

ve stagingovém systému FIGO, i když pozitivní nález bývá nepříznivým faktorem přežití (11). Na otázku, zdali použití děložního manipulátoru je spojeno s horšími onkogynekologickými výsledky, zatím nemáme jednoznačnou odpověď (18–20).

Laparoskopický přístup

Randomizované studie jako LACE (The Laparoscopic Approach to Cancer of the Endometrium) a LAP2 (Gynecologic Oncology Group Study LAP2) prokázaly, že minimálně invazivní přístup není spojen s inferiorními výsledky onkologické léčby, co se týká cancer free intervalu a rekurence onemocnění (8, 9). Mezi významnými výhodami pak můžeme zařadit kratší hospitalizaci, nižší krevní ztrátu, nižší spotřebu analgetik a nižší perioperační morbiditu v porovnání s otevřeným chirurgickým přístupem (21). I přes všechny výhody není laparoskopický přístup zcela bez rizika. Mezi hlavní potenciální komplikace řadíme poranění cév a nervů, lymfedém (22) a dále také poranění ureteru a močového měchýře (23), střev (24) a dehiscence poševní manžety (25).

Robotická chirurgie

V porovnání s laparoskopickým přístupem dosahuje robotický přístup podobných krátkodobých výsledků a frekvence komplikací (26). Oproti laparoskopii však zkracuje operační čas, má nižší poměr konverzí na laparotomii, a to zejména u obézních pacientek pro intoleranci operační polohy (13). Relativní nevýhodou je vyšší finanční nákladnost samotného výkonu v porovnání s laparoskopickým (27) a laparotomickým přístupem (28), která je podmíněna pořizovací cenou robotického systému, tréninkem operačního týmu, náklady spojenými s údržbou a cenou instrumentária (29). Oproti laparotomickému přístupu mohou být výhody, i když pouze částečně, kompenzovány nižšími náklady spojenými s léčbou komplikací po dimisi, rehospitalizacemi a neplánovanými ambulantními vyšetřeními (30).

Robotický přístup z jednoho portu (RSS robotic single site staging/hysterectomy)

Poměrně novým přístupem je provedení operace z jednoho vícekanálového robotického portu, kdy výkon je po stránce techniky

bezpečně proveditelný, postup reprodukovatelný a mohl by tedy být volbou pro pacienty v časných stádiích (31).

Laparotomický přístup

Laparotomický přístup v porovnání s laparoskopickým vyžaduje delší hospitalizaci, je spojen s vyšší krevní ztrátou a vyšší frekvencí peri- a pooperačních komplikací (6). Tento přístup volíme v případech, ve kterých není vhodný laparoskopický přístup např. objemná děloha, intolerance Trendelenburgovy polohy nebo nám dříve známý extenzivní adhezivní proces.

Laparotomický přístup provádíme z dolní střední laparotomie. Možné je provedení operace z Pfannenstiela řezu, které při vhodné selekci pacientek a adekvátním provedení nevykazuje ani zvýšenou morbiditu, ani mortalitu (32).

Vaginální přístup

Vaginální hysterektomie s možností doplnění o bilaterální adnexektomii přichází úvahu u předpokládaných časných stádiích onemocnění, kde anestetická rizika nebo celkový stav pacientky neumožňuje abdominální přístup nebo minimálně invazivní přístup. U časných stádií onemocnění se neprokázalo, že by volba vaginálního přístupu měla negativní vliv na přežití (33).

Lymfatický staging

Důležitou součástí v rozhodovacím algoritmu o adjuvantní terapii je histologický status retroperitoneálních uzlin. Biopsie sentinelové uzliny může být zvažována u stagingu u low až intermediate-risk onemocnění. Není nutnost ji provádět u onemocnění bez myometrální invaze. V této skupině rizika není doporučena systematická lymfadenektomie. Operační staging (kompletní bilaterální pánevní a paraaortální lymfadenektomie) je doporučen ve skupině high-intermediate až high risk pacientek. Biopsie SNL (Sentinel lymph node) pro lymfatický staging je možnou alternativou pro stadia I a II. LVSI je hodnocena jako výrazná či extenzivní dle kritérií WHO 2021, pokud je postiženo ≥ 5 lymfatických cév.

Při systematické lymfadenektomii je doporučena disekce pánevních a paraaortálních infrarenálních uzlin. Přítomnost makro i mik-

rometastáz (< 2 mm, pN1_{mi}) je hodnocena jako metastatické postižení. Prognostický význam ITCs (Isolated tumor cells) – pN0 (i+) je stále nejasný. Při perioperačním nálezu infiltrace pánevních lymfatických uzlin by mělo být od další systematické disekce upuštěno. Nicméně, je na zvážení debulking zvětšených uzlin a dokončení stagingu paraaortálních uzlin (11).

Doporučení při vyšetření sentinelové uzliny

Preferovanou metodou detekce je ICG (Indocyanine green) injikována do cervixu. Reinjekci ICG můžeme zopakovat v průběhu výkonu, pokud nedojde ke zbarvení po iniciální injekci. Stranová systematická lymfadenektomie je doporučena, když nedojde k detekci SNL ani na jedné straně pánve a to u pacientek ve skupině high-intermediate až high risk (11).

Zachování fertility (Fertility sparing/preservation procedures)

Pokračuje nárůst incidence karcinomu endometria v I. stadiu u pacientek mladších než 40 let, které by si přály zachování fertility (34). Kandidátky pro fertilitu zachovávající léčbu musí být léčeny a referovány multioborovým týmem ve specializovaných centrech. Pacientky musí být poučeny, že standardním léčebným postupem je operační odstranění dělohy a oboustranné odstranění adnex (35). Fertility sparing léčba přichází v úvahu pouze u pacientek s AH/EIN (Atypical hyperplasia/Endometrial intraepithelial neoplasia) nebo grade 1 endometroidním karcinomem bez myometrální invaze a bez rizikových genetických faktorů (11). Onkologická bezpečnost je odvozena od znalosti, že přežívání pacientek s karcinomem v stadiu Ia, které podstoupily fertilitu zachovávající léčbu, je obdobná jako u pacientek po hysterektomii. Navíc v případech, kdy došlo k selhání terapie, je progresse onemocnění vzácná a zůstává tedy možnost definitivní chirurgické léčby (34). Neexistuje konsenzus, které léčivo, dávka a délka léčby je nejefektivnější. Nejčastěji se z progestinových léčiv používá MPA (Medroxyprogesterone acetate), MA (Megestrol acetate) a LNG IUS (Levonorgestrel-intrauterine system) a v klinických studiích se zkoušejí i jejich kombinace. Další léčivem s pozitivním vlivem je metformin užívaný často v kombinaci s MPA. Léčba zahr-