



HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR - CROATIAN MEDICAL ASSOCIATION

HRVATSKO DRUŠTVO ZA GINEKOLOGIJU I OPSTETRICIJU
CROATIAN SOCIETY OF GYNAECOLOGY AND OBSTETRICS

Adresa/Address: Petrova 13, 10 000 Zagreb, Croatia
Tel./Phone: +385 (0)1 46 04 646 * 46 04 616; Fax: +385 (0)1 46 33 512
www.hdgo.hr * info@hdgo.hr

HDGO

HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR HRVATSKO DRUŠTVO
ZA GINEKOLOGIJU I OPSTETRICIJU

Predsjednik/President:
Prof. dr.sc. Dubravko Barišić

1. dopredsjednik / 1. Vice-President:
Prof. dr.sc. Herman Haller

2. dopredsjednik / 2. Vice-President:
Prof. dr.sc. Slavko Orešković

Tajnici/Secretaries: **dr.sc. Držislav Kalafatić. & dr. sc. Vesna Harni**
Rizničar/Treasurer: **Davorko Čukelj, dr.med.**

Cervikalne intraepitelne lezije

S3 Smjernice za dijagnostiku i liječenje
□ metode probira i dijagnostički algoritmi

Hrvatsko društvo za ginekologiju i opstetriciju
Hrvatsko ginekološko-onkološko društvo
Hrvatsko društvo za kolposkopiju i patologiju vrata maternice
Sekcija ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Hrvatsko društvo za kliničku citologiju
Hrvatsko društvo za patologiju i sudsku medicinu

Algoritmi
2012

Metode probira

Citologija

Citološki obrazac "Zagreb 2002"

Citološki obrazac

"Zagreb 2002"



Prezime i ime _____ Datum rođenja _____ Grad _____		Ulica i kućni broj _____ Tel./Fax/e-mail _____ Datum _____	
Zdravstvena jedinica _____ Br. pacijenta _____		Br. O. O. _____	
P	Čišće	ZM	Postmenopauza
KONTRACEPCIJA: HORMONI ULOZAK DRUGO BEZ		Uzorak	Identif. br.
RANJI DIJAGNOSTIČKO - TERAPIJSKI POSTUPCI		V	Br. lab. dnevnika
Citološka dg. _____	Histološka dg. _____	C	_____
Drugo: _____	Liječenje: _____	E	_____
Klinička dijagnoza b. o. drugo _____		NAPOMENE: _____	
Potpis ordinarnisa _____		Potpis citologa _____	

PRIMERENOST UZORKA

Zadovoljava za interpretaciju
 Ne zadovoljava za interpretaciju

Nije analizevan
 Analizevan, ali nije moguca procjena abnormalnosti epitela
 Tumorse za prisutnost uzorka:
 Helicna omaka
 Razbijeno staklo
 Slabo fiksiran ili dabo ocuvan
 Oduktan
 Nema endocervikalnih cilindričnih stanica
 Prekriven leukocitima
 Prekriven krvlju
 Razmaza u više nizova
 Prisutan strani materijal
 Drugo: _____

Abnormalne stanice

Skvamozne stanice
 Atipične skvamozne stanice (ASC)
 Neodređene značaja (ASC-US)
 Ne mogu se isključiti HSIL (A/ASC-H)
 Ne mogu se isključiti LSIL
 Skvamozna intraepitelna lezija (SIL)
 Dysplasia levis () CIN I) SIL niskog stepnja
 Dysplasia media () CIN II) SIL visokog stepnja
 Dysplasia gravis () CIN III)
 Carcinoma in situ
 Plus: promjene povezane s HPV
 Početna invazija se ne mogu isključiti
 Carcinoma плоскоepitelnae

OFCA PODJELA

Negativna na intraepitelnu ili invazivnu leziju
 Abnormalne stanice (vidi opštu dijagnozu)

OPISNA DIJAGNOZA

Mikroorganizmi

Basillus vaginalis Ovariforela vaginalis
 Mije sva flora Chlamydia trachomatis
 Fungi Promjene povezane s HSV
 Trichomonas Promjene povezane s HPV
 Actinomyces Drugo: _____

Drugi ne-neoplasmični nalazi

Reaktivna promjene na staničnom nivou, one su: spaljeno, znočeno, drugo: _____

Reparativni epitel Rezervne stanice

Parakeratoza Diabertozna Hiperkeratoza
 Cilindrične stanice nakon hiperkeratoze
 Endometrijalne stanice izvan menozna u postmenopauzi
 Cinkohromski status ne odgovara dobi ili anamnezi
 Drugo: _____

Glandularne stanice

Atipične glandularne stanice
 Vjerojatno reaktivne promjene
 Vjerojatno intraepitelna lezija
 Vjerojatno invazivna lezija
 Adenocarcinoma in situ (AIS)
 Adenocarcinoma

Atipične stanice neodređenog značaja

Druge maligne neoplazme

UPUTE

Ponoviti pregled nakon liječenja
 Ponoviti pregled nakon 4 mjeseca
 Ponoviti pregled za 6 mjeseci
 Redovita kontrola

NAPOMENE:

Kalposkopija
 Histologija
 Daljnja obrada
 Drugo

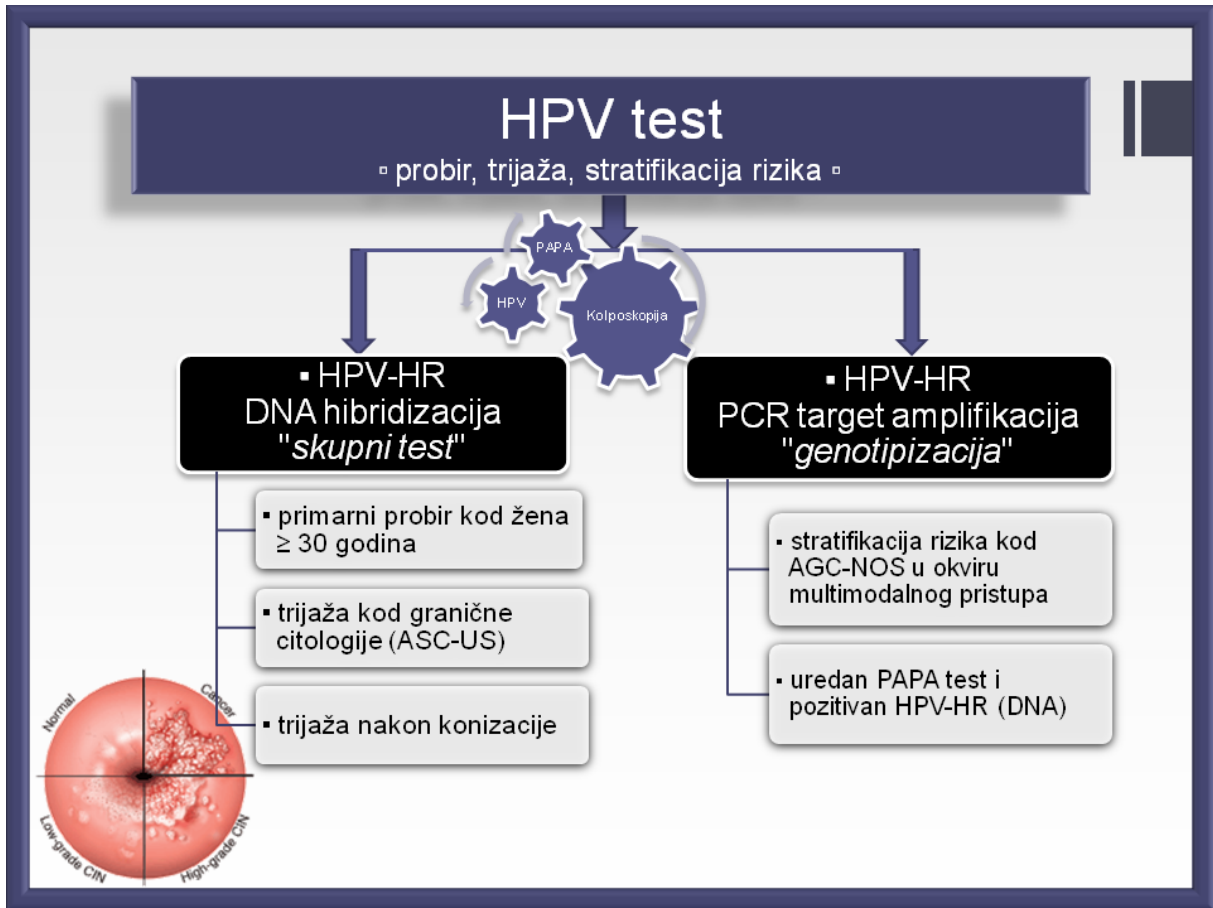
Primljeno: _____
Odgovoreno: _____
Potpis citohistničara: _____
Potpis citologa: _____
Procedur. Zavoda: _____

Hrvatski liječnički zbor
 Hrvatsko ginekološko društvo
 Hrvatsko društvo za kolposkopiju i bolesli vrata maternice
 Sekcija za primarni zdravstveni
 Hrvatsko društvo za kliničku citologiju
 Hrvatsko društvo za patologiju i sudsku medicinu



HPV testiranje

Algoritam HPV testiranje



Hrvatsko društvo za ginekologiju i onkologiju
Hrvatsko društvo za onkologsko društvo
Hrvatsko društvo za kolposkopiju i bolesti vrata maternice
Sekcija onkologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Hrvatsko društvo za kliničku citologiju
Hrvatsko društvo za patologiju i sudsku medicinu



Dijagnostički standardi u kolposkopiji

Kolposkopski obrazac "Rio de Janeiro | Zagreb 2011"

Kolposkopski obrazac "Rio de Janeiro-Zagreb 2011"



HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR HRVATSKO DRUŠTVO
ZA GINEKOLOGIJU I OPSTETIKU



KOLPOSKOPSKI NALAZ

Prezime i ime _____		datum rođenja _____	
ulica i kućni broj _____		grad _____	
tel. / fax _____		email _____	
obrazložena jedinica _____		br. pacijenta _____ br. OO _____	

P. Ciklus: ZM: postmenopauza	M. E. 1 2 3 4 Kolposkopija
Kontracepcija: <input type="checkbox"/> Hormonska <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> LNG-IUD <input type="checkbox"/> druge <input type="checkbox"/> bez	<input type="checkbox"/> granulirana vaginitis
<input type="checkbox"/> trichomonas vag.	<input type="checkbox"/> funghi
RANU DIJAGNOSTIČKU TERAPIJSKU POSTUPKU	<input type="checkbox"/> PAPA test / br. _____
Crvenilo dijagnoza: <input type="checkbox"/> HPV-HR. POZI	Napomene: _____
Patološka dijagnoza: <input type="checkbox"/> leucopija <input type="checkbox"/> LEETZ <input type="checkbox"/> kondilacija	
Druge: _____	

I REZULTAT KOLPOSKOPIJE:

- Zadevoljavajući za interpretaciju
- Nije zadovoljavajući za interpretaciju zbog:
 - uzdužne promjene
 - krvarenje
 - odgođeno
 - ostale: _____
- Sveukupna lumenarna granica:
 - vidljiva u cijelosti
 - djelomično je vidljiva
 - nije vidljiva
- Transformacijska zona:
 - tip 1 (vidljiva u cijelosti)
 - tip 2 (vidljiva uz pomoć instrumenta)
 - tip 3 (nije vidljiva u cijelosti)

II KOLPOSKOPSKI NALAZ JE:

- normalan nalaz:
 - osim pločasti epitel
 - zrela pločasti epitel
 - atrofijski
 - cilindrični epitel
 - ectopija
 - metaplastični epitel
 - erozija Nabothij
 - erozija žljezda
 - decidua u trudnici
- abnormalan nalaz:

III LOKALIZACIJA I RASPROSTRANJENOST NALAZA:

- Kolposkopska promjena nalazi se:
 - unutar transformacijske zone
 - izvan transformacijske zone
- Kolposkopska promjena je:
 - jednolika: nalazi se na (mnoštvo) ... sati,
 - unutar 3 kvadranta
 - unutar ... kvadranta
 - multiple promjene, koje se nalaze na ... sati,
 - unutar 3 kvadranta
 - unutar ... kvadranta
- Kolposkopska promjena zahvaća:
 - < 25%
 - < 50%
 - < 75%
 - > 75% površine cerviksa

IV GRADUS KOLPOSKOPSKE LEZIJE:

- G1 kolposkopski gradus / 'MINOR CHANGES'
'Low grade' kolposkopija:
 - atipična pločasti/kućni ABE
 - nježno mozak
 - nježne punktacije
 - neregularni - geografski rub
- G2 kolposkopski gradus / 'MAJOR CHANGES'
'High grade' kolposkopija:
 - netransparentni/grubi ABE
 - brzo nastupanje astotipije
 - grubo/neregularni mozak
 - grube punktacije
 - oštra granica lezije
 - promijenjeni eroziji žljezda
 - 'inner border sign'
 - 'ridge sign'
- Nespecifičan nalaz:
 - leukopija
 - erozija
 - jed-negativni epitel
- Suspektna invazija:
 - atipične krvne žile
 - dobitni znak: fragilna krvna žila, nekroza, ulceracija, egzofitična lezija, neregularna površina
- Razno:
 - kongenitalna transformacijska zona
 - kondilom
 - polip
 - upalni proces
 - stenozna
 - kongenitalna anomalija
 - posttraumatske promjene
 - endometriosa

V PREPORUKE ZA LIJEČENJE:

- Uredan kolposkopski nalaz: ponoviti PAPA test za 6 mjeseci.
- Iznad normalne granice: ponoviti terapiju, ponoviti kolposkopiju i PAPA test po završenom liječenju
- Liječenje atrofijih promjena: ponoviti kolposkopiju i PAPA test po završenom liječenju
- Ponoviti kolposkopiju i PAPA test za 6 mjeseci.
- Histološka verifikacija kolposkopske promjene
- HPV-HR test / imunohistokemijska verifikacija (p16/K167)

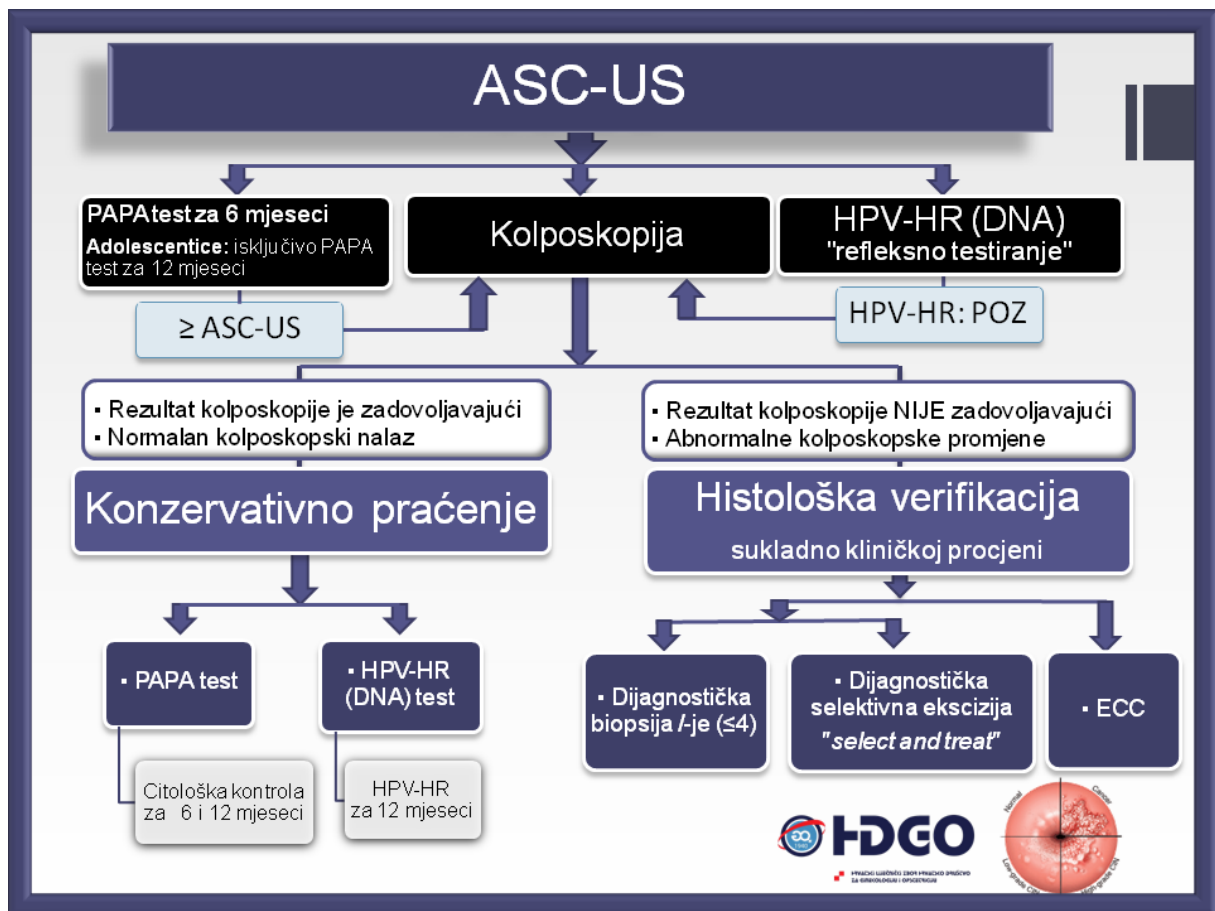
© Rio de Janeiro | Zagreb 2011

Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za ginekologiju i opstetiku, Hrvatsko društvo za kolposkopiju i bolesni vrata, Hrvatsko društvo za primarni zadržavanje, Hrvatsko društvo za kliničku ginekologiju, Hrvatsko društvo za patofiziologiju i subakutnu menopauzu

Dijagnostički postupnik

ASC-US

Algoritam ASCUS

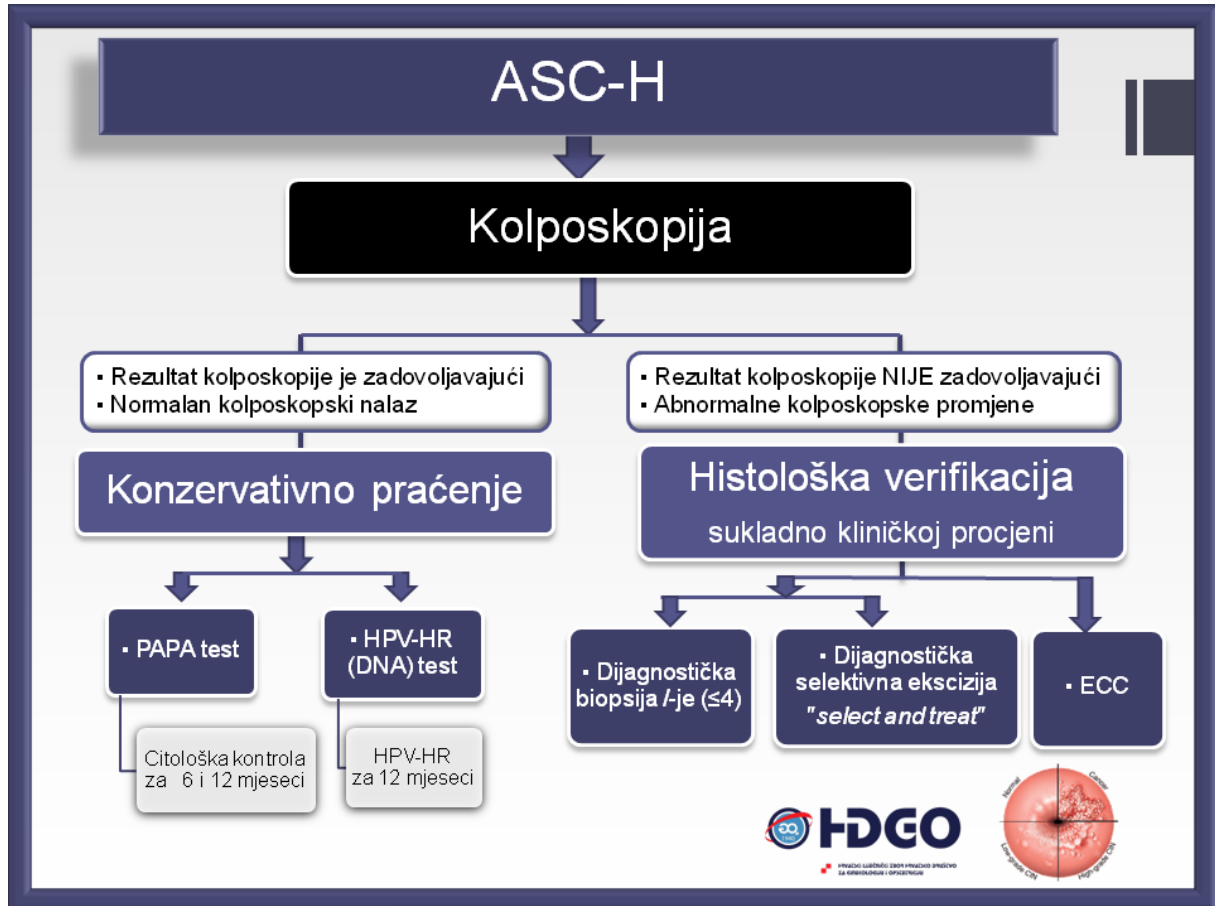


Hrvatsko društvo za ginekologiju i obstetričiju
Hrvatsko društvo za onkološko ginekološko društvo
Hrvatsko društvo za kolposkopiju i bolesti vrata maternice
Sekcija onkologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Hrvatsko društvo za kliničku citologiju
Hrvatsko društvo za patologiju i sudsku medicinu



ASC-H

Algoritam ASC-H

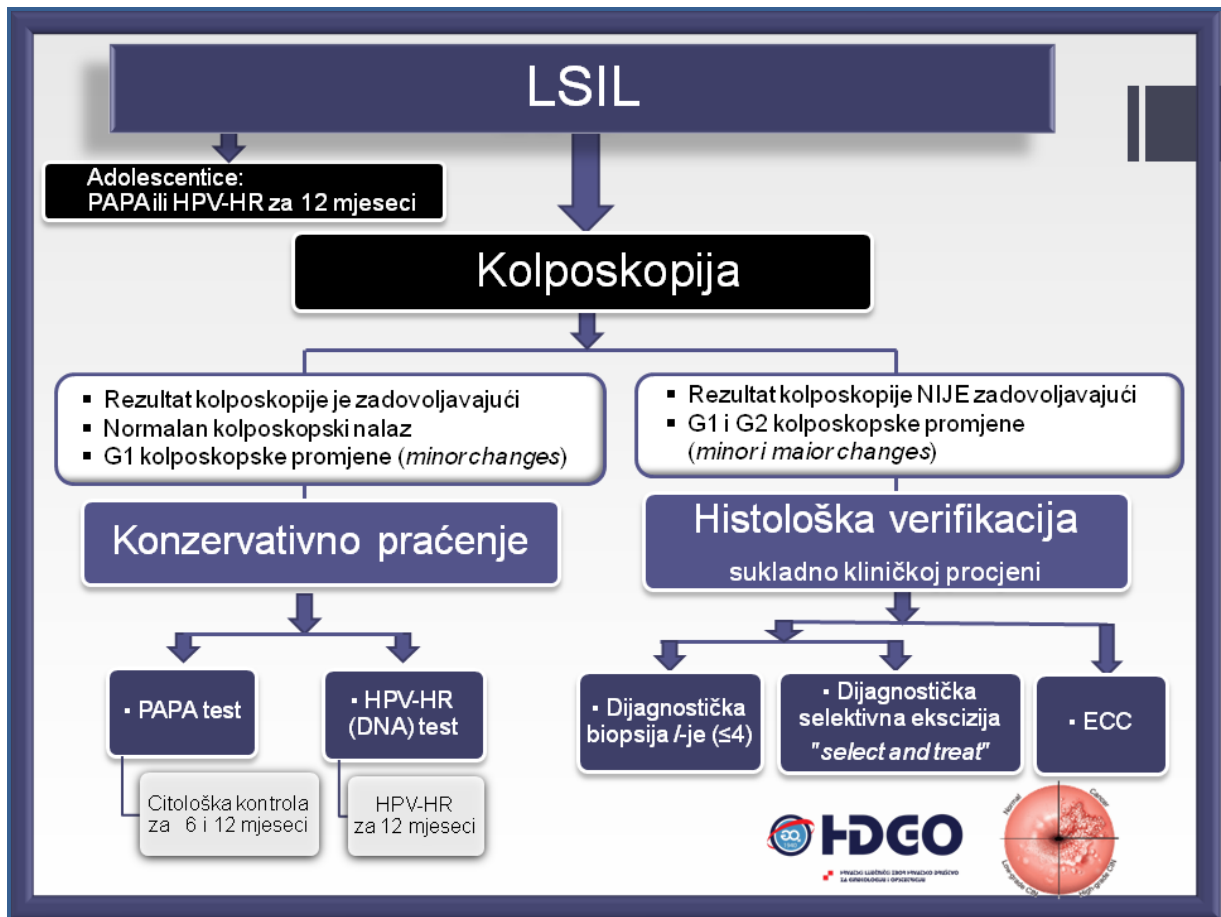


Hrvatsko društvo za ginekologiju i onkologiju
Hrvatsko društvo za onkologsko ginekološko društvo
Hrvatsko društvo za kolposkopiju i bolesti vrata maternice
Sekcija ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Hrvatsko društvo za kliničku citologiju
Hrvatsko društvo za patologiju i sudsku medicinu



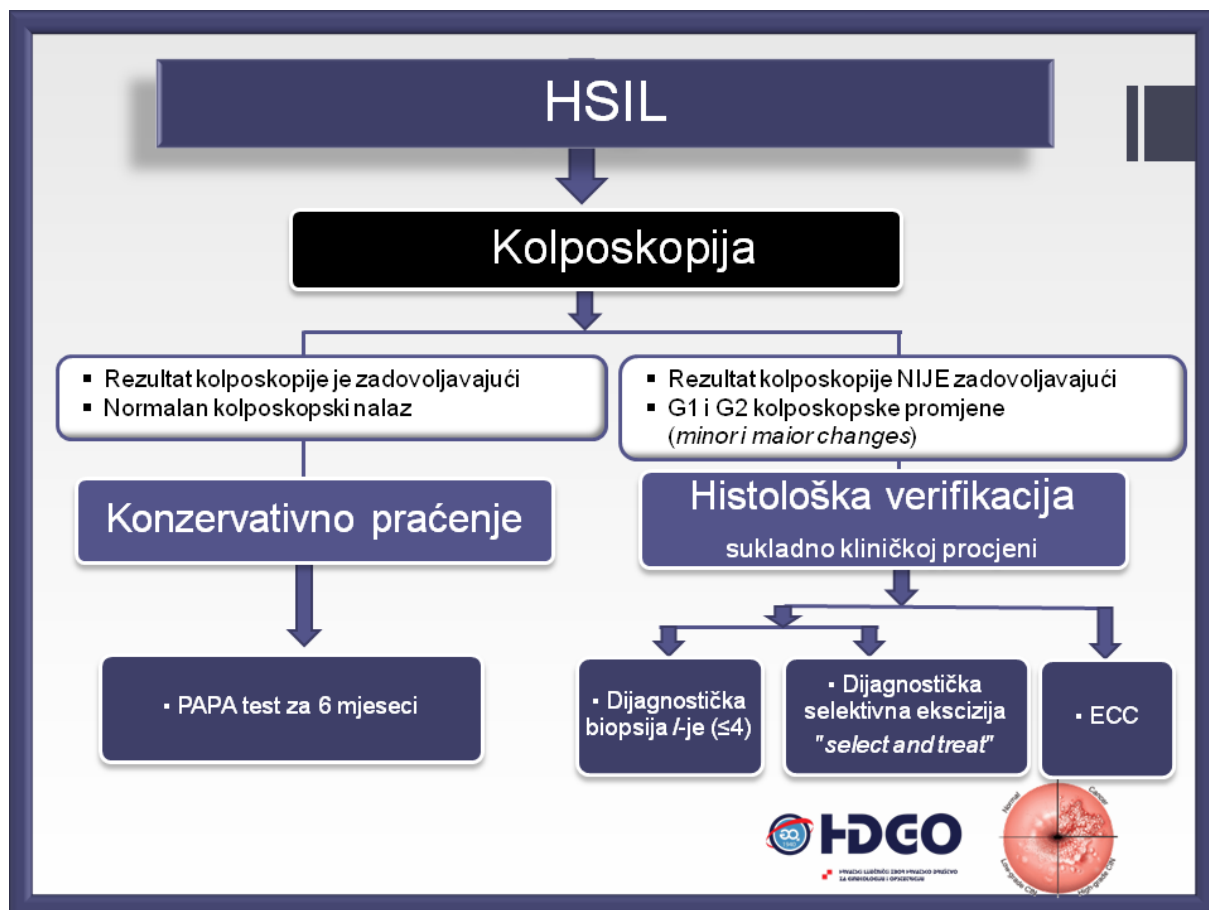
LSIL

Algoritam LSIL



HSIL

Algoritam HSIL

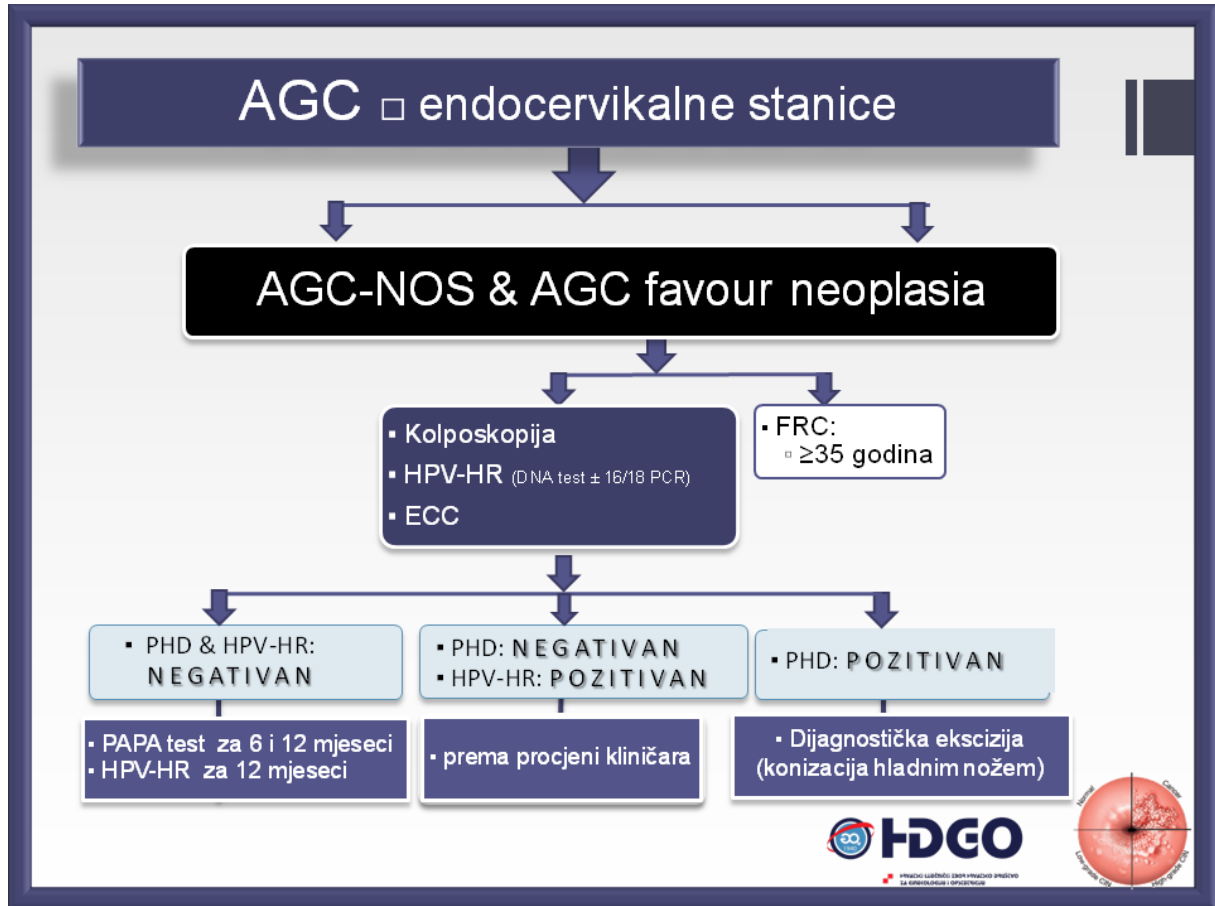


Hrvatsko društvo za ginekologiju i onkologiju
Hrvatsko društvo za onkologsko ginekološko društvo
Hrvatsko društvo za kolposkopiju i bolesti vrata maternice
Sekcija ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Hrvatsko društvo za kliničku ginekologiju
Hrvatsko društvo za patologiju i sudsku medicinu



AGC □ endocervikalne stanice

Algoritam AGC □ endocervikalne stanice

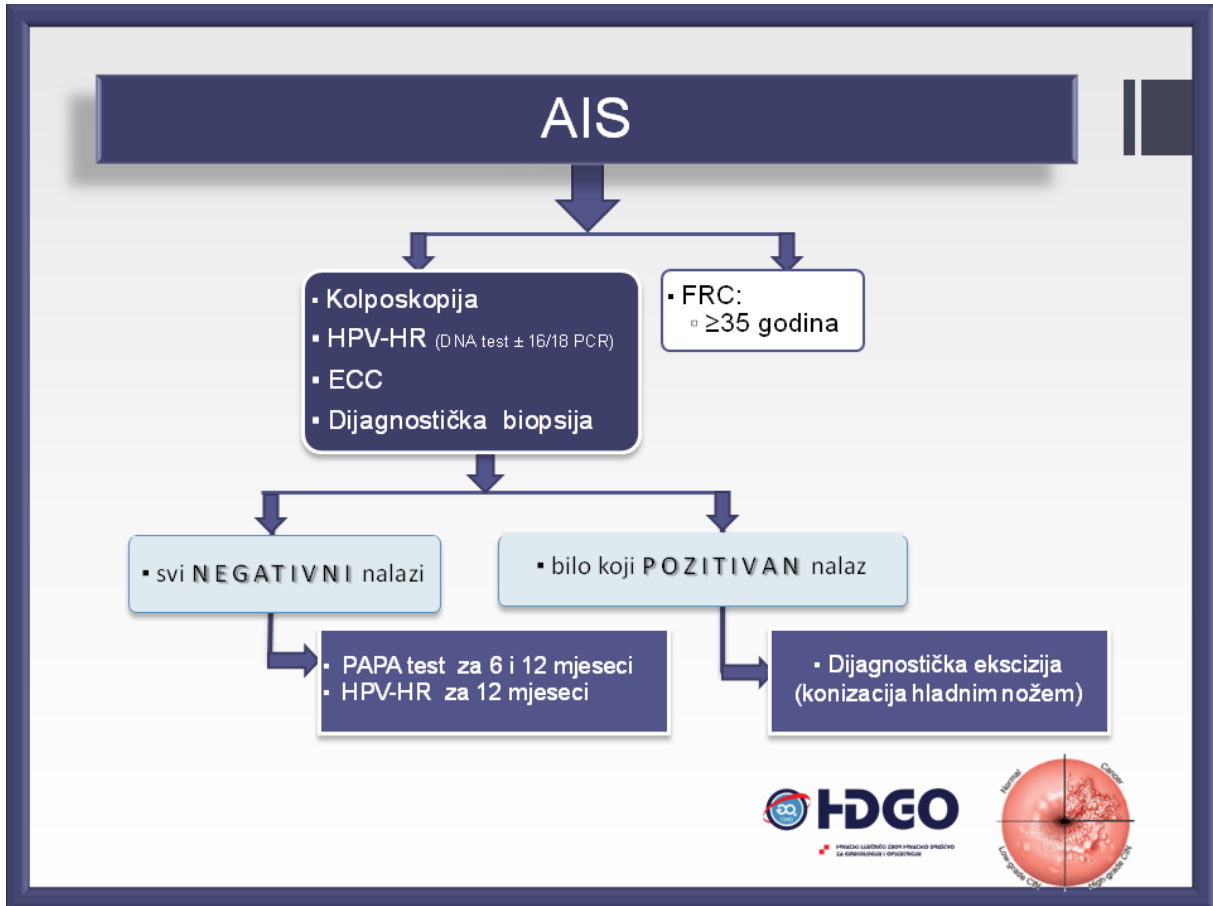


Hrvatsko društvo za ginekologiju i onkologiju
Hrvatsko društvo za onkologsko društvo
Hrvatsko društvo za kolposkopiju i bolesti vrata maternice
Sekcija onkologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Hrvatsko društvo za kliničku ginekologiju
Hrvatsko društvo za patologiju i sudsku medicinu



AIS □ citologija

Algoritam AIS □ citologija



Hrvatsko društvo za ginekologiju i onkologiju
Hrvatsko društvo onkološko ginekološko društvo
Hrvatsko društvo za kolposkopiju i bolesti vrata maternice
Sekcija onkologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Hrvatsko društvo za kliničku citologiju
Hrvatsko društvo za patologiju i sudsku medicinu



Medicinski utemeljeni dokazi





Stupanj evidencije

A	Dobri medicinski utemeljeni dokazi za učinkovitost i kliničku dobrobit određene procedure, preporuka za upotrebu.
B	Umjerena evidencija za učinkovitost, ali i ograničenu kliničku dobrobit određene procedure, preporuka za upotrebu.
C	Medicinski utemeljeni dokazi nedostaju ili su insuficijentni da bi podržali upotrebu ili izbjegavanje određenog postupka, preporuka se može dati na temelju drugih razloga.
D	Umjerena evidencija za neučinkovitost ili neželjene učinke određene procedure koji podržavaju preporuku za izbjegavanje određene procedure.
E	Dobri medicinski utemeljeni dokazi za neučinkovitost ili neželjene učinke određene procedure koji podržavaju preporuku za izbjegavanje određene procedure.









Kvalitet medicinski utemeljenih dokaza / evidencije

I	Medicinski utemeljeni dokazi zasnovani na rezultatima najmanje jedne randomizirane, kontrolirane studije
II	Medicinski utemeljeni dokazi zasnovani na rezultatima najmanje jedne kliničke kohortne ili „case-control“ analitičke studije, po mogućnosti multicentričkog karaktera, na multiplim studijama praćenja ili dramatičnim rezultatima nekontroliranih pokusa.
III	Medicinski utemeljeni dokazi zasnovani na kliničkom iskustvu, deskriptivnim studijama, prikazima ili mišljenju skupine eksperata.

Vrsta preporuke

preporučuje se		Dobri medicinski utemeljeni dokazi za preporuku, ako je moguća samo jedna opcija.
najbolja opcija je		Najbolja opcija ili jedna od najboljih opcija, ako postoji više mogućnosti.
prihvatljivo je		Jedna od više opcija, kada postoje ili dokazi da je druga opcija bolja ili nema dokaza koji bi dali prednost bilo kojoj pojedinačnoj mogućnosti.
nije prihvatljivo		Dobri medicinski utemeljeni dokazi protiv preporuke.

ASC-US

A I		U praćenju i liječenju ASC-US-a kod žena > 20 godina ravnopravne su tri metode: citološko praćenje, HPV-HR test i kolposkopija.
A I		HPV-HR test (<i>reflex HPV DNA testing</i>) je metoda izbora u evaluaciji ASC-US-a kod tekuće citologije.
B II		Kod pacijentica s ASC-US-om kod kojih je HPV-HR test negativan, najbolja opcija je ponoviti PAPA test za 12 mjeseci.
A II		Kod pacijentica s ASC-US-om kod kojih je HPV-HR test pozitivan najbolja opcija je učiniti kolposkopiju.
B II		Ukoliko se kod pacijentica s ASC-US-om pri kolposkopiji ne identificira lezija, najbolja opcija je učiniti endocervikalnu kiretažu.
A II		Ukoliko kod pacijentica s ASC-US-om rezultat kolposkopije nije zadovoljavajući najbolja opcija je učiniti endocervikalnu kiretažu.
A I		Najveću dobit od endocervikalne kiretaže ostvaruju pacijentice kod kojih je indicirana ekscizijska biopsija, pacijentice >45 godina koje su više puta rodile, kod kojih je rezultat kolposkopije nezadovoljavajući, a kolposkopske lezije su grubog karaktera.
C II		Ako je rezultat kolposkopije zadovoljavajući, a lezija se nalazi unutar transformacijske zone, endocervikalna kiretaža je prihvatljiva opcija u evaluaciji ASC-US-a.



B II		Prihvatljiva opcija u postkolposkopskoj evaluaciji pacijentica s ASC-US-om, kod kojih je HPV-HR pozitivan a kolposkopski nije identificirana lezija, je citološka kontrola za 6 i 12 mjeseci, kao i HPV-HR test za 12 mjeseci.
E III		Ne preporučuje se ponavljati HPV-HR test u intervalima kraćim od 12 mjeseci.
A II		Ako je citološka kontrola metoda evaluacije ASC-US-a, preporuka je kontrolirati PAPA test u razmacima od 6 mjeseci sve dok dva uzastopna PAPA testa ne budu negativna na intraepitelnu leziju ili malignitet.
A II		Kolposkopija se preporučuje ženama s ASC-US-om ili većom citološkom abnormalnosti na kontrolnom PAPA testu.
A II		Nakon dva PAPA testa negativna na intraepitelnu leziju ili malignitet, pacijentica se vraća u rutinski citološki probir.
B III		Ako je kolposkopija metoda evaluacije ASC-US-a, ženama s urednim nalazom preporučuje se ponoviti PAPA test za 12 mjeseci.
E II		Neprihvatljiva je rutinski see-and-treat postupak kod žena s ASC-US-om u odsustvu histološke verifikacije CIN2/3.
B II		U adolescentica s ASC-US-om, preporučuje se citološka kontrola za 12 mjeseci.
A II		Adolescentice kod kojih je nakon 12 mjeseci od inicijalnog ASC-US-a prisutan HSIL, upućuju se na kolposkopiju.
A II		Adolescentice kojih je i nakon 24 mjeseca od inicijalnog ASC-US-a prisutan ASC-US, upućuju se na kolposkopiju.
E II		Kolposkopija i HPV-HR test su neprihvatljive opcije u evaluaciji ASC-US-a kod adolescentica. Ako je HPV-HR već učinjen, ovaj rezultat ne treba utjecati na evaluaciju ASC-US-a.
B II		Imunosuprimirane pacijentice, pacijentice inficirane s HIV, kao i postmenopausalne pacijentice s ASC-US-om liječe se na isti način kao pacijentice s ASC-US-om u općoj populaciji.
C III		Trudnice starije od 20 godina s ASC-US-om liječe se na isti način kao i žene koje nisu trudne, s iznimkom kolposkopije, koja se radi najranije 6 tjedana po porodu.
E III		Endocervikalna kiretaža u evaluaciji trudnica s ASC-US-om nije prihvatljiva opcija.

ASC-H

A II		Preporučuje se žene s citološkim nalazom ASC-H uputiti na kolposkopski pregled.
C III		U praćenju žena s ASC-H kod kojih se kolposkopski ne identificiraju promjene tipa <i>maior changes</i> prihvatljive opcije su HPV-HR test za 12 mjeseci ili kontrolni PAPA test za 6 i 12 mjeseci.
B II		Ako je kontrolni HPV-HR test pozitivan, ili se u kontrolnom PAPA testu ponovno javljaju promjene tipa ASCUS ili veće, preporučuje se učiniti kontrolnu kolposkopiju.
A I		Ako je kontrolni HPV-HR test negativan, ili su oba kontrolna PAPA testa negativna na intraepitelnu leziju ili malignitet, preporučuje se vratiti pacijenticu u rutinsku ginekološku skrb.

LSIL

A II		Kolposkopija metoda izbora koja se preporučuje za daljnju evaluaciju LSIL, osim u posebnim populacijama.
B II		Endocervikalna kiretaža je najbolja opcija u slučaju kada se lezija ne identificira kolposkopskim pregledom.
C II		Endocervikalna kiretaža je prihvatljiva opcija u slučaju zadovoljavajuće kolposkopije kada je lezija unutar transformacijske zone.
A I		Najveću dobit od endocervikalne kiretaže ostvaruju pacijentice kod kojih je indicirana ekscizijska biopsija, pacijentice >45 godina koje su više puta rodile, kod kojih je rezultat kolposkopije nezadovoljavajući, a kolposkopske lezije su grubog karaktera.
B II		Prihvatljive postkolposkopske opcije u liječenju LSIL, ako kolposkopski nisu identificirane <i>maior changes</i> su ponavljanje citologije u intervalu od 6 i 12 mjeseci ili HPV-HR testiranje.
A I		Ako su dva kontrolna PAPA testa negativna na intraepitelnu leziju ili je HPV-HR negativan, preporučuju se daljnje kontrole u okviru rutinske ginekološke skrbi.
A I		Ako kontrolni PAPA test pokazuje ASC-US ili promjene veće od ASC-US-a, ili je HPV-HR pozitivan, preporučuje se daljnje kolposkopsko praćenje pacijentice.
E II		Neprihvatljiva opcija je inicijalna dijagnostička ekscizija ili ablativni postupci kod pacijentica s LSIL, u odsustvu histološke dijagnoze CIN.
A II		Kod adolescentica s LSIL, preporučuje se citološka kontrola za 12 mjeseci.
A II		Kolposkopija se preporučuje samo kod adolescentica kod kojih se na kontrolnom PAPA testu nalazi HSIL ili teže promjene.
A II		Kolposkopija se preporučuje kod adolescentica kod kojih ASC-US ili teže promjene perzistiraju u kontrolnom PAPA testu nakon 24 mjeseca.
E II		HPV-HR testiranje je neprihvatljivo u adolescentnoj populaciji s LSIL. Ukoliko je HPV-HR test slučajno napravljen, rezultat ovog testa ne treba utjecati na daljnje liječenje.
C III		Prihvatljive opcije u liječenju postmenopausalnih pacijentica s LSIL su <i>refleksno</i> HPV-HR testiranje, ponavljanje PAPA testa za 6 i 12 mjeseci i kolposkopija.
A II		Ako je HPV-HR test negativan ili se kolposkopski ne identificira lezija, preporučuje se kontrolni PAPA test za 12 mjeseci.
A II		Ako je ili HPV-HR test pozitivan ili se na kontrolnom PAPA testu nalaze promjene tipa ASC-US ili teže promjene, preporučuje se učiniti kolposkopiju.



A II		Ako su dva uzastopna PAPA testa negativna na intraepitelnu leziju ili malignitet, preporučuje se rutinska ginekološka skrb.
B II		Najbolja opcija za trudnice koje nisu u adolescentnoj dobi, a kod kojih PAPA test pokazuje LSIL je kolposkopija.
E III		Endocervikalna kiretaža nije prihvatljiva opcija u liječenju LSIL kod trudnica.
B III		Prihvatljiva opcija kod nalaza LSIL u trudnica je odgađanje inicijalne kolposkopije na 6 tjedana poslije poroda.
B III		Kod trudnica s LSIL kod kojih su odsutne citološke, histološke ili kolposkopske promjene tipa <i>maior changes</i> na inicijalnoj kolposkopiji, preporučuje se nastaviti s praćenjem poslije poroda.
D III		Nisu prihvatljive daljnje citološke niti kolposkopske kontrole kod trudnica s LSIL, kod kojih su odsutne citološke, histološke ili kolposkopske promjene tipa <i>maior changes</i> na inicijalnoj kolposkopiji.














HSIL

B II		Prihvatljive opcije u evaluaciji i liječenju promjena tipa HSIL su <i>see-and-treat</i> postupak i kolposkopija s endocervikalnom kiretažom.
B III		Ako histologija ne potvrdi leziju \geq CIN2, prihvatljive opcije u praćenju HSIL su dijagnostička ekscizija (<i>loop target excision</i>) ili opservacija kombiniranim pristupom: kolposkopija + citologija u 6-mjesečnim intervalima tijekom godinu dana. Uvjet za konzervativno praćenje je da je rezultat kolposkopije zadovoljavajući, a endocervikalna kiretaža negativna.
C III		Ako je odabran konzervativni postupak (kolposkopija + citologija za 6 i 12 mjeseci), dijagnostička ekscizija se preporučuje kod ponovnog nalaza HSIL za 6 ili 12 mjeseci.
C III		Nakon 2 uzastopna PAPA testa negativna na intraepitelnu leziju ili malignitet, pacijentica se vraća u rutinsku ginekološku skrb nakon 12 mjeseci praćenja.
B II		Kod pacijentica s HSIL, kod kojih rezultat kolposkopije nije zadovoljavajući, preporučuje se učiniti dijagnostičku eksciziju, osim u određenim populacijama (npr. trudnice).
A I		Najveću dobit od endocervikalne kiretaže ostvaruju pacijentice kod kojih je indicirana ekscizijska biopsija, pacijentice >45 godina koje su više puta rodile, kod kojih je rezultat kolposkopije nezadovoljavajući, a kolposkopske lezije su grubog karaktera.
E II		Ablacijski postupak nije prihvatljiv u sljedećim slučajevima: nije učinjena kolposkopija, histološki nije verificirana lezija \geq CIN2, endocervikalna kiretaža pokazuje CIN bilo kojeg stupnja.
E II		Nije prihvatljiva trijaža pacijentica s HSIL zasnovana na HPV-HR testiranju ili rezultatima ponovljenih PAPA testova.
A II		Kod adolescentica s HSIL preporučuje se učiniti kolposkopiju.
A II		Postupak <i>see-and-treat</i> nije prihvatljiva opcija u liječenju HSIL kod adolescentica.
B III		Ako histološki nalaz ne potvrdi lezije \geq CIN2, najbolja opcija kod adolescentica je kolposkopsko/citološka opservacija svakih 6 mjeseci, tijekom 24 mjeseca, pod uvjetom da je rezultat kolposkopije zadovoljavajući, a endocervikalna kiretaža negativna.
E III		Dijagnostička ekscizija je u odabranim slučajevima i kod adolescentica prihvatljiva opcija u evaluaciji HSIL.
B III		Ako se kod adolescentica kolposkopijom identificiraju <i>maior changes</i> ili HSIL perzistira tijekom 12 mjeseci, preporučuje se učiniti biopsiju.
B III		Kod perzistencije HSIL promjena u adolescentica dulje od 24 mjeseca, preporučuje se učiniti dijagnostičku eksciziju.
B III		Ako su dva uzastopna PAPA testa negativna na intraepitelnu leziju ili malignitet, preporučuje se rutinska ginekološka skrb.
B II		Ako rezultat kolposkopije nije zadovoljavajući, ili se histološki nađe bilo koji CIN u endocervikalnom uzorku, tada se i kod adolescentica preporučuje dijagnostička ekscizija.
A II		Trudnicama s HSIL preporučuje se kolposkopija.
B III		Najbolja opcija kod trudnica s HSIL je ekspertna kolposkopija koju će učiniti kolposkopičar upućen u fiziološke promjene kolposkopskog nalaza tijekom trudnoće.
B III		Najbolja opcija kod trudnica s HSIL je biopsija svih kolposkopskih lezija tipa <i>maior changes</i> , biopsija drugih lezija je prihvatljiva.
E III		Nije prihvatljiva endocervikalna kiretaža kod trudnica.
E II		Nije prihvatljiva dijagnostička ekscizija tijekom trudnoće, osim ako PAPA test, kolposkopski nalaz ili biopsija ne ukazuju na invazivni karcinom.
C III		Kod trudnica s HSIL, kod kojih histološki nije verificirana lezija \geq CIN2, preporučuje se kontrolni PAPA test i kolposkopiju napraviti najranije 6 tjedana nakon poroda.

AGC

A II		Kod svih pacijentica s AGC i AIS preporučuje se učiniti kolposkopiju i endocervikalnu kiretažu.
B II		Preporučuje se učiniti frakcioniranu kiretažu (<i>endometrial sampling</i>) u nastavku na kolposkopiju kod svih pacijentica s AGC i AIS starijih od 35 godina.
A II		Preporučuje se učiniti frakcioniranu kiretažu (<i>endometrial sampling</i>) i kod svih pacijentica s AGC i AIS mlađih od 35 godina, s kliničkim indikacijama koje upućuju na povišeni rizik endometrijske neoplazije (nejasna vaginalna krvarenja, stanja koja ukazuju na kroničnu anovulaciju).
A II		Kod svih pacijentica s atipičnim endometrijskim stanicama preporučuje se frakcionirana kiretaža kao inicijalni tretman. Kolposkopija se može učiniti ili u okviru inicijalnog postupka ili nakon dobivenog PHD nalaza.



C III		Ako ranije nije učinjen HPV-HR test, najbolja opcija kod žena s atipičnim endocervikalnim, endometrijskim ili nespecificiranim glandularnim stanicama je učiniti ovaj test u vrijeme kolposkopije.
E II		Nije prihvatljiva uporaba samo HPV-HR testiranja ili samo citološkog praćenja u injicijalnoj trijaži niti jedne od kategorija AGC i AIS.
C II		Kod pacijentica s negativnim histološkim nalazom, preporučuje se kontrolni PAPA test i HPV-HR test za 6 mjeseci (ako je raniji HPV-HR test pozitivan), odnosno za 12 mjeseci (ako je raniji HPV-HR test negativan).
B II		Ako je kontrolni HPV-HR test pozitivan ili PAPA test pokazuje citološke abnormalnosti \geq ASCUS, preporučuje se učiniti kontrolnu kolposkopiju.
B II		Ako su kontrolni HPV-HR i PAPA test negativni, preporučuje se pacijenticu vratiti u rutinsku ginekološku skrb.
C III		Ako je kod pacijentica s AGC rezultat histologije negativan, kontrolni PAPA test negativan, a HPV status nije poznat, preporučuju se citološke kontrole svakih 6 mjeseci, sve dok 4 uzastopna PAPA testa ne budu negativna, nakon čega se pacijentica vraća u rutinsku ginekološku skrb.
A II		Ako tijekom injicijalne kolposkopije nije identificirana invazivna bolest, kod pacijentica s citološkim nalazom AGC ili AIS preporučuje se dijagnostička ekscizija.
B II		Preporučuje se odabrati tip dijagnostičke ekscizije tako da se dobije uzorak čiji će se rubovi moći dobro procijeniti.
B II		Najbolja opcija je uz dijagnostičku eksciziju učiniti i endocervikalnu kiretažu.
B II		Kod trudnica, injicijalna evaluacija obuhvaća kolposkopski pregled, pri čemu nisu prihvatljive opcije endocervikalna ili frakcionirana kiretaža.
B II		Kod asimptomatskih premenopauzalnih pacijentica s nalazom benignih endometrijskih stanica, stromalnih stanica ili histiocita, ne preporučuje se daljnja evaluacija.
B II		Kod postmenopauzalnih pacijentica s benignim endometrijskim stanicama, preporučuje se učiniti frakcioniranu kiretažu (<i>endometrial sampling</i>) neovisno o simptomima.
B II		Kod pacijentica kod kojih je učinjena histerektomija, kod kojih se u PAPA testu nalaze benigne glandularne stanice ne preporučuje se daljnja evaluacija.

