

باغچه خندا

طیبات هنراست،

هنرهای مکنی قلب و اندیشه



سرشناسه	شیران خراسانی، فاطمه، ۱۳۷۳ /
عنوان و نام پدیدآور	Up To Date 2025
مشخصات نشر	Cervical cytology: evaluation of atypical and malignant glandular cells
مشخصات ظاهری	ترجمه و تلخیص: دکتر فاطمه شیران خراسانی
شابک	تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
مدیر برنامه ریزی و تولید	۲۱۷ ص: ج: مصور (بخشی رنگی)، جدول (بخشی رنگی).
وضعیت فهرست نویسی	۸۸۵۰۰۰۰ ریال: ۶-۳۱۴-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
یادداشت	الهی شهادتی فیپا
عنوان دیگر	Cervical cancer screening: the cytology and HPV
موضوع	Sudden cardiac arrest in pregnancy
شناسه افزوده	Management of pregnancy in patient with advanced age
شناسه افزوده	Fecal and anal incontinence associated with pregnancy
	Decreased fetal movement
	۵۲۴RG
	۲/۶۱۸
	۹۱۵۰۲۰۵
	فیپا

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار	Up To Date 2025
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴	ترجمه و تلخیص: دکتر فاطمه شیران خراسانی
تیراژ: ۱۰۰ جلد	ناشر: انتشارات کاردیا
شابک: ۶-۳۱۴-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸	صفحه آرا: رزیدنت یار - صبا درخشان فرد
بهاء: ۸۸۵۰۰۰ تومان	طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۶۶۴۱۹۵۲۰ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۰۸ - ۰۲۱ - ۸۸۹۴۵۲۱۶ - ۰۲۱ - شماره تماس ویژه: ۹۱۰۹۵۹۶۷ - ۰۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



UP TO DATE 2025

Cervical cytology: evaluation of atypical and malignant glandular cells
Cervical cancer screening: the cytology and HPV
Sudden cardiac arrest in pregnancy
Management of pregnancy in patient with advanced age
Fecal and anal incontinence associated with pregnancy
Decreased fetal movement



ترجمه و تلخیص

دکتر فاطمه شیران خراسانی

متخصص زنان و زایمان

رتبه ۵ درصد آزمون مورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد



سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رهمت‌ش بی پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

فدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت جوین راهت قرارم ده و یاری ام کن تا در آموختن نلغزم و آن چه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت های آموزشی در میانه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به ممتوی بسیار غنی در مبمٹ زنان و زایمان، نازایی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مبامٹ و روان سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مبامٹ پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



مقدمه مولف

ما برای رنج کشیدن آفریده شده ایم ، ولی به دنبال لذت بردن می گردیم . باید پذیرفت که تنها راه ادامه دادن لذت بردن از رنج هایی ست که می کشیم ! (پارلز بوکفسکی)

تقدیم به همه همکارانم که فداکارانه و دلسوزانه برای سلامتی مادران این سرزمین تلاش میکنند.

دکتر فاطمه شیران فراسانی

فهرست مطالب



مقاله ۱: Evaluation of atypical and malignant glandular cells :Cervical cytology	۱۱
مقاله ۲: Cervical cancer screening: The cytology and human papillomavirus report	۳۱
مقاله ۳: Postpartum hemorrhage: Medical and minimally invasive Management	۵۱
مقاله ۴: Postpartum hemorrhage : Mangement approaches requiring laparotomy	۹۵
مقاله ۵: Massive nlood transfusion	۱۱۹
مقاله ۶: Should dystocia: Intrapartum diagnosis, management and outcome	۱۳۹
مقاله ۷: Adnexal mass: Evaluation and management in pregnancy	۱۶۳
سؤالات و پاسخنامه ارتقا و مورد	۱۸۳

سیتولوژی سرویکس: ارزیابی سلول های گلاندولار آتیپیک و بدخیم

Cervical cytology: Evaluation of atypical and malignant glandular cells

مقدمه

سلول های گلاندولار غیر طبیعی (AGC: Atypical Glandular Cells) در سیتولوژی دهانه رحم معمولاً از اپی تلیوم غده ای اندوسرویکس یا اندومتر منشأ می گیرند. این سلول ها نسبت به سلول های سنگفرشی غیرطبیعی (Abnormal squamous cells) شیوع کمتری دارند.

بیمارانی که دارای سلول های گلاندولار آتیپیک (AGC) در سیتولوژی (تست پاپ اسمیر) هستند، نیاز به ارزیابی های تکمیلی از نظر وجود شرایط پیش بدخیم در سرویکس، رحم و در موارد نادر، تخمدان و لوله فالوپ دارند. در این بخش نحوه ارزیابی بیماران با سیتولوژی سرویکس که نشان دهنده سلول های گلاندولار آتیپیک یا بدخیم است، مورد بررسی قرار می گیرد.

اصطلاحات:

اصطلاحات مربوط به گزارش سیتولوژی دهانه رحم در سال ۱۹۸۸ توسط سیستم بتسدا (Bethesda System) استاندارد سازی شد. این سیستم چندین بار مورد بازبینی قرار گرفته است. (جدول ۱)

اصطلاحات به کاررفته برای طبقه بندی (AGC) عبارت اند از :

• **سلول های گلاندولار آتیپیک (Atypical Glandular Cells – AGC):** زیر گروه های این دسته شامل سلول های اندوسرویکال، اندومتر یا مواردی است که به طور مشخص قابل تعیین نیستند (NOS: Not otherwise specified).

این اصطلاح جایگزین عبارت پیشین “سلول های گلاندولار آتیپیک با اهمیت نامشخص (AGUS)” شده است. لازم است این اصطلاح با واژه های مربوط به ناهنجاری های سلول های سنگفرشی، مانند “سلول های سنگفرشی آتیپیک با اهمیت نامشخص (ASC-US)” اشتباه گرفته نشود.

^۱ در این فصل به نحوه ارزیابی وضعیت های مختلف سلول های گلاندولار که در پاپ اسمیر گزارش می شوند میپردازیم



• سلول های گلاندولار آتیپیک با تمایل نئوپلاستیک

(Atypical Glandular Cells, favor neoplastic):

تنها زیرگروه این دسته سلول های اندوسرویکال هستند. این عنوان برای نمونه هایی به کار می رود که ویژگی هایی مشکوک به آدنوکارسینوم دارند، اما شواهد کافی برای تشخیص قطعی بدخیمی وجود ندارد.

• آدنوکارسینوم درجا (Endocervical Adenocarcinoma in situ – AIS)

• آدنوکارسینوم (Adenocarcinoma): سلول های آدنوکارسینوم ممکن است بر اساس منشاء به یکی از دسته های اندوسرویکال، اندومتر، خارج رحمی (extrauterine) یا نامشخص (NOS) طبقه بندی شوند.

شیوع:

ناهنجاری های سلول های گلاندولار (غده ای) در کمتر از ۱ درصد از نمونه های سیتولوژی دهانه رحم مشاهده می شوند و بیشترین شیوع آن در بیماران ۴۰ سال و بالاتر است (به طور میانگین ۱.۱ تا ۲.۴ مورد در هر ۱۰۰۰ زن در سنین ۴۰ تا ۶۹ سال، در مقایسه با ۰ تا ۰.۸ مورد در هر ۱۰۰۰ زن جوان تر) در مقابل، ناهنجاری های سلول های سنگفرشی (مانند سلول های سنگفرشی آتیپیک یا ضایعات داخل اپی تلیالی سنگفرشی) شایع تر بوده و بیشتر در بیماران ۱۵ تا ۲۹ ساله مشاهده می شوند

داده های مربوط به بروز AGC در دوران بارداری یا پس از زایمان محدود هستند. با این حال، بر اساس شواهد موجود، به نظر می رسد که بروز AGC و نئوپلازی های قابل توجه در زنان باردار مشابه یا حتی بیشتر از زنان غیرباردار در همان گروه سنی است.



جدول ۱ - سیستم طبقه بندی Bethesda 2014 برای سیتولوژی سرویکس (به دقت جزئیات مربوط به هر قسمت را مطالعه کنید)

Bethesda 2014 classification system for cervical cytology

Specimen type
Indicate conventional smear (Pap smear), liquid-based preparation (Pap test), versus other
Specimen adequacy
■ Satisfactory for evaluation (describe presence or absence of endocervical/transformation zone component and any other quality indicators, eg, partially obscuring blood, inflammation, etc) ■ Unsatisfactory for evaluation (<i>specify reason</i>) • Specimen rejected/not processed (<i>specify reason</i>) • Specimen processed and examined, but unsatisfactory for evaluation of epithelial abnormality because of (<i>specify reason</i>)
General categorization (<i>optional</i>)
■ Negative for intraepithelial lesion or malignancy ■ Other; see "Interpretation/results" (eg, endometrial cells in a woman older than 45 years) ■ Epithelial cell abnormality; see "Interpretation/results" (specify "squamous" or "glandular," as appropriate)
Interpretation/results
Negative for intraepithelial lesion or malignancy
(When there is no cellular evidence of neoplasia, state this in the "General categorization" above and/or in the "Interpretation/results" section of the report—whether there are organisms or other non-neoplastic findings)
Non-neoplastic findings (<i>optional to report</i>)



■ Non-neoplastic cellular variations: • Squamous metaplasia • Keratotic changes • Tubal metaplasia • Atrophy • Pregnancy-associated changes ■ Reactive cellular changes associated with: • Inflammation (includes typical repair) ◦ Lymphocytic (follicular) cervicitis • Radiation • Intrauterine contraceptive device (IUD) ■ Glandular cells status posthysterectomy
Organisms
■ <i>Trichomonas vaginalis</i> ■ Fungal organisms morphologically consistent with <i>Candida</i> spp ■ Shift in flora suggestive of bacterial vaginosis ■ Bacteria morphologically consistent with <i>Actinomyces</i> spp ■ Cellular changes consistent with herpes simplex virus ■ Cellular changes consistent with cytomegalovirus
Other
■ Endometrial cells (in a woman older than 45 years) (also specify if "negative for squamous intraepithelial lesion")

Epithelial cell abnormalities
■ Squamous cell • Atypical squamous cells ◦ Of undetermined significance (ASC-US) ◦ Cannot exclude HSIL (ASC-H) • Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) (encompassing: HPV/mild dysplasia/CIN-1) • High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) (encompassing: moderate and severe dysplasia, CIS; CIN-2 and CIN-3) ◦ With features suspicious for invasion (<i>if invasion is suspected</i>) • Squamous cell carcinoma ■ Glandular cell • Atypical ◦ Endocervical cells (NOS or specify in comments) ◦ Endometrial cells (NOS or specify in comments) ◦ Glandular cells (NOS or specify in comments) • Atypical ◦ Endocervical cells, favor neoplastic ◦ Glandular cells, favor neoplastic • Endocervical adenocarcinoma in situ • Adenocarcinoma ◦ Endocervical ◦ Endometrial ◦ Extrauterine ◦ Not otherwise specified (NOS)
Other malignant neoplasms (specify)



Adjunctive testing
Provide a brief description of the test method(s) and report the result so that it is easily understood by the clinician
Computer-assisted interpretation of cervical cytology
If case examined by an automated device, specify the device and result
Educational notes and comments appended to cytology reports (optional)
Suggestions should be concise and consistent with clinical follow-up guidelines published by professional organizations (references to relevant publications may be included)

Pap: Papanicolaou; HPV: human papillomavirus; CIN: cervical intraepithelial neoplasia; CIS: carcinoma in situ.

From: Nayar R, Wilbur DC. The Pap Test and Bethesda 2014: "The reports of my demise have been greatly exaggerated. (after a quotation from Mark Twain)". J Low Genit Tract Dis 2015; 19:175. DOI: 10.1097/LGT.000000000000115. Copyright © 2015 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease, and The International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy. Reproduced with permission from Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this material is prohibited.

Graphic 102346 Version 5.0

منشأ آناتومیک سلول های گلاندولار آتیپیک (AGC):

تقریباً تمامی سلول های گلاندولار آتیپیک (AGC) از اندوسرویکس یا اندومتر منشأ می گیرند، اما در برخی موارد، ارزیابی های تکمیلی ممکن است منجر به تشخیص بیماری در نواحی دیگر شود. سرطان تخمدان یا لوله فالوپ شایع ترین منشأ خارج رحمی (extrauterine) مرتبط با AGC است و در حدود ۰,۱ تا ۰,۶ درصد از بیماران دارای AGC گزارش شده است. در موارد نادرتر، وجود AGC می تواند نشانه ای از بدخیمی غده ای پنهان در اندام های غیرژنیکولوژیک، مانند کولون، پستان یا معده باشد. از میان بیماری های خوش خیم رحم که ممکن است با AGC همراه باشند، می توان به پولیپ های اندومتر و متاپلازی لوله ای (tubal metaplasia) اشاره کرد.

خطر ابتلا به بیماری های پیش بدخیم یا بدخیم:

وجود سلول های گلاندولار آتیپیک (AGC) در سیتولوژی دهانه رحم با بروز بیماری های پیش بدخیم یا بدخیم در حدود ۳۰ درصد موارد همراه است، هرچند در برخی گزارش ها، نرخ بالاتری (بیش از ۵۰ درصد) نیز مشاهده شده است. نکته جالب اینجاست که در بسیاری از نمونه های مورد ارزیابی بافت شناسی، ضایعات مشاهده شده به جای گلاندولار از نوع سنگفرشی هستند.

یافته های بافت شناسی در بیماران با سیتولوژی AGC:

ارزیابی بافت شناسی بیماران دارای سلول های گلاندولار آتیپیک (AGC) ممکن است یافته های طبیعی یا ضایعات سنگفرشی و غده ای را نشان دهد. توزیع یافته های بافت شناسی در مطالعات زیر نشان داده شده است:



● دو مرور نظام مند که حدود ۴۳۰۰ بیمار با AGC یا سلول های گلاندولار آتیپیک با اهمیت نامشخص (AGUS)، بر اساس طبقه بندی بتسدا قبل از سال ۲۰۰۱ را شامل می شد، گزارش کردند که ۶۴ تا ۷۱ درصد از موارد دارای یافته های خوش خیم بودند. ناهنجاری های مشاهده شده شامل موارد زیر بودند:

نئوپلازی داخل اپی تلیالی سنگفرشی دهانه رحم (CIN): در ۲۰ تا ۲۸ درصد موارد، شامل:

CIN با درجه پایین (CIN 1): حدود ۹ درصد

CIN با درجه بالا (CIN 2,3): حدود ۱۱ درصد (بیشترین)

کارسینوم سنگفرشی دهانه رحم: ۰,۳ تا ۱,۰ درصد

آدنوکارسینوم درجا (AIS): ۳ تا ۴ درصد

آدنوکارسینوم دهانه رحم: ۱ تا ۲ درصد

هیپرپلازی آندومتر: ۱ درصد

آدنوکارسینوم آندومتر: ۲ تا ۳ درصد

● در یک مطالعه مبتنی بر رجیستری ملی سوئد که شامل ۱۴۶۲۵ بیمار با یافته ی AGC در نخستین نمونه سیتولوژی دهانه رحم بود و بیماران تا ۱۵,۵ سال پیگیری شدند، طبقه بندی AGC بر اساس دستور العمل انجمن سیتولوژی بالینی سوئد انجام شد و زیرگروه های AGC به صورت مجزا استفاده نشدند. در پیگیری شش ماهه پس از نمونه سیتولوژی AGC، یافته های بافت شناسی زیر گزارش شد:

کارسینوم سنگفرشی دهانه رحم: ۰,۳ درصد

آدنوکارسینوم دهانه رحم: ۰,۹۹ درصد

بیمارانی که دارای سلول های غده ای آتیپیک (AGC) بودند، تا ۱۵,۵ سال پس از نمونه گیری، در مقایسه با بیمارانی که سیتولوژی طبیعی داشتند، در خطر بالاتر ابتلا به سرطان دهانه رحم قرار داشتند. این خطر در ۳,۵ سال نخست بیشترین میزان را داشت و سپس به تدریج کاهش یافت. در مقایسه با بیماران دارای سیتولوژی طبیعی اولیه، خطر نسبی بروز سرطان دهانه رحم در بیماران با AGC به ترتیب:

- ۲۴ برابر در بازه ی ۰,۵ تا ۳,۵ سال
- ۱۰ برابر در بازه ی ۳,۵ تا ۶,۵ سال
- و ۴,۸ برابر در بازه ی ۱۰,۵ تا ۱۵,۵ سال بود.



بیماران دارای AGC در معرض خطر بیشتر آدنوکارسینوم نسبت به کارسینوم سنگفرشی قرار داشتند. جالب آنکه تا ۱۰.۵ سال پس از تشخیص، خطر ابتلا به هر نوع سرطان دهانه رحم (چه آدنوکارسینوم و چه سنگفرشی) در بیماران دارای AGC بیشتر از بیماران دارای ضایعات داخل اپی تلیالی سنگفرشی با درجه بالا (HSIL) بود، اما پس از این مدت (بین ۱۰.۵ تا ۱۵.۵ سال) میزان خطر در دو گروه مشابه شد. از محدودیت های این مطالعه آن بود که پیگیری بیماران از زمان نخستین سیتولوژی آغاز شد، اما اطلاعات مربوط به نتایج سیتولوژی های بعدی در آن لحاظ نشده بود.

• در یک مرور گذشته نگر بر روی ۲۳۸ بیمار مبتلا به سرطان آندومتر، تعداد ۵۰ بیمار (۲۱ درصد) دارای پاپ اسمیر غیرطبیعی بودند و از میان آن ها، ۱۷ مورد سلول های غده ای آتیپیک (AGC) گزارش شدند. وجود AGC با تهاجم سرطان آندومتر به استروما سرویکس همبستگی داشت.

نرخ پایین تر ضایعات گلاندولار در مقایسه با ضایعات سنگفرشی دهانه رحم در بیماران دارای AGC که در مرورهای نظام مند گزارش شده است، احتمالاً ناشی از حساسیت کمتر سیتولوژی دهانه رحم در شناسایی دیسپلازی و بدخیمی های غده ای اندوسرویکس در مقایسه با تشخیص بدخیمی های سنگفرشی است.

این حساسیت پایین تر به چند عامل نسبت داده می شود:

- تمایز دشوار سلول های سنگفرشی با درجه بالا از سلول های غده ای برای سیتوپاتولوژیست
 - شباهت سلول های اندومتریال، سلول های reactive اندوسرویکس، متاپلازی لوله ای و اندومتریوز سرویکس به ضایعه ی آدنوکارسینوم درجا (AIS)
 - و احتمال دیده نشدن یا عدم انجام نمونه برداری از ضایعات کوچک یا واقع در قسمت های بالایی کانال اندوسرویکس.
- عامل دیگر در تشخیص کمتر از واقع (underdiagnosis)، وجود سلول های اندوسرویکال اندک است که ارزیابی آن ها دشوار می باشد.

علاوه بر این، AGC با برخی الگوهای بافت شناسی نادرتر نیز ارتباط دارد، از جمله سرطان آدنوسکواموس سرویکس و کارسینوسارکوم رحم (که پیش تر به عنوان تومورهای مختلط بدخیم مولرین شناخته می شدند)



همبستگی بین زیرگروه های AGC و بافت شناسی بعدی

زیرگروه سیتولوژیک تا حدی می تواند پیش بینی کننده تشخیص بافت شناسی باشد. به عنوان مثال، در یک مطالعه روی ۴۶۰ بیمار با AGC در سیتولوژی، متداول ترین بافت شناسی بر اساس زیرگروه ها به شرح زیر بود:

● AGC -NOS (Not otherwise specified)

با آدنوکارسینوم آندومتر در ۱۰.۲ درصد از موارد همراه بود

●AGC-endocervical(AEC)

با آدنوکارسینوم مهاجم سرویکس در ۵.۹ درصد از موارد، آدنوکارسینوم درجا (AIS) در ۲.۴ درصد از موارد، و CIN 2,3 در ۵.۳ درصد از موارد همراه بود.

●AGC-endometrial:

با آدنوکارسینوم آندومتر در ۲۷.۸ درصد از موارد و هیپرپلازی آندومتریال پیچیده آتیپیک در ۲۲.۲ درصد از موارد همراه بود.

یک محدودیت در این مطالعه این بود که زیرگروه های AGC با تمایل نئوپلاستیک با سایر دسته بندی های AGC ترکیب شدند (برای مثال، AEC, favor neoplastic با AEC ترکیب شد)، که این باعث افزایش احتمال بدخیمی در هر زیرگروه می شود.

داده های کمی درباره همبستگی بافت شناسی AGC که به عنوان favor neoplastic طبقه بندی شده اند وجود دارد. در یک مطالعه (شامل ۱۳۸ بیمار) CIN با درجه بالا، پاتولوژی های AIS، سرطان مهاجم سرویکس یا آندومتر در بیماران دارای AGC با تمایل نئوپلاستیک (favor neoplastic) نسبت به سایر بیماران دارای AGC به طور شایعی بیشتر مشاهده شد (۵۶ درصد در مقایسه با ۸ درصد)

شیوع ناهنجاری ها همزمان با سیتولوژی سنگفرشی:

تقریباً نیمی از بیماران مبتلا به AGC دارای ناهنجاری همزمان سیتولوژی سنگفرشی مثل سلول های سنگفرشی آتیپیک یا ضایعه داخل اپی تلیالی سنگفرشی (atypical squamous cells or a)



squamous intraepithelial lesion) هستند و به نظر می رسد این بیماران بیشتر احتمال دارد که ضایعه ای سنگفرشی به جای گلاندولار(غده ای) داشته باشند. به عنوان مثال، در مطالعه ای که شامل ۳۵۳ بیمار با AGC بود ارزیابی بافت شناسی انجام شد و مشاهده شد که نسبت ضایعات بافت شناسی سنگفرشی در بیمارانی که AGC همراه با یافته سیتولوژی سنگفرشی داشتند در مقایسه با بیمارانی که تنها سیتولوژی AGC داشتند بیشتر است.

عوامل خطر برای بیماری های پیش بدخیم یا بدخیم:

۱- Human papillomavirus infection

برای بیماران مبتلا به AGC، تست ویروس پاپیلومای انسانی پرخطر(HPV) به اندازه سلول های سنگفرشی آتیپیک برای غربالگری پیگیری قابل اعتماد نیست، زیرا AGC ممکن است نشان دهنده ی پاتولوژی در نواحی بالاتر دستگاه تناسلی باشد. با این حال، این تست همچنان در ارزیابی بیماران دارای AGC استفاده می شود و نتیجه مثبت تست HPV پرخطر با افزایش خطر برای تشخیص بافت شناسی بعدی نئوپلازی داخل اپی تلیالی دهانه رحم (CIN) همراه است.

در یک مطالعه کوهورت که بر روی بیش از ۱.۵ میلیون بیمار انجام شد و به مدت بیش از یک دهه پیگیری شدند، دیده شد در بیماران دارای پاتولوژی AGC در پاپ اسمیر همراه با تاریخچه نامشخص تست PAP/HPV (۳۲۵۲ بیمار)، در بیمارانی که HPV مثبت بودند، نسبت به بیمارانی که HPV منفی بودند، خطر ابتلا به CIN3 + افزایش یافت (۲۶ درصد در مقابل ۱ درصد). خطر پنج ساله ابتلا به CIN 3+ در این گروه به ترتیب ۳۵ درصد و ۱.۵ درصد بود.

در یک مطالعه دیگر که شامل ۲۲۲ بیمار HPV مثبت با AGC بود، ارزیابی های بعدی نشان داد که ۹۳ مورد HSIL (ضایعه داخل اپی تلیالی سنگفرشی با درجه بالا)، ۳۳ مورد آدنوکارسینوم درجا دهانه رحم و ۶ مورد آدنوکارسینوم مهاجم دهانه رحم وجود داشته است، در حالی که در میان ۱۷۰ بیمار AGC با HPV منفی، ۴ مورد HSIL ۱ مورد سرطان سنگفرشی مهاجم دهانه رحم، ۵ مورد سرطان آندومتر و ۱ مورد سرطان پستان مشاهده شد. تعیین نوع ژنی HPV همچنین می تواند در تعیین ریسک خطر کمک کند. در یک مطالعه هم گروهی بر روی ۳۴۱ بیمار با AGC و HPV مثبت غیر از انواع ۱۸/۱۶، بیمارانی که HPV نوع ۳۳ و ۳۱ داشتند، نرخ های بالاتری از CIN 3 + نسبت به بیمارانی که HPV نوع ۴۵ یا ۵۲ داشتند، نشان دادند (به ترتیب ۸۲.۹، ۸۲.۱، ۴۹ و ۴۲.۵ درصد).



اگر بیمار HPV مثبت یا منفی باشد، زمانی که با Co - Test آزمایش شود، روند تشخیصی و مدیریتی مشابهی انجام می شود. استفاده از نشانگر های دیگر (مانند سیتولوژی Dual Stain با p16/Ki-67) برای غربالگری ضایعات سنگفرشی در بیماران دارای AGC تاکنون مورد مطالعه قرار نگرفته است.

۲- سن بالا :

خطر بدخیمی در بیماران دارای AGC با افزایش سن افزایش می یابد، در یک مطالعه گذشته نگر بر روی ۶۶۲ بیمار با AGC، نرخ کلی بدخیمی در بیماران ۵۰ سال به بالا (۱۵ درصد)، در مقایسه با بیماران ۴۰ تا ۴۹ سال (۲.۸ درصد) یا زیر ۴۰ سال (۲.۰ درصد) بیشترین مقدار بود. در بیماران ۵۰ سال به بالا، بدخیمی آندومتر شایع ترین بود، در حالی که در بیماران زیر ۴۰ سال، بدخیمی دهانه رحم شایع ترین بود.

۳-Persistent AGC-NOS

بیمارانی که AGC-NOS پابرجا در دو یا بیشتر از نتایج سیتولوژی پاپ اسمیر دارند، در معرض خطر بالای بیماری غده ای قابل توجه قرار دارند. در یک مطالعه، سه نفر از پنج بیمار یائسه که نتایج سیتولوژی آنها به طور مداوم مثبت بود، پس از ارزیابی های بیشتر مبتلا به آدنوکارسینوم آندومتر تشخیص داده شدند.

ارزیابی اولیه :

اصول کلی

وجود AGC در سیتولوژی سرویکس یک نشانگر مهم برای بیماری های پیش بدخیم سرویکس یا آندومتر است؛ بنابراین، ارزیابی شامل آزمایش هر دو ناحیه می شود. روش ارزیابی اولیه تا حدی بر اساس زیرگروه های AGC و وضعیت بارداری متفاوت است.

ارزیابی های تشخیصی اولیه تمامی زیرگروه های AGC (به جز آندومتریال):

بیماران غیر باردار با سیتولوژی سرویکس AGC-NOS یا AGC-endocervical (شامل موارد طبقه بندی شده بعنوان favor neoplastic) و AIS یا آدنوکارسینوم در ابتدا با روش الگوریتم ۱ مورد ارزیابی قرار میگیرند:

- کولپوسکوپی و نمونه برداری از کانال اندوسرویکس (کورتاژ اندوسرویکال).
- نمونه برداری از آندومتر برای بیماران ≤ 35 سال و همچنین برای بیماران > 35 سالی که در معرض خطر نئوپلازی آندومتر (یعنی دارای عوامل خطر یا علائم) هستند انجام می شود. (جدول ۲ و جدول ۳) این ارزیابی صرف نظر از نتایج HPV الزامی است. (این نکته بسیار مهم است و بارها در سوالات امتحانی تکرار شده است)

الگوریتم ۱ - بررسی اولیه AGC در سیتولوژی سرویکس