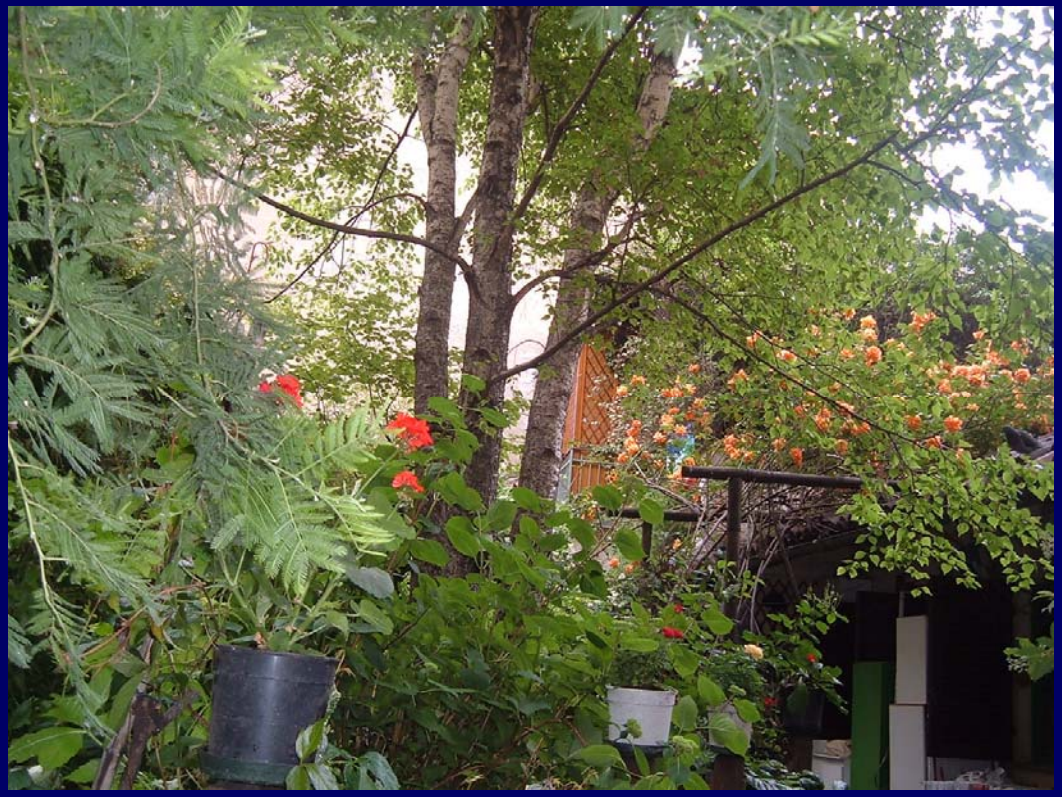
Convegno Nazionale GISCi 2007

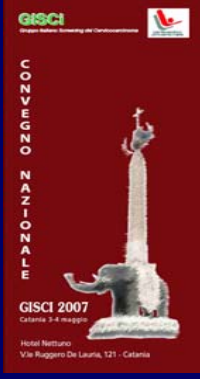
Catania, 3-4 Maggio 2007

Lavori del Gruppo: "Approfondimenti Diagnostici e Terapia"

Tavola rotonda: trattamenti escissionali a confronto.



Discussant: GR Montanari, CPO Piemonte



Trattamenti escissionali a confronto.

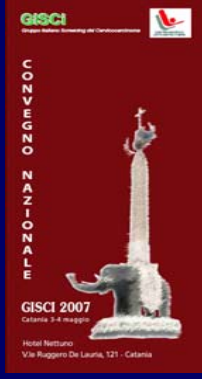
... non manca la letteratura a riguardo

- Sellors JW, Sankanarayanan R. "Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia. IARC, 2003".
- NHSCSP Publication n° 20. April 2004.
- Linee Guida SICPCV 2006: "Gestione della paziente con Pap test anormale".
- European Guidelines, 2006 in press.

e molti altri Autori...

Burke L et al, 1980; Caglar H et al, 1985; Higgins RV et al, 1990; Wakita K et al, 1990; Manuel-limson GA, 1999; Persad VL et al, 2001; Paraskevaidis E et al, 2002; Zhang X et al, 2003; Sellors J et al, 2003; Sadler L et al, 2004; Bronstein J et al, 2004; Elit LM, 2004; Acharya G et al, 2005; Nappi L et al, 2005; Jeng CJ et al, 2006; Tillmanns TD et al, 2006; Byrom J et al, 2006; Murta EF et al, 2006; van Hamont D et al, 2006; Le T et al, 2006; Case AS et al, 2006; Martin-Hirsch P et al, 2007; Jakobsson M et al, 2007; Sadan O et al, 2007; etc…

Opinioni a confronto...



1. Il trattamento escissionale è sempre il gold standard nella terapia della CIN?

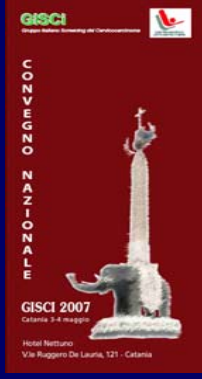
Esperto 1 G.G.	Esperto 2 G.M.
E' il Gold Standard per: • facile esecuzione • scarsa morbilità • possibilità di riscontro AP • buoni risultati di guarigione • possibilità di follow-up • (tutela medico – legale)	• Non esiste una tecnica chirurgica conservativa più efficace rispetto ad un'altra. • Il trattamento escissionale è preferibile perché permette l'E.I. (correggendo l'eventuale sottostima bioptica). • E' necessaria una corretta valutazione colposcopica prima del trattamento. • La terapia distruttiva deve seguire rigorosi criteri di selezione e tecniche accreditate.

Precisazioni della letteratura...

1. Il trattamento escissionale è sempre il gold standard nella terapia della CIN?

IARC 2003	NHSCSP 2004	SICPCV 2006	European GL 2006, in press	Altri Autori vd. Elenco precedente
• Terapia preventiva di ogni tipo di infezione vaginale o pelvica. • Il trattamento escissionale costa più della crioterapia, ma rimuove tessuto che può essere esaminato istologicamente. • La CIN 1 si tratta se è persistente o progressiva dopo 18-24 mesi.	Sono preferibili le tecniche escissionali. Le ablative si possono utilizzare solo se: • si vede l'intera zona di trasformazione • non si evidenziano anormalità ghiandolari • non si evidenzia invasione • non c'è una discrepanza importante cito-istologica. La CIN 1 non richiede necessariamente un trattamento. La crioterapia può essere usata nella CIN 1 con tecnica congelamento/scongelamento/congelamento.	• Ogni trattamento deve essere colposcopicamente guidato. • Il trattamento della CIN 2/3 deve essere preferibilmente escissionale. • In presenza di AIS, se in Donna fertile, si possono usare sia tecniche escissionali in Day Hospital (ansa/laser) sia la lama fredda.	• Non esiste una tecnica chirurgica superiore alle altre. • Le tecniche escissionali sono chiaramente superiori alle distruttive per la possibilità dell'E.I. che può riconoscere una microinvasione, una patologia ghiandolare, il coinvolgimento dei margini e la profondità di escissione. • E' necessario rimuovere l'intera ZT.	• Viene ribadita l'importanza della colposcopia prima del trattamento. • Viene ribadito il trattamento della CIN 1 come un overtreatment. • Alternativa, in caso di persistenza/recidiva di CIN: trachelectomia parziale. • Viene proposta, per i Paesi in via di sviluppo, la VIA + il see and treat. • Vengono sottolineate le complicanze ostetriche del trattamento. • Viene evidenziata la % di non adesione al follow-up post trattamento. • Viene messa in risalto la necessità di un counselling per le donne in trattamento e trattate.

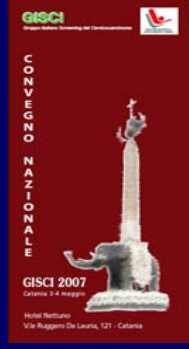
Opinioni a confronto...



2. L'avvento dell'ansa ha reso obsolete le altre tecniche escissionali?

Esperto 1 G.G.	Esperto 2 G.M.
Le altre tecniche non possono essere considerate obsolete perché dipendono: • dall'esperienza del singolo Operatore • dalle caratteristiche della lesione da trattare e della Paziente *nonché logistiche.*	Vengono precisate le indicazioni alla conizzazione/cilindrizzazione a lama fredda: • AIS e "CGIN" • sospetto carcinoma squamoso microinvasivo • recidiva/persistenza di CIN di altro grado endocervicale in Pt già sottoposta a tecniche escissionali non ulteriormente ripetibili • impossibilità anatomiche per tecniche escissionali conservative in anestesia locale.

Precisazioni della letteratura...



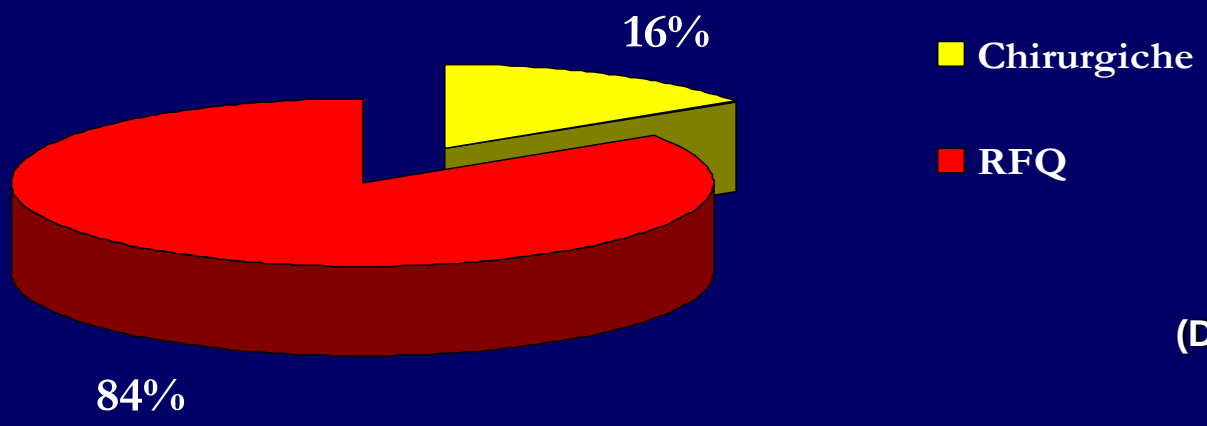
2. L'avvento dell'ansa ha reso obsolete le altre tecniche escissionali?

IARC 2003	NHSCSP 2004	SICPCV 2006	European GL 2006, in press	Altri Autori vd. Elenco precedente
No, è valida anche la crioterapia, soprattutto in Paesi in via di sviluppo *(anche se distruttiva)*	· Tutte le tecniche escissionali sono comparabili. · L'80% delle Donne trattate deve essere trattato in Day Hospital con analgesia locale.	I trattamenti escissionali sono paragonabili (laser CO2, ansa diatermica, ago radiofrequenza). Il bisturi a lama fredda richiede la guida colposcopica e il non uso di punti introflettenti.	· Le tecniche escissionali (laser, LLETZ, SWETZ) sono superiori all'escissione a lama fredda. · Gli Operatori devono essere esperti. · La crioterapia non va usata nella ANTZ2 e la tecnica suggerita è congelamento/ scongelamento/ congelamento. · Si può usare la diatermocoagulazione radicale (Chanen).	· La maggior parte degli Autori parla solo di LEEP *(non di CO2 laser)*. · Nelle donne HIV positive viene raccomandato una gestione più aggressiva, anche nella CIN 1. · Nei Paesi in via di sviluppo viene raccomandata la crioterapia per il minor costo.

CONO CHIRURGICO o TECNICHE ELETTROCHIRURGICHE?

Le tecniche elettrochirurgiche offrono gli stessi risultati in termini diagnostici e terapeutici rispetto agli interventi a lama fredda con indubbi vantaggi in termini di dispendio economico e di tempo a fronte dell'unico svantaggio rappresentato dalle alterazioni termiche

TIPI DI INTERVENTO su 1746 conizzazioni (S. Anna: 1998-2002)



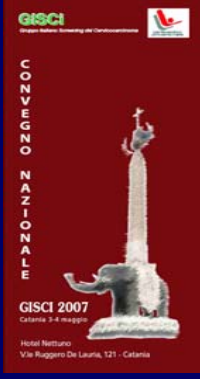
(Da B. Ghiringhello)

(de Cabezon, 1998; Giacalone, 1999; Takac, 1999; Vejerslev, 1999; Livasy, 1999; Huang, 1999; Simmons, 1999)

Surgery for cervical intraepithelial neoplasia (review)
Martin-Hirsch, Paraskevaidis, Kitchener
The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004

- Nessuna differenza significativa delle varie tecniche chirurgiche nell'eradicazione della lesione displastica, in termini di persistenza della lesione
- L'escissione con ansa (LLETZ o LEEP) della zona di trasformazione fornisce materiale qualitativamente migliore per l'esame istologico (tale dato vale anche per la CO2 laser).
- E' importante mantenere l'integrità anatomica e funzionale del collo uterino, pur rispettando la radicalità, la possibilità di una diagnosi istologica e di un corretto follow-up.

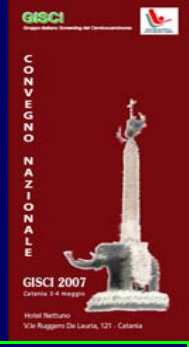
Opinioni a confronto...



3. L'asportazione della malattia in "unico pezzo" offre maggiori garanzie di radicalità?

Esperto 1 G.G.	Esperto 2 G.M.
Dipende dalla estensione della lesione verso il canale cervicale e/o sulla portio uterina.	Nell'80% dei casi il campione escisso dovrebbe essere rimosso in un unico pezzo. La malattia laterale, rispetto all'area centrale, può essere rimossa separatamente. In caso di microinvasione, l'escissione della ZT in frammenti multipli aumenta la difficoltà della valutazione istopatologica.

Precisazioni della letteratura...



3. L'asportazione della malattia in "unico pezzo" offre maggiori garanzie di radicalità?

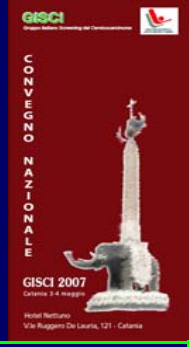
IARC 2003	NHSCSP 2004	SICPCV 2006	European GL 2006, in press	Altri Autori vd. Elenco precedente
Se la lesione è vasta (> 2 cm) si elimina con la LEEP la parte centrale in un unico pezzo e le parti periferiche separatamente.	In almeno l'80% dei casi trattati l'escissione deve asportare un unico pezzo.	Non sempre è possibile con le tecniche escissionali "ambulatoriali". Devono essere forniti al Patologo i due assi trasversali corrispondenti alla base del cono (diametri antero-posteriore e latero-laterale) e la lunghezza dall' OUE al margine di resezione endocervicale.	Sì, poiché l'escissione della ZT in frammenti multipli può complicare la diagnosi istopatologica; soprattutto può sfuggire la microinvasione.	• Viene piuttosto presa in considerazione la profondità di rimozione del tessuto (almeno 5-7 mm). • Nel 1998-2001 l'84% dei "coni" eseguiti all'Ospedale S.Anna di Torino è stato effettuato con radiofrequenze (52%: pezzo unico; 32%: più frammenti).

Opinioni a confronto...

4. Lo stato dei margini influisce sul comportamento clinico successivo?

Esperto 1 G.G.	Esperto 2 G.M.
In base ad uno studio della popolazione afferente al suo centro, è un fattore di rischio di persistenza/recidiva della lesione al follow-up, anche se è più importante la persistenza dell'infezione da HPV.	E' un fattore di rischio, sia a breve che a lungo termine, soprattutto se è coinvolto il margine endocervicale. Raccomanda, in questo caso, al primo controllo di follow-up, citologia + colposcopia + istologia. L'escissione va ripetuta in donne > 50 anni con margine endocervicale coinvolto da CIN 3, per cui non sia garantito il follow-up citocolposcopico. Ripetizione dell'escissione: • donne con AIS o "CGIN" con margini interessati, desiderose di "conservare la fertilità" • donne con K squamoso microinvasivo stadio FIGO I A1, se la lesione si estende ai margini di escissione, anche pre-isterectomia.

Precisazioni della letteratura...



4. Lo stato dei margini influisce sul comportamento clinico successivo?

IARC 2003	NHSCSP 2004	SICPCV 2006	European GL 2006, in press	Altri Autori vd. Elenco precedente
Il follow-up è lo stesso se i margini sono liberi o infiltrati. La lesione viene dichiarata persistente o meno in base agli esiti del follow-up.	Nelle Donne > 50 anni o desiderose di figli con AIS e "CGIN", se il margine endocervicale è coinvolto da CIN 3 e/o AIS "CGIN", è necessaria una nuova escissione.	L'interessamento del margine di resezione endocervicale, associato al grado di displasia, rappresenta il fattore più predittivo di persistenza/recidiva della lesione. Altri fattori: • interessamento delle cripte ghiandolari • epoca della diagnosi • età della paziente • "sede della GSQ".	Il coinvolgimento del margine di resezione endocervicale aumenta il rischio di persistenza/recidiva, soprattutto nelle donne > 40 anni.	Vd. Diapositive successive

L'IMPORTANZA DEI MARGINI

Tipo di intervento	Totale	Margine leggibile			Margine distale (endo) indenne		
		Si	No	Non disponibile	Si	No	Non disponibile
Escissione con strumento a RFQ (ago-ansa)	696	208	13	475	178	28	490
Conizzazione a lama fredda	118	46	1	71	40	15	63
Conizzazione laser	56	14	0	42	14	0	42
Totale	870	268	14	588	232	43	595

(GISCi survey 2004)

IL MARGINE DI RESEZIONE POSITIVO NON NECESSARIAMENTE EQUIVALE A MALATTIA RESIDUA

(Wright, 2003)

IL MARGINE DI RESEZIONE NEGATIVO NON NECESSARIAMENTE EQUIVALE A GUARIGIONE

STATO DEI MARGINI (1746 conizzazioni)
(S. Anna: 1998-2002)

(Da B. Ghiringhello)

		CHIR	%	RFQ	%
ESO	Infiltrato	38	15.8	372	35.5
240 CHIR	Indenne	198	82.5	658	62.8
1048 RFQ	NV	4	1.6	18	1.7
ENDO	Infiltrato	47	19.3	412	42.7
243 CHIR	Indenne	191	78.6	533	55.2
965 RFQ	NV	5	2.0	20	2.0

MARGINI DI RESEZIONE

La sede endocervicale della lesione risulta fattore determinante nell'interessamento del margine endocervicale.

79% di casi di persistenza/recidiva di lesione post-conizzazione hanno margine endocervicale positivo

(Narducci, 2000)

MR POSITIVO = persistenza di CIN nel 60-65% dei casi

MR NEGATIVO = follow up negativo nel 90-97% dei casi

(Wright, 2003)

COUNSELLING

FORNIRE INFORMAZIONI

CERTEZZE

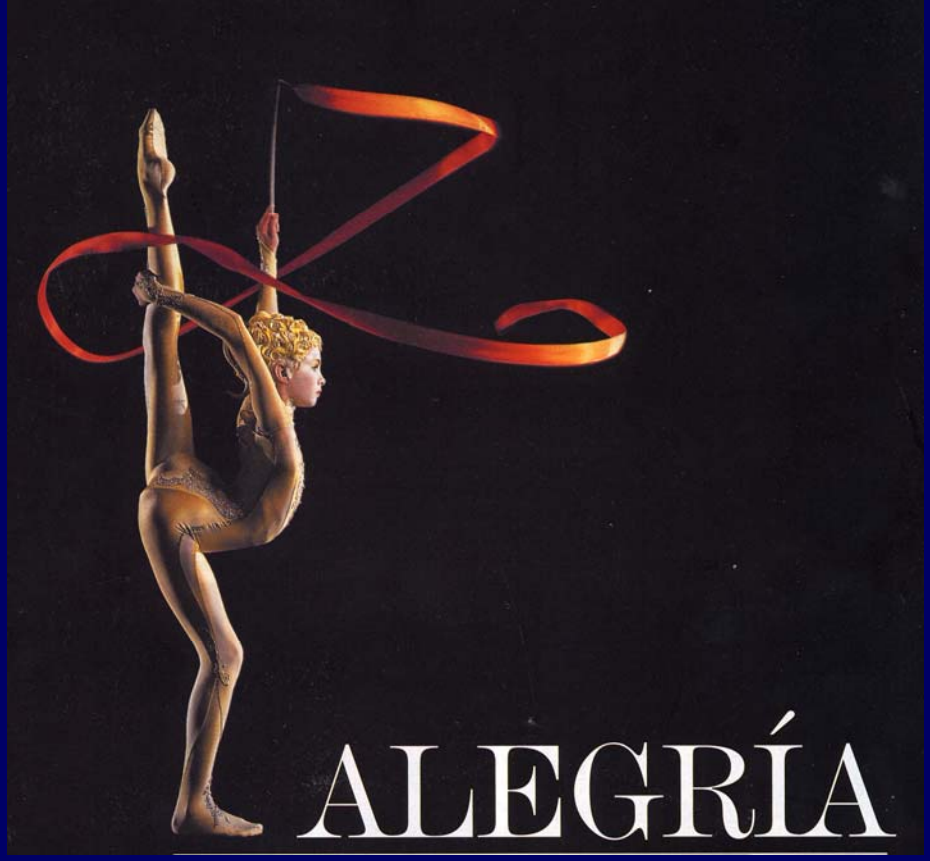
INCERTEZZE

DIALOGO FINALIZZATO A:

COINVOLGERE LA PAZIENTE

PARTECIPARE AL SUO PROCESSO DECISIONALE

PROMUOVERE COMPORTAMENTI UTILI PER LA SALUTE



Ringrazio il Dott. Bruno Ghiringhello e
la Sig.na Francesca Garena per la
collaborazione.