

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Radikální vulvektomie
Retrospektivní studie
Bc. Tereza Hrubošová

Diplomová práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Tereza Hrubošová**
Osobní číslo: **Z13116**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Název tématu: **Radikální vulvektomie - retrospektivní studie**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. CIBULA, David a Luboš PETRUŽELKA. Onkogynekologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 614 s. ISBN 978-802-4726-656.
2. CITTERBART, Karel. Gynekologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-246-0318-7.
3. FREITAG, Pavel. Onkogynekologie: minimum pro praxi. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-725-4196-X.
4. MOTLÍK, Karel a Jaroslav ŽIVNÝ. Patologie v ženském lékařství. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, ISBN 80-716-9460-6.
5. ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-802-4719-412.

Vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. Milan Košťál, CSc.
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. října 2013

Termín odevzdání diplomové práce: 4. května 2015


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 4.5.2015

Tereza Hrubošová

Poděkování:

V této části práce chci poděkovat Doc. MUDr. Milanu Košťálovi CSc. za odborné vedení a připomínky, jež pomohly k vypracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Markétě Moravcové PhD. za poskytnuté rady při psaní diplomové práce a v neposlední řadě všem blízkým, kteří mi byli oporou při studiu.

ABSTRAKT

Teoretická část diplomové práce na téma Radikální vulvektomie – retrospektivní studie je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola je zaměřena na anatomii pohlavních orgánů ženy včetně anatomie lymfatického systému vulvy. Druhá kapitola popisuje patologické stavy na vnějších pohlavních orgánech se zaměřením na všechny typy vulvárních nádorů. Další kapitola je věnována léčbě zhoubných nádorů vulvy a poslední kapitola patří perioperační péči o ženu s maligním onemocněním vnějších pohlavních orgánů, včetně prevence a edukace. Výzkumná část byla zpracována formou retrospektivní studie z lékařských dokumentací pacientek, jež podstoupily radikální vulvektomii.

Klíčová slova: radikální vulvektomie, zhoubné nádory, patologie pohlavních orgánů

ABSTRACT

The theoretical part of master thesis Radical Vulvectomy – A Retrospective Study is divided into four chapters. The first part is focused on anatomy of women genital organs including anatomy of the lymphatic vulvar system. The second part describes vulvar pathologies, focused on all types of vulvar cancer. The next chapter is dedicated to the treatment of vulvar cancer and the last part includes perioperative care of women with malignancies of the external genital organs, including the prevention and education. The research section was processed through a retrospective study of medical records of patients, who underwent radical vulvectomy.

Keywords: radical vulvectomy, malignant tumors, pathology of the genital organs

OBSAH

Strana:

ÚVOD.....	11
CÍLE PRÁCE.....	12
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1. ANATOMIE POHLAVNÍCH ORGÁNŮ ŽENY	13
1.1 VNITŘNÍ POHLAVNÍ ORGÁNY	13
1.2 VNĚJŠÍ POHLAVNÍ ORGÁNY	16
1.3 ODTOK LYMFY Z OBLASTI POHLAVNÍCH ORGÁNŮ.....	18
2 PATOLOGICKÉ STAVY NA VNĚJŠÍCH POHLAVNÍCH ORGÁNECH.....	20
2.1 VROZENÉ VADY.....	20
2.2 REGRESIVNÍ A OBĚHOVÉ ZMĚNY	20
2.3 ZÁNĚTY VULVY	21
2.4 NENÁDOROVÉ EPITELIÁLNÍ ZMĚNY NA VULVĚ	21
2.5 NÁDORY VULVY	22
2.5.1 Nepravé nádory	23
2.5.2 Benigní nádory	23
2.5.3 Prekancerózy	24
2.5.4 Zhoubné nádory	25
3 LÉČBA ZHOUBNÝCH NÁDORŮ VULVY	26
3.1 CHIRURGICKÁ LÉČBA	26
3.1.1 Diagnostika onemocnění	27
3.1.2 Simplexní vulvektomie	27
3.1.3 Radikální vulvektomie	28
3.2 ADJUVANTNÍ TERAPIE	29
4 PERIOPERAČNÍ PÉČE O ŽENU S MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍM VNĚJŠÍCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	30
4.1 PŘÍPRAVA PACIENTKY PŘED OPERACÍ.....	30
4.1.1 Předoperační vyšetření	30
4.1.2 Předoperační příprava	31
4.2 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PÉČE.....	31
4.3 INTRAOPERAČNÍ PÉČE.....	32
4.4 POOPERAČNÍ PÉČE	33
4.4.1 Bezprostřední pooperační péče	33
4.4.2 Následná pooperační péče.....	33
4.5 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE	34
4.6 EDUKACE ŽEN V SOUVISLOSTI S ONEMOCNĚNÍM VNĚJŠÍCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	34

II.	VÝZKUMNÁ ČÁST	36
5	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
6	METODIKA PRÁCE.....	37
7	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	39
7.1	ZASTOUPENÍ TYPŮ CHIRURGICKÉ LÉČBY PREKANCERÓZ A MALIGNIT VULVY	39
7.2	INCIDENCE RADIKÁLNÍCH VULVEKTOMÍ.....	40
7.3	PRŮMĚRNÝ VĚK PACIENTEK	41
7.4	HISTOPATOLOGICKÝ NÁLEZ	42
7.5	LOKALIZACE KARCINOMU	43
7.6	CELKOVÉ PĚTILETÉ PŘEŽITÍ.....	44
7.7	POČET ODEBRANÝCH UZLIN	45
7.8	STAV REGIONÁLNÍCH UZLIN	45
7.9	PŘÍTOMNOST VZDÁLENÝCH METASTÁZ	46
7.10	NÁSLEDNÁ IRADIACE	46
7.11	DÉLKA HOSPITALIZACE	47
7.12	PREVENTIVNÍ GYNEKOLOGICKÉ PROHLÍDKY	47
7.13	POOPERAČNÍ KOMPLIKACE	48
8	DISKUSE	49
8.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	53
9	ZÁVĚR.....	54
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	55
	SEZNAM PŘÍLOH.....	58

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Incidence RV 2006 - 2014	40
---	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Typy chirurgické léčby	39
Tabulka 2: Průměrný věk pacientek	41
Tabulka 3: Histopatologický nález	42
Tabulka 4: Lokalizace karcinomu.....	43
Tabulka 5: Celkové pětileté přežití	44
Tabulka 6: Počet odebraných uzlin.....	45
Tabulka 7: Stav regionálních uzlin	45
Tabulka 8: Přítomnost metastáz.....	46
Tabulka 9: Následná iradiace.....	46
Tabulka 10: Délka hospitalizace.....	47
Tabulka 11: Návštěva gynekologa.....	47
Tabulka 12: Pooperační komplikace.....	48

ÚVOD

Diplomová práce se věnuje tématu radikální vulvektomie, která je jednou z možností chirurgické léčby zhoubných nádorů zevních pohlavních orgánů, především nádorů v pokročilém stádiu onemocnění, kdy jsou kromě viditelného nádoru na vnějších rodidlech zasaženy i spádové uzliny.

Nádory zevních rodidel jsou specifickou problematikou týkající se převážně starších postmenopauzálních žen okolo 70. roku věku. Výjimku tvoří ženy mladší, jejichž onemocnění je často spojeno s HPV infekcí.

Nádory vnějších pohlavních orgánů nejsou v poměru k ostatním gynekologickým nádorům příliš často vyskytujícím se jevem, ale i s nimi se operatéri a perioperační sestry na operačních sálech onkogynekologických pracovišť setkávají.

V průměru je v České republice diagnostikováno 170 – 200 malignit vnějších pohlavních orgánů ročně a často bohužel v pokročilém stádiu onemocnění.

Téma práce bylo zvoleno z důvodu zájmu o onkologická témata, jež patří i v gynekologii mezi největší problémy současné doby.

CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části diplomové práce bylo zmapovat problematiku patologických stavů vnějších pohlavních orgánů, a to především maligních onemocnění vulvy a jejich léčbu.

Cílem praktické části diplomové práce bylo, prostřednictvím retrospektivní studie, zjistit a zpracovat základní informace, týkající se vybraných operací – radikálních vulvektomií, provedených za období 9 let, ve vybrané nemocnici krajského typu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. ANATOMIE POHLAVNÍCH ORGÁNŮ ŽENY

Pro lepší pochopení tématu je první kapitola zaměřena na popis anatomie pohlavních orgánů ženy, jejich primární funkci, cévní zásobení a mízní odtok. Z důvodu zvoleného tématu je část této kapitoly taktéž věnována mízním kmenům a uzlinám vztahujícím se k ženským pohlavním orgánům.

Ženské pohlavní orgány lze rozdělit na vnitřní a vnější pohlavní orgány. Mezi vnitřní pohlavní orgány řadíme vaječníky, vejcovody, dělohu, pochvu a jejich závěsný a podpůrný aparát. Mezi vnější pohlavní orgány patří hrma, velké a malé stydké pysky, poštváček a předsíňové žlázy. Každý orgán má své cévní zásobení, mízní odtok a inervaci.

Úkolem ženských pohlavních orgánů je vytvoření pohlavních buněk, pohlavních hormonů a zajištění oplození vajíček. Oplozené vajíčko se uvnitř ženských pohlavních orgánů vyvíjí a po dokončení vývoje je z matčina organismu plod vypuzen porodními cestami (Roztočil, 2008, s. 33).

1.1 Vnitřní pohlavní orgány

Mezi vnitřní pohlavní orgány patří vaječníky, vejcovody, děloha a pochva. Tyto orgány jsou uloženy v pánevní dutině a jsou fixovány v pánvi pomocí závěsného a podpůrného aparátu (Roztočil, 2008, s. 33).

Vaječník

Kudela (2011, s. 15) popisuje vaječník jako párový orgán oválného tvaru o velikosti 3 – 4 cm x 2 cm x 1,5 cm. Funkce vaječnicků je dvojí. Jednak slouží jako zdroj ženských pohlavních buněk a také jako zdroj pohlavních hormonů.

Vaječníky jsou uloženy v pánevní dutině, kde jsou pomocí mezovaria zavěšeny na zadní straně *ligamentum latum uteri*. Vaječníky v pánvi fixuje také vazivový pruh *ligamentum suspensorium ovarii* táhnoucí se od rohu děložního a dále *ligamentum infundibulopelvicum* probíhající laterálně k pánevní stěně.

Krevní zásobení je zajišťováno tepnami *a. ovarica* a také *r. ovaricus* z *a. uterina*. Obě tepny v mezovariu anastomózuji a tvoří tzv. ovariální arkádu. Krev je odváděna především cestou *v. ovarica* do *v. renalis* na levé straně a také cestou děložní žilní pleteně do *v. iliaca interior*.

Mízní cévy odvádějí mízu do *nodi lymphatic ilumbales*. Regionální uzliny vaječníku leží až ve vyšší odstupu renálních arterií (Roztočil, 2008, s. 34).

Vejcovod

Roztočil (2008, s. 34) popisuje vejcovod jako párový orgán trubcovitého tvaru o velikosti 10 – 15 cm na délku a 5 mm na šířku. Vychází z děložního rohu a směřuje laterálně k vaječníku. Na vaječníku rozlišujeme v jeho průběhu čtyři části. Laterální část vejcovodu se nazývá infundibulum. Infundibulum se nálevkovitě rozšiřuje a jeho okraj je rozeklán do 10 – 15 třásní nazývaných fimbrie. Na infundibulum navazuje ampulární část vejcovodu, která se zužuje v *istmus tubae uterinae*. Nejužší částí je ovšem část vejcovodu prostupující děložní stěnou a ústící v rozích děložní dutiny.

Hlavní funkcí vejcovodu je transport vajíčka do děložní dutiny. Tento transport je umožněn peristaltickými pohyby svalové vrstvy vejcovodu a rytmickými pohyby řasinek uvnitř. K oplození vajíčka dochází ve většině případů v ampulární části.

Tepny k vejcovodu přivádějí *rr. tubarii* a *a. ovarica*. Krev je odváděna do *plexus venosus* a do *v. ovarica*.

Míza je odváděna do *nodi lymphatici lumbales* (Roztočil, 2008, s. 34, 35).

Děloha

Děloha je dutý orgán hruškovitého tvaru uložený v širokém vazů mezi rektem a močovým měchýřem. Velikost dělohy u nerodivší dospělé ženy je 7 – 8 x 4 - 5 cm. Hlavními částmi dělohy jsou tělo a hrdlo. Dále rozeznáváme přední a zadní děložní stěnu, fundus a hrany děložní. Děložní hrdlo spojuje dolní, užší část dělohy s pochvou. Uvnitř hrdla je cervikální kanál. Dle místa úponu poševní klenby rozdělujeme hrdlo na část vaginální a část děložní.

Děloha je v pánvi fixována vazy. Nejvýznamnějším vazem je *ligamentum cardinale uteri*, jenž fixuje hrdlo děložní laterálně k pánevní stěně (Zwinger et al., 2004, s. 10). Dalším vazem vycházejícím z děložního hrdla je *ligamentum sacrouterinum*, které probíhá podél rekta a upíná se ke kosti křížové. Ve střední čáře je děloha fixována peritoneální duplikatu-

rou, která je pokračováním *ligamentum cardinale* a nazývá se *ligamentum latum*, někdy také označováno jako parametrium. Posledním významným vazem začínajícím v oblasti děložních rohů, procházející inguinálním kanálem, ve velkých labiích konče je *ligamentum teres uteri*, oblý vaz. Tento vaz také napomáhá udržovat dělohu v antevertzi (Kudela, 2011, s. 14).

Děloha je zásobována *a. uterina*, která přistupuje k děloze v místě úponu *lig. latum*, vystupuje směrem k rohu děložnímu a zde se odděluje *r. tubarius* a *r. ovarius*. Z *a. uterina* vychází *a. vaginalis* sestupující podél pochvy. Uterinní žíly odvádějí krev do *vv. iliaca interior*.

Míza odtéká z dělohy v oblasti fundu, těla a rohů děložních do *nodilymfatici - lumbales, inguinales superficiales, iliaci interior, sacrales* (Roztočil, 2008, s. 37).

Pochva

Pochva je 10 – 12 cm dlouhý svalový orgán trubicovitého tvaru, 3 – 5 cm široká. Do distální části pochvy vyčnívá vaginální část děložního hrdla. Tím se v pochvě vytváří prostor nazývaný poševní klenba. Rozlišujeme klenby a poševní stěny. Klenby jsou postranní, přední a zadní, poševní stěna přední a zadní. Proximální část pochvy se otevírá do poševní předsíně, od které je oddělena hymenem, neúplnou vazivovou přepážkou krytou epitelem (Zwinger et al., 2004, s. 12).

Ventrálně je pochva od močového měchýře a močové trubice oddělena vazivovou přepážkou, která se nazývá *septum urethrovesicovaginale*. Dorsálně je pochva oddělena od konečníku další přepážkou, která se nazývá *septum rectovaginale*.

Pochvu zásobují tepny *a. uterina, a. pudenda interna aa. rectalis media*. Krev odvádějí žíly, jež jsou součástí *plexus venosus vaginalis*.

Z horní části pochvy odtéká míza do *nodi lymphatici iliaci int.* a do *nodi lymphatici sacrales*, z dolní části do *nodi lymphatici inguinales superficiales* (Roztočil, 2008, s. 38).

1.2 Vnější pohlavní orgány

Zevní rodidla jsou uložena v urogenitální krajině dolní části trupu. Vpředu jsou ohraničena hypogastriem, vzadu se stýkají prostřednictvím hráze s řitní krajinou a po obou stranách jsou ohraničena genitofemorálními rýhami, jež je oddělují od stehen.

Zevní orgány jsou uloženy okolo poševní předsíně, do níž kraniálně otevírá močová trubice a kaudálně pochva. Předsíň je často viditelná až po rozhrnutí velkých stydkých pysků. Předsíň má tvar trojúhelníku a rozkládá se mezi *frenulum clitoridis*, vnitřní plochou malých stydkých pysků a zadním okrajem poševního vchodu.

Mezi zevní pohlavní orgány patří dále hrma, velké a malé stydké pysky, poštváček, panenská blána, malé a velké předsíňové žlázy a topořivé tkáně (Čech, 2006, s. 32).

Hrma

Hrma (*mons pubis*) je vyvýšenina nad symfýzou ve tvaru trojúhelníku, která je tvořena vrstvou tukové tkáně prostoupenou vazivovými trávci. Hrma je kryta kůží s ochlupením a s velkým počtem potních a mazových žlázek. Horizontální hranice ochlupení u dospělé ženy je významným sekundárním pohlavním znakem (Čech, 2006, s. 32).

Velké stydké pysky

Velké stydké pysky (*labia majora pudendi*) jsou dva kožní valy o délce asi 8 cm a šířce 3 cm. Jsou taktéž pokračováním hrmy v kaudálním směru. Po stranách jsou ohraničeny genitofemorálními rýhami a jejich vnitřní strany přechází do malých stydkých pysků. Vpředu jsou spojeny v přední komisuru a vzadu v komisuru zadní. Jsou tvořeny tukovou tkání s cévami na povrchu s velkým počtem mazových a potních žláz a z vnitřní strany připomínají svým vzhledem sliznici (Kudela, 2011, s. 11). Do tukově vazivového tělesa velkých stydkých pysků vyzařuje oblý vaz děložní, jež vede z děložní hrany a prostupuje tříselným kanálem. Pod spodinou stydkých pysků leží velké vestibulární žlázy a erektilní tkáň (Čech, 2006, s. 32).

Malé stydké pysky

Malé stydké pysky (*labia minora pudendi*) jsou kožně slizniční řasy uložené mezi velkými stydkými pysky, od kterých jsou odděleny mělkou rýhou. Jsou dlouhé 3 cm a široké asi 5 mm. Jejich zevní strana je kryta kůží s četnými mazovými žlázkami a senzitivními tělisky,

z vnitřní strany jsou kryty sliznicí podobného typu jako v pochvě (Zwinger et al., 2004, s. 18). Podkladem je kolagenní vazivo s hojnými elastickými vlákny a žilními pleteněmi. Čech (2006, s. 33) popisuje: „Přední okraje labia minora se rozdělují na dvě řasy, které obkružují poštváček (*clitoris*). Přední řasy se spojují před clitoris a střechovitě jej překrývají jako předkožka (*praeputium clitoridis*). Zadní řasy přirůstají ke spodní ploše clitoris a tvoří jeho uzdičku (*frenulum clitoridis*).“ Zadní okraje se spojují se zadními okraji velkých stydkých pysků a tvoří poloměsíčitou řasu před *commissura labarum posterior*.

Poštváček

Poštváček (*clitoris*) je asi 8 cm dlouhý orgán, z něhož je viditelná pouze nepatrná, asi 1 cm dlouhá část *glans clitoridis*, překrytá řasami malých stydkých pysků. Poštváček je složen ze dvou topořivých tělísek (*crura clitoridis*), které vytvářejí tělo (*corpus clitoridis*). Tělo je pomocí *lig. suspensorium clitoridis* a *lig. fundiforme clitoridis* připojeno k dolní části symfýzy. Sliznice *glans clitoridis* je homologon mužského žaludu a taktéž obsahuje velké množství senzitivních těles, při jejichž dráždění dochází u žen k pohlavnímu vzrušení (Čech, 2006, s. 33).

Poševní předsíň

Poševní předsíň (*vestibulum vaginae*) je prostorem mezi malými stydkými pysky. Ventrálně je poševní předsíň ohraničena poštváčkem a dorzálně komisurou labiorum. Nachází se zde ústí pochvy (*ostium vaginae*) a 2 cm pod clitoris ústí močové trubice (*ostium urethrae*). Po obou stranách *ostium vaginae* ústí dorzolaterálně vývody velké Bartholiniho žlázy. Po obou stranách *ostium urethrae* vyústují Skeneho parauretrální vývody. Spodinu tvoří *hymen* a vchod poševní (Zwinger et al., 2004, s. 18, Kudela, 2011, s. 11).

Do poševní předsíně ústí malé a velké předsíňové žlázy. Velké předsíňové žlázy (*Glandulae vestibulares majores*), známé také jako Bartholiniho žlázy, mají velikost asi 1 cm, jsou uloženy na *m. transversus perinei profundus* a jejich vývod je dlouhý asi 1,5 cm. Mucinózní žlázy produkují hlenovitý sekret, který způsobuje zvlhčení poševního vchodu při sexuálním vzrušení. Malé vestibulární žlázy (*glandulae vestibulares minores*), které mají stejnou funkci, jsou roztroušeny kolem celého poševního vchodu.

Panenská blána (*hymen*) je neúplná přepážka mezi poševní předsíní a pochvou. Neúplná proto, že je místy proděravělá. Podle tvaru a konzistence se popisuje *hymen anularis*, *septatus*, *semilunaris*, *cribriformis* a jiné. V závislosti na pohlavním styku se panenská

blána mění na *hymen fimbriatus*. Po porodu se pozůstatky panenské blány nazývají *carunculae myrthyformes*.

Hráz (*perineum*) je 3 – 4 cm dlouhá přepážka mezi komisurou labiorum a análním otvorem. Hráz odděluje pochvu od konečníku a je kryta kůží s apokrinními žlázkami. Podkladem hráze jsou svaly *m. bulbocavernosus* a *m. sphincter ani externus* (Zwinger et al., 2004, s. 18, Kudela, 2011, s. 11).

Bulbus vestibuli je párové topořivé těleso, které leží pod spodinou velkých stydkých pysků a měří asi 3 cm na délku. V nejširší části měří asi 1 cm na šířku. Přední části bulbů se spojují mezi *glans clitoridis* a *ostium urethrae*. Podkladem jsou žilní plexy, které zduřují při pohlavním vzrušení a pomáhají uzavírat poševní předsíň (Čech, 2006, s. 34).

Cévy a nervy zevních rodidel

Oblast vulvy je zásobována tepnami *a. clitoridis*, *a. bulbi vestibuli*, *rr. labiale sposterior*, které jsou větvemi *a. pudenda interna*, a z *rr. labiales anterior*, *a. pudendae externae*. Krev je z oblasti zevních rodidel odváděna žilami, které se větví jako *v. dorsalis clitoridis superficialis* a *venae labiales anterior* do *vv. pudendae externae*, jako *v. dorsalis clitoridis profunda*, *vv. profundaclitoridis* a *v. bulbivestibuli* do *v. pudenda interna*. *V. dorsalis clitoridis profunda* je pod symfýzou napojena na pleteně *plexus venosus vaginalis* a *vesicalis*. Míza odtéká do povrchových inguinálních uzlin (*nodi lymphatici inguinales superficiales*) a do *nodi lymphatici iliaci*. Inervace je zajištěna díky větvím *n. ilioinguinalis*, *n. genitofemoralis*, *n. pudendus* a díky autonomním nervovým vláknům probíhajících podél cév (Čech, 2006, s. 34).

1.3 Odtok lymfy z oblasti pohlavních orgánů

Lymfa odtéká z pánevních orgánů a ze zevního genitálu přes lymfatické uzliny, kde je také filtrována. Lymfatické uzliny se dělí do následujících skupin v návaznosti na cévy.

Povrchové inguinální uzliny v počtu 8-10 (*nodi inguinales superficiales*) filtrují lymfu nejen z dolních končetin, ale také sbírají povrchovou lymfu z oblasti anu, rekta, velkých stydkých pysků, clitoris, dělohy a dolní části přední stěny břišní. Uzliny jsou uloženy v oblasti *trigonum femorale* před vstupem do inguinálního kanálu. Z povrchových uzlin odtéká lymfa dále do hlubokých inguinálních uzlin.

Hluboké inguinální uzliny, v počtu 3-5 (*nodi inguinales profundae*) a femorální uzliny filtrují lymfu z dolních končetin, clitoris, labií a zadní komisury. Jsou uloženy ve *fossa iliopectinea*. Významnou uzlinou je nejkraniálnější uzlina označovaná jako *Rosenmüller-Cloquet*. Lymfa dále odtéká do *nodi illiaci*. *Nodi illiaci externi et communes* jsou uzliny uložené podél *vasa iliaca externa et communes*. Filtrují mízu z hlubokých inguinálních uzlin, z dolní břišní stěny, perinea, z děložního istmu a hrdla, z močového měchýře a clitoris. *Nodi illiaci interni* jsou uzliny uložené kolem *a. iliaca interna*. Filtrují mízu, která k nim přitéká převážně z dělohy.

Sakrální uzliny (*nodi sacrales*) jsou uloženy v konkávní části kosti křížové za konečníkem. Lymfa k nim přitéká z oblasti rekta a podél sakrouterinního vazu z poševní předsíně a z hrdla děložního.

Lumbální uzliny (*paraaortici a praeaortici*) jsou uloženy podél břišní aorty a lymfa k nim přitéká z oblasti vaječnicků, ledvin, nadledvin a z *nodi illiaci*. *Nodi coeliacii (praeoartici)* jsou skupinou uzlin před aortou v oblasti *truncus coeliacus*. Lymfu sbírají z většiny břišních orgánů přes jejich předsunuté uzliny (Zwinger et al., 2004, s. 16, Roztočil, 2008, s. 46).

K řešené problematice je třeba dodat, že lymfatickou drenáž vulvy zajišťují tedy především inguinofemorální uzliny. U malignit vulvy bývají tyto uzliny postiženy až ve 30 % případech. V některých případech mohou být postiženy pánevní uzliny, bez zasažení uzlin povrchových, jelikož mají přímou návaznost na oblast klitoris a ventrálních částí vnějších pohlavních orgánů. Uzliny jsou obvykle postiženy pouze na jedné straně v závislosti na lokalizaci karcinomu. V případě lokalizace tumoru v blízkosti střední čáry je možné oboustranné postižení uzlin (Kolařík, 2008, s. 683).

2 PATOLOGICKÉ STAVY NA VNĚJŠÍCH POHLAVNÍCH ORGÁNECH

Patologické stavy vulvy jsou předurčeny anatomickým seskupením zevních pohlavních orgánů, kdy velkou část tvoří patologické stavy kůže známé jako kožní léze. Dále je pochva vystavena neustálému stupni vlhkosti a díky sexuálnímu životu snadné přístupnosti k sexuálně přenosným infekcím (Motlík, Živný, 2001, s. 31). Někteří původci těchto infekcí mají jistý onkogenní potenciál. Příkladem mohou být rizikové typy lidských papillomavirů. Dalším vlivem je zřejmě cykličnost a pravidelnost změn na pohlavních orgánech fertálních žen. Tyto změny mohou patrně vést k maligním změnám. Většina vlivů je dosud nerozpoznána, ale podle všeho se na této problematice podílí obecně způsob životního stylu žen (Freitag, 2001, s. 13,14).

Na vulvě rozeznáváme tyto patologické stavy: vrozené vady, oběhové a regresivní změny, vulvitidy, pseudotumory a nádory.

2.1 Vrozené vady

Vrozené vady vnějších pohlavních orgánů u žen nejčastěji souvisí s vážnými somatosexuálními poruchami, jež jsou podmíněny patologickou produkcí androgenů v raném stádiu embryonálního vývoje. Následkem zvýšené produkce androgenů je hypertrofie klitoris. Dále mezi vrozené vady patří částečná nebo úplná ageneze vulvy a ektopická tkáň prsu v podkoží velkého stydkého pysku. Tato tkáň může mít prekancerózní charakter a progredovat do pravých i maligních nádorů.

2.2 Regresivní a oběhové změny

Atrofie kůže a sliznic vzniká v seniu nebo po kastraci v souvislosti s úbytkem tvorby estrogenu. Dále je atrofie přítomná u lichen sclerosus. Varicosis vulvae je přítomnost rozšířených žil v oblasti zevních pohlavních orgánů.

2.3 Záněty vulvy

Záněty jsou nejčastějším důvodem žen pro vyhledání gynekologa. Zánět se projevuje jako reakce organismu proti infekčnímu agens, kterým jsou nejčastěji mikrobi, kvasinky, viry či parazité. Zánět může postihnout kteroukoli část zevních či vnitřních rodidel ženy a může být akutní či chronický (Citterbard et al., 2001, s. 107).

Mezi záněty vulvy řadí Motlík a Živný (2001, s. 32) hnisavou folikulitidu a furunkl, intertrigo, vestibulitidy, gonoreu, syfilis, granuloma inguinale, lymphogranuloma inguinale, herpetickou vulvitidu a granulomatózní vulvitidu.

2.4 Nenádorové epiteliální změny na vulvě

Lichen sclerosus, dříve nazýván také jako krauróza, lichen sclerosus et atrophicus, leukoplakie, atp., je onemocnění nejasné etiologie postihující převážně ženy v klimakteriu. Na anogenitální oblasti se nejčastěji projevuje jako bílá epiteliální plocha se svraštělou kůží bez ochlupení. Nejčastějšími příznaky jsou svědění v postižené oblasti, dysurie a dyspareunie. V některých případech se lichen sclerosus projevuje bezpříznakově.

Míra rizika malignizace ve spinocelulární karcinom je udávána 2 – 6 %.

Léčba je náročná a spíše než k vyléčení vede ke zmírnění projevů nemoci. Nejčastější metodou je léčba lokální za pomoci kortikoidních mastí nebo léčba chirurgická, která v případě současné absence prekancerózy či malignity není příliš častá (Bouda, 2013, s. 2).

2.5 Nádory vulvy

Gynekologické nádory patří mezi častá onemocnění a postihují ženy nezávisle na jejich věku. Z různých pohledů jsou děleny na *pravé nádory*, u kterých je typické nekontrolovatelné dělení buněk a nevratná změna postižené tkáně, a na *nádory nepravé*, jež se pravým nádorům pouze podobají.

Další dělení je odvozeno od malignity na nádory *benigní a maligní*.

Pro benigní nádory je typický pomalý růst, ohraničenost od okolních tkání a také to, že nezakládají metastázy. Tyto nádory jsou ve většině případů bezrizikové, ovšem obvykle se samy nezhojí. Naopak zhoubné nádory nejsou ohraničené, prorůstají do okolí a metastazují v jiných orgánech. Pro přežití je nezbytná léčba (Slezáková a kol., 2011, s. 60, 61).

Histologické třídění se opírá o typizaci (*typing*) nádoru, jeho rozsah (*staging*) a stupeň diferenciace (*grading*). Typing je založen na histologickém vyšetření nádoru, přičemž byla WHO vytvořena základní nomenklatura nádorů. Staging nádoru je vyhodnocován FIGO a TNM systémem, kdy T je označení tumoru, N znamená uzlinu a M přítomnost metastáz. Tento systém číselně vyjadřuje rozsah anatomické pokročilosti nádoru. (viz. příl. č. 1) Diferenciací se nádor vyhodnocuje jako G1 – vysoce diferencovaný, G2 – středně diferencovaný, G3 – níže diferencovaný a G4 – nediferencovaný.

Díky kombinaci těchto ukazatelů je možno odhadnout prognózu onemocnění, stanovit racionální léčbu a srovnat výsledky různých druhů terapie (Kobilková et al., 2009, s. 108).

Nejvýznamnější z maligních nádorů je karcinom. Karcinom vychází ve většině případů z povrchového dlaždicového epitelu. Může být dlaždicobuňečný, skvamózní, spinocelulární a často má silný vztah k dysplázii. Mezi vzácné až raritní maligní nádory patří bazaliom, myoepiteliom, melanom a sarkom (Motlík, Živný, 2001, s. 37).

Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková (2012, s. 365) uvádějí, že 80 – 85 % zhoubných nádorů vulvy se objevuje v postmenopauzálním období po 70 roce věku.

2.5.1 Nepravé nádory

Nepravé nádory, nazývané pseudotumory, jsou léze, které jsou svým vzhledem velmi podobné nádorům. Pseudotumory ovšem nejčastěji vznikají na zánětlivém či traumatickém podkladu. Všechny nepravé nádory se řeší chirurgicky, incizí, excizí, exstirpací a ablací.

Mezi nepravé nádory patří:

Inkluzní cysty vyskytující se kdekoli na kůži vulvy a obsahující bílý nebo žlutý obsah často s cizím tělískem. Vznikají na základě způsobeného traumatu.

Aterom vyskytující se v podkoží nebo v kůži je cysta obsahující žlutý kašovitý obsah. Obvykle je volně pohyblivý, kulovitého tvaru se ztenčenou kůží na povrchu.

Cysta a absces Bartholiniho žlázy nacházející se v oblasti vyústění Bartholiniho žláz. Cysta vzniklá traumatickým uzavřením žlázy a hromaděním sekretu. Obsah žlázy je ovšem často infikován mikroorganismy *E. coli* a *staphylococcus aureus*, přičemž vzniká absces. Protože pouhá incize a drenáž vede v tomto případě k recidivám, řeší se marsupializací nebo devitalizací výstelky aplikací AgNO_3 (Kudela, 2011, 73).

Endometrióza vulvy se nejčastěji objevuje v místě episiotomie a manifestuje se jako modře prosvítající cysta naplněná krví (Citterbard et al., 2001, s. 152).

2.5.2 Benigní nádory

Nezhoubné nádory vulvy vznikají z mezenchymové nebo epitelové tkáně. Pro snadnou přítomnost jsou tyto nádory snadno detekovatelné a léčí se prostou exstirpací. Mezi nejvýznamější nezhoubné nádory patří lipom, fibrom, leiomyom, hemangiom, pigmentové névy a condylomata accuminata (Citterbard et al., 2001, s. 152).

Condylomata accuminata jsou genitální bradavice vyskytující se jak na vulvě, tak často i v pochvě a na hrdle děložním. Na zevních pohlavních orgánech se objevují nejčastěji v perineální oblasti. Tvoří špičaté až květákovité výrůstky, které mohou v těžších případech splývat. Bradavice jsou způsobeny virem HPV. (Citterbard et al., 2001, s. 152).

2.5.3 Prekancerózy

Prekancerózy jsou dystrofické a dysplastické změny na zevních rodidlech, které se mohou měnit ve zhoubný novotvar. Tato změna se může vyvíjet různě dlouho. Incidence prekanceróz vulvy má narůstající tendenci obzvláště u mladších žen. Nejčastěji se prekancerózy vyskytují u žen mezi 40. a 50. rokem věku (Cibula, Petruželka, 2009, s. 311).

Histologickými znaky jsou nepravidelnosti buněčných jader, neporušená membrána a strukturální neklid. Je několik stupňů závažnosti těchto změn, které se mohou zlepšovat ale i zhoršovat do invazivních forem (Citterbard et al., 2001, s. 149).

Původní dělení prekanceróz se omezovalo na vulvární intraepiteliální neoplazie prvního, druhého a třetího stupně známé jako VIN I., II. a III. typu podle míry závažnosti změn. VIN III. zahrnuje i carcinoma in situ vulvy označován jako CIS. Kategorie VIN I. se již pro své vysoké procento spontánní regrese nepoužívá.

Cibula a Petruželka (2009, s. 311) rozdělují ve své publikaci dláždicové prekancerózy VIN II. a III. stupně dle etiopatologickému vztahu ke spinocelulárnímu karcinomu.

Nediferencovaná, špatně diferencovaná VIN - bazaloidní, kondylomatózní a smíšená a dobře diferencovaná - simplexní VIN.

Prekancerózou nedláždicového typu je extramammární forma Pagetovy choroby, melano-
ma in situ a dysplastické névy.

Diagnostika prekanceróz je zpravidla usnadněna tím, že ženy přicházejí ke svému gynekologovi se svěděním, bolestivostí, dyspareunií a zánětlivými změnami. Základem je vulvoskopické vyšetření a nativní vulvoskopické vyšetření s použitím 5% kyseliny octové. Ve vulvoskopickém obraze lze vidět ložiska bílého epitelu, červených až hnědých pigmentaci, puntíčkování či cévní atypie.

Jako konzervativní léčbu Kobilková (2005, s. 110) navrhuje lokální aplikaci kortikoidů nebo progesteronových a testosteronových mastí. Ověřit podezření na VIN je však možno pouze cílenou biopsií, která má ovšem i terapeutický efekt. Léčba je vždy individuálně odvozena od závažnosti a rozsahu postižení. Podle současných publikací 6 – 10 % lézí progreduje do stádia invazivního tumoru, proto musí být pacientky s prekancerózou dispenzarizovány a kontrolovány á 3 – 6 měsíců, 2 roky od výkonu (Cibula, Petruželka, 2009, s. 311).

2.5.4 Zhoubné nádory

Kudela (2011, s. 73) udává trvalou incidenci zhoubných nádorů, která se vyskytuje mezi 3 až 4 případy na 100 000 žen ročně. Z 90% je to dle histopatologického vyšetření spinocelulární karcinom, dále zaujímá 3% adenokarcinom, 6% patří maligním melanomům a 1% zaujímají sarkomy. Většina zhoubných nádorů vulvy se vyskytuje u žen, které překročily hranici 70. roku věku, a zhruba u poloviny postižených předchází karcinom vulvární intraepiteliální neoplazie.

Jak již bylo řečeno, nejčastějším karcinomem vulvy je karcinom spinocelulární, jenž se z vnějších pohlavních orgánů může šířit na ostatní části vulvy, na perineum, do pochvy, do pánevního dna a stydkých pysků. Metastazuje do tříselných a femorálních uzlin, hematogenně metastazuje často do plic, jater a kostí (Abrahámová, 2012, s. 365 - 366).

Etiopatogeneticky se spinocelulární karcinom dělí na typ I., jenž má souvislost s HPV infekcí a na typ II., který je ovlivněn genetickými mutacemi souvisejícími s vyšším věkem pacientek a chronickou iritací v oblasti kožních změn (Robová, 2004).

Kobilková et al. (2005, s. 111) popisuje karcinom jako bělavou plochu s tuhou spodinou nebo jako bradavičnatý útvar či vřed s tuhou spodinou a tuhými okraji, přičemž nejčastějšími projevy jsou svědění a pálení vulvy. Onemocnění bývá zevně patrné při gynekologickém vyšetření, ale diagnózu potvrdí až vyšetření bioptické, které dále stanoví hloubku průniku nádoru důležitou k určení prognózy (Abrahámová, 2012, s. 366).

3 LÉČBA ZHOUBNÝCH NÁDORŮ VULVY

Tato kapitola je věnována základním zásadám léčby karcinomu vnějších pohlavních orgánů ženy. Žena je obvykle odeslána svým obvodním gynekologem na specializované onkogynekologické pracoviště. Samotné léčbě zhoubných nádorů musí vždy předcházet diagnostika nádoru, která kromě celkového gynekologického vyšetření zahrnuje také palpací třísel. Kolposkopie a vulvoskopie obnáší i odběr podezřelé tkáně, a následné histologické vyšetření, jež rozhodne o dalším postupu léčby.

Základní léčebnou metodou je léčba chirurgická s cílem odstranění tumoru a jeho okolí a odstraněním spádových lymfatických uzlin v závislosti na míře postižení. Léčba je obvykle doplněna adekvátní doplňkovou terapií. Řadí se zde radioterapie a chemoterapie, nebo jejich vzájemná kombinace.

3.1 Chirurgická léčba

Následující podkapitola se zabývá diagnostikou malignit a nejčastějším způsobem jejich léčby, kterým je stále léčba chirurgická.

Pro chirurgickou léčbu operabilních zhoubných nádorů vulvy existuje v ČR doporučený postup, který byl aktualizován v roce 2012. Léčba je rozdělena do jednotlivých kategorií, jež byly vytvořeny v závislosti na velikosti nádoru, stavu lymfatických uzlin a hlavně na hloubce proniknutí nádoru do okolní tkáně.

Současná chirurgická léčba na rozdíl od let minulých ustupuje od nadměrně rozsáhlé radikality operačních výkonů a snaží se o individualizaci postupů u jednotlivých pacientek (Kolařík, 2008, s. 694). Příloha č. 2. zobrazuje vybrané modalitty chirurgické léčby.

Mezi chirurgické řešení malignit řadíme radikální excizi nebo hemivulvektomii u lateralizovaných nádorů T1a bez postižení uzlin, dále simplexní vulvektomii u nádorů T1a bez postižení uzlin, se současným výskytem multifokální VIN a benigních změn. Další možností je provedení radikální vulvektomie či hemivulvektomie s exstirpací sentinelové uzliny u nádorů stádia T1a s postižením uzlin a u nádorů T1b a T2 o velikosti maximálně 4 cm. V případě positivity uzliny se provádí oboustranná exstirpace uzlin, stejně jako primárně u nádorů stádia T2 větší než 4 cm a u nádorů menších se suspektním či prokázaným postižením spádových uzlin. Poslední možností chirurgické léčby je přední, zadní nebo

totální exenterace pánve s oboustrannou pánevní lymfadenektomií u nádorů stádia T3 (Pluta, 2013, s. 12 - 14).

3.1.1 Diagnostika onemocnění

Gynekologické vyšetření u ženy s podezřením na patologii vnějších pohlavních orgánů probíhá stejně jako každé jiné vyšetření, přičemž je připojena vulvoskopie a biopsie podezřelé tkáně. Celkové gynekologické vyšetření zahrnuje důkladný odběr anamnézy, fyzikální vyšetření, včetně měření fyziologických funkcí. Dále vyšetření pohlavních orgánů pohledem a pohmatem, kolposkopické vyšetření děložního čípku, které dokáže sledované struktury několikanásobně zvětšit. A v neposlední řadě odběr tkáně na cytologické vyšetření a často opomíjené manuální vyšetření prsou.

K tomuto základnímu vyšetření se připojuje již zmíněná vulvoskopie a následně důkladný popis léze. Popisovanými oblastmi jsou barva léze, popis jejího povrchu, cévy, jejich přítomnost a abnormality (Černovská, 2009, s. 25,26).

Biopsie je dle Havránkové a Budky (2005, s. 28) nezastupitelnou součástí diagnostiky. Doporučují provádět biopsii v lokální anestezii a pod kolposkopickou kontrolou, přičemž zdůrazňují, že u nádorů menších než 2 cm s invazí do 1 mm může mít tento výkon kromě diagnostiky také terapeutický smysl. Dále nesmíme opomenout vyšetření inguinálních uzlin.

U žen, které přicházejí do gynekologické ambulance obvykle s úmerným pruritem vulvy, je důležité vyloučit patologie zapříčiněné jiným onemocněním. Příkladem může být diabetická vulvitida u žen s diabetem nebo jiné patologie, jako lichen sclerosus, VIN, atd. (Špaček, Buchta, Jílek a kol., 2013, s. 173).

3.1.2 Simplexní vulvektomie

Přestože je sama prostá vulvektomie většinou nedostatečným zákrokem při léčbě zhoubného nádoru vnějších pohlavních orgánů, je základem radikální vulvektomie, při které se k odstranění vulvy přidává oboustranné odstranění uzlin.

Podstatou tohoto výkonu je odstranění kůže a podkoží malých a velkých labií a klitoris až do zdravé tkáně. Vnitřní řez je veden cirkulárně těsně okolo hymen a těsně nad uretrou. Zevní řez začíná pod symfýzou, probíhá po zevních stranách velkých labií a končí kranial-

ně nad anem. Tkáň je odstraněna až na fascii perinea a po pečlivém podvazu cév a zástavě krvácení je provedeno sešití jednotlivými stehy. V případě, že je karcinom vzdálen od klitoris, je možná modifikace výkonu, kdy je klitoris ponechán (Kolařík, 2008, s. 904).

3.1.3 Radikální vulvektomie

Radikální vulvektomie tedy zahrnuje chirurgické odstranění celé oblasti vulvy a také povrchové či hluboké odstranění uzlin.

V minulosti byla hlavní operační technikou v léčbě vulvárních karcinomů metoda en bloc resekce, která je nazývána také jako butterfly incize s oboustranným odstraněním povrchových i hlubokých uzlin. Tato metoda byla během posledních čtyř desetiletí nahrazena technikou tří řezů, což vedlo ke značnému snížení výskytu pooperačních komplikací (Nováčková, 2013, s 50 - 52).

Systematická ingvino-femorální lymfadenektomie zahrnuje odstranění povrchových tříselných uzlin a hlubokých uzlin v závislosti na stádiu onemocnění a lokalizaci nádoru. Doporučeno je vyjmutí alespoň 6 uzlin z každého třísla (Sirák, 2013, s. 271)

Šetrnějším způsobem jak zjistit, zda jsou uzliny postiženy, je využití konceptu sentinelové uzliny, kdy se pomocí speciálního barviva nebo radiokoloidu zjišťuje postižení první spádové uzliny. V případě její negativity se předpokládá negativita i ostatních uzlin.

Tato metoda významně snižuje pooperační morbiditu, avšak z důvodu nedostatku dalších informací o onkologické bezpečnosti konceptu nemůže být pokládána za standart léčby (Cibula, Petruželka, 2009, s. 368). Sirák (2013, s. 271) ovšem uvádí, že: „Vyšetření sentinelové uzliny má u karcinomu vulvy vysokou senzitivitu a výsledky jsou z onkologického pohledu ekvivalentní ingvino-femorální lymfadenektomii.“

3.2 Adjuvantní terapie

Nejvýznamnější doplňkovou léčbou zhoubných nádorů vulvy je radioterapie. Může být využita buď jako léčba kurativní, adjuvantní, neoadjuvantní, ale také jako léčba paliativní. Jako primárně kurativní je radioterapie indikována u pacientek neschopných z různých důvodů podstoupit chirurgický výkon. Adjuvantní léčba radioterapií je indikována u pacientek s nádorem stádia T3 a T4, dále v případě nedostatečného nebo pozitivního resekcního okraje chirurgického výkonu, a také u pacientek s metastatickým postižením více než jedné uzliny nebo jedné uzliny s extrakapsulárním šířením. Neoadjuvantní terapie se využívá s cílem zmenšit stávající nádor před následným provedením chirurgického výkonu. Radioterapie v paliativní péči je využívána v případě lokálně pokročilých nádorů stádia T4 a u metastazujících nádorů.

Cílovou ozařovanou oblastí je vulva a v případě postižení uzlin i inguinofemorální oblast. Pro zesílení radioterapeutického účinku se využívá brachyradioterapie. Radioterapeutická dávka u léčby kurativní, adjuvantní a neoadjuvantní se pohybuje mezi 45 – 50 Gy. Ozařování probíhá denně o maximální dávce 1,8 – 2 Gy. Paliativní radioterapie využívá kratší frakce. U pacientek s melanonem vulvy se radioterapie využívá jen v případě generalizace onemocnění, a to z důvodu velmi nízké radiosenzitivity melanomu.

Chemoterapie se standardně využívá pouze u rabdomyosarkomu. Dále se může využívat u generalizovaných či recidivujících onemocnění spolu s ostatními léčebnými metodami uvedenými výše. (Krška, Hoskovec a Petruželka, 2014, s. 783).

4 PERIOPERAČNÍ PÉČE O ŽENU S MALIGNÍM ONEMOCNĚNÍM VNĚJŠÍCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Perioperační péče o pacientku s maligním onemocněním vulvy zahrnuje péči o pacientku před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu. Zahrnuje tedy péči předoperační, intraoperační a pooperační. Ošetrovatelskou péči zajišťují perioperační a anesteziologické sestry. Tato práce se zabývá pouze rolí porodní asistentky v krátkodobé přípravě pacientky a rolí perioperační sestry v perioperační péči o pacientku. Poslední podkapitola je věnována edukaci žen v oblasti nádorů vnějších pohlavních orgánů.

4.1 Příprava pacientky před operací

Předoperační vyšetření, psychická a somatická příprava nepatří do perioperačního procesu, jelikož se neodehrává bezprostředně před operací, ale nejdříve 3 týdny před samotnou operací, je ovšem velmi významnou součástí přípravy k operačnímu výkonu.

4.1.1 Předoperační vyšetření

Pacientka obvykle přichází na doporučení svého gynekologa na porodnicko - gynekologické oddělení nemocnice k indikaci operačního výkonu pro vyskytující se maligní onemocnění. Zde je pacientka informována o svém zdravotním stavu a o možnostech léčby. Pokud je indikována chirurgická metoda léčby, je určen termín operace a vystavena žádost o předoperační vyšetření. Žádost pacientka odevzdá svému praktickému lékaři, který vyšetření naplánuje a provede spolu s internistou. Cílem je předoperačně zjistit a posoudit zdravotní stav pacientky, její způsobilost k operačnímu výkonu a naplánovat správný postup (Kobilková, 2005, s. 181)

Předoperační vyšetření zahrnuje: vyšetření krve – krevní obraz (hemoglobin, hematokrit, počet erytrocytů, leukocytů a trombocytů), BWR, hemokoagulace (APTT, INR), krevní skupina a Rh faktor. Z krve se dále zjišťují jaterní, ledvinné, pankreatické parametry, ionty (Na, K, Cl), glykémie a celková bílkovina. Dále vyšetření moči a močového sedimentu. K předoperačnímu vyšetření patří také EKG, rentgen srdce a plic u pacientek starších 40 let nebo mladších, udá-li lékař oprávněný důvod. Pacientka je odeslána k internistovi, který posoudí celkový zdravotní stav, určí rizika operace a případ-

ně provede úpravu medikace. V případě potřeby je možno provést další potřebná vyšetření (Schneiderová, 2014, s. 23).

4.1.2 Předoperační příprava

Pacientka přichází k plánovanému výkonu na lůžkové oddělení den před operací. Přijímající lékař naordinuje předoperační přípravu, kterou se snažíme předejít komplikacím. Také pacientce poskytne veškeré informace týkající se jejího zdravotního stavu, provedení operace, očekávaného výsledku i o možných rizicích, včetně trvalých následků. Pacientka po vyšetření a rozmluvě s lékařem podepíše informovaný souhlas s operací.

Obecná příprava pacientky spočívá v seznámení se s denním řádem a organizací oddělení. Následuje sepsání ošetrovatelské dokumentace, měření fyziologických funkcí a seznámení pacientky s následující speciální přípravou (Schneiderová, 2014, s. 24 - 25).

Speciální příprava před operací zahrnuje vyprázdnění střev požitím hypertonického roztoku nebo podáním očistného klyzmatu a omytím a oholením operačního pole den před operací. V den operace se obvykle provádí bandáž dolních končetin jako prevence trombembolické nemoci, zajištění venózního přístupu, podání premedikace půl hodiny před operací a ostatní medikace dle ordinace lékaře (Kobilková, 2005, s. 182).

4.2 Bezprostřední předoperační péče

Předoperační ošetrovatelská péče je poskytována perioperační sestrou při příjezdu pacientky na operační sály. Pacientka je předána porodní asistentkou perioperační nebo anesteziologické sestře. Pacientka je přeložena na sálový vozík v poloze na zádech, bez oděvu, šperků, nalakovaných či umělých nehtů, má vyjmutou zubní protézu, má vlasy kryté operační čepicí, má vyčištěnou pupeční jizvu, zabandážované končetiny a je vymočená. Nezbytností je identifikační náramek a dokumentace pacientky.

Po uložení pacientky na operační stůl se perioperační sestra pacientku pozdraví a představí se. Poté se provádí první krok bezpečnostního perioperačního procesu stanoveného WHO. Zeptáme se pacientky na její celé jméno, na předpokládaný výkon a zjišťujeme alergie. Pacientku dále informujeme o každém následujícím provedeném kroku.

Přiložíme na tělo pacientky neutrální elektrodu a po úvodu do anestezie pacientku polohujeme do gynekologické polohy. Při polohování musí být zohledněn zdravotní stav

a věk pacientky z důvodu možných poškození tkání a nervů. Dále je obvykle zaveden permanentní močový katetr, je provedena antiseptická operace a po jejím zaschnutí je provedeno sterilní zarouškování pacientky (Wichsová, 2013, s. 134 - 136).

4.3 Intraoperační péče

Intraoperační péče začíná zarouškováním pacientky v přítomnosti všech členů operační skupiny. Je proveden druhý krok bezpečnostního perioperačního procesu, který zahrnuje představení všech členů týmu, identifikaci pacientky a případné potvrzení podání antibiostatik. Dále operátor posoudí předpokládaná rizika a předpokládanou dobu operace. Perioperační sestra oznámí sterilitu a připravenost všech nástrojů a pomůcek.

Instrumentační sestra podává čisté, suché, chladné nástroje, kontroluje sterilitu a provádí kontrolu všech nástrojů a materiálů. Obíhající sestra obsluhuje operační skupinu, dodává materiál, označuje a odesílá odevzdané vzorky, obsluhuje přístroje a vede dokumentaci.

Před ukončením operace je provedena kontrola nástrojů a materiálů, kdy případný souhlas či nesouhlas musí být nahlášen. Chybění materiálu je považováno za mimořádnou událost, kdy je nezbytné pacientku dlouhodoběji sledovat.

Na závěr je operační rána omyta, osušena, zdesinfikována a sterilně překryta (Wichsová, 2013, s. 137).

4.4 Pooperační péče

Pooperační péče se dělí na péči bezprostřední prováděnou přímo na operačním sále a na péči následnou prováděnou na pooperačním oddělení. Následná pooperační péče zahrnuje překlád pacientky na pooperační oddělení s intenzivní péčí, tišení bolesti, stimulace střevní peristaltiky, prevence TEN, ošetření močového měchýře, pooperační výživu a ošetřování operační rány.

4.4.1 Bezprostřední pooperační péče

Bezprostřední pooperační péče zahrnuje třetí krok bezpečnostního perioperačního procesu, kdy perioperační sestra potvrdí provedení výkonu a souhlas nástrojů a materiálu. Dále potvrdí odběr tkání a nahlásí případné problémy s vybavením.

Pacientka je po indikaci pooperační medikace převezena na dospávací pokoj nebo na pooperační JIP. Pacientku předává anesteziolog (Wichsová, 2013, s. 138).

4.4.2 Následná pooperační péče

Pacientka je převezena na pooperační pokoj nebo na pooperační gynekologickou JIP. V závažných případech lze pacientku přeložit na ARO.

Tišení bolesti je zajištěno podáváním léků ihned po probuzení pacientky z narkózy a na noc. Stimulace střevní peristaltiky je zajištěna adekvátní rehabilitací. Pacientka by měla co nejdříve začít pohybovat končetinami, cvičit dýchací pohyby a první, či druhý den po operaci vstát za pomoci porodní asistentky. Časné vstávání je, spolu s bandáží dolních končetin a podáváním malých dávek heparinu, prevencí vzniku TEN. Permanentní močový katetr je zaveden již na operačním sále jako prevence infekce a odstraněn v případě, kdy pacientka začne močit. To nastává v situaci, kdy je reziduální moč nižší než 50 ml. Výživa je zpočátku zajištěna parenterálně, později se přechází z diety tekuté na lehkou a posléze normální (Kobilková, 2005, s. 183).

Pooperační ránu, která by měla být 24 hodin kryta sterilním krytím, je nutno ošetřovat tzv. mokřým režimem, kdy se rána po vulvektomii polévá roztokem betadinu nebo černého čaje, a taktéž je nutná drenáž třísla po dobu 7 – 10 dnů. Nezbytností je přísně aseptický přístup a udržování rány v suchu (Roztočil, 2011, s. 333).

4.5 Pooperační komplikace

Cibula a Petruželka (2011, s. 360) ve své publikaci uvádějí jako nejčastější komplikaci hojení pooperační rány. K primárnímu zhojení rány docházelo ještě v polovině minulého století v méně než 50 % případů. V současnosti došlo k poklesu komplikací hojení na 15 – 30 % díky zavedení samostatných řezů a díky snaze redukovat radikalitu výkonů. Proto vždy záleží na typu operace a velikosti odebrané tkáně.

Mezi další *časné pooperační komplikace* patří infekce močových cest, trombembolické komplikace a tvorba podkožních seromů, i přes inguinální drenáž. Tyto se obvykle nechají samovolně vstřebat nebo je indikována punkce a aspirace seromu pod UZ kontrolou.

Mezi časté pozdní pooperační komplikace patří lymfedém dolních končetin. Další komplikací je zcela určitě negativní dopad chirurgického výkonu na sexuální život žen v závislosti na jeho radikalitě.

Mortalita, která se v současné době pohybuje okolo 1-2 %, obvykle souvisí s trombembolickými komplikacemi.

4.6 Edukace žen v souvislosti s onemocněním vnějších pohlavních orgánů

Jako prevenci vzniku nádorů vulvy je možno uvést vyvarování se promiskuity, zahájení pohlavního života v pozdějším věku ale také očkování proti HPV infekci, která má prokazatelný vliv na vznik těchto onemocnění u mladších žen. Jako základ lze považovat pravidelné preventivní prohlídky (*Masarykův onkologický ústav.cz*).

Z důvodu vysokého věku a studu pacientek, jež jsou ohroženy maligním onemocněním vnějších pohlavních orgánů, neexistuje účelný screeningový program, který by výskyt maligních onemocnění pomohl minimalizovat. Od roku 2008 však existuje screening rakoviny děložního čípku pro všechny ženy ve věkovém rozmezí 25 – 70 let, který by mohl pomoci minimalizovat i nádory vnějších rodidel, převážně u mladších žen.

Projevy onemocnění jsou v počátečních stádiích asymptomatické, ovšem v případě, že se na pohlavních orgánech manifestuje již větší léze, je úkolem porodní asistentky, edukovat, všechny pacientky, navštěvující gynekologické ambulance o možných klinických

projevech onemocnění. Mezi tyto projevy patří nejčastěji svědění, jakákoli plochá nebo bradavičnatá léze, krvácení a bolest.

Ženy by proto měly vědět, že v případě výskytu jakýchkoli z výše zmíněných projevů by měly co nejdříve navštívit odborníka, i když se nemusí jednat o nic závažného. Je ovšem poněkud složitější přesvědčovat ženu v období převážně počátečního či pokročilého stáří, která několik let nenavštěvuje gynekologa a považuje to za zbytečnost, aby šla k lékaři. Vždy proto záleží také na osobnosti pacientky a její ochoty spolupráce s lékařem a porodní asistentkou (Kolařík, 2008, s. 686).

Porodní asistentka, pracující na gynekologickém pooperačním oddělení musí v neposlední řadě ženu edukovat o pooperační dispenzarizaci v onkogynekologickém centru. Žena navštěvuje gynekologa každé 3 měsíce po dobu dvou let po operaci a dále každého půl roku (Marešová, s. 268).

Žena by po odchodu z nemocnice měla dodržovat určité zásady. Porodní asistentka by ji měla upozornit na to, že by se po operaci měla vyvarovat zvedání těžších břemen, fyzické námaze včetně cvičení, koupání a pohlavního styku. Co se týče hojení pooperační rány, je nezbytně nutné ji udržovat v suchu a čistotě. V případě zarudnutí rány, výtoků hnisu z rány nebo zvýšené tělesné teploty musí žena co nejdříve navštívit svého gynekologa (*Patienteducation.osumc.edu*).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě studia literatury a zvoleného cíle diplomové práce byly zvoleny tyto výzkumné otázky:

- 1: Jaké bylo zastoupení operací řešících prekancerózy a zhoubné nádory vulvy?
- 2: Jaká byla incidence radikálních vulvektomií v průběhu let?
- 3: Jaký byl průměrný věk pacientek?
- 4: Jaký byl nejčastěji vyskytující se typ nádoru?
- 5: Kde se nejčastěji vyskytoval zhoubný novotvar?
- 6: Jaké bylo procento pacientek přeživších 5 let od operace?
- 7: Kolik uzlin bylo průměrně v průběhu operace odebráno a jaký byl jejich stav?
- 8: Byly pacientky po operaci ozařovány?
- 9: Jak dlouho trvala hospitalizace?
- 10: Kolik pacientek nenavštěvovalo pravidelně svého gynekologa?
- 11: Jaké byly nejčastější pooperační komplikace?

6 METODIKA PRÁCE

Téma diplomové práce bylo zpracováno na základě studia odborné literatury. Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu formou retrospektivní studie. Výzkum probíhal od 1. ledna 2015 do 31. března 2015 po souhlasu přednosta kliniky, vrchní sestry a oddělení výchovy a vzdělávání vybrané nemocnice.

Dále je popsána charakteristika výzkumného souboru a metodika sběru a zpracování dat.

Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkumné účely v praktické části diplomové práce byl vybrán vzorek zahrnující všechny ženy, jež podstoupily některou z operací s cílem chirurgické léčby zhoubných novotvarů a prekanceróz ve vybrané nemocnici krajského typu v letech 2006 – 2014. V celkovém součtu podstoupilo některou z těchto operací 48 žen. Z toho 32 žen podstoupilo radikální vulvectomii, 14 žen vulvectomii simplexní, 1 z žen hemivulvectomii a 1 širokou excizi z vulvy. Blíže jsme se zaměřili na pacientky, jež podstoupily radikální vulvectomii.

Metodika sběru a zpracování dat

Výzkumný soubor pacientek byl záměrně vybrán a potřebné informace byly zpětně dohledány vedoucím práce nejprve v operačních knihách za uplynulých 9 let a posléze v nemocničním informačním systému. Tyto informace byly následně předány k dalšímu zpracování.

Pro výzkumné účely diplomové práce byla získána data zahrnující incidenci všech operací provedených v souvislosti s léčbou prekanceróz a zhoubných nádorů vulvy. Dále jsme se zaměřili na informace týkající se samotné radikální vulvectomie. Z těchto informací nás zajímal: věk pacientek, histopatologický nález, jeho lokalizace a celkové pětileté přežití pacientek, počet odebraných uzlin a jejich stav, přítomnost vzdálených metastáz a pooperační indikace iradiace. Z ošetřovatelského hlediska jsme se zaměřili na délku hospitalizace, preventivní prohlídky před onemocněním a nejčastější pooperační komplikace.

Všechna zpracovaná data byla získána pouze pro výzkumné účely a jsou anonymní.

Pro zpracování získaných informací byly využity programy Microsoft Office Excel 2007 a Statistica®. Výsledky jsou zpracovány do grafů a tabulek s popisem. V popisné statistice je užitá absolutní četnost (n_i), relativní četnost (f_i) a suma (Σ), která označuje celkový počet pacientek ve vybraném souboru.

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

7.1 Zastoupení typů chirurgické léčby prekanceróz a malignit vulvy

Tabulka 1: Typy chirurgické léčby

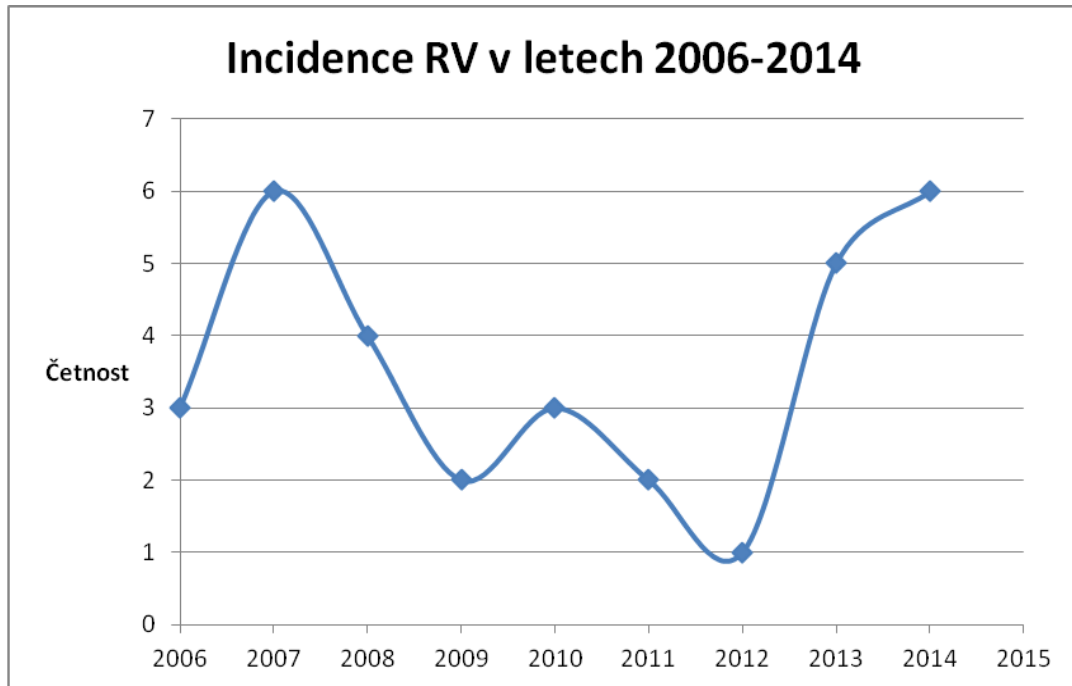
Typ operace	n_i	f_i (%)
Radikální vulvektomie	32	66,67
Prostá vulvektomie	14	29,17
Hemivulvectomie	1	2,08
Široká excize	1	2,08
Σ	48	100,00

Tabulka č. 1. obsahuje zastoupení všech typů chirurgické léčby všech pacientek s prekancerózami a malignitami vnějších pohlavních orgánů léčených ve vybrané nemocnici v letech 2006 – 2014.

Z celkového počtu 48 (100 %) pacientek léčených pro prekancerózy a malignity vnějších pohlavních orgánů podstoupilo 32 pacientek (66,67 %) radikální vulvektomii, 14 pacientek (29,17 %) prostou vulvektomii a v ostatních dvou případech (4,16 %) to byla částečná vulvektomie (hemivulvektomie) a široká excize.

7.2 Incidence radikálních vulvektomií

Obrázek 1: Incidence RV 2006 - 2014



Počátkem této části jsme se zaměřili na informace týkající se radikálních vulvektomií.

Z grafu č. 1 je možno vyčíst četnost provedených zákroků – radikálních vulvektomií, které byly provedeny ve vybrané nemocnici krajského typu v letech 2006 – 2014.

I přesto, že těchto výkonů nebylo provedeno mnoho, můžeme vidět mírný pokles od roku 2007 do roku 2012. Od tohoto roku do roku 2014 se četnost provedených zákroků zvyšuje.

7.3 Průměrný věk patientek

Tabulka 2: Průměrný věk patientek

Věk patientek	n_i	f_i (%)
41 – 50	1	3,13
51 – 60	3	9,38
61 – 70	4	12,50
71 – 80	18	56,25
81 - 90	6	18,75
Σ	32	100,00

Z tabulky vyplývá, že nejvíce žen (56,25 %) z celkového počtu 32 (100 %) se pohybovalo ve věkové kategorii 71 – 80 let. Ve věkové kategorii 81 – 90 let bylo zastoupeno 18,75 % žen. 12,50 % žen bylo ve věkové kategorii 61 – 70 let. 9,38 % žen se nacházelo ve věkové kategorii 51 – 60 let a nejméně žen (3,13 %) bylo ve věkové kategorii 41 – 50 let. Patientky nižšího věku než 41 let se vybraném vzorku nevyskytly.

Z tabulky tedy vyplývá, že radikální vulvektomií ve vybraném vzorku nejčastěji podstoupily patientky ve věku 71 – 80 let. Průměrný věk patientek byl 73 let.

7.4 Histopatologický nále

Tabulka 3: Histopatologický nále

Typ karcinomu	n_i	f_i (%)
Spinocelulární karcinom	31	96,88
Maligní melanom	1	3,13
Σ	32	100,00

Tabulka č. 3. zahrnuje všechny typy histopatologických nálezů, které byly pacientkám z vybraného souboru diagnostikovány v rámci léčby maligních nádorů vnějších pohlavních orgánů ve vybrané nemocnici v letech 2006 – 2014.

Ve vybraném vzorku zastupuje spinocelulární karcinom 96,88% všech malignit, zbytek zaujímá maligní melanom se 3,13 %.

7.5 Lokalizace karcinomu

Tabulka 4: Lokalizace karcinomu

Lokalizace karcinomu	n_i	f_i (%)
Clitoris	6	18,75
Labium minus	18	56,25
Labium maius	3	9,38
Labium minus i maius	2	6,25
Celá oblast vulvy	3	9,38
Σ	32	100,00

Tabulka č. 4. popisuje lokalizaci karcinomu ve vybraném vzorku pacientek.

Z celkového počtu 32 (100%) pacientek byla nejčastějším místem lokalizace karcinomu oblast malého stydkého pysku (56,25 %), druhou nejčastěji postiženou oblastí byl klitoris (18,75 %). Na třetím místě to byla oblast velkého stydkého pysku (labium minus) s 9,38 %, v extrémních případech byla postižena celá oblast vulvy (9,38 %) karcinomem květákovitého útvaru. Ve zkoumaném vzorku se také vyskytly ženy s lokalizací karcinomu v oblasti malých i velkých stydkých pysků (6,25 %).

7.6 Celkové pětileté přežití

Tabulka 5: Celkové pětileté přežití

Doba přežití od operace	n_i	f_i (%)
Necelý rok	9	28,13
1 rok a více	4	12,50
2 roky a více	2	6,25
3 roky a více	1	3,13
4 roky a více	2	6,25
5 let a více	14	43,75
Σ	32	100,00

V této části jsme zjišťovali celkové pětileté přežití pacientek od chirurgického výkonu. Ve vybraném souboru bylo 14 (43,75 %) pacientek z celkového počtu 32 (100 %), které přežily 5 let a více od provedení zákroku, 9 (28,13 %) pacientek se dožilo necelých 12 měsíců od výkonu, dále 4 (12,50) pacientky, přeživši 1 rok a více, 2 (6,25 %) pacientky z vybraného souboru žily déle než dva roky a další 2 (6,25 %) déle než 4 roky. Jedna z pacientek žila 3 roky a 4 měsíce (3,13 %) od zákroku.

7.7 Počet odebraných uzlin

Tabulka 6: Počet odebraných uzlin

Počet uzlin	n_i	f_i (%)
1-5	5	15,63
6-10	9	28,13
11-15	11	34,38
16-20	6	18,75
21-25	1	3,13
Σ	32	100,00

Za adekvátní odběr uzlin se dle literatury považuje odběr alespoň 6 tříselných uzlin z každé strany. Z celkového počtu 32 (100 %) pacientek bylo při výkonu odebráno více než 6 uzlin z každé strany následovně: u 11 (34,38 %) pacientek bylo odebráno 11 – 15 uzlin, u 6 (18,75 %) pacientek bylo odebráno 16 – 20 uzlin a u jedné z pacientek (3,13 %) 21 – 25 uzlin.

U 14 (43,76 %) pacientek bylo odebráno méně než 12 uzlin z obou stran.

7.8 Stav regionálních uzlin

Tabulka 7: Stav regionálních uzlin

Stav uzlin	n_i	f_i (%)
Uzliny bez postižení	15	46,88
Jednostranné postižení	13	40,63
Oboustranné postižení	4	12,50
Σ	32	100,00

Ve vybraném vzorku bylo prokázáno postižení uzlin u 17 (53,13 %) pacientek. Z toho jednostranné postižení se prokázalo u 13 (40,63 %) pacientek a oboustranné postižení u 4 (12,50) pacientek. V 15 (46,88 %) případech nebyly uzliny postiženy.

7.9 Přítomnost vzdálených metastáz

Tabulka 8: Přítomnost metastáz

Přítomnost metastáz	n_i	f_i (%)
Ano – plíce	2	6,25
Ne	18	56,25
Nezjištěno	12	37,50
Σ	32	100,00

Vzdálené metastázy byly ve vybraném vzorku prokázány u 2 (6,25 %) pacientek z celkového počtu 32 (100 %). Metastázy byly prokázány v plicích, a to v obou případech. U 12 (37,50 %) pacientek byl stav nezjištěn a u 18 (56,25 %) pacientek se vzdálené metastázy neprokázaly.

7.10 Následná iradiace

Tabulka 9: Následná iradiace

Následná iradiace	n_i	f_i (%)
Ano	20	62,50
Ne	12	37,50
Σ	32	100,00

Iradiace byla indikována u 20 (62,50 %) pacientek. Ostatní pacientky (37,50 %) z různých důvodů iradiaci nepodstoupily. Důvody budou následně rozebrány v části diskuse.

7.11 Délka hospitalizace

Tabulka 10: Délka hospitalizace

Délka hospitalizace	n_i	f_i (%)
7 – 12 dnů	9	28,13
13 – 17 dnů	11	34,38
18 – 22 dnů	5	15,63
23 – 27 dnů	4	12,50
28 a více dnů	3	9,38
Σ	32	100,00

Délka hospitalizace pacientek po radikální vulvektomii se v 11 (34,38 %) případech pohybovala v kategorii 13 – 17 dnů. Dále to byla kategorie 7 – 12 dnů s 9 (28,13 %) pacientkami. U zbylých 12 (37,51 %) pacientek hospitalizace trvala déle než 17 dnů. Průměrná délka hospitalizace byla ve vybraném vzorku 15 dnů.

7.12 Preventivní gynekologické prohlídky

Tabulka 11: Návštěva gynekologa

Návštěva gynekologa	n_i	f_i (%)
Pravidelně	14	43,75
Nepravidelně	12	37,50
Nenavštěvovala >10 let	6	18,75
Σ	32	100,00

Zjistili jsme, že pravidelně svého gynekologa před indikací onemocnění navštěvovalo pouze 14 (43,75 %) pacientek. V ostatních případech (56,25 %) ženy navštěvovaly svého obvodního gynekologa nepravidelně, nebo gynekologa nenavštěvovaly déle než 10 let.

7.13 Pooperační komplikace

Tabulka 12: Pooperační komplikace

Pooperační komplikace	n_i	f_i (%)
Hematom	1	3,33
Dehiscence třísla	4	13,33
Dehiscence vulvy	5	16,67
Lymfedém DKK	11	36,67
Lymfocysta	6	20,00
Flegmóna vulvy	1	3,33
Trombóza DK	1	3,33
Rektovaginální a vesikovaginální píštěl	1	3,33
Σ	30	100,00

Tabulka č. 12. obsahuje výčet nejčastějších pooperačních komplikací u pacientek po radikální vulvektomii. Z celkového počtu 32 (100,00 %) pacientek mělo 11 (36,67 %) pacientek po operaci problémy s otoky (lymfedém) dolních končetin. V 6 případech (20,00 %) se pacientkám po operaci vytvořila lymfocysta, která bývá často zaměňována s abscesem. U 5 (16,67 %) pacientek došlo k pooperačnímu rozpadu (dehiscence) rány v oblasti vulvy a u 4 (13,33 %) v oblasti třísla. Dalšími komplikacemi, které zaujaly 3,33 % z celkového počtu byly hematom, flegmóna vulvy, trombóza dolní končetiny a nakonec rektovaginální a vesikovaginální píštěl.

8 DISKUSE

Diplomová práce byla zaměřena na téma radikálních vulvektomií, snažila se přiblížit tuto problematiku a retrospektivně zaznamenat a zpracovat informace s tímto tématem spojené. Část diskuse je proto věnována analýze získaných dat.

Základní data byla nejprve vyhledána v operačních knihách z let 2006 – 2014. Dále byla data dohledána v nemocničním informačním systému a následně předána dalšímu zpracování.

Pro výzkumnou část byl zvolen jeden cíl. Na základě studia literatury a zvoleného cíle bylo položeno jedenáct výzkumných otázek, týkajících se výzkumného vzorku z vybrané nemocnice krajského typu.

VO 1: Jaké bylo zastoupení operací řešících prekancerózy a zhoubné nádory vulvy?

VO 2: Jaká byla incidence radikálních vulvektomií v průběhu let?

VO 3: Jaký byl průměrný věk pacientek?

VO 4: Jaký byl nejčastěji vyskytující se typ nádoru?

VO 5: Kde se nejčastěji vyskytoval zhoubný novotvar?

VO 6: Jaké bylo procento pacientek přeživších 5 let od operace?

VO 7: Kolik uzlin bylo průměrně v průběhu operace odebráno a jaký byl jejich stav?

VO 8: Byly pacientky po operaci ozařovány.

VO 9: Jak dlouho trvala hospitalizace?

VO 10: Kolik pacientek nenavštěvovalo pravidelně svého gynekologa?

VO 11: Jaké byly nejčastější pooperační komplikace?

VO 1: *Jaké bylo zastoupení operací řešících prekancerózy a zhoubné nádory vulvy? Ve vybrané nemocnici podstoupilo chirurgickou léčbu dohromady 48 pacientek. Pacientky s diagnostikou prekancerózami a různými stádii maligních podstoupily v 66, 67 % radikální vulvektomií, 29, 17 % pacientek simplexní vulvektomii a dále 2,08 % patologií bylo řešeno částečnou vulvectomií a širokou excizí.*

Z výše uvedeného vyplývá, že převážná většina pacientek léčených pro prekancerózy a maligní onemocnění vulvy, byla léčena ve stádiu onemocnění, kdy hemivulvectomie nebo prostá excize nebyly dostatečnou léčbou, a proto zřejmě muselo být přistoupeno k radikálnějším výkonům.

VO 2: *Jaká byla incidence radikálních vulvektomií v průběhu let?* Jelikož celková incidence malignit vulvy není vysoká, ani radikálních vulvektomií, provedených v letech 2006 – 2014 v jedné nemocnici nebylo mnoho. Kolařík (2008, s. 680) uvádí incidenci malignit vulvy celosvětově: 0,5 – 2 na 100 000 žen, z toho v ČR: 3 – 4 případy na 100 000 žen. Za 9 let bylo ve vybrané nemocnici těchto zákroků provedeno celkem 32. V grafu č. 4 je možno vidět pokles od roku 2007 a mírný nárůst provedených zákroků od roku 2012. Abychom mohli tvrdit, že malignit vnějších pohlavních orgánů přibývá, či nikoli, potřebovali bychom větší výzkumný vzorek pacientek zaměřený na všechny typy malignit.

VO 3: *Jaký byl průměrný věk pacientek?* Vrchol incidence malignit vulvy uvádí Kolařík (2008, s. 680) 63 – 65 let, přičemž 1/3 žen je starších 70 let. Ve výzkumném vzorku zaměřeném pouze na ženy jenž podstoupily radikální vulvektomii, byl průměrný věk, kdy podstoupily zákrok 73 let. Nejvíce operovaných žen se pohybovalo ve věkové kategorii 71 – 80 let. 75 % žen bylo starších 70 let. Radikální vulvektomii tedy podstoupily ženy staršího věku, než je všeobecně daný vrchol incidence malignit vnějších pohlavních orgánů.

VO 4: *Jaký byl nejčastěji vyskytující se typ nádoru?* U malignit vulvy je jako nejčastější typ karcinomu uváděn spinocelulární karcinom se všemi svými variantami. Spinocelulární karcinom zaujímá až 90 % všech malignit a 2 – 10 % představuje maligní melanom. Velmi zřídka se dále vyskytuje adenokarcinom, sarkom, metastatické tumory a karcinom Bartholiniho žláz (Kolařík 2008, s. 685) Ve výzkumném vzorku 32 (100 %) pacientek zaujímal v histologické typologii spinocelulární karcinom 96, 88 % a maligní melanom 3,13 % všech karcinomů. Ve výzkumném vzorku se tedy potvrdilo, že nejčastějším typem karcinomu u malignit vulvy je spinocelulární, nebo také dláždicobuněčný karcinom.

VO 5: *Kde se nejčastěji vyskytoval zhoubný novotvar?* Nejčastější lokalizací postižení jsou udávány velké stydké pysky ve své mediální části a 3 x méně často ostatní místa na vulvě – malé stydké pysky, klitoris, oblast uretry a zadní komisury. Opět byly tyto informace čerpány z Kolaříkova gynekologického repetitoria z roku 2008. Ve vybraném vzorku pacientek se karcinom překvapivě nejčastěji vyskytoval v oblasti malého stydkého pysku (56,25 %),

dále nejčastěji v oblasti clitoris (18,75 %) a až na třetím místě v oblasti velkých stydkých pysků (9,38 %).

VO 6: *Jaké bylo procento pacientek přeživších 5 let od operace?* Kolařík (2008, s. 696) považuje prognózu u všech žen s malignitami vnějších pohlavních orgánů za příznivou a udává celkové pětileté přežití kolem 70 %. Ve vybraném souboru bylo 14 (43,75 %) pacientek z celkového počtu 32 (100 %) které přežily 5 let a více. Ve vybraném vzorku dosáhlo tedy celkového pětiletého přežití pouhých 43,75 %. Oproti celkovému pětiletému přežití u všech žen s vulvárními malignitami, které dosahuje 70 %, je zde značný rozdíl. Tento rozdíl je zde zřejmě z důvodu, že pacientky, které podstoupily radikální vulvektomii měly vyšší stádium onemocnění, než celkový počet pacientek, kterým byl diagnostikován karcinom vulvy.

VO 7: *Kolik uzlin bylo průměrně v průběhu operace odebráno a jaký byl jejich stav?* Za adekvátní odběr tříselných uzlin se považuje získání alespoň šesti lymfatických uzlin z jedné strany. Toto kritérium splňuje 56,26% pacientek, které podstoupily radikální vulvektomii ve vybraném vzorku.

Pozitivita je prokazována přibližně u 30 % karcinomů vulvy. Jsou-li zasaženy uzliny povrchové, je pravděpodobnost postižení pánevních uzlin okolo 20 %. Ve vybraném vzorku pacientek, jež podstoupily radikální vulvektomii, byla pozitivita uzlin prokázána v 53,12 % případech.

VO 8: *Byly pacientky po operaci ozařovány?* Ozařováno bylo pouze 20 (62,50 %) pacientek z celkového počtu 32 (100 %). Ve všech případech ANO byla využita adjuvantní terapie po chirurgickém zákroku, kdy se ozařuje oblast tumoru a spádových uzlin. Pacientky, které po zákroku nebyly ozařovány, nepodstoupily adjuvantní terapii převážně z důvodu pokročilého stádia onemocnění, přičemž byla doporučena paliativní léčba nebo z důvodu odmítnutí radioterapie samotnými pacientkami.

VO 9: *Jak dlouho trvala hospitalizace?* Průměrná doba hospitalizace pacientek po radikální vulvektomii je velmi individuální, vždy v závislosti na radikalitě výkonu a přidružených předoperačních, intraoperačních a pooperačních rizicích. Průměrná doba hospitalizace, která je také jedním z indikátorů kvality poskytované péče, se v nejmenované krajské nemocnici uvádí 10 dnů. Ve vybraném vzorku pacientek byla zjištěna průměrná doba hospitalizace po radikální vulvektomii 15 dnů.

VO 10: *Kolik pacientek nenavštěvovalo pravidelně svého gynekologa?* Ve vybraném vzorku jsme dále zkoumali, zda ženy, kterým byla indikována radikální vulvektomie, pravidelně navštěvovaly svého gynekologa. Bylo zjištěno, že 56,25 % pacientek nenavštěvovalo svého gynekologa pravidelně nebo vůbec. 6 žen (18,75 %) dokonce nenavštívilo svého lékaře déle než 10 let. Ačkoli jsou preventivní gynekologické prohlídky hrazeny od 15 let věku, z důvodu pokročilého věku pacientek neexistuje možnost realizovat preventivní program, který by se neminul účinkem.

VO 11: *Jaké byly nejčastější pooperační komplikace?* Nejčastější pooperační komplikací po chirurgickém výkonu je rozpad rány – až v 85 %, z toho 5 – 50 % u tří oddělených incizí, 27 - 85 % u incize en bloc. Ve vybraném vzorku byly nejčastější pooperační komplikací otoky dolních končetin, a to v 36,67 % případů. Tyto otoky mohou po operaci přetrvávat dlouhodobě. Na dalším místě byla jako pooperační komplikace lymfocysta (20,00 %), která je často zaměňována s abscesem, a dále rozpad pooperační rány v oblasti vulvy (16,67 %) a v oblasti třísla (13,33 %). Dalšími komplikacemi zaujímající 3,33 % z celkového počtu byly hematoma, flegmóna vulvy a píštěle.

8.1 Doporučení pro praxi

Následná doporučení byla vyhodnocena z informací získaných ve výzkumné části práce ale také z již známých faktů týkajících se malignit vulvy.

Největší problém, který po vypracování této práce autorka shledává, je nedostatečná prevence v oblasti zhoubných nádorů vnějších pohlavních orgánů. Z kvantitativního šetření bylo zjištěno, že více než polovina pacientek (56,25 %) ve zkoumaném vzorku nenavštěvovala svého gynekologa pravidelně. Některé z žen nenavštěvovaly lékaře vůbec.

Autorka si proto myslí, že je třeba zvýšit důraz porodních asistentek, které jsou s ženami a jejich rodinami v užším kontaktu, na primární prevenci. Ta by měla být poskytována dívkám již na základních a poté na středních školách. Pravidelné návštěvy gynekologa nejlépe jednou ročně jsou pro ženy velmi důležité i v případě, že nemají žádné potíže. To by měly dívky vědět již od raného věku. Zvýšená primární prevence by v této problematice mohla znamenat snížení výskytu malignit, a to především u skupiny mladších žen, jejichž onemocnění bývá spojeno s HPV infekcí.

Sekundární preventivní péče má největší význam u žen, kterým již byl diagnostikován nějaký typ prekancerózy či epiteliální změny na vulvě. V tomto případě mají také největší význam preventivní prohlídky, jež mají za úkol dispenzarizovat pacientku á 3 – 6 měsíců a zabránit tím progresi patologie.

Ženy v seniu, kterých se daná problematika týká především, gynekologa nenavštěvují kvůli svému studu a pokročilému věku. Domnívám se, že si hodně starších žen myslí, že už ženského lékaře nepotřebují, nebo jsou si vědomy různých hrozeb maligního onemocnění, které si ovšem nechtějí připouštět nebo v horším případě nechtějí vidět. Mnohdy proto přicházejí s karcinomem v již pokročilém stadiu i přesto, že je prognóza u časných stádií považována za dobrou.

Je známo, že pro ženy starší 70 let neexistuje žádný screeningový program, který by pomohl snížit výskyt těchto onemocnění. Otázkou je, zda by nemohl snížit výskyt těchto onemocnění program pro ženy starší 70 let, které by byly zvány do gynekologických ambulancí. Ale protože malignity vnějších pohlavních orgánů nepatří zdaleka mezi nejčastější zhoubná onemocnění a vyskytují se převážně u starších žen, těžko říci, zda budoucnost podobný účinný program přinese.

9 ZÁVĚR

Cílem teoretické části diplomové práce bylo shrnout problematiku onemocnění vnějších pohlavních orgánů. To zahrnuje znalost anatomie zevních pohlavních orgánů, jejich patologie včetně prekanceróz a zhoubných nádorů vulvy. Dále jsme se věnovali chirurgické léčbě zhoubných novotvarů a adjuvantní terapii. Následující kapitola popisuje perioperační péči, která zahrnuje péči předoperační, perioperační a pooperační. Poslední část práce byla zaměřena na edukaci pacientek v souvislosti s prevencí vzniku karcinomů a pooperačním hojení rány.

Cílem výzkumné části diplomové práce bylo získat a zpracovat základní informace, týkající se pacientek, jež podstoupily operaci – radikální vulvektomii v letech 2006 – 2014 ve vybrané nemocnici krajského typu a následně odpovědět na 11 výzkumných otázek, které vyplynuly z cíle práce. Všechny zvolené výzkumné otázky v praktické části diplomové práce byly zodpovězeny a následně rozebrány v části diskuse, jejíž součástí je i krátké doporučení pro praxi.

Problematika gynekologických malignit v České republice je neustále řešeným tématem, ovšem prevence těchto malignit je všeobecně velkým problémem.

Tato práce by měla přinést lepší orientovanost v dané problematice. Dále přináší retrospektivní data, která mohou vybranou nemocnici vést ke zhodnocení současného stavu dané problematiky. A samozřejmě by mohla sloužit jako studijní materiál pro studentky perioperační péče, perioperační sestry pracující na gynekologických operačních sálech a porodní asistentky v gynekologických ambulancích nebo porodní asistentky na pooperačním oddělení, které o ženy po zákroku pečují.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BOUDA, Jiří, Martin PEŠEK, Denisa KACEROVSKÁ a Dmitry KAZAKOV. *Jak správně léčit lichen sclerosus vulvae*. In: *www.actualgyn.com* [online]. 2013 [cit. 2015-04-03]. Dostupné z: http://www.actualgyn.com/pdf/en_2013_94.pdf
2. CIBULA, David a Luboš PETRUŽELKA. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4726-656.
3. CITTERBART, Karel. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001. ISBN 80-246-0318-7.
4. ČERNOVSKÁ, Eliška. *Choroby vulvy*. Praha, 2009. Dostupné z: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:e9GbwtzN8_AJ:https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/37474/+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze.
5. ELLINGEROVÁ, Zdeňka. *Edukace žen po operaci pro zhoubné nádory rodidel*. České Budějovice, 2013. Dostupné z: http://theses.cz/id/6nybn2/BP_Ellingerov.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
6. FREITAG, Pavel. *Onkogynekologie: minimum pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-725-4196-X.
7. HAVRÁNKOVÁ, Anna a Štěpán BUDKA. *Problematika diagnostiky a léčby zhoubných nádorů vulvy*. *www.praktickagynekologie.cz*. 2005, roč. 9, č. 3. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_05_03_08.pdf
8. KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2315-X.
9. KOBILKOVÁ, Jitka a Ján SIRÁCKY. *Cyodiagnostika v gynekologii*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1984, 251 s.
10. KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2008, 1030 s. ISBN 9788073451387.
11. KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. *Chirurgická onkologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4284-7.
12. MAREŠOVÁ, Pavlína. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014, Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.

13. MOTLÍK, Karel a Jaroslav ŽIVNÝ. *Patologie v ženském lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-716-9460-6.
14. Nádory zevních rodidel. In: *Masarykův onkologický ústav* [online]. [cit. 2015-05-01]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/diagnozy#dept72-7>
15. NOVÁČKOVÁ, Marta. *Hodnocení pooperačních lymfedémů u různě radikálních operací karcinomů vulvy a děložního hrdla*. Plzeň, 2013. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/140026874>. Dizertační práce. Univerzita Karlova Lékařská fakulta v Plzni.
16. Onkogynekologická péče v České republice. In: *Věstník MZ ČR*. Praha: SPRINT SERVIS, 2015, Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=22679&typ=application/pdf&nazev=ZDRAVOTNICTVI%2004-15.pdf>.
17. PLUTA, Marek. Guideline gynekologických zhoubných nádorů: Standard – Komplexní léčba operabilních stádií zhoubných nádorů vulvy. In: www.onkogynekologie.cz [online]. 2013 [cit. 2015-04-03]. Dostupné z: <http://www.onkogynekologie.com/wp-content/uploads/2011/03/GuidelineC51-2013.pdf>
18. Radical vulvectomy: Information about Your Radical Vulvectomy. *Patienteducation.osumc.edu* [online]. 2014 [cit. 2015-04-19]. Dostupné z: <https://patienteducation.osumc.edu/Documents/rad-vul.pdf>
19. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. Praha: GradaPublishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
20. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4719-412
21. SEHNAL, Borek. Důvody změn ve stagingu karcinomu vulvy. *Klinická onkologie* [online]. 2013, roč. 26, č. 5, 319 - 322 [cit. 2014-12-18]. Dostupné z: http://www.eonkologie.cz/cs/images/stories/KO_2013/KO_2013-05/PDF/KO_2013-05_Sehnal.pdf
22. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.

23. SIRÁK, Igor. Radioterapie v léčbě karcinomu vulvy. *Http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie* [online]. 2013, roč. 78, č. 3, 270 - 275 [cit. 2015-04-18]. Dostupné z:Surgeryforvulvalcancer. In: *www.macmillan.org.uk* [online]. 2011 [cit. 2015-04-12]. Dostupné z:<http://www.macmillan.org.uk/Cancerinformation/Cancertypes/Vulva/Treatingvulvalcancer/Surgery.aspx>
24. ŠPAČEK, Jiří, Vladimír BUCHTA a Petr JÍLEK. *Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4554-1.
25. *Ústav zdravotnických studií a statistiky ČR* [online]. 2010-2014. [cit. 2015-04-01]. Dostupné z:<http://www.uzis.cz/>.
26. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. Sestra (Grada). ISBN 9788024737423.
27. ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-726-2257-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Staging karcinomu vulvy	59
--	----

Příloha 1: Staging karcinomu vulvy

Tab. 1. Staging karcinomu vulvy.

FIGO 2008	TNM 2010	
	TX	primární nádor nelze hodnotit
nově nehodnotí	T0	bez známek primárního nádoru
nově nehodnotí	Tis	karcinom <i>in situ</i> (preinvazivní karcinom), VIN III
I	T1	nádor je omezen na vulvu a/nebo perineum
IA	T1a	nádor má v největším rozměru 2 cm nebo méně, stromální invaze ne větší než 1 mm, negativní lymfatické uzliny
IB	T1b	nádor má v největším rozměru více než 2 cm a/nebo stromální invazí větší než 1 mm, negativní lymfatické uzliny
II	T2	nádor jakékoliv velikosti s rozšířením do přilehlých perineálních struktur: dolní třetiny uretry, dolní třetiny pochvy, anu, negativní lymfatické uzliny
IIIA	T1,2 N1a	1–2 metastázy v inguinofemorálních uzlinách, každá < 5 mm v největším rozměru
IIIA	T1,2 N1b	1 metastáza v inguinofemorální lymfatické uzlině => 5 mm v největším rozměru
IIIB	T1,2 N2a	3 a více metastáz v inguinofemorálních uzlinách, každá < 5 mm v největším rozměru
IIIB	T1,2 N2b	2 a více metastáz v inguinofemorální lymfatické uzlině 5 mm nebo větší v největším rozměru
IIIC	T1,2 N2c	extrakapsulární šíření v lymfatických uzlinách
IVA	T1,2 N3	metastázy ve fixovaných nebo ulcerovaných inguinofemorálních uzlinách
IVA	T3 jakékoliv N	nádor jakékoliv velikosti se šířením do následujících struktur: horní 2/3 uretry, horní 2/3 pochvy, sliznice močového měchýře, sliznice rektu nebo je fixován ke kosti pánve
IVB	M1	vzdálené metastázy včetně metastáz v pánevních lymfatických uzlinách

Tab.1.,In: www.enkologie.cz [online]. 2013 [cit. 2015-04-03].
Dostupné z: <http://eonkologie.cz/klinicka-onkologie/archiv/2013/55-archiv/2013-5/506-2013-05sehnal#prettyPhoto>