

Nosečnost po zdravljenju cervikalne intraepitelijske neoplazije (CIN) in začetnega raka materničnega vratu (RMV)

Branko Cvjetičanin, Borut Kobal, Leon Meglič

Ginekološka klinika UKC Ljubljana

Ključne besede: CIN, rak materničnega vratu, konizacija, LETZ, trahelektomija, LPL, nosečnost po zdravljenju

Uvod

Cervikalne intraepitelijske neoplazije (CIN) delimo v dve skupini in sicer: nizkotvegane displazije (CIN 1), ter visokotvegane displazije (CIN 2 in CIN 3). CIN nastane zaradi dolgotrajne, večletne okužbe z visokotveganimi HPV (najpogosteje 16 in 18). Okoli 10 % do 15 % CIN 1 v daljšem časovnem obdobju (več kot eno leto), napreduje v CIN 2 oz. CIN 3. V histoloških izvidih biopsij in ekscizij v letu 2006 je dve tretjini CIN 1 ali drugo in ena tretjina CIN 2 ali več. Po podatkih registra cervikalne patologije Združenja za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo (ZGO-SZD) iz leta 2006, kirurško zdravimo letno okoli 500 bolnic s CIN 1 in okoli 1800 bolnic s CIN 2 in CIN 3. Iz Registra ZORA je razvidno, da je bilo v letu 2006 bilo opravljenih 1194 LETZ, 906 konizacij in 771 rekonizacij. Diagnostika in obravnava CIN sprememb je natančno opisana in opredeljena v Smernicah za celostno obravnavo žensk pred rakavimi spremembami materničnega vratu iz leta 2011. Po največji incidenci RMV v letu 1997 (23/100000) se incidenca RMV vztrajno zmanjšuje in je bila leta 2010 že 13,4/100000. Ta uspeh je vsekakor rezultat pomembnih ukrepov zadnjega desetletja na področju presajanja, preventive, diagnostike, obravnave in zdravljenja predrakavih sprememb materničnega vratu (ZORA, smernice, kolposkopski tečajji ZGO-SZD, sodobno zdravljenje predrakavih sprememb...). V začetni RMV prištevamo stadije 1A1 (površine manj kot 7mm, globina invazije manj kot 3mm), 1A2 (površina manj kot 7mm, globina invazije 3-5mm) in začetni 1B1 (tumor manjši od 2cm). Celostna obravnava in zdravljenje RMV je opredeljena v novih smernicah, ki so pripravljene za objavo v 2012. Vse oblike zdravljenja CIN in zgodnjega RMV lahko bolj ali manj vplivajo na poznejšo zanositev in izid nosečnosti.

Sodobno zdravljenje CIN

CIN 1 je nizkotvegana displazija, zelo pogosto spontano izzveni, zato je zdravljenje indicirano le v primerih, ko sprememba vztraja 2 leti. CIN 2 in CIN 3 sta visokotvegani displaziji in ju je potrebno zdraviti. Nezdravljen CIN 3 z leti preide v RMV v več kot 50 %, po primernem zdravljenju pa se to zgodi le v manj kot 1 %. Metode in tehnike zdravljenja predrakavih sprememb materničnega vratu obsegajo široko paleto operativnih posegov, od minimalnih do radikalnih. Razdelimo jih v tri skupine:

1. destruktivske (ablativne) tehnike (laserska vaporizacija - LV, elektrokoagulacija epitelija, krioterapija in hladna koagulacija);
2. ekscizijske tehnike (ekscizija transformacijske cone z električno zanko – LETZ, LLETZ, LEETZ, klasična konizacija – hladna ekscizija, konizacija s harmoničnim skalpelom, radiofrenkvenčna konizacija ...);
3. eksterpacijske tehnike (histerektomije: vaginalna, laparoskopsko asistirana vaginalna histerektomija - LAVH, abdominalna).

Izbira metode in tehnike zdravljenja predrakavih sprememb materničnega vratu je odvisna predvsem od histološke diagnoze, znanja ginekologa kirurga in tehnične podpore, ki jo ima na razpolago ter od kolposkopske slike, citološkega izvida, starosti bolnice, rodnosti oz. želje po ohranitvi reproduktivne funkcije in morebitnih sočasnih boleznih reproduktivnih organov. Vztrajajoče CIN 1 v glavnem zdravimo z destruktivnimi metodami (kolposkopsko vodena laserska vaporizacija). Destruktivske metode lahko uporabljamo tudi za zdravljenje dobro vidnih in omejenih CIN 2 in CIN 3 sprememb na ektocerviksu, vendar so za zdravljenje CIN 3 sprememb primernejše ekscizijske metode. Prednost ekscizijskih metod je predvsem, da omogočajo histološko preiskavo pridobljenega vzorca ter so sočasno diagnostične in terapevtske. V primerjavi z destruktivno je uspešnost ekscizijskih tehnik sicer nekoliko večja, vendar pri bolnicah, ki so bile zdravljene z ekscizijsko tehniko (predvsem konizacijo), pogosteje prihaja do zapletov v nosečnosti (prezgodnji porod). Zato imajo v zadnjem času minimalno invazivne tehnike (LV, LETZ) prednost pred klasičnimi metodami.

Sodobno zdravljenje začetnega RMV

Izbira metode in tehnike zdravljenja je odvisna od stadija, histološke vrste RMV (ploščatocelični karcinom, adenoskvamozni karcinom, adenokarcinom), znanja kirurga, starosti bolnice oz. fertilitnosti in sočasnih bolezni. Stadij 1A1 brez limfovaskularne invazije zdravimo s konizacijo (ali histerektomijo – starost, sočasne bolezni), stadij 1A1 z limfovaskularno invazijo pa s konizacijo ali trahelektomijo (amputacija materničnega vratu) in laparoskopsko pelvično limfadenektomijo (ali LAVH in LPL). Stadij 1A2 zdravimo s trahelektomijo oziroma radikalno trahelektomijo in LPL (ali LAVH in LPL). Stadij 1B1 \leq 2 cm zdravimo z radikalno trahelektomijo in LPL (ali vaginalno histerektomijo sec. po Schauta – Amreich in LPL, LAVRH in LPL, radikalno histerektomijo sec. Wertheim – Meigs – Novak, s tehniko ohranitve živcev). Sodobne tehnike zdravljenja začetnega RMV z ohranitvijo materničnega telesa ne vplivajo na preživetje bolnic in omogočajo ohranitev reproduktivne sposobnosti. Vendar ženske, pri katerih so bili narejeni opisani kirurški posegi, težje zanosijo, poveča se tudi verjetnost splava in prezgodnjega poroda.

Po konizaciji so potrebne le kontrole in po potrebi cerklaža v nosečnosti. Po trahelektomiji in radikalni trahelektomiji je možnost spontane zanositve vprašljiva, zato je indicirana IVF-ET. Ob posegu se preventivno naredi tudi cerklaža. Cerklažo lahko opravimo tudi laparoskopsko, vendar enotnega navodila, kdaj poseg opraviti, ni (ob trahelektomiji, pozneje kot samostojen poseg ali šele v zgodnji nosečnosti).

Nosečnost po zdravljenju CIN

CIN se najpogosteje pojavlja v rodnem obdobju žensk in zato ne smemo zanemariti neugodnega vpliva zdravljenja na morebitne poznejše nosečnosti, še posebej ker se število žensk in kirurškega zdravljenja CIN povečuje. V začetku je večina avtorjev zanikala kakršenkoli vpliv sodobnega zdravljenja CIN (LV, LETZ, LK...) na poznejše nosečnosti, predvsem, ker ni bilo ugotovljenih histoloških sprememb v razporeditvi kolagena v regenerativnem tkivu. Bertole v letu 1988 navaja 36 % prezgodnjih porodov in nedvomno povečano število prezgodnjih porodov med 28. in 32. tednom nosečnosti po predhodni konizaciji. Da je konizacija dejavnik tveganja za prezgodnji porod leta 1997 ugotavljajo tudi Novak-Antolič, Pajntar in Verdenik. Verdenik leta 2001 uvršča konizacijo na drugo mesto med dejavnike tveganja za prezgodnji porod. Do leta 2005 je število klasičnih konizacij naraščalo, predvsem zaradi večjega števila CIN in razširitve indikacij za konizacijo (CIN3 – karcinom in situ, mikroinvazivni RMV – 1A1). Posledično je naraščalo tudi število porodov po

konizaciji (2 % leta 2004). Predvsem v zadnjih letih narašča tudi število porodov po LETZ in destruktivnih metodah zdravljenja CIN (LV). Guzej in Lovšin v raziskavi o vplivu zdravljenja CIN na trajanje poznejše nosečnosti v obdobju 2003 do 2004 navajata 3-krat več prezgodnjih porodov po klasični konizaciji (17,8 % po konizaciji in 5,6 % brez konizacije) in 2-krat več prezgodnjih porodov po drugih konizacijah: LETZ, LK, harmonični nož (12 % po LETZ in 5,6 % brez LETZ). Podobne rezultate navajata Bindas in Novak-Antolič za obdobje 2002 do 2005, in sicer 18 % prezgodnjih in 12 % porodov z nizko porodno težo (manj kot 2005g) po klasični konizaciji ter 13 % prezgodnjih in 10 % porodov z nizko porodno težo po LETZ; v primerjavi s 6 % prezgodnjih porodov in porodov z nizko porodno težo pri primerjalni skupini brez kirurških posegov na materničnem vratu. O vplivu LETZ-a na trajanje nosečnosti si avtorji v svetu niso enotni, eni neugoden vpliv LETZ-a in LV-a zanikajo, medtem ko so rezultati pri drugih podobni slovenskim.

Nosečnost po zdravljenju začetnega RMV

Zmanjševanje radikalnosti kirurškega zdravljenja začetnega RMV je omogočilo ohranjanje rodnosti in poznejše nosečnosti ter porode pri bolnicah po zdravljenju začetnega RMV. Rezultati metaanalize desetih študij na 582 bolnicah so pokazali, da je delež ponovitve ali napredovanja bolezni sorazmerno nizek in ni večjega tveganja za ponovitev bolezni v primerjavi s klasičnim radikalnim kirurškim zdravljenjem. Reproktivni podatki kažejo, da po zdravljenju začetnega RMV rodi okoli 64 % žensk, ki zanosijo. Ena večjih serij (Plante in sod.) navaja 50 nosečnosti pri enaintridesetih ženskah. Delež zgodnjega spontanega splava je bil 16 %, splavnost v drugem trimestru pa 4 %. 72 % nosečnosti je potekalo do tretjega trimestra, med njimi se je 8 % otrok rodilo pred 32. tednom, 14 % med 32. in 36. tednom in 78 % (28 otrok) pa je bilo rojenih ob terminu. V Sloveniji smo, na Ginekološki kliniki Ljubljana, do sedaj z radikalno trahelektomijo in LPL zdravili 12 bolnic zaradi začetnega RMV stadija 1A2 do 1B1 (manjši od 2 cm). Pri prvih dveh nosečnicah je po zdravljenju prišlo do spontanega splava v 18. oz. 19. tednu nosečnosti. Po splavih je bila pri obeh narejena še LPSC cerklaža. Obe pacientki sta naslednjo nosečnost zaključili s porodi (SC) ob roku in rodili zdrava otroka.

Zaključek

Vse večje število CIN in vse bolj razširjene sodobne metode zdravljenja (LV, LETZ...) so posledično privedle do vse večjega števila nosečnosti in porodov po tovrstnem zdravljenju. Kirurško zdravljenje CIN je nedvomno neugodno povezano z izidom nosečnosti.

Uvedba novih kirurških tehnik s sočasnim ohranjanjem radikalnosti in uspešnosti zdravljenja ter ohranjanjem fertiliteti bolnic z začetnim RMV, omogoča bolnicam zanositev in rojstvo zdravih otrok. Vsekakor je treba biti pri izbiri bolnic, indikacij in kirurških tehnik zdravljenja previden in dosledno upoštevati smernice, še posebej pri bolnicah v reproduktivnem obdobju.

Viri (po abecednem vrstnem redu):

Bertole J. Porođaj žena poslje konizacije. Zagreb. Mag.rad. Medicinski fakultet Zagreb 1988

Bindas A., Novak – Antolič Ž.: Porodniški izid po konzervativni terapiji intraepitelijskih ali zgornjih invazivnih lezij materničnega vratu; pregled podatkov za Slovenijo od leta 2002 do 2005. Zdrav. Vest. 2009, 78 241-6.

Cvjetičanin B. Sodobno zdravljenje predrakavih sprememb in začetnega raka materničnega vratu. Zbornik, Prvi izobraževalni dan programa ZORA, april 2010.

Cvjetičanin B., Kobal B., Rakar S., Omahen A., Meglič L., Barbič M.: Vloga laporoskopije pri optimalni obravnavi mikroinvazivnega raka materničnega vratu. Endoskopska revija vol. 10, No. 23 2005, 36, 49.

Deisinger D.: Kazalci kakovosti pri zdravljenju prekancerov materničnega vratu v Sloveniji. V: Možina A. ur. Zbornik predavanj 2. slovenski kongres o cervikalni patologiji, Portorož 7 do 10. marec 2007, ZGO 2007: 150-4.

Dergant D., Martin X., Sacchetoni A., Mathevet P.: Laparoscopic vaginal radical trachelectomy: A treatment to preserve the fertility of cervical carcinoma patients. Cancer 2000. 88 1877-82.

Grio R., Rizzitiello A., Colla F., Leotta E. Therapy for intraepithelial neoplasia and fertility. Minerva Ginecol. 2002; 54: 325-31.

Guzej Z., Lovšin B.: Vpliv zdravljenja cervikalne intraepitelijske neoplazije na trajanje poznejše nosečnosti in pogostost prezgodnjega poroda. Slovenski rezultati raziskave za obdobje 2003 do 2004, Onkologija 2007; 11: 63-5.

Kobal B.: Vloga laporoskopije pri zgodnjih oblikah raka materničnega vratu. Zdrav. Vest. 2009; 78: I-49-52.

Kyrgiou M., Koliopoulos G., Martin-Hirsch P., Arbyn M., Prendiville W., Paraskeva E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. Lancet 2006; 367: 489-98.

Možina A.: Standardni kazalci kakovosti pri odkrivanju in zdravljenju predrakavih sprememb MV. Onkološki simpozij, Ljubljana 21.1.2010.

Novak-Antolič Ž., Pajntar M., Verdenik I. Ruptur of membranes and postpartum infection. Eur J Obstet & Gynecol and Reproductive Biology 1997; 71: 141-146.

Plante M., Renaud MC., Hoskins IA., Roy M. Vaginal radical trachelectomy a valuable fertility – preserving options in the management of early-stage cervical cancer. Cura Opin Obstet. Gynecol 2005; 17, 5-12.

Register ZORA; Poročilo o rezultatih ZORA v letih 2006 in 2007, Onkološki inštitut Ljubljana 2007.

Takač I., Arko D., Gorišek B., Kodrič T., Repše-Fokter A.: Možnosti zdravljenja predrakavih sprememb materničnega vratu. Zdrav. Vest. 2009, 78 I-43-8.

Tomažević T.: Laporoscopska cerklaža pri ženskah s cervikoistmično insuficienco in visokim tveganjem za kasni splav ali zelo prezgodnji porod. 10 kongres endoskopske kirurgije Slovenije, Portorož 10. do 12.5.2009.

Uršič – Vrščaj M., Rakar S., Možina A., Kobal B., Takač I., Deisinger D., Zore A.: Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2011.

Verdenik I. Napovedovanje tveganja za prezgodnji porod. Zbornik predavanj Novakovi dnevi, Maribor 2001: 85-92.



**NOSEČNOST PO ZDRAVLJENJU CIN
IN ZAČETNEGA RMV**

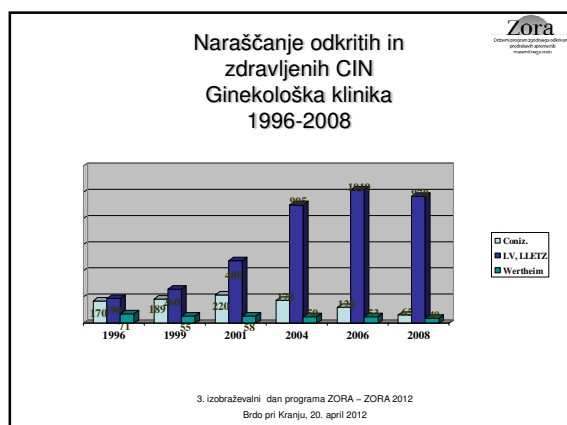
Branko Cvjetičanin
GINEKOLOŠKA KLINIKA UKC LJUBLJANA

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20. april 2012

**CERVIKALNA INTRAEPITELIJSKA
NEOPLAZIJA-CIN**

- Nizkotvegane displazije: CIN 1
- Visokotvegane displazije: CIN 2 in CIN 3
- HPV okužba – visokotvegani genotipi (16, 18...)
- Vztrajanje okužbe več kot 1 leto
- 10%-15% CIN 1 po več kot 1 letu v CIN 2 oz. CIN 3

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20. april 2012



ZDRAVLJENJE CIN

A. DESTRUKTIVNE TEHNIKE – metode zdravljenja z uničevanjem epitela TZ

1. LASERSKA VAPORIZACIJA EPITELA (S KOLPOSKOPIJO)
2. ELEKTROKOAGULACIJA EPITELA
3. KRIOTERAPIJA IN HLADNA KOAGULACIJA

B. EKSCIZIJSKE TEHNIKE – diagnostične in metode zdravljenja z izrezovanjem TZ oz. porcije

1. DIATERMIJSKA (ELEKTRO) ZANKA (LLETZ, LEETZ, LETZ)
2. KONIZACIJA : 2a) klasična – hladna s skalpelom
2b) s harmoničnim skalpelom
2c) laserska konizacija

C. EKSTIRPACIJSKE TEHNIKE - HISTEREKTOMIJA – radikalna terapija

1. VAGINALNA (VTE; TVE)
2. LAVH
3. ABDOMINALNA

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20. april 2012

**INDIKACIJE ZA IZBIRO TEHNIKE
ZDRAVLJENJA**

- 1. HISTOLOŠKA DIAGNOZA
- 2. CITOLOŠKI IZVID (PAP)
- 3. KOLPOSKOPSKI IZVID
- 4. FERTILNOST oz. želja po ohranitvi reproduktivne funkcije
- 5. STAROST
- 6. SOČASNE BOLEZNI

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20. april 2012

Zora
Odbor za razvoj zdravstvenih
inštitucij in strokovnih
institucij

PREDNOSTI IN SLABOSTI KIRURŠKIH TEHNIK ZDRAVLJENJA CIN

- **DESTRUKTIVNE TEHNIKE:**

PREDNOSTI :
natančna destrukcija (kolposkopija - LV), minimalno invazivne, ambulantno ali dnevna bolnica, brez anestezije ali lokalno Xylocaine sprej, redke komplikacije, kratkotrajen bolniški stalež (1dan), ni pomembnega vpliva na fertilitnost in izid nosečnosti, uspešnost okoli 90 %

SLABOSTI :
ni tkiva za histološko preiskavo, dolgotrajno celjenje (tudi 3 tedne) z izcedkom, drage aparature (laser, izolirana spekula, odvod dima)

3. izobraževalni dan programa ZORA- ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20.april 2012

Zora
Odbor za razvoj zdravstvenih
inštitucij in strokovnih
institucij

PREDNOSTI IN SLABOSTI KIRURŠKIH TEHNIK ZDRAVLJENJA CIN

- **EKSCIZIJSKE TEHNIKE:**

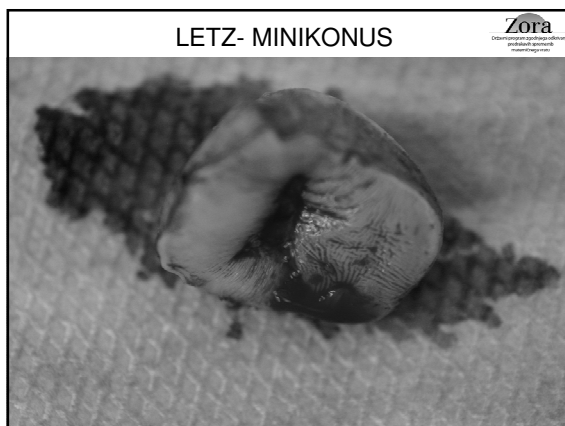
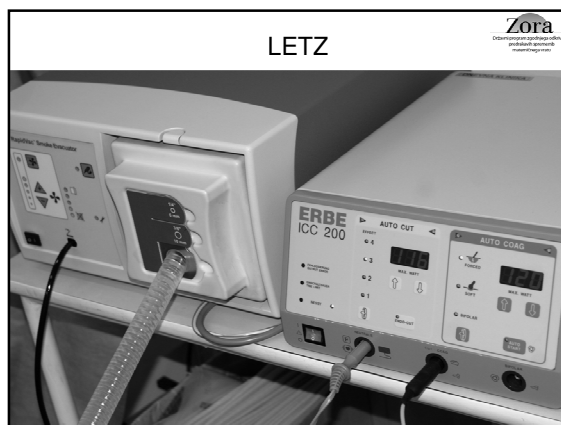
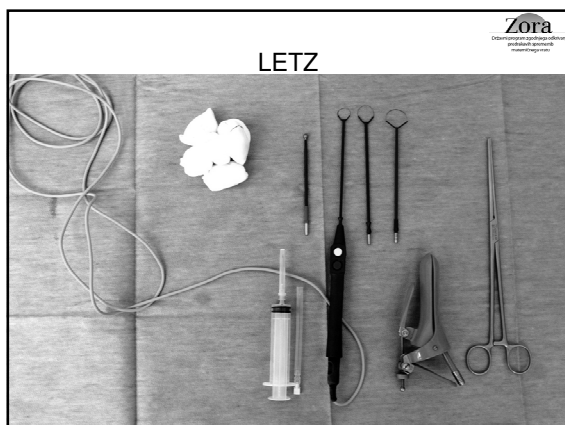
LETZ
PREDNOSTI : hitra, v lokalni anesteziji (subepitelno ali paracervikalni blok 6-15 ml Xylocain 1%), dnevna bolnica, kratek bolniški stalež (do 3 dni), tkivo (minikonus) za HP, klinično nepomemben vpliv na fertilitnost in izid nosečnosti

SLABOSTI : velikost ekscizije omejena z velikostjo zanke, termična poškodba robov tkiva za HP, dolgotrajno celjenje z izcedki in krvavitve (tudi do 3 tedne)

KLASIČNA KONIZACIJA
PREDNOSTI: velikost konusa odvisna le od kirurga, večja možnost izreza v zdravo, gladki nepoškodovani robovi

SLABOSTI: hospitalizacija 2 dni, splošna anestezija, daljši bolniški stalež (7-14 dni), slab vpliv na izid nosečnosti (več prezgodnjih porodov)

3. izobraževalni dan programa ZORA - ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20. april 2012



Zora
Odbor za razvoj zdravstvenih
inštitucij in strokovnih
institucij

SODOBNO ZDRAVLJENJE ZAČETNEGA RMV

- Incidenca RMV v Sloveniji :1997 23/100.000; 2010 13,4/100.000
- Začetni stadiji : 1A1 - brez limfovaskularne invazije
- z limfovaskularno invazijo

1A2 - globina invazije 3-5mm

1B1 - začetni, velikost tumorja do 2cm

3. izobraževalni dan programa ZORA - ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20. april 2012

Zora
Območje splošne zdravstvene
inšpekcije

IZBIRA TEHNIKE IN METODE ZDRAVLJENJA ZAČETNEGA RMV

- ODVISNA OD:
 1. HISTOLOŠKEGA IZVIDA (planucelularni karcinom, adeno karcinom)
 2. CITOLOŠKEGA (PAP) IN KOLPOSKOPSKEGA IZVIDA
 3. STAROSTI PACIJENTKE IN FERTILNOSTI oz. ŽELJE PO OHRANITVI REPRODUKTIVNE FUNKCIJE
- OBRAVNAVA IN ZDRAVLJENJE OPREDELJENA V NOVIH SMERNICAH ZDRAVLJENJA RMV – OBJAVA 2012

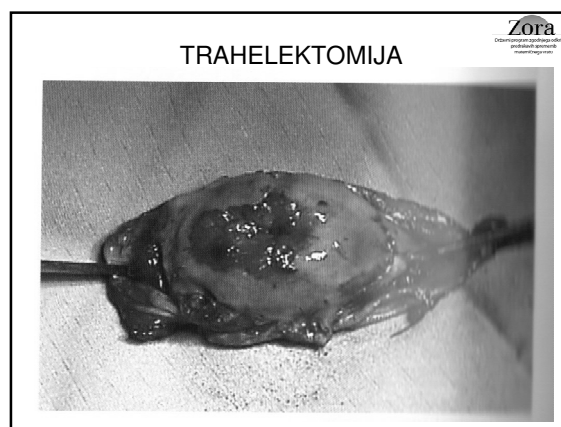
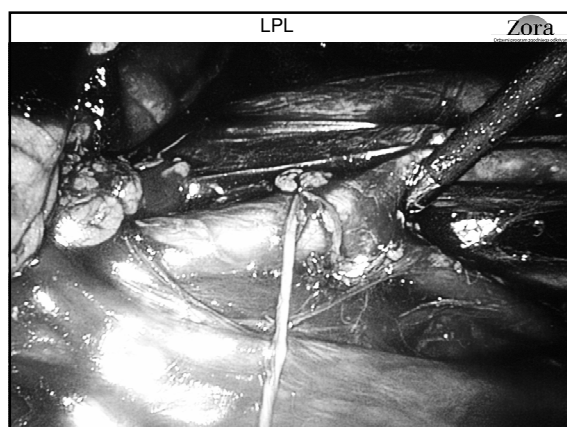
3. izobraževalni dan programa ZORA- ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20. april 2012

Zora
Območje splošne zdravstvene
inšpekcije

ZDRAVLJENJE ZAČETNEGA RMV

- STADIJ 1A1 BREZ LIMFOVASKULARNE INVAZIJE : **KONIZACIJA**, VTE, LAVH, TEL
- STADIJ 1A1 Z LIMFOVASKULARNO INVAZIJO : **KONIZACIJA, TRAELEKTOMIJA (amputacija cerviksa) Z LAPAROSKOPSKO PELVICNO LIMFADENEKTOMIJO(LPL)**, LAVH z LPL, TEL z PL
- STADIJ 1A2: **TRAELEKTOMIJA ali RADIKALNA TRAELEKTOMIJA z LPL**, LAVH z LPL, TEL z PL
- STADIJ 1B1 < 2 cm : **RADIKALNA TRAELEKTOMIJA z LPL**, RADIKALNA VAGINALNA HISTEREKTOMIJA (sec.Schauta-Amreich) z LPL, LAVRH z LPL, RADIKALNA HISTEREKTOMIJA (sec.Wertchaim Maigs Novak) z nerv sparing in PL

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20. april 2012



Zora
Območje splošne zdravstvene
inšpekcije

NOSEČNOST PO ZDRAVLJENJU CIN

- KLASIČNA KONIZACIJA IN LETZ – NEUGODEN VPLIV NA NOSEČNOST:
- Bertole 1988: 36 % prezgodnjih porodov in večje število prezgodnjih porodov med 28. in 32. tednom gestacije
- Novak-Antolič, Pajntar in Verdenik 1997: konizacija kot dejavnik tveganja za prezgodnji porod
- Verdenik 2001: konizacija na 2. mestu med dejavniki tveganja za prezgodnji porod
- Guzej in Lovšin 2003-2004: 3x več prezgodnjih porodov po klasični konizaciji (17,8 % po konizaciji in 5,6 % brez) in 2x več prezgodnjih porodov po drugih konizacijah – LETZ (12 % po LETZ-u in 5,6 % brez)
- Bindas in Novak-Antolič 2002–2005: 18 % prezgodnjih porodov in 12 % nizka porodna teža (<2500g) po klasični konizaciji in 13 % prezgodnjih porodov in 10 % nizka porodna teža po LETZ-u proti 6 % prezgodnjih porodov in nizke porodne teže pri kontrolni skupini

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20. april 2012

Zora
Državni inštitut za zdravstveno inšpekcijo

NOSEČNOST PO ZDRAVLJENJU ZAČETNEGA RMV

- SPONTANA ZANOSITEV?
- ZANOSITEV IVF-ET
- SPLAVI, PREZGODNJI PORODI.
- POROD SC
- 1. KONIZACIJA : REDNE KONTROLE, pp CERCLAGE
- 2. TRAEHELEKTOMIJA : CERCLAGE OB POSEGU
- 3. RADIKALNA TRAEHELEKTOMIJA : CERCLAGE OB POSEGU, LPSC CERCLAGE? - OB POSEGU? - PRED ZANOSITVIJO? – OB NOSEČNOSTI?

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20. april 2012

Zora
Državni inštitut za zdravstveno inšpekcijo

NOSEČNOST PO TRAEHELEKTOMIJI IN RADIKALNI TRAEHELEKTOMIJI Z LPL

- Reproductivni podatki: 64 % živorojenih otrok (Plante in sod)

50 nosečnosti pri 31 ženskah:

- 16 % zgodnjega spontanega splava
- 4 % splavov v 2. trimestru

- 36 nosečnosti (72 %) do 3. trimestra: 8 % pred 32. tednom, 14 % med 32. in 36. tednom in 28 (78 %) porodov ob terminu

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20. april 2012

Zora
Državni inštitut za zdravstveno inšpekcijo

NOSEČNOST PO TRAEHELEKTOMIJI IN RADIKALNI TRAEHELEKTOMIJI Z LPL V SLOVENIJI

- 12 bolnic z začetnim RMV 1A2 do 1B1 (<2cm) zdravljenih z radikalno traehelektomijo in LPL na Ginekološki kliniki Ljubljana od 2007 do 2012
- 3x spontani splav (9., 18. in 19. teden)
- Pri dveh bolnicah po spontanem splavu v 2. trimestru LPSC cerklaža
- Obe bolnici porod s carskim rezom ob roku
- 2 živorojena, zdrava otroka (2011)

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20. april 2012



LPSC cerclage

Zora
Državni inštitut za zdravstveno inšpekcijo

ZAKLJUČEK

- ŠTEVILO NOSEČNOSTI IN PORODOV PO ZDRAVLJENJU CIN IN ZAČETNEGA RMV NARAŠČA
- NEUGODEN VPLIV KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA CIN NA NOSEČNOST: VEČJE ŠTEVILO PREZGODNJIH PORODOV IN NIŽJA PORODNA TEŽA
- NEKOLIKO MANJŠI VPLIV LETZ-a NA IZID NOSEČNOSTI
- MANJ RADIKALNE KIRURŠKE TEHNIKE ZDRAVLJENJA ZAČETNEGA RMV (KONIZACIJA, TRAEHELEKTOMIJA, RADIKALNA TRAEHELEKTOMIJA Z LPL) OMOGAČAJO NOSEČNOST IN POROD ZDRAVEGA OTROKA TUDI BOLNICAM Z ZAČETNIM RMV (1A1 DO 1B1 < 2cm)
- PREVIDNA IZBIRA BOLNIC, INDIKACIJ, KIRURŠKIH TEHNIK IN DOSLEDNO UPOŠTEVANJE SMERNIC V ZDRAVLJENJU CIN IN ZAČETNEGA RMV PREDVSEM V REPRODUKTIVNEM OBDOBJU

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012
Brdo pri Kranju, 20. april 2012