

**Πώς διαβάζουμε μια  
παθολογοανατομική και  
κυτταρολογική έκθεση.  
Το παράδειγμα του καρκίνου του  
τραχήλου.**

Αικατερίνη Πολίτη  
Αναπλ. Καθηγήτρια Κυτταρολογίας  
ΕΚΠΑ

# Η αξία της παθολογοανατομικής- κυτταρολογικής έκθεσης

- Προγνωστικές πληροφορίες για τον ασθενή και τους θεράποντες ιατρούς.
- Άμεση σχέση με τον σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου

# Δομή της έκθεσης

- Θα πρέπει να είναι σχεδιασμένη έτσι ώστε να περιέχει όλες τις παραμέτρους που έχουν σχέση με τη θεραπευτική αντιμετώπιση, με όσο το δυνατόν πιο σαφή και κατανοητό τρόπο.
- Κοινή ορολογία προσαρμοσμένη στις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες ταξινόμησης και αντιμετώπισης των διαφόρων νεοπλασμάτων και προνεοπλασματικών αλλοιώσεων
- Περιγραφή όλων των επιπλέον ευρημάτων με όσο το δυνατόν πιο αναλυτικό τρόπο, ακόμη και αν δεν συνδέονται ακόμη με θεραπευτικά πρωτόκολλα, γιατί μπορεί να αποδειχθούν αξιολογήσιμοι παράγοντες σε μελλοντικές μελέτες.

# Καρκίνος τραχήλου κυτταρολογική έκθεση

**BETHESDA 2001**

**([www.bethesda2001.cancer.gov](http://www.bethesda2001.cancer.gov))**

# Κυτταρολογικό πόρισμα

- **ΤΥΠΟΣ ΥΛΙΚΟΥ** (συμβατικό/υγρής φάσης)
- **ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΥΛΙΚΟΥ**
  - Ικανοποιητικό για αξιολόγηση (ΕΔ/ΖΜ; αίμα/φλεγμονή)
  - Μη ικανοποιητικό για αξιολόγηση (αιτία)
    - απόρριψη επιχρίσματος/ όχι επεξεργασία (αιτία)
    - επεξεργασία/αξιολόγηση, αλλά μη ικανοποιητικό για εκτίμηση επιθηλιακής ανωμαλίας διότι..(αιτία)

# Κυτταρολογικό πόρισμα

- **ΑΥΤΟΜΑΤΟ SCREENING**

(τύπος - αποτέλεσμα)

- **ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΤΕΣΤ/ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ**  
**(ανοσοκυτταροχημεία, HPV DNA-test/τυποποίηση, κλπ)**

(σύντομη περιγραφή της μεθόδου- αποτέλεσμα, εύκολα κατανοητά από τον κλινικό)

- συσχέτιση με την Κυτταρομορφολογία!!

# Κυτταρολογικό πόρισμα

- **Περιγραφή** - Έκθεση κυτταρολογικών ευρημάτων
- **Συμπέρασμα**
- **Σχόλιο - Συστάσεις** (όταν κρίνεται απαραίτητο)

# BETHESDA 2001

- **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

1) ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΓΙΑ ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΗ  
ΑΛΛΟΙΩΣΗ Η ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ

2) ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

3) ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ



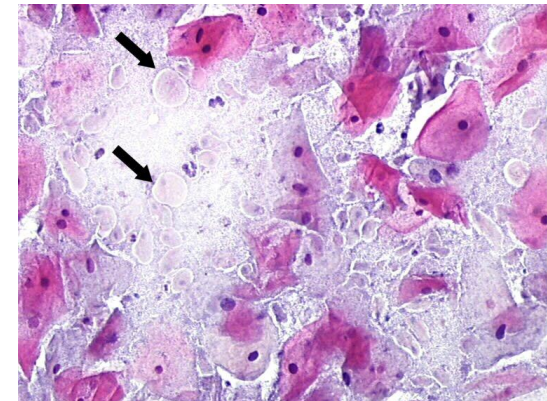
# BETHESDA 2001

## 1) ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΓΙΑ ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΗ ΑΛΛΟΙΩΣΗ Η ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ

– ΜΙΚΡΟΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ (τριχομονάδες, μύκητες, βακτηριακή κολπίτιδα, ακτινομύκητες, έρπης)

### – ΑΛΛΑ ΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- αντιδραστικές αλλοιώσεις (φλεγμονή/αναγέννηση, ακτινοβολία, IUD)
- αδενικά κύτταρα μετά υστερεκτομή
- ατροφία
- **επιθήλιο μη συμβατό με TEP**



# BETHESDA 2001

- ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΑΝΑΦΟΡΑ (Σχόλιο)
  - ενδομητρικά κύτταρα > 40 ετών

# BETHESDA 2001

## 2) ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

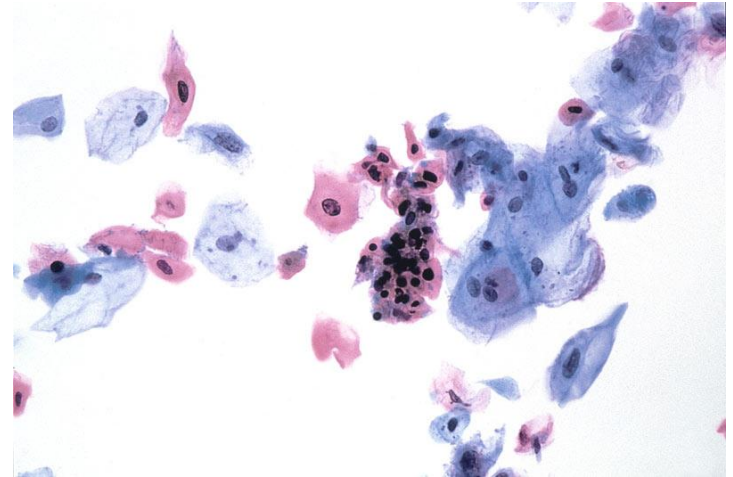
- ΠΛΑΚΩΔΗ ΚΥΤΤΑΡΑ

- Άτυπα πλακώδη κύτταρα

- απροσδιόριστης σημασίας (ASC-US)
- δεν μπορεί να αποκλειστεί HSIL (ASC-H)

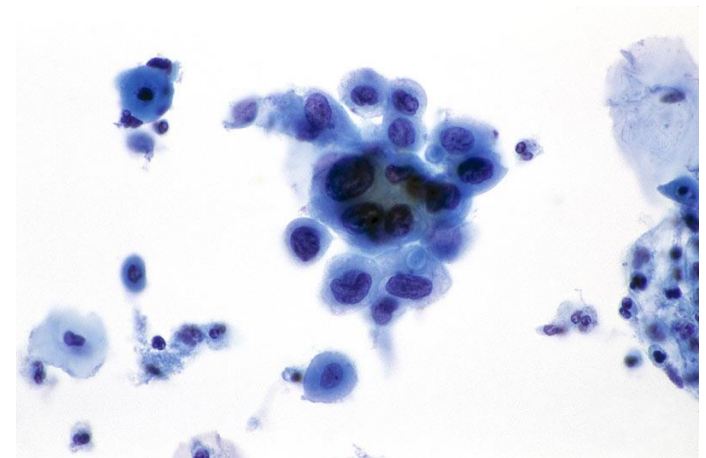
- Χαμηλού βαθμού πλακώδης ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση (LSIL)

- HPV
- CIN 1 (ήπια δυσπλασία)



# BETHESDA 2001

- ΠΛΑΚΩΔΗ ΚΥΤΤΑΡΑ
  - Υψηλού βαθμού πλακώδης ενδοεπιθηλιακή αλλοίωση (HSIL)
    - CIN 2 (μέτρια δυσπλασία)
    - CIN 3 (σοβαρή δυσπλασία)
    - CIS
    - με ευρήματα ύποπτα για διήθηση (εφόσον υπάρχουν)
  - Πλακώδες καρκίνωμα



# BETHESDA 2001

- ΑΔΕΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ
  - Άτυπα
    - ενδοτραχηλικά (NOS ή περιγραφή)
    - ενδομητρικά (NOS ή περιγραφή)
    - αδενικά (NOS ή περιγραφή)
  - Άτυπα
    - ενδοτραχηλικά , υπέρ νεοπλασίας
    - αδενικά, υπέρ νεοπλασίας

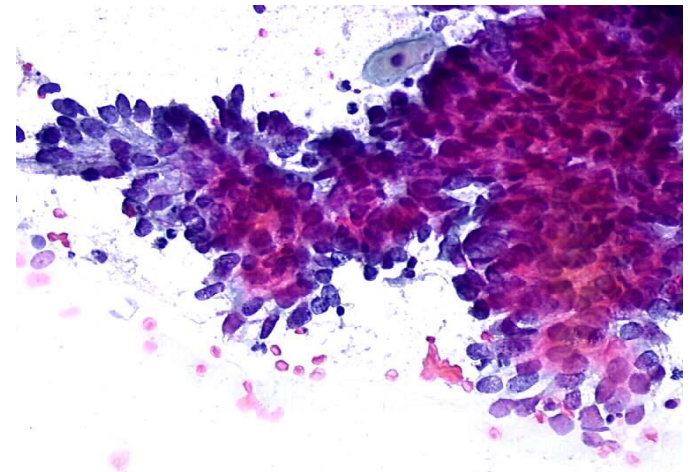
# BETHESDA 2001

- ΑΔΕΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ

- Ενδοτραχηλικό αδενοκαρκίνωμα in situ (AIS)

- Αδενοκαρκίνωμα

- ενδοτραχηλικό
    - ενδομητρικό
    - εξωμητρικό
    - χωρίς ειδικά χαρακτηριστικά (NOS)



# BETHESDA 2001

- ΣΧΟΛΙΑ / ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ (προαιρετικά)  
Θα πρέπει να είναι σύντομες, περιεκτικές και συμβατές με τις σύγχρονες διεθνείς οδηγίες κλινικής παρακολούθησης και στρατηγικής θεραπευτικής αντιμετώπισης

# Σταδιοποίηση καρκίνου του τραχήλου κατά FIGO

- **Στάδιο I:** Ο καρκίνος εντοπίζεται στον τράχηλο
- **Στάδιο IA1:** Ο καρκίνος εντοπίζεται στον τράχηλο, μικροσκοπική διάγνωση, διήθηση στρώματος μέχρι 3 χιλ. σε βάθος και μέχρι 7 χιλ. σε έκταση
- **Στάδιο IA2:** Ο καρκίνος εντοπίζεται στον τράχηλο, μικροσκοπική διάγνωση, διήθηση στρώματος μεγαλύτερη από 3 χιλ. και μέχρι 5 χιλ. σε βάθος και μέχρι 7 χιλ. σε έκταση
- **Στάδιο IB1:** Κλινικά ορατή νόσος εντοπισμένη στον τράχηλο ή προκλινική νόσος, αλλά πιο προχωρημένη από το στάδιο IA2, μικρότερη από 4 εκ. στη μεγαλύτερη διάσταση
- **Στάδιο IB2:** Κλινικά ορατή νόσος εντοπισμένη στον τράχηλο, μεγαλύτερη από 4 εκ. στη μεγαλύτερη διάσταση
- **Στάδιο IIA1:** Διήθηση των δύο άνω τριτημορίων του κόλπου, μικρότερη από 4 εκ. στη μεγαλύτερη διάσταση, χωρίς διήθηση των παραμητρίων
- **Στάδιο IIA2:** Διήθηση των δύο άνω τριτημορίων του κόλπου, μεγαλύτερη από 4 εκ. στη μεγαλύτερη διάσταση, χωρίς διήθηση των παραμητρίων
- **Στάδιο IIB:** Εμφανής διήθηση του παραμητρίου
- **Στάδιο III:** Ο καρκίνος έχει επεκταθεί μέχρι το πυελικό τοίχωμα ή
  - Έχει προσβάλλει το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου
  - Υπάρχει υδρονέφρωση λόγω απόφραξης του ουρητήρα ή σιγή νεφρού
- **Στάδιο IIIA:** Προσβολή του κατώτερου τριτημορίου του κόλπου. Το παραμήτριο δε διηθείται μέχρι το πυελικό τοίχωμα
- **Στάδιο IIIB:** Διήθηση του παραμητρίου μέχρι το πυελικό τοίχωμα ή υδρονέφρωση ή σιγή του νεφρού
- **Στάδιο IV:** Ο καρκίνος έχει επεκταθεί εκτός της πυέλου ή διηθεί το βλεννογόνο της κύστης ή του ορθού (βιοψία θετική)
- **Στάδιο IVA:** Διήθηση γειτονικών οργάνων
- **Στάδιο IVB:** Απομακρυσμένες μεταστάσεις



# Παθολογοανατομική έκθεση

- Δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς (ηλικία, φύλο, εθνικότητα)
- Αριθμός πρωτοκόλλου
- Ονοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού
- Κλινικές πληροφορίες

# Παθολογοανατομική έκθεση

- Είδος υλικού (κωνοειδής εκτομή, ριζική τραχηλεκτομή, ριζική υστερεκτομή με ή χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό, πνευλική εξεντέρωση).
- Τρόπος χειρισμού του υλικού

# Μακροσκοπικά ευρήματα

- Αναφορά τυχόν σημάνσεων (π.χ ράμμα στη 12<sup>η</sup> ώρα σε κωνοειδείς εκτομές)
- Διαστάσεις του παρασκευάσματος
- Παρουσία ή μη και εμφάνιση μακροσκοπικά ορατού όγκου (αναφέρεται ο αριθμός των ορατών όγκων, όπως επίσης και αν ο όγκος δεν είναι μακροσκοπικά ορατός)
- Διαστάσεις και εμφάνιση (εξωφυτικός ή ενδοφυτικός) για κάθε ορατό όγκο ξεχωριστά.
- Για κάθε όγκο μετράται το πάχος του όγκου και το πάχος του τραχηλικού τοιχώματος στο βαθύτερο σημείο της διήθησης (ένδειξη του συνολικού μεγέθους και της έκτασης του όγκου)
- Απόσταση του όγκου από τα χειρουργικά όρια
- Τυχόν μακροσκοπική διήθηση στο σώμα της μήτρας, στο τμήμα του κόλπου ή στα παραμήτρια
- Μακροσκοπική εμφάνιση των λεμφαδένων

# Μικροσκοπικά ευρήματα

- Ιστολογικός τύπος
- Βαθμός διαφοροποίησης αν πρόκειται για αδενοκαρκίνωμα
- Βάθος διήθησης
- Μέγεθος όγκου
- Εκτίμηση των χειρουργικών ορίων
- Διήθηση ή μη αγγείων και λεμφαγγείων
- Συμμετοχή ή μη των παραμητρίων
- Συμμετοχή ή μη άλλων οργάνων
- Αριθμός διηθημένων λεμφαδένων επί του συνόλου των ανευρεθέντων
- Παρουσία πολλαπλών όγκων (σπάνιο, εκτός από τα καρκινώματα σταδίου IA)

# Ιστολογικός τύπος

- **Ιστολογικός τύπος** για κάθε όγκο, σύμφωνα με την κατάταξη της WHO. Ο ιστολογικός τύπος επηρεάζει την θεραπεία και την πρόγνωση. Να αναφέρεται τυχόν νευροενδοκρινική διαφοροποίηση
- **Υπότυπους** καρκινωμάτων (ορισμένοι με προγνωστική αξία π.χ νευροενδοκρινικό, διαυγοκυτταρικό, ορώδες)

# Βαθμός διαφοροποίησης (grade)

- Ιστολογικός βαθμός διαφοροποίησης (grade) για το αδενοκαρκίνωμα
  - καλής διαφοροποίησης (grade 1)
  - μέσης διαφοροποίησης (grade 2)
  - χαμηλής διαφοροποίησης (grade 3)

Ο διαχωρισμός βασίζεται στην αναλογία συμπαγούς και αδενικού προτύπου ανάπτυξης και στον πυρηνικό βαθμό διαφοροποίησης (στα grade 1 το συμπαγές στοιχείο είναι <10%, τα αδένια είναι καλά σχηματισμένα, οι πυρήνες είναι ομαλοί με μικρή στιβαδοποίηση και οι μιτώσεις είναι σπάνιες. Στο grade 3 >50% συμπαγές πρότυπο ανάπτυξης, κύτταρα μεγάλα με πολύμορφους πυρήνες)

Τα **ορώδη** καρκινώματα είναι εξ ορισμού **grade 3**

# Μέγιστο μικροσκοπικό βάθος διήθησης

Το βάθος διήθησης έχει προγνωστική σημασία και καθορίζει τους όγκους σταδίου 1 A και τους προκλινικούς καρκίνους μεγαλύτερου σταδίου

Μετράται από τη βάση του επιθηλίου του αρχικού ιστού (πλακώδους ή αδενικού, FIGO)

Πλακώδες καρκίνωμα: από τη βασική μεμβράνη του επιθηλίου επιφανείας ή από τη βασική μεμβράνη μιας κρύπττης η οποία έχει CIN αν από εκεί ξεκινάει το καρκίνωμα

Αδενοκαρκίνωμα: πολλές φορές είναι δύσκολο να καθορισθεί το αρχικό σημείο διήθησης γι αυτό και το βάθος διήθησης μετράται από το κοντινότερο επιφανειακό επιθήλιο

Αν υπάρχει εξέλκωση στην επιφάνεια του βαθύτερου σημείου διήθησης η μέτρηση ξεκινάει από την εξελκωμένη επιφάνεια και αναφέρεται

Αν το βαθύτερο σημείο διήθησης βρίσκεται στα χειρουργικά όρια του παρασκευάσματος θα πρέπει να αναφέρεται γιατί μπορεί να γίνει υποεκτίμηση του βάθους διήθησης.

Στις περιπτώσεις πολλαπλών όγκων θα πρέπει να αναφέρεται το βάθος διήθησης του καθενός ξεχωριστά.

# Μικροσκοπικά ευρήματα

- Το πάχος του τραχηλικού τοιχώματος στην περιοχή της μέγιστης διήθησης θα πρέπει να αναφέρεται

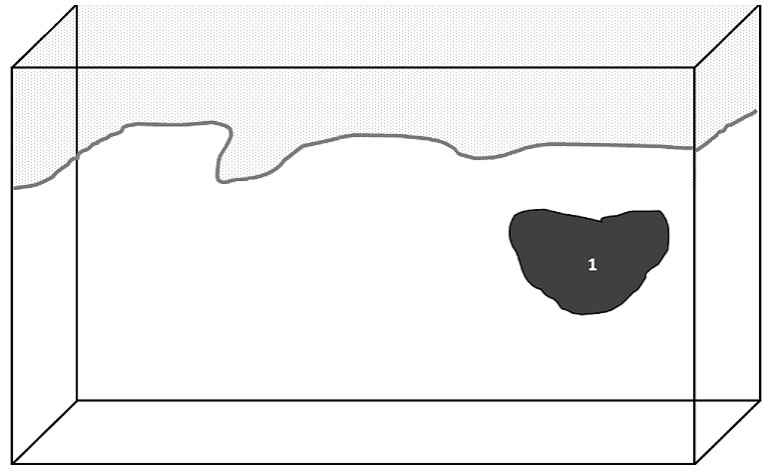
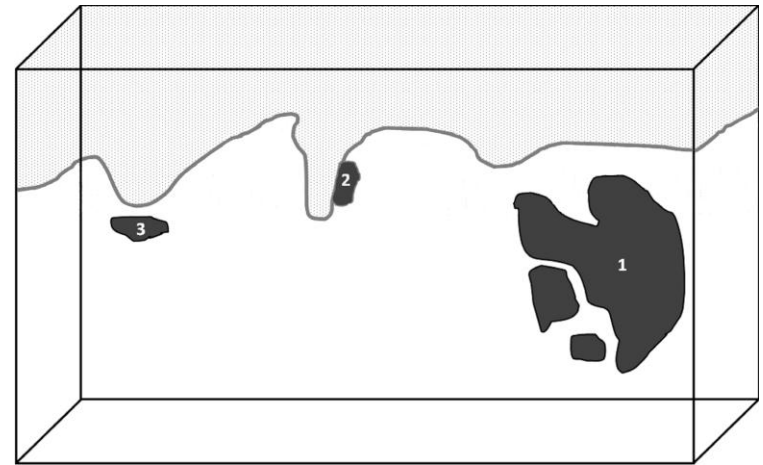
*Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει συσχέτιση της επιβίωσης και του βαθμού διήθησης του τραχηλικού τοιχώματος με το αδενοκαρκίνωμα σταδίου 1. Το πάχος του μη προσβεβλημένου τραχηλικού τοιχώματος φαίνεται να είναι σημαντικό.*

Edge SE, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL and Trotti A (eds) (2010). *AJCC Cancer Staging Manual 7th ed.*, New York, NY.: Springer.



# Το μεγαλύτερο μικροσκοπικό μέγεθος του καρκινώματος θα πρέπει να καταγράφεται σαν οριζόντια (εγκάρσια) διάσταση

- Η μεγαλύτερη οριζόντια μέτρηση μπορεί να μετρηθεί από το πλακάκι, αλλά μπορεί να απαιτεί και μέτρηση από τον αριθμό των κύβων παραφίνης που φέρουν καρκίνωμα και το πάχος των κύβων.
- Σε περιπτώσεις πολλαπλών όγκων κάθε όγκος θα πρέπει να μετρηθεί χωριστά.
- Μια δεύτερη εγκάρσια διάμετρος θα πρέπει να μετράται ώστε να είναι δυνατός ο προσδιορισμός του όγκου του καρκινώματος ο οποίος σύμφωνα με αρκετούς συγγραφείς έχει προγνωστική και θεραπευτική αξία
- Καρκινώματα χαμηλού όγκου (<500mm<sup>3</sup>) συσχετίζονται με χαμηλά ποσοστά μετάστασης στους πνευλικούς λεμφαδένες.



- Στις περιπτώσεις υπολειμματικού καρκινώματος σε υλικό υστερεκτομής που ακολουθεί LLETZ ή κωνοειδή εκτομή οι μετρήσεις του όγκου και το βάθος διήθησης δίδονται στο υλικό της υστερεκτομής και δεν συνδυάζονται με τις προηγούμενες μετρήσεις του όγκου.

# Μικροσκοπική περιγραφή

- Παρουσία CIN σε παρακείμενες θέσεις
- Παρουσία AIS σε παρακείμενες θέσεις
- Παρουσία διήθησης άλλων οργάνων

Πυελικό τοίχωμα

Κόλπος (άνω 2 τριτημόρια ή κατώτερο τριτημόριο)

Βλεννογόνος ουροδόχου κύστεως ή ορθού

Άλλες θέσεις

*Η παρουσία καρκινώματος στις θέσεις αυτές είναι σημαντική για προγνωστικούς και θεραπευτικούς λόγους και η αναφορά τους επιτρέπει τη συσχέτιση με την κλινική σταδιοποίηση*

*Η παρουσία διήθησης του σώματος της μήτρας έχει επίσης προγνωστική σημασία και θα πρέπει να καταγράφεται.*

# Μικροσκοπική περιγραφή

- **Διήθηση αγγείων και λεμφαγγείων**

- η διήθηση αγγείων και λεμφαγγείων αποτελεί προγνωστική παράμετρο, ιδιαίτερα για το ελεύθερο νόσου διάστημα και για τη συνολική επιβίωση και μπορεί να συμβάλει στην επιλογή της θεραπείας.
- η διήθηση των αιμοφόρων αγγείων μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μεταστάσεις στις ωοθήκες

Alfsen GC, Kristensen GB, Skovlund E, Pettersen EO and Abeler VM (2001). Histologic Subtype Has Minor Importance for Overall Survival in Patients with Adenocarcinoma of the Uterine Cervix. A Population-Based Study of Prognostic Factors in 505 Patients with Nonsquamous Cell Carcinomas of the Cervix. *Cancer* 92(9):2471–2483.

Singh N and Arif S (2004). Histopathologic parameters of prognosis in cervical cancer - a review. *Int J Gynecol Cancer*. 14(5):741-750.

# Μικροσκοπική περιγραφή

- Απόσταση του καρκινώματος από τα χειρουργικά όρια.
- Απόσταση CIN από τα χειρουργικά όρια
- Απόσταση AIS από τα χειρουργικά όρια
- Διήθηση ή μη των παραμητρίων (κακή πρόγνωση)

# Διήθηση λεμφαδένων

- Θα πρέπει να καταγράφεται ο συνολικός αριθμός των περιοχικών λεμφαδένων που αναγνωρίστηκαν σε κάθε θέση και ο συνολικός αριθμός των διηθημένων αντίστοιχα (έσω λαγόνιοι, έξω λαγόνιοι, κοινοί λαγόνιοι, ιεροί, προίεροί, παραμητρίων)
- Λεμφαδένες πέρα από αυτές τις θέσεις θεωρούνται απομακρυσμένες μεταστάσεις
- Θα πρέπει να καταγράφεται η μεγαλύτερη διάμετρος των μεταστατικών εναποθέσεων στον λεμφαδένα
- Τυχόν εξωλεμφαδενική επέκταση είναι καλό να καταγράφεται (υπάρχει σχετικά περιορισμένη βιβλιογραφία στον καρκίνο του τραχήλου για την εξωλεμφαδενική επέκταση, μία μεγάλη μελέτη όμως τη θεωρεί ως ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα που σχετίζεται με τη συχνότητα των υποτροπών και μειωμένη συνολική επιβίωση)
- Horn L-C, Hentschel B, Galle D and Bilek K (2008). Extracapsular extension of pelvic lymph node metastases is of prognostic value in carcinoma of the cervix uteri. *Gynecologic Oncology* 108:63-67.

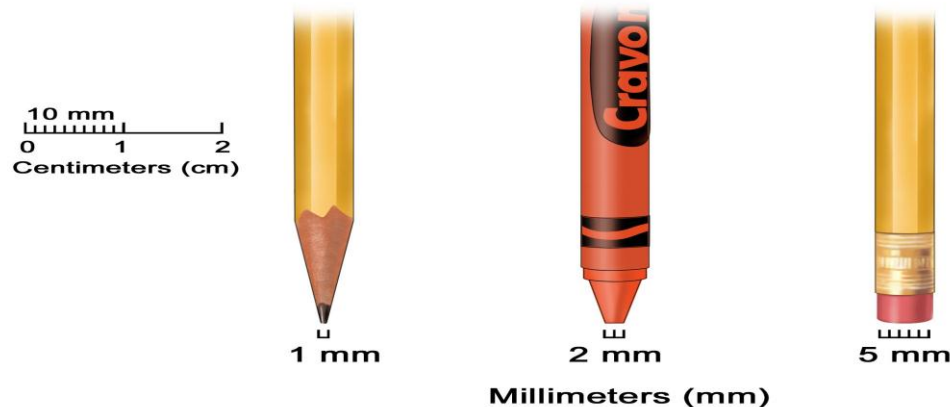
# Συμπληρωματικές τεχνικές Ανοσοϊστοχημεία

- Επιβεβαίωση νευροενδοκρινικής διαφοροποίησης
- Επιβεβαίωση διήθησης αγγείων και λεμφαγγείων
- Προέλευση καρκινώματος (ενδοτράχηλος-ενδομήτριο)

# Αρχόμενη διήθηση στρώματος

- Χαρακτηρίζει πλακώδεις αλλοιώσεις και ορίζεται από την WHO ως μία «μη μετρήσιμη» αλλοίωση < 1mm σε βάθος. Χρησιμοποιείται για να περιγράψει επιθηλιακές εκβλαστήσεις που ξεκινούν από τη βάση αλλοιώσεων CIN. Οι αλλοιώσεις αυτές παραμένουν στο στάδιο IA1 της κατάταξης FIGO ( και εμπίπτουν στην κατηγορία του μικροδιηθητικού καρκινώματος , ωστόσο θεωρούνται από τους περισσότερους ότι έχουν παρόμοια πρόγνωση με την ισοδύναμη CIN αλλοίωση χωρίς αρχόμενη διήθηση στρώματος και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως τέτοιες.

*Pecorelli S, Zigliani L and Odicino F (May 2009). Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. Int J Gynaecol Obstet. 105(2):107-108. Epub 2009 Apr*





- **Αρχόμενο διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα:** ένα πλακώδες καρκίνωμα με αρχόμενη διήθηση στρώματος, η έκταση της οποίας δεν έχει επακριβώς καθορισθεί και πολύ μικρό κίνδυνο τοπικής λεμφαδενικής μετάστασης.
- **Αρχόμενο διηθητικό αδενοκαρκίνωμα:** ένα αδενικό νεόπλασμα στο οποίο η έκταση της διήθησης του στρώματος είναι τόσο μικρή ώστε ο κίνδυνος μετάστασης στους τοπικούς λεμφαδένες είναι μηδαμινός.

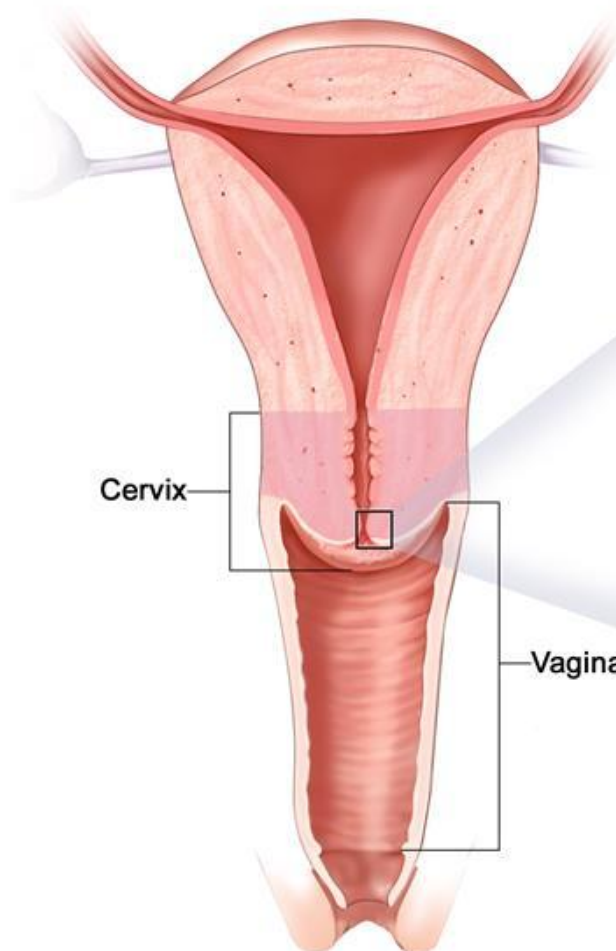
# Μικροδιηθητικό καρκίνωμα

- Ο όρος μικροδιηθητικό έχει διαφορετικές σημασίες σε διαφορετικές χώρες και χρησιμοποιείται τόσο για το πλακώδες καρκίνωμα όσο και για το αδenoκαρκίνωμα. Η FIGO το κατατάσσει στις αλλοιώσεις σταδίου IA. Η Ένωση Γυναικολόγων Ογκολόγων (SGO) έδωσε έναν ορισμό ώστε να αποτελέσει πρακτικό οδηγό θεραπείας.
- Διηθητικός όγκος με διήθηση στρώματος σε μία ή περισσότερες θέσεις με βάθος διήθησης  $\leq 3\text{mm}$  χωρίς να υπάρχει διήθηση αγγείων και λεμφαγγείων. Δεν περιλαμβάνει ανώτερο όριο για το οριζόντιο μέγεθος του όγκου.

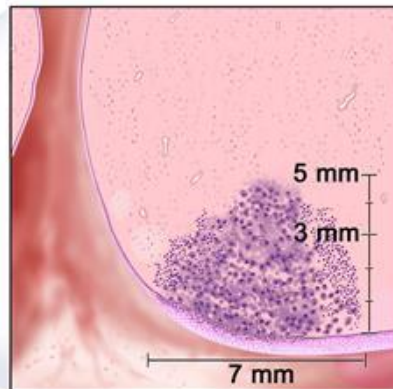
*Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, Heller DS, Henry MR, Luff RD, McCalmont T, Nayar R, Palefsky JM, Stoler MH, Wilkinson EJ, Zaino RJ, Wilbur DC and Members of LAST Project Work Groups (2012). The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization Project for HPV-Associated Lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. Arch Pathol Lab Med 136(10):1266-1297.*

# Επιφανειακά διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα Superficially Invasive Squamous Cell Carcinoma (SISCA)

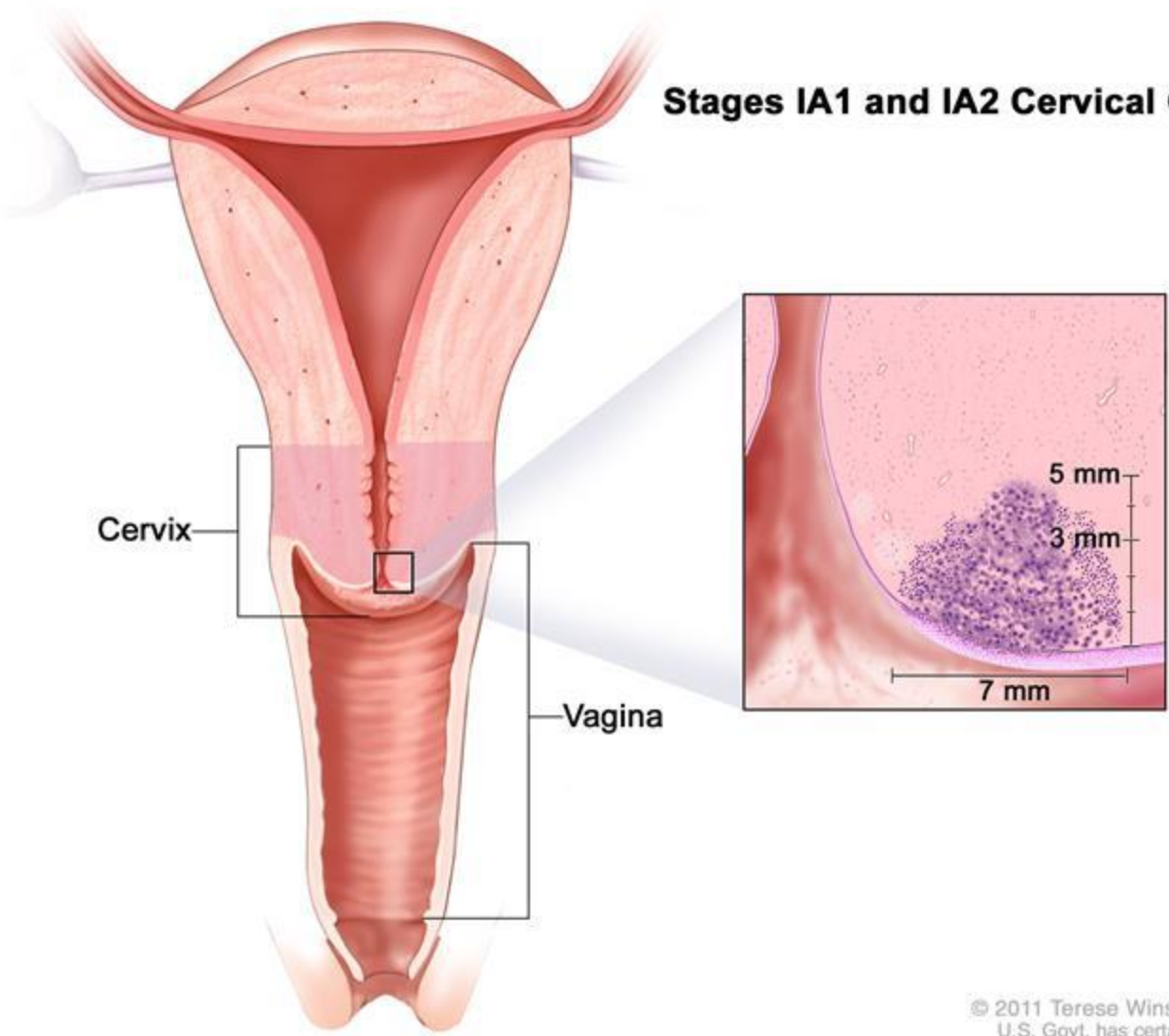
- Διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα που:  
Δεν είναι μακροσκοπικά ορατή αλλοίωση  
ΚΑΙ  
Έχει βάθος διήθησης  $\leq 3$  mm ΚΑΙ  
Έχει μέγιστη οριζόντια επέκταση  $\leq 7$  mm  
ΚΑΙ  
Έχει εξαιρεθεί πλήρως



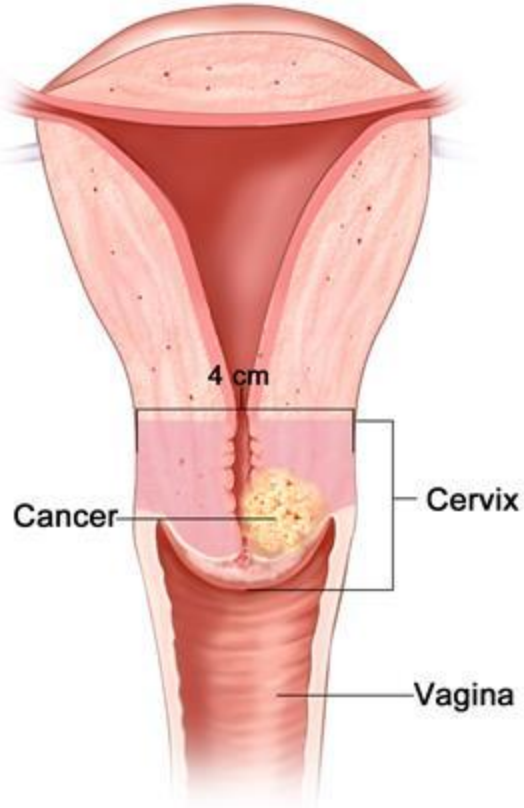
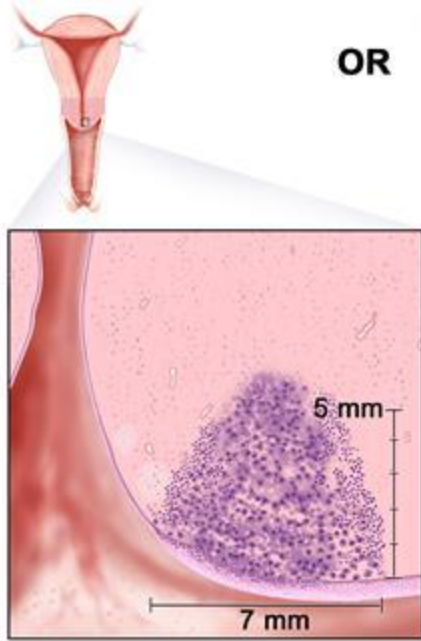
**Stages IA1 and IA2 Cervical Cancer**



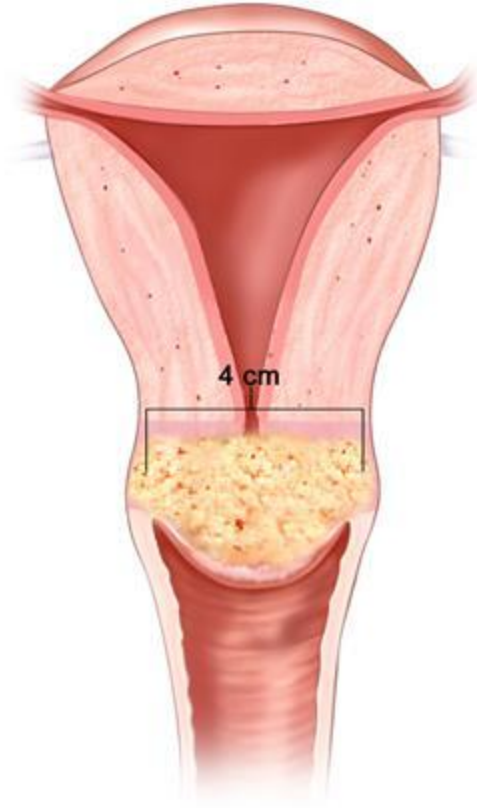
# Stages IA1 and IA2 Cervical Cancer



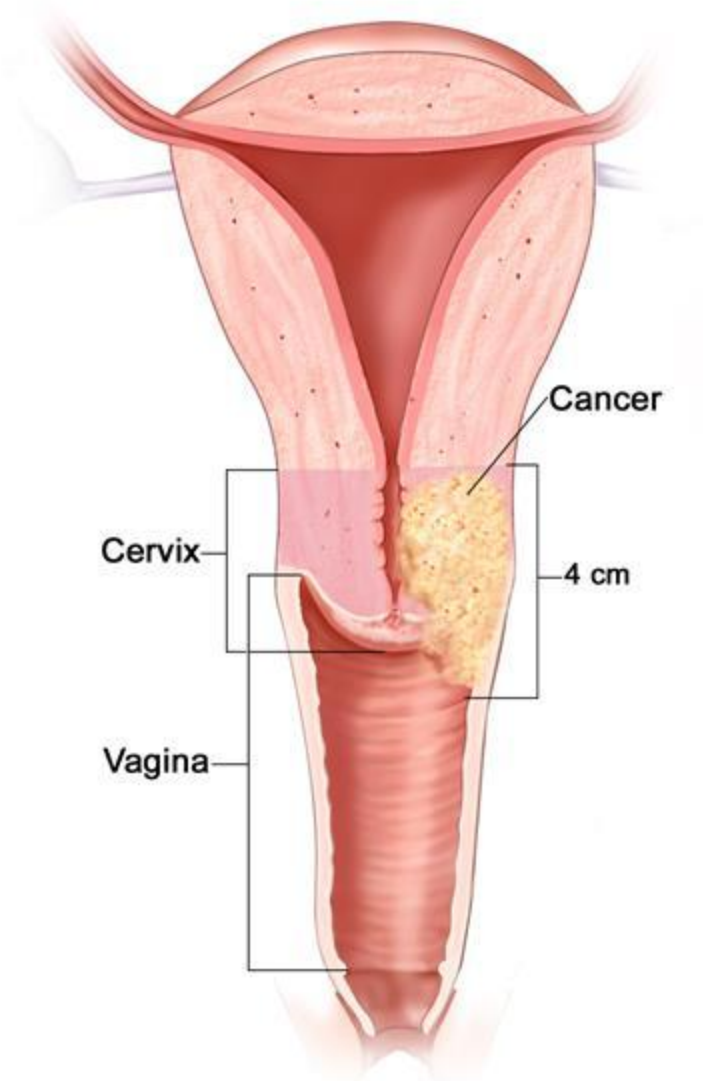
### Stage IB1 Cervical Cancer



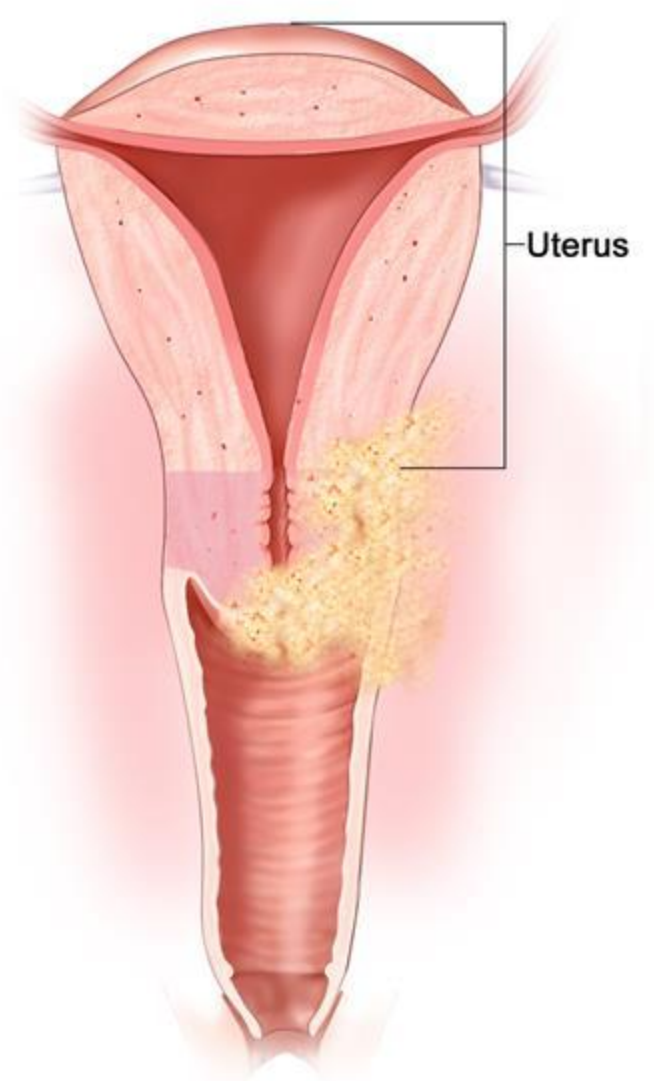
### Stage IB2 Cervical Cancer



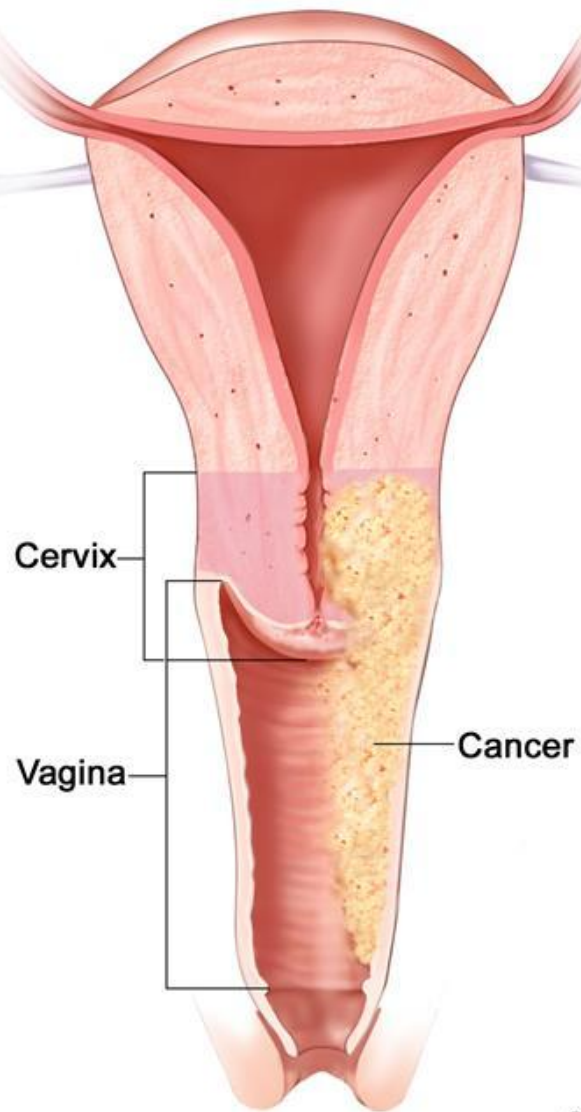
### Stages IIA1 and IIA2 Cervical Cancer



### Stage IIB Cervical Cancer

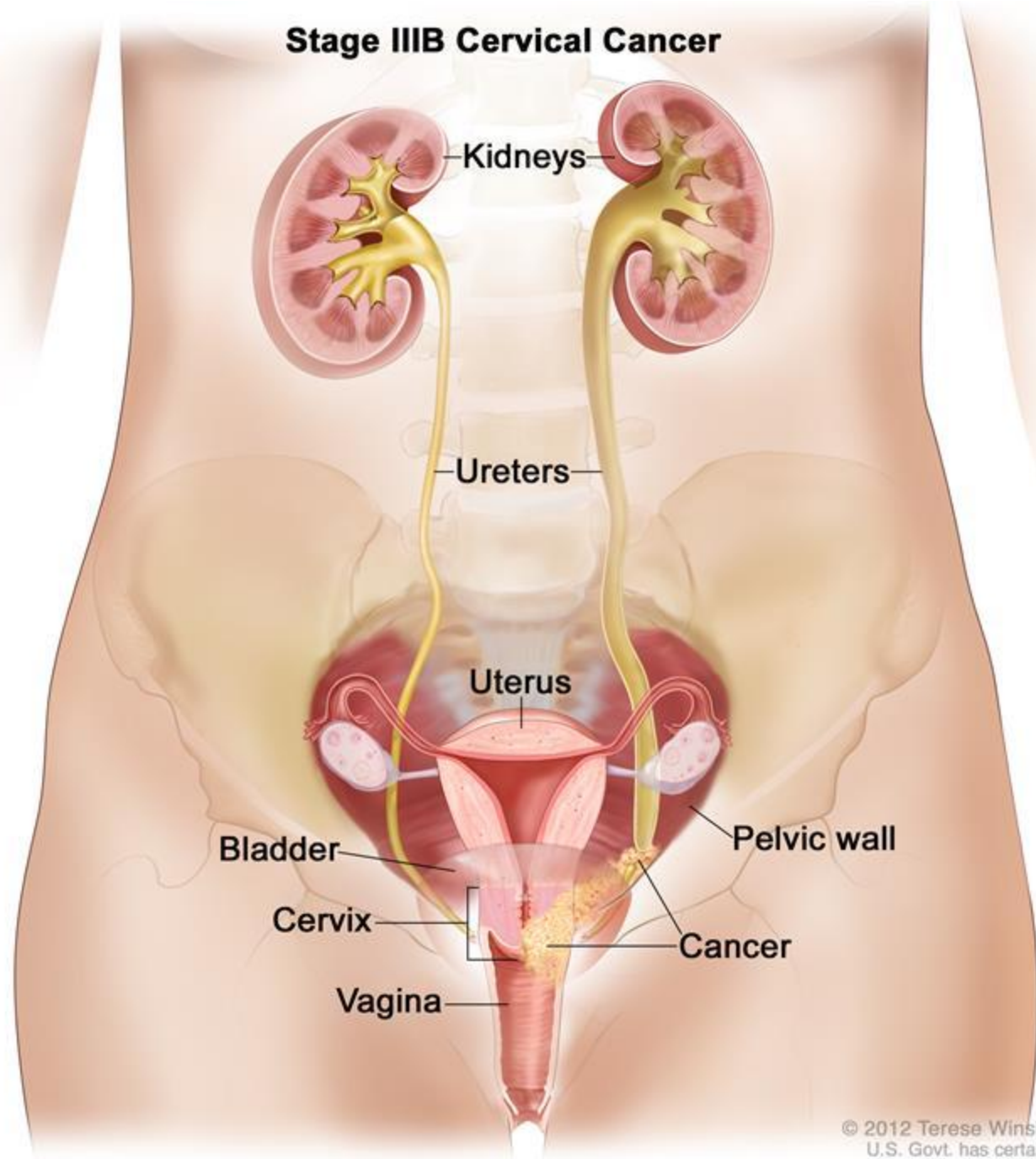


## Stage IIIA Cervical Cancer

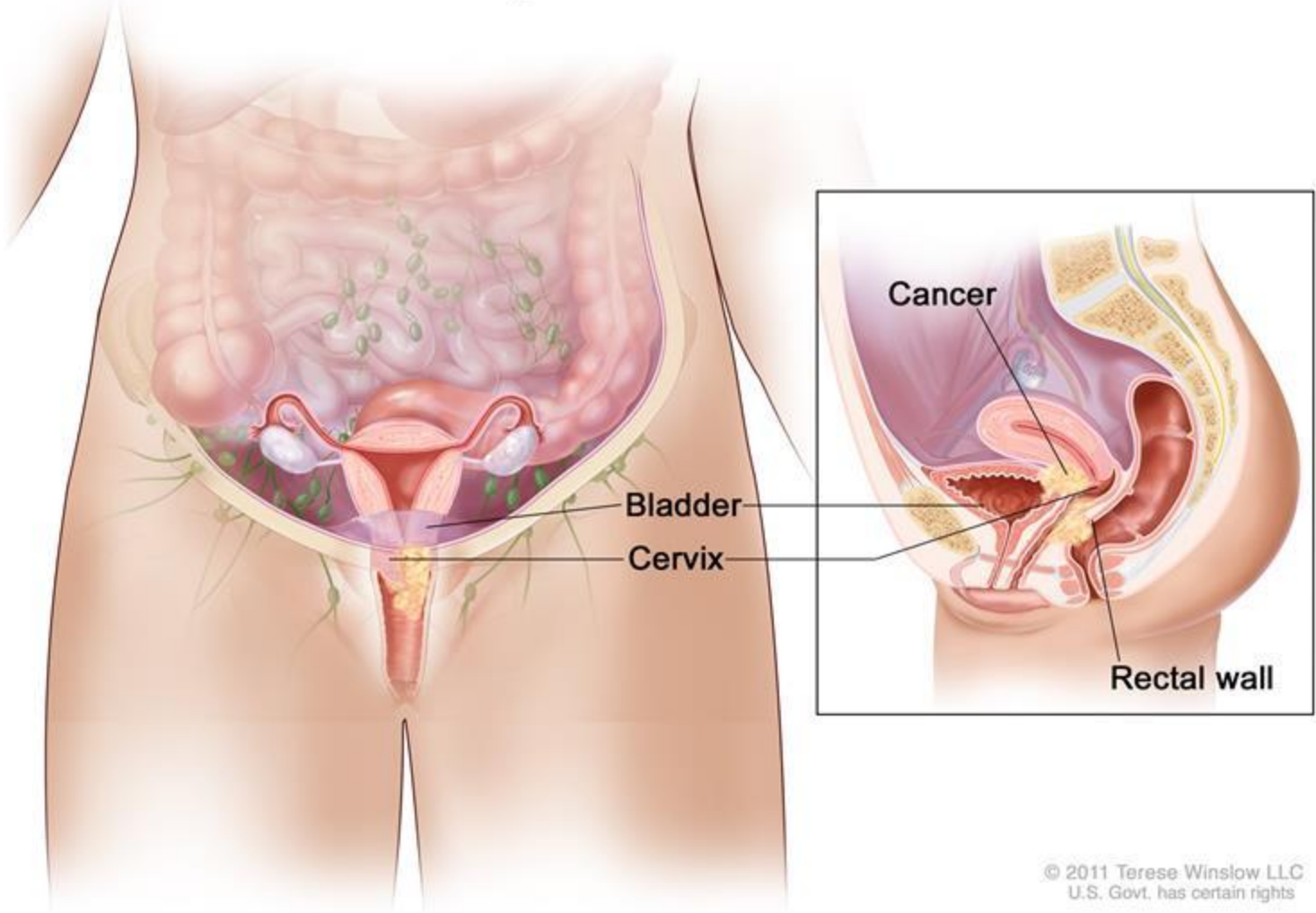




# Stage IIIB Cervical Cancer



# Stage IVA Cervical Cancer



# Stage IVB Cervical Cancer

