



# Χειρουργικές προσεγγίσεις στην θεραπεία του αυτόματου πνευμοθώρακα

Ι. Καραμπίνης<sup>1</sup>, Γ. Χαρδαβέλλα<sup>2</sup>, Ε. Διονέλλη<sup>2</sup>, Ι. Κυρίτσης<sup>3</sup>, Α. Βερβενιώτης<sup>3</sup>, Α. Κατσιπουλάκης<sup>4</sup>, Ν. Αναστασίου<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Θωρακοχειρουργική Κλινική ΓΝΝΘΑ Σωτηρία, <sup>2</sup>6<sup>η</sup> Πνευμονολογική Κλινική ΓΝΝΘΑ Σωτηρία, <sup>3</sup>Θωρακοχειρουργική Κλινική ΓΟΝΚ Άγιοι Ανάργυροι,

<sup>4</sup>Αναισθησιολογική Κλινική ΓΟΝΚ Άγιοι Ανάργυροι

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Ο πρωτοπαθής αυτόματος πνευμοθώρακας (PSP) παρουσιάζει επίπτωση 7,4 έως 18 περιπτώσεις (συχνότητα εμφάνισης προσαρμοσμένη στην ηλικία) ανά 100.000 άτομα πληθυσμού κάθε χρόνο στους άνδρες και 1,2 έως 6 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα πληθυσμού κάθε χρόνο στις γυναίκες.
- Ο PSP εμφανίζεται συνήθως σε νέους (ηλικίας μεταξύ 15 και 40 ετών) ψηλούς, αδύνατους ασθενείς. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι το ανδρικό φύλο και το κάπνισμα.
- Ο PSP παρουσιάζει εξαιρετική πρόγνωση, με χαμηλό ποσοστό θνησιμότητας και ταχεία ανάρρωση.
- Η ύπαρξη μεγάλου PSP ορίζεται με βάση ακτινολογικά κριτήρια, που συνήθως περιλαμβάνουν την παρουσία πνευμοθώρακα που καταλαμβάνει περισσότερο από το ένα τρίτο του ημιθώρακα ή οποιουδήποτε πνευμοθώρακα που σχετίζεται με κλινικά σημεία αναπνευστικής δυσχέρειας.
- Μια τέτοια κατάσταση απαιτεί αποσυμπίεση, όπως αναρρόφηση με βελόνα ή παροχέτευση με σωληνάκι μικρού διαμέτρου.
- Η χειρουργική επέμβαση είναι η θεραπεία εκλογής για σε αμφοτερόπλευρο PSP, σοβαρή κλινική εικόνα, εμένουσα διαφυγή αέρα παρά την αρχική θωρακική αποσυμπίεση, επικίνδυνη επαγγελματική δραστηριότητα και δεύτερο επεισόδιο PSP.
- Η φυσαλιδεκτομή πραγματοποιείται με τη χρήση ενός εργαλείου συρραφής μέσω (cVATS) για την αφαίρεση αερωδών κύστεων από τον πνεύμονα.

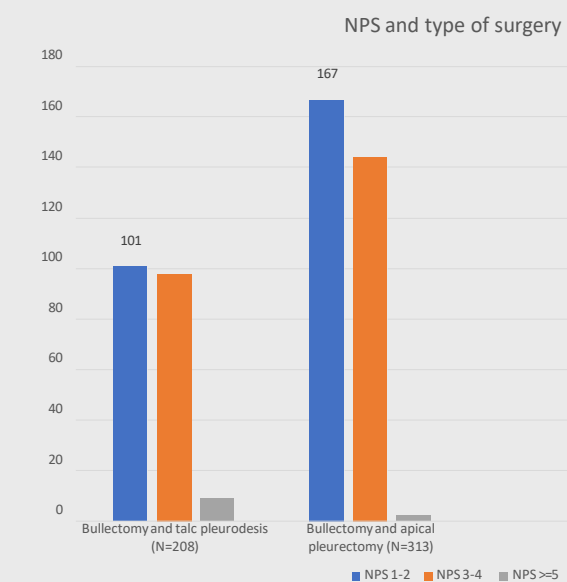
- Η πλευρεκτομή αποτελεί μια χειρουργική μέθοδο που χρησιμοποιεί VATS προς αποφλοίωση με σκοπό την πρόληψη της επανεμφάνισης του PSP. Περιλαμβάνει την αφαίρεση του τοιχωματικού υπεζωκότα, δημιουργώντας συμφύσεις με σκοπό την αποφυγή επανεμφάνισης του PSP.
- Η μηχανική πνευροδεσία για τον PSP περιλαμβάνει την απόξεση του υπεζωκότα για τη δημιουργία συμφύσεων που αποτρέπουν την επανεμφάνισή του PSP.
- Η επιλογή της βέλτιστης μεθόδου παραμένει ασαφής κυρίως λόγω της έλλειψης κλινικών δεδομένων στην καθ'ημέρα πράξη.
- Να συγκριθεί η κλινική αποτελεσματικότητα μεταξύ διαφορετικών χειρουργικών προσεγγίσεων στη διαχείριση του πρωτοπαθούς αυτόματου πνευμοθώρακα

## ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

- Αναδρομική ανασκόπηση ασθενών που διαγνώστηκαν με πρωτοπαθή αυτόματο πνευμοθώρακα και αντιμετωπίστηκαν θωρακοχειρουργικά κατά την περίοδο 2000-2015.
- Εξετάστηκαν όλα τα ιατρικά αρχεία και συσχετίστηκαν τα κλινικά δεδομένα με τα κλινικά αποτελέσματα.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- Ανασκοπήθηκαν 521 περιπτώσεις με μέση ηλικία 43 έτη (ηλικιακό εύρος 15-45 έτη).
- Το 75% των ασθενών υπεβλήθη σε 10-15ετή παρακολούθηση. Ορισμένοι ασθενείς υπεβλήθησαν σε αφαίρεση αερωδών κύστεων με συνοδό ολική ή κορυφαία εκτομή του υπεζωκότα ενώ οι υπόλοιποι σε εκτομή του υπεζωκότα σε συνδυασμό με μηχανική πλευροδεσία.
- 150 ασθενείς υποβλήθηκαν σε VATS με 3 ports, 150 ασθενείς σε VATS με 2 ports και 221 σε VATS με ένα port, μειώνοντας με αυτό τον τρόπο το μετεγχειρητικό άλγος και τις συμφύσεις.
- Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 2 ημέρες.
- Η υποτροπή PSP μετά από αφαίρεση αερωδών κύστεων με συνοδό κορυφαία εκτομή του υπεζωκότα ήταν μόλις 0,57%, ενώ μετά από εκτομή του υπεζωκότα σε συνδυασμό με μηχανική πλευροδεσία ήταν 4%.
- Αξιζει να σημειωθεί ότι ο συνδυασμός αφαίρεσης αερωδών κύστεων με συνοδό εκτομή του υπεζωκότα στην κορυφή επιτρέπει την επανάληψη της χειρουργικής επέμβασης, εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.
- Επιπλέον, η διενέργεια εκτομής του υπεζωκότα σε συνδυασμό με μηχανική πλευροδεσία αυξάνει τον αιμορραγικό κίνδυνο (<1%).



Πίνακας 2: NPS σε διαφορετικές χειρουργικές μεθόδους

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Ο συνδυασμός αφαίρεσης αερωδών κύστεων με συνοδό κορυφαία εκτομή του υπεζωκότα φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικός στη διαχείριση του πρωτοπαθούς αυτόματου πνευμοθώρακα, καθώς εμφανίζει το χαμηλότερο ποσοστό υποτροπής σε μακροχρόνια παρακολούθηση και επιτρέπει την επανάληψη της χειρουργικής επέμβασης, εάν αυτό κριθεί απαραίτητο στο μέλλον.

Χειρουργική Μέθοδος	Παρουσία PSP
Φυσαλιδεκτομή και πλευρεκτομή κορυφής	0.57%
Φυσαλιδεκτομή και πλευροδεσία με τάλκη	4%

Πίνακας 1: Επανεμφάνιση PSP σε διαφορετικές χειρουργικές μεθόδους

Εικόνα 1: Κλίμακα Μέτρησης Άλγους

