

Vliv implementace ERAS protokolu na sledované parametry

Balík M., Navrátil P. ml., Holub L., Louda M., Špaček J., Brodák M

Urologická klinika LF a FN Hradec Králové

| Úvod

Radikální cystektomie je jediná známá kurativní modalita léčby invazivního uroteliálního karcinomu močového měchýře. Jedná se o extrémně náročný výkon spojený s vysokou incidencí komplikací.

Snahy o minimalizaci důsledků „operační nemoci“ vyvrcholily vypracováním metodiky ERAS (enhanced recovery after surgery) - souboru 22 doporučení k přípravě nemocného k operaci a v perioperačním a pooperačním období.



| Metody

Po zavedení ERAS protokolu na našem pracovišti na konci roku 2017 panovaly obavy, jestli vůbec tento náročný proces v našich podmínkách přináší nějaký benefit. Komplikované pooperační průběhy se totiž vyskytovaly stále. Proto jsme se rozhodli retrospektivně srovnat sledované parametry 2,5 roku před a 2,5 po jeho implementaci.

| Výsledky

V obou skupinách nebyly nalezeny významné rozdíly v průměrném věku (67 vs. 69 let) či BMI (27 vs. 28). Bez ERAS bylo provedeno 61 výkonů (55x Bricker, 4x VIP a 2x ureterostomie – z toho 48x otevřeně, 12x LSK a 1x roboticky), po zavedení ERAS protokolu pak 67 výkonů (55x Bricker, 6x VIP a 6x US – z toho 52x otevřeně a 16x roboticky). ERAS protokol zkrátil operační čas o 22 minut, perioperační krevní ztrátu o 220ml, dobu hospitalizace o 3 dny (21 vs. 18), dobu na JIP o 2 dny (7 vs. 5) a dobu do první stolice o 2 dny (7 vs. 5). Nezměnila četnost nekomplikovaného průběhu dle Dindo/Claviena (G0 23% vs. 27% a GI 4,3% vs. 4,8%) či naopak závažných a velmi závažných komplikací (GIII 16% vs. 12%, GIV 13,1% vs. 10,4% a GV 1,64% vs. 0%). Zásadně ale došlo k poklesu výskytu komplikací střední závažnosti – např. urosepsy, prolongovaného paralytického ileu či sekundárního hojení rány (GII 90% vs. 55%).

| Zhodnocení

Implementace ERAS protokolu v našich podmínkách nebyla snadná. Nyní již ale můžeme s jistotou konstatovat, že přináší řadu pozitivních výsledků. Neznamená to však úplnou absenci komplikovaných pooperačních stavů.

22 doporučení

1. edukace (S)
2. příprava k výkonu (S)
3. vynechání mechanické přípravy střeva (S)
4. podávání uhlohydrátů před výkonem (S)
5. lačnění (S)
6. premedikace (S)
7. prevence TEN (S)
8. epidurální anestezie (S)
9. minimálně invazivní přístup (S)
10. redukce drenáže (W)
11. ATB profylaxe, dekolonizace (S)
12. anestetický protokol (S)
13. perioperační nálož tekutin (S)
14. prevence hypotermie (S)
15. vynechání NGS (S)
16. derivace moče (W)
17. prevence pooperačního ileu (S)
18. prevence pooperační nauzey a zvracení (S)
19. pooperační analgezie (S)
20. časná mobilizace (S)
21. časný návrat k perorálnímu příjmu (S)
22. audit (S)

Výsledky – histologie

pT0	6x	10x
pTa	1x	1x
pTis	9x	13x
pT1	3x	2x
pT2	11x	11x
pT3	20x	22x
pT4	11x	9x
prostata	28/44 (64%)	29/49 (59%)
uzliny	16/61 (26%)	11/68 (16,2%)