



**KOLPOSKOPIA 2020: POLSKA NOMENKLATURA KOLPOSKOPOWA**  
**w oparciu o mianownictwo IFCPC 2011**  
**Podsumowanie Konsensusu Ekspertów**

**Rekomendacje Grupy Ekspertów**  
**Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników**  
**oraz Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy**

COLPOSCOPY 2020: POLISH COLPOSCOPIC TERMINOLOGY

based on IFCPC 2011 nomenclature

Summary of the Clinical Experts Consensus

Recommendations of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians  
and the Polish Society of Colposcopy and Cervical Pathophysiology

---

**Komitet redakcyjny**

---

Robert Jach<sup>1\*</sup>, Maciej Mazurec<sup>2\*</sup>, Andrzej Nowakowski<sup>3\*</sup>, Kazimierz Pityński<sup>4\*</sup>

Recenzenci

Mariusz Zimmer<sup>5</sup>, Krzysztof Czajkowski<sup>6</sup>, Zbigniew Kojs<sup>7</sup>, Wojciech Rokita<sup>8</sup>

\*Równorzędne pierwsze autorstwo



Rekomendacje są wypracowanym konsensusem Ekspertów tworzących:

**Komitet ds. Nomenklatury Kolposkopowej KOLPOSKOPIA 2020**

w składzie:

prof. dr hab. n. med. Robert Jach – przewodniczący

prof. dr hab. n. med. Kazimierz Pityński – wiceprzewodniczący

lekarz Maciej Mazurec – sekretarz

dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski

1. Prezes Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy oraz Przewodniczący Sekcji Kolposkopii i Cytologii PTGiP; Klinika Ginekologii Endokrynologicznej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
2. Członek Zarządu Sekcji Kolposkopii i Cytologii Szyjki Macicy PTGiP; Centrum Zdrowia Kobiety Corfamed, Wrocław
3. Kierownik Centralnego Ośrodka Koordynującego Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy, Zakład Profilaktyki Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa.
4. Katedra Ginekologii Onkologicznej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków
5. Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, II Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
6. Krajowy Konsultant w dziedzinie ginekologii i położnictwa, II Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii, Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej, Warszawa
7. Krajowy Konsultant w dziedzinie ginekologii onkologicznej, Katedra Ginekologii Onkologicznej, Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Centrum Onkologii, Kraków



8. Katedra Ginekologii i Położnictwa, Wojewódzki Szpital Połączony; Katedra i Klinika Ginekologii i Położnictwa, Collegium Medicum Uniwersytetu im. Jana Kochanowskiego, Kielce

**<sup>1</sup>Corresponding author:**

Professor Robert Jach, MD, PhD

Division of Gynecologic Endocrinology

Jagiellonian University Medical College

E-mail: [Robert.jach@uj.edu.pl](mailto:Robert.jach@uj.edu.pl)

Phone: 512-484-102



***„Rekomendacje przedstawiają aktualny sposób postępowania, który może być modyfikowany i zmieniony w uzasadnionych przypadkach, po wnikliwej analizie danej sytuacji klinicznej, co w przyszłości może stanowić podstawę do ich modyfikacji i aktualizacji.”***

---

## **Wprowadzenie do Polskiej nomenklatury kolposkopowej**

### ***„KOLPOSKOPIA 2020”***

---

*Rekomendacje dotyczące nomenklatury wskazują obowiązującą terminologię, nie zalecając w warunkach polskich stosowania alternatywnej, w trosce o jednoznaczność, czytelność i porównywalność zastosowanych terminów.*

*W przypadku używania innej nomenklatury niż wskazanej w rekomendacjach, używający zobowiązani są do jednoznacznego jej powiązania z zaleconą.*

*Ostatnie kompleksowe rekomendacje PTGiP dotyczące prewencji wtórnej raka szyjki macicy straciły ważność 31. grudnia 2010 roku. Jednocześnie dokonujące się globalnie fundamentalne zmiany w koncepcji prewencji wtórnej rsm, otwierają nową erę skryningu o nieosiągalnej do tej pory skuteczności. Przewaga i nieunikniona pozycja dominatora w skryningu modelu HPV-zależnego, implikacje projektu LAST 2012, histopatologicznej nomenklatury WHO/IARC 2014, a tym samym roli biomarkerów HSIL, to kluczowe parametry dokonujących się zmian nie tylko na poziomie wiedzy teoretycznej, ale przede wszystkim na poziomie implikacji klinicznych [1,2].*



*Aktualizacje muszą dotyczyć wszystkich etapów skriningu, w tym kolposkopii, bez której nowoczesny skrining rsm nie istnieje.*

*Zbliżamy się do rocznicy stulecia klinicznego zastosowania kolposkopii – metody, która ocaliła zdrowie i życie wielu kobiet z HPV-zależnymi zmianami przednowotworowymi oraz nowotworami szyjki macicy. Jednym z niezbędnych elementów jej skuteczności jest możliwie najbardziej precyzyjna nomenklatura, która pozwala adekwatnie opisywać zmiany kolposkopowe jako wskaźniki ryzyka zmian śród nabłonkowych dużego stopnia HSIL i raka. Międzynarodowa Federacja Patologii Szyjki Macicy i Kolposkopii (IFCPC) wzięła na siebie ciężar tworzenia i aktualizacji nazewnictwa kolposkopowego, stając się w tym zakresie niekwestionowanym globalnym liderem. Kolejne aktualizacje z 1975, 1990, 2002 i obecnie obowiązująca aktualizacja z 2011 roku, wyznaczyły standardy nazewnictwa rozpoznań kolposkopowych z klinicznymi implikacjami terapeutycznymi oraz dla badań naukowych [3,4].*

*Konieczność ujednoczenia, standaryzacji, ale także zapewnienia bezpieczeństwa w aspekcie medyczno-prawnym polskiej nomenklatury kolposkopowej wydaje się faktem bezspornym i komplementarnym elementem kompleksowego projektu nowych polskich wytycznych prewencji wtórnej rsm w ramach projektu POLOCAL 2020.*

### **Nomenklatura kolposkopowa IFCPC 2011 – polski konsensus 2020**

Ujednoliconą, pełną polską nomenklaturę kolposkopową szyjki macicy w oparciu o terminologię IFCPC 2011, powstałą w drodze konsensusu polskich ekspertów, przedstawia Tabela 1., która jednocześnie prezentuje rekomendowany zakres opisu badania kolposkopowego [3,4,5,6].



Tabela 1. Polska nomenklatura kolposkopowa 2020.

<b>KOLPOSKOPIA 2020</b> <b>POLSKA NOMENKLATURA KOLPOSKOPOWA</b> <b>w oparciu o mianownictwo IFCPC 2011</b> <b>KONSENSUS EKSPERTÓW</b>			
<b>Ocena ogólna</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Adekwatna/nieadekwatna z powodu ... (np. ograniczonego uwidocznienia szyjki z powodu zapalenia, krwawienia, blizny)</li> <li>Uwidocznienie nowego połączenia międzynałonkowego (new-SCJ): widoczne całkowicie, widoczne częściowo, niewidoczne</li> <li>Typ strefy transformacji: 1, 2, 3</li> </ul>	
<b>Prawidłowe obrazy kolposkopowe</b>		Pierwotny nabłonek wielowarstwowy płaski <ul style="list-style-type: none"> <li>Dojrzały</li> <li>Atroficzny</li> </ul> Nabłonek walcowaty <ul style="list-style-type: none"> <li>Ektopia</li> </ul> Metaplastyczny nabłonek wielowarstwowy płaski <ul style="list-style-type: none"> <li>Torbiele Nabotha</li> <li>Otwarte krypty gruczołowe</li> </ul> Zmiany doczesnowe w ciąży	
<b>Nieprawidłowe obrazy kolposkopowe</b>	<b>Zasady ogólne</b>	<b>Lokalizacja zmiany:</b> w obrębie lub poza strefą transformacji, lokalizacja zmiany wg położenia wskazówek na tarczy zegara <b>Wielkość zmiany:</b> liczba kwadrantów, którą zajmuje zmiana, wielkość zmiany jako procent zajęcia tarczy	
	<b>Stopień 1 (mniejsze zmiany kolposkopowe)</b>	Cienkie zbielenie nabłonka Nieregularna, geograficzna granica	Drobna mozaika Drobne punkcikowanie
	<b>Stopień 2 (większe zmiany kolposkopowe)</b>	Gęste zbielenie nabłonka Zbielenie szybko pojawiające się Obwałowane ujścia krypt gruczołowych	Gruba mozaika Grube punkcikowanie Ostra granica Objaw granicy wewnętrznej Objaw grzbietu
	<b>Niespecyficzne</b>	Leukoplakia (keratoza, hiperkeratoza), nadżerka Barwienie płynem Lugola (test Schillera): zabarwiony/niezabarwiony	
<b>Zmiany podejrzane o inwazję</b>		Naczynia atypowe <b>Objawy dodatkowe:</b> kruche naczynia, nierówna powierzchnia, zmiana egzofityczna, martwica, owrzodzenie (martwicze), guz/nowotwór widoczny makroskopowo	
<b>Pozostałe zmiany</b>		Wrodzona strefa transformacji Kłykciny kończyste Polip (ektocerwikalny/endocerwikalny) Zapalenie	Zwężenie Zaburzenia wrodzone Zmiany po leczeniu Endometrioza

Poniższe wyjaśnienia nazewnictwa dotyczą przede wszystkim istotnych w ocenie ryzyka zmian HSIL (CIN2+) w nomenklaturze w porównaniu z poprzednią aktualizacją i nie są pełnym omówieniem wszystkich zmian kolposkopowych.



## Ocena ogólna

Pierwszym diagnostycznym kryterium oceny badania kolposkopowego powinno być stwierdzenie jego **adekwatności** lub **nieadekwatności**. Badanie adekwatne to takie, które pozwala wykorzystać patofizjologiczne podstawy metody. Badanie nieadekwatne z kolei nie umożliwia powyższego. W tym drugim przypadku zawsze należy wskazać potencjalną przyczynę nieadekwatności oceny, np. obecność zapalenia, krwawienia czy blizny. Najczęściej, badanie nieadekwatne może zostać powtórzone (np. po leczeniu p/zapalnym czy ustaniu krwawienia). Badanie nieadekwatne nie może implikować konsekwencji medyczno-prawnych w przyszłości, ponieważ w konkretnej sytuacji klinicznej metoda nie mogła być w pełni zastosowana (była całkowicie lub częściowo niediagnostyczna) z przyczyn niezależnych od wykonującego badanie.

Następnym krokiem oceny kolposkopowej i opisu jest ocena **uwidocznienia nowego połączenia międzynabłonkowego** (new SCJ), które może być widoczne całkowicie (na tarczy części pochwowej szyjki macicy), częściowo (gdy jego fragment jest niewidoczny) lub całkowicie niewidoczne (gdy w całości umiejscowione jest endocerykalnie).

Identyfikacja **typu strefy transformacji** to kolejny krok 3-stopniowej oceny ogólnej, a jej kryteria nie różnią się od poprzedniej wersji nomenklatury. Typ 1 oznacza strefę transformacji widoczną całkowicie, typ 2 częściowo, ale możliwą do całkowitego uwidocznienia za pomocą manipulacji instrumentalnych, typ 3 niemożliwą do uwidocznienia w całości. Czyli typ 1 i 2 strefy transformacji oznaczają całkowicie uwidocznioną strefę transformacji w przeciwieństwie do typu 3 [3,4,5,6].

## Prawidłowe obrazy kolposkopowe

W tej części aktualizacja nie różni się od poprzedniej.

## Nieprawidłowe obrazy kolposkopowe

W zasadach ogólnych istotnym kryterium diagnostycznym jest **lokalizacja zmiany**, w tym określenie czy znajduje się w obrębie, czy poza strefą transformacji. Obecność zmiany kolposkopowej w obrębie strefy transformacji jest niezależnym czynnikiem podwyższającym



ryzyko histologicznych zmian HSIL (CIN2+). Podobnie ostra granica zbielenia wskazuje na większe zmiany kolposkopowe, a z kolei granica geograficzna na mniejsze.

Oczywistym, ważnym kryterium predykcyjnym jest **wielkość zmiany** oceniana zarówno jako liczba kwadrantów, które zajmuje zmiana, jak i procent zajęcia tarczy części pochwowej.

W omawianej aktualizacji wprowadzono 2 nowe objawy większych zmian kolposkopowych: **objaw granicy wewnętrznej**, który potwierdza obecność ostrej granicy między cienkim i grubym zbieleniem w obrębie tej samej zmiany oraz **objaw grzbietu**, czyli nieprzeziernie uwypuklenie/sfałdowanie zbielenia w obrębie strefy transformacji.

Istotną zmianą w porównaniu z poprzednią aktualizacją jest przeniesienie barwienia płynem Lugola z grupy mniejszych zmian kolposkopowych do zmian niespecyficznych oraz powrót leukoplakii do nieprawidłowych zmian kolposkopowych (niespecyficznych) ze względu na jej ok. 25% wartość predykcyjną dla zmian HSIL (CIN2+) [3,4,5,6].

### **Zmiany podejrzane o inwazję**

W tej części terminologii kolposkopowej nie zaszły istotne zmiany.

### **Pozostałe zmiany**

W aktualizacji 2011 dodano definicje wrodzonej strefy transformacji, polipa (ekto- i endocerykalnego), zwężenia, zaburzeń wrodzonych czy zmian po leczeniu. Nie mają one jednak znaczenia w predykcji ryzyka HSIL (CIN2+), nie zostaną więc omówione.





---

## Dyskusja

---

Jedną z fundamentalnych zmian nomenklaturowych mianownictwa IFCPC 2011 w porównaniu z nomenklaturą 2002 jest całkowita eliminacja terminów „kolposkopia satysfakcjonująca” i „kolposkopia niesatysfakcjonująca”, które odnosiły się do pełnego uwidocznienia lub nie, nowej granicy międzynałonkowej. Ich naturalne konotacje z adekwatnością i nieadekwatnością badania implikowałyby potencjalne ryzyko braku jednoznaczności znaczeniowej.

Nowo wprowadzone terminy: kolposkopia adekwatna i kolposkopia nieadekwatna, nie zastąpiły usuniętych terminów, ponieważ oznaczają zupełnie inną cechę badania – możliwość w ogóle zastosowania tej metody diagnostycznej. Badanie nieadekwatne oznacza brak możliwości postawienia pełnego rozpoznania kolposkopowego z przyczyn niezależnych od badającego. Kolposkopia nieadekwatna najczęściej wskazuje na konieczność powtórzenia badania (z wyjątkiem kolposkopii nieadekwatnej z powodu blizny, która jest najczęściej trwałą przeszkodą uniemożliwiającą badanie).

Rozumienie powyższych zmian jest kluczowe dla jednoznacznej komunikacji w zakresie rozpoznań kolposkopowych [3,4,5,6].

Komitet pozostawił dosłowne tłumaczenie najważniejszych rozpoznań kolposkopowych mniejszych (stopień 1) i większych (stopień 2) zmian kolposkopowych, by nie wprowadzać paralelnej nomenklatury z cytologiczną i histologiczną (LSIL i HSIL), unikając potencjalnego braku zgodności między rozpoznaniem różnych etapów skriningu, także w aspekcie medyczno-prawnym [7].

Kluczową wartością mianownictwa IFCPC 2011 jest dalsze doprecyzowanie terminologii poprzez podporządkowanie detekcji ryzyka zmian HSIL (CIN2+), co zwiększa znaczenie metody jako narzędzia medycyny precyzyjnej.

Zaktualizowana, precyzyjna oraz jednoznaczna Polska Nomenklatura Kolposkopowa staje się niezbędnym krokiem koniecznych zmian w prewencji wtórnej raka szyjki macicy w Polsce.



---

## Piśmiennictwo

---

1. Jeronimo J., Castle P. E., Temin S. Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Clinical Practice Guideline. *J Global Oncol* doi: 10.1200/JGO.2016.006577 [epub ahead of print on October 12.2016].
2. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva, World Health Organisation, Department of Reproductive Health and Research, 2013 (<http://www.who.int>).
3. Prendiville W., Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical precancer. *IARC Technical Publication*; 45, 2017:51-57.
4. Bornstein J., Bentley J., Bosze P. i wsp. 2011 Colposcopic Terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol* 2012;120:166-72.
5. Tatti S., Bornstein J., Prendiville W. Colposcopy: a global perspective: introduction of the new IFCPC colposcopy terminology. *Obstet Gynecol Clin NOrth Am* 2013;40:235-50.
6. Quaas J., Reich O., Kueppers V. Explanation and Use of the Rio 2011 Colposcopy Nomenclature of the IFCPC. *Geburtsh Frauenheilk* 2014;74:1090-92.
7. Bogliatto F., Bornstein J. ASCCP Terminology for American Colposcopic Practice: A Step Backwards? *J Low Genit Tract Dis* 2018;22:231-32.