

Ruolo del medico di famiglia nella vaccinazione anti-HPV

Il recente sviluppo di vaccini preventivi per il Papillomavirus umano apre la strada ad una possibile prevenzione primaria contro i tumori associati all'infezione da HPV, da affiancare alle politiche di screening.

La sensibilizzazione delle giovani adolescenti costituisce un'opportunità per i medici di famiglia di prendere parte attiva in una mission di sanità pubblica

La recente disponibilità di vaccini ricombinanti anti-Papillomavirus umano (HPV) efficaci per la profilassi della displasia e carcinoma della cervice uterina e dei condilomi genitali rappresenta una svolta nella prevenzione del cancro della cervice uterina e responsabilizza direttamente i medici di famiglia nel sensibilizzare alla vaccinazione le donne che ne possono beneficiare (*Am Family Physician* 2007; 75, 9).

Esistono due tipi di vaccini: ricombinante tetravalente anti-HPV (tipi 6, 11, 16, 18) e bivalente anti-HPV (tipi 16 e 18) approvato recentemente dall'EMA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products).

L'età ottimale per effettuare il vaccino ricombinante tetravalente anti-HPV è stabilita a 11-12 anni d'età, ma il vaccino è raccomandato anche dai 13 anni fino ai 26 anni d'età in rapporto all'immunogenicità e all'inizio dell'attività sessuale (*Drugs* 2006; 66: 1263-71), mentre il vaccino bivalente è indicato nelle donne di età compresa tra i 10 e i 25 anni, ma in Australia è disponibile con l'indicazione per le donne di età superiore ai 26 anni sino ai 45 anni di età. Entrambi i vaccini vengono somministrati in 3 dosi (a 0, 1 e 6 mesi e 0, 2, 6 mesi rispettivamente).

■ Rischio infettivo

L'acquisizione dell'HPV avviene subito dopo l'inizio dell'attività sessuale e la probabilità cumula-

tiva dell'infezione è del 38.9% nei 24 mesi dopo il primo rapporto sessuale (*Am Family Physician* 2007; 75: 9).

Poiché l'HPV è trasmesso attraverso il rapporto sessuale, per comprendere l'epidemiologia è necessario chiedere alla donna la data del primo rapporto sessuale. Un'indagine condotta nel 2002 negli USA ha riportato che le ragazze americane sono sessualmente attive dai 15 anni di età nel 24%, dai 16 anni d'età nel 40% e dai 18 anni d'età nel 70% dei casi. Il più importante fattore predittivo di infezione HPV è il numero di partner sessuali: l'infezione HPV è stata rilevata nel 14.3% delle donne dai 18 ai 25 anni d'età con un partner sessuale nella vita, nel 22.3% delle donne con due partner nella vita e nel 31.5% delle donne con più di tre partner nella vita. Il numero medio di partner sessuali di sesso maschile è stato di 1.4 nelle donne sessualmente attive dai 15 ai 19 anni e 2.8 nelle donne dai 20 ai 24 anni d'età.

I principali fattori di rischio aggiuntivo per le donne includono il loro stato immunitario e il comportamento sessuale dei loro partner. Coloro che sono sessualmente attivi in una relazione monogamica con un partner non infetto hanno una bassa probabilità di contrarre l'HPV. Invece, molti partner di persone infette sono già contagiati. L'impiego dei preservativi può ridurre il rischio di trasmissione dell'HPV, special-

mente nei soggetti con comportamenti sessuali a maggior rischio. L'infezione da HPV è solitamente asintomatica. A tutt'oggi sono stati identificati più di 120 genotipi di HPV, di cui circa 40 infettano l'area anogenitale. Tutti i condilomi genitali sono causati dall'HPV e circa il 90% è associato ai tipi di HPV 6 e 11. Tuttavia, non tutte le persone affette dai tipi di HPV 6 o 11 sviluppano condilomi genitali. L'intervallo medio di sviluppo di nuovi condilomi dopo il contagio da tali tipi di HPV è di circa 2-3 mesi.

Va ricordato che i condilomi genitali possono regredire spontaneamente, ma anche ripresentarsi dopo terapia.

■ Rischio oncogeno

I medici che prescrivono il vaccino anti-HPV dovranno comunque raccomandare alle donne che si sottopongono al vaccino l'importanza del periodico esame citologico cervico-vaginale di screening del cancro cervicale.

Infatti i tipi di HPV 6, 11, 16 e 18 per cui i vaccini sono immunogenici sono responsabili di circa il 70% di tumori cervicali. I tipi di HPV 16 e 18 sono più comunemente associati con lesioni cervicali displasiche di più alto grado. Le donne vaccinate potranno però in seguito essere infettate da un tipo oncogeno di HPV diverso per cui il vaccino tetravalente non garantisce protezione.

Il vaccino non dà protezione contro infezioni e lesioni da tipi di HPV già contratti al momento della vaccinazione. Quindi le raccomandazioni sullo screening del cancro cervicale non sono cambiate per le donne che ricevono il vaccino anti-HPV rispetto a quelle non vaccinate.

L'incidenza del cancro cervicale è diminuita del 75% negli Stati Uniti con l'introduzione dello screening della citologia cervicale, ma nonostante ciò l'incidenza annua stimata è di circa 11.000 nuovi casi di cancro cervicale con circa 3.700 decessi annui. In Italia si registrano circa 3.500 nuovi casi di carcinoma della cervice e 1.100 decessi, anche se negli ultimi vent'anni la mortalità è diminuita di oltre il 50%.

L'HPV è associato anche a neoplasie anali, vaginali e della vulva. L'associazione è più comune con i tipi di HPV 16 e 18. Le donne con displasia cervicale di alto grado o neoplasie cervicali e vulvari sono ad alto rischio di cancro anale.

Sono ad alto rischio anche gli uomini che hanno avuto rapporti omosessuali o con persone infette da AIDS.

La diagnosi di una malattia a trasmissione sessuale costituisce un'indicazione ad eseguire esami per ricercare l'eventuale presenza coesistente di altre malattie ancora asintomatiche a trasmissione sessuale.

■ Aspetti medico-legali

Le malattie a trasmissione sessuale costituiscono un rilevante problema sanitario che comporta diritti e doveri per i soggetti infetti ma anche obblighi per il medico curante. Il RD n. 1265/1934 afferma agli artt. 253 e 254 che il medico è tenuto a denunciare alle Asl tutti i casi di malattie infettive ora compresi negli elenchi di cui al D.M. Sanità del 15 dicembre 1990.

Già il DPR 7 aprile 1994 riguardo al progetto obiettivo AIDS ha sottolineato l'importanza di interventi di diagnosi e cura gratuiti

per i soggetti infetti e di interventi di prevenzione ed educazione sessuale rivolti sia a categorie di soggetti a maggior rischio e sia alla popolazione generale.

L'art. 62 della legge n. 833/1978 ha previsto l'emanazione di un testo unico di leggi sanitarie che riunisca e coordini le disposizioni in materia di profilassi delle malattie infettive. A trent'anni di distanza questo testo non è stato ancora emanato e per tutte le malattie a trasmissione sessuale oggi non viene garantita un'uguale accessibilità alle cure.

Lo stesso vaccino anti-HPV invece di essere gratuito, viene attualmente offerto alle assistite a tariffe diverse nelle varie Regioni, anche se di molto inferiori al costo intero del vaccino acquistato privatamente in farmacia. Nel 2008 sarà avviata in Italia la vaccinazione gratuita per tutte le ragazze di 12 anni (circa 250 mila).

La profilassi delle malattie a trasmissione sessuale è regolata ancora dalla legge n. 837/1956 e dal Dpr del 27.10.1962.

La legge n. 837/1956 impone esplicitamente al medico di informare l'assistito della natura e della contagiosità della malattia, dell'obbligo e dei modi di curarsi e delle responsabilità conseguenti al contagio di terze persone (artt. 582-586 del Codice penale).

La Corte Costituzionale con sentenza n. 4 del 2 giugno 1994 ha precisato che la tutela della salute implica e comprende il dovere del cittadino di non ledere né porre a rischio con il proprio comportamento la salute altrui, in osservanza del principio generale che vede il diritto di ciascuno di trovare il limite nel reciproco riconoscimento e nell'eguale protezione del coesistente diritto degli altri. Pertanto i soggetti infetti hanno il dovere di limitare il contagio e informare il partner perché possa sottoporsi ad accertamenti e cure per evitare l'eventuale progressione di malattia. Va rilevato che rientra nella giusta causa di rivelazione del segreto professionale il diniego dell'as-

sistito infetto a informare il partner del contagio poiché, ai sensi dell'art. 12 del Codice Deontologico 2006, il medico può trattare i dati sanitari dell'assistito anche senza il suo consenso quando vi sia la necessità di salvaguardare la vita o la salute di terzi.

La tutela della vita di terzi oltre ad essere un dovere etico sancito dall'art. 3 del Codice Deontologico, è soprattutto un diritto tutelato dall'articolo 2 della Costituzione che è una norma di rango superiore rispetto al D.Lgs. n. 196/2003 che tutela il coesistente diritto alla privacy, contrapposto nel caso specifico.

■ Riflessioni

Poiché l'HPV viene trasmesso sessualmente e viene spesso contratto subito dopo l'inizio dell'attività sessuale, la vaccinazione dovrebbe possibilmente avvenire prima di questo periodo.

Le donne non ancora sessualmente attive possono ricevere il pieno beneficio dalla vaccinazione. Tuttavia, sebbene le donne sessualmente attive possano essere già infette con uno o più tipi di HPV, gli studi concordano che solo una piccola percentuale di queste è stata infettata da tutti i tipi di HPV per cui il vaccino dà immunità. Queste donne potranno essere protette col vaccino dalla malattia causata da altri tipi di HPV non contratti.

Pertanto, sebbene nel complesso gli effetti del vaccino risulteranno meno efficaci nelle donne sessualmente attive e gli effetti favorevoli attesi potranno diminuire con la più elevata età e il maggior numero di partner sessuali avuti al momento della vaccinazione, le donne sessualmente attive trarranno comunque alcuni benefici dalla vaccinazione. Quindi è raccomandabile consigliare la vaccinazione fino ai 26 anni d'età.

Bibliografia disponibile a richiesta