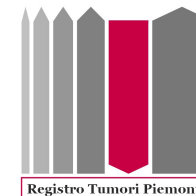


PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING PER IL CERVICOCARCINOMA

PREVENZIONE SERENA – WORKSHOP 2019
29 Novembre 2019



RISCHIO DI TUMORE EXTRACERVICALE IN UNA COORTE DI DONNE SOTTOPOSTE A CONIZZAZIONE PER NEOPLASIA CERVICALE

SSD Registro Tumori Piemonte – Città della Salute e della Scienza di Torino

SC Ginecologia e Ostetricia 1 U - Città della salute e della scienza di Torino

SC Anatomia Patologica - Città della salute e della scienza di Torino

SSD Epidemiologia e Screening – Città della Salute e della Scienza di Torino



RISK OF HPV-RELATED EXTRA-CERVICAL CANCERS IN WOMEN TREATED FOR CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA.

Introduction

High-risk human papillomaviruses (hrHPV) are estimated to cause 5.2% of all cancers worldwide, with HPV16 alone responsible for approximately 70% of cervical cancer, that is the second most common HPV-related cancer in women • (1). HPV are also detectable in 15-48 % of vulvar, 68-86 % of vaginal, 85-91 % of anal, 19-25% of oropharyngeal, 3-5% of oral cavity, 2-5% of larynx cancers. • (2–5)

Precancerous lesions precede these cancers, and cervical intraepithelial neoplasia (CIN) is the most studied and treated. Many studies demonstrated that women with history of diagnosis and treatment for high-grade CIN are at increased risk for HPV subsequent primary cancers (SPCs) • (6–13). An HPV-SPC is defined as a metachronous invasive solid tumour, which develops at least 2 months after the diagnosis of a primary HPV-related tumour. The exclusion of the first 2 months avoids misinterpreting as metachronous tumours synchronous tumours • (14). Viral, host, and behavioural variables may increase the risk of cancer development allowing persistence of HPV infection. Heavy smoking and HPV 16 infection mainly increase the risk of viral persistence • (13,15–17).

Table 2a. Number of observed and expected subsequent and concurrent HPV-related cancers. Standardized

Cancer Site	ICDO-3rd ed. codes	Observed SPCs	Expected SPCs	SIR	95% Confidence Limits
Oropharynx	C01-C10	5	0,59	8,5	2.76-19.8
Tongue	C01-C02	4	0,28	14,1	3.84-36.2
Anus	C21	1	0,55	1,8	0.04-10.0
Vulva	C51	1	0,58	1,7	0.04-9.59
Vagina	C52	3	0,24	12,4	2.56-36.3
Total		10	1,96	5,1	2.44-9.38

Table 2b. Number of observed and expected subsequent and concurrent not HPV-related cancers. Standardized Incidence

Cancer Site	ICDO-3rd ed. codes	Observed SPCs	Expected SPCs	SIR	95% Confidence Limits (exact formula)
Colon-Rectum	C18-C20	21	10,4	2,0	1.63-2.51
Lung	C33-C34	15	4,8	3,1	0.70-5.27
Melanoma	C44	11	1,9	5,9	2.93-10.49
Breast	C50	62	25,6	2,4	2.07-2.84
Corpus	C54	9	12,0	0,8	0.44-1.18
Ovary	C56	7	3,4	2,1	1.13-3.49
Thyroid	C73	6	1,6	3,7	1.78-6.84
Myeloma	C42	5	1,0	5,0	2.17-9.92
Lymphomas	C77	9	3,1	2,9	1.55-4.98
Leukaemias	C42	2	1,2	1,8	0.64-3.80
All Cancers		173	79,4	2,2	1.89-2.50

MATERIALI E METODI

- Coorte:

5745 donne **residenti** in Piemonte conizzate a partire dal 1992 per lesioni **CIN 2 e 3**

- Selezione di quelle potenzialmente presenti nell'archivio del Registro Tumori Piemonte:

- popolazione residenti in Torino dal 1985,
- popolazione area metropolitana di Torino dal 2008,
- popolazione del Piemonte dal 2013.

➡ **3185** pazienti, per un totale di più di 20000 anni persona

Study	Year-Country	Value	SPCs			
			Vulvar	Vaginal	Anal	Head and neck
Evans et al	2003-England	SIR	4,4	18,5	5,9	**1,2
Kalliala et al	2005-Finland	SIR	4,1	12	5,7	* 1,7
Strander et al	2007-Sweden	RR		6,8		
Edgren et al	2007-Sweden	IRR	2,2	6,7	4,7	
Saleem et al	2011-USA Canada	SIR			16,4	
		SIR			6,2	
Tatti et al	2012-USA	OR			1,91	
Gaudet et al	2014-Canada	SIR	1,47	3,61	0,89	0,47
		SIR	3,79	8,53	2,28	0,67
		SIR	2,9	6,65	1,75	0,61
Sand et al	2016-Denmark	RR	2,5	8,1	2,9	
		RR	4	17,1	4,2	
Ebish et al	2017-Holland	IRR	4,97	86,08	3,85	***5,51
Fontanez et al	2018-Puerto Rico	SIR			51,6	

** oral/pharyngeal

* smoking related cancers

*** Age standardised values

Proposta di estensione dello studio collaborativo sui tumori extracervicali in coorti di donne con CIN 2 e 3

- Aumento potenza statistica → raddoppio anni-persona con coorti osservate dal 2008-2010
- Possibilità di apprezzare differenze di rischio in popolazioni differenti



Grazie per l'attenzione

stefano.rosso@cpo.it