GI ir HPB ištekliai COVID-19 metu

2020 m. Kovo 30 d

SSO remia poreikį, kad sprendimai dėl gydymo būtų priimami kiekvienu atveju atskirai. Reikia atsižvelgti į visus dalykus prieš planuojant pacientui operacija - Chirurgo žinias ir supratimą apie kiekvieno vėžio biologiją, alternatyvias gydymo galimybes ir įstaigos politiką tuo metu.

Žemiau pateikta informacija yra pagrįsta asmenų, kurie yra ekspertai virškinimo trakto ir kepenų, kasos, tulžies vėžio srityje ir yra visuomenės virškinimo trakto ir kepenų, kasos, tulžies ligų ligų darbo grupės nariai.

Viršutinis virškinimo trakto vėžys

Dauguma virškinimo trakto vėžio operacijų nėra planinės. Jei nėra pakankamai išteklių valdyti galimas komplikacijas, tada gali prireikti atidėti operaciją arba prireikus nukreipti į centrus, turinčius išteklius procedūrai atlikti. Atvejų aptarimas MDT (virtualiai ar kitaip ribojant kontaktinių žmonių skaičių) išlieka kritinis, kad būtų galima aptarti prioritetus, išteklius ir individualaus gydymo planą, atsižvelgiant į ligoninės, paciento ir naviko specifiką šioje aplinkoje.

Skrandžio ir stemplės vėžys

• Pageidautina, kad cT1a pažeidimai, kuriems gali būti atliekama endoskopinė rezekcija, tūrėtų būti atliekamas endoskopinis gydymas, kur yra išteklių.

• cT1b vėžį reikia pašalinti - rezekuoti

• cT2 ar aukštesni ir su teigiamais limfmazgiais navikai turi būti gydomi neoadjuvantine sisteminė terapija.

• Paciento stadijos nustatymui dažnai naudojama etapinė laparoskopija su pilvaplėvės plovimu prieš skiriant neoadjuvantinį gydymą. Atsižvelgiant į naujausią susirūpinimą dėl laparoskopinių operacijų COVID-19 pacientams ir papildomų išteklių naudojimo, gali būti svarstoma skirti tiesioginį neoadjuvantinį gydymą. Jei pacientui nusprendžiama atlikti laparoskopinę stadizaciją, stengiamasi naudoti kuo mažesnį pneumoperitoneumą, o procedūroje dalyvaujantys darbuotojai turėtų elgtis pagal tinkamas pneumoperitoninio pavojaus mažinimo strategijas.

• Pacientai, baigę neoadjuvantinę chemoterapiją, gali likti gydomi chemoterapija jei yra atsakas ir toleruoja gydymą, o indikacijų rezekcijai nėra. Jei pacientai nereaguoja į sisteminį gydymą, gali būti svarstoma rezekcinis gydymas.

• Pacientai, kuriems yra skrandžio obstrukcija ar kraujavimas, gali būti gydomi - endoskopinėmis priemonėmis, leidžiančiomis enteriniu būdu maitinti bei kontroliuoti kraujavimą ir jei šios priemonės neefektyvios, tada rekomenduojamas operacinis gydymas.

• Galima svarstyti dėl trumpalaikio chirurginio gydymo atidėjimo, jei liga biologiškai mažiau agresyvi, pavyzdžiui, GIST, išskyrus simptominius ar kraujavimą.

Kepenų, kasos ir tulžies vėžys

Pagal indikacijas, operuokite visus pacientus, sergančius agresyvia HPB piktybine liga.

• Tais atvejais, kai greta operacijos taip pat reikalinga sisteminė chemoterapija, apsvarstykite neoadjuvantinę chemoterapiją kaip operacijos atidėjimo priemonę.

• kasos adenokarcinoma, skrandžio vėžys, cholangiokarcinoma, dvylikapirštės žarnos vėžys, ampulinis vėžys, metastazavęs kolorektalinis kepenys

• Jei pacientas reaguoja į neoadjuvantinę chemoterapiją ir toleruoja, tęskite ir atidėkite operacinį gydymąja.

Atidėti besimptomės PNET, dvylikapirštės žarnos ir ampulinės adenomos, GIST ir didelės rizikos IPMN, nebent operacijos atidėjimas turėtų įtakos rezektabilumui.

Kepenų metastazėms, naudokite abliaciją arba stereotaktinę radiochirurgiją kur galima vietoje operacinio gydymo. Apsvarstykite abliaciją ar embolizaciją vietoj chirurginės HCC rezekcijos.