

# POOPERATIVNA OBRAVNAVA BOLNIC Z RAKOM JAJČNIKOV

*Maja Pakiž*

---

## **Izveček**

Osnovno zdravljenje bolnic z rakom jajčnikov zajema v večini primerov kirurški poseg. Namen kirurškega posega, ne glede na to, v kakšnem zaporedju se ga načrtuje v povezavi s sistemskim zdravljenjem, je pri omejeni bolezni postavitev stadija in pri razsejani bolezni odstranitev vseh vidnih tumorjev. Posegi so navadno obsežni in povezani s kirurško (in tumorsko) poškodbo tkiv na večji površini. Perioperativni stres in zapleti vodijo v podaljšanje okrevanja in zamik nadaljevanja onkološkega zdravljenja. Osnovni namen proučevanja ustrezne pred, med in pooperativne obravnave je tako zniževanje stresnega odziva organizma, zniževanje verjetnosti pooperativnih zapletov, ustreznega nadzora in pravočasne diagnostike zapletov ter s tem zagotoviti čim hitrejše okrevanje bolnice. Najbolj optimalna obravnava je večdisciplinska in v sodobnem razvitem svetu temelji na principih kirurgije s pospešenim okrevanjem (ang. ERAS). Z dokazi podprta načela kažejo dobrobit ERAS protokolov, v praksi pa ostaja velik izziv uspešna implementacija priporočil v vsakdanje delo.

---

## **Uvod**

Zdravljenje raka jajčnikov zajema kirurški poseg, ki je lahko načrtovan kot začetek zdravljenja ali kot intervalni poseg po predoperativni kemoterapiji. Nekatere (redkejše) oblike rakov jajčnika se zdravijo samo s kirurškim posegom. V zgodnjih stadijih bolezni, ko je tumor omejen, slikovno in klinično, na jajčnik, se poseg izvede za postavitev stadija in zajema še odstranitev na videz zdravih tkiv (bezgavke, omentum, biopsije peritoneja). Pri razsejani bolezni pa je namen operativnega posega odstranitev vseh makroskopsko vidnih tumorjev, kar je lahko povezano z obsežno operativno (in tumorsko) poškodbo tkiv. Vsak poseg je tako povezan s stresnim odzivom organizma, ki lahko vodi do dodatnih poškodb in težav z okrevanjem in celjenjem.

Tradicionalna oskrba kirurških bolnikov temelji na ukrepih, ki so se pojavili zgodovinsko gledano nekje v drugi polovici 19. stoletja, ko je prišlo do prvega večjega razmaha kirurških posegov, predvsem ob razvoju anestezije in antiseptike. Sem sodijo na primer uporaba drenov, mehničnega čiščenja črevesa, dolgotrajno stradanje pred in po posegu in tako dalje. Večina tradicionalni ukrepov, ki se uporabljajo v kirurški oskrbi, tako izvira iz časov pred uvedbo sodobne asepsse, sodobne anestezije, razvoja diagnostičnih orodij (slikovnih, laboratorijskih), in seveda antibiotikov. Prav tako večina teh ukrepov temelji na tradiciji, ne na z dokazi podprti medicini. Nekje po letu 2000 pa se je pojavil intenzivni razvoj veje medicine, ki je začela proučevati smiselnost tradicionalnih oboperativnih ukrepov, predvsem pa iskati dokaze za učinkovitost ukrepov v smislu zmanjševanja oboperativnega stresa in zapletov ter s tem pospeševati in izboljšati okrevanje. Prvotno se je pojavil izraz "fast track protocol" v kolorektalni kirurgiji, kasneje pa "enhanced recovery after surgery". ERAS® Society pripravlja posodobljena priporočila za z dokazi podprto obravnavo bolnikov po različnih vrstah operacij, prav tako pa

pripravlja sisteme beleženja in spremljanja zapletov ter pomaga z implementacijo postopkov v vsakodnevno prakso.

## **Oboperativna obravnava bolnic z rakom jajčnikov**

Za področje obravnave bolnic z rakom jajčnikov imamo na evropskem področju dva pomembnejša dokumenta s priporočili, in sicer ERAS priporočila za oboperativno obravnavo žensk z ginekološkimi raki, prvotno izdanega leta 2016 in posodobljenega 2019, ter priporočila Evropskega združenja za ginekološko onkologijo (ESGO) za oboperativno obravnavo žensk, ki so operirane zaradi napredovalega raka jajčnikov.

V skladu z ERAS načeli je izjemnega pomena preprečevanje in zmanjševanje stresnega odziva organizma ob večjem operativnem posegu, kar vodi v prijaznejše in hitrejše okrevanje, z manj zapleti. Najpogostejši dejavniki, ki vplivajo na okrevanje, so pooperativna slabost in bruhanje, paralični ileus, bolečina, trombembolični in vnetni zapleti. Učinkoviti ukrepi, ki dokazano zmanjšujejo naštete dejavnike, so krajšanje predoperativnega stradanja (do 6 ur za trdo hrano in do 2 uri za bistro tekočine), čim prejšnja uvedba trde hrane, po možnosti že na dan operativnega posega, aktivno preprečevanje slabosti z rednim dajanjem antiemetikov na dan posega, učinkovito lajšanje bolečin z rednimi visokimi odmerki neopioidnih analgetikov, z opioidnimi analgetiki, omejenimi na dan posega, z multimodalnim pristopom lajšanja bolečin (na primer infiltracija lokalnega anestetika v operativno rano, epiduralna ali druga področna analgezija). Preprečevanje vnetnih zapletov se svetuje z uporabo enkratnega odmerka antibiotika pred rezom kože. Preprečevanje trombemboličnih zapletov se svetuje z uporabo elastičnih nogavic, čim hitrejše mobilizacije in preventivnimi odmerki nizkomolekularnih heparinov, pri operaciji zaradi napredovalega raka jajčnika se svetuje podaljšana profilaksa do 28 dni.

Tradicionalni ukrepi, s katerimi se je v preteklosti trudilo preprečevati zaplete, kot so dolgotrajno stradanje pred posegom, mehansko čiščenje črevesa, uporaba karence po posegu, uporaba drenov, uporaba nazogastrične sonde, podaljšana uporaba urinskega katetra, podaljšana antibiotična profilaksa, so se izkazali za neučinkovite, oziroma v nekaterih primerih dejansko škodljive. Na primer mehansko čiščenje črevesa, dolgotrajno stradanje in karenc po posegu, infuzije prekomernih količin tekočin in podaljšana uporaba opioidov so v raziskavah celo povečali pooperativno slabost, bruhanje in paralični ileus, povezani so bili s klinično pomembno dehidracijo in elektrolitnim neravnotežjem pred posegom ter motnjami v presnovi glukoze po posegu.

Pokazalo se je, da rutinska uporaba drenov ne prepreči zapletov (recimo dehiscence črevesne anastomoze ali limfocist, slednjih je bilo ob uporabi drenov celo več) in čeprav v nekaterih raziskavah lahko zaplet krvavitve ugotovimo nekoliko prej, raziskave niso pokazale, da bi se ob odsotnem drenu in zapletu odreagiralo bistveno počasneje, vpliva na celokupni pooperativni izhod ni bilo. V nekaterih raziskavah je prisotnost drena celo podaljšala reakcijski čas na zaplet, saj se je videlo klinično in laboratorijsko poslabšanje pacientov, ker pa je bil dren zamašen ali zaradi drugega vzroka po njem ni bilo patološkega iztekanja, se je z odzivom na poslabšanje pacienta čakalo. Hkrati pa so nekatere raziskave pokazale, da se na drenu, položenem v podkožje na primer, že po dveh urah naredi mikrofilm, ki vsebuje bakterije. Tako dren, še posebej, če je dolgo prisoten,

celo postane vir okužbe, hkrati je opisano, da lahko mehansko povzroči škodo ob anastomozi. Edina indikacija za nastavitev drena tako obstaja že formiran absces, ki potrebuje drenažo. V tem primeru se v sodobni medicini najpogosteje poslužujemo metod interventne radiologije, reoperacije zaradi abscesa se tako zmanjšujejo.

Celovita obravnava po operativnem posegu zajema tudi skrb za pridružena soobolenja in njihovo obravnavo (na primer urejenost sladkorne bolezni), prav tako skrb za duševno zdravje, vključno z obravnavo pri psihologu ali psihiatru, če je to potrebno. Pooperativno je potreben tudi posvet o spolnem življenju po odpustu domov in dolgoročneje.

### **Implementacija sodobne oboperativne obravnave in zaključek**

Spremeniti sledenje tradicionalni oboperativni obravnavi bolnikov, čeprav večina principov izhaja izpred več kot 100 let, je velik izziv. V osnovi predstavlja težavo vnesti vsako spremembo v okolje, kjer ljudje delajo v svoji tako imenovani coni udobja. Ko so jim dogodki znani, predvidljivi, povezani z občutkov varnosti in rutine. Pri uvajanju sprememb v oboperativnem obdobju predstavlja dodatno težavo dejstvo, da je potrebno spremeniti protokole in obnašanje več različnih profilov zdravstvenih delavcev (torej poleg kirurgov različnih specialnosti, tudi medicinske sestre, fizioterapevte, anesteziologe, in tako naprej), pa tudi bolnic. ERAS Society se zaveda tega problema in intenzivno proučuje metode implementacijske znanosti, s katerimi bi se pospešilo uvajanje sprememb protokolov v vsakdanjo prakso. Za uspešno implementacijo priporočil (ne samo teh) ni dovolj, da so priporočila sprejeta in dostopna, potrebno je tudi sistematično izobraževanje kadra in izvajanje ustrezne vodstvene funkcije, s katero se premostijo osebni faktorji, ki zavirajo spremembe. Prav tako je potrebna zunanja motivacija, v smislu sistemskih sprememb (kot na primer, da je večkrat jasno pokazano, da je implementacija sodobne oboperativne obravnave povezana z nižjimi stroški in večjim zadovoljstvom bolnikov, kar s pridom izkoriščajo nekateri tuji zdravstveni sistemi). Tradicija je izjemno trdovratna, za uspešne spremembe je potrebno zelo veliko truda in let, da se uveljavijo. Pa čeprav vemo, da s tradicionalnimi ukrepi pogosto dejansko delamo škodo; raziskave so pokazale, da ima na splošno 30 do 40 % bolnikov izvedeno zdravljenje, ki ne temelji na znanstvenih dokazih, in kar 20 do 25 % bolnikov prejme zdravljenje, ki ni smiselno ali pa celo škodi.

## Literatura

1. Fischer F, Lange K, Kloese K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and Strategies in Guideline Implementation – A scoping review. 2016;4:36.
2. Fotopoulou C, Planchamp F, Ayutu T, et al. European Society of Gynaecological Oncology guidelines for the peri-operative management of advanced ovarian cancer patients undergoing debulking surgery. *Int J Gynecol Cancer*. 2021;31:1199 – 1206.
3. Nelson G, Altman AD, Nick A, et al. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery after After Surgery (ERAS®) Society recommendations-Part I. *Gynecol Oncol*. 2016;140:313 – 22.
4. Nelson G, Altman AD, Nick A, et al. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery after After Surgery (ERAS®) Society recommendations-Part II. *Gynecol Oncol*. 2016;140:323 – 32.
5. Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, et al. Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology surgery; Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Society recommendations-2019 update. *Int J Gynecol Cancer*. 2019;29:651 – 668.
6. Bisch SP, Jago CA, Kalogera E, et al. Outcomes of enhanced recovery after surgery (ERAS) in gynecologic oncology – A systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol*. 2021;161:46 – 55.
7. Bhandoria GP, Bhandakar P, Ahuja V, et al. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in gynecologic oncology; in international survey of peri-operative practice. *Int J Gynecol Cancer*. 2020;30:1471 – 1478.