

CANCERUL DE COL UTERIN

Traseul pacientului cu cancer de col uterin

*CENTER FOR HEALTH OUTCOMES & EVALUATION
2021*

METODOLOGIE

Traseul pacientei cu cancer de col uterin

Surse de date utilizate:

- Seturi de date individuale anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent cancer de col uterin pentru codul diagnostic C53.x externate în decursul anului 2019
- Epicrize anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent cancer de col uterin pentru codul diagnostic C53.x externate în decursul anului 2019
- Input colectat de la actori relevanți implicați în procesul de diagnostic, tratament și monitorizare a pacienților cu cancer de col uterin
- Modele de bună practică utilizate la nivel internațional pentru traseul pacientului cu cancer de col uterin

Nicio unitate sanitară privată care este implicată în managementul pacientului cu cancer de col uterin nu a răspuns solicitării. Astfel, a fost constituit un eșantion aleator pe baza seturilor de date primite de la unitățile sanitare publice pentru a surprinde o imagine cât mai aproape de realitatea managementului pacientului cu cancer de col uterin în România. Chiar dacă epicriza pacientului cu cancer de col uterin conține informații esențiale pentru stabilirea traseului pacientului cu cancer de col uterin, modalitatea variabilă de completare a acestui document medical limitează într-o anumită măsură validitatea și comparabilitatea informației deținute.

TRASEUL PACIENTEI CU CANCER DE COL UTERIN ÎN ROMÂNIA

Până în prezent nu este reglementat un traseu cadru al pacientului oncologic pentru nicio patologie specifică, astfel încât există prezumția că din cauza variabilității accesului și a distribuției resurselor materiale și umane necesare diagnosticării, tratării și monitorizării pacientelor cu cancer de col uterin, impactul negativ în supraviețuire și calitatea vieții acestor paciente este important.

Principalele probleme asociate lipsei unui traseu specific pentru pacientele cu cancer de col uterin sunt următoarele:

- Fragmentarea serviciilor oferite (*servicii indisponibile sau greu accesibile, servicii disponibile dar nu în aceeași unitate sanitară, același centru medical, aceeași localitate sau județ, lipsa unui sistem informațional unic care să gestioneze dosarul pacientului*)
- Timpii de așteptare ridicați (*resurse materiale și umane reduse, tarife necorespunzătoare asociate anumitor servicii în pachetul de servicii, fonduri publice limitate*)
- Abordarea dezechilibrată a principalelor piloni de îngrijire a cancerului (*prevenție primară și depistare precoce, diagnostic, tratament, monitorizare, paleație/reinserție socială*).

Primul pas efectuat în vederea realizării traseului pacientei cu cancer de col uterin a fost realizarea unei analize retrospective pe un eșantion aleator reprezentativ de episoade de spitalizare din unitățile sanitare cu cele mai frecvente cazuri de cancer de col uterin spitalizate în anul 2019.

Stadializarea pacientelor din eșantionul selectat a fost următoarea:

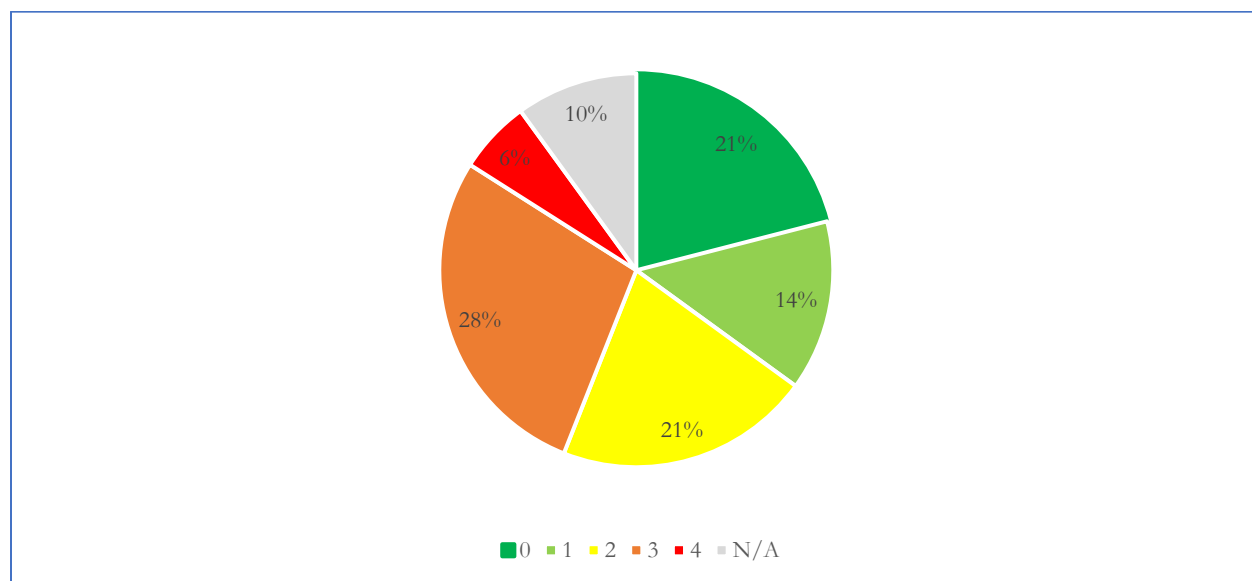
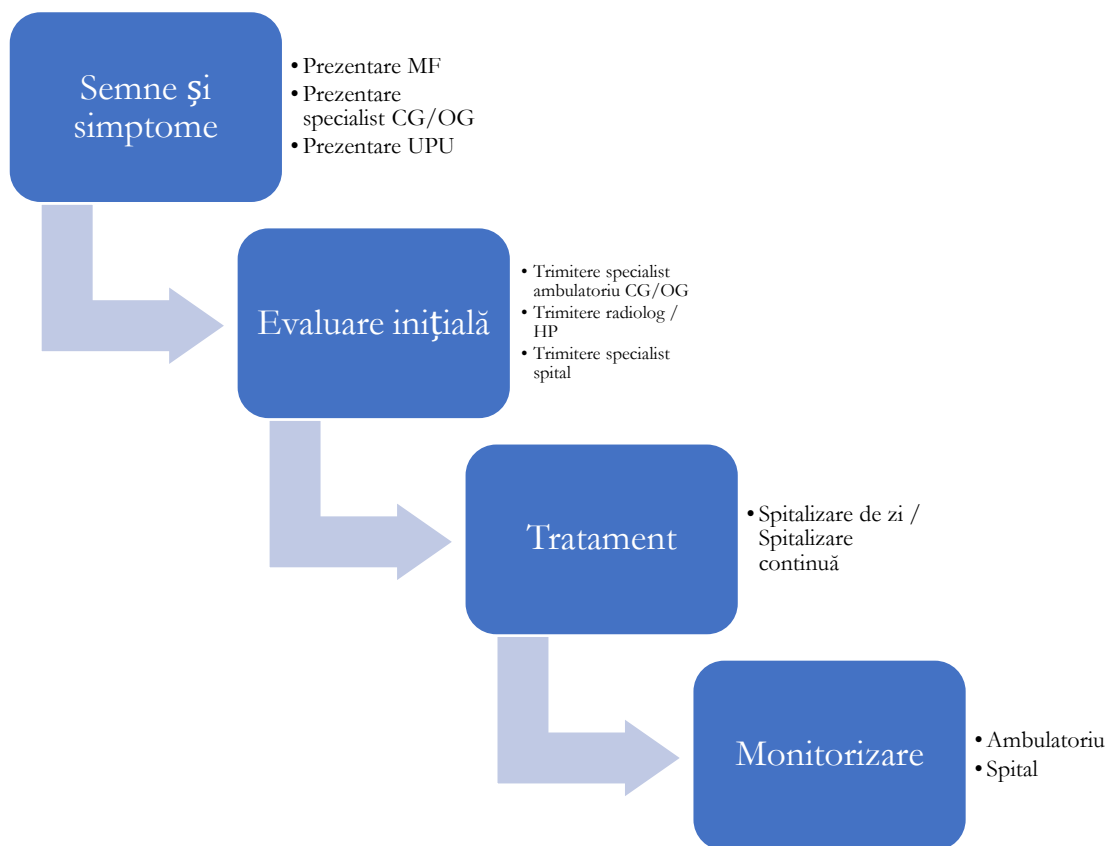


Fig. 25. Distribuția cancerului de col uterin pe stadii (*eșantion 2019*)

Marea majoritate a cancerelor de col uterin din eșantionul selectat se găsesc în stadiul 3 (28%), procente egale se găsesc în stadiile 0 și 2, și un număr mic de cazuri se găsesc în stadiul 4. Această “imagine” corespunde într-o mare măsură datelor referitoare la stadializarea cancerului de col uterin din Registrul Regional de Cancer Nord Vest. Durata medie de observare a fost de 3.5 ani, iar durata mediană 1.9 ani. Cea mai veche pacientă din eșantion are 9.1 de ani de la diagnostic iar cea mai recentă pacientă are aproximativ 1.7 luni de la diagnostic.

În România, schema de furnizare a serviciilor de sănătate este următoarea:



Această schemă reprezintă traseul ideal al unui pacient asigurat care are o problemă de sănătate și nudescrie obstacolele / timpii de așteptare / distanța parcursă sau lipsa unei proceduri de diagnostic și /sau tratament în traseul de îngrijire specific pentru afecțiunea respectivă.

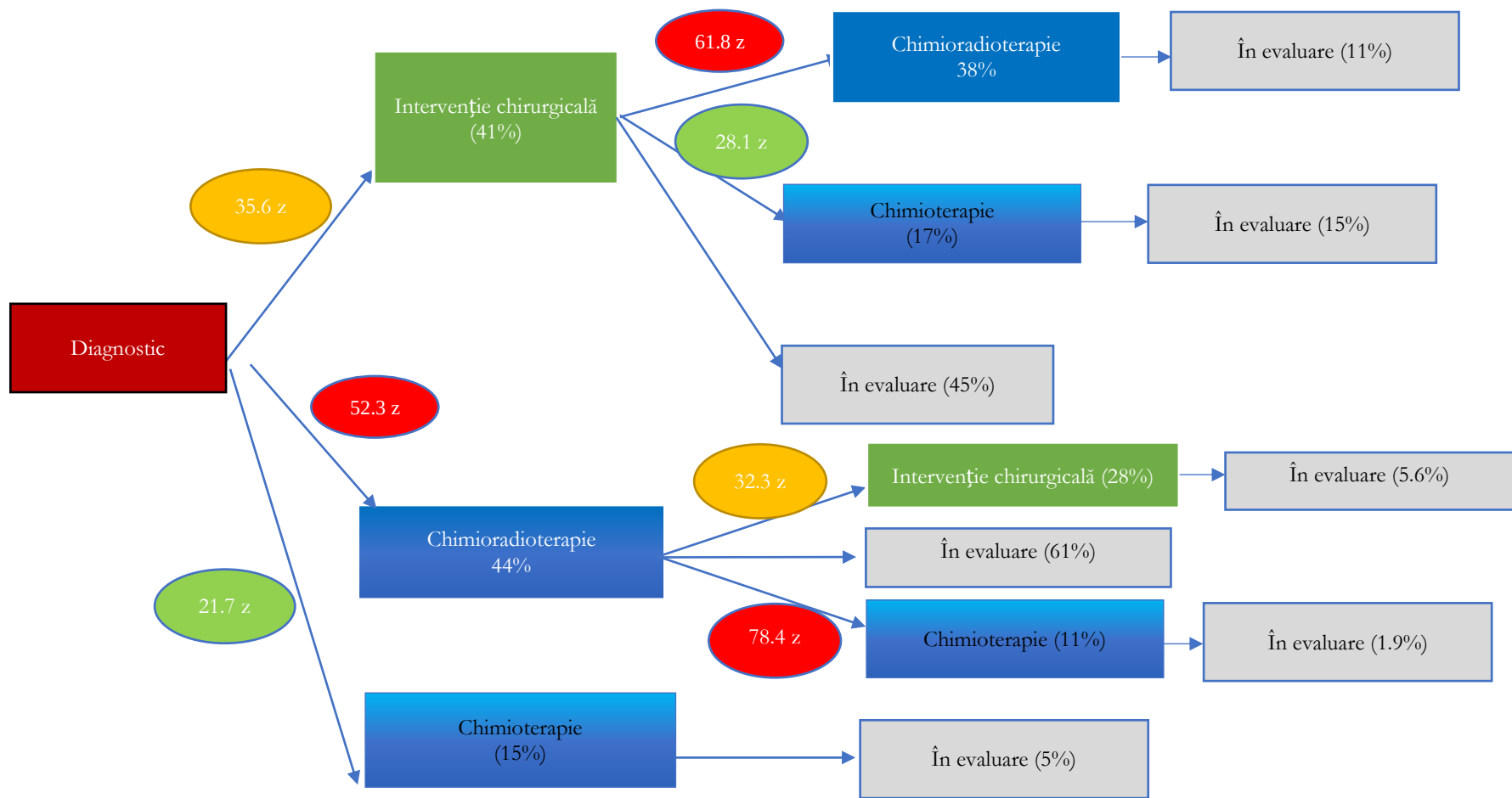
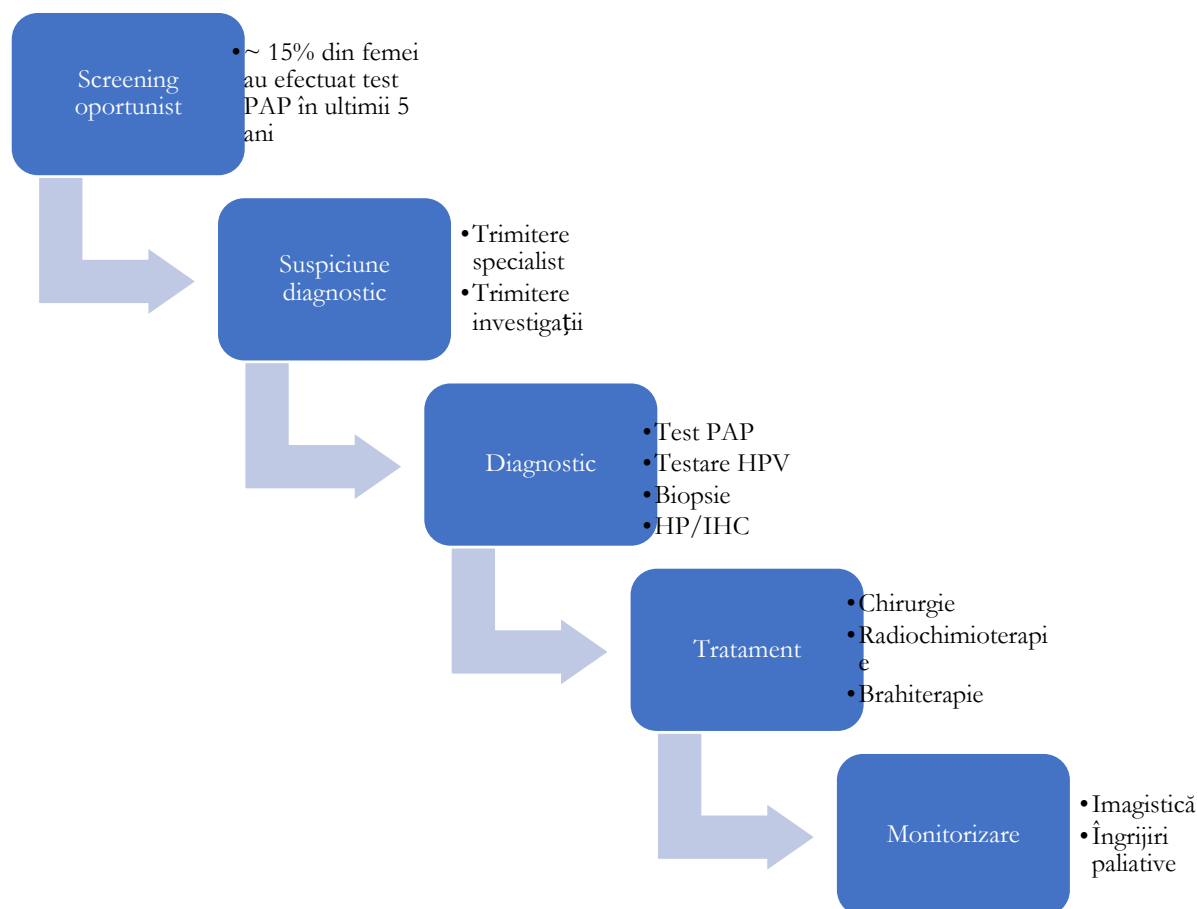


Fig. 25 Traseul pacienților cu cancer de col uterin

În România traseul persoanei cu suspiciune de cancer de col uterin / traseul persoanei cu cancer de col uterin are

următorii pași:



Pentru fiecare din pașii identificați în traseul optim al unei patologii oncologice sunt prezentate disponibilitatea, oportunitățile și constrângerile acestor opțiuni terapeutice în context românesc.

❖ Prevenție

În prezent în România există disponibilitate limitată pentru imunizarea împotriva HPV pentru fetele cu vârsta cuprinsă între 10-14 ani dar cu solicitări mai mari decât disponibilitatea până în prezent

❖ Screening / Simptomatologie

În prezent, în România, se derulează Programul Național de Screening pentru cancerul de col uterin și care constă în efectuarea testului Babeș Papanicolau (PAP) o dată la cinci ani dar prezentarea la screening este variabilă la nivel local (*rețele de screening constituite la nivel județean*) și nu depășește 20% la a doua rundă de screening.

De asemenea, în România, se derulează în prezent un program de screening populațional organizat pentru cancer de col uterin cu testare combinată HPV și PAP, în regiunile Centru, Nord Est, Nord Vest, Muntenia Sud, pentru un număr de 680.000 femei cu vârstă cuprinsă între 25-64 ani;

În paralel, furnizorii de servicii agreeți de teste PAP pot oferi în cadrul pachetului de servicii medicale ambulatorii procedura de screening pentru cancerul de col uterin pentru același grup populațional, dar adresabilitatea la acest tip de procedură este relativ redusă. Medicul de familie poate elibera bilet de trimitere pentru examinare ginecologică femeilor asigurate eligibile pentru screening sau celor care au simptomatologie specifică colului uterin;

Procentul femeilor care nu au o simptomatologie specifică col uterinului și merg din proprie inițiativă sau la recomandarea unui medic la o examinare ginecologică cu testare PAP și eventual colposcopie este destul de mic în România, până în prezent, mai puțin de 15% din femeile adulte cu vârsta de 20-74 de ani, preponderent din mediul urban, declarând că au efectuat o examinare PAP în ultimii cinci ani, așa cum se arată în anchetele stării de sănătate efectuate de către Institutul Național de Statistică. Proporția acestora este variabilă pe regiuni de dezvoltare fiind în relație directă cu urbanizarea, infrastructura medicală disponibilă și nivelul de educație al femeilor interviewate;

Disponibilitatea echipamentelor pentru screeningul cancerului de col uterin este variabilă la nivel național, dar în ultima perioadă s-a observat o creștere a numărului de echipamente de testare HPV achiziționate cât și a echipamentelor de tratament a leziunilor pre-canceroase.

Disponibilitatea personalului pentru screeningul cancerului de col uterin este redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de screening este deficitară la nivel regional și național;

În prezent nu există un registru de screening, iar după examinare, de cele mai multe ori, femeile fie nu sunt îndrumate corespunzător, fie sunt îndrumate pentru efectuarea unor servicii medicale complementare inutile, sau furnizării unei a doua opinii, acest lucru întâmplându-se deoarece nu există rețele medicale specifice pentru patologia col uterinului iar serviciile oferite sunt punctuale și fragmentate, cu foarte mici excepții (Institutele Regionale de Oncologie);

Timpii de așteptare pentru procedura de screening oportunist sunt variabili și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni.

❖ Diagnostic

Procedura diagnostică pentru cancerul de col uterin presupune test PAP, test HPV, colposcopie și biopsie a formațiunii tumorale suspecte. Această procedură se poate efectua complet în toate centrele medicale universitare și în o parte din centrele medicale județene. Nu sunt însă singulare cazurile în care femeia a fost examinată ginecologic într-o unitate publică sau privată și trebuie să efectueze biopsia într-o altă unitate sanitară, de cele mai multe ori într-o altă localitate decât cea de domiciliu;

Disponibilitatea personalului specializat pentru diagnosticul cancerului de col uterin este redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de diagnostic este deficitară la nivel regional și național.

Timpii de așteptare pentru procedurile diagnostice sunt variabile și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni.

O problemă aparte este disponibilitatea redusă a examinării histopatologice și imunohistochimice în unitățile publice, fapt pentru care pacienta, de cele mai multe ori, trebuie să efectueze analize suplimentare ale piesei de biopsie la un centru privat de diagnostic histopatologic pentru care plata se efectuează din veniturile pacientei;

La momentul stabilirii diagnosticului pacienta este eligibilă să intre în Programul Național de Oncologie, iar în cazul în care nu este asigurată, dacă nu are mijloace de întreținere devine asigurată pe perioada bolii. De asemenea, în acest moment, datele pacientei trebuie introduse în Registrul Populațional de Cancer și un tumor board trebuie să stabilească opțiunile cele mai adecvate de tratament, fapt care în practică nu este disponibil decât punctual, în câteva centre la nivel național;

Lipsa navigatorului de pacienți și a managerului de caz contribuie și ea la creșterea timpului de așteptare pentru investigații diagnostice și dublarea unora dintre acestea;

Din analiza epicrizelor pacientelor din eșantionul selectat nu se poate estima cu exactitate tipul investigațiilor diagnostice efectuate și intervalul dintre aceste investigații. Astfel, data diagnosticului a fost considerată data rezultatului histopatologic, dar investigațiile preliminare pot fi efectuate în decursul ultimilor 30 de zile de la data diagnosticului sau mai mult. Există o variabilitate ridicată a duratei programărilor pentru investigații suplimentare (puncție) și a prelucrării probelor histopatologice.

❖ **Tratament**

Din datele analizate, durata medie până la prima intervenție terapeutică (*chirurgie, radiochimioterapie, brabiterapie, chimioterapie*) depășește 31 de zile, iar secvența ulterioară de tratament după intervenția chirurgicală are un timp de așteptare extrem de ridicat (*în medie peste 60 zile*) în special pentru radiochimioterapie (*radiochimioterapie, brabiterapie*).

Având în vedere faptul că marea majoritate a pacientelor cu cancer de col uterin sunt descoperite în stadii incipiente și medii de boală, de multe ori prima opțiune de tratament este tratamentul fie tratamentul chirurgical oferit într-o clinică de obstetrică-ginecologie fie cel radiochimioterapic oferit într-o clinică de oncologie medicală; pacientele au opțiunea efectuării acestui tratament într-o unitate publică sau privată care poate fi disponibil în localitatea de domiciliu sau la distanță față de aceasta;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de tratament chimioterapic / hormonal este deficitară la nivel regional și național;

Accesul la medicamente specifice este, de asemenea, variabil, pe de o parte din cauza sincopelor în aprovizionarea cu medicamente esențiale pentru tratament, iar pe de altă parte datorită accesului selectiv la medicamente inovative pentru stadiile avansate pentru care și finanțarea poate fi problematică;

Opțiunile chirurgicale nu sunt la fel de extinse la nivel național; în afara Institutelor Regionale de Oncologie, chirurgia cancerului de col uterin se efectuează într-o varietate de clinici chirurgicale, ginecologice sau de chirurgie generală dar nu se cunoaște cu exactitate câte din aceste operații sunt efectuate ca și intervenții chirurgicale oncologice. Prezentarea unui număr relativ important de femei la medicul oncolog cu intervenții chirurgicale ale col uterinului care nu sunt efectuate oncologic (marginii de rezecție care nu sunt libere de ex.) este relativ frecventă;

Disponibilitatea personalului pentru chirurgia oncologică a colului uterin este redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii chirurgicale este deficitară la nivel regional și național;

Timpii de așteptare pentru procedura chirurgicală sunt variabili și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni (*în medie 35 zile*);

Timpii de așteptare pentru radiochimioterapie sunt variabili și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni (*în medie între 50 – 65 zile în funcție de momentul intervenției terapeutice*);

Accesul la servicii de radioterapie, chiar dacă a crescut semnificativ în anumite centre universitare mari, este încă o problemă semnificativă pentru o parte importantă dintre pacienții care au nevoie de această procedură de tratament;

Disponibilitatea personalului pentru radioterapie, în special a personalului tehnic (fizicieni medicali), este foarte redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de radioterapie este deficitară la nivel regional și național;

Timpii de așteptare pentru brahiterapie sunt variabili și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni (*în medie, între 35 – 75 zile în funcție de momentul intervenției terapeutice*).

❖ Monitorizare / Îngrijiri paliative

Monitorizarea pacienților cu cancer de col uterin este variabilă la nivel național și se efectuează la intervale diferite și cu proceduri diferite în diferite centre oncologice din țară; Există o tendință de supra-prescriere a investigațiilor de monitorizare suplimentare care nu au relevanță clinică dar care au impact negativ în costuri pentru sistemul de sănătate și posibil în statusul fizic (*ex. iradiere suplimentară*) și psihologic (*ex. teamă*) al pacienților;

Disponibilitatea investigațiilor de monitorizare imagistice este variabilă iar calitatea acestora în special pentru monitorizarea pacienților în stadiu metastatic lasă de dorit în lipsa implementării unor criterii standardizate de interpretare imagistică;

Serviciile de paleație sunt extrem de deficitare la nivel național mai ales în afara spitalelor publice, iar calitatea vieții pacienților în stadiu terminal este nesatisfăcătoare deoarece nu sunt implementate protocoale standardizate de terapia durerii și asistență a pacientului terminal.

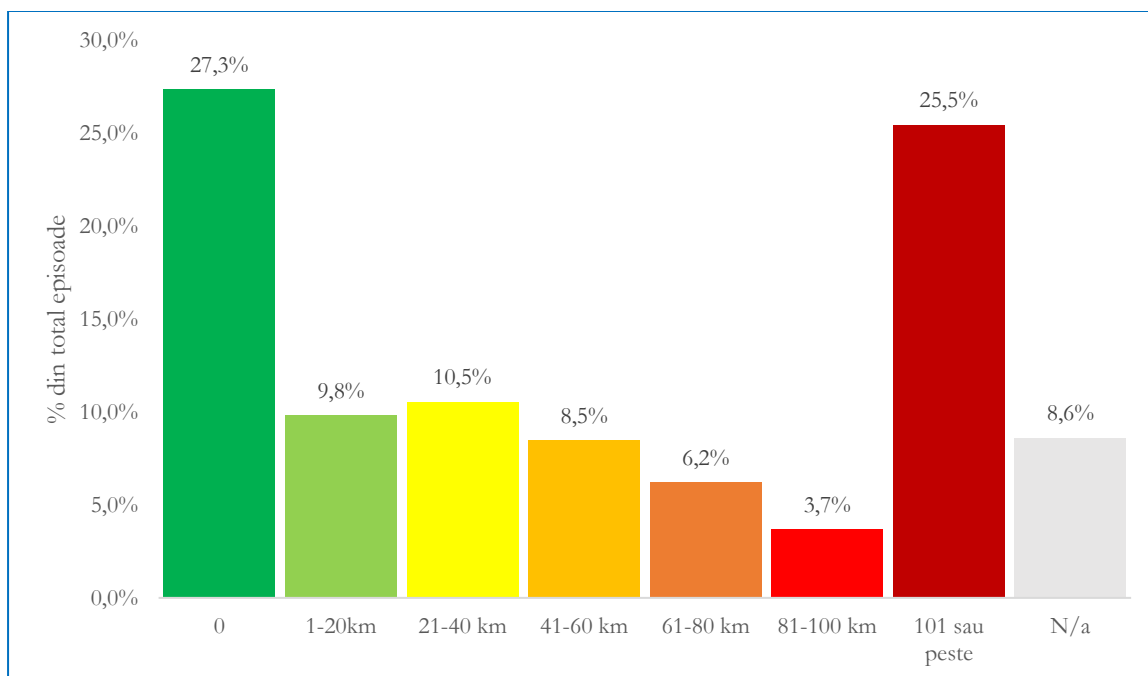


Fig. 26 Distribuția episoadelor de spitalizare în funcție de distanța parcursă pentru a diagnostica / trata un caz de cancer de col uterin

În 2019 distanța medie parcursă a fost de 70,3 de km, iar distanța mediană a fost de 37 km.

Puțin peste un sfert din episoadele de spitalizare au distanțe parcurse de pacienți, de peste 100 km. Această pondere este cel mai probabil reprezentată de cazurile care vin din diverse localități din județe limitrofe sau din alte regiuni pentru a fi tratate în centrele universitare Cluj-Napoca, București, Iași sau Timișoara.

TRASEUL OPTIM AL POPULAȚIEI FEMININE ELIGIBILE PENTRU SCREENING ȘI AL PACIENTEI CU CANCER DE COL UTERIN

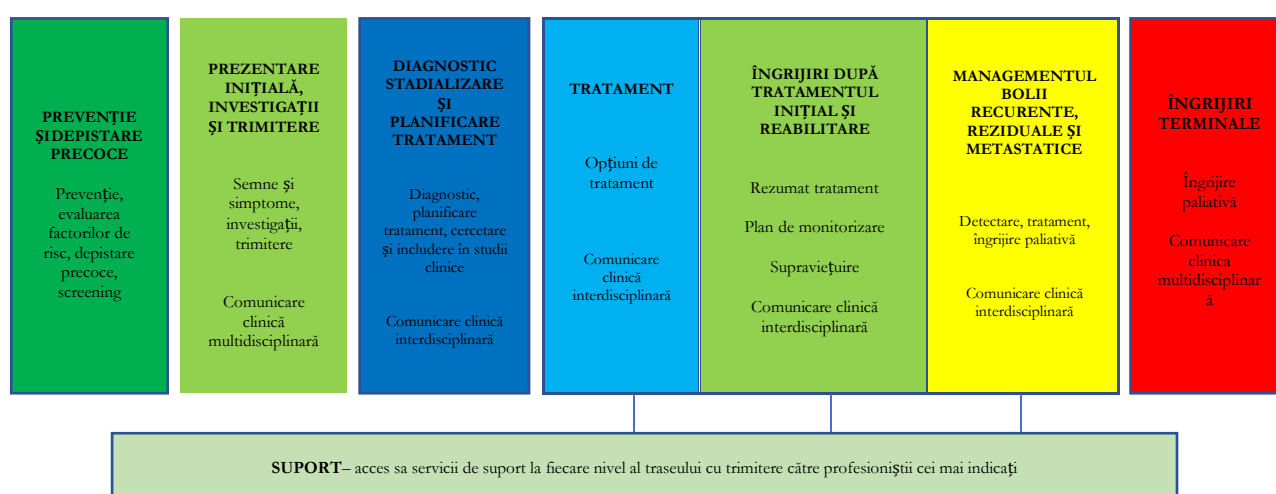
Scopul traseului optim de îngrijire a cancerului de col uterin are în vedere îmbunătățirea rezultatelor pacienților, prin facilitarea unei îngrijiri consistente, sigure, de înaltă calitate și bazată pe dovezile cele mai actuale referitoare la managementul cancerului de col uterin.

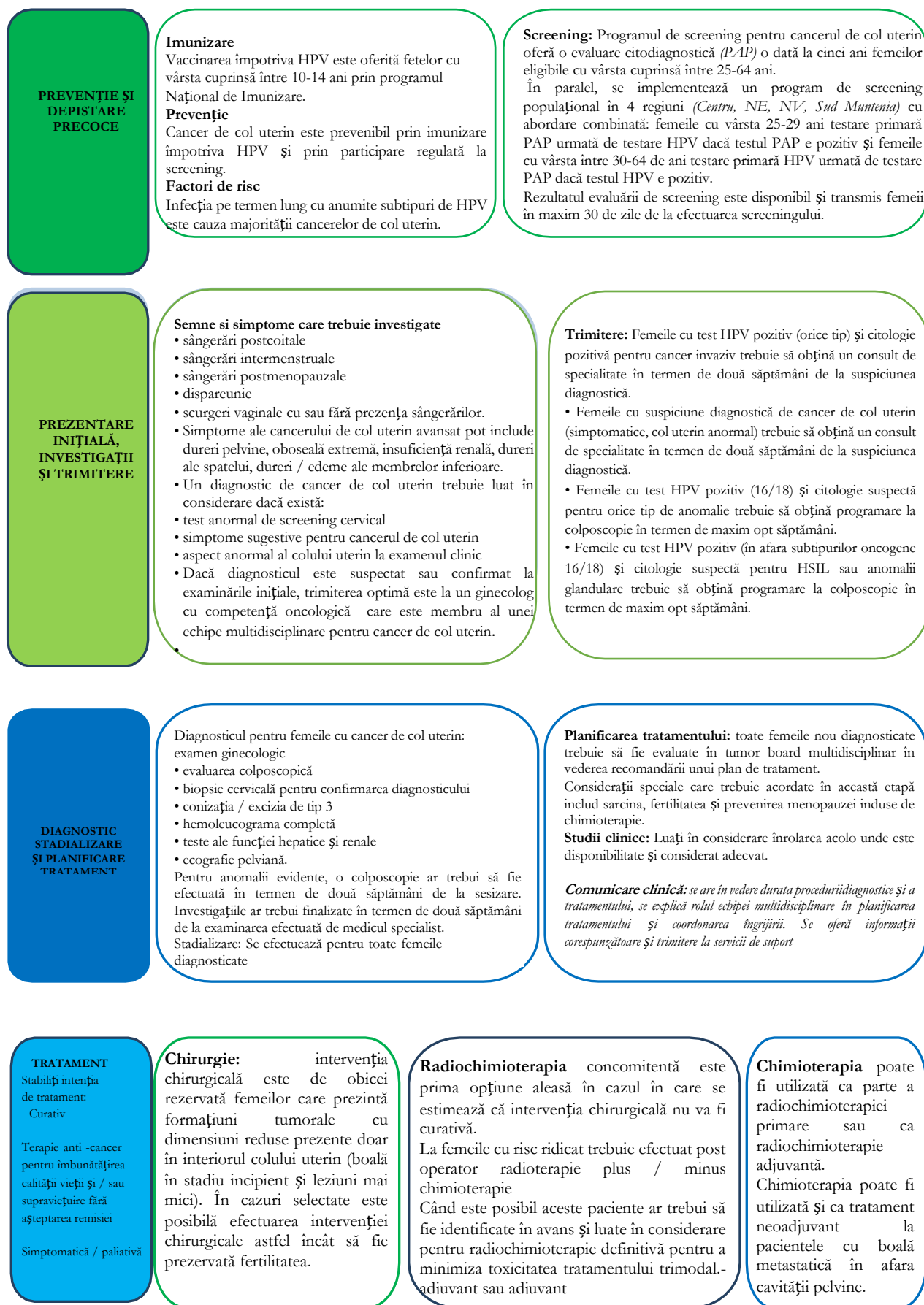
Principiile care au stat la baza dezvoltării traseului optim de îngrijire a cancerului de col uterin sunt următoarele:

- Îngrijiri centrate pe pacient (*respect, responsivitate, preferințe, nevoi și valori ale pacientelor*);
- Îngrijiri sigure și de calitate (*furnizate de profesioniști instruiți corespunzător în unități sanitare care au*

echipamentul și personalul adecvat pentru furnizarea acestora);

- Îngrijiri multidisciplinare (activități integrate furnizate de echipe medicale și servicii conexe și care iau în considerare toate opțiunile de tratament și dezvoltă împreună un plan de îngrijiri și tratament personalizat pentru fiecare pacientă);
- Îngrijiri de suport (servicii generale sau specializate care pot fi solicitate de către pacientele cu cancer de col uterin);
- Coordonarea îngrijirii (abordare comprehensivă prin care se realizează continuarea îngrijirii pentru pacientele cu cancer de col uterin);
- Comunicare
- Cercetare și studii clinice (oportunitățile de participare trebuie prezentate pacientelor în orice punct al traseului de îngrijire).





Comunicare clinică

- discutați cu pacienta despre opțiunile de tratament, inclusiv intenția tratamentului și rezultatele preconizate
- comunicați planul de tratament al pacientei medicului de familie

ÎNGRIJIRI DUPĂ TRATAMENTUL INIȚIAL ȘI REABILITARE

Supraviețuitoarelor de cancer li se vor furniza următoarele informații care să le ghideze după tratamentul inițial

Rezumatul tratamentului (furnizați o copie a documentului medical pacientei și medicul de familie) conținând:

teste diagnostice efectuate și rezultate
caracteristicile tumorii

tipul și data tratamentului (tratamentelor)

- intervenții și planuri de tratament din partea celorlalți specialiști în sănătate
- servicii de sprijin oferite
- informații de contact pentru principalii furnizorii de servicii medicale pentru cancerul de col uterin.

Planul de îngrijire de urmărire (furnizați o copie pacientei și medicului de familie) conținând:

- Monitorizarea medicală necesară (teste, supraveghere)
- planuri de îngrijire pentru gestionarea efectelor tardive ale tratamentului
- un proces de re-admitere rapidă la serviciile medicale specializate pentru apariția recăderilor.

Comunicare clinică:

- explicați pacientei rezumatul tratamentului și planul de monitorizare / îngrijire
- informați pacienta despre prevenția secundară și un stil de viață sănătos
- discutați planul de monitorizare / îngrijire cu MF

MANAGEMENTUL BOLII REZIDUALE RECIDIVELOR ȘI BOLII METASTATICE

Detectare: unele cazuri de recidivă vor fi detectate prin monitorizarea de rutină la femeile asimptomatice. Unele cazuri de boală metastatică va fi detectate în același timp cu prezentarea pentru cancerul de col uterin primar inițial (boala metastatică „de novo”).

Tratament: când este posibil trimiteți pacienta la femeia la consult la echipa multidisciplinară inițială. Tratamentul va ține cont de locație, extinderea recurenței, managementul clinic anterior al bolii și managementul și preferințele femeii.

Îngrijirea paliativă: Luați în considerare recomandarea și trimiterea la îngrijire paliativă. Asigurați-vă că există un plan de îngrijiri terminale.

Comunicare clinică:

- explicați pacientei opțiunile de tratament, rezultatele așteptate și reacții adverse
- inițiați o discuție cu privire la planificarea îngrijirilor terminale dacă este cazul.

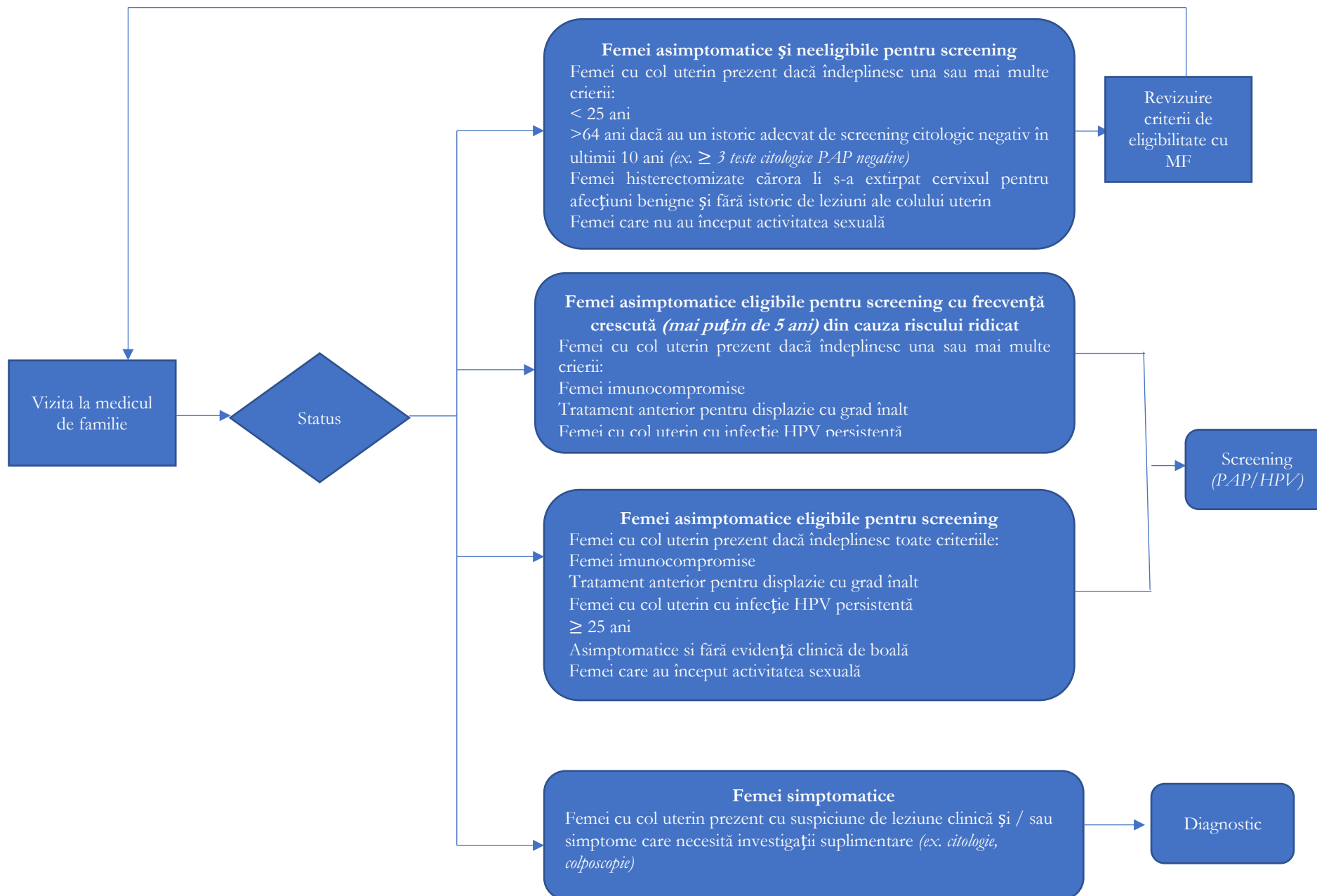
ÎNGRIJIRI TERMINALE

Îngrijirea terminală: Luați în considerare recomandarea și trimiterea la îngrijire paliativă. Asigurați-vă că există un plan de îngrijiri terminale.

Comunicare clinică:

- discutați deschis cu privire la prognostic despre opțiunile de îngrijire paliativă cu pacienta și familia acesteia
- stabiliți planuri de tranziție pentru a vă asigura că nevoile și obiectivele femeii sunt abordate corespunzător

ELIGIBILITATE SCREENING CANCER DE COL UTERIN



SCREENING (PAP/HPV)

REZULTATE CITOLOGIE

ASCUS (*Celule scuamoase atipice cu semnificație*)
ASC-H (*celule scuamoase atipice care nu pot exclude HSIL*)
AGC (*celule glandulare atipice*)
Celule endocervicale atipice
Celule endometriale atipice
HSIL (*leziune intraepitelială scuamoasă de grad înalt*)
LSIL (*leziune intraepitelială scuamoasă de grad scăzut*)
NILM (*negativ pentru leziune intraepitelială sau malignă*)
Carcinom Scuamos
Carcinom Adenoscuamos
Adenocarcinom
Alte cancere

Eligibilitate PAP/HPV

Test PAP
anual
pentru
femei la
risc
înalt

Test PAP
odată la 5
ani pentru
femeile
30-64 ani
la risc
mediu

Eligibilitate HPV

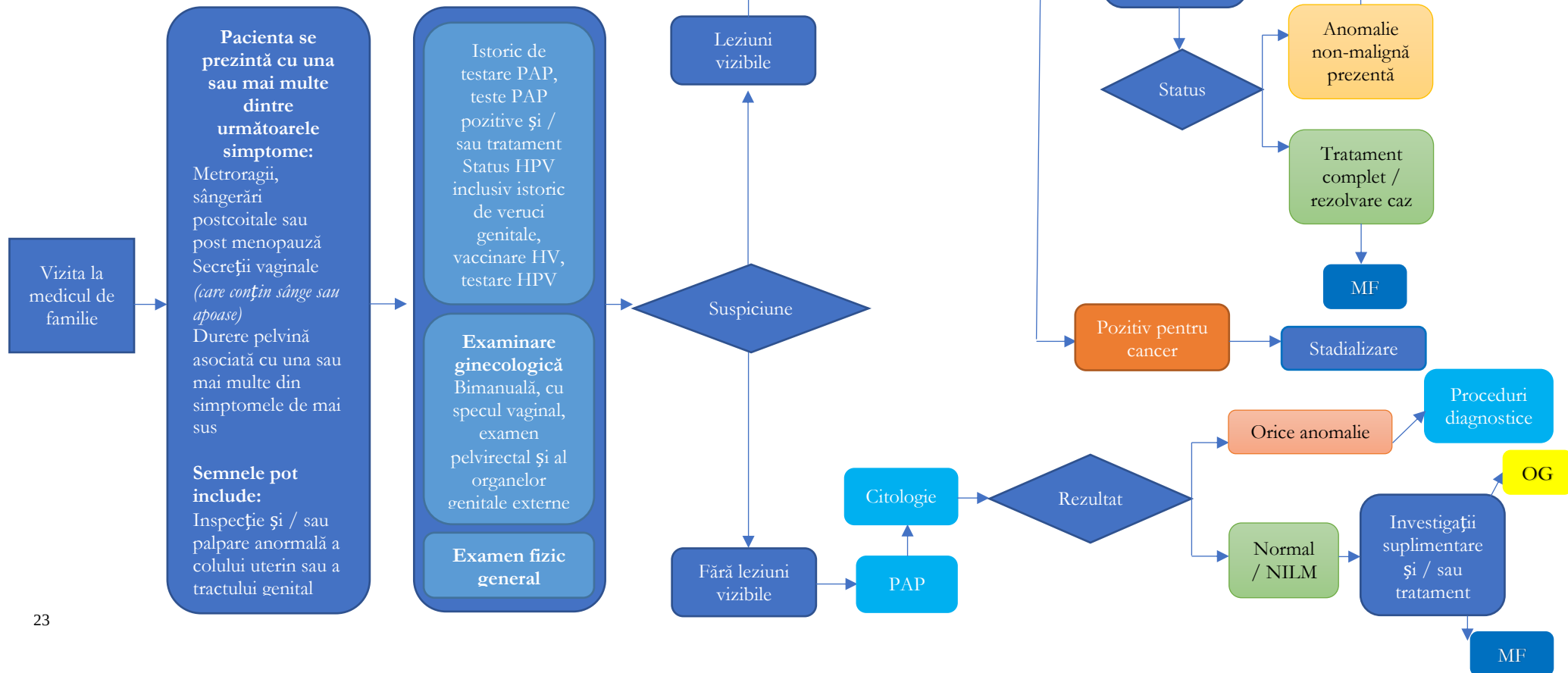
Test HPV
pentru
femeile
25-29 ani
la risc
mediu



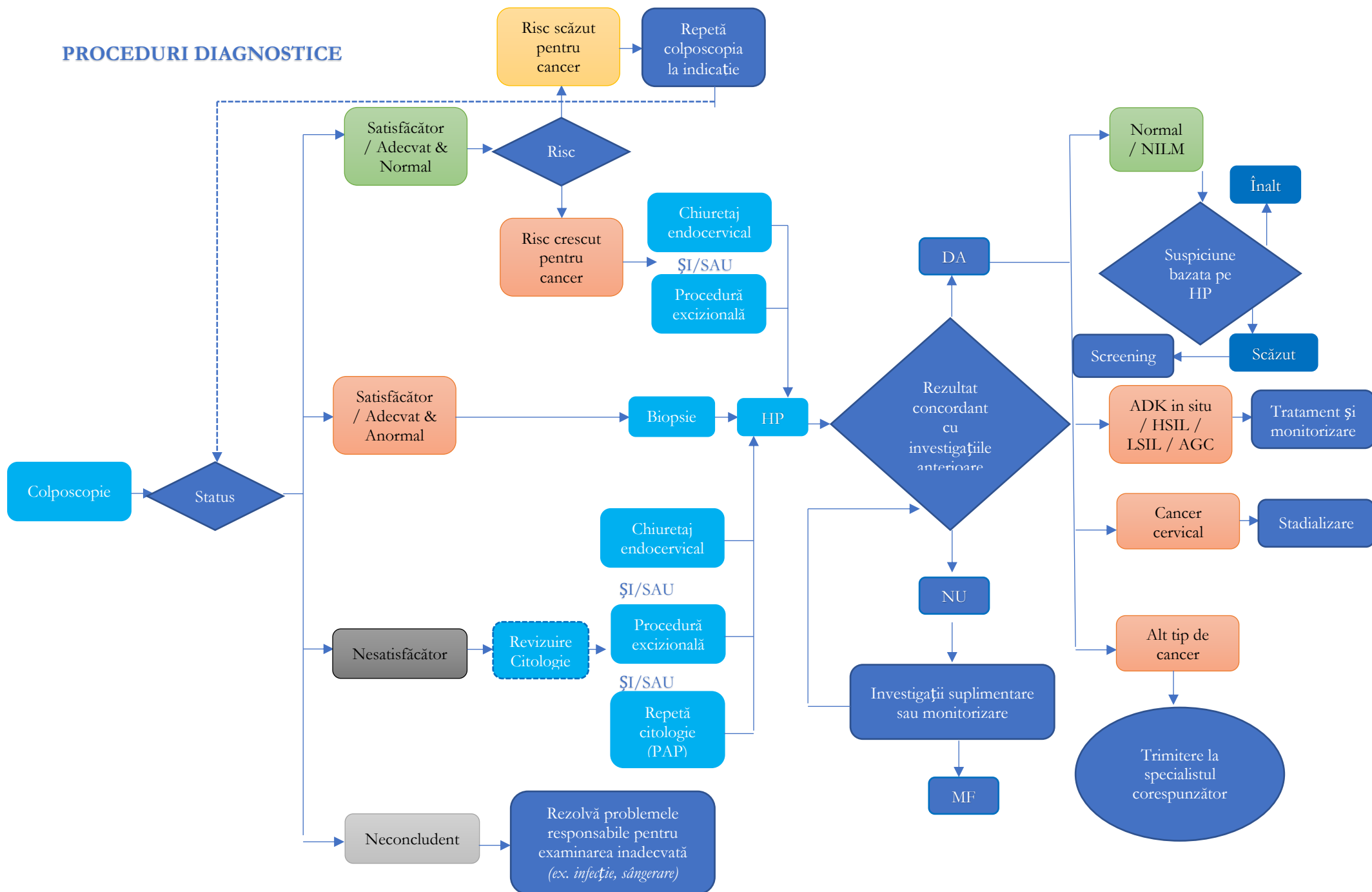
PREZENTARE ÎNȚIALĂ

REZULTATE CITOLOGIE

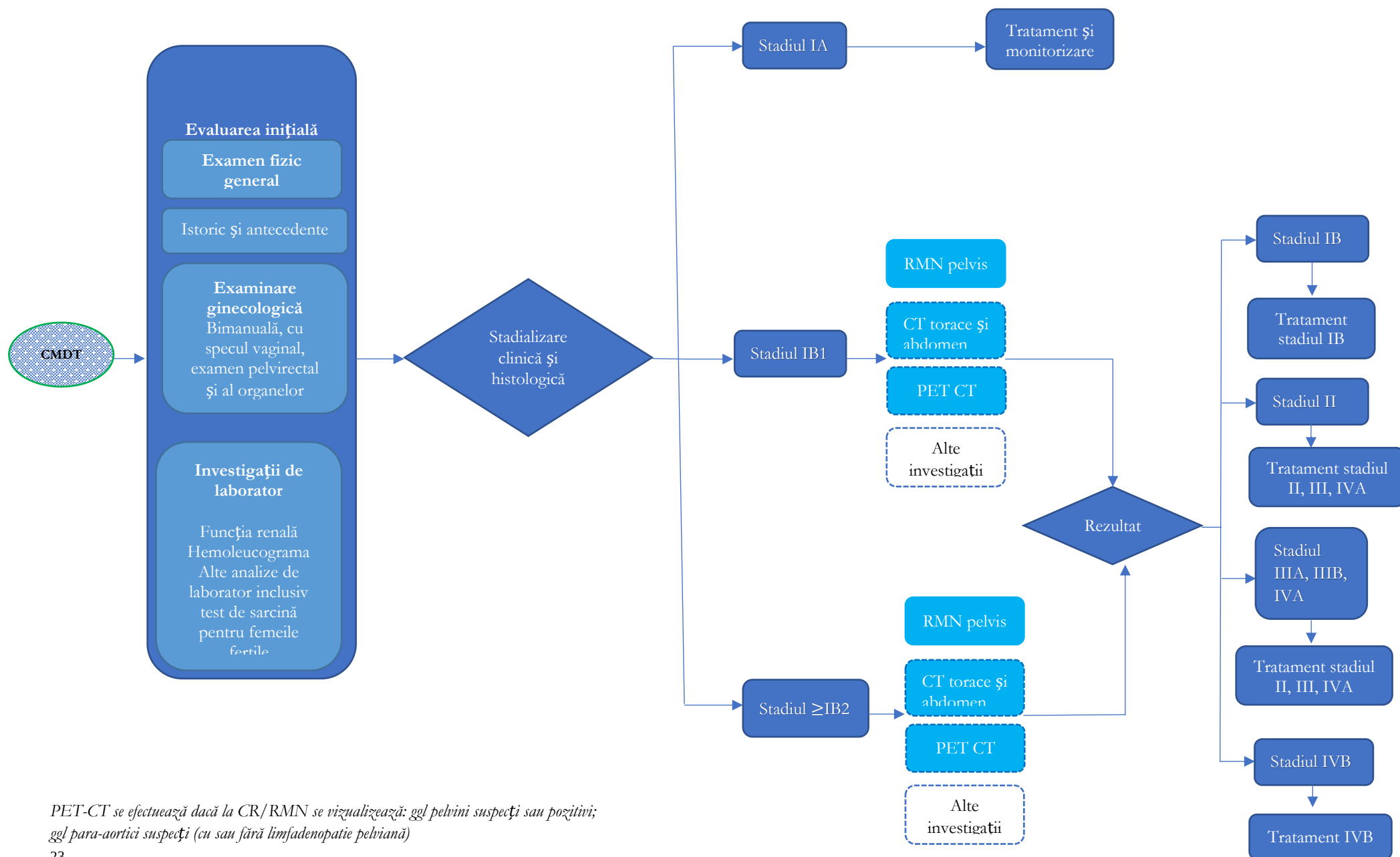
ASCUS (Celule scuamoase atipice cu semnificație)
ASC-H (celule scuamoase atipice care nu pot exclude HSIL)
AGC (celule glandulare atipice)
Celule endocervicale atipice
Celule endometriale atipice
HSIL (leziune intraepitelială scuamoasă de grad înalt)
LSIL (leziune intraepitelială scuamoasă de grad scăzut)
NILM (negativ pentru leziune intraepitelială sau malignă)
Carcinom Scuamos, Carcinom Adenoscuamos, Adenocarcinom, Alte cancere



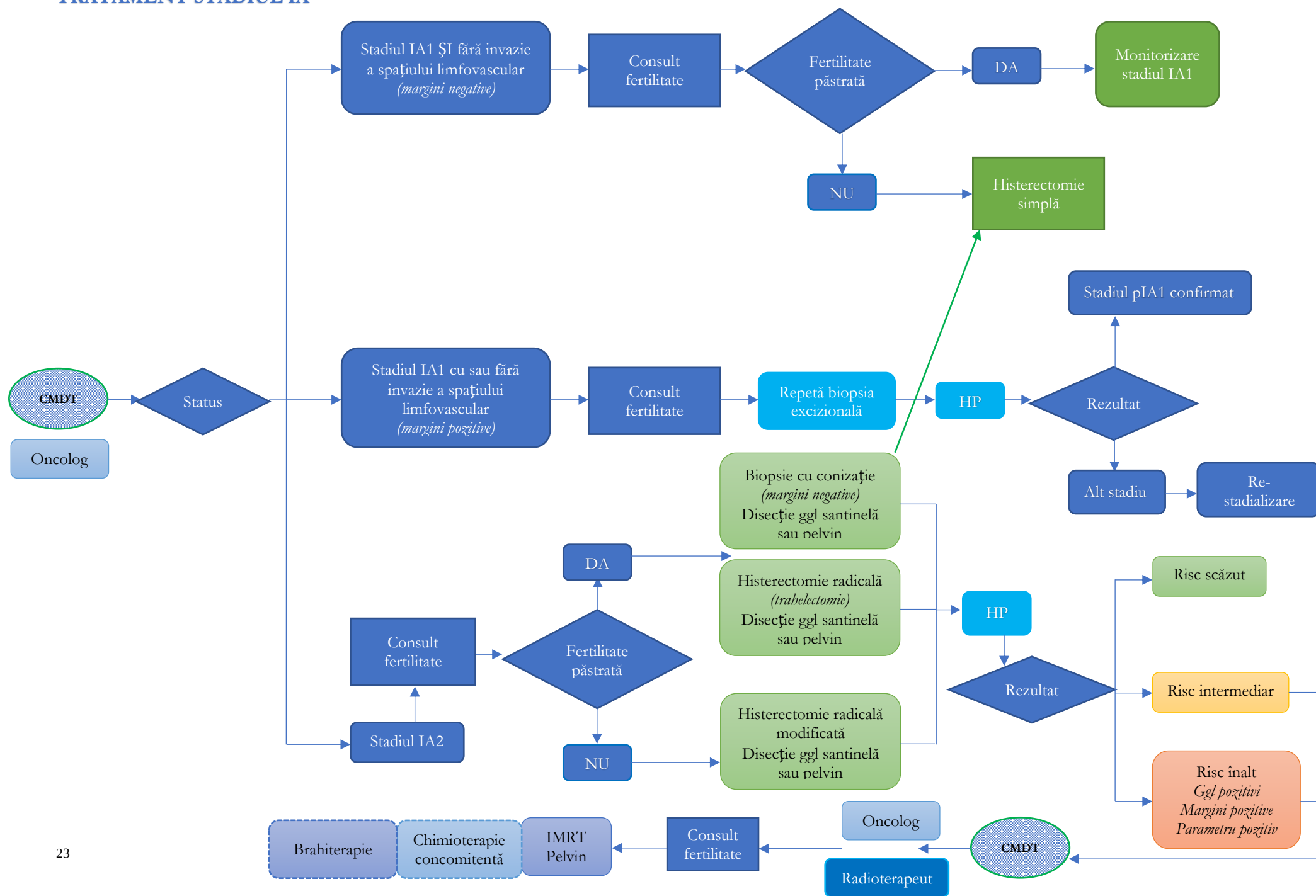
23



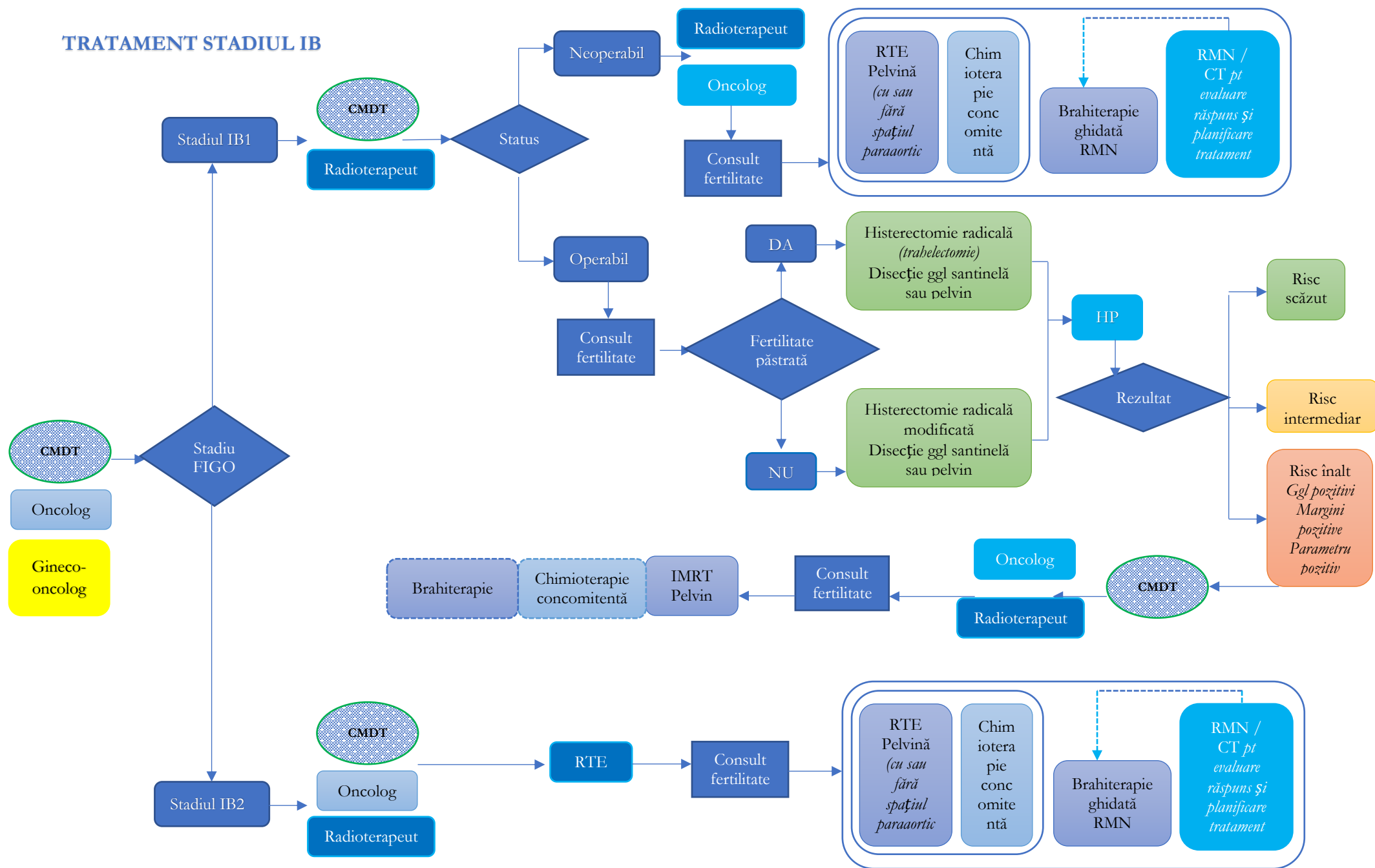
STADIALIZARE



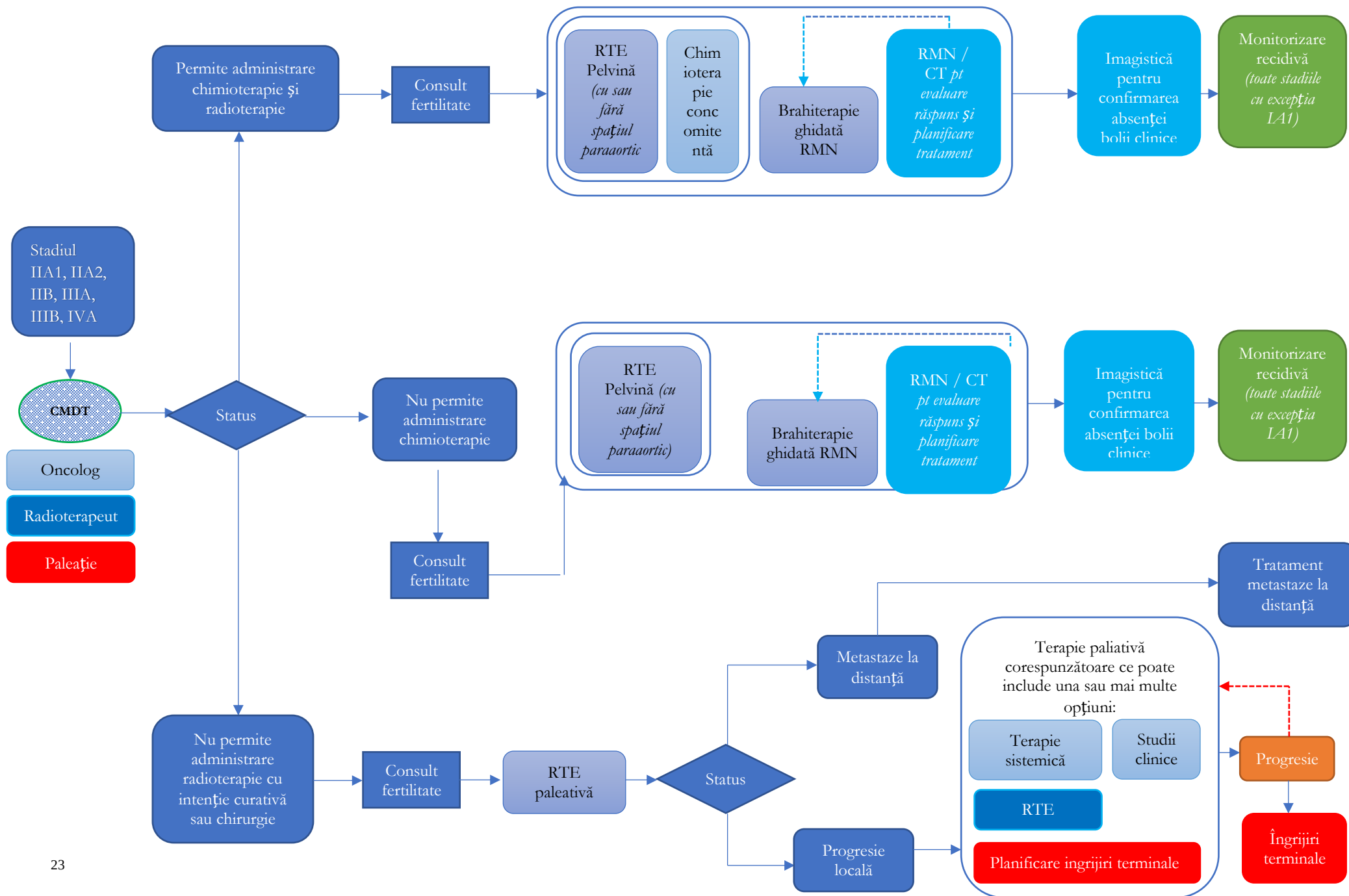
TRATAMENT STADIUL IA



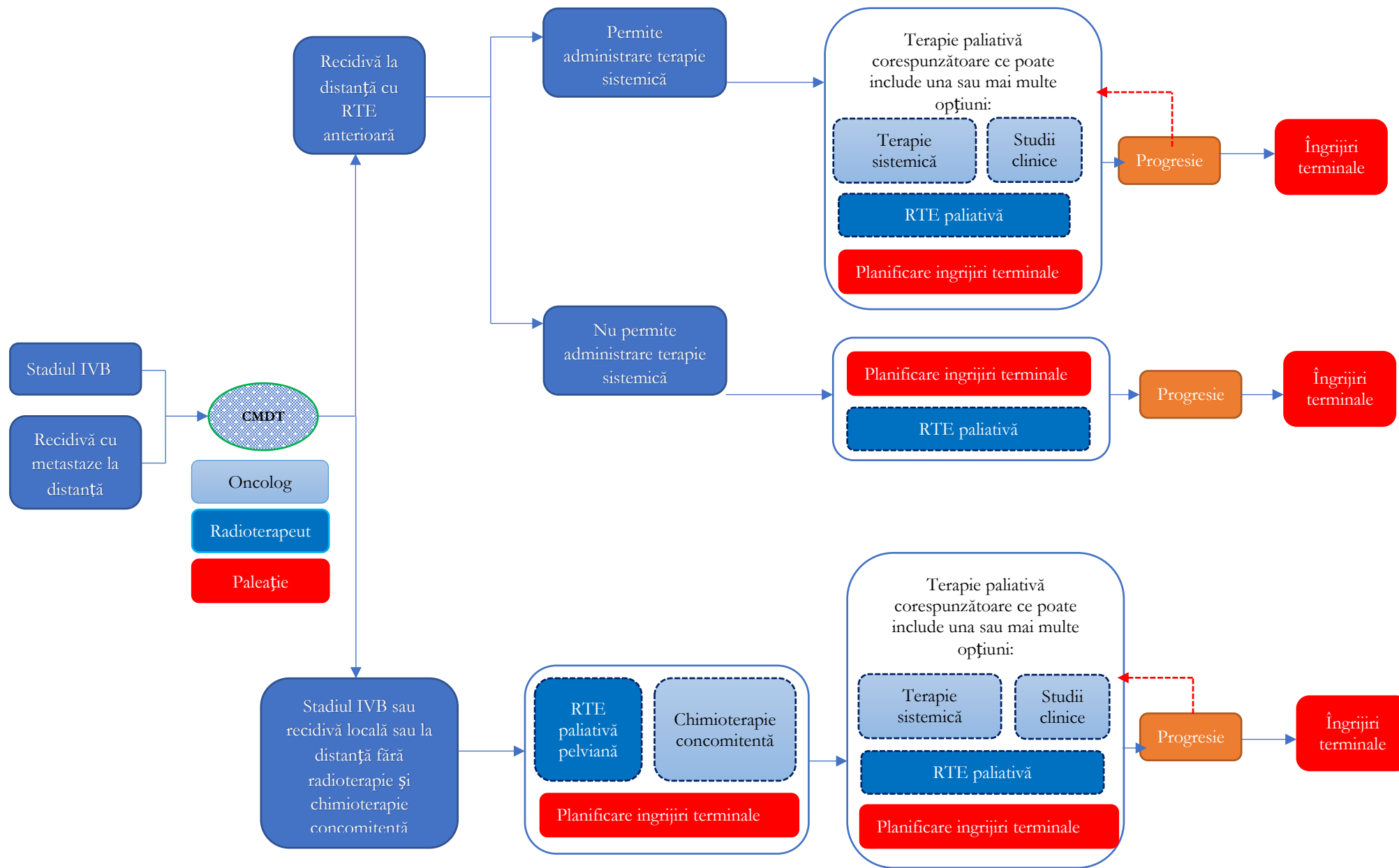
TRATAMENT STADIUL IB



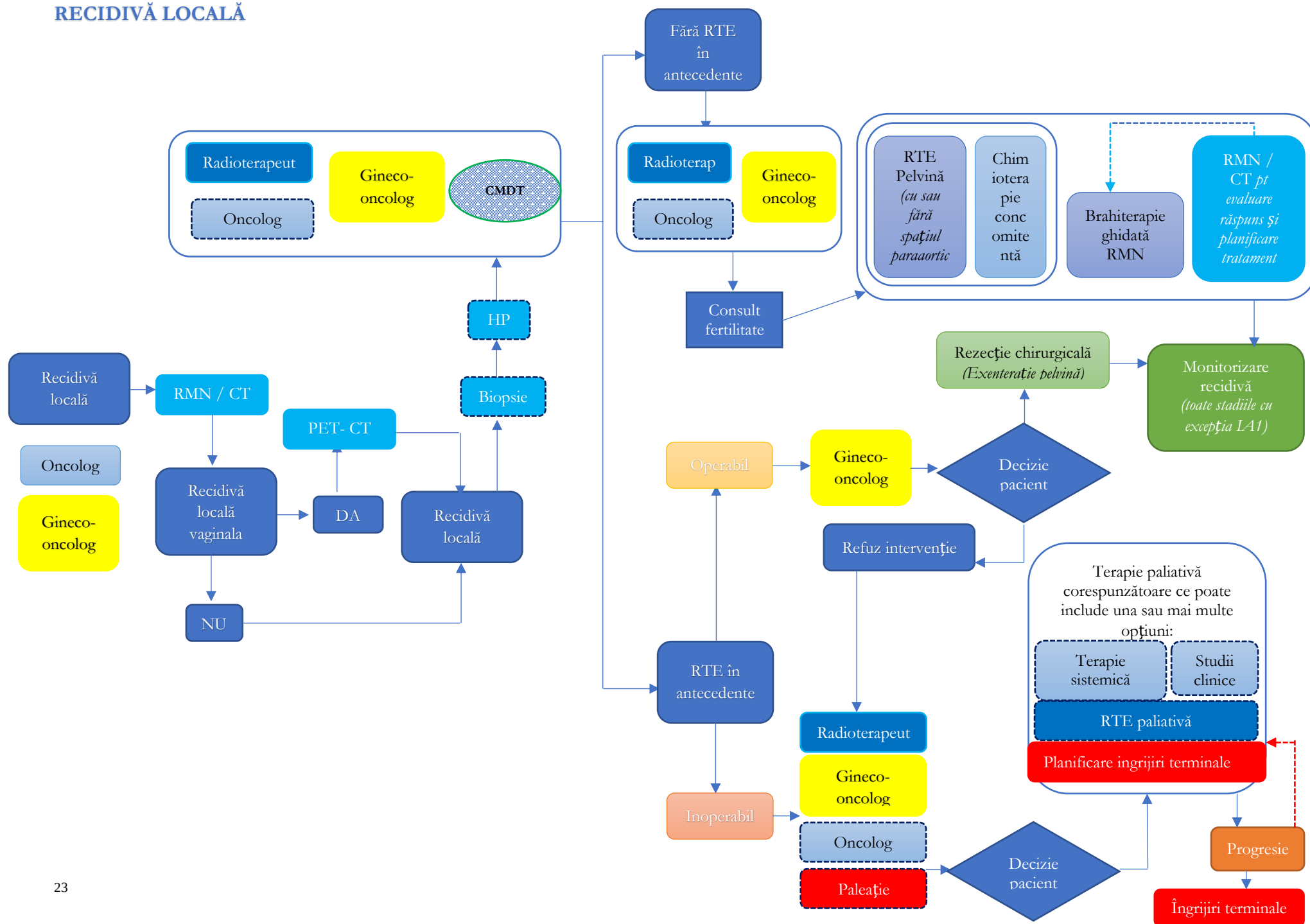
TRATAMENT STADIUL II, III, IVA



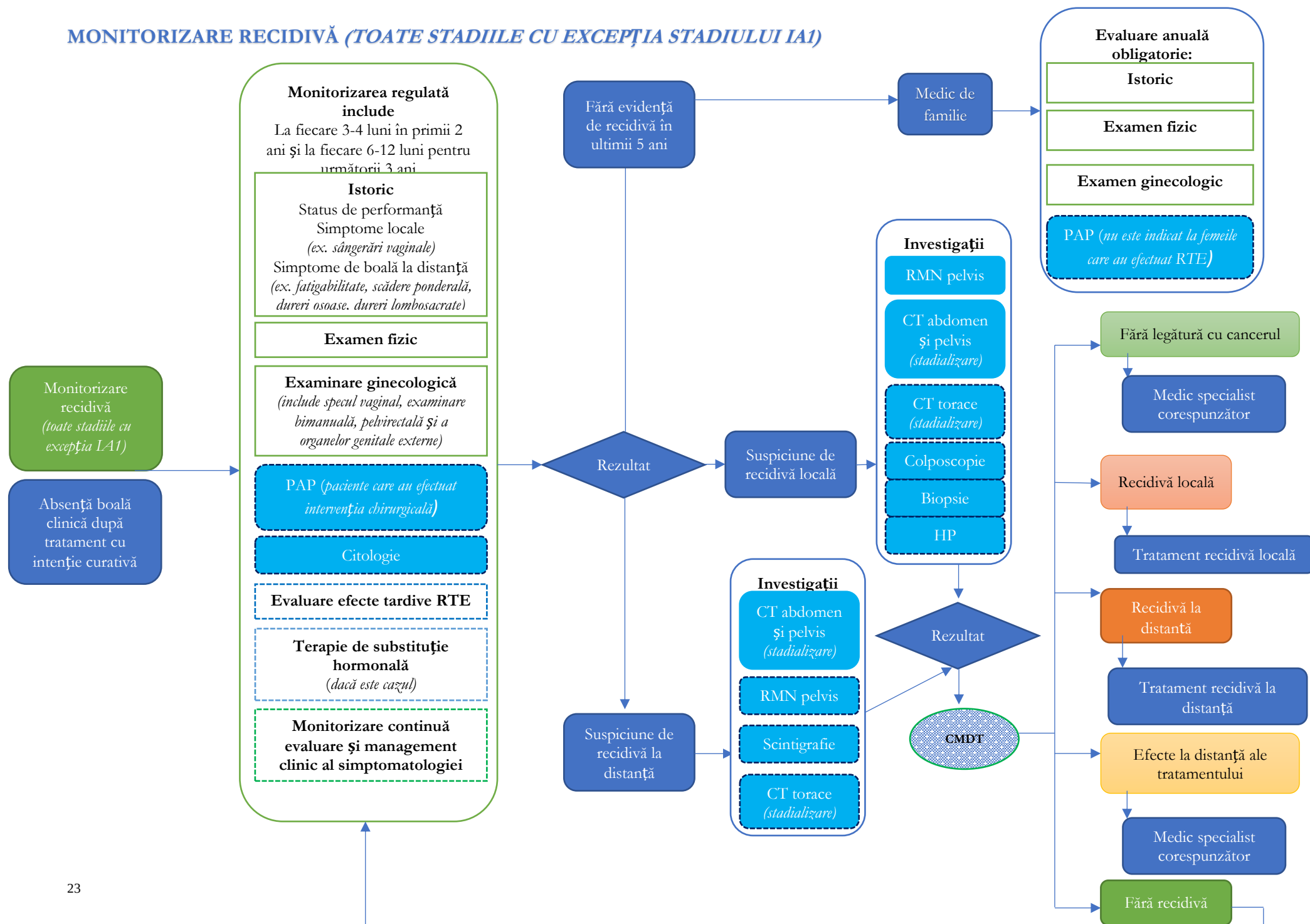
TRATAMENT METASTAZE LA DISTANȚĂ (RECIDIVĂ SAU STADIUL IVB)



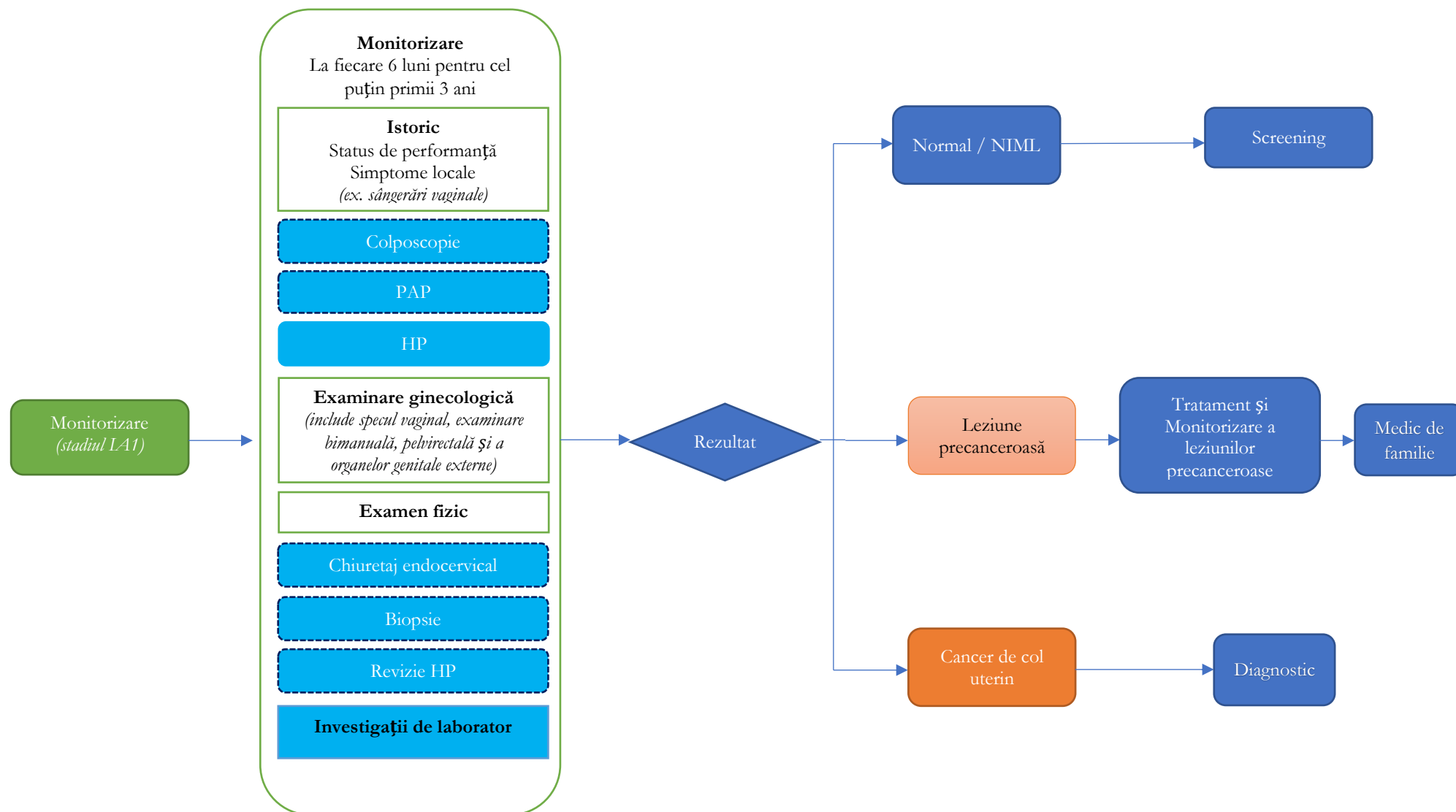
RECIDIVĂ LOCALĂ

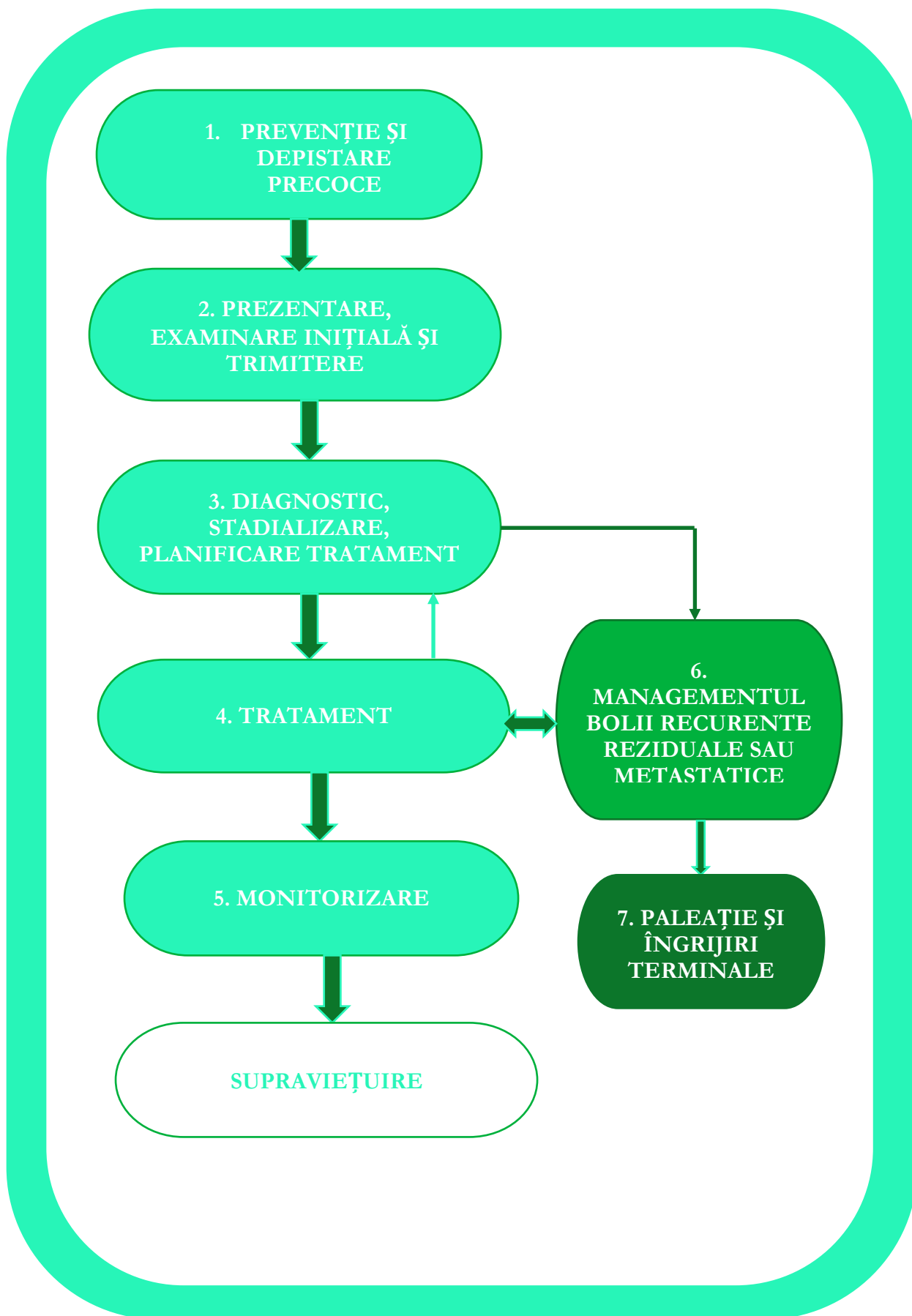


MONITORIZARE RECIDIVĂ (TOATE STADIILE CU EXCEPȚIA STADIULUI IA1)



MONITORIZARE STADIUL IA1





1. PREVENȚIE ȘI DEPISTARE PRECOCE

Imunizare

Vaccinarea împotriva HPV este oferită fetelor cu vârsta cuprinsă între 10-14 ani prin programul Național de Imunizare.

Screening

Programul de screening pentru cancerul de col uterin oferă o evaluare citodiagnostică (*test Babeș Papanicolaou - PAP*) o dată la cinci ani femeilor eligibile cu vârsta cuprinsă între 25-64 ani. În paralel, în perioada 2021-2023 se implementează un program de screening populațional în 4 regiuni din România (*Centru, NE, NV, Sud Muntenia*) cu abordare combinată și anume: femeile cu vârsta 25-29 ani testare primară PAP urmată de testare HPV dacă testul PAP e pozitiv și femeile cu vârsta între 30-64 de ani testare primară HPV urmată de testare PAP dacă testul HPV e pozitiv. Profesioniștii din asistența medicală primară au o contribuție crucială în încurajarea femeilor să participe la screening în mod regulat.

Prevenție

Cancer de col uterin este prevenibil prin imunizare împotriva HPV și prin participare regulată la screening.

Factori de risc

Infecția pe termen lung cu anumite subtipuri de HPV este cauza majorității cancerelor de col uterin.

Incidența cancerului de col uterin este semnificativ mai crescută la femeile cu:

- status socio-economic scăzut,
- debut precoce al vieții sexuale,
- număr crescut de parteneri sexuali,
- istoric de boli cu transmitere sexuală,
- sarcini – nașteri multiple,
- fumătoare,
- utilizatoare de contraceptive orale,
- cu imunosupresie cronică (*HIV, transplant renal*).

CHECKLIST

☐ Fetelor cu vârsta între 10-14 ani li se oferă vaccinare împotriva HPV

☐ Femeile asimptomatice în vârstă 25-64 de ani sunt încurajate să participe în Programul de Screening Populațional Organizat pentru cancerul de col uterin

☐ Rezultatul evaluării de screening este disponibil și transmis femeii în maxim 30 de zile de la efectuarea screeningului.

2. PREZENTARE, EXAMINARE ÎNIIĂLĂ ȘI TRIMITERE

Investigații efectuate de medicul de familie / specialist OG

– testare de screening (HPV / PAP) o dată la cinci ani corespunzătoare grupei de vârstă pentru femeile eligibile 25-64 ani.

Femeile cu rezultat pozitiv al testului HPV (*subtipuri oncogene 16/18*) și femeile cu rezultat pozitiv al testului HPV (*alte subtipuri virale*) și leziuni de grad înalt trebuie să efectueze colposcopie

Un test de screening negativ nu ar trebui să excludă investigații ale simptomelor sugerând cancer de col uterin.

Semne și simptome: Orice femeie cu simptome sugestive pentru cancerul de col uterin trebuie evaluată, indiferent de vârstă sau rezultatul ultimei examinări de screening. Cancerul de col uterin în stadiul precoce poate fi asimptomatic.

Simptomele pot include:

- sângerări postcoitale
- sângerări intermenstruale
- sângerări postmenopauzale
- dispareunie
- scurgeri vaginale cu sau fără prezența sângerărilor.

Simptome ale cancerului de col uterin avansat pot include dureri pelvine, oboseală extremă, insuficiență renală, dureri ale spatelui, dureri / edeme ale membrelor inferioare.

Un diagnostic de cancer de col uterin trebuie luat în considerare dacă există:

- test anormal de screening cervical
- simptome sugestive pentru cancerul de col uterin
- aspect anormal al colului uterin la examenul clinic

Recomandare: Dacă diagnosticul este suspectat sau confirmat la examinările inițiale, trimiterea optimă este la un ginecolog cu competență oncologică care este membru al unei echipe multidisciplinare pentru cancer de col uterin.

Opțiuni de trimitere la specialist

Medicul de familie sau specialist (*ginecolog*) care a evaluat pacienta trebuie să îi comunice opțiunile de trimitere, timpii de așteptare, expertiza echipei, probabilitatea suportării unor costuri *suplimentare* (*out of pocket*) și gama de servicii disponibile. Acest lucru va permite pacienților să facă o alegere informată a specialiștilor și a serviciilor de sănătate specifice.

Comunicare

Responsabilitățile medicului de familie includ:

- explicarea pacientului și / sau aparținătorilor către cine se realizează trimiterea și de ce

CHECKLIST

- ☐ Semne și simptome înregistrate
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Opțiunile de trimitere sunt discutate cu pacientul și / sau aparținătorii inclusiv implicațiile costurilor personale

INTERVAL DE TIMP

- Femeile cu test HPV pozitiv (*orice tip*) și citologie pozitivă pentru cancer invaziv trebuie să obțină un consult de specialitate în termen de **două săptămâni de la suspiciunea diagnostică.**
- Femeile cu suspiciune diagnostică de cancer de col uterin (*simptomatice, col uterin anormal*) trebuie să obțină un consult de specialitate în termen de **două săptămâni de la suspiciunea diagnostică.**
- Femeile cu test HPV pozitiv (*16/18*) și citologie suspectă pentru orice tip de anomalie trebuie să obțină programare la colposcopie în termen de **maxim opt săptămâni.**
- Femeile cu test HPV pozitiv (*în afara subtipurilor oncogene 16/18*) și citologie suspectă pentru HSIL sau anomalii glandulare trebuie să obțină programare la colposcopie în termen de **maxim opt săptămâni.**

3. DIAGNOSTIC, STADIALIZARE, PLANIFICARE TRATAMENT

Diagnostic

După istoricul medical și examenul fizic, se ia în considerare următoarea secvență de investigații:

- examen ginecologic
- evaluarea colposcopică
- biopsie cervicală pentru confirmarea diagnosticului
- conizația / excizia de tip 3
- hemoleucograma completă
- teste ale funcției hepatice și renale
- ecografie pelviană.

Pentru anomalii evidente, o colposcopie ar trebui să fie efectuată în termen de două săptămâni de la sesizare. Investigațiile ar trebui finalizate în termen de două săptămâni de la examinarea efectuată de medicul specialist.

Stadializare

Stadializarea clinică pentru cancerul de col uterin este sprijinită de examinările imagistice (*radiografia toracică, CT / RMN / PET*), după caz.

Prognosticul

Principalii factori de prognostic sunt:

- stadiul și volumul tumorii
- invazia ganglionară pelvină și para-aortică
- tipul histologic și gradul de malignitate
- invazia vasculară și limfatică

Planificarea tratamentului

Femeile nou diagnosticate ar trebui să fie evaluate de o echipă multidisciplinară cu competență pe cancerul de col uterin.

Probleme legate de fertilitate, menopauză timpurie și modificările funcției sexuale ar trebui abordate în cadrul discuției cu medicul specialist

Cercetare și studii clinice

Luați în considerare înscrierea acolo unde este disponibilitate și eligibilitate.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului responsabil de caz includ:

- discutarea unui interval de timp pentru diagnostic și opțiuni de tratament cu pacientul și / sau aparținătorii
- explicarea rolului echipei multidisciplinare în planificarea tratamentului și continuitatea îngrijirii
- încurajarea discuțiilor despre diagnostic, prognostic, planificarea îngrijirii paliative odată cu clarificarea așteptărilor, nevoilor pacientului, precum și evaluarea capacității acestora de a înțelege comunicarea
- furnizarea de informații adecvate și trimiterea către servicii de suport, în funcție de necesități
- comunicarea cu medicul de familie al pacientei despre diagnostic, planul de tratament și recomandări din partea comisiei multidisciplinare

CHECKLIST

- ☐ Diagnostic confirmat
- ☐ Trimitere la un consult genetic dacă este cazul
- ☐ Statusul de performanță (ECOG) și comorbiditățile sunt evaluate și înregistrate
- ☐ Pacientul a fost discutat în CMDT și deciziile au fost furnizate pacientului și / sau aparținătorilor
- ☐ Înscrierea la studii clinice este luată în considerare
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Pacienta a fost trimisă către serviciile de suport dacă este necesar
- ☐ Costurile tratamentului au fost discutate cu pacientul și / sau aparținătorii

INTERVAL DE TIMP

Pentru anomalii evidente, femeia trebuie să obțină programare la colposcopie în termen de maxim **2 săptămâni**.

Investigațiile diagnostice trebuie finalizate în termen de **2 săptămâni** de la consultul de specialitate inițial.

4. TRATAMENT

Scopul tratamentului pentru cancerul de col uterin și tipurile de tratament recomandate depind de tipul, etapa și locația cancerului, cât și vârsta starea de sănătate și preferințele pacientei.

Stabiliți intenția tratamentului

- Curativ
- Terapia anti-cancer pentru îmbunătățire calitatea vieții și / sau longevitate fără așteptarea vindecării
- Paliativ

Opțiuni de tratament

Chirurgie: intervenția chirurgicală este de obicei rezervată femeilor care prezintă formațiuni tumorale cu dimensiuni reduse prezente doar în interiorul colului uterin (boală în stadiu incipient și leziuni mai mici). În cazuri selectate este posibilă efectuarea intervenției chirurgicale astfel încât să fie preservată fertilitatea.

Radioterapie: Radiochimioterapia concomitentă este prima opțiune aleasă în cazul în care se estimează că intervenția chirurgicală nu va fi curativă.

La femeile cu risc ridicat trebuie efectuat post operator radioterapie plus / minus chimioterapie

Când este posibil aceste paciente ar trebui să fie identificate în avans și luate în considerare pentru radiochimioterapie definitivă pentru a minimiza toxicitatea tratamentului trimodal.

Chimioterapie și alte terapii sistemice: Chimioterapia poate fi utilizată ca parte a radiochimioterapiei primare sau ca radiochimioterapie adjuvantă. Chimioterapia poate fi utilizată și ca tratament neoadjuvant la pacientele cu boală metastatică în afara cavității pelvine

Îngrijiri paliative: recomandarea timpurie poate îmbunătăți calitatea vieții. Recomandarea trebuie să se bazeze pe nevoie, nu pe prognostic.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului și ale echipei includ:

- discutarea opțiunilor de tratament cu pacientul și / sau aparținătorii, inclusiv intenția tratamentului precum și riscurile și beneficiile
- discutarea planificării prealabile a îngrijirilor terminale cu pacienta și / sau aparținătorii, unde este necesar
- comunicarea planului de tratament către medicul de familie al pacientei

CHECKLIST

- ☐ Intenția de tratament este stabilită
- ☐ Pacienta a conștientizat că chirurgia reconstructivă poate să fie oferită imediat sau ulterior
- ☐ Riscurile și beneficiile tratamentului au fost discutate cu pacienta și / sau aparținătorii
- ☐ Planul de tratament a fost discutat cu pacientul și / sau aparținătorii
- ☐ Planul de tratament a fost furnizat medicului de familie al pacientei
- ☐ Specialiștii implicați au calificări adecvate, experiență și expertiză
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Planificarea în avans a îngrijirilor terminale a fost discutată cu pacientul și / sau aparținătorii

INTERVAL DE TIMP

Chirurgia ar trebui în mod ideal să fie efectuată în termen de **până la patru săptămâni** de la finalizarea diagnosticului.

Chimioterapia ar trebui să fie inițiată în termen de **maxim 4 săptămâni** de la finalizarea diagnosticului.

Radioterapia ar trebui să fie inițiată în **termen de maxim 4 săptămâni** de la finalizarea diagnosticului.

5. MONITORIZARE

Oferiți un rezumat al tratamentului și monitorizării pacientei, aparținătorilor și medicului de familie care conține:

- diagnosticul, inclusiv testele efectuate și rezultate
- caracteristicile tumorii
- tratamentul efectuat (tipuri și dată)
- toxicitate și efecte adverse actuale (severitate, management și rezultatele așteptate)
- intervenții și planuri de tratament de la alți profesioniști din domeniul sănătății
- potențiale efecte pe termen lung și efecte întârziate ale tratamentului și îngrijirea acestora
- servicii de suport oferite
- un program de monitorizare, inclusiv teste necesare și calendarul de efectuare a acestora
- informații de contact pentru furnizorii de servicii care pot oferi sprijin pentru modificarea stilului de viață
- o modalitate de acces rapidă la specialist în cazul apariției unei recidive, recurențe sau metastaze

Comunicare

Responsabilitățile oncologului curant includ:

- explicarea rezumatului tratamentului și a planului de îngrijire și monitorizare pentru pacient și / sau aparținători
- informarea pacientului și / sau a aparținătorilor despre prevenția secundară și stil de viață sănătos
- discutarea planului de îngrijire și monitorizare cu medicul de familie al pacientei

CHECKLIST

☐ Rezumatul tratamentului și monitorizării pacientei este furnizat către pacient și / sau aparținători și medicul de familie al pacientei

☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar

☐ Rezultatele raportate de pacienți sunt înregistrate

6. MANAGEMENTUL BOLII RECURENTE REZIDUALE SAU METASTATICE

Detectare

Pacientele cu recidivă locală sau metastaze sunt frecvent simptomatice. O parte din recidive pot fi detectate la monitorizările de rutină la femei asimptomatice

Tratament

Evaluati pentru fiecare pacientă opțiunea de trimitere la evaluare la echipa multidisciplinară inițială. Tratamentul va lua în considerare localizarea și extinderea bolii, managementul anterior al afecțiunii și preferințele pacientei.

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este importantă pentru toate pacientele dar mai ales pentru pacientele cu boală avansată.

Supraviețuirea și îngrijirea paliativă

Supraviețuirea și îngrijirea paliativă ar trebui să fie discutate și oferite din timp. Recomandarea optimă pentru îngrijirea paliativă poate îmbunătăți calitatea vieții și în unele cazuri supraviețuirea. Recomandarea ar trebui să se bazeze pe nevoie, nu pe prognosticul bolii.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului și echipei acestuia includ:

- explicarea intenției tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare pacientei și / sau aparținătorilor și medicului de familie al pacientei.

CHECKLIST

- ☐ Intenția tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare sunt explicate pacientei și / sau aparținătorilor și comunicate medicului de familie al pacientei.
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este discutată cu pacienta și / sau aparținătorii
- ☐ Pacienta este transferată la îngrijiri paliative, dacă este cazul
- ☐ Vizitele de monitorizare de rutină sunt programate

7. PALEAȚIE ȘI ÎNGRIJIRI TERMINALE

Îngrijire paliativă

Luați în considerare recomandarea și transferul către îngrijirea paliativă.

Comunicare

Responsabilitățile oncologului includ:

- prezentarea corectă a prognosticului și discutarea opțiunilor de îngrijire paliativă cu pacienta și aparținătorii, dacă este cazul
- stabilirea planurilor de tranziție astfel încât nevoile și obiectivele pacientului sunt luate în considerare

CHECKLIST

- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Pacienta este transferată la îngrijiri paliative