

URGENTNA STANJA PRI PLJUČNEM RAKU

mag. Mirjana Rajer, dr. med.

Onkološki inštitut Ljubljana
mrajer@onko-i.si

IZVLEČEK

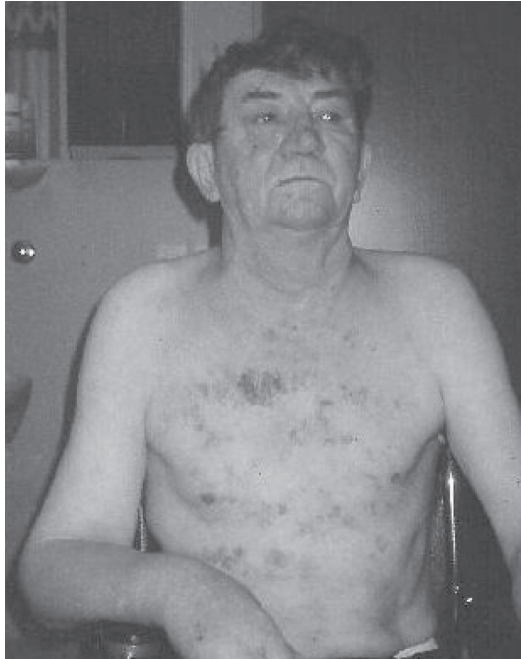
Urgentna stanja v onkologiji so procesi, ki so povezani z rakom ali z zdravljenjem raka ter ogrožajo bolnikovo življenje in zmanjšujejo njegovo kakovost življenja. Urgentno stanje moramo hitro ugotoviti, določiti vzrok zanj in čim prej ukrepati. V kolikor gre za urgentno stanje, ki je posledica rasti tumorja, le-tega zdravimo specifično s kemoterapijo in obsevanjem, ves čas pa izvajamo tudi nespecifične ukrepe za zmanjšanje bolnikovih težav. V prispevku so prikazana urgentna stanja, ki so pogosto povezana s pljučnim rakom, in sicer sindrom zgornje vene kave, plevralni in perikardialni izliv, akutna zavora dihalnih poti in akutna masivna krvavitev iz dihal.

Ključne besede: pljučni rak, urgentna stanja, sindrom zgornje vene kave, plevralni izliv, perikardialni izliv.

SINDROM ZGORNJE VENE KAVE

Zgornja vena kava je glavna žila, ki dovaja kri iz glave, vratu, rok in zgornjega dela prsne votline v srce. Sindrom zgornje vene kave (angleško superior vena cava syndrome ali kratica SVCS) nastane zaradi motenega pretoka krvi skozi zgornjo veno kavo. Vzrok za to je največkrat tumor, ki raste v veno in jo zapira, ali pa pride do pojava strdka v sami veni. Ob zavori vene kave, ki poteka počasi, pride do nastanka kolateralnih ven, po katerih teče kri v srce. Pomemben vir kolateralnih ven so podkožne vene na vratu in zgornjem delu prsnega koša, ki se povečajo in postanejo vidne (Yahalom, 2011). SVCS lahko nastane nenadno ali se razvije počasi. Bolnik težko diha in ima občutek polnosti v predelu glave in vratu. Lahko se pojavi tudi kašelj, otekanje ene ali obeh rok, bolečina v prsnem košu, težko požiranje, vrtoglavica, glavobol in hripavost. Pri pregledu opazimo razširjene vene na vratu in zgornjem delu

prsne koša, oteklino obraza in cianozo. Težave so hujše, ko se bolnik skloni naprej ali leži. Prvi znak SVCS, ki ga bolnik opazi, je otekanje tkiva okoli oči, ki je najbolj izraženo v jutranjih urah. Slika 1 nam prikazuje bolnika s SVCS (Wilson et al., 2007).



Slika 1. Bolnik s sindromom zgornje vene kave. (Vir: osebni arhiv prof. Matjaža Zwittera)

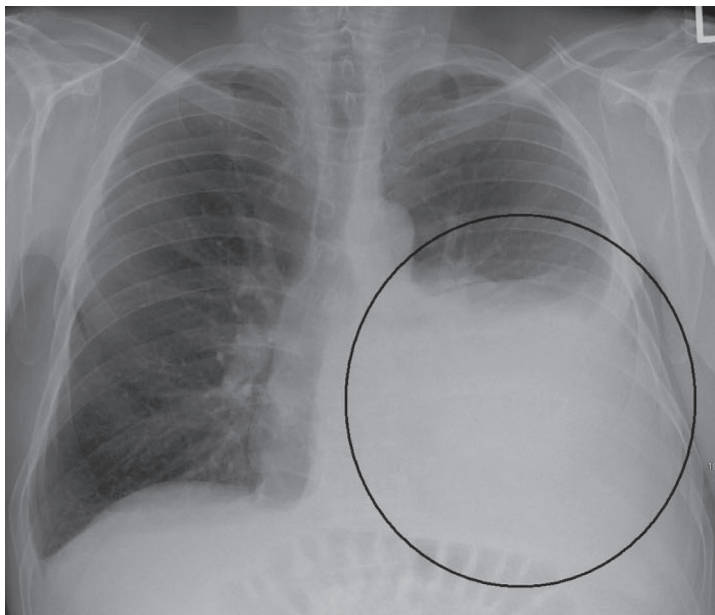
SVCS najpogosteje nastane zaradi pljučnega raka, limfoma ali raka dojke, v zadnjem času pa vse pogosteje tudi pri benignih stanjih, kot so npr. vstavitve centralnih venskih katetrov, pri katerih pride do tromboze v veni in posledično SVCS (Wilson et al., 2007).

Cilj zdravljenja SVCS je olajšanje bolnikovih težav. Bolniku pomaga, če počiva v postelji in vdihuje kisik po nosnem katetru ali maski. Predpišemo mu tudi zdravljenje s kortikosteroidi in diuretiki. Nizkomolekularni heparin predpišemo kot zaščito pred trombozo vene ali pa v terapevtski namen, če je strdek v veni že nastal (Wilson et al., 2007). SVCS redko akutno ogroža bolnikovo življenje, zato imamo čas, da lahko ugotovimo, kaj ga povzroča. Usmerjeno zdravljenje

je odvisno od vrste raka, ki povzroča SCVC, največkrat pa je to kombinacija obsevanja in kemoterapije (Pajk et al., 2009).

PLEVRALNI IZLIV

Pri plevralnem izlivu pride do povečane količine tekočine med visceralno in parietalno plevro. Najpogostejše nastane pri raku pljuč, dojke in limfomih. Bolnik s plevralnim izlivom težko diha, kašlja in je prestrašen. Pri pregledu najdemo zamolkline na strani pljuč, kjer je izliv, diagnozo pa potrdimo z rentgenskim slikanjem (Emanulel et al., 2005). Rentgensko sliko bolnika z izlivom na levi strani nam prikazuje slika 2.



Slika 2. Rentgenska slika bolnika s plevralnim izlivom (označeno s krogom).
Vir: wikipedia.

Z namenom zmanjšanja bolnikovih težav lahko opravimo plevralno punkcijo, plevrodezo ali pa vstavimo trajno drenažo. Plevralno punkcijo naredimo, ko ima bolnik zaradi izliva težave. Pri eni punkciji izpraznimo do 1500 ml tekočine (Emanulel et al., 2007). Plevrodeza je postopek, ko po izpraznitvi

tekočine v plevralni prostor vbrizgamo določeno snov (običajno smukec) z namenom, da se oba lista plevre zlepita in se tekočina ne nabira več. Naredimo jo v primeru ponavljajočih se izpraznitvenih punkcij, če pri teh pride do zmanjšanja simptomatike težkega dihanja, če je pričakovano preživetje daljše od enega meseca in če splošno bolnikovo stanje to dopušča. V primerih, ko plevrodeza ni uspešna, bolnik pa je še vedno v dobrem splošnem stanju, vstavimo trajni kateter. Pri bolnikih, ki so v slabem splošnem stanju, raje kot plevrodezo ali trajni kateter naredimo izpraznitveno punkcijo (Emanuele et al., 2007).

MALIGNI PERIKARDIALNI IZLIV

Maligni perikardialni izliv je nabiranje tekočine v perikardu. Nastane zaradi karcinomske infiltracije perikarda ali pa zaradi motenega limfatičnega in venskega pretoka v mediastinumu, kar je posledica razraščanja tumorja. Pri veliki količini tekočine se srce ne more normalno raztegniti in napolniti, posledično iztisne premalo krvi po telesu, pride do padca krvnega tlaka in bolnik postane šokiran. Bolniki z majhnim perikardialnim izlivom nimajo težav, ko se količina tekočine poveča, pa navajajo težko dihanje, kašelj, topo bolečino v prsih, imajo občutek nerednega utripa srca, utrujenost in vrtoglavico. Pri pregledu najdemo prekomerno nabrekle vratne vene, tihe srčne tone, nizek sistolični krvni tlak in hitro bitje srca (Higdon et al., 2006). Količino perikardialnega izliva in ogroženost bolnika najbolje ocenimo z ultrazvočnim pregledom srca. Pri hudi ogroženosti bolnika moramo hitro opraviti izpraznitveno punkcijo izliva pod ultrazvočno kontrolo. Prognoza je odvisna od uspešnosti zdravljenja osnovnega malignega obolenja, ki je privedlo do nastanka perikardialnega izliva (Pajk et al., 2009).

OBSTRUKCIJA DIHALNIH POTI

Obstrukcija dihalnih poti nastane zaradi rasti tumorja v njih. Bolnik je prestrašen, težko diha, kašlja in se poti. Pri pregledu bolnika ugotovimo stridor in hitro bitje srca. Bolniku v določenih primerih lahko pomagamo z vstavitvijo stenta ali z obsevanjem, vendar ti posegi niso vedno uspešni. Olajšanje lahko dosežemo z dajanjem kortikosteroidov ter z nefarmakološkimi ukrepi, kot so ležanje z dvignjenim vzglavjem ali kisik. Potrebno je tudi preprečevati nastanek gostih izločkov (Emanuele et al., 2007).

MASIVNA KRVAVITEV IZ DIHALNIH POTI

Masivna krvavitev iz dihalnih poti je redek in težko predvidljiv dogodek. Nastane zaradi prodora tumorja v eno izmed velikih žil. Za bolnika, svojce in za osebje, ki skrbi za bolnika, je zelo travmatičen. Običajno traja nekaj minut in vodi v smrt bolnika. Pri pojavu masivne krvavitve je potrebno hitro in učinkovito ukrepati, kar ob dramatičnosti dogodka ni enostavno. Potrebni ukrepi so (Harris et.al. 2009):

- Bolnika ne smemo pustiti samega.
- Nudimo psihološko podporo bolniku in svojcem.
- Pokličemo na pomoč razpoložljivo medicinsko osebje.
- Uporabimo temna pokrivala in posode, da zakrijemo količino krvi (pomembno za bolnika in svojce).
- Bolnika damo v položaj, ki mu je najbolj udoben (običajno bočni).
- Sedacija: krvavitev za bolnika običajno ni boleča, zato uporabimo zdravila za sedacijo pred opiat.

ZAKLJUČEK

Urgentna stanja pri pljučnem raku ogrožajo bolnikovo življenje in so za bolnika zelo obremenjujoča. Naloga medicinskega osebja je, da urgentno stanje prepozna in takoj ukrepa. V primeru, ko je možno specifično zdravljenje, s tem začnemo čim prej. Vedno moramo izvajati tudi ukrepe, ki bolniku zmanjšajo simptome. Pri tem je zelo pomembno, da poleg medicinske bolniku nudimo tudi psihično podporo in mu tako olajšamo težke trenutke.

LITERATURA

- Emanuel LL, Ferris FD, von Gunten CF, Von Roenn J. EPEC-O: Education in palliative and end of life care for oncology. The EPEC Project™ Chicago, IL, 2005: M6-2-27.
- Harris DG, Simon IR. Management of Terminal Hemorrhage in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Literature Review. J Pain Symptom Manage 2009; 38: 913-27.
- Higdon ML, Higdon JA. Treatment of oncologic emergencies. Am Fam Physician 2006; 74: 1873-80.
- Pajk B, Matos E, Kovač V, Brecelj E, Gadžijev E. Urgentna stanja v onkologiji. In: Novaković S, Hočevar M, Jezeršek-Novaković B, Strojman P, Žgajnar J, eds. Onkologija: Mladinska knjiga založba; 2009: 222-36.
- Wilson LD, Detterbeck FC, Yahalom J. Superior vena cava syndrome with malignant causes. N Engl J Med 2007; 356: 1862.
- Yahalom J. Superior vena cava syndrome. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. Cancer: Lipincott Williams and Wilkins; 2011: 2123–9.