

Secondo e terzo livello in caso di citologia cervico-vaginale positiva

Concetta Fumia, Daniela Fusca, Attilio Leotta*, Paola Montesi, Francesco Porchia, Domenico Corea

Unità Operativa di Ginecologia ed Ostetricia-Ospedale di Lamezia Terme (Cz)

*Servizio di anatomia patologica - Ospedale di Lamezia Terme (Cz)

Riassunto

Il carcinoma della cervice è una delle patologie neoplastiche che maggiormente ha beneficiato dei migliori risultati nel campo della prevenzione e della diagnosi precoce, con una significativa riduzione dei tassi di incidenza e mortalità. La disponibilità del vaccino per l'HPV ha aperto la strada ad una possibile prevenzione primaria del carcinoma della cervice, da affiancare alle politiche di screening a nostra disposizione. Il Pap Test è l'unico test di screening per la diagnosi precoce del carcinoma della cervice uterina, diffusamente utilizzato come procedura diagnostica nel corso di visite specialistiche. È stato condotto uno studio che prevede l'esecuzione del Pap Test alle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni, nel periodo che va dal 2002 al 2005. Le pazienti con citologia positiva sono state sottoposte ad indagini di secondo livello, quali colposcopia ed eventuale biopsia mirata della cervice. In tutti i casi è stato seguito un approccio terapeutico di tipo conservativo oltre che un adeguato follow-up, in accordo con le linee guida nazionali ed internazionali.

Parole chiave

Anomalie citologiche
Colposcopia
Test di screening

INTRODUZIONE

Il Pap test è sicuramente la prima procedura diagnostica all'interno di un programma di screening organizzato e non. Esso sicuramente più di ogni altro test risponde ai requisiti ideali di uno screening di massa proprio perché di semplice esecuzione, non invasivo, non richiedente una tecnologia molto complessa ed è capace di individuare precocemente i precursori di una malattia tanto curabile quanto mortale. Ma l'obiettivo che gli operatori sanitari si propongono non è solo quello di una prima diagnosi ma di un approfondimento diagnostico e quindi di una cura adeguata che eradichi completamente la malattia e riporti dopo un accurato follow-up la donna alla sua regolare vita pur scandita dai normali e routinari controlli di prevenzione.

Per ottenere la risoluzione della patologia bisogna quindi indirizzare la paziente verso l'approfondimento diagnostico che si ottiene con la colposcopia e la biopsia mirata. Infatti la colposcopia è una guida alle terapie cervicali che mirano a conferire caratteri di normalità alla cervice uterina anche se viene inoltre impiegata nell'accertamento diagnostico su pazienti sintomatiche e non quale necessario complemento nel corso di visite ginecologiche e nella diagnostica delle infezioni a trasmissione sessuale.

In presenza quindi di una citologia anomala, prima di impostare una terapia, è necessario localizzare colposcopicamente la sede da cui provengono le cellule atipiche, valutare l'estensione e quindi ottenere

un dato istologico avvalendosi di biopsie mirate eseguite sotto controllo colposcopico. Senza l'ausilio colposcopico le biopsie effettuate sono gravate di un rischio di oltre il 20% di diagnosi istologica falsamente negativa, ne consegue pertanto una alta accuratezza diagnostica della biopsia. Naturalmente ogni lesione va rapportata alla giunzione squamo-colonnare che deve essere sempre interamente visualizzata altrimenti la stessa colposcopia non risulta esauritiva: è questo il grosso limite della metodica, anche se l'esplorazione del canale cervicale può essere eseguito con metodiche alternative.

In particolare per la diagnosi colposcopica si è adottata la classificazione proposta dalla IFCCP:

- reperti normali
- reperti anormali tipo 1
- reperti anormali tipo 2
- vasi atipici
- sospetto carcinoma colposcopico francamente invasivo
- colposcopia insoddisfacente.

È importante che la colposcopia per lo screening del cervicocarcinoma sia riservata solo ai casi positivi al Pap test e che sia effettuata in tempi brevi proprio per ridurre lo stress psicofisico della paziente. È richiesto comunque un consenso della paziente e può essere rimandata solo in caso di gravidanza e in caso sia richiesta una preparazione farmacologica.

Effettuata una precisa diagnosi colposcopica e istologica si passa, per quei casi non suscettibili di regressione spontanea, al III livello

Summary

Second and third level in case of cervico-vaginal positive cytology

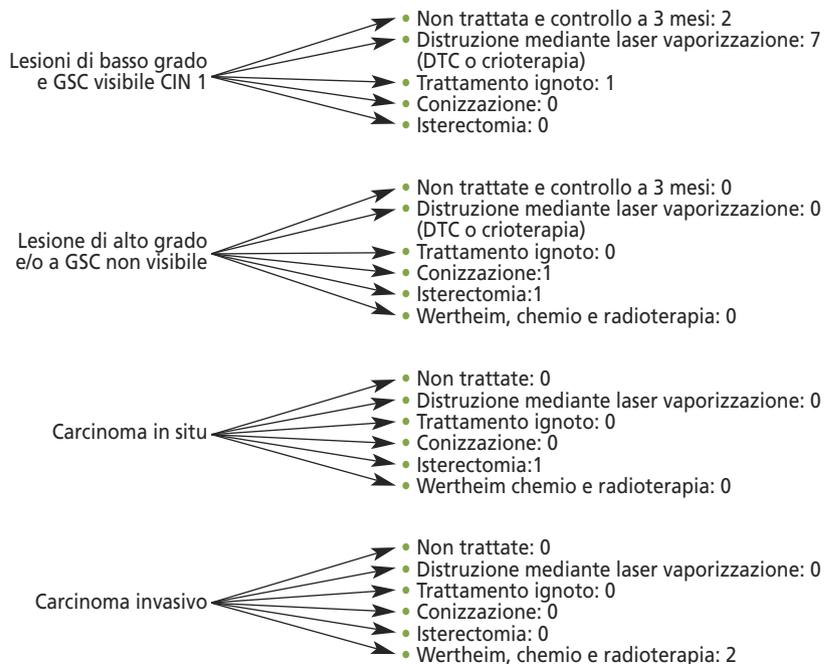
Cervical cancer is one of the neoplastic pathologies that more profited by the results in the field of prevention and early diagnosis, with a significative reduction of the rates of incidence and mortality.

The availability of HPV vaccine paves the way for a feasible primary prevention of cervical cancer, to support the screening politics that we have at one's disposal. Pap Test is the only screening test for early diagnosis of cervical uterine cancer, diffusely used as diagnostic practice during specialistic visits. A study is realized that provided the execution of Pap Test to the women with age included between 25 and 64 years, in the period that goes from 2002 to the 2005. The patients with cytological abnormalities are undergone to second level studies, that are colposcopy and possible cervical biopsy. In all cases a therapeutic conservative approach and adequate follow up is followed, in agreement with national and international guidelines.

Key words

Cytological abnormalities
Colposcopy
Screening test

GRAFICO 1. Protocollo terapeutico



del percorso ovvero alla terapia.

Tutte le linee guida nazionali ed internazionali concordano sull'attuazione di trattamenti il più possibile conservativi. Secondo le linee guida italiane la quota di isterectomia nei casi di CIN 1 deve essere 0 e non deve superare il 2% nei casi di CIN 2 e CIN 3.

Noi non siamo ancora allineati agli standard delle linee guida, ma ci proponiamo di attenerci sempre di più, sensibilizzando i chirurghi ma anche i medici di base e il personale paramedico a una più corretta gestione del problema.

La terapia viene quindi riservata alle lesioni:

- CIN 1
- CIN 2
- CIN 3
- Adenocarcinoma in situ
- Ca invasivo.

Le lesioni CIN 1 sono suscettibili di regressione per cui è indicata anche una condotta di vigile attesa.

Le possibilità terapeutiche oggi in uso sono: vaporizzazione e escissione laser, conizzazione con ansa diatermia o a radiofrequenza o a lama fredda, crioterapia, D.T.C., polipectomia, isterectomia, Wertheim, chemio e radio-

terapia. Ogni terapia impone un accurato follow-up.

MATERIALI, METODI E RISULTATI

Nel nostro centro di colposcopia nel periodo compreso tra il 2002 (anno in cui è iniziato il Progetto di screening del cervicocarcinoma) al 2005 sono afferite 19 pazienti per patologie preneoplastiche della cervice uterina, di cui 24 appartenenti allo screening e 14 afferite spontaneamente:

ASCUS: 4 (%)

AGUS: 0

L-SIL:10 (%)

H-SIL: 2 (21,06%)

Ca invasivo: 2 (%)

Tutte sono state sottoposte a biopsia mirata i risultati per tipo di lesione sono stati i seguenti:

ASCUS: 2 metaplasie squamose superficiali, 2 CIN 1

AGUS: 0

L-SIL:8 CIN 1, 1 condilomi, 1 CIN 2-3

H-SIL: 1 CIN 2-3, 1 CIS

Ca invasivo: 1 adenocarcinoma, 1 carcinoma invasivo

Dall'analisi dei dati si evince una buona cor-

rispondenza tra citologia, lesione colposcopica e istologica.

Una buona percentuale di donne che ha ricevuto la diagnosi di lesione epiteliale e la proposta di eseguire un trattamento ha aderito alla terapia consigliata (v. grafico 1).

Per lesioni di basso grado con giunzione completamente visibile è stato eseguito per lo più un trattamento distruttivo tramite l'apparecchio laser CO2 in dotazione del nostro centro. L'intervento è stato eseguito nella quasi totalità dei casi ambulatorialmente in anestesia locale invitando le donne a sottoporsi alla terapia in periodo immediatamente post-mestruale. Spesso sono state necessarie più sedute laser, visto che nel contempo si sono trattate lesioni virali estese alla vagina e alla vulva.

Per le lesioni di alto grado CIN 2, CIN3 e quelle in cui la lesione si addentrava nel canale cervicale siamo ricorsi all'escissione chirurgica (conizzazione) prevalentemente eseguita con ansa diatermica e per qualche caso con lama fredda. La maggior parte degli interventi sono stati effettuati in day surgery ed altri in ricovero ordinario perché eseguite tutte in anestesia generale.

Molte pazienti non hanno aderito alla terapia chirurgica conservativa e hanno optato per l'isterectomia.

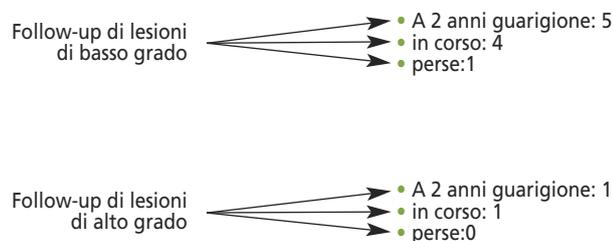
Le lesioni invasive sono state inviate ai centri di riferimento.

Abbiamo eseguito per tutte le pazienti trattate un controllo a 2 mesi per verificare la guarigione chirurgica e poi invitato per il follow up ogni 6 mesi per 2 anni ottenendo i risultati illustrati nel grafico 2.

CONCLUSIONI

Gli ormai standardizzati programmi di screening per la neoplasia della cervice uterina in corso nella maggior parte delle regioni italiane hanno evidenziato l'importanza dei centri di patologia cervico-vaginale di secondo livello a cui è affidato il compito di dare continuità e di finalizzare in modo positivo l'enorme sforzo fatto dallo screening di primo livello. In questo ambito si inserisce l'importanza della colposcopia come tappa essenziale nei centri di secondo livello per la localizzazione e la delimitazione dei precursori delle lesioni francamente neoplastiche in donne con esame citologico cervico-vagina-

GRAFICO 2. Protocollo follow-up



le anormale. Infatti, fatta una accurata diagnosi, non ha senso se non si organizza un percorso terapeutico che ha lo scopo di trattare ed eliminare le lesioni potenzialmente evolutive e riconoscere quelle già invasive al fine di abbattere la mortalità dei tumori della cervice uterina. Gli obiettivi generali dello studio sono stati raggiunti:

- estensione di un programma di screening a tutta la popolazione a rischio di incidenza del carcinoma della cervice;
- una maggiore regolarizzazione della frequenza con cui le donne si sottopongono agli esami di screening, a tal proposito va sottolineato che al di fuori dei programmi di screening molte donne eseguono il Pap test spontaneamente, a volte anche troppo spesso, altre invece non lo fanno mai o lo eseguono in maniera irregolare;
- tendenza ad orientarsi verso una chirurgia quanto più possibile conservativa, anche in considerazione della giovane età delle pazienti a rischio, nel rispetto della vita sessuale e riproduttiva della donna, limitando altresì inutili spese sanitarie per interventi più invasivi e lunghe ospedalizzazioni;
- offrire alla paziente una continuità terapeutica con le possibili opzioni chirurgiche;
- buona corrispondenza per quanto riguarda i dati citologici, colposcopici ed istologici che mettono in luce l'importanza del coordinamento del lavoro multidisciplinare nella crescita professionale, sempre nell'ottica di poter erogare un servizio sempre più professionale ed utile nell'ambito della sanità pubblica.

Ecco come i migliori risultati si ottengono con un lavoro di equipe che vede la collaborazione di più figure professionali in continuo confronto, meglio se diretto e informatizzato.

BIBLIOGRAFIA

1. Gestione della paziente con Pap Test anormale. Linee Guida Edizione 2002. La Colposcopia in Italia
2. Sopracordevole F et al. Trattamento della lesione intraepiteliale cervicale. La Colposcopia in Italia Anno xx – n. 3 pag. 16-23
3. SICPCV Quality Programma per la gestione dell'ambulatorio di colposcopia e ginecologia oncologica preventiva a cura della Società Italiana di Colposcopia e Patologia Cervico vaginale, 2003
4. Borselli F. Colposcopia e fisiopatologia del tratto genitale inferiore: Testo Atlante Medacom Editore Modena, 2003
5. Walker P et al. International terminology of colposcopy: an update report from international federation for cervical pathology and colposcopy. *Obstet. Gynecol.* 2003; 101:175- 177.
6. National Cancer Institute Workshop. The Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnosis. *JAMA* 1989;262:931-4
7. Società Italiana di Colposcopia Linee Guida per la gestione del Pap Test Anormale. Istituto Superiore della Sanità - Roma 3 ottobre 1997
8. Paziente con Pap test positivo nell'ambito di programmi di screening a chiamata o volontario. Società lombarda di ostetricia e ginecologia 2002
9. American Society of Colposcopy and Cervical Pathology. Consensus Guidelines: Guidelines Management of women with Cytological Abnormalities. *Jama* 2002;287:2120-2129
10. Coleman D, Day N, Douglas G, Farmery E, Lyng E, Philip J, Segnan N. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. *Eur J Cancer* 1993;29 A (Suppl.4)