

Cancerul cervical

Ce este cancerul cervical?

Lasa-ne sa iti explicam.

www.anticancerfund.org

www.esmo.org

CANCERUL CERVICAL: GHID PENTRU PACIENTE

INFORMATII PENTRU PACIENTE BAZATE PE GHIDURILE DE PRACTICA CLINICA ESMO

Acest ghid pentru paciente a fost intocmit de catre Anticancer Fund (Fondul Anticancer) pentru a le ajuta pe paciente si pe rudele acestora sa inteleaga mai bine natura cancerului cervical (de col uterin) si sa aprecieze cele mai bune variante de tratament disponibile, in functie de subtipul de cancer cervical. Le recomandam pacientelor sa-si intrebe medicii despre testele sau tipurile de tratamente necesare tipului si stadiului lor de boala. Informatiile medicale descrise in acest document se bazeaza pe ghidurile de practica clinica ale Societatii Europene pentru Oncologie Medicala (ESMO – European Society for Medical Oncology) pentru managementul cancerului cervical. Acest ghid pentru paciente a fost produs in colaborare cu ESMO si este distribuit cu permisiunea acesteia. A fost scris de un medic si revizuit de 2 oncologi din cadrul ESMO, incluzandu-l pe autorul principal al ghidului de practica clinica pentru profesionisti. De asemenea, a fost revizuit si de catre reprezentantii pacientilor din Grupul de lucru ESMO pentru bolnavii de cancer.

Mai multe informatii despre Anticancer Fund (Fondul Anticancer): www.anticancerfund.org

Mai multe informatii despre Societatea Europeana pentru Oncologie Medicala: www.esmo.org

Veti gasi definitiile cuvintelor marcate cu un asterisc la finalul ghidului.

Cuprins

Definitia cancerului cervical.....	3
Este cancerul cervical frecvent?	4
Ce cauzeaza cancerul cervical?	5
Cum se diagnosticheaza cancerul cervical?	6
Ce este important de stiut pentru a primi tratamentul optim?.....	9
Care sunt optiunile de tratament?	12
Care sunt posibilele efecte secundare ale tratamentelor?	20
Ce se intampla dupa tratament?	23
Definitiiile termenilor dificili	25

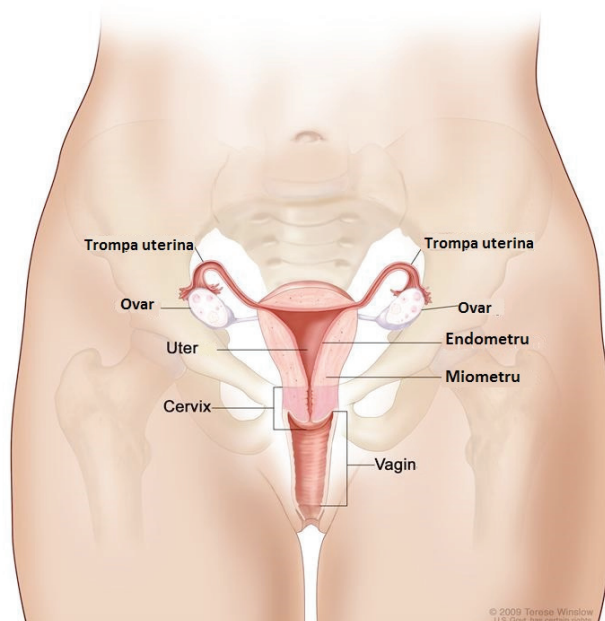
Acest text a fost scris de prof. Jan Bernheim (Anticancer Fund-Fondul Anticancer) si revizuit de dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund-Fondul Anticancer), dr. Svetlana Jezdic (ESMO), dr. Christine Haie-Meder (ESMO), prof. Cristiana Sessa (ESMO) si dr. Magdalena Grce (Asociatia Europeana pentru Cancer Cervical).

Ghidul a fost tradus in limba romana in cadrul unui proiect al Asociatiei Daruieste Viata (www.daruiesteviata.ro) pentru informarea bolnavilor de cancer, realizat cu sprijinul Fundatiei Vodafone Romania. Traducerea este avizata de Raluca Chifu, traducator, si validata de dr. Laura Mazilu, medic primar oncologie medicala la Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Constanta.

DEFINITIA CANCERULUI CERVICAL

Aceasta definitie provine de la Institutul National pentru Cancer din Statele Unite ale Americii si este folosita cu permisiunea acestuia.

Cancer care se formeaza in tesuturile cervixului. Cervixul este organul care conecteaza uterul si vaginul. De obicei, este un cancer cu o dezvoltare lenta, care poate sa nu aiba simptome, dar se poate depista prin intermediul testului Papanicolau*. Aceasta este o procedura in care se preleva celule din cervix si se analizeaza la microscop. Cancerul cervical este aproape intotdeauna cauzat de infectia cu un virus papiloma uman (HPV – human papillomavirus)*.



Anatomia sistemului reproducator feminin. Organele sistemului reproducator include uterul (corpus si cervix), ovarele, trompele uterine, vaginul. Uterul are un strat muscular exterior numit miometru si o captuseala interioara numita endometru.

Nota importanta cu privire la alte tipuri de cancer uterin

Alte tipuri de cancer se pot dezvolta in corpul uterului. Majoritatea sunt cancere endometriale. Diagnosticarea si tratarea acestor tipuri de cancer difera de cele ale cancerului cervical. Mai multe informatii despre cancerul endometrial pot fi gasite [AICI](#).

Acest ghid este dedicat doar cancerului cervical.

ESTE CANCERUL CERVICAL FRECVENT?

Cancerul cervical este al treilea dintre cele mai frecvente cancere la femei. In Europa, 10,6 femei din 100.000 au fost diagnosticate cu cancer cervical in anul 2008. Acest numar reprezinta circa 4% din cancerele diagnosticate la femei. Aproape 1% din toate femeile europene dezvolta cancer cervical de-a lungul vietii. Avand in vedere faptul ca in prezent este disponibil un vaccin impotriva celui mai frecvent tip de virus papiloma uman (HPV)* implicat in cancerul cervical, frecventa acestuia probabil ca va scadea in viitor.

Riscul de a face cancer cervical este mai mare in Europa de Est (in special in Serbia, Romania, Bulgaria si Lituania), din cauza lipsei de programe organizate de screening. Din pacate, situatia este mult mai sumbra in tarile aflate in curs de dezvoltare, unde apar 85% din noile cazuri. Din cauza lipsei de acces la screening si tratamente, rata mortalitatii este de 10 ori mai mare in aceste tari decat in cele dezvoltate. Mai mult, in prezent, costul vaccinului de prevenire este de asemenea natura incat, cel mai probabil, el va ramane indisponibil pentru majoritatea femeilor din multe parti ale lumii.

CE CAUZEAZA CANCERUL CERVICAL?

A devenit clar ca, in esenta, toate cancerele cervicale sunt cauzate de anumite tipuri ale virusului papiloma uman (HPV)*, un grup de virusi inruditi cu cei care cauzeaza negii epiteliali sau genitali. Infectia cu HPV este cauzata de contact direct si, in cazul cervixului, apare prin contact sexual sau chiar prin contact piele-piele. HPV este foarte frecvent intalnit la populatia generala. Aproape toate femeile adulte au contractat la un moment dat HPV, dar, in majoritatea covarsitoare a cazurilor, infectia se remediaza intr-o perioada intre 6 luni si doi ani fara sa dea semne de boala. Totusi, in cazurile rare unde infectiile cu HPV nu se remediaza, ci persista, riscul de a dezvolta leziuni cervicale precanceroase, care preced dezvoltarea cancerului cervical, este mai mare. Pentru a dezvolta cancer, trebuie sa existe o infectie persistenta cu tipurile HPV de risc inalt (cele carcinogene, cauzatoare de cancer), mai exact 16 si 18, care sunt cele mai comune tipuri gasite, la nivel mondial, in cancerul cervical. Totusi, acest lucru nu e suficient, deoarece dezvoltarea leziunilor cervicale precanceroase si a cancerului cervical necesita cativa ani (decenii). Sunt necesari si alti factori pentru aparitia cancerului. Acestia sunt legati fie de riscul de a fi infectat cu HPV, fie de riscul de a dezvolta cancer cervical odata ce infectia cu HPV a aparut:

- **Factori de risc in infectarea cu HPV*:**
 - Contact sexual neprotejat cu mai multi parteneri sau cu un partener care are mai multe parteneri.
 - Inceperea activitatii sexuale la o varsta frageda.
 - Folosirea pe termen lung a contraceptivelor hormonale.
 - Sarcini multiple.
 - Igiena precara.
 - Alte infectii genitale cu transmitere sexuala, de ex. *Chlamydia trachomatis* si herpes simplex virus-2.
- **Factori de risc in dezvoltarea cancerului cervical odata ce infectia cu HPV* este deja prezenta:**

Imunitate scazuta, cum ar fi imunodeficienta* cauzata de infectia cu Virusul Imunodeficientei Umane (HIV*) sau de tratamente care afecteaza sistemul imunitar*, pentru ca, in mod normal, sistemul imunitar elimina infectiile cu HPV*, reducand riscul dezvoltarii cancerului.
- **Alti factori care slabesc sistemul imunitar si starea generala de sanatate, precum** fumatul, dieta saraca (cu un consum scazut de fructe si legume), tiparele de somn neregulate si lipsa exercitiilor fizice.

Retineti ca unii co-factori de risc pot sa nu aiba efecte care promoveaza riscul in sine, dar sunt asociati cu factori de risc reali. De exemplu, contraceptia hormonală e mai frecventa la femeile cu un debut timpuriu al vietii sexuale, in timp ce saracia si traiul intr-o tara in curs de dezvoltare reprezinta un risc cert in privinta controalelor ginecologice periodice si a procesului de screening, din cauza accesului mai dificil la servicii medicale.

Detectia timpurie a cancerului de col uterin poate fi usor realizata prin examinarea de frotiuri de pe suprafata cervicala, obtinute in cadrul unui consult ginecologic*. Atunci cand este detectat devreme, tratamentul cancerului cervical este simplu si eficient. Prin urmare, principalul factor de risc pentru cancerul cervical potential mortal este lipsa unor examinari ginecologice regulate* si a testelor Papanicolau*.

CUM SE DIAGNOSTICHEAZA CANCERUL CERVICAL?

Cancerul cervical trebuie suspectat in urmatoarele circumstante:

- Anomalii in cadrul examenarilor ginecologice*.
- Anomalii severe ale lamelor cervicale.
- Sangerari in afara perioadelor de menstruatie.
- Sangerari dupa contactele sexuale.

Diagnosticarea cancerului cervical are la baza urmatoarele examinari:

1. Examinarea clinica

Examinarea clinica este inspectarea si palparea de catre medic. Aceasta include examinarea ginecologica prin examinarea rectala si vaginala* bimanuala, pentru a evalua localizarea si volumul tumorii si daca s-a extins la alte organe din pelvis (examen pelvin*). Medicul vizualizeaza direct colul uterin dupa inserarea unui specul* in vagin. La femeile sanatoase, fara boli aparente, medicul preleveaza un frotiu de pe suprafata cervixului pentru examinare sub microscop (examen citologic*). Daca examinarea este dificila sau exista incertitudini cu privire la extinderea tumorii, aceasta examinare poate fi facuta sub anestezie.

2. Testarea frotiului Papanicolau*¹

Leziunile cervicale pre-canceroase pot fi prezente multi ani la rand fara a cauza simptome. Cresterea lor lenta ofera o fereastră mare de oportunitati pentru detectie timpurie si vindecare usoara. Cervixul este palpabil si vizibil in cadrul inspectiei ginecologice, astfel ca medicul poate preleva usor mostre pentru o examinare citologica* a celulelor de pe suprafata sa (asa-numitul test Papanicolau*).



Celulele din frotiu sunt examinate in laborator, permitand diagnosticarea timpurie a unei leziuni precanceroase. Aceasta este o anomalie a celulelor de la suprafata cervixului numita displazie* si, in timp, se poate transforma in cancer. Cancerul incipient de acest tip este, de asemenea, usor de detectat prin intermediul testelor, inainte de a deveni periculos (malign*).

Dupa examinarea in laborator, celulele din frotiu pot:

- sa fie normale.

¹ In unele tari aflate in curs de dezvoltare, unde testele Papanicolau* nu sunt disponibile, inspectarea vizuala directa cu acid acetic poate oferi o abordare de screening alternativa rezonabila.

- sa releve o usoara displazie*, care se datoreaza de obicei unei infectii cu HPV*. Alti termeni folositi pentru a descrie usoara displazie* sunt leziune intraepiteliala scuamoasa de grad scazut (LSIL – low-grade squamous intra-epithelial lesion) si Neoplazie Intraepiteliala Cervicala * de grad 1 (CIN 1 – Cervical Intraepithelial Neoplasia). Displazia usoara* regreseaza de obicei spontan, dar poate progresa spre o stare mai severa de displazie*.
- sa releve o displazie moderata sau severa*. Alti termeni folositi pentru a descrie displazia moderata sau severa* sunt leziune intraepiteliala scuamoasa de grad inalt (HSIL – high-grade squamous intra-epithelial lesion HSIL) si Neoplazie Intraepiteliala Cervicala* de grad 2 sau 3 (CIN 2/3 – Cervical Intraepithelial Neoplasia*). Asemenea leziuni se pot transforma in cancer cervical daca nu sunt tratate.
- sa releve un cancer al colului uterin.

O infectie vaginala poate impiedica examinarea corecta a celulelor dintr-un frotiu. In acest caz, o noua mostra este prelevata dupa tratarea corecta a infectiei.

In completarea citologiei, mai ales in cazul unui diagnostic citologic nedeterminat*, prezenta si tipul virusului HPV* pot fi verificate in laborator, ceea ce ofera informatii despre riscul de a avea anomalii asociate cu infectia cu HPV. Rezultatele testului HPV nu au nici un efect asupra planurilor ulterioare de tratament.

Frotiurile cervico-vaginale ar trebui prelevate la fiecare 3-5 ani la femeile intre 25 si 65 de ani, pentru a nu oferi suficient timp unui potential cancer sa creasca la o dimensiune periculoasa. Programele de screening asigura ca daca se detecteaza o anomalie, pacienta este rechemata pentru un frotiu de control si eventuale investigatii suplimentare pentru diagnosticare.

Un frotiu suspect indica necesitatea efectuarii unei biopsii*, adica a resectiei unui esantion de tesut ce contine toate straturile cervicale si permite vizualizarea nu doar a celulelor, ca in cadrul unui frotiu, dar si a structurii tesutului.

3. Colposcopia*

In cazul anomaliilor severe sau al rezultatelor neconcludente ale testelor Papanicolau*, trebuie efectuata o colposcopie* in timpul examinarii clinice. Colposcopia este o procedura in care pacienta sta intinsa pe masa de examinare ca in timpul unui examen pelvin*. Pentru ca medicul sa poata vizualiza cervixul, in vaginul pacientei este introdus un specul*. Medicul va folosi un colposcop pentru a examina cervixul. Acesta este un instrument cu lentile amplificatoare similare unui binoclu. Din exteriorul corpului, ii permite medicului sa vada colul uterin de aproape si cu claritate. Medicul aplica o solutie slaba de acid acetic (ca otetul) pe cervix, pentru a vedea mai bine zonele anormale. Atunci cand se sesizeaza o zona anormala pe cervix, se efectueaza o biopsie*.

4. Examinarea histopatologica*

Aceasta se efectueaza de obicei in urma unui frotiu Papanicolau* suspect si in timpul colposcopiei* pentru a confirma rezultatele testului Papanicolau. Este examinarea de laborator a tesutului tumoral dupa prelevarea unei mostre din tumoare (biopsie*). Aceasta examinare de laborator este efectuata de un patolog*, care va confirma diagnosticul de cancer cervical si va oferi mai multe informatii despre caracteristicile leziunilor precanceroase (CIN 1 pana la 3) si ale cancerului. Biopsia* este obtinuta manual de catre medic cu un dispozitiv special introdus in vagin in timpul colposcopiei*.



5. Analizele de rutina ale sangelui si urinei

Se efectueaza analize de sange si urina pentru a verifica starea generala de sanatate si a diagnostica posibilele probleme nedignosticate, precum anemia*, disfunctiile ficatului sau ale rinichilor, infectiile urinare etc.

6. Examinarea prin intermediul imagisticii medicale

Examinarile prin intermediul imagisticii medicale sunt folosite pentru a verifica extinderea tumorii si a exclude sau a detecta eventualele metastaze*. Tomografiile computerizate (CT)* si rezonanta magnetica nucleara (RMN)* sunt folosite pentru a vizualiza orice extindere a tumorii in pelvis si la ganglionii limfatici* (afliati de-a lungul vaselor principale din pelvis si de-a lungul aortei), care dreneaza tumoarea si pot fi locuri propice metastazelor*. Examinarea RMN s-a dovedit a fi superioara celei CT* in acest scop. Examinarile complementare de baza includ radiografiile toracice. Pentru a examina sistemul urinar (inclusiv canalele ureterelor dintre rinichi si vezica urinara, care pot fi presate de un cancer cervical in expansiune sau de ganglionii limfatici*) se efectueaza o pielograma* intravenoasa (o vizualizare cu raze X* a sistemului urinar dupa injectarea intravenoasa a unei substante de contrast*). O pielograma intravenoasa poate fi efectuata doar dupa verificarea functionarii rinichilor prin analize de sange, deoarece in cazul disfunctiilor renale trebuie luate masuri speciale de precautie (proceduri si medicamente prescrise de medic) in privinta substantei de contrast* injectabile, pentru a evita afectarea rinichilor.

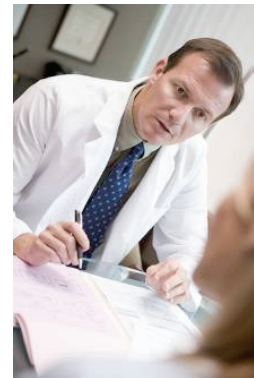


CE ESTE IMPORTANT DE STIUT PENTRU A PRIMI TRATAMENTUL OPTIM?

Medicii vor trebui sa ia in considerare mai multe aspecte legate atat de pacienta, cat si de cancer pentru a decide cea mai buna schema de tratament.

Informatii relevante despre pacienta

- Varsta si statusul reproductiv, adica daca pacienta si-a indeplinit sau nu dorinta de a da nastere. In majoritatea cazurilor de cancer cervical incipient, uterul poate fi totusi pastrat, cu un risc minim, astfel permitand in continuare sarcina. Daca pacienta nu doreste sa aiba copii, pastrarea fertilitatii nu este luata in considerare in alegerea tratamentului si poate fi aleasa varianta cea mai simpla si mai eficienta.
- Starea generala de sanatate care sa permita interventia chirurgicala in conditii de siguranta: varsta, istoricul altor eventuale boli, cum ar fi diabetul*, bolile de inima sau problemele respiratorii care trebuie luate in considerare in alegerea tratamentului.



Informatii relevante despre cancer

- **Stadiul**

Stadiul reprezinta gradul de raspandire a bolii in organism. Medicii folosesc stadiile pentru a evalua riscurile si prognosticul* asociate cu extinderea cancerului si cu caracteristicile specifice ale pacientei si ale bolii si a determina care va fi tratamentul potrivit. Cu cat stadiul este mai putin avansat, cu atat mai bun va fi prognosticul si, deci, cu atat mai putin agresiv tratamentul. Determinarea stadiului se face de doua ori: mai intai inainte de tratament, prin examinari clinice si imagistice, pentru a determina cel mai bun tratament si a doua oara, daca tratamentul include si operatie, folosind tesutul indepartat chirurgical pentru a verifica eficacitatea tratamentului. Examinarea histopatologica* de laborator a tesutului indepartat va permite verificarea primei stadializari (prechirurgicale) si, uneori, rafinarea acesteia. Intr-adevar, descoperirile post-chirurgicale pot evidentia noi dovezi care contribuie la stabilirea tratamentului ulterior.

Tabelul de mai jos, care prezinta diferitele stadii ale cancerului de col uterin, are la baza consensul Federatiei Internationale de Ginecologie si Obstetrica (FIGO – Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique). **Unele definitii sunt mai degraba tehnice, deci se recomanda sa-i cereti medicului mai multe explicatii.** Stadializarea este completa si concludiva doar dupa ce toate rezultatele clinice si de imagistica medicala sunt disponibile pentru o evaluare cuprinzatoare.

Boala precanceroasa (stadiul 0), toate stadiile majore de cancer (de la I la IV) si subdiviziunile acestora sunt explicate in tabelul de mai jos.

Stadiul	Definitia
Stadiul 0	Acesta este stadiul bolii <u>precanceroase</u> , constand in mici leziuni limitate la stratul superior (epiteliu) al cervixului (care se aseamana cu pielea). Asemenea leziuni se numesc carcinoame in situ* sau Neoplazie Intraepiteliala Cervicala (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia)*. <u>CIN de grad 1-3</u> se diferentiaza in functie de localizarea leziunii: in stratul bazal al epiteliului de la suprafata cervixului (CIN1), ajunge la stratul median (CIN2) sau se extinde pana la stratul superior (CIN3).
Stadiul I	Primul stadiu de <u>cancer invaziv</u> , chiar daca inca nu e vizibil la nivel macroscopic, dar despre care s-a dovedit la nivel microscopic in urma examinarii de laborator a biopsiilor* ca a patruns in adancime in stroma (tesutul aflat sub stratul superior al cervixului). Ca extindere, leziunea nu ajunge in afara colului uterin propriu-zis, adica nu afecteaza vaginul sau parametrele**. In functie de dimensiunile leziunii si de vizibilitatea sa macroscopica (la inspectia cu ochiul liber), se pot distinge mai multe substadii.
Stadiul IA	Cancer <u>invaziv microscopic</u> care nu este vizibil macroscopic si a crescut mai putin de 5 mm in stroma, extinzandu-se pe mai putin de 7 mm.
Stadiul IA1	Invazia stromei* este mai mica de 3 mm in adancime si mai mica de 7 mm in lateral.
Stadiul IA2	Invazia stromei* este intre 3 and 5 mm in adancime si mai mica de 7 mm in lateral.
Stadiul IB	Cancer <u>vizibil macroscopic</u> sau cancer invaziv microscopic mai avansat decat stadiul IA2.
Stadiul IB1	Leziune mai mica de 4 cm in diametru.
Stadiul IB2	Leziune mai mare de 4 cm in diametru.
Stadiul II	Cancer care se extinde in tesuturile din afara uterului, dar nu pana la oasele pelvisului sau treimea inferioara a vaginului.
Stadiul IIA	Cancer <u>vizibil macroscopic (cu ochiul liber)</u> care se extinde dincolo de cervix, fara extensie in parametre*.
Stadiul IIA1	Leziunea vizibila macroscopic are mai putin de 4 cm in diametru.
Stadiul IIA2	Leziunea vizibila macroscopic are mai mult de 4 cm in diametru.
Stadiul IIB	Cancer <u>vizibil macroscopic (cu ochiul liber)</u> care s-a extins in parametre*.
Stadiul III	Cancer care s-a extins la peretele pelvisului, oase si/sau treimea inferioara a vaginului si/sau care comprima unul sau ambele uretere* .
Stadiul IIIA	Cancer fara extensie in peretele lateral al pelvisului, dar cu implicarea treimii inferioare a vaginului.
Stadiul IIIB	Cancer care s-a extins la peretele pelvisului si/sau comprima unul sau ambele uretere.
Stadiul IV	Cancer metastatic* sau avansat.
Stadiul IVA	Cancer care a invadat organele pelviene adiacente (vezica, rect) si/sau s-a extins dincolo de pelvisul propriu-zis, de exemplu in abdomen sau in zona inghinala.
Stadiul IVB	Cancer cu metastaze* la distanta, de exemplu la plamani sau la ficat.

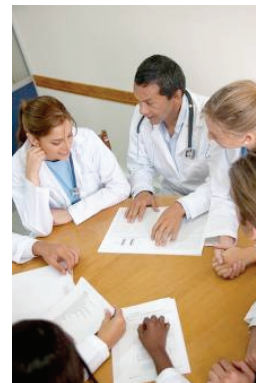
- **Examinarea in laborator a biopsiei* si, daca s-a facut operatie, a materialului indepartat chirurgical.**

Mostrele de tesut obtinute in urma biopsiei* initiale de diagnostic vor fi examinate in laboratorul de histopatologie*. Cand tratamentul consta in operatie (cum ar fi pentru stadiile incipiente de boala si orice specimen chirurgical care a fost indepartat: conizatie de col uterin*, uter sau ganglioni limfatici rezecati sau carora li s-a facut biopsie*), se face o a doua examinare histopatologica* post-chirurgicala, ce implica examinarea materialului prelevat. Astfel se verifica tipul cancerului si se permite rafinarea stadializarii bolii, pentru a determina cat de avansata este boala. Informatiile suplimentare sunt necesare pentru a decide daca este necesar un tratament ulterior si care este acesta. Rezultatele examinarii biopsiei* trebuie sa includa:

- **Tipuri histologice*** de cancer cervical:
 - Cancer cu celule scuamoase (numit, de asemenea, epidermoid, malpighian sau cu celule fusiforme), care este cel mai frecvent (apare la 80-90% din pacientele cu cancer cervical) si apare in partea exterioara a cervixului.
 - Adenocarcinom (10-15% din pacientele cu cancer cervical), care apare in tesutul glandular* al canalului cervical interior (endocervix). Prognosticul* este mai putin bun, comparativ cu tipul anterior.
 - Mai exista si alte tipuri histopatologice* mai rare (de ex. carcinom neuroendocrin si cu celule clare).
- **Gradul cancerului** reprezinta gradul de anormalitate al celulelor si tesuturilor tumorale la examinarea sub microscop si reflecta ratele de crestere si de agresivitate. Cancerurile pot fi bine differentiate, insemnand ca seamana bine cu tesutul original sau nediferentiate, ceea ce insemna ca si-au pierdut asemanarea cu tesuturile din care provin. De obicei, tumorile bine differentiate au un prognostic* mai bun decat cele nediferentiate.
- **Daca s-a inlaturat tumoarea, trebuie efectuate urmatoarele examinari:**
 - **Margini:** marginile exterioare ale tumorii rezecate chirurgical sunt examinate pentru a se determina existenta celulelor canceroase. Daca se dovedesc a fi prezente, e necesara continuarea tratamentului, deoarece tumoarea nu a fost rezecata complet.
 - **Invazie limfovaculara*:** vasele sanguine si limfatice sunt examinate pentru a se determina prezenta celulelor tumorale. Aceasta deoarece modul primar de diseminare a cancerului cervical este prin vasele limfatice*, care dreneaza cervixul si duc la ganglionii limfatici*. Detectarea microscopica a celulelor tumorale in vasele limfatice denota un risc de raspandire dincolo de specimenul rezecat chirurgical si este un indicator al necesitatii de continuare a tratamentului cu chimioterapie* si radioterapie*.
 - **Prezenta celulelor tumorale in ganglionii limfatici*:** in acest caz, se poate recomanda indepartarea completa a ganglionilor limfatici din pelvis (limfadenectomie* pelviana), pe langa interventia chirurgicala asupra cervixului (sau a intregului uter). Aceasta in special atunci cand exista invazie limfovaculara*, care sugereaza raspandirea celulelor canceroase la ganglionii limfatici. Ganglionii limfatici din pelvis vor fi indepartati chirurgical pentru a se verifica daca au fost afectati.
 - **Extensia in parametre*:** daca se gaseste o tumoare in parametrele* de pe oricare din partile uterului, stadiul tumoral ajunge la IIB si indica nevoia de tratament suplimentar cu chimioterapie* si radioterapie*, deoarece exista un risc mai mare ca unele celule canceroase sa se fi imprastiat in vasele si ganglionii limfatici*.

CARE SUNT OPTIUNILE DE TRATAMENT?

Planificarea tratamentului implica o echipa interdisciplinara de medici cu diferite arii de specializare. Aceasta presupune, de obicei, o intalnire intre diversi specialisti, numita abordare multidisciplinara* sau consiliu pentru tumori (board tumoral). In aceasta sedinta, se va discuta planificarea tratamentului folosind informatiile relevante din examinarile clinice, de laborator si imagistice, urmand recomandarile internationale si principiile medicale bazate pe dovezi.



Tipul si dozele tratamentului vor depinde de stadiul cancerului de col uterin, de caracteristicile tumorii si de riscurile implicate.

In stadiile incipiente, va fi suficient tratamentul chirurgical local. Stadiile mai avansate vor combina, de obicei, chimioterapia* si radioterapia*.

Tratamentele listate mai jos au beneficii, riscuri si contraindicatii* specifice. Se recomanda sa intrebati oncologul* despre beneficiile asteptate si riscurile oricarui tratament, pentru a fi informat asupra consecintelor tratamentului. In unele cazuri, sunt disponibile mai multe posibilitati de tratament si alegerea celui potrivit trebuie discutata in functie de beneficiile si riscurile asteptate pentru fiecare pacient in parte.

Stadiul 0 si stadiul IA1

Stadiul 0 denota o leziune precanceroasa, de exemplu leziuni minore limitate la stratul superficial (epiteliu) al cervixului. Aceste leziuni includ carcinoamele in situ si Neoplaziile Intraepiteliale Cervicale (CIN1, CIN2 si CIN3).*

Stadiul IA1 denota un cancer invaziv care poate fi vazut doar la microscop, dar nu si cu ochiul liber. Masoara nu mai mult de 3 mm in adancime si 7 mm in latime.

Conizatia*

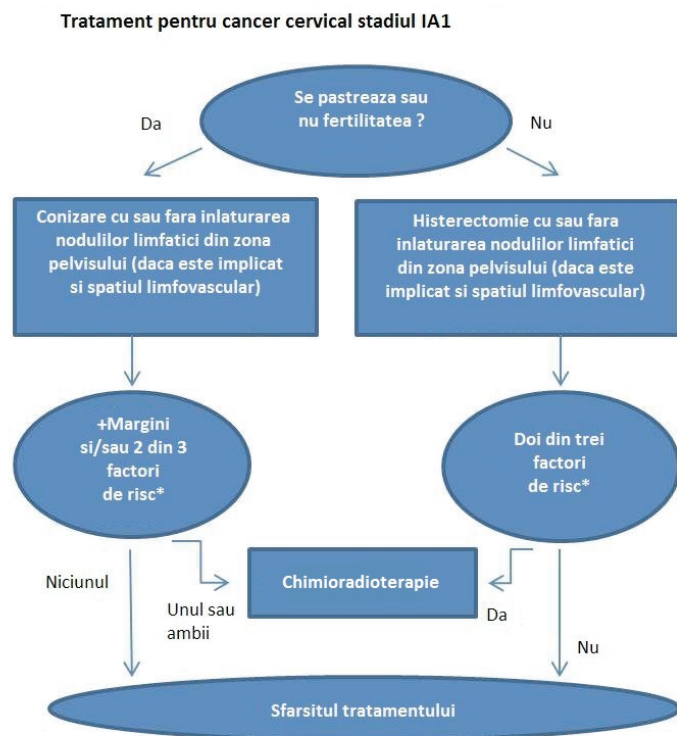
Tratamentul standard este cel chirurgical, numit conizatie*. Cu toate acestea, o leziune precanceroasa CIN* de gradul 1, numita Leziune Intraepiteliala Scuamoasa de grad scazut (LSIL – Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion) are o probabilitate mare de regresie* fara tratament si trebuie monitorizata indeaproape pentru aproximativ un an sau mai putin. Astfel, doar leziunile CIN de gradele 2 si 3 sau Leziunile Intraepiteliale Scuamoase de grad inalt (HSIL – High-grade Squamous Intraepithelial Lesion) sunt tratate prin conizatie*.



Prin conizatie se elimina o bucata conica de tesut cervical din jurul orificiului uterin care se conecteaza cu vaginul, iar in profunzime incluzand canalul cervical interior. Aceasta se face cu cutitul, la "rece", cu laser sau printr-o procedura de excizie electrochirurgicala cu ansa*. Daca la examinarea histopatologica* a specimenului conic rezezat nu se gaseste invazie si marginile de la periferia specimenului sunt curate microscopic (nu se gasesc celule canceroase), tratamentul a avut efect si nu mai este necesar alt tratament.

O alternativa la conizatie* este inlaturarea uterului, numita histerectomie simpla*. Acest procedeu poate fi propus femeilor care nu mai doresc sa ramana insarcinate. Se elimina astfel orice risc ulterior de cancer uterin.

Pentru un numar limitat de cazuri, se poate recomanda inlaturarea ganglionilor limfatici* pelvieni, pe langa interventia chirurgicala asupra cervixului (sau asupra intregului uter). Aceasta se intampla atunci cand, in timpul examinarii histopatologice* a biopsiei* initiale, se gasesc celule canceroase in vasele limfatice* si in vasele sanguine din jurul tumorii. Aceasta se numeste invazie limfovaculara* si sugereaza ca este posibil ca aceste celule canceroase sa se fi raspandit in ganglionii limfatici. Se ridica suspiciunea ca tumoarea sa fie intr-un stadiu mai avansat decat IA1. In acest caz, ganglionii limfatici pelvieni vor fi eliminati chirurgical pentru a se verifica gradul de avansare al bolii.



* Factori de risc

- Tumoare mai mare decat se astepta
- Invazie stromala adanca
- Invazie limfovaculara

Complicatiile imediate cum ar fi sangerarile abundente sunt rare si nu sunt severe. Totusi, daca tratamentul este efectuat in timpul sarcinii, sangerarile masive sunt mai comune si riscul de complicatii ulterioare ale sarcinii, cum ar fi nasterea prematura, se dubleaza. Adeseori, tratamentele stadiului 0 de boala sunt amanate pana dupa sarcina.

Complicatiile pe termen lung ale conizatiei* sunt foarte rare si pot include incompetenta cervicala, care mareste riscul de nastere prematura.

Conizatia* este folosita si drept asa-numita "biopsie excizionala*", adica o procedura de diagnosticare in care nu se preleva un fragment din leziunea suspectata, ci intreaga leziune este excizata, deoarece este suficient de mica si de accesibila. In functie de stadiul determinat la examinarea histopatologica* a specimenului conizat, conizatia de diagnostic poate fi curativa in sine, fara sa fie nevoie de alt tratament.

Tratamentul adjuvant atunci cand exista risc de recurenta/recidiva*

Un tratament adjuvant este un tratament administrat in completarea celui initial, cand exista suspiciunea ca acest tratament initial sa nu fie curativ. Scopul sau este tratarea cancerului prin reducerea riscului de recurenta.

În cazul cancerului cervical în stadiul IA1 preoperator, dacă examinarea histopatologică* a specimenului rezecat confirmă stadiul, tumoarea este considerată vindecată și nu mai este nevoie de tratament suplimentar. Totuși, examinarea histopatologică* a specimenului rezecat poate arăta, în unele cazuri, că tumoarea s-a extins mai mult decât era așteptat, adică a avansat la un stadiu superior. Acest lucru se întâmplă atunci când specimenul rezecat dovedește o invazie mai adâncă de 3 mm și când marginile de rezecție ale unui specimen de conizație* relevă prezența țesutului tumoral. Un stadiu superior trebuie suspectat și dacă se găsesc celule tumorale în spațiile limfovaskulare. În aceste cazuri se va recomanda tratament adjuvant.

În concluzie, tratamentul adjuvant este recomandat dacă sunt prezenți doi din trei factori de risc: o tumoră primară mai mare decât cea estimată inițial, invazie stromală profundă* și invazie limfovaskulară*. Tratamentul adjuvant se va indica, de asemenea, dacă invazia limfovaskulară din biopsia inițială* a dus la o histerectomie* cu înlăturarea ganglionilor limfatici* pelvieni, care după operație s-au dovedit a conține celule tumorale și/sau dacă s-au găsit tumori în parametre*.

Tratamentul adjuvant va fi chimio-radioterapia concomitentă, adică radioterapia* externă și chimioterapia* administrate concomitent. În radioterapia externă, radiatiile sunt produse de o sursă externă și direcționate către zona pelvisului, unde se află tumoarea împreună cu vasele limfatice* și ganglionii limfatici*. Chimioterapia* constă în medicamente care sunt capabile să ucidă celulele canceroase din întreg organismul, în acest caz cu scopul de a ucide celulele canceroase posibil prezente în vasele limfatice și în ganglionii limfatici din pelvis și de a potența acțiunea radiatiilor. Pentru chimio-radioterapia concomitentă a cancerului cervical, cel mai des folosit regim este cisplatin* 40 mg/m² de suprafață corporală o dată pe săptămână, pe parcursul radioterapiei. Acesta este însoțit de administrarea abundentă de lichide intravenoase* pentru a preveni afectarea rinichilor.



Stadiul IA2

Stadiul IA2 denotă un cancer invaziv care poate fi detectat doar la microscop, dar nu și cu ochiul liber și care măsoară între 3 și 5 mm în adâncime și 7 mm în lățime.

Operația

Tratamentul standard este cel chirurgical, care include o intervenție chirurgicală asupra uterului și înlăturarea ganglionilor limfatici* pelvieni.

- Pacientele tinere care au dorința de a rămâne însărcinate pot opta pentru o operație cu păstrarea uterului. Un con* mare din cervix poate fi înlăturat prin conizație* sau întregul col uterin poate fi înlăturat (procedura numită trahiectomie).
- Alte paciente pot beneficia de îndepărtarea simplă a uterului, numită histerectomie simplă* sau de o rezecție a parametrelor*, a ovarelor și a părții superioare a vaginului în plus față de uter, procedura numită histerectomie* radicală.

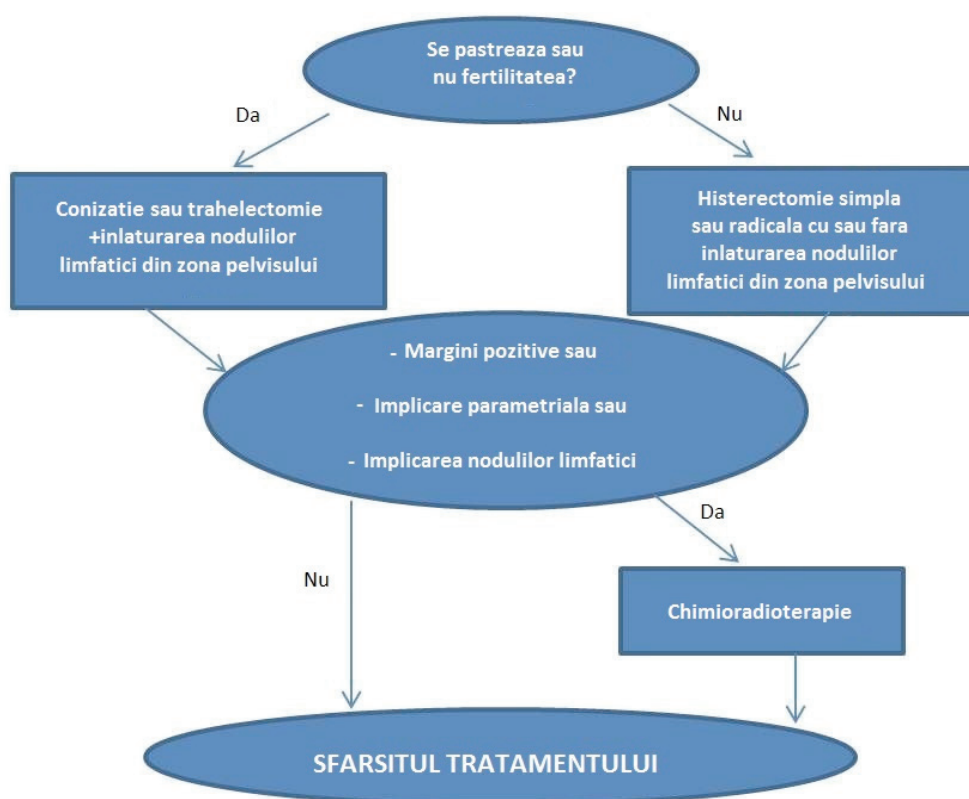
Tratamentul adjuvant

Rezultatele examinării histopatologice* a tesutului îndepărtat chirurgical (tumoare, uter și ganglioni limfatici*) vor oferi informațiile necesare pentru a decide dacă este necesar un tratament adjuvant. După cum s-a detaliat în secțiunea privitoare la stadiul IA1, un tratament adjuvant este administrat în completarea operației atunci când se suspectează că nu au fost îndepărtate toate tesuturile canceroase sau dacă boala s-a extins la tesuturile adiacente, cum ar fi parametrele* sau nodulii limfatici, în intenția de a o vindeca.

Ca și în cazul stadiului IA1, când se detectează celule canceroase în ganglionii limfatici pelvieni îndepărtati chirurgical sau când marginile tesutului cervical înălțat prezintă celule tumorale vizibile la microscop (margini pozitive), este necesar un tratament adjuvant.

În aceste situații, radioterapia* externă și chimioterapia* se vor administra simultan. În radioterapia externă, radiatiile sunt produse de o sursă externă și direcționate spre zona pelviană, unde se află tumoarea, vasele limfatice* și ganglionii limfatici*. Chimioterapia* constă în medicamente care pot să ucidă celulele canceroase din tot corpul, dar care, în acest caz, au scopul de a ucide celulele canceroase posibil prezente în vasele limfatice și în ganglionii limfatici pelvieni. Pentru cancerul de col uterin, medicamentul cel mai des folosit în chimio-radioterapia concomitentă este cisplatin* 40mg/m² de suprafață corporală, o dată pe săptămână, pe durata radioterapiei.

Tratament pentru cancer cervical stadiul IA2



Stadiul IB1

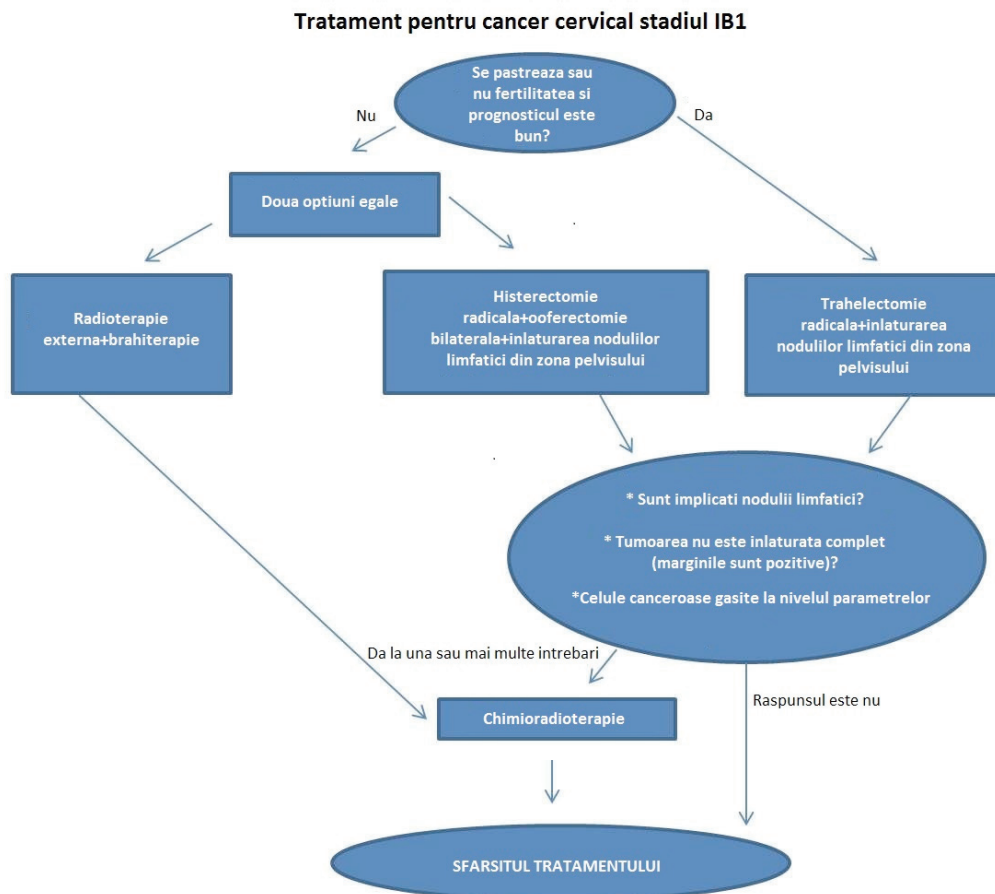
Stadiul IB1 denota un cancer invaziv microscopic sau macroscopic vizibil, mai mare de stadiul IA2, dar cu o leziune mai mica de 4 cm in diametrul maxim.

Pentru acest stadiu de cancer cervical, sunt disponibile cateva optiuni de tratament:

- Operatie;
- Radioterapie* care combina iradierea externa si brahiterapia*, o iradiere locala de la o sursa radioactiva* plasata in contact cu tumoarea;
- Radioterapie combinata cu operatia.

Per total, niciuna din aceste metode de tratament nu s-a dovedit a fi pe deplin superioara celorlalte. Alegerea uneia din ele trebuie sa se bazeze pe:

- 1) Caracteristicile specifice ale bolii sau ale pacientei;
- 2) Preferintele pacientei, daca exista;
- 3) Expertiza si experienta centrului de tratament.



Operatia standard consta in indepartarea intregului uter (histerectomie*) cu indepartarea bilaterala (pe ambele parti) a parametrelor* si a ovarelor si indepartarea ganglionilor limfatici din pelvis (limfadenectomie*), asa-numita histerectomie* radicala.

Interventia chirurgicala mai limitata, cu pastrarea fertilitatii (trahelectomie radicala, adica inlaturarea cervixului doar, cu sau fara parametre*) poate fi luata in considerare la pacientele tinere care doresc sa ramana insarcinate, daca tumoarea prezinta caracteristici de prognostic* excelent. Caracteristicile care permit salvarea uterului fara riscuri sunt: diametrul maxim al tumorii mai mic de 20 mm, examinarea microscopica a biopsiei* care nu evidentiaza celule tumorale in vasele limfatice* si ganglionii limfatici clinic lipsiti de tumori.

Dupa cum s-a explicat pentru tumorile din stadiul IA, la pacientele la care s-a efectuat direct interventia chirurgicala, daca examinarea de laborator a specimenului chirurgical releva faptul ca este posibil ca interventia chirurgicala sa nu fi indepartat in totalitate tumoarea, este necesar tratament suplimentar, prin chimioradioterapie, adica o combinatie intre chimioterapie* si radiatii, in acelasi timp. Acest lucru se va intampla daca sunt gasite celule tumorale in marginile specimenului rezezat si daca parametrele* sau nodulii limfatici* sunt afectati.

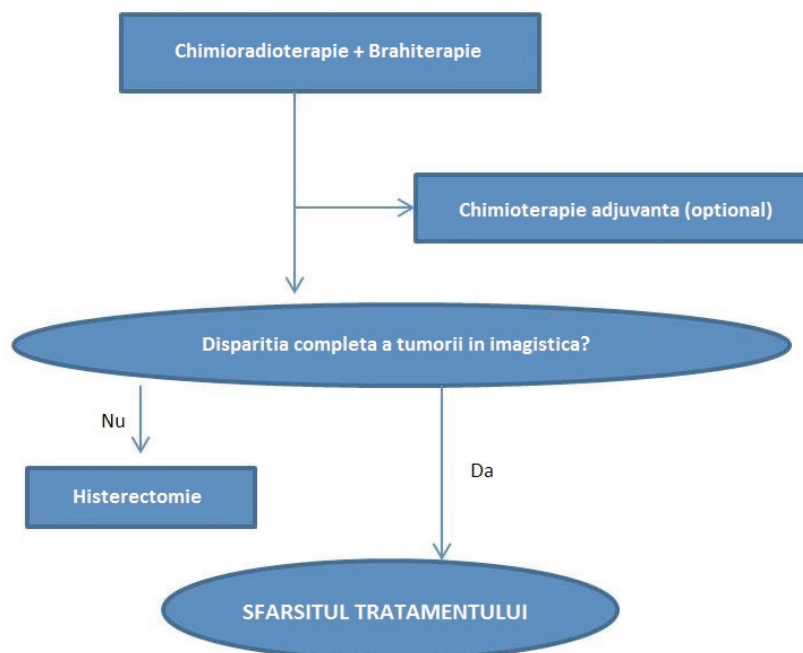
Stadiile IB2 pana la IVA

Stadiul IB2 denota un cancer vizibil macroscopic sau invaziv microscopic superior stadiului IA2, cu o leziune de diametru maxim mai mare de 4 cm.

Stadiul IVA denota cancer avansat cu invazie asupra altor organe pelviene (vezica, rect) si/sau care s-a extins dincolo de pelvis, de exemplu in abdomen sau in zona inghinala.

Tratamentul standard este radioterapia* combinata cu chimioterapia*. Radiatiile tind sa exterminarea tumorii primare si a ganglionilor limfatici* potential implicati, iar chimioterapia are doua obiective: eficientizarea radioterapiei si eliminarea celulelor canceroase aflate la distanta de zonele iradiate. Medicamentul cisplatin* este cel mai frecvent in chimioterapie*, atunci cand este asociat cu radioterapia concomitenta, dar regimurile* bazate pe medicamente fara platina par a fi la fel de eficiente ca si chimioterapia* bazata pe platina. Terapia prin radiatii consta in iradiere externa (cu chimioterapie* concomitenta) si brahiterapie*, efectuata de obicei dupa terminarea iradierii externe.

Tratament pentru cancer cervical stadiul IB2 pana la stadiul IVA



Tratamentul total ar trebui sa se incadreze in 55 de zile. Daca sunt afectati ganglionii para-aortici*, atunci iradiatiile externe se extind si in zona acestora.

Daca rezultatele imagistice arata ca boala nu a disparut complet la terminarea radioterapiei* (inclusiv a brahiterapiei*) impreuna cu chimioterapia*, exista optiunea unui tratament aditional: extirparea chirurgicala complementara a intregului uter (operatie radicala). In cazurile mai avansate, chiar daca boala pare a fi sub control complet dupa radioterapie si chimioterapie*, ar putea ramane boala reziduala nedectabila care sa cauzeze recidive. Conform unor studii, continuarea chimioterapiei* adjuvante poate oferi beneficii ulterioare, dar aceasta nu este o practica standard. Chimioterapia* adjuvanta poate fi luata in calcul chiar daca tumoarea a disparut, in ideea de a minimiza riscul de metastaza*, dar eficienta chimioterapiei* aditionale nu a fost in intregime dovedita, asa ca este recomandat sa fie administrata doar in cadrul unui studiu clinic*.

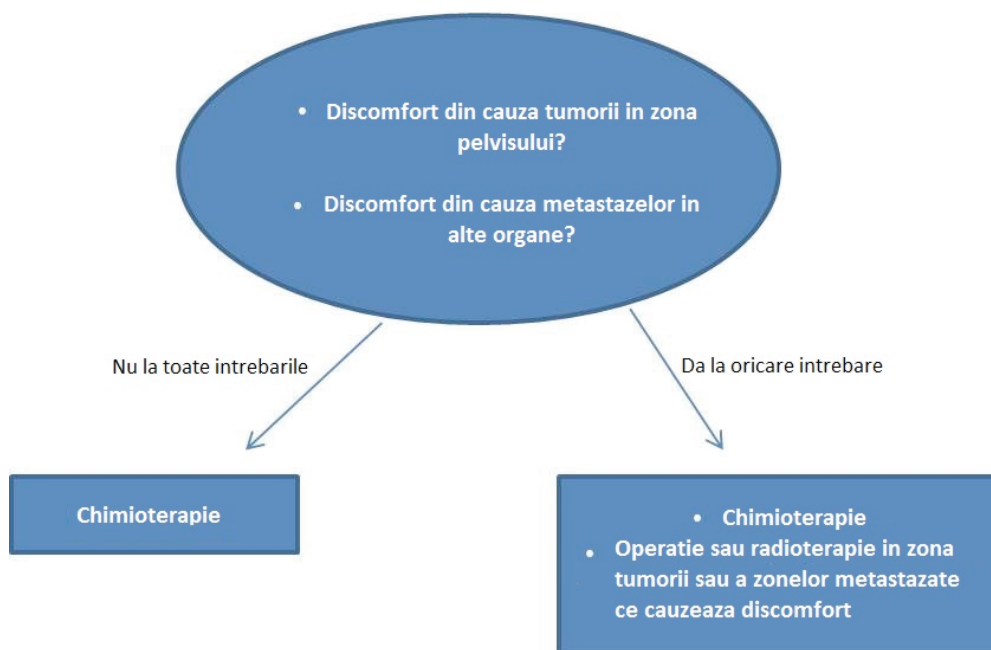
Stadiul IVB

Stadiul IVB releva un cancer avansat care a invadat organele aflate la distanta (metastaze), de exemplu plamanii sau ficatul.*

Chimioterapia*, desi nu curativa, este in masura sa induca remisiune sau sa stabilizeze boala. Baza chimioterapiei consta in compusi ai platinei, de obicei cisplatin*. Chimioterapia combinata, de exemplu, cu topotecan* sau paclitaxel*, pe langa compusul cu platina mareste rata de raspuns si timpul pana la progresia bolii, inasa cu pretul mai multor efecte secundare. Alegerea medicatiei citostatice se face luand in considerare riscurile specifice preexistente de efecte secundare severe, cum ar fi afectiunile renale, neurologice* si cardiace. Aceasta chimioterapie se administreaza de obicei intravenos*, in ambulator (spitalizare de zi). Pentru a preveni efectele secundare *immediate*, cum ar fi problemele digestive si reactiile alergice, inainte de sesiunea de chimioterapie se administreaza un corticosteroid*, cum ar fi dexametazona* si un medicament antivomitiv, iar terapia este insotita de administrarea abundenta de fluide intravenoase*, pentru a preveni afectarea rinichilor in cazul administrarii de cisplatin*. Ca in cazul majoritatii schemelor chimioterapeutice, exista si efecte secundare pe termen *intermediar* sau *lung*. La cateva saptamani de la administrare, poate aparea o deteriorare a productiei de celule sanguine. Daca analizele releva reduceri temporare excesive ale celulelor albe din sange sau ale trombocitelor*, urmatoarea cura de tratament trebuie amanata si dozele trebuie adaptate.



Tratament pentru cancer cervical stadiul IVB



In unele cazuri, cisplatinul* poate da probleme neurologice, cu afectarea mainilor si/sau a picioarelor (intepaturi in piele, amorteala si/sau durere) si modificari ale auzului.

In unele cazuri de boala avansata tratata cu chimioterapie*, tumoarea principala neextirpata poate sangera, se poate infecta sau poate cauza un alt discomfort major. In acest caz controlul simptomelor poate fi obtinut prin radioterapie* paliativa sau prin indepartarea chirurgicala a tumorii. La fel se poate proceda pentru leziunile metastatice* care pot fi extrem de dureroase, cum sunt metastazele osoase*.

CARE SUNT POSIBILELE EFECTE SECUNDARE ALE TRATAMENTELOR?

Riscuri si efecte secundare ale operatiiei

Unele riscuri sunt comune tuturor interventiilor chirurgicale efectuate sub anestezie generala*. Urmatoarele complicatii sunt neobisnuite si includ tromboza* venoasa profunda, problemele cardiace si respiratorii, sangerarile, infectiile sau reactiile la anestezie*.

Organele de reproducere feminine sunt situate in pelvis, impreuna cu tractul urinar inferior si cu tractul digestiv inferior. In timpul interventiei chirurgicale, tractul urinar si intestinalele pot fi afectate.

Inlaturarea ganglionilor limfatici* din pelvis si de-a lungul aortei poate sa lezeze sau sa blocheze sistemul limfatic, rezultand limfedem, o stare in care fluidul limfatic se acumuleaza in picioare si provoaca inflamarea lor. Problema poate aparea imediat dupa operatie, dar si mai tarziu. Exista, de asemenea, riscul de limfocel, o colectare a lichidului limfatic in zona supusa interventiei chirurgicale. Aceasta dispare, de obicei, in mod spontan.

Daca apare o compresie a ureterelor care pericliteaza rinichii, fluxul urinar poate fi restaurat prin insertia unui dispozitiv (dren) in pelvisul renal, prin care se stabileste un canal pentru eliminarea urinei (nefrostomie).

Histerectomia* creste si riscul incontinentei urinare si a prolapsului de vagin la mai multi ani dupa interventia chirurgicala, pentru ca poate sa lezeze sau sa slabeasca muschii pelvini de sustinere.

Femeile operate inainte de menopauza* si pentru care operatia a inclus extirparea ovarelor vor experimenta simptome ale menopauzei la scurt timp dupa operatie. Bufeurile, schimbarile de dispozitie, transpiratiile nocturne, uscaciunea vaginala si problemele de concentrare sunt des intalnite.

Efectele secundare pot fi ameliorate prin intermediul consultatiilor si al sfaturilor oferite de oncolog* si de ginecologi.

Riscuri si efecte secundare ale terapiilor nechirurgicale

Cele mai frecvente efecte secundare ale terapiilor nechirurgicale (radioterapie si chimioterapie*) sunt, de obicei, reversibile dupa tratament. Unele strategii sunt disponibile pentru a preveni sau a ameliora unele dintre aceste efecte secundare. Acest subiect trebuie discutat in mod deschis cu medicul.

Radioterapia pelviana

Efectele secundare ale radioterapiei* externe pentru tratarea cancerului cervical apar in principal din cauza iradierii organelor din jurul colului uterin si al uterului. Efectele radiatiilor asupra tractului urinar includ durerile la urinare, spasmele vezicii, care creeaza o nevoie urgenta de a urina, ulceratiile si necroza* stratului interior al vezicii, prezenta sangelui in urina si obstructionarea tractului urinar. Efectele radiatiei asupra tractului digestiv inferior includ discomfortul rectal, diareea, scurgerile rectale cu mucus* si sange si, rar, perforarea intestinelor. Ingustarea vaginului este un alt posibil efect secundar intarziat al radioterapiei pelviene. Tratamentul acestor reactii post-radiatii trebuie stabilit de catre oncolog*. Tehnicile moderne de radioterapie externa, cum ar fi radioterapia cu intensitate modulata (IMRT – Intensity Modulated Radiotherapy)* au scopul de a reduce toxicitatea acesteia.

Brahiterapia

Efectele secundare mai sus mentionate ale radioterapiei* externe pot aparea si in cazul brahiterapiei*, dar mai rar, deoarece acest tip de radioterapie este mai bine tintit. Uscaciunea vaginala este frecventa dupa tratament. Ingustarea si uscaciunea vaginala pot aparea si pot rezulta in disfunctii sexuale pe termen lung. La femeile tinere, radiatiile opresc functionarea ovarelor, ceea ce poate cauza la randul sau uscaciune vaginala si disfunctii sexuale. In plus, poate aparea un risc crescut de osteoporoza* si/sau fracturi ale oaselor pelviene. Femeile trebuie sa se afle sub ingrijirea unui specialist pentru astfel de probleme. Deoarece cancerurile cervicale nu sunt dependente de hormoni, in absenta contraindicatiilor*, se poate prescrie un tratament hormonal pentru a evita aceste efecte secundare.

Chimioterapia

Efectele secundare ale chimioterapiei* sunt foarte frecvente. Ele depind de medicatia administrata, de doze si de factorii individuali. Daca au existat alte probleme anterioare (cum ar fi cele cardiace), trebuie luate masuri de precautie si/sau tratamentul trebuie adaptat. Combinarea unui numar de medicamente duce, de obicei, la mai multe efecte secundare decat folosirea unuia singur.

Cel mai frecvent efect secundar al medicamentelor chimioterapice* administrate in cancerul cervical sunt afectiunile rinichilor, pierderea parului si scaderea numarului de celule din sange. Pentru a preveni afectarea rinichilor in timpul tratamentului cu cisplatin*, se recomanda administrarea abundenta de fluide intravenoase*. Chimioterapia bazata doar pe platina nu cauzeaza caderea parului. Scaderea celulelor din sange poate duce la anemie*, sangerari si infectii. Odata cu finalizarea chimioterapiei, parul va creste la loc si numarul de celule din sange va reveni la normal.

Alte efecte secundare includ, in ordinea descrescatoare a frecventei:

- oboseala,
- lipsa poftei de mancare,
- greata, varsaturi si diaree,
- deshidratare,
- usoare schimbari in structura unghiilor si pielii, care vor disparea curand,
- inflamatii in zone cum ar fi cavitata bucala,

- pierderea gustului,
- umflături dureroase și inflamații în locul în care se administrează injecția,
- reacții alergice, cum ar fi înroșirea și eczemele,
- probleme neurologice care afectează mâinile și/sau picioarele (neuropatie periferică), ce pot cauza înțepături în piele, amorțeala și/sau durere,
- pierdere temporară sau modificări ale văzului,
- tinit în urechi sau modificări ale auzului,
- tensiune arterială scăzută,
- ritm cardiac scăzut,
- dureri musculare sau de încheieturi și
- convulsii.

Pot apărea și alte efecte rare, dar mai grave, care includ în special atacurile vasculare cerebrale, infarctul miocardic* și deteriorarea funcției normale a rinichilor și ficatului.

Toate simptomele și anomaliile trebuie raportate imediat medicului.

CE SE INTAMPLA DUPA TRATAMENT?

Nu este neobisnuita experimentarea de simptome legate de tratament dupa terminarea acestuia.

- Anxietatea, problemele de somn sau depresia se pot instala in faza post-tratament; pacientele care sufera de aceste simptome pot avea nevoie de sprijin psihologic special.
- Majoritatea tratamentelor chirurgicale ale cancerului cervical lasa functiile sexuale neafectate. Radioterapia* poate slabi stratul interior al vezicii, al rectului sau al vaginului si poate cauza probleme urinare, de defecare si sexuale, care sunt de obicei reversibile.
- Deficientele de memorie, dificultatile de concentrare si oboseala sunt efecte secundare comune in urma chimioterapiei* si sunt, de obicei, reversibile in decursul catorva luni.



Urmarirea bolii

Dupa incheierea tratamentului, medicii vor propune un program de urmarire constand in consultatii regulate, care au ca scop:

- Detectarea unei posibile recidive* a tumorii:
 - Pentru un cancer in stadiul 0 tratat, daca trei teste Papanicolau* consecutive efectuate pe parcursul a doi ani nu releva anormalitati, riscul de recidiva* al pacientei nu este mai mare decat riscul ca o femeie sanatoasa sa dezvolte un carcinom de col uterin. Aceste foste paciente se pot intoarce dupa doi ani la procesul obisnuit de screening pentru femeile sanatoase, constand in teste Papanicolau la fiecare trei ani.
 - Pentru stadii mai avansate, se recomanda examinari* clinice si ginecologice care includ teste Papanicolau* la fiecare 3 luni pentru primii doi ani, la fiecare 6 luni pentru urmatorii trei ani si apoi anual.
 - Pentru stadii avansate tratate, ar trebui sa se faca regulat anamneza, examene fizice si teste ulterioare in caz de anomalii.
- Evaluarea efectelor adverse ale tratamentului si tratarea lor.
- Oferirea de suport psihologic si informational pentru promovarea revenirii la o viata normala.

Reintoarcerea la o viata normala

Poate fi greu sa traiesti cu ideea ca ar putea exista o recidiva a cancerului. Acest lucru se intampla foarte rar in cazul stadiilor incipiente tratate corect. Daca boala a fost descoperita direct intr-un stadiu avansat, riscul va fi mai mare. Recidiva* poate fi locala (de exemplu, in vagin sau in pelvis), regionala (de exemplu, in ganglionii limfatici* ai canalului inghinal) sau la distanta (de exemplu, metastaze* la ficat, oase sau plamani). Din ce se stie astazi, nu se poate recomanda nicio metoda exacta de diminuare a riscului de recidiva dupa tratament. Ca o consecinta a cancerului in sine si a tratamentului, intoarcerea la o viata normala poate sa nu fie usoara pentru unele persoane. Pot aparea intrebari legate de imaginea proprie, de sexualitate, de oboseala, de munca, de emotii sau de stilul de viata. Discutarea acestor probleme cu rudele, prietenii sau medicii poate fi benefica. In multe tari, este disponibil sprijin din partea grupurilor de fosti pacienti sau servicii de asistenta si informatii telefonice.

Ce se intampla daca boala revine?

Reaparitia cancerului se numeste recidiva*. Recidivele pot fi locale (de exemplu la nivelul cervixului, in vagin sau in interiorul pelvisului), regionale (de exemplu, in ganglionii limfatici* ai canalului inghinal) sau la distanta (metastaze ale ficatului, oaselor sau plamanilor).

Tratamentul depinde de extinderea recidivei si va fi adecvat stadiului in care se gaseste aceasta. In caz de recidiva locala, dupa caz, vindecarea sau tinerea sub control a bolii se pot obtine pe cale chirurgicala, prin radioterapie, chimioterapie* sau o combinatie a acestora. De exemplu, tratamentul recidivei unei tumori tratate initial doar pe cale chirurgicala va include de obicei radioterapie* si chimioterapie*. Brahiterapia* anterioara nu va exclude neaparat radioterapia cu raze externe ulterioara. Daca acest tip de radioterapie a fost administrat anterior, el poate fi aplicat doar in cazuri exceptionale.

Cand nu mai este posibil controlul local sau regional al bolii prin aceste mijloace, se poate opta pentru asa-numita chimioterapie* paliativa (al carei scop nu mai este vindecarea, ci controlul temporar al bolii si prelungirea supravietuirii). In cazuri rare de recidiva locoregionala care afecteaza organele pelvisului, cum ar fi vezica urinara sau rectul, se poate propune indepartarea lor chirurgicala (exenteratie pelviana), dupa care va fi necesara cel mai probabil crearea de stome pentru evacuarea urinei si a fecalelor.

Daca recidiva este sub forma de metastaza*, trebuie tratata ca un cancer de gradul IVB, cu chimioterapie*. In acest caz, ori de cate ori e posibil, trebuie efectuata o biopsie* a leziunii suspecte pentru a verifica daca e o metastaza a cancerului cervical si nu o metastaza a altui cancer sau o alta formatiune. Ca si in stadiul initial IVB de cancer, interventia chirurgicala sau radioterapia unei metastaze izolate se pot lua in calcul pentru a controla o leziune deosebit de periculoasa si a imbunatati calitatea vietii.

DEFINITIILE TERMENILOR DIFICILI

Abordare multidisciplinara

Planificarea tratamentului in care un numar de medici experti in diferite discipline (specialitati medicale) discuta boala unui pacient si optiunile de tratament ale acestuia. In tratarea cancerului, o comisie multidisciplinara poate include un oncolog* medical (care trateaza cancerul cu medicamente), un chirurg oncolog (care opereaza cancerul in cauza) si un oncolog radioterapeut (care trateaza bolnavul cu radiatii). Se mai numeste consiliu pentru tumori (board tumoral).

Anemie

Boala caracterizata prin diminuarea numarului de globule rosii din sange sau a hemoglobinei. Fierul care contine hemoglobina transporta oxigenul de la plamani in tot corpul, iar acest proces este diminuat in cazul afectiunii descrise.

Anestezie

Stare reversibila de pierdere a constientei, in care pacientul nu simte durere, nu are reflexe normale si raspunde mai putin la stres, indusa artificial prin folosirea anumitor substante cunoscute drept anestezice. Poate fi completa sau partiala si permite pacientului sa treaca prin operatii.

Biopsie

Inlaturarea unor celule sau tesuturi pentru a fi examinate de catre un anatomopatolog. Medicul poate studia tesutul la microscop sau poate efectua alte teste. Exista mai multe tipuri de proceduri pentru biopsie. Cele mai comune includ: (1) biopsie incizionala, in care numai o mostra de tesut este prelevata; (2) biopsie excizionala, in care este inlaturata intreaga zona cu probleme sau intreaga tumoare si (3) biopsie cu acul, in care o mostra de tesut sau de lichid este prelevata cu un ac. Cand se foloseste un ac gros, procedura se numeste punctie tisulara (core biopsy). Cand se foloseste un ac subtire, procedura se numeste aspiratie cu ac fin.

Biopsie conica/conizatie

Operatie prin care se inlatura o bucata de tesut sub forma de con din cervix si canalul cervical. Poate fi folosita pentru diagnosticarea sau tratarea unei probleme cervicale. Se mai numeste conizatie*.

Brahiterapie

Tip de terapie in care material radioactiv* este plasat in ace, seminte, fire sau cateter, apoi pus direct in interiorul sau in apropierea tumorii. Se mai numeste implant radioterapic, terapie interna cu radiatii sau brahiterapie cu radiatii.

Carcinom *in situ* (CIS)

Forma incipienta de cancer care incepe la nivelul pielii sau al tesuturilor care acopera sau captusesc organele interne si nu invadeaza alte straturi ale organului afectat.

Chimioterapie

Tip de tratament pentru cancer care foloseste medicamente pentru a distruge celulele canceroase si/sau pentru a limita cresterea lor. Aceste medicamente sunt, de obicei, administrate pacientilor prin perfuzare lenta in vena, dar pot fi administrate si oral, prin perfuzie directa in membre sau prin perfuzare in ficat, in functie de localizarea cancerului.

Cisplatin

Medicament folosit in tratarea mai multor tipuri de cancer. Cisplatinul contine metalul numit platina, care ucide celulele canceroase prin alterarea ADN-ului si oprirea inmultirii lor. Cisplatinul este un tip de agent alchilant.

Citologic (Examinare citologica)

Legat de citologie, stiinta care studiaza structura si functionarea celulelor.

Colposcopie

Procedura in care medicul foloseste un colposcop (instrument cu lentile care mareste imaginea asemenea unui binoclu) pentru a examina cervixul.

Contraindicatie

Boala sau simptom care previne administrarea unui anumit tratament sau a unei proceduri pentru un pacient. Contraindicatiile sunt fie absolute, ceea ce inseamna ca tratamentul nu trebuie administrat niciodata pacientului cu boala sau simptomul in cauza, fie relative, ceea ce inseamna ca riscurile pot fi depasite de beneficii la unii pacienti cu respectiva afectiune sau respectivul simptom.

Corticosteroid

Orice tip de hormon steroid produs in alta parte decat glanda adrenală. Pot fi realizati si in laborator. Corticosteroizii au multe efecte asupra corpului si sunt folositi pentru a trata multe boli. Ei pot fi folositi si ca substituent hormonal, pentru a suprima sistemul imunitar* si a trata anumite efecte secundare ale cancerului si ale tratamentului sau. Corticosteroizii sunt, de asemenea, folositi pentru a trata anumite limfoame si leucemii limfoide.

Dexametazona

Steroid sintetic (similar cu hormonii steroizi produsi in mod natural de glanda adrenală). Este folosita pentru tratarea leucemiei si a limfoamelor si poate fi utilizata pentru tratarea anumitor probleme cauzate de cancer si de tratamentul acestuia.

Diabet

Diabetul se refera de obicei la diabet melitus, in care exista un nivel ridicat de glucoza (un tip de zahar) in sange, pentru ca organismul nu produce suficienta insulina sau nu o foloseste asa cum ar trebui.

Displazie (usoara/severa)

Celule care arata mai mult sau mai putin anormal la microscop si care nu sunt canceroase, dar pot fi precursora cancerului.

Examinare ginecologica/pelviana

Examinare fizica in care medicul va palpa pentru a depista umflaturi sau modificari ale formei vaginului, cervixului, uterului, trompelor uterine, ovarelor si rectului. Medicul va folosi si un specul* pentru a deschide vaginul, a privi cervixul si a lua mostrele necesare pentru testul Papanicolau*.

Examinare histopatologica (de laborator)

Studiul celulelor si tesuturilor bolnave utilizand un microscop sau alte instrumente si metode.

Examinare rectala vaginala bimanuala

Parte a examenului ginecologic in care medicul introduce degetul aratator in vagin si degetul mijlociu in rect. Cu cealalta mana, medicul va palpa simultan abdomenul. Aceasta parte a examinarii, desi putin neconfortabila, furnizeaza informatii importante asupra posibilelor anomalii ale organelor pelviene.

Fluid de contrast (substanta de contrast)

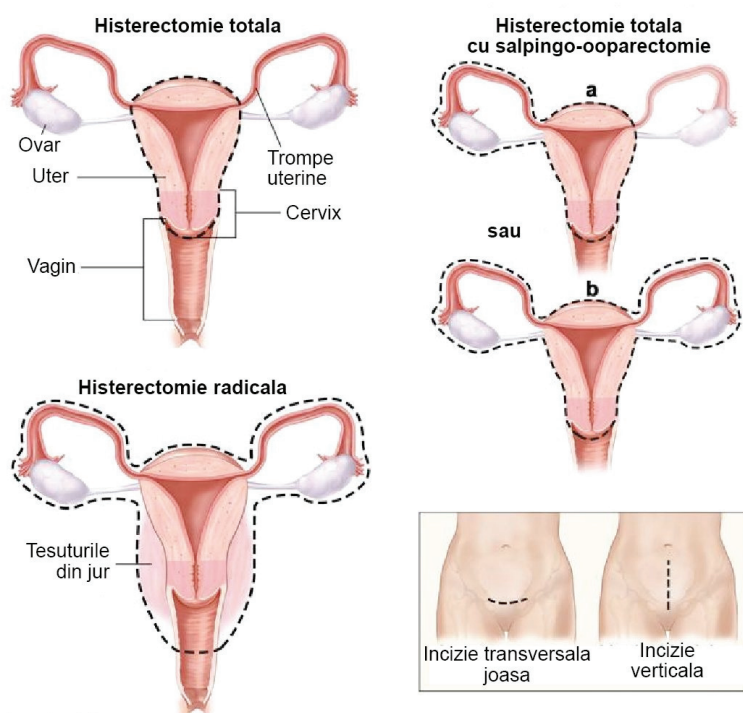
Colorant sau alta substanta care ajuta la vizualizarea unor zone anormale din interiorul corpului. Se administreaza prin injectie intravenoasa, prin clisma sau pe cale orala. Substantele de contrast pot fi folosite cu raze X*, scanari CT*, RMN* si alte teste imagistice.

Ganglion/nodul limfatic

Masa rotunjita de tesut limfatic inconjurata de o capsula de tesut conjunctiv. Nodulii limfatici filtreaza limfa si stocheaza limfocitele. Sunt localizati de-a lungul vaselor limfatice* si se mai numesc glande limfatice.

Histerectomie (simpla/radicala)

Procedura chirurgicala pentru inlaturarea uterului si, uneori, a colului uterin. Daca atat uterul, cat si cervixul sunt inlaturate, se numeste histerectomie totala sau simpla. Daca numai uterul este inlaturat, atunci se numeste histerectomie partiala sau supracericala. Histerectomia radicala implica inlaturarea uterului, a cervixului si a unei parti din vagin. De asemenea, pot fi inlaturate ovarele, trompele uterine si nodulii limfatici din apropiere.



Histerectomie*.

Uterul este inlaturat chirurgical cu sau fara alte organe si tesuturi. In cazul histerectomiei totale, uterul si cervixul sunt inlaturate. Intr-o histerectomie totala cu salpingo-ooparectomie (a), uterul plus un ovar si o trompa uterina sunt inlaturate; sau (b) uterul plus ambele ovare bilaterale si trompele uterine sunt inlaturate. Intr-o histerectomie radicala*, uterul, cervixul, ambele ovare, ambele trompe uterine si tesuturile din jur sunt inlaturate. Aceste proceduri sunt facute folosind o incizie transversala sau o incizie verticala.

Imunodeficienta

Scaderea capacitatii corpului de a lupta cu infectiile si alte boli.

Infarct miocardic

Un infarct de miocard sau un atac de cord inseamna intreruperea fluxului de sange catre o parte a inimii, care face celulele cardiace sa moara. Daca nu este tratat, un infarct poate cauza distrugerea muschiului cardiac si chiar moartea.

Intravenos (IV)

In interiorul unei vene. Se refera de obicei la o modalitate de administrare a unui medicament sau a unei alte substante printr-un ac sau tub inserat intr-o vena.

Invazie limfo-vasculara

Raspandirea cancerului in vasele limfatice sau sanguine.

Invazie stromala

Extinderea celulelor canceroase in retea de tesut conjunctiv si vase de sange care sustine un organ.

Limfadenectomie

Procedura chirurgicala in care sunt inlaturati nodulii limfatici si o mostra de tesut este verificata la microscop pentru semne de cancer. Pentru o limfadenectomie regionala, unii dintre nodulii limfatici din zona tumorii sunt inlaturati; in cazul unei limfadenectomii radicale, majoritatea sau toti nodulii limfatici din zona tumorii sunt inlaturati. Se mai numeste disectie a nodulilor limfatici.

Malign

Termen folosit pentru a descrie o boala severa sau care se agraveaza progresiv. O tumoare maligna este sinonima cu cancerul.

Menopauza

Perioada din viata in care ovarele femeilor nu mai produc hormoni, iar ciclurile menstruale se opresc. Menopauza naturala apare, de obicei, in jurul varstei de 50 de ani. Se considera ca o femeie este la menopauza atunci cand nu a mai avut ciclul menstrual pentru 12 luni consecutive. Simptomele menopauzei includ bufeuri, schimbari de dispozitie, transpiratii nocturne, uscaciune vaginala, probleme de concentrare si infertilitate.

Metastaza

Raspandirea celulelor canceroase dintr-o zona a corpului in alta. O tumoare formata din celule care s-au raspandit se numeste tumoare metastatica sau metastaza si contine celule similare celor din tumoarea originala.

Necroza

Se refera la moartea unor tesuturi vii.

Neoplazie cervicala intraepiteliala

Cresterea unor celule anormale pe suprafata cervixului. Se pot utiliza numere de la 1 la 3 pentru a descrie cat de anormale sunt celulele si cat din tesutul cervical este implicat.

Neurologic

Care are legaturi cu nervii sau cu sistemul nervos.

Noduli paraaortici / regiune paraaortica

Grup de noduli limfatici* situati in fata vertebrei lombare din apropierea aortei. Acesti noduli limfatici primesc drenaj din tractul gastrointestinal inferior si de la organele pelviene.

Oncolog

Medic specializat in tratarea cancerului. Unii oncologi sunt specializati intr-un anumit tip de tratament al cancerului. De exemplu, un oncolog radioterapeut este specializat in tratarea cancerului cu radiatii.

Osteoporoza

Boala in care scade masa si densitatea osoasa, ceea ce face oasele sa devina fragile.

Paclitaxel

Medicament folosit pentru tratarea cancerului de san, a celui ovarian si a sarcoamelor Kaposi asociate cu SIDA*. Este folosit in combinatie cu alte medicamente pentru a trata cancerul de col uterin si cancerul pulmonar fara celule mici. Produsul este studiat si in tratamentul altor tipuri de cancer, blocand cresterea celulelor prin oprirea diviziunii celulare si avand posibilitatea de a ucide celulele canceroase.

Parametre

Spatiile laterale din partea inferioara a uterului.

Patolog

Medic specializat in histopatologie, studiul celulelor si tesuturilor bolnave prin folosirea microscopului.

Procedura de excizie electrochirurgicala cu ansa (LEEP – Loop Electrosurgical Excision Procedure)

Procedura in care un fir subtire inserat prin tesuturi furnizeaza un curent electric de voltaj redus pentru a inlatura zonele anormale ale cervixului. Se foloseste anestezia locala si ulterior se aplica o anumita substanta pentru a preveni sangerarea.

Prognostic

Modalitatea probabila in care va evolua o boala; probabilitatea de recuperare sau de recurenta* a acesteia.

Radioactiv

Care emite radiatii.

Radioterapie

Terapie in care se trateaza cancerul cu ajutorul radiatiilor, intotdeauna orientate spre locul exact al bolii.

Radioterapie cu intensitate modulata (IMRT – Intensity-Modulated Radiotherapy)

Tip de terapie cu radiatii tridimensionale care foloseste imagini generate pe computer pentru a arata dimensiunea si forma unei tumori. Raze inguste de radiatie de diferite intensitati tintesc tumoarea din mai multe unghiuri. Acest tip de terapie prin radiatii reduce afectarea tesuturilor sanatoase din apropierea tumorii.

Raze X

Razele X sunt o forma de radiatie folosita pentru a obtine imagini din interiorul unor obiecte. In medicina, razele X sunt folosite in mod frecvent pentru a obtine imagini ale interiorului corpului.

Recurenta

Cancer sau boala care a revenit, de regula dupa o perioada in care nu a mai fost prezenta sau nu a mai putut fi detectata. Acest lucru se poate intampla in acelasi loc unde boala a aparut initial (primar) sau in alta parte a corpului. Se mai numeste boala recurenta sau cancer recurent.

Regim medicamentos pe baza de platina

Tratament care foloseste medicamente derivate din elementul numit platina. Include cisplatin*, carboplatin and oxaliplatin.

Regresie

Micsorare a tumorii sau a extinderii cancerului in corp.

Rezonanta Magnetica Nucleara (RMN)

Tehnica imagistica folosita in medicina, care utilizeaza rezonanta magnetica. Uneori se injecteaza un lichid care mareste contrastul dintre diferitele tesuturi, pentru a face anumite structuri mai vizibile.

Scurgere mucilaginoasa

Scurgere de mucus sau lichid asemanator mucusului din corp. Mucusul este un material asemanator unui gel care inmoaie si protejeaza suprafatele interne ale corpului.

Sindromul imunodeficientei umane dobandite (SIDA)

Sindromul imunodeficientei umane dobandite (SIDA) este o boala a sistemului imunitar cauzata de virusul imunodeficientei umane (HIV – human immunodeficiency virus). Sistemul imun al persoanelor cu SIDA este slabit, permitand dezvoltarea infectiilor si a tumorilor oportuniste, care afecteaza rareori persoanele cu sisteme imunitare sanatoase.

Sistem imunitar

Sistemul imunitar este un sistem biologic de structuri si procese care protejeaza corpul de boli, prin identificarea si uciderea celulelor tumorale si a invadatorilor straini, cum sunt virusurile si bacteriile.

Specul

Instrument folosit pentru a deschide vaginul si a permite medicului sa investigheze zona mai usor.

Studiu clinic

Tip de cercetare care testeaza cat de bine functioneaza noile tratamente medicale asupra oamenilor. Aceste studii testeaza noi metode de screening, prevenire, diagnostic sau tratament al unei boli.

Test Papanicolau

Procedura prin care se preleva celule din cervix pentru a fi examinate la microscop. Este folosita pentru a detecta cancerul si schimbarile care pot duce la cancer, dar poate arata si alte afectiuni, cum ar fi infectiile sau inflamatiile care nu sunt cancer.

Tip histologic

Categoria din care face parte o tumoare, in functie de caracteristicile celulelor si ale altor structuri vazute la microscop.

Tomografie computerizata (CT)

Forma de radiografie in care organele corpului sunt scanate cu raze X*, iar rezultatele sunt sintetizate de un computer pentru a genera imagini cu partile corpului.

Topotecan

Medicament anticancer care apartine grupului inhibitorilor de topoizomeraza. Acesta blocheaza o enzima numita topoizomeraza I, care este implicata in procesul de dividere al ADN-ului. Cand enzima este blocata, lanturile de ADN se rup. Acest lucru previne divizarea celulelor canceroase care, in final, mor.

Trombocite (plachete)

Mici fragmente de celule care joaca un rol fundamental in formarea cheagurilor de sange. Pacientii cu un numar mic de trombocite risca sa sufere sangerari severe. Pacientii cu un numar mare de trombocite risca tromboze (formarea de cheaguri de sange care pot bloca vasele de sange si pot provoca accidente vasculare cerebrale sau alte boli grave) sau sangerari severe, din cauza disfunctiei trombocitare.

Tromboza venoasa profunda

Formarea unui cheag de sange intr-o vena profunda de la nivelul piciorului sau al pelvisului inferior. Simptomele pot include durere, umflare, caldura si inrosire in zona afectata. Se mai numeste si DVT (deep vein thrombosis).

Vas limfatic

Tub subtire care transporta limfa (fluidul limfatic) si celulele sanguine albe prin sistemul limfatic.

Virusul imunodeficientei umane (HIV)

HIV este virusul care cauzeaza SIDA*. Se transmite prin sex, sange contaminat, lapte matern, dar si de la mama la fat.

Virusul papiloma uman (HPV - Human Papillomavirus)

HPV reprezinta o familie de virusuri care cauzeaza infectii locale ale pielii sau ale mucoaselor. Exista doua subgrupe de tipuri HPV care infecteaza tractul genital: cele cu risc scazut, care cauzeaza negi in zona genitala, si cele cu risc crescut, care cauzeaza cancer la nivelul cervixului, vaginului, vulvei si anusului la femei sau cancer la nivelul penisului si anusului la barbati.

Ghidurile ESMO si ale Anticancer Fund (Fondului Anticancer) sunt destinate sa ajute pacientii, rudele si apropiatii lor sa inteleaga natura diferitelor tipuri de cancer si sa evalueze cele mai bune variante de tratament. Informatia medicala din aceste ghiduri pentru pacienti se bazeaza pe Ghidurile de Practica Clinica ale ESMO, care sunt menite sa ghideze medicii în diagnosticarea, urmarirea si tratamentul diferitelor tipuri de cancer. Aceste ghiduri sunt produse de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) in colaborare cu Grupul de Lucru pentru Ghiduri al ESMO si Grupul de Lucru pentru Pacienti al ESMO.

Pentru mai multe informatii, accesati www.esmo.org,
www.anticancerfund.org

