

L'ansa diatermica a radiofrequenza nel trattamento della patologia pre-neoplastica della cervice

V. GRASSO, B. LA ROSA, F. GRASSO

RIASSUNTO: L'ansa diatermica a radiofrequenza nel trattamento della patologia pre-neoplastica della cervice.

V. GRASSO, B. LA ROSA, F. GRASSO

L'utilizzo dell'ansa diatermica è stato introdotto in Francia nei primi anni '40, per l'escissione dei polipi cervicali; in seguito, venne usata per campionare le zone di trasformazione atipica, al posto della biopsia a morso. L'indicazione iniziale, quindi, fu quella di una metodica diagnostica.

È alla fine degli anni '80 che l'ansa diatermica viene utilizzata come metodica terapeutica del CIN. La differenza tra la vecchia ansa diatermica e il nuovo LEEP, consiste in un flusso di onde radio ad alta frequenza (compresa tra i 500KHz e di 4 MHz) con un minimo danno tissutale.

Negli interventi di ablazione da noi eseguiti sotto guida colposcopica, in anestesia locale, abbiamo utilizzato anse prevalentemente di 20 e 15 mm di diametro. Nel 95% dei casi abbiamo ottenuto una guarigione completa già al primo controllo.

Pertanto riteniamo che tale metodica possa rappresentare, sotto osservazione di un colposcopista esperto, una scelta terapeutica corretta anatomopatologicamente e clinicamente oltre che poco costosa nel trattamento delle lesioni pre-neoplastiche della cervice.

SUMMARY: Diathermical ansa in the treatment of the cervical intraepithelial neoplasia.

V. GRASSO, B. LA ROSA, F. GRASSO

The use of the diathermical ansa has been introduced in France in first years '40, to remove cervical polyps; then, it came successively, has been used to sample the zones of atypical transformation, to the place of the biopsy. At the end of years '80, diathermical ansa has been used for the CIN treatment. The difference between the old diathermical ansa and the new LEEP, consists in a low radio-waves flow (500 KHz - 4 MHz) with a minimal tissue damage. In the ablation, under colposcopic guide and in local anesthesia, we have used an ansa of 15 and 20 millimeter of diameter. In 95% of the cases a complete resolution at the first control has been obtained.

Therefore, we think that this method can represent a good therapeutic choice in the treatment of the early cervical cancer.

KEY WORDS: Ansa diatermica - Patologia preneoplastica della cervice - Colposcopia - LEEP.
Diathermical ansa - Cervical intraepithelial neoplasia - Colposcopy - LEEP.

Introduzione

Erede del ferro risonatore incandescente degli antichi chirurghi, ultima risorsa in caso di fallimento della pozione e del coltello, l'ansa diatermica, dopo periodi di alterne fortune è stata riproposta in affiancamento o in alternativa alla terapia chirurgica, nel trattamento delle malattie pre-neoplastiche del tratto genitale inferiore.

Grazie al progresso della scienza, oggi il "ferro rovente", ridotto ad un sottilissimo filo, ha perso gran parte dell'azione dannosa sui tessuti circostanti sani, conservando invece la possibilità di agire sul solo tessuto malato, con estrema selettività. Questo approccio, introdotto in Francia nei primi anni '40 da Palmer per l'escissione dei polipi cervicali, venne successivamente, ampiamente usato da Coupez e da Cartier per campionare le zone di trasformazione atipica, al posto della biopsia a morso. L'indicazione iniziale, quindi, fu quella di una metodica diagnostica.

Alla fine degli anni '80 Boulanger et al., Prendiville e Cullimore preconizzarono l'uso dell'ansa diatermica come metodica terapeutica del CIN.

Così l'ansa diatermica, da metodica diagnostica, diventava progressivamente anche terapeutica.

Azienda Ospedaliero-Universitaria
Policlinico "G. Rodolico" Catania
Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia e Scienze Radiologiche
Sezione di Clinica Ostetrica e Ginecologia

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

La differenza tra la vecchia ansa diatermica e il nuovo LEEP, consiste nel fatto che i generatori determinano un flusso di onde radio ad alta frequenza (compresa tra i 500Khz e di 4 Mhz), con un minimo danno tissutale.

Materiali e metodi

Dal gennaio 2006 al gennaio 2009 abbiamo sottoposto a terapia con ansa diatermica a radiofrequenze 60 pazienti già screenate colposcopicamente e biopicamente. L'età media è stata di 31,8 anni in un range di età tra 17-50 anni. Di queste 39 presentavano L-SIL e 21 presentavano H-SIL.

In 57 casi (95%) si è ottenuta la guarigione completa già al primo controllo. In nessun caso si è avuta una stenosi cervicale grave, ed in tutti i casi al follow-up la giunzione squamo-colonnare era colposcopicamente studiabile.

Sono state inserite nel trattamento, quelle lesioni non molto estese sulla portio e colposcopicamente non rientranti nel canale cervicale.

Tutti gli interventi di ablazione sono stati eseguiti sotto guida colposcopica individuando e delimitando l'area mediante acido acetico e lugol, in anestesia locale, utilizzando anse di dimensione appropriate, maggiormente di 20 e 15 mm di diametro.

I sanguinamenti del cratere residuo sono stati diatermocoagulati con elettrodo a palla piccola. Il controllo colpocitologico è stato eseguito dopo 60 giorni dal trattamento con un follow-up successivo a 6 e 12 mesi (in caso di conferma di H-SIL, veniva programmato un follow-up ogni 6 mesi per i primi due anni e poi ogni 12 mesi).

Risultati

In un gruppo di 60 pazienti:

- 10 pazienti hanno presentato intensa leucorrea per circa 20 giorni;
- 15 pazienti hanno presentato leucorrea e striature di sangue che non richiedevano alcuna terapia;
- 4 pazienti hanno presentato perdite ematiche modeste, che hanno consigliato di rivedere l'area trattata e diatermocoagulare i vasellini sanguinanti.

In 57 casi (95%) si è ottenuta la guarigione completa già al primo controllo. In nessun caso si è avuta una stenosi cervicale grave, ed in tutti i casi al follow-up la giun-

zione squamo colonnare era colposcopicamente studiabile.

Soltanto due casi hanno presentato limiti nella lettura istologica per necrosi dei margini, tutti gli altri campioni sono risultati idonei per una corretta lettura istologica.

Delle 39 pazienti con L-SIL:

- 3 presentavano acantosi con paracheratosi;
- 31 confermavano la presenza di L-SIL;
- 5 presentavano H-SIL di cui 4 con margini liberi, 1 con margini non ben valutabili per fenomeni di necrosi, ma negativo al follow-up.

Delle 21 pazienti con H-SIL:

- 4 presentavano L-SIL;
- 14 confermavano la presenza di H-SIL con margini liberi;
- 2 presentavano *Ca in situ*, di cui una con margini non ben valutabili per fenomeni di necrosi. Questa paziente, di anni 49 decideva per l'isterectomia il cui referto istologico risultava negativo;
- 1 carcinoma microinvasivo.

Conclusioni

Dall'esame dei risultati della nostra casistica, riteniamo utile trarre alcune considerazioni. La metodica dell'ansa diatermica a radiofrequenza rappresenta un metodo di semplice uso, poco costoso, attuabile ambulatorialmente, sufficientemente radicale nel trattamento della patologia pre-neoplastica della cervice. Per le caratteristiche fisiche dell'apparecchiatura ed il basso indice di traumaticità, tale metodica riveste una particolare importanza nel trattamento di tali lesioni, specie in donne giovani e desiderose di prole; permettendo spesso l'ablazione della lesione pre-neoplastica, attuando un trattamento a "minimo" non demolitivo, rispettoso il più possibile dell'anatomia e della funzionalità dell'area interessata.

Alla luce dei fatti esposti, riteniamo che tale metodica possa rappresentare, sotto osservazione di un colposcopista esperto, una scelta terapeutica corretta anatomopatologicamente e clinicamente, oltre che poco costosa nel trattamento delle lesioni pre-neoplastiche della cervice.

Bibliografia

1. RIVOIRE WA, MONEGO HI, DOS REIS R. *Comparison of Loop Electrosurgical Conization with One or Two Passes in High-Grade Cervical Intraepithelial Neoplasias*. Gynecol Obstet Invest. 2009Mar 17;67(4):228-235.
2. SHIN JW, RHO HS, PARK CY. *Factor influencing the choice between cold knife conization and loop electrosurgical excisional pro-*

- cedure for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. J Obstet Gynaecol Res 2009 Feb;35(1):126-30.
3. RAMOS MC, PIZARRO DE LORENZO BH, MICHELIN MA, MURTA EF. High-grade cervical intraepithelial neoplasia human papilloma virus and factors connected with recurrence following surgical treatment. Clin Exp Obstet Gynecol 2008;35(4):242-7.
 4. FAMBRINI M, PENNA C, PIERALLI A, FALLANI MG, ANDERSSON KL, LOZZA V, SCARSELLI G, MARCHIONNI M. CO₂ laser cylindrical excision or standard re-conization for persistent recurrent high-grade cervical intraepithelial neoplasia (HG-CIN) in women of fertile age. Anticancer Res 2008 Nov-Dec;28(6B):3871-5.
 5. FUSTE P, BELLOSILLO B, SANTAMARIA X, MANCEBO G, MARIÑOSO L, ALAMEDA F, ESPINET B, SOLE F, SERRANO S, CARRERAS R. HPV Determination in the Control After LEEP Due to CIN II-III. Prospective Study and Predictive Model. Int J Gynecol Pathol 2009 Jan 30.
 6. MILINOVIC D, KALAFATIC D, BABIC D, ORESKOVIC LB, GRSIC HL, ORESKOVIC S. Minimally Invasive Therapy of Cervical Intraepithelial Neoplasia for Fertility Preservation Pathol Oncol Res 2009 Jan 16.
 7. TEMPFER C, POLTERAUER S, GRIMM C, BENTZ EK, REINTHALLER A, HEFLER LA. Endocervical cytobrush for the detection of cervical dysplasia before large loop excision of the transformation zone (LLETZ). Anticancer Res 2008 Jan 16.
 8. REMA P, SUCHETHA S, THARA S, FAYETTE JM, WESLEY R, SANKARANARAYANAN R. Effectiveness and safety of loop electrosurgical excision procedure in a low resource setting. Int J Gynaecol Obstet 2008 Nov;103(2):105-10. Epub 2008 Aug 29.
 9. SANKASEM A, THAVARAMARA T, MANUSIRIVITHAYA S, TANGJITGAMOL S. Tumor persistence in high grade squamous intraepithelial lesion patients with positive surgical margin post loop electrosurgical excision procedure. J Med Assoc Thai 2006 Jul;89(7):934-40.
 10. CHAROENKWAN K, SRISOMBOON J, SIRIAUNKGUL S, KHUNAMORN PONG S, SUPRASERT P, PHONGNARISORN C, SIRIAREE S, CHEEWAKRIANGKRAI C. A "See and Treat" approach for high grade squamous intraepithelial lesion on cervical cytology. J Med Assoc Thai 2004 Aug;87(8):865-8.
 11. SZURKUS DC, HARRISON TA. Loop excision for high-grade squamous intraepithelial lesion on cytology correlation with colposcopic and histologic findings. Am J Obstet Gynecol 2003 May;188(5):1180-2.
 12. MATHEVET P, CHEMALI E, ROY M, DARGENT D. Long-term outcome of a randomized study comparing three techniques of conization cold knife, laser, and LEEP. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003 Feb 10;106(2):214-8.
 13. DODSON MK, SHARP HT. Uses and abuses of the loop electrosurgical excision procedure (LEEP). Clin Obstet Gynecol 1999 Dec;42(4):916-21.
 14. HUANG LW, HWANG JL. A comparison between loop electrosurgical excision procedure and cold knife conization for treatment of cervical dysplasia: residual disease in a subsequent hysterectomy specimen. Gynecol Oncol 1999 Apr;73(1):12-5.
 15. SIGNORILE PG, ANSELMi ANGELI R. Diagnostic and therapeutic of cervical conization with "cold knife" using fibrin glue: Preliminary outcomes. Eur J Gynaecol Oncol 1997 18(1):84-6.
 16. EDUARDO AM, DINH TV, HANNIGAN EV, YANDELL RB, SCHNADIG VJ. Outpatient loop electrosurgical excision procedure for cervical intraepithelial neoplasia. Can it replace cold knife conization? J Reprod Med 1996 Oct;41(10):729-32.
 17. KENNEDY AW, BELINSON JL, WIRTH S, TAYLOR J. The role of the loop electrosurgical excision procedure in the diagnosis and management of early invasive cervical cancer. Int J Gynecol Cancer 1995 Mar;5(2):117-120.
 18. MAYEAUX EJ JR, HARPER MB. Loop electrosurgical excisional procedure. J Fam Pract 1993 Feb;36(2):214-9.

SORVEGLIANZA FETALE IN TRAVAGLIO DI PARTO

Editors

H. Valensise, S. Felis, T. Ghi, B. Vasapollo

INDICE

Cenni di fisiopatologia

Capitolo 1 - Fisiopatologia cardiovascolare fetale e risposta alle condizioni di stress. Sistema cardiovascolare fetale

Capitolo 2 - La regolazione della frequenza cardiaca fetale

Capitolo 3 - Equilibrio acido-base nel feto

La sorveglianza

Capitolo 4 - Cardiotocografia: metodo di lettura

Capitolo 5 - Elettrocardiogramma fetale in travaglio di parto

Capitolo 6 - Le applicazioni dell'ecografia al travaglio di parto

La gestione clinica quotidiana

Capitolo 7 - Linee-guida nazionali ed internazionali

all'uso della cardiotocografia in travaglio di parto

Capitolo 8 - Modello di protocollo clinico di sorveglianza fetale in travaglio di parto

Capitolo 9 - Assistenza al parto a basso rischio

Capitolo 10 - L'esame istopatologico della placenta per la comprensione delle alterazioni cardiotocografiche a termine di gravidanza

Capitolo 11 - Travaglio di parto e danno cerebrale permanente: correlazioni reali e miti da sfatare

Test di autovalutazione

Volume cartonato di 336 pagine

f.to cm 21x29

€ 90,00

