

Postavení torakoskopie v diagnostice onemocnění plic a pleury v současnosti – editorial

I. Čapov

I. chirurgická klinika Lékařské fakulty MU a FN u sv. Anny, Brno, přednosta prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.

Pužman P et al. Videtorakoskopie v lokální anestezii v diagnostice a léčbě pohrudničních výpotků. Vnitř Lék 2006; 52(4): 321–327.

Dnešní doba se všemi výdobytky vědy a techniky nabízí zcela jiné a netušené možnosti vyšetřování a přenosu obrazu, než byly za dob Jacobea. Hans Christian Jacobaeus (1879–1939), profesor interního lékařství na univerzitě ve Stockholmu, je považován za zakladatele torakoskopie. V roce 1910 provedl první torakoskopii s využitím cystoskopu u nemocného s exsudativní pleuritidou. Metoda si po své renesanci v 80. letech minulého století udržuje i v dnešní době velmi vysokou diagnostickou i léčebnou hodnotu. Tato vyšetřovací metoda si zachovala své místo ve vyšetřovacím algoritmu i přes prudký a neustále pokračující vývoj zobrazovacích metod (výpočetní tomografie, 3D rekonstrukce, nukleární magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie). Přímohledné, prográdní či direktní torakoskopie byly nahrazeny videotorakoskopie, u kterých je přenášen obraz z kamery na monitor. Obraz na monitoru je zvětšený a mají možnost jej sledovat i další pracovníci. Výhodou jsou i záznamy vyšetření v podobě kvalitního DVD záznamu.

Zatímco se diagnostická torakoskopie provádí na všech chirurgických

pracovištích věnujících se hrudní chirurgii, ale i na některých plicních pracovištích v České republice, pak terapeutická torakoskopie je spíše doménou chirurgů. Otázkou není, kdo má diagnostickou torakoskopii provádět, zda chirurg či pneumolog, ale zásadní podmínkou musí být výsledný přínos pro diagnostiku onemocnění nemocného. Důležitou podmínkou vyšetření je rovněž komfort nemocného a pro vyšetřujícího lékaře. V otázce typu anestezie volí chirurgové ponejvíce celkovou anestezii, zatímco pneumologové spíše anestezii místní. Místní anestezie přichází v úvahu jen u krátkých diagnostických zákroků a rovněž u rizikových nemocných. Rovněž na I. chirurgické klinice LF MU a FN u sv. Anny v Brně jsme zkoušeli v letech 1993–1994 provádět tento výkon v místní anestezii, ale brzy jsme jej pro dyskomfort nemocného opustili. Další nevýhodou tohoto postupu je nedostatečný kolaps plic, resp. její pohyby s dýcháním, čímž se zmenšuje prostor pro manévrování. Tím je dána i snížená přehlednost v pleurální dutině. Existují však některá evropská pneumologická pracoviště,

jež mají velké soubory takto ošetřených nemocných s vysokou výtežností zákroku i přes jeho provedení v místní anestezii. Je pohodlnější provést výkon v celkové anestezii při separované plicní ventilaci. Kolabovaná plice operované strany pak dovoluje chirurgovi luxusní pohled skrze celou pleurální dutinu. Odběrkání k vyšetření tak může být cílenější a exaktnější. Tento luxus však není zadarmo, neb je ekonomicky výrazně náročnější. Výtežnost vyšetření obou specialistů je velmi vysoká.

U rizikového pacienta vyvstává otázka, jak ovlivní výsledek torakoskopie kvalitu života. Z tohoto důvodu je nutné zvážit vždy indikaci k zákroku a zda míra rizika nepřevýší efekt operace.

VATS (videoasistovaná hrudní chirurgie) je již dalším stupněm klasické videotorakoskopie. Pěstuje se na pracovištích věnujících se hrudní chirurgii, ale nejenom tam. Při zavádění této techniky panovalo nadšení a domněnky, že tato metoda zcela nahradí klasickou otevřenou chirurgii. Tyto předpoklady se ukázaly jako neopodstatněné. V současné době

představuje VATS asi 1/3 všech torakochirurgických výkonů. Je možné rozšířit spektra operací pomocí VATS, ale je potřeba vyřešit některé objektivní nedostatky, jež metoda má. Těmi jsou zejména dvourozměrný obraz a rigidní nástroje. Určité vylepšení odstraněním výše uvedených limitací představuje robotická chirurgie s využitím systému Da Vinci.

V otázce drenáže po zákroku panuje rovněž nejednotnost. Někteří autoři po zákrocích na pleure vůbec drenáž neindikují, jiní ji aplikují zásadně. Lze říci, že pokud nebyl proveden zákrok na plicním parenchymu, není pooperační drenáž pleurální dutiny nutná a stačí pouze vydatná reexpanze plic před koncem operačního zákroku. Úspěšnost

vyšetření je dána její diagnostickou výtežností a rovněž nízkým procentem pooperační morbidity a nulovou letalitou.

prof. MUDr. Ivan Čapov, CSc.

www.fnusa.cz

e-mail: ivan.capov@fnusa.cz

Doručeno do redakce: 15. 1. 2006

www.vnitrnilekarstvi.cz