

# Κολποσκόπηση

# 1

Osama Shawki και Yehia Shawki

Η ιστορία της κολπικής εξέτασης χρονολογείται από τα αρχαία χρόνια και αποτελεί μέχρι και σήμερα ένα είδος ιεροτελεστίας για τη μετάβαση στη φύση της ενήλικης ζωής μιας γυναίκας. Οι επιστημονικές εξελίξεις σε αυτόν τον τομέα ήταν ελάχιστες, με την πιο αξιοσημείωτη από αυτές να προέρχεται από τον J. Maigien Sims το 1845, όταν δημιούργησε τον πρώτο υποτυπώδη κολποδιαστολέα από ένα κουτάλι κασσίτερου [1]. Ο κολποδιαστολέας του Cusco, που έμοιαζε με ράμφος πάπιας, εμφανίστηκε γύρω στο 1859, αποδείχθηκε πιο εκλεπτυσμένος και πρακτικός από τους περισσότερους διαστολείς [2] και παραμένει μέχρι και σήμερα ένα βασικό εργαλείο στα περισσότερα γυναικολογικά ιατρεία και στις κλινικές, καθώς αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της γυναικολογικής εξέτασης. Αυτή η παρωχημένη μορφή διαστολέα δεν εξελίχτηκε τον τελευταίο αιώνα και μπορεί ακόμα και να χαρακτηριστεί λανθασμένα αναφορικά με την ονομασία, καθώς τα σκέλη του κολποδιαστολέα κρύβουν το μεγαλύτερο μέρος του κόλπου, με αποτέλεσμα να είναι πιο χρήσιμος για την εξέταση του τραχήλου της μήτρας. Από την άλλη, οι ασθενείς υποβάλλονται σε μια δυσάρεστη και επώδυνη διαδικασία, που αφήνει συχνά μία δυσάρεστη εμπειρία από τις επισκέψεις στον γυναικολόγο.

Με την εμφάνιση των οπτικών ινών και της ενδοσκόπησης ήρθαν και εξαιρετικές εξελίξεις στον ιατρικό τομέα, από τις οποίες σημαντικότερες για τη γυναικολογία υπήρξαν η λαπαροσκόπηση και η υστεροσκόπηση. Η υστεροσκόπηση είναι διαθέσιμη ως επέμβαση εξωτερικού ιατρείου με ελάχιστη ή καθόλου νάρκωση και παρέχει υποδειγματικές διαγνωστικές δυνατότητες, καθώς και τη δυνατότητα για ταυτόχρονη χειρουργική παρέμβαση. Το 1997 παρουσιάστηκε ένας νέος τρόπος εκτέλεσης της διαδικασίας της υστεροσκόπησης, ο οποίος αποσκοπούσε στη μείωση του πόνου με την αποφυγή της χρήσης λαβίδας και κολποδιαστολέα [3]. Ωστόσο, αυτή η μέθοδος εξακολουθούσε να μην επιτρέπει την

πλήρη εξέταση του κόλπου, λόγω της αδυναμίας να διατηρήσει επαρκώς διατεταμένο τον κολπικό σωλήνα.

Η πρόταση για μια νέα, τροποποιημένη μέθοδο επισκόπησης του κόλπου έγινε από τον Osama Shawki, ονομάστηκε τεχνική Shawki και περιλαμβάνει προσέγγιση του αιδοίου με τρόπο που να αποφευχθεί κάποια εκροή κολπικού υγρού και να διαταθεί ο κόλπος, ώστε να αποκαλυφθούν όλα τα κολπικά τοιχώματα, οι κολπικοί θόλοι, καθώς και το κολπικό τμήμα του τραχήλου της μήτρας. Η τεχνική αυτή φέρει όλα τα πλεονεκτήματα της προαναφερθείσας υστεροσκοπικής τεχνικής, όσον αφορά στην αποφυγή του πόνου, και επιτυγχάνει αποτελεσματικότερη επισκόπηση του κολπικού καναλιού και του εξωτραχήλου. Ήταν, επίσης, επαναστατική στην αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων του κόλπου, όπως το σύνδρομο OHVIRA, όπου επανενώνεται ο αποφραγμένος ημίκολπος με το βατό τμήμα του κόλπου απ' όπου διέρχεται η έμμηνη ρύση. Αυτές οι ασθενείς τείνουν να παρουσιάζονται πρώτη φορά στην εφηβεία, όταν αρχίζει ο εμμηνορυσιακός κύκλος. Οι ασθενείς παραπονούνται για σοβαρό κυκλικό πόνο στην κατώτερη κοιλιακή χώρα κατά τη διάρκεια της έμμηνης ρύσης, για τον οποίο συχνά απαιτείται νοσηλεία. Καθώς ο ένα ημίκολπος επικοινωνεί με το αιδοίο, δεν υπάρχει η υποψία Μυλλερικών ανωμαλιών έως τη διενέργεια περαιτέρω εξετάσεων, που να περιλαμβάνουν υπερηχογραφικό έλεγχο και μαγνητική τομογραφία.

Αυτές οι εξετάσεις θα μπορούσαν να αναδείξουν συλλογή υγρού στον κόλπο. Η πάθηση συνδέεται συχνότερα με δίδελφου μήτρα. Ένα άλλο συχνό εύρημα αποτελεί η ετερόπλευρη νεφρική αγενεσία, ομόπλευρα του αποφραγμένου ημίκολπου. Συνεπώς, μια ουρολογική εξέταση είναι απαραίτητη. Στο παρελθόν τα περιστατικά αυτά διαγιγνώσκονταν λανθασμένα και υποβόλωνταν σε διερευνητικές λαπαροτομίες, που μπορεί να κατέληγαν ακόμα και σε υστερεκτομή, αφαιρώντας τη μήτρα της αποφραγμένης πλευράς. Το γεγονός ότι οι

περισσότερες από τις ασθενείς αυτές έχουν άρρηκτο παρθενικό υμένα αποτέλεσε σημαντικό εμπόδιο για τη διενέργεια οποιασδήποτε κολπικής εξέτασης σε κοινωνίες όπου η ακεραιότητα του παρθενικού υμένα ήταν μείζονος σημασίας.

Με τη νέα κολποσκοπική τεχνική που εφαρμόστηκε, κατέστη δυνατή η επισκόπηση ολόκληρου του κόλπου και ο αποφραγμένος κόλπος μπόρεσε να αντιμετωπιστεί με τη χρήση ενός ρεζεκτοσκοπίου με μαχαίρι Collin's, το οποίο εισάγεται διά μέσου του παρθενικού υμένα και διατέμνει το διάφραγμα του απεφραγμένου ημίκολπου. Αυτή η ενοποίηση αποτελεί μια ελάχιστα επεμβατική προσέγγιση, που διατηρεί άθικτο τον παρθενικό υμένα και παρακάμπτει τη διακοιλιακή οδό, ενώ παρέχει άμεση θεραπεία της υποκείμενης παθολογίας.

Ομοίως, ένα επίμηκες μη αποφρακτικό κολπικό διάφραγμα μπορεί να αντιμετωπιστεί διά της κολποσκοπικής οδού.

Αυτή η παθολογία, που συνήθως συνδέεται με ένα διάφραγμα τραχήλου-μήτρας, στο παρελθόν αντιμετωπιζόταν χειρουργικά με στραγγαλισμό και αφαίρεση του κολπικού διαφράγματος και ακολουθούσε υστεροσκοπική εκτομή του διαφράγματος της μήτρας, με ή χωρίς εκτομή του τραχηλικού διαφράγματος [4].

Στην κολποσκοπική προσέγγιση, το κολπικό διάφραγμα αντιμετωπίζεται με παρόμοιο τρόπο με το διάφραγμα της μήτρας, χρησιμοποιώντας και πάλι το ρεζεκτοσκόπιο με μαχαίρι Collin's, όπου εισάγεται και τέμνει το διάφραγμα κεφαλικά, μέχρι να φθάσει στο έξω τραχηλικό στόμιο.

Με αυτήν την τεχνική οι ιστοί ανασύρονται από τον κόλπο και δεν υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω εκτομή. Η περαιτέρω εκτομή του διαφράγματος του τραχήλου και της κοιλότητας της μήτρας είναι στη συνέχεια δυνατή υστεροσκοπικά.

Η κολποσκόπηση, επίσης, έχει αποδειχθεί επωφελής σε περιπτώσεις όπου απαιτείται κολπική εξέταση ασθενών με άρρηκτο παρθενικό υμένα, σε περιπτώσεις ενδομητρικών πολυπόδων, υποβλεννογόνων ινομυμάτων και άλλων παρόμοιων μορφωμάτων. Εδώ, η κολποσκοπική προσέγγιση διαφυλάσσει τον παρθενικό υμένα από οποιαδήποτε βλάβη σε κοινωνίες και πολιτισμούς στους οποίους η ακεραιότητά του θεωρείται σημαντική. Η διάμετρος του υστεροσκοπίου κυμαίνεται από 3,4 mm έως 9 mm, ανάλογα με το εργαλείο που χρησιμοποιείται και την εταιρεία που το προμηθεύει, το οποίο μπορεί να εισαχθεί διά μέσου του υμένα, χωρίς να προκαλέσει κάποια βλάβη.

Επιπλέον, οι περιπτώσεις κολπικής ενδομητρίωσης μπορούν πλέον να διαγνωστούν εύκολα κολποσκοπικά οι εστίες, μέσω της κατάλληλης επισκόπησης και εξέτασης του κόλπου. Συγκεκριμένα, γαλάζιες ή καφεοειδείς

ενδομητρωτικές εστίες, οι οποίες θα είχαν διαφύγει με τη συμβατική κολπική εξέταση, μπορούν πλέον να γίνουν αντιληπτές. Αυτή η παθολογία, που εμπλέκεται σε περιπτώσεις δυσπαρευνίας, δύναται να διαγνωσθεί εύκολα με αυτήν τη μέθοδο και ακολούθως να αντιμετωπιστεί με καυτηριασμό του ενδομητρωσικού ιστού.

Συμπερασματικά, η κολποσκόπηση αποτελεί μια νέα οπτική σε μια μακρόχρονη πρακτική, αντικαθιστώντας τη γυναικολογική κολπική εξέταση στη σύγχρονη εποχή



**Εικόνα 1.1** Η τυπική κολποσκόπηση, που αποδίδει μια εικόνα του κόλπου σε σύμπτυξη, έχει περιορισμένη ικανότητα επισκόπησης του κόλπου και χρησιμοποιείται κυρίως σαν μέσο πρόσβασης στον τράχηλο της μήτρας.



**Εικόνα 1.2** Τεχνική Shawki για την επισκόπηση του κόλπου: φαίνονται τα κολπικά τοιχώματα, οι κολπικοί θόλοι και το κολπικό τμήμα του τραχήλου της μήτρας.



**Εικόνα 1.3** Εικόνα κολπικής καντιντίασης, ένα παράδειγμα κολπικής λοίμωξης, όπως αποτυπώνεται με τη σύγχρονη κολποσκόπηση. Κρεμώδεις λευκές εκκρίσεις, που προκύπτουν από τη μόλυνση από ζυμομύκητες, φαίνονται στον κόλπο και στον τράχηλο της μήτρας.

(Εικόνες 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12 και 1.13).



**Εικόνα 1.5** Εικόνα εκτροπίου του τραχήλου της μήτρας. Πλήρης απογύμνωση του τραχήλου της μήτρας, όπου η ζώνη μετάβασης έχει μετατοπιστεί από το έξω τραχηλικό στόμιο, καλύπτει όλο το κολπικό τμήμα του τραχήλου της μήτρας με κυλινδρικό επιθήλιο.



**Εικόνα 1.4** Εικόνα αμφοτερόπλευρης πλάγιας ρήξης του τραχήλου, πιθανότατα στο πλαίσιο μαιευτικής επιπλοκής. Το πρόσθιο χείλος του τραχήλου της μήτρας φαίνεται σχεδόν στο ίδιο επίπεδο με το κολπικό τοίχωμα συνδυαστικά με τις τραχηλικές ρήξεις.



**Εικόνα 1.6** Διαβρώσεις του τραχήλου της μήτρας, που επιπλέκονται από τραχηλικούς πολύποδες. Οι πολύποδες του τραχήλου της μήτρας φαίνονται επενδεδυμένοι από τραχηλικό επιθήλιο και εξέχουν του έξω τραχηλικού στομίου.



**Εικόνα 1.7** Τραχηλικό ινομύωμα, που προβάλλει από το έξω τραχηλικό στόμιο μέσα στον κόλπο.



**Εικόνα 1.9** Υπόλειμμα ράμματος περιίδεσης, που έχει παραμείνει κοντά στον πρόσθιο κολπικό θόλο μετά την ατελή αφαίρεσή του.



**Εικόνα 1.8** Υποβλενογόνιο ινομύωμα, που προπίπτει μέσω του τραχηλικού καναλιού στον κόλπο. Η χαρακτηριστική εμφάνιση του ενδομητρικού ιστού επί της επιφάνειας του ινομυώματος υποδηλώνει ότι η προέλευση είναι από την κοιλότητα της μήτρας.



**Εικόνα 1.10** Πολλαπλές εστίες κολπικής ενδομητρίωσης, που παρατηρούνται στον πρόσθιο και στους πλάγιους κολπικούς θόλους. Αυτή η παθολογία έχει ενοχοποιηθεί σε περιπτώσεις δυσπαρέυνης και εν τω βάθει πυελικού άλγους.



**Εικόνα 1.11** Επίμηκες μη αποφρακτικό κολπικό διάφραγμα, κατηγορίας V1 [5]. Δύο εξωτερικά τραχηλικά στόμια διακρίνονται εκατέρωθεν του διαφράγματος.



**Εικόνα 1.13** Εικόνα μετά την υστεροσκοπική διόρθωση ενός επίμηκους αποφρακτικού κολπικού διαφράγματος, με τον αποφραγμένο ημίκολπο να επικοινωνεί τώρα με τη φυσιολογική πλευρά.



**Εικόνα 1.12** Επίμηκες αποφρακτικό κολπικό διάφραγμα, κατηγορίας V2 [5], σε δίδελφου μήτρα που οδηγεί σε σύνδρομο OHVIRA. Το διάφραγμα αποφράσσει τον αριστερό ημίκολπο.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

1. De Costa CM. James Marion Sims: some speculations and a new position. *Med J Aust.* 2003;178(12):660–3.
2. Kirkup JR. The history and evolution of surgical instruments: XI retractors, dilators and related inset pivoting instruments. *Ann R Coll Surg Engl.* 2002;84(3):149.
3. Bettocchi S, Selvaggi L. A vaginoscopic approach to reduce the pain of office hysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol.* 1997;4(2):255–8.
4. Parsanezhad ME, Alborzi S, Zarei A, Dehbashi S, Shirazi LG, Rajaeefard A, Schmidt EH. Hysteroscopic metroplasty of the complete uterine septum, duplicate cervix, and vaginal septum. *Fertil Steril.* 2006;85(5):1473–7.
5. Grimbizis GF, Gordts S, Di Spiezio Sardo A, Brucker S, De Angelis C, Gergolet M, Li TC, Tanos V, Brölmann H, Gianaroli L, Campo R. The ESHRE/ESGE consensus on the classification of female genital tract congenital anomalies. *Hum Reprod.* 2013;28(8):2032–44.