

Náhodný nález adenokarcinomu děložního čípku po komplikaci císařského řezu

František Velčický^{1,2}, Monika Náležinská^{1,2}, Jiří Nagy³, Josef Chovanec^{1,2}

¹Oddělení gynekologické onkologie Kliniky operační onkologie Masarykova onkologického ústavu, Brno

²Oddělení gynekologické onkologie Kliniky operační onkologie, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

³Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Milosrdných bratří, Brno

Karcinom děložního čípku je jednou z nejčastějších malignit zjištěných v průběhu těhotenství. Většina případů je zjištěna v časném stadiu onemocnění. Časná diagnostika se opírá o screeningové vyšetření v I. trimestru těhotenství. Vzhledem k těhotenským změnám na děložním hrdle jsou nálezy obtížně hodnotitelné, s tendencí k falešné pozitivitě. Péče o pacientku a plod by měla být v rukách multidisciplinárního týmu s individualizovanou léčbou a s respektováním přání pacientky.

Placenta accreta je nejčastějším typem abnormálně invazivní placenty (AIP). Ultrazvukové vyšetření má své nezastupitelné místo zejména v časně diagnostice abnormální invaze trofoblastu. Mezi hlavní rizikové faktory abnormální nidace patří císařský řez v anamnéze (nebo jiné předchozí operace na děloze, kyretáž) a vyšší věk matky.

Klíčová slova: adenokarcinom děložního čípku, těhotenství, krvácivé komplikace porodu, peripartální život ohrožující krvácení, abnormálně invazivní placenta.

Incidental finding of cervical adenocarcinoma after complication of caesarean section

Carcinoma of the uterine cervix is the most frequent malignant disease diagnosed in pregnant women. Most cases are early carcinomas due to cervical screening methods (PAPP smear, HPV DNA testation and colposcopy). However sometimes the results of the examination are unclear due to the physiological pregnancy associated changes of the cervical epithelium (squamous of the vaginal portion and columnar of the cervical canal). Cervical cancer complicating pregnancy is a specific clinical situation, that requires individual approach, multidisciplinary experienced team of specialists in gynaecological oncology and in obstetrics, respecting the opinion of the pregnant woman.

Placenta accreta represents the most frequent type of abnormally adherent placenta, where placental villi are attached to the myometrium. Placenta accreta may be ultrasonically diagnosed antepartum. The main etiological factors are previous caesarean section scar (or other previous uterine incisions, uterine curettage) and older age of pregnant women.

Key words: adenocarcinoma of the uterine cervix, pregnancy, obstetrical hemorrhage, life-threatening obstetrical hemorrhage, abnormally adherent placenta – placenta accreta.

Vlastní kazuistika

Pacientka, 37 let, tercigravida, sekundipara byla pravidelně sledována v těhotenské poradně u registrujícího gynekologa. Onkologická cytologie z čípku děložního a z hrdla byla odebrána

měsíc před začátkem těhotenství s negativním výsledkem pro onkologicky suspektní buňky, pacientka neprodělala očkování proti lidskému papilomaviru (HPV), neměla v anamnéze cervikální prekancerózu. Pacientka se dlouhodobě

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

Podpořeno MZ ČR – RVO (MOÚ, 00209805).

Supported by MH CZ – DRO (MMCI, 00209805).

Cit. zkr: **Onkologie**. 2024;18(5):300-304

<https://doi.org/10.36290/xon.2024.062>

Článek přijat redakcí: 28. 8. 2024

Článek přijat k tisku: 8. 9. 2024

MDr. František Velčický

frantisek.velcicky@mou.cz

s ničím neléčila, v těhotenství užívala pouze preparáty k suplementaci magnézia a od 29. týdne gravidity (t.g.) i železa, protože v krevním obraze byla zjištěna mírná sideropenická anémie (s hodnotou hemoglobinu – Hb 112 g/l). Pacientka rodila své první dítě císařským řezem pro polohu plodu koncem pánevním. Druhé dítě porodila spontánně záhlavím. V šestinedělí bylo nutno provést instrumentální revizi dutiny děložní pro krvácení a pro rezidua po porodu. Pacientka nemá v anamnéze spontánní potrat ani umělé přerušení těhotenství. V nynějším těhotenství ve 37. týdnu gravidity byla referována do spádové nemocnice. Vstupní vyšetření včetně ultrazvukového zobrazení neshledalo abnormity. Ultrazvukové příjmové vyšetření popisovalo: jeden živý plod v poloze podélné koncem pánevním (PPKP) neúplným řitním, odhad hmotnosti se pohyboval okolo 3 100 g, normohydramnion, placenta byla uložena na zadní stěně, dolní děložní segment se jevil bez dehiscence a bez patologie. Pacientka byla přijata na gynekologicko-porodnické oddělení k plánovanému ukončení těhotenství per sectionem caesaream pro polohu plodu koncem pánevním neúplným řitním a pro císařský řez v anamnéze. Operace byla vedena ve spinální anestezii. Po extrakci plodu koncem pánevním byla vybavena placenta po částech, zbytek placenty byl odstraněn kyretou. Novorozenec byl v dobrém stavu s hmotností 3 160 g a se skórem dle Apgarové (AS): 10-10-10. Z místa inserce placenty bylo pozorováno středně silné krvácení. Standardně byla aplikována uterotonika (Oxytocin, Methylergometrin, Prostin M15 do myometria), opakovaně naloženy horké roušky na dělohu, na krvácející plochu po inzerci dělohy a opakovaně provedena komprese dělohy. I přes uvedené postupy po 30 minutách krevní ztráta přesahovala 1 500 ml. Proto byla primářem oddělení z vitální indikace (peripartální život ohrožující krvácení při neúspěchu konzervativního postupu) indikována hysterektomie s bilaterální salpingektomií. Pacientka byla toho času ve spinální anestezii a byla informována o dalším postupu, s navrženým postupem souhlasila. Operační výkon pokračoval v celkové anestezii. Byla vybavena děloha ve dvou částech – fundus nad uterotomií a exstirpován čípek děložní. Operace probíhala v obtížně přehledném terénu z důvodů krvácení. Celková krevní ztráta se odhadovala na cca 2 500 ml. Do cavum Douglasi

byl zaveden Redonův drén – vyvedený mimo laparotomii, stěna břišní byla uzavřena po anatomických vrstvách zvyklým způsobem. Pacientka byla po operaci přeložena na oddělení ARO. Byl podán krevní převod a mražená plazma, bezprostřední pooperační průběh byl bez komplikací, pacientka byla kardiopulmonálně stabilní. Pro dobrý klinický stav pacientky byla ještě toho dne večer přeložena na standardní oddělení. Zde byl následující den extrahován drén, vedl minimální odpady. Pooperační období na oddělení šestinedělí proběhlo bez komplikací. Spontánně nastoupily všechny fyziologické funkce a aktivně byla podporována laktace. Dle laboratorního vyšetření byla přítomna mírná anémie bez klinicky vyjádřeného anemického syndromu, ta byla dále léčena suplementací perorálně podávaným preparátem se železem. Pacientka byla propuštěna v celkově dobrém stavu do domácí péče 5. pooperační den. Za týden od propuštění byla provedena pooperační kontrola. Pacientka byla v dobrém stavu, bez známek infekce, operační rána se hojila per primam, pacientka plně kojila. Postupně byla pacientka informována o závěrech histologického vyšetření. V myometriu těla děložního byly nalezeny trofoblastické elementy, odpovídající diagnóze placenta accreta. Dále byl prokázán nálezní akcidentálního adenokarcinomu děložního čípku, HPV asociovaného, s maximální hloubkou invaze 2,8 mm, horizontální cirkumferenční rozměr 6 mm, horizontální longitudinální rozměr 7 mm, byla přítomná lymfangioinvaze, pattern B, stadium FIGO (2018) IA1. Tento nálezní ale byl v terénu rozsáhlého multifokálního adenokarcinomu in situ (AIS) a HSIL (high-grade squamous intraepithelial lesion) v oblasti transformační zóny. Ostatní vyšetřené tkáně (reziduální endometrium a tuby) byly bez atypií. Vzhledem k nálezu akcidentální cervikální neoplazie byla pacientka referována do Komplexního onkologického centra (KOC), resp. na akreditované onkogynekologické pracoviště.

V KOC byly nejprve vyloučeny vzdálené metastázy provedením pozitronové emisní tomografie s magnetickou rezonancí (PET/MR) (negativní pro lymfangiopatii, v oblasti v sigmatu se zobrazovala metabolicky aktivní tkáň suspektní z nádorové infiltrace). Po domluvě s pacientkou byl navržen výkon v rozsahu resekce poševního pahýlu, resp. panovala nejistota o celistvosti původně odstraněného

čípku na základě vstupního předoperačního vyšetření, cílená biopsie z oblasti sigmatu (viz nálezní na PET/MR) a vyšetření sentinelových pánevních uzliny bilaterálně. Bylo dohodnuto, že další postup se bude plánovat až dle histopatologických závěrů z tohoto druhého operačního výkonu. Operace proběhla laparoskopicky ve výše uvedeném rozsahu s nutností rozsáhlé adheziolýzy. Operace i celá hospitalizace proběhly bez komplikací. V histologickém vyšetření byl detekován exstirpát tkáně děložního hrdla se zánětlivými reparativně resorptivními změnami bez reziduálních dysplastických změn či malignity. Sentinelové uzliny (SNLU) bez infiltrace nádorovými buňkami, bez metastáz (0/5). Nesentinelové lymfatické uzliny (LU) bez metastáz (MTS) (0/1). Biopsie ze sigmatu se zánětlivými reparativně resorptivními změnami, bez malignity. Definitivní diagnostický závěr byl: Adenocarcinoma cervicis uteri pT1a1, pN0 M0, LVSI+, FIGO IA1. Onkogynekologickým kabinetem byla navržena dispenzarizace ve specializované ambulanci à 3 měsíce.

Úvod

Adenokarcinom čípku děložního v těhotenství a problematika peripartálního krvácení a poruch placentace

Porodnické krvácení je hlavní příčinou mateřských úmrtí nejen v rozvojových, ale i v některých vyspělých zemích včetně České republiky. Peripartální život ohrožující krvácení (PŽOK) je definováno jako rychle narůstající krevní ztráta, která je klinicky odhadnuta nad 1 500 ml nebo jako jakákoliv krevní ztráta spojená s rozvojem klinických a/nebo laboratorních známek šoku/tkáňové hypoperfuze (1). Včasná identifikace rozvoje PŽOK je klíčovým faktorem dosažení co nejlepšího možného klinického výsledku. Placenta accreta patří do skupiny poruch placentace. Její příčina je v abnormálním prorůstání placenty do děložní stěny, kdy placentární klky prostupují celou stěnu myometria až do děložní serózy (perimetrium) s možností invaze do okolních orgánů (zvláště do močového měchýře) (2).

Ročně se v České republice nově diagnostikovalo do roku 2010 cca 1 000–1 050 maligních nádorů cervixu a v souvislosti s tímto one-

mocněním umíralo 310–400 žen (3), aktuální čísla poukazují na mírný sestupný trend (716 nových případů v roce 2022, 274 případů úmrtí v roce 2022) (4). V oblasti čípku je nejčastějším histopatologickým typem karcinom (3).

Zhoubné nádory patří k hlavním příčinám úmrtí žen v reprodukčním věku. Epidemiologická data nejsou tak přesná, neboť jenom v málo zemích existují specifické národní registry. Z České republiky jsou data publikovaná v monografii prof. Halašky (Onkologická onemocnění během těhotenství), kde se udává, že incidence malignit v graviditě se pohybuje kolem 20–40/100 000 těhotenství (5). Mezi nejčastější malignity patří právě karcinom čípku děložního, prsu, melanom a hematologické malignity, tzn. karcinom čípku děložního je i přes raritní výskyt nejčastější malignitou v průběhu těhotenství. Incidence je přibližně 0,8–1,5 případů na 10 000 porodů (6, 7). Z maligních epitelových nádorů je nejpočetnější skupinou dlaždicobuněčný (spinocelulární) karcinom (80%), adenokarcinomy jsou zastoupeny jen cca z 10–15%. Další typy malignit děložního hrdla jsou vzácné (8, 9).

Hlavním etiopatogenetickým činitelem je infekce tzv. high risk typu HPV, verifikování této kauzality bylo oceněno Nobelovou cenou (10). Je známo víc než 100 typů HPV genotypů, z nich nejvíce onkogenní jsou HPV 16 a 18. Tyto dva viry jsou celosvětově zodpovědné

za vznik karcinomu děložního hrdla z více než 70 %. (11). Jedinou formou primární prevence proti této infekci je očkování. Očkování proti HPV má nejvyšší deklarovaný účinek (více než 90%), pokud naočkujeme „HPV naivní“ populaci – děti, které se s virem ještě nesetkali (tzn. před koitarché). V České republice je od roku 2012 zavedena celoplošná vakcinace proti HPV infekci pro dívky a chlapce mezi 13. a 14. narozeninami např. vakcínou Gardasil 9® ve dvoudávkovém schématu. Cílem je minimalizace výskytu karcinomu děložního hrdla (resp. prekanceróz a neoplazií souvisejících s HPV infekcí, jako jsou vulvární a anální neoplazie a karcinomy) (12).

V České republice existuje národní screeningový program, při kterém se v pravidelných ročních intervalech vyhodnocuje kolposkopický obraz epitelu děložního čípku a také je odebrán stěr z exocervixu, a kartáčkem z endocervixu (cytobrush). Proces se označuje jako tzv. onkologická cytologie, za jehož kvalitu hodnocení odpovídají akreditované laboratoře. Od roku 2021 je Českou gynekologicko-porodnickou společností doporučeno odebírat v rámci preventivní prohlídky HPV DNA test se selektivní genotypizací viru 16/18 všem ženám ve věku 35 let + 364 dní, 45 let + 364 dní a od roku 2024 i ženám ve věku 55 let + 364 dní (12). Pro provádění OC není stanovena horní věková hranice.

Kolposkopie a stěr na onkologickou cytologii (OC) je součástí prvotrimestrálních vyšetření, nemusejí jej podstoupit pouze ženy, které měly v posledních 6 měsících normální výsledek cytologie a nemají v anamnéze prekancerózu (5). Při nejasných nálezech je vždy možnost odeslat pacientku do specializované ambulance pro expertní kolposkopii. Díky uvedeným opatřením se zachycuje mnoho onemocnění ve fázi prekancerózy či mikrokarcinomu.

FIGO klasifikace karcinomu děložního hrdla přešla v roce 2018 revizí. V tabulce 1 níže je popsán aktuální staging onemocnění (13). Přesné stanovení stagingu je zásadní pro plánování dalšího léčebního postupu.

Většina případů nádorů děložního čípku je v těhotenství zachycena v časném stadiu: 70–80 % (14). Je to dáno zejména tím, že v průběhu těhotenství je žena více sledována a vyšetřována. Věk je jedním z hlavních rizikových faktorů pro vznik maligních onemocnění obecně. Vzhledem ke stárnoucí populaci rodiček stoupá celosvětově i v České republice incidence nádorových onemocnění. Prognóza karcinomu děložního hrdla je srovnatelná s netěhotnými ženami. V případě stadia I a II tedy přichází v úvahu ke zvážení některý z těhotenství zachovávajících postupů (3). Dle výzkumů je nález stadií I náhodný a v případě stadií I a často i u IB téměř asymptomatický. Typické symptomy karcinomu jsou abnormální vaginální krvácení

Tab. 1. Staging karcinomu děložního hrdla (13)

Subkategorie TNM	FIGO 2018	Definice
TX		Primární nádor nelze hodnotit
T0		Bez známek primárního nádoru
Tis		Karcinom in situ (preinvazivní karcinom)
T1	I	Nádor omezený na hrdlo (šíření na tělo by nemělo být zohledněno)
T1a	IA	Invazivní karcinom diagnostikovaný pouze mikroskopicky
T1a1	IA1	Invazivní karcinom diagnostikovaný pouze mikroskopicky. Stromální invaze s maximální hloubkou < 3,00 mm
T1a2	IA2	Měřená stromální invaze o hloubce ≥ 3,0 mm až < 5,0 mm
T1b	IB	Klinicky zřetelná léze omezená na hrdlo nebo mikroskopická léze ≥ 5,0 mm
T1b 1	IB1	Klinicky zřetelná léze v největším rozměru < 2,0 cm
	IB2	Klinicky zřetelná léze v největším rozměru ≥ 2,0 až < 4,0 cm
T1b2	IB3	Klinicky zřetelná léze v největším rozměru ≥ 4,0 cm v největším rozměru
T2	II	Nádor se šíří mimo dělohu, ne však do stěny pánevní či dolní třetiny pochvy
T2a	IIA	Nádor bez šíření do parametria
T2a1	IIA1	Klinicky zřetelná léze v největším rozměru < 4,0 cm
T2a2	IIA2	Klinicky zřetelná léze v největším rozměru ≥ 4,0 cm se šířením do parametria bez šíření ke stěně pánevní
T2b	IIB	
T3	III	Nádor se šíří ke stěně pánevní a/nebo se šíří na dolní třetinu pochvy a/nebo způsobuje hydronefrózu či afunkci a/nebo postižení pánevních lymfatických uzlin a/nebo postižení paraaortálních lymfatických uzlin
T3a	IIIA	Nádor postihuje dolní třetinu pochvy, bez šíření ke stěně pánevní
T3b	IIIB	Nádor se šíří až ke stěně pánevní a/nebo způsobuje hydronefrózu či afunkci ledviny
N1	IIIC1	Postižení pánevních lymfatických uzlin
M1	IIIC2	Postižení paraaortálních lymfatických uzlin
T4	IVA	Nádor se šíří na sliznici močového měchýře nebo rekta a/nebo se šíří mimo malou pánev
M1	IVB	Vzdálené metastázy (vč. peritoneálního šíření, mts do mediastinálních uzlin, supraklavikulárních uzlin, kostí, plic, jater)

nebo krvavý poševní sekret, pánevní bolest, anémie a dušnost. Avšak v průběhu těhotenství jsou tyto příznaky přítomné i bez souvislosti s malignitou, což činí rozhodovací diagnostický algoritmus obtížnější (3, 8). Důležitým prognostickým faktorem je kromě velikosti nádoru i stav postižených lymfatických uzlin. Lymfadenektomie je možné bezpečně provést do 22.–25. týdne těhotenství (15).

Chirurgický výkon je omezen pouze na časná stadia onemocnění, tj. do klinického stadia IIa (intaktní parametria) včetně. Jestliže si pacientka přeje ukončení těhotenství, pak se v případě onemocnění v časném stadiu doporučuje radikální hysterektomie s plodem in situ a se zachováním vaječníků. V případě pokročilých stadií by měla být pacientka léčena jako netěhotná (5).

V případě, že pacientka projeví vůli pokračovat v těhotenství, léčbu neinvazivního stadia je možné odložit až po porodu. Rozhodování o terapii u invazivních karcinomů se opírá o stadium onemocnění, gestační týden, fetální viabilitu, léčebné možnosti a preference rodičky. Terapie u netěhotných spočívá v primární radioterapii, což u těhotných možné není. Radioterapie může vyvolat spontánní potrat nebo vážně poškodit plod (5, 16).

Do 25. týdne těhotenství je při stadiu IA1 dostatečným výkonem konizace. Vzhledem k riziku postižení parametrií u stadií IA1 a IB1 max. do 1 %, se považuje za metodu volby jednoduchá trachelektomie nebo rozsáhlejší konizace. Za podmínky dokončení stagingových vyšetření (velikost nádoru) včetně ultrazvukové volumetrie k posouzení infiltrace stromatu hrdla. Provedení radikální trachelektomie není vzhledem k častým ztrátám těhotenství indikováno (5).

U stadií IB2 (nádor nad 2 cm) a výše se doporučuje neadjuvantní chemoterapie (CHT) po zjištění negativity lymfatických uzlin. V případě, že stagingová lymfadenektomie nebyla provedena, se doporučuje dokončit staging do 6–8 týdnů po porodu. Chemoterapeutická léčba je možná od 2. trimestru. U stadií IB3 je jedinou možností zahájení neodjuvantní CHT (5, 16).

Neodjuvantní CHT by měla být podávána maximálně do 34.–35. gestačního týdne a porod by měl být plánován s třítydenním odstupem. Dle Cochranovy databáze je doporučován standardní režim s cisplatinou ne-

bo v kombinaci s paklitaxelem každé 3 týdny, maximálně do 6 cyklů. Standardně se používá cisplatina v dávce 60 mg/m² a paklitaxel v dávce 135 mg/m²; případně sólo cisplatina v dávce 75 mg/m². Alternativou k cisplatině je karboplatina, která má nižší nefrotoxicitu ale výrazně vyšší hematotoxicitu (5, 17, 18). Dalším režimem při zjištěném adenokarcinomu může být desetidenní protokol cisplatinu 75 mg/m² + adriamycin 35 mg/m² (19). Placenta funguje jako bariéra a koncentrace cisplatinu v amniální tekutině při porodu oproti krvi matky byla 11–42 %. Naproti tomu snížení hladiny albuminu v krvi matky může způsobit vyšší koncentraci volné frakce cisplatinu u matky a plodu a tím se podílet na zvýšené toxicitě, především ototoxicitě. Proto by byla vhodná substituce albuminu v léčebném režimu (20, 21).

Při zjištění nádorového onemocnění po 25. týdnu gravidity se vzhledem k velikosti dělohy nedoporučuje lymfadenektomie. Proto se při nižších stadiích do IB1 doporučuje odklad léčby do doby dosažení zralosti plodu nebo až do 6–8 týdnů po porodu. Při podezření na progresi onemocnění je doporučováno zvážit předčasný porod nebo zahájit neadjuvantní chemoterapii (5, 22).

Amant a kol. sledovali novorozence vystavené chemoterapii in utero. Kognitivní vývoj většiny sledovaných dětí byl v normálním rozmezí. Předčasný porod byl důležitým faktorem spojeným se zhoršeným neuromotorickým vývojem. Z dlouhodobého hlediska je důležité sledovat i riziko vzniku maligních nemocí nebo infertilitu (23).

Načasování porodu je individualizované, závisí zejména na gestačním stáří plodu, stadiu onemocnění, případně progresi onemocnění v průběhu gravidity. Nejlépe je vést porod po 37. dokončeném týdnu gestace (t. g.), ideálně v 39. t. g., v případě indikace k dřívějšímu ukončení těhotenství se podávají kortikosteroidy ke snížení morbiditu u dítěte. Spontánní vedení porodu není kontraindikováno ve stadiích IA1 a IA2. Byly však popsány případy implantace a rekurence onemocnění v jizvě po epiziotomii (24). Ačkoli jsou data limitována, u pacientek ve stadiu IB1 a vyšším, je doporučován porod per sectionem a navazuje v jedné operační době radikální hysterektomie se systematickou pánevní lymfadenektomií nebo se plánuje postpartálně (5).

Další management léčby je jako u netěhotných žen. U žen ve stadiu IA1 bez lymfovaskulární invaze, které projevíly vůli zachování fertility, není potřebná další léčba mimo konizaci s okrajem in sano. Ve stadiu IA2 je indikována radikální trachelektomie s pánevní lymfadenektomií, pokud již nebyla realizována 6–8 týdnů po porodu. V případě, že žena si nepřeje zachování fertility, v IA1 stadiu je metodou volby extrafasciální hysterektomie i v době porodu. Ve stadiích IA1 s lymfovaskulární invazí, IA2 a IB1 by měla být v jedné době s císařským řezem provedena radikální hysterektomie (25).

Dle NCCN doporučených postupů je stanoveno při přítomné lymfovaskulární invazi provést systematickou pánevní lymfadenektomii (ev. s doplněním sentinelového mapování a dle jeho výsledků další postup) nebo adjuvantní zevní radioterapii a brachyterpii (29).

Velice důležité je pravdivé informování těhotné pacientky a manžela/partnera, kteří se na základě dostupných informací musí rozhodnout o dalším směřování všech životů.

Závěr

V průběhu těhotenství se může tak jako v každém věku rozvinout onkologické onemocnění. Karcinom děložního hrdla je nejčastějším nádorovým onemocněním v těhotenství. Vzhledem ke stárnoucí populaci rodiček lze očekávat i nárůst koincidence gravidity a karcinomu děložního hrdla.

Řešení peripartálního život ohrožujícího krvácení v důsledku abnormálně invazivní placenty odstraněním dělohy s oboustrannou salpingektomií je adekvátním a obhajitelným postupem.

V prezentovaném sdělení byl rozebrán zajímavý klinický příběh do porodu nezjištěného nádorového onemocnění. Byly probrány kontroverze ukončení těhotenství ze zdravotní indikace matky. Těhotná pacientka musí být plně informována k učinění rozhodnutí o pokračování nebo ukončení těhotenství. Léčba v těhotenství je možná. Doufáme, že kombinace pravidelných gynekologických vyšetření s odebráním OC, HPV testace a očkování naivní populace bude postupně vést k snížení incidence karcinomu děložního hrdla v těhotenství a předcházení obdobných případů.

LITERATURA

1. Pařízek A, Binder T, Bláha J, et al. Diagnostika a léčba peripartálního život ohrožujícího krvácení. Česká gynekologie. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. 2018;83:151-158.
2. Tunçalp Ö, Souza JP, Gülmezoglu M. New WHO recommendations on prevention and treatment of postpartum hemorrhage. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2013;123(3):254-256.
3. Rob L, Martan A, Ventruba P, et al. Gynekologie. Praha: Galén; 2019.
4. Dušek L, Mužík J, Kubásek M, et al. Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice [Internet]. Brno: Masarykova univerzita; 2005. [cit. 2024-8-02]. Available from: www.svod.cz. Verze 7.0 [2007].
5. Halaška M, Rob L. Onkologická onemocnění během těhotenství. Praha: Mladá fronta; 2015.
6. Smith LH, Daniels B, Allen ME, et al. Cancer associated with obstetric delivery: results of linkage with the California cancer registry. American journal of obstetrics and gynecology. 2003;189(4):1128-1135.
7. Duggan B, Muderspach LI, Roman LD, et al. Cervical cancer in pregnancy: reporting on planned delay in therapy. Obstet Gynecol. 1993;82(4 Pt 1):598-602. PMID: 8377988.
8. Cibula D, Petruželka L, et al. Onkogynekologie. Praha: Grada; 2009.
9. Chovanec J, Náležinská M. Přehled diagnostiky a léčby karcinomu děložního hrdla. Onkologie. 2014;8(6):269-274.
10. Brůčková M. Nobelova cena za rok 2008 [Internet]. Zprávy epidemiologie a mikrobiologie, Praha: SZÚ. 2009;18(2):71-72. [cit. 2024-08-02]. Available from: <http://www.szu.cz/publikace/zpravy-epidemiologie-amikrobiologie/zpravy-em-2-unor-2009>.
11. Castellsagué X. Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. Gynecologic oncology. 2008;110(3):S4-S7.
12. Sláma J, Dvořák V, Trnková M, et al. Význam doplnění cytologického screeningu karcinomu děložního hrdla o HPV DNA test a třídění nálezů imunocytochemickým barvením p16/Ki67 u žen ve věku 35 a 45 let. Analýza dat LIBUŠE. Česká gynekologie. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. 2020;85(6):368-374.
13. Sehnal B, Kmoníčková E, Sláma J, et al. Současný FIGO staging karcinomu děložního hrdla a léčba jednotlivých stadií. Klinická onkologie. 2019;32:3.
14. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2009;105(2):103-104.
15. Vercellino GF, Koehler C, Erdemoglu E, et al. Laparoscopic pelvic lymphadenectomy in 32 pregnant patients with cervical cancer: rationale, description of the technique, and outcome. Int J Gynecol Cancer. 2014;24(2):364-371. doi: 10.1097/IGC.000000000000064. PMID: 24424374.
16. Amant F, Halaska MJ, Fumagalli M, et al. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of a second international consensus meeting. International Journal of Gynecologic Cancer. 2014;24(3):394-403.
17. Rydzewska L, Tierney J, Vale CL, et al. Neoadjuvant chemotherapy plus surgery versus surgery for cervical cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1):CD007406. doi: 10.1002/14651858.CD007406.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD007406. doi: 10.1002/14651858.CD007406.pub3. PMID: 20091632.
18. Cardonick E, Usmani A, Ghaffar S. Perinatal outcomes of a pregnancy complicated by cancer, including neonatal follow-up after in utero exposure to chemotherapy: results of an international registry. American journal of clinical oncology. 2010;33(3):221-228.
19. Robova H, Halaska MJ, Pluta M, et al. Oncological and pregnancy outcomes after high-dose density neoadjuvant chemotherapy and fertility-sparing surgery in cervical cancer. Gynecol Oncol. 2014;135(2):213-216. doi: 10.1016/j.ygyno.2014.08.021. Epub 2014 Aug 23. PMID: 25159484.
20. Köhler C, Oppelt P, Favero G, et al. How much platinum passes the placental barrier? Analysis of platinum applications in 21 patients with cervical cancer during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2015;213(2):206.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2015.02.022. Epub 2015 Feb 27. PMID: 25731691.
21. Zemlickis D, Klein J, Moselhy G, et al. Cisplatin protein binding in pregnancy and the neonatal period. Med Pediatr Oncol. 1994;23(6):476-479. doi: 10.1002/mpo.2950230605. PMID: 7935173.
22. Lee JM, Lee KB, Kim YT, et al. Cervical cancer associated with pregnancy: results of a multicenter retrospective Korean study (KGOG-1006). Am J Obstet Gynecol. 2008;198(1):92.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2007.06.077. Epub 2007 Oct 1. PMID: 17905175.
23. Amant F, Vandenbroucke T, Verheeecke M, et al. Pediatric Outcome after Maternal Cancer Diagnosed during Pregnancy. N Engl J Med. 2015;373(19):1824-1834. doi: 10.1056/NEJMoa1508913. Epub 2015 Sep 28. PMID: 26415085.
24. Goldman NA, Goldberg GL. Late recurrence of squamous cell cervical cancer in an episiotomy site after vaginal delivery. Obstetrics & Gynecology. 2003;101(5):1127-1129.
25. Nocarová L, Ondruš D. Zhoubné nádory krčka matrice v graviditě. Klinická onkologie. 2020;33(4):268-273.
26. Doležal A, et al. Porodnické operace. Praha: Grada; 2007.
27. Koh WJ, Abu-Rustum NR, Bean S, et al. Cervical Cancer, Version 3.2019 [online], NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2019, 17.1. [cit. 2024-08-02]. Available from: <https://jnccn.org/doi/10.6004/jnccn.2019.0001>.