

Radicaliteit snijvlakken

Uitgangsvraag

Is het zinvol om de snijvlakken bij CIN en glandulaire afwijkingen te beoordelen op radicaliteit?

Aanbevelingen

Er wordt geadviseerd om de status van de snijvlakken te vermelden indien er sprake is van AIS. De conus (of lisexcisie) dient duidelijk gemarkeerd te zijn.

De werkgroep is van mening dat bij een lisexcisie zonder AIS er geen uitspraak over de snijranden hoeft te worden gedaan tenzij na overleg tussen de gynaecoloog en de patholoog.

De werkgroep is van mening dat het preparaat bij voorkeur in één deel moet worden aangeleverd. Indien meerdere preparaten worden aangeleverd dient de ernstigste afwijking centraal in één van de preparaten aanwezig te zijn.

Als een gynaecoloog de snijvlakken van het preparaat beoordeeld wil hebben moet het preparaat ook gemarkeerd worden.

Literatuurbespreking:

Veel studies hebben aangetoond dat indien CIN2+ (CIN2, CIN3 en invasief carcinoom) in het snijvlak van liexcisies en/of exconisaties aanwezig is, het risico op residu of recidief significant is verhoogd [Ghaem-Maghami, 2007¹⁷², Livasy, 1999¹⁷⁵, Robboy, 2009¹⁷⁷, Simoes, 2013¹⁷⁹]. Er is een substantieel lager risico op CIN2+ na behandeling indien complete verwijdering wordt bereikt bij eerste behandeling [Papakonstantinou, 2014¹⁷⁶]. Er zijn maar enkele multivariate studies beschikbaar die wijzen op een positief snijvlak als de belangrijkste onafhankelijke voorspeller voor residu/recidief van CIN2+ [Serati, 2012¹⁷⁸, Wright, 2003¹⁸⁰].

Enkele zeer recente studies hebben aangetoond dat met name een positief endocervicaal snijvlak (i.t.t. positief ectocervicaal snijvlak) significant geassocieerd is met residu of recidief van CIN2+ [Kong, 2014¹⁷⁴, Papakonstantinou, 2014¹⁷⁶]. In de laatste studie bleken naast een positief endocervicaal snijvlak, ook de cytologie na behandeling en hrHPV-status na behandeling beide goede voorspellers te zijn voor residu of recidief van CIN2+ [Kong, 2014¹⁷⁴].

In lijn met CIN is het te verwachten dat de kans op residu of recidief eveneens toeneemt bij positieve snijvlakken voor AIS. In een recente grote review van 35 studies is gevonden dat de kans op residu voor AIS toeneemt van 17% naar 49% bij positief snijvlak [Baalbergen, 2014¹⁷¹].

In de Europese richtlijn wordt geadviseerd om in het pathologieverslag de status van de snijvlakken aan te geven, maar alleen als er sprake is van een duidelijke markering en met name bij exconisaties [IARC, 2008¹⁷³].

Conclusies:

Het is aangetoond dat een positief snijvlak voor CIN2+ een hoger risico heeft op residu/recidief dan een negatief snijvlak.

[Papakonstantinou, 2014¹⁷⁶, Wright, 2003¹⁸⁰]

Het is aangetoond dat een positief snijvlak voor AIS een hoger risico heeft op residu/recidief dan een negatief snijvlak.

[Baalbergen, 2014¹⁷¹]

Overwegingen:

De transformatiezone bij de cervix is geen rechte lijn, maar verloopt slingervormig. Hierdoor is er bij een negatief snijvlak voor CIN2+ bij liexcisies geen absolute zekerheid dat er niet toch nog een deel CIN2+ is achtergebleven.

Vaak worden bij een liexcisieprocedure meerdere stukjes van de transformatiezone aangeleverd (i.p.v. een exconisatie). Dit maakt goede oriëntatie en een betrouwbare uitspraak over het vrij zijn van de snijvlakken lastig.

De follow-up (cytologie en hrHPV) bij liexcisies met een positief snijvlak voor CIN2+ zal in Nederland niet anders zijn dan bij een negatief snijvlak. Zie [module Follow-up na behandelde CIN2-3](#).

Het endocervicale kanaal is bij kolposcopie door de gynaecoloog vaak minder goed te beoordelen waardoor een positief snijvlak voor AIS in Nederland wel consequenties heeft voor de follow-up en behandeling.

Bij een duidelijk gemarkeerde conus of conusexcisie is het voor de patholoog mogelijk om een uitspraak te doen over de status van de snijvlakken.