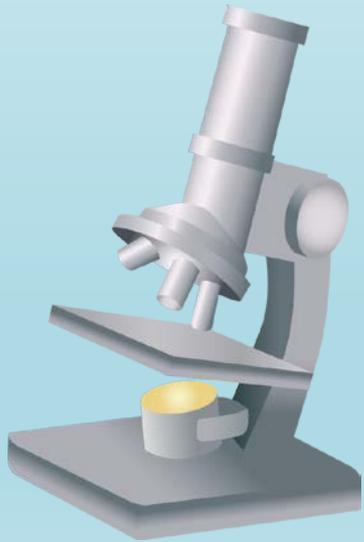


ACCERTAMENTI DI SECONDO LIVELLO: QUALI ESAMI DOPO UN PAP TEST POSITIVO

Dott.ssa Donatella Belluardo

Responsabile servizio di Colposcopia
Divisione di Ginecologia ed Ostetricia
Presidio di Gavardo



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Garda

PREMESSA

I benefici apportati dallo screening citologico in termini di incidenza del carcinoma del collo uterino sono dovuti oltre che al buon governo del programma di screening anche e soprattutto alla sempre maggior appropriatezza nella gestione delle pazienti al secondo livello.

E' sempre necessario identificare il gruppo di donne con pap test anormale ma con basso rischio di evoluzione a carcinoma invasivo, in modo da rassicurarle e seguirle in modo adeguato



Parte per il laboratorio - REFERTO CITOLOGICO sec. BETHESDA 2001

ADEGUATEZZA DEL CAMPIONE: Soddisfacente Inadeguato per: _____

Cellule endocervicali o della zona di trasformazione: presenti scarse/assenti

INTERPRETAZIONE/RISULTATO:

Negativo per lesioni intraepiteliali o per malignità *Eventuali reperti accessori da segnalare:*

Intensa flogosi/riparazione

Alterazioni da raggi

Alterazioni da Herpes virus

Alterazioni da IUD

Cellule ghiandolari in isterectomizzata

Trichomonas vaginalis

Alterazioni da atrofia

Miceti, Candida

Organismi actinomyces - simili

Istiociti

Vaginosi batterica

Alterazioni suggestive per Clamidia

Anomalie di cellule squamose

- Atipia squamosa di significato indeterminato (ASC-US)
- Atipia squamosa, non si esclude lesione di alto grado (ASC-H)
- Lesione intraepiteliale squamosa di basso grado (LSIL)
[Comprende: HPV CIN 1]
- Lesione intraepiteliale squamosa di alto grado (HSIL)
[Comprende: CIN 2 CIN 3 CIS]
- Carcinoma a cellule squamose

Anomalie di cellule ghiandolari

- endocervicali endometriali non specificabili
- Cellule ghiandolari atipiche (AGC)
- Cellule ghiandolari atipiche (AGC) si favorisce natura neoplastica
- Adenocarcinoma endocervicale in situ (AIS)
- Adenocarcinoma
- Altro: cellule endometriali in paziente di oltre 40 anni

Commento _____

Diagnosi e terapia = Prevenzione

Iter diagnostico-terapeutico delle lesioni pretumorali:

Pap test



Colposcopia/Isteroscopia



Biopsia(portio, endocervice, endometrio)



Trattamento



LA COLPOSCOPIA

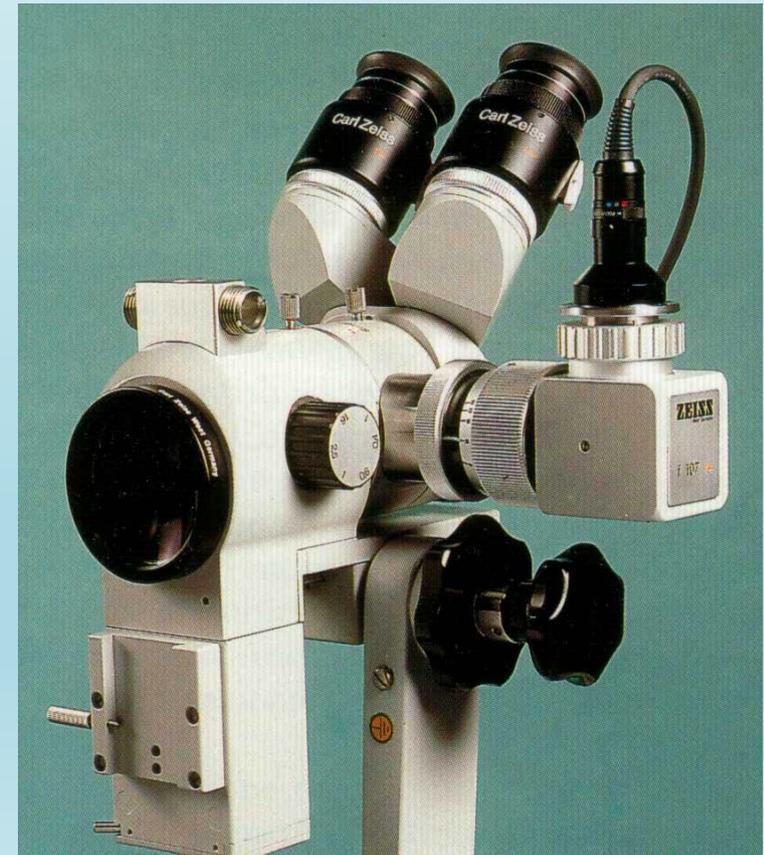
Scoperta da Hinselman nel 1925

Osservazione del collo dell'utero con “lenti di ingrandimento” (DA 2 A 60 VOLTE)
E' l'indagine centrale del secondo livello: ha l'obiettivo di individuare le alterazioni della mucosa cervico-vaginale, di descriverne morfologia e topografia e di consentire una biopsia mirata delle lesioni osservate.

La portio viene cosparsa con soluzioni liquide:

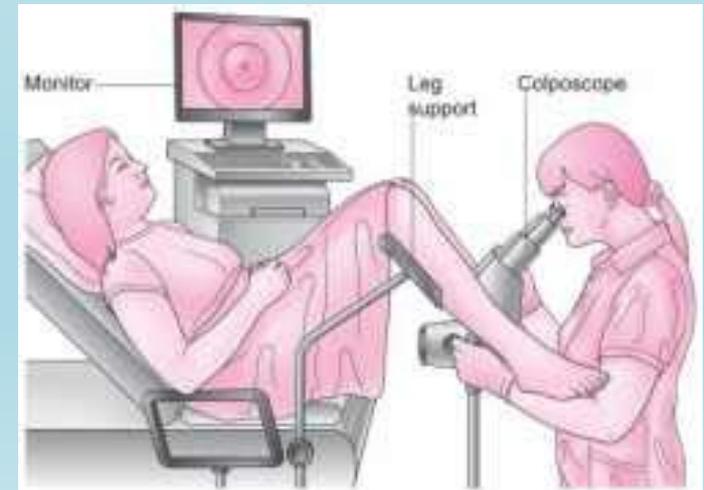
- soluzione fisiologica
- acido acetico al 5%
- soluzione iodata di Lugol

che mettono in evidenza le
eventuali aree anormali: **aceto reattive**
iodonegative
di diverso grado ed estensione



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
 - stillicidio di ndd, area cervicale sospetta, polipi
 - *patologia vaginale e vulvare*



La colposcopia nella diagnosi:

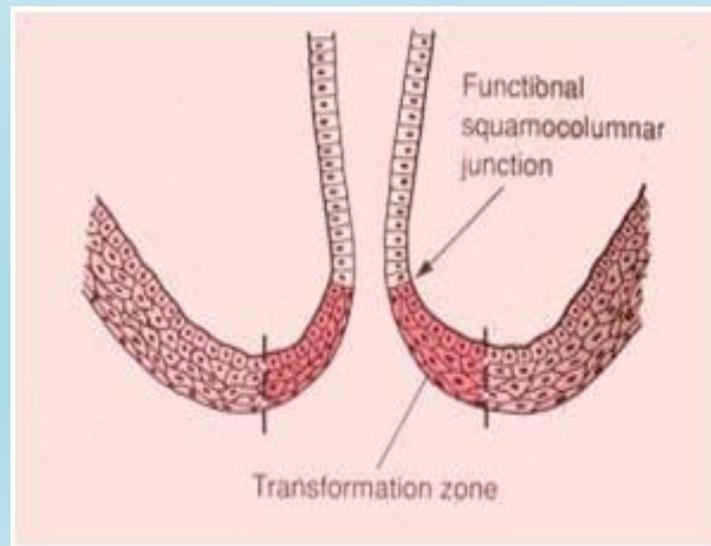
1) valutazione delle immagini

- Definire la giunzione squamo-colonnare
- Definire la Zona di Trasformazione (TZ)
- Definire la presenza o assenza di lesione
- Definire la topografia della lesione:
 - sede (annotate come su un quadrante di orologio)
 - l'estensione
 - i limiti esocervicali ed endocervicali
- Indicare dove fare la biopsia mirata

LA GIUNZIONE SQUAMOCOLONNARE (GSC)

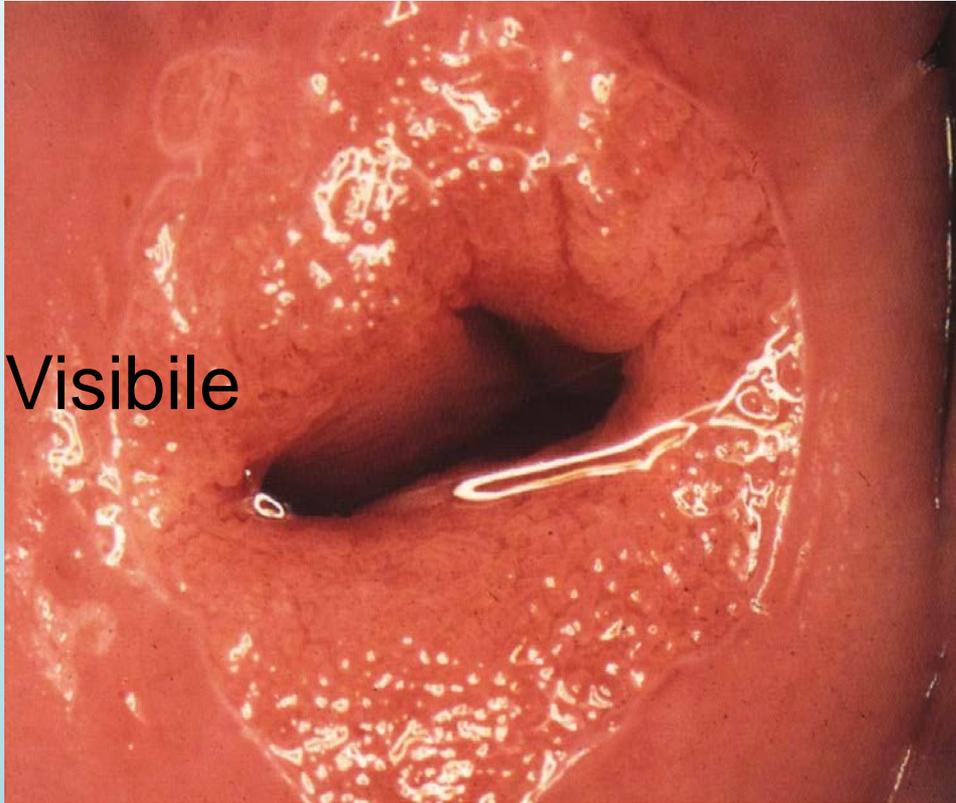
La giunzione squamo colonnare è situata nel punto di passaggio tra epitelio squamoso esocervicale e epitelio colonnare endocervicale.

La precisa posizione varia in tutta la vita di una donna poiché soggetta alla trasformazione metaplastica che si ha nell'epitelio cervicale dopo la pubertà, dopo la gravidanza e in postmenopausa

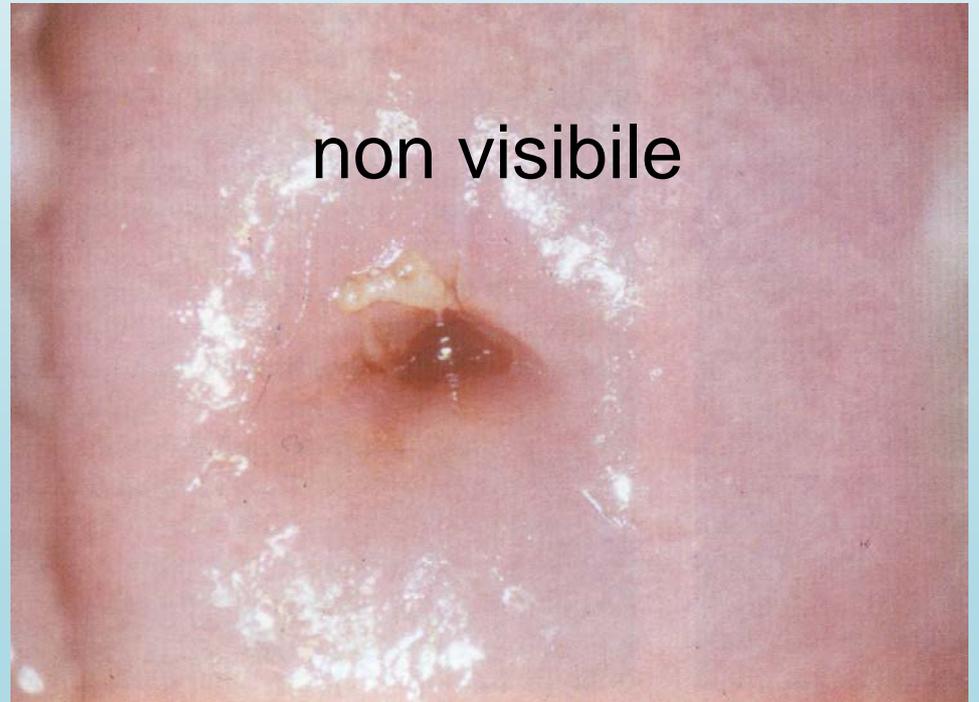


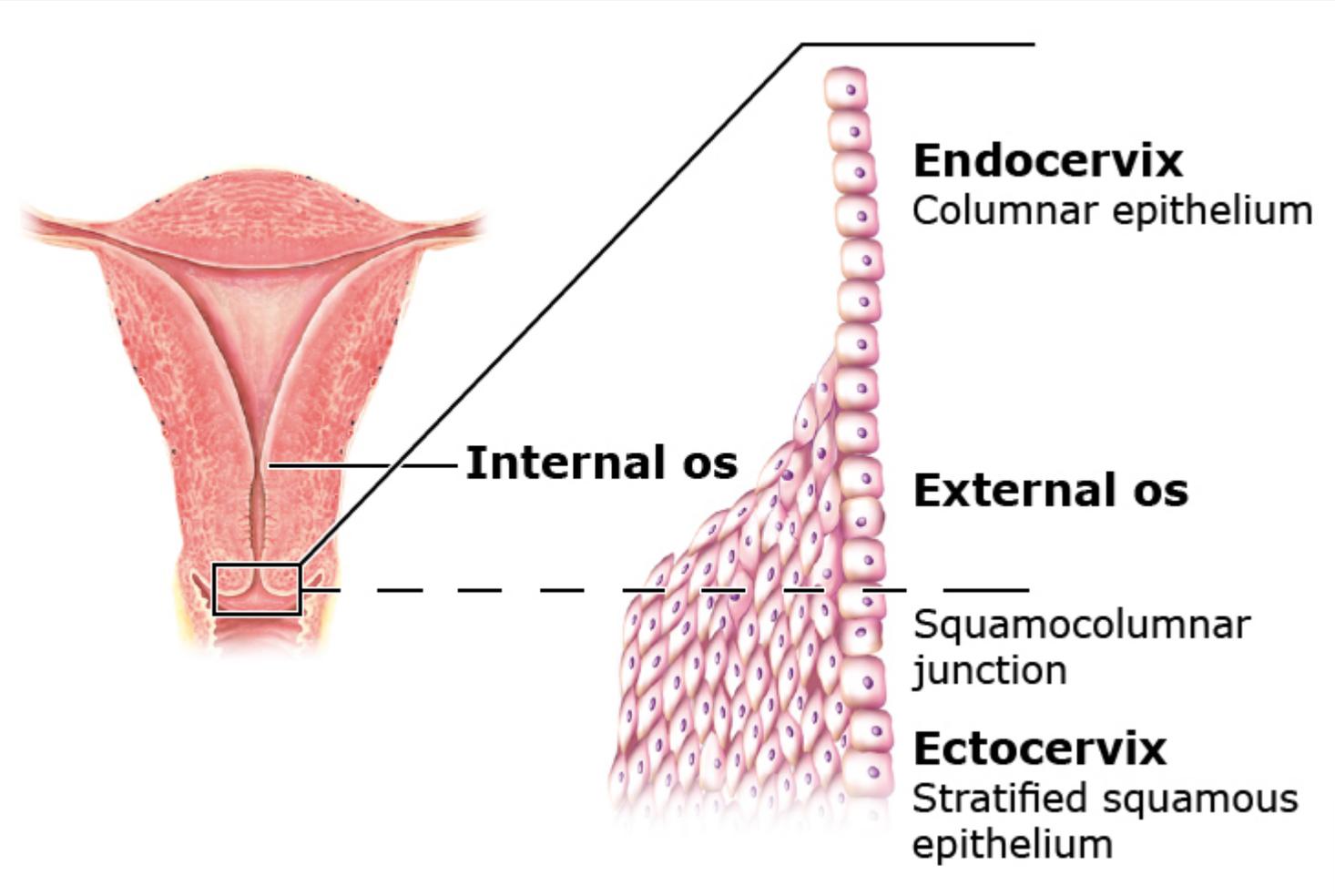
GSC

- Visibile



non visibile





La colposcopia

Focalizza attenzione su:

La zona di trasformazione ovvero

la zona della cervice ricoperta da epitelio colonnare che attraverso un processo di **metaplasia** viene sostituito da epitelio squamoso. E' un'area che giace fra la GSC e l'epitelio squamoso residuo.

La zona di trasformazione è la sede dove origina la displasia (crescita cellulare disordinata)

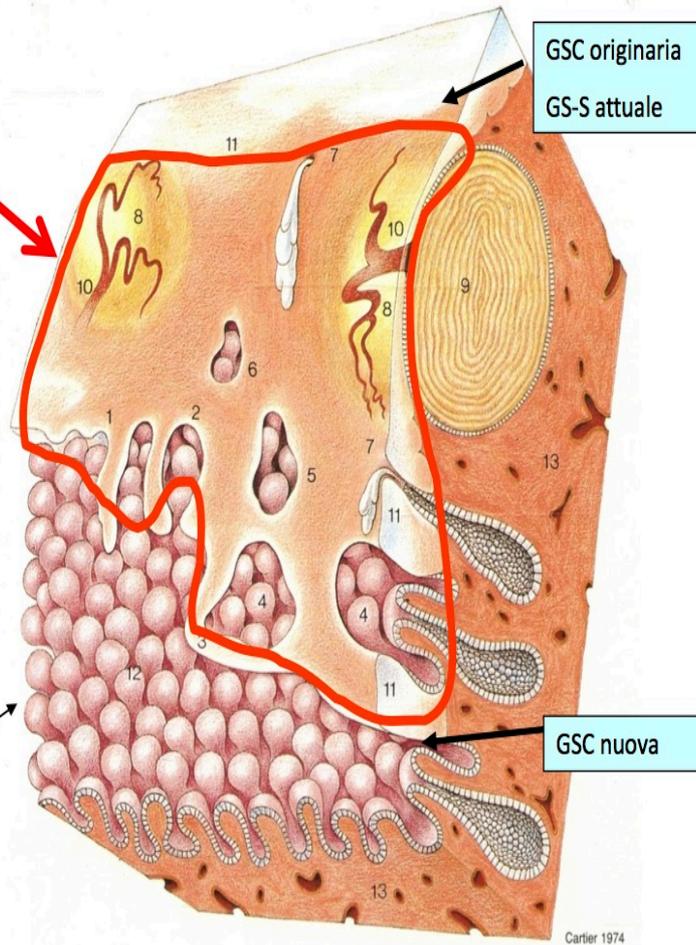
Perché è importante definire la Zona di trasformazione?

La ZT è l'area più a rischio in cui inizia il processo di trasformazione neoplastica poiché sono presenti cellule embrionali che possono essere particolarmente vulnerabili all'azione degli agenti oncogeni come l' HPV.

Zona di trasformazione
normale in colposcopia
(area della metaplasia)

Epitelio squamoso
o pavimentoso

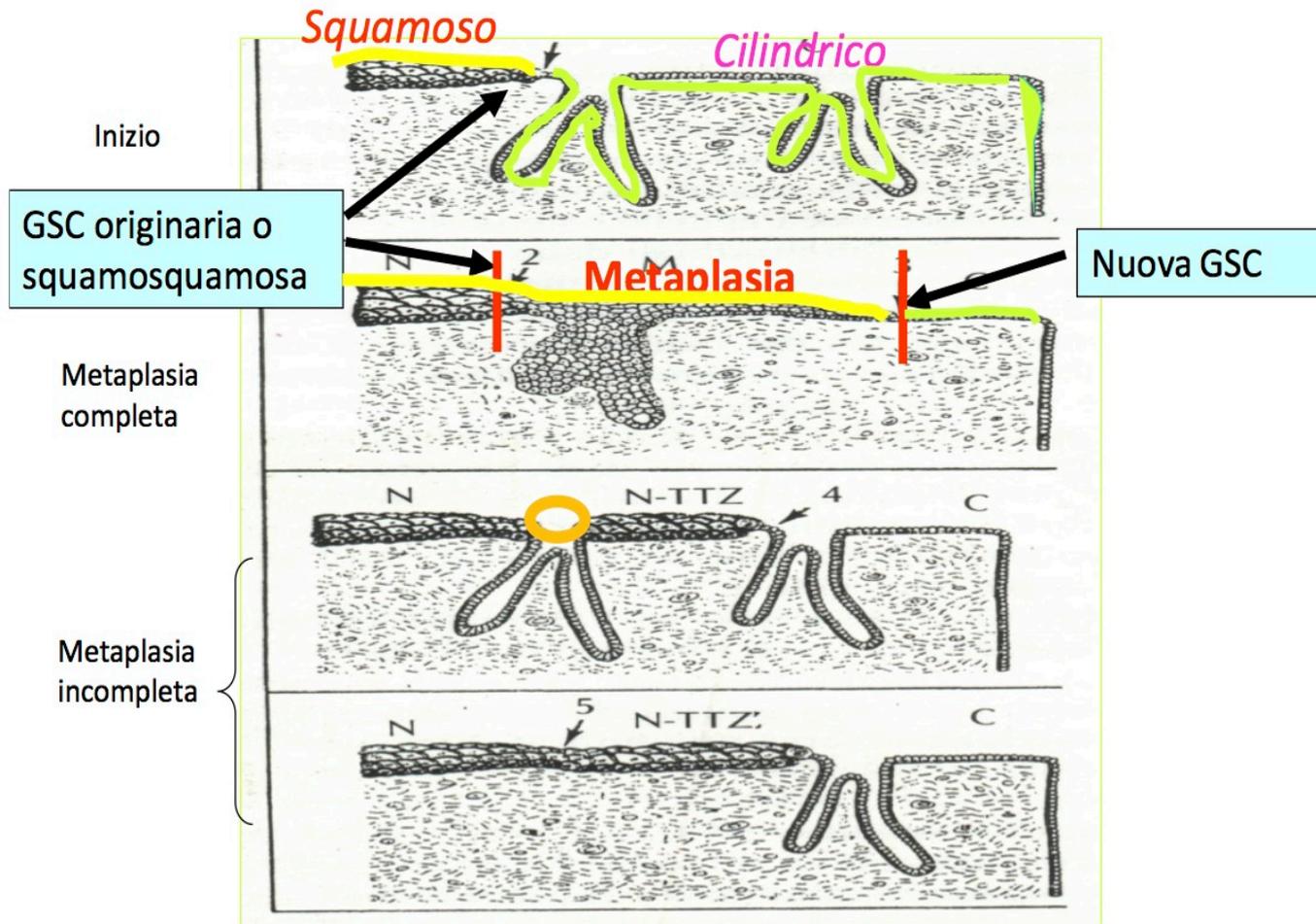
Epitelio cilindrico
o epitelio ghiandolare



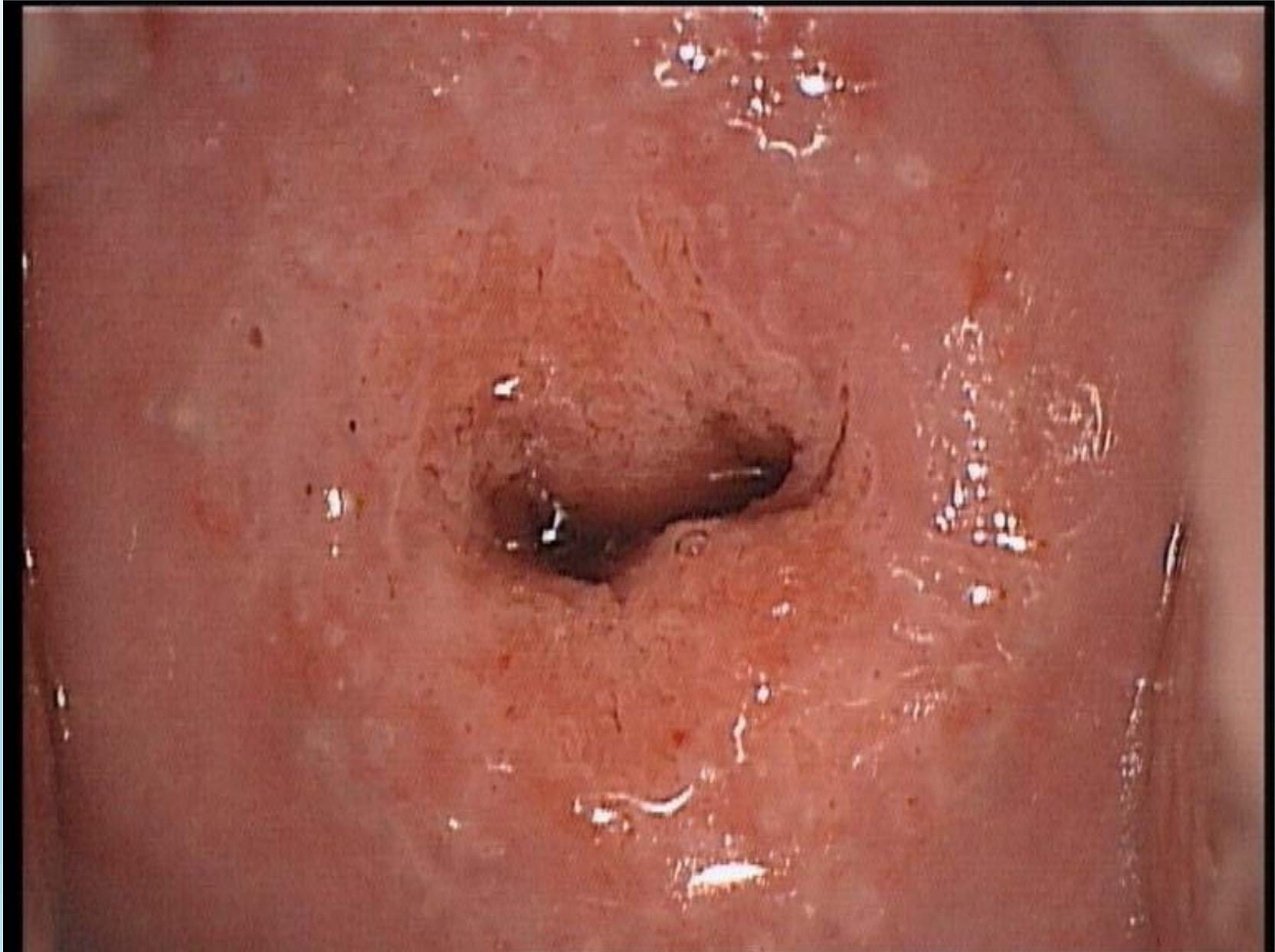
Cisti di Naboth



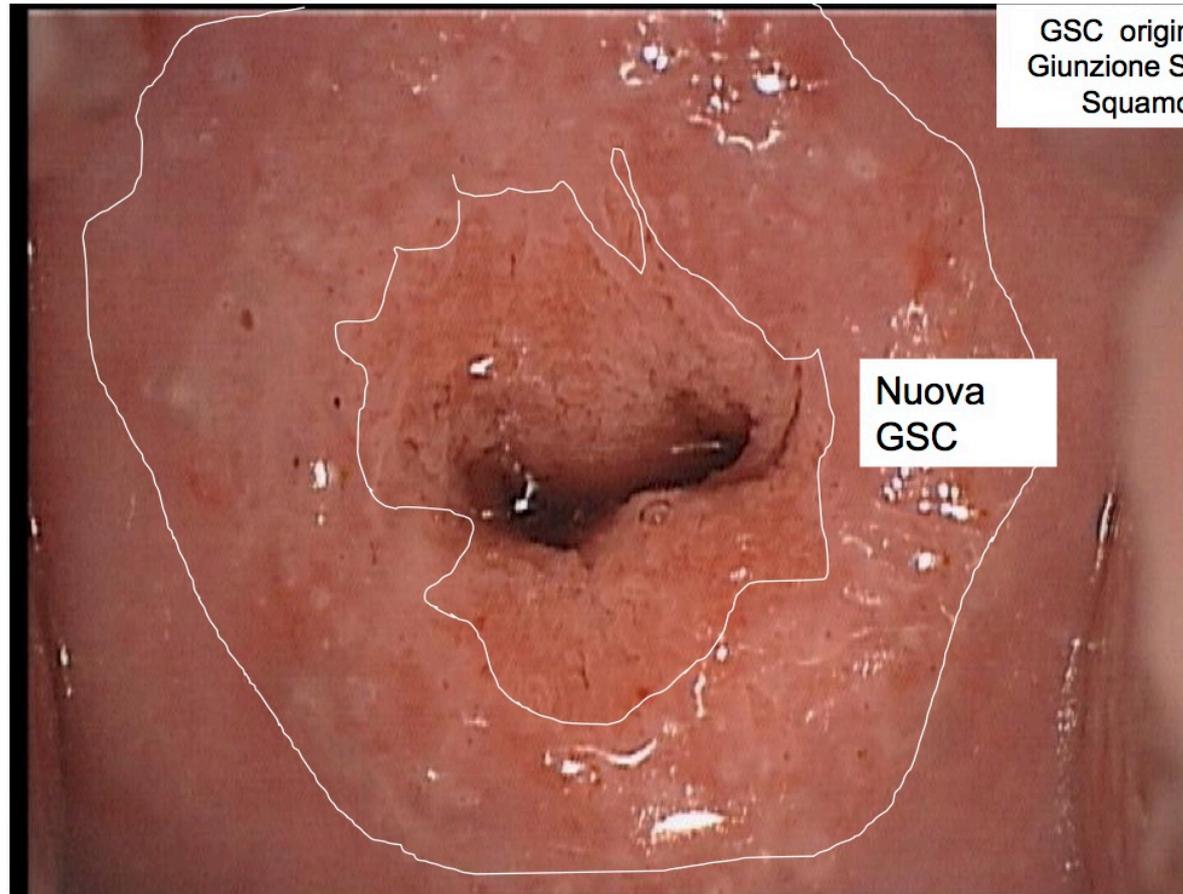
La Metaplasia : trasformazione di un tipo di epitelio in un altro, in Istologia



Zona di trasformazione normale



Zona di trasformazione normale



GSC originaria o
Giunzione Squamo
Squamosa

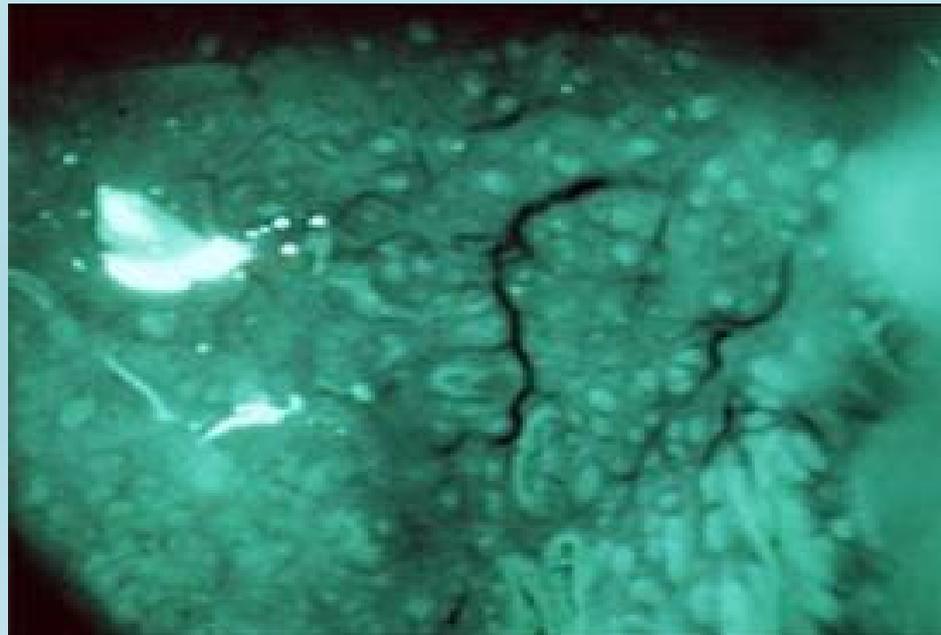
Nuova
GSC



I tempo dell'esame colposcopico

Osservazione della cervice dopo detersione con soluzione fisiologica: si potranno apprezzare i caratteri della vascolarizzazione, anche mediante l'utilizzo del filtro verde.

Il filtro verde ha lo scopo di far risaltare tutte le strutture rosse e quindi mettere bene in evidenza i vasi dell'eso-cervice, consentendo di individuarne con precisione la localizzazione, la conformazione, le dimensioni, le distanze reciproche



II TEMPO (PRINCIPALE) DELL' ESAME COLPOSCOPICO:

Applicazione di soluzione di acido acetico al 5% che determina dopo pochi secondi un rigonfiamento tissutale dovuto alla coagulazione delle proteine intracellulari

-l'epitelio squamoso fisiologico non subisce alterazioni rilevanti

-nel caso di presenza di alterazioni epiteliali si verifica una reazione aceto bianca dovuta all'elevata densità nucleare ed alla maggior concentrazione di proteine, che subiscono un agglutinamento impedendo il passaggio della luce; questa reazione si verifica dopo circa 1 minuto e persiste per

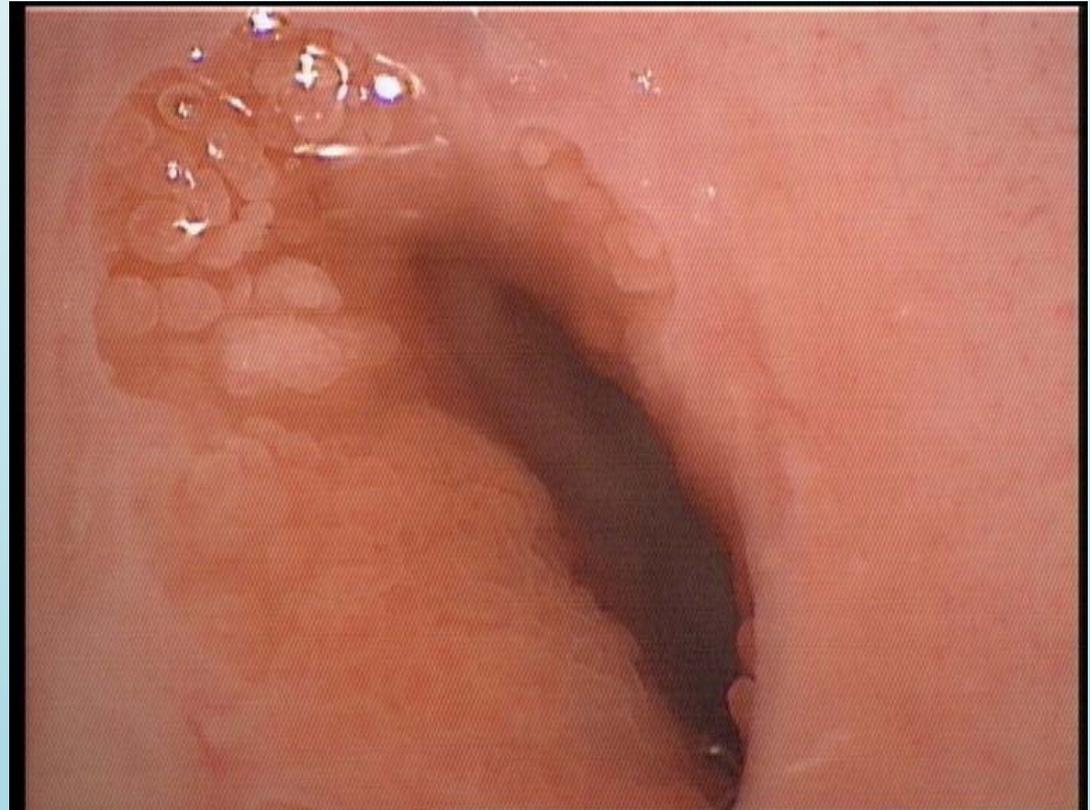
1-2 minuti. L'INTENSITA' E LA DURATA SONO DIRETTAMENTE PROPORZIONALI AL GRADO DI ATIPIA CELLULARE PRESENTE

L'ACIDO ACETICO CONSENTE DI DIFFERENZIARE I QUADRI NORMALI DA QUELLI SOSPETTI PER CIN1, CIN2-3, CA IN SITU, CA INVASIVO

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 squamoso maturo
all'acido acetico



Epitelio cilindrico maturo
all'acido acetico

La colposcopia anormale

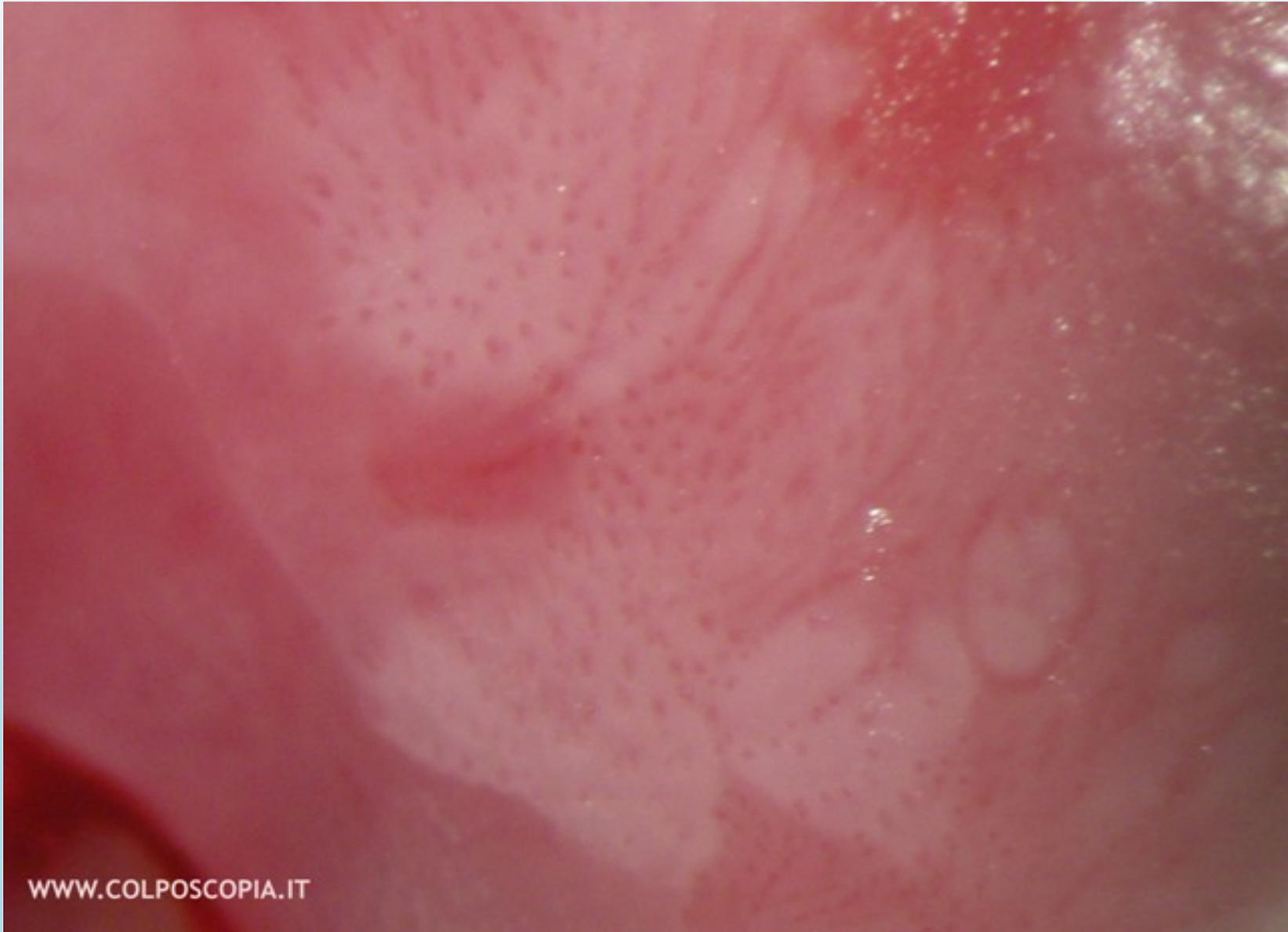
L'effetto ottico di sbiancamento è **progressivo** e dura pochi minuti: si realizza così una **visione dinamica** del quadro colposcopico; infatti a seconda della struttura, spessore, contenuto proteico dell'epitelio, tipologia dei vasi del tessuto connettivo sottostante si ottengono quadri colposcopici peculiari (ANTZG1/G2 abnormal transformation zone):

- 1) Area aceto-muta : epitelio normale
- 2) Area aceto-bianca di aspetto omogeneo: + ipercheratosi, leucoplachia
- 3) Mosaico: area aceto-bianca con zolle di aspetto +/-regolare: displasia
- 4) di vario grado e/o infezione da HPV
- 5) Puntato: area aceto-bianca con punti rossi +/-regolarmente distribuiti:
- 6) displasia di vario grado e/o infezione da HPV
- 7) Sbocchi ghiandolari +/-ispessiti



www.colposcopia.it





III TEMPO DELL' ESAME COLPOSCOPICO: TEST DI SCHILLER

Si effettua con l'applicazione sulla cervice di soluzione iodata di Lugol; lo iodio viene assorbito dalle cellule dello strato intermedio +/- ricche di glicogeno correlato alla presenza di estrogeni e determina una colorazione marrone-scuro della superficie quando l'epitelio è **MATURO**.

Rende evidenti aree iodonegative come l'epitelio colonnare, quello atrofico e le aree di metaplasia squamosa ma soprattutto fa risaltare l'eventuale presenza di zone di trasformazione ATIPICHE che assumono invece un caratteristico colore giallo canarino (epitelio **IMMATURO**)

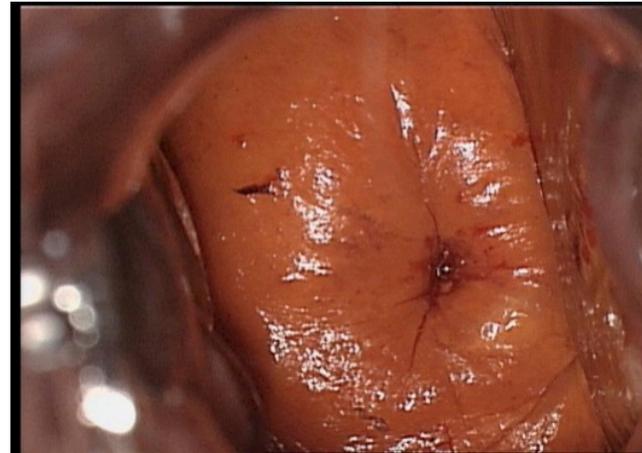
LA SOLUZIONE DI LUGOL AIUTA AD IDENTIFICARE IL PERIMETRO DELLA LESIONE DA ASPORTARE e a definire lo stadio di maturazione dell'epitelio metaplasico di riparazione

Epitelio squamoso maturo: soluzione di Lugol

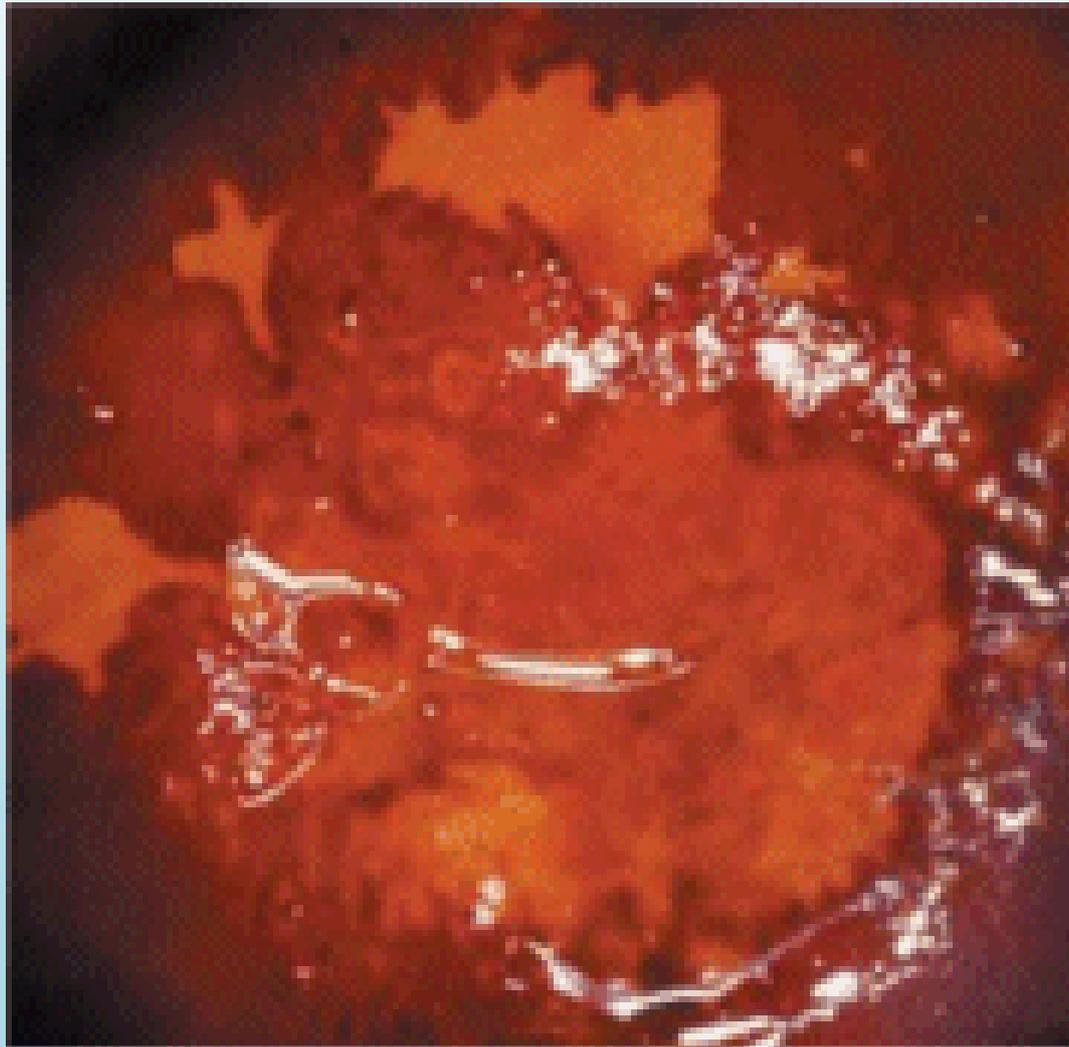


Il tempo del lugol è secondario

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



ESAME COLPOSCOPICO

CONCLUSIVO: giunzione squamocolonnare (GSC) visibile <input type="checkbox"/>	
NON SODDISFACENTE PER: <input type="checkbox"/> cervice non completamente evidenziabile	<input type="checkbox"/> flogosi intensa
<input type="checkbox"/> atrofia grave	<input type="checkbox"/> GSC non visibile

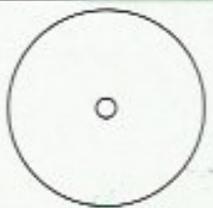
QUADRO COLPOSCOPICO NORMALE

Epitelio originale: <input type="checkbox"/> trofico	Epitelio cilindrico: <input type="checkbox"/> fino a 1/3	
<input type="checkbox"/> atrofico	<input type="checkbox"/> fino a 2/3	
	<input type="checkbox"/> superiore a 2/3	
Zona di trasformazione normale		
<input type="checkbox"/> incompleta	<input type="checkbox"/> sbocchi ghiandolari	<input type="checkbox"/> esiti vascolari
<input type="checkbox"/> completa	<input type="checkbox"/> cisti di Naboth	

QUADRO COLPOSCOPICO ANORMALE

Dentro la zona di trasformazione: <input type="checkbox"/>		
Fuori dalla zona di trasformazione: <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Trasformazione Anormale Grado 1 (TA1):	<input type="checkbox"/> Epitelio bianco sottile piatto <input type="checkbox"/> Epitelio bianco sottile micropapillare/micronvoluto <input type="checkbox"/> Mosaico regolare <input type="checkbox"/> Puntato regolare	
<input type="checkbox"/> Trasformazione Anormale Grado 2 (TA2):	<input type="checkbox"/> Epitelio bianco ispessito bianco <input type="checkbox"/> Epitelio bianco ispessito micropapillare/micronvoluto <input type="checkbox"/> Puntato irregolare <input type="checkbox"/> Mosaico irregolare <input type="checkbox"/> Vasi atipici	
<input type="checkbox"/> Sbocchi ghiandolari	<input type="checkbox"/> Bordi netti	<input type="checkbox"/> settori congestivi/erosivi
<input type="checkbox"/> Sbocchi ghiandolari ispessiti	<input type="checkbox"/> Bordi sfumati	
<input type="checkbox"/> Sospetta neoplasia invasiva		

REPERTI VARI

Sospetta condilomatosi:	<input type="checkbox"/> florida	<input type="checkbox"/> a punti bianchi	<input type="checkbox"/> mosaiciforme
	<input type="checkbox"/> leucoplasiforme		<input type="checkbox"/> mista
<input type="checkbox"/> Leucoplachia/Cheratosi	<input type="checkbox"/> Esiti di trattamento	<input type="checkbox"/> Erosione/ulcera	
<input type="checkbox"/> Colpite (_____)	<input type="checkbox"/> Endometriosi	<input type="checkbox"/> Vescicole/bolle	
<input type="checkbox"/> Area iodochiara, non acidofila	<input type="checkbox"/> Deciduiosi	<input type="checkbox"/> Cupola vaginale	
<input type="checkbox"/> Superficie micropapil. non acidof.	<input type="checkbox"/> Polipo	<input type="checkbox"/> Tessuto di granulazione	
<input type="checkbox"/> _____			
Test di Schiller			
<input type="checkbox"/> Captante			
<input type="checkbox"/> Non captante			
<input type="checkbox"/> Captazione disomogenea			

Si esegue Biopsia mirata Esoviscere Endoviscere Vagina Vulva Endometrio

Si consiglia _____

Data: ____/____/____ FIRMA _____

Il referto dovrebbe sempre includere un disegno con indicata la zona della lesione e la sede della biopsia



2011 IFCPC Nomenclature¹

Accepted in Rio World Congress, July 5, 2011

Nomenclature Committee chairman: Jacob Bornstein MD

2011 IFCPC colposcopic terminology of the cervix ¹			
General assessment		<ul style="list-style-type: none"> Adequate/inadequate for the reason ... (i.e.: cervix obscured by inflammation, bleeding, scar) Squamo-columnar Junction visibility: completely visible, partially visible, not visible Transformation zone types 1,2,3 	
Normal colposcopic findings		Original squamous epithelium: <ul style="list-style-type: none"> Mature Atrophic Columnar epithelium <ul style="list-style-type: none"> Ectopy Metaplastic squamous epithelium <ul style="list-style-type: none"> Nabothian cysts Crypt (gland) openings Deciduous in pregnancy	
Abnormal colposcopic findings	General principles	Location of the lesion: Inside or outside the T-zone, Location of the lesion by clock position Size of the lesion: Number of cervical quadrants the lesion covers, Size of the lesion in percentage of cervix,	
	Grade 1 (Minor)	Thin aceto-white epithelium Irregular, geographic border	Fine mosaic, Fine punctation
	Grade 2 (Major)	Dense aceto-white epithelium, Rapid appearance of acetowhitening, Cuffed crypt (gland) openings	Coarse mosaic, Coarse punctuation, Sharp border, Inner border sign, Ridge sign
	Non specific	Leukoplakia (keratosis, hyperkeratosis), Erosion Lugol's staining (Schiller's test): stained/non-stained	
Suspicious for invasion		Atypical vessels Additional signs: Fragile vessels, Irregular surface, Exophytic lesion, Necrosis, Ulceration (necrotic), tumor/gross neoplasm	
Miscellaneous finding		Congenital transformation zone, Condyloma, Polyp (Ectocervical/ endocervical) Inflammation,	Stenosis, Congenital anomaly, Post treatment consequence, Endometriosis

Adequate colposcopy indicates that the entire squamocolumnar junction and the margin of any visible lesion can be visualized with the colposcope.

¹ Bornstein J, Bentley J, Bosze P, Girardi F, Haefner H, Menton M, Perrotta M, Prendiville W, Russell P, Sideri M, Strander B, Torne A, Walker P. 2011 IFCPC colposcopic nomenclature. In preparation for publication

PRINCIPALI NOVITA' NELLA TERMINOLOGIA IFCPC 2011

A) Valutazione generale: adeguatezza, descrizione valutabilità GSC, differenziazione zona di trasformazione:

- TZ1 esocervicale e visibile
- TZ2 +/- endocervicale e visibile
- TZ3 endocervicale e non visibile

B) Caratterizzazione dei quadri anormali: non solo studio della morfologia (epitelio bianco, mosaico, puntato, sbocchi ghiandolari ispessiti, vasi atipici) ma anche informazioni su dimensioni, occupazione della cervice, distanza dalla GSC originale

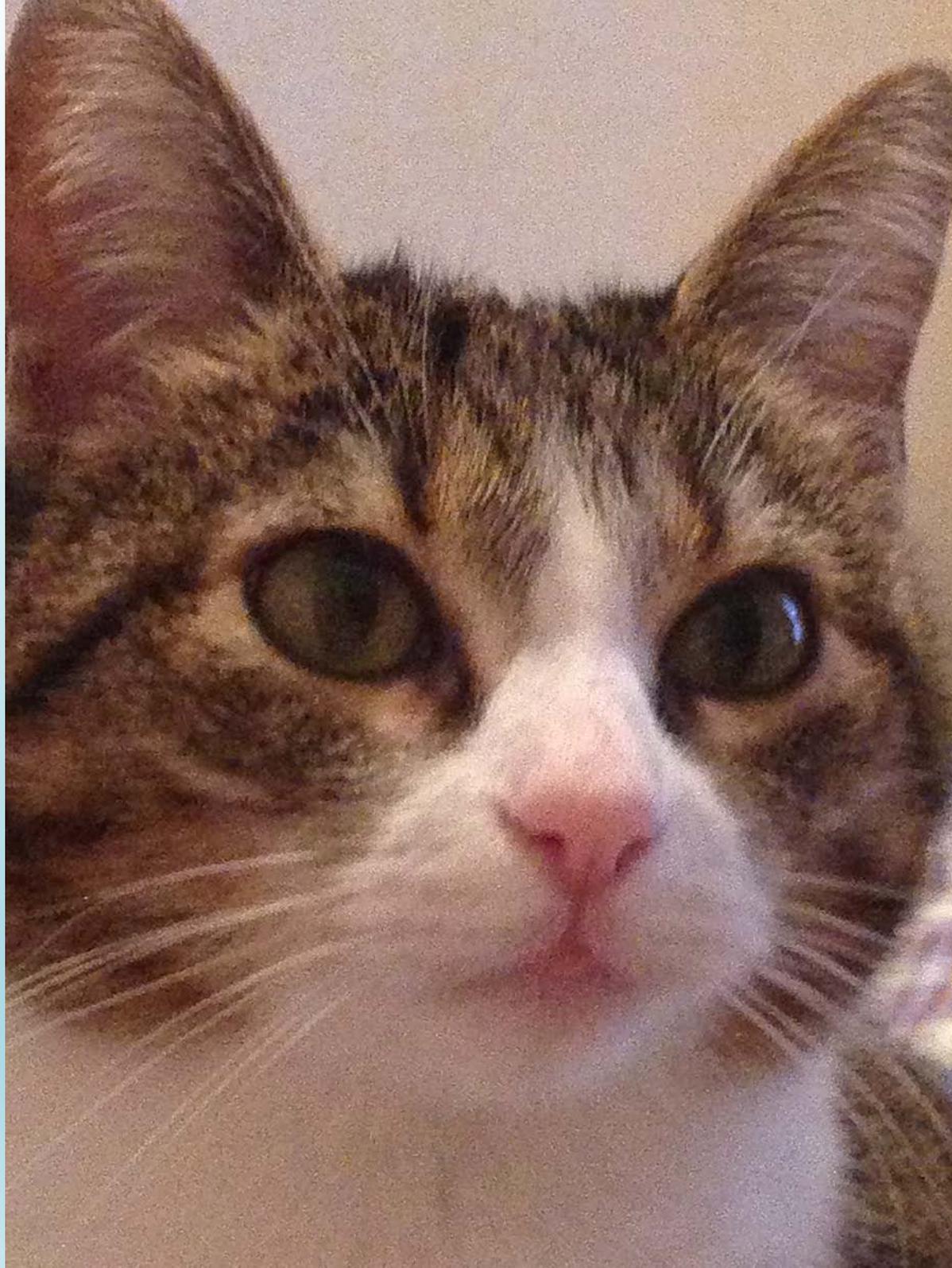
C) SEGNI PARTICOLARI: Sharp border, inner border sign, ridge sign nella sezione ANTZG2

D) Classificazione terminologica anche per vagina e vulva

E) Classificazione delle escissioni chirurgiche (secondo le caratteristiche della TZ)

CRITERI DIAGNOSTICI

- Il quadro colposcopico spesso è il risultato di immagini diverse contemporaneamente presenti.
- Più il quadro è eterogeneo, più grave è la lesione
- Le lesioni di grado minore spesso sono alla periferia di lesioni di grado maggiore
- La presenza di un'erosione nel contesto di una ANTZ è indicativa di lesione di alto grado
- Più bianco-opaca è la lesione e a rapida comparsa, più è di alto grado



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:
CIN1-2-3, Ca in situ ecc.*

Strumentazione per Biopsia mirata e Sondaggio del canale su guida colposcopica

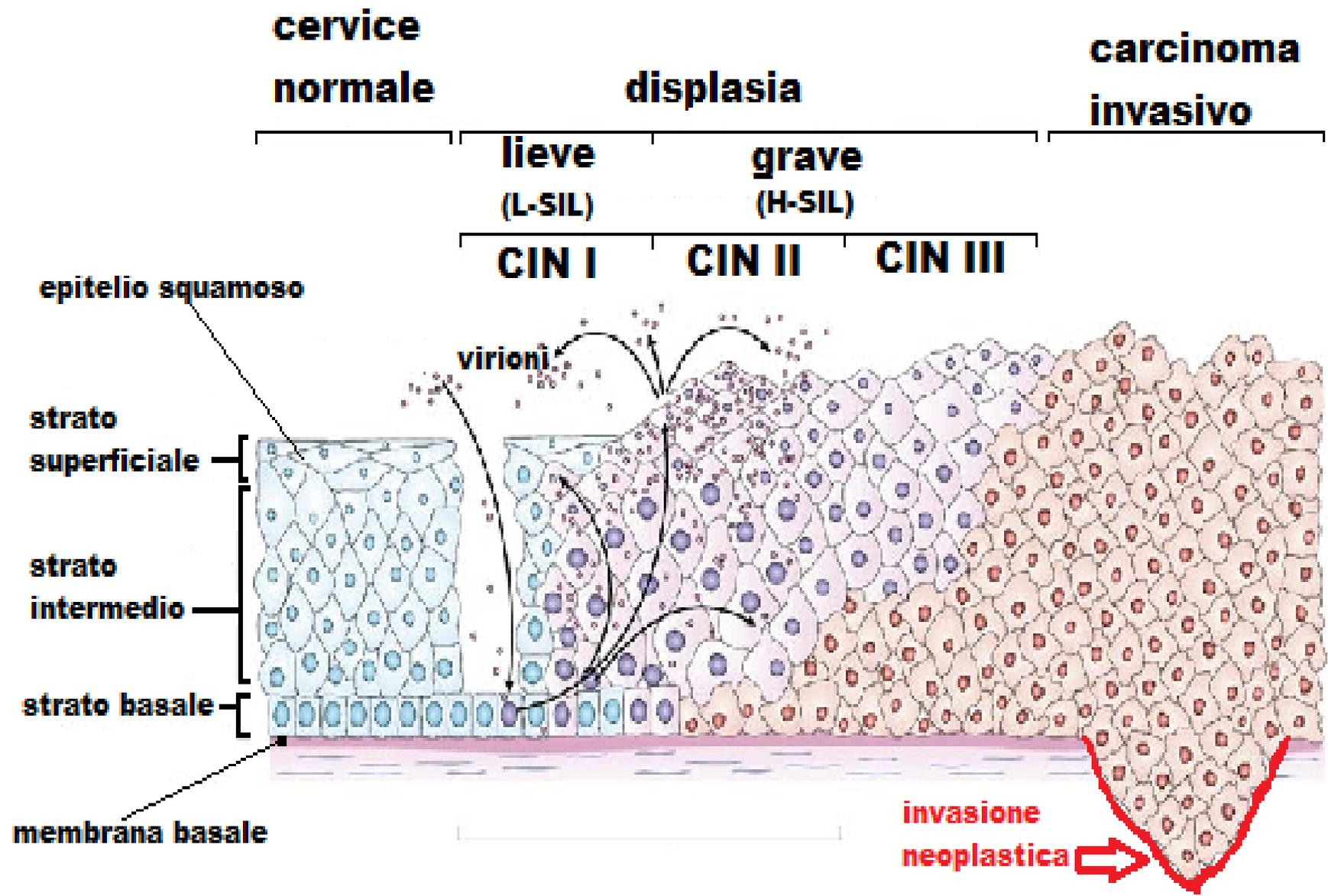
- Pinze da biopsia
 - Ansa
- Sondaggio del canale
 - Pinze anatomiche
 - Pinze di Kogan
 - Endocervicoscopia
 - Citobrush
 - Curettage
 - Ansa
 - ago
 - laser
 - a lama fredda
 - Cono



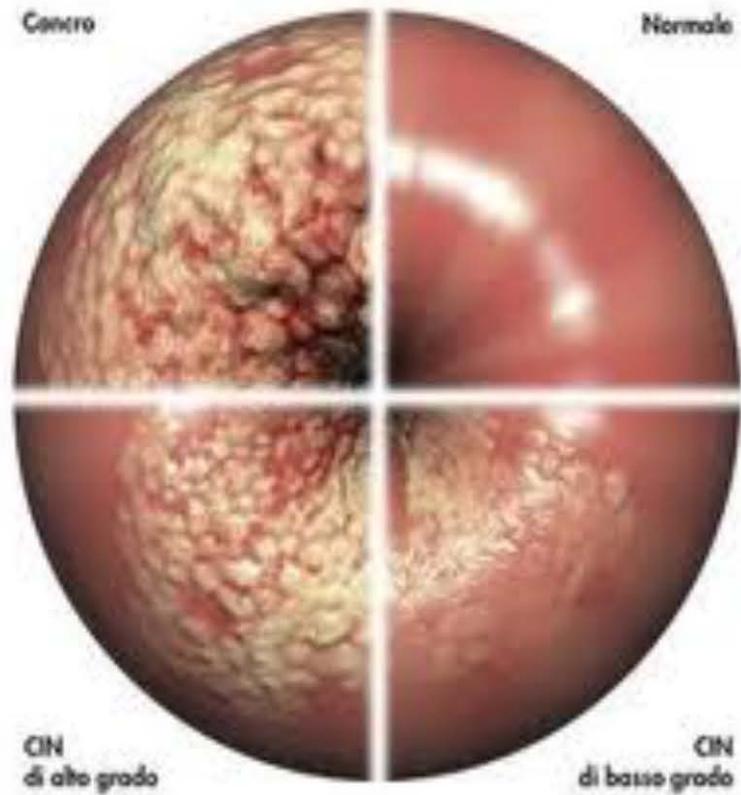
L'esame bioptico deve essere praticato con adeguate pinze da biopsia che consentano un prelievo di tessuto sufficiente per la diagnosi istologica. Può essere eseguito anche con ansa diatermica

Quante biopsie?

- “Performing two or more biopsies appears to increase sensitivity; the best approach has not been studied, BUT at this time random biopsies from normal-appearing cervix DO NOT appear warranted”
- ...poiché comporterebbe fare biopsie su un elevato numero di donne senza malattia!
- **Obstet Gynecol 2006;108:264**



Neoplasia cervicale intraepiteliale



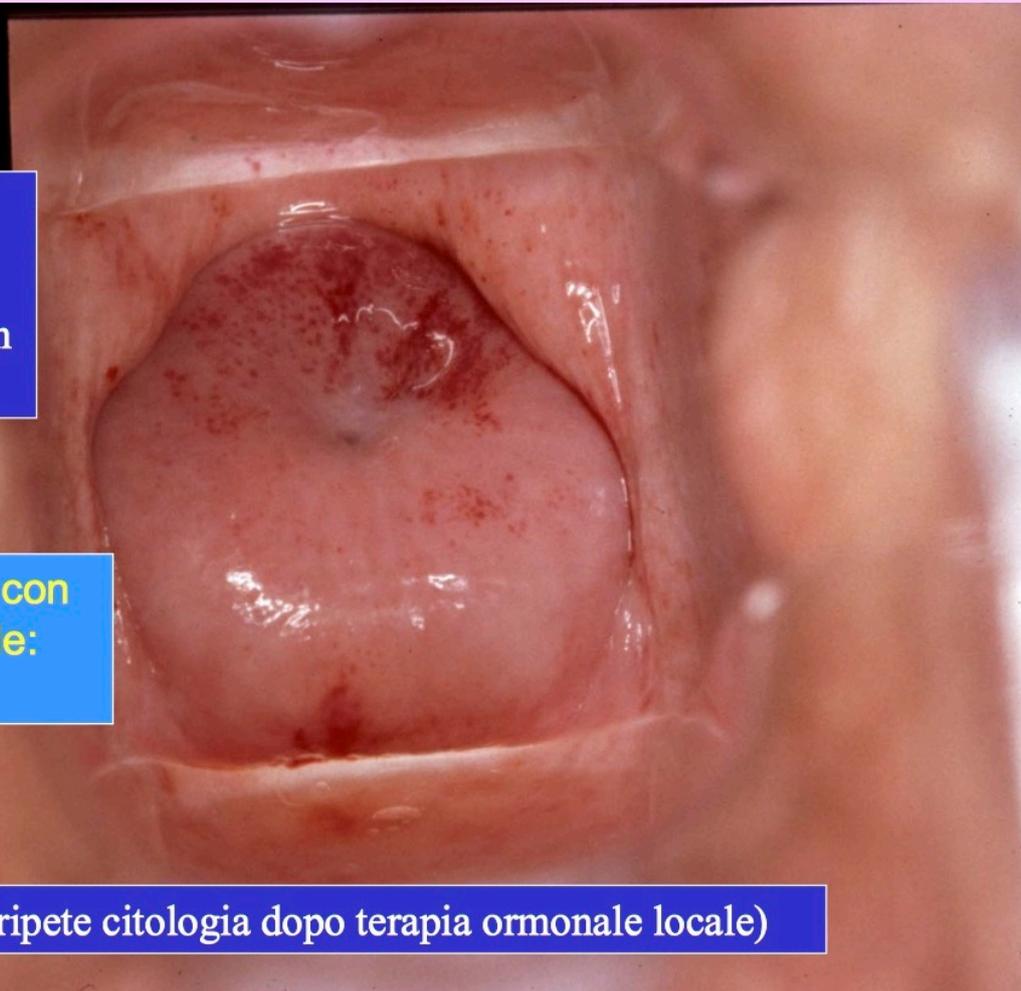
ASCUS

Colposcopia non
conclusiva

NTZ-Atrofia . GSC: non
vis

Sondaggio del canale con
citobrush endocervicale:
negativo

Invio a follow-up (ev ripete citologia dopo terapia ormonale locale)



Diagnosi colposcopica:

Area Trasformazione
Anormale Grado 1

- Colore bianco brillante
trasparente, superficie liscia
- Margini sfrangiati
- Pattern vascolare normale

Diagnosi istologica:

CIN 1



H SIL

00

CERVICOGRAP
NTL 001 1

AnTZ G2

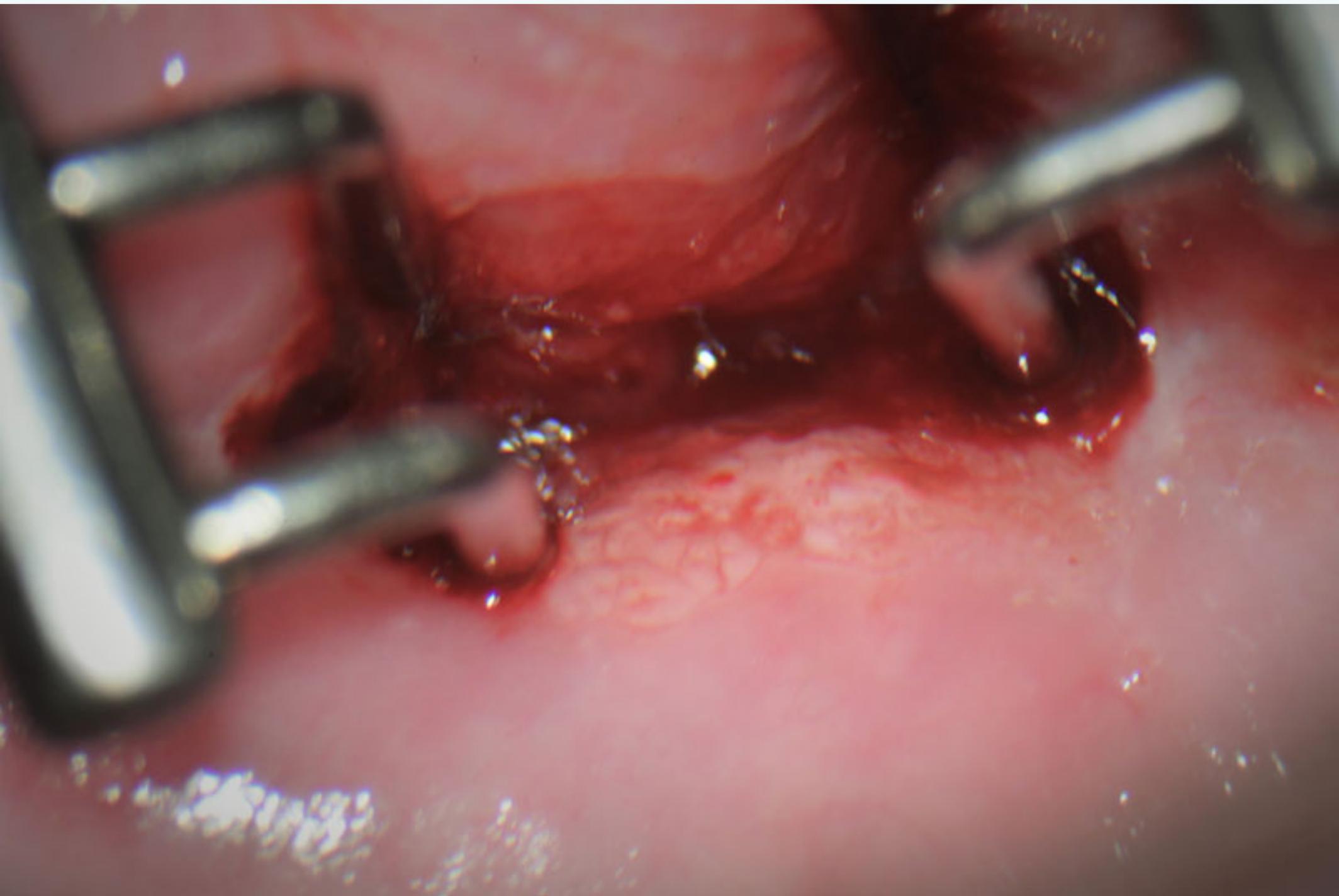
GSC non vis ?

Ricerca della GSC con pinza
di Kogan :

GSC visibile a pochi mm

Bio : CIN 2





27

H SIL

NTL 001 193
CERVICOGRAPHY



Colposcopia soddisfacente
AnTZ G2 - GSC vis

Bio CIN III

Diagnosi colposcopica :

Area Trasformazione

Anormale Grado 2

Diagnosi istologica:

CIN 2



**Diagnosi
colposcopica:**

Area Trasformazione
Anormale Grado 2

**Diagnosi
istologica:**

CIN3



HSIL

AnTZ G2

**GSC non
visibile?**



**DIAGNOSI
COLPOSCOPICA:**

Sospetto carcinoma

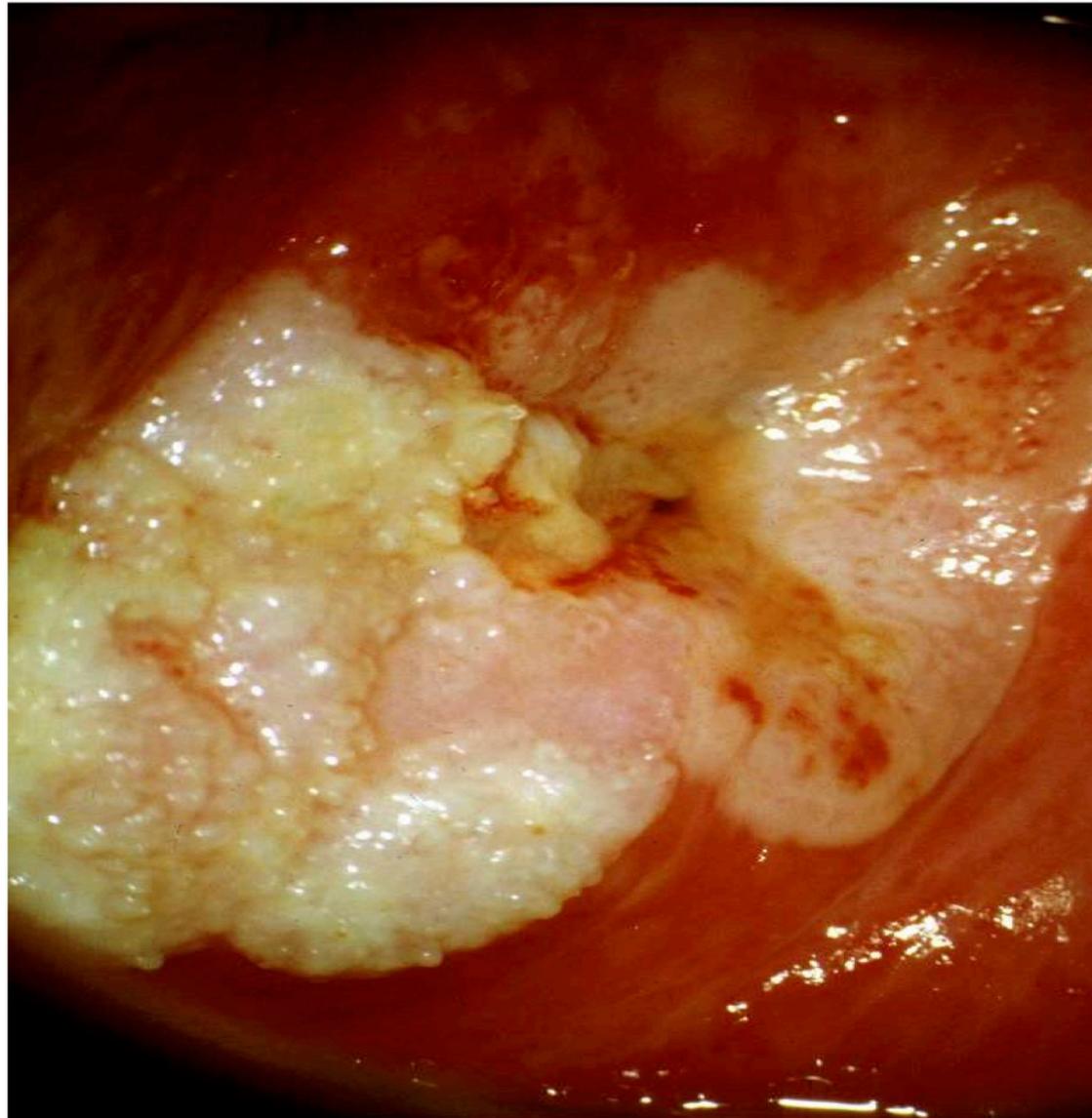
**DIAGNOSI
ISTOLOGICA:**

Carcinoma in situ



**Diagnosi
colposcopica:**
Sospetto carcinoma

Diagnosi istologica:
Carcinoma
squamoso infiltrante
microinvasivo



Colposcopia soddisfacente

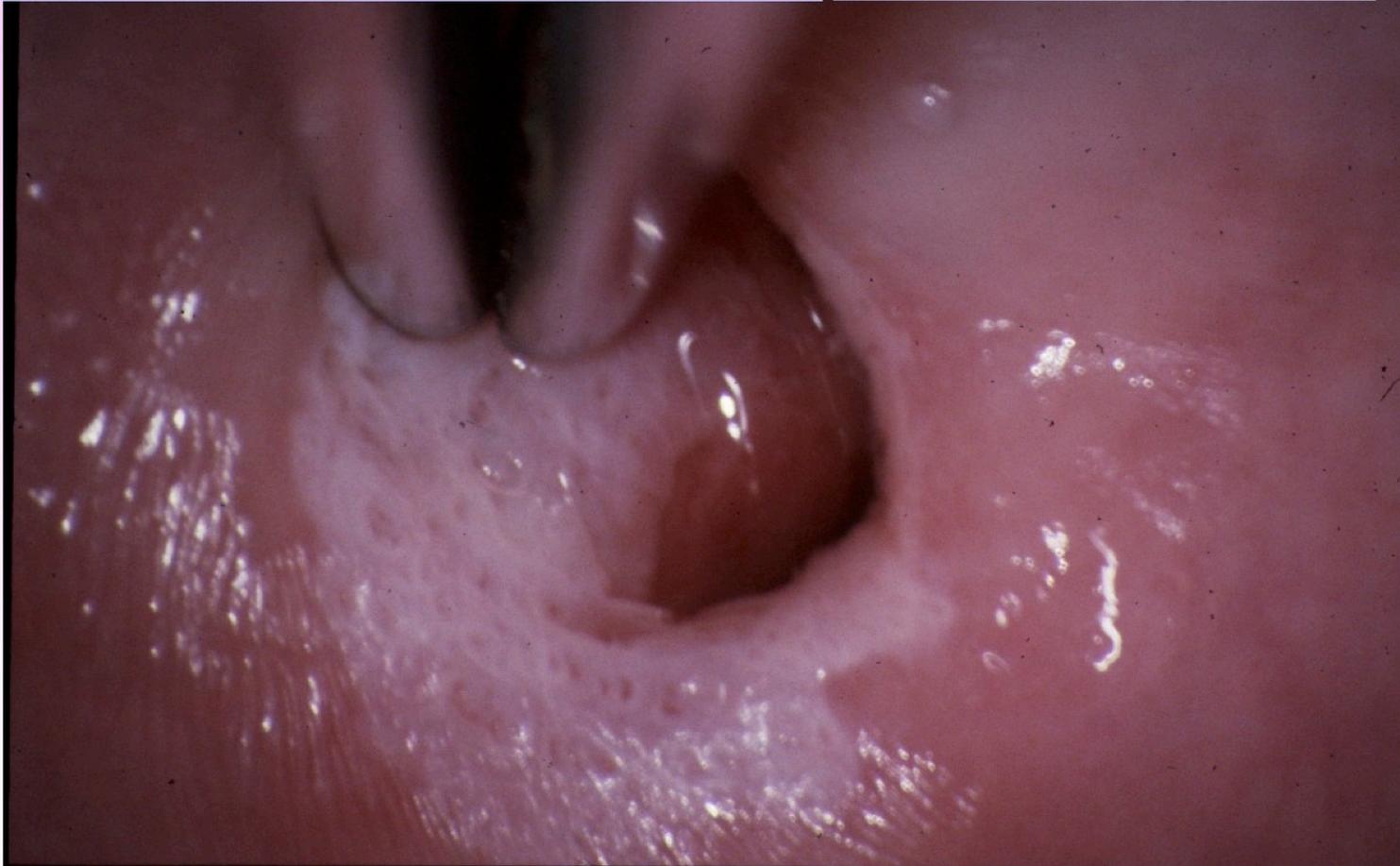
AnTZ G 2

GSC visibile (endocervicale a 5 mm)

Conizzazione diagnostica

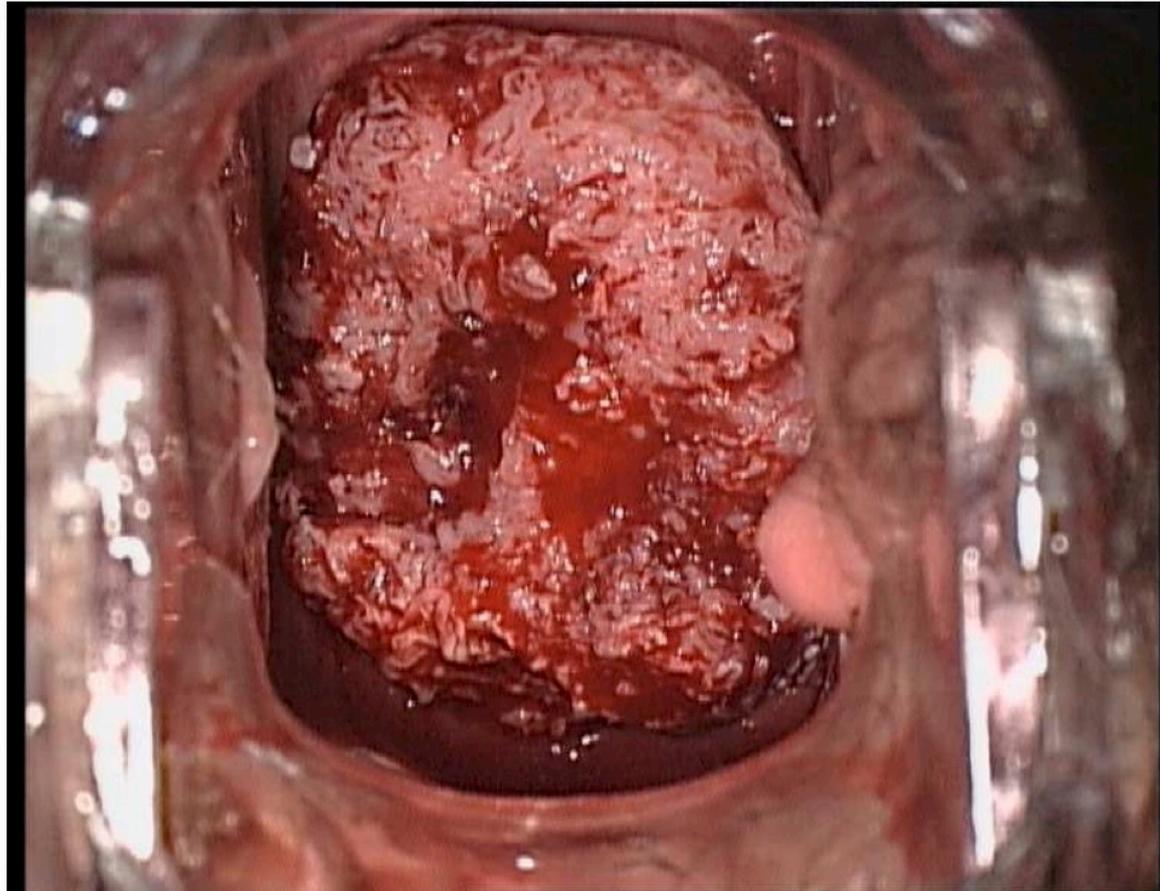
con Ansa :

Carcinoma in situ



**DIAGNOSI
COLPOSCOPICA:**
Sospetto
Carcinoma

**DIAGNOSI
ISTOLOGICA:**
Carcinoma
squamoso-
transizionale
papillare





• 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).
- Sezione dedicata a descrizione/classificazione lesioni sec IFCPC2011
- 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





2011 IFPC clinical/colposcopic terminology of the vagina ¹		
General assessment	Adequate/inadequate for the reason (i.e: inflammation, bleeding, scar) Transformation zone	
Normal colposcopic findings	Squamous epithelium: <ul style="list-style-type: none"> • Mature • Atrophic 	
Abnormal colposcopic findings	General principles	Upper third /lower 2 thirds, Anterior/posterior/lateral (right or left),
	Grade 1 (Minor)	Thin aceto-white epithelium Fine punctuation Fine mosaic
	Grade 2 (Major)	Dense aceto-white epithelium, Coarse punctuation Coarse mosaic
	Suspicious for invasion	Atypical vessels Additional signs: Fragile vessels, Irregular surface, Exophytic lesion, Necrosis, Ulceration (necrotic), tumor/gross neoplasm
	Non-specific	Columnar epithelium (adenosis) Lesion staining by Lugol's solution (Schiller's test): Stained/non-stained, Leukoplakia
Miscellaneous findings	Erosion (traumatic), condyloma, polyp, cyst, endometriosis, inflammation, Vaginal stenosis, Congenital transformation zone	

The IFPC clinical and colposcopic terminology for the vulva is pending.

¹ Bornstein J, Bentley J, Bosze P, Girardi F, Haefner H, Menton M, Perrotta M, Prendiville W, Russell P, Sideri M, Strander B, Torne A, Walker P. 2011 IFPC colposcopic nomenclature. In preparation for publication

Altre immagini colposcopiche

Condilomi vulvari



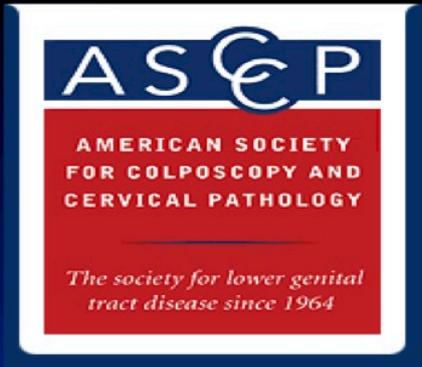
Vulva:VIN 3



Vagina:VAIN 3



LINEE GUIDA



ASCCP: American Society for
Colposcopy and Cervical Pathology



ACOG: American College of Obstetrics
and Gynecologists



SICPCV: Società Italiana di Colposcopia
e Patologia Cervico-vaginale

LINEE GUIDA

The new IFCPC Nomenclature



International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy
Internationale Federation für Zervixpathologie und Kolposkopie
Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia
Fédération Internationale de Pathologie Cervicale et Colposcopie

2011 IFCPC Nomenclature¹

Accepted in Rio World Congress, July 5, 2011

Nomenclature Committee chairman: Jacob Bornstein MD

GISCI



Ruolo della colposcopia

2) gestione clinica del caso

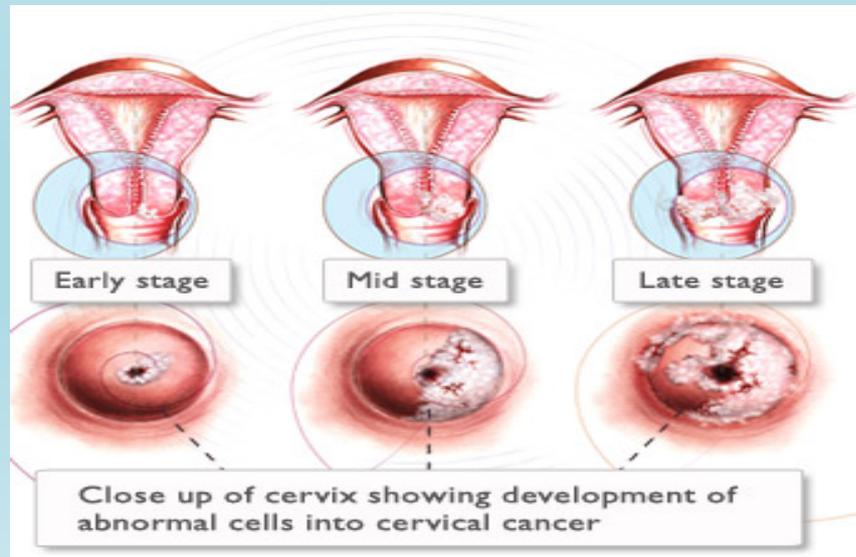
Competenza specifica nella patologia del tratto genitale inferiore



Gestione clinica dei casi



Integrazione tra citologia-istologia-giudizio colposcopico

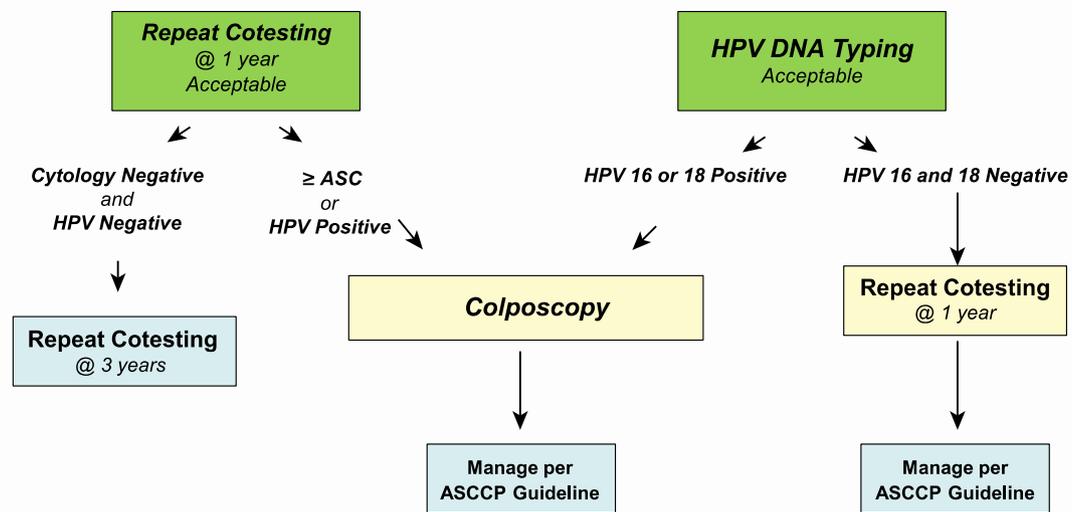


Il Futuro della colposcopia

- Con l'introduzione del nuovo modello di screening (HPV DNA test) la colposcopia diverrà ancora più specialistica poiché verranno inviati casi con alta probabilità di patologia
- Sarà importante l'uso appropriato di questa indagine

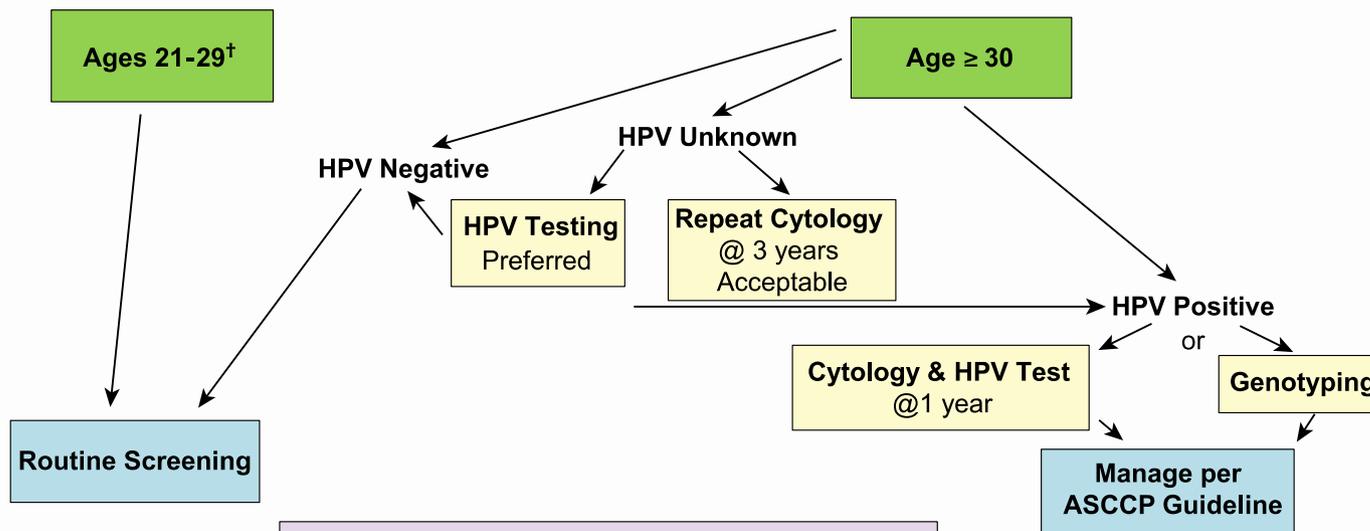


Management of Women ≥ Age 30, who are Cytology Negative, but HPV Positive



© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP

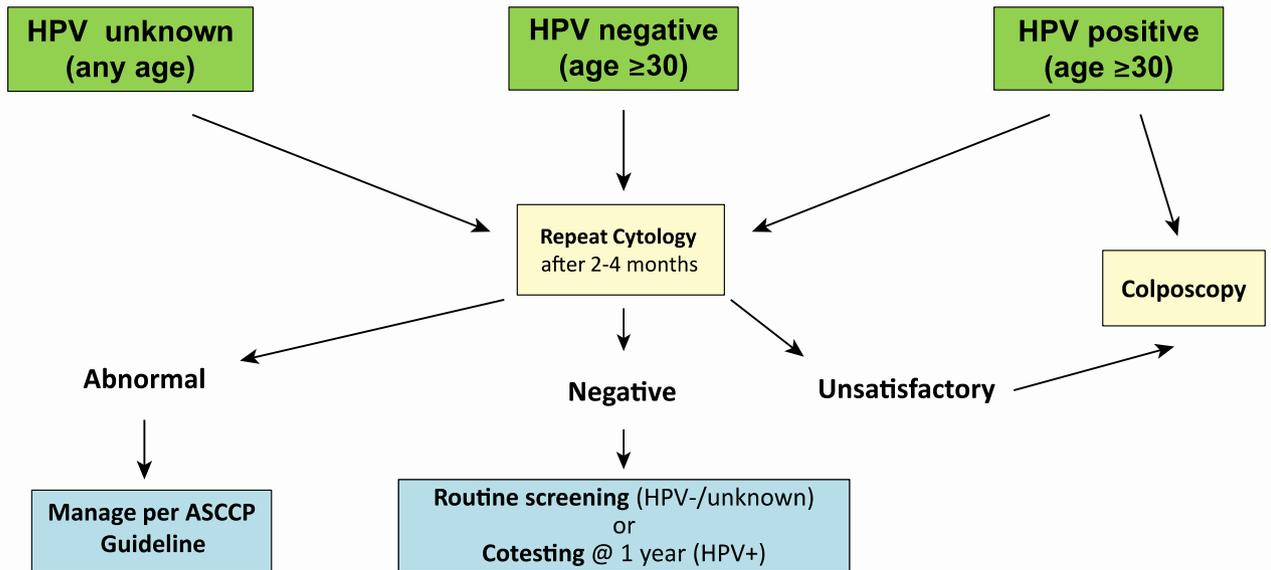
Cytology NILM* but EC/TZ Absent/Insufficient



* Negative for intraepithelial lesion or malignancy
 † HPV testing is unacceptable for screening women ages 21-29 years

© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. ASCCP

Unsatisfactory Cytology



CONCLUSIONI

La colposcopia non è solo una indagine diagnostica di immagine, ma un strumento che richiede a chi la esegue una competenza altamente qualificata sulla patologia del tratto genitale inferiore.....

.....e in particolare nello screening contribuisce a dare la sicurezza alla donna di fare un percorso importante per la sua salute.



LIMITI COLPOSCOPIA

-L'esame colposcopico è in grado di distinguere la cervice normale da CIN/carcinoma con una buona sensibilità ma con minore specificità (> falsi positivi): questo perché l'epitelio aceto-chiaro si osserva anche in assenza di displasia (ipercheratosi, leucoplachia) e può indurre ad eseguire biopsie non necessarie (metanalisi di 32 studi/8000 pz).

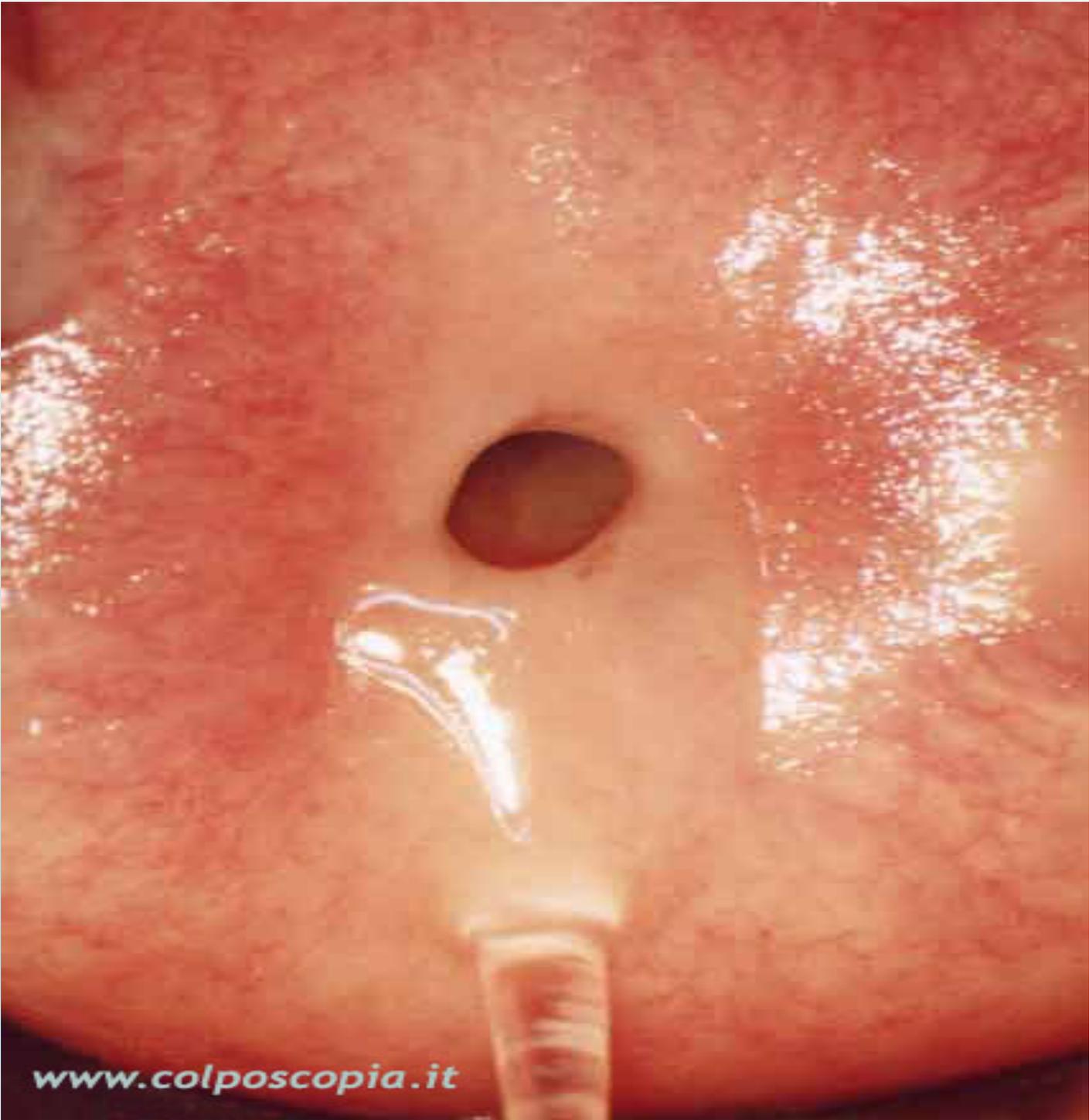
-impossibilità di valutare il canale cervicale: quando la lesione risale nel canale o se la GSC non è visibile e quindi l'esame è inadeguato può rendersi necessaria una **procedura escissionale diagnostica**.

-In caso di divergenza tra una colposcopia negativa ed un pap test positivo

BISOGNA INDAGARE ATTENTAMENTE IL CANALE CERVICALE CON ALTRE METODICHE

www.colposcopia.it





www.colposcopia.it

ISTEROSCOPIA /ENDOCERVICOSCOPIA

L'isteroscopia diagnostica permette di valutare

. il canale cervicale:

ampiezza, caratteristiche dell'epitelio di rivestimento

. la cavità uterina:

ampiezza, conformazione, caratteri dell'endometrio, osti tubarici.

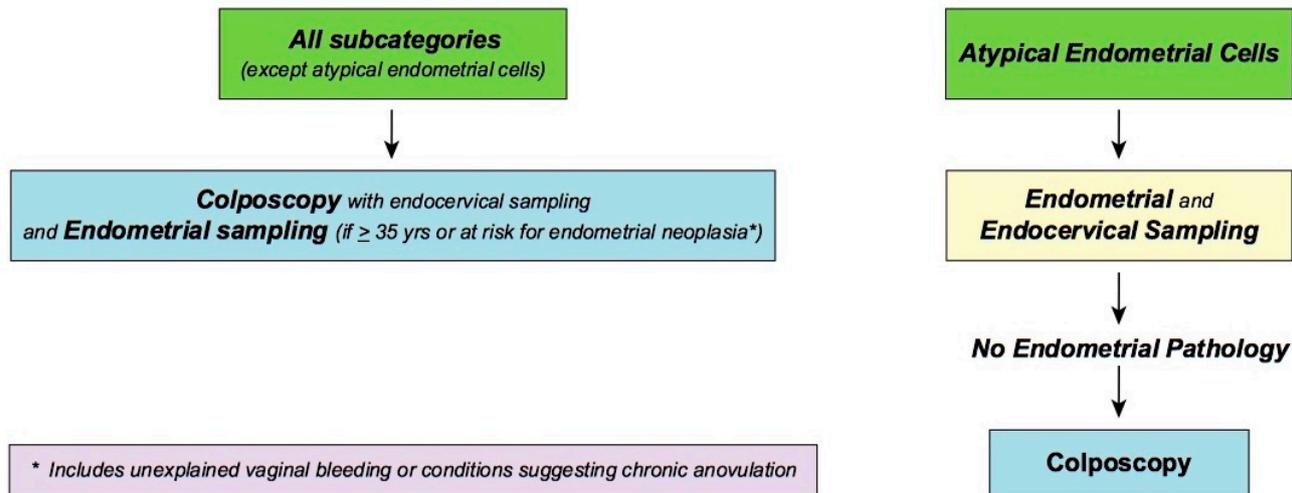
È l'esame d'elezione per indagare il sospetto o visualizzare le patologie più frequenti che colpiscono la donna:

- *polipi endometriali*, miomi uterini, iperplasia endometriale,
- Pap test anomalo : **AGC/AIS** , **cellule endometriali atipiche** , carcinoma endometriale, polipi cervicali, discrepanza citocolposcopica
- Generalmente l'isteroscopia si effettua in ambulatorio senza anestesia.

ALGORITMO esami II livello in AGC

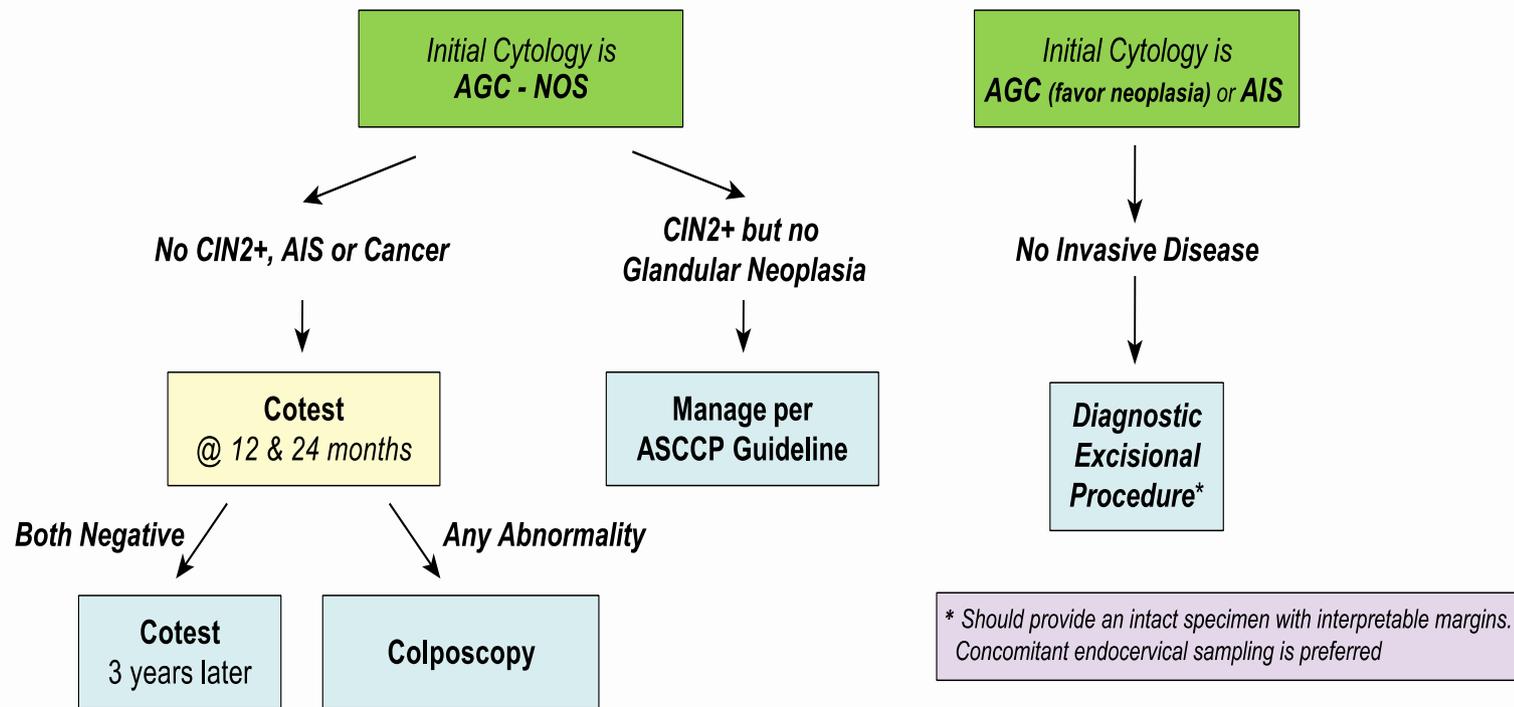
AGC

Initial Workup of Women with Atypical Glandular Cells (AGC)



* Includes unexplained vaginal bleeding or conditions suggesting chronic anovulation

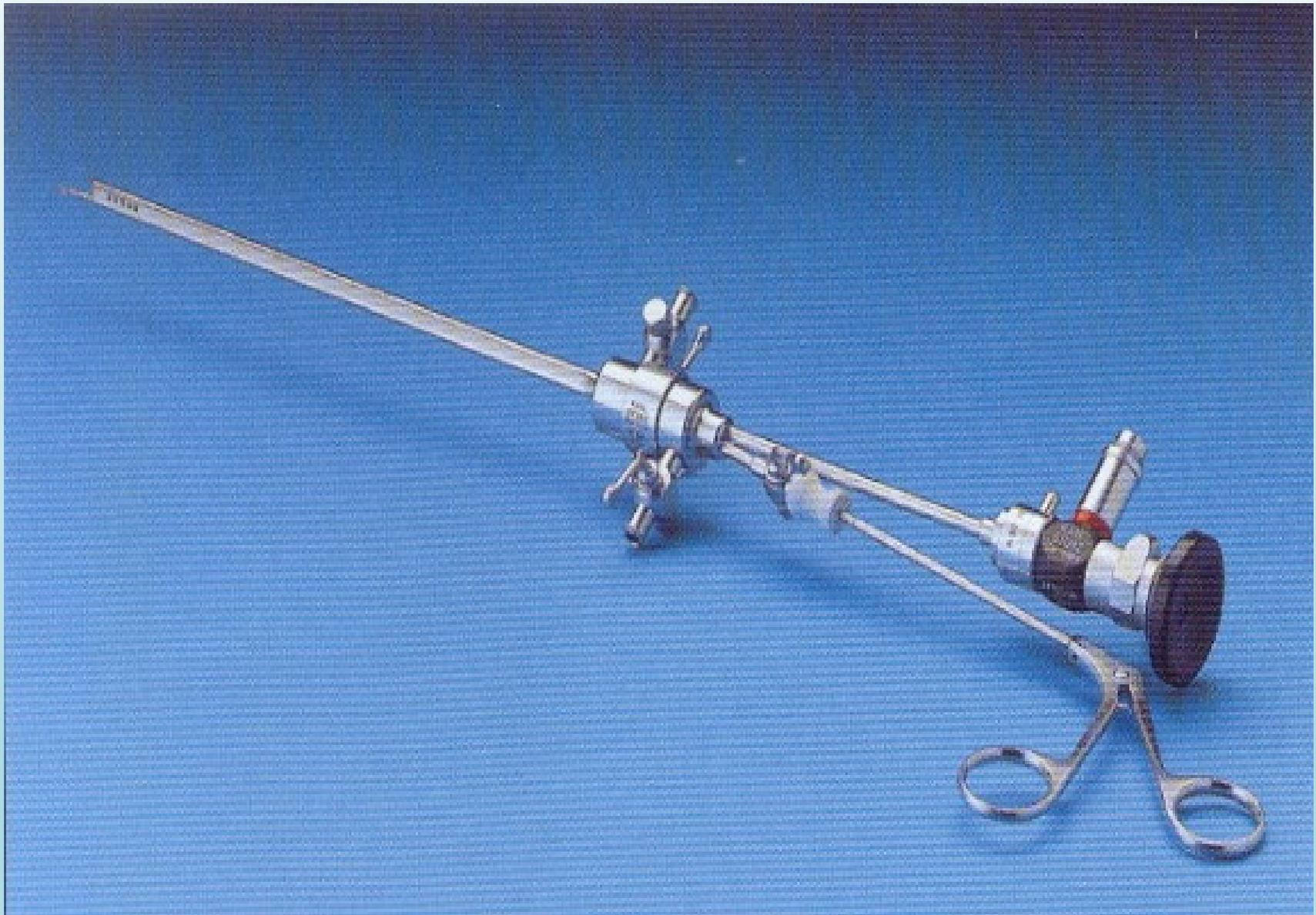
Subsequent Management of Women with Atypical Glandular Cells (AGC)

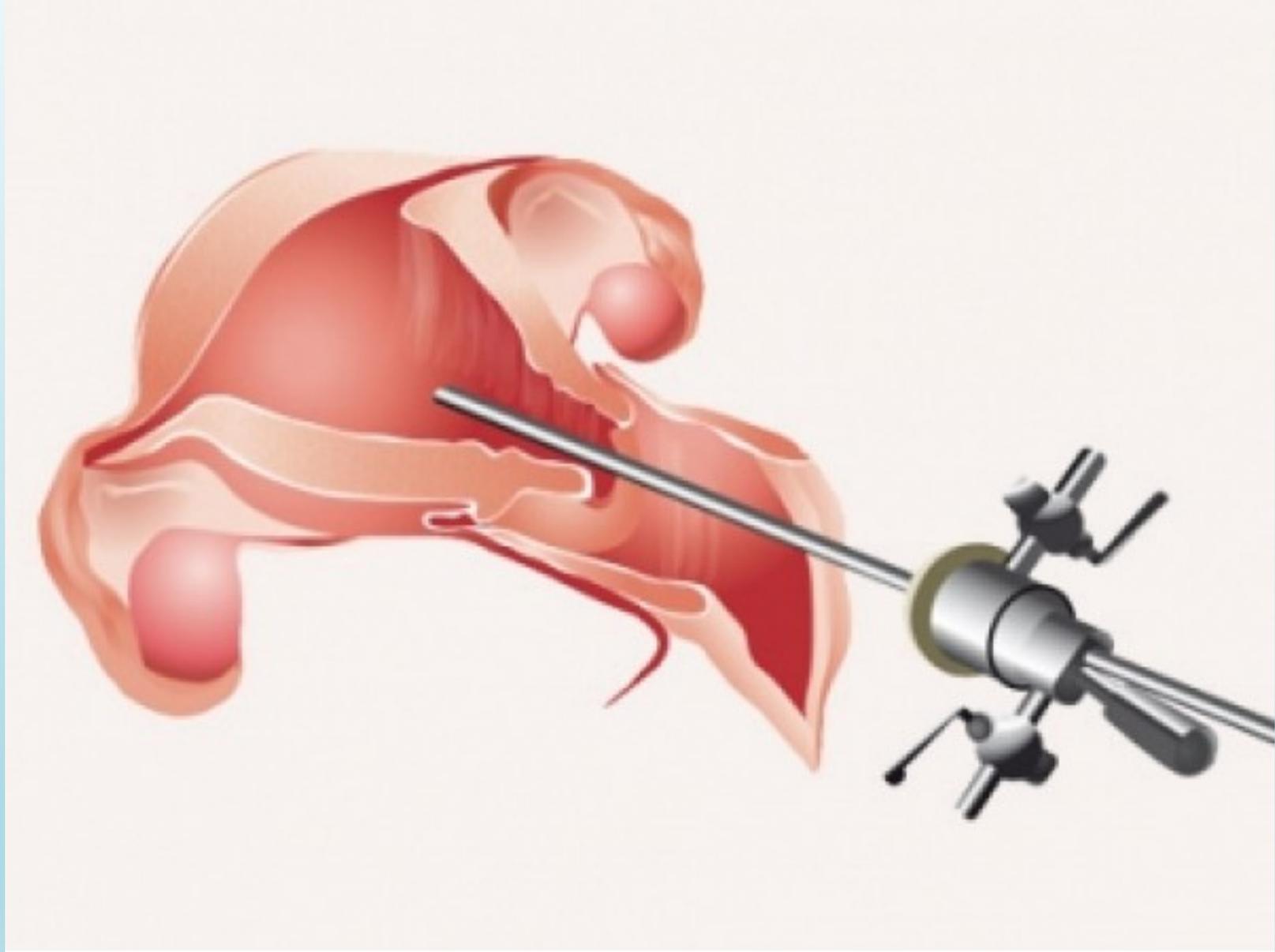


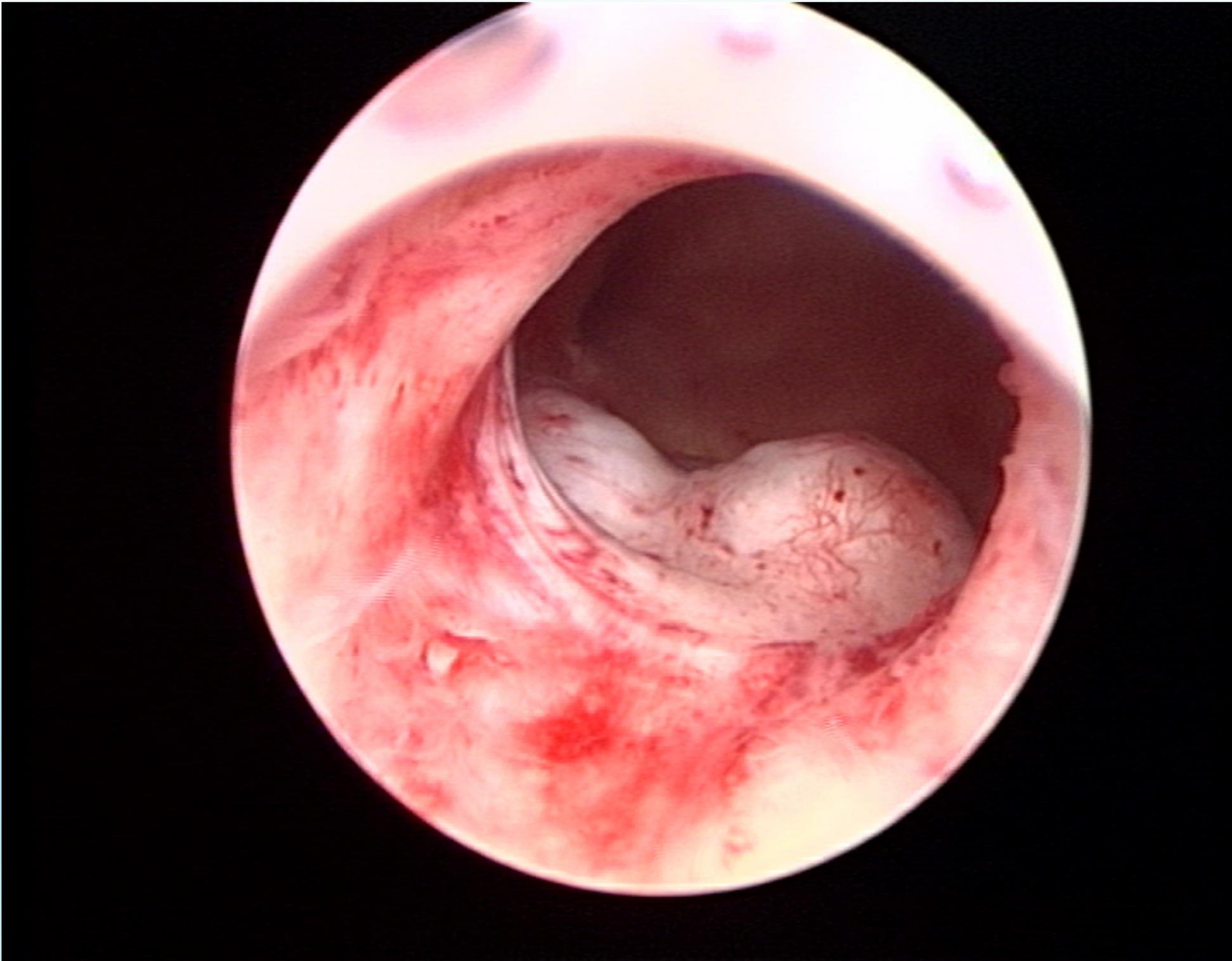
© Copyright, 2013, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. All rights reserved. **ASCP**

ISTEROSCOPIA

- Per l'esecuzione dell'esame si utilizza uno strumento, l'isteroscopio costituito da una struttura rigida in acciaio lunga 30-35 cm e del diametro variabile da 2,5 a 5 mm.
- Grazie ad un sistema di lenti e di una fonte luminosa a fibre ottiche è possibile la visualizzazione diretta della cavità uterina che viene lievemente dilatata con l'aiuto del mezzo di distensione.
- E' possibile effettuare biopsie mirate endocervicali (e/o sondaggio endocervicale) ed endocavitarie con mini-strumenti.







CONSIDERAZIONI FINALI

- I programmi e gli interventi di screening di I e II livello consentono la diagnosi precoce delle lesioni preneoplastiche cervico-vaginali
- rendono possibile l'esecuzione di trattamenti conservativi per garantire una vita riproduttiva sicura, con il minimo rischio possibile di incontinenza cervicale
- Permettono il follow up delle pazienti trattate



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

REFERENCES

1. Pierce JG Jr, Bright S. Performance of a colposcopic examination, a loop electrosurgical procedure, and cryotherapy of the cervix. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2013; 40:731.
2. Cantor SB, Cárdenas-Turanzas M, Cox DD, et al. Accuracy of colposcopy in the diagnostic setting compared with the screening setting. *Obstet Gynecol* 2008; 111:7.
3. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Obstet Gynecol* 2013; 121:829.
4. www.ASCCP.org (Accessed on August 13, 2012).
5. Herfs M, Yamamoto Y, Laury A, et al. A discrete population of squamocolumnar junction cells implicated in the pathogenesis of cervical cancer. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2012; 109:10516.
6. Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, et al. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 2007; 370:890.
7. Chan YM, Lee PW, Ng TY, Ngan HY. Could precolposcopy information and counseling reduce women's anxiety and improve knowledge and compliance to follow-up? *Gynecol Oncol* 2004; 95:341.
8. Takacs P, Chakhtoura N, De Santis T. Video colposcopy improves adherence to follow-up compared to regular colposcopy: a randomized trial. *Arch Gynecol Obstet* 2004; 270:182.
9. Galaal K, Bryant A, Deane KH, et al. Interventions for reducing anxiety in women undergoing colposcopy. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :CD006013.
10. Carwile JL, Feldman S, Johnson NR. Use of a simple visual distraction to reduce pain and anxiety in patients undergoing colposcopy. *J Low Genit Tract Dis* 2014; 18:317.
11. Gajjar K, Martin-Hirsch PP, Bryant A, Owens GL. Pain relief for women with cervical intraepithelial neoplasia undergoing colposcopy treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 7:CD006120.
12. MacLean AB. Acetowhite epithelium. *Gynecol Oncol* 2004; 95:691.
13. Marina OC, Sanders CK, Mourant JR. Effects of acetic acid on light scattering from cells. *J Biomed Opt* 2012; 17:085002.
14. <http://screening.iarc.fr/viavilichap3.php?lang=1> (Accessed on August 13, 2012).
15. Bornstein J, Bentley J, Bösze P, et al. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol* 2012; 120:166.
16. Schmid BC, Pils S, Heinze G, et al. Forced coughing versus local anesthesia and pain associated with cervical biopsy: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:641.e1.
17. Church L, Oliver L, Dobie S, et al. Analgesia for colposcopy: double-masked, randomized comparison of ibuprofen and benzocaine gel. *Obstet Gynecol* 2001; 97:5.
18. Castle PE, Wentzensen N, Wheeler CM, et al. Effect of the number of biopsies on the subsequent acquisition of new human papillomavirus infections. *Obstet Gynecol* 2009; 114:1057.
19. Wentzensen N, Walker JL, Gold MA, et al. Multiple biopsies and detection of cervical cancer precursors at colposcopy. *J Clin Oncol* 2015; 33:83.
20. Huh WK, Sideri M, Stoler M, et al. Relevance of random biopsy at the transformation zone when colposcopy is negative. *Obstet Gynecol* 2014; 124:670.
21. Gage JC, Hanson VW, Abbey K, et al. Number of cervical biopsies and sensitivity of colposcopy. *Obstet Gynecol* 2006; 108:264.
22. Pretorius RG, Zhang WH, Belinson JL, et al. Colposcopically directed biopsy, random cervical biopsy, and endocervical curettage in the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia II or worse. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:430.
23. Solomon D, Stoler M, Jeronimo J, et al. Diagnostic utility of endocervical curettage in women undergoing colposcopy for equivocal or low-grade cytologic abnormalities. *Obstet Gynecol* 2007; 110:288.
24. Diedrich JT, Felix JC, Lonky NM. Contribution of Exocervical Biopsy, Endocervical Curettage, and Colposcopic Grading in Diagnosing High-Grade Cervical Intraepithelial Neoplasia. *J Low Genit Tract Dis* 2016; 20:52.
25. Gage JC, Duggan MA, Nation JG, et al. Detection of cervical cancer and its precursors by endocervical curettage in 13,115 colposcopically guided biopsy examinations. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:481.e1.
26. Buscema J, Woodruff JD. Significance of neoplastic atypicalities in endocervical epithelium. *Gynecol Oncol* 1984; 17:356.
27. Hopman EH, Voorhorst FJ, Kenemans P, et al. Observer agreement on interpreting colposcopic images of CIN. *Gynecol Oncol* 1995; 58:206.
28. Ferris DG, Litaker M, ALTS Group. Interobserver agreement for colposcopy quality control using digitized colposcopic images during the ALTS trial. *J Low Genit Tract Dis* 2005; 9:29.
29. Guido RS, Jeronimo J, Schiffman M, et al. The distribution of neoplasia arising on the cervix: results from the ALTS trial. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:1331.
30. Underwood M, Arbyn M, Parry-Smith W, et al. Accuracy of colposcopy-directed punch biopsies: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2012; 119:1293.
31. Jeronimo J, Schiffman M. Colposcopy at a crossroads. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:349.
32. Bornstein J, Sideri M, Tatti S, et al. 2011 terminology of the vulva of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *J Low Genit Tract Dis* 2012; 16:290.
33. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin number 66, September 2005. Management of abnormal cervical cytology and histology. *Obstet Gynecol* 2005; 106:645.
34. Wright TC Jr, Menton M, Myrtle JF, et al. Visualization techniques (colposcopy, direct visual inspection, and spectroscopic and other visual methods). Summary of task force 7. *Acta Cytol* 2002; 46:793.
35. Alvarez RD, Wright TC Jr, Optical Detection Group. Increased detection of high-grade cervical intraepithelial neoplasia utilizing an optical detection system as an adjunct to colposcopy. *Gynecol Oncol* 2007; 106:23.