

# **Criticità I° Livello**

**Paolo Dalla Palma**

# Inadeguati

- Diminuzione nella percentuale di inadeguati (3,8- > 3,4- > 3,2, ma 3,10 nel 1998-99).
- Vi è sostanziale aumento dei centri di prelievo e di lettura (da 64 a 89) ma 55 anno un numero di test/anno inferiore a 10.000 e 22 inferiore a 5,000.
- Vi sono 19 Centri superiori al 5% e 20 inferiori a 1%.
- Criteri non omogenei di prelievo ma forse anche di interpretazione.

# Valutazione inadeguato

- Bethesda 1991 o Bethesda 2001 o Considerazioni proprie.
- Adeguato ma limitato da... ( eliminato nel Bethesda 2001!)
- Uso dello strato sottile nello screening (esperienza di Bolzano -> 0,65 su 73,500 pap annuali!)
- Valutazioni Endocervicali.
- Valutazione di cellularità insufficiente.

# Endocervicali

- Bethesda 2001: due clusters di almeno 10 cellule endocervicali e/o metaplasiche ben conservate.
- Bethesda 1991: due clusters di almeno 5 cellule endocervicali e/o metaplasiche ben conservate.
- N.B. in caso di marcata atrofia dd. Difficile con cellule parabasali-like.

# Endocervicali

- Causa di Inadeguato?
- Semplice indicatore di qualità come suggerisce il Bethesda 1991 e 2001?
- Letteratura non univoca nei risultati:
  - NO ( Mitchell, Lancet 1991, Cytopath 1995 e Cancer Cytopathol 2001; Kivlahan, Acta Cytol 1986; O'Sullivan, Cytopath 1998; Boss, Am J Clin Pathol 2001; Baer, Obstet Gynecol 2002).
  - SI ( Martin-Hirsh, Lancet 1999; Vooijs, Acta Cytol 1985; Mintzer, Cancer Cytopath 1999).
- Ma se aumenta l'adenocarcinoma.....?

# Cellularità

- Bethesda 1991: più del 10% della superficie.
- Bethesda 2001:
  - Striscio convenzionale : almeno 8,000-12,000 cellule squamose ben conservate e ben valutabili
  - Strato sottile: almeno 5,000 cellule squamose ben conservate e ben valutabili.
  - Comunque non contare ma basarsi sull'esperienza!

# ACR-BCC

- Vi è chi le usa e chi no -> vi è chi manda in colposcopia.
- 30 centri con % da 0,02 a 21,9 con 12 centri oltre il 10%.
- E' chiaro che un eventuale errore dopo tale diagnosi è comunque un errore e non serve per scusare!
- Può forse servire a giustificare controlli più ravvicinati.
- Vanno riviste le diagnosi? Sì se inducono II° livello!

# Ripetizione citologia per altro

- Viene usato da 19 Centri con % da 0,01 a 12,9%.
- Personalmente da Noi viene usato nel follow-up di precedenti lesioni trattate e risultate magari negative al primo controllo post-terapia.
- Però 25 Centri affermano di non chiedere ripetizioni o non sanno come usare il dato.



# Incidenza % varia patologia desunta da referral rate

- HSIL+; da 0 (!) a 1,10.
  - LSIL: da 0,07 a 3,39.
  - ASCUS: da 0 ( tre centri) a 10,47.
  - Altro: da 0 a 2,31.
- 
- Non capisco cosa sia altro e non capisco lo 0% per HSIL+.

# VPP degli ASCUS+ x CIN2+

- E' una diagnosi esagerata in almeno 21 Centri con VPP < al 10%.
- E' una diagnosi importante in altri 26 con un valore tra 10 e 20%.
- Ha valori tra 20 e 30% in altri 17 Centri.
- Ha valori tra 30 e 40% in 6 Centri.
- Supera il 50% in un centro.

# Considerazioni

- Siamo tanti e probabilmente anche con idee abbastanza confuse.
- Applichiamo le classificazioni come vogliamo.
- Non siamo d'accordo su fatti fondamentali come la percentuale di lesioni importanti che richiedono controllo col II° livello.
- Dobbiamo lavorare tutti assieme per metterci d'accordo e migliorare.