

PŘEDMLUVA

Pooperační adheze – fibrózní spojení vznikající mezi tkáněmi a orgány v důsledku chirurgického traumatu – se staly **nejběžnější komplikací otevřených i laparoskopických abdominálních operací** a kvůli svým **potenciálně závažným důsledkům** i zdrojem značného znepokojení.

Adheziolýza, nejběžnější léčba pooperačních adhezí, je příliš často následována opětovnou tvorbou adhezí. Aby chirurgové zajistili svým pacientům nejvyšší standard péče a vyhnuli se žalobám souvisejícím s adhezemi, **měli by běžně uplatňovat účinná opatření k prevenci pooperačních adhezí.**

Obdobná doporučení založená na dostupných podkladech jsou obsažena v několika konsenzuálních vyjádřeních k prevenci adhezí.¹⁻⁴ Rozsah těchto dokumentů však může být pro většinu gynekologů méně praktický.

Cílem tohoto „praktického průvodce“ vypracovaného Panelem evropských expertů je poskytnout chirurgům **stručnou referenční příručku** k prevenci adhezí při způsobenou podmínkám jejich každodenní praxe.

Panel expertů pro evropské standardy prevence adhezí

Professor Rudy Leon De Wilde, MD, PhD

Obstetrics and Gynaecology - Pius-Hospital
Frauenklinik, Oldenburg (Germany)

Professor Hans Brölmann, MD, PhD

Gynaecology and Endoscopic Surgery
- VU University Amsterdam (The Netherlands)

Professor Philippe Robert Koninckx, MD, PhD

Obstetrics and Gynaecology - University
Hospital Gasthuisberg, Katholieke Universiteit
Leuven (Belgium)

Professor Per Lundorff, MD, PhD

Obstetrics and Gynaecology
- Viborg Hospital (Denmark)

Professor Adrian M Lower

Isis Fertility Center, Colchester (UK)

Professor Arnaud Wattiez, MD

Obstetrics and Gynaecology - Hôpital de Hautepierre,
Strasbourg (France)

Professor Michal Mara, MD, PhD

Obstetrics and Gynaecology - Charles University,
Prague (Czech Republic)

Doctor Markus Wallwiener, MD

Obstetrics and Gynaecology - University Hospital
for Women, Heidelberg (Germany)

Prevence adhezí v gynekologické operativě: evropské standardy 2012

ANGEL

ANti-adhesion in Gynecology Expert panel

Za podpory společnosti NORDIC Pharma

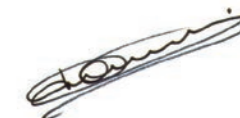
NORDIC
PHARMA

SLOVO ÚVODEM

Problému adhezí si je vědomo pouze pár specialistů. Adheze jsou komplikací operačních zákroků a problémy, které způsobují, mohou být velmi závažné. Kvůli nedostatku povědomí o adhezích a komplikacích souvisejících s adhezemi nedokáže mnoho lékařů poskytnout patřičnou péči, pojišťovny nejsou ochotné tuto péči hradit a pacienti zůstávají se svými obtížemi sami.

Vzhledem ke skutečnosti, že téměř každá abdominální operace způsobuje adheze, že obstrukce střev způsobené adhezemi mohou vést k úmrtí a že mnoho pacientů trpí po operacích trvalými bolestmi, dyspareunií, neplodností nebo střevními obtížemi, je takový nedostatek zájmu a vědeckého zkoumání překvapivý.

Navrhované Doporučené standardy jsou počátkem rozsáhlé koncepce a práce zaměřené na zvýšení povědomí o adhezích obecně, rozšíření vědeckého výzkumu a v konečném důsledku omezení poruch souvisejících s adhezemi u našich pacientů.



Prof. Rudy Leon De Wilde, MD, PhD
Univerzita Bochum, Německo

ANGEL

ANti-adhesion in Gynecology Expert panel
Za podpory společnosti NORDIC PharmaNORDIC
PHARMA

www.nordicpharma.com

CO BYSTE MĚLI VĚDĚT O POOPERAČNÍCH ADHEZÍCH A JEJICH DŮSLEDČÍCH

Adheze se staly nejčastějšími komplikacemi abdominálních operací – postihují **93 % pacientů podstupujících jakoukoli abdominální nebo pánevní operaci**⁵ – a závažným zdrojem pooperačních problémů

- Celkové riziko opakované hospitalizace v souvislosti s adhezemi po laparoskopických i otevřených operacích je srovnatelné⁶
- Kvůli komplikacím souvisejícím s adhezemi je do 10 let opakovaně hospitalizována pravděpodobně více než jedna třetina pacientů, kteří podstoupili rozsáhlou otevřenou operaci⁷
- Adheze se podílejí na 56 % **komplikací vyžadujících opakovaný zákrok**⁸
- 74 % případů obstrukce střev je způsobeno pooperačními adhezemi⁹
- Adheze jsou spojeny s výrazným rizikem enterotomie ohrožujícím 19 % pacientů podstupujících otevřenou operaci a 10–25 % pacientů podstupujících laparoskopickou operaci^{10,11}
- Adheze odpovídají za 20 až 40 % případů **sekundární neplodnosti** u žen^{12,13}

Adheze navíc způsobují velký počet opakovaných zákroků, zvyšují počet hospitalizací, prodlužují doby opakovaných výkonů a mohou znemožňovat využití minimálně invazivní chirurgie.

Léčba adhezí a s nimi souvisejících komplikací v neposlední řadě představuje **enormní ekonomickou zátěž**. Ve Velké Británii byly náklady na opakované hospitalizace v souvislosti s adhezemi po 2 a 5 letech od zákroku odhadnuty na 24,2 mil., respektive 5,2 mil. liber.¹⁴

PĚT ZÁKLADNÍCH PRAVIDEL PREVENCE POOPERAČNÍCH ADHEZÍ U GYNEKOLOGICKÝCH OPERACÍ²

1. Riziko pooperačních adhezí je třeba před získáním informovaného souhlasu pacientky systematicky prodiskutovat s každou pacientkou, u které je naplánována otevřená nebo laparoskopická abdominální operace

2. Chirurgové musí jednat tak, aby omezovali tvorbu pooperačních adhezí, a plnili tak svou povinnost péče o pacientky podstupující abdominální operace

3. Chirurgové by měli běžně uplatňovat strategii redukce adhezí přinejmenším u pacientek podstupujících vysoce rizikové chirurgické zákroky, mezi které patří:

- Operace vaječníků
- Operace endometriózy
- Operace vejcovodů
- Myomektomie
- Adheziolýza

4. Pro veškeré strategie redukce adhezí je nezbytná správná chirurgická technika

- Šetrné zacházení s tkáněmi s použitím technologií pro lepší zobrazení (zvětšení) operačního pole
- Soustředění na plánovanou operaci a v případě zjištění jakékoli sekundární patologie zvážení poměru rizika a přínosů před provedením zákroku
- Pečlivá hemostáza a zajištění uvážlivého použití kauterizace
- Omezení doby a frekvence kauterizace a odsávání aerosolizované tkáně po kauterizaci
- Excize tkáně – omezení fulgurace

- Zkrácení doby trvání operace
- Omezení tlaku a doby trvání pneumoperitonea při laparoskopických operacích
- Omezení rizika infekce
- Omezení vysychání tkáně
- Časté použití irigace a odsávání při laparoskopických a laparotomických operacích podle potřeby
- Omezené užívání sutur a volba jemných nedráždivých sutur
- Ochrana před cizími tělesy – například materiály s volnými vlákny
- Neužívání neperitonealizovaných implantátů nebo sítěk
- Minimální užívání suchých roušek nebo hub při laparotomii
- Používání rukavic bez škrobu a latexu při laparotomii

5. Chirurgové by měli v rámci strategie redukce adhezí zvážit použití prostředků pro redukci adhezí

- Zvláštní pozornost je třeba věnovat prostředkům s daty dokládajícími bezpečnost při běžných operacích a účinnost při prevenci adhezí
- Volba prostředků v běžné praxi by se měla řídit jejich praktičností, snadností použití a cenou

6. Ze správné lékařské praxe vyplývá povinnost prodiskutovat veškerá závažná nebo často se vyskytující rizika ještě před získáním informovaného souhlasu pacienta před operací

U žen, které podstupují gynekologické operace, především operační zákroky na vejcovodech a vaječnících, a chtějí otěhotnět, pomáhá omezit tvorbu adhezí uplatnění správné chirurgické praxe, společně s nasazením prostředků pro redukci adhezí. Stejně jako všichni poskytovatelé zdravotní péče mají chirurgové povinnost chránit pacienty poskytováním nejlepších možných standardů péče – to zahrnuje i přijetí opatření k omezení tvorby adhezí.

Literatura

- Trew G. Consensus in adhesion reduction management. *Obstet Gynaecol.* 2004;6 (Suppl. 2):1-16.
- DeWilde RL, Trew G, on behalf of the Expert Adhesions Working Party of the European Society of Gynaecological Endoscopy (ESGE). Postoperative abdominal adhesions and their prevention in gynaecological surgery. Expert consensus position. *Gynecol Surg.* 2007;4:243-53.
- Diamond MP, Wexner SD, diZereg GS, et al. Adhesion prevention and reduction: current status and future recommendations of a multinational interdisciplinary consensus conference. *Surg Innov.* 2010;17:183-8.
- Robertson D, Lefebvre G, Leyland N, et al.; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Adhesion prevention in gynaecological surgery. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32:598-608.
- Menzies D, Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions--how big is the problem? *Ann R Coll Surg Engl.* 1990;72:60-3.
- Lower AM, Hawthorn RJ, Clark D, et al; Surgical and Clinical Research (SCAR) Group. Adhesion-related readmissions following gynaecological laparoscopy or laparotomy in Scotland: an epidemiological study of 24 046 patients. *Hum Reprod.* 2004;19:1877-85.
- Monk BJ, Berman ML, Montz FJ. Adhesions after extensive gynecologic surgery: clinical significance, etiology, and prevention. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170 (5 Pt 1):1396-403.
- Ellis H, Moran BJ, Thompson JN, et al. Adhesion-related hospital readmissions after abdominal and pelvic surgery: a retrospective cohort study. *Lancet.* 1999;353:1476-80.
- Ellis H. The magnitude of adhesion related problems. *Ann Chir Gynaecol.* 1998;87:9-11.
- Van Der Krabben AA, Dijkstra FR, Nieuwenhuijzen M, et al. Morbidity and mortality of inadvertent enterotomy during adhesiotomy. *Br J Surg.* 2000 ; 87:467-71.
- Swank DJ, Swank-Bordewijk SC, Hop WC, et al. Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multicentre trial. *Lancet.* 2003;361:1247-51.
- Hershlag A, Diamond MP, DeCherney AH. Adhesiolysis. *Clin Obstet Gynecol.* 1991;34:395-402.
- Mishell DR, Davajan V. Evaluation of the infertile couple. In: Mishell DR Jr, Davajan V, Lobo RA (eds) *Infertility contraception and reproductive endocrinology*, 3rd edn. Boston: Blackw
- Wilson MS, Menzies D, Knight AD, Crowe AM. Demonstrating the clinical and cost effectiveness of adhesion reduction strategies. *Colorectal Dis.* 2002;4:355-360.