

ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΠ & ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΓΙΩΡΓΟΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

**ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ**

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2017-8

ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΑΠ & ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΟΥ

- Το Τεστ Παπανικολάου, το οποίο στην Ελλάδα συνηθίζεται να επαναλαμβάνεται ανά ένα έως ενάμισυ έτος, είναι δοκιμασία που αφορά όλες τις γυναίκες που είναι ή ήταν σεξουαλικά ενεργείς και είναι συνυφασμένο με την **δευτερογενή πρόληψη (screening)** του τραχηλικού καρκίνου, αποσκοπώντας στην ανίχνευση προκαρκινικών βλαβών, πρωτίστως του τραχήλου ή του κόλπου.
- Η διάδοση της κυτταρολογίας υγρής φάσης (LBC - *Liquid Based Cytology*) στην Ελλάδα συνεχίζει να καθυστερεί λόγω παραγόντων κόστους και απαιτούμενης εκπαίδευσης, αποτελεί πάντως το αναγκαίο όχημα για την αξιολόγηση όλων των μοριακών δεικτών, αλλά και ανίχνευσης σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Η υπεροχή της LBC σε σχέση με την συμβατική κυτταρολογία αναφορικά με ευαισθησία και ειδικότητα στην ανίχνευση των προκαρκινικών βλαβών, δεν έχει τεκμηριωθεί.
- Με ελάχιστες εξαιρέσεις, η έκθεση κάθε Τεστ Παπανικολάου συντάσσεται βάσει της αναθεώρησης του 2001 του συστήματος Bethesda.

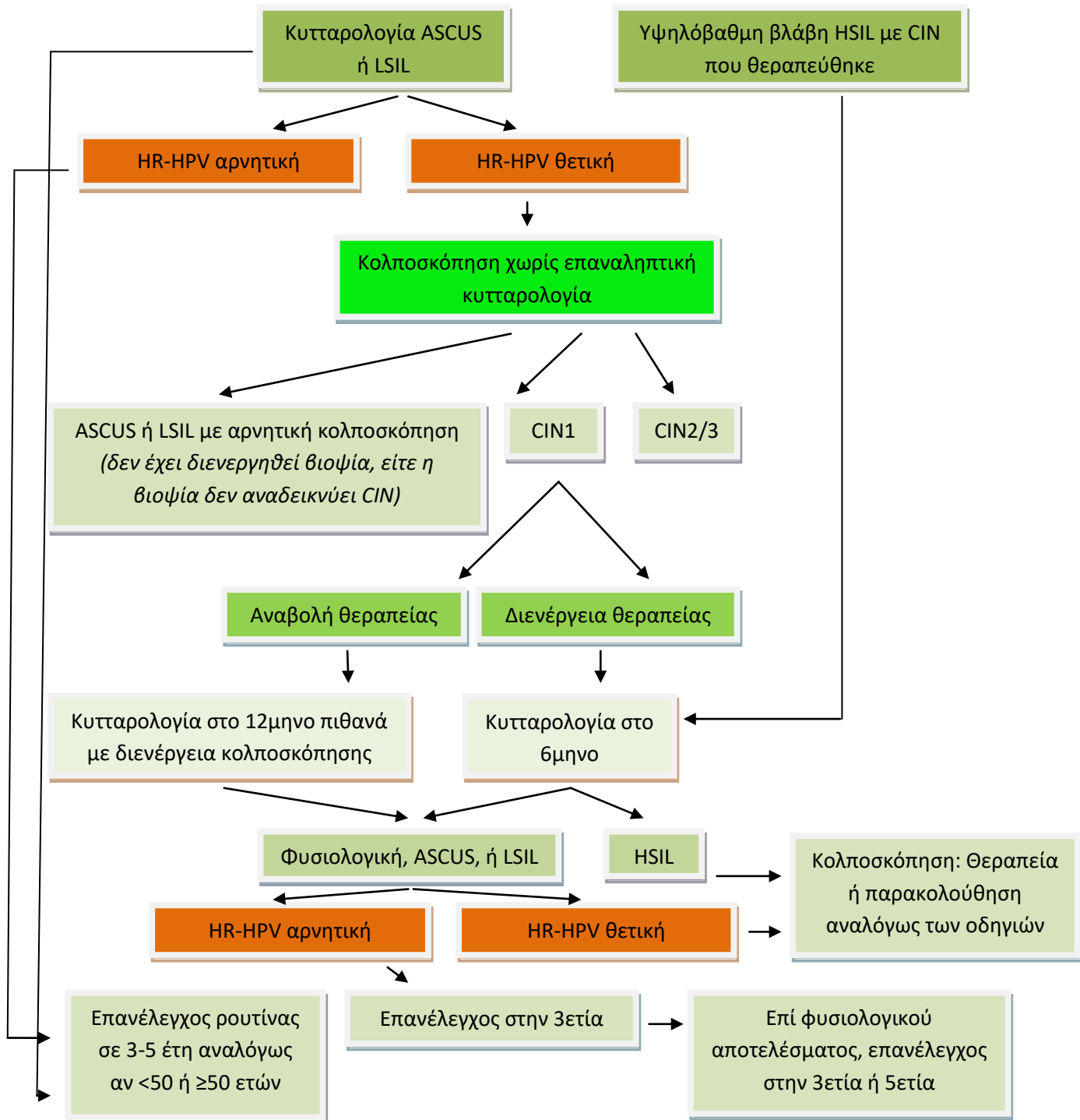
ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Κατηγορίες κατά Παπανικολάου	The Bethesda System	Ορολογία Δυσπλασίας	Ορολογία CIN
I	Αρνητικό	Αρνητικό	Αρνητικό
II	ASCUS – ASC-H	Πλακώδης Ατυπία	Πλακώδης Ατυπία
III	LSIL	Ήπια δυσπλασία Μέτρια Δυσπλασία	CIN1 CIN2
IV	HSIL	Βαριά Δυσπλασία – Ca in situ	CIN3
V	Καρκίνωμα	Καρκίνωμα	Καρκίνωμα

- Η εξέταση της τραχηλικής HPV DNA ανίχνευσης/τυποποίησης (γονοτύπησης) δεν έχει υποκαταστήσει το Τεστ Παπ ως κύριας μεθόδου δευτερογενούς πρόληψης όπως είχε αρχικά προβλεφθεί. Κάποια συστήματα υγείας (π.χ. Ολλανδία) αποτελούν εξαίρεση. Εντούτοις, στις Ευρωπαϊκές οδηγίες έχει κομβική θέση στην τραχηλική παθολογία κυρίως σαν *Τεστ Διαλογής (triage)* και ως *Δοκιμασία Ίασης (test of cure)*.
- Στις πρόσφατες οδηγίες του ACOG (Αμερικανικού Κολλεγίου Μαιευτήρων - Γυναικολόγων) οι ενδείξεις πραγματοποίησης του HPV testing αφορούν είτε τον καθορισμό της ανάγκης διενέργειας κολποσκόπησης σε γυναίκες με κυτταρολογία ASCUS (*reflex testing*), είτε ως προσθήκη στην κυτταρολογία σε γυναίκες άνω των 30 ετών (*Co-testing*). Ο όρος "*Co-testing*" σημαίνει την ταυτόχρονη διενέργεια κυτταρολογίας και DNA HPV, συνήθως σε εναιώρημα LBC.
- Η αξία της εξέτασης σε νέες γυναίκες, κάτω των 25 ή 30 ετών, λόγω διαφορετικής βιολογικής συμπεριφοράς της HPV λοίμωξης στις ηλικίες αυτές παραμένει συζητήσιμη.

ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ HR-HPV ΩΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ (TRIAGE) & ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΙΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ NHSCCP/BSCCP

Ο επόμενος Πίνακας αποτυπώνει τις Συστάσεις Έτους 2013 της BSCCP (Βρετανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας) και του NHSCCP (Προγράμματος Πρόληψης Νεοπλασιών του Βρετανικού Συστήματος Υγείας) σχετικά με την θέση της γονοτύπησης για ογκογόνα στελέχη HPV (HR-HPV's – high risk HPV's)



ΑΝΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ – ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ASCCP 2013

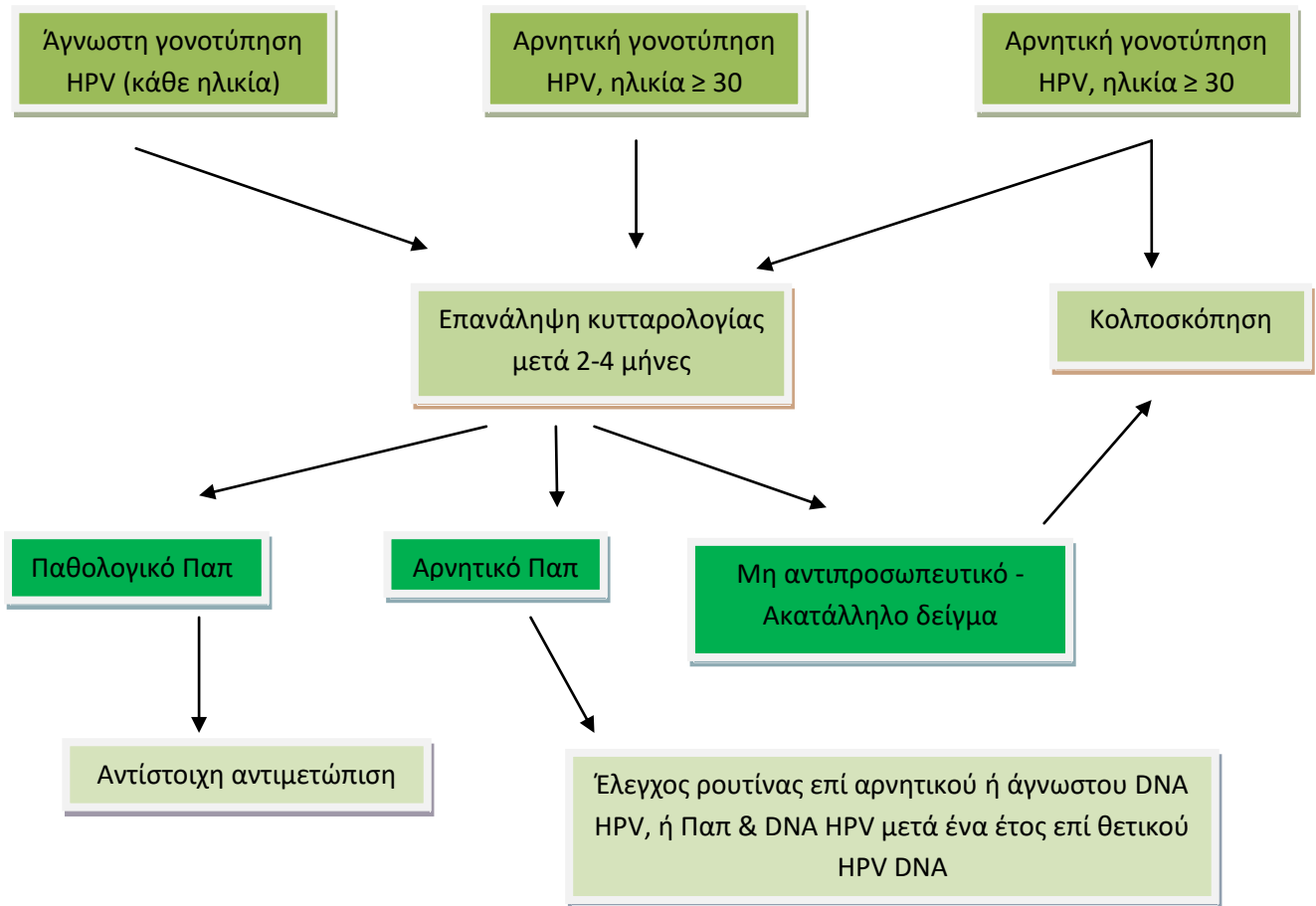
Στις επόμενες σελίδες αποτυπώνονται οι Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP (Αμερικανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας). Επιλέχθησαν οι συγκεκριμένες οδηγίες ως οι πλέον πρόσφατες και αναλυτικές.

Παρόμοιες οδηγίες υφίστανται και από αντίστοιχες Ευρωπαϊκές Εταιρείες με σημαντικές εντούτοις επιμέρους διαφορές. Τα προτεινόμενα χρονικά διαστήματα των επανελέγχων είναι συνεπώς ενδεικτικά.

Οι οδηγίες δεν διαφοροποιούνται σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε HPV εμβολιασμό με τα τρέχοντα προφυλακτικά HPV εμβόλια πρώτης γενεάς.

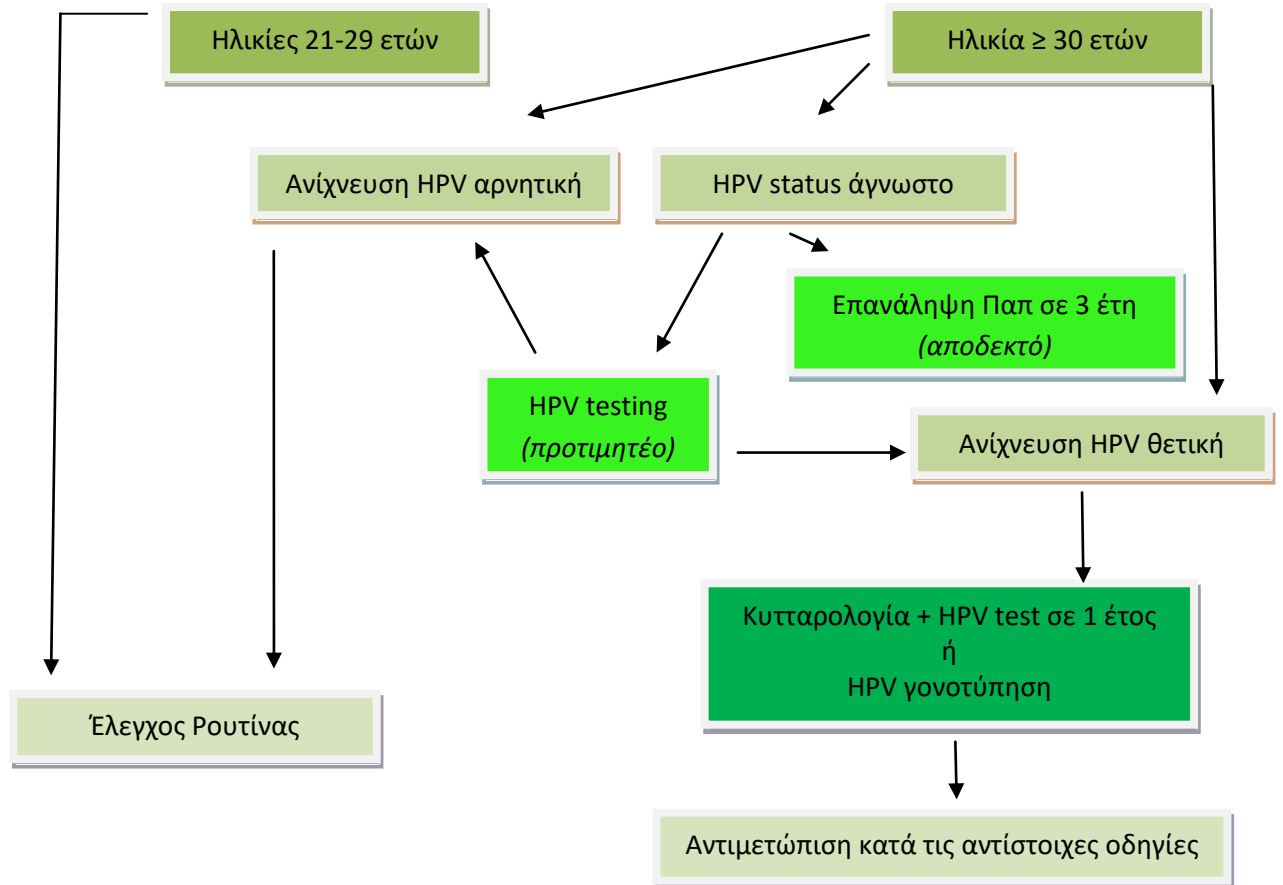
i). Κυτταρολογικό Δείγμα Μη αντιπροσωπευτικό - Ακατάλληλο (Unsatisfactory Cytology) –

Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP (Αμερικανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας)



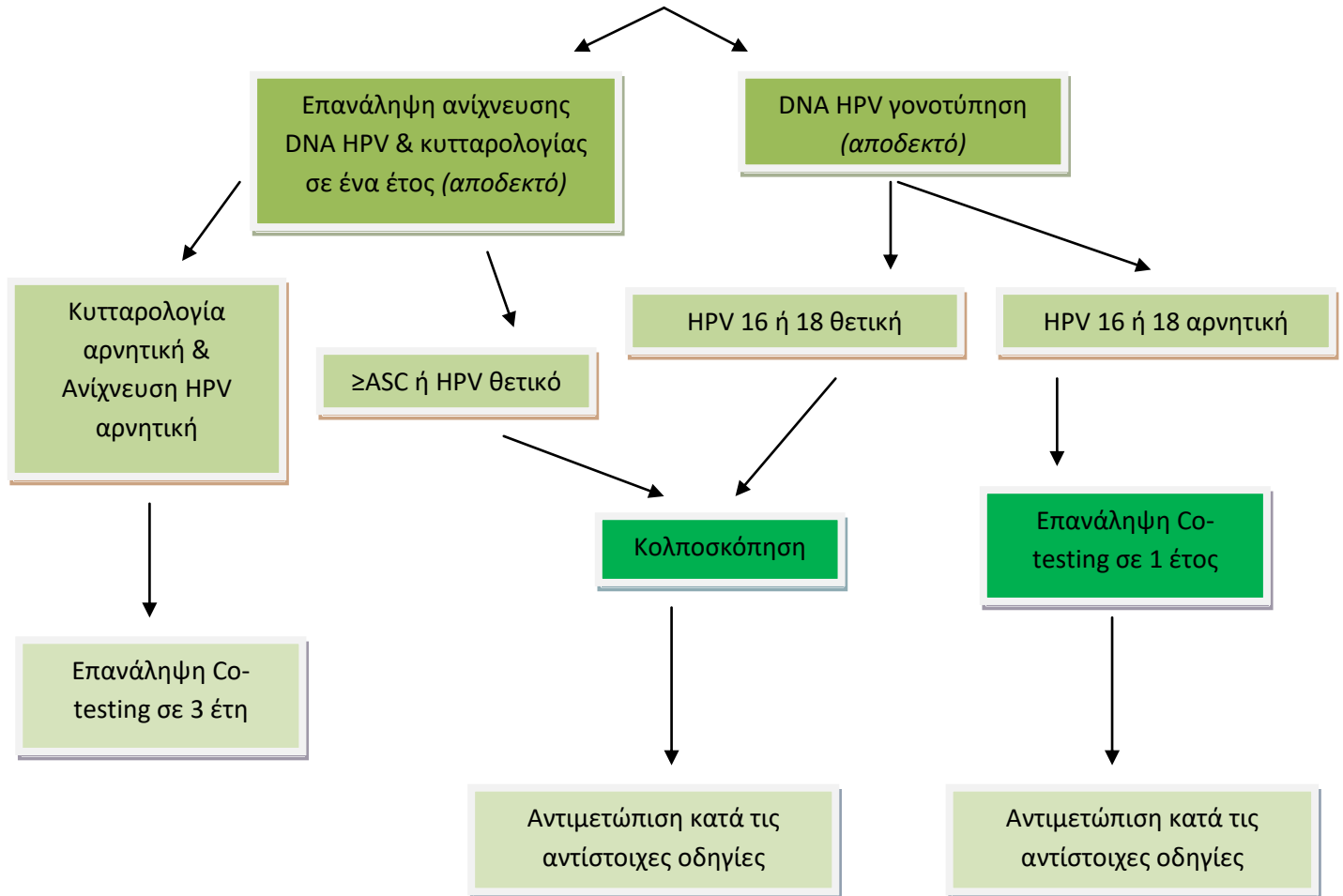
ii). Κυτταρολογία Αρνητική για Ενδοεπιθηλιακή Βλάβη ή κακοήθεια, αλλά δεν υπάρχει αντιπροσωπευτικό υλικό από την ζώνη μετάπτωσης –

Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP (Αμερικανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας)



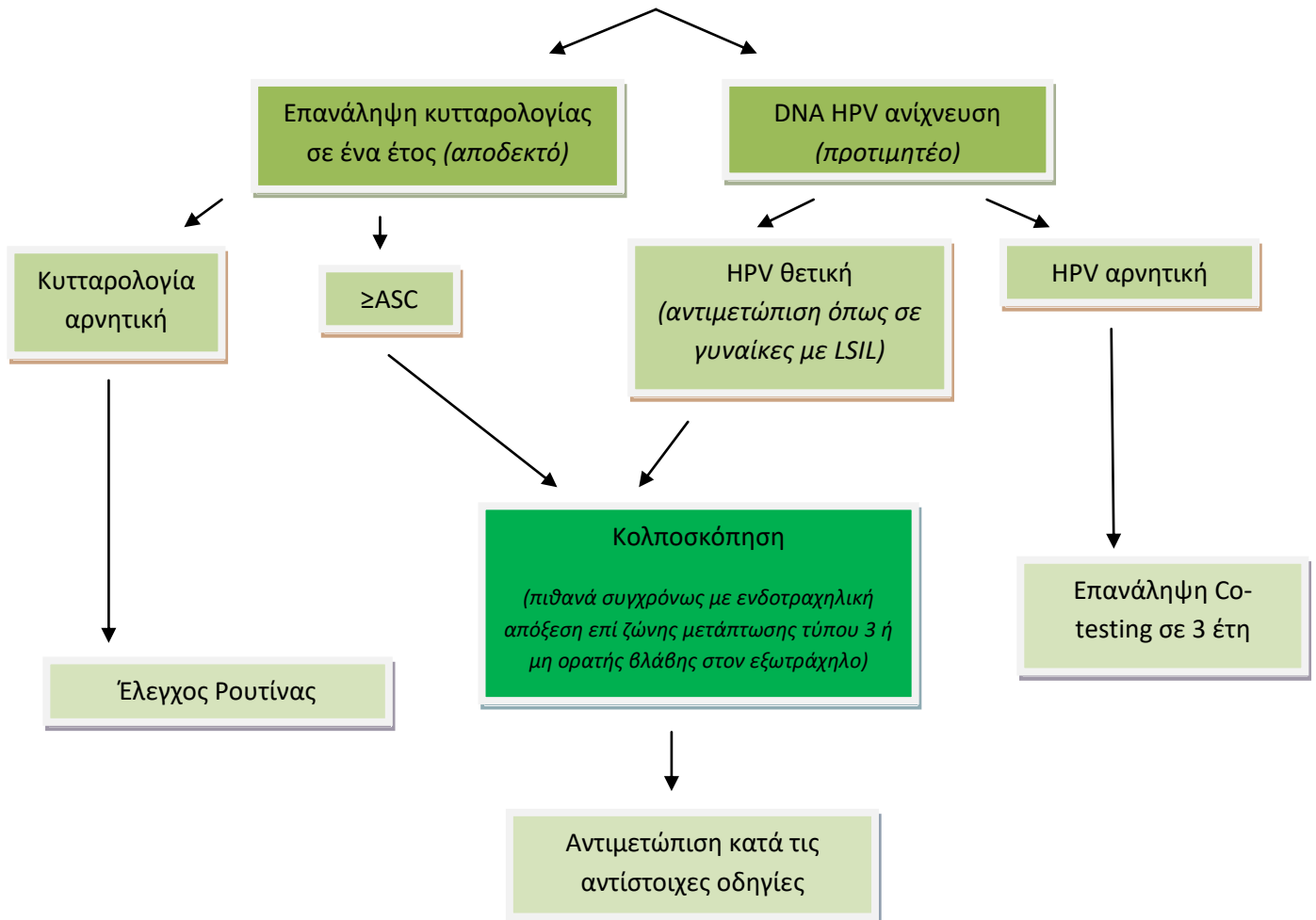
iii). Αντιμετώπιση γυναικών ≥ 30 ετών οι οποίες είναι αρνητικές στην κυτταρολογία, αλλά θετικές για DNA HPV-

Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP (Αμερικανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας)



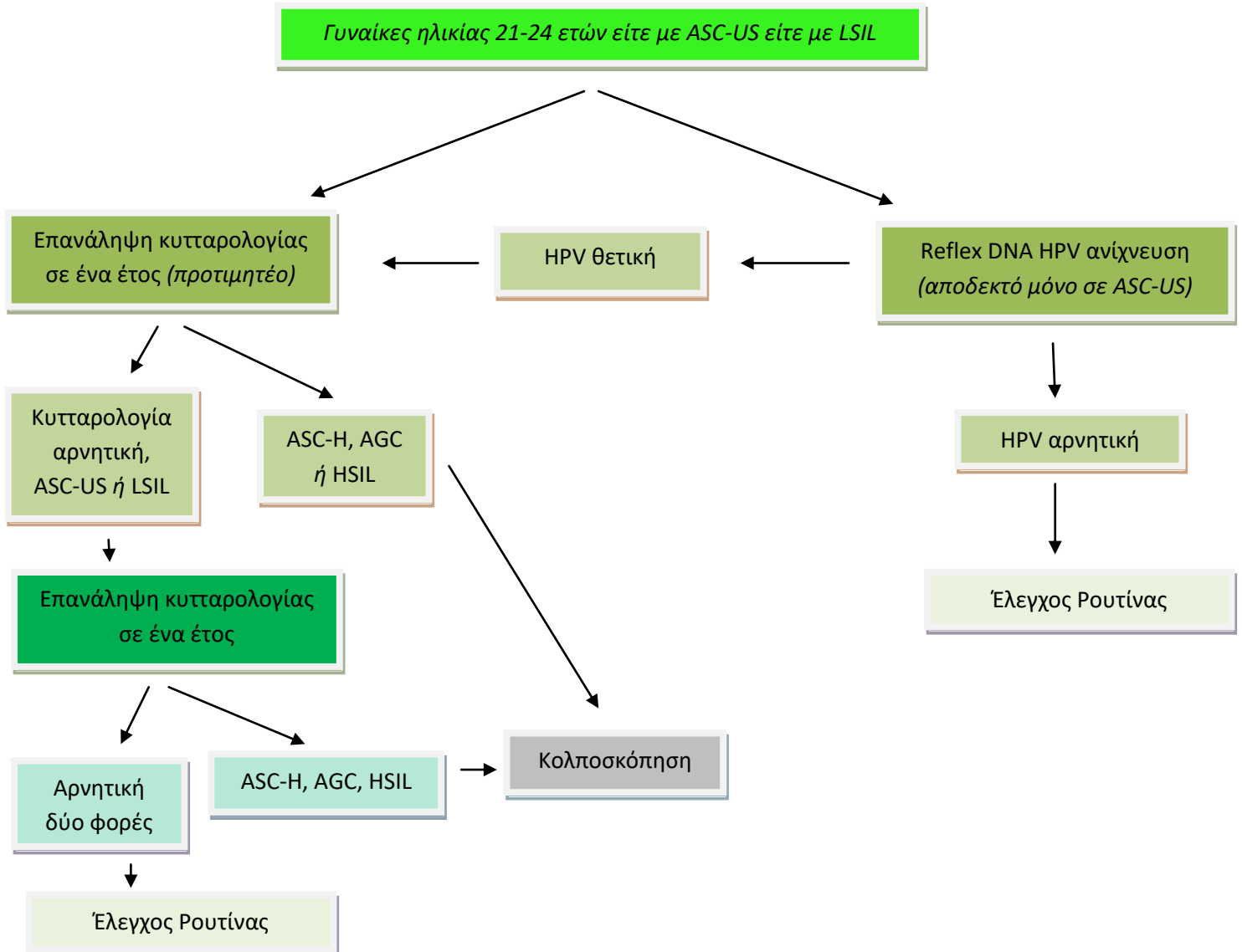
iv). Αντιμετώπιση γυναικών με ASC-US (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) –

Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP (Αμερικανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας)



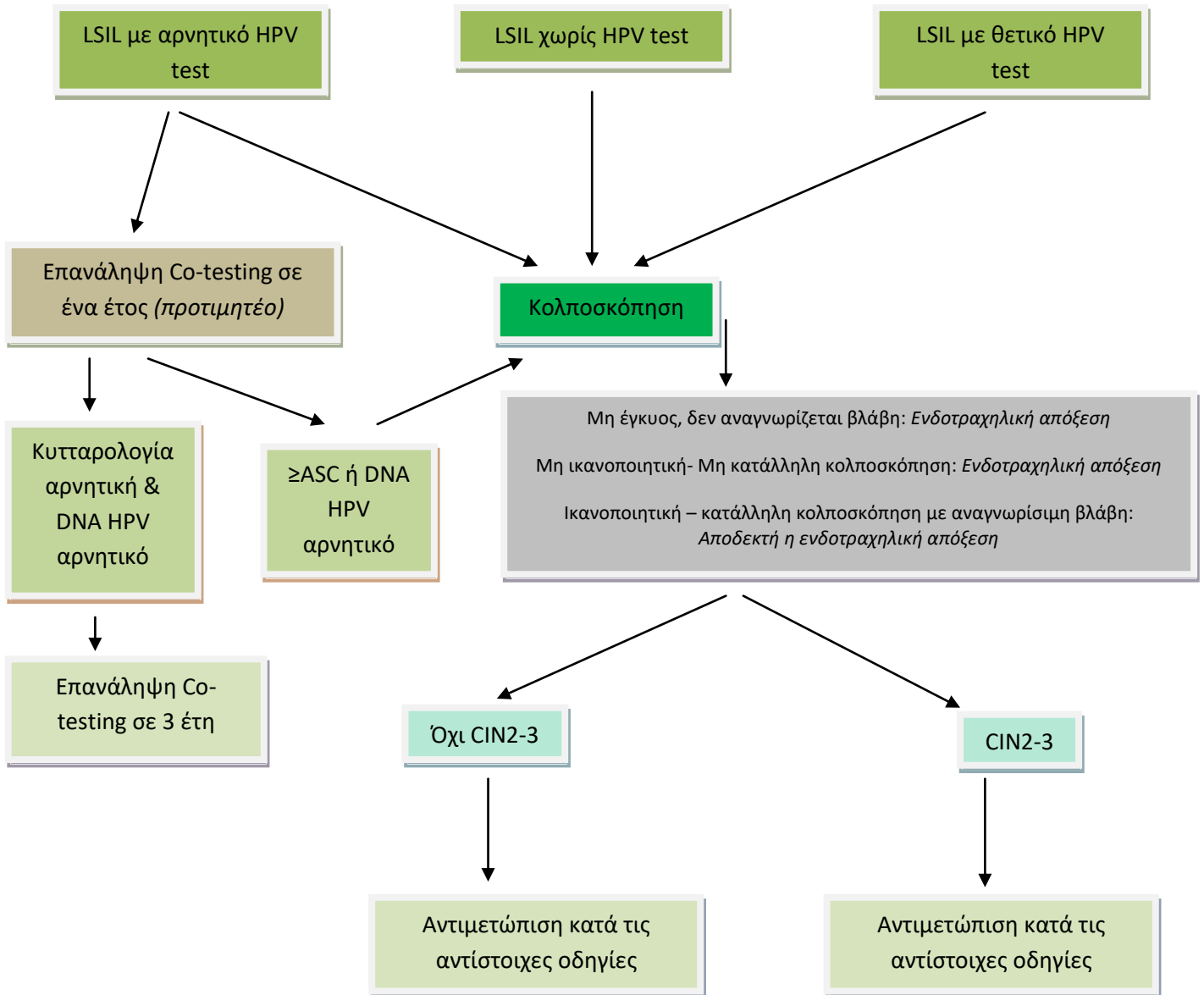
ν). Αντιμετώπιση γυναικών ηλικίας 21-24 ετών είτε με ASC-US είτε με χαμηλόβαθμη βλάβη LSIL –

Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP (Αμερικανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας)



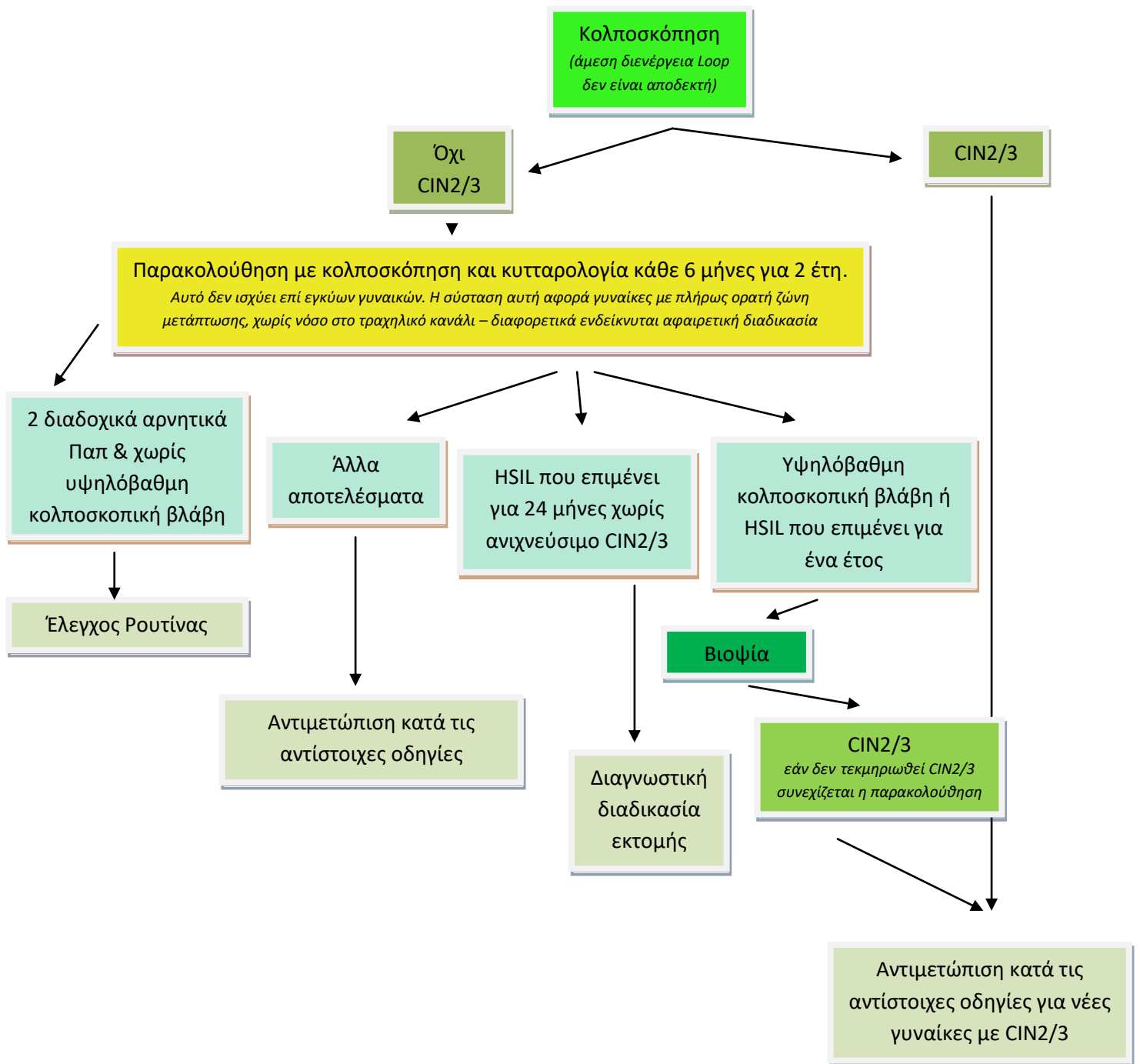
vi). Αντιμετώπιση γυναικών με χαμηλόβαθμη βλάβη LSIL –

Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP (Αμερικανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας)



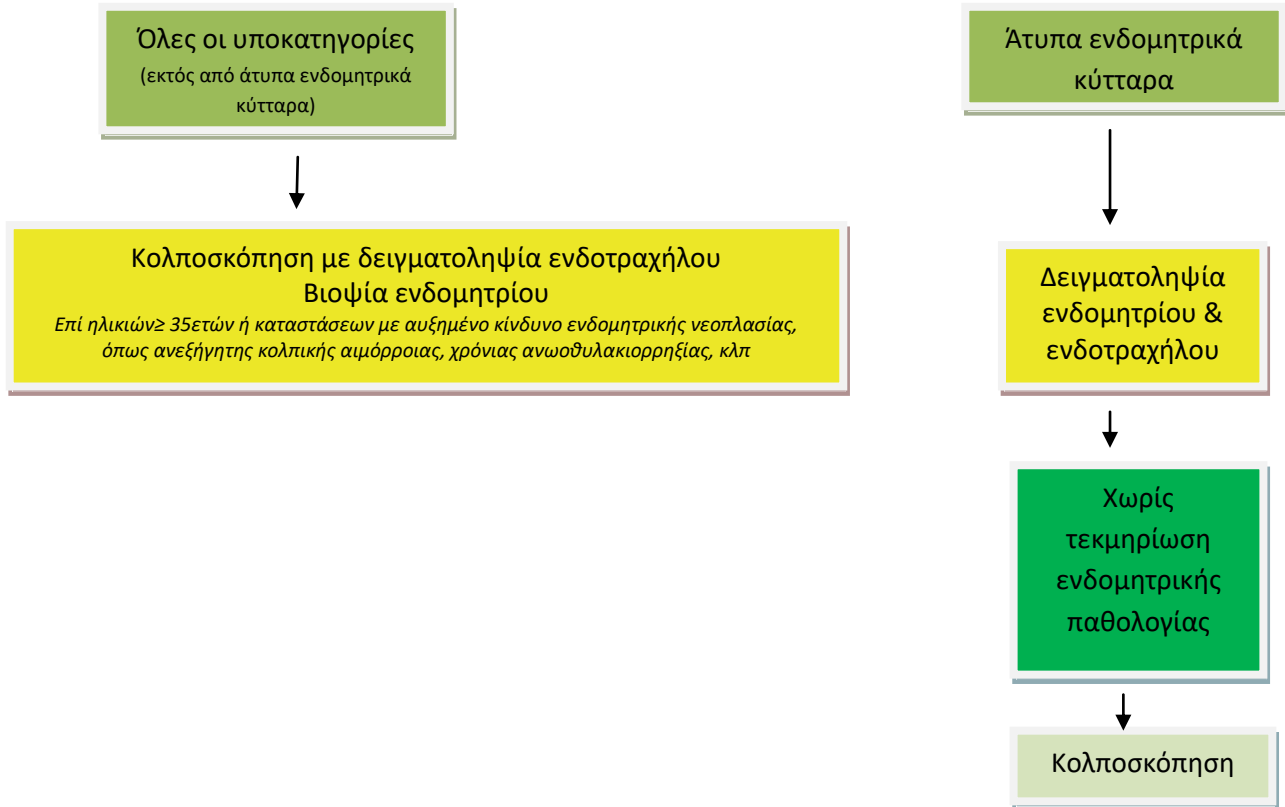
vii). Αντιμετώπιση γυναικών ηλικίας 21-24 ετών είτε με Άτυπα Πλακώδη Κύτταρα όπου δεν μπορεί να αποκλεισθεί η υψηλόβαθμη βλάβη (ASC-H, Atypical Squamous Cells: Cannot Exclude High-grade SIL) είτε με υψηλόβαθμη βλάβη HSIL –

Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP (Αμερικανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας)



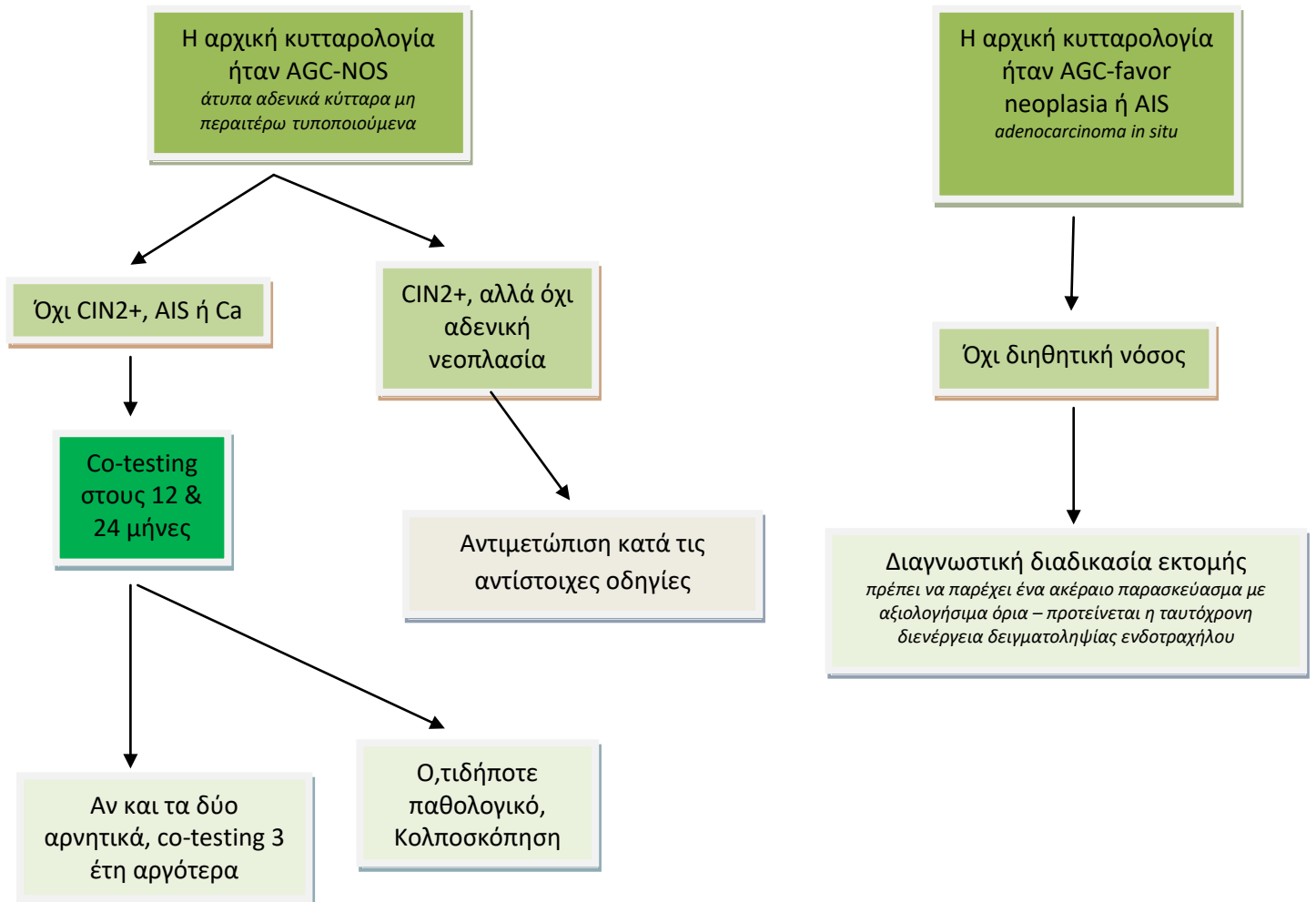
viii). Αρχική αντιμετώπιση γυναικών με Άτυπα αδενικά κύτταρα, AGC (Atypical Glandular Cells) –

Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP (Αμερικανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας)



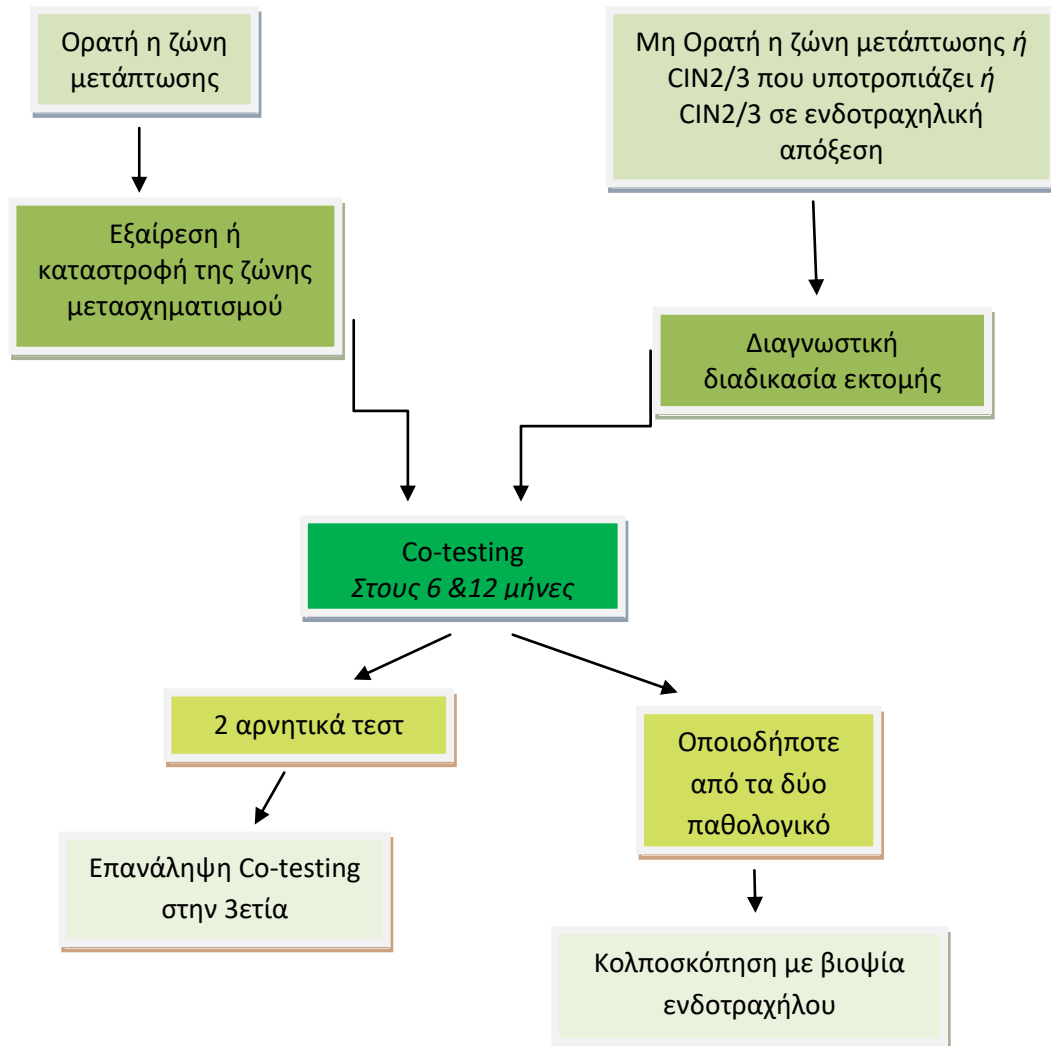
ix). Κατοπινή αντιμετώπιση γυναικών με Άτυπα αδενικά κύτταρα, AGC (Atypical Glandular Cells) –

Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP (Αμερικανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας)



χ). Αντιμετώπιση γυναικών με βιοψικά επιβεβαιωμένη υψηλόβαθμη βλάβη CIN2/3 –

Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP (Αμερικανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας)

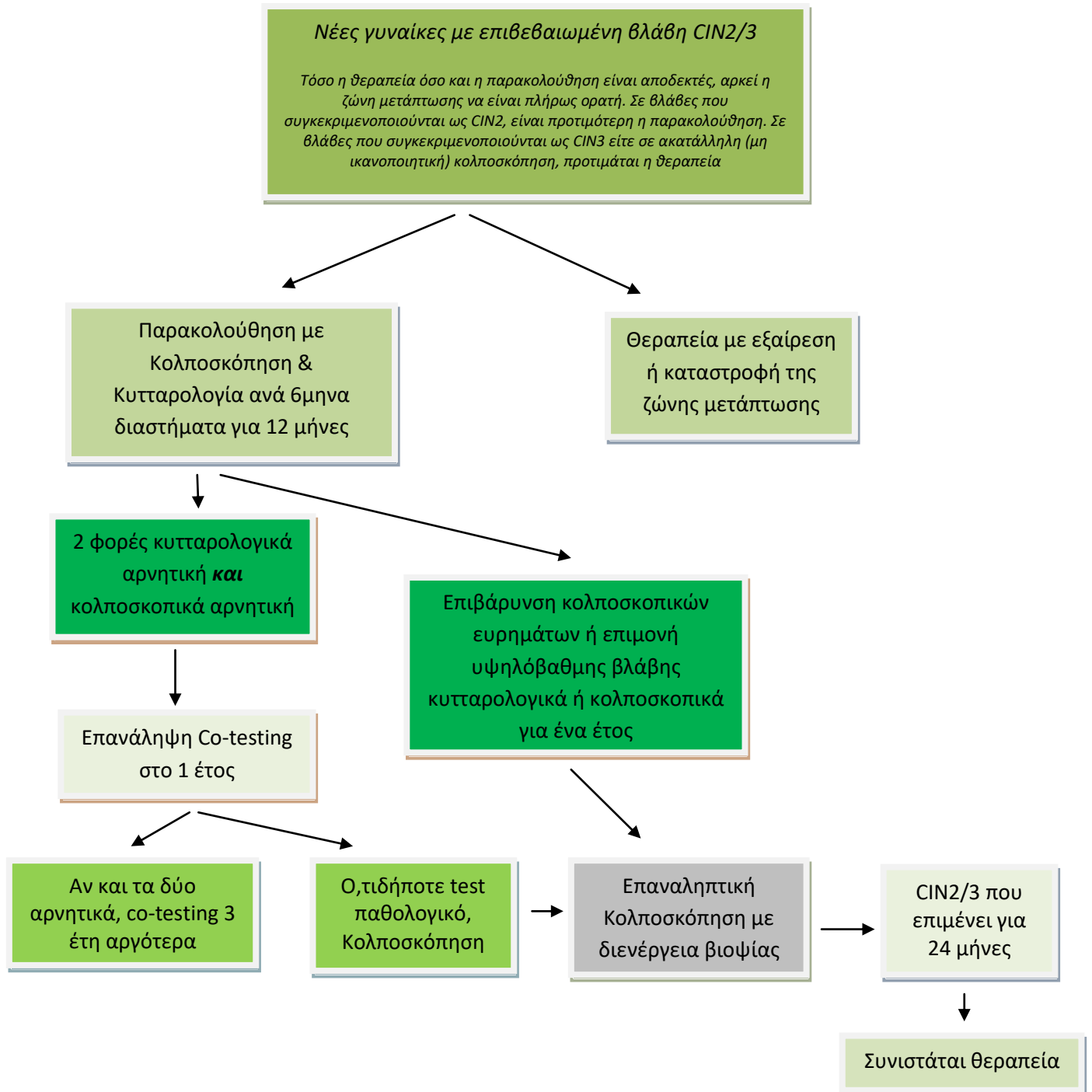


Οι δυνατότητες αντιμετώπισης μπορεί να ποικίλλουν σε ειδικές καταστάσεις, ή όταν η γυναίκα είναι έγκυος ή βρίσκεται σε ηλικία 21-24 ετών.

Εάν αναγνωριστεί CIN2/3 στα εγχειρητικά όρια ενός παρασκευάσματος μιας αφαιρετικής διαδικασίας, ή μετεγχειρητικής ενδοτραχηλικής απόξεσης, προτιμάται η διενέργεια κυτταρολογικού ελέγχου και ενδοτραχηλικής απόξεσης μετά 4-6 μήνες, αλλά είναι αποδεκτή η επανάληψη της εκτομής, ή η υστερεκτομή εάν η επαναληπτική εκτομή είναι ανέφικτη.

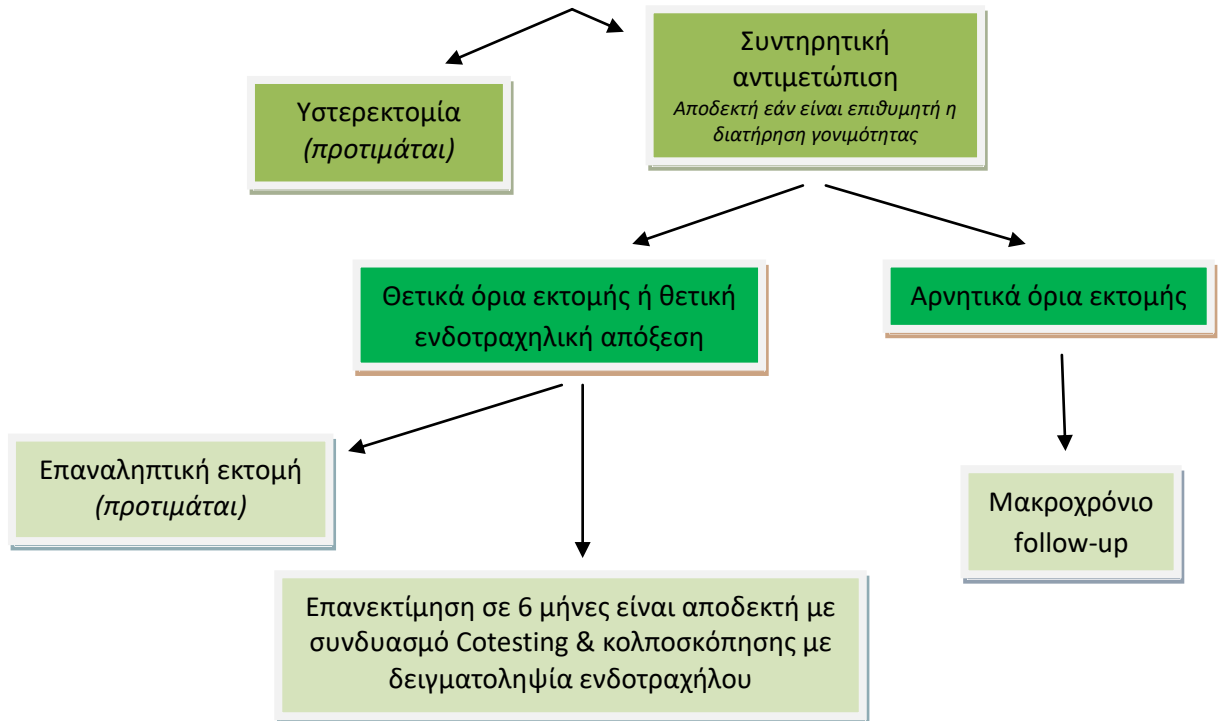
χ) Αντιμετώπιση νέων γυναικών με βιοψικά επιβεβαιωμένη υψηλόβαθμη βλάβη CIN2/3 & σχετικές ειδικές περιπτώσεις –

Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP (Αμερικανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας)



χι) Αντιμετώπιση γυναικών που διαγνώστηκαν με αδενοκαρκίνωμα *in situ* (AIS) κατά την διάρκεια μιας διαγνωστικής διαδικασίας εκτομής –

Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP (Αμερικανικής Εταιρίας Κολποσκόπησης & Τραχηλικής Παθολογίας)



xii). Αντιμετώπιση εγκύων γυναικών με χαμηλόβαθμη βλάβη LSIL – Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP:

- Προτιμητέα είναι η διενέργεια κολποσκόπησης. Αν δεν τεκμηριωθεί CIN2-3 (σε γυναίκες που δεν υπάρχει κυτταρολογική, κολποσκοπική, ή ιστολογική υπόνοια CIN2-3 ή καρκίνου), τότε η παρακολούθηση μετατίθεται χρονικά μετά τον τοκετό. Εάν τεκμηριωθεί CIN2-3 τότε η αντιμετώπιση γίνεται κατά τις οδηγίες.
- Αποδεκτή είναι και η αναβολή της κολποσκόπησης, τουλάχιστον για 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

xiii). Αντιμετώπιση γυναικών με Άτυπα Πλακώδη Κύτταρα όπου δεν μπορεί να αποκλεισθεί η υψηλόβαθμη βλάβη (ASC-H, Atypical Squamous Cells: Cannot Exclude High-grade SIL) – Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP:

- Ανεξαρτήτως HPV status πραγματοποιείται κολποσκόπηση.
- Αν τεκμηριωθεί CIN2 ή CIN3 αντιμετώπιση βάσει των οδηγιών.
- Αν δεν τεκμηριωθεί CIN2 ή CIN3, πάλι αντιμετώπιση βάσει των οδηγιών.
- Τα παραπάνω μπορούν να τροποποιηθούν για γυναίκες ηλικίας 21-24 ετών.

xiv). Αντιμετώπιση γυναικών με υψηλόβαθμη βλάβη HSIL – Συστάσεις Έτους 2013 της ASCCP:

- Άμεση διενέργεια Loop εκτομής, είτε
- Κολποσκόπηση με δειγματοληψία του ενδοτραχήλου. Είτε τεκμηριωθεί, είτε δεν τεκμηριωθεί CIN2/3, αντιμετώπιση κατά τις οδηγίες
- Τα παραπάνω τροποποιούνται εάν η γυναίκα είναι μετεμμηνοπαυσιακή, είτε έγκυος, είτε σε ηλικίες 21-24.

xv). Αντιμετώπιση γυναικών ηλικίας άνω των 30 ετών οι οποίες είναι κυτταρολογικά αρνητικές αλλά θετικές για HR-HPV – Συστάσεις Έτους 2012 του ACOG:

- Επανάληψη του co-testing σε 12 μήνες: Εάν η κυτταρολογία δείχνει βλάβη LSIL ή χειρότερη και το αποτέλεσμα του HPV test παραμένει θετικό, η ασθενής πρέπει να παραπεμφθεί για κολποσκόπηση. Αλλιώς, η ασθενής ξαναγυρίζει στον έλεγχο ρουτίνας.
- Άμεση διενέργεια ειδικού για γονότυπο 16 ή 16/18 HPV test. Γυναίκες με θετικά αποτελέσματα για 16/18 πρέπει να υποβάλλονται άμεσα σε κολποσκόπηση. Γυναίκες με αρνητικά αποτελέσματα για 16/18 μπορούν να υποβληθούν σε co-testing σε 12 μήνες, με αντιμετώπιση αναλόγως των ευρημάτων.

ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΟΥ

Τόσο στην λήψη απόφασης παρακολούθησης ή θεραπείας, όσο και στην επιλογή της βέλτιστης εξατομικευμένης θεραπευτικής μεθόδου ανά περίπτωση, κομβική είναι η γνώση του τύπου της Ζώνης Μετάπτωσης (TZ-Transformation Zone) κατά την επικαιροποιημένη κατάταξη του 2011 της IFCPC (*International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy*) της εξεταζόμενης. *Συγκεκριμένα:*

Η **Τύπου 1** Ζώνη Μετάπτωσης είναι αμιγώς εξωτραχηλική, πλήρως ορατή και μπορεί να είναι μεγάλη ή μικρή. Η κολποσκόπηση χαρακτηρίζεται *Κατάλληλη – Adequate* (ή *Ικανοποιητική - Satisfactory* με την παλαιότερη ορολογία). Ο τύπος αυτός είναι κατάλληλος για αντιμετώπιση με τεχνικές εκτομής ή καταστροφής ιστού. Όταν επιλέγονται τεχνικές εκτομής, το συνιστώμενο βάθος εκτομής είναι 7-10mm.

Η **Τύπου 2** Ζώνη Μετάπτωσης διαθέτει ενδοτραχηλικό τμήμα, είναι επίσης πλήρως ορατή (*πιθανά με την βοήθεια χειρισμών ή εργαλείων*) και μπορεί να έχει μικρό ή μεγάλο εξωτραχηλικό τμήμα. Και εδώ, η κολποσκόπηση χαρακτηρίζεται *Κατάλληλη – Adequate* (ή *Ικανοποιητική - Satisfactory* με την παλαιότερη ορολογία). Οι τεχνικές εκτομής ιστού είναι προτιμότερες στην αντιμετώπιση βλαβών αυτού του τύπου, με συνιστώμενο βάθος εκτομής τα 10-15mm.

Η **Τύπου 3** Ζώνη Μετάπτωσης διαθέτει ενδοτραχηλικό τμήμα, δεν είναι πλήρως ορατή μπορεί να έχει μικρό ή μεγάλο εξωτραχηλικό τμήμα. Εξ ορισμού η κολποσκόπηση χαρακτηρίζεται *Ακατάλληλη (Adequate)* ή *Μη ικανοποιητική (Satisfactory)* με την παλαιότερη ορολογία. Η καταφυγή σε τεχνικές εκτομής ιστού είναι επιβεβλημένες στην αντιμετώπιση βλαβών αυτού του τύπου, με συνιστώμενο βάθος εκτομής τα 15-25mm.

Η θεραπεία είναι επιβεβλημένη όταν υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις ότι αν μείνει αθεράπευτη η συγκεκριμένη ασθενής διατρέχει υπαρκτό κίνδυνο ανάπτυξης CaCx. Σε μη έγκυες γυναίκες, αυτό μεταφράζεται (σχεδόν) πάντοτε το CIN3, συνήθως το CIN2, και περιστασιακά το CIN1. Μεταξύ των γυναικών οι οποίες έχουν υποβληθεί σε προηγούμενη θεραπεία για CIN, ξεχωριστή ομάδα με ανάγκη επαναληπτικής θεραπείας αποτελούν γυναίκες άνω των 50 ετών με ατελή όρια εκτομής, όπου ο κίνδυνος υποτροπής στην 5ετία υπερβαίνει το 50%.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΙΣΤΟΥ (ABLATIVE TREATMENTS)

- Η ασθενής αξιολογείται από έμπειρο κολποσκόπο
- Ο έμπειρος κολποσκόπος είναι σε θέση να διακρίνει όλη την έκταση της βλάβης
- Ο έμπειρος κολποσκόπος με διενέργεια εκλεκτικών βιοψιών αποκλείει διηθητικό Ca
- Ο ίδιος ο έμπειρος κολποσκόπος πραγματοποιεί την θεραπεία καταστροφής
- Υπάρχει ικανοποιητικό κυτταρολογικό ή/και κολποσκοπικό follow-up
- Θα πρέπει να είναι ορατή ολόκληρη η ζώνη μετασχηματισμού
- Δεν υπάρχουν ενδείξεις αδενικής (*glandular*) νόσου
- Δεν υπάρχουν ενδείξεις διηθητικής νόσου
- Δεν υφίσταται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ κυτταρολογίας και ιστοπαθολογικής διάγνωσης προηγούμενων βιοψιών
- Η επιλογή θεραπειών με βάση την καταστροφή ιστού σε γυναίκες άνω των 50 ετών πραγματοποιείται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

- Αναπαραγωγικό Ιστορικό
- Μέτρηση μήκους τραχήλου (ιδεατά >2.5cm)
- HPV DNA γονοτύπηση, προαιρετικά

Τεχνικές εκτομής ιστού	Τεχνικές καταστροφής ιστού
<ul style="list-style-type: none">▪ LLETZ (Leep)▪ Laser excision▪ Κωνοειδής Εκτομή με νυστέρι (CNK - cold knife conization)▪ Υστερεκτομία	<ul style="list-style-type: none">▪ Laser ablation▪ Κρυοπηξία▪ “Ριζική” διαθερμία

LLETZ - ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ & ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
<ul style="list-style-type: none">▪ Αποτελεσματικό σε βλάβες μικρού-μέτρου μεγέθους▪ Χαμηλά κόστη αρχικού εξοπλισμού & αναλώσιμων▪ Δυνατότητα εκτέλεσης με τοπική αναισθησία▪ Παρουσία ιστού για παθολογοανατομική εξέταση▪ Απαιτείται περιορισμένη εμπειρία▪ Ταχύτητα – Μικρή διάρκεια επέμβασης	<ul style="list-style-type: none">▪ Αδυναμίες στην μικροδιήθηση▪ Αδυναμίες σε αδενικές βλάβες▪ Αδυναμίες σε μεγάλες βλάβες▪ Θερμικό artifact στα όρια▪ Περιορισμένες δυνατότητες σε συνυπάρχον VaIN-VIN▪ Απαιτείται περιορισμένη εμπειρία<ul style="list-style-type: none">▪ Μαιευτικές επιπλοκές

ΚΩΝΟΕΙΔΗΣ ΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ LASER

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
<ul style="list-style-type: none">▪ Αποτελεσματικό έναντι οιαδήποτε CIN▪ Παρουσία ιστού για παθολογοανατομική εξέταση▪ Εξαιρετικό σε cGIN & μικροδιήθηση<ul style="list-style-type: none">▪ Ιδανικός σχεδιασμός του κώνου▪ Ευέλικτο σε συνυπάρχον VaIN-VIN	<ul style="list-style-type: none">▪ Υψηλά κόστη αρχικού εξοπλισμού, συντήρησης και αναλώσιμων▪ Μακριά καμπύλη εκμάθησης – Απαιτούμενη εμπειρία<ul style="list-style-type: none">▪ Ταχύτητα – Ελαφρά πιο παρατεταμένη διάρκεια επέμβασης

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΓΙΑ CIN

- Αιμορραγία 3%
- Λοίμωξη 3%
- Τραχηλική στένωση 2%

- Ψυχοσεξουαλική νοσηρότητα
- Προωρότητα σε κατοπινή κύηση
- Υποτροπή
 - Σημαντική σημείωση: Μετά θεραπεία για οποιαδήποτε βαθμίδα CIN, ο κίνδυνος ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου στην υπόλοιπη ζωή είναι 4 στις 1000 θεραπευθείσες γυναίκες. Ο κίνδυνος αυτός είναι 2,8 φορές μεγαλύτερος του γενικού πληθυσμού, και παραμένει τουλάχιστον για τα επόμενα 25-30 έτη.

ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ

- Υποχρεωτική αντιμετώπιση με αφαιρετική μέθοδο.
- Αν η βλάβη αναγνωρισθεί, μπορεί να επιχειρηθεί τοπική αφαιρετική αντιμετώπιση.
- Είναι δικαιολογημένη η επανάληψη της αρχικής διαδικασίας όταν είναι εφικτή.
- Σημασία στο status των ορίων εκτομής.
- Να μην διαλάθουν κολπικές βλάβες (VaIN).
- Σημασία στην HPV γονοτύπηση ως προγνωστικού παράγοντα.

ΠΟΤΕ Η ΑΜΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΑΒΑΛΛΕΤΑΙ

- Επί κύησης (φθαρτοειδείς αλλαγές).
- Όταν το γενεσιουργό υπόβαθρο αυξάνει τον κίνδυνο τραχηλικής στένωσης (PCO, Post menopause, Post partum).
- Επί συνυπάρχουσας λοίμωξης (Trichomonas Vaginalis, Chlamydia).
- Στην πρώτη εξέταση ('See & treat policy') - Η θεραπεία στην πρώτη εξέταση πρέπει να περιορίζεται σε HSIL βλάβες - στα Κέντρα που ακολουθείται η πολιτική αυτή πρέπει να διαπιστώνεται CIN σε τουλάχιστον 90% των χειρουργικών παρασκευασμάτων.

Βιβλιογραφία

1. Updated Consensus Guidelines for Managing Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. April 2013. Accessed <06/26/2013. Available at: <http://www.asccp.org/Portals/9/docs/UpdatedASCCPAlgorithms41113-PDF.pdf>.
2. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, Solomon D, Wentzensen N, Lawson HW; 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference 2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *Obstet Gynecol.* 2013; 121(4): 829-46.
3. HR-HPV triage and test of cure protocol for the management of women aged 25-64 in NHS CSP Accessed <06/26/2013. Available at: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/hpv-triage-test-flowchart.pdf>.
4. NHSCSP20. May 2010, Accessed <06/26/2013. Available at: www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/.
5. Colposcopy: Management Options. Walter Prendiville, Jean Ritter, Silvio A. Tatti, Leo B. Twigg. W.B. Saunders, 2003.
6. Jordan J., Arbyn M., Martin-Hirsch P., Schenck U., Baldauf J-J., Da Silva D., Anttila A., Nieminen P., Prendiville W. European guidelines for quality assurance in cervical

cancer screening: recommendations for clinical management of abnormal cervical cytology, Part 1. *Cytopathology* 2008; 19: 342–354.

7. Jordan J, Arbyn M, Martin-Hirsch P, Schenck U, Baldauf J-J, Da Silva D, Anttila A, Nieminen P, Prendiville W. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for clinical management of abnormal cervical cytology, Part 2. *Cytopathology* 2009; 20: 5–16.
8. ACOG Practice Bulletin No. 109: Cervical cytology screening. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009; 114(6): 1409-20.
9. ACOG Practice Bulletin No. 131: Screening for cervical cancer. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2012; 120(5): 1222-38.
10. ACOG Practice Bulletin No. 140: Management of abnormal cervical cancer screening test results and cervical cancer precursors. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013; 122(6): 1338-67.