

Abnormale cytologie van de cervix: beleidslijnen

De volgende richtlijnen voor de aanpak van abnormale cervixcytologie werden opgesteld door vertegenwoordigers van de afdelingen gynaecologie, pathologische ontleedkunde en klinische biologie. Het betreft een dynamisch document dat in geval van nieuwe ontwikkelingen terzake, zal aangepast worden.

Voor onze verwijzers is het zeer belangrijk om het volgende te noteren:

- i) u dient steeds in uw aanvraagformulier voor cytologie te vermelden indien het om een opvolg van een vorige abnormale cytologiebevinding gaat, aangezien dit een gevolg heeft op de beslissingsboom;
- ii) waar de verdere behandeling van een abnormaal uitstrijkje bepaald wordt door het resultaat van een HPV DNA triage, is het logisch dat het resultaat van het uitstrijkje met aanbeveling betreffende het verdere beleid, eerst vrijgesteld wordt nadat het HPV DNA testresultaat bekend is. In deze gevallen zal de wachttijd oplopen tot ongeveer 3 weken.

Atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US)

achtergrond:

als groep bevat ASC een 5-17% histologisch bevestigde CIN2-3 letsels

het risico op invasieve letsels is laag (0.1%)

deze variatie is het gevolg van variatie in kwaliteit van cytologische rapportering

opvolg is dus noodzakelijk: hoog-risico HPV DNA test op hetzelfde dunnelaag cytologiemateriaal (reflex HPV DNA testing) is methode van keuze, zo negatief is er geen colposcopie nodig (40-60% van patiënten) (*evidence level A1*)

Beleid:

HPV -	→	opvolg cytologie na 6 maanden	
		→ indien 2 maal negatief	→ normaal interval cytologie(AII)
		→ indien herhaal ASC-US of meer	→ colposcopie ± biopsie (AII)
HR HPV +	→	colposcopie ± biopsie	
		→ colposcopie negatief →	opvolg cytologie 12 maanden (BII)
		→ biopsie positief	→ zie R/ CIN letsels
menopausaal	→	intravaginaal estrogeen 2 weken	→ colposcopie ± biopsie

Atypical squamous cells, cannot exclude H-SIL (ASC-H)

Achtergrond:

de subgroep ASC-H bevat 24-94% histologisch bevestigde CIN2-3 letsels

Beleid:

- ASC-H → colposcopie ± biopsie
- ↳ colposcopie negatief → cytologie na 6 maanden en HPV-DNA
 - cytologie en HR-HPV negatief → indien 2 x negatief → normaal interval cytologie
 - cytologie of HR-HPV positief → LLETZ
 - ↳ biopsie positief → zie R/ CIN letsels

Low grade squamous intra-epithelial lesion (LSIL)

Achtergrond:

deze groep van cytologische abnormaliteiten bevat zelden histologisch bevestigde letsels (CIN 2-3) die onmiddellijke behandeling benodigen. Een strategie van directe verwijzing voor colposcopie geeft in de meeste van gevallen (70-85%) een negatief resultaat. Het volgen van een strategie van opvolg cytologie heeft het nadeel van verlies van follow-up. HPV-DNA testing om een subgroep te identificeren die dan toch een CIN 2,3 letsel kunnen tonen, is non-specifiek (>80% van L-SIL zijn HR-HPV positief).

Wij wensen een strategie te volgen naargelang de opvolgbaarheid van de patiënte die naar ons mening goed kan ingeschat worden.

Beleid:

- L-SIL opvolgbaar → opvolg cytologie na 6 maanden
- ↳ indien 2 maal negatief → normaal interval cytologie (AII)
 - ↳ indien herhaal L-SIL of meer → colposcopie ± biopsie (AII)
- L-SIL onzeker opvolgbaar → colposcopie ± biopsie

High grade squamous intra-epithelial lesion (HSIL)

Achtergrond:

patiënten met een H-SIL hebben een 75% kans voor een histologisch bevestigd CIN 2,3 letsel en 1% kans voor een invasief letsel

Beleid:

- H-SIL → colposcopie en biopsie (AII)
- ↳ colposcopie negatief of biopsie negatief of CIN 1
 - ↳ voldoende colposcopie → review van cytologie
 - ↳ review bevestigd → diagnostische conus
 - ↳ review ≤ CIN 1 → opvolg volgens L-SIL

↳ onvoldoende colposcopie → diagnostische conus

↳ biopsie toont CIN 2,3 → voldoende colposcopie → LLETZ
→ onvoldoende colposcopie → diagnostische conus

Atypical endocervical glandular cells (AGC)

Achtergrond:

het risico voor een CIN letsel is heelwat groter dan bij ASC of L-SIL. Deze categorie bevat 10-50% CIN letsels, 4% adenocarcinoma in situ (AIS), en zelfs een invasief endocervicaal carcinoma. De diagnostische aanpak van een AGC zal dus iets aggressiever zijn dan van een ASC, wat betekent dat iets eerder zal overgegaan worden tot colposcopie. Colposcopie blijkt ook meer sensitief te zijn om een CIN 2,3 op te sporen dan opvolg cytologie. Bovendien zal ook vlugger een conisatie uitgevoerd worden om een verborgen AIS op te sporen. Er zijn momenteel onvoldoende data om het gebruik van HPV-DNA te rechtvaardigen (CIII). Premenopausale vrouwen met een AGC hebben hoofdzakelijk endocervicale pathologie, terwijl postmenopausale vrouwen hoofdzakelijk endometriale pathologie hebben.

Beleid:

AGC → colposcopie en biopsie

↳ AGC (NOS) → colposcopie negatief of biopsie negatief of CIN 1

→ opvolg cytologie na 4 maanden

↳ 4 x negatief → normaal opvolgschema

↳ indien weer abnormaal → diagnostische conisatie

→ biopsie CIN 2,3, AIS → wijde conisatie (1.5 cm)

↳ AGC (favor neoplasia) → colposcopie en biopsie om invasie uit te sluiten

↳ invasie negatief → diagnostische conisatie

↳ invasie positief → FIGO stagiëring

Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS)

Achtergrond:

de cytologische bevinding van een AIS is geassocieerd met een hoog risico voor AIS (50-70%) of carcinoom (40%)

Beleid:

AIS → colposcopie en biopsie om invasie uit te sluiten

↳ invasie negatief → diagnostische / therapeutische conisatie

↳ invasie positief → FIGO stagiëring

Normal smear after treatment for HSIL or AIS-ecc

HPV-DNA test 6 maanden na R/	→	positief	→	hoog risico recidief
	→	negatief	→	klein risico recidief

geen HPV-DNA test wordt genomen voor 6 maanden om vals postieven te voorkomen

Definities:

Biopsie: colposcopisch gerichte biopsie naar het meest uitgesproken colposcopische letsel

LLETZ: excisiebiopsie met minstens 0.8 mm endocervicaal kanaallengte

Diagnostische conisatie: excisiebiopsie met minstens 1.5 cm endocervicaal kanaallengte