

2008 წლის ევროპული
ბაიოდლაინები საშვილოსნოს
ყელის კიბოს სკრინინგის
მაღალი ხარისხისათვის

ჯოსეფ ჯორჯანი


(თბილისი, 14 ივნისი 2008)

მე-6-ე თავი
“საშვილოსნოს ყელის
კათოლიკობიური
ციტოლოგიური შედეგების
მართვა”

Joe Jordan, Pierre Martin-Hirsch, Marc Arbyn
Ulrich Schenck, Jean-Jacques Baldauf,
Daniel Da Silva, Ahti Anttila
Pekka Nieminen, Walter Prendiville

მართვის ტაქტიკის განმასზღვრელი არის კოლპოსკოპია

- ▶ კოლპოსკოპისტი სავალდებულოა იყოს კვალიფიციურიად მომზადებული
- ▶ კოლპოსკოპისტი ირჩევს მართვის ტაქტიკას
- ▶ თუ ტაქტიკა გულისხმობს მკურნალობას – რომელია საუკეთესო სამკურნალო მიდგომა
- ▶ კოლპოსკოპისტმა უნდა უზრუნველყოს შემდგომი დაკვირვება (follow-ups)

- ▶ მნიშვნელოვანია ხარისხის უზრუნველყოფა
 - ▶ მნიშვნელოვანია მონაცემთა შეგროვება
- 

საშვილოსნოს ყელის ბიოფსია

- ▶ საბიოფსიო უბნის (უბნების) განსაზღვრა კოლპოსკოპიური გამოკვლევით
- ▶ ბიოფსიური მასალა უნდა მოიცავდეს სტრომას
- ▶ ტექნიკა:
 - ▶ საბიოფსიო კოლხოტომი
 - ▶ პატარა მარყუჟი
- ▶ ენდოცერვიკალური ბიოფსია:
 - ▶ ენდოცერვიკალური კიურეტი
 - ▶ ჯაგრისი
 - ▶ ხშირად ვერ ადასტურებს მალიგნიზაციას

მართვი კრონციკები ციტოლოგიური პათოლოგიების სირთულის შესაბამისად

- ▶ **ASCUS** – უცნობი ეტიოლოგიის ბრტყელუჯრედოვანი ატიპია
- ▶ **LSIL** – დაბალი ხარისხის ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელური დაზიანება
- ▶ **ASC-H** – ბრტყელუჯრედოვანი ატიპია მაღალი ხარისხის ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელიური დაზიანების გამორცხვის შეუძლებლობით
- ▶ **HSIL** – მაღალი ხარისხის ბრტყელუჯრედოვანი ინტრაეპითელური დაზიანება
- ▶ ჯირკვლოვანი პათოლოგია

ASCUS-ის მართვა

3 პარიანტი:

I. HPV-DNA ტესტირება

- ▶ HPV დადებითი შედეგი – კოლპოსკოპია
- ▶ HPV უარყოფითი შედეგი – განმეორებითი ციტოლოგიური გამოკვლევა 1 წლის შემდეგ

II. განმეორებითი ციტოლოგიური გამოკვლევა 6 თვეში

- ▶ უარყოფითი შედეგი – განმეორებითი გამოკვლევა 6 თვეში

– 2-ჯერ უარყოფითი შედეგის შემთხვევაში – რუტინული დაკვირვება

- ▶ დადებითი შედეგი (\geq ASCUS) – კოლპოსკოპია

III. კოლპოსკოპიური კვლევა

ნეგატიური შედეგი – განმეორებითი ციტოლოგიური გამოკვლევა 1 წლის შემდეგ

LSIL-ის მართვა

I. განმეორებითი ციტოლოგიური გამოკვლევა 6 თვეში უარყოფითი შედეგი – განმეორებითი გამოკვლევა 6 თვეში

– 2-ჯერ უარყოფითი შედეგის შემთხვევაში – რუტინული დაკვირვება

დადებითი შედეგი (\geq ASCUS) – კოლპოსკოპია

II. კოლპოსკოპიური გამოკვლევა

ნორმალური კოლპოსკოპიის შემთხვევაში:

განმეორებითი ციტოლოგიური გამოკვლევა, ან მაღალი რისკის HPV-DNA ტესტირება 12 თვეში

ASC-H –ის მართვა

- ▶ კოლპოსკოპიური გამოკვლევა
- ▶ თუ კოლპოსკოპია უარყოფითია – ციტოლოგიური შედეგის გადახედვა
- ▶ თუ კოლპოსკოპია და ციტოლოგიური შედეგის გადახედვა უარყოფია:
 - ან განმეორებითი ციტოლოგიური გამოკვლევა 1 წლის შემდეგ,
 - ან მულტიდისციპლინარული კონსილიუმი

HSIL-ის მართვა

- ▶ კოლპოსკოპიური კვლევა
- ▶ განმეორებითი ციტოლოგიური გამოკვლევა და HPV-DNA ტესტირება არ არის მისაღები
- ▶ თუ კოლპოსკოპია დამაკმაყოფილებელია და კოლპოსკოპიისა და ბიოფსიის შედეგად არ გამოვლინდა HGCIN:
- ▶ ციტოლოგიური და ჰისტოლოგიური შედეგების გადახედვა
- ▶ თუ ციტოლოგიური შედეგის გადახედვა ადასტურებს HSIL-ს – ტრანსფორმაციის ზონის ექსციზიო
- ▶ თუ კოლპოსკოპია არადამაკმაყოფილებელია (შესაძლებელია ენდოცერვიკალური დაზიანება) – ტრანსფორმაციის ზონის ექსციზიო

ჯირკვლოვანი ციტოლოგიური პათოლოგიის მართვა

- ▶ უჯრედები ენდოცერვიკალურია თუ ენდომეტრიული?
- ▶ გაგზავნა:
კოლპოსკოპია + ენდოცერვიქსის შეფასება, ან დიაგნოსტიკური კონიზაცია
- ▶ თუ პათოლოგიური უჯრედები ენდომეტრიულია:
- ▶ ულტრაბგერითი გამოკვლევა
- ▶ ? ჰისტეროსკოპია
- ▶ ? ენდომეტრიუმის ბიოფსიას

CIN 1 –ის მართვა

- ▶ 60-70% – ბრუნდება ნორმალურ მდგომარეობაში
- ▶ 15% – პერსისტირებს
- ▶ 0-30% – პროგრესირებს CIN 2-3-ში
- ▶ <1% – პროგრესირებს ინვაზიურ კიბოში

CIN 1 –ის მართვა

- ▶ კოლპოსკოპისტები გვაფრთხილებენ!
კოლპოსკოპიური კონტროლით ჩატარებული ბიოფსიის შედეგი **CIN 1** არ არის სარწმუნო
- ▶ **ASCUS/LSIL** კვლევამ გამოავლინა, რომ: ექსპერტების მიერ მონაცემთა გადახედვის შედეგად:
 - ▶ 45%-ში – დადასტურებულია **CIN 1**
 - ▶ 41%-ში – ნორმა
 - ▶ 13%-ში – **CIN 2-3**

CIN 1 –ის მართვა

- ▶ კოლპოსკოპით კონტროლებადი ბიოფსიის შედეგად დადგენილი CIN 1-ის დროს, ტრანსფორმაციის ზონის მარყუჟით ექსციზიის (LLETZ) შემდგომმა პათოჰისტოლოგიურმა კვლევამ შემთხვევათა 23-55% გამოავლინა CIN 2-3

Massad et al (1996) Gynecol. Oncol. 60: 400–403

CIN 1 –ის მართვა

CIN1– ის მართვის დროს უნდა იყოს დაცული ბალანსი ერთი მხრივ, დაზიანების შესაძლო თავისთავად უკუგანვითარებასა და, მეორე მხრივ, მკურნალობის გარეშე დაზიანების უფრო მაღალი ხარისხის “გაპარვას” შორის

CIN 1 –ის მართვა

- ▶ დაკვირვება

- ▶ მკურნალობა

ორივეს აქვს დადებითი და უარყოფითი მხარეები

2 განსხვავებული მდგომარეობა:

- ▶ დამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპია

- ▶ არადამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპია

CIN 1 –ის მართვა

დამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპია – 2 შესაძლო მიდგომა

დაკვირვება

განმეორებითი ციტოლოგია 12 & 24 თვეებში
- თუ ASCUS ან მეტი: კოლპოსკოპია

HPV DNA ტესტი 12 თვეში
- თუ დადებითია: კოლპოსკოპია

მკურნალობა

პირველადი მკურნალობა
განმეორებითი CIN 1
ექსციზიური მკურნალობა

უპირატესობა ენიჭება დაკვირვების ტაქტიკას

CIN 1 –ის მართვა

არადამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპია:

ფარული მაღალი ხარისხის დაზიანების
(HGCIN) გამორიცხვის მიზნით უპირატესობა
ენიჭება
ექსციზიურ მკურნალობას

Spitzer et al (1998) Am. J. Obstet Gynecol. 178:749

CIN 1 –ის მართვა

მკურნალობის მიუღებელი მიდგომა:

1. “აღმოაჩინე და უმკურნალე”
2. ადგილობრივი დესტრუქცია (აბლაცია) არადამაკმაყოფილებელი კოლპოსკოპიის პირობებში
3. პროდოფილის და მისი მსგავსი ნივთიერებების აპლიკაცია
4. ჰისტერექტომია სხვა ჩვენებების არსებობის გარეშე

CIN 2,3-ის მართვა

უნდა ჩატარდეს მკურნალობა (თუ არ არის ორსულობა)

- აბლაცია
- ექსციზიო (უპირატესობა ენიჭება)

დასკვნა

- ▶ მართვის ტაქტიკის განმასზღვრელი არის კოლპოსკოპია
- ▶ კოლპოსკოპისტი სავალდებულოა იყოს კვალიფიციურად მომზადებული
- ▶ მნიშვნელოვანია ხარისხის უზრუნველყოფა
- ▶ მნიშვნელოვანია მონაცემთა შეგროვება