

NAUJAUSIŲ MALIGINIO PLEURITO GYDYMO REKOMENDACIJŲ APŽVALGA

Rolandas Zablockis

Vilniaus universiteto Krūtinės ligų, imunologijos ir alergologijos klinika,
VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Pulmonologijos ir alergologijos centras

Maligninis pleuritas yra antra dažniausia (po parapneumoninio pleurito) eksudacinio pleurito priežastis. Sergančiųjų maligniniu pleuritu prognozė yra nepalanki, nes išgyvenamumo vidurkis yra 4–7 mėn. Malignio pleurito gydymo tikslas – sumažinti ligoniui dusulį kuo mažesnėmis invazinėmis procedūromis ir minimalizuoti kontaktus su gydytoju.

Amerikos torakalistų draugija (*American Thoracic Society, ATS*) pirmąsias maligninio pleurito gydymo rekomendacijas publikavo 2007 m., o Britų pulmonologų draugija (*British Thoracic Society, BTS*) 2010 m. Šios rekomendacijos pagrįstos tarptautinės ekspertų grupės nuomone bei literatūros apžvalga. Tačiau duomenys rodo, kad realiai šiomis rekomendacijomis vadovaujasi mažiau nei pusė gydytojų. Atliktų keleto didelės imties randomizuotų tyrimų rezultatai parodė, jog senąsias rekomendacijas reikia atnaujinti. Todėl 2018 m. ATS kartu su Krūtinės chirurgų draugija (*Society of Thoracic Surgeons*) ir Krūtinės radiologų draugija (*Society of Thoracic Radiology*) parengė naujas rekomendacijas. Šios rekomendacijos koncentruojamos į ligonio problemas, aptariami keli aktualūs praktiniai klausimai bei jų sprendimo būdai.

Ar ligoniams, kuriems įtariamas maligninis pleuritas arba jau žinoma, kad serga maligniniu pleuritu, atliekant pleuros intervencines procedūras (pleuros ertmės punkcija, pleuros ertmės drenavimas), reikalinga kontrolė ultragarsiniu vaizdu?

Pneumotoraksas yra dažniausia jatrogeninė pleuros ertmės punkcijos komplikacija. Kar-

tais šiai komplikacijai gydyti reikalingas pleuros ertmės drenavimas, tai prailgina hospitalizacijos trukmę. Istoriskai pneumotorakso dažnis po pleuros ertmės punkcijos dėl įvairios kilmės skysčio pleuros ertmėje yra gan didelis – iki 39 proc. Jei procedūra atliekama kontroliuojant ultragarsu, pneumotorakso dažnis yra gerokai mažesnis. Be to, kontrolė ultragarsu sumažina „sausųjų“ punkcijų dažnį ir apsaugo nuo vidaus organų sužalojimo, sumažina hemotorakso tikimybę.

Trijų retrospektyviųjų stebėsenos tyrimų duomenimis bei vienos metaanalizės duomenimis (6605 pleuros ertmės punkcijų) ir didelės imties (62231 pleuros ertmės punkcijų) retrospektyvios kohortos duomenimis, pneumotorakso dažnis po pleuros ertmės punkcijos dėl maligninio pleurito, kontroliuojant ultragarsu yra 1–4 proc. palygus su 8,9–19 proc. 2,2–34,1 proc. atvejų pneumotorakso gydymui po pleuros ertmės punkcijos atliktos be ultragarso kontrolės prireikė pleuros ertmės drenavimo.

Ekspertų nuomone, kontrolė ultragarsu, atliekant pleuros ertmės punkciją, rekomenduojama visiems ligoniams, nes tai padeda sumažinti pneumotorakso dažnį.

Ar ligoniams, kuriems diagnozuotas arba įtariamas maligninis pleuritas, turi būti atliktas pleuros ertmės drenavimas?

Kiekviena intervencinė pleuros ertmės procedūra susijusi su tam tikra komplikacijų rizika, todėl ji turi būti pagrįsta ir naudinga ligoniui. Naujuose klinikiniuose tyrimuose paprastai vertinamos baigtys, nukreiptos

į ligonį: gyvenimo kokybės pagerėjimas, dusulio sumažėjimas, kitų simptomų, pvz., skausmo sumažėjimas, intervencijų poreikis ateityje, gydymo ligoninėje trukmė, gydymo kaina, ligonio fizinis aktyvumas.

Rekomendacijose vieningai nurodoma, kad, tais atvejais, kai ligoniui nėra aiškių simptomų, intervencinės pleuros ertmės procedūros nereikalingos. Tačiau pleuros ertmės punkcija gali būti atlikta diagnostiniu tikslu – pleuros skysčio arba pleuros audinio tyrimams (ligos stadijai patvirtinti, medžiagos paėmimui genetiniams, molekuliniais tyrimams).

Ar simptominio maligninio pleurito atveju reikalinga pleuros skysčio didelio tūrio pašalinimas ir kokia yra pleuros ertmės manometrijos reikšmė?

Pleuros ertmės skysčio pašalinimu siekiama dviejų tikslų: įvertinti, ar ligonio simptomai sumažėjo po pleuros ertmės punkcijos bei įvertinti, ar plautis išsiplėtė. Neišsiplėčiantis plautis pasitaiko apie 30 proc. maligninio pleurito atveju, o tai yra kontraindikacija pleurodezei. Tokiais atvejais indikuotinas ilgalaikio pleuros kateterio (IPK) implantavimas.

Po pleuros skysčio pašalinimo procedūros atliktas vaizdinis tyrimas rodo, ar plautis išsiplėtė. Tačiau prognozuoti, ar plautis po pleuros skysčio pašalinimo išsiplės, galima žinant, koks yra plaučių elastingumas. Plaučių elastingumo vertinimas atliekamas matuojant pleuros ertmės slėgio pokytį pleuros punkcijos metu. Kiek „saugiai“ galima aspiruoti skysčio iš pleuros ertmės, dažniausiai vertinama pagal pleuros slėgio kreivių pokyčius. Plaučių išsiplėtimo tikimybę taip pat galima vertinti teigiamos slėginės ventilacijos metu ligoniams, kuriems atliekama torakoskopija bendrinėje neįtautoje.

Kitas pleuros skysčio didelio tūrio pašalinimo tikslas – įvertinti ligonio dusulio pokytį, kiek jis sumažėjo arba išnyko. Kitaip tariant, įvertinti ar dusulys susijęs su skysčiu pleuros ertmėje.

Jei po pleuros ertmės punkcijos dusulys nesumažėja, reikia aiškintis kitas galimas dusulio priežastis: plaučių trombinė embolija, skystis perikardo ertmėje ir kt.

Atlikus pleuros skysčio didelio tūrio pašalinimą arba po pleuros ertmės drenavimo, toliau galima stebėti skysčio kaupimosi pleuros ertmėje greitį. Tyrimai rodo, kad 60 proc. ligonių po pleuros ertmės drenavimo skystis pleuros ertmėje vėl kaupiasi, todėl reikalingos intervencinės procedūros.

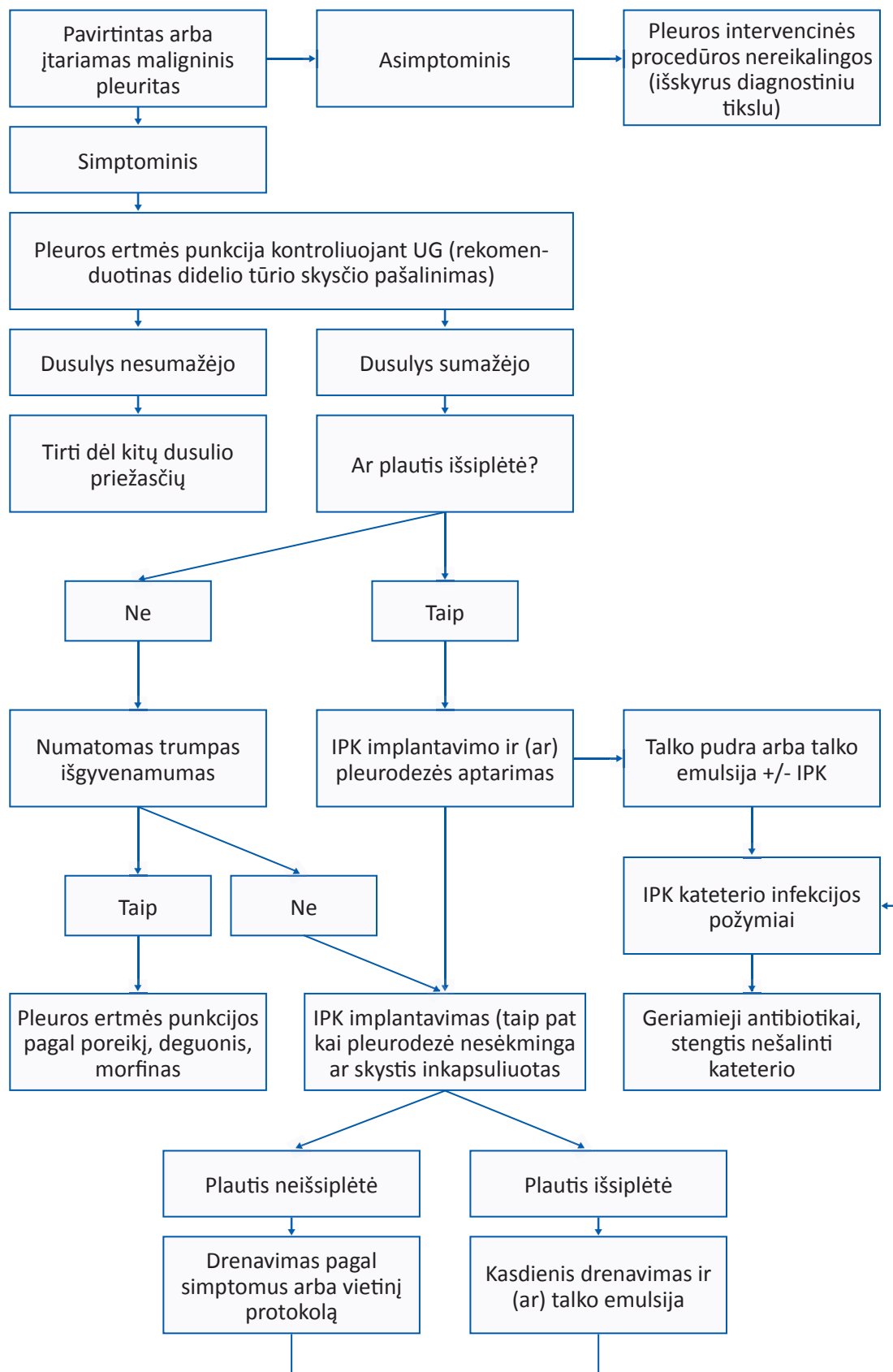
Simptominio maligninio pleurito atveju rekomenduojama didelio skysčio tūrio pleuros ertmės punkcija, ligonio simptomų pokyčiams, plaučio elastingumui ir plaučio išsiplėtimui įvertinti.

Ar ilgalaikio pleuros kateterio implantavimas arba cheminė pleurodezė skirtini simptominiu maligniniu pleuritu sergančiam ligoniui, kai plautis visiškai išsiplėtė, o ligonis prieš tai nebuvo gydytas?

Daugiau nei 50 proc. maligninio pleurito atveju pleuros skystis renkasi po pradinio pleuros ertmės drenavimo. Todėl reikalingas kitas veiksmas, kuris galutinai apsaugotų nuo dusulio, sumažintų simptomus ir pakartotinių procedūrų skaičių.

Pleurodezė sukelia visceralio ir parietalinio pleuros lapelių adheziją (dėl pleuros mezotelio sukeltos fibrinogenezės) ir apsaugo nuo pleuros skysčio kaupimosi. Talkas yra plačiausiai vartojamas ir veiksmingiausias vaistas. Yra du metodai talko patekimui: pudravimas talku atliekamas chirurginės arba medicininės torakoskopijos, atliekamos pulmonologų, metu ir talko emulsija instiliuojama per pleuros ertmėje dreną.

Simptominiams ligoniams, sergantiems maligniniu pleuritu, kuriems po pleuros ertmės punkcijos dusulys sumažėjo ir plautis pilnai išsiplėtė, rekomenduotina pleurodezė: talko pudravimas torakoskopijos metu (tiek medicininės, tiek chirur-



1 pav. Maligninio pleurito gydymo rekomendacijos

ginės) arba talko emulsijos instiliacija per dreną pleuros ertmėje.

Didžiausios imtiems randomizuotas tyrimas (n=482) palygino talko pudros ir talko emulsijos veiksmingumą ligoniams, sergantiems simptominiu maligniniu pleuritu, kuriems po pleuros punkcijos plaučio išsiplėtė daugiau nei 90 proc. Tyrimo metu nerasta pleurodezės efektyvumo skirtumo tarp šių metodų (78 proc. talko pudros palyginus su 72 proc. talko emulsijos). Komplikacijų dažnis taip pat nesiskyrė.

Tai atvejais, kai maligninio pleurito atveju plautis po pleuros punkcijos pilnai neišsiplėčia, tradiciškai skiriamas IPK implantavimas arba gydoma pakartotinomis pleuros ertmės punkcijomis. Tačiau IPK implantavimas tinkamas nepriklausomai nuo to, ar plautis po punkcijos išsiplėtė visiškai, ar dalinai. Todėl tai atvejais, kai po pleuros ertmės punkcijos plautis visiškai išsiplėtė, gydymui galimi abu būdai – tiek talko pleurodezė, tiek IPK implantavimas. Koks būdas tinkamesnis ligoniui, parenkama atsižvelgus į ligonio funkcinę būklę, ligos prognozę, t. y. numatomą išgyvenamumą, procedūrų komplikacijas ir ligonio norus.

Ligoniams, sergantiems simptominiu maligniniu pleuritu, kai plautis po pleuros ertmės punkcijos pilnai neišsiplėtė, taip pat esant nesėkmingai pleurodezei arba

daugybiškai inkapsuliuotam skysčiui, rekomenduotina atlikti IPK implantavimą.

Mažiausiai 30 proc. maligninio pleurito atveju plautis po pleuros ertmės punkcijos pilnai neišsiplėčia. Pleurodezė nesėkminga iki 30 proc. ligonių ir 14 proc. ligonių simptominis maligninis pleuritas tampa inkapsuliuotas nuo ankstesnio gydymo. Šiems ligoniams gydymas galimas implantuojant IPK. Komplikacijų dažnis po IPK yra santykinai nedidelis – pleuros empiemos (2,4 proc.) ir celiulito (3,8 proc.).

Jei nustatoma IPK susijusi infekcija (celiulitas, tunelinė infekcija arba pleuros infekcija), ar gydyti antibiotikais, ar antibiotikais ir pašalinti IPK?

Kaip IPC sukeltų infekcinių komplikacijų metu duomenų yra mažai. Rekomenduojama nešalinti IPK, bet gydyti infekciją antibiotikais. IPK ištraukimą reikėtų svarstyti, tik tais atvejais, jei po gydymo antibiotikais infekcinės komplikacijos nepagerėja. Elgtis reikėtų individualiai, atsižvelgiant į ligonio būklę, pleuros sepsio požymių buvimą, įvertinus pleuros skysčio susikaupimo tikimybę pašalinus pleuros kateterį.

Apibendrinanti maligninio pleurito gydymo rekomendacijų schema pateikiama **1 pav.**

Literatūra

1. Feller-Kopman DJ, Reddy CB, DeCamp MM, et al. Management of Malignant Pleural Effusions. An Official ATS/STS/STR Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med*, 198; 7: 839–849.
2. Roberts ME, Neville E, Berrisford RG, et al. Management of a malignant pleural effusion: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax* 2010; 65(Suppl 2): ii1–ii3.
3. Burgers JA, P.W.A. Kunst PWA, Koolen MGJ, et al. Pleural drainage and pleurodesis: implementation of guidelines in four hospitals. *Eur Respir J* 2008; 32: 1321–1327.