



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

□ terapijski 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

Terapijski postupnik

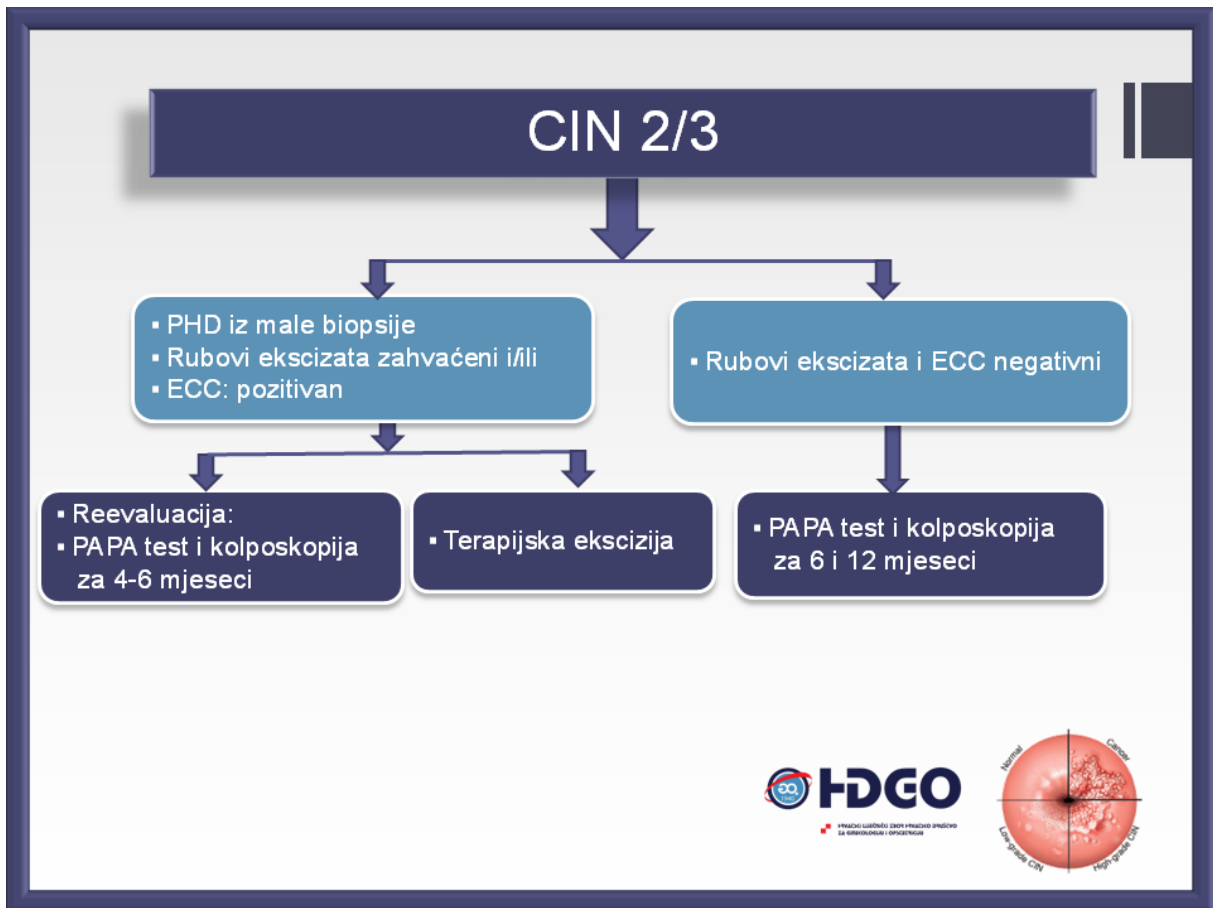
CIN1

Algoritam CIN1



CIN2/3

Algoritam CIN2/3

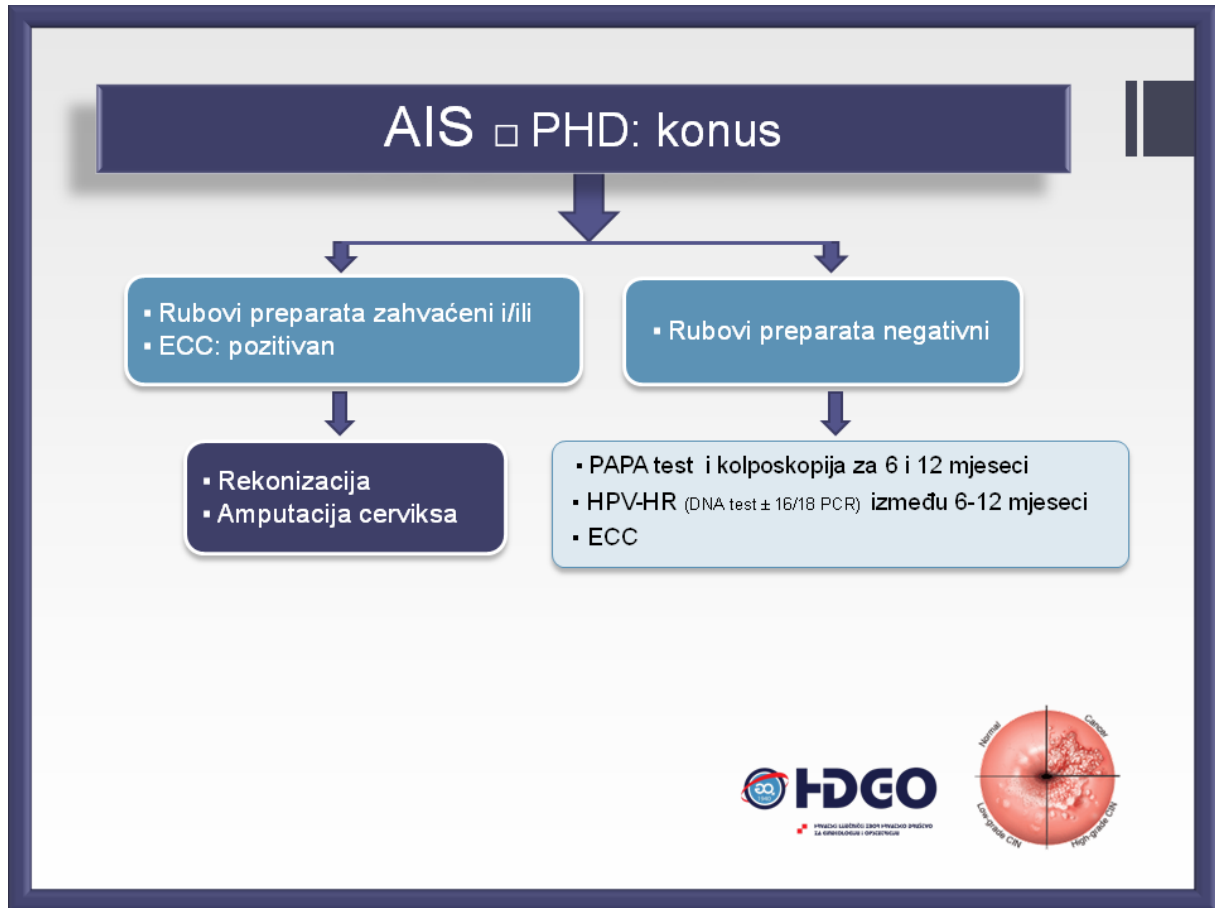


Hrvatsko društvo za ginekologiju i opstetričiju
Hrvatsko društvo za onkologsko društvo
Hrvatsko društvo za kolposkopiju i bolesti vrata maternice
Sekcija ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Hrvatsko društvo za kliničku citologiju
Hrvatsko društvo za patologiju i sudsku medicinu



CIN2/3 □ konus

Algoritam CIN2/3 □ konus

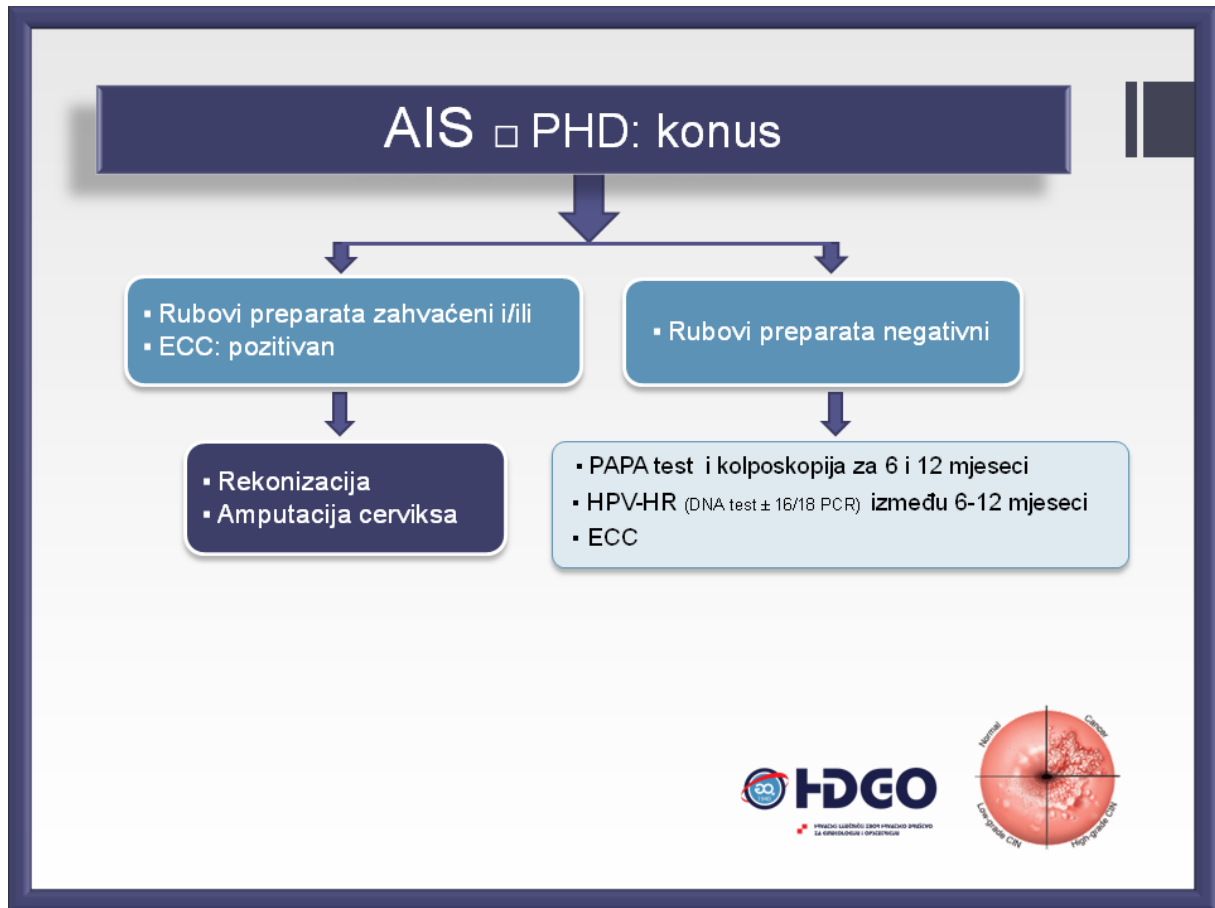


Hrvatsko društvo za ginekologiju i onkologiju
Hrvatsko društvo za onkologiju
Hrvatsko društvo za kolposkopiju i bolesti vrata maternice
Sekcija onkologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
Hrvatsko društvo za kliničku citologiju
Hrvatsko društvo za patologiju i sudsku medicinu



AIS □ konus

Algoritam AIS □ konus



Hrvatsko društvo za ginekologiju i obstetričiju
Hrvatsko društvo onkološko 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.

CIN1

B II		Kod žena s histološkom dijagnozom CIN1 kojoj je prethodio citološki nalaz ASC-US, ASC-H ili LSIL preporučuje se HPV-HR (DNA) testiranje za 12 mjeseci ili citološka kontrola za 6 do 12 mjeseci.
A II		Ako je HPV-HR (DNA) test pozitivan ili se u ponovnom PAPA testu dijagnosticiraju citološke abnormalnosti \geq ASC-US, preporučuje se kolposkopija.
A II		Ako je HPV test negativan ili su dva uzastopna PAPA testa "negativna na intraepitelnu leziju ili malignitet" preporučuje se rutinski citološki probir.
C II		Ako CIN1 perzistira najmanje 2 godine, prihvatljive opcije u liječenju su daljnji konzervativni nadzor ili liječenje.
A I		Ukoliko je liječenje odabrana opcija, a rezultat kolposkopije je zadovoljavajući, prihvatljive opcije su i destruktivno liječenje i dijagnostički ekscizijski postupak.
A III		Dijagnostički ekscizijski postupak se preporučuje ako rezultat kolposkopije nije zadovoljavajući, u endocervikalnom kiretmanu se nalazi CIN ili je pacijentica prethodno bila liječena.
A I		Preporučuje se odabrati način liječenja prema kliničkoj procjeni vođenoj iskustvom, resursima i kliničkim vrijednostima za specifičnog pacijenta.










E I		Nisu prihvatljivi destruktivni postupci kod pacijentica s CIN1, ako rezultat kolposkopije nije zadovoljavajući.
E II		Nije prihvatljiva vaginalna primjena i primjena podofilina ili proizvoda baziranih na podofilnu u području cerviksa.
E II		Histerektomija nije prihvatljiva kao primarna i principijelna opcija u liječenju histološke dijagnoze CIN1.
B III		Kod žena kod kojih su histološkoj dijagnozi CIN1 prethodile citološke abnormalnosti tipa HSIL ili AGC-NOS, prihvatljive opcije su dijagnostička ekscizijska procedura ili klinička opservacija s citološko-kolposkopskim kontrolama za 6 i 12 mjeseci pod uvjetom da je rezultat kolposkopije zadovoljavajući a endocervikalni kiretman negativan.
B II		Prihvatljiva opcija u ovim okolnostima je i revizija citološkog, histološkog i kolposkopskog nalaza, kada se liječenje prilagođuje smjernicama za revidiranu interpretaciju.
C III		Ako je odabrana klinička opservacija s citološko-kolposkopskom kontrolom, dijagnostička ekscizijska procedura se preporučuje kod žena kod kojih se na kontroli za 6 ili 12 mjeseci ponavljaju citološke abnormalnosti tipa HSIL ili AGC-NOS.
C II		Nakon godinu dana kliničke opservacije i 2 uzastopna PAPA testa "negativna na intraepitelnu neoplaziju ili malignitet", preporučuje se pacijenticu vratiti u rutinski citološki probir.
B II		Dijagnostički ekscizijski postupak se preporučuje kod žena s histološkom dijagnozom CIN1, ako je ovaj dijagnozi prethodio PAPA test HSIL ili AGC-NOS kod kojih rezultat kolposkopije nije zadovoljavajući, osim u specijalnim populacijama (npr. trudnice).
A II		Kod adolescentica s histološkom dijagnozom CIN1 preporučuje se konzervativni nadzor i citološka kontrola za 12 mjeseci.
A II		Samo ukoliko PAPA test za 12 mjeseci pokazuje citološke abnormalnosti \geq HSIL, preporučuje se adolescenticu uputiti na kolposkopski pregled.
A II		Ako PAPA test u kontrolnom pregledu za 24 mjeseca pokazuje citološke abnormalnosti \geq ASC-US, preporučuje se adolescenticu uputiti na kolposkopiju.
E II		HPV-HR (DNA) testiranje nije prihvatljiva opcija u nadzoru adolescentica s citološkim i histološkim abnormalnostima.
B II		Kod trudnica s histološkom dijagnozom CIN1 preporučuje se konzervativni nadzor i praćenje bez liječenja.
E II		Nije prihvatljivo liječenje trudnica s histološkom dijagnozom CIN1.






CIN2/3

A I		Prihvatljive opcije u liječenju žena s histološkom dijagnozom CIN2/3 kod kojih je rezultat kolposkopije zadovoljavajući jesu dijagnostička ekscizija i destrukcija transformacijske zone, osim u specijalnim okolnostima.
A II		Kod žena s ponavljanim nalazom CIN2/3 preporučuje se dijagnostička ekscizijska procedura.
A II		Kod ženama histološkom dijagnozom CIN2/3 kod kojih rezultat kolposkopije nije zadovoljavajući nije prihvatljiva destrukcija transformacijske zone nije prihvatljiva.
E II		Klinička opservacija žena s CIN2/3 sekvencijskom citologijom ili kolposkopijom nije prihvatljiv način liječenja, osim u specijalnim okolnostima.
E II		Histerektomija nije prihvatljiva kao primarna terapijska opcija u liječenju CIN2/3.
B II		Prihvatljiva opcija u nadzoru žena liječenih od CIN2/3 uključuje HPV-HR (DNA) testiranje za 6 i za 12 mjeseci.
B II		Prihvatljive opcije u nadzoru žena liječenih od CIN2/3 jesu citologija i kombinirani citološko-kolposkopski pregled za 6 mjeseci.
B II		Kod HPV-HR pozitivnih žena i žena kod kojih se u kontrolnom PAPA testu javljaju citološke abnormalnosti \geq ASC-US, preporučuje se učiniti kolposkopiju s endocervikalnom kiretažom.
A I		Ako je HPV-HR (DNA) test negativan ili su dva uzastopna PAPA testa "negativna na intraepitelnu neoplaziju ili malignitet" rutinski citološki probir jednom godišnje preporučuje se tijekom najmanje sljedećih 20 godina.
E II		Histerektomija nije prihvatljiva opcija u liječenju ako se temelji samo na pozitivnom nalazu HPV-HR (DNA) testa.
C III		Ako su na histološkom preparatu promjene CIN2/3 prisutne na rubovima ili u endocervikalnom kiretmanu neposredno nakon ekscizije, najbolja opcija je citološka reevaluacija uz endocervikalnu kiretažu 4-6 mjeseci nakon ekscizijskog postupka.
C III		Prihvatljiva opcija kod ovih žena je i ponovna dijagnostička ekscizijska procedura (re-ekscizija).
B II		Histerektomija je u ovom slučaju prihvatljiva opcija ukoliko re-ekscizija nije moguća.
B II		Ponovna dijagnostička ekscizija ili histerektomija su prihvatljive opcije kod recidivirajućeg ili perzistirajućeg CIN2/3.
B III		Kod adolescentica i mladih žena s histološkom dijagnozom CIN2/3 (nespecificirano) prihvatljive opcije jesu liječenje i klinička opservacija tijekom 24 mjeseca kombiniranim citološko-kolposkopskim pregledima svakih 6 mjeseci tijekom narednih 24 mjeseca, pod uvjetom da je rezultat kolposkopije zadovoljavajući.
B III		Ukoliko je specificirana histološka dijagnoza CIN2, najbolja opcija je klinička opservacija, ali je liječenje prihvatljiva opcija.
B III		Ukoliko je specificirana dijagnoza CIN3 ili rezultat kolposkopije nije zadovoljavajući, preporučuje se liječenje.
B III		Ukoliko se slika kolposkopske lezije pogoršava ili ako citološke abnormalnosti tipa HSIL ili kolposkopske lezije tipa "high grade" perzistiraju dulje od 1 godine, preporučuje se ponovna dijagnostička biopsija.
B II		Nakon dva uzastopna PAPA testa "negativna na intraepitelnu leziju ili malignitet" adolescentice i mlade žene s normalnim kolposkopskim nalazom se mogu vratiti u rutinski citološki probir.



B II		Liječenje se preporučuje ako se CIN2/3 perzistira 24 mjeseca ili ponovna biopsija pokazuje CIN3.
B II		U odsustvu invazivne bolesti ili uznapredovale trudnoće, kod trudnica s histološkom dijagnozom CIN2/3 prihvatljiva opcija je citološko-kolposkopska kontrola u intervalima koji nisu češći od 12 tjedana.
B II		Ponovna biopsija kod trudnica se preporučuje kod pogoršanja slike kolposkopske lezije i citološkog nalaza koji ukazuje na invaziju.
B II		Prihvatljiva opcija je reevaluacija najranije 6 tjedana postpartalno.
B II		Kod trudnica se dijagnostički ekscizijski postupak preporučuje ako je suspektna invazija.
E II		Ukoliko se ne identificira invazivni karcinom, liječenje nije prihvatljiva opcija u trudnoći.
C III		Reevaluacija uz citološko-kolposkopski pregled se ne preporučuje ranije od 6 tjedana nakon poroda.

AIS

C III		Najbolja opcija u liječenju žena s histološkom dijagnozom AIS, a koje su završile rađanje je histerektomija.
A II		Konzervativno liječenje nakon konizacije je prihvatljiva opcija kada se želi očuvati fertilitet žene.
C III		Ukoliko je planirano konzervativno liječenje nakon konizacije, a rubovi konusa su bili zahvaćeni ili je endocervikalni kiretman pokazivao CIN ili AIS u vrijeme ekscizije, najbolja opcija koja povećava vjerojatnost kompletne ekscizije je re-ekscizija.
C III		U uvjetima konzervativnog pristupa nakon konizacije, prihvatljiva opcija je reevaluacija nakon 6 mjeseci koja obuhvaća multimodalni pristup: kombinaciju citološko-kolposkopskog pregleda i HPV-HR (DNA) testiranja s endocervikalnom kiretažom.
C III		Kod žena s histološkom dijagnozom AIS kod kojih nije učinjena histerektomija preporučuje se dugoročni nadzor i praćenje multimodalnim pristupom.

