

Klinika Ginekologii Akademii Medycznej w Gdańsku
Department of Gynaecology Medical University of Gdańsk

DAGMARA KLASA-MAZURKIEWICZ, JULIUSZ KOBIERSKI,
TOMASZ MILCZEK, JANUSZ EMERICH

***Epidemiological factors and morbidity on cervical cancer in patients
treated at Department of Gynaecology Medical University of Gdańsk***

**Czynniki epidemiologiczne a zachorowalność na raka szyjki macicy
w materiale Kliniki Ginekologii Akademii Medycznej w Gdańsku**

Nowotwory narządu rodnej kobiety stanowią w Polsce istotny problem medyczny oraz społeczny. Z wykrywaniem, a następnie leczeniem tych schorzeń spotykają się lekarze wielu specjalności. Także dużą rolę w opiece nad pacjentką z chorobą nowotworową dróg rodnych odgrywają położne i pielęgniarki. W krajach z wysoko rozwiniętym systemem opieki medycznej spełniają one ważną rolę w prowadzeniu skринningu (public health nurses) oraz propagowaniu „pro-zdrowotnych” zachowań, edukacji kobiet w zakresie czynników ryzyka (8). Od wielu lat podkreślane jest znaczenie profilaktyki pierwotnej oraz wczesnej diagnostyki, szczególnie że efekty leczenia chorób nowotworowych w Polsce są ciągle niezadawalające.

Rak szyjki macicy jest drugim co do częstości po raku gruczołu piersiowego nowotworem złośliwym występującym u kobiet w Polsce. Zachorowalność na raka szyjki macicy na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat wykazuje tendencję spadkową, również odnotowano spadek umieralności, jednak wyniki te byłyby niewątpliwie lepsze, gdyby zastosowano powszechny, skuteczny i bezpłatny skринning (2, 5, 7, 10). Szyjka macicy ze względu na swoje stosunki topograficzne jest narządem łatwo dostępnym badaniu ginekologicznemu, badaniu cytologicznemu oraz kolposkopowemu. Taka lokalizacja daje szansę na szybką diagnostykę i wykrycie zmian przednowotworowych bądź wczesnych postaci raka. Nowotwór ten rozpoznawany jest jednak w znacznym odsetku przypadków w zaawansowanych klinicznie stadiach (2, 10). Na ten niekorzystny czynnik rokowniczy największy wpływ może mieć fakt, iż kobiety w Polsce nie zgłaszają się na okresowe badania ginekologiczne, co należy wiązać z wciąż niedostateczną oświatą zdrowotną szczególnie w grupie podwyższonego ryzyka.

Celem pracy była charakterystyka grupy kobiet leczonych operacyjnie z powodu raka szyjki macicy w Klinice Ginekologii Akademii Medycznej w Gdańsku. Analizie poddano czynniki, które mogły mieć wpływ na opóźnienie leczenia schorzenia nowotworowego. Podjęto również próbę wykazania zależności między stopniem zaawansowania klinicznego choroby a czasem od ostatniej wizyty u ginekologa.

MATERIAŁ I METODY

Materiał stanowiły dane dotyczące 130 kobiet leczonych z powodu raka szyjki macicy w Klinice Ginekologii Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 2000-2001. W czasie zbierania wywiadu, pacjentkom zadawano pytanie o termin ostatniej wizyty u ginekologa, podczas której było wykonane badanie cytologiczne. W pracy przedstawiono dane dotyczące struktury wiekowej badanej grupy, liczby przeżytych porodów, miejsca zamieszkania, statusu socjoekonomicznego. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabelach i na rycinach. Do porównania częstości występowania cech jakościowych zastosowano test Pearsona χ^2 , w celu określenia stopnia zależności liniowej zastosowano współczynnik korelacji Spearman'a. Za wartość znamioną statystycznie przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

WYNIKI

W badanej grupie kobiet średni okres czasu od ostatniego badania ginekologicznego do rozpoznania choroby wyniósł 8,7 lat (od 1 roku do 26 lat), średni wiek pacjentek – 50,7 lat (od 25 do 76 lat). Na rycinie 1. przedstawiono strukturę wiekową w analizowanej grupie. Najliczniejsza grupa – 51 kobiet (co stanowi 39,2%) to pacjentki w przedziale wiekowym od 41 do 50 lat. Najmniej liczne są przedziały wiekowe do 30 i powyżej 70 lat.

Na rycinie 2. przedstawiono liczbę przeżytych porodów w analizowanej grupie. 6 kobiet (0,5%) nigdy nie rodziło, 20 (15,4%) rodziło raz, 39 kobiet (30%) - dwa razy. Odsetek kobiet, które rodziły 3 razy oraz więcej wyniósł 54,1%.

Analizowaną grupę kobiet podzielono na 4 podgrupy, uwzględniając czas jaki upłynął od ostatniego badania ginekologicznego. W poszczególnych grupach wyznaczono średni wiek kobiet. Stwierdzono korelację pomiędzy wiekiem kobiet a czasem, jaki upłynął od ostatniego badania kontrolnego. Średnia wieku pacjentek, które były na badaniu kontrolnym rok temu wyniosła - 44,2 lata, natomiast w grupie kobiet, które nie miały pobranego wymazu cytologicznego w czasie poprzednich 10 lat - 55,7 lat ($r=0,43$, $p < 0,05$) (tabela I).

Analizując miejsce zamieszkania kobiet stwierdzono, że 67,1% chorych pochodziło za środowiska miejskiego a 32,9% mieszkało na wsi.

W tabeli II. przedstawiono miejsce zamieszkania pacjentek z poszczególnych grup. W grupie IV (ponad 10 lat od ostatniego badania ginekologicznego) odsetek pacjentek zamieszkałych na wsi był najwyższy i wyniósł 48,4%.

W prezentowanym materiale łącznie 6,9% kobiet posiadało wykształcenie wyższe, 38,5%- zawodowe i średnie (kobiety czynne zawodowo), 54,6% to pacjentki bezrobotne, na rencie bądź emeryturze.

W tabeli III. przedstawiono status socjo-ekonomiczny pacjentek w poszczególnych podgrupach. We wszystkich podgrupach największy odsetek stanowiły łącznie kobiety na rencie i emeryturze oraz bezrobotne. Pacjentki z wykształceniem wyższym oraz średnim we wszystkich grupach stanowiły mniejszość.

Tabela IV. obrazuje stopień zaawansowania choroby w zależności od długości czasu od ostatniego badania ginekologicznego. W grupie pacjentek, które były badane przez lekarza ginekologa w okresie krótszym niż 5 lat odsetek rozpoznań w stopniu IA-IB wyniósł 81,7% natomiast w grupie kobiet badanych ginekologicznie ponad 5 lat temu - 47,2%. Różnica ta jest statystycznie znamionna ($p < 0,05$). W stopniu zaawansowania klinicznego IIA-IIIB odsetki te wyniosły kolejno 18,3% oraz 52,8% (różnica statystycznie znamionna).

DYSKUSJA

Polska należy do krajów o najniższym odsetku 5-letnich przeżyć względnych chorych na raka szyjki macicy. Główną przyczyną jest zbyt późna rozpoznawalność choroby wynikająca z braku skutecznego skrinningu oraz z faktu, że kobiety zbyt rzadko zgłaszają się na okresowe badania do ginekologa (1, 2, 7, 10).

W analizowanej przez autorów grupie 32,6% kobiet od czasu ostatniego porodu (od 2 do 26 lat) nie było na badaniach kontrolnych u lekarza ginekologa a średni przedział czasu od ostatniego badania ginekologicznego do rozpoznania choroby wyniósł 8,7 lat.

Rak szyjki macicy należy do nowotworów, które można wykryć we wczesnym stadium przy pomocy rutynowych badań takich jak: badanie cytologiczne, kolposkopowe (1, 7, 10). Według opracowań prezentowanych przez polskich autorów ponad 50% przypadków raka szyjki macicy występuje u kobiet, u których nigdy nie badano rozmazu cytologicznego, zaś ponad 60% u kobiet, które nie miały wykonanego rozmazu w ciągu 5 lat przed ujawnieniem się choroby. Około 29% kobiet w Polsce nie miało nigdy badania cytologicznego, a następnie 21% 5 lat temu lub wcześniej (1, 10). Przytoczone powyżej dane wyraźnie wskazują na fakt, iż w Polsce niezbędne jest jak najszybsze wypracowanie skutecznego programu dotyczącego aktywnego skrinningu raka szyjki macicy. Przeprowadzone przez autorów z Warszawy (2) badania potwierdziły, iż najczęściej na badania profilaktyczne do ginekologa zgłaszały się pacjentki młode, w wieku rozrodczym i przedmenopauzalnym (25-49 lat), a ich wizyty w gabinecie lekarskim miały związek z funkcjami prokreacyjnymi. Brak czynnego skrinningu w naszym kraju powoduje, że kobiety po 50 roku życia nie są objęte zadawalającą opieką medyczną, choć w tym okresie zachorowalność na raka szyjki macicy jest nadal wysoka. W państwach skandynawskich zorganizowany skrinning raka szyjki macicy rozpoczął się w latach 60-tych. Na początku lat 90-tych w Finlandii odnotowano spadek zarówno dotyczący występowania jak i umieralności z powodu raka szyjki macicy o 80%. (6). W Wielkiej Brytanii program taki wprowadzono w 1988 roku. Pod koniec lat 80-tych liczba wykonywanych badań cytologicznych w ciągu roku wynosiła około 4,5 miliona. Wraz ze wzrostem liczby wykonywanych badań cytologicznych wzrosła liczba wykrywanych postaci *in situ* w stosunku do postaci inwazyjnych (3). Istotną sprawą w walce z rakiem szyjki macicy jest także wyznaczenie oraz dotarcie do kobiet z grupy podwyższonego ryzyka. Wiadomo, że zachorowalność na raka szyjki macicy wiąże się z warunkami ekonomicznymi i jest wyższa wśród kobiet o niższym standardzie życia i niskim poziomie higieny osobistej (2, 7). Również do grupy ryzyka należy zaliczyć kobiety ze środowiska wiejskiego. Do przyczyn takiego stanu może prowadzić utrudniony dostęp do lekarza ginekologa oraz niski poziom świadomości zdrowotnej. Sobol A (9) przedstawił wyniki dotyczące chorych operowanych z powodu raka szyjki macicy w II Klinice Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 1972-1991. W podgrupie chorych ze stopniem zaawansowania klinicznego Ia2-Ib odsetek kobiet pochodzących ze środowiska wiejskiego wyniósł 15,9%, natomiast w stopniu zaawansowania IIa-25,6%. W naszym badaniu w grupie kobiet, które nie były na kontrolnym badaniu ginekologicznym ponad 10 lat –46,8% to mieszkanki wsi. Do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na raka szyjki należą również kobiety, które wielokrotnie rodziły. Według danych prezentowanych przez Główny Urząd Statystyczny (4) w województwie pomorskim współczynnik dzietności ogólnej (total fertility) w województwie pomorskim wynosi 1,46, natomiast w grupie badanej wynosi on 2,74.

Kobiety, które były operowane z powodu raka szyjki macicy w Klinice Ginekologii AM w Gdańsku były na okresowych badaniach u lekarza ginekologa średnio 8,7 lat temu. Mimo opracowania i wprowadzenia programu dotyczącego skrinningu raka szyjki macicy oraz rozpoznawania nowych czynników ważnych w etiopatogenezie raka szyjki (infekcje HPV)

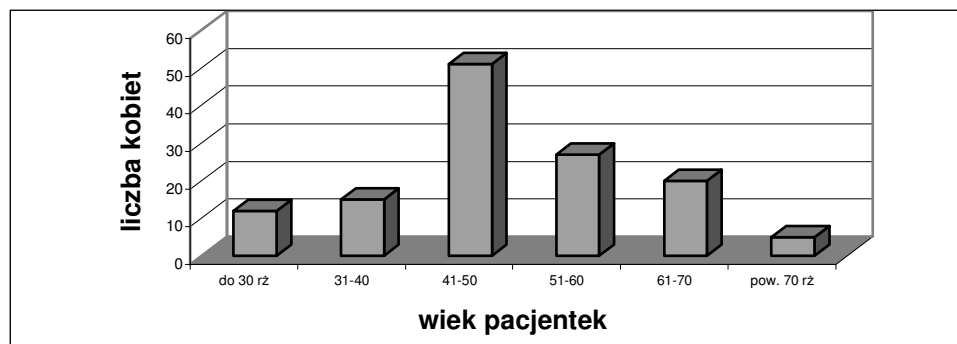
nie osiągniemy rezultatów porównywalnych z państwami zachodnimi jeśli nie zmieni się stan świadomości zdrowotnej wśród kobiet w naszym regionie.

WNIOSKI

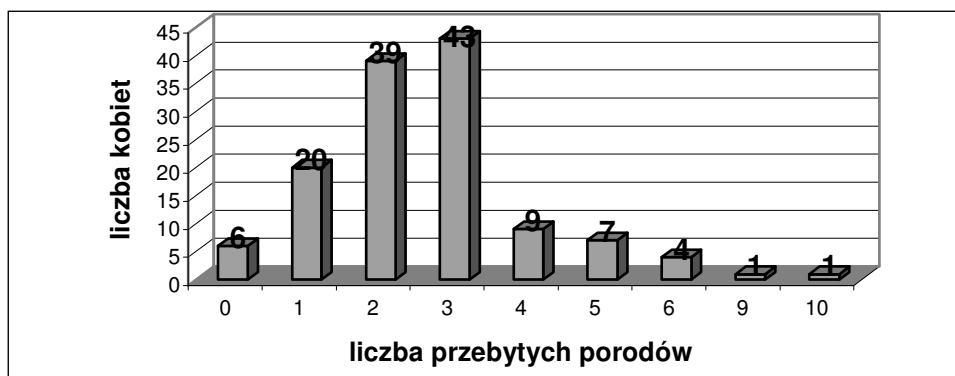
1. Niski poziom świadomości zdrowotnej w regionie gdańskim dotyczy przede wszystkim kobiet starszych, na rencie lub emeryturze oraz mieszkanek wsi.
2. Grupy szczególnego ryzyka w raku szyjki macicy to kobiety w wieku pomiędzy 41-50 lat, które wielokrotnie rodziły, mieszkanki wsi oraz kobiety o niskim statusie ekonomicznym.
3. Stwierdzono zależność między stopniem zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy a czasem od ostatniego badania ginekologicznego

PISMIENNICTWO

1. Chazan B. Rola ginekologa w badaniu przesiewowym dla wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. *Kolposkopia* 2001; 1: 53.
2. Ejmocka-Ambroziak A, Wilczyńska-Zajac A, Kiljańczyk M. Cytodiagnostyka raka szyjki macicy- skuteczność profilaktyki biernej. *Gin Pol* 2000; 71: 1158-63.
3. Fouquet R, Gage H. Role of screening in reducing invasive cervical cancer registrations in England. *J Med Screen* 1996; 3: 90-6.
4. Główny Urząd Statystyczny. *Rocznik Statystyczny Województw (2000)*. Warszawa.
5. Grzybowski W, Powolny M, Pietrzak P, Szafranko K. Wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych narządów płciowych i sutka u kobiet. *Gin Pol* 2001; 72: 1465-72.
6. Hristova L., Hakama M. Effect of screening for cancer in the Nordic countries on deaths, cost and quality of life up to year 2017. *Acta Oncol* 1997; 36: 1-60.
7. Markowska J. Rak szyjki macicy. Warszawa PZWL 1999, 11-13.
8. Shaw JE, Tessaro IA, Herman CJ, Giese EA. Predictors of the performance of breast and cervical cancer early detection by public health nurses. *Am J Prev Med.* 1997; 13: 199-204.
9. Sobol A. Ocena kliniczna chorych z rakiem szyjki macicy leczonych metodą rozszerzonego usunięcia macicy. Rozprawa na stopień doktora medycyny. Gdańsk 1996, 15-16.
10. Zieliński J. Czy w Polsce można zmniejszyć śmiertelność z powodu raka szyjki macicy. *Kolposkopia* 2000; 1: 49.



Rycina 1. Struktura wiekowa w badanej grupie



Ryc.2 Liczba przebytych porodów w badanej grupie

Tabela I. Podział na grupy w zależności od długości okresu od ostatniego badania ginekologicznego oraz średni wiek pacjentek w poszczególnych grupach

Grupy	Okres od ostatniego badania ginekologicznego	Liczba pacjentek	%	Średni wiek (lata)
I	1 rok i krócej	14	10,8	44,2 ± 3,1
II	od 2 do 5 lat	46	35,4	47,3 ± 2,2
III	od 5 do 10 lat	39	30,0	51,9 ± 2,3
IV	Ponad 10 lat	31	23,8	55,7 ± 2,6

R= 0,43 P< 0,05

Tabela II. Miejsce zamieszkania a czas od ostatniej wizyty u ginekologa

Grupy	Liczba i odsetek pacjentek (%)		
	Miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	Miasto poniżej 50 tys. mieszkańców	Wieś
I	7 / 50%	4 / 28,6%	3 / 21,4%
II	18 / 39,1%	12 / 26,1%	16 / 34,8%
III	10 / 25,6%	16 / 41,0%	13 / 33,4%
IV	10 / 32,3%	6 / 19,3%	15 / 48,4%

Tabela III. Status socjoekonomiczny kobiet z poszczególnych grup

Grupy	Pacjentki czynne zawodowo z wykształceniem:			Pacjentki na rencie i emeryturze (%)	Pacjentki bezrobotne (%)
	wyższym	średnim	zawodowym i podstawowym		
I	2 / 14,3%	1 / 7,2%	3 / 21,4%	3 / 21,4%	5 / 35,7%
II	3 / 6,5%	8 / 17,4%	14 / 30,4%	15 / 32,6%	6 / 13,1%
III	2 / 5,1%	-	10 / 25,6%	20 / 51,3%	7 / 18,0%
IV	2 / 6,5%	3 / 9,7%	6 / 19,4%	14 / 45,2%	1 / 3,2%

Tabela IV. Stopień zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy w zależności od czasu od ostatniego badania ginekologicznego

Stopień klinicznego zaawansowania	Grupy	
	I i II (n=60)	III i IV (n=70)
IA-IB2	81,7%	47,2%
IIA-IIIB	18,3%	52,8%

STRESZCZENIE

Celem pracy było wykazanie związku między klinicznym zaawansowaniem raka szyjki macicy a czasem jaki upłynął od ostatniego badania ginekologicznego. Analizie poddano również czynniki epidemiologiczne, które mogły mieć wpływ na rozwój choroby oraz na opóźnienie leczenia schorzenia nowotworowego szyjki macicy. Materiał stanowiły dane dotyczące 130 kobiet leczonych z powodu raka szyjki macicy w Klinice Ginekologii Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 2000-2001. Wyniki: w badanej grupie kobiet średni okres czasu od ostatniego badania ginekologicznego do rozpoznania choroby wyniósł 8,7 lat (od 1 roku do 26 lat), średni wiek pacjentek – 50,7 lat (od 25 do 76 lat). 32,6% kobiet od czasu ostatniego porodu (od 2 do 26 lat) nie było na badaniach kontrolnych u lekarza ginekologa. W grupie pacjentek, które były badane przez ginekologa w okresie krótszym niż 5 lat odsetek rozpoznań w stopniu IA-IB wyniósł 81,7% natomiast w grupie kobiet badanych ginekologicznie ponad 5 lat temu- 47,2% ($p < 0,05$). Wnioski: Stwierdzono zależność między stopniem zaawansowania klinicznego raka szyjki macicy a czasem od ostatniego badania ginekologicznego. Niski poziom świadomości zdrowotnej w naszym regionie dotyczy przede wszystkim kobiet starszych, na rencie lub emeryturze oraz mieszkanek wsi. Grupy szczególnego ryzyka w raku szyjki macicy to kobiety w wieku pomiędzy 41-50 lat, które wielokrotnie rodziły, mieszkanki wsi oraz kobiety o niskim statusie ekonomicznym. Słowa kluczowe: epidemiologia, rak szyjki macicy, skrinning.

SUMMARY

Objectives: The authors sought to evaluate how FIGO stage in cervical cancer depends on frequency of gynaecological control and to present epidemiological factors influenced progress of disease. Material and methods: 130 patients with cervical cancer were treated in Dept. of Gynaecology Medical University of Gdańsk in 2000-2001. Results: the median interval from last gynaecological examination to cervical cancer diagnosis was 8,7 year (1-26 year), mean age of patients was 50,7 years (25-76 year). 32,5% of patients have not been examined since last labour. In the group of patients examined less than 5 years ago the percentage of diagnosis of FIGO stage IA-IB was 81,7%, in group examined more than 5 years ago- 47,2% ($p < 0,05$). Conclusion: Authors noticed that FIGO stage of cervical cancer depends seriously on interval between last gynaecological control and cervical cancer diagnosis. Old, not working, and these women who live in villages have in Gdańsk area especially low level of health education.

Key words: epidemiology, cervix cancer, screening