

Prenovljene Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu

Marjetka Uršič Vrščaj¹, Stelio Rakar², Andrej Možina², Iztok Takač³, Dušan Deisinger⁴, Borut Kobal², Andrej Zore², Tatjana Kodrič⁵, Eda Bokal Vrtačnik², Vida Stržinar¹, Maja Primic Žakelj¹

¹ Onkološki inštitut Ljubljana

² SPS Ginekološka klinika, UKC Ljubljana

³ Klinika za ginekologijo in perinatologijo, UKC Maribor

⁴ Oddelek za ginekologijo in porodništvo, SB Izola

⁵ Zdravstveni dom Lenart v Slovenskih goricah

Povzetek

Posodobitev Smernic za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu iz leta 2006 je bila nujna zaradi vsaj dveh dogodkov: prvi dogodek je bila potrditev predloga o uvedbi triažnega testa HPV za vse ženske v Sloveniji na seji Zdravstvenega sveta, novembra 2009. Triažni test HPV je tako postal del diagnostičnega postopka za ženske z atipičnimi ali metaplastičnimi ploščatimi celicami v brisu materničnega vratu (BMV), za ženske z blago-diskariotičnimi celicami v BMV, stare 35. let in več in za ženske z ugotovljenim CIN 1.

Drugi dogodek je bil povezan z novo citološko napotnico, ki so jo pripravili citopatologi v letu 2010 in, ki glede na staro napotnico, uvaja nekatere nove izvide BMV. Posodobljene Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu v letu 2010 zato že upoštevajo te nove izvide BMV in priporočajo najprimernejše načine ukrepanja tudi pri teh novih izvidih. Zaradi upoštevanja nekaterih najnovejših dognanj v zadnjih letih so posodobljene slovenske Smernice tudi v evropskem merilu eden od najsodobnejših dokumentov na področju učinkovitega odkrivanja predrakavih sprememb.

Ključne besede: *predrakave spremembe materničnega vratu, humani virusi papiloma, triažni test HPV*

1. Uvod

Evropska priporočila za odkrivanje raka materničnega vratu, objavljena leta 2008, vključujejo triažni test HPV kot pomembno novo diagnostično metodo na področju sekundarne preventive raka materničnega vratu – kar pomeni učinkovitejše odkrivanje predrakavih sprememb v primeru pozitivnega testa HPV pri ženskah z začetno patološkimi BMV. Triažnega testa HPV ne smemo zamenjevati s presejalnim testom HPV, ki bo zelo verjetno v prihodnosti zamenjal presejalni BMV. Strokovna izhodišča, način uporabe (starost žensk), ukrepanje pri pozitivnem testu so pri presejalnem testu HPV drugačni kot pri triažnem testu HPV.

Tudi najnovejši izsledki raziskav potrjujejo izsledke preteklih raziskav, da je z odkrivanjem prisotnosti onkogenih HPV (test HPV DNA, po metodi HC2) na materničnem vratu pri ženskah z začetno patološkimi brisi, mogoče učinkoviteje odkrivati predrakave spremembe kot s klasičnim BMV. Občutljivost testa HPV je pri citološkem izvidu neopredeljene atipične ploščate celice (APC-N ali v angleški literaturi ASC-US) za odkrivanje CIN 2 za 16% večja v primerjavi s ponavljajočimi se brisi materničnega vratu. Občutljivost za odkrivanje CIN 3 pa je za 14% večja, brez statistično pomembne razlike glede specifičnosti. Največji pomen testa HPV je še vedno v njegovi negativni napovedni vrednosti. Če s testom HPV ne odkrijemo onkogenih HPV (negativen test HPV) lahko z več kot 99% verjetnostjo trdimo, da predrakavih sprememb materničnega vratu pri preiskovani ženski ni.

Evropske smernice za presejanje raka materničnega vratu iz leta 2008 opredeljujejo pomen triažnega testiranja na HPV pri neopredeljenih atipičnih ploščatih celicah kot prvo, najprimernejšo metodo za obravnavo teh žensk, v primerjavi s ponavljajočimi se brisi materničnega vratu ali takojšnjo kolposkopijo. Ker je kolposkopija, podobno kot BMV, zelo subjektivna metoda, lahko takojšnja kolposkopija, glede na mnenje mnogih domačih in tujih strokovnjakov, vodi k prehitremu ukrepanju in do škodljivih posledic za ženske. Takojšnja kolposkopija naj bi bila primeren ukrep pri ženskah z APC-N le v primeru, ko iz izkušenj vemo, da se ženska na dogovorjeni kontrolni pregled ne bo vrnila. Priporočljiva starost HPV-triažiranja pri ženskah z neopredeljenimi atipičnimi ploščatimi celicami je po 20. ali 25. letu oz. glede na starost pričetka presejanja. Pomembne novejšje podatke je leta 2009 objavil M. Arbyn s sodelavci v obliki meta analize 32. raziskav o triažnem testiranju na HPV pri ženskah z neopredeljenih atipičnimi ploščatimi celicami in blago-diskariotičnimi celicami. Zaključki so podobni predhodnim, točno določene spodnje starostne meje, ki ne bi opravičevala triažnega testiranja na HPV pri mladih ženskah z APC-N, ni (priporočena starost je zato 20. ali 25. let oz., ko se prične presejanje). Triažnega testa HPV ne uporabljamo pri adolescentkah, zaradi visokega deleža

okuženih. Ameriške smernice (NCCN) za leto 2011 priporočajo triažni test HPV pri ženskah po 20. letu.

Atipične žlezne celice v BMV niso pogoste. Glede na najnovejše podatke je delež odkritih patoloških sprememb (CIN 2,3, AIS, ali invazivni karcinom) pri ženskah z atipičnimi žleznimi spremembami med 9-38%. Delež ugotovljenih patoloških sprememb pri izvidu atipične žlezne celice se je povečal, predvsem v izsledkih novejših raziskav, ki so temeljile na uporabi tekočinske citologije. Glede na najnovejše ameriške smernice je pri vseh ženskah z atipičnimi žleznimi celicami (ne glede na podskupine, tudi pri neopredeljenih atipičnih žleznih celicah) potrebno narediti kolposkopijo, endocervikalno abrazijo, HPV-testiranje in abrazijo endometrija - pri ženskah po 35. letu ali pri mlajših ženskah s kliničnimi znaki.

2. Zakaj in kako smo posodobili Smernice iz leta 2006?

Posodobitev Smernic za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu iz leta 2006 je bila nujna zaradi vsaj dveh razlogov, nezanemarljivi pa so tudi novi strokovni podatki na tem področju v zadnjih letih.

2.1 Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu iz leta 2006 so že vključevale triažni testa HPV, kot dodatno diagnostično metodo pri ženskah vseh starosti z atipičnimi ali metaplastičnimi ploščatimi celicami v BMV, pri ženskah z blagodiskariotičnimi celicami v BMV, ki so stare 35. let in več in pri ženskah z ugotovljenim CIN 1. Ker test HPV leta 2006 ni bil dostopen vsem ženskam v Sloveniji, smo v Smernicah iz leta 2006 po dveh začetno patoloških brisih materničnega vratu upoštevali dve poti kontroliranja žensk: s klasičnim BMV (pot 1) in s testom HPV (pot 2). Ključni del posodobitve v novih Smernicah 2010 je opustitev poti 1 – kontroliranja žensk samo z BMV.

2.2 Posodobitev razvrščanja izvidov BMV, predvsem pa uvajanje nekaterih novih izvidov BMV, ki so ga pripravili kolegi citopatologi v letu 2010, je zahtevala tudi nekatere dopolnitve v posodobljenih Smernicah 2010. V posodobljeni citološki napotnici ni več izvida atipična ploščatocelična metaplazija, nova izvida sta atipične ploščate celice, ki so neopredeljene in atipične ploščate celice, pri katerih ni mogoče izključiti PIL visoke stopnje. Nova izvida na področju žleznih sprememb sta neopredeljene atipične žlezne celice in žlezne celice, verjetno neoplastične. Posodobljene Smernice zato že upoštevajo te nove izvide BMV in priporočajo najprimernejši način ukrepanja tudi pri teh izvidih.

2.3. Novi strokovni podatki, objavljeni v zadnjih letih in nove Evropske smernice, ki so v postopku zadnjih priprav na tiskanje, dodatno potrjujejo uporabnost triažnega testa HPV za učinkovitejše odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu. Triažni test HPV je postal del obravnave tudi pri nekaterih ženskah z žleznimi spremembami v BMV in po zdravljenju predrakavih sprememb materničnega vratu.

3. Katere so pomembnejše novosti v Smernicah 2010?

3.1 **Atipične ploščate celice**, neopredeljene (APC-N), pri ženskah, starih 20 let in več. Novost je, da tudi pri ženskah s ponovnim izvidom APC-N, po šestih mesecih in v primeru negativnega triažnega testa HPV priporočamo vrnitev v redni presejalni program. V primeru negativnega izvida BMV in pozitivnega testa HPV priporočamo ponovni triažni test čez eno leto. Atipične ploščate celice, pri katerih ni mogoče izključiti PIL visoke stopnje (APC-VS) – ravnamo po priporočilih za ukrepanje kot pri izvidu PIL visoke stopnje.

3.2 **Blago diskariotične celice pri ženskah, starih 35 let ali več.** Pri ženskah, starih 35 let ali več s ponovnim izvidom APC-N po šestih mesecih in v primeru negativnega triažnega testa HPV, priporočamo prav tako vrnitev v redni presejalni program. V primeru negativnega izvida BMV ali tudi APC-N in pozitivnega testa HPV pa priporočamo ponovni triažni test čez eno leto.

3.3 V primeru odkritega **CIN 1** in ob upoštevanju izpolnjenih pogojev kot so: zadovoljiva in kakovostno kolposkopsko vodena biopsija, predvsem pri bolnicah, starih manj kot 50 let, pri katerih pričakujemo, da bodo hodile na redne kontrolne preglede, v posodobljenih Smernicah 2010 priporočamo sledenje s triažnim testom HPV.

3.3 Novost v posodobljenih Smernicah je tudi vključitev triažnega testa HPV pri nekaterih bolnicah z žleznimi spremembami v BMV. Pri ženskah z **neopredeljenimi atipičnimi žleznimi celicami**, po negativnem histološkem izvidu (kolposkopija, abrazija cervikalnega kanala) in reviziji citološkega brisa, priporočamo triažni test HPV. Ukrepanje, ki sledi je odvisno od izvida testa HPV in starosti bolnic: manj kot 35 let ali 35 let in več.

3.4 V Smernicah, ki so bile objavljene leta 2006 smo že priporočali **triažni test HPV po zdravljenju predrakavih sprememb** kot učinkovit način uspešnejšega odkrivanja rezidualne predrakave spremembe ali obnovljene bolezni, vendar le v posebnih primerih, npr. pri zelo mladih bolnicah, ki še niso rodile. V posodobljenih Smernicah 2010, upoštevajoč nove strokovne podatke, priporočamo v primeru odsotnosti displastičnih sprememb v robovih konusa ali v primeru

prisotnega CIN 1 v robovih konusa, kontrolni BMV, ki ga odvezamo 6 mesecev po zdravljenju. Če je negativen, ga ponovimo čez 6 mesecev in tedaj naredimo še test HPV. Če sta oba negativna, ju ponovimo čez 12 mesecev. Če sta oba izvida ponovno negativna, ponovimo BMV čez tri leta. Pri bolnicah po zdravljenju CIN s prisotnimi spremembami CIN 2 ali 3 v robovih konusa, moramo odvzeti kontrolni BMV po šestih mesecih ali pa takoj pristopimo k ponovnemu izrezu (eksciziji) preostale spremembe in/ali abraziji cervikalnega kanala. Če je BMV normalen, ga ponovimo čez 6 mesecev, tedaj pa določimo tudi HPV. Pri patološkem BMV naredimo kolposkopijo in morebitno biopsijo.

- 3.5 Novost **pri kolposkopiji v nosečnosti** je pri endocervikalnem brisu, ki je tudi v nosečnosti dopustna metoda za odkrivanje predrakavih sprememb materničnega vratu. Abrazija cervikalnega kanala ni sprejemljiva metoda, kot je to tudi zapisano v obeh Smernicah.
- 3.6 Povezava med okužbo z onkogenimi HPV in RMV je vplivala na razvoj cepiv proti okužbi z nekaterimi najpogostejšimi onkogenimi HPV. Ker v Sloveniji poteka od leta 2009 **profilaktično cepljenje** 12-letnih deklic kot del državnega programa cepljenj in ker je cepljenje tudi v svetu del sodobnega pristopa k preprečevanju raka materničnega vratu, poleg rednih odvzemov brisov materničnega vratu, smo v posodobljenih Smernicah tudi temu vprašanju namenili nekaj vrstic.

4. Za prakso ali kako beremo klinično pot?

Posodobljene Smernice 2010 kažejo smer odločanja in priporočeno klinično pot od zgoraj navzdol, podobno kot Smernice 2006 in večina evropski ali ameriških podobnih dokumentov. Avtorji Smernic se zavedamo, da sledenje po Smernicah ni enostavno. Pričakujemo, da bodo posamezne klinične poti, objavljene v obliki žepne izdaje, olajšale odločanje v posameznih primerih. Zaradi vprašanj nekaterih kolegov, kako se odločamo v določenem primeru, prikazujemo posamezne korake odločanja na primeru izvida BMV, ki govori za atipične ploščate celice, neopredeljene.

4.1 Izvid BMV govori za atipične ploščate celice-neopredeljene.

- **Prvi korak.** Izvid odvzetega BMV govori za atipične ploščate celice, neopredeljene. Žensko naročimo na kontrolni pregled čez 6 mesecev: takrat ponovno odvezamo BMV in bris za triažni test HPV (v tem zaporedju). Ko dobimo izvide, upoštevamo oba izvida (BMV in izvid testa HPV). Ko upoštevamo oba izvida ugotovimo, da imamo štiri možnosti:

A./ Izvid BMV je negativen ali APC-N in izvid triažnega testa HPV je negativen ali

B./ Izvid BMV je negativen in izvid triažnega testa HPV je pozitiven ali

C./ Izvid BMV je negativen ali APC-N in izvid triažnega testa HPV je pozitiven ali

D./ Izvid BMV govori za blago diskariozo ali več in izvid triažnega testa HPV je negativen ali pozitiven.

- **Drugi korak - če je izvid BMV negativen ali APC-N in izvid triažnega testa HPV negativen.** Žensko naročimo na redni kontrolni odvzem BMV čez tri leta, v kolikor je pred tem imela že dvakrat negativen obletni bris.
- **Drugi korak - če je izvid BMV negativen in izvid triažnega testa HPV pozitiven.** Žensko naročimo na kontrolni pregled čez eno leto in takrat ponovimo triažni test HPV. Izvid testa HPV je lahko negativen ali pozitiven. **Tretji korak** – izvid triažnega testa HPV je negativen. Žensko naročimo na odvzem BMV čez tri leta. **Tretji korak** – izvid triažnega testa HPV je pozitiven. Naredimo kolposkopijo in biopsijo.
- **Drugi korak - če je izvid BMV negativen ali APC-N in izvid triažnega testa HPV pozitiven ali če izvid BMV govori za blago diskariozo ali več in je izvid triažnega testa HPV negativen ali pozitiven.** V obeh primerih naredimo kolposkopijo. Le v primeru zanesljive kolposkopske ocene in morebitne biopsije, glede na izvide, naredimo naslednji, tretji korak. **Tretji korak - če je bil izvid kolposkopije normalen** ali, če je bil izvid biopsije negativen glede prisotnosti CIN ali karcinoma, kljub zadovoljivi kolposkopski oceni, naročimo žensko na kontrolni pregled čez eno leto in takrat naredimo triažni test HPV. **Četrty korak** – izvid testa HPV po enem letu je negativen. Žensko naročimo na odvzem BMV čez tri leta. **Četrty korak** – izvid testa je pozitiven. Naredimo kolposkopijo in biopsijo. **Tretji korak – izvid biopsije potrdi CIN ali karcinom.** Upoštevamo smernice za ukrepanje pri CIN 1 ali CIN 2 ali 3 oz. bolnico z rakom materničnega vratu napotimo na ginekološko-onkološki konzilij.

5. Zaključek


Smernice 2010 vsebujejo prenovljena in posodobljena priporočila, ki temeljijo na soglasju avtorjev o najsodobnejših ukrepih odkrivanja, zdravljenja in sledenja žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Zapisane smernice so priporočila, o nadaljnjih ukrepih pa odloča ginekolog oz. ginekologinja, ki zdravi bolnico, v skladu s klinično anamnestičnimi podatki in v soglasju z bolnico ter v skladu s sodobnim poznavanjem problema. Končna odločitev je pravica in odgovornost ginekologa oz. ginekologinje, ki bolnico spremlja in/ali zdravi.

Viri (po abecednem vrstnem redu):

4. Arbyn M, Sasieni P, Meijer CJ, Clavel C, Kaliopoulou G, Dillner J. Chapter 9: Clinical applications of HPV testing. A summary of meta-analyses. *Vaccine* 2006;24(Suppl 3):578-89.
5. Arbyn M, Martin-Hirsch P, Buntinx F, Van Ranst M, Paraskevaidis E et al. Triage of women with equivocal or low-grade cervical cytology results: a meta-analysis of the HPV test positivity rate. *J. Cell. Mol. Med.* Vol 13, No 14, 2009, pp 648-59.
6. Arnold K. Guidelines for Abnormal Pap Tests: Do Physicians Follow them? *JNCI*, 2002; 94:880-1.
7. Bais AG, Rebolj M, Snijders PJ, De Schipper FA, van der Meulen DA et al. Triage using HPV-testing in persistent borderline and mildly dyscariotic smears; proposal for new guidelines. *Int J Cancer*, 2005; 116: 122-9.
8. Berkhof J, de Bruijne MC, Zielinski GD, Bulkman NW, Rozendaal L et al. Evaluation of cervical screening strategies with adjunct high-risk human papillomavirus testing for women with borderline or mild dyskaryosis. *Int J Cancer*, 2006; 118: 1759-68.
9. Cancer Screening in the European Union, First report (IARC, 2008)
10. Clinical Practice Guidelines in Oncology, Cervical screening - v.1.2011, NCCN, 2010.
11. Cuzick J, Starewski A, Cubie H, Hulman G, Kitchener H, Luesley D, et al. Management of women who test positive for high-risk types of human papillomavirus. The HART study. *Lancet* 2003;362(9399):1871-6.
12. Cuzick J, Arbyn M, Sankaranarayanan R, Tsu V, Ronco G, Mayrand MH, Dillner J, Meijer CJLM. Overview of Human papillomavirus-based and other Novel Option for Cervical Cancer Screening in developed and developing Countries. *Vaccine* 2008; 26S:K29-K41.
13. Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice. WHO, 2006.
14. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition. 2008. European Communities. Belgium.
15. EJC special issue 2009
16. IARC. IARC handbooks of cancer prevention: Cervix cancer screening, vol. 10, Lyon: IARC Press; 2005.
17. Incidenca raka v Sloveniji, Register raka za Slovenijo, Onkološki inštitut Ljubljana, 2008.
18. Jančar N. Razporeditev genotipov in podtipskih različic humanih virusov papiloma pri bolnicah z rakom materničnega vratu v Sloveniji. Doktorska disertacija. Univerza v Ljubljani. Medicinska fakulteta, 2009.
19. Kovanda A et al. Pre-vaccination distribution of human papillomavirus (HPV) genotypes in women with cervical intraepithelial neoplasia grade 3 (CIN 3) lesions in Slovenia. *Acta Dermatoven APA* 2009; 18 (2): 47-52.
20. Mandelblatt JS, Lawrence WF, Womak SM. et al. Benefits and Costs of Using HPV Testing to Screen for Cervical Cancer. *JAMA*, 2002;287:2372-81.
21. Moscicki AB, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EN, et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. *Lancet* 2004;364: 1678-83.
22. Poročilo o rezultatih državnega programa ZORA v letih 2007 in 2008. Onkološki inštitut Ljubljana 2009.
23. Rebolj M et al. Human papillomavirus triage of women with persistent borderline or mildly dyscariotic smears: Comparison of costs and side effects of three alternative strategies. *Int J Cancer*. 2007; 121: 1529-35.
24. Register raka za Slovenijo. Poročilo za leto 2007, Onkološki inštitut Ljubljana, 2009.

25. Ronco G, Cuzick J, Segnan J, Brezzi S, Carozzi F, Folicaldi S, et al. HPV triage for low grade (L-SIL) cytology is appropriate for women over 35 in mass cervical cancer screening using liquid based cytology. *Eur J Cancer* 2007;43(3):476-80.
26. Uršič Vrščaj M et al. Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu. Ljubljana: Združenje za ginekološko onkologijo, kolposkopijo in cervikalno patologijo, 2007.
27. Zielinski GD, Bais AG, Helmerhost TJ, Verheijen RH, De Schipper FA, Snijders PJ, Voorhost FJ, van Kemenade FJ, Rozendal L and Meijer CJ. HPV testing and monitoring of women after treatment of CIN 3: review of the literature and meta-analysis. *Obstet Gynecol Surv* 2004;59:543-53.
28. www.cancerscreening.nhs.uk/cervical
29. Wright TC, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, et al. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cancer screening tests. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 189(1):346-50.







Prenovljene Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu

Uršič-Vrščaj M, Rakar S, Možina A, Takač I, Deisinger D, Kobal B, Zore A, Kodrič T,
Bokal Vrtačnik E, Stržinar V, Primic Žakelj M

2. izobraževalni dan programa ZORA
Bido pri Kranju, 8. april 2011






Smernice za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu

Posodobljen, september 2010

**Smernice 2010 obravnavane in sprejete
na RSKju za onkologijo in RSKju za
ginekologijo in porodništvo, 18.3.2011**

2. izobraževalni dan programa ZORA
Bido pri Kranju, 8. april 2011



ZGO-SZD, v sodelovanju z DP ZORA

Struktura skupine za pripravo smernic:
Prof. dr. Matjeka URSIČ VRŠČAJ, dr. med.
Onciološki center Ljubljana
Prof. dr. Stanko RAKAR, dr. med., vsipl. evestnik
UIC Ljubljana, EPS Ginekološka klinika
Prof. dr. Andrej BRADICA, dr. med.
UIC Ljubljana, EPS Onkološka klinika
Doc. dr. Boris KOBAL, dr. med.
UIC Ljubljana, EPS Ginekološka klinika
Prof. dr. Irena TAKAČ, dr. med., svetnik
UIC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo
Doktor DEISINGER, dr. med.
GD Inštit. Zdravstva za ginekologijo in porodništvo
Mag. Andreja ZORE, dr. med.
UIC Ljubljana, EPS Ginekološka klinika

Revidirali:
Prof. dr. Edo BOKAL Vrtačnik, dr. med.
UIC Ljubljana, EPS Onkološka klinika
Vigora KODRIČ, dr. med.
Zl. anesteziolog, Loma v Slovinskih gozdih
Mag. Jelka VIDA BOŠTAR, dr. med.
Onkološki center Ljubljana

2. izobraževalni dan programa ZORA
Bido pri Kranju, 8. april 2011

Zora
Dobro poznanje specifičnih informacij
pomoč pri odločitvah
materničnega vratu

Odgovori na nekatera strokovna vprašanja

- Največji pomen testa HPV je še vedno v njegovi negativni napovedni vrednosti.
- Občutljivost testa HPV, pri citološkem izvidu APC-N, je za odkrivanje CIN 2 za 16% večja v primerjavi s ponavljajočimi se brisi materničnega vratu. Občutljivost za odkrivanje CIN 3 pa je za 14% večja, brez statistično pomembne razlike glede specifičnosti.
- Triažni test HPV ne smemo zamenjevati s presejalnim testom HPV, ki bo zelo verjetno v prihodnjih letih zamenjal presejalni BMV. Strokovna izhodišča, način uporabe (starost žensk), ukrepanje pri pozitivnem testu so pri presejalnem testu HPV drugačni kot pa pri triažnem testu HPV.

2. izobraževalni dan programa ZORA
Bido pri Kranju, 8. april 2011

Zora
Dobro poznanje specifičnih informacij
pomoč pri odločitvah
materničnega vratu

Odgovori na nekatera strokovna vprašanja

- Evropske smernice za presejanje raka materničnega vratu iz leta 2008 opredeljujejo pomen HPV testiranja pri APC-N kot prvo najprimernejšo metodo za obravnavo teh žensk, v primerjavi s ponavljajočimi se brisi materničnega vratu ali takojšnjo kolposkopijo.
- Kolposkopija je, podobno kot BMV, zelo subjektivna metoda. Takojšnja kolposkopija lahko vodi k prehitremu ukrepanju in do škodljivih posledic za ženske.
- Priporočljiva starost HPV triažiranja pri ženskah z APC-N je po 20. ali 25. letu oz. glede na starost pričetka presejanja. Triažnega testa HPV ne uporabljamo pri adolescentkah, zaradi visokega deleža okuženih.

2. izobraževalni dan programa ZORA
Bido pri Kranju, 8. april 2011

Zora
Dobro poznanje specifičnih informacij
pomoč pri odločitvah
materničnega vratu

Odgovori na nekatera strokovna vprašanja

- Atipične žlezne celice v BMV niso pogoste.
- Glede na najnovejše podatke je delež odkritih patoloških sprememb (CIN 2,3, AIS, ali invazivni karcinom) pri ženskah z atipičnimi žleznimi spremembami med 9-38%.
- Delež ugotovljenih patoloških sprememb pri izvidu atipične žlezne celice se je povečal, predvsem v izsledkih novejših raziskav, ki so temeljile na uporabi tekočinske citologije.
- HPV testiranje je del obravnave pri ženskah z neopredeljenimi atipičnimi žleznimi celicami.

2. izobraževalni dan programa ZORA
Bido pri Kranju, 8. april 2011

Zora
Državni program za obsežno in celovito preprečevanje raka pri ženskah

Pred novostmi – kako beremo klinično pot?

2. izobraževalni dan programa ZORA
Bido pri Kranju, 8. april 2011

Zora
Državni program za obsežno in celovito preprečevanje raka pri ženskah

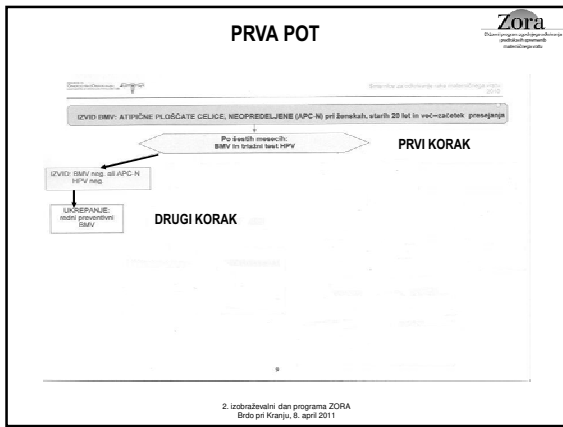
PRIMER KLINIČNE POTOI: APC-N

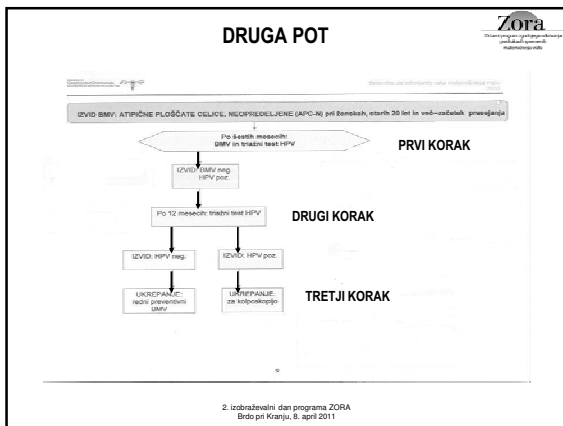
2. izobraževalni dan programa ZORA
Bido pri Kranju, 8. april 2011

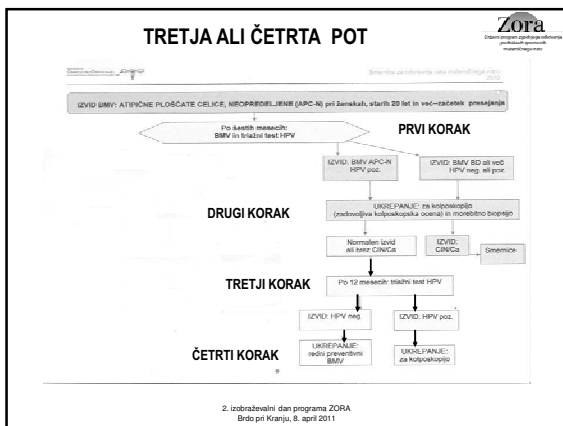
Zora
Državni program za obsežno in celovito preprečevanje raka pri ženskah

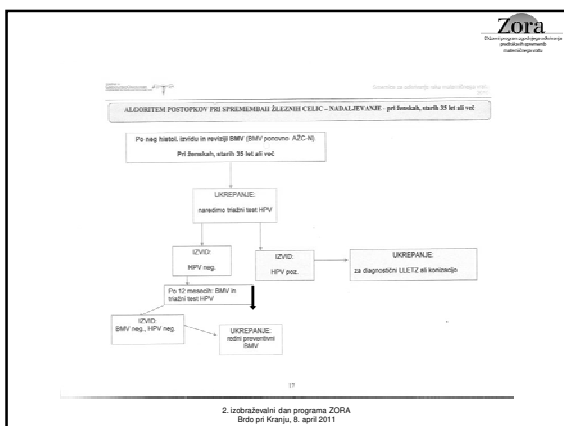
PRVI KORAK IN, GLEDE NA IZVIDE, ŠTIRI MOŽNOSTI

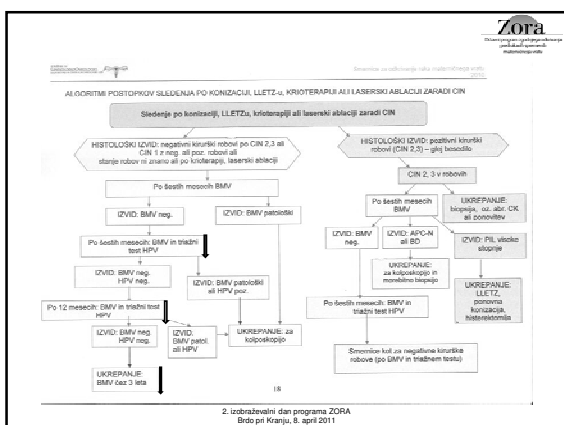
2. izobraževalni dan programa ZORA
Bido pri Kranju, 8. april 2011












KOLPOSKOPIJA V NOSEČNOSTI

Priljubljenost za kolposkopijo in sledenje po kolposkopiji so enaka splošnim priporočilom, s poudarkom na sledečem:

- Abrazija cervikalnega kanala ni sprejemljiva metoda, dopustni je endocervikalni bris.
- Biopsija cerviksa je primarna metoda.
- Zdravljenje CIN lahko odločimo na čas po porodu.
- Pri ugotovljenem CIN 2, 3 na začetku nosečnosti ponovimo kolposkopijo v 24. in 36. tednu nosečnosti, da izključimo napredovanje oz. raka materničnega vratu.
- Priporočljivo je posvet z izkušanimi kolposkopistami oz. konzilijom obravnava.
- Diagnostično omejena ekscizija je priporočljiva le pri sumu na invazijo.
- Pojasnilna dolžnost in soglasje nosečnice sta pomemben del kolposkopije in celotne obravnave.

2. izobraževalni dan programa ZORA
Bodo pri Kranju, 8. april 2011



Priloga 1

Priloga 2

ne posebej svetili meriti glave nujnost ukrepanja pri dohodnih stvareh problemih.


Nekatera, predvsem za razumljiva informacija je pogoj za uspešno ozaveščenost žensk o koristnosti rednih ginekoloških pregledov, o normalnem in o patološkem BMAV, o DNA o virusu HPV itd. Le tako je mogoče preobiti bariero za sodobenarje, ki niti pa poudari možnosti za uspešnejšo preprečevanje boleznih in zdravljenje. Številne informacije v kolih, pri obratih družinskih zdravnikih in v medijih lahko veliko pripomorejo k osvoboditvi barier. Pogosto se dogaja, da je informacije preobčutljive navedbo ali za vsakdanje razumljena, kar ženske včasih in jo pogosto odvrne od rednih ginekoloških pregledov. Zato je priporočljivo v razgovoru z žensko nekatera dejstva, ki so znana in znana tudi večini poročiti.

Čaplinja

Povezava med družbo z visokotekalnimi virusi HPV in RMV je splošna na razni ravni, predvsem z nezadostno napogostitvami visokotekalnimi virusi HPV. Informacijske razpoložljivosti na razpisu predstavlja pravi disocijen genotip HPV, katerih visokim podoben delež vsebuje cepivo. Trenutno se v svetu uporabljata dve cepivi, npr. ki ščitita pred virusi 12 in 11 HPV in 18 in 18. Razpisateljica 85-77 % vseh primerov raka materničnega vratu. HPV 5 in 11 sta

32

2. izobraževalni dan programa ZORA
Bido pri Kranju, 8. april 2011



Pomen kolposkopije v prihodnosti

- Z uporabo HPV testiranja je pomen kolposkopije, kot naslednje diagnostične metode, večji.
- Kolposkopija z biopsijo (ev. LLETZ) zahteva znanje, primerno opremo in kontinuirano izobraževanje.
- Posodobitev standardov kakovosti, beleženje izvoda oz. posegov na standardiziran obrazec, vključitev v informacijski sistem, so le del ukrepov v prihodnosti.

2. izobraževalni dan programa ZORA
Bido pri Kranju, 8. april 2011



Hvala za pozornost!



2. izobraževalni dan programa ZORA
Bido pri Kranju, 8. april 2011
