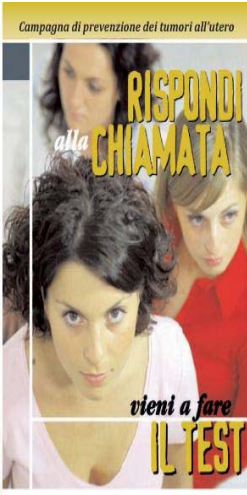


PROGETTO SCREENING ONCOLOGICO



Nella lettera di risposta che riceverà a casa dopo aver effettuato l'esame, sarà indicata anche la data in cui è prevista la ripetizione del test. Il rispetto dei tempi indicati per il controllo Le garantisce infatti una efficace prevenzione, evitando inutili e, per Lei più costose, ripetizioni del test.

Siamo particolarmente orgogliosi di essere la prima regione ad offrire gratuitamente questo ulteriore miglioramento a tutta la popolazione residente.

Il Comitato Regionale di Screening del Cervicocarcinoma

Può scegliere se aderire al nostro invito, ma

RICORDI: LA PREVENZIONE È VITA!!!

Regione Abruzzo - Assessorato alla Salute
Comitato Regionale di Screening del Cervicocarcinoma

La prevenzione salva la vita:
FARLO PRIMA È MEGLIO!
RISPONDI ALLA CHIAMATA!

E' stato avviato nel mese di gennaio 2010 un programma pilota per l'utilizzo del test HPV come screening primario per il tumore della cervice uterina. I dati dell'associazione italiana registri tumori riportano il tumore della cervice uterina al decimo posto per incidenza (3.400 casi all'anno) e al tredicesimo per mortalità (circa 1000 decessi). Ogni anno in Abruzzo si registrano 78 nuovi casi (7 al mese) e sono 38 le donne che ogni anno muoiono per cancro del collo dell'utero (3 al mese). Nel 2003 le donne ricoverate per tumore della cervice sono state 131, di cui 91 tra i 25 e i 64 anni e 40 oltre i 65 anni (dati ISTAT).

Nel 99,7% dei carcinomi cervicali è presente il DNA del Papilloma virus umano (HPV).

Esistono oltre 200 tipi di HPV e l'apparato genito-urinario può essere infettato da 30-40 tipi diversi che possono essere suddivisi in ceppi "a basso-rischio oncogeno" (associati clinicamente a lesioni benigne: clinicamente evidenti, i condilomi ano-genitali o subcliniche, le lesioni epiteliali di basso grado; questi ceppi non sono correlati al carcinoma del collo dell'utero) e "ad alto rischio oncogeno" (possono manifestarsi come lesioni di basso grado o lesioni di alto grado, queste ultime possono spontaneamente regredire a lesioni di basso grado oppure progredire a carcinomi ano-genitali, in particolare a carcinoma della cervice uterina). I tipi più frequentemente riscontrati nei tumori della cervice sono il 16 ed il 18 (HR-HPV tipo ad alto rischio).

L'infezione da HPV è molto frequente. Si stima che il 70-80% della popolazione femminile venga in contatto con il virus, ma che solo il 5% presenti manifestazioni cliniche.

L'infezione viene trasmessa quasi esclusivamente attraverso un contatto pelle-a-pelle o mucosa-con-mucosa (non è necessario un rapporto penetrativo ed il profilattico non protegge completamente dall'infezione, anche se riduce il rischio di infezione vulvovaginale e cervicale); non è possibile escludere, anche se si tratterebbe di un'evenienza molto rara, la trasmissione attraverso fomite, ovvero un qualsiasi oggetto inanimato su cui sia presente il DNA virale (es: speculum, pinze da biopsia, asciugamani).

Va sottolineato che la massima parte delle infezioni è transitoria e guarisce senza esiti: nell'80% dei casi il virus viene eliminato in modo spontaneo, mediamente, nell'arco di 18 mesi. Quindi, l'infezione da HPV è una condizione molto comune, ma non è una malattia e non è possibile sapere chi e quando l'ha trasmessa. Non importa chi la trasmette, ciò che conta è la risposta dell'ospite contro il virus.

E' ormai acquisito che solo le infezioni persistenti sono associate ad un maggior rischio di lesioni precancerose.

La persistenza è una caratteristica degli HPV ad alto rischio ed in particolare del tipo 16 e il rischio di non eliminare spontaneamente un HPV ad alto rischio cresce con l'età. La persistenza di un'infezione può creare le condizioni per lo sviluppo di lesioni epiteliali di alto grado che possono progredire verso un cancro invasivo (non c'è accordo nella definizione di infezione persistente, in generale si considera che le infezioni che durano oltre un anno sono quelle che espongono a maggior rischio).

Il cancro cervicale è però l'esito raro di un'infezione molto comune. Perché ci sia la progressione di una lesione verso forme tumorali è necessario che l'infezione sia sostenuta da un virus ad alto rischio oncogeno e che sussistano condizioni predisponenti (fumo di sigaretta, multiparità, compromissione del sistema immunitario, precocità e promiscuità dei rapporti sessuali, coinfezioni).

Nello sviluppo del carcinoma della cervice uterina (carcinogenesi cervicale) la variabile "tempo" è importante. Il tempo che intercorre tra l'infezione e la comparsa di una lesione precancerosa può anche essere molto breve, spesso entro 5 anni; mentre per lo sviluppo di un tumore invasivo occorrono 10-20 anni ed è in questo lungo lasso di tempo che si inseriscono i programmi di screening.

Dal momento che il ruolo del Papilloma virus nella carcinogenesi cervicale è, oramai, un dato scientifico acquisito, è molto importante che i mezzi di prevenzione e di diagnosi precoce di tale infezione vengano sempre più potenziati nell'ottica di diminuire il più possibile la morbilità e la mortalità legate a tale infezione.

Il protocollo tradizionale per la diagnosi ed il trattamento delle lesioni intraepiteliali squamose (SIL) è articolato in 3 fasi che prevedono lo screening citologico o PAP test (esame di I livello), diagnosi colposcopia ed istologica (esame di II livello) ed il trattamento personalizzato.

L'esame citologico cervico-vaginale o PAP test è il test di screening oncologico che ha avuto più successo nel mondo, datato da oltre 50 anni è riuscito, nei Paesi sviluppati, a ridurre l'incidenza e la mortalità di oltre il 50% arrivando a riduzioni dell'80% nei Paesi che sono stati in grado di completare e sostenere programmi di screening centralizzati e soggetti al controllo di qualità.

Non aver mai eseguito un PAP test nel corso della vita rappresenta il principale fattore di rischio per cancro della cervice uterina.

Gli svantaggi del PAP test sono rappresentati dalla bassa sensibilità (valutata intorno al 53%), dalla possibilità di inadeguatezza dei prelievi e di errori nell'interpretazione, dal problema dei falsi negativi.

Negli ultimi anni, sulla scorta dei promettenti risultati forniti da diversi studi clinici ^(1,2,3), è stato introdotto nei protocolli di prevenzione il test per la ricerca del DNA virale (HPV test), in grado di identificare chi è positivo o negativo per uno dei tipi virali oncogeni. Il test HPV-DNA presentando alcuni vantaggi rispetto al tradizionale test citologico, è stato proposto in associazione al PAP test per individuare i casi a rischio di lesioni intraepiteliali squamose. L'associazione dei due test porta a maggiore sensibilità e specificità dell'indagine.

Sia il Pap-test che l'HPV-DNA test (cioè i test di screening) non diagnosticano una malattia, ma indicano a quale categoria di rischio appartiene quella determinata donna. In base alla **categoria di rischio** si può valutare come seguire la donna, cioè se reinviarla allo screening, se ripetere il test a distanza ravvicinata, se eseguire la colposcopia o se trattare la paziente. E' bene ricordare che l'infezione da HPV è

molto frequente (700–800 per 1000 donne), mentre il carcinoma della cervice è un evento **raro** (8-6 per 1000 donne). Quindi, compito dello specialista è selezionare le donne a “maggior rischio”, escludendo le altre da inutili approfondimenti.

L’HPV test come esame di I livello è stato introdotto all’interno di applicazioni controllate (programmi pilota) con l’obiettivo di testarlo nella pratica. E’ questo il caso del nuovo programma di screening avviato dalla Regione Abruzzo all’inizio del 2010. Questo studio rappresenta un importante strumento di verifica dell’adattabilità di un nuovo protocollo di screening in uno scenario con diversa complessità.

Il progetto prevede la chiamata per le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni, residenti in Regione, alla scadenza dei tre anni dal precedente screening. Per l’anno in corso è previsto l’arruolamento di 60 mila donne, a cui verranno date informazioni relative al test, al suo significato preventivo e clinico con la richiesta di sottoscrizione del modello di consenso informato.

In caso di test negativo verrà inviata una lettera di risposta negativa con l’invito alla ripetizione del test a tre anni (che potrebbero diventare 5-6 una volta ottenute tutte le evidenze dell’effetto protettivo e a seguito dell’emanazione delle nuove raccomandazioni da parte del Ministero della Salute).

In caso di test positivo verrà effettuata la lettura citologica (senza necessità di nuovi prelievi) e se la citologia dovesse essere positiva, le donne saranno inviate ad approfondimento colposcopio.

In caso di citologia negativa verrà inviata una lettera con un nuovo appuntamento di controllo ad un anno.

Bibliografia

- 1) Bulkman N, Berkhof J, Rozendaal L et al. Human papillomavirus DNA testing for the detection of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 and cancer: 5-year follow-up of a randomised controlled implementation trial. Lancet 2007 Oct 3; [Epub ahead of print].
- 2) Naucler P, Ryd W, Tornberg S, et al. Human papillomavirus and Papanicolaou test to screen for cervical cancer. N Engl J Med 2007; 357:1589-97
- 3) Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Dalla Palma P, Del Mistro A, De Marco L, De Lillo M, Naldoni C, Pierotti P, Rizzolo R, Segnan N, Schincaglia P, Zorzi M, Confortini M, Cuzick J and the New Technologies for Cervical Cancer screening (NTCC) Working Group. Human papilloma virus testing and liquid-based cytology in primary screening of women younger than 35 years: result at recruitment for a randomised controlled trial. Lancet Oncol 2006;7:545-53.

LINK UTILI

<http://www.gisci.it/> (LE 100 DOMANDE SULL’HPV)

<http://www.epicentro.iss.it/> (VARI ARTICOLI SU HPV)

<http://www.progettoweb.sigo.it/hpv.aspx> (HPV E CANCRO DEL COLLO DELL’UTERO)