

Raportarea și interpretarea rezultatelor examenului Babeș-Papanicolau

În prezent standardele internaționale impun utilizarea în programele de screening a terminologiei citologice unificate denumită “**Sistemul Bethesda 2001**”³². El este utilizat și în Programul Național de Screening din România, unde se regăsește în secțiunea dedicată rezultatului citologic din formularul statistic obligatoriu al programului (FS1) (vezi Anexa 2) Utilizarea Sistemului Bethesda de raportare a rezultatelor permite un diagnostic histologic anticipat (cu abateri de maximum 5 - 10%) care asigură aprecierea calității frotiurilor, diagnostic descriptiv, diagnostic patologic.

Buletinul de citologie conține în mod obligatoriu următoarele categorii:

1. **Tipul specimenului:** convențional, recoltare pe bază de lichid.
2. **Aprecierea calității frotiului:** satisfăcător, nesatisfăcător, respins, prelucrat dar nesatisfăcător.
3. **Categorii generale de diagnostic:**
 - a. Negativ pentru leziuni intraepiteliale sau pentru malignitate;
 - b. Celule epiteliale anormale;
 - c. Altele.

4. Interpretare/rezultat.

Negativ pentru celule epiteliale anormale sau pentru malignitate: normal

Inflamații: Trichomonas, Candida, Actinomyces, Herpes etc

alte modificări non-neoplazice (opțional): modificări celulare reactive, atrofie

Altele: celule endometriale la femei peste 40 ani

5. Anomalii ale celulelor epiteliale

- Celule pavimentoase (scuamoase)

ASC-US (anomalii ale celulelor scuamoase - nespecifice)

ASC-H (anomalii ale celulelor scuamoase - nespecifice)

LSIL (leziuni intraepiteliale scuamoase de grad scăzut)

HSIL (leziuni intraepiteliale scuamoase de grad înalt)

Carcinom scuamos (pavimentos spinocelular)

cu suspiciune de invazie (dacă e suspectată)

- Celule glandulare atipice AGC

- NOS (*orgine nespecificată*)

- “favor neoplasic”

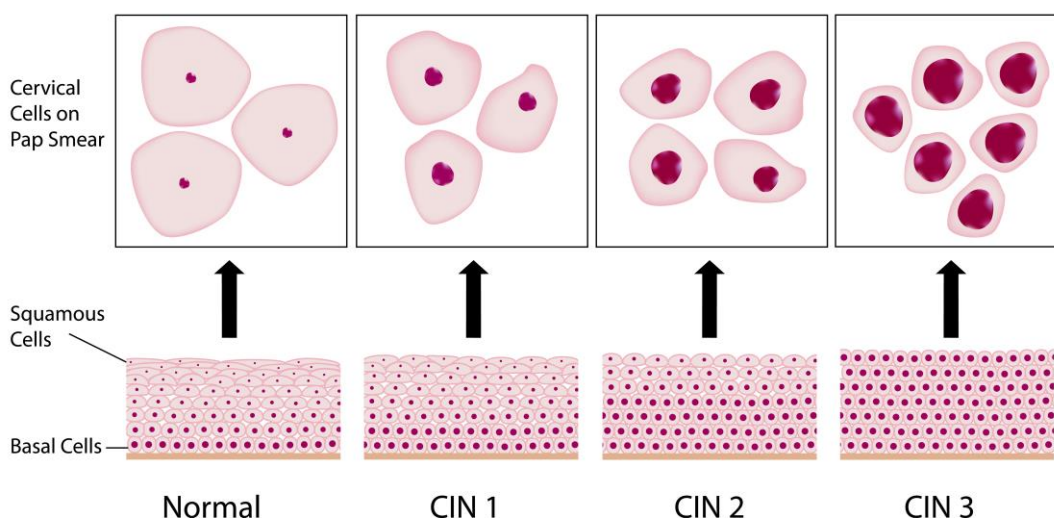
- Adenocarcinom endocervical in situ

- Adenocarcinom (NOS sau se va specifica tipul)
- Alte neoplasme maligne (se vor specifica)

6. Recomandări

Din punct de vedere anatomo-patologic se utilizează **sistemul CIN** (cervical intraepitelial neoplazia) care descrie modificările celulare care fac tranziția de la celula normală la cea canceroasă și care au corespondent în sistemul Bethesda: CIN I - displazie ușoară, CIN II – displazia medie, CIN III – displazia severă și carcinomul in situ. O leziune **CIN III netratată va progresa spre** cancer invaziv la peste o treime din femei în decurs de 10-15 ani. Semnificația rezultatelor în sistemului Bethesda și echivalentele cu sistemele anterioare de raportare a citologiei cervico-vaginale este redată în tabelul 4.

Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN)



Managementul rezultatului testării BPN de către medicul de familie

În situația unui rezultat normal, acesta se consemnează în fișă și următoarea testare va fi efectuată conform **Programului Național de Screening** peste 5 ani.

Diagrama de mai jos redă sintetic derularea procesului clinic pentru fiecare episod de screening (fiecare “rundă” de testare periodică).

Inițierea episodului de screening (respectiv recomandarea de testare) se activează conform recomandărilor în cele două situații de risc cele mai semnificative:

- imposibilitatea de a documenta o testare conform intervalului recomandat și/sau
- un rezultat anormal (sau imposibilitatea documentării unui rezultat normal) la ultima testare.

Pentru a fi considerat normal este obligatoriu ca buletinul citologic să specifice cumulativ că frotiul este “**satisfăcător pentru evaluare**” și “**negativ pentru leziuni intraepiteliale sau malignitate**” fără a semnală alte modificări.

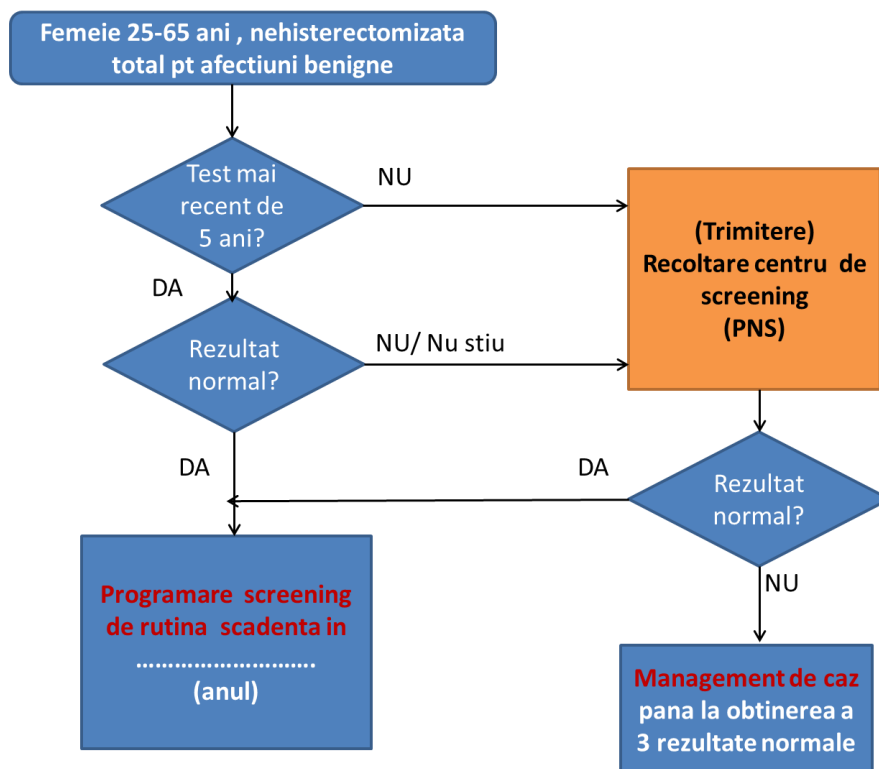
În situația unui test declarat nesatisfăcător pentru interpretare cât și în cazul prezenței de modificări reactive (benigne) sau displazice, reincluderea în screeningul de rutină se va realiza numai când există certitudinea unui rezultat negativ, care să ateste rezolvarea/clarificarea anomaliilor semnalate în buletinul de analiză după încheierea intervențiilor adecvate fiecărei situații.

Un test anormal indică posibilitatea existenței unei leziuni neoplazice care, fără tratament, poate să evolueze spre un cancer invaziv. Suspiciunea unei leziuni de grad înalt (HSIL) prezintă un risc crescut de displazie severă, care are șanse mari să evolueze spre un cancer - femeilor aflate în această situație trebuie să li se recomande întotdeauna efectuarea unei colposcopii sau biopsii. Tratamentul adecvat și/sau urmărirea trebuie să se bazeze pe rezultatele citologic, colposcopic și histopatologic.

După recoltarea unui test BPN epiteliul cervical are nevoie de timp pentru regenerare. Repetarea citologiei nu trebuie să se facă înainte de 3 luni. Repetarea este o opțiune în cazul în care testul Pap relevă ASC-US, L-SIL sau frotiul este nesatisfăcător. Este recomandat tratamentul infecțiilor existente înainte de repetarea testului.

În cazul prezenței în buletinul citologic a oricărei leziuni intraepiteliale (scuamoase sau glandulare) este necesară urmărirea strictă prin evaluare de specialitate. În cazul anomaliilor scuamoase cu semnificație neprecizată (ASCUS) și a leziunilor de grad scăzut (LSIL) există opțiunea testării HPV și/sau a repetării testului la interval de 6-12 luni. În cazul unui test pozitiv se va trimite obligatoriu pacienta la evaluare de specialitate (colposcopie și/sau biopsie, tratamentul leziunilor). În cazul unui test negativ se repetă testarea până la obținerea a trei rezultate negative consecutive, moment în care pacienta poate fi reintrodusă în programul screeningului de rutină.

Tratamentul unei leziuni confirmate colposcopic poate fi: *excizional* (excizia de țesut cervical cu ansa sau cu fir electric, conizația la rece, conizația cu LASER); *ablativ* (cauterizare cu ac electric, electrocoagulare, vaporizare laser, criocauterizarea, coagularea la rece); *observațional* (supravegherea leziunilor).



Procedurile excizionale sunt cele preferate în majoritatea cazurilor, datorită superiorității lor față de celelalte metode, în termeni de calitate a evaluării histologice a zonei de transformare. Examinarea histologică a pieselor obținute prin excizie permit anatomopatologului să recunoască sau să excludă un cancer microinvaziv, o leziune glandulară, marginile de rezecție și adâncimea acesteia.

- Medicul de familie va explica pacientei semnificația rezultatului testării și conduita de urmat. (1A)**
- În cazul unui rezultat nesatisfăcător sau a unui rezultat negativ pentru leziuni intraepiteliale sau malignitate, dar cu modificări non-neoplazice (infecții, inflamații sau alte modificări reactive), se recomandă repetarea testului într-un interval de 3-6 luni. (1A)**
- În cazul unui rezultat pozitiv pentru anomalii ale celulelor epiteliale sau glandulare recomandarea generală este trimiterea la ginecolog/oncolog pentru evaluare și intervenție de specialitate. (1A)**
- În cazul specific al unor modificări ce indică prezența de Celule Scuamoase Atipice cu Semnificație Neprecizată (ASC-US) sau a unei Leziuni Scuamoasă Intraepitelială de Grad Scăzut (LSIL) există opțiunea repetării testului la 6 luni. În cazul persistenței modificărilor se recomandă trimiterea la ginecolog/ oncolog pentru evaluare și intervenție de specialitate. (2B)**



- 
Un episod de screening pentru cancerul de col uterin se încheie, fie cu reintroducerea în Programul de Screening pentru screening de rutină (o dată la 5 ani), fie cu confirmarea diagnosticului de cancer. (1A)
- 
Reintroducerea în Programul de screening (o dată la 5 ani) a femeilor care au prezentat anomalii de tip displazic ale celulelor scuamoase sau glandulare se realizează după obținerea a 3 frotiuri consecutive negative la intervale de 6 luni. (1B)

Diagrama de mai jos redă opțiunile de management al rezultatelor anormale ale testului BPN:

