



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

 Regione Emilia-Romagna

E SE MI RICHIAMANO... **DOPO IL** **PAP TEST?**

Informazioni sui percorsi
di approfondimento
diagnostico e di cura



PROGRAMMA REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEI TUMORI FEMMINILI

UNA SEMPLICE SANA ABITUDINE.

Programma regionale per la prevenzione dei tumori femminili

RESPONSABILI:

Alba Carola Finarelli, Carlo Naldoni
(Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna)

COORDINAMENTO EDITORIALE E DI REDAZIONE:

Marta Fin, Alba Carola Finarelli, Carlo Naldoni
(Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna)

REDAZIONE TESTI:

Silvana Borsari, Michela Braglini, Elena Castelli
(Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna),
Debora Canuti (Azienda Usl Rimini), Paola Garutti (Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara),
Luciana Orlandi (Azienda Usl Modena), Patrizia Schincaglia (Azienda Usl Ravenna).

GRAFICA:

Tracce, Modena

STAMPA:

Nuovagrafica, Carpi

1° ristampa aggiornata: dicembre 2006

Gentile Signora,

è dal 1996 che in Emilia-Romagna abbiamo avviato una grande campagna di prevenzione e di diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero e della mammella con un programma gratuito di controlli periodici rivolti a quasi un milione e trecentomila donne nelle fasce d'età dai 25 ai 64 anni (per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero) e dai 50 ai 69 anni (per la diagnosi precoce dei tumori della mammella).

Sono davvero tante le donne che hanno risposto agli inviti delle loro Aziende Usl ad effettuare un pap test o una mammografia ripetuti rispettivamente ogni tre e due anni. I risultati ottenuti fino ad ora sono molto confortanti: laddove sono stati individuati situazioni meritevoli di ulteriori esami diagnostici o di interventi terapeutici è stato garantito un trattamento tempestivo ed efficace, aumentando di conseguenza la possibilità di guarigione.

Il programma, infatti, non propone solo esami di controllo periodici, ma garantisce, sempre gratuitamente, continuità al percorso di diagnosi o di cura quando è necessario. In questo contesto, anche la comunicazione e la relazione sono di grande importanza per permettere davvero l'espressione di scelte consapevoli riguardo alle proposte di accertamenti o di cure che gli operatori sanitari del programma di screening possono proporre.

È per questo che abbiamo aggiornato questa pubblicazione, che si rivolge in particolare alle donne coinvolte nel programma di prevenzione dei tumori del collo dell'utero che hanno bisogno di approfondimenti diagnostici o terapeutici dopo un pap test risultato anormale.

Avere informazioni precise sulle terminologie mediche, sugli accertamenti o le cure, su ciò che è opportuno fare dopo un intervento, non può che aumentare la conoscenza e favorire il rapporto individuale con gli operatori sanitari, che rimane comunque il momento centrale della relazione e il luogo in cui devono essere condivise e assunte le decisioni sui percorsi proposti.

Giovanni Bissoni

Assessore alle politiche per la salute

UNA SEMPLICE SANA ABITUDINE.

Questa pubblicazione è rivolta alle donne invitate ad eseguire degli approfondimenti diagnostici dopo un pap test risultato anormale.

Le informazioni contenute hanno lo scopo di permettere una riflessione sul percorso diagnostico e terapeutico proposto dallo specialista, che comunque è a disposizione delle donne per fornire spiegazioni, chiarire dubbi, e valutare assieme le ipotesi di accertamenti o terapie eventualmente necessari.

Il programma di screening prevede che tutte le fasi diagnostiche, le eventuali cure e i successivi controlli siano gratuiti.

1. IL PAP TEST È SUFFICIENTE PER UNA ACCURATA DIAGNOSI?

Il pap test è un esame molto affidabile per evidenziare la presenza di *possibili* alterazioni del tessuto del collo dell'utero (cervice uterina o portio).

La *conferma* però della reale presenza di alterazioni e la *sicura individuazione* del *tipo di alterazione* sono fornite unicamente dall'effettuazione di ulteriori accertamenti: **colposcopia** ed eventualmente **biopsia**. È estremamente raro che un tumore del collo dell'utero insorga dopo pap test negativo.

L'invito ad eseguire questi esami di approfondimento può comprensibilmente fare insorgere alcune preoccupazioni. È dunque importante sapere che qualora si confermassero le alterazioni già sospettate o riscontrate dal pap test, queste si riferiscono, nella grande maggioranza dei casi, **a infiammazioni o lesioni pre-tumorali**, per risolvere le quali è sufficiente eseguire controlli periodici, oppure sottoporsi a cure ambulatoriali.

È importante sapere che questi controlli riguardano esclusivamente *il collo dell'utero*. Per accertare lo stato di salute di tutto l'apparato genitale e per eventuali disturbi ginecologici è necessaria una *visita specialistica*. Per questa occorre rivolgersi agli ambulatori dei Consultori o agli ambulatori ospedalieri.

2. CHE COSA È UN PAP TEST ANORMALE?

Il pap test risulta “anormale” quando la lettura del vetrino (striscio) mostra la presenza di cellule alterate.

Le **possibili alterazioni** delle cellule sono evidenziate al microscopio e descritte nel referto secondo la classificazione internazionale Bethesda 2001, specificata nel paragrafo successivo.

3. CHE COSA HA RISCONTRATO IL PAP TEST ANORMALE?

Nel pap test anormale si possono riscontrare le seguenti alterazioni citologiche per le quali la donna verrà invitata ad eseguire ulteriori accertamenti.

A. ALTERAZIONI DELLE CELLULE SQUAMOSE

(cellule del rivestimento esterno della cervice o esocervice)

- **ASC-US** (Cellule Squamose Atipiche di Significato Non determinato)
- **ASC-H** (Cellule Squamose Atipiche, non possibile escludere HSIL)
- **SIL DI BASSO GRADO** (Lesione Intraepiteliale Squamosa, LSIL)
compatibili con lesioni di basso grado o displasia lieve

UNA SEMPLICE SANA ABITUDINE.

- **SIL DI ALTO GRADO** (Lesione Intraepiteliale Squamosa, HSIL)
compatibili con lesioni di alto grado o displasia moderata/grave, carcinoma in situ.
- **CARCINOMA SQUAMOSO**

B. ALTERAZIONI DELLE CELLULE GHIANDOLARI

(cellule del rivestimento interno della cervice o endocervice)

- **AGC** (Cellule Atipiche Ghiandolari)
- **AGC verso neoplasia**
(Cellule Atipiche Ghiandolari per le quali non è possibile escludere la neoplasia)
- **AIS** (Adenocarcinoma In Situ)
- **ADENOCARCINOMA** (endocervicale, endometriale, nos)

A. ALTERAZIONI DELLE CELLULE SQUAMOSE

- **ASC-US** (Cellule Squamose Atipiche di Significato Non determinato)

Rappresenta la situazione più frequente di anormalità citologica.

Con questo termine si indica la presenza di cellule squamose che hanno un aspetto atipico, ma di significato indeterminato, cioè non riferibile con certezza ad una malattia specifica.

Solo raramente, infatti, questa modificazione è attribuibile ad uno stato pre-tumorale; molto spesso invece è dovuta a infiammazioni o alla naturale condizione di menopausa.

Nella maggior parte dei casi il successivo esame colposcopico è negativo e solo talvolta è necessario eseguire una *terapia antinfiammatoria od ormonale*.

- **ASC-H** (Cellule squamose atipiche, non possibile escludere HSIL)

È una situazione di anormalità citologica simile all'ASC-US, ma meno frequente della precedente e che, talora, esprime la possibilità di una patologia più importante.

- **SIL DI BASSO GRADO** (Lesione Intraepiteliale Squamosa di basso grado o displasia lieve)

È la condizione più frequente dopo l'ASCUS.

Con SIL di basso grado si indicano lievi cambiamenti, nella forma e nella dimensione, delle cellule squamose della superficie epiteliale. In molti casi si associano anche alterazioni che fanno supporre la presenza del virus HPV (Human Papilloma Virus).

- **SIL DI ALTO GRADO**

(Lesione Intraepiteliale Squamosa di alto grado o displasia moderata/grave)

Rappresenta circa l'8% dei pap test anormali. Significa che le cellule squamose, raccolte al momento del pap test, presentano significative modificazioni rispetto alla normalità.

Anche in questo caso spesso si rilevano alterazioni che fanno supporre la presenza del virus HPV.

- **CARCINOMA SQUAMOSO**

Questo esito è raro, (meno dello 0,2% dei pap test anormali). Con questa definizione si indicano severi cambiamenti delle cellule squamose della superficie epiteliale del collo dell'utero, che comunque dovranno sempre essere confermati con *altri accertamenti*.

B. ALTERAZIONI DELLE CELLULE GHIANDOLARI

- **AGC (Cellule Atipiche Ghiandolari)**

È un referto piuttosto raro. Con questo termine si indica la presenza di alterazioni non ben determinate nelle cellule ghiandolari che rivestono il canale cervicale (AGC endocervicale), la cavità uterina (AGC endometriale) o di cui non è possibile individuare la sede (AGC-NOS).

- **AGC VERSO NEOPLASIA**

(Cellule atipiche ghiandolari per le quali non è possibile escludere la neoplasia)

Meno frequente della precedente e che, talora, esprime la possibilità di una patologia più importante.

- **AIS (Adenocarcinoma In Situ)**

Con questa definizione si indicano severi cambiamenti delle cellule ghiandolari superficiali che rivestono il canale cervicale.

Questo esito è molto raro (meno dello 0,1% dei pap test anormali).

- **ADENOCARCINOMA**

È molto raro (meno dello 0,1% dei pap test anormali). Con questa definizione si indicano severi cambiamenti delle cellule ghiandolari che rivestono il canale cervicale (**adenocarcinoma endocervicale**), o la cavità uterina (**adenocarcinoma endometriale**), o di cui non è possibile individuare la sede (**adenocarcinoma nos**). In ogni caso sono necessari *altri accertamenti diagnostici*.

4. QUALI SONO GLI ESAMI DI APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO?

Gli esami di approfondimento sono la **colposcopia** a cui può far seguito, se lo specialista lo ritiene opportuno, anche la **biopsia cervicale**.

4.1 Che cos'è la colposcopia?

La colposcopia è un esame semplice, indolore, che consente una migliore visione di eventuali aree “anormali” sulla superficie del collo dell'utero.

Si esegue mediante il colposcopio, strumento dotato di lenti a vari ingrandimenti, che consente di osservare la superficie della cervice.

♦ Come si esegue?

Il colposcopista evidenzia il collo dell'utero e le pareti vaginali con lo speculum, come al momento della esecuzione del pap test. Quindi applica dapprima una soluzione di colore trasparente a base di acido acetico e poi una soluzione di colore scuro a base di iodio. Successivamente valuta la reazione di questi liquidi sui tessuti, guardando attraverso le lenti di ingrandimento del colposcopio.

L'esame non provoca dolore; i liquidi usati possono, a volte, causare un lieve fastidio o bruciore.

♦ Che risultato può dare?

- a) La colposcopia è normale, cioè **negativa**, quando l'aspetto del collo dell'utero è normale, quando si presenta infiammato o quando evidenzia carenze ormonali.

Qual è il percorso successivo?

Quando la colposcopia non evidenzia le alterazioni sospettate dal pap test può essere utile eseguire, in caso di infiammazione o di carenza ormonale, una terapia con farmaci adeguati ed è comunque necessario effettuare, a distanza di tempo, un pap test di controllo e una eventuale ulteriore colposcopia, per confermare la reale assenza di alterazioni.

- b) La colposcopia è **anormale** quando, dopo l'applicazione dell'acido acetico sulla superficie del collo dell'utero, si osservano aree bianche, o con disegno di mosaico o puntato, o vasi sanguigni irregolari. In questi casi si parla di “area di trasformazione anormale”, definita di grado 1 o grado 2 a seconda dell'intensità dell'alterazione evidenziata.

Qual è il percorso successivo?

*Per giungere ad una diagnosi precisa si effettua, durante la colposcopia, una **biopsia** sulle aree che presentano le alterazioni più significative.*

4.2 Che cos'è la biopsia cervicale?

La biopsia cervicale è un esame di solito non doloroso che si esegue senza anestesia. Consiste nel prelievo di frammenti di tessuto dalle aree anormali del collo dell'utero evidenziate dalla colposcopia, mediante l'utilizzo di piccole pinze.

I frammenti di tessuto prelevati sono inviati al laboratorio per l'analisi istologica.

Una modesta perdita di sangue dalla vagina può perdurare per alcuni giorni dopo la biopsia.

A volte può essere necessario studiare meglio il canale cervicale utilizzando altri strumenti e tecniche quali, ad esempio, il prelievo mediante *courettage* (senza anestesia) oppure il prelievo con ansa diatermica (in anestesia locale).

4.3 Sono necessari altri controlli dopo la colposcopia e/o la biopsia?

Le donne che hanno eseguito, come esame di approfondimento, *solo la colposcopia*, sono comunque invitate ad effettuare un controllo successivo (pap test ed eventuale colposcopia) con una periodicità differenziata in relazione al tipo di esito citologico e secondo i tempi stabiliti dal protocollo diagnostico del programma di screening regionale.

Le donne che hanno invece eseguito *anche la biopsia*, seguiranno un percorso determinato dal risultato dell'esame istologico.

5. COSA FARE DOPO L'ESITO DELLA BIOPSIA?

Gli accertamenti e gli interventi successivi alla biopsia sono condizionati dal risultato dell'esame istologico eseguito sul campione di tessuto prelevato durante la biopsia.

◆ Quale può essere il risultato della biopsia?

• LA BIOPSIA È “NEGATIVA”.

La biopsia è negativa quando non si riscontrano lesioni.

In questo caso si evidenzia una discordanza con gli esami effettuati in precedenza (pap test e colposcopia).

Qual è il percorso successivo?

La donna viene invitata ad un controllo successivo per ripetere il pap test ed eventualmente la colposcopia con tempi diversi a seconda degli esiti degli accertamenti precedenti alla biopsia (primo pap test).

Il controllo serve per essere sicuri che il collo dell'utero sia effettivamente sano.

UNA SEMPLICE SANA ABITUDINE.

• LA BIOPSIA EVIDENZIA: CONDILOMA.

La diagnosi di “Condiloma” indica che è presente un’infezione virale sul collo dell’utero attribuibile al Papilloma Virus (HPV). Spesso è associata ad una displasia lieve o CIN 1 (*vedi paragrafo successivo*).

Qual è il percorso successivo?

Il Condiloma regredisce spontaneamente in una percentuale molto alta di casi, per cui la donna può scegliere, in accordo con il medico, di eseguire solo i controlli periodici con pap test ed eventuale colposcopia, oppure può decidere per una terapia chirurgica con la quale si elimina o si asporta l’area anormale visualizzata dalla colposcopia.

• LA BIOPSIA EVIDENZIA: DISPLASIA CERVICALE O CIN (NEOPLASIA INTRAEPITELIALE CERVICALE)

Questa lesione è considerata pre-tumorale perché ha la possibilità di trasformarsi, nel tempo, in tumore delle cellule squamose del collo dell’utero.

Per classificare i diversi stadi di gravità della displasia cervicale o CIN si usano tre aggettivi a seconda della profondità della lesione riscontrata nel tessuto prelevato:

- **lieve**, o **CIN I**, quando l’alterazione riguarda solo **un terzo dello spessore** delle cellule che rivestono il collo dell’utero;
- **moderata**, o **CIN II**, quando l’alterazione riguarda **la metà dello spessore** delle cellule che rivestono il collo dell’utero;
- **grave**, e/o **carcinoma “in situ”** o **CIN III**, quando l’alterazione riguarda **tutto lo spessore** delle cellule che rivestono il collo dell’utero.

Qual è il percorso successivo?

Le displasie lievi o CIN I spesso rimangono invariate nel tempo e possono regredire spontaneamente. Le displasie moderate e gravi, se non curate, possono più frequentemente persistere o evolvere verso il carcinoma.

*È comunque importante sapere che **l’eventuale trasformazione in tumore avviene in un tempo lungo, misurabile in anni**. Solo in alcuni casi lo sviluppo in tumore può essere molto rapido.*

Attualmente si consiglia di asportare in ogni caso la lesione displastica moderata o grave per impedire l’eventuale trasformazione in tumore, mentre per le forme lievi, che possono regredire con maggiore probabilità, è preferibile avere un atteggiamento di attesa.

- **LA BIOPSIA EVIDENZA: ADENOCARCINOMA IN SITU (AIS)**

Questa lesione è considerata pre-tumorale perché ha la possibilità di trasformarsi, nel tempo, in tumore delle cellule ghiandolari del collo dell'utero.

Qual è il percorso successivo e quali sono le modalità di cura?

In questi casi è consigliato asportare la lesione, con interventi il più possibile conservativi, soprattutto nelle donne giovani che desiderino gravidanze.

- **LA BIOPSIA EVIDENZA: CARCINOMA INVASIVO**

In questo caso la lesione è presente, oltre che nel rivestimento del collo dell'utero, anche più in profondità.

Qual è il percorso successivo e quali sono le modalità di cura?

Per tale lesione il medico indirizza la donna a Centri specialistici-terapeutici, dove possono essere effettuati gli interventi necessari in ricovero.

Esistono vari gradi di infiltrazione del tumore, ma sempre più spesso, grazie allo screening e alla maggiore attenzione delle donne per la propria salute, i tumori del collo dell'utero vengono scoperti in stadi iniziali (microinvasivi). In tali stadi è possibile effettuare cure meno aggressive, che consentono a volte la conservazione dell'utero e delle sue funzioni.

6. QUALI SONO LE MODALITÀ DI CURA PER LE DISPLASIE CERVICALI?

In presenza di displasie cervicali, quando consigliato, il trattamento è attualmente di tipo chirurgico, poiché non sono ancora disponibili farmaci appropriati.

Esistono due tipi di trattamento chirurgico :

1. L'area anormale, visualizzata dalla colposcopia, è **eliminata** con tecniche che sfruttano il calore, quali ad esempio la Dia-Termo-Coagulazione (DTC) e la laser-vaporizzazione. Tali tecniche non permettono di eseguire l'esame istologico del tessuto in quanto questo viene distrutto. Per tali ragioni, questo trattamento viene indicato come "trattamento distruttivo".
2. L'area anormale, visualizzata dalla colposcopia, è **asportata** con anse elettriche, con il laser o con il bisturi.

Questa tecnica permette di eseguire l'esame istologico del tessuto asportato. Il trattamento viene denominato "trattamento escissionale".

UNA SEMPLICE SANA ABITUDINE.

Nella maggior parte delle displasie cervicali, anche se si può trattare di lesioni di grado severo, è possibile effettuare l'intervento in **ambulatorio e in anestesia locale**. L'anestesia locale, praticata sul collo dell'utero, può provocare fastidio o lieve dolore all'atto dell'iniezione. L'intervento ha una breve durata, circa 10-20 minuti. La donna può fare subito *ritorno a casa* e, solo di rado, se intervengono complicanze, è necessario il ricovero.

Solo in alcuni *casi particolari* gli interventi devono essere eseguiti **in regime di ricovero ed in anestesia generale**.

Le diverse modalità di trattamento chirurgico possono essere talora utilizzate anche in caso di condilomi.

◆ Che fare al ritorno a casa dopo l'intervento?

Nei giorni successivi all'intervento è normale la presenza di lievi perdite ematiche di varia durata e, a volte, modesto dolore; molto raramente può insorgere una emorragia, per la quale la donna deve rivolgersi al Centro presso cui ha eseguito l'intervento.

La guarigione completa del collo uterino avviene in genere in poche settimane.

L'esercizio pesante deve essere evitato nei primi giorni, mentre nessuna controindicazione esiste per il normale lavoro, l'attività di studio e quella scolastica.

Dopo la terza settimana può essere ripresa una normale vita sessuale, si può fare uso di tamponi vaginali e ci si può immergere in acqua (bagno in vasca, in piscina, in mare, immersione in idromassaggio ecc.). Molto raramente, nei mesi successivi, può verificarsi, come complicanza, la stenosi del canale cervicale, ovvero il restringimento del collo dell'utero che può richiedere un nuovo intervento chirurgico.

7. CHE COSA SI DEVE FARE DOPO LA CURA DI CONDILOMI E DISPLASIE CERVICALI?

Anche se la cura ha avuto successo è **molto importante sottoporsi a controlli periodici** (pap test e colposcopia) per un periodo che varia da pochi mesi ad alcuni anni, in rapporto al tipo di lesione trattata, e secondo quanto propone lo specialista. Infatti esiste la possibilità, peraltro rara, che la malattia si ripresenti prevalentemente nei primi anni successivi al trattamento.

Quali sono le novità per la diagnosi e la terapia dei tumori del collo dell'utero?

Come in tutti i settori della medicina anche nel campo della prevenzione e della diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero assistiamo a continue innovazioni e scoperte.

In particolare la ricerca si sta impegnando:

- nell'individuazione delle lesioni che possono essere maggiormente a rischio di trasformazione in tumore. Ad esempio, si stanno affinando tecniche, quali la tipizzazione virale da affiancare eventualmente al pap test, per selezionare e discriminare i casi che necessitano di una maggiore attenzione;
- nella sperimentazione di vaccini a scopo preventivo e terapeutico, cioè per prevenire le lesioni tumorali e per la cura di displasie cervicali e lesioni virali;
- nel miglioramento delle tecniche di prelievo delle cellule cervicali e di raccolta sul vetrino per consentire una migliore lettura del pap test e quindi una maggiore capacità di trovare le cellule anormali (thin-prep = preparati su strato sottile).

Esse sono degne di attenzione perché aprono nuove possibilità in campo preventivo e terapeutico.

Papilloma virus: diagnosi, tipizzazione e terapia

Che cos'è il papilloma virus (HPV, Human Papilloma Virus)?

È un virus molto frequente nell'area genitale: si calcola che almeno l'80% delle donne ne verrà a contatto nell'arco della vita.

Viene trasmesso attraverso la pelle e le mucose, perciò la via sessuale è considerata la principale e la più probabile, ma sono state dimostrate anche altre vie di trasmissione. Esistono circa 200 sottotipi di virus e tra essi 35 prediligono l'area genitale.

Tra questi ultimi oggi si distinguono due gruppi: 1) virus "a basso rischio", che possono causare i condilomi genitali visibili ad occhio nudo o altre manifestazioni non visibili ma altrettanto transitorie; 2) virus "ad alto rischio" che danno per lo più manifestazioni transitorie non visibili, ma correlati con i tumori del collo dell'utero.

Il ritrovamento del virus, a basso o ad alto rischio, *non significa malattia* perché in genere si tratta di una infezione passeggera che permane per diversi mesi e si risolve spontaneamente senza creare problemi. Si è visto che almeno il 70% delle donne risulta già negativa entro un anno. Dopo la scomparsa dell'infezione, il virus permane allo stato di latenza, cioè non è più diagnosticabile con le metodiche comuni.

UNA SEMPLICE SANA ABITUDINE.

Quale relazione esiste con i tumori?

Nei tumori del collo dell'utero e nei loro precursori cioè le displasie, è molto probabile trovare i papillomavirus, soprattutto "ad alto rischio". È ormai dimostrata una relazione tra la *persistenza* del virus e i tumori. Tuttavia il virus *da solo non può provocare* il tumore se non ci sono altri *cofattori*, cioè altre condizioni favorenti; alcune di esse sono note, come il fumo, altre sono difficilmente dimostrabili (difetti delle difese immunitarie, predisposizione genetica...).

Questo spiega perché le donne con papillomavirus sono moltissime, mentre quelle che sviluppano i tumori sono solo alcune.

Come si fa la diagnosi di papillomavirus?

Alcune volte la paziente stessa avverte delle escrescenze che crescono nella zona genitale esterna cioè i "condilomi floridi" che possono essere presenti anche nel partner. In questo caso la malattia è contagiosa e occorre fare una visita ginecologica.

La maggior parte delle volte il virus non dà sintomi e viene rilevato occasionalmente attraverso un pap test anormale. In questo caso occorre sottoporsi a colposcopia, per capire se si tratta solo di virus o invece di displasie del collo dell'utero, con cui si può confondere o associare.

Cosa è la tipizzazione virale?

È un test che si esegue sulle cellule prelevate dal collo dell'utero durante il pap test e serve a dimostrare la presenza dei papillomavirus ad alto rischio. Il test potrebbe essere utile nei programmi di screening per migliorare la capacità del pap test di selezionare le donne sane, cioè che non sono a rischio di displasia e di tumore.

Una possibile utilizzazione del test per la ricerca dell'HPV, già oggi codificata e proponibile nella pratica clinica, poiché è stata acquisita la necessaria evidenza scientifica di efficacia, è nella selezione delle donne con pap test positivo per alterazioni citologiche ASCUS da inviare in colposcopia (solo in caso di positività al test per l'HPV) o da seguire con follow-up adeguato e limitato nel tempo (in caso di negatività al test per l'HPV): il cosiddetto triage.

Un altro utilizzo già oggi proponibile e codificato è per il follow-up delle lesioni CIN II e III già trattate per valutare l'aumentato rischio di recidiva della lesione stessa: infatti il rischio di recidiva è più alto in caso di test HPV positivo.

Esiste una terapia per il papilloma virus?

In caso di condilomatosi florida si possono fare terapie distruttive o anche usare creme locali.

In caso di ritrovamento del virus mediante il pap test o esami specifici non sono necessarie terapie, a meno che non vi sia contemporaneamente una displasia cervicale o un tumore.

In questi ultimi anni sono stati predisposti vaccini contro i più diffusi tipi di papillomavirus ad alto rischio, che dimostrano un'evidente efficacia nel ridurre lo sviluppo delle lesioni precancerose e dei tumori della cervice uterina. Questi vaccini sono ancora in fase di studio in quanto è da verificare la durata della loro immunizzazione, la possibile comparsa di effetti collaterali e l'impatto sulla popolazione. Nel 2007 è prevista la loro immissione sul mercato. Rimangono comunque ancora da definire, e lo saranno a livello nazionale, le modalità del loro utilizzo in programmi vaccinali rivolti alla popolazione.



PROGRAMMA REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEI TUMORI FEMMINILI