

Raccomandazioni per la gestione delle pazienti con citologia/istologia anormale

Agenzia produttrice	American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) [1]	Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) [2]
Titolo	2012 Updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cervical cancer precursors #	Colposcopic management of abnormal cervical cytology and histology
Anno di pubblicazione	2013	2012
RACCOMANDAZIONI Citologia non soddisfacente: Citologia negativa e HPV test positivo al co-testing ASCUS	<p>- con HPV test sconosciuto o negativo: ripetizione citologia a 2-4 mesi. HPV reflex non raccomandato [B]*</p> <p>- con HPV test positivo e età ≥ 30 anni: accettabili sia colposcopia che ripetizione a 2-4 mesi [B]</p> <p>Se la citologia ripetuta risulta nuovamente non soddisfacente la colposcopia è raccomandata [C]</p> <hr/> <p>Donne <30 anni: il co-testing non è raccomandato</p> <p>Donne ≥ 30 anni: accettabili due opzioni [B]:</p> <p>a) ripetere co-testing a 1 anno, se entrambi negativi ripetere a 3 anni, se citologia anormale (\geqASC) o HPV test positivo eseguire colposcopia</p> <p>b) test di tipizzazione del DNA virale: se 16 o 18 positivi eseguire colposcopia, se negativi ripetere co-testing a 1 anno</p> <hr/> <p>Preferibile: eseguire HPV test reflex se non già co-testing, se negativo ripetere co-testing a 3 anni, se positivo eseguire colposcopia</p> <p>Accettabile: ripetere la citologia a 1 anno: se negativa ripetere a 3 anni, se positiva (\geq ASC) eseguire colposcopia</p> <p>Nei casi in cui la colposcopia risulta inadeguata o la lesione non visibile</p>	<p>Donne <30 anni: non dovrebbero essere sottoposte a screening con HPV test. In caso di riscontro di test positivo la colposcopia non è indicata</p> <p>Donne >30 anni: ripetizione di co-testing a 12 mesi, se HPV persistente invio a colposcopia [A]*</p> <hr/> <p>Invio a colposcopia entro 12 settimane se ASCUS/LSIL persistente o ASCUS con test HPV positivo. Se non lesioni visibili valutare l'opportunità di eseguire ugualmente una biopsia della zona di trasformazione [C]</p>

Raccomandazioni per la gestione delle pazienti con citologia/istologia anormale

LSIL	<p>eeguire una citologia/istologia endocervicale</p> <p>Donne 21-24 anni: - preferibile ripetere la citologia a 1 anno: se negativa, ASC o LSIL ripetere a 1 anno (e se negativa ritorno a screening), se ASC-H, AGC, HSIL inviare a colposcopia - accettabile HPV test reflex: se positivo come sopra, se negativo ritorno a screening</p> <p>Donne ≥65 anni: anche se HPV test negativo il test è da considerare anomalo [A], la sorveglianza è raccomandata con ripetizione a 1 anno di citologia o preferibilmente co-testing [B]</p> <p>Donne in gravidanza: il management è identico alle non gravida , ma: accettabile rimandare la colposcopia fino a 6 settimane dopo il parto [C], il curettage endocervicale non è accettabile [E]</p>	<p>Donne <21 anni: lo screening citologico non dovrebbe essere eseguito [E]. Se riscontro di ASCUS o LSIL ripetere citologia [B]</p> <p>Donne in gravidanza: ripetere una citologia a tre mesi dal parto.</p>
	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> - nelle donne senza HPV test o con HPV test positivo è raccomandata la colposcopia [A] - se HPV test negativo al co-testing accettabile la colposcopia, ma preferibile la sua ripetizione a 1 anno: se entrambi i test negativi ripetizione a 3 anni poi rientro in screening, se uno dei due test risulta anomalo si invia a colposcopia [B] <p>Donne 21-24 anni: raccomandata citologia a 1 anno [B], non raccomandata la colposcopia. Se due test consecutivi negativi ritorno a screening</p> <p>Donne in gravidanza: la colposcopia è preferibile [B], accettabile rimandarla fino a 6 settimane dopo il parto [C]. Il follow up raccomandato nel postpartum se non lesioni CIN2+</p>	<hr/> <p>Invio a colposcopia entro 12 settimane se ASCUS/LSIL persistente o ASCUS con test HPV positivo. Se non lesioni visibili valutare l'opportunità di eseguire ugualmente una biopsia della zona di trasformazione [C]</p> <p>Donne <21 anni: lo screening citologico non dovrebbe essere eseguito [E]. Se riscontro di ASCUS o LSIL ripetere citologia [B]</p> <p>Donne in gravidanza: ripetere una citologia a tre mesi dal parto.</p>

Raccomandazioni per la gestione delle pazienti con citologia/istologia anormale

ASC-H	<p>Invio a colposcopia indipendentemente dall'esito del test HPV. Non raccomandato quindi HPV test reflex. La gestione prosegue secondo l'esito istologico.</p> <p>Donne 21-24 anni: se non CIN2-3 si prosegue con colposcopia e citologia ogni 6 mesi per 2 anni (rientro a screening se due test negativi e assenza di lesioni colposcopiche sospette). Se HSIL si seguono le raccomandazioni specifiche</p>	<p>Eseguire la colposcopia con biopsie delle lesioni visibili entro 6 settimane. L'assenza di lesioni visibili non indica sempre una escissione diagnostica [E]</p> <p>Donne in gravidanza: invio a colposcopia entro 4 settimane [B]. Non eseguire curettage endocervicale [D]</p>
HSIL	<p>Sono accettabili sia l'immediata escissione con ansa elettrica che la colposcopia (indipendentemente dall'esito del test HPV se co-testing) [B]. La ripetizione della citologia o il test HPV reflex non sono accettabili.</p> <p>In caso si opti per la colposcopia, la conferma istologica di CIN2-3 determinerà il successivo management. Se l'esame colposcopico risulta inadeguato è raccomandata una escissione diagnostica (non per le donne in gravidanza).</p> <p>L'ablazione non è accettabile in caso di assenza di colposcopia, in assenza di conferma istologica di CIN 2-3, in presenza di CIN 2-3 endocervicale.</p> <p>Nelle donne 21-24 anni il see and treat è inaccettabile. Se non si riscontrano lesioni istologiche CIN 2-3 e la colposcopia è adeguata si prosegue con colposcopia e citologia ogni 6 mesi per 2 anni. Per gli altri casi si seguono le raccomandazioni specifiche per CIN 2-3</p>	<p>Eseguire la colposcopia con biopsie entro 4 settimane. In assenza di lesioni visibili o se l'esame colposcopico risulta insoddisfacente, eseguire ugualmente biopsie della zona di trasformazione e un curettage endocervicale [B]</p> <p>Eseguire un curettage endocervicale in donne con età >45 anni [B].</p> <p>Se la zona di trasformazione non è interamente visibile e il curettage risulta negativo eseguire una escissione diagnostica [B]</p> <p>Donne in gravidanza: invio a colposcopia entro 4 settimane [B]. Non eseguire curettage endocervicale [D]</p>
AGC e AIS	<p>Colposcopia con istologia endocervicale, indipendentemente dal risultato di HPV test. Se età \geq 35 anni o fattori di rischio per neoplasia endometriale (es. anovulazione cronica) anche biopsia endometriale [B].</p> <p>HPV reflex o ripetizione citologia non</p>	<p>Eseguire la colposcopia con biopsie e un curettage endocervicale. In caso di età >35 anni o storia di sanguinamenti anomali eseguire anche una biopsia endometriale [A]. In caso di lesioni non visibili eseguire una escissione diagnostica [A].</p>

Raccomandazioni per la gestione delle pazienti con citologia/istologia anormale

CIN 1	<p>raccomandati.</p> <p>Se AGC <i>favour neoplasia</i> o AIS endocervicale senza conferma di lesione invasiva raccomandata l'escissione diagnostica [A]</p> <p>Se cellule endometriali atipiche: istologia endocervicale e biopsia endometriale, se negative inviare a colposcopia [A].</p> <p>Se AGC-NOS senza conferma di CIN2+ è raccomandato il co-testing a 12 e 24 mesi, con ritorno a screening a 3 anni se negativi o invio a colposcopia se uno qualsiasi dei test risulta positivo</p>	<p>Donne in gravidanza: invio a colposcopia entro 4 settimane [B]. Non eseguire curettage endocervicale [D].</p>
	<p>a) se preceduto da anomalie minori: Co-testing a 1 anno [B]: se entrambi i test sono negativi ripetizione screening a 3 anni in base all'età, se uno qualsiasi dei test risulta alterato invio a colposcopia. Se il CIN 1 persiste per almeno 2 anni sia il follow up che il trattamento sono accettabili [C]. Se la colposcopia è adeguata sono accettabili sia l'escissione che l'ablazione [A]. L'escissione è raccomandata in caso di colposcopia inadeguata, istologia endocervicale CIN2-3, paziente già trattata [A]</p> <p>Le stesse raccomandazioni valgono per istologia negativa preceduta da anomalie minori.</p> <p>Per le donne 21-24 anni ripetere citologia a 12 e 24 mesi, inaccettabile il follow up con test HPV. Invio a colposcopia se anomalie maggiori al primo controllo o minori al secondo.</p> <p>b) se preceduto da ASC-H o HSIL: Se non confermato CIN2+ istologicamente si raccomanda una escissione diagnostica o, in caso di colposcopia adeguata e biopsia endocervicale negativa, osservazione con co-testing a 12 e 24 mesi [B]. Se entrambi i test sono negativi screening a 3 anni. Se uno qualsiasi dei test risulta alterato invio a colposcopia. E' invece raccomandata l'escissione</p>	<p>Osservazione con citologia a 12 mesi (la colposcopia è una opzione accettabile)[B].</p> <p>Se CIN 1 istologico dopo HSIL o AGC, ripetere citologia e istologia. In caso di persistenza della discrepanza eseguire un'escissione diagnostica [B].</p>

Raccomandazioni per la gestione delle pazienti con citologia/istologia anormale

CIN 2-3	<p>diagnostica nelle donne con HSIL ripetuta a 1 o 2 anni Le stesse raccomandazioni valgono per istologia negativa preceduta da ASC-H e HSIL.</p> <p>Per le donne 21-24 anni controlli semestrali con colposcopia e citologia, se la colposcopia risulta adeguata e l'endocervice negativa</p> <p>c) se all'istologia endocervicale: Se preceduta da anomalie minori seguire le raccomandazioni per CIN 1 esocervicale con l'aggiunta di una ripetizione di biopsia endocervicale a 1 anno Se preceduta da ASC-H o HSIL o AGC o CIN2+ esocervicale seguire le raccomandazioni specifiche per queste lesioni. Se si sceglie di non trattare aggiungere al follow up la ripetizione di istologia endocervicale</p>	
	<p>Se la colposcopia risulta adeguata sono accettabili sia ablazione che escissione, eccetto nelle gravide e nelle giovani [A]. Per questi casi è accettabile anche l'osservazione colposcopica e citologica [E]. L'ablazione è inaccettabile in caso di colposcopia inadeguata, istologia endocervicale CIN 2-3 [A]. L'escissione diagnostica è raccomandata nelle donne con recidiva di CIN 2-3 [A]. L'isterectomia è inaccettabile come terapia di prima linea.</p> <p>Il follow up dopo trattamento prevede il co-testing a 12 e 24 mesi. Se entrambi negativi ritorno a screening per almeno 20 anni. Se un test positivo invio a colposcopia con istologia endocervicale. La ripetizione del trattamento basandosi sul test HPV positivo non è accettabile [E]. In caso di margini di escissione interessati da lesione ripetere una citologia e una valutazione endocervicale</p>	<p>Donne ≥25 anni d'età: il trattamento escissionale è preferibile [A]. In caso di margini positivi eseguire follow up con colposcopia e biopsie e/o curettage endocervicale. In caso di persistenza o recidiva ripetere trattamento con escissione [B].</p> <p>Donne <25 anni d'età: per CIN 2 osservazione ogni 6 mesi con colposcopia fino a 24 mesi prima di considerare il trattamento; per CIN 3 eseguire il trattamento</p> <p>Donne in gravidanza: ripetere la colposcopia e dilazionare il trattamento a 8-12 mesi dopo il parto</p> <p>Il follow up dopo il trattamento prevede colposcopia e citologia a 6 e 12 mesi, oppure co-testing a 6 mesi. Se i test risultano tutti negativi, ritorno a screening</p>

Raccomandazioni per la gestione delle pazienti con citologia/istologia anormale

AIS	a 4-6 mesi [B]. L'escissione diagnostica è accettabile per le donne con di ricorrenza o persistenza di CIN 2-3 [B].	
	L'isterectomia è da preferire per le donne con AIS da escissione diagnostica e che non desiderano preservare la fertilità [B]. Una condotta conservativa è accettabile per le donne che desiderano conservare la fertilità [A]. Per questi casi, se i margini del campione di escissione sono coinvolti, la ripetizione dell'escissione è accettabile. Rivalutare a 6 mesi con colposcopia, co-testing, valutazione endocervicale. Raccomandato un lungo follow up	Trattamento escissionale diagnostico [A]. Se i margini risultano positivi ripetere una seconda escissione. In una donna con desiderio di prole, con riscontro di AIS dopo LEEP eseguita per CIN, non è necessario eseguire una ulteriore escissione diagnostica [E]

Note e legenda

le stesse raccomandazioni, adattate dal documento ASCCP, sono contenute nella linea guida di *American College of Obstetricians and Gynecologists* [3]

* Sistemi di gradazione della forza delle raccomandazioni:

ASCCP

- A. buone prove di efficacia e beneficio clinico sostanziale supportano la raccomandazione all'intervento
- B. moderate prove d'efficacia e un beneficio clinico limitato supportano la raccomandazione all'intervento
- C. insufficienti prove d'efficacia per formulare una raccomandazione a favore o contro l'intervento
- D. moderate prove d'efficacia per assenza di beneficio e presenza di esiti sfavorevoli supportano la raccomandazione contro l'intervento
- E. buone prove d'efficacia per assenza di beneficio e presenza di esiti sfavorevoli supportano la raccomandazione contro l'intervento

SOGC

- A. buone prove d'efficacia a favore dell'intervento, si raccomanda
- B. sufficienti prove d'efficacia a favore dell'intervento, si raccomanda
- C. prove d'efficacia conflittuali che non permettono di formulare una raccomandazione a favore o contro l'intervento
- D. sufficienti prove d'efficacia contro l'intervento, non si raccomanda
- E. buone prove d'efficacia contro l'intervento, non si raccomanda
- L. prove d'efficacia insufficienti che non permettono di formulare una raccomandazione

Raccomandazioni per la gestione delle pazienti con citologia/istologia anormale

Co-testing: screening combinato comprendente citologia e HPV test eseguiti contemporaneamente

Anomalie minori: ASCUS, LSIL citologici, HPV test positivo per 16 e 18, HPV persistente

Anomalie maggiori: ASC-H, HSIL

Bibliografia

1. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, et al; 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. J Low Genit Tract Dis 2013;17:S1-S27.
2. Bentley J. Colposcopic management of abnormal cervical cytology and histology. J Obstet Gynaecol Can 2012;34:1188-202.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 140: management of abnormal cervical cancer screening test results and cervical cancer precursors. Obstet Gynecol 2013;122:1338-67