

OPUSCOLO PER CONSENSO INFORMATO:

Cervicite, infezione da HPV e cancro della cervice uterina:

Dr. Gustavo Mascotti. Medico Chirurgo. 02.70601599 – 348.8400274. gus.mascotti@tiscali.it
Specialista in Ostetricia e Ginecologia. Oncologia Ginecologica e Senologia
Responsabile dell'Unità Operativa di Ginecologia. Policlinico San Marco di Zingonia (BG)

DESCRIZIONI:

La cervice uterina è una piccola porzione del utero che si affaccia alla parte terminale (in fondo) della vagina. La sua posizione anatomica la rende molto accessibile all'osservazione nella visita ginecologica, al prelievo per il pap-test ed all'esame colposcopico.

L'endocervice (canale all'interno della cervice) è ricoperto da uno strato di cellule che provengono dalla cavità dell'utero. Queste cellule disposte in uno strato unico si incontrano con altre cellule provenienti dalla parte vaginale, formata da numerosi strati.

L'area, che può essere visualizzabile in colposcopia, viene chiamata "zona di trasformazione".

La zona di trasformazione dei tessuti interni in tessuti di rivestimento esterni, cambia posizione secondo l'età della donna. Raramente coincide il limite anatomico con quello istologico e mentre si trova molto internamente nell'infanzia e dopo la menopausa, risulta molto facilmente visibile ed esterno, in età riproduttiva.

La cervice uterina è un area anatomicamente esposta a malattie infiammatorie, infettive ed anche tumorali. Proprio in questa zona nascono la maggior parte dei tumori classici del collo dell'utero.

Le malattie infettive ed infiammatorie della cervice vengono chiamate anche cervicopatie o cervicite ed in generale, non hanno ruolo né importanza nella formazione dei tumori del collo uterino. Ad esempio, le infezioni batteriche e quelle micotiche (da funghi = candidosi) che sono molto comuni, non hanno relazione con l'insorgenza né con la progressione delle neoplasie maligne o cancri.

Da tutte le cervicite, le più importanti dal punto di vista oncologico, sono solo alcune virali, chiamate condilomatosi o cervicite da papilloma virus umano (HPV).

Le infezioni da HPV possono colpire a livello di tutto il tratto genitale inferiore (collo uterino, vagina, vulva, perineo, ano) come anche ad altri livelli, come la cavità orale, l'esofago, etc, e nel maschio, possono causare lesioni a livello del pene, del perineo e dell'ano.

La maggior parte delle infezioni da HPV guariscono spontaneamente.

Le condilomatosi in generale, non necessitano di terapie e lasciano nel ospite anticorpi a volte non molto efficaci.

Le infezioni da HPV possono ripetersi o restare come infezioni latenti. La condilomatosi è una malattia generalmente asintomatica e può non dare mai problemi o può manifestarsi come formazioni cutanee verrucose caratteristiche del tratto genitale inferiore (i condillomi).

Solo in una proporzione molto piccola dei casi e causati da alcuni tipi virali, i cosiddetti di "alto rischio" (16-18), queste infezioni virali si associano a patologie displasiche o malattie preneoplastiche (chiamate anche CIN o Sil) ed alla neoplasia infiltrante del collo uterino.

Dall'associazione tra displasia pretumorale ed HPV di alto rischio, o sia, da CIN 2 -3 o H-Sil (di alto grado) + HPV 16 - 18, solo in una minoranza (< 20%) dei casi e solo dopo un "tempo d'incubazione" molto lungo (circa 15 - 17 anni), possono comparire i cancri veri della cervice.

Le patologie pretumorali (CIN e Sil), il carcinoma in situ ed in particolare l'infezione da HPV non sono causa di mortalità per cancro.

Il cancro della cervice è l'unico responsabile della morte.

Ci sono due tipi principali di cancro della cervice: lo spinocellulare (il più frequente) e l'adenocarcinoma (molto più raro).

La diagnosi e le terapie più adeguate per le cervicite, le lesioni pretumorali e le neoplasie, sono state oggetto di approfonditi studi.

Oggi le Società Scientifiche che si occupano di queste problematiche, hanno formulato le norme ritenute più efficaci nella gestione di queste malattie e diffuso le "Linee Guida", alle quali si rimanda, per un adeguato approfondimento di questo argomento.

Lo schema generale di trattamento della cervicopatia HPV, patologie pretumorale e neoplasie maligne, prevede 5 situazioni diverse:

- a) **Casi in cui non deve farsi niente:** Infezione da HPV. Riscontro al Pap-Test o all' HPV – Test di una infezione virale. Come si è detto, l'infezione è molto comune nelle donne con vita sessuale attiva, è transitoria nella stragrande maggioranza dei casi e così come arriva, scompare da sola generalmente nell'arco di 6 – 8 mesi. Chi ha un hpv-test positivo ha bisogno di essere controllata con il Pap-Test ed eventualmente con colposcopia; mentre chi risulta negativa all'hpv-test, non potrà sviluppare una neoplasia della cervice. Non esiste una terapia definitiva e riconosciuta universalmente sicura contro l'infezione da HPV.
- b) **Casi in cui è indicata l'asportazione** chirurgica, LEEP, laser: Le condilomatosi floride. Sono anche trattabili le lesioni verrucose che tendono a recidivare e lesioni micropapulari e/o maculari colposcopiche persistenti. Sono preferibili le tecniche exeretiche (che tolgono materiale utile ad essere esaminato in anatomia patologica) alle tecniche distruttive e vaporizzanti, ma la scelta dovrà essere concordata col proprio medico di fiducia.
- c) **Casi in cui è indicata la "conizzazione":** Esistono diverse tecniche. Le più diffuse sono LEEP e Laser. La conizzazione trova indicazione precisa nella lesione virale associata a lesioni displasica pretumorale o displasia (Sil / CIN) di alto grado. Rappresenta una biopsia ampia che molto frequentemente risulta intervento bioptico e curativo definitivo. Le conizzazioni (e le sue varianti: cilindriizzazione) rappresentano una ottima risorsa terapeutica e preventiva della patologia displasica, intervenendo prima che una neoplasia "in situ" diventi un vero cancro invasivo.
- d) **Casi in cui sia indicata l'isterectomia:** L'intervento di asportazione dell'utero si rende necessario quando la lesione tumorale diventa da microinvasiva a invasiva, entro certi limiti. La decisione, i limiti, rischi e le conseguenze dovranno essere ponderate caso per caso col proprio medico di fiducia. Quando si è in presenza di una lesione microinvasiva, sarà utile una discussione con un esperto (onco-ginecologo).
- e) **Casi in cui sia indicata la radioterapia:** Quando l'invasione neoplastica sia molto distesa o profonda e/o la malattia della cervice comprometta anche la vagina u altri organi vicini, l'isterectomia non è indicata. La radioterapia è una valida alternativa alla chirurgia in pazienti con condizioni cliniche particolari. La radioterapia è di enorme utilità anche in casi in cui la neoplasia provoca emorragie. La radioterapia può anche essere (complementaria) aggiunta nel post-operatorio.

Tutte le informazioni sono da ritenersi generali, molto schematiche e sintetiche.

Non devono essere prese decisioni terapeutiche in base a queste informazioni.

Si rimanda ad una valutazione personalizzata delle linee guida in merito, col proprio medico di fiducia.