

Umetoki-lepoko minbizia prebeni daiteke?

Basaras Ibarzabal, Miren eta Arrese Arratibel, Elixabete

EHUko Mikrobiologia irakasleak



ARTXIBOKOA

Minbizi hitza entzute hutsak beldurtu egiten gaitu. Maiztasunari dagokionez, umetoki-lepoko minbizia da emakumeetan gehien agertzen den bigarren tumore-mota, bularreko minbiziaren atzetik. Urtean 500.000 kasu berri detektatzen dira, eta egunean 650 emakume hil, horietatik % 80 garabidean dauden lurraldeetan. Espainiako estatuan, prebalentzia txikia da: urtean 2.000 kasu berri detektatzen dira.

MINBIZI-MOTA HONEN ERAGILEAK BIRUS BATZUK DIRA, giza papilomavirusak alegia. Birus horien infekzioa oso arrunta da mundu osoan, eta larruazaleko edo/eta mukosetako infekzioak sorrazten dituzte. Giza papilomavirus mota edo genotipo ugari ezagutzen dira, 120 baino gehiago, eta infekzio mota ezberdinak sortzen dituzte. Esate baterako, larruazaleko garatxoaren eragileak 1, 2 eta 4 genotipoak dira batez ere; beste genotipo batzuek, aldiz, mukosetako infekzioak eragiten dituzte. Zorionez, mukosetako infekzioetan, genotipo horietatik soilik bakar batzuk dira onkogenikoak (15 eta 20 artean, gutxi gorabehera). Horregatik, birus horiek duten ahalmen onko-

genikoaren arabera, mota ezberdinetako genotipoak sailkatzen ditugu: arrisku txikiko giza papilomavirusak (6 eta 11 genotipoak) eta arrisku handiko giza papilomavirusak (16, 18, 31 eta 45 genotipoak).

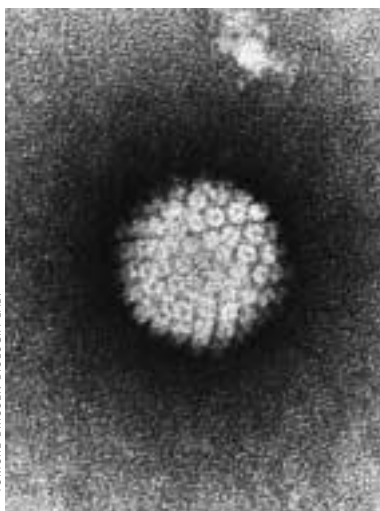
Genitaletako mukosetan eragina duten giza papilomavirusak sexu-harremanen bidez transmititzen dira. Genitaletako azalean eragindako lesioei kondiloma akuminatu deritze, eta garatxoak dira, 6 edo 11 genotipoak sorraraziak gehienetan. Lesio horiek handitu egin daitezke haurdunaldian edo immunitate-sistema ahulduta dagoen egoeretan, eta azalore baten itxura hartu. Normalean, geni-

taletako infekzio horiek onberak dira eta desagertu egiten dira. Baina, batzuetan, beste giza papilomavirus batzuek epitelio barneko neoplasiak, displasiak eta kartzinoma eragin ditzakete, eta umetoki-lepoko minbizia sortu. Lesio gaizto horien eragile nagusia 16 genotipoa da, baina beste batzuek ere har dezakete parte (18, 31 eta 45 genotipoak).

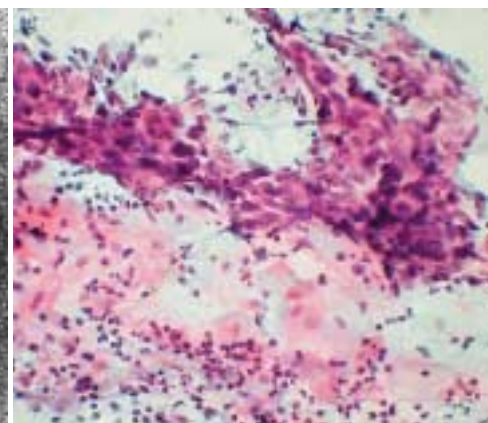
Arrisku-faktoreak

Faktore jakin batzuek lagundu egiten dute mukosa genitalean giza papilomavirusen infekzioak eta, beraz, minbizia agertzen: gaztetasunak eta sexu-harremanek. Gaur egun, sexu-harremanen bidez gehien transmititzen den infekzioa da mundu osoan, eta gainera, kutsatze-maila oso altua du. Gainera, infekzioa arruntagoa da sexu-harremanak goiz hasten dituzten pertsonetan eta, bereziki, sexu-kide ugari dituzten emakume gazteetan. Birusak umetoki-lepoan dauden zelula epitelialetara oso ondo itsasten direlako gertatzen da hori, nerabezaroan bertan gertatzen diren aldaketengatik. Infekzioaren intzidentzia txikitu egiten da urteetan aurrera egin ahala, eta menopausia aurreko eta ondorengo urteetan igo egiten da berriro.

Bi faktore horiez gain, beste batzuek ere eragiten dute infekzioan: elikadura, tabakoa, immunitate-sistemaren aldaketak, beste infekzio-eragile batzuekin



TUMORE-BIRUSEN BIOLOGIA LAB.



Ezkerrean, giza papilomavirusa. Zitologiaren edo Papanicolauren testaren bidez detektatzen da infekzioa (goian).

GUPTA ET AL/CYTOJOURNAL

“*sexu-harremanen bidez gehien transmititzen den infekzioa da mundu osoan*”

infektatua egotea (herpes simplea edo *Chlamydia*), haurdunaldi ugari izatea eta aho bidezko antisorgailuak.

Sintomak

Normalean, genitaleko giza papilomavirusen infekzioak ez du zeinu eta sintoma adierazgarririk ematen hasieran. Infekzioa, beraz, lehenengo sexu-harremanak izatean gertatzen da.

Ondoren, birus horiek espresatu gabe geratzen dira; sor-egoeran egon daitezke zelula barruan urte askoan. Izaitez, infekzioa agertzen denetik eta lesio gaiztoa agertzerara urte asko igarotzen dira, gutxienez 10 urte. Horregatik, umetoki-lepoko minbizia ez da agertzen neska gazteetan, eta arruntagoa da 45-50 urtetik gora. Dena den, sintoma batzuk agertzen direnean komenigarria da infekzioa ote dagoen jakiteko proba batzuk egitea. Hauek izan daitezke sintomak: baginako odol-jarioa, baginako ezohiko fluxua, pelbiseko mina edo sexu-harremanak izatean mina sentitzea.

Zorioneko prebentzioa

Gaur egun, minbizi mota hau prebentzeko dagoen neurri bakarra azterketa ginekologiko bat egitea da. Azterketa

Giza papilomavirus mota ezberdinek sorrarazitako infekzioak



horretan proba batzuk eginez, infekzioa dagoen ala ez detekta daiteke. Besteak beste, proba hauek egin daitezke: zitologia edo Papanicolauren testa. Proba horietan, umetoki-lepoaren azaletik zelula batzuk hartzen dira, eta mikroskopioan behatzen dira, ezohiko egiturarik baden ikusteko. Dena den, proba horiek, nahiz eta gomendagarriak izan sexu-harremanak dituzten emakume guztiarentzat, ez dira egiten askotan, bereziki garatu gabeko lurraldeetan. Batzuetan lesioak agertzen direnean egiten dira, eta, beraz, gaixotasuna agertzen denean; orduan, tratamendu bat ezartzen da, baina kasu batzuetan beranduegi da. Beraz, orain arteko prebentzio horrek ez du infekzioa kontrolatzen. Hori dela eta, giza papilomabirusen kontrako txertoen ikerketa eta lorpena bultzada handia izan da.

Egun, txerto mota bi ditugu umetokilepoko minbizia prebenitu eta kontrolatzeko. Txerto profilaktiko horiek birusaren oinarrituta daude (*L1 virus-like particles*); izatez, birusaren L1 proteinaz eginda daude, eta haren itxura bera dute; baina, birusaren genomarik ez dutenez, ezin dute gaixotasuna sorrarazi. Oso immunogenoak direnez, ordea, antigorputzak eratzea suspertu, eta, hala, babesa ematea lortzen dute.

Lehenengo txertoa, Gardasil deiturikoa (Sanofi Pasteur MSD etxekoa), lau giza papilomabirus motarekin egina dago (16, 18, 6 eta 11); bigarrenak, berriz, Cervarix izenekoak (GSK etxekoa), bi genotipo bakarrik ditu (16 eta 18).



Neskak nerabezaro aurretik eta nerabezaroan txertatzea litzateke komenigarriena (9 eta 13 urte artean).


Momentuz, mundu osoan onartuta dagoen bakarra lehenengoa da, besteak oraindik proba batzuk pasatu behar dituelako merkaturatzeko.

azken azterketen arabera, txerto hori emandakoan ez da soilik genotipo horien infekzioa gutxitzen, eta beste genotipo batzuen ere gutxitzen da (31, 45, ...). Erreakzio gurutzatuak sortzen direlako gertatzen da hori.

“txertoek ezin dute gaixotasuna sorrarazi, baina babesa ematea lortzen dute”

Jakinda umetoki-lepoko minbizi gehienak (% 70) 16 eta 18 genotipoek sorrarazten dituztela eta genitiletako garatxoek % 90 6 eta 11 motakoek eragiten dituztela, badirudi merkaturatzen dagoen txerto profilaktiko honek arrakasta handia izango duela. Gainera,

Giza papilomabirusen infekzioa noiz hasten den jakinda, badirudi txertoa birusarekin kontaktua izan aurretik jartzea litzatekeela hobereena, hots, sexu-harremanak edukitzen hasi aurretik. Beraz, neskak nerabezaro aurretik eta nerabezaroan txertatzea litzateke komenigarriena (9 eta 13 urte artean). Europako Batasuneko lurralde gehienetan ematen da umetokilepoko minbizia prebenitzen duen txertoa urte honen hasieratik. Gure lurraldean, Osakidetza onartu du txertaketa-programa hori egitea, eta oraintsu iragarri dute aurten hasiko dela txertaketa-kanpaina; izatez, Gardasil txertoa jadanik farmazietan dago. Hemen, 11-13 urteko neskei hiru dositan emango zaie txertoa.

Giza papilomabirusaren txertaketa-programa eraginkor bat ezartzeak hilkortasuna gutxituko luke, ez bakarrik gure lurraldean, baita garatu gabeko lurraldeetan ere, eta haietan bereziki; are gehiago, osasun-kostuak murriztuko lituzke, zitologia gutxiago egin beharko lirakeelako. 



Gardasil txertoa farmazietan dago jadanik.