

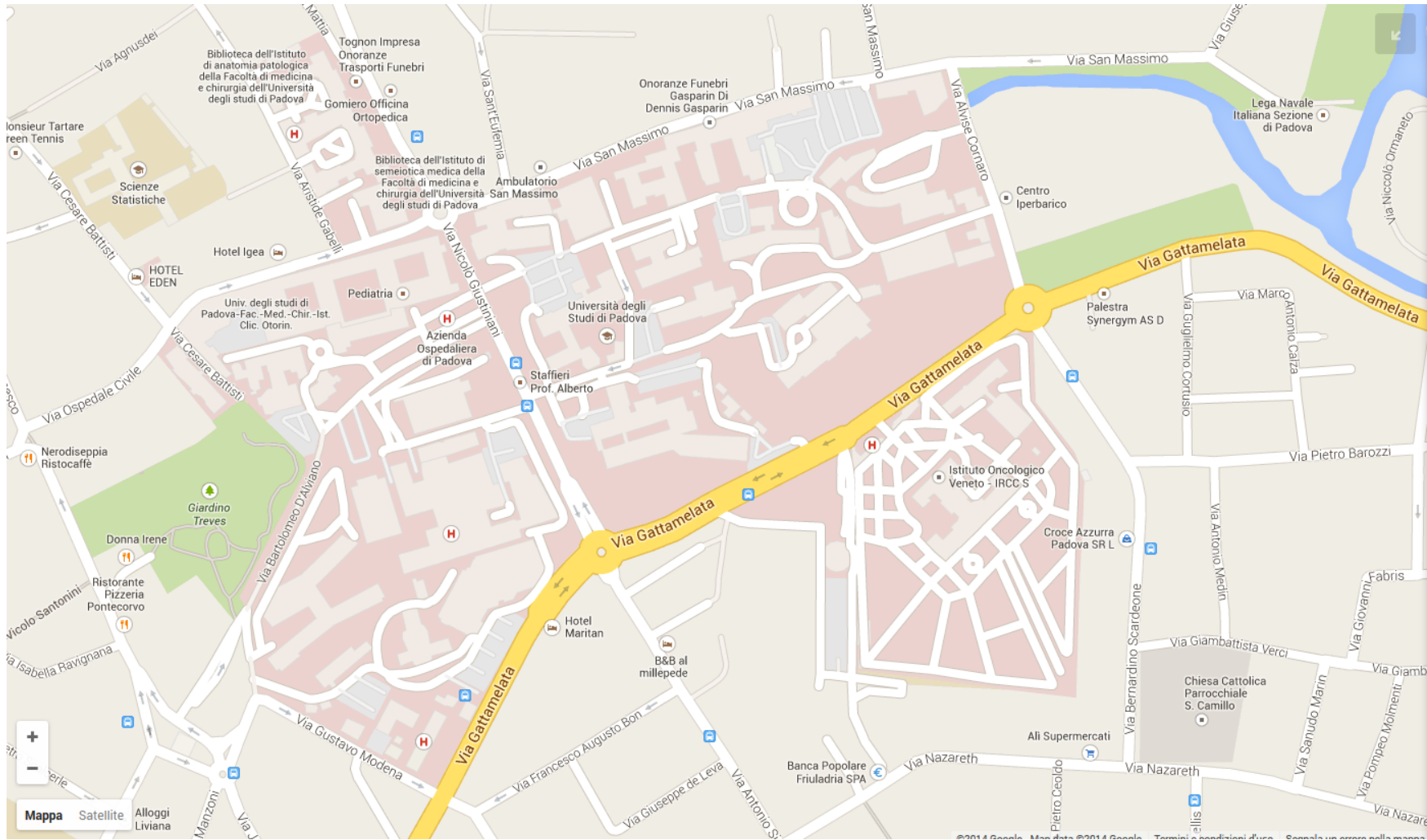
COLPOSCOPIA

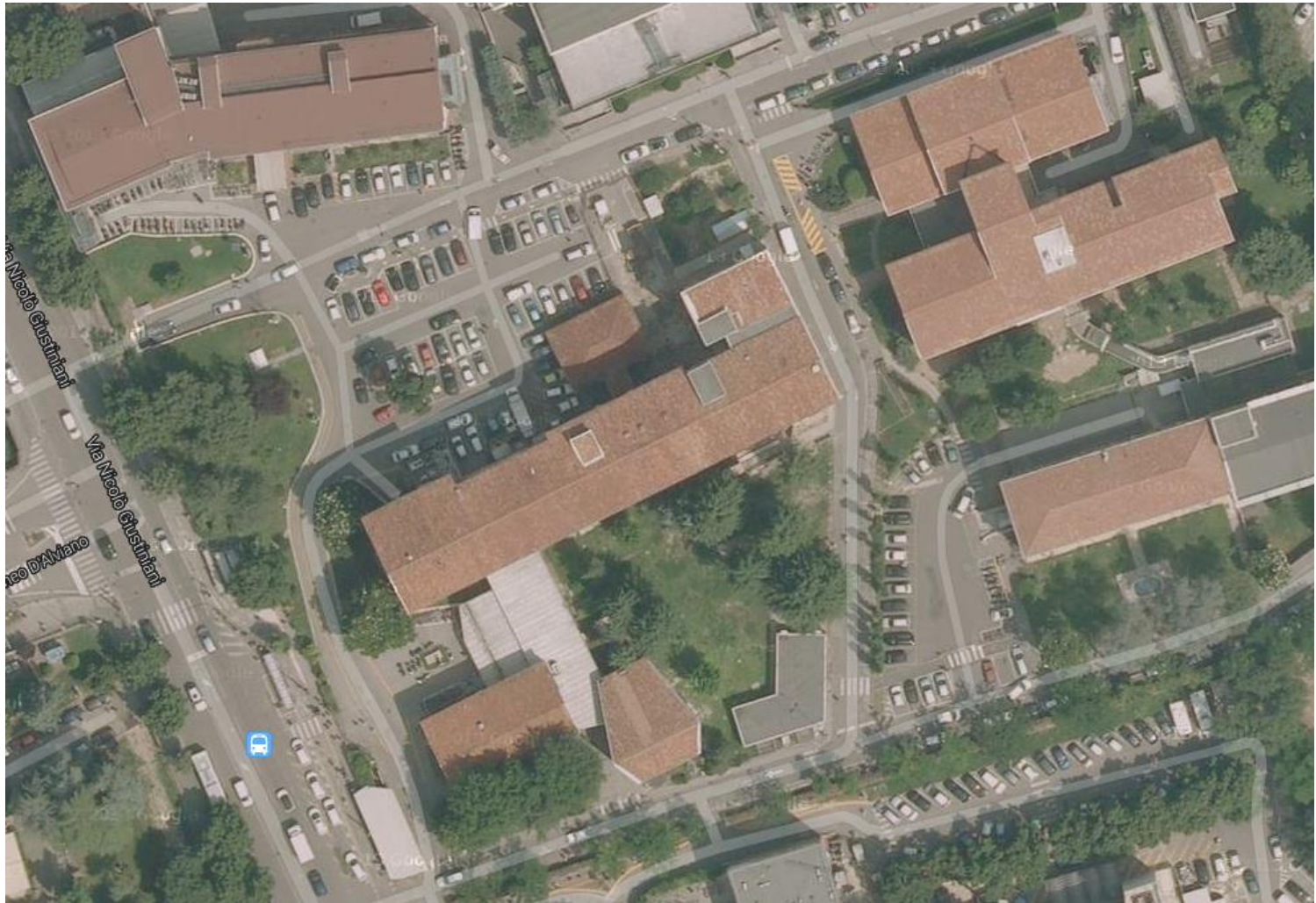
PRATICA

Prof.G.B.Nardelli
Università degli Studi di Padova



AZIENDA OSPEDALE – UNIVERSITA' di PADOVA - ITALY

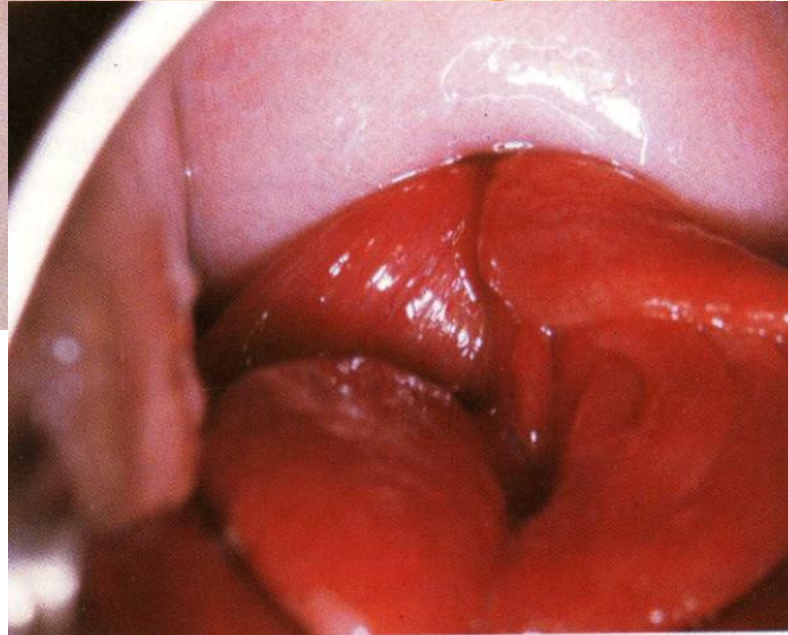
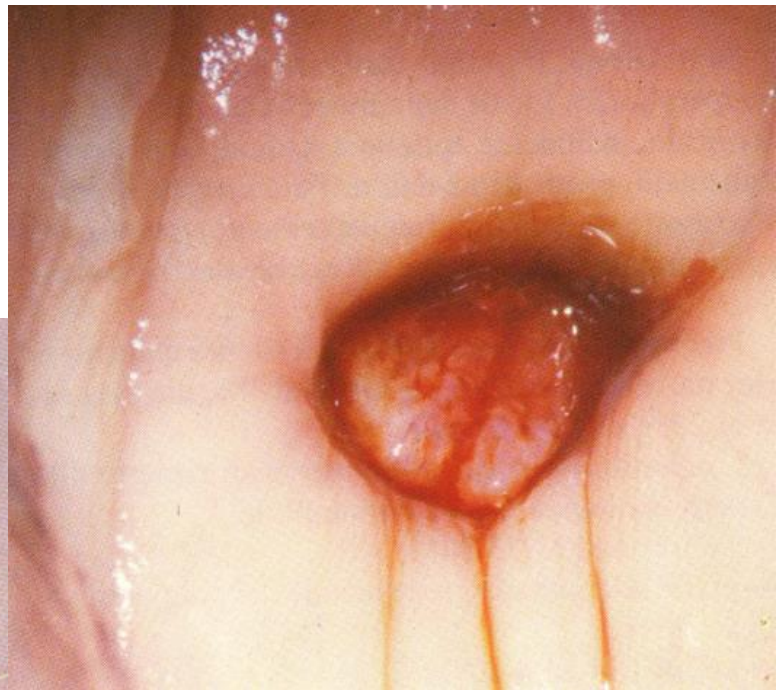




Edificio della Clinica Ginecologica Ostetrica – Università degli Studi – Padova-Italy

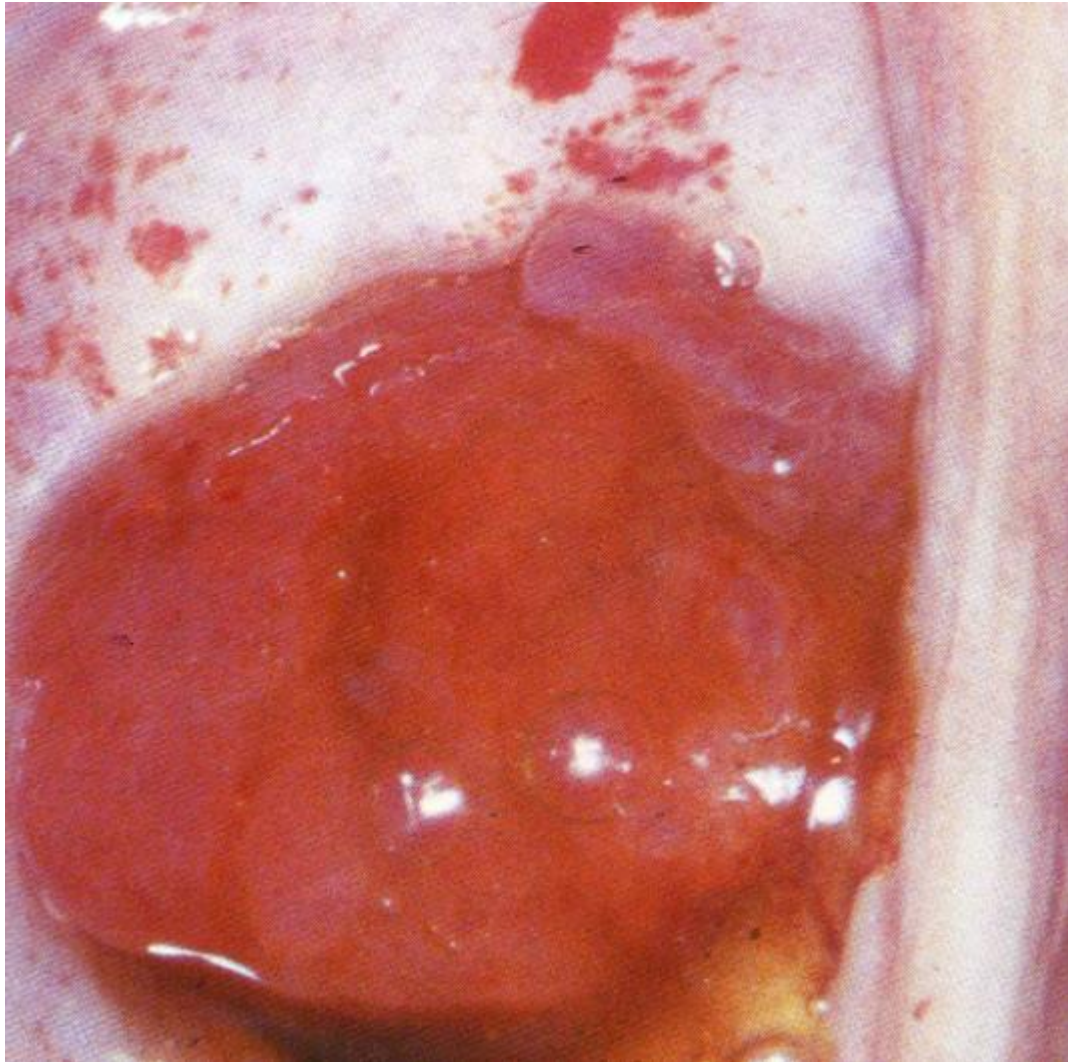
Edificio della Clinica Ginecologica Ostetrica – Università degli Studi – Padova-Italy





Polipo mucoso.

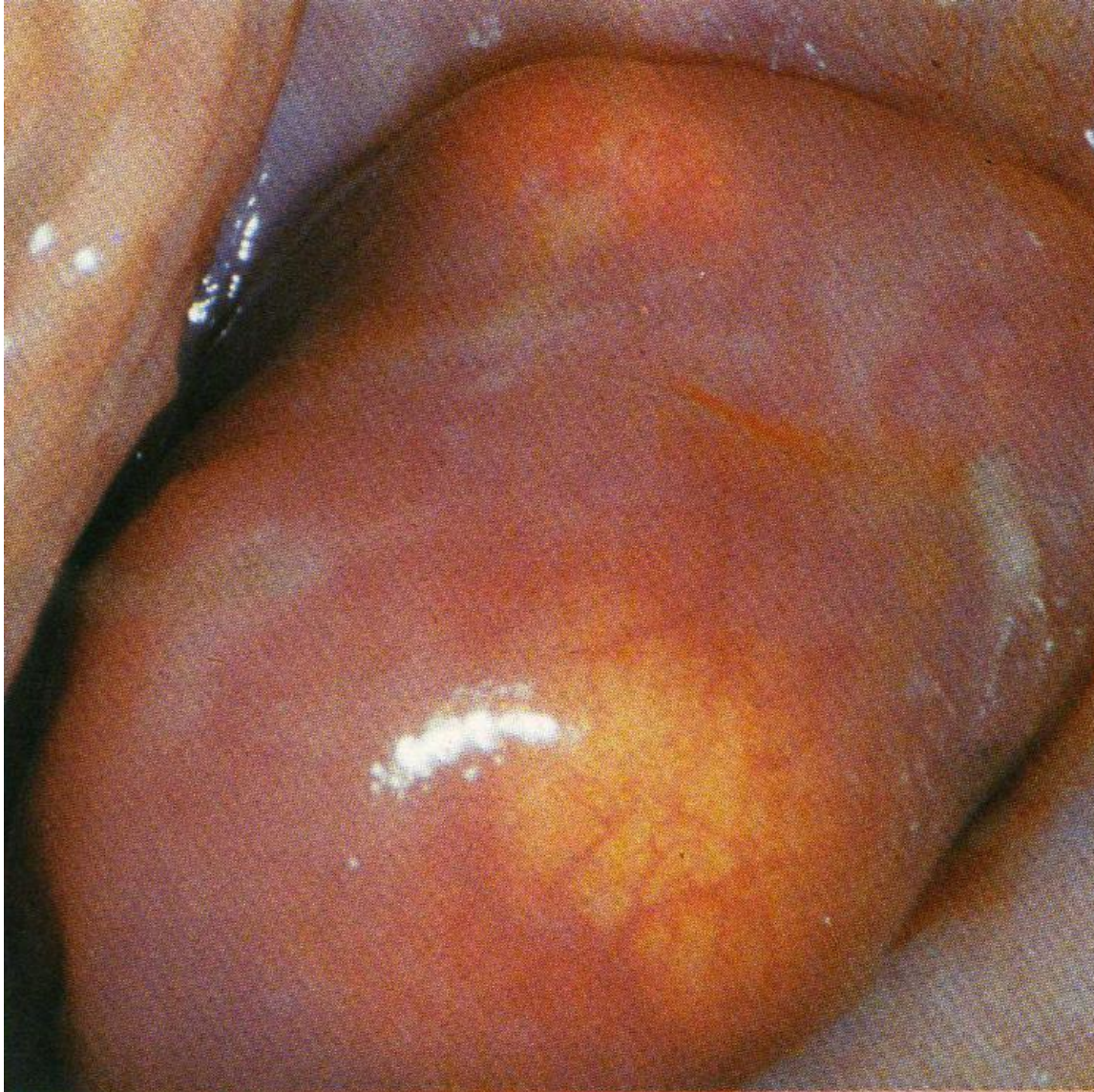
2 polipi di cui uno voluminoso in portio distrofica



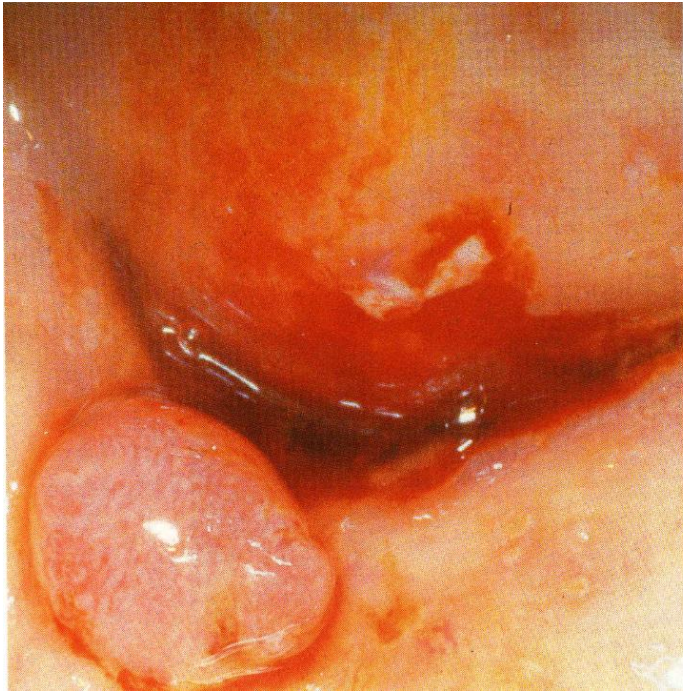
Polipo metaplasizzato con Cisti di Naboth



Voluminoso polipo epidermizzato.



Polipo con metaplasia.

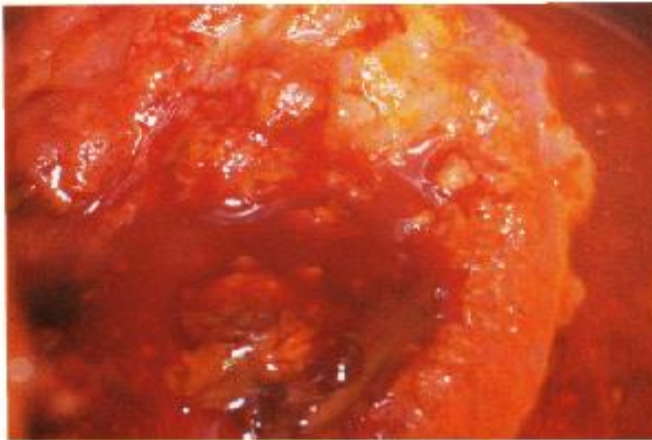




26



27



28

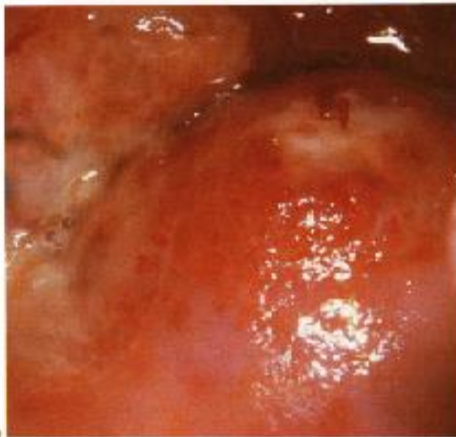
6.26 Tuberculosis cervicale.

6.27 La stessa (particolare) a maggiore ingrandimento.

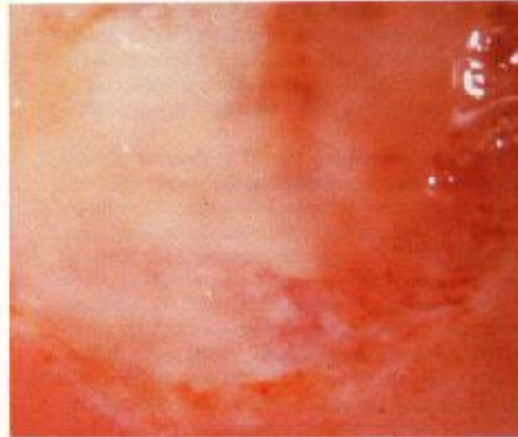
6.28 Tuberculosis cervicale (collezione Boselli).

6.29 Lue cervicale (collezione Boselli).

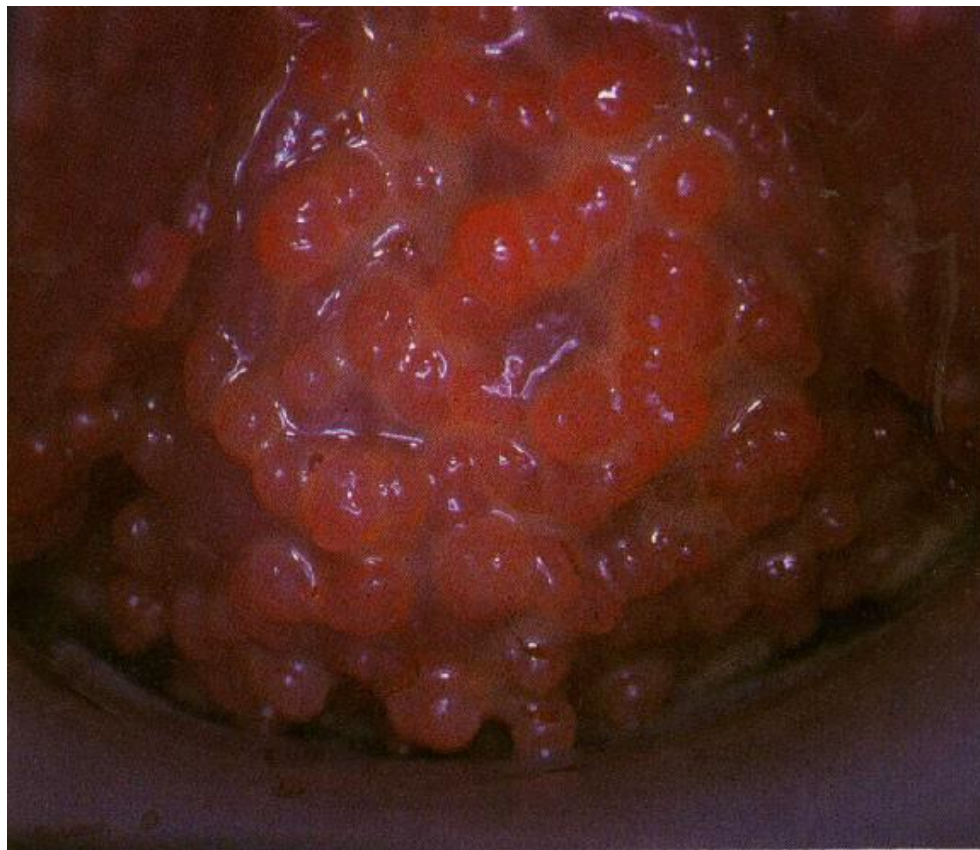
6.30 La stessa (particolare) a maggiore ingrandimento.



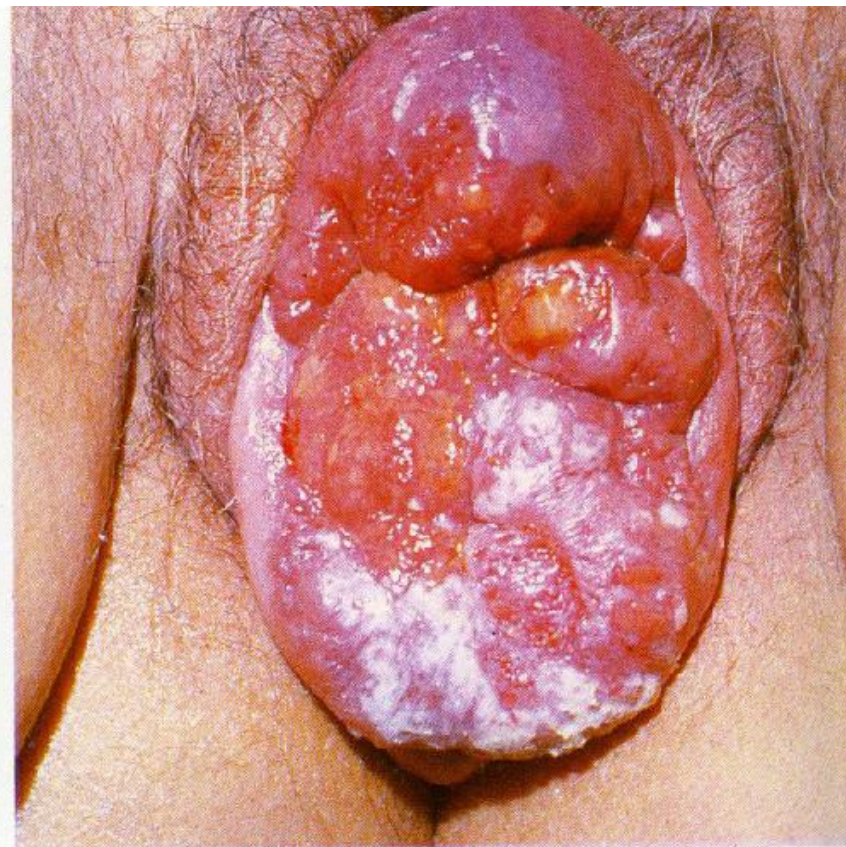
29



30



17.11 Carcinoma invasivo della cervice uterina con diffusione alle pareti vaginali.



17.12 Carcinoma invasivo della cervice



3



4



5

DEFINIZIONI ANATOMO CLINICHE

L'ESOCERVICE

L'esocervice è la parte della cervice visibile durante l'esame clinico, allorchè lo speculum è messo in sede e aperto.

IL TESSUTO CONNETTIVO

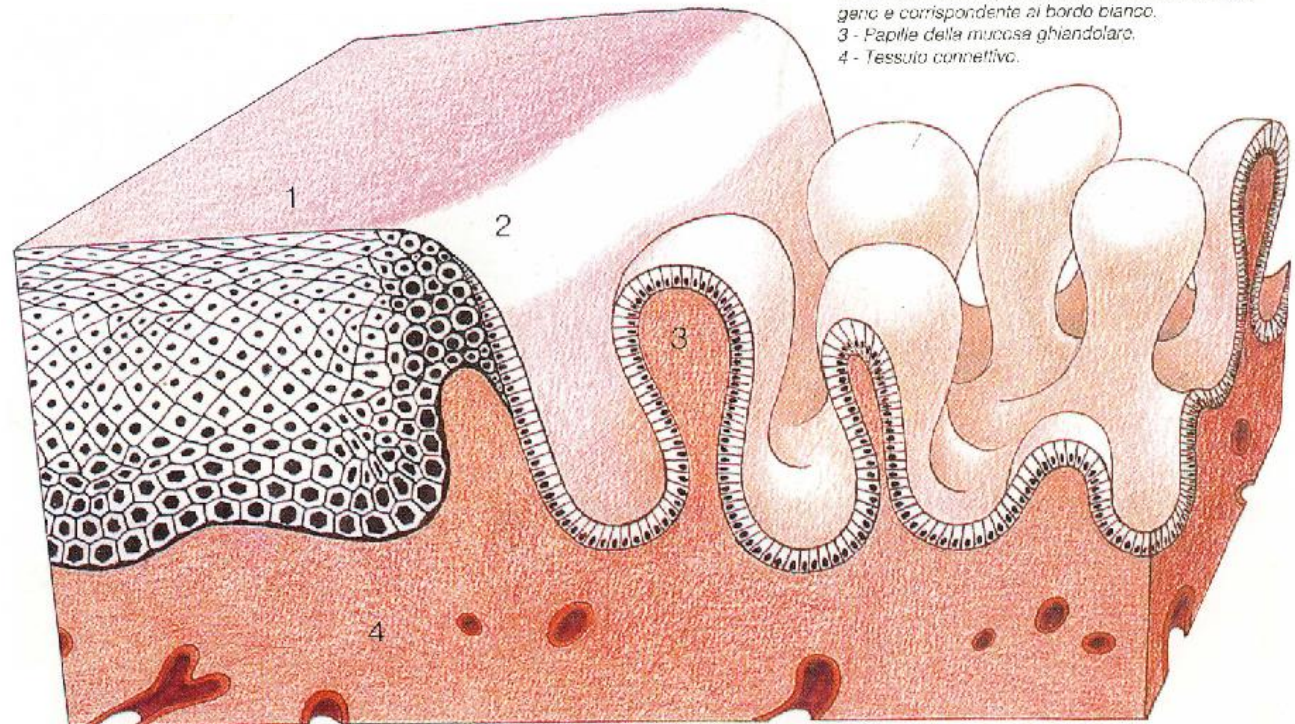
Il tessuto connettivo è formato da una sostanza fondamentale, o liquido interstiziale, sorta di gelatina proteica, che contiene dei vasi, delle cellule connettivali, delle fibre collagene e delle fibre reticolari. A contatto con la faccia profonda dell'epitelio squamoso e cilindrico, un addensamento di fibre reticolari costituisce la membrana basale. I vasi periferici della cervice, che provengono dalle arterie e dalle vene cervico-vaginali, si ramificano sulla superficie della cervice ed intorno al canale cervicale per garantire la nutrizione degli epiteli.

La proporzione tra sostanza fondamentale ed elementi fibrosi varia molto in rapporto agli stati fisiologici, all'età (gravidanza, menopausa) e agli stati patologici (cicatrici). La struttura e i costituenti del tessuto variano inoltre secondo il luogo:

- In profondità il tessuto connettivo è ricco di fibre e la sua struttura è relativamente omogenea. Non ci sono ghiandole. I vasi sono voluminosi e le arterie hanno una parete spessa. **E' il tessuto connettivo compatto.**
- In superficie il tessuto connettivo è molto più eterogeneo. E' lasso e contiene ghiandole. I vasi sono molto numerosi e stretti, la loro superficie è sottile. **E' il tessuto connettivo spongioso.**

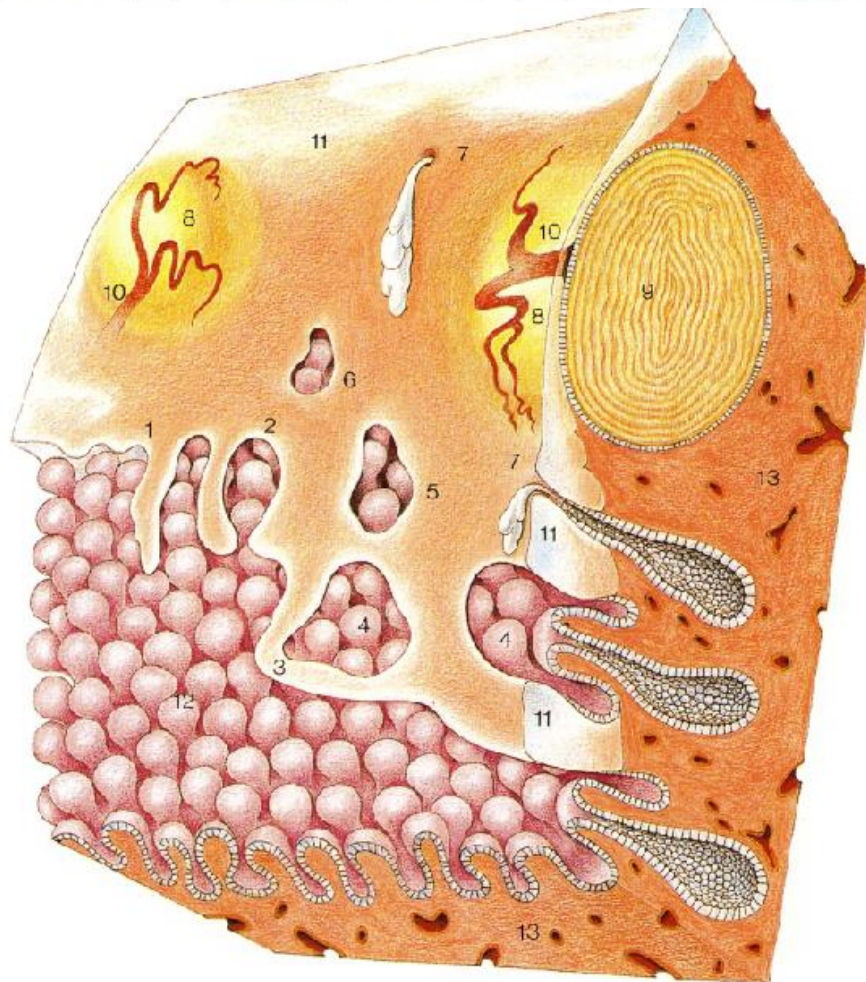
Il disegno mostra la zona di giunzione dopo l'azione dell'acido acetico.

- 1 - Epitelio squamoso normale ricco di glicogeno.
- 2 - Piccola zona di epitelio squamoso povero di glicogeno e corrispondente al bordo bianco.
- 3 - Papille della mucosa ghiandolare.
- 4 - Tessuto connettivo.



Disegno che rappresenta le tappe successive della trasformazione:

le linguette di epitelio squamoso, dapprima isolate (1), si avvicinano (2) e si saldano(3). L'epitelio cilindrico resta visibile negli sbocchi dapprima ampi (4) che si restringono progressivamente (5,6,7). In seguito gli sbocchi si chiudono e le ghiandole, se la secrezione continua, diventano cistiche (8). Il muco si dispone in strati concentrici (9), ciascun strato corrisponde ad un ciclo ovarico. I vasi del tessuto connettivo sono schiacciati tra le cisti e l'epitelio squamoso (10). Epitelio squamoso (11). Epitelio cilindrico papillare (12). Tessuto connettivo (13).





492



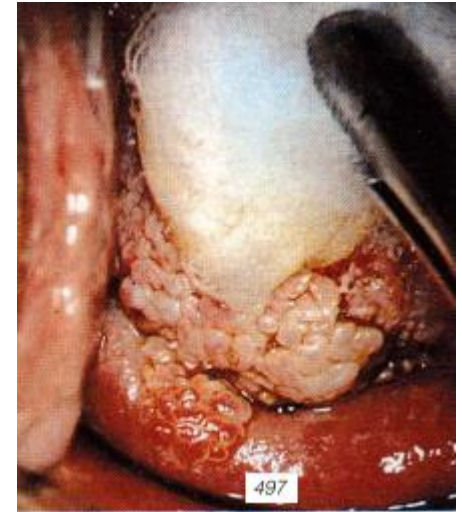
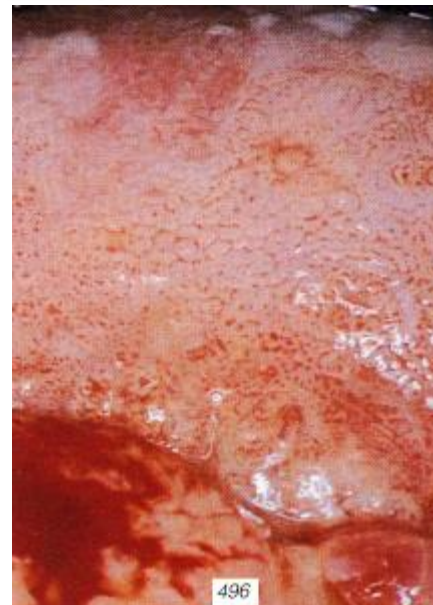
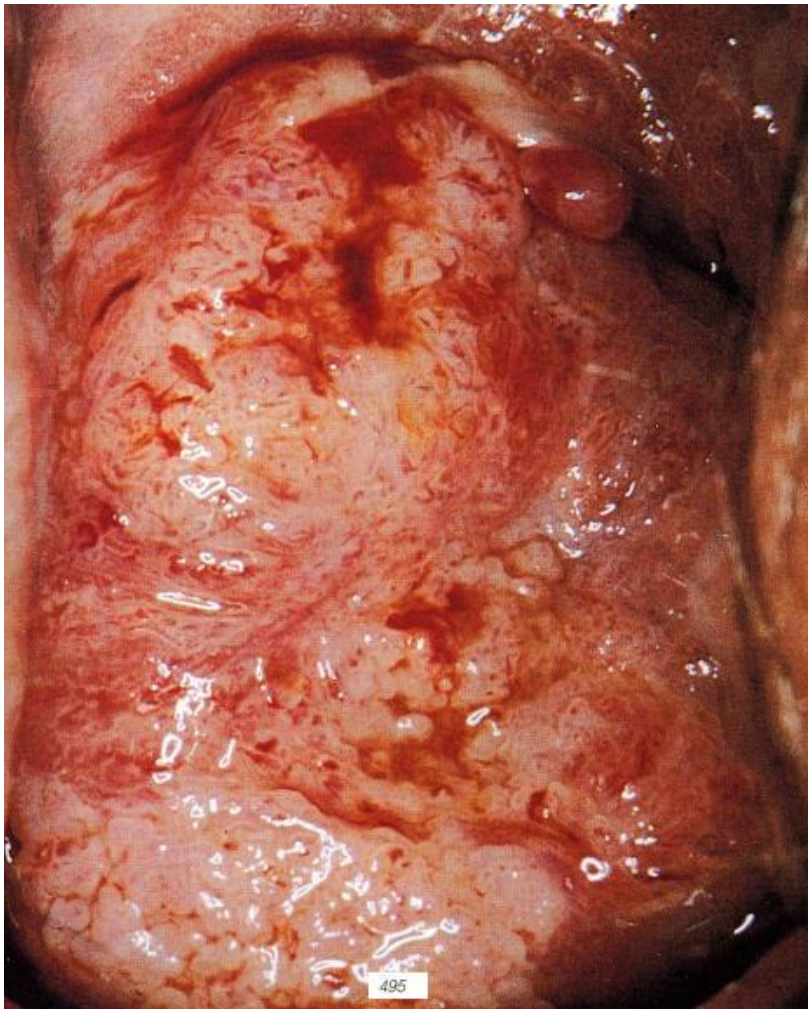
494



493

CARCINOMA INVASIVO

CARCINOMA A CELLULE QUAMOSE COMUNI



495 - *Carcinoma invasivo esofitico del labbro posteriore (x 5).*

496 - *Stessa paziente. Punteggiatura, sul labbro anteriore, corrispondente ad una displasia grave (x 5).*

497 - *Stessa paziente. Estensione della lesione al fornice vaginale posteriore (x 2).*

ASPETTI ISTOLOGICI

Elementi epiteliali

Le cellule del carcinoma contengono una notevole quantità di proteine sia nel nucleo che nel citoplasma. Il modo secondo il quale possono essere raggruppate tra loro è vario e spesso differisce notevolmente da un punto all'altro all'interno della neoplasia.

Tessuto connettivo

Il tessuto connettivo è generalmente infiltrato da leucociti. La quantità delle fibre connettivali varia notevolmente: alcuni carcinomi hanno uno stroma lasso, altri uno stroma fibroso molto compatto.



502



505

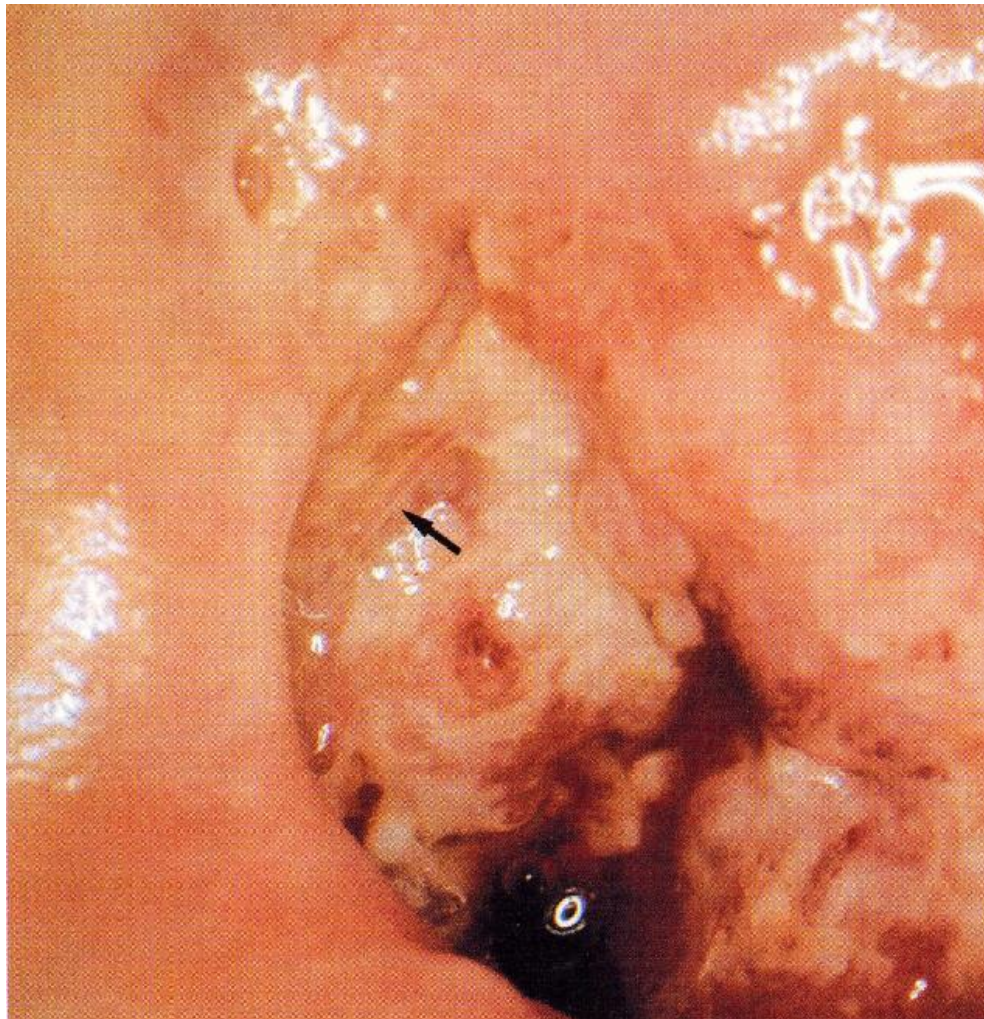


506

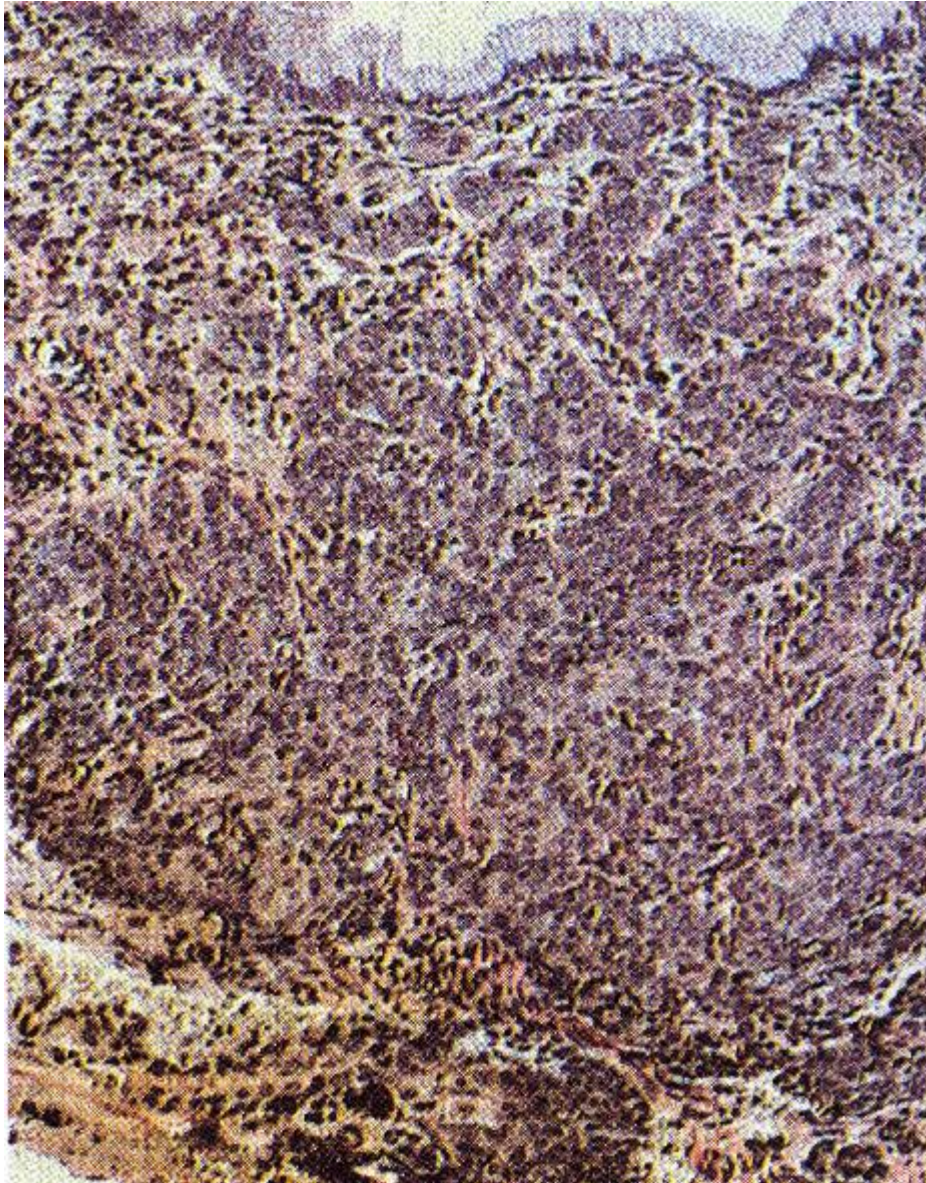
502 - *Cervice voluminosa con una cicatrice da pregresso cerchiaggio presso il fornice posteriore. Prima dell'applicazione di acido acetico: piccola area rossa sul labbro anteriore. Lo striscio suggeriva la presenza di un carcinoma squamoso (x 2).*

505 - *Piccola cervice con una zona rossa senza caratteristiche sospette (x 2).*

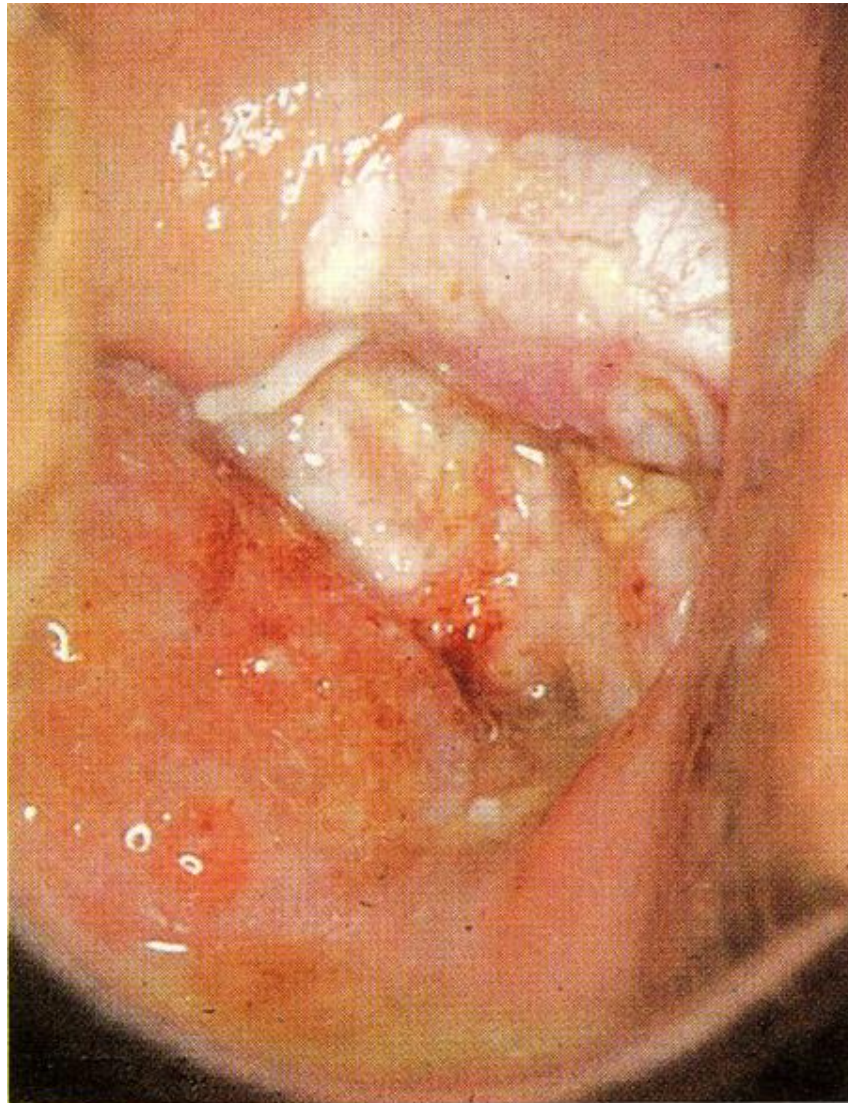
506 - *Dopo la rimozione del muco, appare una piccola ulcerazione con un margine leggermente definito sulla destra della connessura dell'orificio esterno. Piccola depressione rossa sul labbro posteriore (x 5).*



503 - Dopo l'applicazione di acido acetico: area depressa irregolare e biancastra, con un vaso esposto (freccia) esito di una necrosi (x 10).



504 - Istologia: carcinoma squamoso marcatamente infiltrante. Colorazione di Van Gieson (x 24).
Mentre l'esame ad occhio nudo non aveva rilevato nulla di sospetto, qui la colposcopia ha confermato la diagnosi di carcinoma necrotico invasivo.



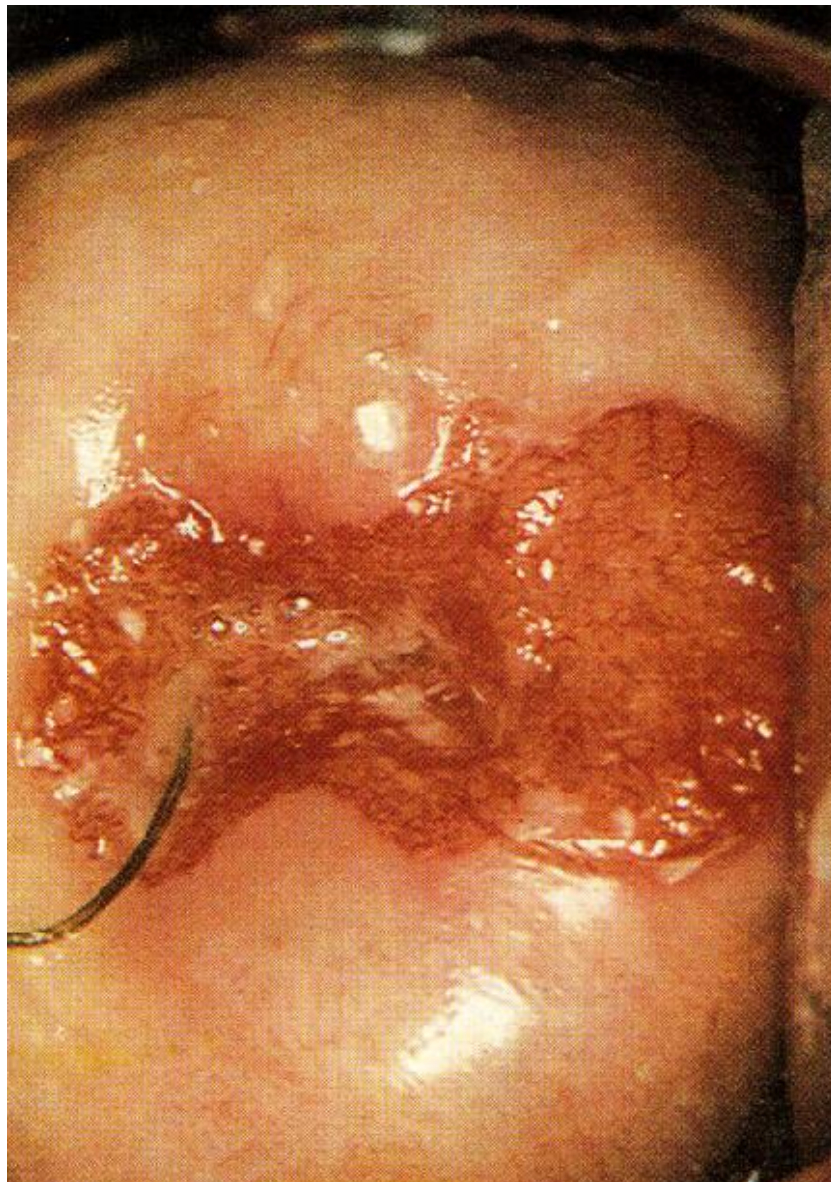
527

527 - Carcinoma squamoso cheratinizzato invasivo. Leucoplasia rilevata sul labbro anteriore. Retrazione del labbro posteriore (x 2).



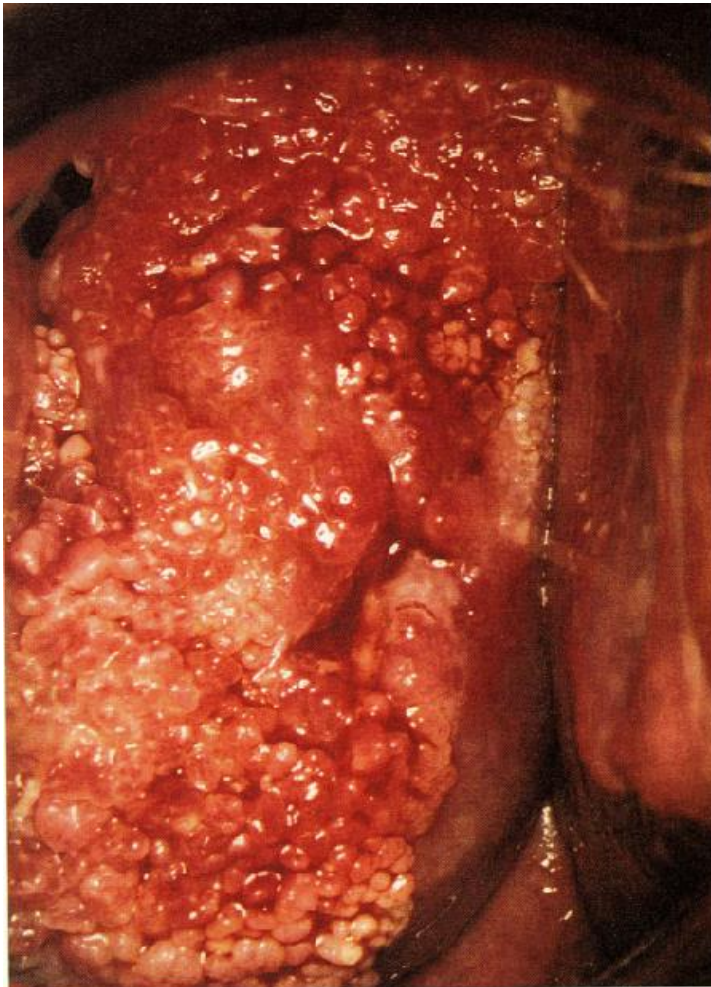
528

*528 - Labbro posteriore. Nodulo giallastro indice di necrosi (x5).
In questa paziente gli strisci sono stati sempre negativi.*



Caso clinico: Sig.ra For... anni 40. Sottoposta sei mesi prima a diatermo-coagulazione per una displasia lieve diagnosticata dallo striscio e confermata da una biopsia superficiale.

529 - Evidente carcinoma invasivo (x 2).



Caso clinico: Sig.ra Lam... anni 29. Scoperta, al quinto mese di gravidanza, di un voluminoso tumore papillare della cervice.

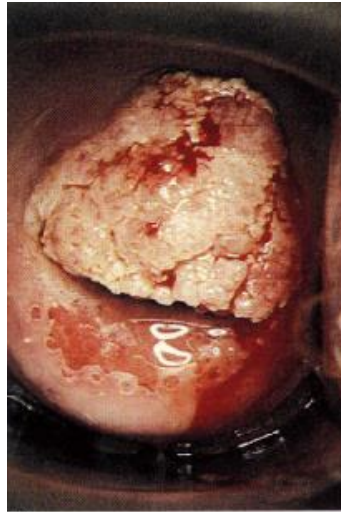
536 - Dopo l'applicazione di acido acetico, tumore papillare molle che maschera la cervice (x 4).

536

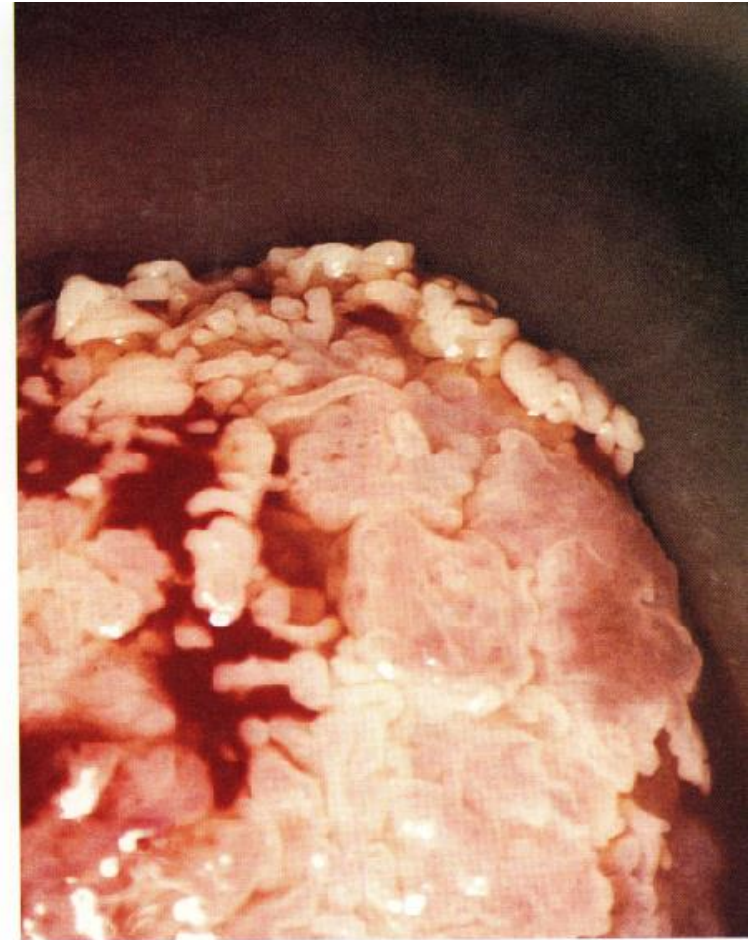
CARCINOMI SQUAMOSI PAPILLARI

ASPETTI ISTOLOGICI

Gli aspetti istologici mostrano numerosi assi connettivali lassi contenenti vasi capillari dilatati e rivestiti da epitelio squamoso di vario spessore. Può esistere una diversa maturazione degli strati cellulari e le anomalie nucleari sono lievi. C'è una membrana basale tra l'epitelio ed il tessuto connettivo. Se le biopsie sono superficiali l'aspetto può far pensare ad un condiloma poichè i segni dell'invasione sono reperibili solo profondamente.



543



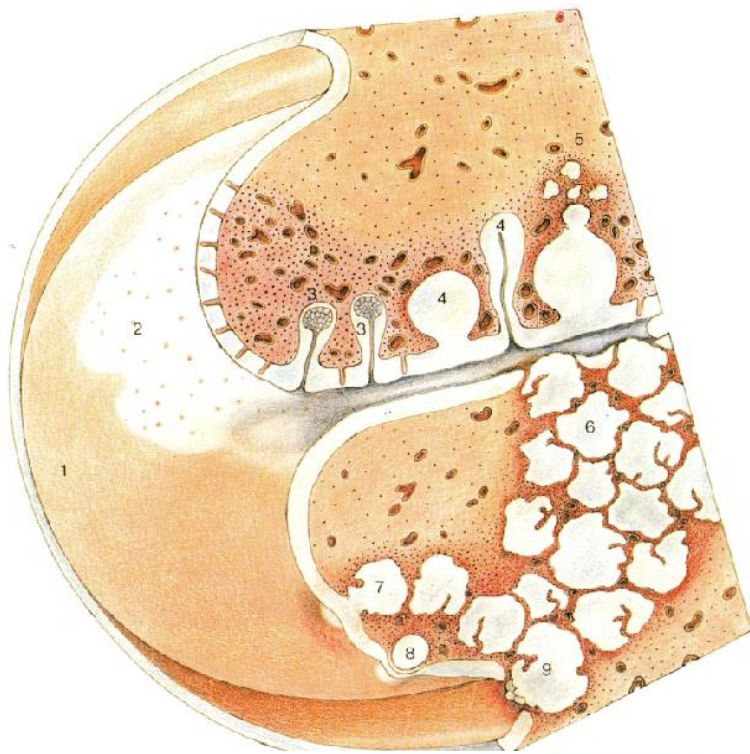
544

543 - Lesioni rilevate sanguinanti al contatto sul labbro anteriore (x 2).

ASPETTI COLPOSCOPICI

544 - Dettaglio della lesione. Aspetto papillare. Confrontare con la figura 153 di pagina 83 (x 10).

L'esame colposcopico mostra, prima dell'applicazione di acido acetico, delle papille rosse mal delineate e, soprattutto, numerosi vasi irregolari a cavatappi. Dopo l'applicazione di acido acetico, le papille diventano bianche e sono visibili individualmente. I vasi sono mascherati da un epitelio coagulato. In colposcopia non c'è differenza sostanziale tra alcuni carcinomi papillari e alcuni voluminosi condilomi, da ciò la necessità di biopsiare profondamente ogni lesione papillare.



- Disegno che raffigura, in una sezione sagittale della cervice, i diversi tipi di carcinoma invasivo dell'endocervice.

- 1: Epitelio squamoso normale.
- 2: Displasia al margine sia eso che endocervicale.
Zona bianca punteggiata. Nell'endocervice la lesione invade le ghiandole che sono parzialmente (3) o completamente (4) coinvolte.
- 5: Invasione che origina dal fondo di una ghiandola. Questa lesione è inaccessibile alla biopsia o al curetage dell'endocervice.
- 6: Invasione neoplastica massiva della parete posteriore del canale cervicale.
- 7: Nodulo invasivo che raggiunge lo strato profondo dell'epitelio normale che rimane avvallato: è questo il tipico aspetto a fiocco di materasso.
- 8: Nodulo invasivo visibile al di sotto di un epitelio normale o un po' assottigliato.
- 9: Rottura della mucosa normale nel fornice vaginale posteriore. E' una manifestazione tardiva di un carcinoma endocervicale molto esteso.

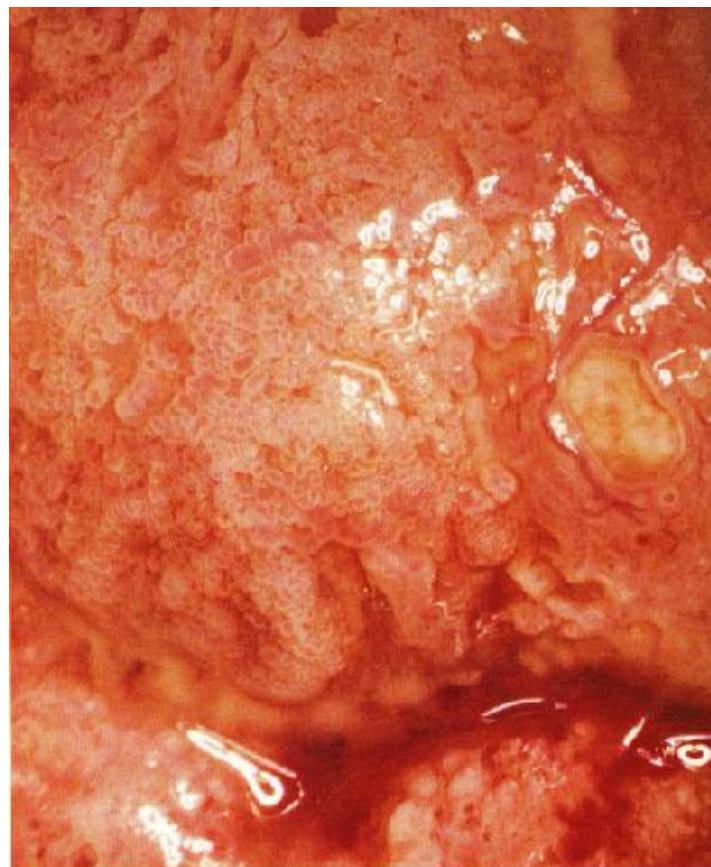


547

Caso clinico: Sig.ra Nol... anni 34. Consulto per metrorragie post-traumatiche.

547 - Collo di colorito rosso ampio e frammentato, in particolare modo sul labbro anteriore (x 2).

548 - Labbro anteriore: vicino all'orificio uterino ci sono numerose papille irregolari. Sulla destra della fotografia si possono vedere ampi vasi superficiali intorno ad una depressione gialstra corrispondente ad una zona di necrosi. Quest'ultima immagine permette la diagnosi di lesione invasiva (x 10).



548

ADENOCARCINOMA DELLA CERVICE

E' raro. Non ha alcun aspetto caratteristico che permetta di riconoscerlo con certezza come una lesione ghiandolare in colposcopia.

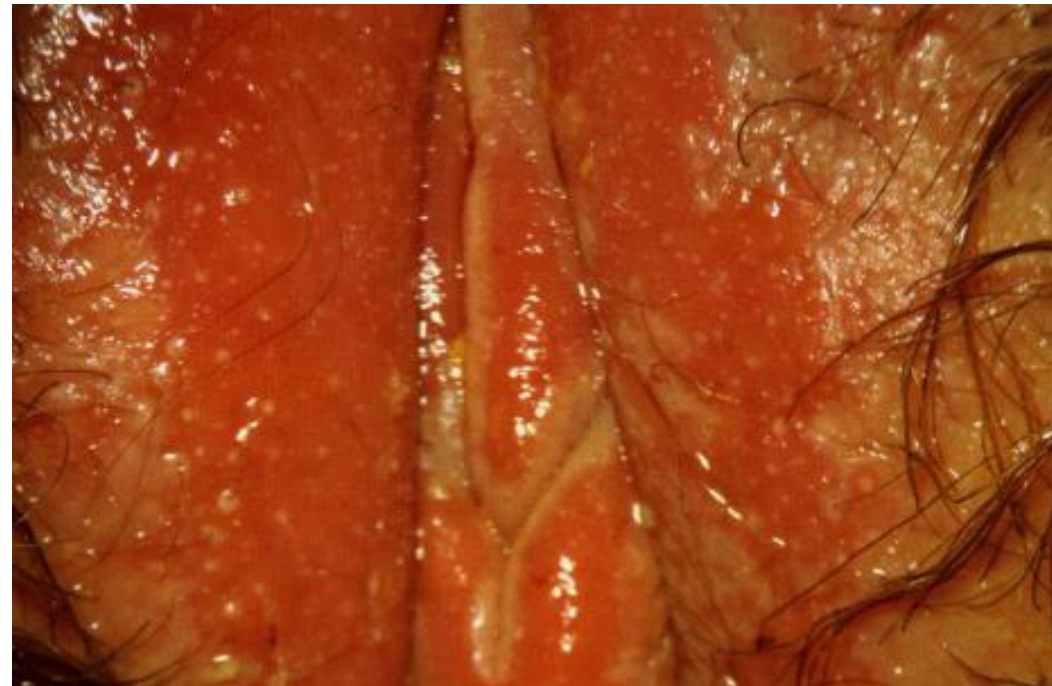
Comunque si possono notare alcune immagini particolari:

- o l'immagine di numerose papille irregolari e diseguali, accompagnate da voluminosi vasi superficiali;
- o l'immagine di una zona di trasformazione con ampi orifici riempiti da introflessioni papillari e circondati da normale epitelio squamoso;
- o la presenza di cavità piene di muco quando si tratta di una neoplasia mucosecernente.

E' possibile con l'esame istologico affermare che un adenocarcinoma della cervice sia un tumore primitivo? L'esame istologico non è un criterio di certezza perchè il patologo deve sempre sospettare la possibilità di una lesione secondaria. Spetta al clinico compiere le indagini necessarie a ricercare un tumore primitivo, in particolare ovarico.



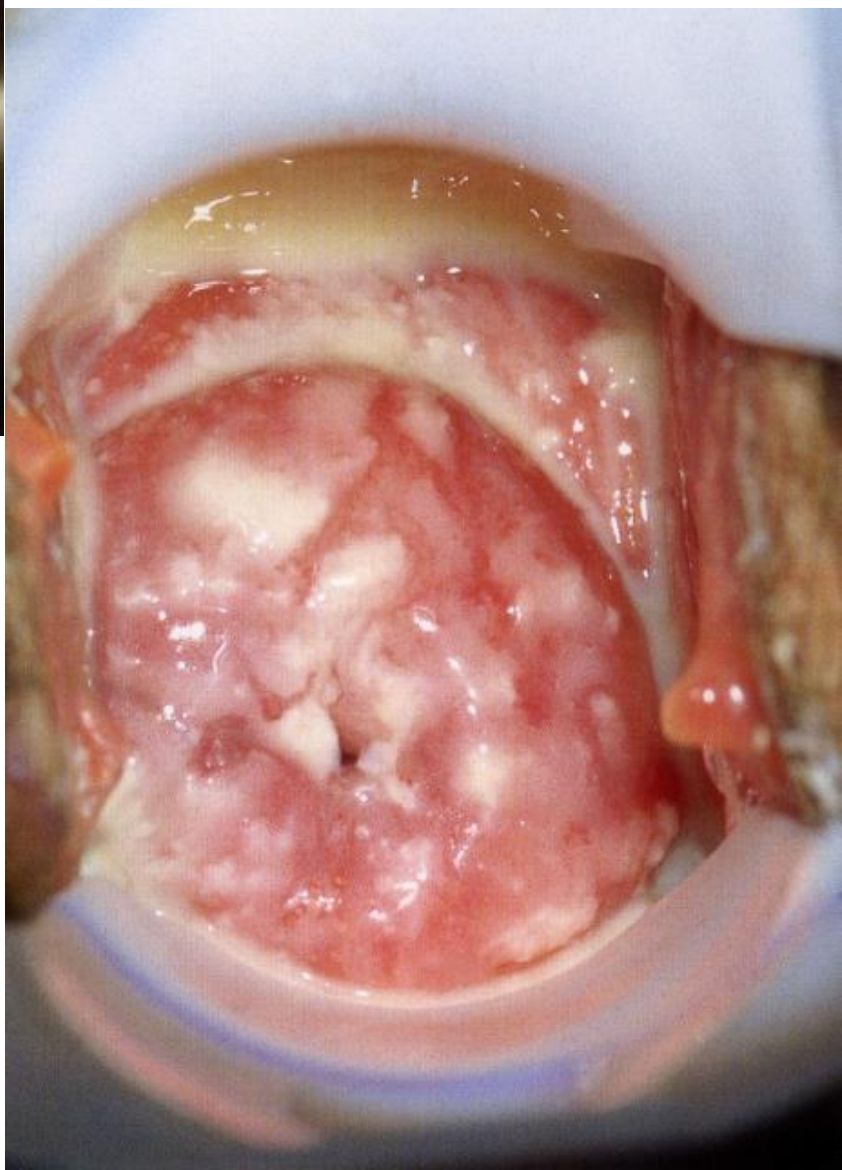
candida

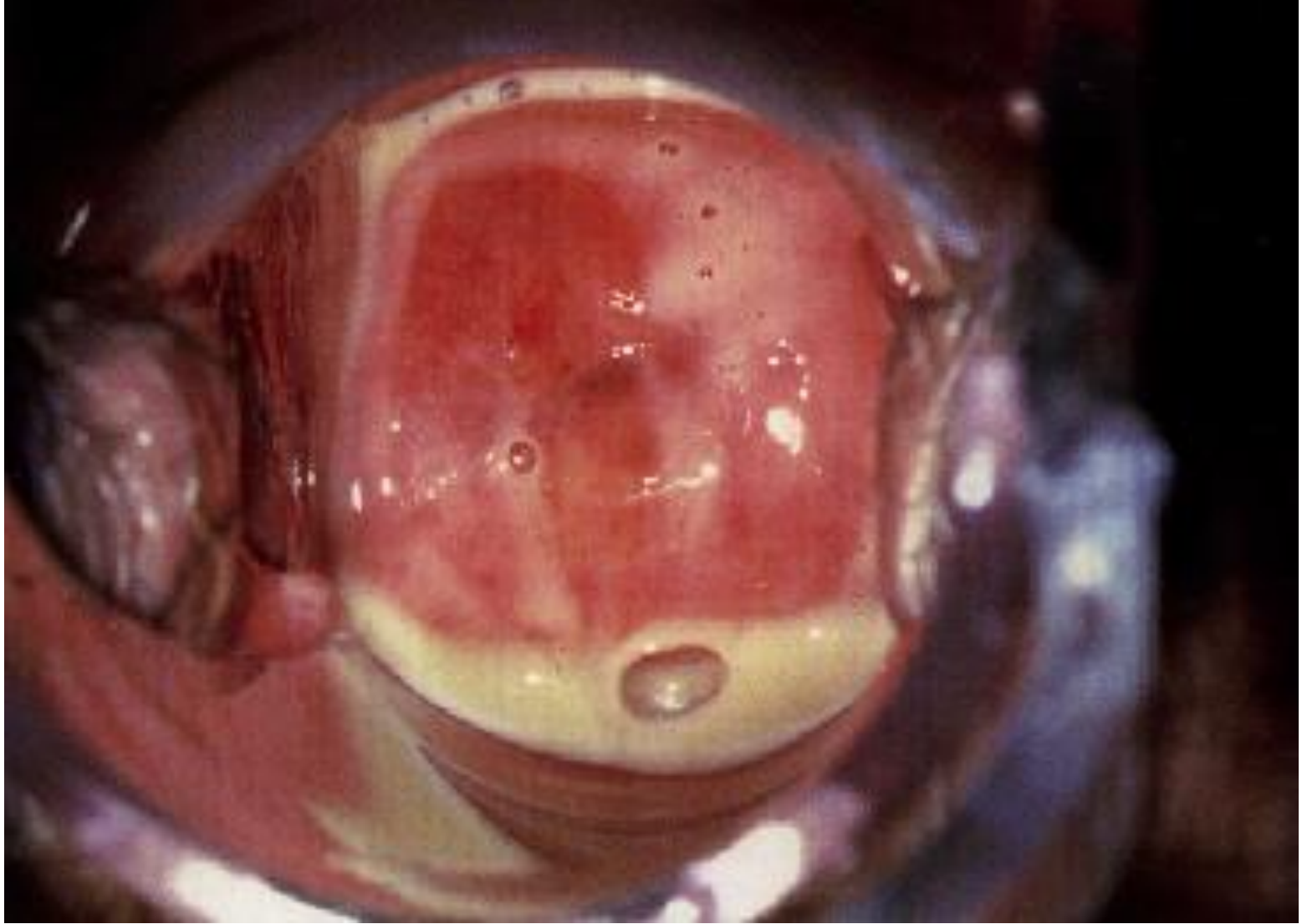




— Vaginite micotica. Il quadro è quello tipico della leucorrea a "latte cagliato" con blocchi aderenti alle pareti vaginali.

— Immagine colposcopia a piccolo ingrandimento "senza preparazione". La cervice uterina è ricoperta da secrezioni bianche, dense ed aderenti alla mucosa. Il quadro è quello della cervicovaginite micotica.





trichomoniasi

trichomoniasi



Nella figura si osserva a carico delle piccole labbra ed all'introito vaginale, una marcata congestione ed eritema. La paziente, affetta da trichomoniasi, avvertiva intenso dolore, bruciore ed, ovviamente, dispareunia.

trichomoniasi



Fig. 7

Fig. 7: Paziente affetta da infezione da trichomonas (è la stessa della Fig. 6): immagine colposcopica (12.5x). Si nota l'intenso eritema e l'aspetto della cosiddetta "cervicite a fragola". Il collo appare interamente interessato da capillari diffusamente dilatati.



Fig. 8

Fig. 8: Lo stesso quadro della Fig. 7, dopo detersione con acido acetico al 3%. L'azione vasocostrittrice dell'acido acetico al 3% attenua la congestione evidenzia piccolissime papille con punta lievemente bianca diffuse a tutta le cervice.



trichomoniasi



Fig. 1

Fig. 1: Abbondante secrezione che fuoriesce dalla vulva in paziente affetta da vaginosi batterica.



Fig. 2: Paziente con infezione da *Gardnerella vaginalis*. Nell'immagine si evidenzia una secrezione bianco-giallastra, aderente alla cervice uterina. In questa paziente, come nella precedente, tutti i parametri di Amsel furono soddisfatti.



Fig. 1: Lesioni multiple di sifiloma primario a livello vulvare. Sono visibili due lesioni rotondeggianti sul piccolo labbro di destra ed una lesione sul piccolo labbro di sinistra. Le lesioni, di circa 6-7 mm di diametro, appaiono più rosse rispetto alla zona circostante; sono rilevate e non dolenti.



Fig. 2: Paziente di 28 anni con sifiloma primario sulla faccia esterna del piccolo labbro di sinistra. La lesione, di circa 10 mm di diametro, è rilevata, bottonuta, non dolente. Coesistono perifericamente lesioni da HPV. La diagnosi differenziale può essere posta con la neoplasia vulvare e con l'infezione erpetica.



Fig. 3: Sifiloma primario presente sulla cervice uterina, visibile con l'ausilio del colposcopio. Perifericamente sono presenti lesioni da HPV subcliniche.



Fig. 4: Stesso caso della figura 3 a maggior ingrandimento. I bordi della lesione sono rilevati; i capillari sono disposti a raggiera. Al centro l'ulcera è ricoperta da una patina di fibrina biancastra.



Fig. 5

Fig. 5: Immagine colposcopica di sifiloma primario della cervice uterina. La lesione appare come un'ulcera ovoidale occupante il labbro superiore della cervice. Il reperto fu occasionale; la paziente aveva come unico sintomo una discreta leucorrea.

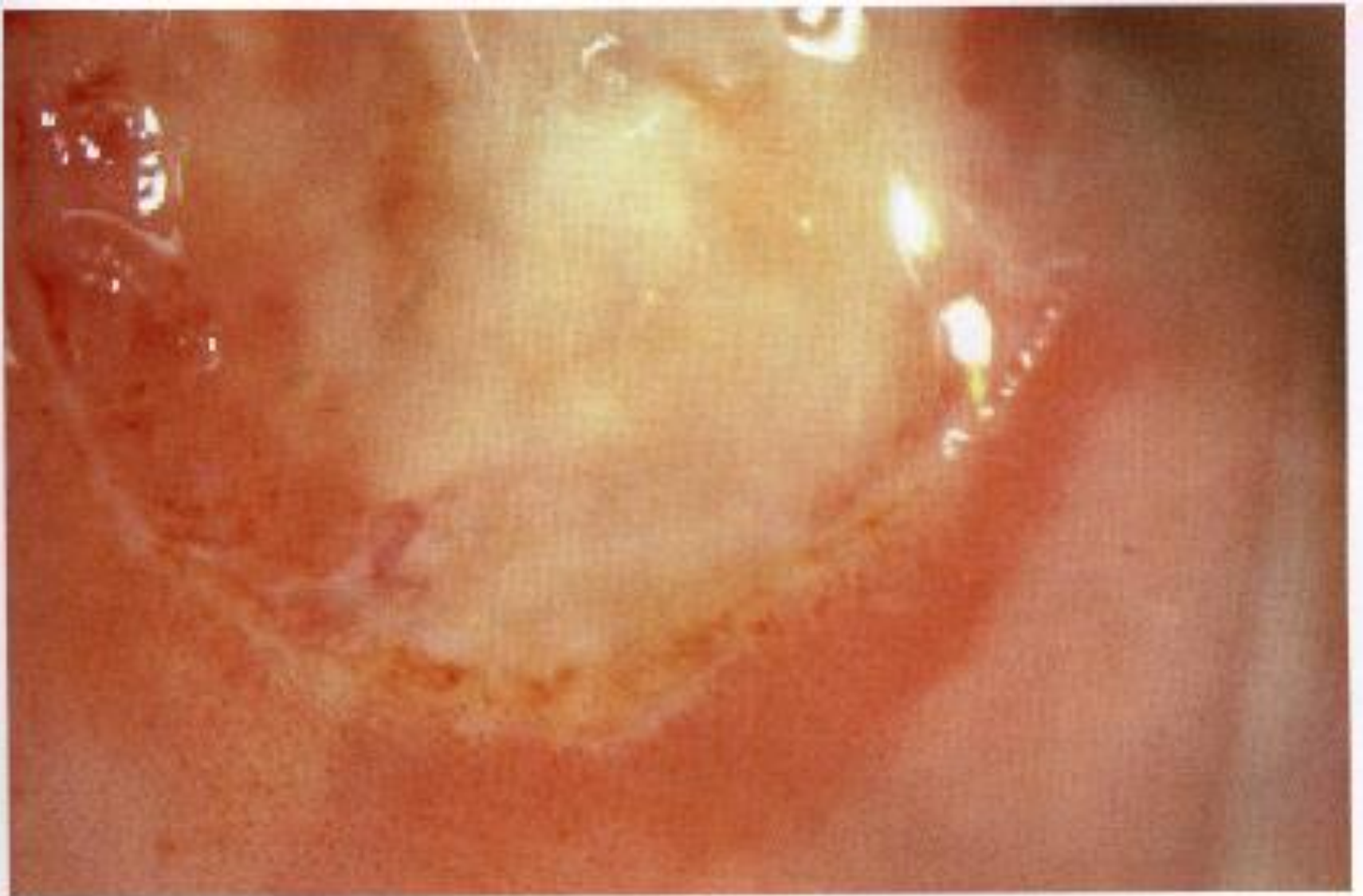


Fig. 6

to attraverso la visione colposcopica. Il quadro è quello del cratere con “perdita di sostanza” a bordi netti e con vasi a raggiera.

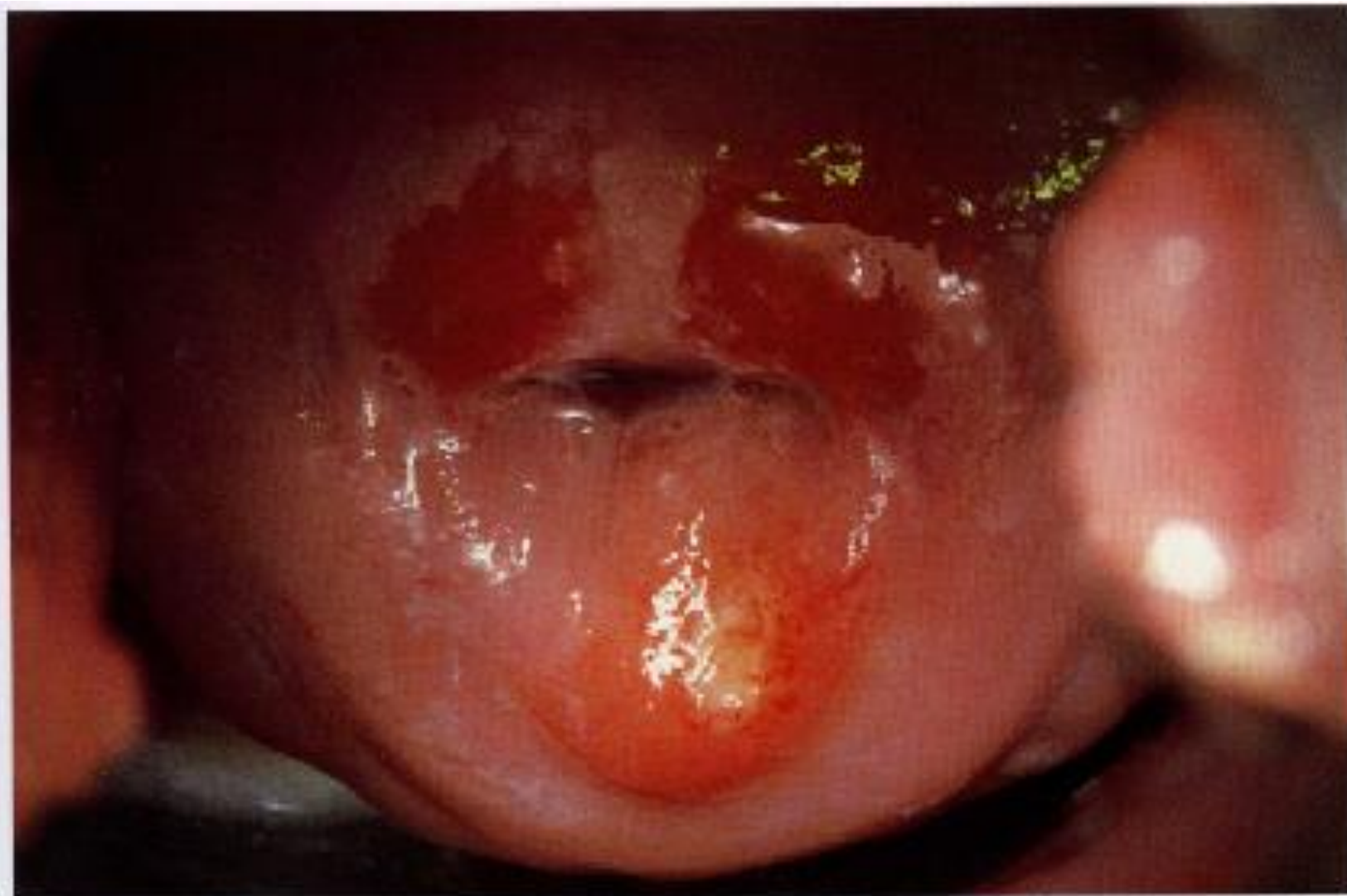


Fig. 7

Fig. 7: Sifiloma primario che si presenta come un'ulcera con bordi edematosi e rilevati ed occupante il labbro inferiore della cervice uterina.



Fig. 8

Fig. 8: Immagine colposcopica di lesione crateriforme occupante tutta la cervice uterina. Questo quadro, come accadde realmente per questa paziente di 32 anni, può essere scambiato con un carcinoma cervicale. Anche in questo quadro, come nei precedenti, i vasi sono disposti a raggiera a livello dei bordi. Al contrario, se fosse una lesione neoplastica, vi sarebbero vasi atipici ed atipie colposcopiche perifericamente all'ulcera principale, che non erano presenti in questo quadro.



Fig. 9

Fig. 9: A livello del labbro inferiore della bocca è presente una lesione rotondeggiante di circa 10 mm. La diagnosi è di sifiloma primario nella stessa paziente di figura 2.

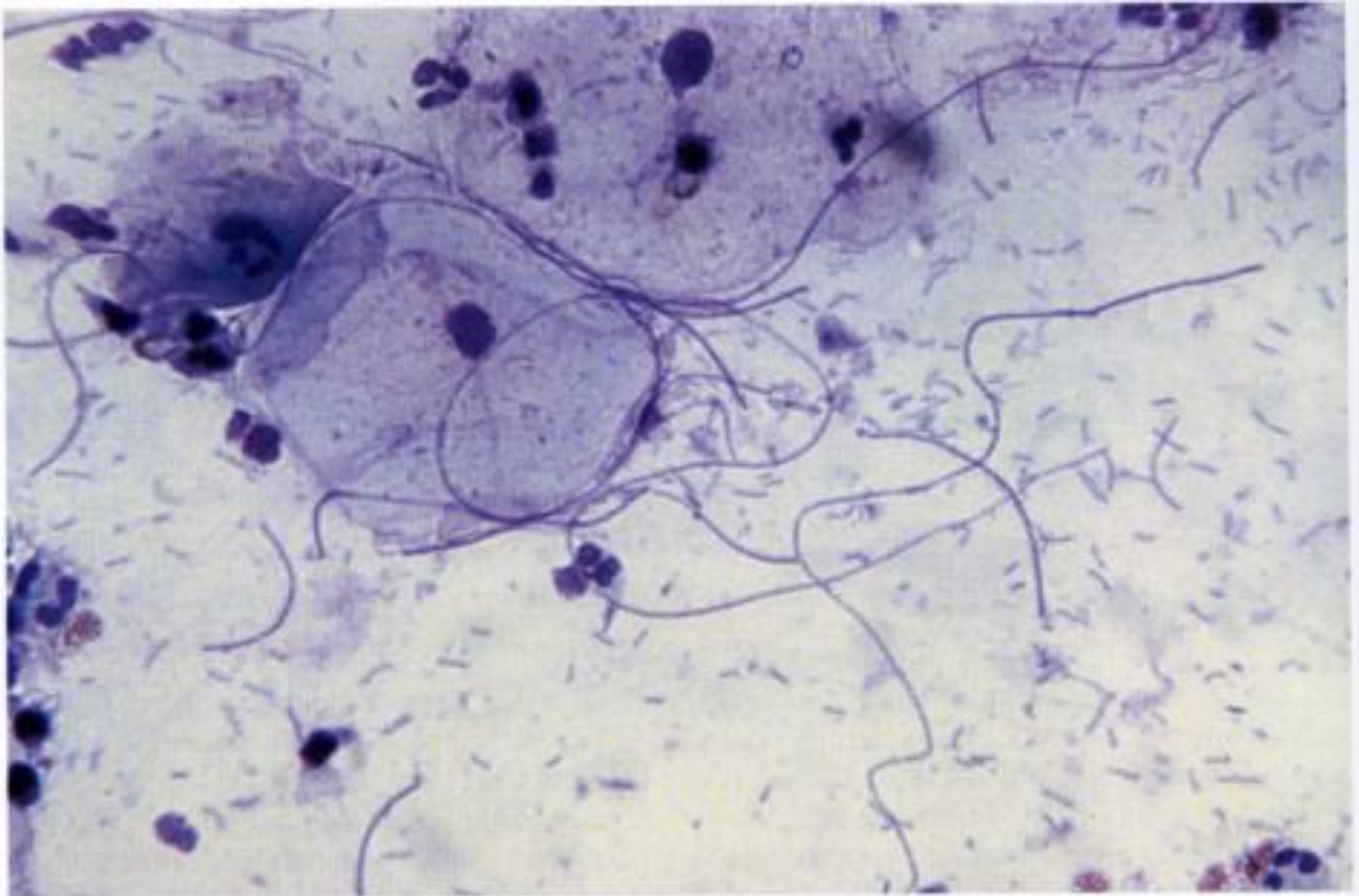


Fig. 1

Fig. 1: Citologia cervico-vaginale secondo Papanicolaou (400x). Nel preparato sono visibili numerosi Leptotrix, battere Gram-negativo a forma di capello.

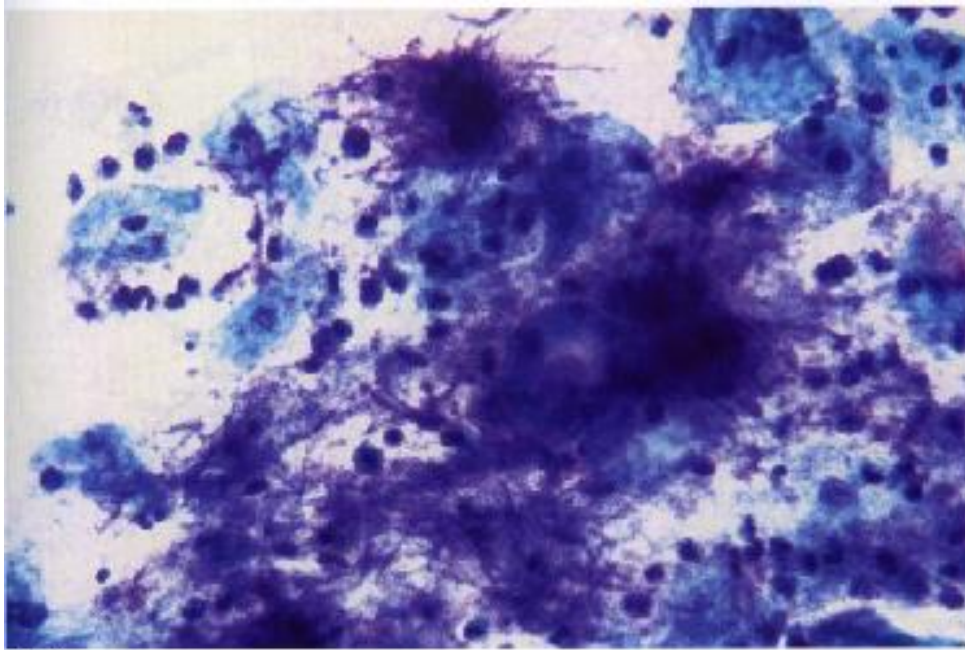


Fig. 2

Fig. 2: Citologia cervico-vaginale secondo Papanicolaou (400x). Nell'immagine è visibile un grosso ammasso basofilo da cui si riscontrano diversi filamenti: si tratta di Actinomyces in donna asintomatica portatrice di I.U.D.

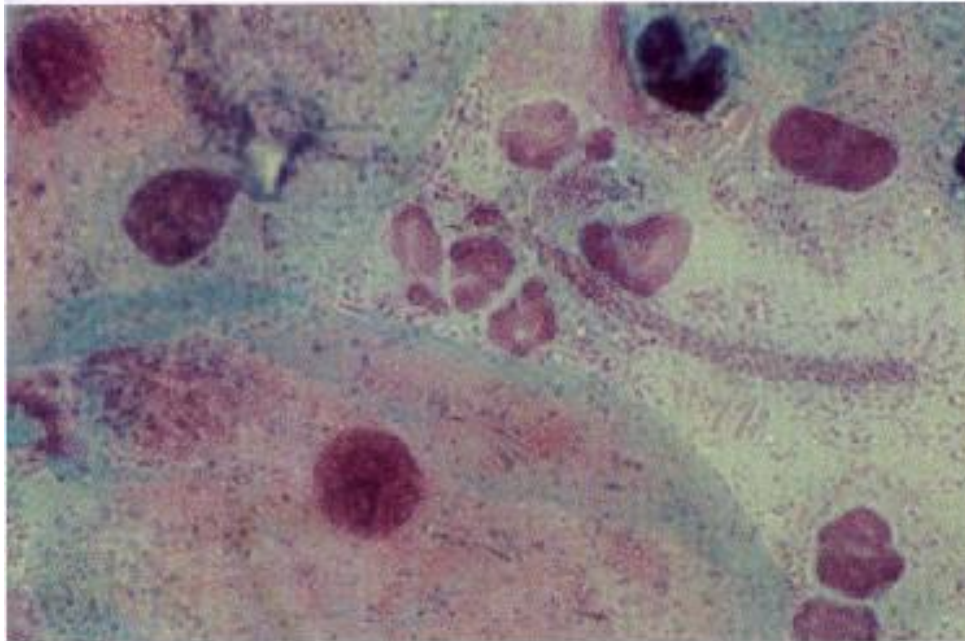


Fig. 3

Fig. 3: Citologia cervico-vaginale secondo Papanicolaou (1000x). A forte ingrandimento è ancora più evidente come i filamenti degli Actinomyces siano formati da elementi bacillari.



Fig. 1

Fig. 1: Herpes Genitale: infezione primaria. Quadro caratterizzato da vescicole multiple.



Fig. 2

Fig. 2: Herpes Genitale: infezione primaria nell'uomo. Si evidenziano vescicole multiple a livello dell'asta del pene.

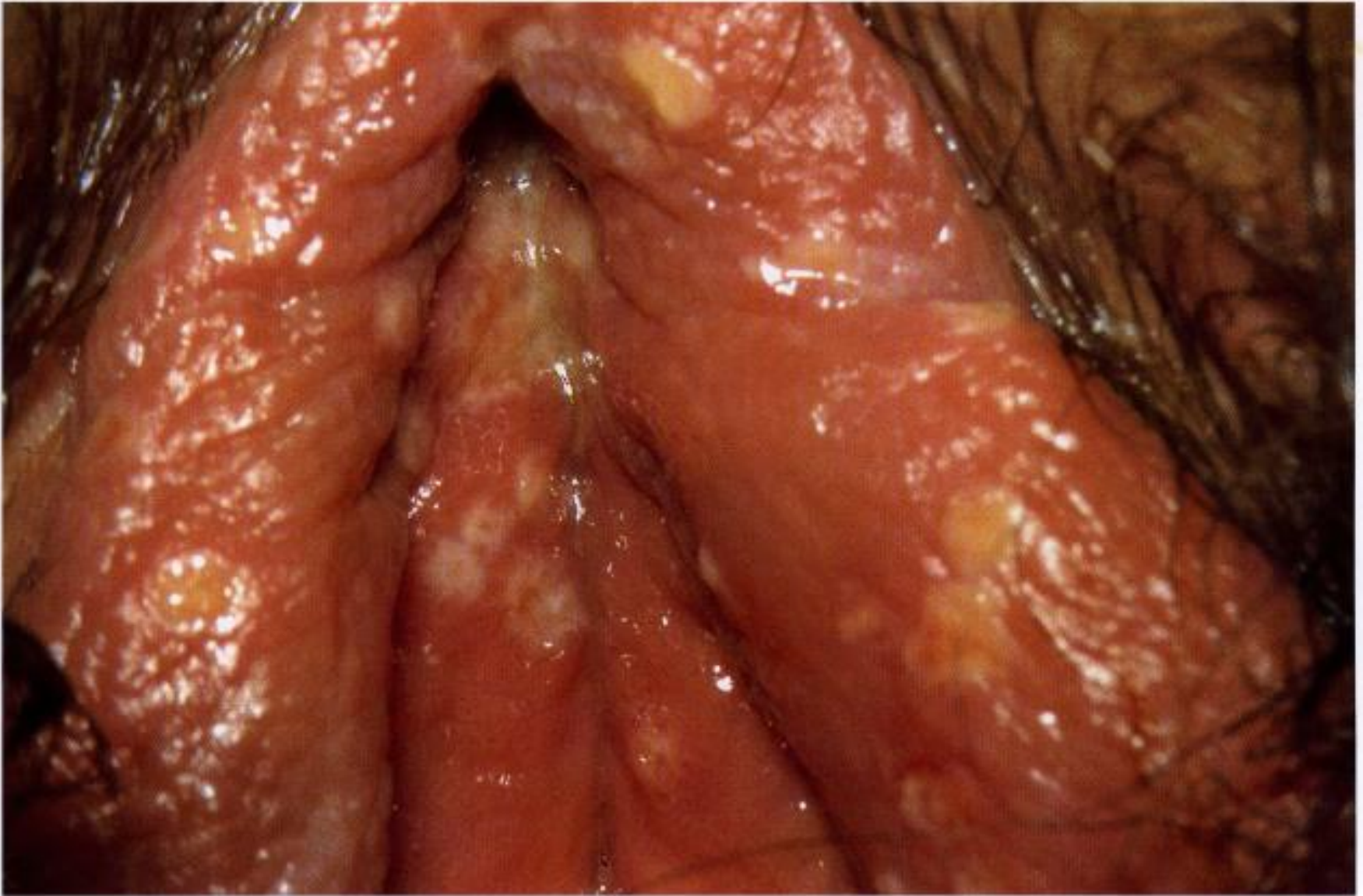


Fig. 3

Fig. 3: Herpes Genitale: infezione primaria. Il quadro evidenzia la presenza, a livello vulvare, di numerose aree di erosione rotondeggianti, che hanno preso il posto delle vescicole; vi è un marcato edema. La paziente presentava dolore intenso, ingrossamento dei linfonodi inguinali ed ipertermia.



Fig. 4

Fig. 4: Herpes Genitale primario. Questa è la prima di tre immagini che vogliono sottolineare l'importanza di una corretta esplorazione genitale, avvalendosi anche dell'impiego del colposcopio. Qui vediamo alcune aree di erosione a livello vulvare non particolarmente eclatanti in contrasto con l'intenso dolore riferito dalla paziente.



Fig. 5

Fig. 5: Herpes Genitale. È la stessa paziente della figura 4. In questa immagine, aprendo le piccole labbra possiamo scorgere pseudoulcere, di cui principalmente si evidenzia la fissurazione a livello della forchetta e l'area rotondeggiante all'interno del piccolo labbro di destra.



Fig. 6

Fig. 6: Herpes Genitale. Inserendo lo speculum, nella stessa paziente della figura 5, evidenziamo il fornice superiore e laterale destro. Qui si evidenziano aree molto più numerose ed estese di "erosione". Dunque le immagini delle figure 4, 5, riportano un caso dove l'infezione era più evidenziabile a livello dei fornici vaginali che non di vulva o cervice. Una attenta osservazione consente di fare una accurata diagnosi, fare un buon counselling e prescrivere rapidamente la terapia.

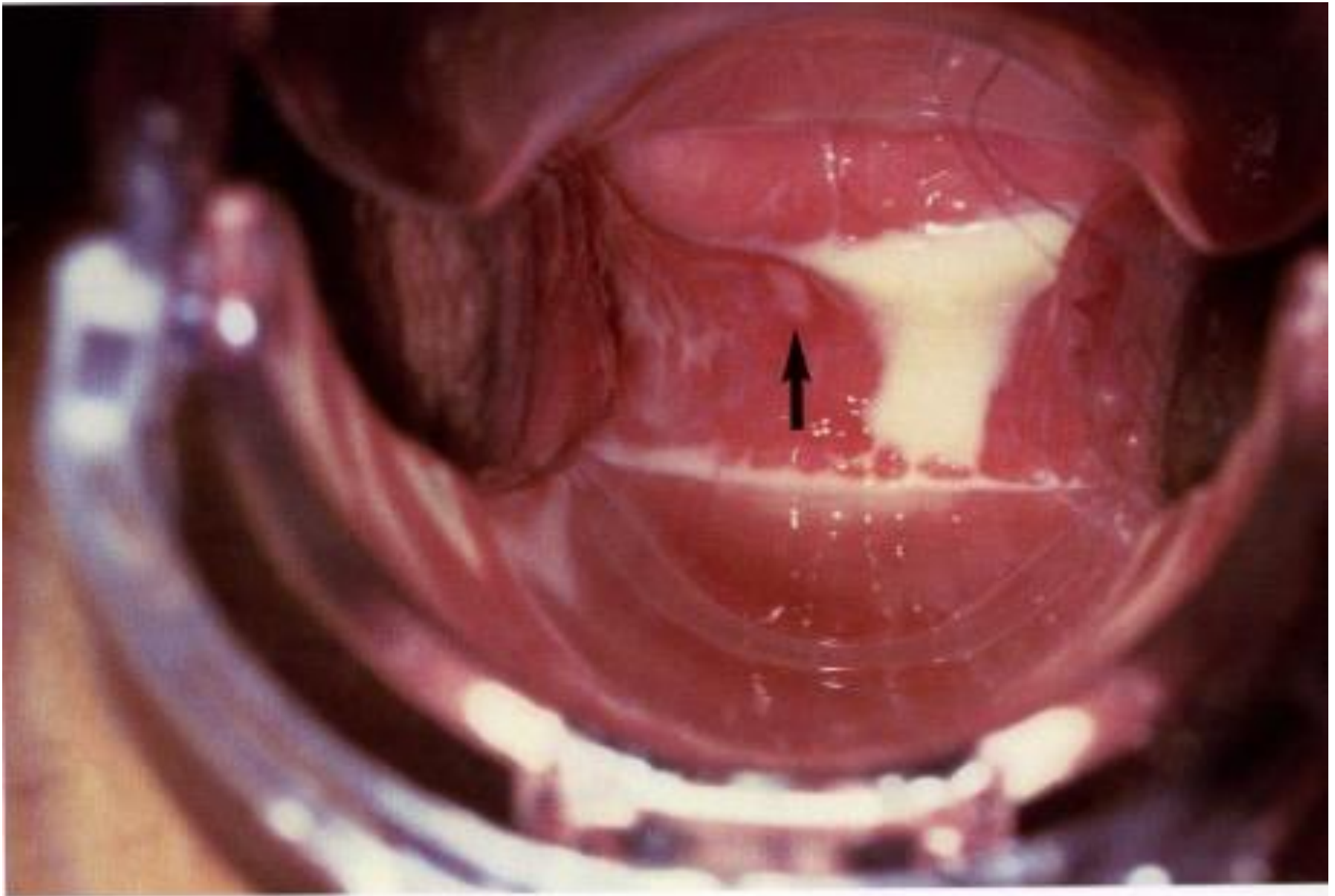


Fig. 10

Fig. 10: Herpes Genitale primario. In alcuni casi è praticamente impossibile introdurre lo speculum in pazienti con HG in fase acuta. Qui vediamo l'abbondante leucorrea, che va differenziata con quella di altre vulvo-vaginiti. Si intravede, a carico della parete laterale destra, una "pseudoulcera" rotondeggiante.



Fig. 11

Fig. 11: Herpes Genitale primario. Immagine colposcopia della cervice uterina: dopo detersione con soluzione fisiologica, si evidenziano aree di erosione in particolare a carico del labbro superiore. Questi referti, in particolare quando non sono accompagnati da lesioni vulvari, possono essere occasionali e bene comunque ricercarli in pazienti sintomatiche.

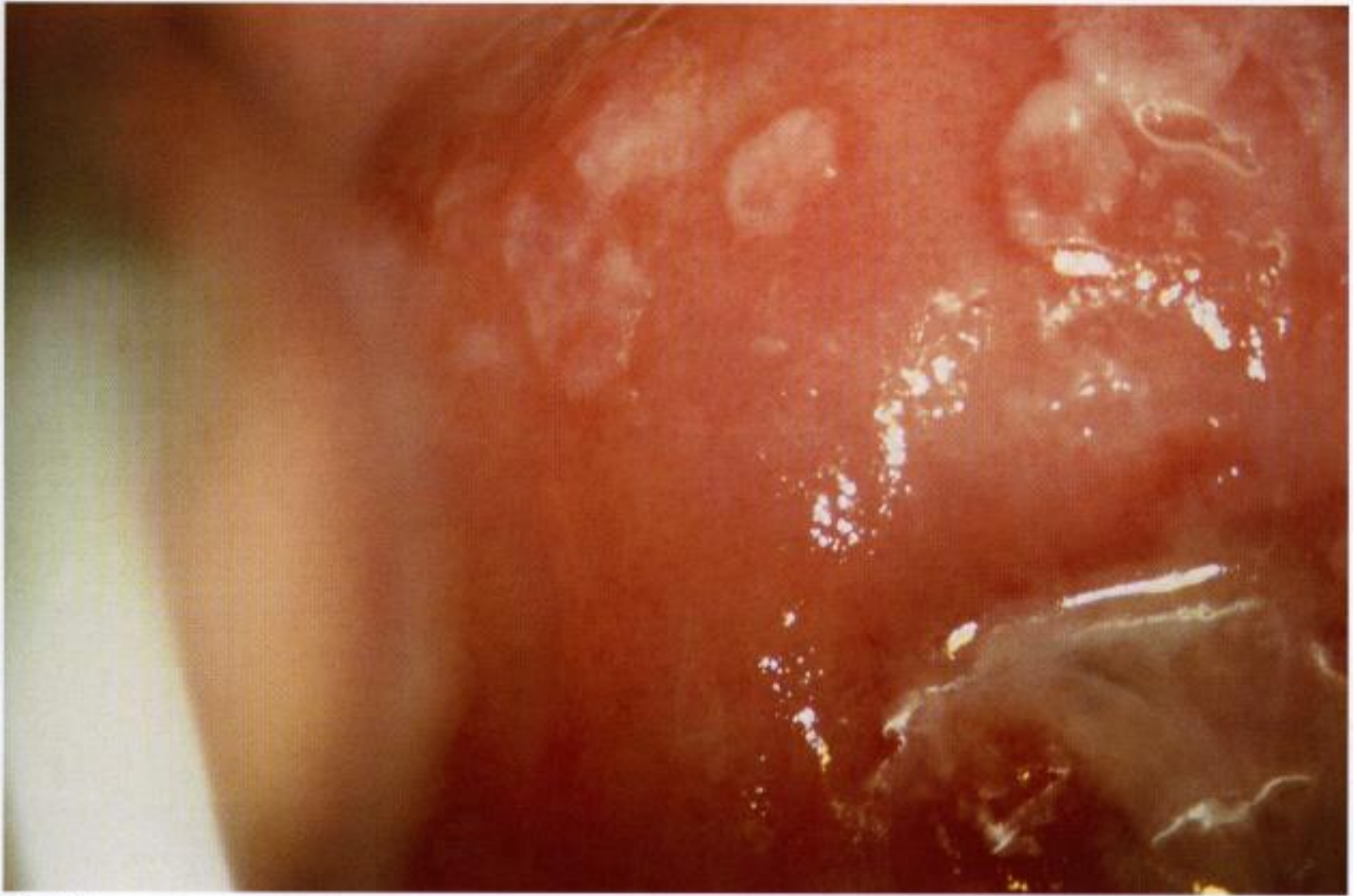


Fig. 12

Fig. 12: Herpes Genitale primario: immagine colposcopica della cervice uterina. Area di erosione con patina di fibrina sovrastante.



Fig. 16

Fig. 16: Herpes Genitalis ricorrente. In alcuni casi la ricorrenza si presenta in forma "sub-clinica" e piccole lesioni possono non essere evidenziate dallo specialista, che perderebbe così l'occasione di fare una corretta diagnosi.



Fig. 5

Fig. 5: Piccoli condilomi anali acuminati. In molti casi è la paziente che indica le piccole ma fastidiose escrescenze che vanno poi accuratamente ricercate.



Fig. 6

Fig. 6: Grossa formazione condilomatosa a livello anale in donna di 44 anni. Per settimane la paziente ha pensato di essere affetta da patologia emorroidaria.



Fig. 7

Fig. 7: Condilomatosi genitale in giovane paziente. Le proliferazioni sono estese a tutta la vulva ed alla zona perianale, creando problemi sia fisici che psicologici.



Fig. 8

Fig. 8: Condilomi acuminati isolati a livello vulvare. Sono proliferazioni digitiformi con vaso centrale, osservati dopo applicazione di acido acetico al 3%.



Fig. 9

Fig. 9: Piccoli condilomi acuminati "digitiformi" a livello vulvare.



Fig. 10

Fig. 10: Condilomi vulvari. L'aspetto di queste lesioni, rispetto alle precedenti, è più "rotondeggiante" lievemente pigmentata, con superficie micropapillare.



Fig. 11

Fig. 11: Condilomi vulvari. Qui l'aspetto rotondeggiante "papulare" delle lesioni è ancora più evidente. Questo quadro caratterizza, solitamente, lesioni relativamente "vecchie".

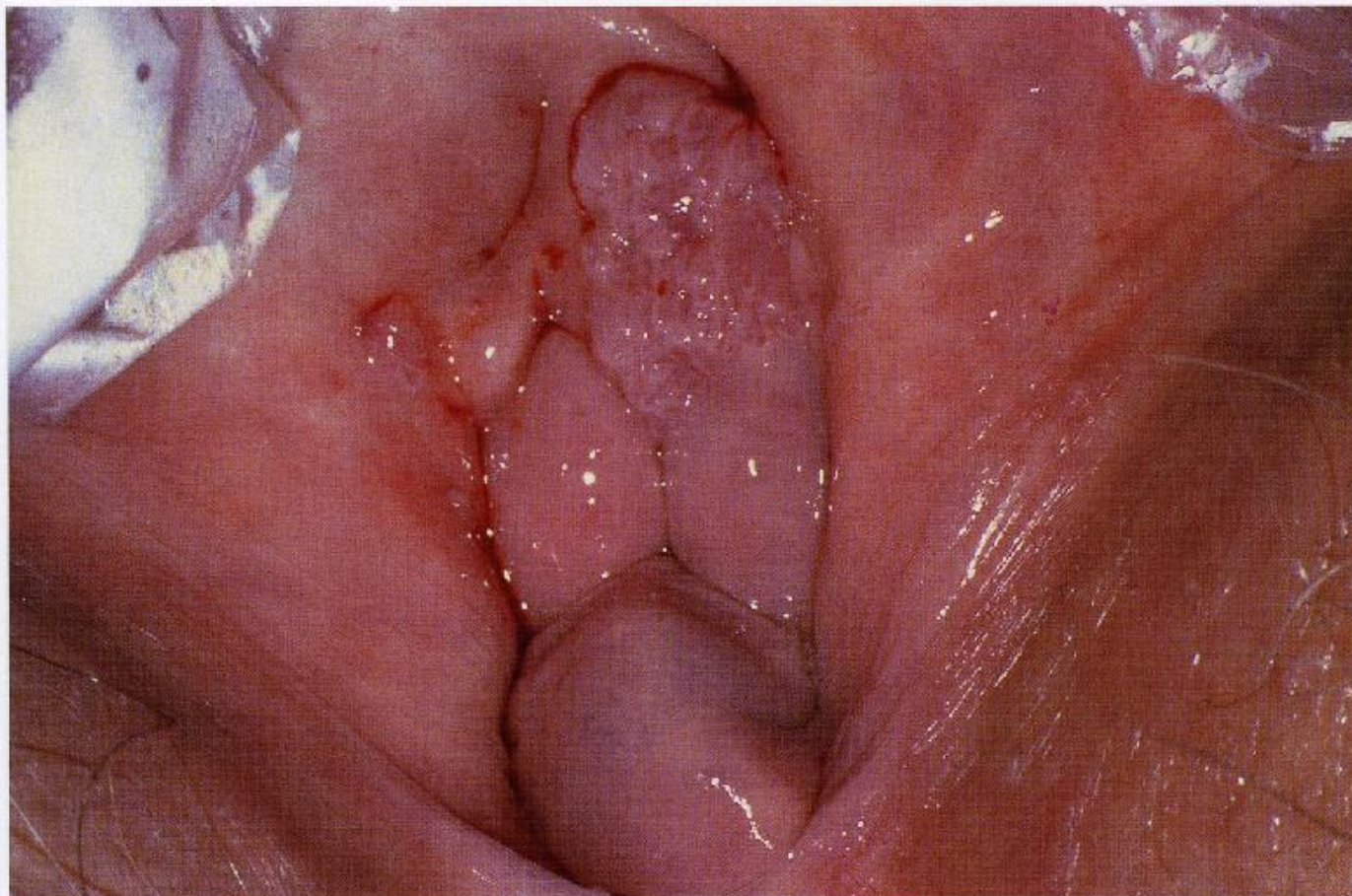


Fig. 12

Fig. 12: Dopo acido acetico al 3%, si evidenzia una lesione condilomatosa che appare biancastra e che copre parzialmente il meato uretrale. Una attenta osservazione rivela la presenza di altri piccoli condilomi satelliti, in particolare a carico del piccolo labbro di destra.

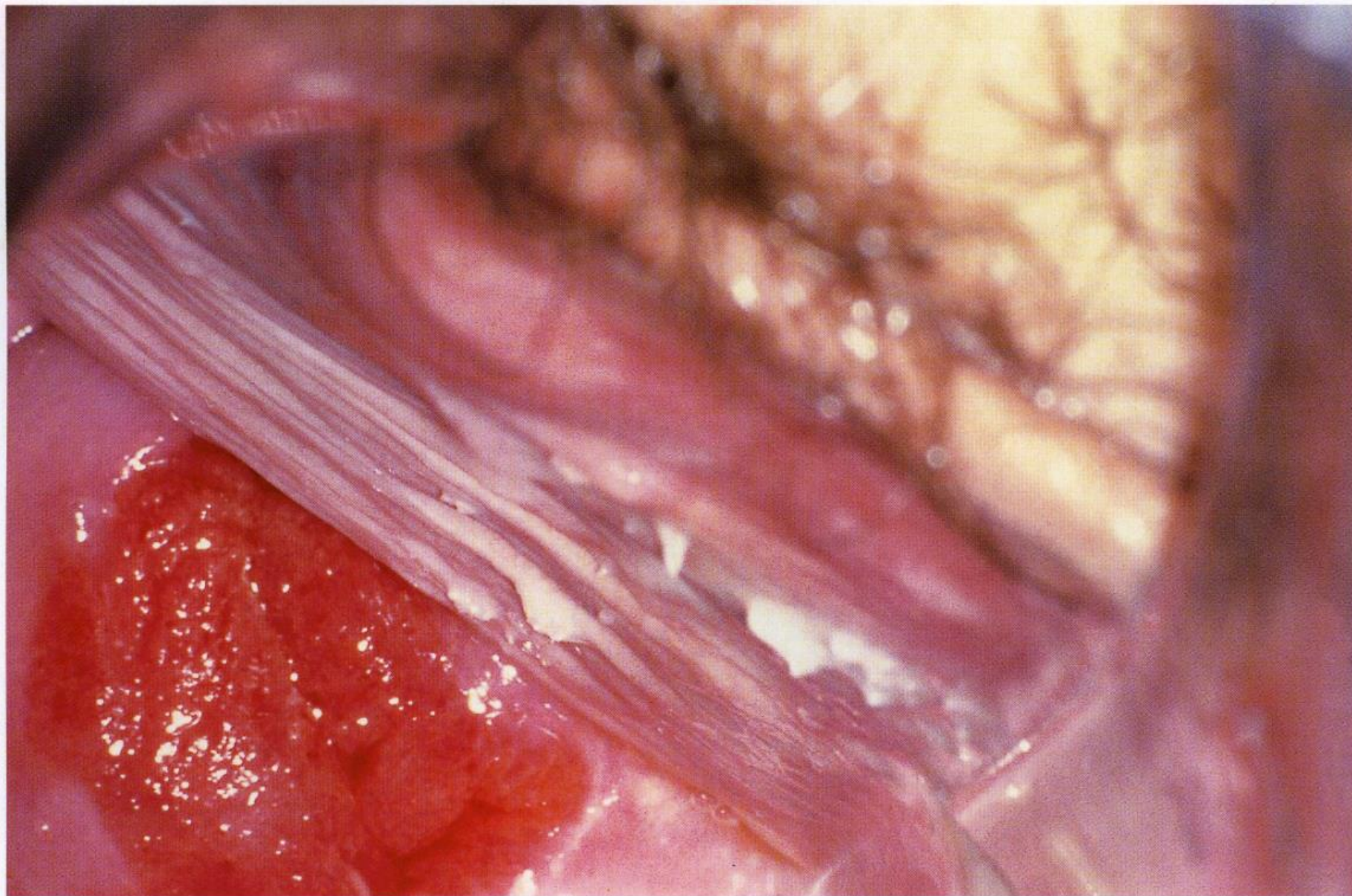


Fig. 20

Fig. 20: Condilomi acuminati vaginali con "spikes" a carico della parete vaginale.

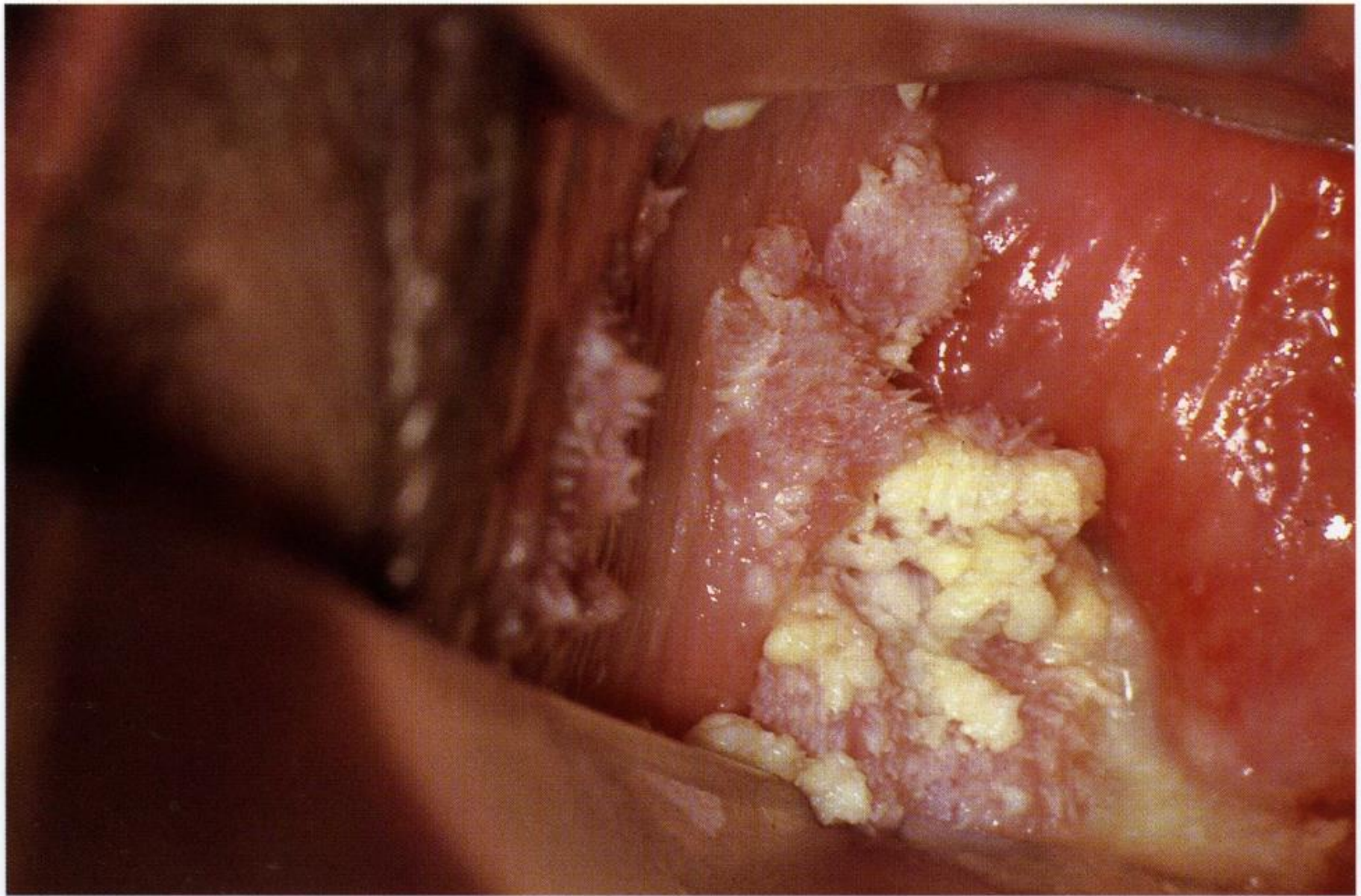


Fig. 21

Fig. 21: Condiloma florido della vagina esteso fino ai fornici, coprendo parzialmente la cervice uterina. Sono visibili abbondanti secrezioni giallastre.

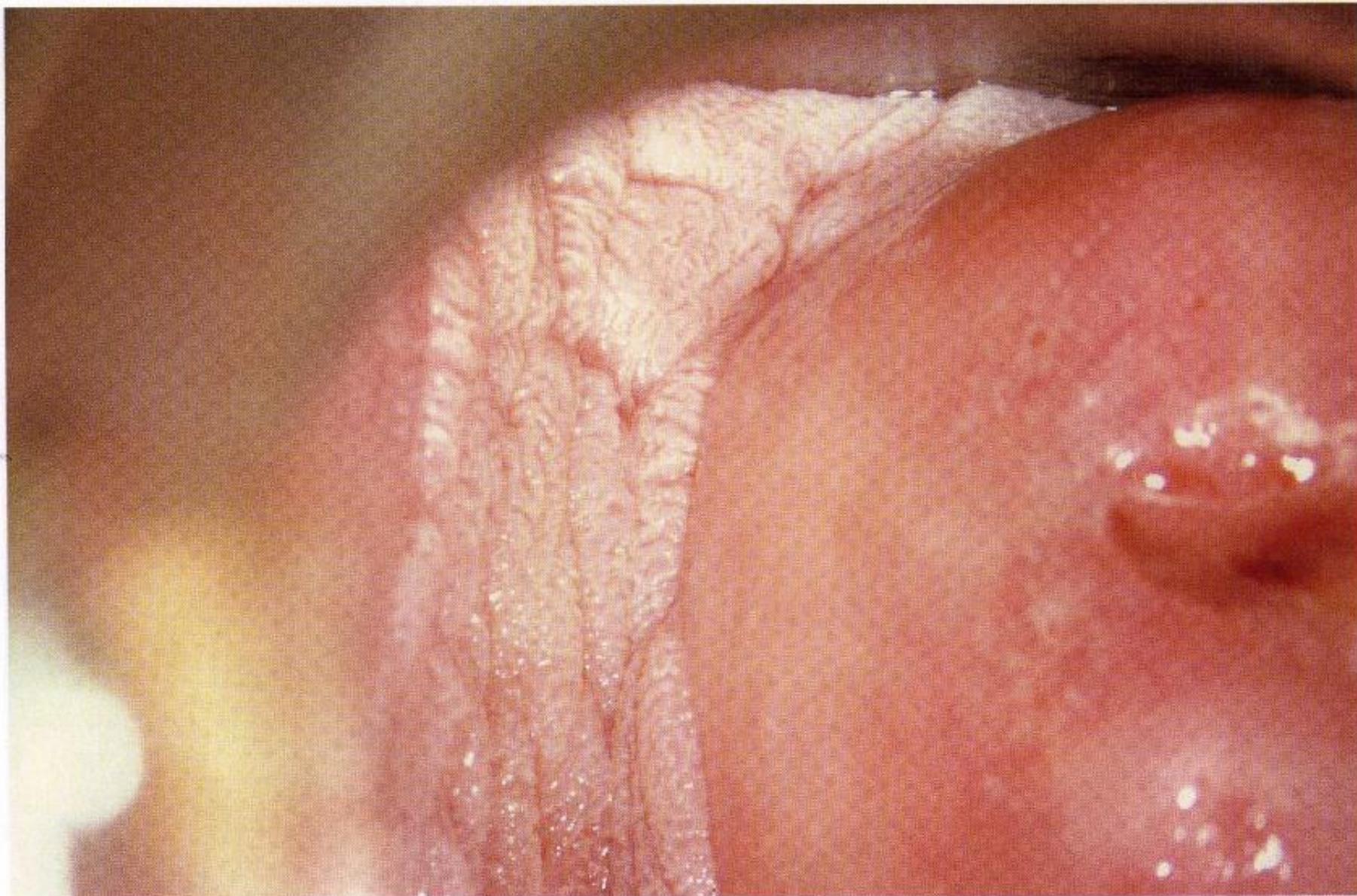


Fig. 22

Fig. 22: Osservazione colposcopica della vagina. A carico del fornice laterale destro, dopo detersione con acido acetico al 3%, è visibile lesione "micro-convoluta" aceto bianca da attribuire a lesione condilomatosa "sub-clinica" della vagina, come documentato all'esame istologico.

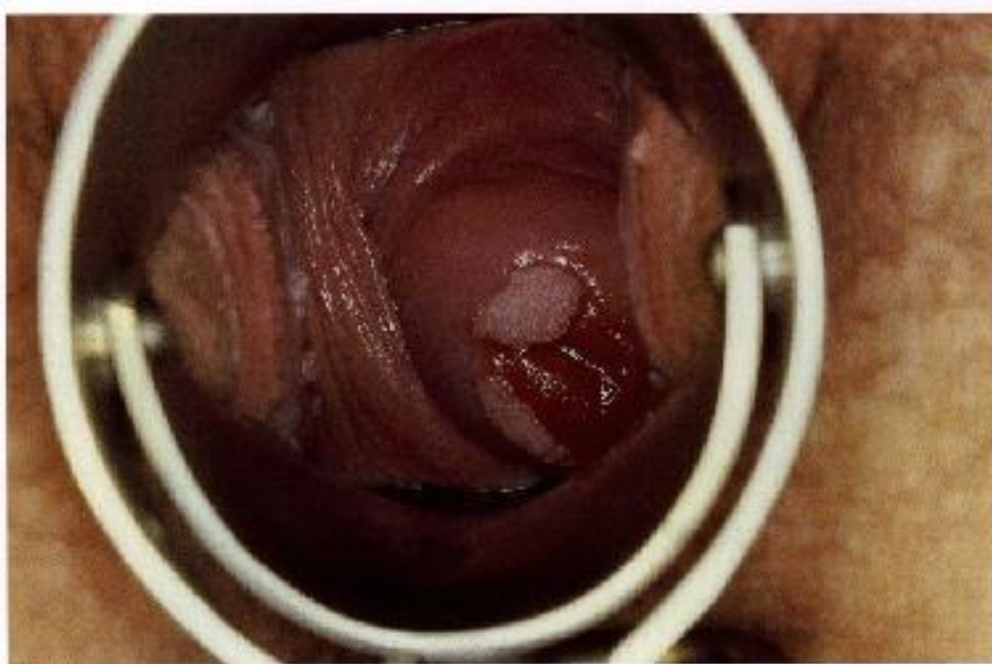


Fig. 24

Fig. 24: Osservazione ad "occhio nudo", ed attraverso lo speculum, della cervice uterina. In questo caso notiamo sulla cervice una "area rossa" ed ai bordi una proliferazione bianca. Notiamo anche sulle pareti vaginali piccole proliferazioni compatibili con condilomi acuminati. La paziente verrà quindi inviata all'esame colposcopico per gli accertamenti definitivi.



Fig. 25

Fig. 25: Immagine colposcopica della stessa paziente dell'immagine 24. Possiamo ora descrivere una cervice uterina che presenta al centro un'ampia zona di epitelio cilindrico ed al limite della giunzione squamo-colonnare, due proliferazioni bianche, ipercheratosiche, micropapillari compatibili con condiloma "leucoplasico". Si osserva sull'epitelio originale circostante una diffusa e fine colpite.

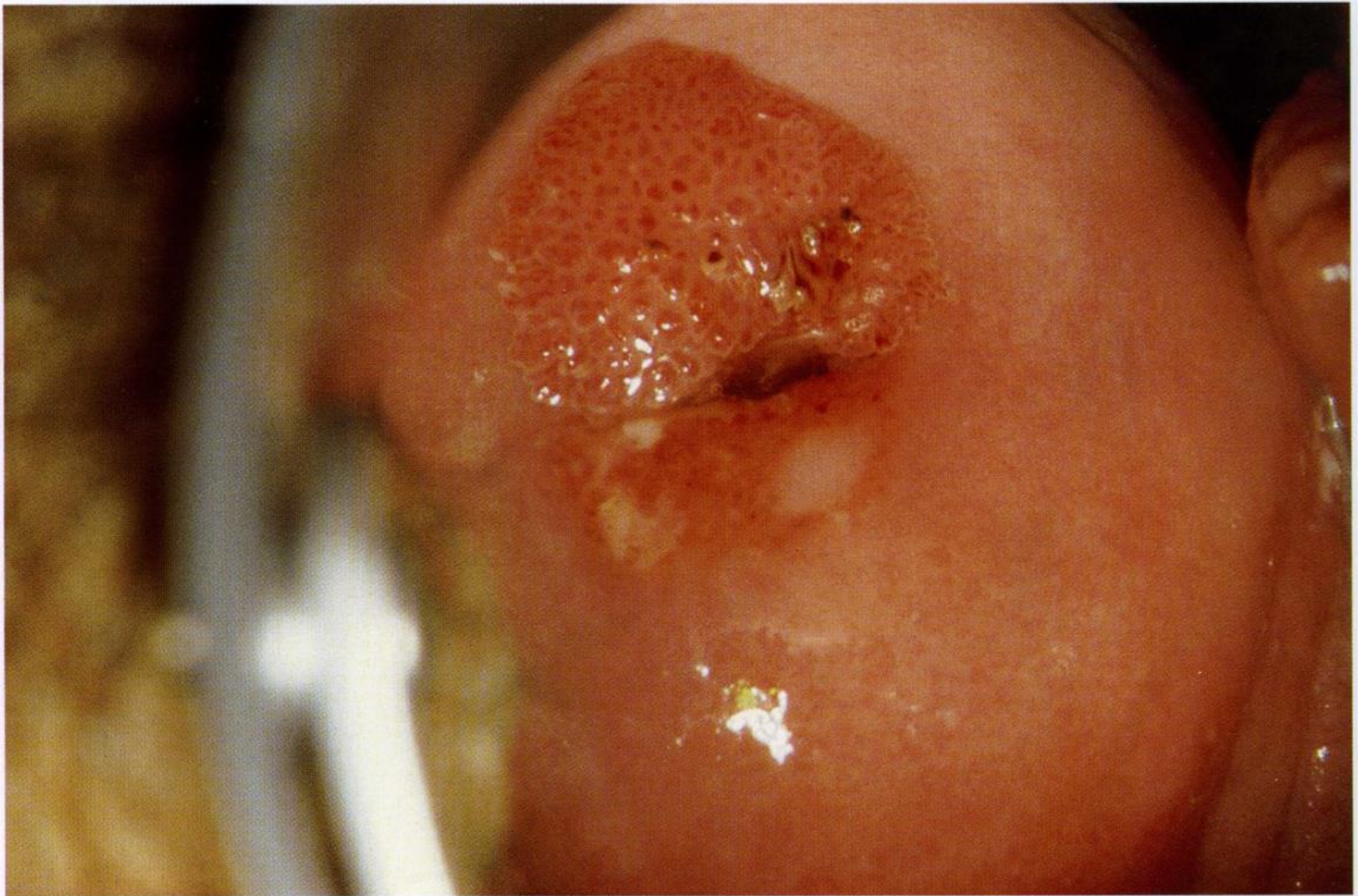


Fig. 29

Fig. 29: Condiloma florido della cervice osservato all'esame colposcopico dopo deterzione con soluzione fisiologica. Si vede chiaramente come ogni papilla del condiloma presenti un capillare centrale.

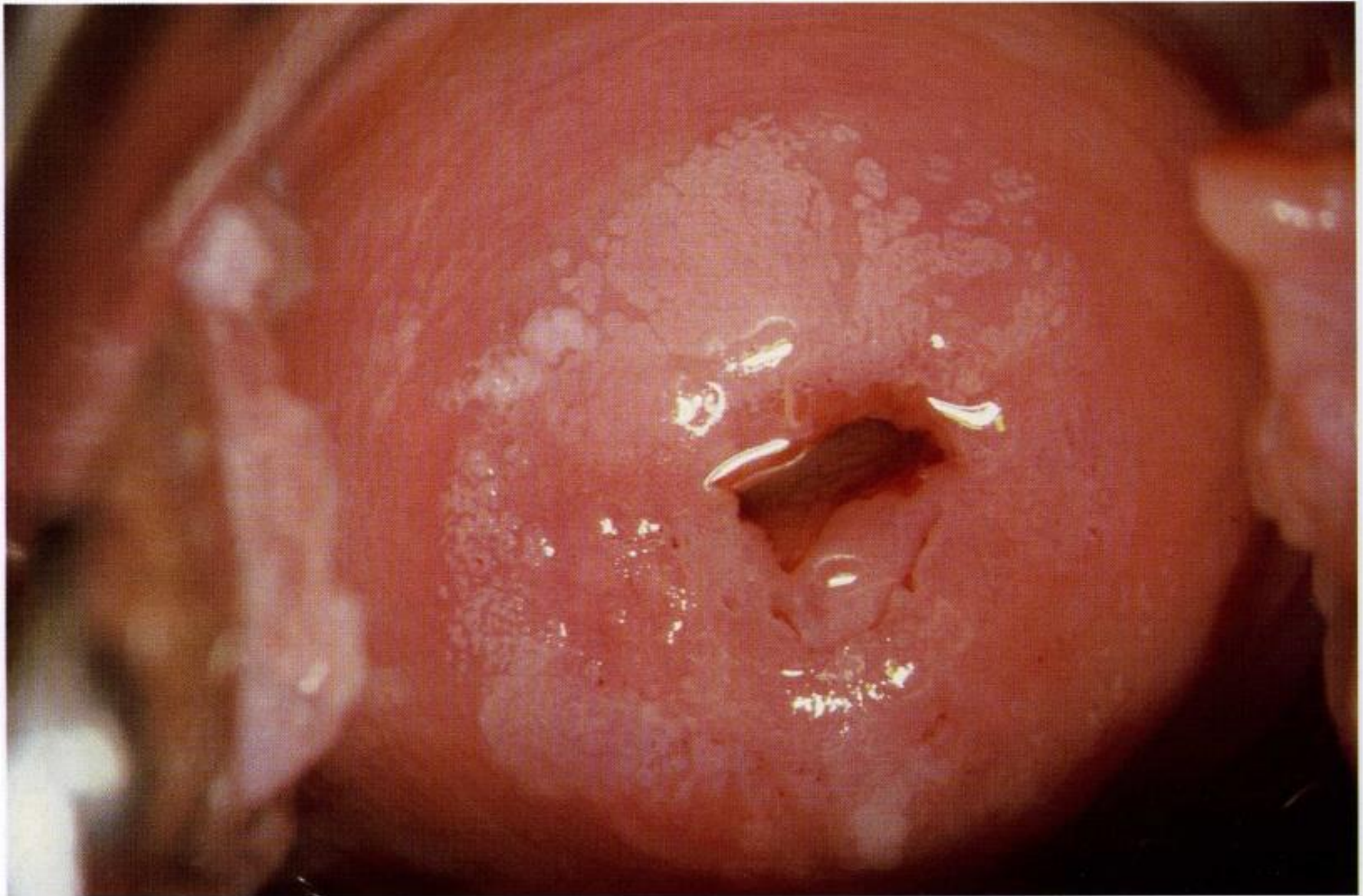


Fig. 30

Fig. 30: Quadro colposcopico anormale. Epitelio bianco sottile micropapillare che fa sospettare una infezione da HPV.

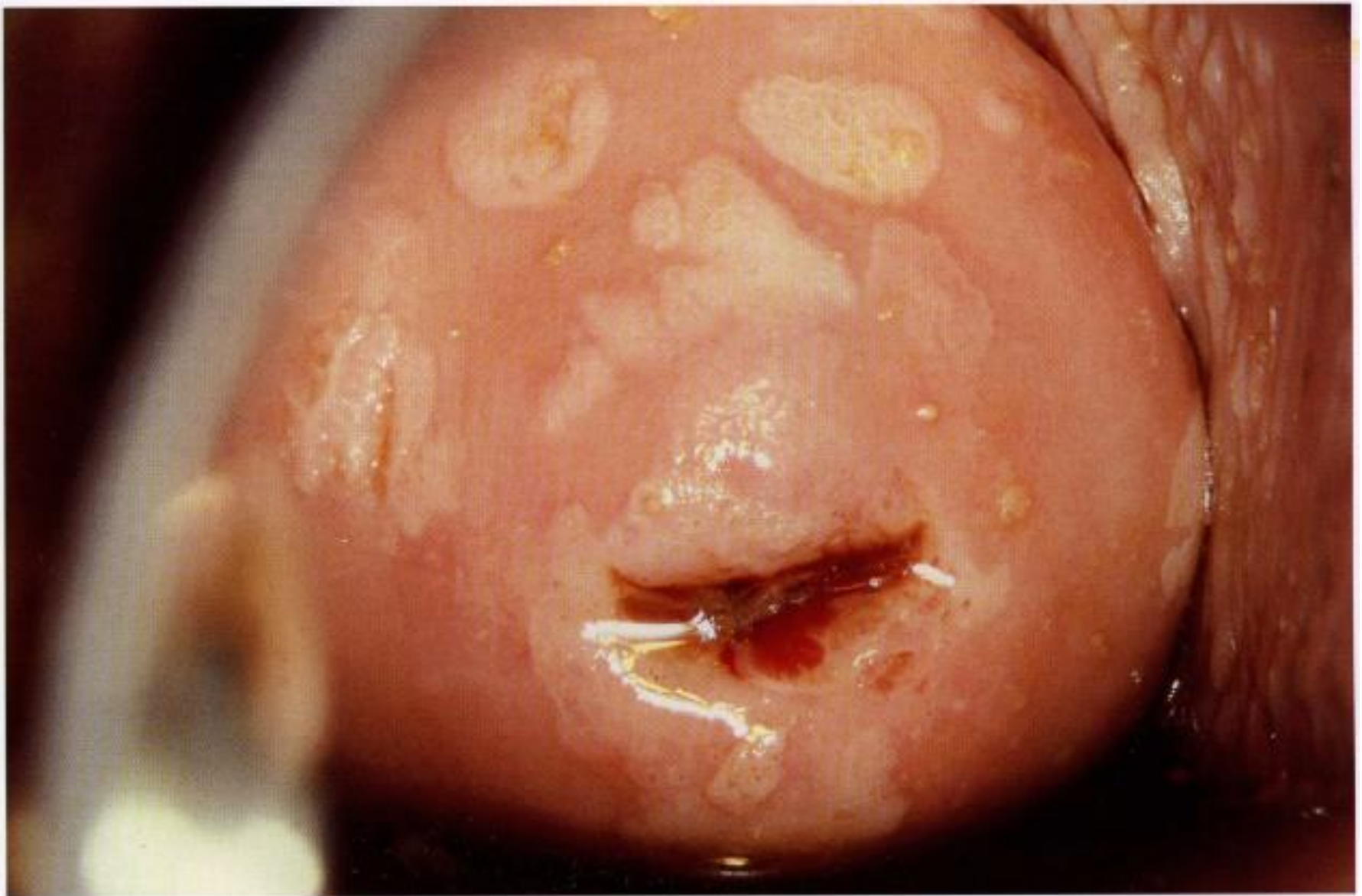


Fig. 31

Fig. 31: Aree multiple di epitelio bianco, isolate e lontane dall'orifizio uterino esterno. Questo quadro colposcopico anormale è compatibile con condilomatosi cervicale sub-clinica.



Fig. 1: Mollusco contagioso. Numerose formazioni papulari diffuse alla vulva, all'inguine ed all'interno della coscia.



Fig. 2: Mollusco contagioso. Sono visibili a forte ingrandimento due formazioni ombelicate con il materiale biancastro che fuoriesce da questa ombellicatura.



Fig. 3: Mollusco contagioso. Sono visibili alcune formazioni di varie dimensioni: nella maggiore è visibile il materiale giallastro che fuoriesce dalla caratteristica ombelicatura. La diagnosi differenziale deve essere fatta con il condiloma acuminato.



Fig. 1: Pediculosi del pube. Osservazione colposcopica dei peli del pube: è visibile lo *Phthirus pubis* aderente ad un pelo del pube. La paziente riferiva prurito intenso e fastidioso da alcune settimane.