|  |  |
| --- | --- |
|  | Vedlegg til: Diagnostikk av cervixcytologiske prøver (lege) Dok ID: **129988** |
| Oppsummering av retningslinjer |

[Kvalitetsmanualen (kreftregisteret.no)](https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Helsepersonell/Faglig-Radgivningsgruppe/kvalitetsmanual2/)

[Gynekologisk kreft – handlingsprogram - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft--handlingsprogram)

Algoritmer - oppfølging etter konisering: [Oppfølging og kontroller - Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft--handlingsprogram/premaligne-lidelser-i-cervix-uteri/oppfolging-og-kontroller)

Algoritme – HPV primærscreening (utvidet genotyping) [Flytskjema for HPV-screening](https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Helsepersonell/screeningstrategi-og-nasjonale-retningslinjer/HPV-i-primarscreening/)

**P-koder til bruk for kategorisering av livmorhalsprøver**
(kapittel 5 Livmorhalsprogrammet)

|  |  |
| --- | --- |
| **P kode** | **Kodetekst** |
| **P06000** | screening |
| **P06001** | HPV primærscreening |
| **P01541** | livmorhalsprøve pga. symptomer/funn |
| **P01542** | oppfølging av celleforandringer og/eller positiv HPV-test |
| **P01543** | oppfølging etter konisering |

**Utvelgelse av prøver til oppfølging eller utredning pga symptom/funn** (kapittel 5 Livmorhalsprogrammet)

Dersom kvinnen har funn på forrige prøve eller prøven er tatt pga symptomer, er prøven ikke en screeningprøve. Oppfølgingen for tidligere lavgradige celleforandringer eller HPV positiv prøve, er HPV-test ([kapittel 9 Nasjonale retningslinjer](https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Helsepersonell/Faglig-Radgivningsgruppe/kvalitetsmanual2/9.-nasjonale-retningslinjer/)). Råd for oppfølging av uavklarte høygradige celleforandringer og/eller persisterende HPV positive og koniserte kvinner siste 10 år finnes i «Veileder for gynekologisk onkologi».

Viktig: Listen er ment som veiledende, men der kan også dukke opp andre relevante symptom som kan være aktuelle for cotesting

**NB: Ved følgende relevante kliniske symptom/funn bør prøven vurderes med både cytologi og HPV-test.**

* + postmenopausale blødninger
	+ postcoitale blødninger
	+ intermenstruell blødning uten annen forklaring
	+ blødning under graviditet​
	+ blodig utflod
	+ annen klinisk mistanke om cervix dysplasi eller cancer:
		- underlivssmerter uten annen forklaring
		- erosjon/erytroplaki
		- mosaikk/ punktasjoner
		- leukoplaki

**Kvinner under 25 år** (kapittel 5 Livmorhalsprogrammet)
Livmorhalsprogrammet starter fra 25 års alder. Cytologiske prøver av kvinner under 25 år skal kun følges med cytologi, ikke HPV test, også ved symptomer. Oppfølging av tidligere lavgradige celleforandringer skal kun følges med cytologi. Ved uegnet cytologi ber man om ny prøve om 1-3 måneder. Uegnet cytologi skal ikke HPV testes. Råd for oppfølging av høygradige celleforandringer, uavklarte høygradige celleforandringer og/eller persisterende HPV positive og koniserte kvinner siste 10 år finnes i Nasjonalt Handlingsprogram for Gynekologisk Kreft. *(kommentar - gelder ikke pasienter med CIN2+ og immunsupprimerte/transplanterte pasienter)*

**Kvinner over 69 år**
Kvinner som er eldre enn 69 år, skal testes primært for HPV, dersom ikke annet er spesifisert på rekvisisjonen. Oppfølging avgjøres av rekvirent, da prøven ikke er en screeningprøve.

**Avvisning av screeningprøver eller kontrollprøver** (kapittel 5 Livmorhalsprogrammet)

Patologiavdelingen kan etter faglig vurdering avvise en ny screeningprøve dersom det er analysert en prøve for mindre enn 12 måneder siden.
Kontrollprøver kan avvises hvis de kommer for tidlig:
Anbefalt kontroll om 3 år: prøver som kommer inntil 12 mnd for tidlig kan avvises.
Anbefalt kontroll om 12 mnd: prøver som kommer inntil 6 mnd for tidlig kan avvises.

Prøven skal ikke avvises om rekvirent gir kliniske opplysninger om symptomer eller andre kliniske opplysninger som tilsier at prøven skal analyseres, eller dersom prøven er en oppfølgingsprøve etter en positiv HPV hjemmetest.

**Graviditet** (kapittel 7.2 Nasjonalt handlingsprogram)
Graviditet predisponerer ikke for CIN og påvirker sannsynligvis ikke det naturlige forløpet (SFOG, 2010). Risikoen for at CIN3 i løpet av svangerskapet progredierer til plateepitelkarsinom er rapportert å være 0,3 % (Hunter et al., 2008a; Hunter et al., 2008b).

* Vanlig screeningintervall følges (Nygård et al., 2007).
* Ved positiv HPV test og ASCUS/ LSIL, følges pasienten i henhold til retningslinjene til livmorhalsprogrammet.
* Ved påvist ASC-H/ HSIL/ AGUS, eller histologisk verifisert CIN2–3, følges den gravide med kolposkopi/cytologi hver 12. uke (Kärrberg et al., 2013). Dersom kolposkopi funn er cancersuspekte, cytologi indikerer karsinom eller det foreligger progresjon fra tidligere funn, må nye biopsier tas.

Ved mistanke om karsinom og AIS, henvis pasienten raskt til spesialavdeling for gynekologisk onkologi.

Første postpartum konsultasjon med kolposkopi, cyt og HPV anbefales 12 uker etter fødselen hos erfaren kolposkopist. Kontroll tidligere ved mistanke om mikroinvasivt karsinom og AIS. – Dersom cytologisk og/ eller histologisk verifisert høygradig dysplasi, før eller i svanger-skapet, skal det også tas biopsier ved 12 ukers kontrollen.

Dersom cytologisk lavgradige funn før eller i svangerskapet ikke har blitt biopsert etter retningslinjene fordi pasienten var gravid, kan dette gjøres ved 12 ukers kontrollen post partum i tillegg til cytologi med HPV.

**Ubehandlet CIN 2** (kapittel 7.3 i Nasjonalt handlingsprogram)
Kvinner under 30 år med HPV 16 ikke assosiert CIN 2 kan følges opp av gynekolog med kolposkopi, cyt og HPV og evt biopsi hver 6.mnd i maksimum 2 år

**Oppfølging etter hysterektomi** (kapittel 7.4 Nasjonalt handlingsprogram

* Dersom hysterektomert pga andre indikasjoner enn CIN – ingen videre oppfølging forutsatt normal cervix cytologi før operasjonen.
* Dersom atypisk cervix cytologi eller HPV pos. funn i forkant, men ingen funn i histologi av uterus – HPV og cyt. 6 mndr postoperativt. Dersom normal cyt. og HPV neg., kan videre kontroller med cyt. og HPV avsluttes.
* De som er hysterektomert pga CIN2+ med/eller uten fri rand vaginalt, ktr med cyt. og HPV 6 mndr. postoperativt.
* Dersom normale funn, videre kontroller hvert 5. år (Jordan et al., 2009).
* Ved atypisk cyt. og/ eller HPV pos., kolposkopi og evt. biopsi. Hos postmenopausale kvinner, anbefales lokal østrogen for å få bedre celleprøver, samt se evt. lesjoner bedre ved påføring av eddik og jod.

**Livmorhalskreft:** (kapittel 6.18 Nasjonalt handlingsprogram)

**Stadium 1A1**Det finnes ingen dokumentasjon på verdien av kontroller. Risiko for tilbakefall etter behandling for stadium IA1 sykdom er lav (Taarnhøj et al., 2018). Pasienter som har blitt behandlet med konisering bør følges med kolposkopi, cytologi og HPV test etter 6 måneder. Genotypeinformasjon er nødvendig for å vurdere risiko for persisterende sykdom ved 6 mnd kontrollen. Dersom ikke genotypeinformasjon er tilgjengelig før konisering (fra screeningprøve) må cervixkon genotypes med PCR teknologi.

* Ved negativ HPV og cytologi etter 6 mndr, anbefales kontroll med HPV og cytologi hos fastlege etter 6 mnd. Dersom også denne er negativ, HPV og cytologi hvert 3. år, livslang oppfølging.
* Ved pos HPV og normal cytologi etter 6 mndr og samme genotype, bør det utføres kolposkopi og biopsi.
* Ved pos HPV og ny genotype, kontroll med HPV og cytologi etter 6 mndr.  Videre kontroller hver 6. måned i 2 år, deretter årlige kontroller i 3 år. Ved persisterende genotype etter 12 mnd, kolposkopi og biopsi.
* Suspekte lesjoner bør biopseres.

**Stadium IA2 og over**Stadium IA2 og over kontrolleres med gynekologisk undersøkelse og vaginal ultralyd hver 3. måned for 2 år, deretter hver 6. måned i 3 år. Nytten av cytologi fra vaginaltopp er omdiskutert. Suspekte lesjoner bør biopseres**.**