



# **HPV E CANCRO DEL COLLO DELL'UTERO**

## **GRUPPO MULTIDISCIPLINARE HPV**

**Luciano Mariani<sup>1</sup> , Mario Sideri<sup>2</sup>**

**Sarah Igidbashian<sup>2</sup>, Ermelinda Baiocco<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Ginecologia Oncologica, Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma

<sup>2</sup> Unità di Ginecologia Preventiva, Istituto Europeo di Oncologia, Milano



# STORIA NATURALE-RISCHIO

Gli ultimi due capitoli di questo rapido excursus tra HPV e carcinoma del collo dell'utero (*storia naturale e rischio di carcinoma*) saranno trattati insieme.

Infatti, le lesioni pretumorali del collo dell'utero non vanno interpretate come vere malattie, ma piuttosto come fattori di rischio per lo sviluppo di una patologia: il carcinoma della cervice uterina.

## NOTA...

La determinazione del **RISCHIO** è la chiave di lettura per interpretare correttamente le singole entità nosologiche presenti nella storia naturale del cervicocarcinoma (CIN1, CIN2, CIN3), nonché le singole indagini che vi ruotano attorno (test citologici, test virali, colposcopia).



# STORIA NATURALE-RISCHIO

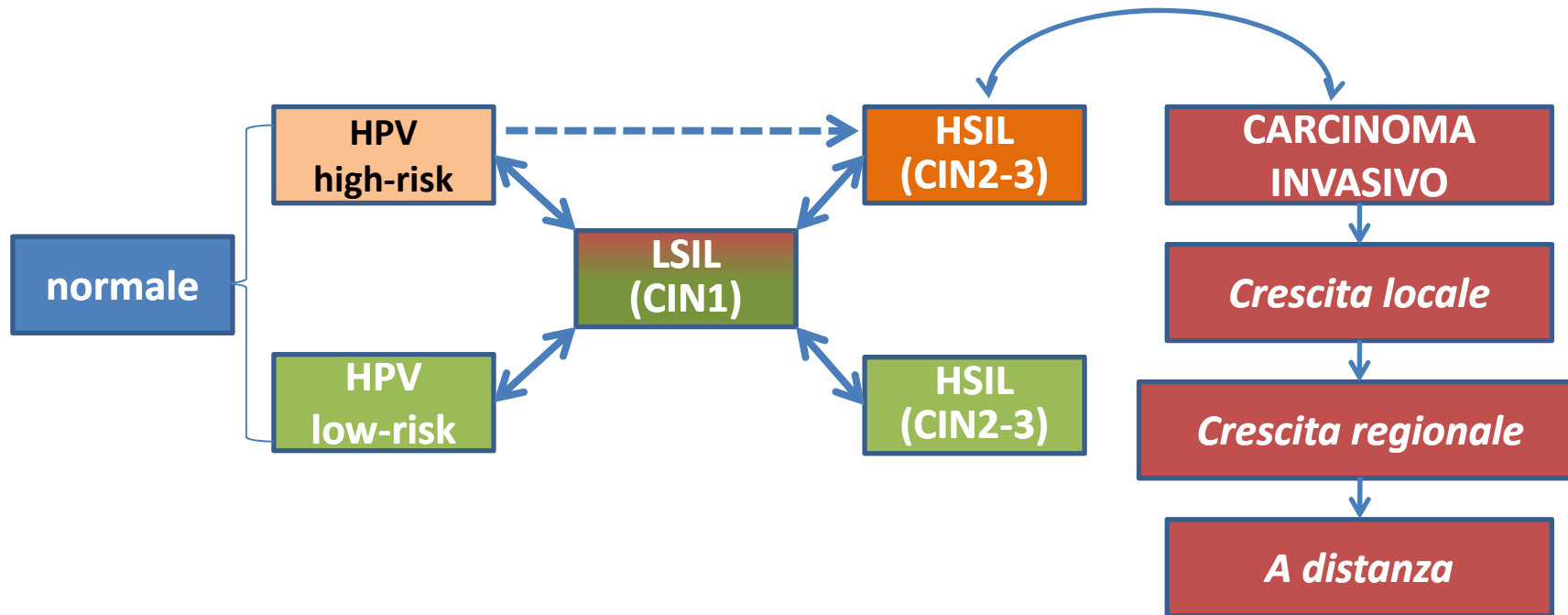
Lo screening per il cervicocarcinoma non fa diagnosi precoce, ma cerca **condizioni di rischio** per l'insorgenza della malattia. Pertanto, a differenza di altre situazioni cliniche, fa realmente **prevenzione**.

## NOTA...

E' bene fare una premessa generale in tema di "rischio" di carcinoma del collo dell'utero. 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 ri-inviarla 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.



# STORIA NATURALE



## NOTA...

Passando da CIN1 a CIN2 e quindi a CIN3 (ovvero da LSIL ad HSIL), il **rischio** che la lesione possa progredire a tumore invasivo aumenta. Esiste, comunque, ancora la possibilità di regressione della lesione o di persistenza della stessa. Il **rischio** di progressione verso il carcinoma è funzione del tipo virale coinvolto. In ogni caso il processo che conduce al carcinoma invasivo è lento e graduale. La prevenzione secondaria sfrutta questo lungo periodo di tempo.



# STORIA NATURALE

	Regressione	Persistenza	Progressione	
			a CIN3	a carcinoma
CIN 1	57%	32%	11%	1%
CIN 2	43%	35%	22%	5%
CIN 3	32%	56%	- -	14%

## NOTA...

Le percentuali riportate in diapositiva quantificano il **rischio** di regressione, persistenza o progressione delle lesioni pretumorali del collo dell'utero. Queste cifre indicano, per grandi linee, il rischio che da una lesione di basso grado (CIN1) possa originare un carcinoma invasivo. Benchè sia sempre possibile una regressione (almeno sul piano teorico), l'entità del CIN3 è da identificare come la vera lesione pre-tumorale propriamente detta.

(Östör AG. 1993; Mitchell MF 1996; Robertson AJ 1989; Castle PE 2007)