

Zhoubné nádory a gravidita

Aleš Roztočil

Gynekologicko – porodnické oddělení, Nemocnice Jihlava

Koincidence výskytu zhoubného nádoru a gravidity není běžná situace, ale není vzácná. Nejedná se již o kazuistické případy, ale o soubory. Frekvence malignit v těhotenství je závislá na kvalitě sběru dat a zkoumané populaci. Jen velmi přibližně lze říci, že v našich euroatlantických podmínkách zdravotnické péče se jeden zhoubný nádor vyskytuje cca na 1 000 porodů. Vzhledem k jejich malé frekvenci a skutečnosti, že klinické příznaky tumoru jsou často připisovány těhotenským změnám, nebo jimi maskovány, dochází k pozdější diagnóze tumoru u těhotné než u negravidní ženy. Průměrný věk těhotných se zvyšuje. Vznik tumorů je v pokročilejším věku. Lze tudíž v budoucnu předpokládat nárůst této koincidence. V onkologii pak může vzniknout oblast (zatím našťastí ještě ne subspecializace) onkotěhotenství (oncopregnancy). Nejčastější nádory v těhotenství jsou maligní melanom, karcinom děložního hrdla, lymfomy, karcinom prsu, ovariální karcinom a leukemie. Screeningově se u nás v těhotenství vyšetřuje pouze děložní hrdlo (cervikální cytologie, kolposkopie). Diagnóza ostatních nádorů je závislá na autoobservaci ženy a diagnostickém důvtipu ambulantního gynekologa. Diagnóza v těhotenství se neliší od netěhotné ženy, ale je v některých oblastech ztížená. Tumor markery těhotné jsou zvýšeny stejně jako denzita prsu. Těhotenské změny na cervixu ztěžují jak cytologickou, tak kolposkopickou a histologickou diagnostiku. Ultrazvukové změny na ovariu mohou být zavádějící. Léčba těhotné je v mnoha ohledech problematická, nicméně musí být stejně účinná jak u netěhotné. Žena nesmí být penalizována za to, že je těhotná. Léčba těhotné musí být individualizovaná. Musí se vzít v potaz jak typ a stadium zhoubného nádoru, tak přání těhotné v pokračování těhotenství a rizika, modifikace léčby, nebo jejího odložení do viability plodu, potažmo do jeho ukončení. Operační léčba je indikována z diagnostických, stagingových a léčebných důvodů. Pokud se netýká reprodukčních orgánů těhotné, je většinou dobře tolerována jak matkou, tak plodem. Již neplatí doporučení neoperovat v prvním trimestru. Diagnostické dávky ozáření jsou minimální a neovlivňují vývoj plodu. Nicméně tam, kde je to možné je vhodné dát přednost UZ a MRI před rtg a CT. Léčebné ozáření může způsobit výrazné poškození plodu ionizujícím zářením. Poškození je ovlivněno dávkou, typem tkáně a velikostí ozařovaného pole. Jde o buněčnou smrt, kancerogenezi, genetické ovlivnění, hypotrofii plodu, vznik mikrocefalie a mentální retardaci. Léčebné ozařování břicha je v těhotenství kontraindikováno. Chemoterapie je v těhotenství používána jako adjuvantní terapie. Vzhledem k negativnímu vlivu chemoterapie na plod jako jsou nitroděložní úmrtí, malformace, růstová retardace, vznik malignit v budoucnosti a dalších je obecná tendence se chemoterapii v těhotenství vyhnout, nebo ji alespoň posunout za první trimestr. Vzhledem k vysoké koncentraci chemoterapeutik v mateřském mléku, je kojení v průběhu chemoterapie kontraindikováno.

Klíčová slova: zhoubné nádory, onkologie, těhotenství, chirurgická léčba, chemoterapie, radioterapie.

Malignant diseases in pregnancy

The coincidence of malignant disease and pregnancy is not a current situation, but is not rare. These cases are no more casuistic, but at present, there are groups of these patients published. The frequency of malignant diseases in pregnancy depends of the quality of data collections in a defined population. Only very approximatively we can state, that in our euroatlantic conditions and medical care, one malignant disease is diagnosed in 1 000 pregnant. Because of such a low frequency and the fact, that the symptoms of a malignant disease are often attributed to pregnancy changes, or are covered by them, the diagnosis is done in pregnant later than in non pregnant women. The mean age of pregnant women becomes higher. Tumor growth is characteristic for higher age. Thus we can suppose in the future the rise of the coincidence of these two states. The most frequent tumors in pregnancy are malignant melanoma, breast, cervical and ovarian cancers, lymphomas and leukemia. There is only one screening method in pregnancy: the cervical cancer by means of PAP smears and colposcopy. The diagnostics of other tumors depends on autodiagnosis of the women or on the diagnostic skills of the obstetrician. The oncologic diagnosis in pregnancy doesn't differ from non pregnant woman. In some organs and tumors it is more difficult in pregnancy. Tumor markers are elevated in pregnancy, the breast density is increased and the pregnancy induces cervical changes similar to neoplasia. The oncologic treatment of pregnant poses a lot of problems, but must be as efficacious as in non pregnant state. The treatment must be tailored for each patient. We must take in an account the type and the stage of the tumor, the desire of the women to continue the pregnancy, the risks and the modification of the treatment and the possibility of it's postponing after the delivery or at least the viability of the fetus. The surgery is diagnostic, staging and curative. If it doesn't touch reproductive organs of the patient, it is well tolerated by the woman as by the foetus. The surgery may take place even in the first trimester. Diagnostic ionisation doses are minimal and have no negative impact on foetal development. Nevertheless we prefer US and MRI to rtg and CT. Radiotherapy may cause severe foetal damage. This is influenced by the dosis, type of the tissue and the magnitude of the field influenced by the ionisation. It may cause the cellular death, cancerogenesis and genetic influence, foetal hypotrophy, microcephalia and mental retardation. Abdominal radiotherapy in pregnancy is contraindicated. In pregnancy only adjuvant chemotherapy is used. Due to it's negative side effects on the foetus like intrauterine death, malformations, growth retardation, the malignant growth in the future, there is a tendency if possible to eliminate chemotherapy during the pregnancy or at least to apply it after the first trimester. Because of the high concentration of chemotherapeutics in maternal milk, the breastfeeding is contraindicated during the chemotherapy.

Key words: malignant tumors, oncology, pregnancy, surgery, chemotherapy, radiotherapy.

Zhoubné nádory spojené s těhotenstvím jsou všechna nádorová onemocnění, jejichž diagnóza je stanovena v průběhu těhotenství nebo do 1 roku po porodu. Jejich počet je značně variabilní podle zdroje informací. Spousta informací je publikována ve formě kazuistik, které jsou eventuelně doplněny závěry z několika pozorování. Neexistují prospektivní studie, a tudíž všechna dostupná data jsou získána z retrospektivních studií a z odhadu na základě věkového rozvrstvení populace. Nicméně i tak lze stanovit epidemiologii zhoubných nádorů v těhotenství. S velkým odhadem lze říci, že jeden zhoubný nádor se vyskytne na cca 1 000 porodů. Je tedy nabíledni, že středně velké porodnice v České republice se s případem rakoviny v těhotenství setká 1x za rok a i velké gynekologicko-porodnické kliniky se s těmito onemocněními setkávají jen několikrát za rok (1).

Frekvence

Na základě souhrnných prací lze konstatovat, že jeden karcinom prsu se vyskytuje na 3 000 případů. Karcinom děložního hrdla na 4 000 až 10 000 porodů. Hodgkinova nemoc na 2 000 až 10 000 a rakovina vaječníků na 10 000 až 18 000 těhotenství. Maligní melanom na 25 000 těhotenství. Kolorektální karcinom na 50 000 případů a leukemie na 75 000 porodů (2, 3).

Nádory v těhotenství nejsou běžné, ale nejsou ani vzácné. Rozdíly ve frekvenci jsou způsobeny jak etnicitou, tak věkem, socioekonomickým statusem a životním prostředím. Svoji roli hraje i rozdílná prenatální péče v jednotlivých státech, kde jsou onkologická onemocnění hlášena a evidována. V ČR je sběr těchto dat na vysoké úrovni a to díky Národnímu onkologickému registru (NOR). Incidence karcinomu v prenatálním období je zhruba 0,25 na 1 000 porodů. V intranatálním období 0,07 na 1 000 porodů a do 12 měsíců po porodu jde o 0,6 na 1 000 porodů (Smith et al 2003).

Příznaky

Zhoubné nádory v těhotenství jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí žen mezi 25. a 44. rokem života. Diagnostika těchto onemocnění je značně problematická. Vzhledem k jejich malé frekvenci jsou počáteční příznaky často bagatelizovány a jak klientka, tak její ošetřující lékař/lékaři často nemyslí na možnost rozvíjejícího se onkologického onemocnění. Klinické příznaky nádoru jsou často připisovány těhotenským změnám. Těhotenské obtíže jsou vskutku zpočátku podobné příznakům malignity. Jde zejména o zvracení a pálení v prvním trimestru

těhotenství. Pokud tyto známky ranné gestózy přetrvávají i v II. a III. trimestru je nutno vyloučit jiná onemocnění, která se těmito příznaky projevují. A to jak nemaligního tak maligního charakteru. V těhotenství běžné hyperpigmentace, ať už difuzního nebo lokálního charakteru, mohou v počátečních stádiích maskovat rozvoj maligního melanomu. I bolesti hlavy nemusí být jen známkou těhotenství, ale mohou signalizovat rozvoj mozkového nádoru. Únavnost je nejen známkou těhotenství, ale také známkou rozvíjejícího se onkologického onemocnění. To stejné platí pro anémii, záněty žil v dolních končetinách, bolesti břicha a zácpu nebo průjmy. Mastodynie a rezistence v mléčné žláze nejsou příznaky pouze těhotenských změn na mléčné žláze a přípravou ke kojení, ale mohou být i časnou známkou karcinomu prsu. Různé bolesti břicha a anatomické změny v dutině břišní jsou také spojeny jak s těhotenstvím, tak mohou být příznakem rozvíjejícího se onkologického onemocnění v dutině břišní. Žena v těhotenství je náchylnější ke krvácení a má zhoršené parametry krevní srážlivosti. Toto krvácení se nejčastěji objevuje na dásni, nosní sliznici, rodidel a z trávicího traktu. Většinou na vrub těhotenství, nicméně při jejich přetrvávání navzdory medikaci je varovnou známkou možnosti rozvoje zhoubného onemocnění. Stejně platí pro polyurii a dysurii.

Koincidence zhoubného nádoru a těhotenství je většinou stanovena opožděně, později než u ženy netěhotné. Tím je dáno i vyšší stadium zhoubného nádoru, náročnější terapie a horší vyhlídky na 5leté přežití.

Diagnóza zhoubného nádoru v těhotenství

Screening zhoubných nádorů v těhotenství, až na děložní hrdlo, neexistuje. V I. trimestru těhotenství je doporučeno odebrat klientce cervikální onkologickou cytologii a provést kolposkopické vyšetření. Nicméně vzhledem k těhotenským změnám na děložním hrdle jsou výsledky často dubiozní s tendencí k falešné pozitivitě. I kolposkopické nálezy se u těhotné a netěhotné velice liší a při suspektním nálezu na děložním hrdle nedávají jasnou představu, jaké změny v děložním hrdle probíhají. V případě podezření na probíhající počáteční stadium zhoubného onemocnění je zcela indikováno provedení biopsie. Toto je světlá výjimka v období těhotenství, kdy je možno časně stanovit vznik karcinomu děložního hrdla. Diagnóza všech ostatních nádorů je závislá na autoobservaci ženy, její schopnosti tyto vyzorované změny

sdělit svému ošetřujícímu gynekologovi. Dále je pro zdárnou, často diagnostiku onkologického onemocnění, diagnostický důvtip ambulantního gynekologa. Často je odhalení prvních příznaků onemocnění dílem náhody.

Onkodiagnostika v těhotenství se v podstatě neliší od diagnózy zhoubného onemocnění u netěhotné ženy. Moderní onkologické diagnostické metody jsou pro vyvíjející se plod většinou zcela neškodné. Klasické klinické vyšetření spočívá v aspekci, auskultaci, palpaci a perkusi. Je jisté, že v současné době boomeru sofistikovaných laboratorních a přístrojových diagnostických metod je význam těchto klasických postupů zcela marginální. Onkodiagnostiku v těhotenství tedy možnost klasifikovat standardně a to na laboratorní vyšetření, zobrazovací metody, prebiptické a biptické vyšetření. Přesto je onkodiagnostika v těhotenství v některých oblastech ztížená. Tumormarkery jsou již ze své podstaty obecně nespecifické a v těhotenství jsou pravidelně zvýšené. Jako příklad možno uvést Ca 125 nebo SCCA. Denzita prsu je v těhotenství zvýšena, což jistě průkaznosti této metody nepřidá. Těhotenské změny na cervixu ztěžují jak cytologickou, tak kolposkopickou a histologickou diagnostiku. Zvětšená děloha v dutině břišní ztěžuje diagnostiku dalších orgánů této oblasti.

Moderní metody radiodiagnostiky jsou koncipovány tak, že diagnostické dávky ozáření jsou minimální a neovlivňují vývoj plodu. Nicméně tam, kde je to možné, je vhodné dát možnost ultrazvuku a magnetické rezonanci před rentgenologickým vyšetřením a počítačovou tomografií. Základním vyšetřením při podezření na onkologické onemocnění v dutině břišní u těhotné je ultrazvuk. Ultrazukové známky malignity na ovariu, jako je anisoechogenita, cévní zásobenění, tloušťka stěny nádoru a větší počet dutin sice nestanoví diagnózu ovariálního nádoru, ale posune gynekologa dál v jeho diagnosticko-rozhodovacím algoritmu. Naštěstí je většina ultrazukem diagnostikovaných ovariálních tumorů benigního charakteru, jakou jsou dermoidy nebo je většina malignit s nízkým maligním potenciálem, jako je tomu u germinálních nádorů. Cílem ultrazukové diagnostiky v těhotenství je stanovit diagnózu onkologického onemocnění v co nejnižším stadiu. Z výše uvedeného je patrné, že pokud vznikne u těhotné podezření na probíhající onkologické onemocnění, je povinností nejen ošetřujícího gynekologa, ale všech odborností, které se podílí na sledování ženy v těhotenství podniknout veškeré diagnostické kroky k jasnému potvrzení

nebo vyloučení diagnózy. V současné době jsou bez závažnějšího postižení jak matky, tak vyvíjejícího se plodu možné veškeré diagnostické neinvazivní a invazivní metody včetně nutných biopsických odběrů. Na základě současných poznatků je možno konstatovat, že prognóza maligního onemocnění v průběhu těhotenství je velmi závislá od možného zpoždění ve stanovení diagnózy a následné léčbě, než těhotenstvím jako takovým (4).

Léčba

Po stanovení diagnózy onkologického onemocnění musí navazovat adekvátní onkologická léčba. Ta se vcelku neliší od léčby netěhotné. Jde o klasické trias chirurgie, radioterapie, chemoterapie, které mohou být v těhotenství doplněny léčbou endokrinologickou a podpůrnou symptomatickou léčbou.

Chirurgická léčba je indikována z důvodů jak diagnostických, včetně stagingových, tak i z léčebných důvodů. I v těhotenství platí zásada nulového zbytkového tumoru. Cílem chirurgické léčby je tedy u solidních tumorů úplné odstranění nádoru. Problém nastává u nádorového onemocnění pohlavních orgánů, které jak vidno z pasáže o frekvenci nádorů v těhotenství jsou nejčastější. Pomineme-li karcinom prsu, jde zejména o zhoubné nádory ovaria a děložního hrdla. Pokud se chirurgický zákrok netýká reprodukčních orgánů těhotné, je většinou dobře tolerován jak matkou, tak plodem. Již neplatí doporučení neoperovat v I. trimestru. Pokud není odstraněno žluté tělísko, což pravidelně vede k zániku těhotenství, a jsou v dostatečné míře použita tokolytika, lze se domnívat, že prognóza těhotenství stran jeho pokračování bude dobrá. I odstranění ovaria ve II. trimestru již neohroží těhotenství potratem pro nedostatek progesteronu, jelikož funkce ovaria je v tomto období již nahrazena funkcí placenty. Ta produkuje dostatečné množství progesteronu k udržení těhotenství. Pokud je onkochirurgický výkon indikován po 34. týdnu těhotenství je doporučeno zároveň s ním ukončit těhotenství císařským řezem.

Radioterapie je v průběhu těhotenství kontraindikována. Většinou však posunutí léčby o několik týdnů do ukončení těhotenství nezhoršuje prognózu pro matku. Kontraindikováno je zejména léčebné ozáření břicha. Toto může způsobit výrazné poškození plodu ionizujícím zářením. Míra poškození je ovlivněna jak dávkou, tak typem ozařované tkáně a velikostí ozařovaného pole. Dochází k buněčné smrti, kancerogenezi, genetickému ovlivnění plodu, hypotrofizaci, vzniku mikrocefalie a mentální retardaci (5). Pokud přesto

vznikne vitální indikace k radioterapii v těhotenství, jak je tomu v případě strikce mediastina u velkých lymfomů, lokální radioterapie je indikována i v průběhu těhotenství (6).

Chemoterapie je celková léčba a tudíž se nelze vyhnout jak těhotné děloze, tak v ní vyvíjejícímu se plodu. Jde o adjuvantní nebo neoadjuvantní terapii, které se v některých případech nelze vyhnout ani v období těhotenství. Vždy nutno vzít v potaz, že téměř všechna chemoterapeutika mají negativní vliv na plod. Jde zejména o nitroděložní úmrtí, vznik vývojových vad a růstové retardace a nezanedbatelná je také možnost vzniku malignit u plodu v budoucnosti. Je tedy obecná tendence se chemoterapii v těhotenství vyhnout. Pokud tak nelze, je snaha ji posunout za období prvního trimestru, kdy je již dokončená organogeneze plodu a nehrozí tak vznik hrubých morfologických malformací jejím vlivem. Vzhledem k závažnosti negativních účinků chemoterapie na těhotenství, je onkogynekologický tým nucen často zvážit ukončení těhotenství v I. trimestru, pokud nelze s chemoterapií vyčkat. Nabízí se tedy otázka, zdali existuje neškodná chemoterapie pro vývoj těhotenství a plodu v I. trimestru. Vzhledem k tomu, že neexistují robustní data k této otázce, je odpověď svízelná a platí výše uvedené, že chemoterapie není příliš slučitelná se zdárným vývojem těhotenství, a to je zejména plodu. Ve všech případech, kdy je chemoterapie v těhotenství indikována, platí zásada zcela individuálního přístupu k případu, a to jak v oblastech čistě medicínských, tak psychologických, etických a sociálních. Kojení je během chemoterapie kontraindikováno (7).

Většina chemoterapeutik volně prochází placentou a tato tím pádem nikterak plod nechrání.

Endokrinní léčba jako tamoxifen, nebo inhibitory aromatáz by neměly být podávány v průběhu těhotenství. Stejně tak monoklonální protilátky, jako je bevacizumab nebo trastuzumab, jsou v těhotenství kontraindikovány vzhledem k riziku krvácení a kardiovaskulárních komplikací.

Použití většiny z prostředků symptomatické léčby je v těhotenství možné.

Placenta se vyznačuje velmi nápadným protektivním mechanismem proti cirkulujícím nádorovým buňkám. Tato skutečnost velmi snižuje riziko placentárního přenosu metastáz u hematologických onemocnění. Nicméně zprávy o těchto případech jsou velmi vzácné. Naopak placenta zcela o sobě je daleko častěji postižena metastázami.

A teď jen v krátkosti o 3 nejčastěji se vyskytujících se onemocněních v těhotenství: karcinomu prsu, děložního hrdla a ovaria.

Karcinom prsu

S incidencí 1 : 3 000 je karcinom prsu nejčastější malignitou v těhotenství. Často je jeho diagnostika opožděná, což je následek fyziologicky se vyskytující hypervaskularity a hyperproliferacím změnám v prsu v průběhu těhotenství. Dalším důvodem je skutečnost, že ani těhotná, ani její registrující gynekolog s možností vzniku maligního karcinomu prsu nepočítá. Většina podezření na tuto diagnózu se objeví jako následek samovyšetření ženou. Stejně jako u těhotné je diagnóza stanovena na základě ultrazvuku, mamografie a definitivně biopsickým vyšetřením. Magnetická rezonance je v případě karcinomu prsu pouze doplňující metodou. Díky opožděné diagnóze je 70–80 % karcinomů prsu u těhotných diagnostikováno v pokročilém stavu s pozitivním nálezem v regionálních lymfatických uzlinách. Riziko periferních metastáz je zvýšeno zhruba dvojnásobně. Charakteristika nádoru se neliší od netěhotných v obdobných věkových kategoriích. Základem léčby je chirurgické odstranění tumoru s ohledem na zachování prsu stagingem axilárních uzlin (8). Výhodou je v těchto případech použít koncept sentinelové uzliny. Adjuvantní stejně tak jako neoadjuvantní terapie jsou použity režimy s antracyklinem, doxorubicinem a cyklofosfamidem. Jak endokrinní terapie, tak léčba monoklonálními protilátkami je v těhotenství kontraindikována (9).

Karcinom děložního hrdla

Jeho výskyt je vzácnější než karcinom prsu a vyskytuje se v 1 případě na 2 500 až 4 000 případů. Jeho frekvence se ve vyspělých zemích snížila na 10 až 15 na 100 000 těhotenství. Nespecifické příznaky karcinomu děložního hrdla je nadměrný výtok a vaginální krvácení. Nicméně cílem porodníků je stanovit jeho časnou diagnózu na podkladě abnormálního cytologického nálezu z děložního hrdla. Na jeho podkladě může být provedena histologická verifikace podezření. Biopsie z děložního hrdla v průběhu těhotenství nejsou provázeny závažným krvácením nebo vyšší potratovostí. Endocervikální abraze sliznice není v těhotenství indikována. Histologické potvrzení karcinomu děložního hrdla musí být následováno stagingem tumoru. Mimo I. trimestr těhotenství je jeho součástí i počítačová tomografie. Léčba spočívá zejména v chirurgii. Kromě časných stadií této malignity je karcinom děložního hrdla vždy spojen s ukončením těhotenství. Nicméně jistá prodleva v zahájení léčby je doporučena u časných stadií, které nemají vliv na prognózu

onemocnění. Takto je možno vyčkat s radikální chirurgickou terapií až do viability plodu, kdy je možno již těhotenství ukončit. V poslední době je velkým pokrokem této léčby onemocnění v těhotenství možnost ponechání gravidity při odstranění tumoru eventuelně i provedení stagingu regionálních uzlin pomocí radiální trachelektomie (10).

Léčba platinou je součástí některých terapeutických schémat tohoto nádoru. Co se týče ukončení těhotenství, je v případech karcinomu děložního hrdla zcela indikován primární císařský řez.

Karcinom ovaria

Toto onemocnění se v těhotenství od netěhotných žen liší v následujícím. Vyskytuje se většinou u mladších pacientek, diagnóza je stanovena většinou ve stadiu I. nebo II. a většinou se jedná o nádory s hraniční malignitou. Karcinom ovaria většinou způsobuje nespecifické příznaky, které bývají přisuzovány fyziologickým změnám, které se vyskytují v těhotenství. Jeho diagnóza bývá často stanovena náhodně. Tato se podaří gynekologům, jejichž zájem o těhotenství se neomezuje jen na těhotnou dělohu a její obsah, ale vyšetřují i jiné orgány malé pánve. Terapie spočívá v primární chirurgické léčbě s cílem maximální redukce tumorózní tkáně. Vyčkávací management je v případech karcinomu ovaria kontraindikován a to zejména v pokročilých stadiích. V těchto případech je prognóza onemocnění velmi špatná.

V pokročilejších stadiích těhotenství je vhodné ukončit těhotenství po 34. týdnu a následně

pacientku radikálně operovat. Pouze stadium I. umožňuje pokračování těhotenství. Adjuvantní chemoterapie následuje chirurgickou léčbu podle existujících doporučených postupů pro netěhotnou ženu. Analogy taxanu jsou v těhotenství kontraindikovány.

Závěr

Na závěr bych chtěl zdůraznit známé obecné povědomí v populaci, že po úspěšném těhotenství následuje fyziologický porod, jehož výsledkem je zdravá matka a zdravý novorozenec. Porodnický neúspěch i v oblasti onkologie je často následován stížnostmi nebo soudním sporem. Jejich hlavním důvodem je ať domnělý, nebo skutečný pozdní záchyt onemocnění a s ním spojená náročná léčba, problematické perinatální výsledky i nejistá prognóza onemocnění. Prevence těchto stížností, nebo žalob je respektování doporučených postupů, které sice existují pro prenatální péči, ale pro „onkoperinatologii“, kromě screeningu nádoru děložního hrdla, nejsou. Ambulantním gynekologům, kteří zabezpečují péči o naši těhotnou populaci lze pouze doporučit, aby v žádném případě nepodceňovali příznaky onkologických onemocnění. Při jejich identifikaci, třeba i zbytečně zaslat pacientku do komplexního onkologického centra. Je nutné také vzít v potaz velkou raritu případů a jejich častý pozdní záchyt. Vyjma maligního melanomu v těhotenství nezhoršuje prognózu maligního onemocnění a ukončení těhotenství nezlepšuje jeho prognózu. Pro tyto případy nemáme doporučené postupy. Léčba se stanovuje individuálně. Je nutno nezapomínat na to, že

onkoperinatologie je multidisciplinární obor, kdy je nastavena obtížná a často nesystémová terapie. Přesto, že se výsledky v oblasti onkoperinatologie postupně zlepšují, obecně lze konstatovat, že nejsou příliš povzbudivé.

Literatura

1. Crohns C, Kuhling von Kaiserberg H, Jinat W. Karzinom in der Schwangerschaft, Geburtsh Frauenheil, 2007; 67, 168–169.
2. Barber HRK. Malignant disease in pregnancy, J. Perinat. Med, 2001; 29: 97–111.
3. Schönborn I. Malignant diseases during pregnancy, Gyn. kol. Geburtsmed. Gyn. kol. Endokrinol, 2009; 5(2): 114–125.
4. Wyatt RM, Dale RG. The effect of delay on tumour control. Phys. Med. Biol., 2003; 48: 139–155.
5. Ratnapalan S, et al. Physicians perception of teratogenic risk associated with radiography and CT during early pregnancy. Am. J. Rentgenol., 2004; 182: 1107–1109.
6. Timins JK. Radiation during pregnancy. N. Engl. J. Med.: 2001; 98: 29–33.
7. Cardonick E, Lacobuzzi A. Use of chemotherapy during human pregnancy, Lancet Oncol., 2004; 5: 283–291.
8. Gentiini O, et al. Safety of sentinel node biopsy in pregnant patients with breast cancer, Ann. Oncol., 2004; 16: 1348–1351.
9. Loibel S. New therapeutic options for breast cancer during pregnancy, Breast Care, 2008; 3: 171–176.
10. Hunter MI, et al. Cervical neoplasia in pregnancy, Am. J. Obstet. Gynecol., 2008; 7: 8–10.

Článek přijat redakcí: 13. 11. 2014

Článek přijat k publikaci: 1. 4. 2015

prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc.

Gynekologicko – porodnické oddělení,
Nemocnice Jihlava
Vrchlického 59, 586 33 Jihlava
roztocila@nemji.cz
