

KÜLÖNLENYOMAT

A

Magyar Nőorvosok Lapja

C. FOLYÓIRATBÓL

*A Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Lampé László dr. egyetemi tanár) közleménye*

Gyermeknőgyógyászati betegek hüvelyaspirátumának onkocitológiai vizsgálata során szerzett tapasztalataink

Irta: HERNÁDI ZOLTÁN dr. és BORSOS ANTAL dr.

A születést követő első 5 nap folyamán az újszülött citológiai képét a superficialis és intermedier sejtek dominanciája jellemzi [3]. A 7. posztnatális napon az anyai eredetű ösztrogén és progeszteron hatása megszűnik, a parabazál sejtek dominanciája jellemző, a kép hasonlít a korai menopauzában megfigyelhetőhöz.

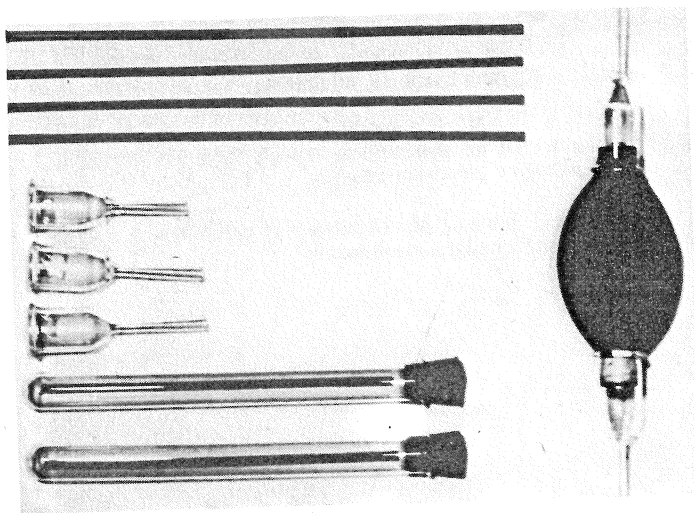
Fiziológias körülmények között atrófiás képet figyelhetünk meg a posztnatális 25. naptól a pubertás időszakáig.

Ez a hiányosan felépült hám igen sérülékeny. Könnyen produkál viszonylag enyhe noxák – leggyakrabban bakteriális, gombás, trichomonas, esetleg vírusinfekciók hatására olyan sejteket, amelyek magja és citoplazmája rendelkezik mindazokkal a morfológiai jegyekkel, amelyek alapján a citológiai képet displáziának kell megítélnünk.

Anyag és módszer

Az elmúlt évek során Klinikánk Nőgyógyászati Szakrendelésén a prépubertás korcsoportba tartozó betegeknél a nőgyógyászati vizsgálat szerves részévé vált a kenetkészítés hüvelycitológiai vizsgálat céljából. Dolgozatunkban 350 betegünk vizsgálati eredményeit elemezzük.

A citológiai kenetkészítés céljából történő anyagvételre az irodalom több lehetőséget említ. Ezek közül a hüvelyi mosófolyadék centrifugátumából, ill. a hüvelyi aspirátumból készült keneteket tartjuk a leginkább értékelhetőnek. Különösen jók tapasztalataink az *1. ábrán* bemutatott aspirációs készülékkel. A cserélhető műanyag szívószálak biztosítják a steril feltételeket. Megfelelő pszichés előkészítés után a bemutatott eszközzel fájdalommentesen, gyorsan vehetünk anyagot ismételtlen is [1].



1. ábra. Aspirációs eszköz, szívószálakkal

A továbbiakban nedves fixálás után Papanicolaou szerint festettük a keneteket. A kenetek készítésének indoka, ill. értékelésének fő szempontja hormoncitológiai volt, ill. a colpitisek esetén azok etiopatogenezisét igyekeztünk tisztázni. A kenetek átvizsgálása során fel kellett azonban figyelniünk bizonyos citomorfológiai anomáliákra, amelyek értékelése már az onkocitológia területére esik. Ezért olyan citológiai értékelési formát választottunk, amely lehetőséget nyújt a megfelelő

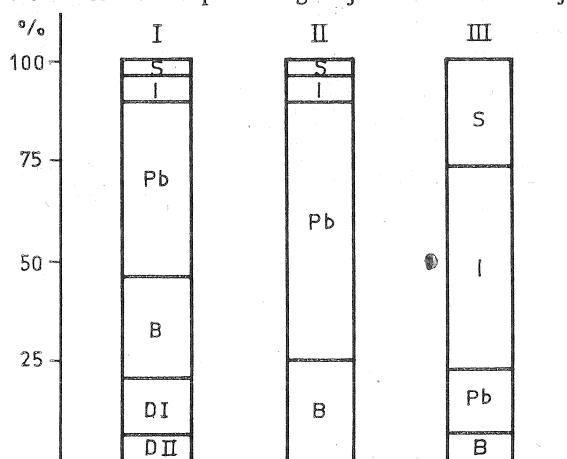
következtetések levonására az endokrinológus, a célzott colpitiskezelést irányító orvos, valamint az onkológus szempontjából.

Citogramokat készítettünk tehát a különböző sejtípusokat 6 csoportba sorolva: I. superficiális, II. intermedier, III. parabazál, IV. bazál, V. diszplázia I. (középrétegből származó diszpláziás sejtípus), VI. diszplázia II (mélyrétegből származó diszpláziás sejtípus). A citogramokat 10 látótér sejtmegoszlásának átlagolásával alakítottuk ki. Az elkészített, a prepubertást jellemző citogramokat elsősorban onkocitológiai szempontból elemezzük, összehasonlítva azokat a felnőttkorban, ill. a klimaktériumban jelentkező benignus – többnyire lobos eredetű – (P II?) és malignitásra szuszpekt (P. III!) diszpláziák citogramjával.

A prepubertásban észlelt diszpláziákat nyomon követtük és sorozatos onkocitológiai kontrollvizsgálatok révén vizsgáltuk a citológiai kép alakulását.

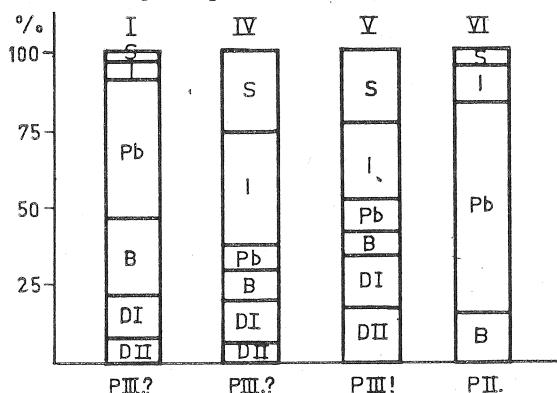
Eredményeink

A P. III? diagnosztikai csoportba sorolt kenetek (I. oszlop) gyakorisága 7.5%. Az „atrófiás”, de nem diszpláziás citológiai kép (II. oszlop) volt a leggyakoribb (72.0%). A csaknem kiérett, főleg intermedier sejteket tartalmazó kenetek 20,5%-ban fordultak elő (III. oszlop). Az említett három csoport citogramját a 2. ábrán mutatjuk be.



2. ábra. A prepubertás-pubertás jellemző citogramjai

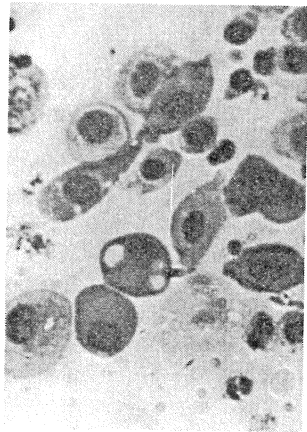
A továbbiakban a prépubertáskori diszplázia citogramját (I. oszlop) hasonlítjuk a felnőttkori enyhe (IV. oszlop), illetve súlyos diszplázia (V. oszlop), valamint a klimaktérium (VI. oszlop) atrófiás citológiai képéhez (3. ábra).



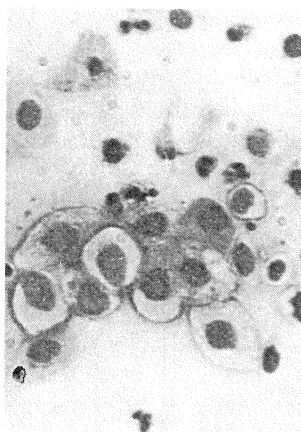
3. ábra. A prepubertás-pubertás, a felnőttkor, és a klimaktérium időszakában előforduló diszpláziákat jellemző citogramok

Látható, hogy a középső és mélyrétegből származó diszpláziás sejtípusok megoszlása közel azonos a prepubertás, illetve a felnőttkori benignus (enyhe) diszpláziák esetében. Ugyanez a hasonlóság figyelhető meg a diszpláziás sejtípusok citomorfológiai ismérveit illetően is. A malignitásra kifejezetten szuszpekt (V. oszlop) diszpláziákkal hasonlítva a prepubertáskori diszplázia citológiai képét, azt észleljük, hogy az előbbiek citogramjában magasabb a diszpláziás sejtípusok aránya, a D II csoportba sorolható sejtek túlsúlyával.

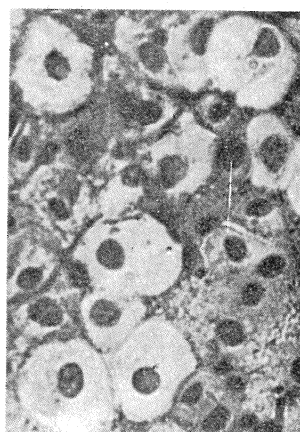
A prepubertás normál citogramját (II. oszlop) hasonlítva a klimaktérium citogramjához (VI. oszlop) a hasonlóság szembetűnő. A továbbiakban bemutatjuk azokat a sejtípusokat, amelyek a prepubertás-pubertás időszakának citológiai képét jellemzik (4, 5, 6. ábra).



4. ábra. 6 éves leányka
kolpocitológiai képe



5. ábra. 8 éves leányka
kolpocitológiai képe



6. ábra. 10 éves leányka
kolpocitológiai képe

Az észlelt diszpláziás eseteket nyomon követtük. Gyulladás esetén lobellenes kezelést alkalmaztunk a hám felépülését elősegítő kis dózissal, elsősorban a hüvelyhámra ható, ösztrogén (Ovestin) kezeléssel kiegészítve. Ha a gyulladás nem volt kimutatható, illetve a beteg szubjektíve is panaszmentes volt, kezelés nélkül várakoztunk. A gyulladásos csoportban a lobellenes kezelés után 2 hét múlva végeztünk kontrollvizsgálatot és a citológiai kép konverzióját észleltük. A diszpláziás sejtformák eltűntek, a hám felépült. A gyulladásmentes csoportban azonnali kontroll után, az ismételt vizsgálatokat havonta végezve, a citológiai kép jelentős hullámságát észleltük a csaknem tökéletesen felépült hám és a súlyos „atrófia” között.

Eredmények

A prepubertásban gyakrabban találkozunk diszpláziás citológiai képpel, mint egyéb életszakaszokban. Ezek a diszpláziák mind a jellemző sejtípusok százalékos részesedését, mind pedig az egyes sejtek citomorfológiai sajátosságait illetően hasonlóak a felnőttkorban észlelt diszpláziákhoz.

A prepubertás életszakaszának hüvelycitológiai képe leginkább a klimaktérium, és a szénium atrofias képéhez hasonlítható. A prepubertásban észlelt diszpláziák természetét vizsgálva egyetlen esetben sem talákoztunk – a 3 éves nyomon követési periódus alatt – valódi malignus transzformációval. A legtöbb esetben minden kezelés nélkül, az endogén ösztrogének hatására rendeződött a citológiai kép. Ha a kezelést gyulladást, illetve bizonyos szubjektív panaszok (viszketés, hüvelyi égető érzés) indokolták, az említett elváltozások gyógyulása után, többnyire a diszpláziás jelenségek is eltűntek.

Az irodalmi adatok szerint a prepubertásban előforduló, a női genitáliákat érintő malignus folyamatok ritkák ugyan, de előfordulnak. Jelen dolgozatunkban elemzett beteganyagunkban hasonló elváltozásokat a prepubertás-pubertásban nem találtunk. Ugyanakkor pl. az elmúlt 2 évben 2 és 5 éves korban két esetben „szűrtünk” ki citológiával és diagnosztizáltunk szövettan segítségével carcinomát! Ezt a két esetet a továbbiakban részletesen elemezzük:

1. N. A. 2 éves leányka konzultatív vizsgálatára a DOTE Gyermekklinika kérésére került sor. A nagyajkakat széttárva vérzékeny, tumorszerű rezisztencia tűnt elő a hüvelyből, amelynek felületéről kontakt citológiai anyagvételt végeztünk. A kenetben nagyszámú, súlyos mag- és citoplazma diszpláziát mutató sejt vált láthatóvá. Ugyanakkor, az említett tumorból spontán leváló részletből, hisztológiai vizsgálat is történt, ami igazolta a malignus tumort (*hisztológiai diagnózis*: Carcinoma corporis uteri). A gyermekgyógyászati, ill. gyermekginekológiai vizsgálat a tumort inoperábilisnak minősítette, így citosztatikus + sugárkezelésre került sor. A kezelések hatására átmenetileg lényeges javulás következett be, a tumor nagymértékben megkisebbedett. A felismerést követően 16 hónap múlva azonban a tumor gyors növekedésnek indult, és a kislány halálát okozta.

2. A. E. 5 éves leányka hüvelyi vérzés miatt jelentkezett előbb a Gyermekklinikán, majd klinikánk Gyermeknőgyógyászati Szakrendelésén. A vizsgálat keretében rutinszerűen, aspirációs technikával levett onkocitológiai kenetben, amelynek diagnosztikus stádiuma P. IV–V. volt, súlyosan diszpláziás, illetve atípusos sejteket találtunk. Ugyanakkor a kismencedében tojásnyi rezisztencia volt tapintható. Ezt követőleg gyermeksebészeti intézményben került sor hasi méheltávolításra, a mindkét oldali adnexumokkal együtt. A műtéti preparátum hisztológiája (Carcino-sarcoma uteri) igazolta az onkocitológia által felvetett diagnózist. A műtét során a hasüregben multiplex metasztázisok voltak láthatók. A sebészeti terápiát citosztatikus, valamint Gamma-sugárkezelés követte. A felismerést követő 12 hónap múlva kiterjedt kismencedei metasztázisok kialakulása után a beteg exitált.

Összefoglalás

A szerzők a prepubertás-pubertás életszakaszában megfigyelt citológiai anomáliák természetét vizsgálják klinikai gyermeknőgyógyászati szakrendelésük anyagában. Megállapítják, hogy az ebben az életszakaszban előforduló citológiai anomáliák pseudodysplasiáknak tekinthetők, amelyek esetében tartózkodnunk kell minden fajta invazív diagnosztikus és terápiás eljárástól, gondos kontrollvizsgálatok végzése mellett.

Irodalom

1. Borsos A.: Magy. Nőorv. L. 40, 31 (1977). – 2. Dart, J. M. M.: Clin. Obstet. Gynec. 3, 187 (1960). – 3. De Neef, S. C.: Clinical Endocrine Cytology. Hoeber Medical Division New York, 1965. – 4. Jakubecz, S., Nagy, T. Med. Wschr. 10, 463 (1967). – 5. Schmidt, A. L. D., Christiaans, A. P. L.: Acta Endocr. 4, 421 (1964). – 6. Southam, A. L.: Clin. Obstet. Gynec. 3, 241 (1960). –

3. Хернадн, А. Боршош: Наблюдения по онкоцитологическому исследованию влагалищного аспирата больных детского гинекологического контингента

Hernádi, Z., Borsos, A.: *Oncocytologic examination of the vaginal aspirate of child-gynecologic patients: the authors' experiences*