

# ZAGOTAVLJANJE GINEKOLOŠKO-PORODNIŠKE DEŽURNE SLUŽBE V SLOVENIJI

## PROVISION OF THE DUTY SERVICE IN GYNECOLOGY AND OBSTETRICS IN SLOVENIA

Iztok Takač

Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

---

### Izvilleček

Izhodišča	<i>Dežurna ginekološko-porodniška služba je v Sloveniji organizirana po regionalnem načelu in jo zagotavlja deset regionalnih splošnih bolnišnic, dve bolnišnici za ginekologijo in porodništvo ter dva univerzitetna klinična centra.</i>
Metode	<i>Predstojniki bolnišnic, kjer se opravlja dežurna služba, so odgovorili na vprašalnik o zdravnikih, ki opravljajo dežurno službo.</i>
Rezultati	<i>Specialisti ter specializanti ginekologije in porodništva dežurajo na 21 dežurnih mestih, 6 dežurnih mest pa je v pripravljenosti. V Sloveniji deluje 287 aktivnih specialistov ginekologije in porodništva. Od tega jih je 139 (48,4 %) na primarni ravni (dispanzerska dejavnost), 148 (51,6 %) pa v bolnišnicah in obeh kliničnih centrih. 54 (36,5 %) ginekologov-porodničarjev, ki delajo v bolnišnicah, je starejših od 55 let.</i>
Zaključki	<i>Dežurna ginekološko-porodniška služba v Sloveniji ne deluje v skladu z veljavnimi zakoni o delovnem času zdravnikov. Predlagam spremembe, ki bi omogočile povečanje števila razpoložljivih ginekologov-porodničarjev za opravljanje dežurne službe.</i>
<b>Ključne besede</b>	<i>dežurna služba; ginekologija in porodništvo; Slovenija</i>

---

### Abstract

Background	<i>Duty service of gynecology and obstetrics in Slovenia is organized on the regional basis and consists of ten regional hospitals, two hospitals for gynecology and obstetrics and two university clinical centres.</i>
Methods	<i>Heads of hospitals where duty service is performed, have answered the questionnaires about the doctors who perform duty service.</i>
Results	<i>Specialists and trainees in gynecology and obstetrics perform duty service on 21 posts and on 6 on-call posts. In Slovenia there are 287 active specialists in gynecology and obstetrics. 139 (48.4%) among them are active on the primary level (outpatient clinics) and 148 (51.6%) in the hospitals and both clinical centres. Among hospital gynecologists and obstetricians 54 (36.5%) of them are older than 55 years.</i>
Conclusions	<i>Duty service of gynecology and obstetrics in Slovenia does not meet legislation criteria regarding doctors' work time. Adequate changes for increasing the number of available doctors for duty service are proposed.</i>
<b>Key words</b>	<i>duty service; gynecology and obstetrics; Slovenia</i>

### Uvod

Dežurna služba na področju ginekologije in porodništva je pomembna dejavnost, s katero izboljšujemo

kazalce obolevnosti in umrljivosti pri ginekoloških bolnicah, nosečnicah in porodnicah. Dežurna služba je v Sloveniji organizirana po regionalnem načelu in jo zagotavlja deset regionalnih splošnih bolnišnic

(Brežice, Celje, Izola, Jesenice, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto, Ptuj, Slovenj Gradec, Trbovlje), dve bolnišnici za ginekologijo in porodništvo (Kranj, Postojna) ter dva univerzitetna klinična centra (Ljubljana, Maribor).

V teh ustanovah zagotavljamo neprekinjeno 24-urno zdravstveno varstvo ginekoloških bolnic, nosečnic in porodnic. Dežurna služba se prične po preteku rednega delovnega časa in traja do začetka naslednjega delavnika. Prav tako se vrši ob vseh dela prostih dnevih (sobote, nedelje, prazniki).

Zaradi vse bolj omejevalne zakonodaje s področja dela in počitka po delu, neugodne starostne strukture specialistov ginekologije in porodništva, delitve ginekologov in porodničarjev na primarno, sekundarno in terciarno raven ter vse večje skrbi za kakovostno zdravstveno varstvo žensk in nosečnic ter porodnic so se v mnogih ginekološko-porodniških ustanovah že pojavili resni znaki, ki kažejo na določene pomanjkljivosti sedanje organiziranosti ginekološko-porodniške službe v državi in njene sposobnosti zagotavljati 24-urno dežurno službo. Ginekologi in porodničarji zagotavljajo tudi zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva, ki jim je pri zdravstveni oskrbi zaradi zdravstvenih ali socialnih razlogov namenjena dodatna pozornost in skrb.<sup>1</sup>

O problemih organizacije ginekološko-porodniške dežurne službe v Sloveniji so v letu 2009 razpravljali tudi na Razširjenem strokovnem kolegiju za ginekologijo in porodništvo.<sup>2</sup>

## Zakonodaja o dežurni službi v Sloveniji

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2) iz leta 2005 v svojem 13. členu določa, da se zdravniki, ki opravljajo specialistično ambulantno dejavnost kot zasebni zdravniki ali v specialistični dejavnosti v zdravstvenem domu ali v zdravilišču, v strokovnih in organizacijskih vprašanjih povezujejo z ustrežno bolnišnico.<sup>3</sup> 36. člen tega zakona določa, da mora zasebni zdravnik poleg drugih zdravstvenih storitev svojim bolnikom v skladu z naravo svoje dejavnosti zagotavljati tudi stalno dostopno nujno medicinsko pomoč, reševalni prevoz, laboratorijske in druge diagnostične ter terapevtske postopke. V ta namen se povezuje in sodeluje z najbližjim zdravstvenim domom, drugimi zdravstvenimi zavodi ali z drugimi zasebnimi zdravstvenimi delavci. Poseben položaj zdravstvenih delavcev določa 52. člen ZZDej-UPB2, ki veleva, da zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci ne smejo zapustiti delovnega mesta, dokler ne dobijo nadomestitve, čeprav je njihov delovni čas potekel, če bi to pomenilo nevarnost za zdravje ljudi. Člen 52. b ZZDej-UPB2 določa, da delo prek polnega delovnega časa ne sme presegati v povprečju osem ur tedensko, člen 52. c pa, da ima zdravstveni delavec pravico do dnevnega počitka v trajanju najmanj 12 ur in do tedenskega počitka v trajanju najmanj 24 ur. Nadalje isti člen določa, da lahko delovni čas zdravstvenega delavca zaradi zagotavljanja dežurstva traja nepretrgoma največ 32 ur in da je za delovni čas, ki nepretrgoma traja več kot 16 ur, potrebno pisno soglasje zdravstvenega delavca.

Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-I), ki je bil sprejet leta 2008, ne prinaša sprememb na področju organiziranja dežurne službe.<sup>4</sup>

Leta 2006 je bil sprejet Zakon o zdravniški službi (ZZdrS-UPB3), ki med drugim ureja tudi dolžnosti in pravice zdravnikov pri opravljanju dežurne službe.<sup>5</sup> V 42. členu določa, da je dežurstvo posebna oblika dela, s katero se zagotavlja 24-urno zdravstveno varstvo. Zakon o zdravniški službi s svojim 41. c členom omogoča zdravniku, ki v okviru mreže javne zdravstvene službe dela polni delovni čas pri enem ali več delodajalcih, da sme izjemoma za opravljanje dopolnilnega dela skleniti pogodbo o zaposlitvi z drugim delodajalcem v okviru mreže javne zdravstvene službe, vendar največ za osem ur na teden, ali povedano z drugimi besedami, poleg osemurnega rednega dela dopušča izvedbo dveh dežurstev na mesec. V 42. členu je ZZdrS-UPB3 določil, da zdravniku, ki je dopolnil 50 let starosti, praviloma ni potrebno opravljati dežurne službe, ob pogojih, ki jih določi minister. Meja 50 let je bila z leta 2008 sprejetim Zakonom o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravniški službi (ZZdrS-E) pomaknjena na 55 let.<sup>6</sup> Leta 2009 pa je izšel še pravilnik, ki je natančno opredelil pogoje, pod katerimi zdravniku ni treba opravljati dežurstva.<sup>7</sup>

Zanimivo je, da je zakonodajalec v 11. členu prehodnih določb ZZdrS-UPB3, ki je izšel leta 2006, določil, da lahko v obdobju do 31. 12. 2004 traja delo prek polnega delovnega časa v povprečju največ 15 ur tedensko! Datum 31. 12. 2004 je bil dejansko objavljen v Uradnem listu leta 2006 in ne gre za tiskarsko napako. Bolj ažuren je bil za sekundarije in specializante, ki jim je do 31. 7. 2007 dovolil 18 ur dela prek polnega delovnega časa na teden, v naslednjih dveh letih 16 ur na teden in še v naslednjih dveh letih 12 ur na teden. Torej lahko sekundariji in specializanti do 31. 7. 2009 delajo 16 ur (največ eno dežurstvo na teden), do 31. 7. 2011 pa le še 12 ur na teden preko polnega delovnega časa (največ tri dežurstva na mesec).

## Metode

17. 4. 2009 je avtor prispevka poslal vsem predstojnikom ginekološko-porodniških oddelkov slovenskih bolnišnic dopis, v katerem jih je prosil, da sporočijo število dežurnih mest, število specializantov in specialistov ginekologije in porodništva, število zdravnikov iz ustanove, ki dežurajo, število ginekologov na primarni ravni v regiji, število ginekologov na primarni ravni, ki dežurajo, skupno število zdravnikov, ki dežurajo, in število ginekologov-porodničarjev, starejših od 55 let. Dopisu je bila priložena tabela za vnos navedenih podatkov. Vsi predstojniki so poslali odgovore na zastavljena vprašanja do 28. 5. 2009.

## Rezultati

Dobljene podatke iz ankete o številu dežurnih mest, številu specializantov in specialistov ginekologije in porodništva ter številu zdravnikov iz vsake ustanove, ki dežurajo, prikazuje Tabela 1.

Tab. 1. *Dežurna mesta, specializanti, specialisti ter ginekologi in porodničarji, ki dežurajo.*Table 1. *Duty posts, trainees, specialists and gynecologists and obstetricians performing duty service.*

Ustanova	Število dežurnih mest	Specializanti gin. in por.	Specialisti gin. in por. v bolnišnicah	Zdravniki gin. in por., ki dežurajo
Institution	Number of duty posts	Trainees in Obst & Gyn	Obst / Gyn specialists at hospitals	Obst & Gyn doctors on duty
SB Murska Sobota	1	1	7	8
SB Izola	1+1 prip (on-call)	1	7	8
SB Slovenj Gradec	1	1	7	8
SB Brežice	1	1	4	4
BŽBP Postojna	1+1 prip (on-call)	1	4	5
SB Ptuj	1+1 prip (on-call)	1	5	4
SB Nova Gorica	1+1 prip (on-call)	4	6	6
BGP Kranj	1+1 prip (on-call)	0	9	9
SB Novo mesto	1	3	8	6
SB Celje	2	4	9	10
SB Jesenice	1	3	4	5
SB Trbovlje	1	1	3	4
UKC Ljubljana	5	13	47	47
UKC Maribor	3+1 prip (on-call)	7	28	35
Skupaj	21+6 prip (on-call)	41	148	159
Total				

prip = v pripravljenosti / (on-call) = a doctor on night-duty

Tab. 2. *Dispanzerski ginekologi porodničarji, vsi dežurni zdravniki in zdravniki, starejši od 55 let.*Table 2. *Gynecologists and obstetricians at the primary level, all doctors performing duty service and gynecologists & obstetricians, older than 55 years.*

Ustanova	Specialisti gin. in por. na primarni ravni	Specialisti gin. in por. na primarni ravni, ki dežurajo	Vsi zdravniki, ki dežurajo	Specialisti gin. in por., starejši od 55 let
Institution	Obst & Gyn specialists at primary level	Obst & Gyn specialists of at primary level performing duty services	All doctors performing duty service	Obst & Gyn, specialists older than 55 years
SB Murska Sobota	5	0	8	3
SB Izola	4	0	8	2
SB Slovenj Gradec	4	1	8	1
SB Brežice	3	2	6	2
BŽBP Postojna	3	1	12	3
SB Ptuj	4	3	7	3
SB Nova Gorica	9	2	8	7
BGP Kranj	Ni podatka / No data	3	12	4
SB Novo mesto	6	2	8	2
SB Celje	8	3	16	2
SB Jesenice	3	0	9	1
SB Trbovlje	4	1	4	2
UKC Ljubljana	Ni podatka / No data	7	54	13
UKC Maribor	11	0	35	9
Skupaj	102	25	195	54
Total				

Tabela 2 prikazuje število ginekologov-porodničarjev na primarni ravni, število teh, ki tudi dežurajo, število vseh dežurnih zdravnikov in število ginekologov-porodničarjev, starejših od 55 let.

Iz podatkov je razvidno, da imamo v Sloveniji na področju ginekologije in porodništva 27 dežurnih mest, od tega 21 stalnih (v ustanovah) in 6 v pripravljenosti (na klic).

Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije trenutno deluje v Sloveniji 332 specialistov in 58 specializantov ginekologije in porodništva. Od tega je po dobljenih podatkih 148 specialistov zaposlenih v ustanovah sekundarne in terciarne ravni. Število ginekologov-porodničarjev, ki delujejo na primarni ravni, iz teh podatkov ni zanesljivo, saj sta v anketah manjkala podatka za področje Ljubljane in Kranja.

Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) je število ginekologov-porodničarjev na primarni ravni naslednje:

- Celje, Laško, Slovenske Konjice, Šentjur pri Celju, Šmarje pri Jelšah, Žalec: 15

- Koper, Ilirska Bistrica, Izola, Piran: 5

- Postojna, Sežana: 2

- Krško, Brežice, Sevnica: 3

- Kranj, Jesenice, Radovljica, Škofja Loka, Tržič: 12

- Ljubljana: 25

- Cerknica, Domžale, Grosuplje, Hrastnik, Idrija, Kamnik, Kočevje, Litija, Logatec, Ribnica, Trbovlje, Vrhnika, Zagorje: 19

- Maribor: 10

- Lenart, Ptuj, Ormož, Slovenska Bistrica: 9

- Murska Sobota, Gornja Radgona, Lendava, Ljutomer: 8

- Nova Gorica, Ajdovščina, Tolmin: 9

- Novo mesto, Črnomelj, Metlika, Trebnje: 8

- Ravne na Koroškem, Mozirje, Radlje ob Dravi, Slovenj Gradec, Velenje: 14

Skupaj torej deluje na primarni ravni 139 specialistov ginekologov-porodničarjev. Skupaj s specialisti na sekundarni in terciarni ravni to znese 287 zdravnikov. Za ostalih 45 specialistov lahko predvidevamo, da so ali upokojeni ali pa še iščejo zaposlitev.

## Razpravljanje

Rezultati ankete in pregleda dostopnih podatkov kažejo, da v Sloveniji deluje 287 aktivnih specialistov ginekologije in porodništva. Od tega jih deluje 139 (48,4 %) na primarni ravni (dispanzerska dejavnost), 148 (51,6 %) pa v bolnišnicah in obeh kliničnih centrih.

Pri upoštevanju zakonodaje in omejitev delovnega časa potrebujemo za zagotavljanje enega dežurnega mesta 15 zdravnikov, saj lahko vsak zdravnik dežura skupaj 32 ur mesečno, kar predstavlja dve dežurstvi po 16 ur. Ker imamo v Sloveniji 21 stalnih dežurnih mest (zraven pa še 6 mest pripravljenosti), bi potrebovali vsaj 315 ginekologov-porodničarjev, ki bi redno dežurali. Trenutno imamo na voljo le 195 za dežurno službo sposobnih zdravnikov, kar je za 120 zdravnikov premalo, da bi lahko spoštovali zakonska določila o omejitvah delovnega časa. Račun se pri upoštevanju 6 mest pripravljenosti še slabše izide. Prepričljivo lahko zaključimo, da je trenutno opravljanje dežurne ginekološko-porodniške službe v Sloveniji možno le ob zavestnem kršenju veljavnih zakonov ter ob čezmernih obremenitvah zdravnikov, ki dežurajo.

Ugotovili smo, da je kar 54 (36,5 %) ginekologov-porodničarjev, ki delajo v bolnišnicah, starejših od 55 let. Po veljavni zakonodaji jim ne bi bilo potrebno opravljati dežurne službe, a jo mnogi opravljajo tudi zaradi solidarnosti, da zmanjšajo obremenitve mlajših kolegov.

Večina slovenskih ginekologov in porodničarjev meni, da je delitev njihove dejavnosti na primarno, sekundarno in terciarno raven zastarela in da ne omogoča celostne obravnave ginekoloških bolnic, nosečnic in porodnic. Tudi iz nedorečenih formalnih razlogov se namreč dispanzerski ginekologi-porodničarji pogosto ne morejo vključevati v dežurno službo, po drugi strani pa hospitalnim ginekologom-porodničarjem zaradi zakonskih omejitev delovnega časa in obsežne dežurne službe primanjkuje časa za redno delo na sekundarni in terciarni ravni. Zato je že pred leti dozorela ideja o skupni dežurni službi, ki bi bila organizirana na regionalni ravni; vanjo bi se vključevali vsi ginekologi-porodničarji določene regije. Poleg dežurne službe bi seveda sodelovali tudi pri operativnih posegih in drugih oblikah zdravljenja, kakor tudi v pedagoškem procesu in pri znanstvenoraziskovalnem delu. Slednjih dveh dejavnosti primanjkuje predvsem na primarni ravni.

Zaradi naštetih razlogov so člani Razširjenega strokovnega kolegija za ginekologijo in porodništvo na svoji 4. seji, dne 6. 3. 2009, soglasno podprli predlog, da Zdravniška zbornica Slovenije za dolgoročno reševanje problema dežurne ginekološko-porodniške službe v Sloveniji predpiše več specializantskih mest za področje ginekologije in porodništva in da mora vsak specialist ginekolog-porodničar po opravljenem specialističnem izpitu dežurati 10 let. Kot kratkoročno rešitev pa so predlagali sodelovanje ginekologov na primarni ravni na prostovoljni osnovi in s pravno podlago. Slednjo omogoča tudi Zakon o zdravniški službi. Pobudo so posredovali Ministrstvu za zdravje, izvajalci zdravstvene dejavnosti pa jo morajo uresničiti.

Kot možne rešitve opisane problema se ponujajo naslednji ukrepi:

- Obvezno vključevanje vseh ginekologov-porodničarjev takoj po specialističnem izpitu v dežurno službo ne glede na mesto in način zaposlitve.
- Povečanje števila ginekologov in porodničarjev s povečanjem števila razpisanih specializacij.
- Prostovoljno vključevanje ginekologov-porodničarjev na primarni ravni v dežurno službo.

V kolikšni meri bodo predlagane rešitve prispevale k izbolšanju sedanjih nezavidljivih pogojev dela in organizacije ginekološko-porodniške dežurne službe v Sloveniji, pa bo pokazala bližnja prihodnost.

## Zaključki

Čeprav dežurna ginekološko-porodniška služba v Sloveniji deluje v nasprotju z veljavnimi zakoni o varstvu delovnega časa zdravnikov, zaenkrat še omogoča kakovostno oskrbo ginekoloških bolnic, nosečnic in porodnic. Zaradi neugodne starostne strukture ginekologov-porodničarjev je le še vprašanje časa, kako dolgo bo še možno na tak način zagotavljati ustrezno kakovost 24-urne dežurne službe. Predlagani so bili ukrepi za spremembe, ki bi s časom omogočile povečanje števila razpoložljivih ginekologov-porodničarjev za opravljanje dežurne službe.

## Zahvala

Podatke o številu dežurnih mest, specialistov in specializantov, ki opravljajo ginekološko-porodniško dežurno službo, so nesebično posredovali: Andreja Cerkvenik Škafar, dr. med., Dušan Deisinger, dr. med., Saša Djukanovič, dr. med., mag. Mirko Franci Jurca, dr. med., Mirjam Gradecki, dr. med., Katja Juvan-Kramer, dr. med., doc. dr. Adolf Lukanovič, dr. med., svetnik, Alenka Pleško-Mlakar, dr. med., Drago Sredanovič, dr. med., prim. mag. Zvonko Šoštarič, dr. med., mag. Zlatko Šubinski, dr. med., mag. Zoran Šehovič, dr. med. in prim. Vladimir Weber, dr. med. Gospa Milica Trenkič iz Zdravniške zbornice Slovenije je posredovala podatke o številu aktivnih specializantov in specialistov ginekologije in porodništva, Tadeja Štrumbelj, dr. med., pa podatke o ginekologih-porodničarjih, ki opravljajo svoje poslanstvo na primarni ravni. Vsem iskrena hvala.

## Literatura

1. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur. l. RS 15, 11. 2. 2008: 1046-61.
2. Lukanovič A. Zapisnik 4. seje Razširjenega strokovnega kolegija za ginekologijo in porodništvo 6. 3. 2009. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika; 2009. p. 1-4.
3. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2). Ur. l. RS 23, 10. 3. 2005: 1934-48.
4. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-I). Ur. l. RS 23, 7. 3. 2008: 2077-9.
5. Zakon o zdravniški službi (ZZdrS-UPB3). Ur. l. RS 72, 11. 7. 2006: 7657-67.
6. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravniški službi (ZZdrS-E). Ur. l. RS 58, 10. 6. 2008: 6731-5.
7. Pravilnik o pogojih, pod katerimi zdravniku ni treba opravljati dežurstva. Ur. l. RS 44, 12. 6. 2009: 6153.

# INKONTINENCA BLATA PO NEPREPOZNANI POŠKODBI ANALNEGA SFINKTRA OB PORODU

## ANAL INCONTINENCE AFTER UNRECOGNISED ANAL SPHINCTER TEAR AT VAGINAL DELIVERY

*Mija Blaganje, Matija Barbič, Andrej Omahen*

Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

---

### Izveček

**Izhodišča** *Poškodba analnega sfinktra pri vaginalnem porodu ima lahko resne posledice. Do poškodb analnega sfinktra, ki so najpogostejši vzrok za inkontinenco blata, pride v približno 2–19 % vseh vaginalnih porodov,<sup>1</sup> do prikritih poškodb pa celo pri 33 % vseh prvorodnic.<sup>2</sup>*

**Prikaz primera** *31-letna prvorodnica je po porodu zaradi atonije maternice prejela transfuzijo. Epiziotomijska rana, ruptura perineja druge stopnje in ruptura nožnice so bile kirurško oskrbljene takoj po porodu. V dneh po porodu je prišlo do nenadzorovanega uhajanja tekočega blata in nezmožnosti nadzorovanja uhajanja plinov, pojavila se je tudi stresna urinska inkontinenca. Težave so vztrajale. Z ultrazvočno in EMG preiskavo je bila ugotovljena poškodba zunanjšega analnega sfinktra, ki je bila ob porodu prezrta. Dobro leto po porodu je bila bolnica operirana. Napravljena je bila zadnja vaginalna plastika s korekcijo zunanjšega analnega sfinktra, po kateri ni prišlo do kliničnega izboljšanja. Kontrolna ultrazvočna preiskava je prikazala hipoehogeno področje med zunanjim analnim sfinktrom in steno nožnice. Bolnica je bila po dodatno mnenje napotena v univerzitetno bolnišnico v Graz, kjer se bo poškodba v okviru klinične raziskave zdravila z lokalno aplikacijo autolognih mioblastov v področje zunanjšega analnega sfinktra.*

**Zaključki** *Zdravljenje prezrte poškodbe analnega sfinktra je zapleteno, drago in nosi neprijetne posledice za bolnico. Najučinkovitejše je prepoznavanje poškodb s takojšnjo dobro kirurško oskrbo po porodu, zakar pa so potrebne izkušnje.<sup>3,4</sup>*

**Ključne besede** *inkontinenca blata; poškodba zunanjšega analnega sfinktra*

---

### Abstract

**Background** *Anal sphincter tears during vaginal delivery may result in serious sequel. Anal sphincter tears occur in approximately 2–19 % of all vaginal deliveries and are the most common precursor for faecal incontinence,<sup>1</sup> however »occult« anal sphincter injury has been defined in 33 % of primiparous women following vaginal delivery.<sup>2</sup>*

**Methods** *31-year old primiparous woman received transfusion due to atony after delivery. Episiotomy, second degree perineal tear and vaginal tear were surgically corrected immediately after delivery. In the following days inability to control passing of liquid stools and flatulence together with stress urinary incontinence appeared. The complaint persisted. Ultrasound and EMG examination confirmed rupture of the external anal sphincter, which had been missed at delivery. Over a year after delivery the patient had a posterior colporrhaphy with surgical correction of external anal sphincter, which did not result in any clinical improvement. On follow-up ultrasound examination a hypoechoegenic area between the external sphincter and vaginal wall was detected. The patient was referred to The University Hospital in Graz, where the tear will be treated with autologous myoblast transplantation in a clinical trial.*

**Conclusions** *Treatment of a missed anal sphincter tear is complicated, expensive and unpleasant for the patient. Early detection with immediate appropriate surgical correction after delivery is most efficient, but it takes experience.<sup>3,4</sup>*

**Key words** *anal incontinence; anal sphincter tear*

## Literatura

1. Fitzgerald MP, Weber AM, Howden N, Cundiff GW, Brown MB. Risk factors for anal sphincter tear during vaginal delivery. *Obst Gynecol* 2007; 109: 29-34.
2. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal sphincter tear disruption during vaginal delivery. *New Eng J Med* 1993; 329: 1905-11.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of third and fourth degree perineal tears following vaginal delivery. RCOG Green-top Guideline No. 29 2007.
4. Sze EHM, Ciarleglio M, Hobbs G. Risk factors associated with anal sphincter tear difference among midwife, private obstetrician, and resident deliveries. *Int Urogynecol J* 2008; 19: 1141-4.

# MALIGNNA SPREMEMBA NA ZUNANJEM SPOLOVILU – REDEK PRIMER PRI 22-LETNI ŽENSKI

## A MALIGNANT LESION OF THE VULVA – A RARE CASE IN A 22-YEAR-OLD WOMAN

*Damijana Bosilj, Darja Arko, Borut Gorišek, Petra Krajnc*

Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

---

### Izveček

- Izhodišča** *Malignne spremembe na zunanjem spolovilu pri mladih ženskah so zelo redke. Kljub razvoju medicine včasih njihova pot nastanka ostane nepojasnjena, zelo redko pa ostane nepojasnjena dokončna histologija in izvor maligne spremembe.*
- Bolniki in metode** *Predstavljamo 22-letno žensko, ki je prišla na operativni poseg zaradi ateroma na vulvi. Zaradi sumljivosti spremembe je bila opravljena biopsija. Izkazalo se je, da gre za maligno spremembo. Dokončno je bila opredeljena kot metastatska sprememba. V diagnostični obdelavi smo uporabili vse znane metode, od anamneze, kliničnega statusa preko osnovnih slikovnih preiskav (ginekološki ultrazvok, ultrazvok abdomna ...) vse do zahtevnejših in natančnejših (CT, MRI, PET CT). Pri pregledu histopatološkega preparata smo se za pomoč obrnili tudi na inštitute za ginekološko patologijo v tujini.*
- Zaključki** *Izvoru maligne spremembe, ki je povzročila opisano lezijo, kljub zelo natančni diagnostični obdelavi nismo uspeli najti.*
- Ključne besede** *vulva; metastaze; maligna sprememba; mlada ženska*

---

### Abstract

- Background** *Malignant lesions on the vulva are very rare in young women. In spite of all the development in modern medicine their origin sometimes remains undiscovered and their development cannot be explained.*
- Patients and methods** *We describe a case of a 22-year-old woman, who was initially treated for what was believed to be an atheroma of the vulva. A biopsy was performed. The histology revealed a malignant metastatic lesion. Extensive diagnostic procedures were performed (gynecologic ultrasound, ultrasound of the abdomen, CT, MR, PET CT) and foreign specialists in gynecologic pathology were consulted.*
- Conclusions** *Although extensive diagnostic procedures were performed the origin of the malignant change causing the described lesion remained a mystery.*
- Key words** *vulva; metastases; malignant lesion; young woman*

### Literatura

1. Heller DS, Cracchiolo B, Hameed M, May T. Pregnancy-associated invasive squamous cell carcinoma of the vulva in a 28-year-old, HIV-negative woman. A case report. *J Reprod Med* 2000; 45: 659–61.
2. Sheen-Chen S, Eng H, Huang C. Breast cancer metastatic to vulva. *Gynecol Oncol* 2004; 58: 858–60.
3. Gilani MM, Hasanzadeh M, Behtash N. Vulvar carcinoma in pregnancy: a case report. *Med J of the Isl Rep of Iran* 2005; 19: 185–7.
4. Neto AG, Deavers MT, Silva EG, Malpica A. Metastatic Tumors of the Vulva: A Clinicopathologic Study of 66 Cases. *Am J Surg Pat* 2003; 27: 799–804.





# PRIKAZ BOLNICE S PERITONEALNO OBLIKO OVARIJSKEGA KARCINOMA TRINAJST LET PO OBOJESTRANSKI SALPINGO-OOFOREKTOMIJI

A CASE REPORT OF THE PATIENT WITH EXTRAOVARIAN PRIMARY PERITONEAL CARCINOMA AFTER BILATERAL SALPINGO-OOPHORECTOMY THIRTEEN YEARS AGO

*Drago Sredanović,<sup>1</sup> Branislav Franjić,<sup>1</sup> Marija Može<sup>2</sup>*

Ginekološko porodniški oddelek, Splošna bolnišnica Jesenice, Cesta Maršala Tita 112, 4270 Jesenice  
Radiološki oddelek, Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9, 1000 Ljubljana

---

<b>Izveček</b>	<i>Petinšestdesetletno bolnico, ki smo jo pred trinajstimi leti zaradi večjega miomatoznega uterusa in sekundarne anemije operirali in pri posegu odstranili maternico in obojne priveske (histerektomija z obojestransko adneksektomijo), smo ponovno hospitalizirali oktobra 2005 zaradi ascitesa. Kot v drugih podobnih primerih smo bolezen ugotovili s trikratno citološko preiskavo, z značilno povišanimi vrednostmi Ca 125, imunohistokemijsko analizo in kliničnimi preiskavami, ki niso ugotovile izvora raka (origo).</i>
<b>Izhodišča</b>	<i>Peritonealno obliko ovarijskega karcinoma ugotavljamo v 3,2 % do 21 % bolnic,<sup>1</sup> čeprav so pri njih prej že odstranili maternico in maternične priveske zaradi raznih benignih sprememb ali iz preventivnih razlogov.</i>
<b>Vsebina</b>	<i>Petinšestdesetletno bolnico, ki smo jo pred trinajstimi leti zaradi večjega miomatoznega uterusa in sekundarne anemije operirali in pri posegu odstranili maternico in obojne priveske (histerektomija z obojestransko adneksektomijo), smo ponovno sprejeli oktobra 2005 zaradi ascitesa. Citološka preiskava ascitesa je pokazala, da gre za adenokarcinom peritoneja. Po odstranitvi ascitesa so se v trebušni votlini lahko tudi otipale številne tumorske rezistence, ugotovljene tudi po kompjutrski tomografiji (CT) trebušne votline. Opravili smo še naslednje preiskave: rentgenski pregled prsnega koša, mamografijo, gastroskopijo, kolonoskopijo, ultrazvočni pregled trebušne votline in CT. Preiskave niso odkrile mesta nastanka (origo) adenokarcinoma. Zaradi zvišanih vrednosti serumskega antigena 125 (S-Ca 125: 500 U/ml) smo domnevali, da gre za peritonealno obliko ovarijskega karcinoma. Zato smo bolnico premestili na Onkološki inštitut v Ljubljani, kjer so ji še dvakrat odstranili ascites, obe citološki preiskavi in imunohistokemijska analiza pa sta potrdili našo domnevo, da gre za to posebno obliko ovarijskega raka. Bolnico so zdravili s kemoterapijo – šest ciklov Paclitaxela in Karboplatina. V letu 2006 in 2007 je bila zaradi napredovanja bolezni zdravljena s sekundarno kemoterapijo s tremi cikli citostatikov. Zaradi ascitesa smo ji naredili stalno drenažo trebušne votline.</i>
<b>Zaključki</b>	<i>Kot v drugih podobnih primerih smo bolezen ugotovili s trikratno citološko preiskavo, značilno povišanimi vrednostmi Ca 125, imunohistokemijsko analizo in kliničnimi preiskavami, ki niso ugotovile izvora raka (origo).<sup>1-3</sup> Naša bolnica je preživela 27 mesecev zaradi zgodnje diagnoze in ustrezne kemoterapije. Kritično obdobje je za tovrstno obliko raka običajno – od 7 do 27,8 mesecev, povprečna starost bolnic pa je 67 let.<sup>4</sup></i>
<b>Ključne besede</b>	<i>adenokarcinom; ekstraovarijski serozni karcinomi; imunohistokemija</i>
<b>Abstract</b>	<i>We present a rare case of extraovarian primary peritoneal carcinoma in 65-year-old female with a history of total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy for larger symptomatic leiomyoma 13 years ago. In October 2005 the patient had abdominal swelling, ascites with positive cytology peritoneal adenocarcinoma and significantly elevated serum Ca-125 was 500 U/ml. Clinical examinations were performed, but could not identify a unique origin of disease.</i>

Background	<i>Aproximatly 3.2 % to 21 % of extraovarian primary peritoneal carcinoma patients have a history bilateral oophorectomy for benign disease or prophylaxis – family history of ovarian carcinoma.<sup>1</sup></i>
Patients and methods	<i>A 65-year old woman with a history of total abdominal hysterectomy and bilerateral salpingo-oophorectomy was operated for larger symptomatic leiomyoma 13 years ago. In Octobre 2005 the patient had abdominal swelling, ascites with positive cytology peritoneal adenocarcinoma and significantly elevated serum Ca-125 was 500 U/ml. Radiologic imaging, gastroscopy, colonoscopy, mammography were performed, but couldn't identify a unique origin of disease. Patient was treated for two years at the Oncology Institute Ljubljana. Significantly elevated serum Ca-125 and citology with immunohistochemical analysis presented correct diagnosis of extraovarian primary peritoneal carcinoma. The patient was treated with combination systemic chemotherapy (Paclitaxel and Carboplatin) with initial good response. In year 2006 and 2007 because of the progression of disease, the treatment was repeated with adjuvant chemotherapy.</i>
Conclusion	<i>Look like in other similar cases we have confirmed our disease with three cytologic punction procedures, with significant elevated values of Ca-125 and with several other directed procedures.<sup>1-3</sup> Our patient has survived the characteristic critical period for this form of cancer of 7 to 27.8 months because of well orientated direction of diagnosis and chemotherapy. The patient survived 27 months. Peritoneal carcinomas were diagnosed at later ages (mean, 67 years).<sup>4</sup></i>
<b>Key words</b>	<i>adenocarcinoma; extraovarian primary serous carcinoma; immunohistochemistry</i>

## Literatura

1. Alvarez JV, Gomez MM, Garcia Prats MD et al. Extraovarian primary peritoneal carcinoma. A case report. Rev Esp Patol 2007; 40: 1-8.
2. Von Riedenaer WB, Janjua SA, Kwon DS, Zhang Z, Vecanovich V. Immunohistochemical identification of primary peritoneal serous cystadenocarcinoma mimicking advanced colorectal carcinoma: A case report. J Med Case Reports 2007; 1: 150-5.
3. Wong WL, Tay EH. Adenocarcinoma of the abdominal wall. Singapore Med J 2008; 49: 359-60.
4. Goodman MT, Shvetsov YB. Incidence of ovarian, peritoneal and fallopian tube carcinomas in the United States, 1995-2004: Cancer Epidemiol. Biomarkers prev 2009; 18: 123-9.

# OCENA PREŽIVETJA BOLNIC Z NAPREDOVALIM KARCINOMOM JAJČNIKOV – POVZETEK RAZISKOVALNEGA PROJEKTA

## ESTIMATION OF SURVIVAL IN PATIENTS WITH ADVANCED OVARIAN CANCER – ABSTRACT OF THE RESEARCH PROJECT

Špela Smrkolj,<sup>1</sup> Borut Kobal,<sup>1</sup> Stelio Rakar,<sup>1</sup> Branko Cvjetičanin,<sup>1</sup> Matija Barbič,<sup>1</sup> Leon Meglič,<sup>1</sup> Aleš Vakselj<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ginekološka klinika, Univerzitetni Klinični center Ljubljana, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

<sup>2</sup> Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana

---

### Izveček

Izhodišča	<i>Obolevnost in umrljivost zaradi raka sta v svetu in tudi v državah Evropske skupnosti še vedno pomemben zdravstveni problem. V Sloveniji odkrijemo večji delež raka jajčnikov že v napredovalih, višjih štadijih, kar je vzrok večje umrljivosti.</i>
Namen in cilj raziskave	<i>Namen raziskave je analizirati pomen primarne citoredukcije pri zdravljenju bolnic z napredovalim karcinomom jajčnikov. Glavni cilj raziskave je ovrednotiti uporabnost laparoskopije v napovedi optimalne citoredukcije pri zdravljenju bolnic z napredovalim karcinomom jajčnikov. Aplikativni raziskovalni projekt 'Ocena preživetja bolnic z napredovalim karcinomom jajčnikov glede na primarno oziroma laparoskopsko ocenjeno optimalno citoredukcijo' (L-2371) je sprejela Agencija za raziskovalno dejavnost RS, ki ga tudi financira, sofinancira pa ga Ministrstvo za zdravje RS; trajanje od 1. 5. 2009 do 30. 4. 2012.</i>
Metode dela	<i>V raziskovalni projekt bomo podatke zajemali retrospektivno in prospektivno. Pri vseh bolnicah z napredovalim karcinomom jajčnikov, ki so bile zdravljene na Ginekološki kliniki v Ljubljani v letih od 2003 do 2008, in pri katerih je bila narejena optimalna primarna citoredukcija z laparoskopijo oz. laparotomijo, bomo primerjali nekatere klinične in patomorfološke dejavnike in ugotavljali vpliv vseh analiziranih dejavnikov na izid bolezni. Prospektivno pa bomo pri vseh na novo ugotovljenih bolnicah z napredovalim karcinomom jajčnikov skušali ovrednotiti uporabnost laparoskopije pri optimalni citoredukciji s pomočjo točkovnega napovednega modela (Faggotijev točkovni model).</i>
Zaključki	<i>Standardna obravnava bolnic z napredovalim karcinomom jajčnikov je primarna kirurška optimalna oz. suboptimalna citoredukcija, ki ji sledi agresivna citotoksična kemoterapija. Laparoskopija se po naših dosedanjih izkušnjah in po zadnjih objavljenih izkušnjah zdi obetavna metoda, s katero bomo skušali čimbolj natančno ovrednotiti možnost optimalne citoredukcije pri zdravljenju teh bolnic.</i>
<b>Ključne besede</b>	<i>rak jajčnikov; primarna citoredukcija; laparoskopija</i>

---

### Abstract

Background	<i>Morbidity and mortality caused by cancer persist to be an important health problem worldwide and in the European Union member states as well. In Slovenia, most ovarian cancer cases are detected in advanced stages, hence a rather high mortality rate.</i>
Aims	<i>The purpose of this research project is to analyze the primary cytoreduction in the patients with advanced ovarian cancer. The main objective of the project is to assess the use of laparoscopy in the prediction of optimal cytoreduction in these patients. Applicative research project 'Estimation of survival in patients with advanced ovarian cancer based on primary laparoscopical assessment of optimal cytoreduction' (L3-2371) was approved and has been financed by the Slovene Research Agency and co-financed by the Ministry of Health of RS; Duration: May 1, 2009–April 30, 2012.</i>

- Methods** *The research project will consist of retrospective and prospective study. In all the patients with advanced ovarian cancer managed at the Department of Obstetrics and Gynecology, University Medical Centre Ljubljana in the years 2003–2008, and in whom optimal primary cytoreduction was made using either laparoscopy or laparotomy, certain clinical and pathomorphological factors will be compared, and the effects of all analyzed factors on the outcome of treatment assessed. In the prospective study, we will aim at assessing the use of laparoscopy in the prediction of optimal cytoreduction in all newly detected cases using a laparoscopy-based score (Fagotti's scoring system).*
- Conclusions** *The standard management of advanced ovarian cancer patients consists of primary surgical optimal and/or suboptimal cytoreduction followed by aggressive cytotoxic chemotherapy. In line with our experience and with that published most recently, laparoscopy seems to be a promising method with which we will attempt to most accurately assess the optimal cytoreduction in surgical treatment of ovarian cancer patients.*
- Key words** *ovarian cancer; primary cytoreduction; laparoscopy*

## Literatura

1. Fagotti A, Ferrandina G, Fanfani F, Garganese G, Vizzielli G, Carone V, et al. Prospective validation of a laparoscopic predictive model for optimal cytoreduction in advanced ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 642. e1–6.
2. Schwartz PE. Cytoreductive surgery in the management of ovarian cancer. *Oncology* 2008; 22: 1025–33.
3. Oksefjell H, Sanstad B, Trope C. The role of secondary cytoreduction in the management of the first relapse in epithelial ovarian cancer. *Ann Oncol* 2009; 20: 286–93.