

KOLPOSKOPIA 2020: POLSKA NOMENKLATURA KOLPOSKOPOWA na podstawie mianownictwa IFCPC 2011 Podsumowanie Konsensusu Ekspertów Rekomendacje Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy

COLPOSCOPY 2020: POLISH COLPOSCOPIC TERMINOLOGY
based on IFCPC 2011 nomenclature
Summary of the Clinical Experts Consensus
Recommendations of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians
and the Polish Society of Colposcopy and Cervical Pathophysiology

Komitet redakcyjny

Robert Jach^{1*}, Maciej Mazurec^{2*}, Andrzej Nowakowski^{3*}, Kazimierz Pityński^{4*}

*Równorzędne pierwsze autorstwo

¹Prezes Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy oraz Przewodniczący Sekcji Kolposkopii i Cytologii PTGiP; Klinika Ginekologii Endokrynologicznej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

²Członek Zarządu Sekcji Kolposkopii i Cytologii Szyjki Macicy PTGiP; Centrum Zdrowia Kobiety Corfamed, Wrocław

³Kierownik Centralnego Ośrodka Koordynującego Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, Zakład Profilaktyki Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa.

⁴Katedra Ginekologii Onkologicznej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

⁵Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, II Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wrocław

⁶Krajowy Konsultant w dziedzinie ginekologii i położnictwa, II Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁷Krajowy Konsultant w dziedzinie ginekologii onkologicznej, Katedra Ginekologii Onkologicznej, Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie Centrum Onkologii, Kraków

⁸Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wojewódzki Szpital Połączony; Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa, Collegium Medicum Uniwersytetu im. Jana Kochanowskiego, Kielce

Recenzenci

Mariusz Zimmer⁵, Krzysztof Czajkowski⁶, Zbigniew Kojs⁷, Wojciech Rokita⁸

Rekomendacje są wypracowanym konsensusem Ekspertów tworzących:

Komitet ds. Nomenklatury Kolposkopowej KOLPOSKOPIA 2020

w składzie:

prof. dr hab. n. med. Robert Jach – przewodniczący
prof. dr hab. n. med. Kazimierz Pityński – wiceprzewodniczący
lekarz Maciej Mazurec – sekretarz
dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski

WSTĘP

Rekomendacje przedstawiają aktualny sposób postępowania, który może być modyfikowany i zmieniony w uzasadnionych przypadkach, po wnikliwej analizie danej sytuacji klinicznej, co w przyszłości może stanowić podstawę do ich modyfikacji i aktualizacji.

Rekomendacje dotyczące nomenklatury wskazują obowiązującą terminologię, nie zalecając stosowania alternatywnej, w trosce o jednoznaczność, czytelność i porównywalność zastosowanych terminów.

W przypadku używania innej nomenklatury niż wskazana w rekomendacjach, używający zobowiązani są do jednoznacznego jej powiązania z zaleconą.

Ostatnie kompleksowe rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników (PTGiP) dotyczące prewencji wtórnej raka szyjki macicy (RSM) straciły ważność 31 grudnia 2010 roku. Jednocześnie dokonujące się globalnie fundamentalne zmiany w koncepcji prewencji wtórnej rsm otwierają nową erę skriningu o nieosiągalnej do tej pory skuteczności. Przewaga i nieunikniona czołowa pozycja w skriningu modelu HPV-zależnego, implikacje projektu LAST 2012, histopatologicznej nomenklatury Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) 2014, a tym samym roli biomarkerów HSIL, to kluczowe parametry dokonujących się zmian nie tylko na poziomie wiedzy teoretycznej, ale przede wszystkim implikacji klinicznych [1, 2].

Aktualizacje muszą dotyczyć wszystkich etapów skriningu, w tym kolposkopii, bez której nowoczesny skrining rsm nie istnieje.

Zbliżamy się do rocznicy stulecia klinicznego zastosowania kolposkopii – metody, która ocaliła zdrowie i życie wielu kobiet z HPV-zależnymi zmianami przednowotworowymi oraz nowotworami szyjki macicy. Jednym z niezbędnych elementów jej skuteczności jest możliwie najbardziej precyzyjna nomenklatura, która pozwala adekwatnie opisywać zmiany kolposkopowe jako wskaźniki ryzyka zmian śród nabłonkowych dużego stopnia (HSIL, *high squamous intraepithelial lesion*) i raka.

Międzynarodowa Federacja Patologii Szyjki Macicy i Kolposkopii (IFCPC, *International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy*) wzięła na siebie ciężar tworzenia i aktualizacji nazewnictwa kolposkopowego, stając się w tym zakresie niekwestionowanym globalnym liderem. Kolejne aktualizacje z 1975, 1990, 2002 i aktualnie obowiązująca z 2011 roku wyznaczyły standardy nazewnictwa rozpoznań kolposkopowych z klinicznymi implikacjami terapeutycznymi oraz dla badań naukowych [3, 4].

Konieczność ujednoczenia, standaryzacji, ale także zapewnienia bezpieczeństwa w aspekcie medyczno-prawnym polskiej nomenklatury kolposkopowej wydaje się faktem bezspornym i komplementarnym elementem kompleksowego projektu nowych polskich wytycznych prewencji wtórnej rsm w ramach projektu „POLOCAL 2020”.

NOMENKLATURA KOLPOSKOPOWA IFCPC 2011 – POLSKI KONSENSUS 2020

Ujednoczoną, pełną polską nomenklaturę kolposkopową szyjki macicy na podstawie terminologii IFCPC 2011, powstała w drodze konsensusu polskich ekspertów, przedstawia tabela 1, która jednocześnie prezentuje rekomendowany zakres opisu badania kolposkopowego [3–6].

Poniższe wyjaśnienia nazewnictwa dotyczą przede wszystkim istotnych w ocenie ryzyka HSIL zmian w nomenklaturze w porównaniu z poprzednią aktualizacją i nie są pełnym omówieniem wszystkich zmian kolposkopowych.

Ocena ogólna

Pierwszym diagnostycznym kryterium oceny badania kolposkopowego powinno być stwierdzenie jego **adekwatności** lub **nieadekwatności**. Badanie adekwatne to takie, które pozwala wykorzystać patofizjologiczne podstawy metody. Badanie nieadekwatne z kolei nie umożliwia tego. W tym drugim przypadku zawsze należy wskazać potencjalną przyczynę nieadekwatności oceny,

Tabela 1. Polska nomenklatura kolposkopowa 2020

KOLPOSKOPIA 2020 POLSKA NOMENKLATURA KOLPOSKOPOWA na podstawie mianownictwa IFCCP 2011 KONSENSUS EKSPERTÓW			
Ocena ogólna		<ul style="list-style-type: none"> Adekwatna/nieadekwatna z powodu... (np. ograniczonego uwidocznienia szyjki z powodu zapalenia, krwawienia, blizny) Uwidocznienie nowego połączenia międzynabłonkowego (<i>new-SCJ</i>): widoczne całkowicie, widoczne częściowo, niewidoczne Typ strefy transformacji: 1, 2, 3 	
Prawidłowe obrazy kolposkopowe		Pierwotny nabłonek wielowarstwowy płaski <ul style="list-style-type: none"> Dojrzały Atroficzny Nabłonek walcowaty <ul style="list-style-type: none"> Ektopia Metaplastyczny nabłonek wielowarstwowy płaski <ul style="list-style-type: none"> Torbiele Nabotha Otwarte krypty gruczołowe Zmiany doczesnowe w ciąży	
Nieprawidłowe obrazy kolposkopowe	Zasady ogólne	Lokalizacja zmiany: w obrębie lub poza strefą transformacji, lokalizacja zmiany według położenia wskazówek na tarczy zegara Wielkość zmiany: liczba kwadrantów, którą zajmuje zmiana, wielkość zmiany jako procent zajęcia tarczy	
	Stopień 1 (mniejsze zmiany kolposkopowe)	Cienkie zbielenie nabłonka Nieregularna, geograficzna granica	Drobna mozaika Drobne punkcikowanie
	Stopień 2 (większe zmiany kolposkopowe)	Gęste zbielenie nabłonka Zbielenie szybko pojawiające się Obwałowane ujścia krypt gruczołowych	Gruba mozaika Grube punkcikowanie Ostra granica Objaw granicy wewnętrznej Objaw grzbietu
	Niespecyficzne	Leukoplakia (keratoza, hiperkeratoza), nadżerka Barwienie płynem Lugola (test Schillera): zabarwiony/niezbawiony	
Zmiany podejrzane o inwazję		Naczynia atypowe Objawy dodatkowe: kruche naczynia, nierówna powierzchnia, zmiana egzofityczna, martwica, owrzodzenie (martwicze), guz/nowotwór widoczny makroskopowo	
Pozostałe zmiany		Wrodzona strefa transformacji Kłykciny kończyste Polip (ektocerykalny/endocerykalny) Zapalenie	Zwężenie Zaburzenia wrodzone Zmiany po leczeniu Endometrioza

na przykład obecność zapalenia, krwawienia czy zbliznowacenia. Najczęściej badanie nieadekwatne może zostać powtórzone (np. po leczeniu przeciwzapalnym czy ustaniu krwawienia), ale nie może implikować konsekwencji medyczno-prawnych w przyszłości, ponieważ w konkretnej sytuacji klinicznej metoda nie mogła być zastosowana (była niediagnostyczna) z przyczyn niezależnych od wykonującego badanie.

Następnym krokiem oceny kolposkopowej i opisu jest ocena **uwidocznienia nowego połączenia międzynabłonkowego** (*new-SCJ*), które może być widoczne całkowicie (na całej tarczy części pochwowej szyjki

macy), częściowo (gdy jego fragment jest niewidoczny) lub całkowicie niewidoczne (gdy w całości umiejscowione jest endocerykalnie).

Identyfikacja **typu strefy transformacji** to kolejny krok 3-stopniowej oceny ogólnej, a jej kryteria nie różnią się od poprzedniej wersji nomenklatury. Typ 1 oznacza strefę transformacji widoczną całkowicie, typ 2 – częściowo, ale możliwą do całkowitego uwidocznienia za pomocą manipulacji instrumentalnych, typ 3 – niemożliwą do uwidocznienia w całości. Podsumowując, typ 1 i 2 strefy transformacji oznaczają całkowicie uwidocznioną strefę transformacji, w przeciwieństwie do typu 3 [3–6].

Prawidłowe obrazy kolposkopowe

W tej części aktualizacja nie różni się od poprzedniej.

Nieprawidłowe obrazy kolposkopowe

W zasadach ogólnych istotnym kryterium diagnostycznym jest **lokalizacja zmiany**, w tym stwierdzenie, czy znajduje się w obrębie, czy poza strefą transformacji. Obecność zmiany kolposkopowej w obrębie strefy transformacji jest niezależnym czynnikiem podwyższającym ryzyko histologicznych zmian HSIL. Podobnie ostra granica zbielenia wskazuje na większe zmiany kolposkopowe, a z kolei granica geograficzna na mniejsze.

Oczywistym, ważnym kryterium predykcyjnym jest **wielkość zmiany** oceniana zarówno jako liczba kwadrantów, które zajmuje zmiana, jak i procent zajęcia tarczy części pochwowej.

W omawianej aktualizacji wprowadzono 2 nowe objawy większych zmian kolposkopowych: **objaw granicy wewnętrznej**, który potwierdza obecność ostrej granicy między cienkim i grubym zbieleniem w obrębie tej samej zmiany, oraz **objaw grzbietu**, czyli nieprzeziernie uwypuklenie/sfałdowanie zbielenia w obrębie strefy transformacji.

Istotną zmianą w porównaniu z poprzednią aktualizacją jest przeniesienie barwienia Lugola z grupy mniejszych zmian kolposkopowych do zmian niespecyficznych oraz powrót leukoplakii do nieprawidłowych zmian kolposkopowych (niespecyficznych) ze względu na jej około 25% wartość predykcyjną dla zmian HSIL [3–6].

Zmiany podejrzane o inwazję

W tej części terminologii kolposkopowej nie zaszły istotne zmiany.

Pozostałe zmiany

W aktualizacji z 2011 roku dodano definicje wrodzonej strefy transformacji, polipa (ekto- i endocervikalnego), zwężenia, zaburzeń wrodzonych czy zmian po leczeniu. Nie mają one jednak znaczenia w predykcji ryzyka HSIL, nie zostaną więc omówione.

DYSKUSJA

Jedną z fundamentalnych zmian nomenklaturowych mianownictwa IFCPC 2011 w porównaniu z nomenklaturą z 2002 roku jest całkowita eliminacja terminów „kolposkopia satysfakcjonująca” i „kolposkopia niesatysfakcjonująca”, które odnosiły się do pełnego uwidocznienia lub braku uwidocznienia nowej granicy międzynabłonkowej. Ich naturalne konotacje z adekwatnością i nieadekwatnością badania implikowałyby potencjalne ryzyko braku jednoznaczności znaczeniowej.

Nowo wprowadzone terminy – kolposkopia adekwatna i kolposkopia nieadekwatna – nie zastąpiły usuniętych terminów, ponieważ oznaczają zupełnie inną

cechę badania – możliwość zastosowania tej metody diagnostycznej w ogóle. Badanie nieadekwatne oznacza brak możliwości postawienia rozpoznania kolposkopowego z przyczyn nieleżących po stronie badającego. Najczęściej wskazuje na konieczność powtórzenia badania (z wyjątkiem kolposkopii nieadekwatnej z powodu blizny, która jest najczęściej trwałą przeszkodą uniemożliwiającą badanie).

Rozumienie powyższych zmian jest kluczowe dla jednoznacznej komunikacji w zakresie rozpoznania kolposkopowych [3–6].

Komitet pozostawił dosłowne tłumaczenie najważniejszych rozpoznań kolposkopowych mniejszych (stopień 1) i większych (stopień 2) zmian kolposkopowych, by nie wprowadzać paralelnej nomenklatury z cytologiczną i histologiczną (LSIL i HSIL), unikając potencjalnego braku zgodności między rozpoznaniem różnych etapów skriningu, także w aspekcie medyczno-prawnym [7].

Kluczową wartością mianownictwa IFCPC 2011 jest dalsze doprecyzowanie terminologii poprzez podporządkowanie detekcji ryzyka zmian HSIL, co zwiększa znaczenie metody jako narzędzia medycyny precyzyjnej.

Zaktualizowana, precyzyjna, jednoznaczna i zrozumiana POLSKA NOMENKLATURA KOLPOSKOPOWA staje się niezbędnym krokiem koniecznych zmian w prewencji wtórnej rsm w naszym kraju.

Piśmiennictwo

1. Jeronimo J, Castle P, Temin S, et al. Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Clinical Practice Guideline. *Journal of Global Oncology*. 2017; 3(5): 635–657, doi: [10.1200/jgo.2016.006577](https://doi.org/10.1200/jgo.2016.006577).
2. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva, World Health Organisation, Department of Reproductive Health and Research, 2013. <http://www.who.int>.
3. Prendiville W, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical precancer. *IARC Technical Publication*; 45; 2017: 51–57.
4. Bornstein J, Bentley J, Bösze P, et al. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol*. 2012; 120(1): 166–172, doi: [10.1097/AOG.0b013e318254f90c](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318254f90c), indexed in Pubmed: [22914406](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22914406/).
5. Tatti S, Bornstein J, Prendiville W. Colposcopy: a global perspective: introduction of the new IFCPC colposcopy terminology. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2013; 40(2): 235–250, doi: [10.1016/j.ogc.2013.02.002](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2013.02.002), indexed in Pubmed: [23732028](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23732028/).
6. Quaas J, Reich O, Kueppers V. Explanation and Use of the Rio 2011 Colposcopy Nomenclature of the IFCPC. *Geburtsh Frauenheilk*. 2014; 74: 1090–92.
7. Bogliatto F, Bornstein J. ASCCP Terminology for American Colposcopic Practice: A Step Backwards? *J Low Genit Tract Dis*. 2018; 22(3): 231–232, doi: [10.1097/LGT.0000000000000392](https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000392), indexed in Pubmed: [29543687](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29543687/).