Folyamatos orvostovábbképzés

Drénezés, varratok, kötözés

PÓKA RÓBERT DR.

Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debreceni Orvostudományi Egyetem, Debrecen

BEVEZETÉS A nőgyógyászati onkológia gyakorlati kérdései között viszonylag ritkán esik szó a műtéti technikáról. A napjainkban végzett radikális műtétek többségét évtizedekkel ezelőtt dolgozták ki, és ezeket kevés kivétellel lényegében ma is az eredeti leírások szerint végzik. Az alapelvek sok vonatkozásban nem változtak, de a szövődmények gyakoriságának csökkentésére számos kiegészítésre, illetve módosítás bevezetésére került sor.

Napjainkban a betegellátás során egyre nagyobb szerepet kap a minőség. A minőségi mutatók egyik legfontosabb eleme a hatékonyság. A már kialakult kezelési elvek és módszerek megváltoztatásának alapja az összehasonlító vizsgálat. Új módszerek alkalmazását minden esetben bizonyítékokra kell alapozni. A klinikai kutatás módszertani szempontból legfejlettebb és legmegbízhatóbb eszköze a kontrollált prospektív tanulmány. A nőgyógyász onkológusok számára jelentős drénezéssel, varratokkal és kötözéssel kapcsolatos ismereteket a referátum a nemzetközi irodalomban megjelent nagy tanulmányok eredményeire alapozva foglalja össze.

DRÉNEZÉS Minden egyes drén behelyezésekor válaszolnunk kell az alábbi kérdésekre: Miért? Hová? Mikor? Melyiket?

A „Miért?" kérdésre összefoglalóan a testfolyadék eltávolítása ad választ. A drén behelyezését gyakorisági sorrendben vizelet, vér, nyirok, genny és aszcitesz folyamatos eltávolításának szükségessége indokolja. Szűkebb értelemben a sebben felgyülemlő váladék eltávolítása, a varratfeszülés, sebszétválás, folyadékgyülem és a felülfertőződés megelőzését szolgálja.

A „Hová?" kérdéssel kapcsolatban itt csak az alábbi három leggyakrabban felmerülő területet érinti az összefoglaló: hasi seb, műtéti terület és a húgyhólyag.

Levelezési cím:

Dr. Póka Róbert
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
Debreceni Orvostudományi Egyetem
4012 Debrecen Pf. 37.
Telefon (36 52) 417 144 Fax (36 52) 417 171

Drén behelyezése indokolt minden olyan esetben, ahol a testváladék felgyülemlésének veszélye fennáll. Ezen esetek közé tartoznak az olyan műtétek, ahol nehéz a vérzéscsillapítás, elhúzódó sebgyógyulásra hajlamosító körülmény áll fenn (pl. obezitás, aszcitesz, anémia, hipoproteinémia, szeptikus műtét), a hasüregben nagy peritoneum-fosztott területek alakulnak ki, vagy a hólyagürítés posztoperatív zavara várható.

Azt, hogy „Melyik?" drénezési típust alkalmazzuk, sok esetben előre meghatározzák az anyagi lehetőségek. Az elmúlt egy-két évtized kutatási eredményeire alapozva azonban az alábbi választásokról esik leggyakrabban szó:

Műtéti területben	zárt rendszerű szívódrén vagy a drénezés elhagyása
Hasi seb	szubfaszciális vagy szuprafaszciális
Húgyhólyag	szuprapubikus vagy transzuretrális drénezés

MŰTÉTI TERÜLET DRENÁLÁSA *DiSaia munkacsoportja* (1) retrospektív tanulmányban vizsgálta a radikális méheltávolítást követő kismedencei drénezés szerepét. Több éves anyagában a hatvanhét zárt rendszerű szívódrénnel kezelt esete között sokkal gyakoribb volt a kórházi újrafelvételt indokoló szövődmények gyakorisága, mint a negyvennyolc drének behelyezése nélkül operált betegnél. A két betegcsoportban a szövődmények gyakoriságát befolyásoló tényezők megoszlása, mint például a stádium-megoszlás, radikalitás, műtéti vérveszteség és a műtét tartama azonos volt. A kismedencei drénezés szükségességét módszertanilag megbízhatóbb prospektív tanulmányban is vizsgálták már. *Cavanagh munkacsoportja* (2) közel ötven fős betegcsoportokban hasonlította össze a medencefali és hüvelyi drénezést a csak hüvelyi drénezéssel. A betegcsoportok hasonlóak voltak a szövődményeket befolyásoló egyéb tényezők vonatkozásában. A várakozással ellentétben nem volt különbség a két csoportban észlelt lázas szövődmények gyakoriságában, valamint a nyiroktömlők előfordulásában sem. Hasonló modern metodikával kivitelezett klinikai vizsgálat colorectális sebészeti anyagban azonban a drénezés elhagyásának előnyeit igazolta (3). *Monaghan és munkatársai (4)* prospektív randomizált tanulmányban vizsgálták a kismedencei drénezés szerepét. Az ult-

rahangos illetve klinikai vizsgálattal felismert nyiroktömlők gyakorisága a drénezett csoportban 15,6 illetve 5,9% volt, míg a drén nélkül kezelt esetekben 17,4 illetve 6,1% volt. Eredményeik meggyőzően demonstrálják, hogy a radikális méheltávolítások utáni limfocisztaképződést nem befolyásolja az, hogy drénezést alkalmaztak-e vagy sem. Persze az eredmények csak akkor reprodukálhatók, ha azonos műtéti technikát alkalmazunk. A Gateshead-i munkacsoport által végzett műtéteknél a kismedencei peritoneumot nem zárják. Azokban az intézetekben, ahol a peritoneumot szinte hermetikusan zárják, ott a *Monaghan* (4) munkacsoportja által végzett vizsgálat bizonyára épp ellenkező eredményhez vezetne. *Spernol* (5) egy retrospektív vizsgálatban hasonlította össze a radikális műtétek után jelentkező kismedencei vérömlenyek és limfociszták gyakoriságát zárt és nyitott peritoneumú esetek között. A drénezés azonos típusa és tartama ellenére lényegesen gyakrabban alakult ki haematoma és limfociszta azoknál a betegeknél, akiknél a kismedencei peritoneumot varratokkal zárták a műtét során.

HASFALI SEB DRENÁLÁSA A hasfali seb drenálásával kapcsolatos irodalom meglehetősen szegényes. A bevezetőben felsorolt alapelvek itt is érvényesek. A miért, hová, mikor és melyiket kérdésekre adott válaszokat az adott körülmények minden esetben meghatározzák. A legfontosabb figyelembe vendő körülmények a hemosztázis mértéke és a sebgyógyulást késleltető tényezők jelenléte. A mindennapi gyakorlatban egyéni, sokszor gondolkodás nélkül követett szokásoktól függően a szuprafaszcialis és szubfaszcialis drenálás, valamint a kettő kombinációja terjedt el. Figyelemre méltó, hogy hasfali hematóma szinte kizárólag a faszcia alatt képződik, így annak megelőzésére a szuprafaszciális drenálás alkalmazása nem indokolt. Diatermiás koaguláció alkalmazásával, akkurátus vérzéscsillapítás mellett rizikótényezők hiányában valószínűleg teljesen felesleges a nem kontaminált hasfali sebek drenálása.

HÓLYAG-DRENÁLÁS *Ingram* (6) 1972-ben közölte elsőként a húgyhólyag hasfalon keresztül vezetett drenálásának módszerét. 1975-ben azzal a javaslattal módosította módszerét, hogy a drént már műtét előtt érdemes behelyezni. A kezdeti tapasztalatokat hamarosan követték az összehasonlító vizsgálatok. Szuprapubikus drenálás esetén lényegesen kevesebb húgyúti infekció alakult ki, mint transzuretrális katéterezés mellett (7). *Bergman* (8) vizsgálatai szerint a lázas szövődmények gyakorisága, a kórházi kezelés tartama és a hólyag működésének visszatéréséig eltelt idő is lényegesen kedvezőbb suprapubikus hólyag-drenálás esetén.

VARRATOK A hasfali sebek zárásának technikájával a magyarországi szakirodalom keveset foglalkozik. Sok házi szokást ismerünk, többségében egyéni anekdotikus magyarázatokkal. Hazánkban szinte még ismeretlen a modern tudományos kutatásra alapozott sebzárási technika. Az egészségügy anyagi terheinek rohamos növekedése megköveteli, hogy az alkalmazott alternatív módszereket korrekt módon mérlegre téve döntsük el, mi a legjobb a beteg valamint a költségvetés számára. Az ilyen kérdések részrehajlás nélküli eldöntésére mai napig a legalkalmasabb módszer a prospektív randomizált klinikai tanulmány. Ezt ma már hazánkban is elismerik, de a gyakorlatban még nem elég gyakran alkalmazzák. *Irvin és munkatársai* (9) már 1977-ben közöltek hasfalzárással kapcsolatos prospektív randomizált tanulmányt. Vizsgálatukban a réteges és az egyrétegű hasfalzárás szövődményeinek gyakoriságát hasonlították össze. Eredményeik szerint a sebszétválás, a hegsérv és a sebfertőzés gyakorisága a két módszernél megegyezik. Hasonló következtetésre jutott *Ausobsky* (10) 1985-ös közleményében, azonban negatív eredményét metodikai hibákra vezette vissza. Véleménye szerint az egyrétegű hasfalzárás eredményei kedvezőbbek, és a tanulmány csak azért nem tükrözte ezt, mert a középvonali metszéseket gyakrabban zárták egy rétegben, és a paramedián metszésű esetek között gyakoribb volt a réteges hasfalzárás. *Chowdhury* (11) vizsgálataiban az ilyen egyenlőtlenségeket sikerült kiküszöbölni, így az egyrétegű hasfalzárás előnyei már sokkal szembetűnőbbé váltak. A sebfertőzés, a savógyülem-képződés, valamint a hegszétválás gyakorisága lényegesen magasabb volt a több rétegben zárt csoport betegei között.

A sebgyógyulás zavaraiban az endogén tényezők mellett jelentős szerepet játszanak az alkalmazott varróanyagok is. 1991-ben *Cavanagh munkacsoportja* (12) nőgyógyászati daganatos betegek között vizsgálta a sebgyógyulás zavarait. Kétszázötvenhat esetük között egyrétegű hasfalzárást követően polyglactin (Vicryl) varróanyag alkalmazása mellett hegszétválást egyáltalán nem észleltek, a hegsérv kialakulásának gyakorisága pedig 5,5% volt. Betegeiket legalább két évig követték nyomon. Egy évtizeddel korábban már végeztek összehasonlító vizsgálatokat nylon és polyglycolsav (Dexon), illetve prolén és dexon varróanyagokkal (13-14). A prospektív randomizált tanulmány eredményei a nylonvarratok előnyét igazolták a hegszétválás és a hegsérv alacsonyabb gyakorisága alapján. Mai tudásunk szerint egyrétegű hasfalzárási technika alkalmazása esetén a legjobb eredmények polydioxanon (PDS) varróanyaggal érhetők el. Erre a megállapításra szolgáltat bizonyítékot *Krukowski és munkatársainak* (15), valamint *Leaper és munkatársai*nak (16) prospektív randomizált tanulmánya, mely szerint a PDS csoport szövődményeinek gyakorisága lényegesen alacsonyabb, mint a polypropilén (nylon) csoporté. Magyarországhoz hasonlóan külföldön is a nőgyógyászok valamivel lassúbbak, mint a sebészek az új sebzárási technikák és varróanyagok bevezetésében (17-18).

KÖTÖZÉS A gyógyászati eszközök fejlesztése a kötözőanya-

gokat is érinti. Ugyanakkor, a műtéti dekontamináció fejlettségi foka és a kevésbé invazív eljárások bevezetése egyre ritkábban teszi szükségessé a tradicionális sebkötözést. Tiszta sebek esetén szükség van-e egyáltalán többnapos sebfedésre? *Chrintz* (19) 1989-es tanulmánya szerint a varratok eltávolításának napjáig folytatott kötözés semmilyen előnyt nem szolgáltatott a csak egy napig alkalmazott sebfedéssel szemben. A korszerű sebfedés fejlődési tendenciája két irányban figyelhető meg. Az egyik a fedőanyagok transzparenciáját igyekszik biztosítani, a másik pedig a biológiai lebonthatóság szempontját helyezi előtérbe (20). Az áttetsző sebfedő anyagok előnye a sebgyógyulás kötéscsere nélküli nyomonkövethetősége, hátránya azonban az alacsony páraáteresztő képesség. Az utóbbi tulajdonságot igyekszik javítani a sebfedő anyagok úgynevezett intelligens típusa, amely a seb nedvességétől függően változó páraáteresztő képességgel rendelkezik. Hátránya az ilyen kötözőanyagoknak, hogy idővel elvesztik áttetszőségüket. *Jonkman* (21) vizsgálatai szerint a poliéteruretán filmből készült sebfedő anyag 25%-kal gyorsabb hámosodást biztosít, mint a lényegesen kisebb páraáteresztő képességű OpSite. *Rasmussen és munkatársai* (22) prospektív randomizált tanulmányban hasonlították össze konvencionális abszorbens típusú Cutiplast és az okkluzív, adhezív típusú DuoDerm sebfedő anyagokat. Bár a sebgyógyulás ütemében és zavarainak gyakoriságában nem volt lényeges különbség, az abszorbens fedőanyag hátrányaként az eltávolításkor jelentkező fájdalom mértékét és a vízhatlanság hiányát emelték ki.

Összefoglalásként megállapítható, hogy napjaink orvostudományában a hatékonyság fokozásához merőben új kezelési eljárások mellett apró részletek javításával is hozzájárulhatunk. Munkánk minőségének javításához elengedhetetlen a hazai és nemzetközi tapasztalatok figyelembe vétele. Az új módszerek elterjesztését nem lehet szkepticizmussal megakadályozni. A tudományos kutatási eredményekre alapozott eljárások átvétele a magyar nőgyógyász onkológusoknak is mindennapi kötelessége. A referátum legjelentősebb tanulságaként emelendő ki, hogy a kismedencei peritoneum sebének ellátása, a műtéti terület-, hasfal- és húgyhólyag drenálásának módja, a hasfalzárás technikája és az arra alkalmazott varróanyagok kiválasztása Magyarországon is több figyelmet érdemel.

IRODALOM

1. Jensen JK, Lucci JA 3rd, DiSaia PJ, Manetta A, Berman ML. To drain or not to drain: a retrospective study of closed-suction drainage following radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy. Gynecol Oncol 1993; 51:46-49.

2. Barton DP, Cavanagh D, Roberts WS, Hoffman MS, Fiorica JV, Finan MA. Radical hysterectomy for treatment of cervical cancer: a prospective study of two methods of closed-suction drainage. Am J Obstet Gynecol 1992; 166:533-537.

3. Sagar PM, Hartley MN, Macfie J, Mancey-Jones B, Sedman P, May J. Randomized trial of pelvic drainage after rectal resection. Dis Colon Rectum 1995; 38(3):254-258.

4.Lopes ADeB, Hall JR, Monaghan JM. Drainage following radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: Dogma or need? Obstet Gynecol 1995; 86:960-963.

5. Spernol R, Hecher K, Gorzer H, Szalay S. Komplikationen nach Radikaloperation der Uteruskarzinome Verschluss der Peritonealdefekte: ja oder nein? Geburtshilfe Frauenheilkd 1992; 52(4):210-213.

6. Ingram JM. Further experience with suprapubic drainage by trocar catheter. Am J Obstet Gynecol 1975; 121(7):885-891.

7. Shapiro J, Hoffmann J, Jersky J. A comparison of suprapubic and transurethral drainage for postoperative urinary retention in general surgical patients. Acta Chir Scand 1982; 148(4):323-327.

8. Broberg C. Catheter drainage after gynecologic surgery: a comparison of methods. Am J Obstet Gynecol 1984; 149(1):18-23.

9. Irvin TT, Stoddard CJ, Greaney MG, Duthie HL. Abdominal wound healing: a prospective clinical study. Br Med J 1977; 2(6083):351-352.

10. Ausobsky JR, Evans M, Pollock AV. Does mass closure of midline laparotomies stand the test of time? A random control clinical trial. Ann R Coll Surg Engl 1985; 67(3):159-161.

11. Chowdhury SK, Choudhury SD. Mass closure versus layered closure of abdominal wound: a prospective clinical study. J Indian Med Assoc 1994; 92(7):229-232.

12. Hoffman MS, Villa A, Roberts WS, Fiorica JV, LaPolla JP, Barton DP, Cavanagh D. Mass closure of the abdominal wound with delayed absorbable suture in surgery for gynecologic cancer. J Reprod Med 1991; 36(5):356-358.

13. Bucknall TE, Ellis H. Abdominal wound closure: a comparison of monofilament nylon and polyglycolic acid. Surgery 1981; 89(6):672-677.

14. Lewis RT, Wiegand FM. Natural history of vertical abdominal parietal closure: Prolene versus Dexon. Can J Surg 1989; 32(3):196-200.

15. Krukowski ZH, Cusick EL, Engeset J, Matheson NA. Polydioxanone or polypropylene for closure os midline abdominal incisions: a prospective comparative clinical trial. Br J Surg 1987; 74(9):828-830.

16. Leaper DJ, Allan A, May RE, Corfield AP, Kennedy RH. Abdominal wound closure: a controlled trial of polyamide (nylon) and polydioxanone suture (PDS). Ann R Coll Surg Engl 1985; 67(5):273-275.

17. DiSaia PJ, Creasman WT, Eddy G, Montz J. Experience with a mass closure technique using continous looped polyglyconate absorbable suture. J Am Coll Surg 1994; 178(2):177-180.

18. Gallup DG, Nolan TE, Smith RP. Primary mass closure of midline incisions with a continuous polyglyconate monofilament absorbable suture. Obstet Gynecol 1990; 76(5):872-875.

19. Chrintz H, Vibits H, Corditz TO, Harreby JS, Waaddegaard P, Larsen SO. Need for surgical wound dressing. Br J Surg 1989; 76(2):204-205.

20. Hermans MH. Clinical benefit of a hydrocolloid dressing in closed surgical wounds. J ET Nurs 1993; 20(2):68-72.

21. Jonkman MF, Bruin P. A new high water wapor permeable polyetherurethane film dressing. J Biomater Appl 1990; 5(1):3-19.

22. Rasmussen H, Larsen MJ, Skeie E. Surgical wound dressing in outpatient pediatric surgery. A randomised study. Dan Med Bull 1993; 40(2): 252-254.