

PRESEJANJE ZA RAKA MATERNIČNEGA VRATU V OČEH AMBULANTNEGA GINEKOLOGA

Marija Ilijaš-Koželj

UVOD

Bolnikov z rakom je na svetu in v Sloveniji vedno več. Med vzroki smrti je rak na drugem mestu, takoj za boleznimi srca in ožilja. V svetovnem merilu je rak materničnega vratu drugi najpogostejši rak pri ženskah in eden glavnih vzrokov smrti za rakom pri ženskah v deželah v razvoju.

Rak materničnega vratu (RMV) je ena redkih rakavih bolezni, ki jo je mogoče preprečiti s pravočasnim odkrivanjem in zdravljenjem predrakavih sprememb na materničnem vratu.

Množično presejanje žensk s pregledom brisa materničnega vratu (BMV) je uveljavljen javnozdravstveni ukrep v sekundarni preventivi raka. Presejanje je učinkovito za vse ženske takrat, ko se zmanjšata zbolewnost in umrljivost zaradi RMV. Med najbolj uveljavljene presejalne preiskave pri ženskah sodi odvzem in mikroskopski pregled celic materničnega vratu ali test PAP.

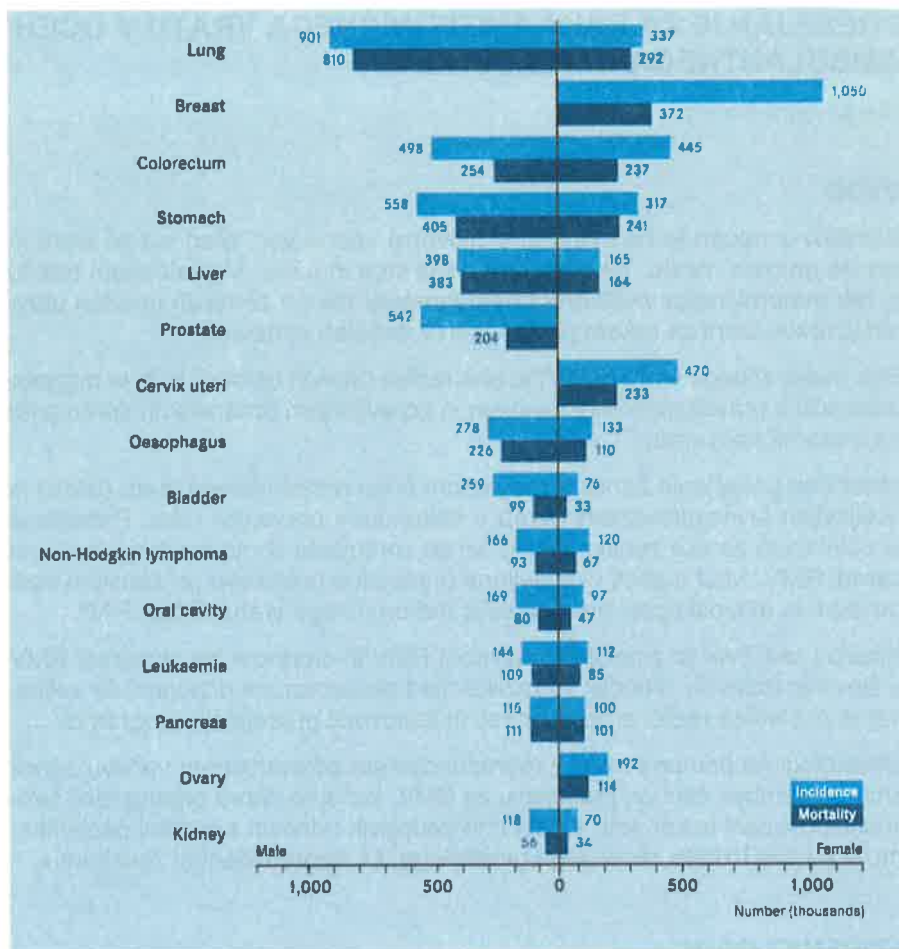
Klasični test PAP je zmanjšal pojavnost RMV in smrtnost žensk zaradi RMV v številnih državah. Vendar so razlike med posameznimi državami še velike, kar je posledica različne dostopnosti in kakovosti presejalnih programov.

Ginekologi na primarni ravni v reprodukcijskem zdravstvenem varstvu žensk smo pomemben člen pri presejanju za RMV, ker smo dobro organizirani, strokovni, povezani in ker smo v dobrih in zaupljivih odnosih s svojimi pacientkami, ki so nas izbrale za svojega ginekologa, t.i. »opredeljenimi ženskami«.

EPIDEMIOLOGIJA

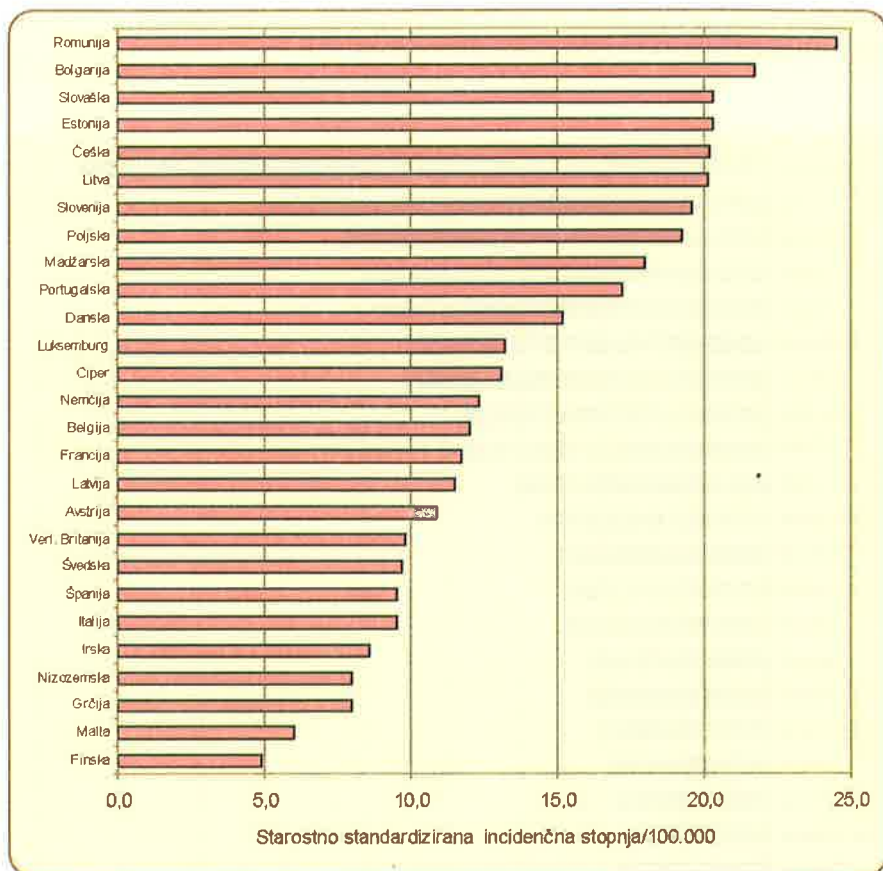
Na svetu je RMV drugi najpogostejši rak pri ženskah, takoj za rakom dojk; vsako leto za RMV zbolijo 500.000 žensk; skoraj polovica jih umre, predvsem v deželah, kjer imajo slab presejalni program ali pa ga sploh nimajo (1).

O vlogi nevarnostnih dejavnikov za nastanek predrakavih in rakavih sprememb na materničnem vratu je veliko napisanega. V bolj ogroženo skupino sodijo ženske z zgodnjimi spolnimi odnosi, številnimi spolnimi partnerji, poprejšnjo spolno prenosljivo boleznijo, številnimi porodi, slabšim družbeno-ekonomskim položajem, kadičke in ženske z dolgotrajno okužbo s humanim papilomskim virusom (HPV).



Slika 1. Incidenca najpogostejših rakov in umrljivost zaradi njih na vsem svetu (iz 1).

RMV je resen javnozdravstveni problem. Po ocenah Mednarodne agencije za raziskovanje raka je RMV najmanj v državah severne in zahodne Evrope: leta 2004 je bila incidenca največja v Romuniji, najmanjša pa na Finskem; umrljivost je bila največja v Romuniji, najmanjša pa tudi na Finskem (slika 2 in slika 3) (2).

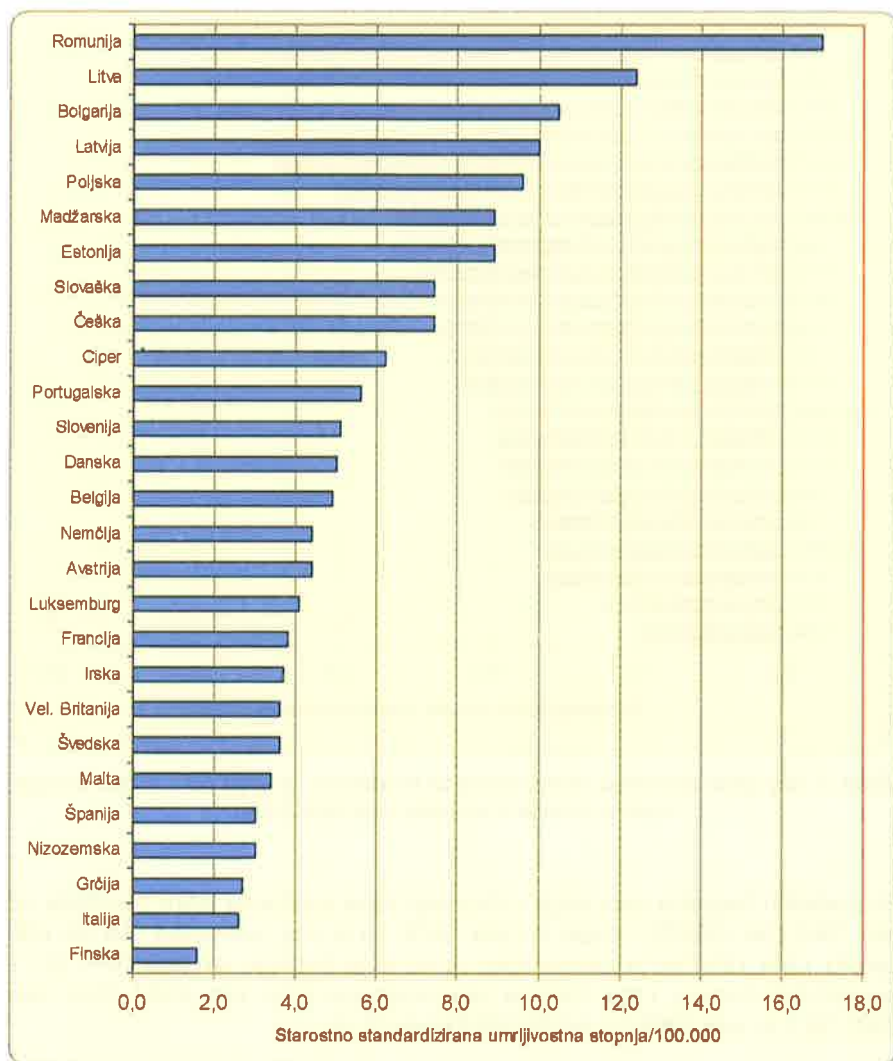


Slika 2. Ocenjena starostno standardizirana incidenčna stopnja raka materničnega vratu v državah Evropske unije leta 2004.

Po podatkih Registra raka se je v Sloveniji letna incidenca RMV manjšala od leta 1962 (34/100.000 žensk) do leta 1979, ko je bila najmanjša (14/100.000 žensk). Leta 1994 se je začela spet večati in je dosegla vrh leta 1997 (23,1 na 100.000 žensk). Leta 2003 je bila incidenca 20,9, leta 2004 19,9, leta 2005 16,1 in leta 2006 15,3/100.000 žensk (3, 4).

Sodijo, da je k večanju incidence RMV do leta 1997 prispevalo več dejavnikov: veliko žensk ni hodilo na preventivne preglede, odvzem, odčitavanje in vrednotenje brisa so bili prevečkrat neustrezni, nekaj večanja pa je šlo tudi na račun primerov hitro rastočega raka materničnega vratu, ki nastaja pri mlajših ženskah (starostno obdobje 30–40 let) in katerega napredovanje

presejanje na eno do treh let ne more preprečiti. Po uvedbi DP ZORA leta 2003 se je začela incidenca RMV zmanjševati (5).



Slika 3. Ocenjena starostno standardizirana umrljivost za rakom materničnega vratu v državah Evropske unije 2004.

DRŽAVNI PROGRAM ZGODNJEGA ODKRIVANJA PREDRAKAVIH SPREMEMB NA MATERNIČNEM VRATU (ZORA)

Presejanje pomeni preiskovanje na videz zdravih s preprostimi preiskavami ali testi. Presejanje za raka materničnega vratu odkrije s testom PAP med preiskovankami brez zdravstvenih težav tiste, ki imajo v BMV patološko spremenjene celice, za katere je velika verjetnost, da bi se razvile v rakave, in tiste ženske, ki že imajo začetno obliko raka. Z diagnostičnimi preiskavami (kolposkopijo, biopsijo) pri teh ženskah nato ugotavljamo stopnjo predrakavih oziroma rakavih sprememb na materničnem vratu.

RMV je ena redkih rakavih bolezni, ki jo je mogoče preprečiti s pravočasnim odkrivanjem in zdravljenjem predrakavih sprememb na materničnem vratu. Po izkušnjah razvitih evropskih držav lahko dobro organiziran presejalni program za RMV zmanjša število primerov te bolezni za 80 %.

Kljub z dokazi podprti medicini in priporočilu Sveta Evrope (*Council recommendation on cancer screening*) imajo presejalni program za RMV organiziran samo v sedem državah Evrope (Danska, Finska, Madžarska, Nizozemska, Slovenija, Švedska, Velika Britanija) in v 12 pokrajinah (od 20) v Italiji in 4 departmajih v Franciji (2).

Slovenija je že pred letom 1960 med prvimi v Evropi uvedla preventivni ginekološki pregled z odvzemom brisa celic materničnega vratu za odkrivanje predrakavih sprememb pri na videz togledno zdravih ženskah. Prve brise celic materničnega vratu so jemali ginekologi v okviru rednega ginekološkega pregleda najprej v Ljubljani, Kranju in Mariboru, kasneje pa po vsej Sloveniji. Ker ni bilo enotnih meril in strokovnih priporočil za presejanje (za odvzem in pregled brisa, za diagnostično obravnavo žensk), ni bilo mogoče spremljati kakovosti presejalnega postopka.

Za uspešno presejanje je namreč pomemben prav vsak člen v verigi: zagotoviti je treba kar najboljšo organiziranost zdravstvene službe, računalniško podprt sistem zapisovanja in obdelave podatkov, enovitost ginekološkega pregleda z odvzemom brisa, citološkega pregleda brisa, enotna merila za histološko diagnozo in terapijo (pred)rakavih sprememb ter stalno nadzorovanje in zagotavljanje kakovosti vsakega od členov.

Leta 2002 je Ministrstvo za zdravje izdalo *Pravilnik o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva žensk na primarni ravni*, kar je pomenilo korak k uvedbi državnega programa Zgodnjega Odkrivanja predrakavih sprememb (ZORA) (5).

Preventivni program opredeljuje:

- ciljno populacijo žensk, ki je zajeta v aktivno presejanje (ženske, stare 20–64 let),

- interval med pregledi (tri leta po dveh uporabnih negativnih izvidih BMV v obdobju enega leta),
- delež pregledane ciljne populacije v treh letih (najmanj 70 %),
- smernice in navodila za zagotavljanje kakovosti vseh postopkov,
- priporočila za odkrivanje, zdravljenje in spremljanje zdravstvenega stanja bolnic.

VLOGA GINEKOLOGA V REPRODUKCIJSKEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU NA PRIMARNI RAVNI

Ginekologi skrbimo za celostno obravnavo reprodukcijskega zdravja žensk na primarni ravni po dispanzerski metodi dela z združevanjem preventivnega in kurativnega dela. Le-to zahteva kompleksno znanje in obravnavo in omogoča zdravljenje zunaj bolnišnice, blizu doma in brez napotnic. Ginekologi na primarni ravni skrbimo za reprodukcijsko zdravje 80 % (720.000) žensk v Sloveniji.

Preventivni programi varovanja reprodukcijskega zdravja, ki jih opravljamo v ambulantah, obsegajo:

- preglede in nasvete za načrtovanje družine, za rabo kontracepcije, proti spolno prenosljivim okužbam in posledični neplodnosti,
- preventivne preglede v nosečnosti,
- preglede in svetovanje po porodu, spontani in dovoljeni prekinitvi nosečnosti ter pri zunajmaternični nosečnosti,
- preglede za preprečevanje raka materničnega vratu,
- preglede za zgodnje odkrivanje raka dojk,
- predpisovanje nadomestnega hormonskega zdravljenja v perimenopavzi in pomenopavzi.

Poleg preventivnega opravljamo tudi kurativno zdravstven varstvo.

Ginekologi na primarni ravni imamo v ambulantah (v zdravstvenih domovih ali zasebnih) sodobno medicinsko opremo (ultrazvočni aparat, kolposkop, kardiokotograf) in tako lahko celostno obravnavamo ženske zunaj bolnišnice, na enem mestu. Na osnovi preiskav in laboratorijskih izvidov lahko začnemo zdravljenje ali sledenje bolezni pri večini in le manjši del (2–3 %) bolnic napotimo v bolnišnico. Razlog za napotitev v bolnišnico je predvsem odkritje predrakave oziroma rakave bolezni ali drugačnih sprememb na rodilih, ki potrebujejo operacijsko ali onkološko zdravljenje.

VLOGA GINEKOLOGOV PRIMARNE RAVNI V DRŽAVNEM PROGRAMU ZORA

Ginekologi v reprodukcijskem zdravstvenem varstvu žensk na primarni ravni smo pomemben člen v verigi presejanja za RMV, ker smo dobro organizirani, strokovni, povezani in smo v dobrih, zaupljivih odnosih s svojimi pacientkami.

Strokovna skupina za organizacijo, epidemiologijo in informatiko DP ZORA je pripravila načrt programa. Žal ginekologi primarne ravni v tej fazi priprave nismo bili povabljeni k sodelovanju. S svojimi izkušnjami, ki izhajajo predvsem iz dela, bi lahko preprečili veliko problemov, ki jih drugi niso mogli predvideti in smo jih zato reševali po začetku programa. Subjektivne in objektivne ovire, kot so stopnja opredeljenosti žensk, različni računalniški programi, težave pri povezovanju izvidov citopatoloških laboratorijev, neenotnost v citopatološki diagnostiki, neosveščenost žensk, so povzročale (in še povzročajo) številne težave.

Pred zagonom DP ZORA smo imeli ginekologi veliko dela, saj smo morali pripraviti sezname žensk in določiti status ali kategorijo vabljenih žensk. Vse to delo, ki ga je bilo zanesljivo za več kot mesečno število delovnih ur, smo opravili zunaj rednega delovnega časa brez dodatnega plačila.

Za vabljenje opredeljenih žensk smo pripravili podatkovno zbirko, kljub temu da smo imeli za to na voljo le računalniške programe, ki se (žal še vedno) uporabljajo zgolj in samo za vnos podatkov za obračun in državno statistiko dejavnosti primarnega reprodukcijskega varstva žensk.

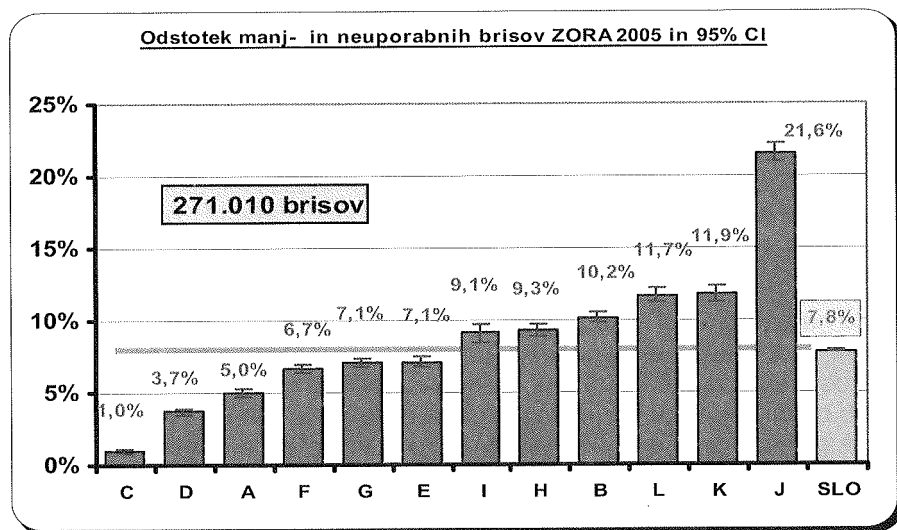
Pregledovanje kartotek je bilo precej zamudno in obsežno, saj je vsak ginekolog moral pregledati do 5000 kartotek svojih pacientk in se po oceni kliničnega izvida materničnega vratu, izvidov poprejšnjih testov PAP, morebitnega izvida kolposkopskega pregleda in po kvaliteti citopatološkega izvida ob upoštevanju *Priporočil za vabljenje žensk DP ZORA (7)* za vsako svojo pacientko odločiti, kdaj jo bo povabil na preventivni ginekološki pregled. Vse podatke je moral vnesti v računalniški program.

Tako na začetku kot v nadaljevanju DP ZORA je za vabljenje opredeljenih žensk zadolžen ginekolog: svojo pacientko, za katero mora vedeti, da ni bila na pregledu več kot tri leta, pisno povabi na pregled. Če se v šest mesecih ne odzove, ji pošlje novo povabilo. Ženske, ki nimajo izbranega osebnega ginekologa, pa dobijo vabilo iz koordinacijskega centra DP ZORA. Delež žensk, ki se na vabilo odzovejo, je v obeh skupinah približno enak (22 %). Najboljši je odziv žensk v mlajši starostni skupini (30–34 let), boljši v regiji Ljubljana, slabši pa v regijah Murska Sobota in Maribor.

Zaradi natančnega in vestnega dela ginekologov na primarni ravni se je v poteku organiziranega presejanja za odkrivanje RMV stopnja pregledanosti

žensk v ciljni skupini zvečala nad 70 %. Začetek DP ZORA je bil tudi spodbuda za veliko žensk, ki si dotlej še niso izbrale svojega ginekologa, da se »opredelile«. Ob enakem številu ginekoloških timov na primarni ravni, kot jih je bilo poprej, je to pomenilo tudi večjo in včasih preveliko obremenitev posameznega ginekologa. V Sloveniji potrebujemo večje število ginekoloških timov, reprodukcijskemu zdravstvenemu varstvu pa bi bilo treba nameniti tudi več denarja. Ginekologi smo in bomo še naprej opozarjali vse pristojne (Ministrstvo za zdravje, Zdravniško zbornico Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, Razširjeni strokovni kolegij za ginekologijo in porodništvo), da je strokovno dopustno zgornje število pacientk (»glavarina«) 4000 žensk na ginekološki tim, in ne 6500, kot je zapisano v *Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013* (8); tako veliko število bo prehudo skrajšalo čas, ki ga lahko namenimo posamezni pacientki. Po našem mnenju to pomeni strokovni hazard z nepredvidljivimi posledicami in negativnimi učinki.

Za učinkovito delovanje presejalnega programa za RMV je standardizirana dejavnost citopatoloških laboratorijev pomemben člen v celotnem procesu (9). Po letu 2004 se je število citopatoloških laboratorijev zmanjšalo, ker vsi niso zadostili merilom *Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za pregledovanje brisov materničnega vratu* (10). V letu 2007 pošilja izvide v Register ZORA 10 citopatoloških laboratorijev.



Slika 4. Odstotni delež manj uporabnih in neuporabnih brisov na posameznih pregledovalnih mestih (iz 11).

Kakovost BMV je osnovni pogoj za pravilno oceno sprememb na materničnem vratu. Z novo citološko napotnico se je spremenila poprejšnja terminologija citoloških sprememb; ostali sta le dve kategoriji – negativen in patološki izvid brisa. Citološki laboratorij pa bris oceni še kot »manj uporaben« in »neuporaben«.

Pri odvzemu brisa celic materničnega vratu ginekologi upoštevamo dogovorjena navodila za odvzem in fiksacijo brisov. Zato bi pričakovali, da bi bilo nihanje deleža uporabnih brisov majhno, vendar je manj uporabnih in neuporabnih brisov še vedno preveč. Število manj uporabnih in neuporabnih brisov se resda z leti manjša, vendar so razlike med posameznimi laboratoriji še prevelike.

Napačne ocene uporabnosti brisa in »dvomljivi« izvidi testa PAP brez potrebe večajo število ponovnih brisov, kar pa dodatno obremenjuje ginekologe, ženske in citološke laboratorije.

Register ZORA enkrat letno pošilja ginekologom pregled rezultatov registriranih brisov, in sicer ločeno po dispanzerjih/ambulantah. Tako lahko preverimo ujemanje rezultatov ZORA z lastno evidenco, svoje delo pa lahko primerjamo z delom drugih ginekologov.

Nekaterim dispanzerjem/ambulantam pošiljajo citopatološki laboratoriji podatke večkrat letno, kar omogoča tesnejše sodelovanje med ginekologom in citopatologom, boljše obravnavo v nejasnih primerih in s tem ustrezno in pravočasno zdravljenje. Tako bi se izognili napakam, kot so se zgodile pri rezultatih za leto 2006, saj so podatki na preglednicah, pripravljenih ločeno po ambulantah oziroma zdravnikih in primerjani s slovenskim povprečjem, odstopali od dejanskega števila odvzetih brisov.

Iz zapisa o izvidih kolposkopije v *Poročilu o rezultatih državnega programa ZORA v letih 2006 in 2007* (5) ginekologi ugotavljamo, da na podlagi zbranih podatkov samo iz citološke napotnice ni mogoče ocenjevati kakovosti kolposkopske preiskave, saj za oceno kakovosti dela pri odkrivanju predrakavih sprememb materničnega vratu veljajo drugačna merila in standardi. Standardi kakovosti kolposkopske preiskave vključujejo čakalno dobo za prvi pregled v primeru patološkega brisa, kakovost biopsije glede na patohistološki izvid, odstotni delež CIN v patohistološkem izvidu biopsije, zanesljivost kolposkopista, odstotni delež žensk, ki ne pridejo v kolposkopski center v določenem časovnem obdobju... Žal so v Sloveniji podatki za kakovostno kolposkopijo dostopni le za posamezne ustanove.

Kako postopamo pri ženskah s patološkimi spremembami materničnega vratu?

Kadar je izvid brisa patološki, ginekologi povabimo žensko na diagnostično obravnavo, ki jo določimo glede na stopnjo patoloških sprememb, glede na pacientkino starost, klinične dejavnike in trajanje patoloških sprememb v BMV. Slovenski presejalni program ima pred drugimi bistveno prednost, saj ob odvzemu BMV omogoča kolposkopijo in biopsijo hkrati in na istem mestu, kar je zagotovo večji standard, kot ga zagotavlja večina tujih organiziranih presejalnih programov. To je ugodno tako za pacientke kot za ginekologe, saj zagotavlja kakovostno obravnavo v precej krajšem času, kar je danes tudi zelo pomembno.

Nekateri zagovarjajo stališče, naj bodo kolposkopija in diagnostični postopki skoncentrirani v večjih centrih. To bi obravnavo močno zapletlo (vse ženske ne stanujejo blizu bolnišnic), stopnja pregledanosti bi zanesljivo padla.

V letu 2006 je bilo pri 220.820 ženskah odvzetih in pregledanih 245.416 BMV. Na presejalnem pregledu je bilo 176.663 žensk (80 %), druge so prišle na kontrolni pregled ali pa so imele klinične težave (5).

Po podatkih Registra raka za Slovenijo se incidenca RMV postopno zmanjšuje (3). Leta 2006 je bilo v Sloveniji registriranih 153 primerov invazijskega raka, kar je gotovo posledica dobrega in kakovostnega dela ginekologov na primarni ravni in izvajanja programa ZORA. Med mlajšimi od 50 let prevladujejo začetne oblike invazijskega raka, med starejšimi pa višji stadiji. Med ženskami, ki so zbolele za RMV, je skoraj tri četrtine takih, ki niso bile na presejalnem pregledu več kot tri leta.

ZAKLJUČEK

Rak materničnega vratu je ena redkih rakavih bolezni, ki jo je mogoče preprečiti s pravočasnim odkrivanjem in zdravljenjem predrakavih sprememb na materničnem vratu. Po izkušnjah razvitih evropskih držav lahko dobro organizirani presejalni program za raka materničnega vratu zmanjša število novih primerov bolezni za 80 %.

Ginekologi v reprodukcijskem zdravstvenem varstvu žensk na primarni ravni smo pomemben člen v verigi presejanja za raka materničnega vratu, ker smo dobro organizirani, strokovni, povezani in ker smo s svojimi opredeljenimi ženskami v dobrem, zaupljivem odnosu.

Leta 2002 je Ministrstvo za zdravje izdalo *Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva žensk na primarni ravni*, kar je pomenilo korak k uvedbi državnega programa Zgodnjega Odkrivanja predRAKavih sprememb (ZORA).

Za uspešno presejanje je pomemben prav vsak člen verige; zagotoviti je treba kar najboljšo organiziranost zdravstvene službe, računalniško podprt sistem zapisovanja in obdelave podatkov, novitost ginekološkega pregleda z odvzemom brisa, citološkega pregleda brisa, enotna merila za histološko diagnozo in terapijo (pred)rakavih sprememb ter stalno nadzorovanje in zagotavljanje kakovosti vsakega od členov.

Po podatkih Registra raka za Slovenijo se incidenca raka materničnega vratu postopno zmanjšuje. K temu zanesljivo prispeva v sklopu z ostalimi členi programa ZORA tudi dobro delo ginekologov na primarni ravni.

LITERATURA

1. Stewart BW, Kleihues P, editors. World cancer report. Lyon: IARC Press, 2003.
2. Karsa L, et al. Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First report, 2008.
3. Incidenca raka v Sloveniji – Cancer incidence in Slovenia. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana. Letna poročila do 2008.
4. Primic Žakelj M, Zadnik V, Žagar T. Epidemiološki podatki o raku materničnega vratu v Sloveniji. 50 let laboratorija za ginekološko citologijo v Mariboru. 2005; 151–60.
5. Primic Žakelj M, Pogačnik A, Uršič Vrščaj M. Poročilo o rezultatih državnega programa ZORA v letih 2006 in 2007. Ljubljana, Onkološki inštitut, 2008.
6. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ur. I RS 2002; (117): 14123–6.
7. Strokovna priporočila za vabljenje za ginekologa že opredeljenih žensk v fazi zagona DP ZORA. Register ZORA, Onkološki inštitut, 2003.
8. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 "Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev" (ReNPZV) Ur. I. RS, št. 72/2008 (47/2008 popr.)
9. Pogačnik A. Pomen kakovosti pri delovanju citoloških laboratorijev za učinkovito presejanje. Radiol Oncol 2006; 40 (Suppl 1): S149–51.
10. Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za pregledovanje brisov materničnega vratu. Ur. I RS 2004; 128: 15312–3.
11. Žabkar J, Vrabič-Dežman L. ZORA – analiza uspešnosti. Zbornik predavanj, Portorož 2005.