

REGIONE PIEMONTE

SCREENING CERVICOCARCINOMA

**STUDIO COMPLICANZE NEI
TRATTAMENTI PER CIN IN CHIRURGIA
MINIINVASIVA**

R. VOLANTE

WORKSHOP 19 settembre 2012

Il coordinamento del gruppo di lavoro: R. Volante, E. Mancini, S. Privitera, G. Ronco.

con la collaborazione di Cristina Larato CPO Piemonte

Con la partecipazione dei Ginecologi, Anatomo-Patologi e collaboratori di tutti
i Dipartimenti aderenti allo studio

RISULTATI totali RECLUTAMENTO ANNO 2008-2009-2010

CASI ARRUOLATI 2008+2009 398+316+232 = 946

Tutti i casi trattati dal 1 gennaio 2008 al 31 dicembre 2010 nell'ambito dello Screening Regionale ed inviati dagli aderenti allo studio operanti in 15 centri nei nove Dipartimenti

Casi inviati da Conegliano Veneto qui non analizzati: 64

DIPARTIMENTI	CASI	2008	09	10	TOT
DIP. 1 TORINO					
CENTRO INTERDIVISIONALE OSP. S. ANNA CLINICA UNIVERSITARIA	110	+120	+133		363
	24	0	+ 0		24
DIP. 2 MONCALIERI					
OSP. MONCALIERI – DAY SURGERY NICHELINO	40	25	+ 0		65
DIP. 4 IVREA					
OSP. CIRIÈ	28	0	+ 0		28
OSP CUORGNÈ	8	12	+ 0		20
OSP.CHIVASSO	24	23	+ 27		74

DIP. 5 VERCELLI

	2008	09	010	TOT
OSP. BIELLA	13	32	15	60
OSP. BORGOSIESIA	4	2	0	6

DIP. 6 NOVARA

OSP. / UNIVERSITÀ NOVARA	15	14	13	42
--------------------------	----	----	----	----

DIP. 7 CUNEO

OSP. CUNEO	28	23	18	69
OSP. SAVIGLIANO	37	39	25	101

DIP. 8 ASTI

OSP. ASTI	30	0	0	30
OSP. CASALE	22	18	0	40

DIP. 9 ALESSANDRIA

OSP. ALESSANDRIA	11	6	0	17
OSP. TORTONA	4	2	1	7

TOTALE CASI**398 316 232 946**

ETÀ DELLE DONNE TRATTATE

I DATI RELATIVI ALL'ETÀ DELLE DONNE TRATTATE SONO RIPORTATI NEL 100% DEI CASI

Età media delle donne trattate e inserite nello studio 2008/2009/2010

39.94 (+/- 9.4 sd)

2008 40.24 +/-9.3 sd

2009 39.17 +/-9.8 sd

2010 40.29 +/-9.1 sd

La donna più giovane trattata ha 25 anni

La donna più anziana trattata ha 74 anni

Il 16.8% delle donne ha un'età \leq ai 30 anni

(15.3% nel 2008 21.2% nel 2009 17.9% nel 2010)

PARITÀ

LA PARITÀ È STATA REGISTRATA NEL 98.5%
(932/946)

98.2% (391/398) nel 2008

98.1% (311/316) nel 2009

99.1% (230/232) nel 2010

Il 33.7% della casistica avente il dato non ha figli

33.2% (130/391) nel 2008

35.04% (109/311) nel 2009

32.6% (75/230) nel 2010

ANAMNESI PATOLOGICA 2008-2009-2010 946 casi

Il dato risulta sempre essere riportato

In 129 casi è segnalata almeno una patologia associata pari al 13.6 %

HIV Pos. 1+1	2	Pregressi int.per displasia 3+5+1	9
Epatite B/C 2+6 + 4	12	Ipertensione 7+1	8
1 caso di anemia mieloide cronica	1	Ipertiroidismo 1+4 +2	7
1 caso di infezione erpetica	1	Pat. neurologica 7+2	9
1 caso di deficit IGA + Cheratite erpetica	1	Obesità	3
Lue 4+1	5	Sindrome ans/depr +- att.di panico 1+2 +2	5
Disordini immunitari (Tipo LES+sclerodermia)	2	Nefropatia grave-nefrectomia	2
Allergopatia 2 +14+5	16	Tiroidectomia 2+1	3
1 caso di sindrome di Lyell (necrosi epidermica tossica)	1	Cefalea grave	2
Patol.dermat.cronica-psoriasi 1+1	2	Esiti cicatriz. Tratt.distale complicanti	1
Discoagulopatia 4+6 +4	10	Interventi chir.ginec.non oncol. 1+3	4
Cardiopatìa 2+3 +6	11	Diabete 1+2	3
Patologia c.circolatoria in terapia anticoagulante	2	Epatopatia	1
Patologia neoplastica mammaria 1+2	3		
Patologia neoplastica	3		

Torino.19 9 2012

PROFILASSI CON ATROPINA

La profilassi con atropina risulta essere utilizzata in (266+131) 397 casi su 946, pari quindi al 42% delle donne sottoposte a trattamento

Non vengono riportati effetti collaterali

L'utilizzo della profilassi atropinica presenta una distribuzione differente nei diversi centri :

- ✓ In 1 centro l'uso è abituale**
- ✓ In 9 centri non ne viene fatto uso**
- ✓ Nei restanti 5 centri l'utilizzo risulta occasionale**

ANESTESIA (1)

INDICATORE

**L'80% DEGLI INTERVENTI PER CIN
DOVREBBE ESSERE ESEGUITO IN
ANESTESIA LOCALE**

NHSCSP-GISCI 1996-2004

Nella survey nazionale italiana e regionale annuale viene registrato il dato relativo agli interventi ed **alla loro compatibilità** con l'anestesia locale.

In tutte le pubblicazioni l'indicatore risulta essere rispettato.

Non viene tuttavia indicato il dato specifico del tipo di anestesia effettivamente utilizzato.

ANESTESIA (2)

Anestesia locale	90.9% (635+225)	860
Anestesia locale + sedazione	0.4 % (2+2)	4
Anestesia spinale	1.2 % (10+1)	11
Anestesia generale	5.5 % (51+1)	52
Nessuna anestesia (laservaporizzazione vaginale)	2.0 % (16+3)	19
	100%	946

ANESTESIA (3)

Si evidenzia quindi che una percentuale $>$ dell'80% dei casi, pertanto con una perfetta rispondenza allo standard, risulta trattata in anestesia locale, ma la distribuzione dell'utilizzo di tale tecnica, come quella di scelta, appare differente nei diversi centri.

Infatti in alcuni di essi è impiegata nel 100% dei casi. mentre in altri nello 0% dei casi, con un conseguente utilizzo nel 100% dei casi dell'anestesia generale.

In alcuni centri è utilizzata dal 9% al 36%.

Nessun effetto collaterale, correlato all'utilizzo della anestesia locale, è stato segnalato (2 casi di crisi di panico, con successivo ricorso alla tecnica spinale per eseguire l'intervento).

DETTAGLIO INTERVENTI

ESCISSIONE A RADIOFREQUENZA	68,08%	644
LASERVAPORIZZAZIONE CERVICALE (PREVIA BIOPSIA INCISIONALE)	17.1	162
ESCLUSIVAMENTE DISTRUTTIVI	3.1 %	29
18 LASER-VAPORIZZAZIONI (100% per VAIN)2008		
3 TERAPIE DISTRUTTIVE CON RFQ 2008		
8 LASERVAPORIZZAZIONI 2009 2.5% totale %		
LASERCONIZZAZIONE	0.1%	1
INTERVENTI ASSOCIATI (Esciss.+Distrutt.)	11.6%	110
3.0% 2008 (12/398) 21.8%2009(69/316)		
7 ESCISS. RFQ + LASER DISTRUZ. 2008		
19 2009		
7 2010		
5 ESCISS. RFQ + RFQ DISTRUTTIVA 2008		
49 2009		
23 2010		
Totale	100%	946

COMPLICANZE INTRAOPERATORIE (1)

STANDARD NHSCSP/GISCI

Non più del **2%** dei casi trattati dovrebbe necessitare di ricovero per complicanze

La complicanza emorragica intraoperatoria dovrebbe avere un tasso massimo del **5%**

Il dato è sempre riportato

Riguardo a questi indicatori il monitoraggio eseguito sui casi trattati arruolati rileva un risultato più che soddisfacente

COMPLICANZE INTRAOPERATORIE (2)

- **EMORRAGICHE 23 CASI** (PARI AL **2,4%**)
- 4 TAMPONAMENTI AMBULATORIALI
- 7 SUTURE AMBULATORIALI (1vagin. + 6 cerv.)
- 6 SUTURE IN SALA OPERATORIA
- 1 TAMPONAMENTO E DH PER MONITORAGGIO CONDIZIONI EMATOLOGICHE
- 5COMPLICANZE PARVIEMORRAGICHE TRATTATE CON TERAPIA FARMACOLOGICA e applicazione locale sostanze emostatiche

COMPLICANZE

INTRAOPERATORIE (3)

- 1 SINDROME VAGALE PRE-INTERVENTO**
 - 6* SINDROMI VAGALI INTRAOPERATORIE**
 - 2 ATTACCHI DI PANICO DOPO ANESTESIA
LOCALE CON RICORSO AD ANESTESIA
SPINALE**
 - °3 SOSPENSIONE INTERVENTO CON PARZIALE
ASPORTAZIONE PER INTOLLERANZA E NON
COLLABORAZIONE DELLA PAZIENTE**
- Totale complicanze non emorragiche 12 pari al 1.3%**

Studio complicitanze trattamenti Neoplasie Intraepiteliali cervico-vaginali .
Casi arruolati 946

TOTALE RICOVERI PER COMPLICANZE AL MOMENTO DELL'INTERVENTO

9 (7 emorragiche + 2 sindromi ansiose)

0.9%

**Ricoveri per complicanze entro il
Primo Controllo: 2
Totale ricoveri 11 pari al 1.16%**

Standard NHSCSP /GISCI \leq 2%

Torino 19 settembre 2012

COMPLICANZE REGISTRATE

AL 1° CONTROLLO

8 (3+2+3) COMPLICANZE FLOGISTICHE

4 (2+2) CASI DI STENOSI/EMATOMETRA

1 dismenorrea grave

27 (11+8+6+2) Accessi della paziente a strutture sanitarie ambul. per sanguinamento

**1 ricovero per 48 ore per sanguinamento:
tamponamento e terapia farmacologica**

**1 ricovero per tromboembolia polmonare a 15 gg
in paziente con anamnesi negativa**

totale 42 casi pari al 4.5% su 946 casi

Dimensioni e
caratteristiche
istomorfometriche
dei campioni di
tessuto asportato

Dimensioni dell'escissione (altezza)
 (343+250+162= 756 interventi escissionali o associati
 -%calcolate su 698 aventi dato)

< 5 mm :	30	4.3%	20.0%
5-6 mm:	110	15.7%	
7-10 mm	226		32.4%
> 10 mm* 1	307		44.0%
Non valutabile	25		3.6%
Totale 698 -100%			
Manca dato		58	7.6%

L'altezza viene riportata come valore unico (escissione in un campione) o come somma delle altezze (escissioni in campioni successivi))

• **In 11+9 casi 2008 /10 l'altezza è > 20 mm con h.max 45 mm**

Torino 19 settembre 2012

Dimensioni dell'escissione

Nella grande maggioranza dei casi (76%) l'altezza dell'escissione soddisfa il parametro di sufficienza relativo alla distribuzione media delle cripte ghiandolari, valutata come pari a 7 mm anche nei casi di localizzazione esclusivamente esocervicale della lesione.

Le escissioni di altezza superiore ai 10 mm dovrebbero essere correlate a lesioni endocervicali, quindi con istomorfometria e diagnosi non note.

In 20 casi l'altezza è superiore ai 20 mm e in 30 casi inferiore ai 5 mm, con distribuzione del tutto occasionale nei centri e non correlabile ad un metodo di lavoro.

Dimensioni dell'escissione

(dato riportato in 698 /756interventi escissionali o associati a distruzione
(m.d.in 58 casi pari al 7.6%)

Per quanto riguarda le dimensioni della base queste non debbono rispondere a parametri codificati in quanto l'escissione dovrebbe essere modulata sulla base dell'estensione della lesione stessa

documentata colposcopicamente e istologicamente

Torino 19 9

2012

< 20 mm	282		37.3%
20-29 mm	293		44.1%
> 30 mm	97		13.9%
	Non valutabile	26	4.7%
totale		698	100%

Complicanze emorragiche intraoperatorie e correlazione con le dimensioni (dm.massimo di base e h.massima)del pezzo asportato

Dip.1 TO 11 in ordine cronologico : 2.8%

DM. Mm.

2008

1 sutura in salaoperatoria su doppio cilindro

20x 18

+ ampliamento laterale di ampie dimensioni

1 tamponamento per complicanza parvi emorragica su esc. 8 per 6

1 complicanza parviemorragica con escl.terapia farmacologica x os

per laservaporizzazione previa biopsia incisionale:ampiezza 30mm

2009

1 sutura ambulatoriale su doppio cilindro

15 x15

1 tamponamento su doppio cilindro

20 x 15

2010

1 sutura ambulatoriale su escissione doppio cilindro 20 x 14

1 sutura per esciss + ampliamento per lesione ampie dim. 30 x 9

4 tamponamenti con appl. Sost. Emostatiche per esciss. 15 x 16

20 x 12

20 x 15

15x8

DIP.2 MONCALIERI

0 complicanze

Dip.4 Ivrea TOT 4 pari a 3.3%

2008 1 tamponamento ambulatoriale e successivo nuovo accesso a str. Sanitaria per sanguinamento escissione **25 x 9**

1 tamponamento e ricovero per escissione **18x10**

1 tamponamento ambulatoriale e successivo nuovo accesso per sanguinamento a strutture sanitarie per escissione **15x10**

2009 1 caso di punti di sutura ambulatoriale per esciss. **31 x3**

p.g.1.8

Dip 5 Vercelli 1 pari a 1.5%

2009 1 tamponamento ambulatoriale,successivo trasf. In sala operatoria persutura,success nuovo accesso a str. san. **25x15**

Dip.7 Cuneo 4 pari a 2.3%

2009 1 coagulazione in sala operatoria per esciss. **30 x13**

1 sutura in sala operatoria **20 x 7**

2010 2 suture ambulatoriali esciss.+distr.RFQ **27 x 8**

24 x 16

Dip.8 Asti **TOT 2 pari a 2.9%**

2008 1 sutura in sala operatoria su esc. doppio cilindro +
frammenti **20x6**

1 vaporizzazione a rfq. Vagina

Dip.9 Alessandria **1 pari a 4.2%**

2009 1 sutura in sala operatoria su escissione **15 x 6**

TOT: 23 casi di complicanza emorragica intraoperatoria

h. escissione > 10 mm : 10

base > 20mm : 4

H >10+base>20mm : 3

In 17casi : 73.9% ,si tratterebbe di asportazioni di ampio volume Il rapporto tra volume escisso e volume d'organo non è valutabile ma il dato sottolinea la necessità del limitare l'asportazione strettamente alle dimensioni della lesione

l'escissione superiore ai 10 mm dovrebbe essere limitata a casi con coinvolgimento endocervicale documentato e l'escissione esocervicale strettamente correlata alle evidenze colposcopiche

Il peso in g. del pezzo inizia ad essere aggiunto come elemento di valutazione in alcuni

Centri (Moncalieri Cuneo Chivasso Cuornè)il peso massimo di asport. rilevato è 5 g in un caso senza complicanze

Margini di resezione eso/endo cervicali su 756

interventi escissionali

dato sui margini riportato in 718 casi : 95%

Non valutabile (uno qualunque dei margini)	33	4.6%
MR esocervicale su lesione	136	19.0%
MR endocervicale su lesione	125	17.4%*
MR profondo** dato fornito separato dall'endocervicale parzialmente da alcuni centri	11	1.5%
dato sui margini assente in toto	37	5.0%

* in accordo con il dato della survey nazionale (20%)

** non obbligatorio: calcolato se non concomitante a margine endoc.

Le percentuali sono calcolate su totale aventi dato:718

Margini di resezione

Il margine di resezione endocervicale/profondo è ritenuto il più significativo per la valutazione della efficacia risolutiva dell'intervento, della completa asportazione della lesione, la gestione della paziente anche negli aspetti psicologici, nella decisione di eventuale ripetizione dell'intervento, nella valutazione degli esiti citologici del follow up:

Non indenne nel 18.9% delle pazienti valutate

La distribuzione non evidenzia significative variabilità in questa casistica in tra I centri

Diagnosi istologica 2008/9/10: 756 int.escissionali
 dato riportato in 713 casi :94.3% Torino 19 settembre 2012

Non valutabile 0	CIN NAS 4	0.6	
Negativo	44	6.1	
COILOCITOSI	23	3.2%	13.4%
CIN 1	73	10.2%	
CIN 2	219	30.7%	79.8%
CIN 3	318	44.6%	
AIS/microinvasivo	7	1.0%	
CA.sq microinvasivo	14	2.0%	
CA. invasivo(ad+sq)	11	1.6%	
Totale	713		
Manca dato	43		

NECESSITÀ DI SECONDO INTERVENTO PER QUALSIVOGLIA CAUSA DAL 1/1/08 AL 31/12/2010

6.3%

	N	%
TORINO 1	27/363	7.4
TORINO CLINICA	1 /24	4.2
CIRIÈ	3 / 28	10.7
CHIVASSO	1 / 74	1.3
CUORGNÈ	3/20	15.0
MONCALIERI	2/65	3.1
CUNEO	5/69	7.2
SAVIGLIANO	9/101	8.9
BORGOSIESIA	1/6	16.7
BIELLA	5/60	8.3
CASALE	2/40	5.0
ASTI	0/30	0.0
ALESSANDRIA	0/17	0.0
TORTONA	1/7	14.2

TOTALE 60/946 6.3%

DI CUI 17 (7+9+1) ISTERECTOMIE PARI AL 1.7%

(15/17 88.2% PER DIAGNOSI DI INVASIONE SU PEZZO OPERATORIO)

e 2 casi di invasione stromale inviati a stadiazione (m.d. su trattamento)

PRIMA CITOLOGIA DI CONTROLLO 2008-09-10

SEDE	NEG.	ASCUS	LSIL	HSIL	2°INTER.	INADEG.	NON ADERENTE	MANCA	TOT
				ASC-H	IMMED.			DATO	
TO 1	260	4	67	14	9	2	5	2	363
TO 2	17	0	3	3	0	0	1	0	24
Moncalieri	32	1	0	4	0	9	2	17	64
Cuornè	7	1	2	0	3	0	0	7	20
Chivasso	40	5	10	2	2	3	0	12	74
Ciriè	18	3	1	1	1	1	0	3	28
Biella	26	0	2	0	4	0	0	28	60
Borgosesia	1	2	0	1	0	0	0	2	6
Novara	35	2	0	0	1	0	2	2	42
Cuneo	52	1	1	3	4	0	0	8	69
Savigliano	79	3	3	9	3	1	0	3	101
Asti	24	1	1	0	0	0	0	4	30
Casale	23	1	4	3	0	0	0	9	40
Alessandria	10	0	0	1	0	0	0	0	11
Tortona	3	0	0	0	1	0	0	3	7
TOT	627	24	94	41	28	16	10	106	946

PRIMA CITOLOGIA DI CONTROLLO

TOT. prima citologia	NEG	ASCUS	LSIL	HSIL ASC-H	INAD.	2°INTER. IMMED.	MANCA DATO
946 tot interventi	627	24	94	41	16	28*	106*
802 tot con dato	78.1%	3.0%	11.7%	5.1%	2%	3%	11.2%

*Nel gruppo avente dato (802 pari a 85%) non sono compresi i 106 casi M.D. (11.2%), 10 non aderenti all'invito al f.up (1.%), e i 28 casi inviati immediatamente a II °intervento, sulla base dell'esito istologico sul pezzo operatorio, per un totale di 144 casi (15.2%)

LA CITOLOGIA NEGATIVA AL PRIMO CONTROLLO SUI CASI CON IL DATO È PARI AL

78.1%

INFERIORE ALL'INDICATORE-STANDARD PREVISTO DEL 90%

CONCLUSIONI

Lo studio riporta risultati originali e significativi non evidenziabili dalla regolare raccolta dati nazionale

Si evidenzia

in 946 interventi di chirurgia cervicale miniinvasiva eseguiti in 15 presidi di sanità pubblica in 8 dipartimenti della Regione Piemonte nell'ambito dello screening per il cervico carcinoma del Servizio Sanitario Nazionale

una qualità degli interventi e presenza di complicanze intra e postoperatorie compatibile con gli standard internazionali a disposizione **nei documenti di linee-guida e controllo di qualità sugli screening**

Complicanza emorragica Intraoperatoria 2.4%(5%)

Necessità di ricovero intra e post operatoria 1.16% (2%)

L'impatto negativo su popolazione derivante dalla qualità dei trattamenti per displasia e' valutabile da una sommatoria di indicatori relativi al post-intervento

Margini endocervicali non indenni sul tessuto asportato nel **18.9%** dei casi, pari ai dati delle survey Nazionali ed **inferiori ai dati attesi del 40%** indicati in letteratura.

Complicanze post operatorie testimoniate da accesso a strutture sanitarie nell'intervallo tra l'intervento ed il I controllo: **4.5%** di cui 28 (3% del totale) per complicanze emorragiche (**assenza di indicatori**)

Totale complicanze intra e postoperatorie **7%**(**assenza di indicatori**)

Necessità di ripetizione intervento di chirurgia miniinvasiva evidenziata entro i primi 12 mesi **4.5%**

(**Assenza di indicatori**)

Citologia persistente positiva anche se di basso grado :22%
(**15% LSIL-ASCUS nel presente studio**) versus **indicatore 10%**

Complicanze a distanza quali piometra ematometra stenosi cervicale ed impatto negativo con l'outcome ostetrico

Potrebbero essere registrate da una evoluzione dello studio

Tenendo in osservazione per un lungo periodo la popolazione

In eta' fertile facente parte di questa coorte.

Le prime indicazioni date dallo studio evidenziano la
necessità di

Fornire informazioni sulle eventuali complicanze nel consenso informato utilizzando anche i dati “interni” emersi dallo studio ed indicando con chiarezza le necessità comportamentali nel post operatorio

esecuzione degli interventi in centri con le caratteristiche di day surgery e di facile accesso alle prestazioni anestesologiche,

eseguire gli interventi con l'utilizzo del colposcopio e con indagine bioptica in colposcopia precedente tesa a mappare la lesione e non soltanto ad avere la diagnosi istologica, in modo da garantire il massimo risparmio di tessuto possibile compatibilmente con l'estensione della lesione

garantire un follow up accurato nelle colposcopie di II livello con massima apertura alle necessità intercorrenti nel postoperatorio fornendo orari, accesso privilegiato a linee telefoniche soprattutto nei primi quaranta gg. post intervento.

GRAZIE

**PER L'ATTENZIONE E
PER IL LAVORO SVOLTO
E BUON PROSEGUIMENTO**

CAUSA DAL 1/1 NECESSITÀ DI SECONDO INTERVENTO

PER QUALSIVOGLIA 08 AL 31/12/2009

TORINO Osp.	7 SU 110	6.4% + 11/120	=18/230	
TORINO CLINICA	1 SU 24	4.2% --	= 1/24	
CIRIÈ	3 SU 28	10.7% --	=3/28	
CHIVASSO	1 SU 24	4.2% +0/23	=1/47	
CUORGNÈ	2 SU 8	25% +1/12	=3/20	
MONCALIERI	1 SU 40	2.5% +1 /25	=2/65	
CUNEO	2 SU 28	7.1% + 1/23	=3/51	
SAVIGLIANO	1 SU 37	3.1% +6/39	=7/76	
BORGOSIESIA	1 SU 4	25% +0/2	=1/6	
BIELLA	3 SU 13	7.7% +2/32	=5/45	
CASALE	2 SU 22	9% +0/18	=2/40	
ASTI	0 SU 30	0 --	=0/30	
ALESSANDRIA	0 SU 11	0 + 0/6	=0/17	
TORTONA	0 SU 4	0 +0/2	=0/6	
TOTALE	24 SU 398	6.0% 22/316	46/714	6.4%

**DI CUI 16 (7+9) ISTERECTOMIE PARI AL 2.2%
(14/16 87.5% PER DIAGNOSI DI INVASIONE SU PEZZO OPERATORIO)**

Citologia al I controllo (entro 6 mesi) dall'intervento) ANNO 2009

Sede	neg	Ascus	lsil	HS-AH	2°Int.	inad.	nonad	MD	tot
To1	85(74.6)	0	25	4	3	1	0	2	120
Moncalieri	15 (93,7)	0	0	1	0	9	0	0	25
Cuorgnè	3	1	1	0	1	0	0	6	12
Chivasso	13 (65)	1+1agc	5	0	1	1	0	1	23
Biella	15	0	1	0	3	0	0	13	32
Borgosesia	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Novara	11 (91.6)	1	0	0	1	0	0	1	14
Cuneo	17(94.4)	0	1	0	2	0	0	3	23
Savigliano	27(79.8)	1	3	2+1	3	0	0	2	39
Casale	12(80)	0	3	0	0	0	0	3	18
Alessandria	0	0	0	0	0	0	0	6	6
Tortona	1	0	0	0	0	0	0	1	2
TOTale	199(70.1%)	5(1.5)	39(12.3)	8(2.5)	14(4.4)	2 (0.6)	0	49(15.5)	316

Esito Esame citologico al I controllo(entro 6 mesi
dall'intervento).Casistica 2008-2009 :714 casi

NEG.	ASCUS	LSIL	HSIL/AH	INAD	II°INT.imm	Non F.U	M.D	TOT
463	20	73	32	6	23	8	89	714
%					3.2	1.1	12.5	100

In 120 delle donne trattate pari al 16.8% non si è in possesso del dato

L'esito citologico è calcolato in % nei 594 casi noti

NEG.	ASCus/AGC	LSIL	HSIL/ASCH	INADEGUATO	
77.9	3.4	12.3	5.4	1.0	100%/594

Complicanze al I controllo e correlazioni con pezzo 2009

Tortona? Non è intraoperatoria? Controllare. 15x 15 xo.6

Casale 15 x 20 x 8 2 grammi

Savigliano 1 : 24x20x9 1 : + 1 intra 19x20 x15

Torino 5 Laser (133 135 137 198 200 e 207)

1 ansa 194 15 x 12

Aggiungere il 2008 dove ci sono enormità volumetriche nelle

Complicanze a distanza