

КОНВЕНЦИОНАЛНА ЦИТОЛОГИЯ ЗА ПРОФИЛАКТИКА НА РАКА НА МАТОЧНАТА ШИЙКА – популярна като цитонамазка

Допълнителна информация:

Конвенционалната цитология (цитонамазка) е метод, с който с помощта на специална четка се взима клетъчен материал от порциото на маточната шийка.

С цел да се достигне порциото за оглед и взимане на материал във влагалището се въвежда спекулум – метален, който е за многократна употреба (преди употреба се подлага на стерилизация) или пластмасов, който е за еднократна употреба и след това се унищожава (недостатък на пластмасовите е, че са слаби и се чупят – особено при по-корполентни пациенти и тогава се налага ползването на многократни метални спекулуми). За да се вземат достатъчно количество клетки се препоръчва предварително отстраняване на слузта, която е своеобразен лумбрикант и възпрепятства взимането на достатъчно количество клетки, поради намаленото съпротивление при контакта на четката с повърхността на лигавицата.

Използват се две цилиндрични четки – за всяка от локализациите – от порциото и от цервикалния канал.

С четката за порциото се остъргва повърхността на порциото и после клетките се разстилат по цялото протежение на предметното стъкло, означено с цифров код или с буквите от името на пациента, така че да се запази половината от полето за надписване на цифровия код и в лабораторията. Втората четка се въвежда в цервикалния канал и се завърта в едната посока на половин до един оборот, без да се връща, за да не разкърва лигавицата и контаминира с кръв натривката, следва изготвяне на втора натривка – с въртеливо движение се оставят клетките върху цялото протежение на второто предметно стъкло. Второто стъкло се надписва по подобен начин като първото и двете се дезинфектират със спиртен спрей или се потапят във метилов спирт или просто се оставят да изсъхнат на въздух, после се поставят в транспортна кутийка и се поставят в плик с цип заедно с фиш „Искане за цитологично изследване“, който се попълва от лекаря, който е взел пробата. Така пакетираният материалът се изпраща в лабораторията за анализ.

В лабораторията лаборантът сравнява имената на пациента от фиша и буквите или цифровия код върху предметните стъкла, поставя нови номера специфични за лабораторията и изготвя препарати като ги оцветява и включва в смола с покривни стъкла. Следва микроскопиране на готовите препарати от лекаря-патолог.

След като лекарят прегледа под микроскоп клетките от препарата, нанася своето заключение в специален фиш „Отговор на цитологично изследване“.

Отговорът се оформя съгласно изискванията на медицински стандарт „Клинична патология“ и се оценява по системата Бетезда (редакция 2014) и по петстепенната скала на Папаниколау.

Съгласно системата Бетезда оценката на риска от развитие на РМШ (рак на маточната шийка) завършва с ИНТЕРПРЕТАЦИЯ или РЕЗУЛТАТ, а не с ДИАГНОЗА, понеже цитологичният отговор, макар и с висока степен на надеждност не може да е абсолютно категоричен и се нуждае от хистологично потвърждение в случай на преканцероза.

При цитологии, при които няма съмнения за преканцероза категорията по Бетезда е NILM – негативна за интраепителни лезии и малигненост цитология, което съответства на I и II група по Папаниколау – или I и 2-ра група по ПАП.

При цитологии, при които има съмнение за преход към малигненост / преканцероза категориите на Бетезда са в зависимост от промените в клетките:

При промени в плоските клетки категориите са съответно -

Атипични плоски клетки:

ASC-US – атипични плоски клетки с неясно значение и

ASC-H – означава атипични плоски клетки при които не е изключено наличието и на HSIL.

LSIL – плоски клетки от нискостепенна интраепителна лезия – съответства на Трета А група по ПАП

HSIL - плоски клетки от високостепенна интраепителна лезия - съответства на Трета Б група по ПАП.

При промени в жлезните клетки категориите на Бетезда са:

AGC – атипични жлезни клетки

AIS – аденокарцином ин ситу.

Проследяването на пациентите е различно и е в зависимост от категорията към която е причислен резултатът им:

При резултат NILM или Първа и Втора група по ПАП на пациента се препоръчва следваща контролна профилактична цитонамазка след 1 до 3 години, а ако е в менопауза и 5 години, а след 65 годишна възраст вече не се препоръчва скрининг, ако предишните цитонамазки са били без отклонения.

При резултат Трета А група по ПАП / LSIL се препоръчва следваща профилактична цитонамазка след 3 месеца.

При резултат HSIL или Трета Б група, както и при по-високостепенни отклонения се препоръчва колпоскопия с прицелна биопсия, а ако промените са от цервикалния канал, където колпоскопията е безполезна, се препоръчва кюретаж. Въз основа на резултата от биопсията може да се наложи и оперативно лечение.

иконка на лист с лупа – допълнителна здравна информация за същността на изследването

Диагнозата Рак на Маточната Шийка (РМШ) е диагноза, която ежегодно получават над половин милион жени по света, като повече от половината от тях умират. Статистиката от 2012 година сочи: 528 000 заболели и 266 000 смъртни случая. Накратко РМШ е четвъртото по честота заболяване в света и четвъртото по смъртност сред жените. За Европа числата са 34 000 нови случая на заболяване и 16 000 смъртни случая. За България статистиката е 1250 жени заболяват от РМШ всяка година, като всеки ден умират по две жени. Т.е. РМШ е втората по честота причина за смърт на жените до 60 годишна възраст в България. А това заболяване може да се предотврати!

Как може да се предотврати РМШ?

– чрез регулярни (периодично през 1, но не по-рядко от 3 години) адекватни профилактични изследвания на клетъчен материал взет от лигавицата на цервикалния канал и от порциото на маточната шийка. Клетките трябва да се вземат с четка или шпатула (памучният тампон не е добър вариант – пропуските са съществени, понеже се взимат клетки само от повърхностните слоеве епитела). Взетите клетки се нанасят равномерно върху предметно стъкло, което се надписва и фиксира и от което след оцветяване със специални оцветители се изготвя препаратът, който се изследва под микроскоп от лекаря патолог, който приключва изследването със заключение или интерпретация на резултата. Така е при т.нар. конвенционална цитонамазка.

Иновативен метод е Течно-базираната цитология, при която клетките от четката се поставят в специален разтвор в контейнер, който се изпраща в лабораторията за изготвяне на препарат и изследване. Този метод е с много преимущества, а комбинацията му с конвенционалната цитонамазка е избран метод на изследване в не една европейска държава, в която се провежда популационен скрининг за рак на маточната шийка. В този случай периодът на повторно изследване при адекватно взет материал и липса на отклонения е 3 години, ако е направена комбинация с изследване и за човешки папилома вирус – HPV се препоръчва срокът да е 5 години.

Важно е да се знае, че:

- най-подходящият период за взимане на цитонамазка е около овулацията – т.е. в средата на цикъла – 2-3 дни преди или 2-3 дни след овулацията – т.е. между 11. и 17. ден на цикъла (при 28 дневен цикъл, първи ден на цикъла е денят на поява на кръвене).

– При цикъл, различен от 28 дневния, овулацията настъпва 14 дни преди кръвенето – т.е. при цикъл от 20 дни овулацията е на 6.ден.

– 24 часа преди взимане на цитонамазка не трябва да се правят промивки (т.нар. дамски душ), апликация на медикаменти във влагалището или да има сексуален контакт - резултатът може да се повлияе от морфологични промени вследствие на описаното – поява на кръв, на левкоцити, на промени в киселинността на средата и т.н.

– Приемането на лекарства – хормонални препарати, антибиотици, антитуморни и цитостатични може да промени морфологията на клетките, същото се получава и след лъчелечение! Тези детайли следва да се означат от лекаря върху „Искането за цитологично изследване“, което придружава материала за изследване – препаратите или контейнера за течно-базирана цитология.

Оценка на риска от развитие на РМШ – преценка на морфологичните промени в клетките:

Има различни системи за оценка на находките в цитологичните препарати – системата Бетезда и системата на Папаниколау са най-популярни.

Системата Бетезда се прилага в САЩ и ЕС, а различни модификации на системата на Папаниколау са разпространени в Европа. В България съгласно медицински стандарт „Клинична патология и цитология“ находките следва да се отчитат и по двете системи – по Бетезда и по ПАП (съкратено от Папаниколау).

По Папаниколау или по ПАП, а също и PAP (от съкращението на англ.език от името Папаниколау) оценката се прави в пет групи означени с римски или арабски цифри:

ПАП I – първа група по ПАП или ПАП 1,

ПАП II – втора група по ПАП, – тези две групи са при нормални находки без наличие на съмнения за туморен

процес. (има различни разширения на втора група, характеризиращи различните състояния)

ПАП III – трета група по ПАП – наличие на лезия съответстваща на различна степен на дисплазия, която е необходимо да се докаже чрез хистологичното изследване след взимането на биопсия. С група ПАП 3А се означават начални лезии, при биопсията се установява лека дисплазия, а с ПАП 3Б или PAP 3В или ПАП 3ШБ и PAP3В се означават промени, които при биопсия се установява умерена или тежка дисплазия – т.нар. ЦИН2 и ЦИН3 или CIN2 и CIN3, при които се налага по-широка биопсия наречена „конизация“ на маточната шийка. В т.нар. Трета група са събрани преканцерозите на маточната шийка, т.е. състояния които могат да се лекуват и по този начин да се избегне развитието на инвазивен т.е. истински рак на маточната шийка.

ПАП IV – четвърта група по Папаниколау – съответства на карцином ин ситу ако се вземе биопсия. Разбира се като ориентируващ цитологичният метод не е абсолютно точен (освен че е много субективен) и е възможно и при по-ниска степен или група да има наличен инвазивен карцином и при всеки такъв случай би следвало да се прави анализ на предишните материали, за да се види на какво се дължи пропусъкът.

ПАП V – пета група е диагноза при ясни белези за инвазивен карцином.

По Бетезда заключенията могат да бъдат:

Негативна за интраепителни лезии и малигненост цитонамазка – NILM. Което съответства на 1 и 2 група по ПАП.

Атипични плоски клетки:

С неясно значение – ASCUS – съответства на втора група по ПАП, но е наложително скорошно повторно изследване – 6 месеца и ако находката се повтори е желателно да се направи биопсия.

ASC-H – Атипични плоски клетки, за които не може да се изключи и високостепенна лезия.

Следват оценки при които е задължително да се направи последваща биопсия:

Атипични жлезни клетки – AGC.

LSIL – Нискостепенна сквамозна интраепителна лезия – съответства на хистологична диагноза ЦИН 1, а при цитологично изследване оценено по ПАП на ПАП 3А.

HSIL – Високостепенна сквамозна интраепителна лезия – съответства на хистологична диагноза тежка дисплазия и карцинома ин ситу – CIN3 или тежка дисплазия и Ca in situ.