

Anbefalinger for gradering av dysplasier i cervix

Høsten 2020 utkom 5. utgave av WHO-klassifikasjon for svulster i kvinnelige genitalia. Vi har i den anledning pånytt sett på og vurdert forespørsel fra Rådgivningsgruppen (RG) for Livmorhalsprogrammet (LP) om opprettholdelse av CIN-klassifikasjonen for cervix-biopsier.

I siste WHO-utgave videreføres «LSIL» og «HSIL» som foretrukken terminologi både i biopsier og cytologisk materiale fra cervix. Et to-delt graderingsystem er å foretrekke på grunn av økt reproduserbarhet blant patologer og at det gjenspeiler den biologiske forståelse av intraepiteliale cervikale neoplasier. Det synliggjør også likheten i patogenese av HPV-drevne lesjoner i øvrige anogenitale lokalisasjoner (jfr. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-associated Lesions: Background and Consensus Recommendations From the College of American Pathologists and American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, Darragh et al; Arch Pathol Lab Med 2012 Oct;136(10):1266-97).

WHO-utgaven angir imidlertid også at HSIL kan deles i HSIL (CIN 2) og HSIL (CIN 3), særlig hos yngre kvinner, da det er vist at HSIL (CIN 2) har signifikant høyere regresjonsrater. Regresjonsratene er også størst hos kvinner under 30 år. (Clinical course of untreated cervical intraepithelial neoplasia grade 2 under active surveillance: systematic review and metaanalysis, Karoliina Tainio et al, BMJ 2018;360:k499 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k499>, February 2018).

WHO-utgaven tilkjenner at det til tider er vanskelig å sikkert skille mellom HSIL (CIN 2) og HSIL (CIN 3) med mange tilfeller av HSIL (CIN 2) reklassifisert som HSIL (CIN 3) av mer erfarne patologer, men at denne mistolkningen som oftest har liten klinisk signifikans. Det er imidlertid en del klinikere som ønsker mindre aggressiv behandling av HSIL (CIN 2) hos kvinner som vil bevare fertilitet. Det har støtte i artikkel nevnt ovenfor publisert i BMJ i 2018. Ny Veileder i gynekologisk onkologi er under utarbeidelse, men i den forrige utgaven kunne man vurdere ekspektans med kontrollopplegg ved gitte kriterier (fra utgått veileder: «CIN 2–3 hos unge (< 30 år) skal i regelen behandles, men kan observeres uten behandling hvis lesjonen er godt synlig, lokalisert, avgrensbar og ikke omfatter cervikalkanalen. Ved ekspektanse; kontroll hver 3–6 mnd. med kolposkopi og cytologi i maksimum 1–2 år.»)

Grupped medlemmene i Faggruppe gynekologi er enige og driver en nokså ensartet diagnostikk på våre respektive avdelinger med angivelse av HSIL/LSIL, som anbefalt i WHO-klassifikasjonen (todelt skala), med om mulig tilleggsangivelse av CIN 2 og CIN 3. Vi ønsker primært å forholde oss til WHO-klassifikasjonen (med todelt skala) da vi ønsker å tilstrebe et realistisk presisjonsnivå med mest mulig reproduserbare diagnoser. Cervixbiopsier vurderes på mange avdelinger av «ikke-gynpatologer», og det å alltid «tvinge» diagnostikken inn i en 3-delt skala vil være uheldig dersom dette gir inntrykk av at vi har et høyere presisjonsnivå på diagnostikken enn vi egentlig har grunnlag for. På bakgrunn av signifikant høyere regresjonsrater ved CIN2 hos kvinner < 30 år (referanse over, BMJ) og hensyn til ønske om å bevare fertilitet hos kvinner med barneønske, vil vi imidlertid anbefale våre kolleger om i tillegg skille mellom HSIL (CIN 2) og HSIL (CIN 3) i alle de tilfellene det er mulig. Vi tenker at vi med dette kommer klinikerne i møte mtp valg av behandlingsstrategi. Angivelse av HSIL (CIN 2) og HSIL (CIN 3) kan fremkomme enten i diagnose eller i vurdering/ beskrivelse og gjennom koding.