

COUNSELLING E MONITORAGGIO PER LA CONTRACCEZIONE ORMONALE E RISCHIO TUMORALE

Maurizio Orlandella

Ginecologo territoriale ASL 1 e ICP Milano
Presidente Nazionale Agite

INTRODUZIONE

La paura di sviluppare i tumori maligni in seguito all'assunzione di contraccettione ormonale (CO) è una delle più importanti cause di diffidenza della donna verso la contraccettione. Anche nel campo medico è possibile che i risultati di studi con ottica parziale e il "rumore" dei media condizionino il comportamento prescrittivo senza una considerazione complessiva dei dati bibliografici.

La review di Arisi (1), a cui questo articolo fa riferimento, corredata da dati recentissimi, nell'ambito di una ricerca in divenire per la progressiva riduzione dei dosaggi estroprogestinici, riporta dati positivi e tranquillizzanti complessivi con risultati protettivi nei confronti di ovaio, endometrio, colon, con un modesto rischio per il seno ed un rischio maggiore verso il collo dell'utero.

In un consulto per contraccettione ormonale l'interesse più immediato della donna è per i sintomi e le trasformazioni corporee facilitate dalla pillola, ma la domanda successiva è su quali rischi questa assunzione comporti. Il rischio riferito come più temuto è quello del carcinoma mammario.

Va indirizzata l'attenzione sugli effetti complessivi sulla salute, sui benefici verso il rischio di patologie oncologiche, ma è sempre più frequente la necessità di fornire dati reali e comprensibili anche rispetto all'aumento di rischio relativo di carcinoma mammario e cervicale, con lo scopo di favorire una maggiore attenzione per la propria salute con l'autopalpazione al seno e la programmazione dei pap-test.

RISCHIO AUMENTATO, RISCHIO DIMINUITO: COME ORIENTARSI?

I rischi relativi (RR) diversi per distretto anatomico spingono il medico a valutazioni complesse, difficili. La review è strumento per orientarsi, viene in soccorso rispondendo a dubbi ormai storici; altri dubbi richiederanno approfondimenti o ragionamenti su base individuale:

- vi sono gruppi selezionati con rischi elevati e/o inaccettabili?
- il rischio complessivo per i tumori (tra aumento o riduzione del rischio relativo per i diversi distretti) consiglia comunque l'uso della contraccettione ormonale?
- aumentando la vigilanza, scegliendo un monitoraggio periodico o particolare, è possibile ridurre ancora il RR di ammalarsi di determinati tumori e di morire?

Vi sono conoscenze sia rispetto ai rischi complessivi di mortalità, che di rischio relativo di tumori maligni nei diversi distretti, che di mortalità da tumori per organo, permettendo la valutazione dei rischi individuali, da cui la ricerca di sottogruppi di popolazione da controllare con maggiore scrupolo. Un rischio aumentato può essere ridotto o annullato da un adeguato monitoraggio.

QUALE PROTEZIONE PRIVILEGIARE, L'ONCOLOGICA, LA CARDIOVASCOLARE, PER LA GRAVIDANZA INDESIDERATA?

Riusciamo a proteggere da rischi eccessivi la donna che richiede la contraccettione ormonale e con

temporaneamente evitare di esporre la donna ad un rischio contraccettivo inaccettabile?

Troppo spesso in passato atteggiamenti "protettivi" nei confronti dei rischi oncogeni hanno favorito l'insorgenza di gravidanze indesiderate; come per esempio nel caso di mastopatia fibrocistica o di generici disturbi circolatori, frequenti cause in passato di sospensione dell'utilizzo della pillola.

E' quindi necessaria una valutazione complessiva, posta la necessaria tranquillità della donna ad assumere contraccettivi ormonali senza il terrore di una patologia imminente. Il comportamento del medico, la sua sicurezza nel privilegiare gli aspetti complessivi del problema, anche con una programmazione individualizzata dei controlli, favorisce in modo determinante la compliance della donna alla contraccezione, soprattutto nell'utilizzo contraccettivo continuativo e prolungato.

RISCHI ONCOGENI PER ORGANO ASSOCIATI ALL'USO DI CO - COUNSELLING E INDAGINI

I tumori dell'ovaio, endometrio, colon, si riducono in modo considerevole, contribuendo alla riduzione complessiva del rischio di morte da tumore, anche considerando l'aumento di tumori in altri distretti.

Un lavoro del 2003 di Vessey (2) dimostra come in donne tra i 25 ed i 39 anni il pregresso uso della CO si accompagni ad un minor rischio di morte per qualsiasi causa tra le utilizzatrici attuali o pregresse rispetto alle non-utilizzatrici (RR 0.89) (Tab. 1).

Tabella 1

Mortalità al dicembre 2000 in 17032 donne, che avevano 25-39 anni tra il 1968 ed il 1974 ed avevano usato CO

	RR di morte se usato CO
Carcinoma della portio	7.2
Carcinoma endometrio	0.2
Carcinoma ovaio	0.4
Carcinoma del seno	0.8
Tutte le cause se non fuma	0.89
Idem <= 14 sigarette	1.24
Idem > = 15 sigarette	2.14

(Da: Vessey, Lancet, 2003; modificato) (2)

Inoltre una review molto estesa dei rischi e benefici connessi all'uso della contraccezione orale (3) ha calcolato anche come per un uso della CO di 4 anni si avrebbe una riduzione netta di 4.2 casi di cancro in generale ogni 1000 donne di razza bianca.

Se la contraccezione ormonale riduce complessivamente la mortalità (RR 0.89) e se per ogni mille donne si ha una riduzione di 4.2 casi di cancro in generale si può legittimamente affermare che "l'assunzione di C.O. riduce sia la possibilità di ammalarsi di cancro che di morire". Non sarà un motivo per prendere la pillola, ma non sarà nemmeno un motivo per non prenderla.

Ma consideriamo adesso l'effetto che la contraccezione ormonale determina sui diversi distretti anatomici e l'eventuale necessità di controlli particolari.

OVAIO ED ENDOMETRIO

La soppressione dell'ovulazione ha un effetto benefico. Il cancro ovarico si riduce dal 40 all'80% in relazione alla lunghezza del periodo di assunzione.

La riduzione di Ca endometriale arriva al 72% per un utilizzo della C.O. di 10 anni (4). C'è anche riduzione dell'iperplasia endometriale, dei polipi endometriali, dei fibromi uterini.

Non esiste uno screening efficace per il Ca ovarico, l'uso di C.O. determina una riduzione della mortalità per questo tumore, di possibile rilevanza clinica nelle donne con rischio aumentato (ovulazione incessante, anovulazione cronica, ovulazione indotta, nulliparità). Se i dati non indicano l'uso della pillola nella prevenzione del Ca ovarico, rimangono però convincenti in termini di rassicurazione per le donne e incremento della compliance al trattamento.

L'uso di C.O. per lungo periodo è un elemento rassicurante anche nella gestione conservativa di cisti ovariche endometrioidiche di dimensioni contenute.

SENO

E' sul seno che si concentrano le paure di tumore della donna. I dati sul relativamente piccolo aumento di RR. 1.24 (5, 6) di ammalarsi di Ca mammario e la riduzione di mortalità da Ca mammario con RR 0.8. (2), riguardando l'eccesso di rischio solo i canceri localizzati, sono tranquillizzanti. Anche nelle donne che avevano una familiare di primo grado con carcinoma al seno e che avevano utilizzato CO dopo il 1975, cioè con dosaggi di estrogeni inferiori ai 50 mcg, c'era un rischio simile alle non-utilizzatrici (7). Non c'è motivo per modificare la frequenza dei controlli strumentali rispetto alle non-users. L'utilizzo di C.O. deve portare il medico a formare la paziente all'autopalpazione.

COLLO UTERINO

Il tumore del collo uterino è l'unico che sembra aumentare sensibilmente in associazione all'utilizzo di C.O. In ogni caso è necessaria la trasmissione del HPV per l'induzione delle lesioni precancerose e del carcinoma invasivo.

La C.O. non protegge contro le malattie sessuali e, per quanto ciò sia evidente, frequentemente si riduce la vigilanza contro le malattie a trasmissione sessuale (MTS), tra cui l'HPV. Per cui va raccomandata la dual protection, l'associazione di un metodo contraccettivo ad alta efficacia (sterilizzazione, IUD, C.O.), con un metodo barriera (condom, diaframma, preservativo femminile) per le MTS.

D'altra parte il tumore cervicale è però facilmente prevenibile; il facile accesso al collo uterino permette una regolare effettuazione del pap-test, test economico, facilmente ripetibile ed efficace.

Il test di rilevazione degli HPV ad alto rischio oncogeno aiuta nei casi di pap-test dubbi, mentre la colposcopia è inoltre una pratica di largo uso in Italia; i trattamenti per le displasie precancerose sono minimi, tecnologici, efficaci anche in caso di carcinoma in situ.

L'immissione in commercio in Italia del vaccino per l'HPV prepara ulteriori scenari preventivi.

Complessivamente un adeguato counselling e una vigilanza attenta a garantire la adeguata frequenza dei controlli citologici può minimizzare i rischi oncogeni sul collo uterino attribuiti alla C.O.

CONCLUSIONI

I dati su C.O. e rischio oncogeno sono rassicuranti; adeguatamente comunicati possono essere un elemento facilitante sia un uso della C.O. più prolungata e costante che una inversione di tendenza verso la percezione delle donne, le quali associano frequentemente un uso prolungato della C.O. con un maggior rischio oncologico.

E' importante che il medico indaghi le resistenze alla contraccezione evitando che la paura del tumore possa diventare causa di gravidanza indesiderata e interruzione di gravidanza.

La C.O. non porta a modifiche sostanziali rispetto ai normali controlli di screening; induce una maggiore vigilanza sul tumore cervicale e alla formazione della donna all'autopalpazione del seno.

La riduzione complessiva dei tumori e del rischio di morte da tumore nelle utilizzatrici di C.O. deve essere comunicata alla popolazione anche tramite corsi di educazione sessuale aggiornati, come meccanismo di rinforzo della motivazione alla contraccezione.

Soprattutto nelle prime prescrizioni, permettendo anche di dilazionare la visita ginecologica secondo le preferenze della donna, si dovrà impiegare il tempo necessario per la comunicazione, la informazione, le avvertenze, l'addestramento all'uso del contraccettivo, ricercando le resistenze alla contraccezione non comunicate, tra cui la paura dei tumori.

BIBLIOGRAFIA

1. Arisi E, "Contracezione ormonale e tumori di interesse ginecologico: carcinoma dell'ovaio, dell'endometrio, della mammella, della cervice". *Contracezione Sessualità "Salute Riproduttiva"*, 1, 1, 7-13, 2007.
2. Vessey M, Painter R, Yeates D. "Mortality in relation to oral contraceptive use and cigarette smoking", *Lancet*, 362, 185-191, 2003.
3. Burkman R, Schlesselman JJ, Ziemann M. "Safety concerns and health benefits associated with oral contraception", *Am. J. Obstet.Gynecol.*, 190, S5-22, 2004.
4. Rosenberg L, Palmer JR, Zauberman AB et al. "A case-control study of oral contraceptive use and invasive epithelial ovarian cancer", *Am. J. Epidemiol.*, 139, 654-661, 1994.
5. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. "Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies", *Lancet*, 347, 1713-1727, 1996.
6. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, "Breast cancer and hormonal contraceptives: Further results", *Contraception*, 54, 3 Suppl., 1S-31S, 1996.
7. Grabick DM, Hartmann LC, Cerhan JR et al. "Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with family history of breast cancer", *JAMA*, 284, 1791-1798, 2000.