

# Sledování pacientek po léčbě prekanceróz a zhoubných nádorů ženských pohlavních orgánů

Materiál je konsenzuálním stanoviskem sekcí ČGPS ČLS JEP

Oponenti: výbor Onkogynekologické sekce ČGPS ČLS JEP  
výbor Sekce kolposkopie a cervikální patologie ČGPS ČLS JEP  
výbor Sekce ambulantních gynekologů ČGPS ČLS JEP  
výbor ČGPS ČLS JEP

*Schváleno výborem ČGPS ČLS JEP dne 26. 4. 2019.*

## 1. OBECNÁ DOPORUČENÍ

1. Pacientky musí být pečlivě informovány o klinických příznacích recidivy a komplikacích proběhlé onkologické léčby.
2. Spolupráce s registrujícím gynekologem zůstává nepřerušena od počátku péče v onkogynekologickém centru.
3. Předání zpět do plné péče registrujícímu gynekologovi je možné podle posouzení individuálního rizika recidivy.
4. Mamografický screening zajišťuje praktický lékař nebo registrující gynekolog. Ženy po léčbě karcinomu prsu po předání z centra sleduje gynekolog nebo praktický lékař.
5. Screening kolorektálního karcinomu zajišťuje praktický lékař nebo registrující gynekolog.
6. Běžná gynekologická péče je zajišťována podle příslušných doporučení ČGPS registrujícím gynekologem.
7. U pacientek po fertilitu šetřící léčbě gynekologických malignit je těhotenství doporučeno nejdříve za 6 měsíců od ukončení chemoterapie nebo od operační léčby.
8. Hormonální substituční léčba (ERT/HRT) není po léčbě jakéhokoliv gynekologického nádoru kontraindikována s výjimkou endometriálního stromálního sarkomu.
9. Doporučení pro sledování je možné individualizovat s ohledem na prognostické faktory, léčebnou modalitu a riziko či přítomnost nežádoucích účinků léčby, včetně dřívějšího předání do péče registrujícího gynekologa.
10. Vyšetření, jejichž rutinní provádění není níže doporučeno (např. odběr cytologického stěru, sérové tumorové markery, další zobrazovací vyšetření) nebo nejsou doporučena ošetřujícím onkogynekologem či onkologem, jsou nadbytečná a neměla by se provádět.
11. U pacientek léčených primárně operační léčbou je hlavním dispenzarizujícím pracovištěm onkogynekologické centrum. U pacientek léčených primární (chemo)radioterapií je hlavním dispenzárním pracovištěm oddělení radiční onkologie.
12. Při podezření na recidivu onemocnění je pacientka neprodleně referována na pracoviště, kde probíhá nebo probíhala dispenzarizace.

### Poznámky:

- superkonziliární onkogynekologické ultrazvukové (UZ) vyšetření provádí lékař v onkogynekologickém centru s erudiicí ve vyšetřování pacientek se zhoubnými gynekologickými nádory,
- HPV testem je myšlena detekce DNA minimálně 13 onkogenních genotypů.

## 2. PREKANCERÓZY

### 1.1 Prekancerózy vulvy

- sledování je možné u registrujícího gynekologa
- první léčebná kontrola až po zhojení, nejdříve za 6 týdnů po výkonu
- před zařazením do systému běžných preventivních kontrol vhodné 2 sounásledné negativní kontroly s vulvoskopickým vyšetřením (preferenčně u nositele licence pro kolposkopickou expertizu) v intervalu po 6 měsících

### 2.2 Prekancerózy vaginy

- sledování je možné u registrujícího gynekologa
- první léčebná kontrola vhodná za 3–6 měsíců po výkonu
- před zařazením do systému běžných preventivních kontrol vhodné 2 sounásledné negativní cytologické a kolposkopické kontroly po 6 měsících (preferenčně u nositele licence pro kolposkopickou expertizu)

### 2.3 Prekancerózy děložního hrdla

- sledování je možné u registrujícího gynekologa

#### 2.3.1 Sledování po konzervativním ošetření

##### 2.3.1.1 Konzervativní ošetření dlaždicových lézí – LSIL a HSIL

- výkon *in sano*
  - první léčebná kontrola nejdříve za 6 měsíců po výkonu
  - před zařazením do systému běžných preventivních kontrol vhodné 2 sounásledné negativní cytologické a kolposkopické kontroly v intervalu 6 měsíců
  - za 6–12 měsíců po výkonu vhodné doplnit HPV test
- výkon *non in sano*
  - první léčebná kontrola až po zhojení, nejdříve za 6 týdnů; sledování/reoperace podle nálezu a dalších rizikových faktorů
  - při konzervativním postupu před zařazením do systému běžných preventivních kontrol vhodné 2 sounásledné negativní cytologické a kolposkopické kontroly (preferenčně u nositele licence pro kolposkopickou expertizu) v intervalu po 6 měsících
  - odběr prvního cytologického stěru za 3–6 měsíců po výkonu
  - za 6–12 měsíců po výkonu vhodné doplnit HPV test

##### 2.3.1.2 Konzervativní ošetření žlázových lézí – AIS, SMILE nebo atypické LEGH

- výkon *in sano*
  - nesplněné reprodukční plány/preference dispenzarizace – před zařazením do systému běžných preventivních kontrol vhodné 4 sounásledné negativní cytologické a kolposkopické kontroly (preferenčně u nositele licence pro kolposkopickou expertizu) v intervalu po 6 měsících
  - za 6–12 měsíců po výkonu vhodné doplnit HPV
- výkon *non in sano* (dosah žlázové léze do okraje a/nebo pozitivita endocervikálního samplingu)
  - vždy doporučit reexcizní ošetření
  - extrafasciální hysterektomie až po dosažení „zdravých okrajů“ a po ukončení reprodukčních plánů
  - sledování dále podle pravidel pro ošetření *in sano* nebo pro sledování po hysterektomii pro prekancerózu

#### 2.3.2 Sledování po hysterektomii pro prekancerózu

- výkon *in sano*
  - první kontrola vhodná za 6 měsíců po výkonu
  - před zařazením do systému běžných preventivních kontrol vhodné 2 sounásledné negativní cytologické a kolposkopické kontroly po 12 měsících
  - u asymptomatických pacientek dále není nutná cytologická ani kolposkopická kontrola
- výkon *non in sano* (dosah léze do okraje/morcelace/stržení epitelu)
  - sledování jako po konzervativním ošetření dlaždicových lézí

### **3. ZHOUBNÉ NÁDORY**

#### **3.1 Karcinom vulvy**

- 1.-2. rok – možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 3-4 měsíce
  - gynekologické vyšetření + vulvoskopie
- 3.-5. rok – možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 6 měsíců
  - gynekologické vyšetření
- dále podle charakteru kožních změn v intervalu po 6-12 měsících

#### **3.2 Karcinom děložního hrdla**

##### **3.2.1 Po radikální chirurgické léčbě (hysterektomie nebo radikální hysterektomie)**

- 1. a 2. rok – možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 3-6 měsíců
  - gynekologické vyšetření včetně kolposkopie pochvy
  - UZ ledvin během 1. roku sledování
  - možný odběr cytologie a HPV testu z poševního pahýlu, nejdříve však za 6 měsíců
- 3.-5. rok – možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 6-12 měsíců
  - gynekologické vyšetření

##### **3.2.2 Po primární (chemo)radioterapii**

- u pacientek po primární (chemo)radioterapii sledování na oddělení radiační onkologie
- u lokálně pokročilých nádorů ke zhodnocení efektu léčby zobrazovací vyšetření nejdříve za 3 měsíce po skončení léčby
- stěr z pochvy/děložního hrdla na cytologii neprovádět!

##### **3.2.3 Po fertilitu šetřící léčbě**

- 1. a 2. rok
  - à 3 měsíce
  - gynekologické vyšetření + kolposkopie + cytologie
  - HPV test nejdříve za 6 měsíců
  - superkonziliární onkogynekologické UZ vyšetření či MRI pánve za 6-12 měsíců
- 3.-5. rok – možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 6-12 měsíců
  - gynekologické vyšetření

#### **3.3 Karcinom endometria**

##### **3.3.1 Po radikální chirurgické léčbě (tj. minimálně po hysterektomii)**

- 1.-2. rok – možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 3-6 měsíců
  - gynekologické vyšetření
- 3.-5. rok – možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 6-12 měsíců
  - gynekologické vyšetření

### 3.3.2 Po fertilitu šetřící léčbě

- kontrola efektu po 6 měsících léčby
  - expertní UZ pánve
  - hysteroskopie + frakcionovaná kyretáž
  - podle odpovědi
    - perzistence onemocnění = doporučit hysterektomii
    - parciální odpověď (karcinom → atypická hyperplazie) = pokračování v hormonální léčbě s kontrolou za další 3 měsíce
    - kompletní odpověď (není přítomen karcinom ani atypická hyperplazie)
      - ukončení hormonální léčby, snaha o těhotenství, odeslání pacientky do CAR, nadále kontroly (expertní UZ + hysteroskopie s frakcionovanou kyretáží) à 6 měsíců do otěhotnění
      - neplánuje-li pacientka těhotenství, pak pokračování v hormonální léčbě, kontroly à 6 měsíců (superkonziliární onkogynekologické UZ vyšetření + hysteroskopie s frakcionovanou kyretáží)
- po porodu doporučit časnou operační léčbu (hysterektomii +/- bilaterální adnexektomii)

### 3.4 Zhoubné nádory ovaria, tuby a peritonea

#### 3.4.1 Karcinom ovaria, tuby a peritonea – invazivní epiteliální karcinom

- intervaly vyšetření a strategie sledování (prováděná vyšetření) jsou stanoveny individuálně
- hlavním parametrem ve sledování po skončení léčby může být hodnota CA 125 (pokud byla vstupně zvýšená) nebo pouze sledování symptomů
- u pacientek s negativní hodnotou CA 125 před léčbou je sledování na základě symptomů
- u low-grade karcinomů a u pacientek po fertilitu šetřící léčbě je vhodné zařadit zobrazovací vyšetření (primárně superkonziliární onkogynekologické UZ vyšetření) v uvedených intervalech, viz níže
- sledování možno ve spolupráci s ošetřujícím gynekologem

#### 3.4.2 Border-line nádory ovaria

##### 3.4.2.1 Stadium I

- po kompletní operaci
  - 1. -5. rok - možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
    - à 6 měsíců
    - gynekologické vyšetření
  - 5.-10. rok - možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
    - à 1 rok
    - gynekologické vyšetření
- po fertilitu šetřící léčbě
  - 1. -3. rok
    - à 6 měsíců
    - gynekologické vyšetření + superkonziliární onkogynekologické UZ vyšetření
  - 4.-10. rok - možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
    - à 1 rok
    - gynekologické vyšetření + UZ vyšetření pánve

##### 3.4.2.2 Vyšší stadia

- 1. a 2. rok
  - à 3-6 měsíců
  - gynekologické vyšetření + CA 125 (pokud vstupně zvýšeno) + superkonziliární onkogynekologické UZ vyšetření
- 3.-5. rok - možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 6-12 měsíců
  - gynekologické vyšetření + CA 125 (pokud vstupně zvýšeno) + UZ vyšetření pánve
- 6. -10. rok - možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 1 rok
  - gynekologické vyšetření + UZ vyšetření pánve

### 3.4.3 Gonadostromální nádory ovaria

- 1.-5. rok – možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 6-12 měsíců
  - gynekologické vyšetření + UZ vyšetření pánve
- 6.-10. rok – možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 1 rok
  - gynekologické vyšetření + UZ vyšetření pánve

### 3.4.4 Germinální nádory ovaria

- 1. a 2. rok
  - à 3 měsíce
  - gynekologické vyšetření
  - odběr tumorových markerů (AFP, LDH, hCG, CA 125 – pokud bylo zvýšeno)
    - 1.-6. měsíc à 4 týdny
    - 7.-24. měsíc à 3 měsíce
  - pokud tumorové markery nebyly zvýšené, zobrazovací vyšetření podle rozhodnutí klinika
- 3.-5. rok – možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 1 rok
  - gynekologické vyšetření

## 3.5 Sarkomy

### 3.5.1 Leiomyosarkom, high grade endometriální stromální sarkom, nediferencovaný sarkom, adenosarkom (podle typu maligní mezenchymální komponenty)

- 1. a 2. rok
  - à 3-4 měsíce
  - gynekologické vyšetření
  - CT hrudníku, břicha a pánve à 6-12 měsíců
- 3.-5. rok – možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 6-12 měsíců
  - gynekologické vyšetření

### 3.5.2 Low-grade endometriální stromální sarkom, adenosarkom (podle typu maligní mezenchymální komponenty)

- 1. a 2. rok
  - à 3-4 měsíce
  - gynekologické vyšetření
  - superkonziliární onkogynekologické UZ vyšetření à 6 měsíců
- 3.-5. rok – možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 6-12 měsíců
  - gynekologické vyšetření
  - superkonziliární onkogynekologické UZ vyšetření à 12 měsíců
- 6.-10. rok – možno ve spolupráci s registrujícím gynekologem
  - à 1 rok
  - gynekologické vyšetření + UZ vyšetření pánve

### 4. LITERATURA

1. Cibula D, Pötter R, Planchamp F, Avall-Lundqvist E, Fischerova D, Haie Meder C, Köhler C, Landoni F, Lax S, Lindegaard JC, Mahantshetty U, Mathevet P, McCluggage WG, McCormack M, Naik R, Nout R, Pignata S, Ponce J, Querleu D, Raspagliesi F, Rodolakis A, Tamussino K, Wimberger P, Raspollini MR. The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients With Cervical Cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2018 May;28(4):641-655.
2. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A, Ledermann J, Marth C, Nout R, Querleu D, Mirza MR, Sessa C; ESMO-ESGO-ESTRO Endometrial Consensus Conference Working Group. ESMO-ESGO-ESTRO consensus conference on endometrial cancer: Diagnosis, treatment and follow-up. *Radiother Oncol*. 2015 Dec;117(3):559-81.
3. Colombo N, Sessa C, Bois AD, Ledermann J, McCluggage WG, McNeish I, Morice P, Pignata S, Ray-Coquard I, Vergote I, Baert T, Belaroussi I, Dashora A, Olbrecht S, Planchamp F, Querleu D; ESMO-ESGO Ovarian Cancer Consensus Conference Working Group. ESMO-ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. *Int J Gynecol Cancer*. 2019 May 2. pii: ijgc-2019-000308. doi: 10.1136/ijgc-2019-000308. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 31048403.
4. Oonk MHM, Planchamp F, Baldwin P, Bidzinski M, Brännström M, Landoni F, Mahner S, Mahantshetty U, Mirza M, Petersen C, Querleu D, Regauer S, Rob L, Rouzier R, Ulrikh E, van der Velden J, Vergote I, Woelber L, van der Zee AGJ. European Society of Gynaecological Oncology Guidelines for the Management of Patients With Vulvar Cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2017 May;27(4):832-837.