



!Follow-up!

**“LA DISPLASIA CERVICALE”**

*Lo screening adesso prevede...*

17 giugno 2013

Ettore Mancini

Adele Caprioglio – Cristina Larato

ASL TO1 - CPO Piemonte

# ?Follow-up?

Quale Follow-up ?

Follow-up di un primo livello anormale (ASC-US, ASC-H, AGC etc.)

Follow-up del CIN1 non trattato

Follow-up post-trattamento (per tipo di trattamento)

per CIN1

per CIN2-3

per Ca. invasivo, neoplasie ghiandolari etc.

Con quale durata ? Con quale frequenza ? Con quali schemi ?

In un contesto in cui i programmi di screening stanno evolvendo verso l'utilizzo dell'HPV come test primario



# !Follow-up!

## 4.9. Trattamento e follow-up dopo il trattamento. Garanzia del trattamento.

Gli approfondimenti diagnostici e gli eventuali trattamenti vanno garantiti a tutte le donne. Il programma di screening deve prevedere protocolli di terapia e follow-up delle lesioni, preinvasive e invasive. Bisogna inoltre identificare presidi accreditati per il trattamento con un responsabile della procedura, garantire l'aggiornamento e il controllo di qualità degli operatori, verificare l'aderenza ai protocolli terapeutici e di follow-up.

I trattamenti devono offrire la procedura più conservativa possibile, limitando l'uso dell'istectomia a casi eccezionali. La maggior parte delle lesioni Cin1 dovrebbe essere gestita tramite follow-up, senza trattamento. Un'elevatissima percentuale di lesioni preneoplastiche della cervice uterina può essere trattata in regime ambulatoriale e non di ricovero, in presidi con caratteristiche del day hospital, dotati di servizi di anestesiology e sale operatorie di emergenza. Il trattamento dovrebbe essere preceduto da un'adeguata informazione della paziente. Prima di qualsiasi trattamento ablativo e distruttivo va effettuata una verifica istologica. Al momento sono preferibili i trattamenti escissionali, mentre i casi con anomalie ghiandolari richiedono iter diagnostici e terapeutici specifici.

È necessario valutare la percentuale di donne che non rispondono al trattamento. Deve essere assicurato il follow-up, mediante citologia, associata o meno alla colposcopia e test per l'Hpv. Il protocollo di follow-up deve essere adeguato alla gravità della lesione e alla classe di rischio e consentire il ritorno allo screening di base nel minor tempo possibile.



screening  
oncologici

Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto

*Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto. Ministero della Salute. Roma, Novembre 2006*

# !Follow-up!

Tutte le donne sono da considerare a rischio dopo un trattamento e debbono avere garanzia di F.U.

E' individuato come indicatore di efficacia del trattamento la negatività citologica per SIL a 6 mesi (almeno 90%)

Durata e modalità del follow up (citologia, HPV, II livello con colposcopia e istologia correlati) per le donne trattate deve essere definita in ogni programma

Fattori che possono influenzare la frequenza e la durata al F.U. post trattamento:

Lesione iniziale di alto grado

Età della paziente

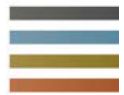
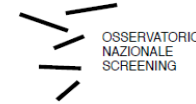
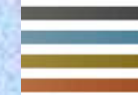
Margini di resezione

endo/eso liberi o meno

Atipie ghiandolari o coinvolgimento dell'apice del cono

GISCI

Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma



## MANUALE DEL 2° LIVELLO

Raccomandazioni per la qualità nella diagnosi, terapia e follow up delle lesioni cervicali, nell'ambito dei programmi di screening

Gruppo di lavoro GISCI  
approfondimenti diagnostici e trattamento



A cura di Gian Piero Fantin e Bruno Ghiringhello

In base alle caratteristiche della paziente, della lesione e del pezzo asportato possiamo stratificare le pazienti in due categorie: alto e basso rischio. In tal modo si possono delineare due tipi di percorsi di follow-up: uno tradizionale basato sulla citologia e uno basato sull'HPV test.

### Strategia convenzionale:

1. Pazienti ad alto rischio: citologia + colposcopia a 6-12-18-24 mesi. Se negativi: citologia annuale per ulteriori 3 anni prima di rinviare le pazienti a screening
2. Pazienti a basso rischio: citologia + colposcopia a 6-12-24 mesi. Se negativa rinviare a screening di base

### Strategia con HPV test:

1. Pazienti ad alto rischio: colpocitologia + HPV test a 6 mesi. Se negativi ripetere dopo 12-24 mesi. Se negativi inviare a screening. Se uno o entrambi i test positivi, inviare a colposcopia
2. Pazienti a basso rischio: HPV test a 6 mesi. Se negativo, ripetere dopo 12 mesi. Se controllo negativo, rinviare a screening. Se positivo inviare a colposcopia



# !Follow-up!

(1) **European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Screening – second ed. – 2008**  
*Arbyn M., Anttila A., Jordan., Ronco G., Schenck U., Segnan N., Wiener HG., Herbert A., Daniel J., Karsa L. von (eds)*

Le linee guida europee <sup>(1)</sup> prevedono un capitolo sul Follow-up post trattamento della CIN.

Alcuni tra i punti salienti.

... All women treated for CIN, whether CIN1, 2 or 3, require regular follow-up....

...Women at increased risk of residual or recurrent disease should be considered for more intensive surveillance following treatment...

.... Some factors may influence the frequency and the duration of follow-up:

- Patient's age: women aged 40 or over are at increased risk of persistent or recurrent disease
- Type of lesion: glandular disease requires careful post operative assessment of the endo-cervical canal, usually with and endo-cervical brush sample.
- Grade of lesion: high grade lesions are more likely to persist or recur.
- Hystology of excised margins (suspicions of incomplete excision)...

...Women treated for **high grade disease** (CIN2, CIN3, CGIN) require 6, 12 and 24 month follow-up cytology and thereafter annual cytology for a further 5 years before returning to screening at routine interval. Colposcopy is performed in addition to cytology at the 6-month follow-up visit (NHSCSP, 2004<sup>o</sup>; Nieminen et al., 2006). Most persistent t/recurrent disease is detected within the first 24 months (Chew et al , 1999; Flannelly et al , 2001). However, there is clear evidence that there is persistent long-term risk of invasive cancer for ten years after treatment (Soutter, 1997)

Women treated for **low-grade disease** require 6, 12 and 24-month follow-up cytology. If all results are negative, then women may be returned to screening at a routine interval.

Women treated for **AIS** are at higher risk of developing recurrent disease than those with high-grade CIN (Soutter et al, 2001).....

# **GUIDELINES FOR NHS CERVICAL SCREENING PROGRAMME**

**All women remain at risk following treatment and must be followed up (100%)**

**Treated women are between two and five times more likely than the general population to experience cervical cancer (Soutter, 1997; Strander 2007)**

**Women should have annual follow up for at least 10 years after treatment of CIN2 or worse before returning to routine screening interval. Women treated for CIN1 can be returned to routine recall after two years of negative post treatment cytology.**

**Women treated for high grade disease (CIN2, CIN3, cGIN) require 6,12,24 month FU Cytology and annual cytology for the subsequent 9 yrs before returning to screening at the routine interval.**

**Women treated for low grade disease require 6,12,24 month FU Cytology. If all results are negative, then women may be returned to screening at the routine interval.**



# GUIDELINES FOR NHS CERVICAL SCREENING PROGRAMME

## Treated women

- All women remain at risk following treatment and must be followed up (100%)
- Follow-up should start at six month following treatment and not later than eight month following treatment (>90%)
- Cytology alone is recommended for follow up and samples should be taken by appropriately trained staff
- Initial follow up cytology (six month test) may be performed in the colposcopy or gynaecology clinic. Alternatively it may be performed in the community
- All women who do not have negative test results after treatment must be re-colposcoped at least once within 12 month (100%)
- The proportion of treated women with no dyskaryosis six month following treatment should exceed 90%
- The proportion of confirmed histological treatment failures should not exceed 5% within 12 months of treatment.

# !Follow-up!

In Piemonte.....

DGR 111-3632 del 02-08-2006  
(Estratto del protocollo)

...

In caso di diagnosi istologica di CIN I, la paziente verrà sottoposta a follow-up cito-colposcopico; in caso, invece, di diagnosi istologica di CIN II o CIN III verrà indicata escissione con strumento a radiofrequenza, ovvero trattamento distruttivo o conizzazione, che può avvenire con bisturi a freddo, laser o strumento a radiofrequenza. Il trattamento distruttivo può avvenire mediante laservaporizzazione, o crioterapia con coagulatore di Semm. Le terapie distruttive devono essere riservate ai casi in cui si esclude una lesione endocervicale con il curettage e/o cytobrush e la giunzione squamocolonnare è colposcopicamente visibile.

E' esclusa l'indicazione immediata all'isterectomia per lesioni intraepiteliali. Per tali lesioni l'isterectomia può essere considerata solo dopo conizzazione, o escissione con ansa nel caso i margini, o l'apice del pezzo risultassero coinvolti alla lesione. La definizione delle modalità di follow-up dei casi con diagnosi istologica inferiore a CIN I e di quelli in cui non è disponibile un prelievo istologico adeguato è lasciata per ora ad ogni programma.

Oggetto delle seguenti indicazioni sono le colposcopie raccomandate come conseguenza di un citologico eseguito nell'ambito del programma o comunque di procedure di primo livello nell'ambito del programma stesso, quelle raccomandate come risultato delle colposcopie stesse (ripetizione o follow-up clinico) o necessarie per il follow-up clinico post-trattamento, nonché i trattamenti raccomandati nell'ambito di tali procedure. Le colposcopie includono l'effettuazione delle procedure (prelievo citologico, eventuale biopsia e curettage) indicate sulla base del presente protocollo.



**!Follow-up!**

Torino

Piemonte

68.000 (82%)

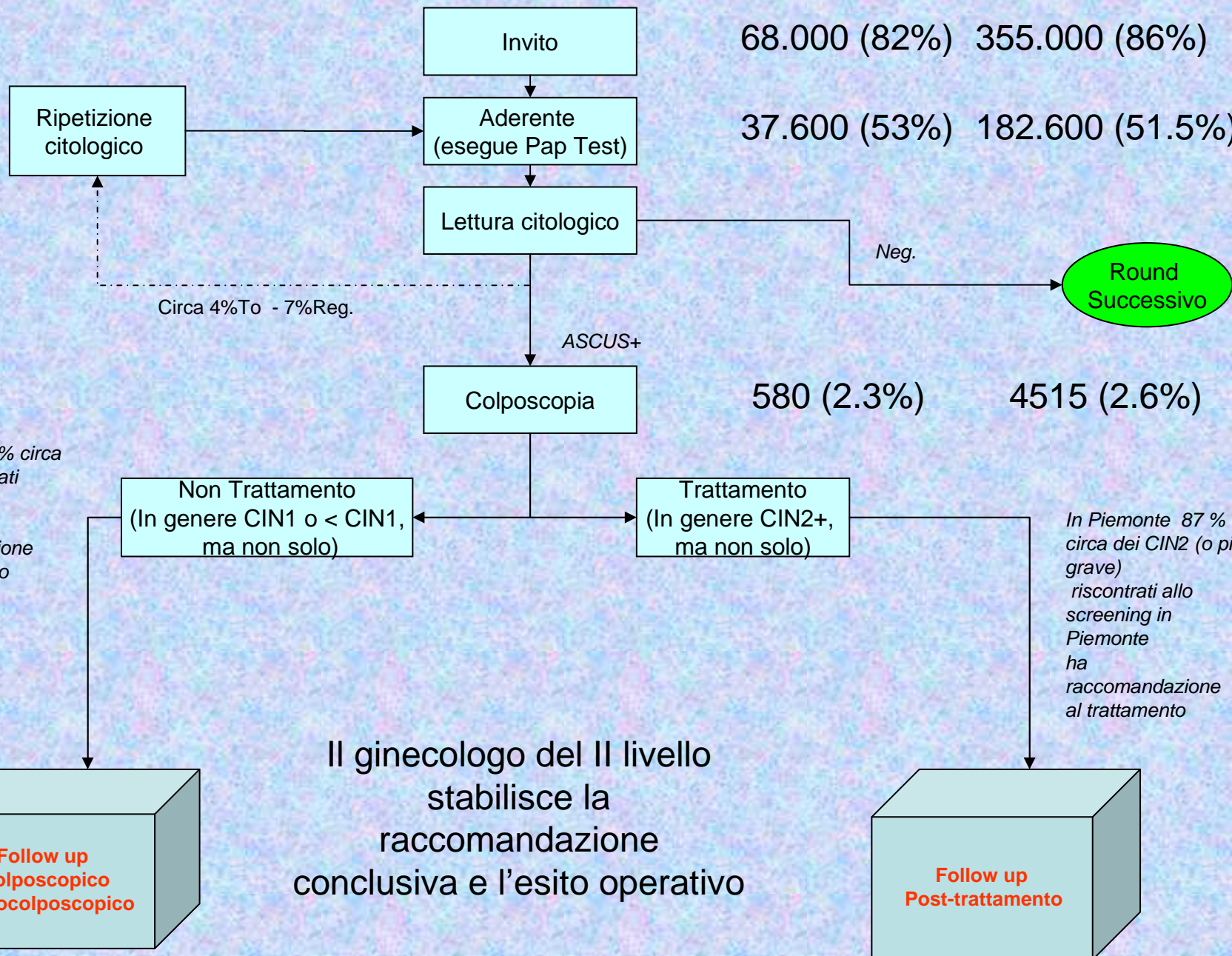
355.000 (86%)

37.600 (53%)

182.600 (51.5%)

580 (2.3%)

4515 (2.6%)



*In Piemonte il 91% circa dei CIN1 riscontrati allo screening in Piemonte ha raccomandazione al non trattamento*

*In Piemonte 87 % circa dei CIN2 (o più grave) riscontrati allo screening in Piemonte ha raccomandazione al trattamento*

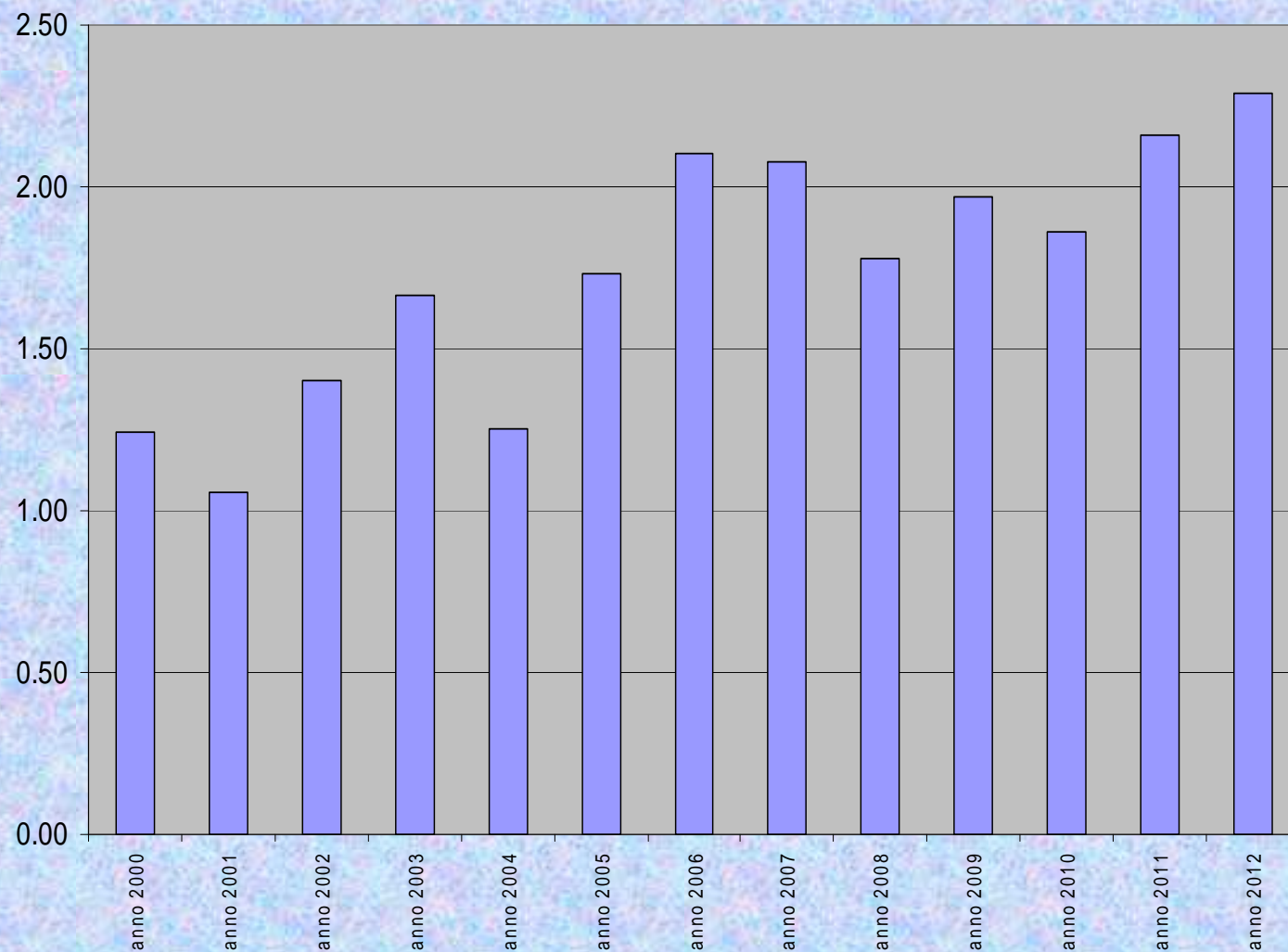
**Il ginecologo del II livello stabilisce la raccomandazione conclusiva e l'esito operativo**

# Dal punto di vista della programmazione

- In Piemonte vi è stato nel tempo un progressivo incremento dei volumi di attività. Inevitabilmente il numero dei casi in F.U. è conseguentemente cumulativamente aumentato.
- La programmazione consegue alla definizione del protocollo di follow-up.
- Occorre avere maggiori informazioni su cosa accade nel follow-up nei programmi italiani (scheda sperimentale Survey Gisci)



***Andamento del rapporto tra numerosità di colposcopie successive vs  
prime colposcopie in Piemonte nel programma di screening. 2000-2012***



Elab. CPO - Dati Preliminari

*Documento Gisci utilizzo del test HPV nel triage delle ASCUS, delle LSIL in donne > 35 anni, nel follow up delle donne con citologia ASC-US+ dopo un approfondimento di secondo livello negativo per CIN2+ e nel follow up dopo trattamento nelle lesioni CIN2-3:aggiornamento 2012*

Triage e Gestione delle donne con citologia ASC-US

Triage e Gestione delle donne con citologia L-SIL

Gestione delle donne con citologia AGC

Gestione delle donne con citologia ASC-H e H-SIL

Il Test HPV come indicatore di recidiva

Appendice: Livello delle evidenze e forza delle raccomandazioni.

Il documento non si pone come un protocollo di colposcopia o un linea guida (rimanda per questo alle linee guida italiane SICPCV 2006 ed al manuale del II livello) ma come uno strumento che fornisce indicazioni su come e quando è possibile inserire il test HPV HR nel F.U. post colposcopia

.....

[www.gisci.it](http://www.gisci.it)

