

PREVENÇÃO E TRANSMISSÃO DA INFECÇÃO POR HPV

UNITAU-SP
SETOR DE GENITOSCOPIA
Prof. Dr André Luis F Santos

2010

DÚVIDAS MAIS FREQUENTES

- A transmissão pelo HPV é só sexual ?
- “Peguei do meu parceiro?”
- “Quando?”
- “Meu parceiro vai continuar me transmitindo?” Precisa de exame?
- “Tenho que usar preservativo com ele?”

DÚVIDAS MAIS FREQUENTES

- “O preservativo protege?”
- “HPV tem cura ou vou ter o vírus a vida toda?”
- “Vou ter câncer de colo?”
- Qual o risco na gravidez?
- Crianças com HPV significa abuso sexual?

DÚVIDAS MAIS FREQUENTES

- A vacina funciona?
- Existe risco de pegar o vírus pela vacina?
- Por que restrita a uma faixa etária?
- Para quem já teve o vírus a vacina funciona?

DÚVIDAS MAIS FREQUENTES

- A vacina é terapêutica?
- “Com a vacina preciso continuar o uso de preservativo?”
- “Preciso continuar a citologia?”
- Grávida e lactante podem ser vacinadas?

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

PRIMEIRA PARTE

HPV

- DNA-vírus com mais de 100 subtipos conhecidos
- 1/3 do genoma modificado – novo subtipo
- Cutâneo-trópico e genito-trópico
- 6 e 11 – 80% lesões cutâneas
- 16 e 18 – 70% das neoplasias de colo – casos de ânus, laringe e esôfago

HPV

- DST
- A via sexual é principal (vaginal, oral e anal)
- HPV oral – 4,5% pessoas saudáveis
- 20 a 40% das jovens sexualmente ativas
- 70-80% em algum momento da vida
- 80% infecção transitória

HPV

- Via não sexual possível, mas rara (muito especulativa)
- Transmissão vertical – até 20%
- A cesárea não previne
- Evidências parciais de horizontal – até 16% manipulação cutânea
- Meninas de 4 a 15 anos – virgens e **sem abuso** - 15% HPV



HPV

- Incubação variável – 3 sem a 8 meses para condiloma ?
- Pode levar anos para se manifestar
- Comumente impossível determinar de quem e quando
- Pior que a questão morfológica, são os impactos sociais, psicológicos e iatrogênicos

HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO PELO HPV

- Completa eliminação viral pós-infecção aguda
- Infecção latente – não infectante?
Pouco infectante?
- Infecção ativa e progressiva – LESÃO
– muito infectante

CARCINOGENESE

- HPV → 80% transitório → 1% câncer
- HPV alto risco
- Persistência
- Interagir com a célula

(EV 1)

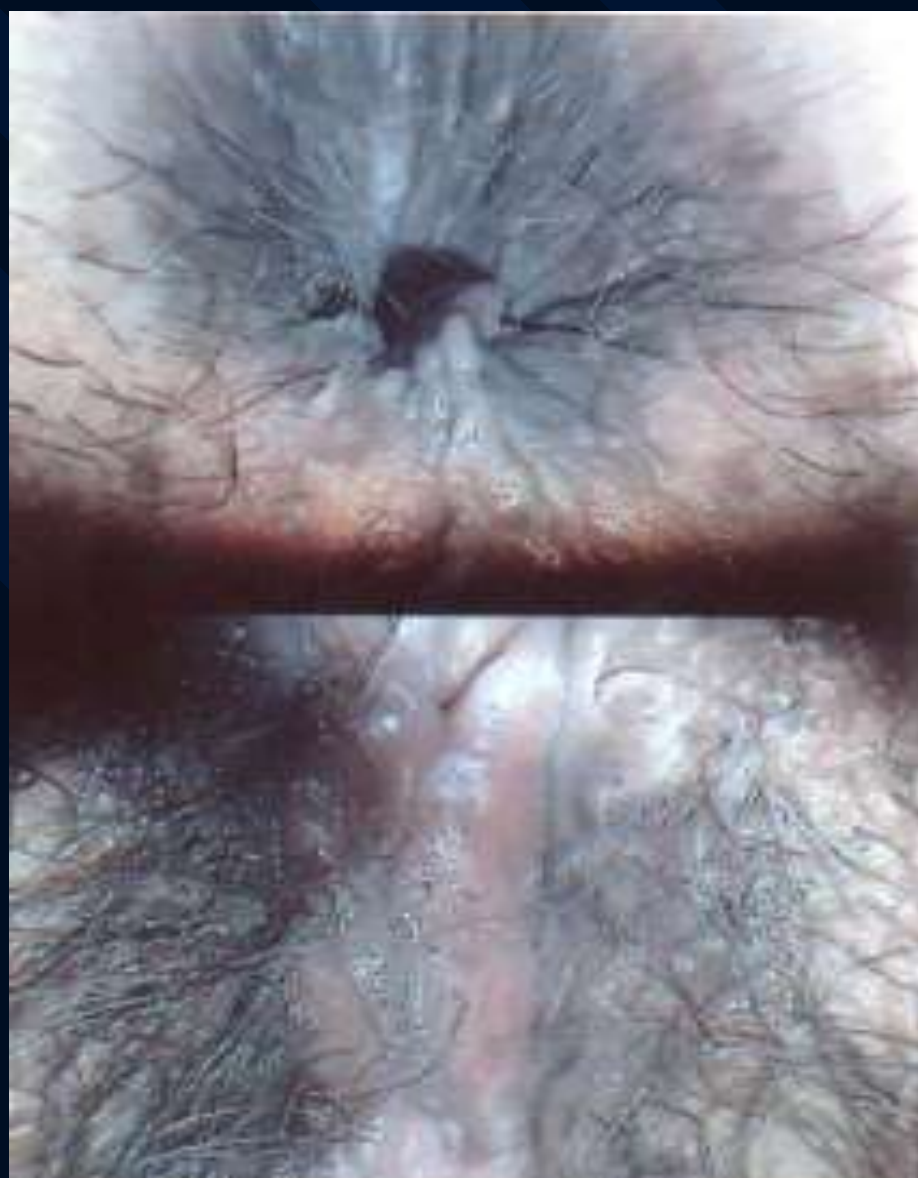
CARCINOGENESE

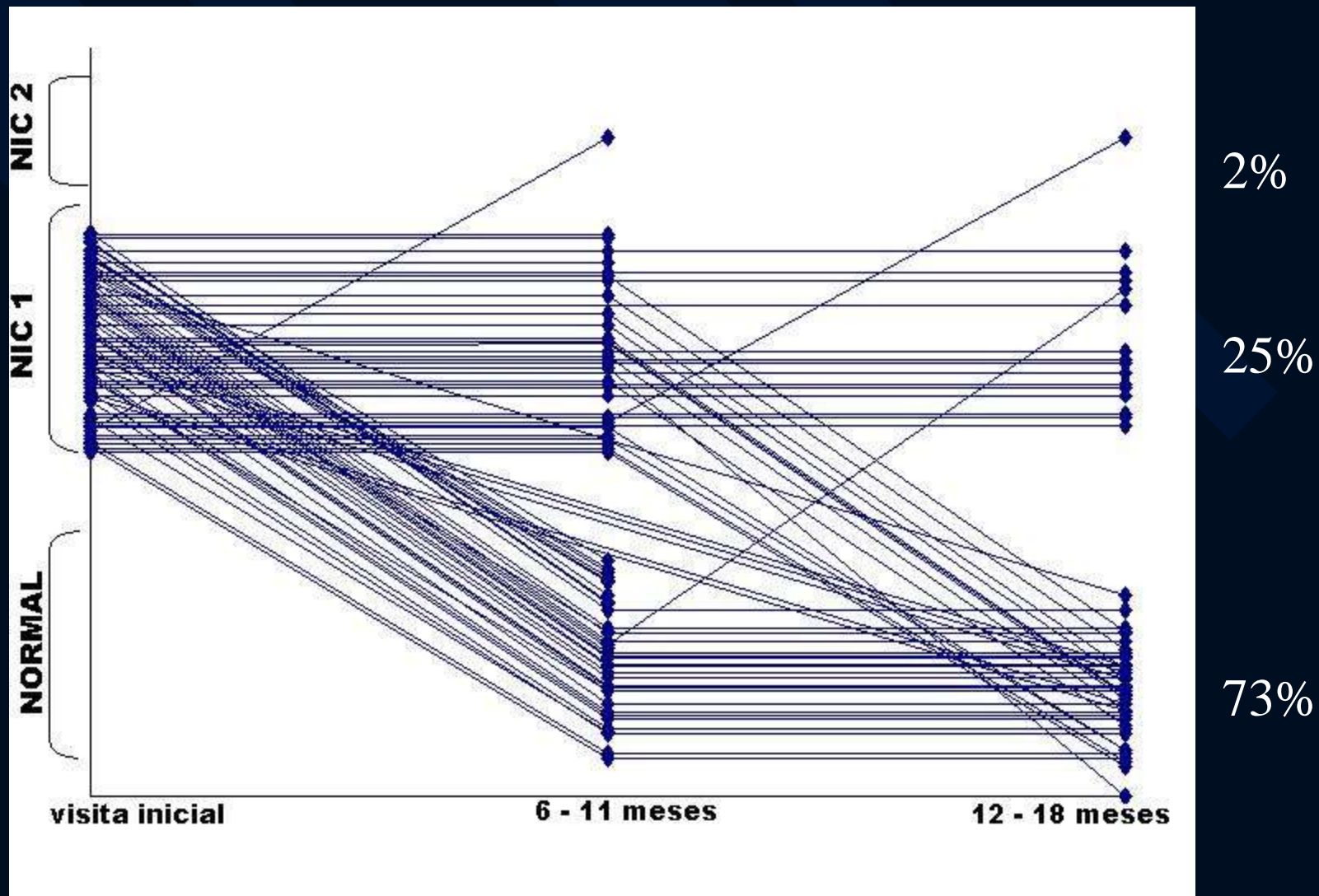
- Imunidade
- Co-fatores (tabagismo: RR 3,4 a 7,0)
- NIC (1, 2 e 3)
- **NIC 3** (ou CA in situ: virtualmente idênticas) → 12% câncer

(EV 1)

HPV

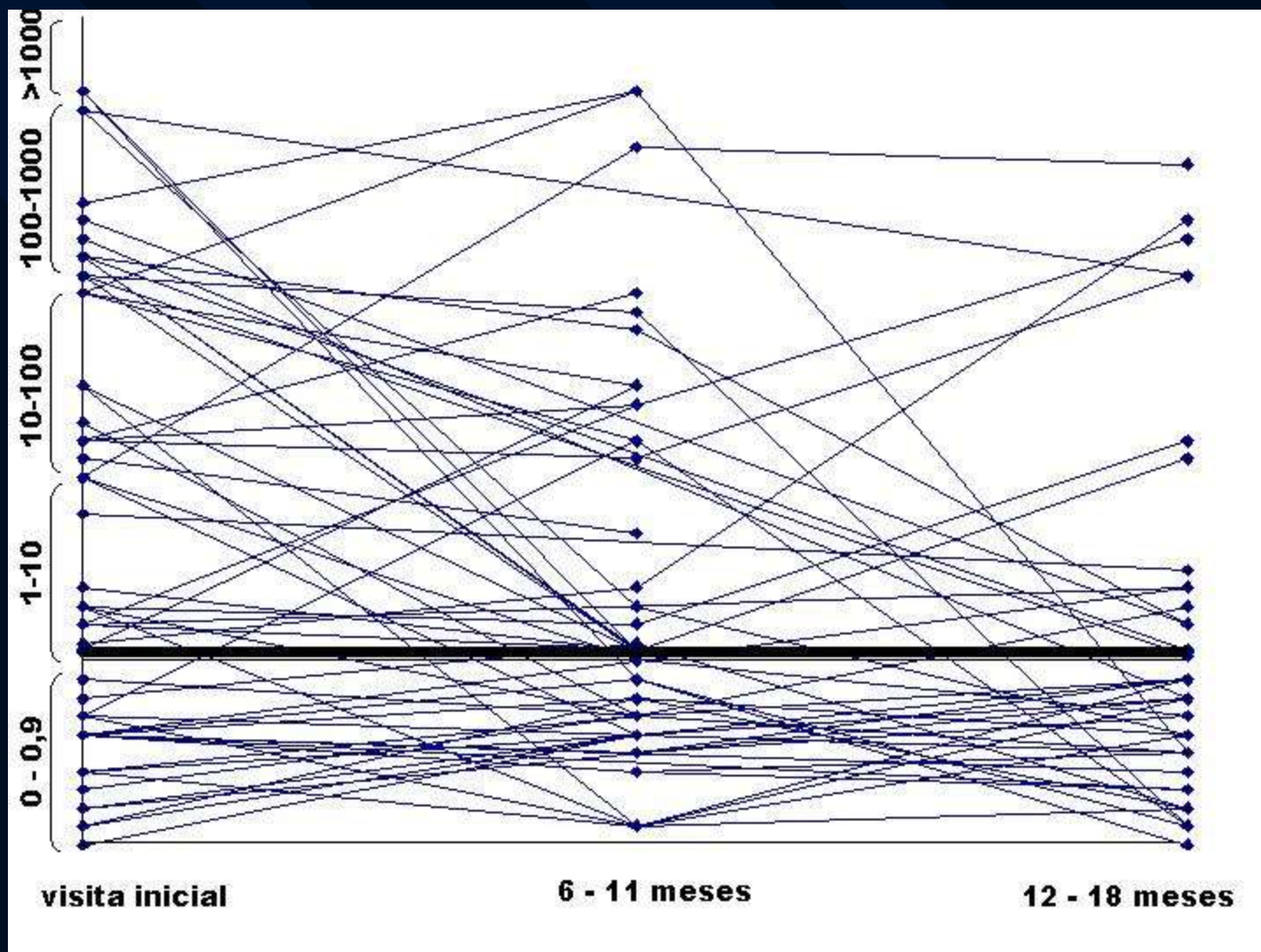
- **Atenção a NIA:**
- Até 7% de saudáveis
- Até 50% das com LAG e invasiva de colo
- Até 25% das com HIV





(SANTOS e cols, 2006)

54%



22%

(SANTOS e cols, 2006)

HPV

- Parceiros de mulheres com NIC normalmente não apresentam lesões
- A investigação do parceiro não altera evolução da mulher
- O uso do preservativo associado a regressão de lesões na mulher

(EV 1)

HPV

- A transmissão não é completamente evitada pelo preservativo – **redução do risco significativa** (90% /ano x 30% /ano em jovens)
- Lesões cutâneas em áreas adjacentes expostas

(EV 1)





(MAIA, 2003)



(MAIA, 2003)

COMO PREVENIR?

- Abstinência e relacionamento monogâmico – UTOPIA
- Sexo seguro - preservativo
- Combate ao tabagismo
- **VACINA**

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

SEGUNDA PARTE

VACINA / tipos

- Quadrivalente [*Gardasil*] : proteção para os tipos 6, 11, 16 e 18 – IM: 0, 2 e 6 meses
- Bivalente [*Cervarix*]:proteção para 16 e 18 – IM: 0, 1 e 6meses

VACINA / proteção

- Ambas 100% HPV 16 e 18
- 16 e 18 – 70% câncer
- 70% dos casos de câncer
- 7 em cada 10 mulheres
- Cruzada parcial – 31 e 45 – não previamente exposta
- 6 e 11 – 98.9% das verrugas genitais

VACINA / duração

- 5 anos – comprovado
- 10 anos - provável

VACINA / faixa etária

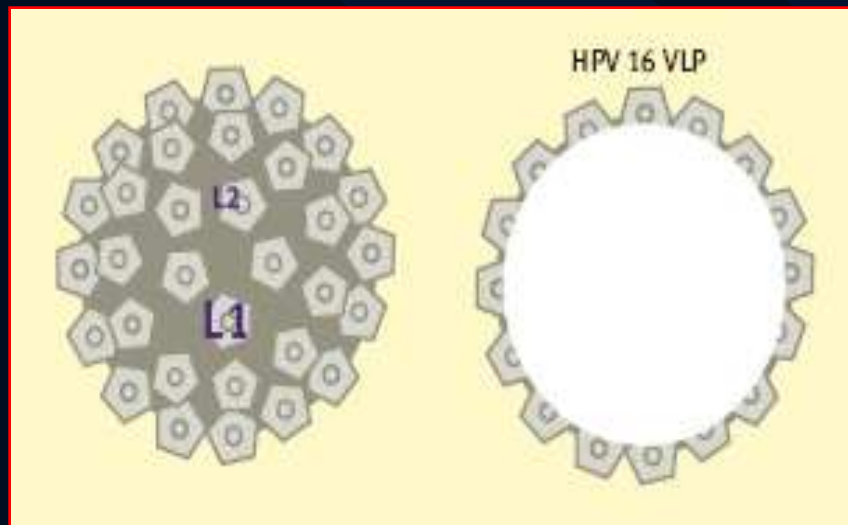
- Aprovado entre 9 e 26 anos
- Ideal antes do sexo (9 -13 anos)
- 20 a 25% HPV adolescentes sexualmente ativas
- Incidência acumulativa – 60 a 80%

VACINA / faixa etária

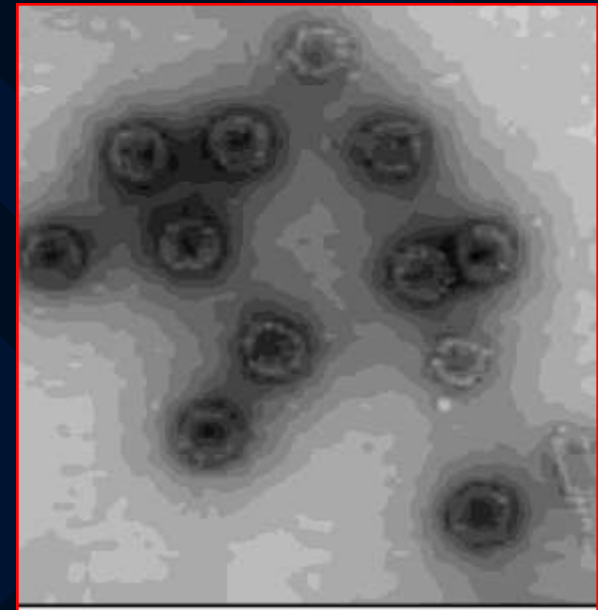
- Incidência acumulativa de HPV em 50% das mulheres após 3 anos do início da vida sexual com único parceiro
- Não existe evidência de benefício quando já exposta ao vírus
- Estudos apontam proteção em suscetíveis com > 26anos (80-90%)

VACINA / ação

VLPs – capsídeo sem DNA viral –
altamente imunogênico e não infectante



HPV –VLP similar sem DNA



HPV16 L1 VLPs

VACINA / dúvidas

- Segura com para-efeitos mínimos
- Pode administrar com outras vacinas
- Não liberada para grávidas
- Pode administrar em lactantes e imunossuprimidas
- Não preconizada em homens
- Não substitui a citologia



VACINA / controvérsias

- Prevalência de subtipos virais de maior risco para LAG e câncer diferentes em muitas regiões estudadas – Europa e EUA x África (Brasil)

(EV 1 / Rec A)

VACINA / controvérsias

- Idade: estatísticos analisando a vacinação apenas entre 15 e 26 anos – diferença de risco absoluto muito pequeno para LAG e câncer – sem evidência suficiente para avaliar efetividade

VACINA / controvérsias

- A proteção cruzada: LAG causados por outros subtipos sem cobertura cruzada
- Estudo FUTERE I e II – eficácia de 20% na redução das LAG e AIS (EV 2)
- Efeitos a longo prazo
- Aumento nas infecções e agressividade para outros subtipos ?

VACINA / controvérsias

Custo-efetivo

- EUA – 120 a 180 dólares/dose – inviável em saúde pública
- Brasil – para ser custo-efetivo – 5 dólares/ dose – atualmente só em serviço privado com custo de 250 dólares/dose

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Cuidados com a iatrogenia psicossocial
- Necessidade de melhorar os programas de prevenção convencionais, já estatisticamente comprovados
- Objetivo de diminuir morbimortalidade

Prof. Dr André Luis F Santos
e-mail: aasantos@vivax.com.br