

Wysiłek związany ze zwalczaniem r.sz.m. w Polsce powinien opierać się na realnych i rzeczywistych założeniach. Ponieważ populacyjne badania przesiewowe okazały się najbardziej efektywną metodą obniżania śmiertelności z powodu tego rodzaju raka, należy planować lepsze, bardziej rozszerzone badania przesiewowe, leczyć pacjentki z rozpoznaniem nowotworem w specjalistycznych klinikach przez wysoko kwalifikowany personel medyczny.

Mikroinwazyjny r.sz.m. (poziom IA1) może być leczony tradycyjnymi metodami chirurgicznymi. Ok. 80 proc. pacjentek z r.sz.m. ma poziomie IB, IIA można wyleczyć. Radykalna chirurgia i radioterapia posiadają identyczną wartość terapeutyczną, w leczeniu klinicznym połączenie radioterapii i chirurgii może przynieść liczne korzyści, ale istnieje ryzyko powikłań oraz zwiększenia kosztów leczenia.

**Słowa kluczowe:** rak szyjki macicy, badania przesiewowe, chirurgia, radioterapia.

*The effort of struggle against cervical cancer should be deepen all the time. Population screening for carcinoma of the cervix has proved to be the most effective method of lowering mortality for this cancer, which means that we should remember, that better screening planing for the better coverage of the population at risk and cervical cancer patients should be treated by in highly specialised gynecol-oncological centres by well-trained specialists. Microinvasive carcinoma of the cervix (stage IA1) can be successfully treated with conservative surgery. About 80 % of patients with stage IB, IIA can be cured. Radical surgery and radiotherapy have a similar therapeutic value, in same clinical situation a combination of radiotherapy and surgery might be of benefit, but may results in the increase the risk of complications and treatment cost.*

**Key words:** cervical cancer, screening, surgery, radiotherapy.

# Rak szyjki macicy

## – czy można zmniejszyć śmiertelność z powodu tej choroby w Polsce?

*Uterine cervix cancer – can its mortality be reduced in Poland?*

Janusz Zieliński, Małgorzata Rekosz

Klinika Nowotworów Narządów Płciowych Kobięcych Centrum Onkologii  
– Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Rak szyjki macicy nadal jest w Polsce drugim po raku piersi nowotworem złośliwym u kobiet. Rocznie notuje się ok. 4 tys. nowych zachorowań, umiera z tego powodu ok. 2 tys. Polek. Wysoka umieralność utrzymuje się pomimo zmniejszającej się, ale wciąż wysokiej zachorowalności (29/100 tys. w 1963 r., 21/100 tys. w 1978 r. i 15/100 tys. w 1996 r.). Duże zaniepokojenie budzą 2 fakty. Po pierwsze – wzrost zachorowań u kobiet coraz młodszych, po drugie – odsetek chorych w wysokich stadiach zaawansowania choroby (stopnie II-IB stanowią ok. 70 proc. wszystkich zachorowań) oraz niski odsetek raka przedinwazyjnego (*carcinoma in situ* – CIS): poniżej 20 proc.

Niekorzystna struktura w stopniach zaawansowania choroby wpływa zdecydowanie na wyniki leczenia i świadczy o nieefektywności działań profilaktycznych. Wywiera to zły wpływ na stan zdrowia i życia Polek. W sytuacji gdy umieralność z powodu raka szyjki macicy (r.sz.m) należy do najwyższych w Europie, wielkiego znaczenia nabiera profilaktyka i zapobieganie oraz wykrycie raka w jego stadium przedinwazyjnym (wyleczenie 100 proc.) lub wczesnym inwazyjnym (stopień Ib, wyleczenie ok. 90 proc.).

Rak szyjki macicy należy do nowotworów, które można wykryć we wczesnym stadium przy pomocy badań kontrolnych. Analizy cytologiczne metodą Papanicolaou powinny być rutynowymi badaniami wykrywającymi – są to badania ratujące życie i można je zaliczyć do największych osiągnięć medycyny prewencyjnej II poł. XX w.

Dlaczego Polki nie korzystają z tych osiągnięć medycyny? Gdzie leży przyczyna katastrofalnej sytuacji wyników leczenia raka w Polsce?

Wyniki wielu badań wskazują, że ponad 50 proc. przypadków r.sz.m występuje u kobiet, u których nigdy nie badano rozmazu cytologicznego, zaś ponad 60 proc. u kobiet, które nie miały wykonywanego rozma-

zu w ciągu 5 lat przed ujawnieniem się choroby. W tej nie badanej grupie 73 proc. kobiet korzystało z porad ambulatoryjnych, natomiast 16 proc. było leczonych szpitalnie (D. Akerman, wytyczne *Institute for Clinical System Integration* w Minneapolis).

W Polsce instrukcja MZIOS z 1983 r. nakłada obowiązek wykonania badań cytologicznych u kobiet hospitalizowanych i w czasie wizyt w poradniach K oraz wpisanie wyniku dla chorej. Była to jedna z propozycji projektu w ramach działań profilaktycznych. Jak jest realizowana?

W wielu krajach z rozwiniętym systemem ubezpieczeń zdrowotnych kobiety są zobowiązane do okresowych badań profilaktycznych, niekiedy nawet pod rygorem utraty świadczeń ubezpieczeniowych. Obowiązek bardzo rygorystyczny, ale pożyteczny. Profilaktyka raka szyjki macicy to wszystkie rodzaje postępowania, które mają na celu zapobieganie powstania choroby, jej nasilenia, postępu lub nawrotu, a także do jej rozpoznań. W każdej formie konieczna jest współpraca ze strony kobiet i mężczyzn.

Już ponad 200 lat panuje przekonanie (a obecnie uznawane jest przez wielu za pewnik), że r.sz.m oraz jego stany przedrakowe mają cechy choroby przenoszonej drogą płciową. Rzadkie występowanie u kobiet żyjących w celibacie, jak również u kobiet, których partner (partnerzy) zostali poddani rytualnemu obrzezaniu (czynnik męski), a częste u kobiet mających wielu partnerów seksualnych, sugeruje, że aktywność seksualna oraz wiek inicjacji oraz liczba partnerów mają istotne znaczenie w powstawaniu i rozwoju raka.

Czynniki rozwoju raka szyjki macicy przedstawiają się następująco:

- ▶ wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego – ok. 16. roku życia,
- ▶ mnogość partnerów seksualnych,
- ▶ męski partner utrzymujący stosunki płciowe z wieloma partnerkami,
- ▶ infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV typ 16,18) oraz innymi czynnikami

zakaźnymi powodującymi przewlekłe stany zapalne (np. *Chlamydia trichomatis*, *Trichomonas vaginalis* i in.),

- ▀ czynniki dietetyczne – głównie niedobory witaminy A,
- ▀ palenie tytoniu.

Dzięki postępowi wiedzy na temat przyczyn powstawania r.sz.m znaczenie i możliwości profilaktyki znacznie wzrosły. Powstały również możliwości zapobiegania temu nowotworowi.

Wyróżnia się 3 formy profilaktyki r.sz.m:

- ▀ pierwotną (inaczej zapobieganie),
- ▀ wtórną (wczesne wykrywanie choroby i skryning),
- ▀ trzeciorzędową, skoncentrowaną na diagnostyce, właściwym i szybko wdrożonym leczeniu, badaniach kontrolowanych (profilaktyka nawrotu choroby) i rehabilitacji.

## ZAPOBIEGANIE

### Profilaktyka pierwotna

Najsukuteczniejszą metodą unikania czynników ryzyka powstania i rozwoju r.sz.m jest aktywna postawa kobiet wobec zagrożenia chorobą. Kobieta musi sama eliminować niektóre czynniki ryzyka, czemu służy edukacja całego społeczeństwa: powinna ona dotyczyć dziewcząt i chłopców już w wieku nastoletnim, przed inicjacją seksualną. Należy propagować antykoncepcję barierową (prezerwatywy) jako chroniącą przed infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Młodzież oraz kobiety dojrzałe powinny wiedzieć, że zbyt wczesne rozpoczęcie życia płciowego i liczne stosunki z wieloma partnerami są czynnikami ryzyka zachorowania na r.sz.m. Do edukacji społeczeństwa powinna się włączyć szkoła, rodzina, kościół, media, a także aktywni pracownicy zajmujący się opieką zdrowotną. Szeroka edukacja społeczna odgrywa podstawową rolę w zwiększaniu liczby kobiet poddających się profilaktycznym badaniom cytologicznym. W działaniach skłaniających kobiety do regularnego badania cytologicznego szyjki macicy konieczne jest zaangażowanie zarówno lekarzy, jak i placówek ochrony zdrowia oraz pracodawców zakupujących usługi medyczne dla swoich pracowników.

Wykazano, że znaczną rolę w badaniach skryningowych odgrywają lekarze rodzinni (doświadczenia Wielkiej Brytanii), a ich działania powinny obejmować wszystkie kobiety, ze szczególnym uwzględnieniem grup podwyższonego ryzyka.

### Profilaktyka wtórna

Profilaktyka wtórna ma na celu rozpoznanie stanów przedrakowych i wczesnych postaci r.sz.m oraz ich skuteczne leczenie. Aby była skuteczna, musi:

- ▀ być często powtarzana,
- ▀ rozpoczynać się wkrótce po inicjacji seksualnej,

- ▀ być prowadzona do późnej starości,
- ▀ obejmować jak najwięcej kobiet – najlepiej wszystkie.

Inaczej ujmując, powinny to być stałe, zorganizowane, populacyjne badania przesiewowe – skryning, czyli badanie bez objawów choroby w całej populacji kobiet, przeprowadzane co najmniej w ciągu 3 lat. Badanie to wprowadzono w latach 70. w Kanadzie. Pierwszy skryning populacyjny raka szyjki macicy wprowadzili dr H.K. Fidler i dr D.A. Boyes w 1949 r. w Kolumbii Brytyjskiej w Kanadzie. Do 1988 r. obniżono o 75 proc. zachorowalność na inwazyjnego raka szyjki macicy w tej prowincji (w innych prowincjach spadek wynosił ok. 40 proc.).

Stosowanie przesiewowych badań cytologicznych skutecznie zmniejsza zachorowalność na inwazyjnego raka szyjki macicy i umieralność z powodu tego nowotworu w krajach, w których prowadzi się badania skryningowe (kraje skandynawskie, Wielka Brytania, Islandia).

Cechy skryningu powinny być następujące:

- ▀ aktywny – indywidualne zapraszanie na badania,
- ▀ populacyjny – obejmujący całą określoną administracyjnie populację (miasto, gmina),
- ▀ powtarzany – co 3 lata,
- ▀ skomputeryzowany,
- ▀ populacja objęta skryningiem: 30–60 lat.

Istnieją kontrowersje co do częstości wykonywania badań cytologicznych. Do niedawna przeważał pogląd, że badanie należy powtarzać co rok. Obecnie uważa się, że tak częste badania nie zmniejszają liczby zachorowań na inwazyjną postać r.sz.m, a jedynie zwiększają koszty programu. W populacyjnych badaniach przesiewowych przyjęto w Polsce, wzorem krajów skandynawskich, okres 3 lat między badaniami jako czas, w którym nie powinna rozwinąć się choroba inwazyjna.

Doświadczenia Samodzielnej Pracowni Profilaktyki Nowotworów Narządu Rodnego istniejącej przy Centrum Onkologii Instytutu w Warszawie wykazały skuteczność wprowadzenia badań skryningu aktywnego. W 1. etapie badań stwierdzono bardzo wysoką wykrywalność zmian przednowotworowych CIS 2,1/tys. badanych i wczesnych postaci raka w aktywne badanej populacji bez objawów. Badaniem tym objęto 90 512 kobiet z południowych dzielnic Warszawy w wieku 30–60 lat. Wykryto 29 raków inwazyjnych. Po 3. etapie, badania przeprowadzanego co 3 lata nie stwierdzono inwazyjnego raka szyjki macicy w okresowo badanej tej samej populacji, zaobserwowano 3-krotnie mniej przypadków raka inwazyjnego.

### Profilaktyka trzeciorzędowa

Rozpoznanie raka szyjki macicy składa się z 2 elementów:

- ▀ rozpoznania samego procesu nowotworowego,

- ▀ ustalenia stopnia zaawansowania klinicznego.

Podstawę rozpoznania raka szyjki macicy stanowi:

- ▀ dokładne badanie kliniczne – ogólne i ginekologiczne przez pochwę i odbytnicę oraz badanie we wzorniku,
- ▀ ustalenie stopnia klinicznego zaawansowania raka – powinno być dokonane przez co najmniej 2 badających lekarzy (ginekologa, onkologa), zalecane jest badanie w krótkim znieczuleniu ogólnym.

W Polsce te postulaty rzadko są respektowane. Podstawą rozpoznania raka jest badanie histopatologiczne. Wg klasyfikacji FIGO rozpoznaje się IV stopnie zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy. Wybór sposobu leczenia zależy przede wszystkim od zaawansowania procesu nowotworowego:

- ▀ w raku przedinwazyjnym i mikroinwazyjnym IA1 – leczenie chirurgiczne oszczędzające,
- ▀ w stopniu IA2 i Ib leczenie chirurgiczne lub leczenie skojarzone (chirurgia + radioterapia),
- ▀ w stopniu II i III – radioterapia,
- ▀ w stopniu IV – leczenie objawowe i/lub paliatywne, rzadko leczenie radykalne.

Chirurgia jest najstarszą metodą leczenia raka szyjki macicy, wprowadzoną przez E. Wertheima (1889 r.) w Wiedniu, a rozpowszechnioną przez J.V. Meigs'a w USA (1939 r.). W Polsce określana jest jako metoda Wertheima-Meigsa. Leczenie chirurgiczne raka szyjki macicy liczy ponad 100 lat, prawie tyle co radioterapia tego nowotworu – dzięki odkryciom Roentgena, a przede wszystkim Marii Skłodowskiej-Curie i jej męża. Te odkrycia zapoczątkowały nową erę leczenia nowotworów złośliwych, w tym również r.sz.m.

W Polsce w leczeniu r.sz.m stosowane są podobne metody leczenia jak w innych krajach Europy, a mianowicie:

- ▀ metoda chirurgiczna,
- ▀ radioterapia,
- ▀ kojarzenie powyższych metod,
- ▀ radio-chemioterapia.

Odsetek 5-letnich przeżyć na r.sz.m stanowi dobry miernik wyleczalności. Polska należy do krajów o najniższym odsetku 5-letnich przeżyć względnych chorych na r.sz.m w porównaniu z 16 pozostałymi państwami uczestniczącymi w EUROCARE.

### ADERS DO KORESPONDENCJI

prof. dr hab. n. med. **Janusz Zieliński**  
kierownik Kliniki Nowotworów Narządów Płciowych Kobiety Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie  
ul. Roentgena 5  
02-781 Warszawa  
tel. (022) 644 00 55