

# Kolposkopija zgodnjega raka materničnega vratu

*Branko Cvjetičanin, dr. med. in mag. Milan Čavić, dr. med.  
Ginekološka klinika, KO za ginekologijo, UKC Ljubljana*

---

Kolposkopija ima svoje pomembno mesto v diagnostiki in načrtovanju zdravljenja le mikroinvazivnega in okultnega raka materničnega vratu (RMV). Mikroinvazivni RMV je sinonim za RMV stadija 1A, ki ga delimo na stadij :

- 1A1 (površina < 7 mm in globina invazije < 3 mm)
- 1A2 (površina < 7 mm in globina invazije 3-5 mm)

Pod okultnim RMV, pa mislimo na RMV višjega stadija (1B1- površina > 7 mm in/ali globina invazije > 5 mm), ki ga ne vidimo oziroma odkrijemo pri pregledu v spekulih. Pri tumorjih, ki jih v spekulih vidimo s prostim očesom je manj kolposkopsko vidnih in pomembnih podrobnosti. Napredujemo RMV diagnosticiramo klinično, kolposkopija nam lahko pomaga le pri načrtovanju zdravljenja, predvsem pri bolnicah z RMV stadija 1B1, velikosti do 2 cm, ki želijo ohraniti reproduktivno funkcijo ter zato načrtujemo manj radikalno kirurško zdravljenje (trahelektomija – radikalna trehelektomija z laparoskopsko pelvično limfadenektomijo). Kolposkopija ima pomembno mesto tudi pri diferencialni diagnozi tumorjev na materničnem ustju, ki jih vidimo s prostim očesom (npr. deciduoza in »placentarni polip« v nosečnosti).

Patohistološke slike RMV so :

- skvamozni (ploščatocelični) karcinom
- žlezni (adeno) karcinom
- mešani (adenoskvamozni) karcinom

Prehod intraepitelijske lezije (CIN) v invazivno obliko RMV je skoraj vedno kontinuiran, kolposkopska slika je očitnejša, kolposkopsko vidne spremembe pa predvsem bolj grobe, izrazite in neredko bizarne. Pogosto je kolposkopsko nemogoče ločiti CIN 3 od mikroinvazivnega RMV. Posebna pozornost je potrebna pri velikih oziroma širokih CIN, ki zajemajo več kot polovico porcije.

Osnovni znaki, opazni pri začetni invaziji so :

- atipično žilje – žilne nepravilnosti
- široki interkapilarni prostori
- blede steklaste belo-rumenkaste površine (slaninast videz)
- površina s poudarjeno razliko nivojev – depresije in povzdignjena hipertrofična področja
- groba abnormna površina s širokimi in globokimi izvodili žlez
- grobe povzdignjene leukoplakije ali globoke ulceracije nepravilnih robov
- krvavitve na vsaki dotik (loparček za PAP, zonda, vata)

»Slaninasta« področja so posledica hitre neoplastične rasti, ki jo vaskularizacija ne spremlja dovolj hitro. Ulceracije so posledica nekroze hitrorastočena neoplastičnega tkiva. Žilje je nepravilno, razlikuje se po velikosti, poteku, velikosti in obliki. Področja dilatiranih žil se nepravilno izmenjujejo s stenoza-mi. Žile nenadoma izginjajo v globino, ali se navpično iz globine prebijejo na površino. Te žilne pojave je Hinselmann imenoval »adaptivna vaskularna hipertrofija« in predstavlja neovaskularizacijo.

Morfološko RMV delimo na:

- eksofitično rastoč,
- endofitično rastoč

Eksofitično rastoč RMV je bolj pogost (3/4 vseh) in se večinoma pojavlja pri mlajših bolnicah.

Spremembe so povzdignjene nad normalno površino, pogosto cvetačaste ali kondilamitozne. Pri nativni kolposkopiji so spremembe bolj bele ali rdeče, ki po »tuširanju« z 3% očetno kislino postanejo belo slaninaste in kontaktno krvavijo. Na površini so lahko področja nekroz in ulceracij.

Endofitično rastoč RMV je redkejši in se bolj pogosto pojavlja pri starejših bolnicah. Kolposkopsko so vidne grobe erozije in ulceracije nepravilnih robov, ki večinoma izginjajo v cervikalnem kanalu. Pri nativni kolposkopiji so vidne grobe eritroplakije, po tuširanju z 3% očetno kislino, pa so vidni povzdignjeni robovi grobih erozij in ulceracij belkastega dna. Kontaktno krvavijo.

Adenokarcinom MV je najredkejši. Večinoma začne rasti v cervikalnem kanalu. Kolposkopska slika je podobna prej opisanim in ga je težko ločiti od

planocelularnega RMV. Vidna so velika groba izvodila oz. odprtine žlez brez, za skvamozno lezijo značilnih belih robov (»ovratniki«).

Vloga kolposkopije pri začetnem invazivnem RMV je predvsem v diferencialni diagnostiki in izključitvi benignih sprememb, ter določitvi mesta najhujše spremembe in ciljane biopsije. Omogoča oceno velikosti lezije, razširjenosti proti vagini in načrtovanje zdravljenja. Kolposkopija je pomembna tudi v spremljanju uspeha zdravljenja in odkrivanja recidivov.

Diagnoza invazivnega RMV je vedno in izključno histološka. Potrebno je vedno opraviti ciljano biopsijo, LLETZ ali konizacijo, odvisno od velikosti spremembe, kolposkopske slike, starosti bolnice, reproduktivne funkcije, splošnega zdravja oz. prisotnosti spremljajočih bolezni.