

***AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA
S. C. DI OSTETRICA E GINECOLOGIA
Direttore: Dott. Giuseppe Affronti***

**Servizio di Ginecologia Oncologica Preventiva
Responsabile: Dott. Angelo Baldoni**

**IL TRATTAMENTO DELLA CIN
DUBBI E CERTEZZE
LESIONI DI ALTO GRADO**

A. BALDONI

Convegno Nazionale GISCi 2006

Roma, 20-21 Aprile 2006

TERAPIA DELLE LESIONI PRECANCEROSE CERVICALI

OBIETTIVI

- Escissione completa della lesione
- Facile esecuzione della terapia
- Bassa morbilità
- Conservazione della fertilità
- Basso costo
- Preservazione della sessualità
- Ottimizzazione delle procedure di follow-up

MANAGEMENT DI PAZIENTI CON CIN II – III *

Colposcopia soddisfacente



Escissione o ablazione
della ZT
Approccio accettabile **

**Terapie escissionali eseguite
per CIN II-III ricorrenti

Colposcopia insoddisfacente



Terapia escissionale
Approccio raccomandato

*Il Management può variare in
gravidanza, nella immunodepressione
o nell'adolescenza

MANAGEMENT DELLA CIN II – III

INTERVENTI ESEGUITI SOTTO GUIDA COLPOSCOPICA (DAY SURGERY – ANESTESIA LOCALE)

A. TERAPIA ESCISSORIALE

Le dimensioni del cono sono variabili in funzione:

- della topografia della lesione
- della estensione della lesione
- della morfologia della cervice

B. TERAPIA DISTRUTTIVA

La rimozione del tessuto patologico è > 6 mm in profondità

TRATTAMENTI ESCISSIONALI

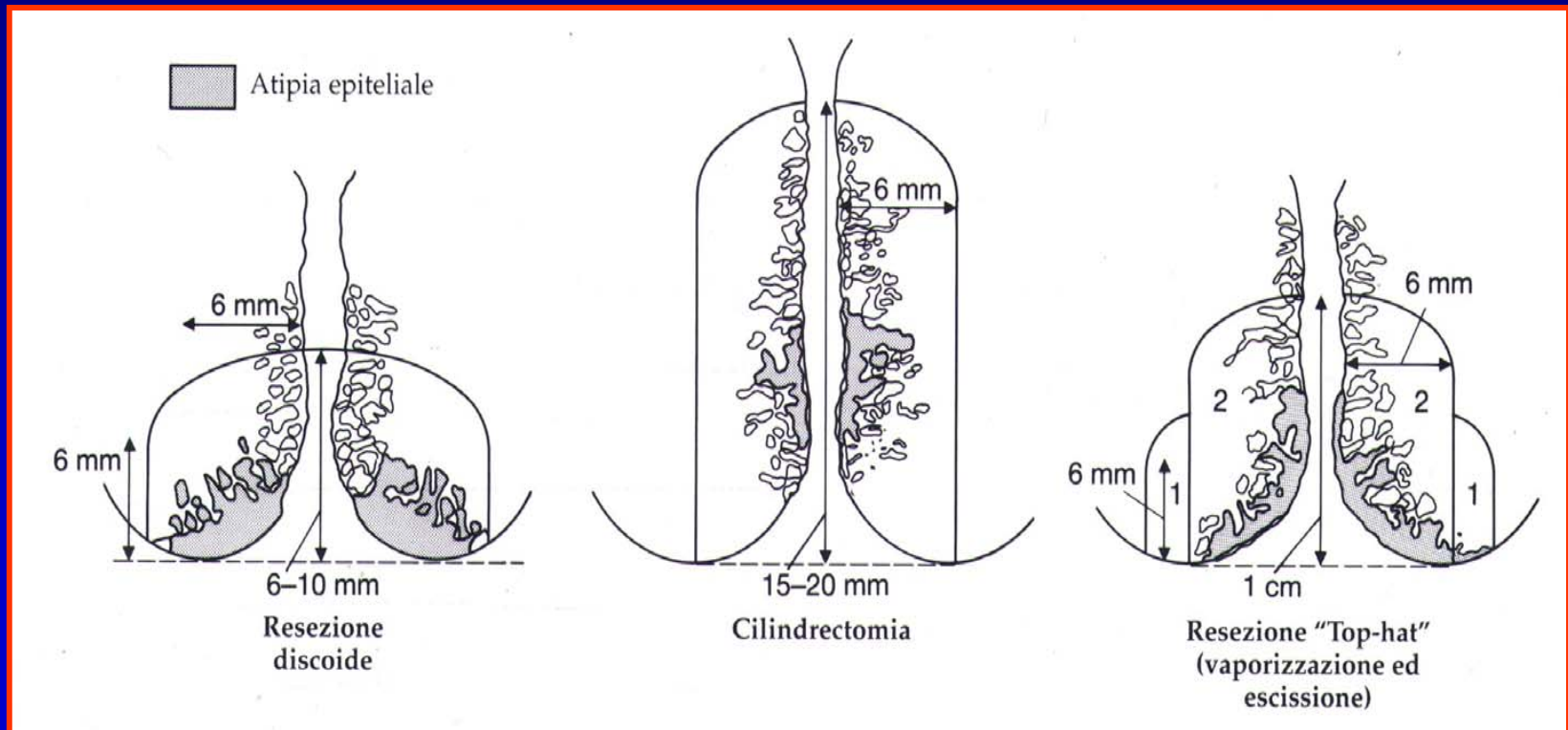
- RESEZIONE DISCOIDE
- RESEZIONE CILINDRICA
- TERAPIA COMBINATA

GSC visibile

Età fertile

GSC non visibile Menopausa

Lesione estesa a tutta l'esocervice
(e ai formici)



MANAGEMENT DELLA CIN II – III (1)

A. COLPOSCOPIA SODDISFACENTE

- Accettabile l'escissione o l'ablazione della ZT (1;2)
- Consigliabile l'ablazione della ZT solo a lesioni di piccole dimensioni (3)

B. RISCHIO DI CARCINOMA CERVICALE INFILTRANTE OCCULTO

- Aumenta con il grado e le dimensioni della lesione (4;5)

C. COLPOSCOPIA NON SODDISFACENTE

- Raccomandata la terapia escissionale (6)

-
1. Mitchell M. F. et al. *Obstet. Gynecol.* 1998; 92:737-44
 2. Wright T. C. et al. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003; 189:295-304
 3. SICPCV Gestione della paziente con Pap Test normale Linee Guida Edizione 2002
 4. Tidbury P. et al. *Br. J. Obstet. Gynecol.* 1992; 99:583-6
 5. Anderson E. S. et al. *Gynecol. Oncol.* 1995; 99:583-6
 6. Burke L. et al. *Laser Surg. Med.* 1980; 1:113-22

MANAGEMENT DELLA CIN II – III (2)

A. CIN II – III RICORRENTI

- Terapia escissionale (1)

B. FOLLOW UP CITOLOGICO E COLPOSCOPICO

- Non accettabile (eccezioni particolari: gravidanza-adolescenza) (1)

C. ISTERECTOMIA

- Non accettabile come terapia primaria (1)

D. TRATTAMENTI CONSIGLIATI (1;2)

Trattamento distruttivo

- a. Laser vaporizzazione
- b. Radiochirurgia

Trattamento escissionale

- a. Laser conizzazione
- b. LEEP/LLETZ
- c. Cold Knife

1. Wright T. C. et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2003; 189:295-304

2. SICPCV Gestione della paziente con Pap Test normale Linee Guida Edizione 2002

MANAGEMENT DELLA CIN II – III NELLE ADOLESCENTI

A. CIN II (1)

Follow up Citologico e colposcopico ogni 4-6 mesi per 1 anno

- a. Colposcopia soddisfacente
- b. Biopsia endocervicale negativa
- c. Paziente consapevole del rischio di malattia occulta
(Consenso informato)

B. CIN III (1)

- Terapia ablativa (colposcopia soddisfacente)
- Terapia escissionale (colposcopia soddisfacente/insoddisfacente)

1. Wright T. C. et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2003; 189:295-304

MANAGEMENT DELLA CIN II – III IN GRAVIDANZA

- A. **RISCHIO DI PROGRESSIONE** a carcinoma invasivo: basso
INDICE DI REGRESSIONE spontanea post-partum: alto (21-69%) (1;2)
- B. **TERAPIA ESCISSORIALE SCONSIGLIATA** (1;3)
 - Complicanze: gravi sanguinamenti-parti pretermine
 - Malattia residua/persistente: alta frequenza
- C. **TERAPIA ESCISSORIALE CONSIGLIATA** (4;5)
 - Sospetto carcinoma invasivo
- D. **FOLLOW UP** citologico e colposcopico trimestrale (4;5)
- E. **TRATTAMENTO DISTRUTTIVO O ESCISSORIALE** dopo 12 settimane dal parto (4;5)
(dopo conferma citocolposcopica della persistenza della lesione)

-
1. Connor J. P. et al. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 1998; 25: 331-42
 2. Economos K. et. al. *Obstet. Gynecol.* 1993; 81:915-18
 3. Robinson W. R. et. al. *Gynecol. Oncol.* 1997; 64:153-5
 4. Wright T. C. et al. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003; 189:295-304
 5. SICPCV Gestione della paziente con Pap Test normale Linee Guida Edizione 2002

MANAGEMENT DELLA CIN II – III IN PAZIENTI IMMUNODEPRESSE (1)

A. CONSIGLIATA LA TERAPIA ESCISSORIALE (1)

- Efficacia ridotta nella terapia della CIN
- Riduzione del rischio di progressione a cancro invasivo

B. ALTO INDICE DI RECIDIVA/PERSISTENZA DOPO TRATTAMENTO (2)

- Grado dell'immunodepressione (CD4/CD8)
- Stato dei margini
- Carica virale
- HAART

-
1. Holcomb K. et al. Gynecol. Oncol. 1999; 74:428-31
 2. Ellerbrock T. V. et. al. JAMA 2000; 283:1031-7

MANAGEMENT DELLA CIN II – III IN PAZIENTI IMMUNODEPRESSE (2)

A. HAART (1)

- **Discordanza** sulle recidive/persistenze dopo terapie escissionali/distruttive
- **Alto indice di recidive** in donne “responder” alla terapia antiretro virale (“fenomeno della compartimentalizzazione”)

B. TERAPIA TOPICA CON 5-FU dopo terapia chirurgica (bisettimanale) (2)

- **Riduzione di significativa di recidive/persistenze**

1. Fiore J. R. et al. AIDS 1999; 13:626-630

2. Maiman M. et al. Obstet. Gynecol. 1999; 94:954-61

Grazie

