

# Tendenze dell'incidenza del cancro cervicale per stadio di malattia nella popolazione bersaglio del programma di screening della Regione Emilia-Romagna (1995-2014)

*Silvia Mancini<sup>1</sup>, Alessandra Ravaioli<sup>1</sup>, Lauro Bucchi<sup>1</sup>, Flavia Baldacchini<sup>1</sup>, Orietta Giuliani<sup>1</sup>, Rosa Vattiato<sup>1</sup>, Paolo Giorgi Rossi<sup>2</sup>, Cinzia Campari<sup>3</sup>, Debora Canuti<sup>4</sup>, Enza Di Felice<sup>5</sup>, Priscilla Sassoli de Bianchi<sup>5</sup>, Stefano Ferretti<sup>5</sup>, Nicoletta Bertozzi<sup>5</sup>, Annibale Biggeri<sup>6</sup>, Fabio Falcini<sup>1,7</sup> e Workgroup per la valutazione dello screening cervicale in Emilia-Romagna*

<sup>1</sup> UO di Epidemiologia e Registro Tumori della Romagna, Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) IRCCS, Meldola; <sup>2</sup> UO di Epidemiologia, AUSL – IRCCS di Reggio-Emilia; <sup>3</sup> Centro screening, AUSL – IRCCS di Reggio-Emilia; <sup>4</sup> AUSL della Romagna, Rimini; <sup>5</sup> Servizio Prevenzione collettiva e Sanità pubblica, Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna; <sup>6</sup> Università di Firenze; <sup>7</sup> AUSL della Romagna, Forlì

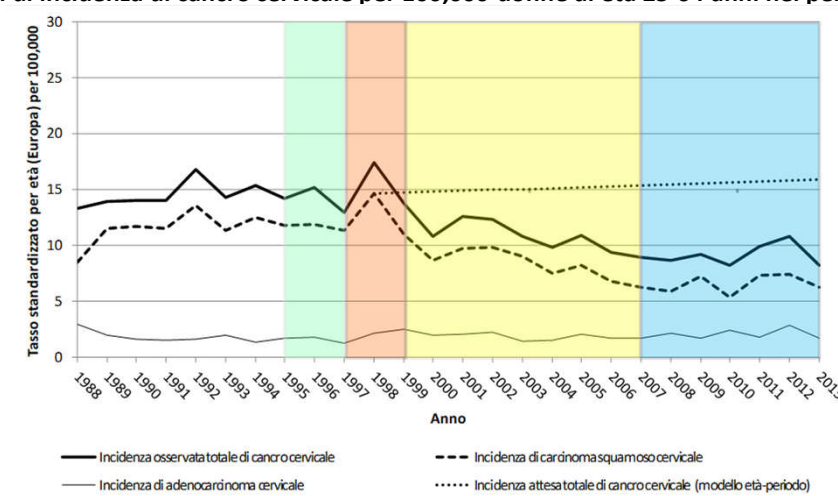
## OBIETTIVO

Riportare i risultati di uno studio *intention-to-screen* sulle variazioni dell'incidenza dei tumori cervicali per stadio di malattia che sono seguite all'introduzione di un programma di screening citologico organizzato per le **donne di 25-64 anni** (1,219,000 il primo gennaio del 2018) residenti nella Regione Emilia-Romagna.

## METODI (1/2)

Sulla base dell'andamento dell'incidenza totale del cancro cervicale (**Fig.1**) riportato in uno studio precedente (doi: 10.1002/ijc.31806), il periodo coperto dallo studio, 1995-2014, è stato diviso in quattro parti: 1995-1996 (pre-screening, o anni di riferimento), 1997-1998 (fase di implementazione dello screening), 1999-2006 (fase di transizione, quando l'incidenza è diminuita) e 2007-2014 (fase stazionaria, quando l'incidenza si è stabilizzata).

Figura 1. Tassi di incidenza di cancro cervicale per 100,000 donne di età 25-64 anni nel periodo 1988-2013



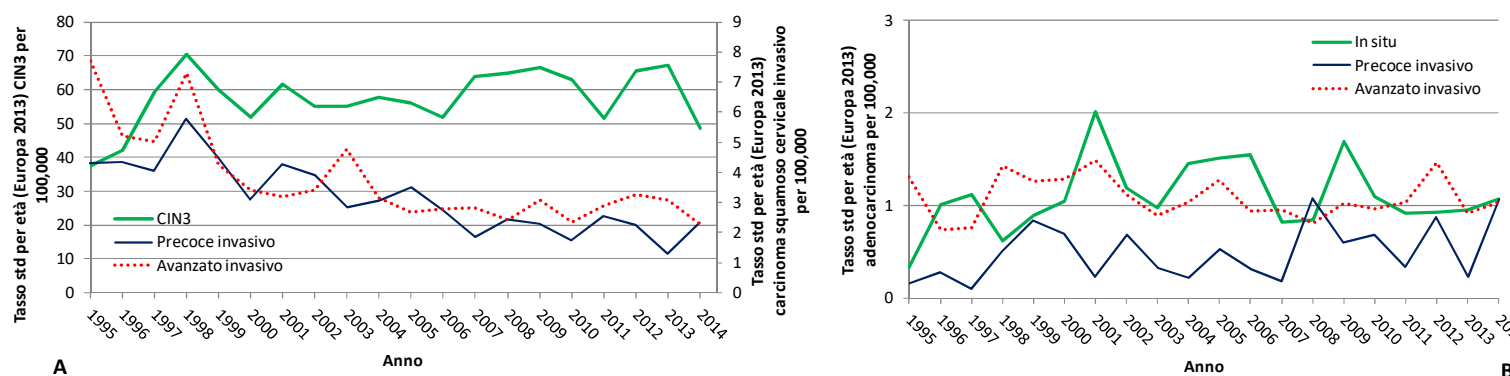
## METODI (2/2)

Lo stadio di malattia è stato classificato come *pre-invasivo* (neoplasia intraepiteliale cervicale di grado 3 e adenocarcinoma in situ), *precoce* (pT1a), *avanzato* (pT1b o maggiore e yT) e *ignoto* (pT1 non altrimenti specificato, pTx, e informazione mancante). I tassi di incidenza medi annui osservati nelle suddette fasi sono stati confrontati con i tassi attesi (tassi osservati negli anni di riferimento) utilizzando l'**Incidence Rate Ratio (IRR)**, calcolato con un modello di regressione di Poisson.

## RISULTATI (1/2)

Riguardo i tumori squamosi, il tasso d'incidenza della CIN3 è cresciuto del 60% nella fase di implementazione. In seguito, l'aumento si è stabilizzato poco sotto questo valore. Parallelamente, vi è stata una caduta dell'incidenza di tutti i tumori invasivi. La riduzione dei cancri avanzati nella fase di transizione è stata più rapida. Nella fase stazionaria, tuttavia, la riduzione dei cancri precoci ha raggiunto la stessa ampiezza. Nella fase di transizione e nella fase stazionaria, i tassi di incidenza dell'adenocarcinoma in situ e dell'adenocarcinoma precoce sono aumentati irregolarmente e non significativamente. L'adenocarcinoma avanzato ha mostrato variazioni modeste e nessuna variazione nella fase stazionaria (Fig.2).

Figura 2. Tassi di incidenza di cancro cervicale squamoso (A) e ghiandolare (B) per 100,000 donne di età 25-64 anni nel periodo 1995-2014



## RISULTATI (2/2)

I tassi d'incidenza dei tumori ghiandolari devono essere giudicati con prudenza per una significativa riduzione delle lesioni invasive in stadio ignoto. Nella fase stazionaria, gli IRR erano i seguenti: CIN3, 1.55 (intervallo di confidenza al 95%, 1.41-1.70); carcinoma squamoso in stadio precoce, 0.49 (0.36-0.67); carcinoma squamoso in stadio avanzato, 0.44 (0.33-0.57); carcinoma squamoso in stadio ignoto, 0.69 (0.48-0.99); adenocarcinoma in situ, 1.44 (0.72-2.88); adenocarcinoma in stadio iniziale, 2.65 (0.82-8.53); adenocarcinoma in stadio avanzato, 1.03 (0.56-1.91); e adenocarcinoma in stadio ignoto, 0.46 (0.23-0.92).

## CONCLUSIONI

Dopo la loro stabilizzazione, le variazioni dell'incidenza per stadio di malattia comprendevano un aumento del 55% per la CIN3, una diminuzione del 50-55% per i carcinomi squamosi precoci ed avanzati, e nessun cambiamento significativo per i tumori ghiandolari. I dati serviranno a quantificare l'impatto incrementale della conversione allo screening basato sul test HPV.

**Un ringraziamento ai centri screening e ai Registri Tumori della regione Emilia-Romagna**

**[silvia.mancini@irst.emr.it](mailto:silvia.mancini@irst.emr.it)**