



# Ε Μ Γ Ε

Ελληνική Μαιευτική και  
Γυναικολογική Εταιρεία

Κατευθυντήρια Οδηγία  
No 48  
Μάρτιος 2021

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΡΑΧΗΛΙΚΗΣ ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΗΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΑΣ

(CIN, Cervical Intraepithelial Neoplasia)

### ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ

- Σε ποιες ασθενείς με παθολογία τραχήλου συστήνεται η παραπομπή για κολποσκόπηση;
- Ποια είναι η αντιμετώπιση ασθενών με φυσιολογική κυτταρολογία αλλά θετικό HPV testing;
- Ποια είναι η αντιμετώπιση των ασθενών με παθολογία τραχήλου με βάση τα κολποσκοπικά ευρήματα;
- Γιατί πρέπει να αποφεύγονται οι περιττές επεμβάσεις για CIN στις νέες ασθενείς;
- Πότε είναι αποδεκτή η συντηρητική παρακολούθηση ασθενών με CIN2;
- Ποιο είναι το προτεινόμενο σχήμα παρακολούθησης μετά από θεραπεία για CIN;
- Μπορεί η παρακολούθηση των γυναικών με παθολογία τραχήλου να είναι εξατομικευμένη;

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. Παραπομπή για κολποσκόπηση.....	2
II. Κολποσκοπική διάγνωση CIN .....	2
III. Αντιμετώπιση CIN μετά την κολποσκόπηση .....	2
IV. Follow-up μετά την θεραπεία.....	3
V. Εξατομικευμένη αντιμετώπιση CIN.....	4
VI. Σύνοψη.....	4
VII. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ; .....	4
VIII. Βιβλιογραφία.....	5

Οι παρακάτω συστάσεις για την διάγνωση και αντιμετώπιση του CIN στηρίζονται στις κατευθυντήριες οδηγίες της αμερικανικής (ASCCP)<sup>1,2</sup> και της βρετανικής (BSCCP)<sup>3</sup> εταιρείας κολποσκόπησης και παθολογίας τραχήλου.

## I. Παραπομπή για κολποσκόπηση

- Σε ποιες ασθενείς με παθολογία τραχήλου συστήνεται η παραπομπή για κολποσκόπηση;
- Ποια είναι η αντιμετώπιση ασθενών με φυσιολογική κυτταρολογία αλλά θετικό HPV testing;

Παραπομπή για κολποσκόπηση συστήνεται στις εξής περιπτώσεις:

- Υψηλόβαθμη κυτταρολογία (HSIL ή ASC-H)
- Χαμηλόβαθμη κυτταρολογία (LSIL)
  - Σε περίπτωση που μαζί με την κυτταρολογία έχει πραγματοποιηθεί HPV testing (co-testing), το δεύτερο μπορεί να λειτουργήσει για triage (διαλογή). Αν το HPV testing είναι θετικό, προτείνεται η άμεση διενέργεια κολποσκόπησης. Αν το HPV testing είναι αρνητικό, προτείνεται η επανάληψη του co-testing σε 12 μήνες και η διενέργεια κολποσκόπησης αν οποιοδήποτε τεστ βγει θετικό.
- ASC-US κυτταρολογία
  - Προτείνεται η πραγματοποίηση HPV testing για διαλογή (trriage), ακόμα και σε γυναίκες <25 χρονών. Αν το HPV testing βγει θετικό, προτείνεται η άμεση διενέργεια κολποσκόπησης. Αν το HPV testing βγει αρνητικό, δεν χρειάζεται κάποια περαιτέρω ενέργεια. Αν η πραγματοποίηση HPV testing δεν είναι εφικτή, τότε συστήνεται η επανάληψη της κυτταρολογίας σε 6 μήνες και η διενέργεια κολποσκόπησης αν η κυτταρολογία εξακολουθεί να είναι ASC-US+.
- Φυσιολογική κυτταρολογία (NILM) & θετικό HPV testing. Υπάρχουν 2 αποδεκτοί τρόποι αντιμετώπισης:
  - Γονοτύπηση για τους υπότυπους HPV 16/18. Αν υπάρχει μόλυνση από τους υπότυπους HPV 16/18, προτείνεται η άμεση διενέργεια κολποσκόπησης, διαφορετικά προτείνεται η επανάληψη του co-testing στους 12 μήνες.
- Φυσιολογική (NILM) αλλά ανεπαρκής κυτταρολογία (δηλαδή επίχρισμα που δεν περιέχει ενδοτραχηλικά ή μεταπλαστικά κύτταρα).

- Σε γυναίκες κάτω των 25 ετών, ή σε γυναίκες άνω των 25 με αρνητικό HPV testing, δεν χρειάζεται κάποια περαιτέρω ενέργεια.
- Σε γυναίκες άνω των 25 ετών με θετικό HPV testing, ο τρόπος αντιμετώπισης είναι ο ίδιος όπως σε γυναίκες με φυσιολογική κυτταρολογία και θετικό HPV testing.
- Μη ικανοποιητική κυτταρολογία (π.χ. λόγω αίματος ή φλεγμονής).
  - Προτείνεται η επανάληψη της κυτταρολογίας σε 3 μήνες και η άμεση διενέργεια κολποσκόπησης αν η κυτταρολογία εξακολουθεί να είναι μη ικανοποιητική.
  - Σε περίπτωση που μαζί με την κυτταρολογία έχει πραγματοποιηθεί HPV testing (co-testing), το δεύτερο μπορεί να λειτουργήσει για triage (διαλογή). Αν το HPV testing είναι αρνητικό, συστήνεται η επανάληψη της κυτταρολογίας σε 3 μήνες. Αν το HPV testing είναι θετικό, προτείνεται η άμεση διενέργεια κολποσκόπησης.
- Άτυπα αδενικά κύτταρα (AGC) ή αδενοκαρκίνωμα in situ (AIS).

## II. Κολποσκοπική διάγνωση CIN

Προτείνεται η λήψη πολλαπλών στοχευμένων βιοψιών (2-4) από κάθε περιοχή με λευκό επιθήλιο μετά την εφαρμογή του διαλύματος οξικού οξέος. Σε περίπτωση που δεν υπάρχουν τέτοιες αλλοιώσεις ή άτυπη αγγείωση, δεν συστήνεται η λήψη βιοψιών.

## III. Αντιμετώπιση CIN μετά την κολποσκόπηση

- Ποια είναι η αντιμετώπιση των ασθενών με παθολογία τραχήλου με βάση τα κολποσκοπικά ευρήματα;
- Γιατί πρέπει να αποφεύγονται οι περιττές επεμβάσεις για CIN στις νέες ασθενείς;
- Πότε είναι αποδεκτή η συντηρητική παρακολούθηση ασθενών με CIN2;

Γενικά, θεραπεία ενδείκνυται σε περιπτώσεις CIN2+, ή επίμονου CIN1 για τουλάχιστον 2 χρόνια. Η θεραπεία δεν θα πρέπει να πραγματοποιείται στις υπόλοιπες περιπτώσεις για την αποφυγή μαιευτικών επιπλοκών που έχουν συσχετιστεί με την θεραπεία<sup>4-9</sup>. Οι θεραπείες εκτομής (excision) προτιμώνται των θεραπειών εξαχνωσης (ablation) προκειμένου να πραγματοποιηθεί ιστολογική εξέταση του κώνου η οποία θα εξετάσει αν υπάρχουν εστίες μικροδιηθητικού καρκίνου και εάν η αφαίρεση έγινε επί υγιών ορίων.

#### **Αντιμετώπιση αλλοιώσεων ≤CIN1 (μετά από NILM/ASC-US/LSIL κυτταρολογία):**

- **<25 χρονών:** Επανάληψη κυτταρολογίας σε 1 χρόνο. Αν η κυτταρολογία είναι ASCH/HSIL σε 1 χρόνο, συστήνεται η άμεση διενέργεια κολποσκόπησης.
- **>25 χρονών:** Επανάληψη κυτταρολογίας και HPV testing σε 1 χρόνο. Σε περίπτωση ASC-US+ ή θετικού HPV testing, συστήνεται η διενέργεια κολποσκόπησης και περαιτέρω αντιμετώπιση σύμφωνα με τα ευρήματα. Αν το co-testing είναι αρνητικό, η ασθενής μπορεί να επιστρέψει στο screening του γενικού πληθυσμού.

#### **≤CIN1 (μετά από ASC-H/HSIL κυτταρολογία):**

Αν είναι εφικτό, συστήνεται η επανεξέταση των κυτταρολογικών, κολποσκοπικών και ιστολογικών ευρημάτων και σε περίπτωση αναθεώρησης, η αντιμετώπιση πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τα αναθεωρημένα ευρήματα). Αν τα ευρήματα δεν αλλάξουν:

- **<25 χρονών:** Συστήνεται κυτταρολογία και κολποσκόπηση στους 12 και 24 μήνες, και περαιτέρω αντιμετώπιση σύμφωνα με τα ευρήματα.
- **>25 χρονών:** Συστήνεται κυτταρολογία, HPV testing και κολποσκόπηση στους 12 και 24 μήνες, και περαιτέρω αντιμετώπιση σύμφωνα με τα ευρήματα. Σε περίπτωση κολποσκοπικής/ιστολογικής διάγνωσης ≤CIN1 μετά από HSIL κυτταρολογία, είναι επίσης αποδεκτή η άμεση διαγνωστική εκτομή της αλλοίωσης χωρίς να προηγηθεί συντηρητική παρακολούθηση.

#### **CIN2:**

Συστήνεται θεραπεία. Ωστόσο, σε νεαρές γυναίκες με επιθυμία τεκνοποίησης στο μέλλον, η

συντηρητική παρακολούθηση είναι επίσης αποδεκτή επειδή η πιθανότητα αυτόματης υποστροφής, ειδικά σε γυναίκες <30 ετών, είναι μεγάλη<sup>10</sup>. Ο αποδεκτός χρόνος συντηρητικής παρακολούθησης του CIN2 είναι μέχρι 2 χρόνια. Αν υπάρχουν αμφιβολίες για τη συμμόρφωση της ασθενούς με το follow-up, η συντηρητική αντιμετώπιση δεν προτείνεται.

- **<25 χρονών:** Θεραπεία, ή συντηρητική παρακολούθηση με κολποσκόπηση και κυτταρολογία στους 6 και 12 μήνες. Αν η κυτταρολογία είναι <ASC-H και η ιστολογία <CIN2 και στις 2 επισκέψεις, συστήνεται η πραγματοποίηση κυτταρολογίας στους 24 μήνες. Αν η κυτταρολογία είναι ≥ASC-H και η ιστολογία CIN2 στους 6 ή 12 μήνες, συστήνεται κυτταρολογία και κολποσκόπηση στους 18 και 24 μήνες.
- **>25 χρονών:** Σε περίπτωση επιθυμίας γονιμότητας η αντιμετώπιση είναι ίδια (παρακολούθηση ανά εξάμηνο επί διαιτία), αλλά μαζί με την κυτταρολογία προτείνεται και το HPV testing (co-testing). Σε κάθε περίπτωση που προκύψουν αλλοιώσεις CIN3 συστήνεται θεραπεία.

**CIN3/AIS:** Συστήνεται θεραπεία.

## **IV. Follow-up μετά την θεραπεία**

➤ *Ποιο είναι το προτεινόμενο σχήμα παρακολούθησης μετά από θεραπεία για CIN;*

Συστήνεται HPV testing και κυτταρολογία στους 6 μήνες (test-of-cure) ανεξαρτήτως της κατάστασης των ορίων εκτομής. Ωστόσο, αν τα όρια εκτομής είναι θετικά για CIN2+ και η ασθενής είναι >25 ετών και δεν ενδιαφέρεται για τεκνοποίηση στο μέλλον, μπορεί να πραγματοποιηθεί άμεση επαναληπτική εκτομή. Αν το co-testing στους 6 μήνες είναι αρνητικό, προτείνεται co-testing ετησίως για 3 χρόνια, και στη συνέχεια κάθε 3 χρόνια για τουλάχιστον 25 χρόνια, ακόμα και αν αυτό σημαίνει ότι το screening θα συνεχιστεί και μετά τα 65 έτη. Ο λόγος για το πιο εντατικό screening στις γυναίκες με ιστορικό θεραπείας για CIN είναι ο αυξημένος κίνδυνος καρκίνου τραχήλου της μήτρας και άλλων HPV-συσχετισμένων καρκίνων<sup>11</sup>. Αν η κυτταρολογία ή το HPV testing στους 6 μήνες είναι θετικό, προτείνεται η διενέργεια κολποσκόπησης και περαιτέρω αντιμετώπιση σύμφωνα με τα ευρήματα.

## V. Εξατομικευμένη αντιμετώπιση CIN

➤ Μπορεί η παρακολούθηση των γυναικών με παθολογία τραχήλου να είναι εξατομικευμένη;

Τα πιο πρόσφατα guidelines της ASCCP υπογραμμίζουν την ανάγκη εξατομικευμένης αντιμετώπισης του CIN<sup>2</sup>. Έτσι, ενώ όλες οι παραπάνω συστάσεις αποτελούν τον γενικό κανόνα, η αντιμετώπιση ενδέχεται να χρειαστεί να διαφοροποιηθεί από ασθενή σε ασθενή ανάλογα με τα τρέχοντα αποτελέσματα των εξετάσεων καθώς και το ιστορικό της κάθε ασθενούς. Η ASCCP προτείνει η απόφαση για κολποσκόπηση, θεραπεία ή συντηρητική παρακολούθηση να βασίζεται στην πιθανότητα CIN3+. Για τον σκοπό αυτό, έχει διανείμει μια mobile εφαρμογή (ASCCP Management Guidelines), η οποία με βάση τα τρέχοντα αποτελέσματα και το ιστορικό της ασθενούς υπολογίζει τον απόλυτο κίνδυνο CIN3+ και κάνει τις αντίστοιχες συστάσεις στον ιατρό. Η εφαρμογή αυτή μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο συμπληρωματικό εργαλείο στην καθημερινή κλινική πρακτική και να συμβάλει στην αποφυγή της υπο- ή υπερθεραπείας.

## VI. Σύνοψη

- Προτείνεται η άμεση παραπομπή για κολποσκόπηση σε ασθενείς με HSIL, ASC-H ή LSIL, καθώς και AGC ή AIS.
- Σε ασθενείς με κυτταρολογία ASC-US, προτείνεται η πραγματοποίηση HPV testing και η παραπομπή για κολποσκόπηση επί θετικού HPV testing. Αν το HPV testing δεν είναι εφικτό, προτείνεται η επανάληψη της κυτταρολογίας σε 12 μήνες και η παραπομπή για κολποσκόπηση επί ASC-US+.
- Σε ασθενείς με αρνητική κυτταρολογία αλλά θετικό HPV testing, προτείνεται η επανάληψη σε 12 μήνες και η παραπομπή για κολποσκόπηση επί θετικού HPV testing ή θετικής κυτταρολογίας. Αν έχει γίνει HPV γονοτύπηση, προτείνεται η άμεση παραπομπή για κολποσκόπηση επί θετικού HPV 16/18.
- Σε ασθενείς με μη ικανοποιητική κυτταρολογία, προτείνεται η επανάληψη σε 3 μήνες και η παραπομπή για κολποσκόπηση επί επιμονής της μη ικανοποιητικής κυτταρολογίας.
- Αν στην κολποσκόπηση ληφθούν βιοψίες (punch biopsies), προτείνεται η λήψη πολλαπλών βιοψιών από κάθε acetowhite περιοχή.
- Οι θεραπείες για CIN συσχετίζονται με μαιευτική νοσηρότητα σε μελλοντικές κηίσεις και για αυτό

τον λόγο δεν θα πρέπει να πραγματοποιούνται άσκοπες επεμβάσεις, ειδικά σε νέες γυναίκες.

- Οι επεμβάσεις προτείνονται σε περιπτώσεις CIN2+, ή επιμονής CIN1 για τουλάχιστον 2 έτη. Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας με επιθυμία τεκνοποιήσεις, είναι αποδεκτή και η συντηρητική αντιμετώπιση του CIN2 υπό προϋποθέσεις.
- Μετά από θεραπεία προτείνεται η πραγματοποίηση co-testing (HPV testing + κυτταρολογία) στους 6 μήνες. Επί αρνητικού co-testing, είναι αποδεκτή η πραγματοποίηση co-testing κάθε 3 χρόνια. Λόγω του αυξημένου κινδύνου διηθητικού καρκίνου τραχήλου της μήτρας σε ασθενείς με ιστορικό θεραπείας για CIN, προτείνεται screening με co-testing για τουλάχιστον 25 χρόνια μετά την θεραπεία, ακόμα και αν αυτό σημαίνει παράταση του screening μετά τα 65 έτη.
- Στα πλαίσια της εξατομικευμένης αντιμετώπισης γυναικών με παθολογία τραχήλου, η αντιμετώπιση μπορεί να χρειαστεί να διαφοροποιηθεί από ασθενή σε ασθενή. Οι τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες της ASCCP τονίζουν την ανάγκη εξατομικευσης.

## VII. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ;

- Δεν υπάρχει προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ.

### Ομάδα σύνταξης παρούσας οδηγίας

#### Ευάγγελος Παρασκευαΐδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Ιωάννινα

#### Αντώνιος Αθανασίου

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Ιωάννινα

#### Ιωάννης Καλογιαννίδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Θεσσαλονίκη

#### Αλέξανδρος Μορτάκης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Αθήνα

#### Αλέξανδρος Παπανικολάου

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Θεσσαλονίκη

#### Μαρία Κυργίου

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο

### Ομάδα συντονισμού οδηγιών

#### Απόστολος Αθανασιάδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

#### Θεμιστοκλής Δαγκλής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

#### Παναγιώτης Μπεναρδής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

#### Βασίλειος Περγιαλιώτης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα



## VIII. Βιβλιογραφία

1. Massad, L. S.; Einstein, M. H.; Huh, W. K.; Katki, H. A.; Kinney, W. K.; Schiffman, M.; Solomon, D.; Wentzensen, N.; Lawson, H. W., 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis* **2013**, *17* (5 Suppl 1), S1-s27.
2. Perkins, R. B.; Guido, R. S.; Castle, P. E.; Chelmow, D.; Einstein, M. H.; Garcia, F.; Huh, W. K.; Kim, J. J.; Moscicki, A.-B.; Nayar, R.; Saraiya, M.; Sawaya, G. F.; Wentzensen, N.; Schiffman, M.; Committee, A. R.-B. M. C. G., 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *Journal of lower genital tract disease* **2020**, *24* (2), 102-131.
3. Public\_Health\_England NHS Cervical Screening Programme: Colposcopy and Programme Management. [https://www.bsccp.org.uk/assets/file/uploads/resources/NHSCSP\\_20\\_Colposcopy\\_and\\_Programme\\_Management\\_\(3rd\\_Edition\)\\_2.pdf](https://www.bsccp.org.uk/assets/file/uploads/resources/NHSCSP_20_Colposcopy_and_Programme_Management_(3rd_Edition)_2.pdf) (accessed Apr 2020).
4. Kyrgiou, M.; Koliopoulos, G.; Martin-Hirsch, P.; Arbyn, M.; Prendiville, W.; Paraskevaidis, E., Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet* **2006**, *367* (9509), 489-98.
5. Arbyn, M.; Kyrgiou, M.; Simoons, C.; Raifu, A. O.; Koliopoulos, G.; Martin-Hirsch, P.; Prendiville, W.; Paraskevaidis, E., Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. *BMJ* **2008**, *337*, a1284.
6. Kyrgiou, M.; Mitra, A.; Arbyn, M.; Stasinou, S. M.; Martin-Hirsch, P.; Bennett, P.; Paraskevaidis, E., Fertility and early pregnancy outcomes after treatment for cervical intraepithelial neoplasia: systematic review and meta-analysis. *BMJ : British Medical Journal* **2014**, *349*, g6192.
7. Kyrgiou, M.; Mitra, A.; Arbyn, M.; Paraskevaidi, M.; Athanasiou, A.; Martin-Hirsch, P. P. L.; Bennett, P.; Paraskevaidis, E., Fertility and early pregnancy outcomes after conservative treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2015**, (9).
8. Kyrgiou, M.; Athanasiou, A.; Paraskevaidi, M.; Mitra, A.; Kalliala, I.; Martin-Hirsch, P.; Arbyn, M.; Bennett, P.; Paraskevaidis, E., Adverse obstetric outcomes after local treatment for cervical preinvasive and early invasive disease according to cone depth: systematic review and meta-analysis. *BMJ* **2016**, *354*, i3633.
9. Kyrgiou, M.; Athanasiou, A.; Kalliala, I. E. J.; Paraskevaidi, M.; Mitra, A.; Martin-Hirsch, P. P. L.; Arbyn, M.; Bennett, P.; Paraskevaidis, E., Obstetric outcomes after conservative treatment for cervical intraepithelial lesions and early invasive disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2017**, (11).
10. Tainio, K.; Athanasiou, A.; Tikkinen, K. A. O.; Aaltonen, R.; Cárdenas, J.; Hernández; Glazer-Livson, S.; Jakobsson, M.; Joronen, K.; Kiviharju, M.; Louvanto, K.; Oksjoki, S.; Tähtinen, R.; Virtanen, S.; Nieminen, P.; Kyrgiou, M.; Kalliala, I., Clinical course of untreated cervical intraepithelial neoplasia grade 2 under active surveillance: systematic review and meta-analysis. *BMJ* **2018**, *360*, k499.
11. Kalliala, I.; Athanasiou, A.; Veroniki, A. A.; Salanti, G.; Efthimiou, O.; Raftis, N.; Bowden, S.; Paraskevaidi, M.; Aro, K.; Arbyn, M.; Bennett, P.; Nieminen, P.; Paraskevaidis, E.; Kyrgiou, M., Incidence and mortality from cervical cancer and other malignancies after treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Annals of Oncology* **2020**, *31* (2), 213-227.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που αναρτώνται στην επίσημη ιστοσελίδα της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας, βασίζονται σε αντίστοιχες οδηγίες/κείμενα Μαιευτικών και Γυναικολογικών Εταιρειών του εξωτερικού προσαρμοσμένες στην Ελληνική πραγματικότητα και για τη σύνταξή τους χρησιμοποιούνται έγκυρες βιβλιογραφικές αναφορές.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες ανεξαιρέτως τις περιπτώσεις και δεν έχουν σκοπό να υποκαταστήσουν την κλινική κρίση του θεράποντος γιατρού. Η περίπτωση κάθε ασθενούς είναι ξεχωριστή και ο γιατρός οφείλει να προσαρμόσει την επιστημονική γνώση στις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου περιστατικού.

