



KAMILA STOPIŃSKA, ADRIANNA MARZEC, ANITA OLEJEK

Katedra i Klinika Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

OPIS PRZYPADKU

LECZENIE POWIKŁANEJ RANY POOPERACYJNEJ U OTYŁEJ PACJENTKI ZE WZNOWĄ RAKA SROMU – OPIS PRZYPADKU

Treatment of a complicated postoperative wound in an obese patient with recurrent vulvar cancer – a case report

STRESZCZENIE

Leczenie ran pooperacyjnych po rozległych zabiegach chirurgicznych u otyłych i obciążonych pacjentów stanowi duże wyzwanie dla personelu medycznego. W pracy opisano proces powikłanego gojenia rany operacyjnej po chirurgicznym usunięciu wznowy raka sromu. Ze względu na otyłość pacjentki i rozciąganie przez nawis tkanki tłuszczowej na brzuchu doszło do rozejścia się rany pooperacyjnej, co skutkowało kolonizacją rany przez bakterie i utrudnionym gojeniem. Otyłość olbrzymia dodatkowo komplikowała czynności pielęgnacyjne. Utrudnione gojenie można także wiązać z tym, że pacjentka była obciążona cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym.

SŁOWA KLUCZOWE

rak sromu, higiena rany, gojenie rany

ABSTRACT

The treatment of postoperative wounds after major surgery in obese and overburdened patients is a major challenge for medical personnel. This case report describes the process of complicated healing of a surgical wound after surgical removal of recurrent vulvar cancer. Due to the obesity of the patient and the stretching of the fatty tissue on the abdomen, the postoperative wound de-split, which resulted in bacterial colonization of the wound and hindered healing. Huge obesity made nursing activities more difficult. Difficult healing may also be related to the fact that the patient was burdened with diabetes and arterial hypertension.

KEY WORDS

vulvar cancer, wound hygiene, wound healing

ADRES DO KORESPONDENCJI

Kamila Stopińska, Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Batorego 15, 41-902 Bytom, e-mail: kamilastopinska1995@gmail.com

WSTĘP

Rak sromu stanowi 3–5% wszystkich nowotworów w ginekologii. Podstawową metodą jego leczenia jest interwencja chirurgiczna z ewentualną późniejszą radioterapią w zależności od cech guza pierwotnego i zajęcia węzłów chłonnych [1, 2]. Najczęstszym objawem raka sromu jest świąd. Mniej powszechne objawy to krwawienie ze skóry sromu, krwawienie lub upływy z pochwy, dyzuria i ból. W zaawansowanych przypadkach guz może znajdować się na powierzchni skóry sromu. Guz może być owrzodzony, leukoplaktyczny lub brodawkowaty [1].

Niespecyficzność objawów powoduje, że nowotwór często jest wykrywany dopiero w zaawansowanym stadium [3], kiedy konieczne jest przeprowadzenie rozległego zabiegu chirurgicznego [2]. Operacje mogą się wiązać z szeregiem powikłań, do których należą zakażenie i rozejście się rany pooperacyjnej [4]. Na ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych szczególnie narażeni są pacjenci otyli i obciążeni wieloma chorobami [5]. Otyłość wpływa niekorzystnie na gojenie się ran. Badania wskazują, że otyłość olbrzymia znacząco zwiększa ryzyko powikłań pooperacyjnych i infekcji rany [6]. Czas gojenia ran u osób chorujących na cu-

krzyżę jest opóźniony z powodu wielu czynników, takich jak zmniejszona podaż tlenu, większe narażenie na infekcje, zmniejszony przepływ krwi, upośledzona produkcja czynników wzrostu, upośledzona proliferacja i migracja keratynocytów oraz zmienione mediatory śródbłonna naczyniowego [7].

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka 65-letnia, z otyłością, cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym, została przyjęta do Kliniki Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu z powodu wznowy raka sromu po radykalnej operacji metodą Hackera i radioterapii. Na sromie nie było widocznych cech wznowy, natomiast zmieniona nowotworowo tkanka znajdowała się w skórze podbrzusza, ok. 8 cm poniżej pępka.

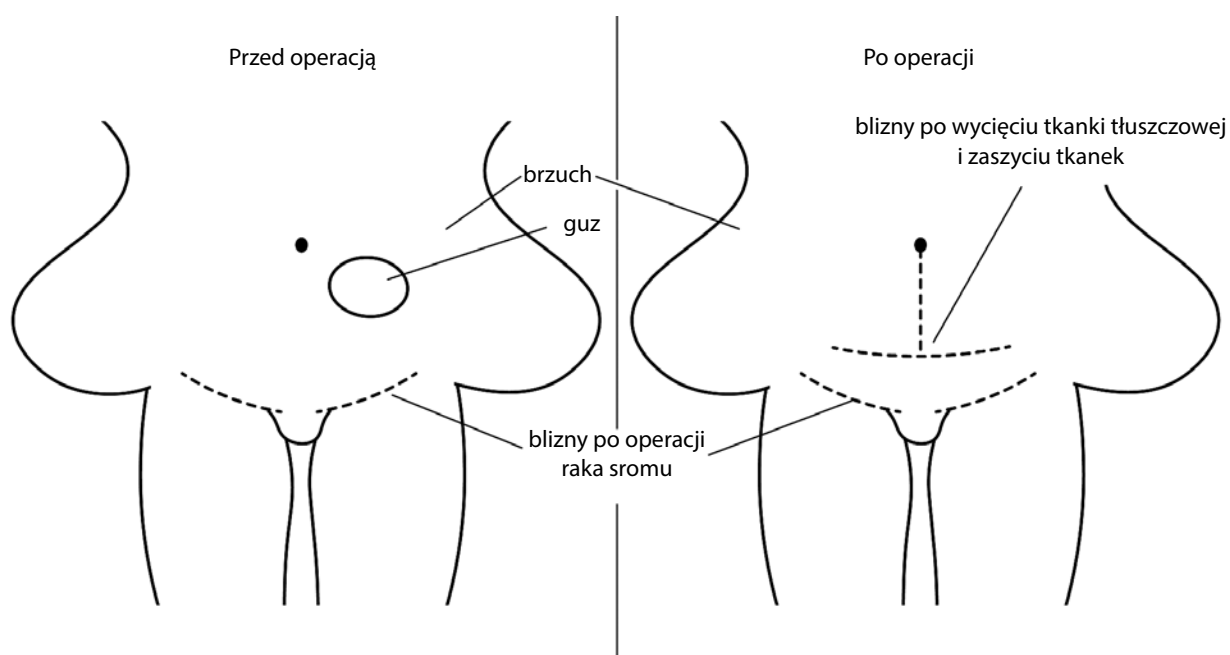
Po konsultacjach specjalistycznych chora została zakwalifikowana do zabiegu chirurgicznego. Zmianę wycięto, wykonując nacięcie nad wejściem do pochwy, a następnie wzdłuż pachwiny po obu stronach do przednich górnych kolców biodrowych. Usunięto też zmianę ze skóry podbrzusza (nisza z rozpadającą się tkanką nowotworową, która była ograniczona jedynie do tkanki tłuszczowej i nie naciekała powięzi, nie znaleziono przerzutów w węzłach chłonnych). Wykonano operację plastyczną z transpozycją płata skórno-tłuszczowego z okolic brzucha (ryc. 1). Zmianę usunięto na granicy makroskopowo zdrowych tkanek (usunięto ok. 5 kg tkanki tłuszczowej z marginesem 5–6 cm) i pobrano materiał

do badania histopatologicznego. W badaniu histopatologicznym stwierdzono, że usunięty guz to *carcinoma planoepitheliale partim keratodes exulceratum* G2.

Przebieg pooperacyjny był powikłany rozejściem się rany. Zastosowane opatrunki nie przyniosły oczekiwanego efektu. Z rany pooperacyjnej pobrano wymaz i w wykonanym posiewie wyhodowano dużą ilość bakterii *Pseudomonas aeruginosa*. Szesnastego dnia po zabiegu pobrano kolejny wymaz i z posiewu wyhodowano bakterie *Escherichia coli* oraz *Enterococcus faecalis*. Na podstawie antybiogramu wdrożono antybiotykoterapię celowaną. Ze względu na rozejście się rany pooperacyjnej i brak poprawy po leczeniu zachowawczym podjęto decyzję o chirurgicznym opracowaniu rany w sali operacyjnej. Tydzień później podjęto kolejną próbę chirurgicznego oczyszczenia rany po irygacji. Irygacje były wykonywane podczas zmiany opatrunku preparatem Microdacyn 60 Wound Care.

Leczenie zachowawcze przebiegało zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran z 2020 r. [8]. Pacjentka była dwukrotnie poddana podciśnieniowej terapii rany przy użyciu zestawu Vivano założonego podczas chirurgicznego oczyszczenia rany. W 36. dobie po zabiegu podjęto decyzję o usunięciu nadmiaru tkanki bliznowatej z nadbrzusza. Następnie wycięto i rozcięto tkankę bliznowatą nad powięzią. Zmobilizowano płaty i zamknięto wnękę.

Chora pozostawała pod opieką internisty (wyrównanie glikemii i kontrola ciśnienia tętniczego krwi).



RYC. 1. Schemat umiejscowienia wznowy nowotworu i przebiegu rany pooperacyjnej

Została wypisana w 45. dobie po zabiegu z zaleceniem dalszej obserwacji.

OMÓWIENIE

Rany w okolicy sromu goją się długo ze względu na wilgoć, mały dostęp powietrza do operowanego obszaru oraz bliskość części ciała fizjologicznie skolonizowanych przez bakterie. Dodatkowo opisywana pacjentka była otyła, co utrudniało czynności pielęgnacyjne i przyczyniało się do kolonizacji rany przez bakterie. Trudności w gojeniu się ran można zaobserwować u chorych na cukrzycę. Podwyższony poziom glikemii u pacjentki z pewnością przyczynił się do zaburzeń gojenia się rany. Poprawa stanu nastąpiła po wyrównaniu glikemii. Duża ilość tkanki tłuszczowej na brzuchu odciągała ranę na boki, a w konsekwencji spowodowała jej rozejście się.

Wiele nowotworów sromu jest początkowo błędnie diagnozowanych jako stany zapalne, co opóźnia rozpoznanie i pogarsza rokowanie. Opóźnienie w rozpoznaniu, zwłaszcza u pacjentów z innymi schorzeniami, może zwiększać prawdopodobieństwo powikłań pooperacyjnych. U osób otyłych, obciążonych cukrzycą i nadciśnieniem, po rozległych zabiegach chirurgicznych należy szczególnie starannie pielęgnować ranę pooperacyjną i jak najszybciej reagować w razie zaobserwowania nieprawidłowości w gojeniu. Tacy pacjenci wymagają także pilnej kontroli chorób towarzyszących, co wymaga interdyscyplinarnego podejścia i współpracy wielu specjalistów. Dodatkowo należy jak najbardziej ograniczać długość pobytu pacjenta w szpitalu ze względu na ryzyko kolonizacji lekoopornymi szczepami bakterii.

W placówce, w której pacjentka była hospitalizowana, standardowo przy przyjęciu wypełniany jest formularz subiektywnej globalnej oceny stanu odżywienia (*Subjective Global Assessment* – SGA). Pomimo prawidłowego odżywienia chorej przy przyjęciu na oddział, w trakcie trwania hospitalizacji stan ten się zmienił, co było spowodowane wielokrotnymi interwencjami chirurgicznymi i badaniami diagnostycznymi, które wymagały dłuższego pozostawania na czczo. W przypadku komplikacji i trudności w gojeniu ran należy zwrócić uwagę także na stan odżywienia pacjenta, w szczególności gdy jest długo hospitalizowany.

OŚWIADCZENIE

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

PIŚMIENICTWO

1. Merlo S. Modern treatment of vulvar cancer. *Radiol Oncol* 2020; 54: 371-376.
2. Michalski BM, Pfeifer JD, Mutch D i wsp. Cancer of the vulva: a review. *Dermatol Surg* 2021; 47: 174-183.
3. Tan A, Bieber AK, Stein JA i wsp. Diagnosis and management of vulvar cancer: a review. *J Am Acad Dermatol* 2019; 81: 1387-1396.
4. Kolański W. Surgical site infections – review of current knowledge, methods of prevention. *Pol Przegl Chir* 2018; 91: 41-47.
5. Schetz M, Jong A de, Deane AM i wsp. Obesity in the critically ill: a narrative review. *Intensive Care Med* 2019; 45: 757-769.
6. Di Domenico M, Pinto F, Quagliuolo L i wsp. The role of oxidative stress and hormones in controlling obesity. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2019; 10: 540.
7. Pawar KB, Desai S, Bhonde RR i wsp. Wound with diabetes: present scenario and future. *Curr Diabetes Rev* 2021; 17: 136-142.
8. Sopata M, Jawień A, Mrozkiewicz-Rakowska B i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych – przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran. *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Leczenie Ran* 2020; 17: 1-21.