

- 1)** I papillomavirus umani (HPV) possono infettare il tratto genitale. Si distinguono in tipi a basso rischio (che causano i condilomi floridi o “creste di gallo” ma anche lesioni di basso grado) e tipi ad alto rischio (che possono causare lesioni sia di alto che di basso grado, ma anche assolutamente nulla, a parte il fatto di esserne portatori). La vaccinazione contro i tipi principali di questi virus viene effettuata sia nelle femmine che nei maschi prima dell’adolescenza, ma può essere praticata a qualunque età, anche nei soggetti che sono già infetti da uno o più tipi di HPV, o che siano già stati trattati per questa patologia in precedenza. Si tratta di vaccini efficaci e sicuri.
- 2)** Oltre il 70% della popolazione sessualmente attiva viene in contatto con uno o più tipi di HPV nel corso della propria vita, ma fortunatamente la stragrande maggioranza se ne libera entro due o più anni. La **trasmissione** avviene prevalentemente per via sessuale, tramite contatto con cute e/o mucose da parte di un partner (attuale o pregresso). Le infezioni sono quasi sempre asintomatiche, subcliniche (cioè non visibili ad occhio nudo) o non riconosciute.
- 3)** Ai papillomavirus possono associarsi **alterazioni cellulari** di diversa gravità. Il collo uterino (porzione dell’utero che si affaccia in vagina) è il principale organo bersaglio, ma possono essere colpiti anche l’ano, la vagina, la vulva, il cavo orale, il pene. Anche dopo che si sono formate, le lesioni cellulari causate da questi virus possono però regredire nel tempo o rimanere invariate, specialmente se sono di basso grado, a seguito di un miglioramento delle difese immunitarie. Allo stesso modo, possono anche riattivarsi in caso di abbassamento delle difese.
- 4)** In assenza di una **lesione concomitante**, non si raccomanda il trattamento per l’infezione genitale da papillomavirus. Le modificazioni cellulari indotte dal virus sono simili a quelle delle lesioni lievi e spesso regrediscono spontaneamente senza alcun trattamento. Non esistono farmaci in grado di uccidere i papillomavirus, ma solo interventi finalizzati a controllarne l’evoluzione (che sono efficaci nella stragrande maggioranza dei soggetti non immunodepressi).
- 5)** Le lesioni di **alto grado (HSIL)** vanno sempre rimosse chirurgicamente, dopo essere state valutate da un colposcopista esperto, mentre quelle **di basso grado (LSIL)** vanno preferibilmente controllate nel tempo (onde permetterne la regressione spontanea). Oltre che dal grado delle lesioni, il trattamento dipende dall’estensione delle aree coinvolte, dall’età, dalla sede anatomica (collo uterino, vagina, vulva, ano, pene, cavo orale), da fattori soggettivi che vengono analizzati in sede di colposcopia (esame che consente la visione ingrandita e ravvicinata di tutti questi tessuti).
- 6)** La rimozione delle lesioni sintomatiche (ad esempio i **condilomi**) non porta sempre a guarigione della malattia, né diminuisce sicuramente l’infettività: il paziente potrebbe trasmettere l’infezione anche se le lesioni sono sparite. L’uso del preservativo può ridurre, ma non eliminare, il rischio di trasmissione ai partner non infettati. Il periodo di trasmissibilità varia da 2-3 settimane a molti

mesi, ma il virus può andare incontro a “latenza” anche per diversi anni (per cui è quasi sempre impossibile stabilire quando e da chi sia stata trasmessa l’infezione).

7) Nessuna evidenza indica che il trattamento delle **lesioni genitali visibili (condilomi)** influisca sulla storia naturale dell’infezione, né sullo sviluppo del carcinoma cervicale. Se non trattati, i condilomi possono sia regredire da soli, sia rimanere stabili, sia aumentare in dimensioni e/o numero. Se trattati, i condilomi possono recidivare, più frequentemente durante i primi tre mesi, ma talvolta anche a distanza di tempo. Tutte le lesioni possono recidivare dopo trattamento.

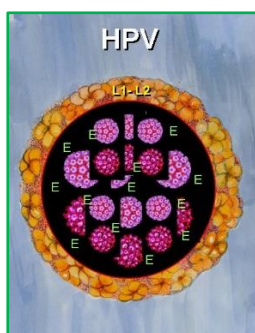
8) La valutazione medica dei **partner sessuali** non è sempre necessaria, poiché il ruolo della reinfezione è minimo, ma va limitata a determinate circostanze. In assenza di una terapia curativa, un trattamento per ridurre la trasmissione non è realistico. L’importante è vaccinarsi, smettere di fumare e condurre uno stile di vita sano. Farmaci integratori in grado di aumentare le difese immunitarie possono conferire benefici solo relativi.

9) Lo *screening* cervicale per la prevenzione del cancro del collo dell’utero (con **HPV test** o con **Pap test**) è raccomandato in genere dai 25 ai 65 anni, ma la frequenza dei controlli dipende da molti fattori, che sono discussi in sede di colposcopia. Il cancro è da considerarsi una complicazione estremamente rara di un’infezione a trasmissione sessuale estremamente frequente.

10) La **gravidanza** non peggiora le lesioni provocate dall’HPV. Per le donne in gravidanza, il parto cesareo non deve essere eseguito al solo fine di prevenire la trasmissione dell’infezione al neonato, sia nel caso di lesioni di basso grado, che di alto grado, o di condilomatosi florida. I condilomi floridi possono aumentare in gravidanza, ma devono essere trattati solo in alcuni casi. Una lesione pretumorale confermata colposcopicamente, non necessita il più delle volte di un trattamento chirurgico in gravidanza: dovrà però essere rivalutata circa 2-3 mesi dopo il parto.

11) L’**isterectomia totale** (cioè l’asportazione di tutto l’utero) non è mai raccomandata, indipendentemente dall’età, se non in casi veramente eccezionali. Questo perché comunque anche la vagina può essere colpita da questa malattia, ma soprattutto perché asportando l’utero le cuciture della vagina potrebbero “seppellire” tessuti che in seguito non verrebbero facilmente riconosciuti dalla colposcopia, né diagnosticati tramite il prelievo con Pap test o con biopsia.

12) Le **forme ghiandolari** (spesso segnalate nel Pap test come **AGC**, ma che non sempre riflettono una vera condizione pretumorale) sono lesioni che – se vengono confermate dalla biopsia come adenocarcinomi in situ (**AIS**) – richiedono un’attenzione più approfondita, in quanto spesso riguardano il canale cervicale (più difficile da indagare) e per la loro caratteristica di “saltare” dei tratti di tessuto (per cui la loro asportazione non sempre offre la garanzia di essere completa e necessita pertanto di escissioni più ampie e di controlli ravvicinati, continuati nel tempo).



*Dr. Carlo Antonio Liverani
Specialista in Ostetricia e Ginecologia
Diploma Universitario Europeo
dr.carlo.liverani@gmail.com*