

SFOGs råd för cervixcancerprevention

Sammanfattning - ARG-rapport nr 63

Multidisciplinära styrgrupper med mandat att samordna screeningprogrammen skall finnas i varje län och region. De skall vara ansvariga för samordnad implementeringen och monitoreringen av förändringar i organisation, metod och behandling ska även monitorera effekten av vaccinationsprogrammet.

Krav på utbildning av kolposkopister

Kolposkopisk skicklighet underlättar den svåra balansgången att fånga dysplasi och tidig cancer innan de hotar patientens hälsa och fertilitet och samtidigt undvika överbehandling som kan medföra risk för komplikationer t.ex. prematuritet.

HPV tester

Införs på vissa nivåer i screeningprogrammet.

Handläggningen av avvikande cellprovfynd i screeningen stramas upp

Lätt dysplasi, CIN1 och Lätt skivepitelatypti/ASCUS, är de överlägset vanligaste diagnoserna för avvikande cellprover. Flertalet är reaktiva och reversibla men bland dessa diagnoser finns också de flesta fallen av det som efter utredning visar sig vara höggradig dysplasi. Hittills rådande strategi att antingen följa förändringarna cytologiskt eller att remittera alla fall till kolposkopi och biopsi är otillräckliga respektive resurskrävande. Därför rekommenderas istället sortering (triage) med HPV-testning av de lätta förändringarna inom ramen för screeningen för att selektera ut de förändringar som kräver kolposkopi och eventuellt behandling, i vissa åldrar.

Se vidare flödesschema för handläggning av kvinnor med:

- [Lätt skivepitelatypti \(ASC-US\) eller CIN1 >>](#)

Höggradiga cellförändringar, CIN2-3 Misstänkt höggradig dysplasi, ASC-H, oklar atypi och körtelatypti, flaggar i hög utsträckning för behandlingskrävande dysplasi och skall direkt remitteras till utredning av utbildad kolposkopist.

Se vidare flödesschema för handläggning av kvinnor med:

- [Cytologprov som visar CIN2, CIN3, oklar atypi, misstänkt höggradig dysplasi \(ASC-H\) eller misstanke om cancer >>](#)

Handläggning av cellförändringar hos yngre kvinnor

Utredningen avser att fastställa om screeningfyndet motsvaras av en precancerös lesion och om den behöver behandlas. Handläggningen skall anpassas till risken för progression till cancer, patientens ålder, och till patientens önskemål om att avstå från operation t.ex. för bevarande av fertiliteten. Låggradiga PAD-verifierade lesioner (CIN1) hos kvinnor under 40 år bör i första hand följas. Under vissa omständigheter kan detta också gälla CIN2 hos de yngsta kvinnorna.

Uppföljning efter dysplasi behandling

HPV test kan utföras vid andra kontrollen, 12 månader, efter behandling av höggradig dysplasi. Förlängd uppföljning i minst 25 år förbi 60-årsgränsen. Dysplasi/kontrollfil rekommenderas som stöd för kallelserna.

Se vidare flödesschema:

- [Uppföljning efter dysplasibehandling >>](#)

Gravida kvinnor Skall erbjudas cellprov om det gått mer än 2,5 år senaste prov och kolposkoperas vid avvikande fynd för uteslutande av invasion, men behandling av dysplasi kan skjutas till efter graviditeten.

Kvinnor som ej deltagit i screening inom rekommenderade intervall ska erbjudas provtagning i samband med gynunderökning av annan orsak.

Registrering av HPV data

En nationell standard för HPV registrering och rapportering av HPV-svarsdata har tagits fram och är en förutsättning för ett effektivt införande och utvärdering av HPV-teknologi i screeningprogrammen.

Vi har även i rapporten beaktat och ger kunskapsunderlag för de förändringar som nu är på gång inom cervixcancerpreventionen:

- Vätskebaserad cytologi är under införande i flera län vilket ger möjlighet till reflextestning för humant papillomvirus (HPV).
- Olika kombinationer av cytologi, HPV-testning och organisatoriska, IT-baserade, lösningar för att öka täckningsgraden prövas och utvärderas i olika delar av Sverige, bl.a. inom ramen för kontrollerade studier.
- Organiserad vaccination mot HPV är under införande och kommer att ges i skolan till flickor födda 1999 och senare från höstterminen 2010.