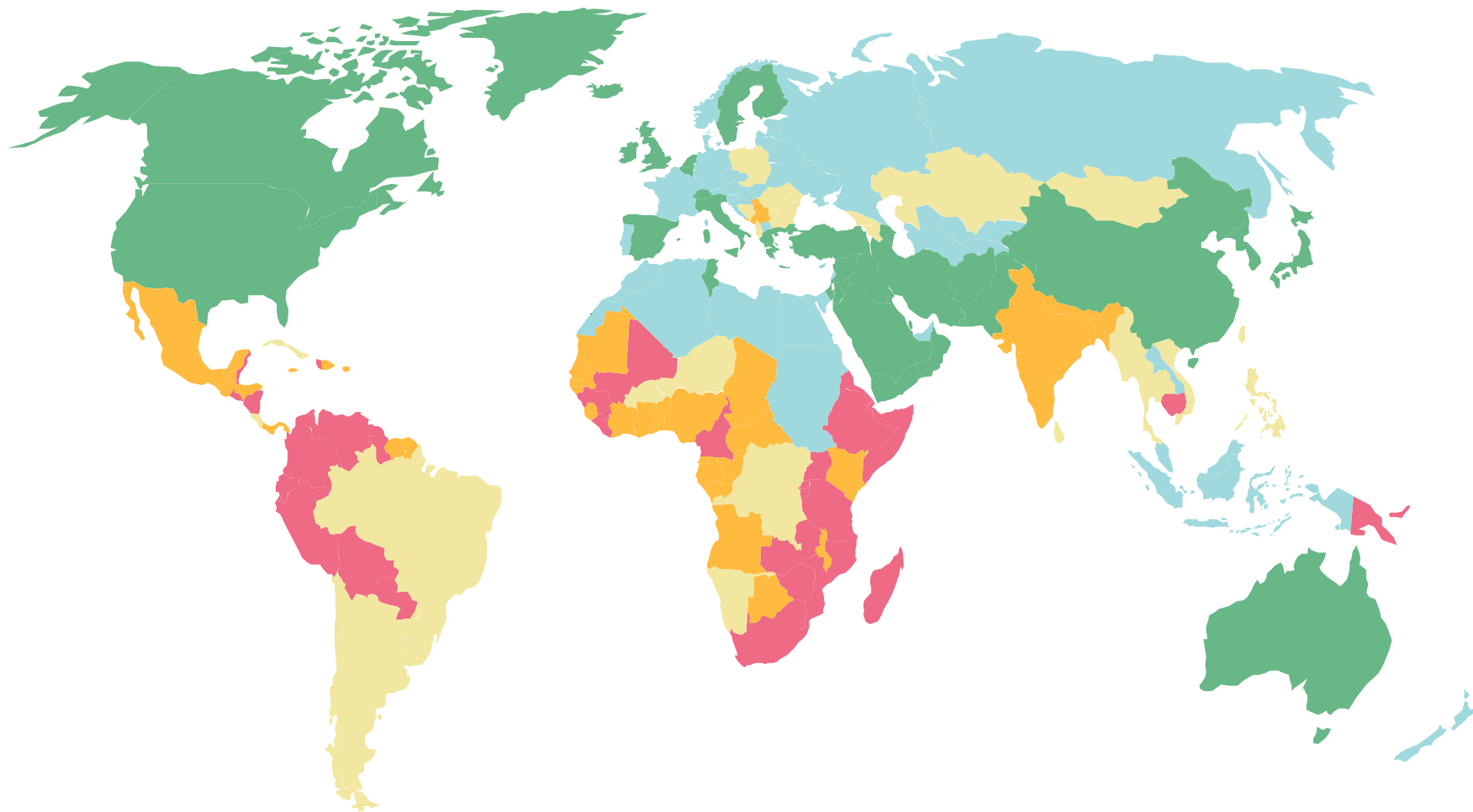


# *CARCINOMA DELLA CERVICE*

*Incidenza standardizzata di cancro del collo dell'utero nel 2002*

■ < 9,4   ■ < 17,2   ■ < 23,6   ■ < 33,7   ■ < 82,6



# FATTORI DI RISCHIO PER IL CERVICO-CARCINOMA

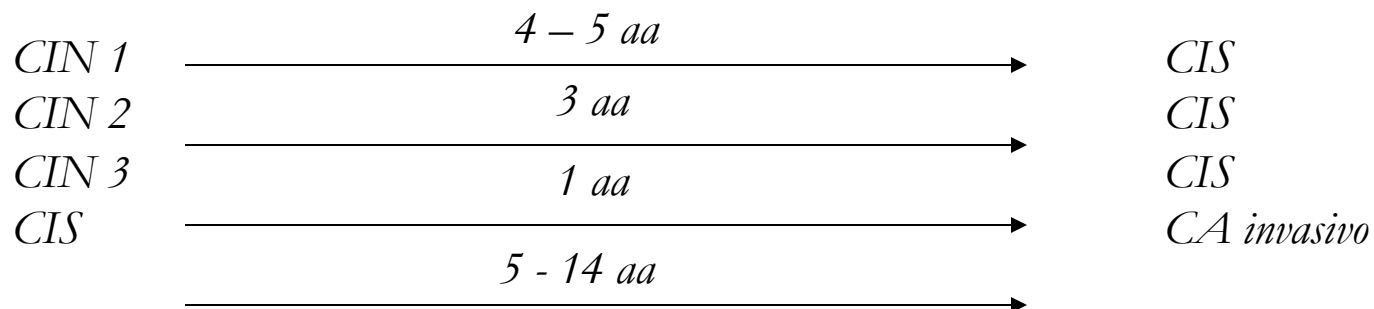
- *Precoce attività sessuale <17 anni*
- *Molteplici partners sessuali*
- *Partners sessuali ad alto rischio*
- *Basso livello socio-economico*
- *Scarsa igiene personale*
- *Fumo di sigaretta*
- *Infezioni genitali*

*% Regression – Persistenza – Progressione nelle  
lesioni preneoplastiche*

	<i>Reg.</i>	<i>Pers.</i>	<i>Prog</i>	<i>CIN3</i>	<i>CA invasivo</i>
<i>CIN 1</i>	57%	32%	11%		1 – 3 %
<i>CIN 2</i>	43%	35%	22%		5 %
<i>CIN 3 - CIS</i>	32%	56%	-		>12 %

*Ostor '93*

*Tempi di progressione*



## diagnosi

# **Pap test** resta indagine irrinunciabile (NON diagnostico)

- *Grado della lesione*
- *Facile esecuzione*
- *Ripetibile*
- *Informazioni anche su sedi non accessibili alla colposcopia*
- *Guida le indagini successive*
- *Costo accettabile*

## *Colposcopia* (Esame NON diagnostico)

- *Individua la sede della lesione*
- *Indispensabile per la biopsia mirata*
- *Orienta sul grado della lesione*

## *Istologia* (Diagnostico)

*Definisce il tipo e la gravità della lesione*

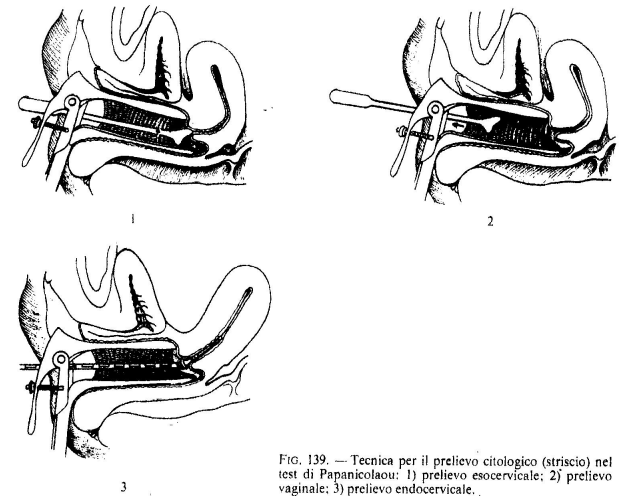
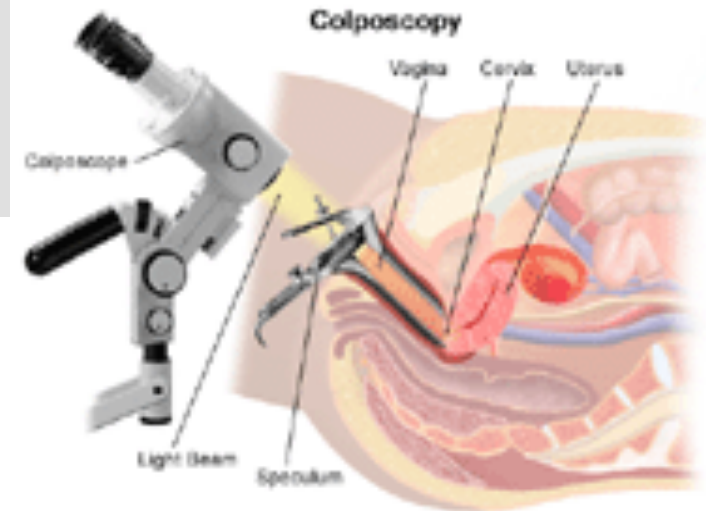
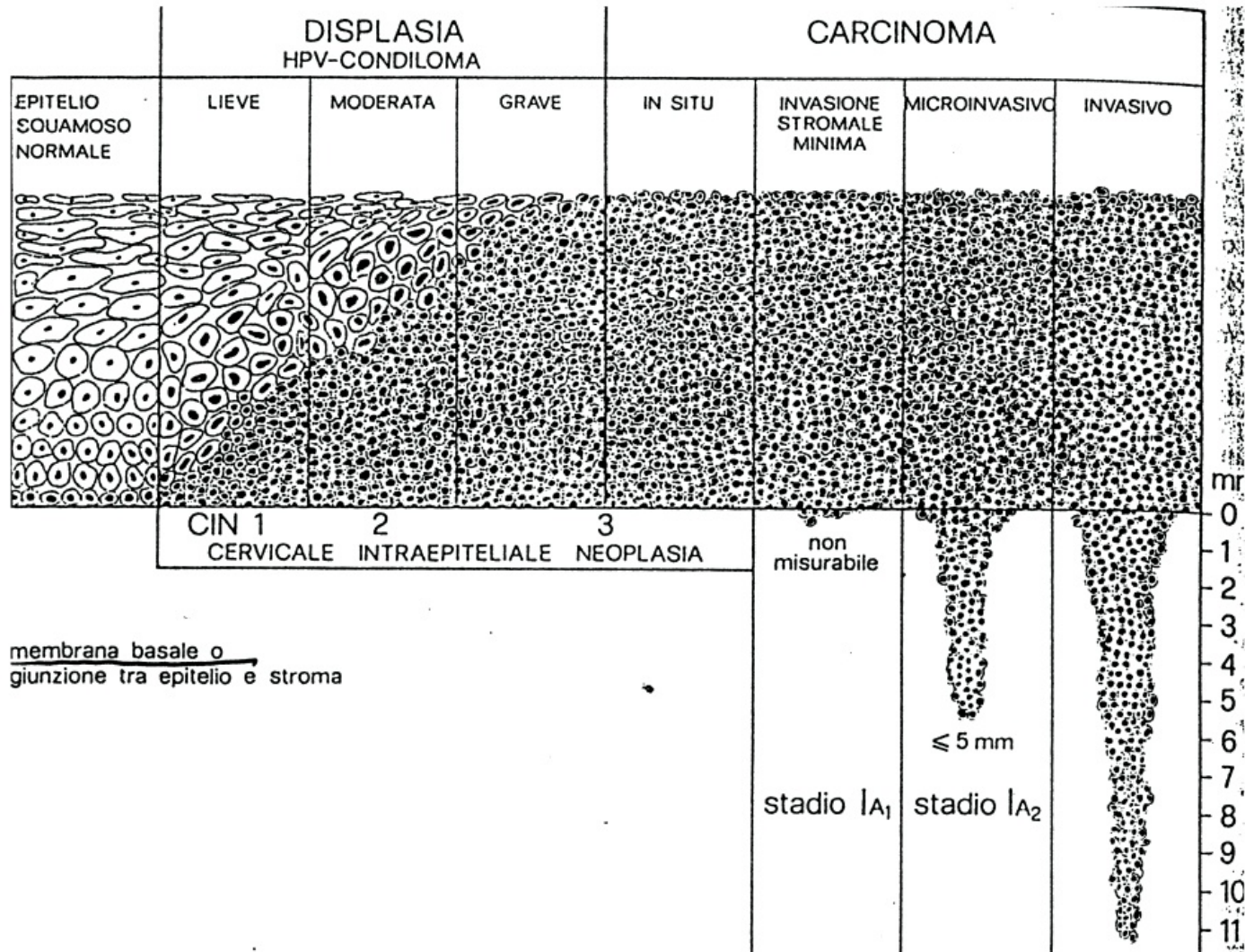


FIG. 139. — Tecnica per il prelievo citologico (striscio) nel test di Papanicolaou: 1) prelievo esocervicale; 2) prelievo vaginale; 3) prelievo endocervicale.



# Storia naturale del carcinoma del collo



# CERVICO-CARCINOMA

## Stadiazione (2018)

<u>Stadio I</u>	<i>Carcinoma cervicale confinato all'utero</i>	<u>Stadio II</u>	<i>Tumore che si estende oltre l'utero, ma non alla parete pelvica o al terzo inferiore della vagina</i>
IA	<i>Carcinoma invasivo, diagnosi solo microscopica. Tutte le lesioni macroscopicamente evidenti rientrano nello stadio</i>	IIA	<i>estensione sino ai 2/3 superiori della vagina</i>
	IB	IIA1	<i>&lt;4m</i>
IA1	<i>Invasione stromale in profondità minore di 3 mm</i>	IIA2	<i>&gt;= 4 cm</i>
IA2	<i>Invasione stromale fra 3 e 5 mm</i>	IIB	<i>Con invasione parametricale</i>
IB	<i>Lesione clinicamente visibile limitata alla cervice o lesione microscopica di dimensione maggiore di</i>	<u>Stadio III</u>	<i>Tumore che si estende alla parete pelvica e/o invade il terzo inferiore della vagina e/o determina idronefrosi o esclusione funzionale del rene</i>
	IA2	IIIA	<i>Invasione del terzo inferiore della vagina, non interessamento della parete pelvica</i>
IB1	<i>Lesione clinicamente visibile di dimensione massima &lt;2cm</i>	IIIB	<i>Tumore che si estende alla parete pelvica e/o determina idronefrosi o esclusione funzionale del rene</i>
IB2	<i>Lesione clinicamente visibile di dimensione massima &gt;=2 e &lt;4 cm</i>	IIIC	<i>metastasi linfonodali</i>
IB3	<i>Lesione clinicamente visibile di dimensione &gt;= 4 cm</i>	IIIC1	<i>metastasi linfonodi pelvici</i>
		IIIC2	<i>metastasi linfonodi paraortici</i>
		<u>Stadio IV</u>	
		IVA	<i>Tumore che invade la mucosa della vescica o del retto e/o si estende fuori della piccola pelvi</i>
		IVB	<i>Metastasi a distanza</i>

UICC: **Tis/pTis**  
FIGO: **0**



Fig. 159

UICC: **T1a/pT1a**  
FIGO: **1a**

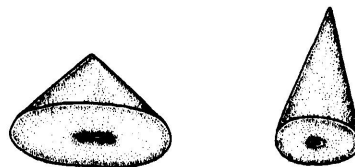
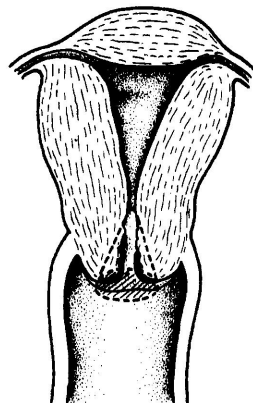


Fig. 160

UICC: **T1a/pT1a**  
FIGO: **1a**



Fig. 161

UICC: **T1b/pT1b**  
FIGO: **1b**

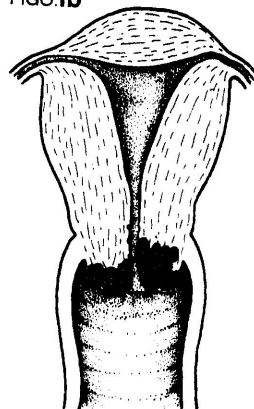


Fig. 162



UICC: **T2a/pT2a**  
FIGO: **IIa**

UICC: **T2b/pT2b**  
FIGO: **IIb**

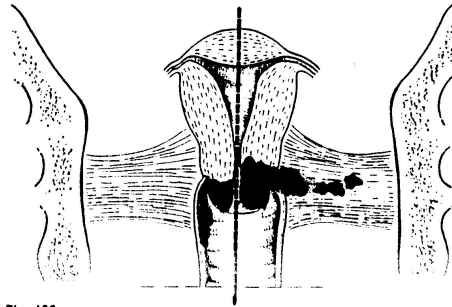


Fig. 163

UICC: **T3a/pT3a**  
FIGO: **IIIa**

UICC: **T3b/pT3b**  
FIGO: **IIIb**

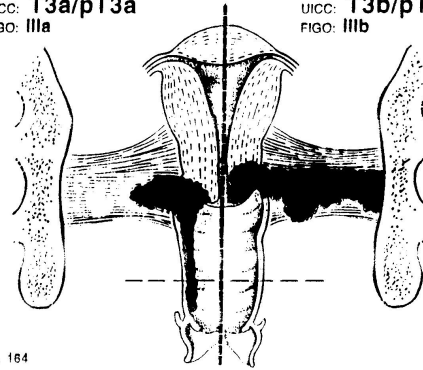
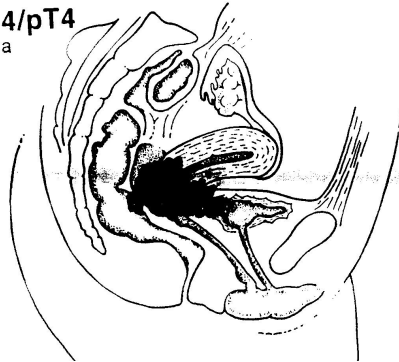


Fig. 164

UICC: **T4/pT4**  
FIGO: **IVa**

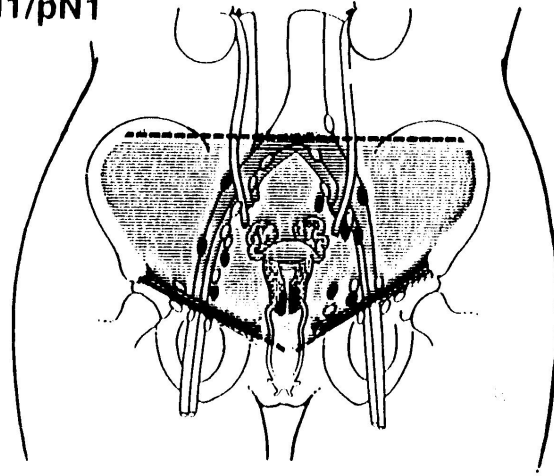


UICC: **T4/pT4**  
FIGO: **IVa**



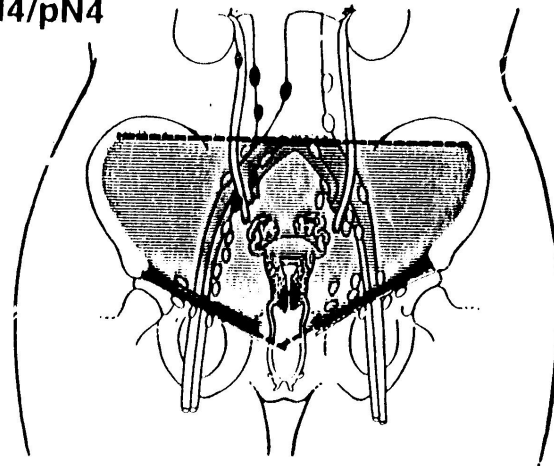
**Fig. 165**

**N1/pN1**



**Fig. 166**

**N4/pN4**



**Fig. 167**

# CERVICO-CARCINOMA

## Metodiche per la stadiazione

Visita in narcosi (volume tumorale, parametri)

Rx torace, ecografia addominale (metastasi a distanza)

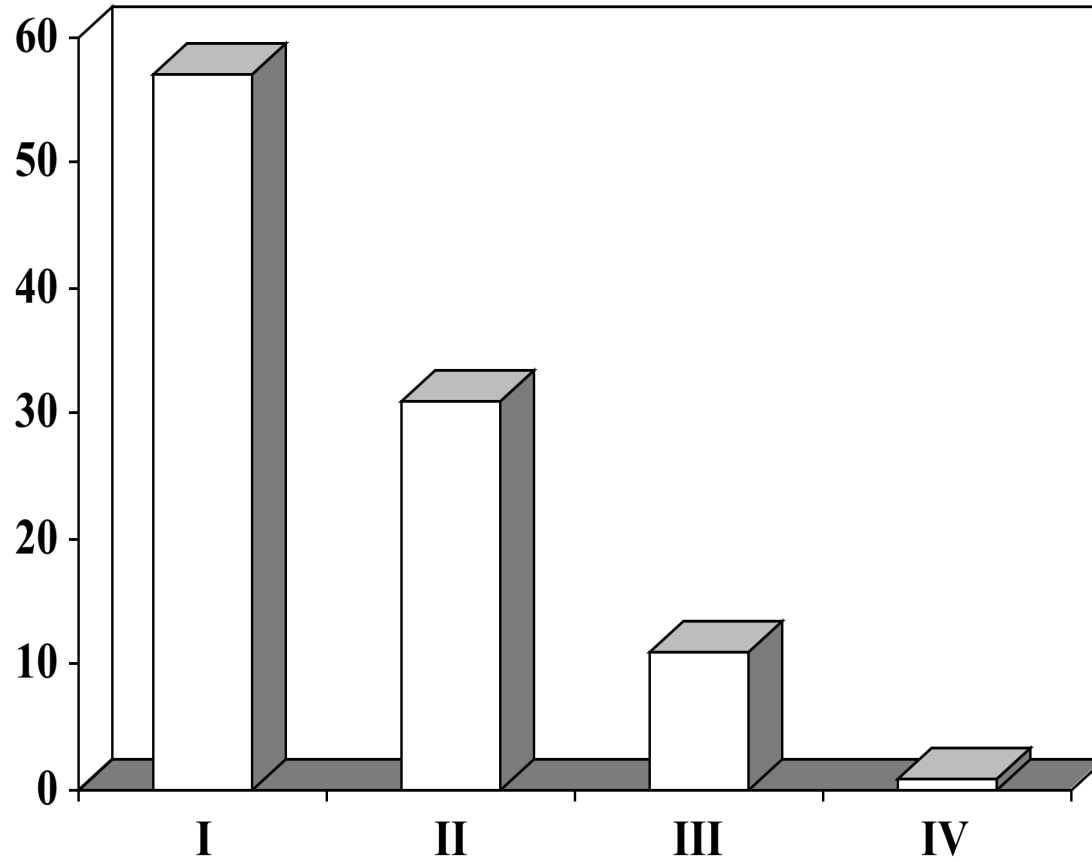
Tac/RMN pelvica (volume tumorale, parametri, linfonodi)

Urografia (apparato urinario)

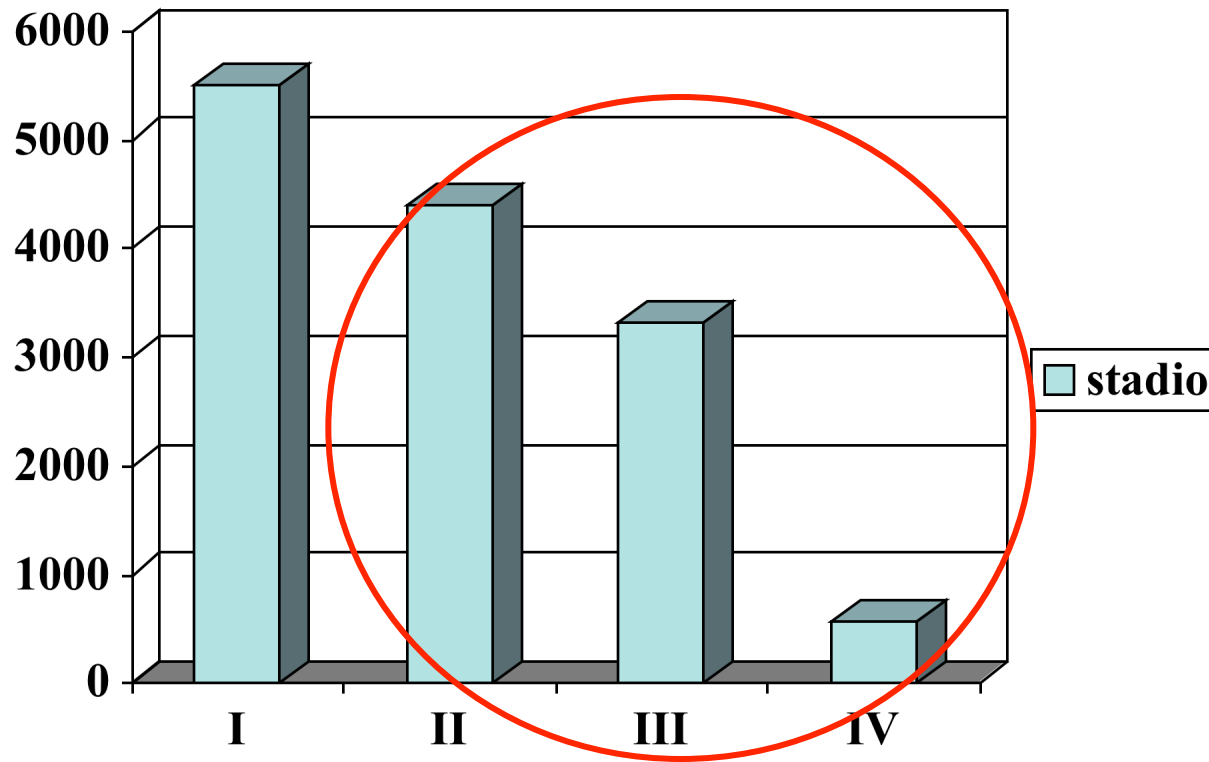
Cistoscopia (sospetta infiltrazione vescicale)

Rettoscopia (sospetta infiltrazione del retto)

*DISTRIBUZIONE DEGLI STADI NEL CA CERVICE*

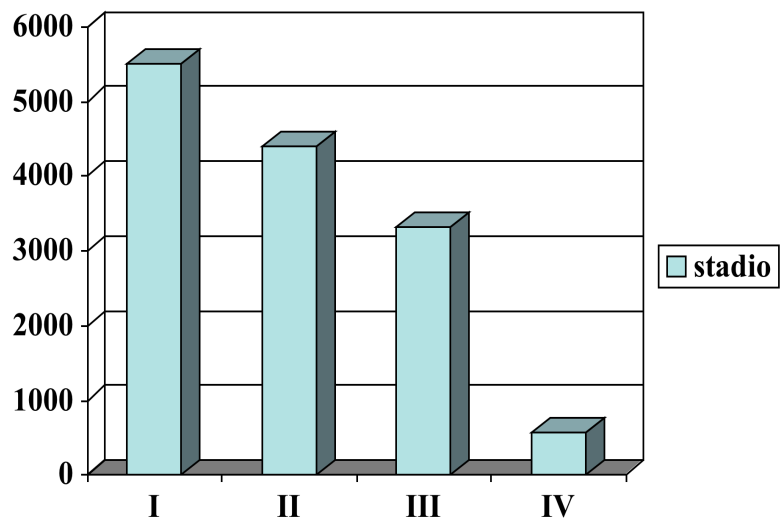


*Tra le forme invasive, più del 50% sono >1 stadio*

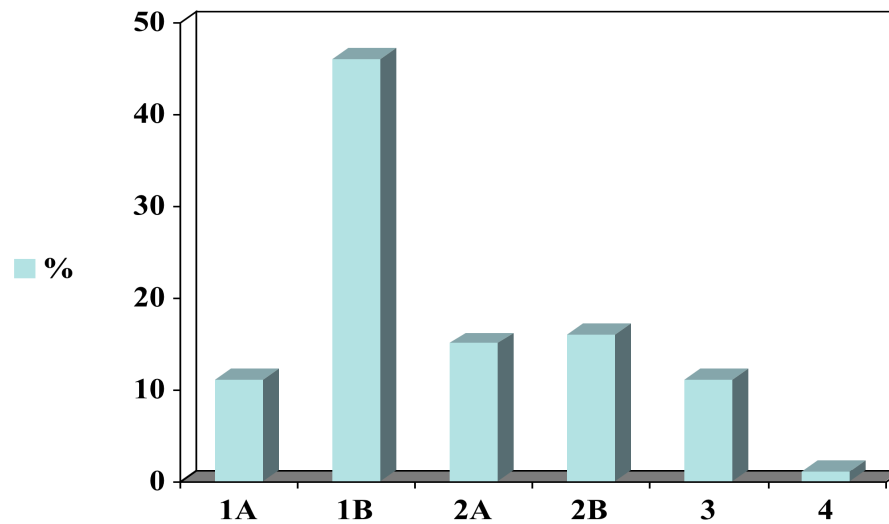


*25th Annual Report*

*Tra le forme invasive, più del 50% sono >1 stadio*



*25th Annual Report*



*Clinica Ost Gin Fe*

*Approccio clinico al carcinoma cervicale invasivo*

- *DIAGNOSI*
- *STADLAZIONE*
- *PROGRAMMA TERAPEUTICO*
- *FOLLOW - UP*



## **CERVICO-CARCINOMA infiltrante**

### **Terapia**

<b>Chirurgia:</b>	<b>Conservativa (conizzazione)</b> <b>Demolitiva (Isterectomia semplice o allargata con o senza linfadenectomia pelvica)</b>
<b>Radioterapia:</b>	<b>Esclusiva (stessa efficacia della chirurgia)</b> <b>Pre-chirurgica</b> <b>Post-chirurgica</b>
<b>Chemioterapia:</b>	<b>Pre-chirurgica</b> <b>Post-chirurgica</b> <b>Palliativa</b>

# Microinvasivo: Terapia

**IA1** con margini cono negativi e assenza di carcinosi

Conizzazione      Paziente desiderosa di prole

Isterectomia semplice      Paziente non desiderosa di prole

Radioterapia intracavit.      Paziente non operabile

**IA1** con margini cono positivi e/o presenza di carcinosi

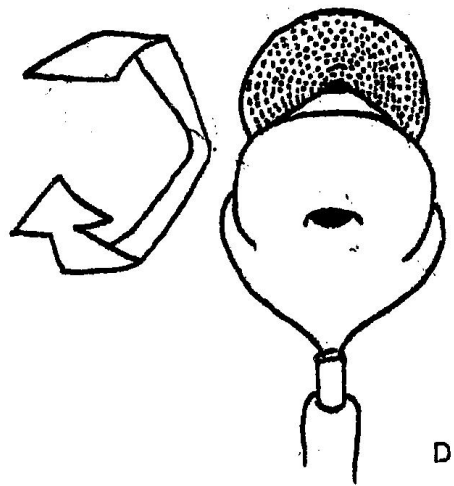
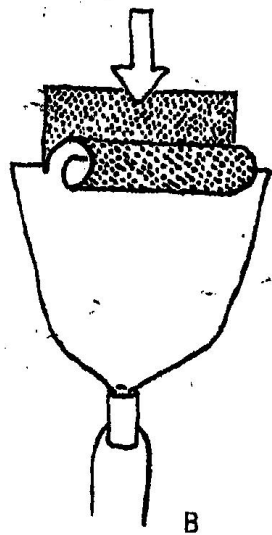
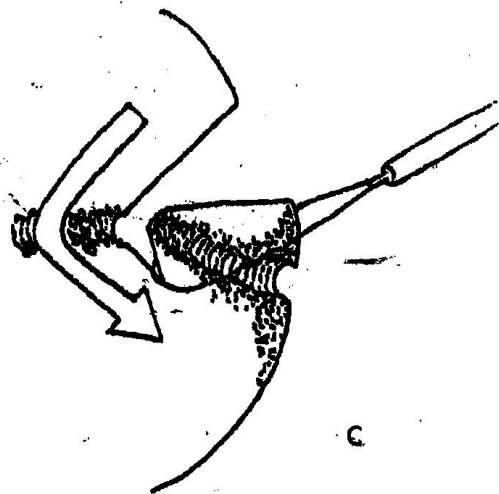
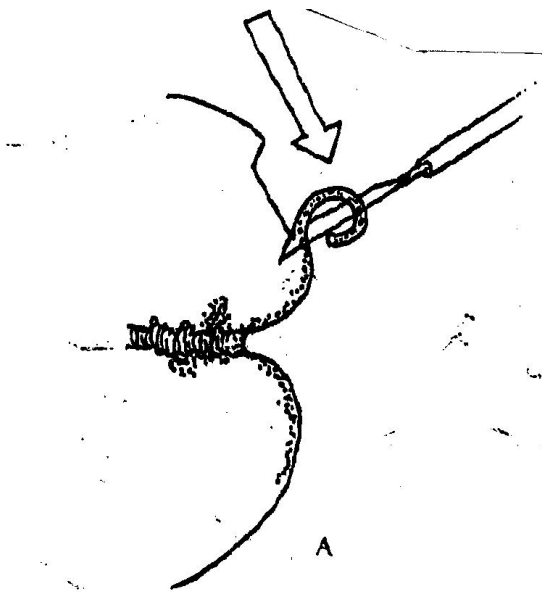
Piver 1 + linfoadenectomia pelvica

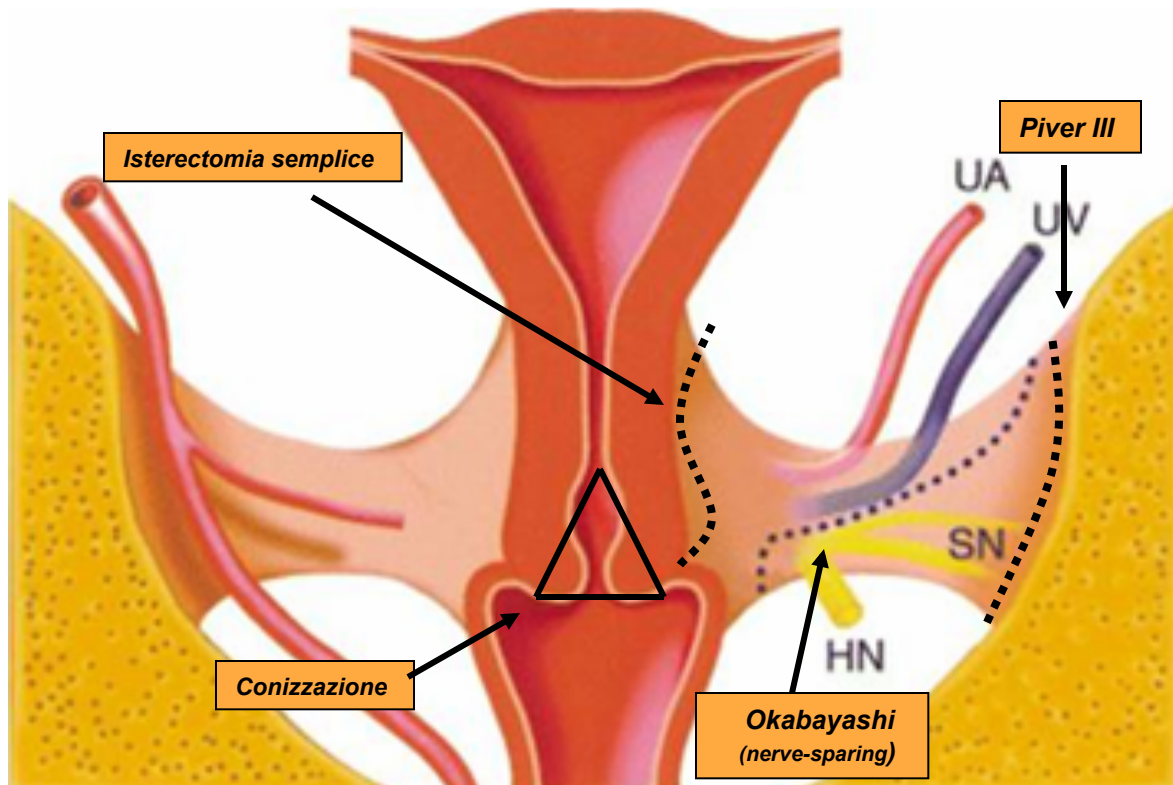
Radioterapia intracavitaria

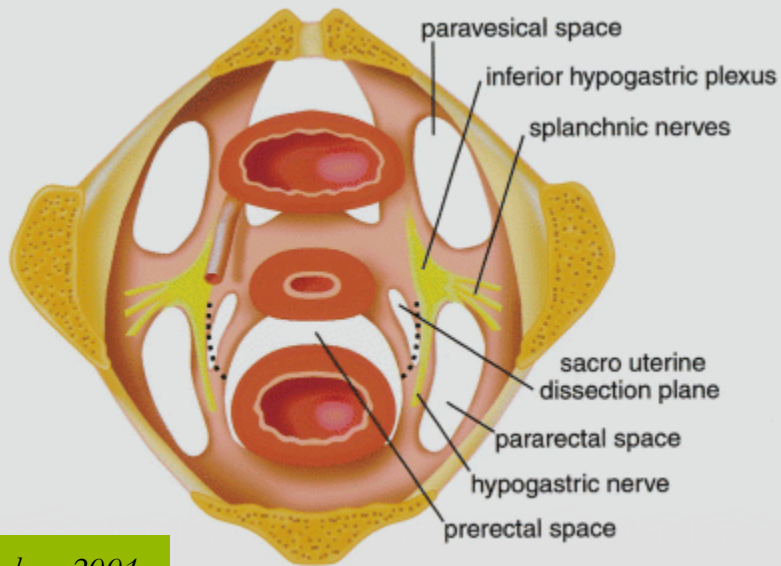
**IA2**

PIVER II-III

Radioterapia intracavitaria







*Trimbos 2001*

*Dopo interventi radicali (WWM – Piver Tipo III) specie se seguiti da radioterapia adiuvante.*

*Danno all'innervazione autonoma  
diminuita sensibilità detrusore  
diminuita capacità di svuotamento  
(fino a 80%)*

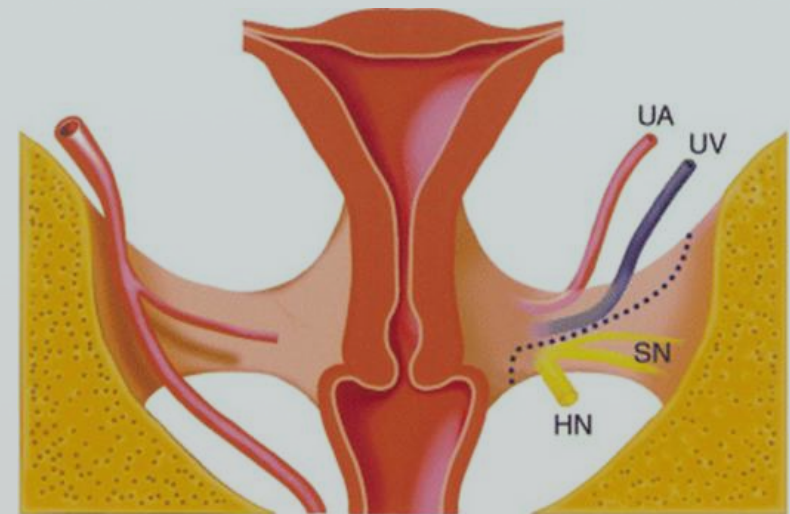
## *Nerve sparing*

*Possover 1999; Trimbos 2001; Raspagliesi 2004;  
Landoni 2005*

*Riduzione disfunzioni vescicali*

*Raspagliesi 2006*

*Piver III nerve sparing vs Piver II  
Risultati comparabili*



*Trimbos 2001*

# CERVICO-CARCINOMA

## Ib1

*PIVER II-III*

*RADIOTERAPIA*

*STESSI RISULTATI*  
*Tassi di guarigione dall'85% al 90%*

*Terapia adiuvante*

*pN+*

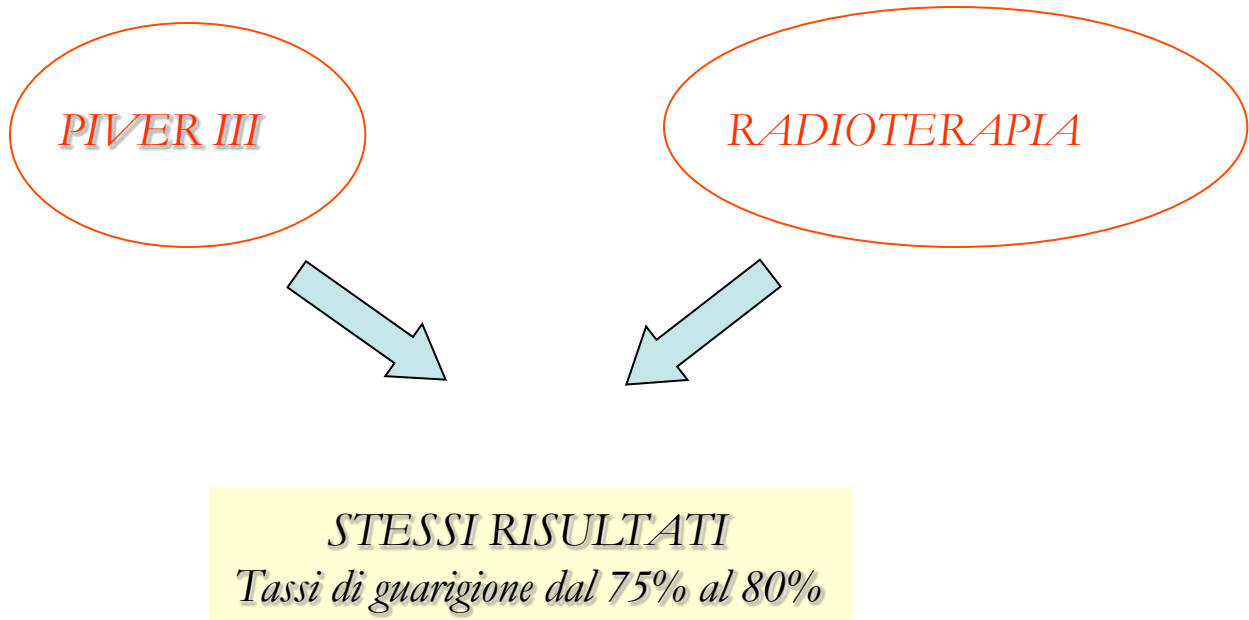
*pT2b (cut trough)*

*linfoangiotropismo*

*Radiot.?*  
*Chemiot.?*

# CERVICO-CARCINOMA

## Ila piccolo volume



# CERVICO-CARCINOMA

## Ib2-Ila grosso volume

*INTEGRAZIONE TERAPEUTICA*

Anni '90

### CHEMIO-CHIRURGIA

1) Studio CNR

chemio+chir. Vs radioterapia

2) Studio SNAP-01

chemio+chir. (diversa chemioterapia)

### RADIO-CHEMIOTERAPIA

5 Studi anglo-americani

Whitney, Morris, Rose, Keys, Thomas (1999)

Anni '75-'90

### RADIO-CHIRURGIA



# CERVICO-CARCINOMA

## Ib2-IIa grosso volume

### radio-chirurgia

- Scuola francese, Torino (Brachiterapia 60 Gy + Piver II, III)

- Ferrara

51 casi (16%)

1b-3b

84% TCT

16% Brachiterapia



84% Riduzione del tumore

67% Tumore residuo



19% Piver I

81% Piver II-III



*Sopravvivenza 78%*

# CERVICO-CARCINOMA

## IIb-IVa

CHEMIO-RADIOTERAPIA

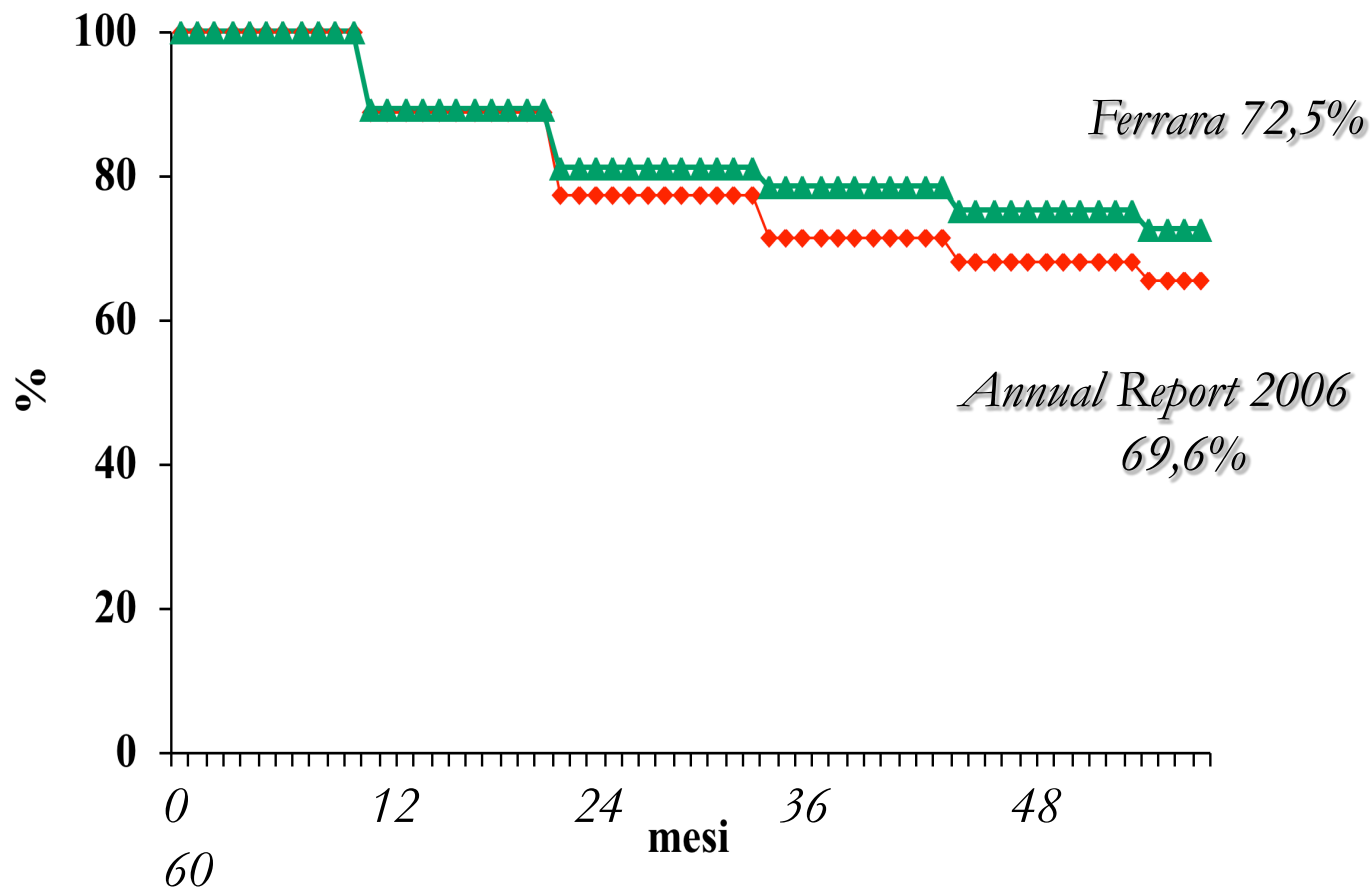
EVISCERAZIONE

*IVb*

PALLIAZIONE

# CARCINOMA DELLA PORTIO

## Sopravvivenza a 5 anni



# Carcinoma della portio

## Sopravvivenza a 5 anni per stadio

