

616.25-003.219-08

SPONTÁNNÍ PNEUMOTORAX

Pplk. MUDr. A. NOVÁK, E. PETRÁŠ
Oddělení pro hrudní a břišní chirurgii
Ústřední vojenská nemocnice Praha
(náčelník: plk. MUDr. J. Burda)

Spontánní pneumotorax je choroba známá již 300 roků. Dle světových statistik vzrůstá její incidence a není to pouze zásluhou dokonalejší diagnostiky. Populace naší planety stárne a s ní stárnou i naše plíce. Je stále více bronchitid, emfyzémů a zápalů plic, bronchiálního astmatu a výrazně negativní úlohu hraje i kouření. V západních zemích má incidence 2 vrcholy:

1. 20—30 roků
2. okolo 60 roků.

U nás je vrchol pouze jeden (a potvrzuje to i naše sestava) a ten je mezi 30. a 40. rokem.

Někteří autoři kritizují nesprávnost názvu onemocnění. Skutečný spontánní — tj. idiopatický pneumotorax totiž téměř nikdy neexistuje. Proto navrhuji názvy prasknutí plic, perforace s následným pneumotoraxem atd., ale tyto názvy se neujaly.

Je třeba vždy sledovat to, co je příčinou spontánního pneumotoraxu, a po zjištění kolapsu je třeba sledovat patologické změny, které k němu vedly. Nenajdeme-li po pečlivém přešetření základní chorobu, která vedla ke spontánnímu

pneumotoraxu, o to závažněji se ukáže, jakým způsobem jsme dosáhli rozvinutí plíce. Pouze procento recidiv a sledování ukáže, byla-li léčba alespoň přibližně správná a blížila-li se léčbě etiologické. I když se nepodaří základní chorobu zjistit, neznamená to ještě, že jde o spontánní pneumotorax. Konečnou diagnostickou možností je torakotomie, biopsie a vyšetření operačního preparátu.

V otázkách diagnostiky je suverénní RTG vyšetření, zapomíná se však, že bočné a šikmé snímky jsou u starších a obéznějších čitelnější než snímky předozadní a že radiogramy v exspiriu lépe kreslí kontury plic. Významnou roli při diagnóze má i torakoskopie.

Z dalších příznaků je třeba věnovat pozornost příznaku auskultačního ticha a symptomu dislokace mediastina. Je třeba rozeznat a hodnotit stupeň dechové a oběhové nedostatečnosti za pomoci vyšetření EKG, krevních plynů, vyšetření žilního tlaku, spirometrie atd.

Diferenciální diagnóza je někdy obtížná a zejména u dětí může být i nebezpečná (spontán-

ní pneumotorax je možno zaměnit za tenkostěnnou bulu, jejíž punkce může mít nepříjemné následky).

Léčba spontánního pneumotoraxu je konzervativní a chirurgická. Metody léčby jsou různé od pouhého klidu na lůžku až po oboustranné plicní resekce. Sám klid na lůžku však neurychluje resorpci vzduchu, jejíž rychlost je 1,25 % denně, a tak spontánní pneumotorax o objemu 40 % se nevstřebá po této léčbě ani za měsíc. Northfield ve své práci sledoval rychlost absorpce plynu z pneumotoraxu při podávání vysokých dávek kyslíku (16 l přerušovaně až 36 h). Denně nález kontroloval RTG a zjistil, že průměrná rychlost vstřebávání vzrostla při kyslíkové terapii 4krát.

Jehla a desuflace vzduchu léčí také pouze symptomy, ne příčinu choroby. Touto metodou se vzduch nemůže plně odsát, a je proto neefektivní zejména při bronchiální píštěli. Doba rozvinutí plic je dlouhá, je možnost poranění plic a jsou časté recidivy (1:3). Tato metoda se na chirurgickém oddělení většinou nepoužívá. Böhlaova drenáž, která se na chirurgickém oddělení používá velmi často, není také dle většiny autorů příčinnou léčbou a může zanechat zbytkové kolapsy. Její výhodou ale je, že rychle rozvíjí plic, zřídka se ucpává, nezraňuje pleuru, ale pouze ji dráždí, a dává menší procento recidiv (1:5). To, že Böhlaova drenáž dráždí v pleurální dutině a při odsávací drenáži působí jako cizí těleso v pleurální dutině, vede k vzniku sterilní pleuritidy a následné pleurodézy, což je z terapeutického hlediska výhodné. Procento recidiv při ponechání drénu nejméně 1 týden se uvádí 2,5 %, zatímco při ponechání drénu 3–5 dní 10–20 % (někteří uvádí dokonce až 30 %).

Většina autorů se v současné době přiklání k chirurgické léčbě, protože chirurg zná živé plic lépe než pneumolog a lépe za pomoci anesteziologa zjistí i malou bronchiální píštěl. Při velké bronchiální píštěli a velkém kolapsu plic je chirurgická léčba absolutně indikovaná, protože konzervativní terapie má vysokou mortalitu (až 56 %), zatímco chirurgická terapie pouze 7 %. Respirační insuficience při spontánním pneumotoraxu vždy indikaci torakotomie podporuje. Také recidivující spontánní pneumotorax je absolutní indikací k torakotomii. Autoři uvádí, že chirurgická léčba má velmi dobré výsledky u 90 % a také procento recidiv je značně nižší než u konzervativní terapie a drenáže.

Rozsah výkonu se samozřejmě řídí nálezem a spočívá v resekci různého rozsahu, sešití buly, dekortikaci nebo pleurektomii. Pleurektomie se považuje za vhodnou metodu u spontánního pneumotoraxu při cystické fibróze plic, vyskytující se nejčastěji v pubertě jako obávaná komplikace vedoucí k těžké dechové insuficienci.

Haris popsal zajímavé případy recidivujícího spontánního pneumotoraxu při menstruaci a příčinou tohoto onemocnění byla endometrióza, nejčastěji bránice.

Na oddělení hrudní a břišní chirurgie ÚVN bylo v době od roku 1963 do června 1982 hospitalizováno 28 nemocných s diagnózou spontánního pneumotoraxu. Z toho bylo 27 mužů a 1 žena, 17krát byl spontánní pneumotorax diagnostikován na straně pravé, 9krát vlevo.

Z celkového počtu 28 byl spontánní pneumotorax pouze 2krát oboustranný, zbytek jednostranný. K recidivě došlo 4krát (tj. 15,3 %), vždy homolaterálně.

Průměrný věk hospitalizovaných byl 37,8 roku. Průměrná doba hospitalizace 17,3 dne. Průměrná doba odsávání 5 dní. Böhlaova drenáž byla terapeuticky dostačující u 18 nemocných. V 10 případech byla doplněna torakotomií.

Torakotomii jako prvotní výkon jsme provedli 1krát při recidivě spontánního pneumotoraxu a 2krát po předchozí neúspěšné desuflaci.

Během doby se měnily názory na léčbu spontánního pneumotoraxu a v současné době na základě literárních údajů a vlastních zkušeností:

1. Desuflaci jehlou neprovádíme.
2. U všech nemocných provádíme jako prvotní výkon Böhlaovu odsávací drenáž. S odstraněním drenáže nespěcháme a názor týdenního odsávání považujeme za adekvátní. Před zrušením drenáže tuto zaštipujeme na 2 hodiny a RTG kontrolujeme. Další RTG kontrolu provádíme za 6–12 hodin a pak drenáž rušíme.
3. Není-li Böhlaova drenáž úspěšná, provedeme neodkladně torakotomii s výkonem dle nálezu na plicí.
4. ATB jsme nepodávali dříve paušálně, v současné době kryjeme i odsávací léčbu ATB nejčastěji PNC a STM.

Závěrem bychom chtěli shrnout naše názory na léčbu spontánního pneumotoraxu:

Torakotomii považujeme za etiologickou léčbu spontánního pneumotoraxu a dáváme jí přednost při léčbě recidivujícího spontánního pneumotoraxu, bul. emfyzémech, plicních fibrózách, pachypleuritidách a respiračních insuficiencích.

Při nekomplikovaných formách spontánního pneumotoraxu však vždy začínáme léčbu Böhlaovou odsávací drenáží za současného podávání ATB a s následnou dechovou rehabilitací.

Souhrn

Obsahem sdělení jsou zkušenosti s léčbou spontánního pneumotoraxu na oddělení chirurgie hrudní a břišní Ústřední vojenské nemocnice za 20 roků. Důraz klademe na prvotní použití Böhlaovy drenáže a teprve při jejím neúspěchu na chirurgické řešení.

Literatura u autora

KLíčová slova: Spontánní pneumotorax; Léčba.