

HPVWorld

■ HPV-FASTER Implement

Implementarea unei strategii
de prevenție care combină
vaccinarea împotriva HPV
și screeningul pentru cancerul
de col uterin în populații greu accesibile



HPV-FASTER
IMPLEMENT



ECHIPA EDITORIALĂ

Xavier Bosch
Assumpta Company
Paula Peremiquel
Valentina Rangel

Autori:
L Baandrup
P Basu

I Baussano
X Bosch
J Brotherton
M Díaz Sanchís
J Dillner
M Elfström
SJB Hanley
SK Kjaer
M Mallafre-Larrosa
I Mosquera
MA Pavón
M Poljak
C Robles
MA Smith
LJ Whop

Autori ai prefetei:
Diana Tăut

Dorim să le mulțumim tuturor autorilor și Editorilor Speciali (Anca Albu și Mihaela Gurău) care au contribuit la această monografie.

Direcție artistică și coordonare a proiectului:
Montse Pérez Brualla

Această mini-monografie a fost realizată în cadrul proiectului HPV-FASTER-Implement, coordonat de INSERM. Echipa de coordonare este formată din Marc Bardou (INSERM), Christiane Dascher-Nadel (INSERM-TRANFERT) și Pia Kirkegaard (RHR).

Publicat de:



MOSIDE
Self Directed Innovation Cluster

Gran Via de les Corts Catalanes 774, planta 3, porta 1
08028 Barcelona
G25465667

MOSIDE Self Directed Innovation Cluster este o asociație non-profit care respectă toate reglementările și auditurile publice aplicabile conform legislației spaniole (Registrul Național al Asociațiilor și Fundațiilor nr. 7.172 din 15 iulie 2003).

Corespondență și colaborări:

hpv@hpvworld.com
www.hpvworld.com

HPVWorld

© Copyright 2025 HPV WORLD.
Toate drepturile rezervate.

HPV WORLD (HPW) este o publicație independentă editată de echipe de autori și editori de renume în domeniul HPV. Obiectivul său este de a disemina informații științifice relevante pentru prevenirea, diagnosticarea și tratamentul bolilor asociate cu HPV.

HPV WORLD este un proiect susținut de:



Versiuni disponibile în alte limbi:

Această monografie a fost tradusă și în următoarele limbi pentru a asigura o accesibilitate și o difuzare mai largă:

[Versiunea în engleză](#)

[Versiunea în spaniolă](#)

[Versiunea în franceză](#)

[Versiunea în estonă](#)

Încurajăm cititorii să acceseze și să distribuie aceste versiuni pentru a sprijini difuzarea cunoștințelor în diferite comunități și regiuni.

Cancerul de col uterin rămâne o boală prevenibilă, care continuă să afecteze femeile și persoanele cu col uterin* din Europa și din întreaga lume. În ciuda progreselor remarcabile în vaccinarea împotriva HPV și în screeningul cancerului de col uterin, persistă în continuare disparități în acces și participare, în special în rândul populațiilor marginalizate și cu resurse limitate. Aceste inegalități reprezintă una dintre cele mai mari provocări pentru atingerea obiectivelor **90-70-90 ale Organizației Mondiale a Sănătății** privind eliminarea cancerului de col uterin ca problemă de sănătate publică.

Proiectul HPV-FASTER-Implement (finanțat de Comisia Europeană, Acord de Grant nr. 101155975) a fost lansat pentru a aborda aceste disparități și pentru a construi un cadru de prevenție mai incluziv și mai eficient. Prin combinarea strategiilor de vaccinare și screening HPV, implicarea comunităților locale și utilizarea instrumentelor bazate pe dovezi, proiectul are obiectivul de a ajunge la grupurile aflate în situații de vulnerabilitate, precum lucrătoare sexuale, femei care trăiesc cu HIV, femei aflate în sărăcie sau excluziune socială, persoane cu tulburări de consum de alcool sau droguri, femei aflate în închisoare, precum și persoane trans și non-binare. Aceste grupuri sunt adesea excluse din programele standard de prevenție. Sunt necesare intervenții adaptate, care să includă populații diverse și cu acces limitat la servicii, pentru a reduce povara inegală a bolii în întreaga Europă.

Această primă monografie HPV World, dezvoltată în cadrul proiectului FASTER-Implement, reunește experți de prestigiu pentru a examina baza de dovezi și a oferi recomandări aplicabile. Contribuțiile incluse analizează aspecte esențiale privind echitatea în eliminarea cancerului de col uterin: de la necesitatea adaptării protocoalelor de screening pentru cohorte vaccinate, la integrarea strategiilor de prevenție în Europa Centrală și de Est și dezvoltarea unor abordări inovatoare pentru a ajunge la comunități cu acces limitat la servicii. Monografia abordează, de asemenea, evoluția conceptelor HPV-FASTER și EVEN FASTER, evidențiind potențialul acestora de a accelera termenele de eliminare a cancerului de col uterin, chiar și în contexte cu resurse limitate. Prin diseminarea acestor cunoștințe, ne propunem să oferim profesioniștilor din sănătate, decidenților și actorilor din domeniul sănătății publice strategii practice care să asigure că nicio populație nu este lăsată în urmă în drumul spre eliminarea cancerului de col uterin.

**Cancerul de col uterin afectează persoanele cu col uterin, inclusiv femei, bărbați trans, persoane non-binare și alte identități de gen. Deși termenul „femei” este utilizat de-a lungul acestei monografii pentru ușurința lecturii, acesta este folosit ca termen incluziv pentru toate persoanele cu col uterin care pot fi afectate.*

Cuvânt înainte – Monografie HPV-FASTER Implement:

Implementarea unei strategii de prevenție care combină vaccinarea împotriva HPV și screeningul pentru cancerul de col uterin în populații greu accesibile

Autori:

Diana Tăut

Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca

Cancerul de col uterin este una dintre cele mai bine înțelese boli oncologice: infecția persistentă cu Virusul Papiloma Uman (HPV) este identificată ca factor etiologic în peste 99% din cazuri, iar vaccinurile eficiente și screening-ul organizat permit prevenția sa aproape completă. În teorie, este o boală care nu ar trebui să maiucidă.

România este una dintre țările care infirmă această teorie. Conform datelor Sistemului European de Informații privind Cancerul (ECIS), în 2022 România înregistra o rată de incidență de 32,6 la 100.000 de femei – de peste două ori și jumătate mai mare decât media UE (11,7/100.000) – și o mortalitate standardizată de 16,8/100.000, de trei ori media europeană și de opt ori mai mare decât Finlanda¹. Aproximativ 3.400 de femei sunt diagnosticate anual și aproape 1.800 mor (șase în fiecare zi), iar proiecțiile ECIS indică o tendință ascendentă, în contrast cu restul continentului.

Această situație se înscrie într-un pattern regional mai larg. Așa cum arată Poljak (HPVWorld, RO66)², în Europa Centrală și de Est aproximativ 40.000 de femei dezvoltă anual cancerul de col uterin și 20.000 mor, riscul cumulativ de a contracta boala fiind de patru-cinci ori mai mare decât în Europa de Nord sau de Vest. Cauza

principală nu este cea biologică, ci se leagă de absența programelor organizate de screening: acoperire redusă, control scăzut al calității, lipsa registrelor naționale de cancer funcționale. Din nou, România ilustrează fidel acest tipar: rata de acoperire a programului național de screening era de doar 6,2% în 2023, conform Eurostat (hlth_ps_prev)³ – cea mai scăzută din UE. Chiar și screening-ul auto-raportat, care include și cel oportunist, se situează la aproximativ 30%, aproximativ jumătate din media UE de 59,9%, conform datelor Institutului Național de Sănătate Publică⁴.

Contextul legislativ național

Ca răspuns la aceste probleme sistemice, începând cu 1 octombrie 2025, România a extins vaccinarea gratuită anti-HPV la tinerii de ambele sexe cu vârste între 11 și 26 de ani (compensare 100%, conform Ordinului MS nr. 858/2025)^{5,6}. Totodată, femeile cu vârste între 27 și 45 de ani beneficiază de compensare 50%. Contextul rămâne însă îngrijorător: între 2020 și 2024, acoperirea vaccinală a atins doar 12,5% din femeile eligibile⁷, iar testările HPV au depășit abia 1.700 în primele nouă luni ale anului 2025. Or, dacă în țările cu acoperire ridicată media națională poate masca inechități, în România situația este și mai îngrijorătoare: o acoperire deja

extrem de scăzută este întrețesută cu disparități și mai profunde în interiorul populației. Mosquera și colaboratorii (HPVWorld, RO307)⁸, într-un studiu realizat în 22 de țări europene, arată că impactul cancerului de col uterin afectează disproporționat populațiile vulnerabile (femei în sărăcie, migrante din regiuni cu prevalență ridicată a HPV, persoane fără adăpost, lucrătoare sexuale, femei cu dependențe sau dizabilități) și că politicile de screening și vaccinare, chiar acolo unde există, rareori sunt concepute să le includă efectiv. România este explicit menționată printre țările din Europa Centrală și de Est în această situație.

Astfel, monografia de față se articulează în jurul unui concept strategic care oferă un răspuns pragmatic la inegalitățile în screening și acoperire vaccinală: HPV-FASTER. Descris de Robles și colaboratorii (HPVWorld, RO183)⁹, modelul combină vaccinarea anti-HPV și screening-ul HPV în cadrul aceleiași vizite, vizând atât adolescentele nevaccinate, cât și femeile adulte fără vaccinare anterioară. Femeile HPV-negative la momentul vaccinării câștigă protecție substanțială împotriva infecțiilor viitoare, reducând nevoia de testări repetate - un avantaj crucial acolo unde accesul la servicii medicale este limitat. Dillner și colaboratorii (HPVWorld, RO182)¹⁰ rafinează modelul prin conceptul EVEN FASTER, care folosește numărul reproductiv de bază al HPV (R0) pentru a identifica grupele de vârstă ce mențin circulația infecției și a le viza prin campanii concentrate, cu potențialul de a elimina virusul din comunitate într-un interval semnificativ mai scurt.

Aceste strategii sunt decisive în accelerarea acoperirii vaccinale, însă eficiența lor depinde de capacitatea sistemului de a ajunge la cei mai greu de atins. Soluțiile indicate de Hanley (HPVWorld, RO295)¹¹ depășesc perimetrul strict medical: clinici mobile, auto-prelevare HPV, formare în competențe culturale, implicarea liderilor comunitari. Fără adresarea acestor bariere, orice extindere legislativă riscă să rămână pe hârtie. La acestea se adaugă o notă de vigilență epidemiologică: Baandrup și Kjør (HPVWorld, RO281)¹² arată că tipurile HPV cu risc înalt neacoperite de vaccin rămân prevalente în cohortele vaccinate, iar algoritmiile de screening vor trebui adaptați continuu acestei realități.

Vaccinarea HPV-FASTER în școli: argumente și tensiuni

Un alt element central al unei astfel de strategii l-ar putea reprezenta vaccinarea în mediul școlar. Smith și colaboratorii (HPVWorld, RO242)¹³, reflectând asupra experienței australiene, observă că vaccinarea organizată în școli produce un impact mai echitabil decât screening-ul: variabilitatea acoperirii între grupuri sociale este mult mai mică atunci când serviciul ajunge proactiv la populație. Școlile funcționează ca punct de acces universal, estompând inegalitățile de informare, financiare și logistice. Robles și colaboratorii⁹ subliniază că vârsta 9–14 ani rămâne fereastra optimă de vaccinare, deoarece imunitatea este maximă, se aplică schema simplificată cu două doze și protecția este instalată înaintea oricărei expuneri la virus. Astfel, o acoperire vaccinală ridicată în populația școlară este singura cale realistă de a genera imunitate populațională.

Implementarea în mediul școlar nu este însă lipsită de tensiuni. Prima privește consimțământul parental: acolo unde relația de încredere cu autoritățile medicale este fragilă (și în România aceasta este o problemă documentată), campaniile derulate fără pregătire comunitară adecvată pot genera refuz parental ridicat și reacții sociale adverse. A doua tensiune privește genul: includerea băieților, recomandată de abordarea HPV-FASTER și adoptată de România, este esențială atât pentru protecția individuală, cât și pentru eficiența populațională, dar presupune un efort suplimentar de comunicare. A treia ține de fezabilitate: campaniile FASTER necesită infrastructuri logistice (lanț de frig, personal vaccinant, sisteme de monitorizare) dificil de asigurat uniform în școli din zone rurale sau în comunități marginalizate.

Peste toate aceste dificultăți se suprapune ezitarea vaccinală, definită de OMS¹⁴ ca una dintre cele zece amenințări globale la adresa sănătății publice. România are o experiență ilustrativă: primul program național de vaccinare anti-HPV, lansat în 2008, a eșuat aproape complet, sute de mii de doze fiind distruse din cauza refuzului parental amplificat de dezinformare. Factorii care au produs acel eșec rămân activi astăzi: deficit de comunicare proactivă din partea sistemului medical, asocieri false între vaccin și efecte secundare grave (inclusiv infertilitate), răspuns

instituțional timid la dezinformare, neîncredere în autorități și reticență față de ceea ce este perceput ca impus de stat sau de industria farmaceutică. Hanley (HPVWorld, RO295)¹¹ identifică mecanismele psihologice suplimentare implicate în non-aderența la screening: frica de procedură și rezultate, rușinea asociată dimensiunii sexuale a infecției, percepție distorsionată a riscului personal, subliniind că răspunsul autorității medicale nu poate fi doar informațional. Sunt necesare strategii adaptate cultural, implicarea mediatorilor sanitari și a liderilor comunitari, cu mesaje care să abordeze explicit temerile, nicidecum să le treacă sub tăcere.

Concluzie

Articolele reunite în această monografie nu descriu o realitate abstractă: ele cartografiază obstacole concrete - epidemiologice, sisteme, psihologice - și propun soluții pentru a le depăși. Împreună, ele argumentează că eliminarea cancerului de col uterin este, mai degrabă, o problemă de implementare în teren decât de cunoaștere științifică. România are acum, pentru prima dată, o arhitectură legislativă care face posibilă o schimbare reală. Utilizarea acestei ferestre de oportunitate va depinde de voința de a transforma decizia legislativă în acțiuni concrete pentru fiecare comunitate și persoană eligibilă — pentru cele pe care sistemul le-a ignorat cel mai mult.

REFERINȚE:

1. N European Cancer Information System (ECIS), Joint Research Centre, European Commission. Cancer incidence and mortality estimates for Romania, 2022. Disponibil la: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>
2. Poljak M (2018). Integrated HPV-based cervical cancer screening and HPV vaccination is the only way forward for Central and Eastern European countries. www.HPVWorld.com, RO66. Disponibil la: <https://www.hpvworld.com/articles/integrated-hpv-based-cervical-cancer-screening-and-hpv-vaccination-is-the-only-way-forward-for-central-and-eastern-european-countries/>
3. Eurostat. Cancer screening statistics – cervical cancer screening rate, women aged 20–69 years, 2023. Database: hlth_ps_prev. Disponibil la: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_screening_statistics
4. National Institute of Public Health (INSP). Situation analysis: cervical cancer, 2024. Disponibil la: <https://insp.gov.ro/wp-content/uploads/2024/01/Analiza-de-situatie-cancer-de-col-uterin-2024.pdf>
5. Romanian Ministry of Health. Order no. 858 of 29 August 2025 amending Order no. 3.120/2023. Official Gazette no. 815, 3 September 2025.
6. Romanian Ministry of Health. Press release: Expanding access to HPV vaccination, 1 October 2025. Disponibil la: <https://www.formaremedicala.ro/incepand-cu-1-octombrie-tinerii-intre-19-si-26-de-ani-se-pot-vaccina-anti-hpv-gratuit/>
7. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România (SOGR). Comunicat de presă: Extinderea gratuității vaccinării anti-HPV pentru tinerii între 19 și 26 de ani, 1 octombrie 2025. Disponibil la: <https://www.medichub.ro/stiri/aproximativ-1-5-milioane-de-persoane-devin-eligibile-pentru-vaccinarea-anti-hpv-gratuita-id-11058-cmsid-2>
8. Mosquera I et al. (June 2025). Policies towards increasing cervical cancer screening coverage among vulnerable women: survey results in 22 European countries. www.HPVWorld.com, RO307. Disponibil la: <https://www.hpvworld.com/articulos/policies-towards-increasing-cervical-cancer-screening-coverage-among-vulnerable-women-survey-results-in-22-european-countries/>
9. Robles C, Pavón MA, Díaz Sanchis M, Bosch X (November 2021). HPV-FASTER: searching for strategies to serve the cervical cancer elimination campaign in COVID-19 times. www.HPVWorld.com, RO183. Disponibil la: <https://www.hpvworld.com/articles/hpv-faster-searching-for-strategies-to-serve-the-cervical-cancer-elimination-campaign-in-covid-19-times/>
10. Dillner J et al. (November 2021). The EVEN FASTER concept for cervical cancer elimination. www.HPVWorld.com, RO182. Disponibil la: <https://www.hpvworld.com/articles/the-even-faster-concept-for-cervical-cancer-elimination/>
11. Hanley SJB (February 2025). How to improve cervical screening engagement in underserved populations. www.HPVWorld.com, RO295. Disponibil la: <https://www.hpvworld.com/articles/how-to-improve-cervical-screening-engagement-in-underserved-populations/>
12. Baandrup L, Kjaer SK (November 2024). Profile of HPV infections in vaccinated cohorts and implications for future screening. www.HPVWorld.com, RO281. Disponibil la: <https://www.hpvworld.com/articles/profile-of-hpv-infections-in-vaccinated-cohorts-and-implications-for-future-screening/>
13. Smith et al. (September 2023). Cervical cancer elimination: true success requires equity. www.HPVWorld.com, RO242. Disponibil la: <https://www.hpvworld.com/articles/cervical-cancer-elimination-true-success-requires-equity/>
14. World Health Organization. Ten threats to global health in 2019. Geneva: WHO; 2019. Disponibil la: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

Cuprins

1/7 nr. 242

MA Smith, LJ Whop, J Brotherton

Eliminarea cancerului de col uterin: succesul real necesită echitate.

2/7 nr. 281

L Baandrup, SK Kjaer

Profilul infecțiilor cu HPV în cohorta vaccinată și implicații pentru screeningul viitor.

3/7 nr. 66

M Poljak

Screeningul pentru cancerul de col uterin bazat pe HPV și vaccinarea anti-HPV integrate reprezintă singura cale de urmat pentru țările din Europa Centrală și de Est.

4/7 nr. 183

C Robles, MA Pavón, M Díaz Sanchís, X Bosch

HPV-FASTER: căutarea de strategii pentru campania de eliminare a cancerului de col uterin în perioada pandemiei de COVID-19.

5/7 nr. 182

J Dillner, M Elfström, I Baussano

Conceptul EVEN FASTER pentru eliminarea cancerului de col uterin.

6/7 nr. 295

SJB Hanley

Cum să îmbunătățim participarea la screeningul cervical în rândul populațiilor defavorizate.

7/7 nr. 307

I Mosquera, M Mallafré-Larrosa, P Basu

Politici privind creșterea ratei de screening pentru cancerul de col uterin în rândul femeilor vulnerabile: rezultate ale sondajului realizat în 22 de țări europene.



Eliminarea cancerului de col uterin: succesul real necesită echitate

Read this article in English 



Prof Megan A Smith, PhD, MPH, BE
*Associate Professor, The Daffodil Centre,
University of Sydney, a joint venture with Cancer
Council NSW, Sydney, Australia*
megan.smith@nswcc.org.au



**Prof Lisa J Whop, PhD, BMedSc,
MAppEpid**
*Associate Professor, Australian National
University, Canberra, Australia*
lisa.whop@anu.edu.au



**Prof Julia Brotherton, B Med (Hons),
MPH (Hons), Grad Dip App Epi,
FAFPHM, PhD, GAICD**
*Australian Centre for the Prevention of Cervical
Cancer, Melbourne, Australia*
*Professor of Cancer Prevention Policy and
Implementation, University of Melbourne,
Melbourne, Australia*
jbrotherton@unimelb.edu.au

În 2020, Organizația Mondială a Sănătății a lansat strategia globală de accelerare a eliminării cancerului de col uterin ca problemă de sănătate publică¹. Eliminarea cancerului de col uterin ca problemă de sănătate publică va fi realizată prin

reducerea numărului de cazuri noi la mai puțin de patru la 100.000 de femei în fiecare țară. Pentru a accelera eliminarea, au fost identificate clar trei obiective care trebuie atinse până în 2030:

Citați acest articol astfel:

Smith et al. (septembrie 2023). Eliminarea cancerului de col uterin: succesul real necesită echitate. www.HPVWorld.com, RO242

- 90 % dintre fete să fie complet vaccinate cu vaccinul HPV până la vârsta de 15 ani,
- 70 % dintre femei să fie supuse unui screening până la vârsta de 35 de ani și din nou până la vârsta de 45 de ani, utilizând un test de înaltă performanță (echivalent sau superior testului HPV),
- 90 % dintre femeile identificate cu boli cervicale (leziuni precanceroase sau cancer invaziv) să primească tratament.

În Australia, analizele de modelare sugerează că pragul de eliminare ar putea fi atins încă din 2028, dacă se mențin vaccinarea și screeningul cu acoperire ridicată². Principala provocare pentru Australia constă în asigurarea unei eliminări echitabile, întrucât Australia pornește de la o poziție de inechitate în ceea ce privește cancerul de col uterin.

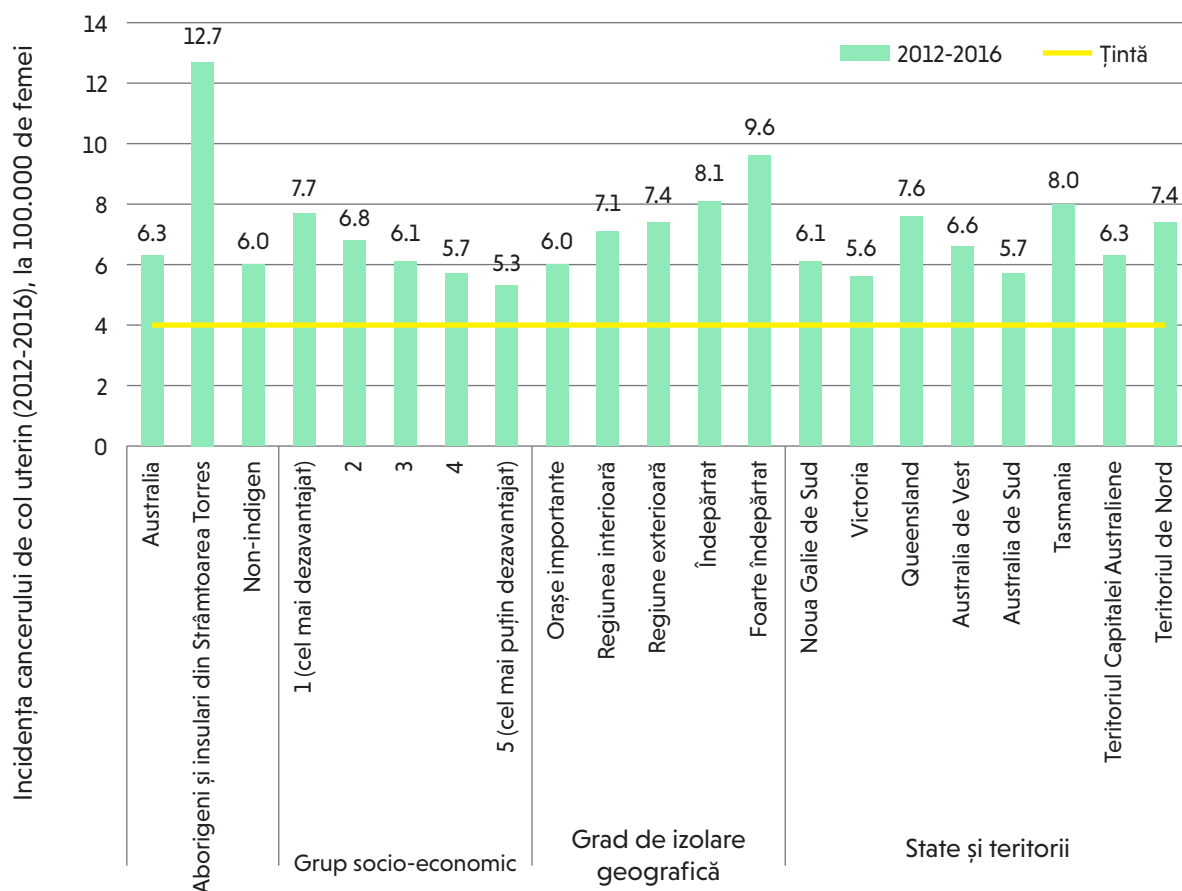
Rata incidenței cancerului de col uterin este de peste două ori mai mare în rândul femeilor aborigene și insulare din Strâmtoarea Torres decât în rândul femeilor non-indigene*, iar rata incidenței crește odată cu creșterea dezavantajelor socioeconomice și a izolării geografice a locuinței (Figura 1)³. Incidența cancerului de col uterin este, de asemenea, mai mare în rândul mai multor populații de migranți⁴.

În Australia, analizele de modelare sugerează că pragul de eliminare ar putea fi atins încă din 2028, dacă se mențin vaccinarea și screeningul cu acoperire ridicată.

Figura 1

Incidența cancerului de col uterin (2012-2016), la 100.000 de femei.

Adaptat după Centrul de Excelență în Cercetarea Controlului Cancerului de Col Uterin al NHMRC, 2022³.



*Autorii recunosc cu respect faptul că nu toate persoanele cu col uterin se identifică ca femei, dar utilizează termenul „femei” pentru a include atât femeile, cât și persoanele cu col uterin.

Principala provocare pentru Australia constă în asigurarea eliminării echitabile a acestei boli, întrucât Australia pornește de la o poziție de inequită în ceea ce privește cancerul de col uterin.

Nu sunt disponibile date privind cancerul pentru alte grupuri, dar date extrem de limitate sugerează că participarea la screening este mai scăzută în rândul persoanelor LGBTQI+ și al persoanelor cu dizabilități intelectuale⁵.

Acest punct de plecare inegal este determinat în principal de diferențele în materie de screening. Unele dintre barierele cunoscute în calea screeningului ar putea fi eliminate printr-o schimbare recentă din Australia, care oferă tuturor persoanelor eligibile pentru screening posibilitatea de a alege între o probă prelevată de către pacient sau de către un medic. Ghidurile actualizate de screening permit auto-prelevarea în orice loc pe care furnizorul care solicită testul îl consideră adecvat. Această flexibilitate permite abordări inovatoare care ar putea duce screeningul în comunitate și în spații mai primitoare din punct de vedere cultural.

Vaccinarea împotriva HPV în școli a îmbunătățit echitatea în prevenirea HPV în Australia, variația în ceea ce privește administrarea vaccinului fiind mult mai mică decât în cazul screeningului cervical, multiple studii arătând un impact similar (sau mai bun) al vaccinului asupra populației indigene⁶⁻⁸ și un impact similar indiferent de statutul socio-economic al zonei sau de izolare⁹. Acoperirea vaccinării a crescut în timp și în patru jurisdicții (unde trăiește peste 70% din populația indigenă), administrarea primei doze de vaccin HPV fiind acum mai mare în rândul fetelor indigene decât în rândul fetelor non-indigene⁵. O singură doză oferă o protecție puternică, iar în februarie 2023 a fost introdus în Australia un program de vaccinare HPV cu o singură doză. Femeile și bărbații cu vârsta sub 26 de ani pot acum beneficia gratuit de o singură doză de vaccin 9vHPV prin intermediul programului național de imunizare. Acoperirea actuală ridicată și echitabilă cu cel puțin o doză

se poate datora faptului că furnizorii de servicii de imunizare efectuează mai multe vizite în școli în fiecare an, fiind necesară o atenție specială pentru a se asigura că modificarea programului de vaccinare nu reduce oportunitățile de echitate în materie de vaccinare.

Australia dezvoltă în prezent o strategie națională pentru eliminarea cancerului de col uterin. Pe lângă cei trei piloni ai OMS, și anume vaccinarea, screeningul și tratamentul, strategia națională a Australiei a introdus în mod explicit un al patrulea pilon, acela al echității, care va fi integrat în cei trei piloni ai OMS. Acest lucru recunoaște faptul că, chiar și cu instrumentele necesare pentru a realiza eliminarea și cu programe de sănătate publică aparent eficiente, metodele existente nu funcționează pentru toată lumea. Este necesară o schimbare structurală pentru a răspunde nevoilor celor care au fost excluși până în prezent.

Strategia de eliminare oferă ocazia de a regândi vaccinarea, screeningul și tratamentul în moduri care vor stimula implementarea pentru cei care au cea mai mare nevoie de ele.

Colectarea datelor și raportarea pentru subgrupurile din cadrul comunității trebuie îmbunătățite pentru a oferi informații cu privire la eficacitatea schimbărilor și pentru a asigura responsabilitatea în cazul în care sistemul nu răspunde nevoilor oamenilor.

Strategia de eliminare oferă o oportunitate crucială de a identifica și de a lua măsuri imediate cu privire la schimbările necesare pentru a accelera eliminarea în rândul populațiilor prioritare, care au suportat mult timp o povară inegală. Aceasta oferă o oportunitate de a reimagina vaccinarea, screeningul și tratamentul în moduri care vor stimula implementarea pentru cei care au cea mai mare nevoie de ele. Succesul eliminării cancerului de col uterin în Australia va fi incomplet până când nu va fi realizat pentru toate femeile și persoanele cu col uterin din Australia. ■

DECLARAȚIE

MAS a primit subvenții instituționale de la Departamentul Sănătății al Commonwealthului, NHMRC și Institutul de Cancer NSW și a primit finanțare pentru participarea la reuniuni de la Institutul

Național de Sănătate. LJW a primit subvenții instituționale de la NHMRC. JB a primit subvenții instituționale de la NHMRC și ACPCC și a primit teste donate de la producătorii de teste HPV pentru studii de cercetare și validare.

REFERINȚE:

1. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
2. Hall MT, Simms KT, Lew JB, et al. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *Lancet Public Health*. 2019;4(1):e19-e27. Disponibil la: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(18\)30183-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(18)30183-X/fulltext)
3. NHMRC Centre of Research Excellence in Cervical Cancer Control. 2022 Cervical Cancer Elimination Progress Report: Australia's progress towards the elimination of cervical cancer as a public health problem. Published online December 2022 at <https://report.cervicalcancercontrol.org.au/>
4. Yu XQ, Feletto E, Smith MA, et al. Cancer incidence in migrants in Australia: patterns of three infection-related cancers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2022;31(7):1349-1401. Disponibil la: <https://doi.org/10.1158/1055-9965.epi-21-1349>
5. Australian Centre for the Prevention of Cervical Cancer 2022. Development of a national cervical cancer elimination strategy Technical Paper. Disponibil la: <https://acpcc.org.au/elimination/get-involved-2/>
6. Smith M, Liu B, McIntyre P, et al. Fall in Genital Warts Diagnoses in the General and Indigenous Australian Population Following Implementation of a National Human Papillomavirus Vaccination Program: Analysis of Routinely Collected National Hospital Data. *J Infect Dis* 2015; 211(1):91-99. Disponibil la: <https://academic.oup.com/jid/article/211/1/91/796912?login=false>
7. Ali H, McManus H, O'Connor CC, et al. Human papillomavirus vaccination and genital warts in young Indigenous Australians: national sentinel surveillance data. *Med J Aust* 2017;206(5):204-09. Disponibil la: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/mja16.00597>
8. McGregor S, Saulo D, Brotherton JML, et al. Decline in prevalence of human papillomavirus infection following vaccination among Australian Indigenous women, a population at higher risk of cervical cancer: The VIP-I study. *Vaccine* 2018;36(29):4311-16. Disponibil la: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0264410X18307710?via%3Dihub>
9. Smith MA, Liu B, McIntyre P, et al. Trends in genital warts by socioeconomic status after the introduction of the national HPV vaccination program in Australia: analysis of national hospital data. *BMC Infect Dis* 2016;16:52. Disponibil la: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-016-1347-z>

Acest articol este inclus în numărul special al HPW *Prevenirea bolilor asociate HPV în Australia*

Coordonatori științifici:

Suzanne Garland, Dorothy Machalek, Cristyn Davies, Xavier Bosch

Redactori HPW:

Marisa Mena, Patricia Guijarro, Paula Peremiquel

În numele echipei editoriale, dorim să mulțumim tuturor autorilor care au contribuit la acest număr special al HPW.

ALTE ARTICOLE DIN ACEST NUMĂR SPECIAL HPW:

D Machalek, C Davies. Australia's HPV Vaccination Program: 15 years of success

I Frazer, S Garland. HPV eradication: targets for the century

D Machalek, K Sharma, J Kaldor. Tracking the impact of HPV vaccination on infection prevalence to measure vaccination program success

EPF Chow, J McCloskey. HPV vaccination is highly effective at preventing genital warts

O McNally, R McBain, KL Talia. Prevention of vulvar, vaginal precancer and cancer

R Hillman, M Poynten. Prevention of anal cancer

D Novakovic, A Cheng. Prevention of recurrent respiratory papillomatosis with HPV vaccination

C Davies, SR Skinner. School-based vaccination is key to reducing HPV-related diseases

C Vujovich-Dunn, C Vajdic, R Guy. Enhancing Australian monitoring and evaluation systems to support equitable HPV vaccination

J Brotherton, M Saville, D Wrede. Prevention of cervical precancer and cancer



Profilul infecțiilor cu HPV în cohorta vaccinată și implicații pentru screeningul viitor

Read this article in English 



Louise Baandrup, MD, PhD

*Unit of Virus, Lifestyle and Genes, Danish Cancer Society
Research Center, Copenhagen, Denmark.*

*Department of Pathology, Zealand University Hospital,
Roskilde, Denmark.*

*Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen,
Denmark.*

lobaa@cancer.dk



Susanne K Kjaer, MD, DMSc

*Unit of Virus, Lifestyle and Genes, Danish Cancer Society
Research Center, Copenhagen, Denmark.*

*Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen,
Denmark.*

*Department of Gynecology, Rigshospitalet, University of
Copenhagen, Denmark.*

susanne@cancer.dk

Vaccinul tetravalent împotriva HPV a fost autorizat în 2006 și acoperă cele două tipuri de HPV cu risc ridicat, 16 și 18, care reprezintă aproximativ 70 % din cazurile de cancer de col uterin, precum și cele două tipuri de HPV cu risc scăzut, 6 și 11. Autorizarea vaccinului

Citați acest articol astfel:

*L Baandrup & SK Kjaer (noiembrie 2024). Profilul infecțiilor cu HPV în cohorta vaccinată și implicații pentru screeningul viitor.
www.HPVWorld.com, RO281*

nonavalent, care include încă cinci tipuri de HPV cu risc ridicat (31/33/45/52/58), a urmat în 2014 și se estimează că protejează împotriva a 90% din cazurile de cancer de col uterin. Până la începutul anului 2012, vaccinul HPV a fost introdus în programele naționale de imunizare pentru fete în cel puțin 40 de țări, iar unele dintre acestea au implementat programe de recuperare care vizează femeile tinere¹, ceea ce înseamnă că, în prezent, grupurile de femei cărora li s-a oferit vaccinarea împotriva HPV intră în programele de screening pentru cancerul de col uterin. În același timp, un număr din ce în ce mai mare de țări trec de la screeningul bazat pe citologie la screeningul primar bazat pe HPV, cu avantajul unei sensibilități mai mari, dar și cu dezavantajul unor rate mai mari de trimitere către specialiști². Tranziția către screeningul primar bazat pe HPV se aplică femeilor începând cu vârsta de 30 de ani în majoritatea țărilor, dar unele țări au implementat această metodă și la femeile cu vârsta sub 30 de ani³.

Până la începutul anului 2012, vaccinul împotriva HPV fusese introdus în programele naționale de imunizare pentru fete în cel puțin 40 de țări, iar unele dintre acestea aveau programe de recuperare a vaccinării care se adresau femeilor tinere, ceea ce înseamnă că, în prezent, grupurile de femei cărora li s-a oferit vaccinarea împotriva HPV intră în programele de screening pentru cancerul de col uterin.

Rezultatele screeningului cu genotiparea ADN-ului HPV din primele cohorte cărora li s-a oferit vaccinarea împotriva HPV și din populațiile cu acoperire vaccinală ridicată arată că HPV16 și 18 au dispărut în mare parte, cu o scădere suplimentară a tipurilor conexe HPV31/33/45, cel mai probabil datorită protecției încrucișate^{4,5}. Prevalența tipurilor de HPV cu risc ridicat care nu sunt incluse în vaccin este însă încă semnificativă⁵⁻⁷. Testarea HPV a peste 6.000 de probe de screening cervical din prima rundă de screening a unei cohorte daneze de nașteri, cu 92% dintre femeile vaccinate

la vârsta de 14 ani, a arătat că 35% dintre femeile erau pozitive pentru HPV și aproape toate aveau tipuri de HPV cu risc ridicat, altele decât 16/18⁷. Datele de screening din SUA au arătat că 26,8% dintre femeile cu vârsta cuprinsă între 20 și 24 de ani vaccinate în cadrul programului de recuperare a vaccinării erau pozitive pentru tipuri de HPV cu risc ridicat, altele decât HPV16/18/31/33/45⁵, iar prevalența tipurilor de HPV cu risc ridicat, altele decât 16/18, a fost de 32% la femeile cele mai tinere (<25 de ani) cu o acoperire ridicată a vaccinării în Australia⁶.

Rezultatele screeningului cu genotiparea ADN-ului HPV din primele cohorte cărora li s-a oferit vaccinarea împotriva HPV și din populațiile cu acoperire ridicată a vaccinării arată că HPV16 și 18 au dispărut în mare măsură, cu o scădere suplimentară a tipurilor conexe, HPV31/33/45, cel mai probabil datorită protecției încrucișate.

Prevalența ridicată a HPV în rândul femeilor tinere vaccinate se explică prin ratele mai mari ale tipurilor de HPV care nu sunt incluse în vaccin, cum ar fi HPV39/51/56/68⁵. Prevalența tipurilor individuale de HPV cu risc ridicat va continua însă să se modifice pe măsură ce persoanele vaccinate cu vaccinul nonavalent vor începe să participe la programele de screening. În comparație cu tipurile de HPV cu risc ridicat incluse în vaccinuri, tipurile de HPV cu risc ridicat care nu sunt incluse în vaccinuri au un potențial oncogen mai scăzut. Cu toate acestea, după eliminarea indusă de vaccin a unor tipuri de HPV cu risc ridicat, s-a sugerat că ar putea avea loc o înlocuire a tipurilor în leziunile cervicale, dar acest concept nu a fost susținut de dovezi^{8,9}. O altă posibilitate este ca vaccinarea să conducă la o creștere a leziunilor cervicale cauzate de tipurile de HPV cu risc ridicat care nu sunt incluse în vaccin, datorită fenomenului de

„demascare clinică”, ceea ce înseamnă că femeile vaccinate au un risc redus de leziuni cervicale și tratamente asociate cauzate de prevalența scăzută a HPV16 în special, ceea ce duce la o frecvență mai mare a zonei de transformare intacte și la creșterea riscului de leziuni cervicale cauzate de tipurile de HPV cu risc ridicat care nu sunt incluse în vaccin, care pot necesita un timp mai îndelungat pentru a se dezvolta⁸.

Prevalența ridicată a HPV în rândul femeilor tinere vaccinate se explică prin ratele mai mari ale tipurilor de virus care nu sunt acoperite de vaccin, inclusiv, de exemplu, HPV39/51/56/68.

Programele și algoritmi de screening diferă de la o țară la alta. În unele țări, femeile HPV-pozitive cu risc ridicat sunt trimise direct la colposcopie, indiferent de starea citologică, în timp ce în alte țări acest lucru se aplică numai femeilor pozitive pentru HPV16/18 sau HPV16/18/31/33/45. Femeile la care s-au detectat tipuri de HPV cu risc ridicat neincluse în vaccin și care nu prezintă anomalii cervicale sau prezintă anomalii de grad scăzut reprezintă un grup dificil. Cohorta daneză de femei vaccinate în vârstă de 23 de ani menționată mai sus a arătat că, pentru fiecare caz de CIN2+ detectat, 23 (95% CI: 13-59) de femei au fost trimise la colposcopie dintre cele pozitive la HPV de risc ridicat/negative la citologie, în timp ce numărul de trimiteri a fost de 4 (95% CI: 4-5) pentru fiecare caz de CIN2+ detectat la femeile HPV-pozitive de risc ridicat, care aveau și o citologie anormală⁷. În Australia, datele de urmărire pentru primul test de screening HPV pentru femeile cu vârsta cuprinsă între 25 și 69

de ani, dintre care majoritatea celor sub 40 de ani li s-a oferit vaccinarea, au arătat că femeile care erau HPV-pozitive cu risc ridicat non-16/18 și cu citologie negativă sau de grad scăzut reprezentau 62% din cazurile trimise la specialist, dar cu risc scăzut de CIN3+ (3,4%)⁶.

Starea vaccinării nu este luată în considerare în prezent în ghidurile de screening pentru cancerul de col uterin. Cu toate acestea, datele recente de screening ale cohortelor vaccinate^{6,7} arată în mod clar că urmărirea femeilor cu HPV pozitiv cu risc ridicat necesită o triere eficientă, iar în prezent, citologia și genotiparea HPV sunt principalele metode de triere pentru screeningul primar bazat pe HPV³. Alte metode de triere sugerate includ imunohistochimia cu colorare dublă p16/Ki-67 și metilarea ADN-ului. Monitorizarea continuă a datelor de screening este crucială, deoarece prevalența HPV în populație se află într-o perioadă de tranziție și peisajul distribuției tipurilor de HPV cu risc ridicat este în schimbare, continuând să se schimbe pe măsură ce un număr tot mai mare de cohorte vaccinate intră în programele de screening (inclusiv femeile care au primit vaccinul nonavalent). Aceste schimbări justifică ajustarea ghidurilor de screening pentru cancerul de col uterin, pentru a evalua beneficiile screeningului bazat pe HPV cu sensibilitate ridicată în raport cu dezavantajele ratelor ridicate de trimitere la specialist. ■

DECLARAȚIE

SKK a primit de la MSD o subvenție pentru cercetare prin intermediul instituției afiliate. LB nu are conflicte de interese de declarat.

Starea vaccinării nu este luată în considerare în prezent în ghidurile de screening pentru cancerul de col uterin. Cu toate acestea, datele recente de screening ale cohortelor vaccinate arată în mod clar că urmărirea femeilor cu HPV pozitiv cu risc ridicat necesită o triere eficientă, iar în prezent, citologia și genotiparea HPV sunt principalele metode de triere pentru screeningul primar bazat pe HPV.

REFERINTE:

1. Bruni L, Saura-Lazaro A, Montoliu A, et al. HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimated of national HPV immunization coverage 2010-2019. *Prev Med.* 2021;144:106399. Disponibil la: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743520304308?via%3Dihub>
2. Lindquist S, Kjær SK, Frederiksen K, et al. Comparative analysis of HPV testing versus cytology in Danish cervical cancer screening: Insights from a large-scale implementation study. *Gynecol Oncol.* 2024;191:45-55. Disponibil la: [https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258\(24\)01137-5/abstract](https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258(24)01137-5/abstract)
3. Bruni L, Serrano B, Roura E, et al. Cervical cancer screening programmes and age-specific coverage estimates for 202 countries and territories worldwide: a review and synthetic analysis. *Lancet Glob Health.* 2022;10:e1115-27. Disponibil la: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(22\)00241-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(22)00241-8/fulltext)
4. Markowitz LE, Naleway AL, Lewis RM, et al. Declines in HPV vaccine type prevalence in women screened for cervical cancer in the United States: Evidence of direct and herd effects of vaccination. *Vaccine* 2019;37:3918-24. Disponibil la: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X19306267?via%3Dihub>
5. Schlecht NF, Diaz A, Nucci-Sack A, et al. Incidence and types of human papillomavirus infections in adolescents girls and young women immunized with the human papillomavirus vaccine. *JAMA Netw Open.* 2021;4(8):e2121893. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8383132/>
6. Smith MA, Sherrah M, Sultana F, et al. National experience in the first two years of primary human papillomavirus (HPV) cervical screening in an HPV vaccinated population in Australia: observational study. *BMJ.* 2022;376:e068582. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8965648/>
7. Nonboe MH, Napolitano GM, Kann C, et al. Screening outcome of HPV-vaccinated women: Data from the Danish Trial23 cohort study. *PLoS One.* 2024;19(6):e0306044. Disponibil la: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0306044>
8. Shing JZ, Hu S, Herrero R, et al. Precancerous cervical lesions caused by non-vaccine-preventable HPV types after vaccination with the bivalent AS04-adjuvanted HPV vaccine: an analysis of the long-term follow-up study from the Costa Rica HPV Vaccine Trial. *Lancet Oncol.* 2022;23(7):940-9. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9255557/pdf/nihms-1817880.pdf>
9. Tota JE, Struyf F, Merikukka M, et al. Evaluation of Type Replacement Following HPV16/18 Vaccination: Pooled Analysis of Two Randomized Trials. *J Natl Cancer Inst.* 2017;109(7):djw300. Disponibil la: <https://doi.org/10.1093/jnci/djw300>

Acest articol este inclus în monografia HPW *Prevenirea cancerului de col uterin în Europa*

Coordonatori științifici:

Johannes Berkhof, Kate Cuschieri, Clàudia Robles, Xavier Bosch

Editori HPW:

Patricia Guijarro, Paula Peremiquel, Valentina Rangel

În numele echipei editoriale, dorim să mulțumim tuturor autorilor care au contribuit la această monografie specială.

ALTE ARTICOLE DIN ACEST NUMĂR SPECIAL HPW

J Wang, MK Elfström, J Dillner. The impact of cervical cancer screening for different HPV genotypes.

E van den Borst, S Van Keer, A Vorsters. Urine as sample for primary cervical cancer screening.

M Arbyn, SK Dhillon, M Poljak. Validated HPV tests usable in cervical cancer screening on clinician-collected cervical specimens.

M Poljak, A Oštrbenk Valenčak. Global overview of commercially available HPV molecular tests.

M Elfstrom, J Dillner. Evaluation of co-testing with cytology and human papillomavirus testing in cervical screening.

IM de Kok, E E.L. Jansen, J A.C. Hontelez. Harms and benefits of cervical cancer screening and its future.

K Cuschieri, L Connor, S Arroyo Muhr. Key elements of quality assurance for practical HPV testing to support cervical screening.

T McGlacken, M Fitzgerald, N Russell. Allowing safe exit from cervical cancer screening – which strategy to use.

J Bonde. A Silver bullet - HPV self-sampling in Denmark.

SJB Hanley. How to improve cervical screening engagement in underserved populations.

S Hawco, A Woolner. Obstetric effects of introducing the HPV vaccination.

M Lehtinen, K Louvanto. Low progression potential of cervical HSIL among HPV-vaccinated women with persistent non-vaccine type HPV infections.

CE Cocuzza et al. Validation metrics of collection device(s) and HPV assays – challenges and opportunities.

VN Pimenoff, JA Bogaards, M Lehtinen. HPV type-replacement in cohorts of vaccinated and unvaccinated individuals.

J Berkhof, C Robles. Main results of RISC Consortium.

K Cuschieri, B Serrano, G Albero, L Bruni. Fact Sheet Europe.

CJLM Meijer et al. Full molecular self-screening for cervical cancer detection: more independence, convenience and privacy for participating women - Part II.



Screeningul pentru cancerul de col uterin bazat pe HPV și vaccinarea anti-HPV integrate reprezintă singura cale de urmat pentru țările din Europa Centrală și de Est



Mario Poljak, MD, PhD
*Head of Laboratory for Molecular Microbiology and Slovenian HIV/AIDS Reference Centre
Institute of Microbiology and Immunology, Faculty of Medicine, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia
mario.poljak@mf.uni-lj.si*

În următoarele decenii, câteva milioane de femei care trăiesc în Europa Centrală și de Est (ECE) vor fi expuse unui risc ridicat de a dezvolta cancer de col uterin. În prezent, incidența și mortalitatea prin cancer de col uterin sunt mai ridicate în țările ECE decât în alte părți ale Europei și sunt în creștere în anumite țări, parțial din cauza absenței intervențiilor de screening care sunt, în cel mai bun caz, oportuniste, cu o acoperire și o calitate relativ scăzute¹⁻⁴. În ECE, aproximativ 40.000 de femei dezvoltă cancer de col uterin și 20.000 mor anual din cauza acestei boli, iar riscul cumulativ de a contracta boala în Europa de Est este de 4-5 ori mai mare decât în Europa de Vest și în Europa de Nord³⁻⁵.

Read this article in English 

În Europa Centrală și de Est, aproximativ 40.000 de femei dezvoltă cancer de col uterin și 20.000 mor anual din cauza acestei boli, iar riscul cumulativ de a contracta boala în Europa de Est este de 4-5 ori mai mare decât în Europa de Vest și în Europa de Nord.

Citați acest articol astfel:

M Poljak (2018). Screeningul pentru cancerul de col uterin bazat pe HPV și vaccinarea anti-HPV integrate reprezintă singura cale de urmat pentru țările din Europa Centrală și de Est. www.HPVWorld.com, RO66



Un exemplu deosebit de pozitiv vine din Slovenia, unde, într-un timp relativ scurt și cu investiții accesibile, țara a trecut de la un program de screening oportunist la unul organizat la nivel național; rezultatul a fost o scădere dramatică a ratei de incidență a cancerului de col uterin, de la 15 la 6 cazuri la 100.000 în perioada 2003-2015.

Procesul de tranziție post-socialistă, care se desfășoară într-un ritm diferit în fiecare țară din Europa Centrală și de Est, a afectat în mod semnificativ toate aspectele legate de sănătate și atitudinea politică față de problemele de sănătate, inclusiv prevenirea cancerului de col uterin⁵⁻⁸. Problemele emergente din regiunea Europei Centrale și de Est sunt legate de proporția ridicată de femei fumătoare și de creșterea dramatică a incidenței infecției cu virusul imunodeficienței umane în unele țări în ultimii ani. În consecință, în mai multe țări din ECE,

cel puțin una din 50 de femei va dezvolta cancer de col uterin înainte de vârsta de 75 de ani. Incidența ridicată a cancerului de col uterin în ECE poate fi explicată istoric prin lipsa unor metode eficiente de screening și prin schimbarea comportamentului sexual și, ulterior, prin expunerea crescută la infecția cu virusul papiloma uman (HPV) în rândul femeilor născute după 1930. În plus, în ECE există o lipsă de date specifice care împiedică evaluarea variațiilor incidenței și mortalității cauzate de alte tipuri de cancer și boli asociate cu HPV, precum și mai multe lacune în cunoștințele privind prevalența HPV și distribuția tipurilor în populația generală și în rândul femeilor cu leziuni precanceroase cervicale²⁻⁶.

Rezolvarea problemei cancerului de col uterin în regiunea Europei Centrale și de Est nu mai este o chestiune de cercetare științifică suplimentară, ci mai degrabă de implementare a programelor de sănătate publică.

Deși introducerea vaccinării profilactice împotriva HPV în Europa Centrală și de Est ar reduce substanțial numărul de cazuri viitoare de cancer de col uterin, efectul complet, în termeni de reducere a incidenței cancerului de col uterin la toate vâr-

stele, nu va fi detectabil timp de mai mult de 30 de ani. Prin urmare, implementarea unor activități de screening de înaltă calitate ar trebui să joace în continuare un rol major în prevenirea cancerului de col uterin și să acopere perioada până când vor fi observate efectele pe termen lung ale programelor de vaccinare împotriva HPV.

Este necesară luarea de măsuri imediate, inclusiv instituirea unor programe continue, concertate și etapizate de prevenire a cancerului de col uterin și a unor programe de schimbare a percepțiilor și atitudinilor în rândul publicului, al profesioniștilor din domeniul medical și al guvernului.

În partea Europei în care au fost implementate programe de screening al cancerului de col uterin bazate pe citologie de înaltă calitate în urmă cu câteva decenii (de exemplu, în Europa de Nord), intervenția a contracarat expunerea crescută la infecția cu HPV, iar incidența cancerului de col uterin a scăzut uniform, făcând din cancerul de col uterin o boală relativ rară¹. În schimb, marea majoritate a țărilor din ECE nu au reușit să stabilească programe organizate, de înaltă calitate sau cu acoperire ridicată de screening al cancerului de col uterin. Până de curând, în întreaga regiune ECE, screeningul bazat pe citologie era în principal oportunist, cu o acoperire redusă și un control slab al calității citologiei⁶⁻⁷. Cu toate acestea, s-au depus unele eforturi, în special după publicarea recomandărilor Uniunii Europene privind screeningul în 2008. Țările baltice și unele țări din Europa Centrală au instituit în ultimul deceniu programe organizate de screening bazate pe citologie, care funcționează parțial, deși acoperirea redusă, absența asigurării calității și screeningul oportunist în afara programului principal reprezintă obstacole majore⁶⁻⁷. Un exemplu deosebit de pozitiv vine din Slovenia, unde, într-un timp relativ scurt și cu investiții accesibile, țara a trecut de la un program de screening oportunist la un program național organizat; rezultatul a fost o scădere dramatică a ratei de incidență a cancerului de col uterin, de la 15 la șase cazuri la 100.000 de femei în perioada 2003-2015⁶. Cu toate acestea, niciuna dintre țările din ECE nu pare să fi planificat utilizarea

screeningului bazat pe HPV care, în comparație cu citologia, oferă o valoare predictivă negativă mai bună și mai durabilă împotriva bolilor cervicale de grad înalt și a cancerului, necesită o infrastructură logistică și de îngrijire a sănătății mai simplă, este mai reproductibil și este probabil să fie mai rentabil. Utilizarea screeningului HPV este recomandată de ghidurile OMS pentru țările care nu dispun deja de un program eficient și cu acoperire ridicată bazat pe citologie⁹ și pentru toate statele membre ale Uniunii Europene¹⁰.

Un studiu recent realizat pe șase țări din regiunea ECE (Estonia, Lituania, Letonia, Belarus, Bulgaria și Rusia) a estimat numărul de femei care ar putea fi neafectate de cancerul de col uterin în următorii 25 de ani în regiune, în cazul introducerii rapide în 2017 a unor programe eficiente de screening pentru cancerul de col uterin¹¹. Presupunând că beneficiile screeningului ar putea fi la fel de favorabile ca cele indicate de tendințele pe termen lung ale incidenței cancerului de col uterin în Danemarca, estimăm că 180.000 de cazuri noi de cancer de col uterin ar putea fi prevenite între 2017 și 2040 numai în cele șase țări studiate¹¹. Amploarea creșterii rapide a riscului în rândul generațiilor recente de femei, dintre care majoritatea nu se încadrează în intervalul de vârstă țintă pentru vaccinul HPV, și dovezile clare ale efectului de prevenire pot și trebuie să consolideze hotărârea de a lansa imediat programe eficiente de screening în țările din Europa Centrală și de Est. Lipsa de acțiune va duce la o creștere dramatică a numărului de femei diagnosticate cu cancer de col uterin. Utilizarea programului de screening bazat pe HPV, în combinație cu introducerea promptă a vaccinării împotriva HPV, ar putea reduce drastic povara cancerului de col uterin¹¹.

În prezent, screeningul cancerului de col uterin, precum și vaccinarea împotriva HPV sunt limitate sau ineficiente în țările din Europa Centrală și de Est. Rezolvarea problemei cancerului de col uterin în regiunea ECE nu mai este o chestiune de cercetare științifică suplimentară, ci mai degrabă de implementare a programelor de sănătate publică^{2,10}. Vaccinarea împotriva HPV este cea mai bună strategie pentru prevenirea cancerului de col uterin în țările din ECE pe termen lung, însă consolidarea activităților de screening este o intervenție cheie pentru a preveni o creștere viitoare a diagnosticărilor de cancer de col uterin în următoarele două

sau trei generații de femei¹¹. Protocoalele care combină vaccinarea împotriva HPV a adolescențelor cu câteva runde organizate de screening bazat pe HPV au fost propuse ca o opțiune viabilă în populațiile cu risc ridicat, cum ar fi țările din ECE¹². În absența unor măsuri, riscul de cancer de col uterin la femeile care trăiesc în ECE ar putea atinge niveluri similare cu cele observate astăzi în unele țări din Africa subsahariană și în țările din Europa de Nord acum jumătate de secol¹¹. În plus, toate țările din ECE ar trebui să îmbunătățească strategiile de susținere, comunicare și mobilizare socială pentru a crește gradul de conștientizare cu privire la povara bolilor legate de HPV și la adecvarea strategiilor comune de prevenție primară și secundară, în special efectul lor sinergic¹⁰. Este necesară implicarea părților interesate la toate nivelurile, inclusiv a specialiștilor din domeniul medical, a factorilor de decizie, a organizațiilor

neguvernamentale, a presei, a grupurilor de femei etc., cu scopul de a spori voința politică, resursele economice și infrastructura administrativă pentru controlul cancerului de col uterin^{4,8,10}. Este necesară luarea de măsuri imediate, inclusiv instituirea de programe continue, concertate și etapizate de prevenire a cancerului de col uterin și de programe pentru schimbarea percepțiilor și atitudinilor în rândul publicului, al specialiștilor din domeniul medical și al guvernului. Suntem cu toții pe deplin conștienți că implementarea unor programe organizate și funcționale de screening cervical, cu tratament accesibil și eficient al leziunilor precanceroase, împreună cu vaccinarea universală împotriva HPV reprezintă o provocare pentru viitorul majorității țărilor din Europa Centrală și de Est, dar aceasta este cu siguranță singura cale de urmat. ■

REFERINTE:

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;136:E359–86. Disponibil la: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.29210>
2. Arbyn M, Antoine J, Mägi M, et al. Trends in cervical cancer incidence and mortality in the Baltic countries, Bulgaria and Romania. *Int J Cancer* 2011;128:1899–907. Disponibil la: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25525>
3. Arbyn M, Raifu AO, Weiderpass E, et al. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. *Eur J Cancer* 2009;45:2640–8. Disponibil la: [https://www.ejancer.com/article/S0959-8049\(09\)00571-1/abstract](https://www.ejancer.com/article/S0959-8049(09)00571-1/abstract)
4. Kesić V, Poljak M, Rogovskaya S. Cervical cancer burden and prevention activities in Europe. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012;21:1423–33. Disponibil la: <https://aacrjournals.org/cebp/article/21/9/1423/69444/Cervical-Cancer-Burden-and-Prevention-Activities>
5. Bray F, Lortet-Tieulent J, Znaor A, et al. Patterns and trends in human papillomavirus-related diseases in Central and Eastern Europe and Central Asia. *Vaccine* 2013;31S:H32–45. Disponibil la: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X13004763?via%3Dihub>
6. Poljak M, Seme K, Maver PJ, et al. Human papillomavirus prevalence and type-distribution, cervical cancer screening practices and current status of vaccination implementation in Central and Eastern Europe. *Vaccine* 2013;31S:H59–70. Disponibil la: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X1300340X?via%3Dihub>
7. Rogovskaya SI, Shabalova IP, Mikheeva IV, et al. Human papillomavirus prevalence and type-distribution, cervical cancer screening practices and current status of vaccination implementation in Russian Federation, the Western countries of the former Soviet Union, Caucasus region and Central Asia. *Vaccine* 2013;31S:H46–58. Disponibil la: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X13008220?via%3Dihub>
8. Poljak M, Rogovskaya SI, Kesić V, et al. Recommendations for cervical cancer prevention in Central and Eastern Europe and Central Asia. *Vaccine* 2013;31S:H80–2. Disponibil la: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X13004799?via%3Dihub>
9. WHO. WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponibil la: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94830/1/9789241548694_eng.pdf
10. von Karsa L, Arbyn M, de Vuyst H, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination. *Papillomavir Res* 2015;1:22–31. Disponibil la: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405852115000129>
11. Vaccarella S, Franceschi S, Zaridze D, et al. Preventable fractions of cervical cancer via effective screening in six Baltic, central, and eastern European countries 2017–2040: a population-based study. *Lancet Oncol* 2016;17:1445–52. Disponibil la: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5052457/>
12. Bosch FX, Robles C, Díaz M, et al. HPV-FASTER: broadening the scope for prevention of HPV-related. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016;13(2):119–32. Disponibil la: <https://www.nature.com/articles/nrclinonc.2015.146>



HPV-FASTER: căutarea de strategii pentru campania de eliminare a cancerului de col uterin în perioada pandemiei de COVID-19

Read this article in English 



Claudia Robles, PhD

Cancer Epidemiology Research Programme, Catalan Institute of Oncology (ICO); Epidemiology, Public Health, Cancer Prevention and Palliative Care Program, Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

crobles@iconcologia.net



Miquel Àngel Pavón, PhD

Cancer Epidemiology Research Programme, Catalan Institute of Oncology (ICO); Epidemiology, Public Health, Cancer Prevention and Palliative Care Program, Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain. Biomedical Research Network Centre, Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Carlos III Health Institute, Madrid, Spain.

mpavon@iconcologia.net



Mireia Díaz Sanchís, PhD

Cancer Epidemiology Research Programme, Catalan Institute of Oncology (ICO); Epidemiology, Public Health, Cancer Prevention and Palliative Care Program, Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL), Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain.

mireia@iconcologia.net



Xavier Bosch, MD, PhD, MPH

Emeritus Cancer Epidemiology Research Programme, Catalan Institute of Oncology (ICO). Associate Professor, Open University of Catalonia (UOC), Barcelona, Spain.

xbosch.ico@gmail.com

Citați acest articol astfel:

C Robles et al. (noiembrie 2021). HPV-FASTER: căutarea de strategii pentru campania de eliminare a cancerului de col uterin în perioada pandemiei de COVID-19. www.HPVWorld.com, RO183

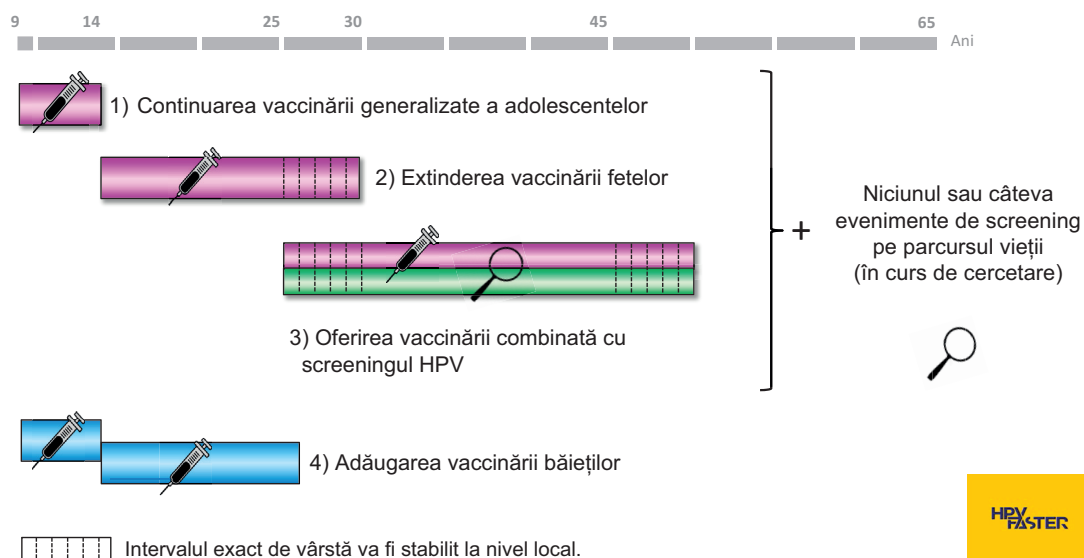
În 2016, conceptul HPV-FASTER a fost consemnat pentru prima dată pentru a reflecta potențialul combinării screeningului HPV și vaccinării pe scară largă împotriva HPV a femeilor de vârstă mijlocie pentru prevenirea cancerului de col uterin¹.

În consecință, strategia HPV-FASTER (Figura 1) propune:

1. Continuarea vaccinării generalizate de rutină a fetelor cu vârsta cuprinsă între 9 și 14 ani și includerea cât mai multor cohorte din această categorie, în măsura în care acest lucru este fezabil la nivel local.
2. Extinderea invitației de vaccinare a femeilor cu vârsta de până la 25/30 de ani, atunci când și acolo unde este fezabil și accesibil din punct de vedere financiar.
3. Oferirea de screening HPV și vaccinarea femeilor nevaccinate cu vârsta de 25/30 de ani la momentul primei sau următoarei vizite de screening, până la vârsta de 40/45 de ani, indiferent de statutul lor HPV. Femeile HPV-negative vor obține protecție completă împotriva tuturor tipurilor de HPV vaccinabile, în timp ce femeile HPV- pozitive vor obține protecție împotriva tipurilor de HPV incluse în vaccin (atât pentru infecții noi, cât și pentru reinfectări cu tipurile inițiale), în timp ce infecția HPV prevalentă sau leziunea este monitorizată clinic. Cercetările în curs explorează dacă vaccinarea femeilor depistate HPV- pozitive cu citologie normală poate genera un efect benefic suplimentar prin reducerea transmiterii HPV către partenerii lor și, în cele din urmă, prin reducerea circulației HPV în rândul persoanelor nevaccinate din comunitate^{2,3}.
4. Incluziunea băieților în programele de vaccinare de rutină cu vârste cuprinse între 9 și 14 ani, cu posibile campanii de recuperare a vaccinării până la vârsta de 26 de ani, ori de câte ori este posibil și accesibil. Vaccinarea neutră din punct de vedere al genului ar spori protecția colectivă, ar accelera controlul bolii, ar proteja bărbații de afecțiuni maligne specifice genului induse de HPV și ar face programul mai rezistent la eșecuri sau întreruperi (de exemplu, în intervalele de urgență COVID-19).

Figura 1

Strategia HPV-FASTER.



Protocolul HPV-FASTER ar genera următoarele rezultate la nivelul populației:

- Un număr mai mare de cohorte de adolescenți vaccinați înainte de inițierea sexuală vor beneficia de cel mai înalt nivel de protecție indusă de vaccin, reducând necesitatea screeningului ulterior. Acest obiectiv este deja acoperit în totalitate de toate ghidurile naționale și de componenta de vaccinare a campaniei de eliminare a cancerului cervical a OMS. Un număr crescut de cohorte de adolescenți vaccinați înainte de inițierea sexuală vor beneficia de cel mai înalt nivel de protecție indusă de vaccin, reducând necesitatea screeningului ulterior. Acest obiectiv este deja acoperit în totalitate de toate ghidurile naționale și de componenta de vaccinare a campaniei de eliminare a OMS.
- Originalitatea HPV-FASTER se bazează pe generarea rapidă de cohorte de femei de vârstă mijlocie cu risc foarte scăzut de cancer de col uterin. Acestea sunt femeile care primesc un vaccin cu spectru larg și care sunt HPV-negative (în medie, aproximativ 90 % pe baza unei prevalențe a HPV între 4 % și 33 % la vârste de screening cuprinse între 25 și 45 de ani). Riscul rezidual de cancer al acestor cohorte este legat de infecțiile nou dobândite cu tipuri de HPV care nu sunt acoperite de vaccin. Aceste cazuri reziduale de cancer induse de tipuri de HPV neacoperite de vaccin sunt estimate în prezent ca fiind responsabile pentru aproximativ 10% din toate cazurile de

cancer de col uterin. Prin urmare, protocoalele HPV-FASTER ar putea fi derulate sub forma unor campanii transversale adaptate geografic, care ar reduce considerabil vizitele repetate de screening ale participantelor, care s-au dovedit a fi o barieră majoră pentru sustenabilitate în țările cu venituri mici și medii (LMIC).

În prezent, conceptul HPV FASTER este testat în condiții reale, iar rezultatele vor fi evaluate în mod oficial din punct de vedere clinic și al eficienței costurilor^{4,5}.

Analizele de modelare efectuate până în prezent tind să concluzioneze că vaccinarea devine nefavorabilă pe măsură ce femeile îmbătrânesc, datorită riscului redus de expunere la HPV odată cu înaintarea în vârstă, răspunsului imunitar mai slab și protecției concomitente oferite de screening, atunci când acesta este disponibil^{6,7}. Cu toate acestea, unul dintre parametrii cei mai influenți asupra echilibrului cost-eficacitate rămâne prețul vaccinului. De exemplu, atunci când prețul vaccinului este redus de la 105 € la 45 € pe doză, limita superioară de vârstă pentru rentabilitate (conform parametrilor din Țările de Jos) variază de la fete de 12 ani la femeile de 30 de ani⁸. Aceste rezultate sugerează că, odată cu ajustarea prețurilor vaccinurilor, reducerea numărului de doze sau reducerea numărului de screeninguri ulterioare pe parcursul vieții, protocoalele HPV FASTER ar putea fi eficiente din punct de vedere clinic, precum și rentabile în multe contexte.

Protocoalele HPV-FASTER ar putea fi aplicate sub forma unor campanii transversale adaptate la specificul geografic, ceea ce ar reduce considerabil numărul vizitelor repetate ale participanților pentru screening, care s-au dovedit a fi un obstacol major pentru sustenabilitate în țările cu venituri mici și medii.

Campania OMS pentru eliminarea cancerului de col uterin și noul context generat de COVID-19
Din 2018, doi factori determinanți majori la nivel mondial se remarcă în scenariul internațional de prevenire a cancerului de col uterin:

1. Declararea campaniei pentru eliminarea cancerului de col uterin de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în 2018.
2. Consecințele globale asupra sănătății ale izbucnirii pandemiei de COVID-19.

Prima a fost aprobată de țările participante la Adunarea Mondială a Sănătății din august 2020, un vot care a încurajat țările să atingă trei obiective globale până în 2030 (Tabelul 1):

- 90% dintre fetele din lume vaccinate până la vârsta de 15 ani.
- 70% dintre femeile examinate de două ori la vârsta de 35 și 45 de ani, cu un sistem de testare de înaltă calitate (bazat pe HPV).
- 90% din cazurile de precancer și cancer să aibă acces la tratament.

Pandemia a canalizat energia mondială către atenuarea transmiterii comunitare și către diagnosticarea și tratarea a milioane de cazuri de COVID-19. De asemenea, a stimulat resursele de cercetare pentru descoperirea, producerea și diseminarea dispozitivelor de diagnosticare și a vaccinurilor împotriva COVID-19. Acest efort pune însă în pericol realizarea majorității celorlalte obiective globale pe termen scurt în domeniul sănătății, inclusiv obiectivele intermediare ale campaniei de eliminare pentru 2030.

Tabelul 1

Obiectivele 90-70-90 ale campaniei globale a OMS pentru eliminarea cancerului de col uterin, stabilite inițial pentru a fi atinse până în 2030.



90% dintre fete sunt complet vaccinate împotriva HPV până la vârsta de 15 ani.



70% dintre femeile sunt supuse unui screening printr-un test de înaltă performanță între 35 și 45 de ani.



90% dintre femeile diagnosticate cu afecțiuni cervicale primesc tratament pentru leziuni precanceroase sau cancer invaziv.

Țările depun eforturi pentru a recupera dozele de vaccin HPV și vizitele de screening pierdute, reintroducând programele întrerupte cu opțiuni noi de screening (...) și planificând strategii mai rentabile de vaccinare împotriva HPV.

În acest scop, țările depun eforturi pentru a recupera dozele de vaccin HPV și vizitele de screening lipsă, reintroducând programele întrerupte cu opțiuni noi de screening, cum ar fi utilizarea auto-prelevării de probe și planificarea unor strategii mai rentabile pentru integrarea vaccinurilor HPV în schemele de vaccinare de rutină. Explorarea în continuare a propunerii HPV-FASTER pare a fi o considerație oportună și interesantă în elaborarea planurilor post-pandemice pentru eliminarea cancerului de col uterin. ■

CONFLICTE DE INTERESE

Autorii declară că nu au nimic de dezvăluit.

REFERINTE:

1. Bosch FX, Robles C, Díaz M, et al. HPV-FASTER: broadening the scope for prevention of HPV-related cancer. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016 Feb;13(2):119–32. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26323382/>
2. Vorsters A, Van Damme P, Bosch FX. HPV vaccination: Are we overlooking additional opportunities to control HPV infection and transmission? *Int J Infect Dis*. 2019 Nov;88:110-112. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31521851/>
3. Wissing MD, Burchell AN, El-Zein M, et al. Vaccination of Young Women Decreases Human Papillomavirus Transmission in Heterosexual Couples: Findings from the HITCH Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2019 Nov;28(11):1825-1834. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31488413/>
4. León-Maldonado L, Cabral A, Brown B, et al. Feasibility of a combined strategy of HPV vaccination and screening in Mexico: the FASTER-Tlalpan study experience. *Hum Vaccin Immunother*. 2019;15(7-8):1986-1994. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31184976/>
5. Dillner J, Elfström M, Baussano I. (November 2021) The EVEN FASTER concept for cervical cancer elimination. *www.HPVWorld.com*, 182. Disponibil la: <https://www.hpworld.com/articles/the-even-faster-concept-for-cervical-cancer-elimination/>
6. Laprise JF, Chesson HW, Markowitz LE, et al. Effectiveness and Cost-Effectiveness of Human Papillomavirus Vaccination Through Age 45 Years in the United States. *Ann Intern Med*. 2020 Jan 7;172(1):22-29. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31816629/>
7. Kim JJ, Simms KT, Killen J, et al. Human papillomavirus vaccination for adults aged 30 to 45 years in the United States: A cost-effectiveness analysis. *PLoS Med*. 2021 Mar 11;18(3):e1003534. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33705382/>
8. Westra TA, Rozenbaum MH, Rogoza RM, et al. Until which age should women be vaccinated against HPV infection? Recommendation based on cost-effectiveness analyses. *J Infect Dis*. 2011 Aug 1;204(3):377-84. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21742836/>



Conceptul EVEN FASTER pentru eliminarea cancerului de col uterin

Read this article in English 



Joakim Dillner, MD, PhD
*Department of Laboratory Medicine,
Karolinska Institutet
Center for Cervical Cancer Prevention,
Karolinska University Hospital
Stockholm, Sweden
joakim.dillner@ki.se*



Miriam Elfström, PhD
*Department of Laboratory Medicine,
Karolinska Institutet
Center for Cervical Cancer Prevention,
Karolinska University Hospital
Stockholm, Sweden
miriam.elfstrom@ki.se*



Iacopo Baussano, MD, PhD
*Scientist, Early Detection, Prevention and
Infections Branch
International Agency for Research on
Cancer, World Health Organization
Lyon, France
baussano@iarc.fr*

Conceptul FASTER constă în oferirea concomitentă a screeningului și a vaccinării anti-HPV, pentru a maximiza impactul combinat al ambelor măsuri. Când strategia FASTER este utilizată, femeile care sunt HPV-negative la momentul vaccinării pot efectua screening mai rar, datorită riscului extrem de scăzut – reducând astfel semnificativ nevoia de screening¹.

Prezentăm un concept ușor modificat – EVEN FASTER – care are ca scop specific accelerarea eliminării cancerului de col uterin. Conceptul se bazează pe: 1) utilizarea ratei reproductive HPV (sau a unor măsuri asociate) pentru a determina grupele de vârstă optime care trebuie vizate de o campanie de tip vaccinare & screening conform modelului FASTER; și 2) utilizarea unor campanii de screening țintite, mai degrabă decât a

Citați acest articol astfel:

J Dillner et al. (Noiembrie 2021). Conceptul EVEN FASTER pentru eliminarea cancerului de col uterin. www.HPVWorld.com, RO182

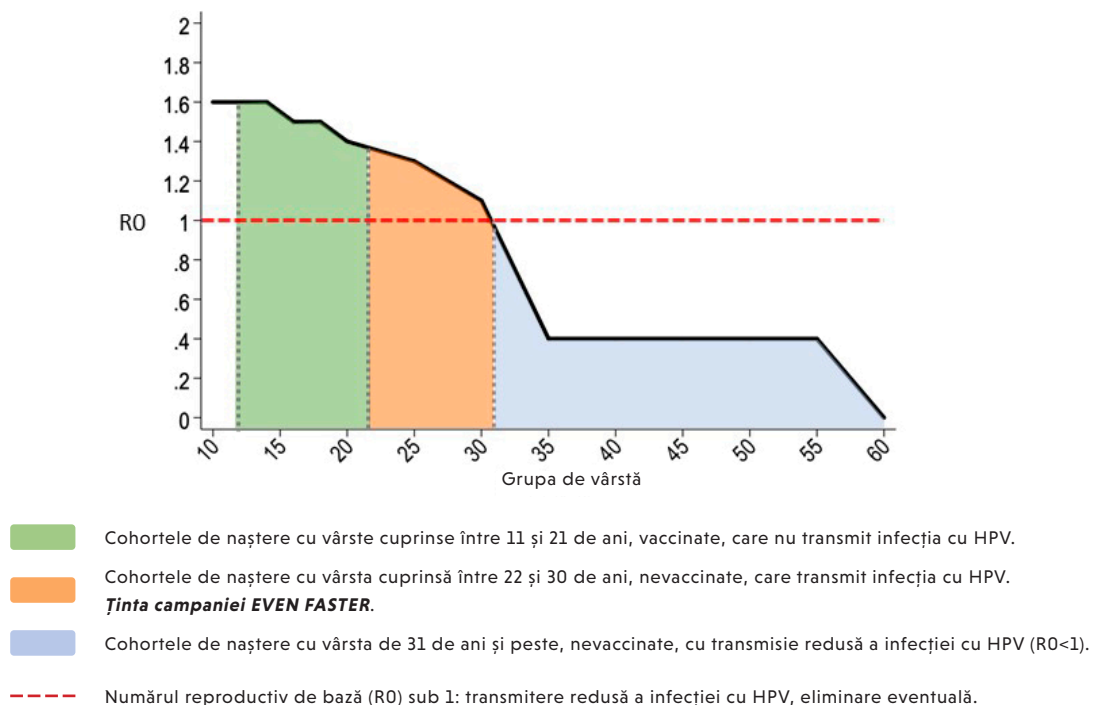
Conceptul EVEN FASTER se bazează pe 1) utilizarea ratei de reproducere a HPV (sau a măsurilor asociate) pentru a determina grupele de vârstă optime care trebuie vizate de o campanie FASTER de vaccinare și screening și 2) utilizarea campaniilor de screening țintite, în locul programelor care necesită infrastructuri pe termen lung.

unor programe care necesită infrastructuri pe termen lung. Aici, sugerăm ca vârsta maximă optimă pentru vaccinarea împotriva HPV să fie definită mai întâi luând în considerare contribuția fiecărei grupe de vârstă la răspândirea infecției cu HPV în populație. Acest lucru se poate realiza luând în considerare indicatori epidemiologici specifici bine stabiliți, precum numărul reproductiv de bază (R_0).

R_0 este o măsură a potențialului de răspândire a unei infecții într-o populație specifică, iar dacă aceasta este mai mică de 1, infecția va dispărea în cele din urmă. Este important de menționat că R_0 este determinat de tiparele de contact specifice contextului, cum ar fi comportamentul sexual, care la rândul lor sunt influențate de normele sociale locale. De exemplu, în Suedia, ratele de contact sexual depind în mare măsură de vârstă și, în consecință, R_0 generat peste vârsta de 30 de ani este scăzut (Figura 1).

Figura 1

Numărul reproductiv de bază (R_0) specific vârstei pentru HPV16 în rândul femeilor nevaccinate (% persoană-lună), estimat utilizând un model de transmitere a HPV bazat pe populație, de tip unic, adaptat la datele suedeze³. Curba reprezintă media rezultatelor obținute după rularea modelului de 10.000 de ori. De remarcat că R_0 este calculat utilizând o "vârstă limită", fără răspândire în rândul femeilor mai tinere decât vârsta limită. Adaptat după Dillner et al 2021⁴.



Numărul reproductiv de bază (R0) este o măsură a potențialului de răspândire a unei infecții într-o populație specifică, iar dacă este mai mic decât 1, infecția va dispărea în cele din urmă. Este important de menționat că R0 este determinat de tiparele de contact specifice contextului, cum ar fi comportamentul sexual, care la rândul lor sunt influențate de normele sociale locale.

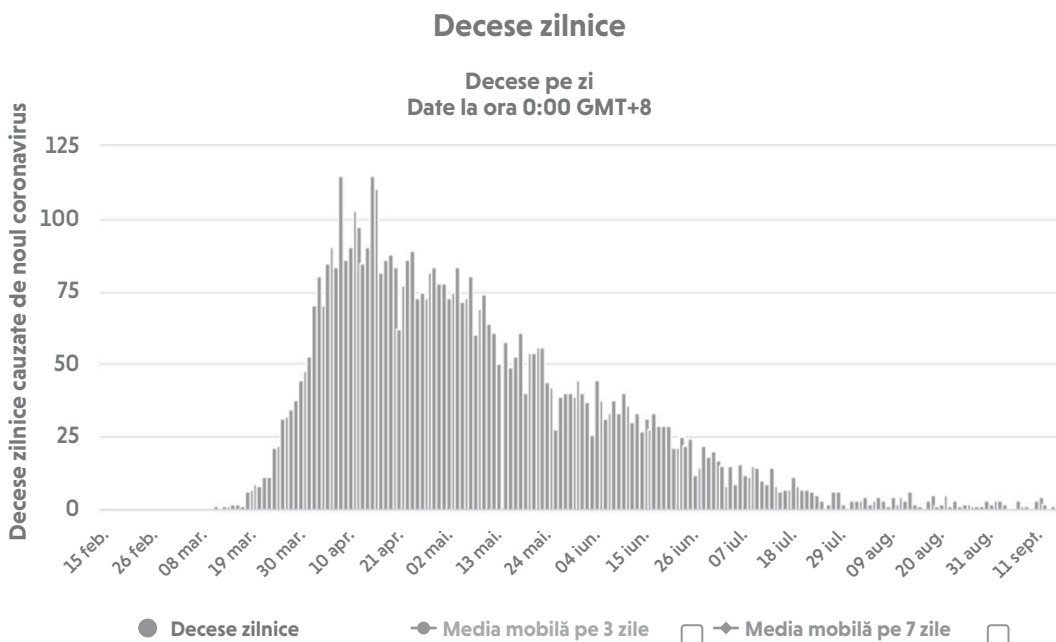
O examinare a graficului R0 (Figura 1) sugerează că infecția ar fi eliminată rapid din populație dacă grupurile de vârstă sub 30 de ani nu ar putea transmite infecțiile cu HPV. Cohortele de naștere cu vârste cuprinse între 11 și 21 de ani au fost vizate de programul de vaccinare cu acoperire ridicată în școli, care a început în 2012, și astfel se pare că grupele de vârstă 22-30 de ani sunt cele care mențin preponderent circulația infecției cu HPV în populație. Vizarea cohortelor de naștere capabi-

le să genereze un R0 >1 într-o campanie unică de vaccinare HPV de recuperare a vaccinării este ușor de realizat. De exemplu, campaniile de vaccinare împotriva Covid19, aflate în curs de desfășurare, au atins deja 28% din populația mondială (4 miliarde de doze administrate, la 34 de milioane de doze/zi) (ourworldindata.org). În Suedia, o campanie de eliminare a HPV ar putea fi teoretic finalizată în aproximativ 4 săptămâni dacă vaccinările ar fi efectuate în același ritm ca în campania de vaccinare împotriva Covid19.

Pandemia de Covid ne-a reamintit importanța monitorizării numărului reproductiv efectiv (R) pentru controlul infecțiilor, deoarece majoritatea țărilor au măsurat sistematic R și au ajustat politicile de control în consecință. Un exemplu al modului în care se poate dezvolta o epidemie este prezentat mai jos: când SARS-CoV-2 a pătruns în Stockholm, Suedia, s-a estimat că avea un R0 de 2,5 și s-a răspândit rapid. Doar câteva săptămâni mai târziu, R era sub 1 și primul val al epidemiei s-a stins (Figura 2). HPV este, de asemenea, o infecție potențial letală, pentru care există instrumente eficiente de reducere a R0 la un R sub 1 (vaccinuri).

Figura 2

Primul val al epidemiei de Covid în Stockholm, martie-iulie 2020. Numărul reproductiv de bază (R0) a fost inițial de aproximativ 2,5, ceea ce a dus la o răspândire rapidă, dar numărul reproductiv efectiv (R) a scăzut sub 1 la începutul lunii aprilie, ceea ce a dus la dispariția primului val la scurt timp după aceea. Grafic de pe site-ul Agenției Naționale de Sănătate Publică din Suedia. (www.folkhalsomyndigheten.se)

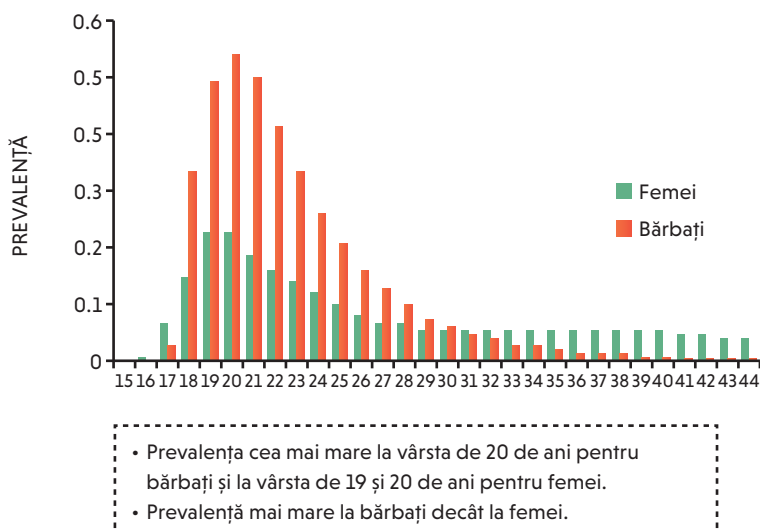
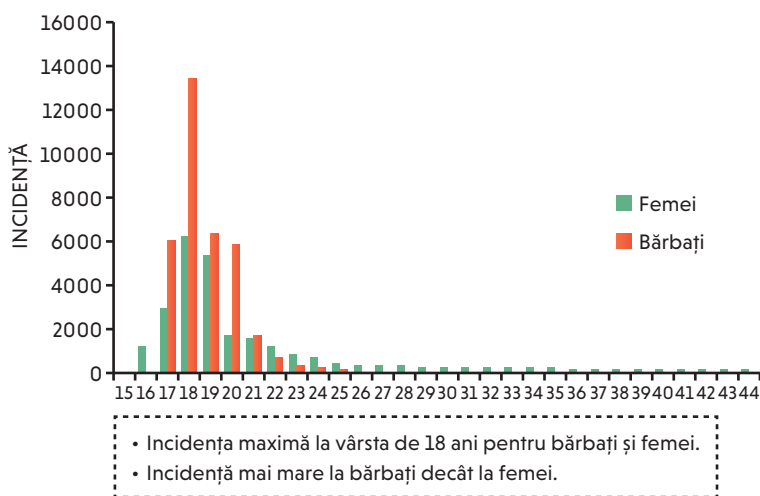


În Suedia, o campanie de eliminare a HPV ar putea fi teoretic finalizată în aproximativ 4 săptămâni dacă vaccinările ar fi efectuate la aceeași rată ca în campania de vaccinare împotriva Covid19.

În anumite contexte, evaluarea valorii R0 poate fi imposibilă. Incidența depinde în mod direct de R0 și, dacă R0 nu este disponibil, se poate utiliza în schimb incidența. Dacă nici incidența nu este disponibilă, se poate utiliza prevalența ca indicator, deoarece prevalența va atinge valoarea maximă

Figura 3

Distribuția pe vârste a incidenței și prevalenței HPV în Finlanda înainte de începerea vaccinărilor împotriva HPV (cu amabilitatea dr. Geoffrey Garnett). Model bazat pe date introduse din modelele de interacțiune socială și studiile serologice privind HPV în Finlanda⁵.



Într-un context în care HPV nu mai circulă, următoarea sarcină va fi detectarea și tratarea tuturor leziunilor precanceroase de col uterin pe care HPV le-a indus atunci când încă circula – o așa-numită campanie de screening de «închidere».

la scurt timp după incidență (Figura 3).

Există o concepție greșită potrivit căreia efectul screeningului ar avea o componentă temporală asociată și că beneficiile ar fi măsurabile numai după o perioadă de timp, în funcție de evoluția naturală a bolii. Cu toate acestea, dacă întreaga populație ar fi supusă screeningului și tratată într-o singură zi, efectul complet al screeningului s-ar realiza deja a doua zi. Într-un context în care HPV nu mai circulă, următoarea sarcină va fi detectarea și tratarea tuturor precursorilor cancerului de col uterin induși de HPV în momentul în care acesta încă circula – o așa-numită campanie de screening „de închidere”. Biologia infecției cu HPV va simplifica această sarcină în mai multe moduri: 1) în grupele de vârstă vizate de campania FASTER de vaccinare și screening, femeile negative nu trebuie să fie vizate; 2) ratele rapide de eliminare spontană a HPV vor avea ca rezultat dispariția majorității

infecțiilor tranzitorii în jumătate de an, lăsând în principal infecții persistente și îmbunătățind astfel considerabil valoarea predictivă pozitivă (VPP) a screeningului bazat pe HPV; 3) perioada de incubare de la infectarea cu HPV până la dezvoltarea unei leziuni epiteliale scuamoase de grad înalt (HSIL) este scurtă (estimată la aproximativ 2 ani), ceea ce înseamnă că, la scurt timp după ce infecția nu se mai răspândește, majoritatea infecțiilor cu HPV vor fi dispărut sau vor fi progresat către o leziune HSIL care poate fi detectată și tratată, crescând și mai mult VPP. Deoarece este vorba de o campanie de screening, costul implementării acesteia va fi mult mai mic decât în cazul construirii unei infrastructuri de screening semipermanente². Întreaga populație feminină va trebui să fie vizată, dar planificarea unui astfel de efort este mult mai ușoară dacă screeningul este realizat sub forma unei campanii. ■

DECLARAȚIE

Autorii declară că nu au nimic de dezvăluit.

DECLARAȚIE DE EXONERARE DE RĂSPUNDERE

În cazul în care autorii sunt identificați ca personal al Agenției Internaționale pentru Cercetarea Cancerului (IARC)/Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), autorii sunt singurii responsabili pentru opiniile exprimate în acest articol și acestea nu reprezintă neapărat deciziile, politica sau opiniile IARC/OMS.

REFERINTE:

1. Bosch FX, Robles C, Díaz M, et al. HPV-FASTER: broadening the scope for prevention of HPV-related cancer. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016;13(2):119-32. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26323382/>
2. Campos NG, Tsu V, Jeronimo J et al. Cost-effectiveness of an HPV self-collection campaign in Uganda: comparing models for delivery of cervical cancer screening in a low-income setting. *Health Policy Plan*. 2017;32(10):1491. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28973511/>
3. Elfström KM, Lazzarato F, Franceschi S et al. Human Papillomavirus Vaccination of Boys and Extended Catch-up Vaccination: Effects on the Resilience of Programs. *J Infect Dis*. 2016;213(2):199-205. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26142436/>
4. Dillner J, Elfström KM, Baussano I. Prospects for accelerated elimination of cervical cancer. *Prev Med*. 2021;153:106827. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34599922/>
5. French KM, Barnabas RV, Lehtinen M, et al. Strategies for the introduction of human papillomavirus vaccination: modelling the optimum age- and sex-specific pattern of vaccination in Finland. *Br J Cancer*. 2007;96(3):514-8. Disponibil la: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17245341/>



Cum să îmbunătățim participarea la screeningul cervical în rândul populațiilor defavorizate



Dr Sharon JB Hanley, PhD
Department of Academic Primary Care, University of Aberdeen, Aberdeen, United Kingdom
sharon.hanley@abdn.ac.uk

[Read this article in English](#) 

INTRODUCERE

Neefectuarea screeningului cervical este unul dintre cei mai mari factori de risc pentru dezvoltarea cancerului de col uterin¹. Motivele pentru care femeile nu se prezintă la screening sunt complexe. Acestea includ factori psihologici, precum rușine, disconfort și teamă (atât față de procedură, cât și față de rezultate); factori cognitivi, în special factori de risc pentru cancerul de col uterin; și factori practici, precum timpul, costul și accesul la facilități de screening sau la un medic de gen feminin. Îmbunătățirea participării la screeningul cervical în rândul populațiilor defavorizate necesită adresarea acestor bariere și

adaptarea abordărilor pentru a răspunde nevoilor specifice ale acestor comunități. În prezentul articol, rezum elementele cheie care trebuie luate în considerare și ofer îndrumări pentru lecturi suplimentare pe această temă.

Neefectuarea screeningului cervical este unul dintre cei mai mari factori de risc pentru dezvoltarea cancerului de col uterin.

Citați acest articol astfel:

SJB Hanley (februarie 2025). *Cum să îmbunătățim participarea la screeningul cervical în rândul populațiilor defavorizate.*
www.HPVWorld.com, RO295

Tabelul 1

Strategii pentru susținerea participării la screening*.

1. Creșterea gradului de conștientizare și educare	
●	Campanii comunitare și programe de sensibilizare: Colaborați cu liderii comunității și organizațiile locale pentru a educa populația cu privire la importanța screeningului cervical.
●	Mesaje adaptate cultural: Utilizați un limbaj/imagini sensibile din punct de vedere cultural în materialele educaționale pentru a rezona cu publicul țintă.
●	Resurse multilingve: Furnizați materiale în limba preferată a comunității țintă, inclusiv materiale ușor de citit și materiale în Braille.
2. Abordarea obstacolelor practice	
●	Clinici mobile: Furnizați servicii de screening în zone defavorizate cu ajutorul unităților medicale mobile.
●	Program flexibil: Oferiți screening în timpul serilor sau weekendurilor pentru acomodarea programului de lucru sau nevoilor de îngrijire a copiilor.
●	Servicii de transport: Asigurați transportului gratuit sau subvenționat către locurile de screening.
●	Servicii de îngrijire a copiilor: Oferiți opțiuni de îngrijire a copiilor la fața locului / creșă în timpul programărilor pentru screening.
●	Canapele accesibile: Furnizați dispozitive de ridicare, balustrade și canapele accesibile pentru a facilita examinarea. Luați în considerare vizitele la domiciliu.
●	Auto-prelevare: Oferiți posibilitatea auto-prelevării pentru a permite femeilor să efectueze screeningul în confortul și comoditatea propriului cămin sau la ora și locul ales de ele.
3. Reducerea barierelor financiare	
●	Screening gratuit sau subvenționat: Oferiți screening gratuit sau la costuri reduse. Colaborați cu organizații din domeniul sănătății, companii de asigurări sau organizații caritabile pentru a oferi screening la prețuri accesibile.
4. Abordați frica și dezinformarea/informarea eronată	
●	Povești personale: Furnizați mărturii ale femeilor care au beneficiat de screening sau care au fost îngrijorate în legătură cu screeningul, dar au avut o experiență pozitivă.
●	Forumuri comunitare: Organizați sesiuni de întrebări și răspunsuri (online și față în față) în care profesioniști de încredere din domeniul sănătății pot aborda temerile și concepțiile greșite.
●	Consultare înainte de programare: Stabiliți întâlniri cu femeile reticente la screening pentru a discuta eventualele temeri și a clarifica eventualele neînțelegeri.
5. Construiește încredere și relații comunitare	
●	Implicați lideri de încredere din comunitate: Implicați lideri religioși, asistenți sociali, persoane influente sau orice alte persoane de încredere pentru a încuraja participarea.
●	Formare în competențe culturale: Instruiți furnizorii de servicii medicale pentru a înțelege și respecta credințele și practicile culturale.
6. Adaptarea serviciilor la nevoile și comunitățile specifice	
●	Kituri de auto-prelevare: Furnizați kituri de auto-prelevare HPV care pot fi utilizate acasă pentru persoanele care ezită să solicite efectuarea testului de către un profesionist din domeniul sănătății.
●	Furnizori sensibili la aspectele de gen: Oferiți opțiunea de a alege o persoană de sex feminin pentru efectuarea screeningului.
●	Partener/prieten: Permiteți prezența unui partener sau prieten.
●	Intervenții specifice resurselor: Oferiți intervenții durabile și specifice contextului.
7. Folosiți noile tehnologii	
●	Mementouri prin SMS și e-mail: Trimiteți mementouri pentru programări prin SMS sau e-mail.
●	Opțiuni de telemedicină: Oferiți consultații preliminare prin telefon sau videoconferință.
●	Campanii pe rețelele sociale: Utilizați platformele de socializare pentru a promova conștientizarea.

*În majoritatea cazurilor, acestea nu funcționează de sine stătător, ci reprezintă o combinație de strategii care pot contribui la creșterea implicării.

Îmbunătățirea participării la screeningul cervical în rândul populațiilor defavorizate necesită eliminarea acestor bariere și adaptarea abordărilor pentru a răspunde nevoilor specifice ale acestor comunități.

STUDII DE CAZ

1. Programul ROSE

În Malaezia, [programul ROSE](#) (Removing Obstacles to cervical Screening) utilizează tehnologia mobilă și auto-prelevarea de probe HPV pentru a elimina barierele locale care împiedică femeile să fie testate în mod eficient, inclusiv constrângerile infrastructurale. Este o abordare centrată pe femei, care le oferă acestora demnitate și intimitate prin auto-prelevarea de probe, urmată de disponibilitatea rapidă a rezultatelor și navigarea monitorizării prin intermediul telefonului mobil al femeilor și utilizarea unui registru digital, CANscreen. „Mobilitatea” auto-prelevării de probe permite, de asemenea, femeilor să fie testate atât în mediul urban (unde probele sunt trimise la un laborator centralizat), cât și în mediul rural (cu o clinică mobilă și testare HPV la locul de îngrijire)².

Pentru a elimina cancerul de col uterin la nivel global, screeningul cervical trebuie realizat într-un mod incluziv, sigur din punct de vedere cultural și adecvat contextului, deoarece motivele pentru care femeile nu se prezintă la screeningul cervical sunt multiple și complexe.

2. Shear 4 a Cause

În zona rurală din Aotearoa (Noua Zeelandă), efectuarea unui test pentru depistarea cancerului de col uterin poate însemna un drum cu mașina care durează între 90 de minute până la 3 ore, luarea unei zile libere de la serviciu, organizarea îngrijirii copiilor și pierderea veniturilor. Chiar dacă testul în sine este gratuit, costul deplasării la cabinetul medical poate depăși 100 de dolari. Acest lucru este valabil în special pentru wahine (femei în limba maori) care lucrează tot anul, 7

zile pe săptămână, în zone îndepărtate, ca parte a grupurilor de tuns oi. Pentru a elimina aceste bariere, un grup de experți în sănătate a adus unitatea mobilă de testare cervicală în zona rurală Central Otago, pentru a veni în întâmpinarea celor care se luptă să obțină screeningul de care au nevoie. La fel ca în cazul programului ROSE, se utilizează auto-prelevarea de probe HPV și un test la locul de îngrijire. Cu toate acestea, este prezentă și o unitate mobilă de colposcopie, iar orice femeie cu un rezultat anormal poate beneficia de colposcopie/biopsie „la fața locului” în aceeași zi. Având în vedere că tunsul oilor continuă de la răsărit până la apus, pierderea monitorizării după un rezultat anormal al testului nu este o problemă³.

3. IMCAN

[IMCAN](#) (Îmbunătățirea accesului femeilor musulmane la screeningul cancerului) este un proiect cu durata de trei ani, care se adresează femeilor din comunitățile musulmane, oferindu-le informații care să le ajute să ia decizii în cunoștință de cauză cu privire la screeningul cancerului de sân, de col uterin și de intestin. „IMCAN” înseamnă „facilitarea” sau „a face posibil” în limba arabă. În timp ce, în mod tradițional, furnizorii de sănătate se așteaptă ca beneficiarul să ia legătura, IMCAN își propune să ofere serviciul unor femei dintre cele mai marginalizate din societate, inclusiv femeilor care se confruntă cu discriminare și sunt dezavantajate în mod disproporționat. Proiectul organizează ateliere cu femei musulmane cu vârste cuprinse între 25 și 74 de ani, în nord-estul Angliei, în Scoția și online, pentru a ajunge la aproximativ 200 de femei și a le oferi o modalitate adecvată din punct de vedere cultural de a lua o decizie informată cu privire la screeningul cancerului. În acest scop, toate atelierile sunt concepute în parteneriat cu femei musulmane. Proiectul asistă și îndrumă femeile în ceea ce privește orice preocupări religioase pe care le-ar putea avea, în special cu privire la modul în care screeningul se potrivește cu credința lor⁴.

4. MalSco

În cele din urmă, [proiectul MalSoc Screening](#), un proiect colaborativ în curs de desfășurare între Scoția și Malawi, urmărește să reducă incidența cancerului de col uterin în Malawi prin furnizarea de servicii durabile de screening pentru cancerul de col uterin în întreaga țară, cu accent pe consolidarea serviciilor pentru femeile din mediul rural. Malawi

este o țară cu resurse reduse, cu rate ridicate de incidență și mortalitate din cauza cancerului de col uterin. Datorită costurilor excesive și constrângerilor de infrastructură (alimentare constantă cu energie electrică) necesare pentru testarea citologică sau HPV, MalSco utilizează o abordare de screening și tratament de tip cost redus și tehnologie redusă, cu inspecție vizuală cu acid acetic (VIA) și coagulare/ablație termică. Până în prezent, aproape 30 000 de femei au fost testate, existând planuri de a ajunge la încă 60-80 000. Implicarea locală în program și învățarea reciprocă au contribuit la succesul proiectului. Până în prezent, peste cincizeci de angajați au fost instruiți, a fost pus în aplicare un program de mentorat, iar testarea este introdusă în spitalele și centrele de sănătate din mediul rural⁵.

CONCLUZII

Pentru a elimina cancerul de col uterin la nivel global, screeningul cervical trebuie realizat într-un mod incluziv, sigur din punct de vedere cultural și adecvat contextului. Deși pot fi implementate

multiple strategii pentru a îmbunătăți participarea grupurilor defavorizate, motivele pentru care femeile nu se prezintă la screeningul cervical sunt multiple și complexe. Din acest motiv, strategiile de eliminare a acestor bariere nu sunt „izolate”, ci o combinație de strategii poate contribui la îmbunătățirea implicării. Acest lucru se observă în cadrul programului ROSE, în care clinicile mobile și testarea la locul de îngrijire sunt combinate cu utilizarea telefoanelor mobile și registrele digitale. Fezabilitatea și tracțiunea sunt, de asemenea, influențate de context. În multe țări cu venituri mici și medii, nu există o infrastructură robustă de sănătate publică care să faciliteze algoritmi complecși de screening utilizați în țările cu venituri ridicate, în special în cazul testării HPV. Prin urmare, este important să fim conștienți de faptul că nu există o soluție universală și că susținerea și cunoștințele locale sunt fundamentale. ■

DECLARAȚIE

Autorii declară că nu au nimic de dezvăluit.

REFERINȚE:

1. Peto J, Gilham C, Fletcher O, et al. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. *Lancet*. 2004;364(9430):249-56. Disponibil la: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)16674-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)16674-9/fulltext)
2. Woo YL, Ooi L, Saville M. Program ROSE: a revolutionary strategy in cervical screening, *www.HPVWorld.com*, 177, Disponibil la: <https://www.hpvworld.com/gynecology/articles/program-rose-a-revolutionary-strategy-in-cervical-screening/>
3. The Spinoff. Cervical Screening in rural Aotearoa | Preventing the preventable | The Spinoff [Internet]. 2024. Disponibil la: <https://www.youtube.com/watch?v=oVJmszc0moc>
4. University of Sunderland [Internet]. 2024. IWD 2024: Milestone for scheme improving cancer screening among Muslim women. Disponibil la: <https://www.sunderland.ac.uk/more/news/story/IWD-2024-Milestone-for-scheme-improving-cancer-screening-among-Muslim-women-2352>
5. Cubie H, Campbell C, Cervical cancer screening - The challenges of complete pathways of care in low-income countries: Focus on Malawi, *Womens Health (Lond)*. 2020;16. Disponibil la: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1745506520914804?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org

Acest articol este inclus în monografia HPW *Prevenirea cancerului de col uterin în Europa*

Coordonatori științifici:

Johannes Berkhof, Kate Cuschieri, Clàudia Robles, Xavier Bosch

Editori HPW:

Patricia Guijarro, Paula Peremiquel, Valentina Rangel

În numele echipei editoriale, dorim să mulțumim tuturor autorilor care au contribuit la această monografie specială.

ALTE ARTICOLE DIN ACEST NUMĂR SPECIAL HPW:

J Wang, MK Elfström, J Dillner. The impact of cervical cancer screening for different HPV genotypes.

E van den Borst, S Van Keer, A Vorsters. Urine as sample for primary cervical cancer screening.

M Arbyn, SK Dhillon, M Poljak. Validated HPV tests usable in cervical cancer screening on clinician-collected cervical specimens.

M Poljak, A Oštrbenk Valenčák. Global overview of commercially available HPV molecular tests.

M Elfstrom, J Dillner. Evaluation of co-testing with cytology and human papillomavirus testing in cervical screening.

L Baandrup, SK Kjaer. Profile of HPV infections in vaccinated cohorts and implications for future screening.

IM de Kok, E E.L. Jansen, J A.C. Hontelez. Harms and benefits of cervical cancer screening and its future.

K Cuschieri, L Connor, S Arroyo Muhr. Key elements of quality assurance for practical HPV testing to support cervical screening.

T McGlacken, M Fitzgerald, N Russell. Allowing safe exit from cervical cancer screening – which strategy to use.

J Bonde. A Silver bullet - HPV self-sampling in Denmark.

S Hawco, A Woolner. Obstetric effects of introducing the HPV vaccination.

M Lehtinen, K Louvanto. Low progression potential of cervical HSIL among HPV-vaccinated women with persistent non-vaccine type HPV infections.

CE Cocuzza et al. Validation metrics of collection device(s) and HPV assays – challenges and opportunities.

VN Pimenoff, JA Bogaards, M Lehtinen. HPV type-replacement in cohorts of vaccinated and unvaccinated individuals.

J Berkhof, C Robles. Main results of RISCC Consortium.

K Cuschieri, B Serrano, G Albero, L Bruni. Fact Sheet Europe.

CJLM Meijer et al. Full molecular self-screening for cervical cancer detection: more independence, convenience and privacy for participating women - Part II.



Politici privind creșterea ratei de screening pentru cancerul de col uterin în rândul femeilor vulnerabile: rezultate ale sondajului realizat în 22 de țări europene

Read this article in English 



Isabel Mosquera, PhD

*Early Detection, Prevention & Infections Branch,
International Agency for Research on Cancer
(IARC/WHO), Lyon, France.*

mosquerai@iarc.who.int



Meritzell Mallafré-Larrosa, MD

*Technical Cooperation and Capacity Development,
City Cancer Challenge (C/Can), Geneva,
Switzerland.*

mallafré@citycancerchallenge.org



Partha Basu, MD

*Early Detection, Prevention & Infections Branch,
International Agency for Research on Cancer
(IARC/WHO), Lyon, France.*

basup@iarc.who.int

În 2022, cancerul de col uterin (cancer cervical, CC) a fost diagnosticat la aproape 68 000 de femei și a cauzat peste 32 000 de decese în regiunea OMS Europa, cu o incidență și o mortalitate standardizate în funcție de vârstă de 10,1 și, respectiv, 3,9 la 100 000 de femei.

Citați acest articol astfel:

I Mosquera et al. (iunie 2025). Politici privind creșterea ratei de screening pentru cancerul de col uterin în rândul femeilor vulnerabile: rezultate ale sondajului realizat în 22 de țări europene. www.HPVWorld.com, RO307

Ratele variază foarte mult între țări¹, precum și în interiorul acestora, deoarece acest tip de cancer afectează mai multe grupuri de populație defavorizate, inclusiv lucrătorii sexuali, migranții și consumatorii de droguri ilegale². Această vulnerabilitate poate rezulta fie dintr-un risc inerent mai mare de CC legat de factori biologici, sociali sau comportamentali, fie din faptul că aceste grupuri sunt defavorizate în cadrul sistemului de sănătate (inclusiv în programele de screening pentru CC) din cauza barierelor structurale sau a marginalizării. În urma apelului global al OMS de a elimina CC ca problemă de sănătate publică, Comisia Europeană (CE) a lansat „Planul european de combatere a cancerului” pentru a asigura o acoperire de 90 % a populației eligibile pentru screeningul CC până în 2025³.

În urma apelului global al OMS de a elimina cancerul de col uterin ca problemă de sănătate publică, Comisia Europeană a lansat „Planul european de combatere a cancerului” pentru a asigura o acoperire de 90 % a populației eligibile pentru screeningul cancerului de col uterin până în 2025.

În acest context, Uniunea Europeană a finanțat proiectul CBIG-SCREEN, care are ca scop identificarea și evaluarea strategiilor specifice contextului pentru a crește participarea femeilor vulnerabile la screeningul CC în UE. Ca parte a analizei situaționale, am realizat un sondaj pentru a cartografia stadiul de proiectare și implementare a programelor de screening CC în Europa. În cadrul sondajului, am solicitat informații despre politicile naționale sau regionale privind extinderea acoperirii screeningului CC în rândul subgrupurilor vulnerabile ale populației cu risc ridicat de CC⁴. Participanții la sondaj au fost coordonatori sau manageri ai programelor de screening CC. Pentru țările care nu dispun de un program existent, am invitat experți în prevenirea CC. Sondajul a fost realizat în perioada 24 septembrie 2021 - 28 februarie 2022.

Din cele 31 de țări vizate inițial (27 de state membre ale UE, Islanda, Norvegia, Elveția și

Regatul Unit), 22 (71,0 %) au răspuns. Politicile de screening din 20 de țări respondente (90,9%) au recunoscut existența populațiilor vulnerabile pe teritoriul lor, următoarele fiind grupurile descrise cel mai frecvent: „femeile care trăiesc în sărăcie în zone defavorizate din punct de vedere social” (n=18; 81,8%), „migranții din zone cu prevalență ridicată a HPV care trăiesc în zone defavorizate” (n= 15; 68,2%) și „persoanele fără adăpost” (n= 13; 59,1%) (Tabelul 1). Cu toate acestea, atunci când li s-a cerut să clasifice categoriile în funcție de vulnerabilitate, „persoanele fără adăpost” au fost selectate cel mai frecvent ca prima opțiune (n= 6; 27,3%).

Proiectul CBIG-SCREEN are ca obiectiv identificarea și evaluarea strategiilor specifice contextului pentru creșterea participării femeilor vulnerabile la screeningul cancerului de col uterin în Uniunea Europeană.

Doar șase respondenți (toți din regiunile nordice sau vestice ale Europei; 27,3%) au confirmat existența unei politici documentate pentru îmbunătățirea screeningului CC pentru oricare dintre populațiile vulnerabile din programul lor (Tabelul 2). Unele dintre populațiile incluse în aceste politici erau „femei fără asigurare de sănătate” din 2021 în Estonia și „minorități etnice, șomerii, persoanele neasigurate, femei eliberate recent din penitenciar, persoane cu un nivel scăzut de educație, persoane cu venituri mici, femei din sistemul de protecție socială” din România.

Finanțarea serviciilor de screening, colposcopie, biopsie și tratament prin intermediul unei acoperiri totale sau parțiale a asigurării de sănătate a fost raportată de 14 (63,6%) și, respectiv, 9 (40,9%) țări. Toți respondenții au raportat că monitorizează performanța programului de screening al CC; doar cinci (22,7%) au inclus monitorizarea separată a populațiilor vulnerabile.

Tabelul 1

Categoriile de femei vulnerabile pentru screeningul CC, identificate de respondenții din 22 de țări, clasificate pe regiuni geografice (Europa de Nord, de Sud, Centrală, de Est și de Vest, conform EuroVoc). Reproducere cu permisiunea Mallafré-Larrosa et al., 2023⁴.

Proporția grupurilor vulnerabile	Țări după regiune geografică (clasificare EuroVoc)				
	Europa Centrală și de Est ^a (n=7) N (%)	Europa de Nord ^b (n=4) N (%)	Europa de Sud ^c (n=4) N (%)	Europa de Vest ^d (n=7) N (%)	Total (n=22) N (%)
Femei care trăiesc în sărăcie în zone defavorizate din punct de vedere social	6 (85.7)	3 (75.0)	2 (50.0)	7 (100.0)	18 (81.8)
Femei care frecventează clinicile pentru HIV/ITS	2 (28.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (57.1)	6 (27.3)
Femei dependente de droguri sau alcool care frecventează centrele de primire	3 (42.9)	1 (25.0)	2 (50.0)	4 (57.1)	10 (45.5)
Lucrători sexuali	2 (28.6)	1 (25.0)	2 (50.0)	5 (71.4)	10 (45.5)
Migranți proveniți din zone cu prevalență ridicată a HPV care trăiesc în zone defavorizate	2 (28.6)	3 (75.0)	3 (75.0)	7 (100.0)	15 (68.2)
Deținuți	2 (28.6)	0 (0.0)	3 (75.0)	4 (57.1)	9 (40.9)
Persoane fără adăpost	4 (57.1)	1 (25.0)	2 (50.0)	6 (85.7)	13 (59.1)
Populații indigene	1 (14.3)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (42.9)	5 (22.7)
Femei cu dizabilități	0 (0.00)	0 (0.0)	1 (25.0)	4 (57.1)	5 (22.7)
Populații LGBTQI+	0 (0.00)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (42.9)	3 (13.6)
Altele ^e	5 (71.4)	1 (25.0)	2 (50.0)	3 (71.4)	11 (50.0)

CC: cancer cervical; HPV: virusul papiloma uman; HIV: virusul imunodeficienței umane; LGBTQI+: lesbiene, gay, bisexuali, transgen, queer sau în căutarea identității sexuale, intersexuali și altele; ITS: infecții cu transmitere sexuală.

^a: Bulgaria, Cehia, Ungaria, Polonia, România, Slovacia, Slovenia;; ^b: Danemarca, Estonia, Finlanda, Norvegia;; ^c: Italia, Malta, Portugalia, Spania;; ^d: Belgia, Franța, Germania, Irlanda, Elveția, Țările de Jos, Regatul Unit;; ^e: Respondenții au răspuns „altele” într-un câmp text liber: minorități etnice (inclusiv populația romă), femei în vârstă, femei care suferă de boli mintale, femei care trăiesc în zone rurale sau cu acces redus la centre de asistență medicală primară și victime ale violenței de gen.

Procentele sunt calculate pe baza totalului răspunsurilor EuroVoc indicate în titlurile coloanelor.

CBIG-SCREEN va oferi țărilor europene îndrumări privind modalitățile de îmbunătățire a participării la screeningul cancerului de col uterin în rândul grupurilor vulnerabile și defavorizate, prin utilizarea testului HPV, pentru a accelera progresele în direcția atingerii obiectivului de eliminare stabilit de OMS.

Tabelul 2

Analiza stratificată a domeniilor anchetei pe regiuni EuroVoc, prezența programelor de screening al CC bazate pe populație, incidența CC și indicele de dezvoltare umană. Reproducere cu permisiunea Mallafré-Larrosa et al., 2023⁴.

	Prezența GV N (%)	Existența unei politici pentru GV N (%)	Monitorizarea și evaluarea dedicată a screeningului CC în rândul GV N (%)	Strategia de invitație pentru GV N (%)	Creșterea conștientizării: organisme guvernamentale N (%)	Creșterea conștientizării organizații neguvernamentale N (%)	Intervenții orientate către utilizator N (%)
Regiune EuroVoc (categorii totală)							
Europa Centrală și de Est (n= 7)	6 (85.7)	2 (28.6)	2 (28.6)	1 (14.3)	4 (57.1)	3 (42.9)	5 (71.4)
Europa de Nord (n=4)	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	3 (75.0)
Europa de Sud (n= 4)	4 (100.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	3 (75.0)
Europa de Vest (n= 7)	7 (100.0)	3 (42.9)	2 (28.6)	2 (28.6)	5 (71.4)	4 (57.1)	5 (71.4)
Existența unui program bazat pe populație^a							
Da (n= 18)	16 (88.9)	5 (27.8)	4 (22.2)	5 (27.8)	12 (66.7)	7 (38.9)	14 (77.8)
Nu (n=4)	4 (100.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	2 (75.0)
Incidența CC (mediană 9,6)							
Sub mediană (n=11)	11 (100.0)	1 (9.1)	2 (18.2)	2 (18.2)	6 (54.6)	3 (27.3)	7 (63.6)
Peste mediană (n=11)	9 (81.8)	5 (45.5)	3 (27.3)	3 (27.3)	7 (63.6)	6 (54.6)	9 (81.8)
Indicele dezvoltării umane							
Ridicat (0,8–0,9) (n=12)	10 (83.3)	4 (33.3)	4 (33.3)	4 (33.3)	7 (58.3)	5 (41.7)	10 (83.3)
Foarte ridicat (≥0,9) (n=10)	10 (100.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	6 (60.0)	4 (40.0)	6 (60.0)
Total (n=22)	20 (90.9)	6 (27.3)	5 (22.7)	5 (22.7)	13 (59.1)	9 (40.9)	16 (72.7)

CC: cancer cervical; M&E: monitorizare și evaluare; GV: grup vulnerabil.

^a: Existența unui program bazat pe populație nu reiese din anchetă, ci din referință⁵.

Intervențiile orientate către utilizatori care au fost raportate ca sporind accesul comunității la screeningul cancerului de col uterin au inclus cele care abordau barierele legate de distanță, cum ar fi auto-prelevarea, furnizarea de centre alternative de screening la o distanță mai mică de comunitate, accesul la screening în unități mobile și asigurarea transportului către centrul de screening.

Politicile de screening din cele 20 de țări respondente au recunoscut existența populațiilor vulnerabile pe teritoriul lor.

Din cele 17 țări (77,2%) care au declarat că invită femeile eligibile să participe la screening, cinci (29,4%) aveau strategii specifice pentru grupurile vulnerabile. Strategiile specifice includeau scrisori (Franța, Ungaria și Italia), apeluri telefonice (Portugalia), vizite ale personalului medical în închisori sau instituții (Italia) și campanii de screening dedicate, realizate de o echipă mobilă (Ungaria). Deși 14 (63,6%) țări au menționat că au strategii pentru a asigura participarea femeilor cu rezultate pozitive la testul de screening la evaluări suplimentare, niciuna nu avea o strategie separată pentru grupuri vulnerabile specifice.

Intervențiile orientate către utilizatori care au fost raportate ca sporind accesul comunității la screeningul CC au inclus cele care abordau barierele legate de distanță, cum ar fi auto-prelevarea de probe (n = 11; 50,0%), furnizarea de centre alternative de screening la o distanță mai mică de comunitate (n = 7; 31,8%), accesul la screening în unități mobile (n = 5; 22,7%) și furnizarea de transport către centrul de screening (n = 5; 22,7%). Navigarea pacienților (n = 6; 27,3%), programarea screeningului în afara programului de lucru (n = 5; 22,7%) și reducerea costurilor suportate de pacienți (n = 4; 18,2%) au fost, de asemenea, identificate printre astfel de intervenții.

Mai multe grupuri vulnerabile sunt luate în considerare pentru pilotarea unor strategii adecvate contextului și țintite pentru realizarea auto-prelevării de probe HPV în trei țări de intervenție (Estonia, Portugalia și România) în cadrul proiectului CBIG-SCREEN. Populațiile vulnerabile includ femeile care frecventează clinicile HIV din Estonia, femeile cu statut socio-economic scăzut, migranții, lucrătorii sexuali, consumatorii de droguri, comunitățile de romi și femeile fără adăpost din Portugalia, precum și femeile care trăiesc în zone rurale izolate din România.

În concluzie, sondajul a evidențiat disparitățile geografice din Europa și intersecția vulnerabilităților între indivizi, care pot împiedica eficacitatea intervențiilor destinate anumitor subgrupuri. Mai mult, acesta a clarificat necesitatea unei mai mari clarități în conceptualizarea vulnerabilității, care poate ajuta țările să elaboreze și să pună în aplicare strategii pentru a crește acoperirea subgrupurilor populației țintă care sunt în prezent insuficient deservite în ceea ce privește screeningul CC. Pentru a remedia aceste lacune, CBIG-SCREEN testează strategii specifice contextului în țări cu sisteme de sănătate diferite și grupuri vulnerabile diverse. Acest proiect va oferi țărilor europene îndrumări privind modul de îmbunătățire a participării la screeningul CC în rândul grupurilor vulnerabile și defavorizate, utilizând testarea HPV, pentru a accelera progresul către atingerea obiectivului OMS de eliminare a CC ca problemă de sănătate publică.

Finanțare: Proiectul CBIG-SCREEN a beneficiat de finanțare din partea programului de cercetare și inovare Orizont 2020 al UE, în temeiul acordului de grant nr. 964049. ■

CONFLICTE DE INTERESE

Autorii declară că nu au nimic de dezvăluit.

DECLARAȚIE

În cazul în care autorii sunt identificați ca personal al Agenției Internaționale pentru Cercetare în domeniul Cancerului/Organizației Mondiale a Sănătății, autorii sunt singurii responsabili pentru opiniile exprimate în acest articol și acestea nu reprezintă neapărat deciziile, politica sau opiniile Agenției Internaționale pentru Cercetare în domeniul Cancerului/Organizației Mondiale a Sănătății.

Conținutul acestui document reflectă numai opiniile autorilor. Comisia Europeană nu își asumă nicio responsabilitate pentru utilizarea informațiilor conținute în prezentul document.

REFERINȚE:

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today (version 1.1). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Disponibil la: <https://gco.iarc.who.int/today>
2. Brzoska P, Aksakal T, Yilmaz-Aslan Y. Utilization of cervical cancer screening among migrants and non-migrants in Germany: results from a large-scale population survey. BMC Public Health 2020;20:5. Disponibil la: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-8006-4>
3. European Commission 14770/22. Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC. Disponibil la: <https://www.eumonitor.eu/9353000/1/j9vvik7m1c3gyxp/vlyk8vtv4uzt>
4. Mallafre-Larrosa M, Ritchie D, Papi G, et al. Survey of current policies towards widening cervical screening coverage among vulnerable women in 22 European countries. Eur J Public Health 2023;33(3):502-8. Disponibil la: <https://academic.oup.com/eurpub/article/33/3/502/7116297>
5. Ponti A, Anttila A, Ronco G, et al.. Cancer screening in the European Union (2017). Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening (second report). Brussels: European Commission. Disponibil la: https://health.ec.europa.eu/document/download/911ecf9b-0ae2-4879-93e6-b750420e9dc0_en

HPVWorld

The newsletter on Human Papillomavirus

Rezumat executiv 2018–2025*

HPW este o publicație internațională (www.hpvworld.com) care are ca scop diseminarea informațiilor științifice relevante pentru prevenirea, diagnosticarea și tratarea afecțiunilor maligne asociate cu HPV.

De la înființare, HPW a susținut eforturile globale conduse de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) pentru eliminarea cancerului de col uterin ca problemă de sănătate publică în acest secol.

HPW se adresează profesioniștilor din domeniul sănătății care, deși nu sunt specialiști în HPV, sunt comunicatori cheie cu populația și joacă un rol vital în prevenirea și tratarea bolilor asociate HPV.

Până în iunie 2025, HPW a avut un impact semnificativ: a ajuns la aproximativ 118.000 de cititori, a publicat peste 307 articole scrise de mai mult de 404 autori, iar site-ul său web a primit peste 3 milioane de vizite în întreaga lume. Regiunile cu cea mai mare influență sunt America de Nord și Europa.



118.000
de cititori



404
autori



307
articole publicate



3 milioane de vizite
pe site-ul web HPW

Proiectul este recunoscut și susținut de numeroase instituții științifice și medicale, printre care Societatea Internațională pentru Papilomavirus (IPVS) și Societatea Europeană de Oncologie Ginecologică (ESGO).

Pe lângă educație, HPW contribuie la obiectivul global de eliminare a cancerului de col uterin prin trei strategii cheie: susținerea campaniilor locale, traducerea materialelor în limbile locale și producerea de podcasturi pentru a facilita accesul la conținutul educațional.

Pentru a afla mai multe sau pentru a contribui la proiect, vizitați www.HPVWorld.com

* Date actualizate în iunie 2025.

Declarație de exonerare de răspundere: Opiniile și punctele de vedere exprimate aparțin exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Executive Europene pentru Sănătate și Digital (HADEA). Nici Uniunea Europeană, nici HaDEA nu pot fi considerate responsabile pentru acestea.

Proiectul HPV-FASTER-Implement este finanțat de Uniunea Europeană în cadrul Acordului de grant nr. 101155975.

