

Sposób zamknięcia kikuta oskrzela nie ma istotnego wpływu na ryzyko wystąpienia przetoki oskrzelowo-opłucnowej po pneumonektomii.

Piotr Skrzypczak¹, Mariusz Kasprzyk¹, Wojciech Dyszkiewicz¹, Magdalena Roszak², Mikołaj Kamiński¹,
Piotr Gabryel¹, Cezary Piwkowski¹

1. Klinika Torakochirurgii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
2. Katedra i Zakład Informatyki i Statystyki Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Wstęp

Mimo stosunkowo wysokiej śmiertelności i znacznego ryzyka powikłań pooperacyjnych, u około 10% chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca (NDRP), pneumonektomia jest jedynym zabiegiem spełniającym kryteria radykalności onkologicznej. Jednym z najpoważniejszych powikłań po pneumonektomii, od lat pozostaje przetoka oskrzelowo-opłucnowa.

Cel pracy

Celem pracy była ocena ryzyka powstania przetoki w kikucie oskrzela głównego po pneumonektomii, w zależności od sposobu zamknięcia kikuta oskrzela. Zbadano również wpływ innych czynników, mogących potencjalnie wpływać na ryzyko wystąpienia przetoki.

Materiał i metody

Analizie retrospektywnej poddano grupę 455 chorych, u których w latach 2006-2017 wykonano pneumonektomię z powodu NDRP. Zbadano następujące czynniki mogące mieć wpływ na ryzyko rozwoju przetoki: stronę operowaną, sposób zamknięcia kikuta oskrzela (szew ręczny vs stapler), naszywanie na kikut uszypułowanego płata mięśnia międzyżebrowego lub innych tkanek, zakres resekcji (pneumonektomia klasyczna vs rozszerzona), powikłania pooperacyjne, wiek chorych i choroby towarzyszące.

Wyniki

Odsetek przetok w całej badanej grupie wyniósł 7,47%. Częstość występowania przetoki była istotnie większa po prawostronnej pneumonektomii (10,98% vs 5,32%, $p=0,026$). Sposób zamknięcia kikuta oskrzela (stapler vs szew ręczny) nie miał istotnego wpływu na ryzyko przetoki (odsetek przetok odpowiednio: 7,96% i 7,09%, $p=0,72$). Wzmocnienie kikuta oskrzela uszypułowanym płatem mięśnia międzyżebrowego, osierdziem, opłucną lub tkanką tłuszczową śródpiersia również nie miało istotnego wpływu na wystąpienie przetoki. Porównując okresy: 2006-2012 i 2013-2017 w zakresie techniki operacyjnej istotnie zmniejszono częstość naszywania na kikut mięśnia międzyżebrowego (36,7% vs 7,7%, $p<0,001$), co nie wpłynęło na większe ryzyko powstania przetoki.

Wnioski

Sposób zamknięcia kikuta oskrzela i fakt wzmocnienia kikuta okolicznymi tkankami, nie mają wpływu na ryzyko wystąpienia przetoki w kikucie oskrzela po pneumonektomii. Jedynym czynnikiem istotnie zwiększającym ryzyko przetoki jest wycięcie płuca po stronie prawej.