Ambulante Anlage eines getunnelten Dauerdrains bei malignem Pleuraerguss

Rolf Inderbitzi
Luzern

Einleitung

Bei Patienten mit chronischem, therapierefraktärem Pleuraerguss ist eine dauerhafte Entlastung auf ambulanter Basis sinnvoll und wünschenswert. Die Implantation eines getunnelten Dauerkatheters (PleurX™, Abb. 1 📷) stellt eine technisch einfache, patientensichere und kostengünstige Alternative zur repetitiven Punktion oder zur Anwendung eines Pleurodeseverfahrens dar.

Indikationen

Die Indikation zur ambulanten Anlage eines PleurX™ als palliative Massnahme besteht bei Patienten mit malignem oder therapierefraktärem Pleuraerguss, bei denen die Durchführung einer gezielten thorakoskopischen Pleurodese aus folgenden Gründen nicht angezeigt ist:
1. Vorliegen einer gefangenen Lunge mit Totraum («Ergussraum»),
2. rascher Zerfall des Allgemeinzustands bei fortgeschrittener, diagnostisch geklärter Kachexie.

Absolut kontraindiziert ist die PleurX™-Implantation bei Vorliegen etablierter Mehrfachkammerungen in der Pleurahöhle sowie unzureichender pflegerischer Versorgungsmöglichkeit (Infektionsgefahr), relativ kontraindiziert bei mangelnder Compliance des Patienten.

Implantation des PleurX™-Drains

Der Patient sollte während sechs Stunden präoperativ nüchtern sein. Eine besondere Prämedikation ist nicht notwendig. Der Eingriff findet unter sterilen Bedingungen in Lokalanästhesie statt, patientenabhängig auch unter i.v.-Analgesie. Neben dem Einwegmaterial, das sich im Katheterset befindet, ist das Vorhandensein eines chirurgischen Grundinstrumentariums nötig. Die Katheteranlage erfolgt in Rückenlage. Der Drain wird durch eine erste Inzision im Oberbauch subkutan zur zweiten Inzision im 7.–8. ICR (Interkostalraum) in der Medioklavikularlinie geführt. Von dort erfolgt die Platzierung in den basalen Pleuraraum, entweder mithilfe der Seldingertechnik (Instrumente dazu im Einweg-PleurX™-Set) oder direkt chirurgisch.

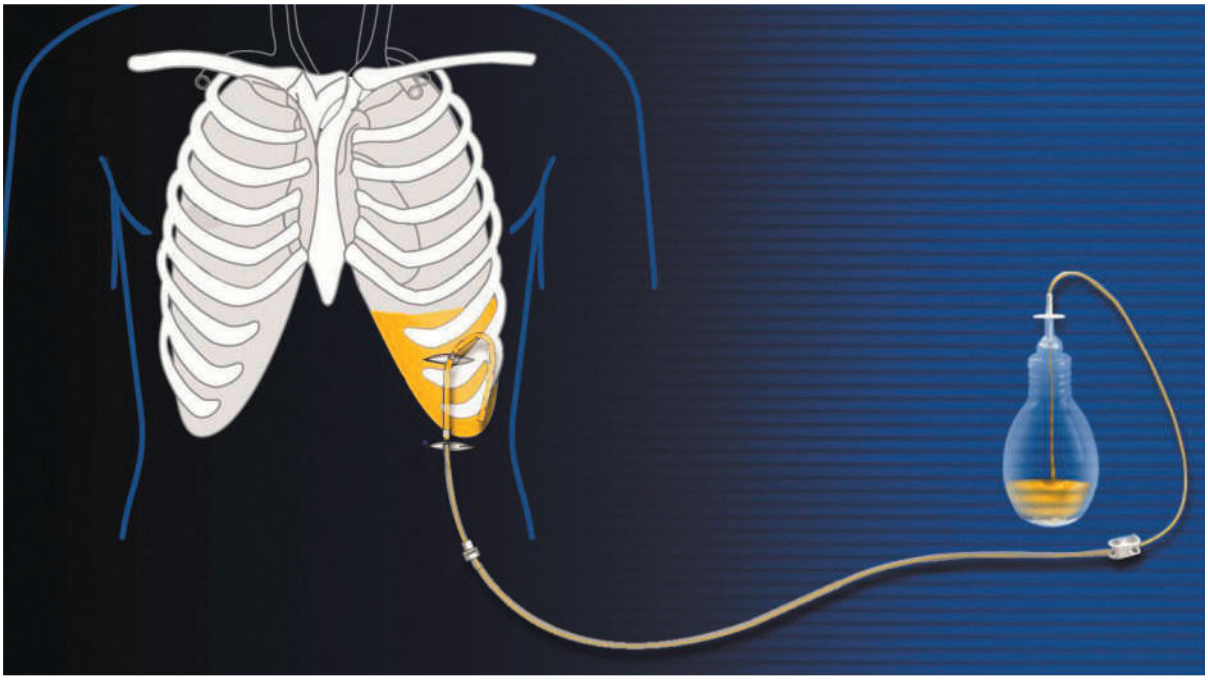

Abbildung 1
PleurX™-System. Mit freundlicher Genehmigung von CareFusion, San Diego, USA.

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Abbildung 2
Einweg-Vakuum-Ergussbehälter (500 und 1000 ml).
Mit freundlicher Genehmigung von ewimed, Hechigen-Boll, Deutschland.

Der PleurX™-Drain wird nun mit dem mitgelieferten Einweg-Vakuumbehälter (Abb. 2 📷) verbunden. Entleert sich planmässig Pleuraerguss, erfolgen der intrakutane Wundverschluss interkostal und die Inszisionseinengung im Oberbauch. Eine am PleurX™ angebrachte Filznoppe liegt subkutan 1 cm proximal der Oberbauchinzision und dient als mikrobielle Barriere. Nach erfolgter Ergussentleerung wird der Katheter zusammengerollt, mit Longuetten abgedeckt und mit einem selbstklebenden Verband befestigt. Pflegepersonal (Spitex) und/oder Patienten und deren Angehörige werden zur sachgerechten Anwendung des Drainagesets instruiert.

Komplikationen und Verlauf

Die Komplikationsrate ist bei Anlage und Bedienung unter sterilen Kautelen äusserst gering. Umschriebene, postoperative Kanalblutungen werden chirurgisch versorgt, die Entwicklung eines implantations- und versorgungsbedingten Pleuraempyems kann bei sachgemässem Vorgehen weitgehend verhindert werden.
Bei einem Drittel der Patienten sistiert die Ergussbildung unter täglicher Flüssigkeitsevakuation (in sterile Einwegbehälter von 500 resp. 1000 ml) spontan, so dass der Verweilkatheter ambulant in Lokalanästhesie wieder entnommen werden kann.
Die Gesamtkosten für Kauf, Implantation, Schulung, Wartung und Pflege belaufen sich pro Patient auf ca. 4000 Franken.

Korrespondenz:
PD Dr. med. Rolf Inderbitzi
Thoraxzentrum Zürich, Klinik Hirslanden
Witellikerstrasse 40
CH-8008 Zürich
r.inderbitzi[at]thoraxzentrum.ch

Literatur

1 Schneider T, et al. Recurrent Pleural Effusion: Who Benefits from a Tunneled Pleural Catheter? Thorac Cardiov Surg. 2009;57:42–6.
2 Courtney A, et al. Prospective evaluation of the PleurX catheter when used to treat re-current ascites associated with malignan-cy. J Vasc Interv Radiol. 2008;19:1723–33.