

NAUČNO DRUŠTVO SR BOSNE I HERCEGOVINE

RADOVI

KNJIGA XXI

ODJELJENJE MEDICINSKIH NAUKA

Knjiga 9.



SARAJEVO

1963

B. BERIĆ

OSNOVA LEUKOPLAKIJE I KARCINOM GRLIĆA MATERICE

(Primljeno na sjednici Odjeljenja medicinskih nauka održanoj 29. VI 1962. g.)

Kao i većina indikatora atipičnog epitela na grliću materice (FIAE), otkrivena je osnova leukoplakije (OL) tek uvođenjem kolposkopije. Hinselmann je 1928. god. prvi put opisao OL (Grund), koju je našao odižući rožnati leukoplakični pokrivač.

Osnova leukoplakije nalazi se ispod leukoplakičnih površina i postaje vidljiva ili spontanom otpadanjem ili namernim, odnosno, nenameranim otklanjanjem rožnatog pokrivača prilikom ispiranja, snošaja, ginekološkog pregleda, uvođenja vaginalnog spekulumu i sl. Po svojoj lokalizaciji OL se obično nalazi na područjima reepitelizacije, kako na portio vaginalis uteri (pvu) tako i u cervikalnom kanalu. Po veličini OL odgovara obično leukoplakičnom pokrivaču, ali može biti i nešto manja. Prema ranijem Hinselmannovom shvatanju, na OL nailazimo daleko ređe nego na leukoplakiju, i njena frekvencija iznosi 1/5 frekvencije leukoplakije. Hinselmannovi rezultati govorili su da se leukoplakija nalazi prilikom kolposkopskih pregleda ranije netrijažiranog bolesničkog materijala u oko 1,5%. Prema tome bi se osnova leukoplakije nalazila u oko 0,3% slučajeva. Međutim, kasnija ispitivanja većeg broja autora daju druge podatke. Frekvencija se, prema tim podacima, kreće u rasponu od 0,6-14,4% (Zinser 0,6%; Gorga, Apparecida Paal i Gastin 0,8%; Keim i Vestner 1,8%; Huber-Meyer 1,9%; Mosseti 3,1% — u graviditetu 1,8%; Walz 3,6%; Leip 3,8%; Funck-Brentano — pri selektivnoj kolposkopiji — 8,5%; Tosetti 14,4%). Ako se usporede ovi procenti frekvencije i oni leukoplakije i uz to se uzme u obzir da je pojava OL vezana često sa nalazom leukoplakije, onda se može zaključiti da je stvarna frekvencija OL u uslovima selektivne kolposkopije negde oko 5—7%. U kom frekvencijskom odnosu se nalazi OL prema drugim područjima FIAE pvu, ne može se tačno odrediti pošto su područja FIAE u međusobnoj vezi i mogu spontano da prelaze jedno u drugo. Oblik pojavljivanja svih FIAE je

u principu zavisan od potencijalne tendencije ka orožavanju promenjenog epitela na grliću materice.

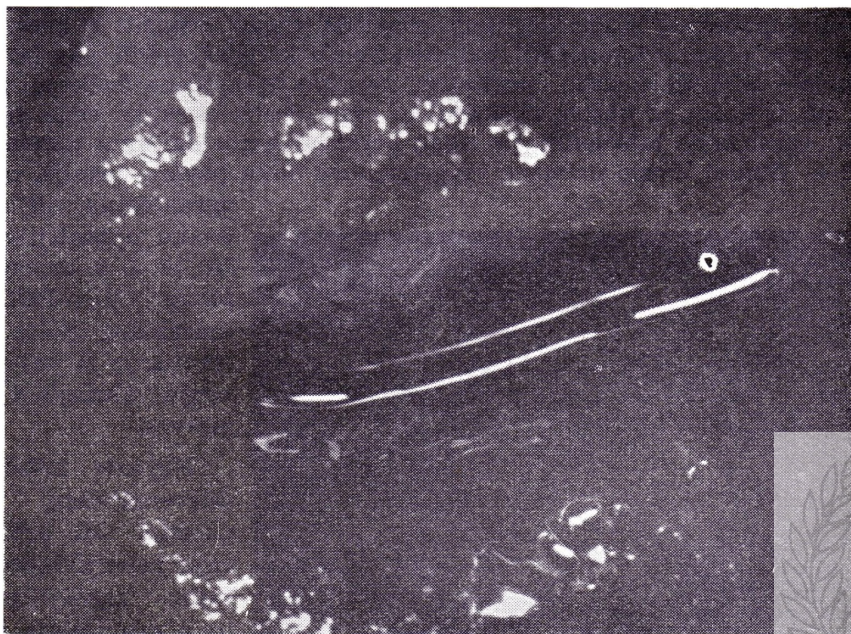
Običnim bimanuelnim ginekološkim pregledom i makroskopskom inspekcijom se OL ne može raspoznati. Dijagnoza ovog područja FIAE pripada isključivo kolposkopiji. Kolposkopski OL izgleda kao manje ili više neravna površina, različitog oblika i veličine, beličasto-žućkasta, koja je obično nešto ispod nivoa okoline, ali može u izvesnim slučajevima da bude u istom nivou ili čak i iznad njega. Na ovom beličasto-žućkastom polju vide se nepravilno diseminirane tamnocrvene tačkice različite veličine, koje predstavljaju površinski smeštene anze kapilara (sl. 1).



Slika 1.

Jačim pritiskom ili brisanjem OL može doći lako do kontaktnog krvarenja sa jednog ili više mesta iz kapilarnih anzi. Obično se na periferiji OL mogu naći ostaci leukoplakičnog pokrivača ili drugi FIAE. Prilikom premazivanja kolposkopskim reagensima OL postaje jasnije vidljiva, njena granica i obrisi postaju oštriji, a boja dobija izrazitiji žućkasti ton. Premazivanjem jodnim rastvorima OL ostaje neobojena ili na periferiji lako žućkasta. Neki put se na OL mogu naći i ostaci višeslojnog normalnog epitela (Geeraert). U tim slučajevima jodni test daje koloristički nehomogenu sliku, dok su granice u okolini ostataka normalnog epitela sitno nazubljene. Granice OL su inače posle premazivanja jodnim rastvorima uvek jasno i oštro odeljene od okolnog homo-

geno mrko obojenog tkiva. Ova slika odgovara tipičnom izgledu OL, koji se i najčešće sreće. Međutim, postoji i tzv. papilarna, izdignuta osnova leukoplakije (POL), koja se znatno ređe sreće. Hinselmann ju je prvi put opisao 1929. god. Kolposkopske karakteristike POL su sledeće: na žučkasto-beličastoj, staklastoj i uzdignutoj osnovi vide se manje-više gusto izdignute papile, različite veličine i debljine (sl. 2). Prema izgledu papila,



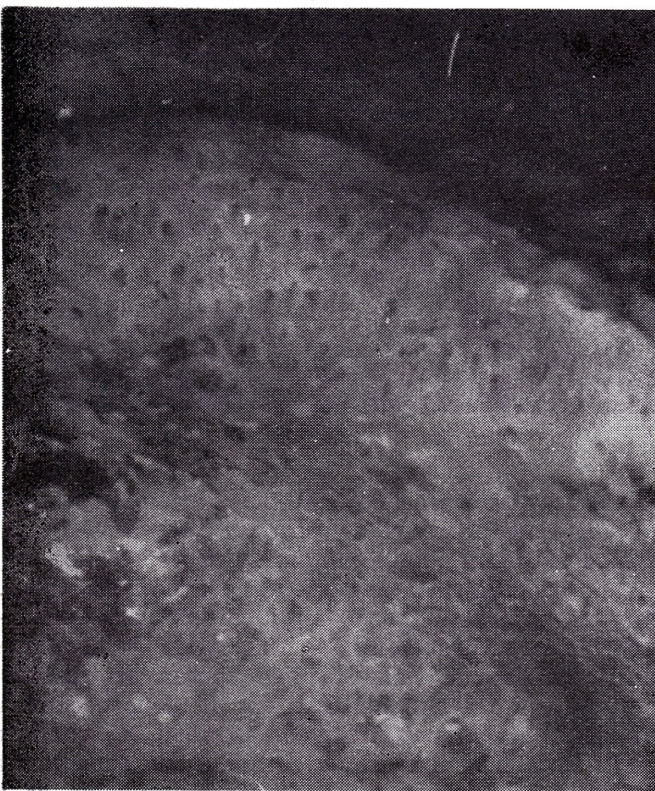
Slika 2.

u slučaju POL se mogu razlikovati dva oblika: sitno i krupno papilarna OL (SPOL, KPOL). Na POL koje su oštro ograničene prema okolnom epitelu i koje se često nalaze u blizini ili na samom rubu već postojećeg egzofitičnog karcinoma, jasno se vide promenjeni kapilari. Oni su deblji, nepravilno spiralno izvijugani, prošireni i daju sliku vadičepa («Korkziehkapilaren» — Mestwerdt; «a cavaturacciolo» — Masciotta) ili ukosnice (Ganse). Ova slika kapilara naročito se dobro vidi i veoma impresivno deluje kad se upotrebe zeleni monohromatski filter ili fluorescentna kolposkopijska. Upotreba reagensa daje ovoj slici veću jasnoću. Za razliku od obične, tipične OL, koja se u izvesnim slučajevima može raspoznati tek posle upotrebe reagensa, uzdignuta papilarna OL dijagnostički se i pre primene reagensa.

Papilarna OL se razlikuje od »obične« time što često ne orožava. Krvni sudovi na njoj su jasniji i bolje vidljivi nego na »običnoj« OL ili zapaljivim promenama. Isto tako se na njoj ređe nalaze ostaci leukoplakitičnog pokrivača, ali se i POL nalazi često udružena sa ostalim područjima FIAE. Deformacije i promene krvnih kapilara, koje se često nalaze jasno izražene na područjima POL, dovode do poremećaja u cirkulaciji i dovodu krvi. Ove promene kapilara uzrokuju pojavu nekrotičnih promena na samim POL. Nalaz malih, plitkih ulkusa, nepravilnih

rubova ili plitkih erosio vera, oko čijih ivica se nalaze naročito jasno izražene promene kapilara, veoma je sumnjiv kao postojanje početnog karcinoma sa tendencijom ka egzofitnom rastu.

Sem POL, postoji i jedan međuoblik između OL i mozaičnog polja, koji je Hinselmann prviput opisao 1932. god. Ta prelazna varijanta je tzv. sitnomozaična osnova leukoplakije (SOL) — kleinfeldriger Grund, la base à petits champs — i predstavlja jedan od međuoblika, koji se prilikom površnog kolposkopskog pregleda mogu označiti i svrstati u grupu tzv. nekarakterističnih jod-negativnih kolposkopskih nalaza. Kolposkopski SOL daje sliku rasplinite, nejasno ograničene žućkaste površine OL u kojoj se nalaze mestimično mala, često okrugla, ređe uglasta polja, ograničena tačkastim, ne uvek kontinuiranim linijama tamne boje (sl. 3 — Ganse). Posle primene reagensa, ova slika postaje jasnija, oštrije



Slika 3.

ograničejna, ali nikad onako upečatljivo kao što je to u slučaju tipične OL, POL ili mozaičnog polja. Jod-proba je u najvećem broju slučajeva negativna.

Najveće teškoće u diferencijalnoj dijagnostici OL pričinjavaju zapaljivi procesi, zatim zapaljenja u toku graviditeta i ona s atrofijom epitela u slučaju senilnih kolpitisa. Inzularni kolpitisi bez postojanja nekrotičnih žarišta u inflamatornim folikolima mogu pričinjavati takođe izvesne teškoće. Od OL kolpitis, kao i difuzna zapaljenja razlikuju se time što su zapaljenja difuzno proširena po sluzokoži vagine. OL se

može, istina, javiti multipno, ali se to ređe dešava i te promene se lako raspoznaju. Premazivanjem jednim od reagensa proširene kolposkopije OL postaje bolje vidljiva, oštrije ocrtana, dok se u slučaju inzularnog kolpitis, npr., vidi više u neredu razbacanih, lako uzvišenih, nejasno ograničenih polja. Jod-proba u slučaju zapaljivih procesa daje veoma šarenu sliku sa konfluiranjem svih nijansi mrke boje, nejasnih obrisa. Dobija se impresivna slika »leopardove kože«, samo u obrnutom raspo-

redu kolorističkih odnosa (svetložute sve do svetlomrke nepravilne mrlja na mrkoj osnovi). U obzir dolaze diferencijalno dijagnostički, naročito u slučaju POL, i oštri kondilomi na pvu. Oni su praćeni obično fluorom, i vide se u obliku grupisanih papila, koje imaju pravilniji i »uredniji« izgled nego papile POL. Papile su krupnije, grublje, šire. Veće grupe papila obrazuju formacije koje podsećaju na petlovu krestu ili rozetu. Krvni kapilari imaju manje-više normalan izgled i pravilan raspored. Jod-proba je pozitivna. Histološki se otkriva jaka proliferacija normalnog epitela sa širokim papilarnim izraštajima, koji su okruženi jakom leukocitarnom i plazmocitarnom infiltracijom. Znaci atipije epitela se po pravilu ne nalaze. U slučaju papilarne OL dolazi u obzir diferencijalno dijagnostički još i početni niski papilom. Njegova tamnija boja, jača ispoljenost krvnih kapilara daju mu karakterističan izgled, koji se i kolposkopski, a pogotovo histološki lako razlikuje od POL (sl. 4).



Slika 4.

Najkarakterističniji prilikom kolpomikroskopskog pregleda je nalaz proširenih i jasno vidljivih kapilara, koji dopiru do same površine epitela i u kojima se neki put mogu videti ne samo pulzacije, nego i pojedini eritrociti. Izgled ćelija epitela zavisi od vrste histološkog supstrata i varira od benignih inflamatornih promena epitela do invazivnog karcinoma.

Vrsta osnovnog procesa uslovljava i citološku sliku tako da se u vaginalnim razmazima mogu naći veoma različite ćelije. Ukoliko se radi o promenama atipičnog epitela ili o karcinomu, koji se kolposkopski manifestuje slikom OL, tada se u većem broju nego u slučaju leukoplakija nalaze eksfolisane sumnjive atipične ćelije. Nedostatak rožastog pokrivača, koji može neki put da smanji broj odbačenih atipičnih ćelija, omogućava u slučajevima OL veći procenat njihovog nalaženja. S tim

u vezi se respektivno smanjuje i broj »lažnonegativnih rezultata« u citološkoj dijagnostici.

U razmatranju histoloških promena koje čine supstrat OL mora se naglasiti da tipična OL nije po svom supstratu u potpunosti ista kao POL.

Ako je u pitanju tipična OL, u najvećem broju slučajeva radi se o sličnoj histološkoj slici kakva se nalazi i kad se srećemo s leukoplakijom, samo što je u ovom slučaju stratum granulosum slabije razvijen, debeli rožnati sloj nedostaje u celini ili se sporadično nalaze njegovi ostaci. Izdignute i proširene papile dopiru skoro do same površine epitela i sadrže proširene kapilare. Glikogena nema. U pojedinim slučajevima mogu se videti i znaci lake keratinizacije u toku ili parakeratotične promene na vrhovima pojedinih papila. Ova tendencija ka orožavanju, koja postoji kod epitela OL, objašnjava činjenicu da su leukoplakije u izvesnim slučajevima više ili manje reverzibilna područja i da se posle izvesnog vremena kolposkopski na mestu jedne ranije OL može naći jedna formirana leukoplakija ili mozaično polje.

U nekim slučajevima kolposkopska slika OL je posledica zapaljivog procesa (Treite; Limburg; Berger; Berić B.). U tim slučajevima proširene i hiperemične papile su okružene jakom subepitelijalnom mikrocelularnom infiltracijom, a u samom epitelu nalaze se zapaljivi infiltrati. Površni slojevi epitela odbačeni su ili pripremljeni da budu odbačeni zbog postojećeg zapaljivog procesa. Kao posledica odbacivanja zrelog epitela, koji u sebi sadrži glikogen, dolaze u ovim slučajevima do izražaja donji bazalni slojevi epitela, koji su po pravilu bez glikogena ili ga sadrže u veoma malim količinama. Tako je sasvim razumljivo da u slučaju onih OL koje predstavljaju odraz zapaljivih promena odsustvo većih čeličnih atipija treba da bude putokaz za otklanjanje sumnje da se radi o malignom procesu.

U slici tipičnog izgleda OL nalaze se histološki i promene običnog atipičnog epitela bez znakova nadiranja ili promene epitela u smislu metaplastičnog abnormnog epitela (Wespi; Glatthaar), sa karakteristikama koje pripadaju ovoj vrsti promena.

Histološka osnova POL ne predstavlja benignu sliku, kao što se to dešava u najvećem broju slučajeva tipične OL. Kao histološka osnova se veoma često nalazi veći broj na vrhu orožalih papila strome, koje čine veoma karakterističnu sliku »kegle« čiji je zadebljali vrh orožao. Dijagnoza je teža u onim slučajevima gde su samo pojedine papile ovako promenjene. U ovakvoj slici krvni kapilari su redovno promenjeni, prepunjeni krvlju i prošireni, no bez znakova deformacije. Kapilari pokazuju znake adaptivne sudovne hipertrofije. U celini epitel je skoro po pravilu slika atipije koja nadire sa hipertrofijom i hiper mijom papila. Međutim, slika papilarne OL ne daje histološki samo promene koje se zaustavljaju pred »vratnicama maligniteta«. U izvesnom postotku slučajeva se u ovoj slici mogu naći mikrokarcinomi, a isto tako i veći karcinomi egzofitičnog smeru rasta. U ovim slučajevima, pored promena epitela, nalaze se, uz opisane promene u kapilarnom sistemu, i zadebljanja zidova kapilara, sa mestimičnim formiranjem malih aneurizmatičnih proširenja i male ekstrakapilarne hemoragične plaže. Kolposkopska slika POL sa histološkim nalazom orožale »kegle« nije neminovni predstadijum jednog egzofitičnog karcinoma, nego takve promene mogu da budu nađene i

kod intenzivnih inflamatornih procesa, naročito u drugoj polovini trudnoće.

Koji je najčešći histološki supstrat i u kakvom se međusobnom procentualnom odnosu nalaze ove promene koje daju sliku OL? Ranije Hinselmannovo shvatanje o opštem značaju tzv. matrix-područja važno je i za osnovu leukoplakije. U jednoj od svojih poslednjih publikacija »Kolposkopische Studien« (1956) Hinselmann navodi, odstupajući znatno od svoga ranijeg stava, da se svega u oko 25% slučajeva matrix-područja može naići na maligni proces. Ispitivanja i drugih autora govore takođe u tom smislu. Limburg (1954) procenjuje OL najčešće kao odraz benignog, zapaljivo promenjenog epitela. Prema njegovim ispitivanjima, u slučaju OL benigne promene epitela dostižu postotak od 92,8%! Statistika Morarija i Stramatza daje sledeće podatke o histološkom supstratu OL: normalni epitel 13,3%, benigno orožavanje 17,9%, papilarne erozije 16,4%, prave erozije 2,9% promene epitela sumnjive kao atipični epitel 2,9%, atipični epitel 4,4%, tzv. preinvazivni karcinom 14,9% i manifestni karcinom 26,8%. Prema Funkc-Brentanu se kad je u pitanju OL u najvećem broju slučajeva nalaze promene benignih distrofija i displazija, 35,5%; zatim promene koje označava kao distrofije i displazije »koje treba nadzirati« (»a surveillir«), 25,9%; na treće mesto dolazi tzv. intra-epitelijani epitelom zajedno sa invazivnim karcinomom u ukupno 12,8%. Prema podacima J. Bergera, u najvećem broju slučajeva radi se o običnom atipičnom epitelu, 60,3%; zatim dolaze zapaljive promene 30,9%; tzv. specijalni slučajevi (?) čine 5,9% nalaza, a tzv. površni karcinom i atipični epitel koji nadire čine zajedno 2,8%, od čega polovina otpada na površni karcinom. Kad se razmotre svi ovi podaci, onda se može zaključiti da je OL u znatnom broju slučajeva odraz benignih zapaljivih i drugih promena, dok se promene atipičnog epitela javljaju u oko 1/4 slučajeva. Invazivni karcinom i promene epitela svrstane u grupu »O« kad se radi o OL nalaze se svega u 10—15% slučajeva.

Sopstvena istraživanja

U okviru FIAE u našem materijalu OL imaju frekvenciju od 22,3%, dok njihova frekvencija prema ukupnom broju svih kolposkopskih pregleda iznosi 1,84%. Od 34 registrovane OL multipno pojavljivanje je nađeno u 6 slučajeva, a izolovano u 28 slučajeva. U 2 slučaja su OL nađene endocervikalno. U 7 slučajeva nađene su promene koje mogu da se označe kao potpune ili parcijalne POL. Najmlađa bolesnica s OL imala je 23, a najstarija 61 godinu. Prosečna starost bolesnica iznosila je 38,3 godine.

Najmanja nađena OL imala je prečnika 2×1 mm, sa površinom od 2 mm^2 , a najveća — površinu od 188 mm^2 sa prečnicima 22×18 mm. Prosečna površina OL iznosila je 48 mm^2 , a prosečna veličina prečnika — 10×5 mm.

Chrobakova proba sondom pod kontrolom kolposkopa bila je pozitivna samo u jednom slučaju, i to u slučaju jedne POL gdje je histološki kasnije utvrđen karcinom. Schiller-Lahmov jedni test je u svim slučajevima bio negativan.

Kolpomikroskopski pregled izvršen je u 28 slučajeva, i u 3 slučaja (kasnije verifikovana kao karcinomi) kolpomikroskopski pregled dao je

pozitivan rezultat. U jednom slučaju nalaz je govorio u prilog izražene atipije epitela, dok se stvarno radilo o karcinomu. U ostalim slučajevima nađena je kolpomikroskopski izražena atipija epitela s anizonukleozom, opštim polimorfizmom ćelija, proširenošću krvnih kapilara i sl.

Citološki je u 28 slučajeva OL izvršen pregled po Papanicolau-u. Bilo je 13 negativnih rezultata (I—4, II—9), sumnjivih (III grupa) — 10, a pozitivnih — 5. Svih 5 verifikovanih karcinoma u slučaju OL dali su pozitivan citološki nalaz (IV—2, V—3).

Histološki se u svih 5 slučajeva karcinoma radilo o karcinomu pločastog epitela. Materijal za histološke preglede je dobijen ciljnom biosijom pod kolposkopom.

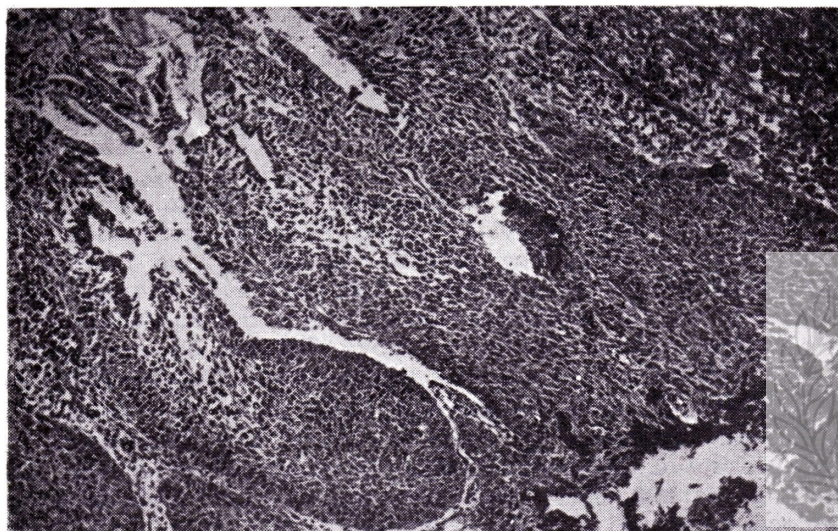
Sl. 1: A. A., domaćica, stara 50 god. Anamnestički kontaktna krvarenja prilikom snočaja. Klinička dijagnoza: Erosio pvu suspecta. Kolposkopski nalaz: na gornjoj usni uzdignuta, bedemasta papilarna OL sa proširenim i izvijuganim krvnim sudovima i plitkom nekrotičnom površinom. Na rubovima ovih promena mali ostaci leukoplakije. Površina 72 mm², prečnici 18 x 10 mm. Jod-test negativan. Chrobakov test pozitivan. Kolpomikroskopski pregled nije vršen. Citološki nalaz: V grupa po Papanicolau-u. Histološki nalaz: carcinoma planocellulare. Terapija: radikalna operacija po Wertheimu sa postoperativnim Rō zračenjem.

Sl. 2: K. M., domaćica, stara 49 godina. Anamnestički pojačan fluor u toku zadnjih 6 meseci. Klinička dijagnoza: Erosio pvu. Kolposkopski nalaz: na donjoj usni uzdignuto područje OL sa promenama kapilara u obliku vadičepa. Na rubu promene mali ostaci leukoplakičnog pokrivača. Površina promene 58 mm², prečnici 12 x 7 mm. Jod-negativno. Kontaktno lako krvari. Kolpomikroskopski nalaz: izražena atipija ćelija sa krupnim, nejednakim, jako obojenim nepravilnim jedrima. Čelične promene ubikvitarne. Granice ćelija nedovoljno jasne, slivene; izraženi celularni polimorfizam. Krvni kapilari prošireni, izvijugani, mnogobrojni. Histološki nalaz: carcinoma planocellulare (sl. br. 5). Terapija: radikalna abdominalna operacija po Wertheimu sa postoperativnim Rō zračenjem.



Slika 5.

Sl. 3: L. S., domaćica, stara 36 god. Anamnestički podaci: slabije vanciklično krvarenje u toku zadnja 3 meseca, kao i kontaktno krvarenje prilikom snošaja u toku 7—8 poslednjih meseci. Klinička dijagnoza: Metrorrhagia, erosio pvu susp. Kolposkopski nalaz: kako na gornjoj, tako i na donjoj usni kontinuirano uzdignuta, bedemasto ograničena OL. koja lako kontaktno krvari sa 6 mesta, većinom iz centra promene. Krvni kapilari mnogobrojni, izvijugani u obliku spirale. Promena ima žučkasto-slaninasti izgled, jasno se razlikuje od okolne površine. Površina promene 128 mm^2 , prečnici $16 \times 11 \text{ mm}$. Jodni test negativan. Kolpomikroskopski nalaz: cela površina teško vidljiva zbog postojećeg krvarenja. Naziru se atipično promenjena hiperhromatična čelična jedra. Slika u celini nejasna i slabo vidljiva. Citološki nalaz: IV grupa. Histološki nalaz: carcinoma planocellulare (sl. 6). Terapija: radikalna operacija po Wertheimu sa postoperativnim Rō zračenjem.



Slika 6.

Sl. 4: M. C. domaćica, stara 49 god., Anamnestički sem lakih bolova u krstima nikakvih osobitosti. Zbog postojećih bolova slabijeg intenziteta dolazi na pregled. Klinička dijagnoza: Erosio pvu susp. Kolposkopski nalaz: na donjoj usni, kao i u unutrašnjosti cervikalnog kanala, vidi se niska, papilarno uzdignuta OL sa proširenim krvnim sudovima koji lako kontaktno krvare. Na periferiji ostaci leukoplakije. Jodni test negativan. Veličina površine 75 mm^2 , prečnici $9 \times 8 \text{ mm}$. Kolpomikroskopski nalaz: prošireni krvni sudovi, delimično arodisani, vidljiva područja epitela s izraženom atipijom epitela. Citološki nalaz: IV grupa. Histološki nalaz: carcinoma planocellulare. Terapija: radikalna operacija po Wertheimu sa postoperativnim Rō zračenjem.

Sl. 5: C. B., domaćica, stara 43 god. Anamnestički vanciklično krvarenje srednjeg intenziteta u toku zadnja 2 meseca. Klinička dijagnoza: Metrorrhagia, obs. erosio pvu. Kolposkopski nalaz: u desnom uglu materičnog ušća, kako na donjoj, tako i na gornjoj usni, vidi se niska, uzdignuta OL sa povećanim i proširenim krvnim kapilarima. Površina 188 mm^2 , prečnici $22 \times 18 \text{ mm}$. Jodni test negativan. Kolpomikroskopski nalaz: izražena atipija ćelija sa tipičnom slikom karcinoma ćelija višeslojnog pločastog epitela. Citološki nalaz: V grupa. Histološki nalaz: carcinoma planocellulare. Terapija: abdominalna radikalna operacija po Wertheimu sa postoperativnim Rō zračenjem.

Diskusija

Ako se razmotre i analizuju nalazi koji čine histološki supstrat kolposkopske slike OL, može se doći do sledeće konstatacije: slika OL i njene varijante nije uvek posledica samo procesa orožavanja. Isto tako OL ne prethodi, niti je ona uvek u vezi sa samom leukoplakijom. One zapaljive promene koje daju kolposkopski sliku OL ne mogu se smatrati pravom osnovom leukoplakije. U najvećem broju slučajeva kolposkopski je moguće razlikovati zapaljive promene od prave OL, ali postoje ipak slučajevi kada to nije izvodljivo. Zbog toga je potrebno na neki način ograničiti se od uopštavanja i prejudiciranja nazivom »osnova leukoplakije« za sve ove promene. Naziv »osnova leukoplakije« označava samim sobom to da je izvesna promena u uskoj vezi sa leukoplakijom, tj. da predstavlja područje koje se nalazi ispod nje i na taj način mu se unapred određuje i etiopatogeneza. Zbog toga ovaj naziv nije uvek ispravan i ne odražava uvek pravu prirodu promene. Samo u onim slučajevima kada se kolposkopski može utvrditi postojanje leukoplakičnih naslaga na tim područjima, kada u osnovi ovih nalaza ne leže zapaljivi procesi a histološki postoji atipija epitela, može da bude opravdan naziv »osnova leukoplakije«. Ukoliko se međutim u histološkoj osnovi kolposkopske slike ne nalaze orožavanje epitela ili ostaci orožavanja, a slika pokazuje znake inflamatornog procesa, oznaka »osnova leukoplakije« nije opravdana. Ovakve promene treba tada označavati drugim imenom. Te promene bi trebalo označavati tako da svojim deskriptivnim nazivom ne prejudiciraju stvarnu histološku osnovu. Polazeći od ovoga principa Wespi, kao i Mestwerdt, ih naziva »Punktierung«, odnosno »Tüpfelung«.

Pretpostavljamo da bi najpogodniji naziv za tu vrstu promena bio »tačkasti areal«. Naknadno histološko ispitivanje može da promeni prvobitnu kolposkopsku dijagnozu. Ukoliko se u kolposkopskoj slici jednog tačkastog areala histološki utvrde promene u smislu orožavanja, onda se može reći da se radi o osnovi leukoplakije. Ukoliko se takve promene ne nađu, onda se na osnovu histološkog pregleda može i dalje govoriti o kolposkopskom nalazu tačkastog areala kao posledici inflamatornog procesa. Ovakvo deskriptivno diferenciranje dopušta veću terminološku egzaktnost, a onemogućava, sa druge strane, tumačenje da su OL uniformno posledice procesa orožavanja ili zapaljenja, ili — karcinoma.

ZAKLJUČAK

Autor iznosi rezultate sopstvenih istraživanja osnove leukoplakije (OL) i njenih varijanti pomoću kolposkopije, kolpomikroskopije, eksfolijativne citologije i histologije.

Frekvencija pojavljivanja osnove leukoplakije u okviru fakultativnih indikatora atipičnog epitela na grliću materice iznosi 22,3%, a prema ukupnom broju svih kolposkopskih pregleda — 1,84%. Pod slikom osnove leukoplakije je nađeno 5 slučajeva planocelularnog karcinoma (14,7%).

Razmatrajući detaljno rezultate svojih ispitivanja, autor zaključuje da je nalaz osnove leukoplakije samo uslovan indikator, ali ne i obavezan predznak za postojanje atipičnih promena i karcinoma na grliću materice.

B. BERIĆ

BASE DE LA LEUCOPLASIE ET CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

RÉSUMÉ

L'auteur présente les résultats des recherches qu'il a effectuées sur la base de la leucoplasie et les variantes de celles-ci, à l'aide de la colposcopie, de la cytologie exfoliative selon Papanicolau, de la colpomicroscopie et de l'histologie.

Les matériaux cliniques étudiés lui ont permis d'établir que la fréquence des cas de base de leucoplasie dans le cadre des indicateurs facultatifs de l'épithélium atypique sur le col de l'utérus s'élève à 22,3%, et, par rapport au nombre total d'examen colposcopiques, à 1,84%. Dans le cadre de la base de leucoplasie, 5 cas de cancer planocellulaires ont été découverts, ce qui représente une fréquence de 14,7%.

Après avoir étudié en détail les résultats de ses recherches, l'auteur conclut que le diagnostic de leucoplasie de base (le seul possible lorsqu'on applique la colposcopie) n'est qu'un indicateur conditionnel, et non pas un symptôme trahissant infailliblement l'existence de modifications atypiques de l'épithélium du col, et du cancer du col de l'utérus.

LITERATURA

1. Berger J.: Schweiz. Med. Wschr., 30, 860, 1954.
2. Berić B.: Med. glas., 3—4, 128, 1954.
3. Berić B.: Med. pregl., 3, 171, 1956.
4. Berić B. i Clauss J.: Med. pregl., 4, 204, 1957.
5. Berić B.: Zbl. Gyn., 27, 1059, 1957.
6. Berić B. i Clauss J.: Oncologia, 11, 1, 23, 1958.
7. Berić B.: Acta Union Inter. contre Cancer, XIV, 4, 336, 1958.
8. Berić B.: Med. pregl., 3, 165, 1958.
9. Berić B.: Rad. Nauč. druš. NR BiH, XV, 7, 77, 1960.
10. Berić B.: Med. pregl., 5, 299, 1960.
11. Funck-Brentano P.: Congr. inter. gynec. et obstétr., Geneve, 1954.
12. Funck-Brentano P.: J. de Chir., 71, 10, 713, 1955.
13. Ganse R.: »Grundsätzliches zum Prophylaxe des Muttermundkrebse«, G. Thieme, Leipzig, 1952.
14. Ganse R.: »Zur Pathogenese des Portiokarzinoms und Erleichterung seiner Frühdiagnose durch farbige Kolpofotogramme«, Akademie Verl., Berlin, 1955.
15. Glatthaar E.: Rev. Franc. Gyn. Obst., 49, 320, 1955.
16. Glatthaar E.: »Kolposkopie« u »Biologie und Pathologie des Weibes« Bd. 3, T. III, 911, Urban & Schwarzenberg, Berlin, Wien, 1955.
17. Geeraert G. i Pierret R.: Brux. med., 35, 23, 1157, 1955.
18. Gorga P., Aparecida Paal M. i Gastin A.: An. Clin. Gin. Facul. Med. S. Paulo, V, 225, 1952/53.
19. Hinselmann H.: Mschr. Geburtsh. Gynäk., 80, 23, 1928.
20. Hinselmann H.: Zbl. Gyn. 5, 282, 1928.
21. Hinselmann H.: Ztschr. Geburtsh. Gynäk., 97, 469, 1930.
22. Hinselmann H.: Ztschr. Geburtsh. Gynäk., 97, 43, 1929.



23. Hinselmann H.: Ztschr. Geburtsh. Gynäk., 97, 216, 1929.
24. Hinselmann H.: Zbl. Gyn., 41, 2402, 1933.
25. Hinselmann H.: Ztschr. Geburtsh. Gynäk., 104, 228, 1933.
26. Hinselmann H.: »Kolposkopische Studien«, I—II, G. Thieme, Leipzig, 1954/56.
27. Keim M. i Vestner H.: Ztschr. Geburtsh. Gynäk., 3, 295, 1954.
28. Leip F.: Med. Welt, 8, 262, 1936.
29. Limburg H.: Dtsch. med. Wschr., 4, 133, 1954.
30. Limburg H.: »Die Frühdiagnose des Uteruscarcinoms« — III Aufl., G. Thieme, Stuttgart, 1956.
31. Masciotta A.: »La colposcopia nella lotta contro il cancro e nella diagnosi ginecologica«, Edit. L. Capelli, Bologna, 1954.
32. Mestwerdt G.: »Atlas der Kolposkopie«, 2 Aufl., VEB G. Fischer, Jena, 1955.
33. Mestwerdt G. i Wespi H. J.: »Atlas der Kolposkopie«, III Aufl., G. Fischer, Stuttgart, 1961.
34. Morari M. i Stramatz R.: Der Krebsarzt, 7—8, 185, 1953.
35. Mosseti C.: Min. gyn., IV, 9, 1, 1954.
36. Schiller W.: Zbl. Gyn., 30, 1886, 1928.
37. Schiller W.: Amer. J. Obst., 35, 17, 1939.
38. Treite P.: »Die Frühdiagnose des Plattenepithelkarzinoms am Collum uteri«, F. Enke, Stuttgart, 1944.
39. Tosetti K.: Dtsch. Gesundht., 16, 580, 1955.
40. Waltz W.: Ztsch. Geburtsh. Gynäk., 144, 2, 177, 1955.
41. Waltz W.: Ztsch. Geburts. Gynäk., 136, 3, 225, 1952.
42. Wespi H. J.: »Entstehung und Früherfassung des Portiokarzinoms«, B. Schwabe, Basel, 1946.
43. Zinser H. K.: Zbl. Gyn., 12, 1164, 1949.
44. Zinser H. K.: Dtsch. Gesundht., 18, 510, 1951.

