

dikálních hysterektomií (10). U jednotlivých operabilních stadií volíme rozdílné postupy.

V rámci managementu zhoubného novotvaru (ZN) stadia T1a1 volíme individuální postup v závislosti na věku, přání zachování fertility, histologickém typu a přítomnosti či nepřítomnosti LVSI. Volíme nejčastěji LEEP konizaci, kde je obzvláště nutné kvalitní histopatologické zpracování expertním patologem. Před indikací odstranění dělohy je nutné, aby v konizátu byly zdravé okraje. Pokud jich u výkonu nedosáhneme, jsme nuceni provést rekonizaci. V závislosti na LVSI pozitivitě či negativitě volíme provedení biopsie sentinelových uzlin (u LVSI pozitivních). Je nutné zdůraznit, že provedení trachelektomie či radikální hysterektomie je u těchto pacientek považováno za overtreatment. Pokud se jedná o adenokarcinomy u žen s ukončeným reprodukčním potenciálem volíme provedení simplexní hysterektomie.

U pacientek se ZN stadia T1 a 2 je opět metodou volby konizace s nutností negativních chirurgických okrajů nebo simplexní hysterektomie u pacientek bez přání další gravidity. Biopsie sentinelových uzlin by měla být zvážena u LVSI negativních a jistě provedena u LVSI pozitivních pacientek. U adenokarcinomů zvažujeme provedení simplexní hysterektomie.

U pacientek s onemocněním ZN stadia T1b1, T1b2 a T2a1 provádíme radikální hysterektomii. Standardem je otevřená chirurgie.

Miniinvasivní techniky volíme pouze u low risk tumorů (< 2 cm) a negativními okraji po konizaci ve vysoce specializovaných centrech se zkušenostmi s laparoskopickou/robotickou chirurgií. Základním postupem je staging lymfatických uzlin v pávní, podle kterého se rozhodneme o dalším postupu (pokračování v operaci či definitivní chemoradioterapii). Typ radikální hysterektomie (extenze parametriální resekce) volíme dle přítomnosti prognostických faktorů, tzn. velikost tumoru, stromální invaze, vzdálenost od pericervikální fascie, LVSI. Zachování ovarií volíme u pacientek s přáním fertility po vzájemné diskuzi (není však doporučeno u HPV-independentních adenokarcinomů) (11).

Fertilitu zachovávající výkony jsou možné u mladých pacientek s nádorem pod 2 cm, a histologicky verifikovaným spinocelulárním či HPV asociovaným adenokarcinomem. Nutné je však zmínit potenciální rizika v mezioborovém boardu. Vhodné je tyto pacientky směřovat do center, která mají s těmito výkony zkušenosti. Všechny tyto pacientky by měly mít proveden staging sentinelových uzlin a tumor by měl být odstraněn s negativními chirurgickými okraji. Fertilitu zachovávající výkony zahrnují konizaci, simplexní a radikální trachelektomii. Vhodné je též zavedení tzv. permanentní cerkláže během trachelektomie. Těhotenství po těchto operačních výkonech je vždy považováno za rizikové. Rodičky

po trachelektomii by měly родit elektivním císařským řezem (12).

Vzhledem k lepším možnostem chirurgické a systémové léčby vidíme delší celkové přežití pacientek, které však v sobě zahrnuje možnost recidiv. Operační výkony u těchto pacientek musíme pečlivě zvažovat, neboť operační terén po ozáření či radikální chirurgické léčbě je značně odlišný od standardní situace a pacientka je vystavena většímu riziku komplikací. Cílem odstranění recidiv chirurgickou cestou by měla být snaha o dosažení nulového pooperačního rezidua (13).

Závěr

Operační léčba zhoubných novotvarů hrdlu děložního zaznamenala v historii několik zásadních milníků. Na miskú vah je třeba položit onkologickou bezpečnost a potenciální rizika velkých chirurgických výkonů. Od počátků radikální hysterektomie dle Wertheima Meigse, konceptu systematické lymfadenektomie a následně detekce sentinelové uzliny se čím dál tím více přibližujeme personalizované chirurgické léčbě. Každá pacientka a každé onemocnění je zcela unikátní, a tak bychom k tomu měli též přistupovat. Snahu o dodržování mezinárodně uznávaných doporučených postupů by měla doplňovat naše erudice, zkušenosti a zájem o maximální pomoc dané konkrétní pacientce včetně zájmu o její dlouhodobé sledování po operačním výkonu v rámci dispenzarizačních návštěv.

LITERATURA

1. Clark JG. A more radical method of performing hysterectomy for cancer of the uterus. 1895;6:20-24.
2. Wertheim E, Kelly HA, Lockyer C, et al. A discussion on the diagnosis and treatment of cancer of the uterus. The British Medical Journal. 1905;689-704.
3. Drouin E. Le docteur Stéphane Leduc et les premières guérisons de cancer par radiothérapie à Nantes et en France, Cancer/Radiothérapie 2014;18(7):709-712.
4. Ramirez PT, Frumovitz M, Pareja R. Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer. N Engl J Med. 2018;379(20):1895-1904. doi: 10.1056/NEJMoa1806395. Epub 2018 Oct 31. PMID: 30380365.
5. Hillemanns P, Hertel H, Klapdor R. Radical hysterectomy for early cervical cancer: what shall we do after the LACC trial? Arch Gynecol Obstet. 2020;302(2):289-292. doi: 10.1007/s00404-020-05627-x. PMID: 32495017.
6. Falconer H, Palsdottir K, Stalberg K, et al. Robot-assisted approach to cervical cancer (RACC): an international multi-center, open-label randomized controlled trial. Int J Gynecol Cancer. 2019;29(6):1072-1076. doi: 10.1136/ijgc-2019-000558. Epub 2019 Jun 14. PMID: 31203203.
7. Colletini F, Hamm B. Zervixkarzinom: Präoperatives Staging mittels Magnetresonanztomographie [Uterine cervical cancer : preoperative staging with magnetic resonance imaging]. Radiologe. 2011;51(7):589-95. German. doi: 10.1007/s00117-010-2119-1. PMID: 21688026.
8. Mathevet P, Lécuru F, Uzan C, et al. Sentinel lymph node biopsy and morbidity outcomes in early cervical cancer: Results of a multicentre randomised trial (SENTICOL-2). Eur J Cancer. 2021;148:307-315. doi: 10.1016/j.jejca.2021.02.009. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33773275.
9. Weyl A, Ilac C, Lusque A, et al. Prognostic value of lympho-vascular space invasion in early-stage cervical cancer. Int J Gynecol Cancer. 2020;30(10):1493-1499. doi: 10.1136/ijgc-2020-001274. Epub 2020 Jun 21. PMID: 32565486.
10. Querleu D, Cibula D, Abu-Rustum NR. 2017 Update on

the Querleu-Morrow Classification of Radical Hysterectomy. Ann Surg Oncol. 2017;24(11):3406-3412. doi: 10.1245/s10434-017-6031-z. Epub 2017 Aug 7. PMID: 28785898; PMCID: PMC6093205.

11. Cibula D, Raspollini MR, Planchamp F, et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer – Update 2023. Int J Gynecol Cancer. 2023;33(5):649-666. doi: 10.1136/ijgc-2023-004429. PMID: 37127326; PMCID: PMC10176411.

12. Batman SH, Schmeler KM. Fertility-Sparing and Less Radical Surgery for Cervical Cancer. Curr Oncol Rep. 2022;24(11):1541-1548. doi: 10.1007/s11912-022-01317-w. Epub 2022 Aug 12. PMID: 35953599; PMCID: PMC9606049.

13. Houvenaeghel G, Buttarelli M, Grégoire E, et al. V. Récidives locorégionales des cancers du col et du corps utérin: place de la chirurgie. Locoregional recurrence of cervical and endometrial carcinoma: role of surgical resection. Bull Cancer. 2005;92(9):782-8. French. PMID: 16203268.