

nebo krvavý poševní sekret, pánevní bolest, anémie a dušnost. Avšak v průběhu těhotenství jsou tyto příznaky přítomné i bez souvislosti s malignitou, což činí rozhodovací diagnostický algoritmus obtížnější (3, 8). Důležitým prognostickým faktorem je kromě velikosti nádoru i stav postižených lymfatických uzlin. Lymfadenektomie je možné bezpečně provést do 22.–25. týdne těhotenství (15).

Chirurgický výkon je omezen pouze na časná stadia onemocnění, tj. do klinického stadia IIa (intaktní parametria) včetně. Jestliže si pacientka přeje ukončení těhotenství, pak se v případě onemocnění v časném stadiu doporučuje radikální hysterektomie s plodem in situ a se zachováním vaječníků. V případě pokročilých stadií by měla být pacientka léčena jako netěhotná (5).

V případě, že pacientka projeví vůli pokračovat v těhotenství, léčbu neinvazivního stadia je možné odložit až po porodu. Rozhodování o terapii u invazivních karcinomů se opírá o stadium onemocnění, gestační týden, fetální viabilitu, léčebné možnosti a preference rodičky. Terapie u netěhotných spočívá v primární radioterapii, což u těhotných možné není. Radioterapie může vyvolat spontánní potrat nebo vážně poškodit plod (5, 16).

Do 25. týdne těhotenství je při stadiu IA1 dostatečným výkonem konizace. Vzhledem k riziku postižení parametrií u stadií IA1 a IB1 max. do 1 %, se považuje za metodu volby jednoduchá trachelektomie nebo rozsáhlejší konizace. Za podmínky dokončení stagingových vyšetření (velikost nádoru) včetně ultrazvukové volumetrie k posouzení infiltrace stromatu hrdla. Provedení radikální trachelektomie není vzhledem k častým ztrátám těhotenství indikováno (5).

U stadií IB2 (nádor nad 2 cm) a výše se doporučuje neadjuvantní chemoterapie (CHT) po zjištění negativity lymfatických uzlin. V případě, že stagingová lymfadenektomie nebyla provedena, se doporučuje dokončit staging do 6–8 týdnů po porodu. Chemoterapeutická léčba je možná od 2. trimestru. U stadií IB3 je jedinou možností zahájení neodjuvantní CHT (5, 16).

Neodjuvantní CHT by měla být podávána maximálně do 34.–35. gestačního týdne a porod by měl být plánován s třítydenním odstupem. Dle Cochranovy databáze je doporučován standardní režim s cisplatinou ne-

bo v kombinaci s paklitaxelem každé 3 týdny, maximálně do 6 cyklů. Standardně se používá cisplatina v dávce 60 mg/m² a paklitaxel v dávce 135 mg/m²; případně sólo cisplatina v dávce 75 mg/m². Alternativou k cisplatině je karboplatina, která má nižší nefrotoxicitu ale výrazně vyšší hematotoxicitu (5, 17, 18). Dalším režimem při zjištěném adenokarcinomu může být desetidenní protokol cisplatinu 75 mg/m² + adriamycin 35 mg/m² (19). Placenta funguje jako bariéra a koncentrace cisplatinu v amniální tekutině při porodu oproti krvi matky byla 11–42 %. Naproti tomu snížení hladiny albuminu v krvi matky může způsobit vyšší koncentraci volné frakce cisplatinu u matky a plodu a tím se podílet na zvýšené toxicitě, především ototoxicitě. Proto by byla vhodná substituce albuminu v léčebném režimu (20, 21).

Při zjištění nádorového onemocnění po 25. týdnu gravidity se vzhledem k velikosti dělohy nedoporučuje lymfadenektomie. Proto se při nižších stadiích do IB1 doporučuje odklad léčby do doby dosažení zralosti plodu nebo až do 6–8 týdnů po porodu. Při podezření na progresi onemocnění je doporučováno zvážit předčasný porod nebo zahájit neadjuvantní chemoterapii (5, 22).

Amant a kol. sledovali novorozence vystavené chemoterapii in utero. Kognitivní vývoj většiny sledovaných dětí byl v normálním rozmezí. Předčasný porod byl důležitým faktorem spojeným se zhoršeným neuromotorickým vývojem. Z dlouhodobého hlediska je důležité sledovat i riziko vzniku maligních nemocí nebo infertilitu (23).

Načasování porodu je individualizované, závisí zejména na gestačním stáří plodu, stadiu onemocnění, případně progresi onemocnění v průběhu gravidity. Nejlépe je vést porod po 37. dokončeném týdnu gestace (t. g.), ideálně v 39. t. g., v případě indikace k dřívějšímu ukončení těhotenství se podávají kortikosteroidy ke snížení morbiditu u dítěte. Spontánní vedení porodu není kontraindikováno ve stadiích IA1 a IA2. Byly však popsány případy implantace a rekurence onemocnění v jizvě po epiziotomii (24). Ačkoli jsou data limitována, u pacientek ve stadiu IB1 a vyšším, je doporučován porod per sectionem a navazuje v jedné operační době radikální hysterektomie se systematickou pánevní lymfadenektomií nebo se plánuje postpartálně (5).

Další management léčby je jako u netěhotných žen. U žen ve stadiu IA1 bez lymfovaskulární invaze, které projevíly vůli zachování fertility, není potřebná další léčba mimo konizaci s okrajem in sano. Ve stadiu IA2 je indikována radikální trachelektomie s pánevní lymfadenektomií, pokud již nebyla realizována 6–8 týdnů po porodu. V případě, že žena si nepřeje zachování fertility, v IA1 stadiu je metodou volby extrafasciální hysterektomie i v době porodu. Ve stadiích IA1 s lymfovaskulární invazí, IA2 a IB1 by měla být v jedné době s císařským řezem provedena radikální hysterektomie (25).

Dle NCCN doporučených postupů je stanoveno při přítomné lymfovaskulární invazi provést systematickou pánevní lymfadenektomii (ev. s doplněním sentinelového mapování a dle jeho výsledků další postup) nebo adjuvantní zevní radioterapii a brachyterpii (29).

Velice důležité je pravdivé informování těhotné pacientky a manžela/partnera, kteří se na základě dostupných informací musí rozhodnout o dalším směřování všech životů.

Závěr

V průběhu těhotenství se může tak jako v každém věku rozvinout onkologické onemocnění. Karcinom děložního hrdla je nejčastějším nádorovým onemocněním v těhotenství. Vzhledem ke stárnoucí populaci rodiček lze očekávat i nárůst koincidence gravidity a karcinomu děložního hrdla.

Řešení peripartálního život ohrožujícího krvácení v důsledku abnormálně invazivní placenty odstraněním dělohy s oboustrannou salpingektomií je adekvátním a obhajitelným postupem.

V prezentovaném sdělení byl rozebrán zajímavý klinický příběh do porodu nezjištěného nádorového onemocnění. Byly probrány kontroverze ukončení těhotenství ze zdravotní indikace matky. Těhotná pacientka musí být plně informována k učinění rozhodnutí o pokračování nebo ukončení těhotenství. Léčba v těhotenství je možná. Doufáme, že kombinace pravidelných gynecologických vyšetření s odebráním OC, HPV testace a očkování naivní populace bude postupně vést k snížení incidence karcinomu děložního hrdla v těhotenství a předcházení obdobných případů.