

Karcinom endometria (těla děložního) je nejčastějším maligním nádorem ženského pohlavního ústrojí. Jeho incidence stoupá zvláště ve vyspělých zemích zakavkazské populace. Ačkoliv je to nádor s nejnižší mortalitou ve skupině gynekologických nádorů, může se chovat i velmi agresivně.

Typicky postihuje postmenopauzální ženy s maximem mezi 50 a 70 lety. Incidence stoupá s věkem. Mezi hlavní rizikové faktory patří nadměrná expozice exogenním (HRT – hormonální substituční terapie) nebo endogenním estrogenům, ovariální poruchy a obezita. Mezi hlavní protektivní faktory patří dlouhodobé působení gestagenů.

Onemocnění se nejčastěji manifestuje postmenopauzálním vaginálním krvácením, výtokem, u mladších je obvyklá menometrorrhagie.

Základní diagnostickou metodou je transvaginální ultrazvuk a kyretáž. V současné době je snahou ji nahradit hysteroskopií s cílenou biopsií.

Nejběžnějším typem nádoru je endometrioidní adenokarcinom, většinou dobře diferencovaný. Méně příznivými nádory jsou serózní papilární karcinom a clear cell karcinom. Ty mají agresivnější chování a horší prognózu.

Nádory se šíří přímým prorůstáním myometriem, zakládáním implantačních metastáz a přímou invazí do lymfatických uzlin.

Základní léčebnou modalitou je léčba chirurgická, která je často kombinována s radioterapií. Při chirurgickém výkonu se standardně provádí totální abdominální hysterektomie, bilaterální salpingoovarektomie a pánevní lymfadenektomie. Ve stadiích pT1c a pT2 (s pT1c v těle děložním) by měla být obligatorně provedena i paraaortální lymfadenektomie. Většinou z důvodu nadměrně rozsáhlého výkonu se od ní často upouští. V tom případě by měla následovat aktinoterapie pánevních a paraaortálních uzlin. Pacientky kontraindikovány k chirurgickému výkonu, nebo mají nádor v neoperovatelném stadiu, jsou léčeny radikální radioterapií.

Pooperační ozáření je indikováno v případě přítomnosti rizikových faktorů (invaze více než do poloviny myometria, grade 3 aj.). Ozařování spádových lymfatických uzlin, mezi něž patří uzliny malé pánve a paraaortální, je většinou omezeno pouze na uzliny malé pánve.

Ze souboru 85 pacientek operovaných a ozařovaných na Radioterapeutické a onkologické klinice FNKV v Praze bylo ve stadiu pT1c a ve stadiu pT2 s pT1c v těle děložním 26 pacientek. Ve sledovaném souboru pacientek ve stadiu pT1c (bez provedené paraaortální lymfadenektomie) byly zaznamenány 2krát lokální recidivy, 5krát generalizace procesu a 3krát metastázy do paraaortálních uzlin.

Ozařování paraaortálních uzlin by mělo následovat vždy, pokud nebyla provedena paraaortální lymfadenektomie a pacientka je ve stadiu pT1c.

Vzhledem k tomu, že radioterapie snižuje výskyt lokoregionálních recidiv, ale má nemalé nežádoucí účinky, je potřeba vždy při plánování terapie zvážit costs and benefits u každého terapeutického postupu.