

Quadri citologici di lesioni cervicali concomitanti clinicamente significative

Di Claudio G., Paolucci L., Troni G.M., Cannistrà S., Confortini M.

Struttura Complessa di Citopatologia
Via Cosimo il Vecchio 2, 50139 Firenze
g.diclaudio@ispo.toscana.it

Obiettivi.

Vari autori sottolineano la comune origine delle neoplasie cervicali ghiandolari [adenocarcinoma *in situ* (AIS) o adenocarcinoma (ADCA)] e squamose intraepiteliali di alto grado (HSIL). Ad oggi, le indagini sulle lesioni che manifestano la presenza concomitante di AIS/ADCA e HSIL (Figura 1) appaiono ancora limitate. L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare l'effettiva rilevanza citologica di tali lesioni in un contesto di screening organizzato.

Metodi.

Nell'archivio d'Istituto, dal gennaio 2010 al febbraio 2013, sono stati recuperati n° 7 casi con lesione citologica clinicamente significativa ad istologia nota, riferibile ad AIS o ADCA con concomitante HSIL.

I preparati sono stati rivalutati da tre citologi attraverso un'accurata definizione di n° 23 caratteristiche delle atipie ghiandolari dettate dalla letteratura. Di ciascuna caratteristica, nominata ordinalmente dalla lettera A alla Z (Tabella 1), è stata calcolata la prevalenza tramite un punteggio dicotomico (0/+). La prevalenza è stata stratificata in gruppi.

A: Variazione della dimensione nucleare	N: Strutture simil-ghiandolari
B: Cromatina grossolanamente granulare	O: Nucleoli ingranditi
C: Variazione della forma del nucleo	P: Ipercromasia
D: Pseudostratificazione	Q: Strutture a palizzata
E: Affollamento cellulare	R: Micronucleoli
F: Cromatina finemente granulare	S: Ammassi papillari
G: Distribuzione irregolare della cromatina	T: Variazione della forma nucleolare
H: Formazione di ammassi	U: Cellule singole altamente atipiche
I: Feathering	V: Nucleoli multipli
K: Figure mitotiche	W: Macronucleoli
L: Citoplasma vacuolizzato	Z: Diatesi tumorale
M: Formazione di rosette	

Risultati.

L'età media nei casi esaminati appariva maggiore di quella riportata in letteratura (39,8aa vs 36,5aa). Dalla revisione si profilavano *clusters* di caratteristiche distribuite come segue: il 26% delle caratteristiche (C, D, H, N, P, S) era presente nel 100% dei casi, il 48% (A, B, G, M, O, Q, R, T, U, V, W) si manifestava nell'85% dei casi, il 13% delle caratteristiche (E, F, I) era presente nel 57% dei casi. Nessuno dei casi presi in esame mostrava 3 caratteristiche morfologiche (K, L, Z) riconducibili comunemente ad invasione stromale (Grafico 1).

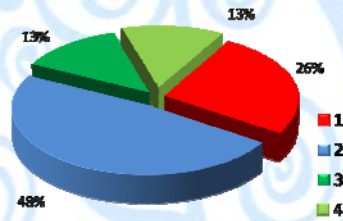


Grafico 1: Rilevanza delle caratteristiche
(Gruppo 1= C, D, H, N, P, S; Gruppo2= A, B, G, M, O, Q, R, T, U, V, W; Gruppo 3= E, F, I; Gruppo4= K, L, Z)

Tabella 1: Caratteristiche cellulari esaminate

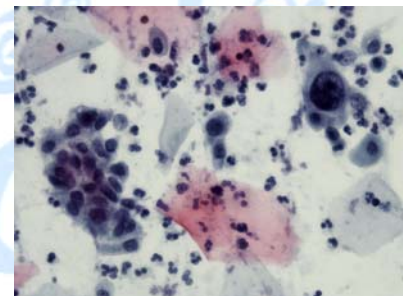


Figura 1: Lesione concomitante squamosa (a destra) e ghiandolare (a sinistra)

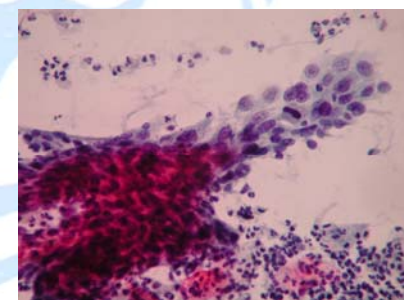


Figura 2: Anisocariosi

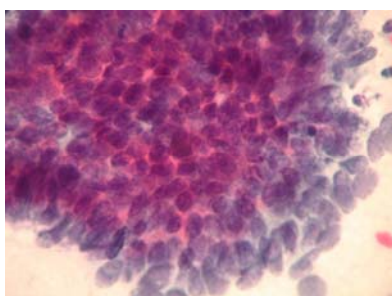


Figura 3: Pseudostratificazione

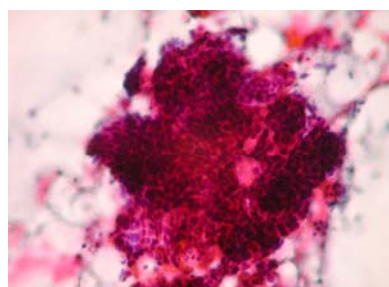


Figura 4: Ammassi simil-ghiandolari/papillari

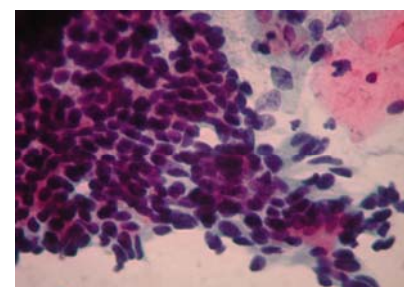


Figura 5: Ipercromasia nucleare

Conclusioni.

È noto che la predittività delle lesioni concomitanti (Figura 1) è minore rispetto a quella delle lesioni ghiandolari pure. L'analisi attuale ha confermato che le lesioni concomitanti si mimetizzano comunemente sotto una citologia HSIL. Dai dati ottenuti è stato possibile focalizzare un gruppo di caratteristiche morfologiche preponderanti degli elementi ghiandolari atipici. L'attenta valutazione di parametri quali anisocariosi (Figura 2), pseudo-stratificazione (Figura 3), presenza di ammassi simil-ghiandolari/papillari (Figura 4) ed ipercromasia nucleare (Figura 5), potrebbe incrementare la rilevanza citologica delle lesioni concomitanti producendo una maggiore appropriatezza diagnostica e terapeutica.