

# L'impatto dei programmi di screening sull'incidenza del cancro della cervice uterina in Emilia-Romagna (1996-2008)

Caroli Stefania<sup>1</sup>, Giorgi Rossi Paolo<sup>1</sup>, Mancini Silvia<sup>2</sup>, Sassoli de' Bianchi Priscilla<sup>3</sup>, Finarelli Alba Carola<sup>3</sup>, Naldoni Carlo<sup>3</sup>, Bucchi Lauro<sup>2</sup>, Falcini Fabio<sup>2</sup> e il gruppo di lavoro regionale dei centri screening e registri di patologia

<sup>1</sup>Servizio di Epidemiologia, Direzione Sanitaria AUSL Reggio Emilia, via Amendola 2, 42122 Reggio Emilia

<sup>2</sup>Registro Tumori della Romagna, IRCCS Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (I.R.S.T.), Via Piero Maroncelli 40, 47014 - Meldola (FC)

<sup>3</sup>Servizio Sanità Pubblica della Direzione Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna, Via Aldo Moro 21, 40127 - Bologna

## INTRODUZIONE

Nei paesi industrializzati l'introduzione dello screening organizzato per il tumore della cervice uterina ha nel tempo ridotto sia la mortalità che l'incidenza di questa neoplasia. Nella maggior parte dei paesi dell'Europa occidentale il cancro della cervice è diventato una malattia rara e la maggioranza dei tumori residui sono attribuibili alla mancanza di adesione allo screening e solo una piccola parte occorre in donne che hanno fatto il Pap test ed hanno avuto un esito negativo.

Obiettivo di questo studio è quantificare la proporzione di tumori attribuibili alla non adesione e quella attribuibile al fallimento dello screening nei casi diagnosticati in Emilia-Romagna tra il 1996 e il 2002 e come questa sia cambiata nel periodo fra il 2003 e il 2008.

## METODI

In Emilia-Romagna lo screening organizzato, iniziato nel 1996, prevede un Pap test per le donne tra i 25-64 anni a cadenza triennale. Già dal primo round l'estensione degli inviti ha raggiunto l'intera popolazione target. Contestualmente è stato istituito un registro regionale di patologia che raccoglie variabili cliniche e sullo stato di screening per le neoplasie infiltranti, in situ e displasie gravi.

In questo studio sono inclusi tutti i tumori invasivi incidenti nel periodo 1996-2008 in Emilia-Romagna.

L'incidenza è stata suddivisa in due periodi: primi due round (1996-2002) e terzo e quarto round (2003-2008). I casi sono stati classificati in base alla morfologica in squamo-cellulari, adenocarcinomi (inclusi adenosquamosi) e altro; in base allo stadio in microinvasivi e invasivi secondo la stadiazione FIGO. Sono stati calcolati i trend dei tassi standardizzati d'incidenza (TSD) utilizzando come popolazione standard la popolazione europea e il relativo Annual Percent Change (APC).

I casi sono stati inoltre classificati in base allo stato di screening: non invitate, non rispondenti e rispondenti; fra queste ultime sono state distinte le donne con un precedente Pap test negativo (a loro volta suddivise in <5 anni e >5 anni prima della diagnosi) e le donne con un cancro riscontrato dal primo Pap test di screening.

## RISULTATI

Figura 1a. Incidenza dei tumori cervicali invasivi per anno e morfologia, Emilia-Romagna 1996-2008

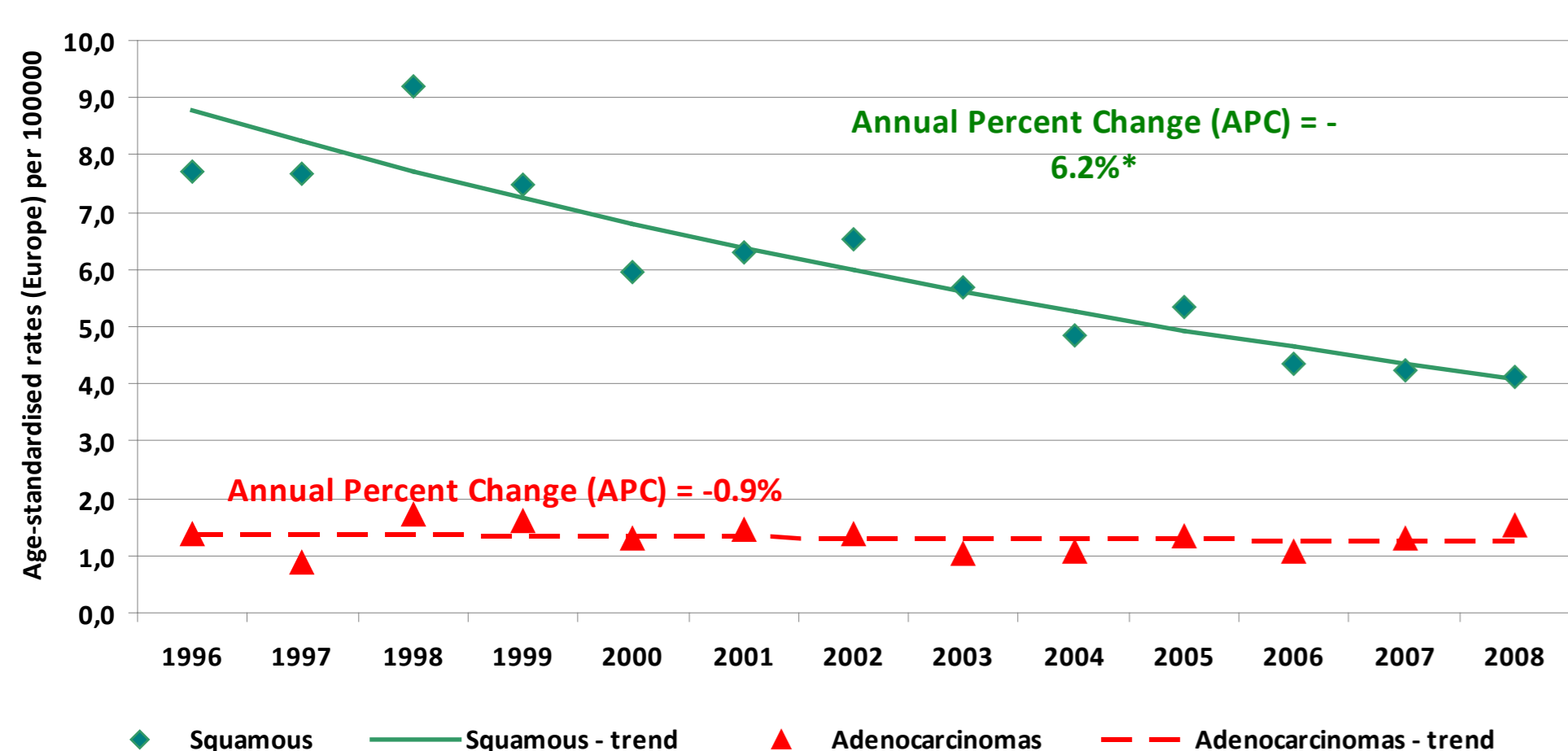
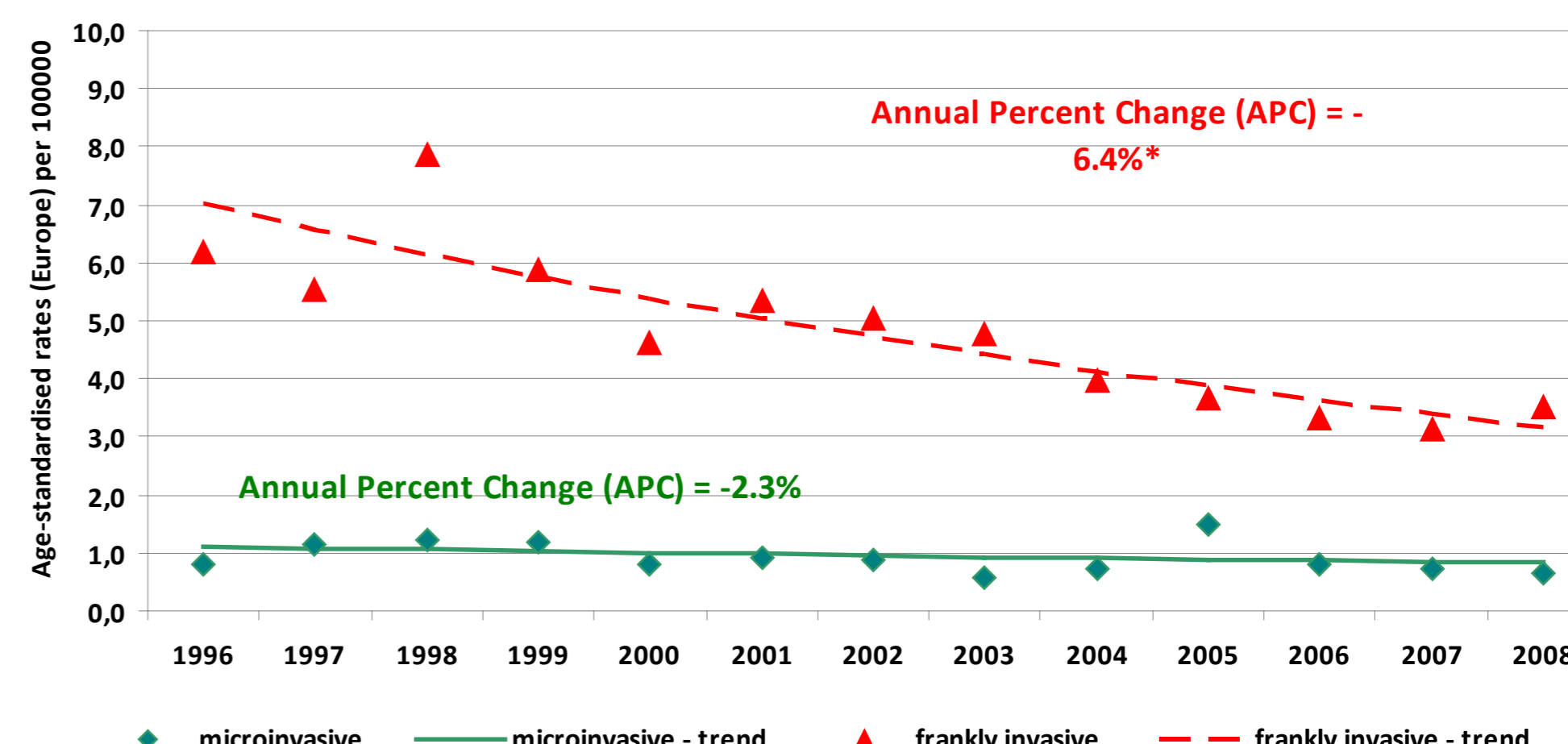


Figura 1b. Incidenza dei tumori cervicali invasivi per anno e stadio, Emilia-Romagna 1996-2008



Nel periodo 1996-2008 l'incidenza è diminuita significativamente, in maniera più rilevante per le forme squamocellulari (TSD da 8,77 a 4,08; APC -6,2 % [-7,8; -4,6 CI 95%]) e per gli stadi avanzati (TSD da 7,03 a 3,18, APC -6,4 %, [-8,6; -4,2 CI 95%]).

Tabella. Incidenza dei tumori cervicali invasivi per stato di screening, Emilia-Romagna 1996-2008

Stato di screening	1996-2002		2003-2008	
	n	%	n	%
Non rispondenti	248	16,7	288	27,3
Non invitate	411	27,8	66	6,3
precedente (<5aa) Pap test negativo	85	5,7	141	13,4
precedente (>=5aa) Pap test negativo	5	0,3	55	5,2
Screen-detected al primo round	305	20,6	174	16,5
Fuori fascia screening (giovani)	4	0,3	3	0,3
Fuori fascia screening (anziane)	363	24,5	289	27,4
Non classificato	60	4,1	40	3,8
<b>Totale</b>	<b>1481</b>	<b>100,0</b>	<b>1056</b>	<b>100,0</b>

Confrontando i due periodi, la proporzione di tumori nelle donne *non rispondenti* e *non invitate* decresce dal 45% al 33%.

La proporzione di cancri con precedente Pap test negativo aumenta dal 5,7% al 13,4%, se si considerano solo quelli 5 anni prima dalla diagnosi, e dal 6,1% al 18,6% se si includono anche quelli a più di 5 anni.

La proporzione di casi screen-detected al primo test decresce dal 20,6% al 16,5%, mentre la proporzione di casi fuori fascia screening non cambia.

## CONCLUSIONI

La mancata adesione ai programmi di screening, seppur diminuita negli anni, rimane ancora la principale causa dei cancri invasivi. Tuttavia grazie alla drastica riduzione dell'incidenza totale, la proporzione di casi attribuibili ad una mancata identificazione delle lesioni pre-invasive da parte del Pap test è aumentata. In questo nuovo scenario, l'introduzione di un test più sensibile, come l'HPV-DNA test, avrebbe un impatto non trascurabile sull'incidenza.