

s ničím neléčila, v těhotenství užívala pouze preparáty k suplementaci magnézia a od 29. týdne gravidity (t.g.) i železa, protože v krevním obraze byla zjištěna mírná sideropenická anémie (s hodnotou hemoglobinu – Hb 112 g/l). Pacientka rodila své první dítě císařským řezem pro polohu plodu koncem pánevním. Druhé dítě porodila spontánně záhlavím. V šestinedělí bylo nutno provést instrumentální revizi dutiny děložní pro krvácení a pro rezidua po porodu. Pacientka nemá v anamnéze spontánní potrat ani umělé přerušení těhotenství. V nynějším těhotenství ve 37. týdnu gravidity byla referována do spádové nemocnice. Vstupní vyšetření včetně ultrazvukového zobrazení neshledalo abnormity. Ultrazvukové příjmové vyšetření popisovalo: jeden živý plod v poloze podélné koncem pánevním (PPKP) neúplným řitním, odhad hmotnosti se pohyboval okolo 3 100 g, normohydramnion, placenta byla uložena na zadní stěně, dolní děložní segment se jevil bez dehiscence a bez patologie. Pacientka byla přijata na gynekologicko-porodnické oddělení k plánovanému ukončení těhotenství per sectionem caesaream pro polohu plodu koncem pánevním neúplným řitním a pro císařský řez v anamnéze. Operace byla vedena ve spinální anestezii. Po extrakci plodu koncem pánevním byla vybavena placenta po částech, zbytek placenty byl odstraněn kyretou. Novorozенец byl v dobrém stavu s hmotností 3 160 g a se skórem dle Apgarové (AS): 10-10-10. Z místa inserce placenty bylo pozorováno středně silné krvácení. Standardně byla aplikována uterotonika (Oxytocin, Methylergometrin, Prostin M15 do myometria), opakovaně naloženy horké roušky na dělohu, na krvácející plochu po inzerci dělohy a opakovaně provedena komprese dělohy. I přes uvedené postupy po 30 minutách krevní ztráta přesahovala 1 500 ml. Proto byla primářem oddělení z vitální indikace (peripartální život ohrožující krvácení při neúspěchu konzervativního postupu) indikována hysterektomie s bilaterální salpingektomií. Pacientka byla toho času ve spinální anestezii a byla informována o dalším postupu, s navrženým postupem souhlasila. Operační výkon pokračoval v celkové anestezii. Byla vybavena děloha ve dvou částech – fundus nad uterotomií a exstirpován čípek děložní. Operace probíhala v obtížně přehledném terénu z důvodů krvácení. Celková krevní ztráta se odhadovala na cca 2 500 ml. Do cavum Douglasi

byl zaveden Redonův drén – vyvedený mimo laparotomii, stěna břišní byla uzavřena po anatomických vrstvách zvyklým způsobem. Pacientka byla po operaci přeložena na oddělení ARO. Byl podán krevní převod a mražená plazma, bezprostřední pooperační průběh byl bez komplikací, pacientka byla kardiopulmonálně stabilní. Pro dobrý klinický stav pacientky byla ještě toho dne večer přeložena na standardní oddělení. Zde byl následující den extrahován drén, vedl minimální odpady. Pooperační období na oddělení šestinedělí proběhlo bez komplikací. Spontánně nastoupily všechny fyziologické funkce a aktivně byla podporována laktace. Dle laboratorního vyšetření byla přítomna mírná anémie bez klinicky vyjádřeného anemického syndromu, ta byla dále léčena suplementací perorálně podávaným preparátem se železem. Pacientka byla propuštěna v celkově dobrém stavu do domácí péče 5. pooperační den. Za týden od propuštění byla provedena pooperační kontrola. Pacientka byla v dobrém stavu, bez známek infekce, operační rána se hojila per primam, pacientka plně kojila. Postupně byla pacientka informována o závěrech histologického vyšetření. V myometriu těla děložního byly nalezeny trofoblastické elementy, odpovídající diagnóze placenta accreta. Dále byl prokázán nálezní akcidentálního adenokarcinomu děložního čípku, HPV asociovaného, s maximální hloubkou invaze 2,8 mm, horizontální cirkumferenční rozměr 6 mm, horizontální longitudinální rozměr 7 mm, byla přítomná lymfangioinvaze, pattern B, stadium FIGO (2018) IA1. Tento nálezní ale byl v terénu rozsáhlého multifokálního adenokarcinomu in situ (AIS) a HSIL (high-grade squamous intraepithelial lesion) v oblasti transformační zóny. Ostatní vyšetřené tkáně (reziduální endometrium a tuby) byly bez atypií. Vzhledem k nálezu akcidentální cervikální neoplazie byla pacientka referována do Komplexního onkologického centra (KOC), resp. na akreditované onkogynekologické pracoviště.

V KOC byly nejprve vyloučeny vzdálené metastázy provedením pozitronové emisní tomografie s magnetickou rezonancí (PET/MR) (negativní pro lymfangiopatii, v oblasti v sigmatu se zobrazovala metabolicky aktivní tkáň suspektní z nádorové infiltrace). Po domluvě s pacientkou byl navržen výkon v rozsahu resekce poševního pahýlu, resp. panovala nejistota o celistvosti původně odstraněného

čípku na základě vstupního předoperačního vyšetření, cílená biopsie z oblasti sigmatu (viz nálezní na PET/MR) a vyšetření sentinelových pánevních uzliny bilaterálně. Bylo dohodnuto, že další postup se bude plánovat až dle histopatologických závěrů z tohoto druhého operačního výkonu. Operace proběhla laparoskopicky ve výše uvedeném rozsahu s nutností rozsáhlé adheziolýzy. Operace i celá hospitalizace proběhly bez komplikací. V histologickém vyšetření byl detekován exstirpát tkáně děložního hrdla se zánětlivými reparativně resorptivními změnami bez reziduálních dysplastických změn či malignity. Sentinelové uzliny (SNLU) bez infiltrace nádorovými buňkami, bez metastáz (0/5). Nesentinelové lymfatické uzliny (LU) bez metastáz (MTS) (0/1). Biopsie ze sigmatu se zánětlivými reparativně resorptivními změnami, bez malignity. Definitivní diagnostický závěr byl: Adenocarcinoma cervicis uteri pT1a1, pN0 M0, LVSI+, FIGO IA1. Onkogynekologickým kabinetem byla navržena dispenzarizace ve specializované ambulanci à 3 měsíce.

Úvod

Adenokarcinom čípku děložního v těhotenství a problematika peripartálního krvácení a poruch placentace

Porodnické krvácení je hlavní příčinou mateřských úmrtí nejen v rozvojových, ale i v některých vyspělých zemích včetně České republiky. Peripartální život ohrožující krvácení (PŽOK) je definováno jako rychle narůstající krevní ztráta, která je klinicky odhadnuta nad 1 500 ml nebo jako jakákoliv krevní ztráta spojená s rozvojem klinických a/nebo laboratorních známek šoku/tkáňové hypoperfuze (1). Včasná identifikace rozvoje PŽOK je klíčovým faktorem dosažení co nejlepšího možného klinického výsledku. Placenta accreta patří do skupiny poruch placentace. Její příčina je v abnormálním prorůstání placenty do děložní stěny, kdy placentární klky prostupují celou stěnu myometria až do děložní serózy (perimetrium) s možností invaze do okolních orgánů (zvláště do močového měchýře) (2).

Ročně se v České republice nově diagnostikovalo do roku 2010 cca 1 000–1 050 maligních nádorů cervixu a v souvislosti s tímto one-