

La cultura di screening: corso di formazione per colposcopisti del secondo livello dello screening organizzato

Domande poste dai partecipanti e risposte dei relatori. 18 marzo 2023

	Nome partecipante	Domanda	Relatore	Risposta
1	L. Bertani	Quali sono le percentuali di cervicocarcinomi non HPV correlati in considerazione di uno screening con HPV test primario?	G. Tinacci	Questo è l'esatto testo che viene riportato nel volume WHO 2020 a proposito del carcinoma a cellule squamose HPV indipendente "About 5–7% of all SCCs of the uterine cervix are negative for HPV, even when very sensitive techniques for HPV detection are used". Penso sia la miglior risposta possibile al momento.
2	S. Bertolini	Quindi il carcinoma invasivo squamoso non HPV dipendente non ha un precursore? Quindi non è possibile la prevenzione?	G. Tinacci	Al momento in effetti non si conosce un qualche precursore del Carcinoma squamoso HPV indipendente come confermato anche dal volume WHO che riporto di seguito: "There is no evidence that an HPV-independent precursor lesion exists, and squamous intraepithelial lesions are therefore grouped into a single, HPV-associated, category".
3	S. Bertolini	L'anatomopatologo del nostro centro ci ha manifestato difficoltà nella lettura degli rcu per esiguità di materiale cellulare. E ci hanno consigliato il citoincluso. Quale è l'esperienza generale in caso di rcu?	E. Venturino	Immagino che con RCU si intende revisione della cavità uterina, ma nel caso specifico si voglia fare riferimento al Curettage del Canale Endocervicale. In generale spesso esiste un problema di scarsità di materiale prelevato con il curettage. Nel nostro centro non abbiamo esperienza di citoinclusi applicati a questa tipologia di prelievo. Al materiale che spesso è ai limiti della visibilità anche per sua natura e in sospensione nel liquido fissativo può essere filtrato dal lab. di Anatomia Patologica in una small bag a maglia fine che è reperibile in commercio. In questo modo tutto il sospeso viene trattenuto e può essere incluso. E' quanto di più simile a un citoincluso. Comunque la citoinclusione è un metodo che potrebbe ottimizzare il recupero di tutto il materiale e potrebbe essere provato per migliorare o comunque arricchire il sedimento; il problema del citoincluso è che se utilizza un fissativo alcolico può interferire con la riuscita di eventuali indagini immunoistochimiche. E' sempre importante capire se la scarsità di materiale dipende dal prelievo/prelevatore oppure è un problema di difficoltà nel trattamento del materiale stesso nella fase di gestione del campione da parte del laboratorio di Anatomia Patologica. Il confronto tra patologo e ginecologo può migliorare molto la qualità dei prelievi e aiutare

				a individuare dove e come intervenire per correggere eventuali criticità
4	L. Cianferoni	Ci sono vantaggi col Test RNA?		Vedi domande e risposte del 17 marzo.
5	E.M.E. Garozzo	Le istologie L SIL focalmente CIN 2 come devono essere considerate con citologia d'invio LSIL? E citologia d'invio HSIL con colposcopia G1 GSC visibile?	G. Negri	In caso di istologia con lesioni di grado eterogeneo, ad esempio CIN1 e CIN2, è la lesione più grave a determinare la gestione della paziente, indipendentemente dalla sua estensione ovvero focalità. Questo anche se la citologia di invio era di grado più lieve.
6	A. Lao	Cosa sappiamo della Sardegna?	P. Garutti-K Andersson	La Sardegna ha un coordinatore regionale di prevenzione cui fare riferimento, che partecipa alle attività di ONS nazionali e dei coordinatori locali di programma di screening organizzato, che puoi contattare di persona. Riguardo ai risultati dello screening organizzato primo e secondo livello (diagnosi e terapia) sono disponibili i dati sul sito GISCI ogni anno nella sezione Survey GISCI.
7	M. Mancini	In caso di controllo post-intervento CIN2-3: dopo 2 controlli HPV pos Pap neg, colpo neg a sei mesi, posso essere autorizzata a controllo ad 1 anno pur permanendo HPV?	P. Garutti-K Andersson	Certamente, il protocollo prevede dopo il primo controllo obbligatorio a 6 mesi, preferenzialmente un controllo dopo altri 6 mesi ovvero a distanza di un anno dal trattamento in caso di positività di uno o entrambi i test, in assenza di lesione significativa CIN2+. Il protocollo prevede in alternativa i 12 mesi. Le LLGG non sono rigide ma forniscono opportunità di scelta, ad oggi comprovate, affinché il clinico decida in base ai parametri clinici, compresa la affidabilità della colposcopia, la periodicità da scegliere. (vedi LLGG condivise SNLG-ISS 2021).
8	R. Marzullo	Avrei piacere di avere il volume cartaceo del Manuale di II livello potete inviarmelo?	P. Garutti	I volumi cartacei disponibili sono stati già inviati ai singoli su richiesta o ai coordinatori di screening o regionali, che avevano il compito di distribuirli. E' possibile scaricare dal sito GISCI il formato digitale.
9	R. Ribaldone	Nella slide algoritmo 30-64anni, scrivi RA 20%, intendi rischio assoluto di	P. Garutti	Si, è un rischio assoluto calcolato dalle tabelle delle survey GISCI disponibili, naturalmente variabile e riportato a scopo solo indicativo, per avere un 'idea di probabilità di progressione.

		CIN2+ del 20%?		
10	M. Strati	Come ci si deve comportare nell'AGC con HPV negativo?	S. Cannistrà – G. Carlinfante	Nei casi di AGC è sempre opportuno l'invio della donna in colposcopia sia perché non tutte le lesioni endocervicali sono positive all'HPV e soprattutto perché se trattasi di AGC endometriale risulta negativo ad HPV. Necessaria dunque la valutazione colposcopica e curettage come prima valutazione.
11	V. Daveri	Al richiamo ad 1 anno dopo HPV test positivo (PAP test negativo) prima dell'invio a colposcopia, viene sempre eseguito Pap test?	P. Garutti-K Andersson	Non è indicato nel protocollo ministeriale, perché HPV positivo Pap negativo che rimane HPV + al controllo a un anno, deve in ogni caso andare in colposcopia. Tuttavia ad esempio nel protocollo regionale in Emilia-Romagna, il gruppo di lavoro composto da Colposcopisti, Patologi, Citologi, Ostetriche, Epidemiologi, Responsabili di screening ha condiviso la richiesta di lettura del Pap test prima dell'arrivo in colposcopia, ben sapendo quanto la conoscenza dell'esito citologico aiuti il colposcopista ad orientarsi.
12	L. Di Paolantonio	Per favore, può specificare con chiarezza la differenza tra Ipercheratosi e Paracheratosi?	S. Cannistrà – G. Carlinfante	L'ipercheratosi e la paracheratosi stanno ad indicare modificazioni cheratotiche a carico dell'epitelio squamoso di solito secondarie a irritazioni croniche e alla colposcopia si palesano come placche leucoplasiche. Non vengono contemplate come categorie diagnostiche nel sistema di Bethesda e come tali quando riconoscibili al Pap rientrano nella categoria dei NEGATIVI. In citologia la Paracheratosi si palesa come piccole cellule con denso citoplasma orangiofilo o eosinofilo, sia isolate che riunite in perle squamose. L'ipercheratosi si palesa invece come cellule squamose anucleate o cellule squamose mature con nuclei ombra.
13	L. Di Paolantonio	Nell'ambito di una stessa ASL, si possono organizzare due ambulatori di colposcopia per il Secondo livello correlati allo screening organizzato oppure l'ambulatorio di secondo livello deve essere unico centralizzato? Intendo ambulatori in due città diverse.	P. Garutti-K Andersson	Il numero degli ambulatori di secondo livello è regolato in base alle esigenze dell'area di riferimento dei centri screening di primo livello. Tuttavia è importante che il centro abbia un numero di colposcopie/anno tale da mantenere l'esperienza opportuna tra i colposcopisti. Un indicatore di qualità della EFC, federazione europea di colposcopia, dice che un colposcopista deve vedere almeno 50 casi/anno con citologie di invio di basso grado e 50 casi /anno con citologie di invio di alto grado. Il numero e le caratteristiche degli ambulatori deve essere deciso nel programma di screening regionale o almeno di area.
14	M. Truglio	Anche nei canali cervicali stenotici può bastare il	E. Venturino	In riferimento al curettage del Canale Cervicale l'adeguatezza del prelievo è basata sulla numerosità delle cellule che deve essere superiore a 1000 e ottimale quando ammonta a

		prelievo esocervicale? Quindi assenza di cellule cilindriche e presenza di sole cell squamose?		circa 10000. La presenza o assenza di cellule endocervicali non è considerato un parametro per definire l'adeguatezza. Quindi il patologo potrà fare un commento sulla povertà di cellule se inferiori a 1000 e potrebbe indicare come inadeguato o comunque non rappresentativo in base all'articolo di Roa Alqabbani et Al. Adequacy in Endocervical Curettage , Am J Clin Pathol 2022;158:378-382.
--	--	---	--	---