

HPV-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ
Α΄ ΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ CA
Β΄ ΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ CA
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ



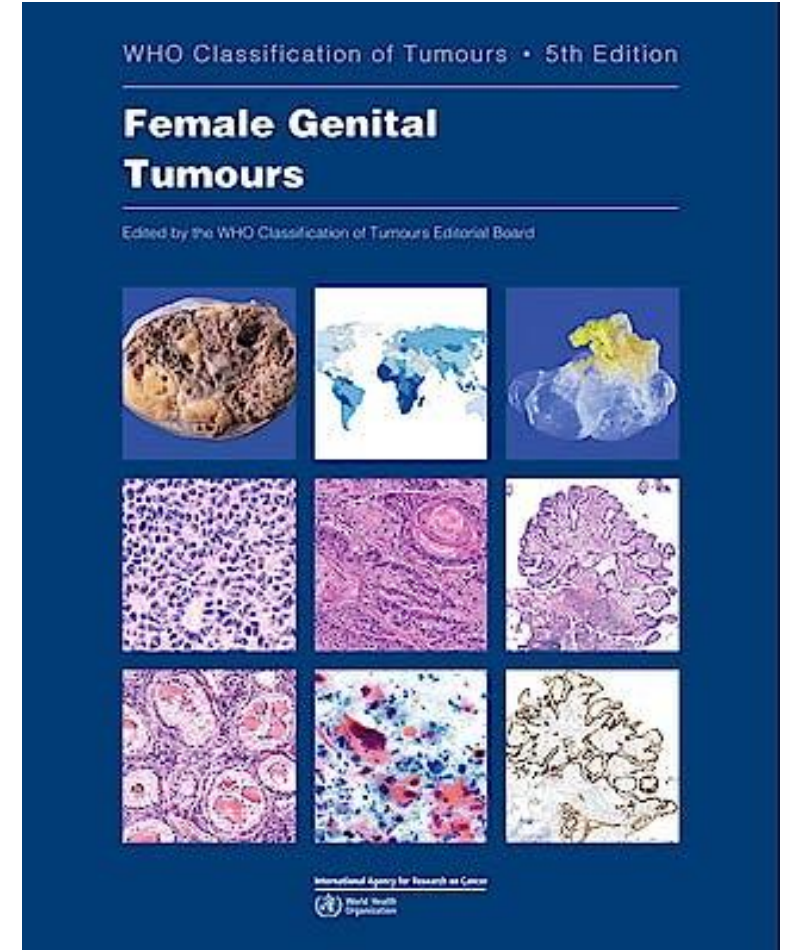
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

- Ο τράχηλος είναι το λεπτότερο & κατώτερο τμήμα της μήτρας το οποίο προβάλλει στους θόλους του κόλπου. Έχει ινομυώδη σύσταση, μήκος περίπου 3εκ. & διάμετρο περίπου 2.5εκ
- Το σχήμα του τραχηλικού στομίου είναι κυλινδρικό, συχνά αλλάζει στην εγκυμοσύνη & μετά την εμμηνόπαυση. Στην άτοκο γυναίκα είναι συνήθως μικρό & κυκλικό. Μετά την εγκυμοσύνη μοιάζει με σχισμή. Στην εμμηνόπαυση μπορεί να είναι τόσο στενό όσο η αιχμή καρφίτσας
- Περίπου το μισό από το συνολικό τραχηλικό μήκος προβάλλει στο άνω τμήμα του κόλπου
- Ο τράχηλος διατρέχεται επιμήκως από το ενδοτραχηλικό κανάλι, το οποίο προς τον ισθμό συνεχίζεται στην ενδομητρική κοιλότητα

- Ο ενδοτράχηλος εκτείνεται από τον ισθμό (έσω στόμιο) όπου συνεχίζεται η ενδομητρική κοιλότητα έως τον εξωτράχηλο. Καλύπτεται από βλεννοεκκριτικό κυλινδρικό επιθήλιο, σχηματίζοντας στο στρώμα σύνθετους αδένες & κρύπτες
- Οι ενδοτραχηλικοί αδένες παράγουν βλέννα που υφίσταται αλλαγές στη διάρκεια του κύκλου & αποτελεί διάδρομο και ηθμό για τα σπερματοζωάρια
- Ο εξωτράχηλος εκτείνεται από την αδеноπλακώδη συμβολή έως τους θόλους, & καλύπτεται από ορμονοευαίσθητο μη κερατινοποιούμενο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο

ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ (WHO, 2020)

- Καλοήθεις αλλοιώσεις προερχόμενες από το πλακώδες επιθήλιο
- Καλοήθεις αλλοιώσεις προερχόμενες από το αδενικό επιθήλιο
- Πλακώδεις ενδοεπιθηλιακές αλλοιώσεις HPV dependent (*Squamous Intraepithelial Lesions, SILs*)
- Πλακώδη καρκινώματα: HPV dependent & HPV independent
- Αδενοκαρκίνωμα in situ
- Αδενοκαρκινώματα
- *Καινοτομία*: Διάκριση των αλλοιώσεων του τραχήλου με βάση τη συσχέτιση ή όχι με HPV λοίμωξη

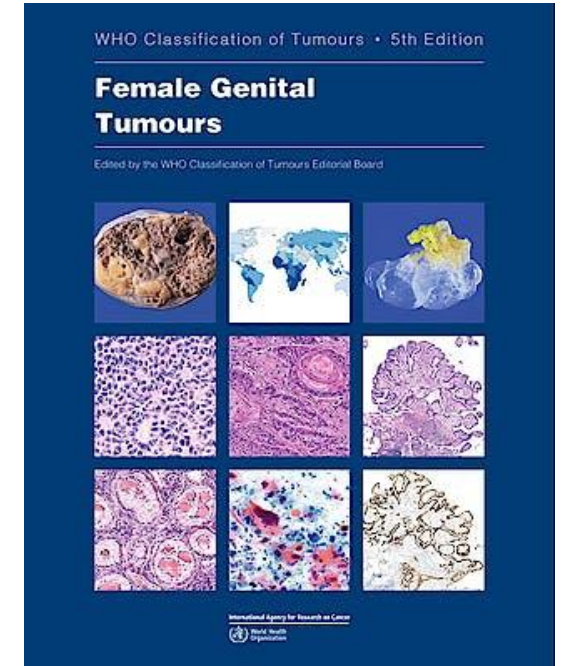


HPV-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ

- Διαταραχές του πλακώδους, του αδενικού επιθηλίου, ή μεικτές
- Σε **κυτταρολογικό** επίπεδο, ορολογία Bethesda (TBS 2014 & TBS 2020 Update): ASC-US, LSIL & HSIL, Καρκίνωμα
- Σε **ιστολογικό** επίπεδο, ορολογία LAST (Lower Anogenital Squamous Terminology) (ASCCP, 2012): HSIL/LSIL

ΠΛΑΚΩΔΕΙΣ ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ – SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESIONS (SIL's)

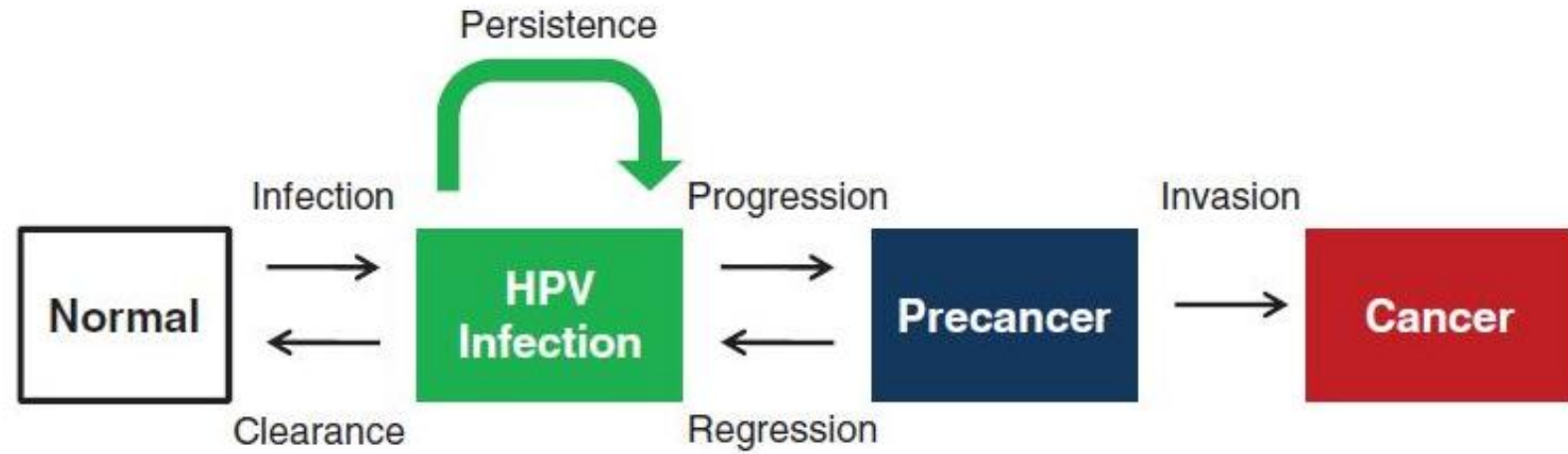
- **WHO 2020:** Βλάβες με διαταραχές ωρίμανσης και κυτταροπαθολογικές αλλοιώσεις
- Διάκριση σε LOW grade SIL - HIGH grade SIL
- Καλύτερη αναπαραγωγιμότητα και βιολογική συσχέτιση του διβάθμιου συστήματος
- LAST (Lower Anogenital Squamous Terminology Project) 2012: Προτιμητέα η Tissue-agnostic ορολογία (πρωκτογεννητική περιοχή)



The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: Arch Pathol Lab Med—Vol 136, October 2012 Background and Consensus Recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology

Teresa M. Darragh, MD;¹ Terence J. Colgan, MD;² J. Thomas Cox, MD;³ Debra S. Heller, MD;³ Michael R. Henry, MD;⁴ Ronald D. Luff, MD;^{5,6} Timothy McCalmont, MD;¹ Ritu Nayar, MD;⁷ Joel M. Palefsky, MD;¹ Mark H. Stoler, MD;⁸ Edward J. Wilkinson, MD;⁹ Richard J. Zaino, MD;¹⁰ David C. Wilbur, MD;¹¹ for members of the LAST Project Work Groups

Natural history
model



Risk factors

Correlates of exposure to HPV:
Age at first intercourse, number of sexual partners, condom use

Long-term OC use

Smoking

Multiparity

HPV genotype

HPV genotype

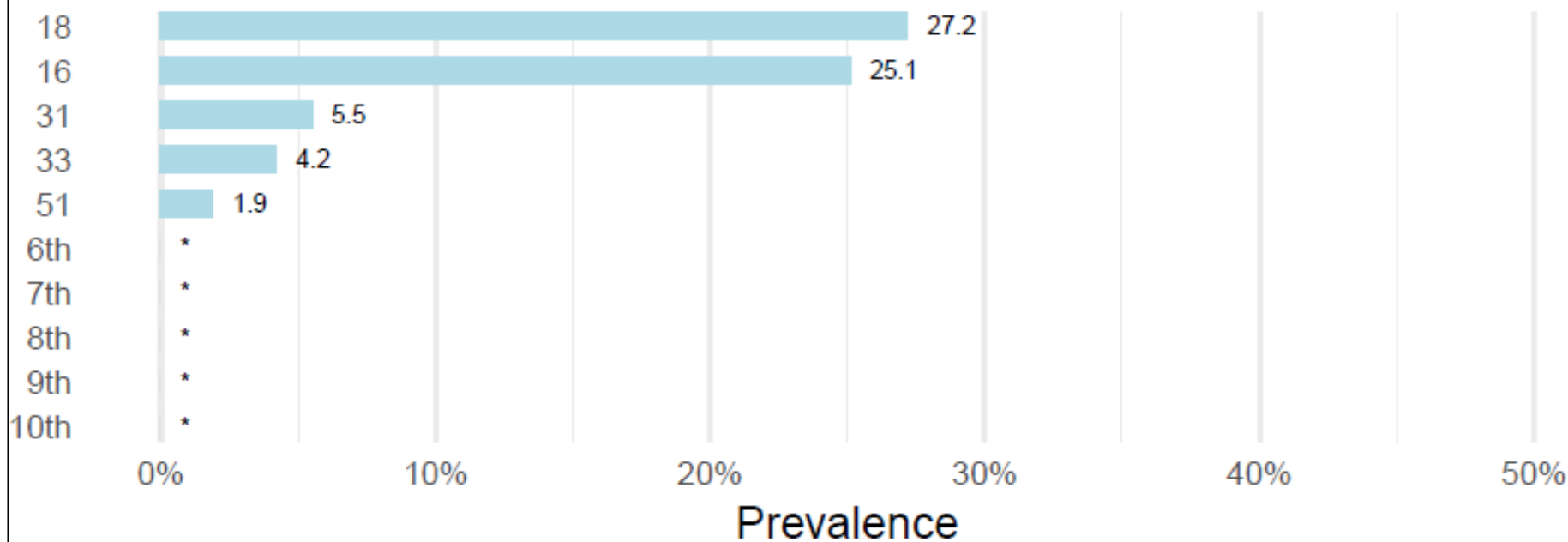
GREECE

Version posted at www.hpvcentre.net on 10 March 2023

High-grade lesions (3,4)



Cervical cancer (1,2)



ΒΑΣΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ HPV ΛΟΙΜΩΞΗ-1

- Ο HPV είναι πολύ κοινός, σχεδόν όλα τα ανεμβολίαστα σεξουαλικά ενεργά άτομα, άνδρες και γυναίκες, θα τον αποκτήσουν (*>75-80% lifetime risk*)
- Εμμένουσα λοίμωξη με HPV υψηλού κινδύνου παρουσιάζεται στο 5-10% των γυναικών - οι περισσότερες, σχεδόν 90%, θα απαλλαχθούν από τον HPV με την ενδογενή τους ανοσία
- Η ανεύρεση θετικού DNA HPV δεν αποτελεί δείκτη της σεξουαλικής συμπεριφοράς ή ενεργότητας, είτε του επακριβούς χρόνου όπου συνέβη η λοίμωξη

ΒΑΣΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ HPV ΛΟΙΜΩΞΗ-2

- Μετά την ηλικία των 30-35, η τυχαία ανεύρεση θετικού hr-HPV οφείλεται κατά >80% σε αναζωπύρωση παλαιότερης βλάβης
- Ένα θετικό test DNA HPV σημαίνει λοίμωξη και ΟΧΙ νόσο - δεν θεραπεύουμε γυναίκα για θετικό HPV test στην απουσία ενδοεπιθηλιακής βλάβης (CIN)
- Ο τραχηλικός καρκίνος αντιπροσωπεύει πολύ σπάνια επιπλοκή μιας πολύ συχνής λοίμωξης

ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ CIN ΒΛΑΒΩΝ ΣΕ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ

- Περίπου 10-15% των CIN1 αλλοιώσεων θα προχωρήσει σε CIN2
- Περίπου 50-70% των CIN1 αλλοιώσεων υποχωρεί
- Μόνο το 14% των CIN1 αλλοιώσεων μπορεί να εξελιχθεί σε CIN3
- Χωρίς παρέμβαση, το 30-80% των CIN3 αλλοιώσεων θα εξελιχθεί σε τραχηλικό καρκίνο

ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ 1

Προοπτική μελέτη στις ΗΠΑ παρακολούθησης
διάρκειας 50 μηνών, διαπιστώνει προοπτικά τα
περιστατικά νέων διαγνώσεων HPV & LSIL σε
νέες ανεμβολίαστες γυναίκες

Mosckicki AB, et al. JAMA 2001

ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ 2

Προοπτική μελέτη στις ΗΠΑ παρακολούθησης
διάρκειας 60 μηνών, διαπιστώνει την πρακτικά
πλήρη υποστροφή των LSIL εντός 5yrs σε νέες
ανεμβολίαστες γυναίκες

Mosckicki AB, et al. Lancet 2004

- Πριν την εισαγωγή του HPV εμβολιασμού οι πληθυσμοί παρουσίαζαν μια πρώτη αιχμή στην επίπτωση της HPV λοίμωξης στα πρώτα έτη μετά την έναρξη των επαφών, κατοπινή ελάττωση & ακολούθως σταθεροποίηση
- Μεσοσταθμικά, έως και 12% των γυναικών παγκόσμια έχουν ανιχνεύσιμη τραχηλική HPV λοίμωξη, αναλόγως περιοχής & ηλικίας
- Άτομα με ιστορικό κονδυλωμάτων γεννητικών οργάνων (EGWs) έχουν δια βίου αυξημένο κίνδυνο για HPV-σχετιζόμενα νεοπλάσματα, ειδικά για αιδοϊκά καρκινώματα στις γυναίκες και πρωκτικό καρκίνο στους άνδρες. Οι κίνδυνοι καρκινογένεσης παραμένουν αυξημένοι ακόμη και >10 έτη μετά την διάγνωση των κονδυλωμάτων



ΙΑΤΡΕΙΟ
ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΠΓΝΠ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ: “ΠΡΟΤΥΠΟ” ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ ΕΠΙΤΥΧΩΝ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

- Αποτελεί σχετικά συχνή νόσο
- Η αιτιολογία & η φυσική του ιστορία είναι επαρκώς γνωστές
- Είναι εφικτή η αποτελεσματική παρέμβαση στην διάρκεια των προδρόμων-προκαρκινικών φάσεων

- **ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ:** εφαρμόζονται μέτρα σε άτομα που δεν νοσούν, με σκοπό την αποφυγή ενός νοσήματος ή μιας κατάστασης
- **ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ:** περιλαμβάνονται διαγνωστικές & επεμβατικές παρεμβάσεις/διαδικασίες αποσκοπώντας στην επιβράδυνση ή την διακοπή εξέλιξης μιας νόσου μετά την έγκαιρη διάγνωσή της στα αρχικά στάδια

Στα πληθυσμιακά προγράμματα ελέγχου του *τραχηλικού καρκίνου*, υφίστανται δύο αλληλοσυμπληρούμενες προσεγγίσεις:

- Η πρωτογενής πρόληψη μέσω του **εμβολιασμού**, ώστε να προληφθεί η HPV λοίμωξη
- Η δευτερογενής πρόληψη μέσω του **τραχηλικού screening**, ώστε να ανιχνευθούν & θεραπευτούν προκαρκινικές (δυσπλαστικές) βλάβες, προτού καταστούν διηθητικές

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ:

- *HPV ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ (περιορισμένη η αποτελεσματικότητα αποχής & προφυλακτικών)*

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ:

- *ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ (κυρίως HPV-ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ)*
- *ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ (ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΑ, κ.α.)*
- *A.I.?*

**ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ = ΗΡV ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ =
Η ΒΑΣΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

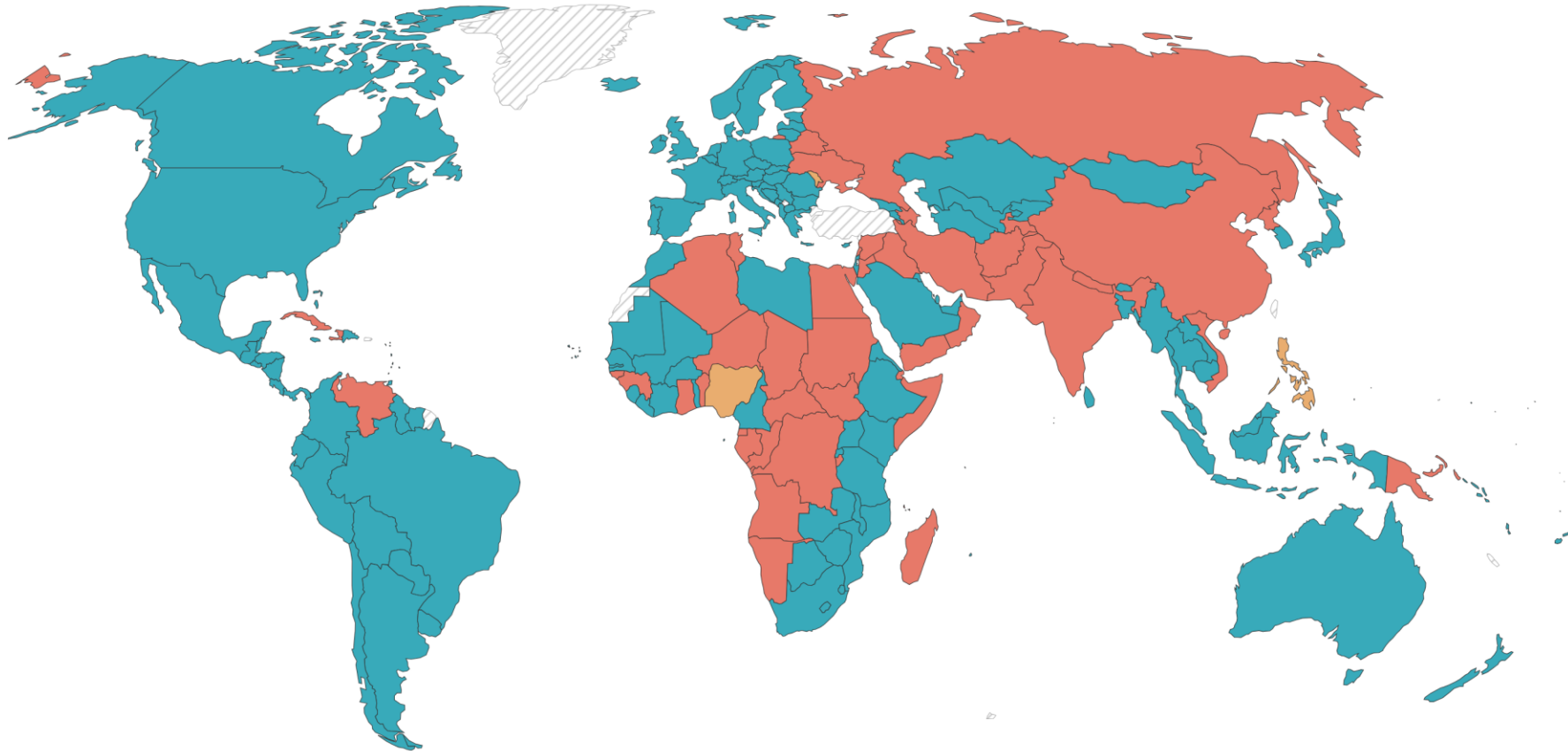
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

**ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ: SCREENING & ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ**

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ: ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

Which countries include human papillomavirus (HPV) vaccines in their national vaccination programs? 2024

This shows which countries provide and recommend HPV vaccines through routine services. People may still be able to receive the vaccine if it's not in the routine schedule – it might be optional or available commercially.



■ Demonstration projects ■ Entire country ■ Not routinely administered ■ Only in regions of the country
▨ No data

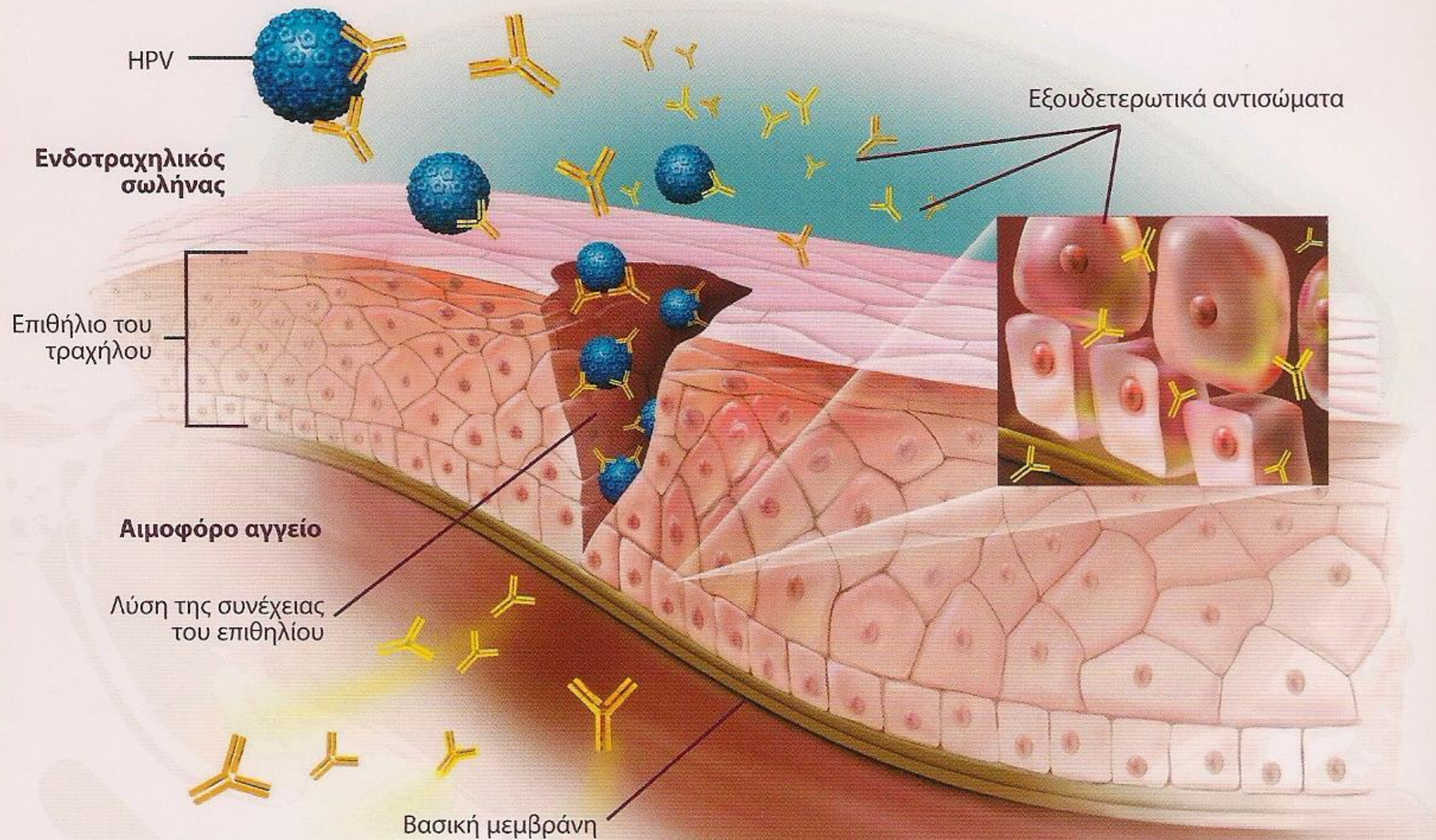
Data source: World Health Organization (2025)

OurWorldinData.org/vaccination | CC BY

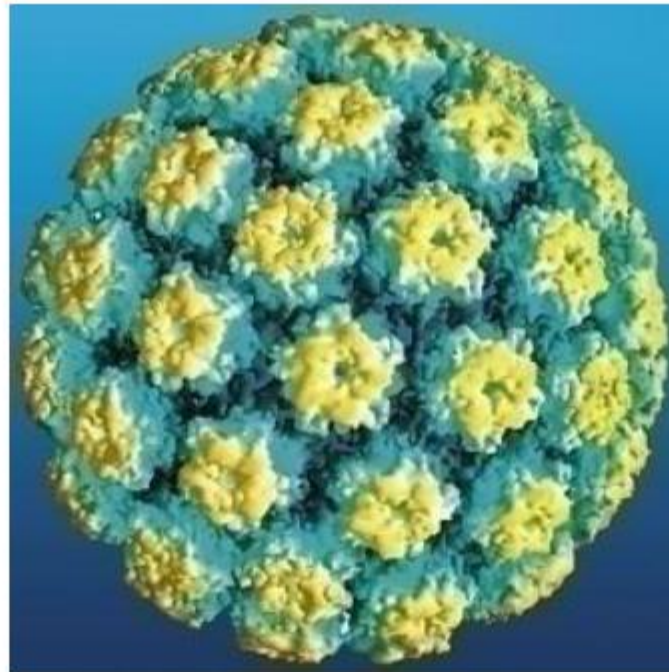
Note: HPV vaccines became available for the first time in 2006.

Από το 2018 έως και σήμερα, στην Ελλάδα κυκλοφορεί μόνο το εμβόλιο Gardasil-9, το οποίο προλαμβάνει άνω του 85% των κλινικά σημαντικών HPV λοιμώξεων τραχήλου, κόλπου, αιδοίου, πρωκτού & στοματοφάρυγγα





Μη λοιμογόνα σωματίδια (καψίδιο δίχως DNA)



Δεν μπορεί να προκαλέσει HPV Λοίμωξη

- **Ανοσία Αγέλης** (*herd immunity, herd effect, community immunity, population immunity, ή social immunity*) αποτελεί μορφή έμμεσης προστασίας από μια λοιμώδη νόσο, όταν υψηλό ποσοστό πληθυσμού έχει αποκτήσει ανοσία σε λοιμογόνο παράγοντα, παρέχοντας βαθμό προστασίας σε μη-άνοσα άτομα
- Σε πληθυσμό όπου μεγάλος αριθμός ατόμων διαθέτουν ανοσία, οι αλυσίδες μετάδοσης της λοίμωξης διακόπτονται, επιβραδύνοντας ή & σταματώντας την διασπορά: Όσο υψηλότερο είναι το ποσοστό των ατόμων μιας κοινότητας που διαθέτουν ανοσία, τόσο μικρότερη η πιθανότητα όσοι στερούνται ανοσίας να έλθουν σε επαφή με μεταδοτικό άτομο
- Χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη = Απουσία ανοσίας αγέλης

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΦΥΛΟΥ HPV ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ/GENDER NEUTRAL VACCINATION (GNV)

1. Διαμοιρασμός κοινωνικής ευθύνης, υπαιτιότητας και οφέλους
2. Ισοσκελισμένη παρέμβαση αναλόγως φορτίου νόσου
3. Πρόληψη HPV-σχετιζόμενης νοσηρότητας στους άρρενες
4. Προστασία MSM's
5. Όφελος για το άτομο
6. Όφελος για την κοινωνία
7. Έμπρακτη & αλτρουϊστική ισότητα των φύλων
8. Προαγωγή της γνώσης για τον HPV
9. Ανθεκτικότερη στρατηγική όταν το εμβολιαστικό πρόγραμμα αντιμετωπίζει προκλήσεις (π.χ. ελλείψεις αλυσίδας παραγωγής, COVID)
10. Μακροπρόθεσμα Cost-effective
11. Ταχύτερη επίτευξη των εμβολιαστικών στόχων - Επιταχυνόμενη εξάλειψη της HPV-σχετιζόμενης νοσηρότητας

ORGANIZED SCREENING 1 (*Hakama, Miller, Day 1986*)

- Το Οργανωμένο πληθυσμιακό screening αποτελεί κεντρική δράση που εκπορεύεται και ξεκινά από τον πάροχο υπηρεσιών υγείας (*provider initiated activity*), ενσωματωμένη μέσα στο σύστημα φροντίδας υγείας, χρηματοδοτούμενη είτε από την υγειονομική αρχή, την περιφέρεια, είτε τον ασφαλιστικό πάροχο
- Χρησιμοποιεί λίστα ειδοποίησης (*notification list*), βασισμένη σε πληθυσμιακά μητρώα για να προσκαλέσει κάθε γυναίκα ενός καθορισμένου ηλικιακού φάσματος μέσω προσωποποιημένης επιστολής είτε μηνύματος πολυμέσων
- Παρέχει επαναληπτικό screening σε καθορισμένα διαστήματα

ORGANIZED SCREENING 2 (*Hakama, Miller, Day 1986*)

- Τα δεδομένα διασυνδέονται και αντιπαραβάλλονται με εκείνα εθνικής πληθυσμιακής βάσης & αρχεία νεοπλασιών (*Arbyn, Anttila, Jordan et al., 2010*)
- Αποτελεί σύνθετη δραστηριότητα δημόσιας υγείας, που απαιτεί διασυνδεδεμένες νομικές, οργανωτικές, μεθοδολογικές υποδομές, καθώς και ανθρώπινο δυναμικό
- Η ομαλή λειτουργία προϋποθέτει δραστηριότητες συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης
- Υποστηρίζεται από πλειάδα διεθνών φορέων υγείας (*WHO, IARC, UICC, κ.α.*) & δυνητικά μπορεί να οδηγήσει σε βελτιστοποίηση των ποσοστών συμμετοχής

OPPORTUNISTIC SCREENING (*Hakama, Miller, Day 1986*)

- Το *Ευκαιριακό screening* αντιπροσωπεύεται από επισκέψεις της εξεταζόμενης στον επαγγελματία υγείας
- Στην ασυμπτωματική υποθετικά υγιή γυναίκα που προσέρχεται για οποιονδήποτε άλλο λόγο, παρέχεται πιθανά συγκεκριμένο(α) test διαλογής, κατά την κρίση του ιατρού. Η διαδικασία δεν καταχωρείται κεντρικά. Μόνο ο αριθμός των δειγμάτων/επιχρισμάτων που αναλύθηκαν είναι γνωστός, χωρίς να καταγράφεται ποιος εξετάσθηκε και ποιος όχι
- Χρησιμοποιεί κεντρικούς πόρους χωρίς προηγούμενο επιχειρησιακό σχεδιασμό & χωρίς αντίκτυπο ουσιαστικής μείωσης ποσοστών νεοπλασματικής νοσηρότητας/θνησιμότητας (*Adab, McGhee, Yanova, Wong and Hedley 2004*), ενώ καλύπτει μόνο γυναίκες που αυτοεπιλέγησαν

ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ (ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟ) SCREENING (ΤΕΣΤ ΠΑΠ)

- Μέθοδος μαζικού ελέγχου για την έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινικών καταστάσεων.
Αποτελεί την παραδοσιακή έκφραση της δευτερογενούς πρόληψης τραχηλικού καρκίνου
- Μετά το 2000: Επικράτησε η Κυτταρολογία Υγρής Φάσης (LBC-Liquid Based Cytology) που διαθέτει αυξημένη ευαισθησία & γίνεται εφικτή η χρήση αναλυτών αυτοματοποιημένης διάγνωσης (π.χ. αναλυτές *Hologic*, *BD*) & η ανίχνευση σειράς μοριακών βιοδεικτών
- Αξιολόγηση επιχρισμάτων/Παράγοντες που επηρεάζουν την εικόνα του επιχρίσματος
(ηλικία γυναίκας, τύπος Ζώνης Μετάπτωσης, τυχόν φλεγμονές)

Table 1. The 2014 Bethesda System**SPECIMEN TYPE:**

Indicate conventional smear (Pap smear) vs. liquid-based preparation vs. other

SPECIMEN ADEQUACY

- ☐ Satisfactory for evaluation (*describe presence or absence of endocervical/transformation zone component and any other quality indicators, e.g., partially obscuring blood, inflammation, etc.*)
- ☐ Unsatisfactory for evaluation . . . (*specify reason*)
 - ☐ Specimen rejected/not processed (*specify reason*)
 - ☐ Specimen processed and examined, but unsatisfactory for evaluation of epithelial abnormality because of (*specify reason*)

GENERAL CATEGORIZATION (optional)

- ☐ Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy
- ☐ Other: See Interpretation/Result (*e.g., endometrial cells in a woman ≥ 45 years of age*)
- ☐ Epithelial Cell Abnormality: See Interpretation/Result (*specify 'squamous' or 'glandular' as appropriate*)

INTERPRETATION/RESULT**NEGATIVE FOR INTRAEPITHELIAL LESION OR MALIGNANCY**

(When there is no cellular evidence of neoplasia, state this in the General Categorization above and/or in the Interpretation/Result section of the report--whether or not there are organisms or other non-neoplastic findings)

Non-Neoplastic Findings (optional to report)

- ☐ Non-neoplastic cellular variations
 - ☐ Squamous metaplasia
 - ☐ Keratotic changes
 - ☐ Tubal metaplasia
 - ☐ Atrophy
 - ☐ Pregnancy-associated changes
- ☐ Reactive cellular changes associated with:
 - ☐ Inflammation (includes typical repair)
 - ☐ Lymphocytic (follicular) cervicitis
 - ☐ Radiation
 - ☐ Intrauterine contraceptive device (IUD)
- ☐ Glandular cells status post hysterectomy

Organisms

- ☐ *Trichomonas vaginalis*
- ☐ Fungal organisms morphologically consistent with *Candida* spp.
- ☐ Shift in flora suggestive of bacterial vaginosis
- ☐ Bacteria morphologically consistent with *Actinomyces* spp.
- ☐ Cellular changes consistent with herpes simplex virus
- ☐ Cellular changes consistent with cytomegalovirus

OTHER

- ☐ Endometrial cells (*in a woman ≥ 45 years of age*)
- (Specify if "negative for squamous intraepithelial lesion")

Table 1 (continued)**EPITHELIAL CELL ABNORMALITIES****SQUAMOUS CELL**

- ☐ Atypical squamous cells
 - ☐ of undetermined significance (ASC-US)
 - ☐ cannot exclude HSIL (ASC-H)
- ☐ Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) (*encompassing: HPV/mild dysplasia/CIN 1*)
- ☐ High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) (*encompassing: moderate and severe dysplasia, CIS; CIN 2 and CIN 3*)
 - ☐ with features suspicious for invasion (*if invasion is suspected*)
- ☐ Squamous cell carcinoma

GLANDULAR CELL

- ☐ Atypical
 - ☐ endocervical cells (NOS or specify in comments)
 - ☐ endometrial cells (NOS or specify in comments)
 - ☐ glandular cells (NOS or specify in comments)
- ☐ Atypical
 - ☐ endocervical cells, favor neoplastic
 - ☐ glandular cells, favor neoplastic
- ☐ Endocervical adenocarcinoma in situ
- ☐ Adenocarcinoma
 - ☐ endocervical
 - ☐ endometrial
 - ☐ extrauterine
 - ☐ not otherwise specified (NOS)

OTHER MALIGNANT NEOPLASMS: (specify)**ADJUNCTIVE TESTING**

Provide a brief description of the test method(s) and report the result so that it is easily understood by the clinician.

COMPUTER-ASSISTED INTERPRETATION OF CERVICAL CYTOLOGY

If case examined by an automated device, specify device and result.

EDUCATIONAL NOTES AND COMMENTS APPENDED TO CYTOLOGY REPORTS (optional)

Suggestions should be concise and consistent with clinical follow-up guidelines published by professional organizations (references to relevant publications may be included).

ΜΟΡΙΑΚΟ SCREENING

- Οι γνώσεις που συσσωρεύτηκαν στην βιολογία και την φυσική ιστορία της τραχηλικής HPV λοίμωξης & καρκινογένεσης, μετακίνησαν την στόχευση των προγραμμάτων πρόληψης του τραχηλικού καρκίνου στην μοριακή ανίχνευση του αιτιολογικού παράγοντα (HPV)
- Η ανίχνευση των νουκλεϊκών οξέων του HPV με χρήση κλινικά πιστοποιημένων δοκιμασιών υπερέχει κυρίως λόγω δυνατότητας πρωϊμότερης διάγνωσης και δυνατότητας αξιοποίησης αυξημένων μεσοδιαστημάτων ελέγχου (*cost effectiveness*)

Summary of HPV vs Cytology Sensitivity and Specificity

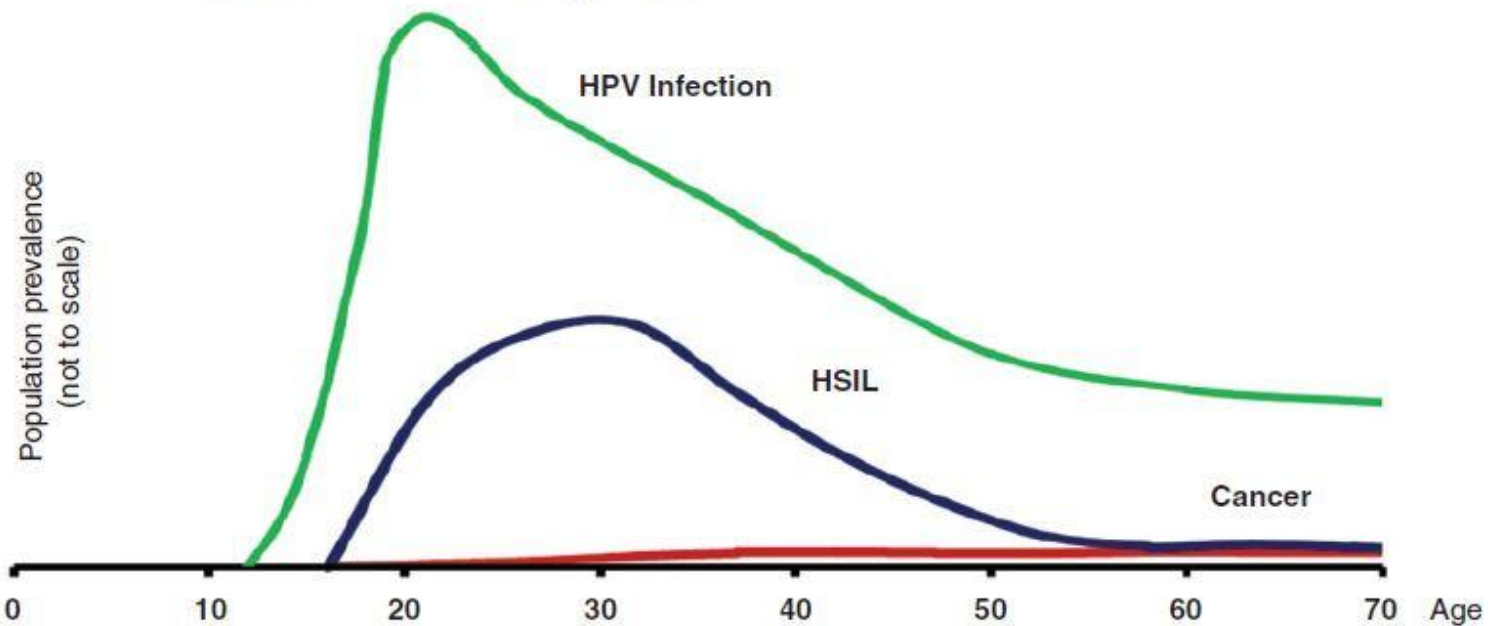
Mayrand MH *et al. Int J Cancer* 2006, Bergeron C *et al. Cancer Cytopathol* 2015,
Ikenberg H *et al. JNCI* 2013, Cuzick J *et al. Papillomavirus Res* 2016

	Sensitivity	Specificity
Cytology	53%	97%
HPV testing	96%	92%

Ενδεικτικά πλεονεκτήματα του HPV testing περιλαμβάνουν:

- (i) Υψηλότερη ευαισθησία και αναπαραγωγιμότητα (*reproducibility*) συγκριτικά με την κυτταρολογία
- (ii) Δυνατότητα αυτοματοποίησης, κεντρικής διαχείρισης και ποιοτικού ελέγχου (QA), για διεκπεραίωση μεγάλου όγκου δειγμάτων
- (iii) Επαρκή ασφάλεια, ακόμη & σε σενάρια επιμηκυμένων μεσοδιαστημάτων ελέγχου (*interval cancers*)
- (iv) Συμφέρουσες οικονομίες κλίμακας (*cost-effectiveness*) συγκριτικά με την κυτταρολογία, στην πληθυσμιακή εφαρμογή (*implementation & roll-out*)

- Αν και τα HPV tests είναι περισσότερο απίθανο να αστοχήσουν στην διάγνωση σοβαρού τραχηλικού προκαρκίνου, προκαλούν περισσότερες άσκοπες παραπομπές για κολποσκόπηση
- Εντούτοις, έχοντας μικρότερη πιθανότητα να είναι ψευδώς αρνητικό, ένα αρνητικό HPV test είναι περισσότερο καθησυχαστικό ένα αρνητικό κυτταρολογικό τεστ, κάτι που με την σειρά του ελαττώνει τυχόν καθυστερήσεις στην κατάλληλη αντιμετώπιση



Schffman M, Wentzensen N, CEBP 2013

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ HPV, ΞΕΝΙΣΤΗ & ΑΛΛΟΙ

- HPV DNA
- mRNA
- p16/Ki67 (“Dual stain”, π.χ. CİNTEC PLUS)
- Δείκτες μεθυλίωσης
- P53
- Ιϊκό Φορτίο

Fig. 1.10 Relative importance of the carcinogenic human papillomavirus (HPV) types

HPV type	HPV species	IARC Group ^a	% HPV type prevalence in cancer	% HPV type prevalence in normal	Odds ratio	% Attributable (etiological) fraction
HPV16	α-9	Group 1	55.8	2.6	47.6	62.4
HPV18	α-7	Group 1	14.3	1	15.7	15.3
HPV45	α-7	Group 1	4.8	0.6	8.3	4.8
HPV33	α-9	Group 1	4	0.6	7.1	3.9
HPV58	α-9	Group 1	4	0.8	5.1	3.7
HPV31	α-9	Group 1	3.5	1	3.7	2.9
HPV52	α-9	Group 1	3.2	1	3.3	2.6
HPV35	α-9	Group 1	1.6	0.4	3.9	1.4
HPV59	α-7	Group 1	1.2	0.4	2.9	0.9
HPV39	α-7	Group 1	1.3	0.6	2.0	0.8
HPV68	α-7	Group 2A	0.6	0.4	1.5	0.2
HPV51	α-5	Group 1	1	0.9	1.2	0.2
HPV56	α-6	Group 1	0.8	0.6	1.3	0.2
HPV73	α-11	Group 2B	0.5	0.3	1.8	0.2
HPV26	α-5	Group 2B	0.2	0.1	4.1	0.2
HPV30	α-6	Group 2B	0.2	0.1	2.6	0.1
HPV69	α-5	Group 2B	0.2	0.1	1.4	0.1
HPV67	α-9	Group 2B	0.3	0.2	1.2	< 0.1
HPV82	α-5	Group 2B	0.2	0.1	1.2	< 0.1
HPV34	α-11	Group 2B	0.1	0.1	1.0	Not attributable
HPV66	α-6	Group 2B	0.3	0.6	0.4	Not attributable
HPV70	α-7	Group 2B	0.2	0.8	0.3	Not attributable
HPV53	α-6	Group 2B	0.5	1.1	0.4	Not attributable

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΥΤΟΛΗΨΗΣ (SELF SAMPLING)

- Η απουσία συμμετοχής στα προγράμματα screening (ακούσια και εκούσια) αποτελεί τον κύριο ανασταλτικό παράγοντα στην επιτυχία του και στην πρόληψη του CC (*Bos AB et al, Int J Gynecol Cancer 2006*)
- Ο συνδυασμός πρωτογενούς HPV testing με διαλογή (triage) των θετικών με μοριακό reflex testing στο ίδιο δείγμα κολπικών εκκρίσεων, είτε ούρων πρώτης ούρησης (FVU) αποτελεί αποτελεσματική στρατηγική στην προσέγγιση εκείνων που δεν συμμετέχουν στο screening
- Η ανάλυση της μεθυλίωσης γονιδίων είτε του ξενιστή είτε του ιού είναι εφικτή στο υλικό αυτό (κολπικές εκκρίσεις/FVU), αντιπροσωπεύοντας υποσχόμενο βιοδείκτη-reflex test

ΤΙ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΕΝΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ;

- Είτε η κυτταρολογία πρέπει να επαναληφθεί (τουλάχιστον μετά 3μηνο) αφού νωρίτερα αντιμετωπισθεί τυχόν φλεγμονή/οιστρογονοπενία
- Είτε πρέπει να συναξιολογηθούν το HPV DNA ή το HPV mRNA, το *p16*, άλλοι βιοδείκτες (π.χ. μεθυλίωση)
- Είτε πρέπει να πραγματοποιηθεί Κολποσκόπηση, πιθανά σε συνδυασμό με κολποσκοπικά κατευθυνόμενες βιοψίες

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ CIN

Ύποπτο Test Pap / Θετικό hrDNA HPV »

Αναλόγως Οδηγιών (Διεθνών/Εθνικών Επιστημονικών Εταιριών) »

Κολποσκόπηση ± κολποσκοπικά λαμβανόμενη βιοψία »

Ιστολογική Εξέταση

ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ

- Διαγνωστική δοκιμασία παθολογικών καταστάσεων από τον τράχηλο, κόλπο & αιδοίο, προς ανίχνευση δυσπλαστικών (*προ-καρκινικών, CIN/cGIN/VIN/VaIN*), τραχηλικού καρκίνου, είτε καλοήθων βλαβών (*κονδυλώματα, πολύποδες, λοιμώξεις, κ.α.*)
- Το κολποσκόπιο χρησιμεύει επίσης στην λήψη κατευθυνόμενων βιοψιών & στην πραγματοποίηση αφαιρετικών θεραπειών των προκαρκινικών αλλοιώσεων
- Διαδικασία εξωτερικού ιατρείου, δεν απαιτείται νοσηλεία ή αναισθησία. Πραγματοποιείται σε οποιαδήποτε φάση του κύκλου εκτός από μέρες με εκσεσημασμένη ροή περιόδου
- Αναγκαία η εμπειρία του εκτελούντος (*μέτρια ευαισθησία 30-60%, υψηλότερη ειδικότητα 70-85%*)

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗΣ

- Παθολογική κυτταρολογία (*ASC-H, LSIL, HSIL, ASCUS, κλπ*)
- Συμπτωματολογία ενδεικτική τραχηλικού καρκίνου, π.χ. εκσεσημασμένη δύσοσμη κολπική υπερέκκριση, παθολογική αιμόρροια ή από επαφή, μετεμμηνοπαυσιακή μητρορραγία
- Ύποπτος για νεοπλασία στην όψη τράχηλος (*suspicious cervix*)
- Follow-up μετά θεραπεία για τραχηλικές προκαρκινικές βλάβες
- Αξιολόγηση άλλων βλαβών της περιοχής (*π.χ. κονδυλώματα, αιδοϊκές βλάβες, κολόβωμα μετά υστερεκτομία*)
- Η εξέταση πρέπει να αναβάλλεται σε ενεργή κολποτραχηλίτιδα

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

- Χρησιμοποιούνται μέθοδοι με βάση την εξαίρεση της βλάβης (excision) ή την καταστροφή της (ablation)
- Βασικό πλεονέκτημα των αφαιρετικών μεθόδων είναι ότι παρέχουν τεμάχιο ιστού για ιστολογική εξέταση. Έτσι δεν διαφεύγουν περιπτώσεις μικροδιηθητικών, διηθητικών καρκίνων, αλλά και αδενικής νόσου (cGIN)

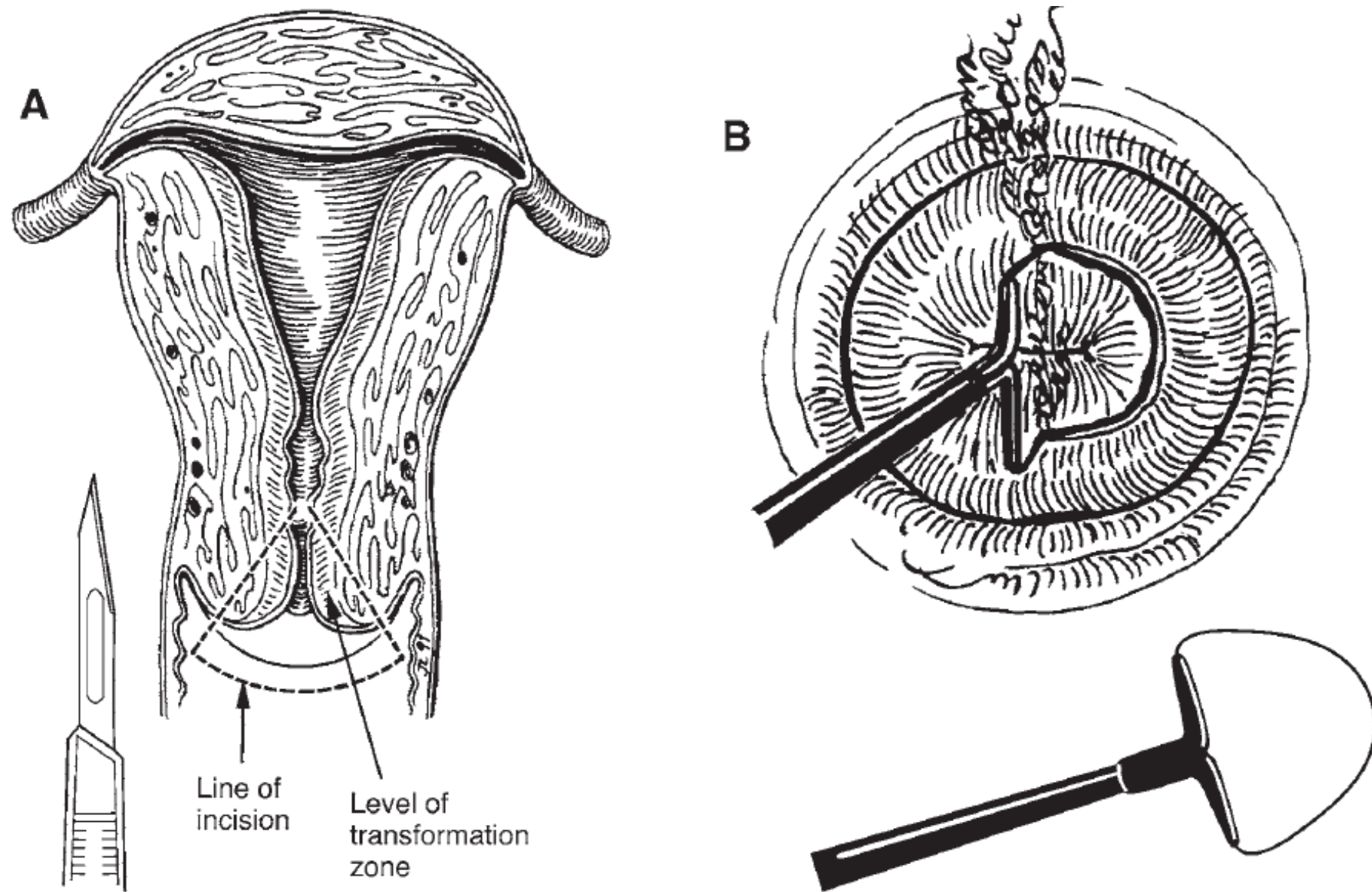
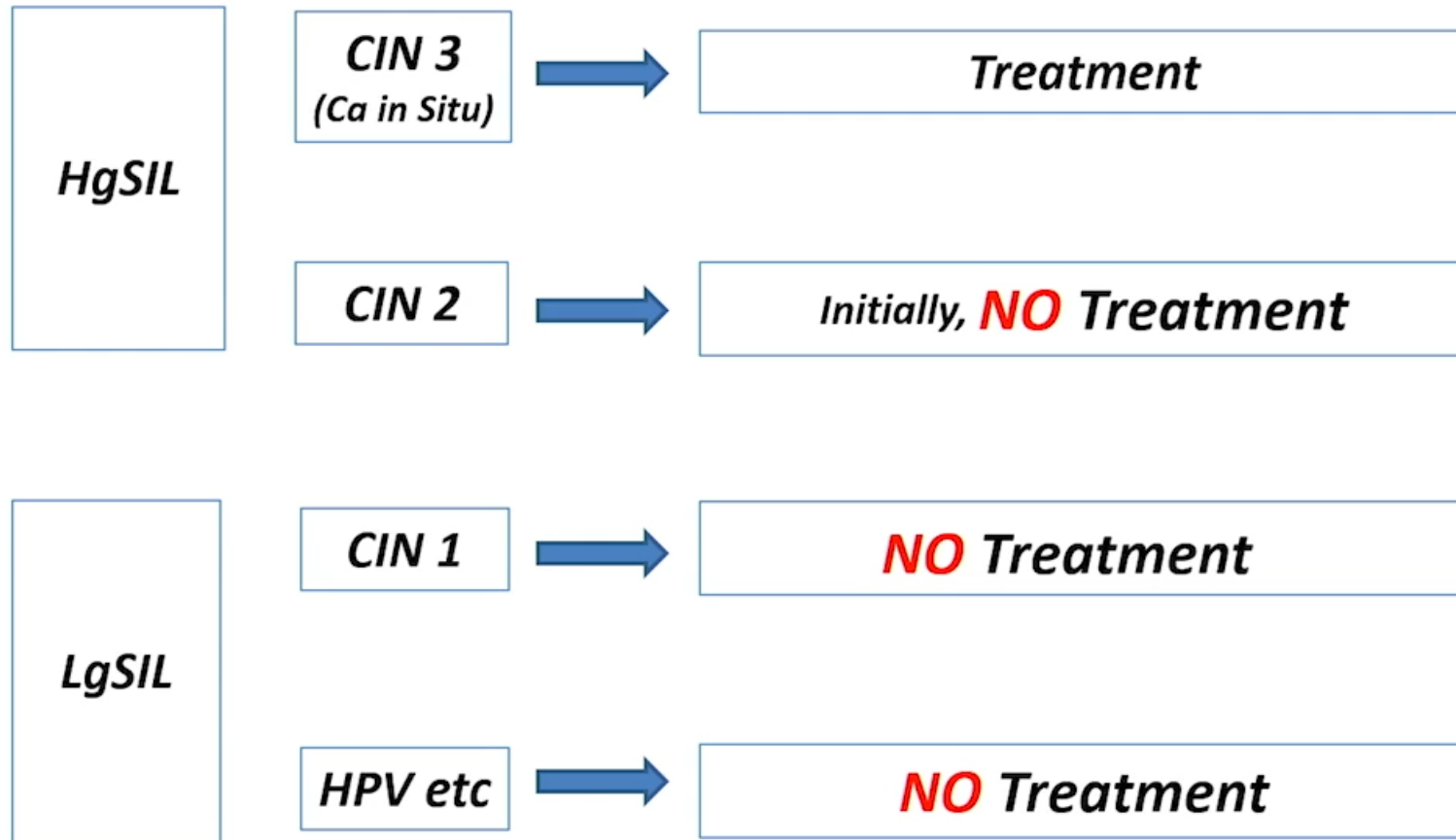


Figure 28-6 • Methods of cervical conization. (A) Cold-knife conization. (B) LEEP/Lletz conization procedure.
(From Beckmann CRB, Ling FW, Laube DW, et al. *Obstetrics and Gynecology*, 4th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.)

Global Consensus:

Young, nulliparous women (wishing further parity)



ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΨΗΛΟΒΑΘΜΟΥ SIL (HGSIL-CIN2/3)

- LLETZ (Large Loop Excision of the Transformation Zone) = LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedures)
- Κωνοειδής εκτομή με Laser
- Κωνοειδής εκτομή με μαχαίρι
- Υστερεκτομία μπορεί να πραγματοποιηθεί εάν συνυπάρχει άλλη παθολογία (πχ *ινομυώματα, μητρορραγίες*) & ΜΟΝΟ εφόσον έχει αποκλεισθεί με μια από τις προηγούμενες μεθόδους η πιθανότητα διήθησης



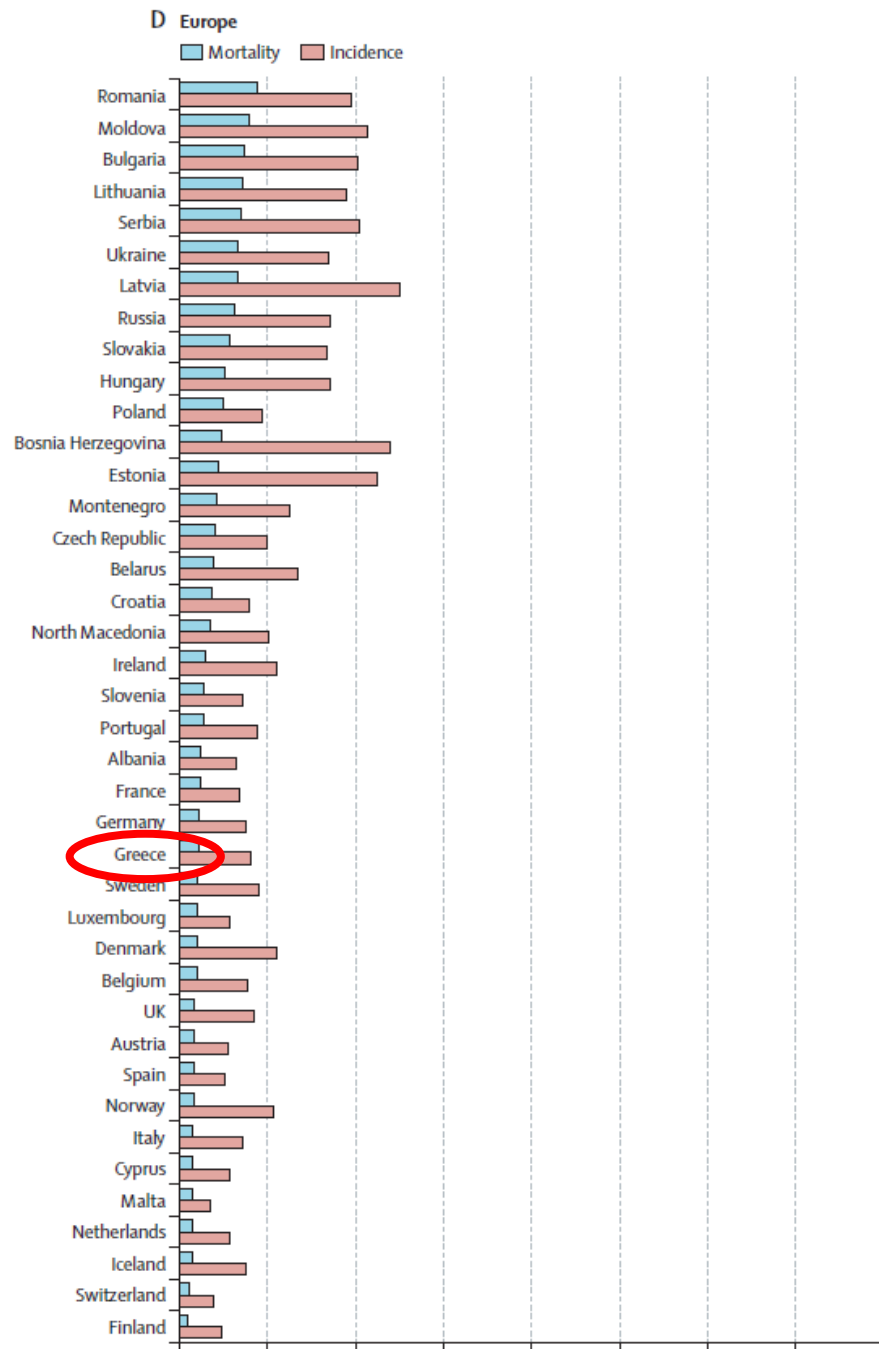
ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΙΑΤΡΕΙΟ
ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΠΓΝΠ

1

8

- Σημαντική αιτία θανάτου παγκόσμια & την 2η αιτία θανάτου από γυναικολογικό Ca
- Η αιτιολογία του διηθητικού Ca του τραχήλου & των τραχηλικών δυσπλασιών (CIN) είναι κοινή, αντιπροσωπεύοντας κοινή εξελικτική πορεία του HPV
- Περισσότερες από 85% των γυναικών που καταλήγουν από τη νόσο είναι νέες γυναίκες χωρίς μόρφωση που κατοικούν σε LMICs (*Lower-Middle Income Countries*) - Λίγες ασθένειες αντικατοπτρίζουν τις παγκόσμιες ανισότητες αντιπροσωπευτικότερα, όσο ο τραχηλικός καρκίνος



**Θνητότητα & Επίπτωση
Τραχηλικού καρκίνου
στην Ευρώπη**

5.1 | Squamous epithelial tumors

- Squamous cell carcinoma, HPV-associated
- Squamous cell carcinoma, HPV-independent
- Squamous cell carcinoma NOS

5.2 | Glandular tumors

- Adenocarcinoma NOS
- Adenocarcinoma, HPV-associated
- Adenocarcinoma, HPV-independent, gastric type
- Adenocarcinoma, HPV-independent, clear cell type
- Adenocarcinoma, HPV-independent, mesonephric type
- Adenocarcinoma, HPV-independent, NOS
- Endometrioid adenocarcinoma NOS
- Carcinosarcoma NOS
- Adenosquamous carcinoma
- Mucoepidermoid carcinoma
- Adenoid basal carcinoma
- Carcinoma, undifferentiated, NOS

5.3 | Mixed epithelial and mesenchymal tumors

- Adenosarcoma

5.4 | Germ cell tumors

- Endodermal sinus tumor
- Yolk sac tumor NOS
- Choriocarcinoma NOS

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ Ca ΤΡΑΧΗΛΟΥ

- Στις προκαρκινικές καταστάσεις η γυναίκα σπανιότατα παρουσιάζει συμπτωματολογία
- Ο αρχόμενος τραχηλικός καρκίνος είναι συνήθως ασυμπτωματικός, & η νόσος προχωρεί χωρίς να γίνει αντιληπτή για μήνες
- Αργότερα η πλειονότητα προσέρχεται λόγω ανώμαλου τραχηλικού επιχρίσματος, μακροσκοπικά ανώμαλης εικόνας τραχήλου, κολπικής αιμόρροιας, μετασυνουσιακής αιμορραγίας, αυξημένης συγκέντρωσης δύσοσμων κολπικών υγρών, πόνου στην περιοχή της μήτρας ή στα υποχόνδρια, δυσχέρειες στην ούρηση *(με ή χωρίς αιματουρία)*

ΔΙΑΓΝΩΣΗ Ca ΤΡΑΧΗΛΟΥ

- Επισκόπηση, αμφίχειρη γυναικολογική ± ορθοκολπική εξέταση
- Τεστ Παπανικολάου
- Κολποσκόπηση με βιοψία ή καλύτερα διαγνωστική κωνοειδής εκτομή για ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ (έμπειρος παθολογογοανατόμος - πιθανή ανάγκη για ανοσοϊστοχημικό έλεγχο p16 είτε/και ανασκόπηση των πλακιδίων)
- MRI/Διακολπικό υπερηχογράφημα από έμπειρο υπερηχογραφιστή
- Κυστεοσκόπηση/Ορθοσκόπηση δεν περιλαμβάνονται στον έλεγχο ρουτίνας

TABLE 2 Types of radical hysterectomy.

	Simple extrafascial hysterectomy	Modified radical hysterectomy	Radical hysterectomy
Piver and Rutledge Classification	Type I	Type II	Type III
Querleu and Morrow classification	Type A	Type B	Type C
Indication	Stage IA1	Type IA1 with LVSI. IA2	Stage IB1 and IB2, selected Stage IIA
Uterus and cervix	Removed	Removed	Removed
Ovaries	Optional removal	Optional removal	Optional removal
Vaginal margin	None	1–2 cm	Upper one-quarter to one-third
Ureters	Not mobilized	Tunnel through broad ligament	Tunnel through broad ligament
Cardinal ligaments	Divided at uterine and cervical border	Divided where ureter transits broad ligaments	Divided at pelvic side wall
Uterosacral ligaments	Divided at cervical border	Partially removed	Divided near sacral origin
Urinary bladder	Mobilized to base of bladder	Mobilized to upper vagina	Mobilized to middle vagina
Rectum	Not mobilized	Mobilized below cervix	Mobilized below cervix
Surgical approach	Laparotomy or laparoscopy or robotic surgery	Laparotomy or laparoscopy or robotic surgery	Laparotomy or laparoscopy or robotic surgery

ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ / ΔΙΑΣΠΑΡΤΗ ΝΟΣΟΣ 2

- Το PET-CT συνιστάται πριν από τη χημειοακτινοθεραπεία (CTRT) με θεραπευτική πρόθεση [III, B]
- Η παρααορτική λεμφαδενεκτομία (PALND), τουλάχιστον μέχρι την κατώτερη μεσεντέρια αρτηρία, μπορεί να προσφέρει σε τοπικά προχωρημένο KTM με αρνητικούς παραορτικούς λεμφαδένες στην απεικόνιση για σκοπούς σταδιοποίησης [IV, C]
- Ασαφής υπόνοια νόσου εκτός της μήτρας πιθανά θα πρέπει να υποβάλλεται σε βιοψία για αποφυγή υπερθεραπείας [IV, B]

ΣΤΑΔΙΟ T1a1

- Η διάγνωση βασίζεται στην αξιολόγηση παρασκευάσματος κωνοειδούς από έμπειρο παθολογοανατόμο: *μέτρηση βάθους διήθησης, κατάστασης ορίων, LVSI*
- Σε γυναίκες που επιθυμούν γονιμότητα προτιμάται παρασκεύασμα από loop ή laser κωνοειδή, αρκεί να είναι ακέραιο (*μονήρες*) και να δίνεται προσανατολισμένο στον παυολογοανατόμο
- Τα χειρουργικά όρια του παρασκευάσματος της κωνοειδούς πρέπει να είναι ελεύθερα από διηθητική ή προδιηθητική νόσο (εκτός LGSIL), αλλιώς ενδείκνυται επαναληπτική κωνοειδής

ΣΤΑΔΙΟ T1a1 (συνέχεια)

- Λεμφαδενική σταδιοποίηση δεν ενδείκνυται σε ασθενείς T1a1LVSI αρνητικές, μπορεί όμως να γίνει σε T1a1LVSI θετικές, με αξιολόγηση του λεμφαδένα φρουρού (SLN) χωρίς συμπληρωματική πυελική λεμφαδενεκτομία
- Η κωνοειδής θεωρείται οριστική θεραπεία, η υστερεκτομή δεν βελτιώνει την επιβίωση
- Ριζική υστερεκτομή, τραχηλεκτομή, ή παραμητρίεκτομή θεωρούνται υπερθεραπεία για το στάδιο αυτό
- Σε γυναίκες με αδenoκαρκίνωμα & στάδιο T1a1 που ολοκλήρωσαν την οικογένειά τους πρέπει να παρέχεται συμπληρωματικά απλή υστερεκτομή

ΣΤΑΔΙΟ T1a2

- Κωνοειδής επί υγιών ορίων ή απλή υστερεκτομή
- Παραμητρίεκτομή δεν ενδείκνυται
- SLN (χωρίς πλήρη πυελική λεμφαδενεκτομία) μπορεί να γίνει & σε LVSI-αρνητικές γυναίκες, ενδείκνυται όμως σε LVSI-θετικές
- Σε γυναίκες με αδενοκαρκίνωμα & στάδιο T1a2 που ολοκλήρωσαν την οικογένειά τους πρέπει να παρέχεται συμπληρωματικά απλή υστερεκτομή

ΣΤΑΔΙΟ T1b1, T1b2 & T2a1

- Ο σχεδιασμός της θεραπείας πρέπει να αποφεύγει τον συνδυασμό εγχειρητικής & ακτινοθεραπείας γιατί προκύπτει δυσανάλογη σωρευτική νοσηρότητα

ΑΡΧΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ – ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

- ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ – ΔΙΕΞΟΔΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
- **1A1 LVSI (-):** ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ (απλή υστερεκτομή σε συννοσηρότητες)
- **1A1 LVSI (+) – 1B1 (SLN-LN: NEGATIVE):** ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ-ΑΠΛΗ ή ΡΙΖΙΚΗ ΤΡΑΧΗΛΕΚΤΟΜΗ

ΡΙΖΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ vs ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

- **1B2 (LN-NEGATIVE):** UPFRONT ΡΙΖΙΚΗ ΤΡΑΧΗΛΕΚΤΟΜΗ vs NEO ADJUVANT CHEMO & ΤΡΑΧΗΛΕΚΤΟΜΗ

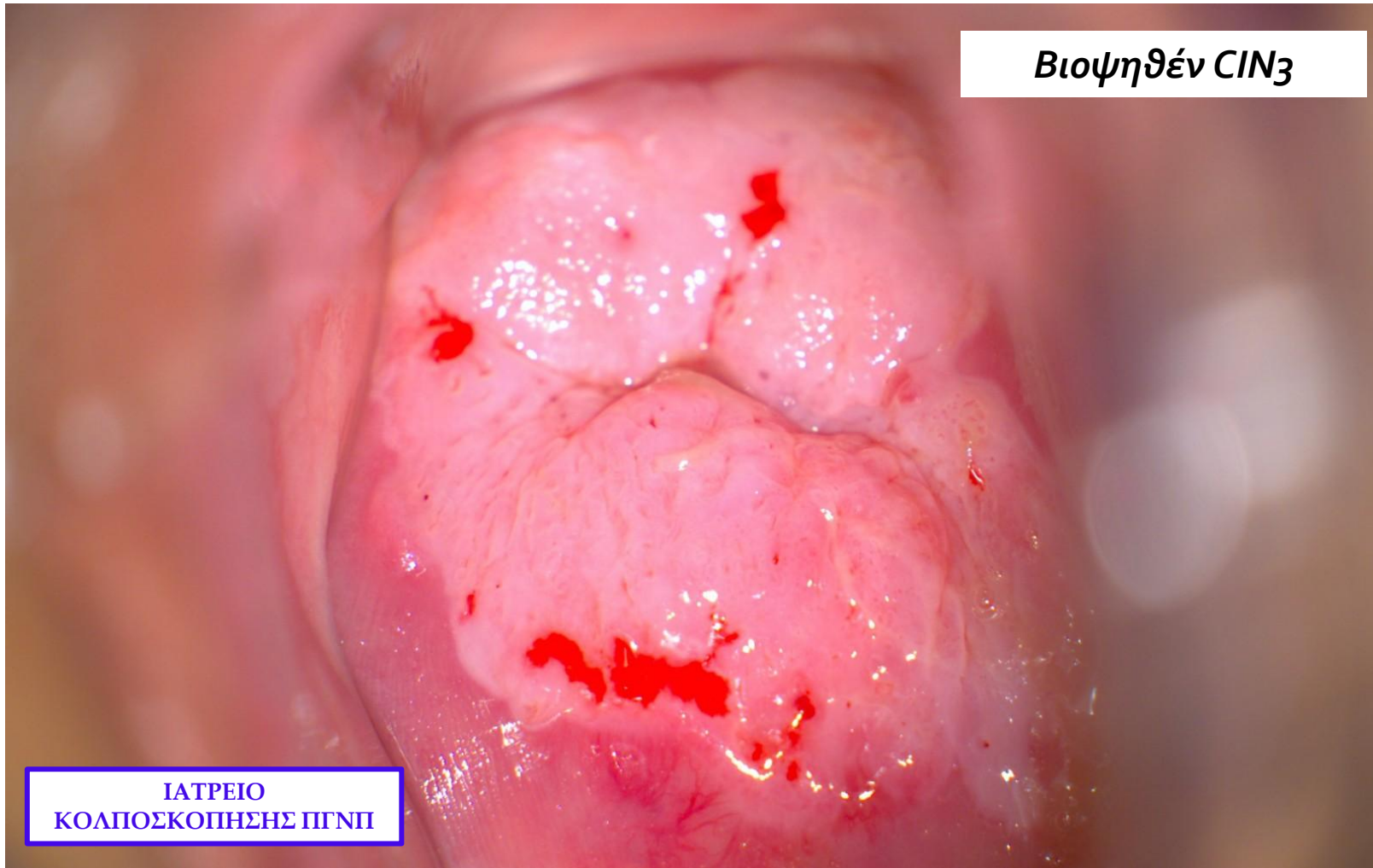
ΡΙΖΙΚΗ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ vs ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

TEST PAP (ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΑ) ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

- Η κυτταρολογική κατά Παπανικολάου περιλαμβάνεται μεταξύ των αρχικών εξετάσεων ρουτίνας της κύησης
- Η διαγνωστική ακρίβεια του Παπ επηρεάζεται στην κύηση (*τεχνικές δυσκολίες στη λήψη, ακατάλληλο δείγμα, κλπ*)
- Η κύηση δεν επιταχύνει την επιδείνωση τραχηλικών δυσπλασιών
- Η υποχώρηση των τραχηλικών βλαβών κατά την περίοδο της λοχείας αποτελεί τον κανόνα

ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

- Η κολποσκόπηση είναι απολύτως ασφαλής & πρέπει να πραγματοποιείται σε οποιοδήποτε ηλικία κύησης με παθολογική κυτταρολογία
- Στόχος της κολποσκόπησης στην κύηση είναι ΠΡΩΤΙΣΤΩΣ ο αποκλεισμός διηθητικής βλάβης αλλά και η αποφυγή περιττών θεραπευτικών παρεμβάσεων
- Η κολποσκοπική διάγνωση απαιτεί μεγάλη εμπειρία, η εικόνα του τραχήλου στην κύηση διαφέρει (*οίδημα & φθαρτοειδείς αλλαγές*)
- Λιγότερο από 5% των εγκύων γυναικών με κυτταρολογικά ευρήματα ASCUS ή LSIL, παρουσίαζαν τελικά υψηλόβαθμες βλάβες



Βιοψηθέν CIN3

ΙΑΤΡΕΙΟ
ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΠΓΝΠ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

- 1-3% γυναικών με ΚΤΜ κυοφορούν ή είναι λεχωΐδες στη διάγνωση
- Η επιλογή θεραπείας βασίζεται στις ίδιες αρχές με καρκίνο τραχήλου εκτός κύησης
- Σε κυήσεις <16wks αποφασίζεται άμεση θεραπεία
- Σε κυήσεις αρχικού σταδίου (FIGO st IA1, IA2, IB) που διαγνώσθηκαν >16wks η θεραπεία μπορεί να καθυστερήσει έως την επίτευξη πνευμονικής ωριμότητας του νεογνού
- Σε κυήσεις με προχωρημένη νόσο (FIGO > IB2) που διαγνώσθηκαν >16wks οι αποφάσεις για τυχόν καθυστέρηση της θεραπείας βασίζονται στην γνώση της επακριβούς ηλικίας κύησης την στιγμή της διάγνωσης

