

**CONGRESSO NAZIONALE GISCI  
3-4- MAGGIO 2007 CATANIA**

**G. MAINA**

**CENTRO DIAGNOSI ONCOLOGICA PRECOCE IN  
COLPOSCOPIA LASERCHIRURGIA E TERAPIE  
CORRELATE TRATTO DISTALE GENITALE**

**O.I.R.M. S'ANNA TORINO**

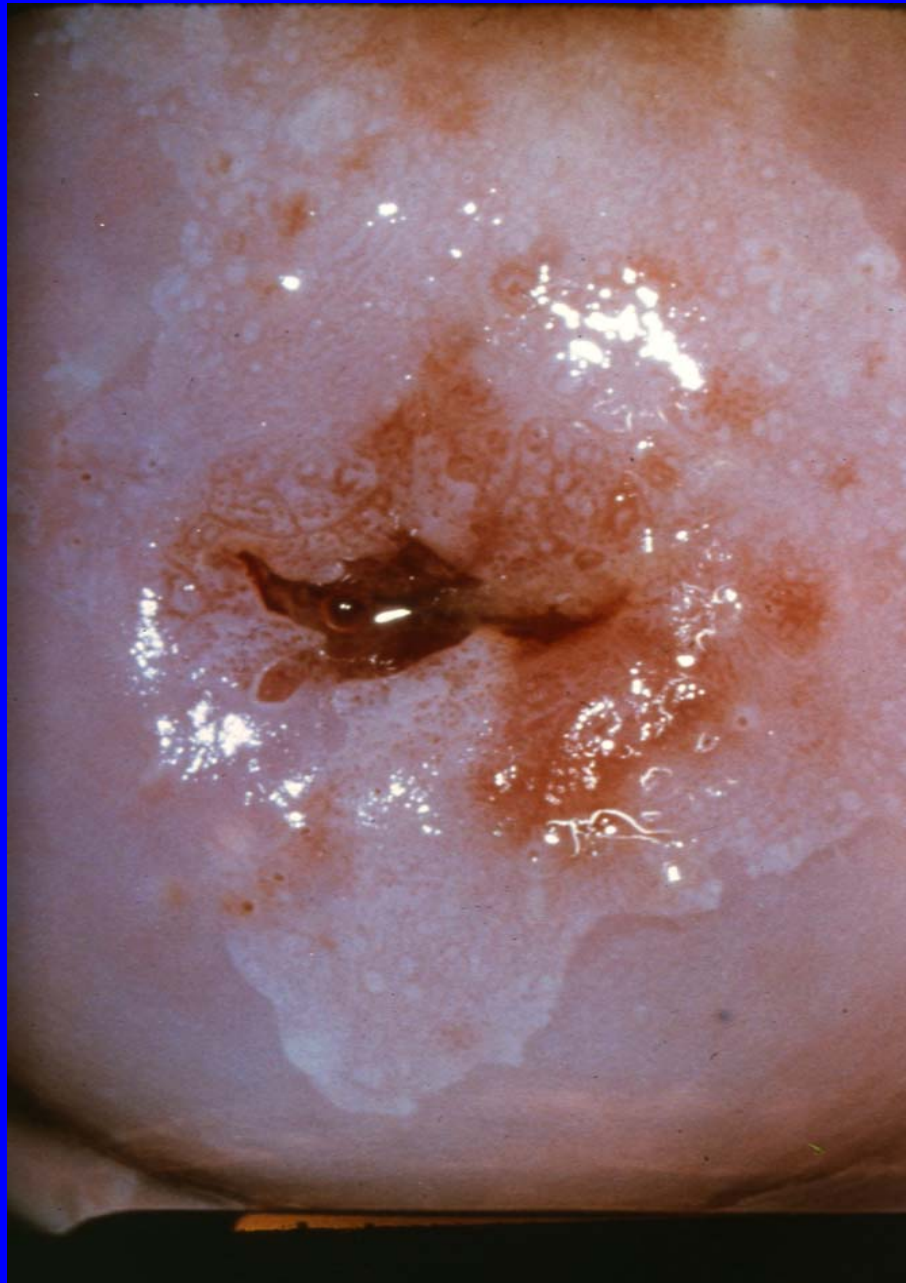
**IL TRATTAMENTO ESCISSIONALE E'  
SEMPRE IL GOLD STANDARD PER IL  
TRATTAMENTO DELLA CIN ?**

**NON ESISTE AL MOMENTO UNA TECNICA  
CHIRURGICA CONSERVATIVA PIU'  
EFFICACE RISPETTO AD UN'ALTRA PER  
IL TRATTAMENTO RADICALE DELLA  
NEOPLASIA INTRAEPITELIALE  
CERVICALE (CIN)**

**EUROP. GUIDELINES 2006 NHSCSP 2004  
(REVIEW COCHRANE DI 28 LAVORI  
RANDOMIZZATI PONENTI A CONFRONTO  
SETTE TECNICHE ACCREDITATE)**

# OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE COLPOSCOPICA

- Localizzazione della sede più appropriata per BMS



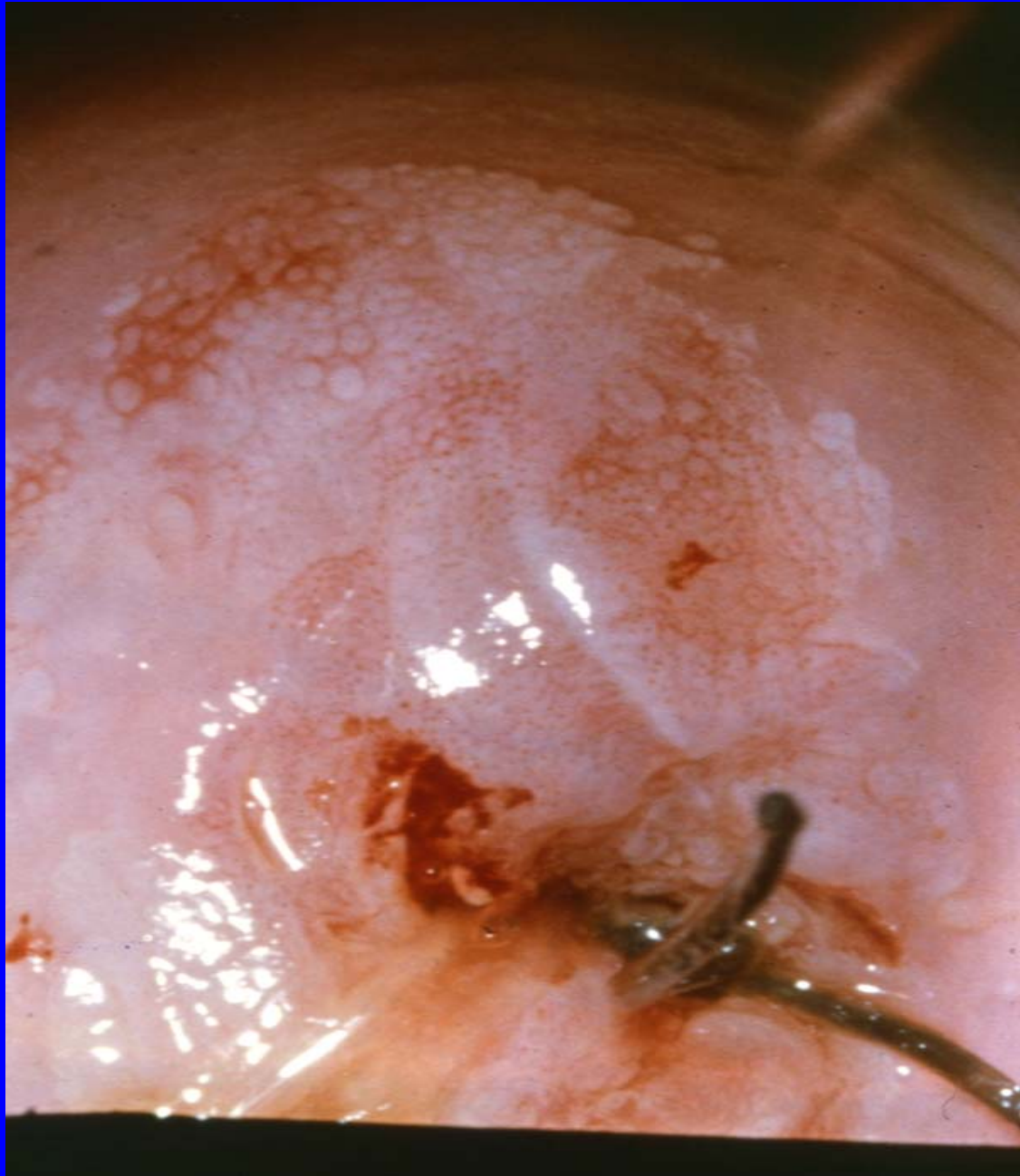
# OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE COLPOSCOPICA

- Valutazione dell'estensione delle lesioni



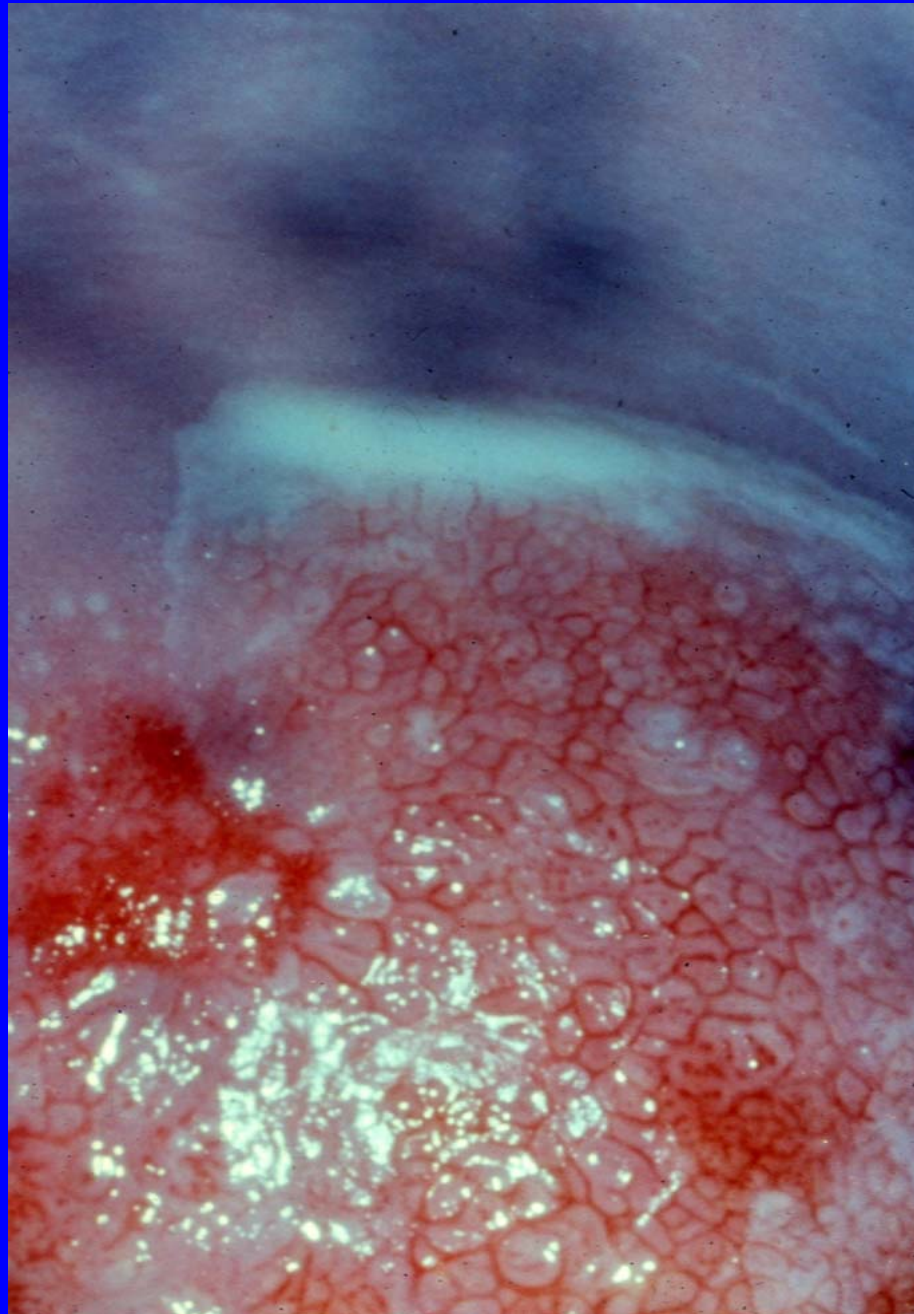
# OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE COLPOSCOPICA

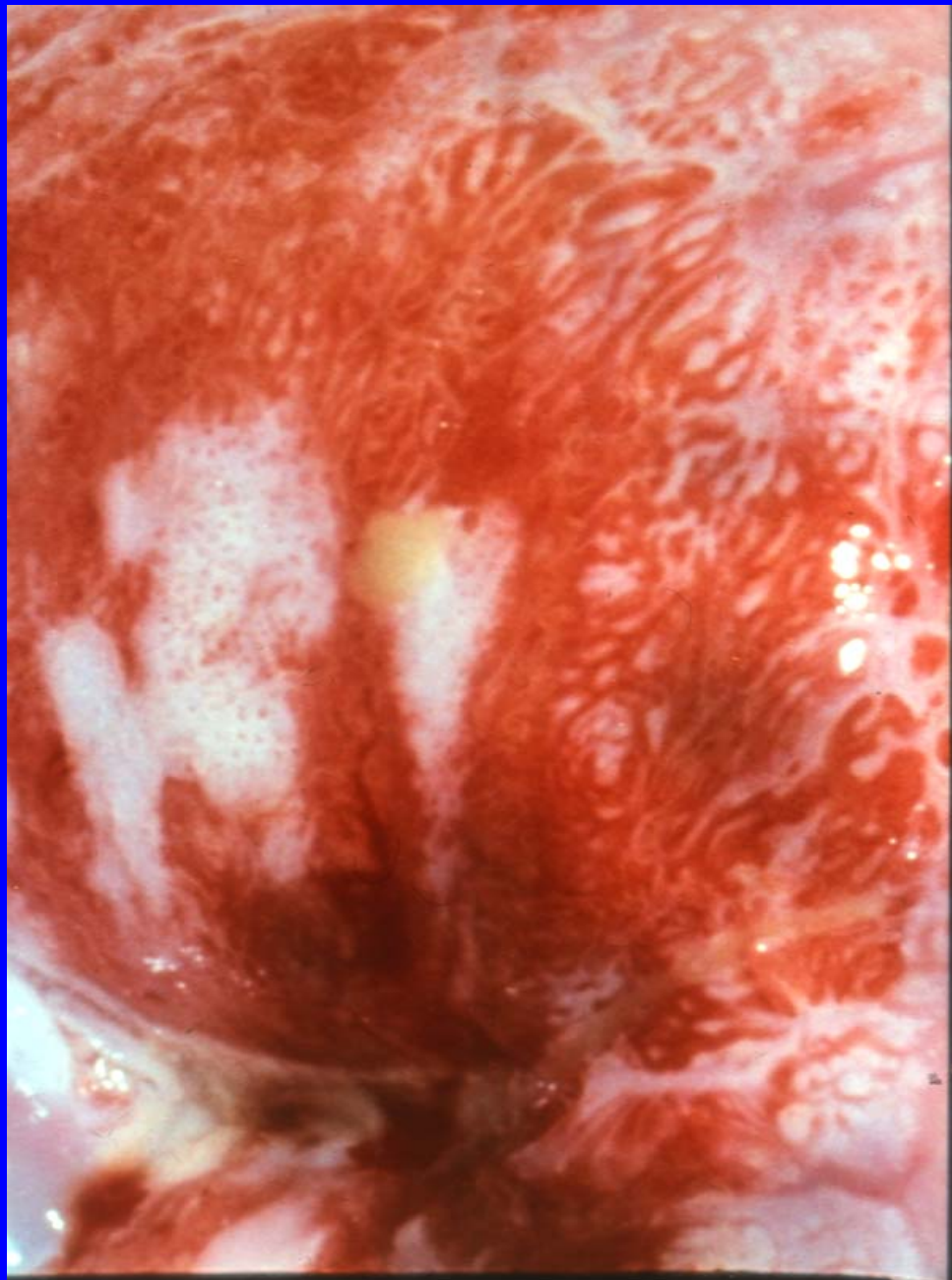
- Localizzazione della giunzione squamo/colonnare



# OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE COLPOSCOPICA

- **Esclusione del carcinoma  
invasivo**





**LA TERAPIA DISTRUTTIVA DEVE SEGUIRE RIGOROSI CRITERI DI SELEZIONE E LE TECNICHE DISTRUTTIVE ACCREDITATE (LASER VAPORIZZAZIONE, CRIOTERAPIA, COAGULATORE DI SEMM, DIATERMOCOAGULAZIONE PROFONDA O RADICALE) SONO APPLICABILE SOLO QUANDO:**

- 1- L' INTERA ZONA DI TRASFORMAZIONE E' VISUALIZZABILE (100% DEI CASI)**
- 2- LA PRECEDENTE DIAGNOSI ISTOLOGICA E' CORRETTA(100% DEI CASI)**
- 3- NON VI E' EVIDENZA DI MALATTIA INVASIVA (100% DEI CASI)**
- 4- NON VI E' EVIDENZA ANOMALIE GHIANDOLARI (100% DEI CASI)**

**L'APPROCCIO ESCISSIONALE PER IL  
TRATTAMENTO DELLA CIN E'  
PREFERIBILE PERCHE' PERMETTE  
L'ESAME ISTOLOGICO SUL PEZZO  
ASPORTATO E RISOLVE IL PROBLEMA  
DELL'EVENTUALE SOTTOSTIMA  
BIOPTICA.**

**CONGRESSO NAZIONALE GISCI  
3-4- MAGGIO 2007 CATANIA**

**G. MAINA**

**CENTRO DIAGNOSI ONCOLOGICA PRECOCE IN  
COLPOSCOPIA LASERCHIRURGIA E TERAPIE  
CORRELATE TRATTO DISTALE GENITALE**

**O.I.R.M. S'ANNA TORINO**

**L'AVVENTO DELL'ANSA HA RESO  
OBSOLETE LE ALTRE TECNICHE  
ESCISSIONALI ?**

## **TECNICHE ESCISSIONALI ACCREDITATE:**

- LLETZ O LEEP (ESCISSIONE A RF)**
- LASER ESCISSIONALE**
- CONIZZAZIONE A LAMA FREDDA**

**EUROP. GUIDELINES 2006**

# **INDICAZIONI ALLA CONIZZAZIONE/CILINDRIZZAZIONE A LAMA FREDDA**

- ADENOCA IN SITU ENDOCERVICALE/NEOPLASIA INTRAGHIANDOLARE DI ALTO GRADO (CGIN)**
- SOSPETTO CA SQUAMOSO MICROINVASIVO/INVASIVO PER LA VALUTAZIONE DELLA PROFONDITA DI INVASIONE, L'ESTENSIONE IN SUPERFICIE (STADIAZIONE) E LO STATO DEI MARGINI**

# **INDICAZIONI ALLA CONIZZAZIONE/CILINDRIZZAZIONE A LAMA FREDDA**

**-RECIDIVA/PERSITENZA DI CIN DI ALTO GRADO ENDOCERVICALE IN PAZIENTI GIA' SOTTOPOSTE A TECNICHE ESCISSIONALI (LLETZ O LEEP, LASER ESCISSIONALE) NON ULTERIORMENTE RIPETIBILI**

**-IMPOSSIBILITA' ANATOMICHE ALL'UTILIZZO DI TECNICHE ESCISSIONALI CONSERVATIVE IN ANESTESIA LOCALE (E' CONSIGLIABILE EFFETTUARE VISITA DI FATTIBILITA' PRIMA DI QUALSIASI TRATTAMENTO ESCISSIONALE)**

**CONGRESSO NAZIONALE GISCI  
2-3 MAGGIO 2007**

**G. MAINA**

**CENTRO DIAGNOSI ONCOLOGICA PRECOCE IN  
COLPOSCOPIA LASERCHIRURGIA E TERAPIE  
CORRELATE TRATTO DISTALE GENITALE**

**O.I.R.M. S'ANNA TORINO**

**L'ASPORTAZIONE DELLA MALATTIA IN  
“UNICO PEZZO” OFFRE MAGGIORI GARANZIE  
DI RADICALITA'?**

**PER LE LESIONI ESOCERVICALI LA  
TECNICA ESCISSIONALE DOVREBBE  
RIMUOVERE IL TESSUTO FINO AD UNA  
PROFONDITA' DI ALMENO 7 mm, ALMENO  
NEL 95% DEI CASI**

**NHSCSP 2004**

# **INDICATORI ISTOLOGICI DEL PEZZO ESCISSE:**

- DIMENSIONI DEL CAMPIONE  
ESCISSE (MISURE DELLA BASE E  
MISURA DELL'ALTEZZA)**
- ESTENSIONE DELLA LESIONE**
- STATO DEI MARGINI**

**NELL' 80% DEI CASI IL CAMPIONE  
ESCISSO DOVREBBE ESSERE RIMOSSO IN  
UNICO PEZZO**

**NHSCSP 2004**

**LA MALATTIA LATERALE RISPETTO  
ALL' AREA CENTRALE PUO' ESSERE  
RIMOSSA SEPARATAMENTE**

**EUROP. GUIDELINES 2006**

**L'ESCISSIONE DELLA ZONA DI  
TRASFORMAZIONE IN FRAMENTI MULTIPLI PUO'  
AUMENTARE LE DIFFICOLTA' DELLA  
VALUTAZIONE ISTO PATOLOGICA.  
IN CASO DI PRESENZA DI MALATTIA  
MICROINVASIVA, NEI CAMPIONI ESCISSIONALI  
FRAMMENTATI, PUO' RISULTARE IMPOSSIBILE  
LA SUBSTADIAZIONE O DEFINIRE LA  
COMPLETEZZA DELL'ESCISSIONE**

**NHSCSP 2004  
EUROP. GUIDELINES 2006**

**CONGRESSO NAZIONALE GISCI  
3-4 MAGGIO 2007 CATANIA**

**G. MAINA**

**CENTRO DIAGNOSI ONCOLOGICA PRECOCE IN  
COLPOSCOPIA LASERCHIRURGIA E TERAPIE CORRELATE  
TRATTO DISTALE GENITALE  
O.I.R.M. S'ANNA TORINO**

**LO STATO DEI MARGINI  
INFLUISCE SUL  
COMPORTAMENTO CLINICO  
SUCCESSIVO?**

**L'ESTENSIONE DELLA CIN SINO AI  
MARGINI DI RESEZIONE DOPO UNA  
TERAPIA ESCISSORIALE E' DIMOSTRATO  
ESSERE UN FATTORE DI RISCHIO DI  
RECIDIVA DI CIN SIA A BREVE, CHE A  
LUNGO TERMINE, SOPRATTUTTO QUANDO  
E' COINVOLTO IL MARGINE  
ENDOCERVICALE.**

**NHSCSP 2004**

**EUROP. GUIDELINES 2006**

*CITOLOGIA + COLPOSCOPIA*

**AL PRIMO CONTROLLO DI FOLLOW-UP  
NELLE DONNE TRATTATE CON TECNICHE  
ESCISSIONALI E MARGINI INTERESSATI**

**NHSCSP 2004**

## **RIPETIZIONE DELL'ESCISSIONE:**

**-DONNE DI ETA' SUPERIORE AI 50 ANNI CON MARGINE ENDOCERVICALE COINVOLTO DA CIN 3, IN CUI NON POSSA ESSERE GARANTITO UN FOLLOW-UP CON CITOLOGIA E COLPOSCOPIA**

**NHSCSP 2004**

**EUROP. GUIDELINES 2006**

# **RIPETIZIONE DELL'ESCISSIONE:**

**DONNE CON ADENOCARCINOMA IN  
SITU O NEOPLASIA  
INTRAEPITELIALE (CGIN) CON  
MARGINI INTERESSATI, SE  
DESIDEROSE DI CONSERVAZIONE  
DELLA FERTILITA'**

**NHSCSP 2004**

## **RIPETIZIONE DELL'ESCISSIONE :**

**- DONNE CON CARCINOMA  
SQUAMOSO MICROINVASIVO  
STADIO FIGO I A1,**

**ANCHE SE LA LESIONE INVASIVA E'  
STATA ESCISSA, MA LA CIN SI  
ESTENDE AI MARGINI DI  
ESCISSIONE,**

**ANCHE QUALORA SIA PREVISTA  
UNA ISTERECTOMIA**

**NHSCSP 2004**