



PromoSan-CRSPB



Săptămâna Europeană de Prevenire a Cancerului de Col Uterin (SEPCCU) 28 ianuarie-3 februarie

Analiza de situație

Cancerul cervical - o problemă severă pentru sănătatea femeilor din România

1. Preambul

European Cervical Cancer Association – ECCA (actualmente International Cervical Cancer Prevention Association - ICCPA), a fost fondată în 2002 de către 15 organizații din Europa (din țări UE și non-UE) și are în prezent 100 de membri din 34 state, între care societăți științifice privind cancerul, centre de tratament al cancerului, asociații medicale, spitale universitare și grupuri de pacienți.

ECCA a lansat în 2007 Săptămâna Europeană de Prevenire a Cancerului de Col Uterin (SEPCCU) sau European Cervical Cancer Prevention Week (ECCPW) [1]. SEPCCU sporește conștientizarea publică în privința prevenției cancerului cervical și se extinde gradual pe întregul continent.

În 2018 are loc a 12-a ediție între 28 ianuarie-3 februarie. Zile sau săptămâni cu același obiectiv generos nu sunt o noutate: Canada și Australia dezvoltă de mai mulți ani asemenea acțiuni la nivel regional sau național. Pe aceeași linie, Cervical Cancer Action – CCA (A Global Coalition to Stop Cervical Cancer) – o grupare bazată în UK ce cheamă decidenții politici din toată lumea la cooperare și intensificarea eforturilor în domeniu - a lansat în noiembrie 2015 o inițiativă pe 5 ani pentru a da prioritate investițiilor privind sănătatea adolescentelor și femeilor în legătură cu prevenirea cancerului cervical.

România a fost cu deosebire interesată în includerea unei asemenea celebrări în calendarul sănătății, din rațiuni legate de ratele mari înregistrate de incidența și mortalitatea prin cancer cervical, pentru reducerea cărora schimbul de informație, experiența și metode de a influența politicienii și publicul este salutar.

Campania 2018 se derulează sub sloganul “*Testarea preventivă Babeş-Papanikolaou: barieră simplă și eficientă împotriva cancerului cervical!*” și are ca scop *conștientizarea pe scară largă a populației feminine românești în privința căilor de limitare a riscului major de cancer cervical*. Tema din acest an focalizează pe reducerea riscului și amplificarea prevenției.

2. Cancerul cervical pe fondul bolii canceroase în lume și Europa, 2012

Consumul de tutun și abuzul de alcool sunt considerate la originea a circa 40% din povara totală a morbidității canceroase. Alimentația nesănătoasă, obezitatea și activitatea fizică insuficientă majorează la 60% ponderea cancerelor cauzate de un stil de viață nesănătos. Fumatul reprezintă cel mai important factor singur de risc pentru cancer.

Se estimează că peste 40% din decesele cauzate de cancer pot fi prevenite prin măsuri stil de viață.

Conform ultimelor statistici disponibile, în lume, cancerul provoacă în 2012, 8,2 milioane decese (aproximativ 13% din total).

Plămânii, sânul, stomacul, ficatul și colonul sunt organele menționate cel mai des în privința deceselor prin cancer.

În Regiunea OMS Europa (EURO-OMS), cancerul cauză 20% din decese. Cu peste 3,7 milioane de cazuri noi și 1,9 milioane decese anuale (1/4 din numărul global), cancerul reprezintă a doua cauză majoră de morbiditate și deces în Europa (după BCV), deși continentul european cuprinde doar 1/8 din totalul populației mondiale.

În Europa cancerul cervical este al șaselea cancer ca incidență la femei (58 400 cazuri noi). Cea mai mare incidență este înregistrată în România, iar cea mai scăzută în Elveția.

3. Riscul de cancer cervical

Debutul precoce al activității sexuale (riscul crește de 2 ori la debutul vieții sexuale înainte de 17 ani, cu dispariția supracreșterii riscului după 18 ani) și numărul partenerilor sexuali al ambilor parteneri au fost documentați drept cei mai reductibili factori de risc pentru cancerul de col uterin.

Alți factori comportamentali de risc sunt importanți: fumatul, imunosupresia provocată sau spontană, utilizarea îndelungată (peste 10 ani), de la vârste foarte tinere (sub 18 - 20 ani), a contraceptivelor orale din generații mai vechi.

Din momentul evidențierii genoamelor de HPV (Human Papilloma Virus), infecția specifică a ajuns să fie considerată drept agent inițiator principal în 90% din cancerele depistate sub-clinic sau în stadii invazive. Riscul este multiplicat în medie de 10 ori de prezența HPV.

Herpesul Virus Simplex tip 2 (virus HSV 2, cu localizare genitală) – reprezintă un co-factor probabil.

4. Statistici globale 2012

Global, cancerul cervical este al patrulea cel mai frecvent cancer la femei și cel de-al șaptelea cel mai comun tip de cancer. În 2012, numărul de cazuri noi era estimat la 528 000.

Ca și în cazul cancerului hepatic, majoritatea copleșitoare (85%) a poverii globale apăsă pe regiunile mai puțin dezvoltate, unde cancerul de col uterin reprezenta aproape 12% din toate cazurile de cancer la femei. În Africa Centrală și de Est, cancerul de col uterin rămâne cel mai frecvent cancer la femei. Regiunile cu risc ridicat, având rata de incidență standardizată în

funcție de vârstă/100 000 femei > 30 cazuri includeau Africa de Est (42,7 cazuri), sub-regiunea Melanesia (33,3 cazuri), precum și Africa de Sud (31,5 cazuri). Cele mai scăzute incidente se înregistrau în Australia/Noua Zeelandă (5,5 cazuri) și Asia de Vest (4,4 cazuri).

În privința mortalității, în 2012 au fost estimate la nivel global 266 000 decese cauzate de cancerul de col uterin, reprezentând 7,5% din totalul deceselor cauzate de cancer la femei. Aproape 9/10 decese provocate de cancerul cervical (87%) survineau în regiunile mai puțin dezvoltate.

Între regiunile lumii, mortalitatea varia în 2012 după un factor de 18, anume de la < 2 decese/100 000 femei în Asia de Vest, Europa de Vest și Australia/Noua Zeelandă, față de > 20 decese/100 000 femei în sub-regiunea Melanesia (20,6), Africa Centrală (22,2/100 000) și Africa de Est (27,6/100 000).

Într-o perspectivă sinoptică (pe mapamond) țările din Africa apăreau în clasele cu mortalitatea cea mai ridicată. În Europa, țările nordice și majoritatea celor din vest se găseau în clasele cu mortalitate standardizată cu vârsta substanțial mai scăzută (<0,37/100 000 femei) decât statele din est (2,4 - 5,7/100 000).

România era plasată în clasa de mortalitate 9,3-17,5/100 000, cea mai defavorabilă.

5. Situația în Europa: incidența și mortalitatea prin cancer cervical, 2012

În Regiunea Euro-OMS prevalența medie pe ultimul an a localizării cancerului la femei comporta ierarhia frecvențelor: sân (35%), colorectum, corp uterin, **cervix (4,4%)**, plămân, ovar, piele, tiroidă, rinichi; pe ultimii 5 ani a localizării cancerului la femei prevalența se ierarhiza astfel: sân (39%), colorectum, corp uterin, **cervix (4,6%)**, piele, tiroidă, ovar, plămân, rinichi. Prevalența cancerului cervical se menținea pe locul 4 pe ambele intervale de integrare a datelor.

În privința incidenței cancerului la femei în funcție de localizare ordinea frecvențelor era: sân (28%), colorectum, plămân, uter, ovar, **cervix (3,9%)**, stomac, piele, pancreas – cu cancerul cervical pe locul 6. Însfârșit, în privința mortalității prin cancer la femei în funcție de localizare ordinea descrescătoare era: sân (17%), colorectum, plămân, pancreas, stomac, ovar, **cervix (3,3%)**, sânge (leucemie), uter.

În Europa continentală, incidența și mortalitatea prin cancer cervical (standardizate cu vârsta) arată diferențe mari în favoarea statelor vestice (+Albania și Grecia) față de majoritatea statelor est-europene. România înregistra cele mai ridicate valori din Europa atât în privința incidenței cât și a mortalității (34 respectiv 14/100 000) față de media UE (10 respectiv 4/100 000).

Pe harta Europei distribuția incidenței cancerului cervical indica diferențe regionale accentuate între nord & vest cu valori înregistrate în clasele inferioare (sub 15,3/100 000) și est (exceptând Finlanda) raportând valori ridicate (în general 15,4 - 20,5/100 000). România se afla în clasa critică + 20,6/100 000. În privința mortalității, este vizibil contrastul dintre valorile scăzute în țările nordice și vestice (< 2,5 - 4,3/100 000) și cele ridicate din est; România se găsește în clasa critică > 7,5/100 000.

6. Situația în România

Incidența cancerului cervical în România 2012 era dublă față de media europeană și aproape dublă față de cea a Europei Centrale și de Est: 28,6 cazuri față de 14, respectiv 16,3/100 000 femei (valori efective). Cancerul cervical era al doilea tip ca incidență, după cel mamar.

În privința mortalității prin cancer cervical, țara noastră se află pe locul cel mai defavorabil din Europa, cu o mortalitate 10,8/100 000, de 3 ori mai mare față de media europeană și de peste 1,5 ori mai mare decât media din Europa Centrală & Est (6,8/100 000).

Cancerul cervical reprezenta principala cauză de mortalitate la femeile cu vârsta între 15 și 44 ani.

Atât vârful de incidență cât și cel de mortalitate pe grupe de vârstă se înregistra în grupa 45-54 ani, ceea ce arată că femeile în premenopauză au cel mai mare risc de a fi diagnosticate și de a muri prin cancer de col uterin.

Conform Ghidului INSP din 2016 în România mor zilnic 6 femei din cauza cancerului de col uterin.

În valori absolute (cazuri/100 000, standardizate cu vârsta față de referința europeană), incidența cancerului la femei după localizare comporta în 2012 ordinea descrescătoare: sânul (circa 66), **cervixul** (35), intestinul gros, plămâni, ovarele, corpul uterin, pancreasul, stomacul. Procentual, cancerul de sân înregistra incidența cea mai ridicată (24%), urmat în ordine de cancerule afectând intestinul gros, **cervixul** (4%), plămâni, ovarele, corpul uterin, pancreasul, stomacul, creierul și sistemul nervos central.

În privința mortalității, ca și în cazul incidenței, cancerul de sân (27%) înregistra procentul cel mai ridicat, urmat în ordine de cancerule de intestin gros, **cervix** (6%), plămân, ovarian, corp uterin, pancreas, stomac, creier și sistem nervos central.

7. Principii de prevenție

Cancerul de col uterin poate fi prevenit fie prin evitarea infecției cu HPV, fie prin monitorizarea periodică (screening) pentru infecții și leziuni.

HPV-ul transmis sexual este cea mai comună infecție virală a tractului reproductiv. Aproape toți indivizii activi sexual vor fi infectați cu HPV într-un anumit moment al vieții sau pot fi infectați în mod repetat după ce prima infecție se va fi remis. Majoritatea infecțiilor HPV se rezolvă spontan înainte de a produce simptome. Totuși anumite subtipururi, precum 16 sau 18 sunt mai agresive și pot conduce la leziuni precanceroase.

Prevenirea infecției cu HPV se poate face prin evitarea expunerii la virus; abținerea de la activitatea sexuală sau monogamie reciprocă, cu condiția ca ambii parteneri să fie în mod constant monogami și să nu fi fost infectați anterior, ar reprezenta soluția ideală, dar din păcate puțin aplicabilă.

Aplicarea vaccinării anti-HPV înainte de începerea activității sexuale ar putea fi de asemenea o soluție. Din păcate, vaccinurile nu protejează împotriva **tuturor** tipurilor de virusuri HPV care pot provoca cancer de col uterin; screening-ul rămâne în continuare obligatoriu de-a lungul vieții.

Se documentează că vaccinarea anti-HPV, ar putea preveni cel puțin 70% din carcinoamele scuamocelulare și cel puțin 85% din adenocarcinoamele cervicale. Vaccinarea anti-HPV 16/18 împreună cu screeningul citologic sistematic pot reduce riscul cancerului cervical cu până la 94%.

Vaccinarea își păstrează o parte a eficienței chiar dacă este aplicată după debutul activității sexuale. Colegii de la CRSP Timișoara citează un studiu efectuat la 235 femei tinere, practic toate active sexual, ce au primit una sau mai multe doze vaccinale; subiecții ce primiseră cel puțin o doză vaccinală au prezentat la recontrol cu 65% mai puține anomalii cervicale.

Deoarece cancerul de col uterin se dezvoltă lent, de-a lungul anilor, screening-ul regulat împreună cu eliminarea oricăror leziuni sunt esențiale pentru prevenție. Încă, screening-ul și tratamentul sunt cruciale în privința prevenirii dezvoltării cancerului invaziv. Cea mai cunoscută metodă de screening a cancerului de col uterin la nivel mondial este testul BPN (Babes-Papanikolaou, referit și ca PAP), dar noi metode de testare s-au dovedit a fi la fel de eficiente, deseori la un cost mai mic. Au devenit disponibile teste pentru ADN-ul HPV ce se pot de asemenea folosi cu specificitate mai mare în screening. În România, aceste teste se găsesc încă în faza de pionierat.

La nivel național, o abordare integrată a prevenției și controlului cancerului de col uterin ar beneficia din abordarea multidisciplinară, focalizând pe mai multe componente cheie, precum educația comunității, mobilizarea socială, vaccinarea, screeningul, tratamentul și îngrijirile paliative. Este importantă participarea reprezentanților diverselor discipline în derularea unor programe naționale precum cele de: imunizare, sănătatea reproducerii, controlul cancerului și sănătatea adolescenților.

O sinoptică succintă privind prevenția primară, secundară și terțiară pentru cancerul cervical a fost prezentat în Informarea privind celebrarea SEPCCU 2018. În secțiunea de prevenție primară se menționează că vaccinarea anti-HPV este recomandată la fetițele între 3 și 13 ani.

8. Prevenția în România

Vaccinarea.

În România, vaccinarea anti-HPV nu face parte din Programul Național de Vaccinare, dar va trebui să devină o preocupare majoră a decidenților, medicilor și a publicului.

Vaccinul Gardasil (autorizat atât pentru femei, cât și pentru bărbați) vizează tipurile de HPV 6, 11, 16 și 18 pentru a preveni evoluțiile precanceroase la colul uterin și anus, precum și verucile genitale; versiunea Gardasil 9 (autorizată în decembrie 2014) protejează împotriva a nouă tipuri de virus HPV: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 și 58; în sfârșit, vaccinul Cervarix (pentru femei și fete) vizează displaziile și cancerul de colul uterin precum și în alte zone genitale.

Ghidul European pentru Asigurarea Calității în Screeningul Cancerului de Col Uterin, după care a fost elaborat Programul Național Specific, conține recomandările privind vaccinarea și screeningul ce au un potențial de reducere a incidenței cancerului de col uterin cu 80 - 90%. Condiția este însă acoperirea vaccinală activă împotriva tipurilor 16 și 18 de virus HPV a minimum 70% din populația feminină la risc.

Screening-ul

Ghidul INSP documentează că impactul a cinci decenii de screening de masă practicat în alte socio-culturi este reducerea riscului de apariție a unui cancer de col uterin de-a lungul vieții la un nivel foarte scăzut (sub 1%).

Din păcate în ultimele aproape două decade, majoritatea covârșitoare a femeilor din România nu au fost testate împotriva acestui tip de cancer: studiul GFK în 2010 estimează acest procent între 75% și 92%. Programul Național de Screening al Cancerului de Col Uterin în România (PNSCUR) inițiat în 2012 declara o acoperire de 8-12% din populația țintă.

În România screening-ul organizat al cancerului de col uterin se realizează, după criteriile recomandate de Ghidul European amintit anterior, la intervale de 5 ani - *conform Ordinului*

comun MS 238/ CNAS 538 din 2012 pentru aprobarea normelor metodologice privind organizarea și desfășurarea screening-ului în cancerul de col uterin.

Concret, screening-ul pentru cancerul de col uterin prin testare BPN este recomandat pentru toate femeile cu vârsta cuprinsă între 25 și 65 ani care nu au simptome sugestive sau un diagnostic confirmat de cancer de col uterin și nu sunt histerectomizate total pentru afecțiuni necanceroase. Retestarea în cadrul PNSCCUR are loc la 5 ani după ultimul rezultat normal; medicul de familie va recomanda testarea tuturor femeilor eligibile cu vârsta între 25-64 ani pentru care nu se poate documenta un rezultat normal mai recent de 5 ani.

9. Concluzii

Global, cancerul cervical este al 4-lea cel mai frecvent cancer la femei și al 7-lea cel mai comun tip de cancer. În 2012, incidența era estimată la peste o jumătate de million.

În Europa, cancerul cervical este al 6-lea cancer ca incidență la femei. Cea mai mare incidență este înregistrată în România, iar cea mai scăzută în Elveția.

Incidența cancerului cervical în România (a 2-a după cel mamar) este dublă față de media europeană și aproape dublă față de cea a Europei Centrale/Est.

În privința mortalității prin cancer cervical, țara noastră se află pe locul cel mai defavorabil din Europa, cu un risc de deces de 3 ori mai mare față de media europeană și de peste 1,5 ori mai mare decât media din Europa Centrală și de Est.

Motivul situației alarmante din România este lipsa de aderență a populației feminine la screening, deși din 2012 este în vigoare Programul Național de Screening privind Cancerul Cervical.

Eforturile educaționale în privința factorilor de risc trebuie să devină o preocupare centrală a promotorilor sănătății. Prevenția prin practicarea testării Babes-Papanikolaou după un calendar adaptat vârstei și factorilor de risc istorici sau actuali trebuie să devină un obiectiv vital al medicinei de familie și al fiecărei persoane de gen feminin.