

prognózu v parametru celkového přežití těhotných a netěhotných žen s karcinomem prsu (7). V metaanalýze 30 studií, publikované **Azime** a kolegy v roce 2012 (8), se ukázalo, že zde některé studie zařazovaly nemocné, které byly 5 až 10 roků po porodu. Metaanalýza zahrnuje 3 628 případů a 37 100 kontrol zařazených do studií v letech 1969–2012. Pacientky s PABC měly signifikantně vyšší riziko úmrtí ve srovnání s netěhotnými nemocnými s karcinomem prsu (poměr rizik, HR: 1,44; 95% interval spolehlivosti, 95% CI [1,27–1,63]). V analýze podskupin se nicméně jasně ukázal trend horší prognózy pro pacientky, jejichž onemocnění bylo diagnostikováno v období po porodu (HR: 1,84; 95% CI [1,28–2,65]) ve srovnání s těmi, které byly diagnostikovány v těhotenství (HR: 1,29; 95% CI [0,74–2,24]). **Amant** a kolegové publikovali v roce 2013 práci, ve které neprokázali statisticky významně horší prognózu těhotných pacientek s karcinomem prsu ($n = 447$) ve srovnání s netěhotnými ($n = 865$) v parametrech recidivy onemocnění (HR 1,34; $p = 0,14$) a celkového přežití (HR 1,19; $p = 0,51$). Faktory spojenými s horší prognózou byly opožděná diagnóza a opožděná nebo modifikovaná léčba (7).

Nově navrhovaná klasifikace

Nově je odborníky na problematiku karcinomu prsu a gravidity (6) navrhováno dělení na dvě skupiny:

1. **karcinom prsu v graviditě** (breast cancer that occurs during pregnancy, **PrBC**)
2. **karcinom prsu v období po porodu** (breast cancer that occurs during the postpartum period, **PPBC**), přičemž poporodní období má být dle nových dat prodlouženo z 1 roku na 5–10 let

Každý typ má jedinečné biologické vlastnosti a prognózu.

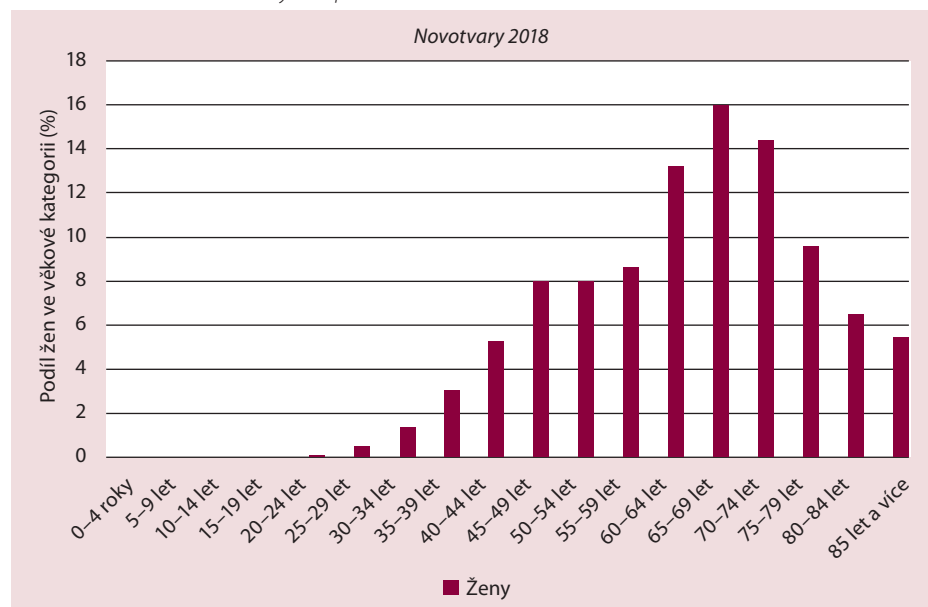
Ačkoliv byly u karcinomu prsu v těhotenství popsány genetické odlišnosti a horší celkové přežití v některých publikacích (9), velké kohortové studie ukázaly, že klinické charakteristiky a prognóza jsou stejné jako u mladých netěhotných žen (6, 10). Karcinomy prsu, které se objeví v období 5–10 let po porodu, představují 35–55 % všech případů karcinomu prsu u žen mladších 45 let (6). Jsou spojeny s více než dvojnásobně zvýšeným rizikem metastazování a horším celkovým pře-

žitím ve srovnání s onemocněním mladých, premenopauzálních žen během těhotenství, a těch, které dosud nebyly těhotné (6). Tato špatná prognóza přetrvává při korelaci na několik klinickopatologických faktorů, jako jsou věk v době diagnózy, rok diagnózy, stadium, grade tumoru a stav hormonálních receptorů.

Karcinom prsu v těhotenství (PrBC)

Nejčastěji se projeví jako rezistence v prsu, kterou si pacientka vyhmátá. Ženy do 45 let nejsou pravidelně sledovány v rámci screeningu a onemocnění může být zjištěno v pokročilejším stadiu. Každá nejasná rezistence v prsu v těhotenství má být ověřena biopsií. V případě zjištění nádorového onemocnění doporučujeme odeslat nemocnou do komplexního onkologického centra k došetření a naplánování léčebného postupu v multidisciplinárním týmu, který má zahrnovat kromě onkologického týmu také gynekologa a neonatologa (1). Obecně se postupuje co nejvíce jako u běžného onemocnění karcinomem prsu, avšak s ohledem na fázi těhotenství, na kontraindikaci jednotlivých vyšetřovacích technik a léčebných modalit (11). Jak již bylo uvedeno, karcinom prsu v těhotenství má obvykle prognózu srovnatelnou s prognózou onemocnění identického stadia a fenotypu netěhotné pacientky stejného věku (6).

Graf 1. Věková struktura C50, období 2014–2018. Citace: Novotvary 2018 – Současné epidemiologické trendy novotvarů v České republice. Zhoubný novotvar prsu (C50) u žen. Available from: <https://www.uzis.cz/res/fi/008352/novotvary2018.pdf>. Cited: 15.5.2023.



Diagnostika

Histopatologická diagnóza se stanovuje z core biopsie podezřelé léze (11). Patolog by měl být informován o graviditě pacientky. U těhotných žen je nejčastějším typem onemocnění high-grade invazivní karcinom NOS (not otherwise specified), ve srovnání s netěhotnými pacientkami jde častěji o stadium II, větší tumory s poškozením axilárních uzlin, grade 3 tumory, s negativními hormonálními receptory (48,4 % vs. 34 %), triple-negativní karcinomy (38,9 % vs. 26,9 %). HER2 pozitivní onemocnění v souborech představuje 29,2 %, méně často jde o luminal A typ (12).

Staging onemocnění

Z diagnostických metod je nutné použít takové, aby se co nejvíce omezila zátěž plodu ionizujícím zářením. K vyšetření prsou, břicha a pánve se používá ultrazvuk, rentgenový snímek hrudníku a mamografii je možné bezpečně provést při stínění břicha. Magnetickou rezonanci bez podání gadolinia je možné použít pro vyloučení kostních a mozkových metastáz, v případě potřeby indikujeme celotělovou magnetickou rezonanci bez kontrastní látky. Nevhodnými vyšetřeními jsou scintigrafie skeletu, PET (pozitronová emisní tomografie) a jakékoliv CT (počítačová tomografie). Nádorové markery (CA 125, CA 15-3) mohou být v těhotenství zvýšeny a neměly by být v péči o tyto pacientky využívány pro rozhodování o léčbě (1, 11).