

MANAGEMENTUL CANCERULUI CERVICAL ÎN BAZA PROTOCOLULUI CLINIC NAȚIONAL

Lilian Guțu¹, Dumitru Sofroni¹ – dr. med., prof. univ., Veronica Ciobanu¹, Roman Balan¹, Irina Tripac¹, Neonila Casian¹, Nina Sameț¹, Ludmila Manastîrli¹, Virgil Ureche¹ – doctorand, Corina Cardaniuc², Eugen Ancuța³, Institutul Oncologic din Republica Moldova¹, USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Obstetrică și Ginecologie, Chișinău, Moldova², Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Cuza Vodă”, Iași, România³

Rezumat

Elaborarea Protocolului Național pentru Cancerul Cervical a avut în vizor, în primul rând, identificarea unei abordări standard în managementul cancerului cervical. Evident, acest proces este deja efectuat în alte țări, servind drept bază pentru efectuarea pașilor clar-definiți în combaterea acestei maladii oncologice. Necesitatea stringentă a structurării măsurilor întreprinse în cadrul sistemului medico-sanitar al Republicii Moldova în privința profilaxiei, depistării, diagnosticului și tratamentului cancerului cervical este mandatară. Protocolul Național al Cancerului Cervical cuprinde capitole cu informație amplă despre cancerul cervical care este menită să faciliteze lucrul medicilor ginecologi atât din domeniul oncologiei, cât și din sistemul medical general, diminuând, în fine, indicii morbidității și mortalității prin cancer cervical.

Cuvinte-cheie: cancerul cervical, profilaxie, diagnostic, tratament

Summary. Cervical cancer management of protocol National clinic

National Cervical Cancer Protocol development has in sight, first of all, to identify a standard approach in the management of cervical cancer. Obviously, this is already done in other countries, serving as basis for the clearly-defined steps in combating this malignant disease. Urgent need of structuring measures taken in the healthcare system of the Republic of Moldova on prevention, detection, diagnosis and treatment of cervical cancer is representative. National Cervical Cancer Protocol includes chapters with broad information about cervical cancer which is designed to facilitate work in oncology both oncology gynecologists and general medical system, reducing finally indices of cervical cancer morbidity and mortality.

Key words: cervical cancer, prevention, diagnosis, treatment

Резюме. Менеджмент рака шейки матки на основе Национального клинического протокола

Разработка Национального Протокола Рака шейки матки имела как объектив, во-первых, определить стандартный подход в менеджменте рака шейки матки. Очевидно, что это уже сделано в других странах, а его содержание служит в качестве основы для четко определенных шагов в борьбе с этим злокачественным заболеванием. Срочная необходимость структурирования мер, принятых в системе здравоохранения Республики Молдова по предупреждению, выявлению, диагностике и лечению рака шейки матки является явной необходимостью. Национальный Протокол Рака шейки матки включает главы с объемлющей информацией о раке шейки матки, который предназначен для облегчения работы как врачей гинекологов в онкологии, так и общей медицинской системы, уменьшая в итоге, показатели заболеваемости и смертности рака шейки матки.

Ключевые слова: рак шейки матки, профилактика, диагностика, лечение

Introducere

Cancerul cervical este a 2-a cauză de cancer ca frecvență la femei. Anual, în lume se diagnostichează aproximativ 500.000 noi cazuri de cancer cervical.

Pe plan mondial, cancerul de col uterin reprezintă a 5-a cauză de deces la femei. Cancerul de col uterin afectează aproximativ 16 femei la 100.000 pe an și produce decesul la aproximativ 9 femei la 100.000 pe an. Morbiditatea prin cancer de col uterin în Republica Moldova în 2010 a alcătuit 15,5 la 100000 de populație, 288 cazuri. Indicele mortalității a constituit 8,0 la 100000 populație – 153 cazuri de cancer de col uterin. Din toate cazurile de cancer al colului uterin 78% sunt înregistrate în țările în curs de dezvolta-

re. În RM cancerul cervical ocupă locul I în structura morbidității prin tumori maligne ale organelor genitale la femei.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnostic:

Cancerul cervical este o maladie oncologică a țesutului colului uterin care, de obicei, se dezvoltă în termeni lenți, pe fundalul unor anomalități precanceroase ale colului uterin și, chiar dacă s-a instalat, progresează treptat și gradual, fiind cel mai prevenibil tip de cancer și este tratat reușit în stadiile precoce. Examenul citologic Papanicolau și testul la virusul papilomului umane pot facilita depistarea maladiiei în debutul bolii.

A.2. Codul bolii (CIM 10): C-53.

A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie și medici ginecologi);
- centrele consultative raionale (medici ginecologi);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, oncologi raionali și medici ginecologi);
- secțiile de ginecologie ale spitalelor raionale și republicane (medici ginecologi);
- secțiile de ginecologie ale spitalelor republicane și Institutul Oncologic (medici ginecologi, oncologi, radiologi, chimioterapeuți).

A.4. Obiectivele protocolului:

1. Îmbunătățirea calității examinării clinice și paraclinice a pacienților cu cancer cervical;
2. Implementarea obligatorie a screening-ului cancerului cervical;
3. Sporirea ratei depistării la timp a precancerului și cancerului cervical;
4. Reducerea mortalității prin cancer cervical.

A.8. Definițiile folosite în document

Cancerul Cervical – cancerul apărut pe țesutul colului uterin, care are de obicei o evoluție lentă și poate fi depistat în cadrul testului Papanicolau regulat.

Displazia este o stare ce ar putea evolua într-un cancer de cervix, nu însă obligator și este caracterizată prin apariția unor anormalități de dimensiune și formă în celulele epiteliale scuamoase și posedă semne de proliferare celulară.

Neoplazia Intraepitelială Cervicală (CIN) este o stare precanceroasă a stratului de tapetare a cervixului divizată conform severității modificărilor: CIN I, CIN II și CIN III.

Cancerul Cervical microinvaziv (IA1 și IA2) este caracterizat prin penetrarea membranei bazale și invadarea stromei cervixului de către celulele tumorale la o adâncime de până la 5mm și lățime nu mai mare de 7 mm.

Cancerul Cervical Invaziv (IB1 și IVB) este caracterizat invadarea stromei cervixului de către celulele tumorale la o adâncime mai mare de 5 mm și lățime mai mare de 7 mm.

A.9. Informația epidemiologică și etiologică Epidemiologie

Annual pe plan mondial cancerul cervical se depistează la 466 000 femei, marea majoritate a cărora locuiesc în țările în curs de dezvoltare. Din 231 000 cazuri de deces al pacientelor afectate de cancerul cervical în lume, circa 80% revin țărilor în curs de dezvoltare, în care cancerul cervical este una din ca-

uzele principale de deces survenit în urma maladiilor oncologice la populația feminină. Morbiditatea prin cancer de col uterin în Republica Moldova în 2008 a alcătuit 15,5 la 100000 de populație, 288 cazuri. Indicele mortalității a constituit 8,2 la 100000 populație – 153 cazuri de cancer de col uterin.

Etiologie

Virusul papilomului uman (HPV) este cauza principală și factorul primordial de risc al cancerului cervical. HPV a fost detectat în toate cazurile de cancer cervical invaziv, fiecare a patra femeie cu vârsta cuprinsă între 14-59 ani sunt infectate cu HPV.

Cum este transmis HPV? În primul rând, prin contact sexual cu un partener infectat. Majoritatea femeilor sexual active se infectează, dar doar 10% rămân infectate pe o perioadă mai mare de 10 ani. În majoritatea cazurilor HPV dispare de la sine. Riscul de a face un cancer cervical este major la o femeie infectată la care HPV are o persistență de lungă durată. În general, cele cu persistența virusului mai mare de 5 ani au un risc sporit (cu circa 50% mai mare decât norma).

Cum HPV contribuie la apariția cancerului cervical? Investigațiile contemporane constată că majoritatea cancerului cervical se dezvoltă când lanțurile a diverși HPV activează anumite oncogene. Aceste oncogene interferează cu anume proteine protective care în mod normal limitează creșterea celulară. Odată blocate, proliferarea celulară crește rampant conducând spre apariția cancerului.

Tipurile genetice de HPV. Sunt cunoscute mai mult de 30 tipuri HPV care se transmit pe cale sexuală, severitatea leziunilor variind larg în funcție de tipul genetic al acestuia. (Femeile infectate de un tip HPV oricum rămân supuse riscului de a se infecta cu alte tipuri).

Unele tipuri HPV posedă un risc minor. Acestea pot cauza CIN (6 și 11), sau condiloame genitale pe vulvă sau vagin (40,42,43,44,54,61,70,72 și 81). Aceste tipuri virale rar conduc la cancer.

Dintre tipurile cu risc înalt, HPV 16 și 18 sunt de mult timp recunoscute ca deosebit de periculoase. Aceste două tipuri genetice cât și alte șase (31, 33, 35, 45, 52 și 58) alcătuiesc 95% din HPV relatate cancerului. Alte tipuri de risc înalt sunt 39, 51, 56, 59, 68, 73 și 82 fiind asociate cu CIN II și III. Tipurile 26, 53 și 33 de asemenea sunt considerate drept HPV cu risc înalt.

Programele de screening efectuate regulat permit declinul cazurilor noi de cancer cervical în ultimele decenii. Cancerul cervical este diagnosticat în 50% cazuri la femeile cu vârsta de 33-35 ani, iar circa 20% se depistează la o vârstă mai mare de 65 ani. Aproape 15% femei fac un cancer cervical în vârsta până la 20 ani, ratele cancerului la femeile tinere fiind în continuă creștere datorită infectării cu mai multe tipuri ai papilomavirusului uman.

B. PARTEA GENERALĂ

<i>Descriere</i>	<i>Motive</i>	<i>Pași</i>
B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară		
1. Profilaxia primară	Vaccinul anti HPV - Cervarix	<p>Recomandare: Vaccinarea fetelor de 11-12 ani, în 3 doze, cu a 2-a și a 3-a doză administrată cu 2 și 6 luni mai târziu decât prima. Vaccina HPV poate fi administrată concomitent cu alte vaccine.</p> <p>Fetele de 9 ani pot fi vaccinate la discreția medicului.</p> <p>Femeile nu se vaccinează în timpul gravidității.</p>
Profilaxie secundară	Sex protejat, limitarea numărului partenerilor sexuali	Modul sănătos de viață
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de cancer cervical	Stabilirea prezenței sau absenței cancerului cervical	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 7) • Examenul fizic (caseta 8) • Investigații clinice și de laborator (caseta 9) • Diagnosticul diferențiat (caseta 10) <p>• În caz de suspexție sau confirmare citologică, morfologică, pacienta este îndreptată la policlinica Institutului Oncologic</p>
2.2. Decizia consultului specialistului și/sau a spitalizării		
3. Tratamentul la domiciliu în cazul patologiei avansate (paliativ-simptomatic)		
3.1. <i>Tratament nemedicamentos</i>	Ameliorarea stării generale a pacientei	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regim liber • Consumarea lichidelor pentru corecția deshidratării și menținerea unui debit urinar adecvat • Regim alimentar echilibrat cu alimente bogate în vitamine, ușor asimilabile și cu potențial alergizant redus
3.2. <i>Tratamentul medicamentos</i>		
Tratamentul medicamentos	Ameliorarea stării generale a pacientei	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vezi tratamentul altor nozologii în protocoalele naționale a patologiilor concomitente procesului canceros - tratamentul sindromului algic, inclusiv narcotice
4. <i>Supravegherea și dispensarizarea</i>	Depistarea la timp a apariției progresărilor și recidivelor maladiei	<p>Obligatoriu:</p> <p>Evidență în comun cu oncologul raional (caseta 18)</p>

5. Fizioterapie recuperare medicală		Nu se recomandă conform modificărilor survenite (ex. tratament hormonal de substituție în caz de înlăturarea ovarelor)
--	--	--

B. 2. Nivelul consultativ specializat (Oncoginecolog la Policlinica Institutului Oncologic)

Descriere	Motive	Pași
1. Diagnostic		
1.1. Confirmarea diagnosticului de Cancer cervical. 1.2. Aprecierea răspândiri procesului tumoral 1.3. Consiliul din 3 specialiști: chirurg, radiolog, chimioterapeut	- Stabilirea prezenței sau absenței cancerului cervical - Determinarea tacticii de tratament	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 7) • Examenul fizic (caseta 8) • Investigații clinice și de laborator (caseta 9) • Diagnosticul diferențiat (caseta 10) Investigații recomandate (la necesitate): Cistoscopie Rectoromanoscopie Fibrogastroduodenoscopie Computertomografie Rezonanță magnetică nucleară
3. Dispanserizarea (caseta 18)	Monitorizarea eficacității tratamentului administrat, monitorizarea stării locale și generale pentru determinarea necesității tratamentului de recuperare	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 7) • Examenul fizic (caseta 8) • Investigații clinice și de laborator (caseta 9) • Diagnosticul diferențiat (caseta 10)
		Investigații recomandate (la necesitate): Cistoscopie Rectoromanoscopie Fibrogastroduodenoscopie Computertomografie Rezonanță magnetică nucleară

B.3. Nivelul de staționar

Descriere	Motive	Pași
1. Spitalizare (caseta 11)	Tratament conform stadiilor de răspândire a procesului tumoral (caseta 12,13)	(caseta 11)
2. Diagnostic		
2.1 Confirmarea diagnosticului de cancer cervical (casetele) 2.2 Diagnosticul diferențial (caseta 10)	Tactica de conduită a pacientei cu cancer cervical și selectarea tratamentului sunt în dependență de stadiul afecțiunii, starea generală a pacientei (vârsta și comorbiditățile), doleanțele pacientei (vârsta și comorbiditățile) aprecierea căroră, în unele cazuri, este posibilă numai în condiții de staționar.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 7) • Examenul fizic (caseta 8) • Investigații clinice și de laborator (caseta 9) • Diagnosticul diferențiat (caseta 10) Investigații recomandate (la necesitate): Cistoscopie Rectoromanoscopie Fibrogastroduodenoscopie Computertomografie Rezonanță magnetică nucleară

3. Tratamentul Cancerului Cervical		
3.1. Tratamentul chirurgical, combinat, complex	Vindecarea pacientei	Tratament conform stadiilor de răspândire a procesului tumoral (casetă 12, 13, 14, 15, 16)
3.2. Tratamentul simptomatic	Ameliorarea stării generale a pacientei	Recomandare: - vezi tratamentul altor nozologii în protocoalele naționale a patologiilor concomitente procesului canceros - tratamentul sindromului algic, inclusiv narcotice
4. Externarea		Finalizarea tratamentului conform protocolului
5. Externarea cu referire la nivelul primar pentru tratament și supraveghere	Monitorizarea în dinamică a pacientei	Extrasul obligatoriu va conține: • Diagnosticul exact detaliat • Rezultatele investigațiilor efectuate • Recomandări explicite pentru pacient • Recomandări pentru medicul de familie, oncolog

C.2.2. Profilaxia

<p>Casetă 3. Profilaxia.</p> <p>HPV vaccinarea. Recomandările curente de imunizare sunt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccinarea fetelor de 11-12 ani, în 3 doze, cu a 2-a și a 3-a doză administrată cu 2 și 6 luni mai târziu decât prima. Vaccina HPV poate fi administrată concomitent cu alte vaccine. • Fetele de 9 ani pot fi vaccinate la discreția medicului. • Femeile nu se vaccinează în timpul gravidității. • Prezervativele asigură o anumită protecție împotriva infectării cu HPV, precum și a altor maladii sexual-transmisibile. • Pap-testul este cea mai eficientă metodă de depistare a cancerului cervical în stadiile precoce.

C.2.3. Factorii de risc

<p>Casetă 4. Factorii de risc</p> <p>Factorul socioeconomic. Pătura social-vulnerabilă, lipsa asigurărilor medicale includ femeia în grupul de risc.</p> <p>Activitate sexuală înaltă. Infectarea cu virusul papilomului uman este riscul principal pentru a face cancerul cervical.</p> <p>Parteneri sexuali multipli.</p> <p>Debut prematur al vieții sexuale (până la 16 ani)</p> <p>Contaminarea cu HIV.</p> <p>Multiparitatea. Acest factor mărește riscul apariției cancerului cervical, în special la femeile infectate cu HPV.</p>

C.2.4. Screening-ul și Diagnosticul Citologic

<p>Casetă 5. Screening-ul și Diagnosticul Citologic</p> <p>Recomandări pentru efectuarea Pap-testului:</p> <ul style="list-style-type: none"> • screening-ul inițial: Femeile trebuie supuse Pap-testului odată cu debutul vieții sexuale. • screening-ul femeilor până la 30 ani. Se recomandă prelevarea Pap-testului în fiecare 3 ani. • screening-ul femeilor de la 30 ani în sus: <p>♦ trei Pap-testuri negative (normale) cu interval de 3 ani consecutiv, apoi interval de 5 ani.</p> <p>♦ grupul de risc – fiecare an.</p> <ul style="list-style-type: none"> • screening-ul femeilor în vârstă: <p>♦ ≥ 65 ani – fiecare 5 ani.</p> <p>♦ ≥ 65 ani, grupul de risc – Pap-test fiecare an.</p> <ul style="list-style-type: none"> • screening-ul după Histerectomie. Femeia supusă Histerectomiei subtotale cu păstrarea colului uterin, va urma screening cu Pap-test în funcție de raportarea la prevederile pentru femeia neoperată. <p>Notă! În cazul depistării în cadrul testărilor a leziunilor precanceroase și canceroase ale cervixului, pacientele vor fi îndreptate de către medicul de familie la oncologul raional sau direct la Institutul Oncologic!</p>

C.2.5. Colposcopia și Biopsia

Caseta 6. Colposcopia și Biopsia sunt indicate în cazurile:

Depistarea în cadrul screening-ului a celulelor atipice, displaziilor severe (CIN III), carcinomului in situ sau invaziv.

Colposcopia și Biopsia este efectuată în sălile ginecologice amenajate, fără anestezie, timp de 10-15 minute și constau în:

- Vizualizarea colului uterin și îndreptarea fascicolului de lumină spre cervix
- Examinarea prin colposcop a colului uterin
- Prelucrarea cervixului cu soluție de acid acetic de 3% și vizualizarea colposcopică (proba Schiller) Biopsia zonelor suspecte ale exo- și endocervixului.

Tactica medicului în funcție de rezultatele depistate:

- Femeile cu CIN III și Cancer Cervical necesită tratament în condițiile Institutului Oncologic
- Femeile ce au prezentat la biopsie anormalități celulare de grad scăzut, dar al căror cervix arată macroscopic normal, sunt planificate pentru colposcopie de supraveghere la ginecolog.

C.2.6. Conduita pacientei cu Cancer Cervical

Va depinde de rezultatele citologice, histologice, precum și datele clinice atestate la pacientele afectate de cancer cervical.

C.2.6.1. Anamneza

Caseta 7. Anamneza

Stabilirea prezenței în anamneză a hemoragiilor neobișnuite care se pot instala și stopa intermenstrual, fie în menopauză; o hemoragie neașteptată poate apărea după un act sexual sau o examinare a bazinului mic; limforee vaginală sau alte eliminări sangvinolente; durere pelvină sau postcoitală; edem al picioarelor și uropatie (în caz de afectare a parametrelor), precum și stabilirea prezenței factorilor de risc (caseta 4).

De menționat că majoritatea femeilor cu displazie sau cancer pre-invaziv nu au simptome, de aceea screening-testările sunt foarte importante.

C.2.6.2 Examenul fizic

Caseta 8. Examenul fizic

- **examenul colului uterin în specule** – pot fi identificate hiperemii, eroziuni mari sau mase tumorale mari cu ulcerarea, destrucție și miros fetid;
- **examinarea bimanuală (tușul vaginal)** – a organelor genitale interne ar putea constata un col uterin bombat, dur, mărit în dimensiuni – ”col în formă de butoi”, parametrele afectate devin mai rigide, mai dureroase; se scurtează fornixurile vaginale. În cazul metastazării în anexe se palpează mase tumorale ale anexelor;
- **examinarea rectală** a organelor genitale interne și a septului rectovaginal sporesc informațiile obținute, completând datele examinării bimanuale și ar putea depista alte metastaze pelvine și/sau concreșterea tumorii cervixului în intestin, erodând septul rectovaginal;
- **la examenul fizic** mai pot fi depistate edeme ale picioarelor (din cauza afectării parametrelor), hepatomegalie (metastaze în ficat), exudat pleural (metastaze pulmonare).

Se palpează, de asemenea, glandele mamare, ganglionii limfatici supra- și subclaviculari, inghinali.

C.2.6.3. Investigațiile paraclinice și de laborator

Caseta 9. Investigațiile paraclinice și de laborator

1. Preluarea frotiului citologic de pe exo- și endocervix
2. Colposcopie (simplă sau lărgită)
3. Biopsia țintită sub controlul colposcopului
4. Raclaj diagnostic fracționat al canalului cervical și cavității uterine
5. Examinarea citologică și histologică a probelor obținute
6. Analiza generală a sângelui
7. Biochimia sângelui: glucoza, ureea, creatinina, bilirubina, ALT, AST, amilaza, proteina totală
8. Coagulograma sângelui: timpul activat de recalcificare, protrombina, fibrinogenul, activitatea fibrinolitică
9. HIV SIDA
10. MRS
11. Grupa, Rhesus
12. ECG
13. Spirometria
14. Analiza generală a urinei
15. Microradiografieri și/sau
16. Renghen al cutiei toracice
17. USG cavității abdominale, în special a spațiului retroperitoneal
18. USG bazinului mic
19. Cistoscopia (la necesitate)
20. Rectoromanoscopia (la necesitate)
21. Fibrogastroduodenoscopia (la necesitate)
22. Computertomografia (la necesitate)
23. Rezonanță magnetică nucleară (la necesitate)
24. La necesitate se solicită consultațiile: anesteziolog, internist, cardiolog, alți specialiști.

C.2.6.4. Diagnosticul diferențiat

Caseta 10. Diagnosticul diferențiat

Endocervicoză
 Cancer endometrial
 Patologii inflamatorii pelviene
 Sarcomul uterin
 Vaginite
 Cancerul vaginului
 Tuberculoza organelor genitale interne

C.2.6.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 11. Criteriile de spitalizare

- ✓ Constatarea diagnosticului de cancer cervical confirmat citologic și/sau histologic și clinic, sau citologic și clinic în instituțiile nivelului medical primar, ce necesită definitivarea diagnosticului pentru aprecierea tacticii de tratament: chirurgie (electroconizare, laser chirurgie, conizarea chirurgicală cu bisturiul, crio-chirurgie, histerectomie totală), radioterapie, chimioterapie, tratament combinat sau complex.
- ✓ Piometra postradiantă cu sindrom algic și intoxicație endogenă.
- ✓ Progresarea cancerului cervical, hemoragie din tumoră.

C.2.7. Tratamentul Cancerului Cervical

C.2.7.1. Tratamentul cancerului preinvaziv

Caseta 12. Tratamentul cancerului preinvaziv

Tratamentul neoplaziei cervicale intraepiteliiale (CIN), inclusiv a cancerului preinvaziv depinde de tipul și extinderea schimbărilor anormale.

- CIN I frecvent dispare de la sine sau dacă leziunea nu cedează nici la tratament antibacterian se recurge la **Diatermoelectrocoagularea DEC** colului uterin. O supraveghere atentă îndeplinind Pap-testul și colposcopia regulat vor stabili în timp revenirea la normal.
- CIN II sau III se poate transforma în carcinom invaziv dacă aria suspectă nu este înlăturată. Aceasta este efectuat prin **Diatermoelectroexcizia (DEE, con-biopsia)** colului uterin.

C.2.7.2. Tratamentul cancerului invaziv

Caseta 13. Tratamentul cancerului invaziv

Spre deosebire de CIN, cancerul cervical reprezintă o adevărată invazie a celulelor maligne din epiteliu în țesutul subiacent. Cancerul cervical poate fi detectat în cadrul unei biopsii efectuate la colposcopie după obținerea unui Pap-frotiu anormal, sau acesta poate fi văzut cu ochiul liber în momentul plasării oglinzilor în vagin.

După montarea diagnosticului de cancer cervical, medicul clasifică stadiul afecțiunii în corespundere cu cât a invadat procesul în membrana bazală a colului uterin sau în afara lui, ceea ce va determina tratamentul ulterior și pronosticul.

Opțiunile tratamentului chirurgical conform stadiilor

- Excizia electrochirurgicală în ansă (LEEP)
- Laser chirurgie
- Conizare
- Criodestrucție
- Histerectomie totală cu sau fără anexectomia ovarelor se va îndeplini în cazul localizării procesului în canalul cervical, asocierii cu un miom al uterului sau a unui chist ovarian (când nu se dorește păstrarea funcției de procreare).
- Radioterapie (patologie somatică gravă)

Stadiul IA1 Tratamentul include:

- Conizare
- Histerectomie totală cu sau fără salpingo-ooforectomie
- Trahelectomie radicală (înlăturarea cervixului) – când se dorește păstrarea funcției de procreare
- Histerectomie totală cu salpingo-ooforectomie, înlăturarea ganglionilor limfatici pelvini (operația Wertheim)
- Radioterapie

Stadiul IA2 Tratamentul include:

- Histerectomie totală cu sau fără salpingo-ooforectomie
- Histerectomie totală cu salpingo-ooforectomie, înlăturarea ganglionilor limfatici pelvini (operația Wertheim)
- Radioterapie externă plus brahiterapie (implantarea surselor radioactive), în special la pacientele cu contraindicații pentru manopere chirurgicale.
- Trahelectomie radicală (înlăturarea cervixului) – când se dorește păstrarea funcției de procreare.

Stadiul IB1 Tratamentul include:

- Histerectomie totală cu salpingo-ooforectomie, înlăturarea ganglionilor limfatici pelvini (operația Wertheim)
- Radioterapie externă și internă
- Trahelectomie radicală (înlăturarea cervixului) – când nu se dorește păstrarea funcției de procreare
- Chimioterapia cu scheme ce conțin platină.

Stadiul IB2 Tratamentul include:

- Tratament combinat din chimioterapie și radioterapie
- Histerectomie totală cu salpingo-ooforectomie, înlăturarea ganglionilor limfatici pelvini (operația Wertheim), urmată de radioterapie, chimioterapie.
- Radioterapie externă și internă
- Chimioterapia cu scheme ce conțin platină.

Stadiul IIA Tratamentul include:

- Radioterapie internă și externă
 - Tratament combinat din radioterapie și chimioterapie
 - Histerectomie totală cu salpingo-ooforectomie, înlăturarea ganglionilor limfatici pelvini (operația Wertheim), urmată de radioterapie, chimioterapie.
- Chimioterapia cu scheme ce conțin platină.

Stadiul IIB Tratamentul include:

Tratament combinat radioterapic intern și extern în doze mari asociat chimioterapiei cu scheme ce conțin platină.

- Polichimioterapie în concomitență cu cisplatin.

Stadiul IIIA Tratamentul pentru Stadiul IIIA și Stadiul IIIB include:

- Tratament combinat radioterapic intern și extern în doze mari asociat cu chimioterapie

Stadiul IVA Tratamentul include:

- Tratament combinat radioterapic intern și extern în doze mari asociat cu chimioterapie

Stadiul IVB – cancer avansat (metastatic) în genere, este considerat incurabil, include:

Radioterapie pentru ameliorarea simptomelor (dolor, hemoragic) și îmbunătățirea calității vieții

Chimioterapia cu scheme ce conțin platină sau carboplatin

Polichimioterapie: platină în combinație cu alte citostatice (paclitaxel, gemcitabină, topotecan, vinorabină ș.a.)

Notă! Toate pacientele pot fi incluse în trialuri clinice.

Notă! În caz de epuizare a posibilităților tratamentului specific pacientele vor primi tratament simptomatic ambulatoriu sau staționar la locul de trai.

C.2.10. Tratamentul cancerului Recurent (Recidivant)**Caseta 16. Tratamentul Cancerului Recurent (Recidivant)**

Cancerul Cervical poate genera recurențe:

Locale (recidivă – este revenirea maladiei într-o perioadă ce depășește 6 luni după tratament) în ganglionii limfatici parametrali, peretele bazinului mic, bondul vaginal;

La distanță - plămâni, oase sau ambele;

Opțiunile de tratament vor fi în funcție de locul recurenței și ar putea include: Exenterarea pelvină, dacă cancerul are răspândire totală, prevede înlăturarea chirurgicală a cervixului, uterului, vaginului (exenterare parțială) și, posibil, a vezicii urinare, colonului sau rectului (exenterare totală); operații citoreductive paleative conform indicațiilor vitale.

Chimioterapie și / sau radioterapie.

Bibliografie

1. Bridget M. Kuehn. Influential Groups Propose Less Frequent Cervical Cancer Screening for Most Women. *Medical News & Perspectives*. JAMA. 2011;306(21):2311-2312. doi: 10.1001/jama.2011.1738.

2. Consensus Guidelines 2006 for the Management of Women with Cervical Intraepithelial Neoplasia or Adenocarcinoma in situ. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2007;197(4):346-355).

3. Cornelis J.A. Hogewoning, Maaik C.G. Bleeker, et al. (2003). "Condom use Promotes the Regression of Cervical Intraepithelial Neoplasia and Clearance of HPV:

Randomized Clinical Trial". *International Journal of Cancer* **107** (5): 811–816. doi:10.1002/ijc.11474.

4. Evans K.K., Tambouret R.H., Evered A., Wilbur D.C., Wolfe J.M. Prevalence of abnormalities influences cytologists' error rates in screening for cervical cancer. *Arch Pathol Lab Med*. 2011 Dec;135(12):1557-60.

5. Snijders P.J., Steenbergen R.D., Heideman D.A., Meijer C.J. (2006). "HPV-mediated cervical carcinogenesis: concepts and clinical implications". *J. Pathol.* **208** (2): 152–64. doi:10.1002/path.1866.

6. The 2001 Bethesda System: Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology. *Journal of the American Medical Association* (2002;287:2114-2119).