

# KONSULTANT KRAJOWY DS. GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ

Prof. dr hab. n. med. Mariusz Bidziński

Klinika Ginekologii Onkologicznej NIO-PIB Warszawa 02-785 ul Roentgena 5

Tel. 225462295 Fax 225463290, e-mail: bidzinski.m@gmail.com

---

## **Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie ginekologii onkologicznej w sprawie leczenia chirurgicznego chorych w trakcie pandemii SARS-CoV-2.**

Pandemia wymusza na pracownikach i systemie ochrony zdrowia zastosowanie specjalnych reguł działania, co w wielu przypadkach może prowadzić do zmian w kwalifikacjach do leczenia oraz stosowanych schematach terapii. Dlatego bardzo ważne są ustalone reguły postępowania w zakresie priorytetyzacji chorych (ang. triage), testowania przedoperacyjnego czy procedur bezpieczeństwa w okresie okołoperacyjnym.

Zagrożenia epidemiologiczne wymagają z jednej strony maksymalnej ochrony personelu medycznego z drugiej strony maksymalnego zabezpieczenia chorej przed skutkami rozwoju choroby podstawowej czy też nabycia infekcji SARS-CoV-2 w trakcie pobytu w szpitalu.

Zatem priorytetyzacja powinna brać pod uwagę sytuację epidemiologiczną placówki, stan chorej, rodzaj guza i zaawansowanie choroby a także spodziewane efekty opóźnienia leczenia chirurgicznego. Klasyfikację pilności zabiegów przedstawia tabela 1.

Zabezpieczenie personelu wymaga zachowania dystansu społecznego, higieny rąk, permanentnego stosowania środków ochrony osobistej a także bezwzględnie często zmiany odzieży ochronnej (minimum co 3 dni). Chorzy stosują te same reguły i każdorazowo w czasie obchodu, wizyty personelu pielęgniarskiego mają założone maski chirurgiczne.

### **Przedoperacyjny screening.**

W pierwszym etapie zebrany powinien być wywiad epidemiologiczny dotyczący samopoczucia chorej, możliwości kontaktu z osobami z grupy ryzyka czy bezpośrednio chorej. Wywiad epidemiologiczny w miarę możliwości powinien być powtarzany: telefoniczny przed wezwaniem chorej do szpitala, kolejny tuż przed przyjęciem do placówki.

Na maksimum 48 godzin przed przyjęciem do Szpitala powinien zostać wykonany test RT-PCR z nosogardła. Test ten rutynowo wykonywany eliminuje z hospitalizacji osoby zakażone lecz bezobjawowe. W przypadku pozytywnego wyniku testu operacja musi zostać odroczone > 14 dni. Tabela 2 przedstawia reguły kwalifikacji do zabiegów u chorych objawowych po leczeniu SARS-CoV-2. Optymalnie jest powtórzyć u takich osób test RT PCR przed hospitalizacją. U chorych które odmawiają wykonania testu lub w przypadkach nagłych należy stosować procedury takie jak u chorych zakażonych. Należy pamiętać o możliwości wykonania CT klatki piersiowej w celu potwierdzenia infekcji SARS-CoV-2.

### Postępowanie na bloku operacyjnym.

Największa liczba zakażeń występuje podczas intubacji ekstubacji chorej dlatego w tym czasie na sali operacyjnej przebywa tylko personel anestezjologiczny.

W czasie zabiegu należy ograniczać do minimum użycie elektronarzędzi które emitują dym.

W czasie desuflacji laparoskopowej istnieje znacznie większa szansa na zakażenie zatem ten etap powinno się przeprowadzać z wielką starannością i rozważą.

Należy używać ewakuatorów dymu z filtrami HEPA.

Nie ma dowodów na wyższe ryzyko chirurgii minimalnie inwazyjnej względem chirurgii klasycznej w transmisji wirusów.

### Postępowanie po wypisie ze szpitala.

Optymalnie jest zminimalizować kontakty bezpośrednie i ograniczyć je w większości do teleporad. Stosowanie szwów wchłaniających eliminuje konieczność wizyty w celu zdjęcia szwów.

**Tabela 1. Priorytetyzacja zabiegów chirurgicznych w ginekologii onkologicznej.**

Zabiegi w trybie nagłym	Zabiegi w trybie przyspieszonym 1 – 4 tygodni	Zabiegi odroczone 4 – 8 tyg.	Zabiegi w trybie zwykłym > 3 miesiące
<b>Niedrożność</b>	Podjęzrenie choroby nowotworowej – guzy w różnej lokalizacji wewnątrzbrzuszej.	Nawrotowe guzy w celu paliatywnej resekcji.	Guzy niepodejrzane lub zdefiniowane jako łagodne.
<b>Przetoki i lub perforacje jelita</b>	Wszystkie rozpoznane nowotwory złośliwe z wyjątkiem raka trzonu macicy - EIN lub FIGO I G1.	Reoperacje u chorych po operacjach oszczędzających w przypadku raka jajnika Ia.	

<b>Krwotoki</b>	Chore z nawrotem nowotworu u których nie ma opcji alternatywnej.	Rak trzonu macicy EIN lub stopień FIGO I G1 gdy są przeciwwskazania do leczenia hormonalnego.	
<b>Zaśniady groniaste</b>	Paliatywne zabiegi w nieoperacyjnych nowotworach (kolostomie, założenie PEG).		
<b>Guzy zlokalizowane w miednicy blokujące odpływ moczu lub skręcone.</b>	Anemie wymagające powtarzających się transfuzji.		

**Tabela 2. Kwalifikowanie do operacji chorych po leczeniu SARS-CoV-2.**

<b>Czas od rozpoznania infekcji</b>	<b>Grupa chorych</b>
<b>2 tygodnie</b>	bezobjawowi lub przebieg łagodny
<b>4 tygodnie</b>	objawowi którzy nie wymagali hospitalizacji
<b>do 12 tygodni</b>	po leczeniu COVID na oddziale intensywnej terapii

**Materiał powstał na podstawie wytycznych SGO *Society of Gynecological Oncology*, ASA *American Society of Anesthesiologists* i APSF *Anesthesia Patient Safety Foundation*.**