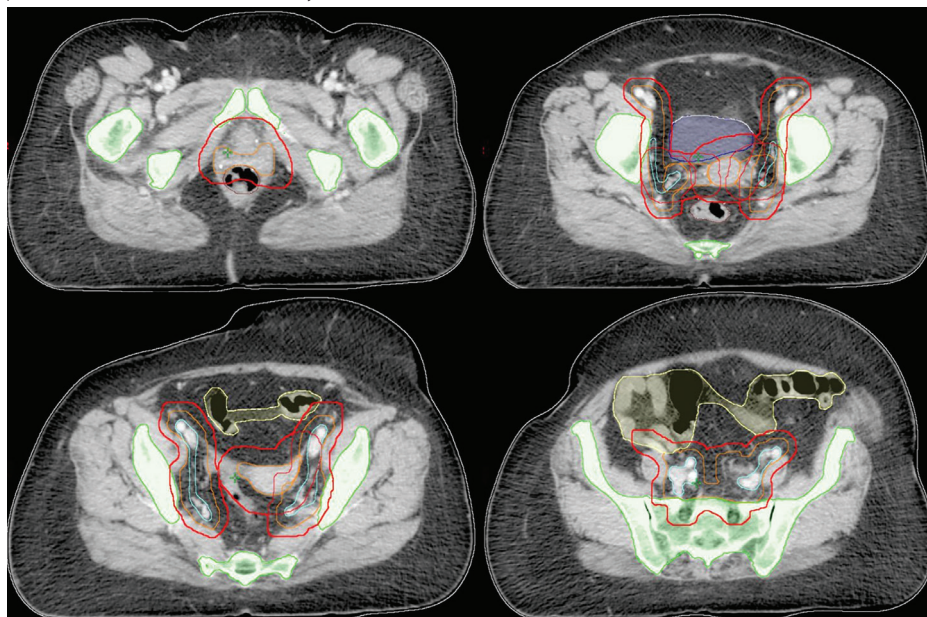


Obr. 1. Příklad zakreslení cílových struktur pro definitivní chemoradioterapii pánve u intaktního lokálně pokročilého karcinomu hrdla dělohy



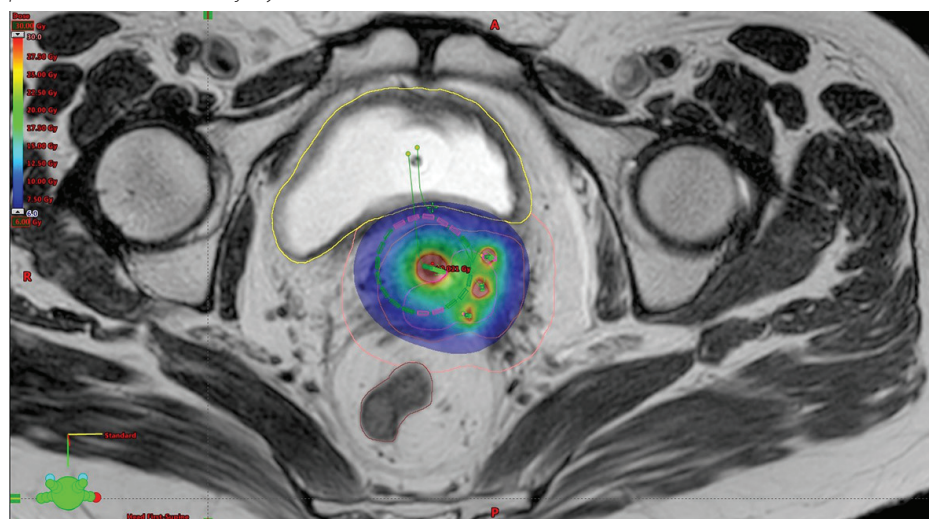
Obr. 2. Extended-field Volumetric Modulated Arc Therapy (EF-VMAT) na oblast pánve a paraaortálních uzlin se simultánním integrovaným boostem (SIB) na oblast neresekované lymfadenopatie



onemocnění. Tříselné uzliny ozařujeme u nádorů postihujících distální třetinu pochvy. Dávka zevní radioterapie na oblast celého CTV s bezpečnostním lemem kompenzujícím pohyby cílových struktur a nepřesnost nastavení (Planning Target Volume; PTV) se pohybuje mezi 45 a 50,4 Gy v 25–28 denních frakcích, s možností simultánního integrovaného boostu (SIB) na oblast objemné lymfadenopatie (GTV-N) až do dávky 55–60 Gy (Obr. 2). Chirurgické odstranění lymfadenopatie před CHRT není rutinně doporučováno. Konkomitantně s radioterapií aplikujeme chemoterapii s týdenní aplikací cisplatiny (40 mg/m²) či karboplatiny (AUC2), pokud to klinický stav pacientky umožňuje. Konkomitantní chemoterapie působí nejen na mikroskopické onemocnění vyskytující se mimo ozařovaný objem, ale zesiluje také synergisticky účinek samotné radioterapie.

Nezbytnou součástí CHRT je i uterovaginální brachyterapie (BRT), kterou zahajujeme obvykle ke konci EBRT. Pomocí BRT navyšujeme dávku na reziduální primární onemocnění o dalších 40–45 Gy dávkového ekvivalentu tak, že celková dávka na primární nádor dělohy činí minimálně 85–95 Gy. BRT nelze nahradit zevní radioterapií fotony, protony ani stereotaktickou RT a pacientky s pokročilým karcinomem by měly být k CHRT odesílány výhradně do center s možností BRT. State-of-the-art uterovaginální BRT dnes představuje tzv. MR navigo-

Obr. 3. MR adaptivní intrakavitární uterovaginální brachyterapie s intersticiálním boostem na oblast levého parametria (3 intersticiální jehly)



vaná 4D adaptivní BRT, plánovaná při každé frakci pomocí aktuálního MR vyšetření se zavedeným aplikátorem s možností aplikace intersticiálních jehel do oblastí nepokrytých intrakavitární aplikací (Obr. 3). Celková doba léčby by neměla přesáhnout 7 týdnů ve snaze předejít nežádoucí akcelerované repopulaci nádorových buněk.

V době poslední frakce brachyterapie lze často stále pozorovat přítomnost reziduálního makroskopického onemocnění, to však obvykle zcela vymizí v následujících týdnech a měsících. Adjuvantní chemoterapie aplikována po skončení CHRT nemá prokazatelný léčebný benefit a neměla by být rutinně aplikována (2). Definitivní hodnocení léčebné

odpovědi tak provádíme ne dříve než 3 měsíce po skončení CHRT a případnou záchrannou léčbu zvažujeme až v případě objektivní perzistence či progresu. Možnosti záchranné chirurgické léčby jsou v ozařovaném terénu velmi omezené a případný zákrok by měl být veden jen v centrech se značnou zkušeností a jen u velmi motivovaných pacientek, smířených s rizikem trvale zhoršené kvality života po záchranné operaci.

Ostatní případy perzistujícího, recidivujícího či metastazujícího onemocnění, které již nelze řešit záchrannou operací či radioterapií (např. oligometastatické onemocnění), léčíme zpravidla systémovou protinádorovou léčbou či pouze symptomaticky.