

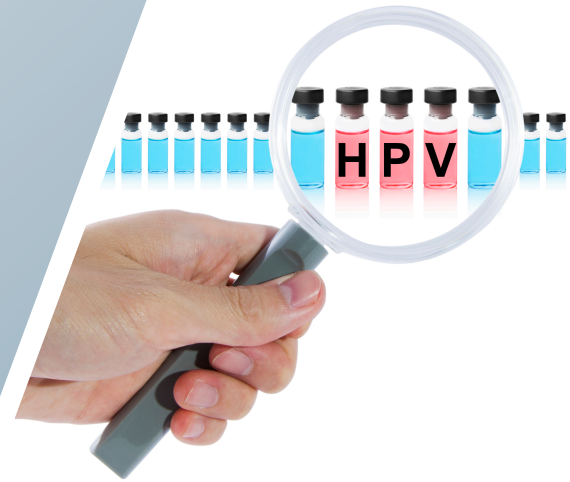
UiT

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

# Risiko for grove forstadier til kreft (CIN3+) etter normal/lavgradig biopsi fra livmorhalsen

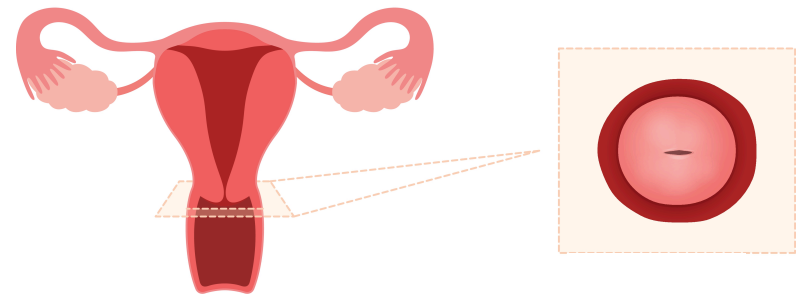
Liv Reidun Tverelv, MK-12  
Masteroppgave våren 2017  
Det helsevitenskapelige fakultet, UiT

Bi-veileder: Sveinung Sørbye  
Hovedveileder: Finn Egil Skjeldestad



uterus

cervix



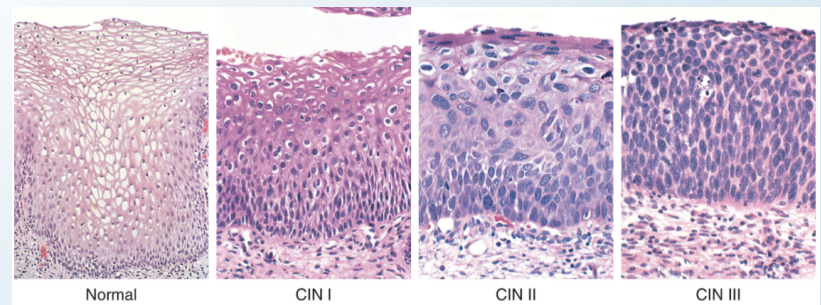
# Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

---

- Kvinner mellom 25-69 år anbefales celleprøve hvert 3. år
- En unormal celleprøve og evt. positiv HPV-test må utredes med **biopsi**
- Dersom biopsien viser høygradige forstadier til livmorhalskreft (CIN2+), anbefales behandling med konisering
- Risiko for CIN3+ brukes som mål for hvilken oppfølging som er indisert (risk assessment). Det foreligger sparsom dokumentasjon av slik risiko etter normal eller lavgradig biopsi ( $\leq$  CIN1)

## Formål med studien:

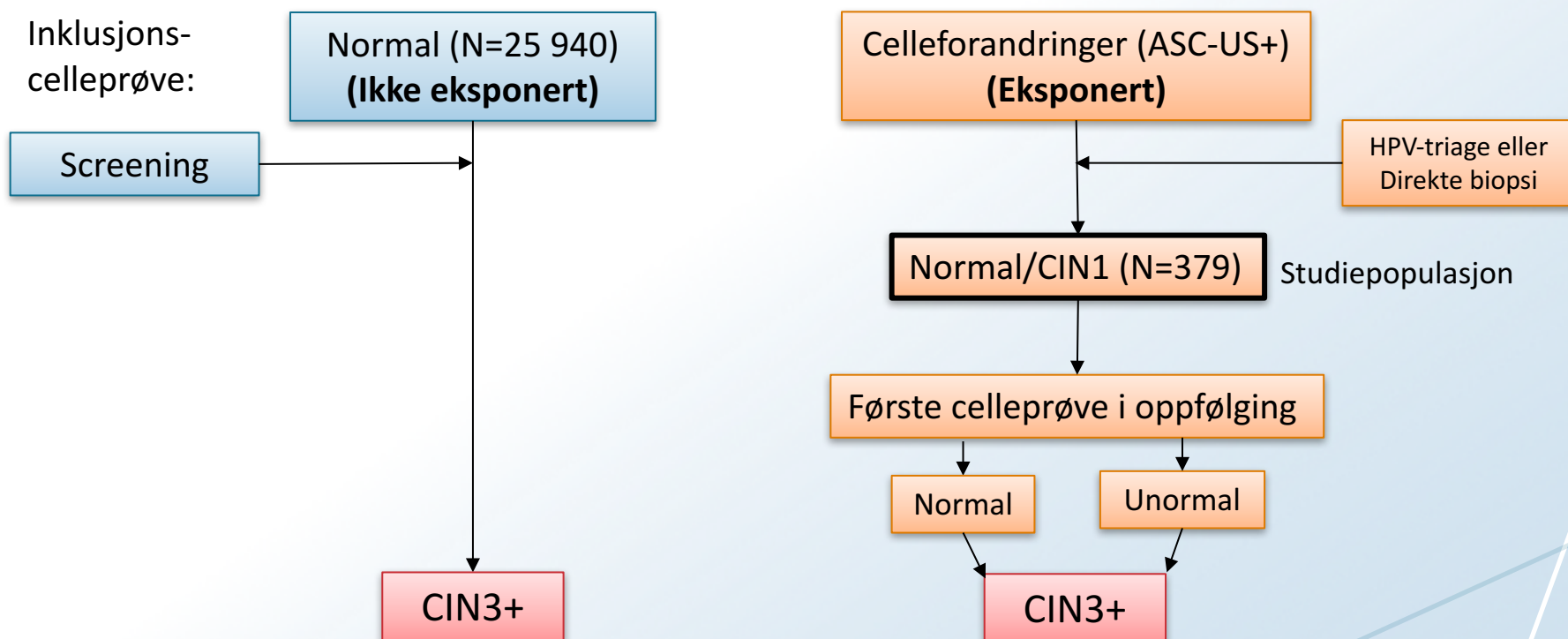
- Undersøke etterlevelse til retningslinjene etter  $\leq$  CIN1 biopsi
- Risiko for CIN3+ for å undersøke om den er forenlig med nåværende oppfølging etter  $\leq$  CIN1 biopsi



Bilde: Aster JC, Abbas AK, Kumar V. Robbins Basic Pathology. 9th ed. Saunders; 2012.

# Materiale og metode

- Data: Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft i Troms/Finnmark 2006-2011
- Analyser: kji kvadrattest, survivalanalyser, Cox-regresjon (hazard ratio)



# Resultater

- Kvinner med normal/CIN1 biopsi hadde **bedre etterlevelse** (69,5 %) til retningslinjer sammenlignet med kontrollgruppen (42,2 %)
- Risiko for grove forstadier (CIN3+) var signifikant høyere i eksponert gruppe sammenlignet med kontrollgruppen. I eksponert gruppe var risikoen høyere hvis første celleprøve etter biopsi var unormal.

Kohort	Kumulativ insidens CIN3+ (%)	95% KI	Hazard ratio	95% KI
Ikke eksponert	0,24	0,16 - 0,32	1 (ref)	
Eksponert 1. oppf. celleprøve <b>normal</b>	2,5	0,0 - 5,2	6,8	2,5 - 18,3
Eksponert 1. oppf. celleprøve <b>unormal</b>	8,5	3,8 - 13,2	17,1	9,6 - 30,6

# Følge opp videre eller tilbake til screening?

---

- **Følge opp!**
  - Kvinner med normal celleprøve ved første oppfølging hadde for høy CIN3+ risiko ( $> 2\%$ ) til at de kan vente i tre år til neste screening.
  - Svakheter ved studien: ingen uniform HPV-testing i oppfølging, liten studiepopulasjon/vide konfidensintervaller
  - Behov for studier med større populasjon og samtidig HPV-testing
- Veileder i gynekologisk onkologi 2016 anbefaler oppfølging med både celleprøve og HPV-test (co-test) etter negativ biopsi (normal/CIN1)
  - Dette må evalueres i studier med norske data
    - Hvis første prøve viser «negativ co-test», kan retur til primærscreening hvert 3. år være mulig