

La formazione in citologia di triage

Troni GM.¹, Matucci M.¹, Confortini M, Pellegrini A.², Schiboni M.L.², Tinacci G.³, Foxi P.^{1*}

¹ S.C. Laboratorio Prevenzione Oncologica, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze

² U.O.C. Anatomia Patologica Azienda Ospedaliera S. Giovanni-Addolorata, Roma

³ U.O. Anatomia Patologica Ospedale S.M. Annunziata, ASF Firenze

*Email: p.foxi@ispo.toscana.it

Nell'ambito del percorso di aggiornamento formativo sulle nuove strategie di prevenzione del cancro della cervice uterina, l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO, Firenze) con il supporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) ha effettuato due corsi teorico-pratici sulla citologia di triage.

Obiettivo di questo lavoro: condividere criteri di refertazione per la citologia di triage al fine di valutare e migliorare la riproducibilità diagnostica.

Metodi: 39 partecipanti provenienti da diverse regioni (fig. 1), suddivisi in 2 corsi, hanno rivalutato in cieco, secondo criteri diagnostici precedentemente condivisi, un set di 44 Pap test di triage inviati da 3 centri di lettura.

Tab. 1: Categorie diagnostiche

1. Negativo
2. ASC-US *
3. LSIL
4. ASC-H
5. AGC
6. HSIL
7. Carcinoma invasivo

* Utilizzo limitato della categoria

La scheda di refertazione prevedeva 7 categorie diagnostiche (Tab. 1), compresa la categoria ASC-US per la quale è stato stabilito un utilizzo limitato. Il tempo massimo per la valutazione di ogni vetrino è stato di 15 minuti. L'analisi dei risultati è stata effettuata appena terminata la fase di lettura.

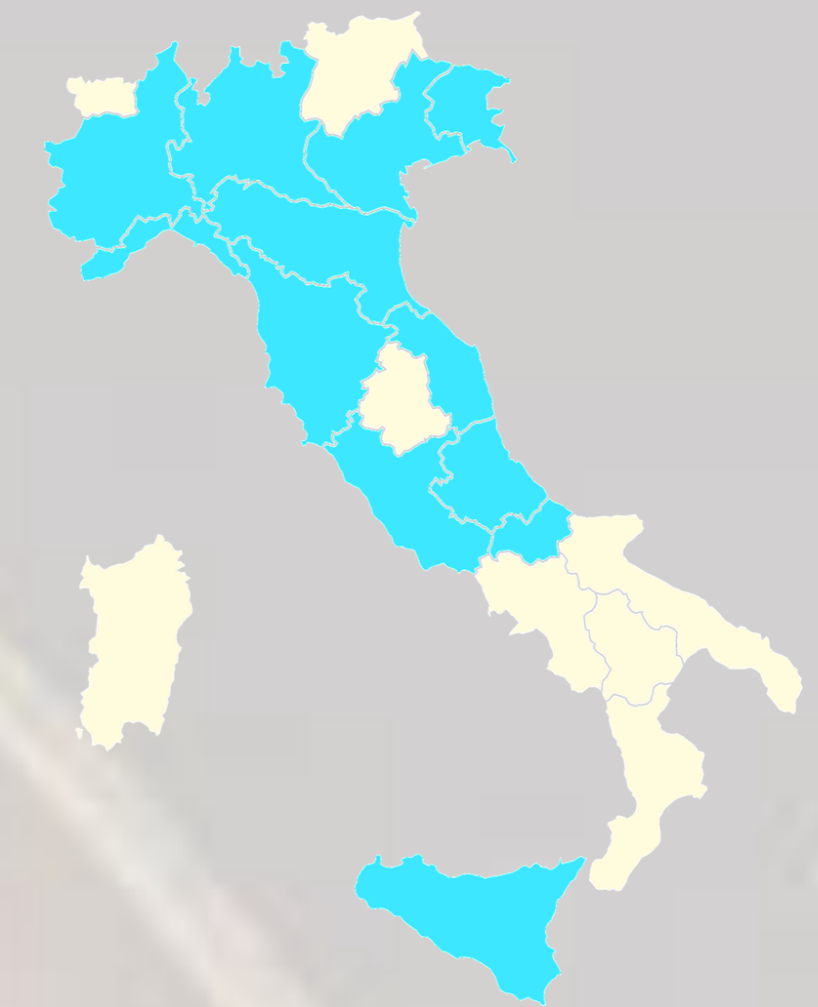


Fig.1: Distribuzione geografica dei partecipanti ai due corsi sulla citologia di triage

Risultati: Per ogni partecipante è stata calcolata la concordanza rispetto alla diagnosi di maggioranza, equivalente alla diagnosi più frequente, utilizzando il Kappa di Cohen. 33 lettori hanno evidenziato una buona concordanza (0,40-0,68), 6 lettori una scarsa concordanza (0,20-0,37). La distribuzione delle diagnosi comunque è risultata molto variabile: in 31 casi su 44 si sono avute 4 o più interpretazioni diverse per caso. Nei casi con quadri morfologici patognomonicamente la distribuzione è stata più omogenea (Grafico 1). Nessuna delle 7 diagnosi di origine (D.O.) di ASC-US è stata confermata come diagnosi di maggioranza. La diagnosi di revisione emersa nei due corsi è risultata: 3 negativi, 3 LSIL e 1 HSIL.

Il caso ASC-US rivalutato dai partecipanti come HSIL evidenzia una notevole disomogeneità interpretativa (Grafico 2). Il grafico 3 rappresenta un esempio del superamento della categoria ASC-US con una classificazione dicotomica Negativo-LSIL.

Diagnosi di maggioranza 2013

	Neg.	ASC-US	LSIL	ASC-H	AGC	HSIL	Ca Inv.	
Neg.	9	0	2	2	0	1	0	14
ASC-US	0	0	0	0	0	0	0	0
LSIL	0	0	13	1	0	0	0	14
ASC-H	0	0	1	2	0	0	0	3
AGC	0	0	0	0	2	0	0	2
HSIL	1	0	2	0	0	8	0	11
Ca Inv.	0	0	0	0	0	0	0	0
	10	0	18	5	2	9	0	44

Tabella 1: concordanza fra la maggioranza 2012 e la concordanza maggioranza 2013

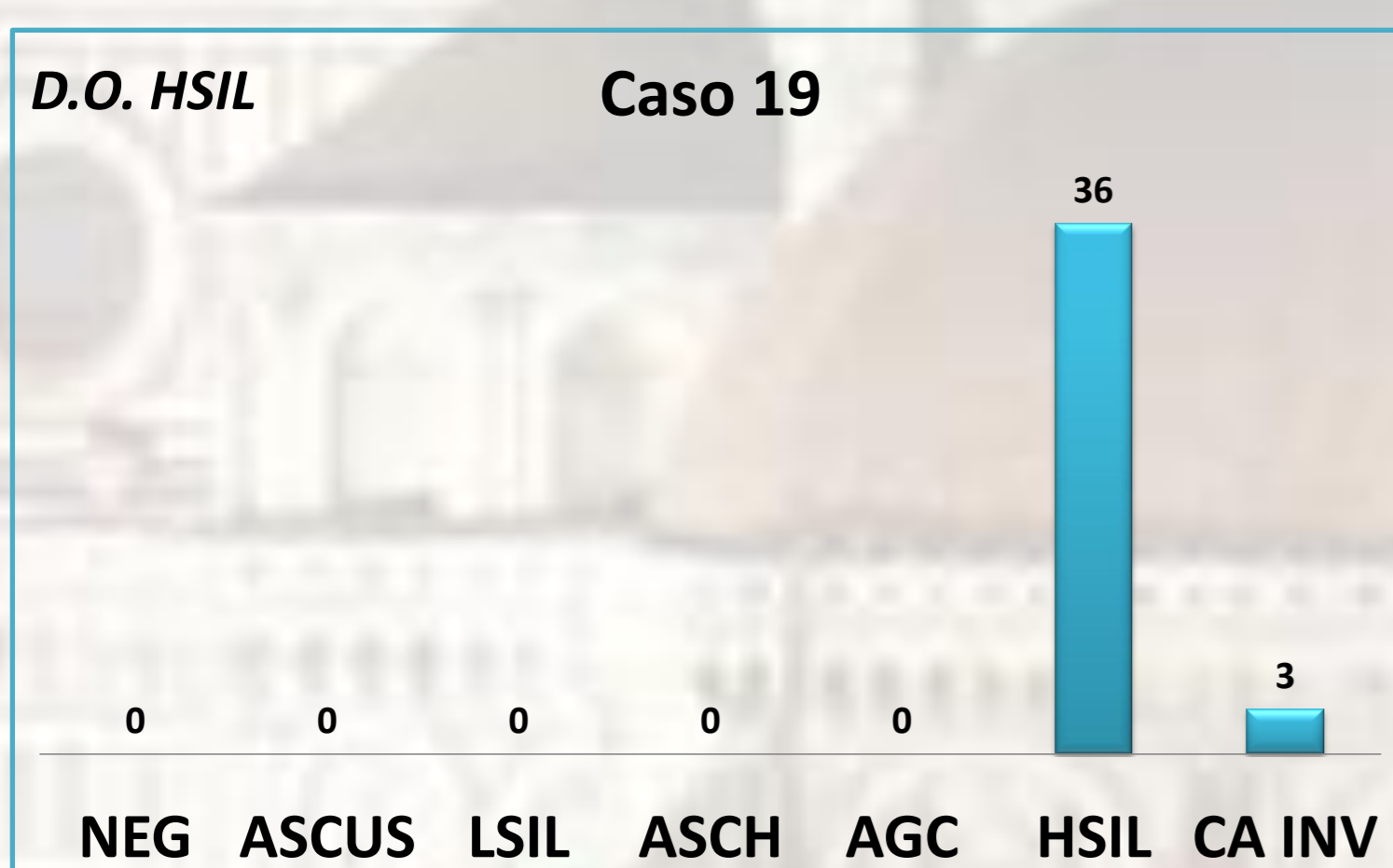


Grafico 1: Interpretazione omogenea

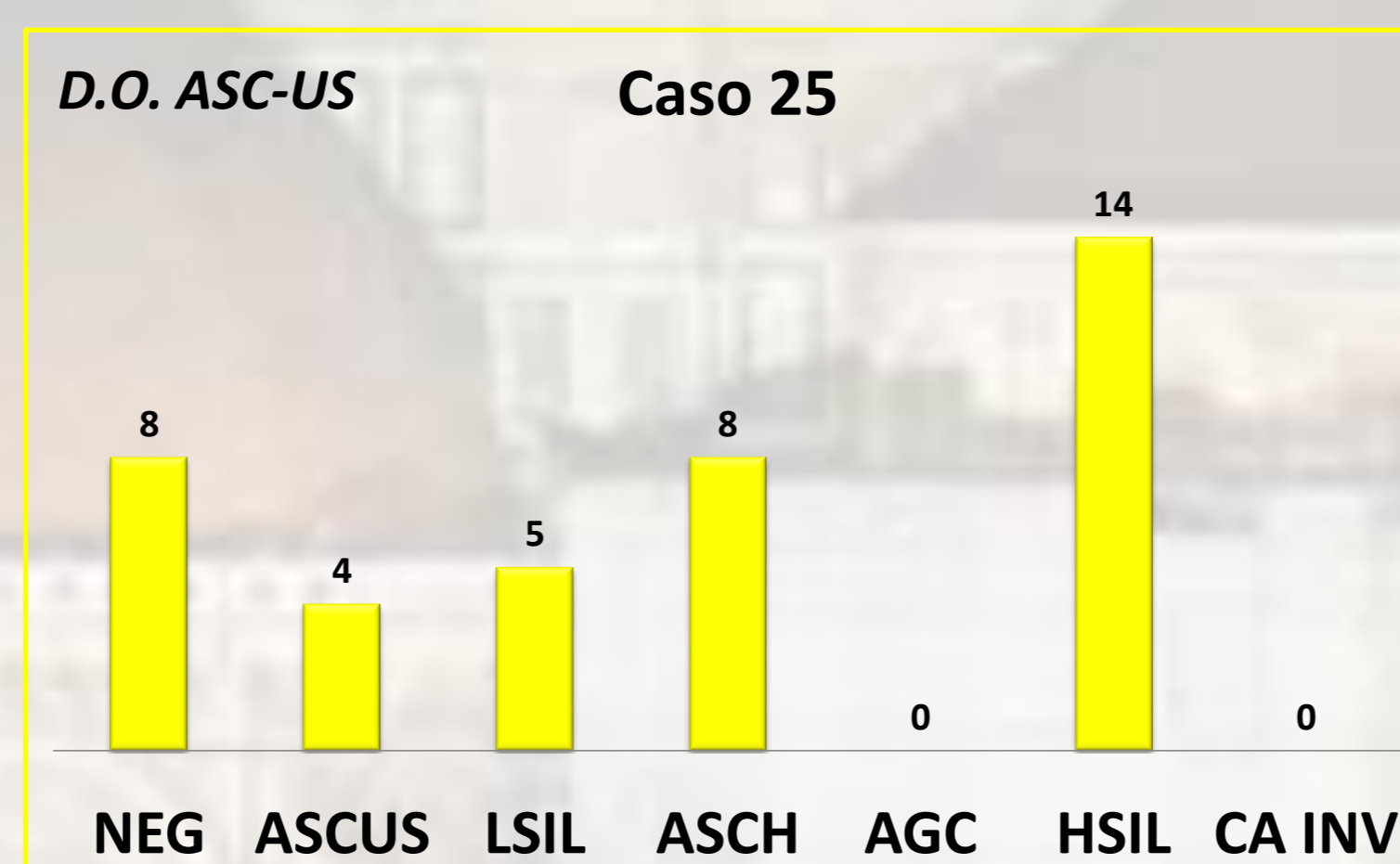


Grafico 2: Distribuzione disomogenea su 5 categorie diagnostiche

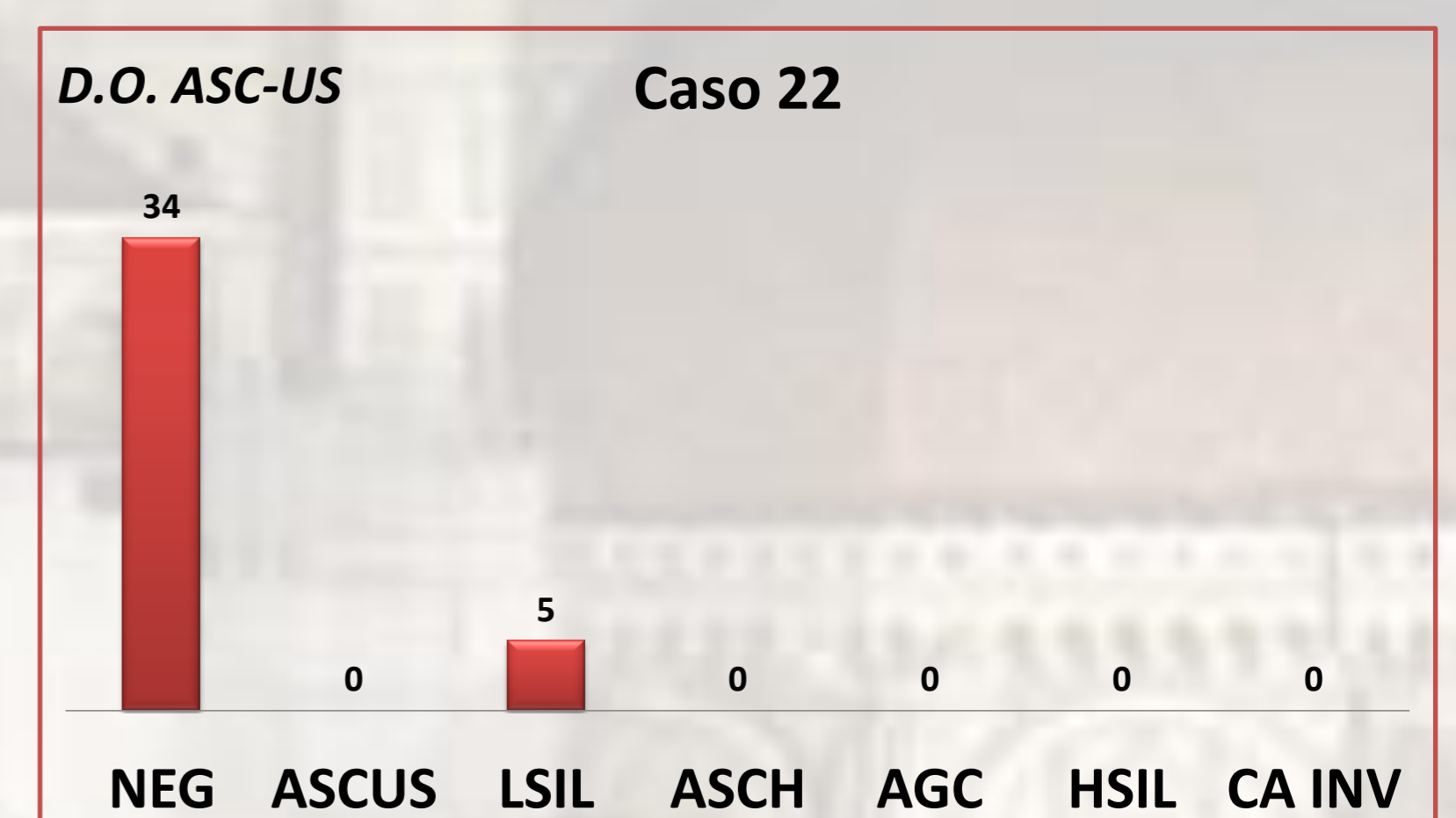


Grafico 3: Classificazione dicotomica: superamento della diagnosi di ASC-US

Conclusioni: La rilettura del set di citologia di triage ha evidenziato una distribuzione delle diagnosi tra i lettori estremamente disomogenea. Tale disomogeneità può dipendere sia dalla soggettività nell'interpretazione di quadri borderline sia dalla difficoltà a superare il concetto di ASC-US. Non vi è dubbio che in questa fase di passaggio ci sia la necessità di una forte puntualizzazione dei quadri morfologici borderline soprattutto ASC-US ai fini di un inquadramento condiviso fra i negativi e le LSIL. L'analisi dei risultati di concordanza fra lettori e la discussione dei casi discordanti con l'ausilio delle immagini digitali possono contribuire a migliorare la concordanza interosservatore, propedeutica al raggiungimento di valori di specificità "ottimali" nello screening con test HPV primario.