

**CONGRESSO NAZIONALE GISCI
3-4- MAGGIO 2007 CATANIA**

G. MAINA

**CENTRO DIAGNOSI ONCOLOGICA PRECOCE IN
COLPOSCOPIA LASERCHIRURGIA E TERAPIE
CORRELATE TRATTO DISTALE GENITALE**

O.I.R.M. S'ANNA TORINO

**IL TRATTAMENTO ESCISSIONALE E'
SEMPRE IL GOLD STANDARD PER IL
TRATTAMENTO DELLA CIN ?**

**NON ESISTE AL MOMENTO UNA TECNICA
CHIRURGICA CONSERVATIVA PIU'
EFFICACE RISPETTO AD UN'ALTRA PER
IL TRATTAMENTO RADICALE DELLA
NEOPLASIA INTRAEPITELIALE
CERVICALE (CIN)**

**EUROP. GUIDELINES 2006 NHSCSP 2004
(REVIEW COCHRANE DI 28 LAVORI
RANDOMIZZATI PONENTI A CONFRONTO
SETTE TECNICHE ACCREDITATE)**

OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE COLPOSCOPICA

- Localizzazione della sede più appropriata per BMS



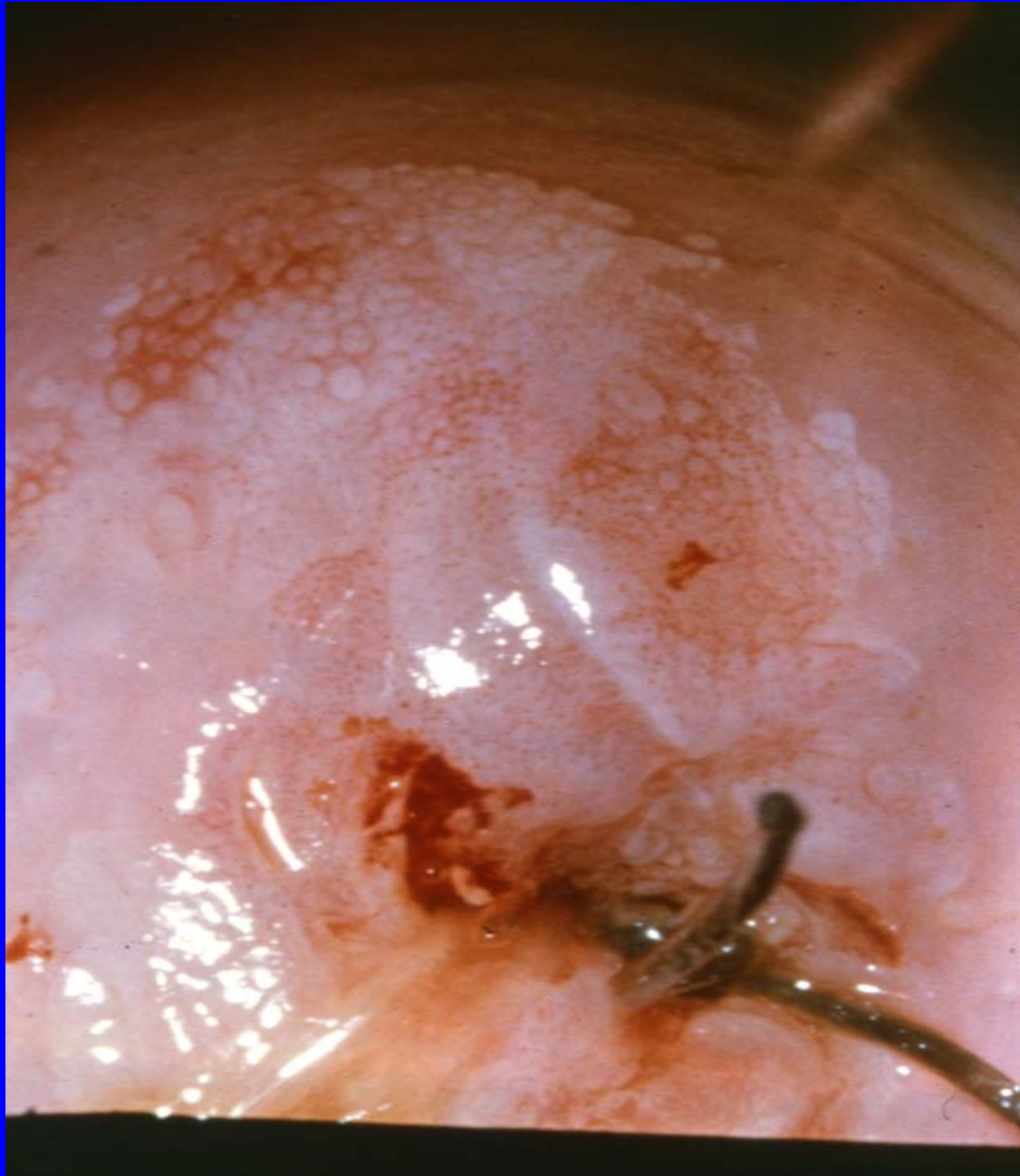
OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE COLPOSCOPICA

- **Valutazione dell'estensione delle lesioni**



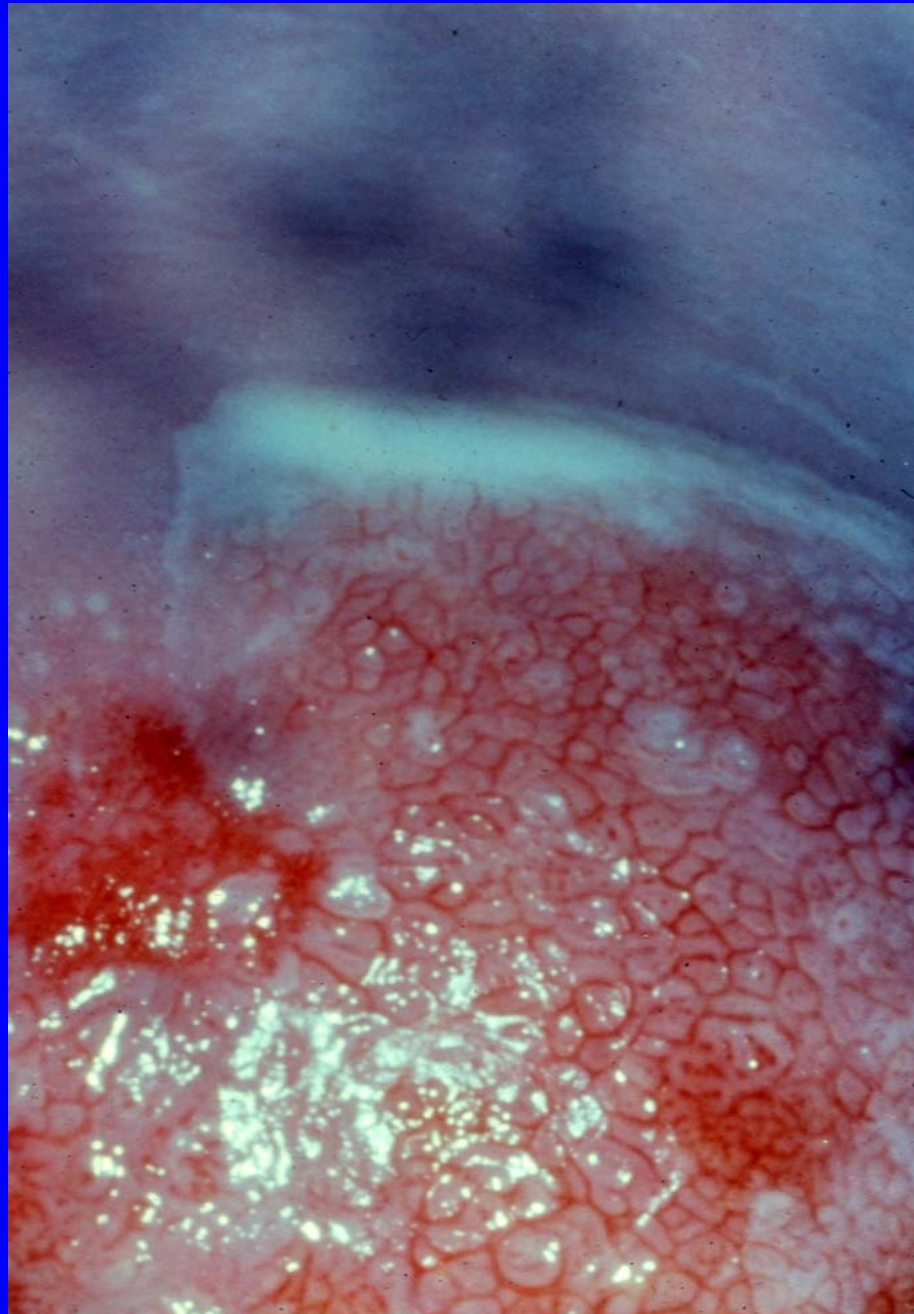
OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE COLPOSCOPICA

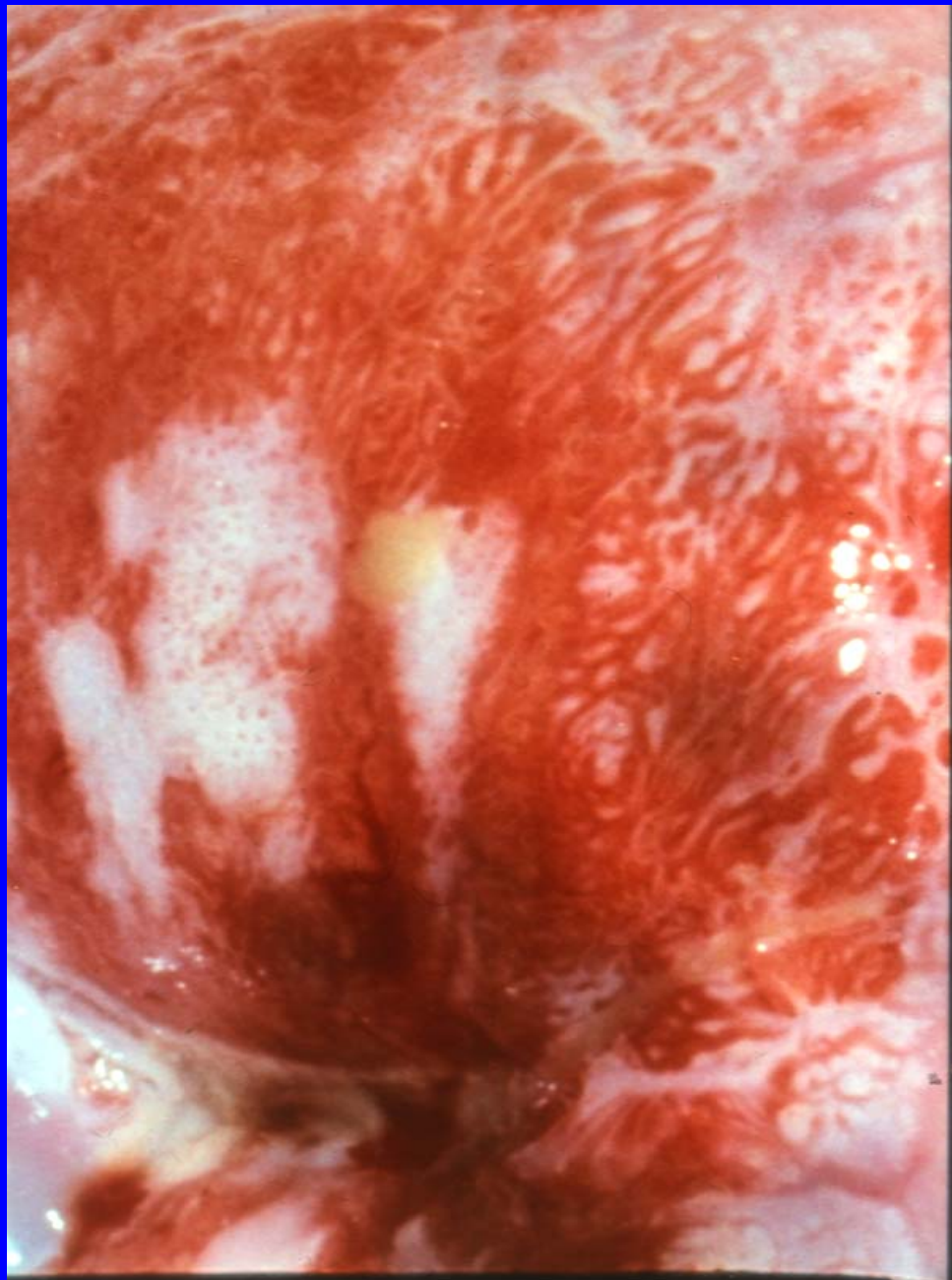
- Localizzazione della giunzione squamo/colonnare



OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE COLPOSCOPICA

- **Esclusione del carcinoma
invasivo**





LA TERAPIA DISTRUTTIVA DEVE SEGUIRE RIGOROSI CRITERI DI SELEZIONE E LE TECNICHE DISTRUTTIVE ACCREDITATE (LASER VAPORIZZAZIONE, CRIOTERAPIA, COAGULATORE DI SEMM, DIATERMOCOAGULAZIONE PROFONDA O RADICALE) SONO APPLICABILE SOLO QUANDO:

- 1- L' INTERA ZONA DI TRASFORMAZIONE E' VISUALIZZABILE (100% DEI CASI)**
- 2- LA PRECEDENTE DIAGNOSI ISTOLOGICA E' CORRETTA(100% DEI CASI)**
- 3- NON VI E' EVIDENZA DI MALATTIA INVASIVA (100% DEI CASI)**
- 4- NON VI E' EVIDENZA ANOMALIE GHIANDOLARI (100% DEI CASI)**

**L'APPROCCIO ESCISSIONALE PER IL
TRATTAMENTO DELLA CIN E'
PREFERIBILE PERCHE' PERMETTE
L'ESAME ISTOLOGICO SUL PEZZO
ASPORTATO E RISOLVE IL PROBLEMA
DELL'EVENTUALE SOTTOSTIMA
BIOPTICA.**

**CONGRESSO NAZIONALE GISCI
3-4- MAGGIO 2007 CATANIA**

G. MAINA

**CENTRO DIAGNOSI ONCOLOGICA PRECOCE IN
COLPOSCOPIA LASERCHIRURGIA E TERAPIE
CORRELATE TRATTO DISTALE GENITALE**

O.I.R.M. S'ANNA TORINO

**L'AVVENTO DELL'ANSA HA RESO
OBSOLETE LE ALTRE TECNICHE
ESCISSIONALI ?**

TECNICHE ESCISSIONALI ACCREDITATE:

- LLETZ O LEEP (ESCISSIONE A RF)**
- LASER ESCISSIONALE**
- CONIZZAZIONE A LAMA FREDDA**

EUROP. GUIDELINES 2006

INDICAZIONI ALLA CONIZZAZIONE/CILINDRIZZAZIONE A LAMA FREDDA

- ADENOCA IN SITU ENDOCERVICALE/NEOPLASIA INTRAGHIANDOLARE DI ALTO GRADO (CGIN)**
- SOSPETTO CA SQUAMOSO MICROINVASIVO/INVASIVO PER LA VALUTAZIONE DELLA PROFONDITA DI INVASIONE, L'ESTENSIONE IN SUPERFICIE (STADIAZIONE) E LO STATO DEI MARGINI**

INDICAZIONI ALLA CONIZZAZIONE/CILINDRIZZAZIONE A LAMA FREDDA

-RECIDIVA/PERSITENZA DI CIN DI ALTO GRADO ENDOCERVICALE IN PAZIENTI GIA' SOTTOPOSTE A TECNICHE ESCISSIONALI (LLETZ O LEEP, LASER ESCISSIONALE) NON ULTERIORMENTE RIPETIBILI

-IMPOSSIBILITA' ANATOMICHE ALL'UTILIZZO DI TECNICHE ESCISSIONALI CONSERVATIVE IN ANESTESIA LOCALE (E' CONSIGLIABILE EFFETTUARE VISITA DI FATTIBILITA' PRIMA DI QUALSIASI TRATTAMENTO ESCISSIONALE)

**CONGRESSO NAZIONALE GISCI
2-3 MAGGIO 2007**

G. MAINA

**CENTRO DIAGNOSI ONCOLOGICA PRECOCE IN
COLPOSCOPIA LASERCHIRURGIA E TERAPIE
CORRELATE TRATTO DISTALE GENITALE**

O.I.R.M. S'ANNA TORINO

**L'ASPORTAZIONE DELLA MALATTIA IN
“UNICO PEZZO” OFFRE MAGGIORI GARANZIE
DI RADICALITA'?**

**PER LE LESIONI ESOCERVICALI LA
TECNICA ESCISSIONALE DOVREBBE
RIMUOVERE IL TESSUTO FINO AD UNA
PROFONDITA' DI ALMENO 7 mm, ALMENO
NEL 95% DEI CASI**

NHSCSP 2004

INDICATORI ISTOLOGICI DEL PEZZO ESCISSE:

- DIMENSIONI DEL CAMPIONE
ESCISSE (MISURE DELLA BASE E
MISURA DELL'ALTEZZA)**
- ESTENSIONE DELLA LESIONE**
- STATO DEI MARGINI**

**NELL' 80% DEI CASI IL CAMPIONE
ESCISSO DOVREBBE ESSERE RIMOSSO IN
UNICO PEZZO**

NHSCSP 2004

**LA MALATTIA LATERALE RISPETTO
ALL' AREA CENTRALE PUO' ESSERE
RIMOSSA SEPARATAMENTE**

EUROP. GUIDELINES 2006

**L'ESCISSIONE DELLA ZONA DI
TRASFORMAZIONE IN FRAMENTI MULTIPLI PUO'
AUMENTARE LE DIFFICOLTA' DELLA
VALUTAZIONE ISTO PATOLOGICA.
IN CASO DI PRESENZA DI MALATTIA
MICROINVASIVA, NEI CAMPIONI ESCISSIONALI
FRAMMENTATI, PUO' RISULTARE IMPOSSIBILE
LA SUBSTADIAZIONE O DEFINIRE LA
COMPLETEZZA DELL'ESCISSIONE**

**NHSCSP 2004
EUROP. GUIDELINES 2006**

**CONGRESSO NAZIONALE GISCI
3-4 MAGGIO 2007 CATANIA**

G. MAINA

**CENTRO DIAGNOSI ONCOLOGICA PRECOCE IN
COLPOSCOPIA LASERCHIRURGIA E TERAPIE CORRELATE
TRATTO DISTALE GENITALE
O.I.R.M. S'ANNA TORINO**

**LO STATO DEI MARGINI
INFLUISCE SUL
COMPORTAMENTO CLINICO
SUCCESSIVO?**

**L'ESTENSIONE DELLA CIN SINO AI
MARGINI DI RESEZIONE DOPO UNA
TERAPIA ESCISSIONALE E' DIMOSTRATO
ESSERE UN FATTORE DI RISCHIO DI
RECIDIVA DI CIN SIA A BREVE, CHE A
LUNGO TERMINE, SOPRATTUTO QUANDO
E' COINVOLTO IL MARGINE
ENDOCERVICALE.**

NHSCSP 2004

EUROP. GUIDELINES 2006

CITOLOGIA + COLPOSCOPIA

**AL PRIMO CONTROLLO DI FOLLOW-UP
NELLE DONNE TRATTATE CON TECNICHE
ESCISSIONALI E MARGINI INTERESSATI**

NHSCSP 2004

RIPETIZIONE DELL'ESCISSIONE:

**-DONNE DI ETA' SUPERIORE AI 50 ANNI CON
MARGINE ENDOCERVICALE COINVOLTO
DA CIN 3, IN CUI NON POSSA ESSERE
GARANTITO UN FOLLOW-UP CON
CITOLOGIA E COLPOSCOPIA**

NHSCSP 2004

EUROP. GUIDELINES 2006

RIPETIZIONE DELL'ESCISSIONE:

**DONNE CON ADENOCARCINOMA IN
SITU O NEOPLASIA
INTRAEPITELIALE (CGIN) CON
MARGINI INTERESSATI, SE
DESIDEROSE DI CONSERVAZIONE
DELLA FERTILITA'**

NHSCSP 2004

RIPETIZIONE DELL'ESCISSIONE :

**- DONNE CON CARCINOMA
SQUAMOSO MICROINVASIVO
STADIO FIGO I A1,**

**ANCHE SE LA LESIONE INVASIVA E'
STATA ESCISSA, MA LA CIN SI
ESTENDE AI MARGINI DI
ESCISSIONE,**

**ANCHE QUALORA SIA PREVISTA
UNA ISTERECTOMIA**

NHSCSP 2004