



# DSOG

Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik

Kliniske guidelines ~ Gynækologi

## Forfattere

Erik Søgaard, Karsten Nielsen, Susanne Pedersen+ , Ulla Jeppesen

## Korrespondance

## Status

Første udkast:

Diskuteret på Hindsgavl mødet: sept 2007

Korrigeret udkast: jan 2008

Endelig guideline: juni 2008

Guidelines skal revideres senest: 2010

## Indholdsfortegnelse

|   |         |
|---|---------|
| Indledning  | side 2  |
| Resumé af kliniske rekommandationer                     | side 3  |
| Litteratursøgningsmetode                                | side 3  |
| KBC (Kolposkopi, Biopsi og Cervix<br>abrasio/Cytobrush) | side 4  |
| Metoder til konisation                                  | side 7  |
| CIN og graviditet                                       | side 8  |
| ADENOCARCINOMA IN SITU (AIS)                            | side 9  |
| Information til patienten                               | side 10 |
| Referencer  | side 11 |
| Appendiks   | side 13 |

## Indledning

### Baggrund

Denne guideline omhandler udredning, behandling og kontrol af kvinder, der er henvist med abnorm cervix cytologi. Dette omfatter kvinder med Atypisk cylinderepitel (AGC) Moderate til svære celleforandringer (ASC-H og HSIL) og mistanke om karcinom, samt kvinder med lette celleforandringer (LSIL) og atypiske celler (ASC-US), der er HPV positive (se bilag nr.1).

Livmoderhalskræft er slutpunktet for et biologisk kontinuum startende med en infektion i cervix uteri med Humant Papilloma Virus (HPV) der, af kun delvist kendte årsager, bliver til en persisterende infektion og dette kan give anledning til celleforandringer (dysplasi) der eventuelt kan udvikles videre til invasiv cancer (1) Infektion med HPV er særdeles hyppig, mens risikoen for udvikling af livmoderhalskræft er sjælden. I langt de fleste tilfælde vil HPV-infektion helbredes (clears) spontant. Der findes mere end 100 typer af HPV og heraf er 12 typer såkaldt høj-risiko typer med hensyn til risikoen for udvikling af celleforandringer og livmoderhalskræft. Type 16 og type 18 kan påvises hos ca. 70 % af kvinder med livmoderhalskræft.

I Danmark diagnosticeres ca. 450 nye tilfælde af livmoderhalskræft per år og ca. 5000 kvinder behandles med konisation (keglesnit) på grund af celleforandringer.

### Definitioner

#### KBC

- a. Nomenklatur: Efter Sundhedsstyrelsen vejledning af 2007 for screening for livmoderhalskræft følger klassifikationen Bethesda-nomenklaturen (2) både hvad egnetheden og hvad klassifikationen af celleforandringer angår. For celleforandringerne er klassifikationen normal, atypi, LSIL (sv.t. let dysplasi efter WHO), HSIL (sv.t. moderat dysplasi, svær dysplasi og CIS efter WHO) og invasivt karcinom (sv.t. invasivt karcinom efter WHO).

Den histologiske klassifikation følger WHO (normal, atypi, let dysplasi, moderat dysplasi, svær dysplasi, CIS og invasivt karcinom).

AIS Adenocarcinoma in situ

KBC, kolposkopi, biopsi og cervikalskrab

### Afgrænsning af emnet

Omfatter udredning, behandling og kontrol af kvinder, der er henvist med abnorm cervix

cytologi. Dette omfatter kvinder med Atypisk cylinderepitel (AGC), Moderate til svære celleforandringer (ASC-H og HSIL) og mistanke om karcinom, samt kvinder med lette celleforandringer (LSIL) og atypiske celler (ASC-US), der er HPV positive (se bilag nr.1).

### Resumé af kliniske rekommandationer

Celleforandringer fundet ved cytologi, udredes med kolposkopi, cervixbiopsi og cytobrush. Histologisk bekræftede forandringer svarende til moderat dysplasi og derover behandles med konisation, enten LLETZ eller NETZ i lokalanalgesi. **Kvinder med moderat dysplasi, hvor TZ kan overskues, kan hvis de ønsker det, kontrolleres med kolposkopi med 3 måneders intervaller.**

Adenocarcinoma in situ behandles på samme måde som Carcinoma in situ.

Gravide med celleforandringer, udredes med kolposkopi, biopsi og cytobrush.

Gravide skal kun have foretaget konisation, hvis der foreligger mistanke om invasion

### Litteratursøgningsmetode

Pubmed, Internationale guidelines, Cochrane

## KBC (Kolposkopi, Biopsi og Cervix abrasio/Cytobrush)

### Problemstilling

Kolposkopi

Kolposkopi er en simpel visuel undersøgelse af cervix, der udnytter dels visuel forstørrelse og dels effekten af farvning med eddikesyreopløsning (3%). Jod-jodkalium (Lugol's væske) kan anvendes supplerende til eddikesyrefarvning.

Kolposkopien beskriver:

1. Det native, flerlagede pladeepitel,
2. Cylinderepitelet,
3. Transformationszonen (TZ), svarende til området med metaplastisk epitel og Transformationszonens overskuelighed.

**Den abnorme TZ** beskrives ud fra udbredningen af eddikesyreghvidt epitel, intensiteten og demarkeringen af dette epitel samt forekomsten af abnorme karmønstre (punktation, mosaik og tumorkar).

Den abnorme TZ kan endvidere beskrives efter applikation af Lugols væske (jod-jodkalium).

Kolposkopi er en subjektiv vurdering og kan ikke stå alene i udredningen af en abnorm cervix cytologisk prøve. Kolposkopi-diagnosen vil således have en positiv prædiktiv værdi (PPV) på ca. 78% ved CIN III og kun ca. 55% ved mikroinvasiv cancer og ca. 65% ved invasiv cancer (3). En undersøgelse af 2100 kvinder viste overensstemmelse mellem kolposkopisk diagnose og histologisk diagnose i kun 37% af tilfældene (4). I en stor retrospektiv undersøgelse omfattende mere end 84000 kvinder, bekræftedes high-grade-lesion i ca. 85% af tilfældene. Hvis kolposkopien blev fundet normal demonstrerede den histologiske udredning high grade lesion in 9% af tilfældene og invasiv cancer i 3% (5).

Den kolposkopiske undersøgelse skal således altid suppleres med kolposkopi-vejledte biopsier. Ved kolposkopivejledte biopsier kan der opnås en sensitivitet på 83, mod randombiopsier, der kun har en sensitivitet på 37 (23).

Cervikal kanalen kan ikke vurderes kolposkopisk. Forandringer i epitelet i cervikal kanalen vurderes ved cervikal abrasio (curettage) eller med Cytobrush®. To randomiserede undersøgelser har vist samme sensitivitet og specificitet for de to modaliteter, men begge undersøgelser har vist signifikant færre insufficiante undersøgelser ved anvendelsen af cytobrush (6,7). Generelt skønnes anvendelsen af cytobrush at være forbundet med betydelig mindre ubehag for den undersøgte.

### Konsekvenser af KBC.

Let dysplasi: "Let dysplasi" anses i dag af mange blot at være den akutte manifestation af en forbigående HPV infektion. Det er også anført, at CIN 1 ikke

besidder potentialet at progredierte men enten persisterer eller forsvinder spontant (8). Let dysplasi er derfor ikke behandlingsindikation.

"High-Grade-Lesions" (Moderat dysplasi (CIN II), Svær dysplasi og Carcinoma in situ (CIN III) og Adenocarcinoma in situ (AIS)) er behandlingsindikation. Der findes ingen tilgængelig litteratur, der støtter en observerende konservativ håndtering af moderat dysplasi, uanset kvindens alder. Kolposkopi vejledte biopsier vil undervurdere graden af forandringer ved CIN II i ca. 30% (9). Kolposkopi vejledte biopsier vil generelt tendere til en underestimering af graden af forandring og risikoen for ikke at diagnosticere mikroinvasiv cervix cancer eller Adenocarcinoma in Situ (AIS) er betydelig (9, 10).

Iflg Wrigth et al. bør CIN II forandringer behandles som CIN III, da CIN II forandringer biologisk deler biologiske karakteristika, associeret med cancerceller og i modsætning til CIN I også er genetisk ustabile.

**Da koniserede kvinder har en øget risiko for pretem fødsel, kan unge kvinder med moderat dysplasi, som ønsker graviditet, følges med kontroller hver 6. måned, hvis der foreligger en sufficient kolposkopi, hvor TZ kan overskues. Kontrollerne skal bestå af kolposkopi ved erfaren kolposkotør og minimum cytologi fra cervix. Kontrol indtil progression eller regression, eller kvinden selv ønsker konisation. Behandling skal iværksættes ved progression eller persisterende CIN II efter 24 måneders kontrol**

Kolposkopi vejledt excision af TZ med EI-loop eller EI-needle er anbefalede behandlingsmetoder. Adenocarcinoma in situ behandles efter samme retningslinier. Risikoen for ikke at diagnosticere mikroinvasiv cancer, AIS og den manglende mulighed for verifikation af tilstedeværende forandringer i det behandlede område ved ablativ behandling f.eks. kryobehandling eller laser-vaporisation gør at disse metoder ikke kan anbefales. Samtidig gør de manglende oplysninger om radikaliteten af behandlingen (randinvolvering) det ikke muligt at differentiere i kontrollen efter behandling. Endelig vil excisionsmetoder give den bedste mulighed for kvalitetsvurdering af udrednings- og behandlings-programmet.

## Resumé af evidens

### Kliniske rekommandationer

Biopsier tages centralt fra det abnorme område i TZ, hvor graden af forandringer i

hovedparten af tilfældene vil være højest.

Generelt skønnes anvendelsen af cytobrush at være forbundet med betydelig mindre ubehag for den undersøgte end cervikalabrasio.

Koposkopi vejledt excision af TZ med EI-loop eller EI-needle er anbefalede behandlingsmetoder.

"High-Grade-Lesions" (Moderat dysplasi (CIN II), Svær dysplasi og Carcinoma in situ (CIN III) og Adenocarcinoma in situ (AIS)) er behandlingsindikation.

**Kvinder, med moderat dysplasi og synlig TZ, som ønsker at opnå graviditet, kan kontrolleres hver 6. måned, med kolposkopi og minimum cervixcytologi. Skal behandles ved progression eller persisterende forandringer efter 24 måneder (B II)**

## Metoder til konisation

### Problemstilling

Der findes forskellige metoder til behandling af celleforandringer i transformationszonen. Generelt skelnes mellem excisionsmetoder (konisation) og lokal destruktive metoder (cryo, laserevaporatio, diathermering). Lokal destruktive metoder kan generelt ikke anbefales, da der ikke sikres histologisk materiale til vurdering af behandlingen og en meget tæt kontrol efter behandlingen er nødvendig. Risikoen for at underdiagnosticere de tidligste kræftforandringer er også tilstede (11).

Martin-Hirsch et al (11) beskrev i en cochrane analyse i 2001 otteogtyve undersøgelser, der havde vurderet forskellige teknikker til konisation.

Gruppen havde vurderet:

**Knivkonisatio**, der har en signifikant større morbiditet i form af per og postoperativ blødning, infektion, cervikal stenose og 2. trimester aborter. Anbefales udført i GA. Behandlingssucces 90 – 94 %. Væv til histologi, ofte i et helt stykke og uden koagulerede partier.

**Laserkonisatio**, Har den fordel at konus kan udskæres med stor præcision, mindre blodtab, og mindre traumatisering af cervix. Indgrebet kan udføres i lokal og generel analgesi. Væv til histologi kan have koagulationsskader. Apparatur er dyr i anskaffelse, og metoden har lang learningkurve. Metoden er i det væsentligste forladt i Danmark.

**Loop Excision of The Transformation Zone (LLETZ/LEEP)**, skærer og koagulerer konus ud samtidig. Kan foretages i lokal analgesi. Behandlingssucces 91 -97 %. Væv til histologi, kan være fragmenteret og kan have koagulationsskader.

**Needle Excision of The Transformation Zone (NETZ)**, udskærer med en lige diaterminål transformationszonen.

### Metoder til reduktion af komplikationer:

Den hyppigste forekommende komplikation til konisatio er blødning. Iflg. M Kyrgiou (12), viste en undersøgelse at der var signifikant mindre blødning, når LLETZ blev foretaget i follikulærfasen, frem for lutealfasen (b).

Uanset konisationsmetode giver konisatio en øget risiko for preterm fødsel, og dermed forbundet lav fødselsvægt. Der er dog ikke fundet øget perinatal morbiditet eller mortalitet efter konisatio. (a).

### Resumé af evidens

Der var ingen signifikant forskel mellem de kirurgiske teknikker. Men da successraten (residual sygdom ved opfølgning) for alle teknikker ligger omkring 90 %, vil det kræve undersøgelser med flere tusinde deltagere, hvis der skal påvises en signifikant forskel mellem to teknikker. LLETZ og NETZ synes at være de metoder, der overordnet er mindst traumatiserende. De kan udføres i lokal analgesi, og vil derfor være den anbefalede metode.

### Kliniske rekommandationer

Der var ingen signifikant forskel mellem de kirurgiske teknikker. Men da successraten (residual sygdom ved opfølgning) for alle teknikker ligger omkring 90 %, vil det kræve undersøgelser med flere tusinde deltagere, hvis der skal påvises en signifikant forskel mellem to teknikker. LLETZ og NETZ synes at være de metoder, der overordnet er mindst traumatiserende. De kan udføres i lokal analgesi, og vil derfor være den anbefalede metode.

## CIN og graviditet

### Problemstilling

Udredning og kontrol af gravide kan være indiceret hvor opportunistisk screening i graviditeten har afsløret dysplasi, hvor graviditet er bekræftet efter KBC er udført eller hvor graviditet er bekræftet efter abnorm smear.

Der er generel enighed om, at abnorm cervix cytologi i graviditeten bør udredes med kolposkopi, biopsi og cytobrush så snart cytologien er konstateret abnorm.

Oftest kan man nøjes med en enkelt biopsi. Der er betydelig evidens i litteraturen at en konservativ, afventende holdning til behandling af cervikal prækankrose under graviditeten er at anbefale. Prækankrose er ikke en indikation for konisation under graviditet. Kun ved mistænkt invasion er konisation indiceret under graviditet (13- 15. Der findes ingen evidens i litteraturen for øget risiko for invasive cervixcancer under graviditet (16.

Efter graviditetens afslutning bør alle udredes med KBC ca. 3 måneder post-partum før eventuel endelig behandling (17).

**Kontroltidspunkter: Så snart cytologien er konstateret abnorm, uge 30 og 3 måneder post partum.**

### Resumé af evidens

### Kliniske rekommandationer

## ADENOCARCINOMA IN SITU (AIS)

### Problemstilling

Adenocarcinoma in situ (AIS) er betydelig sjældnere end planocellulære forandringer i cervix uteri og visse aspekter af behandlingen af AIS er fortsat relativt dårligt belyste og kontroversielle. Smpel hysterektomi har generelt været anbefalet behandling, specielt i den angelsaksiske litteratur. Dette har været begrundet i påvisning af rest-forandringer i uterus ved hysterektomi udført relativt kort tid efter konisation, uanset om konus var bedømt som værende med frie rande eller involverede rande. Samme observationer er imidlertid også velkendte fra behandlingen af planocellulære forandringer og kan ikke tages som et reelt udtryk for risikoen for underbehandling. Tværtimod vil en videre behandling baseret på f.eks. randinvolvering føre til overbehandling i mere end 90% af tilfældene (18-19). Sikkerheden ved en langvarig, konservativ observerende håndtering af AIS synes i orden (18, 20-22).

AIS synes at opstå i transformationszonen ganske som de planocellulære forandringer og at have samme geografiske udbredning i cervix uteri. Gennem mange år har det været fremført, at konus højde burde være mindst 25 mm ved påvist AIS. Dette er baseret på en antagelse om, at AIS skulle være lokaliseret højere i cervikal kanalen end planocellulære forandringer, hvilket imidlertid aldrig er bekræftet.

Generelt kan AIS behandles efter samme retningslinier som planocellulære forandringer i cervix.

### Resumé af evidens

#### Kliniske rekommandationer

Generelt kan AIS behandles efter samme retningslinier som planocellulære forandringer i cervix.

## Information til patienten

### Problemstilling

Om dysplasi, udredning og behandling. Kvinder, der får påvist abnorm smear og/eller dysplasi er belastede af frygt for det ukendte, måske smertefulde undersøgelser og muligheden for at fejle en livstruende sygdom. Grundig og gentagen information kan afhjælpe dette.

Informationen bør være både mundtlig og skriftlig og indeholde 1) beskrivelse af, hvad dysplasi er og 2) hvordan udredning og behandling foregår 3) oplysning om den forventede prøvetid på svar og 4) mulige konsekvenser af prøvesvar. Desuden skal kvinder, der skal koniseres have information om 5) selve indgrebet og forholdsregler bagefter. På et tidspunkt overgår kvinden til kontrol via egen læge - en kontrol hun selv skal tage initiativ til. Det skal pointeres, at hun **ikke** bliver indkaldt til disse undersøgelser. Et eksempel på patientvejledning er vedlagt som Bilag 2.

Om resultater og konsekvens af prøver. Den gynækolog, der foretaget prøverne har pligt til at sørge for, at kvinden får svar herpå. En aftale om "intet nyt er godt nyt" er ikke acceptabel, heller ikke når det drejer sig om smear-svar. Det mest hensigtsmæssige er allerede ved første undersøgelse at informere om mulige konsekvenser af prøvesvarene og aftale skriftligt eller telefonisk svar. Ved kommunikationsproblemer eller mistanke om malignitet aftales svar ved fremmøde.

Om dysplasi, udredning og behandling. Kvinder, der får påvist abnorm smear og/eller dysplasi er belastede af frygt for det ukendte, måske smertefulde undersøgelser og muligheden for at fejle en livstruende sygdom. Grundig og gentagen information kan afhjælpe dette.

Informationen bør være både mundtlig og skriftlig og indeholde 1) beskrivelse af, hvad dysplasi er og 2) hvordan udredning og behandling foregår 3) oplysning om den forventede prøvetid på svar og 4) mulige konsekvenser af prøvesvar. Desuden skal kvinder, der skal koniseres have information om 5) selve indgrebet og forholdsregler bagefter. På et tidspunkt overgår kvinden til kontrol via egen læge - en kontrol hun selv skal tage initiativ til. Det skal pointeres, at hun **ikke** bliver indkaldt til disse undersøgelser. Et eksempel på patientvejledning er vedlagt som Bilag .

Om resultater og konsekvens af prøver. Den gynækolog, der foretaget prøverne har pligt til at sørge for, at kvinden får svar herpå. En aftale om "intet nyt er godt nyt" er ikke acceptabel, heller ikke når det drejer sig om smear-svar. Det mest hensigtsmæssige er allerede ved første undersøgelse at informere om mulige konsekvenser af prøvesvarene og aftale skriftligt eller telefonisk svar. Ved kommunikationsproblemer eller mistanke om malignitet aftales svar ved fremmøde.

### Resumé af evidens

### Kliniske rekommandationer

Patienten skal have en grundig og tydelig information om udredning, behandling og kontrol. Der skal foreligge en klar aftale om afgivelse af svar.

## Referencer

1. *IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans. Human Papillomaviruses. IARC Monogr Carcinog Risks Hum 1995; 64: 1-378)*
2. Solomon D, Nayar R: *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology. Springer-Verlag 2004*
3. *Hopman EH, Kenemans P, Helmerhorst TJ: Positive predictive rate of colposcopic examination of the cervix uteri: an overview of the literature. Obstet Gynecol Surv 1998; 53: 97-106).*
4. *(Massad LS, Collins YC: Strengt hof correlaiton between colposcopic impression and biopsy histology. Gynecol Oncol 2003; 89: 424-28).*
5. *(Benedet JL, Maticic JP, Bertrand MA: An analysis of 84244 patients from the British Columbian cytology-colposcopy program. Gynecol Oncol 2004; 92: 127-134).*
6. *(Mogensen ST, Bak M, Dueholm M, Frost L, Knoblauch NO, Praest J, Svanholm H: Cytobrush and endocervical curettage in the diagnosis of dysplasia and malignancy of the uterine cervix. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 69-73;*
7. *Boardman LA, Mainz H, Steinhoff MM, Heber WW, Blume J: A randomized trial of the sleeved cytobrush and the endocervical curette. Obstet Gynecol 2003; 101: 426-30).*
8. *(Modern Colposcopy. Ferris DG, Cox JT, O'Connor DM, Wright VC, Foerster J. ASCCP, Second Edition 2004: pp 107-113).*
9. *(Andersen ES, Nielsen K, Pedersen B: The reliability of preconization diagnostic evaluation in patients with cervical intraepithelial neoplasia and microinvasive carcinoma. Gynecol Oncol 1995; 59: 143-47).*
10. *Byrom J, Douce G, Jones PW, Tucker H, Millinship J, Dhar K, Redman CWE: Should punch biopsies be used when high-grade disease is suspected at initial colposcopic assessment? A prospective study. Int J Gynecol Cancer 2006; 16: 253-256).*
11. *Surgery for cervical intraepithelial neoplasia; Martin-Hirsch PL, Paraskevaidis E, Kitchener H, The Cochrane Library 2001*
12. *The up-to-date evidence on colposcopy practice and treatment of cervical intraepitnetithelial neoplasia: The Cochrane colposcopy & cervical cytopathology collaborative group (C5 group) approach; Kyrgio m et al; Cancer Treatment Reviews, (2006) 32, 516-23.*
13. *Coppola A, Sorosky J, Casper R et al. The clinical course of cervical carcinoma in situ diagnosed during pregnancy. Gynecol Oncol 1997; 67: 162-65;*
14. *Woodrow N, Permezel M, Butterfield et. al. Abnormal cytology in pregnancy. Aust N Z Obstet Gynaecol 1998; 38: 161-65;*
15. *Robinson WR, Webb S, Tirpack J et al. Management of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy with loop excision Gynecol Oncol 1997; 64: 153-55).*

16. *Nevin WR, Soeters R, Dehaeck CM et al. Cervical carcinoma associated with pregnancy. Obstet Gynecol Survey 1995; 50: 228-39).*
17. *Paraskevaidis E, Koliopoulos G, Kalantaridou S, et al. Management and evolution of cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy and postpartum. Eur Jour Obstet Gynecol Reprod Biol 2002; 104: 67-69).*
18. *Andersen ES, Nielsen K. Adenocarcinoma in situ of the cervix: A prospective study of conization as definitive treatment. Gynecol Oncol 86; 365-69 (2002)*
19. *Dalrymple C, Valmadre S, Cook A, Atkinson K, Carter J, Houghton CRS, Russell P. Cold knife versus laser biopsy for adnecarcinoma in situ of the cervix – a comparison of management and outcome. Int J Gynecol Cancer 2007 (Ahead of pub)*
20. *Östör AG, Duncan A, Quinn M, Rome R: Adnecarcinoma in situ of the uterine cervix: an experience with 100 cases. Obstet Gynecol 2000; 100: 271-76;*
21. *Shin CH, Schorge JO, Lee KR, Sheets EE. Conservative management of adenocarcinoma in situ of the uterine cervix. Gynecol Oncol 2000; 69: 6-10;*
22. *Krivak TC, Rose GS, McBroom JW, Carlson JW, Winter WE, Kost ER. Cervical adenocarcinoma in situ: a systematic review of therapeutic options and predictors of persistent or recurrent disease. Obstet Gynecol Survey 2001; 56: 567-75; Andersen ES...ovenfor)*
23. *Julia C. Gage, MPH<sup>1,2</sup>, Vivien W. Hanson, MD<sup>3,5</sup>, Kim Abbey, BSN, FNP<sup>5</sup>, Susan Dippery, RN, WHCNP<sup>3</sup>, Susi Gardner, BSN, MSN, ARNP<sup>4</sup>, Janet Kubota, BSN, WHCNP<sup>5</sup>, Mark Schiffman, MD, MPH<sup>1</sup>, Diane Solomon, MD<sup>6</sup>, Jose Jeronimo, MD<sup>1</sup> for The ASCUS LSIL Triage Study (ALTS) Group. Number of Cervical Biopsies and Sensitivity of Colposcopy. Obstetrics & Gynecology 2006; 108: 264-272*

**[Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D:](#)**

2006 consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia or adenocarcinoma in situ.

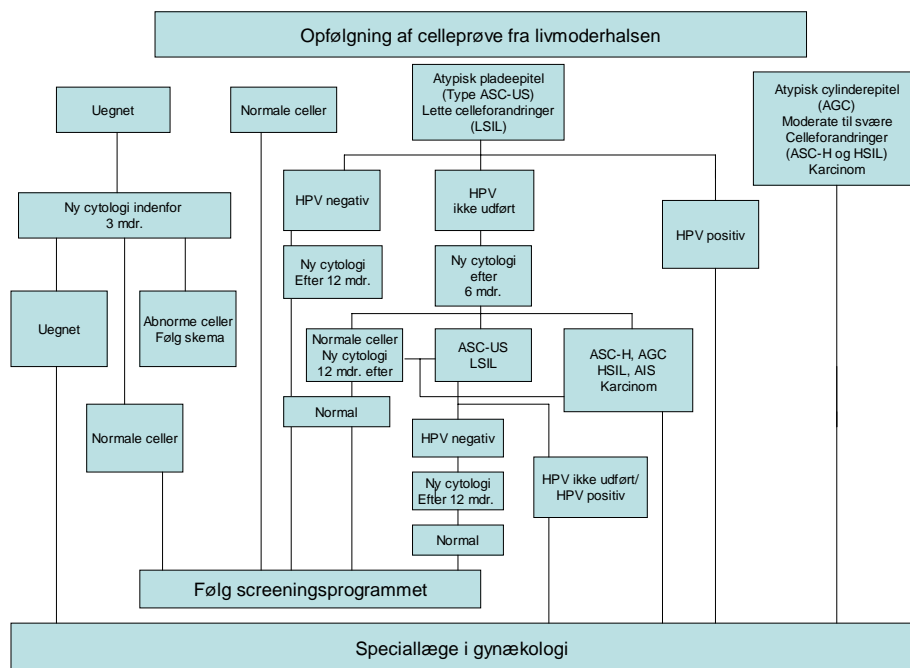
J Low Genit Tract Dis. 2007 Oct;11(4):223-39. Erratum in: J Low Genit Tract Dis. 2008 Jan;12(1):63.

European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for cytology laboratories, Chapter 6: Management of abnormal cervical cytology, 2007

Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme, NHSCSP Publication No 20 April 2004 (IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans. IARC Monograph Carcinog Risks Hum 1995; 64: 1-378)

# Appendiks

## Bilag 1



## Patientinformation

### Hvad er celleforandringer:

Den celleprøve du har fået fortaget giver mistanke om celleforandringer. Celleforandringer er **ikke** kræft, og stort set alle kvinder, der får konstateret celleforandringer, bliver fuldstændig helbredt.

Celleforandringer opstår på baggrund af en infektion med HPV virus (Human papillomavirus). Både virusinfektion og celleforandringer er almindeligvis symptomløse. Hvis kroppen ikke selv fjerner virusinfektionen, og celleforandringerne ikke opdages, kan disse i værste fald udvikle sig til livmoderhalskræft. Derfor anbefales du yderligere undersøgelser og eventuelt behandling af celleforandringerne.

Undersøgelsen består af en kikkertundersøgelse af livmoderhalsen (kolposkopi), kombineret med små vævsprøver (biopsier) og et lille skrab (cervixskrab) fra livmoderhalsen.

Der går ca. 2 uger inden der er svar på prøverne. Når vi kender sværhedsgraden af celleforandringerne, tilbydes du enten en kegleoperation eller en ny kontrol.

Celleforandringerne inddeles i fire grupper, lette, middelsvære og svære forandringer eller carcinoma in situ (CIS), som er et forstadie til kræft.

### Behandling:

Ved lette celleforandringer, er det i første omgang tilstrækkeligt med kontrol efter 6 måneder. Lette celleforandringer vil i de fleste tilfælde forsvinde af sig selv.

Ved mere udtalte celleforandringer tilrådes du behandling i form af en kegleoperation. Dette indgreb kan i de fleste tilfælde foregå ambulant og i lokalbedøvelse. Ved indgrebet udskæres et lille kegleformet vævsstykke, som medinddrager celleforandringerne på livmoderhalsen.

Efter indgrebet skal du tage den med ro et par dage og undgå løb og cykling. Hvis du har tungt arbejde tilrådes vi sygemelding 3-4 dage. Der vil være sparsom blødning og udflåd i 2-3 uger efter indgrebet. I denne periode bør du undgå samleje, svømmebad og karbad. Efter 3 -5 uger er livmoderhalsen helet op og området, hvorfra keglen er fjernet, er dækket af en ny slimhinde.

Indgrebet har ingen indflydelse på det seksuelle samliv og dine muligheder for at blive gravid. Der vil være en lille øget risiko at føde for tidligt ved en senere graviditet, men ikke for barnets helbred.

### Kontrol:

Du vil få svar på den mikroskopiske undersøgelse af keglen ca. 2 uger efter indgrebet.

Hvis forandringerne er fjernet hele vejen rundt om forandringerne, skal du kontrolleres med celleprøve efter 6 måneder. Denne undersøgelse foregår ved din egen læge. Ved normalt svar skal du kontrolleres en gang om året i ??år. Derefter vil igen blive indkaldt til undersøgelse hvert 3. år. **Så længe du går til kontrol ved din egen læge, skal du selv bestille tid.**

Hvis forandringerne når ud til kanten af keglen, skal du kontrolleres hos gynækologen første gang efter ca. 4 måneder. Ved denne undersøgelse skal der muligvis tages nye vævsprøver.

Selvom forandringerne når kanten, er det sjældent nødvendigt med yderlig behandling.

90-97 % af de kvinder der får foretaget en kegleoperation, får ikke celleforandringer igen.



