

SFOG-riktlinje av NVP för cervixcancerprevention, uppdaterad 190330.

Mål med SFOG-RIKTLINJE	3
Termer och förkortningar.....	4
1. PRIMÄRPREVENTION (Kapitel 5 och 6 i vårdprogrammet)	8
2. PROVTAGNING AV CELLPROV FÖR CYTOLOGI OCH HPV (Kapitel 11 i vårdprogrammet)	9
3. LABORATORIEANALYSER (Kapitel 12 i vårdprogrammet)	10
4. TRIAGE I GCK SAMT ANNAN HANDLÄGGNING AV AVVIKANDE PROVER VID LABORATORIET (Kapitel 13 i vårdprogrammet)	12
5. KOLPOSKOPI OCH UTREDNING AV AVVIKANDE CELLPROV (Kapitel 15 i vårdprogrammet)	17
6. HANDLÄGGNING EFTER UTREDNING SOM VISAR DYSPLASI (Kapitel 16 i vårdprogrammet)	24
7. UPPFÖLJNING EFTER DYSPLASIBEHANDLING (kapitel 17 i vårdprogrammet) ..	29
8. SCREENING, UTREDNING, BEHANDLING OCH UPPFÖLJNING AV SÄRSKILDA GRUPPER (Kapitel 18 i vårprogrammet)	32
9. BIEFFEKTER AV SCREENING (Kapitel 19 i vårdprogrammet)	36
10. KVALITETSUPPFÖLJNING (Kapitel 15 i vårdprogrammet)	38
11. ANSVARSFÖRDELNING (Kapitel 7,9,14,15,21,23,24 i vårdprogrammet).....	40

MÅL MED SFOG-RIKTLINJE

Uppdaterad 190330 Elfgren/Kärrberg

Det nationella vårdprogrammet för cervixcancerprevention har utarbetats av Nationella arbetsgruppen för cervixcancerprevention i samarbete med ytterligare experter och fastställdes av RCC i samverkan 12 januari 2017. Redigering av vårdprogrammet har gjorts av arbetsgruppen för cervixcancerprevention (C-arg), redaktionsgrupp: Kristina Elfgren, Cecilia Kärrberg, Bengt Andrae, Sofia Ganidou, Viviann Mattsson, Hanna Sahlgren, Hana Shabana, Marcus Stenberg Ribeiro, Nikos Stergiopoulos.

Mot bakgrund av ny kunskap om minskad känslighet i cytologiska prov uppdaterades vårdprogrammet i december 2018 enligt följande:

- **Kvinnor med positivt testresultat för HPV 16 och/eller 18 och med normalt cytologiskt prov som triage erbjuds ny provtagning inom GCK 18 månader efter indexprovet.**
- **Vid typspecifik persistens av HPV 16 eller 18 remitteras kvinnan för kolposkopi och utreds efter riktlinjer för persisterande HPV (kapitel 15.5.2 och 15.6 i det Nationella Vårdprogrammet).**
- **Kvinnor med HPV non 16/18 erbjuds komma som hittills, nytt prov efter 36 månader.**

Denna SFOG-riktlinje syftar till att ge gynekologen en användbar klinisk kortversion av det nya nationella vårdprogrammet. Riktlinjen omfattar primär (kapitel 5)- och sekundärprevention i form av screening och formella krav (kapitel 7), provtagning (kapitel 11), laboratorieanalyser (kapitel 12), triage i GCK (kapitel 13), kolposkopi och utredning (kapitel 15), handläggning efter utredning (kapitel 16), uppföljning efter behandling (kapitel 17), screening, uppföljning och behandling av särskilda grupper (kapitel 18) samt bieffekter av cervixscreening (kapitel 19). I varje avsnitt finns en hänvisning till det ursprungliga vårdprogrammet för cervixcancerprevention och dess referenslista: <http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/varprogram/>

Införandet av Socialstyrelsens rekommendationer från juni 2015 kommer att ytterligare förbättra tillförlitligheten med provtagningen och beräknas sänka antalet nyinsjuknande med 10 - 20% jämfört med nuläget. Samtidigt möjliggörs en större enhetlighet i screening och uppföljning av avvikande prover med inriktning att landets kvinnor ska erbjudas en optimal, modern och evidensbaserad vård.

Huvudmålet är att rekommendera insatser och handläggning vid screening och utredning samt vidare åtgärder och uppföljning efter åtgärder i en sammanhållen vårdkedja för att i första hand förebygga insjuknande i cervixcancer. Insatserna ska också leda till tidig upptäckt av invasiv cancer. De ska vara kostnadseffektiva, evidensbaserade, bygga på bästa möjliga vård för hela befolkningen liksom för individerna, också med hänsyn till biverkningar. Insatserna ska vara lika för hela landet, erbjuda vård över landstingsgränser och vara regionalt och nationellt samordnade när det är till fördel för kvinnorna. Ansvarsfördelningen mellan huvudman, verksamhetschef, dysplasiansvarig gynekolog, GCK-administrationen, patologkliniken och laboratoriet finns beskriven i det sista kapitlet (Kapitel 12).

Termer och förkortningar

Term/förkortning	Förklaring eller hittillsvarande benämning
AIS	Adenocarcinoma in situ
ART	Antiretroviral terapi
ASC-H	Atypiska skivepitelceller celler talande för höggradig dysplasi
ASCUS	Atypiska skivepitelceller av oklar betydelse
Atypi	Företrädesvis ^{cytologisk} förändring
Cellprov	Prov taget från cervix eller vagina för analys med cytologi och/eller HPV
Cervixcancer	Malign epitelial tumör utgående från slemhinnan i livmoderhalsen. I dagligt tal och i kontakt med allmänheten används benämningen livmoderhalscancer.
Cervixcancer-prevention	Samlat begrepp för prevention, främst HPV-vaccination och screening
Cervixscreening	Begrepp att använda för screeningverksamheten i stället för screening för cervixcancer eller cervixcancerscreening
CIN	Intraepitelial neoplasi i cervix. Äldre beteckning på HSIL och LSIL (se nedan).
CIN2+	Dysplasi grad 2 eller ”värre” i CIN-nomenklaturen. Inkluderar vanligen också cancer
Cylinderresektion	Högre cylindrisk resektion med nål eller laser
Dubbelanalys	Cellprov med analys för både cytologi och HPV
Dysplasi	Företrädesvis histopatologisk förändring (LSIL, HSIL, AIS)
Dysplasisköterska/dysplasisbarnmorska	Sjuksköterska eller barnmorska som arbetar på kolposkopimottagning och deltar i vården av patienter med avvikelser i cervixprov
GCK	Benämning för vårdkedjan gynekologisk cellprovskontroll, d.v.s. den organiserade cervixscreeningverksamheten. Då patienter hänvisas till GCK i detta dokument menas specifikt den kallelse- och befolkningsbaserade screeningverksamheten med provtagning inom mödrahälsovården och som inkluderar Kontrollfil HPV-positiva och Kontrollfil efter behandling.
GvH	Graft versus host disease. Avstöttningsreaktion efter stamcellstransplantation som också drabbar frisk vävnad, främst slemhinnor.
HPV	Humant papillomvirus. Om inte annat anges i texten refererar HPV till högrisk-HPV.
hrHPV	Högrisk-HPV. HPV-typerna 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 och 68 som av WHO (IARC) fastställts antingen som etablerade orsaker till cervixcancer (carcinogen klass I (HPV16, 18, 31, 33, 35, 39,

	45, 51, 52, 56, 58, 59 eller som trolig orsak till cervixcancer (carcinogen klass 2A (HPV68)) .
HSIL	Höggradig intraepitelial skivepitellesion i PAD. Motsvarar CIN 2–3.
HSILcyt	Höggradig intraepitelial skivepitellesion i cytologi. Motsvarar CIN 2–3.
IARC	International Agency for Research on Cancer, WHO:s cancerinstitut
IFCPC	International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy
Indexprov	Det cellprov som föranledde utredningen. Tidsangivelser från indexprov gäller tidpunkten då provtagningen skedde, inte t.ex. när det svarades ut från laboratoriet.
IPV	International Papillomavirus Conference
Kallelse	Inbjudan till gynekologisk cellprovskontroll
Kallelsekansli	Enhet som ansvarar för kallelserna i ett landsting
Kolposkopist	Gynekolog som uppfyller vårdprogrammets krav på kolposkopister
Kompletterande screening	<ul style="list-style-type: none"> - Prov taget inom 6 månader före förväntad kallelse. - Prov som tas när kallelse tidigare skickats men tas i screeningsyfte i ett annat sammanhang. - Prov taget på underscreenad kvinna.
Kontrollfil	IT-funktion som styr så att kvinnor som utgör definierade riskgrupper inom GCK får särskild bevakning av valda parametrar och kan få andra kallelseintervall eller annan uppföljning än vad som i övrigt gäller inom GCK. Kontrollfilerna är del av GCK med samma kallelserutiner, provtagning och svarsrutiner. Vårdprogrammet rekommenderar två kontrollfiler: Kontrollfil HPV-positiva och Kontrollfil efter behandling (se bilaga 20:1)
Kvinnor som lever med hiv	Hivinfekterade kvinnor, hivpositiva kvinnor. Termen önskas av föreningen Hiv-Sverige.
Landsting	Sjukvårdshuvudmän. Motsvarar geografiskt de 21 länen i Sverige. Benämningen används även för de landsting som ombildats till regioner.
LBC	Liquid based cytology, vätskebaserad cellprovtagning
LSIL	Låggradig intraepitelial skivepitellesion i PAD. Motsvarar CIN 1.
LSILcyt	Låggradig intraepitelial skivepitellesion i cytologi. Motsvarar CIN 1.
NACx	Nationella arbetsgruppen för cervixcancerprevention, på uppdrag av RCC i samverkan
Nationell kallelse	Inbjudan till GCK med specifikt innehåll och layout, tidigare framtagen av SKL och uppdaterad i samband med detta vårdprogram
NKCx	Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention. Består av en processdel ("Cytburken") och en analysdel.
Omkallelse	Ny kallelse till kvinna som uteblivit året innan

Opportunistisk cellprovtagning	Prov taget i screeningsyfte tidigare än 6 månader innan kvinnan ska bli kallad för GCK och som inte räknas som kompletterande screening. Rekommenderas ej.
Reflextest	En analys görs p.g.a. utfallet av en annan analys (HPV eller cytologi) i ett vätskebaserat cellprov. Görs vanligen som del av triage.
Region	Sjukvårdsregion – 6 stycken i Sverige
SCJ	Squamo-columnar junction. Gränsen mellan skiv- och körtelepitel på livmodertappen. Svensk benämning saknas.
SFOG	Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
Självtest för HPV	Testmetod där kvinnan själv tar prov från vagina för HPV-analys
SLE	Systemisk lupus erytematosus. En reumatologisk sjukdom.
Slyngexcision	LLETZ, LEEP, slyngkonisering
Spärri lista	Lista/fil med personnummer för kvinnor som inte ska kallas till GCK
Standardiserat svarsbrev	Svarsbrev som tagits fram i anslutning till detta vårdprogram för att användas vid olika utfall av prover och utredningar inom GCK
STI	Sexuellt överförbar (transmitted) infektion
Swedescore	Ett poängsystem för klassifikation av kolposkopisk bedömning
Triage	Sortering av patienter utifrån fastställda kriterier av t.ex. undersökningsfynd
TZ	Transformationszonen på livmodertappen som undersöks vid kolposkopi
VaIN	Intraepitelial neoplasi (cellförändring) i vagina
VIN	Intraepitelial neoplasi (cellförändring) i vulva

1. PRIMÄRPREVENTION (Kapitel 5 och 6 i vårdprogrammet)

Rekommendation

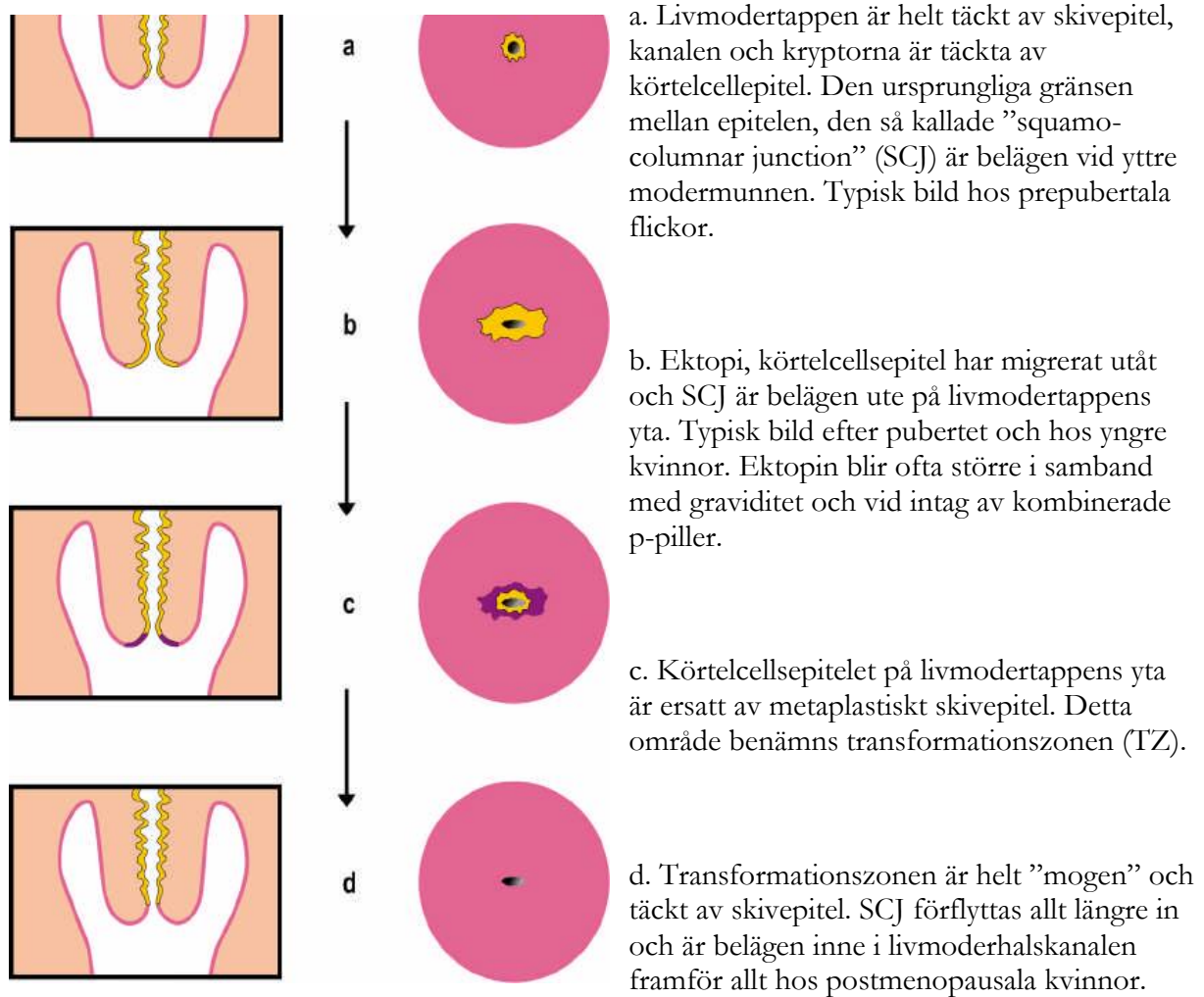
- HPV-vaccin bör ges i ett organiserat program innan sexuell debut. (GRADE ++++)
- Ikappvaccination bör ges upp till 18 år i ett organiserat program. (GRADE +++)
- Rökstopp bör rekommenderas till alla. (GRADE +++)
- Hälso- och sjukvården bör rekommendera att kondom används med nya partners. (GRADE ++)

Primärprevention av cervixcancer innebär att man förhindrar uppkomst av cellförändringar och cancer genom att skydda sig mot HPV-infektion som orsakar cervixcancer. HPV-vaccin är ett exempel på primärprevention av cervixcancer eftersom vaccinet skyddar mot HPV-typer som orsakar cancer.

2. PROVTAGNING AV CELLPROV FÖR CYTOLOGI OCH HPV (Kapitel 11 i vårdprogrammet)

För att uppnå god provkvalitet krävs att proven är tagna från rätt ställe, transformationszonen, det område där i stort sett alla cellförändringar utvecklas.

Figur 1: Transformationszonens utveckling under kvinnans liv i längdsnitt och tvärsnitt



Detta kan ses tidigare i livet bl.a. vid bruk av gestagenpreventivmetoder.

3. LABORATORIEANALYSER (Kapitel 12 i vårdprogrammet)

HPV-analys

Rekommendation

- Primär screening från 30 års ålder bör påvisa HPV-DNA (Grade +++)
- HPV-testet bör påvisa alla 13 HPV-typer som av WHO/IARC klassats som etablerat carcinogena (carcinogen klass I) eller trolig carcinogen (carcinogen klass II)
- Känslighet och specificitet av testet bör vara i enlighet med internationell kravspecifikation.
- HPV-analys bör innehålla en åtminstone partiell HPV-typning. Information åtminstone om förekomst av HPV 16 och/eller HPV 18 bör ingå och denna information bör svaras ut tillsammans med diagnosen HPV-positiv.
- Analysen bör endast utföras på ett SWEDAC-ackrediterat laboratorium, där HPV-screening är en del av laboratoriets ackrediteringsomfång.
- Överblivet provmaterial bör helt eller delvis förvaras i biobank (förutsatt att den provtagna kvinnan samtycker) under minst tio år.
- Alla HPV-analys bör rapporteras till nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention (NKCx), som utför en nationell uppföljning av effekt och kvalitet på HPV-testningen. I första hand rapporteras enligt nationell kravspecifikation (vg se Bilaga 1 i vårdprogrammet). Även SNOMED-kodning är acceptabel.

HPV-typning (uppdaterat 2018)

Det är extremt väldokumenterat att olika HPV-typer medför olika risk för utveckling av cervixcancer, där HPV 16 har den i särklass högsta risken och HPV 18 associeras i synnerhet med risk för adenocarcinom. Vid normal cytologi utgör bärare av HPV 16 och 18 en riskgrupp som i det uppdaterade vårdprogrammet (nov 2018) rekommenderas uppföljning tidigare än övriga med HPV positiv analys. HPV-typning kan dessutom ha ett värde för remitterade kvinnor, eftersom det ger klinikern en uppfattning om hur stor sannolikheten är att det finns ett förstadium till cancer. Det kan även skilja på persisterande infektion och nyinfektion, vilket kan minska behovet av kolposkopi och behandling.

Cytologisk diagnostik

Rekommendation

- Vätskebaserad cytologi bör användas för alla cervixcytologiska prover.
- Skivepitelförändringar bör klassificeras och kodas som låggradiga/LSIL respektive höggradiga/HSIL skivepitellesioner.
- Anmälan till tumörregister görs vid HSIL, Adenocarcinoma in situ/misstanke om adenocarcinom, Misstanke om skivepitelcancer och Maligna celler av oklar celltyp/annan celltyp.
- Immunhistokemiska markörer bör endast användas i utvalda fall.

Histopatologisk undersökning

Rekommendationer

- För diagnostisk av intraepitelial skivepitellesion bör begreppen LSIL och HSIL användas.
- För kvinnor ≤ 27 år bör HSIL uppdelas i CIN 2 respektive CIN 3.
- För excisionspreparat bör anges om HSIL/AIS/invasiv tumör finns i resektionskant.
- SNOMED-koder enligt nedan bör användas.
- Canceranmälan ska göras för HSIL, AIS och invasiv cancer.

Anamnestisk remissinformation, v g se Kapitel 12.3.3 i vårdprogrammet.

Biomarkörer

En omfattande diskussion om biomarkörers användning inom cervixdiagnostik finns i KVAŠT-dokumentet, v g se BILAGA 3 i vårdprogrammet.

4. TRIAGE I GCK SAMT ANNAN HANDLÄGGNING AV AVVIKANDE PROVER VID LABORATORIET (Kapitel 13 i vårdprogrammet)

Rekommendationer (uppdaterat 2018)

- Vid fynd av ASCUS/LSILcyt i screening görs triage med HPV som reflextest.
- Vid fynd av positiv HPV-analys görs triage med cytologi som reflextest.
- Positivt triagefynd föranleder utredning med kolposkopi.
- Resultatet av cytologi och HPV-analys från samma prov bör svaras ut samtidigt från laboratoriet
- Kvinnor med HPV 16/18 och normal cytologi bör lämna nytt HPV prov efter 18 månader, och då kolposkoperas vid persistent HPV.
- Kvinnor med HPV non16/18 och normal cytologi bör lämna nytt HPV-prov efter 36 månader, och då kolposkoperas vid persistent HPV.
- HPV-positiva kvinnor 27 år eller yngre med ASCUS/LSILcyt där uppföljningsprovet har normal cytologisk analys behöver inte utredas vidare.
- Standardiserade svarsbrev bör användas vid svar till kvinnorna. Det första GCK-provet för kvinnor över 40 år analyseras både med cytologi och HPV. För att kunna finna dysplasi eller cancer som eventuellt inte fångats av HPV-analys utreds då alla cytologiska avvikelser.
- Kvinnor med HPV-positivt prov men med normal cytologi bör överföras till en särskild kontrollfil (Kontrollfil HPV) för att säkerställa rätt uppföljning om även det prov som tas vid nästa screeningtillfälle är positivt för HPV. Tre kontrollfiler för HPV 16, HPV 18 respektive non 16/18 bör skapas.

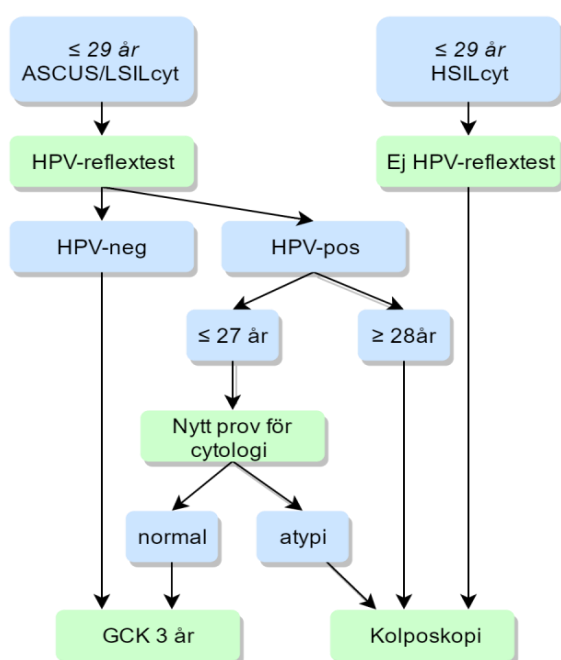
Handläggning vid triage

Kvinnor 23–29 år (då cytologi är primär screeninganalys)

Vid ASCUS/LSIL i cytologi	
23 t.o.m. 27 år: Triage med HPV som reflextest.	
Om HPV-negativ	Åter till GCK (3 år)
Om HPV-positiv	Nytt cytologprov, utan HPV-triage ≤ 4 månader från provtagningsdatum för indexprovet. Detta kan ske vid barnmorskemottagning. om kravet på kolposkopi inom 6 månader från indexprov vid kvarstående atypi kan tillgodoses, annars vid gynmottagning
Om HPV-positiv och kvinnan är gravid	Kallas utan dröjsmål till kolposkopi
Om den uppföljande cytologin är normal	Åter till GCK (3 år)
Om den uppföljande cytologin visar atypi	Till kolposkopi inom 6 månader efter indexprovet. (61)
28 t.o.m. 29 år: Triage med HPV som reflextest.	

Om HPV-negativ	Åter till GCK (3 år).
Om HPV-positiv	Kolposkopi 3–4 månader efter indexprovet.
Vid HSIL, ASC-H i cytologi	
HSIL, ASC-H i cytologi	Kolposkopi inom 3 månader efter indexprovet (ej reflextest).
Vid körtelcellsförändringar, atypi av oklar celltyp	
Körtelcellsförändringar, atypi i celler av oklar/annan celltyp	Kolposkopi inom 3 månader (reflextestas för HPV, men kolposkopi oavsett resultat). (62)

Flödesschema 1: Kvinnor 23–29 år. Blå box är fynd/ tillstånd. Grön box är åtgärd.



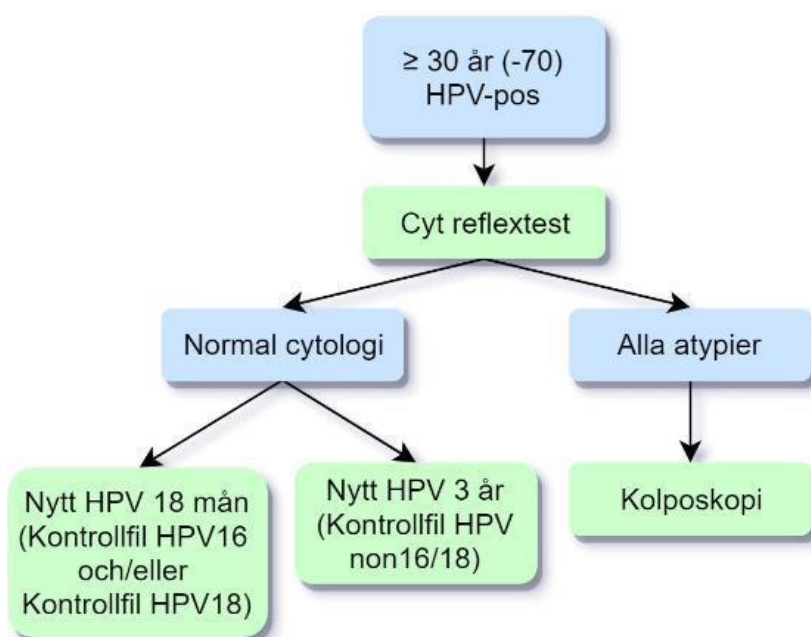
Kvinnor 30 t.o.m. 70 år (då HPV är primär screeninganalys)

Triage med cytologi som reflextest

Vid negativt triage	
Om negativt triage (HPV-positiv/cyt-negativ)	Läggs in i Kontrollfil HPV.16/18/non16/18 Kallelse till nytt cellprov med HPV-analys 18 månader efter indexprovet i kontrollfil 16 eller 18. Kallelse till nytt cellprov m HPV analys 3 år efter indexprovet vid HPV non16/18.
Om HPV-negativ vid prov efter 18 månader respektive 3 år	Åter till GCK enligt normal rutin (3 eller 7 år).

Om persisterande HPV-positiv efter 18 månader respektive 3 år	Kolposkopi inom 3 månader.
Vid positivt triage (HPV-positiv/cyt-positiv)	
ASCUS/LSIL i reflexcytologi	Kolposkopi 3–4 månader efter indexprovet. Lägg in i kontrollfil HPV 16, 18 och/eller non HPV16/18
Alla övriga cytologiska förändringar	Kolposkopi inom 3 månader. Lägg in i kontrollfil HPV 16, 18 och/eller non HPV16/18

Flödesschema 2: Kvinnor 30 t.o.m. 70 år, (uppdaterad 2018)

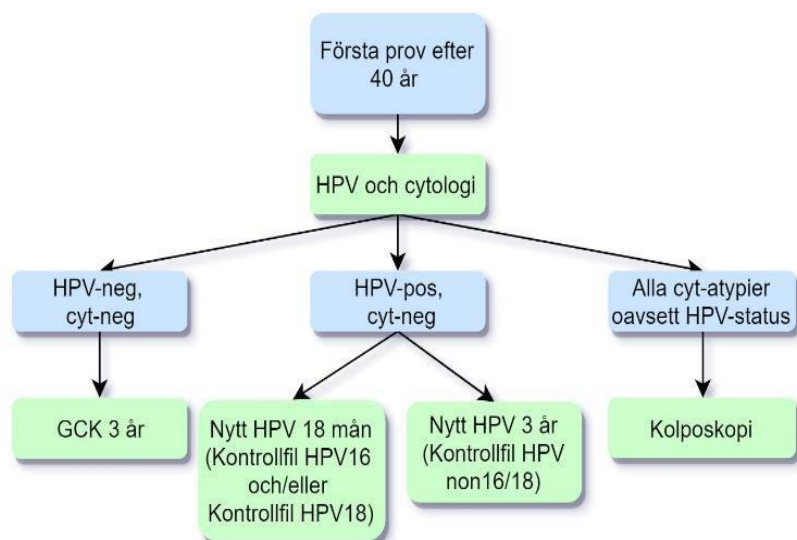


Vid första screeningprovet efter 40 års ålder (uppdaterad 2018)

Cellprovet analyseras för både HPV och cytologi

Om HPV-positiv och cyt-negativ	Nytt HPV om 18 mån eller 3 år (läggs in i Kontrollfil HPV16, 18, non 16/18).
Vid alla cytologiska förändringar, oavsett HPV-status	Kolposkopi läggs in i respektive kontrollfil om HPV positiv

Flödesschema 3: Första screeningprovet efter 40 års ålder (uppdaterad 2018)



Rutin vid övergång till HPV-baserad primärscreening

Kvinnor 50 år och äldre som i det äldre systemet bevakas pga. ASCUS/CIN 1 HPV-negativa kallas till HPV-test efter 3 år inom GCK.

Handläggning av övriga avvikelser

Ej bedömbart cyt

Detta gäller både vid primärscreening med cytologi och när cytologin är triageanalys vid positiv HPV.

Ej bedömbart prov cyt: Första gången	Kallelse till nytt GCK-prov.
Ej bedömbart prov cyt: Andra gången i rad	Kolposkopi inom 3 månader.

Ej bedömbart HPV

Ej bedömbart prov HPV	Kallelse till nytt GCK-prov.
-----------------------	------------------------------

Endocervikala celler saknas hos kvinna i kontrollfil efter behandling

Endocervikala celler saknas: Första gången	Kallelse till nytt GCK-prov
Endocervikala celler saknas: Andra gången	Kolposkopi inom 3 månader.

Kontrollfil HPV (Uppdaterad 2018)

I kontrollfilen inkluderas alla kvinnor ≥ 30 års ålder som testar positivt för HPV, såväl utanför som i screening. Inklusion sker oavsett ev. samtidig cytologisk diagnos. Kvinnan utgår ur Kontrollfil HPV 16, 18 eller HPV non 16/18 när hon har en negativ HPV-analys för den aktuella typen. Om hon då testar positivt för annan kategori HPV (16, 18 eller non 16/18) inkluderas hon i denna kontrollfil.

Om HPV-negativ vid nytt prov	Åter till GCK (3 eller 7 år). Utgår ur den aktuella Kontrollfil HPV.
Om persisterande HPV-positiv vid något prov taget > 12 månader efter inklusion i Kontrollfil HPV 16 eller Kontrollfil 18	Kolposkopi inom 3 mån
Om persisterande HPV-positiv vid något prov taget > 30 månader efter inklusion i Kontrollfil HPV non 16/18	Kolposkopi inom 3 månader.

Kontrollfil efter behandling

Alla prover analyseras för både HPV och cytologi (dubbelanalys)

Om HPV-negativ och cyt-negativ	Nytt dubbelprov efter 3 år.
Om antingen HPV-positiv eller cyt-positiv eller både HPV-positiv och cyt-positiv	Remiss till gynekologmottagning för vidare handläggning enligt vårdprogrammet.

5. KOLPOSKOPI OCH UTREDNING AV AVVIKANDE CELLPROV (Kapitel 15 i vårdprogrammet)

Vårdprogram och flödesscheman finns till stöd för kolposkopisten, men det är en komplex och stor mängd information som ska samlas in och leda till beslut. Den välinformerade patientens önskemål, hennes ålder, screening- och dysplasianamnes och interkurrenta sjukdomar har också betydelse, liksom HPV-typ, kommentarer i cytologi och PAD-utlåtanden, kolposkopistens erfarenhet, möjligheter till framtida uppföljning m.m. Rekommendationerna för handläggning utgår från risken för utveckling eller förekomsten av HSIL och cancer som den är känd från vetenskapliga studier. Intervall mellan kontroller kan väljas utifrån att det inte föreligger någon påtaglig risk för cancerutveckling under intervallet.

Angående krav på kolposkopist och vårdenhet, v g se vårdprogrammet Kapitel 15.2 och 15.3.

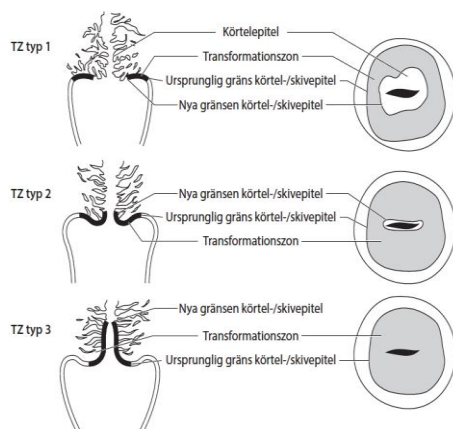
Multidisciplinära konferenser (MDK) med åtminstone representation för kolposkopi, patologi och cytologi bör hållas regelbundet. MDK bör vara forum för diskussion och kollegiala råd om handläggning av svårvärderade patientfall.

Strukturerad journalmall

En strukturerad journalmall bör tas fram nationellt. I avvaktan på en sådan bör följande dokumenteras i patientjournalen och i förekommande fall rapporteras till kvalitetsregister via inmatning eller cytologremiss:

- Skälet till att patienten remitterades.
- Cytologisk och virologisk diagnos som föranledde utredningen (indexprov).
- Historik beträffande screening och avvikande fynd i cervix.
- Om kolposkopin är fullständig/ofullständig, dvs. vilken typ av TZ som förelåg: helt, delvis eller icke synlig squamous columnar junction (SCJ) (se Figur 2 nedan).
- Lesionens utbredning endocervikalt och/eller vaginalt.
- Kolposkopiska fynd. Swedescore.
- Kolposkopiskt intryck låggradig/höggradig lesion eller tecken på invasion.
- Klockslag där biopsier tagits.

Figur 2: Typ av transformationszon



Typ 1 TZ är helt ute på ektocervix.
Typ 2 TZ är delvis endocervikalt belägen men SCJ helt synlig.
Typ 3 TZ är delvis endocervikalt belägen

Swedescore

För beskrivning av fynd och excisionspreparat bör IFCC:s terminologi användas (BILAGA 4 i vårdprogrammet). Swedescore som är utvecklat för att kolposkopiskt prediktera HSIL rekommenderas för värdering av kolposkopin. 5 %-ig ättikslösning bör ligga kvar på portio minst en minut innan scoring. Applikation av jod ingår i undersökningen.

Tabell 1: Swedescore

Poäng	0	1	2
Acetoupptag	0 eller transparent	Slöjigt	Stearinfläck
Kanter	0 eller diffusa	Oregelbundna, flikiga, skarpa. Satelliter.	Regelbundna, skarpa eller nivåskillnad
Kapillärmönster	Fint, regelbundet	Saknas	Grovt eller bisarra kärl
Storlek	< 5 mm	5–15 mm eller 2 kvadranter	> 15 mm, 3–4 kvadranter eller endocervikalt oavgränsbar
Jodupptag	Brunt	Svagt gult eller spräckligt	Kanariegult

8–10 poäng talar för HSIL. ≤ 4 poäng talar mot HSIL.

Om mer än tre månader har gått sedan föregående cytologprov bör ett nytt tas. Detta vårdprogram ger inte generella rekommendationer för olika handläggning utifrån HPV-typ, men fynd av HPV 16 talar för ett mer aktivt förhållningssätt.

Små biopsipreparat med skarpa instrument minimerar besvären för patienten. Flera studier har visat att fler biopsier än en ger högre detektion av CIN 2+ men det saknas prospektiva studier på populationer med avvikande cytologi.

Endocervikal diagnostik

Det finns ingen metod för endocervikal diagnostik som uppfyller alla krav. Cytobrush har i flera studier visat sig ha likvärdig eller bättre sensitivitet än curettage (ECC), men studierna är små och sensitiviteten för båda metoderna varierar (40–95 %). Curettage är mer smärtsamt och ger oftare otillräckligt material och har därför liten plats i utredningar. Borstprov har givit bra resultat efter formalinfixering, men metoden är oprövad i Sverige. Ingen av metoderna når ner i körtelkryptor och för helt säker diagnostik är man hänvisad till excision.

Cytologiska analysen visar: LSILcyt eller ASCUS (uppdaterad 2018)

Rekommendation

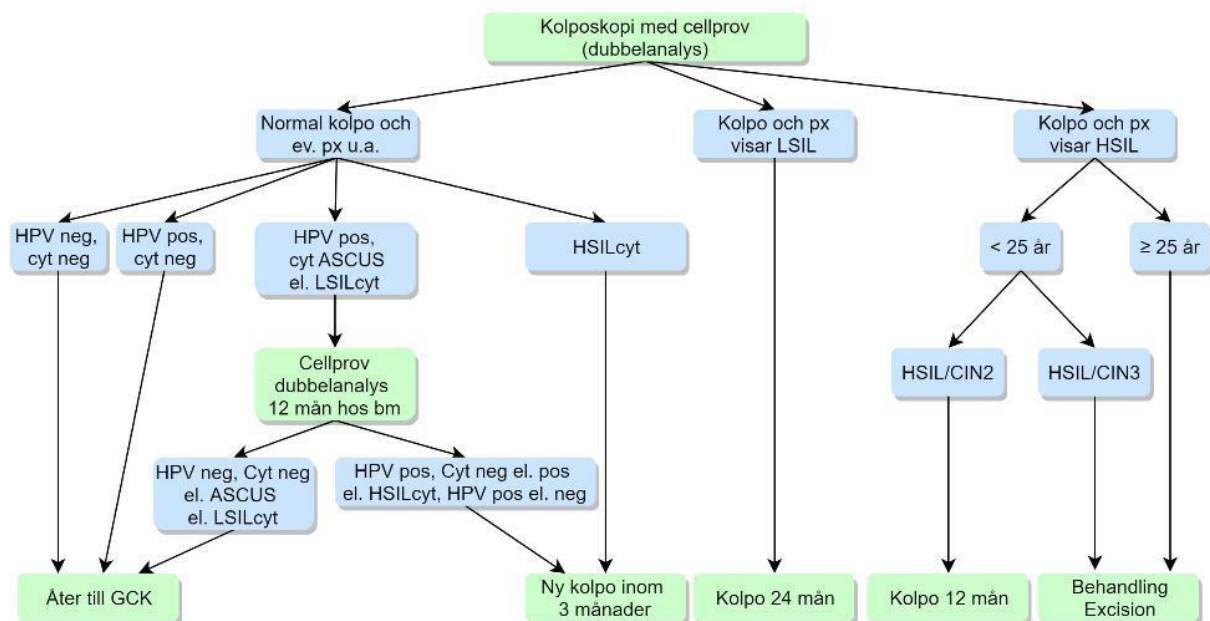
- Kolposkopi utförs 3–4 månader efter indexprovet för kvinnor över 27 år. (GRADE ++)
Nytt cellprov bör tas.
- Kolposkopi utförs inom 6 månader från indexprovet för kvinnor 23–27 år. (GRADE ++)
kapitel 4 i riktlinjen.
- Om utredningen utfallit normalt, inklusive cytologisk analys, släpps patienten till GCK. Detta sker även om hon är negativ för HPV och har ASCUS eller LSILcyt i den cytologiska analysen. Om kvinnan är fortsatt HPV-positiv, för samma HPV typ(16, 18 eller non 16/18) har normal cytologi och har fyllt 30 år kvarstår hon i respektive Kontrollfil HPV. Om hon är positiv för HPV och cytologin visar ASCUS/LSILcyt tas nytt cellprov (analyserat för cytologi och HPV) av barnmorska vid mottagningen efter 1 år. (GRADE +). Om proverna då är normala släpps patienten från mottagningen och återgår till GCK. Om HPV-analysen är positiv görs kolposkopi, oavsett cytologiskt fynd (se flödesschema 4).
- Om px inte tas vid avvikande kolposkopifynd bör detta motiveras i journalen.

Vid normal kolposkopi vid lätta cellförändringar finns det inte någon generell indikation för biopsier, men biopsier kan tas.

Skäl som talar för s.k. blinda biopsier är förhöjd risk för HSIL på grund av anamnes (ex. upprepade avvikande cytologprov), HPV 16 eller kolposkopist med måttlig eller begränsad erfarenhet.

Observera att om patienten har en persisterande HPV-infektion, d.v.s. var HPV-positiv (för samma HPV typ, om typning gjorts) även vid förra screeningtillfället, ökar risken betydligt att hon har HSIL.

Flödesschema 3: Cytologiska analysen visar LSILcyt eller ASCUS. Blå box är fynd/ tillstånd. Grön box är åtgärd. Komma (,) i ruta betyder "och". Ex. "HPV pos, Cyt ASCUS el. LSILcyt" betyder "HPV-analys är positiv och cytologisk analys visar ASCUS eller LSILcyt". Diskrepanser mellan cytologi, PAD och kolposkopifynd ska värderas särskilt. Schemat förutsätter fullständig kolposkopi med TZ typ 1 eller 2. Se text i vårdprogram. (uppdaterat 2018)

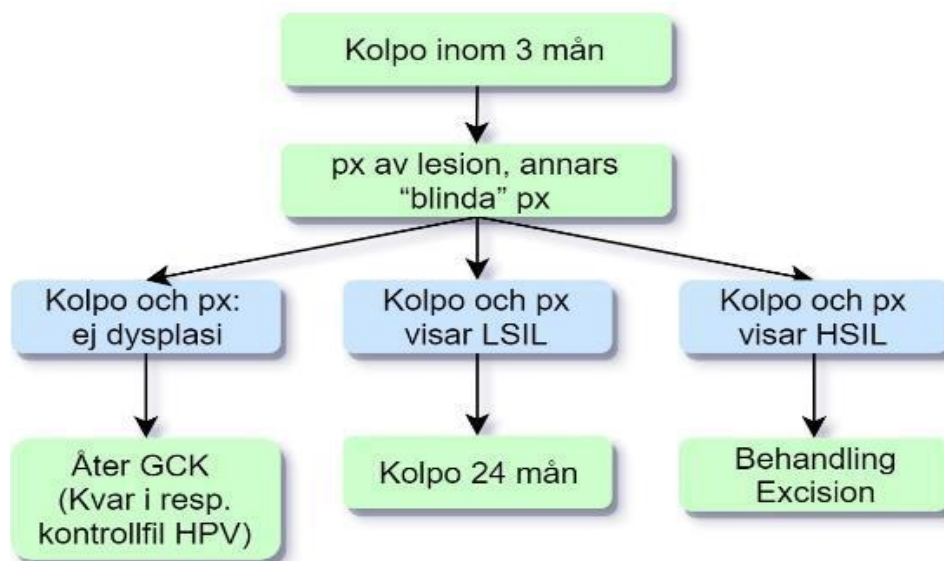


Analysen visar: Persistent HPV-infektion med normal cytologi (uppdaterat 2018)

Rekommendation

- HPV 16 eller 18 infektion som persisterat > 1 år (kallelseintervallet 18 månader minus 6 månader) med normal eller avvikande cytologi bör utredas med kolposkopi inom 3 månader efter att HPV-positivt cellprov nr 2 är taget (GRADE +++)
- HPV non 16/18 infektion som persisterat mer än 2,5 år (kallelseintervallet 3 år minus 6 månader) med normal eller avvikande cytologi bör utredas med kolposkopi inom 3 månader efter att HPV positivt cellprov nr 2 är taget. (GRADE +++)
- Proexcision (px) bör ingå i utredningen. (GRADE ++)
- Om utredningen utfaller normalt, d.v.s. dysplasi inte påvisas, återgår kvinnan till GCK med övervakning i respektive Kontrollfil HPV.
- Även när HPV-infektion persisterat 6 år med normal cytologi bör kvinnan utredas med kolposkopi inom 3 månader efter indexprovet (HPV-positivt cellprov nr 3).
- Flera biopsier bör tas, även vid normal kolposkopi.
- Vid kolposkopiskt fynd som motsvarar HSIL kan excision utföras utan biopsitagning.
- Vid ofullständig kolposkopi (TZ typ 3) bör excision göras, oavsett kvinnans ålder.
- Om utredningen utfaller normalt återgår kvinnan till GCK med övervakning i respektive Kontrollfil HPV.

Flödesschema 4: Persisterande HPV-infektion (> 1 år HPV 16 Och !8), >2,5 år. HPV non 16/18 Blå box är fynd/tillstånd. Grön box är åtgärd. Diskrepans mellan px och kolposkopi ska värderas särskilt. Schemat förutsätter adekvat kolposkopi med TZ typ 1 eller 2. Se text i vårdprogram. (uppdaterat 2018)

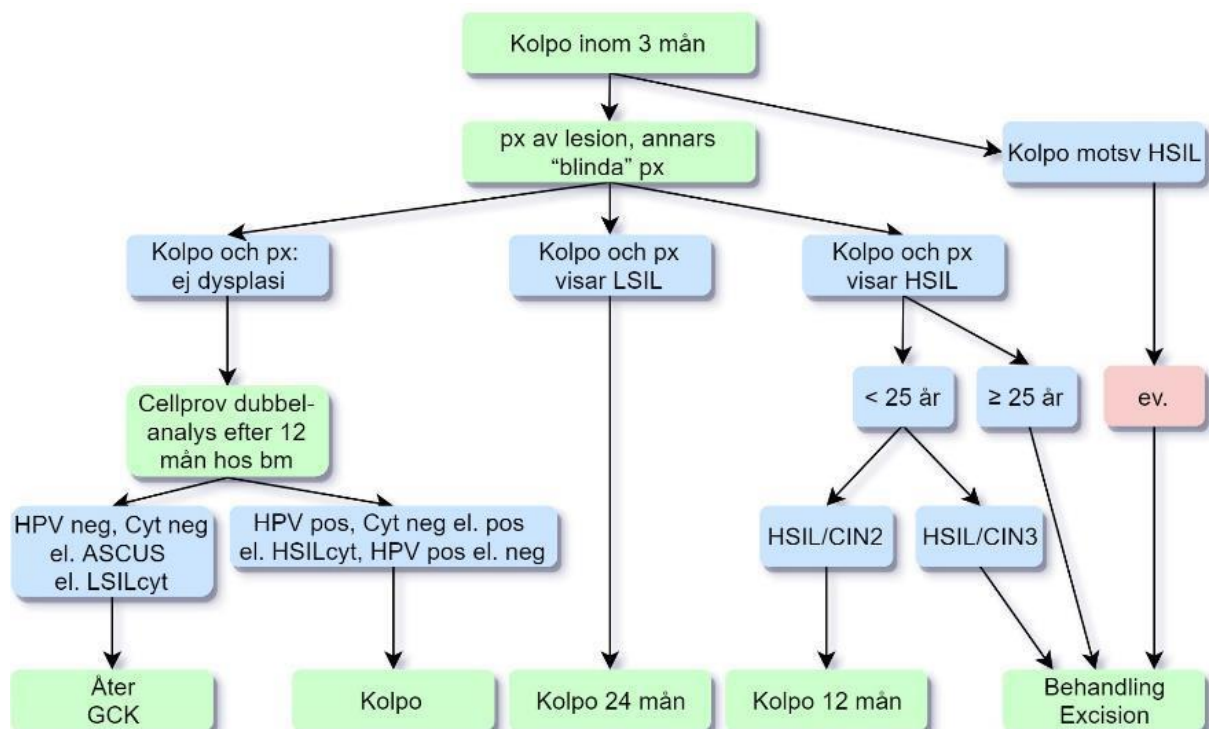


Cytologiska analysen visar: HSILcyt eller ASC-H (uppdaterat 2018)

Rekommendation

- Kolposkopi utförs inom 3 månader från indexprov.
- HSIL/ASC-H ska alltid leda till PAD. Antingen tas px eller görs en excision.
- Behandling kan utföras utan biopsi om det kolposkopiska fyndet överensstämmer med HSIL, ex. Swedescore ≥ 8 .

Flödesschema 5: Cytologiska analysen visar HSIL_{cyt} eller ASC-H. Blå box är fynd/tillstånd. Grön box är åtgärd. Diskrepans mellan px och kolposka värderas särskilt. Schemat förutsätter fullständig kolposkopi med TZ typ 1 eller 2. Se text i vårdprogram. (uppdaterat 2018)



Cytologiska analysen visar: (Misstanke om) Skivepitelcancer

Rekommendation

- Kolposkopi ska utföras utan dröjsmål
- Om excision är lämplig att göra och kan utföras direkt bör sådan göras, annars multipla px
- Operatören bör palpera i samband med kolposkopin för att värdera om det föreligger makroskopisk tumör. Denna palpation ersätter inte senare ev. palpation i narkos för stadiindelning.

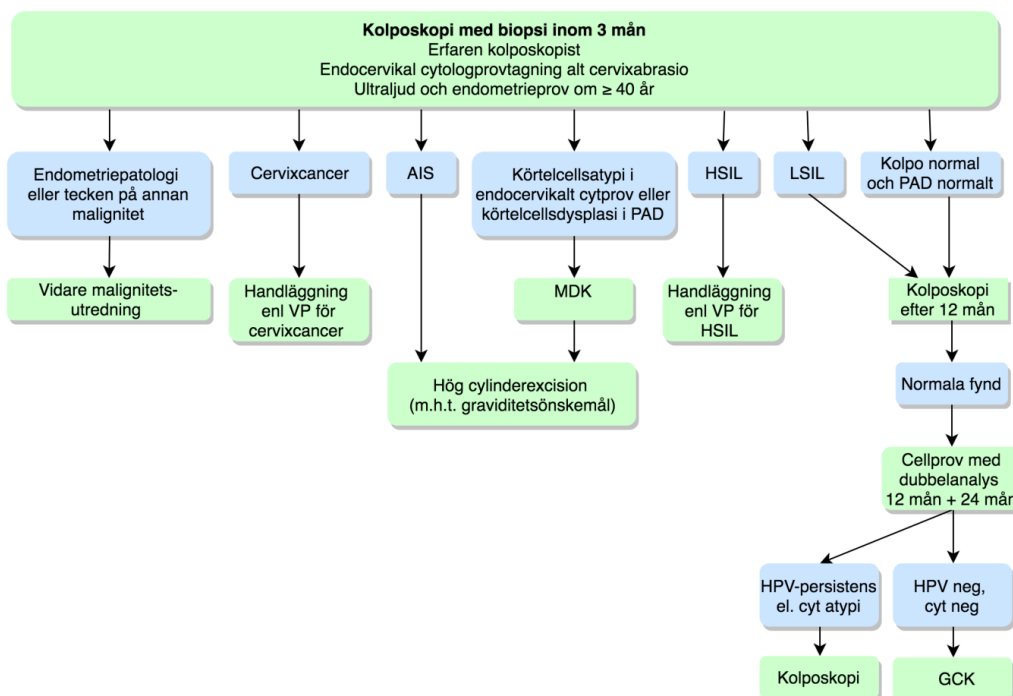
Cytologiska analysen visar: Körtelcellsatypi eller Atypi i celler av oklar/annan celltyp

Rekommendation

- Kolposkopi inom 3 månader från indexprov oavsett HPV-status.
- Kolposkopin görs av en särskilt erfaren kolposkopist.
- Biopsier tas från TZ och från endocervix tas prov med cytologi eller curette, även om kolposkopifyndet är negativt. Är kvinnan över 40 år rekommenderas ultraljud och endometriebiopsi.
- Om fynden är normala görs förnyad kolposkopi och ny endocervikal provtagning efter 1 år. Därefter cellprov med analys för cytologi och HPV efter ytterligare 1 år och därefter efter 2 år, lämpligen av dysplasi-barnmorska i kolposkopiteamet. Vid normala prover åter till GCK. (GRADE ++)

Diagnoserna Körtelcellsatypier och Atypi i celler av oklar/annan celltyp är ovanliga i screeningprov men potentiellt höggradiga förändringar. Körtelcellsatypi signalerar att det redan finns ett adenocarcinom att upptäcka i nästan lika hög grad som HSILcyt signalerar att det finns en skivepitelcancer. Det finns dessutom en risk för senare adenocancer även om kolposkopin är negativ. Detta föranleder upprepad utredning med kolposkopi. Risken för cancer är störst i 30–40 års ålder. Hos unga kvinnor, och i cellprovet för cytologi som tas efter 40 års ålder, kan HPV-negativa körtelcellsförändringar påträffas. I dessa fall bör patienten utredas med kolposkopi med biopsier eftersom HPV inte alltid kan påvisas i adenocarcinom i cervix. I åldrarna över 40 år signalerar körtelcellsförändringar relativt ofta även endometrie cancer vilket indicerar ultraljud och endometrie provtagning oavsett HPV-status. Vid Atypi av oklart ursprung bör andra lokaler, främst tuba och ovarium, övervägas om utredningen inte påvisar atypi eller cancer i uterus

Flödesschema 6: Cytologiska analysen visar: Körtelcellsatypi (ej AIS) eller Atypi i celler av oklar/annan celltyp. Blå box är fynd/ tillstånd. Grön box är åtgärd. Diskrepans mellan p_{cx} och kolposkopi ska värderas särskilt. Se text i vårdprogram.



Cytologiska analysen visar: Adenocarcinoma in situ eller misstanke om adenocarcinom

Rekommendation

- Kolposkopi görs utan dröjsmål av en särskilt erfaren kolposkopist.
- Hos HPV-negativa kvinnor över 40 års ålder bör ultraljud och endometrieprövtagning utföras.
- Cylinderexcision bör utföras, i samråd med patienten, om den initiala utredningen inte har påvisat endometrie cancer.

Risken för invasiv cancer är hög, ca 70 %. Kolposkopi är svårt. Ofta föreligger samtida skivepitelförändringar som kan värderas kolposkopiskt men körtelcellsförändringar har i sig inga distinkta 83 kolposkopiska tecken. Kolposkopierna bör samlas på få händer. Utredningen bör göras skyndsamt.

Två ej bedömbara screeningprover i rad

Rekommendation

- Kolposkopi görs inom 3 månader från att det andra oredömbara provet togs.

Persistent HPV-positiv i 3 år eller mer och ofullständig kolposkopi

Rekommendation

- Om kolposkopin inte påvisar förändring som kan biopsieras bör diagnostisk excision utföras. (GRADE ++)
- Östrogenbehandling alternativt misoprostol kan övervägas för att förbättra kolposkopiundersökningen.
- Vid 6 års HPV-persistens bör excision utföras. (GRADE ++)

Cytologiska analysen visar: LSILcyt/ASCUS och kolposkopin är ofullständig

Rekommendation

- Nytt cellprov analyserat för cytologi bör tas vid kolposkopin. Provet kan tas fraktionerat.
- Kvinnor i barnafödande ålder:
Excision bör undvikas. Px kan tas nära yttre modermunnen även om den synliga delen av TZ är normal. Ny kolposkopi efter 6 månader kan övervägas, alternativt tidigare kolposkopi efter vaginalt misoprostol (400 mikrog. vaginalt) 3 timmar före undersökning (cave graviditet) i alla åldrar eller kombinerade p-piller 10–21 dagar. (GRADE +++)
- Kvinnor efter barnafödande ålder:
Lokalt östrogen i minst 6 veckor bör provas. Excision kan övervägas när riskerna för stenosis vägs mot risken för cancerutveckling.

Cytologiska analysen visar: HSILcyt/ASC-H och kolposkopin är ofullständig

Rekommendation

- Åtgärder enligt ovan för att förbättra kolposkopin bör övervägas.
- Om kolposkopin inte blir fullständig bör excision göras.

6. HANDLÄGGNING EFTER UTREDNING SOM VISAR DYSPLASI (Kapitel 16 i vårdprogrammet)

Syftet med behandling är att ta bort precancerösa lesioner för att hindra progress till cancer. Viktigast vid beslut om handläggning är histopatologisk diagnos mot bakgrund av cytologiska och kolposkopiska fynd, HPV-status, kvinnans ålder, framtida fertilitetsönskemål och eventuell immunosupprimerande sjukdom eller behandling. Beslut om aktiv exspektans eller behandling tas av kolposkopisten i samråd med patienten. En förutsättning för aktiv exspektans är att kvinnan förväntas kunna följa den rekommenderade kontrollplanen.

Rekommendation

- Kvinnor med cervixdysplasi bör rekommenderas att inte röka. (GRADE +++)

Rökning ökar risken för att utveckla HSIL och cervixcancer. Risken ökar med tiden och är dubblerad för rökare jämfört med icke-rökare. Efter rökstopp minskar risken. Hos rökare persisterar HPV-infektion dubbelt så ofta som hos kvinnor som aldrig rökt.

Rutiner på mottagning

Rekommendationer

- Kontroller vid aktiv exspektans som innefattar kolposkopi och behandling bör göras av gynekolog med utbildning i kolposkopi, d.v.s. en kolposkopist.
- Kontroller vid aktiv exspektans som inte innefattar kolposkopi bör göras av gynbarnmorska efter ordination av kolposkopist som ansvarar för handläggningen.
- Alla kvinnor som behandlas bör först ha genomgått utredning med kolposkopi.
- Behandling av dysplasi bör göras på mottagning i lokalanestesi, eventuellt med sedering. Utvalda fall kan behöva behandling på operationsavdelning och eventuellt i narkos.
- Alla dysplasi-behandlingar bör rapporteras till Processregistret inom NKCx. Det gäller även hysterektomi där cervixdysplasi varit en indikation eller upptäcks en passent. Excision som led i utredning av avvikande cellprov bör rapporteras som dysplasi-behandling.

Histopatologisk LSIL

Rekommendationer

- Kvinnor med histopatologisk LSIL bör kontrolleras med kolposkopi och cellprov med dubbelanalys med 24 månaders intervall vid persisterande LSIL (GRADE ++). Vid normal kolposkopi, normal cytologi och negativ HPV-analys återgår patienten till GCK.
- Behandling kan väljas vid avslutat barnafödande och persisterande LSIL, särskilt om kvinnan röker (GRADE +).

Histopatologisk LSIL går i regress utan behandling inom 2–5 år i 60–80% av fallen och progredierar sällan till cancer.

Histopatologisk HSIL/CIN 2 och HSIL/CIN 3

Rekommendationer

- Histopatologisk HSIL hos kvinnor som är 25 år eller äldre vid första diagnostillfälle bör behandlas. (GRADE +++)
- Histopatologisk HSIL som bedöms motsvara CIN 3 hos kvinnor yngre än 25 år bör behandlas. (GRADE +++)
- Histopatologisk HSIL som bedöms motsvara CIN 2 hos kvinnor yngre än 25 år bör handläggas med aktiv exspektans (GRADE ++). Kontroller bör göras med kolposkopi, cellprov med dubbelanalys och eventuellt px med 12 månaders intervall. Vid normal kolposkopi, ev. px och cytologisk analys bör cellprov med dubbelanalys tas av dysplasibarnmorska efter 12 månader. Vid cytologisk avvikelse görs ny kolposkopi. Vid endast positiv HPV-analys tas nytt prov med dubbelanalys efter ytterligare 12 månader. Vid kvarstående HPV-positivitet görs ny kolposkopi. Vid normala prover under uppföljningen, inklusive HPV-analys, kan patienten direkt återgå till GCK.
- Vid CIN 2 som persisterar 24 månader är behandling att föredra. (GRADE +)
- Behandling bör göras efter histopatologisk verifikation, men kan göras vid cytologisk HSIL om kolposkopibilden motsvarar HSIL. (GRADE ++)

Histopatologisk HSIL inkluderar CIN 2 och CIN 3, vilka skiljer sig vad gäller regressionstendens. Obehandlad CIN 2 går i regress i 40–43 % av fallen. 35 % progredierar till CIN 3 och 5 % till cancer. CIN 3 går i regress i 30–32 % av fallen, och 14–31 % progredierar till cancer.

Under 25 års ålder är incidensen hög för CIN 2, men låg för cervixcancer. Regressionsfrekvensen vid histopatologisk CIN 2 är högre än hos äldre.

Behandling av skivepiteldysplasi

Rekommendationer

- Vid behandling av TZ typ 1 bör låg excision (6–9 mm) göras (GRADE +++). Slyngeexcision bör väljas av kostnadsskäl.
- Vid behandling av TZ typ 2 bör excisionen göras så hög att hela lesionen tas bort mot endocervix (GRADE ++++). Slyngeexcision bör väljas av kostnadsskäl.
- Vid behandling av TZ typ 3 bör hög excision (> 15 mm) göras. (GRADE +++)
- Vid dysplasi centralt med tydlig gräns mot en utbredd låggradig lesion kan man hos kvinnor som inte avslutat sitt barnafödande, välja att resescera den höggradiga lesionen och destruera den perifera för att spara vävnad. (GRADE +)
- Vid dysplasi till resektatets rand, bör reoperation inte göras utan föregående verifikation av kvarvarande dysplasi. (GRADE +++).
- Vid kvarstående dysplasi efter behandling bör reexcision göras. Hysterektomi kan väljas vid kvarstående dysplasi efter upprepade behandlingar om patienten har avslutat sitt barnafödande. (GRADE +)
- Behandling av HSIL bör utföras inom 8 veckor efter biopsi.

Målet är att avlägsna lesionen helt på ett sådant sätt att bedömningen av histopatologi och radikalitet blir optimal. Singelpreparat bör eftersträvas, excision bör göras under kolposkopisk kontroll, och vid hysterektomi bör vagina undersökas med jod för att undvika kvarvarande lesion postoperativt. Excisionens längd bör vara minst 6 mm för att excidera dysplasi i kryptor.

Endocervikalt prov rekommenderas inte rutinmässigt vid excision av skivepiteldysplasi, men vid tveksamhet om radikalitet kan px vid endocervikal resektionsrand tas eller cervixabrasio göras. Borstprov för cytologi från endocervix rekommenderas inte vid excision då kriterier för bedömning saknas. Ny behandling bör i normalfallet inte göras utan verifikation av kvarvarande dysplasi.

Kvinnor som är 50 år eller äldre och vid behandling av skivepiteldysplasi har dysplasi till endocervikal excisionskant, har i observationsstudier visat sig vara en högriskgrupp för kvarvarande och återkommande dysplasi. När behandlingskontroll inkluderar analys för HPV ökar sensitiviteten att upptäcka ofullständig behandling

Histopatologisk adenocarcinoma in situ

Rekommendationer

- Vid AIS bör hög excision (GRADE ++++) med valfri metod (+++) och preparatet i ett stycke göras av erfaren operatör. Efter att excisionen gjorts bör cervixabrasio göras (++)
- Vid histopatologisk AIS krävs en excision med fria resektionsränder för att utesluta invasiv cancer. Först därefter kan man ta beslut om man ska avstå från ytterligare behandling eller om patienten ska genomgå enkel hysterektomi. (GRADE +++)
- Om HPV under uppföljning efter excision kvarstår positivt bör hysterektomi rekommenderas efter avslutat barnafödande. (GRADE ++)
- Om kvinnan har avslutat sitt barnafödande kan hysterektomi väljas om ingen AIS fanns i resektionsrand vid excisionen. (GRADE +++)
- Behandling bör göras skyndsamt efter svar på histopatologisk undersökning.

AIS är svårare att kolposkopiskt identifiera än HSIL och kan finnas högt upp i cervikalkanalen. 15 % är multifokala. AIS i resektionsrand är en viktig prediktor för kvarvarande dysplasi och invasiv cancer.

Vid konservativt behandlad AIS är positivt HPV-test under uppföljning den mest signifikanta oberoende prediktorn för progress till cancer.

Handläggning enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) vid screeningupptäckt livmoderhalscancer

Rekommendation

- Vid stark klinisk misstanke om livmoderhalscancer vid gynekologisk undersökning bör kolposkopisten starta SVF.
- Vid kolposkopisk misstanke om mikroinvasiv cervixcancer bör snabb svar begäras på histopatologisk undersökning av biopsi eller excisionspreparat.
- När histopatologisk undersökning på biopsi eller excisionspreparat visar invasiv livmoderhalscancer bör kolposkopisten starta SVF.

Vid stark klinisk misstanke om livmoderhalscancer vid gynekologisk undersökning bör kolposkopisten starta SVF. För mer information kring SVF, v g se Kapitel 16.8.

Åtgärder för att minska per- och postoperativa komplikationer

Rekommendationer

- Vid excisionsbehandling bör vasopressinanalogue användas i kombination med lokalanestesi. (GRADE ++++)
- Vid större excisioner kan tranexamsyra användas postoperativt. (GRADE ++++)
- Vid beslut om excisionsbehandling kan östrogenbehandling diskuteras med postmenopausala kvinnor. (GRADE +)

Tranexamsyra reducerar signifikant risken för sekundär, men inte primär blödning efter excisionsbehandling med kniv eller laser. Suturer minskar risken för blödning, men ökar risken för svårigheter vid uppföljning på grund av ökad risk för cervixstenos och ofullständig kolposkopi vid uppföljning. Monsels lösning eller pasta (järnsulfat) används världen över för hemostas, och pastan har visat sig lika effektiv som fulguration av sårhålan med kulelektrod. (Det senare är en metod som inte bör användas mer än selektivt för enstaka blödande kärl.) Inga studier har återfunnits för andra hemostatiska substanser.

Mätning av excisionspreparat

Rekommendation

- Excisionslängd bör mätas på ofixerat preparat av operatören och rapporteras till Processregistret inom Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention (GRADE +++).

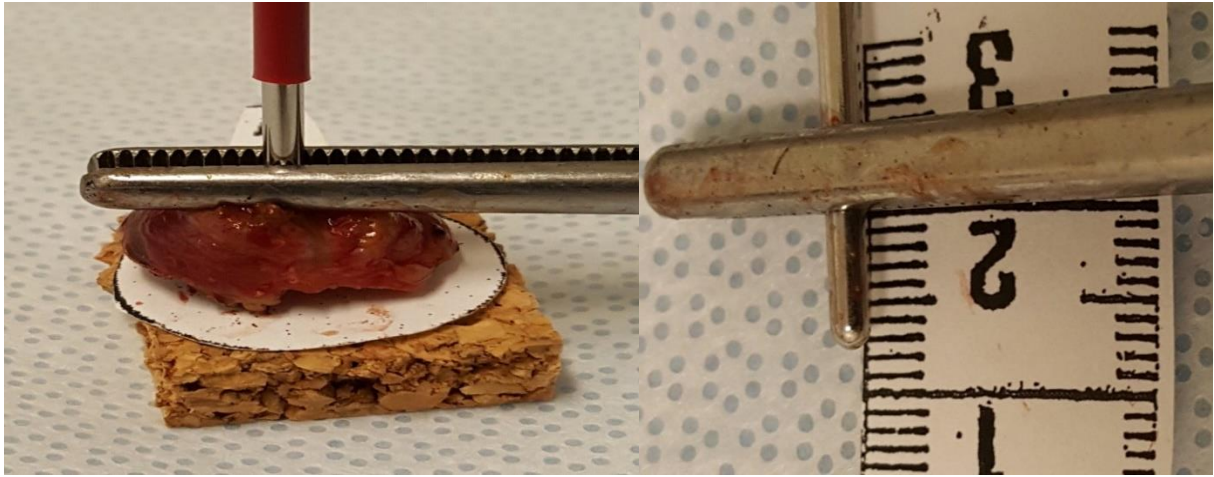
I en bilaga till vårdprogrammet har KVAST-gruppen i gynekologisk patologi beskrivit hantering av excisionspreparat.

http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/gynekologi/livmoder_hals/. Mer information finns även i BILAGA 6 i vårdprogrammet.

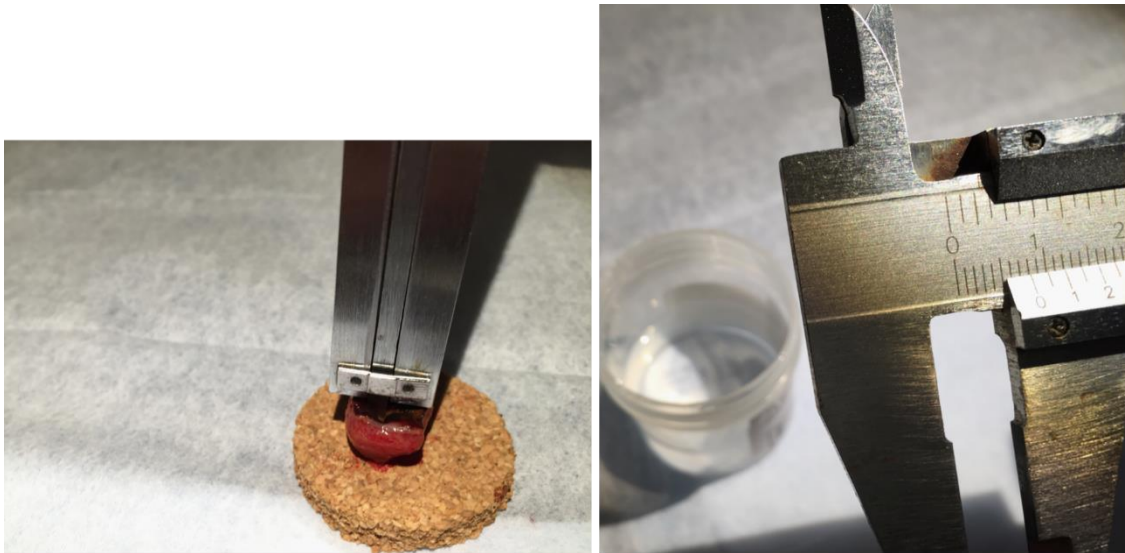
Mätning av konlängd

Denna metod att mäta konlängd har utvecklats på Kvinnokliniken Sahlgrenska universitetssjukhuset. Inter- och intrapersonella mätvariationer har visat sig vara små. Metoden har därför efter rekommendation i regionalt vårdprogram för västra regionen används konsekvent där. Mätningar har registrerats i Nationella kvalitetsregister sedan 2007. Konlängden mäts av operatören innan eventuell uppklippning, montering och formalinfixering.

1. Lägg slyngexcisionspreparatet/konen med endocervikal resektionsyta neråt på plant underlag.
2. Sätt metallskaftet på den diatermislynga som använts, en knappsond eller en mätsticka av metall i cervikalkanalen mot underlaget. Använd inte träpinne, som kan skada preparatet.
3. Sätt en rak peang vinkelrätt mot mätstickan vid yttre modernmunnen utan att trycka ihop preparaten.
4. Avläs måttet i millimeter. Om diatermislyngas skaft eller knappsond används, görs avläsning mot måttband eller linjal.
5. Notera måttet i journalen.
6. Rapportera till Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention/process registret enligt landstingets rutin (vanligen via web)



Som alternativ till mätsticka, peang och linjal kan skjutmått användas:



Om en kompletterande slyngexcision görs längs cervikalkanalen efter den första excisionen ("hatt"), mäts båda preparaten och måtten adderas, alternativt mäts djupet av sårhålan.

7. UPPFÖLJNING EFTER DYSPLASIBEHANDLING (kapitel 17 i vårdprogrammet)

Uppföljning på gynnottagning för att utesluta kvarstående dysplasi

Rekommendation

- Efter behandling av skivepiteldysplasi:
Cellprov tas med analys av HPV och cytologi (dubbelanalys) 6 månader postoperativt. (GRADE ++++)
- Efter behandling av adenocarcinoma in situ (AIS):
Cellprov tas med analys av HPV och cytologi (dubbelanalys) vid 6 månader och 18 månader postoperativt. (GRADE +)
- Om klinisk misstanke finns att behandlingen av dysplasin varit ofullständig kan uppföljningen ske med cellprov med dubbelanalys efter 4 månader.
- Uppföljningsproven tas lämpligen av barnmorska.
Om endocervikala celler saknas i uppföljningsprovet ska cellprovet tas om.
- Efter hysterektomi pga. dysplasi
Cytologprov med dubbelanalys från vaginaltoppen efter 6 månader. (GRADE +)

Utfall av behandlingskontroll

- Vid negativ HPV och normal cytologi
 - Kvinnan remitteras till Kontrollfil efter behandling.
- Vid negativ HPV och ASCUS/LSILcyt
 - Kontroll med ny dubbelanalys inom ytterligare 6 månader. Vid avvikelse i andra dubbelanalysen efter behandling kallas patienten för kolposkopi.
- Vid negativ HPV och HSILcyt/ASC-H
 - Kolposkopi inom 3 månader efter att provet togs. Ny dubbelanalys. Biopsi av synliga förändringar.
- Vid positiv HPV och normalt cellprov
 - Kontroll med ny dubbelanalys inom ytterligare 6 månader. Vid avvikelse kallas patienten för kolposkopi.
- Vid positiv HPV och ASCUS/LSILcyt/HSILcyt
 - Kolposkopi inom 3 månader efter att provet togs. Ny dubbelanalys. Biopsi av synliga förändringar.

Uppföljning i Kontrollfil efter behandling för att finna nytillkomna förändringar

Patienter med behandlad HSIL eller AIS bör remitteras till Kontrollfil efter behandling. Detta innebär uppföljning vart 3:e år inom screeningprogrammet med cellprov för analys av HPV och cytologi (dubbelanalys). Kontrollerna fortsätter upp till hög ålder tills kvinnan, i samråd med provtagande barnmorska, beslutar avsluta dem. (GRADE +++). Patienter som hysterektomerats med HSIL eller AIS i preparatet eller tidigare haft HSIL (CIN2 - 3) eller AIS bör som långtidsuppföljning erbjudas ett prov med dubbelanalys vid gynekologisk mottagning 5 år efter hysterektomi. (GRADE+)

Uppföljning efter behandling av dysplasi sker för att utesluta kvarstående dysplasi och HPV-infektion samt för att upptäcka nytillkommen dysplasi. Förändringar upptäckta under de första två åren efter behandlingen betraktas generellt som kvarstående.

Kvinnor som en gång har utvecklat höggradig dysplasi har under resten av livet en ökad risk att få ny dysplasi, och livstidsrisken för cervixcancer är fördubblad jämfört med hela befolkningen. Incidens och dödlighet i cervixcancer ökar kraftigt när kvinnorna blir äldre.

HPV-vaccination efter behandling

Det finns inte vetenskapligt underlag för att rekommendera HPV-vaccination efter behandling.

Uppföljning för att utesluta kvarstående dysplasi

Uppföljning med dubbelanalys (analys för cytologi och HPV) har visat bäst sensitivitet att upptäcka kvarstående risk för dysplasi.

Kolposkopi

Om första uppföljning efter behandling visar HPV-positivitet och cytologisk avvikelse bör kolposkopi utföras.

Uppföljning efter hysterektomi

Behandlingskontroll med cellprov från vaginaltoppen, med dubbelanalys, är motiverad och rekommenderas ske 6 månader efter behandling (hysterektomi) på samma sätt som efter excisionsbehandling. Dessutom rekommenderas ett uppföljande cellprov med dubbelanalys 5 år efter hysterektomi för dessa patienter för att i första hand exkludera eventuell ny dysplasiutveckling.

Uppföljning för att upptäcka nytillkommen dysplasi

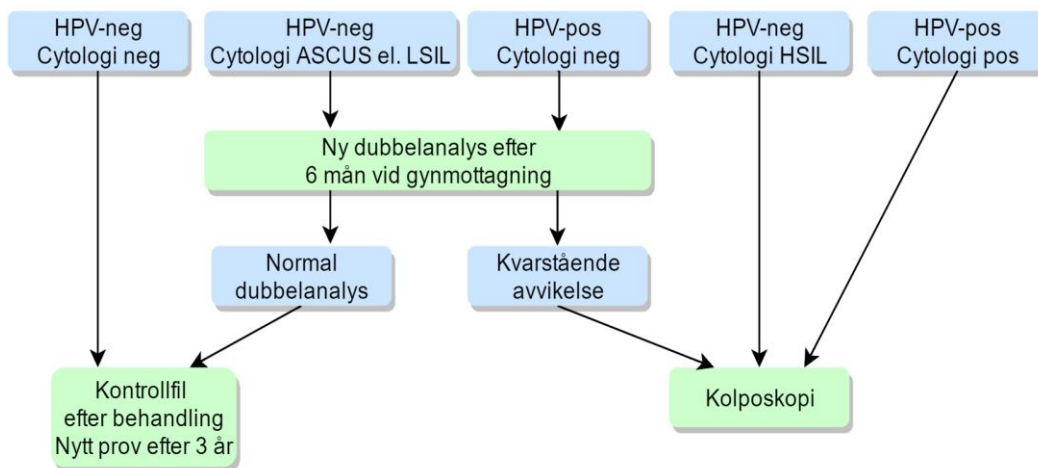
Den ökade långtidsrisken för cancer hos kvinnor som behandlats för höggradig dysplasi motiverar särskilt utformad screening som långtidsuppföljning. Den bör ske i kontrollfil inom screeningorganisationen. Kvinnor remitteras antingen aktivt eller automatiskt till Kontrollfil efter behandling vid histologiskt verifierad HSIL och AIS. Som dysplasi räknas även HSIL eller AIS i biopsi eller abrasiomaterial även om det inte återfunnits vid excision. Kvinnor vars provtagning är komplicerad samt kvinnor som lever med HIV, organtransplanterade och stamcellstransplanterade bör inte remitteras till kontrollfil.

Alla prover på kvinnor i Kontrollfil efter behandling analyseras för både cytologi och HPV (dubbelanalys). Vid avvikelse i endera analysen remitteras kvinnan till gynekologmottagning för förnyad dubbelanalys inom 6 månader (Flödesschema 7 nedan). Vid HSILcyt eller HPV-positivitet och cytologisk avvikelse remitteras kvinnan till kolposkopi.

Kvinnor i Kontrollfil efter behandling kallas till provtagning vart tredje år, oavsett ålder. Ingen generell övre åldersgräns för deltagande i kontroll fastställs i detta vårdprogram då mer kunskap behövs om en eventuell övre åldersgräns. De data som finns för närvarande visar en ökande risk för cancer allteftersom kvinnor åldras. Kvinnan kan i samråd med provtagande barnmorska avsluta kontrollerna när det på grund av ålder, rörelsevårigheter eller andra orsaker blir besvärligt med provtagningen.

Uppföljning vid gynekologmottagning av avvikande prov efter behandling (behandlingskontroll) samt uppföljning vid gynekologmottagning efter remiss från Kontrollfil efter behandling.
Dubbelanalys = HPV-analys och cytologi

Flödesschema 7: Uppföljning



8. SCREENING, UTREDNING, BEHANDLING OCH UPPFÖLJNING AV SÄRSKILDA GRUPPER (Kapitel 18 i vårprogrammet)

Gravida kvinnor

Rekommendation

- Vid första besöket i mödrahälsovården bör barnmorskan undersöka när föregående prov togs och erbjuda provtagning om det har gått mer än 2,5 år och kvinnan har fyllt 23 år. (GRADE +++)

Graviditet påskyndar inte utveckling av cervixdysplasi till cervixcancer. Målet med utredning av avvikande prov under graviditet är att utesluta cancer och identifiera höggradiga lesioner, som kan behandlas kort tid efter förlossningen.

Utredning vid blödning och symtom under graviditet

Vid vaginal blödning som inte har obstetrisk orsak bör cellprov med analys för cytologi och HPV tas och analyseras snarast. Om HPV-analysen är positiv eller kvinnan har cytologisk atypi görs kolposkopi och eventuell px. Vid upprepad blödning bör kvinnan kolposkoperas även vid negativt HPV-test.

Makroskopiska tumörsuspekta cervixförändringar ska utredas skyndsamt av gynekolog, med cellprov med dubbelanalys, kolposkopi och riktade cervixbiopsier.

Initial utredning av avvikande cellprov under graviditet

Rekommendationer

- Utredning bör göras av kolposkopist med vana och kunskap att utreda gravida. Optimal tidpunkt är graviditetsvecka 13–14. (GRADE ++)
- Swedescore rekommenderas vid kolposkopisk utredning. (GRADE +++)
- Biopsi med kolposkopiskt riktade px samt slyngbiopsi innebär liten risk för blödning och graviditetskomplikationer, men excision ska endast göras vid misstanke om cancer. (GRADE +++)

Alla gravida med avvikande cytologprov vid screening i tidig graviditet, med undantag av ASCUS och LSILcyt med negativt HPV-test, ska utredas skyndsamt eftersom utredningen är enklare och säkrare ju tidigare i graviditeten den utförs.

Om kvinnan redan innan graviditet är utredd för atypiskt cellprov där man beslutat om excision som ännu inte är utförd, eller om hon kontrolleras för dysplasi där man valt att expektera, bör man i tidig graviditet ta ställning till om kontroll under graviditet är nödvändig och när kontrollen bör göras.

Om kvinnan månaderna innan graviditeten genomgått excision, framför allt om konen varit tveksamt radikal, bör första postoperativa kontrollen göras 4–6 månader postoperativt även om hon är gravid. En plan för eventuellt fortsatta kontroller bör upprättas, där ytterligare kontroll i graviditetsvecka 28–30 kan bli aktuell om höggradig restdysplasi föreligger.

Inga studier har visat att utredning med cellprov eller kolposkopiskt riktade cervixbiopsier under graviditet skulle vara skadligt för kvinnan eller fostret.

Behandling eller provtagning med slyng- eller laserexcision är under graviditet endast indicerad vid misstanke om cancer och bör undvikas p.g.a. ökad risk för missfall, prematurbörd samt stora blödningar. Även om risken är störst i tredje trimestern kan sådan åtgärd få än mer allvarliga konsekvenser för fostret om den utförs i slutet av andra trimestern.

Om provtagning p.g.a. misstanke om cancer i tredje trimestern behöver göras bör sectioberedskap finnas och kvinnan bör vara förbehandlad med kortikosteroider. Vid cancerdiagnos kan man dock som regel avvakta med sectioförlossning till graviditetsvecka 34 så att lungutmognad kan ske.

Vid misstanke om cancer (mikroinvasiv och invasiv cancer) bör diskussion föras med gynekologisk tumörkirurg och obstetriker vid multidisciplinär konferens inför diagnostisk provtagning.

Ytterligare skäl till att excisionsbehandling bör undvikas under graviditet är att skivepiteldysplasi, även höggradig, kan gå i regress efter förlossningen.

Enstaka studier har visat att biopsiering med biopsitång eller slyngbiopsi med liten diatermislynga inte innebär någon stor risk för blödningar eller graviditetskomplikationer. Blödning vid biopsitagning kan stillas med lapis, järnklorid eller Monsels pasta och då så krävs kan vaginal tamponad läggas upp. Vid excision och slyngbiopsi kan blödningar förebyggas om man ger injektion intravenöst med tranexamsyra ca en timme innan ingreppet. Man kan överväga att ge tranexamsyra peroralt ca fem dagar postoperativt. Ingreppen kan göras i lokalanestesi med adrenalininnehållande anestetikum för god hemostas. Erfarenheten av vasopressin i lokalbedövningsmedel under graviditet är begränsad men substansen är inte kontraindicerad. Cervixabrasio bör inte utföras.

Fortsatt uppföljning under graviditet

Rekommendation

- Vid höggradig skivepiteldysplasi bör uppföljning ske i graviditetsvecka 28–30 med cytologprov och kolposkopi. (GRADE ++)

Syftet är att, vid en tidpunkt under graviditeten då sectio är möjlig, utesluta progress till mikroinvasiv cancer och om sådan föreligger ta beslut om lämplig tidpunkt för sectio vilket vanligen är i v 34 – 35 (Se NVP Cervixcancer kap 11: http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/gynekologi/livmoder_hals/). I sen graviditet bör uppföljning efter förlossningen planeras.

Cervixcancer under graviditet

När cervixcancer diagnostiseras under graviditet övergår ansvaret till Regional enhet för gynekologisk cancer. Kvinnan ska utan dröjsmål remitteras till specialistklinik och handläggas enligt standardiserat vårdförlopp (SVF).

Adenocarcinoma in situ och körtelcellsförändringar

Adenocarcinoma in situ (AIS) och körtelcellsförändringar är relativt ovanligt under graviditet. Kvinnor med AIS bör skyndsamt utredas med excision eller slyngbiopsi för att utesluta cancer. Naturalförloppet för utveckling till cancer kan vara snabbare vid AIS. Av denna anledning rekommenderas kontroll med cytologi och kolposkopi ca var sjätte vecka vid AIS under graviditet för att utesluta progress till cancer. (GRADE ++) Kvinnor med körtelcellsförändringar bör även utredas med kolposkopi och eventuell px eller slyngbiopsi som vid skivepiteldysplasi.

Uppföljning efter förlossning

Vid utbredd HSIL bör kontroll med cellprov med analys för cytologi, kolposkopi och eventuell biopsitagning utföras ca 6–8 veckor efter förlossningen för att utesluta progress till mikroinvasiv cancer och för att planera in en lämplig tidpunkt för excision, förutsatt att förändringen inte gått i regress. Vid AIS under graviditet bör kolposkopi med biopsier och eventuell excision utföras redan 10–14 dagar efter förlossningen. Små lesioner med höggradig skivepiteldysplasi samt låggradig skivepiteldysplasi bör bedömas med cellprov med dubbelanalys, kolposkopi och eventuell biopsi 3–6 månader efter förlossningen.

Kvinnor med immunsuppression

Rekommendationer

- Immunsupprimerade kvinnor med dysplasi bör skötas på kvinnoklinik av specialist med särskild kompetens inom området. Samverkan med behandlande läkare för grundsjukdomen, t.ex infektionsläkare eller reumatolog, bör ske.
- Kvinnor som diagnostiseras med hiv bör snarast remitteras för cellprovtagning, vanligen till kvinnoklinik med särskild kompetens i omhändertagandet av kvinnor som lever med hiv. Fortsatt screening bör ske här, enligt riktlinjer.
- Läkare som behandlar kvinnor med sjukdomar där immunhämmande behandling ska sättas in bör fråga kvinnan om hon tagit cellprov enligt screeningrutinen, och om detta är oklart rekommendera kvinnan att kontakta gynekolog- eller barnmorskemottagning.

Kvinnor med nedsatt immunförsvar pga. infektion med humant immunbristvirus (hiv), kontinuerlig immunsuppressiv behandling, t.ex i samband med transplantation, SLE eller andra orsaker löper ökad risk att utveckla dysplasi och cervixcancer. Dessa kvinnor bör undersökas och kontrolleras hos en gynekolog med vana att handlägga kvinnor med dessa tillstånd. Det är vanligt med multifokal dysplasi, d.v.s. i cervix, vagina, vulva, perinealt och perianalt. Behandlingen av dysplasin och uppföljningsplanen får ofta individualiseras. Ett samarbete med de läkare som behandlar kvinnans grundsjukdom är viktig så att kvinnans immunförsvar kan optimeras.

Screening, utredning, handläggning och behandling samt uppföljning efter utredning och behandling av kvinnor som lever med HIV, transplanterade kvinnor och kvinnor med immunsupprimerade tillstånd, hänvisas till Kapitel 18.2 i vårdprogrammet.

Möjligen finns ett sämre immunsvaret efter vaccination hos kvinnor som lever med hiv och har påverkat immunförsvar men kunskapen är inte entydig. Kvinnor som lever med hiv bör erbjudas vaccination på samma grunder som hiv-negativa. Även organtransplanterade och stamcellstransplanterade bör erbjudas vaccination enligt generella nationella rekommendationer.

Indikatorsjukdom för HIV

Rekommendationer

- Kvinnor med okänd hiv-status och konstaterad HSIL bör erbjudas hivtest
- Kvinnor med återkommande behandlingskrävande dysplasi och/eller multipla lesioner bör erbjudas hiv-test.

9. BIEFFEKTER AV SCREENING (Kapitel 19 i vårdprogrammet)

Screening

Även om de positiva effekterna överväger kan cervixscreening ge upphov till negativa effekter i olika faser av vårdkedjan – i likhet med alla medicinska interventioner. Dessa biverkningar är både av psykologisk och fysisk art. En kallelse till cervixscreening väcker en hel del funderingar hos kvinnan, men den ångest och oro som kan uppstå förefaller vara kopplad till utfallet av testet. Detta gäller såväl efter ett besked om en avvikande cytologi som ett positivt HPV-test.

Utredning - Kolposkopi

I en systematisk översikt av flera studier har det visats att kolposkopi med biopsitagning medför en risk för oro och ångest kopplad till beskedet om svaret på den mikroskopiska undersökningen.

Behandling – excision

Blödning och infektion

Blödning förekommer. Infektioner kan förekomma men detta är ovanligt och om så vanligen av ringa art.

Risk för stenosis

Cervixstenosis är en biverkan efter behandling som har uppmätts till 7–17 %. Risken ökar med stigande ålder och ökande längd på excisionen. Hos postmenopausala kan stenosis möjliggen försena diagnos av endometrie-cancer eftersom kvinnan inte noterar blödning, men studier kring detta saknas.

Fertilitet

I en systematisk översikt från England konstateras att excision med dagens tekniker inte ger någon påvisad nedsättning i fertilitet.

Missfall, ektopisk graviditet

I en aktuell systematisk översikt sågs ingen ökad risk för missfall överlag men svagare evidens pekade på en ökad risk för missfall i andra trimestern och en ökad risk för ektopisk graviditet. Dessa uppgifter bygger dock på studier med betydlig risk för bias och ska tolkas försiktigt.

Förtidsbörd

Konisering/excision medför en risk för att förlossningar som sker efter ingreppet sker för tidigt, före 37 fullgångna veckor.

Vid ett expertsymposium i London i februari 2015 kunde man enas kring några väsentliga punkter när det gäller risk för förtidsbörd efter genomgången excision av dysplasi.

- Det finns starka observationella bevis för ett kausalt samband mellan behandling av cervixdysplasi och senare förtidsbörd. Dessa möter de flesta av Hills kriterier för kausalitet.
- Risken för förtidsbörd ökar med ökande längd (höjd) på excisionen för att uppgå till 1 av 6 vid excisioner > 20 mm.
- Kvinnor som genomgått excision < 10 mm har ingen påvisad ökad risk för förtidsbörd jämfört med kvinnor som genomgått biopsi vid kolposkopi.
- En ökad risk för förtidsbörd kvarstår även under påföljande graviditeter.

För mer information kring förtidsbörd, v g se Kapitel 19.3.5-19.3.6 i vårdprogrammet

Motverka och minimera bieffekter av cervixscreening

Provtagning och besked om provresultat

Ett respektfullt, lyhört och professionellt bemötande i samband med GCK liksom vid utredning, behandling och uppföljning är av stor betydelse för kvinnors upplevelser och sannolikt också för framtida deltagande i screening och eventuell fortsatt utredning och uppföljning. Kvinnors delaktighet vid valet av åtgärder måste beaktas.

Vårdprogrammets underlag till kommunikationsplan syftar till att hälso- och sjukvården ska ge entydig och korrekt information om betydelsen och konsekvenserna av att ha avvikande prover.

Utredning av dysplasi

Utredning av avvikande prov bör göras av kolposkopister med dokumenterade volymer, kunskap och erfarenhet vid mottagningar med kunskap inom området. Den kolposkopiska utredningen är avgörande för att undvika överbehandling. Samtidigt måste risken för underbehandling minimeras vilket ställer krav på professionalism. En trend över tid till ökad risk för cancer efter genomgången dysplasibehandling kan tolkas som en effekt av att behandlingarna blivit mer konservativa med excision eller destruktion av mindre mängd vävnad.

Behandling av dysplasi

Även om risken vid små excisioner är liten, om ens någon, ska man vara återhållsam vid behandling av kvinnor som inte har avslutat sitt barnafödande. Det innebär både att exspektans är aktuell i vissa kliniska situationer samt att operatörer ska försäkra sig om att inga excessiva mängder frisk cervixvävnad avlägsnas eller destrueras. Här krävs noggranna avvägningar vid valet mellan exspektans och åtgärder utifrån.

10. KVALITETSUPPFÖLJNING (Kapitel 15 i vårdprogrammet)

Uppföljning av patient som uteblir

Ansträngningar bör göras för att nå patienten och erbjuda ny undersökning med lyhördhet för särskilda behov och önskemål. Bland patienter som uteblir ofta är det t.ex. erfarenhetsmässigt vanligt med psykisk ohälsa och dålig erfarenhet av gynekologiska undersökningar. Utifrån ett perspektiv om jämlik vård bör upprepade inbjudningar göras, framför allt då risken för kvinnan för cancerutveckling när hon inte fullföljer utredning eller behandling bedöms som hög. I Bilaga 5 redovisas rimliga åtgärder.

Rapportering till kvalitetsregister

Det finns ett stort behov av systematisk kvalitetsuppföljning av utredningar och kolposkopiundersökningar. Till Processregistret inom NKCx bör följande uppgifter inrapporteras:

- att en kolposkopiundersökning har gjorts
- kolposkopistens bedömning av fynd: höggradig lesion/låggradig lesion/inom normala gränser/ofullständig kolposkopi
- typ av transformationszon
- totalpoäng enligt Swedescore.

Inrapportering sker via klinisk cellprovremiss (se Bilaga 2 i vårdprogrammet) när cytologprov tas samtidigt med kolposkopin. I annat fall genom direkt inrapportering via formulär i Processregistret.

Kvalitetsmått

Mått	Målnivå	Kommentar
Andel ASCUS/LSILcyt i screening som följts upp inom 6 månader efter provtagningsdatum	≥ 90 %	Processregistret mäter cellprover tagna 1/7 året innan till 30/6 aktuellt år. Cellprov med HPV-analys och/eller cytologisk analys, PAD och/eller kolposkopi räknas som uppföljning. Kolposkopi utan morfologi registreras separat.
Andel HSILcyt i screening som följts upp med histopatologi inom 3 månader efter provtagningsdatum	≥ 90 %	Processregistret mäter cellprover tagna 1/7 året innan till 30/6 aktuellt år. PAD räknas som uppföljning.
Andel excisions-behandlingar (koner) utan dysplasi	Alla åldrar: ≤ 15 % < 40 års ålder: ≤ 10 %	Redovisas som 1) benigna excisions-behandlingar hos alla samt 2) benigna excisionsbehandlingar hos kvinnor < 40 års ålder.
Andel koner med HSIL/AIS i PAD	< 40 års ålder: ≥ 75 %	

Negativa re-behandlingar	Re-behandlingar med benigt PAD. Ska vara minimalt, men ingen målnivå är uppställd.
--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

11. ANSVARSFÖRDELNING (Kapitel 7,9,14,15,21,23,24 i vårdprogrammet)

Huvudmännen, i praktiken de olika landstingen, har det övergripande ansvaret för att screeningprogrammen följer de formella krav som gäller all medicinsk verksamhet.

Formellt har verksamhetschefen ansvar för att rutiner upprättats för svarshantering och att svar hanteras av personal med formell och reell kompetens (SOFS 2004:1).

De nya nationella rekommendationerna innebär en mer komplex screeningprocess än tidigare, och det förutsätter ett nationellt vårdprogram som detta. Ansvaret för att genomföra screeningprogrammet ligger enligt hälso- och sjukvårdslagen på landstingen. Verksamheten är komplex och spänner vanligen över flera verksamhetsområden. Varje landsting bör ha en processledare med ansvar för att ha överblick över kvalitetsuppgifter i varje led och ge återkoppling till vårdkedjan om utveckling och förbättringsbehov.

I varje landsting finns en enhet som ansvarar för kallelser. Det är kallelseadministrationens ansvar att säkerställa att man har tillgång till morfologi- och virologidata för att enbart kalla de kvinnor som inte har prov registrerat.

I de flesta landsting ligger ansvaret för GCK-administrationen på patologkliniken: att kalla kvinnor till provtagning, att analysera cytologprover och HPV-prover, liksom att skicka svarsbrev till kvinnor med normala analysresultat och remittera kvinnor med avvikande cytologi till gynekologisk utredning. Kallelsehanteringen är därmed oftast en applikation kopplad till patologklinikernas morfologisystem. Inom Stockholms läns landsting ligger ansvaret för den centrala administrationen på RCC som är länkad till länets samtliga patologklinikernas databaser vilket medger tillgång till alla relevanta morfologiuppgifter. I bl.a. Västra Götalandsregionen ligger kallelseadministrationen centralt och är tillgänglig för alla de laboratorier som verkar i regionen.

Det är laboratoriets ansvar att säkerställa rutiner för registrering av mottagna prov och remisser, att ha utbildad personal som analyserar cellproven och att analysvaren följer nationella riktlinjer

Det ska finnas skriftliga rutiner inom landstinget som reglerar ansvaret vid gynekologisk cellprovskontroll, både för att kvinnan får information om normalt svar eller provresultat som inte kräver mer utredning och för att kvinnor med avvikande prover som kräver utredning eller bevakning vid gynekologisk mottagning remitteras till sådan.

Ansvar för remittering av kvinnor med avvikande prover i screeningen ligger vanligen på laboratoriet som har ställt den diagnos som ligger till grund för fortsatt handläggning, men andra organisationsformer förekommer. Man kan här samarbeta med kvinnosjukvården, men det är angeläget att undvika mellanhänder eftersom det förlänger handläggningstiden och ökar risken för att kvinnor ”faller mellan stolarna”. För svar på prover som skickats med klinisk remiss ansvarar den vårdgivare som står som avsändare av remissen.

Vissa krav bör ställas på en gynekologisk mottagning som utreder kvinnor med avvikande prover från gynekologisk cellprovskontroll. Det bör finnas en dysplasiansvarig gynekolog som stöder verksamhetschefen i att mottagningen har rätt kompetens och utrustning. Hen bör ha ett specifikt uppdrag. Arbetet bör organiseras i team och det bör finnas minst en dysplasibarnmorska eller dysplasisköterska med god kunskap om gällande vårdprogram, god erfarenhet av cellprovtagning och av att bemöta kvinnor med cellförändringar.

Ansvar för kontroll av att dysplasi är fullständigt behandlad ligger hos den behandlande läkaren. När uppföljningen visar att kvinnan är fri från dysplasi finns det IT-stöd för att låta den ansvariga läkaren remittera dessa kvinnor till regelbunden cellprovtagning inom screeningverksamheten, men med ett annat intervall och även omfattande andra åldrar än inom GCK (Kontrollfil efter behandling).

CIN3 i cytologi anmäls av laboratoriet till Regionalt cancercentrum och registreras först som bevakning av "benign precancerös förändring". CIN3 i cytologi anmäls av laboratoriet till Regionalt cancercentrum och registreras först som bevakning av "benign precancerös förändring". Om ingen uppföljande diagnos av CIN3 eller cancer registreras CIN3 i cytologi permanent, men separat från CIN3 i PAD. Klinisk tumöranmälan sker inte för cytologiska förändringar.

1 jan 2017 ändras RCC:s registreringsbeskrivning. Då gäller det som här är beskrivet för CIN3 också för HSIL (PAD) och HSILcyt (cytologi).