



Programma regionale di screening per il cervicocarcinoma Prevenzione Serena

Workshop 2021

Gestione AGC e AIS

Sergio Macchioni


S.S.C.V.D. Colposcopia Laser terapia
A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

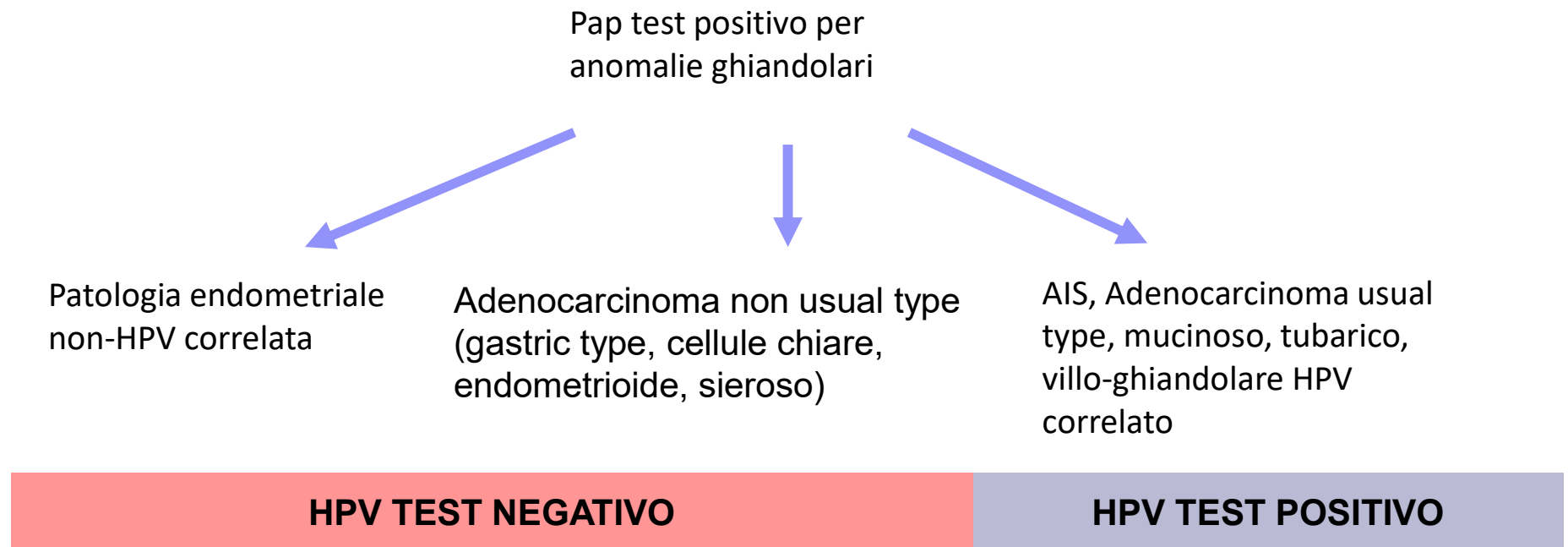
Equal Management of Equal Risks



MODIFICATORI DI RISCHIO:
 -FUMO DI SIGARETTA
 -ETA'
 -VACCINO ANTI HPV
 - IMMUNODEPRESSIONE
 - PREGRESSE NEOPLASIE INTRAEPITELIALI/INVASIVE DEL BASSO TRATTO GENITALE

| | SCREENING | | | COLPOSCOPIA | | TRATTAMENTO |
|------------------|----------------------|--|---|---|--|---|
| RISCHIO DI CIN3+ | RESCREENING A 5 ANNI | RESCREENING A 3 ANNI assimilabile al rischio della citologia negativa | RESCREENING A 1 ANNO assimilabile al rischio di un primo HPV test positivo | COLPOSCOPIA assimilabile al rischio della citologia LSIL | COLPOSCOPIA O TRATTAMENTO assimilabile al rischio della citologia ASC-H | TRATTAMENTO IMMEDIATO rischio assimilabile a HSIL hrHPV+ |
| | <0,15% a 5 anni | 0,15-0,54% a 5 anni | Da 0,55% a 5 anni a <4% di rischio immediato | 4-24% di rischio immediato | 25-59% di rischio immediato | ≥60% di rischio immediato |

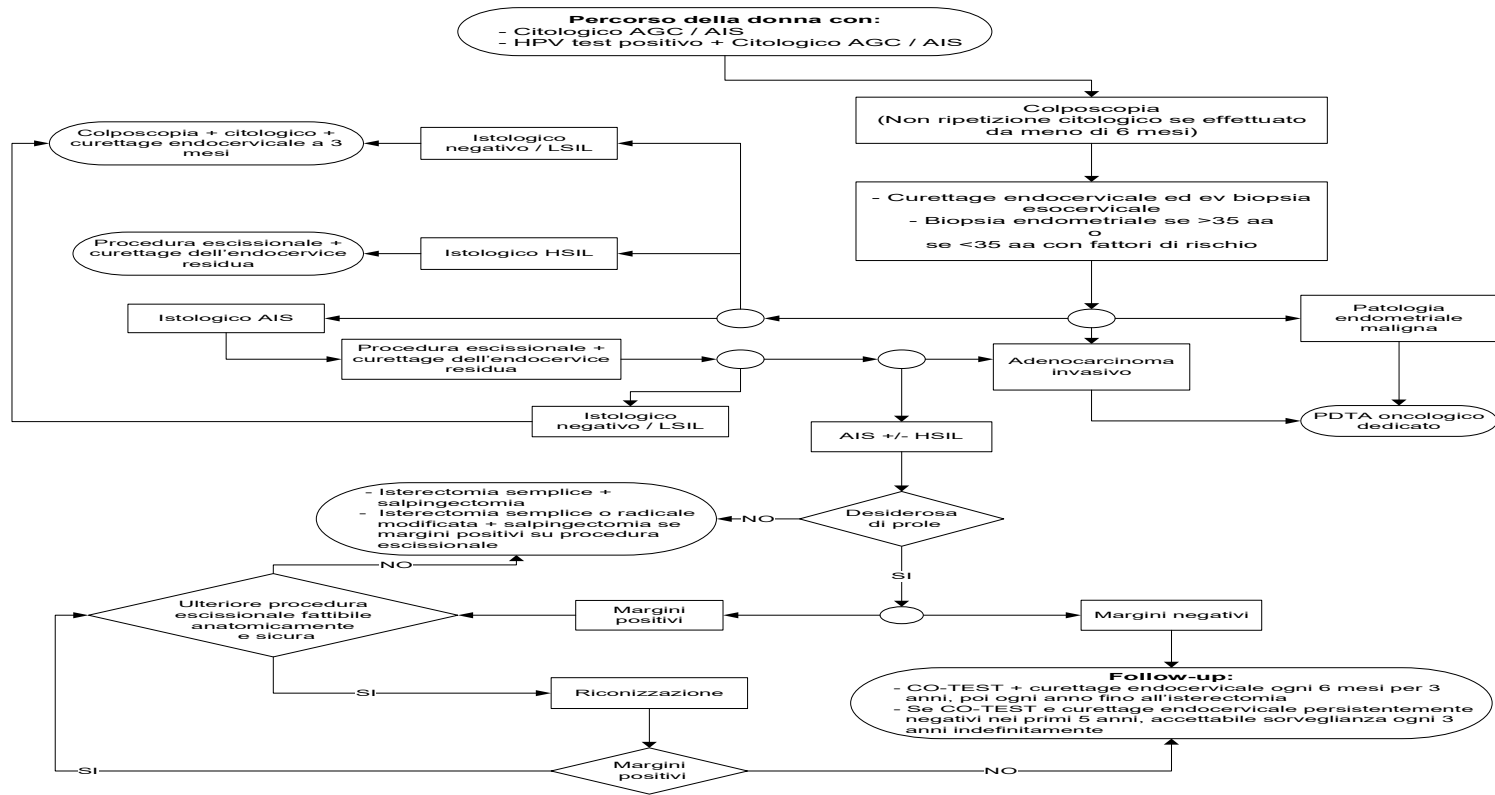
- 
- AGC ha un sottostante di circa 4% di AIS e adenocarcinoma del 2%
 - **L'incidenza** di AIS è **in aumento** negli ultimi anni (6,6/100.000 donne anno)
 - **L'età mediana** è di **35 anni** e tra i 30 e 39 anni l'incidenza sale a 11,2/100.000
 - Nel 55,5% dei casi di AIS coesiste una lesione squamosa quasi sempre di alto grado (HSIL)



- ✓ Possibilità di **lesioni “a salto” (multifocali)** con focolai di lesioni ghiandolari separate da epitelio normale

| | | | |
|---|--|----------------|-----------------|
|  | GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI | PDTA.A909.E055 | Rev. 0 |
| | PDTA | 14.05.2021 | Pagina 13 di 43 |

Percorso 3





GESTIONE AMBULATORIALE DELLE PATOLOGIE CERVICO-VAGINALI

PDTA.A909.E055

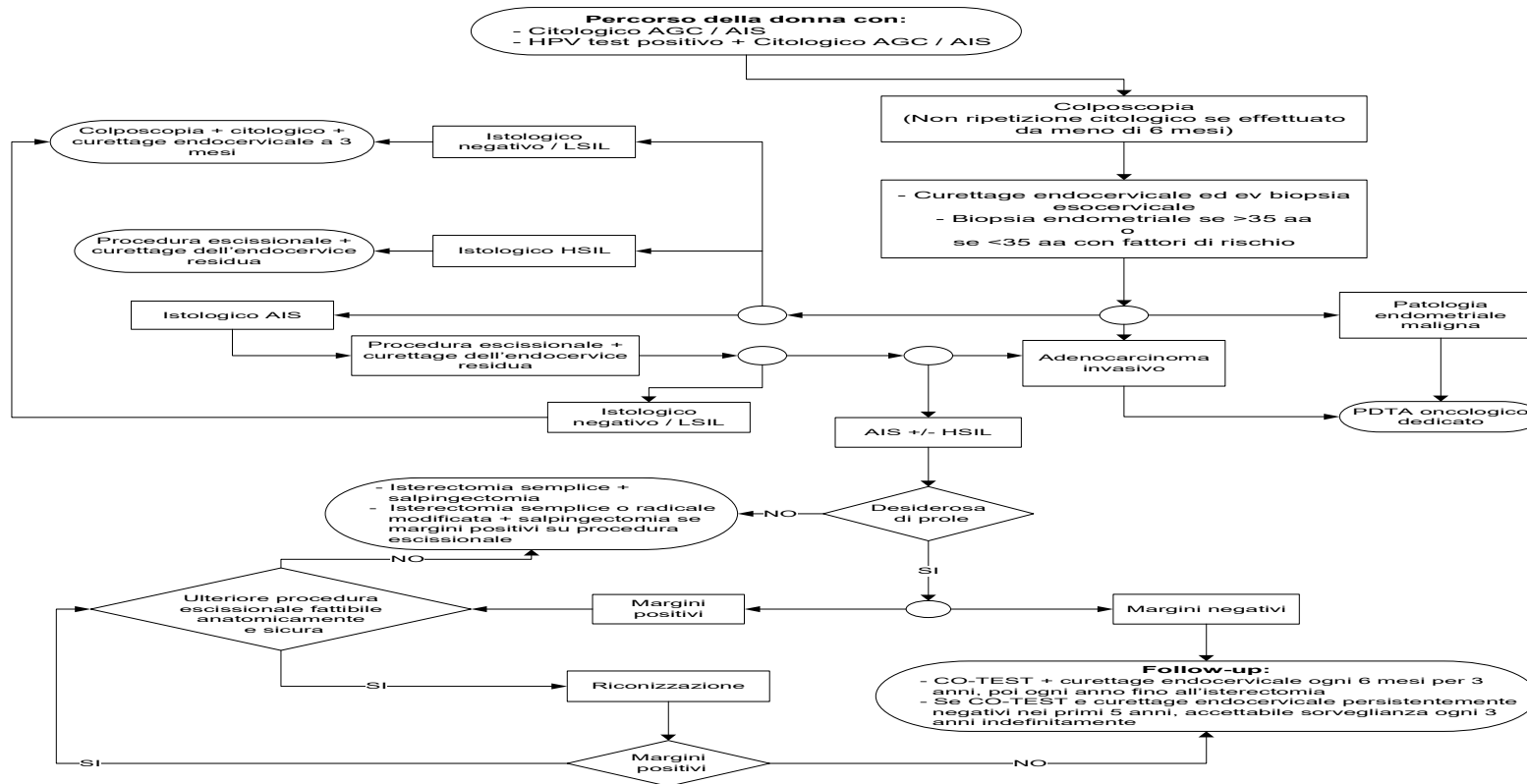
Rev. 0

PDTA

14.05.2021

Pagina 13 di 43

Percorso 3



Il trattamento **CONSERVATIVO (conizzazione)** deve:

- ✓ eseguito mediante escissione con RF o a lama fredda e da mani esperte
- ✓ pezzo operatorio unico, con margini leggibili (non bruciati), e che comprenda il canale cervicale



La lunghezza del cono (OUE-margine endocervicale) deve essere ≥ 10 mm in donne desiderose di prole, a 18 – 25 mm in tutte le altre pazienti

Non è accettabile la doppia escissione che avviene talvolta nelle conizzazione in lesioni di tipo squamoso (“top hat”)






L'esame istologico **DEVE**:

- ✓ Confermare la diagnosi e l'estensione dell'AIS
- ✓ Escludere invasione stromale
- ✓ Valutare ev. coesistente lesione squamosa

Il **curettaggio endocervicale** da eseguire al termine della procedura escissionale sull'endocervice residua può essere utile nella **gestione conservativa** dell'AIS dopo escissione

Lo **stato dei margini** è un parametro di fondamentale importanza nell'AIS. E' infatti un predittore di malattia persistente/recidiva con il 2% di recidive in caso di margini negativi e il 19% con margini positivi



In caso di donna desiderosa di prole con **trattamento conservativo** con stato dei **margini negativo e curettage post procedura negativo**, si entra nel follow up

- Il follow-up deve prevedere un **controllo di Cotest e sampling endocervicale ogni 6 mesi per tre anni**
- Successivamente, se sempre negativo, Cotest e sampling endocervicale ogni anno fino all'esecuzione dell'isterectomia
- Per le pazienti negative dal sesto anno con Cotest e curettage è accettabile sorveglianza ogni tre anni indefinitamente