

mocněním umíralo 310–400 žen (3), aktuální čísla poukazují na mírný sestupný trend (716 nových případů v roce 2022, 274 případů úmrtí v roce 2022) (4). V oblasti čípku je nejčastějším histopatologickým typem karcinom (3).

Zhoubné nádory patří k hlavním příčinám úmrtí žen v reprodukčním věku. Epidemiologická data nejsou tak přesná, neboť jenom v málo zemích existují specifické národní registry. Z České republiky jsou data publikovaná v monografii prof. Halašky (Onkologická onemocnění během těhotenství), kde se udává, že incidence malignit v graviditě se pohybuje kolem 20–40/100 000 těhotenství (5). Mezi nejčastější malignity patří právě karcinom čípku děložního, prsu, melanom a hematologické malignity, tzn. karcinom čípku děložního je i přes raritní výskyt nejčastější malignitou v průběhu těhotenství. Incidence je přibližně 0,8–1,5 případů na 10 000 porodů (6, 7). Z maligních epitelových nádorů je nejpočetnější skupinou dlaždicobuněčný (spinocelulární) karcinom (80%), adenokarcinomy jsou zastoupeny jen cca z 10–15%. Další typy malignit děložního hrdla jsou vzácné (8, 9).

Hlavním etiopatogenetickým činitelem je infekce tzv. high risk typu HPV, verifikování této kauzality bylo oceněno Nobelovou cenou (10). Je známo víc než 100 typů HPV genotypů, z nich nejvíce onkogenní jsou HPV 16 a 18. Tyto dva viry jsou celosvětově zodpovědné

za vznik karcinomu děložního hrdla z více než 70 %. (11). Jedinou formou primární prevence proti této infekci je očkování. Očkování proti HPV má nejvyšší deklarovaný účinek (více než 90%), pokud naočkujeme „HPV naivní“ populaci – děti, které se s virem ještě nesetkali (tzn. před koitarché). V České republice je od roku 2012 zavedena celoplošná vakcinace proti HPV infekci pro dívky a chlapce mezi 13. a 14. narozeninami např. vakcínou Gardasil 9® ve dvoudávkovém schématu. Cílem je minimalizace výskytu karcinomu děložního hrdla (resp. prekanceróz a neoplazií souvisejících s HPV infekcí, jako jsou vulvární a anální neoplazie a karcinomy) (12).

V České republice existuje národní screeningový program, při kterém se v pravidelných ročních intervalech vyhodnocuje kolposkopický obraz epitelu děložního čípku a také je odebrán stěr z exocervixu, a kartáčkem z endocervixu (cytobrush). Proces se označuje jako tzv. onkologická cytologie, za jehož kvalitu hodnocení odpovídají akreditované laboratoře. Od roku 2021 je Českou gynekologicko-porodnickou společností doporučeno odebírat v rámci preventivní prohlídky HPV DNA test se selektivní genotypizací viru 16/18 všem ženám ve věku 35 let + 364 dní, 45 let + 364 dní a od roku 2024 i ženám ve věku 55 let + 364 dní (12). Pro provádění OC není stanovena horní věková hranice.

Kolposkopie a stěr na onkologickou cytologii (OC) je součástí prvotrimestrálních vyšetření, nemusejí jej podstoupit pouze ženy, které měly v posledních 6 měsících normální výsledek cytologie a nemají v anamnéze prekancerózu (5). Při nejasných nálezech je vždy možnost odeslat pacientku do specializované ambulance pro expertní kolposkopii. Díky uvedeným opatřením se zachycuje mnoho onemocnění ve fázi prekancerózy či mikrokarcinomu.

FIGO klasifikace karcinomu děložního hrdla přešla v roce 2018 revizí. V tabulce 1 níže je popsán aktuální staging onemocnění (13). Přesné stanovení stagingu je zásadní pro plánování dalšího léčebního postupu.

Většina případů nádorů děložního čípku je v těhotenství zachycena v časném stadiu: 70–80 % (14). Je to dáno zejména tím, že v průběhu těhotenství je žena více sledována a vyšetřována. Věk je jedním z hlavních rizikových faktorů pro vznik maligních onemocnění obecně. Vzhledem ke stárnoucí populaci rodiček stoupá celosvětově i v České republice incidence nádorových onemocnění. Prognóza karcinomu děložního hrdla je srovnatelná s netěhotnými ženami. V případě stadia I a II tedy přichází v úvahu ke zvážení některý z těhotenství zachovávajících postupů (3). Dle výzkumů je nález stadií I náhodný a v případě stadií I a často i u IB téměř asymptomatický. Typické symptomy karcinomu jsou abnormální vaginální krvácení

Tab. 1. Staging karcinomu děložního hrdla (13)

Subkategorie TNM	FIGO 2018	Definice
TX		Primární nádor nelze hodnotit
T0		Bez známek primárního nádoru
Tis		Karcinom in situ (preinvazivní karcinom)
T1	I	Nádor omezený na hrdlo (šíření na tělo by nemělo být zohledněno)
T1a	IA	Invazivní karcinom diagnostikovaný pouze mikroskopicky
T1a1	IA1	Invazivní karcinom diagnostikovaný pouze mikroskopicky. Stromální invaze s maximální hloubkou < 3,00 mm
T1a2	IA2	Měřená stromální invaze o hloubce ≥ 3,0 mm až < 5,0 mm
T1b	IB	Klinicky zřetelná léze omezená na hrdlo nebo mikroskopická léze ≥ 5,0 mm
T1b 1	IB1	Klinicky zřetelná léze v největším rozměru < 2,0 cm
	IB2	Klinicky zřetelná léze v největším rozměru ≥ 2,0 až < 4,0 cm
T1b2	IB3	Klinicky zřetelná léze v největším rozměru ≥ 4,0 cm v největším rozměru
T2	II	Nádor se šíří mimo dělohu, ne však do stěny pánevní či dolní třetiny pochvy
T2a	IIA	Nádor bez šíření do parametria
T2a1	IIA1	Klinicky zřetelná léze v největším rozměru < 4,0 cm
T2a2	IIA2	Klinicky zřetelná léze v největším rozměru ≥ 4,0 cm se šířením do parametria bez šíření ke stěně pánevní
T2b	IIB	
T3	III	Nádor se šíří ke stěně pánevní a/nebo se šíří na dolní třetinu pochvy a/nebo způsobuje hydronefrózu či afunkci a/nebo postižení pánevních lymfatických uzlin a/nebo postižení paraaortálních lymfatických uzlin
T3a	IIIA	Nádor postihuje dolní třetinu pochvy, bez šíření ke stěně pánevní
T3b	IIIB	Nádor se šíří až ke stěně pánevní a/nebo způsobuje hydronefrózu či afunkci ledviny
N1	IIIC1	Postižení pánevních lymfatických uzlin
M1	IIIC2	Postižení paraaortálních lymfatických uzlin
T4	IVA	Nádor se šíří na sliznici močového měchýře nebo rekta a/nebo se šíří mimo malou pánev
M1	IVB	Vzdálené metastázy (vč. peritoneálního šíření, mts do mediastinálních uzlin, supraklavikulárních uzlin, kostí, plic, jater)