

LE SIGLE DELLO SCREENING

A cura di

Anna Iossa¹ e Debora Canuti²

Con il contributo di:

Massimo Confortini¹, Francesca Maria Carozzi¹, Annarosa Del Mistro³, Paolo Giorgi Rossi⁴, Marzia Matucci¹, Ezio venturino⁵.

¹ISPO Firenze

²AUSL Romagna

³Istituto Oncologico Veneto

⁴AUSL Reggio Emilia

⁵Azienda Sanitaria Savonese n 2 Ospedale S. Paolo e Ospedale S. Corona

Con questa scheda informativa vorremmo spiegare alle donne che hanno effettuato un test di screening il significato delle sigle utilizzate per classificare le modificazioni cellulari che si possono trovare con il Pap test e le lesioni risultate dalle biopsie del collo dell'utero.

LE SIGLE DEL PAP TEST DI SCREENING

Le sigle che leggete nelle risposte dei Pap test provengono da una classificazione internazionale chiamata Bethesda 2001. In questa classificazione sono utilizzati i termini 'cellule squamose' e 'cellule ghiandolari'.

- Le cellule squamose sono quelle che rivestono il collo dell'utero e sono chiamate così perché sono disposte l'una sull'altra come le squame dei pesci.
- Le cellule ghiandolari sono quelle che rivestono la parte interna dell'utero (il canale cervicale e il corpo dell'utero).

Sigla	Descrizione	Significato
ASC-US Atypical squamous cells of undetermined significance	Cellule squamose atipiche di significato indeterminato	L'ASC-US è caratterizzato dalla presenza di lievi modificazioni delle cellule squamose spesso dovute a semplici infiammazioni o a particolari situazioni ormonali come la menopausa. Raramente queste modificazioni sono attribuibili a lesioni importanti del collo dell'utero. Sono comunque necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening, che nella maggior parte dei casi evidenziano una condizione di normalità.
ASC-H Atypical squamous cells - cannot exclude HSIL	Cellule squamose atipiche - non si può escludere HSIL.	L'ASC-H è caratterizzato da modificazioni più rilevanti delle cellule squamose che si possono associare a CIN2 e CIN3 (vedi sotto*). Sono comunque necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening.
LG -SIL o LSIL o SIL di basso grado (Low-grade squamous intraepithelial lesion)	Lesioni di basso grado delle cellule squamose	Le lesioni di basso grado sono le modificazioni cellulari più frequenti e sono caratterizzate dalla presenza di variazioni nella forma e nella dimensione delle cellule squamose. In molti casi tali modificazioni sono dovute all'infezione da Papilloma Virus (HPV). Sono comunque necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening.
HGSIL o HSIL o SIL di alto grado High grade squamous intraepithelial lesion	Lesioni squamose intraepiteliali di alto grado	Lesioni squamose intraepiteliali di alto grado sono modificazioni più rilevanti delle cellule squamose che suggeriscono la presenza di CIN2 e CIN3*. Sono comunque necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening.

Carcinoma delle cellule squamose (carcinoma squamocellulare)		In questi casi le modificazioni delle cellule squamose indicano la possibile presenza di un tumore. Sono comunque necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening.
AGC o AGC-NOS Atypical Glandular Cells not otherwise specified	Cellule ghiandolari atipiche non specificate in altro modo.	<p>In questo gruppo rientrano tutte le modificazioni delle cellule ghiandolari:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ endometriali (AGC endometriale): cambiamenti delle cellule ghiandolari che rivestono l'endometrio, cioè il tessuto che ricopre l'interno del corpo dell'utero ▪ endocervicali (AGC endocervicale): cambiamenti delle cellule ghiandolari che rivestono il canale cervicale ▪ cellule ghiandolari di cui non è possibile individuare la sede (AGC-NOS). <p>Sono comunque necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening.</p>
AGC verso neoplasia Atypical Glandular Cells, suspicious for AIS or cancer (AGC-neoplastic)	Cellule Atipiche Ghiandolari per le quali non è possibile escludere la neoplasia	In questi casi le modificazioni delle cellule ghiandolari sono più marcate e dovranno essere sempre confermate con gli esami di approfondimento previsti dal protocollo dello screening.
Adenocarcinoma in situ	AIS Adenocarcinoma in situ	In questi casi le cellule ghiandolari che rivestono il canale cervicale presentano modificazioni che suggeriscono la presenza di un tumore di origine ghiandolare non invasivo perché non ha raggiunto i tessuti sottostanti. Sono comunque necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening.

ADENOCARCINOMA (endocervicale, endometriale, nos)		In questi casi le modificazioni delle cellule ghiandolari suggeriscono la presenza di un tumore invasivo del collo dell'utero (adenocarcinoma endocervicale) o della cavità uterina (adenocarcinoma endometriale). A volte invece non è possibile individuare con precisione la sede (adenocarcinoma nos o non altrimenti specificato). Sono comunque necessari gli approfondimenti previsti dal protocollo dello screening.
---	--	--

LE SIGLE DEGLI ESAMI ISTOLOGICI*

CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia, neoplasia cervicale intraepiteliale) è il nome che si dà alle lesioni istologiche, cioè riscontrate su di un pezzo di tessuto e non su singole cellule. Sono lesioni che per definizione sono limitate all'epitelio, cioè al solo rivestimento più esterno del collo dell'utero, e sono dunque benigne.

La lesione chiamata comunemente CIN, è dovuta alle modificazioni di alcune cellule del collo dell'utero e si distingue in vari gradi:

Le CIN si distinguono in vari gradi:

CIN1: ci sono modificazioni di una piccola parte di cellule (solo lo strato profondo) . Queste modificazioni sono chiamate anche lesioni di basso grado e nella maggior parte dei casi scompaiono spontaneamente.

CIN2/CIN3: sono modificate anche le cellule degli strati più superficiali. Queste modificazioni sono chiamate anche lesioni di alto grado ma possono anche regredire, rimanere invariate oppure, più raramente, progredire a tumore. Occorrono però molti anni perché una lesione di questo tipo si trasformi in tumore.

Non tutte le CIN devono essere trattate. Le CIN1, che hanno un'altissima probabilità di regredire spontaneamente, in genere sono seguite nel tempo con controlli periodici. Le CIN 2/CIN3 nella maggior parte dei casi vanno trattate perché non si può prevedere quali di queste guariranno da sole e quali no.