

Zarząd Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników
oraz autorzy stanowiska PTGiP z dnia 11 stycznia 2021 roku,
dotyczącego zastosowania systemu Enhanced Visual Assessment
/EVA/ z programem VisualCheck w diagnostyce zmian szyjki macicy.

Szanowni Państwo,

Całe moje zawodowe życie poświęciłem kolposkopii i słowo poświęciłem jest tutaj jak najbardziej uzasadnione. Przez 20 lat brałem czynny udział w kreowaniu wizerunku Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy /PTKiPSM/, założonego przez mojego Ojca, nieżyjącego już profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego Jana Madeja. Przez te wszystkie lata brałem także czynny udział w szkoleniu adeptów kolposkopii w Polsce oraz propagowaniu cenionej i uznanej na całym świecie polskiej szkoły kolposkopii stworzonej przez profesora Jana Madeja. Życie potoczyło się w taki sposób i poniekąd chwała mu za to, że dzisiaj nie prowadzę już publicznej działalności naukowej i nie prowadzę szkoleń kolposkopowych, co nie zmienia faktu, że nadal zajmuję się kolposkopią i prowadzę własne badania i obserwacje w Centrum Cervix w Krakowie. Centrum, którego w 2006 roku współzałożycielem i wieloletnim reprezentantem był mój Ojciec, profesor Jan Madej i które do dzisiaj jest jedynym w Polsce ośrodkiem zajmującym się wyłącznie profilaktyką, diagnostyką i leczeniem wczesnego raka szyjki macicy i stanów go poprzedzających. Cały czas byłem jednak uważnym obserwatorem „dziejów” polskiej i światowej kolposkopii mimo, że przez ponad 20 lat nie zabierałem publicznie głosu w sprawach dotyczących tej problematyki. I w żadnym wypadku nie zamierzałem tego faktu zmieniać. Jednakże wydarzenia ostatnich lat sprawiły, że nie mogę dłużej milczeć. Zarówno w mediach, jak i w polskiej literaturze fachowej nagminnie pojawia się skrajnie nieprawdziwy obraz kolposkopii, czego dramatycznym przykładem jest skandaliczna wypowiedź medialna jednego z członków Zarządu PTKiPSM o tym, że kolposkopia może być szkodliwa dla kobiet. Będzie osobna, stosowna reakcja na ten bezprecedensowy przykład bezmyślności i całkowitego niezrozumienia istoty kolposkopii przez ludzi odpowiedzialnych za tę kolposkopię w Polsce. Kolejnym dowodem takich praktyk jest także Wasze, Panowie profesorowie stanowisko dotyczące urządzenia EVA System.

Pomijając fakt, że zaprzepaszczone bezpowrotnie cały dorobek naukowy profesora Jana Madeja i zniszczono stworzoną przez niego z takim trudem polską szkołę kolposkopii, to podważanie tego dorobku naukowego i zaprzeczanie słuszności modelu kolposkopii, który funkcjonował z powodzeniem przez kilkadziesiąt lat na całym świecie jest niedopuszczalne i wręcz skandaliczne zarazem. Jest ewenementem chyba na skalę światową, że takiego fałszowania obrazu kolposkopii i negowania osiągnięć Polskiej Szkoły Kolposkopii dopuszcza się wychowanki tej szkoły, uczeń profesora Jana Madeja i jego następcy profesora Antoniego Bastę, dzięki którym pełni obecnie funkcję prezesa PTKiPSM. Poza tym, takie działanie ze strony profesora Jacha i zarządu PTKiPSM oraz przedstawicieli PTGiP jest także bez wątpienia podważaniem autorytetu i dobrego imienia następców profesora Jana Madeja, a więc tych, którzy z powodzeniem kontynuują model polskiej szkoły kolposkopii, który profesor Jan Madej stworzył. A głównym kontynuatorem tego modelu kolposkopii w Polsce jest stworzone przeze mnie oraz profesora Jana Madeja Centrum Cervix w Krakowie.

Dlatego też, tego typu niedopuszczalne praktyki ze strony kogokolwiek muszą się w końcu spotkać z kategoryczną odpowiedzią.

Nie będę rozpatrywał w tym miejscu dramatycznie niskiego poziomu wiedzy i doświadczenia z zakresu kolposkopii praktycznej i o zgrozo teoretycznej, prezentowanego przez zdecydowaną większość obecnych członków PTGiP, a przede wszystkim PTKiPSM z profesorem Jachem na czele, co ma bezpośredni związek z żenująco niską jakością szkoleń kolposkopowych, prowadzonych przez to Towarzystwo. Szkoleń, które mają niewiele wspólnego z prawdziwym nauczaniem umiejętności rozpoznawania obrazów kolposkopowych, jakie miało miejsce za czasów profesora Madeja i profesora Basty. Szkoleń, które służą członkom Zarządu PTKiPSM za miejsce do reklamy wątpliwej jakości akcesoriów kolposkopowych, czego jaskrawym przykładem jest **pseudokolposkop mobilny EVA System**. Pseudokolposkop, którego parametry uniemożliwiają przeprowadzenie profesjonalnej diagnostyki kolposkopowej, a który wymusza na lekarzach przesyłanie zdjęć pacjentek prywatnej firmie pod pretekstem jakiegoś, wymaginowanego konsylium jest polecany nieświadomym, uczącym się i początkującym lekarzom, bo PTKiPSM ma w tym jakiś interes. Wszystko to, co napisałem jestem w stanie udowodnić i wkrótce to się stanie, ale nie będę tego wszystkiego szczegółowo rozpatrywał w tym miejscu, bo byłby to bowiem czysto specjalistyczny przekaz, niezrozumiały dla większości czytelników tego listu otwartego.

Zamiast tego, w najbliższym czasie zostanie przeprowadzona przeze mnie seria pokazowych, dostępnych dla każdego lekarza szkoleń kolposkopowych, opartych o wartości polskiej szkoły kolposkopii profesora Jana Madeja. Wprowadzane przez Was, Szanowni Państwo w błąd środowisko lekarskie i pacjentki muszą poznać prawdziwy obraz kolposkopii, jako metody badania klinicznego, która samodzielnie jest w stanie przy pomocy kolposkopu optycznego wykryć od 85 do 99 % stanów przedrakowych i wczesnego raka szyjki macicy, a wycinki pobiera się tylko z miejsc kolposkopowo podejrzanych. Trzeba raz jeszcze, od podstaw pokazać lekarzom i pacjentkom, co to jest kolposkopia i jak niebagatelne znaczenie może odgrywać taka kolposkopia we wczesnym wykrywaniu, a tym samym zapobieganiu przede wszystkim rakowi szyjki macicy i stanom go poprzedzającym, ale także innym chorobom szyjki macicy. Jeżeli będzie zainteresowanie i wola ginekologicznego środowiska lekarskiego, to finalnym etapem może być powstanie prawdziwej szkoły kolposkopii opartej o wspomniane wartości. Kto wie, być może uda się przywrócić kolposkopii jej dobre imię i należne miejsce w arsenale metod diagnostycznych szyjki macicy, pochwy i sromu. Będzie to możliwe tylko przy pomocy uczciwych lekarzy, dla których najważniejsze jest zdrowie i życie kobiet.

Natomiast w tym miejscu poruszę i udowodnię tylko zrozumiałe dla każdego, nawet laika fakty, dowodzące ponad wszelką wątpliwość że przedstawiany przez Was, Szanowni Panowie obraz kolposkopii jest bardzo delikatnie mówiąc nieprawdziwy.

Kolposkopia jest metodą badania klinicznego, której najogólniej mówiąc jakość zależy od bardzo wielu czynników. Przede wszystkim od wiedzy i doświadczenia lekarza kolposkopującego oraz sprzętu, czyli kolposkopu, jakim się posługuje. W badaniach nad czułością i swoistością, czyli dokładnością tej metody w wykrywaniu stanów przedrakowych i wczesnego raka istotnym jest także rodzaj biopsji szyjki macicy, ilość pobranych bioptatów, wiedza i doświadczenie patomorfologa oceniającego materiał uzyskany podczas biopsji oraz subiektywizm takiej oceny histopatologicznej podobnie zresztą, jak w przypadku oceny kolposkopowej. Wreszcie, ogromne znaczenie dla takiej oceny ma miejsce występowania zmian przedrakowych i wczesnego raka w obrębie szyjki macicy i związany nierzadko z tą lokalizacją histologiczny typ raka szyjki macicy. Od tego, czy jest to tarcza części pochwowej, czy kanał szyjki i/lub ujście zewnętrzne oraz od rodzaju strefy transformacji /TZ1, TZ2, TZ3/ jaki występuje w obrębie powierzchni nabłonkowych danej szyjki macicy. Nie bez znaczenia jest także wiek badanych kobiet. Dlatego też, wyniki badań określające czułość i swoistość, czyli dokładność kolposkopii w wykrywaniu stanów przedrakowych i wczesnego raka bardzo często

diametralnie różnią się od siebie i z reguły oscylują w bardzo szerokich zakresach procentowych. Podkreślają to praktycznie wszyscy, uczciwi autorzy zajmujący się kolposkopią.

Dla przykładu, w analizie przeprowadzonej w 2015 roku przez Mert Ulas Barut i współpracowników, czułość kolposkopii w wykrywaniu wszystkich zmian nieprawidłowych wyniosła od 87-99%, a jej czułość w wykrywaniu zmian dużego stopnia HSIL względem obrazów prawidłowych i zmian małego stopnia /LSIL/ wahała w bardzo szerokim zakresie, od 30% do 90%.

To dobitnie pokazuje, jak trudno oszacować rzeczywistą wartość kolposkopii na podstawie takich badań. Dlatego też, formułowanie kategoriycznych wniosków na temat jej czułości, a nawet dokładności nie tylko na podstawie jednej, czy nawet wielu publikacji jest po prostu nieobiektywne i nieuczciwe.

Niestety z taką praktyką mamy do czynienia w rekomendacjach sztucznej inteligencji EVA VisualCheck, w których przedstawiliście Panowie teorię, że obecnie czułość kolposkopii w wykrywaniu zmian większego stopnia szyjki macicy HSIL, nie przekracza 65 %, co tak naprawdę niewiele wspólnego z rzeczywistością. Ponadto trzeba podkreślić nie wdając się w szczegóły, że każda metoda diagnostyczna posiada zarówno określoną czułość, jaki i specyficzność, które są istotnymi wskaźnikami dokładności danej metody i osobno nie dają pełnego jej obrazu. Dla niewtajemniczonych czytelników trzeba dodać, że jest jeszcze wartość predykcyjna /PV/, którą także uwzględnia się w takich rozważaniach. Tylko wspólnie określają one stopień zaufania, jakim można darzyć daną metodę, czyli jej dokładność. I to wszystko dotyczy również kolposkopii. Tak więc, posługiwanie się tylko jednym z tych parametrów, czyli czułością, jako ostatecznym wykładnikiem przydatności jakiegokolwiek metody, w tym kolposkopii jest po prostu nieobiektywne, ale niestety często spotykane w przypadkach prób zafałszowania prawdziwego obrazu kolposkopii tak, jak to ma miejsce w przypadku Waszych Panowie, profesorowie rekomendacji.

Dla przykładu podam jedną z wielu aktualnych /2019 rok/ publikacji przedstawiających **dokładność**, a więc łącznie **czułość i swoistość** kolposkopii w wykrywaniu zmian HSIL:

Stuebs i wsp. Accuracy of colposcopy-directed biopsy in detecting early cervical neoplasia: a retrospective study.

Oto cytat z tej publikacji:

„Dokładność wykrywania zmian HSIL wyniosła 88%, ze wskaźnikiem niedodiagnozowania wynoszącym 10,5% i wskaźnikiem nadodiagnozowania wynoszącym 1,3%. Wskaźniki dokładności wykrywania HSIL u kobiet z TZ 1, TZ 2 lub TZ 3 wynosiły odpowiednio 92,2, 90,5 i 76,5%. Wskaźniki dokładności wykrywania HSIL w różnych grupach wiekowych wynosiły 93,1% (wiek 0–34 lata), 83,6% (wiek 34–55) i 80% (wiek 55 lub więcej).

Proszę ponadto zwrócić uwagę, jakie są rozbieżności w zależności od rodzaju strefy transformacji i wieku badanych kobiet w tym badaniu - TZ1 = 92,2%, a TZ3 = tylko 76,5% i Potwierdza to wcześniej przedstawiony pogląd, że wyniki takich obserwacji zależą w dużej mierze od wieku badanych kobiet oraz rodzaju powierzchni nabłonkowych szyjki macicy, co często jest ze sobą powiązane.

Ale nawet posługując się tylko samym pojęciem czułości stwierdzenie, że obecnie czułość kolposkopii w wykrywaniu zmian HSIL nie przekracza 65% także nie jest prawdą. Mimo, iż poziom kolposkopii na świecie w ostatnich latach znacząco się obniżył, to nadal są aktualne badania i publikacje potwierdzające jej czułość powyżej 80%, a nawet 90% i w piśmiennictwie naukowym łatwo je odnaleźć. Dlatego też podam tylko kilka przykładów publikacji z różnych lat.

Najnowsza publikacja z roku 2022 - Roopa Hariprasad i wsp. „Role of colposcopy in the management of women with abnormal cytology”.

„W badaniu populacyjnym przeprowadzonym we wschodnich Indiach w celu oceny wykonania kolposkopii w celu oceny kobiet z pozytywnymi wynikami testów VIA i/lub (HPV), czułość i swoistość kolposkopii w wykrywaniu zmian HSIL+ wyniosła odpowiednio 84,8% i 66,1%”.

W tej samej publikacji możemy także przeczytać:

„W metaanalizie opracowanej przez Mitchella i wsp. /1998/ średnia czułość i swoistość kolposkopii dla wykrywania wszystkich nieprawidłowości szyjki macicy (LSIL, HSIL i rak) wyniosła odpowiednio 96% i 48%. Zaobserwowano poprawę swoistości (69%) z marginalnym zmniejszeniem czułości (85%), gdy normalną szyjkę macicy i zmiany niskiego stopnia porównano ze zmianami wysokiego stopnia i rakiem. Rozpoznanie kolposkopowe dobrze koreluje z nieprawidłowościami o wysokim stopniu złośliwości, których czułość wynosi 85–94% w wykrywaniu stanów przedrakowych i raka szyjki macicy.

Kolejna publikacja z roku 2018 - Feng-Yi Xiao i wsp. - Diagnostic Accuracy of Colposcopically Directed Biopsy and Loop Electrosurgical Excision Procedure for Cervical Lesions

„Colposcopically Directed Biopsy /CDB/ i LEEP miały czułość odpowiednio 95,4% i 80,0% w diagnostyce śródnabłonkowej wysokiego stopnia lub większych (HSIL+)”.

Z kolei publikacja z roku 2011 podaje czułość kolposkopii w wykrywaniu zmian HSIL lub większych na poziomie 84,9% - Ouitrakul et al. - Accuracy of Colposcopically Directed Biopsy in Diagnosis of Cervical Pathology at Srinagarind Hospital

„Dokładność „colposcopically directed biopsy” /CDB/ w wykrywaniu zmian HSIL lub większych szyjki macicy wyniosła 87,8%, z czułością, swoistością, PPV i NPV odpowiednio 84,9%, 100%, 100% i 61%”.

Widać więc wyraźnie, że czułość kolposkopii tak dawniej, jak i obecnie zdecydowanie przewyższa wskaźniki procentowe, które Panowie podajecie, jako jedyne i ostateczne.

Należy także zwrócić uwagę, co już było podkreślane wcześniej, że we wszystkich wymienionych publikacjach, autorzy posługują się zarówno pojęciem czułości, jak i swoistości w swoich rozważaniach, bo tak jest uczciwie i taki jest obowiązek publikowania prac nie tylko naukowych pod względem etycznym.

Nie tylko wymienione publikacje jednoznacznie podważają także przytaczane przez Was stanowisko International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy /IFCPC/, że czułość w różnicowaniu pomiędzy prawidłowy nabłonkiem, a zmianami CIN i wczesnego raka nie przekracza 86%, a swoistość 30 %. Trzeba wyraźnie podkreślić, że IFCPC nie jest wyrocznią w tym względzie i już niejednokrotnie „popisywała” się podejmowaniem niezrozumiałych decyzji.

Przejdźmy teraz do polskiego „podwórka” kolposkopowego. Za czasów kiedy założycielem i prezesem PTKiPSM był profesor Jan Madej, twórca polskiej i bez wątpienia krakowskiej szkoły kolposkopii, jej dokładność w wykrywaniu wszystkich zmian szyjki macicy sięgała 99%, a dokładność wykrywania stanów przedrakowych i wczesnego raka wahała się w granicach 85-99%. Sama czułość w wykrywaniu zmian większego stopnia CIN3 i wczesnego raka przekraczała nawet 98%. Poziom ten utrzymywał długo jeszcze profesor Antoni Basta, następca profesora Jana Madeja na stanowisku prezesa PTKiPSM, chociaż w ostatnich latach swojej działalności nie potrafił obronić tak wysokiej pozycji kolposkopii w Polsce i niestety przyczynił się także do jej upadku. Tak upadku, bowiem jak inaczej można nazwać obecny stan polskiej kolposkopii praktycznej, w którym jej główny

przedstawiciel, notabene uczeń profesora Madeja i profesora Basty – profesor Robert Jach ogłasza wszem i wobec, że „jego” kolposkopia rozpoznaje dzisiaj stany przedrakowe dużego stopnia /HSIL/ zaledwie w 65% ! Że jest na tak żenująco niskim poziomie względem kolposkopii z czasów swoich poprzedników sprzed zaledwie kilkunastu, a nawet kilku lat. Ponadto publicznie się tym chwali podobnie z resztą, jak Panowie Profesorowie w Waszych rekomendacjach, co jest dobitnym dowodem z całym szacunkiem bezmyślności i całkowitego niezrozumienia istoty kolposkopii praktycznej.

Nie będę się rozwodził nad publikacjami profesora Jana Madeja i profesora Antoniego Basty, bo to jest historia polskiej szkoły kolposkopii i polskie piśmiennictwo, które Panowie, jako wybitni eksperci kolposkopowi macie przecież obowiązek znać. Posłużę się tylko kilkoma istotnymi i jakże wymownymi cytataми tych naukowców:

„Lekarz biegle w kolposkopujący wykrywa tylko przy pomocy samej kolposkopii od 85 do 99 % stanów przedrakowych i wczesnego raka szyjki macicy”. Wtedy tylko ok. 20% przypadków kolposkopowo niejasnych wymaga uzupełniającego badania cytologicznego” - cytat z rozdziału Kolposkopia, w podręczniku Ginekologia, profesora Zbigniewa Słomko z 1997 roku, autorstwa profesora Jana Madeja i doktora Jacka Grzegorza Madeja

„Błąd kolposkopii w wykrywaniu wczesnych postaci raka szyjki macicy i jego stadiów poprzedzających jest tak małym, że nie ma to większego znaczenia praktycznego” – cytat z podręcznika Kolposkopia 1982, profesora Jana Madeja.

„Rak szyjki macicy nigdy nie kryje się pod obrazem kolposkopowym typowej strefy regeneracji /transformacji/” – cytat z podręcznika Kolposkopia 1982, profesora Jana Madeja.

„Zgodność wycinka celowanego pod kontrolą kolposkopii z wynikiem histopatologicznym materiału pooperacyjnego wynosi 85-96 %” - wspólne stanowisko profesorów Jana Madeja i Antoniego Basty z roku 2005 z listu otwartego do towarzystw naukowych.

Należy więc postawić tutaj zasadnicze pytanie; jak to jest możliwe, że poziom kolposkopii praktycznej w Polsce tak błyskawicznie się obniżył ? Co sprawiło, że dzisiaj rozpoznaje ona stany przedrakowe HSIL w taki niskim procencie? Co sprawiło, że dzisiaj musi pobierać wycinki z miejsc kolposkopowo niepodejrzanych ? Czy zmienił się może sposób powstawanie raka szyjki macicy ? Oczywiście, że nie. Czy zmieniły się obrazy kolposkopowe stanów przedrakowych i wczesnego raka ? Oczywiście, że nie. Czy kolposkopy stały się gorsze ? Oczywiście, że nie, a według Waszych opinii Panowie profesorowie kolposkopy cyfrowe są coraz lepsze i mają oprogramowanie zwiększające możliwości diagnostyczne w zakresie wykrywania stanów przedrakowych i wczesnego raka. W związku z tym czułość kolposkopii w rozpoznawaniu jakichkolwiek obrazów powinna się przecież zwiększyć. Jak to więc możliwe, że kolposkopia praktyczna w wykonaniu profesora Jacha tak szybko zaliczyła tak dramatyczny spadek ? Odpowiedź jest banalnie prosta - przez całą swoją, dotychczasową karierę profesor Jach nie potrafił się nauczyć rozpoznawania obrazów kolposkopowych na żywo w stopniu chociażby zbliżonym do swoich mistrzów.

I tutaj należy wyjaśnić pojęcie kolposkopii teoretycznej i praktycznej. Bowiem kolposkopowa teoria i kolposkopowa praktyka, to są dwie różne bajki. Nawet najlepsza znajomość teorii nie przekłada się w istotnym stopniu na umiejętność rozpoznawania obrazów kolposkopowych. Jest w tym pomocna, ale można być mistrzem teorii, a nie potrafić rozpoznać najprostszych obrazów kolposkopowych podczas badania pacjentki „na żywo”. Bez wątplenia jest to trudna sztuka, bowiem nie ma dwóch takich samych obrazów kolposkopowych, są tylko powtarzające się elementy tych obrazów, ale w ilości i jakości niekiedy drastycznie od siebie odbiegających. I tak, są dziesiątki jeżeli nie setki prawidłowych obrazów kolposkopowych całkowicie różniących się od siebie, są setki, jeżeli nie tysiące obrazów

kolposkopowych podejrzanych o zmiany małego, średniego i dużego stopnia oraz wczesnego raka diametralnie różniące się od siebie. I teoria niewiele tu pomoże, tylko praktyka i jeszcze raz praktyka uczyni mistrza w ich rozpoznawaniu i różnicowaniu „na żywo”. Niestety, Pan Profesor Jach nigdy nie potrafił przyswoić tej umiejętności w sposób profesjonalny i z jednej strony nie można mieć o to do niego pretensji, bowiem jak w każdej materii są ludzie wybitnie uzdolnieni, zdolni, mniej zdolni i wybitnie niezdolni. Jednak z drugiej strony, człowiek o takiej nieumiejętności posługiwania się kolposkopią praktyczną nigdy nie powinien zostać prezesem wiodącego Towarzystwa Kolposkopowego w Polsce. Ale na ogólnie znanej i stosowanej zasadzie – mierny, bierny, ale wierny – niejako w ramach spadku, takim prezesem został. I zamiast spróbować mimo wszystko podnieść swój poziom kolposkopii praktycznej do poziomu jaki reprezentowało wówczas PTKiPSM, to na odwrót robi wszystko, aby zrównać ten poziom ze swoimi niezdolnościami do rozpoznawania obrazów kolposkopowych na żywo. Mało tego, jeszcze się tym publicznie chwali i przekonuje wszystkich, że taki jest teraz poziom kolposkopii na świecie, co jak widać jest nieprawdą. Jest przy tym rzeczą znaną, jak wielu ginekologów zrzeszonych zarówno w PTKiPSM, a także w PTGiP, zdecydowało się wziąć udział w tym, mało chwalebnym procederze.

Oczywiście należy także zadać pytanie na ile Pan prezes Jach i Szanowni Panowie Profesorowie nie umiecie kolposkopii, a na ile Wam się nie opłaca jej umieć, ale to już zagadnienie na inne wypracowanie, które także powinno ujrzeć światło dzienne.

Jednakże, mimo niewątpliwego sabotażu kolposkopii, jako metody badania klinicznego, którego być może bezwiednie dokonywał i nadal dokonuje prezes Jach i jego poplecznicy, to nadal są w Polsce ośrodki, w których poziom kolposkopii zbliżony jest do tej z czasów profesora Jana Madeja. Należy do nich wspomniane Centrum diagnostyczno terapeutyczne Cervix w Krakowie. Centrum którego współzałożycielem i wieloletnim reprezentantem jeszcze do 2016 roku był właśnie profesor Jan Madej. Centrum, które kontynuuje i rozwija model polskiej szkoły kolposkopii wprowadzony przez wspomnianego profesora Madeja i w którym wskaźniki czułości i dokładności kolposkopii w rozpoznawaniu wszystkich, w tym HSIL+ zmian szyjki macicy nadal przekraczają 90%, weryfikację histopatologiczną wykonuje się w mniej niż 10% wszystkich wykonanych kolposkopii, a wycinki pobiera się tylko z miejsc kolposkopowo podejrzanych. I tak, jak sprawdzało się to przez kilkadziesiąt lat na całym świecie i w Polsce, tak nadal się to sprawdza w Centrum Cervix i są na to dowody w postaci pełnej dokumentacji medycznej. A przecież Pan prezes Jach doskonale wie o istnieniu tego Centrum i poziomie kolposkopii, jaki reprezentuje. Jest rzeczą oczywistą, ale zgoła nieuczciwą, że Pan prezes Robert Jach oficjalnie nie uznaje tego ośrodka i od lat w ten sposób próbuje zdyskredytować jego wartość, bowiem jest ono namacalnym dowodem jego ignorancji i słabości w temacie kolposkopii, zwłaszcza praktycznej. Mimo, że jest to prywatne Centrum, to jednak jest to uznany w całej Polsce ośrodek, cieszący się od blisko 17 lat zaufaniem wielu lekarzy oraz tysięcy pacjentek i temu nie da się zaprzeczyć. Ponadto są jeszcze nieliczni, ale jednak, lekarze w Polsce, którzy w swoich gabinetach prezentują poziom kolposkopii grubo przekraczający owe 65% prezesa Jacha. I Pan prezes także doskonale wie o ich istnieniu, ale robi wszystko, aby ich wymazać z kolposkopowej mapy Polski, bo tak mu jest po prostu wygodnie. I temu także nie da się zaprzeczyć. A przecież Pan profesor Robert Jach w ostatnich wypowiedziach zapewnia, że w Polsce w końcu zamierza się wykorzystać prywatną „służbę zdrowia” do prewencji raka szyjki macicy. Czyżby wreszcie ktoś zrozumiał coś, co było oczywiste od dziesięcioleci? Zdecydowanie za późno, ale chwała mu za to.

Jak więc to wszystko ma się do Panów teorii, że obecnie czułość kolposkopii w wykrywaniu zmian większego stopnia nie przekracza 65 %. Na dodatek powołujecie się przy tym tylko na jedną publikację, wspominanego profesora Roberta Jacha i współpracowników pt. KOLPOSKOPIA 2020: PROTOKOŁY KOLPOSKOPOWE Podsumowanie Konsensu Ekspertów Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników. Zajmuję się profesjonalnie kolposkopią już 35 lat i przeczytałem setki, jak nie tysiące

różnych publikacji nie tylko naukowych dotyczących tego badania, ale czegoś tak niedorzecznego, by nie powiedzieć wprost głupiego, jak – KOLPOSKOPIA 2020: PROTOKOŁY KOLPOSKOPOWE – jeszcze nie widziałem. To jest namacalny dowód, jak dramatycznie niski poziom kolposkopii reprezentują autorzy i recenzenci tego, „epokowego” dzieła. Ale takiej właśnie „kolposkopii” uczy się dzisiaj obecnych i przyszłych „specjalistów” /cudzystów zamierzony/ tego badania i taką kolposkopię wykorzystuje się dzisiaj tylko do weryfikacji nieprawidłowych wyników badań skriningowych. Gdybym tego nie widział, nie słyszał i nie przeczytał, to nigdy bym nie uwierzył, że to jest w ogóle możliwe, a tym bardziej w Krakowie, kolebce polskiej kolposkopii.

Jest szczytem hipokryzji i obłudy zwłaszcza ze strony Panów profesorów: Zimmera i Pomorskiego twierdzenie, że obecnie czułość kolposkopii w wykrywaniu zmian większego stopnia nie przekracza 65 % w momencie, w którym ich własne badanie z2021 roku, dotyczące EVA VisualCheck – The Application of Artificial Intelligence-Assisted Colposcopy in a Tertiary Care Hospital within a Cervical Pathology Diagnostic Unit – wykazało 100% czułość kolposkopii w wykrywaniu takich zmian.

Wracając do publikacji profesora Jacha i współpracowników. Cóż, Pan profesor Robert Jach po raz kolejny udowadnia, że jest nieuczciwym lekarzem. Świadomie i celowo wprowadzał w błąd opinię publiczną zapewnieniami, że w wielu krajach świata rak szyjki macicy został już wyeliminowany mimo, iż nigdzie jeszcze nie miało to jeszcze miejsca, a teraz pokazuje, że jest także na bakier z etyką publikowania prac w czasopiśmie naukowych. Zasady etyczne publikacji naukowych mówią wyraźnie, że podawanie fałszywych lub świadomie nieprawdziwych danych jest nieetyczne. W dodatku profesor Jach powołuje się na trzy publikacje z roku 2009, 2012 i 2018, które mają rzekomo potwierdzać jego teorię. Przyznam szczerze, że nie tylko dla mnie żadna z tych publikacji nie upoważnia do przedstawienia takiego poglądu, chociaż trzeba przyznać, że podobne poglądy są.

I tutaj jest kolejna nieuczciwość z Panów strony, bowiem profesor Jach i współpracownicy w rzeczonyj publikacji stwierdzili, że czułość kolposkopii w wykrywaniu zmian HSIL z subkategoryzacją CIN3+ nie przekracza 65%, a tym razem Panowie, łącznie z profesorem Jachem zastosowaliście ten wynik do wszystkich zmian HSIL w rzeczonych rekomendacjach EVA VisualCheck. Czy to jest uczciwe ? Nie, to nie jest uczciwe!

Oprócz polskiego piśmiennictwa sprzed lat w tym zakresie, są przecież także aktualne doniesienia naukowe ze świata kategorycznie przeczące teorii profesora Jacha i potwierdzające czułość kolposkopii w wykrywaniu samych zmian CIN3+ powyżej 92%.

Brady Hunt i współpracownicy - Cervical lesion assessment using real-time microendoscopy image analysis in Brazil: The CLARA study, z roku 2021, w analizie porównawczej między metodą HRME a kolposkopią, wykazali czułość kolposkopii w wykrywaniu zmian CIN3 + na poziomie 96,2%, a wszystkich zmian HSIL+ na poziomie 95,6%.

W dodatku, każdy doświadczony w kolposkopii lekarz wie, że największą czułość ze wszystkich „CIN-ów”, kolposkopia będzie miała właśnie w rozpoznawaniu zmian przedrakowych wysokiego stopnia CIN 3 i wczesnego raka.

Można więc prezentować swoje poglądy i przedstawiać na to dowody w postaci publikacji o zbieżnych danych, ale nie można negować istnienia przeciwstawnych poglądów, badań i publikacji, jeżeli takowe są. Pan prezes Jach powinien brać wzór uczciwości i etyki chociażby od niektórych członków Zarządu PTKiPSM. Nieżyjący już Pan Profesor Wojciech Rokita, ówczesny wiceprezes PTKiPSM w publikacji pt. Wartość diagnostyczna cytologii i kolposkopii u kobiet ze śródnabłonkową neoplazją szyjki macicy z roku 2011, pisał co następuje:

„W analizowanym materiale uzyskaliśmy **89,21% czułość** i **99,87 swoistość** kolposkopii w rozpoznawaniu CIN. Wyniki naszych badań odbiegają nieco od zawartych w doniesieniach Mitchell i wsp., którzy w metaanalizie obejmującej 9 dużych badań oszacowali czułość kolposkopii na 96%, a swoistość zaledwie na 48%. [...] Wyniki naszych badań odbiegają od doniesień Massada i wsp., którzy za najbardziej czułą cechę obrazu kolposkopowego w diagnostyce CIN 2+ uznali występowanie zbielenia nabłonka dużego stopnia [13]. W bardzo dobrze zaplanowanych badaniach przeprowadzonych w Xanxi w Chinach, podczas których weryfikację histologiczną szyjki macicy wykonywano zarówno w przypadku podejrzanego jak i prawidłowego badania kolposkopowego czułość satysfakcjonującej kolposkopii w rozpoznawaniu zmian CIN2+ wyniosła 57% (95% CI: 52-62%).

Proszę zwrócić uwagę, jakie wartości czułości i swoistości kolposkopii w rozpoznawaniu CIN uzyskał w badaniu członek Zarządu PTKiPSMi jak one się mają do wartości przedstawionych przez IFCPC – czułość 86%, a swoistość 30 %. Ale Pan prezes Jach ma gdzieś doniesienia polskiego piśmiennictwa i wyniki badań wiceprezesa własnego Towarzystwa.

A na tym właśnie polega uczciwość publikacji naukowych i nie tylko naukowych. Pan Profesor Rokita przedstawił wyniki własnych badań i obserwacji, ale jednocześnie dobitnie zaznaczył, że odbiegają one od obserwacji i badań niektórych, innych autorów. Bo tak wygląda uczciwość pisanie publikacji naukowych od strony etyki, którą Pan profesor Jach i współpracownicy omawianej publikacji, niestety tym razem łącznie z Panem profesorem Rokitą, mieli w „głębokim poważaniu”. Mimo, że czułość kolposkopii w wykrywaniu zmian HSIL w wykonaniu profesora Jacha i obecnych członków Zarządu PTKiPSM i PTGiP nawet nie zbliża się do owych 65 %, co jest faktem niepodważalnym, to w publikacjach naukowych obowiązkiem profesora Jacha było umieszczenie informacji o publikacjach i badaniach przeciwnych jego umiejętnościom i poglądom. Także w wypowiedziach medialnych i innych publikacjach, takich jak Państwa rekomendacje, obiektywny lekarz i naukowiec zawsze powinien to podkreślić. A na to jak widać także i Panów nie było stać.

Tak, na marginesie, czy wobec środowiska medycznego, a przede wszystkim wobec pacjentek nie odczuwacie Szanowni Panowie profesorowie chociaż odrobinę dyskomfortu psychicznego mianując się publicznie ekspertami z dziedziny kolposkopii, a jednocześnie prezentując tak niski poziom umiejętności w zakresie rozpoznawania obrazów kolposkopowych ? Bo przecież, jeżeli utożsamiacie się z tym co napisał profesor Jach i odnoście to nawet do wszystkich zmian HSIL, że czułość kolposkopii w ich rozpoznawaniu nie przekracza 65% i podajecie to jako dowód w swoich rozważaniach, to znaczy jesteście na tym samym, dramatycznie niskim poziomie, co Pan profesor Jach, a może nawet niższym. Czy nie byłoby bardziej honorowo występować w roli kolposkopowych ekspertów potrafiąc rozpoznawać takie zmiany przedrakowe w 90% przypadków tak, jak to robią do dzisiaj niektórzy uczniowie szkoły profesora Jana Madeja, a przynajmniej istnienia tego faktu nie negować ? A zapewniam Panów i udowadniam ponad wszelką wątpliwość, że to jest możliwe pod jednym wszakże warunkiem, trzeba się tego chcieć nauczyć. Ale żeby się tego nauczyć, to nie wystarczy skończyć dwa kursy, zwłaszcza prowadzone przez profesora Jacha, bo one z prawdziwą kolposkopią mają niewiele wspólnego. Żeby się tego nauczyć w stopniu profesjonalnym, to trzeba się temu chociaż trochę poświęcić. I najlepiej najpierw się nauczyć, a dopiero potem zostać ekspertem, tak byłoby chyba uczciwiej wobec wszystkich, nieprawdaż ? Szanowni Panowie, tytuł profesora nie daje Wam automatycznie wiedzy z zakresu kolposkopii.

Oczywiście w tym miejscu należy zdecydowanie podkreślić, że tak wysoki poziom kolposkopii praktycznej, jak za czasów profesora Jana Madeja może być i jest domeną tylko nielicznych. I nie ma w tym nic złego ani nadzwyczajnego. Nie wszyscy przecież mogą i muszą znać kolposkopię w sposób wybitny, ale bez większego problemu można osiągnąć, aby znali ją na tyle, by mogło się to przełożyć na wymierne korzyści dla pacjentek. Należy podkreślić, że wszystkim bez wyjątku lekarzom, bez względu na stopień zaawansowania, którzy chcą się tą trudną sztuką diagnostyki kolposkopowej

zajmować należą się wyrazy uznania i szacunku, ale nie można zaakceptować jako wystarczającego poziomu, który prezentuje dzisiaj, oczywiście nie z własnej winy większość certyfikowanych kolposkopistów obecnego PTKiPSM.

Z drugiej strony jednak, jeżeli chcemy przedstawiać i rozpatrywać kolposkopię i jej realną wartość, jako metody badania klinicznego, to musimy ją oceniać według jej najwyższych standardów w wykonaniu najlepszych kolposkopistów pamiętając przy tym, że większość lekarzy takich standardów nie osiągnie. Przecież miarą umiejętności i możliwości piłkarskich nie jest poziom, jaki prezentuje najlepszy nawet piłkarz III, czy IV ligi, tylko wybitne postacie tej dyscypliny takie jak, Lionel Messi, czy Cristiano Ronaldo grający w czołowych klubach na świecie mimo, że przecież jest ich zdecydowanie mniej. A miarą poziomu światowej piłki nożnej nie jest poziom, jaki prezentują tysiące trzecio, czy czwarto ligowych klubów, tylko możliwości tych najlepszych, grających w lidze mistrzów i europejskich pucharach, chociaż jest ich tylko garstka. I to samo dotyczy kolposkopii i każdej, innej umiejętności, którą obiektywnie rozpatrujemy.

Na koniec należy postawić zasadnicze pytanie: dlaczego tak drastycznie zaniżacie Panowie wartość kolposkopii w wykrywaniu stanów przedrakowych i wczesnego raka? Czy dlatego, że faktycznie wszyscy reprezentujecie tak niski poziom, jak profesor Jach, czy może dlatego, aby móc tylnymi drzwiami wprowadzać na rynek takie buble, jak kolposkop mobilny EVA System i sztuczną inteligencję typu EVA VisualCheck? Z drugiej strony, czy za cenę wprowadzenia na polski rynek medyczny takiego bubla, jak EVA VisualCheck naprawdę jesteście gotowi stracić twarz? Bez względu na wszystko są to niedopuszczalne praktyki, bez wątpienia podważające także dorobek naukowy i dobre imię twórców polskiej szkoły kolposkopii, ich bezpośrednich następców oraz tych, którzy nadal kontynuują te tradycje dla dobra polskich kobiet. I na to nie może być zgody ze strony obiektywnych wykonawców i obserwatorów kolposkopii w Polsce.

List ten jest protestem przeciwko przedstawianiu środowisku lekarskiemu i pacjentkom dramatycznie nieprawdziwego obrazu kolposkopii przez PTKiPSM i PTGiP oraz jednocześnie apelem o zaprzestanie takich praktyk. Niemniej jednak, oparty jest on o szalenie istotny temat sztucznej inteligencji VisualCheck w diagnostyce raka szyjki macicy i stanów go poprzedzających. Próba wprowadzenia tylnymi drzwiami, przez PTGiP i PTKiPSM tak dramatycznie niedoskonałego i niedopracowanego urządzenia do codziennej praktyki ginekologicznej jest rzeczą całkowicie niezrozumiałą i nieakceptowalną zarazem. Ja się nie boję słów i twierdzę z całą stanowczością, że jest to niczym nie usprawiedliwione działanie przede wszystkim na szkodę pacjentek, ale także całego, ginekologicznego środowiska lekarskiego. Jednakże dla lepszego zrozumienia każdego z tych problemów szczegółową polemikę oraz szereg pytań dotyczących niezrozumiałych i niewłaściwie interpretowanych kwestii, zaprezentowanych w rekomendacjach urządzenia VisualCheck przez przedstawicieli PTGiP i PTKiPSM, a które bezwzględnie wymagają szczegółowych wyjaśnień wobec całej opinii publicznej, Zarząd PTGiP otrzyma ode mnie w osobnym liście otwartym.

List ten jest opublikowany na stronie kopskopia.com i Panów odpowiedź, jeżeli będzie miała miejsce także będzie udostępniona opinii publicznej.

Z poważaniem



