

Komplikace léčby karcinomu děložního hrdla

Zdeňka Pešová

Oddělení gynekologické onkologie, Masarykův onkologický ústav Brno

Při léčbě karcinomu děložního hrdla je využito tří léčebných modalit – chirurgie, radioterapie a chemoterapie. U všech způsobů se mohou objevit možné komplikace. Intenzivním sledováním pacientek, u kterých probíhá léčba karcinomu hrdla děložního, se může dosáhnout časného zachytu počínajících komplikací, a tím výrazně zvýšit procento úspěšnosti jejich léčby.

Klíčová slova: karcinom děložního hrdla, léčba, komplikace léčby.

Complications of cervical cancer treatment

In the treatment of cervical cancer is the use of the three treatment modalities – surgery, radiotherapy and chemotherapy. Possible complications could appear at all modes. We can achieve early detection of signs of complications by intensive monitoring of patients undergoing treatment for cervical cancer. This will greatly increase the success rate of treatment.

Key words: cervical cancer, therapy, complications of therapy.

Onkologie 2014; 8(2): 93–94

Při léčbě karcinomu děložního hrdla se používá několik léčebných modalit – chirurgie, radioterapie a chemoterapie. U časných stadií (FIGO IA – IIA) karcinomu děložního hrdla je hlavní léčebnou modalitou chirurgický výkon. Alternativou operačního výkonu je radioterapie, která je vhodná u pacientek v celkově špatném zdravotním stavu, polymorbidních nebo ve vysokém věku. Naopak u pokročilých stadií nemoci, kde je prognóza pětiletého přežití významně snížena, se dnes používá konkomitantní chemoradioterapie. U stadií IIB a III je standardním postupem kombinace zevní radioterapie a brachyterapie s kurativním záměrem. Léčba je často doplněna u pacientek v celkově dobrém stavu konkomitantním podáním chemoterapie, neboť chemoradioterapie přináší celkově lepší výsledky než samostatně podaná radioterapie. U stadia IV je radioterapie posuzována individuálně a pokud je aplikována, tak vždy s paliativním záměrem. V tomto případě se většinou používá pouze zevní radioterapie. Hormonální terapie v léčbě karcinomu hrdla děložního se nepoužívá.

Operační výkony můžeme rozdělit na diagnostické (provádí se za účelem histologické verifikace procesu) a léčebné. Mezi diagnostické zákroky nejčastěji patří knips biopsie, excize a konizace děložního hrdla. Rozsah léčebných operačních výkonů se stanovuje podle stadia nemoci. U časných stadií (FIGO IA1) někdy stačí provést konizaci děložního hrdla nebo prostou hysterektomii. U vyšších stadií (FIGO IA2 – IIA) se provádí radikální hysterektomie a pánevní lymfadenektomie. U žen, které si přejí zachovat možnost těhotenství, je možné v některých případech provést konzervativní chirurgický výkon, při kterém je zachována děloha. Jedná se o tra-

chelektomii (odstranění větší části děložního hrdla) doplněnou o laparoskopicky provedenou pánevní lymfadenektomii.

V radioterapii jsou využity techniky zevní radioterapie a vnitřního ozařování. U zevní radioterapie (teleradioterapie) je zdroj záření umístěn v určité vzdálenosti mimo tělo nemocné. Provádí se na oblast malé pánve, oblast lymfatických uzlin a dosycení parametria. Při vnitřním ozařování (brachyradioterapie) se zdroj záření zavádí do bezprostřední blízkosti nádoru. Z hlediska léčebné účinnosti dělíme radioterapii na kurativní, konkomitantní a paliativní (4).

Chemoterapie je aplikace léků s potvrzeným protinádorovým účinkem – cytostatika. Cytostatika jsou tedy léky, které ničí nádorové buňky, ale poškozují i buňky zdravé. Chemoterapii dělíme na neoadjuvatní, konkomitantní a paliativní (5).

Komplikace operační léčby

Komplikace **perioperační** vznikají v průběhu operačního zákroku, nejčastěji se jedná o poranění velkých cév, nervů (nervus obturatorius), uretry, močového měchýře a ureteru, poranění střev, krevní ztráta v průběhu operačního zákroku a bezprostředně po něm.

Časné pooperační komplikace postihují systém **kardiovaskulární**, nejčastěji je diagnostikována venózní trombóza a plicní embolie. Preventivně jsou využívány metody mechanické nefarmakologické metody, tzn. kompresivní obvazy a punčochy, časná rehabilitace a dostatečný příjem tekutin. Při medikamentózní prevenci je pacientkám aplikován klasický heparin, nízkomolekulární heparin a perorální antikoagulant (9).

Komplikace gastrointestinálním traktu

se projevují nauzeou, zvracením, meteorizmem, při nezvládnutí problémů dochází až k rozvinutí paralytického ileu, který může být řešený dalším operačním zákrokem.

Pooperační komplikace **uropoetické** se projevují hypotonií močového měchýře; důvodem je preventivní zavedení permanentního močového katétru při některých typech operačního zákroku na dobu sedmi dní. Po extrakci permanentního močového katétru lze očekávat obtížné močení, úprava mikce může trvat několik týdnů až měsíců.

Nežádoucí časnou komplikací je **hojení operační rány per – secundam (komplikace z důvodu infekce)**. Kolekce tekutiny se objevuje v různé hloubce pod povrchem operační rány, komplikované a náročné hojení operační rány může být způsobeno sekundárně infikovaným hematomem, seromem nebo abscesem.

Lymfocysta je také uváděna jako častá pooperační komplikace, jedná se o nahromadění a opouzdření lymfatické tekutiny po operačním zákroku, kde došlo k odstranění lymfatických uzlin. Lymfocysta bez příznaků pozvolna odezní, operace je nutná pokud dojde k zánětu nebo utlačuje okolní orgány.

Chyloperitoneum – jedná se o přítomnost mízy v peritoneální dutině, chylózní ascites. Léčba této méně se vyskytující komplikace je dlouhodobá.

Nejčastějším zástupcem **pozdních pooperačních komplikací** jsou **píštěle**. Jedná se o patologickou komunikaci mezi jednotlivými dutými orgány, může vzniknout píštěl vezi-kovaginální, event. rektovaginální (3). Příčinou jsou nepoznané a neošetřené poranění orgánů, porucha trofiky oblasti s následnou nekrózou.

Lymfedém jako pozdní komplikace vzniká porušením lymfatického a žilního návratu z postižené oblasti, nejčastěji jsou postiženy dolní končetiny. Při terapii lymfedému jsou velmi důležitá rehabilitační cvičení, manuální a přístrojová lymfodrenáž.

Poruchy sexuálního života jako komplikace po operačním zákroku se mohou projevit bolestivou souloží – dyspareunií, partnerské problémy způsobuje také zkrácení pochvy (8).

Komplikace radioterapie

Celkové příznaky komplikací po radioterapii se projevují slabostí, malátností, bolestí hlavy, poruchou spánku a únavou.

Časné komplikace léčby radioterapií se objevují již v jejím průběhu, jedná se o **změny na kůži**, která je suchá, začervenalá, při nedostatečném ošetřování dochází až k mokrání. Preventivně je pacientkám doporučována péče o ozařovanou kůži vhodnými mastmi, použití především bavlněného a volného oděvu, nedoporučuje se slunění.

Další komplikací je **nechutenství, nauzea a zvracení**. Objevují se také **změny na tenkém střevě**, projevující se meteorizmem, průjemem a bolestí břicha. Reakce na **sliznici tlustého střeva** stejně jako předchozí problémy se řeší medikamentózní léčbou a úpravou stravy, podává se bezesbytková dieta.

Nepříjemnou komplikací pro pacientku je **radiační cystitida**, jedná se o problém přechodný projevující se častým močením a pálením při močení.

Útlum krvetvorby při radioterapii snižuje počet leukocytů (leukopenie), erytrocytů (anémie) a trombocytů (trombocytopenie).

Pozdní komplikace vznikají za několik týdnů, mohou se objevit až v průběhu několika let.

Objevuje se **atrofie až fibróza kůže a podkoží, změna pigmentace kůže, rektovaginální píštěle, stenóza rekta, lymfedém a lymfocyty, postaktinická proktokolitida**.

Srůsty malých stydkých pysků (synechie) a vymizení lubrikace jsou nepříjemnou sexuální poruchou a je zařazována do pozdních komplikací radioterapie (1).

Komplikace chemoterapie

Možné komplikace chemoterapie jsou závislé od použití daného cytostatika.

Nauzea a zvracení při aplikaci cytostatik je účinně zmírňována a dobře odstranitelná podáním antiemetik.

Průjem je řešený vhodnou úpravou stravy, doporučuje se jíst častěji a po malých porcích, velmi významný je zvýšený příjem tekutin a aplikací medikamentózní terapie.

Nepříjemnou komplikací hlavně pro ženy je **alopecie** – vypadávání vlasů, začíná se objevovat jednadvacet dnů po první aplikaci cytostatik. Dočasným řešením tohoto problému je použití paruky, k růstu vlasů dochází opět po ukončení léčby.

Postižení kostní dřeně cytostatiky je limitujícím faktorem k aplikaci režimu chemoterapie. Změny v krevním obraze se projevují jako leukopenie, trombocytopenie a anémie. Při **leukopenii** je potřeba sledovat také počet neutrofilů, protože v průběhu neutropenie významně stoupá riziko infekce u pacienta. **Trombocytopenie** vede k poruše krevní srážlivosti; u pacientky se sleduje výskyt petechií a krvácení. **Anémie** přetrvává v určité míře po celou dobu léčby; významná anémie stejně jako předchozí komplikace jsou kontraindikací k aplikaci cytostatik.

Parestzie končetin se projevují slabostí a třesem končetin, vyskytuje se palčivá bolest rukou nebo nohou. Toto postižení je pro pacientku nepříjemné a je řešeno ve spolupráci s neurologem.

Nefrotoxicita je další komplikací, kdy koncentrátní cytostatická látka poškozuje ledviny a snižuje jejich schopnost odstraňovat škodliviny z těla. Velký důraz je kladen na dostatečnou hydrataci.

Riziko vzniku **kardiotoxicity**, jako další možné komplikace, je minimalizováno pravidelnými kontrolami, provádí se ultrazvuk srdce (6).

Všechny uvedené komplikace léčby karcinomu čípku děložního jsou doprovázeny **bolestí**, která se hodnotí jako akutní, nádorová a průlomová. Léčba bolesti je multidisciplinární týmový úkol a dostatečná analgetická terapie je základní součástí kvalitní péče o pacientku.

Psychické potíže je nutné do komplikací léčby hrdla děložního také zahrnout, jejich případná bagatelizace velmi zhoršuje komunikaci a spolupráci s pacientkou. Ke každé pacientce přistupuje ošetrovatelský tým individuálně, na péči se podílí všichni jeho členové (lékaři, všeobecné sestry, perioperační sestry nutriční terapeut, fyzioterapeut, sociální pracovníce a další), aktivně zapojeni jsou příbuzní a přátelé, velký význam má intervence klinického psychologa (7).

Závěr

Výskyt komplikací v průběhu léčby prodlužuje hospitalizaci pacientky, negativně působí na její psychiku, je ohrožena její sociální oblast. Delší pobyt v nemocničním zařízení zasahuje do rodinného a pracovního života. Zvyšují se náklady na léčbu, které zasahují do ekonomiky zdravotnického zařízení.

Riziko vzniku komplikací je minimalizováno důslednou **edukací** pacientky ve všech oblastech spojených s její hospitalizací a poskytovanou léčbou.

Literatura

1. Citterbart K. Gynekologie. 1. vyd. Galén, 2001: 278.
2. Šlampa P, et al. Radiační onkologie v praxi. 1. vyd. MOÚ, 2004: 216.
3. Klener P. Klinická onkologie. 1. vyd. Galén, 2002: 686.
4. <http://www.koc.cz/res/diagnosty/c53.pdf>.
5. Freitag P. Onkogynekologie – minimum pro praxi. 1. vyd. Triton, 2001: 106.
6. <http://www.mou.cz/o-nadoru-delozniho-cipku/t2030>.
7. Vorlíček J, et al. Několik rad pro onkologicky nemocné. Brno 2010: 48.
8. Kocák I. Diagnostika a léčba vybraných maligních nádorových onemocnění. Brno. Masarykův onkologický ústav, 2005: 204.
9. http://www.cs.wikipedia.org/wiki/Karcinom_děložního_hrdla.

Článek přijat redakcí: 5. 2. 2014

Článek přijat k publikaci: 8. 4. 2014

Bc. Zdeňka Pešová

Oddělení gynekologické onkologie
MOÚ Žlutý kopec 7, 656 53 Brno
pesova@mou.cz