

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

Domande poste dai partecipanti e risposte dei relatori. 3 e 4 marzo 2023

	Nome partecipante	Domanda	Relatore	Risposta
1	O. Brasile	Qualora si dovesse effettuare la procedura del linfonodo sentinella, l'iniezione del verde ICG va eseguita intratumorale? o la tecnica è sovrapponibile all'iniezione per adenoca dell'endometrio? (iniezione ore 3-ore 9)	F. Landoni	Iniezione nei medesimi quadranti
2	I. Pagano	Paziente di 42 anni, pregresso AIS con cono a margini negativi 2 anni fa, FU negativo ad oggi (pap-colpo- HPV). Non desiderio di prole. Isterectomia o mantengo FU?	E. Preti	Indicazioni sarebbero isterectomia. Se la donna non vuole procedere si può fare follow up che deve essere adeguato (pap con cellule endo + HPV) specificando che il rischio di recidiva di AIS si stima intorno a 3 % e di invasione (circa <1% in base ai dati della letteratura attuale)
3	C. Robl	sec. WHO gli AIS sono HPV-negativi in 5% dei casi ma gli adenocarcinomi invasivi in fino al 20%. Come si spiega questa differenza?	E. Preti	Le percentuali sono riferite alle due categorie separate : AIS (95% HPV +) mentre tra gli adeno (HPV - al 20% perché hanno prognosi peggiore e sono meno diagnosticabili)
4	A. Parodi	Nell' AIS la riconizzazione è indicata anche se la multifocalità è già riportata sul primo cono e la Pz. non desidera prole e i margini sono positivi?	E. Preti	Conizzazione cervicale a margini positivi e/o curettage post cono positivo richiede un secondo cono indipendentemente dalla scelta del trattamento conservativo e/o demolitivo perché deve escludere la malattia invasiva sul canale residuo che è del 5% circa nei cono a margini positivi. Unica eccezione il caso in cui io non posso più riconizzare perchè non ho più cervice

5	F. Baldini	AIS margini negativi nel cono: isterectomia mandatoria?. AIS con margini positivi devo rifare conizzazione per capire bene radicalità della successiva isterectomia?	E. Preti	AIS a margini positivi le indicazioni attuali sono di reconizzazione . IL manuale GISCI ci da ancora la possibilità di eseguire uno stretto FU e successiva conizzazione in casi particolari. AIS con margini negativi ha indicazione a isterectomia se la donna non desidera prole
6	L. Cianferoni	Le neoplasie ghiandolari HPV negative, gastrointestinal type, possono dare metastasi ovariche?	F. Landoni	Tutte le neoplasie cervicali possono avere metastasi ovariche; cambia la percentuale. Per gli stadi I epidermoidi si attesta a 1% circa, ma per gli adenocarcinomi sale al 3% e per alcuni studi sino al 5% correlandosi al diametro, allo stadio, all'invasione spazi capillari simili o altro. Allo stato attuale in letteratura non informazioni per i differenti istotipi di adenocarcinoma (esiguità dei casi) Se si desidera conservare la gonade va lasciata in sede, non traspota, così che possa essere irradiata in caso di fattori di rischio negativi.
7	R. Ribaldone	Nella donna in gravidanza con istologia AIS alla biopsia è possibile il follow up o si deve procedere sempre alla conizzazione e se conizzazione si associa cerchiaggio?	A. Ciavattini	Non è mandatorio procedere sempre all'esecuzione del trattamento escissionale. Come per la gestione della CIN, è importante che il caso venga gestito da colposcopisti "esperti". Qualora il quadro colposcopico non permetta di escludere con assoluta certezza la presenza di una lesione invasiva, l'escissione diagnostica (omettendo il campionamento endocervicale) risulta mandatoria. In caso di AIS, l'esame colposcopico presenta dei limiti sostanziali, per cui risultano pochi i casi in cui sia possibile attuare una gestione conservativa. L'esecuzione del cerchiaggio cervicale non deve essere proposta di routine, poichè le raccomandazioni a riguardo sono di "basso livello". Nei casi in cui si decida per la sola osservazione della lesione, è indicata l'esecuzione dell'esame colposcopico in ogni trimestre. Sia in caso di management "conservativo", sia a seguito di escissione della lesione AIS, è mandatoria la rivalutazione della paziente nel post partum, anticipando il controllo rispetto alle usuali 12 settimane che si attenderebbero nel management della CIN (a partire dalle 6 settimane dal parto).
8	C.A. Stefani	Vorrei una conferma sull'esecuzione del curettage endocervicale eseguito in fase di	E. Preti	Sempre curettage endocervicale dopo la conizzazione per AGC/AIS . Se RCC positivo raccomandata seconda conizzazione . Ovviamente con le specifiche relative alle pregresse domande.

		<p>conizzazione per sospetto AIS. Viene eseguito sempre subito dopo il cono? Avendo quindi un istologico del cono e un istologico del curettage intraoperatorio? Nel caso di margini del cono negativi e curettage positivo si procede ad un secondo cono?</p>		
9	L. Di Paolantonio	<p>Buongiorno a tutti e complimenti agli organizzatori ed ai relatori di questo corso splendido, che mi sta chiarendo moltissimi dubbi.</p>	<p>P.Garutti, a nome di tutto il gruppo di lavoro</p>	<p><i>Ringraziamo davvero con piacere di avere riconosciuto il valore dell'iniziativa. Il progetto, ideato nel 2018, è stato oggetto di un successivo e lungo lavoro di perfezionamento e rivisitazione da parte di un gruppo di lavoro multiprofessionale; la sua fattibilità e realizzazione hanno richiesto un impegno intenso che ha coinvolto anche le realtà regionali; infine con cura sono stati scelti i temi più utili e i relatori più esperti e capaci di trasmettere le conoscenze. Speriamo che le finalità per cui è stato ideato abbiano raggiunto tutti i partecipanti. Vi ringraziamo per la vostra presenza attiva e numerosa</i></p>
10	L. Bertani	<p>Spesso sospetto VaIN solo dopo Lugol</p>	<p>F. Sopracordevole</p>	<p>Infatti l'acetoreattività è scarsa e quindi diventa fondamentale il Lugol.</p>
11	M. Scala	<p>Avrebbe senso proporre il vaccino HPV dopo intervento per VAIN di qualsiasi tipo per ridurre la percentuale di rischio di recidiva?</p>	<p>F. Sopracordevole</p>	<p>Certo che avrebbe senso, per ora però non abbiamo dato di efficacia nella riduzione delle recidive, troppe variabili da valutare.</p>
12	C. Mazzarella	<p>Si potrebbe ipotizzare un protocollo sperimentale di ossigeno terapia vaginale come profilassi per VaIN?</p>	<p>F. Sopracordevole</p>	<p>Attualmente servirebbero numeri molto alti di pazienti per qualsiasi protocollo di trattamento, soprattutto per lesioni di basso grado che regrediscono spesso da sole!</p>
13	F. Bergia	<p>Le diapositive delle relazioni le troveremo sul sito GISCI o</p>	<p>P. Garutti</p>	<p>Le domande e risposte saranno pubblicate sul sito GISCI, riguardo al materiale si stanno valutando diverse ipotesi</p>

		troveremo solo domande dei discenti e risposte dei docenti?		
14	F. Sferrazza	Tutte le colposcopie non soddisfacenti vanno inviate a conizzazione o dipende dalla diagnosi cito-HPV di invio?	M. Preti	Vengono inviate a conizzazione solamente le pazienti con diagnosi istologica di lesione \geq HSIL (CIN2-3), ovvero con lesione di alto grado.
15	L. Copiello	Meglio ansa a vela o ansa semicircolare?	P. Garutti K. Andersson	L'ansa semicircolare ha varie scelte di dimensioni che permettono di eseguire su guida colposcopica un trattamento il più possibile "tailored" ovvero su misura.
16	I. Pagano	Paziente di 26 anni, pap test di screening L-SIL, Colposcopia: G1 (GSC visibile tipo 1, epitelio bianco sottile quadrante ore 6-9 fuori dalla ZT, isole di sospetta condilomatosi piana/VAIN 1 fornice destro): sempre biopsia o può essere ragionevole data l'età FU con colposcopia e vaccinazione?	P. Garutti F. Sopracordevole	La biopsia è sempre indicata in presenza di anomalia, in particolare a livello vaginale dove i segni colposcopici classici hanno scarsa correlazione istologica. In base alla correttezza della diagnosi se confermato il basso grado, è necessario effettuare il primo follow-up con citologia e colposcopia in seconda battuta se si riscontrano ancora anomalie. Il vaccino non ha indicazione terapeutica.
17	M. A. De Nuzzo	La positività di HPV dopo cono può essere una nuova reinfezione o lo stesso tipo di HPV? Al momento in screening non abbiamo la genotipizzazione.	P. Garutti K. Andersson	Sono possibili entrambi, questo al momento cambia poco la modalità del follow-up. Si consiglia prendere visione delle LLGG nazionali, sul sito GISCi o dell'ISS-SNLG.
18	S. Bertolini	Come comportarsi nel follow up in Pz con stenosi cervicale?	M. Barbero	Se il frammento asportato aveva i margini liberi non c'era microinvasione e malattia ghiandolare e la pz. è in post menopausa si può continuare il follow up nei modi usuali, altrimenti è consigliabile la ricanalizzazione.
19	L. Rossi	Come prevenire e trattare le stenosi postconizzazione?	M. Barbero	Evitare di creare un danno termico importante coagulando solo i vasi che sanguinano e non completamente il fondo del cratere. Un trattamento estrogenico locale pre e post intervento è raccomandato nelle pazienti in post menopausa.

20	S. Bertolini	Quale consenso per il trattamento della VAI _N ?	F. Sopracordevole	Il consenso come per qualsiasi procedura chirurgica.
21	L. Di Paolantonio	Ho recentemente eseguito una biopsia vulvare su una paziente dell'ambulatorio di colposcopia ed è risultata una VIN1: come deve essere trattata?	M. Preti	Controllo vulvoscopico a 6 mesi.
22	L. Di Paolantonio	Il quadro di mosaico o puntato regolare si vedono sempre su un epitelio bianco ? Qualche volta rilevo dei quadri di puntato e mosaico su un epitelio che non si colora di bianco. Come devo considerare tali quadri colposcopici?	M. Preti	Tali reperti sono da considerare separatamente. Possono coesistere, ma si possono riscontrare anche singolarmente. Entrambi possono essere indicativi di trasformazione atipica, in base al tipo di mosaico o di puntato, e in base allo spessore e all'aspetto dell'epitelio bianco.
23	L. Di Paolantonio	Grazie ed ancora moltissimi complimenti per due giornate splendide per noi discenti.	Direzione del corso	Grazie ancora da parte di tutti
24	L. Di Paolantonio	Moltissime donne seguite nel II livello, trattate o meno, hanno HPV persistenti (spesso si alternano genotipi diversi, peraltro), a fronte di esame colposcopico, citologico ed istologico negativi: che faccio? Continuo a seguire la paziente per anni nel II livello (e come? Ripetendo 1volta /anno HPV, colposcopia, pap) o la reinvio al I livello?	P. Giorgi Rossi	Le donne con HPV positivo, cito L-SIL, ASC-US o NILM, con colposcopia negativa per CIN2+, dovrebbero tornare a un test HPV ad un anno, in quasi tutti i programmi questo prelievo è fatto negli ambulatori di primo livello, ma dipende dall'organizzazione locale. Se la citologia è negativa tornano dopo un anno e ripetono HPV e vanno in colposcopia se persistente, cioè la colposcopia si fa ogni due anni (almeno secondo il protocollo adottato da molte regioni e proposto anche dal CISCi per la colpo negativa). Non abbiamo raccomandazioni approvate dal SNLG su questo argomento, ma le raccomandazioni GISCi sono recenti.
25	N. F. Polidori	Come può essere dimostrato con certezza di aver fornito la corretta informazione alla paziente?	F. Ingravallo	Il modo migliore per documentare l'avvenuta informazione è quello di riportarla nella documentazione sanitaria. Basterà annotare nella cartella clinica l'avvenuto colloquio, indicandone i contenuti. Sarebbe opportuno riportare l'avvenuta comunicazione anche nel referto che viene consegnato alla paziente (es. "Si illustra

				alla paziente la procedura indicata e le possibili alternative e si consegna specifico materiale informativo").
26	C. Borghi	Lesione escervicale di 20 mm, sospetta per ca, sottoposta a biopsie mirate con esito CIN 3. Sottoporre la paziente a conizzazione diagnostica di grandi dimensioni con il rischio di non asportare completamente la lesione (Dimensioni superiori all'ansa grande) oppure effettuare piccolo cono diagnostico e, se confermata CIN 3, ripetere cono terapeutico o, se invasivo, procedere con stadiazione ed intervento?	P.Garutti K.Andersson	Qualsiasi asportazione che accerta l'invasione può essere considerata corretta. Se disponibile il laser come tecnica può effettuare una completa asportazione, che in caso di CIN 3, diventerebbe definitiva. Con escissione con ansa è possibile fare un cono centrale e asportare la lesione eso residua con anse di dimensioni opportune e profondità adeguata, segnalando al patologo la sede.
27	M. Scala	Per questi tipi di lesioni, ho utilizzato l'Ansa quadrata ottenendo appunto un "cono" più rettangolare... potrebbe essere un'alternativa valida all'ago, personalmente la trovo anche semplice da utilizzare quanto l'Ansa classica	M. Barbero	E' un'alternativa sicuramente valida. L'ago è più difficile da utilizzare consente però di escindere un cilindro e non un cubo.
28	A. Ancona	Vorrei sapere la % della persistenza di HPV+ dopo escissione	P. Giorgi Rossi	Nella revisione sistematica effettuata per le linee guida condivise, la persistenza dopo trattamento dei CIN2/3 era del 25% a sei mesi, e simile anche a 12 mesi.
29	L. Bertani	Cosa fare in caso di interessamento margine profondo con lesione alto grado?	M. Barbero	Se non vi è microinvasione e/o malattia ghiandolare la paziente va sottoposta a regolare follow up e assumere eventuali decisioni di reintervento in base all'esito del follow up
30	L. Bertani	Abbiamo visto un Caso di L-SIL G1 con biopsia CIN3!	K. Andersson	Può succedere, ecco perché il protocollo consiglia colposcopia immediata anche in caso di L-SIL.
31	C. Agostinelli	C'è la possibilità di rivedere il corso nei prossimi giorni?	Direzione del corso	No purtroppo le registrazioni non possono essere diffuse.

32	B. Curcio	Si è ribadito che la donna HPV positiva con Pap negativo, ripete HPV ad 1 anno e che il PapTest a quel punto viene fatto non per l'invio in Colpo, che avviene di default per la persistenza della positività HPV, ma per stabilire l'intervallo del richiamo. Se la Colposcopia è soddisfacente e negativa, ed il Pap risulta negativo, a quel punto quale intervallo di richiamo a test HPV possiamo spingerci a consigliare?	F. Carozzi P. Garutti	Non ci sono attualmente linee guida nazionali. E' indispensabile avere protocolli condivisi dal programma di screening regionale o locale. Nelle prossime sessioni si riaffronterà il tema.
33	R. Pignalosa	E' possibile avere HPV negativo in CIN 3? In quale incidenza ?	P. Giorgi Rossi	Sì esiste una piccola quota di CIN3 negativi. Quanti siano effettivamente dipende dal disegno di studio adottato. Negli studi dove sono state mandate in colposcopia tutte le donne cito-positivo o HPV positive, la sensibilità risultata più alta, mentre in studi in cui sono state mandate in colposcopia anche donne con citologia negativa ed effettuate biopsie random, la sensibilità risulta leggermente inferiore. In tutte le meta-analisi comunque la sensibilità per CIN3+ dell'HPV è superiore al 95%, mentre quella della citologia è inferiore all'80% (Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PP, Mustafa RA, Schünemann H, Paraskevaidis E, Arbyn M. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 10;8(8):CD008587. doi: 10.1002/14651858.CD008587.pub2.). Vi sono evidenze dirette del fatto che l'importanza clinica delle lesioni CIN2 e CIN3 HPV negative è probabilmente minore di quelle HPV positive, abbiamo infatti la prova che queste sono più spesso regressive.
34	G. Bitonti	Quale modalità di campionamento è superiore per studiare il canale cervicale fra curettage e cytobrush?	M. Preti	Il curettage ha una specificità più elevata ma aumenta lievemente il rischio di campioni inadeguati, il cytobrush è più sensibile.
35	A. Valerio	Ho letto che è possibile inviare esame istologico da campionamento endocervicale	M. Preti	E' possibile, considerando però che la specificità del curettage è superiore.

		con cytobrush. Sarebbe utile quando il canale cervicale non risulta percorribile con curette. Cosa ne pensate?		
36	G. Martocchia	L'acido acetico è al 3% o al 5%	M. Preti	5%
37	L. Cianferoni	In caso di biopsie multiple della cervice, è preferibile inviarle separatamente o insieme?	M. Preti	In provette separate.
38	F. Sferrazza	Possiamo avere qualche informazione sugli strumenti per biopsia (pinze) più adatti?	M. Preti	Pinze simil Tischler per le biopsie, Novak per i curettage.
39	G. Lavitola	E' realmente indicato eseguire biopsie random??? Se sì in quali circostanze e in che modalità	M. Preti	La biopsia random alla giunzione ha dimostrato di raccogliere circa il 4% di CIN 2+ in caso di HPV HR + e citologia negativa.
40	G. Lavitola	Il cytobrush e il courettage endocervicale indicati in caso di HPV HR + con H-SIL citologico vanno raccolti nello stesso barattolino o in due differenti? Vanno eseguiti sempre o solo in caso di colposcopia negativa?	M. Preti	Nello stesso barattolino facendo attenzione a rimuovere con accuratezza le cellule dallo spazzolino.