

Bedre resultater ved anvendelse af små dræn versus store dræn ved behandling af spontan pneumothorax

Ulrik Winning Iepsen¹ & Thomas Ringbæk²



ORIGINALARTIKEL

1) Anæstesiologisk Afdeling, Herlev Hospital
2) Lungemedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital

INTRODUKTION

Pneumothorax (PT) er defineret som en luftansamling i pleurahulen. Typiske symptomer er akutte ipsilaterale brystsmertter og åndenød. Pneumothorax klassificeres som traumatisk, iatrogen og spontan. Spontan pneumothorax inddeles i primær spontan pneumothorax (PSP) og sekundær spontan pneumothorax (SSP). PSP opstår spontant hos patienter uden kendt lungesygdom. SSP udvikles hos patienter med tilgrundliggende lungesygdom, hyppigst KOL. Forekomsten af PT i Danmark er ikke kendt. Ifølge en engelsk undersøgelse fører PT til hospitalsindlæggelse hos ca. 11/100.000. Anbefalinger til behandling af PT afhænger af type og størrelse samt symptomer. The British Thoracic Society og Dansk Lungemedicinsk Selskab anbefaler aspiration via nål ved PSP som førstevalg. Ved manglende succes af aspiration og ved SSP med symptomer eller PT, der er større end 2 cm apikalt og lateralt, anbefales anlæggelse af pleuradræn (8-14 Fr). Ved bilateral PT eller ved påvirket hæmodynamik anbefales akut anlæggelse af pleuradræn (8-14 Fr). Det er usikkert, om størrelsen af drænet og teknikken ved anlæggelse har en betydning. Generelt anbefaler medicinerne små dræn (8-14 Fr) anlagt med Seldingerteknik (slange over wire), mens kirurgerne anbefaler store dræn (20-28 Fr) anlagt med stump dissektion og digital eksploration af pleurahulen. Effekten og komplikationer ved disse to teknikker er ikke tidlige sammenlignet.

Formålet med dette studie var at undersøge kort-

tidsforløbet for patienter med ikke-traumatisk PT, der var behandlet med enten stort (20-28 Fr) eller lille pleuradræn (8-14 Fr).

MATERIALE OG METODER

Dette var et retrospektivt case-kontrol-studie af samtlige patientforløb med indlæggelse på grund af PT på Hvidovre Hospital i perioden 1.4.2009-31.12.2011, i alt 104 patientforløb. På Hvidovre Hospital behandles ikke-traumatisk PT ved anlæggelse af pleuradræn. Anlæggelsen varetages af Lungemedicinsk Afdeling på hverdage (kl. 08.00-15.00) og på alle andre tidspunkter af Ortopædkirurgisk Afdeling.

RESULTATER

Incidensen var 10,0 og 2,3 pr. 100.000 for henholdsvis mænd og kvinder med PSP, og tilsvarende 3,6 og 2,1 pr. 100.000 for henholdsvis mænd og kvinder med SSP. Den samlede incidens af drænkrævende ikke-traumatisk PT var 10,0/100.000. Patienterne, type og størrelse af PT, der blev behandlet af henholdsvis kirurgerne og medicinerne, adskilte sig ikke signifikant fra hinanden. Ingen patienter fik foretaget aspiration. Komplikationer (mindst en) var hyppigere ved kirurgiske pleuradræn end ved medicinske pleuradræn ($p = 0,026$). Fem patienter døde i forbindelse med behandling for PT: to havde cancer, to havde KOL og en havde lungetuberkulose. Sammenlignet med medicinske pleuradræn var patienter med kirurgiske pleuradræn indlagt i længere tid (11,8 versus 6,9 dage; $p = 0,004$) og havde mindre hyppigt succes med første pleuradræn ($p = 0,002$).

KONKLUSION

Vores resultater viser længere indlæggelsestid og flere komplikationer ved brug af kirurgisk anlagte pleuradræn (20-28 Fr) i behandling af PT. Vi anbefaler mindste middels princip i behandling af PT, enten simpel aspiration eller små pleuradræn (8-14 Fr) anlagt med Seldingerteknik.

KORRESPONDANCE: Ulrik Winning Iepsen, Istedgade 116, 5. tv., 1650 København V. E-mail: ulrik_winning@hotmail.com

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk.

DANISH MEDICAL BULLETIN: Dette er et resume af en originalartikel publiceret på danmedj.dk som Dan Med J 2013;60(6):A4644.



True-Close thoracic vent placed in second intercostal space in the mid-clavicular line.