

**Momenti critici della  
colposcopia di  
Il livello di screening**

**Convegno nazionale**

**GISCi 2006**

*Roma 20-21 aprile*



Unità Operativa Ostetricia- Ginecologia  
U.L.S.S. 7 Veneto- Pieve di Soligo  
Ospedale Civile di Conegliano Veneto (TV)  
Direttore A. Azzena

**Il trattamento ed il follow-up  
ASC-US e lesioni di basso grado:  
certezze e dubbi**

**GP Fantin**

# Gestione ASC-US/LSIL e CIN: certezze

---

- ◆ **ASC-US e LSIL** correlano largamente con **HPV e CIN1** e in misura molto minore con lesioni di alto grado, solo episodicamente con il carcinoma.
- ◆ **CIN1** è una diagnosi **poco riproducibile**. Rappresenta un mix di lesioni virali e qualche rara displasia

# Gestione ASC-US/LSIL e CIN: dubbi

---



# ASC-US/LSIL

Colposcopia?

Sorveglianza  
citologica?

HPV test?

## 3 studi randomizzati controllati

- ✓ Flanelly et al 1994 → 753 donne
- ✓ Shafi et al 1997 → 353 donne
- ✓ ALTS 2003 → 3488 donne con ASC-US  
1572 donne con LSIL

- Nessuna differenza nei confronti di HSIL
- Numerosità insufficiente per ca invasivo

# Gestione delle pazienti con ASC-US/LSIL

---

## 1. Linee guida SICPCV 2002

- ✓ ASC-US e ASC-H → colposcopia
- ✓ LSIL → colposcopia

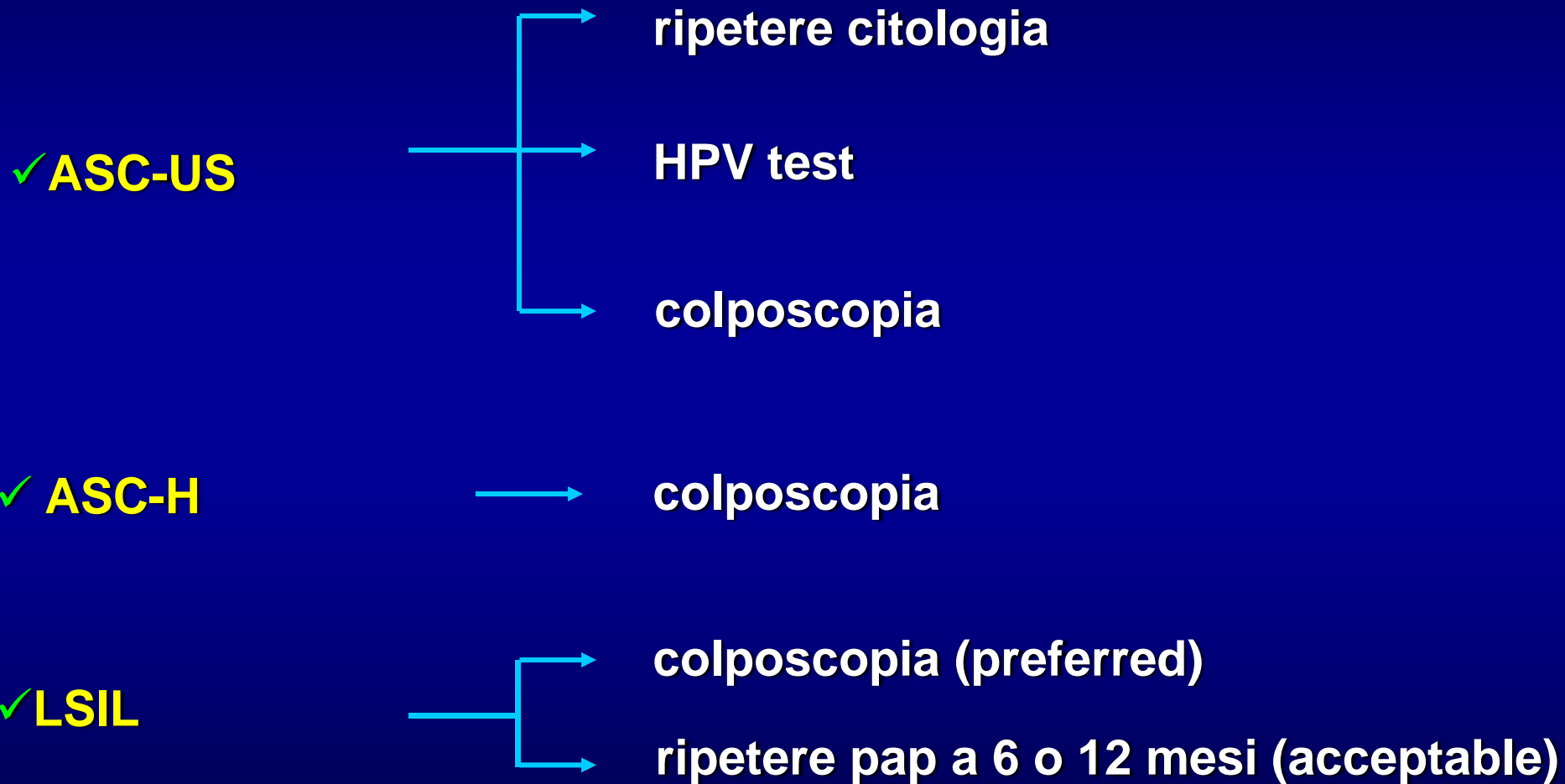
## 2. Linee guida NHS U.K.

- ✓ I pap test: mild dyscaryosis → colposcopia o ripetere pap test
- ✓ II pap test: mild dyscaryosis → colposcopia (must)

# Gestione delle pazienti con ASC-US/LSIL

---

## 3. Linee guida europee (in press versione novembre 2005)



# Gestione delle pazienti con ASC-US/LSIL

---

## 4. Linee guida australiane 2005

(LSIL possible or definite):

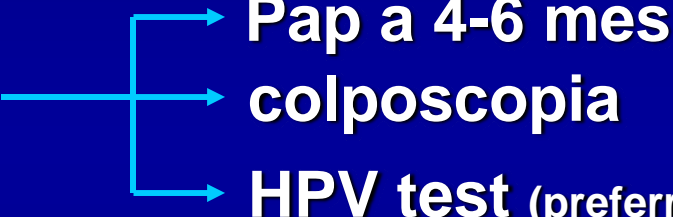
- **< 30 anni:** - follow-up con citologia ogni 12 mesi fino a 2 pap negativi (se LSIL → colposcopia)
- **≥ 30 anni:** - con pap test negativo nei precedenti 2 o 3 anni: controllo pap test a 12 mesi  
- senza pap negativi nei precedenti 2 o 3 anni: o colposcopia immediata o pap test a 6 mesi



# Gestione delle pazienti con ASC-US/LSIL

---

## 5. Linee guida nord americane (ASCCP 2002)

- **ASC-US** 
  - Pap a 4-6 mesi
  - colposcopia
  - HPV test (preferred if liquid based cytology or co-collector)
- **ASC-H** → colposcopia
- **LSIL** → colposcopia

## Recommended management for women with abnormal cytology, by country

Country	Screening interval (years)	Recommended management of minor cytological abnormalities	Reference
Canada	3	ASCUS/LSIL: repeat cytology in 6 months	Health Canada (1998)
Finland	5	Pap Group 1 & 2: not referred for further examination unless repeated cytology or other results are suggestive of cancer	Anttila et al (2004); Cancer Registry Finland (2004)
France	3	ASCUS: repeat cytology / colposcopy / HPV testing LSIL: repeat cytology at 4–6 months / colposcopy	Anttila et al (2004); ANAES (2002)
Netherlands	5	Pap 2 & 3a1 & 3a2: repeat cytology in 6 months	Anttila et al (2004); Bos et al (2002)
New Zealand	3	ASCUS/LSIL: repeat cytology in 6 months	New Zealand National Cervical Screening Programme (1998)
Sweden	3 and 5	No national policy	Anttila et al (2004); Dillner (2000)
UK	3 and 5	Borderline change: colposcopy after 3 tests Mild dyskaryosis: ideally colposcopy but repeat cytology acceptable	NHSCSP (2004)
US	2–3 <sup>a</sup>	ASC-US: repeat cytology / colposcopy / HPV testing LSIL: colposcopy	Saslow et al (2002); Wright et al (2002)

<sup>a</sup> Over 30 years of age and after three negative smears

# Attendibilità della diagnosi di CIN1

---

Ampia variabilità inter e intraosservatore su biopsie mirate classificate come CIN1:

- **Confermate** 43%
- **Riclassificate come normale** 41%
- **Riclassificate come CIN2 e CIN3** 13%

*Studio ALTS –Stoler 2001*

Scarsa affidabilità della biopsia mirata nel campionare l'area “peggiore” della lesione quando confrontata con la biopsia escissionale:

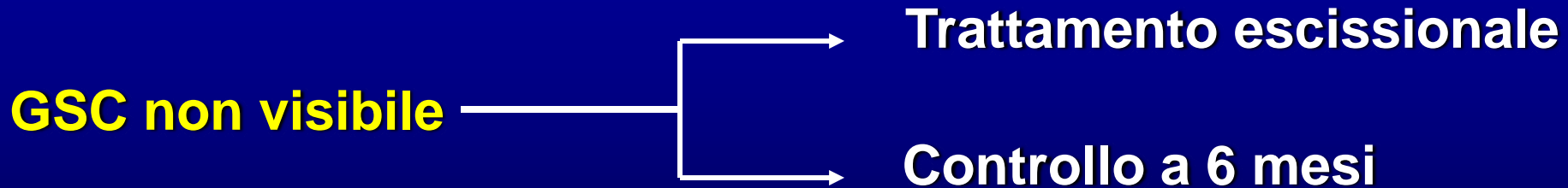
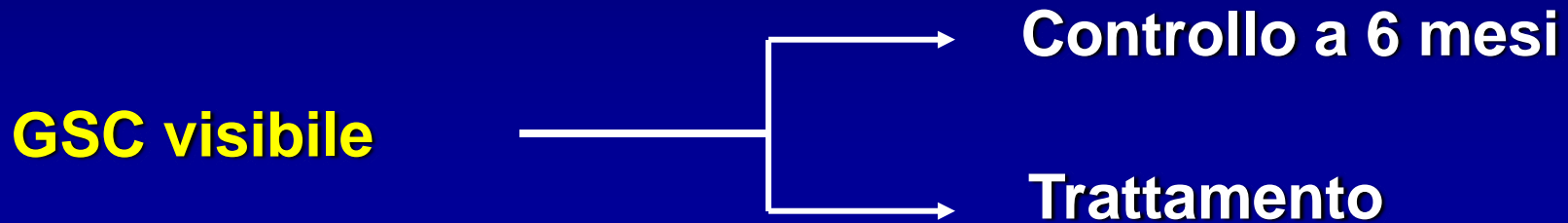
- **CIN2 e CIN3 nel 23-55% dei campioni**

*Massad et al 1996*

# Gestione delle pazienti con CIN1 istologicamente determinata

---

## 1. Linee guida SICPCV 2002



# Gestione delle pazienti con CIN1 istologicamente determinata

---

## 2. Linee guida NHS U.K.

**CIN1 non deve essere sottoposta necessariamente  
a trattamento.**

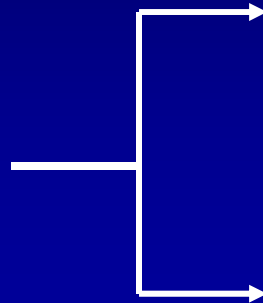
**Se la CIN1 non è trattata, bisogna eseguire un follow-up  
citologico e colposcopico fino alla regressione spontanea o  
alla necessità di trattamento**

# Gestione delle pazienti con CIN1 istologicamente determinata

---

## 3. Linee guida europee (in press versione novembre 2005)

**Colposcopia  
soddisfacente**



**Follow-up**  
(pap 12 e 24 mesi o HPV test)

**Trattamento**  
(ablative o escissionale)

**Colposcopia  
insoddisfacente**



**Trattamento  
escissionale**

**N.B.: le linee guida europee indicano come inaccettabili:**

- see and treat
- trattamento distruttivo se GSC non è visibile
- uso di Podofillina o simili
- isterectomia

# Gestione delle pazienti con CIN1 istologicamente determinata

---

## 4. Linee guida australiane 2005

Il trattamento non è raccomandato perché tali lesioni sono considerate l'espressione di una infezione da HPV in fase produttiva

# Gestione delle CIN1 istologicamente determinate

---

## 5. Linee guida nord americane (ASCCP 2003)



### Follow-up

- Follow-up **citologico** a 3–12 mesi
- **HPV test** a 12 mesi
- **Colposcopia**



### Trattamento

Il trattamento distruttivo può essere effettuato se la colposcopia è soddisfacente e il prelievo endocervicale negativo



# 1. Conclusioni

---

- ✓ Attualmente le lesioni di basso grado tendono ad essere considerate più l'espressione della fase produttiva dell'infezione da HPV che una neoplasia intraepiteliale
- ✓ La CIN1 istologica è un' entità scarsamente riproducibile che in quasi la metà dei casi è probabilmente una non lesione
- ✓ Nei casi in cui la CIN1 è veramente confermata vi sono alcune lesioni a rischio di progressione e molte che sono destinate a regredire spontaneamente

## 2. Conclusioni

---

Fino a quando non saranno disponibili metodi affidabili per distinguere le (poche) pazienti a rischio dalle molte che guariscono spontaneamente sembra ragionevole:

1. **Preferire le opzioni diagnostiche che prevedono la ripetizione del pap-test o, nell'ASC-US, l'uso del hrHPV-DNA test**
2. **Evitare, per quanto possibile, di trattare le CIN1 istologicamente determinate**
3. **Favorire studi sugli indicatori molecolari di progressione**

# 3. Conclusioni

---

**Le donne con lesioni di basso grado hanno più da temere dalla sovradiagnosi e dal sovratrattamento, che dalla loro malattia.**

***Grazie per l'attenzione...***