

(1892–1963), americký gynekolog a porodník, v 50. letech 20. století, který byl též více radikální v provádění pánevních lymfadenektomií. Takzvaná Wertheimova radikální hysterektomie položila základ chirurgické léčby zhoubných novotvarů a využívá se dodnes. Nezbytným krokem pro zdárné provádění těchto velkých operačních výkonů však byl rozvoj anestezie, krevních převodů, antibiotik a perioperačních technik obecně.

Koncem 20. a počátkem 21. století s rozvojem miniinvasivní chirurgie začala řada pracovišť využívat k operacím zhoubných novotvarů hrdla děložního laparoskopický či robotický přístup. Přelomová a pro řadu operatérů překvapivá však byla prospektivní randomizovaná klinická studie LACC (Laparoscopic Approach to Carcinom of the Cervix) publikovaná v roce 2018. Ta porovnávala otevřenou operativu s miniinvasivní chirurgií při radikální hysterektomii u pacientek s časnými stadii zhoubných novotvarů hrdla děložního. Jednoznačně prokázala lepší 4,5letý DFS (disease free survival) 96,5 % vs. 86 % a delší celkové 3leté přežití OS (overall survival) 99,0 vs. 93,8 % u pacientek podstupivších otevřenou operativu. U stadia IB byla miniinvasivní chirurgie spojena s pětinasobným rizikem lokální rekurence onemocnění (HR 4,26) a signifikantním celkovým přežitím. Poměrně překvapivě též po 6 týdnech pooperačně nebyl zaznamenán rozdíl v kvalitě života (QoL, quality of life) (4). Po této přelomové studii vyvstala otázka, proč tato studie ukázala tyto jednoznačné výsledky ve prospěch otevřené chirurgie. Hovoří se například o rozdílných miniinvasivních přístupech, vlivu CO₂ pneumoperitonea, použití děložního manipulátoru a efektu rozdílné kvality chirurgických týmů (5).

Současnost

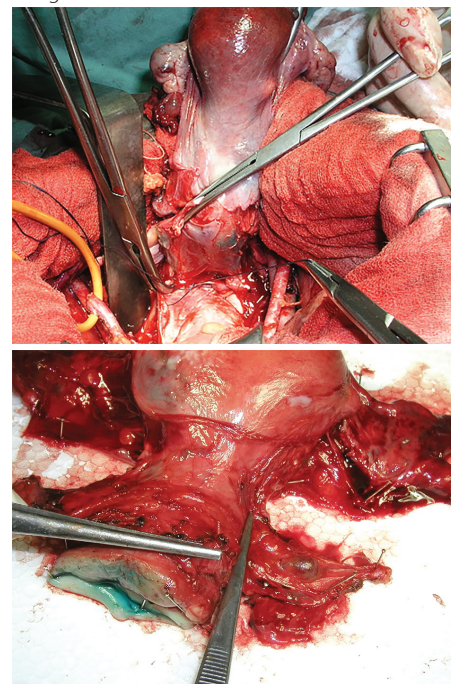
V současnosti probíhají klinické studie, které mají za cíl snížit radikalitu chirurgické léčby (a s ní spojenou morbiditu) pro časná stadia onemocnění, avšak s nutností zachování onkologické bezpečnosti. Konečné výsledky jsou například očekávány od klinické studie SHAPE s randomizovanými 700 pacientkami s novotvary menšími než 2 cm, u kterých se zkoumá rozdíl v provedení simplexní (bez odstranění parametří) či radikální hysterektomie a hodnocením 3leté rekurence onemocnění v oblasti pánve. Další klinické studie mají za

úkol zhodnotit onkologickou bezpečnost biopsie sentinelových uzlin v pánvi v porovnání se systematickou pánevní lymfadenektomií (ta přináší rizika například lymfedémů dolních končetin). Jedná se o studie Phenix, Senticol 3 či Sentix. Jiné studie hodnotí onkologickou bezpečnost robotické a laparoskopické chirurgie (ROCC, RACC) (6).

S fungujícím screeningem v České republice a aplikací profylaktických vakcín proti HPV infekci bude do budoucna čím dál tím méně vhodných kandidátek pro primární chirurgickou léčbu invazivních onemocnění. Setkávat se budeme spíše s prekancerózami (poměrně snadno chirurgicky ošetřitelné) a na druhé straně s pokročilými onemocněními (kandidátky na konkomitanti chemoradioterapii). Ruku v ruce s tímto faktem bude klesat erudice gynekologů při provádění radikálních hysterektomií. Nezbytným krokem bude nutnost tyto pacientky ještě více centralizovat.

Zcela zásadní pro zvolení optimálního managementu léčby však zůstává a bude zůstat správná/kompletní diagnostika a rozhodnutí o způsobu vedení léčby. V úvahu musíme brát interní stav pacientky, komorbiditu a celkový performance status (PS) či přání o zachování fertility. Zda operovat, v jakém rozsahu a jakým přístupem má vliv na všechny onkologicky hodnocené parametry (DFS, OS, QoL apod.). Mezi obligatorní vyšetření řadíme provedení biopsie ke stanovení histopatologického typu onemocnění. Nezbytně zůstává nadále gynekologické vyšetření dvěma erudovanými onkogynekology včetně per rectum ke zhodnocení velikosti tumoru a infiltrace parametří, dále UZ vyšetření vaginálně, per rectum a abdominálně. MRI hodnotí správnost UZ vyšetření, tzn. postižení parametří, nebo invaze do stěn okolních orgánů. CT vyšetření je stagingové (7). Ultrasonografie však značně závisí na zkušenostech vyšetřujícího. PET/CT a PET/MR využíváme spíše u pokročilých nálezů a recidiv onemocnění. Před zahájením léčby též zjišťujeme hodnotu onkomarkerů SCCA a CA125. Finální rozhodnutí je stanoveno v multidisciplinárním týmu (onkogynekolog, klinický onkolog, patolog a radiolog) za přítomnosti pacientky, která má možnost vyjádřit svůj postoj k navrhované léčebné strategii. Vhodná je možnost konzultace pacientky s klinickým psychologem.

Obr. 1. Radikální hysterektomie ve FN Hradec Králové – Špaček J., Práznovec I., et al. Archivní fotografie



Základní premisou správného postupu je určení klinického stadia onemocnění. Stadium IIB je inoperabilní. U lokálně pokročilých onemocnění postupujeme individuálně a zvažujeme též primární nechirurgickou léčbu. Snažíme se vyhnout se kombinaci radikální chirurgické léčby a radioterapie, neboť tato kombinace je zatížena mnohem větší morbiditou pacientek. Klíčové je předoperační zhodnocení tumorózního postižení včetně spádových uzlin radiologem. Dle toho volíme radikalitu výkonu. Doporučuje se též vyšetření sentinelových uzlin před provedením systematické pánevní lymfadenektomie (8). Zde je však nutná přítomnost kvalitního histopatologa se zkušenostmi v onkogynekologii. Sentinelové uzliny značíme nejčastěji indocyaninovou zelení (ICG, indocyanine green) a jsou vyšetřovány technikou frozen section. Radikalita výkonu se odvíjí od známých rizikových faktorů identifikovaných předoperačně. Mezi tyto faktory patří velikost tumoru, lymfovaskulární invaze – LVSI (lymfovaskulární invaze) a hloubka stromální invaze (9). Pro zřetelný popis výkonu byla zavedena Querleu-Morrow klasifikace radikálních hysterektomií, která definuje typ A, B1, B2, C1, C2 a D. Tato klasifikace má za cíl snazší domluvu mezi různými pracovišti a nahrazuje tak původní nejednotné klasifikace ra-