

# CONTRACCZIONE ORMONALE E TUMORI DI INTERESSE GINECOLOGICO:

## IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

**Manuela Lerda**

Medico di Medicina Generale, Cuneo

### INTRODUZIONE

Spesso da parte dei pazienti la concezione di rischio legato all'assunzione di farmaci non appare correlata alla realtà. Da una parte i salutisti e tutti quelli che sembrano studiare a memoria il "bugiardino", dall'altra quelli che cercano nel farmaco un comodo alibi per evitare di cambiare un comportamento a rischio.

Per quanto riguarda l'uso dei contraccettivi orali, vediamo donne che rifiutano la pillola per timore del cancro o più banalmente di un aumento di peso e ultraquarantenni fumatrici che non si pongono problemi.

Il medico di medicina generale (MG) può sfruttare i contatti con le proprie pazienti che assumono contraccettivi orali, che siano stati loro stessi a prescriverli o lo specialista ginecologo, per valutare insieme alla paziente qual è il suo rischio individuale e proporre gli accertamenti di prevenzione o diagnosi precoce e le eventuali modificazioni di stile di vita o di terapia.

### DONNE IN ETA' FERTILE E PREVENZIONE

Non vi sono dati per valutare se gli interventi di educazione sanitaria e consulenza, rivolti alle donne e specificatamente finalizzati alla prevenzione primaria dei tumori ginecologici, influenzano la loro scelta in materia di contraccezione o la loro attenzione ad altri fattori di rischio (pratiche sessuali, controllo del peso corporeo, fumo) (13, 16, 19, 35).

Le donne che optano per una particolare metodica contraccettiva possono attribuire maggio-

re importanza ad altri elementi, quali i costi, l'efficacia, la comodità e la protezione contro le malattie a trasmissione sessuale, rispetto agli effetti a lungo termine sulle neoplasie ginecologiche. Alcune donne, tuttavia, possono attribuire un valore maggiore alla riduzione del rischio di tumore, o presentare fattori di rischio che determinano una maggior probabilità di sviluppare specifiche neoplasie.

Una delle peculiarità del MG è che ha molte occasioni di rivedere i propri pazienti, in particolare le donne, che spesso accedono in ambulatorio anche per i propri famigliari o solo per motivi burocratici. Il MG ha così varie occasioni per scegliere il momento opportuno per fare educazione sanitaria, counselling o qualsiasi azione di medicina preventiva (5, 6, 10). Anche solo la stessa ripetizione della prescrizione del contraccettivo può essere un'occasione per rinforzare un messaggio sulla prevenzione e per spingere la paziente a modificare un comportamento alimentare o uno stile di vita. Per esempio è provato che la sola ripetizione dell'invito a smettere di fumare da parte del medico fa sì che una parte dei pazienti passi dalla fase cosiddetta "contemplativa" a quella operativa (2, 15).

Il MG ogni volta che prescrive la pillola ad una fumatrice deve assicurarsi che la donna non sia in una situazione di assunzione rischiosa, come per esempio le ultratrentacinquenni che fumano più di 15 sigarette al dì (WHO Classe IV) (4).

Anche per le classi a minor rischio, comunque è importante utilizzare l'occasione della prescrizione di contraccettivi orali per rinforzare il messaggio riguardo ai danni del fumo in generale e al rischio individuale della paziente (3, 9).

## MEDICI GENERALI E PREVENZIONE ONCOLOGICA

Già nei documenti di Europa contro il Cancro si scriveva:

*“Nella lotta contro il cancro i medici generali svolgono un ruolo di primo piano. Infatti, la fiducia è loro spontaneamente accordata e i continui contatti con i pazienti fanno dei medici di famiglia la pietra angolare di qualsiasi politica di prevenzione, di esame sistematico e di diagnosi precoce dei cancro.”*

( EAC 26\2\87 )

E ancora:

*“Il medico di medicina generale ha un ruolo specifico nella educazione sanitaria, in particolare per quanto riguarda la prevenzione; gli screening per patologie specifiche andrebbero inseriti nel contesto più ampio della medicina di famiglia che prevede una conoscenza del paziente sia dal punto di vista fisico che psicologico e sociale”*

(EAC - Consensus Conference - L'Aia 1993 e Firenze 1994) (6).

Il medico generale è il consulente del paziente per qualsiasi tipo di problema sanitario. Ogni contatto con il paziente costituisce un'occasione per la prevenzione e l'educazione alla salute. L'individuazione dei fattori di rischio, tramite un'anamnesi mirata, uno screening o casualmente nel corso di indagini cliniche, comporta in modo naturale un'opera di consulenza individuale.

La consulenza individuale sui fattori di rischio deve fondarsi sulla conoscenza di detti fattori specifici, delle conseguenze di un intervento su di essi e di altre eventuali misure preventive, nonché su informazioni riguardanti la condizione sociale, la personalità e lo stato di salute del paziente (1, 6, 11, 12, 14).

Il MG, grazie ad un impegno a lungo termine, ha l'opportunità di adattare e personalizzare la sua opera di consulenza tenendo conto di altri problemi e della situazione generale del paziente e può far sì che i pazienti si considerino responsabili della propria salute.

In base a ricerche sperimentali e ad esperienze cliniche si sono stabiliti alcuni principi che i MG possono adottare per influire sul comportamento dei pazienti (5, 6):

1. Assicurare un trattamento continuo.
2. Fare opera di consulenza individuale.
3. Assicurarsi che i pazienti individuino la relazione esistente tra il comportamento e la salute.
4. Praticare consulenza familiare.
5. Incoraggiare la tendenza del paziente al miglioramento dello stile di vita.

6. Far partecipare i pazienti alla scelta dei fattori di rischio che devono essere eliminati.
7. Impiegare più strategie integrate.
8. Elaborare un piano per modificare le abitudini sbagliate.
9. Controllare i progressi tramite il follow-up.
10. Coinvolgere tutto il personale dello studio medico, laddove è presente.
11. Mostrare un atteggiamento positivo e costruttivo.

## MG E CANCRO DELLA CERVICIE UTERINA

Lo screening tramite il Pap test riduce sia la mortalità, favorendone la diagnosi in una fase in cui il trattamento può essere efficace, sia l'incidenza della neoplasia invasiva, attraverso il trattamento delle lesioni preneoplastiche (1, 5, 24, 33, 34, 50).

Il MG dovrà quindi adoperarsi al fine di aumentare l'adesione di tutte le sue pazienti allo screening.

Laddove non esiste un programma di screening il medico generale dovrà sorvegliare strettamente le proprie pazienti più a rischio e invitarle ad eseguire regolarmente un Pap test, tenendo conto del fatto che alcune donne si sottopongono troppo frequentemente al test mentre troppe non lo eseguono mai, e in particolare le donne che di norma non si sottopongono al test sono quelle che, per abitudini di vita e condizioni socio-economiche, sono più a rischio (1, 8).

E' quindi fondamentale che il MG si adoperi affinché si sottopongano al test le donne a maggior rischio, e cioè:

- quelle appartenenti ad un basso livello socio-economico;
- quelle che hanno iniziato precocemente l'attività sessuale e hanno un elevato numero di partners;
- le multipare;
- quelle che presentano infezioni da HPV (Human Papilloma Virus);
- le fumatrici, in particolare dopo i 35 anni (25-36).

In queste stesse donne in particolare potrebbe essere utile consigliare l'utilizzo di contraccettivi di barriera e di spermicidi (17-23).

## MG E CANCRO DELL'ENDOMETRIO

Allo stato attuale delle conoscenze non esiste possibilità di prevenzione primaria né è documentata l'efficacia di uno screening per il carcinoma dell'endometrio (8, 38-41).

Il MG oltre a porre il sospetto diagnostico il più precocemente possibile dovrà sorvegliare in particolare

le proprie pazienti affette da questa patologia, tenendo a mente il fatto che esse hanno un rischio aumentato, sia pur lievemente, di sviluppare una seconda neoplasia, in particolare della mammella o del colon.

Dal momento che le donne soprappeso, diabetiche, ipertese, hanno un rischio aumentato di sviluppare questo tumore, sarà compito del MG sia di convincerle a seguire una dieta corretta, sia di sorvegliarle più strettamente e inviarle allo specialista ginecologo al minimo sospetto (42).

## MG E CANCRO DELL'OVAIO

I tumori maligni dell'ovaio sono la causa più frequente di morte per cancro ginecologico, soprattutto per il fatto che spesso vengono diagnosticati tardivamente in quanto nella fase precoce sono abitualmente asintomatici o causano solo vaghi sintomi addominali. Anche per questa patologia allo stato attuale delle conoscenze non esiste possibilità di prevenzione primaria, né è documentata l'efficacia di uno screening (8, 43-49).

A questo proposito va sottolineata l'importanza del colloquio con la paziente che pensa di poter fare "tutti" gli esami che diagnosticano precocemente il cancro dell'ovaio. Stimolare esami di "prevenzione" o di diagnosi precoce ove non esistano certezze è fonte di aumento immotivato di accessi ambulatoriali e di richieste di accertamenti. È fondamentale chiarire con la paziente la limitatezza e i possibili rischi cui si può andare incontro in queste situazioni (falsi positivi/falsi negativi/prosieguo di accertamenti invasivi...).

D'altra parte in qualsiasi donna che manifesti una sintomatologia addominale aspecifica è importante che il MG indaghi con attenzione tramite una accurata anamnesi seguita da un esame obiettivo che dovrebbe essere completato dall'esame pelvico eseguito dallo specialista ginecologo.

## MG E CANCRO DELLA MAMMELLA

Come nel caso del cancro della cervice, in presenza di un programma di screening di popolazione, il MG dovrà contribuire alla sua buona riuscita facendo informazione ed educazione sanitaria affinché le pazienti possano dare il loro consenso informato.

Molte esperienze hanno dimostrato come ci sia una maggior adesione all'esecuzione dello screening da parte della donna se la lettera inviata è firmata dal proprio medico di famiglia.

Inoltre dovrebbe essere suo compito la "pulizia" delle liste per non invitare pazienti già malate o affette da altre patologie che rendono incompatibile la procedura.

Al MG spetta anche l'individuazione delle pazienti ad alto rischio di neoplasia mammaria per attivare un controllo periodico di tali donne anche al di fuori di eventuali programmi di screening in corso.

Spesso le pazienti si rivolgono al proprio medico di famiglia perché si sono scoperte un nodulo mammario. Una anamnesi corretta e l'esame obiettivo frequentemente sono sufficienti per consentire al MG di escludere anomalie sospette e di rassicurare la donna senza ulteriori accertamenti. L'esame clinico, soprattutto se non emergono alterazioni, è anche l'occasione per informare la donna su alcuni aspetti di fisiologia della mammella, per ridurre l'ansia nel caso di lesioni benigne e per informarla sullo screening e sulla possibilità di accertamenti di prevenzione secondaria personalizzati (1, 7).

In caso di nodulo sospetto in molte Aziende ULSS esistono percorsi preferenziali con accesso diretto allo specialista senologo ed all'esame mammografico con procedura d'urgenza. Tali procedure rendono più agevole e veloce la diagnosi all'interno di un'integrazione tra medicina del territorio ed ospedaliera.

## CONCLUSIONE

Una notevole quantità di dati conferma che misure specifiche possono ridurre il rischio di sviluppare tumori ginecologici.

L'evidenza di un effetto protettivo dei contraccettivi orali sullo sviluppo dei tumori dell'endometrio e dell'ovaio è convincente e superiore ai dati sugli effetti negativi di questi farmaci sullo sviluppo del tumore del collo dell'utero.

Il carcinoma della cervice e quello della mammella possono essere prevenuti in una buona percentuale mediante lo screening. Altre misure (allattamento, astensione dal fumo, da attività sessuale ad alto rischio e controllo dell'obesità) sembrano inoltre ridurre il rischio di specifiche neoplasie ginecologiche e tali comportamenti, in quanto comunque salutari, vanno incoraggiati in tutte le pazienti.

## BIBLIOGRAFIA

1. Austoker J. Cancer prevention in primary care. BMJ Publishing Group, 1979.
2. [http://serviziweb.ulss12.ve.it/news/download/pubbl\\_medici/Fumo\\_per\\_MMG.pdf](http://serviziweb.ulss12.ve.it/news/download/pubbl_medici/Fumo_per_MMG.pdf)
3. Clinical Practice Guideline, Treating Tobacco Use and Dependence, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Giugno 2000.
4. WHO: Medical eligibility criteria for contraceptive use 2004.
5. Codice europeo contro il cancro, manuale per i medici generali, ed italiana 1995.

6. Europe Against Cancer - Consensus Conference - L'Aia 1993 e Firenze 1994.
7. Cancian M. Cancro della mammella, in: Cancian, Amadori: "Oncologia e medicina generale". Ed. Mediserve 1998.
8. Lerda M. Tumori ginecologici, in: Cancian, Amadori: Oncologia e medicina generale. Ed. Mediserve 1998.
9. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, Osservatorio fumo, alcol e droga, ISS 2002.
10. McPherson A. I problemi delle donne in medicina generale. CIS 1997.
11. Miglionico A. Manuale di comunicazione e counselling per medici, psicologi e professionisti d'aiuto, Centro Scientifico Editore, Torino 2000.
12. Myerscough PR, Ford M. Talking with patients, Keys to good communication, Oxford Medical Publication 1996
13. PNLG Programma Nazionale Linee Guida, ISS.
14. Rose G. Le strategie della medicina preventiva, Il pensiero Scientifico Editore, 1996.
15. Russel M, Wilson C, Taylor C, Baker C. "Effect of general practitioners' advice against smoking", Br. Med. J, pp 231-5 1979.
16. Beral V, Hannaford P, Kay C. Oral contraceptive use and malignancies of the genital tract. Results from the Royal College of General Practitioners' oral contraception study. Lancet 1988; ii: 1331-1335.
17. SOGC: Clinical practice guidelines: Canadian Contraception Consensus; 2004 JOGC February-March-April 2004.
18. FPRHC Guidance (October 2003) First Prescription of Combined Oral Contraception: Journal of Family Planning and reproductive Health Care 2003; 29 (4): 209-223.
19. Grimes DA, Economy KE. Primary prevention of gynecologic malignancies. Am J Obstet Gynecol 1995; 172: 227-235.
20. Parazzini F, Negri E, La Vecchia C, Fedele L. Barrier methods of contraception and the risk of cervical neoplasia. Contraception 1989; 40: 519-530.
21. Slattery ML, Overall JC Jr, Abbott TM et al. Sexual activity, contraception, genital infections, and cervical cancer: support for a sexually transmitted disease hypothesis. Am J Epidemiol 1989; 130: 248-258.
22. Hildesheim A, Brinton LA, Malin K et al. Barrier and spermicidal contraceptive methods and risk of invasive cervical cancer. Epidemiology 1990; 1: 266-272.
23. Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM et al. Oral contraceptive use and risk of invasive cervical cancer. Int J Epidemiol 1990; 19: 4-11.
24. Daly MB, Bookman MA, Lerman CE. Female reproductive tract: cervix, endometrium, ovary. In: Greenwald P, Kramer BS, Weed DL, eds. Cancer prevention and control. New York: Marcel Dekker, 1995.
25. Cates W, Stone KM. Family planning, sexually transmitted diseases and contraceptive choice: a literature update\_Part I. Fam Plann Perspect 1992;24:75-84.
26. Winkelstein W Jr. Smoking and cervical cancer\_current status: a review. Am J Epidemiol 1990; 131: 945-957.
27. Baron JA, Byers T, Greenberg ER et al. Cigarette smoking in women with cancers of the breast and reproductive organs. J Natl Cancer Inst 1986; 77: 677-680.
28. Slattery ML, Robison LM, Schuman KL et al. Cigarette smoking and exposure to passive smoking are risk factors for cervical cancer. JAMA 1989; 261: 1594-1598.
29. La Vecchia C, Franceschi S, Decarli A et al. Cigarette smoking and the risk of cervical neoplasia. Am J Epidemiol 1986; 123: 22-29.
30. Brinton LA, Schairer C, Haenszel W et al. Cigarette smoking and invasive cervical cancer. JAMA 1986; 255: 3265-3269.
31. Hannaford PC. Cervical cancer and methods of contraception. Adv Contracept 1991; 7: 317-324.
32. Brinton LA. Oral contraceptives and cervical neoplasia. Contraception 1991; 43: 581-595.
33. Brinton LA, Huggins GR, Lehman HF et al. Long-term use of oral contraceptives and risk of invasive cervical cancer. Int J Cancer 1986; 38: 339-344.
34. Parazzini F, La Vecchia C, Negri E, Maggi R. Oral contraceptive use and invasive cervical cancer. Int J Epidemiol 1990; 19: 259-263.
35. Thomas DB. The WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives: the influence of combined oral contraceptives on risk of neoplasms in developing and developed countries. Contraception 1991; 43: 695-710.
36. Delgado-Rodriguez M, Sillero-Arenas M, Martin-Moreno JM et al. Oral contraceptives and cancer of the cervix uteri. A meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand 1992; 71: 368-376.
37. WHO Scientific Group. Oral contraceptives and neoplasia. WHO Technical Report series, no. 817. Geneva: World Health Organization, 1992.
38. Weiss NS, Sayvetz TA. Incidence of endometrial cancer in relation to the use of oral contraceptives. N Engl J Med 1980; 302: 551-554.
39. Kaufman DW, Shapiro S, Slone D et al. Decreased risk of endometrial cancer among oral contraceptive users. N Engl J Med 1980; 303: 1045-1047.
40. The Cancer and Steroid Hormone Study of the Centers for Disease Control and the National Institute of Child Health and Human Development. Combination oral contraceptive use and the risk of endometrial cancer. JAMA 1987; 257: 796-800.
41. Schlesselman JJ. Oral contraceptives and neoplasia of the uterine corpus. Contraception 1991; 43: 557-579.
42. Folsom AR, Kaye SA, Potter JD, Prineas RJ. Association of incident carcinoma of the endometrium with body weight and fat distribution in older women: early findings of the Iowa Women's Health Study. Cancer Res 1989; 49: 6828-6831.
43. The Cancer and Steroid Hormone Study of the Centers for Disease Control and the National Institute of Child Health and Human Development. The reduction in risk of ovarian cancer associated with oral-contraceptive use. N Engl J Med 1987; 316: 650-655.
44. Franceschi S, La Vecchia C, Helmrich SP et al. Risk factors for epithelial ovarian cancer in Italy. Am J Epidemiol 1982; 115: 714-719.
45. Cramer DW, Hutchison GB, Welch WR et al. Factors affecting the association of oral contraceptives and ovarian cancer. N Engl J Med 1982; 307: 1047-1051.
46. Parazzini F, La Vecchia C, Negri E et al. Oral contraceptive use and the risk of ovarian cancer: an Italian case-control study. Eur J Cancer 1991; 27: 594-598.
47. Hankinson SE, Colditz GA, Hunter DJ et al. A quantitative assessment of oral contraceptive use and risk of ovarian cancer. Obstet Gynecol 1992; 80: 708-714.
48. Grimes DA. Primary prevention of ovarian cancer. JAMA 1993; 270: 2855-2856.
49. Villard-Mackintosh L, Vessey MP, Jones L. The effects of oral contraceptives and parity on ovarian cancer trends in women under 55 years of age. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96: 783-788.
50. www.cancercode.org