

Zapleteni kolposkopski primeri

Leon Meglič

UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Šljajmerjeva 3, Ljubljana

Povzetek

Kolposkopija je metoda, ki je stara že 90 let, pa je še vedno zelo uporabna. Od kolposkopista se zahteva precejšnje znanje in večletne izkušnje, da bi lahko suvereno ocenjeval spremembe na materničnem vratu. Še posebno pa to velja pri zapletenih kolposkopskih primerih. Kolposkopija v nosečnosti spada med najbolj zahtevne kolposkopije, saj je zaradi fizioloških sprememb ocenjevanje površine materničnega vratu še dodatno oteženo. Prav tako zahtevna je kolposkopija po operativnem ali radiološkem zdravljenju sprememb na materničnem vratu. Sami posegi površino zelo spremenijo, hkrati pa so to ženske, pri katerih je kolposkopija ključnega pomena za sledenje po primarnem zdravljenju. Pomembno je, da poznamo spremembe na materničnem vratu, ki sledijo nosečnosti ali pa različnim oblikam zdravljenja. Še pomembneje pa je, da znamo videno potem tudi pravilno interpretirati.

Ključne besede: kolposkopija, rak materničnega vratu, CIN, konizacija, LLETZ, laserska vaporizacija, obsevanje

Uvod

Zgodovina kolposkopije je nekoliko nenavadna.

Glede na optične naprave, ki jih uporabljamo danes, bi dejali, da je relativno nova metoda, stara nekaj desetletij. V resnici pa mineva natančno 90 let, kar je dr. Hans Hinselmann (predstojnik ginekološke klinike v Hamburgu) leta 1925 izumil kolposkop. Seveda ob inženirjih takrat (in danes) vodilnih optičnih podjetij Leitz in Zeiss.

Schiller je pregled z Lugolovo raztopino uvedel leta 1927. Šele leta 1941 sta Papanicolaou in Traut objavila uporabnost citologije pri odkrivanju raka materničnega vratu. Leta 1949 pa je Ayre razvil loparček za abrazivno jemanje citoloških brisov, kar je izboljšalo kakovost odvzetih vzorcev. In metode so se začele sestavljati v smiselno celoto.

Minilo je nadaljnih 25 do 30 let, da se je kolposkopija uveljavila izven nemško govoreče Evrope. Prve raziskave na osnovi kolposkopije se v svetu pojavijo med leti 1950 in 1954.

Sama metoda kolposkopije se z nekaj posodobitvami uporablja tudi danes. Od kolposkopista zahteva precejšnje znanje in večletne izkušnje, da bi lahko suvereno ocenjeval spremembe na materničnem vratu. O posebej zahtevnih primerih pa bomo spregovorili tukaj.

Kolposkopija v nosečnosti

Spada med najbolj zahtevne kolposkopije, saj je zaradi fizioloških sprememb ocenjevanje površine

materničnega vratu še težje. Invazivni rak materničnega vratu je v nosečnosti redek, statistično ne presega 1 na 1000 nosečnic. Vendarle je med vsemi na novo odkritimi bolnicami z invazivnim rakom 1 % takih, ki so noseče. 5 % nosečnic ima bris materničnega vratu (PAP) APC-N in več, čedalje več med njimi ima histološko CIN II ali III (PIL-VS).

Makroskopsko lahko vidimo fiziološke spremembe kot hipertrofijo materničnega vratu, kongestijo in cianozo.

Mikroskopsko pa se pokaže proliferacija intermedialnega sloja in hiperaktivnost bazalnih celic **ploščatoceličnega epitelija** in hiperplazija, hipertrofija ter metaplazija **žleznega epitelija** (najopaznejše pri primigravidah v drugem trimestrju). Mehanični ektropij se pojavlja v prvem trimestrju na sprednji ustni, periferno pa ni vidnih znakov reepitelizacije. V prvem trimestrju se pojavi tudi glandularno cistična displazija. Gre za retencijske ciste okoli zunanje-ga materničnega ustja.

Decidualna reakcija je najznačilnejša, pojavi se zgodaj in prisotna je pri tretjini nosečnic. Najpogostejša oblika so polipi, ki imajo slonokoščeno barvo. Vsi ostali fenomeni se v nosečnosti le še poudarijo do bizarnih oblik: ektropij (hipertrofija papil), transformacijska cona (povečana pravilna vaskularizacija, voluminozne retencijske ciste) in atipična transformacijska cona (nepravilnost mozaika in punktacij).

Kolposkopija v nosečnosti je otežena tako zaradi prej opisanih sprememb, kot tudi zaradi edema vaginalne sluznice, ki lahko celo zakriva maternični

vrat in fizično izjemno moti dostop ter vizualizacijo le-tega, moti pa nas tudi obilna cervikalna sluz. Indikacije za kolposkopijo se pri nosečnicah v ničemer ne razlikujejo od siceršnjih smernic. Po potrebi mora izkušen in dobro opremljen kolposkopist (bipolarna pinceta ali kutor v ambulantni) napraviti tudi biopsijo. Tveganje krvavitve ne presega tveganja, da spregledamo invazivni rak.

Vedeti moramo tudi, da vse spremembe, ki nastanejo v nosečnost, po porodu hitro regresirajo, najkasneje mehanični ektopij (po treh mesecih).

Kolposkopija v nosečnosti se torej v bistvu ne razlikuje od siceršnje. Zares nova je slika decidualizacije, vsa ostala stanja so le poudarjena slika sprememb, ki jih najdemo tudi izven nosečnosti.

Kolposkopija po operativnih posegih

Operativni posegi bistveno spremenijo površino materničnega vratu.

Po operacijah, kot so plastika po Donald-Fothergillu ter po navadni in radikalni trahelektomiji, materničnega vratu ni več možno opazovati. Po vseh teh operacijah se del ali celotni maternični vrat odstrani, preostanek maternice pa se prekrije z vaginalno sluznico. Tako vidimo le vhod v na novo formiran cervikalni kanal (CK). Nadzor je zato mogoč le z brisi PAP in HPV. Kolposkopija pa se omeji na sluznico nožnice ob ustju CK, kjer iščemo VAIN spremembe v povezavi s prvotno patologijo na materničnem vratu.

Nasprotno s tem pa se maternični vrat in z njim morebitna kolposkopija v ničemer ne razlikujejo od siceršnje, če je bila pri bolnici narejena supracervikalna histerektomija. Potrebno je poučiti vse take bolnice, da ne opustijo rednega presejalnega programa.

Zares zahtevne pa so kolposkopije po destruktivskih posegih, kot so krioterapija, kauterizacija, LLETZ in laserska vaporizacija ter klasična konizacija.

Proces celjenja je pri vseh, sicer različnih, postopkih enak. Prva dva tedna je prizadeta površina prekrita z nekrotičnim tkivom. Nevajenemu kolposkopistu se lahko zdi, da gleda nekrotične spremembe raka! Toliko bolj, ker se med neenako globokimi nekrotičnimi polji prikazuje površina, kjer je nekroza že odpadla in se vidijo hemoragična področja. V naslednjih dveh tednih nekrozo nadomesti granulacijsko tkivo, ki se vidi kot temnordeča površina, ki ob dotiku hitro zakrvari. Vse to je posledica novonastalih kapilar v procesu celjenja. Temu sledi proces reepitelizacije, ki vedno poteka od periferije

proti centru. Ta del celjenja lahko traja od 2 do 3 mesece.

Novonastali epitel je videza nezrele metaplazije z izrazitimi kislinsko bledimi področji in deluje kot recidiv oz. ostanek PIL-VS, vključno s slikami mozaika in punktacij.

Okoli poškodovanega dela materničnega vratu pogosto vidimo neovaskularizacijo, ki poteka relativno urejeno in krožno. Lahko jo ločimo od neoplastične vaskularizacije, saj ta poteka žarkasto proti CK ali pa je povsem neurejena.

Celo pol leta po posegu lahko vidimo spremembe, ki spominjajo na ploščatocelično intraepitelijsko lezijo (PIL). Gre za subepitelno fibrozo, ki je gosto in slabo prekrvljena, površina pa je nagubana. Na srečo se z jodom obarva normalno. Taka fibroza v 1–4 % povzroči stenozo CK in s tem povezano dismenorejo ali celo hematometro.

Transformacijska cona (TZ) se po klasični konizaciji pomakne v novonastali CK in kolposkopiji ni dostopna. Enako se zgodi tudi pri globoki eksciziji z diatermijsko zanko (LLETZ). Po laserski vaporizaciji in plitvem LLETZ-u pa smo priča obratni situaciji. Nastopi prolaps endocervikalnega tkiva in novonastala TZ se izboči navzven, ter tako postane bolj vidna. Tej strukturi rečemo tudi **endocervikalni gumb**.

Kolposkopija po obsevanju

Pri raku materničnega vratu FIGO stadij IIA in več se za odstranitev maternice ne odločamo, saj je verjetnost, da bo ostalo rezidualno karcinomsko tkivo, velika. Odstranimo le pelvične bezgavke, zdravljenje pa dokončamo z obsevanjem.

Kolposkopija pri takih bolnicah je nujna za nadzor nad morebitno ponovitvijo bolezni. Citologija je namreč omejena, saj obsevanje povzroči trajne celične spremembe.

Kolposkopiramo z manjšimi in krajšimi kljuni, saj so nožnice vsaj prvih 6 mesecev ožje in občutjive na dotik. Očetni kis dobro pokaže ohranjeno tkivo in spremembe, joda pa ne uporabljamo, ker se obsevano tkivo ne obarva.

Same začetne spremembe trajajo do 6 mesecev in se kažejo v hiperemiji, nekrozi in krčenju materničnega vratu. Pogoste so nekroze zgornjega dela nožnice, kar pregled še otežuje. Po koncu obdobja nekroze nastopi fibroza. Obsevano mesto otrdi, vezivno tkivo prekrije kapilare, zato je površina izrazito bleda. Vidne ostanejo le večje žile, ki tako dobijo

izgled patološkega žilja. Včasih lahko vezivno tkivo zoža vso zgornjo tretjino nožnice in materničnega vratu ne vidimo več. Včasih se fibroza z leti še stopnjuje, izločati se začne sokrvici podobna tekočina, kar daje vtis recidiva. Stanje verificiramo z biopsijo.

Zaključek

Pomembno je, da poznamo spremembe na materničnem vratu, ki sledijo nosečnosti ali pa različnim vrstam zdravljenja. Še pomembneje pa je, da znamo videno potem tudi pravilno interpretirati. Nobena sramota ni, če za pomoč prosimo izkušenega kolega in bolnico pogledamo skupaj ali pa jo pošljemo v center, ki ima s posebnimi stanji več izkušenj. Tako je bolj varno za naše bolnice in za nas same.

Literatura

Torres JE, Riopelle MA. History of the colposcopy in the United States. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1993; 20: 1–12.

Irvin W, Taylor P. Biopsy of lesions of the female genital tract in the ambulatory setting. *J Long Term Eff Med Implants* 2004; 14: 185–199.

Rieck GC, Bhaumik J, Beer HR, Leeson SC. Repeating cytology at initial colposcopy does not improve detection of high-grade abnormalities: A retrospective cohort study of 6596 women. *Gynecol Oncol* 2006; 101: 228–233.

Kesić V. Kolposkopija posle tretmana grlića, vulve i vagine – reparativne i ožiljne promene. In: Kesić V. Kolposkopija i bolesti donjih genitalnih organa žene. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2000; 271–4.

Abu J, Davies Q. Endocervical curettage at the time of colposcopic assessment of the uterine cervix. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 60: 315–320.

Miranda AD, Rodriguez R, Novoa DM, Rojas A, Pachon A, DiazGranados CA. The use of endocervical curettage in women with low-grade squamous intraepithelial lesions or atypical squamous cells of unknown significance on pap smear. *J Low Genit Tract Dis.* 2006; 10: 146–150.

Allard JE, Rodriguez M, Rocca M, Parker MF. Biopsy site selection during colposcopy and distribution of cervical intraepithelial neoplasia. *J Low Genit Tract Dis* 2005; 9: 36–9.

Guido RS, Jeronimo J, Schiffman M, Solomon D. The distribution of neoplasia arising on the cervix: Results from the ALTS trial. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 1331–1337.

Kesić V. Kolposkopski izgled cerviksa, vagine i vulve posle zračenja. In: Kesić V. Kolposkopija i bolesti donjih genitalnih organa žene. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 2000; 271–4.

Pretorius RG, Zhang X, Belinson JL, Zhang WH, Ren SD, Bao YP, et al. Distribution of cervical intraepithelial neoplasia 2, 3 and cancer on the uterine cervix. *J Low Genit Tract Dis* 2006; 10: 45–50.

Massad SL, Wright TC, Cox TJ, Twigg LB, Wilkinson E. Managing abnormal cytology results in pregnancy. *J*

Low Genit Tract Dis 2005; 9: 146–8.

Brown D, Berran P, Kaplan KJ, Winter WE, Zahn CM. Special situations: Abnormal cervical cytology during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48: 178–185.

Penna C, Fambrini M, Fallani MG, Pieralli A, Scarselli G, Marchionni M. Laser CO2 conization in postmenopausal age: Risk of cervical stenosis and unsatisfactory follow-up. *Gynecol Oncol* 2005; 96: 771–775.