

Høringssvar vedr. *National klinisk retningslinje for celleforandringer på livmoderhalsen. Udredning, behandling og opfølgning med fokus på kvinder over 60 år.*

---

Dansk Cytologiforening takker for muligheden for at kommentere på det store arbejde, som arbejdsgruppen har præsteret på trods af den foruroligende mangel på evidens af høj kvalitet på området. Her synes virkelig brug for en forskningsindsats.

Da der ikke har været bioanalytikere udpeget til arbejdsgruppen, finder vi det væsentligt, at bioanalytikernes overvejelser kommer frem ad denne vej. Bioanalytikerne som faggruppe står for den praktiske håndtering af prøverne i laboratoriet, men først og fremmest diagnostikken af de HPV testede prøver med normal cytologi samt præscreening af de HPV testede, abnorme cervixcytologiske prøver. Vi er derfor særligt fokuseret på, om de enkelte flow charts er så nuancerede og operationelle som muligt.

#### **Her kommer vores kommentarer i kronologisk rækkefølge:**

##### p.7 Flow chart 1:

- Cytologi triage på HPV 16/18 mangler.
- HPV test om 12 mdr. Skal alle HPV positive henvises til KBC direkte uden cytologi triage?

##### p.8 Flow chart 2:

- Burde det ikke stå, at det gælder alle kvinder fra 23-64 år uanset HPV test?
- Figuren mangler cytologidiagnose, hvis der er lavet cytobørste undersøgelse:
  - Normale celler /CIN1/ ASC-US/LSIL.
  - Hvad med ASC-H?
  - CIN2/ HSIL.
  - Hvad med AIS?
  - CIN3+/HSIL+
- Parentesen (6 mdr. ved HSIL/AIS) skal integreres tydeligere i flowchartet.
- Hvilken form for kontrol, skal der foregå inden status efter 2 år?

##### p.9 Flow chart 3:

- Efter KBC anbefales HPV kontrol efter 12 mdr. Gælder det også forudgående HSIL/AIS? (se flow chart 2, hvor kontrollen er efter 6 mdr.)
- Skal der ikke også laves en cytologisk vurdering? I så fald skal det integreres i flow chartet!
- Afvigende cytologi = ASC-US+?
- AGC/AIS kræver kegleoperation?

- "Hvis der foreligger cervixcytologi der er mindre end 3 mdr. gammel, behøver denne ikke gentages". Denne cervixcytologi repræsenterer ikke nødvendigvis endocervix og kan være taget i almen praksis af en sygeplejerske eller læge – ikke gynækolog. Vi mener ikke, at det er en fordel for patienten, at man sidestiller disse to prøvetyper!

p. 10 Flow chart 4:

- Dette er samlet set ret uoverskueligt. Vi foreslår, at det deles i to flow charts: 1. Frie rande 2. Uden sikre frie rande
- Mangler: AIS med ikke frie rande skal have rekonus/hysterektomi
- Uegnet cytologi mangler.
- I begge arme mangler kombinationen ASC-US/LSIL og pos. HPV
- Cytologi: ASC-US/LSIL HPV neg følges op med kontrol 1x årligt til cytologi ia og HPV neg. er nyt i forhold til anbefalingerne: Ved to på hinanden følgende negative dobbelttests kan pt. sendes tilbage til/afsluttes i screeningsprogrammet.

p.13 sidste afsnit:

- I 2012 i stedet for 2007.

p.17 Figur 1.

- Der skal byttes om på Intervention og Comparator som der er overensstemmelse mellem det fokuserede spørgsmål (p. 16) og figuren.

p.20 Figur 2.

- Der skal byttes om på Intervention og Comparator som der er overensstemmelse mellem det fokuserede spørgsmål (p. 20) og figuren.

p. 24 Fokuseret spørgsmål.

- Populationen defineres som alle kvinder over 60 med positiv HPV test og ikke repræsentative biopsier fra cervix. Hvilken rolle spiller prøven fra endocervix her?
- Sammenligning: Fortsat kontrol med regelmæssig cytologi – og HPV test?

p.41 Figuren kan ikke læses!

Vi ser frem til præcise og tilstrækkeligt detaljerede flow charts til brug i det daglige screeningsarbejde, så vi får korrekt og standardiseret udredning og opfølgning af de kvinder, der deltager i vores screeningsprogram. Hvis dette ikke viser sig at være tilfældet, må det være muligt at opdatere retningslinjen i fremtiden. Tusind tak for det store arbejde!

På bestyrelsens vegne og med venlig hilsen

Dorthe Ejersbo, formand for Dansk Cytologiforening