

# Abdominalines onkologinės chirurgijos strategija COVID 19 epidemijos metu

Jean-Jacques TUECH 1, 2, Alice GANGLOFF 3, Frédéric DI FIORE 2, 3, Pierre MICHEL 2, 3, Cécile BRIGAND 4, Karem SLIM 5, Marc POCARD 6, Lilian SCHWARZ 1, 2.

## Santrauka:

COVID 19 pandemija keičia sveikatos apsaugos sistemos organizavimą ir keičia virškinimo operacijų indikacijas. Pakeisti sveikatos prioritetai ir sveikatos priežiūros schema. Skubi chirurgija tebėra prioritetas. Planinės operacijos turi būti atidėtos. Laparoskopinė chirurgija turi būti atitiktai laikantis griežtų taisyklių, kad specialistai nebūry eksponuoti papildomai rizikai. Pagrindinis klausimas susijęs su onkologinėmis operacijomis, operuoti ar atidėti? Turi buti pasverta pandemijos sukelta operacinė rizika kaip ir chirurginio gydymo atidėjimo pasekmės. Straipsnyje kiekvienos vėžio lokalizacijos - storosios žarnos, kasos, esogastrinės, hepatokarcinomos - komplikacijų skaičius ir mirštamumas yra palyginta su onkologine rizika, susijusia su operacijos atidėjimui (arba)su laiku per kurį navikas padvigubėja. Šis palyginimas leidžia siūlyti gydymo strategijas, taigi storosios žarnos vėžiui (T1-2, N0) pageidautina atidėti operaciją. Pažengusiems storosios žarnos pažeidimams, atrodo protinga rekomenduoti neoadjuvantinę chemoterapiją ir palaukti. Tiesiosios žarnos T3-4 ir (arba) N vėžiui – skirti radiochemoterpiją, taip pat reikietų aptarti trumpalaikės spindulinės terapijos galimybę (po to - laukimo laikotarpis), siekiant sumažinti ekspozicijos laiką lignoninėje ir išvengti infekcijos. Dauguma sudėtingų chirurginių operacijų, kurių metu didelis komplikacijų skaičius ir mirtingumas, esofagogastrines, kepenų ar kasos, be abejo privalo dažniausiai būti atidėtos.

## Ivadas

Mes gyvename beprecedentės situacijos viduryje, tai išbandymas sveikatos sistemai visame pasaulyje. 2020 m. Kovo 11 d. PSO paskelbė, kad COVID-19 epidemija tapo pandemija. Valdžia visame pasaulyje rekomenduoja sustiprinti prevencinės higienos priemones, apeliuodama į piliečių pilietiškumą. Epidemiologinės smailės ir ūmaus kvėpavimo sutrikimo sindromų sunkumas sukelia pavojų buti parbloktoms mūsų reanimacijos ir intensyvios terapijos paslaugoms. Mūsų vyriausybės imasi priemonių, reikalingų bandant „išlyginti“ kreivę ir bėgant laikui pasiskirstyti atvejų skaičių, kuriuos reikia hospitalizuoti, ir tuo pačiu imasi veiksmų padidinančių mūsų įprastinės hospitalizacijos ir intensyvios terapijos galimybes.

Prancūzijos sveikatos ministras Olivier VERAN iš anksto paskelbė baltąjį planą nacionaliniu lygiu „kad nebūtume pagriebti už gerklės“. Nuo kovo 12 dienos

„paprastė visų įstaigų nedelsiant ir be išankstinio nusistatymo kad praras pacientus, atidėti visas planines chirurgines procedūras kurioms reikalinga reanimacija pooperaciniu periodu arba ilgalaikė hospitalizacija. Ypatingo dėmesio reikalauja onkologiniai pacientai. Šios priemonės tikslas yra atlaisvinti vietas intensyviosios terapijos skyriuje, tačiau taip pat neeksponuoti neseniai operuoto paciento pavojingai viruso infekcijai.

Neseniai paskelbtas straipsnis apie mūsų kolegų iš Kinijos patirtį (1) parodo kad vėžiu sergantys pacientai labiau linkę užsikrėsti virusais dėl jų prislopintos imuninės sistemos būklės, susijusios su vėžiu, su chemoterapija ir su chirurgija. Šiame straipsnyje taip pat pabrėžiama, kad šiems pacientams yra didesnė rizika išsivystyti sunkiems epizodams (39% palyginti su 8%). Pacientai, kurie buvo operuoti arba kuriems buvo taikoma chemoterapija per paskutinį mėnesį iki viruso atsiradimo turėjo: didesnę riziką (75%) susirgti sunkiu forma nei tie, kuriems nebuvo atlikta operacija ar buvo negavę chemoterapijos (43 proc.). Tiesa, šis tyrimas apima nedaug pacientų ir būtų galima pareikšti daug „mokslinės“ kritikos, tačiau ar mes turime laiko laukti išsamesnių duomenų prieš priimdami sprendimus. Taigi, pagrindinis mūsų apmąstymo punktas buvo rasti balansą tarp onkologinės ligos kurią reikia operuoti rizikos ir didelės mirtingumo rizikos sunkios kvėpavimo takų infekcijos, sukeltos koronaviruso, atveju.

Manėme, kad yra naudinga paskleisti mūsų apmąstymų linijas, strategijų pasiūlymus kaip valdyti šią neįprastą didelio masto krizę, kurią turime įveikti. Pateikiame pacientų gydymo taktikos svarstymus, taip pat apmąstymai apie medikų, kurie dėl savo profesinės veiklos yra labiau linkę į užsikrėtimo riziką, apsaugą.

Visuotinė visceralinės chirurgijos praktika epidemijos COVID 19 atveju

Dėl virškinimo ir parietalinės patologijos atliekama daugybė chirurginių procedūrų, jos sudarė 12% chirurginių hospitalizavimų 2015 m.

Prancūzijoje šiuo metu mes esame tik užsikrėtimo pradžioje, tačiau padėtis jau rimta reikalaujanti precedento neturinčios mobilizacijos. Skubiais atvejais taktika aiški (infekcinės, išeminės, okliuzinės patologijos, trauma), šiais atvejais gydymas turi būti pradedamas nedelsiant.

Taip pat reikia atsižvelgti į patologijas, kurių negalima atidėti daugiau nei mėnesiui ir reikia operuoti, jei įmanoma, atliekant laparoskopiją, siekiant sumažinti pooperacinį poveikį kvėpavimo takų funkcijai. Visais atvejais reikia manyti, kad pacientas gali būti užkrėstas ir užkirsti kelią kryžminiam infekcijos plitimui.

Dėl gerybinės patologijos rekomenduojama neatlikti planinių operacijų, nes šią operaciją galima atlikti nepabloginant rezultato, kai epidemija kontroliuojama. Svarbu informuoti pacientą ir jo šeimą apie medicininę priežastis, dėl kurių mes turime atidėti intervenciją, įvardinti kolektyvinį interesą (ligoninės ir ranimacijos lovų poreikis, papildomo slaugos personalo poreikis ir kt.) ir asmeninį interesą (tam, kad išvengti rimtos kvėpavimo takų infekcijos po operacijos). Taip pat reikia informuoti pacientą, kad jam reikalinga intervencija greičiausiai bus atidėta ir pasibaigus epidemijai, nes tada bus gydoma daug pacientų, šis skaičius priklausys nuo epidemijos trukmės.

Ypatingai atvejai, kai yra pacientas užkrėstas arba jam įtariama COVID-19 infekcija, ir kuris turi skubią chirurginę patologiją, kurią reikia operuoti. Esant tokiai situacijai reikia atsižvelgti į du parametrus: slaugos personalo apsauga ir intervencijos poveikio jo kvėpavimo takams sumažinimas. Plati komunikacija turėtų būti su operacinės komanda, anestezijos skyriumi ir kitomis susijusiomis tarnybomis, o operacija turi būti atliekama griežtos apsaugos sąlygomis. Operacinė, jei įmanoma, turi būti izoliuota, kad būtų išvengta personalo ir paviršių užteršimo už jos ribų. Intervencijos metodą reikėtų kiekvienu atveju atskirai aptarti su anesteziologu: jei leidžia pagrindinė patologija ir jei širdies kvėpavimo takų būklė yra stabili, pirmenybė turi būti teikiama laparoskopijai, kitais atvejais atliekama laparotomija.

Atsargumo priemonės atliekant laparoskopiją (apendektomija, diagnostika ...)

Laparoskopija turi daug privalumų, daugiausia susijusių su poveikiu kvėpavimo funkcijai ir buvimo ligoninėje trukme. Tačiau jūs turite būti labai atsargūs jos metu, nes kyla pavojus dėl ekspozicijos ir personalo užkrėtimo. Pagrindinė rizika yra patogeno buvimas pneumoperitoneume. Arozolis, išleistas į išorę intervencijos metu (nutekėjimas) arba intervencijos pabaigoje (perteklius), gali užteršti orą operacinėje ir personalą, taip pat gali užteršti visos operacinės baldus. Rekomenduojama pirmiausia:

- 1) patikrinkite visus laparoskopinius instrumentus ir tinkamą siurbimo sistemos veikimą, kurio naudojimas turi būti sistemingas (pastovus), ir tai atlikti prieš inciziją;
- 2) atlikite tinkamas incizijas trokarams, kuriuose nebūtų nuotėkio, ir naudokite, jei nuotėkis yra, trokarus su oro balionais;
- 3) draudžiama sukelti nuotėkj, esant dūmams pilvo ertmėje, trukdantiems intervencijai, tačiau šie dūmai turi būti pašalinti siurbliu;
- 4) išsiurbti visą pneumoperitoneumą prieš atliekant papildomą pjūvį, bei pabaigoje intervencijos, prieš pašalinant trokarus.

Jei abejojate ar trūksta patirties atliekant laparoskopiją, turėtų būti atlikta laparotomija.

Pooperacinio laikotarpio adaptacija

Po visų operacijų/intervencijų medicinos, paramedicinos ir valymo personalas privalo imtis drastiškų apsaugos priemonių pagal nacionalines ir lokalias rekomendacijas (Kovos su nozokomialinėmis infekcijomis komitetas: CLEIN), tai taip pat liečia ir intensyvios terapijos skyrių bei prabudimo kambarį (SSPI).

Pooperaciniu būdu pacientas bus paguldytas į ligoninės skyrių, atitinkantį jo kvėpavimo sistemos būklę. Pageidautina, kad epidemijos laikotarpiu hospitalizacijos sektoriai būtų suskirstyti į individualius kambarius, siekiant apriboti kryžminę infekciją su kitais pacientais ar

šeimos nariais. Atskiri kambariai palengvina taip pat izoliacijos galimybę, jei jos prireiks. Svarbu informuoti pacientą ir jo šeimą, kad vizitai neleidžiami. Šiuo draudimu siekiama apsaugoti pacientą, lankytoją ir personalą. Net jei dėl dar griežtesnių atsargumo priemonių paciento priežiūra užtrunka ilgiau nei įprastai, norint išvengti kryžminio užkrėtimo, pageidautina sukurti sistemą nebetarpisko bendravimo (telefonu, el. paštu) su šeimos nariais, tam kad jie būtų informuoti apie savo artimo žmogaus sveikatos būklę. Tai, kad artimieji negali atvykti į ligoninę, sukelia stresą ir susirūpinimą. Tikriausiai, be telefono numerių, reikia galvoti ir apie surinkimą sąrašo elektroninių adresų iš šeimos narių.

### Konsultacijų sistemos adaptacija

Visos neesminės konsultacijos turi būti atšauktos arba atidėtos. Geriausiai būtų tai pakeisti telemedicina arba konsultacijomis telefonu. Sumažėjus konsultacijų skaičiui, turėtų sumažėti kryžminio užkrėtimo rizika.

Jei konsultacija yra būtina, suplanuokite ją klausdami paciento, ar jis turi kvėpavimo takų infekcijos požymių, paaiškinkite pacientui, kad pageidautina, kad jis ateitų vienas ar lydimas vieno asmens, kad būtų sumažintas galimų kontaktų skaičius. Remiantis ta pačia logika, konsultacijos turi būti suplanuotos su dideliu laiko tarpu tarp konsultacijų, siekiant išvengti perpildymo konsultacijų kambaryje.

Kontaktas su pacientais turėtų būti ribotas, jei apžiūra yra būtina tai atlikti su pirštinėmis. Medicinos personalas turėtų pakeisti pirštines iš karto po kontakto su pacientais, kūno skysčiais ar užterštom medžiagom; naudokite greitai džiūstantį hidroalkoholinį rankų gelį ir griežtai laikykitės atitinkamų medicinos personalo CLEIN nuostatų, įskaitant kaukių keitimo laikus. Konsultacijų kambarys turi būti reguliariai vėdinamas ir ventiliuojamas, paviršiai turi būti dezinfekuoti tarp dviejų pacientų.

### Virškinimo sistemos onkopatologijos operacijų chirurginė taktika COVID 19 protrūkio situacijose

COVID-19 infekcija sutrikdo ne tik mūsų kasdienį gyvenimą, bet ir mūsų elgesį su pacientais, ypač tais, kuriems serga vėžiu. Coronavirusas plinta pirmiausia kvėpavimo takų lašeliais, bet jį taip pat yra galima pernešti per kontaktą ir oro-fekaliniu būdu. Šios infekcijos inkubacinis periodas yra nuo 1 iki 14 dienų. Asimptominiai pacientai inkubacijos laikotarpiu gali užkrėsti, o neigiami testai neatmeta infekcijos. Vėžiu sergantis pacientas yra trapus, dažnai nepakankamos mitybos pacientas, turintis imuninę sistemą pakenkta ne tik vėžio, bet ir gydymo; atrodo, kad šiems pacientams yra padidėjusi rizika sunkaus ARDS. Kita vertus, šiuo laikotarpiu būtų protinga išsaugoti medicinos išteklius nepakenkiant paciento prognozei.

Ne ekstriniais atvejais pirmenybė turėtų būti teikiama nechirurginiam gydymui, o chirurgijai bus atlikta jau stabilizavus epidemiją. Tačiau jūs turite iš anksto numatyti faktą, kad epidemiją sustabdžius, normalus darbas bus atstatytas palaipsniui, nes medicinos komandos, ypač

anesteziologai ir intensyvios terapijos gydytojai, bus išsekinti po eiles savaičių intensyvaus darbo priekinėse eilėse. Bus dar didesnis pacientų skaičius, kuris turi būti gydomas dėl operacijų atidėjimo epidemijos laikotarpiu. Taigi turime sukurti pagrįstą sveikatos priežiūros strategiją, kurioje būtų atsižvelgiama į epidemijos suvaldymą ir vėžio gydymą. Laiko taupymas, kontroliuojant ligos progresavimą epidemijos metu ir grįžtant prie normalaus darbo vėliau, yra iššūkis, su kuriuo mes susiduriame.

Gydymas turės būti pritaikytas prie sveikatos sistemos būklės regione, kad epidemijos raida ir rizika neperkrautų mūsų sveikatos sistemų. Pageidautina numatyti šią perviršio riziką ir pereiti į mazesnių aprkrovų režimą tai numatant. Pacientas, kurio gydymui reikalingas kvėpavimo aparatas po sunkios operacijos ar galimos komplikacijos gali būti negales to gauti, jei mūsų sistema bus perkrauta.

Gydant vėžiu sergančius pacientus yra bendros taisyklės:

- 1) kova su nepakankama mityba, palaikant subalansuotą mitybą, tiekiant maisto papildus arba enterinis maitinimas per maitinimo zondą;
  - 2) išvengti reikšmingo imuninės sistemos pablogėjimo agresyviu gydymu;
  - 3) venkti hospitalizacijos, apsilankymų, buvimo ligoninėje kur rizika užkrėtimo virusu;
  - 4) teikti pirmenybę terapiniam gydymui, kuris nenustato griežto chirurginio gydymo laiko, kuris gali būti neįmanomas;
  - 5) aptarti priežiūrą multidisciplininiuose susirinkimuose (MDS), kad būtų parinktas individualizuotas gydymo planas, labiausiai tinkantis pacientui ir epidemijos laikotarpiui. Šie susitikimai turi būti rengiami virtualiai (virtualus MDS) arba nedidelėje grupėje (komandos segmentavimo praktika), kad būtų išvengta viruso plitimo tarp įvairių medicinos specialistų grupių;
  - 6) pacientams, kurie serga vėžiu epidemijos laikotarpiu, turėtų būti teikiama psichologinė pagalba.
- Kolegos iš Kinijos paskelbė keletą straipsnių, kuriuose siūloma pakeisti praktiką, pritaikyti strategijas (2–5).

Gydymo specifika pagal vėžio rūšis

Du punktai yra esminiai apmąstant gydymo strategiją

1. Kokia yra žinoma operacijos rizika ir padidinta kvėpavimo takų infekcijos rizika? Naujais tyrimų duomenys rodo, kad navikais sergantys pacientai yra labiau linkę užsikrėsti koronavirusais dėl sisteminio imunodeficito, kurį sukelia onkologinė liga, jos gydymo būdai (radioterapija, chemoterapija) ir operacija. Pacientai, operuoti arba gydyti chemoterapija mėnesio laikotarpyje prieš užkrėtimą, turėjo sunkią infekcijos formą 75% atvejų - atitinka reliatyvią riziką atlikus multivariacinę analizę - 5,34 (CI

95% 1,80-16,18,  $p = 0,0026$ ) (1). Todėl turi būti atsižvelgiama į padidintą pacientų pooperacinių komplikacijų ir mirtingumo riziką ir tai turima galvoje renkantis gydymo taktiką.

2. Koks būtų pailginto laukimo laikotarpio (nuo 6 iki 12 savaičių), susijusio su epidemija, onkologinis poveikis? Iš tiesų, dažnai svarstomas laikas iki chirurginio gydymo, kaip sveikatos priežiūros kokybės rodiklis. Tačiau net jeigu laukimo laikas yra daugeliu atvejų dėl per didelio chirurginio darbo krūvio, kaip paaiškėjo, šį laiką taip pat galima panaudoti išrenkant geriausius kandidatus (tikrai rezektabilius) chirurginiam gydymui ir jų paruošimui intervencijai (reabilitacija, galimos anemijos korekcija, priešoperacinis maitinimas). Esant dabartinei situacijai ir atsižvelgiant į su ja susijusią riziką, būtina užduoti klausimus apie onkologines šio vėlavimo, kuris buvo „primestas“ susidariusios situacijos, pasekmes.

Šie punktai detalizuoti pagal naviko lokalizaciją.

### Kolorektalinio vėžio gydymo specifika

Komplikacijos ir mirtingumas:

Kolorektalinėje chirurgijoje mirtingumas ir komplikacijų skaičius pooperaciniu laikotarpiu AFC tyrime atitinkamai buvo 3,4% ir 35% (6). Šis prospektyvinis tyrimas apėmė 1421 sergančiųjų, o trijų mėnesių mirtingumas buvo 6,3 proc. Keturi mirtingumo rizikos veiksniai, prieinami prieš operaciją, buvo nustatyti: operacijos skubumas (relatyvi rizika 4,42), neurologinė anamnezė (relatyvi rizika 3,85), didesnis svorio netekimas nei 10% nuo pradinio svorio (relatyvi rizika 3,42) ir vyresnis nei 70 metų (relatyvi rizika 2,16). Šio tyrimo metu nustatyta, kad kuo didesnis mirtingumo rizikos veiksnių skaičius, tuo didesnis yra mirtingumo dažnis. Atliekant tiesiosios žarnos operaciją, anastomozės fistulė yra labiausiai gąsdinanti komplikacija, kurios dažnis buvo nuo 15 iki 26% (Greccar 5), ir su ja susijęs mirtingumas nuo 6 iki 39% (7).

Atidėjimo onkologinis poveikis

Šis poveikis buvo mažai tirtas atliekant gaubtinės storosios žarnos operacijas. Esant pažengusiai tiesiosios žarnos vėžio formai neoadjuvantinis gydymas yra būtinas, su chirurginio gydymo atidėjimu po chemoradioterapijos pabaigos 8 savaitėms, kas gali būti pratęsta iki 12 savaičių be kenksmingų padarinių (Greccar 6) (8). Taigi, nebus problemos su pacientais kurie šiuo metu yra gydymo pradžioje ar gydomi, tačiau bus su pacientais, kurie jau baigė šį gydymą ir kuriems operacija jau buvo suplanuota.

Santrauka:

- Ikvėžinei patologijai ir vėžiui kurio prognozė gera (T1-2, N0) rekomenduojama atidėti chirurginį gydymą iki epidemiologinė situacija bus tinkama.
- Pažengusiems storosios žarnos pažeidimams, atrodo protinga rekomenduoti neoadjuvantinę

chemoterapiją ir palaukti, kol pasibaigs epidemijos pikas, tada pasiūlyti radikalią operaciją. Gydomo planas turėtų būti aptariamas kiekvienu konkrečiu atveju, siekiant atsižvelgti į onkologinę riziką, okliuzijos riziką, taip pat imunosupresijos sukeltą riziką, kuri gali būti labai kenksminga.

- T3-4 ir (arba) N + vėžiui gydyti skiriama radiochemoterapija, bei trumpalaikė radioterapija (25 Gy) turėtų būti aptariama (po kurios reikia laukti), kad būtų galima sutrumpinti laiką buvimo ligoninėje ir išvengti infekcijų. Galima indukcinė chemoterapija taip pat turi būti aptarta kiekvienu konkrečiu atveju.

- Oklūzinių vėžių atvejais bus suformuojama stoma ir skiriama chemoterapija. Ypatingas dėmesys turi būti skiriamas stomos priežiūrai (galimas infekavimas nuo fekalijų), kad būtų išvengta sveikatos priežiūros personalo narių infekavimo.

- Vėžio susirgimų, kurių operacija turi būti suplanuota, gydymo pabaigoje strategija turi būti pritaikyta prie epidemijos epizodo trukmės, jos piko ir medicininių išteklių prieinamumo. Kai kuriais atvejais gali būti pasiūlyta chemoterapija laukimo periode (9).

### Kasos vėžio gydymo specifika

#### Komplikacijos ir mirtingumas

Nepaisant kompleksinių chirurginių, anesteziologinių ir intensyvios terapijos pastangų, ir perioperacinių priemonių optimizavimo (patobulinta rehabilitacija, priešoperacinis paruošimas) sergamumas ir mirštamumas po pankreatoduodeninių rezekcijų išlieka didelis. Naujausioje Prancūzijos PMSI duomenų apžvalgoje mirštamumas yra 8,2% (10). Bendrų ir sunkių komplikacijų procentas yra atitinkamai 75% ir 30%, įskaitant specifines komplikacijas (kasos fistulę, kraujavimą) ir infekcines komplikacijas (11).

Po distalinės splenopancreatektomijos, nors mirštamumas yra mažesnis (3%), sunkių komplikacijų dažnis yra apie 25%.

#### Atidėjimo onkologinis poveikis:

Du retrospektyvūs Šiaurės Amerikos nacionalinių registrų duomenų kohortiniai tyrimai (12, 13) įvertino laukimo laikotarpio iki pankreatektomijos įtaką vėžiui. Mirkin ir kt. (12) teigė, kad laukimo laikas neturėjo įtakos ilgalaikiam išgyvenimui. Tyrime, kurį paskelbė Swords et al. (13) laikas iki operacijos buvo trumpas (1–14 dienų) 34,4% pacientų, vidutinis (15–42 dienos) 51,6% pacientų ir ilgas (43–120 dienų) 14% pacientų. Mirštamumas buvo mažesnis pacientų, kurių laukimo laikas buvo vidutinis (rizikos koeficientas 0,94; 95% PI, nuo 0,90 iki 0,97) ir ilgas (rizikos santykis rizika 0,91; 95% PI, nuo 0,86 iki 0,96). Limfmazgių invazijos dažnis, lokoregioninis naviko plitimas, metastazijų dažnis ir teigiamos rezekcinės ribos tarp grupių nesiskyrė. 90 dienų mirtingumas buvo mažesnis grupėje su vidutine laukimo trukme (šansų santykis 0,75;

95% PI, 0,65 iki 0,85) ir grupėje su ilgu laukimo laiku (šansų santykis 0,72; 95% PI, nuo 0,60 iki 0,88).

Santrauka:

Jei nėra histologinių dokumentų:

- Periampuliariniams navikams, atsižvelgiant į operacinę riziką, bus siūloma atidėti chirurginį gydymą po epidemijos;
- Esant kasos kūno ir distaliniams pažeidimams, atsižvelgiant į operacines galimybes ir epidemijos raidą, galėtų būti siūloma intervencija mažos rizikos pacientams bet turėtų būti atidėta kitu atveju.

Jei histologiniai dokumentai patvirtina kasos adenokarcinomą:

- kasos galvutės navikams gali būti pasiūlyta chemoterapija kol laukiama. Šios situacijos turi būti aptariamoms kiekvienu atveju atskirai, kad būtų atsižvelgta į onkologinę riziką, bei silpną imuninę sistemą kuri gali būti ypač susilpnėjusi (ypač esant tulžies nutekėjimo sutrikimui ir nepakankamai mitybai).
- Esant pažeidimams, kai reikalinga distalinė splenopankrektomija, intervencija galėtų būti pasiūlyta pacientams, kurie yra mažos operacinės rizikos (be gretutinių ligų, geros mitybos), tačiau turėtų būti atidėta kitu atveju, galimai taikant chemoterapiją. Šios situacijos turi būti aptariamoms kiekvienu atveju atskirai, kad būtų atsižvelgta į onkologinę riziką, bei imuninę sistemą, kuri gali būti labai susilpnėjusi, kas yra be galo pavojinga.

### Esogastrinio vėžio gydymo specifika

Komplikacijos ir mirtingumas

Gastroezofaginio vėžio chirurgija yra chirurgija, kuriai būdinga didelė komplikacijų rizika. Pagrindinių komplikacijų dažnis po apatinės stemplės rezekcijos yra didelis, nuo 36 iki 64% nustatytas MIRO studijoje, o sunkių kvėpavimo takų komplikacijų dažnis nuo 18 iki 30% (14). Po gastrektomijos pagrindinių komplikacijų procentas yra mažesnis, maždaug 10–15 proc., čia vyrauja kvėpavimo takų komplikacijos ir infekcija (15, 16).

Atidėjimo onkologinis poveikis

Lokalus esofagogastrinis vėžys paprastai progresuoja palyginti lėtai (nepriklausomai nuo histologinio tipo) ir vidutinis laikas per kurį progresuoja iš lokalizuoto į lokaliai išplitusį arba metastazavusį vėžį yra nuo 34 iki 44 mėnesių, remiantis Azijos literatūra. Be to, lokaliai išplitusio skrandžio vėžio padvigubėjimo laikas yra 6,2 mėnesio (17, 18). Esofagogastrinio vėžio epidemiologija Prancūzijoje ir Europoje skiriasi, šie duomenys turi būti analizuojami atsižvelgiant į tam tikrą klinikinę perspektyvą. Ankstyvoje stadijoje diagnozuoti navikai sudaro mažiau kaip 5% operuotų pacientų ir tam kad stemplės vėžys būtų simptominis, 80% spindžio turi būti uždarytas.



Santrauka:

Atsižvelgiant į duomenis ir šiuolaikines priešoperacinio gydymo strategijas (neoadjuvantinė chemoterapija (ypač FLOT), neoadjuvantinė radiochemoterapija) išskyrus paviršines formas, gastrektomija ar ezofagektomija turi būti atidėta, aptariant perioperacinio gydymo pratęsimą, jei šis pasibaigia epidemijos metu (palaikomoji chemoterapija, kurios būdai turi būti aptariami MDS ir pritaikomi kiekvienu konkrečiu atveju, atsižvelgiant į chemoterapijos sukeltos imunosupresijos riziką). Jei dėl vėžio reikia atlikti skrandžio rezekciją, kuomet komplikacijų rizika mažesnė, intervencija galėtų būti siūloma mažos operacinės rizikos pacientams, bet turėtų būti atidėta jei yra kitaip.

### Pirminių kepenų navikų gydymo specifika

#### Komplikacijos ir mirtingumas

Pooperacinių komplikacijų rizika turi būti įvertinta atsižvelgiant į kepenų funkciją (cirozė, steatozė) ir planuojamą chirurginę procedūrą (nedidelę ar didelę hepatektomiją, kepenų segmentų/sektorių rezekciją). Bendras komplikacijų dažnis yra atitinkamai 15% ir 45% po nedidelės ar pilnos hepatektomijos ir atitinkamai 4% ir 20% išsivysto sunkios komplikacijos (19). Naujausiame AFC retrospektyviniame tyrime pacientams su kepenų ciroze nustatytas bendras ir sunkių komplikacijų dažnis buvo atitinkamai 44% ir 11%. (20)

#### Atidėjimo onkologinis poveikis

Hepatoceliulines karcinomas atveju naviko progresavimo rizika, sukianti nerezektabilią būklę, yra ribota ir nekelia pavojaus gyvybei per trumpą laiką. An ir kt. retrospektyviai išanalizavo duomenis 175 pacientų, sergančių kepenų ląstelių karcinoma, kurie negavo gydymo. Vidutinis naviko padvigubėjimo laikas buvo 85,7 dienos, o kraštutinis - daugiau kaip 851,2 dienos (21). Nedaug panašių duomenų yra apie intrahepatinę cholangiokarcinomą.

#### Santraupa

Taigi, atsižvelgiant į mažą naviko progresavimo riziką epidemijos laikotarpiu, siūloma atidėti pacientų, sergančių pirminiu kepenų naviku, chirurginį gydymą.

- Jei yra nedidelis kepenų pažeidimas ir planuojama lengva ekscizija, atsižvelgiant į operacinės galimybes ir epidemijos raidą, intervencija galėtų būti siūloma pacientams, kuriems yra maža operacinė rizika, tačiau turėtų būti atidėta jei yra kitaip.

- Jei pažeidimas didelis, reikalauja didelės kepenų rezekcijos, intervencija turi būti atidėta, galimai paruošiant pacientą portinei embolizacijai ir atstatant mitybą. Ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas vartų cholangiokarcinomai, dėl septinių komplikacijų rizikos ir maitinimo.

- Pacientai, kuriems gali būti atliekama termoabliacija, turėtų būti gydomi atsižvelgiant į operacinės ir intervencinio radiologijos skyriaus galimybes, bei epidemijos raidą.

Vertė dr. Giedrė Rudinskaitė