

پاپ اسمیر

تعریف

پاپ اسمیر بررسی سیتولوژیک سرویکس در جهت شناسایی سلولهای غیر طبیعی که نشانگر احتمال وجود بدخیمی های سرویکس می باشد.

بررسی شایع در جهت شناسایی احتمالی وجود بد خیمی سرویکس می باشد.

پاپ اسمیری که درست تهیه شود در ۹۸٪ موارد در تشخیص سرطان دهانه رحم موثر خواهد بود.

اپیدمیولوژی

شیوع سرطان دهانه رحم در زنان غیر سفید پوست ۲-۳ برابر بیشتر است . کمترین میزان شیوع در زنان یهودی و اروپایی مشاهده شده است.

حدود ۱۳٪ از کل سرطانهای مهاجم زنان در رحم اتفاق می افتد که از اینها حدود ۴۰٪ دارای منشأ گردن رحمی هستند.

بعد از سرطان پستان، کولورکتال، آندومتر، تخمدان و لنفوم در مرتبه هفتم قرار دارد.

نقایص پاپ اسمیر

کار برد شیوه های نادرست در تهیه نمونه پاپ اسمیر

وجود سلولهای التهابی در نمونه پاپ اسمیر که به علت خصوصیات غیر طبیعی شان با سلولهای سرطانی قابل افتراق نبوده و تفسیر این تست را مشکل می کند. (اشتباه در تفسیر نتایج توسط آزمایشگاه)

۷ میزان جواب منفی کاذب پاپ اسمیر حدود ۲۰٪ می باشد. پاسخ منفی کاذب موردی است که فرد دچار سرطان یا دچار ضایعات پیش سرطانی است، ولی پاسخ منفی گزارش می شود.

علل جواب منفی کاذب

سهل انگاری در تهیه نمونه

اشتباه در تفسیر نتایج، از سوی آزمایشگاه

مهمترین علل مرگ و میر ناشی از سرطان دهانه رحم:

عدم غربالگری منظم زنان، در زنانی که در معرض خطر هستند.

تکنیک غلط برداشت نمونه

اشتباه در تفسیر نتایج، از سوی آزمایشگاه

چه کسانی می توانند پاپ اسمیر بگیرند؟

کارشناس مامایی و کاردان مامایی- کاردان و کارشناس بهداشت خانواده در صورتیکه مهارت لازم را طی دوران تحصیل کسب کرده باشند و یا با گذراندن دوره باز آموزی این مهارت را کسب نمایند.

آیا بدون تخت ژنیکولوژی می توان درتیم سیار نمونه تهیه کرد؟

وجود تخت ژنیکولوژی برای پاپ اسمیر ضروری می باشد.

آیا ضروری است اسپیکولوم یا اسپچولا استریل باشد؟

استریل بودن اسپیکولوم ضروری می باشد ولی اسپچولا یکبار مصرف و تمیز باشد.

بهترین روش نمونه گیری و فیکس کردن چگونه است؟

سر اسپچولا به اندازه ۳۶۰ درجه با فشار یکنواخت و در یک حرکت ممتد روی سرویکس چرخانده شود. سپس اسپچولا به صورت مایل روی لام قرار گرفته و با یک حرکت ملایم و یکنواخت یکبار و در یک جهت از یک سر لام به سر دیگر در مسیر طولانی کشیده شود. (مثل اینکه کره نرم را روی لام می مالید.)

سقف زمانی از گرفتن نمونه تا دریافت پاسخ چه قدر می باشد؟

در برنامه غربالگری بهتر است ۹۰٪ پاسخ ها تا ۵ روز کاری آماده شود این مدت زمان نباید از ۶ هفته بیشتر شود.

نحوه استفاده از فیکساتور چگونه است؟

نزدیک بودن اسپری منجر به جاری شدن مایع روی لام و شستشوی نمونه و پرتاب سلولها می گردد. همچنین دور بودن اسپری منجر به خشک شدن لام و عدم ثبوت مناسب میگردد. جهت مخلوط شدن مایع قبل از استفاده باید اسپری را چند بار تکان داد.

آیا تست پاپ اسمیر در دوران حاملگی قابل انجام است؟

انجام تست پاپ اسمیر در سه ماهه اول توسط متخصص زنان باید انجام گیرد.

نکات مهم در ارتباط با پاپ اسمیر

پس از وجود ۳ نمونه پاپ اسمیر نرمال و در صورت عدم وجود ریسک فاکتورهای خطر تکرار پاپ اسمیر هر سه سال یکبار انجام می شود و نیازی به تکرار سالیانه نیست.

در صورت ریسک فاکتورهای خطر مثل عفونت با ویروس HPV ، HIV و دیسپلازی moderate سرویکس و یا شک به نئوپلازی سرویکس و وجود رفتارهای پر خطر انجام پاپ اسمیر سالیانه توصیه می شود.

تداوم پاپ اسمیر در زنان بالای ۶۵ سال و بالاتر در صورتی که حد اقل ۳ نمونه پاپ اسمیر نرمال داشته باشند و در تاریخچه ۱۰ سال گذشته نیز هیچگونه سیتولوژی غیر طبیعی پاپ اسمیر نداشته باشند را می توان با اطمینان متوقف کرد.

پس از هیستریکتومی توتال (خروج کامل سرویکس) جهت یک بیماری خوش خیم دیگر نیازی به انجام نمونه گیری سیتو لوژیک واژن نمی باشد. در صورت انجام هیستریکتومی بدنبال کارسینوم مهاجم و بد خیم باید سالیانه قله واژن (VAGINAL APEX) توسط معاینه واژینال و انجام پاپ اسمیر بررسی شود.

توجه شود که تست پاپ اسمیر جهت اسکرینینگ کانسر آندومتر حساسیت بسیار کمی دارد و نباید به این هدف بکار برده شود.

نکات مهم در ارتباط با پاپ اسمیر

توجه به نکات زیر ارزشمند است:

الف- در کلیه خانمها پس از مزدوج شدن غربالگری آغاز می شود. سنین پر خطر جهت غربالگری سنین بین ۶۵-۲۰ سالگی است البته سنین ۱۸ سال و پایین تر در صورت مزدوج شدن حد اکثر تا سه سال پس از ازدواج غربالگری سرطان سرویکس شروع می شود.

ب- انجام پاپ اسمیر در سه ماهه اول بارداری بلامانع است و در صورت لزوم باید نمونه گیری توسط متخصص زنان انجام گیرد.

ج- شرایط نمونه گیری:

پس از اتمام قاعدگی تا شروع قاعدگی بعدی می توان پاپ گرفت اما بهترین زمان تهیه نمونه حدود ۲ هفته پس از اولین روز قاعدگی است (ترجیحاً روز ۱۵) که مرحله پرولیفراتیو است.

جهت ارسال نمونه به پاتولوژی باید علاوه بر مشخصات کامل بیمار و تاریخ نمونه گیری ، سن بیمار ، وضعیت قاعدگی، سابقه سیتولوژی ، درمان قبلی ، محل تهیه اسمیر (واژینال ، سرویکال)، High Risk بودن بودن بیمار در صورت وجود حتماً ذکر گردد.

-ارجح است ابتدا اگزو سرویکال و سپس اندو سرویکال نمونه گیری گردد.

-وسیله ارجح جهت نمونه گیری سیتو برانش است ، در صورت نبود سیتو برانش استفاده از اسپچولای پلاستیکی مناسب است ، اسپچولای چوبی سبب باقی گذاشتن مواد اضافی روی لام می شود. در صورت استفاده از سواپ پنبه خیس کردن آن با محلول نرمال سالین الزامی است. (این کار سبب جذب بیشتر نمونه خواهد شد)

نکات مهم در ارتباط با پاپ اسمیر

انجام پاپ اسمیر بدنبال زایمان باید حد اقل ۸ هفته پس از زایمان و ترجیحاً با فاصله زمانی بیشتری صورت می گیرد.

در صورتیکه پاسخ پاپ اسمیر un satisfactory باشد ارزیابی مجدد در فاصله ۶ ماه صورت می گیرد.

در خانم های منوپوز که پاسخ پاپ اسمیر (Absens of endoservical) باشد. نیاز به تکرار نمی باشد. در صورت شک به مسائل پاتولوژیک تکرار با سیتو برایش الزامی است.

در خانمهایی که سابقه پاپ اسمیر با سلولهای غیر طبیعی دارند، پاپ اسمیر سالیانه توصیه می شود، اگر تا ۵ سال شواهد غیر طبیعی دیده نشد، پاپ اسمیر هر سه سال انجام می شود.

آزمایشگاههای ارائه دهنده گزارش بررسی پاپ اسمیر، باید نظارت و کنترل لازم جهت خواندن سیتولوژی لامها توسط پاتولوژیست را داشته باشند.

عوامل مساعد کننده سرطان دهانه رحم چه کسانی هستند

زنانی که در سنین پایین ازدواج کرده اند.

زنانی که چند بار ازدواج کرده اند.

زنانی که همسرانشان ختنه نشده اند.

زنانی که بیش از یک شریک جنسی دارند.

زنانی که همسرانشان بیش از یک شریک جنسی دارند.

زنانی که همسرانشان، قبلاً زن مبتلا به سرطان دهانه رحم داشته اند.

مصرف دخانیات

مولتی پربیتی (ضعف سیستم ایمنی در حاملگی، ضربه زایمانی و وضعیت نامناسب تغذیه ای)

وضعیت بهداشتی فرد

مصرف دخانیات (متابولیت نیکوتین کارسینوژن است)

ابتلا به ویروس HPV یا HSV (افرادی که HPV مثبت هستند حتی اگر پاپ اسمیر منفی داشته باشند در معرض خطر بالای سرطان دهانه رحم هستند)

ضعف سیستم ایمنی (پیوند کلیه و...)

ابتلای همسر به سرطان آلت

در معرض دی اتیل بسترول (DES) قرار گرفتن در دوره جنینی

ابتلای مکرر به بیماریهای مقاربتی (ابتلا به ویروس هرپس سیمپلکس نوع ۲)

مصرف ocp بیش از ۵ سال

تاریخچه نئوپلازی داخل اپیتلیال

وضعیت اقتصادی فرد

علائم خطر (فرد حتماً به پزشک مراجعه کند)

هر گونه خونریزی غیر طبیعی

هر گونه ترشح غیر طبیعی

درد شدید لگنی

کاهش شدید وزن و بی اشتها

علائم سرطان دهانه رحم اختصاصی نیستند و به همین جهت ممکن است با علائم سایر بیماریها اشتباه شود.

راههای تشخیص سرطان دهانه رحم

پاپ اسمیر

کورتاژ دهانه رحم

کولپوسکوپی

بیوبسی

کولپوسکوپی، بوسیله دستگاه کولپوسکوپ که سلولها را بزرگ می کند انجام می گیرد.

نکات قابل توجهی که فرد قبل از انجام پاپ اسمیر باید به آن توجه کند

فرد قاعده نباشد.

۲۴ ساعت قبل نزدیکی نداشته باشد.

از ۲۴ ساعت قبل، لکه بینی و خونریزی نداشته باشد.

از ۴۸ ساعت قبل دوش یا شستشوی واژینال نداشته باشد.

از ۴۸ ساعت قبل از انجام پاپ اسمیر، از کرمهای واژینال جهت درمان استفاده نکرده باشد.

مهمترین علائم سرطان دهانه رحم : گاهی بی علامت است-خونریزی بعد از مقاربت-خونریزی بعد از یائسگی-قاعدگی نامرتب-ترشح صورتی - چرکی و بد بو

نکات قابل توجه :

استریل بودن سیتو براش یا اسپچولا الزامی نیست.

در حین نمونه گیری خیس کردن اسپچولا و سواپ پنبه با نرمال سالین الزامی می باشد.

نحوه صحیح انجام پاپ اسمیر

به بیمار اطمینان دهید که انجام پاپ اسمیر هیچگونه درد و ناراحتی ندارد.

قبل از گرفتن نمونه معاینه داخلی نکنید.

از نرم کننده ها برای گذاشتن اسپکولوم استفاده نکنید. (می توان از آب یا نرمال سالین استفاده نمود).

بعد از گذاشتن اسپکولوم مناسب و پیدا کردن دهانه رحم اگر ترشح زیادی وجود دارد با پنبه آن را پاک کنید.

انتهای بلند اسپچولا یا سواپ پنبه ای آغشته به نرمال سالین را داخل قسمت داخلی دهانه رحم (آندوسرویکس) قرار داده و آن را داخل کانال ۳۶۰ درجه بچرخانید.

سلولهای برداشته شده با اسپچولا یا سواپ را در طرف مشخص لام بکشید.

سپس انتهای کوتاهتر اسپچولا را در سوراخ خارجی دهانه رحم (آگزو سرویکس) قرار داده و به حالت خراشیدن ۳۶۰ درجه بچرخانید.

نمونه برداشته شده با اسپچولا را به طور کامل در قسمت دیگر لام بکشید. (با ید توجه کرد که نمونه آندو سرویکس بر روی هم کشیده نشود).

فوراً نمونه را با الکل یا اسپری ثابت کننده (فیکساتور) که در فاصله ۳۰-۲۲ سانتیمتری لام نگه داشته شده در زمان کمتر از ۵ ثانیه ثابت کنید. دو پاف جهت فیکس کردن کافی است.

(از الکل اتیلیک ۹۵% دو قطره در دو قسمت لام بچکانید به طوری که تمام سطح لام را بپوشاند).

توجه

نمونه اسمیر نباید خیلی ضخیم و یا نازک باشد.

ترشحات واژن برای بررسی سرطان دهانه رحم مناسب نیست.

قبل از خراشیدن دهانه رحم باید نمونه آندو سرویکس گرفته شود

برای جلوگیری از خشک شدن لام در هوای آزاد باید نمونه فوراً ثابت (فیکس) شود.

در موارد زیر نمونه گرفته شده برای بررسی سیتولوژیست بی ارزش است

خشک شدن لام در هوای آزاد.

مخلوط بودن سلولها با مواد نرم کننده و ضد عفونی کننده.

انتقال کم سلولها از اسپچولا یا سواپ به لام.

گرفتن نمونه نادرست (نمونه بسیار ضخیم یا نازک)

نمونه خون آلوده

مواردی که ممکن است نتیجه پاپ اسمیر درست نباشد

۶۰٪ موارد ناشی از نمونه ناکافی است. (سلولهای تشخیصی در روی لام وجود ندارد.)

۴۰٪ موارد ناشی از مطالعه نادرست است. (سلولهای تشخیصی بر روی لام وجود دارد ولی به وسیله سیتولوژیست قابل بررسی نیست)

در برخی موارد نیز ناشی از تفسیر نادرست است. (سلولهای سرطانی توسط سیتولوژیست غیر ماهر، خوش خیم خوانده می شود).

وسایل مورد نیاز جهت گرفتن پاپ اسمیر

لام تمیز، اسپکولوم تمیز، اسپچولا، سواب پنبه (در صورت امکان)، اسپری ثابت کننده یا الکل، نرمال سالین، دستکش یکبار مصرف و برچسب پنبه.

قبل از گرفتن نمونه باید لام را آماده کرد. در یکطرف لام بر روی یک برچسب اسم و مشخصات فرد را نوشته و در طرف دیگر آن را برای گسترش نمونه در نظر گرفت.

نحوه ثبت و قرار دادن نمونه روی لام

انواع فیکساتورها

مخلوط نصف به نصف اتیل الکل ۹۵٪ واتر

الکل ۹۵٪ خالص یارقیق تر تا ۷۵٪

متیل الکل ۷۵ تا ۹۵٪

ایزوپروپیل الکل ۷۵ تا ۹۵٪

روشهای بررسی پاپ اسمیر غیر طبیعی عبارتند از: کولپوسکوپي - بیوپسی - کورتاژ اندوسرویکال - کونیزاسیون

درمانهای ضایعات پر کانسر عبارتند از: کرایو تراپی - کوتر - لیزر درمانی - Leep - کونیزاسیون هیستروکتومی ساده - جراحی و در مراحل پیشرفته (تهاجمی) به بعد رادیوتراپی انجام می شود.

فاصله زمانی انجام پاپ اسمیر در زنان ۶۵ سال و بالاتر

اگر حداقل ۳ نمونه پاپ اسمیر نرمال و قابل اعتماد داشته باشند و در تاریخچه ۱۰ سال گذشته نیز هیچگونه سیتولوژی غیر طبیعی پاپ اسمیر نداشته باشند را می توان انجام پاپ اسمیر را متوقف نمود.

سنین پر خطر در نظر ابتلا به سرطان دهانه رحم

۳۵-۵۵ سالگی را سن پر خطر جهت ابتلا به سرطان دهانه رحم ذکر کرده اند.

HIV -HPV

در صورت بروز ریسک فاکتورهای فوق پاپ اسمیر باید سالیانه انجام شود.

آناتومی سرویکس

سرویکس بخش انتهایی وباریک رحم می باشد، این بخش به شکل مخروطی ناقص در قسمت سر می باشد که مسیرش به سمت پایین و عقب است.

قسمت اعظم سرویکس بافت فیروز می باشد.

اندازه آن در زنان نولی پار ۳,۵,۲ سانتیمتر می باشد.

سرویکس در مجاورت بخش پایینی رحم قرار گرفته و واژن به صورت مایل به اطراف سرویکس متصل شده است.

یک روزنه کوچک معمولاً گرد یا شکاف مانند در مرکز برآمدگی سرویکس قرار دارد و سوراخ خارجی را تشکیل می دهد. این سوراخ محوطه رحم را به واژن متصل می کند.

کانال سرویکس از سوراخ خارجی تا سوراخ داخلی ادامه یافته است. این کانال دوکی شکل است و در عریض ترین قسمت تقریباً ۸ میلیمتر عرض دارد. ناحیه ای از رحم که بین سوراخ داخلی و جسم رحم قرار دارد ایسموس یا تنگه نامیده می شود.

قسمت اعظم سرویکس را بافت فیروز تشکیل می دهد.

بافت شناسی

اساساً از دونوع بافت پوششی (اپیتلیوم) متفاوت تشکیل شده است. اپیتلیوم اسکواموس (سنگفرشی) و اپیتلیوم کالمنار (استوانه ای)

بافت اسکواموس: این بافت سطح واژن واکتو سرویکس را پوشانده است و بطور طبیعی ۵ تا ۱۵ لایه سلول دارد. مخاط اکتو سرویکس و واژن در حالت طبیعی از نوع غیر کراتینی بوده و لایه های دانه دار و شاخی که در پوست دیده می شود در این مخاط موجود نیست.

بافت کالمنار: این بافت از یک لایه سلول استوانه تشکیل شده که حاوی سیتوپلاسم روشن حاوی موسین تشکیل شده است. که سطح اندوسرویکس را می پوشاند.

هسته این سلولها متراکم بوده و در قاعده قرار گرفته است. حد فاصل سلولهای اسکواموس و کالمنار در یک محل ثابت نبوده و باسن، تأثیر استروژن و سابقه جراحی و یا ضربه به سرویکس تغییر می کند. محل اتصال بین این دو بافت پوششی (transitional zone (squamo_colmunar junction نام دارد. این محل تحت تاثیر عوامل مختلف می تواند جابه جا شود. و بر اثر آن اپیتلیوم سنگفرشی بر روی اپیتلیوم کالمنار قرار گیرد و متاپلازی اسکوامه راباعث گردد.

محل T-Zone ممکن است در قسمت واژینال سرویکس در اطراف سوراخ خارجی یا بالای آن در کانال سرویکال قرار داشته باشد. نباید موقعیت قرارگیری آنرا مساوی سوراخ خارجی دانست. از آنجایی که تمامی موارد نئوپلازی سرویکس از T-Zone منشأ می‌گیرد توجه به این ناحیه حائز اهمیت است.

تغییرات فیزیولوژیک در موکوس اندوسرویکال

با ظهور کولپوسکوپي بسیاری از تغییرات عمده میکروسکوپی که قبلاً پاتولوژیک تلقی می‌شدند اکنون به عنوان موارد فیزیولوژیک در نظر گرفته می‌شود. مهمتر از همه رشد موکوس سرویکال به سوی بخش آناتومیکی می‌باشد که معتقد بودند پرولاپس موکوس است. اصطلاح معمول این تغییر فیزیولوژیک اروزیون سرویکس بود که به غلط اشاره به از بین رفتن اپیتلیوم داشت. عنوان مناسب این تغییر هم اکنون اکتروپییون می‌باشد. این تغییر یک رشد طبیعی و فیزیولوژیک است که در ارتباط باسن اولین حاملگی و تحریک استروژن می‌باشد. در طول سالهای باروری غدد اندوسرویکال درست در زیر سوراخ داخلی قرار دارند و به طرف زیر سوراخ خارجی گسترش یافته اند (بخش آناتومیکی) که این امر نمای معروف به اروزیون سرویکس را بوجود می‌آورد. بعد از ۴۰ سالگی در اثر کاهش فعالیت تخمدان موکوس اندوسرویکال در کانال بالا می‌رود. به طوریکه در دوره یائسگی غدد پایینی، منطقه اصلی اسکواموکارکینار در ناحیه سوراخ آناتومیکی خارجی یا در بالای آن قرار می‌گیرد.

آشنایی با اصطلاحات مهم

CIN (Cervical Intraepithelial neoplasia) نئوپلازی داخل اپی تلیال سرویکس

CIN به CIN1، CIN2 و CIN3 تقسیم بندی می‌شود.

Ascus (Atypical Squamous cell of undetermined significance)

(سلولهای سنگفرشی غیر طبیعی با اهمیت نا مشخص)

نکته: در مواجهه با Ascus ۳-۶ ماه بعد پیگیری الزامی می‌باشد.

آشنایی با چند اصطلاح مهم

Unsatisfactory: به معنی غیر قابل قبول می‌باشد.

نکته: در مواجهه با این مورد ارزیابی در فاصله حد اکثر ۶ ماه صورت می‌گیرد.

Absence of endo cervical cell: فاقد سلولهای اندوسرویکال

این مورد معمولاً در زنان یائسه دیده می‌شود و نیاز به تکرار ندارد. ولی در صورت شك به مسائل پاتولوژیک تکرار نمونه با سیتوبراش صورت می‌گیرد.

(Adequacy) کفایت نمونه: سه فرم کلی وجود دارد:

۱- satisfactory: نمونه رضایتبخش و یا مورد قبول

سلول کافی (۲۰-۱۰ درصد) سطح لام را نمونه حاوی سلولهای اسکواموس بپوشاند.
حد اقل ۲ کلاستره ۵ سلولی سلول اندوسرویکال ویا موکوس سرویکال دیده شود.
خون، عفونت، مواد خارجی سطح وسیعی از نمونه را نپوشانده باشد. (۵۰٪) سه نمونه

Less than optimal: LTo

زیر حد مطلوب، نمونه فاقد کفایت است که می تواند نتیجه ناقص بودن اطلاعات بالینی، خون، ضخامت نمونه و... باشد. یعنی ۷۰-۵۰ درصد نمونه از مواد خارجی مثل خون، PMN و مواد خارجی پوشیده شده است.

در مواجهه با LTO چه اقداماتی باید انجام شود؟

تکرار نمونه برداری الزامی نیست، مگر شك به عامل پاتولوژیک داشته باشیم.

آشنایی با چند اصطلاح مهم

Low grade squamous intra epithelial lesion : LSIL

ضایعات داخل اپیتلیال سنگفرشی با درجه پایین می باشد. در مواجهه با LSIL، باید فرد ارجاع شود و نمونه گیری مجدد انجام شود. همچنین آزمون HPV در خواست گردد. در صورت طبیعی بودن موارد فوق تکرار نمونه گیری ۴ تا ۶ ماه بعد انجام گرفته و در صورت غیر طبیعی بودن جواب، نمونه گیری کلپوسکوپی و نمونه برداری انجام و ضایعه خارج گردد و یا جراح بدون خروج ضایعه بیمار را تحت پیگیری بگیرد. در هر دو حالت پاپ اسمیر هر ۶ ماه تکرار گردد. این ضایعات شامل CIN1 و تغییرات ناشی از HPV می باشد.

High grade squamous intra epithelial lesion: HSIL (ضایعات داخل اپیتلیال سنگفرشی با درجه بالا)

در برخورد با این ضایعه باید فرد ارجاع گردد و باید بیوسی با هدایت کولپوسکوپی انجام شود. اگر HSIL منفی گزارش شود پاپ اسمیر را هر ۶-۴ ماه تکرار می کنیم. در غیر این صورت اگر جواب مثبت بود کونیزاسیون و ج برداری انجام شود اگر در کناره های و ج HSIL مشاهده شد، هیستریکتومی انجام می گیرد. این ضایعات شامل CIN2 و CIN3 می باشد.

درمان Ascus:

روش فعلی برای درمان Ascus مورد توافق نمی باشد بررسی سیتولوژی روش مناسبی برای غربالگری است. اما روش موثری برای تعیین سیاستهای درمانی محسوب نمی شود. زیرا نتایج حاصل از آن در ۴۰ درصد از بیماران که ضایعه CIN آنها بوسیله کولپوسکوپ مشخص شده منفی است.

تکرار آزمون پاپ هر ۶-۳ ماه- اگر نتیجه آسکوز یا عارضه شدیدتری باشد باید اقدام به سرویکوگرافی -آزمون هرپس شود.