

Kolposkopie vulvy a její terminologie

Jiří Sláma

Onkogynekologické centrum, Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK v Praze

Korespondenční adresa: doc. MUDr. Jiří Sláma, Ph.D., Onkogynekologické centrum, Gynekologicko-porodnická klinika VFN a 1. LF UK, Apolinářská 18, 128 51 Praha 2, tel.: +420 224 967 451, fax: +420 224 967 452, e-mail: Jiri.Slama@vfn.cz

Publikováno: 27. 10. 2014 Přijato: 2. 8. 2014 Akceptováno: 10. 10. 2014
Actual Gyn 2014, 6, 88-92 ISSN 1803-9588 © 2014, Aprofema s.r.o.
Článek lze stáhnout z www.actualgyn.com



Citujte tento článek jako: Sláma J. Kolposkopie vulvy a její terminologie. Actual Gyn. 2014;6:88-92

COLPOSCOPY OF THE VULVA AND ITS TERMINOLOGY

Review article

Abstract

Colposcopy of the vulva has an essential role in diagnostics and determination of extent of squamous pre-cancerous lesions, HPV associated lesions and suspicious early invasive disease. Colposcopic terminology of the vulva allows detailed and understandable description of the visualised finding.

Key words: colposcopy, terminology, vulva

Přehledový článek

Abstrakt

Kolposkopie vulvy má zásadní význam při diagnostice a vymezení rozsahu dlaždicobuněčných prekanceróz, HPV asociovaných lézí a při podezření na časně invazivní vulvární karcinom. Kolposkopická terminologie vulvy umožňuje detailní a srozumitelný popis pozorovaného nálezu.

Klíčová slova: kolposkopie, terminologie, vulva

Úvod

Kolposkopie je tradičně používána při vyšetření vulvy. Popis pozorovaného nálezu se však až do nedávné doby neřídil žádnými pravidly, a proto byla z iniciativy Mezinárodní federace pro cervikální patologii a kolposkopii (IFCPC) vytvořena kolposkopická terminologie pro hodnocení nálezů na vulvě. Terminologie byla představena a opakována v roce 2011 na XIV. světovém kongresu cervikální patologie a kolposkopie v Rio de Janeiro a publikována o rok později po doplnění připomínek Mezinárodní společnosti pro studium nemocí vulvy a vaginy (ISSVD) (1).

Kolposkopická terminologie vulvy využívá k popisu pozorovaných změn obecných dermatologických znaků, díky tomu umožňuje vyhotovit srozumitelný záznam nálezu, který zároveň reflektuje klinickou klasifikaci onemocnění vulvy a usnadňuje diagnostický algoritmus (2).

Pro optické zvětšení nálezů na vulvě je možno využít kromě kolposkopu, který je běžně dostupný na gynekologických pracovištích, i jiné optické zvětšovací zařízení. Dermatologové proto častěji využívají zvětšovací sklo. Kolposkopické vyšetření vulvy je proto někdy také označováno jako vulvoskopie a vyšetření s využitím zvětšovacího skla jako dermoskopie vulvy. Optické vyšetření vulvy je prováděno analogicky kolposkopickému vyšetření děložního hrdla a pochvy.

Kolposkopická terminologie

V kolposkopické terminologii vulvy jsou definovány základní anatomické struktury (hrma, uretra, ústí Skeneho žláz, clitoris, preputium, frenulum, velké stydké pysky, malé stydké pysky, interlabiální rýhy, vestibulum, ústí malých vestibulárních žláz, ústí Bartholinských žláz, hymen, hráz) a je uveden jejich slizniční a/nebo kožní povrch. Oblasti kryté kůží jsou dále členěny na oblasti primárně ochlupené a neochlupené. Bližší specifikace uložení patologické léze má v prvé řadě význam pro rychlejší diagnostiku nálezu, protože řada patologických stavů postihuje pouze sliznici nebo pouze kůži. Zároveň má zásadní význam pro následný léčebný management a volbu vhodné terapeutické metody (1).

Kolposkopické nálezy na vulvě

1. Normální nálezy

Normální nálezy zahrnují fyziologické varianty anatomie vulvy. Mezi normální nálezy je řazeno i vestibulární zarudnutí, vestibulární melanóza, vestibulární papilomatóza a Fordyceho skvrny (1).

1.1 Vulvární melanóza (melanotické makuly vulvy)

Vulvární melanóza je benigní hyperpigmentace kůže a/nebo sliznice vulvy. Makulární ložiska hyperpigmentace měří v největším rozměru alespoň 4 mm. Příčinou melanózy je zvýšená lokální produkce melaninu bez současného zvýšení počtu melanocytů (3).

Vulvární melanóza je charakterizována nápadnými, stejnoměrně hnědě až černě pigmentovanými plochými hladkými makulami s nepravidelnými, geografickými okraji připomínajícími skvrny nastříkané sprejem, které plynule přecházejí do okolní normální kůže nebo sliznice (**Obř. 1**). Makuly mohou být solitární, častěji jsou ale mnohočetné. Velikost jednotlivých makul je při mnohočetném výskytu velmi variabilní, ložiska mohou i splývat a pokrývat podstatnou část vulvy. Při hyperpigmentaci lze pozorovat



Obř. 1 Vulvární melanóza s pigmentovanými makulami v oblasti vestibula a vnitřní plochy malých labií

na povrchu labií, zejména pak na vnitřních plochách malých stydkých pysků, ale i na perineu, v introitu a v distální pochvě. Nález není asociován s žádnými klinickými symptomy.

Maximium výskytu vulvární melanózy je u žen ve fertilním věku. Nález nevyžaduje žádnou léčbu ani sledování (1). V diferenciální diagnostice je nutno odlišit lentigo simplex, které vytváří makuly menší než 4 mm a nepostihuje současně kůži i sliznici. Jen vzácně je nutno pomýšlet na dysplastické névy nebo maligní melanom. Diagnostická nejistota, která narůstá při nálezu elevovaných hyperpigmentovaných lézí, ulcerací nebo nodularit, je důvodem k bioptické verifikaci (3).

1.2 Vestibulární zarudnutí (vulvar redness)

Symetrické zarudnutí vestibula je fyziologický nález pozorovaný u žen s nízkým obsahem pigmentu kůže. Vestibulární zarudnutí má jasně červený odstín a ostře kontrastuje s bledou okolní kůží. Není provázeno žádnými klinickými obtížemi. Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit zánět nebo infekci (3).

1.3 Vestibulární papilomatóza (skvamózní vestibulární papilomatóza, mikropapilomatóza vestibula)

Vestibulární papilomatóza je charakterizována přítomností drobných, obvykle mnohočetných papil, které jsou lokalizovány ve vestibulu vaginy distálně a laterálně od hymenálního kruhu. Třebaže její klinický význam není dosud zcela vyjasněný, je považována za fyziologický nález, který lze identifikovat asi u 30 % žen ve fertilním věku (1,3).

Při klinickém vyšetření, u kterého je s výhodou využití kolposkopu, jsou patrné drobné, mnohočetné papily s podkovovou distribucí a maximem v distální polovině vestibula. Papily se mohou šířit i laterálně na vnitřní plochu malých stydkých pysků. Jednotlivé papily mají stejnou barvu jako okolní vestibulum a v jejich vazivovém centru probíhají drobné cévy. Jsou nečastěji 1–2 mm dlouhé a jen vzácně přesahují 5 mm (**Obř. 2**). Povrch papil je krytý vrstevnatým dlaždicovým epitelem, který u žen v reprodukčním věku reaguje s Lugolovým roztokem při Schillerově testu (4). Ojedinele se mohou vyskytovat i drobné okrsky keratinizace, patrné jako jemná, nepromi-



Obr. 2 Vestibulární papilomatóza s drobnými papilárními prominencemi laterálně od hymen



Obr. 4 Časně invazivní karcinom vulvy na vrcholu malého labia vlevo, kde patrný atypické cévy. Laterálně rozsáhlá diferencovaná VIN.



Obr. 3 Fordyceho skvrny na vnitřní ploše malého labia vpravo u pacientky s lichen planus vulvy

nující leukoplakie. Při cíleném zatlačení mohou být oblasti s papilomatózou více citlivé než okolí, ale převážná většina nálezů je zcela asymptomatická. Jen vzácně jsou přítomny symptomatické formy, které se projevují především pálením nebo pruritem, asociovaným zejména s pohlavním stykem. V takové situaci je často zjišťováno zblednutí papil po aplikaci 5% kyseliny octové jako projev současné papilomavirové (HPV) infekce.

Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit kondylomata acuminata a fibroepiteliální polypy. Při klinické nejistotě je na místě biotická verifikace. Oproti kondylomatům jsou jednotlivé papily homogenní ve svém vzhledu i velikosti, jsou v celém průběhu oddělené a nesplývají, jsou měkké na dotyk a jejich uložení vytváří lineární vzor (3).

Asymptomatická vestibulární papilomatóza nevyžaduje žádnou léčbu ani sledování. Symptomatické formy jsou léčeny podobně jako jiné projevy HPV infekce na vulvě. Preferovaným postupem je jednorázová aplikace 80 – 95% roztoku kyseliny trichloroctové. Výkon je však velmi bolestivý a vyžaduje zvláště při ošetření větší plochy lokální nebo celkovou anestezii. Alternativou je kryodestrukce nebo vaporizace laserem (3). Část nálezů, u kterých ne-

dojde k vymizení symptomů po lokálním ošetření, vyžaduje analogický management jako při lokalizované vulvodynii (5).

1.4 Ektopické mazové žlázy (Fordyceho skvrn(k)y, Fordyceho granule)

Fordyceho skvrny jsou obrazem ektopicky uložených mazových žláz na slizničních površích vulvy (**Obr. 3**). V klinickém obraze jsou patrné jako hladké, velmi malé (1–2 mm) kopulovitě se klenoucí papuly se žlutým odstínem. Nejčastěji jsou patrné na vnitřní ploše malých stydkých pysků uvnitř Hartovy linie (3).

2. Abnormální nálezy

Abnormální nálezy zahrnují různé znaky, kterými je možno charakterizovat lézi podle velikosti, uložení, typu, barvy a druhotných morfologických změn. Kategorie abnormálních nálezů využívá dermatologické terminologie používané v klinické klasifikaci onemocnění vulvy a popisuje změny barevného tónu a morfologické změny (1,2).

3. Jiné nálezy

Mezi jiné nálezy jsou řazeny posttraumatické změny, vrozené vývojové vady, tetováž a jiné znaky, které nelze klasifikovat do ostatních kategorií nálezů.

4. Nálezy suspektní z malignity

Nálezy suspektní z malignity zahrnují znaky typické pro neoplastický růst (makroskopický nádor, ulceraci, nekrózu, krvácení, exofytickou lézi, hyperkeratózu), s nebo bez bílého, šedého, červeného nebo hnědého zabarvení. Přítomnost některého ze znaků je důvodem k biotické verifikaci (**Obr. 4**).

5. Abnormální nálezy pozorované pouze při optickém zvětšení

Samostatnou kategorií jsou abnormální nálezy pozorované kolposkopem nebo jiným optickým zvětšovací nástrojem. Zahrnují změny epitelu pozorované po aplikaci roztoku kyseliny octové a změny průběhu cév typické pro vulvární intraepiteliální neoplazii (VIN), časně invazivní kar-

Tab. 1 Kolposkopická terminologie nálezů na vulvě

Kategorie	Znaky		
Základní vymezení	anatomická struktura	hrma, uretra, ústí Skeneho žláz, clitoris, preputium, frenulum, velké stydké pysky, malé stydké pysky, interlabiální rýhy, vestibulum, ústí malých vestibulárních žláz, ústí Bartholinských žláz, hymen, hráz	
	povrch	kůže – ochlupená/neochlupená sliznice	
Normální nálezy	normální konfigurace, kůže, sliznice, vestibulární zarudnutí, vestibulární melanóza, vestibulární papilomatóza, Fordyceho skvrny		
Abnormální nálezy	uložení, velikost v cm		
	typ léze	barva léze	sekundární změny
	makula, papula, plak, skvrna, nodulus, cysta, vesikula, bula, pustula	v barvě kůže, červená, bílá, tmavá (modrá, hnědá, černá)	ekzém, lichenifikace, exkoriace, purpura, jizvení, ulkus, eroze, fisura, bradavice
Jiné nálezy	trauma, malformace		
Nálezy suspektní z malignity	makroskopický nádor, ulcerace, nekróza, krvácení, exofytická léze, hyperkeratóza		
	s nebo bez bílého, šedého, červeného nebo hnědého zabarvení		
Abnormální nálezy pozorované kolposkopem nebo jiným optickým zvětšovací přístrojem	ocetpozitivní bílý epitel, puntíčkování, atypické cévy, nerovnosti povrchu		



Obr. 5 Multifokální monochromatická ložiska běžného typu VIN patrná po aplikaci 5% roztoku kyseliny octové jako nepravidelné makuly bílého epitelu

cinom a pro nálezy asociované s HPV infekcí (**Obr. 5**).

Kolposkopické vyšetření vulvy

Kolposkopické vyšetření vulvy, označované také jako vulvoskopie, navazuje na makroskopické zhodnocení celé anogenitální oblasti. Přínos kolposkopie vulvy v diagnostice byl dlouho zpochybňován. Možnost časně identifikace lézí asociovaných s infekcí HPV však vedla k začlenění kolposkopie mezi standardní vyšetřovací postupy (1).

Způsob provedení kolposkopie vulvy se neliší od postupu při vyšetření jiných částí dolního genitálního traktu. Kolposkopické vyšetření je dynamickým procesem a vyža-

duje dostatek času. Nálezy je nutné posuzovat nejen jako statické obrazy, ale hodnotit také jejich průběh a vývoj v čase. Kolposkopie vulvy je prováděna po uložení pacientky na gynekologickém vyšetřovacím křesle. Vyšetření začíná od malého zvětšení (6x), kterým je systematicky skenována celá vyšetřovaná oblast v kраниokaudálním směru. Oblasti vykazující abnormální znaky jsou poté prohlíženy při větším zvětšení a/nebo za použití barevného filtru.

Pro zvýraznění cévních změn a potlačení vlivu keratinizace je vhodné před zahájením kolposkopického vyšetření nejprve aplikovat hydrofilní lubrikant nebo fyziologický roztok. V dalším kroku je aplikován roztok kyseliny octové. Pro možnost adekvátního vyšetření vulvy včetně oblastí s keratinizovaným kožním krytem je nutná aplikace hojného množství koncentrovanějšího roztoku (5%) kyseliny octové. Aplikace by navíc měla být dostatečně dlouhá s délkou trvání 2–3 minuty. Kyselina octová způsobuje reverzibilní koagulaci a precipitaci jaderných proteinů a některých cytokeratinů. V oblastech s dysplastickými změnami, které obsahují hustější koncentraci jaderných proteinů ve vyšších vrstvách epitelu, proto dochází po aplikaci kyseliny octové k jejich precipitaci ve vyšší rovině. Výsledkem je omezení průchodu světelného paprsku skrz epitel, potlačení prosvítání subepiteliálních kapilár a zblednutí pozorovaného povrchu (4).

Fakultativně je možno na závěr vyšetření aplikovat na vulvu 1% vodný roztok toluidinové modři, nechat působit 2 minuty a následně omýt 1% kyselinou octovou. Takový postup je označován jako Collinsův test. Toluidinová modř je jaderné barvivo, které při aplikaci in vivo fixuje buněčná jádra k povrchu. Díky tomu dojde k obarvení všech oblastí s jadernou aktivitou, které jsou následně patrné jako modrá ložiska (6). Klinický přínos testu je však limitovaný

Tab. 2 Definice kolposkopických znaků

Typ znaku	Znak (zkratka)	Definice
Epitelový	Bílý epitel (BE)	Po aplikaci roztoku kyseliny octové se oblasti s vysokou hustotou buněčných jader barví bíle. Většinou platí, že čím sytější je bílé zbarvení, čím rychleji vzniká a čím déle přetrvává, tím závažnější bývá léze.
Cévní	Mozaika (M)	Ložiskový kolposkopický obraz, při němž novotvorba cév vykazuje pravouhlé vzorování podobné mozaice. Čím menší jsou políčka mozaiky, tím pravděpodobněji se jedná o low grade lézi. Čím hrubší, plošně větší a nepravidelnější jsou políčka mozaiky, tím pravděpodobněji se jedná o high grade lézi.
	Puntíčkování (P)	Ložiskový kolposkopický obraz, ve kterém se kapiláry zobrazují jako tečky. Čím jemnější je vzhled teček, tím pravděpodobněji se jedná o low grade lézi. Čím větší je interkapilární vzdálenost a čím hrubší je puntíčkování, tím spíše se jedná o high grade lézi.
	Atypické cévy (aV)	Ložiskový kolposkopický jev, v němž vzorec cév nepřipomíná ani puntíčkování a mozaiku, ani větvené kapiláry normálního epitelu. Cévy jsou nepravidelné s náhlými změnami v průběhu, vyhlížející jako strojopisné čárky, vývrtky nebo špagety.

pro svou nízkou senzitivitu. K obarvení totiž dochází nejen u neoplastických změn, ale i u lacerace, ulcerace, reparačních změn a parakeratózy. Na druhou stranu Collinsův test dokáže odlišit VIN od hyperplastických nenádorových změn a může usnadnit výběr místa k provedení biopsie (6,7).

Kolposkopické nálezy jsou dále popisovány podle platné kolposkopické terminologie. Kromě uložení léze, jejího rozsahu, povrchu, okrajů, barevného tónu a reakce s kyselinou octovou jsou hodnoceny i další kolposkopické znaky a jejich rysy (**Tab. 2**) (4).

Závěr

Kolposkopické vyšetření vulvy má nezastupitelný význam v diagnostice prekanceróz, HPV asociovaných lézí a časné invazivních nádorů vulvy. Postup vyšetření se neodlišuje od vyšetření jiných částí dolního genitálního traktu. Velmi důležitý je dostatek času umožňující sledování dynamických změn po aplikaci roztoku kyseliny octové. Pozorované nálezy jsou anatomicky vymezeny a popisovány pomocí aktuální kolposkopické terminologie s využitím dermatologického a kolposkopického názvosloví. Výsledný nález je zařazen do jedné z pěti kategorií.

Literatura

- Bornstein J, Sideri M, Tatti S, Walker P, Prendiville W, Haefner HK. 2011 terminology of the vulva of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;3:290-5
- Sláma J. Přehled současné klasifikace a terminologie onemocnění vulvy. *Česká Gynekol.* 2012;77:287-92
- Wilkinson EJ, Stone KI. Atlas of vulvar disease. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2008. 214 s.
- Turyňa R, Sláma J. Kolposkopie děložního hrdla. Galén. Praha 2010. 173 s.
- Nosková P. Vulvodynie z pohledu algeziologa. *Actual Gyn.* 2012;4:88-93
- Collins CG, Hansen LH, Theriot E. A clinical stain for use in selecting biopsy sites in patients with vulvar disease. *Obstet Gynecol.* 1966;28:158
- Joura EA, Zeisler H, Losch A, Santor MO, Mullauer-Ertl S. Differentiating vulvar intraepithelial neoplasia from nonneoplastic epithelial disorders. The toluidine blue test. *J Reprod Med.* 1998;43:671-674