



Dagmar Seidlová

Department of Anaesthesiology , Resuscitation and Intensive Care

Medical Faculty Masaryk University

University Hospital Brno

dseidlova@fnbrno.cz



Dva oříšky... aneb anesteziologický management u gravidní onkogynekologické pacientky

2 oříšky????

- gravidní pacientka s onkologickým onemocněním
- časový faktor
- vyvíjející se plod



2 oříšky????

- gravidní pacientka s onkologickým onemocněním
- časový faktor
- vyvíjející se plod
- nejdřív pro gynekologa a pak pro anesteziologa



Incidence nádorových onemocnění v graviditě

■ 1:1000



■ Při 100.000 porodech/rok v ČR je každý rok u **100** pacientek v průběhu těhotenství diagnostikován zhoubný nádor

Rokyta Z, Šubrtová L, Zhoubné nádory a prekancerózy v těhotenství, ostgraduální medicína

Nejčastější malignity vyskytující se v těhotenství:

- karcinom děložního hrdla 1: 2200 42
- karcinom prsu 1 : 3300 25
- maligní lymfom 1 : 6000 17
- ovariální karcinom 1 : 10 000 10

gynekologické malignity (vulva, cervix, corpus, ovaria)

- v USA 5,1 mil nově dg případů Ca 19% gynekologická malignita
- Ca cervicis 2. nejčastější dg maligního onemocnění u žen(po Ca prsu)
- 22% všech případů ca u žen v rozvojových a 19% v rozvinutých zemích

■ Amant, Frédéric, et al. "Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of an international consensus meeting." *Rare and Uncommon Gynecological Cancers*. Springer Berlin Heidelberg, 2011. 209-227.

Ca cervicis, dysplasia cervicis uteri a gravidita

- nejčastější příčina maligního onemocnění v graviditě
- peak výskytu 35 – 55 rok života (ostatní gynekologické malignity později)
- příčina i v imunologických změnách v průběhu gravidity??
- první záchyt????
- v ČR kolem 40 – 50 pacientek ročně

- s imunizací ústup???

**obecná doporučení onkologické
léčby, kde hlavní roli hraje čas x
rozhodnutí rodičů**

- **vždy přísně individuální**
- **cca v polovině případů se rodička rozhodne těhotenství ukončit...**

obecná doporučení onkologické léčby, kde hlavní roli hraje čas x rozhodnutí rodičů

- vždy písně individuální
- cca v polovině případů se rodička rozhodne těhotenství ukončit...
- ale kolem 50 žen/rok, kde je onkologická léčba v graviditě

Obecné zásady terapie

- Chirurgická
- radiologická
- chemoterapie

Chirurgická léčba

Doporučuje se operovat pokud možno ve II. trimestru gravidity:

- menší riziko spontánních potratů;

- menší riziko anesteziologických komplikací;

- menší riziko poškození plodu medikamentózní léčbou;

- možno odstranit obě ovaria – placenta nahrazuje jejich funkci.

vhodná intravenózní tokolýza po dobu 24 hodin přecházející
v perorální aplikaci tokolytik.

Podle statistik dochází v 10 % předčasnému porodu.

Radiační léčba

- Dávka 20 Gy na oblast malé pánve do 20. týdne těhotenství způsobuje těžké malformace plodu
- Dávka 30 Gy je pro plod letální
- lépe používat radioterapii až po skončení gravidity
- **Radiodiagnostické** metody, které nejsou lokalizovány do malé pánve, lze po vykrytí použít oblast malé pánve (i přes provedené krytí) zasáhne 0,1–1 % z celkové dávky.
- Magnetickou rezonanci lze mimo I. trimestr použít.

Chemoterapie

- Cytostatika procházejí placentární bariérou
- v I. trimestru v období organogeneze se zvýšeným výskytem kongenitálních malformací.
- Ve vyšším stupni gravidity může cytotoxická terapie způsobit dřevňový útlum, růstovou retardaci nebo postnatální růstovou retardaci
- ukončit min 3 týdny před porodem
- Léčba individuální s důrazem na rizika, prospěch a alternativy užití chemoterapie v těhotenství

■ Amant, Frédéric, et al. "Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of an international consensus meeting." *Rare and Uncommon Gynecological Cancers*. Springer Berlin Heidelberg, 2011. 209-227.

metastazování do plodu a placenty

- velmi vzácné
- V literatuře jen desítky jednotlivých případů
- nejčastěji metastázy maligního melanomu
- nejasné zda fyziologické změny v těhotenství zásadním způsobem ovlivňují klinický průběh zhoubného onemocnění

Karcinom prsu je druhou nejčastější malignitou v těhotenství.

- gravidita zhoršuje možnost včasného stanovení diagnózy a stanovení účinné terapie.
- chirurgický výkon
- adjuvantní terapie po porodu

Hematologické malignity

- Hodgkinův lymfom komplikuje přibližně jedno z 6000 těhotenství.
 - nonHodkin s velmi nepříznivou prognózou
 - leukemie
-
- většinou zahajována terapie bezprostředně po porodu
 - ukončení těhotenství co nejdříve

Organizace

- sledovat a léčit na adekvátně personálně i technicky vybaveném pracovišti s návazností na onkologickou péči.
- stadium onemocnění, velikost nádoru, přání pacientky porodit zdravé dítě.
- V prvním trimestru doporučena radikální léčba s ukončením gravidity
- V pozdějších stadiích lze riziko oddálení léčby ve vztahu k úspěchu léčby a dalšímu průběhu onemocnění těžko stanovit
- Porod plodu v perinatologickém centru ve 28.– 35. týdnu gravidity.

- Těhotenství samo nezhoršuje vývoj nádorů, snad s výjimkou maligního melanomu.
- Ukončení těhotenství nezlepšuje prognózu maligního onemocnění, pouze umožňuje aplikaci léčebných postupů, které jsou abortivní nebo teratogenní

GPK FN Brno

- 150 – 200 radikálních onkogynekologických výkonů/rok
- 50 – 70 Ca cervicis uteri
- operační výkon: HYE + AE bilat + pánevní a paraaortální lymfadenektomie + APPE + omentektomie, stripping bránice
- výkon 4 – 6 hodin, krevní ztráta od 100 do 5.000ml
- intenzivní péče 3- 6 dní

Perioperační management

- optimalizace celkového stavu
- úprava anemie
- anesteziologická ambulance cca týden předoperačně
- pooperační péče na JIP

anesteziologický management

- obvyklá premedikace
- epidurální katetr, anestetická – analgetická dávka + kontinuální podávání během výkonu
- CA s dostatečnou relaxací
- monitorace: standardně invazivní TK, CVP
hemodynamika výběrově, bed-side (ABR, I, gly)

Pooperačně

- UPV, tlumení pooperačně
- "vyvedení" z CA večer nebo druhý den ráno na JIP
- většinou velmi obleněný nástup peristaltiky
- obrovské ztráty lymfy
- substituce K, alb
- sympatikotonie (proto vhodná epi analgezie)

Pooperačně

- časná enterální výživa (žal. x enterální sonda) v kombinaci s parenterální
- dostatečná analgezie, co nejméně opiátů
- permissivní anemie
- dechová rehabilitace
- mobilizace druhý pooperační den

GPK FN Brno gravidita a malignita

- cca 5 pacientek ročně
- 2-3 konizace ve II. trimestru
- 3-4 pacientky k porodu císařským řezem a následně postup dle dg
- o době ukončení rozhodují onkolog a porodník

Kasuistika 2014

- doposud zdravá secundigravida 36 let, 5 let po porodu prvního dítěte
- od šestinedělí na gynekologii nechodila
- ve 14. týdnu poprvé v gynekologické ambulanci histologicky invazivní ca cervicis uteri
- v 18. týdnu konizace
- ve 35. týdnu ukončení těhotenství + radikální onkogynekologický výkon
- bude následovat chemo nebo radioterapie

Únor 2014: konizace

- 18. týden gravidity
- CA s kontinuální tokolýzou MgSO₄ kont. až 12g/24h, za monitorace hladiny kolem 1-1,2mmol/l
- observace 6 hodin po výkonu na JIP, 2. den dimise

Květen 2014

- s.c. následně radikální výkon
- domluva v anesteziologické ambulanci
- pacientka si přeje vidět dítě bezprostředně po porodu

- přítomnost otce

- velmi soustředěná na kojení

Anesteziologický management = 2 oříšky dítě a matka

- Zavedena epilinka a aplikována anestetická dávka
- s.c., porozen zdravý plod mužského pohlaví
- Kontakt s rodičkou i otcem
- CA, OTI, kanylace CVK a a.radialis

Operační výkon

- hysterectomia radicalis cum salpingectomia bilat
 - transpositio ovariorum bilat
 - lymphadenectomia pelvis minoris
 - APPE
-
- 200 minut čistý operační čas
 - 240 min včetně s.c. a anesteziologické přípravy
 - krevní ztráta 400ml u s.c. + 500 ml dále
 - bez transfuzí

Anestezie

- kontinuální epidurální analgezie: Bupivacain + SFNT
- 2x podána kyselina tranexamová
- Kombinovaná anestezie:
 - Rocuronium bolusově
 - RMF kontinuálně
 - inhalačně O₂ + vzduch + Desfluran 2%.

Pooperačně

- UPV 6 hodin, extubace 8 hodin po výkonu
- analgezie řešena epilinkou (0,125% bupivacain)
- bolusově paracetamol
- první den na noc piritramid

První pooperační den

- kontakt s novorozencem a první přiložení hodinu po extubaci dále á 3 hodiny
- ATB s ohledem na laktaci
- prokinetika, enterální výživa sondou
- nástup laktace večer první pooperační den

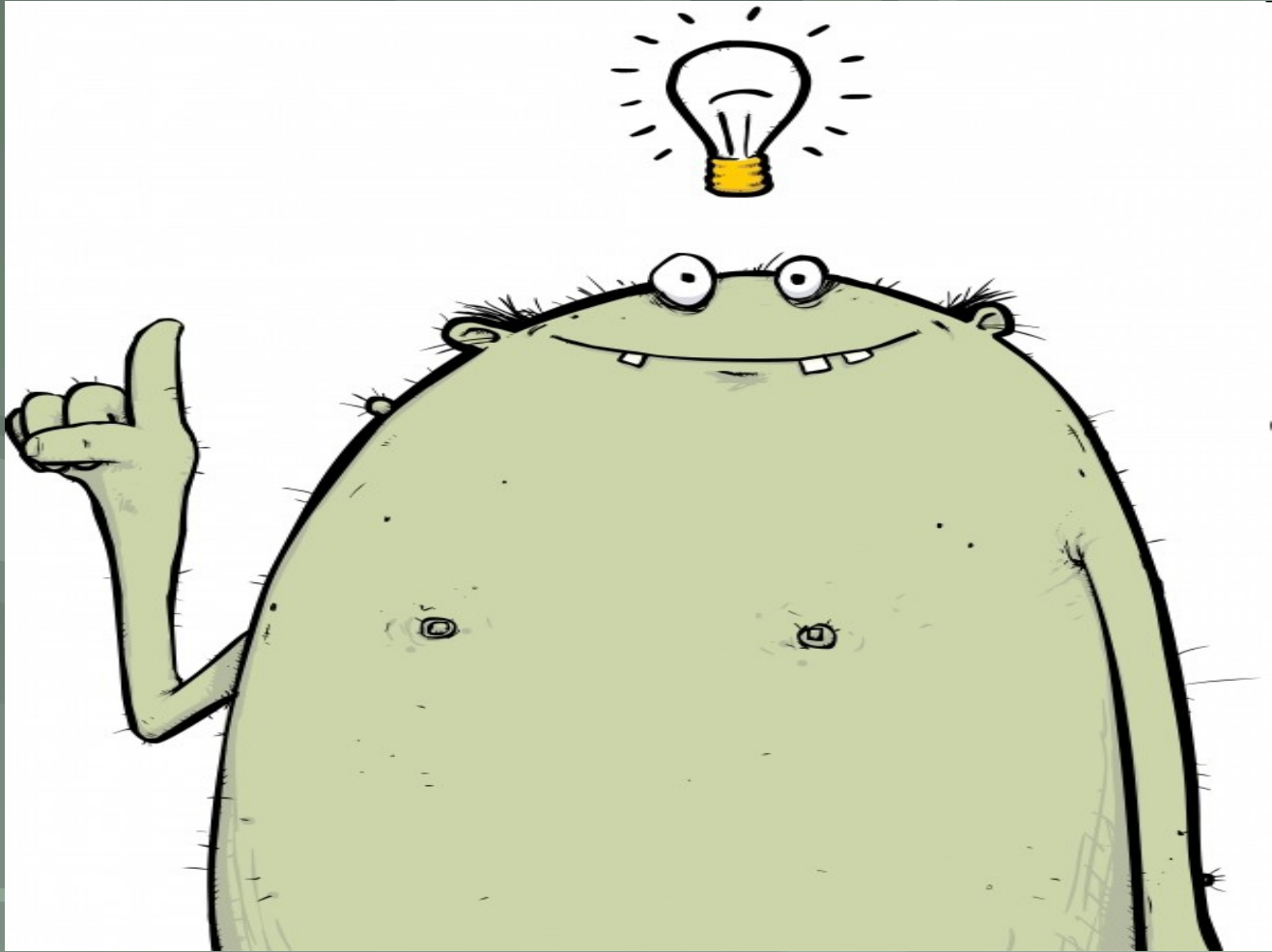
Druhý až 4. pooperační den

- mobilizace
- prokinetika,
- ztráty lymfy do drenu kom. substitucí albuminu (nad 22g/l)
- dechová rehabilitace
- analgezie epilinkou pokračuje
- kombinovaný parenterální, enterální příjem

- plný p.o. příjem od 5. dne, mobilizace do chůze, překlad na standardní oddělení, dítě plně kojené

Půl roku po porodu

- **Stp několika seriích radioterapie**
- **Zahájena 2 měsíce po výkonu**
- **Chemoterapie nebyla indikována**
- **Dítě kojené 2 měsíce**
- **t.č. bez známek meta**



Závěr

- Onkologické onemocnění v graviditě není raritou
- situaci je třeba řešit s ohledem na rozhodnutí rodičů
- v případě souběhu s.c. a radikálního výkonu zvážit všechny eventuality
- nutné dostupnost perinatologického centra a možnost intenzivní péče

Děkuji za pozornost