

**ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ****ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗ ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΗ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑ (CIN)  
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ****Α. Δανιηλίδης<sup>1</sup>, Θ. Ταντανάσης<sup>2</sup>, Χ. Γιαννούλης<sup>3</sup>, Κ. Λίνας<sup>4</sup>, Κ. Παπαθανασίου<sup>5</sup>, Ι. Τζαφέττας<sup>6</sup>****ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Όταν υπάρχει ένδειξη η κολποσκόπηση θα πρέπει να πραγματοποιείται ακόμη και σε περίπτωση που η γυναίκα είναι έγκυος.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση μίας εγκύου 25 ετών με παθολογικό τεστ Παπανικολάου στο πρώτο τρίμηνο. Η κολποσκόπηση και βιοψία έδειξε CIN 2. Ακολουθήσαμε συντηρητική αντιμετώπιση με κολποσκοπικό έλεγχο κατά τη διάρκεια της κύησης και πραγματοποιήσαμε LLETZ 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό, όπου και έγινε αφαίρεση της παθολογικής περιοχής του τραχήλου σε καθαρά όρια.

Ο πρωταρχικός στόχος του κολποσκοπικού ελέγχου σε μία έγκυο γυναίκα είναι να αποκλεισθεί ο διηθητικός καρκίνος, ώστε με ασφάλεια να πραγματοποιηθεί η θεραπεία μετά τον τοκετό. Ο λόγος είναι πως η LLETZ ή ακόμη και μία απλή βιοψία σε μία έγκυο γυναίκα μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλη αιμορραγία.

*Όροι ευρετηρίου: τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία, κύηση, κολποσκόπηση.*

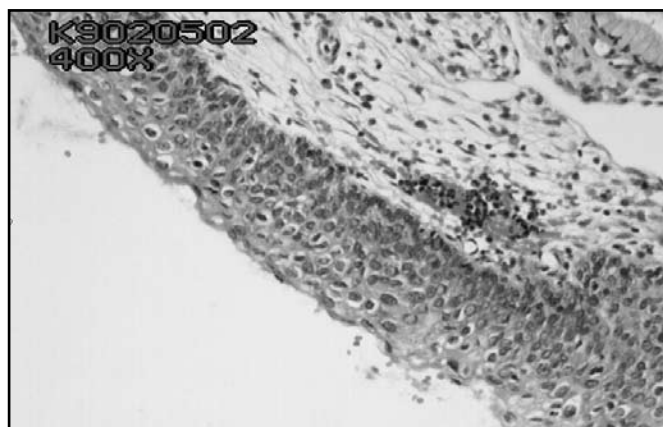
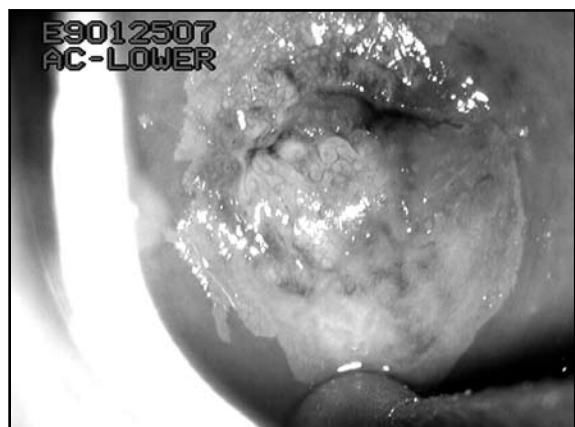
**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ακόμη και σε έγκυο γυναίκα, εάν υπάρχει ένδειξη θα πρέπει να γίνεται κολποσκόπηση, ώστε να αποκλεισθεί η διηθητική νόσος και να πραγματοποιηθεί η θεραπεία μετά τον τοκετό με ασφάλεια. Παρουσιάζουμε ένα περιστατικό εγκύου με παθολογικό τεστ Παπανικολάου και κολποσκοπικά ευρήματα συμβατά με CIN 2 (τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία - cervical intraepithelial neoplasia), στην οποία ακολουθήθηκε συντηρητική αντιμετώπιση κατά τη διάρκεια της κύησης και πραγματοποιήθηκε LLETZ (μεγάλη εκτομή της ζώνης μετάπτωσης με ηλεκτρικό σύρμα-large loop excision of transformation zone) 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Η κ. ΔΓ ήταν 25 ετών και παραπέμφθηκε στα εξωτερικά ιατρεία κολποσκόπησης της κλινικής μας λόγω παθολογικού τεστ Παπανικολάου (κατηγορία III). Αυτό ήταν το πρώτο της τεστ Παπανικολάου. Είχε ένα φυσιολογικό τοκετό στο παρελθόν και δεν παρουσίαζε παθολογικό ιστορικό. Έπαιρνε συνδυασμένα αντισυλληπτικά χάπια, ήταν καπνίστρια, ενώ ήταν και άνεργη.

Κατά την κολποσκοπική εξέταση ο τράχηλος ήταν πολύ καλά ορατός. Η κολποσκόπηση ήταν ικανοποιητική. Τόσο η ζώνη μετάπτωσης του πλακώδους σε κυλινδρικό επιθήλιο, όσο και ο ενδοτράχηλος ήταν εύκολα αναγνωρίσιμα. Με την τοποθέτηση του οξικού οξέος αναγνωρίστηκε σε ολόκληρη τη ζώνη μετάπτωσης μία έντονα λευκάζουσα περιοχή με σαφή όρια, καθώς και ωάρια του Naboth. Η κολποσκοπική εκτίμηση ήταν εικόνα συμβατή με CIN 2 (εικόνα 1). Πάρθηκαν δύο μικρές βιοψίες από την 6<sup>η</sup> και την 11<sup>η</sup> ώρα. Το ιστολογικό αποτέλεσμα πάρθηκε μετά από 20 ημέρες και ήταν συμβατό με αλλοιώσεις τύπου CIN 2 (εικόνα 2). Η ασθενής δεν παρουσιάστηκε στο προγραμματισμένο ραντεβού της ένα μήνα μετά, αλλά προσήλθε μετά την πάροδο 3 μηνών. Τότε όμως είχε και θετικό τεστ κύησης και με βάση την τελευταία έμμηνο ρύση της ήταν 6 εβδομάδων έγκυος. Πραγματοποιήθηκε κολποσκόπηση και τα ευρήματα ήταν τα ίδια. Συζητήθηκε με την ασθενή η κατάσταση όπως είχε διαμορφωθεί και της εξηγήθηκε πως λόγω της κύησης ήταν φρονιμότερο να αναβληθεί η θεραπεία με LLETZ για μετά τον τοκετό. Η παρακολούθηση συνεχίστηκε με κολποσκοπικό έλεγχο στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο, ενώ το LLETZ πραγματοποιήθηκε 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Σύμφωνα με το ιστολογικό αποτέλεσμα η εκτομή έγινε σε καθαρά όρια και η βλάβη ήταν συμβατή με CIN 2.



Εικόνα 1. Κολποσκοπική εικόνα συμβατή με CIN 2.

Εικόνα 2. Παθολογοανατομική εικόνα.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο προληπτικός έλεγχος για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στηρίζεται στην παραδοχή πως η ενδοεπιθηλιακή βλάβη είναι βλάβη με βραδεία προοδευτική εξέλιξη στην κακοήθεια<sup>1</sup>. Το 30-60% των βλαβών CIN 1 υποστρέφουν και μόνο ένα 10%-30% μπορεί μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα να εξελιχθεί σε CIN 3<sup>2</sup>. Είναι γνωστό πως ο κίνδυνος για να εξελιχθεί μία βλάβη CIN 3 σε διηθητικό καρκίνο κυμαίνεται από 14% έως και 70% σε διάστημα που μπορεί να φτάσει τα 10 χρόνια<sup>3</sup>. Η θεραπεία των CIN βλαβών γίνεται υπό κολποσκοπικό έλεγχο είτε με λείξερ, είτε με LLETZ, εκτός και εάν υπάρχει κλινική αντένδειξη. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου μετά τη θεραπεία του CIN 3 είναι κάτω από 1%<sup>4,5</sup>.

Όταν υπάρχει ένδειξη η κολποσκόπηση θα πρέπει να πραγματοποιείται ακόμη και σε περίπτωση που η γυναίκα είναι έγκυος. Ο πρωταρχικός στόχος της κολποσκοπικής εξέτασης σε μία έγκυο γυναίκα είναι να αποκλεισθεί η διηθητική νόσος, ώστε να καθυστερήσει με ασφάλεια η βιοψία ή η θεραπεία για μετά τον τοκετό<sup>5</sup>. Όταν η τραχηλική βλάβη διαπιστώνεται στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, θα πρέπει να γίνεται κολποσκοπικός έλεγχος και στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο, ανάλογα με την κρίση του γυναικολόγου. Η κωνοειδής εκτομή, η LLETZ, ακόμη και μία απλή βιοψία μπορεί να οδηγήσει σε αθρόα αιμορραγία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οπότε η αντιμετώπιση πρέπει όσο το δυνατό να είναι συντηρητική<sup>6</sup>. Η ασφάλεια της συντηρητικής αντιμετώπισης της καλοήθους παθολογίας του τραχήλου κατά τη διάρκεια της κύησης και της θεραπευτικής προσέγγισης μετά τον τοκετό έχει αποδειχθεί σε διάφορες μελέτες<sup>7,8,9</sup>. Η συχνότητα εμφάνισης διηθητικού καρκίνου στην εγκυμοσύνη είναι πολύ χαμηλή και η κύηση δεν επηρεάζει καθόλου την πρόγνωση<sup>9,10</sup>.

Για την κολποσκοπική εξέταση της εγκύου απαιτείται υψηλού βαθμού ικανότητα και εμπειρία από τον ιατρό. Εάν η εικόνα είναι συμβατή με CIN 1 τότε μπορεί να επαναληφθεί η εξέταση ακόμη και μετά από τρεις μήνες από τον τοκετό. Σε περίπτωση όμως που υπάρχει υποψία CIN 2 ή 3, τότε η κολποσκόπηση θα πρέπει να επαναληφθεί και στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο, ενώ η LLETZ μπορεί να γίνει 6 εβδομάδες με 3 μήνες μετά τον τοκετό<sup>6,9,11</sup>.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Όταν υπάρχει ένδειξη η κολποσκόπηση θα πρέπει να πραγματοποιείται ακόμη και σε περίπτωση που η γυναίκα είναι έγκυος. Ο πρωταρχικός στόχος της κολποσκοπικής εξέτασης σε μία έγκυο γυναίκα είναι να αποκλεισθεί η διηθητική νόσος, ώστε να καθυστερήσει με ασφάλεια η βιοψία ή η θεραπεία για μετά τον τοκετό.

### SUMMARY

When there is indication for colposcopy the examination should be performed, as soon as possible, even if the woman is pregnant.

This is a case of a 25 years old pregnant woman who was referred to us with a moderate dyskaryotic Papanikolaou test and was in the first trimester of her pregnancy. Colposcopy and biopsy showed CIN 2. Conservative management was followed, with only colposcopic examinations during pregnancy. LLETZ was performed 6 weeks after delivery, in clear margins.

The primary aim of colposcopy for pregnant women is to exclude invasive disease and to defer biopsy/treatment

until the woman has delivered. The reason is that cone, wedge and diathermy loop biopsies are associated with high risk of haemorrhage.

*Key words: CIN, pregnancy, colposcopy.*

#### **BΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselbad V, Hickey JD, et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann Intern Med* 2000; 132:810-819.
2. Progress in cervical screening. Scientific Advisory Committee. Opinion Paper 7. Guidelines. Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2006.
3. Sasieni P, Adams J, Cuzick J. Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories. *Br J Cancer* 2003; 89:88-93.
4. Soutter WP, de Barros Lopes A, Fletcher A, Monaghan JM, Duncan ID, Paraskeivaidis E, et al. Invasive cervical cancer after conservative therapy for cervical intraepithelial neoplasia. *Lancet* 1997; 349:978-980.
5. Paraskevaides E, Koliopoulos G, Alamonos Y, et al. Human papillomavirus testing and the outcome of treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics and Gynaecology* 2002; 98:833-836.
6. Robinson WR, Webb S, Tirpack J, et al. Management of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy with loop excision. *Gynecologic Oncology* 1997; 64:1:153-155.
7. Coppola A, Sorosky J, Casper R, et al. The clinical course of cervical carcinoma in-situ diagnosed during pregnancy. *Gynaecologic Oncology* 1997; 67:162-165.
8. Woodrow N, Permezel M, Butterfield L, et al. Abnormal cytology in pregnancy. *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1998; 38:161-165.
9. Nevin J, Soeters R, Dehaeck CM, et al. Cervical carcinoma associated with pregnancy. *Obstetrics and Gynaecology Survey* 1995; 50:228-229.
10. Cullimore J, Scurr J. The abnormal glandular smear: cytologic prediction, colposcopic correlation and clinical management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 20:403-407.
11. Solomon D, Schiffman M, Tarone R. Comparison of three management strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significance: baseline results from randomised trial. *Journal of the National Cancer Institute* 2001; 93:293-299.

<sup>1</sup>Α. Δανηλίδης, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκ. Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup>Θ. Ταντανάσης, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επάρχου Καθηγητής ΑΠΘ

<sup>3</sup>Χ. Γιαννούλης, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής ΑΠΘ

<sup>4</sup>Κ. Δίνας, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Λέκτορας ΑΠΘ

<sup>5</sup>Κ. Παπαθανασίου, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Καθηγητής ΑΠΘ

<sup>6</sup>Ι. Τσαφέττας, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Καθηγητής ΑΠΘ

Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκ. Θεσσαλονίκης