

Cancerul de col uterin

Dicu Daniela

Asistent Medical Spitalul Clinic de Urgență „O. Fodor”

Ce este cancerul?

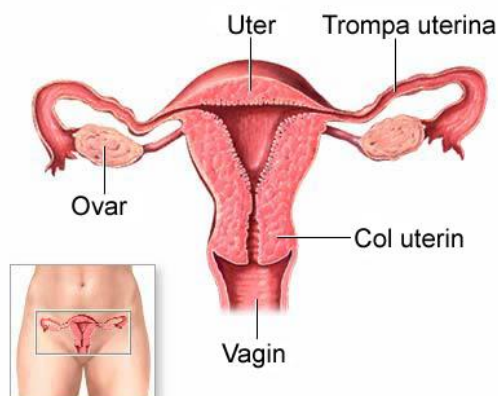
Corpul uman este format din milioane de celule, grupate în țesuturi și organe (mușchi, oase, plămâni, ficat, etc.). Celulele normale interacționează între ele într-o manieră armonioasă. Procesul de diviziune (de înmulțire) al celulelor este controlat de un mecanism fiziologic complex care are grijă ca să fie îndeplinite mai multe condiții pentru ca o celulă să se dividă. Atunci când acestea încep să se dividă într-un mod haotic, necontrolat, devin periculoase pentru organism. Dacă mecanismele de apărare ale organismului nu sunt capabile să distrugă aceste celule anormale, numărul lor continuă să crească, formând o **tumoră**. Celulele de la care pornește diviziunea necontrolată se numesc *celule primare*. Nu toate tumorile sunt însă canceroase. Există tumori **benigne** (necanceroase) și **maligne** (canceroase). Diferențierea între cele două tipuri de tumori se face prin examinarea microscopică a unei mici probe de țesut recoltată de la nivelul zonei afectate (biopsie).

Celulele tumorii benigne nu invadează țesutul înconjurător și nu se răspândesc în celelalte organe. În general, acestea nu constituie un pericol pentru viață, dar trebuie tratate chirurgical.

Tumorile maligne sunt periculoase deoarece, cu timpul, pot invada țesuturile vecine, distrugându-le progresiv. Uneori, celulele se desprind de cancerul inițial (primar) și se răspândesc la alte organe ale organismului prin intermediul fluxului sangvin sau sistemului limfatic. Când aceste celule ajung la nivelul unui nou țesut, ele pot continua să se dividă și să formeze o nouă tumoră numită secundară sau **metastază**.

Aparatul reproducător feminin

Aparatul reproducător feminin este format din ovare, uter și vagin. Fiecare femeie are la naștere 2 ovare. Acestea produc câte un ovul în fiecare lună, de la pubertate și până la menopauză. Fiecare ovar este legat de uter prin intermediul unei trompe uterine. La jumătatea fiecărui ciclu menstrual, un ovul străbate trompa uterină și ajunge la nivelul uterului, care se pregătește să primească un ovul fecundat. Dacă ovulul nu este fertilizat de un spermatozoid al bărbatului, are loc eliminarea ovulului la exterior cu apariția menstruației, iar ciclul se reia.



Uterul are în componența sa corpul (aici se dezvoltă ovulul dacă a fost fecundat, rezultând sarcina) și colul uterin, care, în timpul nașterii, se dilată și permite trecerea copilului spre vagin și apoi la exterior. Colul uterin (se mai numește și cervix) permite pătrunderea în cavitatea uterină a spermatozoizilor, dar în același timp împiedică ascensionarea microbilor din vagin și "închide" cavitatea uterină pe perioada sarcinii, permițând astfel dezvoltarea fătului.

Cancerul de col uterin

La nivel mondial, cancerul de col este pe locul 5 în topul bolilor care cauzează mortalitate. Țara noastră se situează pe primul loc în Europa în ceea ce privește mortalitatea prin cancer de col uterin. Aceasta reprezintă a doua cauză de mortalitate prin cancer la femeile din România, după cancerul de sân, și prima cauză de mortalitate la femeile tinere între 25 și 44 de ani.

La fel ca majoritatea cancerelor, cancerul de col uterin (cancerul cervical) este numit astfel după porțiunea din corp la nivelul căreia începe să se dezvolte. Înainte ca acest tip de cancer să apară, celulele colului uterin încep să se modifice și devin anormale. Aceste celule se numesc *precanceroase*. Modificările precanceroase de la nivelul cervixului poartă denumirea de *displazii de col uterin*, iar acestea pot fi depistate precoce și tratate, evitându-se astfel evoluția spre cancer.

Factori de risc în cancerul de col uterin

Infecția cu Virusul Papilomatos Uman (HPV) este cel mai important factor de risc în apariția acestei afecțiuni. Aproximativ 40 de tulpini de HPV se transmit pe cale sexuală, și, din cauză că majoritatea infecțiilor sunt asimptomatice, persoanele pot transmite virusul fără să știe că sunt infectate. Potrivit specialiștilor, aproximativ 80% din populație trece cel puțin o dată în viață printr-o astfel de infecție, existând foarte multe virusuri din această categorie, peste 100 de tulpini, dintre care tipurile **16** și **18** sunt răspunzătoare de apariția cancerului de col uterin în proporție de **70%**. Deși majoritatea femeilor cu cancer de col uterin au infecție cu HPV, nu toate femeile infectate dezvoltă cancer cervical. Multe tipuri de HPV pot afecta cervixul, dar numai unele transformă celulele normale în celule anormale care pot conduce la cancer. Unele infecții cu HPV se vindecă fără tratament. Utilizarea prezervativului reduce riscul de infecție, însă nu acoperă toate zonele ce pot fi expuse infecției

Noile cercetări relevă eficiența unor teste pentru depistarea virusului, precum și utilitatea unui vaccin anti-HPV. Acest vaccin are ca avantaj faptul că protejează împotriva a 2 tipuri frecvente de Virus Papilomatos Uman, 16 și 18. S-a observat că efectul vaccinului este mai mare dacă este administrat înainte ca femeia să fie afectată de virus, iar eficiența de 100% se atinge dacă se administrează copiilor între 9 și 15 ani și femeilor tinere cu vârste cuprinse între 16-26 de ani. *Silgard* (întâlnit și sub denumirea de *Gardasil*), vaccinul împotriva virusului HPV, este disponibil acum și în România. Schema completă de vaccinare constă în administrarea a 3 doze separate la 0, 2 și 6 luni. Acest vaccin poate fi eliberat doar pe bază de prescripție medicală, la recomandarea medicilor de familie sau a specialiștilor ginecologi, pediatri și infecționiști. Atât femeile, cât și bărbații sunt purtători de HPV, din această cauză s-ar putea ajunge și la vaccinarea băieților, în vederea eradicării acestei infecții. **Vaccinul nu elimină examenul preventiv de rutină, deoarece nu asigură protecție împotriva tuturor tulpinilor de HPV.**

Alți factori de risc ai cancerului cervical sunt:

- vârsta - în urma repartiției cancerului de col uterin pe grupe de vârstă s-a observat o curbă ascendentă începând cu decada 20-29 de ani, cu un maximum în decada 45-54 de ani.
- debutul precoce al vieții sexuale - s-a observat un procent mai ridicat de femei cu cancer cervical în rândul celor care au avut debutul vieții sexuale sub 20 de ani.
- parteneri sexuali multipli - crește riscul de infecție cu HPV.
- istoric familial de cancer cervical.
- fumatul - componenți ai tutunului cu un rol important în mutagenază au fost găsiți în mucusul cervical, sugerând un eventual mecanism biologic în apariția acestui tip de cancer.
- anticoncepționalele orale utilizate timp îndelungat (mai mult de 5 ani).
- sarcinile multiple pot influența dezvoltarea unei tumori, prin stimularea hormonală legată de evoluția sarcinii.
- sistem imun slăbit, de obicei la persoanele care urmează un tratament cu imunosupresive post-transplant sau la cei infectați cu HIV.
- dieta - s-a observat că o dietă săracă în vitamina C, acid folic și beta-caroten crește riscul dezvoltării unui cancer cervical.
- igiena precară a organelor genitale.
- infecțiile cronice cu Chlamydia - bacterie cu transmitere sexuală.
- tratamentul cu medicamente care conțin dietilstilbestrol (DES - medicament estrogen puternic, prescris femeilor gravide pentru a preveni avorturile spontane și pentru a trata hemoragiile din timpul sarcinii). Riscul crește în cazul tinerelor femei ale căror mame au luat DES în timpul sarcinii.
- lipsa unui examen Papanicolau regulat, test utilizat pentru depistarea precoce a displaziilor de col uterin și a cancerului. S-a constatat că riscul de a dezvolta cancer cervical este de aproximativ 5 ori mai mare la femeile care nu sunt supuse screening-ului regulat.

Există cazuri în care femeile dezvoltă cancer de col uterin în absența acestor factori de risc, dar și femei care, deși prezintă acești factori de risc, nu dezvoltă cancer cervical.

Simptomele cancerului cervical

Cancerul de col uterin este considerat o boală "tăcută", întrucât stadiile incipiente ale acestei boli pot fi complet asimptomatice. Simptomele nu apar de obicei decât după ce modificările precanceroase devin canceroase și invadează țesuturile din apropiere. Când acest lucru se întâmplă, cel mai frecvent simptom este *sângerarea vaginală*. Sângerările pot debuta și se pot sfârși în intervalul dintre două menstruații, dar pot apărea și după un contact sexual, duș sau un examen pelvian. Aceste sângerări pot dura mai mult și pot avea o consistență mai mare decât cele din timpul menstruației. De asemenea, sângerările după menopauză pot fi un simptom al cancerului cervical.

Uneori pot apărea și alte simptome care indică prezența bolii:

- existența unei formațiuni vaginale.
- durere în timpul actului sexual.
- secreții vaginale albicioase (leucoreea) cu striuri de sânge.
- anemie datorată pierderilor anormale de sânge.
- scăderea în greutate (mai multe kilograme în câteva săptămâni, luni).

- fistula vaginală (comunicare anormală între vagin și rect, respectiv vezica urinară, astfel că fecalele și urina se elimină prin vagin). Fistula apare datorită extinderii procesului canceros la nivelul țesuturilor învecinate.

Ulterior, pot apărea simptome precum durerea pelviană, durerea de spate și tumefierea (umflarea) membrilor inferioare. Aceste simptome se pot datora cancerului, dar pot fi și semne ale altor afecțiuni.

Screening în cazul cancerului de col uterin

Programele de screening pot identifica celulele anormale și precanceroase de la nivelul colului uterin. Ele nu previn cauza cancerului și nu depistează toate leziunile precanceroase și nici toate cancerurile. Când celulele tumorale sunt detectate precoce, cancerul este mai ușor de tratat. La momentul apariției simptomelor este posibil ca celulele maligne să fie deja răspândite.

Testul *Babeș Papanicolau* (denumit și frotiu Papanicolau, examen citologic sau PAP-test) a fost introdus în anul 1943 pentru a depista celulele anormale de la nivelul colului uterin și este cel mai des folosit în screeningul acestui tip de cancer. Testul implică recoltarea unei probe de la nivelul colului uterin. Ginecologul sau asistenta folosesc un instrument numit specul vaginal, cu ajutorul căruia îndepărtează pereții vaginali, putând astfel examina vaginul și cervixul, apoi cu o periuță specială sau o spatulă recoltează câteva celule de pe suprafața colului uterin. Acestea sunt examinate ulterior la microscop în vederea identificării anomaliilor celulare precoce. În timpul examinării femeia poate resimți un ușor disconfort, însă testul nu este unul dureros. După recoltare pot să apară mici sângerări sau pete pe lenjeria intimă.

Rezultatul unui test Papanicolau poate fi influențat de existența sângelui menstrual, infecții vaginale, folosirea în ultimele 48 de ore a spălăturilor vaginale sau a altor produse precum spray-uri, creme, ovule, spermicide, tampoane vaginale sau numărul insuficient de celule recoltate. De aceea este recomandat ca testul să fie programat în afara perioadei menstruale, iar cel mai bun interval de timp este considerat la **10-20 de zile după prima zi a menstruației**. De asemenea, femeia este sfătuită să nu folosească spray-uri, creme, ovule, spermicide sau tampoane vaginale cu 48 de ore înainte de recoltarea frotiului. Pentru evitarea unor probleme în analiza și stabilirea rezultatului, se recomandă și abținerea pentru aceeași perioadă.

Sensibilitatea testului Papanicolau este de 80%, ceea ce înseamnă că din 10 paciente cu transformări maligne, testul dă valori pozitive doar pentru 8, rămânând deci 2 rezultate *fals negative* – 2 cazuri de cancer declarate sănătoase. Acest parametru al testului depinde de calitatea frotiului și de “ochiul” examinatorului – tehnicile computerizate ameliorează în acest caz rezultatul. Pentru a crește sensibilitatea, se recomandă retestarea pacientelor în timp scurt, adică la interval de 1 și respectiv 2 ani (3 teste PAP în 3 ani), obținându-se o sensibilitate de peste 99,5%. Există de asemenea și riscul unui rezultat *fals-positiv*, întrucât specificitatea este de 70%, ceea ce înseamnă că din 10 frotiuri patologice doar 7 sunt cu adevărat cazuri de transformare malignă, celelalte 3 fiind rezultate fals pozitive. Frotiurile modificate sunt urmate obligatoriu de investigații suplimentare de mare specificitate (colposcopie, biopsie), astfel că nu se pune problema unor intervenții terapeutice nejustificate.

Există mai multe modalități de interpretare a testului Papanicolau. Un test Papanicolau anormal arată că celulele din cervix sunt modificate. Un rezultat anormal la acest test nu este neobișnuit, întrucât în mod normal celulele din cervix suferă în permanență modificări. Deși majoritatea testelor Papanicolau anormale sunt cauzate de infecții sau inflamații care pot fi tratate, este necesară o nouă evaluare ulterioară pentru siguranța că modificările celulare anormale au fost rezolvate. Chiar și modificările naturale ale celulelor din colul uterin apărute la menopauză pot da un test Papanicolau anormal.

De regulă modificările celulare revin la normal în mod spontan sau după ce infecția s-a vindecat de la sine sau în urma tratamentului. Aproximativ 5-10% din femeile care fac regulat un test Papanicolau au un rezultat anormal, dar numai un mic procent din aceste rezultate anormale arată modificări care ar putea evolua spre cancer de col uterin.

Conform celui care a elaborat acest test, Papanicolau, rezultatul frotiului se poate prezenta în 5 clase, după gradul de deviere citologică de la cel normal:

Clasa	Celularitatea frotiului
I	Celule normale.
II	Celule cu modificări atipice benigne (celule epiteliale cu modificări de natură inflamatorie, infecțioasă).
III	Citologie sugestivă, dar neconcludentă pentru malignitate (frotiu suspect).
IV	Citologie puternic sugestivă pentru malignitate (sunt prezente celule tumorale maligne în număr redus).
V	Citologie concludentă pentru malignitate (sunt prezente celule maligne în placarde).

În prezent, cel mai recomandat este **Sistemul Bethesda**, care diferențiază frotiuri cu grad de malignitate scăzut (Low-grade Scuamous Intraepithelial Lesions-LSIL, care corespund claselor II și III) sau crescut (HSIL- căreia îi corespund clasele III, IV și V), precum și frotiuri cu modificări ale celulelor scuamoase cu semnificație necunoscută (Atypical Scuamous Cells of Unknown Significance-ASCUS). În funcție de încadrarea în aceste categorii se alege tipul de explorare ulterioară, intervenția terapeutică sau intervalul de retestare.

Testul se recomandă să fie făcut cel puțin **1 dată la un interval de 1-3 ani**:

- **tuturor femeilor cu vârsta peste 20 de ani**, active din punct de vedere sexual.
- celor care au un **test Papanicolau anormal** în antecedente.
- celor care **au avut tumori cervicale, vulvare, vaginale sau infecții papilomatoase** la nivel genital.
- **chiar și celor cu histerectomie** (excizia chirurgicală a uterului).

După 3 sau mai multe teste Papanicolau și examene pelvine consecutive normale, acestea pot fi efectuate mai rar, în funcție de prezența factorilor de risc pentru afecțiuni cervicale.

Toate aceste aspecte fac din examenul citologic o metodă simplă, ieftină, fiabilă și un excelent mijloc de diagnostic al formelor incipiente ale cancerului de col uterin. Există totuși și câteva **dezavantaje** principale ale acestei tehnici:

1. Efectul psihologic al frotiului modificat: testarea pentru depistarea unei posibile neoplazii reprezintă un veritabil stres psihic, iar decelarea unui frotiu modificat poate fi o adevărată traumă pentru persoana testată. În acest sens trebuie avizate pacientele că:

- există un număr important de rezultate fals - pozitive;
- nu orice frotiu modificat înseamnă cancer (poate fi vorba de o inflamație, infecție);
- rostul screening-ului este tocmai depistarea precoce a cancerului de col, în faze care asigură un prognostic bun și permit un tratament local.

2. Retestarea - reprezintă un dublu dezavantaj: amplifică stresul provocat de prima testare pe de o parte, și dublează costurile testării, pe de altă parte.

3. Transmiterea iatrogenă a bolilor cu transmitere sexuală (BTS): asigurarea desfășurării în condiții de sterilitate a recoltării presupune evaluarea corectă a posibilităților de sterilizare.

Opțiunile de tratament variază în funcție de gradul modificărilor celulare: minoră, moderată sau severă. În cazul modificărilor celulare minore, poate fi de ajuns doar o monitorizare din partea unui doctor (așteptare și urmărire), de un test pentru HPV, sau în unele cazuri de colposcopie. În cazul modificărilor celulare moderate sau severe, este necesară continuarea evaluării prin colposcopie și posibil prin biopsie cervicală. Ulterior, modalitățile de tratament care distrug sau înlătură în mod specific celulele anormale ar putea fi recomandate, în funcție de rezultatele biopsiei.

Colposcopia

Colposcopia este indicată în cazul în care frotiul Papanicolau denotă prezența unor leziuni ce necesită investigații suplimentare sau rezultatele testului PAP sunt incerte. Această investigație imagistică suplimentară a vulvei, vaginului și colului uterin permite, pe lângă vizualizarea acestora, prelevarea de țesut biopsic în cazul în care sunt identificate leziuni ale epiteliului colului uterin.

În timpul colposcopiei, medicul folosește un instrument, numit colposcop, care este un dispozitiv optic alcătuit dintr-o sursă de lumină și o lupă ce mărește imaginea de 2 până la 60 ori, permițând astfel medicului să vadă anomalii pe care nu le-ar fi văzut cu ochiul liber. O cameră poate fi atașată la colposcop, care poate prelua imagini sau poate face înregistrări video. Într-o primă etapă (colposcopia directă simplă) colposcopul este poziționat la intrarea în vagin și este examinată, fără pregătire prealabilă, ci doar uscat, suprafața mucoasei vaginale și a colului uterin. În al doilea timp, examinarea se va face după badijonarea (aplicarea locală a substanței, cu ajutorul unui tampon de vată) cu acid acetic 3-5% (pentru a înlătura mucusul ce acoperă mucoasa colului) iar ultima etapă constă în examinarea după badijonarea colului și vaginului cu soluție iodată, cu ajutorul unui tampon mare de vată bine îmbibat cu această soluție. Prin această metodă devin mai ușor de depistat celulele anormale (acestea devin albe sau galbene, spre deosebire de cele normale, care se colorează în maro).

Momentul optim pentru a efectua o colposcopie la femeia cu cicluri menstruale regulate este perioada zilelor 11-13 a ciclului menstrual. Se evită zilele 4 sau 5, când grosimea epiteliului este redusă și leziunile mai puțin vizibile. Examinarea colposcopică nu necesită anestezie și nu este mai dureroasă decât un consult ginecologic obișnuit. Pacienta stă în poziție ginecologică pe masa ginecologică, cât mai relaxată. Examinarea nu durează mai mult de 20 de minute. Pentru propriul confort al pacientei este bine ca aceasta să aibă vezica goală în momentul examinării. De asemenea, înaintea colposcopiei

poate fi administrat un analgezic ce conține Ibuprofen, mai ales dacă este necesară efectuarea biopsiei. Ibuprofenul va diminua crampele determinate de investigație. Înainte de a face o colposcopie, **medicul trebuie să știe dacă:**

- există posibilitatea unei sarcini - se poate face înaintea investigației un test de sarcină pentru a afla cu siguranță dacă pacienta este însărcinată sau nu. Colposcopia este o investigație sigură în timpul sarcinii. Dacă este nevoie și de o biopsie cervicală în timpul sarcinii, riscul de pierdere a sarcinii este foarte mic. Totuși, se poate ca pacienta să sângereze mai mult la nivelul unde s-a luat biopsia.
- pacienta urmează un tratament și care sunt medicamentele administrate sau dacă este alergică la vreun medicament.
- pacienta are probleme cu coagularea sângelui.
- pacienta a primit de curând tratament pentru o infecție vaginală, cervicală sau la nivelul pelvisului.

Ca și la testul Papanicolau, se recomandă ca înainte de colposcopie să se evite spălăturile vaginale, medicamentele intravaginale sau tampoanele cel puțin cu 24 de ore înaintea efectuării investigației.

Colposcopia are ca și **avantaje** faptul că este complet neinvazivă, are capacitatea de a recunoaște unele aspecte benigne ale colului uterin și permite recoltarea de celule sau prelevarea de biopsii exact din zona cu probleme. De asemenea, colposcopia este utilizată atât pentru a urmări efectele iradierii în cazul cancerelor cervicale, cât și pentru a depista recidivele postoperatorii ale cancerului de col la nivelul vaginului (se repetă colposcopia la interval de 2-3 luni în primul an postoperator) sau pentru a urmări procesul de cicatrizare consecutiv măsurilor terapeutice aplicate. Colposcopia, alături de examenul citologic, stă la baza diagnosticului precoce al cancerului de col uterin, permițând o decizie terapeutică în timp util.

Biopsia

Întrucât rezultatul colposcopiei se obține pe loc, se poate recurge la biopsie în cazul în care au fost identificate celule anormale, putându-se astfel pune cu certitudine diagnosticul de cancer de col uterin. Aceasta constă în prelevarea unui fragment de țesut, care ulterior va fi examinat la microscop de către un anatomopatolog. Biopsia se face sub anestezie locală, și poate fi simțită de pacientă ca o pișcătură sau ca o cramă ușoară. După această investigație este normal ca pacienta să aibă o sângerare ușoară și un ușor disconfort câteva zile. În cazul acestor sângerări se pot folosi absorbante și, de asemenea, se recomandă repausul sexual, precum și evitarea pentru cel puțin o săptămână a spălăturilor intravaginale, tampoanelor și a exercițiilor fizice grele. Trebuie anunțat medicul dacă după investigație apar sângerări vaginale mai mari decât cele din perioada menstruală, sângerări urât mirositoare, febră sau dureri abdominale.

Există și alte metode de prelevare a unor țesuturi suspecte:

- *chiuretajul endocervical* – se poate realiza și în cadrul colposcopiei, dar de obicei este indicat când colposcopia nu permite vizualizarea leziunii în totalitate. În cadrul acestei manopere se pătrunde cu ajutorul unui instrument îngust, sub formă de lingură (denumit și chiuretă), până la nivelul regiunii superioare a colului uterin. O parte din țesutul ce căpтуșește această regiune este îndepărtat prin răzuire ușoară cu ajutorul chiuretei. Se folosește anestezic local.

- *conizația diagnostică* – constă în îndepărtarea unei porțiuni sub formă de con de la nivelul colului uterin ce conține țesutul cu modificări patologice, împreună cu țesutul normal din jur. Uneori, prin conizație poate fi extirpat întreg țesutul modificat (conizația terapeutică), ceea ce permite o analiză amănunțită a acestuia, îi conferă o acuratețe mai mare decât cea a biopsiei fracționate ghidate colposcopic și poate înlătura necesitatea unui alt tip de tratament. Acest tip de biopsie se realizează și în cazurile când sunt necesare probe de țesut mai profunde, permițând anatomopatologului să stabilească dacă celulele anormale au invadat în profunzimea cervixului. În urma acestui tip de biopsie, femeia poate avea crampe de intensitate redusă, disconfort local și sângerări care pot persista până la 2-4 săptămâni de la intervenție. Se recomandă ca în această perioadă să se evite contactele sexuale, tampoanele intravaginale și spălăturile vaginale. Conizația este o procedură chirurgicală și se practică sub anestezie locală sau generală. Mostra conică poate fi extirpată cu ajutorul unui instrument care este încălzit în prealabil la curent electric (electroconizația), prin intermediul unui bisturiu sau cu ajutorul laserului. Printre avantajele conizației prin laser se numără și toleranța bună, precizia microchirurgicală, rapiditatea și asepsia.

Proba biopsică stabilește gradul tumoral, ajutând la stabilirea prognosticului bolii. Cancerul cervical este clasificat în funcție de *dimensiunile*, precum și de *extensia* acestuia (metastaze la nivelul altor țesuturi și organe). Un diagnostic pozitiv pentru cancer de col uterin atrage după sine alte teste, pentru a stabili gradul de răspândire al cancerului. În lipsa tratamentului, cancerul cervical se poate extinde la nivelul vaginului, apoi la nivelul țesuturilor din jurul uterului. Odată cu progresia tumorii, sunt afectați ganglionii limfatici și restul organelor pelvine. În stadiul avansat al bolii (odată cu apariția metastazelor la distanță) pot apărea afectarea renală, intestinală, a ficatului și plămânilor. Multe dintre testele descrise mai jos nu sunt necesare în cazul tuturor femeilor:

1. Cistoscopia – este o investigație suplimentară ce poate oferi date asupra extinderii tumorale la nivelul sistemului urinar. Se realizează de obicei în cazul femeilor cu tumori cervicale de dimensiuni mari, când există riscul ca tumora să se fi extins și la nivelul uretrei sau a vezicii urinare. Cistoscopul, un tub rigid sau flexibil, este introdus prin uretră și direcționat până în vezica urinară. Pentru a ilumina zonele de interes și a asigura vizibilitate, tubul este dotat cu un fascicul de lumină. Componenta optică permite captarea imaginilor pe un monitor, care ghidează examinatorul în explorare. Investigația se desfășoară numai într-o sală de cistoscopie, în condiții stricte de asepsie. Uneori, este necesară recoltarea unor mici mostre de țesut pe parcursul cistoscopiei, însă această procedură se face sub anestezie locală, sau la unele persoane, sub anestezie generală.

2. Proctoscopia - investigație capabilă să evidențieze metastazele tumorale de la nivelul intestinului gros. Prin intermediul unui tub, introdus prin orificiul anal, pot fi examinate anusul, rectul și ultima porțiune a intestinului gros. Ca și cistoscopia, manevra se poate realiza sub sedare minimă sau anestezie generală.

3. Urografia – se realizează în scopul determinării unui posibil blocaj mecanic tumoral al rinichiului.

Se realizează, de asemenea, o serie de **investigații imagistice**:

a). Radiografia toracică – se efectuează pentru a evidenția metastazele pulmonare. Acest lucru este puțin probabil, și se întâlnește doar în cazurile avansate de cancer de col uterin.

b) Tomografia computerizată (CT), care ajută la identificarea metastazelor abdominale și pelvine, în aceste cazuri fiind necesar și tratamentul acestora. Această metodă folosește razele X pentru a crea imagini detaliate a structurilor din interiorul organismului. Cu ajutorul unei substanțe de contrast injectate se poate vizualiza rețeaua vaselor sangvine și prezența tumorilor. Principalul beneficiu al acestei metode este precizia detaliilor, întrucât oferă posibilitatea de a obține imagini ale unor secțiuni foarte subțiri (cel mult 1-2 mm grosime). În cazul în care pacientei îi este oferit să bea o substanță de contrast, CT-ul oferă informații precise privind dimensiunile, forma și poziția tumorii și ajută la identificarea ganglionilor limfatici care pot conține celule canceroase.

c) Rezonanța magnetică nucleară (RMN), la fel ca și CT-ul, poate realiza o stadializare a cancerului, în scopul efectuării unui tratament adecvat.

d) Urografia intravenoasă – constă în efectuarea unor imagini radiologice ale sistemului urinar, în momentul în care acesta este străbătut de o substanță de contrast injectată intravenos. Este utilă în depistarea anormalităților de la nivelul tractului urinar, cum ar fi modificările cauzate de invazia cancerului cervical la nivelul ganglionilor limfatici pelvini, care pot comprima sau bloca ureterul. Totuși, acest test este rar utilizat în evaluarea inițială a pacientelor cu cancer de col uterin, și de obicei nu se mai face la cele care au avut un CT sau RMN.

d) Tomografia cu emisie de pozitroni (PET) evaluează cu acuratețe răspândirea procesului tumoral la nivelul altor organe.

e) Angiograma limfatică - investigație prin care se realizează o serie de imagini radiologice ale sistemului limfatic, pentru a determina eventuala invazie tumorală la acest nivel. Se injectează o substanță de contrast prin vasele limfatice ale picioarelor. Substanța se deplasează în sus prin nodulii limfatici și vasele limfatice și se fac radiografii pentru a observa dacă există unele obstrucții. Această metodă ajută la detectarea invaziilor tumorale în spațiul limfatic.

În cadrul **stadializării chirurgicale preterapeutice** se face o operație de investigare a zonei implicate, se verifică dacă celulele tumorale s-au extins în cervix sau în alte părți ale organismului. În unele cazuri cancerul cervical poate fi excizat în același timp.

Stadializarea

Determinarea gradului de răspândire al bolii este o etapă foarte importantă, deoarece tratamentul propus și recomandările pentru recuperare depind de stadiul neoplasmului. Principalele sisteme de stadializare în cancerul colului uterin sunt:

- 1. Stadializarea FIGO** (elaborată de Federația Internațională de Ginecologie și Obstetrică), Comparativ cu stadializarea TNM, acest sistem se limitează doar la categoria T, făcând abstracție de starea ganglionilor limfatici.
- 2. Sistemul de stadializare MD Anderson** ce include evaluări ale volumului tumoral.
- 3. Sistemul de stadializare TNM** aparținând UICC (Uniunea Internațională Contra Cancerului) - cel mai complex, ținând cont și de stadiul ganglionilor limfatici și a metastazelor la distanță.
- 4. Sistemul de stadializare** propus de "American Joint Committee on Cancer" - care reprezintă un sistem de clasificare patologică.

Conform stadializării **FIGO** pentru carcinomul colului uterin, există următoarele stadii evolutive:

Stadiu	Subclase	Aspect
0		Carcinom in situ – celule tumorale superficiale, afectează doar stratul superior al mucoasei cervixului, fără să invadeze țesuturi profunde ale colului uterin.
I		Carcinomul este strict delimitat la cervix.
	A	Forma cea mai precoce a stadiului I; există o mică cantitate de celule tumorale, care pot fi văzute doar la microscop.
	A1	Aria de invazie este mai mică de 3 mm în adâncime și nu depășește 7 mm în lățime.
	A2	Invazia în profunzime între 3-5 mm și nu depășește 7 mm în lățime.
	B	Leziunea poate fi văzută fără microscop. Cuprinde tumorile ce depășesc 5 mm în profunzime și 7 mm în lățime.
	B1	Leziune clinică vizibilă, nu mai mare de 4 cm în diametru.
	B2	Leziune clinică vizibilă, mai mare de 4 cm în diametru.
II		Carcinom extins dincolo de cervix, în zonele învecinate, dar care nu depășește zona pelviană; tumora cuprinde vaginul, dar nu mai departe de treimea inferioară.
	A	Tumora s-a extins dincolo de colul uterin, până în treimea superioară a vaginului. Nu ajunge în 1/3 inferioară a vaginului.
	B	Tumora s-a extins la nivelul țesutului din apropierea cervixului.
III		Tumora a ajuns în 1/3 inferioară a vaginului sau la nivelul peretelui pelvin; cancerul poate bloca ureterele (tubi ce transportă urina de la rinichi la vezica urinară).
	A	Tumora a ajuns în 1/3 inferioară a vaginului, dar nu și la nivelul peretelui pelvin.
	B	Cancerul se extinde la nivelul peretelui pelvin și/sau blochează ureterele.
IV		Este cel mai avansat stadiu al cancerului cervical. Tumora a invadat organele din jur sau alte părți ale corpului.
	A	Cancerul a invadat organele din jur: vezica urinară sau rectul.
	B	Tumora s-a extins la nivelul organelor îndepărtate, cum ar fi plămâni.

În cadrul sistemului **TNM**, **T** reprezintă tumora primară, **N** sunt ganglionii limfatici regionali, iar **M** constituie metastazele la distanță. Noțiunile secundare pentru **T** corespund celor din sistemul FIGO, în timp ce noțiunile secundare pentru **N** (noduli) sunt:

Nx = Ganglionii limfatici regionali nu pot fi evaluați;
N0 = Fără metastaze în ganglionii limfatici regionali;
N1 = Metastaze în ganglionii limfatici regionali,
iar pentru **M** există: Mx = Metastazele la distanță nu pot fi evaluate;
M0 = Fără metastaze la distanță;
M1 = Metastaze la distanță.

Tratamentul cancerului de col uterin

Cancerul cervical diagnosticat într-un stadiu incipient poate fi tratat în totalitate. Prognosticul cancerului de col uterin depinde de tipul și stadiul acestuia. Pentru alegerea adecvată a tratamentului se iau în considerare și vârsta, starea generală de sănătate, calitatea vieții, precum și dorința de a avea copii în viitor. Alegerea tratamentului are un impact major asupra calității vieții. De aceea, este important ca pacienta să discute cu medicul curant toate opțiunile terapeutice și recomandările în ceea ce privește tratamentul.

Tratamentul cancerului cervical poate să fie unic sau poate să fie o combinație între următoarele metode principale:

- terapia chirurgicală, prin care se îndepărtează tumora
- radioterapia, folosită în tratarea celorlalte organe afectate de tumoră
- chimioterapia, utilizată în tratamentul metastazelor.

Tratamentul chirurgical

Ablația chirurgicală a cancerului este curativă uneori. Se practică următoarele proceduri chirurgicale:

- **criochirurgia (crioterapia)** - este o metodă folosită în distrugerea celulelor displazice ce pot duce la apariția cancerului. Înghețarea celulelor precanceroase se face doar după o colposcopie, care confirmă prezența acestor celule. Crioterapia este considerată o tehnică relativ lipsită de riscuri, având cele mai puține complicații în lista tratamentelor chirurgicale. Metoda constă în introducerea la nivelul cervixului a unor tuburi prin care se scurge azot lichid (la o temperatură de aproximativ -50°C), care determină înghețarea celulelor anormale superficiale ale colului uterin. Rezultatele cele mai eficiente s-au observat în urma înghețării celulelor timp de 3 minute, după care se lasă la dezghețat, apoi repetarea metodei pentru încă 3 minute. Pacientele pot experimenta senzații de răceală la nivel local sau ușoare crampe pe parcursul manoperei. În primele săptămâni după intervenție, scurgerile sunt normale, întrucât reprezintă eliminarea celulelor moarte. Pentru o perioadă de 2-3 săptămâni după operație, femeile sunt sfătuite să evite contactele sexuale, spălăturile vaginale și tampoanele intravaginale.

- **conizația terapeutică** - excizia unei piese de țesut de formă conică se face de obicei când celulele displazice sunt localizate în treimea superioară a colului uterin, iar criochirurgia nu este accesibilă. Procedura este considerată a avea eficiență în proporție de 95%. Această metodă este mai rar folosită ca și tratament unic, exceptând cazurile femeilor aflate în stadiul IA, care mai doresc să aibă copii.

- **chirurgia prin laser (vaporizare cu laser)** - prin această metodă celulele canceroase sunt distruse cu ajutorul unui fascicul de raze laser, care pătrunde prin vagin, până la nivelul cervixului. Ca și criochirurgia, se folosește în stadiile incipiente ale tumorii.

- **histerectomia simplă** – această metodă constă în îndepărtarea chirurgicală a întregului uter (corpul uterin și colul uterin), fără a afecta vaginul sau ganglionii limfatici. Ovarele și trompele uterine de obicei rămân funcționale, excepție fac cazurile când prezintă alte leziuni sau femeia are peste 45-50 de ani. Îndepărtarea uterului se face sub anestezie generală sau locală, printr-o incizie la nivelul abdomenului (histerectomie abdominală), prin vagin (histerectomie vaginală) sau laparoscopic (histerectomie laparoscopică completă). Se recurge la această metodă în cazul femeilor aflate în stadiu IA, unele stadii 0 sau alte afecțiuni benigne ca fibroamele uterine. Infertilitatea este o consecință a acestei operații, iar ca și complicații rare sunt întâlnite infecția, sângerările excesive, afectarea sistemului urinar sau a intestinelor.

- **histerectomia radicală cu sau fără limfadenectomie pelvică** (excizia ganglionilor limfatici) - îndepărtează uterul, colul uterin și partea superioară a vaginului; de asemenea pot fi extirpate ovarele, trompele uterine și ganglionii limfatici din vecinătate. Histerectomia radicală este tratamentul de elecție în cazul femeilor cu cancer de col uterin în stadiul IA2, IB și IIA.

- **histerectomia și anexectomia bilaterală** - înlătură uterul, colul, trompele uterine și ovarele.

- **exenterația pelvină** - se aplică în tratamentul cancerului avansat de col uterin, când tumora s-a extins la nivelul vezicii urinare sau a rectului, dar și în tratarea cancerului recurent. Este o metodă chirurgicală în care se îndepărtează, pe lângă uter, cervix, vagin și ganglioni limfatici, și o parte din colon, rectul și vezica urinară. În acest caz se creează deschideri artificiale (stome) pentru eliminarea urinei și a scaunului. Este necesară chirurgia plastică pentru o reconstrucție de vagin după operație.

Radioterapia

Această metodă de tratament folosește doze fracționate de raze X de intensitate mare pentru a distruge celulele canceroase. Radioterapia (RT) reprezintă tratamentul cel mai frecvent folosit în tratamentul pacientelor în stadiile II și IIA de cancer cervical.

Scopurile RT în cancerul de col uterin sunt:

- evitarea extinderii loco-regionale a tumorii;
- tratarea tuturor pacientelor, indiferent de vârstă și chiar de starea generală;
- evitarea chirurgiei mutilante și a complicațiilor acesteia;
- posibilitatea unei intervenții chirurgicale ulterioare, precum și continuarea tratamentului postoperator, în cazurile în care riscul de recurență este crescut.

Există 2 tipuri de radioterapie: externă și internă. **Radioterapia externă** se face de obicei în regim de ambulator, de 5 ori pe săptămână, cu pauză la sfârșitul săptămânii. Numărul de ședințe depinde de tipul și dimensiunile tumorii. Expunerea la radiații externe nu este dureroasă, iar după tratament femeia poate intra în contact cu alte persoane, neexistând riscul unei radioactivități. **Radioterapia internă**, cunoscută și sub numele de **brahiterapie**, constă în administrarea radiațiilor direct la nivelul cervixului. Pentru acest lucru, este necesară plasarea unor tuburi în vagin, prin intermediul cărora se distribuie material radioactiv la nivelul formațiunii tumorale. Pentru ca poziția tuburilor să nu se modifice, femeia este rugată să rămână în pat, fiind de asemenea necesară și o sondă vezicală pe parcursul brahiterapiei. Durata brahiterapiei este de doar câteva zile, timp în care femeia este izolată pe cât posibil de restul familiei, pentru a nu expune inutil alte persoane la radiații.

Efectele secundare ale radioterapiei

Femeile care urmează tratament cu raze X pentru cancerul de col uterin se pot confrunta cu o serie de efecte secundare, acestea putând apărea atât la scurt timp după tratament, cât și după câțiva ani. Intensitatea acestor efecte secundare depinde de doza de radiații administrată, precum și de durata tratamentului. Este important de știut că fumatul crește riscul de apariție al efectelor secundare post-radioterapie. Printre efectele secundare **precoce** se numără și următoarele:

- *scurgeri sau sângerări vaginale* care pot fi normale după încheierea ședințelor de radioterapie, însă pot deveni simptome ale unor complicații dacă sunt abundente sau persistă mai multe săptămâni.
- *senzații de mâncărime, uscure sau căldură* la nivelul vaginului.
- *îngustarea vaginului* datorită cicatrizării țesuturilor, acest lucru putând duce la durere în timpul actului sexual.
- *menopauza secundară radioterapiei* apare, de cele mai multe ori, după aproximativ 3 luni de la începerea tratamentului. Efectele secundare care pot apărea la instalarea menopauzei sunt bufeurile de căldură, uscarea pielii, scăderea capacității de concentrare, pierderea interesului pentru sex.
- *diaree, dureri în timpul urinării sau amețeli*, care pot fi combătute printr-o hidratare corespunzătoare sau utilizarea medicamentelor prescrise de medic.
- *oboseală fizică pe durata tratamentului*, motiv pentru care pacientele aflate sub radioterapie sunt sfătuite să se odihnească cât mai mult posibil.

Ca și efecte secundare **tardive**, putem aminti:

- *intestinele sau vezica urinară pot fi afectate permanent* de radioterapie, în acest caz diareea și urinarea devenind mult mai intense. Vasele de sânge de la acest nivel devin mai fragile datorită acțiunii radiațiilor, prin urmare poate să apară sânge în urină sau modificări de dinamică intestinală. Aceste efecte secundare pot apărea la un interval mai lung de timp după tratament, chiar după câțiva ani.
- radioterapia duce la *pierderea elasticității țesuturilor vaginale*, ceea ce duce la scurtarea și îngustarea acestuia. Acest lucru se observă prin dificultăți și dureri în timpul contactului sexual. Pentru a remedia această problemă, se pot folosi diverse creme pe bază de hormoni sau dilatatoare vaginale. De asemenea, terapia cu radiații poate duce la dezvoltarea unor noi vase de sânge la acest nivel, care pot produce sângerări după contactul sexual.
- *edemul picioarelor* apare datorită afectării ganglionilor limfatici din zona pelviană. Limfedemul poate să apară și după intervenția chirurgicală.
- *fracturile de sold* apar mai frecvent după 2-4 ani de la radioterapie, deoarece radiațiile aplicate în zona pelviană afectează structura oaselor din această regiune. Pentru a reduce acest risc, se recomandă teste de osteodensitometrie (determinarea densității osoase) și tratament medicamentos.

Chimioterapie

Chimioterapia presupune folosirea medicamentelor, numite **citostatice (citotoxice)**, cu scopul de a distruge celulele canceroase. Ea poate fi folosită ca adjuvant în radioterapie (chemoradioterapie), dar poate constitui și un tratament independent. Uneori, chimioterapia poate fi utilizată înainte de intervenția chirurgicală sau de radioterapie, pentru a reduce tumora și pentru a crește eficacitatea acestor tratamente. De asemenea,

administrarea citotoxicelor se poate face și în cazul femeilor la care cancerul s-a răspândit în alte părți ale corpului sau a recidivat după radioterapie. Scopurile în acest caz sunt de a controla boala și de a ameliora simptomele.

Citotoxicele se administrează intravenos sau pe cale orală. Acestea ajung în sistemul circulator, de unde se distribuie în toate regiunile corpului, făcând astfel posibilă tratarea posibilelor metastaze. De cele mai multe ori se recurge la o combinație de citotoxice. Acestea împiedică creșterea și răspândirea celulelor canceroase, dar în același timp afectează și celulele sănătoase, motiv pentru care pot apărea diverse efecte secundare. Aceste efecte secundare depind de tipul de medicament, dozele administrate și durata tratamentului. Cel mai frecvent, femeile aflate sub chimioterapie se confruntă cu:

- grețuri și vărsături
- pierderea poftei de mâncare
- căderea părului
- uscarea gurii.

Deoarece chimioterapia poate afecta măduva spinării, numărul celulelor sangvine poate scădea, lucru care se traduce prin creșterea riscului pentru infecții (datorită scăderii leucocitelor din sânge), hemoragii sau echimoze după traumatisme minore (datorită scăderii trombocitelor sangvine), precum și scurtarea respirației (datorită scăderii numărului de hematii). Oboseala este de asemenea comună la aceste femei. Majoritatea efectelor secundare ale tratamentului (cu excepția menopauzei și a infertilității) dispar odată cu întreruperea chimioterapiei.

Cancerul cervical la femeile gravide

Un număr mic de tumori cervicale sunt descoperite pe parcursul gravidității. În cazul în care tumora este într-un stadiu precoce, de genul IA, majoritatea medicilor consideră că sarcina poate fi dusă la bun sfârșit, iar la câteva luni de la naștere, se recomandă histerectomia sau conizația terapeutică. Dacă tumora a ajuns în stadiul IB, se poate întrerupe sarcina și efectua histerectomie urmată de radioterapie. În cazul în care se decide păstrarea sarcinii, se recomandă nașterea prin cezariană.

Impactul sexual al histerectomiei

Gradul în care **sexualitatea** unei persoane poate fi afectată în urma unui cancer de col uterin variază în funcție de modul în care femeia se percepe pe ea însăși în această situație. Excizia chirurgicală a cervixului sau efectele post-radioterapie asupra unor părți ale corpului o pot face să se simtă mai puțin atractivă sau cu mai puțin apetit sexual, datorită unei lipse de excitație sau o diminuare a acesteia. Totuși, histerectomia nu modifică capacitatea femeii de a simți plăcere în timpul actului sexual. Femeile nu au nevoie de uter sau de colul uterin pentru a atinge orgasmul. Unele femei se pot considera mai puțin feminine în urma unei histerectomii și pot avea diverse gânduri care le împiedică să simtă plăcere în timpul actului sexual. Totuși, când cancerul a cauzat dureri sau sângerări în timpul actului sexual, histerectomia poate îmbunătăți viața sexuală a femeii, oprind aceste simptome.

Ceea ce este important de reținut este că fiecare femeie care a avut cancer de col uterin este diferită și că răspunsul la tratament variază. Punctul comun îl reprezintă necesitatea informării cu privire la diversele modalități și oferte de ajutor, precum și participarea la refacerea și menținerea sănătății, prin **efectuarea analizelor periodice**.

Readaptarea la viața cotidiană nu este întotdeauna ușoară și reprezintă în multe cazuri o provocare pentru persoana în cauză. Apropiații, prietenii, colegii, doctorul dumneavoastră și eventual alți consilieri (de exemplu, asistenții sociali sau colaboratorii de la cabinetele de consiliere) vă pot oferi sprijin în acest sens. Apelați la sprijinul care vă este oferit și nu vă sfiți să cereți ajutorul celor apropiați!

Glossar

Adjuvant

Capabil să activeze efectul unui medicament.

Anemie

O boală a sângelui în care numărul sau dimensiunile globulelor roșii (hematiilor) sunt mai mici decât normal.

Antiemetic

Medicament care previne și controlează greața și vărsăturile.

Asepsie

Metodă de sterilizare care utilizează căldura, ultrasunetele sau alte procedee, în scopul îndepărtării microorganismelor.

Atipic

Modificare a celulelor, căreia nu i se poate preciza cu certitudine cauza, fiind considerată o modificare care cere investigații suplimentare. Modificările atipice nu reprezintă numai modificări de tip canceros.

Badijonare

Aplicarea la nivelul unei regiuni a unei substanțe medicamentoase, cu ajutorul unui tampon de vată bine îmbibat în acea substanță.

Diagnostic

Noțiune colectivă desemnând toate examinările efectuate în vederea determinării precise a bolii.

Displazie

Formarea anormală a unui țesut, a unui organ. În sens specific înseamnă celule anormale sau leziuni celulare necanceroase care pot evolua în cancer. Nedepistată, displazia se va transforma în aproximativ 7 ani în carcinom "in situ". Diagnosticul de "displazie" se pune în urma efectuării unui frotiu.

Excizie

Îndepărtarea prin operație a unei porțiuni din corp.

Frotiu

test care constă în prelevarea și întinderea pe o lamă de sticlă, într-un strat subțire, a unei picături dintr-un lichid biologic (sânge, secreție, urină), a unui produs patologic (puroi, scurgere) sau a celulelor dintr-un țesut sau dintr-un organ (ganglion, vagin) în vederea unei observații microscopice. Un frotiu permite diagnosticarea unor infecții.

Histerectomie

Îndepărtarea chirurgicală a uterului.

Limfedem

Afecțiune manifestată printr-o îngroșare a unui segment al corpului, cauzat de acumularea de lichid limfatic, frecvent întâlnit după radioterapie anticanceroasă sau după o intervenție chirurgicală.

Medicamente citostatice (citotoxice)

Medicamente care împiedică dezvoltarea celulelor canceroase, dar care pot afecta și celulele sănătoase. Scopul lor este de a opri diviziunea celulelor.

Metastază

Focar de infecție format prin răspândirea agenților patogeni (celule canceroase, bacterii) în organism, pornind de la locul în care a apărut prima dată tumora canceroasă. Într-un sens mai restrâns, acest termen se referă la metastaza unei tumori maligne - metastazarea

la distanță: metastaza care se îndepărtează pe cale sangvină (*hematogen*) sau limfatică (*limfogen*) și se dezvoltă departe de tumora inițială.

Simptom

Fenomen care indică prezența unei boli.

Ureter

Tub ce transportă urina de la rinichi la vezica urinară.