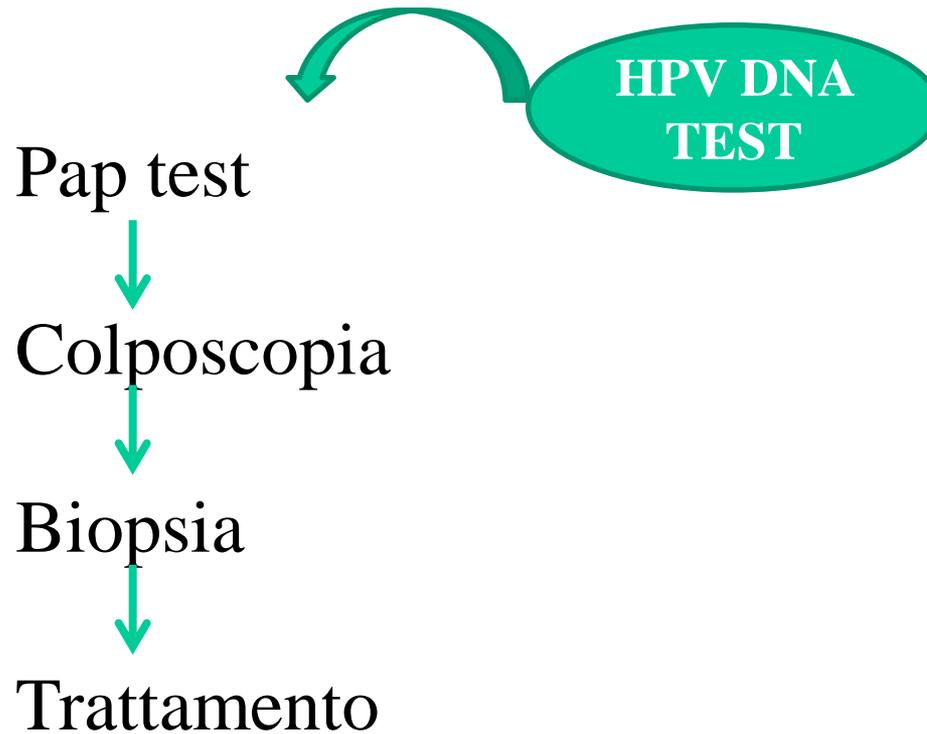


Diagnosi e trattamento

Displasia squamosa-Carcinoma in situ
CIN (Neoplasia Intraepiteliale Cervicale)

Diagnosi e terapia = Prevenzione

Iter diagnostico-terapeutico delle lesioni pretumorali



La Colposcopia

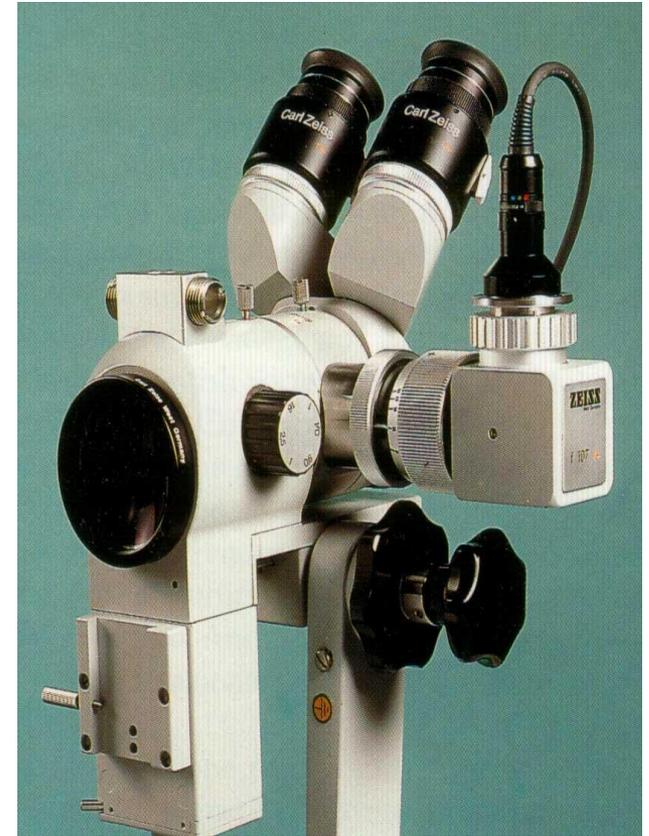
Scoperta da Hinselman nel 1925

Osservazione del collo dell'utero con "lenti di ingrandimento"

La portio viene cosparsa con soluzioni liquide

- acido acetico al 5%
- soluzione iodata di Lugol

che mettono in evidenza le *eventuali* aree anormali



COLPOSCOPIO

Indicazioni alla colposcopia

- Approfondimento diagnostico dopo test di screening alterato (Pap test o HPV test)
- Terapia chirurgica cervicale conservativa
- Follow-up della CIN trattata.
- Altre
 - Condilomatosi tratto genitale inferiore
 - Cervice sospetta (stillicidio di ndd , area cervicale sospetta, polipi)
 - Altro: *patologia vaginale e vulvare*

La colposcopia nella diagnosi:

1) valutazione delle immagini

- Definire la giunzione squamo-colonnare
- Definire la presenza o assenza di lesione
- Definire la topografia della lesione:
 - sede
 - l'estensione
 - i limiti esocervicali ed endocervicali
- Indicare dove fare la biopsia mirata

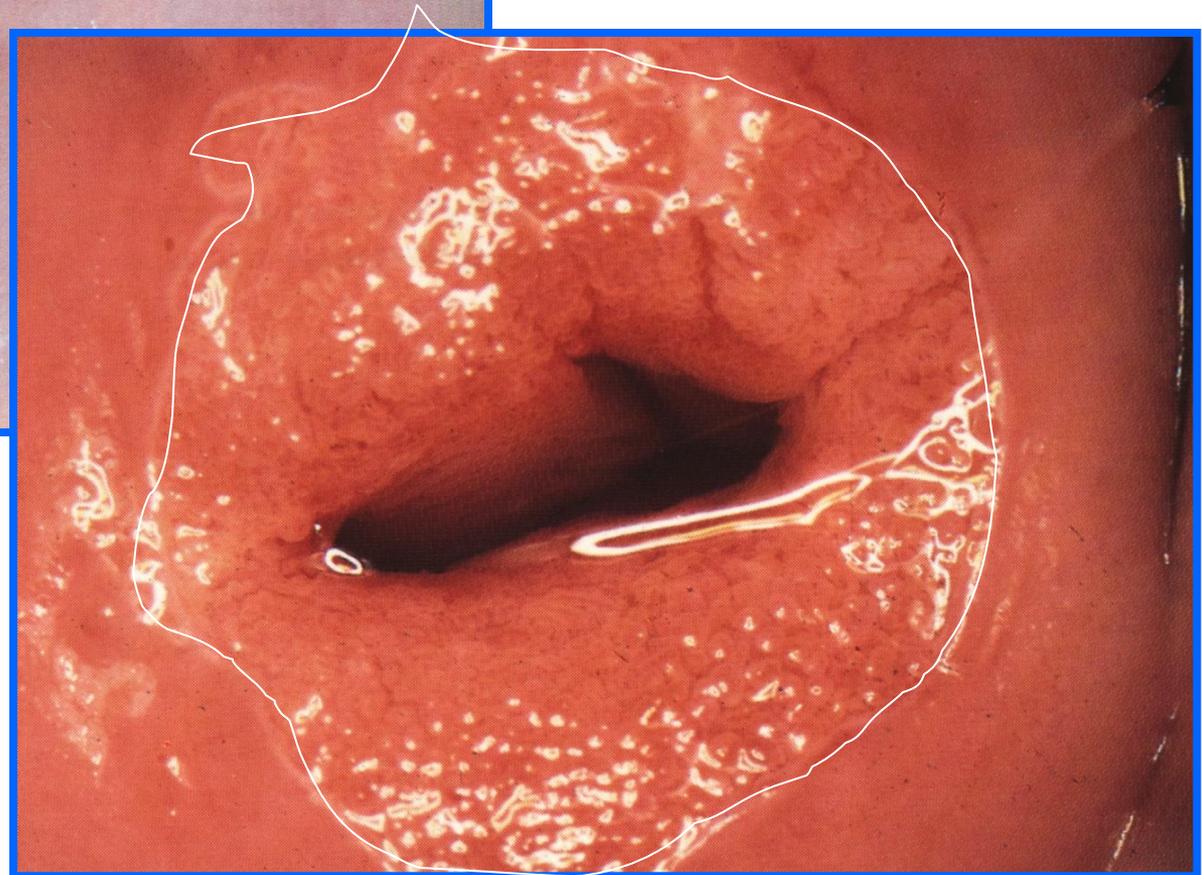
Criteria colposcopici : IFCCP 2011

La Colposcopia normale

GSC



GSC NON VISIBILE



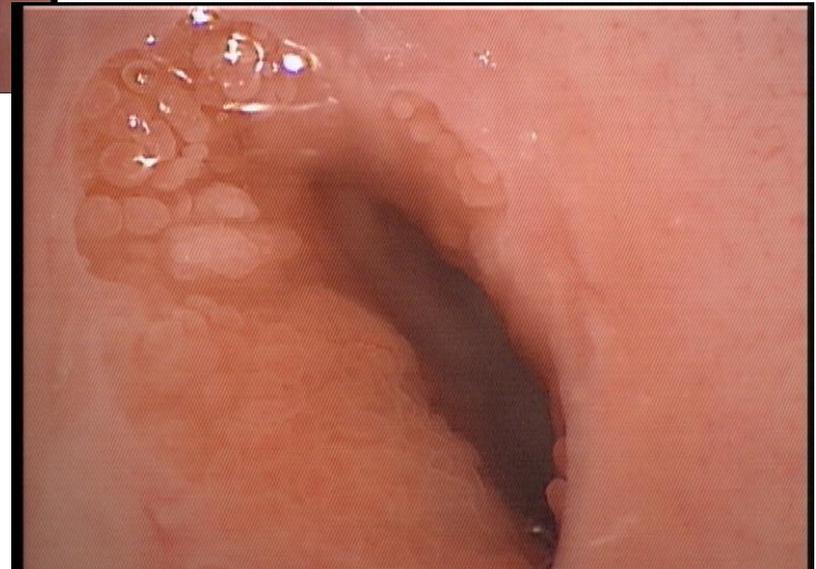
GSC VISIBILE

Epitelio squamoso maturo all'acido acetico



Il tempo principale in colposcopia è dopo applicazione dell'acido acetico. L'epitelio normale è trasparente e non subisce variazioni all'acido acetico. E' possibile distinguere l'epitelio squamoso dal cilindrico

Epitelio cilindrico maturo all'acido acetico



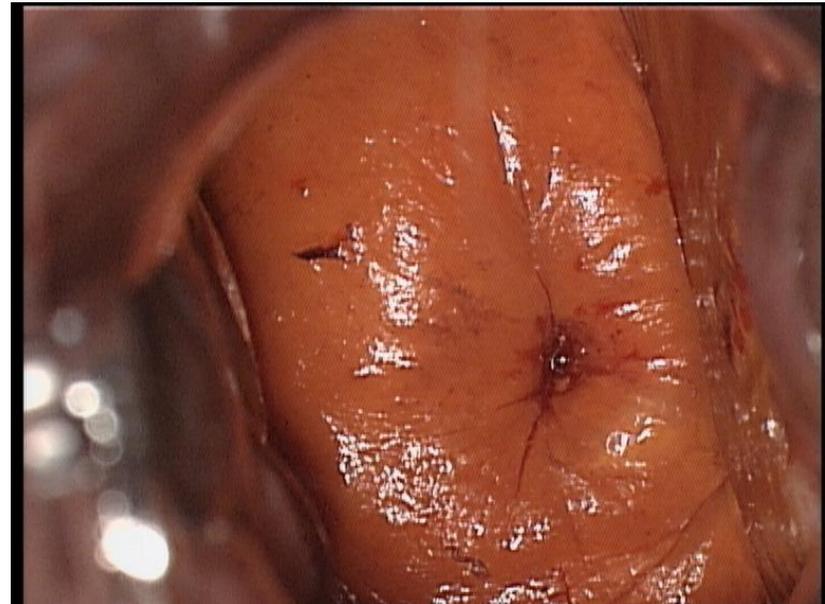
Epitelio squamoso maturo: soluzione di Lugol



Il tempo del lugol è secondario

La soluzione iodata colora l'epitelio squamoso normale perché si combina con le cellule dello strato intermedio ricche di glicogeno.

Se l'epitelio è atrofico manca parte dello strato epiteliale per cui non si colora



Epitelio squamoso atrofico

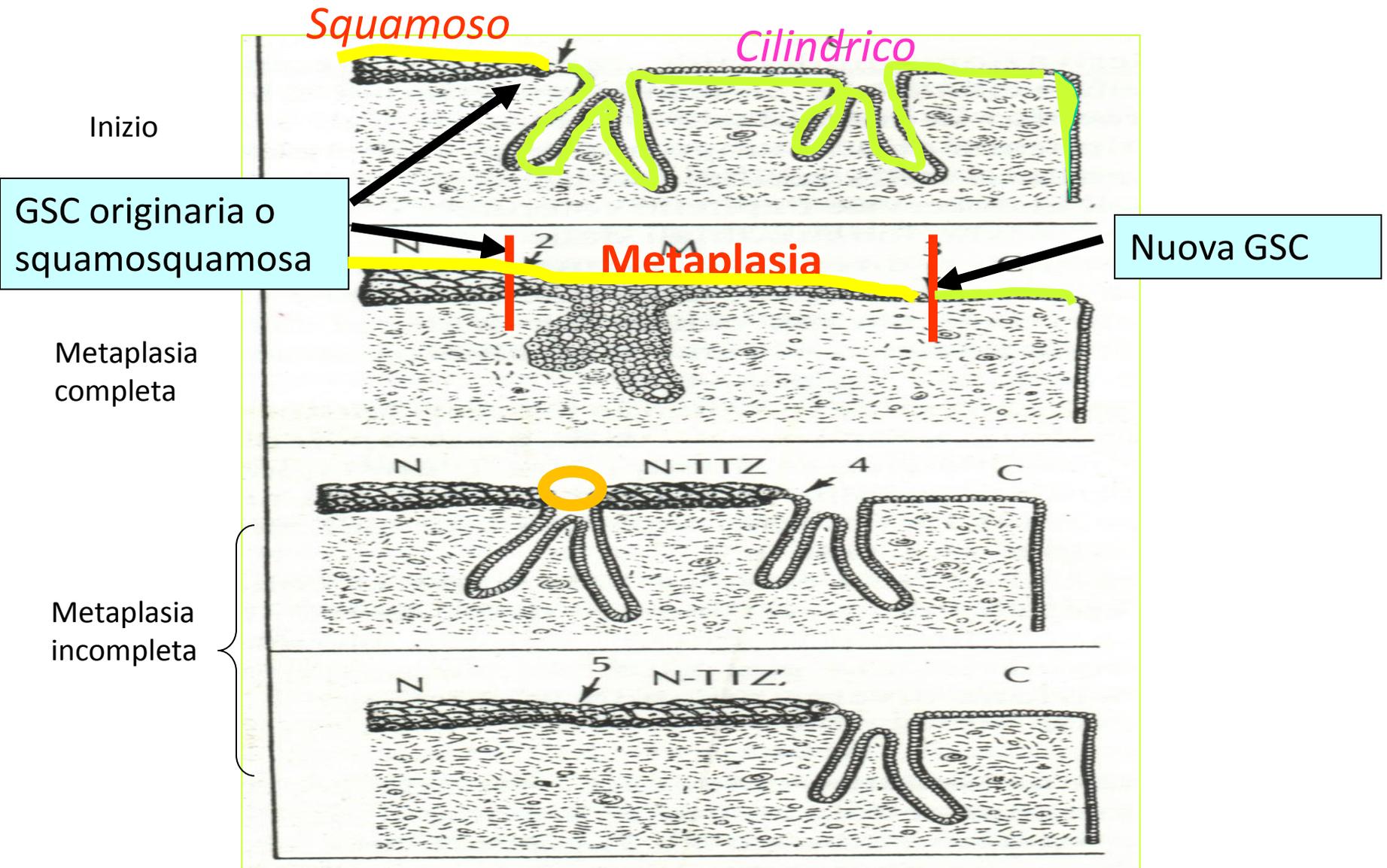
La colposcopia

Focalizza attenzione su:

La zona di trasformazione ovvero la zona della cervice inizialmente ricoperta da **epitelio colonnare** che attraverso un processo di **metaplasia** viene sostituito da **epitelio squamoso** .

La zona di trasformazione è la sede dove origina la displasia e quindi del tumore

La Metaplasia : trasformazione di un tipo di epitelio in un altro, in Istologia



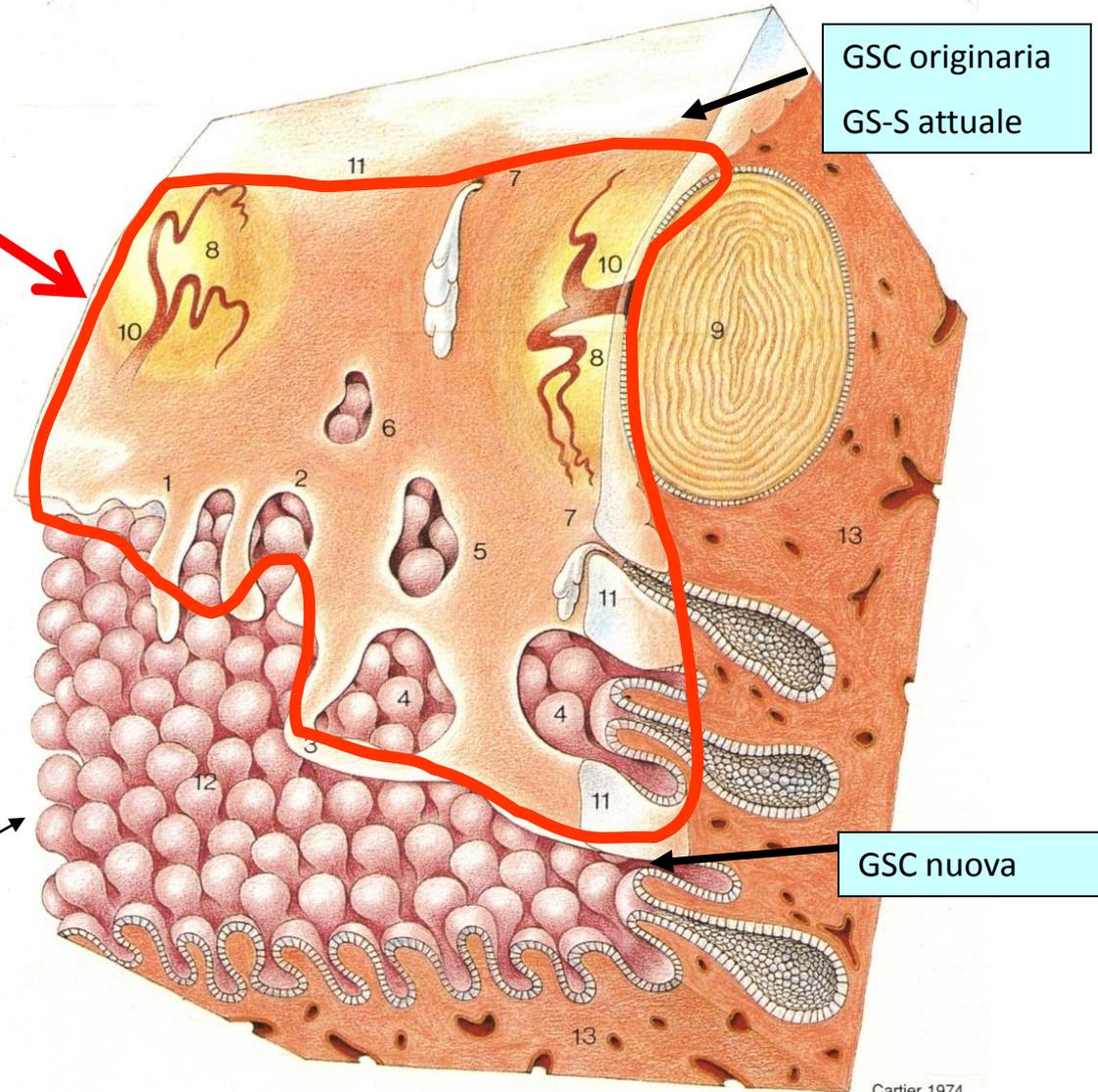
Perché è importante definire la Zona di trasformazione?

La ZT è l'area più a rischio in cui inizia il processo di trasformazione neoplastica poiché le cellule sono più soggette all'azione degli agenti oncogeni

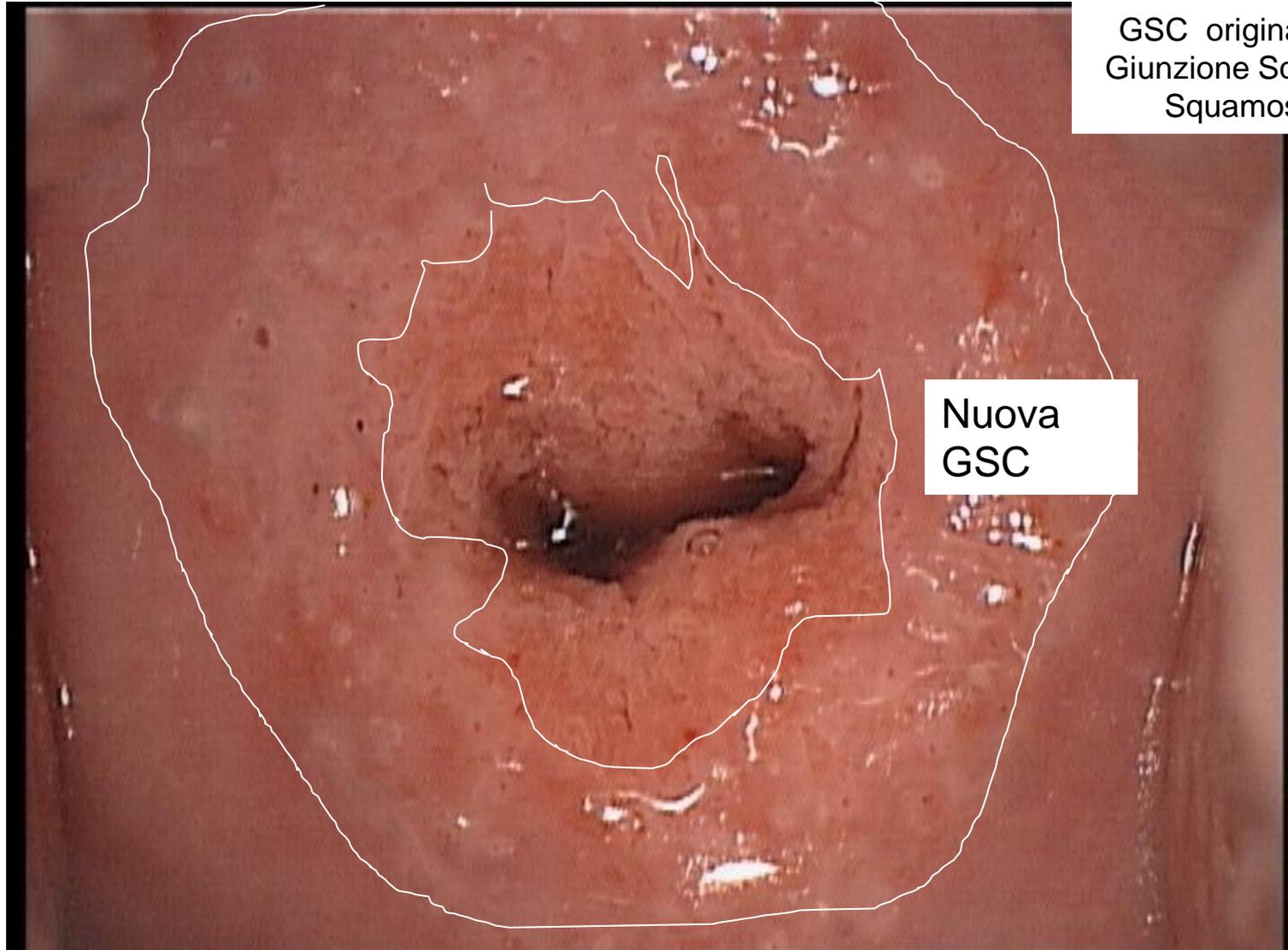
**Zona di trasformazione
normale in colposcopia
(area della metaplasia)**

Epitelio squamoso
o pavimentoso

Epitelio cilindrico
o epitelio ghiandolare



Zona di trasformazione normale

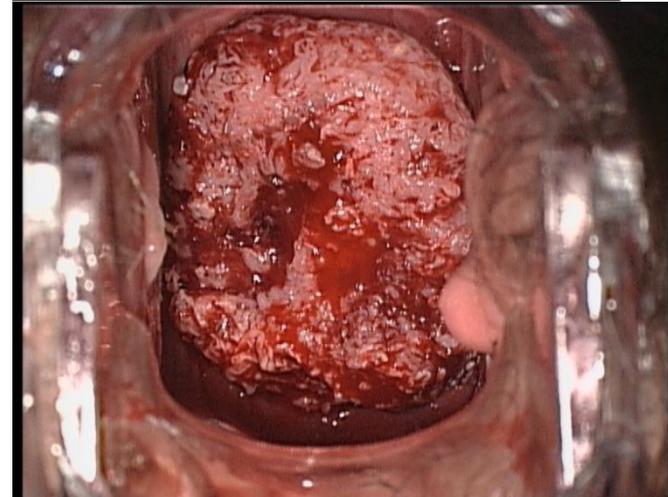
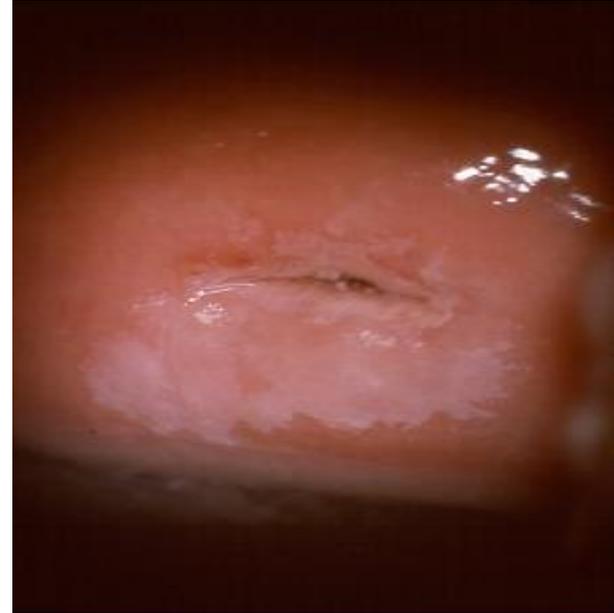


GSC originaria o
Giunzione Squamo
Squamosa

Nuova
GSC

La colposcopia anormale

- L'epitelio squamoso anormale appare acetobianco. Il tessuto anormale perde la trasparenza per la reazione transitoria di coagulazione delle proteine che sono molto rappresentate.
- Esiste una terminologia colposcopica specifica che permette di classificare i quadri in
 - Normale
 - Zona di trasformazione anormale di grado 1
 - Zona di trasformazione anormale di grado 2
 - Sospetto carcinoma



La colposcopia nella diagnosi

- Sulle aree anormali viene eseguita la **biopsia mirata**.
- La colposcopia completa il suo ruolo di indagine diagnostica avvalendosi delle *tecniche aggiuntive per la Biopsia ed il Sondaggio del canale cervicale*
La diagnosi definitiva è istologica

Ruolo della colposcopia

2) gestione clinica del caso

Competenza specifica nella patologia del tratto genitale inferiore



Gestione clinica dei casi



Integrazione tra citologia-istologia-giudizio colposcopico

- » Diagnosi
- » Terapia
- » Follow-up
- » Counselling

TERAPIA DELLA CIN

Variabili di cui tenere conto nella decisione terapeutica

- La maggior parte delle CIN 1 o displasie lievi regrediscono spontaneamente perché più spesso correlate ad HPV responsabili di infezioni transitorie
- Il vero precursore del carcinoma è la CIN 3 o displasia grave e carcinoma in situ
- Attualmente anche la CIN 2 o displasia moderata viene trattata come CIN di ALTO GRADO e quindi come la CIN 3
- I trattamenti non sono esenti da effetti collaterali

Età' delle pazienti e malattia cervicale

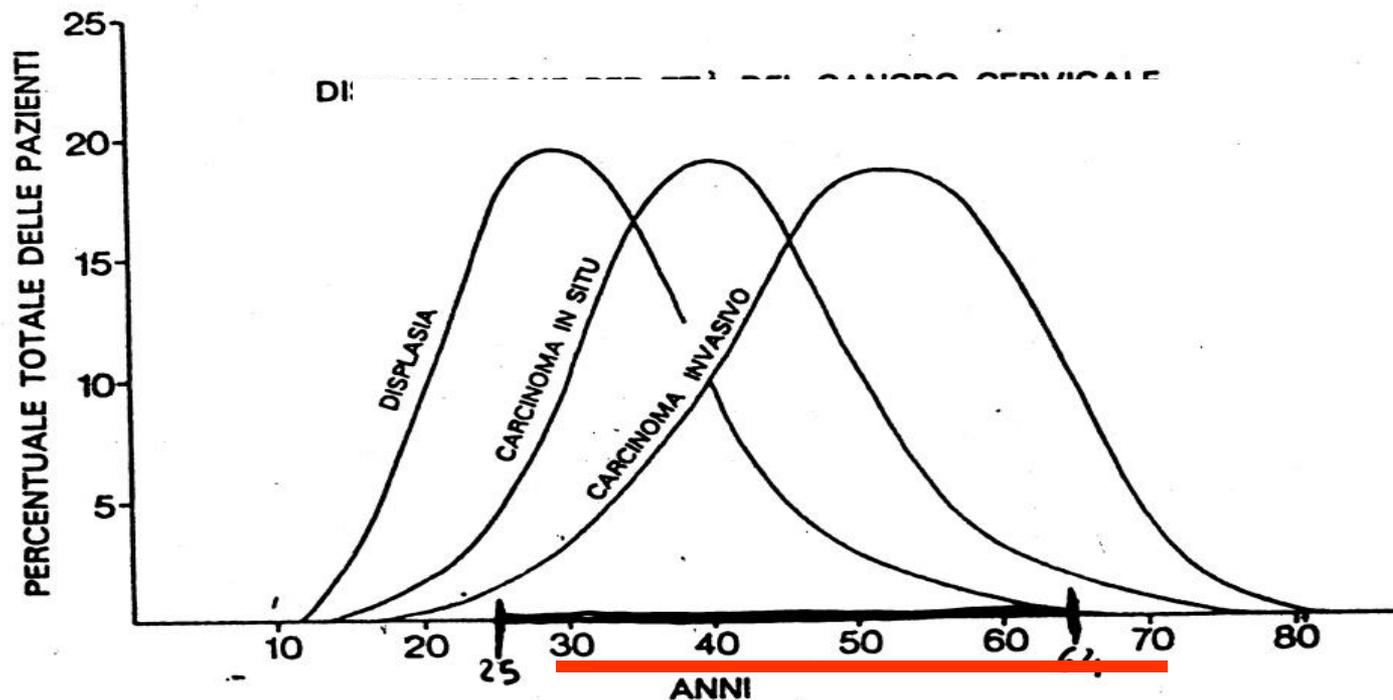
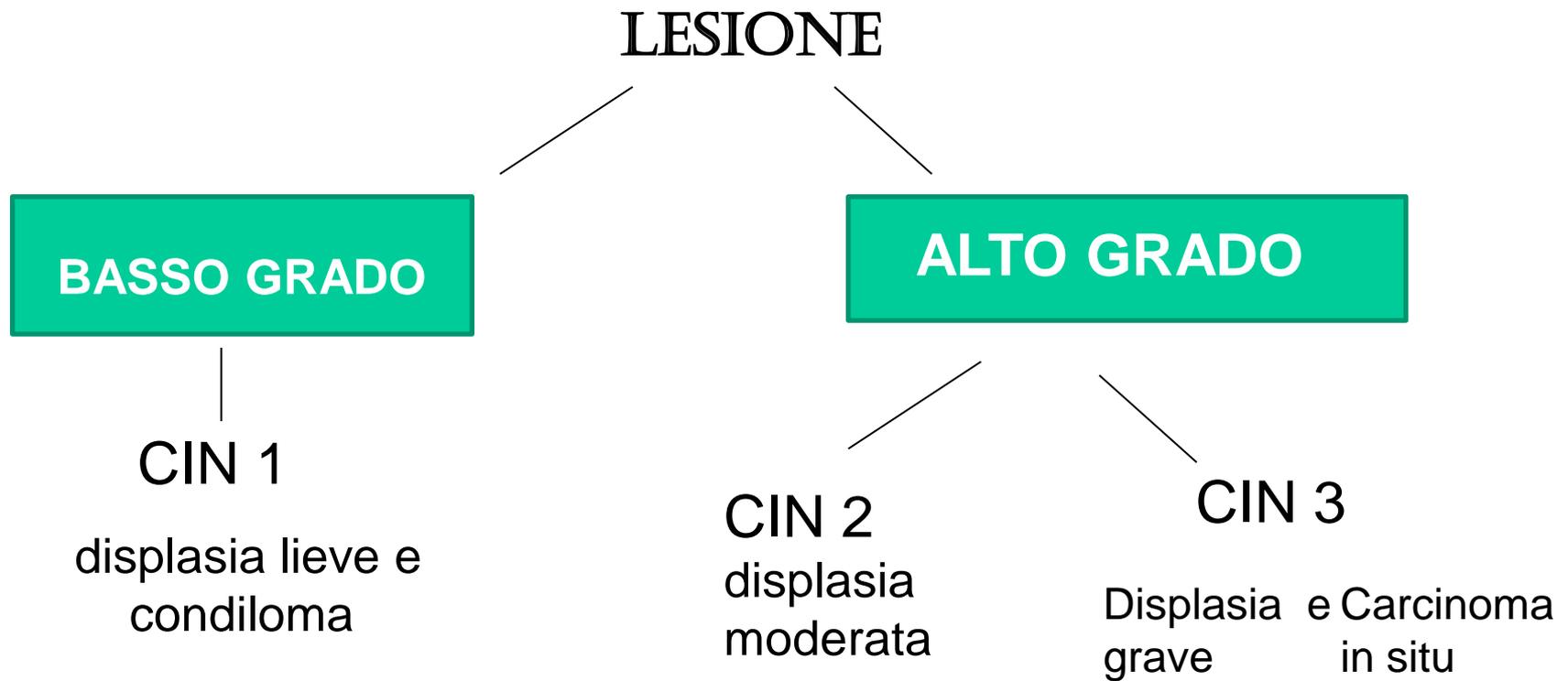


Figura 1-4. Distribuzione per età delle pazienti con displasia cervicale, carcinoma in situ, e carcinoma invasivo.

La CIN è un malattia della donna giovane spesso ancora in fase riproduttiva

Quindi l'atteggiamento terapeutico è diverso per



Terapia della CIN di basso grado

(Displasia lieve- condiloma o CIN 1)

Attesa : della **risoluzione spontanea** della lesione ;trattamento dopo almeno due anni.

*In alcuni casi (persitenza oltre 2 anni, desiderio della paziente, età avanzata, GSC non visibile, lesione ampia, pregressa HCIN) è accettabile l' asportazione della lesione al momento della diagnosi.

TERAPIA DELLA CIN di ALTO GRADO

(Displasia moderata-grave e CIS o CIN2-3)

Trattamento conservativo, preferenziale allo
scopo di mantenere la fertilità della paziente

*Asportazione dell'utero in casi particolari (es.lesioni gravi come CIS in donne che non desiderano gravidanze, lesioni persistenti, stato ansioso, inaffidabilità al follow-up ecc.)

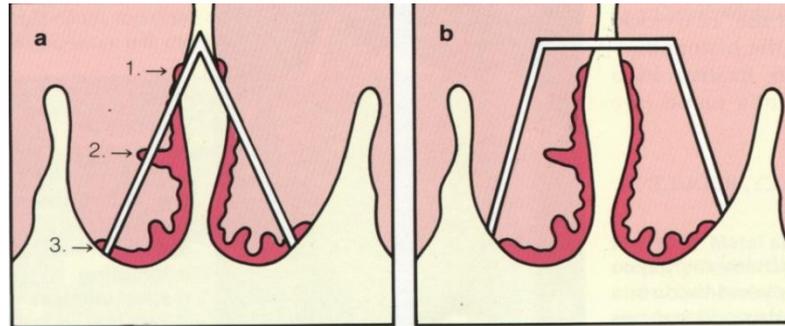
Terapia : ruolo della colposcopia

- Tutti i trattamenti chirurgici di lesioni cervicali pretumorali devono essere eseguiti su guida colposcopica
- Il trattamento deve essere adattato alle caratteristiche della lesione
- ➔ Il trattamento non mirato ha maggiori probabilità di complicanze e recidiva

Terapia conservativa

1.escissionale +++

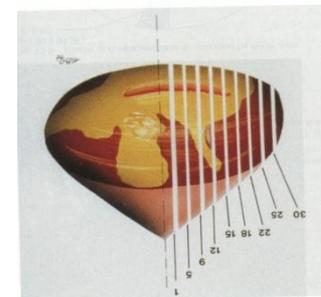
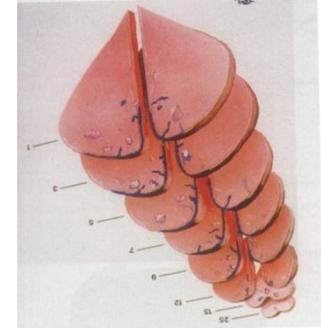
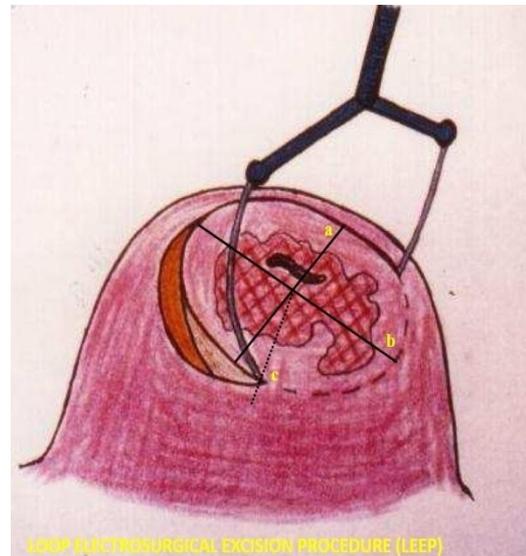
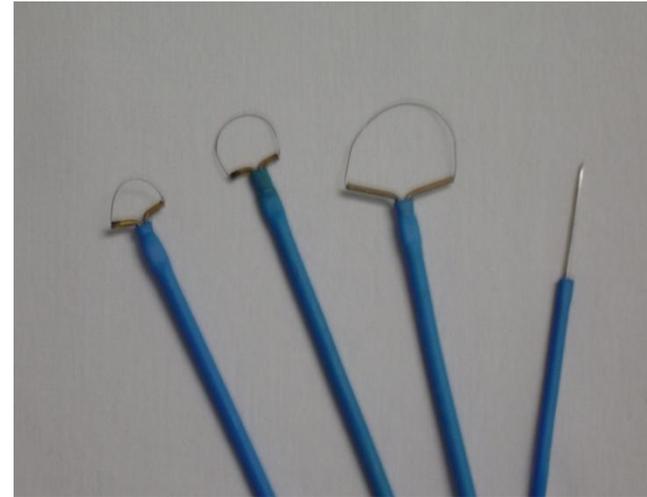
2.distruttiva



- La terapia escissionale è preferibile perché consente l'asportazione di tutta la zona anormale e permette l'esame istologico completo di tutta l'area
- La diagnosi dopo l'escissione può non coincidere con la diagnosi da biopsia mirata

Terapia escissionale può essere

1. Resezione con ansa diatermica in radiofrequenza :in anestesia locale
2. Resezione con laser
3. Resezione con bisturi a lama fredda



Escissione con ansa diatermica

Consenso informato

La sottoscritta.....
nata il.....

Dichiara:

di aver compreso di essere affetta da

.....

di aver compreso che è necessario eseguire un intervento di escissione con ansa diatermica da effettuarsi in anestesia

di essere stata informata adeguatamente sulla modalità di esecuzione e che sono possibili complicanze, tra le quali:

- emorragia durante l'intervento (meno del 5% dei casi)
- emorragia nei giorni successivi accompagnata da crampi e dolore addominale per cui è necessario contattare il reparto (meno del 2% dei casi)
- stenosi del canale cervicale (meno del 2% dei casi)
- reazioni avverse ai farmaci anestetici locali (possibili le reazioni vagali con pallore , sudorazione, lipotimia , ipotensione ecc. o da eccessiva stimolazione del sistema simpatico con tremori, palpitazioni, iperventilazione , agitazione ecc; eccezionali le reazioni allergiche con orticaria, broncospasmo, shock anafilattico in assenza di precedenti reazioni)

di avere infine compreso che l'intervento non sempre è definitivo in quanto la patologia può recidivare o non essere completamente eradicata, e che pertanto saranno necessari controlli successivi .

di avere compreso che ad oggi non sembrano esserci effetti indesiderati sulla fertilità e sulla gravidanze successive. Tuttavia sembra esistere una correlazione con la quantità e con la profondità di tessuto asportato per un maggior rischio di parto pretermine e aborto

Data:.....

Firma della Paziente

Firma e timbro del Medico

La sottoscritta accetta di effettuare l'intervento proposto.

Data:.....

Firma della Paziente

Firma e timbro del Medico

Rischi del trattamento

- **Complicanze immediate**: emorragia intraoperatoria, infezioni, reazioni ad anestetici locali

- **Complicanze tardive**:
 - *STENOSI DEL CANALE CERVICALE*
 - Difficoltà nei successivi follow-up per impossibilità di esplorazione/sondaggio dell'endocervice con le usuali tecniche, Problemi di infertilità , Ematometra/piometra Dismenorrea secondaria

 - *RIPERCUSSIONI SU OUTCOME OSTETRICO*
 - *Aborto tardivo, rottura prematura delle membrane, basso peso alla nascita*
 - *Parto pretermine correlato alla profondità del prelievo e al numero degli interventi*

Efficacia del trattamento della CIN

- Recidiva/malattia residua < 10%
 - Nel 90% dei casi entro i primi 2-3 anni
 - Necessità di follow-up intensivo per almeno 2-3 anni
- Rischio almeno 2-5 volte più alto, rispetto a chi non ha mai avuto CIN, di avere il Carcinoma invasivo nei 25 anni successivi

Necessità di mantenere sempre i controlli in futuro

Sintesi

- Il carcinoma squamoso è prevenibile e più facilmente della forma ghiandolare
- HPV alto rischio e cofattori : causa
- CIN 2-3 sono le lesioni pretumorali
- CIN 1: la maggior parte regredisce
- La colposcopia è inserita nell'iter diagnostico e terapeutico
- Terapia delle CIN 2-3 deve essere mirata e conservativa, ma ha effetti collaterali e deve essere eseguita in mani esperte su guida colposcopica

VAIN

- Neoplasia Intraepiteliale Vaginale
- VAIN 1-2-3 come per la CIN
- Meno frequente
- In colposcopia si devono controllare sempre le pareti vaginali .In caso di Pap anormale e cervice normale la patologia potrebbe manifestarsi in vagina
- Evoluzione : frequente la regressione nelle forme 1-2
–Persistenza nelle 3 e progressione
- Terapia: attesa nelle 1-Distruttiva/ escissionale nelle 2-3-
- Follow-up come per la CIN

AIS

- Adenocarcinoma in situ è la lesione precancerosa che precede il carcinoma ghiandolare o adenocarcinoma
- Non è nota la storia naturale .
- Non sono ad oggi riconosciute lesioni displastiche come per la CIN ovvero la GIN 1-2-3
- Correlato in massima parte ad HPV (prevalenti il tipo 18 e 16) nella forma usuale (80%)

Diagnosi di AIS

- La maggior parte delle volte (50%) è riscontro occasionale durante escissione per CIN
- La citologia può avere il sospetto di AIS secondo i criteri del S Bethesda.
- La diagnosi certa è istologica

Terapia di AIS

- **Isterectomia semplice** in donne che hanno terminato la fase riproduttiva
- **Conizzazione e follow-up stretto e prolungato** se desiderio di gravidanza
 - Multifocale
 - Endocervicale
 - Non facile diagnosi
 - Recidiva a distanza 10-20%