

RAK SZYJKI MACICY

Pod względem zachorowalności na raka szyjki macicy Polska zajmuje średnią pozycję wśród innych państw na świecie. Współczynniki zachorowalności i umieralności w Polsce od lat 80. XX wieku wykazują zbliżony poziom z zaznaczoną niewielką tendencją spadkową. Jednocześnie Polska należy do krajów o najniższym odsetku 5-letnich przeżyć względnych chorych na raka szyjki macicy, co jest najlepszym miernikiem wyleczalności.

W 2006 roku odnotowano 3226 zachorowań (standaryzowany współczynnik — 11,3/105) i 1824 zgonów (standaryzowany współczynnik — 5,6/105).

Wśród przyczyn raka szyjki macicy najważniejszą rolę odgrywa zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, human papilloma virus). Częstość zakażeń wirusem HPV w krajach o wysokiej zachorowalności na raka szyjki macicy mieści się w granicach 10–20%, a w krajach o niskiej zachorowalności na ten nowotwór wynosi 5–10%.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wyróżnia się następujące rodzaje profilaktyki raka szyjki macicy:

- profilaktyka pierwotna — zapobieganie poprzez informowanie o czynnikach ryzyka zachorowania oraz szczepienia przeciwko onkogennym typom wirusa HPV;
- profilaktyka wtórna — wykrywanie stanów przednowotworowych i wczesnych postaci raka;
- profilaktyka trzeciorzędowa — prawidłowa diagnostyka i leczenie raka.

Najskuteczniejszą metodą unikania czynników ryzyka rozwoju raka szyjki macicy jest oświata zdrowotna informująca o czynnikach zwiększonego ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i kształtująca zachowania prozdrowotne (tzw. aktywna postawa wobec zagrożenia chorobą).

Infekcja wirusem HPV jest najistotniejszym czynnikiem zachorowania na raka szyjki macicy.

Głównym typem onkogennym tego wirusa jest typ HPV 16, którego obecność stwierdza się w 53% przypadków raka i nabłonkowej neoplazji (CIN 1–CIN 3). Drugim wirusem onkogennym jest typ 18, występujący w 15%.

W Polsce zarejestrowane są dwie szczepionki:

- ✓ dwuwalentna HPV 16 i 18
- ✓ czterowalentna HPV 6, 11, 16, 18.

Szczepionka czterowalentna zapobiega ponadto zmianom dysplastycznym średniego i dużego stopnia (VIN2 i VIN3) oraz brodawkom zewnętrznym narządów płciowych związanych najczęściej z zakażeniem typem 6 lub 11 wirusa brodawczaka ludzkiego.

W szczepieniach populacyjnych zaleca się stosowanie szczepionki u dziewcząt przed rozpoczęciem życia płciowego. W wielu krajach najbardziej rekomendowany jest wiek 11–12 lat.

Także starsze kobiety odniosą korzyści zdrowotne ze szczepienia anty-HPV. Kobiety poddane szczepieniom anty-HPV powinny wykonywać systematyczne badania cytologiczne według wytycznych Narodowego Programu Aktywnej Profilaktyki Raka Szyjki Macicy.

Profilaktyka wtórna

Wyniki badań populacyjnych i kliniczno-kontrolnych (brak dowodów pochodzących z badań randomizowanych) wykazały, że badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy powodują zmniejszenie zachorowalności oraz umieralności na raka inwazyjnego.

W Polsce wprowadza się obecnie Narodowy Program Aktywnej Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. Zakłada on wysyłanie imiennych zaproszeń do każdej kobiety w wieku 25–59 lat, która nie miała badania cytologicznego przez ostatnie 3 lata. Rozmazy cytologiczne są oceniane na podstawie klasyfikacji Bethesda. Utworzono Centralny Ośrodek Koordynacji (COK) i Wojewódzkie Ośrodki Koordynacji (WOK), co w przyszłości ma ułatwić wdrożenie systemu zaproszeń na badania cytologiczne.

W celu ustalenia diagnozy raka szyjki macicy należy bezwzględnie wykonać następujące badania:

- pełne badanie lekarskie (podmiotowe i przedmiotowe);
- badanie ginekologiczne per vaginam i per rectum;
- badanie cytologiczne;
- badanie kolposkopowe;
- pobranie wycinka z okolicy podejrzanej części pochwowej (wskazane pod kontrolą kolposkopu).

W raku szyjki macicy stosuje się: leczenie chirurgiczne, radioterapię i chemioterapię oraz połączenie tych metod.

Opracowano na podstawie: „Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych”, Warszawa, styczeń 2009, www.puo.pl