

**RAGAZZE!
PRONTE AI BLOCCHI DI PARTENZA ...**

VITA!!!

1 FEBBRAIO 2008: INIZIA LA CAMPAGNA DI VACCINAZIONE GRATUITA PER 280MILA RAGAZZE! E' LA LOTTA PREVENTIVA DEL TURMORE ALLA CERVICE...(http://www.trapianti.ministerosalute.it/ministero/sezDettaglioDiario.jsp?id=33&anno=2007)

Ma vediamo di capire meglio.
Un vaccino contro un tumore?!?

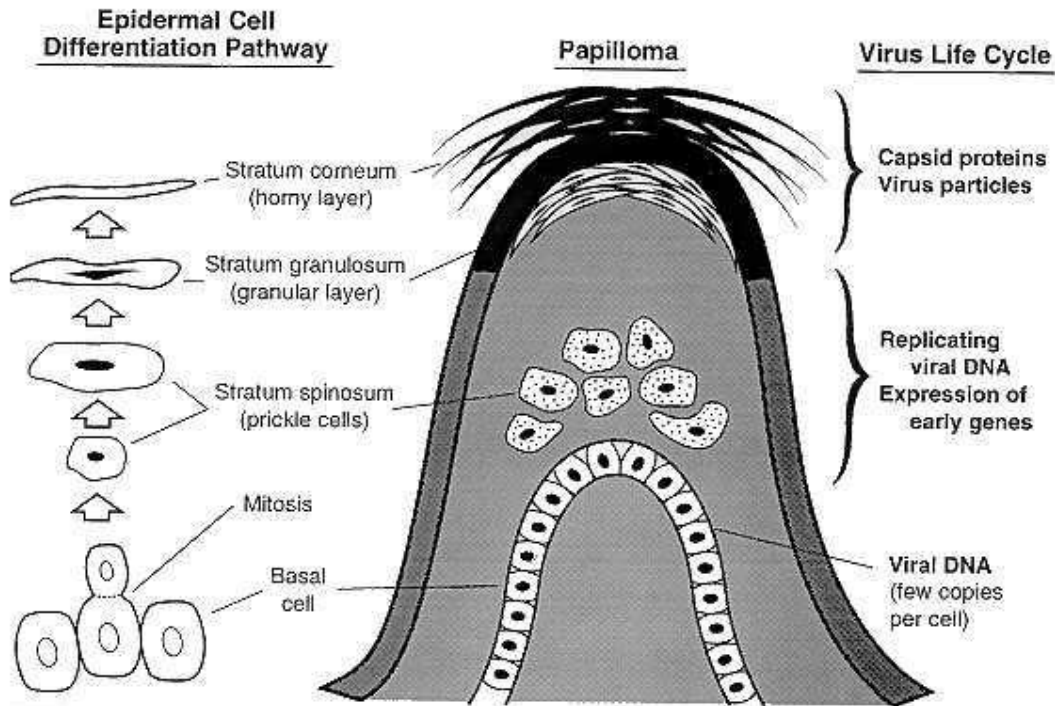
In realtà recenti studi di biologia molecolare hanno dimostrato che il DNA del **papillomavirus umano (Hpv)** è presente in tutti i carcinomi del collo dell'utero e nelle lesioni che lo precedono.

Di conseguenza molti ricercatori si sono dedicati alla messa a punto di un vaccino contro questo virus, responsabile o per lo meno promotore del tumore del collo dell'utero.

**PAPILLOMAVIRUS UMANO (Hpv) :
NON E' UN PROBLEMA TUTTO AL FEMMINILE.**

E' un virus a trasmissione soprattutto sessuale, che può rimanere latente per un lungo periodo di tempo, trasformando così l'individuo infettato in un vettore di trasmissione inconsapevole, una mina vagante.

**NEI PAESI Più SVILUPPATI LE VACCINAZIONI
SONO PREVISTE PER ENTRAMBI I SESSI.**



<http://www.gsbs.utmb.edu/microbook/ch066.htm>

Il **Prof. E. Fusco**, è uno dei protagonisti italiani della ricerca sul vaccino contro il virus Hpv. Intervistato per **“anvolt (associazione nazionale volontari lotta contro i tumori) ONLUS”**, riporto qui di seguito l’articolo pubblicato:

Professore, che cos’è l’infezione HPV?

Attualmente si conoscono più di 100 tipi di HPV. L’infezione da HPV può coinvolgere qualsiasi parte del corpo: alcuni tipi infettano le mani, le ginocchia e i piedi, altri la faccia, e altri il tratto genitale. Più di 20 tipi di HPV possono infettare il tratto genitale.

Il virus può dare tre forme di infezione: clinica, subclinica o latente.

La forma clinica è la verruca genitale.

La forma subclinica non è visibile a occhio nudo ma lo può essere al microscopio, ad esempio su un Pap Test oppure su un campione della cervice prelevato durante un esame colposcopico.

L’infezione latente viene messa in evidenza solo utilizzando tecniche molecolari.

Le correlazioni tra i diversi stati infettivi sono ancora poco conosciute, ma sono chiaramente importanti i fenomeni immunitari. Verruche anogenitali visibili sono solitamente causate da HPV di tipo 6 o 11, e le lesioni possono apparire sulla vulva, cervice uterina, vagina, pene, scroto, uretra e ano.

Lesioni intra-anali sono predominanti in pazienti che hanno avuto rapporti anali. Queste lesioni vanno distinte da quelle perianali, che possono avvenire in uomini e donne che non hanno praticato sesso anale. HPV 6 e 11 sono stati associati anche a lesioni congiuntivali, nasali, orali e laringee, hanno un basso potenziale oncogenico e sono raramente associati al carcinoma invasivo.

Altri tipi di HPV anogenitale (per es. 16, 18, 31, 33 e 35) sono fortemente associati alla neoplasia intraepiteliale cervicale (CIN), vulvare, del pene e al carcinoma a cellule squamose.

Questi ceppi oncogenici di HPV si ritrovano occasionalmente in lesioni genitali visibili e sono stati associati anche alla neoplasia intraepiteliale vulvare (VIN) e alla neoplasia intraepiteliale del pene (PIN).

A quali conseguenze può portare l'infezione?

Può portare al tumore della cervice, che è la parte più bassa dell'utero. La parte esterna della cervice e la vagina sono coperte da un strato di cellule sottili, dette cellule squamose. Il canale della cervice invece, è fiancheggiato da cellule ghiandolari alte come colonne: le cellule cilindriche. Questi strati di cellule giacciono sulla superficie della cervice e formano il rivestimento epiteliale che, a sua volta, ricopre la sostanza interna della cervice chiamata stroma. Lo stroma contiene le "autostrade" del corpo: i vasi sanguigni e linfatici che forniscono il nutrimento al collo dell'utero. In alcuni punti della cervice i due tipi di cellule di rivestimento, squamose e cilindriche, si incontrano nelle cosiddette giunzioni squamo-cilindriche che possono trovarsi sia sulla parte esterna della cervice che all'interno del canale cervicale, dove però sono difficili da vedere. La giunzione squamo-cilindrica è anche chiamata zona di trasformazione, perché le alte cellule cilindriche vengono continuamente trasformate in cellule squamose piatte. Quando si effettua il Pap test, alcune di queste cellule sono raschiate via ed esaminate al microscopio. È in questa zona di trasformazione che si sviluppa una crescita anormale, o displasia (il tumore ndr). Tali lesioni sono fortemente correlate all'infezione da HPV, più di quanto il fumo non sia correlato al tumore del polmone.

Cosa è la displasia?

Il termine "plasia" significa crescita; displasia è quindi una crescita disordinata. Per meglio comprendere il significato di displasia, è utile esaminare prima una cervice normale. Quando si osserva al microscopio il bordo di una cervice normale, si vedono strati di cellule.

La normale distribuzione è tale che lo strato più basso è fatto di giovani cellule rotondeggianti che, come maturano, si portano sulla superficie e appiattiscono. La superficie è quindi formata da cellule piatte. Nella displasia, chiamata anche CIN, manca questo processo di crescita organizzato.

Nella displasia lieve solamente alcune cellule sono anormali, mentre nella displasia moderata le cellule anormali coinvolgono circa la metà della superficie epiteliale. Invece, nella displasia severa o carcinoma-in-situ, l'intero spessore dell'epitelio è disordinato, ma le cellule anormali non si sono ancora diffuse al di sotto del "basamento" dell'epitelio. Nel cancro invasivo le cellule non solo sono disordinate in tutto lo spessore dell'epitelio, ma invadono il tessuto stromale sottostante. In questa posizione le cellule anormali si possono diffondere direttamente ad altre parti del corpo attraverso il sangue o i canali linfatici. Il cancro invasivo è trattato in modo completamente diverso dalla displasia.

In che cosa consiste il vaccino per il virus HPV? Grazie a quale tipo di ricerche è stato possibile ottenerlo?

Grazie alle tecniche di biologia molecolare è stato sperimentato un **vaccino quadrivalente** attivo verso i ceppi 16 e 18 (i maggiori responsabili del cancro della cervice) e verso i ceppi 6 e 11 agenti delle lesioni verrucose. A più di 20.000 donne in tutto il mondo sono state somministrate tre dosi di vaccino a distanza di due mesi ed il follow up si è protratto per due anni. Le donne vaccinate rispetto a quelle non trattate hanno avuto una caduta verticale dell'incidenza delle displasie, che sono i precursori del cancro invasivo. Riduzione di oltre il 90%.

Quali risultati potrà portare il vaccino per quanto riguarda la prevenzione oncologica?

Si potrà prevenire su larga scala il tumore del collo dell'utero, che nel mondo non occidentale rappresenta, per frequenza, il secondo tipo di neoplasia. Un cancro contro il quale la moderna medicina dispone di poche possibilità di cura radicale, visto che manca un'efficace diagnosi precoce.

Tenendo poi presente che è nel cosiddetto terzo mondo che è più diffuso, si pone anche il problema dei costi del vaccino, all'inizio certamente alti. Una soluzione potrebbe essere limitare la rigidità del brevetto e consentire anche a industrie locali di contribuire alla produzione del vaccino.

Nei paesi occidentali si potrà aggiungere allo screening e, soprattutto, si potranno correggere errori e omissioni dello screening stesso, poiché anche nei paesi più organizzati esiste una percentuale di donne che non si controlla.

A che età saranno vaccinate le ragazze?

Si ritiene opportuno vaccinare dai 10 ai 12 anni, prima dell'inizio dei rapporti sessuali.

Qual è la situazione del cancro al collo dell'utero oggi a livello internazionale? E nel nostro Paese?

Nel terzo e quarto mondo, è per frequenza, il secondo tipo di tumore. In Italia e nell'occidente in genere si ha un'incidenza di nuovi casi all'anno dell'8 per 100.000 donne. In particolare, **in Italia si registrano ogni anno 3.500 nuovi casi e 1.500 decessi**; ciò significa che, nonostante le possibilità terapeutiche, circa

una donna su tre muore ancora per questo tipo di neoplasia.

Cosa è necessario fare, al di là del vaccino, per prevenirla nei comportamenti?

La precocità dei rapporti, la pluralità di partner e il fumo facilitano la diffusione dell'infezione, che si trasmette soprattutto, ma non esclusivamente, per via sessuale. Contenere queste variabili significa abbassare il rischio. La possibilità di avere a disposizione un vaccino non deve, però, far abbassare la prudenza e i controlli ginecologici e di screening rimangono il pilastro per l'intercettazione di casi precoci di tumore.

Che rapporto ha lei personalmente con la prevenzione dei tumori in genere? Segue comportamenti corretti?

Io, per esempio, nel mio piccolo non fumo.

Penso che la cultura della prevenzione vada rafforzata anche con i piccoli comportamenti quotidiani, perché, per usare un paragone calcistico, se la difesa fa acqua, gli attaccanti arrivano dappertutto e fanno goal ancora più facilmente.

...E l'articolo si chiude con questa battuta.

La lettura di una pubblicazione di Marzo 2006 " The potential of human papillomavirus vaccines" (su N Engl J Med, da parte di Steinbrook r.), mette in luce una verità sconcertante: **esistono due vaccini**. Uno di produzione USA, attivo contro HPV di tipo 16 e 18 (correlabili con circa il 70% dei casi di tumore alla cervice uterina) ed anche contro i tipi 6 e 11, che sono invece all'origine del 90% dei condilomi; l'altro di produzione europea, immunizza soltanto contro i sierotipi 16 e 18.

Entrambi i vaccini richiedono tre somministrazioni a determinate scadenze l'una dall'altra.

Per quanto riguarda il vaccino americano è già stato registrato che l'immunizzazione è attiva dopo 3,5 anni dalla fine del ciclo. Mentre quello europeo è ancora in sperimentazione.

Un' importante differenza tra i due vaccini, è il fatto che quello americano sia destinato sia agli uomini che alle donne; ciò dimostra una maggiore attenzione da parte dei ricercatori americani verso l'aspetto epidemiologico, nonché una valutazione dei costi su tempi più lunghi.

E' più economico e più rapido ricorrere all'immunizzazione!

Trattandosi infatti di un virus a trasmissione prevalentemente sessuale, appare evidente che vaccinando entrambi i sessi si vadano a dimezzare automaticamente i tempi per un abbattimento del numero di infezioni/anno, bilanciando in parte il fatto che i ceti meno agiati non potranno permettersi la vaccinazione, e in molti casi anche il Pap-test di routine viene snobbato per ragioni economiche da parte di donne anche non in difficoltà economiche.

Purtroppo come sempre, quando c'è di mezzo il sesso, nascono pregiudizi, preconcetti, convinzioni e strambe credenze, che vanno a costituire impedimenti alla diffusione della pratica preventiva.

Basti pensare alla storia sociale del virus dell'AIDS (HIV), all'uso del preservativo, etc.

Già si vaneggia che la vaccinazione potrebbe indurre gli adolescenti a praticare il sesso precocemente...in realtà basta che vadano in edicola, accendano la TV, navighino su internet...basta anche guardare i cartelloni pubblicitari! Tutto è farcito di sesso e lo fa apparire come qualcosa di facile, senza complicazioni né conseguenze, anzi come un qualcosa che ognuno "deve a se stesso". Oggi sia per uomini che per donne, più partners si hanno nell'arco della vita e più si è in gamba, quindi bisogna iniziare presto e tenere un certo ritmo...senza rispetto per se stessi né per gli altri, bisogna mettersi in mostra, darsi da fare, anche se costa, anche se è un rischio...a 16-18 anni le ragazze chiedono labbra, seni, glutei...i ragazzi spendono altrettanto per ricevere attenzioni che altrimenti non avrebbero e per fare nel più breve tempo possibile tutte le esperienze che riescono ad immaginare...è una collezione, come per gli album di figurine!

Messi come siamo, sarebbero ben altre le cose da cambiare!

Un vaccino se non altro tutelerà in parte la loro salute fisica.

Un altro aspetto su cui riflettere ci viene fornito dal fatto che anche i tumori della cervice diagnosticati e rimossi per tempo lasciano delle conseguenze serie: quando si interviene sulla cervice dell'utero per asportare le lesioni da Hpv, aumentano il rischio di parti pre-termine ed il fatto di dover ricorrere al cesareo. Soltanto la tecnica di vaporizzazione laser sembra esente da queste conseguenze.

Online potete trovare altre spiegazioni agli indirizzi:

<http://italiasalute.leonardo.it/news.asp?ID=7192>

<http://www.prevenzionetumoridonna.info/documento.asp?sotto=5&sopra=5&articolo=31>

Per gli "addetti ai lavori" segnalo alcune letture:

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBCAN 2002: cancer incidence, mortalità and prevalence worldwide IARC CancerBase No 5, version 2.0. Lyon: IARC Press; 2004
2. Levi F, Lucchini F, Negri E, Franceschi S, La Vecchia C. Cervical cancer mortality in young women in Europe: patterns and trends. *Eur J Cancer* 2000 ;36 :2266-2271.
3. IARC Working Group. Human Papillomaviruses. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, vol. 64. Lyon. International Agency for Research on Cancer; 1995.
4. Munoz N, Bosch FX, Castellsague X, Diaz M, de Sanjose S, Hammouda D, et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer* 2004; 111:278-85.
5. Frazer IH, Cox JT, Mayeaux EJ, Franco EL, et al. Advances in prevention of cervical cancer and other Human Papillomavirus-related diseases. *Ped Infect Dis J* 2006; 25:S65-81
6. AIRT working group. I tumori in Italia-Rapporto 2006. Incidenza, mortalità e stime. *Epidemiologia e prevenzione* 2006; (1) S: 64-65
7. Ronco G, Ghisetti V, Segnan N, Snijders JFP, Gillio-Tos A, Meijer CJLM, Merletti F, Franceschi S. Prevalence of human papillomavirus infection in women in Turin, Italy. *European Journal of Cancer* 41, 297-305
8. De Francesco MA, Gargiulo F, Schreiber C, Ciravolo G, Salinaro F, Manca N. Detection and genotyping of Human papillomavirus in cervical samples from Italian patients. *J Med Virol* 2005; 75: 588-592
9. Centurioni MG, Puppo A, Merlo DF, Pasciucco G, Cusimano ER, Sirito R, Gustavino CA. Prevalence of human papillomavirus cervical infection in an Italian asymptomatic population. *BMC Infectious diseases* 2005; 5:77.
10. Salfa MC, Bocci C, Lillo F, Brunini de Sousa SM, Barbero M, Stayton C, Suligoi B. Epidemiologia dell'infezione cervico-vaginale da Human Papillomavirus (HPV) in donne afferenti ad un programma organizzato per la prevenzione del cervicocarcinoma. Abstract accettato alla IX Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica. Parma 13-15 ottobre 2005.
11. Verteramo R, Pierangeli A, Calzolari E et al. Direct Sequencing of HPV DNA detected in gynaecologic outpatients in Rome, Italy. *Microbes and Infection* 2006 (in corso di stampa)
12. Rassa M, Bertoloni G, Mengoli C, Peron A, Benedetti P, Palù G. HPV genotype prevalence in cervical specimens with abnormal cytology: a report from north-east Italy. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 2005; 37 (6-7): 476-81.
13. Carozzi FM, Confortini M, Cecchini S et al. Triage with Human Papillomavirus testing of women with cytologic abnormalities prompting referral for colposcopy assessment. *Cancer* 2005; 105:2-7
14. Ronco G, Giubilato P, Naldoni C, Zorzi M, et al. Livello di attivazione ed indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia. In: Osservatorio Nazionale Screening, Quarto rapporto. Novembre 2005
15. Harper DM, Franco EL, Wheller CM et al. Sustained efficacy up to 4.5 years of bivalent L1 virus-like particles against human papilloma virus type 16 and 18: follow-up from a randomised trial. *Lancet* 2006; 367:1247-55.