

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Dubová Hana

Dysplazie děložního čípku

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Milan Kudela, CSc.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem předloženou práci vypracovala samostatně za použití citované literatury.

Souhlasím s tím, aby práce byla používána pro studijní účely na Univerzitě Palackého.

V Olomouci dne 30. 4. 2011

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji panu Prof. MUDr. Milanu Kudelovi, CSc. za ochotu, trpělivost, čas a odborné vedení mé bakalářské práce.

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce:

DYSPLAZIE DĚLOŽNÍHO ČÍPKU

Název práce v AJ:

CERVICAL DYSPLASIA

Datum zadání: 2011- 01 - 28

Datum odevzdání: 2011- 05- 09

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: DUBOVÁ HANA

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Milan Kudela, CSc.

Abstrakt v ČJ:

Teoretická část bakalářské práce zahrnuje informace o rizikových faktorech, diagnostice, léčbě a prevenci dysplazií děložního čípku. V praktické části se zabývám srovnáním výsledků onkologické cytologie s výsledky histologických vyšetření.

Abstrakt v AJ:

Theoretical part of my bachelor's thesis includes information about risk factors, diagnosis, treatment and prevention of cervical dysplasia. In practical part of my bachelor's thesis the results of oncological cytology are compared with the results of histological findings.

Klíčová slova v ČJ:

dysplazie děložního čípku, rizikové faktory, léčebné postupy, prevence, screening

Klíčová slova v AJ:

dysplasia of cervix, risk factors, medical treatment, prevention, screening

Rozsah: 40 stran, 1 příloha

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Stručná anatomie	10
2. Cervikální dysplazie	11
2.1 Pojem cervikální dysplazie	11
2.1.1 Cervikální intraepiteliární neoplazie – CIN	11
2.1.2 Skvamózní intraepiteliární léze – SIL	11
2.1.3 Žlázové cervikální intraepiteliární neoplazie - C GIN	12
2.2 Incidence cervikálních onemocnění	12
2.3 Lokalizace onemocnění	13
2.4 Etiologie	13
2.5 Rizikové faktory pro vznik dysplazií	14
2.5.1 Papilomaviry	14
2.5.2 Přenosy nákazy HPV	15
3. Diagnostika dysplazií děložního hrdla	15
3.1 Kolposkopické vyšetření	16
3.1.1 Dělení kolposkopických nálezů	16
3.2 Cytologické vyšetření	18
3.3 HPV typizace	19
3.4 Biopsie	19
4. Léčba dysplazií děložního hrdla	20
4.1 Destrukční metody	20
4.1.1 Kryoterapie	20

4.1.2 Laserová vaporizace	20
4.2 Excizní metody	21
4.2.1 Studená konizace	21
4.2.2 Excize vysokofrekvenční elektrickou kličkou	21
4.2.3 Jehlová konizace	21
4.2.4 Hysterektomie	21
5. Dispenzarizace	22
6. Screening	22
7. Prevence cervikálních dysplazií	23
7.1 Primární prevence	23
7.1.1 Registrované vakcíny	23
7.2 Sekundární prevence	24
PRAKTICKÁ ČÁST	25
8. Prezentace výsledků průzkumného šetření	27
9. Diskuze	36
10. Závěr	36
Bibliografické zdroje	37
Seznam tabulek	38
Seznam grafů	39
Příloha	40

ÚVOD

Svou bakalářskou práci jsem se rozhodla zaměřit na téma dysplazií děložního čípku, včasné určení diagnózy, screeningu a prevenci.

V současné době je věnovaná osvětě dostatečná pozornost a každá žena má možnost se zodpovědně postavit k ochraně svého zdraví. I přes tuto informovanost však výskyt prekanceróz a následně karcinomů děložního hrdla narůstá. Každý rok je v ČR nově diagnostikováno 1000 nových případů zhoubného onemocnění děložního čípku, a 400 žen na toto onemocnění i umírá.

Prekancerózy cervixu dělohy nejsou ještě zhoubným nádorem a proto jsou úspěšně léčitelné. Poněvadž nečiní svým nositelkám žádné obtíže, jsou často podceňované.. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je soustředěná na prevenci a včasnou diagnostiku cervikálních dysplazií.

V praktické části práce jsem se zaměřila na screeningová vyšetření stěrů z děložního čípku - onkologickou cytologii - s diagnostickým závěrem závažná dysplazie děložního čípku.

Stanovená diagnóza vedla k indikaci operačního výkonu konizace děložního hrdla.

Následně jsem srovnávala výsledky onkologické cytologie s výsledky histologických vyšetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Stručná anatomie

Děloha – uterus je nepárový orgán hruškovitého tvaru, uložený v malé pánvi. Je asi 8 cm dlouhá a 2,5 cm široká. V těhotenství má schopnost desetinásobného zvětšení. Popisujeme na ní tělo-corpora uteri, které se vyklenuje v děložní dno- fundus uteri. Po stranách jsou děložní hrany - margo uteri dx. et sin. Ty jsou nahoře ukončeny děložními rohy- cornua uteri. Tudy vstupují do dutiny děložní vejcovody. Na dolním konci se tělo děložní zužuje v úžinu děložní- isthmus uteri.

(Holibková, Laichman, 2006, str. 91)

Děložní hrdlo- cervix uteri, jehož spodní infravaginální část je označována jako děložní čípek, je součástí dělohy. Funkčně má pro ženu význam pouze v období těhotenství, kdy plní funkci uzávěrového mechanismu dělohy. Mimo těhotenství má čípek válcovitý tvar. Je rozdělen, jak již bylo uvedeno, na dvě části. Jako děložní čípek je označována ta část, která je obrácena svým zaobleným tvarem do pochvy. Na povrchu děložního čípku se nachází štěrbinový otvor zvaný zevní branka. Ta tvoří ústí do kanálu hrdla děložního- canalis cervicis uteri, který spojuje děložní dutinu s pochvou. Na opačném konci cervikálního kanálu je vnitřní branka.

(Raušová, 2009, str.7)

Na čípku je možné vidět přední a zadní pysk. Mezi nimi je zevní branka děložní - ostium uteri. Zevní brankou vyúsťuje kanál hrdla, který spojuje dutinu děložní s pochvou. U dětí a dospívajících má zevní branka tvar štěrbinu, u dospělých žen, které dosud nerodily je důlkovitá, u ženy, která již rodila je opět štěrbinovitá.

(Rob, 2008, str. 8)

Povrch cervixu je pokryt vícevrstevným dlaždicovým epitelem, který svým pravidelným tvarem a uspořádáním připomíná dlaždice. Uvnitř kanálu je jednovrstevný žlázový - cylindrický epitel (buňky jsou tvarem podobné cylindru), které tvořící hlen.

(Raušová, 2009, str.9)

2. Cervikální dysplazie

2.1 Pojem cervikální dysplazie

Díky neustálému rozšiřování poznatků o patogenezi a klinice prekanceróz děložního hrdla se během posledních třiceti let několikrát změnila histopatologická terminologie. Pojem z 60. let – abnormální epitel, atypický epitel a preinvazivní karcinom v 70. letech nahradila terminologie dysplazií a carcinomu in situ. Tento pojem se používá dodnes spolu s terminologií cervikálních intraepitelových neoplazií - CIN. Zavedení cytologické klasifikace Bethesda vedlo k používání nového pojmu – skvamózní intraepitelové léze, SIL.
(Cibula, 2009, str.)

2.1.1 Cervikální intraepiteliální neoplazie - CIN

Mezi cervikální intraepiteliální neoplazie řadíme dysplazie cervixu a carcinoma in situ. Dělíme je do několika stupňů:

- CIN I. - lehká dysplazie s postižením třetiny epitelu a tendencí k regresi.
- CIN II. - střední dysplazie, postižena je ½ epitelu, je tendence k progresi.
- CIN III. – postiženy jsou 2/3 až celá šíře epitelu, je jednoznačná tendence k progresi
- CIS - karcinom in situ, je nejtěžší cervikální intraepiteliální neoplazií. Buňky mají znaky maligního tumoru, neprorůstají však přes bazální membránu.

(Kudela, 2008, str.70)

2.1.2 Skvamózní intraepiteliální léze – SIL

Rozlišujeme SIL nízkého stupně, kam řadíme kondylomatózní léze a CIN I. a skvamózní intraepiteliální léze vysokého stupně - CIN II. , CIN III.
(Cibula, 2009, str. 315)

SIL nízkého stupně ve 40 - 90 % spontánně regredují – (podle věku, typu léze, imunitního stavu). To vede často ke konzervativnímu postupu a doporučení bedlivých

kontrol za pomoci kolposkopie a cytologie.

(Rob, 2008, str.189)

2.1.3 Žlázové cervikální glandulární intraepiteliální neoplazie - C GIN

Tyto neoplazie dělíme na adenotypie a na prekancerózy v užším slova smyslu - adenokarcinom in situ.

(Cibula, 2009, str. 317)

Jelikož jednotlivé stupně dysplazií nelze přesně oddiferencovat, lze se vyjádřit pouze k cytologicky zjištěným abnormalitám rezervních a žlázových buněk a k jejich uspořádání buď ve smyslu podezření na neoplazii, na žlázový karcinom, nebo suspektní invazi. Přesná diagnóza je stanovena z histologického vyšetření materiálu získaného z excize děložního čípku, z kyretáže děložního hrdla nebo z konizace. Tyto nálezy jsou obvykle sporadické a převážně se týkají žen vyššího věku.

(Cibula, 2009, str.217)

2.2 Incidence cervikálních dysplazií

Zhoubná onemocnění děložního čípku patří v České republice mezi nejčastější nádorové choroby. Výskyt - incidence - je 20 žen na 100 000 obyvatel. Malignitám děložního čípku předcházejí zpravidla dysplastické změny, které jsou velmi dobře zachytitelné gynekologickým screeningovým vyšetřením.

(Raušová, 2009, str.34)

Incidence prekanceróz děložního hrdla narůstá. Vycházejí z dlaždicobuněčného i žlázového epitelu cervixu a předpokládá se, že za 10-15 let se transformují v karcinom děložního hrdla. Dlaždicobuněčné prekancerózy, včetně nejzávažnějších jsou diagnostikovány často již v mladém věku (18 - 25 let). Oproti tomu diagnóza adenoprekancerózy je před třicátým rokem ženy vzácná.

(Cibula, 2009, str. 315)

Průměrný věk žen s prekancerózami činí 32 let, u mikrokarcinomů 44 let.
(Rob, 2008, str.189)

2.3 Lokalizace onemocnění

Vlivem kyselého prostředí v pochvě dochází ke snadnějšímu poškození buněk žláзовého epitelu. Žláзовé buňky jsou nahrazovány nově vytvořenými metaplastickými buňkami. Toto místo se nazývá transformační zóna.
(Raušová, 2009, str.8)

Transformační zóna je oblast, kde neustále dochází k reparačním, regeneračním a metaplastickým procesům vlivem hormonálních a zánětlivých změn, mechanického a chemického dráždění. Jde o oblast styku dlaždicobuněčného a žláзовého epitelu..
(Kudela, 2008 str. 69)

2.4 Etiologie

V etiopatogenezi prekanceróz děložního hrdla hraje dominantní úlohu infekce vysoce rizikovými genotypy lidských papillomavirů - humanpapillomavirus- HPV.

Jedná se o relativně malé viry, s dvacetistěnnou neobalenou kapsoidou a genomem, který je tvořen jednou dvouvláknovou molekulou cirkulární DNA.

Jejich klasifikace je založena na odlišnostech ve struktuře DNA. V současné době je známo více než 130 genotypů. Působením přirozených imunitních mechanismů se tělo hostitele dovede zbavit HPV infekce průměrně za 7-24 měsíců.

Jde o tzv. clearingový čas.

Pro proces maligního bujení je nezbytná perzistence HR HPV infekce – jde o genotypy 16 a 18. Interval mezi přenosem infekce a rozvojem maligního onemocnění je minimálně 10 let, významnou roli hrají podpůrné faktory. (Cibula, 2009, str.319)

2.5 Rizikové faktory pro vznik dysplazií

Řada studií vedla k závěru, že prekancerózy děložního hrdla lze označit jako sexuálně přenosná onemocnění. Za nejvýznamnější rizikový faktor jsou považovány infekce rizikovým typem humánního papillomaviru (HPV). Rizikovými faktory jsou promiskuita, defekty imunitního systému a kouření. (Rob, 2008, str.189)

Kouření cigaret, včetně pasivního kouření snižuje pravděpodobnost spontánní clearance infekce HPV.

(Raušová, 2009, str.30)

Dalším rizikovým faktorem je časné zahájení sexuálního života, větší počet sexuálních partnerů, výskyt sexuálně přenosného onemocnění u partnera nebo více sexuálních partnerek u partnera. Společným jmenovatelem je infekce HPV.

Z dalších faktorů můžeme jmenovat:

- nízký věk prvního porodu
- multiparita
- nízký socioekonomický status
- HIV pozitivita
- infekce – chlamydiová infekce, infekce herpes virem
- rodinná zátěž
- dieta s nedostatkem folátů, betakarotenu a vitamínu C
- hormonální kontracepce – jen při současném vlivu dalších rizik
- absence cytologického screeningu.

(Cibula, 2009, str. 399)

2.5.1 Papillomaviry

Podle schopnosti způsobit ženě lehké, či vážné změny na děložním čípku rozlišujeme viry na málo rizikové HPV LR (low risk) a viry vysoce rizikové HPV HR, (high risk). K přenosu infekce dochází nečastěji pohlavním stykem, ani kondom zcela nechrání rozsah infekčního osídlení. Také přenos z matky na plod během porodu je možný.

(Raušová, 2009, str.15)

Lidských papillomavirů existuje velké množství. Značí se čísly.

Mezi viry málo rizikové - HPV LR - řadíme typy **6,11,40,42,43,44,54,61,72** a 8 ,
mezi viry vysoce rizikové - HPV HR (**6,18,26,31**, 33,35,39
,**45,51,52,53,56,58,59,66,68,73** a 82).

(Rob, 2008, str.189)

2.5.2 Přenosy nákazy HPV

Řada epidemiologických studií vedla k závěru, že prekancerózy děložního hrdla můžeme označit jako sexuální přenosná onemocnění. To podpořily i studie jeptišek, u kterých nebyly prokázány prekancerózy ani spinocelulární karcinomy. Hormonální antikoncepce zvyšuje riziko nepřímo, pomáhá perzistenci onkogenních virů a skupina žen s hormonální antikoncepcí má vyšší sexuální aktivitu.

(Rob, 2008, str.189)

HPV infekce je nejčastějším sexuálně přenosným onemocněním, vstupní branou jsou mikrotraumata kůže a sliznic, inkubační doba je průměrně 3 měsíce.

(Cibula, 2009, str.319)

3. Diagnostika dysplazií děložního hrdla

Ektocervix je částí děložního hrdla, která je přístupná vyšetření v zrcadlech a přímému palpačnímu vyšetření. Při preventivních kontrolách jsou často využívány prebioptické metody (kolposkopie, onkologická cytologie). Pokud jsou výsledky těchto metod suspektní a pozitivní, navazuje odběr tkáně na bioptické vyšetření.

Vyšetření endocervixu je možné hysteroskopicky. Klíčovou vyšetřovací metodou je onkologická cytologie. Pro bioptické vyšetření se tkáň získává kyretáží.

(Rob, 2008, str. 58)

Diagnostika prekanceróz je tvořena triádou prebioptických vyšetřovacích metod - kolposkopií, cytologií s event. HPV testem a cílenou biopsií.

(Cibula, 2009, str. 320)

V období těhotenství se dysplazie diagnostikují obdobně, tj. kolposkopicky, cytologicky a biopticky ale je nutné postupovat maximálně obezřetně, jelikož často

mohou hodnocené nálezy z důvodu těhotenských změn na buňkách vykazovat falešnou pozitivitu.

(Čech, 2006, str. 312)

3.1 Kolposkopické vyšetření

Kolposkopie je důležitou prebioptickou metodou k vyhledávání prekanceróz, zejména děložního čípku. Jde o vyšetření optickým přístrojem, s bodovým zdrojem světla, které umožňuje pracovat s lupovým zvětšením. Je důležitá pro odlišení nálezů normálních, abnormálních, suspektních karcinomů, doplňuje se onkologickou cytologií.

(Rob, 2008, str.192)

Kolposkopii rozdělujeme na:

- nativní – sledujeme tkáň bez použití roztoků
- prostou – otření čípku. fyziologickým roztokem z důvodu odstranění sekretů, zbytků tablet
- rozšířenou – použitím 3- 5% kyseliny octové k rozpuštění hlenu. Normální a patologicky změněný epitel zbělá. Při použití Lugolova jodového roztoku se normální dlaždicový epitel obsahující škrob zbarví hnědě, zdravý žlázový a patologicky změněný dlaždicový epitel zůstanou světlé.
- diferenciální – s použitím dalších speciálních roztoků a optických barevných filtrů k docílení precizního rozlišení patologických cévních změn .

(Kudela, 2008, str.32)

3.1.1 Dělení kolposkopických nálezů:

- Normální nálezy histologicky odpovídají dlaždicovému a cylindrickému epitelu. Mezi kolposkopicky normální nálezy patří – originální epitel (OA), ektopium (E) a transformační zóna.(TZ)

Abnormní kolposkopické nálezy:

- Mozaika - políčkování (M) – nově vzniklé cévy se ložiskově zobrazují jako políčka mozaiky. Příčinou je abnormální proliferace epitelu.

- Puntíčkování (P) – vzniká také abnormální proliferací epitelu. Cévy vystupují kolmo na povrch, kapiláry mají vzhled červených bodů. Závažnost léze se určuje podle jejich vzdálenosti, průměru a nepravidelností.
- Leukoplakie (L) - hyperkeratoza – epitel je zvrásněný s rohovatěním na povrchu. Jeho vrchní vrstvy tvoří bělavá ložiska. (Rob, 2008, str. 191)

Abnormní kolposkopické nálezy odpovídají histopatologicky:

- Metaplazie histologicky odpovídá nezralé, nebo zralé metaplazii, vzniká z tzv. subcylindrických rezervních buněk. Často jsou přítomny známky zánětu. Nezralá metaplazie je nejvíce ohrožena napadením HPV viry. Cytologicky je přítomna metaplazie.
(Rob, 2008, str.191)
- Nálezy LG léze - v histologickém nálezu je přítomen CIN I. stupně, dysplazie I. stupně, cytologicky lehká léze SIL low. Uvnitř transformační zóny nebo i mimo ni se vyskytují různě závažné změny dlaždicového epitelu ve smyslu dysplazie, které se projevují změnou zbarvení po aplikaci kyseliny octové.
(Kudela, 2008, str.33)
- Nálezy HG léze - histologicky je přítomen nález CIN II. a III. stupně, nebo dysplazie II, III, CIS. Cytologicky jde o nález těžké léze SIL high.
- Nález suspektního karcinomu histopatologicky i cytologicky odpovídá karcinomu.
(Rob, 2008, str. 192)
- Různé nálezy - většinou odpovídají benigním změnám. Do této skupiny jsou zařazeny cervikální polypy, kondylomata, ložiska endometriózy, dilacerace, deciduální změny v graviditě, fibromy, myomy, herpetické puchýřky, ...
- Nedostatečné, nevyhovující nálezy kdy není zpřístupněno pozorování cervixu.
(Kudela, 2008, str.33)

3.2 Cytologické vyšetření

Jde o propracovanou metodu morfologie buněčných elementů, hlavně z hlediska cíleného vyhledávání prekanceróz a hodnocení funkčních změn epitelu, který reaguje na změny hormonálních hladin ženy.

(Kudela, 2008, str.34)

Podmínkou stanovení správného nálezu je nezbytné zhotovení dokonalého cytologického stěru z daného místa. Odběr se provádí v gynekologických zrcadlech kartáčkem po očištění hlenu. Buňky jsou setřeny z povrchu děložního čípku i z kanálku hrdla děložního, pečlivým tahem natřeny na podložní sklíčko, stěr je hodnocen cytologem.

(Raušová, 2009, str.10)

Aby byla kvalita stěru pro hodnocení dostatečná, musí odběr obsahovat buňky z exocervixu, endocervixu a z transformační zóny.

Popis výsledku cytologického nálezu zahrnuje:

- Zhodnocení dlaždicových a žlázových buněk
- Zhodnocení přítomnosti mikroorganismů jako jsou kvasinky, trichomonády, chlamidie, herpetické infekce, aktinomycet, známky bakteriální vaginózy
- Přítomnost endometriálních buněk u žen po 40. roce věku
- Popis přítomnosti tak zvaných jiných nálezů - atrofie, změny po zánětu, po radiaci, při zavedeném nitroděložním tělísku.

(Cibula, 2009, str. 328)

Vyšetření onkologické cytologie je nepostradatelnou metodou v prevenci ženských prekanceróz. Je hodnocena systémem Bethesda. Jde o kompletní slovní popis nálezů s určením histopatologické předpovědi. U zdravých žen by se mělo provádět vyšetření onkologické cytologie v rámci preventivních prohlídek jednou za 1-2 roky, u dispenzarizovaných dle úvahy gynekologa za 6-12 měsíců.

(Kudela, 2008, str.35)

3.3 HPV typizace

Je test na přítomnost typů virové DNA s vysokým rizikem, který lze provést rutinně. Tato metoda je doplňkem cytologie a zvyšuje senzibilitu screeningových vyšetření. Jeho význam pro klinickou praxi je v současné době široce diskutován.
(Rob, 2008, str.194)

3.4 Biopsie

Představuje odběr tkáně z děložního čípku . Histopatologickým vyšetřením tkáně je dáno definitivní potvrzení prekancerózy, Ca in situ nebo invazivního karcinomu.

Lze využít různých druhů technik:

- Minibiopsie, neboli punch biopsie je odběr tkáně z exocervixu speciálními kleštěmi pod kolposkopickou kontrolou
- Cílená excize - vytětí tkáně se suspektním nálezem skalpelem
- Kyretáž endocervikálního kanálu ostrou kyretou
- Konizace děložního čípku - podezřelá tkáň se vytíná směrem do hrdla, řez prochází oblastí zdravého epitelu.

(Kudela, 2008, str.70)

Konizace je výkonem nejen diagnostickým, ve velkém procentu případů také definitivním výkonem terapeutickým. Pro ženy, které ještě nerodily však představuje jisté riziko vzniku inkompetence hrdla děložního v období gravidity.

U všech žen, u kterých byla diagnostikována cervikální dysplazie je nutná i po provedené léčbě pečlivá dispenzarizace.

(Kudela, 2008, str. 70)

4. Léčba dysplazií děložního hrdla

Nejdůležitějším faktorem v terapii cervikálních dysplazií je přesné stanovení diagnózy, kterého dosáhneme pouze bioptickým, tj. histopatologickým vyšetřením.

(Kudela, 2008, str.70)

V péči o ženy s cytologickou abnormitou je vhodná spolupráce s centry onkologické prevence. Podle závažnosti změn na děložním čípku určí lékař typ výkonu.

Prekancerózy jsou dobře léčitelné, metody léčby se dělí na destrukční a excizní.

(Cibula, 2009, str.330)

Cílem léčby je odstranění celé léze adekvátně hluboko. Rozsah výkonu je významný obzvláště u žen, které plánují graviditu. Nevýhodou destrukčních metod je, že není možné vyšetřit celou tkáň a vedou k destrukci postižené tkáně. Proto je dnes zcela nahrazují metody ablační - excizní.

(Rob, 2008, str.194)

Nejdůležitější je získat co nejpřesnější informaci o bioptickém podkladu léze, protože nadměrná léčba může mladou ženu připravit o fertilitu. Nedostatečná léčba však může ohrozit zdraví a život ženy ve všech věkových skupinách.

(Slezáková, 2011, str.70)

4.1 Destrukční metody

4.1.1 Kryoterapie

Tato metoda využívá tekutého dusíku, po přiložení sondy dochází k nekróze zmrazené tkáně. Nevýhodou je nemožnost stanovení hloubky destrukce tkáně hrdla a zdoluhavé hojení, provázené nepříjemným výtokem, výhodou je možnost ambulantního ošetření bez anesiesie.

4.1.2 Laserová vaporizace

Podezřelá tkáň se pomocí laserového paprsku CO₂ odpaří do potřebné hloubky, výkon se provádí pod kolposkopickou kontrolou. Hojení je rychlejší než u kryoterapie, nevýhodou je vysoká cena výkonu.

Nevýhodou destrukční léčby je, že není histologicky vyšetřena všechna odstraněná tkáň a není možno vyšetřit tzv. resekční linii.

(Rob, 2008, str. 194)

4.2 Excizní metody

4.2.1 Studená konizace

je klasická konizace skalpelem, nůžkami. Při operaci je z děložního čípku vytnut kužel postižené tkáně.

4.2.2 Excize vysokofrekvenční elektrickou kličkou

v současnosti nejčastěji prováděný výkon u exocervikálně lokalizovaných lézí. Velikost používané kličky se volí dle rozsahu léze a velikosti hrdla. K výkonu jsou využívány radiofrekvence, které minimalizují poškození tkáně.

(Rob, 2008, str. 194)

4.2.3 Jehlová konizace

s použitím vysokofrekvenční jehly - zákrok se provádí také s použitím radiofrekvence, výhodou je možnost ošetření i léze endocervixu. Defekty se u tohoto výkonu, stejně jako u excize vysokofrekvenční kličkou nešíjí, spodina tkáně je oštrěna elektrokoagulací. Výkon je doplněn kyretáží zbytku hrdla.

4.2.4 Hysterektomie

U prekanceróz se provádí pouze u sdružených indikací, jako je myomatózní děloha a u opakujících se HG lézí po ukončení fertilního období ženy.

(Rob, 2008, str.194)

5. Dispenzarizace

Ženy, které jsou dispenzarizovány pro cervikální dysplazii jsou sledovány kolposkopicky a onkologickou cytologií . Frekvenci těchto kontrol určuje ošetřující gynekolog. U normálních a benigních nálezů se provádí kontrola za půl roku až rok nebo po přeléčení zánětu. U atypických nálezů cytologie jsou doporučeny kontroly za 1-3 měsíce, nebo také po přeléčení zánětu. Jestliže atypie trvá, je na místě spolupráce s Centrem onkologické prevence (COP). U lehkých dysplazií kontrola po 6 měsících, eventuelně vyšetření typizace HPV DNA in vitro. Střední a těžké nálezy dysplazií vyžadují kontrolu v COP za 1-3 měsíce spolu s histologickým ověřením. Pokud je podezření na karcinom in situ, či invazivní karcinom je provedena kontrola v Centru onkologické prevence a biopsie ihned.
(Kudela, 2008, str.35)

6.Screening

Děložní čípek je velmi dobře přístupný gynekologickému a prebiopstickému vyšetření a proto vhodný pro screeningové vyšetření.
(Sák, 2010, str. 66)

Organizovaný screening prekanceróz děložního hrdla je založen na odběru onkologické cytologie a je jednoznačně efektivní. Aby měl význam, je nutné do programu pravidelných kontrol získat co největší procento populace ženského pohlaví ve věku od 25 do 65 let. Z ekonomických důvodů je bohužel řada organizovaných screeningových programů kratší.
(Rob, 2008, str.189)

Jelikož v ČR dosud žádný systematicky organizovaný screening těchto prekanceróz neexistuje, záleží pouze na ženě, zda navštěvuje pravidelně svého gynekologa. Nejlépe podchycenou skupinou jsou ženy, které užívají hormonální antikoncepci nebo těhotné ženy. Horší je to s věkovou skupinou od 45 let.
(Raušová, 2009, str.18)

7. Prevence cervikálních dysplazií

Pojem onkologická prevence znamená pravidelnou kontrolu u gynekologa 1x za rok. Toto vyšetření vyhledává a zachycuje změny na děložním čípku, které by v budoucnu mohly vést ke vzniku přednádorových změn a karcinomu. Prevenci můžeme rozdělit na primární – očkování (Cervarix, Silgard) a sekundární – pravidelné sledování ženy u gynekologa, tzv. screening.

(Raušová, 2009, str. 20)

7.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je zamezení přenosu HPV infekce do organismu ženy. Nejjednodušší metodou, která je vhodná pro ženy jakéhokoli věku je používání kondomu. Má však význam i pro ženy již dispenzarizované pro mírnou cervikální prekancerózu. Lze tak snížit přísun další virové nálože a podpořit spontánní regresí léze.

Novou spolehlivou metodou primární prevence je profylaktická vakcinace proti HPV infekci. Po aplikaci vakcíny dojde k rozvoji typově specifické humorální imunity, která je zaměřená proti genotypům viru obsažených ve vakcině. Očkování přináší nejlepší výsledky u žen a dívek, které jsou před vakcinací i během ní serologicky a HPV DNA negativní. Jelikož vakcíny nemají terapeutický účinek, nejsou prevencí infekce a proto je nutné pravidelně docházet na preventivní prohlídky.

(Cibula, 2009, str. 338)

7.1.1 Registrované vakcíny

Cervarix - vakcína proti lidským papilomavirům typu 16, 18.

Silgard – vakcína proti lidským papilomavirům typu 6, 11, 16, 18. Je vhodná k prevenci premaligních genitálních lézí, bradavic zevního genitálu a cervikálního karcinomu.

Vakcinace je vhodná pro ženy, které se dosud z HPV infekcí nesetkaly, tj. zejména pro mladé dívky před zahájením sexuálního života. Vakcinační schéma se skládá ze tří samostatných dávek, které by měly být podány během jednoho roku.

U Cervarixu jde o rozpětí 0, 1, a 6 měsíců, v případě Silgardu je doporučeno rozpětí 0, 2 a 6 měsíců. Optimální doba pro očkování je před zahájením života sexualit.

Je možné i u žen, které jsou sexuálně aktivní, neovlivní však současnou infekci.

(Smetana, 2009, str. 9)

7.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je hlavním úkolem každého gynekologa. Jejím základem je aktivní vyhledávání dysplazií tak, aby byly ošetřeny ještě před rozvojem zhoubného nádoru. Zaměřuje se na záchyt změn, které je možné zcela odstranit. Spočívá především v dobré organizaci preventivních prohlídek.

(Rob, 2008, str. 189)

PRAKTICKÁ ČÁST

CÍLE PRÁCE

Cílem práce bylo zjistit možný rozdíl ve výsledcích odběrů sledovaných nálezů onkologické cytologie a pooperačním histopatologickým zhodnocením.

Dílčí cíle:

Zjistit ve které věkové skupině žen jsou dysplazie děložního čípku, vedoucí k indikaci operačního výkonu diagnostikovány nejčastěji.

Zjistit s jakými výsledky onkologické cytologie jsou ženy odesílány ošetřujícím gynekologem k indikaci operačního výkonu.

Metodika práce:

Metody získávání a zpracování dat:

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na srovnání výsledků vyšetření stěrů onkologické cytologie děložního cervixu s výsledky histologických vyšetření.

K získání informací potřebných k průzkumnému šetření byla použita dokumentace hospitalizovaných pacientek porodnicko – gynekologické kliniky

Fakultní nemocnice Olomouc.

Z chorobopisů 35 nemocných byla sbírána data, která se týkala věku ženy, výsledků stěrů onkologické cytologie, indikovaného operačního výkonu a vyhodnocení histopatologických výsledků.

8. Prezentace výsledků:

Tabulka č.1

Sobour nemocných					
Pacientka	Rok narození	Věk	Výsledek cytologie	Výsledek histologie	Těhotná
1	1980	31	HG - SIL (CIN II)	střední dysplazie	
2	1985	26	HG - SIL (CIN III)	těžká dysplazie	
3	1957	54	HG - SIL (CIN II)	lehká dysplazie	
4	1965	46	HG - SIL (CIN III)	karcinom spinocelulární	
5	1970	41	HG - SIL (CIN III)	těžká dysplazie	
6	1976	35	HG - SIL (CIN III)	lehká až střední dysplazie	
7	1981	30	HG - SIL (CIN III)	těžká dysplazie	
8	1959	52	HG - SIL (CIN III)	těžká dysplazie	
9	1975	36	HG - SIL (CIN III)	střední dysplazie	
10	1981	30	HG - SIL (CINII)	těžká dysplazie	
11	1971	40	HG - SIL (CIN II)	střední dysplazie	
12	1973	38	HG - SIL (CIN III)	Ca in situ	
13	1991	20	HG - SIL (CIN III)	těžká dysplazie	
14	1978	33	HG - SIL (CIN III)	těžká dysplazie	
15	1961	50	HG - SIL (CIN III)	karcinom mikroinvazivní	
16	1949	62	HG - SIL (CIN III)	těžká dysplazie	
17	1966	45	HG - SIL (CIN II)	střední dysplazie	
18	1975	36	HG - SIL (CIN II)	střední až těžká dysplazie	
19	1974	37	HG - SIL (CIN III)	střední dysplazie	
20	1978	33	HG - SIL (CIN III)	těžká dysplazie	Ano
22	1963	48	HG - SIL (CIN II)	metaplazie, zánět	
23	1972	39	HG – SIL (CIN III)	Ca in situ	Ano

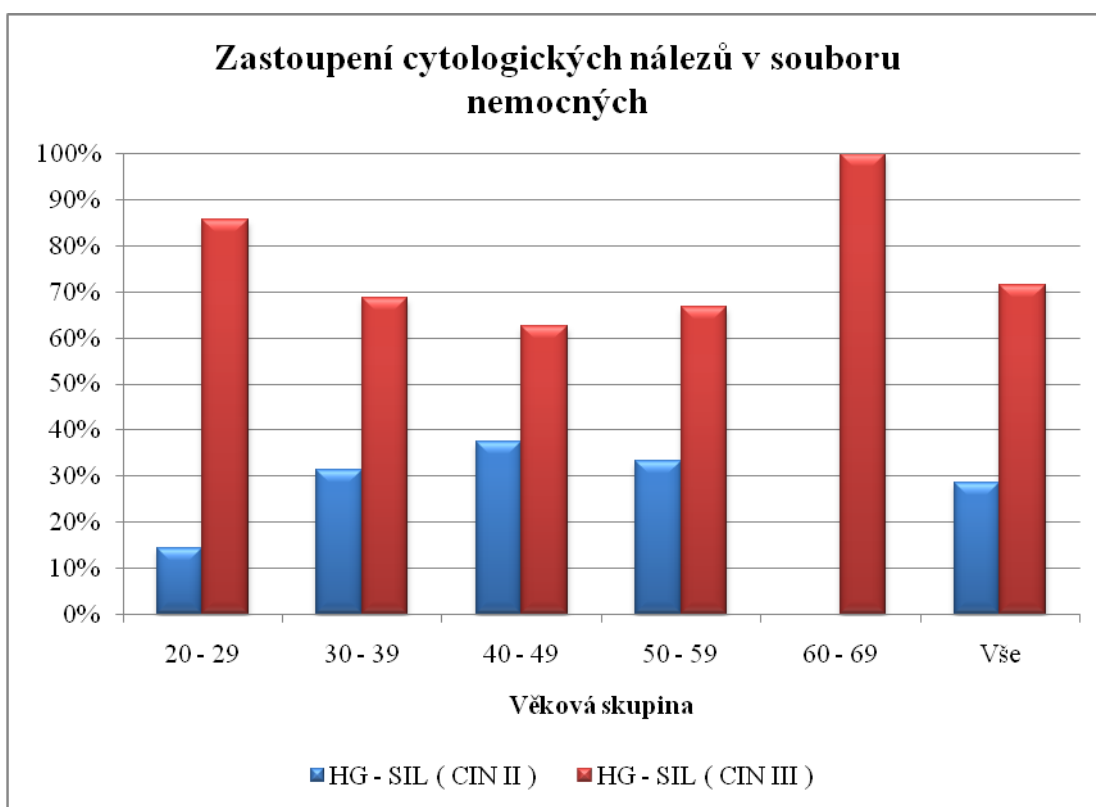
24	1970	41	HG - SIL (CIN III)	Ca in situ	
25	1982	29	HG - SIL (CIN III)	chronický zánět	
26	1970	41	HG - SIL (CIN III)	těžká dysplazie	
27	1979	32	HG - SIL (CIN III)	střední až těžká dysplazie	
28	1974	37	HG - SIL (CIN II)	střední dysplazie	
29	1989	22	HG - SIL (CIN III)	těžká dysplazie	Ano
30	1983	28	HG - SIL (CIN III)	Ca in situ	
31	1965	46	HG - SIL (CIN III)	těžká dysplazie	
32	1973	38	HG - SIL (CIN II)	střední dysplazie	
33	1981	30	HG - SIL (CIN III)	těžká dysplazie	
34	1987	24	HG - SIL (CIN II)	těžká dysplazie	
35	1978	33	HG - SIL (CIN III)	střední dysplazie	

Pro průzkumné šetření jsem použila přehledovou tabulku, ve které jsou zaznamenány informace o věku, výsledcích stěrů onkologické cytologie a nálezu histopatologa. Čerpala jsem z dokumentace 35 nemocných, z nichž 3 byly těhotné. Všechny byly hospitalizovány za účelem operačního výkonu konizace děložního čípku na základě těžké dysplazie zjištěné ošetřujícím gynekologem. Ze zjištěných údajů zkoumané skupiny nemocných vyplývá nejvyšší výskyt cervikálních dysplazií ve věku 30 - 39 let.

Tabulka 2

Zastoupení cytologických nálezů v souboru nemocných				
Věková skupina	HG - SIL (CIN II)		HG - SIL (CIN III)	
	No	%	No	%
20 - 29	1	14%	6	86%
30 - 39	5	31%	11	69%
40 - 49	3	38%	5	62%
50 - 59	1	33%	2	67%
60 - 69	0	0%	1	100%
Vše	10	29%	25	71%

Graf 1

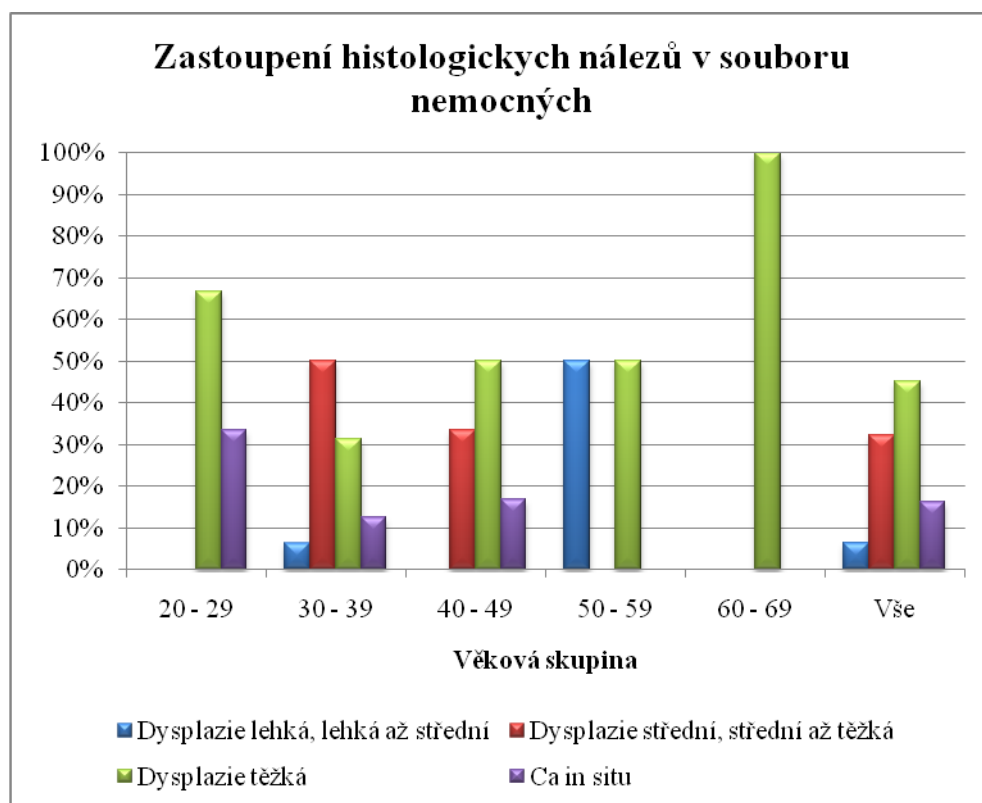


Analýzou dat bylo zjištěno, že 10 (29 %) patientek přichází s výsledkem cytologického nálezu HG - SIL (CIN II) střední dysplazie, 25 (71 %) patientek s výsledkem cytologického nálezu HG - SIL (CIN III) těžké dysplazie.

Tabulka 3

Zastoupení histologických nálezů v souboru nemocných								
Věková skupina	Dysplazie lehká, lehká až střední		Dysplazie střední, střední až těžká		Dysplazie těžká		Ca in situ	
	No	%	No	%	No	%	No	%
20 - 29	0	0%	0	0%	4	67%	2	33%
30 - 39	1	6%	8	50%	5	31%	2	13%
40 - 49	0	0%	2	33%	3	50%	1	17%
50 - 59	1	50%	0	0%	1	50%	0	0%
60 - 69	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%
Vše	2	6%	10	32%	14	45%	5	16%

Graf 2



Analýzou dat bylo zjištěno, že u 2 (6 %) nemocných byla nalezena v histologickém nálezů dysplazie lehká, nebo lehká až střední, u 10 (32 %) dysplazie střední, nebo střední až těžká, u 14 (45 %) dysplazie těžká, u 5 (16 %) ca in situ.

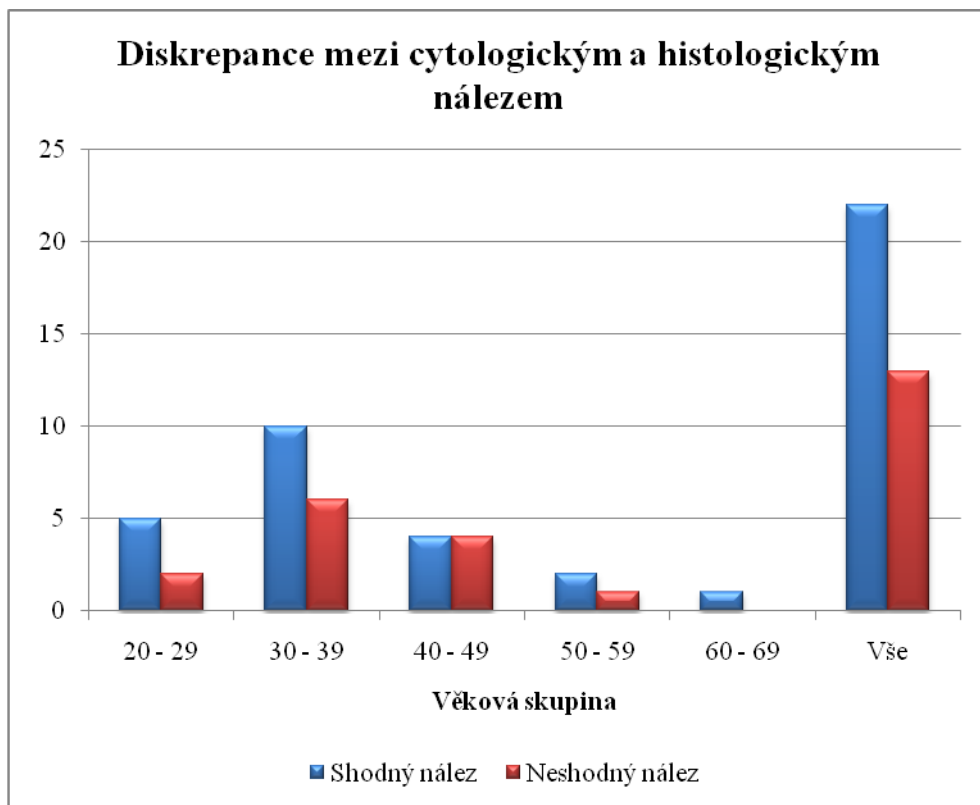
Tabulka 4

Diskrepance mezi cytologickým a histologickým nálezem				
Věková skupina	Shodný nález		Neshodný nález	
	No	%	No	%
20 - 29	5	71%	2	29%
30 - 39	10	62%	6	38%
40 - 49	4	50%	4	50%
50 - 59	2	67%	1	33%
60 - 69	1	100%	0	0%
Vše	22	63%	13	37%

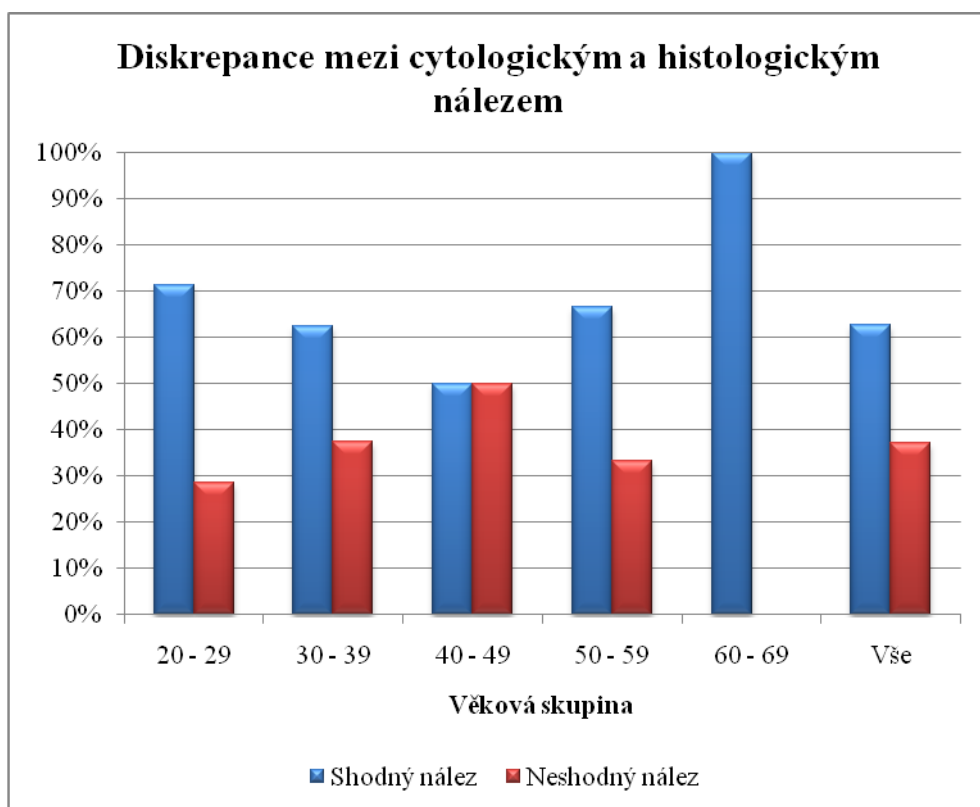
Analýzou dat bylo zjištěno, že nález cytologického vyšetření se shoduje s nálezem histologickým ve 22 (63 %), neshodný nález je nalezen u 13 (37 %) pacientek.

Ve věkové skupině 20 – 29 let se nález shoduje u 5 (71 %), neshoda nalezena u 2 (29 %),
 30 – 39 let shodný nález u 10 (62 %), neshoda u 6 (38 %) nemocných,
 40 – 49 let shodný nález u 4 (50 %), neshodný nález u 4 (50 %) nemocných,
 50 – 59 let shodný nález u 2 (68 %), neshoda u 1 (33 %),
 věkovou kategorii 60 – 69 let zastupovala 1 (100 %) pacientka u které byla nalezena shoda mezi cytologickým a histologickým vyšetřením.

Graf 3



Graf 4



Tabulka 5, 6

Srovnání výsledků cytologie a histologie												
	Zánět		Dysplazie lehká, lehká až střední		Dysplazie střední, střední až těžká		Dysplazie těžká		Ca in situ		Ca	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
CIN II	1	10%	1	10%	6	60%	2	20%	0	0%	0	0%
CIN III	1	4%	1	4%	4	16%	12	48%	5	20%	2	8%

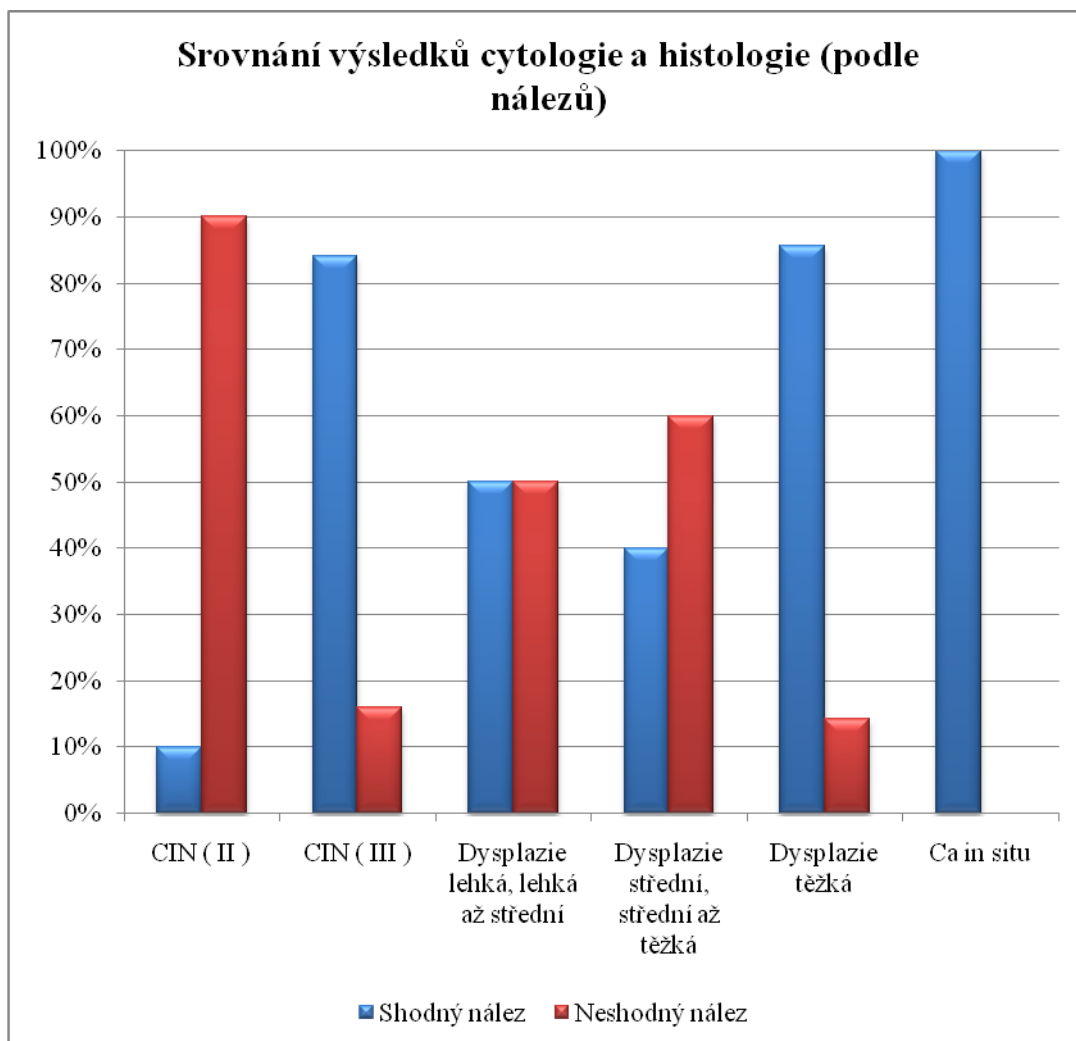
Srovnání výsledků cytologie a histologie (podle nálezů)				
	Shodný nález		Neshodný nález	
	No	%	No	%
CIN II	1	10%	9	90%
CIN III	21	84%	4	16%
Dysplazie lehká, lehká až střední	1	50%	1	50%
Dysplazie střední, střední až těžká	4	40%	6	60%
Dysplazie těžká	12	86%	2	14%
Ca in situ	5	100%	0	0%

Analýzou dat byla zjištěna ve srovnání výsledků cytologie a histologie odchylka u nálezů CIN II u 9 (90 %) případů, u 1 (10 %) byl nález shodný, u CIN III odchylka ve 4 (16 %), shoda u 21 (84 %).

U nemocných s výsledkem cytologie CIN II byl v 1 (10 %) případě zjištěn zánět, v 1 (10 %) dysplazie lehká, nebo lehká až střední, v 6 (60 %) dysplazie střední, nebo střední až těžká, ve 2 (20 %) dysplazie těžká.

U nemocných s výsledkem cytologického vyšetření CIN III byl histologicky u 1 (4 %) nalezen zánět, u 1 (4 %) dysplazie lehká, nebo lehká až střední, u 4 (16 %) dysplazie střední, nebo střední až těžká, u 12 (48 %) dysplazie těžká, u 5 (20 %) ca in situ, u 2 (8 %) nemocných byla stanovena diagnóza karcinomu, v jednom případě mikroinvazivního, ve druhém invazivního.

Graf 5



Shrnutí:

Skupina ve věku 20 – 29 let byla zastoupena 7 pacientkami, z nichž 2 byly v období průzkumu těhotné. Ve výsledcích stěrů onkologické cytologie byl nález těžké dysplazie děložního čípku HG SIL CIN III, v jednom případě CIN II.. Histologicky byla ve 4 případech prokázána těžká dysplazie, ve 2 případech ca in situ. Odchylka nalezena v jednom případě, kdy byl histologicky nalezen chronický zánět u cytologického výsledku CIN III . Druhá odchylka se týkala výsledku cytologie CIN II, kdy histologicky byla nalezena těžká dysplazie.

Následující řadu ve věku 30 – 39 let tvořilo 16 klientek, z nichž 1 byla gravidní. Nález onkologické cytologie byl v 5 případech HG SIL (CIN II), v 11 případech HG SIL (CIN III). Histologické ověření se shodovalo s výsledky onkologické cytologie v 13 vyšetřeních. Neshoda byla nalezena ve 3 vyšetřeních. V prvním případě byl nález onkologické cytologie HG SIL (CIN III), histologicky vyšetřena lehká až střední dysplazie. Ve druhém případě byl výsledek onkologické cytologie LG SIL (CIN II), histologickým ověřením nalezena těžká dysplazie, ve třetím případě cytologicky LG SIL (CIN III), v nález histologie střední dysplazie.

Ve věkové kategorii 40 – 49 let figurovalo 8 zkoumaných nemocných. Nález onkologické cytologie v příjmové zprávě byl ve 3 případech LG SIL (CIN II) a v 5 případech LG SIL (CIN III). Zde byly nalezeny 2 odchylky. V první odchylce byl v nález onkologické cytologie HG SIL (CIN III), histologicky se prokázal spinocelulární karcinom. Ve druhém cytologie vykazovala HG SIL (CIN II), histopatologickým ověřením byla stanovena diagnóza metaplazie a zánětu.

Skupinu pacientek ve věku mezi 50 – 59 rokem tvořily 3 ženy. Dvě byly přijaty s nálezem onkologické cytologie HG SIL III, třetí s výsledkem onkologické cytologie HG SIL CIN II. U prvních 2 byla histologickým ověřením zjištěna těžká dysplazie a mikroinvazivní karcinom, u třetí nemocné nalezena v histologii lehká dysplazie.

Věkovou kategorii 60 – 69 let zastupovala jedna pacientka. Výsledek nález onkologické cytologie byl HG SIL (CIN III), histologickým ověřením potvrzena těžká dysplazie děložního čípku.

Diskuze:

V současné době je problematika prekanceróz děložního hrdla velmi diskutovaným tématem.

Za zdravotní výchovu zaměřenou tímto směrem vdčíme z velké části reklamní kampani firem, které vyrábějí vakcíny proti lidským papillomavirům.

Vakcinace může snížit pravděpodobnost přednádorových změn, je však důležité upozornění, že před vznikem nádorových onemocnění děložního čípku nechrání zcela.

Osvěta, zaměřená na prevenci by měla být prováděna již na základních školách.

Podceňování rizik, časné zahájení sexuálního života, nezodpovědnost ve výběru partnerů, nezdravé životní návyky, nezdravý způsob života, strach ze zjištění onkologické diagnózy jsou velkou bariérou v prevenci prekanceróz děložního čípku.

Důležité informace o záchytu prekanceróz jsou předávány ošetřujícím gynekologem.

Význam má informovanost a vzdělanost zdravotnického personálu, který pomocí besed a seminářů může laickou veřejnost seznámit s danou problematikou.

Základem úspěšné prevence je zabránit netečnému nezájmu o své zdraví a snažit se předejít nemoci. Je třeba nepodceňovat preventivní gynekologické vyšetření, vyvarovat se sexuální promiskuity a sexuálně přenosných chorob. Na preventivní vyšetření, spojené s odběrem onkologické cytologie má v naší republice bezplatný nárok každá žena jedenkrát ročně.

Závěr:

Závěrečná bakalářská práce se na základě aktuálnosti tématu a taktéž na základě mé osobní zkušenosti zabývá tématem dysplazií děložního čípku. V teoretické části práce jsem se snažila objasnit co jsou cervikální dysplazie, jaké jsou způsoby jejich odhalení, léčby a prevence. V praktické části práce jsem se za pomoci přehledové tabulky snažila zjistit četnost a závažnost odchylky mezi výsledkem vyšetření onkologické cytologie a zhodnocením biotického materiálu histopatologem.

Mým cílem bylo také podání uceleného pohledu na prekancerózy děložního čípku, se zřetelem na přenos infekce HPV, vznik prekanceróz, diagnostiku prekanceróz, léčbu a možnost jejich prevence.

Bibliografické zdroje:

CIBULA, D.,PTRUŽELKA, L. Onkogynekologie. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 614s.
ISBN 978- 80-247-265-6

ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. a kol. Porodnictví. 2. vyd. Praha:
Grada, 2006, 544 s. ISBN 978- 80-247-1303-8

HOLIBKOVÁ, A., LAICHMAN, S., Přehled anatomie člověka. 4. vyd. Olomouc:
Univerzita Palackého, 2006. 140 s. ISBN 80-244-1480-5

KUDELA,M. a kol. Základy gynekologie a porodnictví. 2.vyd. Olomouc: Univerzita
Palackého, 2008. 273 s. ISBN 978-80-7262-501-17

RAUŠOVÁ,E. Průvodce ženy při onemocnění děložního čípku. 1. vyd. Praha: Mladá
fronta, 2009. 37 s. ISBN 978-80-204-2048-0

ROB,L., MARTAN,A., CITTERBART,K. Gynekologie. 2. vyd. Praha: Galén, 2008.
319 s. ISBN 978-80-7262-501-7

SÁK, P. Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky. 1. vyd. České
Budějovice: Jihočeská Univerzita, 2010. 82 s. ISBN 978-80-7394-235-9

SLEZÁKOVÁ, L. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada,
2011. 269 s. ISBN 978- 80-247-3373-9

SMETANA, J. Očkování v ordinaci gynekologa. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 44 s.
ISBN 978-80-247-3325-8

Seznam tabulek:

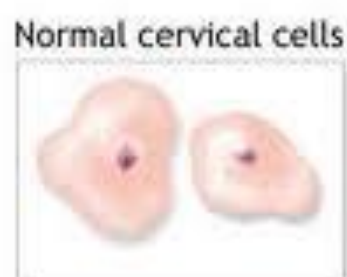
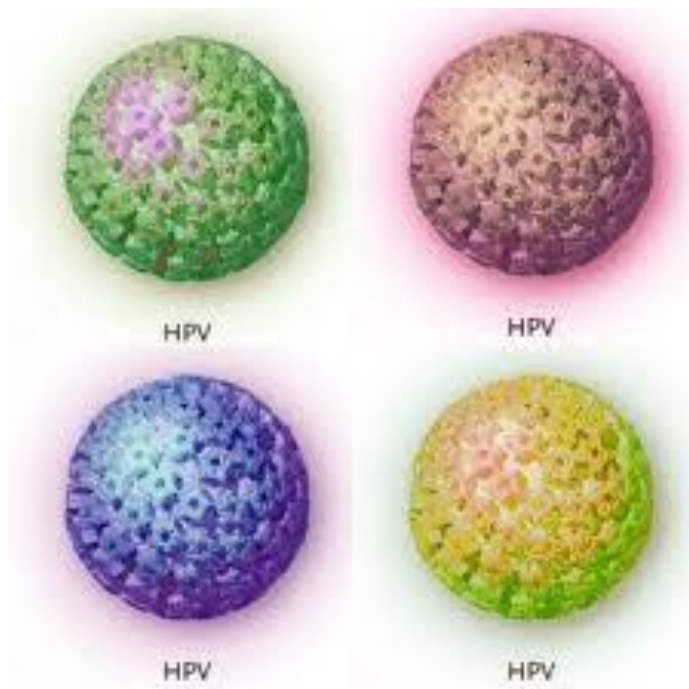
Tabulka 1:	Soubor nemocných	27
Tabulka 2:	Zastoupení cytologických nálezů v souboru nemocných	29
Tabulka 3:	Zastoupení histologických nálezů v souboru nemocných	30
Tabulka 4:	Diskrepance mezi cytologickým a histologickým nálezem.....	31
Tabulka 5, 6:	Srovnání výsledků cytologie a histologie	33

..

Seznam grafů:

Graf 1:	Zastoupení cytologických nálezů v souboru nemocných.....	29
Graf 2:	Zastoupení histologických nálezů v souboru nemocných	30
Graf 3, 4:	Diskrepance mezi cytologickým a histologickým nálezem	32
Graf 5:	Srovnání výsledků cytologie a histologie.....	34

Příloha:



ADAM

www.google.com, 02. 05. 2011

