

Webinar GISCI in collaborazione con SICPCV, 24 settembre 2020
“Presentazione del manuale del secondo livello dello screening organizzato”

CHAT : Domande poste in chat dai partecipanti, risposte dei relatori e del coordinamento GISCI

	Autore	Domanda	Relatore	Risposta
1	Stefano Masoni, Livorno	Sarebbe utile vaccinare anche il partner per ridurre le recidive?	Karin Andersson	Non ci sono evidenze che una vaccinazione del partner ottimizzi la riduzione di recidive. Pertanto non rientra nelle raccomandazioni italiane sull'argomento, pubblicate a luglio 2020 nel sito SNLG dell'ISS.
2	Gaetano Kama, Bologna	E' utile la vaccinazione anche per gli LSIL?	Karin Andersson Coordinamento GISCI	La vaccinazione non è terapeutica ma preventiva. In pazienti affette da L-SIL svolgerebbe l'effetto preventivo per gli altri genotipi non ancora acquisiti. Più in generale le evidenze scientifiche ad oggi non sono sufficienti per dimostrare una reale efficacia nelle pazienti adulte e già affette da patologia HPV correlata. In Italia non esistono ancora al riguardo linee guida inserite nel sistema SNLG dell'Istituto Superiore di Sanità che rispettino il percorso indicato dalla Legge Gelli 2017(tranne che per il post – trattamento delle CIN2-3).
3	Paolo Cristiani, Bologna	E' consigliabile una nuova vaccinazione con Nonavalente alle ragazze vaccinate con il Quadrivalente? Se si, quante somministrazioni? una sola?	Coordinamento GISCI	Vaccinazione quadrivalente e bivalente eseguite nelle età e modalità indicate garantiscono una efficacia molto alta per la prevenzione del carcinoma e dei suoi precursori. Il recente Nonavalente aumenta in parte la copertura per altri virus, pertanto oggi è corretto somministrare questo vaccino alle nuove undici-dodicenni. Per le ragazze precedentemente vaccinate con vaccini per HPV 16/18 non ci sono evidenze scientifiche per considerare la ri-vaccinazione nelle politiche vaccinali nazionali e regionali.

				Se in ambito clinico, in singoli casi, si arrivasse alla conclusione di proporre la ri-vaccinazione, è necessario correttamente informare che la copertura del primo vaccino è già soddisfacente al fine di prevenire i carcinomi e che l'efficacia è ridotta avendo probabilmente nel frattempo avuto rapporti sessuali. La rivaccinazione sarebbe comunque a spese proprie.
4	Bruno Brusacà, Genova	Un chiarimento su come comportarsi nelle gravide con GSC non visibile.	Andrea Ciavattini	Rivalutazione longitudinale, in quanto la giunzione tende a visualizzarsi con il progredire della gravidanza; in ogni caso, se c'è sospetto di una lesione di alto grado per la quale non si può escludere una invasione, si procede alla biopsia escissionale in gravidanza preferibilmente entro la 20 settimana.
5	Alberto Bellomi, Mantova	Se il cilindrico deve essere esaminato in colposcopia, perché accettiamo come adeguato un Pap test senza cellule cilindriche?	Luca Giannella Coordinamento GISCI	Il cilindrico è difficile da esaminare sia in citologia che dal vivo in colposcopia, perché non ha segni di atipia chiari come l'epitelio squamoso. Il più delle volte le lesioni ghiandolari vengono scoperte contestualmente ad una indicazione citologica di invio per alterazioni squamose, o anche viceversa. Il Bethesda 2001, ribadito nel 2014, indica che è soddisfacente anche un Pap test in cui non siano presenti cellule cilindriche o metaplastiche. Il GISCI, prima di accettare anche per lo screening questa indicazione del Bethesda, promosse uno studio nazionale in cui dimostrò che l'assenza di questa componente non diminuiva la rilevazione di lesioni CIN2+. Questa affermazione non vale per il follow-up post trattamento, in cui lo studio del canale con citologia deve dare informazioni mirate.
6	Simona Cantaluppi, Como	LSIL pre-esistente alla gravidanza: quando fare la colposcopia in gravidanza?	Jacopo Di Giuseppe	La maggior parte dei programmi di screening italiani prevede che le donne in follow-up per lesioni già diagnosticate prima della gravidanza proseguano il loro percorso di follow-up secondo le tempistiche previste per le donne al di fuori della gravidanza. In alcune realtà è previsto che le donne con LSIL (CIN1) diagnosticate prima della gravidanza possano posticipare il controllo di follow-up, soprattutto se è previsto dopo la 20° settimana in vicinanza del parto.

7	Maria De Nuzzo, Ravenna	Chi fa il follow-up della VAIN? Il secondo livello dello screening o il ginecologo oncologo?	Francesco Sopracordevole	Il follow-up deve essere fatto da chi ha eseguito il trattamento, ed è auspicabile che il trattamento avvenga in un centro di secondo livello con competenze di oncologia ginecologica; se questo non è possibile, comunque il follow-up va eseguito in un centro di secondo livello finchè la paziente non torna allo screening di primo livello.
8	Nunziata Pace, Ragusa	Cosa ne pensate dell'autoprelievo HPV, soprattutto nelle donne vaccinate? Vantaggi e svantaggi.	Coordinamento GISCI	L'autoprelievo è una opportunità, per migliorare l'adesione delle donne, che ancora non è stata implementata nei diversi programmi di screening italiani. Esistono in Italia esperienze pilota che ne hanno mostrato l'efficienza. Vantaggi per l'utente: autonomia nell'eseguire la prestazione, rimozione dell'eventuale imbarazzo, minore percezione di dolore Vantaggi per il programma: miglioramento dell'estensione nei casi di carenza di prelevatori. Svantaggi: il prelievo permette l'esecuzione del test HPV, ma in caso di positività è necessario richiamare la donna per effettuare il Pap test di triage. Nelle donne vaccinate l'approccio non cambierebbe.
9	Giovanna Calvieri, Ascoli Piceno	Come comportarsi durante il percorso dello screening regionale nella fase diagnostica quando lo stesso non comprende l'effettuazione del test di HPV gratuito?	Coordinamento GISCI	I programmi organizzati di screening prevedono la gratuità del test HPV sia nel primo che nel secondo livello. Purtroppo non tutti i programmi hanno implementato la nuova modalità di screening con HPV test che il programma di prevenzione nazionale prevedeva entro il 2019. E' necessario che tutte le regioni si adeguino rapidamente alle nuove direttive per poter offrire i vantaggi del test HPV.
10	Luigi Bertani, Modena	Come dimostrare di avere fornito una adeguata informazione verbale?	Francesca Ingravallo	Annotare sul referto che la paziente è stata informata, indicando ambiti di informazione (es. indicazione, modalità di esecuzione della procedura, rischi, ecc)
11	Maria De Nuzzo, Ravenna	Nella scheda GISCI biopsia con ansa a scopo diagnostico non è prevista e viene registrata come see and treat.	Coordinamento GISCI	La scheda sarà aggiornata nel prossimo futuro e questa voce verrà inserita.

12	Maria De Nuzzo, Ravenna	Il follow-up di AIS nelle donne over 60 rimane in percorso screening?	Giovanni Maina Coordinamento GISCI	<p>Il follow up delle donne trattate per AIS over 60 è raccomandato come anche ribadito dalle ultime linee guida ASCCP anche oltre l'uscita di età screening. Il rimanere in programma screening è un problema organizzativo che a tutt'oggi non è stato risolto.</p> <p>Il programma di screening deve seguire con il follow-up adeguato le lesioni che vengono scoperte e deve dare indicazione su come proseguire i controlli quando la donna escono dal programma.</p>
13	Luigi Bertani, Modena	Come diagnosticare nello screening gli adenocarcinomi non HPV correlati?	Anna Del Fabro Coordinamento GISCI	<p>Un programma di screening che prevede l'utilizzo del solo test HPV come test di primo livello, non permette l'identificazione degli adenocarcinomi non HPV correlati.</p> <p>La difficoltà a diagnosticare precocemente e soprattutto a prevenire l'adenocarcinoma si è verificata anche nello screening con il Pap test, che in tanti anni di applicazione non è riuscito ad abbassare l'incidenza di questo tumore. Con lo screening HPV si ipotizza un aumento di diagnosi di AIS-HPV correlati e si auspica la riduzione complessiva dell'incidenza di tumori cervicali ghiandolari.</p>
14	Nunziata Pace, Ragusa	Quale algoritmo bisogna seguire nelle vaccinate a partire dal 2021	Coordinamento GISCI	La Consensus Conference sulla vaccinazione, tenutasi nel 2016 in condivisione con tutte le società scientifiche coinvolte nel tema, ha concluso che le ragazze non verranno chiamate a 25 anni, ma a 30 anni ed eseguiranno il test HPV.

DISCUSSIONE : domande poste dai moderatori durante la discussione e risposte dei relatori

	Moderatore	Domanda	Relatore	Risposta
1	Debora Canuti	Perché è importante la raccolta informatizzata dei dati nelle Unità di colposcopia?	Mariarita Primieri	La corretta informatizzazione dei dati permette di monitorare l'attività svolta in tutti suoi aspetti: i risultati ottenuti, la quantità di prestazioni, l'attività del singolo operatore e del centro. Infine l'invio alla survey GISCi annuale permette il confronto nazionale. Tutto è finalizzato al miglioramento continuo del processo e dei risultati dello screening.
2	Galliano Tinacci	Come si deve comportare il colposcopista con una colposcopia negativa, GSC non visibile e citologia ASCH/HSIL?	Fausto Boselli	Deve osservare accuratamente la vagina; in caso di negatività, deve sondare il canale cervicale. In tal caso può eseguire un curettage del c.c., oppure una endocervicoscopia. In alcuni casi può essere necessario eseguire una Leep diagnostica.
3	Debora Canuti	Come si pensa di applicare la proposta di formazione del colposcopista che opera in ambito di screening?	Carmine Carriero Coordinamento GISCi	E' stato creato un gruppo di lavoro, che si è dato l'obiettivo di rendere omogenei e condivisi a livello nazionale i criteri per la formazione ed il controllo di qualità in colposcopia e magari di poter creare una qualche forma di "certificazione" che consenta la scelta di colposcopisti "esperti", in particolare nell'ambito dei programmi di screening regionali. Il gruppo di lavoro fa capo alla organizzazione del GISCi con la collaborazione della SICPCV. E' possibile iscriversi, contattando la segreteria GISCi.
4	Paola Garutti	Chi informa la paziente quando il medico che pone l'indicazione non è lo stesso che esegue l'intervento?	Francesca Ingravallo	Il medico che pone l'indicazione, dovrà fornire tutte le informazioni sulla procedura/intervento. In tale fase è raccomandabile fornire alla paziente anche un'informativa scritta, contenente dettagli circa la procedura/intervento e le precauzioni da seguire. Il giorno della

				procedura/intervento, il medico che la esegue dovrà verificare l'avvenuta comprensione da parte della paziente delle informazioni ricevute e quindi raccogliere il consenso informato su apposito modulo.
5	Anna Gillio Tos	Il grado di immunosoppressione ha effetto sulla modalità dello screening?	Alberto Agarossi Coordinamento GISci	<p>Nel caso dell'infezione da HIV possiamo utilizzare la conta dei linfociti CD4+ e la carica virale per identificare le pazienti più immunodepresse. Con una conta <500 ma soprattutto < 200 e/o carica virale elevata, lo screening deve essere ulteriormente intensificato.</p> <p>La maggior parte dei programmi di screening al momento non tiene conto del grado di immunosoppressione, ma sarebbe auspicabile che i programmi di screening considerassero le caratteristiche di queste donne.</p>
6	Elena Burroni	Quali sono le tecniche accreditate per il trattamento dell'AIS?	Giovanni Maina	<p>Le tecniche accreditate per il trattamento AIS sono le tecniche escissionali (ago, leep, conizzazione laser, conizzazione a lama fredda). Sono da preferire le tecniche che hanno un impatto più favorevole sugli outcomes ostetrici in giovani donne fertili. L'altezza dell'escissione deve essere di almeno 10 mm quando la giunzione è visibile e di 18 -20 mm quando la giunzione non è visibile o parzialmente visibile, prendendo in considerazione l'età e la storia riproduttiva della donna. Quando i margini dell'escissione sono positivi, è indicato procedere a ri-conizzazione, se la <i>visita di fattibilità</i> lo consente. In caso di non desiderio di fertilità o margini positivi dopo escissioni (che abbiano escluso il cancro invasivo) deve essere eseguita l'isterectomia.</p>

7	Anna Gillio Tos	Quale tipo di lesione preinvasiva vulvare ha maggiore possibilità di essere diagnosticata nelle pazienti che afferiscono al secondo livello?	Mario Preti	<p>Le pazienti che afferiscono al secondo livello, per positività persistente all'HPV test (doppio HPV positivo) o per positività a HPV test e Pap test ,hanno un maggior rischio di localizzazione vulvare delle lesioni intraepiteliali HPV correlate: le VHSIL, lesioni intraepiteliali vulvari di alto grado. Queste sono prevalentemente a carico di donne giovani, e sono i precursori del carcinoma vulvare basaloide responsabile dell'incremento di incidenza di cancro vulvare osservata negli ultimi anni.</p> <p>Tuttavia la corretta ispezione vulvare da parte delle ostetriche del primo livello, prima del prelievo cervicale, permetterà di identificare le pazienti con lesioni vulvari sospette per dermatosi come Lichen Sclerosus o Lichen Planus. In particolare il Lichen Sclerosus è a rischio di sviluppare la lesione preinvasiva vulvare non HPV correlata: la VIN Differenziata, precursore del carcinoma vulvare cheratinizzante invasivo che rappresenta la maggior parte della patologia neoplastica vulvare.</p>
8	Paola Garutti	Quanto è applicabile nella realtà la ristrutturazione in Reti Oncologiche?	Paolo Zola	<p>La realtà italiana è molto variegata e rispecchia a pieno la difformità tra regione e regione. In Piemonte il lavoro di sviluppo della Rete Oncologica ha permesso di avere una certa uniformità di procedure ed è in corso un lavoro di revisione delle raccomandazioni relative al cervico carcinoma, con la revisione anche dei criteri di accreditamento dei Centri di Riferimento, ma questo processo è ben lungi dall'essere uniformemente distribuito sul territorio nazionale.</p> <p>Il percorso è ancora lungo ma è possibile che proprio la struttura dei sistemi di prevenzione (GISCi) possa contribuire a esercitare una "moral suasion" in questo senso cercando di superare campanilismi e protagonismi inutili.</p> <p>Deve passare il concetto che i Centri di Riferimento devono essere certificati da enti esterni e terzi ,sulla base di criteri espliciti e verificabili e non auto referenzianti sulla base di auto investitura.</p>

9	Paola Garutti	Nella tua esperienza, quali effetti cominci a vedere della vaccinazione? Mentre le vaccinate 12enni arriveranno nei prossimi anni, le vaccinate non naive 16 enni stanno arrivando agli screening: che impressione ti stai facendo?	Karin Andersson Basilio Passamonti Maggiorino Barbero	<p>Nota un incremento di lesioni di basso grado, con una successiva gestione comunicativa e gestionale piuttosto complessa.</p> <p>Queste ragazze possono essere positive al test HPV a causa di altri tipi virali non inclusi nei vaccini. Inoltre sono spesso ragazze che hanno già avuto rapporti e contatti prima della vaccinazione. Quello che si osserva per fortuna è che generalmente sono affette da lesioni di basso grado.</p> <p>Nella nostra esperienza le pazienti (non naive con vaccino a 16 anni) che arrivano al II livello sono un numero veramente esiguo; pertanto si può ragionevolmente affermare che la vaccinazione abbia funzionato. Occorre ovviamente un po' di tempo per confermare quest'impressione.</p>
---	---------------	---	---	---