

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Bc. Monika Litvanová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Operační řešení zhoubných karcinomů vulvy

Bc. Monika Litvanová

Diplomová práce

2020

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE** (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Monika Litvanová**  
Osobní číslo: **Z18232**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Téma práce: **Operační řešení zhoubných karcinomů vulvy**  
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Zásady pro vypracování

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 pracovní zprávy: **50 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

#### Seznam doporučené literatury:

1. DVOŘÁKOVÁ, Marie et al. Ošetrovatelská péče o operační ránu po radikální vulvektomii per secundam – komentovaná kazuistika z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků. *Onkologie* [online]. 2017, 11(5) [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2017/05/07.pdf>. ISSN 1803-5345.
2. KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014, 872 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
3. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014, 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
4. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2017, 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
5. ŠPAČEK, Jiří, Vladimír BUCHTA a Petr JÍLEK. *Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí*. Praha: Grada, 2013, 360 s. ISBN 978-80-247-4554-1.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2018**  
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

---

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
děkanka

---

**Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**  
vedoucí katedry

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracoval/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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 6. 6. 2020

.....

Bc. Monika Litvanová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za cenné rady, podporu a čas, který mi věnovala při psaní této diplomové práce. Také bych ráda poděkovala své rodině a mému příteli za podporu během celého studia.

## **ANOTACE**

Diplomová práce je zaměřena na operační řešení zhoubných karcinomů vulvy. Jedná se o teoreticko-průzkumnou práci. Teoretická část se zabývá rozdělením karcinomů, jejich lokalizací, diagnostikou, léčbou, perioperační péčí před výkonem, během výkonu a také po výkonu. Dále je v teoretické části popsána řada komplikací, které během výkonu a následně po výkonu mohou u pacientek nastat. Průzkumná část diplomové práce byla zpracována formou retrospektivní studie z dokumentace pacientek, které podstoupily operační výkon kvůli diagnostikovanému zhoubnému karcinomu vulvy v období od roku 2014–2019. Hlavním cílem bylo zjistit, jaký rozsah výkonu byl u sledovaných respondentek proveden a z jaké indikace.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

komplikace, perioperační péče, vulvektomie, zhoubný karcinom

## **TITLE**

Surgical treatment of malignant carcinomas of the vulva

## **ANNOTATION**

The diploma thesis is focused on the operative treatment of malignant carcinomas of the vulva. It is a theoretical-exploratory work. The theoretical section deals with the classification of the carcinomas, their localization, treatment and perioperative care before, during and after surgical treatment. Furthermore, the theoretical part describes a variety of complications that may occur in patients during and after the procedure. The exploratory section of the diploma thesis was compiled in the form of a retrospective study based on the documentation of patients who underwent surgical treatment because of a diagnosed malignant carcinoma of the vulva from 2014 to 2019. The main aim was to find out to what extent surgery was performed on the observed respondents and for which indication.

## **KEYWORDS**

complications, perioperative care, vulvectomy, malignant tumors



# OBSAH

ÚVOD .....	12
1 CÍLE PRÁCE.....	13
1.1 Teoretický cíl .....	13
1.2 Průzkumné cíle.....	13
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
2 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ .....	14
2.1 Zevní pohlavní orgány ( <i>organa genitalia feminina externa</i> ).....	15
2.1.1 Hrma ( <i>mons pubis</i> ).....	15
2.1.2 Velké stydké pysky ( <i>labia majora pudendi</i> ).....	15
2.1.3 Malé stydké pysky ( <i>labia minora pudendi</i> ).....	15
2.1.4 Poševní předsíň ( <i>vestibulum vaginae</i> ) .....	15
2.1.5 Topořivá tělesa ( <i>corpora cavernosa</i> ).....	16
2.1.6 Vestibulární žlázy ( <i>glandulae vestibulares</i> ) .....	16
2.1.7 Panenská blána ( <i>hymen</i> ).....	16
2.1.8 Hráz ( <i>perineum</i> ).....	16
2.1.9 Pochva ( <i>vagina</i> ) .....	17
3 KARCINOMY VULVY .....	18
3.1 Incidence zhoubných karcinomů vulvy .....	18
3.2 Dělení nádorů .....	19
3.3 Karcinomy vulvy a jejich lokalizace.....	20
3.4 Diagnostika karcinomu vulvy .....	20
4 LÉČBA KARCINOMŮ VULVY.....	22
4.1 Doplnková terapie .....	23
4.2 Paliativní péče .....	24
5 PERIOPERAČNÍ PÉČE .....	25
5.1 Péče před výkonem .....	25

5.2	Anesteziologická příprava.....	26
5.3	Bezprostřední příprava .....	27
5.4	Péče během operačního výkonu .....	28
5.5	Péče bezprostředně po výkonu .....	28
5.6	Následná pooperační péče.....	29
6	KOMPLIKACE PO VÝKONU .....	31
6.1	Dispenzarizace a prognóza onemocnění .....	33
	PRŮZKUMNÁ ČÁST .....	34
7	PRŮZKUMNÉ CÍLE.....	34
7.1	Dílčí cíle .....	34
7.2	Průzkumné otázky .....	34
8	METODIKA PRÁCE .....	35
8.1	Charakteristika průzkumného souboru .....	35
8.2	Metodika sběru a zpracování dat.....	36
9	PREZENTACE VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO PRŮZKUMU.....	37
9.1	Přidružené onemocnění .....	37
9.2	Délka operačního výkonu .....	38
9.2.1	Typ karcinomu .....	39
9.2.2	Lokalizace karcinomu .....	40
9.2.3	Operační řešení .....	40
9.2.4	Typ anestezie .....	44
9.3	Komplikace po operačním výkonu .....	45
9.3.1	Délka hospitalizace .....	48
10	DISKUZE .....	51
11	ZÁVĚR .....	57
12	POUŽITÁ LITERATURA .....	59
13	PŘÍLOHY .....	62

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek č. 1 Výskyt přidruženého onemocnění .....	36
Obrázek č. 2 Typ karcinomu dle lokalizace karcinomu .....	37
Obrázek č. 3 Vliv lokalizace karcinomu na operační řešení.....	39
Obrázek č. 4 Přehled jednotlivých operačních výkonů za období pěti let.....	40
Obrázek č. 5 Délka operačního výkonu u zhoubného karcinomu vulvy .....	41
Obrázek č. 6 Typ anestezie – výsečový graf .....	43
Obrázek č. 7 Vliv přidruženého onemocnění na pooperační komplikace .....	44
Obrázek č. 8 Vliv kouření na pooperační komplikace.....	45
Obrázek č. 9 Vliv pooperačních komplikací na délku hospitalizace .....	46
Obrázek č. 10 Vliv operačního řešení a věku pacientek na délku hospitalizace .....	47
Obrázek č. 11 Vliv typu anestezie a věku pacientek na délku hospitalizace.....	48
Tabulka č. 1 Identifikační údaje .....	33
Tabulka č. 2 Věk respondentek.....	34
Tabulka č. 3 Přidružené onemocnění.....	35
Tabulka č.4 Typ karcinomu .....	37
Tabulka č. 5 Lokalizace karcinomu .....	38
Tabulka č. 6 Operační řešení .....	39
Tabulka č. 7 Délka operačního výkonu .....	41
Tabulka č. 8 Typ anestezie .....	42
Tabulka č. 9 Komplikace .....	43
Tabulka č. 10 Délka hospitalizace .....	46

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

CT	Výpočetní tomografie
EKG	Elektrokardiografie
FIGO	Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví
HPV	Human papillomavirus
IMCHV	Infekce spojené se zdravotní péčí
RTG	Rentgenové záření
TNM	T – tumor, N – nodus (uzliny), M – metastázy
VIN	Intraepiteliální neoplazie

## ÚVOD

Předmětem zkoumání diplomové práce je operační řešení zhoubných karcinomů vulvy. Téma bylo vybráno z důvodu jeho aktuálnosti. Onkologická onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice. Zhoubných karcinomů vulvy je ze všech maligních gynekologických karcinomů pouze 3–5 %, je tedy poměrně vzácný. Mortalita je ale vysoká, neboť se zhoubný karcinom obvykle odhalí až v pokročilejším stádiu. Karcinomy vulvy mohou vznikat u žen v postmenopauzálním období v souvislosti s dystrofickými změnami nebo u žen v mladším věku na podkladě prekancerózy, která souvisí s infekcí lidského papilomaviru (HPV). Ke vzniku karcinomu vulvy přispívá řada rizikových faktorů. Pacientky by se proto měly vyvarovat například kouření, alkoholu, špatné životosprávy, rizikovému pracovišti, slunečnímu záření nebo rizikovému sexuálnímu chování (Müller, 2015, s. 13).

Důležité je, aby pacientky vyhledaly odbornou lékařskou pomoc včas a následně byla i včas zahájena diagnostika s léčbou. Většinou pacientky vyhledají lékařskou pomoc, až při objevení prvních symptomů, které je trápí a znepokojují. Těmito příznaky bývají nejčastěji silné svědění, pálení nebo suchost v oblasti zevních rodidel. V pokročilejším stádiu onemocnění pacientky postihuje krvácení, zapáchající výtok z rozpadlých buněk nádoru a také nalézáme hmatné lymfatické uzliny v třísech. Z toho vyplývá, že by pacientky měly být více edukovány o nutnosti pravidelných kontrol u svých obvodních gynekologů a edukovány o nutnosti vyhledat ihned lékařskou pomoc v případě výskytu potíží.

Zhoubné karcinomy vulvy se léčí převážně chirurgicky. Radikalita operačního výkonu závisí na rozsahu onemocnění (staging, grading), na stavu fertility a přání pacientky nebo také na polymorbiditě pacientky. Chirurgická léčba bývá obvykle doplněna doplňkovou terapií, do které řadíme radioterapii, chemoterapii nebo jejich vzájemnou kombinaci. Součástí léčby je vždy nutná důkladná edukace pacientky, a to v průběhu celé její hospitalizace. Stejně jako u každé jiné operace může po výkonu nastat řada komplikací. Pacientky mohou mít potíže s dýcháním, krvácením, hypotermií nebo hypertermií či s jinými dalšími komplikacemi, které jsou v teoretické části níže vypsány.

U pacientek po diagnostikovaném karcinomu vulvy je doporučený celoživotní follow-up. V dnešní době se díky moderním terapeutickým metodám zlepšila prognóza a pooperační kvalita života u pacientek s tímto problémem (Kubáčková, 2015, s. 236).

# 1 CÍLE PRÁCE

## 1.1 Teoretický cíl

Cílem pro teoretickou část diplomové práce je zmapovat nejen problematiku operačního řešení zhoubných karcinomů vulvy, ale také popsat diagnostiku, perioperační péči před, během a po výkonu. V neposlední řadě je cílem popsat možné komplikace po výkonu a následnou dispenzarizaci a prognózu pacientek po výkonu.

## 1.2 Průzkumné cíle

Hlavním průzkumným cílem je zpracovat údaje u respondentek s operačním řešením zhoubných karcinomů vulvy ve sledovaném zdravotnickém zařízení na gynekologickém oddělení za období pěti let formou retrospektivní studie.

**Cíl 1:** Zmapovat anamnestické údaje respondentek.

**Cíl 2:** Zjistit, jaký rozsah výkonu byl u sledovaných respondentek proveden a z jaké indikace.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Ženské pohlavní orgány se dělí na orgány vnitřního a zevního genitálu (Špaček, Buchta, Jílek, 2013, s. 17). Pohlavní orgány ženy jsou uloženy v dutině malé pánve. Pánev je ochranou pro orgány umístěné ve velké pánvi (*pelvis major*), tak i pro orgány, které jsou uloženy v malé pánvi (*pelvis minor*) (Roztočil, Báča, Binder a kol., 2017, s. 60).

Mezi vnitřní pohlavní orgány ženy řadíme:

- vaječníky (*ovaria*),
- vejcovody (*tubae uterinae*),
- dělohu (*uterus*) (Roztočil, Báča, Binder a kol., 2017, s. 60).

Zevní pohlavní orgány jsou uloženy ve stydké a hrázové krajině (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 27). Do zevních pohlavních orgánů řadíme:

- hrmu (*mons pubis*),
- velké stydké pysky (*labia majora pudendi*),
- malé stydké pysky (*labia minora pudendi*),
- poševní předsíň (*vestibulum vaginae*),
- topořivá tělesa (*corpora cavernosa*), do kterých patří pošteváček (*clitoris*),
- vestibulární žlázy (*glandulae vestibulares*),
- panenskou blánu (*hymen*),
- hráz (*perineum*) (Slezáková, Andrésová, Kaduchová a kol., 2017, s. 15).

Mezi vnitřními pohlavními orgány a zevními pohlavními orgány se nachází pochva neboli *vagina* (Roztočil, Báča, Binder a kol., 2017, s. 60).

## **2.1 Zevní pohlavní orgány (*organa genitalia feminina externa*)**

### **2.1.1 Hrma (*mons pubis*)**

Hrma neboli pahorek stydký je trojúhelníkovitého tvaru a jedná se o vyvýšeninu nad dolní částí podbřišku (*hypogastriu*) a nad stydkou sponou (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 19). Pahorek stydký tvoří tuková vrstva, která je krytá kůží s mázovými a potními žlázkami. Po pubertě je na kůži patrné i ochlupení (Slezáková, Andrésová, Kaduchová a kol., 2017, s. 15).

### **2.1.2 Velké stydké pysky (*labia majora pudendi*)**

V průzkumné části se u 10 pacientek karcinom vulvy lokalizoval na velké stydké pysky. Jedná se o dva silně vyklenuté podélné kožní valy, které se táhnou od pahorku stydkého a laterálně ohraničují další části zevních rodidel (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 19). Ve střední čáře stydké pysky na sebe naléhají a tvoří stydkou šterbinu (*rima pudendi*) (Slezáková, Andrésová, Kaduchová a kol., 2017, s. 15).

Kůže na zevní straně velkých stydkých pysků je od puberty kryta chlupy (*pubes*) a je výrazněji pigmentovaná (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 41). Do tukově vazivového tělesa velkých stydkých pysků vyzařuje oblý vaz děložní (*ligamentum teres uteri*), který prostupuje tříselným kanálem (*canalis inguinalis*). Pod spodinou stydkých pysků leží erektilní tkáň (*bulbus vestibuli*) a velké vestibulární žlázy (*glandula vestibulares majores*) (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 19).

### **2.1.3 Malé stydké pysky (*labia minora pudendi*)**

Malé stydké pysky jsou další častou lokalizací zhoubného karcinomu vulvy. V průzkumné části se vyskytoval u 9 pacientek. Jedná se o kožní řasy uložené mediálně od velkých stydkých pysků. Jsou asi tři centimetry dlouhé a pět milimetrů široké (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 20). Vpředu se malé stydké pysky rozdělují na předkožku klitorisu (*praeputium clitoridis*) a uzdičku klitorisu (*frenulum clitoridis*). Vzadu se pojí v jemnou řasu (*frenulum labiorum pudendi*), a tím vytvářejí malou jamku (*fossa navicularis*) (Slezáková, Andrésová, Kaduchová a kol., 2017, s. 15). Kůže malých stydkých pysků má vzhled sliznice, je bez chlupů a obsahuje mnoho mazových žláz (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 41).

### **2.1.4 Poševní předsíň (*vestibulum vaginae*)**

Poševní předsíň je prostor, který je ohraničený malými stydkými pysky. Pod poštváčkem vpředu se nachází zevní ústí močové trubice a pod ním vstup do pochvy (Slezáková, Andrésová, Kaduchová a kol., 2017, s. 16). Sekret malých předsíňových žláz udržuje neustále vlhkou poševní předsíň (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 41).



### **2.1.5 Topořivá tělesa (*corpora cavernosa*)**

Mezi topořivá tělesa řadíme pošťeváček (*clitoris*) a párový erektilní orgán pod spodinou malých stydkých pysků. Během pohlavního dráždění dochází v těchto orgánech k městnání krve a tím i k následnému zduření určité oblasti (Slezáková, Andréssová, Kaduchová a kol., 2017, s. 16). Zhoubný karcinom vulvy lokalizovaný na klitoris je méně častý, v průzkumné části se vyskytoval pouze u 3 pacientek.

Pošťeváček se skládá ze zakrnělého žaludu (*glans clitoridis*) a z těla (*corpus clitoridis*). Je dlouhý přibližně osm centimetrů, ale pouze jeden centimetr je patrný zevně. V *glans clitoridis* se nachází mnoho senzitivních tělísek, jejich dráždění pak vyvolává pohlavní zrušení (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 20).

### **2.1.6 Vestibulární žlázy (*glandulae vestibulares*)**

Žlázy pod sliznicí poševního vchodu, které v poševním vchodu udržují vlhkost. Vestibulární žlázy rozdělujeme na velké a malé. Malé předsíňové žlázy (*glandulae vestibulares minores*) jsou drobné žlázy uložené ve sliznici předsíňe poševní. Velké předsíňové žlázy (*glandulae vestibulares majores*) jsou velké žlázy v průměru asi jeden centimetr (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 20). Největší žlázou je žláza Bartholiniho, která má velikost hrášku a je uložena na vnitřní dolní straně velkých stydkých pysků (Slezáková, Andréssová, Kaduchová a kol., 2017, s. 16). Sekret z velkých žláz je produkován při pohlavním vzrušení a usnadňuje proniknutí penisu do pochvy.

### **2.1.7 Panenská blána (*hymen*)**

Panenská blána je vazivová tenká blána, která je po obou stranách kryta sliznicí. Hymen neúplně uzavírá poševní vchod (*ostium vaginae*). Uprostřed panenské blány se nachází otvor, díky kterému může odtékat menstruační krev (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 20). Rozeznáváme hymen poloměsíčitý (*hymen semilunaris*) a hymen kruhovitý (*hymen anularis*). Při prvním pohlavním styku v životě ženy se okraje panenské blány roztrhnou (*deflorace*), a žena může slabě zakrvácet. Dále se zbytky panenské blány trhají při porodu (Slezáková, Andréssová, Kaduchová a kol., 2017, s. 16).

### **2.1.8 Hráz (*perineum*)**

Přibližně čtyři centimetry vysoká část zevních rodidel mezi zadní komisurou velkých stydkých pysků a análním otvorem (Slezáková, Andréssová, Kaduchová a kol., 2017, s. 16). Na perineu může být patrný kožní šev (*raphe perinei*) (Špaček, Buchta, Jílek, 2013, s. 20).

### 2.1.9 Pochva (*vagina*)

Pochva se nachází mezi vnitřními pohlavními orgány a zevními pohlavními orgány ženy. Jedná se o nepárový předozadně oploštělý trubicovitý orgán (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 37). Rozlišujeme na ni přední stěnu (*paries anterior*) a zadní stěnu (*paries posterior*). Pochva je dutý svalový orgán asi deset centimetrů dlouhý (Slezáková, Andréssová, Kaduchová a kol., 2017, s. 17). Dolní částí pochvy je poševní vchod (*ostium vaginae*), který je nejužší částí vagíny a otevírá se do poševní předsíně (*vestibulum vaginae*). Horní část pochvy kruhovitě obemyká čípek děložní, který ční do pochvy (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 18). Stěna pochvy je pružná a měkká, to umožňuje značné roztažení při porodu a involuci v šestinedělí (*puerperiu*). Je složena z hladké svaloviny, sliznice a hustého povrchového vaziva, které nazýváme *adventicie* (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 39).

Pochva je ve své poloze fixována spojením okolních orgánů pomocí svalového aparátu (významný je *musculus levator ani*), svalů močopohlavního dna a jeho fasciemi. Celá oblast vulvy je bohatě inervovaná. Tepny zásobující pochvu jsou *arteria uterina*, *arteria pudenda interna* a *arteria rectalis media*. Míza odtéká z horní části pochvy do *nodi lymphoidei iliaci interni* a z dolní části odtéká do *nodi lymphoidei inguinales superficiales* (Roztočil, Báča, Binder a kol., 2017, s. 71–72).

### **3 KARCINOMY VULVY**

V České republice jsou onkologická onemocnění druhou nejčastější příčinou úmrtí (Müller, 2015, s. 15). Onkologické onemocnění je takové onemocnění, kdy nádor produkuje toxické látky, které vedou k zatížení celého organismu, a dále ke vzniku dalších všeobecných symptomů (Rinne, 2018, s. 22). Růstem nádorových buněk dochází šířením do okolí krevním nebo lymfatickým systémem k poškození orgánu, tento proces se nazývá metastazování (Vokurka, Tesařová, 2018, s. 20). Nejčastěji jsou zhoubné karcinomy vulvy diagnostikovány u žen v postmenopauzálním období, a to až v 70 % (Kubáčková, 2015, s. 233). U postmenopauzálních žen karcinom vulvy většinou vzniká v souvislosti dystrofických změn (Adam, Vaníček, Vorlíček, 2004, s. 270). Karcinom vulvy u mladších pacientek většinou vzniká na podkladě prekancerózy, které souvisí s infekcí humánním papilomavirem neboli HPV. Mezi rizikové faktory, které se podílejí na vzniku karcinomu řadíme alkohol, špatnou životosprávu, rizikové pracovní prostředí, sluneční záření nebo také rizikové sexuální chování (Müller, 2015, s. 13). Také svůj podíl na vznik karcinomu vulvy má kouření (Roztočil, Bartoš, Báča a kol., 2011, s. 330). Zhoubné bujení vzniká obvykle působením více různých faktorů najednou.

#### **3.1 Incidence zhoubných karcinomů vulvy**

Zhoubných karcinomů vulvy je ze všech maligních gynekologických karcinomů pouze 3–5 %, je tedy poměrně vzácný. Incidence je po celém světě velmi nízká, avšak zhoubné karcinomy vulvy mají vysokou mortalitu. Celosvětově incidence kolísá v rozmezí 0,5 – 2 případy na 100 000 žen (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 688). Roční incidence v České republice se pohybovala od roku 2010 do roku 2017 v rozmezí 3,8 – 5,0 počet nových případů na 100 000 žen za rok. Největší výskyt nových malignit se u žen objevil v roce 2014 a naopak nejméně v roce 2010 (Dušek, 2019). Vrchol výskytu zhoubných karcinomů vulvy je kolem 80. roku života ženy a téměř 60 % nemocných žen je starších 70 let. Mortalita v České republice se od roku 2010 do roku 2017 pohybuje od 1,4 – 2,1 případů na 100 000 žen. Největší úmrtnost byla v roce 2015 a naopak nejmenší úmrtnost byla o rok později, tedy v roce 2016, a to až o 0,7 případů (viz příloha 1) (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 688). Mortalita u pacientek záleží na mnoha faktorech jako například věk pacientky, včasné zjištění diagnózy, přidružená onemocnění a tak dále. Při včasné zjištěné diagnóze vedou výsledky k nižší mortalitě a pacientky jsou odesílány do onkogynekologických center, kde jim je poskytnuta individuální péče s následnou dispenzarizací (Kubáčková, 2015, s. 232–233).

Onkogynekologických center je v České republice k roku 2019 celkem 17. Onkogynekologická centra poskytují pacientkám komplexní diagnostiku, léčbu a dispenzarizaci s gynekologickým nádorovým onemocněním. Každoročně musí jednotlivá onkogynekologická centra splňovat podmínky a probíhá reakreditace center. Hlavním kritériem, který musí jednotlivá centra splňovat je počet 100 nově zachycených zhoubných karcinomů. V onkologických centrech je vždy potřeba spolupráce onkologa, radiologa a histopatologa (Sláma, 2019).

K září roku 2019 byl záchyt zhoubných karcinomů vulvy v jednotlivých onkogynekologických centrech následující. Nejvíce záchytů tedy 21 je ve Fakultní Nemocnici Královské Vinohrady (FNKV) a naopak nejméně záchytů (5) je v Nemocnici Na Bulovce (NNB). V českobudějovické nemocnici je 15 záchytů a v pardubické nemocnici je záchytů 14 (Sláma, 2019).

### **3.2 Dělení nádorů**

Jedním ze základních dělení nádorů je dělení na nádory pravé a nepravé. Mezi nepravé nádory řadíme například cysty nebo hyperplazie. Pravé nádory dále dělíme na zhoubné (maligní) a nezhoubné (benigní) nádory. Až v 90 % jsou karcinomy vulvy maligní. Charakteristické pro zhoubné karcinomy je, že nejsou ohraničené, prorůstají do okolní tkáně a metastazují do jiných orgánů. Maligní karcinomy vulvy dělíme na dva typy. Typ I. jsou karcinomy související s HPV virem, které vznikají v intraepiteliální neoplazii (VIN) (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 435). Vyskytují se více u žen mladšího věku.

Typ II. jsou karcinomy vznikající na podkladě mutací, většinou v oblasti dystrofických změn, karcinom je agresivnější a roste rychleji (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 435). Tento typ karcinomu se vyskytuje více u starších žen, které trpí diabetem mellitem či obezitou. Většinou se objevuje u žen v postmenopauzálním období po 70. roce věku (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 365).

Podle histopatologie karcinomy vulvy dělíme na karcinomy epitelové, karcinomy z dlaždicového epitelu, žlázové karcinomy, žlázové karcinomy z Bartholiniho žlázy, žlázové karcinomy z kožních adnex nebo také adenokarcinomy mamárního typu (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 436). Většinou se jedná o nádory epitelového charakteru, nejčastěji jde o nádory z dlaždicového epitelu (Cibula, Petruželka, 2009, s. 343). Dlaždicobuněčný karcinom představuje asi 90 % všech zhoubných karcinomů vulvy (Čepický, Dundr, Fanta a kol., 2018, s. 95). Maligní melanom, který se v průzkumné části u respondentek vyskytoval celosvětově tvoří 2-10 % zhoubných karcinomů vulvy (Krška, Hoskovec, Petruželka a kol., 2014, s. 779).

### 3.3 Karcinomy vulvy a jejich lokalizace

U karcinomu vulvy rozdělujeme tři cesty šíření. Šíření lokální, lymfogenní a šíření hematogenní. Šíření lokální dále můžeme rozdělit na horizontální, které je vysvětleno v TNM klasifikaci a vertikální šíření, které je spojeno s pozitivitou uzlin (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 439). Karcinom vulvy metastazuje nejčastěji lymfogenně do lymfatických mizních uzlin a hematogenní cestou metastazuje do plic, jater a vzácně také do kostí (Roztočil, Bartoš, Báča a kol., 2011, s. 332). Hlavní jsou u karcinomu vulvy inguinofemorální (tříselné) uzliny (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 439). Hematogenní šíření je málo časté, vyskytuje se až u pokročilejších stádií nebo recidiv.

### 3.4 Diagnostika karcinomu vulvy

Co se týče edukace žen zdravotníky o onemocnění, pacientky by měly být poučeny, o včasném vyhledání lékařské pomoci při výskytu jakýchkoliv příznaků (svědění, krvácení, bolest), v případě, že nenavštěvují pravidelně svého obvodního gynekologa. Většinou lékaře nenavštěvují pacientky věkově starší, myslí si, že je to zbytečné, když je nic nebolí a netrápí. Včas nevyhledají lékařskou pomoc v některých případech ani pacientky mladšího věku z důvodu studu.

Pacientky vyhledají lékařskou pomoc, až při objevení prvních symptomů, které je trápí a znepokojují. Prvním příznakem bývá silné svědění (*pruritus*), pálení a suchost v oblasti zevních rodidel. V stejné lokalizaci se často tvoří ulcerózní defekty či zevně rostoucí karcinom (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 437). V pokročilejším stádiu onemocnění pacientky postihuje krvácení a zapáchající výtok (*fluor*) z rozpadlých buněk nádoru (Adam, Vaníček, Vorlíček, 2004, s. 270). Dále u pokročilejších stádií onemocnění nalézáme hmatné lymfatické uzliny v tříslech.

Základním diagnostickým vyšetřením vulvy je vyšetření gynekologické (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 438). Důležité je také palpační gynekologické vyšetření (Roztočil, Bartoš, Báča a kol., 2011, s. 332). Vulvoskopií získáme detailnější přehled o lézi pomocí kolposkopu. Pokud je podezření na karcinom, diagnóza by měla být potvrzena biopsií (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 438). Biopsie je odebrání vzorku postižené tkáně na histologické vyšetření (Adam, Vaníček, Vorlíček, 2004, s. 270).

Ke zjištění a stanovení adekvátního léčebného postupu je potřeba znát stagingové vyšetření, k nimž patří rentgenové vyšetření srdce a plic, ultrazvukové vyšetření jater a ultrazvukové

vyšetření pánve, ledvin a třísel k vyloučení metastáz (Roztočil, Bartoš, Báča a kol., 2011, s. 332).

Dále se u pokročilejších nádorů vulvy diagnostikuje pomocí výpočetní tomografie (CT) retroperitonea a pánve, cystoskopie, rektoskopie k posouzení poškození močového měchýře a rekta (Roztočil, Bartoš, Báča a kol., 2011, s. 322). V diagnostice se nesmí opomenout vyšetřovací metody, k nimž patří anamnéza, fyzikální vyšetření a laboratorní vyšetření krve (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 438).

Každá odebraná nádorová tkáň se posílá k histologickému zhodnocení. Při klasifikaci nádorů je důležitý typing neboli stanovení typu nádoru, staging neboli rozsah onemocnění a grading neboli stupeň diferenciacie. Typing je určení typu nádoru pomocí histologického vyšetření. Staging je vyhodnocován pomocí TNM (T – tumor, N – nodus a M – metastázy) klasifikace a FIGO (Mezinárodní federace gynekologie a porodnictví) klasifikace (viz příloha 2).

Diferenciaci neboli vyzrálост nádoru označujeme písmenem G a vyhodnocuje karcinom jako G1 – dobře diferencovaný, G2 – středně diferencovaný, G3 – nízcе diferencovaný a G4 – nediferencovaný. Díky těmto ukazatelům je možné odhadnout prognózu onemocnění a zahájit včasnou a racionální léčbu (Roztočil, Bartoš, Báča a kol, 2011 s. 339).

V TNM klasifikaci se popisují tři složky: T (tumor) – zjišťujeme rozsah primárního karcinomu, N (nodus) – zjišťujeme přítomnost či nepřítomnost metastáz v lymfatických uzlinách, eventuálně jejich rozsah, M (metastáza) – přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz (Cibula, Petruželka, 2009, s. 97).

Klasifikace FIGO rozděluje onemocnění do čtyř stádií. V prvním stádiu je časné onemocnění na primární orgán, ve druhém stádiu se nachází onemocnění s progresí postihující tkáň v okolí primárního nádoru. Ve třetím stádiu se onemocnění šíří do okolí a v posledním čtvrtém stádiu je onemocnění metastatické (Cibula, Petruželka, 2009, s. 99).

## 4 LÉČBA KARCINOMŮ VULVY

Cílem léčby onemocnění je eliminovat chorobu a navrátit pacientku do stavu před začátkem nemoci (Vokurka, Tesařová, 2018, s. 45). Většinou jsou pacientky do onkogynekologických pracovišť odesílány svým obvodním gynekologem. Než se rozhodne o léčbě, je nutné provést diagnostiku nádoru, celkové gynekologické vyšetření, palpaci třísel, odběr tkáně na histologické vyšetření. Vždy při výběru vhodné léčby pro pacientku je nutná spolupráce onkologa, histopatologa, gynekologa, radiologa a dalších specialistů.

Radikalita operačního výkonu závisí na rozsahu onemocnění (staging, grading), na stavu fertility a přání pacientky, na polymorbiditě pacientky, to znamená, zda je léčena pro jiná onemocnění jako je například diabetes mellitus (cukrovka), onemocnění srdce a jiná onemocnění. Důležitá je také očekávaná délka života pacientky.

Základní léčbou zhoubných karcinomů vulvy je léčba chirurgická (Kubáčková, 2015, s. 234). Provádí se buď vulvektomie prostá, což znamená odstranění velkých a malých stydkých pysků, klitorisu a eventuálně část hráze nebo také vulvektomie radikální, což znamená odstranění malých a velkých stydkých pysků, klitorisu, eventuálně část hráze, a navíc odstranění lymfatických uzlin v tříselech (Slezáková, Andréssová, Kaduchová a kol., 2017, s. 39). Radikální vulvektomie je velký operační zákrok, který po výkonu vyžaduje hospitalizaci pacientky na jednotce intenzivní péče a na gynekologickém pooperačním oddělení (Slezáková, Andréssová, Kadouchová a kol., 2017, s. 39). U pokročilého stádia onemocnění, kde radikální výkon nelze očekávat, lékař volí chemoterapii či radioterapii (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 440).

Z lokálních resekcí výkonů vulvy se provádí široká excize, přední hemivulvektomie, zadní hemivulvektomie a hemivulvektomie laterální se zachováním klitorisu. Pokud je šíření karcinomu do distální části pochvy, lze provést částečnou či totální kolpektomii neboli odstranění pochvy, samozřejmě s ohledem na věk pacientky a na zachování sexuálního života ženy (Cibula, Petruželka, 2009, s. 354).

V dnešní době se provádí tak zvaná peroperační detekce sentinelové uzliny – první spádové uzliny. Do ložiska tumoru se před výkonem aplikuje patentová modř a radio-koloid technecia. Spádová neboli sentinelová uzlina se zbarví modře. Pokud se po histopatologickém zpracování nenajdou nádorové buňky v uzlině, je velká pravděpodobnost, že nedošlo k šíření nádorových buněk do dalších uzlin (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 440).

Pokud vyjde pozitivita uzlin, provádí se exstirpace uzlin oboustranně, stejně je tomu tak primárně u nádorů stádia T2. U stádia T3 se provádí oboustranná iunguinální lymfadenectomie, nejčastěji ve tvaru řezu S a T.

#### **4.1 Doplnková terapie**

Chirurgická léčba bývá obvykle doplněna doplňkovou terapií, do které řadíme radioterapii, chemoterapii nebo jejich vzájemnou kombinaci.

Radioterapie je součástí léčebné strategie jako adjuvantní, kurativní nebo paliativní léčba (Cibula, Petruželka, 2009, s. 368). Radioterapie po výkonu závisí na provedení operačního výkonu, na věku pacientky, na rozsahu karcinomu a pacientčině celkovém stavu (Adam, Vaníček, Vorlíček, 2004, s. 272). S radioterapií by se mělo začít co nejdříve, nejdéle do šesti týdnů po léčbě chirurgické. Podání vysoké dávky radioterapie na kůži má velký význam u reexcizí postižených pozitivních okrajů, ale bez poškození uretry, anu a klitorisu. Metoda radioterapie je zvolena u všech stádií karcinomu v případě, že je kontraindikace operační léčby (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 442).

Chemoterapie je agresivní metoda, která ničí rychle množící se buňky a tím poškozuje celý organismus a pacientky trpí vedlejšími negativními účinky (Cmurová, 2017, s. 6). Používá se u pokročilejších nádorů nebo u recidivujícího onemocnění v kombinaci s ostatními léčebnými metodami (Cibula, Petruželka, 2009, s. 369). Chemoterapie využívá chemické léky označované jako cytostatika, které blokují buněčné dělení. Před chemoterapií musí být pacientka dostatečně poučena o léčbě a o možných komplikacích související s podanými cytostatiky.

Musíme zajistit léky proti nevolnosti a zvracení (antiemetika) a také dostatečný příjem tekutin (Vokurka, Tesařová, 2018, s. 49). Vždy před podáním chemoterapie je nutné zvážit prospěch léčby oproti nežádoucím účinkům (Fait, Zikán, Mašata, 2019, s. 154).

Biologická léčba někdy nazývána jako cílená léčba nebo imunoterapie je podávána buď samostatně nebo společně s chemoterapií. Oproti klasické chemoterapii má biologická léčba vyšší efektivitu, ale její účinek zasahuje i zdravé buňky. Biologická léčba využívá proti nádoru vlastního imunitního systému. Látky, které biologicky podporují imunitní reakci organismu, je možné vyrobit v laboratoři. K těmto látkám patří Interferony, Interleukiny a monoklonální protilátky. K této léčbě patří i vakcíny a genová terapie, a díky těmto látkám se biologická léčba zaměřuje na zlepšení kvality imunitního systému. Tato terapie je finančně velmi náročná (Vokurka, Tesařová, 2018, s. 53).



Podpůrná léčba je pro onkologické pacientky velmi významná. Cílem podpůrné léčby je předcházet a řešit komplikace způsobené onemocněním a léčbou. Podpůrná léčba provází pacientky od začátku onemocnění až do smrti. Podávána vždy podle aktuální potřeby pacientky nebo preventivně, podle rizik, které hrozí s ohledem na onemocnění a léčbu (Vokurka, Tesařová, 2018, s. 77).

## **4.2 Paliativní péče**

Paliativní péče někdy přináší lepší kvalitu života, než pokračování v léčbě s kurativním záměrem (Fait, Zikán, Mašata, 2019, s. 154). Jedná se o protinádorovou léčbu, při které nelze očekávat uzdravení pacientek, ale brání progresi onemocnění, přispívá ke zmírnění příznaků a prodlužuje život (Vokurka, Tesařová, 2018, s. 78). Převedení pacientky z protinádorové léčby na léčbu paliativní je v kompetenci lékaře. Lékař vždy musí pacientku i příbuzné dostatečně informovat a nabídnout další řešení. V tomto případě navrhnout možnost strávit poslední dny života důstojně (Vokurka, Tesařová, 2018, s. 47). Existuje několik forem paliativní péče. Jednou z nich je paliativní péče domácí, která umožňuje pobyt pacientky ve svém domácím prostředí a hospicový tým dochází formou návštěv (Vokurka, Tesařová, 2018, s. 79). Dále je paliativní péče poskytována formou ambulantní nebo lůžkové (Kupka, 2014, s. 27).

## **5 PERIOPERAČNÍ PÉČE**

Perioperační péče je péče o pacientku před výkonem, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu (Wichsová, Příkryl, Pokorná a kol., 2013, s. 133). Zahrnuje tedy předoperační péči, intraoperační a pooperační péči. Předoperační přípravu lze rozdělit podle naléhavosti operačního výkonu, a to na plánovaný výkon, akutní výkon či výkon urgentní (Jedličková, 2019, s. 294). Ošetrovatelskou péči zajišťují anesteziologické sestry a porodní asistentky pro perioperační péči.

Cílem edukace v perioperační péči je zmírnit strach a obavy z operačního výkonu, z neznámého prostředí nebo také obavy z budoucnosti (Jedličková, 2019, s. 206). Po operačním výkonu musí být pacientky řádně poučeny o dalším postupu léčby, o možných komplikacích, které po výkonu mohou nastat a o komplikacích po léčbě. Dále musí být řádně seznámeny s pravidelnými kontrolami v onkogynekologických pracovištích po propuštění do domácí péče. O výskytu možných komplikací a doporučeních, jakými by se měly pacientky řídit v domácí péči, se věnují následující kapitoly.

### **5.1 Péče před výkonem**

Pacientky většinou přicházejí na doporučení od svého obvodního gynekologa s indikací k operačnímu výkonu pro maligní onemocnění na gynekologické oddělení. Tam je pacientka informována o jejím zdravotním stavu a o možnostech léčby. Jak již bylo zmíněno, základní léčbou ve většině případů bývá léčba chirurgická. Je tedy poté nutné domluvit termín operace a pacientka musí podstoupit všechna potřebná vyšetření před operací (předoperační vyšetření).

Předoperační vyšetření zahrnujeme sběr anamnézy, důkladné fyzikální vyšetření, vyšetření základních životních funkcí (krevní tlak, pulz, tělesná teplota, dech, saturace), vyšetření krve a moči, interní vyšetření, RTG srdce plíce, EKG, předanesteziologické vyšetření, gynekologické vyšetření a vyšetření dále podle stavu pacientky (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 33).

U plánovaných onkologických operací se jedná už o přípravu dlouhodobou. Snažíme se dosáhnout optimálního stavu pacientky, tišíme bolest, psychicky podporujeme, zaměřujeme se také na výživu, neboť onkologické pacientky mohou být v některých případech kachektické (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 32). U plánovaného operačního výkonu je součástí předoperační přípravy předoperační vyšetření, všeobecná příprava na výkon, anesteziologická příprava a psychologická příprava pacientky (Jedličková, 2019, s. 294).

Důležitá je také speciální příprava u pacientek, které trpí přidruženými chronickými nemocemi jako je například diabetes mellitus, onemocnění srdce či jiná onemocnění. Speciální příprava zahrnuje aplikaci infuzí, léků, dietu, nácvik dýchání či pohybovou aktivitu (Schneiderová, 2014, s. 25).

Příprava diabetičky k operačnímu výkonu je rozšířena o péči v diabetologické poradně, kam pacientka musí pravidelně docházet. Diabetolog pacientce provede rozšířený glykemický profil a rozepíše dávky perorálních antidiabetik nebo inzulínu před výkonem a během celé hospitalizace. Hospitalizace diabetických pacientek musí být vždy alespoň den předem, z důvodu kontroly hladiny glykemie, důležitosti lačnění a také podání infuzního roztoku glukózy s inzulínem podle hodnot glykemie před operačním výkonem (Slezáková, Čoupková, Marcián a kol., 2019, s. 36). Diabetičtí pacientky jsou zařazeny do operačního programu vždy první a musíme brát v potaz, že u těchto pacientek hrozí větší riziko výskytu pooperačních komplikací.

Dalším nejčastějším onemocněním jsou nemoci kardiovaskulárního systému. Nutná je konzultace specialisty (internisty či kardiologa) před operačním výkonem. Standardní vyšetření před plánovanou operací je rozšířeno o pravidelné monitorování krevního tlaku, o EKG, zátěžové EKG, holterovské monitorování, ultrazvukové vyšetření srdce, odběr krve na speciální vyšetření (kardiologický soubor, troponin) či koronarografie (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 30).

Všechny pacientky jsou přijímány k hospitalizaci den před plánovanou operací. Všeobecná předoperační příprava spočívá v seznámení pacientky s denní řádem a řádem oddělení. Pacientky musí být před plánovaným operačním výkonem alespoň osm hodin lačné. Večer před výkonem pacientky provedou dostatečnou celkovou hygienu a připraví operační pole na výkon – oholení, dále musí sundat všechny šperky, případně piercing. Neopomenutelnou přípravou před operačním výkonem je příprava psychologická. Pacientky musí být dostatečně poučeny a informovány o operačním výkonu a o typu anestezie (Bartůněk, Jurásková, Heczková a kol., 2016, s. 290).

## **5.2 Anesteziologická příprava**

Den před plánovanou operací anesteziolog navštěvuje pacientky a seznamuje je s výkonem a s premedikací. Anesteziologická příprava spočívá v navození ztráty vnímání cití a zajištění bezbolestného operačního výkonu (Bartůněk, Jurásková, Heczková a kol., 2016, s. 287).

Anesteziolog naordinuje léky den před výkonem a ráno před operačním výkonem se pacientce podává premedikace. O typu anestezie rozhoduje vždy anesteziolog.

Nejčastějším typem anestezie u výkonů zpracovaných v této práci je anestezie celková, dále anestezie regionální či analgosedace. Při celkové anestezii dochází k vyřazení veškerého vnímání a je spojena se ztrátou vědomí (Schneiderová, 2014, s. 65). Regionální anestezie zahrnuje subarachnoidální a epidurální anestezii, která se většinou používá u operačních výkonů, které trvají kratší dobu. Je vyřazeno vnímání bolesti, ale vědomí zůstává zachovalé.

Může při tomto typu anestezie vzniknout řada komplikací jako jsou například postpunkční bolesti hlavy, bolesti zad nebo přechodná ztráta sluchu (Barash, Cullen, Stoelting, 2015, s. 404). Večer před výkonem se pacientkám podává tak zvaná pre-premedikace, což znamená podání léku, nejčastěji sedativa, hypnotika, antidepresiva na noc podle ordinace lékaře k navození klidného spánku bez stresu a strachu před výkonem (Jedličková, 2019, s. 299).

### **5.3 Bezprostřední příprava**

Co se týče bezprostřední přípravy, ta se odehrává přibližně dvě hodiny před operačním výkonem, kdy se kontroluje celá zdravotnická dokumentace – hlavně podepsané informované souhlasy pacientkou, kontrola operačního pole, ověření, zda pacientka je lačná a psychicky klidnější, i přes strach a úzkost, která neodmyslitelně k operaci patří.

Z dalších činností zdravotnického personálu v bezprostřední přípravě pacientky na operační výkon jsou bandáže dolních končetin jako prevence tromboembolické nemoci, zajištění invazivních vstupů – většinou se provádí den před výkonem, plnění ordinací lékaře – infuzní terapie, antibiotika a tak dále (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 36). Ráno nebo podle provozu na operačním sále se pacientce 30 minut před výkonem aplikuje premedikace intramuskulárně, což je aplikace léku do svalu (Jedličková, 2019, s. 299).

Bezprostřední perioperační péče je poskytována porodní asistentkou pro perioperační péči ihned po příjezdu pacientky na operační sál. Porodní asistentka předá porodní asistentce pro perioperační péči a anesteziologické sestře s pacientkou i celou její zdravotnickou dokumentaci. Po uložení pacientky na operační stůl se perioperační sestra představí a provádí první krok bezpečnostního perioperačního procesu. Zeptá se pacientky na celé její jméno a příjmení a zjišťuje, zda má pacientka alergii. Na tělo pacientky se přiloží neutrální elektroda. Po uvedení do celkové anestezie je pacientka uložena do speciální polohy čili do polohy gynekologické (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012, s. 77). Někdy pacientkám bývá zaveden permanentní močový katétr, poté se provede antiseptika operačního pole a po zaschnutí

dezinfekce se sterilně překryje operační pole, tak zvaně se zarouškuje (Wichsová, Příkryl, Pokorná a kol., 2013, s. 136)

#### **5.4 Péče během operačního výkonu**

Intraoperační péče neboli péče během výkonu začíná po zarouškování operačního pole. Na operačním sále jsou přítomni všichni členové operační skupiny, což je druhým krokem bezpečnostního perioperačního procesu (Wichsová, Příkryl, Pokorná a kol., 2013, s. 137).

Dále je do druhého kroku zahrnuto oznámení o kontrole a funkčnosti nástrojů a pomůcek k operačnímu výkonu perioperační sestrou. Instrumentující sestra má připravené nástroje, které podává čisté, suché, sterilní a provádí kontrolu všech nástrojů a materiálu. Během celého operačního výkonu obíhající sestra podává potřebný materiál, obsluhuje nástroje, vede zdravotnickou dokumentaci a je odpovědná za označení a zaslání vzorků do laboratoře.

Před ukončením operačního výkonu je nutná početní kontrola nástrojů a materiálu, kterou provádí instrumentárka s lékařem. Souhlas nebo případný nesouhlas se musí nahlásit zbylému operačnímu týmu, zejména operatérovi. Chybějící materiál či nástroj se musí vždy hlásit jako mimořádná událost (Wichsová, Příkryl, Pokorná a kol., 2013, s. 138). Než je pacientka převezena na jednotku intenzivní péče, rána musí být čistá, osušená, ošetřena antiseptikem a sterilně krytá.

#### **5.5 Péče bezprostředně po výkonu**

Po skončení operačního výkonu probíhá třetí a zároveň poslední fáze bezpečnostního perioperačního procesu. Třetím krokem je potvrzení operačního výkonu, souhlas materiálu a nástrojů, potvrzení odebraného vzorku tkání a nahlášení případných problémů s vybavením.

Po skončení operačního výkonu je pacientka převezena buď na dospávací pokoj nebo na oddělení intenzivní péče (Wichsová, Příkryl, Pokorná a kol., 2013, s. 138). S předáním pacientky musí být následně předána i celá zdravotnická dokumentace pacientky, která by měla obsahovat kromě celé dokumentace z průběhu hospitalizace i záznam o anestezii, operační protokol a také ordinace lékaře potřebné k zajištění péče na pooperačním oddělení – JIP či dospávacím pokoji (Jedličková, 2019, s. 302). Pacientku vždy předává anesteziolog.

Bezprostřední období po operačním výkonu se pohybuje časově od dvou hodin po skončení nekomplikované operace přibližně do čtyř až šesti hodin (Jedličková, 2019, s. 302). V tomto období je potřeba sledovat celkový stav pacientky, monitorovat fyziologické funkce a tlámit bolest, která pacientku po operačním výkonu postihuje.

## 5.6 Následná pooperační péče

V pooperační péči je potřeba včas rozpoznat a zahájit okamžitou léčbu v případě, že nastanou u pacientky komplikace, které mohou být spojeny s operačním výkonem nebo s anestezií.

Na dospávací pokoj jsou převezeny pacientky pouze po malých gynekologických výkonech, tam bývají pacientky sledovány přibližně čtyři hodiny, následně jsou převezeny na standardní oddělení. Na jednotku intenzivní péče či anesteziologicko-resuscitační oddělení jsou sledovány pacientky po velkých operačních výkonech, pacientky po malých výkonech s komplikacemi nebo pacientky se selháním životních funkcí (Jedličková, 2019, s. 302-303).

Do ošetrovatelské péče v pooperačním období zahrnujeme: kontrolu základních životních funkcí, zajištění správné polohy pacientky, sledování drénu a operační rány, sledování nauzey a zvracení, sledování diurézy a střevní peristaltiky, zajištění výživy, mírnění bolesti, péči o invazivní vstupy, prevenci tromboembolické nemoci a včasnou mobilizaci pacientky a v neposlední řadě zajištění hygieny (Schneiderová, 2014, s. 72).

K tišení bolesti pacientek po operačním výkonu se aplikují analgetika podle ordinace lékaře v pravidelných časových intervalech (Jedličková, 2019, s. 304). Součástí tišení bolesti po operačním výkonu je i správné polohování pacientky a psychická podpora. Musíme zajistit bezpečnost pacientky na lůžku – prevence dekubitů a prevence pádu.

Včasná mobilizace pacientky předchází po výkonu tromboembolické nemoci. Mobilizace a rehabilitace se provádí spolu s fyzioterapeutem nebo porodní asistentkou. Zahrnuje pasivní i aktivní cvičení pacientky, což znamená nácvik správného dýchání, odkašlávání, pohyb na lůžku či vstávání z lůžka (Schneiderová, 2014, s.73). Celkovou hygienickou péči zpočátku pacientce pomáhá zajistit porodní asistentka. Do celkové hygieny řadíme i péči o kůži a dutinu ústní.

Kontrola operační rány spočívá v kontrole obvazu – prosakování, přítomnost zánětu či nehojící se rány (Jedličková, 2019, s. 304). K hojení operační rány po vulvektomii se musí dodržovat tak-zvané mokré režim, kdy se operační rána polévá roztokem Betadinu nebo černým čajem (Roztočil, Bartoš, Báča a kol., 2011, s. 333). Důležitá je také drenáž třísla po dobu přibližně sedm až deset dnů. Některé pacientky mají po operačním výkonu zavedený drén. Zdravotnický personál musí kontrolovat průchodnost drénu, okolí drénu, a hlavně množství sekretu odváděného do drénu (Jedličková, 2019, s. 304). Každý převaz operační rány se musí provádět asepticky a zaznamenat do zdravotnické dokumentace.

Nejenom kontrola operační rány, ale i kontrola a péče o invazivní vstupy je velice důležitá. Péči o invazivní vstupy provádí porodní asistentka i několikrát denně, kdy kontroluje průchodnost a funkčnost vstupů a také si všímá známek infekce (Jedličková, 2019, s. 306). Při velkém operačním výkonu se pacientce zavádí permanentní močový katétr (PMK), u těchto pacientek pak musíme sledovat množství, příměsi a také barvu moči (Jedličková, 2019, s. 305). Spontánně by se měla pacientka vymočit do 8 hodin po vytažení permanentního močového katétru, který pacientka má ponechaný přibližně 24 hodin nebo podle celkového zdravotního stavu.

Do obnovy střevní peristaltiky je pacientkám omezen příjem tekutin a stravy per os. Výživa je zpočátku parenterální, v den operačního výkonu popíjejí pacientky čaj a postupně se přechází z diety tekuté po racionální stravu (Schneiderová, 2014, s. 73). U pacientek s nadváhou a u obézních pacientek se více po operačním výkonu objevuje nauzea (Jedličková, 2019, s. 305).

Péče o operační ránu nekončí propuštěním do domácí péče. Pacientky by o sebe měli pečovat i v domácím prostředí. Nejméně 4 až 6 týdnů by měly omezit své aktivity, udržovat operační ránu suchou a čistou, nosit volné bavlněné oblečení, nemít pohlavní styk do úplného uzdravení operační rány a v případě výskytů otoků by měly pacientky sedět déle jak 30 minut na stejném místě, neměly by dávat nohu přes nohu a měly by udržovat při sezení nohy opřené (Gosky, 2016).

## 6 KOMPLIKACE PO VÝKONU

Pooperační komplikace jsou stavy, které vznikají v souvislosti s operačním výkonem či anestezií, a tím narušují standardní pooperační průběh (Jedličková, 2019, s. 306). Komplikace po výkonu můžeme rozdělit na časné, to jsou komplikace vzniklé do 48 hodin a pozdní, jsou komplikace, které mohou vzniknout i několik týdnů po výkonu (Schneiderová, 2014, s. 74).

Časné komplikace u pacientek většinou vznikají v souvislosti s anestezií, ale mohou to být i komplikace spojené s operačním výkonem. Vznikají převážně na operačním sále a vyžadují rychlou léčbu. Mezi časné komplikace řadíme poruchy dýchání, kardiovaskulární poruchy, poruchy vědomí, podchlazení, hypertermie nebo také krvácení. Prevencí časných komplikací je například šetrná technika operování, správně odeznělá anestezie s návratem reflexů nebo také správná perioperační péče (Jedličková, 2019, s. 307-308).

Mezi pooperační komplikace pozdní řadíme komplikace ventilační, krvácení, komplikace s operační ránou, teploty, komplikace spojené se zavedenými invazivními vstupy, duševní poruchy nebo alergické reakce (Jedličková, 2019, s. 308). Dále do pozdních pooperačních komplikací řadíme také IMCHV neboli infekce spojené se zdravotní péčí (Wichsová, Příkryl, Pokorná a kol., 2013, s. 163). Prevencí pozdních komplikací jsou včasná mobilizace a rehabilitace.

U operací zhoubného karcinomu vulvy jsou potíže s hojením operační rány – sekundární hojení časté. K rozvoji komplikací, které vedou k neléčení operační rány, přispívá mnoho faktorů, a to jak ze strany pacientky (obezita, diabetes mellitus, špatné hygienické návyky), tak ze strany zdravotnického personálu s použitou operační technikou nebo faktory s nemocničním prostředím (Dvořáková, Pešová, Náležinská a kol., 2017, s. 244). Často se u pacientek setkáváme s dehiscencí rány v důsledku napětí sutury, infekčních komplikací a vzniku nekrózy. Vzhledem k nehojící se ráně, se prodlužuje také délka hospitalizace pacientky.

Pozdějšími komplikacemi, kterými může pacientka trpět jsou i komplikace po chemoterapii či jiné podpůrné léčbě v onkologii. Je jich celá řada, ovšem každý člověk je individuální a u každého se mohou komplikace objevit v jiné intenzitě a rozsahu (Cmurová, 2017, s. 9).

Onkologickým pacientkám výrazně ovlivňuje a snižuje kvalitu života bolest. Pacientky mívají také strach z bolestivého průběhu onemocnění (Novotný, Vítek, Kleibl a kol., 2019, s. 596). Cílem léčby onkologické bolesti je zpočátku zajistit pacientce klidný a bolestí nenarušený



spánek, následně útlum pohybových, a nakonec i klidových bolestí. Nádorovou bolest můžeme rozdělit na několik typů.

1. Bolest nonciceptivní somatická, která vzniká drážděním receptorů pro bolest. Bývá dobře lokalizovatelná, ohraničená a má ostrý charakter.
2. Bolest nonciceptivní viscerální vzniká při nádorové infiltraci orgánu břišní dutiny nebo útlakem. Bolest je neohraničitelné, tupého charakteru. Někdy pacientky udávají bolest na povrchu těla v místě vzdáleného od místa vyvolávající příčiny, tak zvaná přenesená bolest.
3. Bolest neuropatická vzniká infiltrací či útlakem periferní nebo centrální tkáně nervů. Může být způsobena chemoterapií nebo radioterapií.
4. Bolest smíšená – při tomto typu bolesti je přítomna bolest neuropatická a bolest nonciceptivní.

K tlumení bolesti podáváme analgetika, zajistíme rehabilitaci, fyzikální léčbu a psychoterapii (Novotný, Vítek, Kleibl a kol., 2019, s 597).

Správná výživa onkologických pacientek je nedílnou součástí podpůrné léčby. Dobře provedená nutriční péče vede k lepším výsledkům léčby, naopak malnutrice neboli podvýživa, ke které vede mnoha příčin, výsledky léčby zhoršuje. Výživě by se proto mělo věnovat dostatek času a měla by být součástí anamnézy a lékařského vyšetření. Lékař i porodní asistentka, by měli zjišťovat pacientčinu chuť k jídlu, pocity na zvracení, průjem, zácpu, potíže s polykáním, únavu či sledovat změnu hmotnosti za určitý čas (Novotný, Vítek, Kleibl a kol., 2019, s. 607). K orientaci stavu výživy pacientky je ve zdravotnictví používaný nutriční screening, což je dotazník, který zařazuje pacientky do skupin podle rizikovosti a následně by měla být zahájena včasná nutriční intervence. Nutriční screening je jednoduchý, přehledný, dá se opakovat a je rychle vyhodnotitelný (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012, s. 411).

Často pacientky ve fertilním věku po radikální vulvektomii zajímá, zda mohou mít sex. Ano mohou, ale vždy musí být seznámeny s negativními vlivy na ženskou vzrušivost nebo sexuální chování, které se vlivem operace mění. Koitální sex je pacientkám dovolen až po úplném zhojení rány. Mezi pooperační komplikace řadíme poruchy lubrikace, vaginismus, stenózu pochvy, dyspareunii nebo prolaps vaginálního pahýlu (Weiss, Břichcín, Čepická a kol., 2010, s. 221).

## 6.1 Dispenzarizace a prognóza onemocnění

Při pravidelných kontrolách se u pacientek provádí komplexní gynekologické vyšetření, palpačně se kontrolují mizní uzliny a další vyšetření jako je například odběr krve či další pomocná vyšetření, které indikuje lékař na základě klinického stavu pacientky a jejich obtíží (Adam, Vaníček, Vorlíček, 2004, s. 272).

Je doporučený celoživotní follow-up, který po chirurgické léčbě vypadá takto: první kontrola je za šest až osm týdnů po operačním výkonu, první dva roky kontrola každé tři měsíce, třetí a čtvrtý rok je kontrola dvakrát za rok a dále v případě predisponujících faktorů k vulvárnímu onemocnění (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 443). Follow-up schéma po chemoradioterapii: první kontrola deset až dvanáct týdnů po dokončení chemoterapie nebo radioterapie, první dva roky kontrola každé tři měsíce, třetí a čtvrtý rok dvakrát ročně, poté dlouhodobé follow-up (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 444).

Prognóza vždy závisí na stádiu onemocnění, na věku pacientky, na správně indikované terapii lékařem a na celkovém stavu pacientky (Kubíčková, 2015, s. 235). Dále závisí na typu nádoru, velikosti nádoru nebo na postižení lymfatických uzlin (Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 439). Prognosticky horším typem nádoru, jsou karcinomy druhého typu. Dále karcinomy, které jsou lokalizované v oblasti klitoris, mají prognózu horší, dochází k časnějšímu šíření do pánevních uzlin (Adam, Vaníček, Vorlíček, 2004, s. 272). Prognóza u karcinomu vulvy nebývá příznivá, velmi často recidivuje, ale vždy záleží, v jakém stádiu se karcinom vulvy nachází. Celkové pětileté přežití pacientek se zhoubným karcinomem vulvy záleží na rozsahu postižení lymfatických uzlin. V případě, že je nález v lymfatických uzlinách negativní, celkové přežití je 96 %, v případě pozitivního nálezu v lymfatických uzlinách je celkové přežití 66 % (Dubová, Zikán, 2019, s. 333).

V dnešní době se díky moderním terapeutickým metodám zlepšila prognóza a pooperační kvalita života u pacientek s tímto problémem (Kubíčková, 2015, s. 236). Zhoubný karcinom vulvy je agresivním nádorem, ale pokud pacientky budou docházet na pravidelné prohlídky ke svému obvodnímu gynekologovi a včas vyhledají odbornou lékařskou pomoc při výskytu potíží, je větší pravděpodobnost včasného zachytu zhoubného karcinomu vulvy, a tím i následně menší radikalita operačního řešení. Důležitým faktorem, který může zlepšit celkový stav pacientek, u kterých je nutná chirurgická léčba, je poskytování kvalitní perioperační péče a péče porodní asistentky především v pooperačním období. Věřím, že k získání odborných znalostí tomu může posloužit i tato diplomová práce.

# PRŮZKUMNÁ ČÁST

## 7 PRŮZKUMNÉ CÍLE

Hlavním průzkumným cílem bylo zpracovat problematiku operačního řešení zhoubných karcinomů vulvy v daném zdravotnickém zařízení na gynekologickém oddělení za období pěti let prostřednictvím retrospektivní studie.

### 7.1 Dílčí cíle

1. Zmapovat anamnestické údaje respondentek.
2. Zjistit, jaký rozsah výkonu byl u sledovaných respondentek proveden a z jaké indikace.

### 7.2 Průzkumné otázky

Na základě studia odborné literatury a stanovených cílů práce byly stanoveny následující průzkumné otázky:

1. Jaké anamnestické údaje se u sledovaného vzorku respondentek vyskytují?
2. Jaká byla délka operačního výkonu?
3. Jaké byly nejčastější komplikace po operačním výkonu?

## 8 METODIKA PRÁCE

K provedení průzkumné části byla zvolena metoda kvantitativního sběru dat. Sběr dat byl proveden retrospektivně na základě studia zdravotnické dokumentace, konkrétně studia operačních knih. Výzkum probíhal od 1. 7. do 31. 12. 2019 se souhlasem vrchní sestry a primáře gynekologického oddělení v daném zdravotnickém zařízení.

### 8.1 Charakteristika průzkumného souboru

Diplomová práce pracuje s jedním průzkumným souborem, kterým jsou všechny pacientky, které podstoupily operační výkon z indikace zhoubného karcinomu vulvy za období pěti let, tedy v letech 2014–2019 v daném zdravotnickém zařízení na gynekologickém oddělení. Celkem průzkumný soubor tvořilo 56 pacientek. Z toho podstoupilo 15 pacientek radikální vulvektomii, 26 pacientek vulvektomii simplexní a excizi vulvy podstoupilo 15 pacientek viz tabulka č. 5. Věkový rozdíl pacientek byl poměrně veliký, nejmladší pacientce bylo pouhých dvacet let a nejstarší pacientce bylo osmdesát osm let. Nejčastější věk pacientek byl v rozmezí sedmdesát jedna až osmdesát let viz tabulka č. 1. Dále jsou identifikační údaje pacientek znázorněny v tabulkách níže.

Podle věkového rozmezí byly pacientky, které v daném období podstoupily operaci kvůli zhoubnému karcinomu vulvy rozděleny do následující 7 věkových kategorií. Průměrný věk pacientek byl 66 let. Údaje o věku jsou přehledně zobrazeny v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 Identifikační údaje

Věk	$n_i$	$f_i$ (%)
20-30	1	1,79
31-40	1	1,79
41-50	6	10,71
51-60	10	17,86
61-70	13	23,21
71-80	16	28,57
81-90	9	16,07
$\Sigma$	<b>56</b>	<b>100,00</b>

	<b>N platných</b>	<b>medián</b>	<b>modus</b>	<b>průměr</b>	<b>minimum</b>	<b>maximum</b>
<b>Věk (v letech)</b>	56	67	84	66,4	20	88

Tabulka č. 2 Věk respondentek – popisná statistika

Výzkum zahrnoval celkem 56 žen. Z tabulek je patrné, že nejmladší pacientce, která podstoupila operaci bylo teprve 20 let, naopak nejstarší pacientce bylo 88 let. Nejčastější věkové rozmezí bylo v intervalu 71–80 let. Nejvíce ohroženou skupinou pro výskyt zhoubných karcinomů vulvy jsou ženy v období stárnutí od 60 let a více. Dále pak operaci nejčastěji podstoupily pacientky ve středním věku až po rané stáří. Jak je znázorněno v tabulce, tedy od věku 41 let až po 60 let.

Překvapujícím zjištěním při sběru dat bylo, že nejmladší dvacetiletá pacientka byla gravidní v týdnu 24+3. Jednalo se o netypický případ, který byl komplikovaný věkem a stavem respondentky.

## **8.2 Metodika sběru a zpracování dat**

Průzkumný soubor pacientek byl vybrán záměrně a potřebné informace byly vyhledány v operačních knihách a nemocničním archívu. Z operačních knih byly zjišťovány údaje (iniciály pacientky, datum, číslo chorobopisu), díky nimž se lépe vyhledávalo v nemocničním archívu. Po předchozí konzultaci s vedoucí diplomové práce, nastudováním literatury a prostudováním dokumentace byl vytvořen záznamový arch (viz příloha 3) v Microsoft Word 2016. V tomto programu byly vytvořeny jednotlivé tabulky pro každý rok, ve kterých byly obsaženy základní údaje: věk pacientky, přidružené onemocnění, typ a lokalizace karcinomu, operační řešení, délka operačního výkonu, typ anestezie, délka hospitalizace a komplikace po operačním výkonu.

Zpracování těchto dat se uskutečnilo v programu Microsoft Office Excel 2016 a Microsoft Word 2016. Získaná data byla zpracována do přehledných tabulek. V tabulkách jsou údaje popsány a vyhodnoceny pomocí popisné statistiky: absolutní četnost ( $n_i$ ), relativní četnost ( $f_i$ ), suma ( $\Sigma$ ) a dalších veličin.

## 9 PREZENTACE VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO PRŮZKUMU

V této kapitole jsou zpracovány výsledky průzkumného šetření. Výsledky jsou zpracovány ve formě tabulek, grafů pomocí popisné statistiky.

### 9.1 Přidružené onemocnění

V následující části je znázorněno několik přidružených onemocnění, s kterými se pacientky kromě zhoubného karcinomu vulvy léčí. Mezi přidružená onemocnění, která se u pacientek vyskytovala, řadíme: kardiovaskulární nemoci, metabolické vady, onemocnění dýchacích cest, psychické onemocnění, žilní choroby, kouření nebo také jiné onkologické onemocnění. Tyto jednotlivé nemoci jsou zobrazeny v tabulce č. 3.

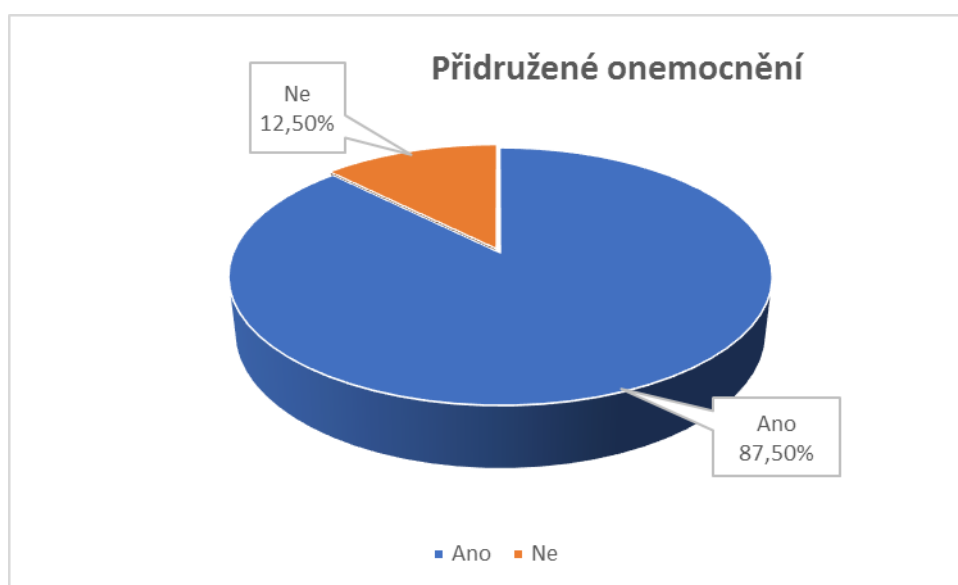
Tabulka č. 3 Přidružené onemocnění

Přidružené onemocnění	n <sub>i</sub>		f <sub>i</sub> (%)	
	ano	ne	ano	ne
Kardiovaskulární onemocnění	28	28	50,00	50,00
Metabolické onemocnění	20	36	35,71	64,29
Onemocnění dýchacích cest	6	50	10,71	89,29
Psychické onemocnění	3	53	5,36	94,64
Žilní onemocnění	7	49	12,50	87,50
Onkologické onemocnění	6	50	10,71	89,29
Kouření	14	42	25,00	75,00
Žádné přidružené nemoci	7	49	12,50	87,50

Z celkového počtu 56 pacientek lze říci, že polovina pacientek trpěla kardiovaskulárními chorobami, konkrétně 28 žen (50,00 %). Druhým nejčastějším onemocněním, s kterým se pacientky léčily byly choroby metabolické, ty postihovaly 20 žen (35,71 %). Žilní onemocnění postihovalo 7 pacientek (12,50 %), jiná onkologická onemocnění a onemocnění dýchacích cest postihovaly pacientky v 10,71 %, což je 6 pacientek. Nejméně vyskytující se onemocnění jsou psychické nemoci, které se vyskytovaly u 3 pacientek (5,36 %).

Dále můžeme z tabulky vyčíst, že méně, než polovina pacientek (konkrétně 14) kouří (25,00 %). Kouřily převážně pacientky, které se kromě zhoubného karcinomu vulvy léčily i s psychickými či kardiovaskulárními nemocemi. Nejčastější kombinace onemocnění, která se u pacientek vyskytovala, byla onemocnění kardiovaskulárního systému a metabolických vad.

Pouze 7 pacientek (12,50 %) z celkového počtu netrpí žádnými přidruženými nemocemi. Naprostá většina (87,50 %) je léčena i pro jiná onemocnění, než je zhoubný karcinom vulvy. Právě u těchto léčených pacientek se dále odvíjela délka operačního výkonu a délka hospitalizace.



Obrázek č. 1 Výskyt přidruženého onemocnění

Obrázek č. 1 nám ukazuje výskyt přidružených onemocnění. Pouze 7 pacientek (12,50 %) z celkového počtu netrpí žádnými přidruženými nemocemi. Naprostá většina (87,50 %) je léčena i pro jiná onemocnění, než je zhoubný karcinom vulvy. Právě u těchto léčených pacientek se dále odvíjela délka operačního výkonu a délka hospitalizace.

## 9.2 Délka operačního výkonu

Do této podkapitoly byly zařazeny faktory, které ovlivňovaly délku operačního výkonu. Těmito faktory byly zaznamenány: typ karcinomu, lokalizace karcinomu, operační řešení a typ anestezie.

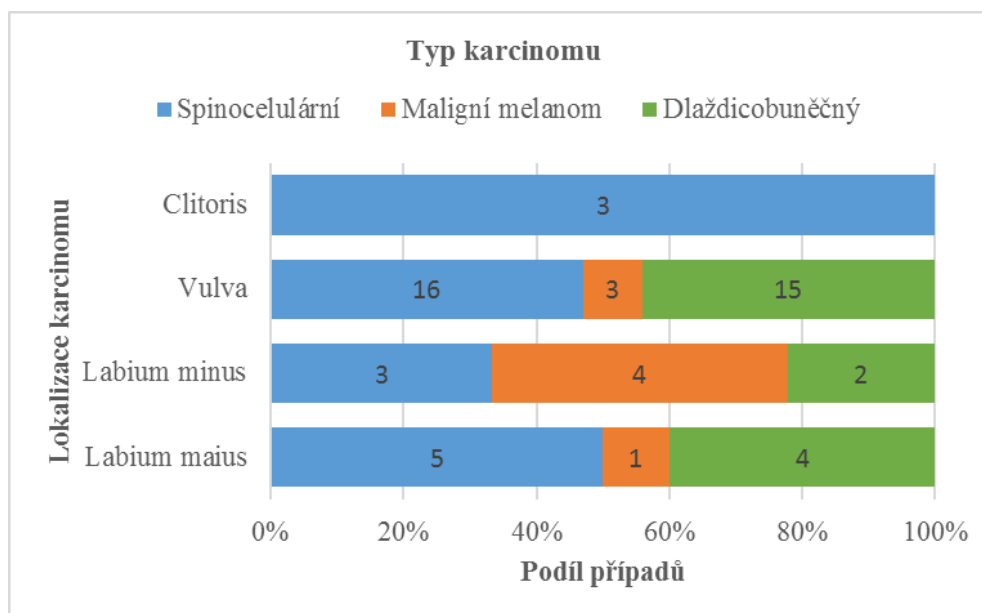
### 9.2.1 Typ karcinomu

V tabulce č. 4 jsou zobrazeny tři nejčastější typy karcinomu vulvy, které byly pacientkám diagnostikovány v rámci jejich léčby ve vybrané nemoci v letech 2014–2019. Těmi jsou: spinocelulární karcinom, maligní melanom a dlaždicobuněčný karcinom.

Tabulka č. 4 Typ karcinomu

Typ karcinomu	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
Spinocelulární	27	48,21
Maligní melanom	8	14,29
Dlaždicobuněčný	21	37,50
<b>Σ</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Nejčastěji se z malignit vyskytoval spinocelulární karcinom, a to až ve 48,21 %, což je 27 pacientek. V odborné literatuře je nejvíce se vyskytujícím typem karcinomu karcinom dlaždicobuněčný, v tomto průzkumu byl až druhým nejčastějším typem karcinomu, který postihoval 21 pacientek (37,50 %). Nejméně vyskytujícím se typem byl maligní melanom a tvořil 14,29 % (8 pacientek). Pokud pacientce byl diagnostikován tento typ karcinomu, ve většině případů podstoupila vulvektomii simplexní nebo širokou excizi.



Obrázek č. 2 Typ karcinomu dle lokalizace karcinomu



Obrázek č. 2 zobrazuje rozložení typu karcinomu dle lokalizace karcinomu. V oblasti klitorisu ve 100 % můžeme říci, že se lokalizoval pouze spinocelulární karcinom. V oblasti malých stydkých pysků se nejčastěji jednalo o maligní melanom. Nejčastěji v oblasti vulvy a v oblasti velkých stydkých pysků se lokalizoval poslední typ karcinomu, a tím byl dlaždicobuněčný karcinom.

### 9.2.2 Lokalizace karcinomu

V průzkumné části byly zjištěny čtyři nejčastější lokalizace zhoubného karcinomu vulvy (viz tabulka č. 5). Mezi tyto lokalizace řadíme: velké stydké pysky, malé stydké pysky, klitoris a vulvu.

Tabulka č. 5 Lokalizace karcinomu

Lokalizace karcinomu	$n_i$	$f_i$ (%)
Labium maius	10	17,86
Labium minus	9	16,07
Vulva	34	60,71
Clitoris	3	5,36
$\Sigma$	56	100,00

Z celkového počtu 56 pacientek (100,00 %) byla nejčastější lokalizací karcinomu vulva (60,71 %), která postihovala 34 pacientek. Druhou nejčastější lokalizací byla oblast velkého stydkého pysku (labium maius) se 17,86 % u 10 pacientek a třetí nejčastěji postihující oblastí, byla oblast malého stydkého pysku (labium minus) v 16,07 % u 9 pacientek. Pouze v 5,36 % se nacházela lokalizace v oblasti klitorisu u 3 pacientek.

### 9.2.3 Operační řešení

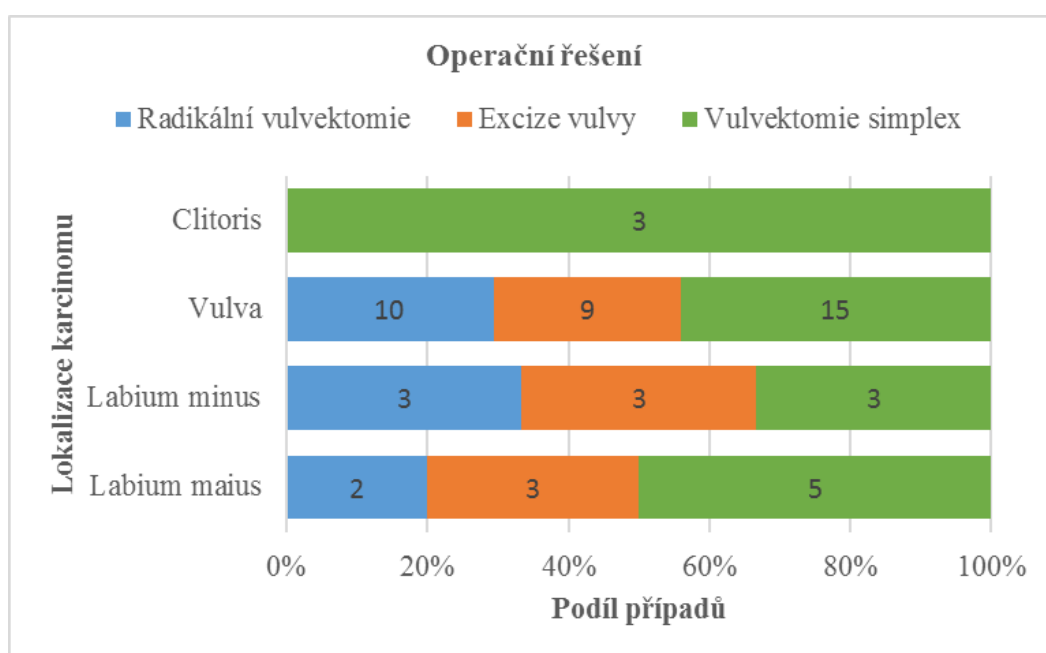
V průzkumu byly zjištěny tři nejčastější operační řešení, které byly pacientkám u zhoubného karcinomu vulvy provedeny. Nejnáročnějším a nejdéle trvajícím operačním výkonem byly radikální vulvektomie. Dále vulvektomie simplexní a široké excize vulvy, jak je znázorněno v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6 Operační řešení

Operační řešení	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Radikální vulvektomie	15	26,79
Excize vulvy	15	26,79
Vulvektomie simplex	26	46,43
Σ	56	100,00

Nejčastějším operačním řešením u zhoubnému karcinomu vulvy byly vulvektomie simplexní (46,43 %), které byly provedeny 26 pacientkám. Druhým nejčastějším výkonem na vulvě byly široké excize vulvy (26,79 %), které byly výkonem u 15 pacientek a ve stejném počtu pacientek byla provedena radikální vulvektomie, a to ve 26,79 %.

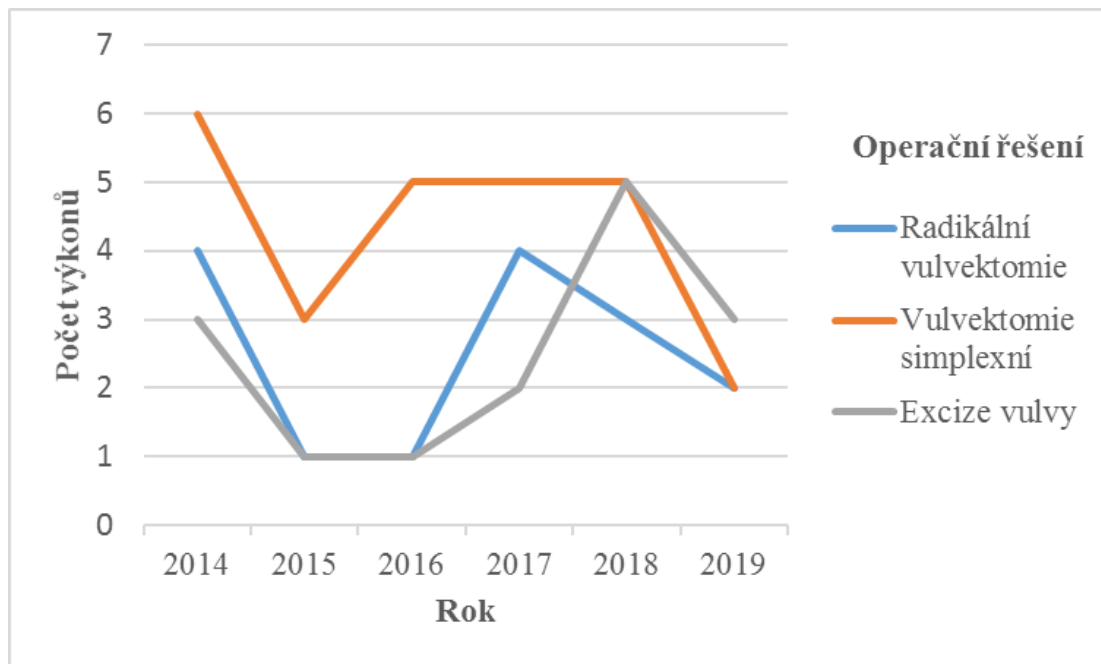
Procentuální rozdíl mezi radikální vulvektomie, excizí vulvy oproti výskytu simplexní vulvektomie činil 19,64 %.



Obrázek č. 3 Vliv lokalizace karcinomu na operační řešení

Jak jsme zjistili v tabulce č. 6, nejčastějším operačním řešením byly vulvektomie simplexní. Ty byly prováděny u pacientek, u kterých byl zhoubný karcinom lokalizovaný v oblasti klitoris. Jiné výkony v této oblasti se neprováděly. Dále byly vulvektomie simplexní nejčastějším výkonem u karcinomů lokalizovaných v oblasti velkých stydkých pysků a v oblasti vulvy.

Radikální vulvektomie a široké excize vulvy se prováděly nejčastěji v oblasti vulvy, naopak nejméně v oblasti velkých stydkých pysků.



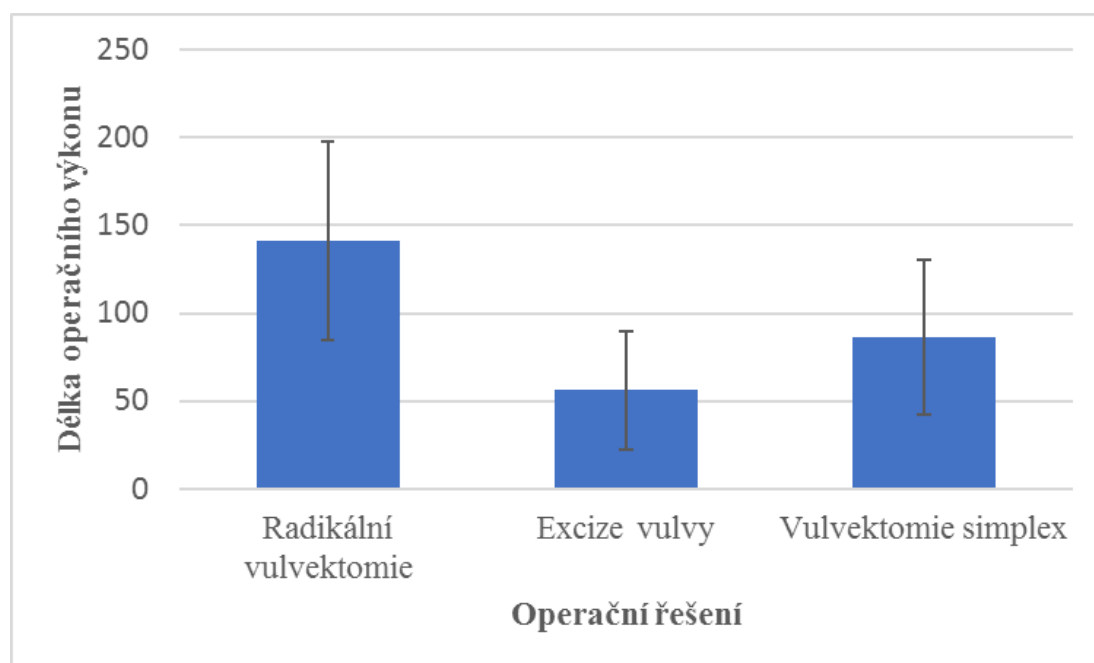
Obrázek č. 4 Přehled jednotlivých operačních výkonů za období pěti let, tedy v letech 2014–2019.

Obrázek č. 4 nám přehledně znázorňuje, kolik jednotlivých operačních výkonů za daný rok bylo provedeno. V roce 2014 bylo nejvíce simplexních vulvektomií a to celkem 6. Dále byly provedeny 4 radikální vulvektomie a 3 excize vulvy. Za rok 2015 bylo také nejvíce provedeno vulvektomií simplex (3), dále pak ve stejném jednom počtu byla indikována radikální vulvektomie a excize vulvy. V roce 2016 bylo radikálních vulvektomií a excizí vulvy stejně jako v předchozím roce, ale naopak se zvětšil počet simplexních vulvektomií, a to ze 3 na 5. Dále v roce 2017 bylo provedeno 5 vulvektomií simplex, 4 radikální vulvektomie a 2 excize vulvy. V předposledním roce, tedy v roce 2018 se nejvíce vyskytovaly ve stejném počtu simplexní vulvektomie a excize vulvy (5), radikální vulvektomie byly 3. V posledním sledovaném roce 2019 byly provedeny 3 excize vulvy, 2 radikální vulvektomie a se stejným počtem i vulvektomie simplex. Na závěr z obrázku č. 4 můžeme vyčíst, že celkem za období pěti let, tedy od roku 2014 do roku 2019 bylo provedeno nejméně radikálních vulvektomií (15) a excizí vulvy (15), a naopak nejvíce bylo provedeno vulvektomií simplexních (26). Toto rozložení typu operačního výkonu vyplývá z rozsahu, typu a lokalizace karcinomu u jednotlivých respondentek.

Jak již bylo zmíněno, délku operačního výkonu na vulvě ovlivňuje několik faktorů, které jsou zahrnuty a zohledněny u jednotlivých operačních výkonů ve výsledcích v čase (minuty), které můžeme vyčíst z tabulky č. 7 a obrázku č. 5.

Tabulka č. 7 Délka operačního výkonu

Délka operačního výkonu	Průměr (min.)	směrodatná odchylka	Minimum (min.)	Maximum (min.)
Radikální vulvektomie	141	57	70	270
Excize vulvy	56	34	20	140
Vulvektomie simplex	87	44	30	175



Obrázek č. 5 Délka operačního výkonu u zhoubného karcinomu vulvy

Z tabulky č. 7 i obrázku č. 5 lze vyčíst, že nejdéle trvajícím operačním výkonem byly radikální vulvektomie, které v průměru trvaly 141 minut. Nejdéle trávající radikální vulvektomie trvala 207 minut, což jsou v přepočtu necelé 4 hodiny. Naopak nejkratší radikální vulvektomie trvala 70 minut. Radikální vulvektomie jsou nejdéle trávícím operačním výkonem na vulvě, protože se při tomto výkonu odstraňují i lymfatické uzliny a je to celkově velmi náročný a rozsáhlý výkon.

Vulvektomie simplex trvaly průměrně 87 minut. Nejdelsí simplexní vulvektomie trvala 175 minut a nejkratší trvala 30 minut.

Široká excize vulvy průměrně trvala 56 minut. Nejdéle provedenou excizí vulvy byla excize, která trvala 140 minut a nejkratší trvala 20 minut.

#### 9.2.4 Typ anestezie

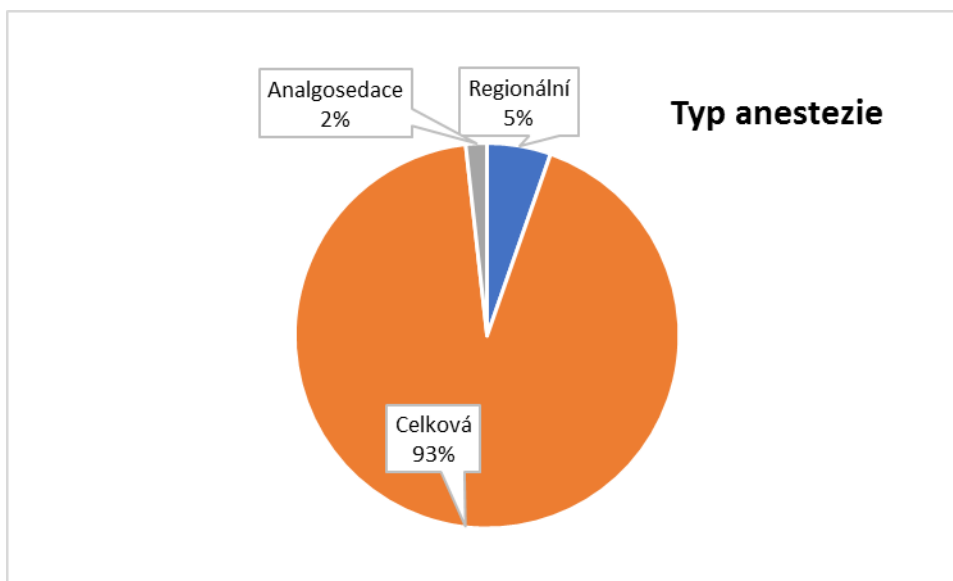
U všech jednotlivých operačních výkonů je nutné zohlednit v zjištěných časech rozsah výkonu, typ anestezie a výskyt možných komplikací. Nejdéle trvají výkony u všech typů operačního řešení bylo u pacientek, které trpěly přidruženým onemocněním, nejčastěji kardiovaskulárním, metabolickým nebo i u kuřáček. U těchto pacientek se pak ve většině případů po výkonu objevily komplikace.

Tabulka č. 8 Typ anestezie

Typ anestezie	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Regionální	3	5,36
Celková	52	92,86
Analgosedace	1	1,79
<b>Σ</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>

Z vybraného vzorku 56 pacientek (100,00 %) využilo v 92,86 % tedy 52 pacientek celkovou anestezii. Celková anestezie se využívá u časově náročných výkonů, v tomto případě hlavně u radikálních vulvektomií. Využití celkové anestezie se také odvíjelo od přidružených onemocnění pacientek. U některých byla totiž jiná anestezie, než celková kontraindikována či nevhodná, například z důvodu obezity, častým bolestem hlavy nebo zad. Celková anestezie byla také volbou u pacientek, které měly strach z „vpichu do zad“, při celkové anestezii dochází k vyřazení veškerého vnímání a je spojena se ztrátou vědomí, což bylo v tomto případě pro pacientky nejlepším řešením.

Pouze 3 pacientky (5,36 %) využily regionální analgezie a výjimečně byla jedna pacientka (1,79 %), která využila analgosedaci. Regionální anestezie a analgosedace jsou typy anestezí, které se používají u časově méně náročných výkonů. Regionální analgosedace byla zvolenou metodou anestezie také u nejmladší gravidní pacientky.



Obrázek č. 6 Typ anestezie – výšečový graf

### 9.3 Komplikace po operačním výkonu

Pooperační komplikace, které se u pacientek po operačním výkonu vyskytovaly, jsou zobrazeny v tabulce č. 9. Procento výskytu jednotlivých pooperačních komplikací také závisí na věku pacientky, na přidružených onemocnění, s kterými se pacientky kromě zhoubného karcinomu vulvy léčily, dále na operačním výkonu a typu anestezie. Od pooperačních komplikací a následného hojení se také odvíjela délka hospitalizace.

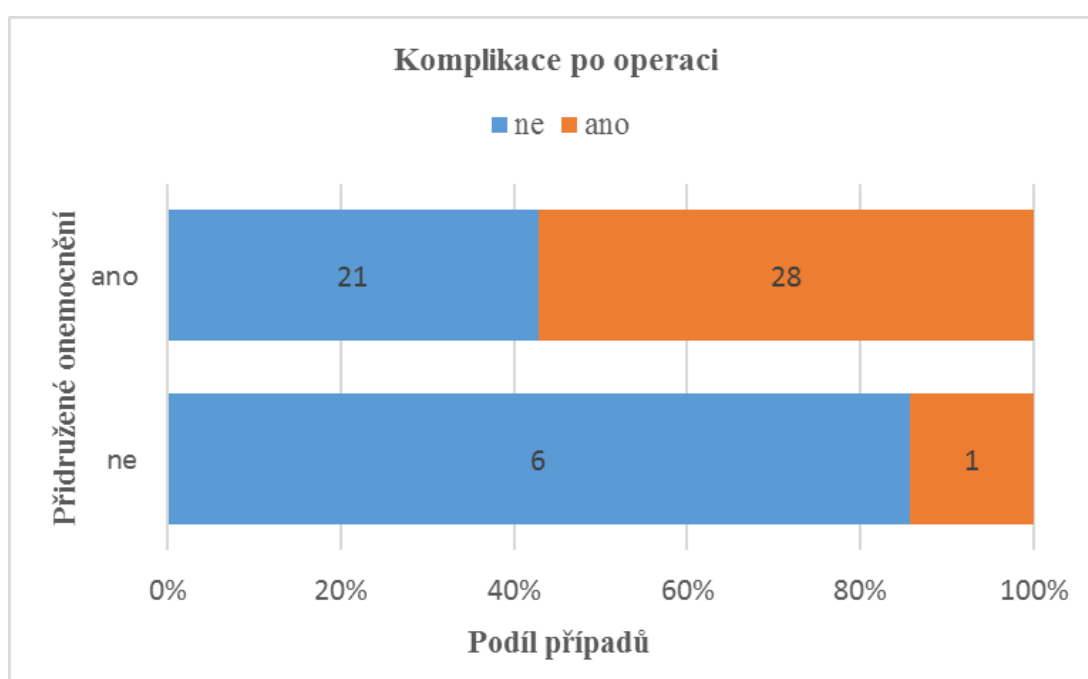
Tabulka č. 9 Komplikace

Komplikace	n <sub>i</sub>		f <sub>i</sub> (%)
	ano	ne	ano
Žádné	27	29	48,21
Sekundární hojení rány	15	41	26,79
Edém vulvy	6	50	10,71
Hematom	3	53	5,36
Dehiscence rány	4	52	7,14
Dušnost	2	54	3,57
Subfebrilie	1	55	1,79
Edém DK	1	55	1,79

Z celkového počtu 56 pacientek (100,00 %) se u 27 pacientek (48,21 %) nevyskytovaly během hospitalizace po operačním výkonu žádné komplikace.

Nejčastější komplikací bylo sekundární hojení rány u 15 pacientek (26,79 %). Sekundární hojení rány postihovalo většinou pacientky, které byly obézní a trpěly metabolickým onemocněním a kouřily. Druhou nejčastější komplikací byl edém vulvy (10,71 %), dále hematom (5,36 %), dehiscence rány (7,14 %) a dušnost (3,57 %). Nejméně vyskytujícími komplikacemi byly subfebrilie (1,79 %) a edém dolních končetin (1,79 %).

Nejčastěji se komplikace u pacientek vyskytovaly u déle trvajícího operačního výkonu. Díky výskytu komplikací se také u pacientek prodloužila i délka hospitalizace v daném zdravotnickém zařízení.

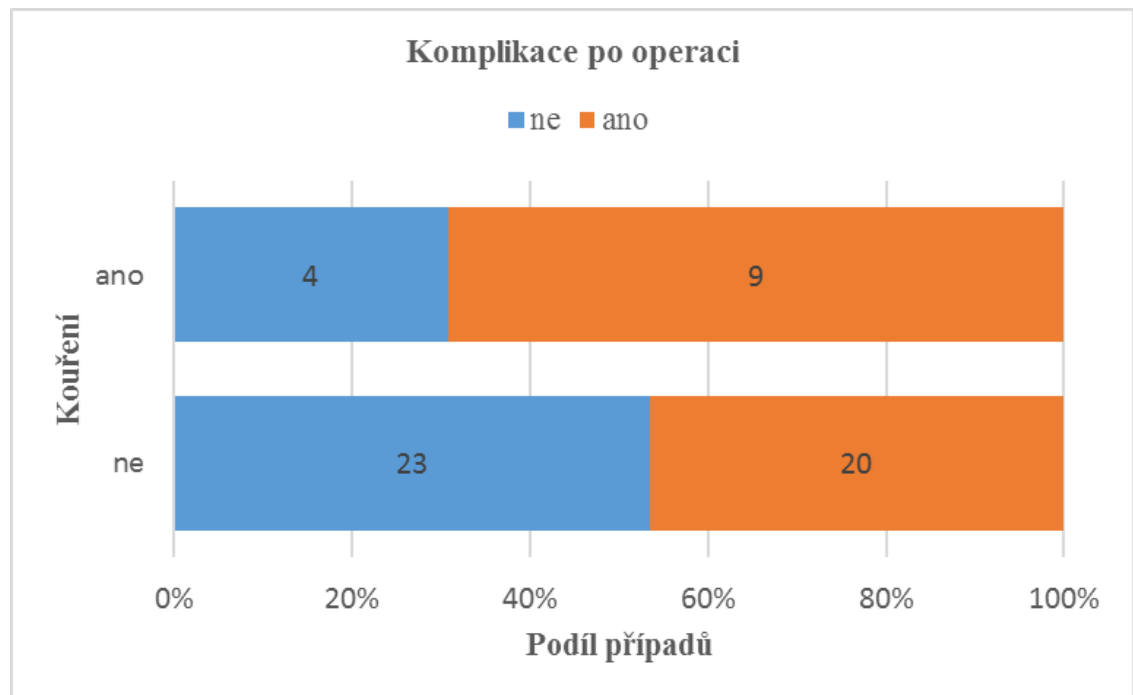


Obrázek č. 7 Vliv přidruženého onemocnění na pooperační komplikace

Jak je přehledně znázorněno v obrázku č. 7, výskyt přidruženého onemocnění je nejvyšší u žen, u kterých se vyskytly pooperační komplikace a to u 28 (57,00 %) respondentek. Nejdéle byly hospitalizované pacientky, které trpěly kardiovaskulárním či metabolickým onemocněním, protože v důsledku obezity, špatných hygienických návyků, diabetu mellitu a spousty jiných faktorů, docházelo k dehiscenci rány a následnému sekundárnímu hojení rány. Další nejčastější kombinace přidružených onemocnění či rizikových faktorů, která vedla k pooperačním komplikacím, bylo kouření a onemocnění dýchacích cest. U pacientek, které netrpěly žádným

přidruženým onemocněním, se ve sledovaném souboru vyskytly komplikace ve 21 (43,00 %) případech. I to je poměrně vysoký výskyt u této skupiny respondentek.

Nepřítomnost rizikových faktorů a přidružených onemocnění však snižuje riziko výskytu pooperačních komplikací.



Obrázek č. 8 Vliv kouření na pooperační komplikace

Z obrázku č. 8 je zřejmé, že podíl výskytu pooperačních komplikací v souboru kuřáček byl vyšší než v souboru nekuřáček. Kouření je jeden z faktorů, které ke vzniku pooperačních komplikací mohou přispívat. Nejčastější komplikací ve vztahu s kouřením byla dušnost. Nikotin z cigaret vyvolává zúžení cév a snižuje tak prokrvení tkáně včetně kůže, proto i ostatní komplikace, které byly v průzkumné části zjištěny, mohly mít s kouřením souvislost. U pacientek, které nekouří, byl podíl výskytu pooperačních komplikací v méně než 50 %. Na závěr lze říci, že výskyt pooperačních komplikací se liší podle výskytu přidružených onemocnění.

Délka hospitalizace po operačním výkonu, jak bylo výše uvedeno, se odvíjí od pooperačních komplikací pacientek. Délka hospitalizace se pohybovala od 3–26 dní. Jednotlivé dny byly rozděleny do 5 kategorií.



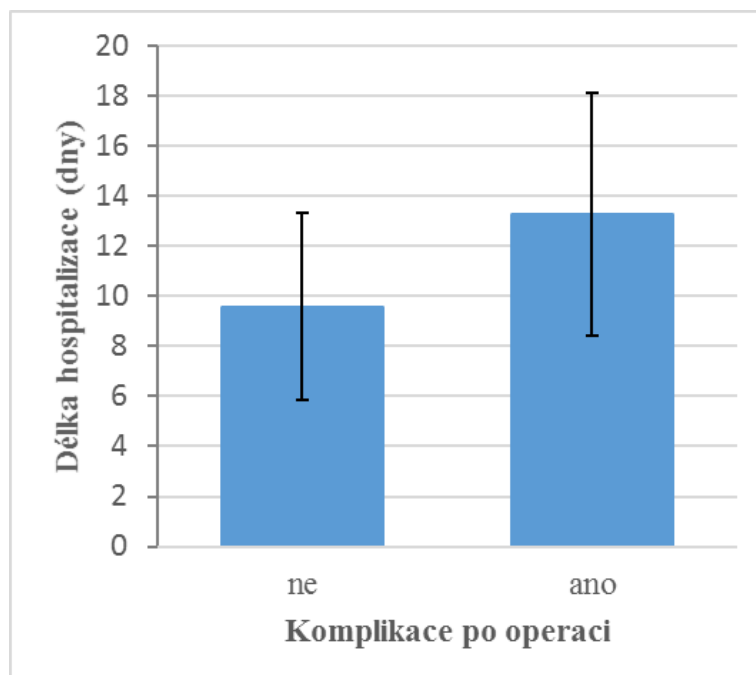
### 9.3.1 Délka hospitalizace

Tabulka č. 10 Délka hospitalizace

Délka hospitalizace (den)	$n_i$	$f_i$ (%)
3-8	14	25,00
9-14	29	51,79
15-20	11	19,64
21 a více	2	3,57
$\Sigma$	56	100,00

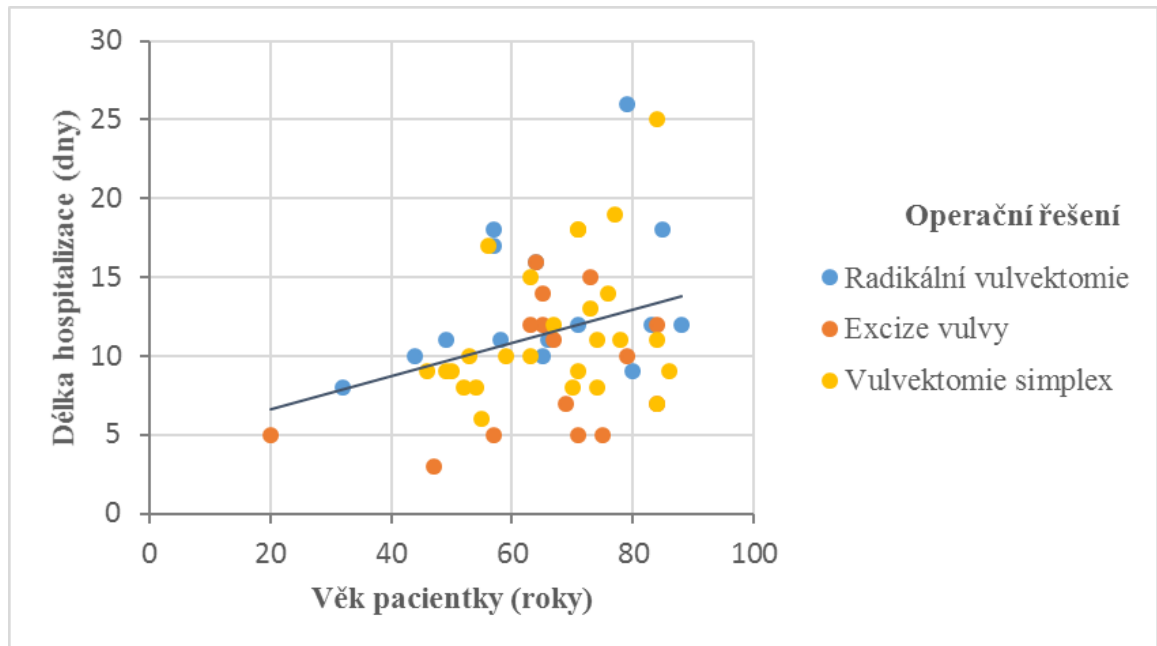
Nejčastěji délka hospitalizovaných pacientek se nachází v intervalu od 9-14 dní (51,79 %). U zbylých 13 pacientek (23,21 %) trvala hospitalizace déle jak 15 dní. Nejkratší dobu, tedy od 3-8 dnů bylo hospitalizováno 14 pacientek (25,00 %).

Nejdéle byly hospitalizované pacientky, které po operačním výkonu postihly nějaké výše zmíněné komplikace. Sekundární hojení rány či jiné komplikace si vyžadují větší péči a odborný dohled. Prodloužená délka hospitalizace se neodvívěla pouze od výskytu komplikací po operačním výkonu, ale také od typu operačního výkonu a jeho délce.



Obrázek č. 9 Vliv pooperačních komplikací na délku hospitalizace

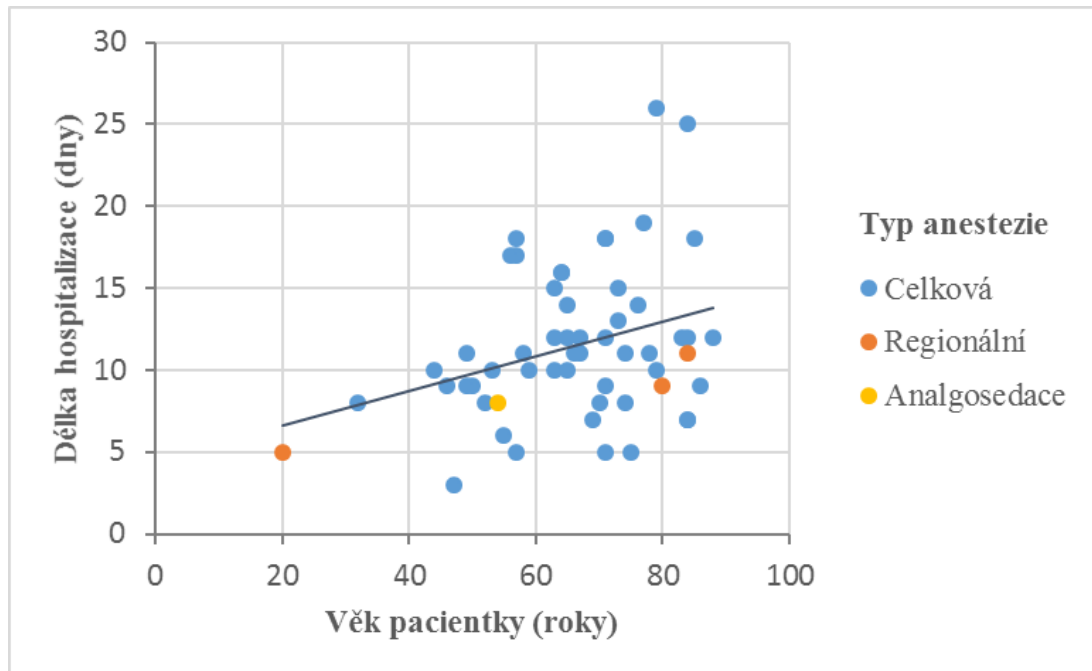
Obrázek č. 9 popisuje souvislost délky hospitalizace se vznikem pooperačních komplikací. Výskyt komplikací vysvětluje také životní styl pacientek a s tím související i přidružená onemocnění, které pak mají právě na délku hospitalizace vliv. Během hospitalizace se pacientkám musí věnovat více péče a pozornosti o operační ránu, proto se délka hospitalizace prodlužuje.



Obrázek č. 10 Vliv operačního řešení a věku pacientek na délku hospitalizace

Na obrázku č. 10 je znázorněno rozložení délky hospitalizace v souvislosti s věkem a typem operačního výkonu. Nejdelší hospitalizace byla u pacientky ve věku 88 let, která podstoupila radikální vulvektomii, naopak nejkratší délka hospitalizace po radikální vulvektomii byla 8 dní. Druhá nejdelší hospitalizace byla u pacientky také ve stáří, které podstoupila vulvektomii simplexní. Nejkratší doba hospitalizace po vulvektomii simplexní bylo 6 dní. Nejdéle po široké excizi vulvy byla hospitalizovaná pacientka 16 dní, naopak nejkratší dobu byla hospitalizovaná pacientka 3 dny. Tato délka hospitalizace byla také v souvislosti s pooperačními komplikacemi. Z obrázku lze říci, že nejkratší dobu byly po operačním výkonu hospitalizované pacientky, které podstoupily širokou excizi vulvy. Nejmladší pacientce, která podstoupila širokou excizi bylo 20 let, naopak nejstarší pacientce bylo 84 let. Nejmladší pacientce, která podstoupila vulvektomii simplexní bylo 46 let, naopak nejstarší pacientce bylo 86 let. U posledního operačního výkonu, tedy u radikální vulvektomie bylo nejmladší pacientce 32 let a naopak nejstarší pacientce bylo 88 let. Na každých 10 let věku roste délka hospitalizace o 1 den. Na délku hospitalizace mají velký vliv tři proměnné. Každých 100 minut operace zvyšuje délku

hospitalizace o 2 dny. Použití tří proměnných vysvětluje přibližně 23 % variability v délce hospitalizace.



Obrázek č. 11 Vliv typu anestezie a věku pacientek na délku hospitalizace

Na obrázku č. 11 je znázorněn vliv věku pacientek a typu anestezie na délku hospitalizace pacientek po operačním výkonu. Lze z grafu vyčíst, že nejkratší (3 dny) i nejdelší (26 dní) délka hospitalizace byla u pacientek, které měly celkovou anestezií. Věk pacientek, u kterých byl zvolený typ celkové anestezie se pohyboval v rozmezí 32-88 let. Jediná pacientka, která měla jako typ anestezie analgosedaci byla hospitalizovaná 8 dní ve věku 54 let. Regionální anestezie byla zvoleným typem anestezie pouze u tří pacientek. Délka hospitalizovaných pacientek s tímto typem anestezie se pohybovala v rozmezí od 5 dní do 11 dní. Pacientkám s tímto zvoleným typem anestezie bylo 80 let, 84 let a nejmladší pacientce bylo 20 let. Jak již bylo zmíněno, jednalo se o netypický případ. U dvacetileté pacientky, byl tento typ anestezie zvolen hlavně z důvodu těhotenství v týdnu 24+3.

## 10 DISKUZE

Diplomová práce byla zaměřena na operační řešení zhoubných karcinomů vulvy. Snažila se retrospektivně zaznamenat a zpracovat získané informace s tímto tématem spojené. V diplomové práci se pracovalo s jedním průzkumným souborem, kterým byly pacientky, které za období pěti let, tedy v letech 2014-2019 podstoupily operační výkon v daném zdravotnickém zařízení. Získané informace byly zaznamenávány do záznamového archu a následně přepracovány do jednotlivých tabulek či grafů.

Pro průzkumnou část byly zvoleny dva průzkumné cíle. Prvním cílem bylo zmapovat anamnestické údaje respondentek. Druhým cílem bylo zjistit, jaký rozsah výkonu byl u sledovaných respondentek proveden a z jaké indikace. Na základě předem nastudované literatury, konzultace s vedoucí práce a zvolených průzkumných cílů, byly zvoleny tři průzkumné otázky.

PO 1: Jaké anamnestické údaje se u sledovaného vzorku respondentek vyskytují?

PO 2: Jaká byla délka operačního výkonu?

PO 3: Jaké byly nejčastější komplikace po operačním výkonu?

Diskuze je zaměřená na analýzu získaných dat, která jsou porovnávána s odbornou literaturou a odbornými články.

### **PO 1: Jaké anamnestické údaje se u sledovaného vzorku respondentek vyskytují?**

Základním identifikačním údajem, který se u pacientek sledoval byl věk. Nejčastěji se zhoubný karcinom vulvy u sledovaného souboru vyskytoval ve věkovém rozmezí 71–80 let. Jak uvádí Kubáčková (2015, s. 233), nejčastěji jsou zhoubné karcinomy vulvy až v 70 % diagnostikovány u žen v postmenopauzálním období. Postmenopauzální období začíná po menopauze, většinou kolem 70 roku života ženy. Ve výzkumném vzorku diplomové práce je tomu tak stejně, jsou pouze malé věkové odchylky. Nejmladší pacientce, která podstoupila širokou excizi vulvy bylo teprve 20 let a byla gravidní. Léčila se pro endometriózu a v těhotenství jí byl zjištěn maligní melanom. Je to zvláštnost, v tak nízkém věku, a ještě u gravidní ženy. Ve 24. týdnu podstoupila operační výkon a po několika dnech byla bez komplikací propuštěna do domácí péče. Naopak nejstarší pacientku, kterou zhoubný karcinom vulvy postihl, bylo 88 let. I věk má velký vliv na délku hospitalizace, neboť pacientky ve stáří trpí více přidruženými nemocí a dochází ke špatnému hojení ran. Nejdéle byla hospitalizovaná pacientka, které bylo osmdesát let a podstoupila radikální vulvektomii.

Dále se v průzkumné části zjišťoval vztah věku pacientky a typu zvolené anestezie k operačnímu výkonu. Věk pacientek, u kterých byl zvolený typ celkové anestezie se pohyboval v rozmezí 32-88 let. Jediná pacientka, která měla jako typ anestezie analgosedaci byla hospitalizovaná 8 dní ve věku 54 let. Regionální anestezie byla zvoleným typem anestezie pouze u tří pacientek. Pacientkám s tímto zvoleným typem anestezie bylo 80 let, 84 let a nejmladší pacientce bylo 20 let, u které byl tento typ anestezie zvolen hlavně z důvodu těhotenství.

Druhým sledovaným identifikačním údajem bylo přidružené onemocnění, které pacientky kromě zhoubného karcinomu vulvy postihovalo. Mezi přidružená onemocnění, která se v průzkumné části vyskytovala byly: kardiovaskulární choroby, metabolické vady, onemocnění dýchacích cest, psychické onemocnění, žilní choroby, kouření a jiné onkologické onemocnění.

Nejčastější přidružené onemocnění, které pacientky postihovalo bylo onemocnění kardiovaskulární. Nejvíce se z kardiovaskulárních chorob objevoval u pacientek vysoký krevní tlak (*hypertenze*). Některé pacientky měly v anamnéze prodělanou ischemickou chorobu srdeční (*ICHS*), anginu pectoris (*AP*) nebo také fibrilaci síní (*FIS*). Ke kardiovaskulárnímu onemocnění ještě většina pacientek byla obézních nebo se léčila s diabetem mellitem (*DM*), a to byly další nejčastěji vyskytující se onemocnění.

Druhé nejvíce se vyskytující onemocnění bylo metabolické. Do metabolických poruch nejčastěji patřil diabetes mellitus a obezita, často jejich vzájemná kombinace. Dále dyslipidémie, hypothyeróza, hepatopatie, vředová choroba žaludku a dvanáctníku nebo také cholecystolithiáza. Jak uvádí Slezáková, Čoupková, Marcián a kol. (2019, s. 36), pacientky trpící diabetem mellitem by měly být hospitalizované den před plánovanou operací a měla by jim být poskytnuta zvláštní péče (kontrola hladiny glykémie, důležitost lačnění, podání infuzních roztoků a tak dále) z důvodu větší pravděpodobnosti výskytu pooperačních komplikací. Toto tvrzení se potvrdilo i ve výsledcích průzkumné části. U těchto pacientek se po operačním výkonu vyskytovaly pooperační komplikace více než u zdravých pacientek.

Dalšími přidruženými nemocí byly nemoci dýchacích cest (astma bronchiale, chronická obstrukční plicní nemoc), žilní onemocnění (trombóza dolních končetin, varixy dolních končetin), jiná onkologická onemocnění (karcinom prsu) a psychické poruchy (deprese).

Na závěr lze shrnout, že přibližně 80 % pacientek trpělo kromě zhoubného karcinomu vulvy i jiným přidruženým onemocněním. U těchto pacientek, které trpí přidruženými chronickými nemocí, je důležitá speciální příprava před operačním výkonem, která jak uvádí Schneiderová

(2014, s. 25) zahrnuje aplikaci infuzí, léků, dietu, nácvik dýchání či pohybovou aktivitu. Dále je také velmi důležitá u těchto pacientek pooperační péče, hlavně u pacientek trpících kardiovaskulárním onemocněním a metabolickými nemocí, protože v důsledku obezity, špatných hygienických návyků a spousty dalších faktorů, často docházelo k sekundárnímu hojení rány, a tím se i prodlužovala délka hospitalizace pacientek ve zdravotnickém zařízení.

Také svůj podíl na vznik karcinomu vulvy podle autorů Roztočil, Báča, Binder a kol. (2011, s. 330) má kouření. Nikotin z cigaret vyvolává zúžení cév a snižuje tak prokrvení tkáně včetně kůže. Kouření se ve zdravotnické dokumentaci vyskytovalo převážně u pacientek, které se kromě zhoubného karcinomu vulvy léčily i s psychickými poruchami či kardiovaskulárním a metabolickým onemocněním. Z celkového počtu 56 pacientek z průzkumného souboru jich kouřila menšina, a to pouze 14 pacientek (25,00 %). V průzkumné části bylo zjištěno, že kouření má svůj podíl na výskyt pooperačních komplikací.

Třetím sledovaným údajem byl typ karcinomu, který byl u respondentek diagnostikován.

Jak se můžeme dočíst v odborné literatuře, nejčastěji vyskytujícím se typem nádoru je dle Cibula, Petruželka (2009, s. 343) nádor z dlaždicového epitelu. Ve výzkumném šetření tomu tak ale nebylo. Nejčastěji vyskytujícím se typem nádoru byl typ spinocelulární, který se vyskytoval u 27 pacientek (48,21 %) a dlaždicobuněčný pouze u 21 pacientek (37,50 %). Nejméně se u pacientek vyskytoval maligní melanom, a to pouze u 8 pacientek (14,29 %).

V první průzkumné otázce byly zjišťovány anamnestické údaje u sledovaného vzorku respondentek. Mezi anamnestické údaje patřil věk respondentek, který se nejčastěji nacházel ve věkovém rozmezí 70–81 let. Dále přidružené onemocnění, mezi které nejčastěji patřily kardiovaskulární a metabolické nemoci. A jako poslední anamnestický údaj byl zjišťován typ karcinomu. Celkem byly v průzkumné části zjištěny tři typy karcinomu, ale nejčastěji se vyskytoval spinocelulární karcinom.

## **PO 2: Jaká byla délka operačního výkonu?**

Druhá průzkumná otázka byla zaměřena na délku operačního výkonu. Délka operačního výkonu se odvíjela od typu a lokalizace nádoru, od operačního řešení a také od typu anestezie, případně od komplikací a celkovém stavu pacientky.

Nejčastější lokalizací zhoubného karcinomu byla vulva, a to až u 34 pacientek (60,71 %). Druhou nejčastější lokalizací byl u 10 pacientek (17,86 %) velký stydký pysk (labium maius). U 9 pacientek (16,07 %) byl zhoubný karcinom lokalizovaný na malý stydký pysk (labium

minus). Nejméně se u 3 pacientek (5,36 %) zhoubný karcinom vulvy nacházel v oblasti klitorisu. Karcinom lokalizovaný právě v této oblasti je méně častý, za to více agresivnější. V odborné literatuře Adam, Vaniček, Vorlíček (2004, s. 272) uvádí, že karcinomy v oblasti klitorisu mají horší prognózu a dochází u nich k častějšímu šíření do pánevních uzlin než u jiné lokalizace zhoubného karcinomu.

V průzkumné části byl zjišťován vztah mezi lokalizací karcinomu a typem operačního výkonu. Pokud byl pacientkám diagnostikován zhoubný karcinom vulvy v oblasti klitorisu, ve 100 % podstoupily simplexní vulvektomii. Jiné operační výkony se v lokalizaci klitorisu neprováděly. Dále byly simplexní vulvektomie nejčastěji prováděny v oblasti velkých stydkých pysků a v oblasti vulvy. Široké excize vulvy a radikální vulvektomie byly prováděny nejčastěji v oblasti vulvy, nejméně v oblasti velkých stydkých pysků.

V daném zdravotnickém zařízení podstoupilo chirurgickou léčbu 56 pacientek za období pěti let, tedy v letech 2014-2019. Nejčastější výkon, který pacientky podstoupily, byla vulvektomie simplexní (46,43 %), dále radikální vulvektomie (26,79 %) a excize vulvy (26,79 %). Délka operačního řešení záležela u sledovaného vzorku pacientek na typu výkonu a typu anestezie. U radikální vulvektomie, vulvektomie simplex a excize vulvy se délka výrazně lišila. Nejdéle trvajícím výkonem byla radikální vulvektomie, které v průměru trvala 141 minut. Nejdelší radikální vulvektomie trvala v přepočtu necelé čtyři hodiny a nejkratší 70 minut.

Druhým průměrně nejdelším operačním výkonem byla vulvektomie simplex, která trvala 87 minut. Nejdelší vulvektomie simplex trvala 175 minut a nejkratší 30 minut. Posledním operačním výkonem ve vyzkoumaném vzorku byla excize vulvy. V průměru excize trvala 56 minut. Nejdéle trvajícím výkonem byla excize, která trvala 140 minut a nejkratší pouze 20 minut.

Zjišťován byl i vliv operačního řešení na délku hospitalizace. Nejdéle trvajícím hospitalizací byla u pacientky, která podstoupila radikální vulvektomii. Pacientka byla léčena i s diabetem mellitem a po operačním výkonu se rána hojila sekundárně, kdy došlo k dehiscenci rány. Druhá nejdelší hospitalizace byla po vulvektomii simplexní. Pacientce bylo 84 let, léčila se s diabetem mellitem, byla obézní a také po operačním výkonu došlo k sekundárnímu hojení rány. Nejen operační řešení mělo podíl na délku hospitalizace, ale byly v tomto zjištění i zohledněny jiné faktory, jako například věk či pooperační komplikace.

Podle Bartůněk, Jurásková, Heczková a kol. (2016, s. 287) je důležitá edukace pacientky den před operačním výkonem o anestezii. Anesteziologická příprava spočívá v navození ztráty vnímání čítí a zajištění bezbolestného operačního výkonu. I z toho důvodu je zřejmé, že

nejčastěji volenou anestezií byla anestezie celková. Stejně tomu bylo tak i u toho průzkumného šetření. Nejčastěji využitou anestezií u výkonu na vulvě byla až z 92,86 % anestezie celková. Využití celkové anestezie se také odvíjelo od přidružených onemocnění pacientky, u nichž by byla jiná, než celková anestezie nevhodná či kontraindikovaná například z důvodu obezity, bolestem hlavy nebo zad. Pouze tři pacientky (5,36 %) využili regionální anestezii a výjimečně jedna pacientka (1,79 %) využila analgosedaci.

V průzkumné části byl sledován vztah typu anestezie a věku na délku hospitalizace pacientek po operačním výkonu. Bylo zjištěno, že nejkratší a nejdelší doba hospitalizace pacientek byla u pacientek, které měly celkovou anestezii. Celkovou anestezii využily pacientky ve věkovém rozmezí 32-88 let. Jediná pacientka, která měla jako typ anestezie analgosedaci byla hospitalizovaná 8 dní ve věku 54 let. U tří pacientek, které zvolily jako typ anestezie regionální anestezii se délka hospitalizace pohybovala od 5 do 11 dní. Pacientkám s tímto zvoleným typem anestezie bylo 80 let, 84 let a 20 let.

V druhé průzkumné otázce byla zjišťována délka operačního výkonu. Délka operačního výkonu se lišila podle typu a lokalizace nádoru, podle operačního řešení, podle typu anestezie a případně od komplikací a celkovém stavu pacientky. Nejdelší operační výkon byl u polymorbidní pacientky, která podstoupila radikální vulvektomii.

### **PO 3: Jaké byly nejčastější komplikace po operačním výkonu?**

Třetí průzkumnou otázkou bylo zjistit, jaké nejčastější komplikace po operačním výkonu se u pacientek vyskytovaly. Pooperační komplikace vznikaly v souvislosti s operačním výkonem či anestezií, a tím narušovaly standardní pooperační průběh a prodlužovaly délku hospitalizace pacientek.

Z celkového počtu 56 pacientek se u většiny (48,21 %) nevyskytovaly žádné pooperační komplikace. Nejčastější komplikací po operačním výkonu bylo sekundární hojení rány, a to až u 15 pacientek (26,79 %). Stejně tak uvádí Dvořáková, Pešová, Náležinská a kol. (2017, s. 244), že nejčastěji objevovanou komplikací po výkonu je sekundární hojení rány. K neléčení rány přispívá mnoho faktorů, a to jak ze strany pacientky, tak ze strany zdravotnického personálu. Sekundární hojení rány se vyskytovalo u pacientek, které byly obézní či trpěly diabetem mellitem. Sekundární hojení rány někdy vedlo až k dehiscenci neboli rozpadu rány, a to byla další komplikace, která se u pacientek (7,14 %) ve sběru dat objevila.



Dalšími komplikacemi, které se u pacientek vyskytovaly byl edém vulvy (10,71 %), dušnost (3,57 %), subfebrilie a edém dolních končetin pouze u jedné pacientky (1,79 %).

V průzkumné části byl zjišťován také vliv přidružených onemocnění na vznik pooperačních komplikací. Přidružená onemocnění měla na vznik pooperačních komplikací velký vliv. Kromě kardiovaskulárních onemocnění a metabolických vad, které pochopitelně nejvíce ovlivňují délku hospitalizace z důvodu vzniku pooperačních komplikací, bylo dále nejvíce kouření a onemocnění dýchacích cest. U pacientek, které netrpěly žádným přidruženým onemocněním, byla šance na vznik pooperačních komplikací menší než u pacientek, které jiným onemocněním trpěly. V závěru lze říci, že výskyt pooperačních komplikací se lišil podle výskytu přidružených onemocnění, věku a typu operačního výkonu.

Jak uvádí Jedličková (2019, s. 206), pacientky musí být řádně seznámeny s hygienickými návyky, péčí o ránu a s pravidelnými kontrolami v onkogynekologických pracovištích po propuštění do domácí péče. Vzhledem k tomu, že průzkumná část byla provedena retrospektivně ze zdravotnické dokumentace a byla zaměřena pouze na zmapování anamnestických údajů a informací o operačním výkonu a průběhu po operaci, nebyly přímo edukace a průběh kontrol u pacientek sledovány.

Od pooperačních komplikací, tak i radikality výkonu a přidružených onemocnění se odvíjela délka hospitalizace pacientek ve zdravotnickém zařízení. Nejčastěji se délka hospitalizace pohybovala v intervalu od 9–14 dní (51,79 %). Nejkratší doba hospitalizace byla pouhé 3 dny, a naopak nejdéle byla pacientka hospitalizována 26 dní. Nejkratší dobu (3 dny) byla hospitalizovaná pacientka, která podstoupila širokou excizi vulvy. Nejdéle po široké excizi vulvy byla hospitalizovaná pacientka 16 dní. Nejdelší hospitalizace byla u pacientky ve věku 88 let, která podstoupila radikální vulvektomii, naopak nejkratší délka hospitalizace po radikální vulvektomii byla 8 dní. Druhá nejdelší hospitalizace byla u pacientky také ve stáří, které podstoupila vulvektomii simplexní. Nejkratší doba hospitalizace po vulvektomii simplexní byla 6 dní.

Ve třetí průzkumné otázce byly zjišťovány nejčastější komplikace, které se po operačním výkonu u respondentek vyskytovaly. Mezi nejčastěji vyskytující se pooperační komplikace patřila dehiscence rány s následným sekundárním hojením rány. Do této průzkumné otázky byla zařazena i délka hospitalizace, která se díky vzniklým pooperačním komplikacím u respondentek prodlužovala. Nejdelší hospitalizace ve zdravotnickém zařízení byla u polymorbidní pacientky, která trvala 26 dní.

## 11 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala operačním řešením zhoubných karcinomů vulvy. K tomu bylo potřeba do teoretické části zahrnout anatomii ženských pohlavních orgánů, dělení a lokalizaci zhoubných karcinomů. Dále byla práce zaměřena na diagnostiku zhoubných karcinomů vulvy, léčbu, perioperační péči, která zahrnovala péči o pacientky před výkonem, během výkonu a po operačním výkonu. V závěru diplomové práce byly shrnuty možné komplikace, které mohly během výkonu a po výkonu pacientky postihnout a poslední kapitola byla věnována dispenzarizaci a prognóze onemocnění.

Cílem průzkumné části bylo zjistit a zpracovat základní informace, týkající se pacientek, které podstoupily operaci z indikace zhoubného karcinomu vulvy za období pěti let, tedy v letech 2014–2019 ve sledovaném zdravotnickém zařízení. Sběr dat byl proveden retrospektivně, to znamená ze zdravotnické dokumentace (operačních knih). Celkem průzkumný soubor tvořilo 56 pacientek, jednalo se o všechny pacientky, které ve sledovaném období byly léčeny pro nález na zevních rodidlech. Na základě cílů práce byly stanoveny tři průzkumné otázky, které pak byly podrobně rozebrány v diskuzi.

První řešenou průzkumnou otázkou bylo zjistit, jaké anamnestické údaje se u sledovaného vzorku respondentek vyskytují. V souvislosti s první průzkumnou otázkou byl zjišťován věk, přidružené onemocnění a typ karcinomu. V souvislosti s druhou průzkumnou otázkou byla zjišťována délka operačního výkonu. Ta se odvíjela od typu a lokalizace karcinomu, od operačního řešení, od typu anestezie, případně od komplikací a celkovému stavu pacientky. Třetí a zároveň poslední průzkumná otázka byla zaměřena na nejčastější komplikace, které se po operačním výkonu u pacientek vyskytovaly. Nejčastěji pooperační komplikace vznikaly v souvislosti s operačním výkonem či anestezií, a tím narušovaly standardní pooperační průběh a prodlužovaly délku hospitalizace. Nejčastěji byly pacientky ve zdravotnickém zařízení po operačním řešení zhoubných karcinomů vulvy hospitalizovány v intervalu od 9 do 14 dní.

Na základě průzkumného šetření za období pěti let, tedy v letech 2014-2019 byly zjištěny tři operační řešení, které pacientky v daném zdravotnickém zařízení podstoupily. Jedním z těchto řešení byla vulvektomie radikální, kterou podstoupilo 15 pacientek, dále ve stejném počtu pacientky podstoupily širokou excizi vulvy a poslední byla vulvektomie simplexní, kterou podstoupilo nejvíce pacientek a to 26. Právě simplexní vulvektomie byly od roku 2014 nejčastěji vyskytující se operačním výkonem. V roce 2018 se počtem k simplexním vulvektomiím přidaly i široké excize vulvy, které pak v posledním sledovaném roce, tedy

v roce 2019 byly na prvním místě. Délka každé operace byla odlišná, záleželo na typu a lokalizaci karcinomu, typu anestezie, případně vzniklých komplikací a celkovém stavu pacientky. Nejkratším operačním výkonem byly široké excize vulvy, a naopak nejdéle trvajícím operačním výkonem byly radikální vulvektomie, u kterých se musela provádět i lymfadenectomie. Na postižení lymfatických uzlin závisí celkové pětileté přežití pacientek se zhoubným karcinomem vulvy. V případě že jsou lymfatické uzliny negativní, celkové pětileté přežití je 96 % a v případě pozitivivity lymfatických uzlin je celkové přežití 66 %.

V úplné závěru je nutné zopakovat a zdůraznit, že v dnešní době se díky moderním terapeutickým metodám zlepšila prognóza a pooperační kvalita života u pacientek s tímto problémem. Zhoubný karcinom vulvy je agresivním nádorem, ale pokud pacientky budou docházet na pravidelné prohlídky ke svému obvodnímu gynekologovi a včas vyhledají odbornou lékařskou pomoc při výskytu potíží, je větší pravděpodobnost včasného záchytu zhoubného karcinomu vulvy, a tím i následně menší radikalita operačního řešení.

Toto téma diplomové práce bylo vybráno z důvodu jeho aktuálnosti, neboť onkologická onemocnění jsou často vyskytovaným onemocněním, které pacientky neustále postihuje. Jsou v České republice velkým řešeným problémem a druhou nejčastější příčinou úmrtí. Také tato práce zpřehledňuje incidenci a mortalitu zhoubných karcinomů vulvy. Tato práce by mohla posloužit jako vzdělávací materiál pro studentky porodní asistence, perioperační péče a porodní asistentky pro perioperační péči, které pracují nejen na gynekologicko-porodnických operačních sálech, ale také pro porodní asistentky na lůžkovém oddělení.

## 12 POUŽITÁ LITERATURA

1. ADAM, Zdeněk, Jiří VANÍČEK a Jiří VORLÍČEK. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 696 s. ISBN 80-247-0896-5.
2. BARASH, Paul G., Bruce F. CULLEN a Robert K. STOELTING. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada, 2015, 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
3. BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a kol. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016, 707 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
4. CIBULA, David a Luboš PETRUŽELKA. *Onkogynekologie*. Praha: Grada, 2009, 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
5. CMUROVÁ, Helena. *Diagnóza: rakovina: co dělat při chemoterapii a ozařování*. V Plzni: Nempe, 2017, 61 s. ISBN 978-80-906522-2-4.
6. Comprehensive Cancer Center. Radical vulvectomy: Information about Your Radical Vulvectomy. *Patienteducation.osumc.edu* [online]. 2016 [cit. 2019-05-10]. Dostupné z: <https://patienteducation.osumc.edu/Documents/rad-vul.pdf>.
7. ČEPICKÝ, Pavel, Pavel DUNDR, Michael FANTA a kol. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2018, 232 s. ISBN 978-80-247-5604-2.
8. DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. Praha: Maxdorf, 2019, 863 s. ISBN 978-80-7345-599-6.
9. DVOŘÁKOVÁ, Marie, Zdeňka PEŠOVÁ, Monika NÁLEŽINSKÁ a kol. Ošetřovatelská péče o operační ránu po radikální vulvektomii per secundam – komentovaná kazuistika z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků. *Onkologie*. Brno, 2017, 11(5), 244-247. ISSN: 1803-5345.
10. EPIDEMIOLOGIE ZHOUBNÝCH NÁDORŮ V ČESKÉ REPUBLICI, 2015. *Report – Diagnóza: C51 – ZN vulvy* [online]. Masarykova univerzita [cit.2020-4-03]. Dostupné z: <https://www.svod.cz/report.php?diag=C51>.
11. FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 3. aktualizované a přepracované vydání. Praha: Maxdorf, 2019, 624 s. ISBN 978-80-7345-607-8.
12. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL a kol. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

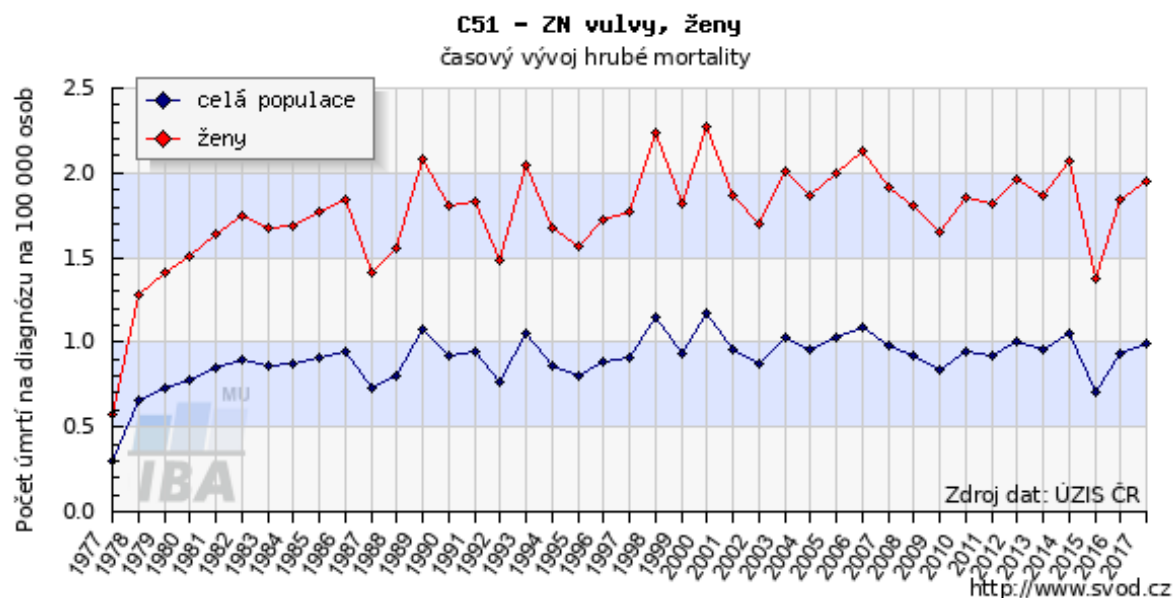
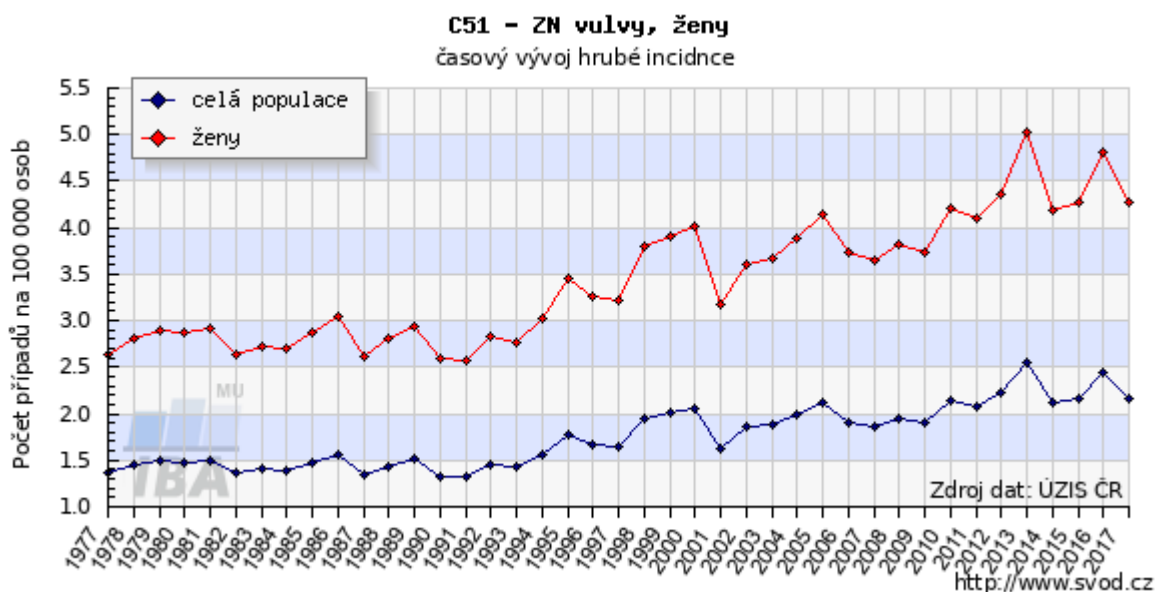
13. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
14. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019, 330 s. ISBN 978-80-7013-598-3.
15. KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 1068 s. ISBN 978-80-7345-267-4.
16. KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC, Luboš PETRUŽELKA a kol. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2014, 872 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
17. KUBÁČKOVÁ, Kateřina. *Vzácné nádory v onkologii*. Praha: Mladá fronta, 2015, 335 s. ISBN 978-80-204-3658-0.
18. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
19. MÜLLER, Sven-David. *100 nejúčinnějších zabijáků rakoviny*. Praha: Ikar, 2015, 127 s. ISBN 978-80-249-2702-2.
20. NOVOTNÝ, Jan, Pavel VÍTEK, Zdeněk KLEIBL a kol. *Onkologie v klinické praxi: standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2019, 638 s. ISBN 978-80-204-5103-3.
21. ONKOGYNEKOLOGIE, 2020. *Setkání onkogynekologických center 9. 9. 2019* [online]. Zeleneč: Maldafost [cit. 2020-3-20]. Dostupné z: [http://www.onkogyneekologie.com/?page\\_id=55](http://www.onkogyneekologie.com/?page_id=55).
22. RINNE, Jörg. *Nádory nepadají z nebe: příčiny a prevence rakoviny*. Olomouc: Fontána, 2018, 174 s. ISBN 978-80-7336-949-1.
23. ROZTOČIL, Aleš, Pavel BARTOŠ, Václav BÁČA a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
24. ROZTOČIL, Aleš, Václav BÁČA, Tomáš BINDER a kol. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
25. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014, 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

26. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Hana ČOUPKOVÁ, Pavel MARCIÁN a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019, 272 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
27. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
28. ŠPAČEK, Jiří, Ivo KALOUSEK, Petr JÍLEK a kol. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: Mladá fronta, 2018, 676 s. ISBN 978-80-204-4646-6.
29. ŠPAČEK, Jiří, Vladimír BUCHTA a Petr JÍLEK. *Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí*. Praha: Grada, 2013, 360 s. ISBN 978-80-247-4554-1.
30. VOKURKA, Samuel a Petra TESAŘOVÁ. *Onkologie v kostce*. Praha: Current Media, 2018, 270 s. ISBN 978-80-88129-37-0.
31. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
32. WEISS, Petr, Slavoj BRICHČÍN, Blanka ČEPICKÁ a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8.
33. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
34. WICHSOVÁ, Jana, Petr PŘIKRYL, Renata POKORNÁ a kol. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

## 13 PŘÍLOHY

Příloha 1: Časový vývoj incidence a mortality u zhoubných karcinomů vulvy .....	49
Příloha 2: Staging karcinomu vulvy (TNM klasifikace, FIGO) .....	50
Příloha 3: Záznamový arch .....	51

Příloha 1: Časový vývoj incidence a mortality u zhoubných karcinomů vulvy





Příloha 2: Staging karcinomu vulvy (TNM klasifikace, FIGO)

<b>TNM 2010</b>		<b>FIGO 2008</b>
T1	nádor je omezen na vulvu a/nebo perineum	I
T1a	nádor do 2 cm v největším rozměru a se stromální invazí $\leq 1,0$ mm negativní lymfatické uzliny	IA
T1b	nádor větší než 2 cm a/nebo se stromální invazí $> 1,0$ mm negativní lymfatické uzliny	IB
T2	nádor jakékoli velikosti s rozšířením do přilehlých perineálních struktur, dolní třetiny uretry, dolní třetiny pochvy, anu, negativní lymfatické uzliny	II
T1,2 N1a	1-2 metastázy v ingvino-femorálních uzlinách, každá $< 5$ mm v největším rozměru	IIIA
T1,2 N1b	1 metastáza v ingvino-femorální lymfatické uzlině $\geq 5$ mm v největším rozměru	IIIA
T1,2 N2a	3 a více metastáz v ingvino-femorálních uzlinách, každá $< 5$ mm v největším rozměru	IIIB
T1,2 N2b	2 a více metastáz v ingvino-femorální lymfatické uzlině 5 mm nebo větší v největším rozměru	IIIB
T1,2 N2c	extrakapsulární šíření v lymfatických uzlinách	IIIC
T1,2 N3	metastázy ve fixovaných nebo ulcerovaných ingvino-femorálních uzlinách	IVA
T3 jakékoli N	nádor jakékoli velikosti se šířením do následujících struktur: horní 2/3 uretry, horní 2/3 pochvy, sliznice měchýře, sliznice rekta nebo je fixován ke kosti pánve	IVA
M1	přítomnost vzdálených metastáz (včetně metastáz v pánevních mízních uzlinách)	IVB

Zdroj: Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 439

