

Assistenza domiciliare post-chirurgia oncologica: i tumori ginecologici

Prof. Paolo Zola

Dr.ssa Giulia Parpinel



11/06/2019

Definizione e Classificazione

Si definisce complicanza post-operatoria qualunque evento patologico in grado di modificare il normale decorso post-operatorio.

Classificazione:

- Immediate: subentrano entro 48h
- Precoci: subentrano fra la 3° e la 5° giornata
- Tardive: Subentrano oltre la 5° giornata

Sistemi di classificazione

Dindo et al. Classification

Grado	Descrizione
1	Non necessità di trattamento chirurgico, endoscopico, radiologico o farmacologico
2	Necessità di trattamento farmacologico, trasfusioni ematiche o nutrizione parenterale
3	Necessità di trattamento chirurgico, endoscopico o radiologico <ul style="list-style-type: none">• 3a: interventi non in anestesia generale• 3b: interventi in anestesia generale
4	Necessità di ricovero in terapia intensiva: <ul style="list-style-type: none">• 4a: disfunzione di un solo organo• 4b: disfunzione di organi multipli
5	Morte

D. Chassagne, P. Sismondi, JC Heriot, P Bey, P. Zola et al. "A glossary for reporting complications of treatment in gynecological cancers"

Sistemi di classificazione

Accordion Severity Classification

Grado	Descrizione
1	Complicanze lievi: necessità di procedure minimamente invasive
2	Complicazioni moderate: necessità di terapia farmacologica, trasfusioni ematiche o nutrizione parenterale
3	Complicanze severe: necessità di trattamento chirurgico, endoscopico o radiologico o re-intervento
4	Morte

S.M. Strasberg, D.C. Linehan, W.G. Hawkins, "The accordion severity grading system of surgical complications" Ann. Surg. 2009

Incidenza

Incidenza generale: 25% circa

Incidenza post-exenteratio pelvica: 67.2%

Grado delle complicanze:

- II (88.9%)
- III , IV o V (11.1%)

Complicanze patologia-relate

R. Iyer, A. Gentry-Maharaj, A. Nordin, et al., “Predictors of complications in gynaecological oncological surgery: a prospective multicentre study (UKGOSOCUK gynaecological oncology surgical outcomes and complications)” Br. J. Cancer, 2015

L. Tortorella et al. « Prediction of short-term surgical complications in women undergoing pelvic exenteration for gynecological malignancies” Gynecologic Oncology, 2019

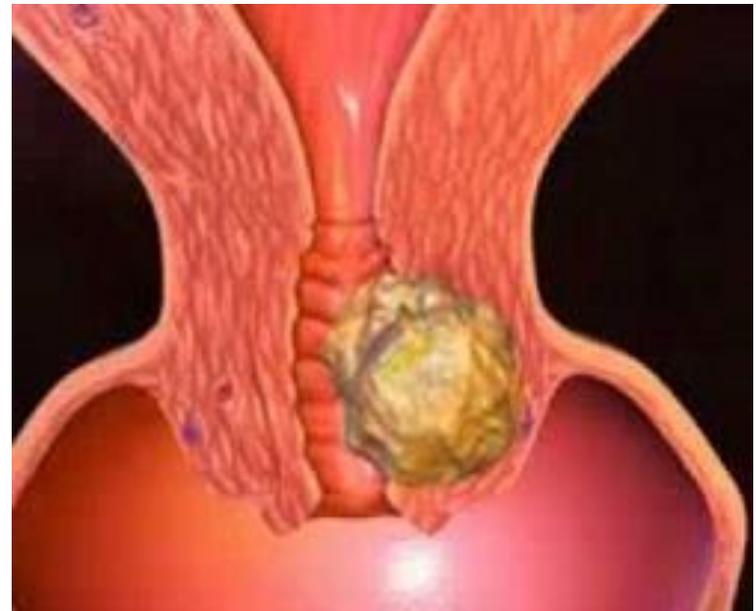
Carcinoma vulvare

- Totale complicanze post-chirurgiche: 41.8%
- Complicanze più frequenti:
 - Deiscenza della ferita chirurgica
 - Linfedema
 - Infezioni

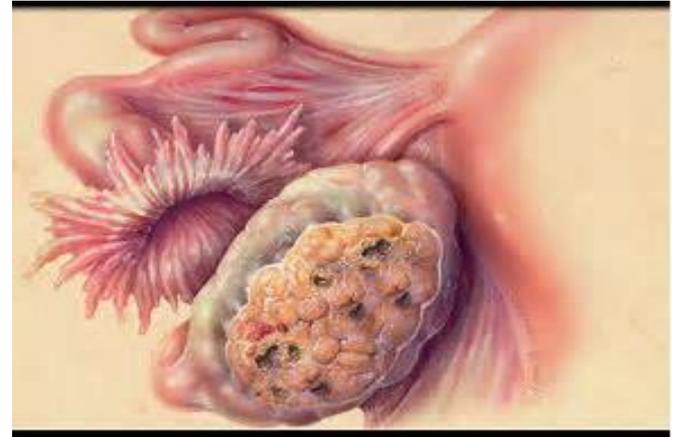


Carcinoma della cervice uterina

- Totale complicanze post-chirurgiche: 40%
- Risultati simili per chirurgia radicale laparotomica (40.7%) e laparoscopica (40%)
- Complicanze più frequenti:
 - Infezioni
 - Linfedema
 - Deiscenza ferita chirurgica
 - Incontinenza vescicale
 - Ascessi/ematomi
 - Fistole
 - TVP



Carcinoma ovarico



- Totale complicanze post-chirurgiche: 26.6%
- Complicanze più frequenti:
 - Infezioni
 - Deiscenza della ferita chirurgica
 - Ileo paralitico e complicanze intestinali
 - Linfedema
 - Ascessi/ematomi
 - Fistole e cedimenti delle anastomosi
 - Complicanze cardiologiche e polmonari
 - Emorragie

Carcinoma endometriale

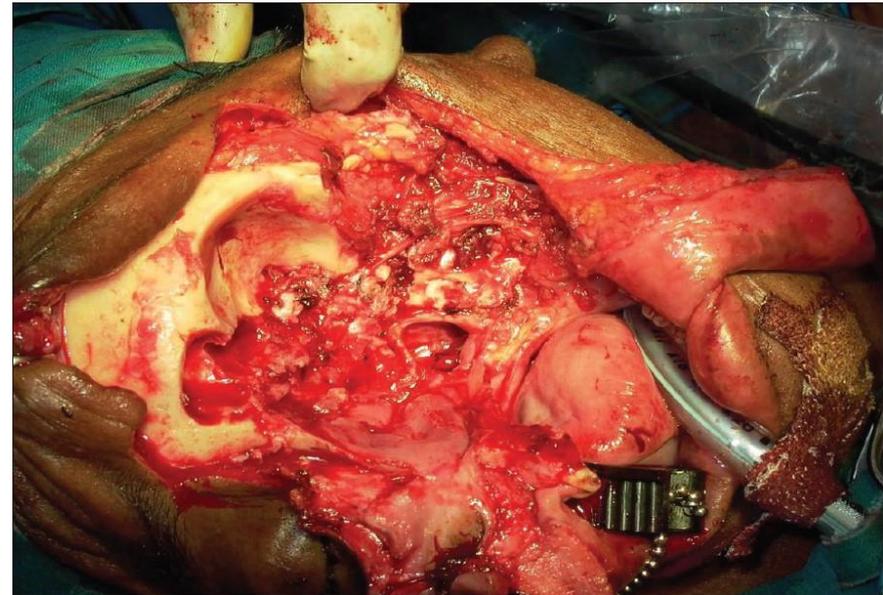
- Totale complicanze post-operatorie: 22.5%
- Differenza fra approccio laparotomico (26.8%) e laparoscopico (16.2%)
- La linfoadenectomia aumenta il tasso di complicanze (37.9% LPT vs 19.6% LPS)
- Complicanze più frequenti:
 - Deiscenza della ferita chirurgica
 - Infezioni
 - Complicanze urinarie
 - Ileo paralitico e complicanze intestinali
 - Emorragie

Exenteratio pelvica

- Totale complicanze post-operatorie: 51-82%
- Complicanze maggiori: 22-32%
- Mortalità perioperatoria: 1-6%

Complicanze più frequenti:

- Urinarie
- Deiscenza ferita chirurgica
- Organ failure
- Ascesso addominale
- Ischemia acuta AAII
- Intestinali



Fattori predittivi e di rischio

Principali FDR predittivi

- Età
- Diabete
- Presenza di comorbidità
- Precedente chirurgia, RT o chemioterapia
- Performance status (1-3)
- Durata della chirurgia
- Complessità della chirurgia
- Perdite di sangue
- Diagnosi finale (carcinoma vulvo-vaginale)

Principali FDR predittivi

Multivariable logistic regression model for post-operative complication as the outcome				
Comorbidity status (Yes/No)	1.338	1.012-1.769	0.191	0.041
Diabetes	1.642	1.113-2.421	0.325	0.012
Age	0.989	0.979-1.000	0.005	0.052
Laparoscopic approach	0.653	0.469-0.909	0.110	0.012
Duration of surgery	1.285	1.149-1.439	0.074	0.000
Final diagnosis				
Ovary	1			
Uterine	0.998	0.716-1.392	0.169	0.992
Cervix	1.664	0.958-2.891	0.469	0.071
Vulva	2.398	1.438-3.999	0.626	0.001
Benign	1.046	0.738-1.481	0.186	0.802

La laparoscopia risulta un fattore predittivo che riduce il rischio di complicanze post-operatorie

Carcinoma ovarico

Morbilità a 90 giorni dopo primary debulking surgery in carcinomi epiteliali avanzati:

- 22.3% (138/620) complicanze grado ≥ 3
 - Fattori predittivi: età, BMI > 40 kg/m², ASA score ≥ 3 , stadio, complessità dell'intervento
- 8.9% (55/620) morte
 - Fattori predittivi: età, ASA score ≥ 3 , albumina pre-operatoria < 3.5 , BMI > 40 kg/m²

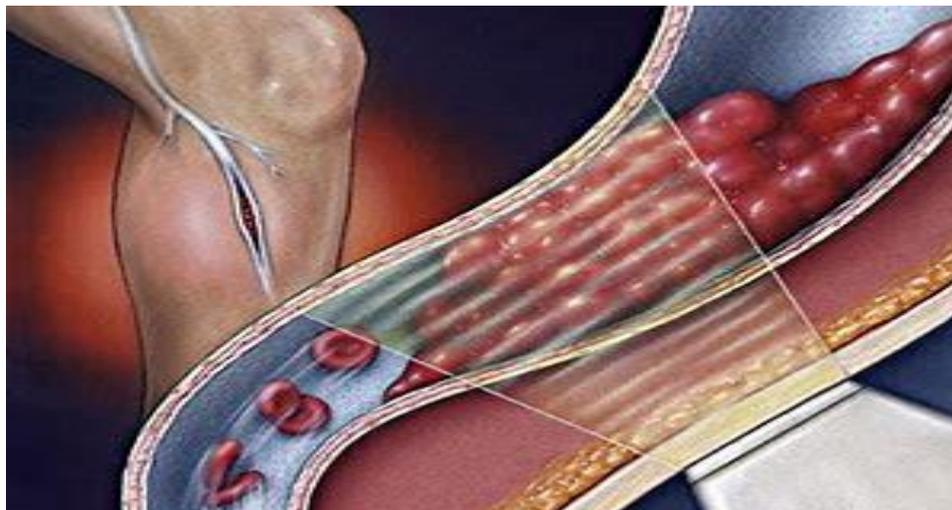
A. Kumar, J.M. Janco, A. Mariani, et al., « Risk-prediction model of severe postoperative complications after primary debulking surgery for advanced ovarian cancer” Gynecologic Oncology, 2016

Prevenzione delle complicanze postoperatorie

G. Nelson et al. "Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations» Gynecologic Oncology, 2016

Profilassi trombo-embolica

- Calze elastocompressive
- Compressione pneumatica intermittente
- Profilassi estesa (28 giorni) in caso di intervento laparotomico per carcinomi addominali o pelvici



Fluidi endovenosi

- La terapia con fluidi per via endovenosa dovrebbe essere interrotta entro 24h dall'intervento
- I cristalloidi sono da preferire alla soluzione salina al 0.9%



Dieta



- La dieta normobilanciata dovrebbe essere impostata entro le 24h dall'intervento
- L'uso di lassativi può essere considerato per prevenire l'ileo paralitico
- Livelli glicemici $> 180-200$ mg/dl dovrebbero essere gestiti con terapia insulinica e monitoraggio della glicemia

Analgesia e mobilizzazione



- L'analgesia multimodale può prevedere l'utilizzo di: oppioidi (preferibilmente orali), FANS, desametasone, gabapentina
- La mobilizzazione precoce (entro 24h dall'intervento) deve essere incoraggiata

Drenaggio peritoneale e urinario

- Il drenaggio peritoneale non è da eseguirsi routinariamente, incluse le pazienti sottoposte ad exenteratio pelvica e linfoadenectomia
- Il catetere dovrebbe essere rimosso entro 24h dall'intervento



Conclusioni

- Non ci sono indicazioni ad escludere a priori queste pazienti dall'opzione chirurgica quando essa sia l'unica opzione curativa.
- E' necessario fare una stratificazione per fattori di rischio
- Ci sono pochi dati disponibili in letteratura
- E' importante riferire le pazienti a Centri Specializzati



GRAZIE PER L'ATTENZIONE