

# Časté komplikace pokročilých stádií gynekologických nádorů a jejich léčba

Alžbeta Švančarová

# Komplikace pokročilých stádií

- Maligní ascites
- Maligní střevní obstrukce
- Ureterální obstrukce
- Krvácení

# Maligní ascites

- Nahromadění tekutiny v peritoneální dutině v důsledku nádorového onemocnění. Příčina často multifaktoriální
- 10% příčin ascitu onkologické- 50% nádory ovaria

## DĚLENÍ:

- „PERIFERNÍ“- 50%, peritoneální karcinomatóza, ascites charakteru exsudátu
- „CENTRÁLNÍ“- 15%, portální hypertenze, ascites charakteru transudátu
- SMÍŠENÁ FORMA- 15%
- CHYLÓZNÍ FORMA- obstrukce lymfatických cest

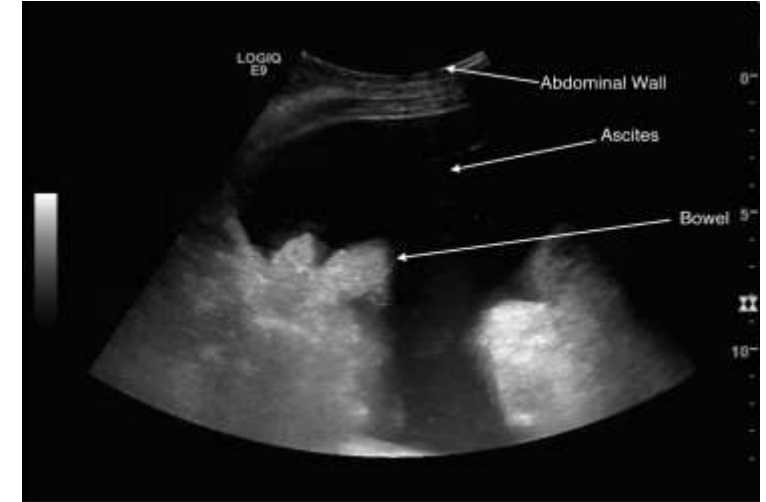
Podle SAAG- sérum-ascites-albumin gradient

- SAAG < 11g/l- periferní ascites
- SAAG > 11g/l- centrální ascites

## Maligní ascites

### DIAGNOSTIKA:

- Klinika- tlaková bolest břicha, vzednutí břicha, nauzea, zvracení, dušnost, reaktivní fluidothorax
  - palpačně fluktuace
  
- UZ/CT
  
- Diagnostická paracentéza- biochemie (glukóza, LDH, amyláza, triacylglycyroly, SAAG)
  - cytologie (maligní buňky, lymfocyty, neutrofily, erytrocyty)
  - mikrobiologie



Zdroj: <https://www.stepwards.com/>

## Maligní ascites

### TERAPIE:

1. Protinádorová
  
2. Symptomatická
  - Režimová opatření- restrikce tekutin, neslaná dieta (obtížné v paliaci)
    - zhodnotit rutinní hydrataci
  - Diuretika- u centrální a smíšené formy, léčebný efekt posoudit po 7 dnech (pozdní nástup spironolaktonu)
    - NÚ- hypovolemie, hypotenze, vertigo, ortostatický kolaps
    - spironolakton- dávkování opatrně podle krevního tlaku
      - riziko hyperkalémie a hypotenze
    - furosemid- 20-120mg/den
      - kontrola hydratace, renálních funkcí, elektrolytové rovnováhy
    - ±hydrochlorthiazid- 25-50mg/den

## Maligní ascites

### TERAPIE:

- Paracentéza- indikace: bolest, břišní dyskomfort, nauzea, zvracení, GER, dušnost
  - Kl: (relativní)- infekce, trombocyty  $< 40$  (a krvácivé projevy), INR  $> 1,6$ , kreatinin  $> 250$  mmol/l, hypoalbuminémie  $< 20$ g/l, natrémie  $< 125$ mmol/l
  - provedení lepší za UZ kontroly (adheze, distenze střeva, karcinomatóza peritonea, palpovatelné tumory)
  - max. 5 litrů na jedno sezení (není potřeba podávat plazmaexpandéry)
- Peritoneální drén- u refrakterního ascitu, nutnost opakované punkce ( $>$  než 1x týdně)
  - zavádí chirurg/intervenční radiolog, životnost drénu několik měsíců
- Peritoneovenózní shunt- obvykle nebývá indikován u maligního ascitu
  - katetr zaveden z peritoneální dutiny do v. cava superior- návrat proteinů a tekutiny do oběhu
  - pacienti s dlouhodobou prognózou

# Maligní střevní obstrukce

- Částečný nebo kompletní uzávěr střeva- intramurální
  - intraluminální
  - extraluminální
- Nejčastěji karcinom ovarií (5,5-42%), karcinom děložního hrdla
- 60% tenké střevo, 30% tlusté střevo, 20% kombinovaně

## KLINIKA:

- Závisí na rychlosti vzniku a úplnosti střevního uzávěru (obvykle chronický průběh)
- Nevolnost, zvracení, ztráta chuti k jídlu, hubnutí, pyróza, bolest břicha (kolikovitá/z distenze), zástava odchodu plynů a stolice, pseudodiarrhoe

## DIAGNOSTIKA:

- Anamnéza, klinické vyšetření, laboratoř
- RTG (potvrdí ileus)
- CT (lokalizace obstrukce)



Zdroj: <https://undergradimaging.pressbooks.com>

## **Maligní střevní obstrukce**

### **CHIRURGICKÁ LÉČBA:**

- Rizikový výkon
- Primární resekce s anastomózou
- Stomie, bypassy
- Stenty

### **NEGATIVNÍ PROGNOTICKÉ FAKTORY CHIRURGICKÉ INTERVENCE:**

- Ascites
- Hmatné tumorové masy
- Vyšší věk
- Radioterapie v oblasti břicha a pánve
- Hypoalbuminemie a špatný stav výživy
- Postižení proxim. části žaludku
- Celkový špatný stav



## **Maligní střevní obstrukce**

### **KONZERVATIVNÍ POSTUP:**

- Preferovaná aplikace i.v./s.c./tdr.

### **BOLEST:**

- Butylskopolamin (spazmolytikum) - 60- 100mg/den (kolikovitě bolesti)
- Analgetika vč. opiátů

### **EDÉM STŘEVNÍ STĚNY**

- Dexamethazon- 8-16mg/den ráno (na 3 dny, zda nedojde k zlepšení, tak stop)

## Maligní střevní obstrukce

### NAUZEJA, ZVRACENÍ:

- Metoclopramid (prokinetikum)- 30-120mg/den (ne u kompletní obstrukce, ne u kolikovitých bolestí)
- Chlorpromazin (antipsychotikum)- zrušena registrace
- Olanzapin (antipsychotikum)- 5-10mg/noc
- ± Haloperidol (typické antipsychotikum)- 3-5mg/den, ± Ondansetron (antiemetikum 5-HT<sub>3</sub> inhib.)- 8-24mg/den

### ANTISEKRETORIKA:

- Inhibitory protonové pumpy (omeprazol, pantoprazol)- 40mg/den
- Octreotid (analog somatostatinu)- 300-600ucg/den (cena)

### PRŮJEM:

- Codein (opiát)- 30-60mg á 4 hod (Krycí směs)
- Loperon (antidiaroidikum)- ne u kompletní obstrukce

### ZÁCPA:

- ne laxativa u kompletní obstrukce

## Maligní střevní obstrukce

### POSTUP:

- Hydratace- parenterální výživa tam, kde se očekává přežití v řádech měsíců
- Antiemetika – ne prokinetika u koliky
- PPI/H2- blokátory
- Kortikoidy- po 3 dnech zhodnotit efekt
- Analgetika- spasmolytika ± opiáty
- Nasogastrická sonda - při medikamentózně neovlivnitelném zvracení
- Odlehčující gastrostomie/jejunostomie- dobrá prognóza
  - neřešitelná symptomatická obstrukce
  - lépe tolerovaná než NSG sonda

# Ureterální obstrukce

- Unilaterální/bilaterální -> hydronefróza -> renální insuficience
- Útlak tumorem (nádory čípku), patologická lymfadenopatie, adheze po přechozím chirurgickém výkonu, zánětu či radioterapii

## **PŘÍZNAKY:**

- Bez příznaků, bolest, oligurie/anurie (bilat. stenózy), laboratorní známky renální insuficience

## **INTERVENCE:**

- Ureterální stenty - zavádí urolog
  - přístup retrográdní (cystoskopie), anterográdní (nefroskopie)
- Punkční nefrostomie - zavádí intervenční radiolog nebo urolog
  - drén zaveden přes kůži a ledvinný parenchym do ledvinné pánvičky
- Ureteroileostomie/ureteroileoanastomóza

# Krvácení

- Karcinom děložního hrdla, dělohy- invazivní růst tumoru, eroze cév, abnormální vaskularizace, trombocytopenie a koagulopatie asociované s nádorovým onemocněním, fistulace
- Intervenci zvolit vzhledem k celkovému stavu pacienta

## TERAPIE:

- Permanentní močový kateter
- Hydratace, transfuze
- Lokální terapie: - tamponáda poševní- výměna nejpozději do 24 hodin nebo při prokrvácení (riziko stafylokokové infekce)
  - Spongostan- účinek hemostyptický a protiadhezivní
  - adrenalinová obložka- ředěný 1:1000

## Krvácení

### TERAPIE:

- Systémová terapie:
  - kyselina tranexamová (Exacyl)- , antifibrinolytikum, 0,5-1g 3-4x denně p.o. / i.v.
  - etamsylát (Dicynone)- 250-500mg á 4-6 hodin i.v / i.m, 500mg 4x denně p.o. (hradí pacient)
- Radioterapie: brachyradioterapie, teleradioterapie
- Intervence:
  - arteriální embolizace- aa. iliaca interna, provádí intervenční radiolog cez a. brachialis či femoralis
    - trvalé (kovové koily, tkáňové lepidlá), dočasné (Gelaspon- resorbuje se)
    - riziko recidív

## Krvácení

### TERAPIE:

- Intervence:
  - chirurgický podvaz artérií- laparoskopicky/laparotomický přístup
- Podpůrná terapie: - max. na 1 hodinu chladná komprese (např. infuzní roztok zabalený v textílii)- pokus o kompresi pánevních cév + analgetický efekt chladu
  - tmavé ložní povlečení, analgetika, anxiolytika
  - při neřešitelném masivním krvácení kontinuální analgosedace

# Primum non nocere...

Než něco udělám...

- V jakém je pacient stavu? Jaká je prognóza?
- Pokud to udělám/neudělám, jaká bude další prognóza? Je získaný čas pro pacienta smysluplný?
- V případě, že to udělám, jaké mohu očekávat komplikace? Je riziko výkonu větší než symptomatický postup?
- ... a co si přeje pacient?



# Zdroje

- Hoch J. Obstrukce tlustého střeva nádorem – co je prioritou léčby?. Rozhledy v chirurgii 2019. 98 (1): 4-9
- Malignant Bowel Obstruction Clinical Guideline V2.0; Royal Cornwall Hospital. 2021. 13s
- Mercandante S., Porzio G. Octreotide for malignant bowel obstruction: Twenty years after. Oncology/Hematology 2012. 83: 388-392
- Náležinská M., Sláma O., Chovanec J. Paliativní péče v gynekologické onkologii- komentované kazuistiky. Onkologie 2017. 11 (5): 236-243
- Plch M., Jelenek G., Chovanec J. Paliativní chirurgické a intervenční výkony u vybraných stavů v onkogynekologii. Onkologie 2021. 15 (2): 127-130
- Rovný A., Kumstát P., Šabacký I. Dlouhodobá derivace moči- principy provedení. Urologie pro praxi. 2003/2
- Sláma O., Šimíček M. Možnosti paliativní léčby maligního ascitu. Zdraví. Euro. 2012
- Sochor M., Zavadová I., Sláma O., et al. Paliativní péče v onkologii. Praha: Mladá fronta 2019, 446s.
- Špaček J. jr., Petera J., Broďák M., Práznovec I., Špaček J. Vývodný močový systém a gynekologické malignity. Klinická onkologie 2018. 31 (6): 414-420

**Děkuji za pozornost**

