

"Programma Regionale di Screening per il Cervicocarcinoma"

Torino, 28 Marzo 2006



"Le gestione del Follow-up dei casi trattati"

GR Montanari, CPO Piemonte



Follow-up...



... Letteralmente significa "fare seguito a"...

A che cosa?

- ➡ Follow-up in uno screening organizzato, in cui la valutazione ed il meccanismo call-recall garantiscono di mettere in atto le opportune sollecitazioni alle donne non rispondenti.
- ➡ Follow-up dopo un Pap test anormale (ASC-US, ASC-H).
- ➡ Follow-up dopo terapia per CIN.
- ➡ Follow-up dopo terapia per carcinoma invasivo.
- ➡ Follow-up della CIN I istologica (trattata e non trattata).



(da Fiorito C et al, 2006)



Follow up casi 2004

	FU 1: 4-6 mesi		FU 2: 6-12 mesi		FU 3: 12-24 mesi		% L-SIL	% H-SIL
	L-SIL	H-SIL	L-SIL	H-SIL	L-SIL	H-SIL		
ASC-US (screening)	23 (14%)	5 (3%)	26 (15%)	6 (4%)	2 (1%)	0	30%	7%
ASC-H (screening)	10 (23%)	15 (34%)	3 (7%)	2 (5%)	0	0	30%	39%
ASC-US (no screening)	29 (13%)	9 (4%)	13 (6%)	2 (1%)	6 (3%)	0	22%	5%
ASC-H (no screening)	5 (8%)	26 (40%)	4 (6%)	5 (8%)	0	0	14%	48%



(da Fiorito C et al, 2006)



CASI DI ASC-US PERSI AL FOLLOW-UP (2003-2004)

Casistica screening 10%

Casistica non screening 30%

CASI DI ASC-H PERSI AL FOLLOW-UP (2003-2004)

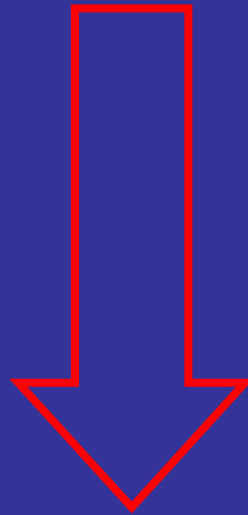
Casistica screening 9%-13%

Casistica non screening 16%-31%



Terapia conservativa

CIN



Adeguateo

Follow-up



Problemi del Follow-up

1. Discordanze nelle Linee Guida Internazionali
 2. Compliance delle Pazienti dopo trattamento
- Ferenczy A (see and treat), 2002: 90%
 - Oregon BCC Program, 2003: 43% (al follow-up)
 - Costa S et al, 2004: 60-80% (al follow-up cito-colposcopico)
 - Monnet E et al, 2004: 71-81% (alla colposcopia)
 - Bornstein J et al, 2004: 47,5% (al follow-up)
 - Quinlivan JA et al, 2005: 81,5% (alla colposcopia)



E' molto importante

valutare le "donne perse" al follow-up: cosa è loro successo? E' proponibile un'indagine a campione?



Follow-up delle lesioni cervicali uterine trattate.

Discordanze nelle Linee Guida internazionali.

- U.K. Linee Guida (1999): F-U citologico 6 Pap test in 5 anni prima del ritorno allo screening.

Mann CH et al, 1999

- U.K. Linee Guida (2004): 1° F-U citologico a 6-8 mesi; colposcopia nei Pap test anormali entro 12 mesi. 10 Pap test annuali in 9 anni (se CIN2+); se CIN1+ trattato 3 Pap test a 6-12-24 mesi. Se negativi, ritorno all'intervallo di screening (Luesley et al, 2004).

- Olanda. Linee Guida (1995): F-U citologico a 6, 12, 24 mesi dopo terapia.

Heintz APM, 1995

(Costa S, 2004 mod.)

Bollen LJM et al, 1999



Follow-up delle lesioni cervicali uterine trattate.

Discordanze nelle Linee Guida internazionali.

- ASCCP-USA. Linee Guida (1995): **F-U**
citologico 5 visite: I° visita a 3 m. per
controllo cono, poi ogni 6 mesi per 2 anni.

Wright R et al, 2002

- Società Italiana di Colposcopia (2002): **F-U**
citologico e colposcopico a 6,12,18,24 mesi
dopo terapia.

- Screening Emilia Romagna (1998): **F-U**
citologico e colposcopico a 6,12,18,24 mesi
dopo terapia.

(Costa S, 2004 mod.)



Follow-up delle lesioni cervicali uterine trattate.

Discordanze nelle Linee Guida internazionali.

- Oregon BCC Program 2003: F-U citologico 4 Pap test semestrali (2 anni) poi 1 Pap test annuale per sempre.
- GISCI 2004: controllo con HRHPV test a 6 mesi. Test HPV- → controllo a 12 mesi con HRHPV test e colposcopia → se negativi, ritorno allo screening.
Test HPV+ → invio in colposcopia allargata → se due accertamenti negativi, controllo annuale con test HRHPV (per quanto?).



*Follow-up delle lesioni cervicali uterine trattate.
Discordanze nelle Linee Guida internazionali.*

- Liverpool Cytology Training Centre 2004: F-U-citologico a 6-12 mesi il primo anno. 8 Pap test annuali in 9 anni in tutto.
- Eurogyn 2005: F-U con HRHPV test. Donne trattate per HSIL → follow-up "intensivo" per almeno 10 anni. LSIL persistente con HRHPV+ → escissione.



Il rischio di persistenza/ricorrenza di CIN 2-3 o K invasivo cervicale uterino dopo trattamento è relativamente basso, ma resta più alto che nella popolazione generale. Tale rischio permane per molti anni.

Kolstad P et al, 1976; Andersson A et al 1993; Soutter WP et al,1997;
Zaitoun AM et al,2000; Reich O et al,2001;



Soutter, 1997:

In UK il rischio cumulativo di K cervicale dopo 8 anni di follow-up in donne trattate in Day-Hospital per CIN è 5,8/1000.

Lo stesso rischio negli USA, nella popolazione generale, è di 8/100.000 (NCI Seer Cancer Statistics Review 2002).

Soutter consiglia un accurato follow-up per almeno 10 anni dopo il trattamento.



Problemi del Follow-up delle CIN trattate

1. Pap test: limiti di sensibilità e specificità
2. Pap + colpo: ↑ costi; ↑ carico II° livello
3. Tests diagnostici: Quali?

Costa S, GISCi 2004

Nobbenhuis MAE, 2001

Bollen LJM et al, 1999



Problemi del Follow-up delle CIN trattate

Pap test=

Pap FN

"> 20% delle donne con citologia negativa al f/u dopo terapia hanno persistenza di CIN"

Pap test=

Pap FP

"Solo il 40-60% delle donne con citologia anormale al f/u dopo terapia hanno persistenza di CIN"

Nobbenhuis MAE et al, 2001

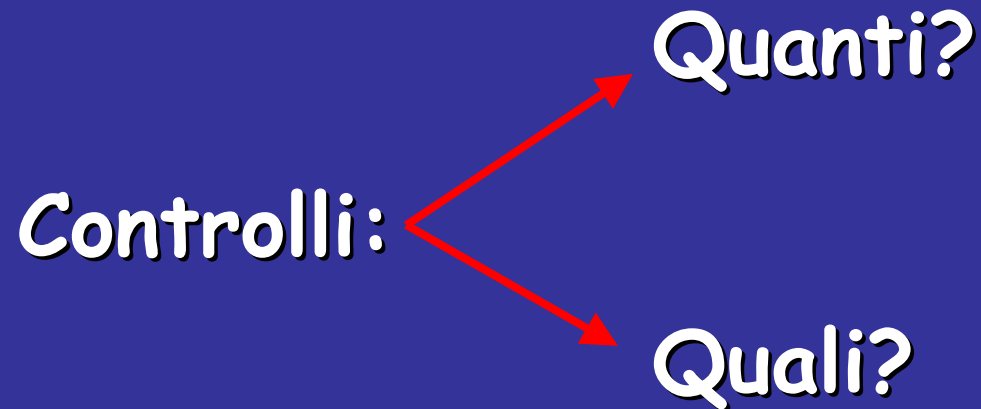
Costa S, GISCi 2004



Problemi del Follow-up delle CIN trattate

1. Eccessivo numero visite

2. Periodo molto lungo



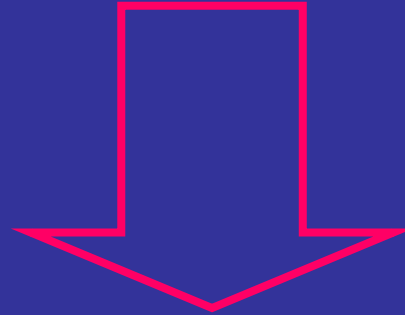
Bollen LJM et al, 1999

Costa S, GISCi 2004



HPV e CARCINOMA CERVICALE

Associazione causale fra infezione da HPV e carcinoma cervicale



Risvolti clinico-diagnostici

1. Nel follow-up delle pazienti trattate per CIN?
2. Nel migliorare la sensibilità del Pap test nella diagnosi di persistenza di CIN?
3. Nel modificare gli attuali protocolli di follow-up?



!Follow-up!

"Follow-up ottimale nelle donne trattate per CIN"

www.gisci.it

Area Dibattiti

Frequenza di recidive di CIN e accuratezza del test HPV

Autore	Casi totali	% recidive	Test HPV	
			Sensibilità	Specificità
Elfgren	23	17.4	100	
Bollen	91	31.0	100	
Nobbenhuis	184	16.0	93	99
Costa	252	7.0	80	90
Cecchini	84	11.9	90	63.5



Persistenza/Guarigione dell'infezione HPV in donne non trattate

- 70% giovani donne (20-25 aa) regressione spontanea in 24 mesi
- I fattori che possono determinare la scomparsa di HPV non sono del tutto definiti
- HPV 6-11 massima regressione
- HPV 16: regressione mediana 19,5 mesi

Kjellberg L et al, 2000

Nobbenhuis MAE et al, 2001

Jain S et al, 2001

(Costa S, 2004 mod.)



Persistenza/Guarigione dell'infezione HPV dopo terapia escissionale

100% libere da CIN al f/u

10% persistenza HPV DNA

(Strand A, 1997)

75% libere da CIN al f/u

50% persistenza dell'HPV DNA

(Di Stefano AL, 1998)

(Costa S, 2004)



Persistenza/Guarigione infezione HPV dopo terapia escissionale

(Nobbenhius M, 2001)

184 pazienti con CIN (98,4% HPV DNA pos)

16% recidive CIN

HPV DNA pos. Nel

93% recidive di CIN

1% guarigioni di CIN

Conclusione

Il trattamento è efficace nell'eradicare il CIN



Tecniche Escissionali

Efficaci nell'eradicare i precursori del cervico-carcinoma
(5-15% di persistenza/recidiva)

NHSCSP Publication n° 2/4 -1996/2004
"Standard e quality in colposcopy" (D. Luesley)

"Persisting CIN 1 may be defined as those persistent cytological and colposcopic abnormalities which, if after two years of observation, would normally be treated unless there are indications to the otherwise."



Fattori Predittivi CIN 2-3/Ca. inv. Sul cono

Logistic regression model

- 1° HPV Alto Rischio ($p=0,0001$)
- 2° Indice di esposizione ($p=0,024$)
- 3° n° partners (0,050)

(Costa S, 2004)

*Persistenza di HPV e CIN dopo terapia:
fattori predittivi:*



1. Interessamento margini Endo ($p=0,001$)
2. Istologia su Cono (CIN 2-3/K) ($p=0,004$)
3. CIN 2-3 alla Bx. Mirata ($p=0,023$)
4. Ampiezza della lesione (RR 8,23 Dobbs
SP et al, 2001) (Costa S, 2004 mod.)



Persistenza/Guarigione infezione HPV dopo terapia escissionale

Persistenza/Recidiva di CIN

Associata alla

Persistenza di HPV

Il trattamento è:

- Efficace nell'eradicare la CIN
- Controverso nella terapia dell'HPV

(Costa S, 2004)



Persistenza/Recidiva CIN F.U. con Pap test & HPV DNA test

	Rischio CIN
* Pap screening	1
1. Pap- HC-	0
2. Pap + HC- } 3. Pap - HC+ } 4. Pap + HC+ }	16
	72

* Predittività di CIN del Pap test di screening



Ipotesi di F.U. dopo terapia CIN Pap test & HPV DNA test

A 6 mesi

Pap+ HC-

ripetere a 24 mesi

Pap+ HC-

Pap+ HC+

Bx/EC; se neg. f/u a 12,18,24

Pap- HC+

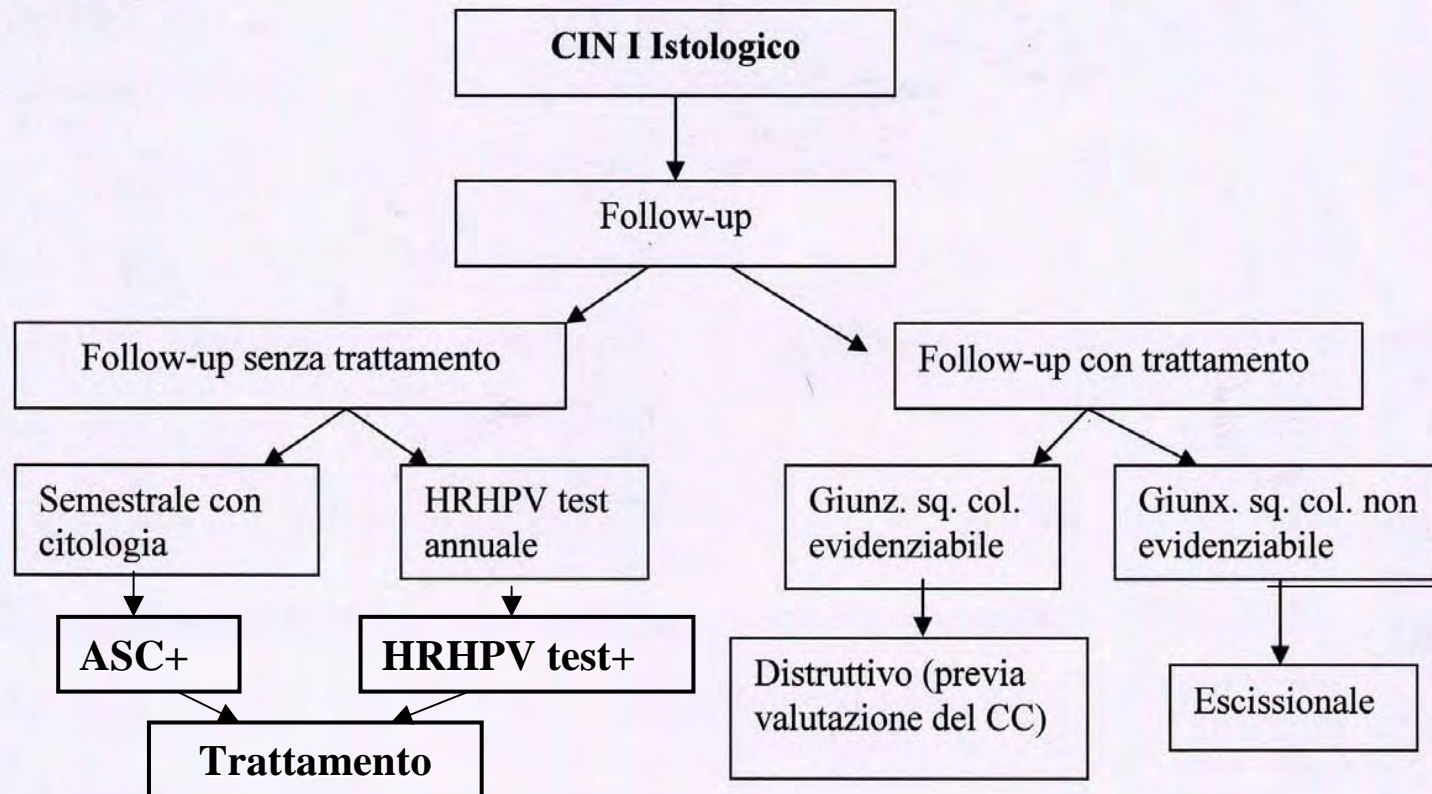
i) Bx/EC.

ii) Ripetere a 12,18,24 se persiste: Bx.



In ogni caso sentire l'opinione della Paziente

Tabella 6 : 2001 Consensus Guidelines for the Management of Women with Intraepithelial Neoplasia (CIN I-II-III)
(Wright et al, 2003)

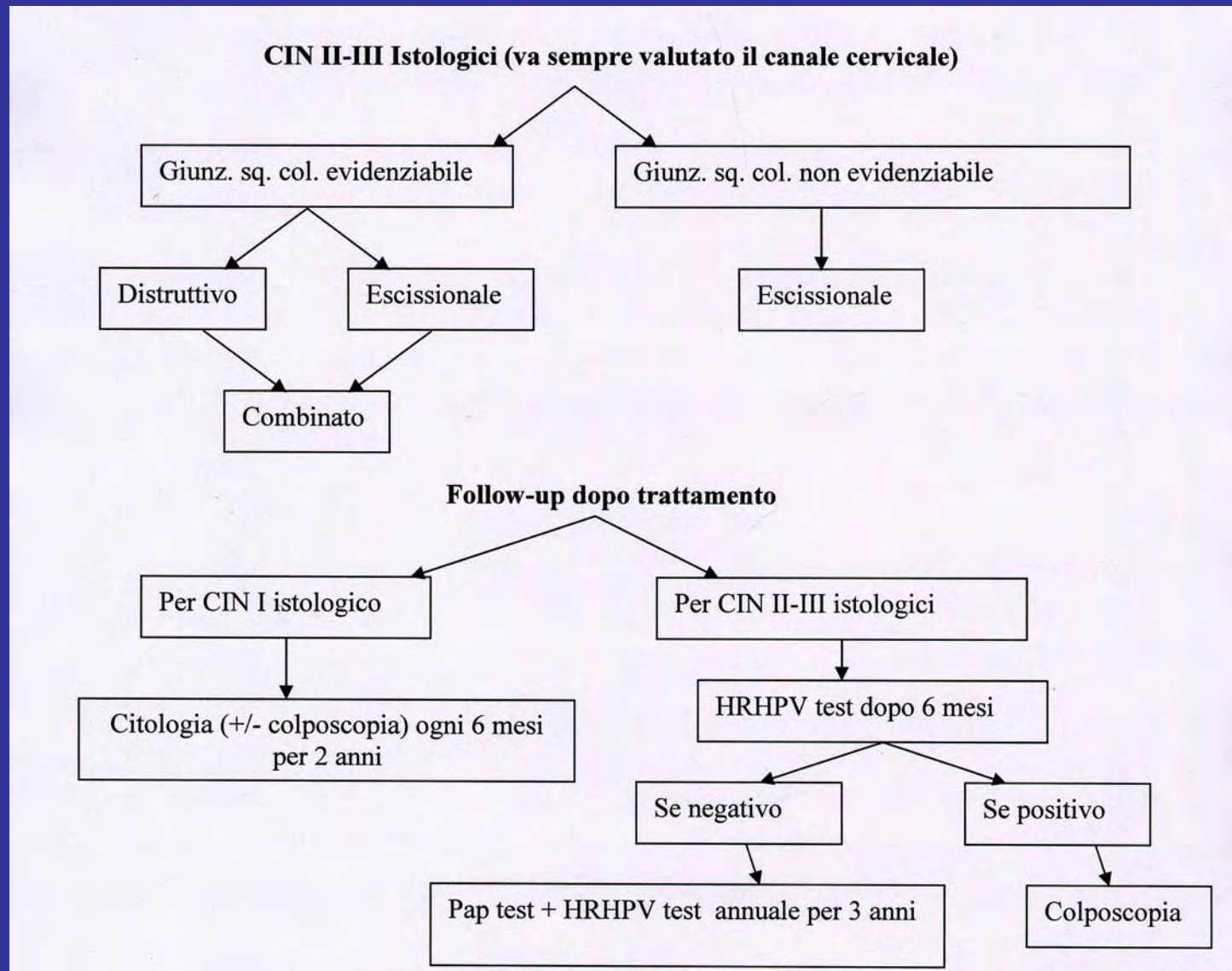


**Varianti per: adolescenti,
gravide, immunodepresse**

(Wright et al, 2003)



In ogni caso sentire l'opinione della Paziente



(Wright et al, 2003)

GIscI-Piano di Sorrento 7-8 Aprile 2005

Survey nazionale sull'attività di secondo

livello:

diagnosi e trattamento

Screen detected 2003

S. Costa
I° Clinica Gin. Ost. Bologna

P. Giubilato
CPO Torino



Dati Nazionali GISCI 2005

Trattamenti eseguiti per Cin1+ nel 2003

Tipo di trattamento	Cin 1	Cin 2	Cin 3	Adeno ca in situ	Ca invasi vo	See and treat
Trattamenti Distruttivi (Vaporizzazione laser; Diatermocoagulazione, Crioterapia, Fototermocoagulazione)	276 54,76%	40 5,56%	12 1,76%	0 0,00%	0 0,00%	17 27,42%
Trattamenti Escissionali (Ansa Laser, Conizzazione Laser, Polipectomia, Cono bisturi, Escissione con radifrequenze)	226 44,84%	673 93,60%	631 92,52%	16 72,73%	19 18,45%	45 72,58%
Isterectomia	2 0,40%	6 0,83%	39 5,72%	6 27,27%	84 81,55%	0 0,00%
TOTALE	504 100,00%	719 100,00%	682 100,00%	22 100,00%	103 100,00%	62 100,00%

(Costa S, Giubilato P)

Dati Nazionali GISCi 2005

Casi non trattati nel 2003: Dettagli

Non trattamento:	Cin 1		Cin 2		Cin 3		Adeno ca in situ		Ca invasivo		See and treat		Totale
consigliato non trattamento	1337	82,58%	10	8,93%	2	2,33%	0		1	12,50%	0		1350
consigliato tratt da < 3 mesi	4	0,25%	1	0,89%	5	5,81%	0		0		0		10
consigliato tratt da > 3 mesi	31	1,91%	27	24,11%	22	25,58%	0		0		0		80
Trattamento ignoto	247	15,26%	74	66,07%	57	66,28%	3	100,00%	7	100,00%	3	100,00%	394
TOTALE	1619	100,00%	112	100,00%	86	100,00%	3	100,00%	8	100,00%	3	100,00%	1834

(Costa S, Giubilato P)



Dati Nazionali GISCi 2005

Dettaglio casi CIN2+ con indicazione non trattamento 6 programmi nel 2003

Spiegazioni fornite	CIN2	CIN 3	Ca Invasivo
Da confermare	3	2	1
In gravidanza	1	0	0
Istologico CIN1/2 (microflrustolo CIN2). In follow-up	1	0	0
CIN1 con focali aspetti CIN2. Confermata indicazione	1	0	0
VAIN 2 - confermata indicazione	1		
"La lesione non era più visibile dopo biopsia diagnostica"	3	0	0
tot	10	2	1

(Costa S, Giubilato P)

Trattamento 2003

trattamenti ignoti su casi totali

	CIN1	CIN2	CIN3>	totali
attuale	11%	8%	7%	10%
prec.	7%	5%	6%	6%

trattamenti distruttivi su t. noti

	CIN1	CIN2	CIN3
DTC	37 %	3 %	0 %
vap. laser	15 %	2 %	1 %

upgrading (su escissionali)

	CIN2/3	INV
CIN1	60%	4%
CIN2/3	-	1%

isterectomie su t. noti

	CIN1	CIN2	CIN3	AIS
isterect.	0.3%	0.8 %	5 %	26 %

(da Ciatto S, GISCI 2005)



Margini non disponibili

Italia 02: ansa RF: 68,2% (475/696)
conizzazione chir: 60,2% (71/118)
conizzazione laser: 75,0% (42/56)

Italia 03: 54,6% (473/867)
48,6% (69/142)
63,8% (37/58)

Margine distale non disponibile

Italia 02: ansa RF: 70,4% (490/696)

Italia 03: 52,8% (458/867)

conizzazione chir: 53,4% (63/118)

54,9% (78/142)

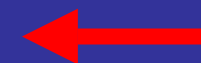
conizzazione laser: 75,0% (42/56)

63,8% (37/58)

Rilevamento da concordare e organizzare di routine con le AP sia pubbliche che private, proposto già dal II° livello GISCi, su ogni lesione precancerosa, qualsiasi sia il trattamento.



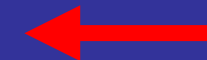
TIPO DI TRATTAMENTO	TIPO DI LESIONE					
	CIN 1					
	Italia 2000	Italia 2001	Piemonte 2000	Piemonte 2001	Piemonte 2002	Piemonte 2003
Vaporizzazione laser	5.3	5.8	7.1	4.5	4.1	0.5
Escissione a radiofrequenza	15.7	14.7	9.5	3.0	2.3	4.2
Crioterapia	0	0	0	0	0.0	0.0
Conizzazione chirurgica	1.4	1.4	1.2	0.5	0.6	0.9
Conizzazione laser	0.2	0.3	0	1.0	0.0	0.0
Ansa + Laser	0.0	0.0	0	0.0	0.0	1.4
Vaporizzazione Nas	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4
Isterectomia	0.6	0.7	0	0.0	0.0	0.0
Non trattate	58.2	58.4	71.4	87.5	84.8	83.3
Trattamento ignoto	12	12.8	9.5	0.5	0.0	1.4
Non trattate < 3 mesi	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
Non trattate > 3 mesi	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.3
Altro	6.6	5.9	1.2	3.0	8.18	0.0
Totale	100	100	100	100	100	100



(R Volante, 2005)



TIPO DI TRATTAMENTO	TIPO DI LESIONE					
	CIN 2-3					
	Italia 2000	Italia 2001	Piemonte 2000	Piemonte 2001	Piemonte 2002	Piemonte 2003
Vaporizzazione laser	3.0	3.6	17.2	9.7	7.4	14.9
Escissione a radiofrequenza	50.5	50.5	31.2	38.4	62.7	54.7
Crioterapia	0	0	0	0	0.0	0
Conizzazione chirurgica	15.7	15.0	15.0	10.3	6.2	8.8
Conizzazione laser	6.8	8.3	0	1.1	1.24	1.6
Laser + rfq	6.8	8.3	0	1.1	1.24	2.2
ALTRO						
Isterectomia	6.2	6.1	6.4	0.5	4.3	1.1
Non trattate	4.1	3.0	3.2	3.5	3.72	6.6
Trattamento ignoto	11.7	11.4	26.9	3.2	1.8	7.7
Altro tipo di intervento	1.9	1.7	0.0	3.2	12.4	2.2
Totale	100	100	100	100	100	100



(R Volante, 2005)

Impostazione della raccolta dei dati sul follow up dei trattamenti.

SURVEY SU ESITO DELLA TERAPIA E FOLLOW-UP

STANDARD NHSCSP/GISCI : OLTRE IL **90%** DEI CASI TRATTATI DOVREBBE PRESENTARE UN CONTROLLO CITOLOGICO A SEI MESI LIBERO DA DISCARIOSI.

STANDARD MINISTERIALE INCIDENZA CA. INVASIVO IN DONNE CHE HANNO AVUTO UN' INDICAZIONE ALLA COLPOSCOPIA: ACCETTABILE NON PIU' DI TRE CASI OGNI 100.000 DONNE SCREENATE

SURVEY SU COMPLICANZE ED EFFETTI COLLATERALI DELLA TERAPIA PER DISPLASIA

STANDARD NHSCSP/GISCI:NON PIU' DEL **2%** DEI CASI TRATTATI DOVREBBE NECESSITARE DI RICOVERO PER COMPLICANZE LA COMPLICANZA EMORRAGICA INTRAOPERATORIA DOVREBBE AVERE UN TASSO MASSIMO DEL **5%**

(R Volante, 2005)



“Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis.”

Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskeva E. Lancet, 2006;367:489-98.

Una metanalisi di Kyrgiou M et al, 2006 evidenzia che tutte le procedure escissionali che trattano la CIN danno una morbilità simile in caso di gravidanza successiva senza un'apparente morbilità neonatale; perciò di Autori raccomandano ai Clinici di non trattare giovani donne con CIN 1 fornendo questi dati evidence based.



Follow-up dopo trattamento dei casi trattati per displasia cervicale uterina.

Marzo 2005, approvazione del Coordinamento degli Screening della Regione Piemonte.

- Citologia convenzionale o liquida

- Se liquida centralizzare la preparazione (economia di scala)

- Test HPV: PCR o HC II con garanzia di qualità.



FOLLOW-UP PER 10 ANNI

-b-

DONNE TRATTATE PER DISPLASIA

COLPOSCOPIA A 6 MESI + TEST CITOLOGICO E HRHPV
BIOPSIA AREE SOSPETTE ANCHE VAGINALI CURETTAGE
E/O CYTOBRUSH

COLPOSCOPIA
POSITIVA

NUOVO
TRATTAMENTO

CITOLOGIA LSIL,
HSIL O ASCUS+
HRHPV+: NUOVA
COLPOSCOPIA DI
II° LIVELLO

COLPOSCOPIA (+
CURETTAGE) NEGATIVA
E/O BRUSHING CON
PRELIEVO CITOLOGICO
+ TEST HPV

HPV POSITIVO

COLPOSCOPIA ANNUALE FINO A 2
TEST HPV NEGATIVO

HPV NEGATIVO

FOLLOW-UP ANNUALE: test
HPV + citologia in strato sottile

SE HPV E/O CITOLOGIA POSITIVI: COLPOSCOPIA

INDICATORI DI VALUTAZIONE DIAGNOSTICA E TRATTAMENTO

Trattamento delle HSIL	N° di donne trattate con CIN 2-3 rilevate allo screening <hr/> N° di donne con CIN 2-3 rilevate allo screening
% di donne isterectomizzate per lesioni intraepiteliali rilevate allo screening	N° di donne isterectomizzate con CIN istologica <hr/> N° di donne con CIN istologica
% di trattamento per CIN 1	N° di donne trattate con CIN 1 rilevata allo screening <hr/> N° di donne con CIN 1 rilevata allo screening
Incidenza del cancro invasivo dopo citologia anormale	Casi di cancro invasivo dopo citologia anormale <hr/> Donne-anno dopo citologia anormale
% di donne con citologia negativa per SIL, 6 mesi dopo il trattamento	N° di donne trattate con citologia negativa dopo 6 mesi <hr/> N° di donne trattate seguite per 6 mesi

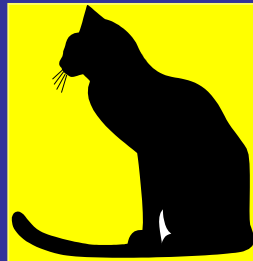
(da "Proposta di Linee Guida Europee 2006". Comunicazione personale.)

Colposcopy and Programme Management

NHSCSP Publication N° 20
April 2004

Reperibile sul sito:

www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/co-03.html





NHSCSP April 2004

Follow-up CIN (istologicamente confermata): Concetti generali

- ❑ La maggior parte delle persistenze e/o recidive avviene nei primi 24 mesi.
- ❑ Appropriata la citologia (primo test a 6 mesi, poi annuale per 10-20 anni).
- ❑ Colposcopia se citologia anormale.
- ❑ Fallimenti non superiori al 5% nei 12 mesi dal trattamento.
- ❑ Le donne trattate per CIN 2+ sono ad alto rischio di persistenza e/o recidiva e vanno seguite per almeno 10 ma anche 20 anni.
- ❑ Le donne trattate per CIN 1 non sono ad alto rischio di persistenza e/o recidiva e vanno seguite per 2 anni, prima del ritorno allo screening.
- ❑ Il trattamento per CGIN deve consistere in biopsia escissionale. Nel follow-up del trattamento il Pap test deve contenere cellule cilindriche endocervicali.



Colposcopy and Programme Management

APPENDIX 1: SUMMARY OF STANDARDS (Pag.55-60)

8. Assicurare un'appropriata selezione e qualità del trattamento.

..... Le tecniche distruttive si possono usare solo se: è visualizzata l'intera zona di trasformazione (100%), non esiste un'anormalità ghiandolare (100%), non c'è evidenza di una lesione invasiva (100%).

..... La crioterapia può essere usata solo per il CIN1 che deve essere trattato solo in casi eccezionali e dopo un audit istologico.

..... Nelle lesioni esocervicali le tecniche escissionali devono rimuovere tessuto fino alla profondità > di 7mm (95%).

9. Assicurare un appropriato ed adeguato follow-up.

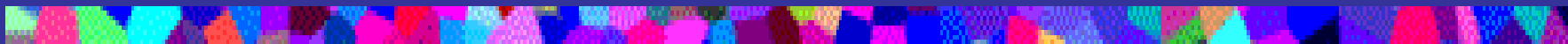
10. Assicurare un'adeguata comunicazione con il Medico di famiglia.

11. Mantenere livelli di qualità.



NHSCSP April 2004

Follow-up CIN 1 (istologicamente confermata)



Non deve necessariamente essere trattata
Se non trattata, follow-up
Il follow-up è cito-colposcopico per 6-12-24
mesi, fino alla regressione spontanea o alla
progressione in cui è necessario il trattamento
Se trattata, e se follow-up negativo, ritorno
al follow-up annuale dopo due anni



Trattamento e/o follow-up CIN 1 istologicamente confermata Linee guida

RER (2004): Se la colposcopia è "conclusiva", il trattamento è poco appropriato. Si suggerisce un follow-up citologico a 6 mesi; se negativo: ritorno allo screening.

GISCI: No trattamento, follow-up.

ASCCP (2003): se GSC evidenziabile, Pap test 6-12 mesi oppure HRHPV test a 12 mesi. Se due Pap test negativi o uno HRHPV test negativo, ritorno allo screening citologico annuale. Se trattamento su desiderio della paziente → distruttivo o LEEP → a giudizio del ginecologo. Prima del trattamento, fare cytobrush endocervicale. Se follow-up dopo trattamento → CIN 1 → trattamento escissionale.

Liverpool Cytology Training Center (2004): Sempre trattamento. Follow-up citologico a 6-12-24 mesi; se negativo, ritorno allo screening.

Eurogyn (2005): Follow-up con HRHPV test a 6-12 mes. Se positivo, colposcopia.



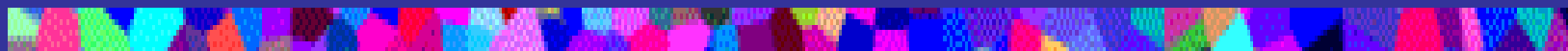
Revisione da parte di un Panel di Patologi delle diagnosi istologiche di CIN 1

- ❖ 43% confermate
- ❖ 41% smentite e declassificate
- ❖ 13% smentite e riclassificate in forma più grave

(Studio ALTS 2004)



Esperienza di follow-up senza trattamento della CIN 1 istologicamente provata



Sazieni 1996 (n= 566)

- ✓ 54.1 % regressioni
- ✓ 24.4 % persistenze
- ✓ 21.5% progressioni



bmj.com

Risk of cervical and other cancers after treatment of cervical intraepithelial neoplasia: retrospective cohort study

Ilkka Kalliala, Ahti Anttila, Eero Pukkala and Pekka Nieminen

BMJ 2005;331;1183-1185
doi:10.1136/bmj.38663.459039.7C

L'incidenza di cancro invasivo nelle donne trattate per CIN è di circa 23 per 100.000 donne/anno.

I CIN I-II trattati hanno più alto rischio di sviluppare un carcinoma invasivo cervicale con un'incidenza standardizzata di 3,1 per 100.000 donne/anno per il CIN I, di 3,7 per 100.000 donne/anno per il CIN II e di 2,2 per 100.000 donne/anno per il CIN III. Il rischio permane nei primi 20 anni dal trattamento.

Mie osservazioni: quale trattamento? Che comportamenti di vita hanno le donne trattate rispetto al gruppo di controllo? Dal lavoro si deduce prima di tutto che fumano di più. La diagnosi istologica è confermata da un Panel di Patologi? E' una conferma indiretta che è meglio non trattare le CIN?



Programmazione del trattamento di una lesione CIN istologicamente provata

Target importanti:

- ❖ eliminare i sovratrattamenti
- ❖ verifica *inter pares* dei casi (trattati e non) dell'appropriatezza della decisione



Grazie!