

Prekancerózy v gynekologii – pochva

Preinvasive Lesions in Gynaecology – Vagina

Feranec R., Mouková L., Chovanec J.

Oddělení gynekologické onkologie, Masarykův onkologický ústav, Brno

Souhrn

Prekancerózy pochvy jsou relativně vzácné, přesně definované léze, které vznikají především v souvislosti s infekcí rizikovými kmeny lidských papilomavirů (HR-HPV). Nejčastější výskyt je v koincidenci s cervikálními prekancerózami a v poševním pahýlu po hysterektomii. Podle histologického typu dělíme vaginální prekancerózy na dlaždicové (vaginální intraepiteliální neoplazie) a nedlaždicové. Do skupiny nedlaždicových prekanceróz pochvy řadíme vaginální adenózu, která představuje prekancerózu clear-cell karcinomu pochvy. V léčbě poševních prekanceróz se uplatňují jak chirurgické, tak nechirurgické techniky, včetně využití laserových destruktivních metod a lokální aplikace 5-fluorouracilu.

Klíčová slova

prekanceróza – pochva – vaginální intraepiteliální neoplazie – vaginální adenóza

Summary

Preinvasive lesions of the vagina are relatively rare, clearly defined afflictions, originating most of all in association with the high-risk human papillomavirus infection (HR-HPV). The most frequent appearance is in coincidence with preinvasive lesions of uterine cervix and in vaginal cuff after hysterectomy. Preinvasive vaginal lesions are divided into squamous lesions (vaginal intraepithelial neoplasia) and non-squamous lesions. Vaginal adenosis belongs to non-squamous vaginal preinvasive lesions and is a precursor lesion of vaginal clear-cell carcinoma. Surgical and non-surgical techniques including laser destructive methods and local administration of 5-fluorouracil are used in the treatment of preinvasive lesions of vagina.

Key words

preinvasive lesion – vagina – vaginal intraepithelial neoplasia – vaginal adenosis

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádné komerční zájmy.

The authors declare they have no potential conflicts of interest concerning drugs, products, or services used in the study.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.



MUDr. Richard Feranec, Ph.D.

Oddělení gynekologické onkologie
Masarykův onkologický ústav

Žlutý kopec 7

656 53 Brno

e-mail: feranec@mou.cz

Obdrženo/Submitted: 11. 9. 2013

Přijato/Accepted: 9. 10. 2013

Úvod

Karcinom pochvy tvoří pouze 2 % všech gynecologických malignit s incidencí cca 0,7/100 000 žen. Z histologických typů převažuje spinocelulární karcinom, vzácný je clearcell karcinom, mezenchymální tumory i maligní melanom. Časté je metastatické postižení pochvy.

Epidemiologie prekanceróz pochvy

Vaginální intraepiteliální neoplazie (vaginal intraepithelial neoplasia – VaIN) řadíme k dlaždicovým poševním prekancerózám a dělíme je na low-grade (VaIN 1) a high-grade (VaIN 2, 3 a CIS pochvy). Riziko vzniku představuje perzistence infekce HR-HPV, prekanceróza v oblasti děložního hrdla, kouření, radioterapie, promiskuita, iritace poševní stěny včetně dlouhodobě zavedeného pesaru [1,2]. Dodge et al ve své práci uvádějí průměrný věk pacientek s VaIN 35 let, 41 % z nich kouřilo, 39 % mělo v anamnéze průkaz HR-HPV, 22 % udávalo anamnézu chirurgického zákroku pro CIN a 23 % absolvovalo dříve hysterektomii. Nejčastější lokalizací byla horní třetina pochvy a v 61 % byly léze multifokální. Progrese v karcinom autoři udávají ve 2 % [3]. V práci Rome et al je progrese v karcinom udávána u high-grade lézí v 8 % [4].

Do skupiny nedlaždicových prekanceróz patří **vaginální adenóza**. Ta byla popsána v souvislosti s intrauterinní aplikací

dietylstilbestrolu. Představuje prekancerózu clearcell karcinomu pochvy. Riziko progrese vaginální adenózy ve světlobuňčný karcinom je extrémně nízké.

Klinický obraz

Poševní prekancerózy jsou klinicky nejčastěji němé. U rozsáhlých high-grade VaIN (především *ca in situ*) a lézí typu vaginální adenóza může docházet k postkoitálnímu špinění.

Diagnostika se opírá o kolposkopické vyšetření. Typický je bílý epitel a puntíčkovaná, atypické cévy mohou signalizovat invazivní růst. Ložiska vaginální adenózy mají naopak obraz červených hrozničkových struktur. Definitivní diagnóza je stanovena biopsií.

Léčba

Low-grade léze je možno pouze dispenzarizovat s ohledem na nejasný potenciál progrese v karcinom. Všechny high-grade léze a vaginální adenóza vyžadují léčbu [5].

Základní léčebné modalitty jsou excizní a ablativní chirurgické metody. Sem řadíme vaginální excize. Při multifokálním výskytu nebo tendenci recidivovat lze zvažovat parciální, vzácně totální kolpektomii.

V současné době, především u mladých pacientek, můžeme doporučit metodu laserové vaporizace po předchozí bioptické verifikaci [6].

Z konzervativních postupů lze využít lokální aplikaci 5% 5-fluorouracilového krému [7]. Asi 70% úspěšnost je udávána při využití aplikace 5% imiquimodu, imunomodulační látky. Riziko relapsu je po parciální kolpektomii téměř nulové, po laserových destruktivních metodách se recidiva vyskytuje ve 38 % a při využití 5-fluorouracilu až v 59 % [3].

Závěr

Prekancerózy pochvy představují díky své lokalizaci relativně dobře přístupné přednádorové stavy s možností efektivní časně léčby. Perspektivní jsou profylaktické HPV vakcíny.

Literatura

1. Minucci D, Cinel A, Insaco E et al. Epidemiological aspects of vaginal intraepithelial neoplasia (VaIN). Clin Exp Obstet Gynecol 1995; 22(1): 36–42.
2. Freitag P. Prekancerózy pochvy. Prakt Gyn 2005; 9(1): 22–24.
3. Dodge JA, Elabbakh GH, Mount SL et al. Clinical features and risk of recurrence among patients with vaginal intraepithelial neoplasia. Gynecol Oncol 2001; 83(2): 363–369.
4. Rome RM, England PG. Management of vaginal intraepithelial neoplasia: A series of 132 cases with long-term follow-up. Int J Gynecol Cancer 2000; 10(5): 382–390.
5. Fehr MK, Baumann M, Mueller M et al. Disease progression and recurrence in women treated for vulvovaginal intraepithelial neoplasia. J Gynecol Oncol 2013; 24(3): 236–241.
6. Jones RW. Laser vaporization of vaginal intraepithelial neoplasia: a word of caution. J Low Genit Tract Dis 2013; 17(3): 361.
7. Gurumurthy M, Cruickshank ME. Management of vaginal intraepithelial neoplasia. J Low Genit Tract Dis 2012; 16(3): 306–312.