

Diagnostyka, profilaktyka i wczesne wykrywanie raka szyjki macicy -rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

Powołana z polecenia Zarządu Głównego PTG Grupa Ekspertów dokonała oceny aktualnej sytuacji epidemiologicznej, stanu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w Polsce. Obserwujemy w naszym kraju postępujący wzrost zachorowalności i umieralności kobiet na ten nowotwór. Statystyki epidemiologiczne wykazują Polskę jako kraj podwyższonego ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy. Stan ten jest wynikiem braku powszechnego programu aktywnej profilaktyki raka szyjki macicy.

W pracach powołanej przez Zarząd Główny PTG Grupy Ekspertów ds. ustalenia stanowiska Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie diagnostyki, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy uczestniczyli w Poznaniu, w dniu 29 maja 2004 roku:

1. prof. dr hab. Marek Spaczyński - Przewodniczący
2. prof. Antoni Basta
3. prof. Jacek Brązert
4. doc. Mariusz Bidziński
5. dr n.med. Danuta Bręborowicz
6. prof. Maria Chosia
7. prof. Krzysztof Drews
8. prof. Romuald Dębski
9. prof. Helena Kędzia
10. doc. Witold Kędzia
11. prof. Piotr Knapp
12. prof. Jan Kornafel
13. prof. Jan Kotarski
14. prof. Andrzej Malarewicz
15. prof. Janina Markowska
16. dr n.med. Janusz Meder
17. doc. Tomasz Niemiec
18. dr n.med. Ewa Nowak-Markwitz
19. prof. Tomasz Opala
20. doc. Anita Olejek
21. prof. Leszek Pawelczyk
22. prof. Tomasz Pertyński
23. doc. Krzysztof Sadowski
24. prof. Jacek Suzin
25. prof. Romana Tomaszewska

Wyżej wymieniona Grupa Ekspertów ustaliła, co następuje:

Analiza sytuacji obecnej:

1. Wdrożenie programu powszechnej profilaktyki opartej o skryning cytologiczny doprowadziło do obniżenia o 50% zachorowalności i o 70% umieralności na raka szyjki macicy na świecie. Jednak w Polsce rak szyjki macicy jest drugim, co do częstości nowotworem występującym u kobiet, a wyniki leczenia są złe ze względu na wykrywanie głównie zaawansowanych postaci raka.
2. Podstawy funkcjonowania efektywnego programu badań przesiewowych wg. WHO to określenie:
 - celu
 - metody wykrywczej (testu) + metody terapeutycznej
 - rachunku ekonomicznego
 - kadrowej i technicznej wykonalności programu
 - obiegu informacji o pacjentkach
 - nadzoru i kontroli efektywności
 - integracji z narodowym systemem zdrowia i założeniami polityki zdrowotnej
 - centralnej organizacji działań logistycznych.
3. Według danych z piśmiennictwa 80% nowych zachorowań na raka szyjki macicy dotyczy krajów rozwijających się. Polska ma najwyższe współczynniki zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy ze wszystkich państw stowarzyszonych w Unii Europejskiej. Sytuacja epidemiologiczna dotycząca występowania raka szyjki macicy w Polsce stawia nasz kraj na równi z państwami trzeciego świata.
4. Wysoka zachorowalność na raka szyjki macicy w Polsce wynika z rozpowszechnienia czynników ryzyka rozwoju tego nowotworu i braku skutecznej profilaktyki.
5. Do czynników ryzyka rozwoju raka szyjki macicy zaliczamy:

Czynniki główne:

- zakażenia HPV 16/18 i innymi typami onkogennymi
- wiek
- wczesne rozpoczęcie współżycia
- duża liczba partnerów płciowych
- duża liczba porodów
- palenie papierosów
- niski status socjo-ekonomiczny
- CIN 2, CIN 3 w wywiadzie

Czynniki prawdopodobne:

- wieloletnie stosowanie hormonalnych leków antykoncepcyjnych
- dieta uboga w antyoksydanty
- zakażenie HIV
- częste stany zapalne pochwy wywołane przez Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae

6. Na złą sytuację w zakresie organizacji profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce składają się:
 - przestarzały, nieskuteczny i źle zorganizowany program profilaktyki raka szyjki macicy
 - brak badań o charakterze powszechnego, aktywnego i populacyjnego skriningu
 - brak prewencji pierwotnej przy stosowaniu profilaktyki biernej
 - niedofinansowanie systemu profilaktyki raka szyjki macicy funkcjonującego w Polsce, co sprawia, że pozostaje on na marginesie polityki zdrowotnej państwa, przy braku ścisłej integracji z narodowym systemem zdrowia.
7. Mała skuteczność prowadzonych obecnie działań profilaktycznych wynika z:
 - wykonywania oceny mikroskopowej rozmazów cytologicznych przez osoby bez odpowiedniego doświadczenia i przeszkolenia
 - wykonywania niewielkiej liczby badań cytologicznych w małych pracowniach, bez sprzętu wysokiej jakości
 - pobierania rozmazów cytologicznych tzw. wacikiem a nie szczoteczkami
 - nieprzestrzegania zasad kontroli jakości w pracowniach wykonujących badania cytologiczne
 - braku centralnej koordynacji działań epidemiologiczno-organizacyjnych
 - braku unifikacji klasyfikacji cytologicznych stosowanych w Polsce
 - niedoskonałej archiwizacja danych
 - braku jednoznacznych algorytmów postępowania diagnostycznego.
8. Unifikacja systemu klasyfikacji, mianownictwa i postępowania diagnostycznego powinny dotyczyć wdrożenia:
 - systemu oceny wymazów cytologicznych wg. Bethesda
 - jednolitej skali oceny obrazów kolposkopowych
 - diagnostyki wirusologicznej HPV
 - unifikacji terminologii patomorfologicznej
 - wspólnego algorytmu diagnostyczno-terapeutycznego.
9. Realizacja programu badań skriningowych powinna zostać oparta o pion specjalistyczny lekarzy położników-ginekologów oraz kadre patomorfologów i wyszkolonych cytologów, ze względu na:
 - merytoryczne przygotowanie kadry
 - istniejącą bazę sprzętową.
10. Nadzór nad programem profilaktyki powinien prowadzić Krajowy Zespół Koordynacyjny, który dysponowałby odpowiednimi instrumentami prawnymi do egzekwowania realizacji działań medycznych.
11. Centralna organizacja działań logistycznych programu profilaktyki raka szyjki powinna być realizowana poprzez:
 - opracowanie podstaw epidemiologiczno-organizacyjnych i monitorowanie koordynacji działań

- archiwizację i opracowywanie danych
- standaryzację sprzętu diagnostycznego
- standaryzację technik diagnostycznych
- akredytację podległych jednostek
- planowanie nakładów finansowych.

12. W procesie inicjowania i wdrażania nowoczesnego programu profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce decydującą rolę powinny odegrać zarząd i struktury Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Polskiego Towarzystwa Patologów.

ZALECENIA

W związku z powyższymi spostrzeżeniami Grupa Ekspertów zaleca, co następuje:

1. Populacją objętą badaniami profilaktycznymi polegającymi na corocznej kontroli cytologicznej winny być kobiety po skończonym 25 roku życia (najpóźniej w wieku 30 lat). W sytuacji wczesnego rozpoczęcia współżycia należy rozpocząć skryning cytologiczny nie później niż 3 lata po inicjacji seksualnej. Prawidłowe wyniki wymazów cytologicznych i brak czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy pozwalają na prowadzenie skryningu co 3 lata.
2. Kobiety wymagające kontroli cytologicznej, co 12 miesięcy:
 - zakażone wirusem HIV
 - przyjmujące leki immunosupresyjne
 - zakażone HPV - typem wysokiego ryzyka
 - leczone w przeszłości z powodu CIN2, CIN 3 lub raka szyjki macicy
3. Kobiety, u których w poprzednich wymazach cytologicznych nie stwierdzono obecności komórek pochodzących ze strefy przekształceń, endocervix lub też poprzednie wymazy cytologiczne były mało czytelne z powodu domieszki śluzu, krwi lub obecności stanu zapalnego, powinny mieć powtórzone badanie cytologiczne w okresie krótszym niż 12 miesięcy.
4. Dopuszcza się odstępstwa od corocznej kontroli cytologicznej w następujących grupach:
 - kobiety 30 letnie i starsze nie podlegające kryteriom wymienionym w pkt.2, które mają prawidłowe trzy kolejne wyniki wymazu cytologicznego
 - kobiety po usunięciu macicy wraz z szyjką z powodu zmian niezłośliwych.
5. Zalecanym systemem klasyfikacji wymazów cytologicznych w Polsce jest The Bethesda System. Należy zwrócić uwagę na modyfikację pierwotnej wersji klasyfikacji ze szczególnym wskazaniem na korekty z roku 2001.
6. Kobiety, u których nie znaleziono komórek strefy przekształceń w wymazie cytologicznym, a mają prawidłowy ostatni wynik cytologiczny bez ASC lub LSIL/HSIL mogą być ponownie zbadane za 12 miesięcy.

7. W diagnostyce cytologicznej zaleca się:
- dobre uwidocznienie szyjki macicy przed pobraniem wymazu cytologicznego
 - pobranie wymazu cytologicznego z szyjki macicy i kanału szyjki przed badaniem ginekologicznym i badaniem ultrasonograficznym wykonywanym przy pomocy sondy dopochwowej
 - jeżeli zachodzi konieczność pobrania materiału na obecność choroby przenoszonej drogą płciową należy jako pierwszy wykonać test cytologiczny
 - pobieranie wymazu cytologicznego przy użyciu szczoteczki typu cyto - brush oraz zwrócenie uwagi na staranne rozprowadzenie pobranego materiału na całej powierzchni szkiełka podstawowego. Korzystne jest oddzielenie materiału pochodzącego z ectocervix od endocervix. Należy zwrócić uwagę na dbałość w utrwalaniu i wybarwianiu całej powierzchni preparatu
 - utrwalenie pobranego wymazu w skażonym 95% alkoholu etylowym tak szybko jak jest to możliwe.
8. Zarówno konwencjonalna jak i płynna cytologia (liquid base cytology) są zalecane jako obowiązujące w skriningu cytologicznym. Do pobierania wymazu należy użyć szczoteczki typu cyto-brush.
9. W związku z faktem, że przetrwałe zakażenie wywołane wirusem brodawczaka ludzkiego-typ onkogenny jest najistotniejszym czynnikiem ryzyka rozwoju raka szyjki macicy należy podkreślić, że zarówno badanie cytologiczne jak i test na obecność onkogenego typu HPV są wzajemnie uzupełniającymi się elementami pierwotnego skriningu raka szyjki macicy.
10. Podstawowym zastosowaniem wtórnym diagnostyki wirusologicznej jest weryfikacja wyniku cytologicznego ASC-US. Pozytywny test na obecność HPV - typ onkogenny wskazuje na konieczność wykonania kolposkopii.
11. W diagnostyce kolposkopowej zaleca się wykorzystanie videokolposkopii, która zapewnia lepszą rozdzielczość obrazu, możliwość cyfrowej archiwizacji danych oraz skorzystanie z możliwości konsultacji „on line” z ośrodkiem referencyjnym.
12. Rola przetrwałego zakażenia wywołanego przez HPV - typ onkogenny dla rozwoju patologii szyjki macicy wskazuje na pilną potrzebę tworzenia pracowni diagnostyki wirusologicznej działających przy regionalnych ośrodkach koordynujących program profilaktyki raka szyjki macicy.
13. W celu wdrożenia w Polsce populacyjnego, aktywnego skryningu cytologicznego należy stosować następujące zasady:
- objąć badaniami populację kobiet w wieku pomiędzy 25 a 59 lat
 - prowadzić badania cytologiczne co 3 lata przy założeniu, że przy wejściu do programu dwa poprzednie wyniki badania cytologicznego wykonane w odstępach 1 roku były ujemne.

14. Standard postępowania w populacyjnym aktywnym skriningu cytologicznym wymaga::
- zaproszenia na badania
 - pobierania wymazów cytologicznych przez lekarzy ginekologów za pomocą szczoteczki cyto-brush
 - oceny mikroskopowej rozmazów cytologicznych w pracowni/zakładzie patomorfologii przez odpowiednio wyszkolonych cytotechników, pracujących pod nadzorem patomorfologów i wyszkolonych cytologów
 - wdrożenia w pracowni wewnętrznej kontroli jakości wykonywania diagnostyki cytologicznej
 - oceny rozmazów cytologicznych wg systemu Bethesda 2001.
15. Należy dążyć do tego, aby Regionalny Ośrodek Referencyjny był kierowany przez doświadczonego ginekologa-kolposkopistę i realizował nowoczesny program profilaktyki raka szyjki macicy. W skład ośrodka powinny wchodzić:
- pracownia diagnostyki cytologicznej
 - zaplecze diagnostyki klinicznej, zapewniające możliwość weryfikacji kolposkopowej wybranych wyników cytologicznych
 - laboratorium diagnostyki molekularnej umożliwiające wykonanie testu na obecność testu DNA HPV.

Sponsorem spotkania była firma „Adamed”, której serdecznie dziękujemy.

*Prezes
Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego
prof.dr hab. n.med. Marek Spaczyński*