

Studiu privind tratamentul infecțiilor cervicovaginale și a stărilor precanceroase ale colului uterin cu cervugid-ovule (II)

Urmare din numărul anterior



CH. ZANOSCHI
Conferențiar, Catedra de Anatomie,
medic primar obstetrică ginecologie
UMF Iași

V. LEICA
Medic primar obstetrică ginecologie,
Policlinica nr. 1 Iași

S. TELEMAN
Conferențiar, Catedra de Anatomie
Patologică, UMF Iași

II. Vaginitele se manifestă printr-o serie de simptome nespecifice ca disconfortul local, durere, arsuri, disurie, prurit, scurgeri anormale și urât mirositoare. Se pot asocia cu bolile cu transmisie sexuală printre care și HIV, și pot determina complicații în evoluția normală a sarcinii sau complicații post-partum, postabortum, complicații septice postoperatorii în sfera genitală.

Vaginitele sunt determinate de trei mari cauze, după ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists- Clinical management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Buletin practic, mai, 2006):

1. Vaginoza bacteriană, cunoscută până nu demult sub denumirea de vaginită nespecifică (22-50%)
2. Candidoza vulvo-vaginală (17-39%)
3. Trichomonioza genitală (4-35%).

Vaginoza bacteriană este determinată în cea mai mare parte de *Gardnerella vaginalis* (cocobacil Gram-negativ anaerob numit și *Corinebacterium vaginale* sau *Haemofilus vaginalis*) vine să illustreze un sindrom cauzat de o floră mixtă, aerobă și anaerobă, care se însoțește de un proces inflamator minim din partea vaginului. Acest sindrom este caracterizat prin ruperea echilibrului dintre flora normală dominantă a speciilor de *Lactobacillus* și deplasarea echilibrului către o floră vaginală mixtă patogenă dominată de *Gardnerella vaginalis* precum și speciile de *Bacteroides*, *Mobilunculus*, *Mycoplasme*, *peptococci*.^{29, 30} Ca urmare a incidenței foarte ridicate a germeului *Gardnerella vaginalis* în

etiologia vaginozei bacteriene, aceasta este sinonimă după unii autori cu infecția cu *Gardnerella vaginalis*.¹⁵

Diagnosticul de vaginoză bacteriană se stabilește pe următoarele criterii specifice propuse de Amsel:^{17,18}

- scurgere vaginală alb-gri omogenă;
- pH vaginal mai mare de 4,5;
- degajarea unui miros urât de pește din secreția vaginală când aceasta este tratată cu o soluție alcalină de KOH 10%, datorită prezenței aminelor anormale în fluidul vaginal;
- prezența de celule cu aspect morfologic specific, numite și celule indicatoare sau celule "clue".

Datorită faptului că după criteriile lui Amsel se poate ajunge la o supralicitare a diagnosticului de vaginoză bacteriană, mai simplu, se consideră că diagnosticul de vaginoză bacteriană se poate stabili după criteriile lui Nugent sau Spiegel pe frotiuri colorate Gram, metodă mai practică și mai utilă pentru diagnosticul și tratamentul ambulatoriu.^{31,32}

După criteriile lui Nugent și Spiegel vaginoza bacteriană este afirmată dacă pe un câmp microscopic cu imersie (x 1000) numărul de *Lactobacili* este mai mic de 5 și numărul de *Gardnerella vaginalis* este mai mare de 5, alături de alte 5 sau mai multe morfotipuri (cocci Gram pozitiv, bacili Gram negativ, bacili fusiformi Gram).

Dacă în câmpul microscopic cu imersie numărul de *Lactobacili* este mai mare de 5, iar numărul celorlalte morfotipuri este 5 sau mai mic, colorația Gram poate fi considerată ca fiind normală.^{31,32}

Candidozele vulvo-vaginale determinate în principal de *Candida albicans*, dar și de alte specii de levuri, au fost clasificate în funcție de circumstanțele în care apar în candidoze vulvovaginale necomplicate și complicate.¹

Candidozele vulvo-vaginale necomplicate cuprind candidozele cu manifestări moderate, infecție rară sau sporadică, femeii negravidă, fără complicații medicale, infecție candidozică suspectată.

Candidozele vulvo-vaginale complicate cuprind candidoza cu simptome severe, candidozele recidivante cu episoade de 4 ori pe an sau mai mult, infecție cu candida dovedită, femeii cu diabet sau alte afecțiuni medicale severe, imunosupresie etc. Această clasificare este importantă pentru individualizarea tratamentului.

Trichomonioza vaginală este o boală cu transmitere sexuală, având ca agent etiologic specific protozoarul *Trichomonas vaginalis*, iar semnele clinice merg de la stări asimptomatice până la manifestări locale severe.

Incidența diferitelor forme de vaginită s-a modificat în ultimul timp; astfel trichomonioza este mai puțin frecventă decât altădată,¹⁵ iar cauzele cele mai frecvente rămân vaginoza bacteriană și candidoza.¹⁶ Se consideră că aproape 50-75% dintre femeii au avut în timpul vieții o vaginită candidozică, fie ca urmare a scăderii mijloacelor normale de apărare, fie a modificării raportului dintre componentii normali ai florei vaginale. În perioada de reproducere vaginoza bacteriană este cel mai frecvent întâlnită.

III. Este cunoscut că datele colposcopice care pot sugera o leziune de grad înalt (modificări majore) sunt concordante pentru o leziune de grad înalt evidențiate citologic sau histologic în proporție de 70-80% din cazuri, ceea ce arată o specificitate asemănătoare cu cea a citologiei de grad înalt pentru leziunile CIN II sau III. De aici, justificarea esențială pentru menținerea colposcopiei ca "tehnică esențială pentru depistarea leziunilor CIN de grad înalt".⁵ Modificările minore nu sunt specifice și ele pot corespunde în proporții egale unei leziuni de grad scăzut sau unei metaplazii.

Colposcopia are rolul de a verifica prezența sau absența la nivelul colului uterin a stărilor precanceroase prin evidențierea modificărilor colposcopice majore, sugestive pentru

o leziune de grad înalt: test Lugol negativ pe o suprafață anterior intens aceto-albă, o suprafață netedă cu contur exterior regulat, reacție aceto-albă intensă care apare repede și dispăre lent, punctație grosolană sau fină, mozaic neregulat, grosolan cu ochiurile rețelei de dimensiuni diferite (atipiile desenului vascular), zone iod parțial pozitiv, zonă aceto-albă la nivelul epiteliului cilindric.

Tot colposcopic se pun în evidență imagini sugestive pentru carcinomul invaziv: suprafață neregulată cu eroziuni sau ulceratii, zonă cu reacție intens aceto-albă, zonă cu punctație sau mozaic foarte neregulat și vase atipice.

Întrucât rezultatele citologice pot fi discordante față de datele obținute la colposcopie, în sensul că citologia arată un rezultat clasificat ca fiind unul ce ridică probleme serioase, un rezultat bun la colposcopie are valoare predictivă negativă foarte puternică asupra rezultatului citologic, pacienta trebuind a fi doar monitorizată anual prin verificarea citologiei. Deci numai prin coroborarea datelor citologice, colposcopice și histologice se poate stabili un diagnostic definitiv și o conduită adecvată.

Material și metoda de lucru

Studiul de față se raportează doar la un lot de 220 paciente cu vârsta între 8 și 60 de ani, diagnosticate cu vaginită la cabinetul de specialitate din Policlinica Municipală nr.1, Iași.

Au fost excluse din lot pacientele care prezentau intoleranță la una dintre componentele produsului, gravide, paciente aflate în perioada de lactație sau cele cu afecțiuni sistemice la care tratamentul era incompatibil cu starea generală.

Tratamentul a constat în introducerea în vagin a câte unui ovul de Cervugid seara înainte de culcare timp de 12 zile, după care, de cele mai multe ori (în funcție de situația locală – aspectul colului, intensitatea reacțiilor inflamatorii etc.) s-au mai administrat încă două cutii, fiecare a câte 12 ovule, cu pauză de 7 zile între ele. Datele prezentate mai jos vin să aducă lămuriri asupra duratei și dozei utilizate.

Recoltarea probelor de la paciente a avut în vedere:

I. Evaluarea citotestului și a leziunilor precanceroase ale colului uterin

II. Evaluarea microbiologică

III. Evaluarea colposcopică a colului uterin.

I. EVALUAREA CITOTESTULUI ȘI A LEZIUNILOR PRECANCEROASE ALE COLULUI UTERIN

Obținerea unui frotiu de calitate în vederea unei evaluări citologice optime este deosebit de importantă, având în vedere faptul că **aproape 50-70% din rezultatele fals negative se datoresc erorilor de recoltare**. De aceea s-a avut în vedere necesitatea ca frotiul să conțină toate tipurile de celule: celule scuamoase exocervicale, celule cilindrice endocervicale și celule metaplazice scuamoase.

În plus, prezența în frotiu a celulelor din zona de transformare (situată la limita dintre exo- și endocol, unde epiteliul scuamos de pe exocol se continuă cu epiteliu cilindric de pe endocol), ne asigură de faptul că această zonă a fost raclată și este un indicator important asupra calității recoltării. În acest sens, atunci când s-a decis efectuarea unor asemenea investigații, s-au făcut pacientelor o serie de recomandări deosebit de importante pentru a avea un citotest de calitate: înainte de recoltare cu 48 de ore să se evite contactul sexual, spălăturile vaginale, aplicarea medicației intravaginal, dușul intravaginal sau folosirea tampoanelor.

Recoltarea s-a realizat prin respectarea următoarelor detalii tehnice:

1. Vizualizarea colului uterin, astfel ca acesta să fie cât mai bine expus și întreaga zonă de transformare să poată fi bine raclată pentru frotiu.

2. După introducerea speculului vaginal sau a două valve de dimensiuni corespunzătoare și nelubrefiate, s-a îndepărtat mucusul cervical cu un tampon de vată steril și apoi s-a trecut la recoltarea citotestului înainte de orice altă manevră (de exemplu, test Schiller sau examenul vaginal digital).

3. S-a avut în vedere faptul că pentru o recoltare corectă, este nevoie de a se preleva celule de pe exocol, endocol, precum și celulele dintre aceste două zone care cuprinde zona de transformare, deci zona cu risc maxim de dezvoltare a cancerului de col uterin.

4. Ca dispozitive de recoltare s-au folosit:

- spatula de plastic tip Ayre pentru coluri largi de multipare;

- spatula de plastic de tip Aylesbury cu o prelungire mai ascuțită la unul din capete pentru endocol;^{19,20}

- periuța Cervex-brush pentru endocolul îngust de la menopauză, colul post-conizație, situații în care joncțiunea scuamo-cilindrică nu este vizibilă;²¹

- periuța Cervexbrush de tip Rovers cu peri mai lungi centrali pentru endocol și mai scurți pe margini pentru exocol.

În timpul efectuării operațiunii de recoltare atât periuțele, cât și spatulele după așezarea perilor centrali sau a vârfului ascuțit al spatulei în endocol, au fost rotite de câteva ori în același sens, la 360 grade.

5. După recoltare, materialul obținut a fost întins pe o lamă sau două lame prin rotația periutei endocervicale sau prin aplicarea materialului celular de pe ambele fețe ale spatulei sau Cervexbrush. Întinderea s-a făcut pe trei zone transversale, distincte, ale celulelor recoltate separat de pe endocol, exocol și 1/3 superioară a vaginului. S-a avut în vedere realizarea unui strat subțire și uniform, astfel ca fixarea și colorarea să se facă în mod corespunzător.

6. Imediat după efectuarea operațiunilor de mai sus, s-a procedat la fixarea lamelor prin imersie în alcool de 95% timp de 30 de minute sau cu spray de fixare de polietilenglicol aplicat de la 15-20 cm de lamă sub unghi de 45 grade față de lamă. Lamele au fost dispuse separat în baia de alcool pentru a nu se atinge și pentru a asigura circulația liberă a fixatorului.

7. După fixarea lamelor în alcool s-a procedat la marcarea lor prin înscrierea datelor de identificare a pacientei în partea rodată a lamelei. Lamelele au fost însoțite de un buletin de analiză în care s-au trecut datele de identificare ale pacientei, precum și o serie de date din antecedentele personale fiziologice și patologice ale pacientei care au rolul de a furniza medicului citolog informații importante referitoare la pacientă.

8. Colorarea frotiurilor a fost făcută prin metoda Papanicolau, care oferă o transparență crescută a celulelor, vizualizarea clară a structurilor fine, inclusiv a ariilor de celule suprapuse, mucusului sau detritusurilor celulare.

II. EVALUAREA FLOREI VAGINALE

Studiul cervico-vaginitelor s-a adresat celor trei cauze ale acestora: vaginoza bacteriană, candidoza și trichomonioza genitală.

- **I. Evaluarea vaginozei bacteriene** s-a făcut atât după criteriile lui Nugent și Spiegel, cât și după criteriile lui Amsel.

1. După criteriile lui Nugent și Spiegel

S-a procedat la prelevarea secrețiilor din porțiunea mijlocie a vaginului pentru a evita falsele rezultate determinate de mucus cer-



La pacienții cu anticorpi inhibitori împotriva factorului VIII, FEIBA a demonstrat:

- ☞ **Eficiență în profilaxia pe termen lung**^{1,2}
- ☞ **Eficiență în tratamentul la cerere**³
- ☞ **Profil de siguranță și tolerabilitate bine stabilit**⁴

Informații abreviate de prescriere FEIBA

Denumirea comercială a medicamentului: FEIBA. **Forma de prezentare:** 25 U/ml și 50 U/ml pulvere și soroare pentru soluție injectabilă. FEIBA 25 U/ml conține substanța activă Complex de anti-inhibitori ai activității factorului VIII 500 U în 200-600 mg proteină plasmatică umană. FEIBA 50 U/ml conține substanța activă Complex de anti-inhibitori ai activității factorului VIII 1000 U și, respectiv, 2500 U în 400-1200 mg și, respectiv, în 1000-3000 mg proteină plasmatică umană. **Indicații terapeutice:** tratamentul hemoragiilor la pacienții cu hemofilie A cu inhibitori prezenți (tratamentul hemoragiilor la pacienții cu hemofilie B cu inhibitori prezenți), dacă nu există alt tratament specific, disponibil; tratamentul hemoragiilor la pacienții fără hemofilie și cu anticorpi inhibitori de factor VIII dobândiți; profilaxia hemoragiilor la pacienții cu hemofilie A cu inhibitori prezenți, care au avut în antecedente o hemoragie majoră sau care prezintă risc crescut pentru hemoragie majoră. **Doze și mod de administrare.** Dozaj și durată a tratamentului depind de severitatea tulburării de hemostază, de localizarea și amploarea hemoragiilor și de starea clinică a pacientului. Ca schemă generală, se recomandă o doză de 50-100 U/kg corp. Nu trebuie depășită doza unică de 100 U/kg corp și doza zilnică maximă de 200 U/kg corp, decât dacă gravitatea tulburării garantează și justifică utilizarea unor doze mai mari. **Hemoragii în articulații, mușchi și țesuturile moi** pentru hemoragiile ușoare sau moderate se recomandă o doză de 50-75 U/kg corp la 12 ore. În **hemoragiile chirurgicale** se poate administra preoperator o doză unică de 100 U/kg corp și ulterior de 50-100 U/kg corp la 6-12 ore. În **hemoragiile severe** cum ar fi stagnarea la nivelul SNC se recomandă o doză de 100 U/kg corp la 12 ore. În **hemoragiile în nivelul mușchilor** se recomandă o doză de 50 U/kg corp la 6-12 ore, iar dacă hemoragia nu se oprește după două până la trei doze de 100 U/kg corp se poate administra o doză unică de 200 U/kg corp. În **hemoragiile severe** cum ar fi stagnarea la nivelul SNC se recomandă o doză de 100 U/kg corp la 12 ore. A nu se depăși doza maximă zilnică de 200 U/kg corp. **Profilaxia la pacienții cu hemofilie A cu inhibitori prezenți.** Profilaxia hemoragiilor la pacienții cu titru mare de anticorpi inhibitori și hemoragii frecvente după o inducție de toleranță imună eşuată (ITI) sau atunci când ITI nu este fezabil în considerare o doză de 70-100 U/kg corp administrată o dată sau de două ori pe zi sau mai des. Dacă este necesar, doza poate fi crescută până la 300 U/kg corp pe zi, până poate fi scădută treptat. **Profilaxia hemoragiilor la pacienții cu titru mare de anticorpi inhibitori la timpul unei inducții de toleranță imună (ITI).** FEIBA poate fi administrată concomitent cu concentrate de factor VIII. În doze de 50-100 U/kg corp de două ori pe zi, până ce titrul de anticorpi inhibitori ai factorului VIII este redus la < 2 U/ml. **Mod de administrare:** perfuzie intravenoasă, lentă. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienții. **Coagulare intravasculară diseminată.** Tromboză acută sau embolism (incluziv infectiologic). **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** FEIBA poate precipita reacții de hipersensibilitate de tip alergic. De asemenea, au fost raportate și alte reacții la perfuzie, de exemplu febră și hipotensiune arterială. În timpul tratamentului cu FEIBA au avut loc evenimente trombotice și tromboembolice, inclusiv embolism pulmonar, diseminat, tromboză venoasă, embolism pulmonar, infarct miocardic și accidente vasculare cerebrale. Riscul de apariție al afecțiunilor trombotice și tromboembolice poate fi crescut în cazul utilizării de doze mari de FEIBA. Pacienții cărora li se administrează doze de 100 U/kg corp sau mai mari trebuie monitorizați cu atenție. În special pentru a se observa dezvoltarea CID și/sau a ischemiei coronariene acute și apariția simptomelor altor evenimente trombotice sau tromboembolice. Este posibil ca pacienții cu hemofilie și inhibitori sau cu anticorpi inhibitori să prezinte o tendință crescută de sângerare și în același timp, un risc crescut de tromboză. Dacă răspunsul la tratamentul cu FEIBA este inadecvat se recomandă efectuarea unui test pentru sursă trombotică trombotică. Administrarea FEIBA la pacienții cu inhibitori prezenți poate duce la o creștere inițială asimptomatică a inhibitorilor inhibitorilor. După administrarea controlată de FEIBA, ritmul de inhibitori poate scădea în timp. Dozaj clinic și det. Iritarea sugerează că eficacitatea FEIBA nu este redusă. Când se administrează medicamente preparate din sânge sau plasma umană nu poate fi eliminat în totalitate riscul de transmitere de agenți infecțioși. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune:** Nu trebuie utilizate medicamente antifibrinolitice: ca acidul tranexamic și acidul aminocaproic timp de aproximativ 6 până la 12 ore după administrarea FEIBA. În cazul utilizării concomente cu rFVIIa nu poate fi exclusă o posibilă interacțiune medicamentoasă, conform observațiilor clinice și datelor in vitro disponibile (având grijă însă ca rezultat o reacție adversă, de exemplu un eveniment trombotic). **Fertilitatea, sarcina și alăptarea:** Nu există date adecvate privind utilizarea FEIBA la gravide sau la femeile care alăptează. Nu au fost efectuate studii experimentale cu FEIBA la animale privind toxicitatea asupra funcției de reproducere, la efectele FEIBA asupra fertilității nu au fost stabilite în studiile clinice controlate. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje:** FEIBA nu are nicio influență sau are influență neglijabilă asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. **Reacții adverse:** Au fost raportate următoarele reacții adverse: CID, creștere a titrului de inhibitori, hipersensibilitate, urticarie, reacție anafilactică, gaurașter, hipotensiune, accidente vasculare trombotice, sindrom de sindrom embolic, celule, vomă, amețeli, dispnee, infarct miocardic, infarct miocardic, tromboză venoasă, tromboză arterială, embolism, hipotensiune arterială, hipersensibilitate, sistem febril, embolism pulmonar, bronșită, șoc, urticarie, tuse, diaree, vârstă, diaree, disconfort abdominal, gurașter, senzație de amorțire a feței, amorțire, gură, erupție, durere la locul administrării, stare generală de rău, senzație de căldură, frisoane, febră cu valori mari, durere toracică, disconfort la nivelul pleșului și/sau în marfa a temerilor articulare, anticorpi de suprafață împotriva virusului hepatitic B pozitiv, letargie și agitație. **Sursa riscului evenimentelor trombotice și tromboembolice:** poate crește la administrarea de doze mari de FEIBA. Dacă se observă semne sau simptome unui eveniment trombotic, perfuzia trebuie oprit imediat și trebuie să se iniție imediat diagnosticul și tratamentul. **Data primei autorizări ca sursă de autorizare:** Decembrie 2015. **Data ultimei reviziri a textului:** Decembrie 2015. Deținătorul Autorității de guvern pe piață: Sanofi Innovation GmbH, Industriestrasse 67, A-1221, Viena, Austria. Pentru informații detaliate veți rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului FEIBA disponibil la centre. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală P-RF. Acest material promoțional este destinat profesionalilor din domeniul sănătății.

Referințe

1. Aronson W, Tangada S, Scapellato O, et al. Randomized comparison of prophylaxis and on-demand regimens with FEIBA NF in the treatment of haemophilia A and B with inhibitors. *Haemophilia* 2014;20(6):72.
2. Lissauer CA, Bockan DJ, Essig NP, et al. Prophylactic treatment with activated prothrombin complex concentrate (FEIBA) reduces the frequency of bleeding episodes in paediatric patients with haemophilia A and inhibitors. *Haemophilia* 2005;11:240-255.
3. Jay A et al. A randomized comparison of infusing agents in hemophilia complicated by an inhibitor: the FEIBA NovoSeven Comparative (FENCOC) Study. *Blood*. 2007 Jan 15;109(2):544-51.
4. Rezumatul Caracteristicilor Produsului FEIBA disponibil pe site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale

vical, sânge, resturi de spermă sau alte substanțe. Recoltarea s-a făcut prin deschiderea vaginului cu un specul sau două valve nelubrefiate, după care cu o spatulă s-a prelevat o picătură de secreție de pe peretele vaginal care se întinde pe câteva lamele în vederea colorării Gram.

După recoltare, s-a completat un buletin de analiză pentru medicul de laborator în care s-au notat o serie de date succinte privitoare la pacientă, aspectul leucoreei (abundență, aspect, miros, culoare care pot orienta spre un diagnostic), simptomele locale, circumstanțele apariției (contact cu partener cunoscut sau necunoscut, după o anumită boală, după tratamente cu antibiotice sau hormonale), vechimea manifestărilor, informații despre partener (uretrită, iritații la nivelul zonei balanoprepuțiale, erupții), control după recidive etc. S-a notat, de asemenea, aspectul organelor genitale externe, precum și toate celelalte date obținute după inspecție, examenul cu valvele și palpare.

Odată colorate, fiecare lamelă a fost examinată la microscopul cu imersie (x 1000) urmărindu-se evidențierea după tipul aspectului morfologic a bacilului Lactic Gram -pozitiv, a cocobacilului *Gardnerella vaginalis* Gram-variabil, a speciilor *Bacteroides* Gram-negativ, a speciilor de *Mobilunculus* Gram-variabil și cocci Gram-pozitivi.

2. După criteriile lui Amsel

1. S-a pus în evidență aspectul omogen, subțire și culoarea alb-gri a secreției vaginale, iar apoi s-a trecut la determinarea calitativă și cantitativă a speciilor de microorganisme (bacterii) aerobe și anaerobe, după eliminarea trichomoniazei, gonocociei și candidozei.

S-a efectuat colorația May-Grunwald-Giemsa, care a pus în evidență alături de floră bacteriană și leucocite, a căror număr a fost în funcție de intensitatea reacției inflamatorii, hematii, mucus. Polinuclearele neutrofile au fost mai mult sau mai puțin alterate; mai rar s-au evidențiat și eozinofile. S-au pus în evidență, de asemenea, histiocite, iar prezența acestora este un indiciu pentru diagnosticul micoplasmei. Cel mai frecvent a fost pus în evidență cocobacilul Gram-negativ anaerob *Gardnerella vaginalis*, alături de o serie de alți germeni anaerobi (*Bacteroides*, *Peptococcus* etc).

Mai departe s-au verificat și celelalte criterii pentru diagnosticul de vaginoză bacteriană.

2. pH-ul vaginal a fost studiat prin presarea unei bucăți de hârtie indicatoare pe mucoasa

vaginală, avându-se grijă ca mucusul cervical să fie evitat pentru că acesta are o reacție alcalină.

3. Mirosul de pește stricat a fost pus în evidență după amestecarea exudatului vaginal cu o soluție de KOH 10%.

4. Evidențierea celulelor "clue cells" s-a efectuat prin amestecarea unei picături din fluidul vaginal cu ser fiziologic și apoi observarea acestuia la microscop; s-au evidențiat celule epiteliale cu margini nedefinite, cu granulații sau "prăfuite", datorită fixării unui mare număr de microbi pe suprafața lor (cocobacilii *Gardnerella vaginalis*, streptococi, difterioizi, lactobacili). Acestea sunt celulele "clue cells", denumite astfel de Gardner și Dukes, considerate ca celule "indicatoare" sau patognomonice ale vaginozei bacteriene.

• **II. Evaluarea infecțiilor micotice.** Când semnele clinice și examenul local au sugerat prezența unei vaginite de origine micotică, atunci s-a procedat la obiectivarea candidozei.

Produsul s-a trimis la laborator, unde s-a pus în evidență prezența blastozomilor sau pseudohifelor micotice prin examenul microscopic al secrețiilor în soluție de ser fiziologic sau KOH 10% (examenul extemporaneu) sau prin fixarea și colorarea preparatelor (albatru de metilen, Giemsa sau Gram) și prin înșământarea pe mediul de cultură Sabouraud.

• **III. Evaluarea trichomoniazei genitale.** Recoltarea pentru evidențierea parazitului *Trichomonas vaginalis* necesită o serie de măsuri suplimentare față de vaginoza bacteriană sau candidoză; astfel, pentru a asigura acuratețea diagnosticului, recoltarea s-a făcut la trei-cinci zile după menstruație din exudatul vaginal, pacienta fiind sfătuită ca cel puțin 48 ore înainte de recoltare să evite spălătura vaginală, contactul sexual, iar cu o săptămână înainte, să evite orice tratament local.

De asemenea, tot pentru a avea un rezultat cât mai concludent, recoltarea s-a făcut în special din fundurile de sac vaginale. La laborator identificarea s-a făcut prin examen extemporaneu (punerea în evidență a motilității flagelatului pe lamă, într-o picătură de fluid vaginal amestecat cu soluție de ser fiziologic) colorația Giemsa și numai rareori prin cultură.

După Ciucă T. antibiograma se efectuează după izolarea și identificarea germenului patogen; antibiograma globală, efectuată pentru germenii vaginului în totalitate are o valoare limitată deoarece dacă se fac mai multe

Nr. 1 în Canada



Multi

O ALEGERE NATURALĂ!
Asigură 100% din necesarul zilnic de vitamine și minerale.



Help Net
Oricând de ajutor

facebook.com/JamiesonRomania

Produse disponibile în Farmaciile Help Net.

determinări din același conținut vaginal, rezultatele sunt diferite.

III. EVALUAREA COLPOSCOPICĂ A COLULUI UTERIN

Pentru studiul colposcopic al colului uterin s-a folosit videocolposcopia și înregistrarea pe computer a imaginilor obținute, fapt ce a permis memorarea acestora în computer, urmărirea cazurilor, programarea acestora, consult cu alți specialiști etc.

Motivul explorării colposcopice a fost identificarea proceselor inflamatorii cervico-vaginale, a modificărilor celulelor scuamoase sau glandulare, prezența celulelor keratinizate caracteristice pentru keratoză sau leucoplazie, a leziunilor precanceroase sau canceroase ale colului.

Colposcopia a fost efectuată în toate cazurile în care citotestul a fost modificat pentru a diferenția imaginile sugestive pentru o leziune de grad înalt (modificări majore) de imaginile cu modificări minore caracteristice leziunilor de grad scăzut.

Acest examen a fost efectuat înainte de tratament, datele obținute având doar rol informativ, iar după tratamentul cu Cervugid a proceselor inflamatorii bacteriene și parazitare cervico-vaginale care realizează îndepărtarea diferitelor aspecte secundare inflamației (descuamare epitelială, ulceratii, eroziuni, false membrane, mucus) s-a trecut la efectuarea colposcopiei pentru verificarea datelor concludente.

În acest scop, pacientele au fost programate între zilele 8-12 ale ciclului menstrual (cele cu ciclul normal) pentru că în această perioadă colul uterin este întredeschis, iar mucusul abundent și transparent favorizează explorarea. La femeile cu histerectomie subtotală sau la menopauză s-a făcut un tratament scurt cu estrogeni care prin rolul lor trofic permite montarea cu mai multă ușurință a speculului, favorizează explorarea zonei de transformare, iar reacțiile la acid acetic și Lugol sunt mai evidente și rezultatele mai concludente.

Odată colposcopia demarată, explorarea s-a făcut cu acid acetic și cu soluție Lugol. După introducerea speculului vaginal s-a șters colul cu ser fiziologic și apoi s-a trecut la examinarea colului după aplicarea soluției de acid acetic 3-5%. Acidul acetic are efect coagulant asupra proteinelor de la nivelul epitelului colului uterin. Cum acestea în mod normal sunt în cantitate mică, efectul aplicării acidului acetic este imperceptibil (se vor coagula numai proteinele

de pe suprafața epitelului) astfel că epitelul va deveni translucid, iar țesutul conjunctiv subiacent vizibil. Dacă este însă vorba de un proces patologic local, epitelul de obicei se îngroașă, cantitatea de proteine crește, iar acidul acetic, pătrunzând în profunzime, le coagulează dând o reacție aceto-albă caracteristică, ce maschează țesutul conjunctiv subjacent.

S-a căutat întotdeauna a se vizualiza joncțiunea scuamo-cilindrică (zona de transformare) situată la limita dintre epitelul scuamos exocervical și epitelul cilindric endocervical.

Testul Schiller se bazează pe prezența glicogenului în celulele superficiale și intermediare ale epitelului pavimentos care dau cu iodul o reacție brun închis. În prezența unui epitelii cu diferite leziuni și cu un grad de maturare epitelială insuficient, colorația epitelului se modifică. Astfel, dacă o zonă aceto-albă se colorează parțial cu Lugol, atunci se sugerează o leziune de grad scăzut; dacă zona devine iod negativă, gălbuie, atunci este probabil o leziune de grad înalt.

În vederea stabilirii eficienței terapeutice a medicamentului Cervugid ovule, firma SC IRCON a întreprins un studiu non-intervențional privind eficacitatea și siguranța medicamentului Cervugid Ovule, un studiu de farmacocinetică și toleranță locală.

Studiu non-intervențional privind eficacitatea și siguranța medicamentului Cervugid Ovule

(Continuare în numărul următor)

BIBLIOGRAFIE

1. Obstetrics & Gynecology, vol.107, No.5, May, 2006, ACOG, Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, nr.72, may, 2006
5. Badea Mihaela, Virtej Petrache, Sinopsis de patologie cervicală preinvazivă, Editura Medica, București, 2003
15. Kukner S, Ergin T, Cicek N, Ugur M, Yesilyurt H, Gokmen O Treatment of vaginitis, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 52 (1996) 43-47
16. Singha HSK, Deventra Sv. Local therapy for bacterial vaginosis. *Br. J Sex Med* 1989, 16:235-240
17. Amsel RPA, Totten CA, Spiegel KCS, Eschenbach DA and Holmes KK, Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations *Am. J. Med.*, 1983,74:14-22
18. Nelson MS. Clinical diagnosis of bacterial vaginosis. *Am J Emerg Med* 1987, 5:488-491
19. Ayre Je. Cancer cytology of the uterus. grune, New York, 1951
20. Ayre Je. Cervical cytology test in cancer diagnosis: glxcerine technique of mailing. *Can Med Assoc*, 1946,54:489
21. Vaux DL.Toward an understanding of the molecular mechanisms of physiological cell death. Proceedings of the National Academy of Science of the USA, 1993,90:786
29. Martius J, Krohn MA, Hillier SI, Stamm WE, Holms KK, Eschenbach DA, Relationships of vaginal Lactobacilli species, cervical Chlamydia trchomatis, and bacterial vaginosis to preterm birth. *Obstet Gynecol* 1988; 71:89-95
30. Mazzulli T, Simor Ae, Low DE. Reproducibility of interpretation of Gram-stained vaginal smears for the diagnosis of bacterial vaginosis. *J Clin Microbiol* 1990; 28:1506-8
31. Spiegel CA, Amsel R, Holmes KK. Diagnosis of bacterial vaginosis by direct Gram stain of vaginal fluid. *J Clin Microbiol* 1983; 18:170-7
32. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL, Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by standardized method of Gram stain interpretation. *J Clin Microbiol* 1991; 29:297-301