

Evaluarea riscului pentru afecțiuni cardiovasculare. Screeningul afecțiunilor oncologice

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Examenul clinic de bilanț include obligatoriu evaluarea factorilor de risc cardiovasculari.

Factorii care prin prezența lor contribuie la creșterea riscului cardiovascular al bolnavului hipertensiv sunt:

Factori de risc majori:

- ☐ - Fumatul
- ☐ - Dislipidemia
- ☐ - Diabetul zaharat
- ☐ - Vârsta peste 55 ani
- ☐ - Obezitate centrală
- ☐ - Sex (femei postmenopauză sau bărbați}
- ☐ - Istoric familial de boli cardiovasculare la femei sub 55 ani și la bărbați sub 55 ani

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Afectarea organelor țintă/boală cardiovasculară cu manifestări clinice :

- ☐ -Afectare cardiacă
- ☐ -HVS
- ☐ - Angina pectorală sau antecedente de IM
- ☐ - Revascularizație anterioară
- ☐ - Insuficiența cardiacă
- ☐ - AVC sau AIT
- ☐ - Boala vasculară periferică
- ☐ - Retinopatie

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Evaluarea clinică-paraclinică permite astfel **stratificarea bolnavilor hipertensivi** în ceea ce privește riscul de a dezvolta evenimente cardiovasculare. Acest risc este determinat nu numai de **nivelul TA**, dar și de **gradul de afectare a organelor-țintă**, precum și de cumulul altor factori de risc pentru boli cardiovasculare.

La antipolul factorilor de risc predispozanți se situează condițiile care scad riscul de îmbolnăvire. Asemenea situații se întâlnesc în unele zone de pe glob, cu condiții sociale de mediu în care cardiopatia ischemică și HTA au o prevalență extrem de scăzută, iar longevitatea umană este foarte ridicată.

De asemenea, s-a constatat raritatea cazurilor de obstrucție coronariană la bolnavii cu anemii severe pernicioase.

Aprofundarea studiilor privind acești factori de risc negativ ar putea aduce noi cunoștințe asupra mecanismului intern al populației împotriva aterosclerozei sau a altor boli.

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

În cadrul activităților sale curente **medicul de familie poate descoperi foarte mulți factori de risc**. Cu ajutorul anamnezei și al examenului obiectiv și al mediului de viață al pacienților, medicul de familie poate face o primă apreciere a factorilor de risc, putând întocmi chiar o **riscogramă a individului** respectiv.

Unii factori de risc sunt influențabili, iar alții sunt neinfluențabili.

Așa, spre exemplu, nu vor putea fi influențate sexul, vârsta sau antecedentele heredocolaterale ale unui individ. Dacă părinții unui individ au murit de IM, aceste antecedente vor rămâne un factor de risc neinfluențabil.

Dar vom putea influența alți factori de risc cum ar fi: **fumatul, consumul exagerat de alcool sau de lipide animale**.

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

De aceea, prevenția primară va trebui să acorde o importanță deosebită **factorilor de risc** și mai ales celor **care pot fi evitați**.

Deoarece unele boli cum sunt DZ și HTA pot fi factori de risc pentru alte boli, cum ar fi BCI, de multe ori prevenția primară se intrică foarte mult cu prevenția secundară și terțiară.

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Posibilitățile de măsurare a riscului

Riscul	Observații
Riscul absolut	Este identic cu rata apariției bolii, adică cu raportul dintre numărul de cazuri noi într-un timp t și numărul de persoane supuse riscului în intervalul t (R_a)
Riscul relativ	Este egal cu $R_r = \text{rata incidenței la cei expuși} / \text{rata incidenței la neexpuși}$
Riscul atribuibil	Este egal cu $R_a = \text{rata incidenței la expuși} / \text{rata incidenței la neexpuși}$

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Mecanismul de acțiune al diferiților factori de risc în
etiopatogenia aterosclerozei

Factorul	Mecanismul de acțiune
Fumatul	Mobilizarea lipidelor Creșterea acizi lor grași liberi Scăderea HDL Creșterea secreției de catecolamine
Alcoolul	Scăderea HDL Creșterea secreției de catecolamine Perturbarea coagulării
Sedentarismul	Scăderea HDL Obezitate Diabet zaharat
Obezitatea	Scăderea HOL Diabet zaharat Perturbarea coagulării

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Mecanismul de acțiune al diferiților factori de risc în etiopatogenia aterosclerozei

Factorul	Mecanismul de acțiune
HTA	Stres hemodinamic Leziuni endoteliale Proliferarea celulelor musculare netede
Anticoncepționale	Scăderea HDL Trombogeneza HTA
Stresul	Creșterea secreției de catecolamine Mobilizează lipidele Favorizează HTA

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Progrese semnificative s-au realizat în cunoașterea dezvoltării riscului cardiovascular pe parcursul ultimilor 3 decenii. Diminuarea recentă a mortalității cardiovasculare se datorează metodelor îmbunătățite de **screening și tratării adecvate**, precum și unei crescute conștientizări publice privind importanța unui **stil de viață cât mai sănătos**.

Numeroase studii prospective indică faptul că hipertensiunea arterială esențială are un debut în copilărie, de aceea tensiunea arterială trebuie măsurată corect în cadrul examenului medical pediatric de rutină la categoria de copii peste 3 ani.

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Obiectivele managementului factorilor de risc în bolile cardiovasculare:

Consilierea -- prima etapă în prevenția bolilor cardiovasculare

Aplicarea unei prevenții corecte a factorilor de risc cardiovasculari prezenți precoce, încă din copilărie, va diminua cu eficacitate apariția bolilor și a complicațiilor.

Medicul de familie are obligația să consilieze familiile la risc privind necesitatea adoptării unui stil de viață cât mai sănătos. Schema de sănătate cardiovasculară pentru copii lansată de American Heart Association poate reprezenta un ghid util pentru introducerea recomandărilor privind modificarea factorilor de risc în cadrul vizitelor medicale de rutină periodice ale copilului.

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Când medicul de familie va identifica un copil cu risc de boală cardiovasculară, **o ședință de consiliere** cu întreaga familie poate fi cea mai eficace cale de inițiere a intervenției de reducere atât a factorilor de risc familiali cât și ai copilului.

Toți **membrii familiei** ar trebui să participe la această ședință de **30-60 de minute**.

Înainte de ședința de consiliere, părinții pot completa un **chestionar de istoric familial centrat pe factorii de risc cardiovascular**.

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Riscul de boală cardiovasculară pentru familia tachestionar adaptat după Washington RL Intervention to reduce cardiovascular risk in children and ado/escents

Nume
Data nașterii greutatea la naștere
sex lungime la naștere rasa
Ocupația tatălui vârsta tatălui
Ocupația mamei vârsta mamei
Izolarea socială stres
emoții negative

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Următoarele întrebări pot ajuta la o evaluare mai bună a riscului de boală cardiovasculară a copilului ca adult:

1. Copilul are un părinte cu infarct miocardic, accident cerebrovascular sau hipertensiune arterială?
2. Copilul are ambii părinți cu infarct miocardic, accident cerebrovascular sau hipertensiune arterială?
3. Copilul are bunici cu infarct miocardic, accident cerebrovascular sau hipertensiune arterială?

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Dacă s-a răspuns cu da la oricare dintre întrebările de mai sus, trebuie continuată chestionarea cu următoarele întrebări:

4. Oricare dintre situațiile de mai sus a survenit înainte de 55 de ani?
5. Dacă da, care dintre membrii familiei a suferit infarct miocardic, accident cerebrovascular sau hipertensiune arterială înainte de 55 ani?
6. Au existat morți inexplicabile sau subite în familie?
7. Are cineva apropiat din familie diabet?
8. Dacă da, ce fel de diabet?
9. Părinții fumează?
10. Dacă da, de când fumează și câte țigări pe zi?
11. Se consumă alcool în familie?
12. Obiceiuri alimentare?
13. Alimente preferate?
14. Cantitatea de sare consumată?

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

15. Care sunt valorile colesterolului părinților?
16. Când s-au măsurat prima și ultima dată valorile colesterolului părinților?
17. Care sunt valorile HDL colesterolului, LDL colesterolului, trigliceridelor, CRP?
18. Care este ultima valoare a glicemiei părinților?
19. Părinții consumă medicamente?
20. Dacă da, ce medicamente? Care părinte?
21. Părinții fac efort fizic periodic (cel puțin de 3 ori pe săptămână, minimum 30-40 de minute)? Ce fel de exerciții?
22. V-ați măsurat pulsul în timpul efortului?
23. Care sunt înălțimea și greutatea actuale ale tatălui?
24. Care sunt înălțimea și greutatea actuale ale mamei?
25. Care sunt circumferințele abdominale ale părinților?
26. Copilul are frați sau surori?
27. Ce înălțime și greutate are copilul?

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

- 28. Copilul face sport sau are activitate fizică de cel puțin 3 ori pe săptămână timp de 30-40 de minute? Ce fel de activitate fizică și care este pulsul în timpul acesteia?
- 29. Copilul fumează? De cât timp și câte țigări pe zi?
- 30. Copilul consumă alcool?
- 31. Copilul este consumator de droguri? De cât timp și ce anume?
- 32. Copilul ia medicamente? Ce anume?
- 33. Este diagnosticat cu o boală majoră? Ce boală?
- 34. Are tensiunea arterială măsurată?
- 35. Are colesterolemia măsurată? Când au fost făcute aceste măsurători?

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Există mai multe metode de calculare a riscului global și relativ al unei persoane.

Factorii ce influențează tensiunea arterială sunt:

- ☐ **vârsta,**
- ☐ **înălțimea,**
- ☐ **ereditatea,**
- ☐ **factorii genetici,**
- ☐ **viața fetală,**
- ☐ **rasa.**

Pe măsură ce subiectul înaintează în vârstă, crește riscul dezvoltării hipertensiunii arteriale.

Există și factori de risc care pot fi controlați: obezitatea, dieta, sedentarismul, stresul, folosirea medicamentelor, fumatul, consumul de alcool.

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Sexul - în perioada adolescenței, băieții au valori **tensionale mai mari decât fetele**, pe măsura înaintării în vârstă această diferență dispărând.

Obezitatea - este o afecțiune multifactorială complexă ce se dezvoltă din interacțiunea factorilor comportamentali, de mediu și genetici ce pot influența răspunsul individual la dietă și activitatea fizică. **Evitarea creșterii ponderale sau reducerea excesului ponderal** existent au un rol foarte important. Scăderea în greutate este ferm recomandată persoanelor obeze ($\text{BMI} > 30$) sau supraponderale ($\text{BMI} 25\text{-}30$), precum și celor cu adipozitate abdominală excesivă.

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Modificările active ale stilului de viață la persoanele cu risc crescut depind de:

- ☐ **pacientul înțelege relația dintre stilul de viață și boală**
- ☐ **își dă acordul pentru schimbarea stilului de viață pacientul se implică în identificarea factorilor de risc și modificarea acestora**
- ☐ **realizarea unui plan de modificare a stilului de viață**
- ☐ **monitorizarea progreselor acestor modificări.**

Alimentația

- **ajustarea raportului caloric** pentru menținerea greutateii corporale ideale (se recomandă consumul de fructe, legume, cereale, pâine integrală, produse cu conținut scăzut în grăsimi, pește, carne slabă), reducerea consumului de glucide.

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

- **Managementul lipidelor**- colesterolul plasmatic = 190 mg/ dl, LDL colesterol= 115 mg/dl, trigliceride < 150 mg/dl.
- O atenție deosebită trebuie acordată persoanelor cu diabet zaharat, pentru prevenirea complicațiilor microvasculare.

b. Renunțarea la fumat și alcool

c. Creșterea gradului de activitate fizică.

Conceptul de prevenție primară și secundară a fost înlocuit cu recunoașterea faptului că ateroscleroza este un proces continuu. Au fost propuse priorități pe patru niveluri: pacienți cu boală diagnosticată, indivizi asimptomatici cu risc înalt de mortalitate prin BCV, rudele de gradul întâi ale pacienților cu BCV prematură și alți indivizi întâlniți în practica clinică de rutină. Se acordă o mai mare importanță consilierii în ceea ce privește stilul de viață, fiind revizuită abordarea riscului de boală CV la tineri, utilizând **tabelele de risc relativ SCORE**.

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Sistemul **SCORE** estimează riscul de apariție a unui prim eveniment aterosclerotic fatal la 10 ani, indiferent dacă este vorba de un infarct miocardic, AVC, anevrism de aortă sau altele.

Factorii de risc implicați sunt sex, vârstă, colesterol total, valorile TA sistolice, statusul de fumător.

Sunt actuale două abordări ale **prevenției bolilor CV**:

- ☐ **strategia populațională** (modificări ale stilului de viață și ale mediului, adresându-se întregii populații) și
- ☐ **strategia riscului înalt** (reducerea nivelului factorilor de risc la persoanele cu risc crescut, fie indivizi fără BCV, dar în partea de sus a distribuției riscului cardiovascular, fie indivizi cu BCV manifestă).

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Estimarea riscului cardiovascular total

Risc CV	Elemente de evaluare
Risc foarte înalt	<p>Oricare dintre următoarele elemente: foarte - BCV documentată prin teste invazive sau noninvazive (ca înalt angiografia coronariană, rezonanța magnetică nucleară, ecocardiografia de stres, evidențierea plăcii de aterom carotidiene la ecografieL antecedente de infarct miocardic, sindrom coronarian acut, revascularizare coronariană {PCI, CABG) și alte proceduri de revascularizare arterială, accident vascular cerebral ischemie, boală arterială periferică.</p> <ul style="list-style-type: none">-Diabet zaharat (tip 1 sau tip 2) cu unul sau mai mulți factori de risc cardiovasculari și/sau cu leziuni ale organelor țintă (ca de exemplu microalbuminuria: 30-300 mg/24 h).-Boală cronică de rinichi severă (RFG <30 ml/min/1,73 m2).- Un risc SCORE calculat ~10%.

Evaluarea factorilor de risc cardiovasculari

Risc CV	Elemente de evaluare
Risc înalt	<p>Oricare dintre următoarele elemente:</p> <ul style="list-style-type: none">-Un singur factor de risc cu valori extrem de ridicate, ca de exemplu dislipidemie familială sau hipertensiune arterială severă.- Diabet zaharat (tip 1 sau tip 2L dar fără factori de risc cardiovascular sau leziuni ale organelor țintă.-Boală cronică de rinichi moderată {RFG 30-59 ml/min/1,73 m²).-Un risc SCORE calculat ~5% și <10% de deces prin BCV la 10 ani.
Risc moderat	Un risc SCORE ~1 și <5% la 10 ani
Risc scăzut	Un risc SCORE <1%

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului bronhopulmonar

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului bronhopulmonar

Cancerul bronhopulmonar reprezintă cea mai severă formă actuală de cancer, fiind pe locul I în România ca incidență și mortalitate.

Conform datelor furnizate de Institutul Oncologie București peste 70% dintre pacienți sunt diagnosticați tardiv, iar 90% supraviețuiesc mai puțin de un an de la diagnostic.

Fumatul, activ sau pasiv, reprezintă factorul de risc major pentru apariția cancerului bronhopulmonar.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului bronhopulmonar

Alți factori de risc implicați sunt:

- expunerea la substanțe carcinogene din mediu și dietă
- (hidrocarburi aromatice policiclice, aluminiu, radiații ionizante, arsenic, beriliu, nichel, cadmiu sau eram),
expunerea ocupațională,
- antecedentele familiale,
- susceptibilitatea genetică,
- excesul ponderal
- sedentarismul.

Riscul de a dezvolta cancer pulmonar crește cu vârsta, incidența maximă este între 40 și 75 ani, fiind mai mare în țările industrializate.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului bronhopulmonar

Aproape 90% dintre cancerele pulmonare se dezvoltă la fumători.

Tabagismul este considerat principala cauză a acestora, iar persoanele care opresc fumatul își reduc semnificativ riscul de a dezvolta această boală, precum și alte forme de cancer (de buze laringe, esofag, vezică urinară, stomac sau pancreas, leucemie).

Se consideră că riscul de a dezvolta cancer bronhopulmonar crește la indivizii cu indice pachete-an peste (numărul de pachete fumate zilnic înmulțit cu numărul de ani de fumat).

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului bronhopulmonar

Factorii de risc pentru apariția cancerului bronhopulmonar pot fi influențați prin acțiuni la nivel individual și populațional, prin politicile de sănătate publică naționale și internaționale.

În Romania a fost introdusă Directiva 2001/37 /CE privind aplicarea avertismentelor vizuale pe pachetele de țigări, începând cu 1 iulie 2008. De asemenea, a fost **interzis fumatul în spațiile publice și în mijloacele de transport în comun**. Au fost înființate centre de consiliere pentru renunțare la fumat, unde, pe baza evaluării statusului de fumător (prin chestionare); se aplică programe de terapie psiho-comportamentală și farmacologică.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului bronhopulmonar

Medicul de familie are un rol important în identificarea fumătorilor, îndrumarea lor către centrele de specialitate și ulterior în monitorizarea aplicării programelor și terapii lor antifumat.

Alte reglementări ale Parlamentului și Comisiei Europene se referă la interdicția folosirii excesive a substanțelor chimice în agricultură (insecticide, pesticide, îngrășăminte) și controlul expunerii la alte carcinogene alimentare sau din alte surse.



UMFT

Universitatea de
Medicină și Farmacie
„Victor Babeș”
din Timișoara

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

În România, apar anual aproximativ **2.800 de noi cazuri**, 1.500-1.600 decese și peste 15.000 de paciente înregistrate cu cancer de col uterin.

Incidența cancerului de col situează România pe locul doi în Europa. În același timp, România ocupă primul loc în Europa în ceea ce privește mortalitatea din cauza cancerului de col.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Factorii favorizanti ai aparitiei cancerul de col uterin sunt:

- ☐ Existența partenerilor sexuali multipli
- ☐ Debutul vieții sexuale în adolescență
- ☐ Sarcini și nașteri multiple
- ☐ Infecția virală cu HPV (serotipuri oncogene 16, 18, 31, 45,51, 52, 53- cu frecvența mai mare 16 și 18)
- ☐ Factori hormonal - studiile sunt controversate, se consideră că o activitate hormonală prelungită poate favoriza apariția cancerului de col uterin {menopauza apărută la vârstă înaintată}.
- ☐ Vârsta de apariție - cancerul de col uterin poate apărea de la 20-29 de ani, cu un maximum în decada 45-54 de ani, după care se înregistrează o descreștere.
- ☐ Fumatul, independent de comportamentul sexual, poate fi o cauză de apariția a cancerului de col.
- ☐ Statutus socioeconomic scăzut

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Screeningul cu testul citologie cervico-vaginal Babeş-Papanicolau, efectuat anual tuturor femeilor active sexual sau având peste 18 ani, reduce mortalitatea cancerului de col uterin semnificativ.

Dacă la 3 determinări anuale testarea citologică a fost negativă se recomandă efectuarea screeningului prin test Papanicolau o dată la 3 ani.

Testul Papanicolau este eficace în proporție de 90-95% în detectarea leziunilor precoc.

De asemenea, se recomandă vaccinarea anti HPV, începând cu 12-13 ani, a tuturor fetițelor.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Testul citologie cervico-vaginal Babeş-Papanicolau

Apariția și implementarea pe scară largă a screeningului de rutină a cancerului de col uterin au sporit considerabil abilitatea de a detecta modificări canceroase și precanceroase ale colului uterin, ceea ce a dus la scăderea incidenței și mortalității prin cancerul de col uterin.

Testul Papanicolau a fost implementat în țări din întreaga lume ca o strategie de screening și au fost observate reduceri ulterioare ale ratelor de cancer de col uterin cu 50% sau mai mult.

Testul Papanicolau implică în prezent colectarea de eșantioane din zona de transformare de la nivelul cervixului utilizând o spatulă sau o perie. Zona de transformare este acolo unde se întâlnesc ectocervixul și endocervixul și este cel mai probabil loc unde se poate identifica dezvoltarea displaziei.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

De la introducerea testului de screening, tehnicile de prelevare a probelor de celule cervicale și analizarea acestora pentru modificări displazice au avansat.

În testul Papanicolau convențional, proba de col uterin este transferată pe o **lamelă** și apoi este aplicat un **fixativ chimic**.

În timp ce multe instituții utilizează această tehnică, numeroase altele folosesc metoda mai nouă în mediu lichid, care include ThinPrep și SurePath. În acest test, proba de col uterin este pusă într-un mediu lichid și trimisă la laborator. Probele trec prin sedimentare în gradient de densitate (SurePath) sau prin tehnici de filtrare (ThinPrep) și sunt apoi placate sub formă de straturi subțiri pe lamele. Odată ce colecția de celule este completă, probele sunt trimise unui **citopatolog**, care furnizează o **analiză citologică**.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Rezultatele pot fi utilizate pentru a trata anomalii care pot necesita **teste de diagnosticare suplimentare**, inclusiv colposcopie și biopsie de leziuni suspecte.

Testul Papanicolau este considerat un examen de screening, nu test de diagnostic.

Teoretic, testul în mediu lichid ar trebui să aibă avantajul față de colectarea convențională datorită incidenței mai scăzute a artefactului de fixare, a incidenței mai scăzute a artefactului de uscare și a mascării mai mici a componentelor celulare.

Cu toate acestea, studiile care au comparat cele două tehnici nu au oferit dovezi coerente că testul în mediu lichid oferă îmbunătățiri semnificative în sensibilitate sau specificitate, astfel ambele fiind considerate acceptabile.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Sistemul Bethesda

Rezultatele testului Papanicolau sunt raportate în mod obișnuit în conformitate cu sistemul Bethesda. Acesta a fost introdus în 1988 și revizuit în 2001 și 2008, cu speranța de a standardiza rapoartele de patologie și de a le îmbunătăți utilitatea. Cea mai recentă actualizare a sistemului a fost făcută în 2014 și este descrisă mai jos.

Tipul indicație frotiu convențional (frotiu Papanicolau) sau preparat în mediu lichid.

- **Satisfăcător pentru evaluare** (descrie prezența sau absența componentei zonei endocervicale/a zonei de transformare și a oricăror altor indicatori de calitate, de exemplu, acoperirea parțială cu sânge, inflamația etc.)

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

- **Nesatisfăcător pentru evaluare** (specificați motivul)
 - Specimenul respins/nu a fost procesat (se specifică motivul)
 - Specimenul a fost prelucrat și examinat, dar nesatisfăcător pentru evaluarea anomaliilor epiteliale (se specifică motivul).

Interpretare

Negativ pentru leziune intraepitelială sau malignă (Dacă nu există dovezi celulare despre neoplazie, menționați acest lucru în Clasificarea Generală de mai sus.

Rezultatele non-neoplazice (opțional de raportat).

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Variante celulare non-neoplazie:

- Metaplazie
- Atrofie
- Modificări asociate sarcinii

Modificări celulare reactive asociate cu:

- Inflamație (include reparații tipice)
- Cervicita limfocitară (foliculară)
- Modificări date de radioterapie
- Dispozitiv contraceptiv intrauterin
- Starea celulelor glandulare post-histerectomie

Prezența microorganismelor: Trichomonas vaginalis, Candida, Gardnerella vaginalis, Actinomyces, virusul herpes simplex, citomegalovirusul etc.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Anormalități ale celulelor epiteliale

Pentru clasificarea leziunilor premaligne a colului uterin pentru **diagnosticul histologic** s-a introdus conceptul de **CIN (neoplazie cervicală intraepitelială)**.

CIN = Displazie = Celule imature, dezorganizate, cu anomalii nucleare și cu activitate mitotică crescută.

90% din CIN este atribuit virusului HPV (tulpini HPV cu risc înalt: 16, 18, 31, 33, 35, 39} și poate progresa în timp în carcinom invaziv.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

CIN I (Displazie ușoară) leziuni interesând o treime din grosimea epiteliului

CIN II (Displazie moderată) leziuni interesând două treimi din grosimea epiteliului

CIN III (Displazie severă) leziuni interesând toată grosimea epiteliului

Pentru **diagnosticul citologic** s-a introdus termenul de **SIL** (squamous intraepitheliallesion - **leziune scuamoasă intraepitelială**).

În funcție de severitate, au fost împărțite în 2 clase:

LSIL (leziuni de grad redus corespund cu CIN I) și

HSIL (leziune de grad înalt corespunzând CIN II și CIN III).

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

LSIL - Leziune intraepitelială scuamoasă scăzută, include toate modificările din cauza HPV precum și modificările de CIN I.

Criteriile pentru care putem afirma că avem LSIL: celulele intermediare au un nucleu de 2-3 ori mărit de volum, conturul nuclear este neregulat.

Koilocitul este o celulă de tip intermediar cu modificări nucleare și care ne **sugerează o infecție cu HPV** (interpretare clinică: dacă avem prezente koilocite înseamnă că avem infecție HPV; dacă nu avem koilocite prezente pe un frotiu citovaginal nu putem afirma absența infecției HPV).

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Având în vedere ca **peste 80% dintre leziuni se remit spontan** conduita terapeutică corectă ar fi **urmărirea pacientei** din 6 în 6 luni și bineînțeles tratarea patologiei asociate dacă ea există).

Dacă timp de 2 ani **leziunea persistă** atunci se va trece la distrugerea ei prin **electrocauterizare, crioterapie sau conizație** indicate dacă leziunea a evoluat.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

HSIL - Nucleul este mărit de peste 3 ori, iar **raportul nucleu/citoplasma este întotdeauna mărit**, conturul este neregulat, cromatina este granulară, iar nucleolul este în general absent.

În acest caz, conduita terapeutică este **colposcopie cu biopsie**, iar în funcție de rezultat se va decide asupra următorului pas care poate fi **conizație sau histerectomie** dacă leziunea se dovedește a fi un cancer de col uterin într-un stadiu mai avansat decât FIGO O sau dacă vârsta pacientei este peste 45 de ani și are trecut obstetrical (sarcini).

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Celule scuamoase atipice (clasificarea ASC)

ASC-US - de semnificație nedeterminată, cuprinde modificările sugestive dar insuficiente pentru LSIL (risc redus de HSIL 5-15%).

ASC-H - leziunea intraepitelială scuamoasă de grad înalt (HSIL) (cuprinzând: displazie moderată și severă: CIS, CIN 2 și CIN 3):

- cu caracteristici suspecte pentru invazie (dacă este suspectată invazia)
- carcinomul celulelor scuamoase

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Celule granulare atipice (clasifiare AGC)

AGC - NOS (fără altă specificație) prezintă o ușoară variabilitate în ceea ce privește volulmul și conturul nucleului

- celule endocervicale NOS
- celulele endometriale NOS
- celulele glandulare NOS

AGC - FN (în favoarea neoplaziei) atipii sugestive dar insuficiente pentru diagnosticul de adenocarcinom

- celulele endocervicale FN
- celulele glandulare FN

Adenocarcinom in situ

- endocervical
- endometrial
- extrauterină
- nu este specificat altfel (NOS)

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Testare HPV (Human Papilloma Virus)

Deoarece HPV cu risc crescut a fost implicat în mai mult de **90% dintre cazurile de cancer de col uterin**, testarea virusului a fost utilizată ca modalitate de screening fie singur, fie în concordanță cu testul Papanicolau.

High-Risk HPV DNA, care are scopul de a identifica prezența a 14 tipuri de HPV de risc înalt prezente în eșantioane de col uterin. Acest test a fost aprobat pentru utilizare împreună cu un test Papanicolau. Acesta este menit să ajute la **triajul anomaliilor citologice ușoare** și care pot indica infecția cu HPV necesitând investigatii ulterioare.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Cervista HPV 16/18, care detectează secvențele de ADN pentru tipurile 16 și 18 ale HPV în celulele cervicale. Diferențierea acestor tipuri de HPV oferă profesioniștilor din domeniul sănătății mai multe informații despre **riscul unei paciente de a dezvolta ulterior cancer de col uterin.**

Cervista HPV HR, care este cel de-al doilea test ADN care detectează, în esență, **toate tipurile de HPV** cu risc ridicat din probele de celule cervicale.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Vârstele 30-65 ani

Femeile cu vârsta cuprinsă între 30 și 65 de ani și mai în vârstă pot fi examinate cu ajutorul **citologiei în monoterapie sau însoțite de citologie/HPV**.

Femeile care au rezultate negative la ambele teste nu ar trebui reanalizate înainte de 3 ani. Aceste rezultate sunt în concordanță cu testele care arată că, la 4-6 ani după screening-ul original, femeile cu HPV și citologie negative au o rată foarte mică de neoplazie intraepitelială cervicală (CIN}, de gradul 2 sau mai mare.

Evaluarea la intervale de 5 ani este o opțiune rezonabilă la femeile din această grupă de vârstă care preferă un interval de screening mai lung.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Stoparea screening-ului o dată ce o femeie are 65 de ani, atâta timp cât a avut

- ☐ **3** sau mai multe teste consecutive de **citologie negativă**,
- ☐ **2 rezultate negative consecutive** coteșt negativ în ultimii 10 ani și
- ☐ nici un istoric de CIN 2 sau mai mare, sau cancer la mai puțin de 20 ani.

Femeile care au antecedente de **CIN-2 sau CIN-3** au nevoie de **screening continuu timp de cel puțin 20 de ani**.

Liniile directoare recomandă întreruperea tuturor screening-urilor de cancer de col uterin pentru femeile de orice vârstă care au avut o histerectomie totală și care nu au o istorie de CIN2 sau mai mare.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Papilloma virusul uman (HPV)

Pe plan mondial, papillomavirusul uman (HPV) a fost detectat în mai mult de 90% dintre carcinoamele cervicale și în 99,7% dintre neoplaziile cervicale.

HPV este acum cunoscut ca fiind un mic virus ADN care infectează celulele epiteliale și provoacă o varietate de leziuni cutanate.

Până în prezent, au fost identificate mai mult de 100 de tipuri diferite de HPV, dintre care 40 pot implica leziuni ale zonei anogenitale.

Subtipurile virusului pot fi în general divizate în cele care infectează epiteliul scuamos stratificat și cele care infectează epiteliul mucoasei.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Subtipurile HPV pot fi subdivizate în continuare în categorii cu risc scăzut și cu grad ridicat de risc. Dintre cele care afectează țesuturile genitale, tipurile cu risc scăzut au fost asociate cu formarea verucilor genitale. **Tipurile cu risc scăzut** identificate în mod frecvent includ **6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72 și 81**.

Tipurile cu risc ridicat sunt cele asociate cu formarea neoplaziei intraepiteliale și includ **16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 69 și 82** aceste subtipuri sunt considerate oncogene (cauzatoare de cancer); ele se găsesc în 99% dintre cancerele de col uterin, tipurile 16 și 18 fiind găsite în 70% dintre acestea.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Aproape toate leziunile precanceroase și canceroase sunt asociate cu infecție HPV persistentă pe termen lung.

Din fericire, 90% dintre infecțiile cu HPV sunt considerate a se vindeca în termen de 2 ani datorită unui răspuns imun mediat celular.

Virusul intră printr-o barieră epitelială perturbată și infectează replicarea keratinocitelor bazale. Virusul se replică numai în timpul diferențierii terminale a keratinocitelor superficiale, ceea ce îi permite să fie eliberat în lumenul mucoasei. În cele din urmă, keratinocitele superficiale sunt eliminate cu stratul cornos.

Integrarea virală în genomul celulei gazdă este un semn distinctiv al progresiei maligne.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Factori de risc

Au fost studiați mulți factori de risc, incluzând **vârsta, rasa sau etnia, clima, performanța biopsiei randomizate, numărul de ani de activitate sexuală, vârsta debutului sexual, numărul de parteneri pe viață, durata utilizării contracepției hormonale, incidența bolilor cu transmitere sexuală, a incidenței vaginitei bacteriene, a utilizării prezervativelor, a practicilor de duș și a utilizării țigărilor.**

Singurul factor identificat asociat cu **regresia infecției HPV este totuși prezența unui tip HPV cu risc scăzut.**

Aceste constatări au contribuit la orientările de screening recomandate în prezent pentru cancerul de col uterin.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Managementul anomaliilor citologice

□ Femei în vârstă de 21-24 ani cu ASC-SUA

- Repetați citologia în 12 luni
- Dacă citologia repetată este ASC-H, AGC sau HSIL, repetați citologia în alte 12 luni
- Dacă repetarea citologiei la 24 de luni este negativă, reluați screeningul de rutină; în caz contrar, efectuați colposcopie
- Alternativa este efectuarea testelor HPV; dacă este pozitivă, repetați citologia în 12 și 24 de luni ca mai sus; dacă este negativ, reluați examinarea de rutină.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

- ❑ Femeile cu vârsta de 20 de ani sau mai tinere cu ASC-SUA sau LSIL
- **Infecția cu HPV și rezultatele minore ale citologiei anormale sunt frecvente la adolescente, dar cancerul invaziv este rar.**
- **Testul Papanicolau e recomandat începând cu vârsta de 21 de ani, indiferent de istoricul sexual;** cu toate acestea, testele Papanicolau sunt încă efectuate în grupul de vârstă de 20 de ani sau mai tânăr, în unele cazuri din cauza lipsei de cunoaștere a liniilor directoare actuale.

Atitudinea conservatoare a fost preferată pentru acest grup datorită probabilității mari de rezolvare spontană în decurs de 2 ani de la infectarea inițială; citologia anormală a colului uterin la adolescente trebuie urmărită în conformitate cu recomandările pentru femeile cu vârsta cuprinsă între 21 și 24 de ani, așa cum este descris mai sus.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Femeile gravide cu ASC-SUA

- **Gestionate la fel ca femeile non gravide**
- Chirurgia endocervicală (ECC) este contraindicată la femeile gravide și nu trebuie dacă se efectuează colposcopie
- Amânarea **colposcopiei până la cel puțin 6 săptămâni postpartum** este, de asemenea, acceptabilă.

Managementul femeilor cu ASC-H

- Efectuați colposcopie (indiferent de starea HPV)

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Managementul femeilor cu LSIL

Femei în vârstă de 25 de ani sau mai mult cu LSIL

- Efectuați **colposcopie**
- Dacă s-a efectuat coteștarea HPV și este negativ, se preferă **repetarea coteștării în 1 an**

Femeile în vârstă de 21-24 ani cu LSIL

- Repetați citologia în 12 și 24 de luni; urmați liniile directoare pentru ASC-SUA

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Femeile gravide cu LSIL

- Gestionate la fel ca femeile non gravide
- ECC este contra indicată la femeile gravide și nu trebuie dacă se efectuează colposcopie
- De asemenea, este acceptabilă amânarea colposcopiei până la cel puțin 6 săptămâni postpartum

Femei în postmenopauză cu LSIL

- Opțiunile acceptabile includ testarea HPV, biopsie de endometru la 6 și 12 luni și colposcopia
- Dacă HPV negativ sau este prezent CIN la colposcopie, repetă citologia în 12 luni; dacă HPV pozitiv sau repetat este prezentă varianta ASC sau mai mare, efectuați colposcopie
- Poate reveni la screening-ul de rutină dacă 2 rezultate consecutive ale citologiei sunt negative.

Femeile gravide cu HSIL

- Gestionate la fel ca femeile non gravide.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Managementul femeilor cu AGC

- Efectuarea colposcopiei cu eşantionare endocervicală

Dacă are vârsta de 35 ani sau mai mult sau are şi alţi factori de risc pentru neoplazia endometrială, trebuie efectuată şi prelevarea de probe endometriale.

Femeile cu celule endometriale atipice

- Efectuaţi biopsie endometrială şi eşantionare endocervicală. Dacă nu s-a găsit nici o patologie, procedaţi la colposcopie.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de col uterin

Managementul femeilor cu celule endometriale benigne găsite în citologia cervicală

- Nu este necesară o evaluare suplimentară la femeile aflate în premenopauză asimptomatice
- La femeile aflate în postmenopauză, efectuați biopsie endometrială

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului mamar

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului mamar

Factorii de risc implicați în etiologia cancerului mamar sunt:

Factori genetici

- mutațiile liniei germinative a genei supresoare tumorale p53
- BRCA-1 (situată la nivelul locusului q21 al cromozomului 17)
- BRCA-2 (situată pe cromozomul 17).

Factori endogeni

- vârsta primei sarcini duse la termen
- vârsta instalării menopauzei
- nuliparitatea sau prima sarcină după 30 de ani
- alăptatul este considerat factor de protecție
- obezitatea, în special în postmenopauză
- tumorile benigne ale sânului (fibroadenom, adenomul juvenil)
- tulburările endocrine (hipo-, hipertiroidia, excesul estrogenic)

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului mamar

Factori de mediu

- iradierea înainte de 30 de ani**
- dieta bogată în proteine animale, grăsimi și dulciuri**
- traumatismele mamare, mici, repetate**
- alcoolul, stresul.**

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului mamar

Recomandări pentru depistarea precoce a nodulilor:

- examinarea proprie a sânilor efectuată **lunar, de către toate femeile peste 20 de ani**
- examinarea clinică a sânului efectuată anual, tuturor femeilor peste 40 de ani și o dată la 3 ani femeilor între 20 și 40 de ani.
- examinarea ecografică a sânului efectuată anual, tuturor femeilor peste 40 de ani și o dată la 3 ani femeilor între 20 și 40 de ani, după ce o primă examinare ecografică nu a arătat leziuni suspecte oncogene
- examinarea mamografică a sânului efectuată anual, tuturor femeilor peste 50 de ani și o dată la 1-2 ani femeilor între 40 și 49 de ani, cu FR prezenți.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului colorectal

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului colorectal

Factorii de risc pentru apariția cancerului colorectal sunt:

- prezența **polipilor adenomatoși** la nivelul mucoasei intestinului gros (polipoza adenomatoasă familială)- bolile colonice inflamatorii
- existența în **antecedente heredocolaterale** a cancerului de colon (modificări ce privesc cromozomii 17, 18, 5)
- alimentație bogată în grăsimi animale, colesterol și acizi biliari
- alimentație săracă în fibre alimentare, fructe și vegetale, consumul exagerat de alcool, fumatul, consumul crescut de grăsimi animale, carne roșie, glucide rafinate, aport insuficient de calciu; aport caloric excesiv
- constipația
- iradierea
- obezitatea
- sedentarismul

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului colorectal

Profilaxia apariția cancerului colorectal constă în modificarea alimentației, în sensul **creșterii fibrelor alimentare** și al **reducerii grăsimilor din dietă**. Se recomandă **consumul crescut de fructe, legume, nuci, cereale, cu un conținut crescut de fenoli, flavone, fibre alimentare cu rol protector**.

Sunt în curs de desfășurare studii clinice de prevenire a cancerului colorectal prin **preparate care conțin calciu și substanțe antiinflamatorii nesteroidiene**.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului colorectal

Pentru depistarea precoce a cancerului colorectal se recomandă **screeningul persoanelor** care prezintă unul sau mai mulți **factori de risc** prezentați.

Testele de screening cuprind **testarea hemoragiilor** oculte în scaun, **colonoscopia** sau **rectosigmoidoscopia**.

Testarea anuală pentru descoperirea hemoragiilor oculte în scaun, folosind teste hidratate, poate reduce mortalitatea prin cancer colorectal cu o treime.

Screeningul anual prin **colonoscopie** se recomandă **tuturor persoanelor peste 50 de ani** cu FR prezenți, membrii famililor cu predispoziție genetică la cancer colorectal cu 10 ani mai devreme față de ruda de gradul I depistată cu cancer colorectal.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de prostată

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de prostată

Factorii de risc incriminați pentru cancerul de prostată sunt reprezentați de :

- vârsta peste 65 de ani (**80% dintre cancerele de prostată**),
- rasa africană,
- **antecedentele familiale** de cancer de prostată,
- consumul crescut de grăsimi.

Intervenții adresate pentru depistarea precoce a cancerului de prostată sunt reprezentate de testarea antigenului specific prostatic (**PSA**) și **tușeul rectal**.

Nu există dovezi asupra screening-ului de rutină.

Evaluarea factorilor de risc si prevenirea cancerului de prostată

Populația cea mai potrivită o reprezintă bărbații cu vârsta între **50 și 70 de ani** (> 45 de ani la cei cu risc crescut).

Testul PSA este mai sensibil decât TR pentru detectarea cancerului de prostată.

Screening-ul prin PSA în limita convențională de 0,4 ng/ml detectează majoritatea cancerelor de prostată.