



**Tymczasowe Rekomendacje Sekcji Patologii Szyjki Macicy, Kolposkopii i Cytologii
Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników
oraz Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy
dotyczące możliwości odroczenia procedur diagnostyczno-terapeutycznych u pacjentek
z nieprawidłowymi wynikami testów skriningowych w prewencji wtórnej raka szyjki
macicy w okresie stanu epidemii wirusa SARS-CoV-2**

Komitet redakcyjny

Robert Jach, Maciej Mazurec, Martyna Trzeszcz

22-03-2020

Rekomendacje przedstawiają aktualny sposób postępowania, który może być modyfikowany i zmieniony w uzasadnionych przypadkach, po wnikliwej analizie danej sytuacji klinicznej, co w przyszłości może stanowić podstawę do ich modyfikacji i aktualizacji.

Rekomendacje tymczasowe dotyczą wyłącznie wskazanego okresu.

Stosownie do stanowiska Prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników z dnia 20. marca 2020 roku, wspólnych zaleceń konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz perinatologii z dnia 19. marca 2020 roku, rozumiejąc stan istniejącego zagrożenia epidemiologicznego oraz konieczności ograniczenia wizyt oraz procedur ginekologiczno-położniczych do absolutnie koniecznych, rekomendowane jest poniższe postępowanie.

Pacjentkom z rozpoznaniem mniejszych nieprawidłowości skriningowych zaleca się opóźnienie dalszej diagnostyki wymagającej opuszczenia miejsca zamieszkania, do 6-12 miesięcy.

Rekomenduje się kontynuację diagnostyki niewymagającej opuszczenia miejsca zamieszkania, w tym w szczególności, wykorzystującej pelet komórkowy uzyskany w trakcie procedury laboratoryjnego opracowania materiału pobranego z szyjki macicy na podłoże

płynne/LBC do oceny cytologii. Procedury diagnostyczne, które obejmuje powyższa diagnostyka dotyczą testu w kierunku HRHPV oraz testu p16/Ki67 dla poprzedzających rozpoznania cytologicznych ASC-US lub LSIL.

W przypadku konieczności wykonania testu skriningowego rekomendowana jest procedura samopobrania przez pacjentkę w warunkach domowych materiału z szyjki macicy i pochwy (ang. selfsampling) w kierunku HRHPV (o ile możliwe).

Uwzględniając niepełne polskie rekomendacje dotyczące prewencji wtórnej raka szyjki macicy (rsm) do mniejszych nieprawidłowości skriningowych w etapie przedkolposkopowym należy zaliczyć następujące rozpoznania:

- w skriningu opartym o cytologię jako pierwotny test przesiewowy:
 - ASC-US,
 - LSIL,
 - ASC-US/LSIL z następowym negatywnym HRHPV,
 - ASC-US/LSIL z następowym negatywnym p16/Ki67,
 - ASC-US/LSIL z następowym pozytywnym HRHPV typ nie-16/nie-18 i negatywnym p16/Ki67,
- w skriningu opartym o współtestowanie (ang. cotesting), tj. jednoczesne pobranie materiału do cytologii oraz testu w kierunku HRHPV, jako pierwotny test przesiewowy:
 - ASC-US lub LSIL z negatywnym HRHPV,
 - NILM, ASC-US lub LSIL z pozytywnym HRHPV typ nie-16/nie-18

Pacjentkom z rozpoznaniem większych nieprawidłowości skriningowych zalecane jest opóźnienie dalszej diagnostyki wymagającej opuszczenia miejsca zamieszkania, maksimum do 3 miesięcy.

Uwzględniając niepełne polskie rekomendacje dla prewencji wtórnej rsm dla większych nieprawidłowości skriningowych w etapie przedkolposkopowym należy zaliczyć następujące rozpoznania:

- w skriningu opartym o cytologię jako pierwotny test przesiewowy:
 - ASC-H,
 - HSIL,
 - AGC,
 - ASC-US/LSIL z następowym pozytywnym HRHPV typ 16 i/lub 18,
 - ASC-US/LSIL z następowym pozytywnym p16/Ki67;
- w skriningu opartym o współtestowanie jako pierwotny test przesiewowy:

- HRHPV typ 16 i/lub 18 pozytywny,
- rozpoznania cytologiczne ASC-H, HSIL i AGC
- w skriningu opartym o samopobranie:
 - HRHPV typ 16 i/lub 18 pozytywny.

W przypadku pozytywnego wyniku w kierunku typów nie-16/nie-18 HRHPV postępowanie powinno być zależne od sytuacji klinicznej, w tym od wyników poprzedzających badań.

Zalecenia postępowania klinicznego u pacjentek z podejrzeniem zmian inwazyjnych pozostają niezmiennione.

Powyższe rekomendacje nie stanowią ostatecznego sposobu postępowania w przypadku nieprawidłowych wyników testów przesiewowych w prewencji wtórnej rsm.

Nie zastępują pełnej oceny klinicznej jednostkowego przypadku.

Powinny być zawsze analizowane w kontekście optymalizacji postępowania w interesie zdrowotnym pacjentki.

Mogą ulec zmianie w zależności od zmieniających się warunków.

Prof. dr hab. n. med. Mariusz Zimmer

Prof. dr hab. n. med. Robert Jach

Prezes
Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników

Prezes Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy
Przewodniczący Sekcji Patologii Szyjki Macicy, Kolposkopii i Cytologii
Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników