

# RIUNIONE ANNUALE SCREENING CITOLOGICO PADOVA 30 Novembre 2010

*Il test HPV nello screening primario :  
le sfide attuali*

*Massimo Confortini*

*Citologia Analitica e Biomolecolare-ISPO Firenze*



# STUDIO NTCC

## Sintesi principali risultati reclutamento

- La citologia liquida non è più sensibile ma è meno specifica che la citologia convenzionale per CIN di alto grado.
- Gli stessi risultati si ottengono con lettori con grande esperienza di citologia liquida. Art. in preparazione
- **Il test per DNA di HPV oncogeni è più sensibile ma meno specifico che la citologia convenzionale.**
- Associare la citologia al test HPV per lo screening primario migliora solo marginalmente la sensibilità ma diminuisce di molto la specificità
- Con Hybrid Capture2 cut-off a 2 RLU migliore che a 1 RLU

# Utilizzo del test per la ricerca dell'HPV come test di screening

## Premesse

La maggior sensibilità del Test HPV deve tradursi in un minor numero di lesioni trovate nel braccio sperimentale nei round successivi cioè comportare una maggior protezione che permetta di allungare gli intervalli di screening

## Dati disponibili ad oggi

Recente pubblicazione dei risultati di due trial randomizzati controllati che hanno paragonato la performance del test per l'HPV con quella del pap test tradizionale.

- studio olandese
- trial svedese

--risultati del trial multicentrico italiano NTCC

# Il test HPV anticipa la diagnosi e non aumenta sovradiagnosi CIN3

		screening di prevalenza			screening di incidenza		totale 2 round	
		N	CIN3+	DR relativa	CIN3+	DR relativa	CIN3+	DR relativa
Naucler 2007	HPV	6257	72	1,3 (0,9-1,9)	16	0,5 (0,3-1,0)	88	1,04
	citologia	6270	55		30		85	
Bulkmans 2007	HPV	8575	68	1,7 (1,1-2,5)	24	0,5 (0,3-0,7)	92	1,02
	citologia	8580	40		54		94	
Ronco 2010	HPV	34430	105	1,9 (1,4-2,8)	8	0,2 (0,1-0,5)	113	1,23
	citologia	34405	56		36		92	

**NTCC STUDY**  
**DETECTION OF INVASIVE CA CERVIX**  
**BY STUDY PERIOD**

	screening round 1	screening round 2	Total over first two rounds
<b>All ages pooled</b>			
<b>HPV group</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
<b>Cytology group</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>18</b>
<i>P-value</i>	0.62	0.004	0.028

# Sintesi donne 35-60

- Nel braccio sperimentale riduzione significativa dei Ca invasivi al round 2 e totali nei due round (**prevenuti, non solo diagnosi anticipata**)
- Al round 2 nel braccio sperimentale riduzione delle CIN3 e CIN2 del 50% (**diagnosi anticipata di lesioni persistenti**).
- 60% più CIN3 e CIN2 totali trovate nei due round nel braccio sperimentale:
  - **Anticipazione diagnostica HPV vs. citologia >3 anni** (tutte le donne testate con citologia al round 2)
  - **Individuazione di lesioni regressive** (a causa dell'invio diretto?)
- **Nessuna differenza tra HPV solo e HPV+LBC combinati**

# Sintesi donne 25-34

- Al **round 2** riduzione delle **CIN3** nel braccio sperimentale solo con invio diretto a colposcopia delle HPV+ (ma forte aumento della DR **totale** nel corso dei due rounds)
- 45% riduzione delle **CIN2** nel braccio sperimentale al **round 2** con entrambe le strategie
- Forte aumento (3 volte) delle **CIN2 totali** trovati nel corso dei due round nel braccio sperimentale (**sopradiagnosi** di lesioni regressive)
- **Nelle donne giovani il test HPV induce sovratrattamento anche se seguito da triage citologico**

## L'intervallo di screening e l'età di inizio dello screening con test HR HPV DNA

- GLI STUDI DI FATTIBILITA' OGGI IN CORSO PREVEDONO L'INTRODUZIONE DEL TEST HPV COME SCREENING PRIMARIO NELLA FASCIA 25-64 O SOLO NELLA FASCIA 35-64 MANTENENDO IL PAP TEST NELLA FASCIA 25-34

# PROGETTI DI FATTIBILITA'

- La protezione fornita alla donna con un'ipotesi di test HPV ogni tre anni è superiore a quella fornita dalla citologia convenzionale e conseguentemente risulta etico uno studio multicentrico di applicazione routinaria del test HPV.

# PROGETTI DI FATTIBILITA'

- La valutazione dell'operatività riguarda la gestione del nuovo test di screening , il successivo triage citologico, la comunicazione ed il follow-up dei risultati del test HPV, le metodologie necessarie per mantenere elevati livelli qualitativi sia del test molecolare che del test citologico e la creazione di una banca biologica per lo studio di biomarcatori di progressione e specificità

# Quale strategia?

	Endpoint CIN2+				Endpoint CIN3+			
	Detection rate per 1000	Relative sensitivity (95% CI)	PPV %	Relative PPV (95% CI)	Detection rate per 1000	Relative sensitivity (95% CI)	PPV%	Relative PPV (95% CI)
<b>Experimental arm</b>								
Liquid-based cytology $\geq$ ASCUS or HPV $\geq$ 1 pg/mL	4.49	1.47 (1.03 to 2.09)	4.5	0.40 (0.23 to 0.66)	2.33	1.25 (0.78 to 2.01)	2.3	0.34 (0.21 to 0.54)
Liquid-based cytology $\geq$ ASCUS	3.23	1.06 (0.72 to 1.55)	6.5	0.57 (0.39 to 0.82)	1.86	1.00 (0.61 to 1.64)	3.7	0.54 (0.33 to 0.87)
Liquid-based cytology $\geq$ LSIL	2.39	0.78 (0.52 to 1.18)	12.7	1.11 (0.75 to 1.64)	1.50	0.80 (0.48 to 1.36)	7.9	1.14 (0.69 to 1.90)
HPV $\geq$ 1 pg/mL	4.37	1.43 (1.00 to 2.04) <sup>†</sup>	6.6	0.58 (0.33 to 0.98)	2.27	1.22 (0.76 to 1.96)	3.5	0.50 (0.32 to 0.79)
HPV $\geq$ 2 pg/mL	4.25	1.41 (0.98 to 2.01)	8.5	0.75 (0.45 to 1.27)	2.21	1.19 (0.74 to 1.92)	4.4	0.63 (0.40 to 1.00) <sup>‡</sup>
Liquid-based cytology $\geq$ ASCUS and HPV $\geq$ 1 pg/mL	3.11	1.02 (0.69 to 1.50)	18.8	1.66 (1.16 to 2.36)	1.80	0.96 (0.58 to 1.59)	10.9	1.57 (0.97 to 2.54)
<b>Conventional arm</b>								
Conventional cytology $\geq$ ASCUS	3.06	1.00 (referent)	11.4	1.00 (referent)	1.86	1.00 (referent)	6.9	1.00 (referent)
Conventional cytology $\geq$ LSIL	2.52	0.82 (0.69 to 0.95)	21.4	1.88 (1.60 to 2.06)	1.56	0.84 (0.66 to 0.95)	13.3	1.92 (1.53 to 2.13)

# HPV DNA come test primario, con triage citologico

- Razionale: prima il test più sensibile poi quello più specifico.
- Il numero di CIN2+ individuato al base-line è  $\leq$  a quello trovato dalla citologia (no colpo per cito-).
- Individua un gruppo di donne a rischio intermedio, HPV+ cito-, che viene mandata a intervallo ravvicinato (1 anno). In queste donne si realizza il guadagno di detection rate e la maggiore anticipazione diagnostica.

# HPV DNA come test primario, con triage citologico

- Il numero di colposcopie al base line è minore della citologia . Diventa simile se si includono le colpo a 1 anno
- Evidence based: no over-diagnosi e over-treatment di lesioni regressive, rispetto al Pap test nelle donne >30aa (SwedTrial, POBASCAM, NTCC).
- Un intervallo >5 anni può essere raccomandato nelle donne HPV-.

Prelievo striscio convenzionale +  
STM (per test HPV)  
o prelievo in fase liquida

Test HPV

Negativo

5 aa o più

Positivo

colorazione e lettura  
vetrino

Negativo

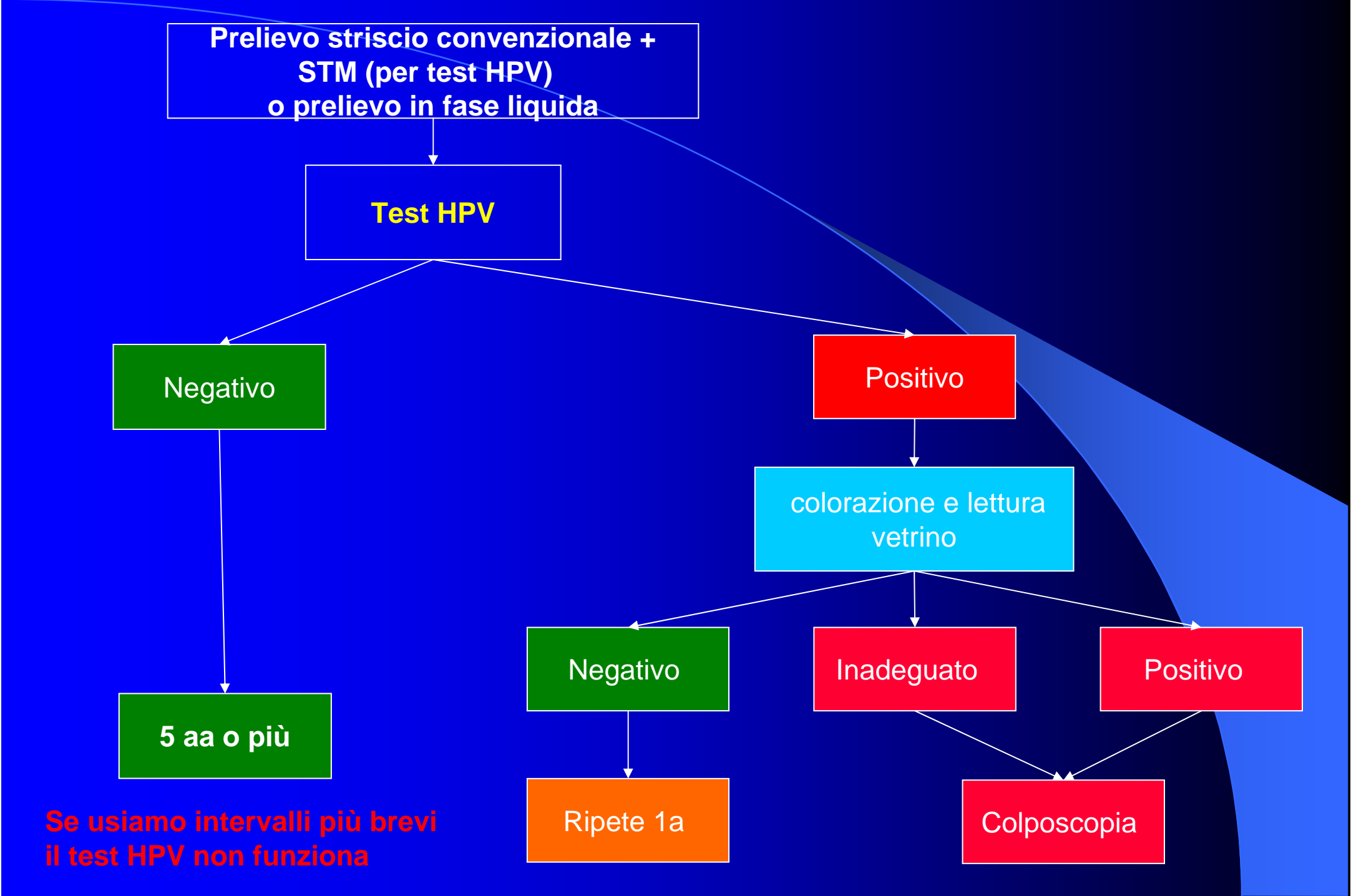
Ripete 1a

Inadeguato

Colposcopia

Positivo

Se usiamo intervalli più brevi  
il test HPV non funziona



# Follow-up

HPV+  
Cito ASCUS+

Colposcopia  
negativa

Follow-up sulla base  
della citologia

Colposcopia positiva

Istologia/eventuale  
terapia secondo  
protocolli

# Follow-up

HPV ad un anno +  
(Citologia)

HPV+

Colposcopia

HPV-

Rientro nel normale  
intervallo di screening

# Progetto di fattibilità HPV Torino e Ivrea , Reggio Emilia e Trento

- Randomizzazione per coorte di nascita dopo i 35 anni
- Reclutamento di circa 60.000 donne nei due bracci
- HC2 come unico test primario. Insieme preparato ma non letto striscio citologico convenzionale
- Per le positive triage con citologia convenzionale
  - se ASCUS + invio immediato in colposcopia
  - Se <ASCUS ripete HC2 a 1 anno ed inviata in colposcopia se persiste positivo

# PROGETTI DI FATTIBILITA'

- Le donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni residenti in specifiche aree delle Aziende Spedali Civili di Brescia, Firenze-ASL10, ASL Roma G, Vallecamonica, Este Monselice, Padova e Alta Padovana, Ferrara ed eleggibili allo screening saranno invitate, alla scadenza dei tre anni dall'episodio di screening precedente a sottoporsi al test per la ricerca dell'HPV.

# Gruppo di 1° livello

Rivisitazione del ruolo del Pap test e dell'HPV-DNA test nell'era della vaccinazione anti-HPV

Coordinatori: Donatella Beccati, Massimo Confortini e Basilio Passamonti

Componenti:

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1. Antonella Pellegrini | <a href="mailto:apellegrini@hsangiovanni.roma.it">apellegrini@hsangiovanni.roma.it</a> |
| 2. Deborah French       | <a href="mailto:deborafrench@uniroma1.it">deborafrench@uniroma1.it</a>                 |
| 3. Simonetta Bulletti   | <a href="mailto:nmartinelli@ausl2.umbria.it">nmartinelli@ausl2.umbria.it</a>           |
| 4. Morena Malaspina     | <a href="mailto:nmartinelli@ausl2.umbria.it">nmartinelli@ausl2.umbria.it</a>           |
| 5. Maria Luisa Schiboni | <a href="mailto:mlschiboni@hsangiovanni.roma.it">mlschiboni@hsangiovanni.roma.it</a>   |
| 6. Gioia Montanari      | <a href="mailto:gioiamontanari@tin.it">gioiamontanari@tin.it</a>                       |
| 7. Paolo Dalla Palma    | <a href="mailto:Paolo.DallaPalma@apss.tn.it">Paolo.DallaPalma@apss.tn.it</a>           |
| 8. Amedeo Lattanzi      | <a href="mailto:amedeo.lattanzi@aslteramo.it">amedeo.lattanzi@aslteramo.it</a>         |
| 9. Claudio Angeloni     | <a href="mailto:claudio.angeloni@aslteramo.it">claudio.angeloni@aslteramo.it</a> ;     |
| 11. Tatiana Reggi       | <a href="mailto:tatiana.reggi@aslteramo.it">tatiana.reggi@aslteramo.it</a>             |
| 12. Paolo Barbarino     | <a href="mailto:dott.barbarinop@fiscali.it">dott.barbarinop@fiscali.it</a>             |
| 13. M. Concetta Tufi    | <a href="mailto:screening@aslromag.it">screening@aslromag.it</a>                       |
| 14. Galliano Tinacci    | <a href="mailto:galliano.tinacci@asf.toscana.it">galliano.tinacci@asf.toscana.it</a>   |
| 15. Vera Stornelli      | <a href="mailto:vittbera@tin.it">vittbera@tin.it</a>                                   |
| 16. Francesca Carozzi   | <a href="mailto:f.carozzi@ispo.toscana.it">f.carozzi@ispo.toscana.it</a>               |
| 17. Paolo Giorgi Rossi  | <a href="mailto:giorgirossi@asplazio.it">giorgirossi@asplazio.it</a>                   |
| 18. Manuel Zorzi        | <a href="mailto:manuel.zorzi@ioveneto.it">manuel.zorzi@ioveneto.it</a>                 |

**GISCI**

Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma

# Gruppo di 1° livello

## Studio di concordanza inter-laboratorio e VEQ per test HPV-DNA HR

**Coordinatore: Francesca Carozzi**

**Componenti:**

1. Annarosa del Mistro [annarosa.delmistro@ioveneto.it](mailto:annarosa.delmistro@ioveneto.it)
2. Anna Gillio-Tos [gilliotos\\_demarco@yahoo.it](mailto:gilliotos_demarco@yahoo.it)
3. Laura deMarco [gilliotos\\_demarco@yahoo.it](mailto:gilliotos_demarco@yahoo.it)
4. Maria Teresa Sandri [maria.sandri@ieo.it](mailto:maria.sandri@ieo.it)
5. Lucia Giovannelli [lucia.giov@unipa.it](mailto:lucia.giov@unipa.it)
6. Deborah French [deborah.french@uniroma1.it](mailto:deborah.french@uniroma1.it)
7. Maria Benevolo [benevolo@ifo.it](mailto:benevolo@ifo.it)
8. Simonetta Bulletti [sbulletti@ausl2.umbria.it](mailto:sbulletti@ausl2.umbria.it)
9. Basilio Passamonti [bpassamonti@ausl2.umbria.it](mailto:bpassamonti@ausl2.umbria.it)
10. Massimo Confortini [m.confortini@ispo.toscana.it](mailto:m.confortini@ispo.toscana.it)
11. Donatella Beccati [donatella.beccati@unife.it](mailto:donatella.beccati@unife.it)
12. Tatiana Reggi [tataiana.reggi@aslteramo.it](mailto:tataiana.reggi@aslteramo.it)
13. Iva Maestri [msi@unife.it](mailto:msi@unife.it)
14. Maria Luisa Schiboni [mlschiboni@hsangiovanni.roma.it](mailto:mlschiboni@hsangiovanni.roma.it)
15. Federico Morigi [fmorigi@ausl-cesena.emr.it](mailto:fmorigi@ausl-cesena.emr.it)
16. Stefania Benini [stefania.benini@ausl-cesena.emr.it](mailto:stefania.benini@ausl-cesena.emr.it)
17. Paolo Dalla Palma [Paolo.DallaPalma@apss.tn.it](mailto:Paolo.DallaPalma@apss.tn.it)
18. Amedeo Lattanzi [amedeo.lattanzi@aslteramo.it](mailto:amedeo.lattanzi@aslteramo.it)
19. Vincenzo Maccallini [vmaccallini@alice.it](mailto:vmaccallini@alice.it)
20. Gioia Montanari [gioiamontanari@tin.it](mailto:gioiamontanari@tin.it)
21. Morena Malaspina [nmartinelli@ausl2.umbria.it](mailto:nmartinelli@ausl2.umbria.it)
22. Irene Paganini [i.paganini@ispo.toscana.it](mailto:i.paganini@ispo.toscana.it)
23. Antonella Pellegrini\_ [apellegrini@hsangiovanni.roma.it](mailto:apellegrini@hsangiovanni.roma.it)



Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma

# ***Gruppo di 1° livello***

## **3. ALGORITMO BASATO SUL TEST HPV E SUCCESSIVO TRIAGE CITOLOGICO**

- **L'algorithmo raccomandato nei progetti di fattibilità è basato sul triage citologico dopo test HPV positivo. Allo stato attuale non sono previsti nell'algorithmo biomarcatori di specificità e progressione estremamente promettenti, ma tuttora oggetto di specifici studi sperimentali.**

**GISCI**

*Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma*

# Triage citologico

- Il triage citologico rappresenta il punto fondamentale dell'algoritmo per riportare la specificità a livelli accettabili.
- Come test filtro deve essere in grado di stratificare le pazienti HPV positive in pazienti a basso rischio di patologia da inviare ad un controllo annuale e pazienti ad alto rischio di patologia da inviare a colposcopia.
- E' essenziale monitorare in modo continuo le percentuali di citologie negative ed il valore Predittivo Positivo delle diagnosi ASC-US+.

**GISCI**

*Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma*

# Triage citologico

- **I casi citologici saranno casi ad alta prevalenza di citologia anormale. E' ipotizzabile che la frequenza di anomalità si attesti da un 30 al 50% dei casi esaminati.**
- **Tenendo conto che la media nazionale di invio al secondo livello colposcopico basata sulla survey nazionale 2007 è circa il 2,4%, la possibilità di trovare anomalità nel triage è più che decuplicata.**

# CdQ triage citologico

- **Conseguentemente vi è la imperante necessità di mirare il CdQ a questa nuova situazione che pone il citologo davanti a scelte diagnostiche su casi di pazienti potenzialmente ad aumentato rischio di patologia.**

# Gruppo di 1° livello

	Standard accettabile	Standard desiderabile
Laboratorio dedicato al triage citologico	<p><b>Controllo qualità interno</b></p> <p>Monitoraggio statistico Predittività classi diagnostiche Peer review Revisione falsi negativi</p> <p><b>Controllo qualità esterno</b></p> <p>Peer review</p>	<p><b>Controllo qualità interno</b></p> <p>Monitoraggio statistico Predittività classi diagnostiche. Peer review Rilettura rapida di tutto il vetrino anche con l'ausilio di sistemi computer Revisione falsi negativi</p> <p><b>Controllo qualità esterno</b></p> <p>Peer review Lettura set di immagini digitali /set operativi</p>

**GISCI**

Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma

# **Gruppo di 1° livello**

## **7. CENTRALIZZAZIONE DEI TEST MOLECOLARI E DELLA LETTURA DEL PAP TEST**

- **L'utilizzo del test HPV nello screening primario richiede la centralizzazione degli esami in laboratori in grado di eseguire in modo automatizzato almeno 20.000 test annui .....**
- **Anche la lettura citologica dovrebbe essere centralizzata per più programmi di screening di aree omogenee al fine di ottimizzare il numero di letture .....**

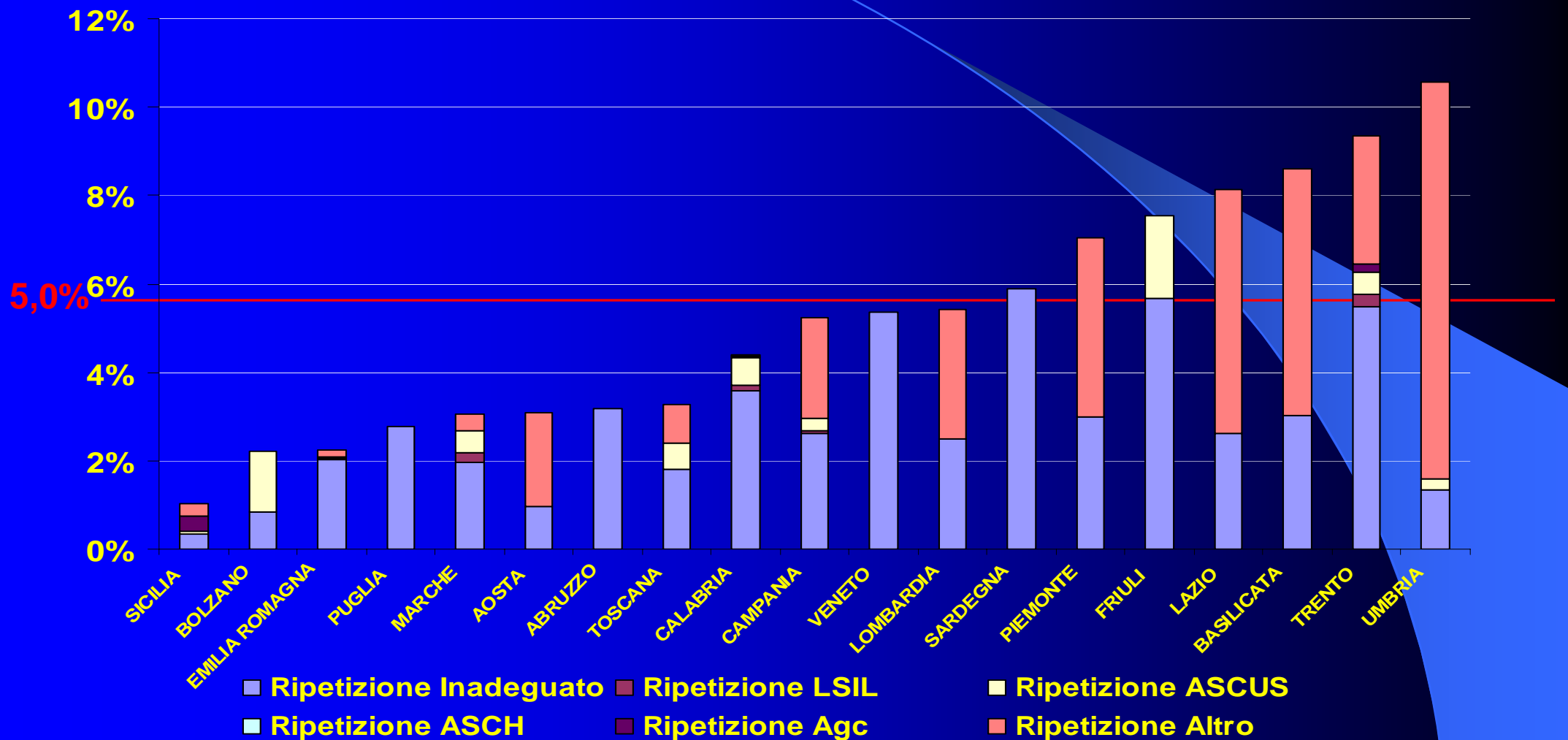
**GISCI**

*Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma*

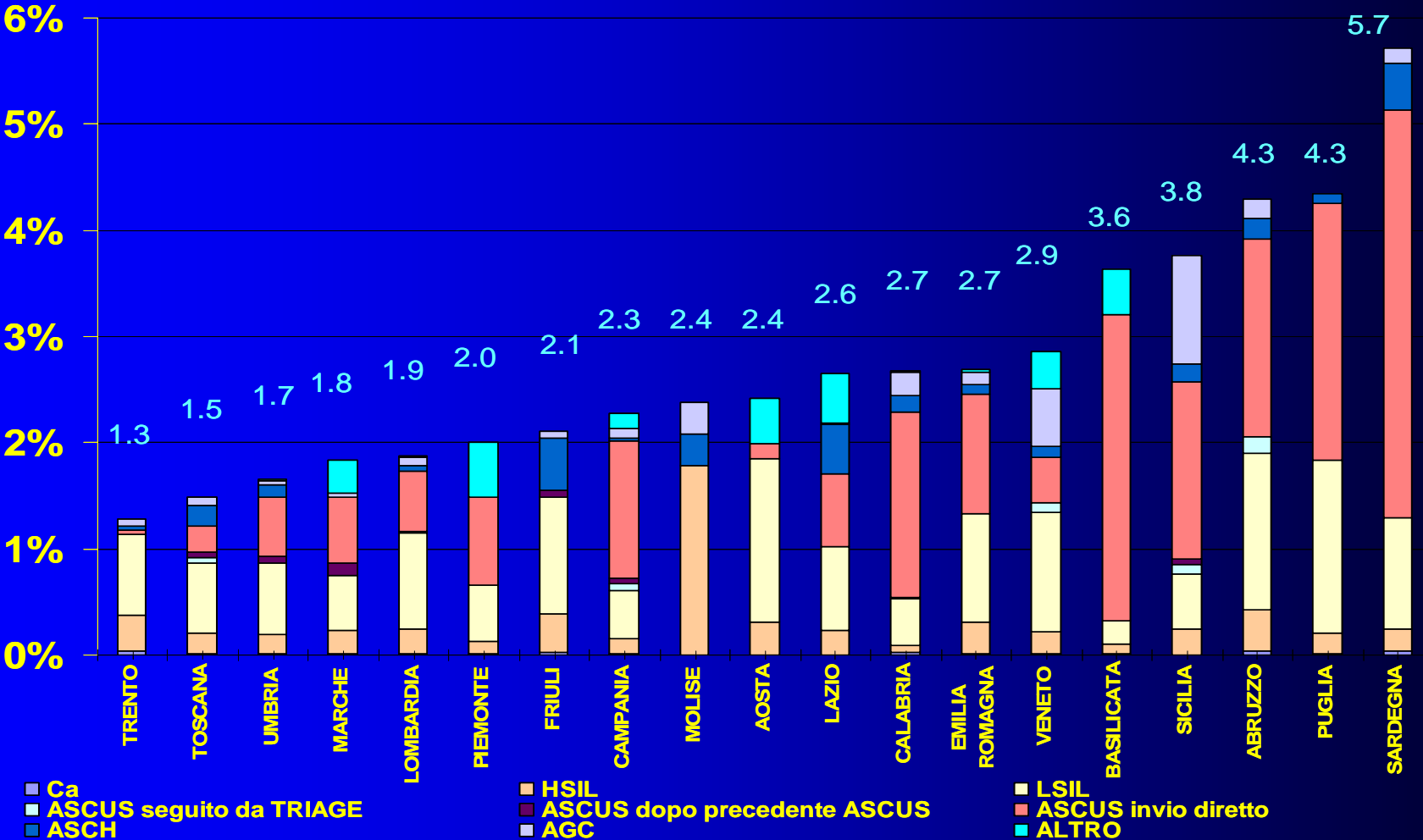
# RISULTATI TRIAGE

Centri	Prevalenza HPV	Citologia Positiva Fase1	Referral rate
Abruzzo	10,8%	46,7%	5,4% ( 4,3%)
Ferrara	9,89%	44,5%	4,4% ( 2,7%)
Firenze	9,23%	28,2%	2,6% (1,5%)
Roma G	<b>GUIDONIA 5,6%</b> <b>TIVOLI 6,8%</b>	<b>GUIDONIA 33%</b> <b>TIVOLI 38%</b>	1,8% (2,6%) 2,6% (2,6%)
Trento	3,9%	19,2%	0,7% (1,3%)
Vallecamonica	8,6%	47% ( 8,2%)	4% (1,9%)
Veneto ULSS17	<b>5,9%</b>	54%	3,2% (2,9%)

# Raccomandazione alla ripetizione della citologia per causa. Survey attività 2007. Distribuzione tra le regioni.

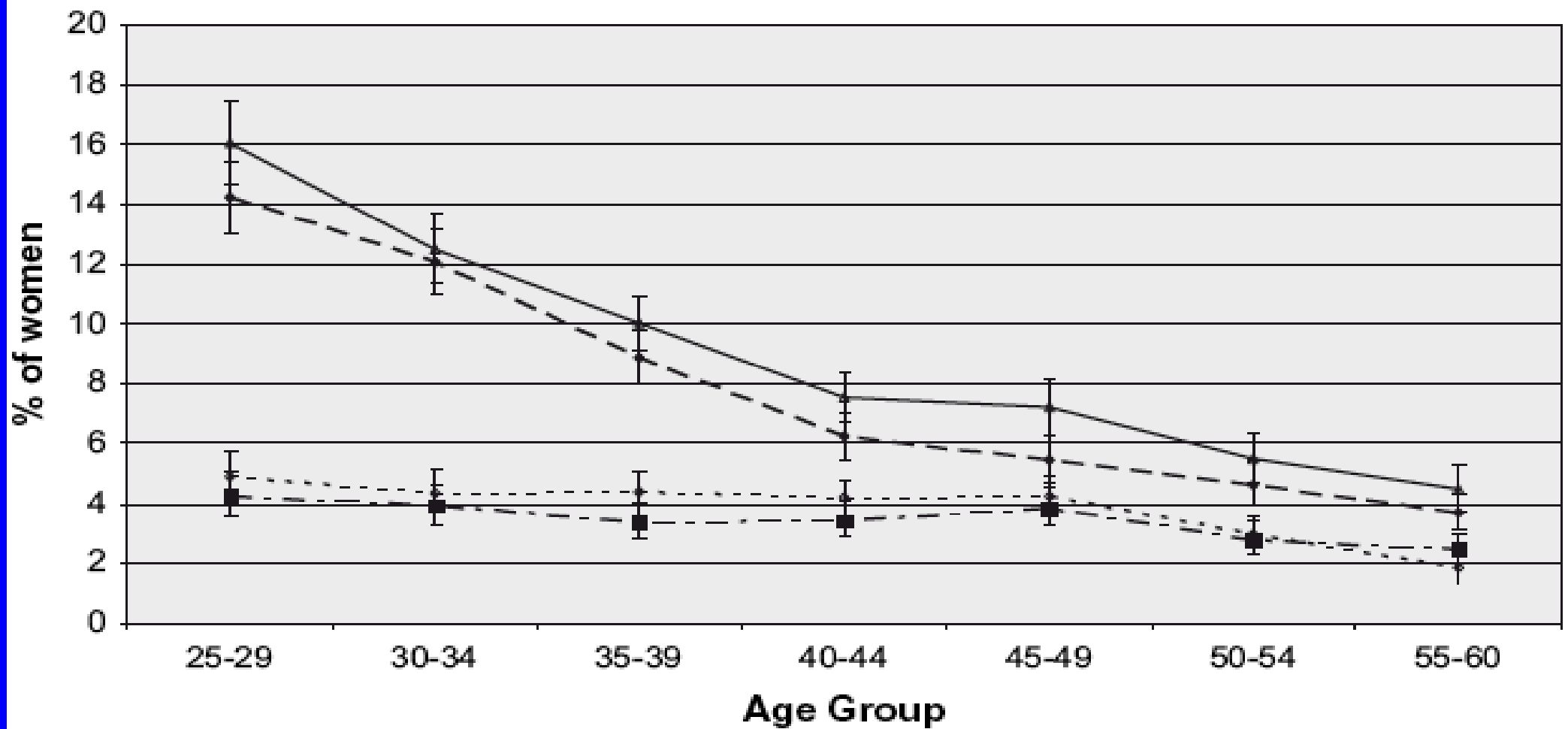


# Proporzione di donne invitate in colposcopia (Referral Rate) per Regione e motivo di invio



## NTCC STUDY

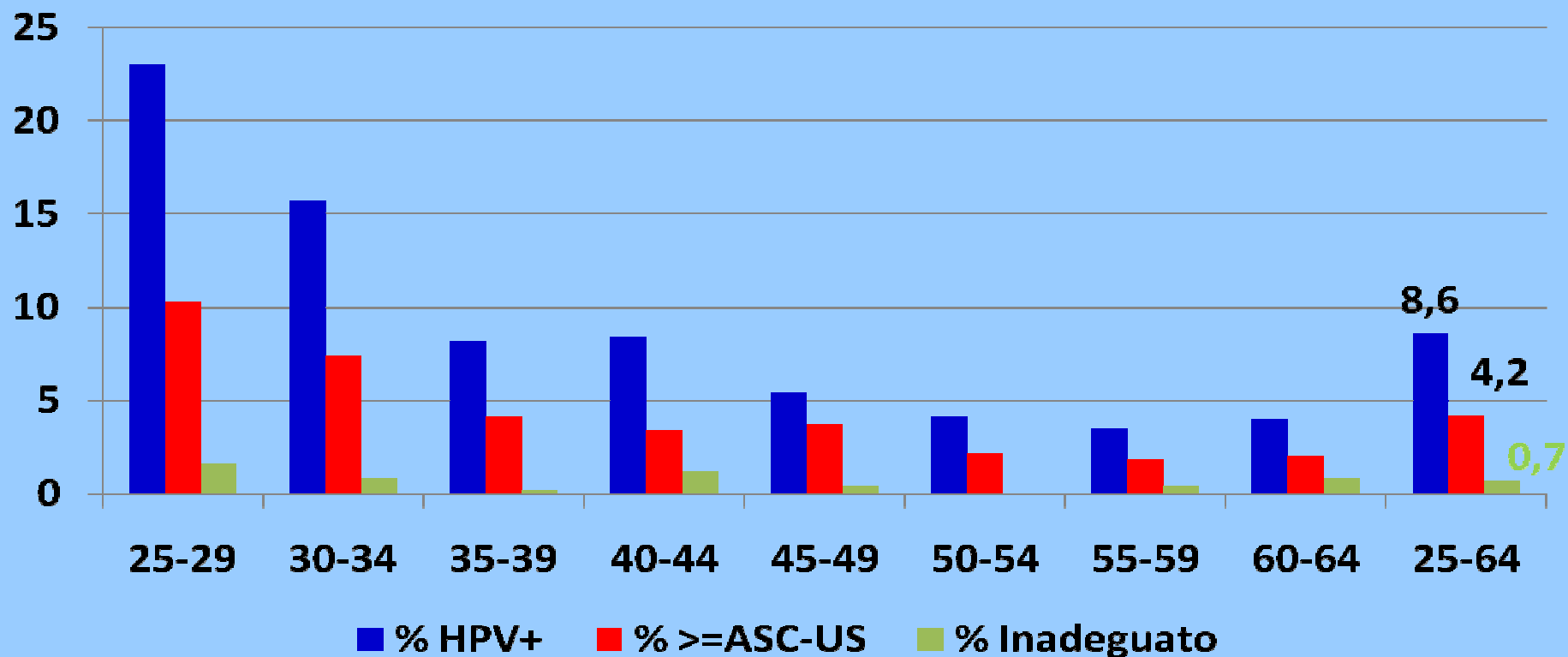
donne positive alla citologia e all'HPV per età



# VALLECAMONICA Test HPV

inviti 4700 / 2903 test HPV – adesione: 62%

% HPV+ e Triage citologico  $\geq$ ASC-US



Tasso di identificazione (DR x 1.000) di lesioni CIN2+: 5,5‰

# Risultati pilota Firenze

<b>Donne arruolate</b>	<b>1073</b>
<b>Proporzione di test HPV positivi (%)</b>	<b>99 (9,23%)</b>
<b>Quota di Pap test positivo tra le donne HPV+</b>	<b>28(28,2%)</b>
- donne 25-34anni	28,1%
- donne 35-64 anni	28,3%
<b>Quota di invii a colposcopia (HPV+ Pap+)</b>	<b>28/1073 (2,6%)</b>
<b>Quota di richiami ad un anno (HPV+ Pap-)</b>	<b>71/1073 (6,7%)</b>
<b>Lesioni con istologia Cin2+ individuate 25-34</b>	<b>1 CIN3</b>
<b>Lesioni con istologia Cin2+ individuate 35-64</b>	<b>2CIN2+3CIN3</b>

***Multicentrico***  
**HPV test primario e Triage Citologico** nello Screening  
del cervicocarcinoma

## INDICATORI HPV PRIMARIO BASE LINE- TIVOLI VS GUIDONIA

TIVOLI - 2009-2010

Compliance, test HPV e Citologia (Base Line)	n.	%
Donne invitate	22.579	
Adesione	5079	22.5
HPV positive	348	6.8
Citologia NEG.VE	217	62
Citologia POS.VE (ASCUS+)	131/348	38
Detection Rate B. Line (CIN2+)	23/5079 (4.5‰)	

GUIDONIA - 2007-2008

Compliance, test HPV Triage (Base Line)	n.	%
Donne invitate	23.488	
Adesione	7.649	32.5
HPV positive	428	5.6
HPV +/Citologia NEG.VE	286/428	67
HPV+/Citologia (ASCUS+)	142/428	33
Detection Rate B. Line (CIN2+)	21/7649 (2.7 ‰)	

# Esito dei Pap test – fino al 30/06/2010

## Ulss 17 Veneto

	N°	%
● Negativo	115	38.7
● ASC-H	6	2.0
● AGC	2	0.7
● LSIL	160	53.9
● HSIL	14	4.7
<b>TOTALE</b>	<b>297</b>	<b>100</b>

# Esito dei Pap test – luglio-ottobre 2010

## Ulss 17 Veneto

	N°	%
● Negativo	95	67.4
● ASC-H	1	0.7
● AGC	1	0.7
● LSIL	40	28.4
● HSIL	4	2.8
<b>TOTALE</b>	<b>141</b>	<b>100</b>

# Trento

## Distribuzione per categorie

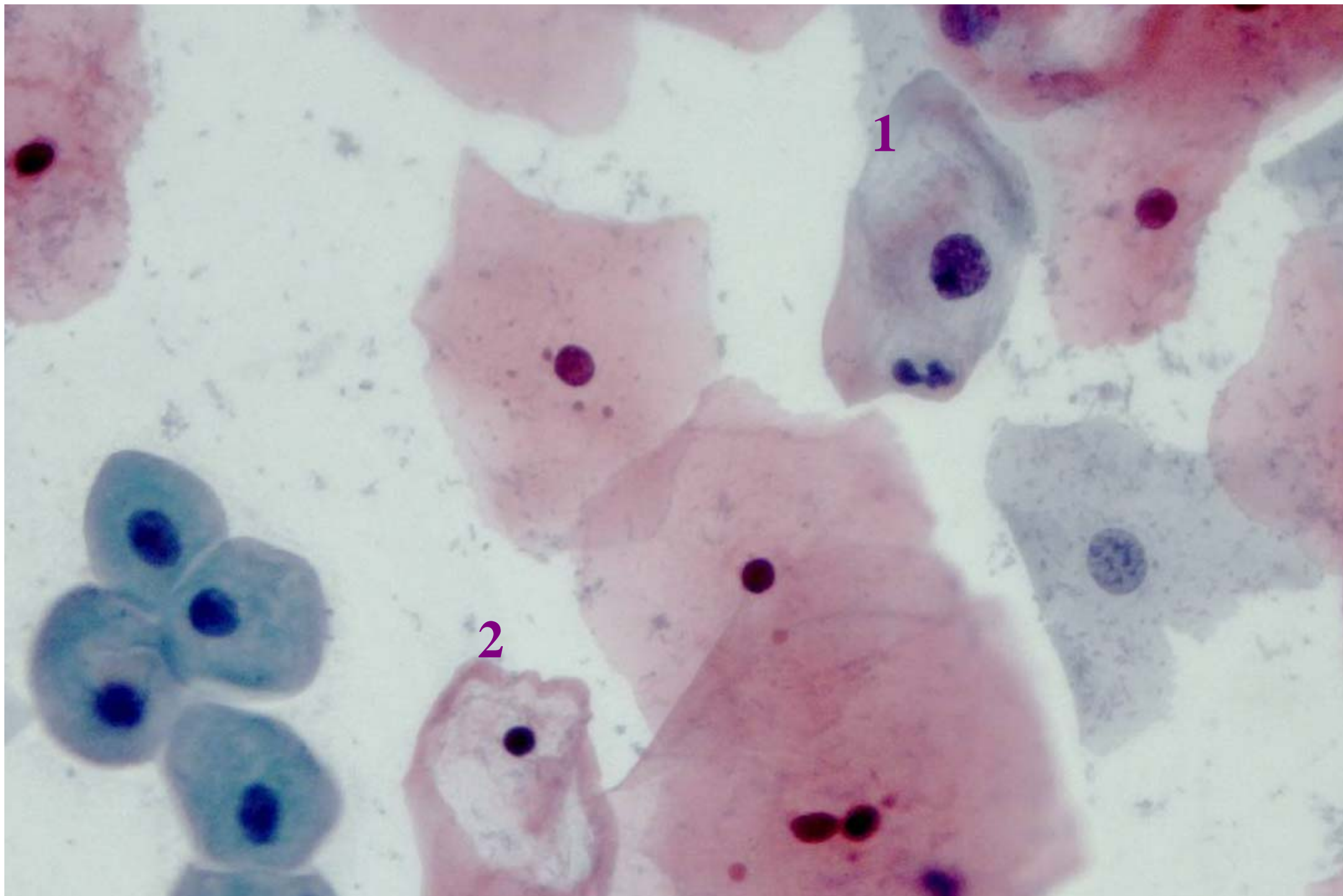
Categoria	
NEGATIVO	89
ASC-US	0
LSIL	17
ASC-H	2
HSIL+	1

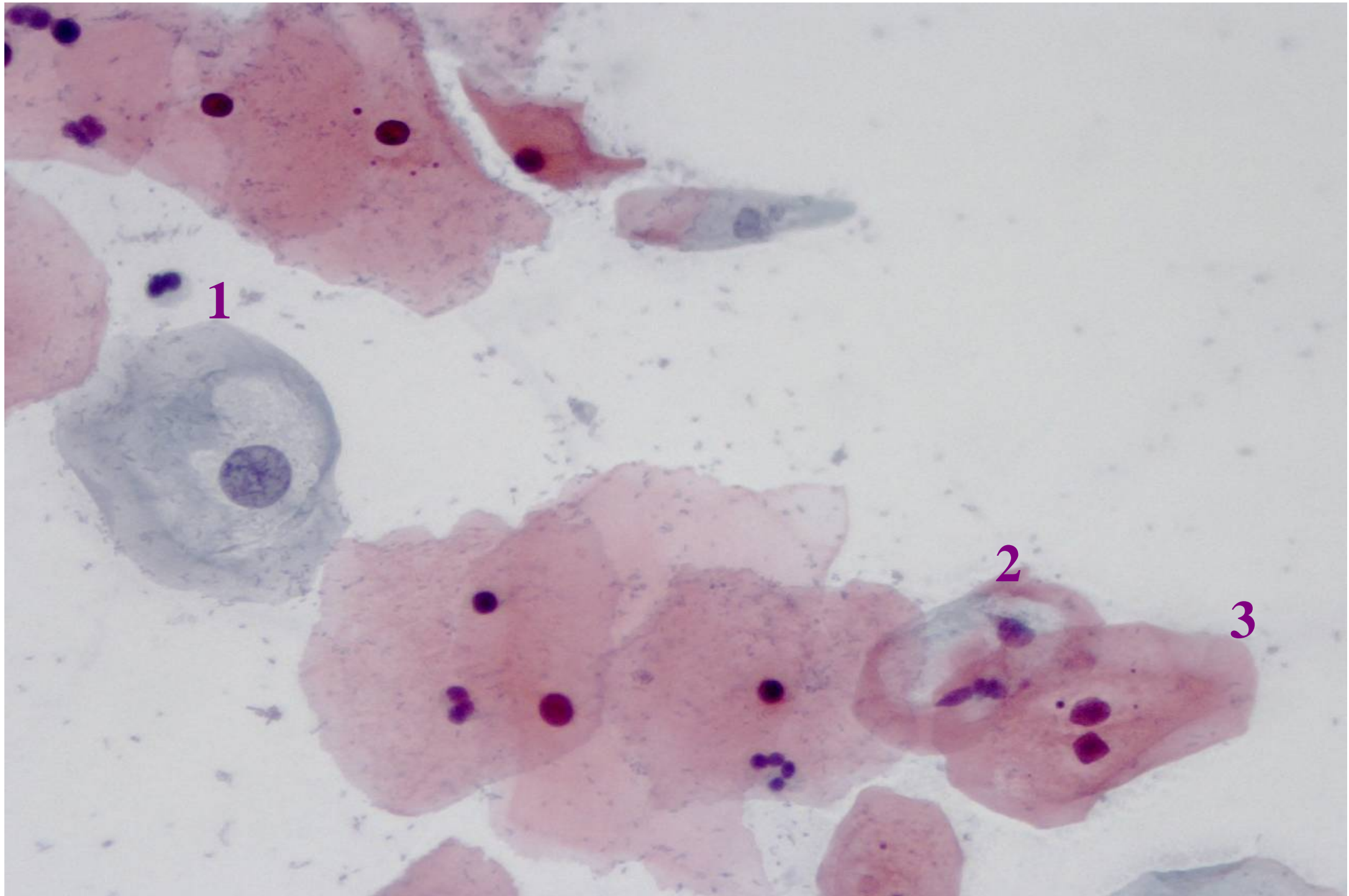
# TEST HPV HR E TRIAGE CITOLOGIA

Test HPV HR HC2 Digene-Qiagen					
HPV positivo			HPV negativo		
	n.	%		n.	%
	99	9.89		902	90.11
<b>TRIAGE CITOLOGIA</b>					
assenza	55	55.5	<b>Referral Rate 4.44% (44/99)</b>		
ASC-US	18	18.9			
ASC-H	1	1.01			
LSIL	23	23.2			
HSIL	2	2.02			
<b>TOTALE</b>	<b>99</b>			<b>902</b>	

# CITOLOGIA DI TRIAGE

- Non cambiano i quadri morfologici ma cambia in modo significativo la loro frequenza
- Necessità di formazione
- Necessità di rivedere il concetto di ASC-US
- Necessità di definire un modello dicotomico nel quale il negativo assume un diverso significato in quanto viene inviato ad un controllo annuale e non triennale come avviene nello screening





# PROGETTO FORMATIVO ONS

- La necessità di avviare un percorso formativo per tutte le figure professionali coinvolte nel cambiamento
- L'omogeneità dell'offerta formativa unica su tutto il territorio nazionale da promuovere sulla base di esigenze locali o regionali
- La definizione di un modello formativo composto da una parte che risponda all'esigenza di conoscenza dell'intero percorso e da una parte che sia specifica per le problematiche delle singole fasi del processo e dei professionisti coinvolti

# PROGETTO FORMATIVO ONS

**Il programma dovrebbe essere articolato in 4 punti:**

- **Corso teorico pratico sui modelli operativi per il test HPV nello screening rivolto ai citologi (parte teorico-pratica) ma anche agli altri operatori dello screening**
- **Corsi pratici al microscopio rivolti specificatamente ai citologi**
- **Corsi teorico-pratici sui modelli di controllo di qualità interno ed esterno con l'ausilio di set di vetrini ed immagini digitali**
- **Seminari di consenso e discussione sui controlli di qualità esterni**

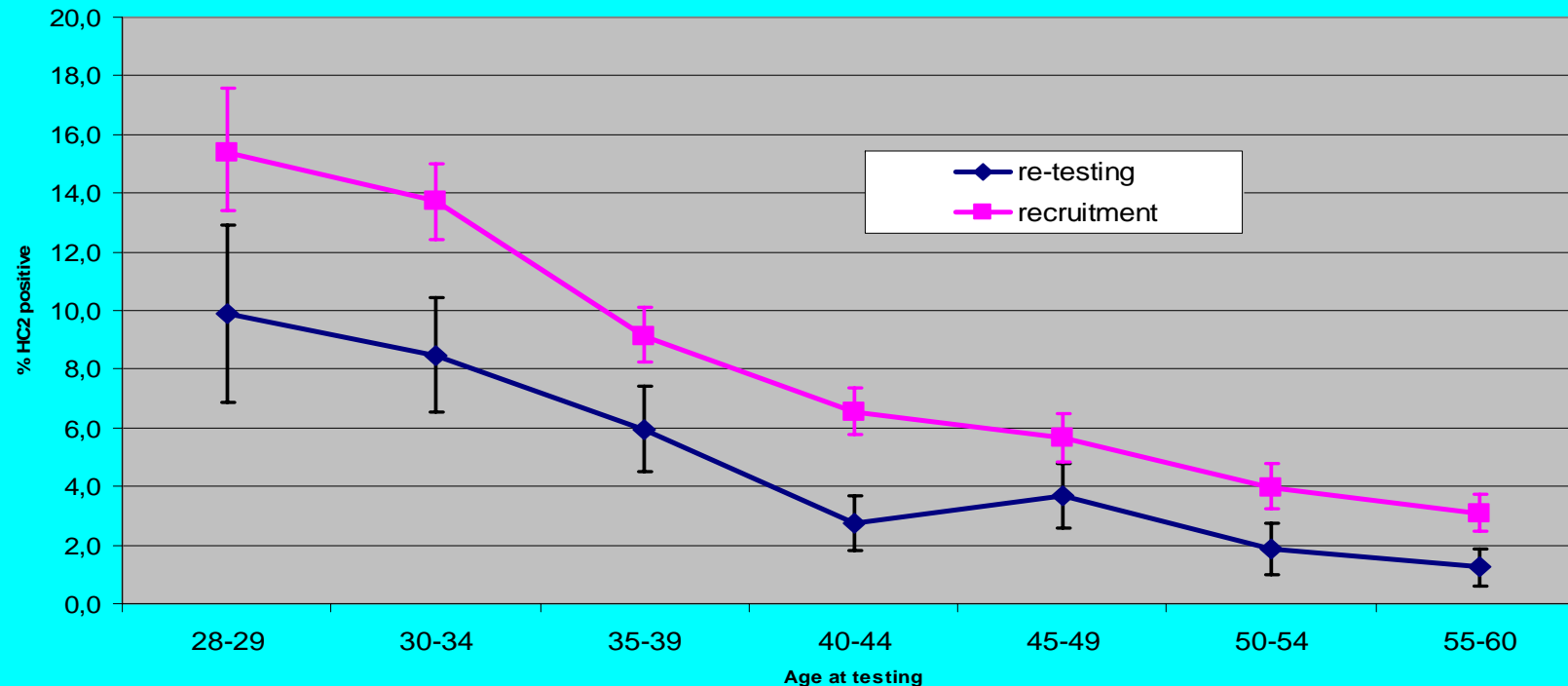
# L'intervallo di screening e l'età di inizio dello screening con test HR HPV DNA

- Allungamento degli intervalli di screening
- La piena valutazione dei round successivi di screening dei maggiori trial randomizzati permetterà di stabilire il tempo per il quale si mantiene una maggior protezione del test e stabilire l'intervallo appropriato di screening

# L'intervallo di screening e l'età di inizio dello screening con test HR HPV DNA

- La sovradiagnosi che viene evidenziata in particolare nello studio NTCC richiede di condividere scelte operative a conclusione dei primi studi di fattibilità
  1. Mantenere lo screening citologico nella fascia 25-34
  2. Modificare tempi e modalità di controllo introducendo protocolli più conservativi nel trattamento delle lesioni CIN2

# NTCC STUDY : HPV prevalence at recruitment and at re-testing after 3 years in women who were negative at previous round. By age at testing



The proportion of women tested positive at the new round decreased with increasing age from 9.9% (95%CI 6.9-12.9) among women aged 28-29 years at recruitment to 2.7% (95% CI 1.8-3.7) among women aged 40-44 years at recruitment and to 1.2% (95% CI 0.6-1.9) among women aged 55-60 years at recruitment

## SEMINARIO

**HPV E CARCINOMA CERVICALE:**  
strategie di prevenzione primaria  
e secondaria in sanità pubblica  
e miglioramento  
dell'empowerment delle donne  
verso la prevenzione

**4 dicembre 2008**

**AUDITORIUM AL DUOMO**  
Via de' Cerretani 54r - Firenze

*Con il Patrocinio*

*Gruppo Italiano Screening del  
Cervicocarcinoma (GISCi)*

*Società Italiana di Citologia (SICi)*

**III sessione: vaccinazione e screening.**

**HPV e carcinoma cervicale: il dovere di  
una informazione responsabile**

**GR Montanari – CPO Piemonte**

