



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav pro péči o matku a dítě



Lenka Veselá

**Kolposkopická
nomenklatura - historický
pohled a současné postavení**

Terminology of Colposcopy
hindsight and its development
to the present

Diplomová práce

Praha, září 2010

Autor práce: Lenka Veselá
Studijní program: Všeobecné lékařství
Magisterský studijní obor: VSEOB

Vedoucí práce: **as. MUDr. Radovan Turyna**
Pracoviště vedoucího práce: **Ústav pro péči o matku a dítě**
Datum a rok obhajoby: 1. 9. 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému (SIS 3.LF UK) jsou totožné.

V Praze dne 25. srpna 2010, Lenka Veselá

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala školiteli mojí diplomové práce as.MUDr. Radovanu Turynovi za jeho odborné vedení, metodickou pomoc a cenné rady, které mi poskytl při jejím vypracování.

Obsah

ÚVOD	6
1. Kolposkopie	7
1.1 <i>Kolposkop</i>	7
2. HISTORIE KOLPOSKOPIE	11
2.1 <i>Klasifikace dle Hinselmanna</i>	11
2.1.1 <i>Hinselmannovy aquarely</i>	17
3. DRÁHA PROFESORA MUDR. SAIDLA	23
4. KOLPOSKOPICKÁ NOMENKLATURA	
GRAZ, RAKOUSKO	25
4.1 <i>Kolposkopická nomenklatura</i>	25
4.2 <i>Definice</i>	26
5. KOLPOSKOPICKÁ TERMINOLOGIE z r. 1990 - ŘÍM	28
6. KOLPOSKOPICKÁ NOMENKLATURA	
POSTULOVÁNA V BARCELONĚ	30
7. PREAMBULE KOLPOSKOPIE	35
ZÁVĚR	38
SOUHRN	39
SUMMARY	40
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	41

Úvod

Téma této diplomové práce Kolposkopická nomenklatura jsem si vybrala na základě svého zájmu o problematiku onkologické gynekologie, zejména její části zaměřené na prevenci a časnou diagnostiku lézí portio vaginalis cervicis.

Vývoj kolposkopie jako metody začal v minulém století a za téměř 90 let své existence podstoupil několik změn, především v používání popisných pojmů. Došlo také ke zdokonalení kolposkopu, který v současnosti nabízí široké možnosti dokumentace nálezů, jejich srovnávání v čase, a to pomocí digitalizace.

Kolposkopie má své pevné místo jak v centrech onkologické prevence, tak v gynekologických ordinacích první linie. Na základě kolposkopického nálezu v kombinaci s další preventivní a diagnostickou metodou - cytologií, event. na základě výsledků biopsie či endocervikální kyretáže a HPV typizace, je pak pacientka sledována nebo podstoupí jednu z možných léčebných metod konizace - (kuželovité vytětí chorobného ložiska), a to: elektrickou kličkou (LOOP, LLETZ), elektrickou jehlou (NETZ) nebo studeným nožem (cold knife). V případě závažných nálezů, kde by prosté snesení léze s lemem zdravé tkáně bylo rizikové pro zdraví pacientky, přistupujeme k rozsáhlejším operacím - prostá hysterektomie, radikální abdominální hysterektomie s lymfadenektomií, anebo radikální vaginální hysterektomie s laparoskopickou lymfadenektomií. Inoperabilní případy jsou řešeny většinou aktinoterapií, výjimečně chemoradioterapií, u pokročilých onemocnění zbývá jen symptomatická léčba.

Je nutno říct, že závažných případů postupně ubývá. Vděčíme za to pilné práci našich kolegů a hlubší edukaci široké veřejnosti.

1. Kolposkopie

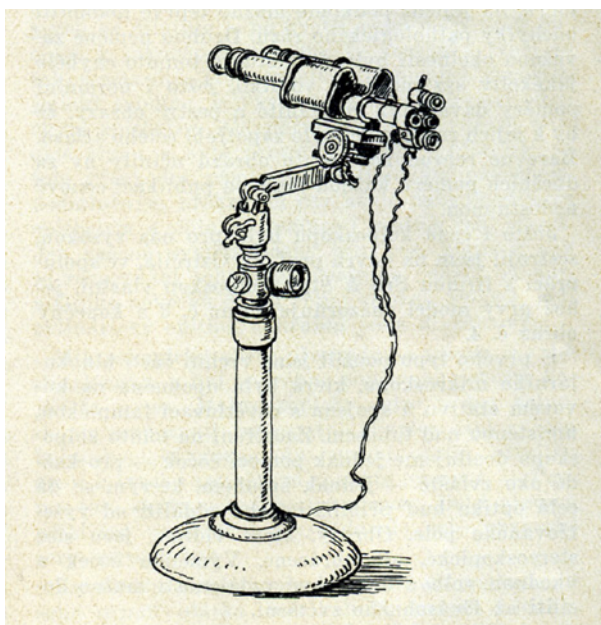
Kolposkopie je jedna ze základních prebioptických metod. Její hlavní význam je v diagnostice - v přesném určení závažnosti léze, plošného rozsahu a vztahu léze k cervikálnímu kanálu. Slouží také ke sledování (follow-up) pacientek, které podstoupily invazivní terapii cervikální léze.

Kolposkopické vyšetření se skládá nejen z vlastního vyšetření čípku pomocí kolposkopu, ale i z obrázku popisného záznamu, vyhodnocení nálezu a dalšího doporučení (HAVRÁNKOVÁ-ONDRUŠ, 2004).

1.1 Kolposkop

Historie kolposkopie sahá do minulého století, do r.1925. Jejím zakladatelem se stal prof. Dr. Hans Hinselmann, vedoucí lékař ženské kliniky na univerzitě v Bonnu. Sestrojil kolposkop, který se skládal z Leitzovy binokulární preparační lupy spojené s pevným stativem a dostatečně silné, stejnoměrné osvětlující žárovky (Obr. 1).

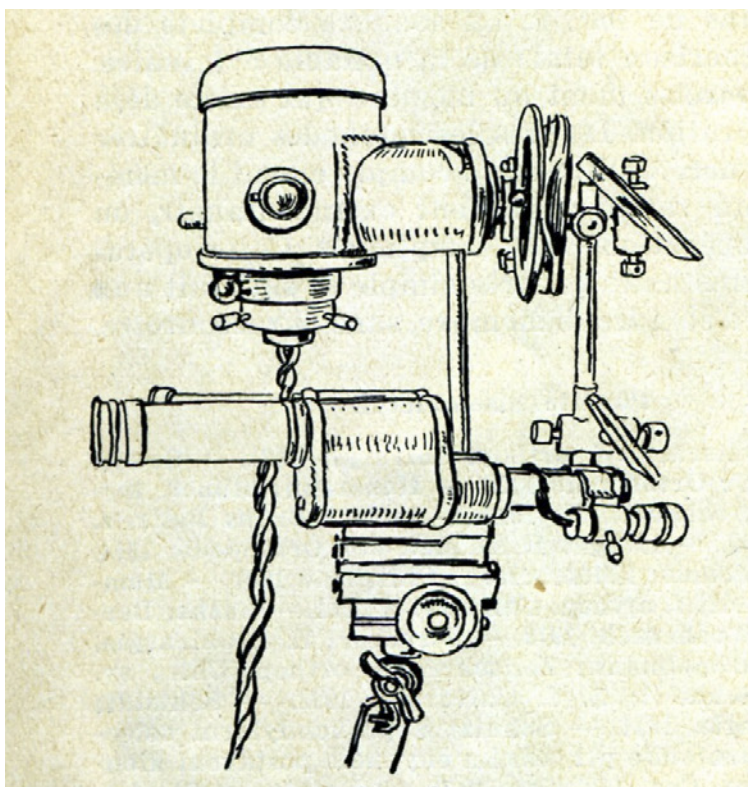
Obr. 1 První kolposkop sestrojený prof. Hinselmannem.



Zdroj: SAIDL, J. Kolposkopie. *Časopis lékařů českých*, 1932, č. 26, s. 815.

Později osvětlovací zařízení na tomto kolposkopu zdokonalil ještě Garzia, který sestrojil samočinně ovladatelnou obloukovou lampu. Tím bylo dosaženo stejnoměrného a intenzivního osvětlení vyšetřovacího pole. Kolposkopem bylo možno docílit až 40-ti násobného zvětšení (Obr. 2).

Obr. 2 Kolposkop zdokonalený Garziem.



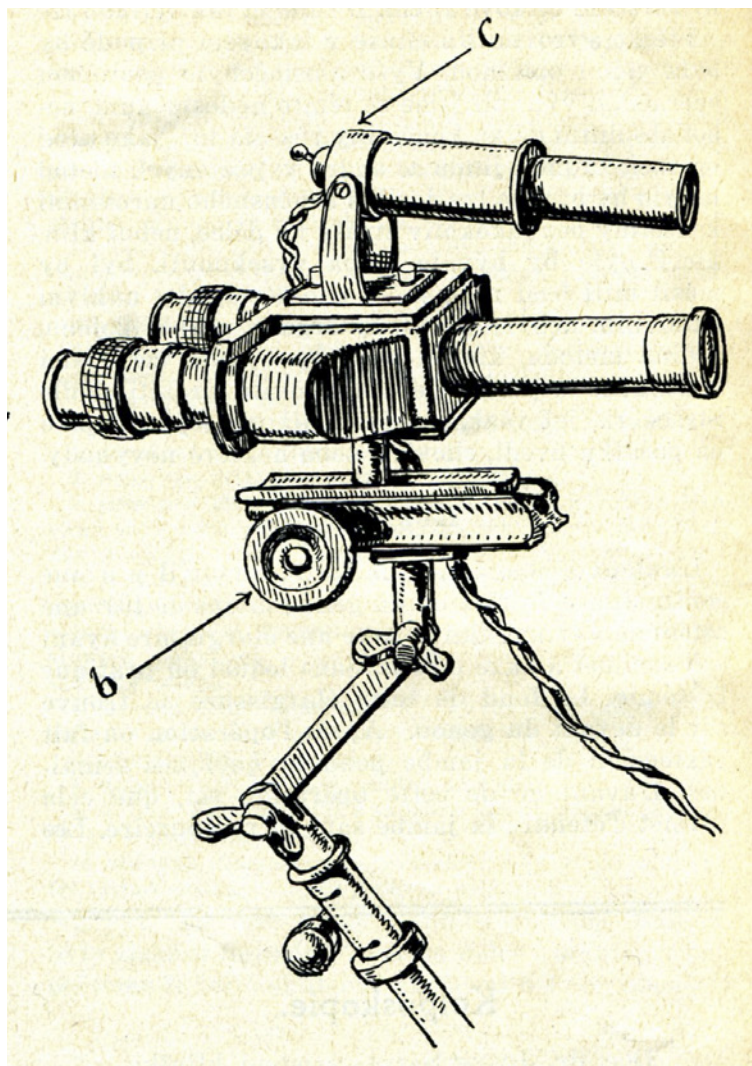
Zdroj: SAIDL, J. Kolposkopie. *Časopis lékařů českých*, 1932, č. 26, s. 816.

Na domácí půdě byl kolposkop sestrojen na návrh prof. Dr. Ostrčila doc. dr. Josefem Saidlem ve spolupráci s firmou Srb a Štys. Byly vyrobeny dva modely, jeden pro podrobné studium a druhý model pro běžná klinická vyšetření.

První model sestával z vrchní části binokulárního mikroskopu, upevněné na kovovém stativu, spojené s osvětlovací lampičkou, která byla pevně umístěna nad středem tubusu. Zaostřovalo se jednak pohybem čoček - pro každé oko zvlášť, jednak šroubem, kterým bylo možno optiku přiblížit, nebo oddálit od vyšetřované-

ho pole. Obrazy byly stereoskopické a obrácené. Výměnou čoček a vhodnou volbou ohniskové vzdálenosti bylo možno docílit až 40-ti násobného zvětšení (Obr. 3).

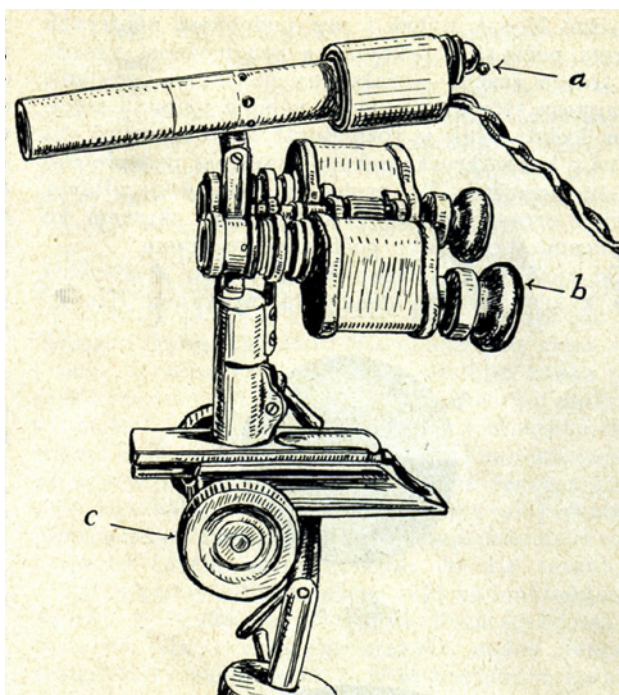
Obr. 3 Model kolposkopu pro podrobná kolposkopická vyšetření.



Zdroj: SAIDL, J. Kolposkopie. *Časopis lékařů českých*, 1932, č. 26, s. 816.

Druhý model byl vlastně dalekohled upravený systémem představených čoček na objektiv s krátkou ohniskovou vzdáleností a velkým zvětšením. Optika byla posunlivá směrem horizontálním i vertikálním. Osvětlení bylo dosaženo pomocí 8 V žárovky s kondensorem. Zaostřovalo se pomocí šroubu, kterým se celá optika pohybovala po malých kolejničích. Přístroj poskytoval 5, 12 až 20-ti násobné zvětšení (Obr. 4).

Obr. 4 Model kolposkopu pro běžná kolposkopická vyšetření.



Zdroj: SAIDL, J. Kolposkopie. *Časopis lékařů českých*, 1932, č. 26, s. 817.

Současné kolposkopy jsou vybaveny kamerou nebo fotografickým přístrojem, což umožňuje dokonalou dokumentaci nálezů (Obr 5).

Obr. 5 Moderní kolposkop s možností digitalizace nálezů.



Zdroj:http://vulvakarzinomshg.de/board/uploaded/128_1235435646.jpg.

2. Historie kolposkopie

K popisu a k vyhodnocení se používají kolposkopické znaky a kolposkopická nomenklatura (HAVRÁNKOVÁ-ONDRUŠ, 2004). Kolposkopická nomenklatura prošla dlouholetým vývojem. Za nejstarší pokládáme nomenklaturu dle Hinselmanna z r. 1925. V r. 1975 na 2. světovém kongresu pro cervikální patologii a kolposkopii v Grazu - Rakousko byla přijata nová nomenklatura pro kolposkopii (New Nomenclature for Colposcopy). V roce 1990 se začla používat na kongresu IFCP v Římě, tzv. Římská nomenklatura. V současné době je celosvětově uznávaná a používaná klasifikace z r. 2002, doporučená na kongresu v Barceloně.

Na domácí půdě se kolposkopii blíže věnovali prof. Dr. J. Saidl, prof. Dr. A. Ostrčil, dále pak prof. Dr. J. Kaňka. Je nutno s důrazem prohlásiti, že osud nemocné rakovinou děložního těla nebo děložního hrdla je zpravidla rozhodnut prvním výkonem, který byl na ní podniknut; proto je tu velká odpovědnost (OSTRČIL, 1932).

Na 35. vědecké schůzi gynekologicko-porodnické sekce Čsl. spol. chirurgické a gynekologické dne 26. dubna 1934 prof. Ostrčil sděluje: „Dnes je sice již zřejmo, že původní představy Hinselmannovy o významu leukoplakií čípku pro rakovinu nedají se udržeti v plném rozsahu. Tolik je však jisto, že kolposkopie nás nutí k systematickému vyšetřování čípku, erosí, eversí a jiných patologických procesů na něm, které jistě povedou k novým poznatkům a které byly dosud odbývány jen zběžně na konci gynaekologického vyšetření a často jen povrchně.“

2.1 Klasifikace dle Hinselmanna

Při kolposkopickém vyšetření svůj hlavní zájem upíráme k čípku, kde také poševní epitel podléhá nejčastějším změnám. Co můžeme kolposkopicky vidět na portio vaginalis, popisuje Hinselmann a ukazuje následující přehled:

1. *Normální sliznice poševní* – má růžovou barvu a neobsahuje ústí žláz. Případné ostrůvky jinak zbarvené sliznice, jsou-li

u branky, mají původ v epitelu hrdla, jsou-li jinde, budí podezření na vaginální endometriózu. Mikroskopicky se skládá z dlaždicového epitelu bez žláz.

2. *Eroze zánětlivá* – sytě červená sliznice neostře ohraničená proti růžové poševní sliznici. Povrch eroze je buď hladký, nebo více či méně plastický. Tomu odpovídá rozdělení na:
 - a) erosio simplex
 - b) erosio follicularis
 - c) erosio papilaris - tento druh eroze je nutno vždy vyšetřit, protože pod obrazem papilární eroze se může skrývat exofitický karcinom.
3. *Eroze kongenitální* – definoval již Hinselmann jako dysontogenní ektopii nebo kongenitální distopii cylindrického epitelu. Její barva je také červená – snad méně sytá než u eroze zánětlivé, ale přechod v okolní dlaždicový epitel je ostrý, bez ostrůvků a jazyků. Tato eroze nemění svůj vzhled a rozsah ani po delším léčení a kolposkopické kontrole.
4. *Lacerační ektropium* – traumatický charakter je již makroskopicky patrný.
5. *Pásmo epitheliální přeměny* – Hinselmannem popsána jako **Umwandlungzone**, vyskytuje se tam, kde se na podkladě dlouhotrvajícího zánětu se sklonem k hojení nebo u mnohoroďek při laceračním ektropiu stýkají po dlouhou dobu oba druhy epitelu, dlaždicový a cylindrický a začínají navzájem prorůstat. V kolposkopickém obraze vidíme vedle eroze proužek šedofialové sliznice se žlázami, který se liší od sliznice poševní i cervikální. Histologicky je to epitel dlaždicový se žlázkami vystlanými epitelem cylindrickým.
6. *Leukoplakie* - má predilekční místo v pásmu epitheliální přeměny nebo na kongenitální erozi. Kolposkopicky se nám jeví jako šedavě stříbřité ložisko různé velikosti s patrnými keratotickými šupinami. Šedá až bílá barva je podmíněna nahromadě-

ním zrohovatělých epitelíí. Histologicky je charakterizována hyperkeratózou a tvorbou epiteliálních čepů prorůstajících do vaziva. V tomto růstu se nesmí vyskytovat atypie ani v buněčné morfologii, jinak vzniká podezření na maligní růst.

Diferenciálně diagnosticky mimo leukoplakii připadá v úvahu makroskopicky leukoplakie luetická a bíle svítící ovula Nabothi.

Luetická leukoplakie – má kyprý vzhled, po setření zanechává defekt ve spodině, poněvadž se jedná o zánět sui generis.

Ovula Nabothi – i když pouze prosvítají bíle ze stěny čípku a neprominují na povrch, mají vždy cévy, třeba špatně patrné, neboť vidíme vlastně vaskularizovanou stěnu cysticky degenerované žlásky.

7. *Spodina* – druh sliznice, který nacházíme často v sousedství leukoplakie a který je s ní v morfologickém a genetickém spojení. V kolposkopu vidíme vyvýšenou sliznici šedofialové barvy, nepravidelných okrajů, popíchaného povrchu.
8. *Políčkování* – nebo-li Hinselmannovo „**Felderung**“ nebo možno říct též mřížkování nebo čtverečkování sliznice. Kolposkopicky se nám jeví opět jako šedofialová sliznice rozpukaná v dosti pravidelná políčka čtvercového či obdélníkového tvaru. Tento makroskopický obraz je podmíněn parakeratózou.
9. *Jodnegativní okrsek* /6. - 9. = matečné okrsky/ - Skupina matečných okrsků (Hinselmannovy „**Matrixbezirke**“) má svůj název odůvodněný tím, že mohou být podkladem pozdějšího maligního bujení. Prvá z nich a zároveň nejdůležitější a nejvýznamnější je leukoplakie.

Jodnegativní okrsek – Hinselmann to nazývá „**nichtssagender jodnegativer Bezirk**“. Název byl stanoven na základě Schillerovy zkoušky s Lugolovým roztokem. Je založena na obsahu glykogenu v normální sliznici poševní. Jodnegativní okrsek

prezentuje se nám jako šedofialová sliznice hladkého povrchu bez jakéhokoliv bližšího znaku. Nemá rohovatění, ani políčkování. Jediná jeho vlastnost je chemická – nebarví se Lugolem.

10. Karcinom

Vedle kolposkopického schématu právě nastíněného sestavil Hinselmann též schéma mikroskopické pro atypii sliznice čípku, kde jednotlivé skupiny jsou označeny římskými číslicemi I. – IV. Urychluje nám to histologický popis. Čtyři skupiny tvoří plynulý přechod buněčné atypie ke karcinomu.

Skupina I. – obsahuje nepatrně atypický epitel nalézající se pouze povrchně, ostře ohraničený proti okolnímu epitelu. Stratum basale má jen jednu vrstvu, stratum germinativum 2-3 vrstvy, stratum granulosum 1-3 vrstvy. Stratum corneum obsahuje rohovatění ve formě hyper- nebo parakeratózy.

II. skupina – má morfologický nález stejný, ale s bujením a) na povrchu, b) do vaziva, c) do žlaz. Toto bujení dělí autor opět na a) prorůstání do vývodu žlázy, β) do krčku, γ) do fundu žlázy.

III. skupina zahrnuje silně atypický epitel, zrohovatělý, uložený jen povrchně s polymorfií a atypii jader a s mitózami. Vyskytuje se malobuněčná reakce v okolním vazivu.

Do IV. skupiny náleží tentýž epitel, ale s bujením a) na povrchu, b) do vaziva, c) do žlaz, (α, β, γ) jako u skup. II.

Při provádění excize doporučuje Hinselmann vždy excizi větší, ba dokonce plochou amputaci čípku podle Bonneye. Ze získaného materiálu doporučuje pak provést 800 až 3000 sériových řezů k vyšetření. Vedle diagnostického významu pro neoplazma portionis má kolposkopie úkol i v diagnostice zánětu pochvy, hrdla i endometria corporálního. Jsme-li na rozpacích, zda hnisavý výtok z hrdla nemá svůj původ v endometriu corporis nebo ve vzdálenějších oddílech vnitřních rodidel, objasní nám to kolposkopie.

Při cervikální endometritidě vidíme totiž nepřerušovaný tok hnisu, v případě, že sklovitý hlen je ovšem pouze známkou hypersekrece žláz hrdla, kdežto při korporální endometritidě hnis vytéká rytmicky, je vypuzován stahy děložními, takže vidíme v kolposkopu, jak se chvílemi vyvalí z hrdla koule hnisu. U kolpitis vidíme, zda je zánět difuzní se všemi projevy, nebo zda sliznice v jiném stavu zánětu obsahuje již ložiska zdravé tkáně. V etiologii bolestí při pruritus vulvae essentialis zastává Hinselmann toto stanovisko, k němuž dospěl na základě kolposkopických pozorování: většinou lze v kolposkopu zjistit drobné trhlinky a ragády slizniční a kožní, které, když byly sekundárně infikovány a jsou pramenem bolestí. Tyto nálezy nám obvykle makroskopicky zůstanou utajeny.

Hinselmann popsal své úvahy o pokroku v kolposkopii za posledních 8 let. Jsou totiž, praví autor, dvě cesty, po nichž se v příštích letech bude ubírat další vývoj kolposkopie:

1. směr histochemický
2. směr optický

V prvním směru se jedná vlastně o aplikaci Schillerovy zkoušky na jiných chemických reagentech. Zkouší se natírat změněná místa na čípku např. 1/2% roztokem kyseliny salicylové nebo 3% roztokem kyseliny octové a pak se teprve vyšetřuje kolposkopicky.

Ve směru optickém se pracuje na zdokonalení kolposkopu nikoliv získáním většího zvětšení, které by nám již nepřineslo nového užitku, ale vedoucí moment nových bádání je - vidět jaksi více do hloubky tkáně, pod povrch slizniční. Další požadavek je vidět co nejvíce cévy, jejich charakter a průběh. Divoké bujení cév, jak to nazývá Hinselmann, je charakteristické pro neoplazma. K pozorování cév se výborně hodí monochromatické světlo se sodíkovou nebo křemičitou lampou. V monochromatickém světle vidíme dva odstíny červené barvy (v našem případě cévu a růžovou sliznici) černě a šedě. Z paprsků ultrafialových (křemičitá lampa) uděláme světlo monochromatické tím, že zařadíme před ně barevný filtr. Cévy vystoupí ještě výrazněji a pozadí zmizí a mimo to objeví se nám i hlubší cévy, neboť ultrafialové paprsky pronikají hlouběji,

kdežto v monochromatickém světle vidíme pouze černě se rýsovatí cévy povrchní. Dle Hinselmana možnost vidět do živé tkáně by mělo skoro větší význam, než vidět mrtvou tkáň na řezu. Uskutečňování těchto myšlenek brzdí zejména jako technická překážka ta okolnost, že čím více usměřujeme světelné paprsky podle filtrů, tím víc ztrácíme na síle světla.

Prvních 15 let trvání této gynekologické vyšetřovací metody byl její rozvoj brzděn hlavně tím, že nebylo možno kolposkopické nálezy fotografovat. Proto dal Hinselmann kolposkopické nálezy vymalovat akademické malířce paní *Jakobsen-Lorenzen*. Aquarely byly vydány ke studiu kolposkopie i tiskem.

Roku 1940 publikoval Siegert kolpoprojektor s možností projíkané obrazy fotografovati. Byl vyroben firmou Zeis.

Roku 1941 vydal Treite aparaturu pro kolposkopickou fotografii, vyrobenou firmou Leitz.

Roku 1932 na shromáždění gynekologické společnosti v Hamburku přednesl Hinselmann sedm hlavních bodů profylaxe rakoviny za použití kolposkopie. Z nich nejdůležitější jsou:

1. Každá žena, která rodila, má být po třicátém roce svého věku nejméně jedenkrát za rok kolposkopicky vyšetřena.
2. Každý gynekologicky činný lékař, praktik i odborník má soustavně kolposkopovat.
3. Tato vyšetřování mají být zařazena do programu sociálně zdravotních institucí (např. nemocenských pojišťoven).

Na gynekologickém oddělení prof. Zikmunda byl z návodu přednosti rozšířen tento požadavek ještě o jeden bod:

4. Kolposkopické vyšetření má být provedeno všude tam, kde byla stanovena indikace k supravaginální amputaci dělohy dříve, než se přistoupí k výkonu.

Hinselmann právem pokládá kolposkopii za mocnou zbraň v boji proti rakovině. (VESELÝ, 1941)

2.1.1 Hinselmannovy aquarely

Normální čípek nullipary - má typickou konickou formu, jeho povrch, krytý dlaždicovým epitelem, je světle růžový. U zevní branky přestává toto světle růžové zbarvení a přechází v užší nebo širší proužek barvy sytě červené, ztrácející se směrem do hrdla. Toto sytě červené zbarvení je charakteristické pro sliznici děložního hrdla, krytou cylindrickým epitelem (Obr. 6).

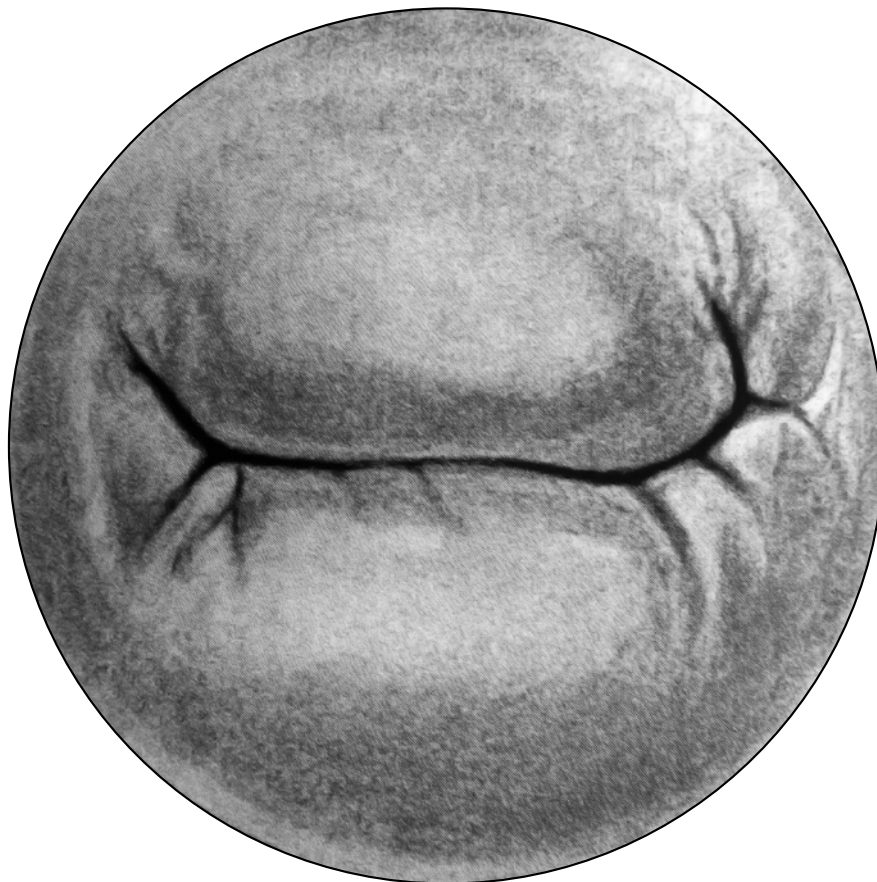
Obr. 6 Normální čípek nullipary při 12-násobném zvětšení.



Zdroj: HINSELMANN, H. Verbesserung der Inspektionsmöglichkeiten von Vulva, Vagina und Portio. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1925, no. 10, p. 173-180.

Čípek u multipary (Obr. 7) - pokud nenastaly za porodu hlubší trhliny čípku, vidíme rovněž ostrý přechod mezi světle růžovým dlaždicovým a sytě červeným cylindrickým epitelem. Takový nález

Obr. 7 Čípek multipary při 12násobném zvětšení.



Zdroj: HINSELMANN, H. Verbesserung der Inspektionsmöglichkeiten von Vulva, Vagina und Portio. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1925, no. 10, p. 173-180.

je však poměrnou vzácností, za porodu vznikají častěji hlubší trhliny čípku, které se hojí jizvami a které vedou k rozličným vtažením a vychlípením cervikální sliznice do pochvy. Na těchto vychlípených ploškách cervikální sliznice, krytých cylindrickým epitelem se objevují zajímavé změny. Poševní prostředí působí zhoubně na cylindrický epitel, který časem zachází a na jeho místo vzniká dlaždicový epitel od povrchu čípku. Zpočátku tvoří ostrůvky, časem může zcela nahradit cylindrický epitel. Kolposkopicky pozorujeme, že dlaždicový epitel nepřestává ostrou hranicí u zevní branky, kde normálně začíná cylindrický epitel hrdla, nýbrž že se na rozhraní vsunuje různě široké pásmo, tvořené původně vychlípenou sliznicí cervikální, nyní však již krytou buď z části, nebo v celém rozsahu dlaždicovým epitelem. Od normálního povrchu čípku se liší pouze

tím, že nese ústí žlázek vystlaných cylindrickým epitelem. Dle Hinselmana je toto pásmo nazvané přechodným (Übergangszone) (Obr. 8). Lumen žlázek je buď otevřeno a secernuje hlen, nebo jest slepeno. Kolposkopicky toto pásmo lze rozpoznati podle jeho bledě fialového nádechu a podle přítomnosti zmíněných žlázek.

Obr. 8 Obrázek znázorňující pruh přechodného pásma nesoucí ústí 2 žlázek při 40násobném zvětšení.



Zdroj: HINSELMANN, H. Verbesserung der Inspektionsmöglichkeiten von Vulva, Vagina und Portio. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1925, no. 10, p. 173-180.

Patologické změny na čípku

Erose čípku prostá a folikulární (Obr. 9) – kolposkopicky má vzhled buď hladké, nebo jemně zrnité plochy s nepřesnou hranicí proti normální sliznici povrchu čípku. Její okolí není význačněji překrveno. Při

Obr. 9 Obrázek znázorňující zánětlivou erozi s 2 ovula Nabothi při 20 násobném zvětšení.



Zdroj: HINSELMANN, H. Verbesserung der Inspektionsmöglichkeiten von Vulva, Vagina und Portio. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1925, no. 10, p. 173-180.

bedlivém prohlížení objevíme drobnou ostrůvku, šedavě zbarvené, nebo stejně zbarvené proužky, táhnoucí se od zevní plochy čípku na povrch eroze. Obojí nález je podmíněn regeneračním bujením dlaždicového epitelu a známkou hojení eroze. Zjištění těchto ostrůvků nasvědčuje s určitostí benignímu charakteru eroze.

Papilární eroze – bývá makroskopicky příčinou nemalých diagnostických rozpaků (zvláště při jejím častém sklonu ke krvácení), pro značnou podobnost s počínající rakovinou čípku. Kolposkopicky je její povrch složitější než u předchozích dvou forem. Je temněji zbarven, nevystupuje nad povrch a v okolí sousední sliznice neshledáváme význačnější množení kapilár. I u této formy se podaří

většinou prokázat zmíněné ostrůvky dlaždicového epitelu, šedavě zabarvené, jako důkaz benignity onemocnění.

Errosio congenita – nazvaná Hinselmannem disontogenní ektopií, nebo kongenitální dystopií cylindrického epitelu. Tyto eroze se vyskytují u žen nerodivších a vyznačují se tím, že jsou bledší než ostatní eroze; jejich povrch je poměrně hladký, hranice proti normálnímu epitelu velmi přesná. Nemají sklon k hojení.

Počínající rakovina čípku (Obr. 10) – se jeví v kolposkopu jako útvar skládající se z četných výrůstků nad povrch vyzdvižených a zanořujících se zřejmě do hloubky. Jejich barva je temně červená, hranice proti ostatní sliznici ostrá. Z okolní sliznice běží k ra-

Obr. 10 Počínající rakovina, 20násobné zvětšení.



Zdroj: HINSELMANN, H. Verbesserung der Inspektionsmöglichkeiten von Vulva, Vagina und Portio. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1925, no. 10, p. 173-180.

kovinnému ložisku hustá síť metlicovitých, nebo stromkovitě se rozvětvlujících kapilár. I na povrchu počínajícího karcinomu zjišťujeme pravidlem žlutavé nebo šedavé plošky, které jsou známky počínající nekrózy.

Leukoplakie čípku (Obr. 11) – obraz různě velkých, šedavě stříbrných, nad okolí lehce vyzdvižených skvrn, které mají jemně sřásněný nebo jakoby propíchaný povrch. Velikost není stálá, kolísá mezi špendlíkovou hlavičkou a korunovou mincí. Šedavě stříbrný povlak lze setřít, spodina má zrnitý, nejednotný vzhled, jsou podobné nejspíše mladé granulační tkáni. Bělavé zabarvení leukoplakií je podmíněno hustým nahromaděním epitelu a mohutným

Obr. 11 Obrázek zachycuje oblast přechodného pásma, ve kterém se nachází 2 leukoplakie.



Zdroj: HINSELMANN, H. Verbesserung der Inspektionsmöglichkeiten von Vulva, Vagina und Portio. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1925, no. 10, p. 173-180.

vývinem stratum granulosum et keratosum. Leukoplakie čípku se vyskytují pouze na predilekčních místech, tvořených u multipar pásmem epiteliální přeměny, u nulipar dysontogenním cylindrickým epitelem. Mikroskopicky se podobají počínající rakovině, nemají však tolik buněčných změn, avšak mnohem význačnější je hyperkeratotické ztlustění.

Dle Hinselmanna nutno rozeznávat trojí druh leukoplakií:

- a) bez subepiteliálního bujení,
- b) se subepiteliálním bujením (invasivní růst epitelu do hloubky),
- c) zřejmě karcinomatosní.

3. Dráha profesora MUDr. Saidla

Na domácí půdě se o rozvoj a používání kolposkopie jako metody diagnostické a preventivní prosadil MUDr. Josef Saidl (17.2.1895 - 27.3.1941) – mimořádný profesor porodnictví a gynekologie české Univerzity Karlovy. Narodil se ve Schořově u Čáslavi, kde absolvoval gymnázium a přišel do Prahy na studium lékařství. Studium přerušila na čas světová válka, jíž se účastnil v poli, a tak ukončil medicínu v r. 1921. Po ukončení studií zahájil klinické vzdělávání, nejdřív pod vedením prof. dr. V. Rubešky, pak u prof. Dr. O. Kukuly a následně se opět vrací na kliniku Rubeškovu, kde po dvou letech dostává nového učitele prof. Dr. A. Ostrčila, který ihned rozpoznal jeho vlohy a schopnosti a dal mu možnost, aby jich využil. A v tom okamžiku počíná Saidlova úspěšná životní dráha. Saidl začíná od r. 1925 systematicky vědecky pracovat a publikovat s takovým švihem a takovou pílí a vytrvalostí, s jakou se málokdy setkáme (LUKÁŠ, 1941).

Literární práce Saidlova se skládá z 88 prací, z nichž 3 jsou velké monografie. Jeho láskou byly vyšetřovací metody jak laboratorní, tak klinické, a ve svých publikacích dokazoval, že byl na slovo vzatým hematologem, rentgenologem, odborníkem v otázce rakoviny, hormonů, vitaminů, studoval vzájemné vztahy těchto činitelů u ženy ve stavech jak fyziologických, tak patologických (LUKÁŠ, 1941).

Je autorem u nás první práce o hysterosalpingografii, hysteroskopii, kolposkopii (LUKÁŠ, 1941).

Systematicky pracoval v lékařské radiologii a publikoval své zkušenosti léčby radiem jak u benigních, tak u maligních ženských chorob. Byl vynikajícím řečníkem, jeho přednášky poutaly pozornost nejen obsahem, ale i formou. Přednášel s oblibou nejenom studentům lékařské fakulty, ale i kolegům v lékařských župách, kterým přinášel lékařské novinky a rady pro praxi (LUKÁŠ, 1941).

Prof. Saidl byl pilný, vytrvalý a přímočarý pracovník, který si vytkl veliký cíl, k němuž bez odpočinutí šel. Dokazuje to jeho

postup na akademické dráze - byl habilitován 2. června 1928, jmenován mimořádným profesorem 19. října 1937 a konečně zvolen nástupcem svého učitele. Předčasná smrt však ukončila jeho životní dílo v době nejtvůřivější mužné činnosti. Zemřel ve čtvrtek ráno, 27. března 1941 v Pražském sanatoriu v Podolí. Podlehl zákeřné akutní myelodní leukemii (LUKÁŠ, 1941).

4. Kolposkopická nomenklatura Graz, Rakousko

V říjnu r. 1975 byla na druhém světovém kongresu cervikální patologie a kolposkopie v Grazu v Rakousku přijatá nová kolposkopická terminologie. Původní kolposkopická terminologie vytvořená téměř před 50 lety Hinselmannem byla těžkopádná, matoucí a ne-reflektovala nové koncepty etiologie cervikální neoplazie. Původní kolposkopická terminologie byla jednou z mnohých překážek v dalším rozvoji kolposkopie.

4.1 Kolposkopická nomenklatura

1. Normální kolposkopické nálezy
 - A. Původní dlaždicový epitel
 - B. Cylindrický epitel
 - C. Transformační zóna

2. Abnormální kolposkopické nálezy
 - A. Atypická transformační zóna
 - 1) Mozaika
 - 2) Puntičkování
 - 3) Bílý epitel
 - 4) Keratóza
 - 5) Atypické cévy
 - B. Suspektní otevřený invazivní karcinom

3. Nevyhovující kolposkopické nálezy (Squamocolumnární junkce není viditelná)

4. Různé kolposkopické nálezy
 - A. Zánětlivé změny
 - B. Atrofické změny
 - C. Eroze
 - D. Condylomata
 - E. Papilomy
 - F. Ostatní

4.2 Definice

Normální kolposkopické nálezy

- A. *Původní dlaždicový epitel* – je hladký, růžový, nevýrazný, původně se vyskytující ve vagině a na cervixu. Nemá žádné známky cylindrického epitelu, nedochází k produkci hlenu, nevyskytují se zde otevřené žlázy ani ovula Nabothi.
- B. *Cylindrický epitel* – představuje jednovrstevný hlenotvorný epitel, který sahá od endometria kraniálně po původní dlaždicový nebo metaplastický epitel kaudálně. Plocha pokrytá cylindrickým epitelem má nepravidelný povrch s dlouhými stromálními papilami a hlubokými štěrbinami. V kolposkopu po aplikaci kyseliny octové vykazuje tato oblast typickou hrozníčkovitou strukturu. Cylindrický epitel se může vyskytovat v endocervixu, na portio vaginalis cervicis, nebo dokonce ve vagině.
- C. *Transformační zóna* – je oblast mezi původním dlaždicovým epitelem a cylindrickým epitelem, ve které se nachází v různém stupni vývoje metaplastický epitel. Složky normální transformační zóny mohou být ostrůvky cylindrického epitelu kryté metaplastickým dlaždicovým epitelem, otevřené ústí žláz a ovulum Nabothi. V normální transformační zóně nenalézáme žádné kolposkopické známky suspektní z cervikální neoplazie.

Abnormální kolposkopické nálezy

- A. *Atypická transformační zóna*. Transformační zóna, ve které nalézáme kolposkopické známky suspektní z cervikální neoplazie.
 - 1) *Mozaika* – fokální abnormální kolposkopická léze, ve které má tkáň mozaikovitý vzor. Políčka mozaiky jsou od sebe navzájem oddělena červenějšími okraji.
 - 2) *Puntičkování* - fokální abnormální kolposkopický náleze, ve kterém kapiláry tvoří tečkovaný vzor.
 - 3) *Bílý epitel* - fokální abnormální kolposkopický náleze po aplikaci kyseliny octové. Bílý epitel je přechodný

fenomén, který můžeme vidět v oblasti se zvýšenou densitou jader.

4) *Keratóza* - fokální kolposkopický nález, kde je hyperkeratóza nebo parakeratóza přítomna a jeví se jako bělavá ložiska nad niveau. Tento bílý epitel musí být popsán již před aplikací kyseliny octové. Keratóza se může vyskytovat i v místech mimo transformační zónu.

5) *Atypické cévy* - fokální abnormální kolposkopický nález, ve kterém cévy nevytváří mozaikovitý vzor, ani puntičkování nebo jemně se větvící cévy, nýbrž se jedná o nepravidelně probíhající cévy tvořící obraz spirálek, čáreček či obraz připomínající špagety.

B. Suspektní otevřený invazivní karcinom – kolposkopicky zřejmý invazivní karcinom, který není viditelný pouhým klinickým vyšetřením.

Nevyhovující kolposkopické nálezy – tento termín se používá v případech, když squamokolumnární junkce není viditelná.

Ostatní kolposkopické nálezy

A. Zánětlivé změny – difuzní kolposkopická hyperemie, kde se krevní cévy jeví jako tečky, podobně jako je tomu u puntičkování.

B. Atrofické změny – na estrogenech závislý dlaždicový epitel, kde cévní struktura je snadněji identifikována vzhledem ke stenčení přilehlého dlaždicového epitelu.

C. Eroze – oblast obnaženého epitelu obvykle v důsledku traumatu.

D. Condylomata a papilomy – exofytické léze, které se mohou nalézat vně i uvnitř transformační zóny (STAFL, 1976).

5. Kolposkopická terminologie z r. 1990 - Řím

Další modifikovaná kolposkopická terminologie byla přijata Mezinárodní federací pro kolposkopii a cervikální patologii (International Federation for Colposcopy and Cervical Pathology) v r. 1990 v Římě (Tab. 1). Poprvé se konstatuje, že abnormální kolposkopické nálezy se mohou vyskytovat nejenom uvnitř transformační zóny, ale také mimo ni. Velice dlouho se pochybovalo, že maligní dlaždicový epitel může vzniknout i mimo transformační zónu, v původním dlaždicovém epitelu (PICKEL, 1998).

Tab. 1 Mezinárodní kolposkopická terminologie (Řím, IFCC 1990)

I. Normální kolposkopické nálezy
původní dlaždicový epitel
ektopie (cylindrický epitel)
transformační zóna (TZ)

II. Abnormální kolposkopické nálezy	stupeň změny
bílý epitel v niveau	jemné změny
jemný papilární nebo jemný hrbolový	bílý epitel
tečkování	jemná mozaika
mozaika	jemné tečkování
leukoplakie	tenká leukoplakie
jódnegativní zóny	
atypické cévy	hrubé změny
	intenzivně bílý
mimo transformační zónu	epitel
bílý epitel v niveau	hrubá mozaika, hrubé tečkování
jemný papilární nebo jemný hrbolový	hrubá leukoplakia
tečkování	atypické cévy
mozaika	eroze
leukoplakie	
jódnegativní zóny	
atypické cévy	

III. Podezření na invazivní karcinom

IV. Nedostatečné kolposkopické nálezy

hranice mezi dlaždicovým a cylindrickým epitelem není viditelná

těžký zápal nebo atrofie

porcio sa nepodaří vizualizovat

V. Rozličné kolposkopické nálezy: jako HPV-indukované kondylomy, papilomy, zánět, atrofie, ulcus atd.

Zdroj: PICKEL, H. Vývoj karcinómu cervixu v kolposkopickom obraze. *Praktická gynekológia*, 1998, č. 2, s. 53-59.

Římské terminologii se vyčítala přílišná složitost, proto krátce po jejím přijetí byla v r. 2002 přijata nová terminologie na kongresu v Barceloně, o které pojednává následující kapitola.

6. Kolposkopická nomenklatura postulována v Barceloně

Poslední doporučená terminologie vycházela ze závěrů VII. světového kongresu IFCCP, konaného v roce 1990 v Římě. Na domácí půdě se již od 70. let minulého století používala kolposkopie Kaňkova, která měla pro svoji dobu velký význam. Z mnoha návrhů nových nomenklatur byla vybrána a oficiálně doporučena v červnu roku 2002 na kongresu v Barceloně nová nomenklatura (Tab. 2).

Tab. 2 Kolposkopická klasifikace

Normální kolposkopické nálezy
originální dlaždicový epitel
cylindrický epitel
transformační zóna

Abnormální kolposkopické nálezy
plochý, sněhově bílý acetopozitivní epitel
sytý, ústřicově bílý acetopozitivní epitel, eventuálně nerovného povrchu
jemná mozaika
hrubá mozaika
jemné puntíčkování
hrubé puntíčkování
částečně jódpozitivní zóna- světle žlutá
jódnegativní zóna – sytě žlutá
atypické cévy

Kolposkopické nálezy svědčící pro invazivní karcinom
Nevyhovující kolposkopie
není viditelná skvamokolumnární junkce
těžký zánět, atrofie, poranění
čípek není viditelný

Různé změny
kondylomata
keratóza
eroze
záněť
atrofie
deciduální změny
polypy

HIGH GRADE-léze (ostatní nálezy skupiny II. představují LOW GRADE-léze)

Zdroj: HAVRÁNKOVÁ, A., ONDRUŠ, J. Kolposkopická nomenklatura. *Praktická gynekologie*, 2004, č. 4, s. 29-30.

Normální kolposkopické nálezy:

Originální dlaždicový epitel - je hladký, růžový, bez výrazných rysů, je to originální povrchový epitel cervixu a vaginy. Nejsou v něm zbytky cylindrického epitelu, jako je epitel hlenotvorný, ústí žlázových krypt nebo ovula Nabothi. Epitel nezbělá po aplikaci zředěného roztoku kyseliny octové a zbarví se dohněda po aplikaci Lugolova roztoku.

Cylindrický epitel - je jednořadý hlenotvorný epitel, rozprostřený kraniálně od endometria až k originálnímu dlaždicovému nebo metaplastickému epitelu kaudálně. Při kolposkopii po aplikaci kyseliny octové má tato oblast typickou hrozníčkovitou strukturu. Cylindrický epitel se může vyskytovat v endocervixu, na ektocervixu a zřídka i ve vagině.

Transformační zóna - je oblast mezi originálním epitelem a cylindrickým epitelem, v níž lze rozeznat různé stupně vyžrávání. V různých stádiích vyžrávání se metaplastický epitel může barvit lehce do běla po aplikaci kyseliny octové a zčásti dohněda po aplikaci Lugolova roztoku. Součástí normální transformační zóny

mohou být ostrůvky cylindrického epitelu, obklopené metaplastickým dlaždicovým epitelem – ústí žlázových krypt a ovula Nabothi. Transformační zóna může být zcela viditelná na ektocervixu (*typ 1*), nebo se nalézat uvnitř endocervixu, stále je však viditelná pro kolposkopujícího (*typ 2*), případně může přesahovat, či být celá v endocervikálním kanálu a při kolposkopii není možné její vrchol vizualizovat (*typ 3*). U 4% žen může transformační zóna přesahovat kaudálně na horní část vaginy. Kongenitální transformační zóna je patrná jako matně šedá oblast v horní partii vaginy, obvykle v podobě trojúhelníčku, či jazýčku, vybíhajícího vpředu nebo vzadu. Je na ní vzorec jemné pravidelné mozaiky a barví se zčásti, či úplně negativně po aplikaci Lugolova roztoku.

Abnormální kolposkopické nálezy:

Nedostačující kolposkopie - nelze znázornit originální nebo novou skvamokolumnární junkci. Může být i důsledkem přidruženého poranění nebo zánětu, které brání kolposkopickému hodnocení.

Atypická transformační zóna má rysy predikující cervikální intraepiteliální neoplazii (CIN - Cervikální intraepiteliální neoplazie):

Bílý epitel - po aplikaci zředěného roztoku kyseliny octové okrsky s vyšší hustotou jader zbledají. Třebaže týž jev nastává i v případech nezralé dlaždicobuněčné metaplazie, obecně platí, že čím výraznější je zbledání, čím rychleji je změna patrná a čím déle přetrvává, tím je úměrně i závažnější.

Jódnegativita - po aplikaci Lugolova roztoku se vyžralý dlaždicový epitel, jenž obsahuje glykogen, zbarví do tmavé hnědi. Jódnegativní okrsky mohou znamenat nezralou metaplazii, CIN nebo stavy nízkých hladin estrogenů, tj. atrofii. Kropenatý vzhled v oblasti s mírnou acetopozitivitou může znamenat nezralou metaplazii nebo LG (low grade) CIN. Úplná jódnegativita, žluté zbarvení v okrsku, který jevil silnou oacetopozitivitu, naznačuje HG (high grade) CIN.

Puntíkování - ložiskový kolposkopický obraz, ve kterém se kapiláry zobrazují jako tečky. Čím jemnější je vzhled puntíků, tím pravděpodobněji se jedná o změnu LG, nebo o metaplazii. Čím větší je vzdálenost mezi kapilárami a čím hrubší je puntíkování, tím spíše se jedná o lézi HG.

Mozaika - ložiskový jev, při němž novotvorba cév znázorňuje pravouhlé vzorování podobné mozaice. Čím menší jsou políčka mozaiky, tím pravděpodobněji se jedná o změnu LG, nebo o metaplazii. Čím hrubší, plošně větší a nepravidelnější jsou políčka mozaiky, tím pravděpodobněji se jedná o lézi HG.

Atypické cévy - ložiskový kolposkopický jev, při němž vzorec cév nepřipomíná ani puntíkování, ani mozaiku, ani jemně větvené kapiláry normálního epitelu. Cévy jsou nepravidelné s náhlými úskoky průběhu, vyhlížejí jako (strojopisné) čárky, vývrtky nebo špagety.

Jiné abnormální kolposkopické jevy

Keratóza - ložiskový kolposkopický jev, v němž se objevuje hyperkeratóza. Vyhlíží jako vyvýšený bílý plát. Bílý okrsek je patrný již před aplikací kyseliny octové a může překážet odpovídajícímu pozorování či hodnocení transformační zóny.

Eroze - pravá eroze je obnažený, epitelu zbavený okrsek. Může ji způsobit poranění a může také znamenat, že epitel je zranitelný a možná abnormální.

Kondylomy a papilární léze - mohou se vyskytovat uvnitř nebo vně transformační zóny a obvykle znamenají infekci lidskými papilomaviry.

Kolposkopické jevy nasvědčující metaplastické proměně

Hladký povrch s jemnými cévami stejnoměrného kalibru, mírné zblednutí po kyselině octové, negativita nebo částečná pozitivita po Lugolově roztoku.

Kolposkopické jevy nasvědčující lézi LG

Hladký povrch s nepravidelným vnějším ohraničením. Mírné zbledání po kyselině octové, pomalu nastupující a rychle odeznívající. Mírná, obvykle kropenatá jódpozitivita. Jemné puntíkování a jemná mozaika.

Kolposkopické jevy nasvědčující lézi HG

Obecně hladký povrch s ostrým vnějším ohraničením. Výrazné zbledání po octové kyselině, jež nastupuje rychle a odeznívá pomalu. Může mít vzhled perleti. Jódnegativita, žluté zbarvení, předtím výrazně bílé zbarveného epitelu. Hrubé puntíkování a rozlehlá, nepravidelná políčka mozaiky různé velikosti.

Kolposkopické jevy naznačující invazivní karcinom

- nepravidelný povrch
- eroze nebo ulcerace
- výrazné zbledání po octové kyselině
- značně nepravidelné puntíkování a mozaika
- atypické cévy

(WALKER et.al., 2003), (HAVRÁNKOVÁ – ONDRUŠ, 2004).

7. Preambule kolposkopie

Česká odborná společnost pro cervikální patologii a kolposkopii sekce ČGPS zformulovala základní pravidla pro detekování a prevenci lézí čípku děložního, která jsou shrnuta do Preambule kolposkopie, poslední revize v r. 2009 (ONDRUŠ, 2008).

Postuluje, že odborný lékař gynekolog provádí preventivní prohlídky, jejichž integrálními součástmi jsou aspekce děložního cervixu in speculis, odběr materiálu pro cervikovaginální cytologii a základní kolposkopie (ONDRUŠ, 2008).

Gynekolog je vždy, tedy při komplexním i cíleném vyšetření, zavázán k následné diagnostické rozvaze, zvláště o možnosti ohrožení maligním onemocněním (ONDRUŠ, 2008).

Základní kolposkopie doplňuje screeningovou cytologii: je nezbytná a prvořadá v následné diagnostice (triage) po detekci epiteliální buněčné abnormality (ONDRUŠ, 2008).

Kolposkop je optický nástroj, jenž skýtá okamžité informace o proximální hranici epitelů, topografii transformační zóny a prvků případné atypie, premaligní léze nebo tumoru cervixu, vaginy, vulvy i celé anogenitální krajiny (ONDRUŠ, 2008).

Kolposkopie s histologickou verifikací musí být provedena před jakýmkoli rozhodnutím o ambulantním ošetření benigní epiteliální léze cervixu destrukčními metodami. (Indikací případné destrukce jsou výlučně a) ektopie s excesivní hlenotvorbou nebo krvácením po neúspěchu cílené medikamentózní léčby, b) okrsky zevní endometriózy na cervixu) (ONDRUŠ, 2008).

Kolposkopická expertíza má být provedena před rozhodnutím o diagnostice a léčbě cytologické detekce ASC-H a AGC FN (tj. spíše neo) a je vhodná v případech rozporu nálezu cytologie a základní kolposkopie (ONDRUŠ, 2008).

Kolposkopická expertíza má předcházet rozhodnutí o ambulantní diagnostice a léčbě nálezů HSIL a glandulárních lézí a při nálezu CIN v graviditě (ONDRUŠ, 2008).

U žen hospitalizovaných pro CIN je toto rozhodování v kompetenci přednosta oddělení/kliniky nebo jím k tomu pověřeného zástupce s nejvyšším vzděláním v oboru (ONDRUŠ, 2008).

Preferovanou metodou ošetření cervikálních lézí je v České republice excize. (Destrukce je možná pouze ve specifických případech, vždy po předchozích biopsiích, může ji provádět pouze lékař s funkční licenci F 017) (ONDRUŠ, 2008).

Ambulantní léčebný výkon excizní metodou provádí lékař s funkční licenci F 017 na specializovaném pracovišti nebo atestovaný gynekolog se smluvní výjimkou danou desetiletou a delší praxí a operačním vybavením (ONDRUŠ, 2008).

U žen hospitalizovaných pro CIN provádí excizi transformační zony gynekolog s atestací z oboru. (Lékař v předatestační přípravě ji smí provést jen za přímé asistence kompetentního specialisty) (ONDRUŠ, 2008).

Výsledek operačního postupu a histopatologický nález (vyjadřující rozměry operačního preparátu, určení stupně, lokalizaci a rozsah léze, její hranice, reakci stromatu a cév) je expertem v kolposkopii (přednostou oddělení/kliniky nebo jím k tomu pověřeným zástupcem) následně revidován a retrospektivně hodnocen (objem konusu, celistvost epitelálního povrchu, vrchol, rané a pozdní komplikace) v konfrontaci s výsledným stavem v intervalu 1 roku (ONDRUŠ, 2008).

Odborný lékař může zajistit v kterékoli fázi detekce a diagnostiky zjištěných cervikálních atypií kolposkopickou expertízu dohodou se specialistou s funkční licenci (seznam expertů viz www.kolposkopie.cz), je-li na pochybách nebo při rozporu prebiopických nálezů (ONDRUŠ, 2008).

Lege artis je odborný lékař oprávněn postupovat nezávisle se zřetelem k odborným doporučením, avšak jen v kompetencích daných jeho individuální specializovanou znalostí a zkušeností v kolposkopii, kterou daná schemata nenahrazují (ONDRUŠ, 2008).

Odborná společnost nedoporučuje další a nové nasmlouvání invazivních diagnostických a léčebných ambulantních výkonů na děložním cervixu mimo rámec seznamu expertů s funkční licenci F 017. Výjimkou je kód 63531 (ONDRUŠ, 2008).

Závěr

Prevence rakoviny děložního hrdla patří k nejdůležitějším úkolům každého gynekologa. Detekce a adekvátní terapie zjištěných prekanceróz může zabránit vzniku jednoho z nejhrozivějších maligních gynekologických onemocnění, které je stále zatíženo vysokou morbiditou a mortalitou.

Cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN) jsou předrakovinné dysplastické (nověji neoplastické) změny dlaždicového a/nebo žlázo-
vého epitelu různých stupňů. Jejich histopatologickým podkladem je porucha stratifikace epitelu a změny buněčné morfolgie. Děložní čípek je ve většině případů velmi dobře přístupný k vyšetření, prekancerózy lze tedy poměrně spolehlivě zachytit pomocí pečlivě provedených jednoduchých prebioptických metod - kolposkopie a cytologie. Závažné nálezy je nutno biopticky ověřit.

K rizikovým faktorům vzniku prekanceróz čípku patří časný začátek sexuálního života, promiskuita, multigravidita, interrupce, kouření cigaret, abúzus drog, recidivující cervikovaginální infekty (HPV, HSV, chlamydie, bakteriální a plísňová onemocnění), anatomické deformace čípku (lacerace po porodu, jizvy), imunodeficitní stavy (například AIDS, imunosupresivní léčba různých chorob), stres. Uvažuje se i o negativním vlivu perorální kontracepce užívané déle než pět let.

Souhrn

Práce Kolposkopická nomenklatura pojednává o vývoji kolposkopie jako metody, o vývoji jednotlivých popisných pojmů od počátku až po současnost. Shrňuje jednotlivé postupy v rámci prevence rakoviny děložního hrdla v populaci.

Současné zavedení kolposkopie a cytologie optimálním způsobem zaručuje časný záchyt prekanceróz děložního hrdla. Kolposkopie by se měla používat rutinně, ne jenom selektivně při suspektním nebo pozitivním kolposkopickém nálezu. Abnormální kolposkopické nálezy se následně pod kolposkopickou kontrolou pomocí cílené biopsie histologicky objasní (PICKEL, 1998).

Ke konci lze říct, že počet smrtelných případů na karcinom děložního hrdla ubývá a za to jsme vděční právě kolposkopii. Doufejme, že v budoucnu dojde ještě ke zlepšení této metody.

Summary

The subject of this thesis is the evolution of colposcopy like an examination method and also the evolution of descriptive characteristics from its beginnings to present. It also summarizes various actions of cervical cancer prevention taken among the population.

Using colposcopy and cytology as it is now significantly helps to prevent cervical cancer by detecting precancerous lesions. However it should be used more regularly not just in case of a susceptible or positive colposcopic examination. Abnormal colposcopic biopsies are a subject for further pathological examination.

Generally we can say that the number of fatal cases of cervical cancer is decreasing mainly because of the colposcopy. Let's hope for new enhancements of this method for the future.

Seznam použité literatury

1. HINSELMANN, H. Verbesserung der Inspektionsmöglichkeiten von Vulva, Vagina und Portio. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1925, č. 10, s. 173-180.
2. STAFL, A. New Nomenclature for Colposcopy. Report of the Committee on Terminology. *Obstetrics and Gynecology*, 1976, vol. 48, no. 1, p. 123-124.
3. WALKER et.al. International Terminology of Colposcopy: An Updated Report From International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2003, vol. 101, no. 1, p.175-177.
4. COPPLESON, M. The New Colposcopic Terminology. *The Journal of Reproductive Medicine*, 1976, vol. 16, no. 5, p. 214-219.
5. Glossary of Colposcopic Terms. *The Journal of Reproductive Medicine*, 1976, vol. 16, no. 5, p. 212-213.
6. SAIDL, J. Kolposkopie. *Časopis lékařů českých*, 1932, č. 26, s. 815-820.
7. HAVRÁNKOVÁ, A., ONDRUŠ, J. Kolposkopická nomenklatura. *Praktická gynekologie*, 2004, č. 4, s. 29-30.
8. PICKEL, H. Vývoj karcinómu cervixu v kolposkopickom obraze. *Praktická gynekológia*, 1998, č. 2, s. 53-59.