

Convegno Nazionale GISCi

Firenze, 12-13 giugno 2014

**Slide seminar:
il Triage citologico dopo Test HPV**

Antonella Pellegrini

UOC Anatomia Patologica

Azienda Ospedaliera S.Giovanni-Addolorata, Roma

GISCI **CONVEGNO NAZIONALE 2013**
LO SCREENING CERVICALE TRA PRESENTE E FUTURO
ACCOMPAGNARE IL CAMBIAMENTO
Riva del Garda 23-24 Maggio 2013

Presentazione del documento
La citologia di triage

Antonella Pellegrini

UOC Anatomia Patologica

Az. Osp. S.Giovanni-Addolorata, Roma

Massimo Confortini

Laboratorio Prevenzione Oncologica

ISPO, Firenze

GRUPPO DI LAVORO TEST 1° LIVELLO

Coordinatori: Vincenzo Maccallini, Antonella Pellegrini

Sottogruppo di lavoro “Triage citologico”

Referenti:

Massimo Confortini
Vincenzo Maccallini
Antonella Pellegrini

Componenti:

Luca Anselmi
Sergio Arnaud
Simonetta Bulletti
Maddalena Camerlo
Maria Rosaria D'Amico
Giovanni Di Claudio
Prassede Foxi
Bruno Ghiringhella
Maria Rosaria Giovagnoli
Daniela Gustinucci
Marzia Matucci
Ubaldo Passamonti
Maria Luisa Schiboni
Gian Luigi Taddei
Grazia Maria Troni
Patricia Turco
Laura Viberti

LA CITOLOGIA DI TRIAGE
NEI PROGRAMMI DI SCREENING
CON HPV COME TEST PRIMARIO

LA CITOLOGIA DI TRIAGE NEI PROGRAMMI DI SCREENING CON HPV COME TEST PRIMARIO



GISCI

Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma

Con il Patrocinio di



ONB
Ordine Nazionale dei Biologi

**Gruppo di lavoro Test di primo livello
(Coordinatori: V. Maccallini, A. Pellegrini)**

**Slide seminar:
il Triage citologico dopo test HPV**

Corso di aggiornamento

Roma, 3 e 4 Aprile 2014

**Centro Formazione Ordine Nazionale Biologi
Viale della Piramide Cestia 1**

Grazie a

Docenti e tutor

P. Foxi, M.L.Schiboni, G.M.Troni

Centri che hanno fornito i vetrini

ISPO Firenze

Anatomia Patologica ULSS 18 Rovigo

Anatomia Patologica Osp.S.Giovanni Roma

Città della salute Torino

e.....

*all' **Ordine Nazionale dei Biologi** che ci ha
gentilmente e gratuitamente ospitati*

*a **Giancarla Bacchi***

*a **Sandrine Kom***

*a **Galliano** che mi ha aiutata a fotografare i vetrini*

20 partecipanti

Biologi
Anatomopatologi
Tecnici laboratorio

Set di 25 vetrini
21 conv, 4 ThinPrep




| | SOTTOCLASSI | | | | | | |
|---------|-------------|---|---|-------|------|-----------|---|
| | 1 | 2 | 3 | ASC-H | HSIL | Ca inv | 4 |
| CASO 1 | | | | | | | |
| CASO 2 | | | | | | | |
| CASO 3 | | | | | | | |
| CASO 4 | | | | | | | |
| CASO 5 | | | | | | | |
| CASO 6 | | | | | | | |
| CASO 7 | | | | | | | |
| CASO 8 | | | | | | | |
| CASO 9 | | | | | | | |
| CASO 10 | | | | | | | |
| CASO 11 | | | | | | | |
| CASO 12 | | | | | | | |
| CASO 13 | | | | | | | |
| CASO 14 | | | | | | | |
| CASO 15 | | | | | | | |
| CASO 16 | | | | | | | |
| CASO 17 | | | | | | | |
| CASO 18 | | | | | | | |
| CASO 19 | | | | | | | |
| CASO 20 | | | | | | | |
| CASO 21 | | | | | | | |
| CASO 22 | | | | | | | |
| CASO 23 | | | | | | | |
| CASO 24 | | | | | | | |
| CASO 25 | | | | | | | |

Legenda

1 NEG
2 LSIL
3 ASC-H+
4 AGC

ACRONIMO

4 Categorie: Neg, LSIL, ASC-H+, AGC

- **Meno categorie, più concordanza**
(solo 20 lettori, solo 25 casi)
- **Meno categorie, maggiore specificità**
- **No ASC-US**
- **Atipie squamose e atipie ghiandolari separate**
- **ASC-H+** 
 - ASC-H
 - HSIL
 - Ca

$K \geq 0,75$

concordanza eccellente

$K > 0,40 < 0,75$

concordanza buona

$K < 0,40$

concordanza scarsa

Singolo lettore vs maggioranza

concordanza grezza

K di Cohen

| | | |
|------------|------|------|
| Lettore AA | 0,84 | 0,74 |
| Lettore AB | 0,72 | 0,54 |
| Lettore AC | 0,76 | 0,61 |
| Lettore AD | 0,68 | 0,49 |
| Lettore AE | 0,68 | 0,50 |
| Lettore AF | 0,80 | 0,64 |
| Lettore AG | 0,84 | 0,71 |
| Lettore AH | 0,84 | 0,74 |
| Lettore AI | 0,60 | 0,35 |
| Lettore AL | 0,76 | 0,56 |
| Lettore AM | 0,76 | 0,61 |
| Lettore AN | 0,76 | 0,63 |
| Lettore AO | 0,60 | 0,42 |
| Lettore AP | 0,72 | 0,55 |
| Lettore AQ | 0,76 | 0,56 |
| Lettore AR | 0,76 | 0,56 |
| Lettore AS | 0,84 | 0,75 |
| Lettore AT | 0,72 | 0,56 |
| Lettore AU | 0,72 | 0,51 |
| Lettore AV | 0,88 | 0,81 |

Provenienza vs Maggioranza

Maggioranza

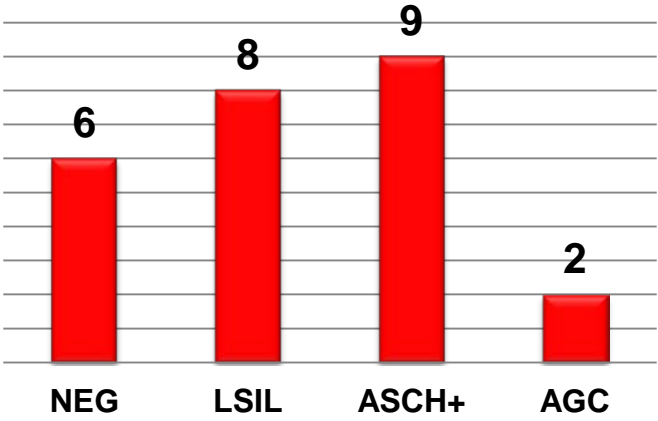
Prov

| | Neg | LSIL | ASCH+ | AGC |
|-------|-----|------|-------|-----|
| Neg | 3 | 3 | 0 | 0 |
| LSIL | 0 | 3 | 5 | 0 |
| ASCH+ | 0 | 0 | 9 | 0 |
| AGC | 0 | 0 | 1 | 1 |

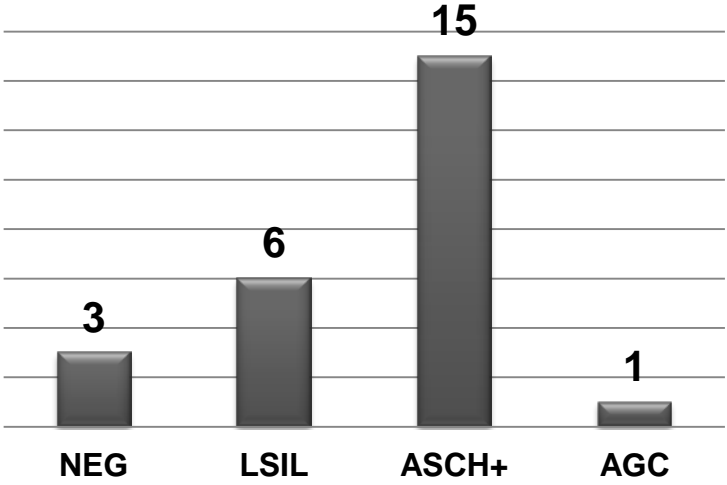
Accordo osservato: 0,64

K di Cohen: 0,47

Diagnosi di origine



Maggioranza



Le immagini digitali

Il confronto



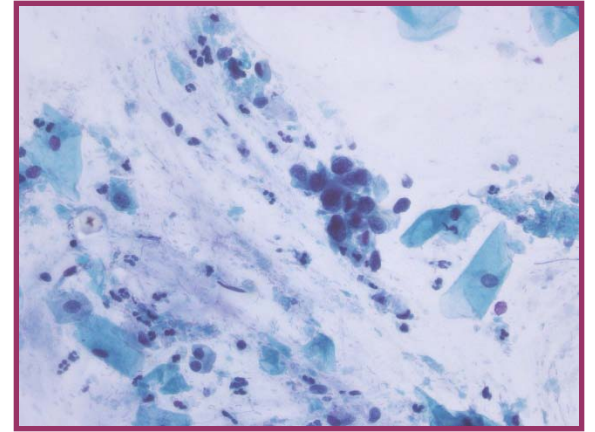
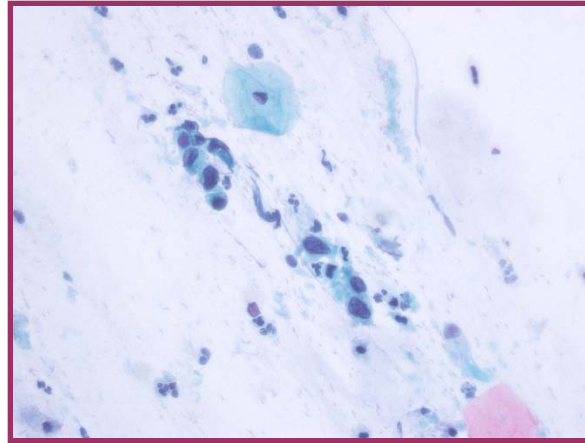
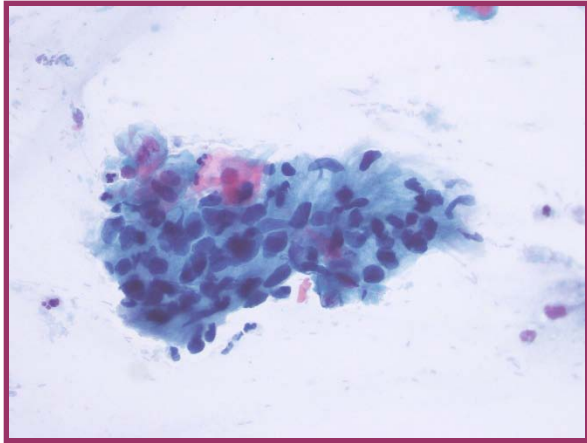
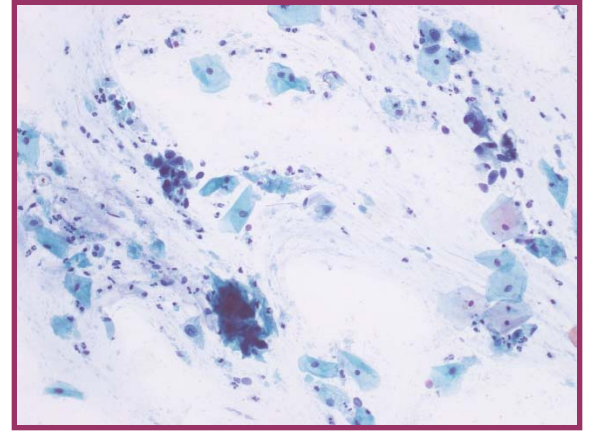
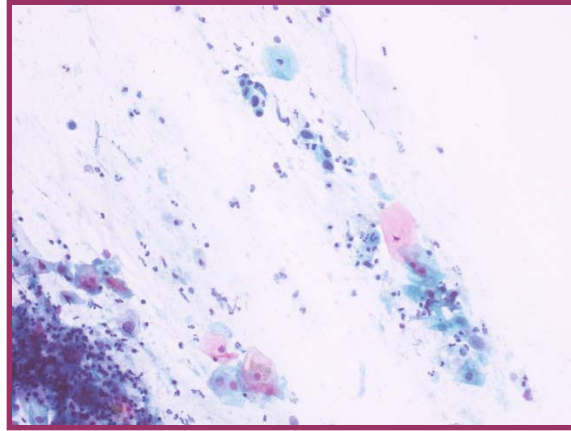
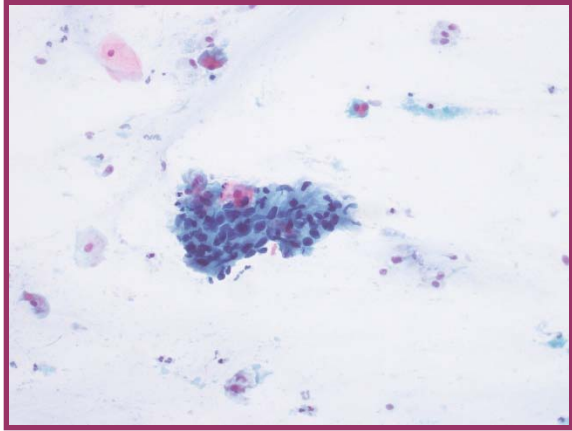
Slide seminar: il Triage citologico dopo test HPV

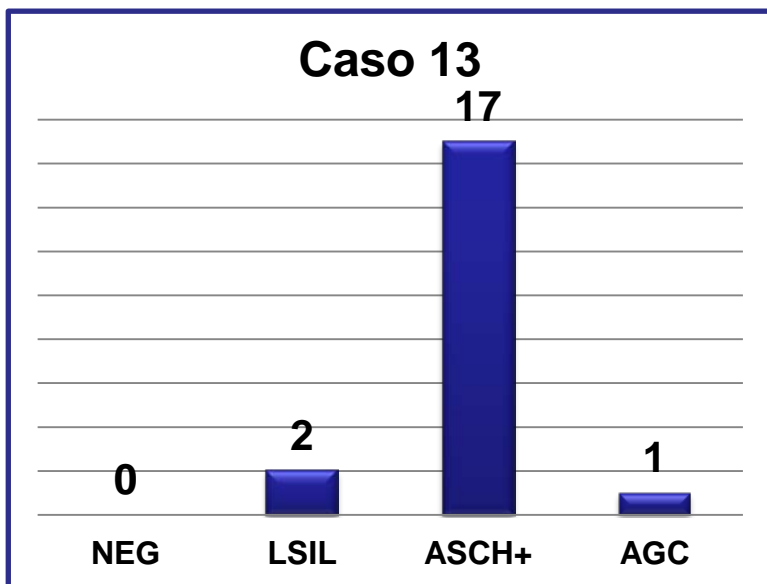
Roma, 3 e 4 aprile 2014

Caso N°13

Provenienza: Roma

Età: aa 36

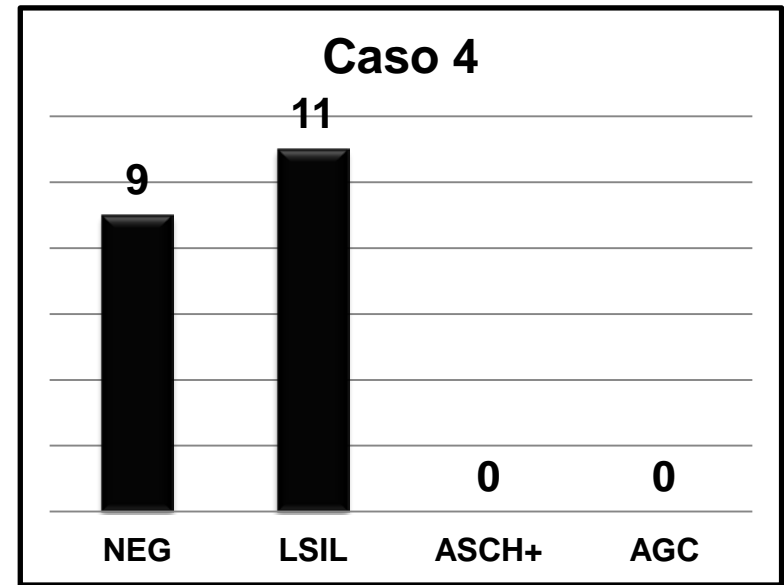
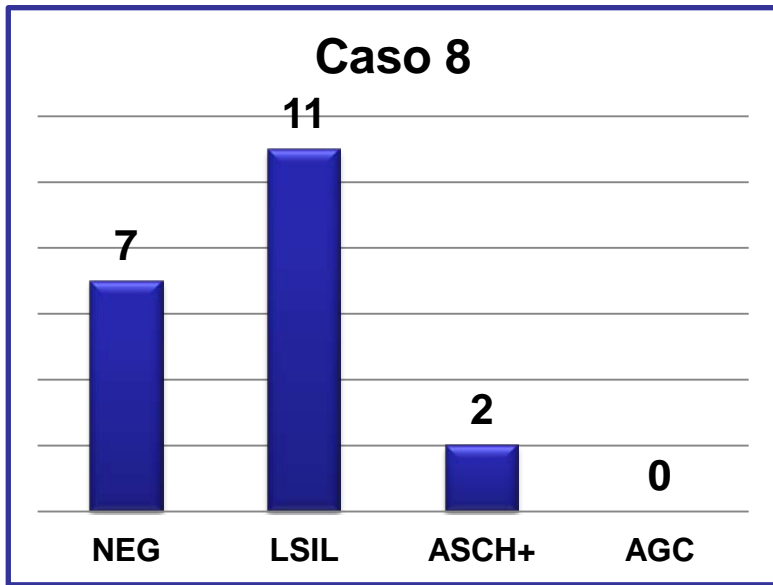




Diagnosi di maggioranza: ASC-H+

Diagnosi di provenienza: HSIL
2° livello CIN 3

| ASCH+ | | |
|-------|------|--------|
| ASC-H | HSIL | Ca inv |
| 1 | 16 | 0 |



Diagnosi di provenienza: ASC-US

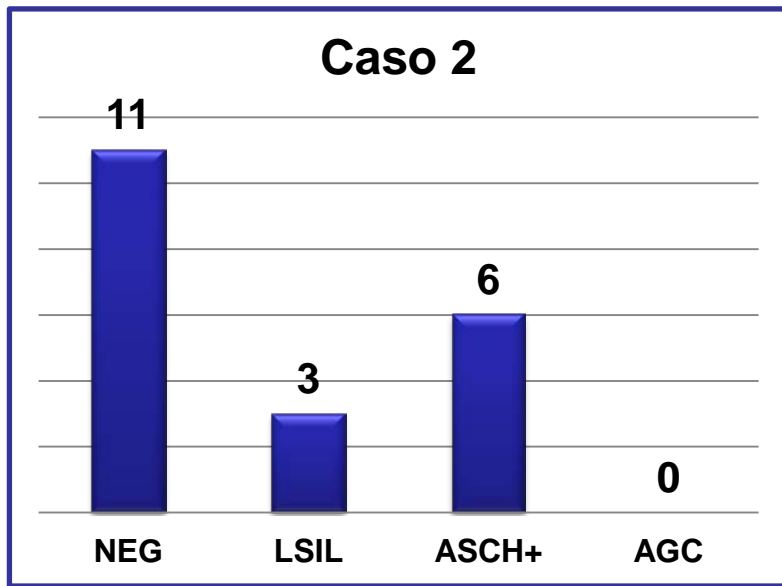
Diagnosi di maggioranza: LSIL

Diagnosi di provenienza: Negativo

Diagnosi di maggioranza: LSIL

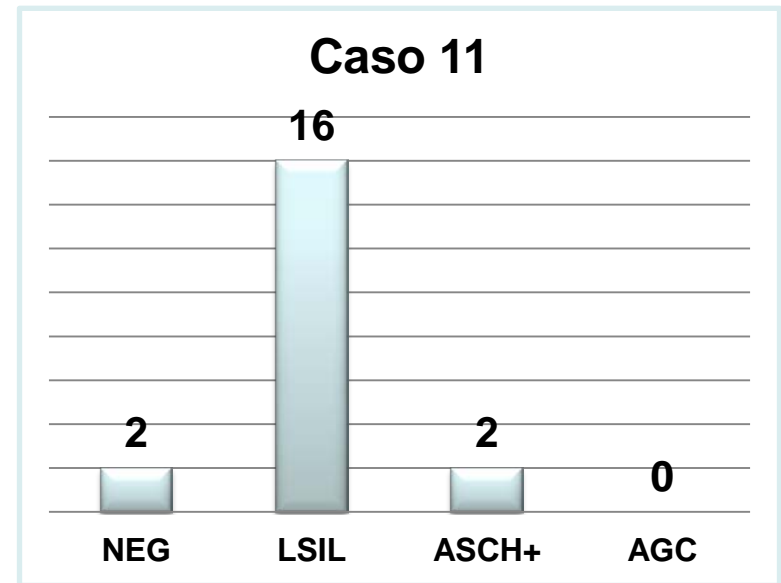
Nel triage citologico eliminare ASC-US....

si può



Diagnosi di provenienza: Negativo

Diagnosi di maggioranza: Negativo

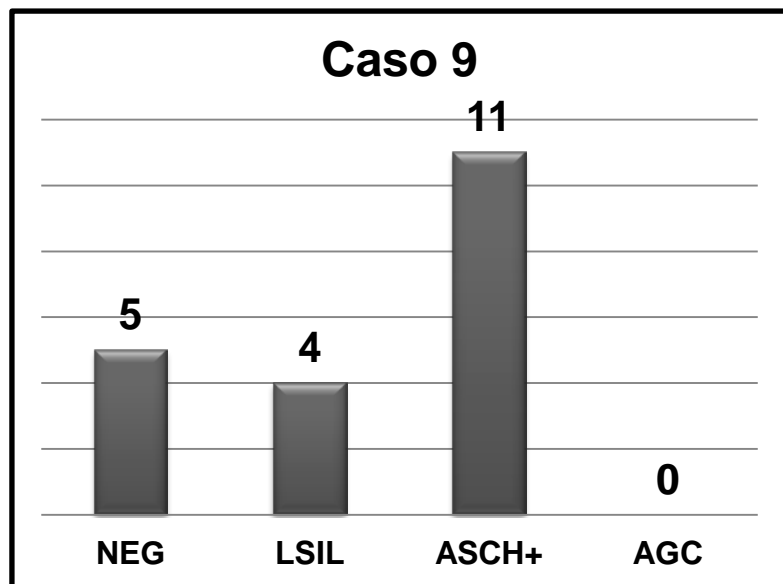


Diagnosi di provenienza: Negativo

Diagnosi di maggioranza: LSIL

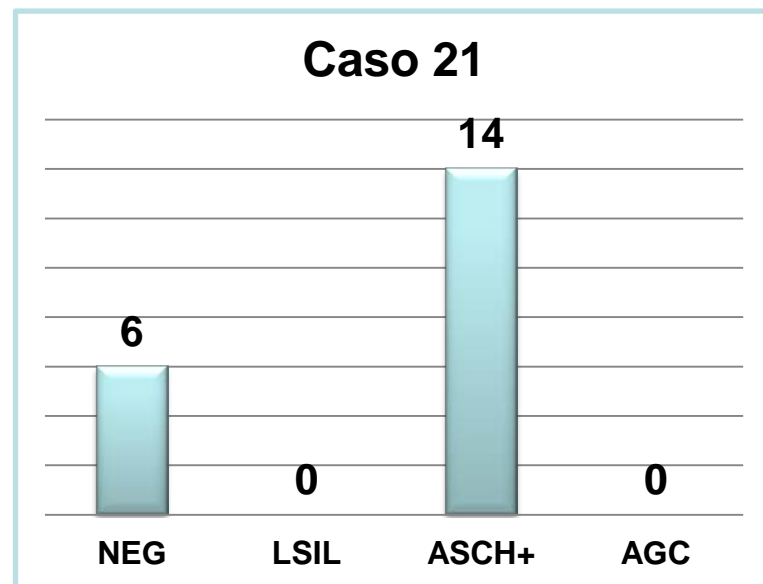
*il citologo è esposto
ad un maggiore rischio di sovradiagnosi*

*Attenzione però....
il falso negativo è sempre in agguato !*



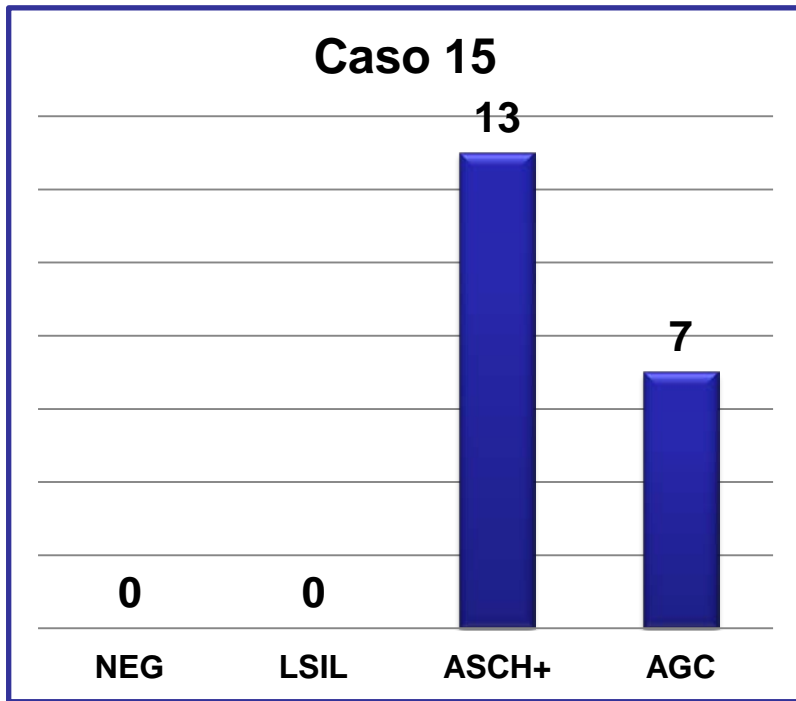
Diagnosi di provenienza: ASC-H

Diagnosi di maggioranza: ASC-H+



Diagnosi di provenienza: ASC-H

Diagnosi di maggioranza: ASC-H+



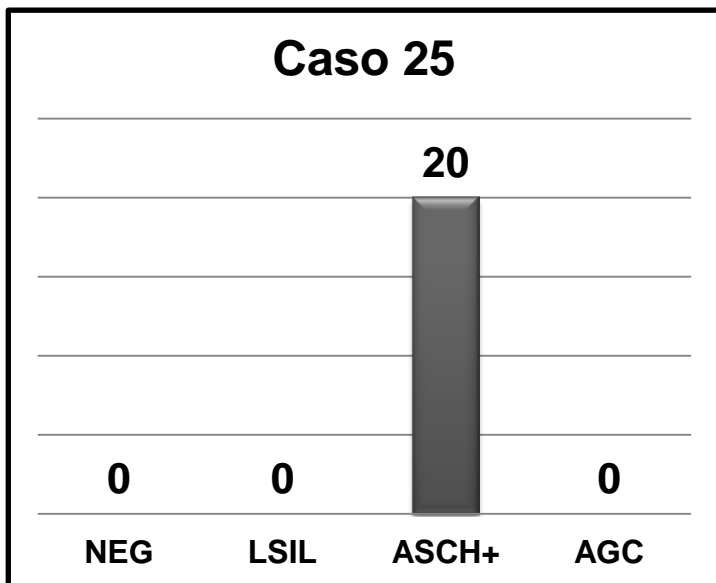
Diagnosi di provenienza: AGC

Diagnosi di maggioranza: ASC-H+

Biopsia CIN 2

Cono CIN 2-3 + AIS

La diagnosi citologica delle atipie ghiandolari è limitata sia da problemi di campionamento che di interpretazione

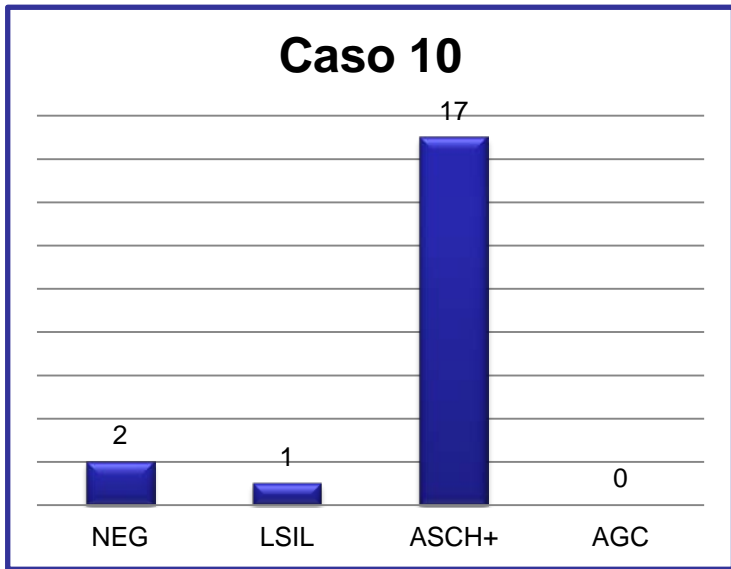


Diagnosi di provenienza: LSIL

Diagnosi di maggioranza: ASC-H+

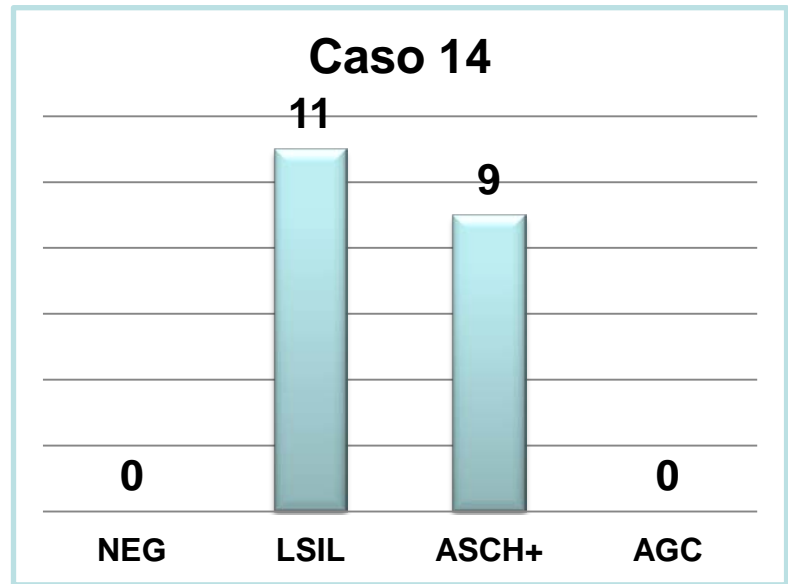
Colpo neg

Confronto interdisciplinare



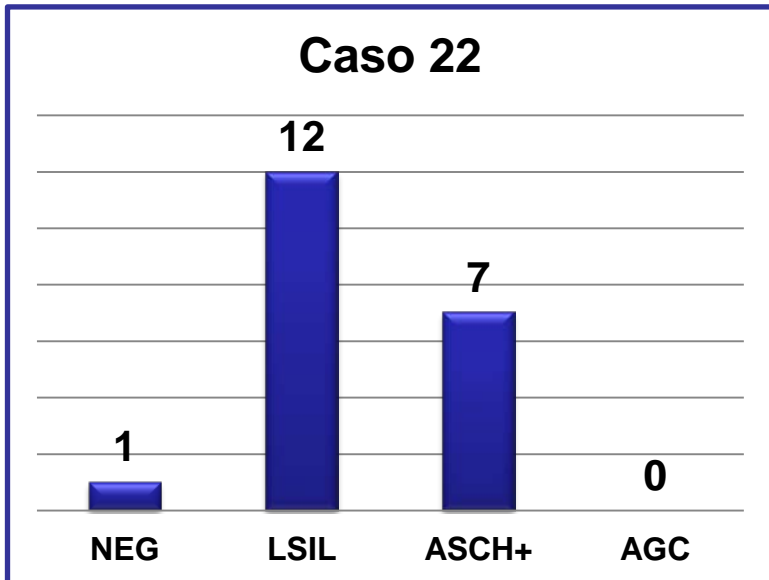
Diagnosi di provenienza: LSIL

Diagnosi di maggioranza: ASC-H+



Diagnosi di provenienza: LSIL

Diagnosi di maggioranza: LSIL



Diagnosi di provenienza: LSIL (non si esclude >)

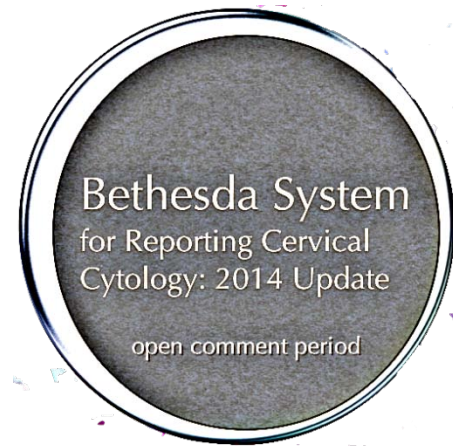
Diagnosi di maggioranza: LSIL

**Biopsia CIN 1
Cono Ca in situ**

*Come chiamare i quadri LSIL
che presentano anche elementi
suggestivi di lesione di grado maggiore ?*

2014 Bethesda Cervical Cytology Task Force

WEBSITE link <http://bethesda.soc.wisc.edu>



→ occasional cases have **features intermediate between LSIL and HSIL**

→in these borderline cases an interpretation of
“SIL, grade cannot be determined”
might be an appropriate interpretation

*Since the 3rd Bethesda consensus conference in 2001,
several papers have looked at the problem of these borderline SIL cases....*

.....suggested terminology such as

→ **“LSIL cannot exclude HSIL”** or
“LSIL with a few cells suggestive of HSIL”
for these problematic Pap tests

Problems with adding this interpretation to the Bethesda terminology include:

- (a) use of this type of terminology negates the concept of a two tier nomenclature system and reverts back to a less reproducible 3 tier nomenclature for SIL;
- (b) the ASCCP consensus guidelines do not recognize this interpretation and thus clinicians do not have guidance in determining clinical follow up.

A possible solution for this dilemma might be

to use two diagnoses in these intermediate cases.

Thus a Pap with **definitive LSIL and rare cells suggestive
but not diagnostic of HSIL**

might get a

diagnosis of LSIL with a secondary diagnosis of ASC-H.

The advantage of this would be that clinicians could use the consensus guidelines to determine clinical follow up.

In conclusione, alcuni spunti per continuare la formazione e l'aggiornamento in citologia di triage

- Condividere criteri morfologici e di refertazione
- Insistere con l'eliminazione della categoria ASC-US
- Puntare alla specificità
- Refertazione dei quadri LSIL/HSIL

Grazie

Buon lavoro a tutti