

# Kolposkopija v nosečnosti

*Tatjana Kodrič*

---

## Uvod

Kolposkopija v nosečnosti se ne razlikuje od preiskave izven nosečnosti. Opravi naj jo izkušen kolposkopist v kolposkopskem centru. Od kolposkopista zahteva bolj konzervativen pristop, saj se zdravljenje prekanceroze odloži v poporodno obdobje. Delež nosečnic s patološkimi brisi je po epidemioloških podatkih 5%-8%, invazivni karcinom je zelo redek (1 - 15 primerov na 10 000 nosečnic).

Težave, s katerimi se pri preiskavi sooča kolposkopist:

- nosečnice sodijo v starostno skupino žensk z večjim številom CIN,
- v nosečnosti opravijo prvi ginekološki pregled z odvzemom brisa materničnega vratu,
- okužba z virusom HPV je pogostejša v tem starostnem obdobju,
- nosečnica je ob preiskavi zaskrbljena zaradi možnih posledic preiskave, krvavitve, splava,
- kolposkopska ocena sprememb je težja zaradi fizioloških sprememb na sluznici materničnega vratu.

## Tehnika kolposkopske preiskave

Kolposkopska preiskava je otežena zaradi velikosti materničnega vratu in ohlapnosti nožničnih sten. Uporabljamo zelo široka spekula. Maternični vrat kolposkopiramo po kvadrantih. Sluznica materničnega vratu je ranljiva. Krvavitve sluznice so pogostejše in motijo pregled; kolposkopska preiskava naj bo nežna. Obilna sluz, ki prekriva maternični vrat, ovira preiskavo. Pri kolposkopiji maternični vrat tuširamo s 5% očetno kislino, ki ima učinkovito mukolitično delovanje. Pri vseh nosečnicah je do 20. tedna nosečnosti transformacijska cona vidna v celoti na ektocerviksu, zato je neprimerna kolposkopska preiskava izjema.

## **Fiziološke spremembe v nosečnosti**

Nosečnostne spremembe materničnega vratu so vidne makroskopsko pri pregledu v zrcalih. Maternični vrat je večji zaradi hipertrofije fibromuskularne strome. Povišan nivo estrogenov vpliva na povečano vaskularizacijo, kar se odraža v kongestiji in cianozi ter modrikasti obarvanosti materničnega vratu (t. i. Chadwickov znak).

## **Mikroskopske spremembe**

V nosečnosti opazujemo spremembe na ploščatem, žleznem epitelu in v stromi. Na ploščatem epitelu je vidna hiperplazija bazalnih celic in proliferacija intermediarnega sloja, ki zajame 50 % epitelija. Žlezni epitel hipertrofira, poveča se število endocervikalnih mucinoznih celic. Na žleznem epitelu epitelu označujemo te spremembe kot glandularno hiperplazijo in adenomatozno hiperplazijo. Nezrel metaplastični epitel zelo hitro nadomesti endocervikalni ektopij na ektocerviksu. V stromi se pojavi edem, hipervaskularizacija s spremljajočim akutnim vnetjem. Decidualizacija - deciduoza se pojavi v 30 %. Opisane spremembe so vidne na epitelu že v prvih tednih nosečnosti, izrazitejše pa so v drugem tromesečju.

## **Kolposkopske slike**

**Mehanični ektopij** je viden predvsem na sprednji ustni in je izrazitejši pri prvorodkah. Meja med ploščatim in žleznim epitelom je vidna, ostra, brez transformacijske cone. Na materničnem vratu vidimo t.i. *gaping*.

Pri ektopiju vidimo hiperplastične papile z grobim, grozdastim videzom. Spremlja jih deciduoza strome ter izrazitejša prekrvljenost.

**Glandularna cistična hiperplazija** se pojavi zgodaj. Vidne so hiperplastične retencijske ciste zaradi večjega števila žlez.

**Polipi** v nosečnosti nastanejo zaradi glandularne hiperplazije, mehaničnega ektopija in edema. Na polipu opazimo deciduozo, polip se na površini obarva belo ali slonokoščeno.

**Deciduoza** se pojavi pri tretjini vseh nosečnic v stromi. Lahko se pojavi fokalno in se kaže kot ploščata, tumorozna ali ulcerozna sprememba. Ploščata lezija je rdečkaste barve, robovi niso pridvignjeni. Pri fokalni deciduozi vidimo manjša pridvignjena področja, ki se z jodom obarvajo. Pseudopolipoidna sluznica je značilna za tumorozno deciduozo. Prisotne so

lahko tudi ulceracije na površini. Polipoidno površino z izrazito vaskularizacijo lahko napačno ocenimo kot PIL-VS.

**Transformacijska cona (TZ):** vidna je izrazitejša vaskularizacija z normalno žilno sliko. Opazna je nabreklost strome in večje retencijske ciste.

**Atipična transformacijska cona (ATZ):** atipične kolposkopske slike so zaradi spremljajočih fizioloških sprememb poudarjene. Za ocenjevanje stopnje displazije uporabljamo kriterije, ki veljajo izven nosečnosti.

Spremembe na materničnem vratu izginejo v nekaj tednih po porodu. Mehanični ekotropij izgine v dveh do treh mesecih po porodu, prav tako tudi deciduoza in hipertrofija žlez. Patološke kolposkopske slike po porodu izginejo v določenih odstotkih.

Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu vsebujejo priporočila za obravnavo nosečnic s patološkimi izvidi. Pojasnilna dolžnost in soglasje sta pomemben del kolposkopske preiskave.

Kolposkopija je indicirana pri:

- z biopsijo potrjeni CIN 2 ali CIN 3 v začetku nosečnosti,
- pri nosečnicah s patološkimi brisi.
- kolposkopiramo v začetku nosečnosti, kolposkopsko preiskavo ponovimo v 24. tednu in 36. tednu nosečnosti. Pri pregledu moramo izključiti progres oziroma invazivni rak materničnega vratu,
- zdravljenje CIN odložimo v poporodno obdobje,
- priporočljiva je konzilijarna obravnava,
- nosečnice s patološkimi brisi spremljamo s citološkimi brisi in kolposkopijo. Endocervikalni bris je dopusten,
- biopsija je primerna metoda pri patoloških kolposkopskih spremembah v vseh tromesečjih. Običajno odščipnemo na enem mestu, multiple biopsije niso priporočene zaradi krvavitve po posegu. Ponovne biopsije so priporočene pri spremembi kolposkopske slike,
- abrazija cervikalnega kanala v nosečnosti ni primerna. Diagnostično omejena ekscizija je priporočena le pri sumu na invazivni proces.

## Sklep

Kolposkopija v nosečnosti je pomembna, ker obravnava nosečnice z abnormalno citologijo in okultno ploščato intraepitelno lezijo visoke stopnje PIL -VS ter loči prekanceroze od malignega obolenja. Operativni poseg odložimo varno v poporodno obdobje. Prekanceroze v nosečnosti ne napredujejo hitreje. Raziskave so pokazale, da je PIL-VS regresirala v 30% - 50% po porodu pri ženskah, ki so jih spremljali s kolposkopijo in citologijo v času nosečnosti. Kolposkopijo naj vedno opravi izkušen kolposkopist.

## Viri

Apgar, B.S., Brotzman, G.I., Spritzer, M. Colposcopy Principles and Practice. Second Edition. 2006: Saunder Elsevier; 21; 411-25

Apgar, B., Zochnik, L.B. Triage of the Abnormal Papanicolaou Smear in Pregnancy. Prim. Care, 1998: Jun; 25(2): 483-503

Kurman, R.J. Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. Fourth Edition. 1994: Springer Verlag New York, Berlin, Heidelberg; 207-22

Nayar.R., Solomon, D. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology. 2004: Springer Verlag New York, Berlin, Heidelberg.

Državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu. Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu 2011. < <http://zora.onko-i.si/>>