

P R A C E P O G L Ą D O W E
ginekologia

Kolposkopia pochwy – często pomijany element badania kolposkopowego

Colposcopy of the vagina – a frequently omitted part of the colposcopic examination

Rokita Wojciech¹, Stanisławska Marta¹, Kulig Bartosz²

¹ Oddział Położnictwa i Ginekologii Szpital Kielecki NZOZ Św. Aleksandra w Kielcach

² Klinika Ginekologii Operacyjnej, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Streszczenie

Ocena kolposkopowa pochwy jest często pomijanym elementem badania kolposkopowego co jest poważnym błędem i znacznie obniża jego wartość.

Szczegółowo omówiono instrumentarium i technikę badania oraz charakterystyczne cechy obrazów kolposkopowych zmian pochwy.

Słowa kluczowe: **kolposkopia / pochwa / śródnaślukowa neoplazja pochwy /**

Summary

Colposcopy of the vagina is a part of the colposcopic examination which is often omitted. It is an extremely serious mistake that makes the colposcopic examination less valuable.

The instrumentarium, technique of the examination and distinctive features of colposcopic images showing vaginal changes have been presented in detail.

Key words: **colposcopy / vagina / vaginal intraepithelial neoplasia /**

Adres do korespondencji:

Wojciech Rokita
Oddział Położnictwa i Ginekologii Szpital Kielecki NZOZ Św. Aleksandra
25-316 Kielce, ul. Kościuszki 25,
tel. +48601480918, fax. +48413680456
e-mail: rokita@kielce.com.pl

Otrzymano: **12.12.2009**
Zaakceptowano do druku: **01.09.2010**

Ocena kolposkopowa pochwy powinna być integralną częścią każdego badania kolposkopowego. Jednak bardzo często kolposkopia sprowadza się jedynie do oglądania szyjki macicy i pobrania materiału do badań histologicznych z podejrzanych miejsc. Pomijanie oceny kolposkopowej pochwy jest poważnym błędem i obniża jakość badania [1].

Wieloogniskowy charakter zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (*human papilloma virus* – HPV) i rozwijającej się na jego podłożu śródnałonkowej neoplazji w obrębie całego dolnego odcinka narządów moczowo-płciowych kobiety powoduje, że ocena kolposkopowa powinna obejmować nie tylko szyjkę macicy, ale również pochwę, srom i okolice okołodbytniczą [2].

Kolposkopię pochwy należy wykonywać u każdej kobiety podczas badania kolposkopowego. Szczególnie wnikliwej oceny kolposkopowej wymagają sklepienia i ściany pochwy u kobiet z nieprawidłowym wynikiem rozmazu cytologicznego i z brakiem zmian patologicznych na szyjce macicy.

Kolposkopia pochwy jest badaniem czasochłonnym ze względu na dużą powierzchnię nabłonka, który należy dokładnie ocenić oraz uwarunkowania anatomiczne związane z budową tego narządu tj.: obecność marszczek pochwowych, sklepień pochwy oraz fakt, że oceniany narząd jest położony równolegle do pola widzenia kolposkopu. Wymusza to stosowanie dodatkowych narzędzi umożliwiających dokładne oglądanie trudnodostępnych miejsc.

We własnej praktyce klinicznej podczas oceny kolposkopowej pochwy obok typowego instrumentarium kolposkopowego wykorzystujemy wzierniki pochwowe typu Cusco wykonane z przezroczystych tworzyw sztucznych, które zmniejszają ryzyko przeoczenia zmian zasłoniętych przez łyżki metalowego wziernika. W wybranych przypadkach używamy wzierników dwułyżkowych. Haczyki typu iris pozwalają na ocenę trudno dostępnych miejsc nabłonka, pomocne w tych sytuacjach jest również lusterko stomatologiczne, które ułatwia ocenę zagłębień nabłonka.

W warunkach fizjologicznych ściany pochwy pokryte są nabłonkiem wielowarstwowym płaskim. Bezpośrednio pod nabłonkiem znajduje się bogato unaczyniona powięź właściwa pochwy zbudowana z gęstej sieci włókien elastycznych. W niekontrastowanym obrazie kolposkopowym prawidłowy nabłonek pochwy ma barwę bładoróżową i nie zmienia się po wykonanej próbie z 3% kwasem octowym. Po teście Schillera z płynem Lugola wybarwia się on na ciemnobrązowo. W obrębie nabłonka pochwy bardzo rzadko stwierdza się obszary pokryte nabłonkiem gruczołowym lub strefę przekształceń nabłonkowych, dotyczy to zaledwie 3-4% kobiet. Miejsca te bardzo często mylnie określa się jako gruczolistość pochwy, chociaż są one fizjologicznymi zmianami pochwy będącymi pozostałością z okresu rozwoju zarodkowego [3].

W trakcie oceny kolposkopowej należy brać pod uwagę wpływ czynników hormonalnych na wygląd nabłonka pokrywającego ściany pochwy. W okresie okołooowulacyjnym zawartość glikogenu w komórkach nabłonkowych jest dużo większa niż w pozostałych fazach cyklu i u pacjentek z niedoborem estrogenów. Dlatego po wykonaniu testu Schillera nabłonek w pewnej grupie kobiet wybarwia się na ciemnobrązowo, natomiast u pozostałych może być jodojasny mimo braku zmian patologicznych na ścianach i w sklepieniach pochwy.

Wskazania do wykonania badania kolposkopowego pochwy:

1. Nieprawidłowy wynik badania cytologicznego i jednocześnie brak zmian patologicznych na szyjce macicy.
2. Nieprawidłowy wynik badania cytologicznego u kobiet po histerektomii.
3. Obecność lub stan po leczeniu śródnałonkowej neoplazji szyjki macicy (CIN) lub raka szyjki macicy w celu wykluczenia szerzenia się zmian na ściany i sklepienia pochwy. (Fot. 1).
4. Obecność lub stan po leczeniu śródnałonkowej neoplazji (VIN) lub raka sromu w celu wykluczenia wieloogniskowego charakteru zmian.
5. Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) szyjki macicy lub sromu (potwierdzone makroskopowo lub badaniem molekularnym).
6. Makroskopowo lub palpacyjnie stwierdzenie zmian na ścianach pochwy.
7. Śródmacieczna ekspozycja kobiety na dietylostylbestrol.
8. Podejrzenie śródnałonkowej neoplazji (*vaginal intraepithelial neoplasia* – VAIN) i/lub raka pochwy.

Przeciwwskazania do badania kolposkopowego.

Brak jest bezwzględnych przeciwwskazań do wykonania badania kolposkopowego pochwy, jednak kolposkopia może być odroczone w przypadku:

1. Obecności silnego stanu zapalnego pochwy – do czasu normalizacji biocenozy pochwy.
2. Krwawienia miesiączkowego lub innych krwawień macicznych.
3. Leczenia lekami dopochwowymi w okresie krótszym niż 7 dni poprzedzających badanie.
4. Zmian zanikowych w nabłonku pochwy u kobiet po menopauzie i w innych stanach związanych z hipostrogenizmem. W takim przypadku miejscowa terapia preparatami dopochwowymi zawierającymi estrogeny (przez 7-10 dni) poprawia warunki do oceny kolposkopowej.
5. Wykonywania zabiegów chirurgicznych w obrębie dolnego odcinka narządów moczowo-płciowych (szyjka macicy, pochwa, srom) w okresie krótszym niż jeden miesiąc przed badaniem kolposkopowym.

Technika wykonywania badania kolposkopowego pochwy.

Badanie wykonujemy na fotelu ginekologicznym w pozycji do litotomii z pośladkami uniesionymi o 5-10° w stosunku do tułowia. Bardzo ważny jest dobór odpowiedniego wziernika pochwowego, bowiem długość jego łyżek pozwala na dokładne uwidocznienie sklepień pochwy. W celu zmniejszenia dyskomfortu u pacjentki wziernik można zwilżyć niewielką ilością żelu zawierającego środek znieczulający.

Należy dokładnie ocenić powierzchnię nabłonka pochwy, obszar marszczek pochwowych oraz zachyłki występujące w sklepieniu kikutu pochwy u kobiet po histerektomii. Oglądamy je rozchylając za pomocą haczyków irisa bądź długich, cienkich patyczków z nawiniętą watą. Na każdym odcinku pochwy należy bardzo dokładnie oceniać powierzchnię jej nabłonka na przestrzeni pełnych 360° obracając wziernik pochwowy wokół jego osi.

W chwili obecnej zarówno klasyfikacja Międzynarodowego Towarzystwa Kolposkopii i Patologii Szyjki Macicy (IFCPC) oraz Międzynarodowego Towarzystwa Badań Schorzeń Sromu (ISSVD) nie obejmują patologicznych zmian kolposkopowych stwierdzanych w pochwie.

Interpretacja obrazów kolposkopowych zmian pochwy jest dużo trudniejsza niż zmian w obrębie szyjki macicy, ze względu na:

- luźne ułożenie tkanki łącznej podścieliska nabłonka, które często sprawia wrażenie nieregularności powierzchni zmiany,
- w przypadku śródnabłonkowej neoplazji pochwy małego stopnia (VAIN1) z reguły brak jest w obrazach kolposkopowych patologicznych zmian naczyniowych (punkcikowanie, poletkowanie), przez co wyglądają one na bardziej zaawansowane niż są w rzeczywistości [4].

Próba przynoszącą bardzo duże korzyści praktyczne jest test Schillera z płynem Lugola, który należy zawsze wykonać w przypadku obecności podejrzanych kolposkopowo zmian.

Najczęściej spotykane obrazy kolposkopowe w przypadkach śródnabłonkowej neoplazji pochwy (*vaginal intraepithelial neoplasia* – VAIN) to:

- rogowacenie nabłonka (keratoza),
- zbielenie nabłonka po próbie z kwasem octowym,
- punkcikowanie,
- poletkowanie (mozaika),
- naczynia atypowe.

Należy jednak pamiętać, że nadmierne rogowacenie w obrębie nabłonka ścian pochwy poza przypadkami VAIN może również występować w przypadku:

- długo utrzymującego się wypadania macicy i ścian pochwy,
- długotrwałego stosowania antykoncepcyjnych dopochwowych kapturków naszyjkowych,
- leczenia wysokimi dawkami estrogenów,
- zakażenia wirusem HPV [5].

Zbielenie nabłonka po próbie octowej zwykle występuje u kobiet z VAIN i rakiem pochwy.

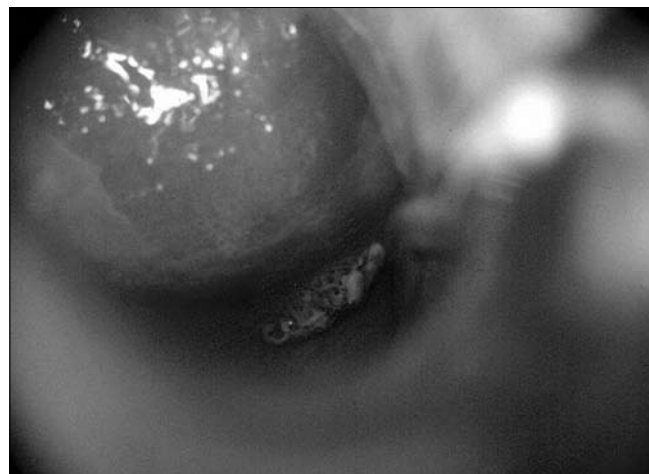
Do najczęściej spotykanych charakterystycznych obrazów kolposkopowych u kobiet z VAIN zalicza się:

- zbielenie nabłonka (VAIN1, VAIN2, VAIN3),
- obecność patologicznych naczyń (punkcikowanie, mozaika), (VAIN2, VAIN3),
- nieostre odgraniczenie zmian od otoczenia (VAIN1),
- ostre granice zmiany (VAIN2, VAIN3),
- wielogniskowy charakter zmiany (VAIV1, VAIN2).

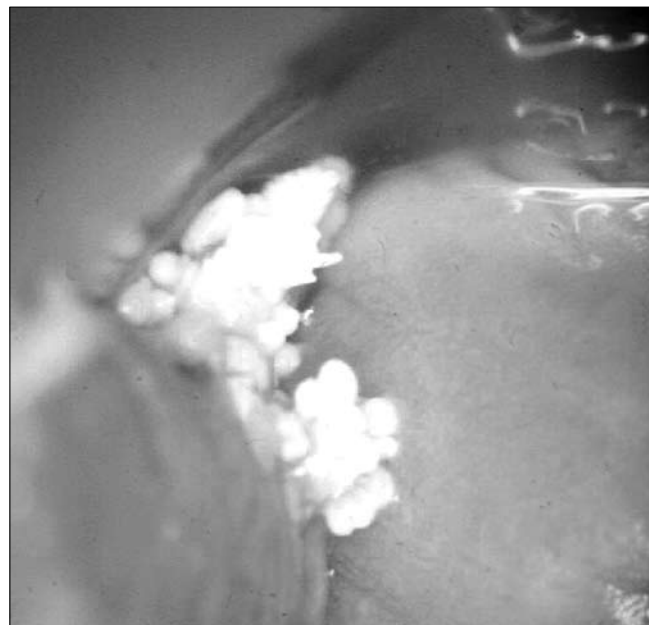
Cechy obrazu kolposkopowego świadczące o obecności procesu inwazyjnego, to:

- nieregularność powierzchni zmiany,
- obecność naczyń patologicznych (wyniosła mozaika i punkcikowanie, naczynia patologiczne I, II, III°),
- występowanie obszarów martwicy i owrzodzeń w obrębie zmian,
- krwawienie z powierzchni zmiany przy dotyku [6].

Należy pamiętać, że rak pochwy bardzo rzadko występuje jako zmiana pierwotna, często jest on efektem szerzenia się zmian ze sromu lub szyjki macicy [7].



Fot. 1. Rak szyjki macicy. Wzrost nowotworowy w tylnym sklepieniu pochwy.



Fot. 2. Kłykciny końcyste na ścianach pochwy.

W pochwie można również spotkać szereg nienowotworowych zmian zbliżonych w obrazie kolposkopowym do śródnabłonkowej neoplazji i raka pochwy. Są to:

- owrzodzenia i nadżerki powstające na skutek urazów mechanicznych po stosowaniu tamponów, krążków dopochwowych, wykonywanych często irygacji pochwy,
- ogniska endometriozy,
- ziarnina w szczycie kikuta pochwy po całkowitym usunięciu macicy,
- ziarnina po szyciu naciętego krocza przy porodzie,
- zmiany troficzne nabłonka w ostrym stanie zapalnym.

Brak jest jednoznacznych kryteriów diagnostycznych nieprawidłowych obrazów kolposkopowych u kobiet ze śródnabłonkową neoplazją i rakiem pochwy, co powoduje konieczność wykonania weryfikacji histologicznej we wszystkich przypadkach stwierdzanych w kolposkopie zmian patologicznych, aby uniknąć przeoczenia procesu neoplastycznego.

Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) powoduje powstanie w nabłonku pochwy zmian klinicznych i subklinicznych podobnych do stwierdzanych w obrazach kolposkopowych na szyjce macicy tj.:

- brodawczaków płaskonabłonkowych klinicznych,
- kłykcin kończystych, (Fot. 2),
- kłykcin płaskich, które należy różnicować ze śródna-błonkową neoplazją pochwy.

Do kolposkopowych cech różnicujących kłykciny płaskie i VAIN należą:

- niewielkie zblizenie kłykcin po próbie z 3% kwasem octowym w porównaniu z silnym zblizeniem zmian w przypadku obecności VAIN,
- brodawczakowata powierzchnia kłykcin i gładka powierzchnia zmian VAIN,
- często wieloogniskowy charakter kłykcin płaskich,
- unesienie zmian ponad powierzchnię nabłonka w przypadku VAIN,
- kłykciny płaskie często lokalizują się na powierzchni marszczek pochwowych.

Charakterystyczną cechą zakażenia HPV w pochwie jest występowanie zmian drobnokolczystych, szczególnie dobrze widocznych po wykonaniu próby z kwasem octowym. (Fot. 3).

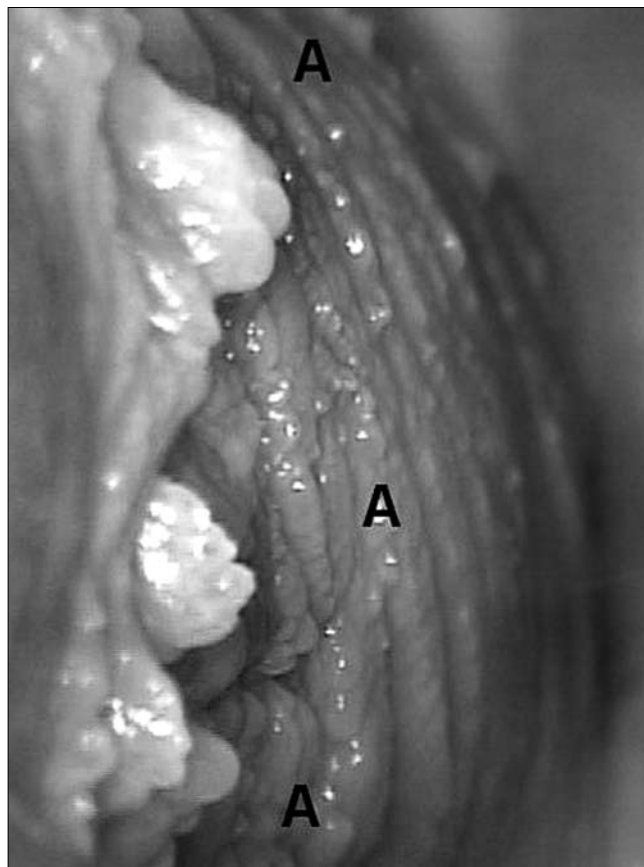
Zmiany te mają postać zbiegających obszarów nabłonka z licznymi drobnymi kolcami na powierzchni. Niekiedy obejmują one większą część powierzchni nabłonka pochwy i określane są jako brodawczakowate zapalenie pochwy *condylomatis vaginitis* [8].

U części kobiet w warunkach fizjologicznych stwierdza się bardzo wydatne marszczki pochwowe o mikrobrowdzakowatej powierzchni. Obrazy kolposkopowe uzyskane w tych przypadkach należy różnicować z obrazami stwierdzanymi w brodawczakowatym zapaleniu pochwy towarzyszącemu infekcji HPV [4].

Pobranie wycinka celowanego ze zmiany stwierdzonej w pochwie niekiedy jest dużo trudniejsze niż w przypadku pobierania materiału z szyjki macicy. Wycinek pobrany ze ściany pochwy powinien być odpowiednio duży i musi obejmować jej podścielisko (co najmniej 3mm głębokości i 2mm średnicy), jest to niezbędny warunek dla właściwej oceny histologicznej.

Do pobrania materiału z reguły wystarczają kleszczyki biopsyjne, które wykorzystuje się do pobrania materiału tkankowego z szyjki macicy. Jednak w określonych sytuacjach, gdy zmiana zlokalizowana jest w sklepieniu pochwy konieczne jest pobranie materiału przy użyciu skalpela. Pobranie wycinka w większości przypadków jest niebolesne lub powoduje niewielki dyskomfort u pacjentki. Jednak u starszych kobiet oraz w przypadku zlokalizowania zmiany w sklepieniach pochwy konieczne może być wykonanie nasiękowego znieczulenia miejscowego. Znieczulenie jest również często wykonywane w przypadku zmian o wieloogniskowym charakterze, kiedy istnieje konieczność pobrania większej liczby wycinków. Po uwidocznieniu zmiany w kolposkopie śluzówkę pochwy dobrze jest napiąć za pomocą haczyków irisa a narzędzie biopsyjne kierujemy zawsze prostopadle do zmiany, aby uniknąć wyslizgnięcia się tkanek ze szczęk kleszczyków.

Nie należy pobierać wycinków z pochwy przy pomocy elektrody pętlowej z użyciem diatermii gdyż istnieje duże ryzyko uszkodzenia otaczających narządów (odbytnica, pęcherz moczowy, cewka moczowa) [9].



Fot. 3. Subkliniczna postać zakażenia HPV. Brodawczakowate zapalenie pochwy – A.

Po pobraniu wycinka rzadko istnieje konieczność zakładania szwów hemostatycznych (np. Vicryl 2.0). Z reguły wystarcza przemycie miejsca po wycinku środkiem obkurczającym naczynia (np. preparat Vagohyl) lub założenie opatrunku uciskowego (np. jałowy tampon) na krótki czas (ok. 1 godz.). Bardzo istotne jest zaznaczenie w załączniku przekazywanym do pracowni histopatologii, z którego odcinka pochwy został pobrany materiał tkankowy.

Mimo, że ocena kolposkopowa pochwy powinna być stałym elementem badania kolposkopowego, wielu lekarzy wciąż wykorzystuje kolposkop wyłącznie do oglądania szyjki macicy, nawet wtedy gdy w przypadku nieprawidłowego wyniku badania cytologicznego nie stwierdza się zmian patologicznych na tarczy części pochwowej i w kanale szyjki macicy. W wielu przypadkach jest to powodem niepotrzebnych interwencji chirurgicznych z usunięciem macicy włącznie. Obejrzenie u tych pacjentek ścian pochwy w kolposkopie pozwala nierzadko na stwierdzenie subklinicznej postaci zakażenia HPV, która może być przyczyną nieprawidłowego wyniku badania cytologicznego. Taka postać zakażenia HPV w obrębie ścian pochwy nie jest wskazaniem do stosowania agresywnego leczenia, bowiem zmiany te mają bardzo mały potencjał kancerogenny i bardzo często ulegają samoistnej regresji. Jednak warunkiem wdrożenia postępowania zachowawczego w tych przypadkach jest potwierdzenie rozpoznania kolposkopowego za pomocą wyniku badania histologicznego materiału biopsyjnego pobranego ze zmiany i odpowiednie monitorowanie kolposkopowo-cytologiczne [2].

Ocena ścian pochwy w kolposkopie pozwala nie tylko na postawienie ostatecznego rozpoznania w przypadkach istnienia patologii w obrębie dolnego odcinka narządów moczowo-płciowych kobiety, ale również przynosi wymierne korzyści ekonomiczne poprzez możliwość uniknięcia zbędnych kosztownych zabiegów operacyjnych.

Piśmiennictwo

1. Rokita W. Miejsce kolposkopii w Populacyjnym Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. *Ginekol Pol.* 2007, 78, 719-722.
2. Rokita W. Obrazy kolposkopowe w zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego. W: Rak szyjki macicy. Profilaktyka, diagnostyka i leczenie. Red. Spaczyński M, Kędzia W, Nowak Markwitz E. Warszawa: PZWL, 2009, 127-155.
3. Coppelson M, Pixley E, Reid B. The vagina. In: Colposcopy 3rd. Ed. Coppelson M, Pixley E. New York: Thomas Charles C, 1985, 403-434.
4. Coppelson M, Pixley E. Colposcopy of vulvae and vagina. In: Fundamental principles and clinical practice gynecologic oncology. Ed. Coppelson M. New York: Churchill Livingstone, 1992, 325-339.
5. Barke L, Antoniok D, Ducatman B. Colposcopy – Text and Atlas. Norwalk CT: Appleton&Lange, 1991, 111-132.
6. Wharton I, Tortolero-Luna G, Linares A, [et al.]. Vaginal intraepithelial neoplasia and vaginal cancer. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1996, 23, 325-345.
7. Krumholtz B. Vagina: Normal, Premalignant, Malignant. In: Colposcopy Principles and Practice An Integrated Textbook and Atlas. Ed. Apgar, B, Brotzman G, Spitzer M. Philadelphia: WB Saunders Company, 2002, 321-342.
8. Rokita W. Obrazy kolposkopowe w zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). W: Profilaktyka pierwotna i wtórna raka szyjki macicy, diagnostyka i leczenie. Red. Spaczyński M, Kędzia W, Nowak-Markwitz E. *Polskie Towarzystwo Ginekologiczne & Wielkopolskie Towarzystwo Onkologii Ginekologicznej*, Poznań: 2008, 69-79.
9. Cartier R, Cartier I. Practical Colposcopy. 3rd. Ed. Paris: Laboratoire Cartier 1993, 145-164.

Samodzielna Pracownia Cytogenetyki PAM
z Poradnią Genetyki Chorób Nienowotworowych
i Diagnostyki Prenatalnej
oraz Oddział Zachodniopomorski Polskiego
Towarzystwa Ginekologicznego

zapraszają na

II Konferencję Szkoleniową

OD PRZESIEWOWYCH BADAŃ PRENATALNYCH DO NAJNOWSZYCH METOD GENETYKI MOLEKULARNEJ

Szczecin 15.10.2010

Hotel Novotel

TEMAT KONFERENCJI

*Rzadkie zespoły oraz przypadki przebiegające
nietypowo, kontrowersje diagnostyczne w praktyce
klinicznej – od pierwszego badania USG do
ostatecznego rozpoznania.*

Osoby zainteresowane przedstawieniem własnych badań
prosimy o kontakt z zespołem organizacyjnym.

Informacje szczegółowe dotyczące Konferencji
zamieszczane są na stronie internetowej:

www.preddiag.com

Biuro Organizacyjne Konferencji:

Krzysztof Piotrowski

Samodzielna Pracownia Cytogenetyki PAM

Połabska 4; 70-115 Szczecin

tel. 91 466 1831

fax. 91 466 1545

e-mail: prediag@hotmail.com

Opłata zjazdowa wynosi:

250 PLN do 31.09.09

150 PLN opłata dla studentów, doktorantów,
lekarzy stażystów lub w trakcie specjalizacji.