

Fonti normative consultate

1. D.M. n. 740 del 14.09.1994 - "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica".
2. DPR 14 gennaio 1997 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione".
3. Legge n. 42 del 26.02.1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".
4. D.C.R. Piemonte n. 616-3149 22 febbraio 2000 Proposta di deliberazione n. 593 "Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione".
5. Decreto 24 aprile 2000 Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al "Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000".
6. Legge n. 251 del 10.08.2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica".
7. Manuale per l'Accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private Regione Piemonte, Febbraio 2001.
8. DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
9. Legge n. 1 dell' 8.01.2002 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario".
10. "Linee guida per le attività di day surgery" Approvate dalla Conferenza Stato-Regioni, Agosto 2002.

Diagnosi precoce delle lesioni preneoplastiche e neoplastiche del collo dell'utero: correlazione fra colpocitologia e colposcopia

N.A. Giulini

U.O. Ginecologia Chirurgica Ospedale "G. Cervesi"-Cattolica

Questo articolo vuole essere un aggiornamento, soprattutto indirizzato alle ostetriche sulla colpocitologia e colposcopia al fine di bene indirizzare le pazienti al follow-up, o al trattamento delle lesioni preneoplastiche e neoplastiche della cervice uterina. Per quanto riguarda la citologia cervico vaginale si è passati dalla classificazione di Papanicolaou degli anni '40 - '60, alla classificazione di Reagan, a quella di Koss fino alla classificazione più recente ed attualmente adottata che è la classificazione di Bethesda, in cui non si parla più nel pap test anormale di neoplasia intraepiteliale ma di lesione squamosa intraepiteliale da suddividere in due categorie di basso ed alto grado (LSIL - HSIL). Nelle classificazioni precedenti al Bethesda si parlava di CIN (neoplasia intraepiteliale cervicale): CIN I - II - III. La CIN III comprende oltre alla displasia grave anche il carcinoma in situ. Poiché le lesioni CIN non trattate, soprattutto quelle a basso grado, possono regredire spontaneamente, nel 1988 è stata proposta questa classificazione di Bethesda in cui non si parla più di neoplasia intraepiteliale ma di lesione squamosa intraepiteliale. Tuttavia alcune critiche sono state mosse al sistema Bethesda, sia a quelle della prima versione del 1988 che a quelle della seconda versione del 1991. Tali critiche sono state sollevate nel 2001 al Workshop che si è tenuto negli USA ad opera della società americana di colposcopia nel settembre del 2001. La prima critica riguarda la collocazione del CIN II nelle lesioni squamose ad alto grado (HSIL) quindi assimilabile al CIN III. Ma bisogna dire però che il trattamento clinico del CIN II sarebbe più vicino al CIN I che non al CIN III. Infatti secondo Mitchell il 43% dei CIN II non trattati regredisce spontaneamente, la regressione riguarda anche il 57% dei CIN I e il 32% dei CIN III. La persistenza dei CIN II non trattati è pari al 35% che diventa 32% per i CIN I e 56% per i CIN III. Da ciò si evince che il trattamento del CIN II è uguale a quello del CIN I e non a quello del CIN III. Per cui in questo forum nel 2001 è stata proposta la nuova

classificazione di Bethesda. In questa occasione viene anche ribadita l'intenzione di instaurare un miglior rapporto fra anatomopatologo e clinico. Il pap test viene definito un test di screening e quindi non viene considerato un test diagnostico. Pur essendo un test di screening è un test dicotomico che non fa diagnosi ma invia nei casi di positività al II livello (colposcopia). Al momento il pap test è l'unico test di screening per il carcinoma della cervice uterina. Si raccomanda di effettuare il prelievo con spatola Ayre sulla portio e con cytobrusch sul canale cervicale. Si raccomanda di attivare un programma su chiamata che deve interessare l'85% della popolazione femminile dai 25 ai 65 anni eseguendo dopo due pap test annuali negativi un pap test ogni 3 anni. Al fine di raggiungere un elevato standard qualitativo si raccomanda al personale che effettua il pap test (che sono soprattutto le ostetriche), sia esso operante in centri pubblici che privati di partecipare a programmi di controllo di qualità e di avere un aggiornamento continuo.

PER PAP TEST ANORMALE SI INTENDE:

- Presenza di cellule atipiche di incerto significato (ASCUS). La presenza dell'ASCUS non dovrebbe essere superiore al 5% dei pap test. In caso di ASCUS si possono eseguire tre opzioni: 1. ripetere il pap test ogni 6 mesi per 1-2 anni sino a tre pap test consecutivi negativi. 2. ripetere il pap test e sottoporre la paziente a tipizzazione virale. 3. inviare la paziente alla colposcopia. Noi nella regione Emilia Romagna e quindi nella provincia di Rimini adottiamo questa terza opzione
- Presenza di cellule ghiandolari atipiche di incerto significato (AGUS). In questo caso rientrano tutte le cellule ghiandole atipiche endocervicali o endometriali per cui il citopatologo dovrebbe, nel limite del possibile, dire se si tratta di cellule endocervicali o endometriali. Si deduce da questo l'importanza di eseguire sempre il prelievo endocervicale con cytobrusch. Tutte le pazienti con AGUS devono essere inviate alla colposcopia. Il colposcopista deciderà se fare la biopsia della portio, la biopsia endocervicale, la microcolpoisteroscopia, l'isteroscopia con biopsia fino al raschiamento frazionato della cavità uterina.
- Presenza di sil basso grado (CIN I ed HPV). Anche in questi casi inviare la paziente alla colposcopia.
- Presenza di sil alto grado (CIN II - CIN III carcinoma in situ) inviare la paziente alla colposcopia.
- Presenza di carcinoma squamocellulare e di adenocarcinoma. Inviare la paziente al II livello. Quindi nei casi in cui l'esame colpocitologico sia positivo, l'unità di citologia deve consigliare l'invio della paziente all'unità di colposcopia. Saranno poi i centri in cui è stato eseguito il pap test (consultorio, centri oncologici e di ginecologia pubblici o privati) che dovranno dare l'informazione alla paziente ed inviare la stessa al servizio di colposcopia per un esame colposcopico che dovrà essere eseguito entro due mesi dall'esame colpocitologico.

La COLPOSCOPIA non è al contrario della colpocitologia un esame di screening ma un esame di II livello da eseguire allorché il pap test è anormale. L'esame colposcopico essendo un esame di II livello va eseguito nei centri accreditati ove operino dei

medici esperti in colposcopia che si sottopongono a periodici controlli di qualità. In questi centri vengono adottate schede colposcopiche corrispondenti alle linee guida elaborate della società italiana di colposcopia e queste schede debbono essere comprensibili anche ai medici non esperti. Nei centri che si rispettino l'accuratezza diagnostica fra colpocitologia e colposcopia si deve avvicinare al 100%. La colposcopia però presenta un limite diagnostico allorché la G.S.C. sia risalita nel canale cervicale e ciò si osserva soprattutto nelle donne in post menopausa ma anche in molte donne che sono state sottoposte a trattamenti sul collo dell'utero (cauterizzazione della portio, laservaporizzazione, crioterapia). Nelle donne in età fertile ed in premenopausa la G.S.C. è visibile nell'85%-90% dei casi.

Le principali indicazioni alla colposcopia sono:

- Valutazione delle pazienti con paptest anormale anche in relazione ai prelievi biotipici.
- Guida all'approccio diagnostico e terapeutico delle CIN.
- Accertamento diagnostico sulle pazienti sintomatiche ed asintomatiche quale necessario completamento dell'esame ginecologico.
- Guida alla terapia chirurgica sul collo dell'utero.
- Diagnosi delle M.T.S.
- Valutazione dei risultati delle terapie cervicali.

La paziente deve essere adeguatamente informata dal colposcopista sulla modalità dell'esame, sulla qualità dell'esame colposcopico e delle eventuali biopsie.

Bibliografia

1. Atti di: diagnosi precoce delle neoplasie genitali femminili - corso di aggiornamento Riccione 21.9.2002
2. Koss L.G., Stewart F. W., Foote F. W., Jordan M.J., Bader GM., Day E.: some histological aspects of behavior of epidermoid carcinoma in situ and related lesion of uterine cervix. A long term prospective Study. Cancer, 16: 1160, 1963.
3. Richart R.M.: the natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Clin. Obstet. Gynecol. 10:748, 1967.
4. Koss L.G.: diagnostic cytology and its histopathologic bases Jb Lippincott Company 1992.
5. The 1991 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses: report of the 1991 Bethesda workshop.
6. The 2001 Bethesda System terminology for reporting results of cervical cytology Jama 287:2114, 2002.
7. Peroni M. : colposcopia e fisiopatologia cervicale e vaginale. Testo atlante edizioni Poli 1991 Milano.
8. De Paolo G: manuale di colposcopia e patologia del tratto vaginale inferiore. Seconda edizione Masson 1993 Milano.
9. Casotti C, De Paolo G., Remoti G., Marchionni M., De Virgili G., Montanari G., Gilardi EM, Stefanon B: proposal for a colposcopic classification The cervix 1987, 5:25.
10. Kolstad P., Stafil A.: Atlante di colposcopia sassone Montanari G. Editor Piccini edizioni Padova 1981.
11. Volante R., Montanari G., Posero L., Porin G.: il controllo di qualità in colposcopia. In diagnosi oncologica precoce del tratto genitale femminile. Editors Volante R., Sismondi P., Mortine G., Adosso L., Archimera 1996 Torino.