

Vėžinio pleurito gydymas

Doc. dr. Kęstutis Malakauskas

KMU Pulmonologijos ir imunologijos klinika

Reikšminiai žodžiai: vėžinis pleuritas, toracentezė, ilgalaikis pleuros kateteris, pleurodezė, torakoskopija, pleuroperitoninis nuosrūvis.

Santrauka. Pacientams, sergantiems įvairios lokalizacijos piktybiniais navikais, gali pasireikšti vėžinis pleuritas. Išgyvenimo mediana po vėžinio pleurito diagnozės nustatymo yra 4 mėnesiai. Krūties, plaučių, virškinamojo trakto, kiaušidžių navikai, limfoma – dažniausios piktybinės ligos, pasireiškiančios ir vėžiniu pleuritu. Vėžinio pleurito gydymas tebėra paliatyvus – jo apimtis ir metodas priklauso nuo paciento būklės, ligos prognozės, skysčio pleuroje kaupimosi greičio, gydytojų patirties bei gydymo metodų (kaip antai: toracentezės, protarpinio drenavimo ilgalaikiu pleuros kateteriu, pleurodezės, torakoskopijos, pleuroperitoninio nuosrūvio) prieinamumo.

Skystis pleuros ertmėje labai pablogina pacientų gyvenimo kokybę. Piktybiniais navikais sergantiems ligoniams gali išsivystyti paravėžinis ar vėžinis pleuritas. Paravėžinį pleuritą lemia tiesioginis ar netiesioginis naviko poveikis, pvz.: broncho užsikimšimas ir atelektazės, plaučių arterijos embolija. Paravėžinio pleurito atveju pleuros skystyje nei citologiškai, nei pleuros lapelių biopsinėje medžiagoje navikinių ląstelių nerandama. Esant vėžiniam pleuritui, citologiniais ar histologiniais tyrimo metodais nustatoma vėžinių ląstelių. Pleuros skystyje ir/ar pasieninėje pleuroje rastos vėžinės ląstelės rodo išplitusį piktybinį procesą, taigi galima prognozuoti, kad ligonio gyvenimo trukmė bus trumpesnė. Gyvenimo trukmė nustačius vėžinio pleurito diagnozę yra nuo 3 iki 12 mėn. – priklauso nuo vėžio tipo, ligos išplitimo, atsako į sisteminę chemoterapiją. Trumpiausiai gyvenama esant plaučių vėžio sukeltam vėžiniam pleuritui, ilgiausiai – kiaušidžių vėžio.

Plaučių naviko išplitimas į pleurą yra dažniausia vyrų vėžinio pleurito priežastis, krūties naviko – moterų. Šių abiejų lokalizacijų navikai lemia 50–65 proc.

visų vėžinio pleurito atvejų (1 lentelė), neaiškios pirminės lokalizacijos navikai – 7–15 proc.

Prieš priimant sprendimą dėl vėžinio pleurito gydymo, reikia įvertinti šiuos aspektus: paciento ligos prognozę, ar pleuritas yra simptominis, kokios gydymo galimybės. Sprendimas gydyti priklauso nuo to, ar skystis pleuros ertmėje pasireiškia simptomais, ir naviko tipo. Laikomasi tokių nuostatų:

- besimptomio vėžinio pleurito aktyviai gydyti nereikia;
- kai kurių navikų (pvz.: krūties, kiaušidžių, limfos) atvejais sisteminė chemoterapija gali sąlygoti skysčio pleuros ertmėje rezorbciją bei tolesnę pleurito kontrolę;
- sunkus, dusulį sukiantis vėžinis pleuritas, kurio neveikia taikomas sisteminis gydymas, gydomas paliatyviai: šalinamas skystis iš pleuros ertmės bei kontroliuojama jo apykaita.

Pacientams, kuriems pleuritas sukelia simptomus, taikoma gydomoji toracentezė skysčiui pašalinti. Gydymas pasirenkamas atsižvelgiant į pleuros skysčio kaupimosi greitį, ligos prognozę, simptomų ryškumą.

LĖTAS SKYSČIO PLEUROS ERTMĖJE KAUPIMASIS

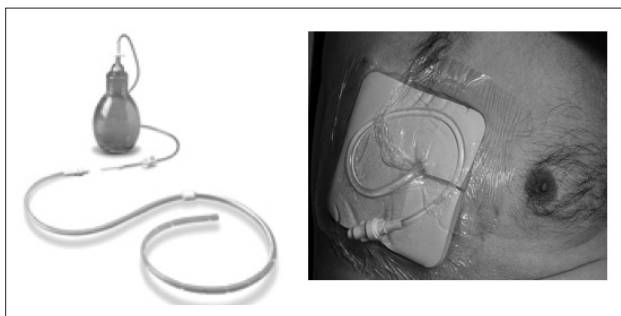
Kai skysčio prisikaupia iš lėto, pvz., per mėnesį, ligonis gali būti gydomas kartotinėmis gydymosiomis toracentezėmis (pleuros punkcijomis). Jas tikslinga taikyti ir pacientams, kurių ligos prognozė bloga: kai numatoma, kad gyvenimo trukmė nesiels 2 mėn. Toracentezės metu paprastai šalinama iki 1,5 l pleuros punktato arba kol atsiranda skausmas krūtinėje dėl plaučių išsiplėtimo. Jei planuojama šalinti didesnę kiekį skysčio, reikia įvertinti procedūros naudą bei galimą riziką, susijusią su reekspansinės plaučių edemos išsivystymu vienu

1 lentelė. VĖŽINIO PLEURITO KILMĖ

Pirminio naviko lokalizacija	Dažnumas (proc.)
Plaučiai	38
Krūtis	17
Limfoma	12
Virškinamasis traktas	7
Urogenitaliniai organai	9
Kitos lokalizacijos	7
Neaiški lokalizacija	10

2 lentelė. KAI KURIŲ CHEMINĖI PLEURODEZEI NAUDOJAMŲ SKLEROZUOJAMŲJŲ MEDŽIAGŲ VEIKSMINGUMAS

Sklerozuojamosios medžiagos	Veiksmingumas (proc.)
Talkas	70–100
Doksiciklinas	60–81
Bleomicinas	64–84
Cisplatina	65–83



1 pav. ILGALAIKIS PLEUROS KATETERIS

kartu pašalinus daugiau skysčio. Toracentezės metu atsiradęs kosulys dažniausiai būna susijęs su plaučio išsiplėtimu ir nesisieja su reekspansinės edemos vystymusi.

SPARTUS SKYSČIO PLEUROS ERTMĖJE KAUPIMASIS

Šiuo atveju reikalingos agresyvesnės gydymosi procedūros, nes dažnos toracentezės vargina pacientą, gali kilti komplikacijų (infekcija, pneumotoraksas). Pasirinkti galima kurį nors iš šių būdų: ilgalaikio pleuros kateterio įstatymas, pleurodezė, pleurektomija ir pleuroperitoninis nuosrūvis.

Ilgalaikis pleuros kateteris ir protarpinis drenažas

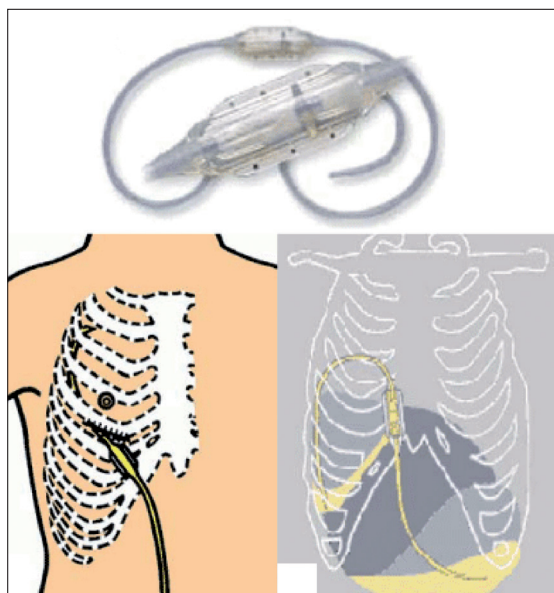
Tai vienas iš vėžinio pleurito pradinio gydymo metodų (1 pav.). Jam teiktina pirmenybė, nes yra mažiausiai invazinis, ligonio nereikia hospitalizuoti: pleuros kateteris gali būti įstatomas ir ambulatorinėmis sąlygomis. Pleuros kateteris indikuotinas, kai negalima taikyti pleurodezės (pvz., bronchą užkimšusios naviko masės, dėl to negalima išplėsti plaučio).

50–70 proc. pacientų, kuriems įstatytas pleuros kateteris, per dvi–šešias savaites įvyksta savaiminė pleurodezė. Tiems, kuriems jos nebūna, pro kateterį galima suleisti pleurą sklerozuojančios medžiagos.

Pleurodezė

Tai pleuros ertmės obliteracija leidžiant sklerozuojamosios medžiagos ir taip sukelti pleuros lapelių uždegimą bei fibrozę (cheminė pleurodezė), pleuros abrazijos būdu (mechaninė pleurodezė) ar įstačius ilgalaikį pleuros dreną (kateterį).

Cheminei pleurodezei teikiama pirmenybė kaip veiksmingesnei ir mažiausiai traumuojančiai. Tinkamiausia laikoma pleurodezė talku, kurios veiksmingumas yra 80–90 proc. (2 lentelė). Pleurodezė bleomicinu, tetraciklinu – alternatyva. Nenustatyta,



2 pav. PLEUROPERITONINIS NUOSRŪVIS

ar efektyviau talko įpurkšti torakoskopijos metu ar sušvirkti suspensijos pro pleuros dreną. Būdo pasirinkimas priklauso ir nuo kitų medicininių aplinkybių, pvz.: diagnostinės torakoskopijos metu nustačius vėžinį pleuritą tikslinga atlikti ir pleurodezę talku. Jei pacientas funkciškai silpnas, tinkamiau talko suspensijos sušvirkti pro pleuros dreną, mat toks cheminės pleurodezės būdas mažiau invazinis.

Dažniausios šalutinės reakcijos po pleurodezės talku yra karščiavimas ir skausmas. Sisteminis uždegimo atsakas ar kvėpavimo nepakankamumas išsivysto retai. Kai kuriems pacientams į pleuros ertmę drenažo tikslu įstatytas standartinis drenas gali sukelti pleurodezę ir be papildomų sklerozuojamųjų medžiagų.

Pleurektomija

Radikali totalinė ar dalinė pleurektomija (plautinės ir pasieninės pleuros rezekcija) ir dekortikacija (fibrinės pleuros luobos pašalinimas) padeda kontroliuoti vėžinį pleuritą pacientams, kuriems nepavyko atlikti cheminės pleurodezės arba ji buvo neefektyvi. Galimi kandidatai atlikti pleurektomiją turi būti funkciškai pajėgūs ir stabilios būklės, geresnės išgyvenimo prognozės, nes tam, kad būtų atlikta radikali totalinė pleurektomija, reikalinga torakotomija. Dalinė pleurektomija/dekortikacija gali būti atlikta torakoskopijos metu.

Pleuroperitoninis nuosrūvis

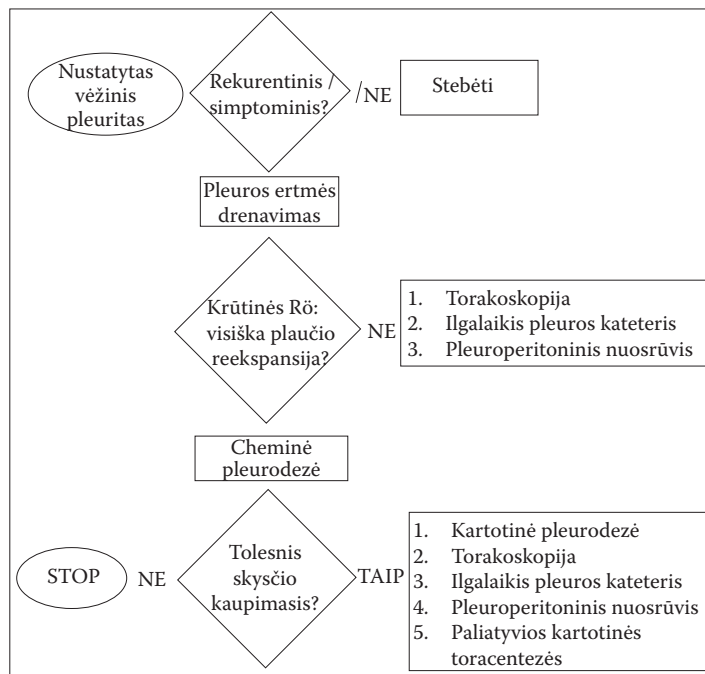
Šis būdas vėžiniam pleuritui gydyti gali būti taikomas, kai nepavyksta cheminė pleurodezė, yra vėžinis chilotoraksas, užsikimšęs tos pusės bronchas ir yra plaučio kolapsas (2 pav.). Pagrindinės pleuroperitoninio nuosrūvio komplikacijos – kateterio okliuzija ir infekcija, galimas ir vėžinio proceso išplitimas į pilvaplėvę.

Antinavikinis gydymas

Kai kuriais atvejais sisteminė chemoterapija ir spindulinis gydymas gali būti naudingi kaip papildomos

3 lentelė. VĒŽINIO PLEURITO GYDYMAS

Metodas	Privalumai	Trūkumai
Stebėjimas	Neinvazinis	Daugeliu atveju skysčio pleuros ertmėje daugėja, todėl prireikia aktyvaus gydymo
Kartotinės gydymo- sios tora- centezės	Pasirinkimo metodas pacientams su trumpa prognozuojama gyvenimo trukme	Spartus skysčio kaupimasis Greitas dusulio palengvėjimas Kartotinės procedūros Dažnas lankymasis ligoninėje (poliklinikoje) Su procedūra susijusios komplikacijos Reekspansinė plaučių edema Pablogėjusi gyvenimo kokybė
Cheminė pleurodezė pro pleuros dreną	Efektyvi (81–93 proc.)	Invazinis būdas
Torakoskopija	Efektyvi (> 90 proc.) Vienos procedūros metu gali būti nustatyta diagnozė ir atlikta pleurodezė	Invazinis būdas
Pleuroperitoninis nuosrūvis	Gali būti pasirinkamas metodas kai cheminė pleurodezė neefektyvi	Nuosrūvio disfunkcija Infekcija
Ilgalaikis pleuros kateteris	Pasirenkamasis metodas motyvuotiems pacientams Ambulatorinis paciento stebėjimas Nebrangu Gera dusulio kontrolė Savaiminė pleurodezė (42–58 proc.) Naudotinas esant plaučio ar skilties kolapsui Pro kateterį, jei reikia, galima sušvirkti vaistų	Šeimos narių ar vizitujančio slaugos personalo dalyvavimas drenažo procedūrose Infekcija kateterio vietoje Maža pleurodezės tikimybė, palyginti su chemine pleurodeze pro pleuros dreną ar torakoskopijos metu



3 pav. VĒŽINIO PLEURITO GYDYMO ALGORITMAS

MANAGEMENT OF MALIGNANT PLEURAL EFFUSIONS

KĘŠTUTIS MALAKAUSKAS
DEPARTMENT OF PULMONOLOGY AND IMMUNOLOGY
KAUNAS UNIVERSITY OF MEDICINE

Key words: Malignant pleural effusion, thoracentesis, indwelling pleural catheter, pleurodesis, thoracoscopy, pleuroperitoneal shunt.

Summary. Malignant pleural effusions are an important complication for patients with intrathoracic and extrathoracic malignancies. Median survival after diagnosis of malignant pleural effusions is 4 months. Common cancer types causing malignant pleural effusions include carcinomas of the breast, lung, gastrointestinal tract, and ovaries, lymphomas. Management of malignant pleural effusions remains palliative; it is critical that the appropriate management approach is chosen on the basis of available expertise and the patient's clinical status and include thoracentesis, indwelling pleural catheter, pleurodesis, thoracoscopy, pleuroperitoneal shunt.

priemonės, tačiau dažnai nepakankamos kontroliuoti vėžinio pleurito sukeltiems simptomams. Sisteminė chemoterapija daugelio navikų atveju neturi įtakos skysčio kaupimuisi pleuros ertmėje, išskyrus limfomą, krūties, smulkiųjų ląstelių plaučių, prostatos, kiaušidžių, skydliaukės navikus. Spindulinis gydymas gali būti veiksmingas, kai esant limfomai vyrauja tarpuplaučio limfmazgių pažeidimas. Tarpuplaučio švitinimas gali paskatinti rezorbuotis paravėžinį pleuritą limfomatinio chilotorakso atvejais.

Gydymo metodo pasirinkimas labai priklauso nuo gydytojų patyrimo ir metodų prieinamumo. Šiuolaikiniai vėžinio pleurito gydymo metodai, jų privalumai bei trūkumai, trumpai apibendrinti trečioje lentelėje, o trečiame paveiksle pateiktas vėžinio pleurito gydymo algoritmas.

LITERATŪRA

1. Antony VB, Loddenkemper R, Astoul P, et al. Management of malignant pleural effusions. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162:1987–2001.
2. Khaleeq G, Musani A. Emerging paradigms in the management of malignant pleural effusions. *Respir Med* 2008; 102:939–948.
3. Lee KA, Harvey JC, Reich H, et al. Management of malignant pleural effusions with pleuroperitoneal shunting. *J Am Coll Surg* 1994; 178:586–588.
4. Musani AI. Treatment options for malignant pleural effusion. *Current Opinion in Pulmonary Medicine* 2009, 15:380–387
5. Putnam JB Jr, Walsh GL, Swisher SG, et al. Outpatient management of malignant pleural effusion by a chronic indwelling pleural catheter. *Ann Thorac Surg* 2000; 69:369–375.
6. Rodriguez-Panadero F, Janssen JP, Astoul P. Thoracoscopy: general overview and place in the diagnosis and management of pleural effusion. *Eur Respir J* 2006; 28:409–422.
7. Spiegler PA, Hurewitz AN, Groth ML. Rapid pleurodesis for malignant pleural effusions. *Chest* 2003; 23:1895–1898.
8. Steffen K, Arndt B, Adrian G. Clinical efficacy and safety of thoracoscopic talc pleurodesis in malignant pleural effusions. *Chest* 2005; 128:1431–1435.
9. Tan C, Sedrakyan A, Browne J, et al. The evidence on the effectiveness of management for malignant pleural effusion: a systematic review. *Eur J Cardio-Thorac Surg* 2006; 29:829–838.