih, ki so bili odpuščeni 1. ali 2. dan po posegu; prevladujejo namreč bolniki, ki so po operaciji v bolnišnici ležali dlje časa.

Bolečina

Bolečina po videotorakoskopskem posegu ni pretirano huda, zato za lajšanje bolečin že od 1. pooperativnega dneva naprej uporabljamo le protibolečinske tablete. Večina bolnikov redno jemlje enega od nesteroidnih protivnetnih zdravil, npr. diklofenak, in ob prebijajoči bolečini po potrebi še opioidni analgetik, najpogosteje kombinacijo tramadola in paracetamola.

Bolnikom svetujemo, naj s tem načinom protibolečinskega zdravljenja nadaljujejo tudi doma,



vendar pa marsikateri bolnik zaradi strahu pred neželenimi učinki redno jemanje analgetikov opusti. Ker so bolniki doma fizično bolj aktivni kot v bolnišnici, prve dni po odpustu nemalokrat povsem po nepotrebnem trpijo bolečine, ki bi se jim zlahka izognili z večjim odmerkom analgetikov, zato jih vedno opominjamo, da je pooperativna bolečina veliko bolj škodljiva od analgetikov.

Seveda pa je bolečina lahko tudi znak drugih zapletov, npr. empiema plevre, gnojenja v rani, pnevmotoraksa ipd. Glavna značilnost te bolečine je, da po počitku ne popusti in da jo bolniki čutijo tudi ponoči.

Plevralni izliv

Nabiranje tekočine v plevralnem prostoru na operirani strani v zgodnjem pooperativnem obdobju je običajno, saj kirurški poseg in odstranitev dela pljuč spremeni ravnovesje med izločanjem in resorpcijo plevralne tekočine.

Kadar je plevralni izliv majhen (do 500 ali 1000 ml) in bolnik z dihanjem nima pomembnejših težav ali bolečin, posebno ukrepanje ni potrebno. Plevralna punkcija je smiselna šele pri večjih izlivih, ki povzročajo težave pri dihanju, in takrat, kadar vzrok izliva ni povsem jasen ali kadar sumimo, da gre za izliv, ki bo zahteval vstavitve torakalnega drena, npr. zaradi suma na krvavitev v plevralni prostor, nabiranje limfe (pooperativni hilotoraks) ali okužbo v plevralnem prostoru (parapnevmonični izliv ali empiem plevre).

Neprijetna posledica plevralnega izliva po operaciji je iztekanje izliva na mestu, kjer je imel bolnik po operaciji vstavljen torakalni dren. Takšno iztekanje tekočine je sicer povsem nenevarno, ne glede na količino, vendar pa velikokrat zahteva zelo pogoste preveze rane, zato bolnikom ponavadi pomagamo s tem, da rano dodatno prešijemo ali da preko rane namestimo enterostomsko vrečko, v kateremo ujamemo iztečeno tekočino.

Podkožni emfizem

Nabiranje zraka v podkožju je kljub strašljivemu videzu povsem nenevarno, ne glede na bolnikov subjektivni občutek, spremenjen glas ipd. Podkožni emfizem vedno izgine brez sledov in bolniku ne pusti nikakršnih posledic.

Zavedati pa se moramo, da se del zraka, ki v podkožje uhaja iz pljuč, lahko nabere tudi v plevralnem prostoru – pnevmotoraks. Če smo z rentgenogramom izključili pnevmotoraks, lahko manjši podkožni emfizem brez skrbi opazujemo na domu. Bolniki z obsežnejšim podkožnim emfizemom so ponavadi zelo prestrašeni, zato jih raje opazujemo na oddelku za torakalno kirurgijo.

Kadar se podkožni emfizem razširi na obraz in veke, najbolj izmaličenim bolnikom običajno na prsnem košu vstavimo tanek dren za drenažo podkožja.

Torakalna drenaža v domačem okolju

Najpomembnejši zaplet lobektomije pljuč je dolgotrajno puščanje zraka po drenu, ki zaradi dolgotrajnega zdravljenja s torakalno drenažo lahko zelo podaljša čas bivanja v bolnišnici.

Ker večina teh bolnikov po operaciji razen torakalne drenaže nima drugih težav, jih lahko v določenih primerih zdravimo tudi v domačem okolju, če dren namesto na običajni drenažni

sistem priključimo na pomanjšan sistem, kot je npr. Pneumostat™.

Bolnike naučimo osnovne nege torakalnega drena in praznjenja drenažnega sistema ter jih naročimo na kontrolni pregled enkrat na teden, drenažo pa odstranimo, ko puščanje zraka po drenu preneha, kar se običajno zgodi najkasneje v treh tednih.

Pnevmotoraks

Po odstranitvi torakalnega drena se zrak v plevralni votlini bolj ali manj lahko pojavi le zaradi enega od naslednjih vzrokov:

- predstavlja ostanek pnevmotoraksa, ki se ni zdreniral po torakalnem drenu;
- v prsni koš uide skozi rano med nepazljivim odstranjevanjem torakalnega drena;
- je posledica puščanja zraka iz še nezaceljenih pljuč, če smo dren prekmalu odstranili;
- v prsni koš uide skozi slabo zaprto rano na prsnem košu – odprti pnevmotoraks.

Ne glede na vzrok majhen pnevmotoraks (do 30 % oz. do nekaj cm debel plašč zraka apikalno), ki bolniku ne povzroča težav, vedno opazujemo. Bolnika naročimo na kontrolni v pregled v primeru poslabšanja oz. čez en teden, ko z rentgenogramom preverimo velikost pnevmotoraksa.

Na drugi strani pa ne glede na vzrok bolniku s pnevmotoraksom, ki težko diha, vedno vstavimo torakalni dren. Podobno ponavadi ravnamo tudi pri hudih pljučnih bolnikih z zelo slabo pljučno funkcijo, pri katerih že majhno povečanje pnevmotoraksa lahko povzroči zelo hude težave pri dihanju.

Vnetje v rani

Gnojenje v kooperativni rani je redko, veliko pogostejše pa je vnetje rane na mestu, kjer je imel bolnik vstavljen torakalni dren, še posebej, če je drenaža trajala dlje časa. V takšnem primeru telo okoli drena ustvari kanal, ki je sicer kontaminiran z bakterijami, vendar fibrin vnetje v neposredni okolici drena ločuje od mehkih tkiv, zato v takšnih primerih ponavadi vidimo le minimalno rdečino v okolici rane, ki ni pretirano boleča, sekrecija iz rane pa je minimalna.

Takšno rano pustimo odprto. Kadar je speta s šivom, tega odstranimo in jo nato le redno prevezujemo. Antibiotično zdravljenje je le redko potrebno.

ZAKLJUČEK

Kirurgija s pospešenim okrevanjem kljub manj invazivni videotorakoskopski kirurgiji in zmanjšani pogostosti zapletov bolnike v zgodnjem kooperativnem obdobju še vedno marsikdaj pripelje v ambulantno splošnega zdravnika ali v urgentno ambulantno, kjer lahko s poznavanjem najpogostejših zapletov in primernim ukrepanjem marsikateremu bolniku prihranijo čas in nepotrebno pot.



LITERATURA

1. Rajaram R, Ju MH, Bilimoria KY, et al. National evaluation of hospital readmission after pulmonary resection. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2015; 150: 1508–14.
2. Stiles BM, Poon A, Giambone GP, et al. Incidence and Factors Associated With Hospital Readmission After Pulmonary Lobectomy. *Ann Thorac Surg* 2016; 101: 434–42.
3. Farjah F, Backhus LM, Varghese TK, et al. Ninety-day costs of video-assisted thoracic surgery versus open lobectomy for lung cancer. *Ann Thorac Surg* 2014; 98: 191–6.
4. Štupnik T. Torakalna punkcija in torakalna drenaža: učbenik za zdravnike in medicinske sestre. Ljubljana: samozal., 2013.