

O KOLPOSKOPII RAZ JESZCZE

Kolposkopię wprowadzono do diagnostyki ginekologicznej w 1925 roku przez niemieckiego ginekologa Hansa Hinselmanna, jest metodą badania klinicznego pozwalającą na oglądanie i ocenę dostępnych dla wzroku części narządu rodnej kobiety w optymalnym powiększeniu i oświetleniu jakie daje kolposkop z zastosowaniem odpowiednich prób chemicznych i hormonalnych kontrastujących oglądany obraz. Początkowo kolposkopią dotyczyła wykrywania wczesnych postaci raka szyjki macicy, co zresztą pozostało do dzisiaj jednym z jej głównych zadań. Rolę bowiem i zadania współczesnej kolposkopii można by ująć w następujące punkty: 1) wykrywanie przed- i wczesnonowotworowych zmian szyjki macicy, 2) rozpoznawanie łagodnych zmian szyjki macicy i ich różnicowanie ze zmianami przed- i wczesnonowotworowymi tego narządu, 3) kwalifikacja terapeutyczna i kontrola wyników leczenia przed- i wczesnonowotworowych zmian szyjki macicy. Obecnie kolposkopią staje się także coraz bardziej użyteczną metodą badania i oceny nie tylko dla szyjki macicy, lecz i dla zmian pochwy i sromu.

Tak jak i w innych dziedzinach, również w zakresie kolposkopii dokonał się ostatnio znaczny postęp zmuszający do weryfikacji niektórych poglądów kolposkopii konwencjonalnej. Swoista rewolucja w ocenie obrazów kolposkopowych dokonała się z chwilą zaobserwowania, jak ważne w procesie powstania nowotworu szyjki macicy odgrywa zakażenie wirusem HPV. Możliwe jest to z dużą dokładnością do rozpoznania w kolposkopie. Skojarzenie kolposkopii z oceną cytologiczną oraz z metodami hybrydyzacji HPV DNA stwarza nowe perspektywy w dokładnej diagnostyce zmian szyjki macicy. Precyzję rozpoznania może zwiększyć umiejętność posługiwania się, obok kolposkopii klasycznej, metodami wchodzącymi w zakres tak zwanej kolposkopii rozszerzonej, jakimi są chromokolposkopia, histerocervicoskopia, videokolposkopia, fluorokolposkopia oraz kolposkopia komputerowa.

Trafność kolposkopii w wykrywaniu zmian przedrakowych (dysplazji) i wczesnych postaci raka szyjki macicy jest bardzo wysoka i wynosi 83,5— 96,4%, a więc jest zbliżona do trafności badania cytologicznego, przewyższając ją nawet w wykrywaniu dysplazji. Jeszcze znacznieszą rolę odgrywa kolposkopia w selekcyjnym badaniu wszystkich zmian szyjki macicy. Za pomocą tej metody bowiem można rozpoznać i wykluczyć z dalszego postępowania diagnostycznego 60— 80% łagodnych, niepodjęrzanych o dysplazję i raka zmian szyjki macicy. Jest to tzw. funkcja filtrująca kolposkopii. W ten sposób uzupełniającego badania cytologicznego wymaga tylko ok. 30% materiału zmian szyjki macicy. Łączne bowiem zastosowanie kolposkopii i cytodiagnostyki zwiększa stopień pewności rozpoznania raka szyjki macicy, osiągając prawie 100% trafnych wyników. Według niektórych uważa się nawet że, kolposkopia powinna być stosowana jako pierwsze i podstawowe badanie szyjki macicy, uzupełniane w razie konieczności badaniem cytologicznym. Częściej jednak spotyka się pogląd odwrotny. W każdym przypadku zaleca, się rozpoczynanie rozważań diagnostycznych od wykonania rozmazu, a kolposkopię wprowadza się jako metodę weryfikującą nieprawidłowy wynik cytologiczny. Kolposkopia z wycinkiem celowanym zrewolucjonizowała postępowanie diagnostyczne w raku szyjki macicy i została uznana jako najlepszy sposób weryfikacji nieprawidłowej cytologii. Za pomocą kolposkopii jako metody klinicznej, w toku krótkiego 3 min. badania, można wykryć, zlokalizować i poddać od razu biopsji wszystkie obrazy podejrzane o dysplazję znacznego stopnia i raka oraz rozpoznać wszystkie zmiany łagodne.



Innym zagadnieniem jest pytanie, kiedy należy stosować kolposkopię. Istnieją zwolennicy wykonywania tego badania tylko w przypadkach obecności na części pochwowej zmian określanych do niedawna makroskopowo nadżerką, a obecnie poprawnie erytroplakią. Jest to tzw. kolposkopia wybiórcza. Tymczasem kolposkopia powinna być wykonywana w każdym przypadku, niezależnie od obecności czy też braku w ocenie makroskopowej erytroplakii. Wynika to stąd, że wiele przypadków dysplazji, a nawet raka wczesnego (stopień Ia) może nie dawać i nie daje żadnych obrazów na tarczy części pochwowej uchwytnej w badaniu makroskopowym. Stąd też często wykrywamy za pomocą kolposkopii dysplazję, raka in situ i wczesnego raka w przypadkach szyjki makroskopowo niepodjęrzanej, np. u kobiet zgłaszających się z powodu niepłodności.

Nadszedł najwyższy czas, aby ginekolog posługujący się w swojej pracy różnymi metodami

diagnostycznymi posiadał również umiejętność interpretacji obrazów kolposkopowych. Ta umiejętność, obok biegłości w cytodiagnostyce, przyczyni się w dużym stopniu do rozszerzenia w Polsce badań profilaktycznych raka szyjki macicy u kobiet. Nadzieję w tym względzie budzi inicjatywa Sekcji Patologii Szyjki Macicy, Kolposkopii i Cytologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, która za pośrednictwem Zarządu Głównego wystąpiła do Ministra Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej z propozycją wpisania na ministerialną listę umiejętności lekarskich, umiejętność kolposkopisty i cytologa.

Jarosław Jacek Maj
lekarz ginekolog-położnik
www.medic.hg.pl
jarekmaj@poczta.fm