

Úloha patologa v chirurgickém stagingu karcinomu děložního hrdla

Borek Sehnal¹, Iva Kinkorová Luňáčková², Michal Zikán¹, Emanuela Kmoníčková³, Jiří Sláma⁴

¹Onkogynekologické centrum, Gynekologicko-porodnická klinika, Nemocnice Na Bulovce a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha

²Bioptická laboratoř s. r. o., Plzeň

³Ústav radiační onkologie, Komplexní onkologické centrum, Nemocnice Na Bulovce, Praha

⁴Onkogynekologické centrum, Gynekologicko-porodnická klinika Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha

SOUHRN

Incidence cervikálního karcinomu je v České republice vysoká. Během roku 2016 bylo v České republice zjištěno celkem 822 nových případů. což znamená incidenci 15,3 nových onemocnění / 100 000 žen. FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) staging karcinomu děložního hrdla byl změněn následovně. Ve stadiu IA byl zrušen laterální rozměr tumoru, jediným kritériem je hloubka stromální invaze <5,0 mm. Stadium IB bylo rozděleno do 3 substadií; IB1 - nádory v největším rozměru ≤ 2,0 cm; IB2 - nádory velikosti ≥ 2,0 až < 4,0 cm; IB3 - nádory ≥ 4 cm. Stadium IIIC zahrnuje zhodnocení pánevních a paraaortálních lymfatických uzlin; IIIC1 pokud jsou zasaženy pouze pánevní lymfatické uzliny, IIIC2 pokud jsou infiltrovány paraaortální lymfatické uzliny. Úloha patologa je v chirurgickém stagingu onemocnění nezastupitelná. Biopsie sentinelové lymfatické uzliny (SLN) se stále více uplatňuje v managementu časných stadií cervikálního karcinomu místo systematické pánevní lymfadenektomie. Nové evropské guidelines doporučují provedení biopsie SLN jako první krok chirurgického stagingu všech časných stadií cervikálního karcinomu (mimo IA1) a peroperační vyšetření SLN k rozdělení pacientek k radikální chirurgii nebo chemoradioterapii. Biopsie SLN s definitivním histologickým vyšetřením pomocí ultrastagingu je považována za přesnější v hodnocení postižení všech pánevních lymfatických uzlin než úplná systematická pánevní lymfadenektomie. Je diskutován tento přístup v chirurgickém stagingu i další aspekty spojené s patologickým zhodnocením onemocnění. Cílem tohoto článku je podat přehled zmíněné problematiky.

Klíčová slova: cervikální karcinom – FIGO – chirurgický staging – patologické zhodnocení – sentinelová lymfatická uzlina – ultrastaging

The role of a pathologist in surgical staging for carcinoma of the cervix uteri

SUMMARY

The incidence of cervical cancer is high in the Czech Republic. Altogether 822 new cases were found in this country during 2016 which means the incidence 15,3 new diseases / 100,000 women. FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) staging of carcinoma for the cervix was changed as follows. Lateral extension measurement is removed in the stage IA, the only criterion is the measured deepest invasion <5.0 mm. Stage IB was divided into three subgroups; IB1 - tumors ≤ 2,0 cm in greatest diameter; IB2 - tumors size ≥ 2,0 až < 4,0 cm; IB3 - tumors ≥ 4 cm. Stage IIIC includes an assessment of pelvic and paraaortic lymph nodes; IIIC1 if only pelvic lymph nodes are involved, IIIC2 if paraaortic nodes are infiltrated.

The role of a pathologist in surgical staging of a disease is irreplaceable. Sentinel lymph node (SLN) biopsy has been increasingly used in the management of early-stages cervical cancer instead of systematic pelvic lymph node dissection. New European guidelines recommend performing SLN biopsy as the first step of the surgical staging in all early stages of cervical cancer (except IA1) and submitting the SLN for intraoperative assessment to triage patients towards radical surgery or chemoradiotherapy. SLN biopsy with definitive histological assessment by ultrastaging is considered to be more accurate in the assessment of all pelvic lymph nodes involvement than a complete systematic pelvic lymph node dissection.

This approach in surgical staging and other aspects related to pathologic evaluation of the disease are discussed. The aim of this article is to give an overview of mentioned issues.

Keywords: cervical cancer – FIGO – surgical staging – pathologic evaluation – sentinel lymph node – ultrastaging

Cesk Patol 2020; 56(1): 38–44

Karcinom děložního hrdla je u žen celosvětově čtvrtým nejčastějším zhoubným nádorem a dokonce druhým nejčastějším zhoubným nádorem v níže a středně příjmových zemích (1). V České republice byla v roce 2016 hlášena incidence na 15,3 nových onemocnění / 100 tis. žen (822 nových případů) (2). Navíc celková prevalence tohoto onemocnění v ČR stále narůstá (3). Hlavním důvodem vysoké incidence je nízká účast žen na preventivních gynekologických prohlídkách, která jen mírně

převyšuje 50 %, přestože od roku 2014 bylo zahájeno adresné zvaní zdravotními pojišťovnami (4).

Dominantní terapií jsou u nádorů omezených na hrdlo děložní radikální chirurgické operace s velmi dobrými výsledky. Recentní randomizovaná studie zjistila recidivu pouze u 3,5 % z 312 pacientek s lokálními nádory po laparotomických operacích s délkou sledování 4,5 roku (5). Typ a rozsah operace je indikován na základě přítomnosti rizikových faktorů, které většinou stanovuje histopatolog a jeho úloha je při indikaci terapeutického postupu nezastupitelná.

Jedním z úkolů Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique) je aktualizovat stagingové systémy ženských zhoubných nádorů, aby jednotlivá stadia odrážela přesnější prognózu onemocnění a indikaci ke konkrétní léčbě. Poslední revize stagingu karcinomu děložního hrdla byla schválena 4. dubna 2018 a posléze představena organizací AJCC (American Joint

✉ Adresa pro korespondenci:

as. MUDr. Borek Sehnal, Ph.D.

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK

Nemocnice Na Bulovce

Budínova 2, 180 81 Praha 8

Tel. 604 270 364

e-mail: boreksehna@seznam.cz