

Maligní fluidothorax u nemocných v programu paliativní onkologické péče

doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.

Klinika onkologie a radioterapie FN Hradec Králové

Ambulance paliativní onkologické péče KOC FN v Hradci Králové

Léčebně neodvratitelná progresse zhoubného novotvaru a jeho předchozí protinádorová léčba, kterou pacient absolvoval, jsou častou příčinou náhlého zhoršení celkového stavu pacienta. Jedním z velmi závažných symptomů je dušnost. Autor se ve svém sdělení zabývá problematikou dušnosti vzniklé na podkladě maligního fluidothoraxu včetně možností jeho léčby u nemocných zařazených do programu paliativní onkologické péče.

Klíčová slova: paliativní onkologická péče, dušnost, maligní fluidothorax, pacient.

Malignant fluidothorax in patients enrolled in the program of palliative cancer care

Therapeutically inevitable progression of malignant neoplasm and its previous cancer treatment, the patient graduated, are a common cause of sudden deterioration of the general condition of the patient. One of the most serious symptom is shortness of breath. Author's communication deals with dyspnea appearing on the basis of malignant fluidothorax including the possibility of treatment in patients enrolled in the program of palliative cancer care.

Key words: palliative cancer care, dyspnea, malignant fluidothorax, patient.

Med. praxi 2013; 10(1): 33–34

Úvod

Paliativní onkologická péče (dále jen POP) je aktivní, na kvalitu života zaměřená léčebná a ošetrovatelská intervence u nemocných s léčebně neodvratitelnou progresí zhoubného novotvaru (dále jen ZN) (1–8). Tento typ péče je indikován nemocným s ukončenou protinádorovou léčbou v důsledku vyčerpaných možností léčby a nemocným, kteří nejsou k protinádorové léčbě indikováni z důvodu nízkého výkonnostního stavu (Karnofského Performance Status) či přidružených závažných somatických komorbidit (1–8).

Dušnost

Léčebně neodvratitelná progresse ZN je provázena řadou závažných symptomů, které snižují kvalitu života a celkovou dobu přežití nemocného. Mezi tyto symptomy patří: bolest, anorexie, kachexie, nauzea, zvracení, dušnost, kašel, hemoptýza, únava, pocení, zácpa, průjem, škytavka, ikterus, svědění, ascites, pleurální výpotek, syndrom maligní střevní obstrukce, syndrom mišňí komprese, syndrom horní duté žíly, epileptické záchvaty, delirium, deprese, úzkost, poruchy spánku (6). Jedním z velmi závažných symptomů, který významně snižuje úroveň kvality života nemocného, je dušnost, která je charakterizována jako subjektivní pocit ztíženého dýchání. Jednou z častých příčin dušnosti u nemocných s metastazujícím ZN je metastatické postižení plic a pleury s tvorbou pohrudničního výpotku (6, 7).

Fluidothorax

Fluidothorax vzniká důsledkem překročení resorpční kapacity pleury či jejího snížení nebo důsledkem patologické léze pleury. Incidence všech pleurálních výpotků je 300–500/100 000 obyvatel (9). U onkologických nemocných se lze setkat se třemi typy fluidothoraxů (10).

1. **Maligní fluidothorax:** charakterem exsudát, často hemoragický, cytologicky s průkazem nádorových buněk.
2. **Paramaligní fluidothorax:** výpotek provázející zhoubný novotvar, cytologicky bez průkazu nádorových buněk.
3. **Nemaligní fluidothorax:** výpotek provázející nenádorová onemocnění (srdeční selhávání, renální selhání, plicní embolie, nefrotický syndrom, jaterní cirhóza, polékové (hydralazin, prokainamid), systémová onemocnění pojiva (revmatoidní artritida, systémový lupus erythematoses)).

Maligní fluidothorax

Maligní fluidothorax (dále jen MF) doprovází plicní tumory v době diagnózy cca v 10–15 %, během celého průběhu nemoci se objeví cca u 50 % nemocných. U nemocných s karcinomem prsu se MF vyskytuje u 46–48 % nemocných (11). Častější výskyt MF je zaznamenán při karcinomatózní lymfangoitidě. Maligní lymfomy jsou komplikovány MF v 16 % (11). MF je ukazatelem pokročilosti nádorového onemocnění s velmi nepřízní-

vou prognózou (střední doba přežití 3 měsíce od stanovení diagnózy).

Diagnostika MF se opírá především o zobrazovací vyš./rtg vyš. plic, UZ vyš. hrudníku, CT vyš. hrudníku/cytologické vyš. pohrudničního výpotku (erytrocyty > 100 000/mm³, přítomny nádorové buňky), biochemické vyš. pohrudničního výpotku (bílkovina, laktátdehydrogenáza, amyláza, lipidy), serologické vyš. pohrudničního výpotku (karcinoembryonální antigen, neuron specifická enoláza, CYFRA 21-1) (10). Je-li negativní cytologické vyš. pohrudničního výpotku, je dalším diagnostickým krokem perkutánní biopsie pleury s histologickým vyšetřením. Není-li etiologie známa, lze indikovat thorakoskopické vyš. (vyšetření parietální i viscerální pleury inspekci a možností cílené biopsie části pleury a přilehlého plicního parenchymu) (10).

Jaké jsou možnosti léčby MF u nemocných zařazených do programu paliativní onkologické péče?

1. **Paliativní onkologická péče** (obecná, specializovaná) – zaměřena na léčbu symptomů spjatých s léčebně neodvratitelnou progresí zhoubného novotvaru.
2. **Evakuační punkce hrudníku (thorakocentéza)** – pomůže jen dočasně, poskytne pacientovi úlevu od obtíží, především dušnosti a bolesti. Opakované pleurální punkce nevedou k omezení tvorby pleurálního výpotku, zvyšují riziko vzniku infekčních komplikací a nebezpečí pneumotoraxu

a opouzdření výpotku, dochází ke ztrátě bílkovin. S ohledem na tato rizika je vhodné provádět opakované pleurální punkce jen u nemocných s výraznými potížemi a krátkou předpokládanou délkou života (dny – 8 týdnů). Výhodou je možnost ambulantního provedení. Je vhodné punktovat 1 000–1 500 ml výpotku u těch pacientů, u kterých se výpotek nedoplňuje dříve než za 3 týdny (10).

3. **Chemická pleurodéz** – obvykle instalací biotalku. Zásadní indikací pacienta k provedení chemické pleurodéz jsou obtíže způsobené recidivujícím pleurálním výpotkem, zejm. dušnost, kašel a bolest, které po evakuaci výpotku ustupují, nebo se alespoň zmírňují. Po evakuaci výpotku musí být prokázána expandibilita plíce (klinicky a rentgenologicky). Interval mezi hrudními punkcemi je kratší než 2 týdny. Chemická pleurodéz by měla být indikována u nemocných v dobrém biologickém stavu (Karnofského Performance Status > 75 %), s minimem přidružených závažných somatických interních komorbidit a předpokládanou dobou přežití 3 a více měsíců. Při přítomnosti pleurálních adhezí (separovaný MF) lze použít fibrinolytika formou denních výplachů pleurální dutiny streptokinázou (250 000 jednotek/100 ml fyziologického roztoku) (10).
4. **Chirurgická intervence – pleurektomie nebo implantaci pleuroperitoneálního či pleurovenózního shuntu.** Pleurektomie by měla být indikována u pacientů s MF refrakterním na léčbu chemickou pleurodézou a v dobrém celkovém stavu. Pleurektomie je velmi často vysoce efektivní (až v 90 %), ale je spojena s vyšší perioperační mortalitou (10 %) a s vyšším procentem komplikací (morbidity 23 %) (10, 12). Pleuroperitoneální

shuntů neumožňují dosáhnout úplného vyprázdnění pleurální dutiny. Zmenšením objemu výpotku lze dosáhnout ústupu nebo alespoň zmírnění potíží. Úspěch zavedení shuntu závisí na compliance nemocného (komprese subkutánně uložené pumpy transportující tekutinu z pleurální dutiny) (10, 12).

Závěr

Závěrem lze konstatovat, že:

1. Optimální léčba MF je u nemocných s pokročilým ZN velmi diskutovaným tématem.
2. U každého nemocného je nutné zvolit individuální přístup s ohledem na jeho výkonnostní stav, přidružené závažné interní somatické komorbidity, předpokládanou dobou přežití (life expectancy) a také přání pacienta a jeho rodiny.
3. Předpokládaná doba přežití (life expectancy) vhodných kandidátů k chemické pleurodézě případně k pleurektomii je 3 a více měsíců.
4. U preterminálních nemocných s life expectancy do cca 2 měsíců je preferován konzervativní postup (potentní opioidy, kortikosteroidy, antitusika, psychofarmaka – především benzodiazepiny, podpůrná oxigenoterapie).
5. MF refrakterní na opakované pleurální punkce či intrapleurální intervenci vyžaduje interdisciplinární přístup (spolupráce s rentgenologi, pneumologi, hrudními chirurgy).
6. Při úsilí na zvládnutí MF nesmíme zapomenout, že utrpení těchto pacientů má rovinu nejen fyzickou, ale i psychologickou, duchovní a sociální a tišení těchto příznaků musí být součástí komplexní léčby.

Podpořeno projektem
(Ministerstva zdravotnictví ČR) koncepčního
rozvoje výzkumné organizace 00179906.

Literatura

1. Slovák L, Filip S, Šimková M, Priester P, Slánská I, Švecová D, Kopecký J. Ambulance paliativní onkologické péče – její funkce a zařazení v systému poskytování zdravotní péče na regionální úrovni. *Paliat. Med. Lieč. Boles.*, Supl. 2010; 3(S3): 16–18.
2. Slovák L, Filip S, Šimková M, Priester P, Slánská I, Kopecký J. Ambulance paliativní onkologické péče – její funkce a zařazení v systému poskytování zdravotní péče na regionální úrovni. *Prague ONCO Journal* 2011; 1(2): 124–124.
3. Slovák L, Filip S. Péče o pacienta v terminálním stavu na onkologickém oddělení. In: *Edukační sborník XXXIV. BOD 2010*; Brno, s. 195–196.
4. Filip S, Slovák L, Švecová D, Šimková M, Priester P, Slánská I, Kopecký J, Lukešová Š, Štuková R, Svobodová J. Indikátory kvality poskytování paliativní onkologické péče na různých úrovních poskytované zdravotní péče – Centrum Paliativní onkologické péče v regionu. *Paliat. Med. Lieč. Boles.*, Supl. 2010; 3(S3): 18–19.
5. Filip S, Slovák L, Švecová D, Milka D, Kopecký J, Priester P, Petera J, Svoboda V. Outpatient clinic of palliative care in oncology. *Cas Lek Cesk.* 2011; 150(3): 169–172.
6. Slovák L, Slováčková B, Blažek M, Jebavý L, Kačerovský J. Možnosti paliativní léčby u nemocných v terminálním stádiu maligního onemocnění z pohledu internisty. *Prakt. Lék.* 2003; 83(12): 711–714.
7. Slovák L, Jebavý L, Slováčková B. Paliativní léčba bolesti a dušnosti u onkologických nemocných v terminálním stádiu onemocnění. *Voj. zdrav. Listy* 2006; 75(1): 13–16.
8. Slovák L, Slováčková B, Blažek M, Jebavý L. Kvalita života onkologických nemocných – definice, koncepce, možnosti měření. *Klin. Onkol* 2006; 19(3): 163–166.
9. Novosádová L, Mikula P, Starostka D, Tomicová K. Pleurální punkty z pohledu hematologa. *Sborník abstrakt OHF 2009*.
10. Slovák L, Slánská I, Filip S. Maligní fluidothorax v paliativní onkologické péči pohledem onkologa. In: *Svoboda, M.: Edukační sborník XXXVI. BOD 2012*; Brno, s. 278–279.
11. Marel M. Novinky v diferenciální diagnostice pleurálních výpotků. *Zdravotnické noviny: Lékařské listy* 2007; 2: 23–29.
12. Habal P, Mandák J, Šimek J, Štětina M, Jankovičová K, Kondělková K, Krejs J. Monitorace efektivity chirurgické léčby maligních pleurálních výpotků. *Klin. Onkol* 2010; 23(2): 99–103.

Článek přijat redakcí: 26. 11. 2012

Článek přijat k publikaci: 4. 1. 2013

doc. MUDr. Ladislav Slovák, Ph.D.

Klinika onkologie a radioterapie FN Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové 5
ladislav.slovacek@seznam.cz