

Cancro dell'utero e dell'endometrio

In Italia si verificano ogni anno circa 3500 nuovi casi di cancro della cervice uterina con positività del test per HPV in circa il 50% delle donne e circa 5000 nuovi casi di cancro dell'endometrio, rappresentando il 15% circa di tutte le neoplasie.

Nei Paesi in via di sviluppo il cancro della cervice uterina è la seconda causa di morte per cancro, nei Paesi occidentali le metodiche di screening come il PAP test e il diverso stile igienico hanno ridotto del 75% sia la frequenza che la mortalità nell'ultimo mezzo secolo.

In Italia dal 1970 ad oggi l'incidenza dei tumori dell'utero è passata da 14 a 10 casi su 100.000 donne.

Uno dei principali fattori di rischio per il cancro della cervice uterina è l'infezione da HPV favorita dalla promiscuità sessuale o da rapporti con partner a rischio potendo avvenire il contagio anche se si usa il preservativo in quanto l'infezione può presentarsi in zone anatomiche al di fuori della protezione.

Quasi tutte le donne affette da cancro della cervice uterina risultano positive per infezione da HPV anche se la ampia diffusione dell'infezione e la scarsa incidenza assoluta della patologia fa ritenere che altre siano le cause che possono indurre la malattia come la concomitante infezione da HIV, un precedente trapianto d'organo, un linfoma di Hodgkin, uno stato di insufficienza del sistema immunitario. Un'altra causa tra quelle ipotizzate è la precocità e la promiscuità dell'attività sessuale.

I fattori di rischio per il tumore dell'endometrio sono rappresentati dalla età avanzata, dal diabete mellito, dalla patologia epatica cronica, dall'obesità, dall'infertilità, dalla precocità della comparsa del menarca, dalla oligomenorrea (mestruazioni brevi), dal tardivo instaurarsi della menopausa e dalla assenza di gravidanze.

La terapia estrogenica sostitutiva in menopausa può rappresentare un fattore di rischio mentre l'assunzione della pillola anticoncezionale sembra avere un effetto protettivo per la concomitante presenza nei prodotti utilizzati di una quota progestinica.

L'unica strategia di prevenzione per il cancro della cervice uterina è quella di effettuare controlli ginecologici periodici con almeno un PAP test ogni due anni e, se indicato, l'esecuzione di test specifico che consente di individuare la presenza di DNA virale e quindi l'avvenuto contagio. Dal 2006 il cancro della cervice uterina ha trovato nella vaccinazione anti HPV una potenziale soluzione per ridurre l'incidenza di questa patologia. Il vaccino messo in commercio impedisce il contagio di due dei principali ceppi oncogeni di HPV.

L'Italia è stato uno dei Paesi che per primi ha varato la legge per la erogazione del vaccino a tutte le bambine di 12 anni.

In età più avanzata l'eventuale utilizzo va valutato con il proprio specialista di fiducia. Il trascorrere del tempo darà ragione sulle proiezioni stimate di calo di incidenza di questa patologia.

In caso di diagnosi di cancro della cervice uterina o del cancro dell'endometrio è opportuno definirne la gravità sulla base di una classifica che suddivide questi tumori in quattro stadi:

Per il cancro della cervice uterina:

Stadio I: il tumore è confinato alla cervice uterina.

Stadio II: il tumore ha invaso la zona posteriore dell'utero, ma non ha raggiunto la pelvi.

Stadio III: il tumore ha invaso la pelvi oppure i reni.

Stadio IV: il tumore ha invaso la vescica, il retto o la zona posteriore alla pelvi e metastasi a distanza.

Per il cancro dell'endometrio:

Stadio I: il tumore è confinato all'utero e non ha invaso la cervice.

Stadio II: il tumore ha invaso la cervice, senza però invadere zone extrauterine.

Stadio III: il tumore ha invaso la pelvi, i linfonodi tributari, ma non la vescica o il retto.

Stadio IV: il tumore ha invaso la vescica o il retto e metastasi a distanza.

Il trattamento del cancro della cervice uterina e dell'endometrio può avvenire con diverse modalità:

chirurgica: nel caso del tumore della cervice è possibile procedere alla cosiddetta conizzazione, ovvero l'asportazione di un cono di tessuto in corrispondenza della lesione. Questo intervento non compromette la funzione dell'organo ma può essere eseguito solo se il tumore viene individuato molto precocemente. In tutti gli altri casi, così come nel caso del cancro dell'endometrio, si procede alla rimozione di parte dell'utero o di tutto l'organo (isterectomia). Nelle forme ancora più avanzate si possono asportare anche altri organi adiacenti quali i linfonodi, le tube e, in alcuni casi, anche le ovaie

radioterapica: la fonte di raggi può essere sia esterna che interna o brachiterapia, una tecnica molto recente è

quella che prevede l'inserimento nell'utero della paziente di piccoli ovetti che emettono raggi. La possibilità di sottoporsi a radioterapia permette in casi selezionati di preservare il proprio apparato riproduttivo non precludendosi quindi l'opportunità di una gravidanza. La radioterapia negli stadi più avanzati, benché praticata, ha una efficacia decisamente minore

chemioterapia: i farmaci utilizzati sono il cisplatino ed il paclitaxel. La chemioterapia è fortemente consigliata per tutti i tumori superiori al primo stadio per diminuire il rischio di successive ricadute.

Il trattamento chirurgico è quello più efficace se confortato da una diagnosi precoce.

La radioterapia si è dimostrata efficace negli stadi iniziali

Modesto è l'effetto terapeutico della chemioterapia anche se viene raccomandata laddove specialmente vi sia una importante diffusione di malattia .

Anche in questo caso l'approccio multimodale con farmaci target può rappresentare una opportunità terapeutica percorribile.

[\(Vedi su schemi terapeutici PICURO le modalità di applicazione della mia terapia - Picuro7\)](#)

Maurizio Pianezza