

癩痢

普



BOGOWIE..!



H. SAWKA.



Ne









OBSERWACJA

OBSERWACJA











Każdy może być ojcem, ale trzeba być kimś wyjątkowym, by być tatą







- poczucie stygmatyzacji
- zmiana wyglądu zewnętrznego
- przeżywanie izolacji społecznej
- świadome izolowanie się
- ukrywanie przeżyć przed otoczeniem





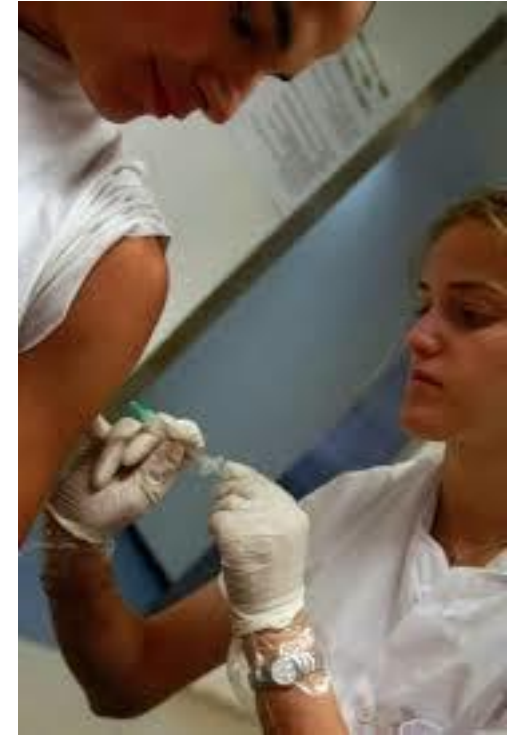
Cycku, Ozdobo moja! ty jesteś jak zdrowie;
Ile cię trzeba cenić, ten tylko się dowie,
Kto cię **stracił.**







Kronos kastruje Uranusa. Część XVI-to wiecznego fresku Giorgio Vasari w Palazzo Vecchio, Florencja.





Stowarzyszenie Mężczyzn z Chorobami Prostaty „GLADIATOR”
im. Profesora Tadeusza Koszarowskiego

Przeczytałam ten artykuł powyżej i mam kilka refleksji...Czy przez tyle "wieków" w Polsce ginekolodzy a i niektórzy psychologowie musieli "wciskać" polskim kobietom ciemnotę że problem ich seksualności leży tylko w psychice, i amputacja narządów płciowych fizjologicznie nie ma na to wpływu? Tylko dopiero teraz ktoś odwołał się do badań AMERYKAŃSKICH i odważył się napisać jak z tym jest naprawdę...? Ale chyba żadna kobieta tak do końca nie uwierzy w te zapewnienia że bez narządów kobiecych będzie ta samą kobietą i z takim samym seksem, bo to się wie i czuje nawet intuicyjnie, że to nie możliwe. W internecie aż roi się od takich życzeniowych teorii i zapewnień -" operujcie się do woli, będzie nadal tak dobrze jak było, albo lepiej (!!!!) bo nie będziecie musiały się zabezpieczać przed niepożądaną ciążą"...Też mi komfort..., W dobie środków antykoncepcyjnych...A dla chcących potomstwa...- To chyba nie argument ? szukając po internecie można przeczytać wszystko, ale trzeba umieć wybrać prawdę

NIEZAREJESTROWANY

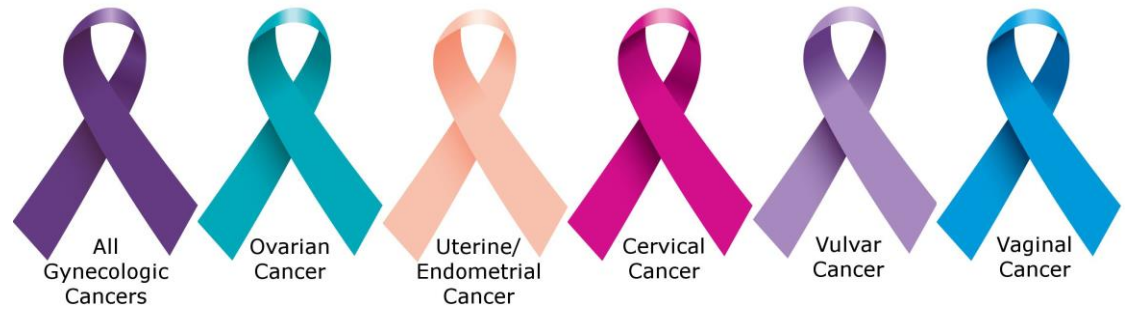
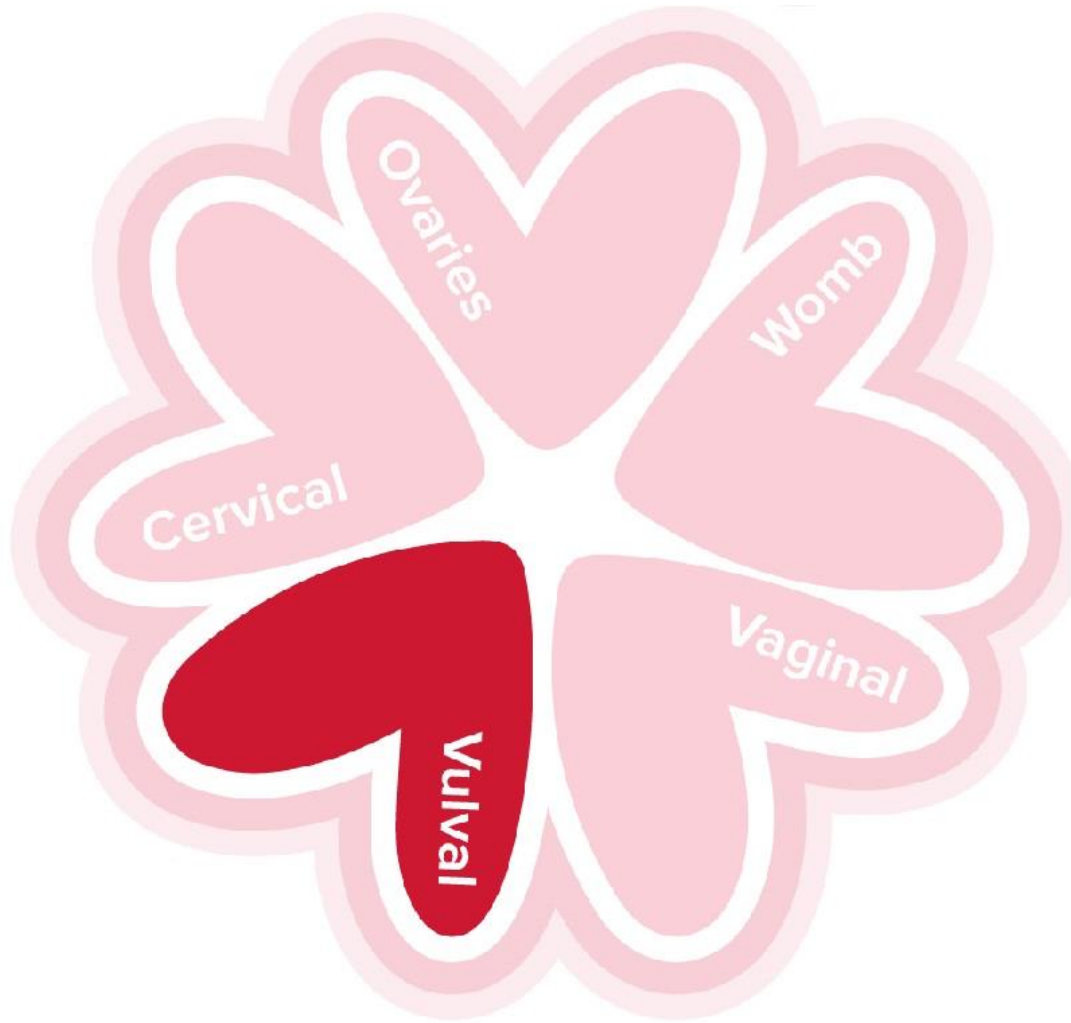
Ja również jestem już ponad pięć lat po zabiegu usunięciu macicy, jajniki zostały, ale nie pracują.

Dla mnie kontakt fizyczny z mężem jest katorgą, ale raz na jakiś czas muszę "to " zrobić.

Łykałam różne tabletki na podniesienie libido, ale nie było żadnego efektu, choć bardzo tego chciałam.

MYCHA







STOWARZYSZENIE NIEBIESKI MOTYL

Stowarzyszenie Niebieski Motyl powstało by służyć doświadczeniem, wiedzą oraz wsparciem (zarówno merytorycznym jak i psychicznym) kobietom dotkniętym nowotworem strefy intymnej, w szczególności rakiem jajnika. Choroba przewartościowuje życie i sprawia, że każda minuta staje się niezwykle cenna i ważna. W momencie postawienia diagnozy dotychczasowe życie „staje do góry nogami”. Operacje, chemia, badania, walka o leki nierefundowane to codzienność, a przecież pomimo choroby toczy się normalne życie, w którym chcemy czynnie uczestniczyć. Jako Stowarzyszenie chcemy służyć wsparciem chorującym kobietom i ich bliskim, ale także występować w ich interesie, zabierając aktywny głos w walce o dostęp do

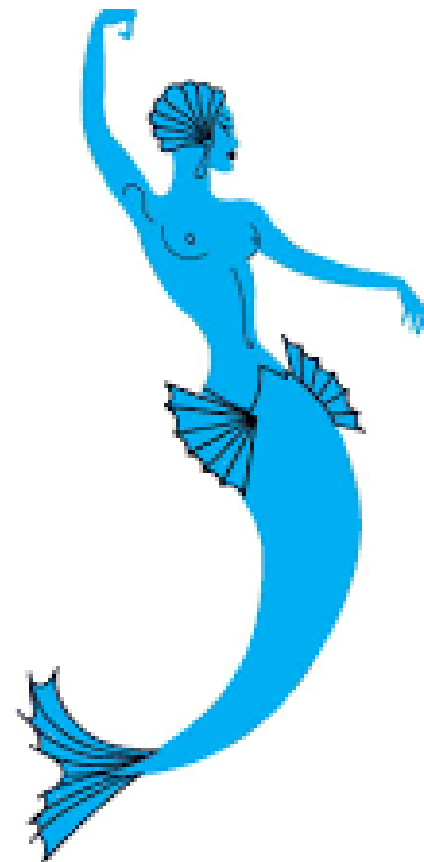


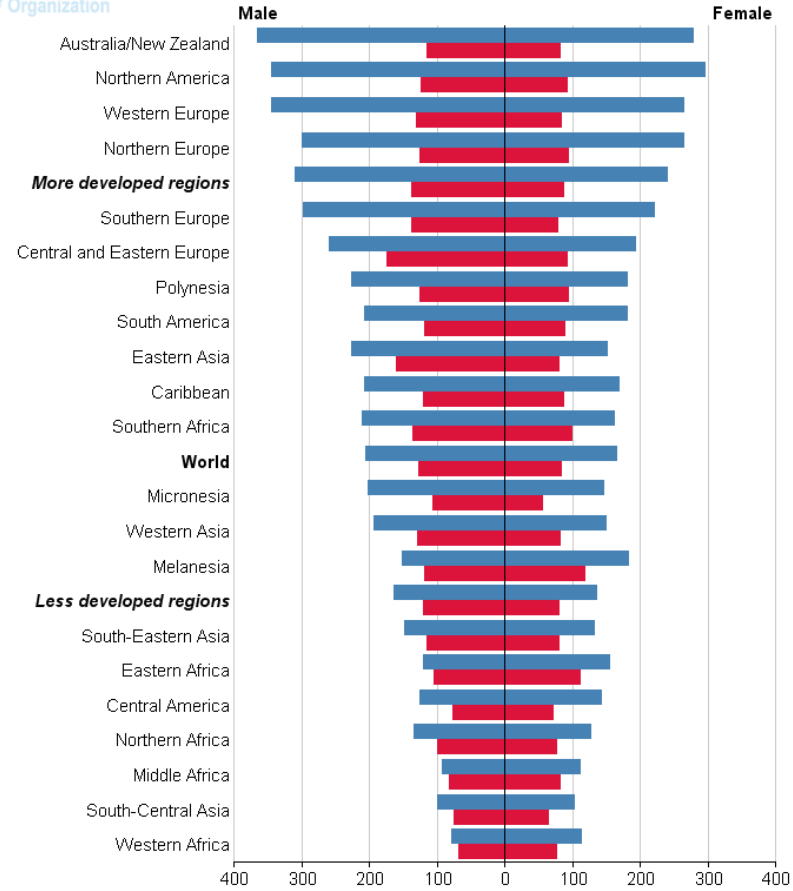
Stowarzyszenie Niebieski Motyl ... skąd wziął się pomysł na logotyp? Kolorem symbolizującym raka jajnika jest niebieski / turkus. Jest to również symbol światowego dnia świadomości raka jajnika. Motyl to piękny owad, który kojarzy nam się z delikatnością, przypomina, że życie jest kruche, ale jednocześnie stanowi symbol siły i waleczności. Nasze logo w wersji graficznej powstało dzięki pracy Anny Iwaniuk, to ona nadała mu kształt kobiecych narządów, a na końcach skrzydeł umieściła jajniki. Dzięki temu motyl stał się nam jeszcze bliższy. Każdego dnia przypomina nam, że bez względu na piętno jakie odcisnęła na nas choroba – każda kobieta jest wyjątkowa i piękna.



Anna Michałowska-Kaczmarczyk

Ginekologia onkologiczna



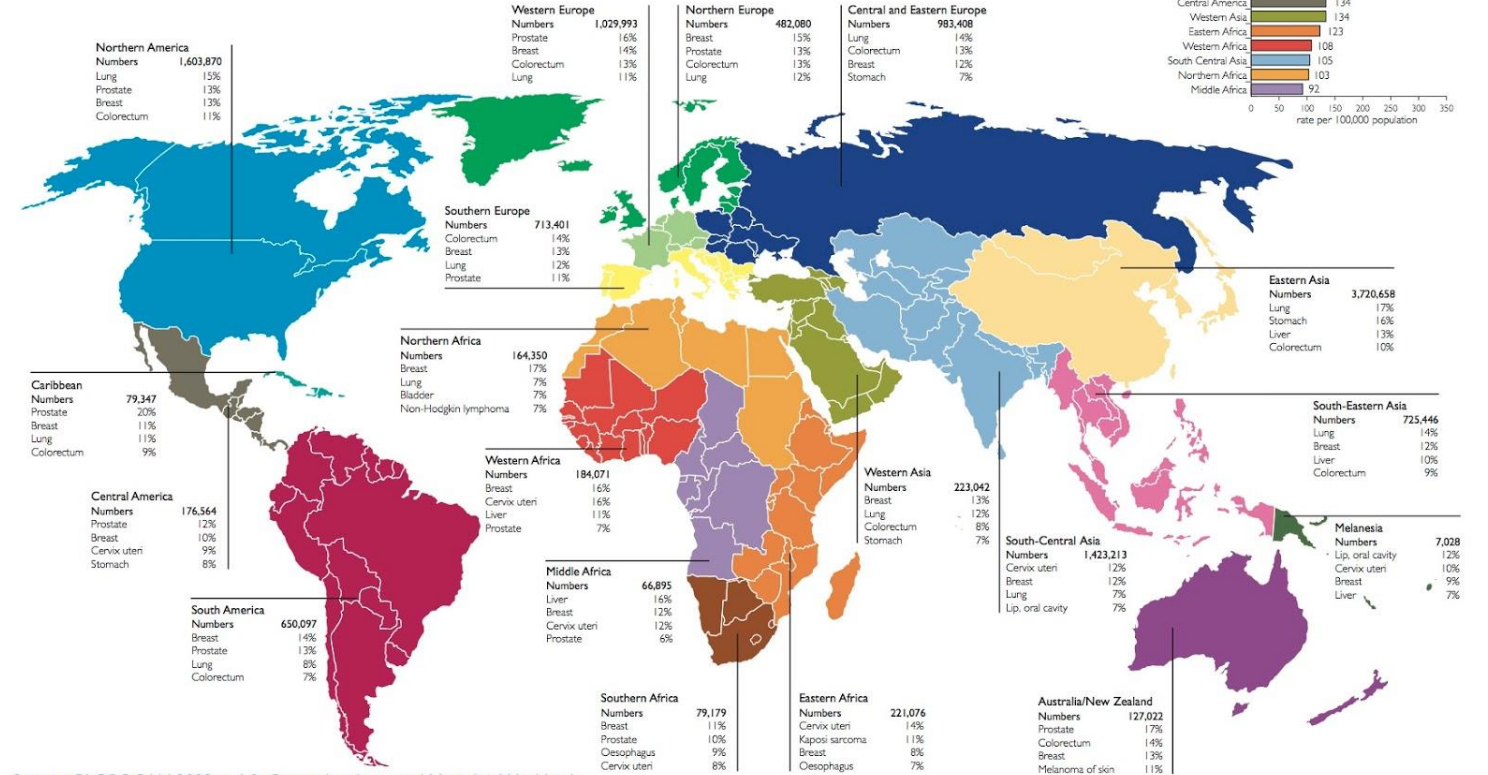


■ Incidence
■ Mortality



Cancer Incidence Worldwide

Breakdown of the estimated 12.7 million new cases, World-age standardised incidence rates and the most commonly diagnosed cancers by the different regions of the world, 2008.



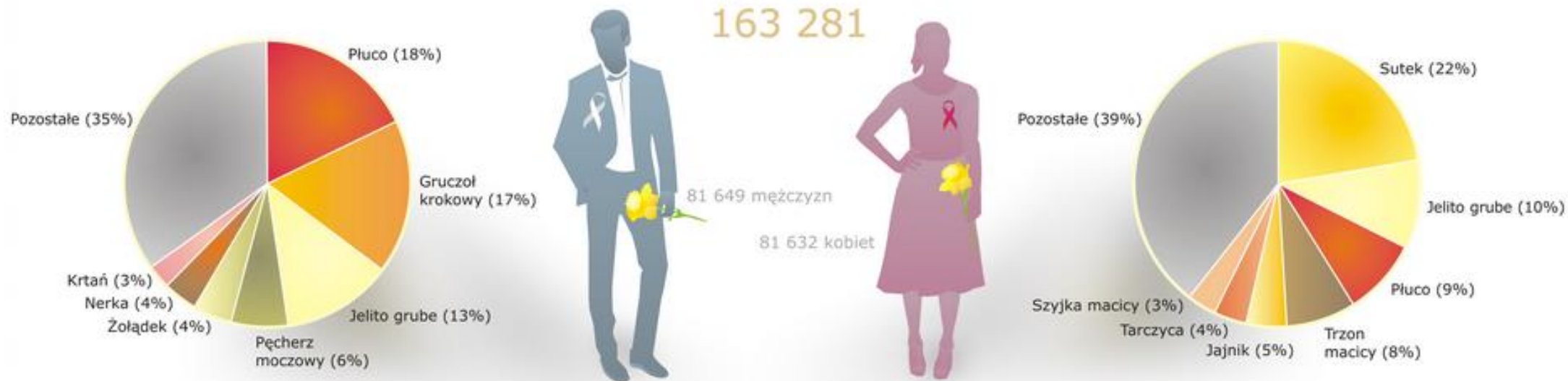
Source: GLOBOCAN 2008, v. 1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide. IARC, 2010 (<http://globocan.iarc.fr>)
Map updated February 2011

<http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/>

Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku

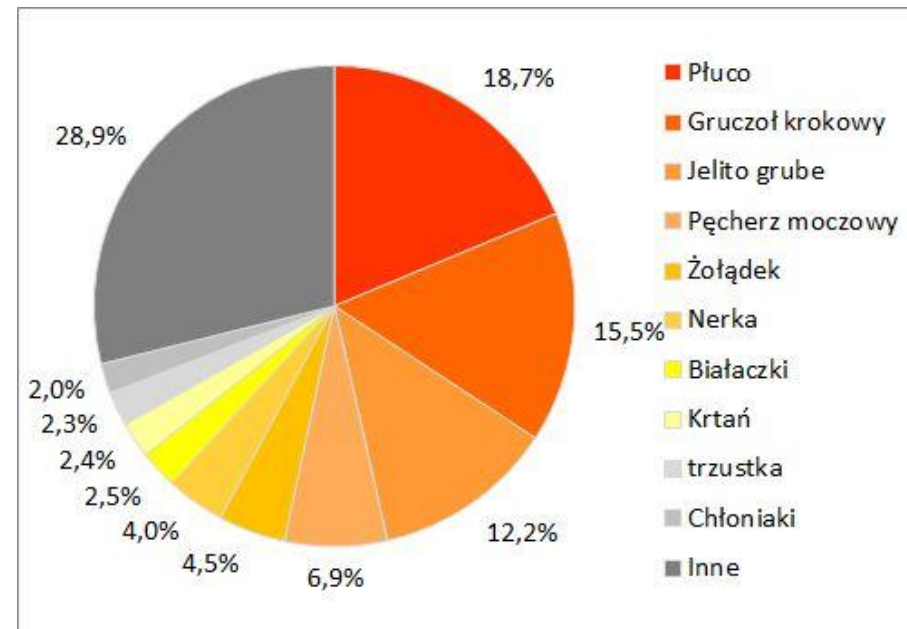
Liczba nowych zachorowań:

163 281

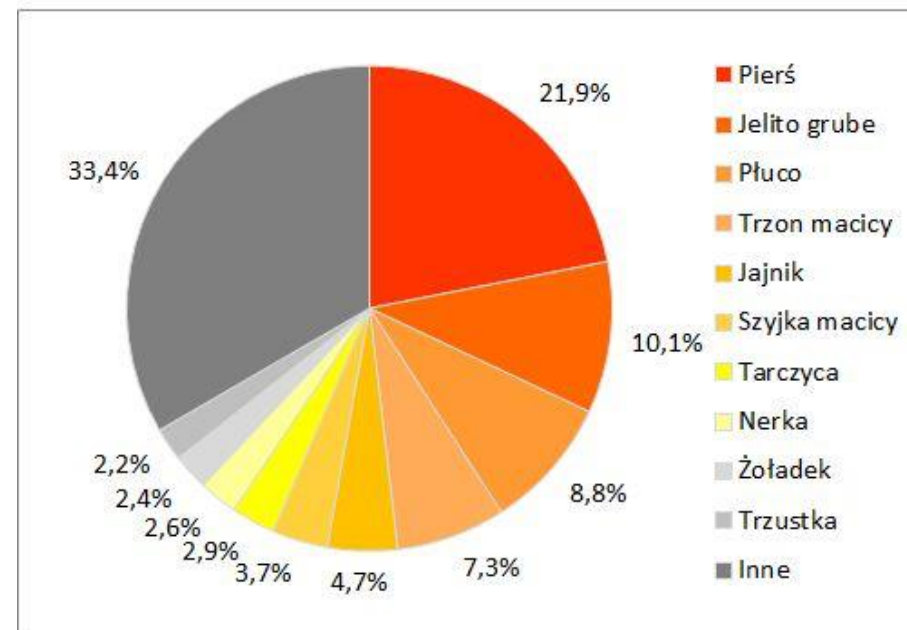


<http://onkologia.org.pl/>

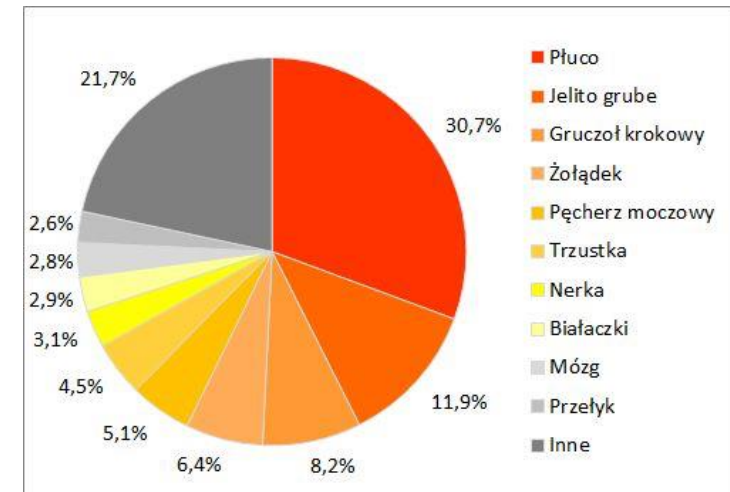
Najczęściej występującymi nowotworami u mężczyzn są nowotwory płuca stanowiące około 1/5 zachorowań na nowotwory. W dalszej kolejności znajduje się rak gruczołu krokowego (13%), rak jelita grubego (12%) i rak pęcherza moczowego (7%). Wśród dziesięciu najczęstszych nowotworów u mężczyzn znajdują się również nowotwory żołądka, nerki, krtani, białaczki i chłoniaki.



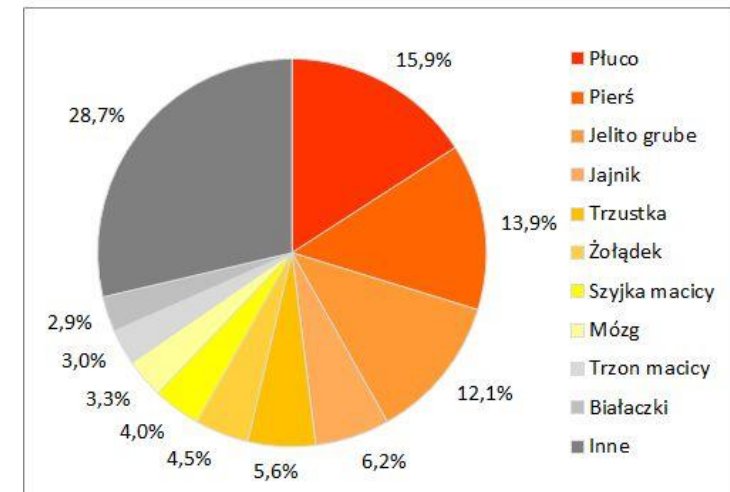
Wśród kobiet nowotworem jest rak piersi stanowiący ponad 1/5 zachorowań na nowotwory. Nowotwory jelita grubego są drugim co do częstości nowotworem u kobiet (10%). Trzecie miejsce zajmuje rak płuca (9%). W dalszej kolejności występują nowotwory trzonu macicy (7%), jajnika (5%), szyjki macicy, nerki, żołądka i tarczycy.



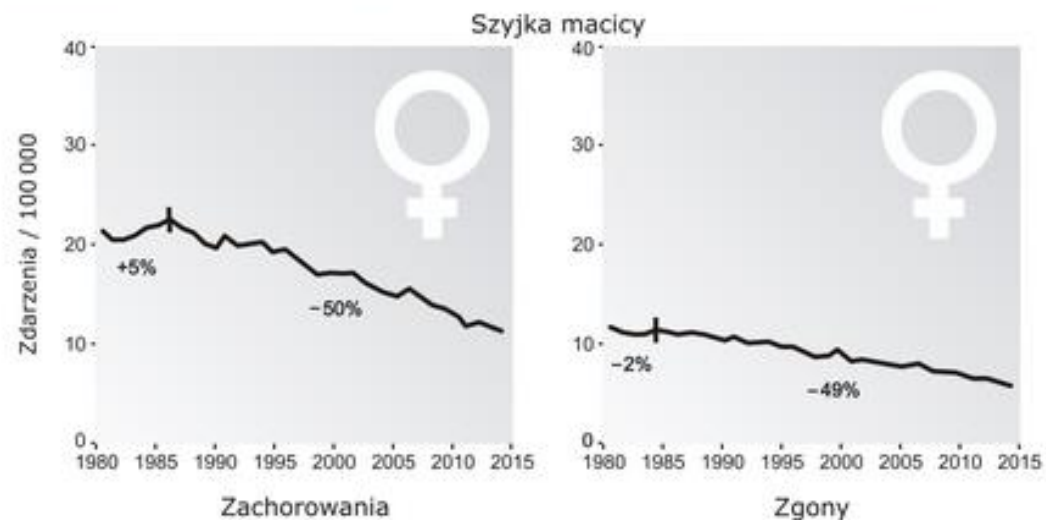
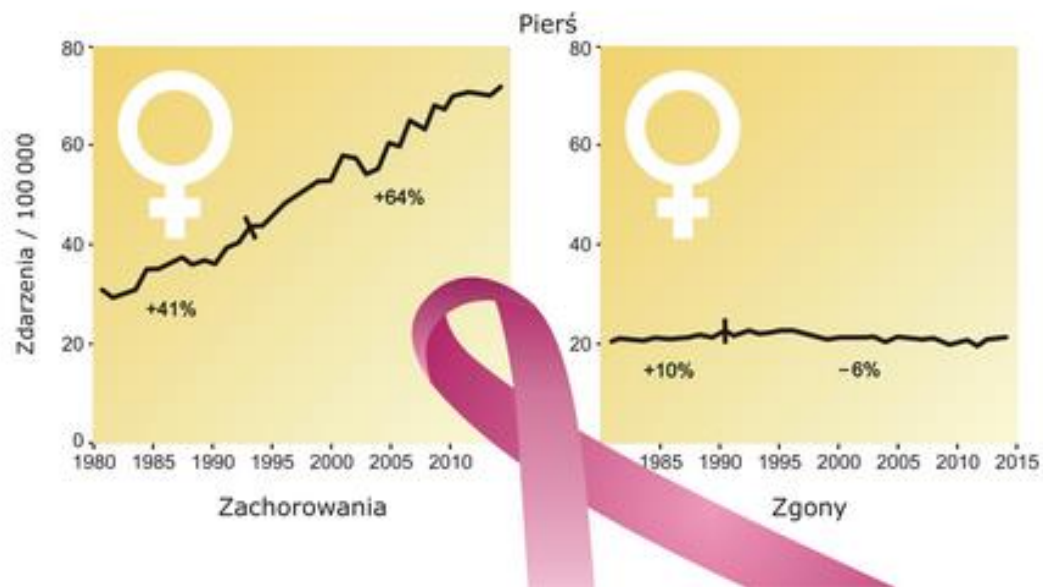
Najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu u mężczyzn jest rak płuca (ponad 1/3 zgonów). Nowotwory jelita grubego stanowią 12% zgonów nowotworowych u mężczyzn, a rak gruczołu krokowego 8%. Wśród najczęstszych nowotworowych przyczyn zgonu znajduje się również rak żołądka, pęcherza moczowego, trzustki, nerki, białaczki oraz nowotwory mózgu.



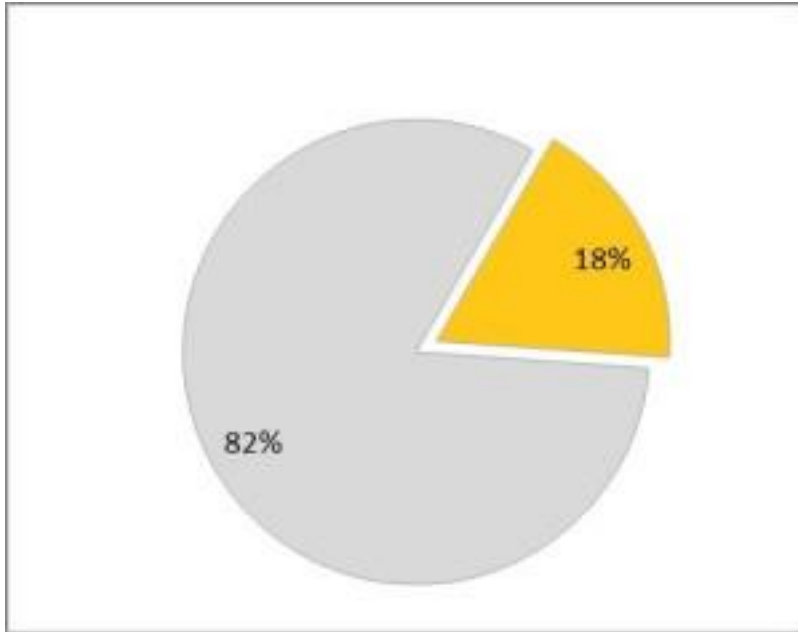
Wśród kobiet od czterech lat rak płuca jest najczęstszą przyczyną zgonu stanowiąc co szóstą przyczynę zgonów nowotworowych. Rak piersi stanowi 13% zgonów wyprzedzając raka jelita grubego (12%). Kolejnymi co do częstości zgonów nowotworami u są rak jajnika, trzustki, żołądka, szyjki macicy, nowotwory mózgu i białaczki



W 2015 r. na nowotwory **piersi** oraz **szyjki macicy** zachorowało w Polsce **18 106** i **2 723** kobiet



Standaryzacja: populacja Europy.



Zachorowalność

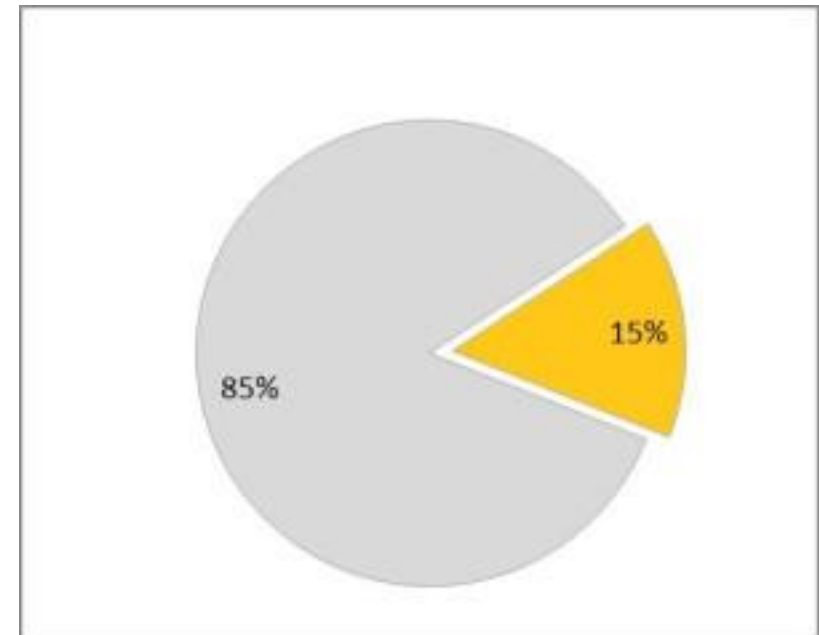
Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych stanowią u kobiet 18% zachorowań

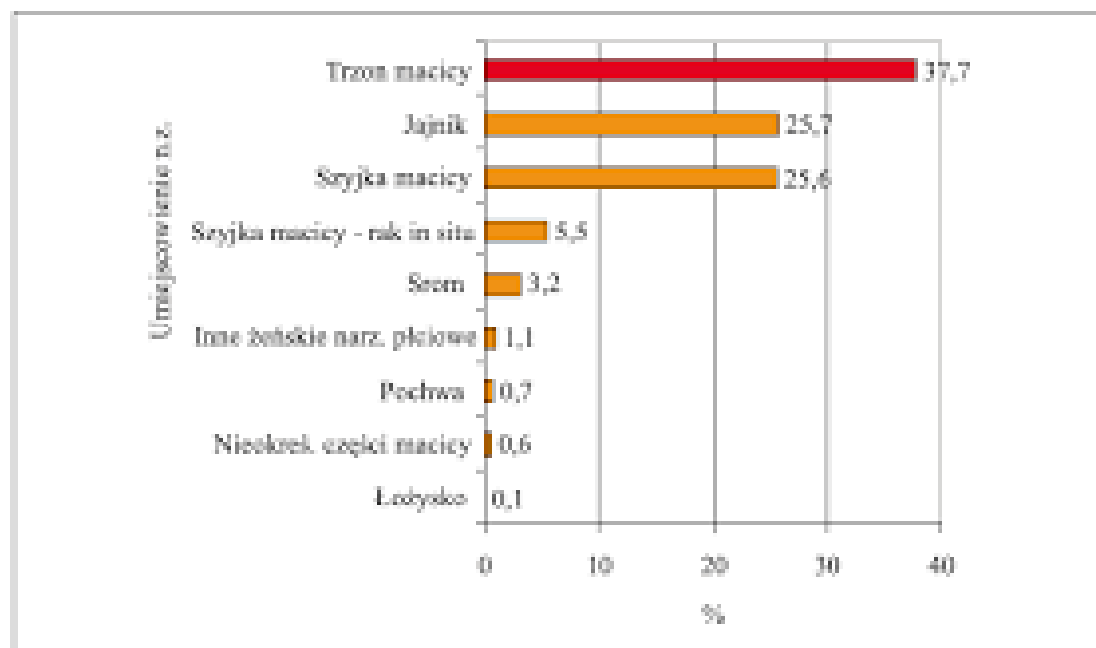
Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych wynosiła w 2010 roku ponad 12500

Umieralność

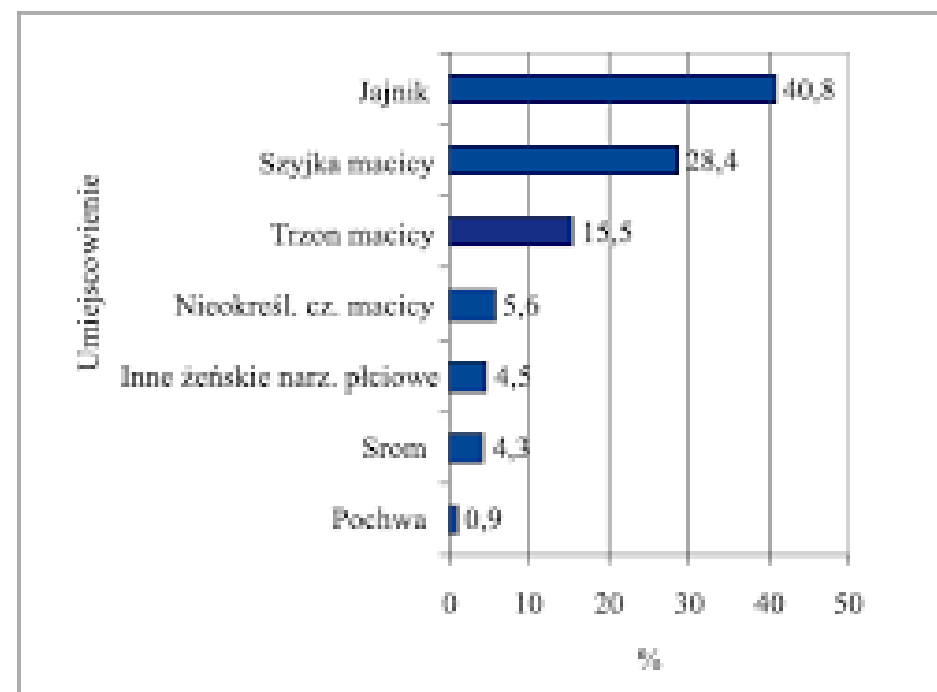
Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych powodują 15% zgonów nowotworowych u kobiet

Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych żeńskich narządów płciowych wynosiła w 2010 roku 6193.



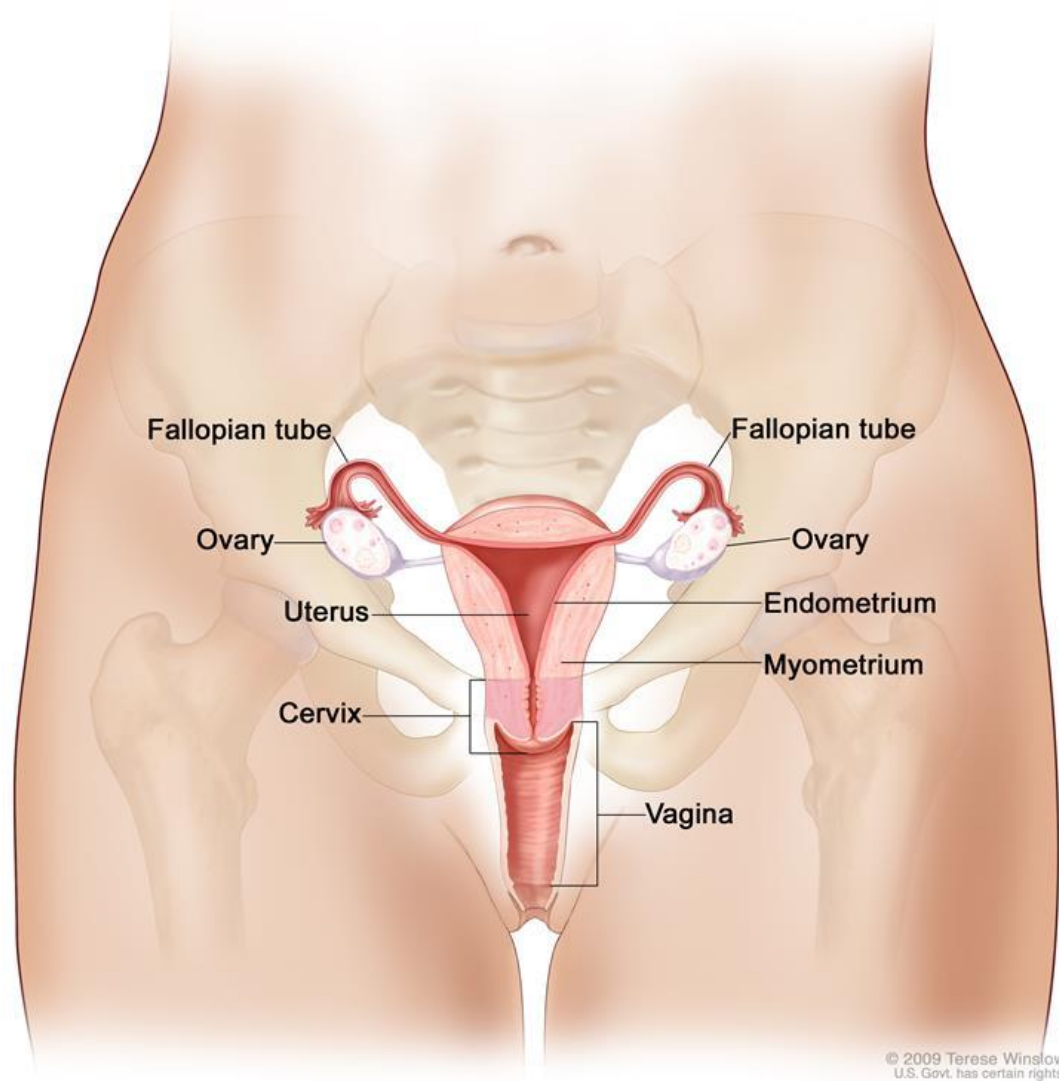


Ryc. 1.5. Struktura procentowa zachorowań na n.z. narządu rodźnego. Polska 2008 r. [2]

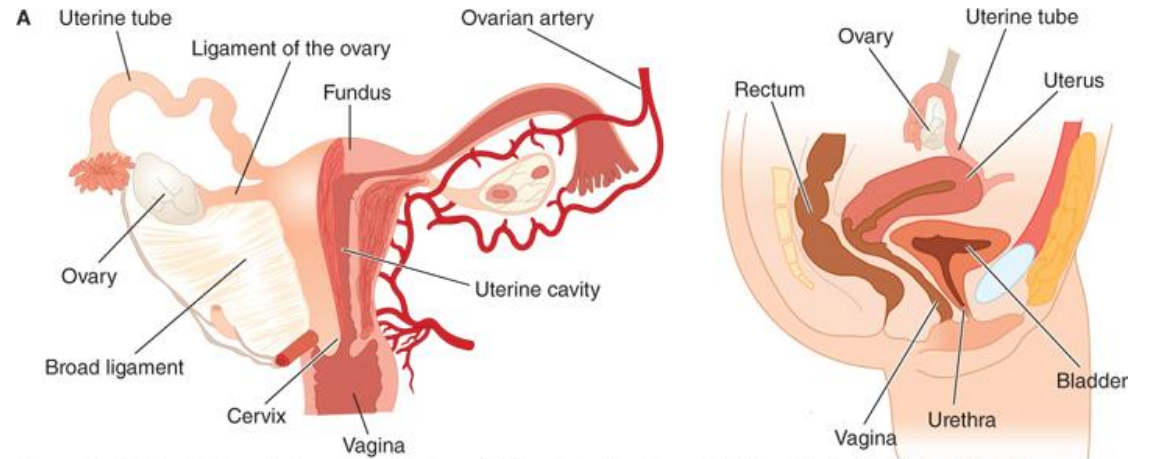


. Struktura procentowa zgonów z powodu n.z. narządu rodźnego. Polska 2008 r. [2]

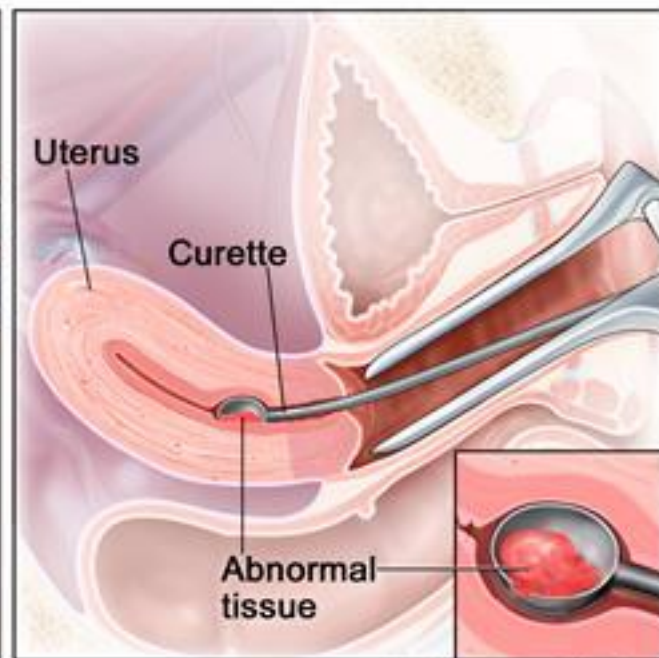
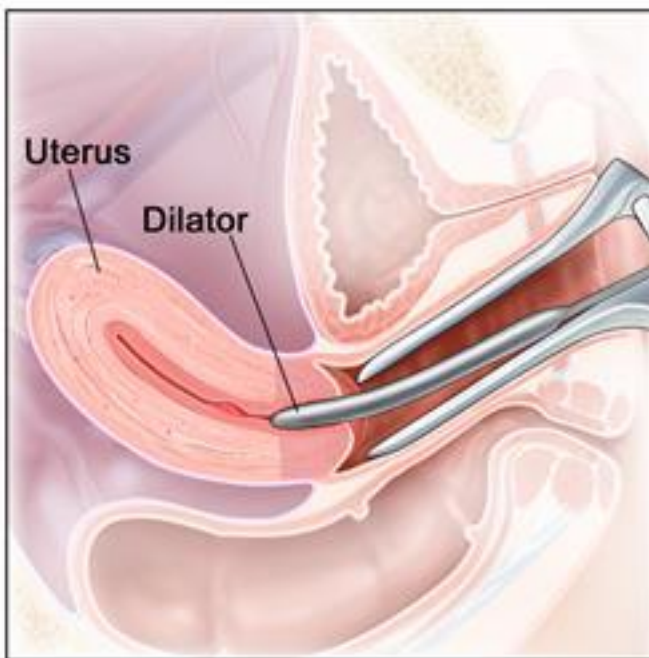
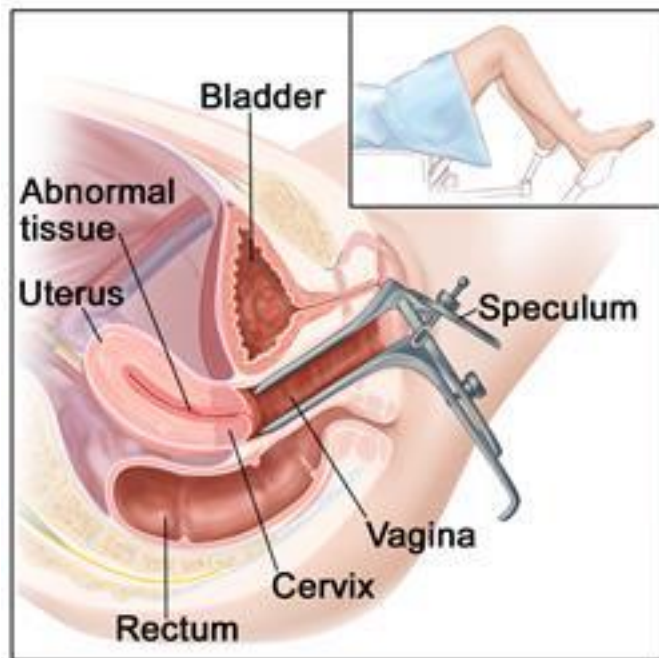
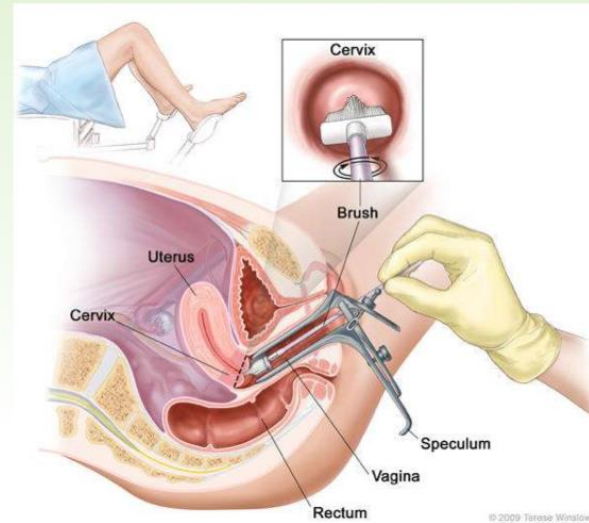
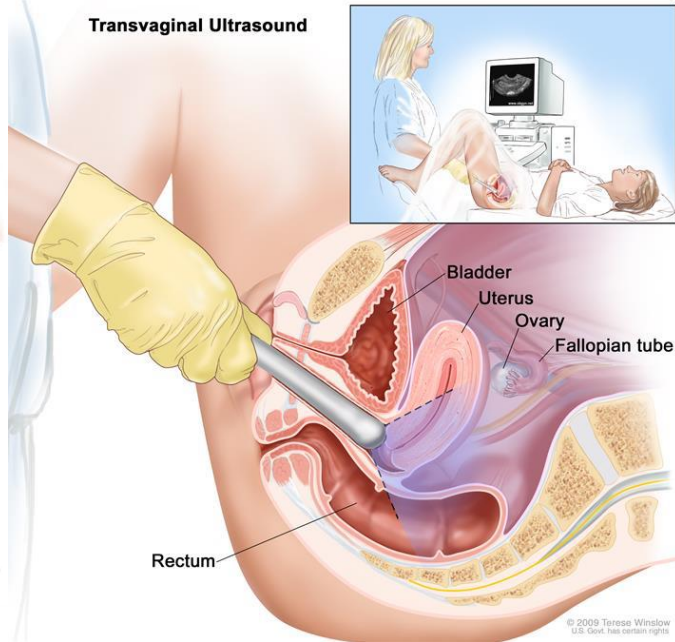
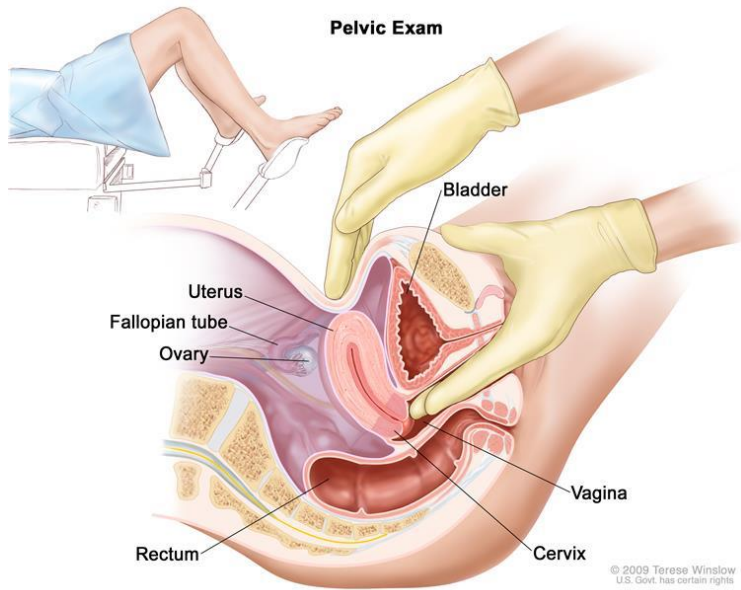
Female Reproductive System



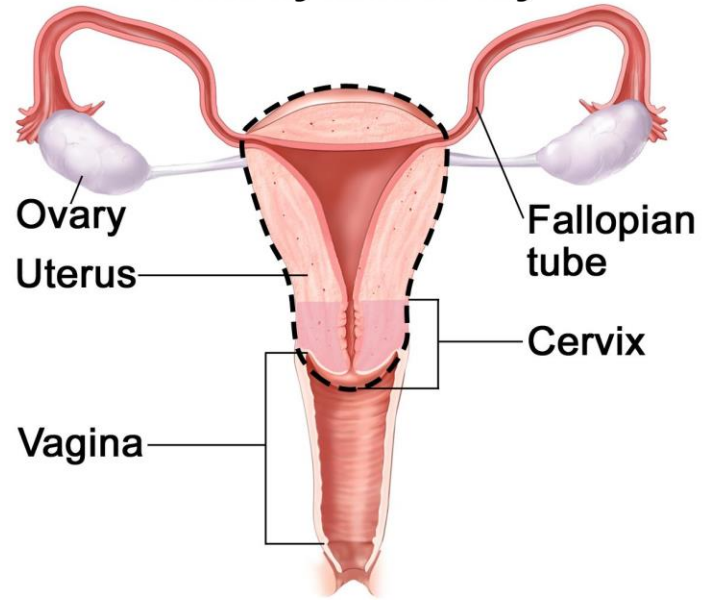
© 2009 Terese Winslow
U.S. Govt. has certain rights



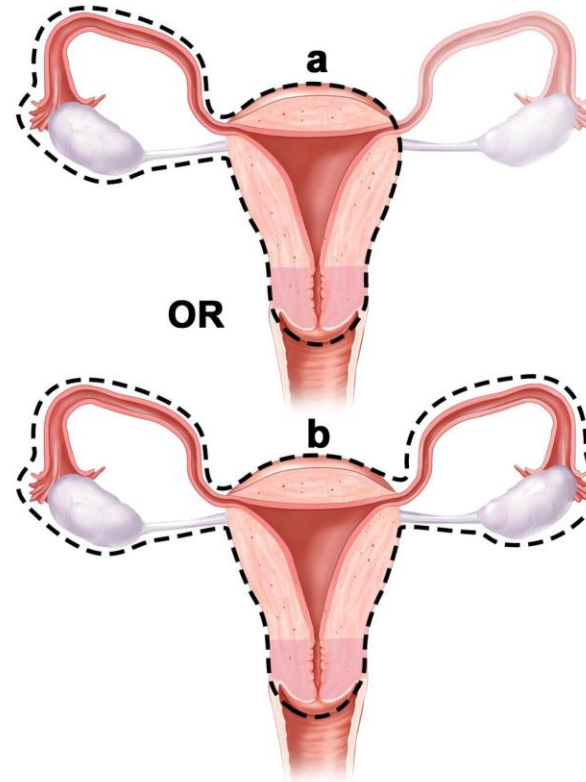
Source: Kim E. Barrett, Susan M. Barman, Scott Boitano, Heddwen L. Brooks: *Ganong's Review of Medical Physiology*, 25th Ed.
www.accessmedicine.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.



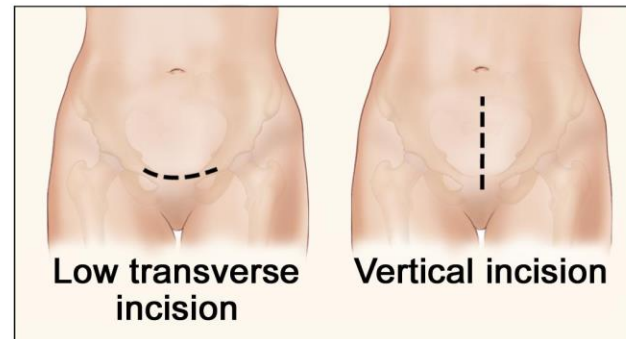
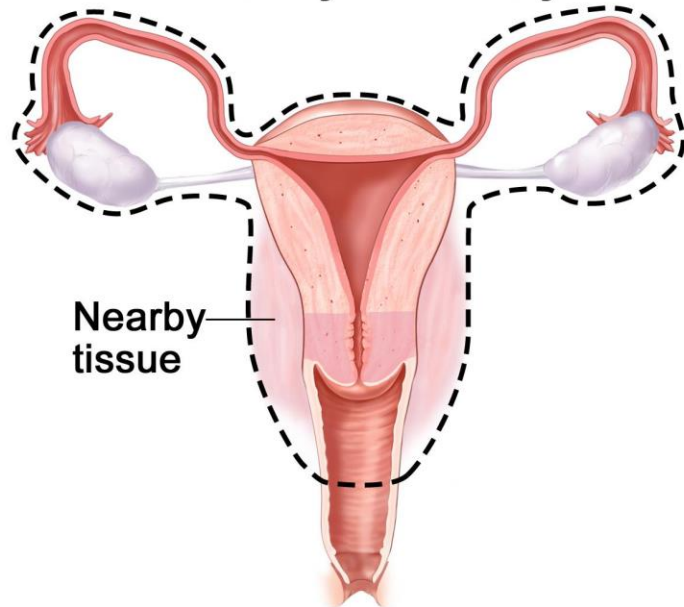
Total hysterectomy



Total hysterectomy with salpingo-oophorectomy



Radical hysterectomy



Wiejska droga do ginekologa

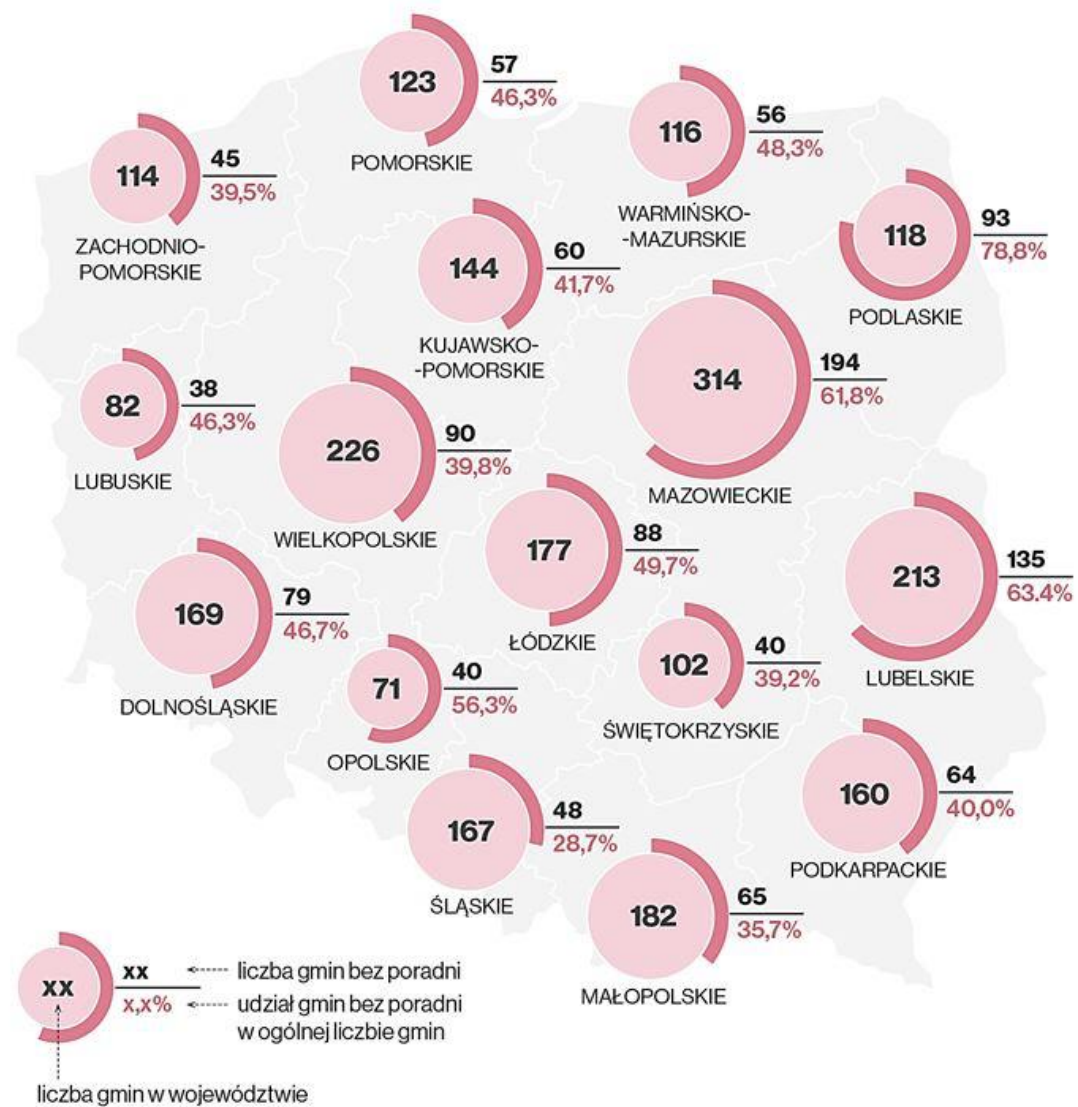
Kobiety zamieszkałe na wsi miały utrudniony dostęp do ambulatoryjnych świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych. Choć standardy opieki okołoporodowej są jasno wyznaczone, część poradni ginekologicznych ma problemy z ich przestrzeganiem. Nie wszystkim kobietom w ciąży wykonano pełny zakres badań zalecanych standardami opieki okołoporodowej. Wciąż też zdarzają się poradnie, które nie gwarantują pacjentkom prawa do intymności.

<https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/wiejska-droga-do-ginekologa.html>

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia na koniec 2016 roku wynika, że w wielu gminach wiejskich w ogóle nie było poradni ginekologiczno-położniczych.



**LICZBA GMIN, W POSZCZEGÓLNYCH WOJEWÓDZTWACH, W KTÓRYCH
NA KONIEC 2016 R. NIE BYŁO PORADNI GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZYCH**



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych GUS oraz NFZ.

NIK zwraca też uwagę, z powodu niewielkiej liczby poradni w małych miejscowościach, **ograniczony był również dostęp mieszkanek terenów wiejskich do profilaktycznego programu zdrowotnego raka szyjki macicy.** We wszystkich poradniach zakontraktowanych przez objęte kontrolą OW NFZ, w 2016 roku cytologię wykonało od 28.464 kobiet w woj. podkarpackim do 120.956 w woj. wielkopolskim, co stanowiło od 5,4% do 13,8% wszystkich mieszkanek tych województw w wieku od 25 do 59 lat.

Najniższy odsetek cytologii wykonanych mieszkankom gmin wiejskich stwierdzono w woj. opolskim (0,4%), zaś najwyższy - 10,6% w woj. podlaskim.

Sytuację w tym zakresie mogłyby poprawić położne podstawowej opieki zdrowotnej, które od 1 stycznia 2014 r. mogą samodzielnie wykonywać to badanie.

Jednak dotychczas w zasadzie nie realizują tych świadczeń- liczba poradni POZ, w których położne wykonują to badanie w ramach umowy z NFZ, wynosi od dwóch w woj. zachodniopomorskim do 15 w woj. lubelskim.

Rak szyjki macicy (C53)

Rak szyjki macicy jest obecnie trzecim pod względem częstości zachorowań nowotworem u kobiet na świecie. Ponad 85% nowych zachorowań dotyczy kobiet zamieszkałych w krajach rozwijających się, z czego ponad 54 tysiące zarejestrowano w Europie w 2009 roku. Najwyższe ryzyko zachorowania obserwuje się w Afryce i Ameryce Południowej.

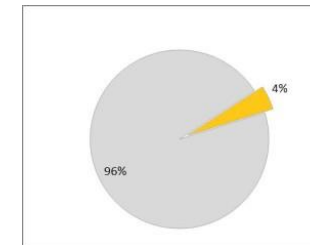


Polska należy do krajów o średniej zachorowalności na ten nowotwór, ale niestety o jednym z najwyższych wskaźników zachorowalności i umieralności w Europie.

Rak szyjki macicy (C53)

Zachorowalność

Nowotwory złośliwe szyjki macicy stanowią u kobiet 4% zachorowań



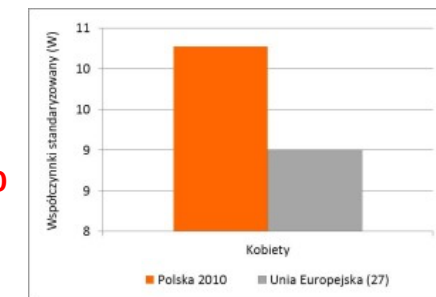
Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe szyjki macicy w Polsce wynosiła w 2010 roku nieco ponad 3000

Około 60% zachorowań występuje między 45 a 64 rokiem życia. Szczyt zachorowalności na tego raka w Polsce przypada na 6. dekadę życia.

Ostatnie lata wskazują na wzrost liczby zachorowań u kobiet młodszych (od 35. do 44. r.ż.).

Polska na tle Europy I miejsce w Europie.

W 2010 roku w Polsce częstość zachorowań na nowotwory szyjki macicy była o około 15% wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej (dane z 2009 roku).



W Polsce notujemy również **jeden z najniższych w Europie odsetek przeżyć 5-letnich**, będący miarą wyleczalności tego raka. Odsetek ten wynosił 48,3% przy średniej europejskiej 62,1%.

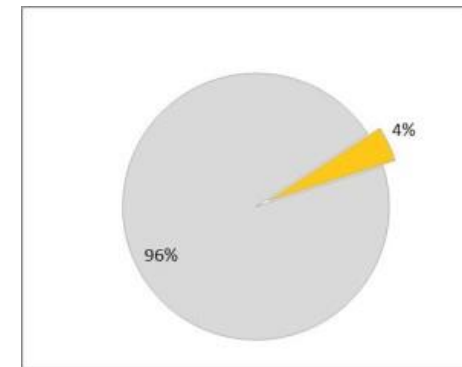
Wyleczalność zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania raka szyjki macicy w chwili rozpoznania, typu budowy mikroskopowej, stopnia dojrzałości nowotworu, głębokości zajęcia tkanek macicy i obecności przerzutów do węzłów chłonnych.

W ostatnich 40 latach w Polsce nastąpił systematyczny, powolny spadek zachorowalności i umieralności z powodu tego raka.

Rak szyjki macicy (C53)

Umieralność

Nowotwory złośliwe szyjki macicy powodują 4% zgonów nowotworowych u kobiet



Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy wynosiła w 2010 roku ponad 1700

Dziennie w Polsce na raka szyjki macicy umiera 5 kobiet

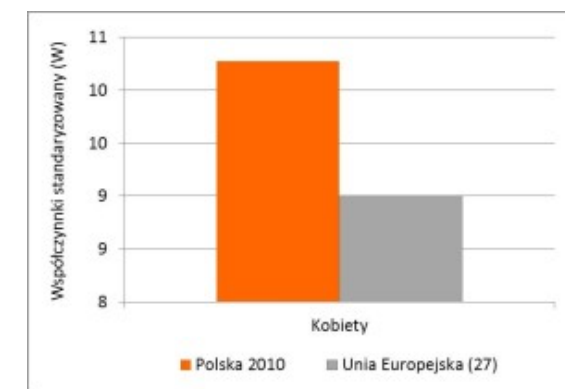
Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy występuje między 50 a 69 rokiem życia (52%).

Do końca lat 70 utrzymywał się w Polsce wzrost umieralności z powodu raka szyjki macicy.

Od początku lat 80 trwa spadek umieralności – współczynnik umieralności zmniejszył się o ponad 45%

Polska na tle Europy

Umieralność z powodu nowotworów szyjki macicy w Polsce jest o 70% wyższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej



Rak szyjki macicy (C53)

Czynniki ryzyka

Rak szyjki macicy jest pierwszym spośród nowotworów występujących u ludzi, którego czynniki ryzyka zidentyfikowano jako konieczne do jego rozwoju.

Są nimi wirusy brodawczaka ludzkiego (HPV) o wysokim potencjale rakotwórczym, przenoszone drogą płciową i wywołujące przewlekłe zakażenie.

Przetrwałe infekcje typami tego wirusa o wysokim potencjale rakotwórczym odpowiadają za powstanie raka w nabłonku szyjki macicy, sromu i pochwy, a także odbytu i dolnego odcinka jelita grubego. Zakażenie HPV jest jedną z najczęstszych chorób przenoszonych drogą płciową. Prezerwatywy nie stanowią wystarczającej przed nim ochrony. Częstość występowania zakażenia HPV jest największa u kobiet przed 20. rokiem życia i spada gwałtownie po 30. roku życia. Ma to związek z wiekiem inicjacji seksualnej oraz przemijającym charakterem infekcji u ponad 80% zakażonych.

Istnieją dane wykazujące, że ponad połowa populacji aktywnej seksualnie jest narażona na ryzyko infekcji tym wirusem co najmniej raz w życiu. W większości przypadków są to infekcje przemijające, lecz nie wywołują odporności na kolejne zakażenia nawet tym samym typem wirusa HPV. Pomimo rozpowszechnienia infekcji HPV, rak jest bardzo rzadkim jej następstwem.

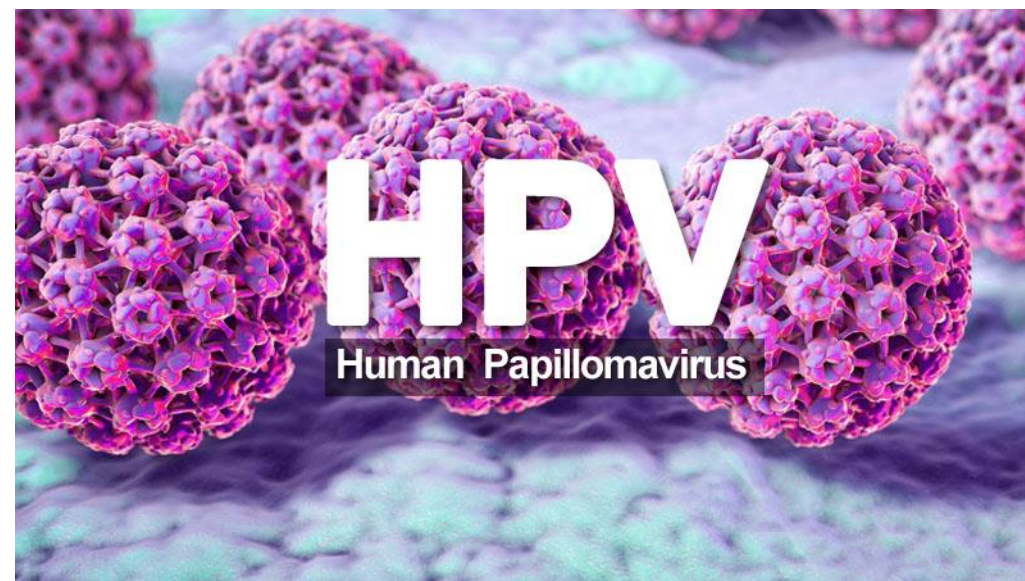
Wysokie ryzyko rozwoju raka jest związane z infekcją HPV 16 i 18

Do czynników ryzyka zakażenia HPV należą:

- wczesny wiek inicjacji seksualnej,
- duża liczba partnerów/partnerek seksualnych; partnerzy podwyższonego ryzyka
- seks analny,
- współistnienie innych zakażeń przenoszonych drogą płciową (chlamydia, rżesistek, HSV-2)
- palenie tytoniu,
- antykoncepcja hormonalna,
- osłabienie odporności (np. infekcja HIV czy leki zmniejszające odporność).

Inne czynniki ryzyka

- wiek,
- liczba porodów,
- niski status socjoekonomiczny,
- niewłaściwa dieta (uboga w witaminę C),
- obecność nowotworu w rodzinie,



Rak szyjki macicy (C53)

Stany przedrakowe szyjki macicy

Stany przedrakowe są to zmiany, w których proces nowotworzenia już się rozpoczął i jest uchwytne w badaniu mikroskopowym, ale w odróżnieniu od raka są to zmiany odwracalne.

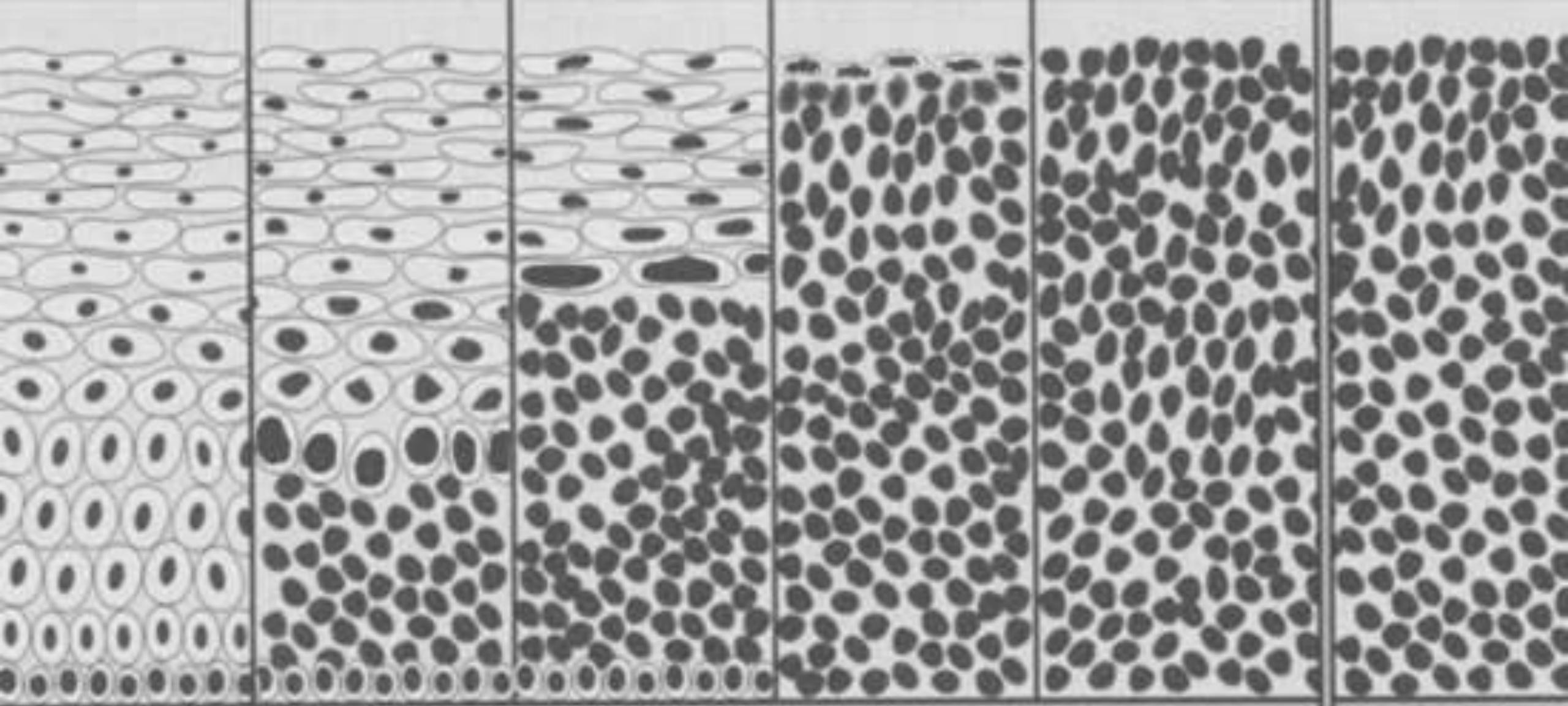
Toczą się one wewnątrz nabłonka, nie przekraczając jego granicy (błony podstawnej). Są to zmiany komórek nabłonka, z których potencjalnie może rozwinąć się rak inwazyjny, mogący dawać przerzuty lub naciekać pobliskie organy.

Stany przedrakowe w szyjce macicy określamy jako śródnabłonkową neoplazję szyjki macicy (CIN- *Cervical intraepithelial neoplasia*).

CIN może ulegać regresji, progresji lub utrzymywać się w niezmięnionej postaci.

Wyróżniamy 3 stopnie CIN w zależności od nasilenia zmian komórek oraz ryzyka przemiany w raka inwazyjnego:

- CIN I – neoplazja wewnątrz nabłonkowa szyjki macicy I stopnia (najłagodniejsze zmiany komórek),
- CIN II – neoplazja wewnątrz nabłonkowa szyjki macicy II stopnia (średnie przemiany komórek),
- CIN III – neoplazja wewnątrz nabłonkowa szyjki macicy III stopnia (największe przemiany komórek – najbardziej złośliwe).



Normal	Mild dysplasia	Moderate dysplasia	Severe Dysplasia	Carcinoma in situ	
	CIN1	CIN2	CIN3		
	LSIL	HSIL			

Rak szyjki macicy (C53)

Typy morfologiczne

raki płaskonabłonkowe ok. 80%,
raki gruczołowe 5-20%,
pozostałe nowotwory (np. przerzuty, chłoniaki, mięsaki) 1-2% .



Czynniki ryzyka rozwoju raka gruczołowego i płaskonabłonkowego są podobne.

W raku gruczołowym częściej stwierdza się infekcję HPV typu 16 lub 18.

W związku z tym szczepienia profilaktyczne obecnie dostępnymi produktami mogą mieć większe znaczenie w zapobieganiu rakowi gruczołowemu szyjki macicy.

Rosnący odsetek zachorowań na raka gruczołowego szyjki macicy dotyczy młodszych kobiet.

Gorsze rokowanie niektórych typów mikroskopowych raka zależy od wcześniejszego występowania przerzutów do okolicznych węzłów chłonnych i wyższego ryzyka powstawania nawrotów miejscowych (gł. rak drobnokomórkowy, pochodzenia neuroendokrynnego).

Rak szyjki macicy (C53)

Objawy, wczesne wykrycie

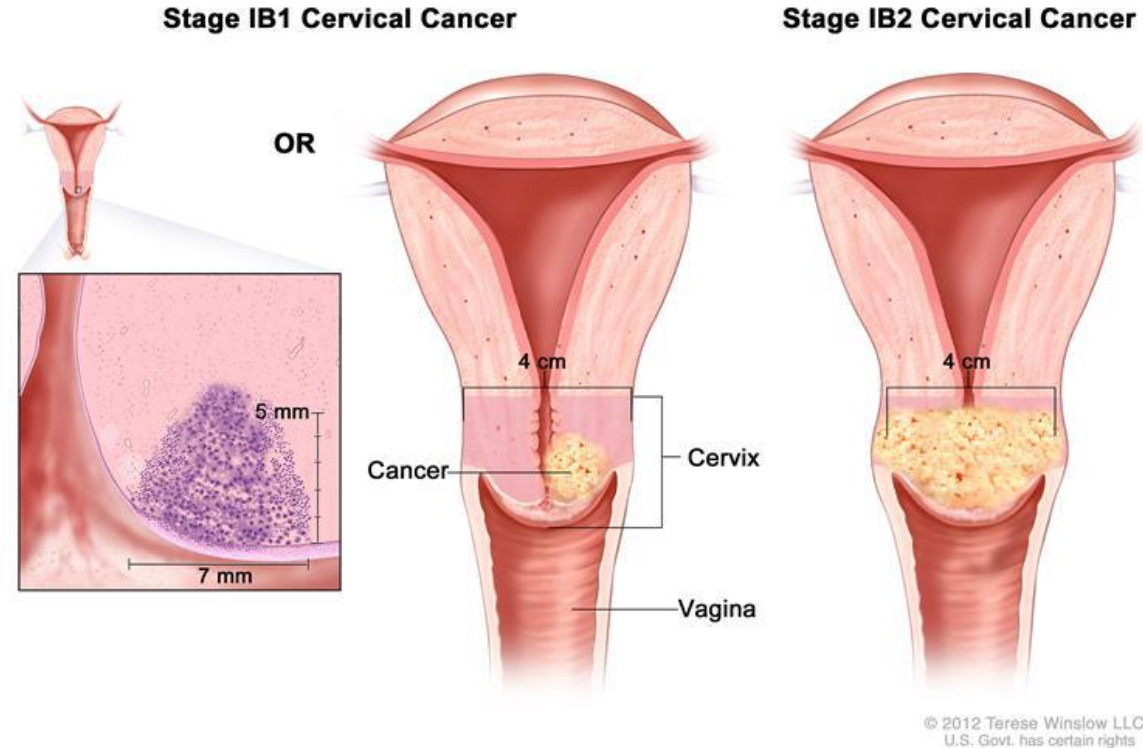
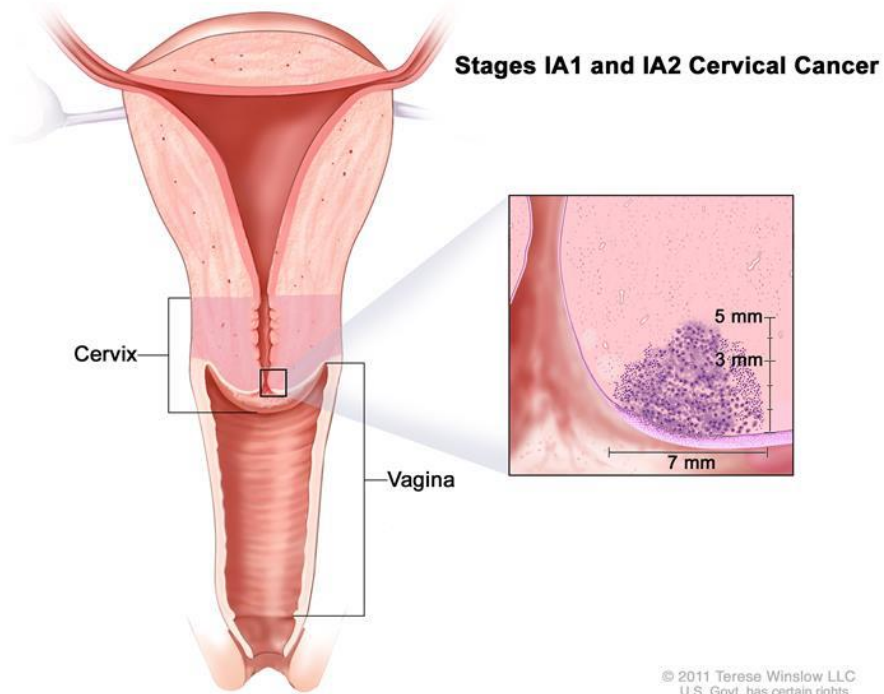
Rak szyjki macicy na żadnym z etapów swojego rozwoju nie daje charakterystycznych objawów klinicznych. Zależą one od stopnia zaawansowania nowotworu i umiejscowienia przerzutów.

Upławy i krwawienia z dróg rodnych są objawami bardzo częstych chorób nienowotworowych i są przyczyną najczęstszego zgłaszania się do ginekologów. Te niespecyficzne objawy towarzyszą stanom zapalnym pochwy i zaburzeniom hormonalnym, które mogą występować w każdym wieku. W przypadkach raka występują one w wyższych stadiach zaawansowania choroby.

Bóle podbrzusza, okolicy krzyżowej czy stawów biodrowych również są objawami wielu innych chorób. W raku również występują one w wyższych stadiach zaawansowania. W fazie choroby z przerzutami objawy zależą od miejsca przerzutu czy nacieku (duszności, krwiotłucie, bóle, ograniczenie wydolności nerek, wątroby i inne).

Stany przedrakowe i wczesne stadia zaawansowania przebiegają bezobjawowo. Stąd badania przesiewowe raka szyjki macicy dotyczą kobiet bezobjawowych.

Rak szyjki macicy (C53)



0 Rak przedinwazyjny (carcinoma in situ, CIN III)

I Rak ograniczony ściśle do szyjki macicy

I A1 Rak mikroinwazyjny, rozpoznawany wyłącznie mikroskopowo na podstawie materiału obejmującego całą zmianę nowotworową

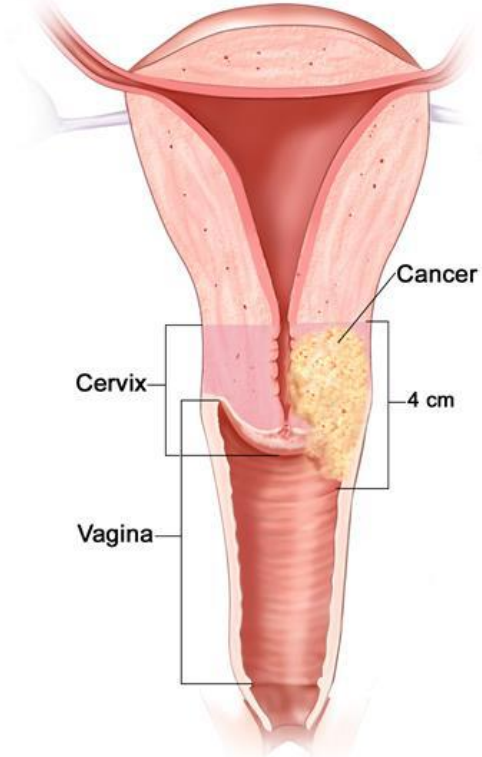
I A2 Inwazja podścieliska o głębokości mniejszej lub równej 3 mm i średnicy powierzchni nacieku do 7 mm

I B1 Inwazja podścieliska przekracza głębokość 3 mm i dochodzi maksymalnie do 5 mm, średnica zmiany nie przekracza 7 mm

IB2 Wszystkie przypadki zmian większych niż określone w stopniu IA2, widocznych klinicznie lub nie (śr. 3 cm)

Rak szyjki macicy (C53)

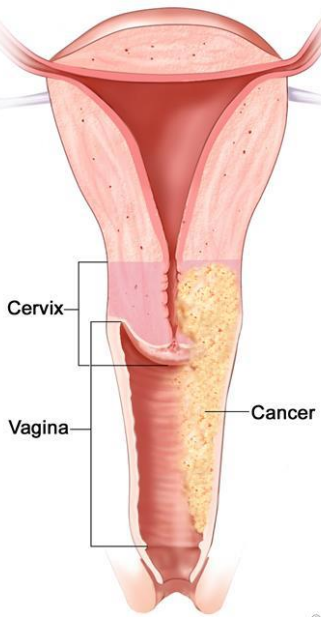
Stages IIA1 and IIA2 Cervical Cancer



Stage IIB Cervical Cancer

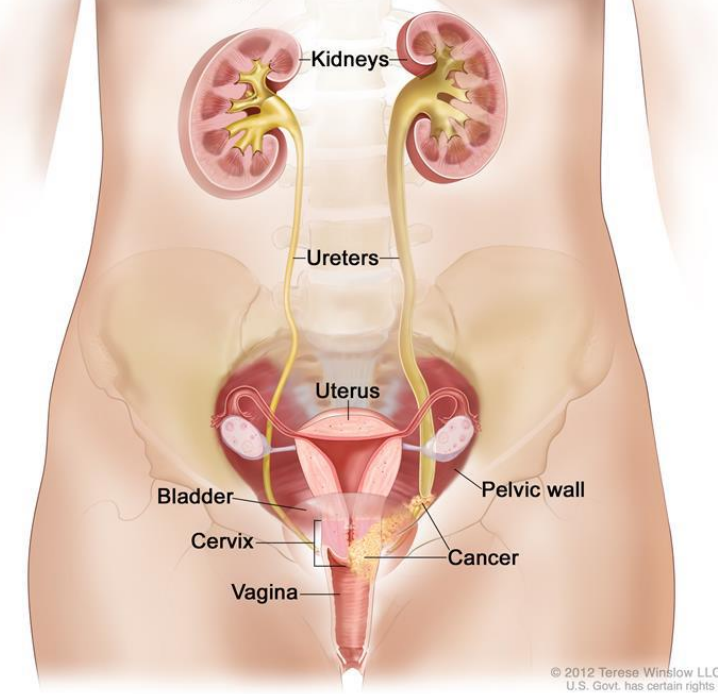


Stage IIIA Cervical Cancer



© 2011 Terese Winslow LLC
U.S. Govt.

Stage IIIB Cervical Cancer



© 2012 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

II Rak przechodzi poza szyjkę macicy, nie dochodzi do ścian miednicy mniejszej i nie dochodzi do 1/3 dolnej części pochwy

II A Rak nacieka pochwę, nie przekraczając 2/3 górnej części jej ścian bez zajęcia przymaciczy

II B Nacieki przymaciczy nie dochodzące do kości miednicy (z naciekiem pochwy lub bez niego)

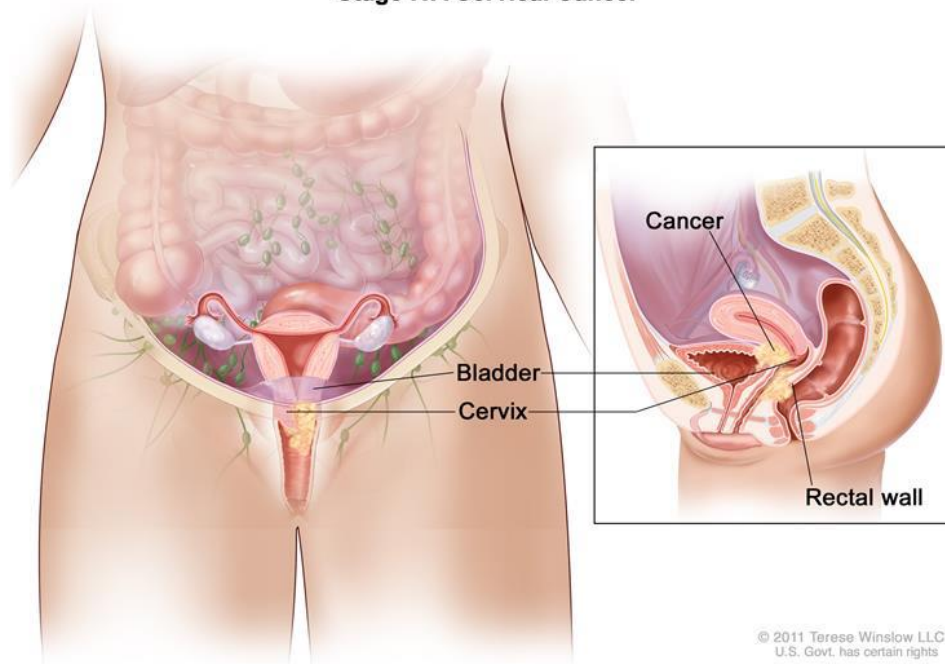
III Nacieki nowotworowe zajmują 1/3 dolną część pochwy lub przymaciczy, dochodząc do ścian miednicy mniejszej. Do stopnia III zalicza się wszystkie przypadki wodonercza lub nieczynnej nerki z wykluczeniem innej niż nowotworowa przyczyna ich powstania

III A Nacieki nowotworowe zajmują 1/3 dolną część pochwy, guz w przymaciczach nie dochodzi do ścian miednicy mniejszej

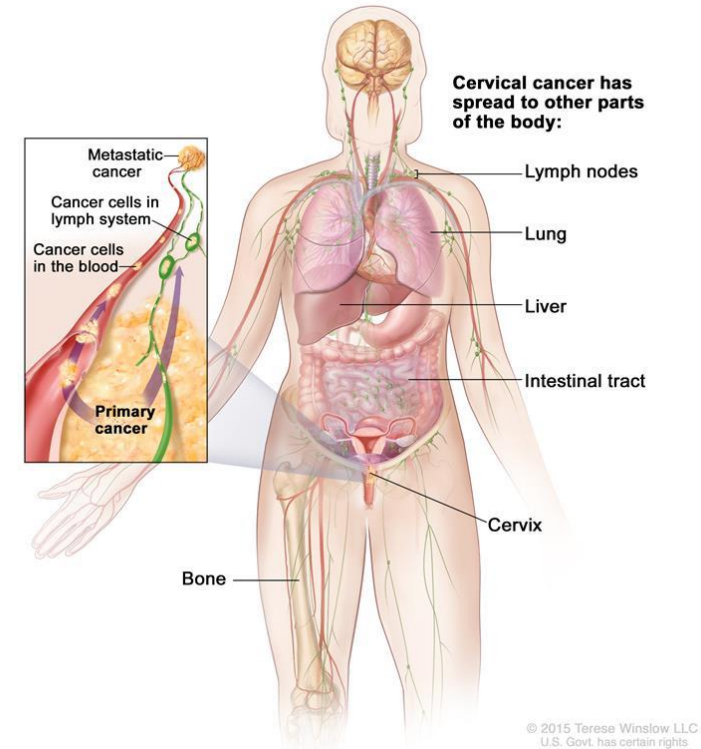
III B Nacieki nowotworowe w przymaciczach dochodzą do ścian miednicy mniejszej, wszystkie przypadki wodonercza i nieczynnej nerki powstałe na skutek procesu nowotworowego

Rak szyjki macicy (C53)

Stage IVA Cervical Cancer



Stage IVB Cervical Cancer



IV Rak przekracza granice miednicy mniejszej lub naciek nowotworowy zajmuje śluzówkę pęcherza moczowego, odbytnicy (rozpoznanie wymaga potwierdzenia badaniem histopatologicznym)

IV A Naciek nowotworowy śluzówki pęcherza moczowego lub odbytnicy

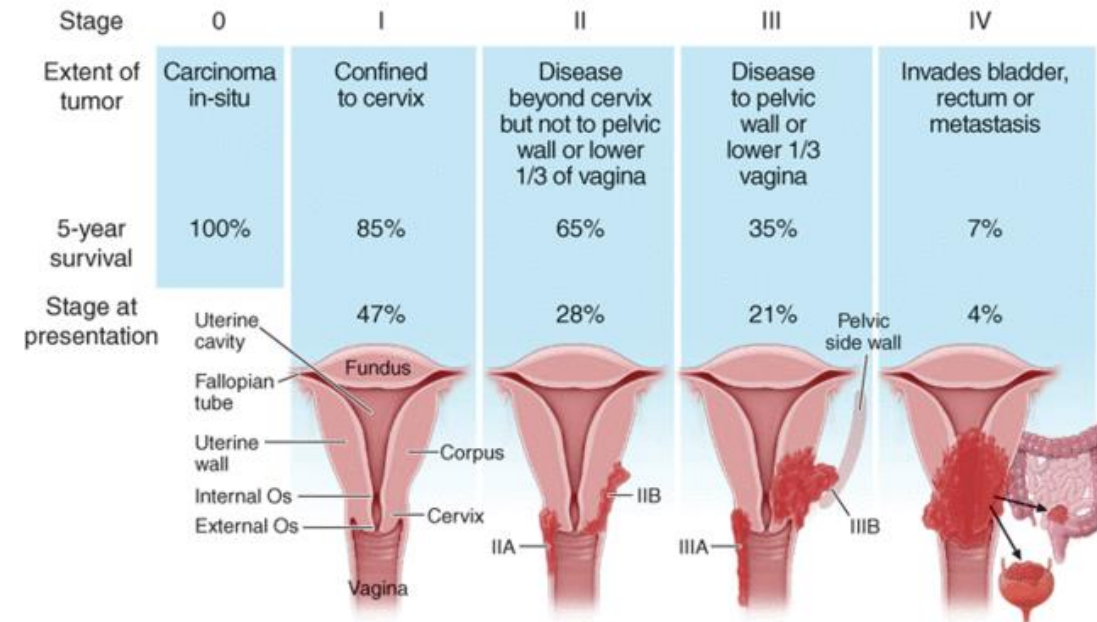
IV B Przerzuty odległe, rak przechodzi poza obręb miednicy mniejszej

Rak szyjki macicy (C53)

STOPIEŃ ODSETEK 5 – LETNICH PRZEZYĆ

- IA • 95-100%
- IB • 75-90%
- II • 50-60%
- III • 30-35%
- IV • <5%

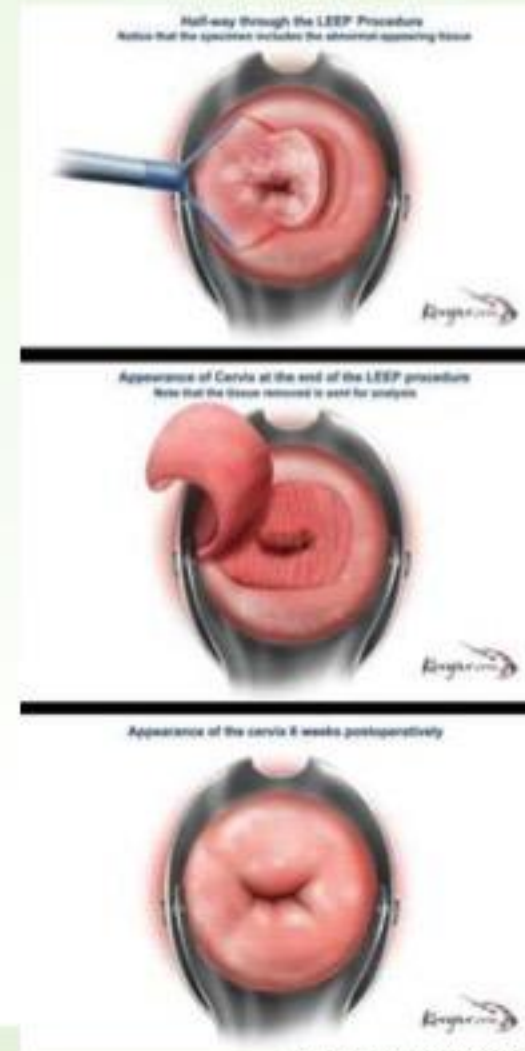
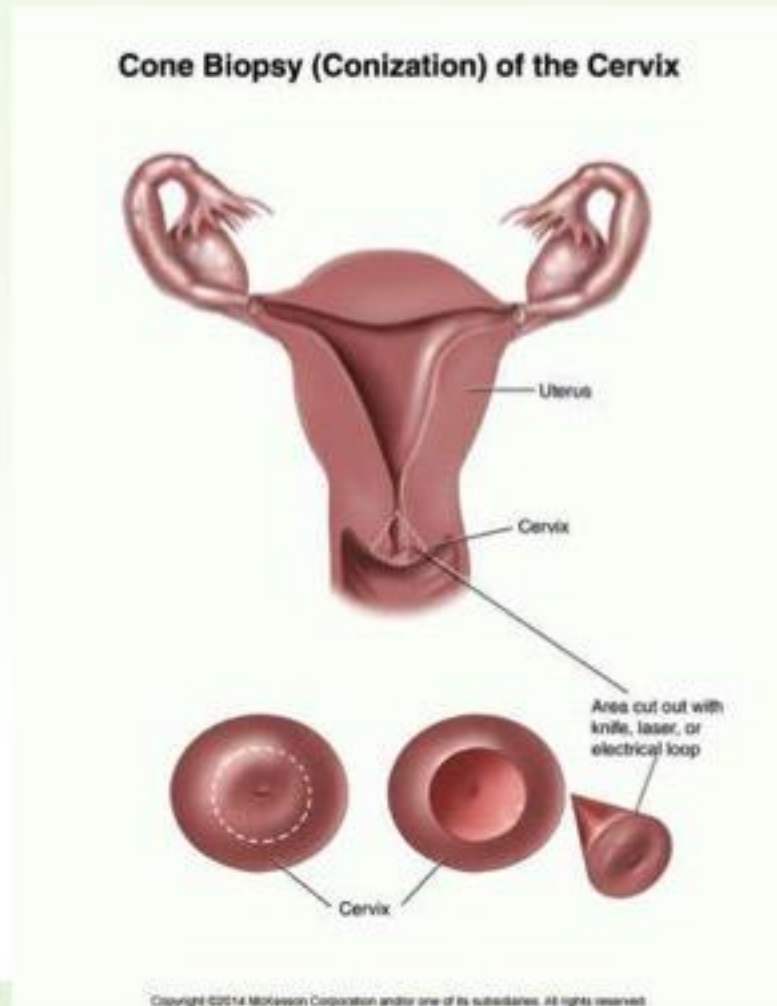
Staging of cervix cancer

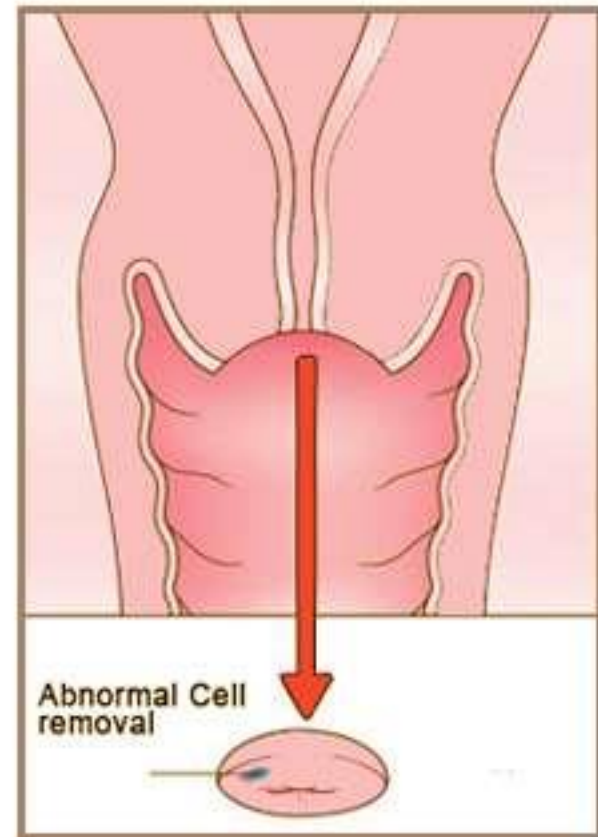
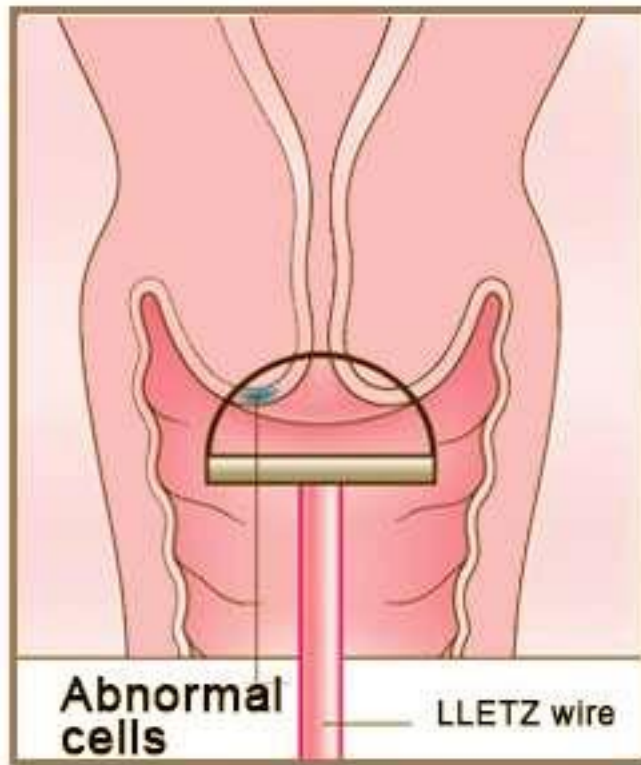
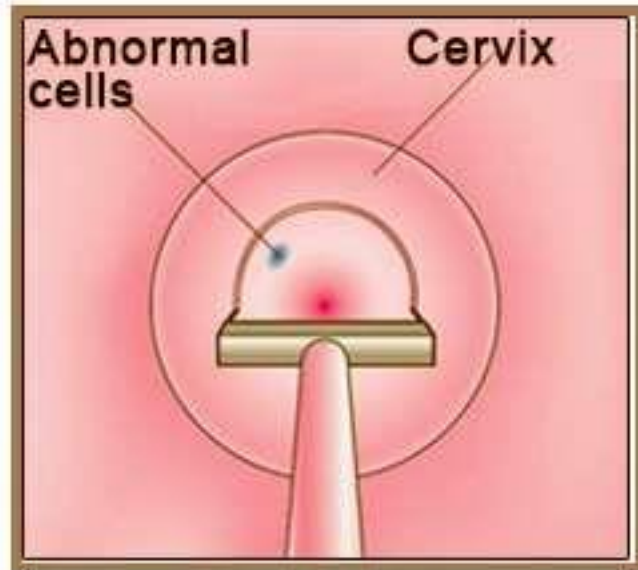


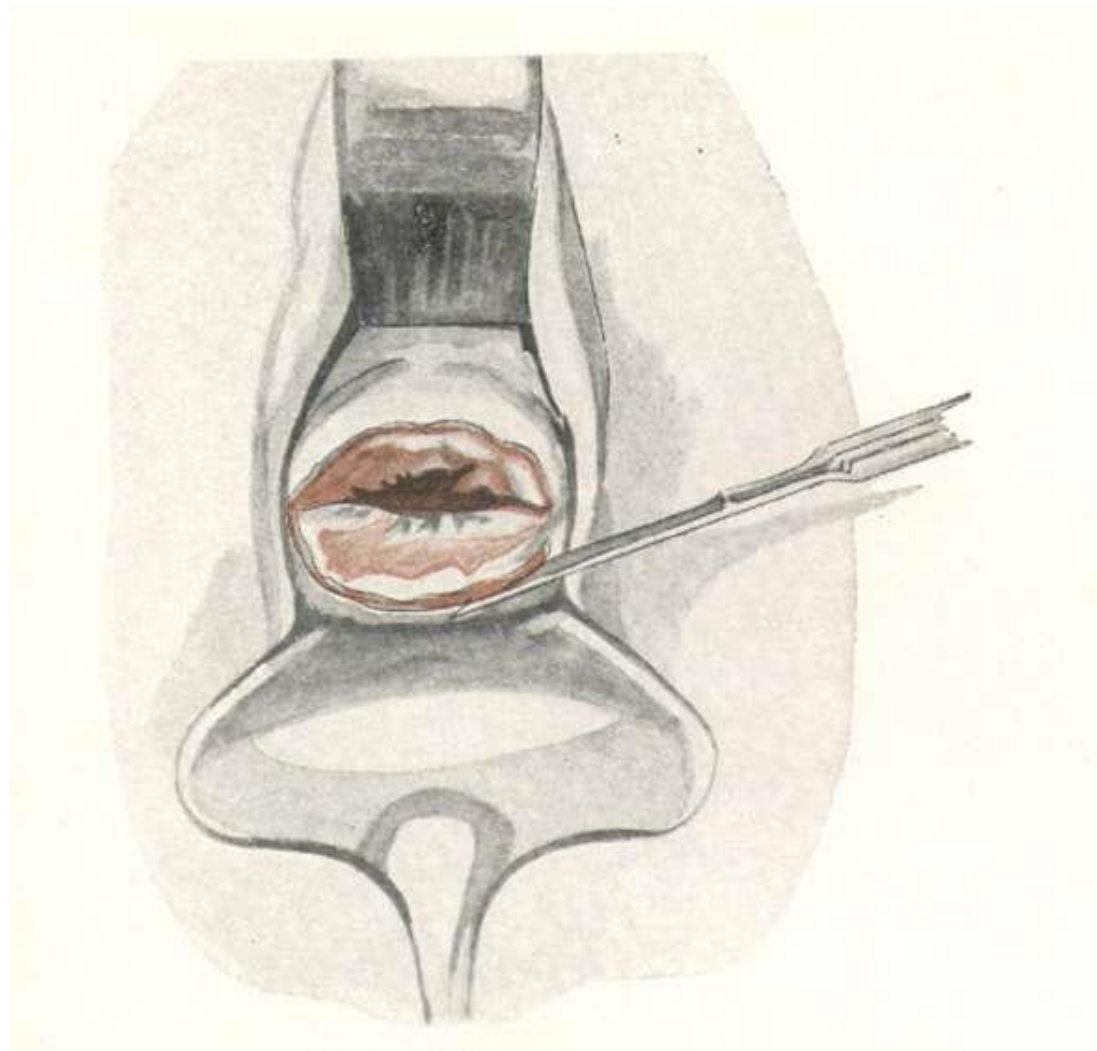
Source: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J: *Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition*: www.accessmedicine.com
 Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

LEEP (*loop electrical excision procedure*) = wycięcie ogniska choroby

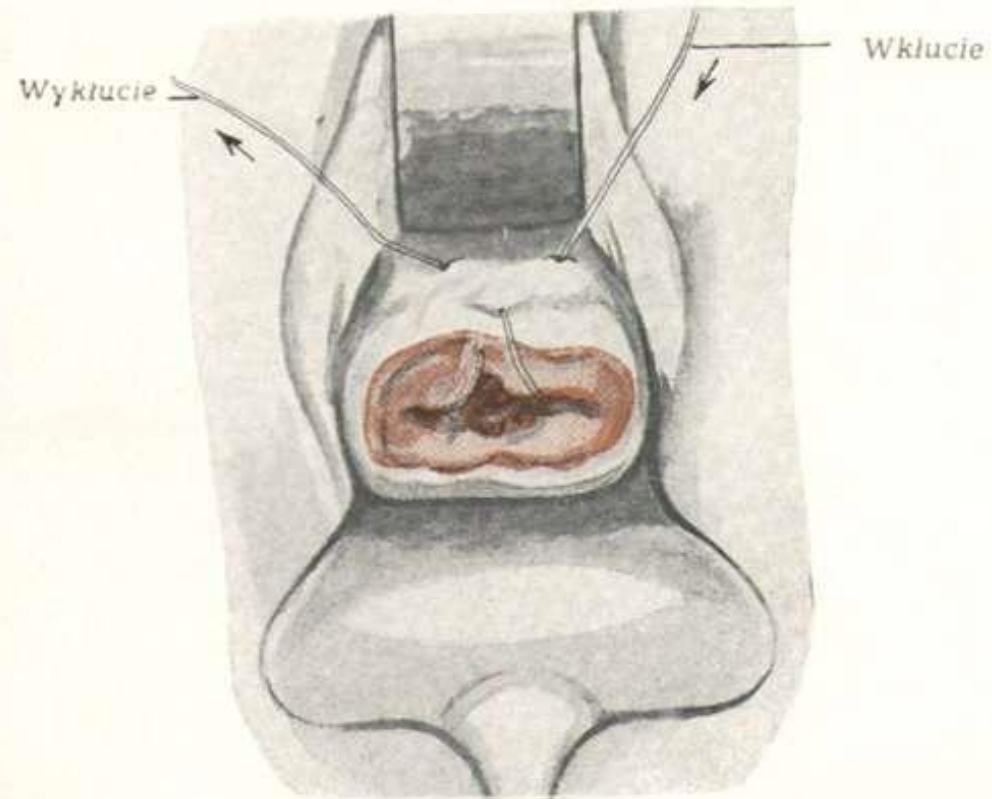
LLETZ (*large loop of the excision transformation zone*) = usunięcie całej strefy przekształceń (strefy transformacji).







Ryc. 211. Plastyka części pochwowej wg Sturmdorfa 1.
cie tylnej wargi części pochwowej (patrz ryc. 216 a). Przednia warga została już wcześ-
wycięta, również klinowo.



Ryc. 212. Plastyka części pochwowej wg Sturmdorfa 2.
Założono typowy szew na nowo odtwarzaną przednią wargę części pochwowej (patrz ryc. 216 b).

Rak szyjki macicy (C53)

Stopień IB1 i IIA2 (> 4 cm) — leczenie chirurgiczne z następową radioterapią lub bez niej. Pierwotna radykalna terapia chirurgiczna polega na wykonaniu radykalnej histerektomii i limfadenektomii miednicznej z biopsją węzłów okołoaortalnych. Dalsze postępowanie (RTH lub RCTH) — w zależności od oceny czynników rokowniczych — polega na:

- obserwacji w przypadku węzłów chłonnych bez przerzutów;
- RTH lub RCTH (brachyterapia do dawki w punkcie A > 85 Gy/RTH skojarzona z CTH — teleterapia miednicy i jednoczesna CTH z zastosowaniem cisplatyny oraz brachyterapia do dawki w punkcie A > 85 Gy) w przypadku węzłów chłonnych z przerzutami;
- teleterapii miednicy z brachyterapią lub bez niej w przypadku głębokiego naciekania lub G2 i G3 bądź naciekania przestrzeni naczyniowych.

Stopień IIB–IVA — RCTH. W ramach RCTH stosuje się teleterapię miednicy z jednoczesną CTH opartą na cisplatynie oraz brachyterapię (dawka w punkcie A > 85 Gy).

Rak szyjki macicy (C53)

Profilaktyka pierwotna

Celem profilaktyki pierwotnej jest zmniejszenie zachorowalności na tego raka poprzez unikanie czynników ryzyka lub zwiększenie indywidualnej odporności na te czynniki. Jej elementami są :

- edukacja i kształtowanie zachowań prozdrowotnych
- szczepienia ochronne przeciw rakotwórczym wirusom brodawczaka ludzkiego (*Cervarix* dwuwalentna HPV16 i 18 oraz *Silgard* czterowalentna HPV 6,11,16,18).

Profilaktyka wtórna

Profilaktyka wtórna ma na celu wykrywanie raka we wczesnym stadium, gdy leczenie jest skuteczniejsze, wskaźniki przeżycia wyższe, a częstość poważnych następstw choroby (w tym zgonu) mniejsza. W stosunku do tego raka zadanie to spełniają populacyjne badania przesiewowe (skrining) oparte na teście cytologicznym.

Profilaktyka trzeciorzędowa

Prawidłowa diagnostyka i leczenie raka szyjki macicy.



Rak szyjki macicy (C53)



Obecnie w większości zorganizowanych programów badań przesiewowych proponuje się zastosowanie badań cytologicznych oraz badań materiału genetycznego HPV.

Za najlepszą strategię w profilaktyce raka szyjki uważa się szczepienie młodych kobiet (przed rozpoczęciem życia płciowego) i kontynuowanie cytologicznych badań przesiewowych u zaszczepionych i niezaszczepionych.

Badania przesiewowe powinny być kontynuowane w erze szczepień.

Zachorowalność na raka szyjki macicy można zmniejszyć aż o 80% dzięki dobrze zorganizowanym badaniom przesiewowym opartym na teście cytologicznym, powtarzalnym co 3-5 lat. Skuteczność programów przesiewowych zależy od ich zasięgu i jakości.

Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy wdrożono w Polsce w 2007 r.

Zakłada on badania kobiet w przedziale wieku 25-59 lat co 3 lata.

W pierwszych latach funkcjonowania **Program objął niestety tylko 25% populacji docelowej.**

Należy więc nadal propagować zasady rozpoczynania badań profilaktycznych cytologicznych wkrótce po inicjacji seksualnej i powtarzanie ich raz w roku. Po kilku negatywnych (prawidłowych) testach cytologicznych można zmniejszyć ich częstość do badania co 3 lata, jak zakłada program badań przesiewowych.

W ciągu dwóch lat rak szyjki macicy ma się stać w Australii chorobą rzadką, a do 2028 r. ma zostać uznany za wyeliminowany jako problem zdrowia publicznego.

Jeśli się to uda, będzie to pierwszy kraj na świecie, w którym zostanie wyeradykowana choroba nowotworowa.



Na świecie z powodu raka szyjki macicy umiera rocznie ponad 310 tys. kobiet (w Polsce 1735 – w 2010 r., a w liczącej 24 mln ludności Australii – 260).

Optymistyczne prognozy dla Australii to rezultat wprowadzenia tam dekadę temu szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) dla dzieci w wieku szkolnym, ale nie tylko. Równie ważne było rozpoczęcie w 1991 r. programu badań cytologicznych w tym kraju.

Częstość występowania raka szyjki macicy w Australii wynosi obecnie 7 siedem przypadków na 100 tysięcy. To o połowę mniej niż średnia światowa. W Polsce – w 2010 r. – zachorowało 15,5 kobiet na 100 tysięcy.

Jak wynika z prognoz Cancer Council NSW, najbardziej radykalna poprawa statystyk ma dopiero nadejść, ponieważ pierwsze pokolenie szczepionych przeciwko HPV dopiero zaczyna przekraczać 30. rok życia. Rak szyjki macicy rozwija się powoli, szczyt zachorowań obserwuje się u kobiet w wieku 45-65 lat.

Kiedy zachorowalność w Australii obniży się do poziomu 6/100 tys. rocznie, rak szyjki macicy będzie tam klasyfikowany jako nowotwór rzadki. Wszystko wskazuje na to, że stanie się to już za dwa lata – piszą naukowcy na łamach Lancet Public Health Journal.

Przy zachowaniu obecnych trendów choroba zostanie praktycznie wyeliminowana do do 2066 r. (zachorowalność obniży się do 1 przypadku na 100 tys.). Do 2100 roku umieralność zmniejszy się z obecnych 2,1/100 tys. do 0,3/100 tysięcy.

Program powszechnych, bezpłatnych szczepień przeciwko HPV został wprowadzony w 2007 r. i początkowo objął dziewczęta w wieku 12-13 lat. W 2013 r. szczepieniem objęto także chłopców. Wyniki prowadzonych w Australii podkreślają jednak, że – pomimo szczepień na dużą skalę – nie zmniejsza się konieczność prowadzenia badań przesiewowych. Obecnie w Australii tradycyjne badanie cytologiczne (test Pap) wykonywane co dwa lata, zastąpione zostało testem na obecność HPV, wykonywanym co pięć lat.

Źródło: The Age



Nie pakuj się do trumny,
zrób cytologię

Chroni się przed rakiem szyjki macicy

Rak trzonu macicy (C54)

Zachorowalność

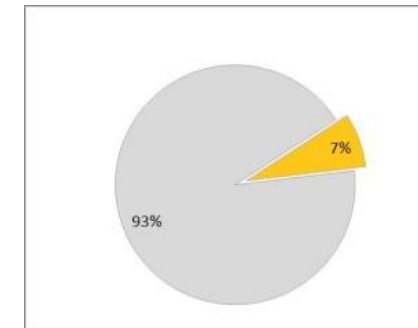
Nowotwory złośliwe trzonu macicy stanowią u kobiet 7% zachorowań

Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe trzonu macicy wynosiła w 2010 roku ponad 5000

Po 50 roku życia występuje 90% zachorowań na raka trzonu macicy, przy czym najwięcej zachorowań występuje w szóstej/siódmej dekadzie życia.

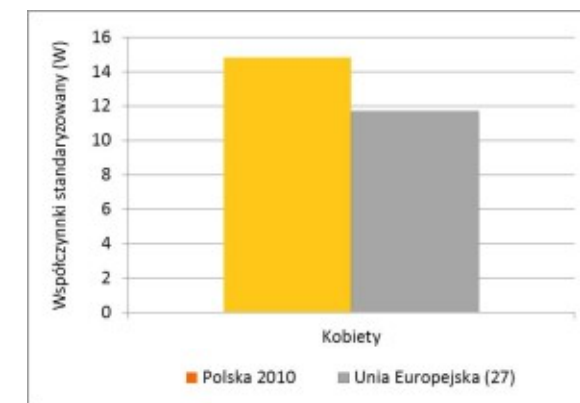
Ryzyko zachorowania raka trzonu macicy wzrasta z wiekiem aż do końca siódmej dekady życia (około $80/10^5$), po czym zmniejsza się

Zachorowalność na nowotwory złośliwe trzonu macicy w ciągu ostatnich trzech dekad wzrosła prawie 2-krotnie



Polska na tle Europy

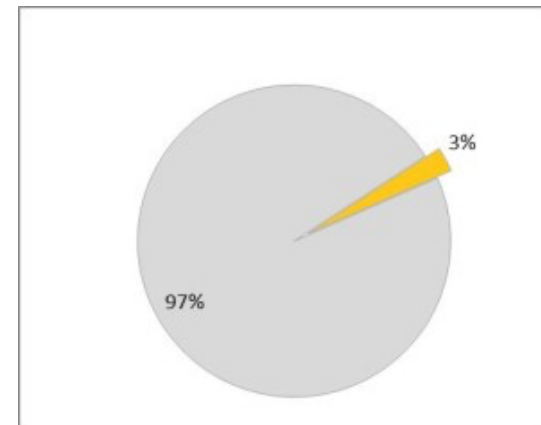
W 2010 roku w Polsce częstość zachorowań na nowotwory trzonu macicy była wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej (dane z 2009 roku)



Rak trzonu macicy (C54)

Umieralność

Nowotwory złośliwe trzonu macicy powodują 3% zgonów nowotworowych u kobiet



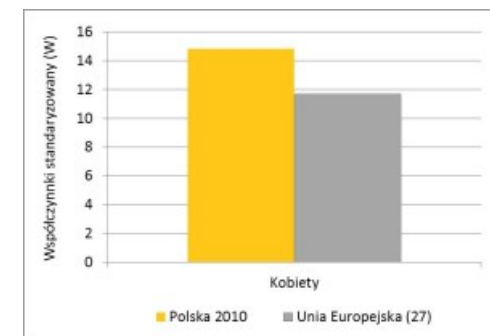
Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych trzonu macicy wynosiła w 2010 roku ponad 100

Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych trzonu macicy występuje po 50 roku życia (97%). Ryzyko zgonu z powodu tego nowotworu systematycznie wzrasta po 50 roku życia wraz z przechodzeniem do starszych grup wiekowych

Ostatnie trzy dekady przyniosły spadek umieralności, chociaż w ostatnich kilku latach nastąpił niewielki wzrost wartości współczynników

Polska na tle Europy

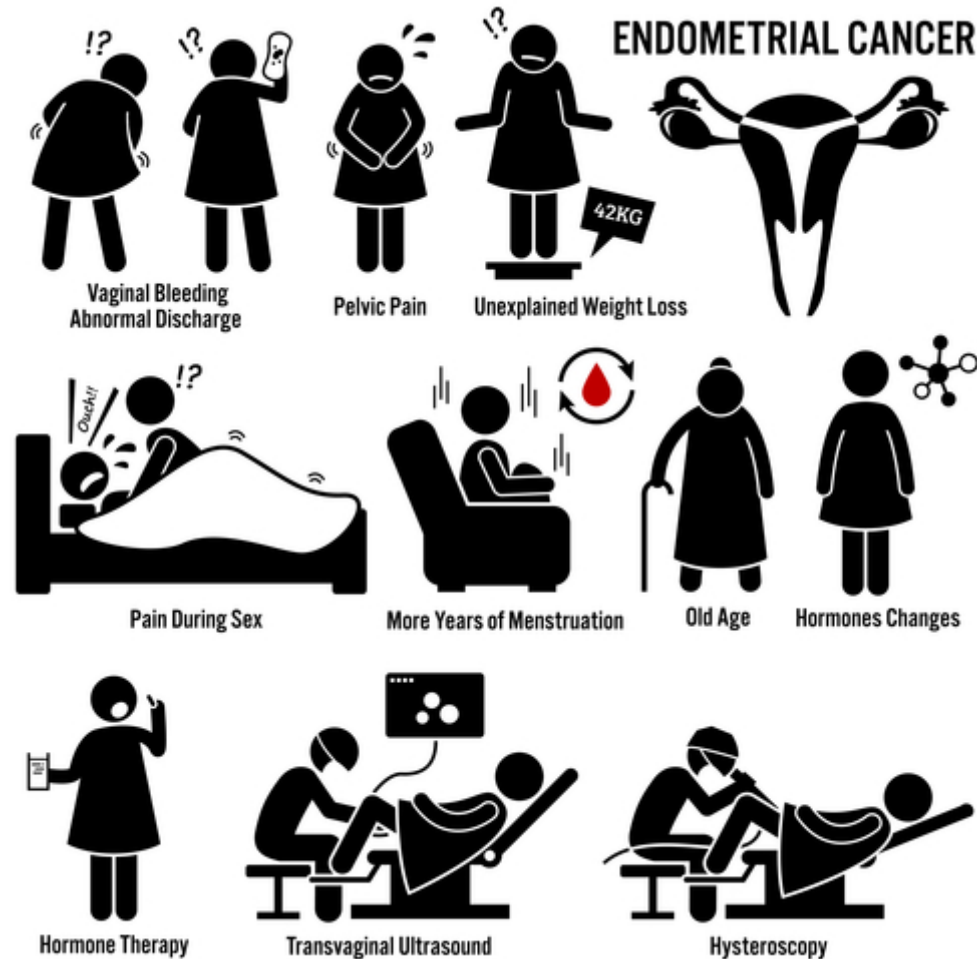
Umieralność z powodu nowotworów trzonu macicy w Polsce jest nieco wyższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej



Rak trzonu macicy (C54)

Objawy

Najbardziej typowym objawem raka trzonu macicy są krwawienia z dróg rodnych już po miesiączce i między miesiączkami. Ponadto mogą pojawić się upławy z pochwy, bóle podbrzusza, spadek wagi i osłabienie.



Rak trzonu macicy (C54)

Typy morfologiczne

Najczęściej występującym nowotworem trzonu macicy jest rak gruczołowy (u 80% pacjentek).

Do pozostałych typów raka należy rak brodawkowy surowiczy oraz rak jasnokomórkowy

Wyróżnia się 3 stopnie zróżnicowania raka:

G1 – rak wysokozróżnicowany

G2 – rak średniozróżnicowany

G3 – rak niskozróżnicowany

Rak trzonu macicy (C54)

Czynniki ryzyka

Ryzyko zachorowania wiąże się z nie zrównoważoną, długotrwałą stymulacją błony śluzowej macicy estrogenami (endogennymi i egzogennymi).

Inne czynniki podwyższonego ryzyka to: otyłość, nadciśnienie tętnicze, rodzinne występowanie nowotworu piersi, trzonu macicy i jelita grubego (zespół Lyncha; mut. MSH2, MLH1, PMS1), zespół MSH6, niepłodność lub urodzenie tylko jednego dziecka, zaburzenia hormonalne spowodowane guzami jajnika (zespół policystycznych jajników). Hiperplazja złożona (inaczej przerost złożony) z atypią błony śluzowej macicy jest także schorzeniem sprzyjającym powstaniu raka trzonu macicy. U około 30% kobiet z potwierdzoną hiperplazją z atypią dochodzi do rozwoju raka.

U kobiet w wieku rozrodczym czynnikami sprzyjającymi wystąpieniu nieprawidłowego przerostu błony śluzowej macicy są pierwotne zaburzenia owulacji (jajczkowania), guzy hormonalnie czynne czy też efekty uboczne zastosowanej hormonoterapii (np. stymulacja owulacji).

UWAGA !

TAMOXIFEN należy do grupy leków antyhormonalnych, jest to niesteroidowy lek, który w niektórych tkankach wykazuje takie samo działanie jak estrogen, podczas gdy w innych tkankach hamuje działanie estrogenu.

Rak trzonu macicy (C54)

Raki estrogenozależne

Mają tendencję do rozwijania się na podłożu hiperplazji; są lepiej zróżnicowane; lepiej rokują

Raki estrogeniezależne

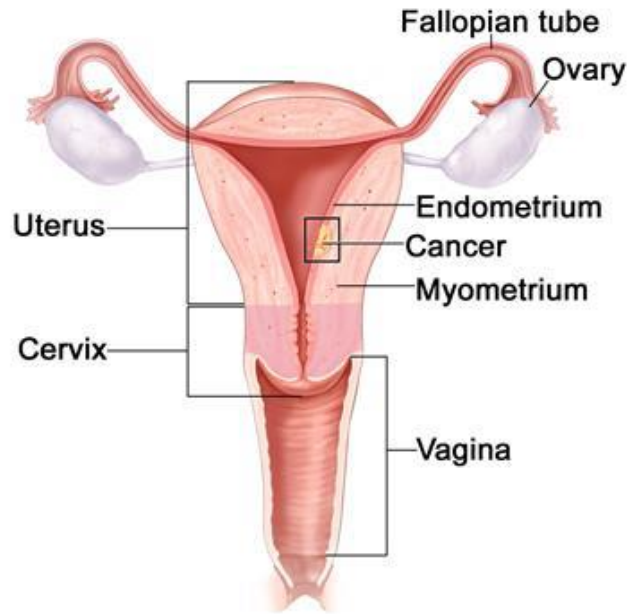
Nie występują z typowymi czynnikami ryzyka ; są niżej zróżnicowane; bardziej agresywny przebieg

FIGO 2009

Stopień	Charakterystyka
I	Nowotwór ściśle ograniczony do trzonu macicy
IA	Brak nacieku lub głębokość nacieku obejmuje < 50% mięśniówki
IB	Naciek obejmuje ≥ 50% mięśniówki
II	Nowotwór nacieka podścielisko szyjki macicy, ale nie wychodzi poza macicę
III	Lokalne i/lub regionalne naciekanie
IIIA	Rak nacieka surowicówkę macicy i/lub przydatki
IIIB	Przerzuty do pochwy i/lub przymacicz
IIIC	Przerzuty do węzłów miednicy i/lub węzłów okołoaortalnych
IIIC1	Zajęte węzły chłonne miednicy
IIIC2	Zajęte węzły chłonne okołoaortalne z zajętymi lub nie węzłami chłonnymi miednicy
IV	Naciek pęcherza moczowego i/lub śluzówki odbytnicy i/lub odległe przerzuty
IVA	Naciek pęcherza moczowego i/lub śluzówki odbytnicy
IVB	Przerzuty odległe, obejmujące przerzuty do narządów jamy brzusznej i/lub węzłów chłonnych pachwinowych

Rak trzonu macicy (C54)

Stage IA Endometrial Cancer

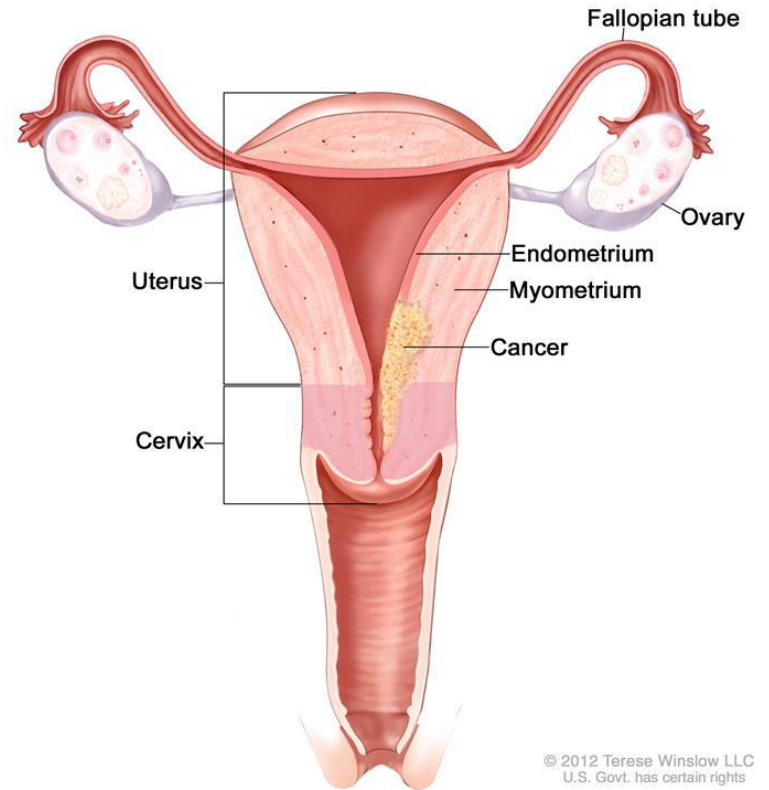


Stage IB Endometrial Cancer



© 2012 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights.

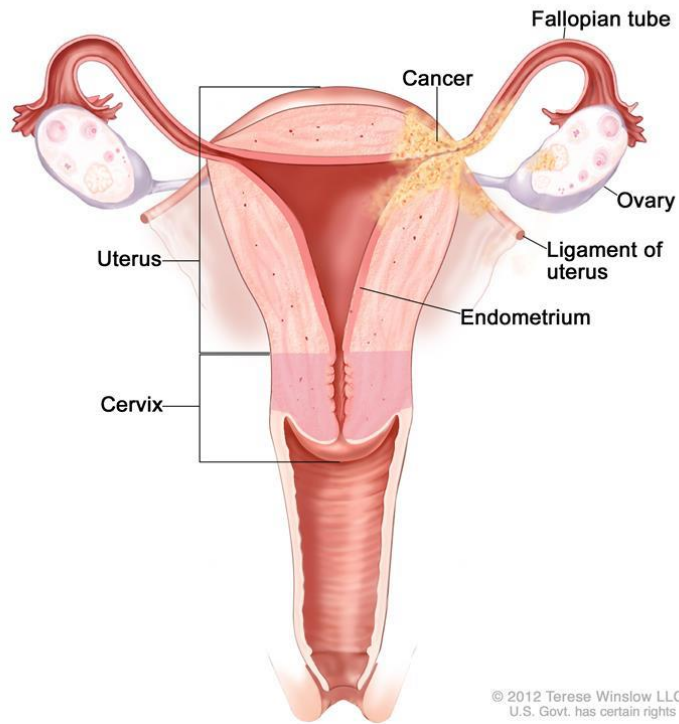
Stage II Endometrial Cancer



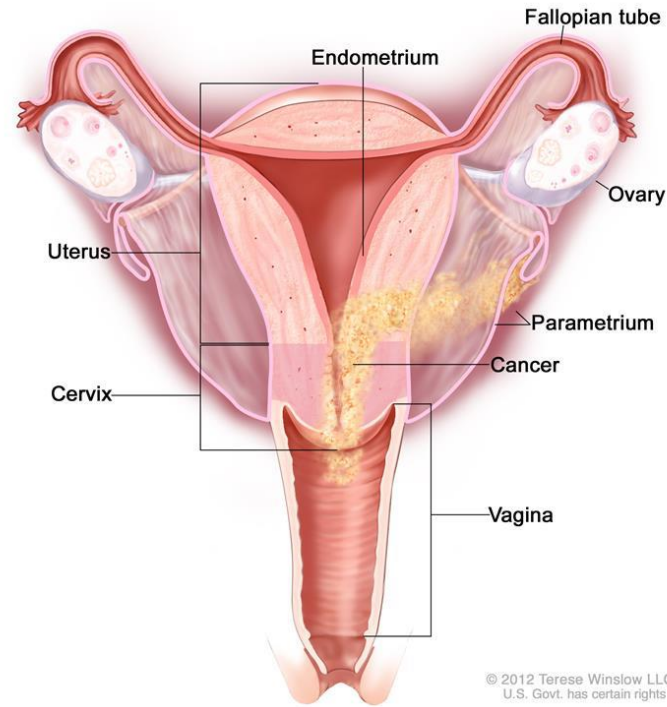
© 2012 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights.

Rak trzonu macicy (C54)

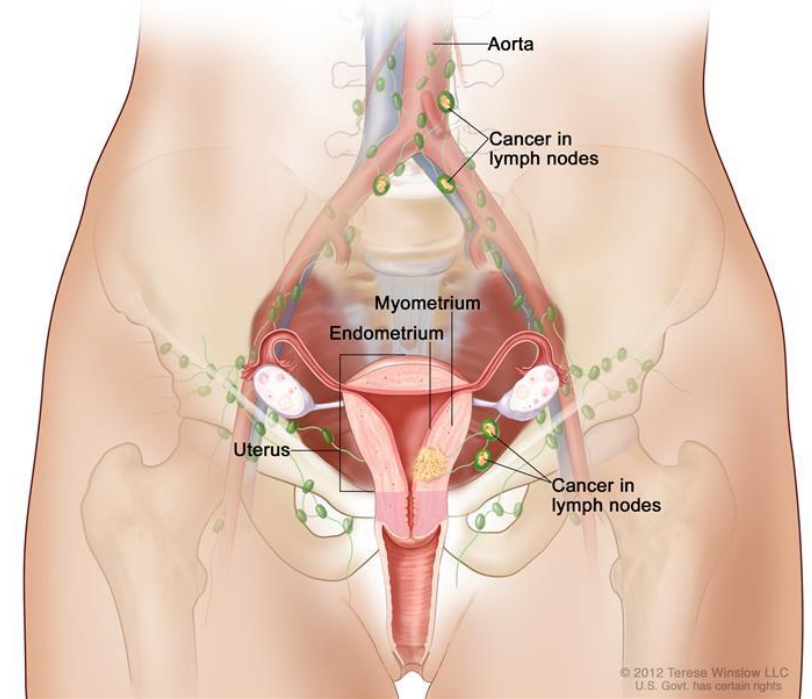
Stage IIIA Endometrial Cancer



Stage IIIB Endometrial Cancer

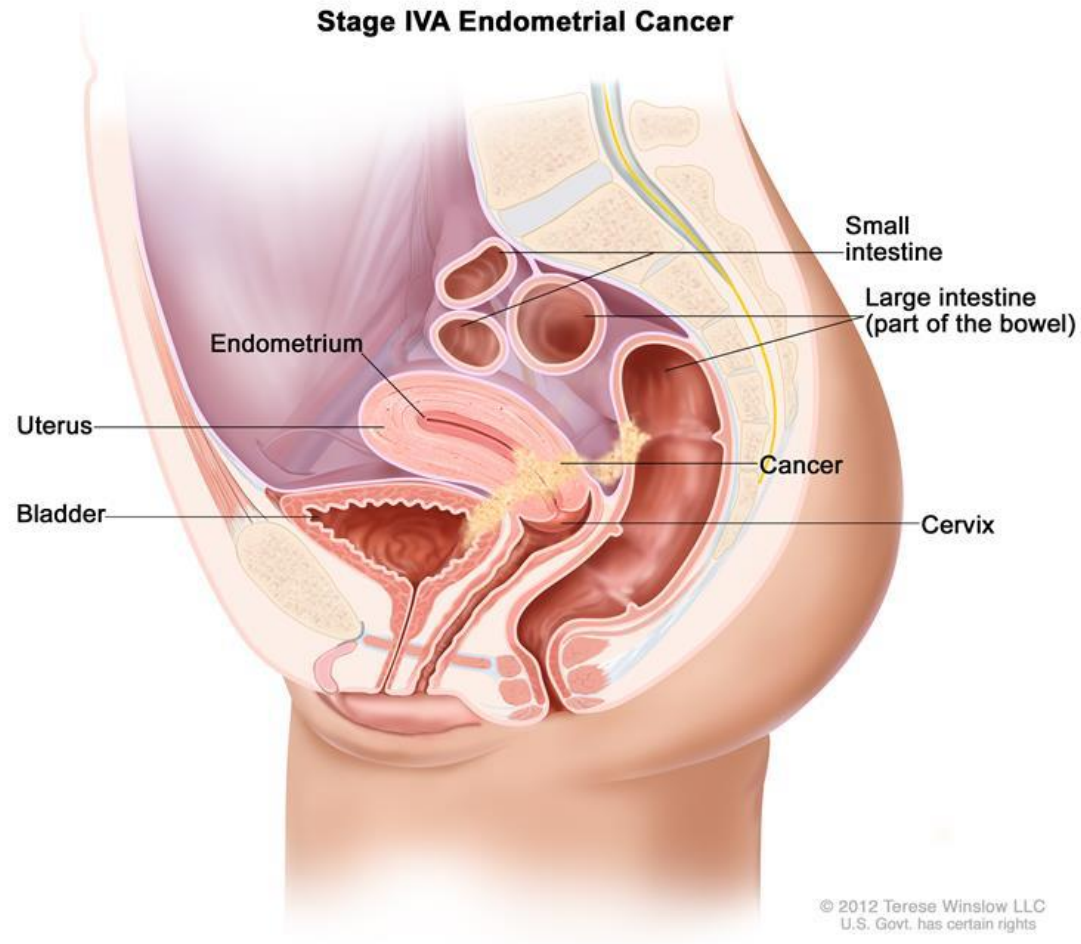


Stage IIIC Endometrial Cancer

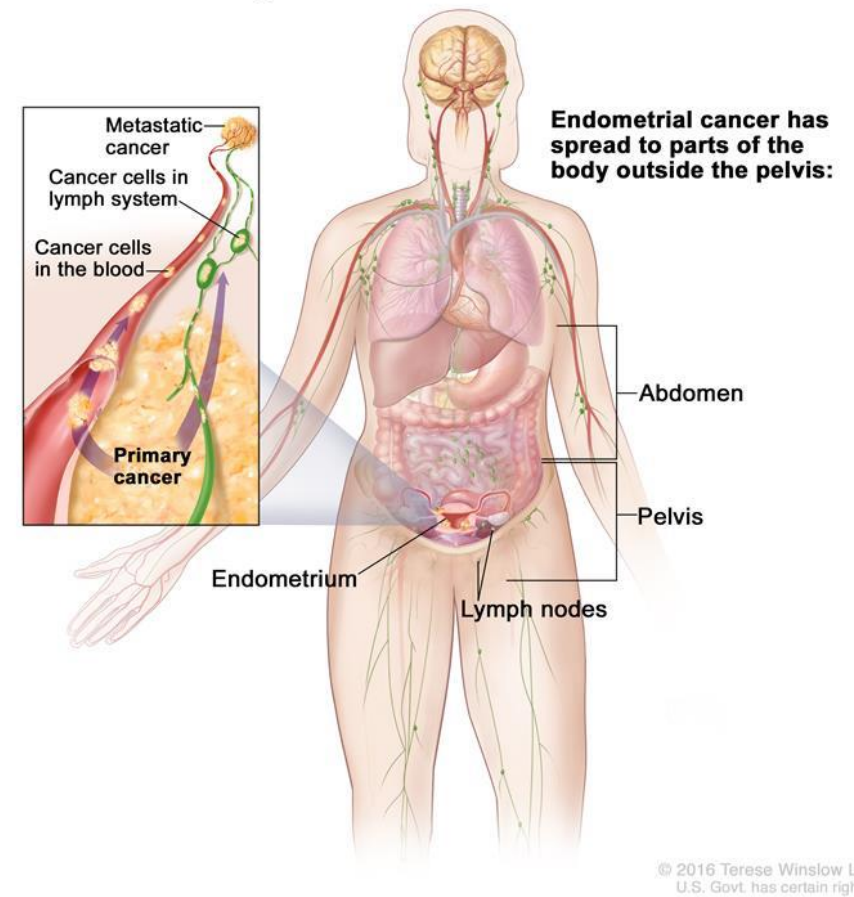


Rak trzonu macicy (C54)

Stage IVA Endometrial Cancer



Stage IVB Endometrial Cancer



Rak trzonu macicy (C54)

STOPIEŃ ODSETEK 5 – LETNICH PRZEZYĆ

• I A	• 75%
• I B-I C	• 50%
• II A-II B	• 50%
• III A	• <20%
• III B-III C	• <10%
• IV A –IV B	• <5%

Rak trzonu macicy (C54)

Leczenie

CHIR doszczętny zabieg operacyjny

RTH brachy- i teleradioterapia uzupełniająco od I B i II* FIGO oraz I* G3

CHTH III lub IV*; G2 i G3; po leczeniu chirurgicznym nawrotów lub progresja po HTH;
leczenie przerzutów dających objawy kliniczne; wznowy miejscowe po RTH;
rak surowiczy i rak jasnokomórkowy – uzupełniająco od I A FIGO
6 cykli PXL + CBP q 21 dni

HTH PROGESTAGENY raki dobrze zróżnicowane, ekspresja receptorów ER i PgR;
wznowa z długim czasem wolnym od choroby;
odpowiedź u 15-20% pats; mOS 12 mies; 5-15% pats >3-letnie przeżycia
100mg octanu medroksyprogesteronu po /dz
500-1000 mg octanu medroksyprogesteronu im /q 7dni
160 mg octanu megestrolu po / dz

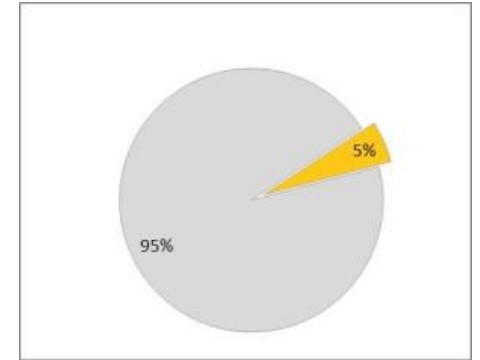


Rak jajnika (C56)

Zachorowalność

Nowotwory złośliwe jajnika stanowią u kobiet 5% zachorowań

Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe jajnika wynosiła w 2010 roku prawie 3600



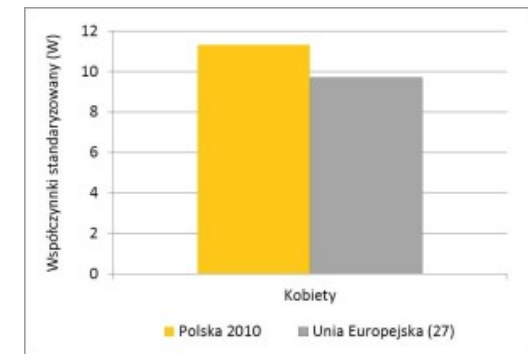
Po 50 roku życia występuje 80% zachorowań na raka jajnika, przy czym ponad 50% zachorowań diagnozuje się między 50 a 69 rokiem życia

Ryzyko zachorowania raka jajnika wzrasta z wiekiem aż do połowy siódmej dekady życia (ponad 45/10⁵), po czym zmniejsza się.

Niemniej jednak nowotwory jajnika stanowią 4% zachorowań na nowotwory złośliwe u dzieci (0-19) i ponad 6% u młodych dorosłych kobiet (20-44 lat).

Polska na tle Europy

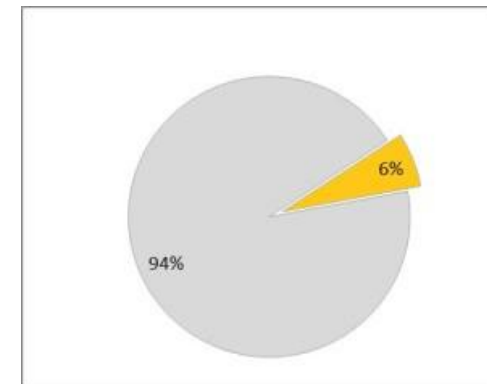
W 2010 roku w Polsce częstość zachorowań na nowotwory jajnika była o 15% wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej (dane z 2009 roku)



Rak jajnika (C56)

Umieralność

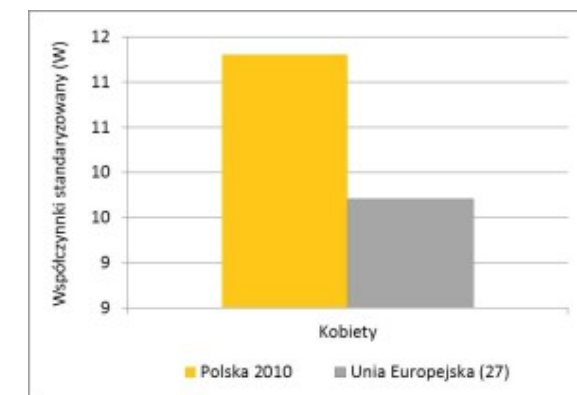
Nowotwory złośliwe jajnika powodują 6% zgonów nowotworowych u kobiet



Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych jajnika wynosiła w 2010 roku ponad 2500

Polska na tle Europy

Umieralność z powodu nowotworów jajnika w Polsce jest ponad 15% wyższa niż przeciętna dla krajów Unii Europejskiej



Rak jajnika (C56)

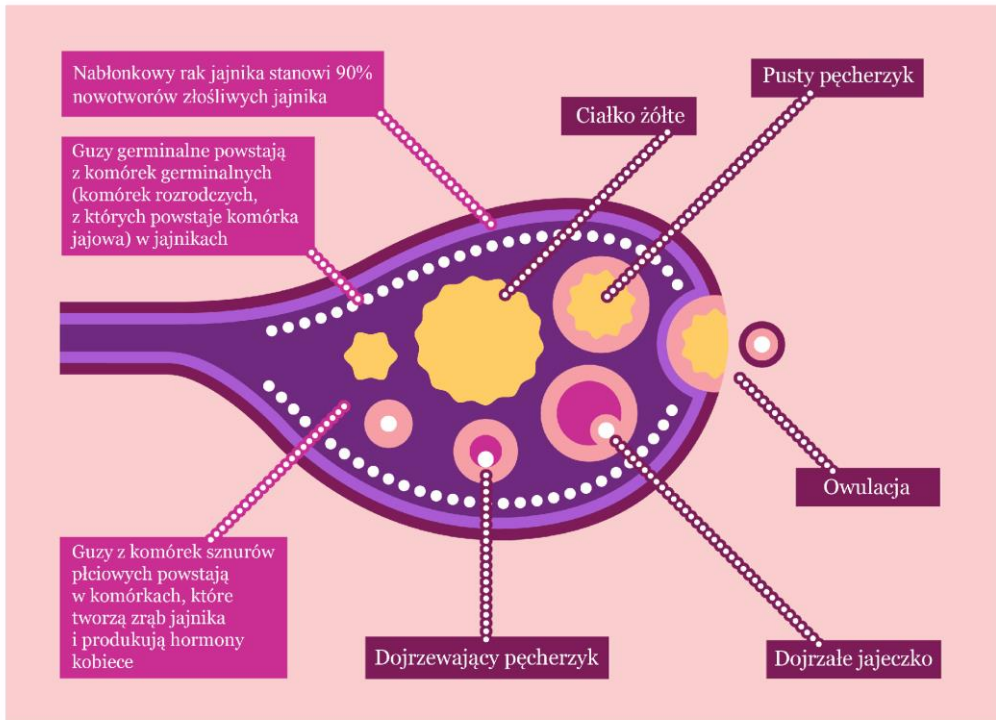
Czynniki ryzyka

- wiek
- leczenie niepłodności , brak ciąż
- rak piersi w wywiadzie
- rak piersi/rak jajnika u krewnych I stopnia
- styl życia
- infekcje miednicy

Spadek ryzyka

- ciąża / ciążę
- karmienie piersią
- antykoncepcja
- podwiązanie jajowodów
- histerektomia

Rak jajnika (C56)



Podział histologiczny WHO

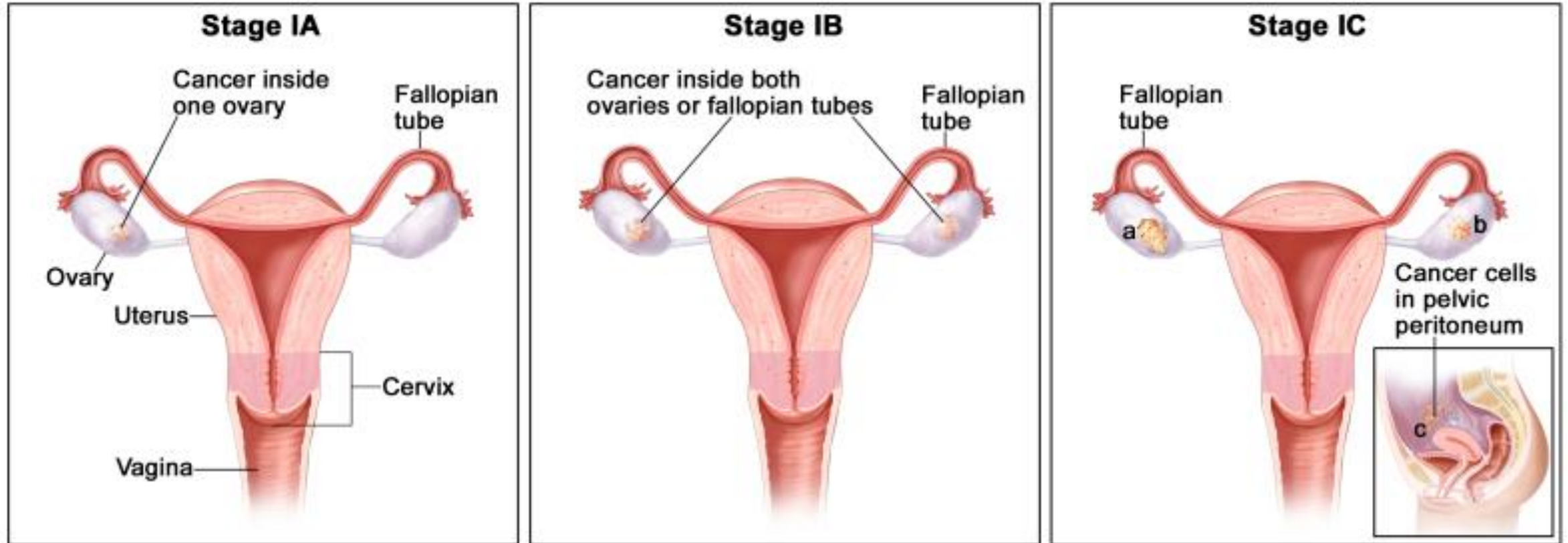
- pierwotne nowotwory nabłonkowe 60-70%
 - surowicze (60-80%)
 - śluzowe (5-15%)
 - endometrioidalne (10-25%)
 - inne: jasnokomórkowe; z komórek nabłonka przejściowego, mieszane, niezróżnicowane
- nowotwory zarodkowe 25-30%
 - rozrodczak; nowotwór pęcherzyka żółtkowego; rak zarodkowy; choriocarcinoma; potworniak.
- nowotwory z komórek sznurów płciowych i podścieliska (8-10%)
 - ziarniszczak; otoczkowiak; włókniak; androblastoma; gynandroblastoma
- nowotwory z tk. łącznej nieswoiste dla gonad
- nowotwory przerzutowe
- nowotwory niesklasyfikowane

Rak jajnika (C56)

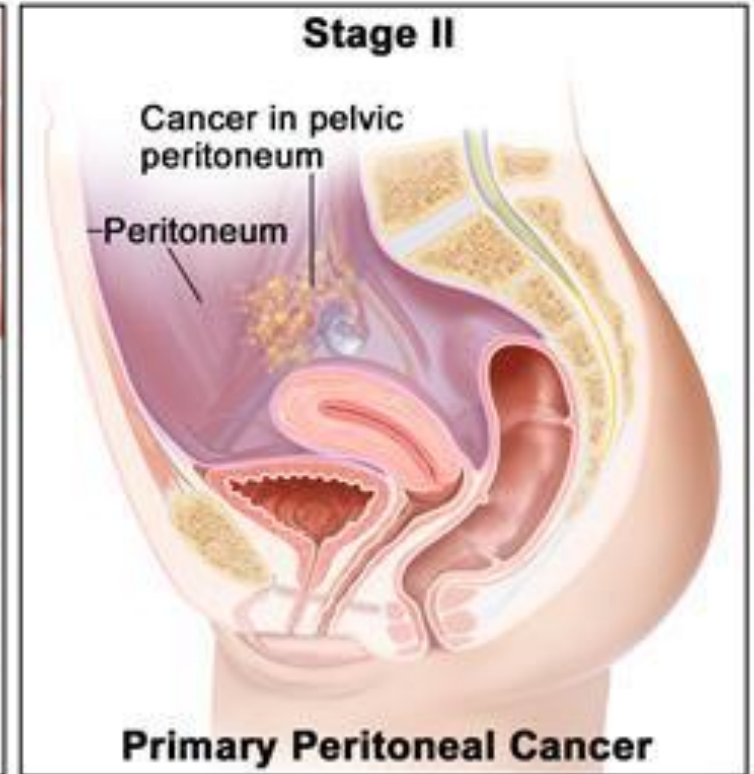
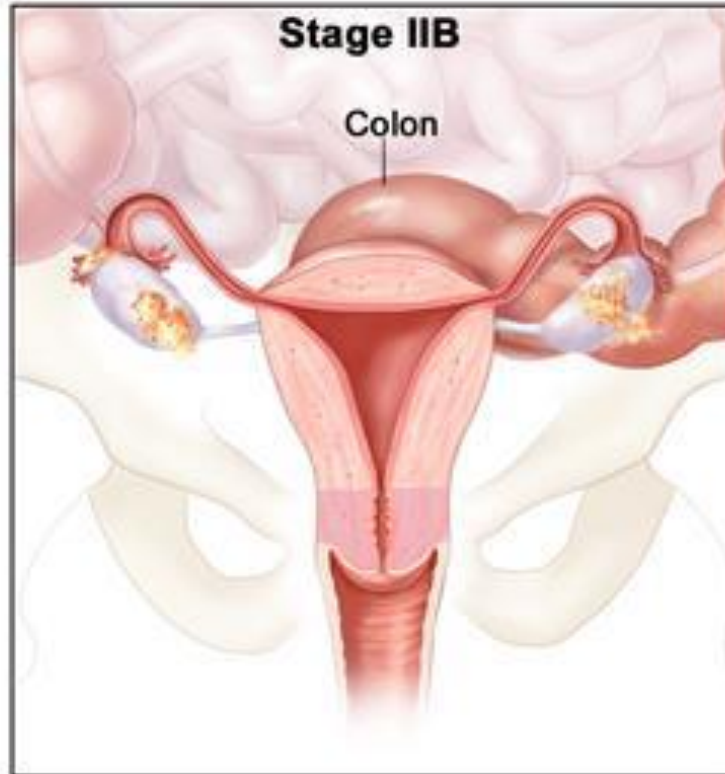
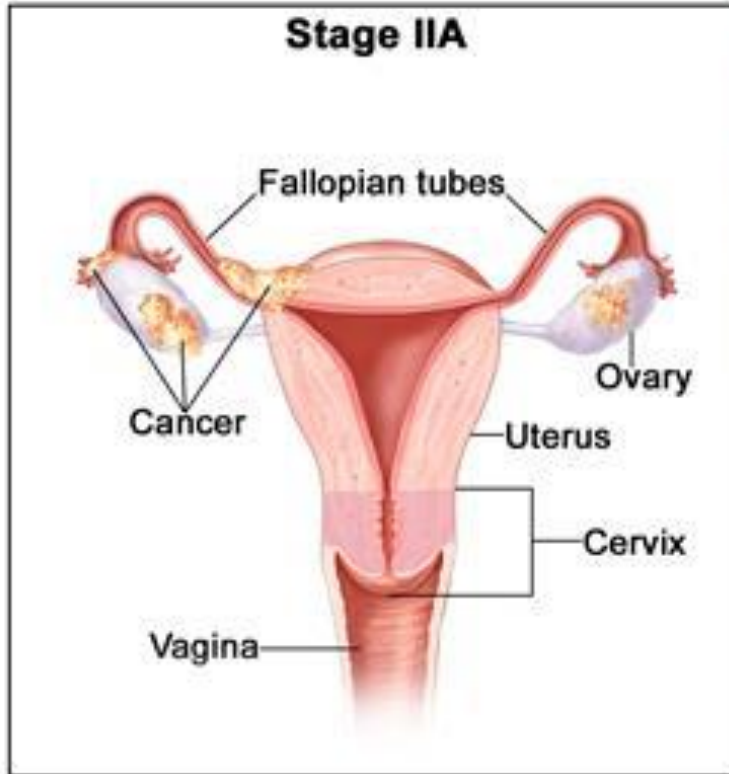
STOPIEŃ 1 - Guz ograniczony do jajnika/jajników	
1A	<ul style="list-style-type: none"> guz ograniczony do jednego jajnika; torebka nietknięta, brak guza na powierzchni jajnika; brak komórek nowotworowych w płynie otrzewnowym lub popłuczynach otrzewnowych
1B	<ul style="list-style-type: none"> guz ograniczony do obydwu jajników; torebka nietknięta, brak guza na powierzchni jajnika; brak komórek nowotworowych w płynie otrzewnowym lub popłuczynach otrzewnowych
1C	<ul style="list-style-type: none"> guz ograniczony do jednego lub obydwu jajników z jakąkolwiek z następujących cech: przerwana torebka, guz na powierzchni jajnika; komórki nowotworowe w płynie otrzewnowym lub popłuczynach otrzewnowych
STAGE 2 – Guz zajmuje jeden lub obydwa jajniki z naciekaniem miednicy	
2A	<ul style="list-style-type: none"> naciekanie i/lub implanty w macicy i/lub jajowodzie; brak komórek nowotworowych w płynie otrzewnowym lub popłuczynach otrzewnowych
2B	<ul style="list-style-type: none"> naciekanie innych tkanek miednicy; brak komórek nowotworowych w płynie otrzewnowym lub popłuczynach otrzewnowych
2C	<ul style="list-style-type: none"> naciekanie miednicy (2a lub 2b) z komórkami nowotworowymi w płynie otrzewnowym lub popłuczynach otrzewnowych
STAGE 3 – Guz zajmuje jeden lub obydwa jajnika z mikroskopowo potwierdzonymi przerzutami otrzewnowymi poza miednicą i/lub przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych. Przerzuty do torebki wątroby	
3A	<ul style="list-style-type: none"> mikroskopowe przerzuty otrzewnowe poza miednicą
3B	<ol style="list-style-type: none"> otrzewnowe przerzuty poza miednicą widoczne makroskopowo o największej średnicy 2 cm lub mniejszej
3C	<ul style="list-style-type: none"> otrzewnowe przerzuty poza miednicą o największej średnicy większej niż 2 cm i/lub przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych
STAGE: 4 – Odległe przerzuty, przerzuty do mięszu wątroby	

FIGO

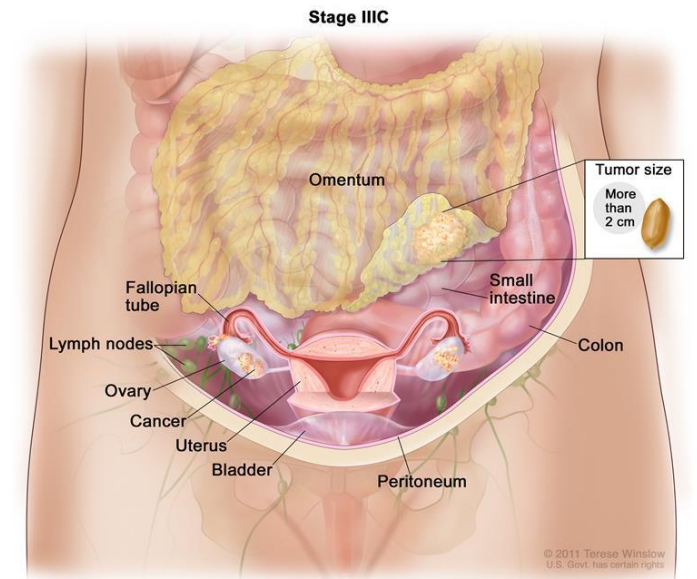
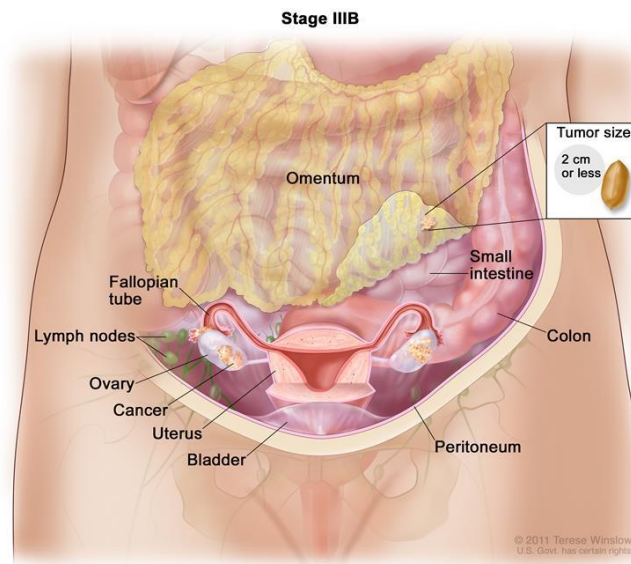
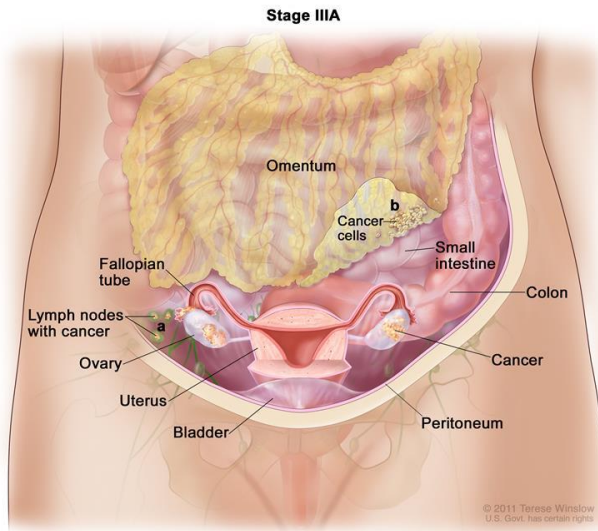
- I 10-15% pats
- II 15-20% pats
- III, IV 70-75% pats



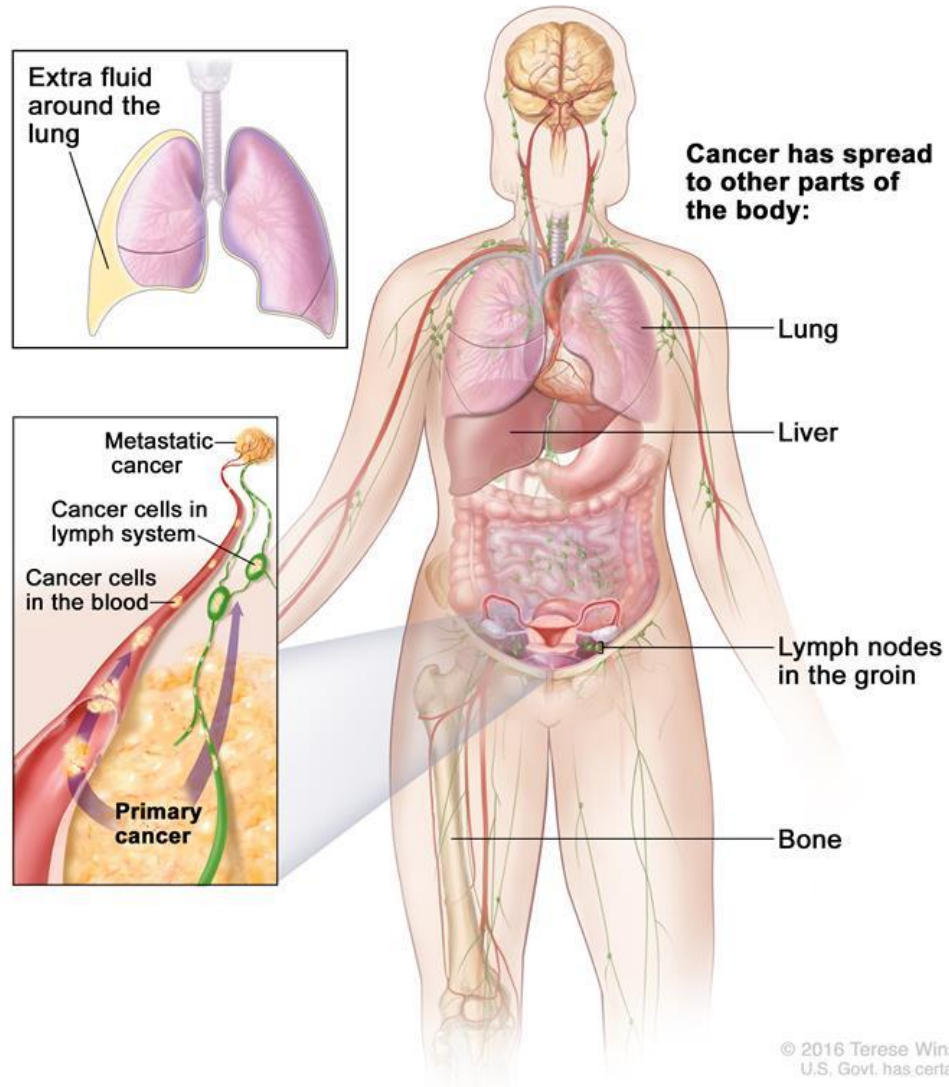
Rak jajnika (C56)



Rak jajnika (C56)



Stage IV Ovarian Epithelial, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Cancer



Rak jajnika (C56)

Leczenie

CHIR radykalny zabieg operacyjny lub optymalna cytoredukcja -> czynnik predykcyjny
doświadczenie chirurga – najsilniejszy czynnik prognostyczny

FIGO I, II : THBSO, pobranie popłuczyn z jamy otrzewnej, wycięcie sieci, appendektomia,
pobranie min 5 biopsji z otrzewnej ściennej miednicy, przepony, zrostów,
biopsja/limfangiektomia ww chł miednicy mniejszej i okołoaortalnych

FIGO III, IV celem jest usunięcie makroskopowych ognisk nowotworu, ew pozostawienie zmian
resztkowych do 1 cm;
pobranie wycinków -> CHTH indukcyjna

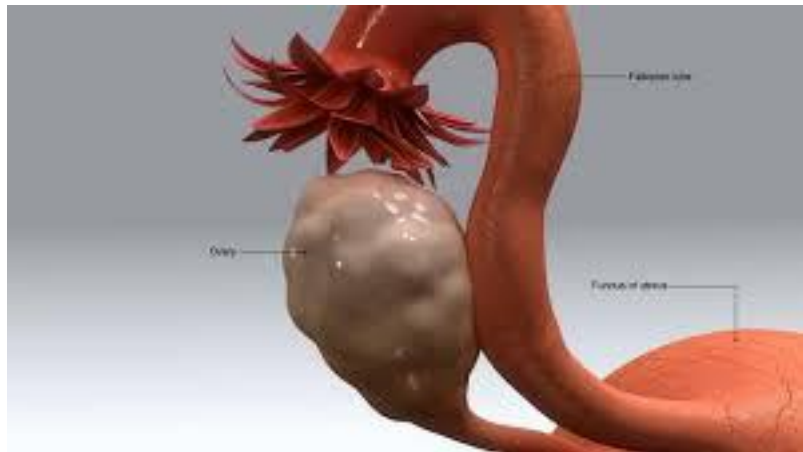
CHTH uzupełniająco od I A G3 (grupa wysokiego ryzyka: G3, zmiany na powierzchni jajnika,
dodatane wymazy z jamy otrzewnej, wszczepy nowotworowe)
6 cykli PXL + CBP (6AUC)/DDP (75mg/m²) q 21 dni
W III B, III C, IV 6 x PXL+CBP + Bevacizumab (15mg/kg mc; do 15 mscy) q 21 d (ICON 7)

Rak jajnika (C56)

FIGO

Przeżycia 5 letnie

- I 78-92%
- II 70%
- III 37%
- IV 14-25%



FIGO

Nawroty raka jajnika

- I 10%
- II 30%
- III, IV 85%

U 55-75% pacjentek nawrót w ciągu 2 lat

Rak jajnika (C56)

CHTH

w FIGO III- IV odsetek odpowiedzi na CHTH ok 70-80%; TTP ok 18 mscy, OS 38 mscy

U ok 80% pats dochodzi do nawrotu po I rzucie CHTH

Platinum refractory - nie uzyskano remisji lub wzrost guza w trakcie terapii

Platinum resistant - nawrót choroby < 6mies od zakończenia CHTH platyną

Partial platinum sensitive - nawrót choroby 6- 12 mies od zakończenia CHTH platyną

Platinum sensitive - nawrót choroby > 12mies od zakończenia CHTH platyną

Rak jajnika (C56)

CHTH

II linia leczenia

odsetek odpowiedzi na CHTH II linii 20-30%

Partial platinum sensitive oraz *Platinum sensitive* – powrót do CHTH I linii

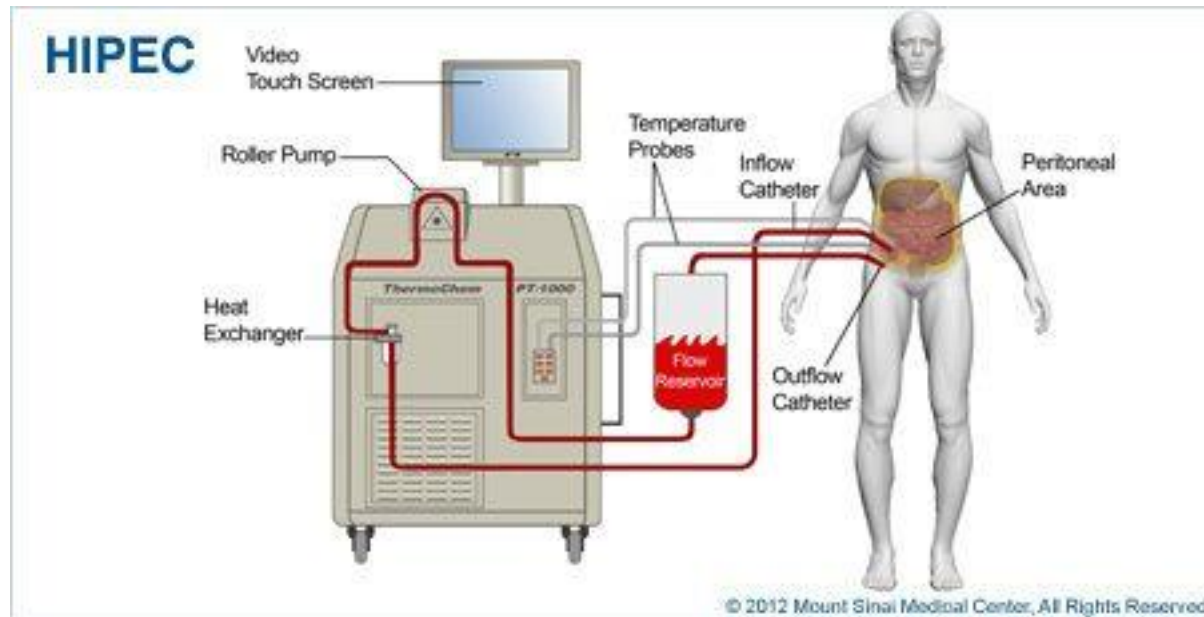
Platinum refractory oraz *Platinum resistant* – CBP monoterapia, EpiADR, Topotecan, Caelix, Vepesid

Rak jajnika (C56)

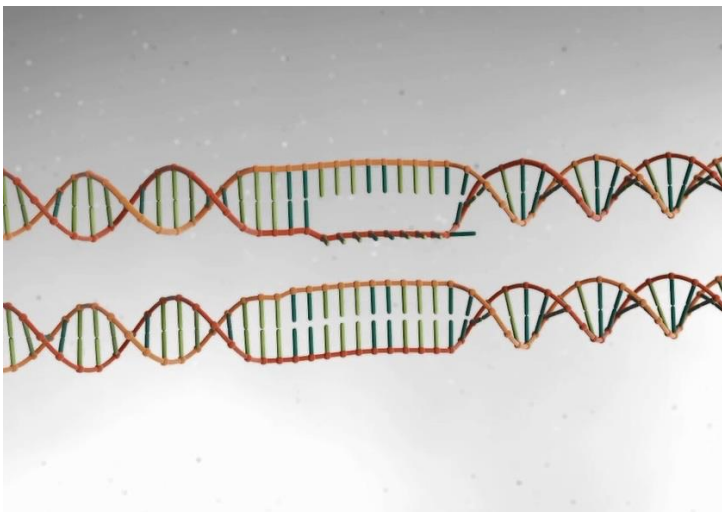
CHTH

Chemioterapia dootrzewnowa – **HIPEC** (dootrzewnowa chemioterapia perfuzyjna w hipertermii)

FIGO III B (zmiany <1cm) maksymalna resekcja chirurgiczna (ze splenektomią, usunięciem fragmentu jelita)



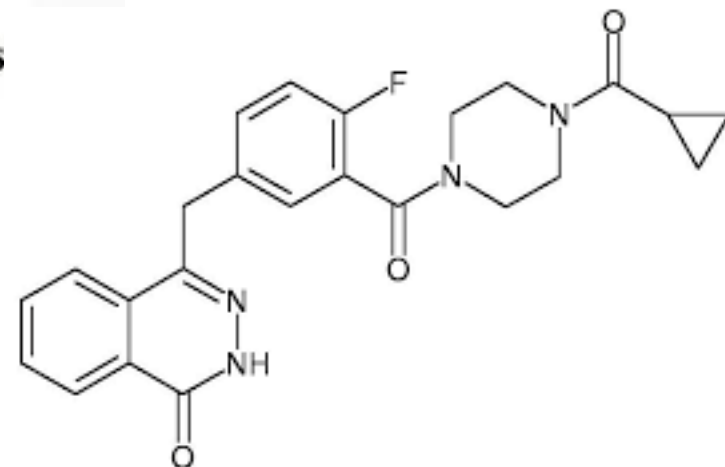
Rak jajnika (C56)



Olaparyb (*olaparibum*) – organiczny związek chemiczny, inhibitor PARP u pacjentek z mutacją somatyczną lub dziedziczną BRCA 1 lub BRCA 2, w leczeniu podtrzymującym nawrotowego surowiczego raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania



olaparib caps



Polimerazy poli-ADP-rybozy (PARP) to enzymy uczestniczące w podstawowych dla życia komórki procesach. Ich aktywacja w sytuacji uszkodzenia DNA umożliwia poli-ADP-rybozylację odpowiednich białek i wpływa m.in. na systemy naprawcze utrzymujące stabilność genomu oraz regulację transkrypcji, proliferacji czy apoptozy.



@NejibBenY

Ciążowa choroba trofoblastyczna

Zaśniad groniasty (*mola hydatidosa, hydatis* – kropla wody) – niezłośliwa postać ciąży choroby trofoblastycznej . Zaśniad groniasty powstaje w wyniku nieprawidłowego zapłodnienia komórki jajowej, która implantuje się i proliferuje w macicy.

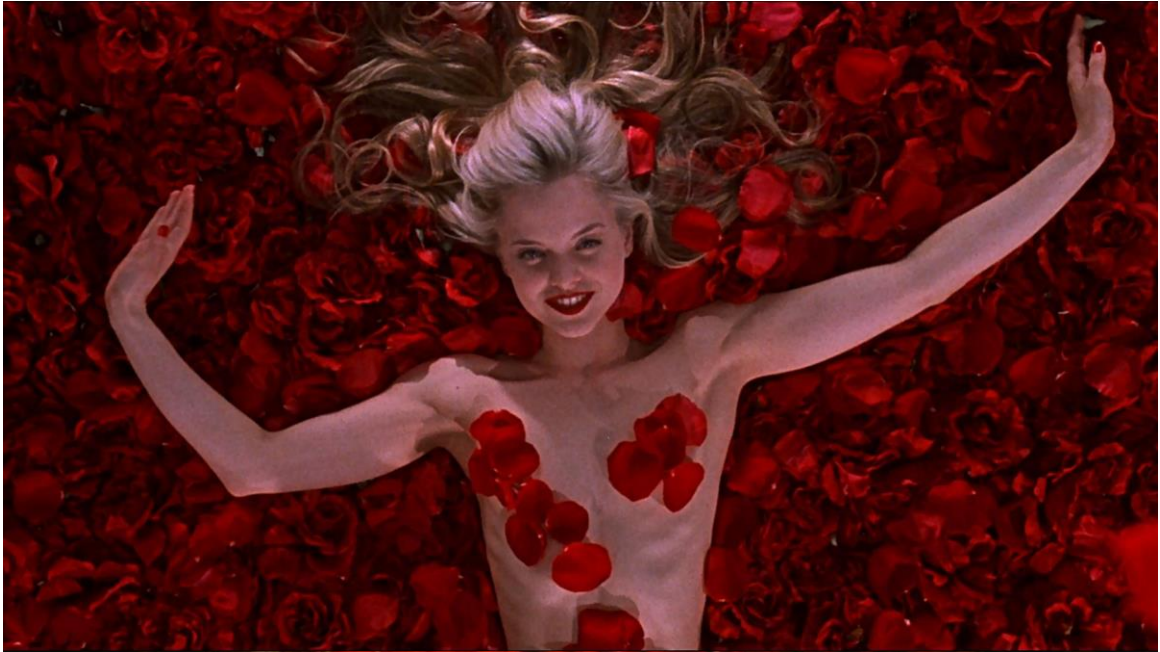
Wyróżnia się **zaśniad groniasty całkowity** (jest wynikiem zapłodnienia komórki jajowej przez jeden lub dwa plemniki. Jednak w tym wypadku cały materiał genetyczny od matki zostaje usunięty i pozostaje tylko ten od ojca) i **częściowy** (jest wynikiem zapłodnienia komórki jajowej przez dwa plemniki).

Częstość występowania wynosi około 1 na 1000 ciąż w Stanach Zjednoczonych i Europie; w zachodniej Afryce i południowo-wschodniej Azji częstość sięga 1 na 100

Zaśniad inwazyjny (*invasive mola, choriadenoma destruens*) – kosmki ulegają zezłośliwieniu i zaczynają wrastać w mięsień macicy. Wówczas powstaje krwiste ognisko ze zmianami martwiczymi w macicy. Zaśniad groniasty inwazyjny nacieka sąsiednie tkanki i narządy. Może także dawać przerzuty - najczęściej do płuc i pochwy.

Guz miejsca łożyskowego (*placental site trophoblastic tumor*) – wywodzący się z komórek łożyskowych. Choroba przebiega bez wzrostu HCG. Guz szerzy się przez naciekanie i drogą naczyń chłonnych. Jest o wiele bardziej oporny na chemioterapię niż rak kosmówki. Leczenie polega na intensywnej chemioterapii schematami wielolekowymi. W ok 15% choroba kończy się zgonem.

Rak kosmówki (*choriocarcinoma*) – wysoce złośliwy nowotwór, wybitnie dobrze reagujący na chemioterapię. Guz pochodzi z komórek trofoblastu, wydziela HCG, powstaje z przetrwałego zaśniadu po usunięciu chirurgicznym, dużo rzadziej po ciąży prawidłowej. Przerzuty drogą naczyń krwionośnych , gł do płuc , mózgu, wątroby. Leczenie opiera się na schematach wielolekowych, m.in. EMA/CO (etopozyd, metotrekst, aktynomycyna D, cyklofosamid, winkrystyna), zalecany w chorobie pośredniego i wysokiego ryzyka. Nowotwór cechuje duża szansą wyleczenia nawet w przypadku istnienia przerzutów, często z zachowaniem zdolności do rozrodu.

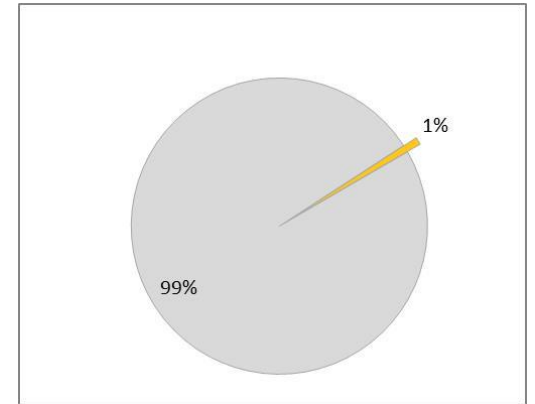


Nowotwory sromu i pochwy (C51-C52)

Zachorowalność

Nowotwory złośliwe sromu i pochwy stanowią u kobiet 1% zachorowań

Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe sromu i pochwy wynosiła w 2010 roku 574

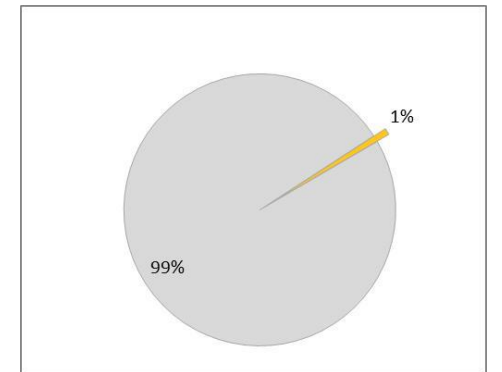


Znacząca większość zachorowań występuje po 50 roku życia. Ryzyko zachorowania raka sromu i pochwy wzrasta z wiekiem począwszy od szóstej dekady życia

Umieralność

Nowotwory złośliwe sromu i pochwy powodują 1% zgonów nowotworowych u kobiet

Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych sromu i pochwy wynosiła w 2010 roku 318



Większość zgonów z powodu nowotworów złośliwych sromu i pochwy występuje po 50 roku życia. Ryzyko zgonu z powodu tego nowotworu systematycznie wzrasta wraz z przechodzeniem do starszych grup wiekowych

Nowotwory sromu i pochwy (C51-C52)

Czynniki ryzyka

W badaniach wyodrębniono wiele czynników zwiększonego ryzyka zachorowania na raka sromu, które w mniejszym lub większym stopniu mogą przyczynić się zarówno do powstania samego procesu chorobowego, jak i szybkości jego przebiegu.

Wiek

W miarę wzrostu długości życia kobiety ryzyko zachorowania na raka sromu znacznie się zwiększa. Uważa się, że największa liczba zachorowań na raka sromu zawiera się w przedziale wiekowym 70-80 lat.

Choroby infekcyjne

Spośród czynników zakaźnych odgrywających rolę w powstawaniu raka sromu szczególne znaczenie przypisuje się przebytych zakażeniom wirusowym: wirusem opryszczki (HSV) typu 2, a zwłaszcza wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 16 i 18. Potwierdzono związek zakażenia HPV z rozwojem raka sromu, występującego znacznie częściej u pacjentek młodych, z dużą liczbą partnerów seksualnych, palących papierosy.

Pozostałe czynniki infekcyjne, wykazujące szczególny związek z rozwojem raka sromu, należą do drobnoustrojów wywołujących choroby przenoszone drogą płciową. Występowanie raka sromu jest kojarzone z przebyciem w przeszłości kiły lub ziarniniaka pachwin, co jest szczególnie zauważalne w krajach tropikalnych, gdzie znacznie częściej obserwuje się występowanie tych chorób.

W powstaniu raka sromu podnosi się także znaczenie zakażenia chlamydią.

Nowotwory sromu i pochwy (C51-C52)

Objawy, wczesne wykrycie

We wczesnym okresie przebieg raka sromu może być bezobjawowy. Pojawiające się pierwsze objawy – świąd i pieczenie, a także zmiana na sromie sugerują, że pacjentki powinny o wcześnie zgłaszać się do lekarza. Jednakże często z powodu wstydu kontakt z lekarzem opóźnia się.

Świąd jest najwcześniejszym, a zarazem najczęściej pojawiającym się objawem raka sromu. Objaw ten utrzymuje się zazwyczaj kilka lat przed zgłoszeniem się po pomoc

Ból pojawia się zazwyczaj w stanach znacznego zaawansowania choroby, co związane jest z budową anatomiczną tej okolicy ciała. Ból jest także objawem dominującym wówczas, gdy zmiana znajduje się w pobliżu łechtaczki.

Zaburzenia oddawania moczu występują zazwyczaj w bardziej zaawansowanych postaciach nowotworu; objawy to bolesne lub trudne oddawanie moczu, niepełne opróżnianie pęcherza moczowego i przewlekłe zaleganie moczu, co sprzyja występowaniu zakażeń dolnego odcinka układu moczowego.

Zaburzenia oddawania stolca pojawiają się rzadko i dotyczą przypadków, w których rak nacieka okolice odbytu oraz krocze.

Umieszczenie nowotworu w pobliżu odbytu powoduje bóle w czasie oddawania stolca, a także utrudnia zabiegi higieniczne w tej okolicy, co staje się przyczyną niekiedy znacznych dolegliwości (np. pieczenia).

Obfite krwawienia w przypadku raka sromu należą do rzadkości, bowiem powierzchnia guza jest słabo ukrwiona. Pojawiające się sporadycznie krwawienie towarzyszy zwykle rozpadowi guza i jest mieszaniną produktów jego rozpadu oraz wynaczynionej krwi.

Odchody o bardzo nieprzyjemnym zapachu pojawiają się w zaawansowanym okresie choroby i są związane z rozpadem powierzchni guza oraz zakażeniem jej przez liczne bakterie. Ten objaw zmusza często chorą do izolowania się od otoczenia.

Do niezwykle rzadko występujących objawów wczesnego raka sromu należy dyspareunia (bóle w czasie stosunku), a także bóle i przeczulica sromu, choć te ostatnie mogą pojawić się nieco częściej w zaawansowanych stadiach choroby.

Nowotwory sromu i pochwy (C51-C52)

Typy morfologiczne

Rak płaskonabłonkowy jest najczęściej spotykanym rakiem sromu i obserwuje się go w ponad 90% przypadków.

Inne rodzaje nowotworów złośliwych typu nabłonkowego stwierdza się w obrębie sromu niezwykle rzadko.

Leczenie

Najczęściej polega na wycięciu warg sromowych wraz z guzem i szerokim marginesem zdrowych tkanek oraz węzłów chłonnych pachwin. Zaawansowane przypadki leczone są napromienianiem albo kombinacją obu tych metod, czyli chirurgii i radioterapii. Rak sromu jest mało wrażliwy na chemioterapię, jednak stosuje się ją w wybranych przypadkach. Leczenie utrudnia zwykle podeszły wiek pacjentek, choroby współistniejące i znaczne zaawansowanie choroby.



Rak piersi

Rozpoznanie w czasie ciąży lub w ciągu 12 miesięcy po porodzie
Częstość 1-3/10 tys ciąż ; w 3% współistnieje z ciążą

Leczenie chirurgiczne - po I trymestrze
CHTH uzupełniająca w II/III trymestrze (AC; FAC)
HTH – nie! Tamoxifen ma potencjał teratogeny

CS III

I trymestr – choroba agresywna -> terminacja ciąży

Późna ciąża – > przyspieszyć poród

II/III trymestr – > możliwa chemioterapia indukcyjna

Rak szyjki macicy

Kolposkopia i biopsja możliwa po I trymestrze

FIGO I A1 leczenie po zakończeniu ciąży

FIGO I A2 poród drogą cesarskiego cięcia z następową histerektomią i limfangiektomią

FIGO IB rozważyć terapeutyczną aborcję (<20 tyg) z następowym leczeniem radykalnym; w późnym etapie ciąży – wcześniejsze rozwiązanie drogą cięcia cesarskiego, z następowym leczeniem radykalnym

Chłoniaki

Białaczki

Raki jajnika w 30% nowotwory zarodkowe; ;

II/III trymestr - laparotomia z usunięciem guza; dalsze postępowanie zależne od typu nowotworu. Możliwa CHTH (DDP, PXL)

Czerniak jest najczęstszym nowotworem dającym przerzuty do łożyska i płodu. Wycięcie chirurgiczne



