

Sub egida Colegiului Național de Ginecologie
și Obstetrică din Franța



Consilieri editoriali:

Jacques Lansac, Philippe Descamps

Colposcopia

Tehnică și diagnostic

Ediția a 4-a

Jacques Marchetta

Philippe Descamps

Cu colaborarea:

J.-J. Baldauf, C. Bergeron, J.-P. Bilhaut, G. Body,
J.-C. Boulanger, L. Catala, J. Gondry, A. Guillemotonia,
S. Lanta, J.-L. Leroy, P. Lopes, J.-L. Mergui, J. Monsonego,
C. Quéreux

Corina Grigoriu

Coordonatorul ediției în limba română

CAPITOLUL 1

Introducere

Principii (1), Metodologie (2), Baze anatomice (4).

1

CAPITOLUL 2

Tehnica

13

Echipament (13), Momentul examinării (15), Desfășurarea examenului colposcopic (16), Biopsia dirijată (19), Diagrama colposcopică (21), Terminologii (25), Imagini fotografice (27).

CAPITOLUL 3

Performanța diagnostică în colposcopie

29

Sensibilitatea (30), Specificitatea (30), Capcane (31), Concluzii (37).

CAPITOLUL 4

Indicațiile colposcopiei

39

Introducere (39), Aportul colposcopiei în abordarea frotiurilor anormale (39), Colposcopia ca metodă de screening (48), Concluzii (49).

CAPITOLUL 5

Colul uterin normal

51

Definiție (51), Ectropion (52), Metaplazia malpighiană (53), Zona de transformare normală și sechelele sale (54), Concluzie (60).

CAPITOLUL 6

Transformările atipice

63

Transformările atipice de grad I (TAG I) (63), Transformările atipice de grad II (TAG II) (68).

CAPITOLUL 7

Colposcopiile leziunilor infecțioase non-virale

77

Eroziunile și ulcerările (77), Colpitele (78), Colpите rare (80), Concluzii (81).

CAPITOLUL 8

Colposcopia în leziunile virale și displazii

83

Colposcopia în leziunile de grad scăzut (83), Colposcopia în leziunile de grad crescut (93), Semnele colposcopice ale invaziei (93), Concluzii (102).

CAPITOLUL 9

Colposcopia și patologia glandulară

103

Factori favorizanți (103), Circumstanțe de evidențiere (103), Colposcopia adenocarcinomului (105), Concluzii (108).

CAPITOLUL 10

Colposcopia leziunilor vaginale

111

Aspectele colposcopice (112), Epidemiologie (116), Concluzii (118).

CAPITOLUL 11

Explorarea vulvei, gest necesar al examenului colposcopic

119

Introducere (119), Tehnica explorării (119), Condiloamele acuminate sau papiloamele (119), Tumora Buschke-Löwenstein sau condilomul acuminat gigant (121), Neoplaziile intravulvare (VIN) (122), Carcinomul epidermoid vulvar (124), Concluzii (125).

CAPITOLUL 12

Colposcopii particulare

127

Colposcopia la adolescente: frotiul citologic cervico-vaginal (127), Colposcopia în cursul sarcinii (129), Menopauza: limite și capcane în evaluarea colposcopică (138), Colposcopia în sindromul DES (141).

CAPITOLUL 13

Colposcopia în cadrul tratamentului leziunilor de col uterin 145

Rolul colposcopiei în tratamentele distructive (145), Rolul colposcopiei în tratamentele excizionale (146), Locul colposcopiei în deciziile terapeutice (147), Locul colposcopiei în urmărirea post-terapeutică (150).

CAPITOLUL 14

Colposcopia în mileniul trei 155

Evoluția materialelor (155), Avantajul inovațiilor tehnologice (155), Inconveniente tehnice noi (159), Cercetarea în colposcopie (160), Metode alternative (163), Concluzii (164).

CAPITOLUL 15

Recomandări în colposcopie 167

Formarea în colposcopie și nivelul activității (167), Structuri și instrumente (167), Indicațiile colposcopiei (168), Respectarea procedurilor (168), Asigurarea calității (169), Concluzie (170).

Index 175

J. Marchetta, P. Descamps, C. Bergeron

Prin analiza colului uterin descoperim o istorie frumoasă și lungă a femeii pe tot parcursul aventurii sale genitale, pe care o putem citi ca pe o veritabilă carte deschisă.

Analiza detaliată a structurilor histologice ale colului ne va permite să regăsim toate stigmatele capitolelor diferite din această istorie naturală. Toate etapele sunt înscrise pe colul fiecărei femei ca *un jurnal intim scris fără știința sa*. Ginecologiei i-au trebuit decenii pentru a putea decifra aceste semne, iar noi vom devoala în aceste pagini toate secretele sale.

Colposcopia, așa cum indică etimologia sa greacă, constă în a privi *prin* sau *în* vagin. Ea nu este doar o explorare rezervată colului așa cum silaba „col” din cuvântul colposcopie ar lăsa să creadă o ureche profană (dar *colpos* înseamnă vagin în limba greacă), ci înseamnă o examinare a întregului ax cervico-vaginal, examinarea putându-se extinde și la vulvă printr-o vulvoscopie ca o completare logică.

Obiectivele colposcopiei sunt în număr de trei:

- să realizeze o cartografiere a leziunilor cervicale;
- să orienteze biopsiile astfel încât să fie cât mai relevante;
- să ghideze tratamentul astfel încât el să fie eficient ca ridicare a leziunii, dar în același timp să respecte colul, în special la pacientele care doresc o sarcină.

Realizarea pertinentă a unui examen colposcopic precis este o premisă fundamentală pentru un tratament corect al unei leziuni cervicale; riscul unui supratratament fiind o exereză excesivă de țesut cervical sănătos cu repercusiuni potențiale obstetricale evidente, în timp ce un subtratament este inadmisibil în termeni oncologici, cu implicații dramatice pentru paciente.

Din aceasta rezultă că ginecologul colposcopist ar trebui să fie în mod ideal practicianul care se ocupă în mod direct de pacientă, putând

să realizeze gestul chirurgical complementar (această noțiune a chirurgului „rodă” în practica colposcopică diagnostică va fi detaliat în capitolul al 15-lea dedicat „demersului calității”). Explorarea colposcopică se integrează astfel unui demers diagnostic și terapeutic care din punctul nostru de vedere nu este unul ultraspecializat, ci o investigație cu aplicabilitate largă.

Vom studia succesiv principiile examinării, metodologia (adică aplicarea în practică a principiilor expuse inițial), apoi bazele anatomo-patologice a imaginilor astfel generate.

Principii

„A privi” un țesut înseamnă vizualizarea corionului său prin învelișul translucid, deci invizibil, al epiteliului său. Atunci când patologia cercetată este epitelială trebuie găsită o metodă pentru „a revela” acest epiteliu.

La nivelul colului și al vaginului corionul apare roz-închis (sau roșu-deschis) vizibil foarte clar, cu o vascularizație arborescentă, deoarece epiteliul are o transparență particulară (epiteliul malpighian este necheratinizat, iar cel cilindric este subțire și nestratificat).

Principiul colposcopiei consistă în „a te juca” cu transparența epiteliului modificată de reactivi chimici – acidul acetic și soluția iodată. Imaginile generate la nivel epitelial prin aplicarea câte unui reactiv creează imagini caracteristice (acidul acetic determină: acidofilie, punctație, mozaic etc.; soluția Lugol determină: aspecte iod-negativ, aspecte neomogene, imagini punctate etc.), dar integrarea imaginilor astfel create permite constituirea *tabloului sau complexului colposcopic* care va permite diagnosticul.

În orice caz, trebuie să insistăm asupra faptului că examenul colposcopic nu ne aduce niciun diagnostic lezional și cu atât mai puțin un diagnostic histologic. Extensia logică și obligatorie este reprezentată de prelevarea biopsiei care va confirma

impresia imaginii, iar acesta este obiectivul primordial al colposcopiei: de a orienta biopsia și de a fi în centrul trepidului cito-colpo-histologic pe care îl vom detalia.

Metodologie

Pentru „revelarea” unui epiteliu translucid avem la dispoziție doi reactivi.

Acidul acetic

O diluție de 3% este suficientă. Efectul său este de coagulare a proteinelor, inducând albirea țesutului ce conține proteine în cantitate mare. Putem compara reacția obținută la nivelul unei zone extrem de bogate în proteine cu cea observată când încălzim un albuș într-o tigaie: albușul bogat în albumine rămâne translucid la rece și permite examinarea fundului tigăii; după încălzire albușul devine opac, iar fundul tigăii nu mai poate fi examinat (figura 1.1).

Un epiteliu displazic cu o densitate celulară activă și cu o mare încărcătură proteică va reacționa la AA albindu-se: el este un țesut acidofil (figura 1.2).

Un epiteliu cilindric (ce caracterizează endocolul), constituit dintr-un singur strat celular aproape fără multiplicări celulare nu va reacționa la aplicarea de AA.

Soluția Lugol

Termenul de „Lugol” provine de la Jean Guillaume Lugol (medic francez la Spitalul Saint-Louis 1788-1851), care a inventat o soluție iodată pentru tratamentul tuberculozei. Ulterior

Soluția Lugol este un preparat iodat; este mult mai util să folosim un preparat concentrat obținut astfel: pentru 125 mL soluție se amestecă 0,5 grame de iodură de potasiu, 2,5 grame iod, restul fiind reprezentat de apă distilată.

el a observat că această soluție colorează doar celulele normale, dar nu pe cele cu modificări patologice.

Acest preparat are o concentrație de 2%.

Deoarece soluția Lugol este iodată, există anumite particularități de utilizare. La paciențele alergice la iod este preferabil să o contraindicăm. În schimb la femeia gravidă utilizarea este permisă, deoarece nu s-a demonstrat influența sa asupra tiroidei fetale.

Iodul colorează glicogenul intracelular în maro-închis, denumit uzual maro-mahoni (maro-acajou). În cazul unui epiteliu malpighian normal, maturarea celulară se caracterizează printr-o încărcare crescută de glicogen, de aceea soluția Lugol va colora intens epiteliul. Această colorare va persista aproximativ 15 minute.

În cazul epiteliilor patologice în cadrul cărora regăsim metaplazia imatură sau displazia, deoarece nu există maturare celulară, nu va exista „încărcare” cu glicogen. De aceea, aceste țesuturi vor rămâne iod-negative (figura 1.3).

În mod evident un epiteliu non-malpighian, fără maturare celulară așa cum este epiteliul endocervical cilindric unistratificat, chiar dacă este normal, va rămâne iod-negativ.

Nu este suficient să constatăm modificările de colorație ale epiteliului, ci trebuie să analizăm mai aprofundat caracteristicile acestuia, care reprezintă criterii importante în evaluarea colposcopică a leziunilor patologice.

În rezumat

Un epiteliu malpighian normal este:

- negativ la acid acetic;
- pozitiv la soluție Lugol.

Un epiteliu malpighian patologic este:

- acidofil;
- iod-negativ.

Un epiteliu cilindric normal este:

- negativ la acid acetic;
- iod-negativ.

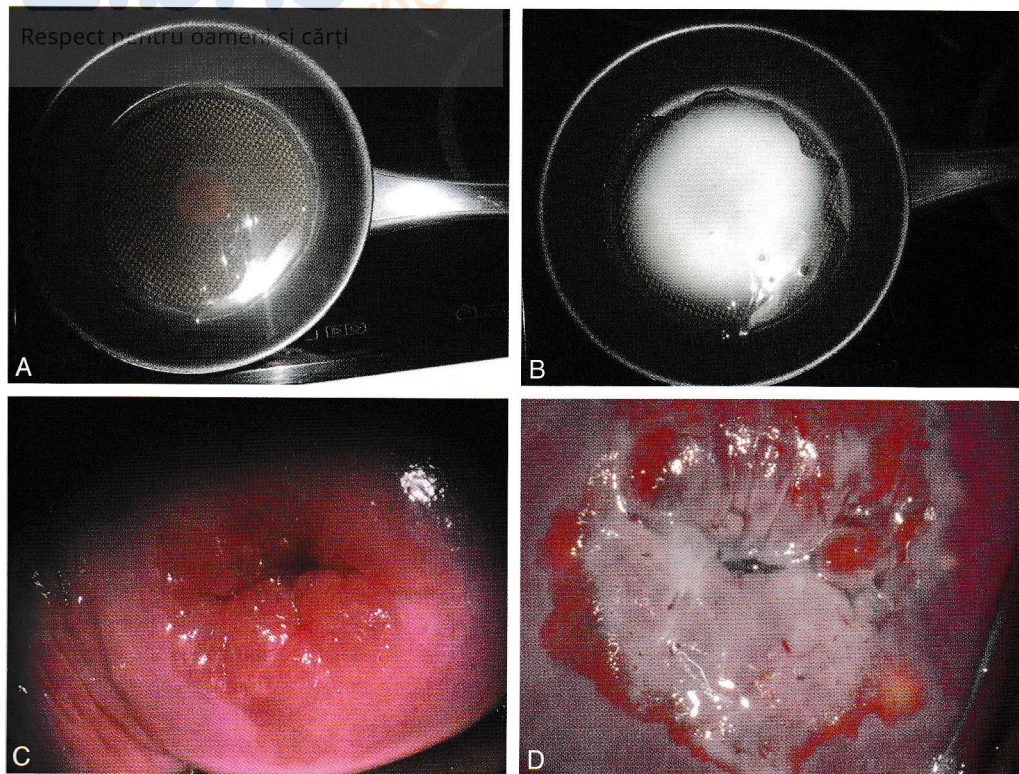


Figura 1.1. Ilustrarea efectului acidului acetic.

A. Albușul translucid permite vizualizarea fundului tigăii. B. Oul încălzit devine alb opac, fundul tigăii nu mai poate fi vizualizat în spatele albușului. Observați persistența vizibilității fundului tigăii la marginea albușului. C. Col fără preparare: corionul este vizibil, roșu-aprins. D. După aplicarea de acid acetic zona roșie este mascată de o acidofilie intensă. Inflamația roșie a corionului depășește zona albă și rămâne vizibilă în periferie.



Figura 1.2. Acidofilie netă pe suprafața exocolului.

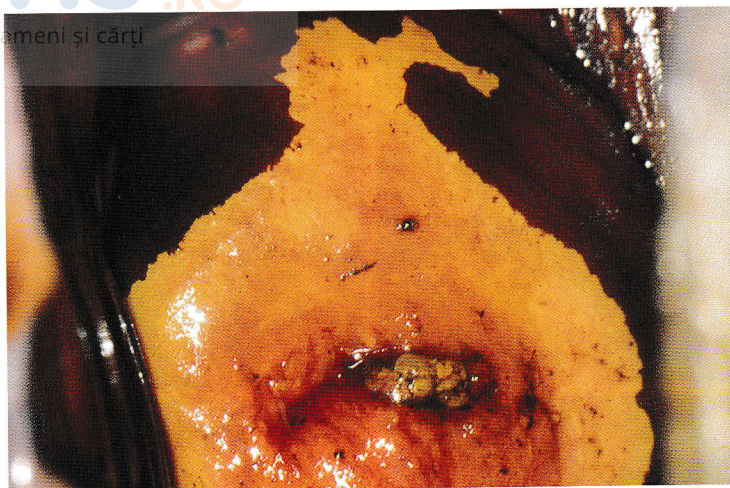


Figura 1.3. Același col cu zonă iod-negativă ce corespunde perfect zonei acidofile.

- Când examinăm zonele acidofile trebuie să fim atenți la:
 - grosime;
 - claritate (mată sau strălucitoare);
 - regularitate (aspect plan, punctație, mozaic);
 - dinamică (viteza de apariție a acidofiliei, timpul de persistență).
- Când examinăm zonele iod-negative trebuie să fim atenți la:
 - culoare (portocalie ca pe epiteliul cilindric, galben-auriu, galben-pai ce exprimă necroză tisulară);
 - regularitate (omogenă și regulată, neomogenă heterogenă, punctată cu puncte mici sau puncte groase);
 - contururi (șterse sau bine delimitate).

Baze anatomice

Întotdeauna este interesant de aflat procesul histologic pe baza căruia se construiește imaginea colposcopică. Abordarea noastră va fi în acest sens didactică, deoarece reversul nu este real: evidențierea unei imagini colposcopice nu ne permite în niciun fel deducerea unui diagnostic histopatologic. De exemplu, o punctație vizualizată după aplicarea AA poate proveni la fel de bine dintr-o papilă înlocuită de metaplazie scuamoasă imatură benignă, dar și din modificările

conjunctivo-vasculare ale unei displazii grave. Colposcopia este o tehnică imagistică a colului ce trebuie să depisteze eventuale zone de gravitate permițând biopsierea lor, dar nu reprezintă în niciun caz o abordare anatomo-patologică.

În acest fel vrem să avertizăm colposcopiștii debutanți asupra unei tendințe potențial dezas-truatoare de a se lăsa antrenați în supoziții histologice când examinează un complex colposcopic.

Examinarea colului fără preparare

Zonele roșii reprezintă zone inflamatorii congestive ale corionului (figura 1.4). Trebuie diferențiate două tipuri de leziuni: eroziunile – ce corespund unei pierderi de epiteliu și ulceratiile – ce reprezintă alterări ale corionului (vezi figurile 7.2 și 8.16).

Zonele albe denumite leucoplazii (figura 1.5) vizibile la examinarea fără preparare reprezintă îngroșări de tip „defensiv” ale stratului superficial al epiteliului malpighian. Ele pot fi detașate de suprafața colului cu o spatulă. În schimb, leucoplazia ce corespunde unei leziuni condilomatoase rămâne aderentă de corion și nu se detașează. Termenul de zonă albă este atribuită imaginilor albe fără preparare. În ceea ce privește zonele care devin albe după aplicarea de acid acetic, ele se numesc „zone acidofile” cu toate că reprezintă tot imagini albe.

Vasele patologice (figura 1.6; vezi de asemenea figurile 6.13 și 8.20) își pierd suplețea și ramifi-

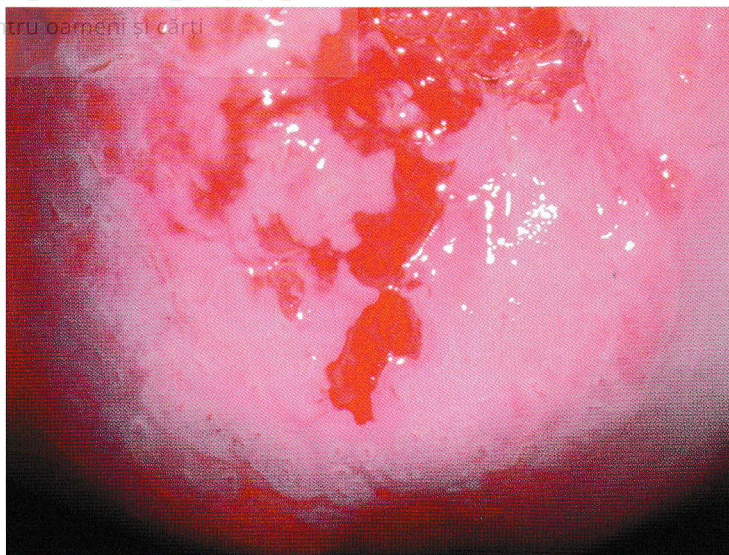


Figura 1.4. Zone roșii.

Aspectul este de dezepitelizare (eroziune) și nu de ulceratie.

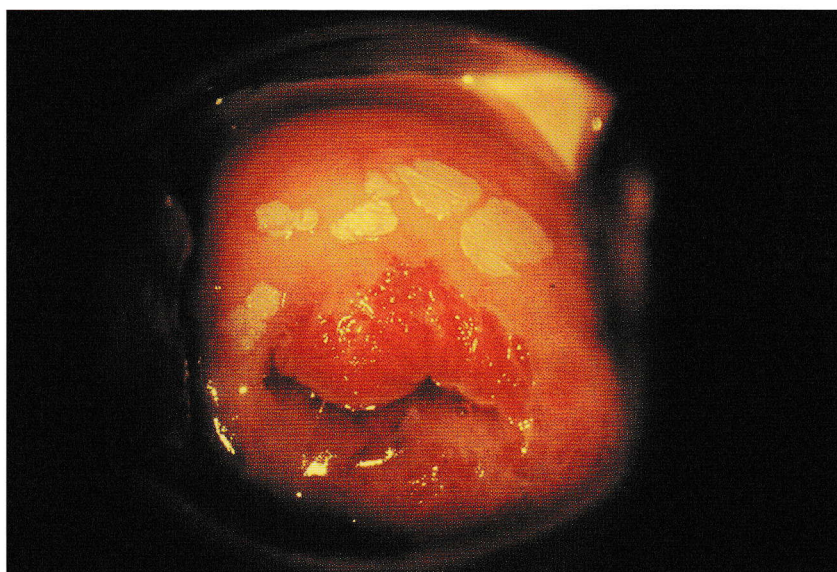


Figura 1.5. Placarde de leucoplazie.

Observați relieful striat de piele încrețită și nu micropapilar ca în condiloame.

cațiile arborescente. Ele devin rigide și neramificate, bine vizibile la suprafață, fiind „împinse” din profunzime de către procesele patologice.

Aspectele papilare (figura 1.7) sunt de regulă provocate de infecția cu HPV (Human papillomavirus

sau virusul papilloma uman). Ele sunt supradenivelări ale epitelului aflate pe un corion subiacent subțire. În esență sunt axe conjunctivo-vasculare inflamatorii ce provin din corion și sunt împinse spre suprafață.

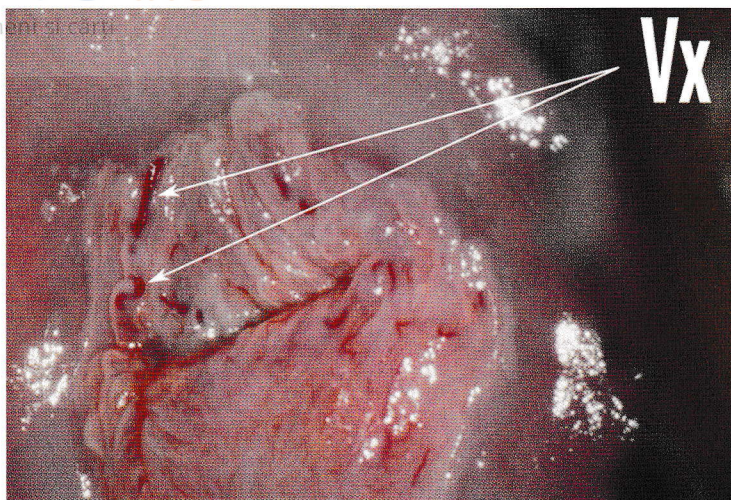


Figura 1.6. Vase patologice groase (Vx) rigide, fără ramificații arborescente.

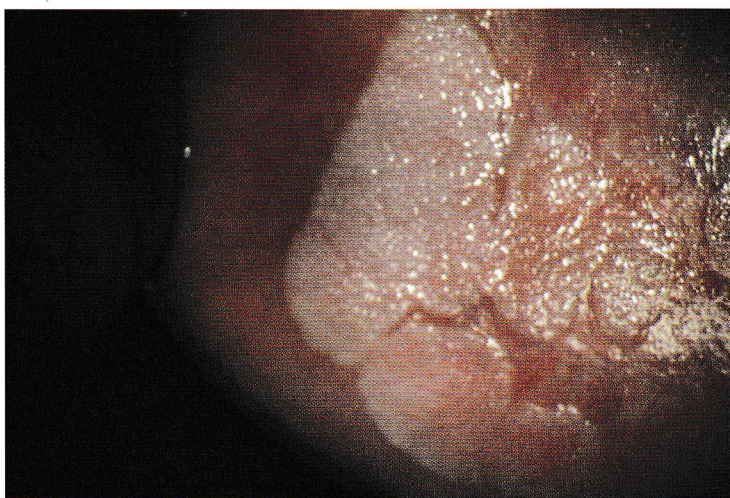


Figura 1.7. Zone cu micropapile.
Observați aspectul strălucitor.

Examinarea după aplicarea de acid acetic

Acidofilia poate avea origine displazică, direct legată de proliferarea celulară patologică, provenind din îngroșările epiteliului malpighian cu origine în celulele bazale. Aceste țesuturi conțin o bogată încărcare proteică ce determină o reacție acidofilică intensă.

Acidofilia se observă în mod egal și în cazul metaplaziilor imature, procese de reparație ce se

produc sub forma acumulărilor celulare malpighiene, fără organizarea arhitecturală normală.

Punctația (figura 1.8, vezi și figura 3.1) de la nivelul zonelor displazice se explică prin axe conjunctivo-vasculare, ridicate de epiteliul patologic, cu atât mai mari cu cât displazia este mai gravă (figura 1.9). La examinarea colposcopică vârful axei conjunctivo-vasculare este vizibil când traversează epiteliul. Acesta este albit de acidul acetic, iar axa vasculară apare sub forma unui punct roșu.

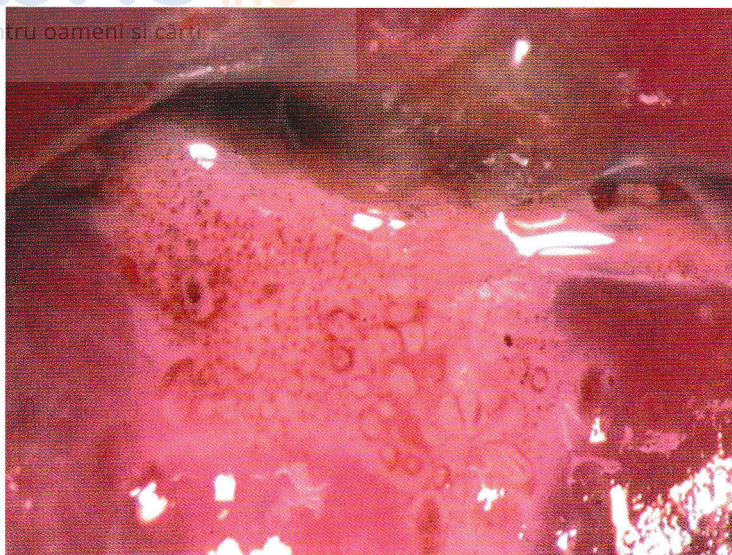


Figura 1.8. Zonă acidofilă cu punctație.

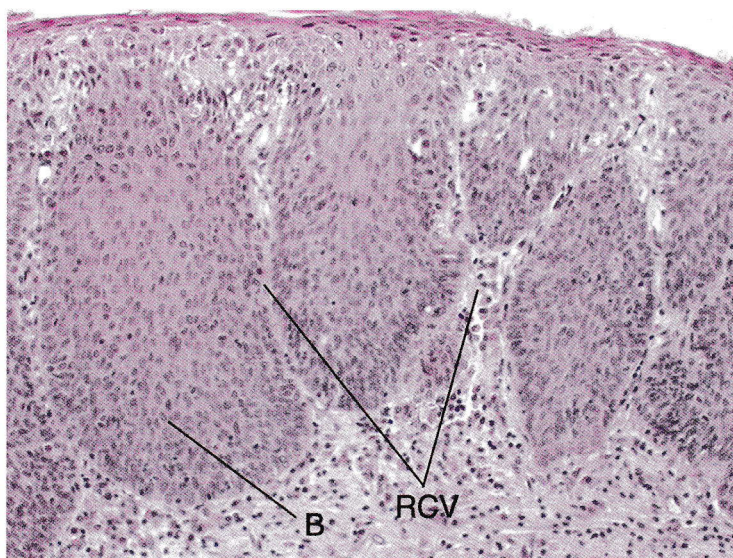


Figura 1.9. Secțiune histologică a unui CIN III.

Observați axele conjunctivo-vasculare (RCV) împinse și grămezile displazice înmugurite (B) care se înfundă în corion. (Fotografie C. Bergeron.)

Acestea se observă în mod egal la nivelul zonelor de metaplazie imatură (figura 1.10). Procesul metaplazic în loc să alunece sub epiteliul cilindric, proliferează în suprafață, deasupra papilelor, „bătătorind” și acoperind spațiile interpapilare. Punctațiile reprezintă papilele mici reziduale ce

privesc vertical prin epiteliul metaplazic (figura 1.11).

Imaginile de mozaic (figura 1.12 vezi și figurile 3.4 și 3.5) corespund în țesutul displazic unei proliferări celulare ce rămâne intraepitelială, dar care evoluează prin muguri denși ce se îndreaptă spre

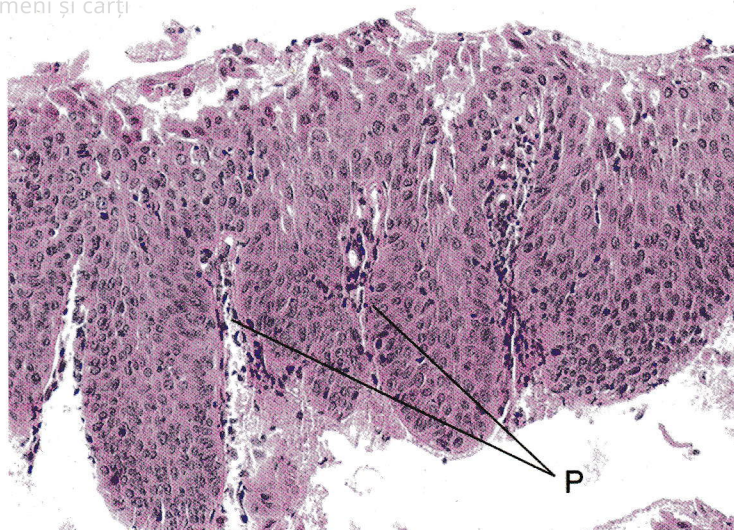


Figura 1.10. Secțiune histologică a unei metaplazii imature ce umple spațiile interpapilare.

Papilele (P) sunt bine vizibile determinând aspectul colposcopic punctat sau de mozaic dacă papilele sunt împinse și se reunesc.
(Fotografie C. Bergeron.)

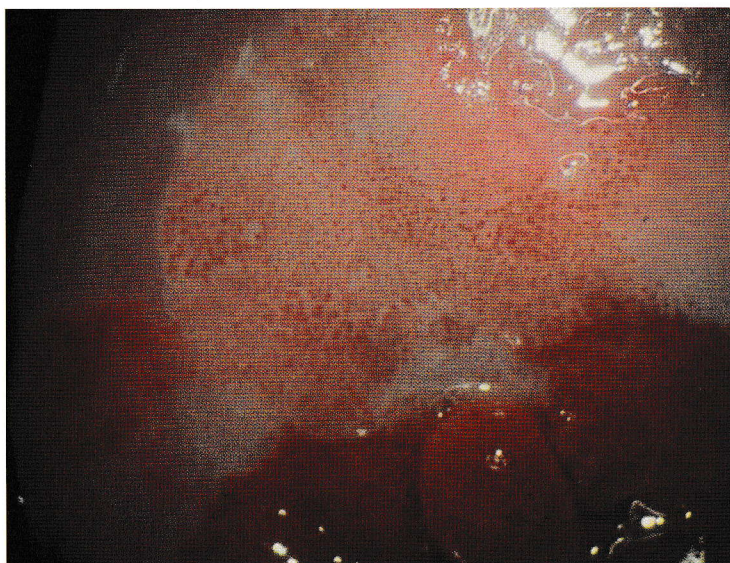


Figura 1.11. Zonă frumoasă de punctație regulată: metaplazie.

corion (vezi figura 1.9). Acești muguri, separați de corion inflamator, se albesc la acid acetic, iar corionul e vizibil sub formă de pereți roșii care sunt de fapt axe conjunctivo-vasculare verticale. Cu cât se agravează proliferarea, cu atât aspectul devine mai neregulat sub formă de „plăci de pavaj”. Mugurii de celule displazice se reunesc, iar proliferarea

intensă celulară duce la „prăbușirea” pereților formați de corion.

O metaplazie imatură (vezi figura 1.10) poate lua de asemenea aspectul de mozaic, dar el este de obicei foarte regulat. Proliferarea celulară imatură umple spațiile interpapilare, ducând la împingerii papilelor reziduale, care se reunesc între ele, creând o imagine carioată, de rețea.



Figura 1.12. Mozaic grosier.

Plăci de pavaj neregulate, unele centrate de o urmă roșie, altele deschise. De notat aspectul roșu al corionului și dispoziția centrifugă a zonei cu mozaic.

Orificiile glandulare cu gulerăș pot apare ca urmare a unui proces metaplastic în jurul „gâtului” glandelor, dar sunt întâlnite mult mai frecvent și cu aspect mai dens în zonele displazice în care proliferarea celulară este mult mai accentuată. Dacă displazia se agravează, orificiul glandular va fi deformat sub formă de fantă (vezi figura 3.3).

Examinarea cu soluția Lugol

Zonele iod-negative pot fi evidente în cazul metaplaziilor imature sau al displaziilor. În aceste două cazuri lipsa captării iodului este în raport direct cu absența încărcării cu glicogen a celulelor. Ceea ce diferă sunt contururile:

- Contururi nete în cazul metaplaziei imature (figura 1.13). Din punct de vedere histologic trecerea de la metaplazia imatură la o zonă matură se face brusc, practic celulă cu celulă;
- Conturul șters („floc”) în cazul displaziilor care sunt procese proliferative (figura 1.14). Această noțiune de contururi șterse poate pune probleme unui colposcopist debutant. Neregularitatea limitelor leziunii este foarte discretă în raport cu aspectul ușor supradenivelat al zonei patologice față de epiteliul sănătos

adiacent, mult diferit de aspectul floc marcat și evident al zonelor infectate sau inflamatorii (figura 1.15).

Aspectele iodate neomogene (figura 1.16) se observă predominant în zonele de metaplazie imatură infectate de HPV. La acest nivel virusul induce și stimulează maturarea, dar într-un mod extrem de neregulat, ceea ce duce la alternanța zonelor ce rămân imature, deci iod-negative, cu zonele ce se maturează și devin iod-pozitive.

Aspectele de colpită sunt induse de inflamație. Corionul congestiv infectat urcă în epiteliul malghipian sub formă de digitații, conferind aspectul colpitei punctate tipice (vezi figura 8.12). Colpita se poate răspândi în plan orizontal în epiteliu, conferind un aspect mult mai variabil (vezi figura 8.14) – aspect reticulat, radiar, circinat sau aspecte de mozaic inversat (vezi figura 8.13; termenul de „inversat” corespunde faptului că centrul plăcii este maro, deoarece se colorează cu iod, iar marginea carioajului de origine vasculară este rozat. În mod diferit, mozaicul displazic este format din plăci albe).

Atunci când colpita are aspect de punctație groasă ca în infecțiile cervicale cu *Trichomonas* originea imaginilor nu mai este vasculară, ci este provocată de aglomerările limfoide subepiteliale (vezi figura 7.4).