



Norsk Forening for Klinisk Cytologi

NORCYT-INFO nr. 2 2014

Kjære medlemmer

Nok et år er på hell og det er på sin plass å foreta en gjennomgang av året som har gått.

For oss som arbeider med cytologi har det skjedd litt av hvert det siste året. Tidlig på året var det et betydelig mediefokus på screeningprogrammet i forbindelse med at det ble avdekket oversette kreftdiagnoser ved Avdeling for patologi, Nordlandssykehuset.

Dessverre er screening for livmorhalskreft ingen perfekt undersøkelse, alle avdelinger som har slik diagnostikk opplever fra tid til annen at kvinner blir diagnostisert med livmorhalskreft på tross av jevnlig oppfølging. Tall fra Kreftregisteret viser at 26 % av de kvinner i screeningalder som i 2011 fikk påvist karsinom i cervix hadde i løpet av de siste 3,5 år før diagnose hatt en normal prøve.

Nå er det flere årsaker til at en prøve screenes som normal, men at vi overser alvorlige dysplastiske forandringer er hevet over enhver tvil. Delt opp på landets avdelinger har alle slike «lik i lasten». Kreftregisteret har på denne bakgrunn startet et arbeid for å se på muligheten for sentral kvalitetssikring og å bistå patologilaboratoriene med kvalitetssikringstiltak lokalt.

I sommer startet vi opp med reflekstesting for HPV ved usikre og lavgradige cytologiske forandringer. Ny algoritme var blitt utviklet og nye prosedyrer for prøvelogistikk måtte utvikles lokalt. Samtidig er det blitt en økende bevissthet rundt muligheten av å foreta HPV-testing på klinisk grunnlag, noe algoritmen gir grunnlag for.

Jeg tror vi alle har opplevd en nærmest eksplosjonsartet økning i antallet HPV-tester siden innføringen av reflekstesting, ved Haukeland har det vært en dobling. Forhåpentligvis blir det et fall når situasjonen har roet seg, prognosen sier at det på lengre sikt vil dreie seg om en økning av HPV-tester på 30-40 % relatert til den nye algoritmen.

Fra 1. april vil laboratoriene i Stavanger, Bergen og Trondheim starte opp med primær HPV-screening. Mye planlegging er gjort på kort tid i regi av arbeidsgrupper koordinert fra Kreftregisteret.

Vi er på full fart inn i en ny tid for cervixcytologien. Årsmøtet 2015, som avholdes den 6.-7. februar på Gardermoen, vil ha som hovedfokus nettopp dette at vi er i endring og hvilke muligheter og utfordringer vi står overfor. Dere er derfor alle hjertelig velkommen til å bidra med egne erfaringer, ta del i debatt og å være med å se inn i krystallkulen.

Norcyt vil denne gang ha med stoff som berører klinisk indikasjon for HPV-testing, reisebrev fra EFCS-kongressen i Genève med bilder, info rundt årsmøtet og quiz.

Styret ønsker dere alle en God Jul og et riktig Godt Nytt År
For styret, Hans Kristian Haugland

HPV-testing på klinisk indikasjon

Styret i NFKC har de siste årene vært i kontakt med flere laboratorier og fått inntrykk av at det er ulik praksis når det gjelder laboratorienes tolkning av muligheten til å ta HPV-test på klinisk indikasjon.

Noen laboratorier utfører nesten alltid HPV-test når gynekolog mener det er indikasjon for dette, mens andre laboratorier følger flytskjemaet bokstavelig. Noe som fører til avvisning av mange prøver der kliniker har bedt om HPV-test.

Styret i NFKC har inntrykk av at ulik praksis ved landets laboratorier fører til et varierende forbruk av HPV-tester, slik at diagnose og behandling av høygradige celleforandringer og kreft kan bli forsinket for en del kvinner.

Etter styrets vurdering bør flere laboratorier utføre HPV-test på klinisk indikasjon. I merknad til dagens flytskjema er det også presisert at det vil kunne oppstå situasjoner der patolog og gynekolog kommer fram til en annen oppfølgingsalgoritme enn den som er anbefalt.

Det er en rekke ulike kliniske situasjoner hvor HPV-test kan vurderes ut over det som kommer direkte frem av flytskjema utarbeidet av Kreftregisteret. Følgende eksempler presenteres for å belyse utfordringer som kan oppstå

1. Oppfølging etter konisering.

Kvinner som er konisert har fem ganger høyere risiko for å utvikle cervixcancer enn normalbefolkningen. Rundt 10-15 % av kvinner som får behandling med konisering får residiv og må behandles med ny konisering, eventuelt hysterektomi. Stadig flere land anbefaler HPV-test i oppfølging etter konisering. I den oppdaterte veileder i gynekologisk onkologi som trolig blir lagt ut på nett i løpet av noen få måneder, anbefales HPV-test etter konisering som en "test of cure". Noen laboratorier har allerede innført dette.

2. Kvinner med negativ biopsi.

Sensitivitet ved kolposkopi/biopsi er 60-70 %. Kvinner med positiv HPV-test og ASC-US / LSIL har forhøyet risiko for behandlingskrevende celleforandringer og kreft (CIN2+), også ved negativ biopsi (normal / CIN1). Kvinner med cytologisk ASC-H / HSIL og negativ biopsi har enda høyere risiko for CIN2+. Alle kvinner med negativ biopsi bør følges med ny celleprøve og HPV-test etter 6-12 måneder.

3. Kvinner som er anbefalt biopsi, men der biopsi ikke er utført.

Kvinner med høygradig cytologi (ASC-H / HSIL) eller ASC-US / LSIL og positiv HPV-test anbefales histologisk prøve. Noen ganger tar ikke kliniker biopsi som anbefalt, men sender inn ny celleprøve. Denne celleprøven bør HPV-testes for å avgjøre om det skal anbefales biopsi for andre gang (ASC-US+ og/eller positiv HPV-test) eller om hun kan returnere til screening om 3 år. Kvinner med indikasjon for biopsi, men der biopsi er utsatt på grunn av graviditet, bør følges med ny celleprøve og HPV-test etter fødsel.

4. Kvinner med tidligere positiv HPV-test.

Alle kvinner med positiv HPV-test bør følges til HPV-test er negativ. I utgangspunktet skal HPV-test bare utføres hos kvinner som er 25-69 år, men hvis en 69 år gammel kvinne har normal celleprøve og positiv HPV-test, bør hun følges med ny celleprøve og HPV-test etter 12 måneder selv om hun har fylt 70 år før kontrollprøven blir utført.

5. Kvinner med indikasjon for HPV-test der HPV-test ikke er utført.

Tall fra Kreftregisteret viser at omtrent 35 % av kvinner med indikasjon for HPV-test ikke har fått dette utført. En årsak er at kontrollprøven er tatt før det har gått 6 måneder eller etter at det har gått 12 måneder, og derfor er blitt avvist. En annen årsak er at kontrollprøven er tatt som konvensjonelt utstryk, og hvor separat prøve for HPV-test ikke følger med. HPV-test bør derfor utføres ved første væskebaserte prøve etter indikasjon for HPV-test. Ved konvensjonelt utstryk vurdert som normalt, bør HPV-test etterlyses.

6. Kvinner med prøvehistorikk med gjentatte celleforandringer.

Det tar vanligvis 10-15 år fra HPV-smitte til kreft utvikles. En stor andel av kvinner med kreft har hatt en eller flere unormale celleprøver i løpet av de siste 10-15 år uten at behandlingskrevende celleforandringer er blitt avdekket. Selv om det i Norge er blitt brukt HPV-test i sekundærscreening siden 2005, er det fremdeles kvinner med gjentatte celleforandringer siste 10-15 år som aldri har fått utført HPV-test. Dette gjelder spesielt når rekviert bruker konvensjonelt utstryk og ikke væskebasert prøve. For at ikke diagnose og behandling skal bli ytterligere utsatt, bør første væskebaserte prøve HPV-testes selv om forrige celleprøve var normal.

7. Kvinner med gjentatte uegnede celleprøver.

Ved bruk av væskebasert cytologi (ThinPrep) er erfaringene i Norge at en relativt stor andel av prøvene (5 %) er uegnede. Disse skal i utgangspunktet ikke HPV-testes, men når også andre eller tredje celleprøve er uegnet, er det aktuelt å utføre HPV-test for å avklare om kvinnen kan returnere til screening eller om hun bør utredes med kolposkopi/biopsi.

I flytskjemaet står det ”Når repeterte celleprøver er uegnet for cytologisk analyse, anbefales henvisning til gynekolog”. Dette har ført til at enkelte gynekologer har tatt biopsi av kvinner med gjentatt uegnet cytologi. Dette er ikke hensiktsmessig. Det er bedre å utføre HPV-test i restmaterialet av celleprøven. Dersom en uegnet celleprøve er tatt av en gynekolog, kan HPV-test utføres som reflekstesting også ved første gangs uegnede prøve.

Korrespondanse med Helsedirektoratet

På basis av over nevnte problemstillinger sendte styret i januar i år brev til Helsedirektoratet med henstilling om at direktoratet presiserer at HPV-test må kunne utføres på ulike kliniske indikasjonsstillinger som ikke er direkte dekket i flytdiagrammet publisert av Kreftregisteret.

Svar på vår henvendelse ble mottatt to måneder senere hvor det ble understreket at flytskjemaet bør følges, men samtidig at saken ble meldt inn til Styringsgruppen for masseundersøkelsen. I begynnelsen av april sendte Helsedirektoratet brev til fagdirektørene i de regionale helseforetakene med henstilling om at det legges til rette for at laboratoriene analyserer de HPV-tester som tas på klinisk indikasjon. På møte i Rådgivningsgruppen den 11. juni ble HPV-test på klinisk indikasjon tatt opp som sak 24 /2014. I referatet fra møtet heter det «Helsedirektoratet har bedt HOD om å gjøre en forskriftsendring slik at retten til refusjon følger anbefalingene i Gynveilederen. Hvis mulig trer denne forskriftsendringen i kraft fra 1.7.14.» Slik forskrifts- eller merknadsendring eller har p.t. ikke funnet sted.

Konklusjonen så langt er at Helsedirektoratet er bekymret for ulik praksis ved laboratoriene med hensyn til HPV-testing på klinisk indikasjon, og at det oppfordres til at HPV-tester utføres om de er i henhold til kliniske retningslinjer som går ut over screeningsalgoritmen.

Reisebrev fra Genève



Den 38. europeiske cytologi kongressen ble avholdt i Genève 27. til 30. September 2014.10.28

Kongressen ble høytidlig åpnet med sveitsisk jodling, nasjonaldrakter, sang, alpehorn og St. Bernhardshunder.

Norge var representert med mange laboratorier og vi var i kontakt med bioingeniører og patologer fra Kristiansand, Stavanger, Bergen, OUS, Lillehammer og Skien. På fagsiden var Norge også godt representert. Ben Davidson fra OUS hadde et innlegg på et Satellite symposium om "Ovarial cancer", Maj Liv Eide fra St.Olavs Hospital hadde et innlegg om "Future training programs in Cytotechnology" og Torill Sauer fra Ahus arrangerte en workshop om mamma.

Vi observerte fire posterer fra Norge:

Jon Lømo, OUS: "EUS-guided fine needle aspiration cytology from solid lesion of the upper gastrointestinal tract: A review of a patient materiale".

Ying Chen, AHUS: "The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology - 2 years experience from Akershus university hospital."

Torill Sauer, AHUS: "The thyroid Bethesda classification in daily practice; a comparison of two institutions experiences during two years"

Ben Davidson OUS; "Cytology of ovarial cancer".

Det var et bredt sprekt av temaer som ble berørt i det faglige innholdet. En av de mest engasjerende foredragsholderne var Stephen Raab (Canada) og Maxwell Smith (USA) med et foredrag om "Quality Assurance". Publikum ble aktivisert ved å tegne hver sin gris. Første gang til helt fri utfoldelse, som resulterte i mange rare utgaver av kunstneriske griser. Andre gang skulle det gjøres ved hjelp av en prosedyre, og vi ble da mer samkjørte i hvordan en gris skulle se ut!

William D.Travis fra Memorial Sloan Kettering Cancer Center i New York, som leder arbeidet med den nye WHO klassifikasjonen (2015) av blant annet lungecancer, ga oss et innblikk i de nye hovedgruppene av cancere. I hovedtrekk går de storcellete lungecarcinomene ut, da fenotypingen viser at det egentlig foreligger adenocarcinom, plateepitelcarcinom, neuroendokrint carcinom eller uklassifiserbar type.

Vi deltok begge på en lærerik workshop med tema "Glandular lesions in Gyn" som ble holdt av Irene Isenegger og Irena Baltisser, begge fra Sveits. Workshopen ble åpnet med gjennomgang av kriterier og bilder, og vi fikk utdelt et flott kompendium til å ta med hjem. Etter dette var det selvstudium og vi fikk se en mengde nydelig preparater, både thinprep og konvesjonelle, av ACIS, adenocarcinomer og endometrielle carcinomer.

Det ble også arrangert en egen konsert for kongressens deltakere i St.Pierre Cathedral med et sveitsisk kor, "La Chanson de Fribourg" fra Canton of Fribourg. Det var en flott konsert med klokkeklare røster og høydepunktet var allsang til Leonard Cohens "Halleluja".

Den siste kvelden fikk vi med oss en hyggelig kongressmiddag på Lake Geneva med en dampjulfåt. Det var en idyllisk utsikt fra båten da vi la ut fra havnen i Geneve med sola som gikk ned over Mont Blanc.

Vi takker begge Norsk forening for Klinisk Cytologi for økonomisk bidrag. Vi hadde noen flotte dager med både faglig og sosialt rikt innhold!

Mette Kristin Pedersen og Ann Helen Sørli Fredheim
Akershus Universitetssykehus



**Årsmøte Norsk Forening for Klinisk Cytologi, Radisson Blu Gardermoen,
6. – 7. februar 2015
Invitasjon og program**

Hjertelig velkommen til årsmøte 2015!

Norsk cytologi i endring – utfordringer og nye muligheter

De siste 10 årene har det vært en betydelig utvikling i cytologifaget her til lands.

Innen cervixcytologien har vi fått på plass et moderne klassifikasjonssystem med konsistente og godt definerte kriterier, væskebasert cytologi med redusert tilblending av slim og blod og sekundær HPV-testing ved usikre forandringer.

Om kort tid vil kanskje den viktigste endringen siden Masseundersøkelsens innføring i 1995, primær HPV screening, bli introdusert. Om noen år vil jenter som er vaksinert mot HPV tilhøre screeningpopulasjonen. Effekten av disse endringene vil være et redusert antall cervixcytologiske prøver samtidig med et betydelig økt antall HPV-tester.

Cytologer og bioingeniører vil med et slikt bakteppe oppleve betydelige endringer i sitt arbeide. Endringer som vil måtte bety utfordringer, men også betydelige muligheter til å ta tak i nye oppgaver. Årsmøtet vil ha som hovedtema praktiske konsekvenser av omleggingene med fokus på nye oppgaver som cytologifaget kan og må ta tak i. Det vil bli lagt vekt på at seminaret skal være så konkret som mulig med hensyn til forandringene som vil komme og de grep som vi må ta.

Under finner dere det foreløpige programmet, mindre endringer vil kunne finnes sted.

Fredag 6. februar

09.00 - 10.00: Registrering

10.00 - 10.05: Åpning

10.05 - 10.20: Presentasjon av utstillere

10.20 - 11.05: «Cervixcytologi-mange endringer med stor betydning» v/Maj Liv Eide

11.05 - 11.30: Pause

11.30 - 12.30: Erfaringer med endring v/bioingeniører ved ulike sykehusavdelinger

12.30 - 13.30: Lunch

13.30 - 14.00: «Att arbete som cytodiagnostiker i Lund» v/ Anna Domanski

14.15 - 14.30: Pause

14.30 - 15.00: Bethesdasystemet ved thyroideacytologi – en spørreundersøkelse.
Praksis i landets laboratorier.

15.00 - 15.45: Abstracts og frie foredrag

15.45 - 16.00: Pause

16.00 - 17.15: Ukjent og vanskelig? Kasus med noe å lære av fra den diagnostiske hverdag.
Kasuspresentasjoner med mentometer.

19.30: Middag

Lørdag 7. februar

09.00 - 10.15: Årsmøte NFKC

10.15 - 10.30: Pause

10.30 - 11.00: Nytt fra Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft v/Gry Baadstrand Skare

11.00 - 11.15: Pause

11.15 - 12.00: Abstracts og frie foredrag

12.00 : Lunch

Slutt

Påmelding og priser

Kursavgift medlem: 1200,-

Kursavgift ikke-medlem: 2000,-

Overnatting enkeltrom fredag til lørdag med dagpakke fredag og lørdag (lunsj, kaffe, frukt og småkaker i pausene), middag fredag og frokost lørdag kr. 2760,-

Kun dagpakke begge dager, kr. 1530,-

Dagpakke kun en dag kr. 865,-

Alle betalingene må merkes med navn på deltaker og hva beløpet gjelder. Bindende påmelding til NFKC v/Marzena Johansson, Sykehuset Østfold, Avd. for patologi, 1603 Fredrikstad.

Kontonummer: 9100 16 37520

Påmeldingsfrist 9. januar. Ved påmelding etter denne dato er kursavgiften kr. 1700,-/ kr. 2500,-

Dere oppfordres alle til å sende inn abstract, frist for innsending er 9. januar. Abstractet skal få plass på en A4 side med skriftstørrelse 12 og dobbel linjeavstand. Sendes til Marius Lund-Iversen på mail: mlundive@ous-hf.no

Det understrekes at medlemmer som leverer inn abstract og holder innlegg ikke betaler kursavgift.

Årsmøtet er av Dnlf godkjent for 6 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering, og godkjent som kurs med 8 timer av NITO for bioingeniører.

Har dere spørsmål, ta kontakt med meg på mail: hans.haugland@helse-bergen.no eller tlf. 55 973179

For styret i NFKC

Hans Kristian Haugland

Leder

Quiz

Kvinne 43 år. Tumor i mamma. FNA til diagnostikk.

Svar sendes klincy@gmail.com innen 31 januar 2015. Svaret blir presentert på årsmøtet i februar 2015.





