

Paliativní péče v gynekologické onkologii – komentované kazuistiky

Monika Náležinská¹, Ondřej Sláma², Josef Chovanec¹

¹Klinika operační onkologie, Oddělení gynekologické onkologie Masarykova onkologického ústavu a LF MU v Brně

²Klinika komplexní onkologické péče, Ambulance pro paliativní medicínu Masarykova onkologického ústavu a LF MU v Brně

Prezentace specifických symptomů pacientek s pokročilým neléčitelným gynekologickým maligním onemocněním formou komentovaných kazuistik. V práci je stručně formulována soudobá znalost o etiopatogenezi, diagnostice a obvyklá léčebná strategie pro jednotlivé gynekologické malignity, důraz je však kladen na symptomatickou a podpůrnou péči, která mnohdy probíhá současně s onkologickou léčbou. Uvedené postupy jsou popsány tak, aby byly srozumitelné i pro lékaře ne-gynekology. V níže uvedeném sdělení je zmíněna problematika maligních výpotků a algického syndromu malé pánve, které patří do symptomatologie i jiných zhoubných a nezahubných onemocnění.

Klíčová slova: gynekologická onkologie, paliativní medicína, chronický maligní ileus, ascites, fluidothorax, metrorrhagie, enterovaginální píštěl.

Palliative care in gynecological oncology – commented case reports

The aim of this study is to present specific symptoms of the patients suffering from advanced gynecologic malignancies using case reports. We briefly summarize the current knowledge, diagnostic and therapeutic algorithm for each diagnosis, but first of all, we accent supportive and palliative type of care (which in some cases co-incidents with oncological therapy). Our recommendation of treating procedures is demonstrated in a way acceptable and understandable for physicians non-gynecologists. We do not discuss accumulation of malignant fluids and problematics of pelvic pain, which are symptoms of other malignant and non-malignant diseases.

Key words: gynecologic oncology, palliative medicine, chronic malignant bowel obstruction, ascites, fluidothorax, metrorrhagia, enterovaginal fistula.

Úvod

Pacientky s pokročilými inkurabilními gynekologickými malignitami trpí specifickými symptomy, které svojí intenzitou mohou být až potenciálně letální. Stejně jako u jiných zhoubných i nezahubných závažných onemocnění a stavů setkáváme se u našich pacientek se silnou bolestí, obvykle lokalizovanou v oblasti pánve a břicha. Častým komplikujícím symptomem bývá akumulace maligních výpotků v oblasti dutiny peritoneální a pleurální a lymfedémy pánve a končetin. Predilektně pacientky s pokročilým karcinomem vaječníků obtěžuje

různě vážná forma maligní střevní obstrukce. Prorůstání do kostí pánve resp. kostní metastázy nejsou výjimečné. Gynekologickým specifickým je silné krvácení z rodidel a fistulace mezi pochvou a vývodními cestami močovými a/ nebo střevem. Obě tyto komplikace mohou v závislosti na intenzitě být vlastní příčinou úmrtí (u fistulace se o život-ohrožující stav jedná až v případě rozvoje septických zánětlivých komplikací nebo při prolapsu střevních kliček pochvou). Jmenované stavy představují vážný problém, který je medicínsky kauzálně řešitelný pouze chirurgicky. Velmi nepříjemným symptomem

bývá odchod nekrotických hmot z rozpadajících se nádorů primárních a sekundárních v oblasti zevního genitálu a pochvy, často v kombinaci s přítomnými fistulacemi. Považujeme za vhodné, přiměřeným způsobem možné eventuality vývoje stavu pacientce nastínit a vysvětlit dostupné strategie zvládnutí těchto stavů. Z naší zkušenosti víme, jak složité bývá připravit předem pacientku a rodinné příslušníky na možné nepříjemné důsledky onemocnění, aniž by tyto komplikace ještě nastaly, a to především vzhledem k lokalizaci potíží v intimních partiích nemocné ženy. Diferenciálně-diagnosticky je

třeba ještě uvést další gynekologické problémy žen vyššího věku. Jsou to pokles a výhrze poševních stěn a dělohy a to až před introitus, vulvovaginální dyskomfort, vulvodynie a pruritus zevního genitálu, komplikace spojené s inkontinencí moči a stolice a užíváním kompenzačních pomůcek pro záchyt exkrementů.

Zhoubné nádory vulvy

Maligní onemocnění zevního genitálu postihuje ženy vyššího věku. Průměrný věk bývá udáný kolem 69. roku života. Zároveň patří mezi méně časté malignity s incidencí asi 3 případy na 100 tis. žen ročně, což odpovídá přibližně záchytu 170–200 nových případů ročně, z nichž ročně umírá 70–100 žen v důsledku komplikací při pozdním záchytu onemocnění. Nejčastějšími maligními nádory (90 %) jsou nádory z dlaždicového epitelu (karcinomy), méně početné jsou mesenchymální nádory včetně maligního melanomu. U karcinomů rozlišujeme dva etiopatogenetické typy: typ I související s HPV infekcí a typ II vznikající v terénu chronických dystrofických změn (tzv. itchy-scratchy syndrom). Obecně jsou zhoubné nádory na vulvě dobře preventabilní, při dobré osvětě, kdy pacientka pravidelně dochází na gynekologické vyšetření, by se mohla zachytit již přednádorová stadia. Počáteční stadia bývají bezpříznaková, později se přidružuje silné svědění, suchost, pálení, krvácení z tumoru, zápachající sekrece. Tumory rostou exofyticky nebo tvoří ulcerózní defekty. V pozdějších stadiích klinické projevy souvisejí s lokalizací, kam se nádor šíří: bolestivě zvětšené lymfatické uzliny zejména v třísech, které mohou exulcerovat, bolesti v pánvi, tenezmy, hematurická moč a dysurie, obstipace, kožní metastázy, lymfedémy končetin. Základní léčebnou modalitou je chirurgický výkon, jehož rozsah závisí na velikosti léze. Radikální vulvektomie s oboustrannou inkuinofemorální lymfadenektomií je výkon mutilující a technicky náročný. Operační rána se často špatně hojí jednak vzhledem k lokalizaci a jednak vzhledem k již uvedenému: starší obvykle polymorbidní a obézní pacientka. U pokročilých onemocnění a inoperabilních nálezů je indikována radioterapie, obvykle v kombinaci brachyterapie a teleterapie. Chemoterapie nepatří k základním léčebným modalitám. Využívá se k potenciaci účinku radioterapie nebo u pacientek s lokálně pokročilým onemocněním za účelem zmenšení nádoru.

Kazuistika 1

Pacientka 75 let, byla přijata na oddělení gynekologické onkologie s pokročilým tumorem v oblasti zevního genitálu. V době přijetí byly CT vyšetřením detekovány osteolytické metastázy pánevních kostí a metastatické postižení plic. Histologicky se jednalo o špatně diferencovaný spinocelulární karcinom. Postižení vulvy mělo charakter exofyticky rostoucího tumoru, který vyplňoval pochvu, zcela obrůstal zevní meatus uretry, oblast čípku děložního pro nádorové masy nebyla přehledná. Dle CT vyšetření osteolytické postižení pánve bylo nejvýraznější v oblasti levé lopaty kosti kyčelní, kde navíc směrem do pánve byla přítomná objemná měkkotkáňová složka. Při přijetí pacientka téměř nemluvila, odpovídala s latencí a jednoslovně, během rozhovoru několikrát „vypadla“. Tím budila dojem pacientky s poruchou kvality vědomí nebo s manifestní demencí. Jednalo se však o neléčený algický syndrom při metastatickém postižení pánve v kombinaci s dehydratací. Pacientka se pohybovala velmi obtížně s pomocí obou francouzských holí a změna polohy ze sedu do lehu pro ni znamenala velké utrpení. Mikce byla bolestivá, spojená s krvácením. Z tohoto důvodu pacientka omezovala příjem tekutin, zároveň byla přítomna retence moči (kombinované etiologie: částečně obstrukční, částečně volním zadržováním mikce pro bolest) a paradoxní ischurie z přeplněného močového měchýře. V laboratorním nálezu byla zjevná dehydratace, iontová dysbalance a anémie. Pro silné bolesti pacientka téměř vůbec nejedla několik dnů. Obě dolní končetiny byly postižené lymfedémem z obstrukce lymfatických cév v třísech nádorovými hmotami.

Do léčebné strategie, kromě účinného nastavení analgetické terapie, hydratace, úpra-

vy anémie a iontové dysbalance, patřilo také zavedení permanentního močového katétru a péče o zevní genitál. V případě, kdy není zevní ústí uretry dobře přehledné, je částečně obturované nádorovými masami, které kontaktně krvácejí, je vhodnější napolohovat pacientku na lůžku tak, jako na gynekologické vyšetření (tedy v polosedě na míse nebo na kraji lůžka), použít přídavného světla a genitál opláchnout. V případech, kdy to je možné, je vždy lepší úkon provádět na gynekologickém vyšetřovacím stole s opěrkami pro nohy. U zmiňované pacientky tato možnost byla vyloučena pro nemožnost abdukce v kyčlích. Derivace moči představovala úlevu od dysurií, ale zejména pacientka mohla setrvávat v tělesném klidu na lůžku.

Oddrolování nekrotických nádorových hmot z oblasti zevního genitálu obvykle nebývá doprovázené významným krvácením a nevyžaduje zvláštních opatření. V případě silnějšího krvácení z pochvy je možné zavést krátkodobou (tj. maximálně 24hod.) tamponádu poševní. Tamponáda by měla být z gázy, může být mírně navlhlá dezinfekčním roztokem (např. Octenisept), aby se tkanina nenalepila na nádor a vyjmutí nebylo doprovázeno dalším krvácením ze stržení. Stejně tak je možné kompresi nalepit přímo na krvácející exofyt na genitálu, nebo přiložit na několik minut adrenalinovou obložku. Nalepení textilie také účinně brání zavedení Spongostanu do pochvy, který zde má dvojitý účinek: hemostatický a protiadhezivní. Důležitou součástí péče jsou oplachy genitálu a výplachy pochvy, které působí dezinfekčně, chladivě, analgeticky a napomáhají zmírnit zápach. Provádějí se obvykle alespoň 2x denně. Pro výplach pochvy je vhodné na injekční stříkačku 66 ml napojit plastovou uretrální cévku na jedno použití, takto provedený výplach je účinný a dobře tolerovaný. Použit

Tab. 1. Lokální léčba symptomů při inkurabilním pokročilém maligním nádoru vulvy

1. Bolest zevního genitálu a/nebo dysurie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zavedení permanentního močového katétru ■ Dobrá hygiena zevního genitálu, pravidelně sprcha, prevence intertrigo, ošetření suché atrofické kůže ■ Oplachy chladnějšími dezinfekčními roztoky: slabě růžový roztok hypermanganu, 10% roztok Betadiny, Octenisept, Rosalgin®, Clogin®, Ginexid®
2. Krvácení z exofyticky rostoucího tumoru	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zavedení perm. močového katétru ■ Sterilní krytí a komprese krvácející plochy ■ Spongostan® ■ Adrenalinová obložka a komprese
3. Krvácení z endofyticky rostoucího tumoru	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zavedení perm. močového katétru ■ Spongostan® na spodinu nádorového vředu a obložka nebo tamponáda poševní
4. Zápach a odlučování nekrotických hmot	<ul style="list-style-type: none"> ■ Oplachy zevního genitálu resp. výplachy při endofytickém růstu roztoky uvedenými v bodě 1

Ize např. 10% roztok Betadiny, Octenisept, slabě růžový roztok hypermanganu. Z komerčních, volně prodejných preparátů, je možné aplikovat Rosalgin, Clogin, Ginexid. Poslední dva jmenované jsou vhodné zejména pro užití v domácím prostředí, jsou konstruovány jako výplachy, tj. k plastové lahvi je připojena plastová cévka.

Na základě jednotného názoru klinického onkologa a radioterapeuta nebyla indikována onkologická léčba, a to vzhledem k rozsahu onemocnění a celkovému stavu křehké pacientky. Bolest se podařilo natolik zmírnit, že se pacientka začala pohybovat po místnosti, s dopomocí vykonala osobní hygienu, dobře jedla a nabyla psychické pohody, začala lépe komunikovat. Stav umožňoval dimisi na základě přání pacientky a byla zajištěna péče v domácím prostředí, s kontrolami stavu v ambulanci pro paliativní medicínu. Na první kontrolu přivezl manžel pacientku na vozíku, paní byla povídavá, usměvavá, předváděla, jak chodí bez opory holí. Močový katétr tolerovala dobře a ambulanci opouštěla s minimálními úpravami v nastavené medikaci. V domácí péči byl extrahován močový katétr, bilance tekutin ani nebyly prováděny. Za dva týdny od této kontroly byla přivezena rodinou akutně a byla přijata na oddělení gynekologické onkologie pro oligurii až anurii, v alterovaném stavu vědomí, který rychle progredoval do komatu. Močový katétr při přijetí nebyl zavedený. Za deset hodin od příjmu pacientka zemřela v důsledku ireverzibilního renálního selhání (dle labor. parametrů při přijetí).

Diskuze

Pro karcinomy zevního genitálu je typický pomalý růst, obvykle minimálně několik měsíců až let do stadia popisovaného v uvedené kazuistice. Pro zachycení časných stadií je obvykle dostatečná pravidelná jednorozhodná gynekologická prohlídka. Rozvoji karcinomu předchází dobře patrné prekancerózy vulvy. Pacientka z kazuistiky o svém onemocnění věděla, příznaky bagatelizovala, krvácení z genitálu pozorovala několik měsíců. Měla však starosti o svého manžela s kardiovaskulárním a onkologickým onemocněním (v remisi) a nechtěla se od něj odloučit. Na gynekologickém vyšetření nebyla od posledního porodu před 40 lety. Bolesti snášela dlouho a k vyšetření se rozhodla až při nesnesitelných dysuriích a vulvodyniích. Díky disimulaci na straně pacientky, manžel a celá

rodina dlouho nemohla akceptovat, že onemocnění bylo diagnostikováno teprve před měsícem a pacientka mu z pohledu rodiny velmi rychle podlehla.

Maligní nádory čípku děložního

Analogicky s karcinomem vulvy, je i v oblasti čípku nejčastějším histopatologickým typem karcinom. Až na výjimečně agresivní typy dobře je také dobře preventabilní. Pravidelnými ročními gynekologickými prohlídkami je vyhodnocen kolposkopický obraz epitelu děložního čípku, odebrán stěr z exo- a endocervixu, tzv. onkologická cytologie, a proveden vaginální ultrazvuk. Mnoho onemocnění je možno díky uvedeným preventivním vyšetřením zachytit ve fázi prekancerózy či mikrokarcinomu. Epidemiologicky má tato malignita dvě maxima výskytu: kolem 30. roku věku a potom po 70. roce věku. Incidence se pohybuje okolo 20 případů na 100 000 žen za rok, v absolutních číslech to znamená 1 021 nových případů ročně. Na toto onemocnění ročně zemře přibližně 400 žen. Hlavním etiopatogenetickým činitelem je infekce tzv. high risk typy HPV. Není stanovena žádná spodní hranice, kdy by žena již neměla docházet na pravidelné roční prohlídky. Při selhání na straně pacientky, vyšetřujícího gynekologa, specializované cytologické laboratoře a/nebo při obzvlášť agresivním růstu nádoru se setkáváme s pokročilými stadii, u kterých bývá závažné život ohrožující krvácení z tumoru, stenózy ureterů až hydronefritida a hydronefritida s různě vážným stupněm renální insuficience obstrukční etiologie a kostní metastázy. Pokročilá stadia stejně tak stavy po kurativní radioterapii s brachyterapií mívají v symptomatologii fistulace. Charakteristický bývá zápach z rozpadajících se nádorových hmot odcházejících pochvou. Základními léčebnými modalitami jsou chirurgický výkon a radioterapie. Chirurgický výkon je omezen pouze na časná stadia onemocnění tj. do klinického stadia IIa včetně. Pokročilejší stadia se léčí primární radioterapií. Rozsah operačního výkonu se odvíjí od velikosti tumoru a požadavku na zachování fertility. Fertilitu zachovávající výkony jsou konizace a radikální trachelektomie, jejíž součástí je provedení pánevní lymfadenektomie. Nejradikálnější výkonem je hysterektomie s parametrektomií a pánevní lymfadenektomií. Pánevní exenterace je výkon rezervovaný pro lokoregionální recidivy v páni po předchozí ra-

dioterapii. Základní podmínkou pro exenterační výkon je centrální lokalizace recidivy a vyloučení vzdálených metastáz. Chemoterapie se podává buď neadjuvantně za účelem redukce volumu tumoru, konkomitantně s radioterapií nebo v paliativním záměru u recidiv.

Kazuistika 2

Pacientka, 36 let, nuligravida, byla přijata akutně na oddělení gynekologické onkologie pro silné krvácení z rodidel, těžkou anémii, dle aktuálního vyšetření byly přítomny známky rozvíjející se diseminované koagulopatie. Ihned při přijetí byla zavedena tamponáda poševní, která však byla vzápětí prokrvácená, a proto byla organizována embolizace vnitřních ilických tepen akutně z vitální indikace za účelem zástavy krvácení z nádoru (výkon se obvykle provádí v analgosedaci, realizuje ho intervenční radiolog obvykle z přístupu a. femoralis, po výkonu je indikován 24 hodin klid na lůžku a komprese v oblasti intervenčního vstupu: a. femoralis bilat.). Embolizace byla provedena úspěšně, krvácení ustalo, krevní ztráty uhrazeny převody krve a plazmy, upravena koagulopatie. Ze zdravotní dokumentace pacientky vyplynulo, že karcinom děložního čípku byl diagnostikován na jiném pracovišti již dva roky před popisovanou dramatickou událostí, a to ve stadiu časném: IA1.

Pacientce bylo navrženo operační řešení. V tomto stadiu tzv. mikrokarcinomu je adekvátním řešením konizace čípku děložního (fertilitu zachovávající operace), v případě ukončených reprodukčních plánů doporučujeme prostou hysterektomii (obvykle prováděnou z kombinovaného přístupu jako laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii). Pacientka se z ne zcela objasněných důvodů rozhodla operační řešení nepodstoupit a přiklonila se k alternativním způsobům terapie. Absolvovala terapii tradiční čínské medicíny, půsty, intravenózní aplikaci vitamínu C, připravovala si zeleninové šťávy, hlídala pH moči a podobně. Ve všech těchto postupech ji manžel bezmezně podporoval. V době masivního krvácení byl rozsah onemocnění stanoven dle provedených stagingových vyšetření na stadium IIb. Dle guidelines operační výkon není indikován, hlavní léčebnou metodou je kurativní chemo-radioterapie. Pacientka tuto léčbu odmítla, protože si chtěla zachovat fertilitu. Žádnými použitými způsoby edukace nebylo možné pacientce osvětlit závažnost onemoc-

Tab. 2. Výpis z analgetické terapie v uvedené kazuistice 2

Medikace při příjmu	Medikace po nástupu efektu paliativní RT	Medikace při přijetí pro algický syndrom	Medikace při překladi do hospice
<ul style="list-style-type: none"> ■ Fentanyl® 25 µg/den navýšen postupně na 100 µg/den ■ Ketonal® 100 mg á 12 h i.v. postupně 1. volba dle potřeby ■ Novalgin 1 g i.v. á 8 hod i.v., postupně 2. volba dle potřeby ■ Fortecortin 4 mg 1-0-0 tbl p.o., dlouhodobě ½-0-0 tbl p.o. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fentanyl® 50 µg/den ■ Diclofenac Duo 75 mg 1-0-1 tbl p.o. ■ Novalgin 500 mg 1 tbl. max á 4 hod. p.o. dle potřeby, pac. neužívala ■ Megace 10 ml susp. p.o. denně ■ Degan 10 mg 1-1-1 tbl p.o. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Morphin 1 % 40 ml ve 40 ml FR i.v. kontinuálně rychlostí 6 ml/h ■ Novalgin 2,5 g i.v. á 12 hod. ■ Ketonal 100 mg i.v. á 12 hod. ■ Paracetamol 1 g i.v. á 6 hod. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Morphin 1 % 10 ml s.c. á 4 hod ■ Novalgin 1 g i.v. á 8 hod. ■ Paracetamol 1 g i.v. á 6 hod. dle potřeby

nění (pacientka vysokoškolsky vzdělaná, vybudovala vlastní firmu, zaměstnávala cca 15–20 lidí), jehož rozsah vylučuje možnost realizovat úspěšně graviditu. Po dimisi opět intenzivně podstupovala různé způsoby alternativní medicíny, avšak zůstala v dispenzární péči našeho pracoviště, léčbu opakovaně odmítala. V průběhu dalších dvou let nádor dospěl do stadia, kdy byly obturovány oba uretery ve svém pánevním průběhu, začala se rozvíjet obstrukční hydronefróza, pacientka měla silné bolesti, vlivem pokročilého maligního onemocnění a léčebných půstů její hmotnost klesla na 36 kg při výšce 169 cm. Prakticky nebyla schopna samostatného pohybu, na toaletu ji manžel nosil, dny trávila na lůžku v bolestech a v depresivním ladění. Při poslední dispenzární prohlídce souhlasila s hospitalizací a eventuální paliativní analgetickou radioterapií. Několik dnů před plánovaným přijetím začala opět silně krvácet z rodidel, byla přivezena v noci rychlou záchrannou službou, ihned vaginálně tamponována, úspěšně bez nutnosti opakované embolizace. V laboratorním nálezu kromě obrazu těžké anémie byly přítomny i známky počínající renální insuficience s retencí N látek. Po optimalizaci klinického stavu krevními převody byly v celkové anestezii urologem inzerovány bilaterálně ureterální JJ stenty s dobrým derivačním efektem, zahájena intenzivní analgetická terapie (Fentanyl® 25 µg/den, Ketonal® 100 mg i.v. á 12 h, Novalgin® 1 g i.v. á 8 h., postupně navýšen transdermální fentanyl na dávku 100 µg/den, koanalgetika mohla být ponechána v režimu dle potřeby), podána antidepresiva (Mirzaten® 30 mg na noc) a kortikoterapie (Dexamed® 8 mg i.v. denně po dobu 3 dnů, pro očekávaný efekt na podporu chuti k jídlu ponechán v medikaci jako Fortecortin® 4 mg ½-0-0 tbl p.o. dlouhodobě). Pacientka se cítila mnohem lépe, dobře jedla, byla schopna provádět osobní hygienu, znormalizoval se spánkový režim a především pacientka souhlasila se zahájením paliativní hemostyptické a analgetické radioterapie. Před vlastní aplikací

první frakce záření ještě pacientka diskutovala s indikující lékařkou možnost vykrýt vaječníků za účelem pozdějšího využití pro metody asistované reprodukce. Trpělivě byly znovu vysvětleny všechny okolnosti stávajícího stadia pokročilého maligního onemocnění, pacientka na reprodukci rezignovala. Během hospitalizace a aplikace radioterapie byly s pacientkou opakovaně probírány všechny kroky, které ji dovedly až do této situace. Pacientka se mnohokrát vrátila ke své nenaplněné touze po dětech a zdůvodnila všechny postupy ohledně léčby onemocnění právě obavami ze ztráty fertility. Domníváme se, že ve stadiu mikrokarcinomu nebylo dostatečně ověřeno, zda pacientka správně rozumí charakteru operačního výkonu. Konizace je fertilitu zachovávající výkon, může být spojena s vyšším rizikem potratu či předčasného porodu z důvodů inkompetence děložního hrdla, avšak gravidita je v režimu tzv. rizikového těhotenství zcela běžně realizovatelná. Po ukončení paliativní radioterapie (15x3 Gy na oblast pánve) byla pacientka propuštěna domů a navštěvovala gynekologickou ambulanci v režimu á 3 týdny s postupným prodlužováním intervalu návštěv až na 6 týdnů (terapie: Fentanyl® 50 µg/den, Diclofenac Duo® 75 mg 1-0-1 tbl p.o., Megace® 10 ml denně, Degan® 10 mg 3x 1tbl p.o., Ortanol® 20 mg 1x denně, dle potřeby Novalgin® 500 mg max á 4 hod. p.o., Mirzaten® 30 mg na noc). Analgetický efekt paliativní radioterapie na oblast pánve pomínil po čtyřech měsících od jejího ukončení. Pacientka začala mít kruté bolesti charakteru bolestivého nucení na stoličce.

Pacientka byla znovu přijata, postupně byla nastavena analgetická léčba (Morphin 1 % 40 mg ve 40 ml FR i.v. kontinuálně rychlostí 6 ml/h, Novalgin 2,5 g á 12 h i.v., paracetamol 1 g á 6 hod. i.v., Ketonal 100 mg á 12 hod. i.v.), avšak za cenu ovlivnění vědomí (sopor) pacientky. Společnou mezioborovou komisí byl indikován operační vstup s cílem maximálního možného debulkingu v rozsahu exenteračního výkonu.

Technicky tento výkon nebyl proveditelný, jak se ukázalo během operace. Byla založena derivační kolostomie. Tento výkon přinesl pacientce obrovskou úlevu od tenezmů, které ji týdny před operací trápily. Bylo možno převést pacientku z kontinuálního podávání morfinu na bolusy 10 mg s.c. á 4 hod. Transdermální systémy pacientka odmítala. Avšak kolostomie přinesla i nový stresující jev: přítomnost krve ve stomatickém sáčku (retrogradně z tumoru prorůstajícího do střeva), což pacientku velmi znepokojovalo. Vzhledem k inoperabilnímu nálezu, vyčerpáním možností radioterapie na oblast pánve a celkovému stavu pacientky (Karnofsky index max. 30%), který znemožňoval zahájit paliativní chemoterapii, byla ukončena onkologická léčba. Pacientka byla v souladu se svým přáním přeložena do hospice, kde za šest týdnů zemřela (3 roky od stanovení diagnózy) v souvislosti s komplikacemi (masivní enterorrhagie a metrorrhagie) základního onemocnění.

Diskuze

Masivním krvácením z rodidel se může manifestovat i exofyticky rostoucí metastáza jakéhokoliv nádoru v oblasti poševního pahýlu po hysterektomii a v pochvě. Jak již bylo zmíněno v úvodu, řešení krvácení se odvíjí od aktuálního celkového stavu pacientky, přidružených komorbidit, odhadované prognózy pokročilého onemocnění a v neposlední řadě od přání pacientky. Z ekonomického hlediska embolizace pánevních arterií je spíše výkon finančně náročný a není široce dostupný vzhledem k tomu, že ho provádí specialista intervenční radiolog. Teoreticky druhou možností operačního zastavení krvácení z nádoru by byla otevřená břišní operace, preparace retroperitonea a ligace vnitřních ilických arterií bilaterálně. Jako první pomoc při silném krvácení z rodidel doporučujeme zavedení mulové tamponády do pochvy. Pokud to je v možnostech pracoviště, je lepší, aby byl volán gynekolog, aspekt v zrcadlech

Tab. 2. Možnosti terapeutických postupů při masivním krvácení z rodidel nádorového původu – postup dle orientačního posouzení celkového stavu pacientky pomocí indexu Karnofsky v %

Karnofsky index min. 50%	Karnofsky index 20–30%
<ul style="list-style-type: none"> ■ Uložení do gynekologické polohy ■ Zavedení permanentního močového katétru ■ Analgetika (např. Novalgin 1 g i.v. á 8 hod.) ■ Laboratorní vyšetření a zajištění krevních převodů ■ Kontakt na nejbližší pracoviště intervenční radiologie a zajištění embolizace vnitřních ilických arterií u hemodynamicky stabilní pacientky ■ Zavedení tamponády poševní a sledování krvácení a eventuální výměny tamponád až do realizace embolizace, interkurentně hrazení krevního volumu včetně krevních převodů ■ Po úspěšné embolizaci extraxe poslední poševní tamponády nejpozději za 24 hod. od jejího zavedení ■ Monitoring efektu embolizace 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Uložení do gynekologické polohy ■ Zavedení permanentního močového katétru ■ Analgetika ■ Laboratorní vyšetření a zajištění krevních převodů ■ Zavedení tamponády poševní a sledování krvácení, výměna tamponád nejpozději á 24 hod. ■ Dicynone® 500 mg i.v. á 4 hod. bolusově ■ Krátkodobě (max 1 hodina) zátěž na podbřišek (např. chladný infuzní roztok obalený v textilií: pokus o kompresi pánevních cév + analgetický efekt chladu) ■ Adekvátní hrazení krevního volumu včetně krevních převodů

se pokusil ozřejmit zdroj krvácení. Pokud je vizualizován zdroj, například erodovaná tepna či žíla, lze naložením stehu elegantně krvácení vyřešit ihned. Obvykle však v terénu pokročilého nádorového onemocnění není zdroj zřejmý, krvácení bývá difuzní. Tamponáda se nejlépe zavádí v gynekologické poloze na zádech se zavedenou zadní lžící poševních zrcadel a vkládá se pinzetou tak, že se střídavě vystylá levá a pravá strana pochvy a tamponáda se zatlačí hluboko. Někdy je nutné navázat dvě nebo i tři tamponády za sebe, v tomto případě by uzlení mělo být před rodidly. Při masivní tamponádě je třeba zavést permanentní močový katétr, spontánní mikce pro tlak tamponády není zpravidla možná, pacientka musí obdržet adekvátní analgetika. Tamponáda se vyměňuje za 24 maximálně za 36 hodin z důvodů rizika stafylokokové sepse, při prokrvácení se mění dříve a ihned se přetamponovává. Zároveň probíhá adekvátní hrazení ztrát s nutnou monitorací koagulačních parametrů pro riziko rozvoje diseminované intravaskulární koagulopatie (DIC). Setkali jsme se i s chronickým DIC u pacientek s opakovanými významnými krevními ztrátami.

Za krvácení z rodidel může být považováno krvácení z uretrální karunkuly. Jedná se o benigní křehký vaskulární nádorek postihující zadní okraj zevního meatu močové trubice, nejčastěji ho vídáme v senu. Nešetrnou hygienou či výměnou inkontinečních plen může dojít k vyvolání uretrorrhagie, která je pak mylně považována za krvácení z rodidel. V terapii se osvědčuje adrenalinová obložka na několik minut, event. vlhčená komprese na několik minut.

Závažnou komplikací pokročilých stadií karcinomu vulvy, čípku děložního, rekta, při stavech po radioterapii nebo po opakovaných operačních výkonech v páni zejména pooperačně in-

fikovaných, jsou patologické komunikace: píštěle mezi pochvou, vývodními cestami močovými a střevem. Fistulující klička střevní může být i tenká, pokud adhezuje do oblasti poševního pahýlu např. po operačním výkonu.

Kazuistika 3

Na oddělení gynekologické onkologie byla v období mezi vánočními svátky přijata pacientka, 55 let, s recidivou karcinomu děložního čípku. V minulosti prodělala radikální operační výkon a kurativní chemo-radioterapii. Po dvou letech remise došlo k recidivě v oblasti poševního pahýlu, na CT břicha byla popsána paraaortální lymfadenopatie a dle RTG hrudníku bylo evidentní metastatické postižení plic. Při přijetí bylo provedeno gynekologické vyšetření a ozřejmen odchod střevního obsahu pochvou. Sekret byl světlý, řídký, typického zápachu a bylo vyjádřeno podezření na fistulaci mezi tenkou střevní kličkou a poševní metastázou. Pacientka si stěžovala na výtok a pálivou bolest genitálu (kyselý obsah střeva). Pacientka netrpěla žádnými komorbiditami, byla v dobré tělesné kondici, z anesteziologického hlediska bez významného rizika pro výkon v celkové anestezii. Ve spolupráci s chirurgem bylo naplánováno provedení derivační jejunostomie, zavedena infuzní terapie, parenterální výživa, výplachy pochvy 3x denně roztokem 10% Betadiny. Výkon proběhl bez komplikací, pooperační průběh taktéž, pacientka a manžel byli edukováni v péči o stomii a 18. pooperační den byla pacientka propuštěna do domácího ošetření ve spolupráci s pečovatelskou službou. Při dimisi přetrvával odchod hlenovitého výtoky z pochvy, který pacientku neobtěžoval. Pacientka byla zajištěna v paliativní ambulanci, postupně kachektizovala (péče nutričním specialistou byla zavedena) při disemi-

novaném onemocnění. Po roce od diagnostikování recidivy byla vzhledem k narůstající slabosti a dušnosti přijata do lůžkového hospice, kde za tři měsíce zemřela.

Zhoubné nádory těla děložního

Maligní nádory těla děložního jsou nejčastější gynekologickou malignitou. Incidence má v posledních letech v České republice stoupající tendenci. Ročně onemocní asi 34 žen na 100 000 žen, tj. více než 1 800 případů ročně. Tento trend souvisí s prodlužující se délkou života a aktivního hormonálního období ženy a dále s faktory, které označujeme jako faktory tzv. západního životního stylu (obezita a s ní související metabolický syndrom, stres, výživa s převahou živočišných tuků apod.). Obecně se jedná o heterogenní skupinu onemocnění, nejčastější jsou epiteliální nádory respektive adenokarcinomy sliznice děložní. Druhou skupinou jsou malignity z hladké svaloviny děložní: sarkomy s převážně nepříznivou prognózou. Nejobvyklejším příznakem je krvácení z rodidel, což je příznak varovný a vede ženu k vyhledání ošetření. Díky tomu je převážná část těchto nádorů zachycena v časném stadiu a je dobře kurabilní. Obecně v odborné i laické populaci je toto onemocnění vnímáno jako potenciálně dobře léčitelné na rozdíl od obecného vnímání rakoviny vaječníků.

V terapii se zásadně uplatňuje chirurgický výkon a radioterapie. Do léčebných postupů patří i chemoterapie a hormonální léčba. Léčebná strategie závisí na rozsahu a lokalizaci onemocnění, to samé platí pro recidivy onemocnění. Nutný je individuální postup s využitím monoterapeutických postupů nebo jejich kombinací. Bez ohledu na rozsah onemocnění je vždy vhodné odstranit postiženou dělohu (pokud to celkový stav pacientky umožňuje) a to z důvodů prevence silného obtížně konzervativně řešitelného krvácení. Primární radioterapie je metodou volby při kontraindikaci operačního řešení, odmítnutí operace nebo v případě inoperability.

Kazuistika 4

V následujícím klinickém případě popisujeme možnost využití transbukálního fentanylů v konziliární gynekologické ambulanci za účelem rychlé úlevy od bolesti, která by umožnila pacientce tolerovat gynekologické vyšetření, tedy nikoliv primárně za účelem léčby průlomové bolesti.

Pacientka, 76 let, byla přivezena ke konziliárnímu vyšetření do onkogynekologické ambulance z nemocnice okresního typu, kde byla do té doby cca 3 týdny hospitalizovaná pro otok levé dolní končetiny trvající cca tři měsíce. Subjektivně pacientku nejvíce trápily kruté bolesti v oblasti levého kyčelního kloubu. V posledních dnech začala krvácet z pochvy tmavou krví. Na původním pracovišti bylo provedeno gynekologické vyšetření a odebrána biopsie z oblasti hrdla děložního a dle výsledku stanovena diagnóza karcinomu dělohy. Dále byla doplněna stagingová vyšetření, ze kterých byl objasněn rozsah nádorového postižení: zvětšená objemná děloha s tumorem prorůstajícím do močového měchýře, objemné pakety patologických uzlin v pánvi a v retroperitoneu, vlevo acetabulum vyplněno měkkotkáňovou formací min. 5 cm v podélném rozměru charakteru a vzhledu metastázy. Pacientka byla ležící, neschopna pohybu pro bolesti, fyziologické funkce popisovala jako přiměřené, váhově v posledních třech měsících byla stabilní. Před vyšetřením byla pacientce podána tableta transbukálního fentanylu Effentora® 200 µg ke zmírnění bolesti a k zamýšlenému pokusu o gynekologické vyšetření. Pacientka pocítila ústup bolesti v klidu, avšak ani za pomoci 3 osob nebylo možno pacientku vertiklizovat a polohovat do gynekologického křesla. Improvizovaně na lůžku bylo možno provést orientačně vaginální ultrazvukové vyšetření, které zobrazilo neostře konturovanou dělohu s kolekcemi volné tekutiny v pánvi. Následnou konzultací v komisi pro gynekologické malignity bylo navrženo zahájit paliativní hormonální terapii (Provera® 100 mg 1-0-0 tbl. p.o.), zároveň v rámci komplexní léčby bolesti (Fentanyl 50 µg/den, Aulin 100 mg á 12 hod 1 tbl. p.o., Sevredol 10 mg při bolesti max á 4 hod.) byla doporučena jednorázová zevní radioterapie na oblast postiženého kyčelního kloubu. Pacientka za 3 týdny udávala podstatné zlepšení obtíží v klidu, avšak mobility již nenabyla. Zemřela za pět měsíců od popisované první návštěvy v důsledku progresse onemocnění v pánvi při manifestním imobilizačním syndromu.

Karcinom vaječníku

Na rozdíl od výše uvedených karcinomů vulvy a čípku děložního není pro karcinom vaječníku dosud známá žádná screeningová vyšetřovací metoda a časná stadia jsou obvykle

zachycena spíše akcidentálně. Onemocnění se typicky vyskytuje v postmenopauze. Obvykle se jedná o obézní pacientky. Rakovina vaječníku bývá zachycena v 75 % v pokročilém stadiu (nejčastěji stadium III a IV, kdy je přítomen různě objemný pánevní tumor, masivně postižená dutina břišní růstem nádorových metastáz na serózech orgánů dutiny břišní a peritoneu, omentum bývá přeměněno v tvrdý vysoký plastrón – tzv. omental cake, typická je přítomnost maligních výpotků v peritoneální a pleurální dutině, velmi častá je retroperitoneální lymfadenopatie. U stadia IV jsou navíc přítomny metastázy vzdálených orgánů, nejčastěji v plicích a v jaterním parenchymu. Stále častěji se setkáváme s agresivními dediferencovanými karcinomy vaječníků u mladých patientek mezi 30. a 40. rokem věku, tyto obvykle bývají zcela refrakterní na chemoterapii a svým rozsevem v dutině břišní chirurgicky inoperabilní.

Kazuistika 5

Pacientka, 39 let, byla referována na pracoviště gynekologické onkologie z nemocnice okresního typu, kde byl původně indikován laparoskopický výkon pro symptomatickou ovariální cystu při zavedeném nitroděložním tělísku. Při výkonu bylo vysloveno podezření na zhoubný proces vaječníku, byla provedena laváž dutiny břišní, jednostranná adnexektomie a biopsie omenta. Histologické vyšetření potvrdilo high grade ovariální serózní karcinom stadia III. Na našem pracovišti byla zahájena neoadjuvantní chemoterapie ve standardním režimu paklitaxel/karboplatina. Podávání chemoterapie se komplikovalo, po 1. sérii nastala těžká neutropenie, po 2. sérii ileózní stav s nutností chirurgické intervence. Při operační revizi bylo zjištěno prorůstání nádoru stěnou břišní přes svaly až do fascie břišních svalů, v dutině peritoneální vzhledem

k rozsahu postižení byl chirurgem konstatován status inoperabilis a zkonstruována kolostomie. Rekonvalescence proběhla nekomplikovaně a 12. pooperační den byla podána 1. série II. linie chemoterapie v monoterapii topotekanem.

Pacientka byla propuštěna domů, za deset dnů se vrátila pro velice silnou nádorovou bolest, kterou lokalizovala do pánve, beder a dolních končetin. Pacientka zaujímalu polohu vleže na zádech s rukama připaženými a pro bolest neprovedla ani minimální pohyb, hlasitě naříkala. Dle provedených zobrazovacích vyšetření nebylo prokázáno metastatické postižení mozku, skeletu páteře, hrudníku ani končetin, dle CT břicha byla zjištěna další progresse nádoru v pánvi, stěně břišní a nově v jaterním parenchymu. Konziliární neurologické a algeziologické vyšetření stav uzavřelo jako algický syndrom při progresi tumoru malé pánve. Parenterální aplikace analgetik, kortikoterapie, antikonvulziva, vše bez efektu. Pro nesmírné strádání pacientky byl zaveden epidurální katétr (podáván marcain a morfin) současně s kontinuální aplikací morfinu i.v. Při takto zavedené léčbě pacientka popisovala bolest za částečně zvládnutou a byla schopná pohybu v lůžku, nikoliv mimo něj. Pravděpodobně se zde jednalo o tzv. total pain s podstatnou složkou ataky panické úzkosti (dle konzultujícího psychologa). Do této doby spadá rozhodnutí o ukončení neefektivní onkologické léčby při progredujícím inkurabilním onemocnění a intervence klinického psychologa. Pacientka rozhodnutí přijala klidně a velmi si přála propuštění za rodinou (synové 8 a 10 let). Postupně byla převedena na transdermální a perorální analgetickou léčbu, později byla schopna pohybu mimo lůžko a byla částečně sebeobslužná. Dávky podávaných analgetik u této pacientky před sdělením o ukončení onkologické léčby a po něm uvádíme v tabulce. Za 3 týdny od

Tab. 3. Výpis z medikační karty pacientky s algickým syndromem při inkurabilním rychle progredujícím karcinomu vaječníku. Psychologická intervence 20. 8.–25. 8. 2015 zároveň s převáděním pacientky na analgetickou terapii v domácím prostředí

Medikace 12. 8.–20. 8. 2017	Medikace 25. 8.–2. 9. 2017: dimise
<ul style="list-style-type: none"> ■ Epidurální katétr 20 ml 0,5 % Marcain + 1 % morfin 10 ml + 29 ml FR kontinuálně rychlostí 5–1 ml/h postupně ponižován ■ Morfin 1 % 40 mg ve 40 ml FR i.v. kontinuálně rychlostí 6–1 ml/h postupně snižován ■ Ketonal 100 mg i.v. á 12 hod. ■ Novalgin 1 g i.v. á 8 hod. ■ Peralgan 1 g i.v. á 6 hod. ■ Lyrica 150 mg 1-0-1 tbl. p.o. ■ Rivotril 0,5 mg 0-0-2 tbl. p.o. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fentanyl 150 µg/den drm ■ Effentora 200 µg denně max á 4 hod. při průlomové bolesti ■ Diclofenac Duo 75 mg 1-0-1 tbl. p.o. ■ Lyrica 150 mg 1-0-1 ■ Rivotril 0,5 mg 0-0-2 ■ Fortecortin 4 mg 1-0-0 tbl. p.o. ■ Ortanol 20 mg 0-0-1 cps p.o. ■ Mirzaten 30 mg 0-0-1 tbl. p.o.

popisované ataky bolesti byla propuštěna do péče domácího hospice. Zemřela za 12 týdnů od dimise, respektive za 7 měsíců od stanovení diagnózy.

Kazuistika 6

Pacientka 64 let, obézní (BMI 45), s manifestním metabolickým syndromem, byla přijata na oddělení gynekologické onkologie pro ascites, fluidothorax a suspektní nádorovou masu v pánvi dle CT břicha. V popředí klinických symptomů dominovala klidová dušnost, pacientka nebyla schopna pro dušnost mluvit. Ve spolupráci s intervenčními radiology byl do maximálního depa ascitu v dutině břišní zaveden drén pod UZ kontrolou (jednorázová paracentéza by byla technicky obtížně proveditelná, dle UZ výška podkoží min. 8 cm), obdobně byl inzerován drén do dutiny pleurální. Frakcionovaně úhrnem bylo derivováno cca 16 litrů maligního výpotku z obou dutin v horizontu 3 dnů. Dušnost ustoupila, pacientka se cítila dobře, dle provedeného interního vyšetření nebyly shledány kontraindikace k zahájení chemoterapie.

Cytologicky z ascitu a fluidothoraxu byl diagnostikován maligní karcinom kompatibilní s původem v ovariu. Byla podána 1. série neoadjuvantní chemoterapie v režimu paklitaxel/karboxiplatin bez komplikací, pacientka byla propuštěna. Za deset dnů byla pacientka plánovaně přijata k zavedení centrálního venózního portu. Na chirurgickém sále již po aplikaci lokální anestezie náhle pacientka udávala prudké zhoršení dušnosti a úzkost, nebyla schopna tolerovat polohu vleže. Ihned byl volán internista, indikován překlad na ARO/JIP. Dle provedených vyšetření nebyla nalezena objektivní příčina tak prudkého zhoršení dušnosti, na angio CT bez známek embolizace do větví a. pulmonalis, plicní parenchym bez patologické infiltrace, fluidothorax minimální bazálně bilaterálně, konec hrudního drénu zřetelně správně lokalizovaný v pohrudniční dutině, bez známek pneumotoraxu. Depo ascitu max. 10x10 cm v levém hypochondriu, v místě depa je konec břišního drénu. Nebyly nalezeny známky kardiální insufi-

cience. Terapeutickými postupy na ARO/JIP nedošlo k významnému zlepšení stavu. Pacientka s nutností trvalé oxygenoterapie byla přeložena na standardní lůžko gynekologického oddělení. Opakovanými konziliárními vyšetřeními nebyla nalezena jednoznačná příčina nezvladatelné dušnosti, pacientka bez úlevy při kontinuálním podávání opiátů, terapií viz níže byla navozena negativní bilance tekutin, avšak subjektivně bez úlevy od dušnosti.

Pro dušnost smíšené etiologie a celkové zhoršení stavu polymorbidní obézní pacientky, která prakticky 80 % dne trávila na lůžku, byla ukončena onkologická léčba. Pacientka, manžel a oba synové s rodinami byli informováni o průběhu onemocnění a společně se rozhodli pečovat o pacientku v domácím prostředí s asistencí pečovatelské služby, zároveň pacientka podala žádost o umístění v lůžkovém zařízení následné péče. Časový rámec této kazuistiky představuje období 5 týdnů. V tomto uvedeném případě bylo nesmírně náročné citlivě, ale jednoznačně otevřít témata týkající se ukončení onkologické léčby (2 týdny po jejím zahájení, 4 týdny po stanovení diagnózy a 7 týdnů od začátku dušnosti, která pacientku přivedla poprvé k lékařům), prohodit s nejbližšími příbuznými možné varianty (scénáře) průběhu onemocnění a vyřešit praktické otázky týkající se péče o pacientku v domácím prostředí (zapůjčení polohovacího lůžka, oxygenátoru atd.).

Diferenciální diagnostika: výhřez dělohy a poševních stěn

Vlivem gravidit, vaginálních porodů, obezity, vrozené insuficience pojivové tkáně, těžké fyzické práce a jistě i dalších faktorů dochází věkem k sestupu dělohy a poševních stěn k poševnímu vchodu a postupně i před něj. Pacientky tento stav vnímají jako pocit cizího tělesa v oblasti genitálu. Prolabující kýlní vak upomíná na nádor genitálu, viz obrázek 1. Mikce a defekace se stává obtížnou, část pacientek musí použít tlak ruky za sponu stydkou k vyprázdnění močového měchýře, protože vlivem vyhřezávající přední stěny poševní se uretra a uretrovezikální junkce

dostává do jiné lokalizace. U zanedbaných sestupů může být na vyhřezávající poševní stěně nebo čípku děložním různě pokročilý dekubitus (vzniká tlakem na atrofickou tkáň při sezení), který lze snadno považovat za maligní onemocnění. Sliznice v postmenopauzálním období jsou atrofické, neboť se jedná o estrogen-dependentní tkáň, atrofická sliznice je fragilní, prosvítají jí kapilární kličky, které můžeme pozorovat jako puntíkování. Tyto sliznice i při minimálním inzultu, například nevhodnou hygienou, nevhodným spodním prádlem či intimními vložkami mohou být snadno poraněny, vznikají drobné eroze až mělké vředy, což vede ke špinění až krvácení. Terapeuticky se používá nejprve krém s estrogenem (obvykle 3 týdny), po této kůře pak stačí promazávání krémy s vitamínem E či Calcium pantothenicum. Část žen provádí několikrát denně repozici vyhřezávajícího vaku zpět do introitu.

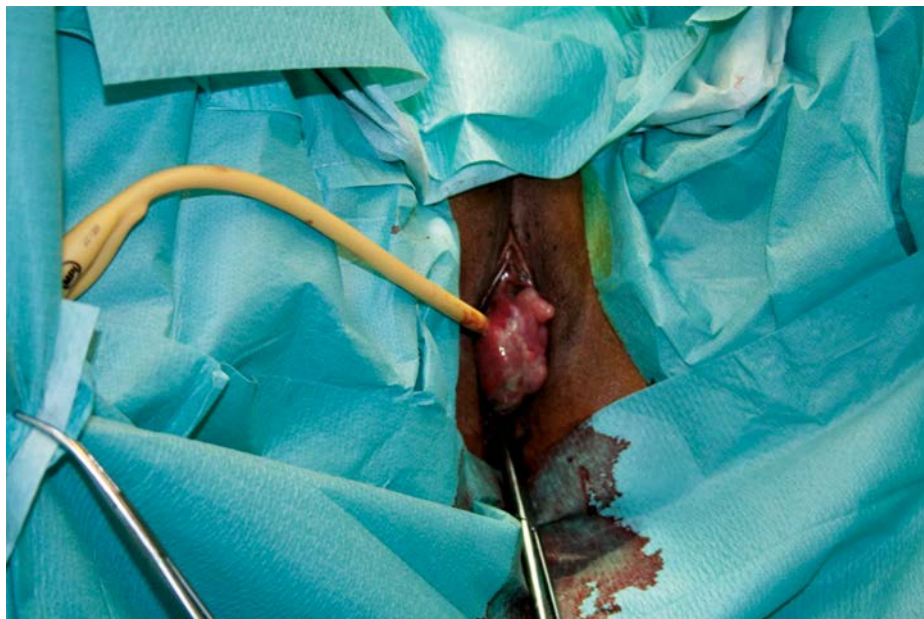
Kazuistika 7

Pacientka, 84 let, byla referována z domova pro seniory pro podezření na maligní onemocnění rodidel. Pacientka nebyla mnoho let gynekologicky vyšetřena. Subjektivně udávala pocit tlaku až bolesti v oblasti rodidel, inkontinenci moči přiznávala, více ji trápila nykturie. Při gynekologickém vyšetření byl zřejmý totální prolaps dělohy a poševních stěn před rodidla, na elongovaném čípku děložním byl zřetelný dekubitus s navalitými krvácivými okraji (byla odebrána biopsie z více míst, histopatologicky byl verifikován dekubitus, bez nálezu onkologicky suspektních buněk). Pacientka byla obézní, špatně se pohybovala, na gynekologické vyšetřovací křeslo byla polohována s pomocí tří osob, trpěla metabolickým syndromem. Před čtyřmi měsíci prodělala ischemickou cévní mozkovou příhodu s levostrannou hemiparézou. S přihlédnutím ke všem těmto klinickým skutečnostem byl zvolen konzervativní postup: aplikace Ovestinu (vaginální krém s obsahem estradiolu k regeneraci sliznice zevního genitálu a pochvy) na sliznici poševní a oblast čípku děložního, repozice kýlního vaku a byl zvolen vhodný průměr pesaru, který se po vložení do pochvy zapře horním okrajem o sponu stydkou, a tím brání expulzi pochvy a čípku před rodidla. Pacientka byla zvána nejprve 2x týdně na kontroly: vždy vyjmutí pesaru, omytí, dezinfekce, aplikace Ovestin krému do pochvy a na hojící se dekubitus. Po vyhojení dekubitu bylo doporuče-

Tab. 4. Výpis z medikační karty pacientky při nezvladatelné dušnosti

Morphin 1 % 40 mg ve 40 ml FR kontinuálně 1–4 ml/h dle dušnosti pac.
Verospiron 100 mg 1-1-1/2 tbl p.o.
Furon 40 mg 1-1-0 tbl p.o.
Fortecortin 4 mg 1-0-0 tbl p.o.
Ortanol 20 mg 0-0-1 cps p.o.

Obr. 1. Vyhřezávající myomatózní děloha před rodidla, může upomínat i na nádor zevního genitálu (archiv MUDr. Ferance R., Ph.D.)



no aplikovat Ovestin krém do pochvy 2x týdně ošetřovatelkou, gynekologické kontroly dosud probíhají 1x za 3 měsíce, při kontrole se aplikuje krém do pochvy, pootočí se s pesarem a prohlédnou se sliznice poševní, zda tlakem pesaru nevznikají dekubity na jiných místech pochvy. Pesaro-terapie u pacientky probíhá asi půl roku, pacientka je spokojená. V případě, kdy se jedná o mladší pacientku s méně interkurencemi, je možné volit operační postup. Operuje se vždy z vaginálního přístupu, výkon lze provést i ve spinální anestezii. Mezi typy operací, které řeší sestup a prolaps rodidel u pacientek vyššího věku patří vaginální hysterektomie a poševní plastiky, nebo operační uzávěr pochvy – tzv. kleiza.

Vzácně může být příčinou špinění či krvácení v postmenopauze nezhoubný polyp hrdla děložního či pochvy, výjimečně může až promítnout před rodidla a svým vzhledem upomínat na maligní nález. Terapeutický postup závisí na věku pacientky a klinickém stavu. Optimálně je vhodné v celkové anestezii provést separovanou abrazi hrdla a těla dutiny děložní spolu s abtörzi polypu. U geriatrické křehké pacientky bychom výjimečně mohli provést prostou abtörzi polypu při vyšetření bez anestezie a histopatologické vyšetření získané tkáně za podmínek následné observace a monitoringu krvácení.

V léčbě postiradiační vulvovaginitidy se uplatňuje nejlépe Calcium pantothenicum*,

Bepanthen®, případně Vagisan® krém. Krátkodobě lze aplikovat i mastové základy s kortikoidy a to tehdy, pokud převažuje silné svědění (triamcynolonum). Nežádoucím účinkem mastí s kortikoidy je další ztenčování již atrofických tkání zevního genitálu při dlouhodobém aplikování. Termín vulvodynie označuje bolestivost v oblasti zevního genitálu, obvykle jsou vulvodynie idiopatického charakteru, naopak typická sekundární vulvodynie bývá při postižení herpes viry. Léčba idiopatické vulvodynie je svízelná a patří do péče odborné ambulance. Lokálně užití kortikoidy, testosteron či antimykotika nepřinášejí očekávaný efekt, často se podávají systémově antidepressiva, doporučují se metody biofeedback a rehabilitace pánevního dna. Při úporných bolestech jako ultimum refugium lze užít i chirurgický výkon: např. denervace zevního genitálu dle Horna či vestibulektomie.

Závěr

Pacientky s pokročilým gynekologickým zhoubným onemocněním, jehož průběh již nelze účinně zvrátit, se dožívají komplikací, které jsou pro tato onemocnění specifické. V prezentovaném sdělení byly uvedeny jednak zajímavé klinické průběhy u jednotlivých gynekologických malignit a dále nastíněny postupy lokální péče zvládnutelné i bez větší erudice v ženském lékařství. Domníváme se, že znalosti a dovednosti v tomto úzkém spektru pacientek představují pro celkový stav konkrétní pacientky v pokročilé fázi inkurabilního onemocnění nesmírný benefit.

Tato práce byla podporována MZ ČR RVO (MOÚ, 00209805) a MŠMT-NPUI-LO1413.

LITERATURA

1. Cibula D, et al. Onkogynekologie. 1. vydání. Praha: Grada; 2009.
2. Sláma O, et al. Paliativní medicína pro praxi. 1. vydání. Praha: Mladá fronta; 2011.
3. Špaček J, et al. Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí. 1. vydání. Praha: Grada; 2013.
4. Kawaciuk I, et al. Urologie. 1. vydání. Praha: H+H; 1997.