



GHID DE BUNE PRACTICI ÎN DOMENIUL PREVENȚIEI CANCERULUI DE COL UTERIN

Reformarea si Eficientizarea Managementului Oncologic in Romania reFEM-Onco-Ro

PARTENER: Institutul National de Sanatate Publica





Programe de screening la nivel european

La nivelul Uniunii Europene, încă din 2003, Consiliul Uniunii Europene a stabilit un set de recomandări privind screening-ul pentru cancer¹. Recomandările din 2003 menționează **necesitatea implementării unor programe de screening** pentru cancer cu baze populaționale, asigurându-se și **proceduri de diagnostic complementar**, tratament, sprijin psihologic pentru persoanele cu rezultate pozitive. De asemenea, statele trebuie să analizeze și să decidă dacă programul este la **nivel național sau regional** în baza incidenței bolii, resurselor existente, posibilelor efecte adverse și **ținând cont de experiențe anterioare din proiecte pilot** și experimente clinice.

În ceea ce privește, înregistrarea și managementul datelor, Recomandările din 2003 au în vedere existența unui **sistem centralizat de date** pentru programele de screening. Instituțiile responsabile de programele de screening trebuie să se asigure prin toate mijloacele că toate persoanele care sunt țintă ale programelor sunt invitate să ia parte în program, oferind acces egal la screening pentru toate grupurile socio-economice. Pentru a asigura calitatea procesului este nevoie de formarea personalului implicat.

Deși cancerul afectează în general persoane în vârstă, cancerul de col uterin se regăsește la femeile adulte cu vârste cuprinse între 35 și 50 de ani. La nivelul Uniunii Europene, anual sunt înregistrate aproximativ 34000 de noi cazuri de cancer de col uterin și peste 16000 de decese cauzate de cancerul de col uterin².

Screening-ul este recomandat doar în cazul anumitor tipuri de cancer. Dintre toate formele de cancer, cel de col uterin s-a dovedit a fi cel mai eficient controlat prin intermediul screening-ului. Astfel, incidența cancerului cervical poate fi redusă cu până la 80%³ ca urmare a programelor de screening la nivel populațional, însă acest indicator poate fi atins prin calitatea proceselor începând cu invitarea populației și până la monitorizarea și evaluarea programului. Principalul obiectiv al programelor de screening pentru cancerul de col uterin este de a reduce mortalitatea cauzată de această boală și incidența bolii invazive.

¹ https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/2_December_2003%20cancer%20screening.pdf

² <https://academic.oup.com/annonc/article/21/3/448/167204>

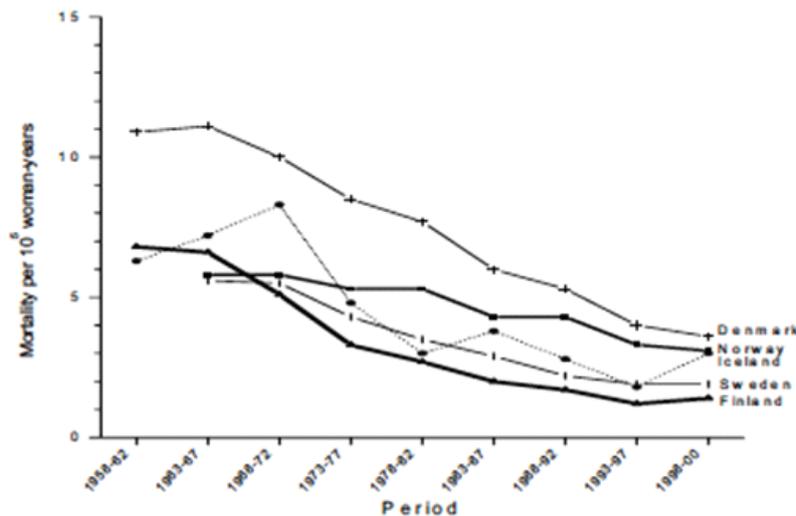
³ IARC (2005). Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10. IARC Press, Lyon

Așa cum este menționat în Recomandările europene pentru asigurarea calității screening-ului pentru cancerul de col uterin (a doua ediție) din anul 2008, „pentru a minimiza efectele adverse și pentru a maximiza impactul pozitiv, screening-ul ar trebui oferit doar în condiții organizate”. În acest sens, se face o distincție între program de screening cu baze populaționale (organizat de către o instituție a statului și adresat întregii populație eligibile) și testarea oportunistă (neorganizată).

În țările nordice (Finlanda, Suedia și Islanda) au fost implementate programe de screening pentru cancerul de col uterin încă din anii 1960 și au fost remarcate reduceri semnificative atât în rata mortalității, cât și în rata incidenței. Începând cu jumătatea anilor 1960 a fost constată o scădere a incidenței și mortalității cancerului de col uterin în statele care au demarat programe naționale de screening⁴.

Așa cum poate fi observat în Figura 3, rata mortalității a scăzut constant în Danemarca, Norvegia, Suedia, Finlanda, Islanda în perioada 1958-2000.

Figura 1 – Rata mortalității cauzate de cancerul de col uterin în Țările Nordice pentru perioada 1958 – 2000 (Ajustate pentru vârsta populației mondiale standard)



Sursa: European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition, 2008

Vârsta la care screening-ul este cel mai eficient pentru a fi realizat este între 35 și 64 de ani. Având în vedere acest aspect, recomandarea europeană este ca programele de screening să concentreze resursele pentru această grupă de vârstă (35-64 de ani), fără a exclude și grupa de vârstă între 25 și 35 de ani⁵.

Intervalul pentru realizarea screening-ului variază în funcție de rezultatul testării Papanicolau. Dacă rezultatul este negativ, de obicei, se recomandă refacerea lui la 5 ani.

⁴ European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition, 2008, p. 21

⁵ European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition, 2008, p. 22



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Dacă rezultatul este pozitiv pentru anumite leziuni, 93% din viitoare leziuni pot fi evitate prin refacerea testării anuale, în timp ce 84% dintre acestea ar putea fi evitate prin screening la interval de 5 ani⁶.

Raportul „European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition” accentuează eficiența unui screening cu baze populaționale organizat comparativ cu un screening oportunist. Un studiu de caz – control realizat în Finlanda a arătat că eficiența screening-ului organizat a fost de aproape 2 ori mai mare decât cea a screening-ului spontan (oportunist)⁷. Concluziile mai multor studii au demonstrat faptul că un screening organizat este mai eficient din perspectiva procentului de populație acoperit și a costurilor implicate⁸.

Evoluția metodelor de screening

Programele de prevenție a cancerului de col uterin se află într-un moment de tranziție și evoluție rapidă având în vedere oportunitățile pentru prevenția primară dar și progresul tehnologiei, care permite noi strategii de prevenție secundară.

Prin screening se poate detecta boala în stadii incipiente atât pentru carcinomul cu celule scuamoase cât și pentru adenocarcinom. Tratamentul leziunilor precursorare dar și al bolii incipiente pot preveni dezvoltarea cancerului și reduce mortalitatea.

Incidența cancerului de col uterin a scăzut cu 50% în Statele Unite ale Americii datorită succesului programelor de screening și tratament, cu o reducere importată a ratelor de mortalitate. În Europa De Est, Asia Centrală și Africa este înregistrată cea mai mare prevalență, de aproape 17,4%, față de Europa de Vest, America de Nord și Estul Asiei (10,7%). Lipsa unor programe de screening corect organizate contribuie la creșterea cazurilor de cancer de col uterin. În țările în care există programe de screening există, apar probleme legate de acoperirea redusă a populației țintă sau o structură deficitară a programului. Screeningul oportunist, realizat la nivel de programe în diverse instituții precum licee, companii sau în regiuni restrânse are un impact neglijabil asupra scăderii mortalității, deoarece femeile la risc înalt nu sunt incluse. Prevenția primară, realizată prin vaccinarea anti-HPV lipsește din multe țări, care înregistrează o prevalență crescută a cancerului de col, fie din cauza limitărilor financiare, fie din cauza unei infrastructuri inadecvate.

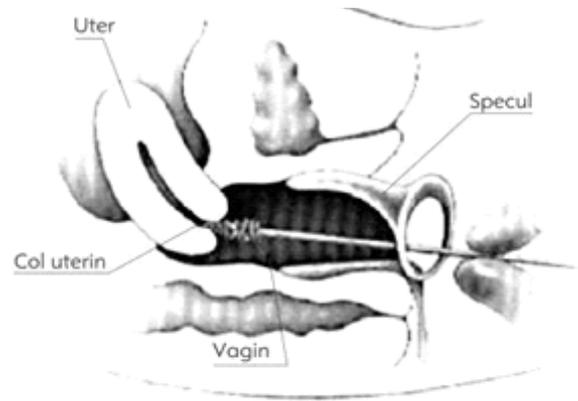
Screeningul bazat pe citologie

⁶ Hakama M., Miller A.B., & Day N.E. (1986). Screening for cancer of the uterine cervix. From the IARC Working Group on Cervical Cancer Screening and the UICC Project Group on the Evaluation of Screening Programmes for Cancer. IARC Sci. Publ., 1-315.

⁷ Nieminen P., Kallio M., Anttila A., & Hakama M. (1999). Organised vs. spontaneous Pap-smear screening for cervical cancer: A case-control study. Int. J. Cancer 83: 55-58.

⁸ European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition, 2008, p. 23

Utilizarea testului Papanicolau în programele de screening a început în jurul anilor `60-`70 și încă reprezintă o metodă importantă în majoritatea programelor actuale. Screeningul regulat folosind testul Papanicolau reduce incidența cancerului de col uterin și mortalitatea cu cel puțin 80%, conform IACR (International Agency for Research on Cancer).



Deși a fost utilizat mult timp pe scară largă drept principala metodă de screening, testul are câteva dezavantaje. Programele bazate pe tehnicile de citologie sunt scumpe, consumatoare de timp și solicitante din punct de vedere tehnic. Sensibilitatea pentru o singură probă este mică.

Noile tehnici utilizează citologia lichidă care are ca scop îmbunătățirea sensibilității testului. Un avantaj al citologiei lichide este faptul că testarea HPV poate fi realizată pe aceeași probă. Dezavantajele sunt, însă, legate de costuri.

Citologia reprezintă o metodă de examinare morfologică și necesită interpretarea de către un specialist. Sensibilitatea testului nu este optimă și produce multe rezultate de graniță – celule scuamoase atipice de semnificație nedeterminată. Testul conduce la multe rezultate fals negative, dar și la necesitatea repetării testelor Papanicolau. În acest context, costurile cresc, iar identificarea leziunilor precanceroase reprezintă o problemă.

Metode moleculare – testarea HPV

Tehnicile cu o sensibilitate crescută sunt cele care permit testarea directă HPV. Aceasta nu se bazează doar pe interpretarea morfologică, ci presupune testarea ADN-ului, mRNA-HPV sau altor markeri virali. Screeningul HPV începe să fie folosit din ce în ce mai des pentru că permite identificarea precoce a leziunilor precanceroase. De asemenea, valoarea predictiv negativă a testului HPV pentru detectarea tulpinilor cu risc înalt (HR HPV) permite creșterea intervalului de testare și contribuie la realizarea unor economii importante. Studii clinice randomizate confirmă faptul că testarea primară HPV determină o protecție cu 60-70% mai mare împotriva cancerului de col, comparativ cu testarea citologică. În plus, această strategie permite detectarea leziunilor glandulare, ceea ce nu este posibil prin testul citologic, dovadă fiind faptul că nu s-a realizat o scădere a cazurilor de adenocarcinoame folosind screeningul bazat pe citologie.

⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24192252/>



În 1980 a fost descoperit virusul HPV drept cauza bolii, iar 3 ani mai târziu este identificată tulpina HPV 16.

Screeningul folosind testele HPV - ADN sau ARN identifică displazia cervicală de grad înalt, precursorul cancerului de col. Studii recente sugerează faptul că testarea HPV e superioară altor strategii de screening. În aprilie 2014, FDA a aprobat un test HPV – ADN care poate fi folosit pentru screeningul primar la femeile cu vârste de peste 25 de ani.

Cu toate acestea, prin testarea HPV se identifică multiple infecții care nu conduc la displazie cervicală sau la cancer, mai ales în cazul femeilor cu vârstă sub 30 ani, la care rata de infecție HPV este ridicată. Un studiu a arătat că 86% dintre femeile care au primit un test HPV pozitiv nu au dezvoltat cancer de col după mai bine de 10 ani de follow-up¹⁰.

Scopul înlocuirii citologiei cu testarea tulpinilor HPV la risc înalt este obținerea unei sensibilități crescute a testării și creșterea intervalelor pentru screening. În țări precum SUA și Australia se realizează inițial genotiparea pentru tulpinile HPV16/18 pentru detectarea cazurilor cu citologie negativă și la risc pentru leziuni CIN, care necesită intervenție rapidă. În aceste cazuri decizia se poate lua pe baza unei singure probe în cadrul screeningului.

Pe termen lung se așteaptă ca testarea HPV să aducă multiple avantaje față de screeningul bazat pe citologie, cum ar fi reducerea costurilor dar și scăderea incidenței și mortalității asociate cancerului de col uterin.

În Europa, multe țări utilizează programe de screening folosind citologia, însă noi recomandări susțin introducerea screeningului HPV în programele naționale. Statisticile din Marea Britanie sugerează că introducerea testării primare HPV ar reduce cu peste 30% incidența cancerului de col uterin la femeile cu vârste cuprinse între 25 și 64 de ani.

În Statele Unite s-a adoptat metoda testării combinate însă noile recomandări vizează screeningul primar HPV. Testarea HPV are avantajele unor rezultate obiective calitative și cantitative, este reproductibilă și are o înaltă valoare predictiv negativă. Sensibilitatea crescută permite identificarea leziunilor precanceroase, leziunile glandulare mai ales, în caz de rezultat citologic negativ însă HPV pozitiv. Un dezavantaj este legat de detectarea cazurilor fals pozitive, studiile demonstrând că unele infecții HPV la risc înalt sunt eliminate în decurs de 2 ani, iar detectarea cazurilor care pot progresa spre cancer este greu de precizat.

¹⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21900119?dopt=Abstract>

Valoarea predictivă negativă permite un management mai bun al cazurilor pentru care riscul de a dezvolta cancer în următorii 5-10 ani este minim. În cazul unui rezultat negativ, riscul de apariție a unei leziuni intraepiteliale cervicale de grad 3 sau mai mare (CIN3) este, de asemenea, redus comparativ cu un rezultat negativ al citologiei.

În timp, rolul screeningului este de a identifica acea categorie de paciente care au un risc înalt de a dezvolta cancer din cauza infecției HPV persistente. Provocarea este legată de găsirea celei mai bune metode de management a rezultatelor HPV pozitive în stadiile inițiale ale screeningului, când sunt puține leziuni precanceroase.

Testarea primară HPV detectează modificările timpurii și ar fi mai precisă decât citologia.

Un studiu¹¹ publicat în JAMA sugerează că femeile testate de la început pentru HPV au avut un risc cu 58% mai mic de a dezvolta leziuni CIN3 sau de grad mai înalt la 40 de luni comparativ cu cele la care s-a utilizat testarea Papanicolau. Testarea directă HPV a redus riscul de progresie a leziunilor CIN2+ comparativ cu testul Papanicolau

Adoptarea unor strategii de screening bazate pe testarea HPV a fost limitată de specificitatea pentru detectarea leziunilor CIN2 + ceea ce ar conduce la mai multe rezultate pozitive și necesitatea unor colposcopii și biopsii inutile. În acest studiu, în grupul testat HPV s-a observat o creștere inițială a colposcopiilor însă, la 48 de luni rata realizării colposcopiilor în grupul de intervenție a fost redusă, în timp ce în grupul de control a crescut.



Strategia combinată de testare – citologică și moleculară

Valoarea predictivă negativă și sensibilitatea crescută a testării HPV au determinat introducerea acesteia ca metodă de screening primar în tot mai multe țări. În completare, citologia detectează progresia infecției HPV.

Utilizarea unei abordări combinate care să integreze testarea moleculară și citologică determină creșterea sensibilității până la 90%¹². De asemenea, reduce riscul la 5 ani de apariție a leziunilor precanceroase, dacă rezultatul testării combinate este negativ.

¹¹ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2686793>

¹² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3801360/>

Studiile recente confirmă că această strategie este optimă în ceea ce privește prevenția cancerului de col uterin la femeile de peste 30 de ani¹³. Totuși, pentru îndeplinirea acestui scop este necesară o acoperire populațională bună, tratamente de calitate și o urmărire riguroasă a cazurilor, obiective greu de atins în multe țări.

Programele de prevenție folosesc din ce în ce mai mult testarea HPV, însă stratificarea riscului pentru pacientele cu rezultat HPV pozitiv necesită strategii îmbunătățite. Această selecție a pacienților ar trebuie să fie specifică pentru identificarea leziunilor precanceroase și să fie cost-eficientă.



Impactul prevenției primare

Prevenția infecției HPV reduce prevalența neoplasmului de col uterin și poate duce la eradicarea bolii prin controlul tulpinilor HPV cu risc înalt. Tranziția spre screeningul folosind testarea HPV își dovedește utilitatea din ce în ce mai mult, în condițiile în care la nivel mondial acoperirea vaccinală ar trebui să fie ridicată, depășind astfel problema infecțiilor HPV de risc înalt. Scăderea prevalenței tipurilor HPV cunoscute a fi asociate bolii agresive va reduce valorile fals pozitive ale testării HPV, și implicit ar putea reduce necesitatea intervențiilor invazive.

Aceste modificări ale statisticilor datorită impactului programelor de prevenție primară pot influența schimbarea programelor de screening. Noile ghiduri ar trebui să ofere recomandări pentru vârsta potrivită de începere a screening-ului (care ar putea fi chiar crescută), asupra creșterii intervalului de screening dar și luarea în considerare a unor noi biomarkeri care ar putea fi validați pentru stratificarea pacienților. În mare parte, eforturile asupra prevenției s-au concentrat asupra rolului tulpinii HPV 16 ca principal responsabil pentru carcinogeneză. Pe măsură ce HPV 16, 18 și alte tipuri considerate a determina un risc ridicat sunt eliminate din populație, vor fi necesare cercetări care să se adreseze unor noi posibile mecanisme și tipuri virale mai puțin studiate. În acest context, se impun noi ghiduri și evaluări actualizate care să vizeze grupuri specifice – femeile care nu au fost vaccinate, cele care au fost vaccinate doar pentru HPV subtipurile 16 și 18, cazurile de infecții care nu sunt incluse în schemele de vaccinare sau în tipurile de teste disponibile și multiple alte posibile scenarii care pot apărea în viitor¹⁴.

¹³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22711081?dopt=Abstract>

¹⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5904788/#R10>



Metode moleculare avansate, identificarea de noi biomarkeri și adaptarea ghidurilor

Există dovezi științifice care arată că infecția HPV poate fi eliminată într-o evoluție naturală pentru 90% dintre femeile infectate, indiferent dacă sunt prezente celule anormale. Limitările evaluării citologice de a detecta leziunile glandulare înclină balanța spre utilitatea testării HPV. Marea provocare în viitor este managementul corect al rezultatelor HPV pozitive în stadiile inițiale ale screeningului. Prevalența infecțiilor HPV cu tipurile de risc înalt și a cancerului de col scade prin introducerea vaccinării, astfel încât programele de screening vor cunoaște anumite schimbări. S-au emis anumite ipoteze, inclusiv asupra unor metode de screening în viitor, de tipul unor biopsii lichide (un fel de test Papanicolau molecular) pe baza cărora să se realizeze teste secvențiale care să permită o stratificare a riscului și o abordare personalizată. Următoarea etapă implică o perspectivă care merge dincolo identificarea tipurilor HPV. Secvențierea de nouă generație (NGS) ar putea oferi date de importanță maximă pentru diagnostic prin analizarea unei singure probe, ceea ce ar putea reduce timpul și costurile. Analiza NGS permite obținerea unor date importante legate de integrarea materialului genetic viral¹⁵. Epigenetica se pare că aduce noi date legate de mecanismele celulare și moleculare mai puțin explorate până acum. Mai mult decât atât, în viitor se impune introducerea unor paneluri de biomarkeri care să ofere o dimensiune personalizată controlului infecției HPV.

Modele internaționale

La nivel mondial, în 2018¹⁶ situația se prezintă după cum urmează:

- 91 state au introdus complet sau parțial programe de vaccinare HPV în programele naționale de imunizare (47%);
- 6 state au deja planificat acest aspect pentru 2018;
- 97 state nu au introdus, nu au planuri oficiale sau nu au date disponibile (50%)

Acoperirea ratei de vaccinare la nivelul statelor membre UE/SEE, la nivelul anului 2018¹⁷, arată după cum urmează:

- 70-100% în 8 state, printre care UK, Spania, Italia, Ungaria, Norvegia, Suedia, Belgia
- 50-69% în 6 state, printre care Irlanda, Elveția, Olanda, Finlanda, Danemarca
- 30-49% în 2 state membre, printre care Germania
- 1-29% în 5 state membre, printre care și România, Franța, Polonia
- Fără date – 6 state, printre care Austria, Bulgaria și țările baltice

Câteva exemple în acest sens merită amintite.

¹⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5354998/>

¹⁶ WHO/International Agency for Research on Cancer map; data source – IVB database as of october 2018

¹⁷ 28th European Congress of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, Madrid, Spania - WHO/International Agency for Research on Cancer



Australia – prima țară care ar putea atinge obiectivul eliminării cancerului de col uterin

Australia ar putea deveni prima țară care reușește eliminarea cancerului de col în următorii 20 de ani. Se estimează că până în 2022 cancerul de col va fi încadrat în categoria cancerelor rare, când ar trebui să ajungă la mai puțin de 6 cazuri la 100.000 de persoane. Până în 2035 se așteaptă ca anual să se înregistreze doar 4 cazuri din 100.000. Organizația Mondială a Sănătății nu a stabilit încă oficial pragul pentru desemnarea eliminării acestei afecțiuni, însă în forma preliminară a Strategiei OMS pentru 2020-2030, pragul de 4 cazuri la 100.000 este menționat. În acest context, Australia ar fi prima țară care reușește acest obiectiv având în vedere prevalența scăzută și impactul programelor naționale de prevenție.

Programul național de screening a început în 1992. În 2007, Australia a fost una dintre primele țări care a introdus programul național de vaccinare adresat populației feminine, program care s-a extins un an mai târziu și pentru bărbați.

În 2017, testul Papanicolau a fost înlocuit cu testarea HPV. Se consideră că acest test, care poate fi realizat la 5 ani va reduce incidența bolii cu cel puțin 20%.

Marea Britanie: screeningul prin testarea inițială HPV

Conform statisticilor din UK, 2.500 de cazuri de cancer de col uterin sunt diagnosticate în fiecare an, iar un sfert sunt diagnosticate după un rezultat „normal” al testării citologice. Studiile clinice demonstrează că screeningul HPV determină detectarea timpurie a leziunilor cervicale comparativ cu testările bazate pe citologie.

NHS England și Public Health England lucrează la introducerea screeningului HPV până la sfârșitul anului 2019.

Se cunoaște faptul că unul dintre dezavantajele screeningului pentru tipurile HPV de risc înalt este legat de specificitatea redusă din cauza prevalenței acestor infecții. Frecvența recomandărilor pentru colposcopie poate fi redusă prin selectarea cazurilor HPV-HR pozitive cu ajutorul citologiei lichide.



Femeile din categoria cu test HPV pozitiv și citologie negativă rămân însă la risc pentru că fie boala nu e detectată prin citologie, fie pentru că sunt infectate cu un tip viral agresiv. Pentru managementul acestei categorii, se recomandă colposcopie în cazul identificării genotipurilor HPV 16 sau 18 sau prin obținerea dovezii clearance-ului bolii (care apare în 40% din cazuri la 12 luni).

În Marea Britanie, Comitetul Național de Screening (UK National Screening Committee) a recomandat tranziția spre screeningul inițial HPV în ianuarie 2019. La început, doar câteva centre au adoptat acest tip de screening pentru a compara cu screeningul clasic bazat pe testul Papanicolau.

Un studiu pilot publicat în 2019 în British Medical Journal (BMJ) sugerează faptul că screeningul inițial bazat pe detectarea directă a tulpinilor HPV de risc înalt (high risk human papillomavirus) funcționează mai bine în practica medicală, este mai sensibil decât citologia și este mai eficient în prevenția cancerului de col. Rezultatele încurajează utilizarea screeningului HPV în locul testului citologic. De asemenea, intervalele de screening pot fi prelungite la cel puțin 5 ani fără a exista riscul dezvoltării bolii.

Peste 500.000 de femei cu vârste între 24 și 64 de ani au fost evaluate. În 2013, 6 laboratoare realizau inițial testarea HPV, iar dacă rezultatele erau pozitive se continua cu citologia pentru a verifica dacă infecția determină transformarea malignă a celulelor. Dacă nu se identificau celule anormale, un alt test era realizat după un an. În cazul în care la cea de-a doua testare se identifica iar infecția, se recomandă realizarea colposcopiei.

În 3 laboratoare, acest algoritm a fost modificat. La femeile la care testul HPV a fost pozitiv, dar nu s-au identificat celule modificate, s-a realizat direct testarea HPV 16 sau 18 în locul repetării investigației.

Testarea inițială HPV a detectat cu 50% mai multe leziuni CIN2+, cu 40% mai multe CIN3+ și cu 30% mai multe cazuri de cancer de col uterin. Studiul a confirmat că screeningul HPV este sustenabil pe scară largă și oferă o sensibilitate crescută. Citologia s-a dovedit utilă în selectarea pacienților HPV pozitivi care necesită trimitere spre colposcopie. Varianta testării adiționale pentru HPV16 sau 18 a adus beneficii mici în detecția bolii.

Se estimează că odată ce testarea primară HPV va fi acceptată la nivel național în Marea Britanie, între 400 și 500 de cazuri pe an de cazuri de cancer de col ar putea fi evitate.



Strategia Organizației Mondiale a Sănătății pentru 2020-2030

În ianuarie 2019, la inițiativa Organizației Mondiale a Sănătății, împreună cu experți și reprezentanți ai statelor membre, a fost publicată o propunere pentru Strategia Globală de Eliminare a Cancerului de Col Uterin, care stabilește ținte pentru perioada 2020-2030.

Fără măsuri pe scară largă, cancerul de col va determina 460.000 de decese până în 2040. Țările cu venituri mici vor înregistra cele mai multe cazuri, accentuând și mai mult inegalitățile dintre națiuni. Astăzi, 90% dintre decese apar în țările cu venituri mici și mijlocii.

Eliminarea cancerului de col în mod eficient, în cea mai scurtă perioadă de timp necesită strategii de screening și programe intensive de vaccinare. De asemenea, se impune managementul corespunzător al pacienților cu boala avansată. Pentru prevenirea cancerului de col uterin, screeningul trebuie să fie strâns legat de tratamentul rapid al leziunilor precanceroase.

Pentru a atinge eliminarea la nivel global într-un secol, OMS propune ținte până în 2030:

- 90% dintre fete să primească schema completă de vaccinare până la vârsta de 15 ani
- 70% dintre femei să fie evaluate folosind un test de precizie înaltă la 35 și 45 de ani
- 90% dintre femeile la care se descoperă cancer de col să primească tratament: 90% dintre cele care sunt diagnosticate cu leziuni precanceroase dar și 90% dintre cazurile de cancer invaziv.

Țările în care incidența este de peste 20 de cazuri la 100.000 de femei pe an vor progresa mai lent spre obiectivul eliminării. Cu toate acestea, impactul asupra supraviețuirii va fi semnificativ.

Atingerea unei acoperiri vaccinale de 90% necesită îndeplinirea mai multor condiții, conform OMS:

- Asigurarea unor stocuri suficiente de vaccinuri la prețuri pe care și țările cu venituri limitate să și le poată permite
- Introducere vaccinurilor anti HPV în mai multe programe naționale de imunizare
- Creșterea calității acoperirii vaccinale – multe programe de imunizare nu reușesc să acopere populația feminină. În acest sens, sunt necesare programe inovatoare și sustenabile, campanii educaționale, etc