

## Schorzenia szyjki macicy leczone operacyjnie w latach 2007–2009 w materiale Kliniki Ginekologii i Położnictwa

Diseases of the uterine cervix treated surgically between  
2007–2009 in Department of Obstetrics and Gynecology

Agnieszka Badora, Igor Bakon

### STRESZCZENIE

Koło Naukowe STN  
przy Klinice Ginekologii i Położnictwa  
Katedry Ginekologii i Położnictwa  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach  
Opiekun Koła i pracy: dr n. med. Igor Bakon

#### WSTĘP

Schorzenia szyjki macicy przebiegają często bezobjawowo. Na podłożu dysplazji może rozwinąć się rak szyjki macicy. Wczesne rozpoznanie i podjęcie leczenia znacznie poprawiają rokowanie. Celem pracy była analiza czynników ryzyka, objawów i wskazań do leczenia operacyjnego w przypadku schorzeń szyjki macicy.

#### MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 141 kobiet w wieku  $48,4 \pm 7,5$  roku, leczonych operacyjnie w Klinice z powodu patologii w obrębie szyjki macicy w latach 2007–2009. Przyczyną hospitalizacji u 69 z nich była dysplazja szyjki macicy, u 44 rak szyjki macicy, u 19 rozległa nadżerka części pochwowej, a u 11 inne przyczyny. Jedynie 17 kobiet zgłaszało bóle, krwawienia lub upławy. Abrazję i konizację wykonano u 80 badanych, operację Wertheima-Meigsa u 34, histerektomię z przydatkami u 15, histerektomię bez przydatków u 7, a inne zabiegi u 5. U 2 chorych z dysplazją, u 1 z nadżerką i u 1 przyjętej z innej przyczyny rozpoznano raka szyjki macicy w badaniu histopatologicznym. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testów: Anova,  $\chi^2$ , Kruskala-Wallisa i macierzy rangowych współczynników korelacji Spearmana.

#### WYNIKI

Ból czy krwawienia nie występowały istotnie częściej w żadnej z grup. Schorzenia szyjki macicy częściej obserwowano u kobiet z podwyższonym BMI ( $p = 0,005$ ). Nie stwierdzono zależności ich występowania od liczby przebytych ciąży, porodów i poronień, wieku menarche, nieregularnych miesiączek.

#### ADRES

#### DO KORESPONDENCJI:

Agnieszka Badora  
ul. Mieszka I 15/175  
40-877 Katowice  
tel. 664 064 708  
e-mail: agnieszka.k.badora@gmail.com

Ann. Acad. Med. Siles. 2011, 65, 4, 14–18  
Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny  
w Katowicach  
ISSN 0208-5607

**WNIOSKI**

Schorzenia szyjki macicy najczęściej przebiegają bezobjawowo lub objawy są niecharakterystyczne. W badanej grupie najczęstszym wskazaniem do leczenia operacyjnego były dysplazja oraz rak szyjki macicy. Schorzenia szyjki macicy częściej obserwowano u chorych z podwyższonym BMI.

**SŁOWA KLUCZOWE**

rak szyjki macicy, leczenie chirurgiczne, dysplazja szyjki macicy

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION**

Diseases of the uterine cervix are usually asymptomatic. Dysplasia may lead to cervical cancer, the third most common malignant neoplasia in women. Early diagnosis and treatment enable successful outcome. The aim of the study was to determine risk factors, signs, and indications for surgical procedures.

**MATERIAL AND METHODS**

The study group consisted of 141 patients with different cervical lesions, treated surgically in Ob&Gyn Department. 69 women had dysplasia, 44 cervical with cancer, 19 with large cervical erosion and 9 with other disorders. D&C and conization was performed in 80 patients, Wertheim-Meigs procedure in 34, hysterectomy in 22, and other procedures in 5 women. Symptoms like pain, bleeding or whites were observed in 17 women. Additionally in 2 patients with dysplasia, in 1 with erosion and 1 admitted for other reasons, cervical cancer was found with histological examination. Statistical analysis was performed using Anova, Chi<sup>2</sup> and Kruskal-Wallis tests, as well as rang matrix correlation ratios of Spearman.

**RESULTS**

Symptoms like pain or bleeding was not more frequent in any group. The number of pregnancies, births and miscarriages, age of menarche or irregular menstruations did not affect diagnosis.

**CONCLUSIONS**

Uterine cervix disorders occurs more often among women with higher BMI ( $p = 0,005$ ). For other risk factors such relationship was not observed. In the study group dysplasia and cervical cancer were the most common indications for surgical treatment.

**KEY WORDS**

cervical carcinoma, surgical treatment, dysplasia

**WSTĘP**

Schorzenia szyjki macicy przebiegają zwykle bezobjawowo. Rak szyjki macicy jest drugim co do częstości występowania nowotworem złośliwym u kobiet i stanowi czwartą przyczynę zgonów. Może się on rozwinąć zarówno na części pochwowej, jak i w kanale szyjki [1,2]. W rozwoju raka szyjki macicy najistot-

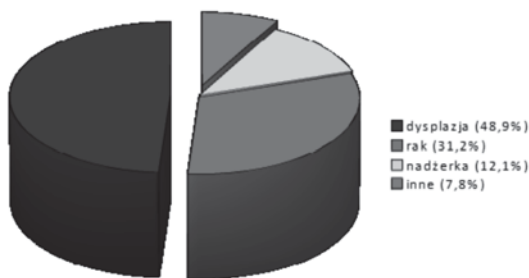
niejszym czynnikiem patogenetycznym jest infekcja wirusem HPV przenoszonym drogą płciową [3,4,5,6,7,8,9]. Wczesne rozpoznanie raka szyjki macicy jest możliwe dzięki wprowadzeniu prostego i taniego badania przesiewowego, jakim jest badanie cytologiczne [10]. Nieprawidłowy wynik badania cytologicznego wymaga pobrania wycinka (konizatu) z szyjki macicy do badania histopatologicznego w celu ustalenia ostatecznego rozpoznania [11].

We wszystkich wcześniej rozpoznanych przypadkach możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne, wówczas rokowanie jest pomyślne. W wyższych stopniach zaawansowania pozostaje leczenie paliatywne.

Celem pracy była analiza czynników ryzyka, objawów i wskazań do leczenia operacyjnego w przypadku różnych schorzeń szyjki macicy.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto 141 kobiet, w wieku  $48,4 \pm 7,5$  roku, leczonych operacyjnie z powodu schorzeń szyjki macicy w Klinice Ginekologii i Położnictwa SUM w Katowicach-Ligocie w latach 2007–2009. Przyczyną hospitalizacji u 69 chorych była dysplazja szyjki macicy, u 44 rak szyjki macicy, u 19 rozległa nadżerka części pochwowej, a u 11 inne przyczyny, takie jak: bóle podbrzusza, krwawienia, polip szyjki macicy czy stan po operacji z powodu raka szyjki macicy.



Ryc. 1. Procentowy udział schorzeń szyjki macicy u chorych leczonych operacyjnie.

Fig. 1. Diseases of the uterine cervix treated surgically in the study group (percentage).

Abrazję i konizację wykonano u 80 badanych, operację Wertheima-Meigsa u 34, histerek-



Ryc. 2. Procentowy udział przeprowadzonych zabiegów operacyjnych.

Fig. 2. Performed surgical procedures (percentage).

tomię z przydatkami u 15, histerektomię bez przydatków u 7, inne zabiegi u 5.

U 2 badanych z dysplazją, u 1 z nadżerką i u 1 przyjętej z innej przyczyny rozpoznano raka szyjki macicy w badaniu histopatologicznym. Analizę statystyczną wyników przeprowadzono przy użyciu testów: Anova, Chi<sup>2</sup>, Kruskala-Wallisa i macierzy rangowych współczynników korelacji Spearmana.

WYNIKI

Schorzenia szyjki macicy występowały istotnie statystycznie częściej ( $p = 0,005$ ) u kobiet z podwyższonym BMI (*body mass index*). Wskaźnik ten wynosił  $24 \pm 5,9$  u chorych z dysplazją,  $24,7 \pm 5,1$  z rakiem szyjki macicy,  $28,2 \pm 6,9$  z nadżerką oraz  $26,8 \pm 4,3$  u przyjętych z innych przyczyn (tab. I). Nie odnotowano znamiennej statystycznie wpływu wieku ani BMI na czas trwania zabiegów operacyjnych.

Tabela I. Średnie wskaźniki masy ciała (BMI) pacjentek operowanych z powodu schorzeń szyjki macicy

Table I. The average body mass index (BMI) in patients operated on for diseases of the uterine cervix

Schorzenie szyjki macicy	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
Dysplazja	$24 \pm 5,9$
Rak	$24,7 \pm 5,1$
Nadżerka	$28,2 \pm 6,9$
Inne	$26,8 \pm 4,3$

Dolegliwości bólowe zgłaszało 15 (21,7%) kobiet z rozpoznaną dysplazją, 11 (25,6%) z rakiem szyjki macicy, 1 (11,1%) z nadżerką oraz 9 (52,9%) przyjętych z innych przyczyn. We wszystkich przypadkach były to bóle w okolicy podbrzusza. Plamienia lub krwawienia nie związane z cyklem miesięczkowym wystąpiły u 8 (11,6%) kobiet z dysplazją, 16 (37,2%) z rakiem szyjki macicy, 14 (82,4%) z nadżerką oraz u 2 (22,2%) przyjętych z innych przyczyn (tab. II). Zarówno ból, jak i plamienia czy krwawienia nie występowały istotnie częściej w żadnej z grup (odpowiednio:  $p = 0,2$ ;  $p = 0,15$ ). Przynajmniej raz w ciąży było 59 (85,5%) pacjentek z dysplazją, 41 (95,3%) z rakiem szyjki macicy, 16 (94,1%) z nadżerką oraz 8 (88,8%) przyjętych z innych przyczyn. Nie stwierdzono zależności występowania wymienionych schorzeń od podanych

w wywiadzie położniczym, takich faktów, jak przebycie ciąży ( $p = 0,77$ ), porodu ( $p = 0,39$ ) czy poronienia ( $p = 0,47$ ).

stopnia (LGSIL) ulegają w ponad 50% przypadków samoistnej regresji i przed leczeniem zabiegowym powinny być poddane jedynie re-

**Tabela II.** Objawy zgłaszane przez pacjentki operowane z powodu schorzeń szyjki macicy

**Table II.** Symptoms in patients operated on for diseases of the uterine cervix

Schorzenie szyjki macicy	Ból	Plamienia/Krwawienia
Dysplazja	15 (21,7%)	8 (11,6%)
Rak	11 (25,6%)	16 (37,2%)
Nadżerka	1 (11,1%)	14 (82,4%)
Inne	9 (52,9%)	2 (22,2%)

**Tabela III.** Wywiad dotyczący przebytych ciąż i poronień u kobiet operowanych z powodu schorzeń szyjki macicy

**Table III.** A history of miscarriage and births in patients operated on for diseases of the uterine cervix

Schorzenie szyjki macicy	Ciąża w wywiadzie	Poronienie w wywiadzie
Dysplazja	59 (85,5%)	15 (21,7%)
Rak	41 (95,3%)	9 (21%)
Nadżerka	16 (94,1%)	3 (17,7%)
Inne	8 (88,8%)	1 (11,1%)

**Tabela IV.** Wywiad dotyczący wieku wystąpienia pierwszej miesiączki oraz nieregularnego miesiączkowania u kobiet operowanych z powodu schorzeń szyjki macicy

**Table IV.** A history of age of menarche and irregular menstruation in patients operated on for diseases of the uterine cervix

Schorzenie szyjki macicy	Wiek wystąpienia menarche	Nieregularne miesiączki
Dysplazja	13	13 (18,8%)
Rak	13	4 (9,3%)
Nadżerka	13	2 (13,3%)
Inne	13	1 (11,1%)

Średni wiek, w jakim wystąpiła pierwsza miesiączka, wyniósł dla wszystkich grup pacjentek 13 lat. Nieregularne cykle zgłaszało 13 (18,8%) pacjentek z dysplazją, 4 (9,3%) z rakiem szyjki macicy, 2 (13,3%) z nadżerką oraz 1 (11,1%) przyjęta z powodu innych przyczyn. Stwierdzono brak istotnej statystycznie zależności między występowaniem chorób szyjki macicy a wiekiem wystąpienia menarche ( $p = 0,34$ ) czy obecnością nieregularnych miesiączek ( $p = 0,47$ ).

## OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA

Rak szyjki macicy należy do najczęstszych nowotworów złośliwych u kobiet. Rozwija się najczęściej na podłożu dysplazji indukowanej zakażeniem wirusem HPV. Zmiany niskiego

gularnej obserwacji. Zmiany wyższego stopnia (HGSIL) rzadziej ustępują samoistnie i wykazują większą tendencję do progresji w kierunku raka inwazyjnego [12]. Brak charakterystycznych objawów lub bezobjawowy przebieg większości przypadków schorzeń szyjki macicy skłania do wykonywania regularnych badań przesiewowych – cytologicznych, umożliwiających wykrycie raka szyjki macicy we wczesnym stadium zaawansowania. Jest to bardzo istotne z uwagi na fakt, że wraz ze wzrostem stopnia zaawansowania tego nowotworu pogarsza się rokowanie. Obecnie przyjmuje się, że kobieta, u której wielokrotnie uzyskano prawidłowy obraz rozmazu cytologicznego, powinna być badana nie rzadziej niż co 3 lata [13,14]. Dąży się także do wprowadzenia innych badań przesiewowych, takich jak testy na obecność wirusa HPV czy spektroskopia fluorescencyjna [15,16,17]. Metody te powinny zna-

leżąc zastosowanie przede wszystkim u kobiet z grupy podwyższonego ryzyka. Duże nadzieje wiąże się z wprowadzanymi obecnie coraz powszechniej szczepieniami ochronnymi przeciwko zakażeniu wirusem HPV, wykonywanymi u nastolatek przed podjęciem współżycia seksualnego [18,19,20]. W niniejszej pracy wykazano zależność między częstością występowania schorzeń w obrębie szyjki macicy a podwyższonym wskaźnikiem BMI.

## WNIOSKI

1. Schorzenia szyjki macicy najczęściej przebiegają bezobjawowo lub objawy są niecharakterystyczne.
2. W badanej grupie najczęstszym wskazaniem do leczenia operacyjnego była dysplazja oraz rak szyjki macicy.
3. Schorzenia szyjki macicy częściej obserwowano u chorych z podwyższonym BMI.

## PIŚMIENNICTWO

1. Quinn M.A., Benedet J.L., Odicino F. i wsp. Carcinoma of the cervix uteri. FIGO 6<sup>th</sup> Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2006; 95: 43–103.
2. Pectasides D., Kamposioras K., Papaxoinis G., Pectasides E. Chemotherapy for recurrent cervical cancer. *Cancer Treat Rev.* 2008; 34: 603–613.
3. Bosch F.X., Manos M.M., Munoz N. i wsp. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) Study Group. *J. Natl. Cancer Inst.* 1995; 87: 796–802.
4. Cates W. Jr. Estimates of the incidence and prevalence of sexually transmitted diseases in the United States. American Social Health Association Panel. *Sex Transm Dis.* 1999; 26: 2–7.
5. Walboomers J.M., Jacobs M.V., Manos M.M. i wsp. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J. Pathol.* 1999; 189: 12–19.
6. Bosch F.X., Lorincz A., Munoz N., Meijer C.J., Shah K.V. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J. Clin. Pathol.* 2002; 55: 244–265.
7. Insinga R.P., Glass A.G., Rush B.B. The health care costs of cervical human papillomavirus-related disease. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004; 191: 114–120.
8. Lorinez A.T., Reid R., Jenson A.B., Greenberg M.D., Lancaster W., Kurman R.J. Human papillomavirus infection of the cervix: relative risk associations of 15 common anogenital types. *Obstet. Gynecol.* 1992; 79: 328–337.
9. McCrory D.C., Matchar D.B., Bastian L. i wsp. Evaluation of cervical cytology. *Evid. Rep. Technol. Assess (Summ).* 1999; 5: 1–6.
10. Gustafsson L., Ponten J., Zack M., Adami H.O. International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytologic screening. *Cancer Causes Control.* 1997; 8: 755–763.
11. Myers E.R., McCrory D.C., Subramanian S. i wsp. Setting the Target for a Better Cervical Screening Test: Characteristics of a Cost-Effective Test for Cervical Neoplasia Screening. *Obstet. Gynecol.* 2000; 96: 645–652.
12. Melnikow J., Nuovo J., Willan A.R., Chan B.K., Howell L.P. Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.* 1998; 92: 727–735.
13. Sawaya G.F., Kerlikowske K., Lee N.C., Gildengorin G., Washington A.E. Frequency of cervical smear abnormalities within 3 years of normal cytology. *Obstet. Gynecol.* 2000; 96: 219–223.
14. Shingleton H.M., Patrick R.L., Johnston W.W., Smith R.A. The current status of the Papanicolaou smear. *CA Cancer J. Clin.* 1995; 45: 305–320.
15. Rodero A.B., Silveira L. Jr., Rodero D.A., Racanicchi R., Pacheco M.T. Fluorescence spectroscopy for diagnostic differentiation in uteri's cervix biopsies with cervical/vaginal atypical cytology. *J. Fluoresc.* 2008; 18: 979–985.
16. Wu Y., Xi P., Qu J., Cheung T.H., Yu M.Y. Depth-resolved fluorescence spectroscopy of normal and dysplastic cervical tissue. *Opt. Express.* 2005; 13: 382–388.
17. Mandelblatt J.S., Lawrence W.F., Womack S.M. i wsp. Benefits and costs of using HPV testing to screen for cervical cancer. *JAMA* 2002; 287: 2372–2381.
18. Bryer J. Human papillomavirus health policy. *Policy Polit. Nurs. Pract.* 2010; 11: 23–28.
19. Brotherton J.M., Leask J., Jackson C., McCaffery K., Trevena L.J. National survey of general practitioners' experience of delivering the National Human Papillomavirus Vaccination Program. *Sex Health.* 2010; 7: 291–298.
20. Harper D.M., Williams K.B. Prophylactic human papillomavirus vaccines: current knowledge of impact on gynecologic premalignancies. *Discov. Med.* 2010; 10: 7–17.