

skupině 60–74 let. Z hlediska klinického stadia bývá onemocnění zachyceno v časném stadiu, kdy je onemocnění omezené pouze na dělohu, nejčastěji pak v I. stadiu, a to v až 65,3 % v roce 2021. Jedná se o onemocnění s relativně nízkou mortalitou, která za rok 2021 činila 6,21 na 100 000 osob (3). Hlavním klinickým projevem bývá abnormální děložní krvácení, které může být přítomno až v 90 % procentech případů (4). V menší míře se onemocnění může projevit abnormálním nálezem z cervikální cytologie (5).

Chirurgická léčba hraje klíčovou roli v léčbě jeho raných, lokalizovaných stadií (6, 7). V posledních letech zaznamenáváme odklon od tradičních metod operačního přístupu z otevřené laparotomie ve prospěch minimálně invazivní chirurgických výkonů ať už laparoskopických, nebo robotických, které v kombinaci s biopsií sentinelových uzlin nabízí alternativu s nízkou morbiditou bez kompromisů stran výsledků onkogynekologické léčby (8, 9). Nelze bez povšimnutí ponechat rozvoj molekulární diagnostiky u karcinomu endometria, která je zahrnutá i v novém stagingovém systému FIGO 2023 a umožňuje přesněji stratifikovat pacientky do jednotlivých rizikových kategorií a individualizovat následnou péči (10, 11).

Staging

Chirurgický (operační) staging

Stagingový výkon zahrnuje totální extrafasciální hysterektomií, bilaterální adnexektomií a lymfadenektomií (6, 7). Pro nádory endometria je nově platný stagingový systém FIGO 2023 s prominentními změnami v I. a II. stadiu, týkající se zavedení tzv. neanatomických parametrů (12). Biologické chování karcinomu děložního těla je determinováno na základě jejich histologického a molekulárního profilu. Histopatologická analýza by měla být provedena u všech stadií. Zahrnuje grading, histologický typ a LVSI (Lymphovascular space involvement) a na její základě můžeme rozdělit karcinomy do 2 kategorií: neagresivní typ (low risk) a agresivní typ: (high risk) (10).

Molekulární klasifikace FIGO 2023

Jako předloha pro novou subklasifikaci navrhovaného molekulárního a histologického

systému posloužila data a analýzy z nedávno vytvořeného ESGO/ESTRO/ESP 2021 guidelineu (10). Tento guideline definoval na základě molekulárních markerů prognostické skupiny dle rizika na low risk, intermediate risk, high-intermediate risk, high risk a pokročilé/metastatické onemocnění (11).

V případě dostupnosti by měla být provedena molekulární klasifikace, jednak pro prognostickou stratifikaci do rizikových hladin (skupin), druhak jako faktor ovlivňující rozhodnutí o adjuvantní a systémové léčbě, protože může být prediktorem rizika rekurence, potažmo přežití. Kompletní molekulární klasifikace zahrnuje stanovení POLEmut (POLE mutation), MMRd (Mismatch repair-deficient), NSMP, p53abn (10).

Klinický staging

Klinický staging může být alternativou pro pacientky, které by nezvládly operační výkon, nebo pro ty, které si přejí zachovat fertilitu. U těchto pacientek se rozhodujeme na základě anamnézy, klinického vyšetření, biopsie endometria a zobrazovacích metod.

Chirurgická léčba

Při výběru typu chirurgické léčby musíme mít na paměti, že jejím úkolem je odstranit primární tumor, identifikovat prognostické faktory a stanovit, zdali bude nutná adjuvantní terapie. Preferujeme tedy přístup s nejmenší perioperační morbiditou, který přitom nezkracuje očekávanou délku přežití (8, 9). Ve většině případů to bude minimálně invazivní přístup laparoskopický, pacientky s vysokým rizikem konverze na laparotomii pak mohou profitovat z robotické chirurgie (13).

Prognostické faktory

Mezi nejvýznamnější prognostické faktory řadíme staging a histologii (subtyp nádoru a grading). Dále sem patří invaze do lymfovaskulárního prostoru, která je nezávislým rizikovým faktorem pro metastázy do lymfatických uzlin (14) a rekurenci onemocnění (15). Molekulární faktory mohou pomoci v up-stagingu a down-stagingu onemocnění v časných stadiích (10). Studie PORTEC 1 a 2 (Post-Operative Radiation Therapy in Endometrial Cancer) naznačují, že molekulární faktory

mohou predikovat odpověď na pooperační radioterapii (16).

Výběr vhodného chirurgického přístupu

Kritéria pro výběr přístupu se v čase mění, ale laparotomie nadále zůstává možnou volbou, typicky při objemné děloze, metastatickém onemocnění, BMI (Body mass index) větší 35 kg/m², i když se zdá, že rozhodující roli při výběru hraje operátor a zvyklosti pracoviště (17). U pacientek s agresivní formou onemocnění plní zobrazovací metody v předoperační rozvaze důležitou roli stran detekce peritoneální diseminace, při které je nutné zvolit laparotomický přístup a cytoredukční výkon na místo minimálně invazivního.

Onemocnění ohraničené na dělohu

Minimálně invazivní přístup

Minimálně invazivní přístup je preferovanou modalitou u časných stadií onemocnění včetně high risk endometriálního karcinomu. Během výkonu bychom měli zabránit intra-peritoneálnímu rozsevu nádorových hmot včetně prasknutí tumoru či morcelace, která se nedoporučuje ani při použití endobagu. Pokud při vaginální extrakci preparátu hrozí jeho prasknutí, je vhodné přijmout adekvátní opatření (endobag, nebo extrakce preparátu z mini-laparotomie). Relativní kontraindikací pro minimálně invazivní přístup je tumor s metastázami mimo dělohu a hrdlo (vyjma metastáz do lymfatických uzlin) (11).

Operační (chirurgický) standard

Standardním operačním výkonem je totální hysterektomie s bilaterální adnexektomií bez resekce poševní manžety. Infrakolická omentektomie by měla být provedena u klinického stadia I v případě serózního karcinomu, karcinosarkomu a nediferencovaného karcinomu. Naopak může být vypuštěna v případě clear cell karcinomu a endometroidního karcinomu v I. stadiu. Re-stagingový výkon můžeme zvažovat u pacientek s nekompletním stagingem u high-intermediate a high-risk onemocněním, pokud kompletní staging má vliv při rozhodování o adjuvantní terapii. Peritoneální cytologie není zahrnuta