

Kolposkopické nálezy po operáciách pre Ca in situ krčka maternice

Olga Voldánová, Otto Vančo, Karol Berndt

Colposcopic findings after Ca in situ cervix operations

Súhrn

Autori analyzujú súbor pacientok operovaných pre "ca in situ" krčka maternice so zdôraznením pooperačného kolposkopického managementu. Súbor obsahuje 64 pacientok sledovaných 3 mesiace až 16 rokov. Kolposkopická recidíva sa vyskytla u 6 pacientok (10,6 %), histologicky bola potvrdená u 5 pacientok (8,9 %). Opísaný prípad pacientky operovanej 5-krát pre drobné kolposkopicky recidivujúce aj multicentrické lézie a histologicky potvrdený proces neogenézy od CIN III – ťažkej dysplazie až recidívu ca in situ v pošve po hysterektómii. Pacientka súčasne liečená spolu s manželom pre klinicky manifestnú genitálnu HSV-infekciu (*tab. 3, obr. 1, lit. 12*).

Kľúčové slová: CIS krčka maternice, histológia, HSV infekcia, hysterectomia, kolposkopia, operácia, recidíva.

Summary

We analysed a group of patients with diagnosis "ca in situ" of cervix to be operated on. Emphasis was laid on the postoperative colposcopic management. The group consisting of 64 patients was followed up within the period of time from 3 months to 16 years. Of the 64 women enrolled, 6 patients developed colposcopic recurrence (10.6 %) which was confirmed histologically in 5 cases (8.9 %). The statement of a case of one patient who was operated on 5 times because of small recurrent and mostly multicentric lesions and also the process of neogenesis, e.i. from CIN III – serious dysplasia to ca in situ recurrence in vagina after hysterectomy confirmed histologically, is given. The patient developing signs of clinic manifested genital HSV infection was treated along with her husband (*Tab. 3, Fig. 1, Ref. 12*).

Key words: CIS of cervix, histology, HSV infection, hysterectomy, colposcopy, operation, recurrence.

Prakt. Gynec., 5, 1998, č. 1.

Úvod

Význam prebiopických metód v diagnostike prekanceróz a včasných štádií rakoviny krčka maternice je potvrdený praxou. Osobitná rola tu pripadá kolposkopii, ktorá v niektorých prípadoch (malé lézie, gravidita; Bouda 1992) je metódou prioritnou. Nemenej významný je kolposkopický management pacientok po operáciách pre histologicky verifikovanú intraepiteliálnu neopláziu a ca in situ nielen po konizácii alebo amputácii krčka maternice, ale aj po hysterektómii, kedy časť gynekológov považuje problém neogenézy u pacientky za vyriešený alebo nesleduje pacientku s adekvátnou prítomnosťou.

Materiál a metodika

V práci chceme poukázať na význam kolposkopického managementu u pacientok po operačných zákrokoch pre CIS krčka maternice. Materiál analyzuje pacientky operované na Gynekologicko – pôrodnickom oddelení NsP v Žiari nad Hronom s vyššie uvedenou diagnózou v rokoch 1981–1996 a súčasne sledované na onko-gynekologickej ambulancii NsP v Žiari nad Hronom.

Výsledky

NsP v Žiari nad Hronom zabezpečuje zdravotnú starostlivosť pre približne 60 000 obyvateľov. Od roku 1981 do roku 1996 bolo na Gynekologicko-pôrodnickom oddelení v Žiari nad Hronom diagnostikovaných 137 karcinómov všet-

Gynekologicko-pôrodnické oddelenie NsP Žiar nad Hronom
Adresa: MUDr. Olga Voldánová, Gynekologické oddelenie NsP,
965 37 Žiar nad Hronom, Sládkovičova 11, Slovensko

kých štádií včítne CIS. Zastúpenie jednotlivých štádií je uvedené v tabuľke 1.

Z tabuľky vyplýva, že za obdobie 16 rokov bolo diagnostikovaných na našom oddelení 64 ca in situ, 23 mikroinvazívnych a 50 klinicky invazívnych karcinómov. Takmer 2/3 karcinómov boli diagnostikované v štádiu CIS alebo preklinikom.

Blížšia charakteristika 64 pacientok s diagnózou ca in situ krčka maternice je nasledovná:

Najmladšie 2 pacientky boli 22-ročné, najstaršia 57-ročná. Priemerný vek bol 38,3 roka, čo je v súhlase s výsledkami iných autorov (Maňka a spol., 1979). Čas sledovania bol 3 mesiace až 16 rokov.

Tabuľka 1. Analýza 137 diagnostikovaných karcinómov (1981-1996) na Gynekologicko-pôrodnickom odd. NsP v Žiari nad Hronom

Roky	Štádiá			Spolu
	CIS	Ia1a2	Ib – IV	
1981 – 85	27	7	27	61
1986 – 90	7	9	8	24
1991 – 95	22	5	11	38
1996	8	2	4	14
Spolu:	64	23	50	137
	47 %	17 %	36 %	100 %
	64 %			

Tabuľka 2. Počet pacientok, ktoré sa podrobili chirurgickému zákroku, priemerný vek a priemerná dĺžka sledovania

Počet pacientok	operácia	priemer. vek	priemer. dĺžka sled.
29	konizácia	34	7,7
27	amputácia	38	10,2
8	hysterektómia	43	5,4
čas sledovania:	3 mesiace – 16 rokov		
vek 22 – 57 rokov:	priemerný vek 38,3 rokov		

Tabuľka 3. Prehľadné spracovanie výsledkov sledovania

Predch. zákrok	dôvod reoperácie	počet pac.	%
konizácia	pozitívne okraje	3	19
	KOLPO recidíva	5	34 (8,9)
	vek nad 40 r.	3	19
	myomatóza	1	7
	nespolahlivá p.	1	7
amputácia	myomatóza	1	7
hysterektómia	KOLPO recidíva	1	7 (1,8)
spolu		15	100 (10,7)
Histológia	3x ca in situ, 1x CIN I., 1x CIN II., 1x neg.		

Až na 2 pacientky s myomatóznym uterom (virgo a druhá, ktorá 2-krát rodila), bol u všetkých indikovaný chirurgický zákrok pre suspektný kolposkopický a cytologický nález.

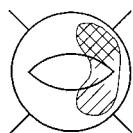
Počet pacientok, ktoré sa podrobili chirurgickým zákrokom, ich priemerný vek a priemerná dĺžka sledovania sú uvedené v tabuľke 2.

Z tabuľky je zjavné, že konizácia bola indikovaná u pacientok vekovo mladších, hysterektómia u najstarších. Z priemernej dĺžky sledovania vyplýva, že v posledných rokoch sa viac prikláňa-

me ku konizáciám. Konizácie robíme “studeným” nástrojom, po lokálnej aplikácii Lugolovho roztoku, pripájame kyretáž hrdla, v súčasnosti aj tela maternice. Reznú plochu ošetrujeme plastikou podľa Sturmdorfa, Sturmdorfa-Palmricha alebo jedným cirkulárnym silónovým stehom, ktorý po zahojení vyberáme.

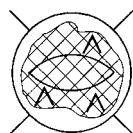
Primárne sme hysterektómiu indikovali u 8 pacientok, u 2 nie z prebiopických dôvodov, u ďalších 6 pacientok pri kolposkopicky menej výraznom suspektnom náleze pri súčasnej viac alebo menej závažnej myomatóze.

Histol.: Ťažký stupeň dysplazie - CIN III
1993/VII/ KOLPO M, H
cyto PAP III



konizácia

Histol.: ca in situ
1994/VII/ KOLPO M, výrazné A
cyto PAP IV.



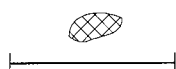
amputácia

Histol.: ca in situ
1995/III/ KOLPO H, M
cyto PAP III



hysterektomia

Histol.: ca in situ
1996/VIII/ KOLPO M
cyto PAP III



excízia

Histol.: Hyperplast. epitel bez neoplazie
1997/I/ KOLPO H, jedneg
cyto PAP II



excízia

Zo sledovaných 56 pacientok po konizácii a amputácii krčka maternice sme u 15 pacientok pristúpili k reoperácii, t.j. v 26 %. Bezprostredne len pri pozitívnych okrajoch kónusu a u jednej pacientky vo veku nad 40 rokov, u ostatných až v ďalších rokoch. Priemerná dĺžka sledovania pred reoperáciou pre kolposkopickú recidívu bola 2,3 roka. Prehľad ukazuje tabuľka 3.

V našom súbore došlo k recidíve kolposkopického nálezu u 6 pacientok, t.j. v 10,7 %. Indikovali sme jednoduchú hysterektómiu, podľa veku a nálezu na adnexách s jednostrannou alebo obojstrannou adnexotomiou. Histológ v 3 prípadoch opísal nález ca in situ, v jednom prípade CIN I a v jednom prípade CIN II, v 1 prípade bol nález negatívny.

U jednej našej pacientky v prvých rokoch sledovania došlo po konizácii pre ca in situ k progresii procesu. Išlo o pacientku v terminálnom štádiu aortomitralnej srdcovej chyby, kde operačný zákrok bol limitovaný nielen dĺžkou operácie, ale aj polohou pacientky. Aj napriek tomu, že histológ neopísal pozitívne okraje kónusu, u pacientky pri absencii kontrol dochádza v priebehu niekoľkých mesiacov ku klinickému karcinómu, pacientka absolvovala nekompletnú rádioterapiu a exitovala na dekompenzáciu základnej choroby do roka po konizácii. Jednu pacientku sme operovali 5-krát. Ide o t.č. 35-ročnú pacientku, ktorá spolu s manželom sa už tretí rok lokálne, celkovo aj imunomodulačne lieči na dermatovene-

rologickej ambulancii pre opakované ataky klinickej manifestácie herpes genitalis. Zároveň je postihnutá intraepiteliálnou neopláziou na cervixe maternice a v pošve. Priebeh ochorenia ukazuje obrázok 1.

U pacientky bola v júli 1993 indikovaná konizácia cervixu maternice pre suspektný prebiopický nález kolposkopicky (M,H) a onkocytologicky (PAP III). Histologický nález z kónusu bol ťažký stupeň dysplázie – CIN III.

Za rok dochádza k recidíve kolposkopického nálezu (M, výrazné A) v intenzite a rozsahu, onkocytogram bol PAP IV. Indikujeme amputáciu krčka maternice, pretože pacientka sa podrobovala zároveň liečbe pre sekundárnu sterilitu a veľmi si želala mať dieťa. Histológ klasifikoval nález z amputovanej časti krčka ako ca in situ. Pri druhej pravidelnej dispenzárnej kontrole (1995) vidíme 3 drobné 1/2x1/2 cm okrsky kolposkopickéj mozaiky. Robíme excíziu, patológ potvrdzuje ca in situ. V januári 1997 nad miestom predchádzajúcej excízie zisťujeme 2 v priemere 1/2 cm úseky kolposkopickéj hyperkeratózy a jódnegatívneho územia. Onkocytogram je PAP II. Excidujeme časť pošvovej steny do zdravého tkaniva, histológ nález hodnotí ako hyperplastický epitel bez neoplázie.

Pacientka bola pravidelne kolposkopicky sledovaná v medziobdobí s negatívnym kolposkopickým nálezom a patológ nikdy nepotvrdil, že by zmeny siahali až k okrajom rezu.

Diskusia

V našom súbore 64 pacientok došlo ku kolposkopickéj recidíve nálezu v 6 prípadoch, v jednom prípade opakovane t.j. 10,7 %. Histologicky z preparátu neoplázia bola potvrdená v 5 prípadoch (3-krát ca in situ, raz CIN I, raz CIN II), t.j. 8,9 %. Andersen a spol. (1994) uvádzajú recidívu CIN po laserovej konizácii v 2,3-18,2 % prípadoch. Brosio (1994) neopláziu vo vaginálnej klenbe v 0,9-6 % prípadoch, v našom materiáli je to v 5,8 % prípadoch.

Neopláziu vo vaginálnej klenbe môžeme pozorovať roky po hysterektómii pre CIN (Brosio, 1994). Pritom môže ísť buď o reziduálny nález pre inadekvátnu excíziu, multicentrické origo alebo rekurentnú léziu pri perzistencii kancerogénneho stimulu. U našej poslednej pacientky nešlo o reziduálny nález, pretože v medziobdobí bol kolposkopický a cytologický nález negatívny a histológ nikdy nepotvrdil pozitívne okraje. Najmenej v dvoch prípadoch sme zistili multicentrické origo, ktoré sa dá dokázať len kolposkopicky. Ak berieme do úvahy súčasný názor na rizikové faktory spolupôsobiacie pri vzniku malígnej neoplázie (v našich podmienkach nedostupnosť tkanivových a sérologických testov pri HSV a HPV-infekcii), kolposkopicky, cytologicky, histologicky nález nepotvrdil HPV-infekciu a všetky ostatné faktory boli negatívne. Je tu jediná koincidencia a to s klinicky manifestnou sexuálne prenosnou HSV-infekciou. Či HSV-infekcia je kancero-

génny stimul v našom prípade, nemôžeme posúdiť. Pacientku, ako aj všetky ostatné, ďalej sledujeme.

Záver

Naš súbor ukazuje na potrebu adekvátneho prebiopického managementu po operáciách pre Ca in situ krčka maternice so zdôraznením dôsledného kolposkopovania, ktoré určí rozsah aj veľmi malých lézií, ktoré inými metódami ešte nemusíme zistiť.

Literatúra

1. Andersen E., Pedersen B., Nielsen K.: The value of primary colposcopy in genitorurinary medicine - a six year review. *Gynaecol.-Oncol.*, 54, 1994, č. 2, s. 201—204.
2. Andrýs J.: Vývoj diagnostiky a liečby prekanceróz dŕložného hrdla na gynekologické klinice v Hradci Králové. *Gynekolog.*, 1, 1992, č. 2, s. 12.
3. Bouda J., Mleziva J.: Karcinom dŕložného hrdla a cervikální intraepiteliální neoplazie v Západočeskom kraji v desetiletí 1979-1988. *Gynekolog.*, 1, 1992, č. 5, s. 19—21.
4. Broso P.: The PAP test in women after hysterectomy. *Minerva gynec.*, 46, 1994, 78, s. 403—407.
5. Goon M., Tay-B.: Cervical intraepithelial neoplasia (CIN): management by general (non oncological) gynaecological unit. *Singapore med.J.* 35, 1994, č. 6, s. 587—590.
6. Kobilková J., Koprnická J.: Co vyplýva pro gynekology z 23.Kongresu federace európskych cytologických spoločností E.F.c.s. AARUS. Dánsko, 22-25.9.1996 a sympózia QUA-TE. *Gynekolog.*, 5, 1996, č. 2, s. 238—239.
7. Krivoš J., Hronec M., Valášek F.: Carcinoma in situ cervicis uteri z konizácií v našom materiáli. *Bratisl. lek. Listy*, 89, 1988, č. 3, s. 185—189.
8. Kudela M.: Strategie operační léčby prekanceróz dŕložného hrdla a cervikálneho karcinomu. *Gynekolog.*, 1, 1992, č. 3, s. 4—5.
9. Maňka I.: Liečba ca cervicis uteri-prehľad o súčasnom stave. *Klinická onkologia*, 1992, 4, s. 103—107.
10. Ondruš D.: Zpráva o 9. světovom kongresu cervikální patologie a kolposkopie, Sydney, 12-16.5.1996. *Gynekolog.*, 5, 1996, č. 5, s. 184—188.
11. Stelato G., Paavone N.: A colposcopic scoring for grading cervical lesion. *Eur. Gynaecol. Oncol.*, 16, 1995, č. 4, s. 296—300.
12. Středa R.: Terapeutické postupy u onemocnění herpes genitalis. *Gynekolog.*, 3, 1994, č. 5, s. 183—185.

Do redakcie došlo 12.1.1998.

NEŠTÁTNI GYNEKOLÓGOVIA V SR (ČASŤ 2)

Problematika a problémy neštátnych gynekológov v SR

(dokončenie zo strany 22)

4. Súkromným gynekológom, ako plne kvalifikovaným odborníkom, bola na základe príslušných právnych noriem zverená štátnymi orgánmi starostlivosť o zdravý vývoj ženskej populácie nášho štátu. V súhlase s právnou normatívou súkromní gynekológovia poskytujú svoje služby ako zmluvní partneri zdravotných poisťovní v rozsahu stanovenom najmä zákonom NR SR č. 277/1994 Zb.z. o zdravotnej starostlivosti a zákonom NR SR č. 98/1995 a č. 251/1997 Zb.z.

Plne si uvedomujú prevratnosť zmien v slovenskom zdravotníctve súkromní gynekológovia chápu, že v tejto hektickej dobe zákonné normy upravujúce jednotlivé oblasti života spoločnosti nie sú dokonalé. Súkromní gynekológovia považujú novelu zákona o Liečebnom poriadku za likvidačnú. Z paragrafového znenia tohto zákona vyplý-

va, že sa stali druhoradými lekármi, ktorých odbornosť táto právna norma obmedzila bez ohľadu na predtým priznanú kvalifikáciu, na základe ktorej ten istý zákonodarca zveril súkromným gynekológom podiel na starostlivosti o zdravý vývoj ženskej populácie.

5. V rámci privátnej súkromnej praxe vytvoriť špecifické ekonomické podmienky pre ženských lekárov, ktoré zohľadnia reálne náklady.
6. Do prípravy novely zákona č. 277/1994 Zb.z. zakomponovať a zainteresovať poisťovne a pacientov na starostlivosti o zdravie.

Prof. MUDr. M. Valent, DrSc. Doc.
vedecký sekretár SGPS SLS
zapisovateľ

MUDr. J. Štencl, CSc.
predseda SGPS SLS
riaditeľ IVZ