

II riunione del Gruppo di Studio del
Programma di Screening regione Piemonte-
coordinamento CPO- sul monitoraggio effetti
collaterali e complicanze della terapia
miniinvasiva delle neoplasie intraepiteliali
cervico-vaginali

Coordinatori studio

R. Volante, E. Mancini, S. Privitera, G. Ronco

Torino 7 ottobre 2008

PERIODO	1-30 GIUGNO 2008
CASI ARRUOLATI	186
PARTECIPANTI	<ul style="list-style-type: none">•Dipartimento 1•Dipartimento 2•Dipartimento 3•Dipartimento 4•Dipartimento 5•Dipartimento 6•Dipartimento 7•Dipartimento 8•Dipartimento 9

Dip 3 non ha ancora inviato i dati

PERCHE' L'ANATOMIA PATOLOGICA?

PER CERCARE EVENTUALI CORRELAZIONI
TRA VOLUME E SEDE DELL'ESCISSIONE E
LE COMPLICANZE DEL TRATTAMENTO
STESSO.....

Dalla scheda di raccolta dati sono stati elaborati i dati relativi a:

- Indicazione cito-istologica all'intervento
- Sede della lesione
- Leggibilità del/i campione/i escisso/i
- Caratteristiche del volume escisso
- Dimensioni dell'escissione
- Margini di resezione
- Diagnosi istologica

Indicazione all'intervento (dato sempre riportato)

Diagnosi istologica di CIN 2+	82.7%
Diagnosi istologica di lesione ghiandolare	
Diagnosi istologica di CIN 1	17.3%
Discrepanza cito-istologica (lesione citologica con istologia negativa)	

Sede della lesione

(dato riportato in 175 di 186 casi)

Esocervice (esclusiva)	94	53.7%
Eso-endocevice ed endocervice isolata	70	40.0%
Vagina*	11	6.3%
Totale	175	
Manca dato	11/186	5.9%

- * lesioni vaginali sono riportate solo da 2 distretti:
- Numeri piccoli
- Corrispondenza con il dato atteso della letteratura e degli studi locali (5-10%)

Dei 186 casi reclutati

36 sono di terapia distruttiva
e pertanto non rientrano
nelle valutazioni istologiche

Leggibilità/orientabilità su interventi escissionali: (dato riportato in 111 di 150 casi)

Dato riportato (escissione in 1/2 pezzi)	111	74.0%
Dato non riportato	39	26.0%
Totale	150	
Terapia distruttiva	36	

Dato non riportato in 39 di 150 casi:

- Difficoltà di trascrizione
- Assenza sul referto istologico

Tipologia di escissione

(dato riportato in 111 di 150 casi)

PRELIEVO UNICO	63	42.0%
PRELIEVO DUE CILINDRI	40	26.6%
PRELIEVI MULTIPLI	8	5.3%
Totale	111	
Manca dato	39	26.0%

Dimensioni dell'escissione (altezza)

(dato riportato in 111 di 150 casi)

< 5 mm	9	25.2%
5-6 mm	19	
7-10 mm	35	31.5%
> 10 mm*	47	42.3%
Non valutabile	1	0.9%
Totale	111	
Manca dato	39/150	26%

L'altezza viene riportata come valore unico (escissione in un pezzo) o come somma delle altezze (escissioni in due pezzi)

* In 9 casi l'altezza è > 20 mm

Dimensioni dell'escissione

Nella grande maggioranza dei casi (73.8%) l'altezza dell'escissione soddisfa il parametro di sufficienza relativo alla distribuzione media delle cripte ghiandolari, anche nei casi di localizzazione esocervicale della lesione.

Le escissioni di altezza superiore ai 10 mm dovrebbero essere correlate a lesioni endocervicali, quindi con istomorfometria e diagnosi non note.

In 9 casi l'altezza è superiore ai 20 mm e in 9 casi inferiore ai 5 mm, con distribuzione del tutto occasionale e non correlate ad un metodo di lavoro

Dimensioni dell'escissione

(dato riportato in 111 di 150 casi)

Per quanto riguarda le dimensioni della base queste non debbono rispondere a parametri codificati in quanto l'escissione viene modulata sulla base dell'estensione della lesione stessa (documentata colposcopicamente e istologicamente).

< 20 mm	58	52.2%
20-29 mm	47	42.3%
> 30 mm	6	5.4%
Totale	111	
Manca dato	39/150	26.0%

Correlazioni note

Emorragia intraoperatoria (6 casi)

1 caso (doppio cilindro) con h 12 mm, diam. 20 mm e ampliamento laterale di 10 mm (sede del sanguinamento)

1 caso di escissione con h 45 mm e diam. 25 mm

1 caso di escissione con h 35 mm e diam. 30 mm

2 casi di escissione con h 15 mm e diam. < 20 mm

1 caso di vaporizzazione RFQ su lesione vaginale

Margini di resezione

(dato riportato in 111 di 150 casi)

Non valutabile (uno qualunque dei margini)	5/111	4.5%
MR esocervicale su lesione	18/108	16.6%
MR endocervicale su lesione	22/108	20.3%*
MR esocervicale ed endocervicale su lesione	7 /108	6.4%
MR profondo**	46 /108	42.5%
Manca dato	39/150	26.0%

* in accordo con il dato della survey nazionale (20%)

** non richiesto, fornito solo da Torino

Margini di resezione

Il margine di resezione endocervicale è ritenuto il più significativo

La distribuzione della positività è molto variabile tra i centri:

- 12.5% (minore rispetto al dato atteso medio) a Torino 1 dove in tutti i casi si esegue escissione su endocervice coinvolta
- 20% altri centri con escissioni di $h < 7$ mm (anche in prelievi multipli)
- 60% altri centri con escissioni > 10 mm (anche in prelievo unico)

Diagnosi istologica

(dato riportato in 111 di 150 casi)

Non valutabile	0		
Negativo	9		8.0%
COILOCITOSI	7	6.2%	19.6%
CIN 1	15	13.4%	
CIN 2	28	25.0 %	72.4%
CIN 3	47	42.0 %	
AIS	1	0.9 %	
CA. microinvasivo	3	2.7 %	
CA. invasivo	2	1.8 %	
Totale	112		
Manca dato	38/150	23.3%	

Diagnosi istologica negativa

Negativo (9 casi)	L-SIL persistente	2	
	CIN NAS endocervicale	2	
	Ripetizione per pregressa escissione incompleta	1	
	H-SIL con istologia negativa	1	
	CIN 2 esocervicale	2	Verosimile asportazione della lesione con la biopsia
	CIN 3 esocervicale	1	

Diagnosi istologica di invasione

CA. microinvasivo	3	Diagnosi pre-intervento: CIN 3 (endocervicale?)*
		Diagnosi pre-intervento: CIN 3 apparentemente non coinvolgente l'endocervice**
		Diagnosi pre-intervento: carcinoma microinvasivo
CA. invasivo	2	Diagnosi pre-intervento: CIN 3 (endocervicale?)*

* Necessità di approfondimento per sede

** Verificare il dato

È NECESSARIO

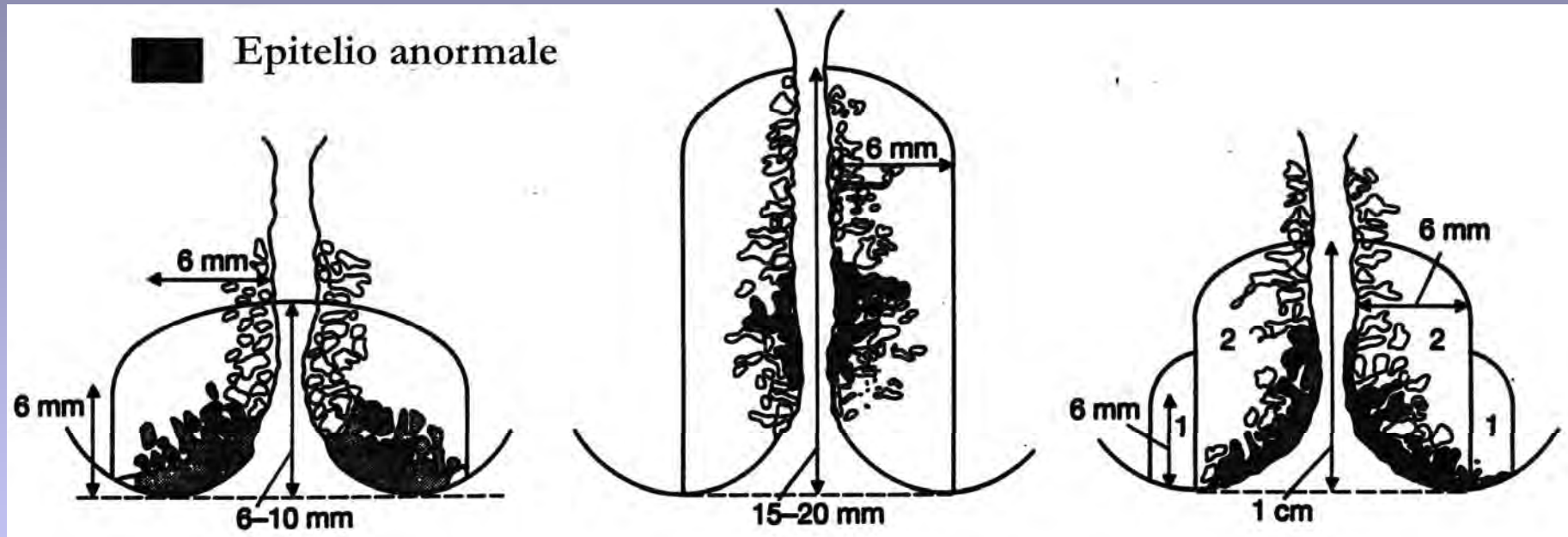
CONFRONTO TRA PATOLOGI?

UNIFORMITA' DI CAMPIONAMENTO?

UNIFORMITA' DI LETTURA?



VARIABILITA'



Da:

*Singer A & Monaghan JM "Lower genital tract precancer.
Colposcopy, pathology and treatment*

MISURE

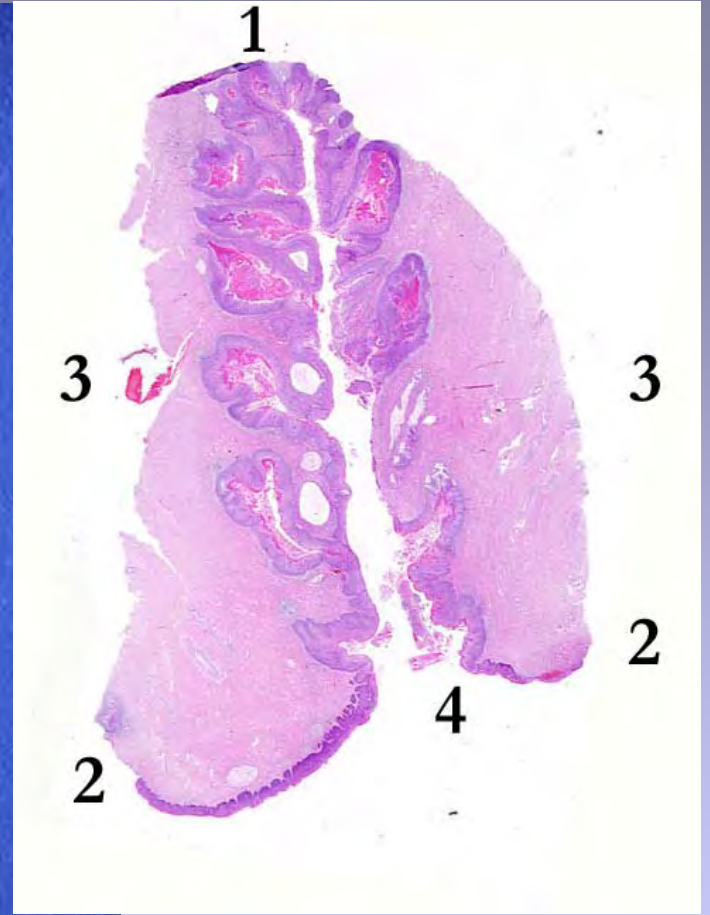


Lunghezza OUE-
margine apicale

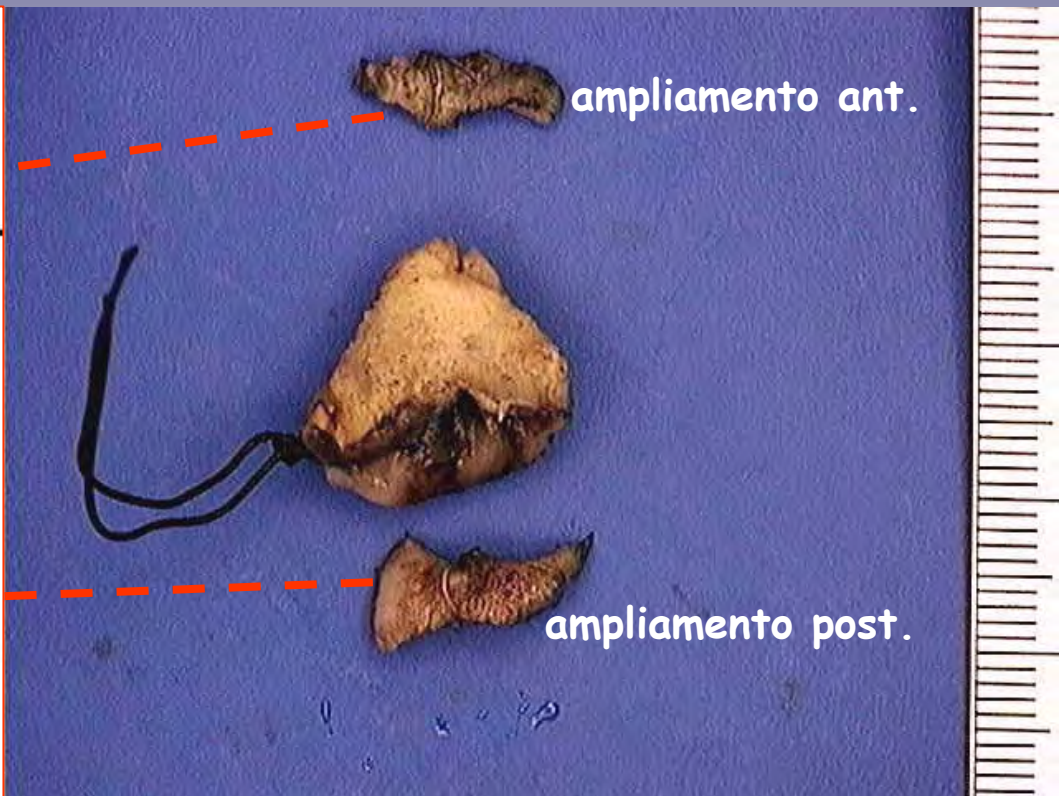
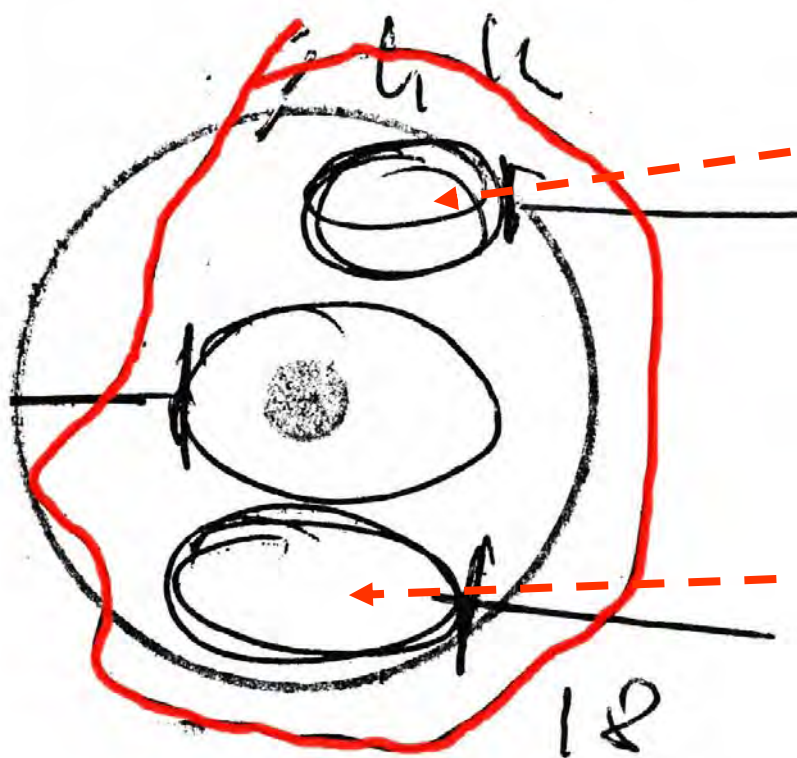
Diametro latero-
laterale

Diametro antero-
posteriore

ORIENTAMENTO

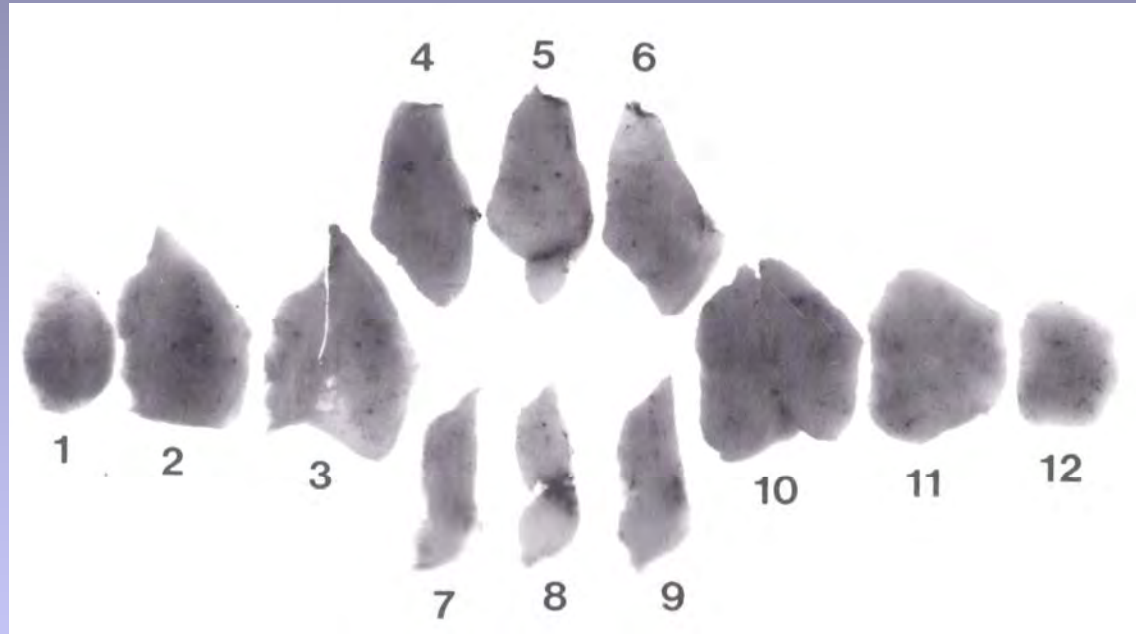
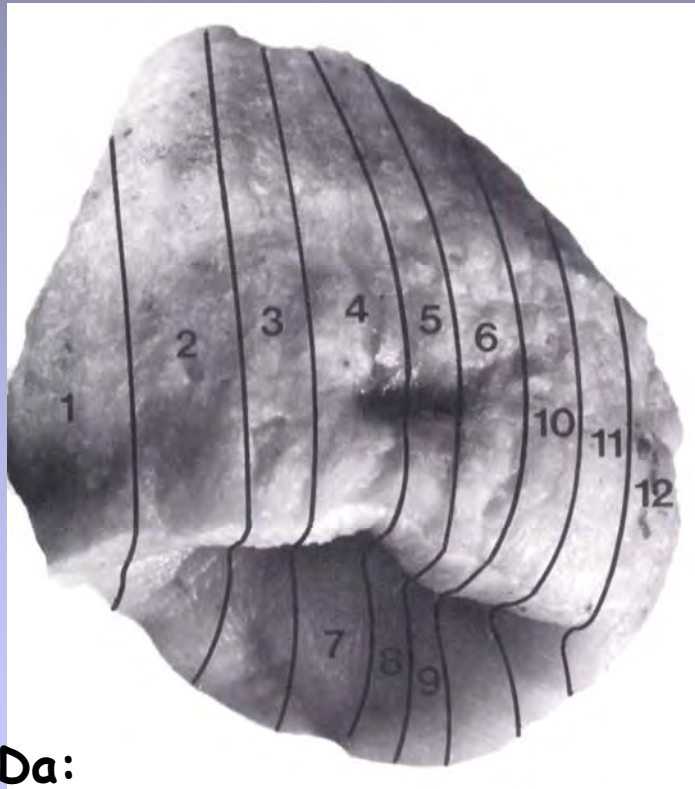


- 1. MR endocervicale o apicale o prossimale
- 2. MR esocervicale o distale
- 3. MR profondo
- 4. OUE

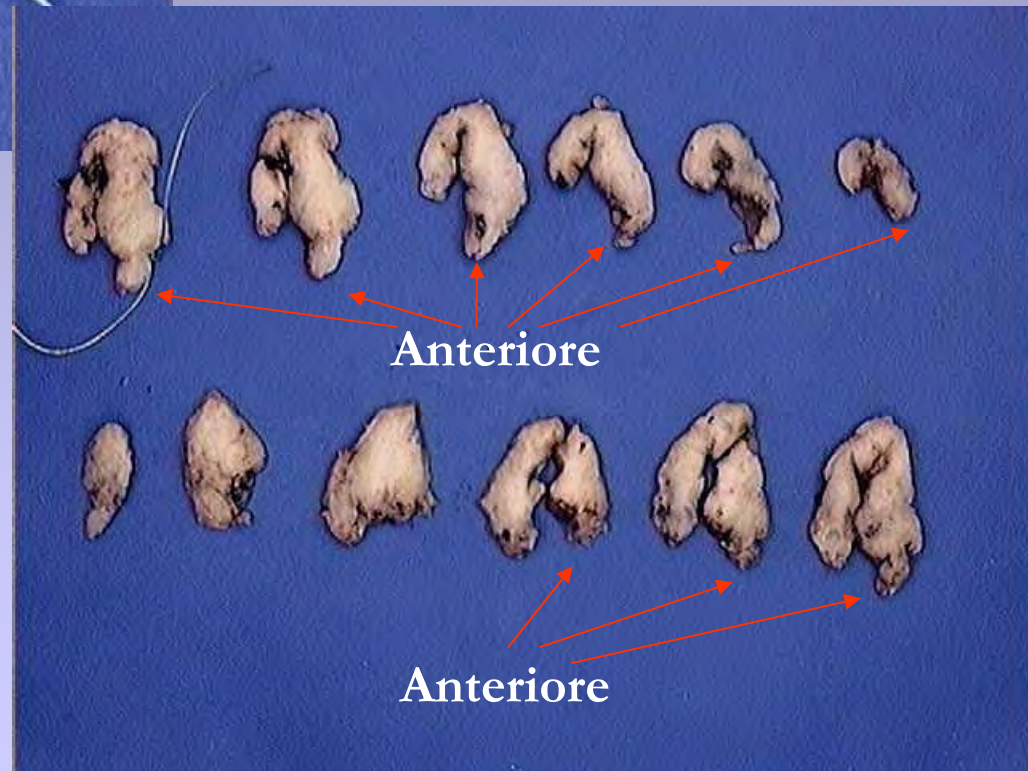
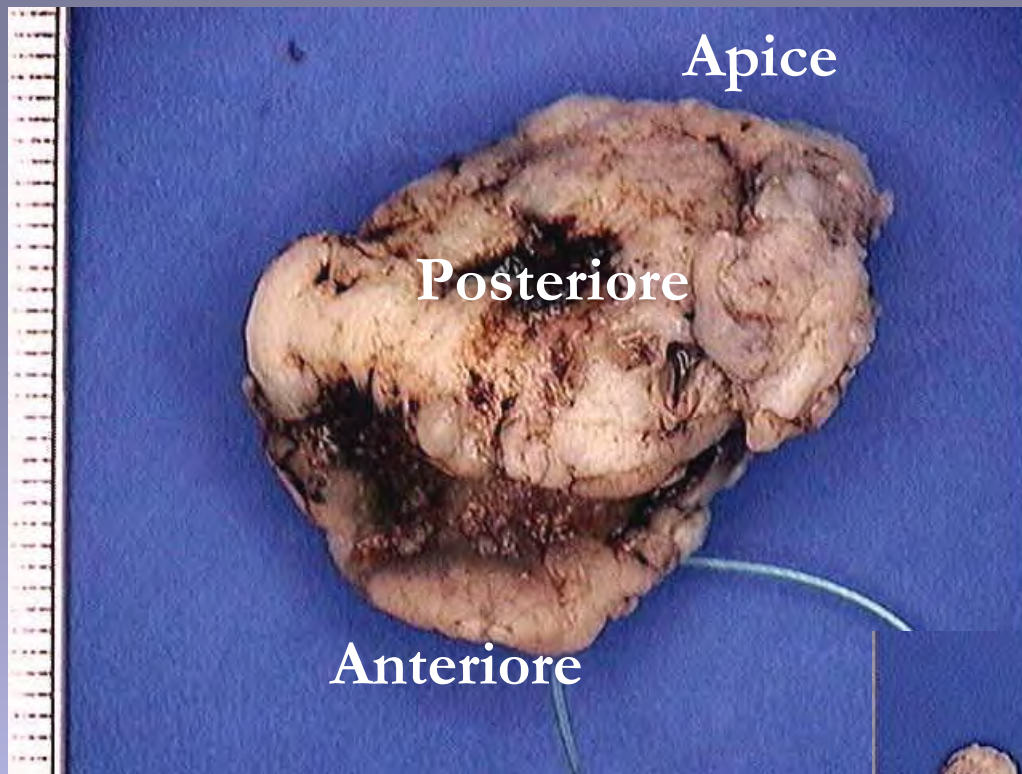


CAMPIONAMENTO

Sezioni parallele dello spessore di 2-3 mm
in senso latero-laterale



Da:
Haines & Taylor
Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract



Biopsia apicale

Ampliam. h 12

Biopsia conoide



IL REFERTO
ISTOLOGICO:
cosa dire per essere
esaustivi

REFERTAZIONE "CONO"

- CONFERMA ISTOLOGICA DELLE LESIONE
- SEDE ED ESTENSIONE DELLA LESIONE
- INTERESSAMENTO DELLE CRIPTE GHIANDOLARI
- DEFINIZIONE DI ISTOTIPO DELLA NEOPLASIA INVASIVA
- PROFONDITA' D'INVASIONE
- EMBOLIZZAZIONE VASCOLARE E LINFATICA
- STATO DEI MARGINI DI RESEZIONE
- STADIAZIONE PATOLOGICA (pTNM) E CODIFICA

REFERTO PATOLOGICO SU CONIZZAZIONE			Es. N°
COGNOME	NOME	Data nascita	
TIPO DI ESCISSIONE :	<input type="checkbox"/> CHIRURGICA	<input type="checkbox"/> RADIOFREQUENZA	
<input type="checkbox"/> CONOIDE	<input type="checkbox"/> DISCOIDE	<input type="checkbox"/> PRELIEVI MULTIPLI	
DIMENSIONI mm X X (lunghezza OUE-MR apicale)			
LESIONE INTRAEPITELIALE			
<input type="checkbox"/> HPV TIPICO	<input type="checkbox"/> HPV SUGGESTIVO	<input type="checkbox"/> HPV DUBBIO	
<input type="checkbox"/> Displasia lieve (CIN1- LSIL)	<input type="checkbox"/> Displasia moderata (CIN 2-HSIL)	<input type="checkbox"/> Displasia Grave (CIN3-HSIL)	
<input type="checkbox"/> Atipia ghiandolare	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma in situ	<input type="checkbox"/> Carcinoma intraepiteliale	
LESIONE INVASIVA			
<input type="checkbox"/> SOSPETTA	<input type="checkbox"/> Carcinoma microinvasivo	<input type="checkbox"/> Carcinoma invasivo	
Estensione superficiale mm ____ X ____	Profondita' invasione ____ <input type="checkbox"/> µ <input type="checkbox"/> mm	Volume ____ mm ³	
<input type="checkbox"/> Carcinoma squamoso	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma	<input type="checkbox"/> Carcinoma di cellule di riserva	
SEDE ED ESTENSIONE DELLA LESIONE			
<input type="checkbox"/> Esocervicale mm	<input type="checkbox"/> Giunzionale mm		
<input type="checkbox"/> Esoendocervicale mm	<input type="checkbox"/> Endocervicale mm		
<input type="checkbox"/> Interessamento di sfondati ghiandolari			
MARGINI DI RESEZIONE			
<input type="checkbox"/> MR ESOCERVICALE	<input type="checkbox"/> Indenne a ____ mm	<input type="checkbox"/> a ridosso a ____ mm	<input type="checkbox"/> infiltrato
<input type="checkbox"/> MR ENDOCERVICALE	<input type="checkbox"/> Indenne a ____ mm	<input type="checkbox"/> a ridosso a ____ mm	<input type="checkbox"/> infiltrato
<input type="checkbox"/> MR PROFONDO	<input type="checkbox"/> Indenne a ____ mm	<input type="checkbox"/> a ridosso a ____ mm	<input type="checkbox"/> Infiltrato
PT			
LESIONI NON NEOPLASTICHE			
<input type="checkbox"/> Metaplasia epidermoide matura	<input type="checkbox"/> Metaplasia epidermoide immatura	<input type="checkbox"/> Atipia riparativa e/o infiammatoria	
<input type="checkbox"/> Flogosi cronica	<input type="checkbox"/> Flogosi acuta	<input type="checkbox"/> Discheratociti	
<input type="checkbox"/> Cheratosi	<input type="checkbox"/> Paracheratosi	<input type="checkbox"/> Adenosi microghiandolare	
<input type="checkbox"/> Altro			
T83000	M	M	M
DATA	PATOLOGO	REVISORE	

☐ Biopsia conoide

☐ Biopsia discoide

☐ Cilindrizzazione chirurgica

☐ Frammento non orientabile

delle dimensioni di mm

per una lunghezza OUE-margine di resezione apicale di

☐ Biopsia apicale

delle dimensioni di mm

della lunghezza di mm

☐ Ampliamento anteriore

delle dimensioni di mm

☐ Ampliamento posteriore

delle dimensioni di mm

☐ Ampliamento laterale dx

delle dimensioni di mm

☐ Ampliamento laterale sn

delle dimensioni di mm



Annulla

OK

Pag.1 di 1

☐ TIPICHE ALTERAZIONI DA EFFETTO CITOPATICO DA HPV **INVASIONE STROMALE:**

☐ DISPLASIA LIEVE (CIN 1)

☐ DISPLASIA MODERATA (CIN 2)

☐ DISPLASIA GRAVE (CIN 3)

☐ DELL'EPITELIO PAVIMENTOSO METAPLASTICO

☐ DELL'EPITELIO PAVIMENTOSO NATIVO

☐ CON ASSOCIATE TIPICHE ALTERAZIONI DA EFFETTO CITO ☐ CON MASSIMA PROFONDITA' DI INVAS

☐ ATIPIA GHIANDOLARE

☐ ADENOCARCINOMA IN SITU

☐ ADENOCARCINOMA INVASIVO

☐ ASSENTE

☐ SOSPETTA

☐ MICROINVASIONE

☐ INVASIONE FRANCA

CON ESTENSIONE DI

CON VOLUME DI mm

ANGIOGENESI:

MARGINE DI RESEZIONE ESOCERVICALE:

INDENNE A mm

☐ SULLA LESIONE.

☐ NON VALUTABILE.

MARGINE DI RESEZIONE ENDOCERVICALE:

INDENNE A mm

☐ SULLA LESIONE.

☐ NON VALUTABILE.

☐ MARGINE DI RESEZIONE PROFONDO:

INDENNE A mm

☐ SULLA LESIONE.

☐ NON VALUTABILE

SEDE DELLA LESIONE:

☐ ESOCERVICALE

☐ ENDOCERVICALE

☐ ESOENDOCERVICALE

☐ GIUNZIONALE

, CON ESTENSIONE DI

INTERESSAMENTO DI SFONDATI GHIANDOLARI:

☐ ASSENTE.

☐ FOCALE.

☐ MASSIVO.

<<

>>

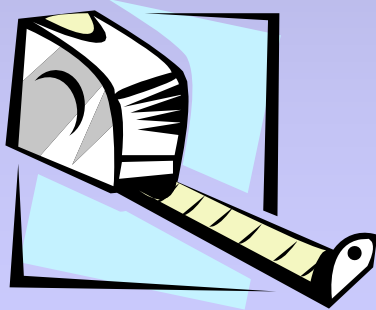
Annulla

OK

Pag.1 di 2

dimensioni

Vengono fornite sempre,
anche nel caso in cui il prelievo
non sia tecnicamente perfetto

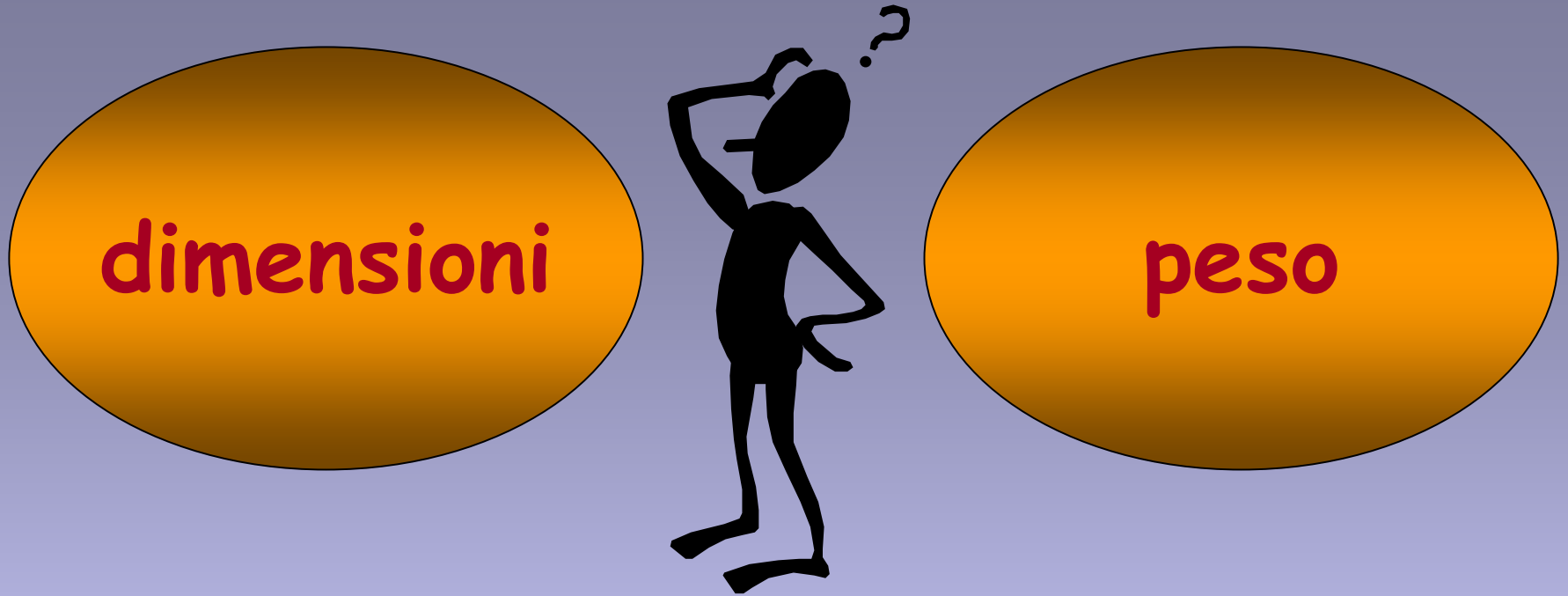


-Frammenti di piccole dimensioni e quindi di peso inferiore ai 2 g

-Necessità di bilance di precisione

-Impossibilità di recuperare il dato aposteriori





- dimensioni e peso sono dei dati assoluti
- possono essere veramente messi in relazione con eventuali complicanze?

PROPOSTE

dimensioni

peso

L'alternativa a dimensioni e peso dei frammenti escissi puo' essere rappresentata da un volume (che si ricava gia' disponendo delle tre dimensioni), o meglio, dal calcolo della percetuale di tessuto escisso rapportato alle dimensioni e alla conformazione del collo uterino di ciascuna paziente.

Utili possono essere una riproduzione schematica tipo stampato colposcopia o una riproduzione fotografica durante l'intervento.

