



Padova, 30 novembre 2010

Impatto dei programmi di screening cervicale

Manuel Zorzi

Istituto Oncologico Veneto IRCCS

Registro Tumori del Veneto

Impatto dello Screening Cervicale

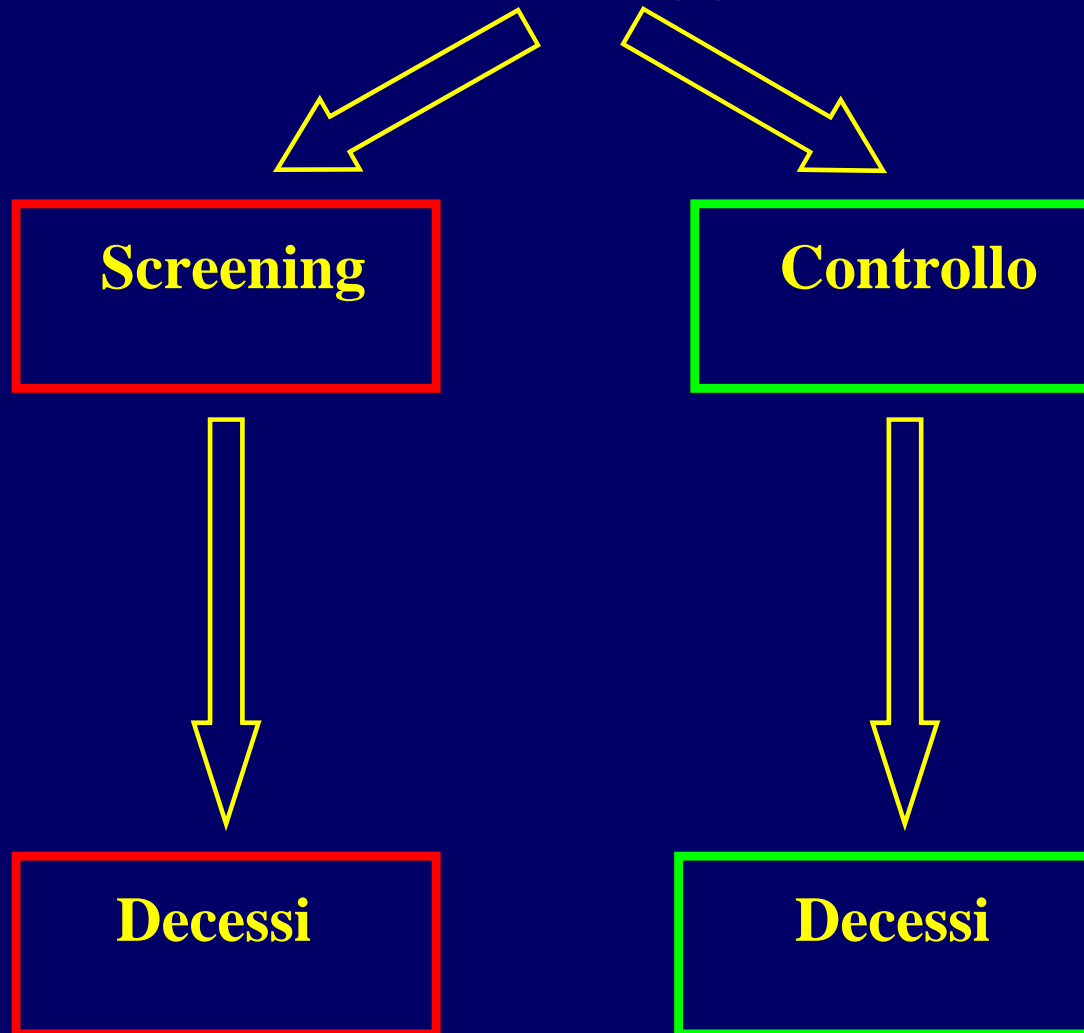
- ↓ mortalità specifica
- ↓ incidenza
- ↓ aggressività terapeutica
- ↑ qualità di vita

Altri effetti dello screening

- uso razionale delle risorse
- lavoro multidisciplinare
- attenzione alla qualità / valutazione della qualità e appropriatezza dei casi a presentazione clinica
- equità dell'offerta

TRIAL

Donne eleggibili

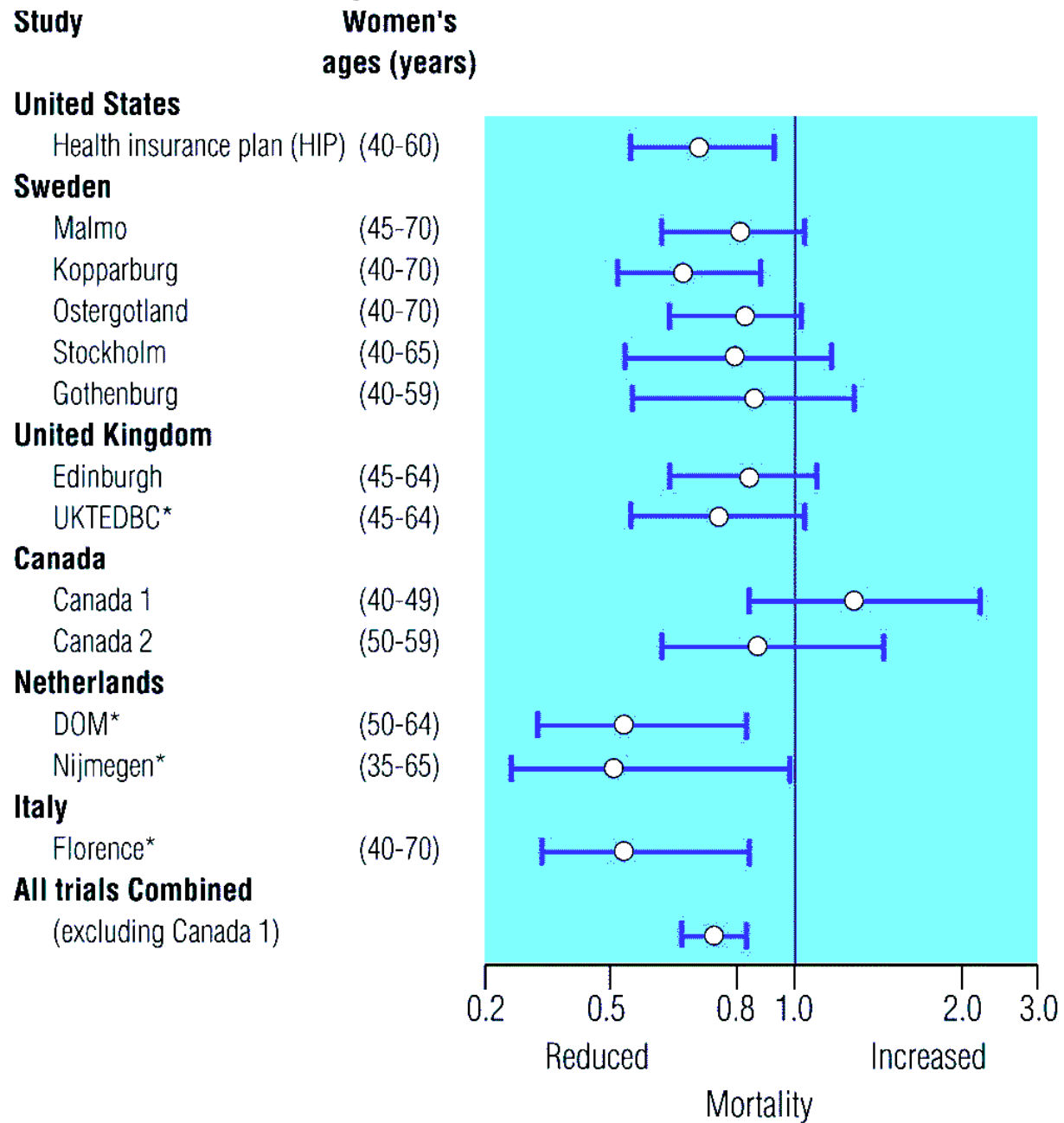


Sintesi dei principali studi di efficacia sullo screening mammografico

Studio	Anno	Classe età	Numero di donne		Test	Intervallo screening (mesi)
	Inizio		Studio	Controllo		
HIP (NY) [Shapiro, 1988]	1963	40-46	31000	31000	M + C	12
MALMÖ [Anderson, 1988]	1976	45-69	21000	21000	M	18-24
2 CONTEE SVEZIA [Tabar, 1995]	1977	45-69	77000	56000	M	24-33
EDIMBURGO [Roberts, 1990]	1979	45-64	23000	23000	M + C	12-24
CANADA 1 [Miller, 1990]	1980	40-49	25000	25000	M + C	12
CANADA 2 [Miller, 1992]	1981	50-59	39000	20000	Studio = M Contr. = C	12
STOCCOLMA [Frisell, 1991]	1981	40-64	40000	20000	C	28
GOTHENBURG [Nystrom, 1993]	1982	40-59	20724	28809	C	18
TUTTI			276.724	224.809		

M: mammografia
C: esame clinico

Studi randomizzati e caso-controllo(*) sullo screening mammografico: mortalità a 7-12 anni



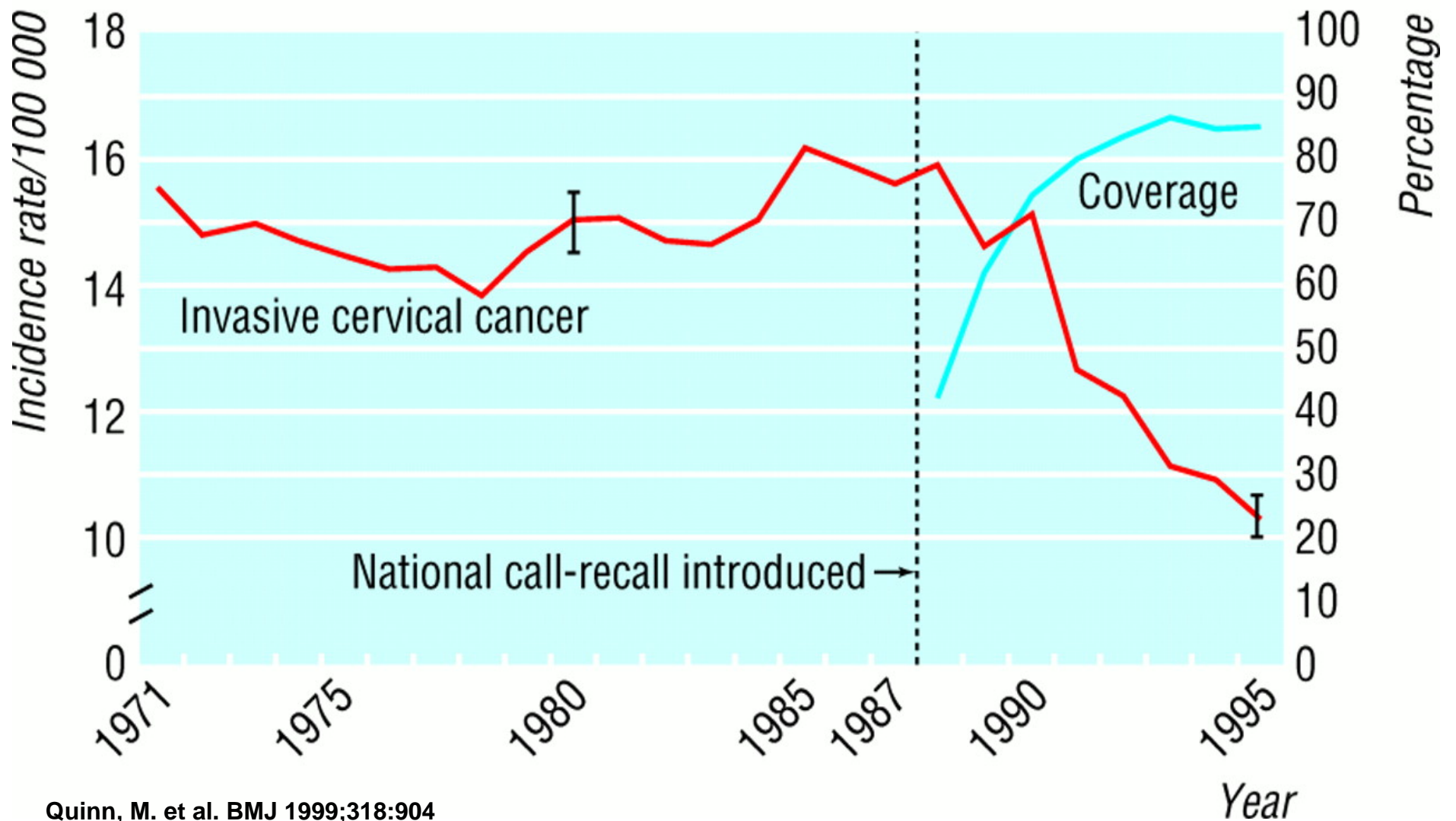
Metanalisi dei risultati di 4 trial sullo screening del cancro coloretale mediante SOF (endpoint: mortalità specifica)

STUDIO	GRUPPO STUDIO n/N	CONTROLLO n/N	Or	Ic 95%
Funen	205/30.967	249/30.966	0,82	0,66-0,99
Goteborg	121/34.144	138/34.164	0,88	0,69-1,12
Minnesota	199/31.157	121/15.394	0,81	0,64-1,02
Nottingham	360/76.466	420/76.384	0,86	0,74-0,99
Totale	885/172.734	928/156.908	0,84	0,77-0,92

RIDUZIONE DELLA MORTALITA' PER CA DELLA CERVICE TRA IL 1965 ED IL 1982 NEI PAESI NORDICI

Paese	Gruppo target (età)	Copertura (%)	Riduzione (%) della mortalità
Islanda	25-69	80	80
Finlandia	30-55	75	50
Svezia	30-49	70	50
Danimarca	30-50	35	25
Norvegia	25-60	3	10

Incidenza di cancro invasivo della cervice (std per età) e copertura di screening (England, 1971-95)



Quinn, M. et al. *BMJ* 1999;318:904

Copyright ©1999 BMJ Publishing Group Ltd.

Carcinoma della Cervice

Nel MONDO è il **secondo** tumore per incidenza (500.000 casi) e il **terzo** per mortalità (275.000 decessi).

In ITALIA è il **decimo** tumore per incidenza (3.400 casi all'anno) e il **tredicesimo** per mortalità (circa 1000 decessi)

Astuzie epidemiologiche

perché, malgrado lo screening oggi permetta una diagnosi precoce, il carcinoma del collo dell'utero resta ancora la seconda causa di morte per cancro (dopo quello al seno) nelle donne.

(soluzioni) —
salute sicura
di Cinzia Testa



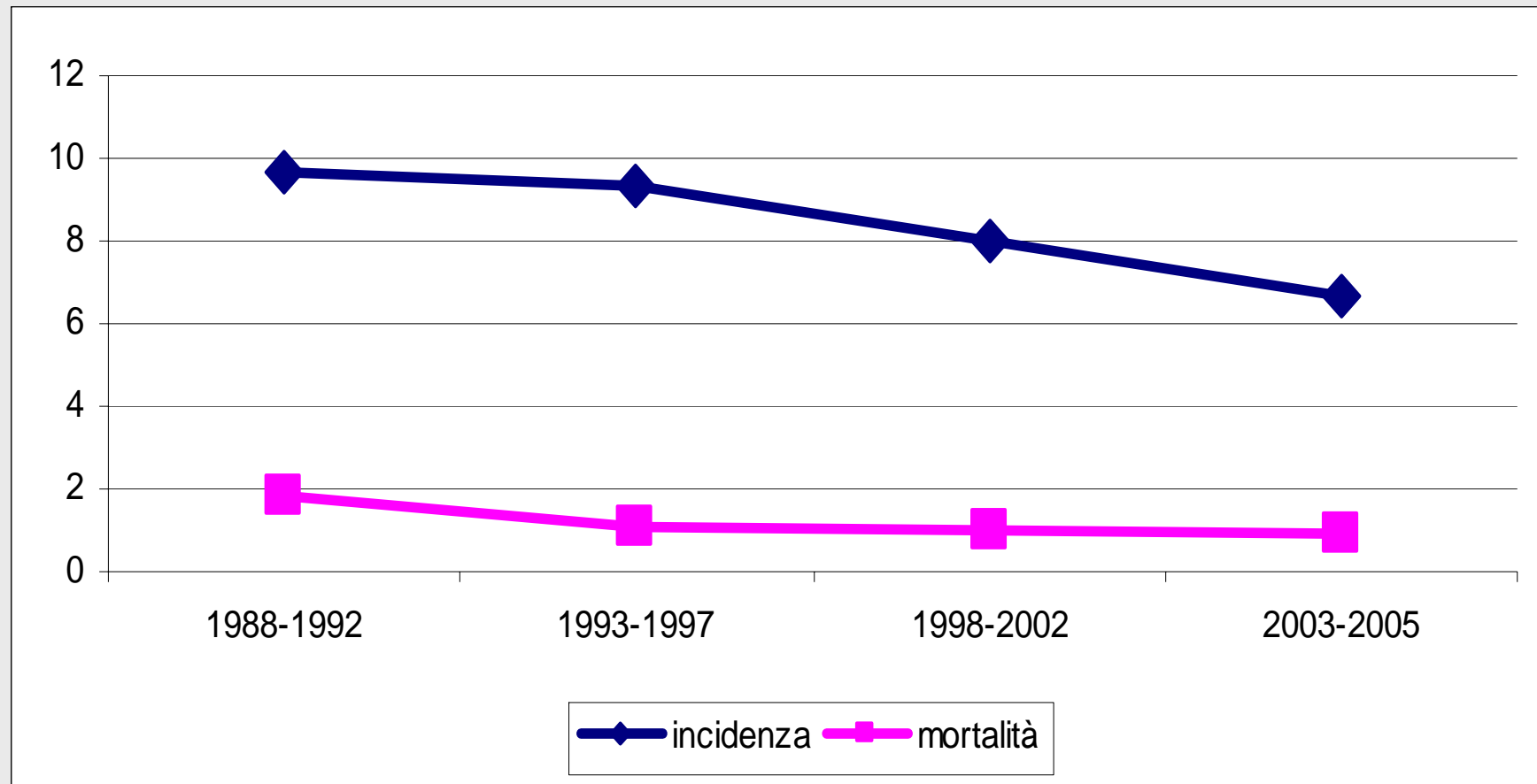
Contro il tumore dell'utero ora c'è un vaccino

La malattia più temuta dalle donne adesso si può scongiurare. Grazie a esami all'avanguardia e a un'iniezione speciale

Donna Moderna, marzo 2007

Carcinoma della Cervice - Italia 1988-2005

Andamento dell'incidenza e della mortalità
(per 100.000 donne)



Pap test

“Un test importante e imperfetto”

In presenza di CIN2 +

	sensibilità	specificità
LSIL +	83%	61%
HSIL +	58%	89%

(metanalisi 45 studi, in IARC, 2008)

Aumentando la soglia delle alterazioni citologiche
diminuisce la sensibilità e aumenta la specificità

Efficacia di differenti strategie di screening con 100% adesione

Età	Frequenza screening	Riduzione incidenza cumulativa (%)	Test/donna nella vita
20 - 64	1 anno	93	45
25 - 64	3 anni	90	13
25 - 64	5 anni	84	9
25 - 64	10 anni	64	5

Storia naturale
delle lesioni precancerose della cervice uterina

Lesione	Regressione	Persistenza	Progressione a CIN3	Progressione a Cr invasivo
CIN 1	60 %	30 %	10 %	1 %
CIN 2	40 %	40 %	20 %	5 %
CIN 3	33 %	< 55 %	-	> 12 %

Ostor, 1993

Durata media della fase preinvasiva delle lesioni che progrediscono **12 anni**

IARC, 2008

Carcinoma della Cervice in Veneto

190 nuovi casi/anno

24 decessi/anno

+ una parte di 120 codificati come Tumore dell'Utero nas

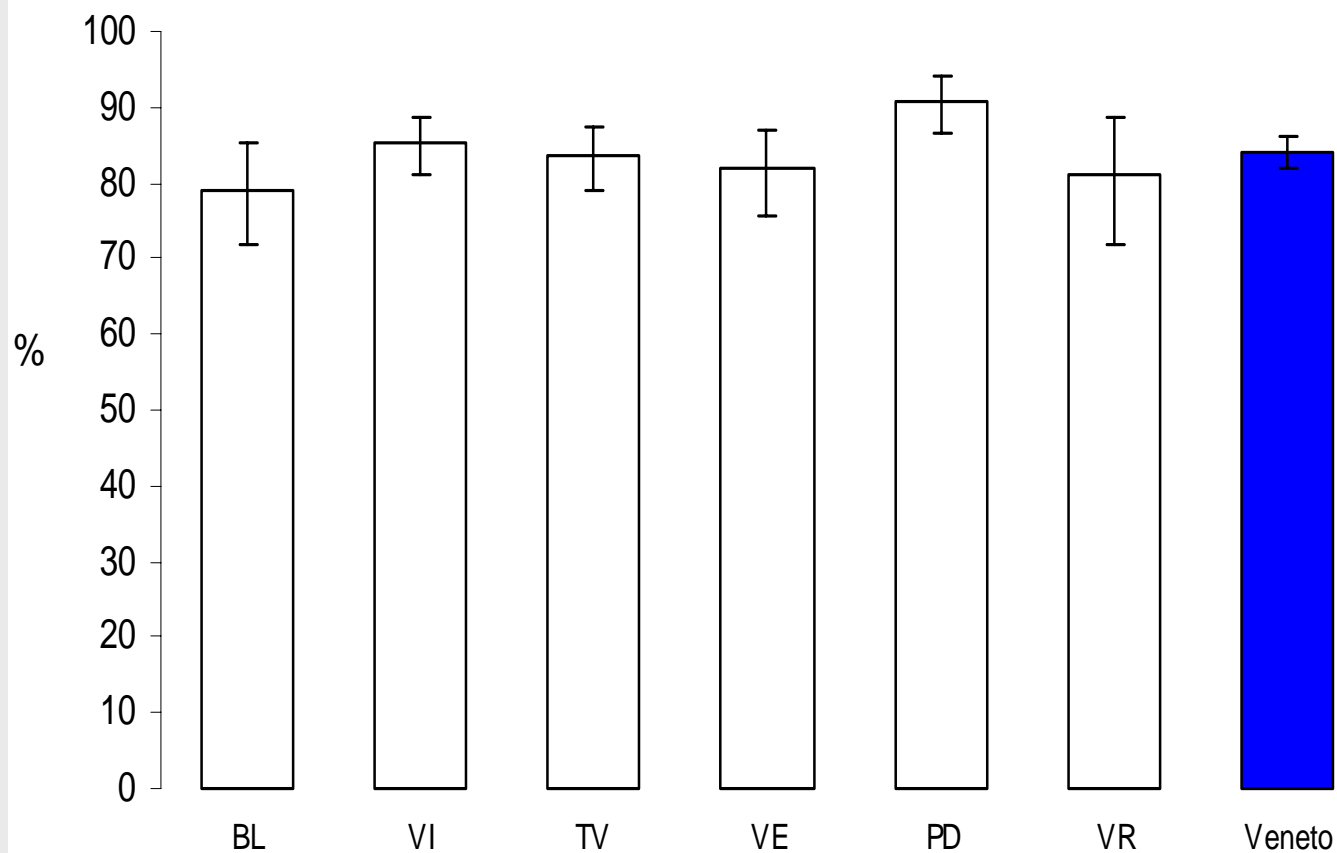
Registro Tumori del Veneto

Veneto – I tumori femminili

	Casi /anno	Decessi /anno	Sopravvivenza 5 anni (%)	Prevalenza 15 anni
Mammella	4.200	929	84	31.650
Utero Cervice	190	24	71	1.600
Utero Corpo	517	49	80	4.200
Ovaio	376	234	38	1.647

**% di donne di 25-64 anni che hanno eseguito il Pap test
negli ultimi tre anni**

Veneto - PASSI 2007 (n=1134)



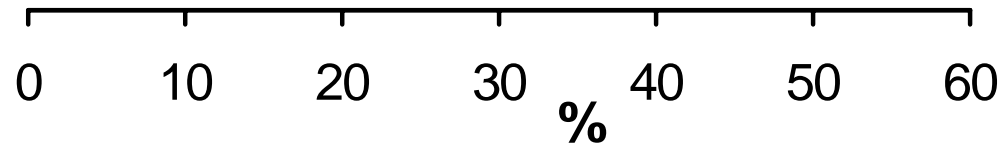
Pap test e periodicità* Veneto - PASSI 2007
(n=1134)

Ultimo anno 52

Da 1 a 3 anni 32

>3 anni 9

Mai fatto 7



Diffusione del Pap test in Italia

Donne 25 – 64 anni	16 milioni
Pap test totali /anno	5 – 6.5 milioni (ISTAT 2006)
Pap test/anno screening	1.3 milioni

Il 30 % delle donne dichiara di non aver mai fatto il Pap test

Il 30 % delle donne dichiara di fare il Pap test ogni anno

Efficacia dello Screening Citologico: 1

69 casi di Cr squamoso invasivo

Firenze (1988-89)

53 casi	non partecipanti allo screening o > 5 anni dal test negativo alla diagnosi
12 casi	rifiuto / inadeguatezza di diagnosi / trattamento
4 casi	con pap test normali (falsi negativi)

Efficiacia dello Screening Citologico: 2

22 casi di Cr squamoso invasivo

Svezia – Gaviesborg (1986-87)

12 casi	non partecipanti allo screening
8 casi	con pap test anormali senza follow up
2 casi	con pap test normali (falsi negativi)

Efficacia dello Screening Citologico: 3

Programma Nazionale Olandese (20 anni)

- < 1996 invito ogni 3 anni 35-53 anni
- da 1996 invito ogni 5 anni 30-60 anni
- partecipazione > 70%
- 700 casi/anno di carcinoma della cervice

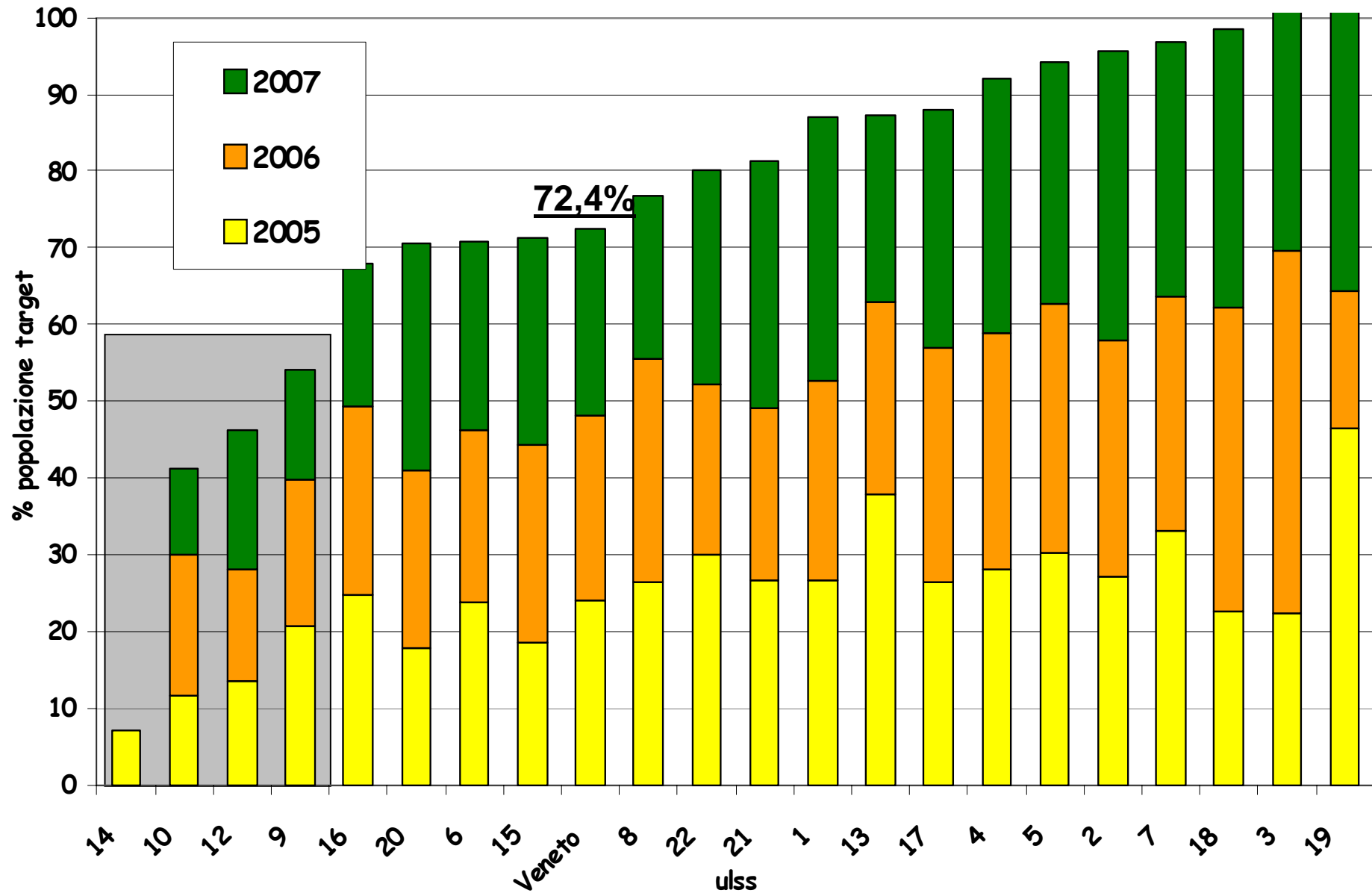
Analisi dei casi 1994-1997

- 57% nessuna citologia nei 6 anni precedenti
- 30% mai invitate per età
- 7% test negativo nei 6 anni precedenti

Conclusione

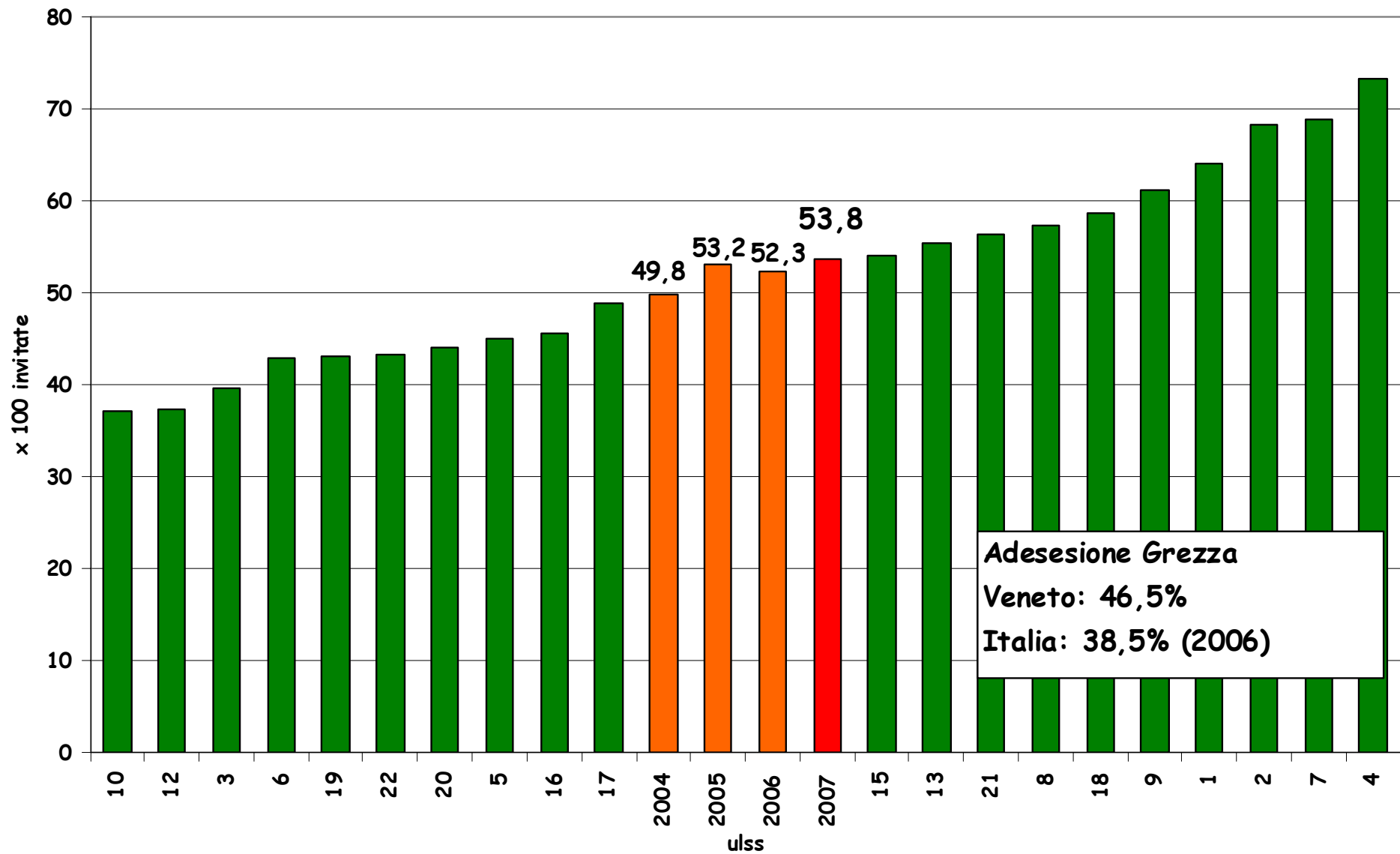
Aumentare la partecipazione può ridurre molto di più l'incidenza, rispetto a ridurre l'intervallo, aumentare le fasce d'età, usare un test più sensibile

Regione Veneto – Screening citologico estensione triennale corretta inviti 2005-2007

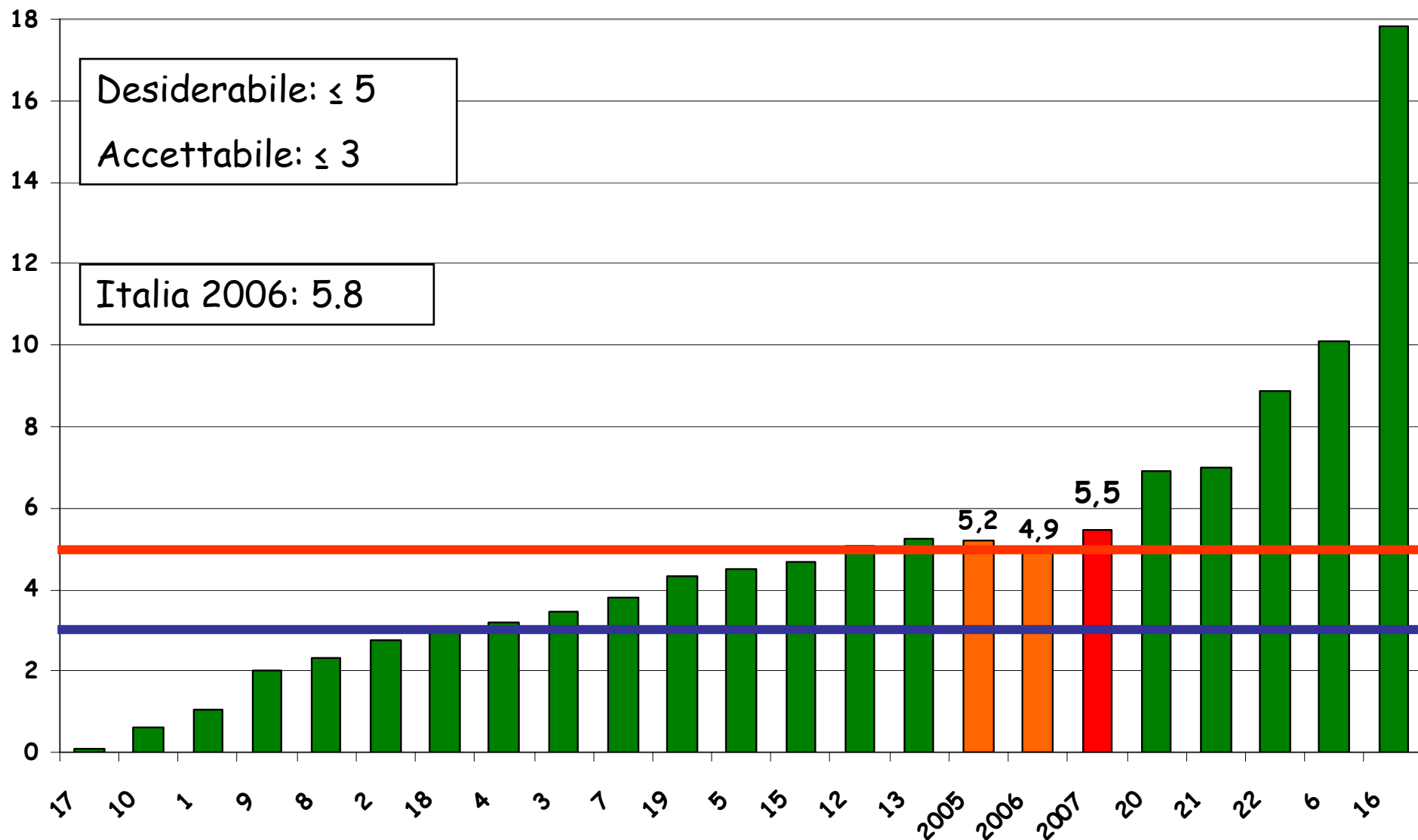


Regione Veneto – Screening citologico

Adesione corretta 2007



Regione Veneto - Screening citologico Inadeguati - 2007



Obiettivo generale

Valutare gli esiti dei
**Programmi Organizzati di
Screening Cervicale (PSC),**
in termini di incidenza e mortalità per
carcinoma della cervice uterina (CC),
nelle aree Italiane coperte da
Registri Tumori di popolazione (RT)

Obiettivi specifici

1. Descrivere l'andamento temporale dei tassi di incidenza e mortalità del CC nelle aree italiane coperte da RT
2. Confrontare i tassi in periodi pre- e post-screening nelle aree italiane coperte anche da PSC
3. Ricostruire la storia di screening delle donne per individuare eventuali criticità dei PSC (copertura, adesione, ecc.)

Metodi - Fasi operative

Popolazione

- **Donne con diagnosi di carcinoma invasivo della cervice uterina (CC)** diagnosticato con malignità e sede certa e registrati dal RT nel periodo di studio.
- In Emilia Romagna, saranno prese in considerazione anche le donne con lesioni CIN III/in situ.

Fase 1

- *VARIABILI*: già presenti in AIRTUM
+ Stadio alla diagnosi

- *ANALISI*:
 - descrizione andamento temporale dei tassi di incidenza del CC (per stadio, istotipo, ...)
 - per i tassi di mortalità, si farà riferimento allo studio dell'Istituto Superiore di Sanità (Capocaccia et al. *Int J Cancer*, 2009)

Fase 2

- *VARIABILI*: già presenti in AIRTUM
+ Stadio alla diagnosi
- *ANALISI*: confronto dell'andamento temporale dei tassi di incidenza tra periodi pre- e post-screening

Fase 3

- *VARIABILI*: già presenti in AIRTUM
 - + Stadio alla diagnosi
 - ➔ **Incrocio dati RT con le banche dati del PSC** (a cura dei RT)
 - + Classificazione donne per storia di screening nel PSC

Fase 3 - Storia di screening

Ciascun caso sarà classificato dal RT in relazione alla modalità diagnostica in:

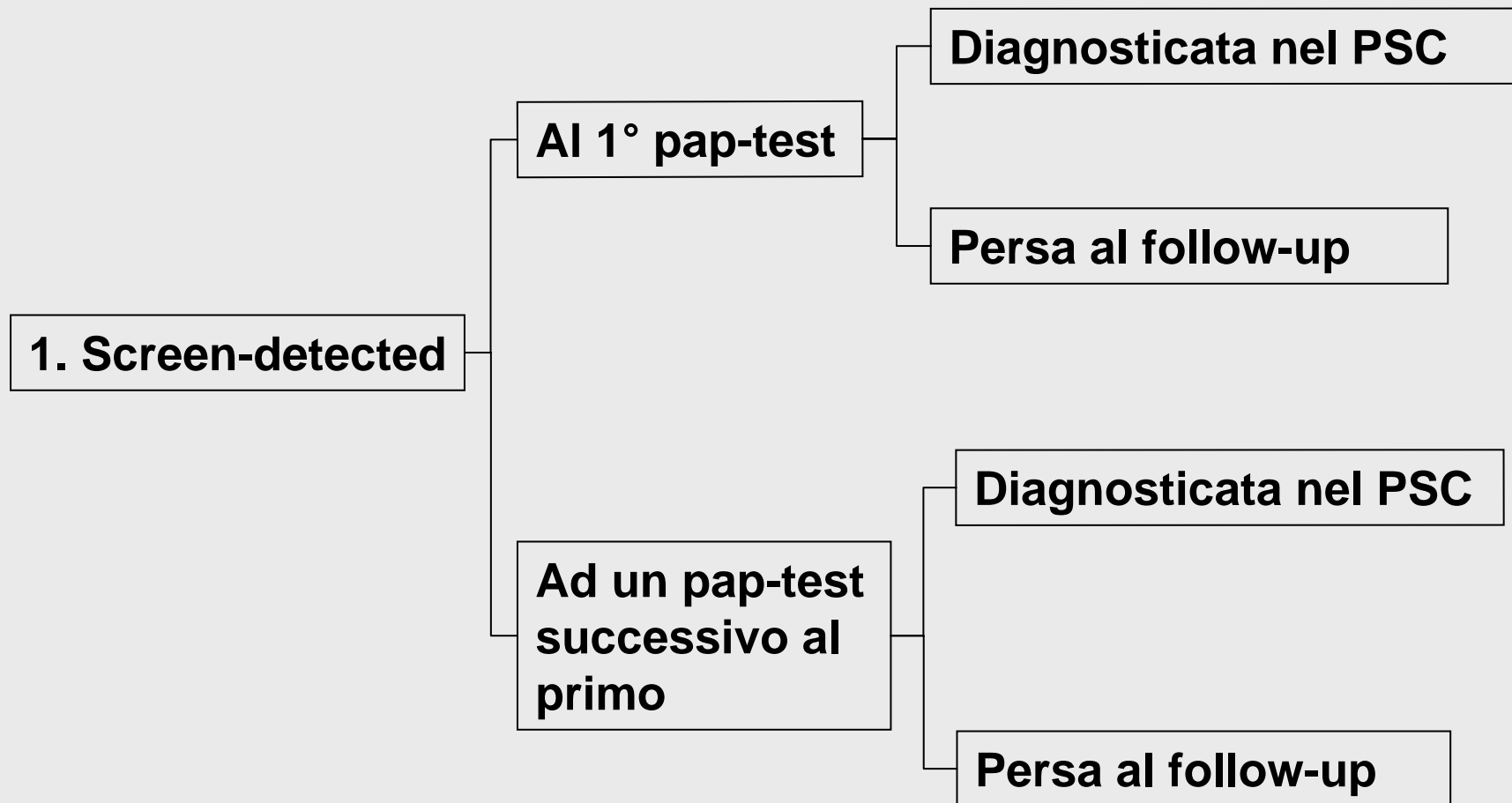
1. Screen-detected (SD)

quando la diagnosi avviene in seguito ad un episodio di screening nel PSC

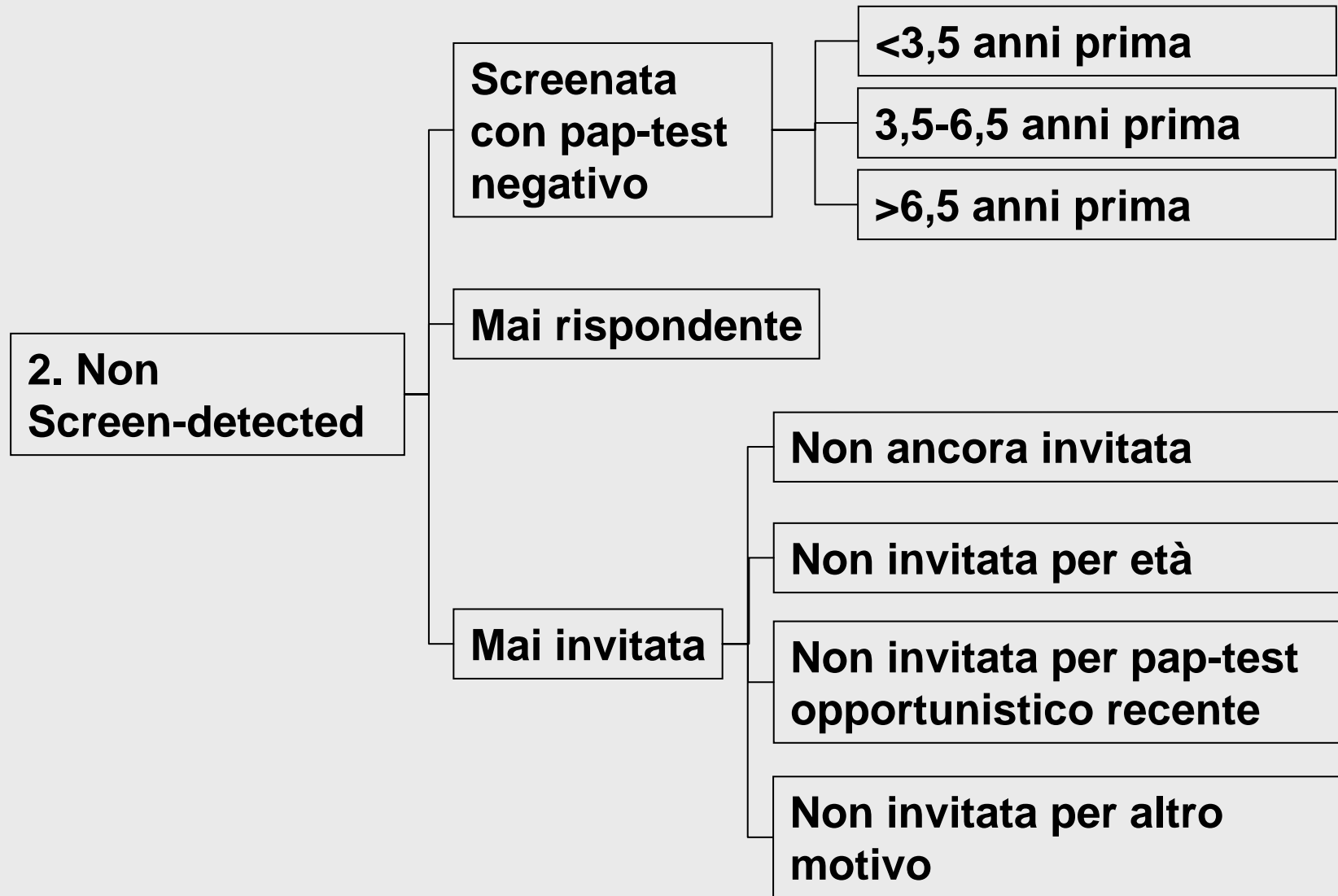
2. Non Screen-detected (NSD)

quando la diagnosi di CIC avviene attraverso modalità esterne al PSC

Screen-detected



Non screen-detected



Fase 3

➤ *ANALISI:*

Proporzione di donne con CC nelle diverse modalità diagnostiche

- per età, stadio, istotipo, area, ecc.

→ criticità del programma di screening (per es. mancato invito, mancata adesione, falsi-negativi/cancri intervallo)

VENETO

Periodo: 1997-2005

ASL	N° casi
1 Belluno	70
2 Feltre	30
3 Bassano del Grappa	38
8 Asolo	68
13 Dolo Mirano	31
18 Rovigo	69
20 Verona	105
TOTALE	411

Raccolta dati

- Deadline dicembre 2010
- arrivederci all'anno prossimo...