

CONVEGNO NAZIONALE GISCI 2015
Complesso Monumentale di Santa Caterina
Finalborgo (SV), 21-22 maggio 2015

Il convegno è dedicato a Mario SIDERI Membro del Comitato di Coordinamento

Uno screening: due percorsi

Test HPV e PAP Test a confronto nella pratica

**Valutazione e analisi della coesistenza dei due percorsi nella pratica
corrente**

**SPUNTI DALLE ATTIVITA' DEL "GRUPPO APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI E
TERAPIA"**

COMPLICANZE POST TRATTAMENTO E GRAVIDANZA

G. MAINA

A.O CITTA' DELLA SCIENZA E DELLA SALUTE DI TORINO – PRESIDIO S. ANNA



GRUPPO TEST II LIVELLO

Gruppo sulle complicanze dei trattamenti mini invasivi per cin/vain

- **L'obiettivo di questo gruppo è valutare**, secondo gli indicatori internazionali, le complicanze immediate e tardive dei trattamenti in base al volume ed estensione del tessuto asportato, il relativo follow-up e gli esiti della gravidanza insorta post-trattamento con gli outcomes fetali.

Giovanni Maina Gianluigi Taddei Annarosa Del Mistro

REGIONE PIEMONTE SCREENING CERVICOCARCINOMA

STUDIO COMPLICANZE NEI
TRATTAMENTI PER CIN IN CHIRURGIA
MINIINVASIVA
R.VOLANTE
WORKSHOP 10 SETTEMBRE 2012

RISULTATI TOTALI RECLUTAMENTO ANNO 2008-2009-2010

COLPOSCOPIA-CENTRO LASER OSP. S.ANNA	363 CASI
CLINICA UNIVERSITARIA S.ANNA	24 CASI
ALTRI DIPARTIMENTI PIEMONTE + CONEGLIANO VENETO	387 CASI
TOTALI CASI	946 CASI

ETA' MEDIA DELLE DONNE TRATTATE 39.94 (+/-9.4 sd)

- **Il 33.7% DELLA CASISTICA NON HA FIGLI**
- **IN 129 CASI PARI AL 13.6 % E' SEGNALATA UNA PATOLOGIA ASSOCIATA ALL'ANAMNESI PATOLOGICA**

ANESTESIA

INDICATORE
L' **80%** DEGLI INTERVENTI PER CIN
DOVREBBE ESSERE ESEGUITO IN
ANESTESIA LOCALE
NHSCSP-GISCI 1996-2004

ANESTESIA LOCALE	90.9%	860
ANESTESIA LOCALE+SEDAZIONE	0.4%	4
ANESTESIA SPINALE	1.2%	11
ANESTESIA GENERALE	5.5%	52
NESSUNA ANESTESIA (laser vaporizzazione)	2.0%	19
TOTALE	100%	947

DETTAGLIO INTERVENTI

ESCISSIONE A RADIOFREQUENZA	68.08%	644
LASERVAPORIZZAZIONE CERVICALE (PREVIA BIOPSIA INCISIONALE)	17.1%	162
ESCLUSIVAMENTE DISTRUTTIVI 18 LASERVAPORIZZAZIONI (100% PER VAIN-2008) 3 TERAPIA DISTRUTTIVE CON RFQ-2008 8 LASERVAPORIZZAZIONE-2009 2.5% TOTALE %	3.1%	29
LASERCONIZZAZIONE	0.1%	1
INTERVENTI ASSOCCIATI (Esciss.+Distrutt.) 3.0% 2008 (12/398) 21.8% 2009 (69/316) 7 esciss. Rfq + laser distruz. 2008 19 2009 7 2010 5 esciss. Rfq + rfq distruttiva 2008 49 2009 23 2010	11.6%	110
TOTALE	100	946

COMPLICANZE INTRAOPERATORIE

STANDARD NHSCSP/GISCI

NON PIU' DEL 2% DEI CASI TRATTATI DOVREBBE NECESSITARE DI RICOVERO PER
COMPLICANZE

LA COMPLICANZA EMORRAGICA INTRAOPERATORIA DOVREBBE AVERE UN TASSO
MASSIMO DEL 5%

COMPLICANZE EMORRAGICHE 23 CASI (PARI AL 2,4%)

- ✓ 4 TAMPONAMENTI AMBULATORIALI
- ✓ 7 SUTURE AMBULATORIALI (1 VAGINALE + 6 CERVICALI)
- ✓ 6 SUTURE IN SALA OPERATORIA
- ✓ 1 TAMPONAMENTO E DH PER MONITORAGGIO CONDIZIONI EMATOLOGICHE
- ✓ 5 COMPLICANZE PARVIEMORAGICHE TRATTATE CON TERAPIA FARMACOLOGICA E APPLICAZIONE LOCALE DI SOSTANZE EMOSTATICHE

COMPLICANZE INTRAOPERATORIE

COMPLICANZE NON EMORRAGICHE 12 PARI AL 1.3%

- ✓ 1 SINDROME VAGALE PRE-INTERVENTO
- ✓ 6 SINDROMI VAGALI INTRAOPERATORIE
- ✓ 2 ATTACCHI DI PANICO DOPO ANESTESIA LOCALE CON RICORSO AD ANESTESIA SPINALE
- ✓ 3 SOSPENSIONE INTERVENTO CON PARZIALE ASPORTAZIONE PER INTOLLERANZA E NON COLLABORAZIONE DELLA PAZIENTE

RICOVERI PER COMPLICANZE

11 RICOVERI PARI 1,16%

STANDARD NHSCSP/GISCI \leq 2%

- ✓ 9 IN CORSO D'INTERVENTO
- ✓ 2 ENTRO IL PRIMO CONTROLLO

COMPLICANZE REGISTRATE AL 1° CONTROLLO

42 SU 946 CASI PARI AL 4.5%

- ✓ 8 COMPLICANZE FLOGISTICHE
- ✓ 4 CASI DI STENOSI/EMATOMETRA
- ✓ 1 DISMENORREA GRAVE
- ✓ 27 ACCESSI A STRUTTURE SANITARIE AMBULATORIALI PER SANGUINAMENTO
- ✓ 1 RICOVERO PER 48 ORE PER SANGUINAMENTO
- ✓ 1 RICOVERO PER TROMBOEMBOLIA POMONARE A 15GG IN PAZIENTE CON ANAMNESI NEGATIVA

DIMENSIONI DELL'ESCISSIONE (ALTEZZA)

756 interventi escissionali o associati - % calcolate su 698 aventi dato

< 5 mm:	30	4.3%
5-6 mm:	110	15.7%
7-10 mm:	226	32.4%
> 10mm:	307	44.0%
Non valutabile	25	3.6%
TOTALE	698	100%
Manca dato	58	7.6%

L'altezza viene riportata come valore unico (escissione in un campione) o come somma delle altezze (escissioni in campioni successivi)

• In 20 casi 2008/10 l'altezza è > 20 mm con h.max 45 mm

CORRELAZIONE TRA COMPLICANZE EMORAGICHE IN TRAOPERATORIE E VOLUME ASPORTATO DELL'ESCISSIONE

IN 17 SU 23 CASI PARI AL 73.9% SI TRATTA DI ESCISSIONI CON AMPIO VOLUME ASPORTATO

ALTEZZA ESCISSIONE	> 10 mm:	10
BASE ESCISSIONE	> 20 mm:	4
ALTEZZA ESCISSIONE	> 10mm+BASE ESCISSIONE > 20mm:	3

L'ESCISSIONE SUPERIORE A 10MM DOVREBBE ESSERE LIMITATA A CASI CON COINVOLGIMENTO ENDOCERVICALE E L'ESCISSIONE ESOCERVICALE STRETTAMENTE CORRELATE ALLE EVIDENZE COLPOSCOPICHE

MARGINI DI RESEZINE ESO/ENDO CERVICALI SU 756 INTERVENTI ESCISSIONALI

DATO SUI MARGINI RIPORTATO IN 718 CASI: 95%

Non valutabile (uno qualunque dei margini)	33	4.6%
MR esocervicale su lesione	136	19.0%
MR endocervicale su lesione	125	17.4%
MR profondo (dato fornito separato dall'endocervicale parzialmente da alcuni centri)	11	1.5%
Dato sui margini assente in toto	37	5.0%

NECESSITA' DI SECONDO INTERVENTO DAL 1/1/2008 AL 31/12/2010

TOTALE

60/946 (6.3%)

DI CUI

17 ISTERECTOMIE (1.7%)

Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis

Lancet 367 February 11 489-498 2006-M Kyrgiou W. Prendiville, E. Paraskevadis

27 studies accepted for inclusion

treatment	event	r.r	
CERVICAL CONIZATION	preterm delivery(>37)	2.59	CI 1.80-3.72
	lowbirthweight(>2500)	2.53	1.19-5.36
	cesarean section	3.17	1.07-9.40
LLETZ	preterm delivery	1.70	1.24-2.35
	Lowbirthweight	1.82	1.09-3.06
	Prem.rupt.memb.	2.69	1.62-4.46
LASERCONIZATION	preterm delivery	1.71	0.93-3.14

Not significantly increased risks for obs. outcomes after laser ablation

Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis.

M.Arbyn et al BMJ 2008

Risultati ottenuti da 1 studio prospettico di coorte e 19 studi retrospettivi(3 studi con biopsie escissionali senza specificazione)

La conizzazione a lama fredda (9 studi esaminati) è associata ad una alta mortalità perinatale (RR 2.87; IC 1.42-5.82), a severo parto pre-termine (RR 2.78 IC 1.72 -4.51) e a basso peso neonatale (< 2000 gr.) (RR 2.86 IC 1.36-5.97)

La Laser conizzazione (4 studi esaminati) è associata ad un aumento di basso peso neonatale< 2000 gr.e < 1500gr. Ricontrato solo in uno studio

La large loop excision della zona di trasformazione (8 studi esaminati) (massima profondità 1 cm), non sono associati ad un aumento significativo di adverse pregnancy outcomes.

Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis.

M.Arbyn et al BMJ 2008

I trattamenti ablativi (crioterapia e laser) (6 studi esaminati) non sono associati ad un aumento significativo di adverse pregnancy outcomes.

L'ablazione con diatermia radicale (1 studio esaminato) è associata ad una aumentata frequenza di mortalità perinatale ad un grave parto pre-termine ed a un basso peso neonatale compreso tra 1500 e 2000 gr.

Pregnancy incidence and outcome among patients with cervical intraepithelial neoplasia: a retrospective cohort study
Kalliala I et al BJOG 2011

A cohort of 6179 women treated for CIN between 1974 and 2001, and a randomly selected, age-and municipality-matched, reference population of 30 436 women.

No clear evidence emerged of adverse effects resulting from the CIN treatment itself, because the women treated had more pregnancies and more children than their reference population.

**RISK OF PRETERM BIRTH AFTER TREATMENT FOR
CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA AMONG
WOMEN ATTENDING COLPOSCOPY IN ENGLAND:
RETROSPECTIVE-PROSPECTIVE COHORT STUDY
CASTANON A. ET ALIAS BMJ 2012**

**DATI OTTENUTI DA DONNE CHE HANNO AVUTO UNA BIOPSIA CERVICALE
DAGLI ANNI 1987 AL 2009 INCROCIATI CON RISULTATI OSTETRICI COMPRESI
TRA 1998 E 2009**

**SU 18441 NATI 14265 DOPO BIOPSIA CERVICALE E 4176 PRIMA DELLA BIOPSIA
CERVICALE**

RR DOPO TRATTAMENTO : 1,47 (1,05-2,05)

**IL RISCHIO DI PARTO PRETERMINE NELLE DONNE TRATTATE IN
COLOPOSCOPIA IN INGILTERRA E' SOSTENZIALMENTE MINORE RISPETTO
AGLI ALTRI STUDI**

**IN QUESTO STUDIO LA LARGE LOOP EXCISION DELLA INTERA ZONA DI
TRASFORMAZIONE E' ASSOCIATA AD UN AUMENTO DI PARTO PRETEMINE
CORRELATA ALLA PROFONDITA' DELLA CONIZZAZIONE O AL REPETUTO
TRATTAMENTO**

Depth of cervical cone removed by loop electrosurgical excision procedure and subsequent risk of spontaneous preterm delivery

***Noehr B, Jensen A, Frederiksen K, Kiaer SK
Obstet Gynecol 2009***

Il rischio di parto pretermine aumenta del 6% per ogni mm di tessuto cervicale escisso. Aumento di probabilità di parto pretermine 4 volte superiore nelle donne sottoposte a due o più trattamenti con LEEP.

Adverse obstetrical outcomes after treatment of precancerous cervical lesions: a Belgian multicentre study

***C. Simoens, F Goffin, P Simon, P Barlow, J Antoine, J-M Foidart, M Arbyn
BJOG 2012***

Aumento di rischio di parto pretermine nelle donne sottoposte a conizzazione con LEEP con profondità del cono maggiore di 10mm (20,9% vs 8,3%)

LOOP ELECTROSURGICAL EXCISION PROCEDURE AND THE RISK FOR PRETERM DELIVERY

***Heinonen A, Gissler M, Riska A, Paavonen J, Tapper
AM, Jakobsson M
Obstet Gynecol 2013***

Studio retrospettivo di donne finlandesi (aa 1997-2009)

Aumentato rischio di parto pretermine nelle donne sottoposte a conizzazione con LEEP.

CERVICAL CONISATION AND THE RISK OF PRETERM DELIVERY:

**A RETROSPECTIVE MATCHED PAIR ANALYSIS OF A
GERMAN COHORT**

***Kim V, Geiger P, Riedel C, Bergauer F, Friese K, Knabl J
Arch Gynecol Obstet 2015***

Non aumentato rischio di parto pretermine, taglio cesareo o basso outcome neonatale nelle donne con precedente conizzazione cervicale.

STUDIO MULTI CENTRICO SULLE COMPLICANZE RELATIVE AGLI INTERVENTI MINI INVASIVI PER DISPLASIE CERVICO VAGINALE

Dipartimento di screening n° _____

Numero progressivo intervento _____

Sede _____

Data intervento _____

Paziente (iniziali) _____

Parità _____

Data di nascita _____

U.M. _____

Anamnesi: negativa positiva _____

Discoagulopatia: Disordini immunitari: Patologie neurologiche: Diabete:

Cardiopatia: Altro:

1. Istologia pre-intervento:

Sede (indicare tutte le sedi coinvolte se multiple) _____

Esocervicale: Endocervicale: Vagina: Esocervicale+Endocervicale:

Altro: _____

Esito: (indicare il grado istologico più elevato) _____

2. Tipologia di intervento eseguito:

- a. Escissione con radiofrequenza
- b. Laservaporizzazione
- c. Laservaporizzazione previa biopsia incisionale
- d. Laser cilindro-cono
- e. Altro
- f. Conizzazione chirurgica

3. Anestesia si no

Se si:

- a. Locale (indicare le eventuali complicanze _____
- b. Generale (indicare le eventuali complicanze _____
- c. Spinale (indicare le eventuali complicanze _____

4. **Complicanze emorragiche intraoperatorie (con necessità di applicazione di tecniche emostatiche differenti dall'emostasi coagulativa normalmente condotta)**
- a. Punti di sutura in sede ambulatoriale
 - b. Tamponamento ambulatoriale
 - c. Trasferimento in sala operatoria
 - d. Coagulazione/sutura in anestesia
 - e. Ricovero per monitoraggio delle condizioni ematologiche o generali

I CONTROLLO

Data del primo controllo di follow-up _____

Rilevazione anamnestica di complicanze nel post-operatorio.

- 1) Accesso della paziente a strutture sanitarie per sanguinamento con necessità di ricovero o tecniche emostatiche aggiuntive in regime ambulatoriale
- 2) Infezioni genito-pelviche necessitanti terapia antibiotica in regime di ricovero o ambulatoriale
- 3) Altro _____

Esito dell'esame istologico

- 1) Pezzo singolo
 - Dimensioni del pezzo:
 - Diametri di base: _____
 - Diametro dell'altezza: _____
 - Doppio cilindro in senso prossimale SI NO
 - Diametri di base: _____
 - Diametro dell'altezza: _____

- 2) Frammenti multipli

Estensione della lesione displastica eso-endocervicale

- Margine esocervicale indenne SI NO
Margine endocervicale indenne SI NO
Margine profondo indenne SI NO

Esito: (indicare il grado istologico più elevato) _____

Rivelazione di complicanze a distanza:

- 1) Stenosi cervicale: impossibilità di esplorazione/sondaggio dell'endocervice con le usuali tecniche di prelievo (cytobrush/curettaggio)
2) Dimenorrea
3) Ematometra
4) Piometra
5) Altro _____

Insorgenza di gravidanze nel periodo di osservazione SI NO

Insorgenza di gravidanze

- 1) Gravvidanza: SI NO
2) Decorso della gravidanza:
a termine > 37 settimana
pretermine 32-36+6 settimane
fortemente pretermine 28 -31+6
3) Rottura delle membrane?: SI NO
4) Peso neonatale < 2500 > 2500
5) Parto spontaneo Data: _____
6) Taglio cesareo Data: _____

E' IN CORSO NEL DIPARTIMENTO DI TORINO E NOVARA, DA ESTENDERE A TUTTA LA REGIONE PIEMONTE E A TUTTE LE ALTRE REGIONI, UN INCROCIO DATI PER LE DONNE DI ETA' 25/50 aa CHE HANNO ESEGUITO TRATTAMENTI ESCISSIONALI O ABLATIVI PER DISPLASIE CERVICOVAGINALI E LE SDO RELATIVE AL PARTO (DECORSO DELLA GRAVIDANZA, MODALITA' DI PARTO PESO NEONATALE etc.) DA CONFRONTARE CON LA POPOLAZIONE GENERALE.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

CON LA COLLABORAZIONE DI P. LO BRUTTO