

Informacje dla studentów

Wydziały

Plany zajęć

Materiały dydaktyczne

Indywidualny Tok Studiów

Pomoc materialna dla studentów, akademiki

Opłaty

Akademiki, Kluby

Organizacje

Stowarzyszenie absolwentów

FENESTRACJA sp. CLAGETTA W LECZENIU PRZETOKI OSKRZELOWEJ PO PNEUMONEKTOMII

Powstanie przetoki oskrzelowej po resekcji tkanki płucnej jest jednym z najgroźniejszych i najtrudniejszych do zaopatrzenia powikłań w torakochirurgii.

Szczególnie niebezpieczna jest przetoka rozwijająca się u pacjentów poddanych zabiegowi usunięcia całego płuca (pneumonektomia). W wyniku przedostawania się do jamy opłucnej treści z dróg oddechowych dochodzi do jej zainfekowania i powstania ropniaka opłucnej. Zalewanie drzewa oskrzelowego treścią ropną przedostającą się do światła oskrzela może prowadzić do rozwoju mnogich ropni i zapalenia płuca przeciwnego a w konsekwencji do rozwoju ostrej niewydolności oddechowej i zgonu pacjenta.

Wyróżnia się dwie podstawowe przyczyny rozwoju przetoki oskrzelowej:

- „błąd chirurga” - niewłaściwie założone szwy na kikucie oskrzela, zaburzenia ukrwienia z powodu odnaczynienia kikuta lub zmiążdżenia oskrzela oraz wady mechanicznych zszywaczy (staplerów) oskrzelowych. Do ujawnienia przetoki oskrzelowej dochodzi zazwyczaj we wczesnym okresie pooperacyjnym (tzw. przetoka wczesna).
- procesy chorobowe toczące się w obrębie kikuta oskrzela np. nacieki nowotworowy w linii odcięcia oskrzela, procesy zapalne swoiste i nieswoiste w okolicy gojącego się kikuta oskrzela. Zazwyczaj przetoka taka ujawnia się w późniejszym okresie.

Metody leczenia przetok oskrzelowych:

- Klasyczny drenaż jamy opłucnej lub drenaż przepływowy + intensywne leczenie zachowawcze. Wyleczenie możliwe tylko w przypadku wczesnej przetoki o niewielkiej średnicy (tzw. mikroprzetoka)
- Stałe nosicielstwo drenu założonego do jamy opłucnej i odprowadzonego do worka stomijnego.
- Retorakotomia i powtórne zszycie kikuta oskrzela szwem oskrzelowym lub staplerem - możliwe do wykonania w przypadku wczesnie rozpoznanej przetoki oraz pozostawienia długiego kikuta oskrzela podczas pierwszego zabiegu.
- zszycie przetoki oskrzelowej z założeniem na oskrzele uszypułowanej wiązki mięśni ściany klatki piersiowej. Zabieg ten często uzupełnia się wykonaniem pleurektomii i torakoplastyki w celu zmniejszenia komory ropniaka w jamie opłucnej.
- Wytworzenie w ścianie klatki piersiowej okna kostnego (fenestracja sp. Clagetta) co pozwala na gojenie ropniaka na otwarto i zamknięcie przetoki oskrzelowej przez ziarninowanie.
- Metody endoskopowego zamknięcia przetoki oskrzelowej z zastosowaniem klejów biologicznych oraz rozdrobnionych fragmentów kostnych.
- Zamknięcie przetoki oskrzelowej z dostępu przez sternotomię w niezakażonym środowisku śródpiersia (trudny dostęp operacyjny wymagający dotarcia do kikuta oskrzela poprzez odpowiednio wypreparowane i rozsunięte duże naczynia serca). Do zamknięcia oskrzela wykorzystuje się stapler liniowy typu TA.

Opis przypadku chorobowego:

Chory lat 59 po przebytym zabiegu pneumonektomii prawostronnej z powodu ca. planoepitheliale wykonanym w innym ośrodku torakochirurgicznym. Po upływie 3 tygodni od zabiegu doszło do powstania rozedmy podskórnej, pogorszenia stanu ogólnego pacjenta przejawiającego się stanami gorączkowymi do 39 st.C oraz odkrztuszaniem z drzewa oskrzelowego dużych ilości cuchnącej treści ropnej.

Po skierowaniu chorego do Kliniki założono drenaż przepływowy jamy opłucnej ewakuując duże ilości treści ropnej. Mimo leczenia zachowawczego obserwowano duży przeciek powietrza z założonego drenu. Po upływie 5 dni zdecydowano się na zakwalifikowanie chorego do retorakotomii. Wykonano zabieg zszycia przetoki oskrzelowej uzupełniony założeniem na przetokę uszypułowanej wiązki mięśniowej. W okresie pooperacyjnym przez okres 4 dni nie obserwowano przecieku powietrza. W piątą dobę po zabiegu doszło do powtórnej ujawnienia się przetoki oskrzelowej. Wobec powyższego chorego zaplanowano do kolejnego zabiegu. Ze względu na brak możliwości technicznych zszycia oskrzela zdecydowano się na wykonanie fenestracji. Wycięto fragmenty V, VI i VII żebra i pozostawiono okienko w ścianie klatki piersiowej. W okresie pooperacyjnym do jamy opłucnej zakładano serwetki nasączone roztworem antybiotyku i środków antyseptycznych. Po upływie 10 dni chorego wypisano do domu z zalecaniem zgłaszania się 3 x w tygodniu na wymianę opatrunków. W trakcie leczenia ambulatoryjnego obserwowano oczyszczanie się jamy opłucnej z treści ropnej i pokrywanie się jej ścian ziarniną. Po ok. 6 tygodniach leczenia stwierdzono zamknięcie się przetoki oskrzelowej. Podjęto próbę zamknięcia okienka w ścianie klatki piersiowej, jednak po 3 tygodniach doszło do nawrotu przetoki. Wykonano powtórnie fenestrację wraz z torakoplastyką. Leczenie ambulatoryjne z systematyczną wymianą opatrunków zakładanych do jamy opłucnej kontynuowano przez okres następnych 4 miesięcy. Po kontroli bronchofiberoskopowej chorego skierowano poraz kolejny do Kliniki i powtórnie tym razem skutecznie zamknięto fenestrację. Aktualnie po 18 miesiącach od zabiegu pneumonektomii samopoczucie chorego jest dobre, pozostaje pod kontrolą ambulatoryjną.

Ryciny obrazują kolejne etapy leczenia przetoki oskrzelowej z zastosowaniem fenestracji sposobem Clagetta.

Ryc. 1



Ryc. 2



Ryc. 3



Opracował:
dr med. Sławomir Jabłoński



[BIP](#) | [WYSZUKAJ](#) | [BIBLIOTEKA](#) | [PROMOCJA](#) | [ZAMÓWIENIA PUBLICZNE](#) | [KONTAKT](#) | [KALENDARZ](#) | [PROCES BOŁOŃSKI](#) | [PROGRAMY POMOCOWE](#)

[LICEA PATRONACKIE](#) | [UMED SP. Z O.O.](#) | [FUMED](#) | [CIITT](#) | [HARC](#)

Projekt i wykonanie Serwisu [0.011454]
2001-2012 © Biuro Promocji i Wydawnictw Uniwersytetu Medycznego