

LA CURA

Come si cura?

Il papillomavirus è trattabile ma non curabile. Allo stato attuale non esiste – come del resto per la quasi totalità delle malattie virali – una vera e propria cura per questa malattia.

Non sempre è utile distruggere le lesioni provocate da questi virus, specie se piatte e non associate ad alterazioni delle cellule.

Per quanto riguarda i condilomi, l'applicazione di alcune "soluzioni", la distruzione con bisturi, con elettricità (diatermocoagulazione) o con laserterapia dei condilomi floridi può risolvere il problema, asportando le manifestazioni cliniche della malattia.



Condilomi floridi dei genitali esterni

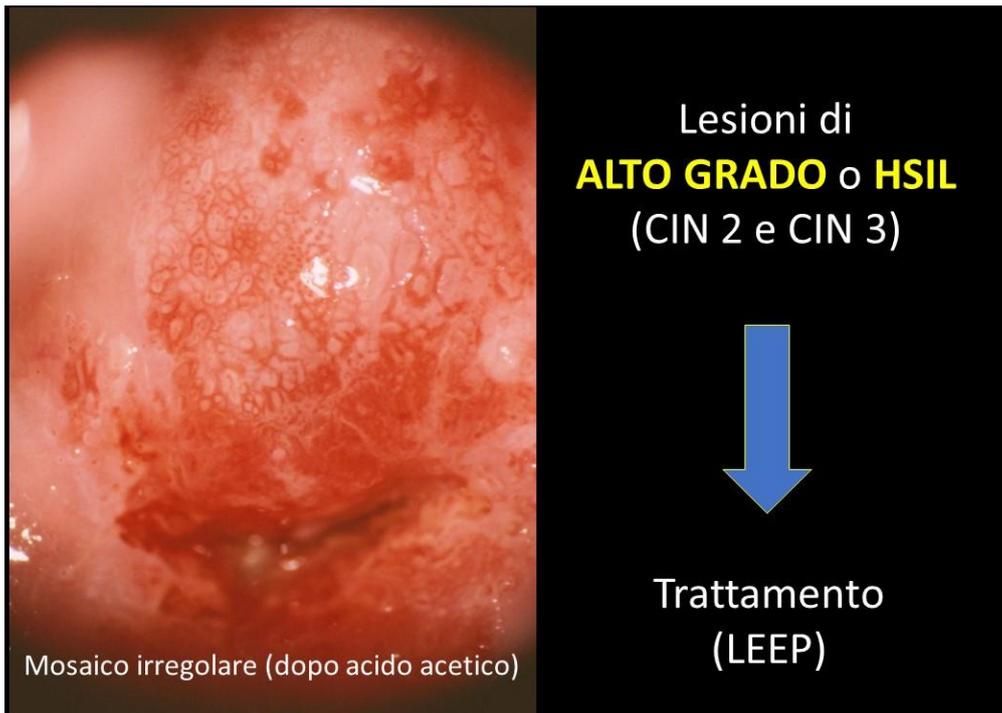


Trattamento con LASER

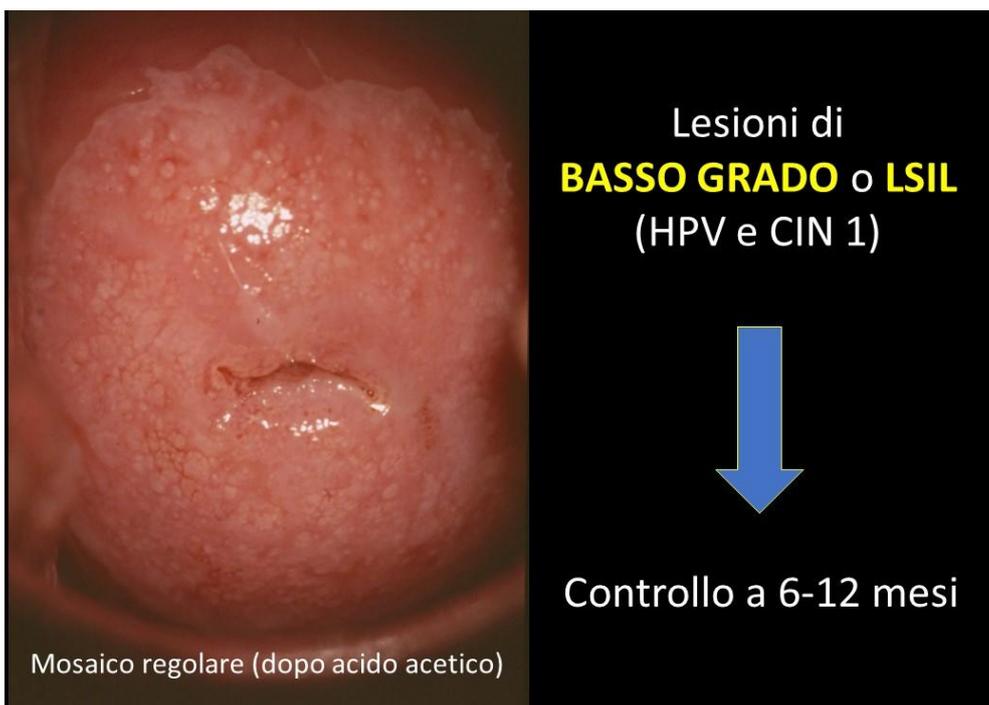
Tuttavia spesso la biopsia rivela una persistenza dell'infezione, anche se non sono più evidenti le escrescenze. Inoltre esiste anche la possibilità di una regressione spontanea di alcune di queste forme nei soggetti non immunodepressi.

Anche per quanto riguarda i **virus ad alto rischio**, il corpo umano in buona salute può respingere in pochi mesi un'iniziale infezione, senza bisogno di dover intervenire con terapie distruttive. I virus oncogeni infatti esprimono la loro capacità carcinogenetica solo quando l'equilibrio dell'ospite è disturbato. Ecco perché molte alterazioni cellulari causate dal papillomavirus scompaiono da sole senza bisogno di alcuna cura.

Altre volte invece le **cellule alterate** peggiorano nel giro di alcuni anni (eccezionalmente di pochi mesi). Raramente la gravità delle alterazioni progredisce fino a diventare un carcinoma. Questo è il motivo per cui le **lesioni di ALTO GRADO (HSIL o CIN 2-3)** vengono asportate con escissione LASER, o con una particolare "ansa termica" (LEEP) che in pochi minuti consente di eliminare la "parte malata" (intervento un tempo noto come "conizzazione"). È bene però ricordare che qualsiasi tipo di lesione da HPV può sia persistere dopo il trattamento, sia recidivare dopo un tempo variabile (più frequentemente nei primi due anni dopo il trattamento).



Le **lesioni di BASSO GRADO (LSIL o HPV/CIN 1)** possono invece essere tranquillamente “monitorate” nel tempo senza dover distruggere nulla, ma controllando periodicamente il loro stato. Ciò consente di evitare trattamenti invasivi su di un organo così importante come il collo dell’utero anche ai fini della gravidanza e del parto, ma soprattutto di evitare possibili, seppur rare, complicazioni legate all’intervento (sanguinamenti, stenosi, cioè restringimenti del canale, danni ad organi vicini, etc). Se però un trattamento deve essere effettuato (ad esempio con l’ansa termica), ciò solitamente non compromette la fertilità futura della donna, né ha conseguenze sul parto. Ma nessuna terapia (compresa l’asportazione dell’intero utero) dà la garanzia assoluta che la malattia virale e quindi anche la sua eventuale trasformazione maligna non si ripresenti mai più. Meglio quindi – se e quando è possibile – evitare interventi chirurgici demolitivi e “bruciature” inutili, ma limitarsi ad un attento e regolare controllo (con HPV DNA test, Pap test, colposcopia).



Nella mia personale esperienza, se la colposcopia viene eseguita correttamente e la biopsia è giustamente mirata, la maggioranza delle lesioni di basso grado sono rimaste tali o sono regredite spontaneamente nel tempo, senza bisogno di alcuna terapia chirurgica.

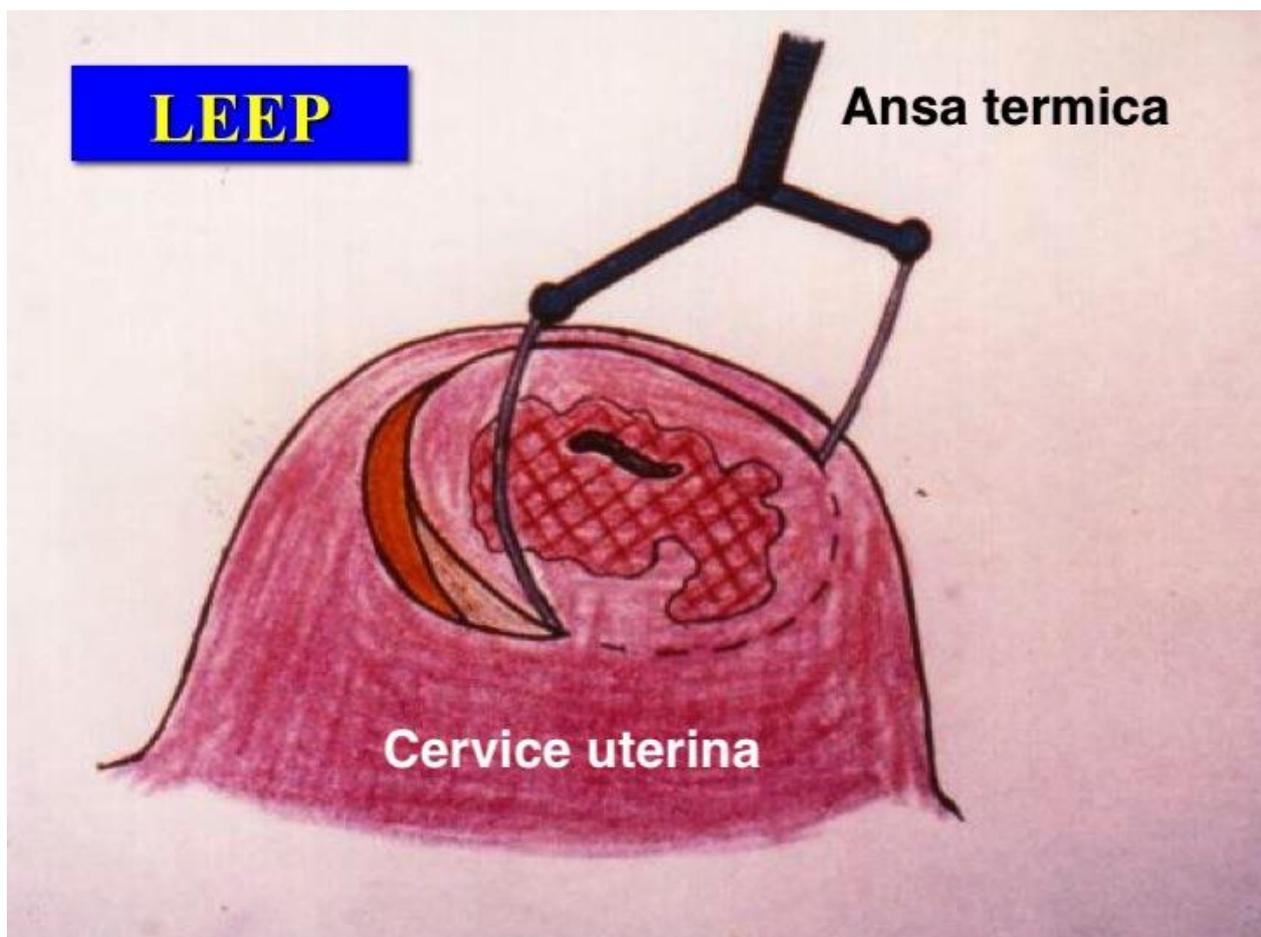
Che si decida o meno di effettuare un trattamento, due concetti devono però essere ben chiari per quanto riguarda la terapia delle lesioni da papillomavirus:

- la scelta di non eseguire un trattamento chirurgico in un dato momento, non significa che questo stesso trattamento non debba venire consigliato successivamente;
- qualunque trattamento chirurgico (dalla DTC al LASER all'isterectomia totale) non garantisce la guarigione: la lesione può persistere e soprattutto recidivare (importante il controllo a distanza).

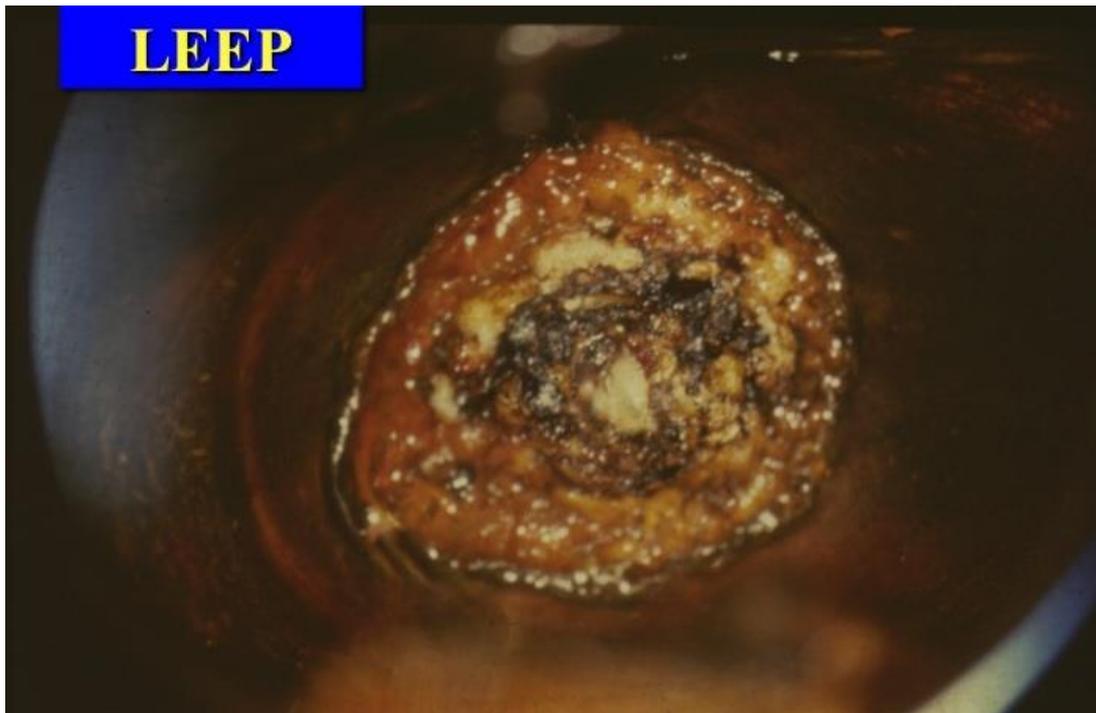
L'impatto emozionale di una diagnosi di infezione da papillomavirus può essere più dannoso dei reali problemi fisici causati da questi virus!

L'ansa termica (LEEP)

È un metodo rapido per eliminare le cellule più "irrequiete", che solitamente non comporta ricovero ospedaliero né anestesia generale. Dopo aver eseguito un'anestesia locale simile a quella che si fa dal dentista, si procede alla **escissione** del pezzo interessato con una speciale **ansa elettrochirurgica**. Il pezzo viene quindi inviato in laboratorio per la definitiva diagnosi istologica (cioè con il microscopio da parte dell'anatomopatologo).



Tecnica della LEEP



Collo uterino: esito subito dopo l'escissione mediante LEEP



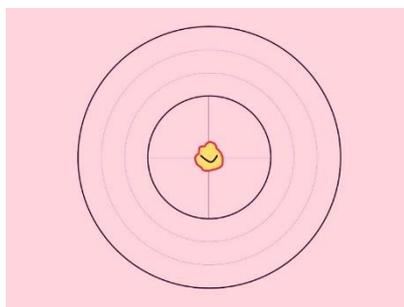
Collo uterino: esito a distanza di circa 6 mesi dall'intervento

Il primo controllo post-intervento è programmato **dopo 6 mesi** (in genere con Pap test e HPV test).

Ricomparsa a distanza di 12 mesi dopo il trattamento si verifica in meno del 10% dei casi.

Le recidive possono però sempre verificarsi anche a distanza di tempo: da qui la necessità dei controlli successivi, che saranno programmati sulla base dei vari esiti degli esami effettuati.

Il collo dell'utero viene rappresentato graficamente come un orologio diviso in quattro quadranti. Le percentuali di ricorrenza possono variare a seconda dell'estensione geografica della malattia: più la lesione è vasta, più è probabile la recidiva.



Lesione di piccole dimensioni



Lesione vasta



Lesione estesa ai fornici vaginali

Prima dell'intervento

Prima di effettuare l'intervento è bene seguire poche semplici regole:

ISTRUZIONI PER LA PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO DI ESCISSIONE ELETTROCHIRURGICA CON ANSA (LEEP)

- 1) Per fissare l'appuntamento la paziente è pregata di presentarsi personalmente, portando con sé la documentazione relativa (**scheda colposcopica con esiti di Pap test e/o biopsie**), oltre a tutte le **informazioni mediche** relative alla propria salute (malattie in atto o pregresse, allergie a farmaci o anestetici, utilizzo di farmaci anticoagulanti, anti-ipertensivi, ormonali, etc.).
Nelle donne portatrici di IUD ("spirale"), questa andrebbe rimossa possibilmente alcuni giorni prima del trattamento. Ove ciò non fosse possibile, si può procedere alla sua rimozione anche in sede di intervento.
- 2) È opportuno che la LEEP venga effettuata **subito dopo la fine della mestruazione**, al più tardi entro la 10ª giornata del ciclo (primo giorno del ciclo è quello in cui compare la mestruazione).
- 3) Nei giorni precedenti l'intervento la paziente deve astenersi dai rapporti sessuali e **disinfettare la vagina** con un'opportuna soluzione ginecologica anche generica, eseguendo una lavanda al giorno, alla mattina, per 5 giorni (anche in presenza del flusso mestruale), in maniera da terminare il trattamento la mattina stessa dell'intervento.
- 4) L'intervento è ambulatoriale e viene effettuato in anestesia locale in circa il 90% dei casi (non sono richiesti esami preoperatori e non è necessario essere a digiuno).
- 5) Si rammenta che raramente potrebbe rendersi necessario un **completamento di questo tipo di intervento**, da eseguirsi in un secondo tempo (meno del 10% dei casi totali; meno del 3% nelle pazienti vaccinate contro l'HPV in prossimità dell'intervento, o prima o dopo).
- 6) La programmazione di un'eventuale gravidanza andrà procrastinata ad almeno 6 mesi dopo il trattamento, dopo il primo controllo (a distanza appunto di 6 mesi dall'intervento).
- 7) Si raccomanda una lettura molto attenta del **modulo di informazione e consenso all'intervento di LEEP**, che spiega gli obiettivi, i benefici e i rischi connessi all'intervento e che andrà firmato prima dell'effettuazione dello stesso.

Dopo l'intervento

Dopo effettuato l'intervento, è bene ricordare alcuni punti:

PROMEMORIA PER LE PAZIENTI SOTTOPOSTE AD INTERVENTO DI ESCISSIONE ELETTROCHIRURGICA CON ANSA (LEEP)

- 1) Si raccomanda di osservare un periodo di **riposo** per due o tre giorni dopo l'intervento, evitando sforzi fisici, bagni per immersione, bicicletta, palestra, etc.
- 2) Si consiglia l'assunzione di **paracetamolo** per via orale (una capsula da 500 mg per 2-3 volte al giorno) oppure per via rettale (una supposta da 1.000 mg per 1-2 volte al giorno), nei primi 2-3 giorni dopo la procedura.
- 3) Dopo l'intervento è normale la comparsa di **perdite** bianche, giallastre o di sangue, anche per 3 o 4 settimane (tali perdite non devono preoccupare, neppure se abbondanti).
In caso di emorragia (più di un flusso mestruale), febbre o dolori, rivolgersi al Pronto Soccorso.
- 4) Per un periodo minimo di 4 settimane è **pericoloso** sottoporsi a **visite** ginecologiche o ecografie transvaginali, praticare **lavande** vaginali, utilizzare **assorbenti interni** e soprattutto avere **rapporti** sessuali.
- 5) La **prima mestruazione** successiva all'intervento potrà essere più **abbondante**, prolungata e, talvolta, più dolorosa del solito. Ciò non deve allarmare.
- 6) **Dopo 6 mesi** circa è sempre raccomandato un **controllo** con Pap test e HPV DNA test (la colposcopia è utile solo per valutare gli esiti dell'intervento), ricordando che qualche volta si potrebbe rendere necessario un "ritocco" chirurgico, oppure un differente tipo di intervento medico e/o chirurgico a seconda dell'esame istologico definitivo dopo LEEP.
- 7) L'esito istologico definitivo potrà risultare in una lesione di grado inferiore oppure di grado superiore rispetto a quella precedentemente diagnosticata.
Si raccomanda di seguire rigorosamente le istruzioni fornite al ritiro del referto, o inviate tramite mail.

NOTA BENE

Nel caso una paziente non fosse stata in precedenza vaccinata contro il papillomavirus, questa vaccinazione è fortemente raccomandata a ridosso dell'intervento (meglio il prima possibile). Ciò perché è stato ormai ampiamente dimostrato che la **vaccinazione anti-HPV** – oltre a proteggere da altri tipi di papillomavirus verso i quali la paziente non è mai venuta in contatto fino a quel momento – è anche in grado di ridurre i tassi di riattivazione del virus e quindi delle recidive a distanza della malattia.