

Tab. 1. FIGO staging karcinomu endometria 2023 (10)

Stadium FIGO	Popis
Stadium I	Ohraničení na dělohu a ovaria
IA	Onemocnění omezené na endometrium NEBO neagresivní histologický typ např. low-grade endometroidní, s invazí < ½ myometria s žádnou NEBO fokální LVSI NEBO s dobrou prognózou onemocnění
IA1	Neagresivní histologický typ omezený na endometriální polyp NEBO na endometrium
IA2	Neagresivní histologické typy s invazí < ½ myometria s žádnou NEBO lokální LVSI
IA3	Low-grade endometroidní karcinomy omezené na dělohu a ovarium
IB	Neagresivní histologické typy s invazí ≥ ½ myometria s žádnou NEBO lokální LVSI
IC	Agresivní histologické typy omezené na polyp NEBO na endometrium
Stadium II	Invaze cervikálního stromatu bez extrauterinního šíření NEBO výrazné LVSI NEBO agresivní histologické typy s myometrální invazí
IIA	Invaze do cervikálního stromatu neagresivním typem
IIB	Výrazné LVSI u neagresivních histologických typů
IIC	Agresivní histologické typy s jakýmkoliv prorůstáním do myometria
Stadium III	Lokální A/NEBO regionální šíření nádoru nezávisle na histologickém podtypu
IIIA	Postižení děložní serózy, adnex NEBO obojí přímým šířením nebo metastaticky
IIIA1	Postižení ovaria nebo tuby (nesplňující kritéria IA3)
IIIA2	Postižení děložní subserózy a prorůstání skrze sérozu dělohy
IIIB	Metastatické NEBO přímé šíření do pochvy A/NEBO do parametří NEBO na pánevní peritoneum
IIIB1	Metastatické NEBO přímé šíření do pochvy A/NEBO do parametří
IIIB2	Metastatické postižení pánevního peritonea
IIIC	Metastatické postižení pánevních NEBO paraaortálních uzlin NEBO obou skupin
IIIC1	Metastázy do pánevní lymfatických uzlin
IIIC1i	Mikrometastázy
IIIC1ii	Makrometastázy
IIIC2	Metastatické postižení paraaortálních uzlin až k renálním cévám bez NEBO s metastatickým postižením pánevních uzlin
IIIC2i	Mikrometastázy
IIIC2ii	Makrometastázy
Stadium IV	Šíření do sliznice močového měchýře A/NEBO sliznice střev A/NEBO vzdálené metastázy
IVA	Nádor se šíří na sliznici močové měchýře A/NEBO střev
IVB	Intraabdominální peritoneální metastázy mimo pánev
IVC	Vzdálené metastázy, zahrnující metastázy intra a extra abdominálních lymfatických uzlin nad renálními cévami, metastázy do plic, jater, mozku a kostí

Tab. 2. FIGO staging s molekulární klasifikací (10)

Stadium	Výsledek molekulární analýzy u pacientek v časném stadiu karcinomu endometria (Stadium I a II po stagingovém výkonu)
Stadium I Am POLEmut	POLEmut karcinom endometria, ohraničený na tělo děložní s nebo bez šířením do hrdla, bez ohledu na LVSI nebo histologický typ
Stadium II Cm p53abn	p53abn karcinom endometria, ohraničený na tělo děložní s nebo bez šířením do hrdla, bez ohledu na LVSI nebo histologický typ
■ Dobrá prognóza: patogenní POLEmut (POLE mutace) ■ Střední prognóza: MMRd (mismatch repair deficiency) nebo mikrosatelitní nestabilita, bez specifického molekulárního profilu (NSMP – microsatellite instability and no specific molecular profile) ■ Špatná prognóza: p53 abn (p53abnormal)	

nující fotodynamickou terapii či kombinace hysteroskopické resekce léze s léčbou progestinem nebo GnRH (Gonadotropin-releasing hormone) dosahuje také ve studiích příznivých výsledků (36).

Odpověď na hormonální léčbu trvá 6 až 12 měsíců a nejsou zatím známy žádné ověřené biomarkery, které by předpovídaly odpověď na léčbu, nebo následnou plodnost. Tento časový úsek lze s výhodou využít k optimalizaci zdravotního stavu, včetně normaliza-

ce tělesné hmotnosti a tím zlepšení nejen výsledků onkogynekologické léčby, ale také plodnosti (37).

Během léčby je doporučena pravidelná dispenzarizace ke zhodnocení regrese či rekurence zobrazovacími metodami a hysteroskopickou biopsií endometria nejčastěji doporučováno po 3 měsících (36). Pokud není odpověď na léčbu, nebo došlo k rekurenci onemocnění, které nastává až ve 35 % případů po úspěšné šetřící léčbě, je třeba přistoupit

k totální hysterektomii (34, 38). Stejně tak je nutné přistoupit k hysterektomii ihned po splnění reprodukčních plánů (36).

Zachování ovarii

Ke zvážení u premenopauzálních žen do 45 let s low grade endometroidním karcinodem, myometrální invazí menší než 50 % a bez známek postižení ovarii nebo šířené onemocnění mimo dělohu. Při zachování vajecníků se doporučuje oboustranná salpingektomie. Prezervace ovarii se nedoporučuje u pacientek s pozitivní rodinnou anamnézou (př. BRCA – Breast cancer gene, Lynchův syndrom). Nicméně, lze zvážit kryoprezervaci oocytů (11).

Pokročilá stadia

Radikální operační výkon se provádí včetně resekce suspektních či zvětšených uzlin u pokročilých stadií karcinomu dělohy (včetně karcinosarkomu). V prvním kroku je nutné selektovat vhodné kandidátky pro cytoredukční terapii a na druhou skupinu, pro kterou bude adekvátní volbou systémová terapie, protože u nich nelze dosáhnout kompletní makroskopické resekce při zachování uspokojivé morbidit (11). Pro pacientky s klinickými příznaky nebo radiodiagnosticky potvrzeným metastatickým onemocněním se provádí operační výkon k definitivnímu potvrzení diagnózy, nebo jako paliativní výkon k úlevě při symptomatickém onemocnění a v neposlední řadě jako cytoredukční výkon ke zlepšení výsledku onkologické léčby, který závisí především na ponechaném reziduu nádorové tkáně (39). V tomto případě volíme laparotomický přístup z dolní střední a horní střední laparotomie. Samotnému výkonu by mělo předcházet multioborové konzilium.

Diskuze a závěr

Karcinom endometria je nejčastější malignitou v gynekologii s relativně nízkou mortalitou. Chirurgická léčba hraje výsadní roli v léčbě jeho časných lokalizovaných stadií a díky časně diagnóze se stala minimálně invazivní chirurgie dominující modalitou, z důvodu nižší peri a postoperační morbidit a prokázané ekvivalenci účinku onkogynekologické léčby. I když v posledních letech