XIX. SYMPÓZIUM AGEL 2026 · VĚDECKÝ / SCIENTIFIC POSTER

OBEZITA A KARCINÓM ENDOMETRIA

Civilizačná výzva modernej gynekológie

Retrospektívna analýza 57 pacientok s karcinómom endometria · 01/2021–09/2026

MUDr. Rostyslav Tsap · MUDr. Oleksandr Yazykov
Gynekologicko-pôrodnícke oddelenie · Nemocnica AGEL Komárno

N = 57
finálny súbor
01/2021–09/2026

59,6 %
pacientok s obezitou
34/57; BMI ≥30 kg/m²

15
MIS hysterektómií
15/57 · 26,3 %

57
hysterektómií
15 MIS · 42 laparotómií

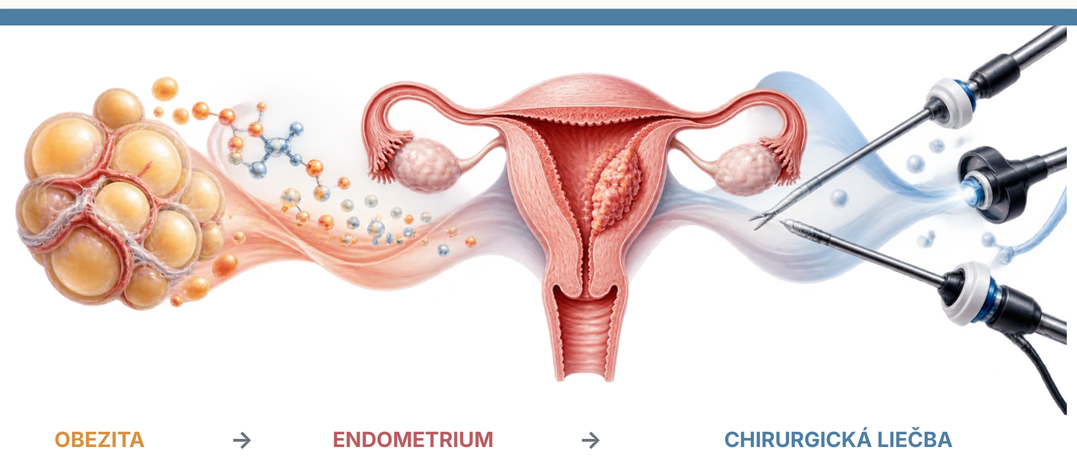
34
chirurgická podskupina s obezitou
BMI ≥30 · 13 MIS · 21 laparotómií

PREČO JE TO DÔLEŽITÉ?

Obezita je etablovaným rizikovým faktorom karcinómu endometria. Periférna aromatizácia, hyperinzulinémia a chronický nízkostupňový zápal podporujú endometriálnu proliferáciu a karcinogenézu. Metabolická multimorbidita zároveň zvyšuje význam dôsledného predoperačného zhodnotenia. [1–4]

CIEĽ

Zhodnotiť zastúpenie obezity a metabolickú záťaž pri karcinóme endometria a porovnať perioperačné výsledky MIS a laparotómie u pacientok s obezitou.



Ilustračná schéma · nie klinická dokumentácia

MATERIÁL A METÓDY

Jednocentrová retrospektívna analýza 57 pacientok s karcinómom endometria (01/2021–09/2026). Údaj o BMI bol dostupný u všetkých 57 pacientok. Metabolická záťaž bola hodnotená podľa dokumentovanej hypertenzie a DM2. Chirurgický súbor tvorilo 57 hysterektómií (15 MIS, 42 laparotómií). Podskupinová analýza pacientok s BMI ≥30 kg/m² zahŕňala 34 pacientok (13 MIS vs 21 laparotómií). Hodnotené boli LOS, komplikácie operačnej rany a 30-dňová pooperačná morbidita, definovaná ako akákoľvek dokumentovaná pooperačná komplikácia do 30 dní.

73 zdrojových blokov → **71** unikátnych kandidátok → **57** zaradených prípadov → **57** pacientok vo finálnom súbore → **57** hysterektómií

Podskupinová analýza pacientok s BMI ≥30: n=34 → MIS 13 | laparotómia 21.

01 OBEZITA

Obezita u 59,6 % pacientok

34/57 (59,6 %) pacientok malo BMI ≥30 kg/m²; BMI ≥35 kg/m² malo 13/57 (22,8 %) a BMI ≥40 kg/m² 2/57 (3,5 %). Obezita tak zostala dominantným metabolickým kontextom kohorty.

59,6 % — Medián BMI 30,4 [28,4; 34,7] kg/m²

DISTRIBÚCIA BMI

Podváha	1/57 · 1,8 %
Normálna hmotnosť	8/57 · 14,0 %
Nadváha	14/57 · 24,6 %
Obezita I.	21/57 · 36,8 %
Obezita II.	11/57 · 19,3 %
Obezita III.	2/57 · 3,5 %

KLINICKÁ INTERPRETÁCIA
BMI treba interpretovať ako súčasť celkového metabolického a perioperačného profilu, nie ako samostatný marker biologickej agresivity nádoru.

02 METABOLICKÁ ZÁŤAŽ

DM2 bol pri obezite numericky častejší

DM2 bol dokumentovaný u 14/29 (48,3 %) pacientok s BMI ≥30 oproti 4/22 (18,2 %) pri BMI <30: rozdiel +30,1 p. b. (Fisher p = 0,039; pHolm = 0,077). Hypertenzia: 30/33 (90,9 %) vs 16/22 (72,7 %); pHolm = 0,134.

+30,1 p. b. — DM2 · BMI ≥30 vs <30

DM2

BMI <30	4/22
BMI ≥30	14/29

pHolm = 0,077

Hypertenzia

BMI <30	16/22
BMI ≥30	30/33

pHolm = 0,134

ŠTATISTICKÁ POZNÁMKA
Ide o exploratívne, neadjustované porovnania. Rozdielne menovatele odrážajú dostupnosť údajov; výsledky nemožno interpretovať ako nezávislý efekt obezity.

03 NÁDOROVÝ PROFIL

Prevažoval endometrioidný histotyp

Diagnostická histológia bola známa u 57/57 pacientok. Endometrioidný karcinóm tvoril 32/57 (56,1 %), adenokarcinóm NOS 19/57 (33,3 %); ostatné histotypy boli menej časté. Ide o diagnostickú morfológiu, nie kompletnú finálnu rizikovú klasifikáciu.

Endometrioidný	**32/57 · 56,1 %**
Adenokarcinóm NOS	**19/57 · 33,3 %**
Serózny	3/57 · 5,3 %
Karcinosarkóm	2/57 · 3,5 %
Svetlobunkový	1/57 · 1,8 %

GRADE 28/32 — endometrioidných karcinómov malo hodnotiteľný histologický grade; všetkých 28 hodnotiteľných prípadov bolo low-grade (G1–G2).

DÔLEŽITÁ LIMITÁCIA
Bez kompletných údajov o finálnej histológii, FIGO štádiu, LVSI a molekulárnej klasifikácii nemožno spoľahlivo porovnávať biologickú agresivitu nádoru podľa BMI.

04 PERIOPERAČNÉ VÝSLEDKY U PACIENTOK S OBEZITOU

MIS vs laparotómia u 34 pacientok s obezitou (BMI ≥30 kg/m²)

V kohorte bolo vykonaných 57 hysterektómií (15 MIS, 42 laparotómií). Chirurgická podskupina pacientok s obezitou zahŕňala 34 pacientok (13 MIS vs 21 laparotómií). Po MIS nebola dokumentovaná komplikácia operačnej rany ani akákoľvek pooperačná komplikácia do 30 dní; po laparotómii boli tieto udalosti zaznamenané u 4/21 a 5/21 pacientok.

MIS · LOS n=13
3 dni
medián [IQR 2–4] · pooperačná hospitalizácia

vs

LAPAROTÓMIA · LOS n=21
6 dní
medián [IQR 5–8] · pooperačná hospitalizácia

30-DŇOVÉ PERIOPERAČNÉ VÝSLEDKY · BMI ≥30	MIS · n=13	LAPAROTÓMIA · n=21
Komplikácia operačnej rany (Fisherov exaktný test: p = 0,144)	0/13 (0 %)	4/21 (19,0 %)
Pooperačná komplikácia do 30 dní (Fisherov exaktný test: p = 0,132)	0/13 (0 %)	5/21 (23,8 %)

EXPLORATÍVNE POROVNANIE U PACIENTOK S OBEZITOU
V chirurgickej podskupine pacientok s obezitou bol pri MIS pozorovaný numericky priaznivejší perioperačný profil: nižší medián pooperačnej hospitalizácie a nulový výskyt dokumentovaných ranových komplikácií a 30-dňovej morbidity. Rozdiely vo výskyte komplikácií nedosiahli štatistickú významnosť.

KONTEXT EXTERNÝCH DÔKAZOV
Pri vhodnej indikácii medzinárodné odporúčania preferujú minimálne invazívny prístup; randomizované a systematické dáta podporujú nižšiu perioperačnú morbiditu pri zachovaní onkologickej bezpečnosti v príslušných populáciách. [4,6–8]

KLINICKÝ VÝZNAM

Obezita je metabolický aj perioperačný kontext. V chirurgickej podskupine pacientok s BMI ≥30 kg/m² bol po MIS pozorovaný numericky priaznivejší perioperačný priebeh: bez dokumentovaných ranových alebo 30-dňových komplikácií a s kratším LOS v podskupine s dostupnými údajmi. Výber prístupu musí rešpektovať rozsah ochorenia, operabilitu a individuálne riziko.

ZÁVER

V kohorte 57 pacientok bola obezita prítomná u 34/57 (59,6 %). V chirurgickej podskupine pacientok s obezitou bol pri MIS pozorovaný numericky nižší výskyt ranových komplikácií (0/13 vs 4/21; p=0,144) a 30-dňovej morbidity (0/13 vs 5/21; p=0,132). V podskupine s dostupným LOS bol medián pooperačnej hospitalizácie 3 [2–4] vs 6 [5–8] dní.

TAKE-HOME MESSAGE

OBEZITA MENÍ PERIOPERAČNÝ KONTEXT.

V exploratívnej analýze pacientok s obezitou sa MIS spájala s kratšou pooperačnou hospitalizáciou a nulovým výskytom dokumentovaných ranových a 30-dňových komplikácií; výsledky si vyžadujú interpretáciu v kontexte observačného dizajnu.

OBEZITA → METABOLICKÁ ZÁŤAŽ → VOĽBA OPERAČNÉHO PRÍSTUPU → PERIOPERAČNÝ VÝSLEDOK

LIMITÁCIE

- jednocentrový retrospektívny súbor bez populačného registra
- klinicky podmienený výber operačného prístupu limituje kauzálnu interpretáciu
- neúplné údaje o finálnej histológii, FIGO štádiu, LVSI a molekulárnej klasifikácii

Zdroj lokálnych údajov: Archív Nemocnice AGEL Komárno, GPO.

LITERATÚRA

1. WCRF/AICR. Body fatness and weight gain and the risk of cancer. 2018.
2. Aune D, et al. Ann Oncol. 2015;26:1635–1648. doi:10.1093/annonc/mdv142.
3. Onstad MA, et al. J Clin Oncol. 2016;34:4225–4230. doi:10.1200/JCO.2016.69.4638.
4. Concin N, et al. Lancet Oncol. 2025;26:e423–e435. doi:10.1016/S1470-2045(25)00167-6.
5. Berek JS, et al. Int J Gynaecol Obstet. 2023;162:383–394. doi:10.1002/ijgo.14923.
6. Walker JL, et al. J Clin Oncol. 2009;27:5331–5336. doi:10.1200/JCO.2009.22.3248.
7. Janda M, et al. JAMA. 2017;317:1224–1233. doi:10.1001/jama.2017.2068.
8. Cusimano MC, et al. Am J Obstet Gynecol. 2019;221:410–428.e19. doi:10.1016/j.ajog.2019.05.004.

Finálna kohorta 01/2021–09/2026: n=57; 57 hysterektómií; podskupinová analýza pacientok s obezitou: n=34.

OBEZITA JE KONTEXT · KARCINÓM ENDOMETRIA JE OCHORENIE · METABOLICKÁ MULTIMORBIDITA FORMUJE PROFIL PACIENTKY · CHIRURGIA JE KLINICKÁ VÝZVA