

ДЕСТРУКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ И ПРЕДРАКОВИ ИЗМЕНЕНИЯ НА ВЛАГАЛИЩЕТО И ВУЛВАТА

I. ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ И ПОСТУЛАТИ

1. Общи положения

Диагностиката и лечението на лезиите на влагалището и вулвата, разделени на доброкачествени (без подлежаща дисплазия) и предракови (с подлежаща дисплазия) стъпва на правилата на колпоскопията, епизиоскопията, вирусологията, патохистологията и съвремен-

ната им клинична интерпретация.

2. Класификация на предраковите заболявания на вулва и влагалище

Нова класификация на предраковите заболявания на вулва и влагалище на Международната Асоциация за Вулвовагинални заболявания, приета от Световната Здравна Организация – 2014 година.

Нови термини	Стари термини - синоними
Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)	CIN1; VIN1(usual type); VAIN1; остър кондилом; лека дисплазия; коилоцитна дисплазия
High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)	CIN2; VIN2(usual type); VAIN2; CIN3; VIN3(usual type); VAIN3; умерена дисплазия; тежка дисплазия; болест и дисплазия на Bowen
Differentiated VIN (dVIN)	VIN; CIS (Ca in situ)

3. Постулати

Посочените по-долу общовалидни правила следва да бъдат спазвани при предложение (намерение) за деструктивно лечение на лезии на влагалището и вулвата:

Диагностични:

- Лезиите на влагалището и вулвата се диагностицират чрез колпоскопско/епизиоскопско изследва
- Разширената колпоскопия/епизиоскопия е задължителна
- При епизиоскопия се прилага тест на Collins (оцетна киселина и толуидиновосиньо)
- Колпоскопията/епизиоскопията не поставя диагноза, тя различава нормални и абнормни находки.
- Диагноза се поставя само с биопсия и хистологично изследване.
- Прицелна биопсия се взема от най-суспектния участък на лезията
- Биопсичното късче трябва да съдържа епител и строма
- Биопсия от влагалище се взема в дълбочина $\leq 3-4$ мм.
- Биопсията от окосмени зони на вулвата следва да бъде ексцизионна (пънч) в дълбочина $\geq 5-6$ мм. (вкл. космен фоликул и придатъци)
- Биопсия от неокосмени зони на вулвата се взема щипково или ексцизионно в дълбочина $\geq 5-6$ мм.
- Атипичните колпоскопски/епизиоскопски находки изискват изготвяне на колпоскопска/епизиоскопска скица(карта) с точни обозначения според актуалната номенклатура

Наличието на колпоскопски/епизиоскопски атипизъм, независимо от разположението и тежестта му, без хистологична верификация не подлежи на деструкция.

- Мястото на взетата биопсия се маркира точно на колпоскопската/епизиоскопската карта.
- LSIL (VaIN1/VIN1) с малка площ не налагат деструкция на всяка цена.

Пациентките могат да бъдат проследени. В съображение влизат също така и локални медикаментозни средства (напр. Imiquimod). Деструктивното лечение е алтернатива.

Терапевтични:

- На деструктивно лечение подлежат всички HSIL (VaIN 2,3/ VIN 2,3/dVIN) лезии.
- Тежестта (степената) на VaIN/VIN, площта и разположението на лезията имат основно значение за определяне на метода (типа) за деструкция и за оптималните параметри на приложената енергия.
- Предраковите лезии на влагалището изискват локална деструкция с периферия в здраво 3-5 мм. и в дълбочина най-много 3.5-4 мм с цел минимализиране на риска от перфорации и фистули.
- Предраковите лезии на вулвата изискват деструкция с периферия в здраво поне 5-10 мм. и в дълбочина най-малко 5-6 мм с цел унищожаване на космените фоликули с придатъците им
- Деструкция с периферия повече от 5 мм в колпоскопски/епизиоскопски интактен епител е препоръчителна
- Ексцизионното лечение изисква хистоло-

гична оценка на резектата

- Резидуални/рецидивни лезии след аблативно лечение следва да се третират с ексцизионна техника. Реаблацията е алтернатива

- При липса на подходяща аблативна техника се препоръчва използването на ексцизионна такава с хистологично изследване на резектата

Всички случаи с хистологични данни за инвазивна болест подлежат на лечение според алгоритъма за съответната локализация

- VaIN/VIN и бременност- препоръчва се наблюдение през бременността и лечение след раждането.

Хистологични:

Задължителни атрибути на хистологичният отговор са:

- вид/степен LSIL/ HSIL/ dVIN (VaIN /VIN)
- наличие/липса на инвазия
- дълбочина на инвазия в мм
- диференциация (G)

II. КВАЛИФИКАЦИЯ

Деструктивни лечебни техники следва да се прилагат от специалисти акушергинеколози с придобита допълнителна квалификация (сертификат) по колпоскопия и по деструктивно лечение, след проведено практическо обучение в референтни центрове.

III. ДИАГНОСТИЧЕН АЛГОРИТЪМ

1. Задължителен диагностичен минимум:

- Разширена колпоскопия/епископия (фиш с колпоскопска/епископска скица на находката при атипизъм)
- Прицелна биопсия с маркиране на мястото на биопсията на скицата
- Хистологичен резултат
- ХПВ ДНК-типизация (препоръчително)

АЛГОРИТЪМ

2. Видове влагалищни и вулварни лезии подлежащи на деструктивно лечение

- Доброкачествени (без подлежаща дисплазия)
- Предракови (с подлежаща дисплазия)

ХПВ ДНК-типизация (препоръчително) → Колпоскопия/епископия → Биопсия → Деструкция

IV. ЛЕЧЕНИЕ

1. Доброкачествени лезии

Възможности: Имуномодулатори – общи и локални; Локални вируцидни средства; Локални хормонални препарати; Локални нехормонални препарати; Локална химична деструкция; Електродеструкция; Лазерна вапоризация; Лазерна скинектомия; Лазерна ексцизия; Хирургична ексцизия

2. Предракови лезии

Основни критерии за избор на вида на деструкция:

Аблативна:

- колпоскопски/епископски изцяло видима и достъпна лезия и периферия
- хистологично доказан HSIL (VaIN 2,3/ VIN2,3*/ dVIN)

- липса на съмнение за инвазивен процес

Ексцизионна:

- колпоскопски/епископски ненапълно видима и достъпна лезия и периферия
- липса на подходяща аблативна техника
- хистологично доказан HSIL (VaIN 2,3/ VIN2,3*/ dVIN)

- съмнение за инвазия

Забележка: При несъответствие между тежестта на колпоскопски/епископски атипизъм и хистологичната диагноза от прицелната биопсия се предлага ревизия на хистологичния резултат (второ мнение по готови препарати) или нова прицелна биопсия.

3. Базови параметри на деструкция

ВЛАГАЛИЩЕ

аблативни:

- периферия ≤ 3 мм. в колпоскопски/епископски интактен епител
- дълбочина ≥ 3.5- 4 мм.

ексцизионни:

- периферия ≤ 3 мм. в интактен епител
- дълбочина ≤ 3.5 - 4 мм.

ВУЛВА

аблативни:

- периферия ≥ 5-10 мм. в колпоскопски/епископски интактен епител/кожа
- дълбочина ≥ 5- 6 мм.

ексцизионни:

- периферия ≥ 5-10 мм. в интактен епител/кожа
- дълбочина ≥ 5-6 мм.

V. ПРОСЛЕДЯВАНЕ

1. Проследяване след лечение на доброкачествени лезии – извършва се в период на 3 - 6 месеца, чрез колпоскопско/епископско изследване

2. Проследяване след лечение на преканцерози – извършва се в период най-малко от 12 месеца, чрез колпоскопско/епископско изследване, при необходимост - ХПВ ДНК-типизация и хистология.

Забележка: Броят на посещенията, както и интервалите между тях следва да се индивидуализират по преценка на лекуващия лекар.

VI. МЕДИЦИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЯ

Всяко предложение за деструктивна процедура следва да бъде аргументирано с медицински доказателства и да се съпровожда от задължителната медицинска документация:

- Амбулаторен лист
- Колпоскопска/епископска скица на находката (прил.1)
- Хистологичен резултат
- Протокол за деструктивна процедура
- Информирано съгласие
- Следлечебни указания и схема за проследяване

Горепосочените документи са валидни, когато притежават подпис и печат на специалиста (гинеколог и патолог) и подписано информирано съгласие от пациентката.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

- Комбиниран фиш за шийка, влагалище и вулва

