

روش پیگیری پاپ اسمیر

اگر نمونه نامطلوب باشد ← تکرار پاپ اسمیر ۲ تا ۴ ماه بعد

اگر نمونه ناکافی باشد ← تکرار پاپ اسمیر ۶ تا ۱۲ ماه بعد

غربالگری پاپ اسمیر

➤ از سن ۲۱ سالگی یا طی ۳ سال اول شروع فعالیت جنسی باید شروع شود.

➤ در زنان جوانتر از ۳۰ سال پاپ اسمیر سالانه با روش مرسوم، یا هر ۲ سال یکبار با روش Liquid base (LBC) انجام شود.

➤ در زنان بالای ۳۰ سال فاقد عامل خطر (سابقه CIN2 یا CIN3، نقص ایمنی و تماس با DES جنینی) هر ۲ تا ۳ سال انجام می شود (روش مرسوم یا LBC).

➤ ترکیب تست HPV و پاپ اسمیر در زنان ≤ 30 سال مناسب است و اگر منفی باشد، هر ۳ سال تکرار می شود. (ارزش پیشگویی کننده منفی $< 99\%$)

➤ تست HPV در سن زیر ۳۰ سال نباید انجام شود.

➤ اگر نتیجه پاپ اسمیر طی ۱۰ سال گذشته غیرطبیعی نباشد غربالگری در ۷۰ سالگی متوقف می شود.

➤ غربالگری پس از هیستریکتومی برای بیماریهای خوش خیم ضرورتی ندارد.

برخورد با پاپ اسمیر غیرطبیعی

ASCUS: احتمال خطر CIN1 ← ۱۰-۲۰٪ و CIN2 و CIN3 ← ۳ تا ۵٪

ASCUS: گزینه های برخورد شامل:

(۱) تکرار پاپ اسمیر هر ۴ تا ۶ ماه: توصیه نمی شود.

(۲) کولپوسکوپی فوری: حساسترین روش است ولی چون ۸۰٪ بیماران ضایعه مهمی ندارند، سبب تفسیر بیش از حد می شود.

(۳) تست HPV ارجح است و ۹۰٪ ضایعات CIN2 و CIN3 را شناسایی می کند.

اگر تست HPV مثبت باشد ← کولپوسکوپی و اگر منفی باشد پاپ اسمیر سالانه

"ASCUS ← HPV رطخریپ ← + ← کولپوسکوپی"

← - ← پاپ اسمیر سالانه"

LSIL

احتمال خطر CIN1 ← ۷۵٪ و CIN2 و CIN3 ← ۲۰ درصد
گزینه های برخورد مانند ASCUS است ولی کولپوسکوپی ارجح است.

"LSIL ← کولپوسکوپی"

"HSIL ← کولپوسکوپی و بیوپسی"

برخورد با نتایج کولپوسکوپی

CIN1: اغلب بازتابی از عفونت خوشخیم HPV است و میزان پسرقت ۶۰ تا ۸۵ درصد دارد. پسرقت طی ۲

سال. پیگیری شامل یکی از موارد زیر:

(۱) تکرار پاپ اسمیر هر ۶ ماه و یا

(۲) تست HPV DNA هر ۱۲ ماه

پس از ۲ نتیجه منفی پاپ اسمیر و یا یک تست منفی HPV می توان سیتولوژی سالانه را از سر گرفت.

اگر ضایعات پیشرفت کنند یا پس از ۲ سال باقی بماند ← درمان تخریبی با کرایو یا لیزر، یا اکسزئون با

LEEP

در بیماری مزمن و نقص ایمنی احتمال شایعات پایدار بیشتر است و درمان تخریبی بر اکسزئون ارجح است.

➤ نکته: بدنبال تمام روشهای تخریبی یا اکسزئون باید سیتولوژی هر ۳ ماه تا یکسال انجام شود.

"CIN1 ← تکرار پاپ اسمیر هر ۶ ماه یا HPV DNA هر ۱۲ ماه

← اگر تا یکسال منفی ← سیتولوژی سالانه

← پیشرفت ضایعه یا باقی ماندن تا ۲ سال ← تخریب با کرایو یا لیزر"

CIN2 و CIN3

CIN2 ۲۰٪ به سمت CIS و ۵٪ به سمت کانسر انوازیو پیش می رود.

درمان ارجح CIN2 و CIN3 روش LEEP است. با این روش نمونه برای پاتولوژی نیز بدست می آید. میزان

تداوم و عود بیماری ۱۰-۴٪ است.

شرایط لازم برای درمان تخریبی:

الف) فقدان شواهد کانسر مهاجم یا میکروانوازیون در سیتولوژی، کولپوسکوپی یا کورتاژ اندوسرویکال

ب) ضایعه روی اکتوسرویکس باشد و کاملاً قابل مشاهده باشد.

ج) عدم درگیری اندوسرویکس در کولپوسکوپی یا کورتاژ اندوسرویکال

LEEP با افزایش خطر زایمان زودرس، **PROM** و **LBW** همراه است. احتمال خونریزی حین و پس از عمل و تنگی سرویکس وجود دارد. عوارض ناچیز و مشابه لیزر است.

کرایو

سبب کریستالیزه کردن آب داخل سلول ← تخریب سلول. دمای لازم ۲۰- تا ۳۰- درجه است. توسط اکسید نیترو (۸۹C-) یا CO2 (۶۵C-) انجام می شود. بی خطر و با عوارض کم است. تنگی سرویکس نادر ولی محتمل است. خونریزی ناشایع بوده و با عفونت همراه است.

در موارد زیر بکار می رود:

الف) **CIN1** یا **CIN2**

ب) ضایعه کوچک

ج) ضایعه فقط در اکتوسرویکس

ج) عدم درگیری اندوسرویکس در بیوپسی

CONIZATION

هم تشخیصی و هم درمانی است. در شرایط زیر در موارد **HSIL** بکار می رود:

الف) حدود ضایعه با کولپوسکوپی دیده نشود.

ب) **SCJ** در کولپوسکوپی دیده نشود.

ج) نمونه کورتاژ اندوسرویکس از نظر **CIN3** و **CIN2** مثبت باشد.

د) عدم هماهنگی بین پاپ اسمیر و کولپوسکوپی

ه) شک به تهاجم میکروانوازیو در کولپوسکوپی

و) عدم توانایی در رد کانسر مهاجم در کولپوسکوپی

هیستریکتومی:

در موارد زیر روش باارزشی برای درمان CIN است:

- (۱) تهاجم میکروسکوپی
- (۲) وجود CIN3 در حاشیه نمونه CONIZATION
- (۳) عدم پذیرش پیگیری خوب توسط بیمار
- (۴) وجود سایر مشکلات نیازمند هیستریکتومی

AIS (آدنوکارسینوم درجا)

برای تشخیص قطعی بایستی CONIZATION انجام داد.

اگر حاشیه نمونه مثبت باشد CONIZATION مجدد انجام شود.

اگر حفظ باروری مدنظر نباشد (حتی در صورت منفی بودن حاشیه نمونه) هیستریکتومی توصیه می شود.

رفرانس: نواک ۲۰۱۲

تهیه کننده: دکتر حفیظی، دانشیار زنان