„**Inne spojrzenie**…” dr hab. n. med. Andrzeja Nowakowskiego i lek. Anny Łucyszyn opublikowane w Ginekologii po Dyplomie 05 (WRZESIEŃ) 2023 – **lek.** **Maciej Mazurec, komentarz z wyjaśnieniami 30. listopada 2023**

**Prewencja raka szyjki macicy (RSM) to temat fundamentalny z punktu widzenia zdrowia publicznego, ale przede wszystkim osoby, której dotyczy,** nabierający szczególnego znaczenia w kontekście szansy na populacyjną eliminację tego nowotworu, do której wezwało WHO w 2020 roku (WHO Call for Action 2020) [1]. To także temat bardzo aktualny w polskich warunkach ze względu na dokonujące się i planowane zmiany w zakresie prewencji RSM w oparciu o strategię HPV-zależną.

# We wrześniowym numerze Ginekologii po Dyplomie opublikowany został polemiczny wobec cyklu 3 artykułów z 2022 roku mojego współautorstwa, także opublikowanych w GpD (pod wspólnym tytułem: Metody badań przesiewowych w kierunku HPV-zależnego raka szyjki macicy – polskie realia skriningowe 2022), felieton-komentarz dr hab. n. med. Andrzeja Nowakowskiego i lek. Anny Łucyszyn, pt.: Inne spojrzenie na metody badań przesiewowych w kierunku „HPV-zależnego raka szyjki macicy”. Felieton zaskakujący skalą niezrozumienia zarówno naszych intencji, jak i istoty tematów poruszonych w cyklu. Naszą rolą jako ekspertów-edukatorów PTKiPSM jest ponad wszystko cierpliwość i nadrzędny cel – pełne zrozumienie tematu przez odbiorców. Dokonam więc próby ponownego wyjaśnienia dr hab. n. med. Andrzejowi Nowakowskiemu i lek. Annie Łucyszyn podstawowych kwestii związanych ze zmianami paradygmatów prewencji RSM, dokonującymi się zarówno globalnie, jak i lokalnie.

# Dlaczego mówimy o HPV-zależnej strategii eliminacji raka szyjki macicy?

Jest to logiczną konsekwencją zatwierdzenia przez Zgromadzenie Ogólne WHO w 2020 roku „Globalnej strategii dla eliminacji raka szyjki macicy”, opierającej się na osiągnięciu do 2030 roku w skali całego świata trzech zasadniczych celów „90-70-90”, by móc do końca trwającego stulecia wyeliminować globalnie RSM, jako problem zdrowia publicznego. Gdzie pierwsza wartość „90” oznacza oczekiwany procent wyszczepienia szczepionką przeciwko HPV populacji dziewcząt (i chłopców w celach wskazanych dla Europy) do 15 roku życia, druga „70” – procent objęcia skriningiem testem o wysokiej wydajności populacji kobiet w wieku 35 i 45 lat, a trzecia „90” – procent objęcia leczeniem i/lub właściwą opieką pacjentek z rozpoznaniem stanów przedrakowych i raka szyjki macicy [1]. Jeśli pójdziemy krok dalej i uwzględnimy najnowsze rekomendacje WHO z 2021 dla skriningu i leczenia zmian przedrakowych w prewencji RSM, ich drugą edycję, w których WHO rekomenduje globalne zastosowanie detekcji DNA HPV jako testu pierwotnego w skriningu i podejściu do leczenia zarówno w populacji ogólnej kobiet, jak i zakażonych HIV [2]. Jeśli dodatkowo uwzględnimy wyniki, np. przeglądu systematycznego i metaanalizy Volesky-Avellaneda KD et al. pod merytorycznym kierownictwem Franco EL, opublikowaną w Obstetrics & Gynecology w 2023 roku z kluczowym wnioskiem, że wykrycie HPV w raku szyjki macicy związane jest z lepszym rokowaniem klinicznym, w tym lepszą odpowiedzią na leczenie [3], to zrozumiemy, że wszyscy mamy szansę uczestniczyć **w globalnej HPV-zależnej strategii eliminacji RSM,** do której wezwało WHO.

Mam nadzieję, że powyższe fakty wystarczająco uzasadniają, dlaczego nie tylko możemy, ale powinniśmy mówić o tak nazwanej strategii prewencji RSM.

**Z jakiego powodu w naszym cyklu publikacyjnym w GpD odnosimy się do** „**metod badań przesiewowych w kierunku HPV-zależnego raka szyjki macicy**”?

Odpowiedź wydaje się w takim samym stopniu prosta, co oczywista – stosując jako pierwotne narzędzie skriningowe test w kierunku 14 wysokoonkogennych typów HPV (HRHPV) możemy oczekiwać wyłącznie szansy na wykrycie HPV-zależnych prekursorów raka szyjki macicy (wyniki HRHPV-ujemne nie podlegają bowiem żadnej dodatkowej ocenie). Temu służy wspólny tytuł cyklu 3 naszych artykułów, uświadomieniu, że skrining HPV-zależny (oparty o pierwotny test HRHPV) służy wyłącznie detekcji prekursorów raka szyjki macicy HPV-zależnego.

A jakie są powody, że żaden kraj na świecie nie prowadzi skriningu raków szyjki macicy HPV-niezależnych? Znowu odpowiedź jest prosta i oczywista, ponieważ nie są aktualnie znane skuteczne metody przesiewowe raka HPV-niezależnego. Zasadnym jest natomiast pytanie czy w ogóle są przesłanki do prowadzenia populacyjnego skriningu tych nowotworów?

Odwoływanie się więc do globalnych trendów skriningowych wskazuje na dalekie niezrozumienie naszych intencji w formułowaniu tytułu cyklu.

Z kolei temat raków szyjki macicy HPV-niezależnych jest dużo bardziej skomplikowany niż próbują to przedstawić dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski i lek. Anna Łucyszyn i nie powinien ograniczać się wyłącznie do dokładnej lektury najnowszej klasyfikacji WHO/IARC. Zainteresowanym polecamy wybrane publikacje kierunkowe [4,5].

**Dlaczego proponujemy umowne wydzielenie 3 etapów ambulatoryjnej prewencji wtórnej RSM (przedkolposkopowy, kolposkopowy i pokolposkopowy), uznając, że precyzyjniej niż dotychczasowe oddają istotę ich roli, a na pewno nie są ograniczające, także w kontekście interdyscyplinarnym?**

**Etap przedkolposkopowy** to suma procedur pozwalających na pozostawienie pacjentki w skriningu rutynowym (standardowy interwał testu skriningowego), specjalnym (krótsze interwały czasowe testów diagnostycznych) lub skierowanie do kolposkopii, a w precyzyjnie wskazanych przypadkach do leczenia przyspieszonego. Obejmuje wstępny proces – realizowany przez ginekologa i związany z pobraniem materiału), następowy laboratoryjny wstępny – realizowany przez diagnostę laboratoryjnego, związany z opracowaniem laboratoryjnym materiału (w przypadku testów molekularnych HRHPV łączy się z postawieniem rozpoznania), kolejny diagnostyczny, bedący konsekwencją etapu laboratoryjnego wstępnego – związany z oceną cytopatologiczną (cytologia ginekologiczna oraz immunocytochemiczny test p16/Ki67) dokonywaną przez cytopatologa i/lub cytodiagnostę, by zakończyć się powrotem do ginekologa i konsultacją dostępnych wyników wykonanych testów diagnostycznych, ewentualnym zleceniem dodatkowych oraz decyzją o dalszym postępowaniu z pacjentką. Dotychczasowe określenia stosowane w polskim programie profilaktyki RSM, cytując przedstawicieli COK, „etapy: podstawowy (pobranie materiału), diagnostyczny (opracowanie laboratoryjne wraz z oceną materiału)”, nie oddają zarówno poziomu skomplikowania etapu przedkolposkopowego, jak i bardzo złożonej roli ginekologa w inicjacji i zakończeniu procesu. Stanowczo więc protestuję przeciwko sprowadzeniu polskich ginekologów do „narzędzi” pobierania materiału do testów skriningowych.

Po raz pierwszy na poziomie publikacyjnym termin „etap przedkolposkopowy” został użyty w Polsce w Rekomendacjach PTGiP i PTKiPSM Protokołów kolposkopowych w 2020 roku, których dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski jest współautorem. Na etapie przygotowania do publikacji tych rekomendacji nikt ze znamienitych Współautorów nie zgłaszał zastrzeżeń do tego „neologizmu”.

**Etap kolposkopowy** wydaje się z kolei oczywisty i związany z wykonaniem procedury kolposkopowej, ale może się także wiązać z jej odroczeniem przez eksperta etapu lub rozszerzeniem o procedurę LLETZ (diagnostyczno-leczniczą) w uzasadnionych przypadkach.

**Etap pokolposkopowy** jest bardziej heterogenny i poza ciężarnymi powinien opierać się bezwzględnie na wyniku badania patomorfologicznego (histopatologicznego), obejmując także nadzór pokolposkopowy, w tym intensywny (w przypadku rozpoznań HSIL/CIN2 w wyselekcjonowanej grupie pacjentek) z testami diagnostycznymi i/lub badaniem kolposkopowym oraz leczenie (w warunkach ambulatoryjnych dotyczy procedury LLETZ zawsze z poprzedzającą zabieg kolposkopią), a także LLETZ diagnostyczno-leczniczy.

Czy z kolei określenie, znowu cytując dr hab. n. med. Andrzeja Nowakowskiego i lek. Annę Łucyszyn, „diagnostyka pogłębiona (procedury kolposkopowe)” oddaje złożoność i wieloparametrowość etapów kolposkopowego i pokolposkopowego, które obejmuje nie tylko samą kolposkopię, ale także wybór dalszego postępowania pokolposkopowego w oparciu o wynik kolposkopii i rozpoznania patomorfologicznego, rozpoczynając od monitorowania, poprzez zalecenie kontrolnej kolposkopii, po procedury ekscyzyjne i ablacyjne, oczywiście zawsze z uwzględnieniem wyników wcześniejszych testów skriningowych?

Stwierdzenie, że „dotychczasowy podział w programie profilaktyki raka szyjki macicy na etapy: podstawowy (pobranie materiału), diagnostyczny (opracowanie laboratoryjne wraz z oceną materiału) oraz diagnostyki pogłębionej (procedury kolposkopowe) jest bardziej zrozumiały” uważam, w świetle argumentów przedstawionych powyżej, za co najmniej kontrowersyjny. Przyzwyczajenie do dotychczasowej nomenklatury, przy dokonujących się tak kluczowych zmianach w skriningu, dotyczących samych jego podstaw, nie powinno być absolutnie żadnym argumentem decyzyjnym. Nie znajduję innych podstaw do pozostawienia dotychczasowego nazewnictwa etapów prewencji wtórnej.

Odnoszę wrażenie, że Autorom „Innego spojrzenia” trudno oderwać się od schematycznego myślenia ograniczonego do prewencji wtórnej RSM realizowanej w ramach finansowania ze środków publicznych, mimo że sami w swoich publicznych wystąpieniach podkreślają, że dominującym w polskich warunkach jest system finansowany ze środków prywatnych.

**Standaryzacja i certyfikacja w zakresie procedury kolposkopowej**

**Dalece niewystarczające rozumienie dr hab. n. med. Andrzeja Nowakowskiego i lek. Anny Łucyszyn złożoności polskiego mieszanego modelu skriningu RSM (dominujący skrining oportunistyczny finansowany ze środków prywatnych, marginalny finansowany ze środków publicznych w różnych modelach) także w kontekście konieczności standaryzacji wszystkich jego etapów** potwierdza fragment ich komentarza, odnoszący się do 2. i 3. części naszego cyklu, obejmujących tzw. etap ekspercki, zgodnie z nomenklaturą PTGiP (etapy: kolposkopowy i pokolposkopowy zgodnie z naszą propozycją).

Jest mi wyjątkowo niezręcznie odnosić się do tej części komentarza, ponieważ polemiczna krytyka odnosi się do realizowanego od 2019 roku po raz pierwszy na tak dużą skalę projektu ciągłego podnoszenia jakości wszystkich etapów prewencji wtórnej RSM w strategii HPV-zależnej w Polsce, znanego jako **Projekt KOLPOSKOPIA 2020**, którego inicjatorem i głównym wykonawcą jest PTKiPSM, w którego implementację do polskich warunków jestem zaangażowany.

Niestety dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski i lek. Anna Łucyszyn nie podejmują dyskusji na temat programu edukacji w zakresie certyfikacji i standaryzacji kolposkopii, nie przedstawiają projektów kierunkowych rekomendacji edukacyjnych, nie postulują ustalenia obiektywnego minimum dla szkolących, w tym w zakresie procedury kolposkopowej itd. Dążą natomiast poprzez propozycję nowego populacyjnego zorganizowanego programu skriningu RSM do monopolizacji roli COK jako jedynego certyfikującego m. in. umiejętności w zakresie kolposkopii, nie mając do tego ani wystarczającej wiedzy, ani doświadczenia, w tym edukacyjnego, ani kadry szkolącej dla prowadzenia kierunkowych kursów. Próbują odwrócić uwagę od swoich planów na rzecz podjęcia niekonstruktywnej polemiki z jedynym w Polsce towarzystwem naukowym oddanym statutowo edukacji kolposkopowej i prewencji RSM, aktualnie w zakresie **kolposkopii standaryzowanej w strategii HPV-zależnej**. Jej fundamentalną rolę dla skuteczności prewencji wtórnej RSM dobitnie potwierdzają wyniki badania ESTAMPA opublikowanego w Lancet Oncology w 03/2023, pierwszego przeglądu systematycznego i metaanalizy, przeprowadzonego na tak dużej grupie badanej, oceniającego znaczenie standaryzacji kolposkopii w skriningu HPV-zależnym [6].

Certyfikacja kolposkopistów

Zastanawia również fakt, że w związku z brakiem zasobów własnych COK realizuje tzw. program dobrowolnej certyfikacji polskich kolposkopistów finansując go ze środków publicznych. Dotyczy to zarówno zakupu przypadków kolposkopowych, często o niskiej wartości merytorycznej, jak i następowej konieczności ich odpłatnej weryfikacji przez różnej klasy ekspertów (w związku z brakiem kryteriów oceny ich umiejętności, w tym w szczególności w skriningu HPV-zależnym), po budowę platformy koniecznej do przeprowadzenia certyfikacji wraz z kosztami osobowymi.

Tzw. dobrowolna „nieodpłatna” certyfikacja kolposkopistów jest finansowana przez wszystkich płacących podatki w Polsce, stając się nieodpłatną dla jej uczestników – ginekologów-kolposkopistów, którzy w zdecydowanej większości będą otrzymywali odpłatność za wykonaną przez nich procedurę kolposkopową. Dla mnie jako podatnika jest to kompletnie niezrozumiałe. Wydawanie środków publicznych wymaga absolutnej zasadności, transparentności i kontroli. Wg danych prezentowanych na stronie www COK w 3 edycjach dobrowolnej certyfikacji kolposkopistów wzięło udział łącznie 61 uczestników. Potwierdza to kompletne fiasko pomysłu dobrowolnej certyfikacji realizowanej przez COK z punktu widzenia zainteresowania jej adresatów. Niezależnie, czy znany jest koszt tej certyfikacji realizowanej ze środków publicznych przypadający na jednego uczestnika? Pytanie to wymaga precyzyjnej odpowiedzi i oceny zasadności certyfikacji realizowanej przez COK, szczególnie w kontekście planowanego nowego narodowego programu populacyjnego zorganizowanego.

Odrębną, równie zasadniczą kwestią, jest merytoryczny poziom tej certyfikacji. Na dedykowanej jej stronie www próżno szukać standardów wykonywania procedury kolposkopowej w nowym/zmodyfikowanym programie, minimum wiedzy teoretycznej wymaganej do kwalifikacji do procedury, jej przeprowadzenia oraz postępowania z wynikami pokolposkopowymi. Prezentowane w aktualniej edycji tzw. przypadki edukacyjne, które po raz pierwszy nie zostały zweryfikowane konsensualnie przez ekspertów PTKiPSM pod względem merytorycznym (podkreślam rolę Towarzystwa, a nie jego wybranych arbitralnie przez COK członków, w tym byłych członków Zarządu, konsultujących przypadki egzaminacyjne bez koniecznego w przypadku PTKiPSM zatwierdzenia przez powołaną specjalnie w tym celu Grupę Roboczą), pozostawiają wiele wątpliwości m. in. pod względem nomenklatury, kryteriów kwalifikacji, algorytmów postępowania itd. Oczywiście kolposkopia jest procedurą wysoce subiektywną, ale przypadki egzaminacyjne powinny być dobrane w sposób na tyle jednoznaczny, by mogły być podstawą do oceny umiejętności teoretycznych i praktycznych uczestniczących w egzaminie.

Kursy kolposkopowe

Rolą, którą wyznaczył mi Komitet Naukowy Kursów PTKiPSM Projektu KOLPOSKOPIA 2020, którego jestem członkiem, jest także monitorowanie kolposkopowych wydarzeń edukacyjnych organizowanych przez zagraniczne towarzystwa naukowe o najwyższym kierunkowym autorytecie, ale także lokalnych. Absolutnie bez żadnych wątpliwości, w oparciu o mój osobisty udział w ASCCP Comprehensive Colposcopy Course 2021 (40 godzin wykładów teoretycznych i praktycznych) oraz Advanced Colposcopy Course EFC 2021 (12 godzin wykładów teoretycznych i praktycznych), z podniesioną głową informuję, że **kursy PTKiPSM spełniają kryterium „non-inferiority”** wobec tych kursów. Bez przesadnej skromności organizatorzy tych kursów mogliby się od nas wiele nauczyć.

Podkreślam, że we wszystkich zagranicznych i polskich szkoleniach/kursach/kongresach/
konferencjach uczestniczę finansując je ze środków własnych, traktując jako osobisty obowiązek wobec uczestników kursów PTKiPSM, ale przede wszystkim moich pacjentek, jako realizację CME. Uważam, że nikt z nas lekarzy nie jest dziełem skończonym, wymaga więc ciągłej reedukacji. Uczestniczę w niej nie tylko osobiście jako lekarz realizujący CME, ale także jako edukujący ekspert, mam bowiem zaszczyt współtworzyć z interdyscyplinarnym gronem wybitnych Ekspertów PTKiPSM prewencji RSM skuteczny, zaktualizowany do aktualnych wyzwań i nowoczesny edukacyjny Projekt KOLPOSKOPIA 2020, służący innym lekarzom.

Uwagę o „dość kosztownej certyfikacji PTKiPSM”, która miała być prawdopodobnie złośliwą wobec naszego Towarzystwa, należy uznać za niezręczną w kontekście kursów organizowanych przez COK. Certyfikacja PTKiPSM jest tak samo bezpłatna, jak COK, czyli uczestnicy nie dopłacają dodatkowo za udział w procesie certyfikacji. Mało tego, nie odbywa się ona w trakcie kursu. Egzamin, którego zaliczenie jest warunkiem certyfikacji PTKiPSM, odbywa się z kilkutygodniowym opóźnieniem wobec kursów, zwykle w 2 terminach. Uczestnicy nie opłacają dodatkowo ani egzaminu, ani certyfikacji w żadnym z terminów. Dodatkowo, jeśli nie zaliczą egzaminu w aktualnej edycji, mają nieodpłatny dostęp do następnych edycji kursów na odpowiednich poziomach z możliwością przystąpienia do egzaminów certyfikacyjnych.

Jest jednak zasadnicza różnica między COK i PTKiPSM, PTKiPSM nie jest finansowane w żadnym stopniu ze środków publicznych, w tym w zakresie nieodpłatnej certyfikacji.

COK z kolei, co należy szczególnie podkreślić, równolegle, jako instytucja finansowana ze środków publicznych, organizuje odpłatne, komercyjne kursy kolposkopowe, których cena jest wyższa niż kursów PTKiPSM (koszt 5-godzinnego kursu COK zrealizowanego 02/06/2023 wyniósł 1000,- zł – koszt 1 godzinny 200, zł, a 12-godzinny kurs PTKiPSM zrealizowany 24-25/03/2023 wyniósł 2250,- zł – koszt 1-godziny 187,50 zł), abstrahując od porównania wartości merytorycznej obu kursów, by nie być posądzonym o stronniczość.

Dobitnym podkreśleniem braku zrozumienia przez Autorów „Innego spojrzenia” roli i konieczności standaryzacji kolposkopii poprzez edukację i konieczną certyfikację umiejętności jest stwierdzenie: „Według obowiązujących aktów prawnych (rozporządzenie ministra zdrowia w zakresie świadczeń gwarantowanych oraz zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia) osobami uprawnionymi do realizacji etapu diagnostyki pogłębionej programu profilaktyki (kolposkopii/kolposkopii z biopsją) są lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii (…)”, zamiast wskazywać albo na brak zrozumienia Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ znaczenia procedury kolposkopowej dla prewencji RSM, albo na absurdalne sztuczne „zwiększanie” dostępności do procedury, tym bardziej że Narodowa Strategia Onkologiczna postuluje konieczność certyfikacji polskich kolposkopistów od 2025 roku niezgodną ze wskazanymi dokumentami MZ i NFZ, przytaczanymi przez przedstawicieli COK.

**Dodatkowo niepokoi mnie także stwierdzenie dr hab. n. med. Andrzeja Nowakowskiego i lek. Anny Łucyszyn, że „CINtec PLUS Cytology wymaga jednak infrastruktury, certyfikacji, kontroli jakości, szkoleń i umiejętności, a przede wszystkim dużych nakładów finansowych i pracy osób oceniających rozmazy cytologiczne. W związku z tym jest to metoda trudna do zastosowania na masową skalę w programie profilaktyki raka szyjki macicy w Polsce (…)”**, z czego może wynikać, że cytologia ginekologiczna w preparatyce na podłożu płynnym zastosowana jako test selekcji ryzyka HSIL dla wyników HRHPV-dodatnich (ponieważ taką rolę ma spełniać w nowym programie populacyjnym) nie wymaga tych parametrów. Byłaby to smutna i niepokojąca konkluzja z omawianego komentarza Przedstawicieli COK, a co najważniejsze kontynuacja wieloletniej marginalizacji znaczenia jakości cytologii ginekologicznej w polskich realiach.

Niezależnie, wybór holenderskiego algorytmu dla polskich warunków skriningu RSM z użyciem testu HRHPV bez genotypowania, który nadaje wyłączną decyzyjną rolę wynikowi badania cytologicznego w postępowaniu z dodatnimi wynikami testu HRHPV, a tym samym rezygnacja z ograniczonego genotypowania typów 16 i 18, jako wskazań do bezpośredniego skierowania do kolposkopii z biopsją, to w mojej ocenie istotny błąd projektu autorów „modyfikacji programu profilaktyki” RSM (to określenie użyte przez Autorów „Innego spojrzenia”), nie uwzględniające polskich realiów. Rzeczywiście nowy program będzie jedynie modyfikacją aktualnego programu skriningowego, w którym rolę decyzyjną będzie pełnił nadal wynik cytologii. Rolą testu HRHPV będzie natomiast zmniejszenie o około 90% liczby wykonywanych badań cytologicznych, co przy umiejętnie przeprowadzonej procedurze przetargowej na test HRHPV może dać realne korzyści ekonomiczne płatnikowi publicznemu. **Będzie więc to model oparty o HRHPV, ale zależny w postępowaniu z pacjentką od wyniku cytologii. Zarówno PTGiP (Schematy 06/2022), jak i PTKiPSM (w komplementarnym do Schematów Stanowisku 08/2022), rekomendują natomiast model HPV-zależny oparty o test HRHPV z genotypowaniem ograniczonym do typów 16 i 18, w którym dodatni wynik HPV 16 i 18 implikuje bezpośrednie skierowanie do kolposkopii. A to różnica fundamentalna z punktu widzenia interesu zdrowotnego pacjentek, uniezależniająca od niedoskonałości cytologii ginekologicznej.**

Oczywiście przy okazji zostanie w pewnym stopniu zwiększona skuteczność skriningu, niestety wyłącznie dzięki bias (stronniczości) oceniającego cytologię pod wpływem wiedzy o dodatnim wyniku HRHPV, a nie faktycznej większej czułości testu molekularnego. W żadnym bowiem przypadku dodatni wynik testu HRHPV nie będzie decydował o skierowaniu pacjentki na kolposkopię. To wszystko ma się odbywać w dotychczasowych realiach polskiej cytopatologii na podłożu płynnym: bez właściwej edukacji i certyfikacji, bez stosowania zalecanych narzędzi oceny i kontroli jakości, za to z certyfikacją COK, której specjalne umiejętności w zakresie cytopatologii ginekologicznej są co najmniej w żaden sposób nie zobiektywizowane. Przypomina to niestety bliźniacze ambicje COK w zakresie certyfikacji kolposkopowej.

Z całym szacunkiem dla twórców nowego programu populacyjnego skriningu RSM, określanego przez nich „modyfikacją”, porównywanie go do informatycznych wieloparametrowych narzędzi zarządzania ryzykiem HSIL, uwzględniających różną wartość ryzyka grup skriningowanych, wiek pacjentek, wyniki wcześniejszych testów skriningowych, wyniki kolposkopii, w tym histopatologiczne, otwartość na nowe testy selekcji ryzyka HSIL (immunocytochemiczny test p16/Ki67 czy rozszerzone genotypowanie) oraz możliwość uwzględnienia w przyszłości statusu szczepienia p/HPV, jest dość problematyczne i pozbawione wymaganego merytorycznego dystansu i skromności.

Niezrozumiałe jest dla mnie także stwierdzenie dr hab. n. med. Andrzeja Nowakowskiego i lek. Anny Łucyszyn, że wspomniana „modyfikacja programu profilaktyki” dokonała się „po licznych konsultacjach z ekspertami skriningu, także z innych krajów, organizacji i towarzystw naukowych”. Jestem członkiem Zarządu Sekcji Patologii Szyjki Macicy, Kolposkopii i Cytologii PTGiP oraz Zarządu PTKiPSM od 2019 roku i ani na etapie tworzenia projektu HIPPO (walidującego test HRHPV bez genotypowania dla polskich warunków), ani na etapie oceny projektu „programu modyfikacji profilaktyki” RSM nie zostaliśmy poproszeni o ich ocenę.

Wspieranie się ekspertami zagranicznymi, którzy nie rozumieją specyfiki polskich warunków skriningowych, interpretuję jako chęć nadania obiektywnej wartości ocenianemu programowi w sytuacji nieuwzględnienia stanowisk części ekspertów krajowych, wynikającego ze świadomego ich pominięcia.

Być może dla decydentów COK elitarna konferencja HPV Prevention and Control Board (Warszawa 11/2023) z wykładowym językiem angielskim, wyłącznie dla wąskiej grupy arbitralnie zaproszonych gości, bez możliwości uczestniczenia choćby online wszystkich zainteresowanych, pod patronatem Rady ds. Zapobiegania i Kontroli HPV działającej pod auspicjami Uniwersytetu w Antwerpii, na której stronie prezentowane są nadal rekomendacje WHO skriningu i prewencji RSM z 2013 roku, pomimo publikacji nowych rekomendacji WHO w 2021 roku, jest wartością samą w sobie, ale to nie jest skuteczna droga do optymalnego dla naszych pacjentek polskiego konsensusu skriningowego w modelu mieszanym. Niezależnie, na stronie Rady nie udało mi się znaleźć sposobu jej finansowania, w tym ewentualnych sponsorów.

Jednocześnie kilkakrotne zaproszenia naszego Prezesa, Profesora Roberta Jacha, do osiągnięcia tego tak ważnego konsensusu pozostały bez echa.

**Grupa robocza PTKiPSM powołana przez Prezesa Profesora Roberta Jacha odniosła się krytycznie do projektu COK nowej edycji programu profilaktyki RSM jako propozycji dla Ministerstwa Zdrowia.** Niestety ze względu na niezrozumiałe nadanie klauzuli tajności w zakresie tego projektu nie mogę ujawnić jego szczegółów. Mam tylko nadzieję, że wszystkie krytyczne uwagi PTKiPSM zostały przekazane do ośrodków decyzyjnych Ministerstwa Zdrowia oraz AOTMiT, w trosce o bezpieczeństwo kobiet uczestniczących w polskim publicznym skriningu RSM.

Próby manipulacji i niewłaściwej interpretacji działań PTKiPSM uważam za niedopuszczalne. Nie rościmy sobie wyłączności do czegokolwiek, ale potrafimy umiejętnie oceniać rzeczywistość. Nie próbujemy instytucjonalizować naszych kursów i certyfikacji, ale jako przedstawiciel EFC i IFCPC w Polsce mamy obowiązek dbania o właściwą jakość w szczególności szkoleń kolposkopowych, jak i standaryzacji procedury kolposkopowej. Dostarczamy uczestnikom naszych szkoleń najwyższej jakości produktów edukacyjnych, jedynych na takim poziomie w Polsce, z pełnymi korelacjami wirusologiczno-cytologiczno-immunocytochemiczno-histologicznymi, z odpowiadającymi kolpofotogramami na różnych etapach infekcji HRHPV. Dysponujemy w niektórych przypadkach kilkunastoletnim follow-up’em pacjentek. To powinno być punktem wyjścia do dyskusji o wymaganej jakości edukacji kolposkopowej. Nowe paradygmaty wymagają reedukacji wszystkich, w tym najbardziej doświadczonych w poprzednim modelu, a może ich najbardziej z powodu oporu i rezerwy do koniecznych zmian.

Podkreślam stanowczo, że zalecenia PTKiPSM adresowane są do ginekologicznych praktyk ambulatoryjnych i oportunistycznego skriningu RSM finansowanego ze środków prywatnych z możliwością implementacji do populacyjnego programu zorganizowanego. Pełną odpowiedzialność za realizację procedur szpitalnych i programu finansowanego ze środków publicznych ponoszą powołane do tego instytucje.

Mam absolutną pewność, że konserwatywne podejście do prewencji wtórnej RSM nie będzie mogło być konstruktywne w zestawieniu z tak fundamentalną zmianą paradygmatów skriningowych. Apelujemy więc do dr hab. n. med. Andrzeja Nowakowskiego i lek. Anny Łucyszyn – pozostańcie otwarci na konieczne zmiany.

Konsekwencją nieadekwatnych działań edukacyjnych w zakresie kolposkopii może stać się skazanie w polskich warunkach skriningowych na kolposkopię wspomaganą sztuczną inteligencją i dołączenie w tym zakresie do państw LMIC, czemu tak zdecydowanie był przeciwny dr hab. n. med. Andrzej Nowakowski, jako aktywny Współautor negatywnego stanowiska wobec Schematów PTGiP z 12/2021, wyrażonego w Liście otwartym kierunkowych ekspertów z 02/2022.

Skuteczność naszych działań potwierdzają liczby, także uczestników naszych kursów (blisko 800 uczestników odpłatnych kursów PTKiPSM wobec 61 dobrowolnej i nieodpłatnej certyfikacji COK). To potencjał wiedzy, którego nie wolno zmarnować. Certyfikowani kolposkopiści PTKiPSM to aktualnie jedyni certyfikowani specjaliści w zakresie standaryzowanej kolposkopii w skriningu HPV-zależnym w Polsce, którzy nie mogą być pomijani w tworzonym programie.

Czekamy z zainteresowaniem na publikację wyników projektu HIPPO.

Do opublikowanego w listopadzie w BMC Cancer protokołu badania HIPPO odniosę się w najbliższych dniach.

Zachęcamy także do nieodpłatnego udziału w inauguracji **Akademii HPV PTKiPSM** (interdyscyplinarne rozszerzenie trzech edycji Akademii Kolposkopii PTKiPSM) jako edukacyjnej inauguracji 2024 roku przez PTKiPSM (planowana edycja 01-02/2024), celem kierunkowej reedukacji. Zapraszamy także do wiosennej edycji **Kursu POZIOMU 1 Projektu KOLPOSKOPIA 2020** (05/2024) zarówno jako recertyfikacji, jak i pierwszej certyfikacji, który będzie także poświęcony w części HPV-niezależnym rakom szyjki macicy.

*Maciej Mazurec*

***\_***

***Maciej Mazurec, MD***

CEO & Founder Centrum Zdrowia Kobiety CORFAMED

Sekretarz Wykonawczy Zarządu Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy

Członek Zarządu Sekcji Patologii Szyjki Macicy, Kolposkopii i Cytologii PTGiP

Referencje

1. **Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem.** Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. **WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition.** Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Volesky-Avellaneda KD, Laurie C, Tsyruk-Romano O, El-Zein M, Franco EL. **Human Papillomavirus Detectability and Cervical Cancer Prognosis: A Systematic Review and Meta-analysis.** *Obstet Gynecol*. 2023;142(5):1055-1067.
4. Fernandes A, Viveros-Carreño D, Hoegl J, Ávila M, Pareja R. **Human papillomavirus-independent cervical cancer**. *Int J Gynecol Cancer*. 2022;32(1):1-7.
5. Giannella L, Di Giuseppe J, Delli Carpini G, et al. **HPV-Negative Adenocarcinomas of the Uterine Cervix: From Molecular Characterization to Clinical Implications**. *Int J Mol Sci*. 2022;23(23):15022.
6. Valls J, Baena A, Venegas G, et al. **Performance of standardised colposcopy to detect cervical precancer and cancer for triage of women testing positive for human papillomavirus: results from the ESTAMPA multicentric screening study.** *Lancet Glob Health*. 2023;11(3):e350-e360.

Treść mojej odpowiedzi na „Inne spojrzenie…” dr hab. n. med. Andrzeja Nowakowskiego i lek. Anny Łucyszyn przesyłam także do Redakcji Ginekologii po Dyplomie.