



Tipps und Tricks zur HITOC

S.E.Gabor, T.Niemberger, V.Matzl, A.Mesaros,
A.Kramos, A.Riegler, S.Sauseng*, A.Imamovic*, E.Klug

KRAGES
BURGENLÄNDISCHE
KRANKENANSTALTEN
GESELLSCHAFT M.B.H.

Abteilung für Allgemein - Plastische -Thorax u. Gefäßchirurgie - äo KH Oberwart
*Abteilung für Allgemeinchirurgie - MUG

HITOC ist integraler Bestandteil eines Operationsverfahrens, bei welchem ein diffus wachsender maligner Pleuratumor durch Entfernen der parietalen und visceralen Pleura (Pleurektomie und Dekortikation oder auch durch extrapleurale Pleuropneumektomie und eventueller Zwerchfell und Perikardresektion) im Sinne einer kompletten Zytoreduktion entfernt wird und ausschließlich mit Chemotherapeutika in potenzieller kurativer Intention durchgeführt wird.

Zielsetzung:

- Verhinderung/ Verzögerung des lokoregionären Rezidiv mit Lebensqualitätsverbesserung
- Verlängerung des Überlebens

Indikationen:

Primäre maligne Pleuratumoren : Mesotheliom

Sekundäre pleurale Tumoren :Thymome, Thymuskarzinome

Pleurakarzinose bei Bronchuskarzinom (40%), Mammakarzinom (25%), Lymphome (10%), Ovarialkarzinom(5%) , *GI-Malignome(5%)
umschrieben Pleurakarzinose bei *Pseudomyxoma peritonei als Einzelfallentscheidung

(*Erfahrung mit diesen Tumorentitäten)

Chemotherapeutika für die HITOC

Cisplatin (150-175mg/m² , max . 225mg/m² KOF)

Doxorubicin, Gemcitabin, Mitomycin

In vivo verbesserte Wirksamkeit bei Kombination zweier Chemotherapeutika (z.B. Cisplatin + Doxorubicin oder Gemcitabin)

Kritische Phase der HITOC

Beginn der Perfusion beim Befüllen der Thoraxhöhle da es zu einer Kreislaufdepression kommen kann, bis alle Drainagen entlüftet und ein stabiler Perfusionskreislauf und eine Temperatur von 42°C etabliert wurde

Postoperative NINS

- Begrenzung der Cisplatinosierung auf 175mg/m² KOF
- Beachtung des perioperativen Flüssigkeitsmanagement
- ggf. Gabe einer Nephro/Zytoprotektion

Problem Dichtigkeit:

- Tabaksbeutelnaht um die Drainagestellen
- fortlaufender Thorakotomieverschluss
- direkte Zwerchfellnaht bei Zwerchfellresektion

Liegedauer Thoraxdrainagen:

Bis zum vollständigen Fistelverschluss – zu erwarten 10 Tage postoperativ

Antibiotikagabe:

Postoperativ bis zur vollständigen Entfernung der Thoraxdrainagen

Postoperative Mobilisation:

So rasch als mögliche Mobilisierung mit physiotherapeutisch unterstützter Atemgymnastik zur Vermeidung von Mukostase und Atelektasen



Decortikation und Pleurektomie



plazierte Drainagen
und Temperatursonden