

## **Kaj je pomembno pri celoviti obravnavi žleznih sprememb materničnega vratu?**

Špela Smrkolj, Andrej Možina, Leon Meglič, Nina Jančar

Ginekološka klinika UKC Ljubljana

**Ključne besede:** žlezne spremembe, maternični vrat, celovita obravnava

### **Uvod**

Bolezenske spremembe žleznih celic v brisu materničnega vratu (BMV) opazamo pri 0,5–1 %. V veliki večini gre za atipične žlezne celice (AŽC), ki so velik izziv za citologa in še večji za kolposkopista. Kolposkopsko ocenjevanje žleznih sprememb je naporno in celo za izkušenega kolposkopista strokovno zelo zahtevno delo. Atipične žlezne celice so za oceno problematične še na nekaj 100-kratni povečavi (citolog), toliko težje pa na nekaj 10-kratni (kolposkopist). Razlike med posameznimi laboratoriji so prav v deležu te kategorije celic največje. Da so težave v odkrivanju velike govori tudi dejstvo, da je delež adenokarcinomov med karcinomi materničnega vratu do 20 %, prekancerov žleznega izvora pa je med vsemi odkritimi samo 2 %!

Nujno je poudariti, da pričakujemo med atipičnimi žleznimi celicami v do 50 % hudo displazijo tipa CIN II ali CIN III in v do 10 % že invazivni karcinom!

### **Obravnava AŽC**

Postopki pri klinični obravnavi AŽC so opredeljeni in obširno opisani v »Smernicah za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu 2011« in so usmerjeni k optimalni varnosti, tako pri invazivni diagnostiki, kot pri zdravljenju in sledenju bolnic. Ob izvidu BMV, ki kaže na patologijo žleznih celic, je potrebno upoštevati izvor žleznih celic (iz endocerviksa ali endometrija), resnost citološkega opozorila oz. veliko verjetnost prekanceroze, (ne)zanesljivost kolposkopije pri žlezni patologiji, histološko diagnostiko, pomembnost čim bolj kakovostnih diagnostičnih ukrepov in morebitnega zdravljenja ter še posebej pomen pravilnega sledenja brez zdravljenja ali po zdravljenju.

**Endometrijske celice** so v BMV redke, njihova prisotnost je lahko znak napredovale endometrijske patologije, predvsem karcinoma in to še pred nastopom ostalih kliničnih znakov, predvsem krvavitve. Kolposkopijo v teh primerih vedno dopolnimo še s frakcionirano abrazijo, lahko tudi z ultrazvočno preiskavo, histeroskopijo oz. z drugimi diagnostičnimi metodami.

**Atipične žlezne celice neopredeljene (AŽC-N), atipične žlezne celice, verjetno neoplastične (AŽC-VN), endocervikalni adenokarcinom in situ (AIS):** Glede na priporočila je potrebna kolposkopija in abrazija cervikalnega kanala, v primeru odkritih patoloških sprememb endometrijskih celic ali pri neopredeljeni krvavitvi in pri ženskah, starejših od 35 let, pa je potrebno narediti še frakcionirano abrazijo. Glede na klinične izkušnje je ponavljanje BMV v tem primeru nesprejemljivo. Vsi ostali postopki obravnave so opisani v »Smernicah za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu 2011«.

#### **Kolposkopija žleznih sprememb**

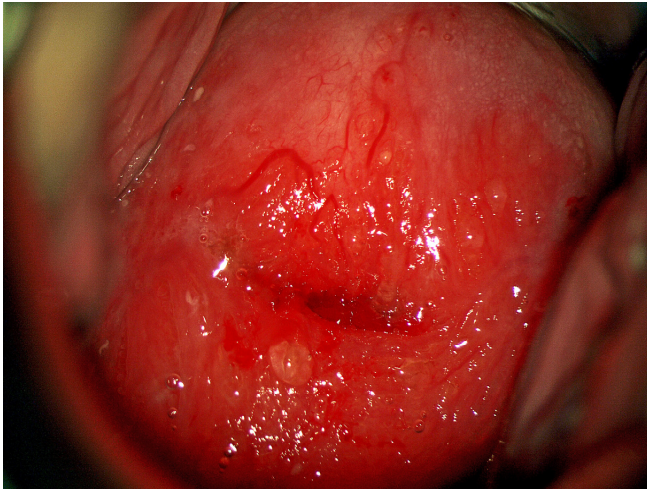
Glavne značilnosti so:

1. Nezanesljiva, predvsem pa zelo zahtevna kolposkopija (Slika 1).
2. Nezanesljiva je tudi citološka ocena žleznih sprememb.
3. Visokotvegane displazije najdemo v 9 % do 54 %.
4. Invazivni karcinom najdemo v 1 % do 9 %.

#### **Adenokarcinom in situ (ACIS)**

Sprememba je redka, njen delež znaša le 2 % (žleznih komponent v prekancerozah). Velik del te patologije ne odkrijemo pravočasno, saj je diagnostika nezanesljiva (citologija in kolposkopija). Ni še povsem jasno ali je razvoj v invazivno obliko res povsem drugačen oz. hitrejši kot pri planocelularni obliki ali gre le za nezanesljivost naših diagnostičnih metod. Glavne značilnosti so:

1. Adenokarcinom in situ se pojavlja kot multifokalni vzrok v petini vseh primerov.
2. Razmerje med adenokarcinomom in CIN 3 je 1:50.
3. V 70 % je prisotna tudi ploščatocelična sprememba.



**Slika 1.**

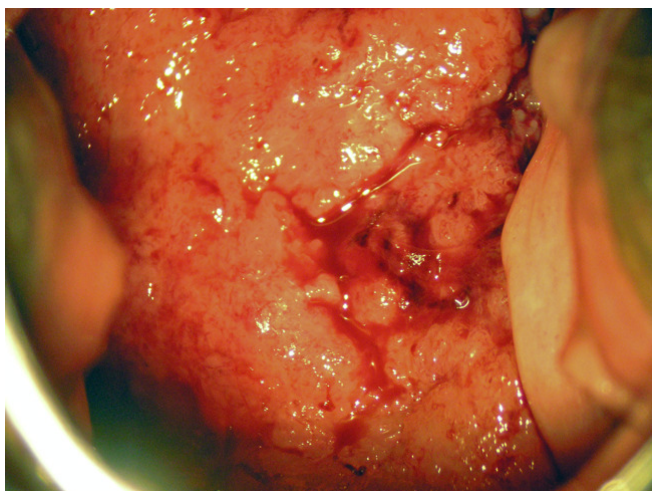
Zrela in nezrela metaplazija, kronični cervicitis, brez displastičnih sprememb (avtor slike: as. dr. Leon Meglič).

**Principi kolposkopije žleznih sprememb** ostajajo enaki, vendar:

- Prvi resni problem nastopi, ker je žlezni epitel viden le pri  $\frac{2}{3}$  preiskovank.
- Možen je multifokalen vzrok, predvsem pa so pogoste mešane oblike sprememb.
- Zaradi vsega naštetega je priporočeno, da se take bolnice kolposkopsko obravnavajo v referenčnih centrih.

V sami **kolposkopski sliki žleznih sprememb** pa vidimo:

1. Pogoste so žilne anomalije lasnic in ne vijačnic, ki so značilnost ploščatoceličnih oblik invazije.
2. Izločanje mukusa je lahko obilno, predvsem pa so vidna izvodila žlez, ki so znotraj atipične transformacijske cone.
3. Papile se združujejo in dajejo vtis običajne metaplazije.
4. Ne vidimo punktacij in mozaikov, pač pa rdečino ali bel plak, ki ni povezan s ploščatim epitelijem.
5. Invazivni karcinom se kaže s papilarno rastjo nad nivojem porcije (Slika 2).



**Slika 2.**  
Invazivni adenokarcinom materničnega vratu  
(avtor slike: as. dr. Leon Meglič).

### **Zdravljenje bolnic z žleznimi spremembami**

Destrukcijske metode zaradi pogosto spregledane težje patologije niso indicirane!

Primarna metoda zdravljenja adenokarcinoma in situ je klasična konizacija. Izjemoma pri mlajših bolnicah, ki še želijo roditi lahko napravimo velik LLETZ. Pri spremembah, ki so **odstranjene v zdravem**, moramo zaradi možnosti multifokalnega pojavljanja bolnice slediti z brisi na pol leta še vsaj 4-krat. Kadar pa lezija **ni odstranjena v zdravem**, je obvezna rekonizacija ali histerektomija, odvisno od želja bolnice.

### **Sledenje bolnic z žleznimi spremembami**

Praviloma sledimo bolnice po posegu še vsaj 2 leti z brisi vsakih 6 mesecev, nato pa vsaj enkrat letno še 8 let, skupaj torej 10 let po posegu.

### **Zaključki**

Spremembe žleznega epitelija ne smemo podcenjevati, 20 % odkritih karcinomov materničnega vratu je žleznega porekla. Citološka diagnostika žleznih sprememb je zahtevna in nezanesljiva, prav tako je težavna in nezanesljiva kolposkopija. Majhen delež endocervikalnega adenokarcinoma in situ žal potrjuje dejstvo, da velik del patologije ne odkrijemo pravočasno. Z izboljšanjem kolposkopske preiskave bi lahko povečali število odkritih prekancerov.

Zahtevnost diagnostike, zdravljenja in sledenja narekuje, da se o posameznih bolnicah posvetujemo tudi z bolj izkušenimi kolegi iz referenčnih centrov.

*Viri (po abecednem vrstnem redu):*

Bulten J, Horvat R, Jordan J, Herbert A, Wiener H, Arbyn M. European guidelines for quality assurance in cervical histopathology. *Acta Oncol.* 2011 Jun;50(5):611-20. Epub 2011 Feb 11.

Jordan J, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Schenck U, Baldauf JJ, Da Silva D, Anttila A, Nieminen P, Prendiville W. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for clinical management of abnormal cervical cytology, part 1. *Cytopathology.* 2008 Dec; 19(6):342-54.

Talaat A, Brinkmann D, Dhundee J, Hana Y, Bevan J, Irvine R, Bailey S, Woolas R. Risk of significant gynaecological pathology in women with glandular neoplasia on cervical cytology. *Cytopathology.* 2011 Jul 12. doi: 10.1111/j.1365-2303.2011.00891.x.

Ullal A, Roberts M, Bulmer JN, Mathers ME, Wadehra V. The role of cervical cytology and colposcopy in detecting cervical glandular neoplasia. *Cytopathology.* 2009 Dec; 20(6):359-66. Epub 2008 Jun 28.

Van Niekerk WA, Dunton CJ, Richart RM, Hilgarth M, Kato H, Kaufman RH, Mango LJ, Nozawa S, Robinowitz M. Colposcopy, cervicography, speculoscopy and endoscopy. International Academy of Cytology Task Force summary. *Diagnostic Cytology Towards the 21st Century: An International Expert Conference and Tutorial.* *Acta Cytol.* 1998 Jan-Feb; 42(1):33-49.

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 2011. Ljubljana, Onkološki inštitut Ljubljana, 2011.



ZDRUŽENJE ZA GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJO

**Zora**  
Dobro poznanje privede do boljših rezultatov

## Kaj je pomembno pri celoviti obravnavi žleznih sprememb materničnega vratu?

**Doc. dr. Špela Smrkolj, dr. med.**  
**Prim. Andrej Možina, dr. med.**  
**As. dr. Leon Meglič, dr. med.**  
**As. dr. Nina Jančar, dr. med.**

Ginekološka klinika Ljubljana

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

ZDRUŽENJE ZA GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJO

**Zora**  
Dobro poznanje privede do boljših rezultatov

## UVOD

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

ZDRUŽENJE ZA GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJO

**Zora**  
Dobro poznanje privede do boljših rezultatov

## Bolezenske spremembe žleznih celic

- V BMV so prisotne v **0,5 % - 1 %**.
- Večinoma gre za **atipične žlezne celice = AŽC**

↓

- Velik izziv za citologa in za kolposkopista!**
- V 50 % CIN, AIS, CA (Vir: Goff, Obstet. Gyn, 1992)

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

ZDRUŽENJE ZA GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJO

**Zora**  
Dobro poznanje privede do boljših rezultatov

Table 2. Neoplasias Discovered with AGUS Pap Smears (N = 606)

Reactive AGUS (n = 380)	Neoplasias AGUS (n = 196)	Undetermined AGUS (n = 420)
64 CIN	65 CIN	7 CIN
152 CIN 1, 14 CIN 2, 13 CIN 3	157 CIN 1, 14 CIN 2, 10 CIN 3	84 CIN 1, 7 CIN 2
2 squamous carcinoma of cervix	2 squamous carcinoma of cervix	2 squamous carcinoma of cervix
1 adenocarcinoma of cervix	3 adenocarcinoma in situ of cervix	1 simple hyperplasia of endometrium
4 simple hyperplasia of endometrium	7 adenocarcinoma in situ	7 adenocarcinoma in situ
3 complex hyperplasia of endometrium	6 complex hyperplasia of endometrium	6 complex hyperplasia of endometrium
2 adenocarcinoma of endometrium	14 adenocarcinoma of endometrium	14 adenocarcinoma of endometrium
1 low-grade serous tumor of ovary	1 mixed mesodermal tumor of uterus	
Total 75 (19%)	Total 105 (54%)	Total 4 (10%)

AGUS, atypical glandular cells of undetermined significance; CIN, cervical intraepithelial neoplasia.

Vir: Goff, Obstet. Gyn, 1992

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

ZDRUŽENJE ZA GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJO

**Zora**  
Dobro poznanje privede do boljših rezultatov

## Nizko rizični BMV : tveganja

• Atipične ploščate celice

↓

5 – 17 % VRD

↓

0.1 - 0.2 % Ca

• Atipične žlezne celice

↓

9 – 54 % VRD

↓

1 – 9 % Ca

Vir: Consensus Guidelines ASCCP, Jama 2004

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

ZDRUŽENJE ZA GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJO


**Zora**  
Dobro poznanje privede do boljših rezultatov

## Žlezne spremembe v Sloveniji

- Razlike med laboratoriji! (Citološka diagnostika je **zahtevna in nezanesljiva!**)
- Kolposkopska diagnostika je **težavna in nezanesljiva!**
- Delež adenokarcinomov med karcinomi materničnega vratu je do 20 %, prekancerov žleznega izvora pa je med vsemi odkritimi samo 2 %!
- Med atipičnimi žleznimi celicami pričakujemo v do 50 % hudo displazijo tipa CIN II ali CIN III in v do 10 % že invazivni karcinom.

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


ZDRUŽENJE ZA GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJO



# OBRAVNAVA AŽC

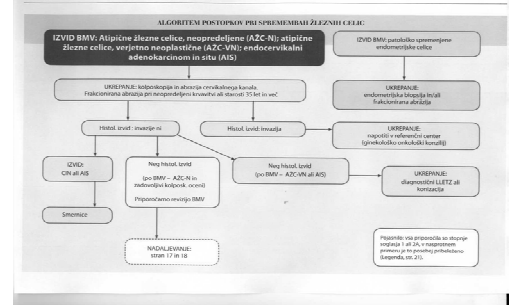
3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012 Brdo pri Kranju, 20. april 2012

ZDRUŽENJE ZA GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJO




## ALGORITEM POSTOPKOV PRI SPREMEMBAH ŽLEZNIH CELIC

16. Sklepi na celotni obravnavi žensk s pridobljenimi spremembami histološke vrste 2011



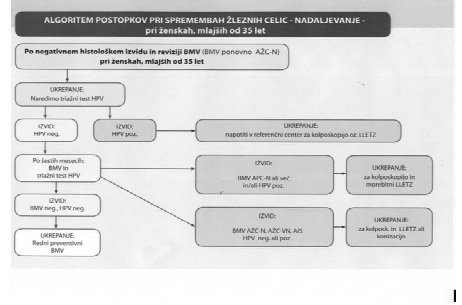
3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012 Brdo pri Kranju, 20. april 2012

ZDRUŽENJE ZA GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJO




## ALGORITEM POSTOPKOV PRI SPREMEMBAH ŽLEZNIH CELIC – NADALJEVANJE – pri ženskah, mlajših od 35 let

Sklepi na celotni obravnavi žensk s pridobljenimi spremembami histološke vrste 2011 17



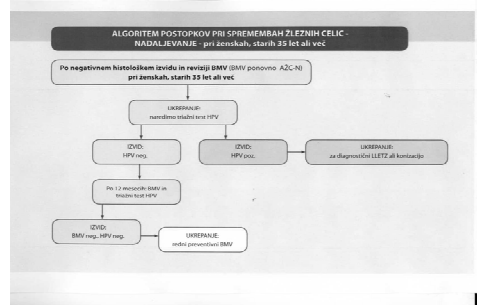
3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012 Brdo pri Kranju, 20. april 2012

ZDRUŽENJE ZA GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJO




## ALGORITEM POSTOPKOV PRI SPREMEMBAH ŽLEZNIH CELIC – NADALJEVANJE – pri ženskah, starih 35 let ali več

18. Sklepi na celotni obravnavi žensk s pridobljenimi spremembami histološke vrste 2011




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

ZDRUŽENJE ZA GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJO




## I. Pravilo pri obravnavi AŽC

- Ne ponovljaj rutinsko citologijo !!!
- Skrbna kolposkopija: Tz1, Tz2, Tz3
- +
- Abrazija CK in ev. biopsija
- +
- Frakc.abrazija pri starosti >35 let ali neopredeljeni krvavitvi
- Več glav več ve!



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

ZDRUŽENJE ZA GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJO



## II. Pravilo pri obravnavi AŽC


- Zanesljivost abrazije CK je nizka (85 % lažno? negativnih izvidov) (Vir: M Novak, A Možina. Analiza zdravljenja prekancerov. GK, 2005)
- Preveri ustreznost kiret oz. vzdrževanost
- Ponovi PAP čez 6 mesecev – če je neg., še HPV test! (glej Smernice 2011)

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

ZDRUŽENJE ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU

**III. Pravilo pri obravnavi AŽC**

Ponovitev AŽC po  
neg.abraziji




Dg. Leetz ali konizacija  
Nulipara, mala lezija!

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

ZDRUŽENJE ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU

**IV. Pravilo pri obravnavi AŽC**

- Če si v dvomu, napravi dg. lletz!



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

ZDRUŽENJE ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU

**V. Pravilo pri zdravljenju AIS**

- Primarna metoda je konizacija ≈ "priporočilo"
- AIS v Leetzu (robovi bp) ≈ "sprejemljivo"
- Destrukcija je nesprejemljiva metoda!
- 10 let sledenja

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

ZDRUŽENJE ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU

**KOLPOSKOPIJA ŽLEZNIH SPREMEMB**

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

ZDRUŽENJE ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU

**Kolposkopija žleznih sprememb**



- Principi kolposkopije ostajajo enaki, vendar:
- Prvi resni problem nastopi, ker je žlezni epitel viden le pri 2/3 preiskovank.
- Možen je multifokalen vzrok, predvsem pa so pogoste mešane oblike sprememb.
- Zaradi vsega naštetega je priporočeno, da se take bolnice kolposkopsko obravnavajo v referenčnih centrih.
- Histologija je odločilna za diagnozo!

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

ZDRUŽENJE ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU

**Kolposkopija žleznih sprememb**

- Pogoste so žilne anomalije lasnic in ne vijačnic, ki so značilnost ploščatoceličnih oblik invazije.
- Izločanje mukusa je lahko obilno, predvsem pa so vidna izvodila žlez, ki so znotraj atipične transformacijske cone.
- Papile se združujejo in dajejo vtis običajne metaplazije.
- Ne vidimo punktacij in mozaikov, pač pa rdečino ali bel plak, ki ni povezan s ploščatim epitelijem.
- Invazivni karcinom se kaže s papilarno rastjo nad nivojem porcije.

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



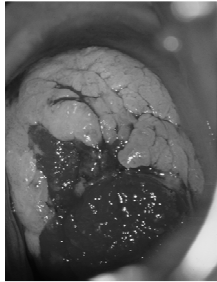
ZDRUŽENJE ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU

**Adenocarcinoma in situ (AIS)**

≈Kako pojasniti samo 2 % delež žlezni komponent v prekancerozah?

≈Je razvoj v invazivno obliko hitrejši kot pri planocelularni obliki ali gre le za nezanesljivost naših diagnostičnih metod?

≈Analiza pokaže, da je v do 70 % v teh spremembah tudi komponenta planocelularnih prekanceroz, kar olajšuje prepoznavo.




3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012  
Bido pri Kranju, 20. aprila 2012

ZDRUŽENJE ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU

**Adenocarcinoma invasivum**

- 20 % delež,
- Asimptomatski v 60 %
- Prognoza enaka
- Pap nezanesljiv
- Porast pri mladih <35



3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012  
Bido pri Kranju, 20. aprila 2012

ZDRUŽENJE ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU

**ZDRAVLJENJE ŽLEZNIH SPREMEMB**

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012 Bido pri Kranju, 20. aprila 2012

ZDRUŽENJE ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU

**Zdravljenje žlezni sprememb**

- Destrukcijske metode pri prekancerozah zaradi pogosto spregledane težje patologije niso indicirane!!
- Primarna metoda zdravljenja adenokarcinoma in situ je klasična konizacija. Izjemoma pri mlajših bolnicah, ki še želijo roditi lahko napravimo velik LLETZ.
- Pri spremembah, ki so odstranjene v zdravem, moramo zaradi možnosti multifokalnega pojavljanja bolnice slediti z brisi na pol leta še vsaj 4 krat.
- Kadar pa lezija ni odstranjena v zdravem, je obvezna rekonizacija ali histerektomija, odvisno od želja bolnice.

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012 Bido pri Kranju, 20. aprila 2012

ZDRUŽENJE ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU

**SLEDENJE BOLNIC**

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012 Bido pri Kranju, 20. aprila 2012


ZDRUŽENJE ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU

**Sledenje bolnic**

- Praviloma sledimo bolnice po posegu še vsaj 2 leti z brisi vsakih 6 mesecev, nato pa vsaj enkrat letno še 8 let (skupaj torej do 10 let po zdravljenju).

3. izobraževalni dan programa ZORA – ZORA 2012 Bido pri Kranju, 20. aprila 2012


zdržišnje ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU



**ZAKLJUČKI**

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

zdržišnje ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU




**Zaključki I.**

- Obravnava žleznih sprememb je izjemno težka in zahtevna.
- Citologija in kolposkopija sta težavni in nezanesljivi.
- Delež adenokarcinomov med karcinomi materničnega vratu je do 20 %,
- prekanceroz žleznega izvora pa je med vsemi odkritimi samo 2 %!

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

zdržišnje ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU




**Zaključki II.**

- Med atipičnimi žleznimi celicami pričakujemo v do 50 % hudo displazijo tipa CIN II ali CIN III in v do 10 % že invazivni karcinom.
- Atipije žleznih celic ne preverjamo citološko: Kolposkopiraj – biopsiraj – abradiraj cervikalni kanal!

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

zdržišnje ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU




**Zaključki III.**

- Primarna metoda je konizacija.
- Destrukcija je nesprejemljiva metoda!
- 10 let sledenja po zdravljenju.

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

zdržišnje ZA  
GINEKOLOŠKO ONKOLOGIJO  
KOLPOSKOPIJO IN CERVIKALNO PATOLOGIJU



**Hvala za pozornost!**



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