

Kvarliggande pleurakateter ger symptomlindring vid malign pleurit



VALIANT UKALE, med dr, överläkare, lung- och allergikliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

HIRSH KOYI, med dr, överläkare,

lungenheten, Gävle sjukhus; tidigare lung- och allergikliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna
hirsh.koyi@ki.se

Malign pleurautgjutning är ett allvarligt tillstånd och förekommer vid upp till 50 procent av alla cancertyper [1]; vanligast hos patienter med lung-, bröst- och äggstockscancer [2]. De vanligaste symtomen är andfäddhet, försämrad prestationsförmåga och sämre livskvalitet [3, 4]. Pleurautgjutning är ett tecken på avancerad sjukdom med kort förväntad medianöverlevnad (3–12 månader) beroende på typ av cancer; den är kortast vid lungcancer, medan bröstcancerpatienter kan överleva flera år [5–7]. Det är därför viktigt att i möjligaste mån undvika sjukhusvistelse för denna patientgrupp.

För symptomatiska patienter med avancerad, spridd cancer och malign pleurit med kort förväntad överlevnadstid rekommenderas upprepade pleuratappningar [7, 8]. Detta är en snabb och enkel åtgärd, men 98 procent av patienterna får recidiv inom 30 dygn [3]. Patienter med längre förväntad överlevnad bör genomgå pleurodes, numera oftast med talk för att förhindra recidiv [7–9]. Detta är en effektiv behandlingsform, men den kräver sjukhusvård (genomsnittlig vårdtid 7 dygn) [4, 10].

Nytt behandlingsalternativ

Ett nytt behandlingsalternativ finns numera; en permanent kvarliggande pleurakateter (Pleur-X, Denver Biomedical Inc, Denver, CO), som kan inopereras polikliniskt med låg komplikationsfrekvens [1, 4, 11–14]. Denna kateter kan sedan användas i hemmet för dränering eller på hospis vid symptom. Efter som detta behandlingsalternativ innebär sjukdomspåminnelse och förlust av äggvita och andra näringsämnen lämpar den sig bäst för patientgrupper med kort förväntad överlevnadstid eller »trapped lung« (dvs att lungan inte kan expandera) där pleurodes är omöjlig.

Putnam et al [16] har jämfört behandling med permanent kvarliggande pleurakateter med pleurodes hos 144 patienter med recidiverande malign pleurit. Symtomlindring och förbättring av livskvaliteten var lika i båda grupperna, men mediantiden för inläggning var 1 dygn för patienterna i pleurakatetergruppen jämfört med 6,5 dygn i pleurodesgruppen.

År 2000 publicerade Putnam et al [10] en studie av kost-

»... på ett effektivt sätt har man kunnat hantera recidiverande maligna pleuriter polikliniskt och med kraftigt minskat antal vård dagar ...«

nadseffektivitet av pleurakateter hos 100 patienter med malign pleurit; 60 var polikliniskt handlagda och 40 ineliggande. Totalt 21 procent genomgick pleurodes. Signifikant fler polikliniska patienter som fick pleurakateter vistades i hemmet. Det fanns en tendens till ökad överlevnad hos den polikliniska gruppen, vilket kunde förknippas med förbättrat allmäntillstånd. En eller flera komplikationer noterades hos 19 procent av alla patienterna; 8 fick infektioner, hos ytterligare 8 noterades dåligt fungerande kateter och hos 8 ökad vätskesamling till följd av fackbildning.

Flera andra mindre studier har visat förbättring av andningen hos ca 90 procent av patienterna med denna metod och få komplikationer. Behandlingen leder i många fall till pleurodes. Komplikationer av lindrigare karaktär (infektioner, luftläckage, stopp i katetern) är inte ovanliga men oftast lätt åtgärdade. Tumörväxt i kateterns ingångshål är sällsynt och förekommer mest hos patienter med mesoteliom [1, 15, 16].

I en stor studie [14] fick 263 patienter 295 katetrar för recidiverande malign pleurit. Patienterna delades i 4 grupper efter primaritet: bröstcancer, lungcancer, gynekologisk cancer och övrig cancer. Sammanlagt 58,6 procent av katetrarna togs bort innan patienten avled. Incidensen av pleurodes och kateterborttagning var 69,6 procent hos patienter med bröstcancer och 72,5 procent hos patienter med gynekologisk cancer, vilket var signifikant högre än hos de båda övriga grupperna ($P < 0,001$).

Vi redovisar här våra erfarenheter från Karolinska universitetssjukhuset, Solna.

PATIENTER

En retrospektiv analys har gjorts av alla patienter från lung- och allergikliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna ($n = 44$), som under tiden 1 oktober 2007 till 20 april 2010 fick permanent pleuradränage (Pleur-X) på grund av recidiverande malign pleurit och där pleurodes inte var tillämplig. Inläggningen av dränaget utfördes av en och samma läkare (Valiant Ukale). Samtliga patienter hade tidigare genomgått symptomlindrande pleuratappning upprepade gånger. Pleurodes hade inte varit aktuell i något av fallen på grund av »trapped lung« och/eller förväntad överlevnadstid mindre än 2 månader.

METOD

Katetern. Katetern består av en 66 cm lång och 15,5 mm tjock

■ sammanfattat

Vi har i denna studie av 44 patienter evaluerat användningen av en permanent kvarliggande pleural kateter i palliativt syfte hos patienter med symptomgivande recidiverande malign pleurit, där pleurodes inte varit aktuell. **Förbättrad livskvalitet** och symptomlindring har noterats hos patienterna. Få komplikationer uppkom.

Tidigare studier har visat att metoden är en säker, effektiv och kostnadseffektiv behandling med färre vård dagar jämfört med vanlig dränagebehandling eller pleurodes. **Metoden är** ett bra behandlingsalternativ för patienter som inte kan erbjudas pleurodes.

TABELL I. Typ av pleurit hos de 44 patienter som ingick i studien (ålder: median 68,5 år, intervall 34–99 år).

Typ av pleurit	Antal patienter
Lungcancer	18
Malignt mesoteliom	4
Bröstcancer	8
Ovarialcancer	3
Oklar pleurit	6
Bukspottkörtelcancer	1
Hematologisk malignitet	1
Levercancer	1
Njurcancer	1
Esofaguscancer	1

mjuk silikonkateter med fenestrering av de proximala 15 centimetrarna. Mer distalt finns en polyesterkuff och i ändan av katetern en klaffmekanism av latexgummi. Denna förhindrar flöde av vätska eller luft i någon riktning utom när den kopplas till en matchande kateter som finns med i kittet. När allt kopplas rätt kan vätska dräneras och samlas i en speciell flaska.

Operationsteknik. Samtliga dräneringar var inopererade under sterila förhållanden på klinikens behandlingsenhet med lokal anestesi och utan EKG-, blodtrycks- eller oxygensaturationsövervakning med patienten liggande i sidoläge med den sjuka sidan uppåt, alternativt i sittande ställning.

För patientens bekvämlighet (att kunna ligga på rygg) och tillgänglighet bör dränaget utgångsställe vara i främre axillarlinjen.

RESULTAT

Totalt 44 patienter behandlades (Tabell I); 23 kvinnor och 21 män. Första patienten fick dränering 1 oktober 2007 och sista patienten 20 april 2010. Totalt 23 dräneringar lades i höger pleurarum och 21 i vänster. Inga perioperativa komplikationer rapporterades. Patienterna, anhöriga och ASIH-personal (avancerad sjukvård i hemmet) fick utbildning rörande hantering av katetern och tappningsförfarande.

Vårdtiden var mellan 1 och 27 dagar (median 5 dagar och genomsnitt 6,6 dagar) beroende på patientens allmäntillstånd och komorbiditet och när patienterna kunde anslutas till avancerad sjukvård i hemmet, dvs en del patienter fick ligga

kvar på avdelningen i väntan på detta. De patienter som lades in specifikt för pleuradräneringsbehandling hade korta vårdtider varierande mellan 1 och 4 dagar. Längre vårdtider i samband med dräneringsinläggningen berodde på andra subjektiva besvär, tex palliativ strålbehandling och/eller cellgiftsbehandling.

Vid utskrivningen rekommenderades tappning med maximalt 1500 ml vätska varannan dag första veckan, därefter 500 ml vid symtom (andnöd, bröstsmärtor, hosta etc). Tappningen av pleuravätska var lätt att sköta för såväl ASIH-personal som anhöriga och patienten själv. Totalt 24 patienter skrevs ut till eget hem med ASIH-hjälp, 16 patienter till vårdhem, och 4 patienter dog under vårdtiden. Dessa patienter hade avancerad, spridd cancer: 3 med lungcancer och 1 med bröstcancer. Totalt 10 patienter var fortfarande vid liv när analysen utfördes i april 2010.

Genomsnittlig duration av dräneringsbehandlingen var 104 dagar, median 55 dagar och intervall 6–481 dagar. Hos 2 patienter drogs dräneringen ut på grund av smärta, som visade sig vara orsakad av sammanväxning av pleurablådan, dvs pleurodes, och hos en annan patient på grund av dåligt fungerande dränering (stopp i katetern). En patient med schizofreni drog ut dräneringen själv. Ett dräneringstogs bort efter 237 dagar på grund av lyckad pleurodes.

DISKUSSION

Våra erfarenheter stämmer väl med internationella rapporter. Under senare år har användandet av permanent kvarliggande pleurakateter blivit mer och mer accepterat inom palliativ medicin, och på ett effektivt sätt har man kunnat hantera recidiverande maligna pleuriter polikliniskt och med kraftigt minskat antal vård dagar [12]. Komplikationerna är oftast lindriga; allvarliga komplikationer är mycket sällsynta. Förbättrad livskvalitet och symtomlindring noterades hos patienterna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Hirsh Koyi har deltagit i flera kliniska prövningar för Roche, Eli Lilly och Pfizer när det gäller astma/KOL och lungcancer. Han är för närvarande huvudprövare i Sverige för en studie initierad av Boehringer Ingelheim.*

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se

REFERENSER

- van den Toorn LM, Schaap E, Surmont VFM, Pouw EM, van der Rijt KC, van Klaveren RJ. Management of recurrent malignant pleural effusions with a chronic indwelling pleural catheter. *Lung Cancer*. 2005;50:123-7.
- Lynch TJ Jr. Management of malignant pleural effusions. *Chest* 1993;103:385S-9S.
- Neragi-Miandoab S. Malignant pleural effusion, current and evolving approaches for its diagnosis and management. *Lung Cancer*. 2006;54:1-9.
- American Thoracic Society. Management of malignant pleural effusions. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;162(5):1987-2001.
- Grossi F, Pennucci MC, Tixi L, Cafferata MA, Ardizzoni A. Management of malignant pleural effusions. *Drugs*. 1998;55:47-58.
- Tattersall M. Management of malignant pleural effusion. *Aust N Z J Med*. 1998;28:394-6.
- Antunes G, Neville E, Duffy J, Ali N; Pleural Diseases Group, Standards of Care Committee, British Thoracic Society. BTS guidelines for the management of malignant pleural effusions. *Thorax*. 2003;58 Suppl 2:ii29-38.
- Alberts WM; American College of Chest Physicians. Introduction: Diagnosis and management of lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd Edition). *Chest*. 2007;132(3 Suppl):20S-22S.
- Bennett R, Maskell N. Management of malignant pleural effusions. *Curr Opin Pulm Med*. 2005;11(4):296-300.
- Putnam JB, Walsh GL, Swisher SG, Roth JA, Suell DM, Vaporciyan AA, et al. Outpatient management of malignant pleural effusion by a chronic indwelling pleural catheter. *Ann Thorac Surg*. 2000;69:369-75.
- Sioris T, Sihvo E, Salo J, Rasanen J, Knuutila A. Long-term indwelling pleural catheter (PleurX) for malignant pleural effusion unsuitable for talc pleurodesis. *Eur J Surg Oncol*. 2009;35(5):546-51.
- Tremblay A, Michaud G. Single-center experience with 250 tunneled pleural catheter insertions for malignant pleural effusion. *Chest*. 2006;129:362-8.
- Warren WH, Kalimi R, Khodadadian LM, Kim AW. Management of malignant pleural effusions using the Pleur(x) catheter. *Ann Thorac Surg*. 2008;85:1049-55.
- Warren WH, Kim AW, Liptay MJ. Identification of clinical factors predicting Pleurx catheter removal in patients treated for malignant pleural effusion. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2008;33(1):89-94.
- Janes SM, Rahman NM, Davies RJO, Lee YCG. Catheter-tract metastases associated with chronic indwelling pleural catheters. *Chest*. 2007;131:1232.
- Putnam JB Jr, Light RW, Rodriguez RM, Ponn R, Olak J, Pollak JS, et al. A randomized comparison of indwelling pleural catheter and doxycycline pleurodesis in the management of malignant pleural effusions. *Cancer*. 1999;86:1992-9.