

INFEKCJE WIRUSAMI HPV

Poznanie roli wirusów brodawczaka ludzkiego (Human Papillomavirus – HPV) w powstawaniu wielu chorób nastąpiło stosunkowo niedawno. Dziś znamy około 200 genotypów tego wirusa, choć dla zdrowia człowieka znaczenie ma głównie kilkadziesiąt. Dzielimy je na wysokoonkogenne - o wysokim potencjale onkogenności (ang. high risk - HR HPV), a więc mogące prowadzić do powstania nowotworu złośliwego i niskoonkogenne - o niskim potencjale onkogennym (ang. low risk - LR HPV), które powodują zmiany chorobowe bez cech złośliwości onkologicznej. Pozostaje jeszcze nadmienić, że w klasyfikacjach pozostaje jeszcze grupa wirusów określona jako „o nie ustalonej onkogenności” lub „prawdopodobnie wysokoonkogenne”. Warto podkreślić, że termin „niskoonkogenne” nie oznacza „nieonkogenne”. W warunkach przeciętnej odporności człowieka wirusy tej grupy są niegroźne w sensie onkologicznym, ale przy drastycznym jej spadku, co na szczęście obserwowane jest rzadko (np. w przebiegu zaawansowanego AIDS), mogą być one niebezpieczne.

Infekcja wirusem HPV jest dość częsta i w większości wypadków ma charakter przemijający – mechanizmy obronne organizmu są w stanie uporać się z nią. Mówimy wówczas o tak zwanym zakażeniu incydentalnym. Jeżeli zaś w ciągu roku – dwóch lat wirus nie zostanie wyeliminowany, wtedy mamy do czynienia z przetrwałym zakażeniem, które prowadzić może do powstania poważnej choroby. Należy zaznaczyć, że przebycie zakażenia incydentalnego nie powoduje nabycia odporności i w związku z powyższym nie chroni przed ponownym zakażeniem, nawet tym samym typem wirusa HPV.

Rozpoznanie infekcji HPV jest zależne od jej stopnia manifestacji klinicznej. Jeżeli gołym okiem widać zmiany chorobowe typowe dla niej, np. kłykciny kończyste, wówczas mówimy o infekcji klinicznie jawnej. Jeżeli cechy zakażenia ujawnią się w tylko w badaniach diagnostycznych, np. w cytologii czy kolposkopii, wtedy taką infekcję nazywamy subkliniczną. Jeśli natomiast ani gołym okiem, ani w badaniach nie stwierdzamy cech infekcji HPV, a w wykonanym badaniu wirusologicznym niezłownie zostanie ona wykryta, wtedy nosi ona miano utajonej. Przyjmuje się, że średni czas od zakażenia się wysokoonkogennym wirusem HPV do powstania raka szyjki macicy wynosi 13 lat. Ale bywa, że rak ten ujawnia się u bardzo starych, od dziesiątków lat nie aktywnych seksualnie kobiet. Z drugiej strony mamy wiele bardzo młodych pacjentek z zaawansowanymi stanami przedrakowymi. Należy tu z całą mocą podkreślić, że rak szyjki macicy to choroba również kobiet młodych, nieraz bardzo młodych. Świadomość tego faktu jest bardzo ważna, gdyż panuje obiegowa opinia, że na raka chorują tylko ludzie starzy.

Do zakażenia dochodzi w wyniku kontaktu cielesnego (nie tylko seksualnego). Osoba opiekująca się małym dzieckiem, a mająca brodawki skórne (tak zwane kurzajki) wywołane przez wirusa HPV, może zainfekować dziecko. Mając infekcję HPV w innych miejscach ciała, a nie myjąc rąk przed kontaktem z dzieckiem, również może je zarazić. I tutaj wychodzi na jaw luka w naszej kulturowo uwarunkowanej edukacji higienicznej. Uczono nas mycia rąk po korzystaniu z toalety. Przed zwykle myje się ręce wtedy, gdy są ewidentnie brudne. Tymczasem właśnie na rękach mogą znajdować się złuszczone komórki naskórka osoby, z którą witaliśmy się przed chwilą, a która ma brodawki skórne wywołane przez wirusa HPV (wirusy znajdują się wewnątrz komórek). Korzystając z toalety dotykamy się w miejscach intymnych, przenosząc zakażenie. Dlatego warto kształtować nowy kanon higieny osobistej, wprowadzając zwyczaj mycia rąk zarówno przed, jak i po korzystaniu z toalety.

Oczywiście kontakt cielesny należy rozumieć szeroko. Zawiera się w tym zagadnieniu bezpośredni dotyk skórny a także seks oralny i analny. Konsekwencją mogą być zmiany chorobowe, nie tylko nowotworowe, o bardzo zróżnicowanej lokalizacji, jednakże jest ich dużo w obrębie głowy i szyi (w tym tak zwane nowotwory głowy i szyi). Należą do nich: brodawki dróg oddechowych (m.in. mikrobrodawczakowatość krtani), brodawczakowatość spojówek, leukoplakia jamy ustnej, rak jamy ustnej, ślinianek, spojówek, krtani, przełyku, odbytu, a w obrębie narządów płciowych kłykciny kończyste i płaskie (tzw. brodawki płciowe) o różnej lokalizacji, kłykciny olbrzymie (Buschke-Loewesteina), choroba Bowena, Bowenoid papulosis, erytroplazja Queyrata, rak szyjki macicy, sromu, pochwy i rak prącia.

Wielość i powaga tych schorzeń jest bardzo wymowna. Jeśli uzmysłowić sobie jeszcze ich częste występowanie, to staje się jasne, jak olbrzymią rolę przypisuje się infekcjom wirusami HPV. Uwzględniając przede wszystkim kontekst obyczajowy, postępującą swobodę seksualną, trzeba zdać sobie sprawę ze znaczenia i możliwych konsekwencji tego, co w medycynie nosi miano „ryzykownych zachowań seksualnych”. Zachowania takie i wielość partnerów seksualnych będą miały wpływ na rozprzestrzenianie się zakażeń wirusami HPV i częstość występowania chorób przez nie wywołanych. Zwłaszcza, że skuteczność prezerwatywy w ich profilaktyce jest znikoma, a w przypadku seksu oralnego... .

Jest jeszcze jeden aspekt zakażenia wirusem HPV, bardzo ważny, bezwzględnie wymagający omówienia przez doświadczonego lekarza – praktyka. Jest to aspekt psychologiczny, organizacyjny, życiowy. Często się zdarza, że gdy kobieta, mężczyzna, dowie się, że ma infekcję HPV, a zwłaszcza typem wysokoonkogennym, „cały świat” wali się w gruzy. Pojawia się przerażenie, przekonanie o nieuchronności raka, widzi siebie jako osobę „zadżumioną”, groźną dla otoczenia, skazaną na samotność i smutny koniec. Przekreśleniu ulegają plany bliskich związku partnerskich, małżeńskich, plany rodzicielskie. Zdarzają się kryzysy małżeńskie, nieprzemyślane, pozbawione podstaw racjonalnych pochope reakcje partnerów, małżonków. Pojawia się pytanie: jak żyć?

Właśnie ze względu na ten czysto ludzki, a nie tylko medyczny charakter infekcji HPV, trzeba omówić kilka zagadnień.

Badania wykazują, że nieświadomie kontakt z wirusem HPV ma około 70-80% populacji i znakomita większość tych zakażeń ma charakter samoistnie przemijających infekcji incydentalnych. Oczywiście, w trakcie trwania infekcji osoba zarażona może sama zarażać. Dlatego warto się profilaktycznie szczepić. Rozpoznanie istniejącej infekcji HPV typami nawet wysoko onkogennymi (bez rozwiniętej zaawansowanej choroby) nie pozwala często na rozróżnienie, czy mamy do czynienia z infekcją incydentalną czy przetrwałą i wymaga jedynie dalszej obserwacji – kontrolnych badań z częstotliwością podaną przez lekarza.

I tu należy zaznaczyć, że próby dochodzenia, kto w istniejącym związku kogo zaraził, z góry skazane są na niepowodzenie. Bowiem fakt, że u partnera zakażonej osoby nie stwierdzono obecności wirusa HPV niczego nie dowodzi.

Po pierwsze dlatego, że istnieje zasadnicza różnica pomiędzy „nie ma” a „nie wykryto”. W rozwinięciu tego problemu należy uwzględnić jakość pobrania materiału do badania (odpowiednie przygotowanie pacjenta do badania, technikę pobrania, wykorzystanie odpowiedniego zestawu pobraniowego) oraz czułość i zakres testu wykorzystanego do badania, a oferta rynkowa jest pod tym względem bardzo zróżnicowana (od 2 do 37 genotypów wirusa, próg czułości od kilkuset kopii-sztuk wirusa w pobranym materiale do 50-100). Żadne badanie wirusologiczne, choć wykonywane jest technikami biologii molekularnej, nie ma równo 100% czułości. Poza tym pozostaje jeszcze wiarygodność firmy – bezpośredniego wykonawcy badania, a więc jakość sprzętu i stosowanych przez nią testów produkowanych przez inne z kolei firmy, mających odpowiednie akredytacje i certyfikowanych, bądź nie. Oczywiście wszystkie te elementy składowe badania rzutują na sumaryczną cenę badania. Ale tak już jest, że im bardziej mówimy o pieniądzach, tym mniej mówimy o medycynie. Dlatego właśnie trzeba mieć świadomość złożoności problemu. Bo i „to” wynik, i „to” wynik. A jak wynik właściwie zinterpretować, to tak naprawdę wie tylko doświadczony lekarz.

Po drugie osoba, u której nie stwierdzono obecności wirusa HPV mogła go mieć wcześniej, ale była to infekcja incydentalna i doszło do samoistnej eradykacji (eliminacji) wirusa z organizmu.

Po trzecie często obserwujemy, że u wieloletnich partnerów (małżonków) każde z nich ma

infekcję HPV innymi typami i do „wymiany” nie dochodzi. Dlaczego tak jest – do końca nie wiadomo. Zjawisko to jest opisywane w literaturze fachowej. W każdym razie zagadnienie „przekazywania” wirusa HPV jest bardziej złożone, niż by się to pozoru mogło wydawać.

U niewielkiego procenta zarażonych rozwinię się infekcja przetrwała. Tym bardziej należy się profilaktycznie zaszczepić. Wirus może latami trwać w organizmie w „uśpieniu”, nie powodując choroby. Zwłaszcza, jeżeli wdrożone jest odpowiednie postępowanie lecznicze. I tu również należy rozważyć zastosowanie szczepienia przeciwko wirusom HPV. Wprawdzie jest to szczepionka profilaktyczna, ale wysokie poziomy przeciwciał przeciwko określonym typom wirusa są faktem. Pozostaje kwestia doboru odpowiedniej szczepionki. Poza tym nadal pozostaje aktualny aspekt profilaktyczny takiego szczepienia. Istniejąca infekcja jednymi typami wirusa HPV nie chroni przed zarażeniem się innymi typami. A istniejąca infekcja HPV nie jest przeciwwskazaniem do szczepienia. Przecież przed zaszczepieniem nie przeprowadza się badań wirusologicznych, więc z góry należy założyć, że część osób poddających się szczepieniu w ramach czystej profilaktyki jest już zainfekowana którymś (którymiś) typami wirusa HPV.

Oczywiście osoby mające infekcję HPV obowiązuje okresowa kontrola, częstsza i bardziej złożona, niż w przypadku osób jej nie mających. Jednakże jeżeli u kogoś z partnerów w istniejącym związku wykryto infekcję HPV, to czy należy z tego powodu zrywać związek? Na pewno nie. Jeżeli miało dojść do zakażenia drugiego z partnerów, to już doszło i rozstanie, w przypadku infekcji typem wysokoonkogennym, zagrożenia rakiem nie zmniejszy. Po prostu trzeba przeprowadzić dokładną diagnostykę u drugiego z partnerów i wejść w rytm okresowych badań kontrolnych. I oczywiście, korzystając z pomocy doświadczonego ginekologa, spróbować pozbyć się wirusa.

Infekcja HPV nie jest przeciwwskazaniem do zajścia w ciążę. Transmisja wertykalna czyli zakażenie idące w głąb macicy, do dziecka, opisywana jest niesłychanie rzadko, najczęściej w toku innych powikłań ciąży. Kobieta z wirusem HPV ma więc pełną szansę na posiadanie zdrowego dziecka. Wymaga tylko w ciąży specjalistycznego nadzoru. I tym bardziej u niej taka ciąża winna być zaplanowana, po odpowiednim przygotowaniu w ramach poradnictwa prekonceptyjnego. Warto natomiast zastanowić się nad sposobem rodzenia. Czy świadomie narażać dziecko na zakażenie wirusem HPV, wysoko- czy niskoonkogennym, mając na względzie nowotwory głowy i szyi, mikrobrodawczakość krtani itd. Czy mając udokumentowaną infekcję HPV kanału rodniego nie należy rozważyć rozwiązania ciąży cesarskim. Jest to w położnictwie problem kontrowersyjny, bowiem z drugiej strony uważa się, że obecnie jest i tak za duży odsetek porodów operacyjnych, a należy przypuszczać, że drogami natury rodzi wiele kobiet mających nie zdiagnozowaną, niestety, infekcję HPV.

Zajmijmy się teraz zagadnieniem raka szyjki macicy, bowiem wciąż z racji częstości występowania, w tym również i u kobiet młodych, a niekiedy bardzo młodych, jak i z powagi tej choroby, jest ona kluczowym zagadnieniem i zasadniczym zagrożeniem zdrowia i życia kobiety, związanym z infekcją wysokoonkogennymi wirusami HPV. Przecież właśnie przede wszystkim w związku profilaktyką raka szyjki macicy powstały szczepionki przeciwko zakażeniu wirusem HPV.

Uważa się, że od momentu zarażenia się wysokoonkogennym typem wirusa HPV do wystąpienia raka szyjki macicy mija średnio 13 lat. Oczywiście tak naprawdę, to zgodnie z rozkładem wartości krzywej Gaussa zdarzają się przypadki przebiegające wolniej, jak i dużo szybciej. Generalnie jednak jest to proces wolno postępujący i przy regularnej kontroli ginekologiczno-cytologicznej, a u pacjentek pozostających w obserwacji w specjalistycznej placówce, takiej jak nasze gabinety, z powodu istniejącej i udokumentowanej infekcji HPV, gdzie diagnostykę można i należy wzbogacić o inne, wysoce specjalistyczne badania, nie sposób przeoczyć, przy dobrej współpracy pacjentki, postępu choroby. Przy czym z całą mocą należy podkreślić, że nie ma tu mowy jeszcze o żadnym raku. Postęp choroby to jest powstanie tak zwanego stanu przedrakowego, a więc takiego zaawansowania zmian, które zostawione samym sobie prowadzą do powstania raka. Jest więc czas na podjęcie stosownego leczenia, delikatnego najczęściej, oszczędzającego narząd rodny, a prowadzącego do całkowitego wyleczenia choroby. Nie jest to jednak jednoznaczne z wyleczeniem infekcji HPV. Kobieta nadal pozostaje w grupie ryzyka zagrożenia rakiem szyjki macicy, gdyż o ile nie nastąpi eradykacja wirusa HPV, proces powstawania choroby w którymś momencie jej życia może zacząć się od początku. Ale o ile nie zaniedba kontroli, zostanie on znów uchwycony i znów zakończyć się może delikatnym zabiegiem. Tak więc przebycie jednego zabiegu radykalnego w swej istocie, a więc usuwającego ognisko choroby w całości i powodującego całkowite wyleczenie, nie gwarantuje, że w przyszłości taki zabieg czy nawet zabiegi – chroniące przed powstaniem raka szyjki macicy, nie będą konieczne. Zimna i brutalna w wymowie statystyka mówi, że jednorazowy nieprawidłowy wynik badania cytologicznego z III grupą dziesięciokrotnie podwyższa ryzyko wystąpienia raka szyjki macicy w stosunku do populacyjnego.

Przedstawione powyżej dane oparte na naukowych podstawach jednoznacznie świadczą o tym, że rozpoznanie u jednego z partnerów infekcji typem wysokoonkogennym wirusa brodawczaka ludzkiego nie może stanowić racjonalnej podstawy do zerwania związku, bowiem takie postępowanie nic nie zmienia w sensie zdrowotnym. Trzeba się nauczyć żyć z wirusem, o ile nie uda się go eradykować – pozbyć z organizmu. Wirus znajduje się w komórce nabłonka. Stąd ważne są elementarne zasady higieny – mycie rąk przed korzystaniem z toalety i po, własna gąbka czy myjka, własny ręcznik, mycie wanny czy kabiny prysznicowej po korzystaniu z niej, bez niepotrzebnego „szorowania lizolem”, dokładne mycie się przed zbliżeniem i po, stosowanie prezerwatywy, o ile nie mówimy o działaniach prokreacyjnych – wszystko to oczywiście w ramach istniejącego związku. Bowiem każdy nowy kontakt seksualny osoby z istniejącą infekcją HPV niesie z sobą ryzyko zakażenia partnera, nie mówiąc o ryzyku zakażenia się od niego nie tylko innym typem wirusa HPV.

Każdy z nas jest obarczony ryzykiem wystąpienia choroby nowotworowej, po części takiej, której przyczyny nie znamy, po części zaś takiej, której czynniki ryzyka znamy świetnie. Co więcej, znamy i sami świadomie je wprowadzamy w nasze życie. Palimy papierosy, wdychamy spaliny, pracujemy w szkodliwych warunkach, stosujemy chemię kuchenną i spożywczą. I nic nie robimy, by żyć zdrowiej, nadal działamy na własną szkodę wprowadzając do organizmu substancje rakotwórcze nie wiedząc gdzie i kiedy może powstać nowotwór złośliwy. Bez żadnych stanów przedrakowych, które dają nam szansę. Świadomość istniejącej infekcji HPV taką szansę nam daje. Trzeba tylko odrobinę dyscypliny, by regularnie zgłaszać się na kontrolę. I mieć swojego kompetentnego ginekologa, do którego ma się pełne zaufanie. Bo jeśli się zaufania nie ma, to trzeba zmienić lekarza.

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSAMI HPV

Najlepszą formą profilaktyki raka szyjki macicy jest połączenie tzw. profilaktyki czynnej, to jest zaszczepienie się przeciwko zakażeniu wirusami HPV z profilaktyką bierną czyli regularnie wykonywanymi badaniami cytologicznymi. Trzeba mieć bowiem świadomość, że przebycie szczepienia nie daje stuprocentowej odporności na zakażenie wszystkimi typami wysokoonkogennymi HPV. Daje wystarczającą odporność na zakażenie typami 16 i 18, odpowiedzialnym za około 70% wszystkich raków szyjki macicy oraz wskutek tak zwanej odporności krzyżowej daje odporność na część innych typów wysokiego ryzyka onkogenego. A jeżeli uwzględnić, że takie szczepienie może uchronić przed wystąpieniem wielu innych chorób wywołanych przez wirusy HPV, to wartość takiego szczepienia dla zdrowia człowieka pozostaje bezdyskusyjna. Tym nie mniej przebycie szczepienia, co należy podkreślić z całą mocą, nie zwalnia kobiety z obowiązku kontynuowania regularnych okresowych badań cytologicznych, ponieważ nie powoduje odporności na zarażenie się wszystkimi typami wirusów HPV, w tym wszystkimi typami wysokoonkogennymi.

Dostępne są dwie profilaktyczne szczepionki przeciwko zakażeniu wirusami HPV. Różnią się one od siebie dość znacznie w zakresie spektrum działania i wskazań do stosowania, choć obie wykazują odpowiednio silne działanie w zakresie profilaktyki zakażenia typami 16 i 18 wirusów HPV. Dlatego rekomendacja co do stosowania w danym przypadku właśnie tej, a nie innej szczepionki, należy do doświadczonego lekarza. Ostateczna decyzja winna być podjęta wspólnie z pacjentem. I dlatego również zawsze w naszych gabinetach dysponujemy obydwoma szczepionkami.

Oczywiście, jeśli mówić o czystej profilaktyce, to należałoby zaszczepić wszystkie dziewczynki

przed ich inicjacją seksualną. Niestety, ponieważ szczepionki są relatywnie drogie, szczepienia takie nie są refundowane przez NFZ i program taki pozostaje w sferze marzeń. Dlatego wygrany jest ten, kto się zaszczepi. Z drugiej strony nie ma określonej górnej granicy wieku, powyżej której szczepienie takie traci sens. Zdarzało się nam zaszczepić panie w mocno zaawansowanym wieku, które wciąż były aktywne seksualnie, miały licznych partnerów i życzyły sobie być zaszczepione.

Odwołując się do rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Polskiego Towarzystwa Pediatricznego dziewczynki winny optymalnie być szczepione rutynowo w wieku 11-12 lat. Szczepienie to jest również zalecane w wieku 13-18 lat u tych dziewcząt, które nie były zaszczepione wcześniej. Zalecenia powyższe wynikają z przeprowadzonych badań klinicznych i jednoznacznie wskazujących na optymalną jednostkową i populacyjną korzyść. Nie ma badań wystarczających badań klinicznych stwierdzających podobną korzyść w przypadku szczepienia kobiet starszych (o słabszej potencjalnie odpowiedzi immunologicznej na szczepienie), aktywnych seksualnie. Jednakże 96% kobiet po 26 roku życia nie ma 16 ani 18 typu wirusa HPV i ze szczepienia odniesie korzyść, podobnie jak 1/4 z pozostałych 4% do tej pory nie mających przeciwciał przeciwko tym typom wirusa. Kobiety zakażone tymi typami wirusa również mogą być zaszczepione, ponieważ także u nich powstają wskutek szczepienia wysokie poziomy przeciwciał.

Właśnie te wysokie poziomy przeciwciał, co nie jest udokumentowane, a wynika z praktyki, mogą mieć znaczenie bardzo korzystne nie tyle w eliminacji wirusa z organizmu, co w osłabianiu jego szkodliwego działania (np. zmniejszać znacząco częstość nawroty mikrobrodawkowatości krtani czy kłykcin kończystych narządów płciowych). A poza tym przy istniejącej infekcji jednymi typami wirusa HPV, w toku nabierania odporności krzyżowej, pozostaje działanie czysto profilaktyczne w odniesieniu do zakażeń innymi jego typami.

Zresztą, co należy podkreślić, przed szczepieniem nie ma obowiązku wykonywania badań w kierunku diagnostyki istnienia zakażenia HPV. Tak więc z założenia należy przyjąć, że pewien odsetek kobiet szczepionych ma już infekcję HPV.

U kobiet aktywnych seksualnie istnieje obowiązek wykonania badania cytologicznego przed rozpoczęciem szczepienia. Ma to na celu tylko i wyłącznie „wychwycenie” przypadków stanów przedrakowych i raka szyjki macicy, zgodnie z ideą tego badania profilaktycznego.

Szczepienie jest bezpieczne, pozbawione możliwości wprowadzenia wirusa do organizmu,

ponieważ cząstka o działaniu antygenowym, wywołująca powstawanie przeciwciał, ma postać „wydmuszki”, bez zawartości DNA wirusa w jej środku. Nie jest to więc wirus – ani zabity, ani żywy atenuowany (o osłabionej wirulencji – zjadliwości).

Przeciwwskazaniem do szczepienia jest ciąża – brak dowodów (badań klinicznych) na nieszkodliwość takiego szczepienia dla płodu. Tym nie mniej w nielicznych przypadkach podania szczepionki kobietom ciężarnym nie stwierdzono u dziecka żadnych nieprawidłowości. Reakcje wstrząsu po szczepieniu zdarzają się niespotykanie rzadko. Tym nie mniej zawsze u alergików należy zachować szczególną ostrożność. Dlatego też szczepienia winny odbywać się pod kontrolą lekarza.

Szczepienie mężczyzn i chłopców w toku profilaktyki raka szyjki macicy nie jest zalecane, choć mamy świadomość, że zakażeni wirusem HPV mężczyźni pełnią rolę transmiterów – przenoszą wirusa kolejnym partnerkom. Tak więc profilaktyczne ich zaszczepienie uchroniłoby ich przyszłe partnerki przed infekcją HPV. Stan taki dyktują przede wszystkim względy ekonomiczne, oraz fakt że szczepionki te powstały w zamyśle walki z rakiem szyjki macicy i stosowania ich przede wszystkim u kobiet. Jednakże rekomendacje PTG uwzględniają korzyści płynące ze szczepienia chłopców i mężczyzn – przerwanie łańcucha transmisji HPV (chłopcy – mężczyźni nie są zagrożeni rakiem szyjki macicy, ale, co warto jeszcze raz podkreślić, zakażeni wirusem HPV zarażają swoje partnerki), ochrona przed rakiem prącia, odbytu, rakami głowy i szyi u mężczyzn, ochrona przed brodawkami płciowymi (kłykcinami kończystymi i płaskimi), aż wreszcie podwyższenie populacyjnych efektów szczepień. Warto w tym miejscu przytoczyć wypowiedzianą kiedyś opinię, że „rak szyjki macicy jest śmiertelną chorobą zakaźną przenoszoną drogą płciową”.

Jedna ze szczepionek ma w swoich wskazaniach właśnie szczepienie chłopców (od 9 roku życia) i mężczyzn.

Tak więc szczepienie przeciwko zakażeniu wirusami HPV jest szeroko zalecane i rekomendowane wszystkim tym, którzy chcą (i mogą!) uchronić się przed wieloma często występującymi chorobami przez nie wywołanymi. Przede wszystkim zaś jest to forma profilaktyki raka szyjki macicy. Jednakże przebycie szczepienia nie zwalnia z obowiązku okresowych profilaktycznych badań ginekologicznych z badaniem cytologicznym włącznie.

DIAGNOSTYKA ZAKAŻEŃ HPV

Mówiąc o diagnostyce zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego należy rozgraniczyć dwa zasadnicze zagadnienia.

Pierwsze to wykrywanie obecności wirusa, a zwłaszcza wirusa wysokoonkogennego, który stanowić może potencjalnie największe zagrożenie, a którego obecność można monitorować, by odróżnić zakażenie incydentalne od przetrwałego oraz by móc ocenić skuteczność leczenia. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że diagnostyka infekcji HPV nie powinna ograniczać się tylko do stwierdzenia obecności wirusa, jego przynależności do grupy nisko- bądź wysokoonkogennych oraz określenia jego genotypu. Można często również określić stopień zaawansowania infekcji na poziomie biologii molekularnej tak, by uzyskać informację czy proces powstawania raka przy zakażeniu typem wysokoonkogennym już się rozpoczął. Warto również zaakcentować sens równolegle prowadzonej diagnostyki mikrobiologicznej mającej na celu stwierdzenie lub wykluczenie obecności drobnoustrojów powodujących zakażenia bądź zapalenia układu moczowo-płciowego i ułatwiających rozwój choroby HPV-pochodnej.

Drugie zagadnienie to diagnostyka chorób wywołanych przez wirusy HPV, ich stopnia zaawansowania, złożoności klinicznej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na lokalizację w szyjce macicy.

Rzeczywistość kliniczna jest bardziej złożona, niż by się to z pozoru mogło wydawać. Widząc kłykciny kończyste prącia pacjenta, wywołane najczęściej przez wirusy o niskim potencjale onkogenności, najczęściej o genotypie 6 i 11, warto zrobić u niego badanie wirusologiczne, bowiem takiemu zakażeniu często towarzyszy infekcja groźnymi typami wysokoonkogennymi 16 i 18, niema klinicznie. A przy stwierdzeniu takiego zakażenia konieczne jest zaproponowanie partnerce pacjenta specjalistycznej diagnostyki, nawet wtedy, gdy wynik cytologii, którą niedawno „zrobiła” jest prawidłowy. Jest ona po prostu w grupie ryzyka. Natomiast dociekanie, kto kogo zaraził pozbawione jest sensu, bowiem nie da się tego ustalić. Mężczyzna ma, kobieta mogła mieć infekcję incydentalną, która przeminęła, ale w międzyczasie zaraziła partnera. Równie dobrze mężczyzna mógł „mieć wirusa” od dawna, a kobieta się nim nie zaraziła. Opisane są w literaturze fachowej przypadki, z którymi często spotykamy się w naszej praktyce, że oboje partnerzy pozostający w stałych wieloletnich związkach mają infekcję HPV całkowicie bądź częściowo innymi genotypami. W biologii nie wszystko jest proste...

IDENTYFIKACJA WIRUSÓW HPV Z GENOTYPOWANIEM

Wirusy HPV znajdują się w komórkach gospodarza. Dlatego pobranie materiału do badania wirusologicznego polega na pobraniu wymazu jałową szczoteczką (np. cytologiczną) lub ostrą, gąbkową jałową wymazówką. Czasem do badania pobiera się mały fragment zmienionej tkanki, np. brodawki płciowej. Pobranie materiału z szyjki macicy i pochwy nie wymaga znieczulenia (tak, jak nie jest ono konieczne do pobrania wymazu cytologicznego) ani specjalnego przygotowania. Zaleca się, by pacjentka przez parę dni powstrzymała się od współżycia, nie przyjmowała leków dopochwowych, nie stosowała tamponów i nie wykonywała irygacji – analogicznie jak przed pobraniem wymazu cytologicznego. Nie może również być w trakcie miesiączki. Pobranie wymazu ze sromu, a zwłaszcza z bogato unerwionego przedsionka pochwy, za pomocą szczoteczki, jest nieprzyjemne. Dlatego rutynowo przed jego wykonaniem stosujemy z dobrym efektem powierzchniowy środek znieczulający. Pacjentka proszona jest, by w dniu badania nie podmywała się. Analogiczny sposób postępowania mamy, gdy pobieramy wymaz z prącia. Z tym, że pan jest proszony o niemycie się przez 3 dni (koniecznie!).

Trzeba sobie zdawać sprawę z tego, że dobre przygotowanie pacjenta oraz odpowiednie precyzyjne i efektywne pobranie przy pomocy właściwego sprzętu na oryginalne podłoża ma zasadnicze znaczenie dla otrzymania adekwatnego dla stanu rzeczywistego wyniku badania. Zmniejsza prawdopodobieństwo wyniku fałszywie ujemnego.

Na rynku usług diagnostycznych stosowanych jest wiele testów wykrywających różną ilość genotypów HPV. Preferujemy test z najszerszą ofertą genotypów tego wirusa, renomowanej firmy diagnostycznej, posiadający wszystkie konieczne atesty – test na 37 genotypów. W tej liczbie zawarte są wszystkie wirusy wysokoonkogenne, kilka o nieoznaczonej onkogenności i najczęściej występujące nisko onkogenne. Czulość tego testu jest wysoka i odpowiada światowym standardom.

W przypadku otrzymania wyniku ujemnego w badaniu na obecność wirusów HPV o standardowej czulości, w sytuacji, gdy cechy subklinicznej infekcji HPV mamy udokumentowane (w wyniku badania cytologicznego, kolposkopowego czy histopatologicznego), proponujemy wykonanie testu na obecność 35 genotypów metodą mikroczipów. Jest metoda o najwyższej na świecie czulości, wykonywana przez nieliczne laboratoria w Europie. I często zdarza się, że przy ujemnym wyniku testu o standardowej, choć wysokiej czulości, dopiero w tym teście otrzymujemy wynik pozytywny. Jest to związane z małą ilością kopii (sztuk) wirusa w badanej tkance, z której pobieramy wymaz.

Potwierdza się stara medyczna prawda, że „nie wykryto” wcale nie musi oznaczać „nie ma”. Ale jeśli wykryto, to znaczy na ogół, że jest. Wyniki fałszywie pozytywne zdarzają się w medycynie relatywnie rzadziej. Dlatego zawsze prawidłowa interpretacja wyników badań

dotychczasowych wymaga wiedzy i doświadczenia lekarskiego, znajomości kontekstu klinicznego i „tajników kuchni”. Wyników nie można interpretować dosłownie, bo taki sam wynik w dwóch różnych przypadkach może mieć diametralnie różne znaczenie kliniczne i implikować odmienne postępowanie.

DIAGNOSTYKA mRNA HPV

Wirus HPV jako swój materiał genetyczny posiada kwas dezoksyrybonukleinowy (DNA), jest to DNA-wirus. Jeżeli wirus HPV o wysokim potencjale onkogenności (high risk, HR HPV) podporządkował sobie komórki gospodarza tak, że wykorzystując ich materiał genetyczny rozpoczął nieodwracalny proces powstawania raka, wówczas w komórkach obecny będzie specyficzny dla danego typu wirusa matrycowy kwas rybonukleinowy (matrix RNA) czyli mRNA HPV. Dla pięciu typów najczęściej występujących HR HPV, przy stwierdzeniu ich obecności i podejrzeniu o to, że mamy do czynienia z infekcją przetrwałą a nie incydentalną, w materiale z pobranego wymazu jesteśmy w stanie oznaczyć bądź wykluczyć obecność mRNA. Są to genotypy: 16, 18, 31, 33 i 45.

Dodatni test mRNA HPV jest wykładnikiem bezpośredniego zagrożenia rakiem i każe zastanowić się nad wdrożeniem leczenia zabiegowego w nierzadko, na szczęście, bardzo wczesnym etapie choroby, gdy bez rozległych i okaleczających kobietę i jej narządów zabiegów daje się uzyskać pełne wyleczenie. Takie procedury zabiegowe wykonujemy z bardzo dużą precyzją, często pod kontrolą kolposkopu.

TEST CINtecPLUS

Współczesna diagnostyka nieinwazyjna od niedawna została wzbogacona o test wykrywania nawet pojedynczych zdecydowanie nieprawidłowych komórek w pobranym, tak jak przy cytologii, wymazie. Bazuje on na wykrywaniu nieprawidłowo wysokich ilości konkretnych białek w cytoplazmie (P 16, stąd często używana nazwa – test P 16) i jądrze komórkowym (Ki 67), stanie charakterystycznym dla zaawansowanych chorobowo komórek. Przeprowadzenie skomplikowanej reakcji immunohistochemicznej powoduje wybarwienie się cytoplazmy takich komórek na brązowo, a ich jąder na czerwono. Wówczas w preparacie cytologicznym utrzymanym kolorystycznie w tonacji niebiesko-fioletowej wyraźnie odznaczają się nawet pojedyncze „kolorowe” komórki, które w klasycznym preparacie cytologicznym bardzo łatwo

mogłyby ująć uwagę oceniającego. Często bowiem właśnie nie sposób wyróżnić pojedynczych komórek ze zmianami dużego stopnia spośród licznych komórek prawidłowych, a zwłaszcza ze zmianami małego stopnia. Tak więc wynik takiego testu może zmienić postępowanie diagnostyczne na bardziej „docieklive”, inwazyjne. Pamiętać bowiem należy, że pełne rozpoznanie ustala się na podstawie badania histopatologicznego pobranych tkanek, wykonanego przez lekarza patomorfologia.

Obok przedstawionego powyżej i stosowanego przez nas testu CINtecPLUS Cytology istnieje również możliwość wykonania testu CINtecPLUS Histology, który na tej samej zasadzie pozwala właśnie w preparacie histopatologicznym „znaleźć” nawet pojedyncze komórki ze zmianami dużego stopnia.

Test CINtecPLUS stał się bardzo cennym narzędziem diagnostycznym pozwalającym sprecyzować podejrzenia co do występowania, zwłaszcza w szyjce macicy, zmian dużego stopnia, spowodowanych przez wysokoonkogenne typy wirusów HPV. Jest to szczególnie cenne w diagnostyce tzw. przypadków niejasnych, trudnych oraz przy obserwacji zmian małego stopnia, gdy powstrzymujemy się od leczenia zabiegowego ze względu na dużą szansę samowyleczenia, zwłaszcza u kobiet bardzo młodych. Wczesne rozpoznanie progresji zmian małego stopnia do dużego staje się nakazem do leczenia zabiegowego, które na tak wczesnym etapie możemy przeprowadzić w sposób radykalny pod względem wyleczenia i oszczędzający narząd rodny, by nie wpłynęło ono w przyszłości na płodność i rodność młodej kobiety.

KOLPOSKOPIA

Kolposkopia (gr. kolpos – pochwa, scopeo – patrzeć) jest znakomitą metodą diagnostyczną pozwalającą przy założonym do pochwy wzierniku oglądać szyjkę macicy i ściany pochwy. Stosując na błonę śluzową odpowiednie odczynniki - roztwór kwasu octowego (łac. acidum aceticum , ang. acetic acid – AA) lub mlekowego i płyn Lugola (roztwór jodu w jodku potasu) – tzw. próba Schillera i obserwując zachodzące reakcje lekarz-kolposkopista jest w stanie rozpoznać między innymi tzw. subkliniczną infekcję HPV, określić rodzaj choroby przez te wirusy wywołanej, jej zasięg i zaawansowanie oraz wykonać biopsję celowaną, to znaczy z miejsca najbardziej chorobowo zmienionego pobrać wycinek do badania histopatologicznego, celem ustalenia ostatecznego rozpoznania, to jest typu choroby i jej zaawansowania. Właśnie kolposkopia poprzez możliwość wykonania biopsji celowanej przez doświadczonego kolposkopistę ma tak olbrzymie znaczenie, gdyż pobranie wycinka z miejsca oddalonego o dosłownie parę milimetrów od tego „najbardziej chorego” skutkuje innym rozpoznaniem histopatologicznym, fałszywie „optymistycznym”, nie oddającym stanu faktycznego, a więc rzeczywistego stopnia zaawansowania choroby. Jeżeli wykonujemy kolposkopię sromu czyli

vulvoskopię (łac. vulva – srom), stosujemy również roztwór kwasu octowego tylko o wyższym stężeniu oraz rzadko spotykany w pracowniach kolposkopowych wodny roztwór błękitu toluidyny (test Collinsa).

Jeżeli badamy w kolposkopie prącie, wówczas mówimy o penisoskopii.

Duża wartość diagnostyczna kolposkopii też ma swoje ograniczenia. Między innymi nie jesteśmy w stanie zajrzeć do kanału szyjki macicy, który również jest narażony na infekcję HPV i raka. Nadmienić należy, że obecnie odnotowuje się duży wzrost zachorowań na raka szyjki macicy wywodzącego się właśnie z nabłonka gruczołowego kanału szyjki macicy. Natomiast w głąb kanału możemy sięgnąć specjalną szczoteczką cytologiczną celem wykonania cytologii tradycyjnej bądź LBC, testu CIntecPLUS, badania wirusologicznego, bądź pobrać błonę śluzową do badania histopatologicznego przy istnieniu wskazań do diagnostyki zabiegowej. Dlatego również bardzo istotna jest kompleksowa diagnostyka, jaką mamy możliwość stosować w naszych placówkach, gdyż właśnie ona pozwala dokładnie ustalić właściwe rozpoznanie i zaplanować odpowiednie leczenie.

Kolposkopię wykorzystujemy także do leczenia zmian chorobowych szyjki macicy. Usuwając ognisko choroby pod kontrolą kolposkopu mamy możliwość tak poprowadzić linię cięcia lub ustalić granicę destrukcji tkanki, by maksymalnie oszczędzić zdrową część szyjki macicy.

Tak więc kolposkopia jest metodą o bardzo dużym zastosowaniu, przede wszystkim w diagnostyce chorób szyjki macicy, pochwy i sromu. Tym nie mniej najczęstszym wskazaniem do wykonania kolposkopii jest weryfikacja zmian widocznych gołym okiem w badaniu ginekologicznym oraz wątpliwych i nieprawidłowych wyników badań cytologicznych. Problem polega na tym, że jest nas – kolposkopistów niewielu, raptem paręset osób w kraju. Mający kilka lat renesans tej metody, po wielu dziesiątkach lat zapomnienia, spowodował zainteresowanie nią środowiska lekarskiego i ukończenie przez niektórych ginekologów kursów szkoleniowych. Tym nie mniej dostępność kolposkopii jest ograniczona w stosunku do cytologii. Wynika to nie tylko z faktu, że potrzebny jest przede wszystkim dobrze wyszkolony lekarz – kolposkopista, a nauka tej umiejętności i nabieranie doświadczenia trwają długo. Niezbędny jest również drogi sprzęt i czas. Samo badanie trwa dużo dłużej niż pobranie cytologii i niezbędny jest od początku do końca udział pacjentki, w odróżnieniu od badania cytologicznego, gdzie poza pobraniem wymazu udział pacjentki jest zbędny, „obróbce” podlega samo „szkiełko”.

W kolposkopy wyposażone są głównie poradnie specjalistyczne zajmujące się profilaktyką raka

szyjki macicy. Dlatego w warunkach szpitalnych, dopiero wtedy, gdy sala zabiegowa jest wyposażona w kolposkop, a zabieg wykonuje lekarz – kolposkopista, można mówić o wykonaniu biopsji celowanej czy wykonaniu oszczędzającego zabiegu na szyjce macicy pod kontrolą kolposkopu.

Nasze zainteresowanie kolposkopią wynika z docenienia tej metody i sięga czasów, gdy nie była ona jeszcze „modna” i nie miała swojego miejsca w algorytmie weryfikacji nieprawidłowych wyników badań cytologicznych. Wiele lat nauki kolposkopii od autorytetów, ukończenie wielu kursów prowadzonych przez najlepszych specjalistów z Krakowa, Białegostoku, Bydgoszczy, Gdańska, Warszawy, z wiodących ośrodków europejskich, a nawet spoza Europy, zaowocowało zdaniem przez nas stosownych egzaminów i uzyskaniem certyfikatów European Federation for Colposcopy and Pathology of Lower Female Genital Tract.

Na zakończenie warto zaznaczyć, że ciąża nie jest przeciwwskazaniem do wykonywania badań kolposkopowych. Co więcej, obserwacja zmian o typie dysplazji - CIN (ang. cervical intraepithelial neoplasia) wymaga kontroli kolposkopowej w ciąży co 3-4 miesiące i jedynie należy ograniczyć wykonywanie biopsji celowanej do sytuacji niezbędnych, na przykład podejrzenia przekształcania się stanu przedrakowego w raka szyjki macicy. W sytuacjach wątpliwych taka biopsja jest wręcz niezbędna. W ciąży natomiast, zwłaszcza zaawansowanej, często występują trudności z wykonaniem samego badania kolposkopowego ze względów anatomicznych. Głównie polegają one na niemożności uwidocznienia całej części pochwowej szyjki macicy w badaniu we wzorniku tak, by wykonać kolposkopię satysfakcjonującą.

Ciąża również, o czym warto wiedzieć, poprzez swoiste przestrojenie immunologiczne organizmu kobiety, sprzyja nasilaniu się zmian zależnych od infekcji wirusami HPV. Może się to wyrażać np. nawrotami kłykcin kończystych, wymagających leczenia lub progresji zmian o typie CIN np. z CIN 1 do CIN 2 lub CIN 2 do CIN 3. W takich sytuacjach kobieta pozostać winna pod ścisłą kontrolą kolposkopową, bowiem w ciąży powstrzymujemy się od leczenia. Do właściwej oceny narządu rodnego czekamy na zakończenie porodu. Wtedy często okazuje się, że ciążowa progresja zmian ustąpiła i mamy sytuację optymistyczną: regresję – cofnięcie się choroby do stanu wyjściowego.

DIAGNOSTYKA ZABIEGOWA I WERYFIKACJA HISTOPATOLOGICZNA

Rozpoznanie choroby, jej zaawansowania a czasem i rozległości stawia się w medycynie na podstawie badania histopatologicznego (patomorfologicznego) tkanek pobranych w toku

zabiegu w ramach tak zwanej diagnostyki inwazyjnej. . W przypadku infekcji HPV szyjki macicy zasadnicze znaczenie ma wykonana pod kontrolą kolposkopu biopsja celowana szyjki macicy. Specjalnymi kleszczykami biopsyjnymi doświadczony lekarz – kolposkopista, po identyfikacji obszaru, gdzie zmiany chorobowe są najbardziej nasilone, pobiera wycinek do badania histopatologicznego. Nasze wieloletnie doświadczenie kolposkopowe pozwoliło na wypracowanie takiej metody znieczulenia miejscowego do biopsji, że ani aplikacja środka znieczulającego, ani sama biopsja nie są bolesne. W przypadku dużego nasilenia zmian chorobowych lub ich niekorzystnej lokalizacji konieczne jest również pobranie do badania histopatologicznego błony śluzowej kanału szyjki macicy (przeciwwskazaniem jest ciąża), a po 35 roku życia również błony śluzowej jamy trzonu macicy (endometrium). Zabiegi takie polegające na dość brutalnym wyskrobaniu błony śluzowej kanału szyjki macicy, a przypadku jamy trzonu na wcześniejszym siłowym rozszerzeniu kanału szyjki macicy tak, by móc narzędziami wejść do jamy macicy i wyskrobać jej błonę śluzową, wykonujemy najczęściej z udziałem anesteziologa w znieczuleniu ogólnym dożylnym (dożylniej narkozie) w trybie ambulatoryjnym lub trybie „chirurgii jednego dnia” w prywatnej klinice z certyfikatem ISO. W szczególnych wypadkach, gdy istnieje zwiększone ryzyko znieczulenia ogólnego lub po prostu pacjentka bardzo się go boi, zabieg taki wykonujemy w zapomnianym już i praktycznie nie stosowanym w czasach rozwoju anestezjologii lokalnym znieczuleniu przewodowym.

Po pobraniu wycinków z szyjki macicy przez kilka (kilkanaście) dni może utrzymywać się podbarwiona krwią wydzielina. Po łyżeczkowaniu (skrobaniu, abrazji) kanału szyjki macicy, a zwłaszcza po łyżeczkowaniu jamy macicy przez kilka godzin do 2 dni może występować dyskretne pobołowanie, odczucie dyskomfortu w podbrzuszu, na które z powodzeniem pomagają doustne leki przeciwbólowe ogólnego stosowania. Może również przez kilka dni utrzymywać się niewielkie krwawienie z dróg rodnych. Zwykle po takim zabiegu zapraszamy pacjentkę na badanie kontrolne za 2, 3 dni. W razie jakichkolwiek jej wątpliwości jesteśmy całodobowo osiągalni telefonicznie i zawsze możemy ją przyjąć na wizytę poza ustalonymi porami.

LECZENIE ZMIAN CHOROBOWYCH WYWOŁANYCH INFEKCJĄ HPV

Leczenie samej infekcji HPV jest niesamowicie trudne. Wiemy, że wysoki procent populacji ma kontakt z wirusem HPV o charakterze infekcji incydentalnej, ulegającej samoistnemu wyleczeniu bez pozostawienia odporności. Tak więc, można się ponownie zainfekować nawet tym samym typem wirusa HPV. Natomiast w przypadku infekcji przetrwałej medycyna nie dysponuje żadnym lekiem jednoznacznie zwalczającym wirusy HPV, tak jak ma to miejsce w przypadku wirusów opryszczki zwykłej (HSV). Nadmienić należy, że leki stosowane w leczeniu opryszczki są zupełnie nieskuteczne w przypadku infekcji HPV.

Dużą rolę w zwalczaniu takiej infekcji i jej skutków odgrywa odpowiednio zaplanowane leczenie immunomodulacyjne. Podwyższa ono odporność organizmu i pozwala opanować infekcję HPV w taki sposób, by jeżeli nawet nie uda się usunąć wirusa z organizmu, to wieloletnia obserwacja wskazuje, że nie powoduje on istotnych zmian chorobowych.

Szczepienie przeciwko wirusom HPV, profilaktyczne w swej istocie, nie jest przeciwwskazane w istniejącej już infekcji. Przeciż przed szczepieniem nie przeprowadza się badań wirusologicznych. Powstanie poszczepiennych wysokich poziomów przeciwciał może natomiast odegrać istotną rolę w opanowaniu infekcji. Niejednokrotnie obserwowano zanik nawrotów brodawczakowatości krtani czy kłykcin kończystych po zastosowaniu szczepionki. Dysponując na bieżąco obydwoma istniejącymi szczepionkami jesteśmy w stanie dobrać optymalne w danym przypadku postępowanie.

Leczenie zmian chorobowych wywołanych przez infekcję HPV nie jest równoznaczne z leczeniem samej infekcji. Zmianę można i należy usunąć w całości (radycznie), natomiast obszar objęty infekcją może być znacznie większy. Nawet w kolposkopii widzimy obszar objęty infekcją subkliniczną, natomiast infekcja utajona pozostaje niewidoczna. Tym nie mniej z naszej praktyki wynika, że bardzo precyzyjne wykonanie zabiegu z odpowiednio dobraną techniką u pacjentki może skutkować również wyleczeniem infekcji HPV – normalizacją badania cytologicznego, prawidłowym obrazem kolposkopowym i ujemnymi testami na dodatnie przed zabiegiem mRNA i obecność wirusa HPV.

Leczenie widocznych gołym okiem zmian wywołanych przez niskoonkogenne typy wirusów HPV, jak kłykciny kończyste, kłykciny płaskie, brodawki płciowe, przeprowadzane jest przez nas najczęściej z zastosowaniem technik destrukcyjnych, takich jak kriodestrukcja (zamrażanie, wymrażanie) lub koagulacja fotonowa (fotokoagulacja).

Kriodestrukcja (krioablacja) polega na kilkakrotnym zamrażaniu zmiany z zastosowaniem aparatury wykorzystującej podtlenek azotu. Do destrukcji tkanki dochodzi w wyniku jej rozmrażania. Szybciej destrukcji ulegają zmiany na błonach śluzowych, wolniej na skórze – są bardziej suche, mniej uwodnione. Czasem po kilku dniach trzeba zabieg powtórzyć. Jest to jedyna metoda, gdzie po zabiegu zmiana chorobowa pozostaje i dopiero później ulega obumarciu i usunięciu przez organizm. Musi on rozpoznać tkankę martwą jako „obcą” i ją „usunąć”. Na tym polega dodatkowy aspekt leczniczy tej metody w przypadku zmian wywołanych przez wirusy HPV, bowiem wtedy istnieje szansa na powstanie lokalnej odporności przeciwko wirusowi HPV. Opisywano przypadki cofnięcia się przerzutów mięsaka (nowotwór złośliwy pochodzenia nienabłonkowego) po kriodestrukcji ogniska pierwotnego. Przy kriodestrukcji stosujemy najczęściej znieczulenie powierzchniowe.

Koagulacja fotonowa, zwana często fotokoagulacją, polega na zastosowaniu światła dużej mocy (tak jak w przypadku lasera), które pali obszar precyzyjnie naświetlany. Zabieg taki wymaga znieczulenia miejscowego.

Zastosowanie waporyzacji laserowej (odparowania tkanki) ma jeden zasadniczy aspekt negatywny. Skutkiem zabiegu jest przechodzenie wirusów HPV do otaczającego powietrza, którym oddycha lekarz i pacjent. A skutki tego mogą być w przyszłości katastrofalne. Oczywiście żadne maski chirurgiczne czy przeciwpylowe nie mają tu sensu ze względu na minimalną wielkość cząstek wirusa. Dlatego też nie stosujemy tej metody.

Metody destrukcyjne mogą mieć zastosowanie również przy leczeniu zmian chorobowych szyjki macicy, takich jak ektopia gruczołowa (tzw. „nadżerka”) czy endometrialna (ogniska endometriozy, gruczolistości), a nawet w szczególnych sytuacjach, przy spełnieniu bezwzględnych wymogów, zmian o typie stanu przedrakowego (CIN, dysplazja). Jednak należy pamiętać, że destrukcja tkanki chorej pozbawia nas możliwości weryfikacji histopatologicznej, a więc ostatecznego rozpoznania histopatologicznego i odpowiedzi na pytanie o radykalność zabiegu – czy zmiana została usunięta w całości, w granicach i z marginesem zdrowych tkanek.

Zabiegi polegające na wycinaniu ogniska choroby można podzielić na dwie grupy: oszczędzające oraz bardziej radykalne, gdzie dochodzi do wycięcia znacznej części szyjki macicy.

Zabiegi oszczędzające czyli elektroresekcje szyjki macicy winno wykonywać się przede wszystkim u kobiet młodych, z niezrealizowanymi jeszcze (w pełni) planami macierzyńskimi, czyli mówiąc wprost, nie mających jeszcze (wszystkich zaplanowanych) dzieci. Zabiegi takie nie naruszają struktury anatomicznej szyjki macicy i nie wpływają negatywnie na zachodzenie w ciążę, jej utrzymanie i rozwieranie się szyjki macicy w porodzie. Polegają na wycięciu cienkiego plasterka szyjki macicy, na którym znajduje się zmiana chorobowa wraz z niewielkim, a koniecznym marginesem tkanki zdrowej. By leczenie ograniczyć do takiego sposobu leczenia, konieczne jest spełnienie kilku warunków. Zmiana chorobowa musi być w całości zlokalizowana na powierzchni tarczy części pochwowej szyjki macicy, dobrze widoczna w badaniu kolposkopowym oraz przeprowadzona musi być wcześniej diagnostyczna weryfikacja kanału szyjki macicy, by mieć pewność że w jego obrębie nie ma zmian chorobowych. Dopiero wówczas, pod kontrolą kolposkopu, można wykonać elektroresekcję szyjki macicy. Nie dysponując kontrolą kolposkopową w trakcie zabiegu nie można określić linii cięcia tak, by przebiegała ona z odpowiednim marginesem tkanek zdrowych, a więc stworzyć warunków do

radykalizmu takiego zabiegu (pełnego wyleczenia) bez niepotrzebnego wycinania dużego fragmentu szyjki macicy, mogącego powodować jej anatomiczne i czynnościowe okaleczenie.

Elektroresekcje szyjki macicy, zwane również zabiegami pętlowymi, wykonuje się przy pomocy delikatnych pętli z bardzo cienkiego drutu wolframowego, o różnym kształcie i różnej wielkości z zastosowaniem diatermii chirurgicznej generującej szybkozmienny prąd o bardzo dużej, wręcz radiowej częstotliwości, przy ustalonej niskiej mocy prądu. Wówczas nie dochodzi do poparzenia tkanek pozostających, co skutkuje powstaniem elastycznej a nie twardej blizny, a usunięty fragment chorej tkanki nie jest spalony i nadaje się do oceny histopatologicznej. Zabiegi takie wykonujemy z bardzo dużą precyzją, jaką można osiągnąć pod kontrolą kolposkopu.

Są to LEEP (ang. loop electrical excision procedure), polegający na wycięciu ogniska choroby i LLETZ(ang. large loop of the excision transformation zone), polegający na usunięciu całej strefy przekształceń (strefy transformacji). Wspólną cechą tych zabiegów jest to, że nie polegają na wcinaniu się w głąb szyjki macicy, a usunięte tkanki mają kształt cienkich plasterków.

Przy bardzo rozległych zmianach, zmianach o dużym stopniu zaawansowania, wnikających w głąb kanału szyjki macicy, występujących w zniekształconej szyjce macicy, przerośniętej, z poporodowymi pęknięciami, po przebytych zabiegach, konieczne jest leczenie bardziej rozległe.

Elektrokonizacja polega na wycięciu przy pomocy trójkątnej elektrody (o kształcie żagielka) stożka sięgającego szczytem w głąb kanału szyjki macicy, a którego podstawę stanowi tarcza części pochwowej szyjki macicy (łac. conus – stożek), z zastosowaniem diatermii chirurgicznej.

Konizacja chirurgiczna ma za zadanie również wycięcie takiego stożka, tyle, że nożem chirurgicznym (zimnym nożem).

Amputacja szyjki macicy jest to już operacja pochwowa, którą wykonujemy w sali operacyjnej prywatnej kliniki z certyfikatem ISO i polega na odcięciu części szyjki macicy na całej jej grubości. Wymaga preparowania naczyń, pęcherza moczowego i konieczności hospitalizacji.

W szczególnych przypadkach, gdy zmiany chorobowe szyjki macicy nakładają się na inne poważne choroby trzonu macicy, wykonujemy operację usunięcia całej macicy.

Mówiąc o leczeniu zmian chorobowych wywołanych infekcją wirusami HPV mamy na myśli zmiany łagodne i stany przedrakowe do dysplazji dużego stopnia i raka przedinwazyjnego włącznie. A więc takiego raka, który nie przekracza błony podstawnej nabłonka, a usunięcie w całości ogniska choroby równoznaczne jest z całkowitym wyleczeniem. Ten zakres naszej działalności zabiegowej i operacyjnej, a więc leczenie CIN w przypadku szyjki macicy, VIN w przypadku sromu i VaIN w odniesieniu do pochwy pozostaje w zakresie kompetencji ginekologa. Leczenie raka inwazyjnego wymaga już leczenia onkologicznego i odbywa się w ośrodkach zajmujących się onkologią ginekologiczną (ginekologią onkologiczną).

Proces gojenia się ran szyjki macicy trwa kilka tygodni i w tym czasie zapraszamy nasze pacjentki na kontrolne wizyty celem monitorowania jego przebiegu. Rany mają bowiem charakter ran otwartych, nieraz o dużej powierzchni, gojących się pod strupem. Przy jego oddzielaniu się (a z racji wilgotnego środowiska ma on inny charakter, niż strup pokrywający ranę skóry) może dojść do otwarcia jakiegoś naczynia, nawet tętniczego i obfitego krwawienia z rany. Ponadto mimo odpowiedniego przygotowania do planowego zabiegu może dojść do infekcji rany np. bakteriami fekalnymi z sąsiedztwa czy też bakteriami beztlenowymi. Takie niezawinione powikłania procesu gojenia rany zdarzają się. Dlatego też kontrolne wizyty są konieczne i dlatego również nasze pacjentki są z nami w stałym kontakcie telefonicznym, by w razie potrzeby móc spotkać się w gabinecie poza stałymi dniami i godzinami przyjęć.

Mówiąc o leczeniu zmian chorobowych szyjki macicy o typie dysplazji (CIN), dla pełnego zrozumienia problemu, należy omówić jeszcze kilka zagadnień.

Infekcja mnogimi typami wirusów HPV, wielu partnerów seksualnych w przeszłości, w logiczny sposób sugeruje konieczność rozszerzenia diagnostyki na inne choroby przenoszone drogą płciową.

Podział na zmiany małego stopnia (low grade CIN – LgCIN, CIN 1, dysplazja małego stopnia) i dużego stopnia (high grade CIN – HgCIN), w których zawiera się CIN 2 (dysplazja średniego stopnia), CIN 3 (dysplazja dużego stopnia + rak przedinwazyjny – łac. carcinoma in situ – CIS) uwarunkowany jest również względami czysto praktycznymi. Zmiany małego stopnia – CIN 1 w około 40% - 50% mogą być odwracalne i ulec samoistnej regresji – całkowitemu samowyleczeniu. Dlatego w większości wypadków można przyjąć pozycję wyczekującą,

poprzestając na coparomiesięcznej obserwacji, by nie przeoczyć sytuacji, gdy zmiana, zamiast się cofnąć, ulega progresji – przekształca się w zmianę dużego stopnia. Oczywiście w tym czasie można i należy wykonać badanie wirusologiczne, by przekonać się, z jakim genotypem wirusa (wirusów) mamy do czynienia, czy jest nisko- czy wysookonkogenny, a także wykonać badania na obecność infekcji bakteriologicznej, w tym na zakażenie kokarcinogenami. Zmiany małego stopnia potrafią również latami pozostać w tym samym stadium zaawansowania. Natomiast w pewnym procencie przypadków zmiana małego stopnia przekształca się w zmianę dużego stopnia, bezwzględnie wymagającą leczenia.

Zmiany dużego stopnia – HgCIN są bowiem rzeczywistym, groźnym stanem przedrakowym, wymagającym bardzo dokładnej diagnostyki i leczenia zabiegowego.

Leczenie zabiegowe CIN w swej filozofii z założenia radykalne, czyli powodujące całkowite usunięcie zmiany chorobowej a więc pełne wyleczenie, winno być jak najbardziej oszczędzające, o czym się często zapomina. Usunięcie ogniska choroby, której granicę pod postacią subklinicznej infekcji HPV widzimy w badaniu kolposkopowym, i którą następnie w mikroskopowym badaniu histopatologicznym potwierdza nam lekarz – patomorfolog, nie jest równoznaczne z usunięciem infekcji wirusem HPV, bo tej granicy zobaczyć się nie da. Często się zdarza, że była ona ograniczona do tkanek, które usunięto, ale na to nie ma dostatecznego dowodu. Dlatego ryzyko wystąpienia raka szyjki macicy u takiej kobiety jest wielokrotnie wyższe, niż u kobiety nie mającej nigdy przetrwałej infekcji wysokoonkogennymi genotypami HPV. Oczywiście proces powstawania raka jest wolny i przy odpowiedniej samodyscyplinie pacjentki zgłaszającej się regularnie na badania kontrolne zapewne pierwsze zmiany o typie CIN zostaną uchwycone.

Trzeba jednak zdać sobie sprawę z tego, że duże zabiegi na szyjce macicy pozostawiają duże jej zmiany anatomiczne, że w badaniu we wzierniku trudno jest czasem uwidocznić całą część pochwową szyjki macicy, że powierzchnia jej tarczy bywa bardzo nierówna, co może utrudniać dokładne pobranie wymazu cytologicznego, co zmniejsza czułość tego badania. Wreszcie często granica międzynabłonkowa jest przesunięta w głąb kanału szyjki, a więc nie jest widoczna cała strefa przekształceń nabłonkowych – główny obszar infekcji HPV, co zmniejsza czułość badania kolposkopowego (kolposkopia niesatysfakcjonująca). Na dodatek ujście zewnętrzne kanału szyjki macicy może być trudno dostępne przy pofałdowanej jej powierzchni, punkcikowate i zbliznowaciałe, co utrudnia lub uniemożliwia wprowadzenie w kanał szyjki szczoteczki cytologicznej i pobranie stamtąd materiału do jakiegokolwiek badania diagnostycznego nieinwazyjnego z cytologią włącznie. Tak więc rozpoznanie ponownie rozwijającego się stanu przedrakowego może być bardzo utrudnione.

W przypadku, gdy kobieta miała usuniętą znaczą część szyjki macicy przy pierwszym zabiegu, wykonanie drugiego może być także utrudnione i obarczone zwiększonym ryzykiem powikłań, bowiem blisko są już pęcherz moczowy i odbytnica. W końcu w którymś momencie i miejscu szyjka macicy się kończy.

Warto również omówić aspekt położniczy przebytego zabiegu elektrokonizacji, jako najczęściej wykonywanego, a zwłaszcza jego wpływu na utrzymanie ciąży i przebieg porodu.

Trudno jest przewidzieć, jak w konkretnym przypadku sytuacja się rozwinie, bowiem może nie jest tak istotne jak wiele usunięto, lecz to, jak wiele pozostało z długości szyjki macicy. Nie wiadomo, czy na wystąpienie niewydolności cieśniowo-szyjkowej w ciąży większy wpływ negatywny będzie miało skrócenie szyjki i osłabienie „aparatu zamykającego”, czy zdominuje obraz kliniczny w danym konkretnym przypadku zbliżowacenie jej, a więc powstanie blizny twardej do tego stopnia, że niewydolność cieśniowo-szyjkowa nie wystąpi, co więcej, szyjka macicy nie będzie się chciała rozwierać podczas porodu.

Na koniec warto podkreślić, że zabiegi elektroresekcji szyjki macicy, a więc zabiegi pętłowe są zabiegami oszczędzającymi (wykonywanymi pod kontrolą kolposkopu) i polegają na względnie powierzchownym usuwaniu zmian chorobowych i nie należy ich mylić, co często ma miejsce, z elektrokonizacją - rozległym zabiegiem polegającym na wycinaniu z szyjki macicy stożka (łac. conus), sięgającego szczytem w głąb jej kanału.