

Uzgodnione stanowisko ISUOG dotyczące racjonalizacji wykonywania ginekologicznych badań ultrasonograficznych w warunkach pandemii SARS-CoV-2

Tłumaczył Krzysztof Mościcki

Konsultowała dr n. med. Monika Mazanek-Mościcka, redaktor naczelny „Medycyny Praktycznej – Ginekologii i Położnictwa”

WPROWADZENIE

Chcąc zapewnić ochronę zarówno pacjentkom, jak i osobom wykonującym badania ultrasonograficzne (USG; lekarzom, ultrasonografistom i innym specjalistom) w warunkach pandemii koronawirusa zespołu ostrej niewydolności oddechowej 2 (SARS-CoV-2), International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG) opracowało poniższe zalecenia oparte na opinii ekspertów mające na celu racjonalizację wykonywania USG ze wskazań ginekologicznych.

Wprawdzie USG należy do podstawowych świadczeń i u wszystkich kobiet z dolegliwościami ginekologicznymi powinno się przeprowadzać wysokiej jakości badanie, to jednak obecna pandemia choroby wywołanej przez SARS-CoV-2 (COVID-19) wymusza segregację skierowań na ginekologiczne USG. Wynika to z następujących zasad stanowiących konsekwencję pandemii:

1. Zasoby medyczne należy oszczędzać i wykorzystywać zależnie od ustalonych priorytetów.
2. Należy dołożyć wszelkich starań, aby uniknąć zbędnego kontaktu pomiędzy (potencjalnie zakażonym) personelem medycznym a (potencjalnie zakażonymi) pacjentami. Podczas wykonywania USG ryzyko przeniesienia zakażenia jest szczególnie duże, ponieważ pacjent i osoba wykonująca badanie nie są w stanie zachować zalecanej bezpiecznej odległości.
3. Aby uniknąć przeniesienia zakażenia, wizyty należy ograniczyć wyłącznie do koniecznych.

Zatem wizyty w celu wykonania USG ze wskazań ginekologicznych należy podzielić w zależności od sytuacji klinicznej na:

1. niezwłoczne (**TERAZ**),
2. takie, które można przesunąć o kilka tygodni (**WKRÓTCE**),
3. takie, które można przesunąć na czas po zakończeniu pandemii (**PÓZNIEJ**).

Niniejsze wytyczne dotyczą pacjentek z dolegliwościami ginekologicznymi. Rekomendacje w zakresie poszczególnych kategorii segregacji przedstawiono w tabeli i omówiono w tekście.

PRIORYTET WYKONYWANIA BADAŃ ULTRASONOGRAFICZNYCH W ZALEŻNOŚCI OD SYTUACJI KLINICZNEJ

Ostry ból w miednicy mniejszej (**TERAZ**)

Ostry i nieustępujący ból w miednicy mniejszej należy uznawać za ginekologiczny stan nagły, o ile nie ustalono innego rozpoznania. Po wykluczeniu ciąży na podstawie testu ciążowego wykonanego w próbce moczu jako możliwe przyczyny należy rozważyć:

- Skręcenie jajnika – w większości przypadków (innych niż przemijające skręcenie jajnika) wymaga pilnej interwencji chirurgicznej. Chociaż skręcenie jajnika stanowi rozpoznanie kliniczne, USG jest

badaniem kluczowym u pacjentek z ostrym bólem w miednicy mniejszej.

- Pęknięcie torbieli krwotocznej jajnika – wprawdzie często jest bardzo bolesne, to jednak zazwyczaj wystarcza postępowanie ambulatoryjne z podaniem leków przeciwbólowych. Ocena w USG jest konieczna, aby wykluczyć skręcenie jajnika.
- Zapalenie narządów miednicy mniejszej (PID) i/lub ropień jajowodowo-jajnikowy (TOA) – objawy mogą być podobne jak w przypadku zakażenia SARS-CoV-2 (np. gorączka). Podobnie jak w przypadku skręcenia jajnika, diagnoza i leczenie zależą od wyniku USG, które umożliwia wykrycie TOA. Jego wykluczenie ma zasadnicze znaczenie dla postępowania w przypadku PID.

Nieostry ból w miednicy mniejszej (PÓŹNIEJ)

Dla celów niniejszych wytycznych autorzy wyróżnili następujące typy nieostrego bólu w miednicy mniejszej:

- przewlekły ból w miednicy mniejszej,
- cykliczna dyschezja,
- bolesne miesiączkowanie,
- dyspareunia.

Endometrioza i adenomioza należą do najczęstszych stanów powodujących powyższe objawy bólowe. W wielu przypadkach występuje kilka objawów. Mimo że są to bardzo uciążliwe stany, pacjentka i lekarz powinni rozważyć odłożenie USG do czasu zakończenia pandemii COVID-19. Ostre epizody bólu w miednicy mniejszej w razie utrzymującego się bólu nieostrego powinny być diagnozowane jak opisano powyżej.

Powikłania pooperacyjne/pozabiegowe (TERAZ)

Chociaż w niektórych ośrodkach wstrzymano planowe operacje ginekologiczne, w większości wykonuje się pilne operacje onkologiczne. We wszystkich ośrodkach podczas pandemii będzie konieczne przeprowadzanie operacji pilnych (np. cięć cesarskich, operacji z powodu ciąży ektopowej czy skręcenia jajnika) i należy brać pod uwagę powikłania pooperacyjne (np. krwotok, ropień, zbiornik płynu, wodonercze). W razie podejrzenia powikłania pozabiegowego (np. przebiccia macicy) lub występującego np. po założeniu wkładki wewnątrzmacicznej (IUCD; np. silnego bólu, krwawienia, zakażenia) należy

zapropnować niezwłoczne wykonanie USG, podobnie jak po rozległych operacjach onkologicznych, jeśli zachodzi taka potrzeba (p. dalej).

Nieplodność

Wiele ośrodków wstrzymało przeprowadzanie procedur z zastosowaniem technik rozrodu wspomaganego (ART) na czas pandemii. Towarzystwa naukowe przestrzegają przed ich wykonywaniem w tym czasie^{1,2}. Niemniej powinno się kontynuować stosowanie ART w celach zachowania płodności u pacjentek onkologicznych.

- Zespół hiperstymulacji jajników (**TERAZ**) – jest poważnym i ostrym stanem ginekologicznym wymagającym natychmiastowego wykonania USG, niezależnie od tego, czy rozwinął się w wyniku stosowania ART z powodu niemożności zajścia w ciążę czy też w celu zachowania płodności.
- Nieplodność i nawracające utraty ciąży (**PÓŹNIEJ**) – w takich przypadkach wykonanie USG należy odłożyć do czasu, gdy zostaną zniesione restrykcje nakazujące utrzymywanie odległości, a ośrodki leczenia niepłodności wznowią działalność.

Nieprawidłowe krwawienia z macicy

Na ogół nieprawidłowe krwawienia z macicy (AUB) u kobiet w okresie przedmenopauzalnym stanowią łagodny stan niezagrażający życiu. Poniżej wymieniono typy AUB, w których przypadku ocenę w USG można przełożyć na późniejszy okres (po zniesieniu restrykcji dotyczących utrzymywania odległości). Jeśli pacjentka martwi się objawami, powinna rozważyć konsultację telefoniczną/wideo z lekarzem rodzinnym lub ginekologiem w celu podjęcia leczenia empirycznego. Do stanów tych należą:

- krwawienia przełomowe podczas terapii hormonalnej (**PÓŹNIEJ**),
- obfite miesiączki (HMB) bez niedokrwistości (**PÓŹNIEJ**),
- rzadko występujące miesiączki (*oligomenorrhea*) lub zespół policystycznych jajników (**PÓŹNIEJ**) – jeśli to możliwe, należy wykluczyć ciążę,
- krwawienia międzymiesiączkowe (**PÓŹNIEJ**),

Tabela 1. Zalecana racjonalizacja wykonywania badań ultrasonograficznych ze wskazań ginekologicznych w warunkach pandemii COVID-19

Priorytet	Postępowanie	Sytuacja kliniczna
TERAZ	Pacjentka powinna się zgłosić bezzwłocznie na oddział ratunkowy w celu przeprowadzenia pilnego badania.	<ul style="list-style-type: none"> ostry utrzymujący się ból w miednicy mniejszej – rozpoznanie różnicowe: <ul style="list-style-type: none"> skręcenie jajnika pęknięcie torbieli krwotocznej jajnika zapalenie narządów miednicy mniejszej i/lub ropień jajowodowo-jajnikowy powikłania pooperacyjne/pozabiegowe zespół hiperstymulacji jajników guz zlokalizowany w brzuchu i miednicy mniejszej wywołujący objawy (np. powiększenie obwodu brzucha z powodu wodobrzusza) nieprawidłowe krwawienia z macicy <ul style="list-style-type: none"> obfita miesiączka z poważną niedokrwistością lub niestabilnością hemodynamiczną
WKRÓTCE	Badanie ultrasonograficzne można przesunąć o 2–4 tyg.	<ul style="list-style-type: none"> nieprawidłowe krwawienia z macicy <ul style="list-style-type: none"> pomenopauzalne po stosunku guz zlokalizowany w brzuchu i miednicy mniejszej <ul style="list-style-type: none"> duże ryzyko procesu złośliwego wg modelu IOTA-ADNEX ($\geq 10\%$) ultrasonograficzne określanie stopnia zaawansowania nowotworu ginekologicznego, potwierdzonego na podstawie badania histopatologicznego wycinka lub rozpoznanego przypadkowo (przy okazji innego badania obrazowego), jeżeli ocena ta może wpłynąć na leczenie objawy nawrotu ginekologicznego nowotworu złośliwego dodatni wywiad rodzinny w kierunku ginekologicznego nowotworu złośliwego z predyspozycją genetyczną (np. nosicielka mutacji genów <i>BRC1</i>)
PÓŹNIEJ	Badanie ultrasonograficzne należy odłożyć na okres po zakończeniu pandemii. Pacjentki można nadal kierować na badanie ultrasonograficzne, ale termin badania zostanie ustalony po zakończeniu pandemii. Należy wdrożyć odpowiedni system rejestracji, zapewniający odbycie wizyty w późniejszym terminie.	<ul style="list-style-type: none"> nieprawidłowe krwawienia z macicy – nienasilone, u kobiety przed menopauzą <ul style="list-style-type: none"> krwawienie przełomowe podczas stosowania leków hormonalnych obfita miesiączka/krwawienie z macicy niezwiązane z niedokrwistością rzadko występujące krwawienia miesiączkowe (<i>oligomenorrhea</i>) krwawienia międzymiesiączkowe/nierregularne krwawienie w okresie okołomenopauzalnym nieostry ból w miednicy <ul style="list-style-type: none"> przewlekły ból w miednicy cykliczna dyschezja bolesne miesiączkowanie dyspareunia dodatni wywiad rodzinny w kierunku ginekologicznych nowotworów złośliwych (bez znanej/wykrytej predyspozycji genetycznej) nietrzymanie moczu niepłodność i nawracające utraty ciąży wypadanie narządów miednicy mniejszej badanie kontrolne wykrytej uprzednio i opisanej jako prawdopodobnie niezłośliwa zmiany w przydatkach macicy <ul style="list-style-type: none"> torbiel jednokomorowa torbiel endometrialna torbiel skórzasta / potworniak torbielowaty dojrzały krwotoczna torbiel jajnika (w tym torbiel ciała żółtego) wodniak jajowodu zmiana o małym ryzyku złośliwości w modelu IOTA-ADNEX ($< 10\%$) badanie kontrolne uprzednio wykrytej nieprawidłowości w miednicy <ul style="list-style-type: none"> polip(-y) endometrium mięśniak(-i) macicy adenomioza endometrioza badanie kontrolne lokalizacji wkładki wewnątrzmacicznej badanie kontrolne w przypadku przebytego nowotworu złośliwego bez objawów podmiotowych i przedmiotowych nawrotu

W poniższych przypadkach AUB mogą wymagać pilniejszej oceny:

- HMB z ciężką niedokrwistością lub niestabilnym stanem hemodynamicznym (**TERAZ**)
 - a) Pilne wykonanie USG jest konieczne u pacjentek, u których ujawniły się następstwa niedokrwistości, a terapia empiryczna okazała się nieskuteczna. W tych przypadkach lekarz powinien ustalić przyczynę HMB w celu optymalizacji farmakoterapii. Ponieważ jednak większość przyczyn HMB ma charakter niezłośliwy, a interwencja zabiegowa może być niedostępna z powodu przekierowania zasobów szpitalnych, lekarz powinien rozważyć, czy USG wpłynie na zmianę postępowania u pacjentki w okresie pandemii.
 - b) Pacjentki z nieprawidłowymi HMB wymagają pilnej oceny, ponieważ przyczyną tych objawów może być poważna nieprawidłowość, taka jak rak szyjki macicy.
- Krwawienie pomenopauzalne (**WKRÓTCE**)
 - a) Należy wykluczyć raka endometrium. Na szczęście w przypadku krwawień pomenopauzalnych występuje on stosunkowo rzadko, a jeśli się rozwinię, najczęściej nie odznacza się agresywnym i szybkim przebiegiem³. W normalnych okolicznościach pacjentki z krwawieniami pomenopauzalnymi kieruje się do oceny w ciągu 2 tygodni⁴. W warunkach pandemii COVID-19 autorzy proponują przesunięcie badania o 4 tygodnie (tzn. zaleca się jego wykonanie po ok. 6 tygodniach).
- Krwawienia po stosunku (**WKRÓTCE**)
 - a) należy rozważyć badanie z użyciem wziernika i/lub pobranie wymazu z szyjki macicy,
 - b) należy wziąć pod uwagę możliwość występowania raka szyjki macicy i podjąć odpowiednie kroki, by nie przeoczyć jego rozpoznania.

Guz w jamie brzusznej i miednicy

Guz w jamie brzusznej i miednicy może zostać uwidoczony przypadkowo podczas innego badania obrazowego albo wykryty przez samą kobietę. Autorzy proponują segregację takich pacjentek na podstawie występujących objawów.

- Guz w jamie brzusznej i miednicy wywołujący objawy (**TERAZ** albo **WKRÓTCE**) – w zależności

od nasilenia objawów lekarz powinien rozważyć skierowanie pacjentki na oddział ratunkowy w celu pilnej diagnostyki. Jej przeprowadzenie może być konieczne w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego (objawy niedrożności jelit, nudności lub wymioty, jadłowstręt, wczesne uczucie sytości, nieoczekiwana utrata masy ciała, zwiększony obwód brzucha). Chociaż objawy towarzyszące (efekt guza powodujący ucisk i objawy ze strony pęcherza moczowego lub jelita) nie są zazwyczaj ostre ani zagrażające życiu, mogą wskazywać na obecność zaawansowanego raka jajnika, kiedy to właściwe może być zlecenie pilnego USG u specjalisty i wdrożenie odpowiedniego leczenia. Ryzyko raka rozsądnie jest uznać za duże w przypadku uzyskania wskaźnika co najmniej 10% w modelu IOTA-ADNEX⁵ (dostępny bezpłatnie na stronie: www.iotagroup.org/research/iota-models-software/adnex-risk-model).

- Guz w jamie brzusznej i miednicy bez objawów towarzyszących (**WKRÓTCE** lub **PÓŹNIEJ**) – można rozważyć odroczenie USG do czasu ustania pandemii, jeśli stwierdzi się w wywiadzie nieprawidłowość miednicy, taką jak mięśniak. W innym przypadku odroczenie o krótszy czas (4 tygodnie) jest dopuszczalne, jeśli zmianę dopiero wykryto, a pacjentka nie zgłasza objawów.

Ginekologiczny nowotwór złośliwy (**WKRÓTCE**)

Podczas pandemii COVID-19 należy rozważyć, czy USG wykonywane przez specjalistę nie może zostać w pełni zastąpione przez tomografię komputerową (TK) lub tomografię rezonansu magnetycznego (MRI) we wstępnym określeniu stopnia zaawansowania nowotworu albo w ocenie efektów leczenia lub objawów nawrotu choroby. Jeśli nie jest to możliwe, należy zlecić pilne wykonanie USG przez specjalistę w następujących sytuacjach:

- Wstępne rozpoznanie
 - a) ultrasonograficzna charakterystyka guza zlokalizowanego w jamie brzusznej i miednicy,
 - b) określenie stopnia zaawansowania nowotworu ginekologicznego, potwierdzonego w badaniu histopatologicznym wycinka lub rozpoznanego przypadkowo (przy okazji innego badania obrazowego), jeśli ocena ta może wpłynąć na leczenie,

- c) wykluczenie wymagających drenażu powikłań pooperacyjnych lub pozabiegowych, takich jak zbiornik płynu, wodonercze, wolny płyn czy płyn w jamach opłucnej.
- Ocena efektów leczenia – chociaż korzystne jest zastosowanie tej samej metody obrazowania jak we wstępnej ocenie odpowiedzi nowotworu na leczenie, powinno się preferować TK i/lub MRI.
- Nawrót choroby – u kobiet, u których występują objawy nawrotu ginekologicznego nowotworu złośliwego (np. wzrost stężenia markerów nowotworowych, ujawnienie się nowych objawów), a wyniki USG mogą umożliwić podjęcie skutecznego leczenia onkologicznego, badanie należy wykonać szybko. Zestawienie ryzyka i korzyści związanych z USG lub innymi metodami obrazowymi jest ważne u pacjentek z typowymi objawami wznowy (np. wodobrzusze, duszność, wczesne uczucie sytości), u których jedyną możliwością postępowania może się okazać opieka paliatywna.

Badanie kontrolne w przypadku wcześniej wykrytych nieprawidłowości (PÓŹNIEJ)

U wielu pacjentek wykonano uprzednio ginekologiczne USG wymagające powtórzenia w okresie następnych kilku miesięcy. Poniżej autorzy wymieniają możliwe powody takiego badania kontrolnego i we wszystkich tych sytuacjach sugerują jego odłożenie na okres po zakończeniu pandemii. W przypadku guza przydatków macicy ryzyko procesu złośliwego i ostrych powikłań jest małe, jeśli stwierdzone uprzednio cechy morfologiczne guza wskazują na zmianę łagodną⁶.

- Macica
 - a) polip/polipy,
 - b) mięśniak/mięśniaki,
 - c) adenomioza.
- Jajniki
 - a) torbiel jednokomorowa o największym wymiarze mniejszym od 10 cm,
 - b) torbiel endometrialna,
 - c) torbiel skórzasta (potworniak dojrzały torbielowaty),
 - d) torbiel krwotoczna (w tym torbiel ciała żółtego),
 - e) guz o małym ryzyku złośliwości w modelu IOTA-ADNEX (<10%)⁵.

- Zmiany pozamaciczne i pozajajnikowe
 - a) endometrioza,
 - b) wodniak jajowodu.

Badanie kontrolne oceniające lokalizację IUCD (PÓŹNIEJ)

W okresie pandemii należy się spodziewać ograniczenia bezpośrednich konsultacji w gabinecie, co będzie prawdopodobnie oznaczać zmniejszenie częstości wizyt w celu zakładania IUCD. Jednak ze względu na istotne znaczenie antykoncepcji pacjentkom nadal powinno się proponować opcję, jaką stanowi IUCD. Jeśli pacjentka zdecyduje się na jej założenie i procedura ta zostanie przeprowadzona, autorzy zalecają odłożenie rutynowego kontrolnego USG oceniającego lokalizację wkładki na czas po ustaniu pandemii. Jeśli w badaniu z użyciem wzornika nie uwidacznia się nitki IUCD, autorzy sugerują zalecenie pacjentce stosowania innej, dodatkowej metody antykoncepcji i odłożenie USG, ponieważ wiadomo, że bezobjawowe przebicie macicy lub wydalenie wkładki zdarzają się bardzo rzadko.

Dolegliwości uroginekologiczne (PÓŹNIEJ)

W przeważającej większości przypadków dolegliwości uroginekologiczne nie są niebezpieczne ani nie stanowią zagrożenia życia. Wykonanie USG należy odłożyć na okres po zakończeniu pandemii w przypadku:

- nietrzymania moczu,
- wypadania narządów miednicy mniejszej.

Badanie kontrolne po zakończeniu leczenia ginekologicznego nowotworu złośliwego (PÓŹNIEJ)

Pacjentki podlegające czynnej obserwacji w USG powinno się poinformować o objawach nawrotu choroby i doradzić im telefoniczne powiadomienie zespołu ginekologów onkologicznych sprawujących nad nimi opiekę w razie wystąpienia takich symptomów.

ZALECENIA OGÓLNE

Ocena przesiewowa w kierunku zakażenia SARS-CoV-2

Wszystkie kobiety zwracające się o pomoc lekarską należy poddać ocenie przesiewowej opierającej się na występujących objawach i statusie zakażenia. Optymalnie wywiad taki powinien zostać przeprowadzony telefonicznie przez starszego stażem pracownika medycznego. Jednak w sytuacji, gdy pacjentka już zgłosi się do przychodni, osoba przeprowadzająca wywiad przesiewowy powinna być zaopatrzona w środki ochrony indywidualnej (PPE). Zasadnicze znaczenie ma wykluczenie takich objawów, jak kaszel i gorączka⁷, zanim pacjentka znajdzie się na terenie ośrodka w celu wykonania USG lub uzyskania konsultacji. Należy przeprowadzić wywiad w kierunku ryzyka związanego z podróżą, wykonywanym zawodem, kontaktami i klastrami (TOCC). Jeśli w którymś momencie dochodzi do zwiększenia lokalnego rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2, należy wdrożyć strategię uznawania wszystkich pacjentek za osoby dużego ryzyka. Autorzy rekomendują również, by starszy stażem lekarz zapoznał się ze szczegółami historii medycznej pacjentki w celu ustalenia, czy jej wizyta w szpitalu lub przychodni jest konieczna.

Postępowanie w przypadku kobiet z podejrzaną lub potwierdzoną COVID-19

Każda kobieta, u której podejrzewa się lub potwierdzono COVID-19, powinna zostać poproszona o niewchodzenie do ośrodka. W razie konieczności wykonania badania należy je przeprowadzić w pomieszczeniu specjalnie wydzielonym dla osób z COVID-19. Do ośrodka mogą zostać wpuszczone tylko pacjentki, u których uzyskano ujemny wynik skriningu, oraz pacjentki z podejrzeniem COVID-19 wymagające bezwzględnego badania. Autorzy rekomendują, by w miarę możliwości przeznaczyć jeden aparat ultrasonograficzny i jedno pomieszczenie dla pacjentek z podejrzaną lub potwierdzoną COVID-19, u których konieczne jest wykonanie USG. Ważne jest przestrzeganie zaleceń bezpieczeństwa dotyczących czyszczenia sprzętu⁸.

Pacjentki z podejrzeniem COVID-19 wymagające przyjęcia

Jeśli pacjentka z podejrzeniem COVID-19 jest w stanie stabilnym, może zostać odesłana do domu w celu samoizolacji na 7 dni, o ile jest to klinicznie dopuszczalne. Idealnym postępowaniem byłoby podejmowanie samoizolacji przez 14 dni przez każdą pacjentkę, która mieszka z osobą wykazującą możliwe objawy COVID-19; jednak w przypadku opieki we wczesnej ciąży wydaje się to praktycznie niemożliwe⁹. Wszystkie pomieszczenia i miejsca, w których przebywała pacjentka, wymagają dokładnego czyszczenia. W razie konieczności hospitalizacji jej miejsce będzie zależało od przyczyny przyjęcia i dostępności odosobnionego pomieszczenia, w którym pacjentka będzie mogła przebywać do czasu uzyskania wyników testów w kierunku SARS-CoV-2.

O każdej pacjentce z podejrzanym zakażeniem SARS-CoV-2 powinno się niezwłocznie powiadomić wszystkich członków zespołu.

PRZEBIEG WIZYTY

Środki ostrożności w poczekalniach i gabinetach

1. Biorąc pod uwagę zalecenia dystansowania społecznego, ważne jest przestrzeganie godzin umówionych wizyt i zachowania odpowiednich przerw między wizytami, aby zapobiec gromadzeniu się pacjentek w poczekalni, a także utrzymywania co najmniej 2-metrowych odstępów między krzesłami.
2. Przy wejściu i w poczekalni powinien być dostępny płyn do dezynfekcji dłoni. Ciężarna i jej partner (jeśli jest obecny) powinni go użyć zaraz po przyjeździe i stosować często podczas pobytu na oddziale oraz przed USG. Jeśli z powodu braków płyn jest niedostępny, kobiecie należy zalecić mycie rąk mydłem (co najmniej przez 20 sekund) przed wykonaniem badania.
3. Należy udostępnić maski i stosować je zgodnie z uprzednio opublikowanymi zaleceniami¹⁰. Maski chirurgiczne powinny zakładać szczególnie pacjentki wykazujące objawy lub uznane za możliwe lub prawdopodobnie zakażone. W zależności od profilu ryzyka pacjentki, ultrasonografiści powinni zakładać maski chirurgiczne lub maski filtrujące (N95, FFP2, FFP3).

4. Podczas umawiania wizyty pacjentkę należy prosić, by przyszła sama albo co najwyżej z jedną dorosłą osobą towarzyszącą; osobami towarzyszącymi nie powinny być dzieci ani osoby po 60. roku życia. Kobiety z objawami wskazującymi na możliwe zakażenie SARS-CoV-2 powinny unikać wizyt na oddziale, chyba że istnieje ku temu silne wskazanie kliniczne. W takiej sytuacji kobieta powinna być badana w specjalnie przeznaczonym do tego pomieszczeniu „zakaźnym” lub w pomieszczeniu wyznaczonym do diagnostyki w kierunku zakażenia SARS-CoV-2.

Wytyczne dla personelu wykonującego rutynowe lub specjalistyczne USG

1. Wytyczne dotyczące czyszczenia oraz dezynfekcji głowic i aparatów ultrasonograficznych, a także zasady ochrony pacjentek oraz osób wykonujących ginekologiczne i położnicze USG przedstawiono w oddzielnym dokumencie⁸.
2. Należy przestrzegać wszystkich zaleceń lokalnych instytucji kontrolujących zakażenia, w tym następujących:
 - osoba wykonująca badanie powinna mieć odsłonięte ręce poniżej łokci,
 - osoba wykonująca badanie nie może nosić zegarka ani żadnej biżuterii.
3. Osoba wykonująca badanie powinna myć lub dezynfekować ręce zarówno przed bezpośrednim kontaktem z pacjentką, jak i po nim.
4. Osoba wykonująca badanie powinna podczas USG używać bezlateksowych rękawiczek jednorazowych i zmieniać je po każdej pacjentce.
5. Zaleca się stosowanie w trakcie USG co najmniej 3-warstwowych masek chirurgicznych, gdyż osoba wykonująca badanie pozostaje dłuższy czas w bliskim kontakcie z pacjentką. Podczas wykonywania badania u pacjentek z podejrzaną, prawdopodobną lub potwierdzoną COVID-19 powinno się używać odpowiednich masek filtrujących (N95, FFP2, FFP3)¹⁰.
6. Zaleca się stosowanie żelu w jednorazowych opakowaniach, nawet w przypadku badania przezbrzusznego.
7. Personelowi nieklinicznemu (np. rejestratorom lub pracownikom biurowym) doradza się przestrzeganie lokalnych procedur kontroli zakażeń. Jeśli mogą wy-

konywać swoje zadania bez konieczności bliskiego kontaktu z pacjentami, używanie masek 3-warstwowych nie jest konieczne.

8. Wszyscy członkowie personelu oddziałów wykonujących USG powinni znać możliwe objawy zakażenia SARS-CoV-2, takie jak nowo występujący kaszel, gorączka i skrócenie oddechu. W razie stwierdzenia u siebie któregośkolwiek z tych objawów powinni się niezwłocznie zwrócić do lekarza i poddać testom zgodnie z lokalnymi wytycznymi.

Koordinacja działań lokalnego oddziału podczas pandemii COVID-19

Autorzy zalecają, aby w uzupełnieniu rutynowego postępowania stosować się do następujących rekomendacji:

1. Należy codziennie sprawdzać wszystkie PPE¹⁰, aby mieć pewność, że jest ich wystarczająca ilość i że są gotowe do użycia.
2. Wszyscy członkowie personelu powinni mieć dopasowane maski filtrujące FFP3, co powinno zostać udokumentowane.
3. Menadżerowie powinni przewidywać, że członkowie personelu (lub osoby z ich rodziny) mogą zachorować podczas pandemii, w związku z czym muszą starannie planować grafiki pracy personelu i zapewnić dostępność pracowników zgodnie z lokalnymi możliwościami.
4. Jeśli u pacjentek przeprowadza się testy w kierunku SARS-CoV-2, należy gromadzić i codziennie sprawdzać ich wyniki. Należy się upewnić, że pacjentki są informowane o wynikach, a jeśli zostały hospitalizowane, trzeba również jak najszybciej poinformować o nich personel oddziału i szpitala.
5. Jeśli spotkania zespołu wielospecjalistycznego (MDT) są istotne dla praktyki, autorzy zachęcają do ich kontynuowania w celu omówienia przypadków co tydzień, co można zorganizować z wykorzystaniem platform umożliwiających spotkania online (np. Zoom).
6. Biorąc pod uwagę duże ryzyko transmisji SARS-CoV-2 pomiędzy członkami personelu, należy w miarę możliwości utrzymywać dystansowanie społeczne, a spotkania ograniczać do niezbędnego minimum. Posiłki należy spożywać na osobności, a nie w grupie.

AUTORZY WYTYCZNYCH

T. Bourne, Early pregnancy and Acute Gynaecology Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College, Londyn, Wielka Brytania; Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgia; KU Leuven, Department of Development and Regeneration, Leuven, Belgia;

M. Leonardi, Acute Gynecology, Early Pregnancy & Advanced Endoscopic Surgery Unit, Sydney Medical School Nepean, University of Sydney Nepean Hospital, Penrith, Sydney, Australia;

C. Kyriacou, Early pregnancy and Acute Gynaecology Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College, Londyn, Wielka Brytania;

M. Al-Memar, Early pregnancy and Acute Gynaecology Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, Imperial College, Londyn, Wielka Brytania;

C. Landolfo, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, IRCCS, Dipartimento Scienze della Salute della Donna, del Bambino e di Sanità Pubblica, Rzym, Włochy;

D. Cibula, Gynaecological Oncology Centre, Department of Obstetrics and Gynecology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Praga, Czechy;

G. Condous, Acute Gynecology, Early Pregnancy & Advanced Endoscopic Surgery Unit, Sydney Medical School Nepean, University of Sydney Nepean Hospital, Penrith, Sydney, Australia;

U. Metzger, Centre d'Échographie de l'Odéon, Paryż, Francja;

D. Fischerova, Gynaecological Oncology Centre, Department of Obstetrics and Gynecology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Praga, Czechy;

D. Timmerman, Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgia; KU Leuven, Department of Development and Regeneration, Leuven, Belgia; **T. van den Bosch**, Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospitals Leuven, Leuven, Belgia

PODZIĘKOWANIA

Recenzentami dokumentu byli: Juan-Luis Alcazar (Department of Obstetrics and Gynecology, Clinica Universidad de Navarra, Pampeluna, Hiszpania); Misty Blanchette-Porter (Larner College of Medicine at the University of Vermont Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences Division, Reproductive Medicine and Infertility Burlington, Vermont, USA); Christina Fotopoulou (Department of Surgery and Cancer, Imperial College London, Londyn, Wielka Brytania) oraz Wouter Froyman (K.U. Leuven, Department of Development and Regeneration, Leuven, Belgia).

PIŚMIENNICTWO

1. American Society for Reproductive Medicine. COVID-19: Suggestions On Managing Patients Who Are Undergoing Infertility Therapy Or Desiring Pregnancy. 2020. <https://www.asrm.org/news-and-publications/news-and-research/press-releases-and-bulletins/covid-19-suggestions-on-managing-patients-who-are-undergoing-infertility-therapy-or-desiring-pregnancy/>. [Accessed March 24, 2020]
2. European Society of Human Reproduction and Embryology. Coronavirus Covid-19: ESHRE statement on pregnancy and conception. 2020. <https://www.eshre.eu/Press-Room/ESHRE-News>. [Accessed March 24, 2020]
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists. The Role of Transvaginal Ultrasonography in Evaluating the Endometrium of Women With Postmenopausal Bleeding. *Obstet Gynecol* 2018; 131: e124–129.
4. Morrison J, Gillespie S, MacKenzie IZ. "Two week wait" standards for suspected gynaecological malignancy. On target, but missing the point? *J Br Menopause Soc* 2003; 9: 170–172.
5. Van Calster B, Van Hoorde K, Valentin L, Testa AC, Fischerova D, Van Holsbeke C, Savelli L, Franchi D, Epstein E, Kaijser J, Van Belle V, Czekierdowski A, Guerriero S, Fruscio R, Lanzani C, Scala F, Bourne T, Timmerman D. Evaluating the risk of ovarian cancer before surgery using the ADNEX model to differentiate between benign, borderline, early and advanced stage invasive, and secondary metastatic tumours: prospective multicentre diagnostic study. *BMJ* 2014; 349: g5920.
6. Froyman W, Landolfo C, De Cock B, Wynants L, Sladkevicius P, Testa AC, Van Holsbeke C, Domali E, Fruscio R, Epstein E, dos Santos Bernardo MJ, Franchi D, Kudla MJ, Chiappa V, Alcazar JL, Leone FPG, Buonomo F, Hochberg L, Coccia ME, Guerriero S, Deo N, Jokubkiene L, Kaijser J, Coosemans A, Vergote I, Verbakel JY, Bourne T, Van Calster B, Valentin L, Timmerman D. Risk of complications in patients with conservatively managed ovarian tumours (IOTAS): a 2-year interim analysis of a multicentre, prospective, cohort study. *Lancet Oncol* 2019; 20: 448–458.
7. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, Liu L, Shan H, Li C, Hui D, Du B, Li L. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032.
8. Poon LC, Abramowicz JS, Dall'Asta A, Sande R, ter Haar G, Marsal K, Brezinka C, Miloro P, Basseal J, Westerway SC, Abu-Rustum RS. ISUOG Safety Committee Position Statement on safe performance of obstetric and gynecological scans and equipment cleaning in context of COVID-19. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020; 55: 709–712.
9. Bourne T, Kyriacou C, Coomarasamy A, Al-Memar M, Leonardi M, Kirk E, Landolfo C, Blanchette-Porter M, Small R, Condous G, Timmerman D. ISUOG Consensus Statement on rationalization of early-pregnancy care and provision of ultrasonography in context of SARS-CoV-2. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020; 55: 871–878.
10. Abramowicz JS, Basseal JM, Brezinka C, Dall'Asta A, Deng J, Harrison G, Marsal K, Lee JCS, Lim A, Miloro P, Poon LC, Salvesen KJ, Sande R, ter Haar G, Westerway SC, Xie MX, Lees C. ISUOG Safety Committee Position Statement on use of personal protective equipment and hazard mitigation in relation to SARS-CoV-2 for practitioners undertaking obstetric and gynecological ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020; 55: 886–891.