Umetoki-zerbixeko minbiziaren kasu eta kontrolen ikerketa Espainiako Estatuan eta Kolonbian

N. Muniozguren

SARRERA

Kasu eta kontrolen ikerketen ikuspegi historikoa

Metodologia epidemiologikoan gaur egun onarrizkoa iruditzen zaiguna, 1830. urtean sortu zen ideia gisa: gaixotasun bat mugatzen duten faktoreen ikerketak, konparazio-metodoa inplikatzen du eta horretarako, kontrol-talde bat behar da.

"Epidemia batek eragindako hilkortasunean tratamendu batek duen ondorioa, tratamendu hori jaso ez duen kontrol-talde batekin konparatu behar da. Talde biak zoriz aukeratu behar dira". Louis PCA, Barlett E. 1834).

Beste ikertzaile batzuk (Gue WA, etab.) bide berari jarraitu zitzaizkion XIX. mendea bukatu arte. Orduan bakteriologiaren oldarrak ikerketa medikoaren arlo guztiak ukitzen zituen. Henle-Koch-en postulatuak agertu ziren eta kontrol-taldeak izateko premia desagertu egin zen, agente sortzaileak pertsona osasuntsuengan aurkitu ezin direlako. Urteak iragan ziren kontrol-talde bat berriz erabili arte (txertaketa baten ondorioa ebaluatzeko).

1920. urtean Broders-ek tabakoa eta aho, ezpain eta biriketako minbizien arteko erlazioa ikertu zuen kontrol-talde bat erabiliz. Ezpaineko epitelioma eskamosoa zuten % 78,5 kasu pipa-erretzaileak ziren eta kartzinoma hori ez zutenen artean, % 38,0 erretzaile besterik ez zegoen.

Gaur egungo kontrol-metodologiarekin egindako lehen ikerketa 1926. urtean burutu zen (Lane-Claypon). Ikerketa honen helburua bizi-birsorgarriak bularreko minbizian eraginiko ondorioa ikertzea zen.

Zakileko minbiziaren ikerketak argitaratu ziren kontrol-talde bat baino gehiago erabiliz (Scheck eta Lenowitz, 1947), geroago tabako eta minbiziaren arteko asoziazioak (Doll eta Hill, 1952), etab.

1951. urtean Cornfield-ek (OR) kasu eta kontrolen ikerketa batean gaixotasunaren frekuentzia biztanlegoan eskasa denean arrisku erlatiboa estimatu egin daitekeela erakutsi zuen. Geroago Mantel eta Haenszel-ek alda-

gai bat baino gehiagoren efektua kontrolaturik, arrisku erlatiboa lortzeko metodoak aurkitzen dituzte.

Horiek horrela, kasu eta kontrolen metodoak, atal hauek ditu:

1) Eritasunen ikerketa etiologikoa.
2) Neurri prebentiboen eraginkortasuna (txertaketak, zerbixeko zitologiak).
3) Osasun-zerbitzuen kalitate-kontroleko ikertetetan gehien erabiltzen den metodoa da.

Kasu eta kontrolen ikerketei esker nabaritu dira, besteak beste, asoziazio hauek: bularreko minbizia eta lehen umea jaio zenean adinez nagusi izatea; baginako minbizia eta D.E.S.; endometrioko minbizia eta estrogeno exogenoak; hestegorriko minbizia eta alkohola eta tabakoa; gibeleko minbizia eta B hepatitisa; hestelodiko minbizia eta dietako faktore batzuk, etab.

Kasu eta kontrolen ikerketen kontzeptu eta oinarrizko ezaugarriak

Ikerketako partaideak aukeratzea, eritasuna egotean ala ez egotean oinarritzen da (kasuak eta kontrolak hain zuzen ere), eritasunaren etiologian garrantzizkoak izan daiteezken iraganeko edota oraingo ezaugarriei buruz konparatzen direlarik.

Diseinuan arretaz hartu behar dira kontutan "kasu" eta "kontrol" definizioak, talde bien aukerako irizpideak eta batzuen nahiz besteen iturria zein izango den (ospitalea, biztanlegoa, etab.). Horrez gain, kasu bakoitzeko zenbat kontrol erabiliko den, parekatzea egokia den ala ez eta zein aldagaitan parekatu erabaki behar dira.

ZERBIXEKO MINBIZIA. IKERKETA-PROIEKTUA

Aurrekariak

70.eko hamarkadan hasi ziren ikerketa esperimentalak eta seroepidemiologikoak, Herpes Sinple 2 (HSB-2), Zitomegalobirusa (ZMB) eta Giza Papiloma (GPB) birusen eta zerbixeko minbiziaren arteko zerikusia ikertzeko asmoz.

Ikerketa hauek ikusten zutenez, HSB-2 eta ZMB birusek ondorio onkongeniko ahula dute zerbixeko minbizian. Bestalde, asoziazio garrantzitsua erakusten zen tumore honen eta GPBaren artean; 6 eta 11 tipoekin gehienbat.

Sexu-harremanei buruz, egindako ikerketa epidemiologikoek sexu-harremanak lehenago (gazteago) hasten zituzten emakumeengan edo sexu-harremanetarako gehiago zituztenentzat arrisku handiagoa zegoela aditzera ematen zuten, baina faktore bakoitzari lotutako arriskua eta minbizi honetan bereziki duten eragina ez zegoen koantifikaturik.

Orain dela gutxi egiaztatu da gizonaren portaera sexuala ere zerbixeko minbiziaren garapenean garrantzizkoa izan daitekeela.

Minbizi honen intzidentzian ezberdintasun handiak dituzten biztanlegoengan egindako ikerketetatik informazio asko lor daiteke arrisku-faktoreak identifikatzeko. "Cancer Incidence In Five Continents" bostgarren bolumenak dioenez, Cali hiriak (Kolonbia) adinera egokituta munduko intzidentzi tasarik handiena zuen (52,9). Bestalde, Nafarroa azken tokian zegoen 3,9 tasarekin.

Helburuak

Helburu orokorra Kolonbia eta Espainiaren arteko arrisku ezberdintasunak ikertzea zen, eta baita honako puntu hauek ezagutzea ere:

- Emakumearen portaera sexualari zein arrisku-parte dagokion.
- Gizonaren portaera sexualari zein arrisku-parte dagokion.
- Tumorearen garapenean Giza Papiloma Birusaren zerikusia zein den.

Metodoa

Kasu eta kontrolen diseinua erabili zen umetokiko zerbixeko minbizia ("inbasiboa" eta "In situ" modukoa) zuten emakumeen eta zerbixeko minbizi gabeko haien kontrolen artean arrisku-faktoreen prebalentzia konparatzeko.

Hainbat taldek hartu zuen parte ikerketa honetan: Calik (Kolonbia), Eusko Komunitate Autonomoak (hiru Lurraldeak), Nafarroak eta beste 6 eskualdek Espainiako Estatuan.

a) Partaideak; kasu eta kontrolen definizioa

"Kasua" honela definitu zen: ikerketa-tokian bizi zen 75 urtetik beherako edozein emakume, ikerketako denboraldian (urte t'erdi) histologiaren bidez zelula eskamosoetako kartzinoma In Situ edo inbasiboa diagnostikatutakoa. Hauen bikote kide sexualak ere ikertu ziren.

In Situ kasuen identifikazioa, populazioan benetan gertatzen diren kasuen parte bat bakarrik dela kontsideratu zen. Horrexegatik, kasu hauen kontrolak emakumeen azpitalde beretik aukeratu ziren, eta horretarako, kasu bakoitza aurkitu zen laborategi beretik atera zen bakoitzaren kontrola. "In Situ kontrola" honela definitu zen: adin bereko taldeko emakume bat, osasun-zentrura kasuko egun berean joan zena eta laborategi berean zitologia normala zuena. Displasia diagnostikoa edota histerektomia edo konizazioa zuten emakumeak kontrol-taldetik baztertu egin ziren.

Kartzinoma inbasiboen kontrolak, EKA-ko hiru ikerketa-area bakoitzetik emakume-populazioaren zorizko laginketa bidez aukeratu ziren. Populazio-kontrolei In Situ kontrolak baztertzeko irizpide berdinak aplikatu zitzaizkien minbizi inbasiboetan ere.

b) Arrisku-faktoreekiko esposizioaren balorazioa

1) Galdeketa bat egin genien partaide guztiei (kasu, kontrol eta sexu-bikoteei), haien bizitza osoko sexu-harremanak ezagutzeko (sexu-harremanetako kide-kopurua eta emagalduekin izaniko kontaktuak ezagutzeko bereziki).

Galdeketa honek pertsonaren identifikaziorako datuak, datu sozio-ekonomiko eta kulturalak, ohitura higienikoak, ugal-historia, historia sexuala, sexuaren bidez transmititutako eritasunen aurrekinak eta aurrekin ginekologikoak ezagutu nahi zituen.

Elkarrizketatzaile bi zeuden (emakumezko bat eta gizonezko bat, bikote bakoitzari galdeketak batera, baina gela desberdinetan, egiteko.

2) GPBrekiko esposizioa ezagutzeko hiru teknika erabili ziren: ehun freskoaren zelulen hedapenetatik, birusaren DNAren zatiak identifikatzeko azido nukleikoa hibridatzeko testa, GPBren infekzioaren ezaugarri anatomopatologikoak eta GPBren aurkako antigorputz espezifikoak.

3) Beste birus batzuekiko esposozioa ere neurtu zen: HSB-2 eta ZMB birusen aurkako antigorputzak erabili ziren horretarako.

c) Plan operatiboa EKA-n

EKA-n 1986ko ekainetik 1987ko abendurarte diagnostikatutako kasu guztiak identifikatu egin ziren, anatomia patologikoko laborategien, ginekologiako kanpo-kontsulten eta ospitaleen laguntzarekin. Era berean, lagin biologikoak (zerbixeko zitologia, uretrako zitologia, biopsia eta sueroa) batu eta galdeketak egin genituen.

1988ko maiatzean galdeketa eta lagin biologiko guztiak Lyon-go IARC (International Agency for Research in Cancer) zentruan zeuden ikerketaren analisi orokorrak hasteko prest.

IKERKETAREN EMAITZAK EUSKO KOMUNITATE AUTONOMOAN

Partaideak

Hamazortzi hilabetetan, 92 In Situ kartzinoma-kasu identifikatu ziren. Horien arteko % 85,9k (79 kasuk) parte hartu zuen, 6 kasuk parte hartu nahi ez zutelako eta 7 beste arazo batzuengatik analisiak egiterakoan baztertu zirelako.

Identifikatutako 69 inbasio-kasuren artean, 7k ez zuten parte hartu nahi izan eta bat, beste arrazoi batzuengatik, baztertu egin zen analisiak egin baino lehen. Beraz inbasio-kartzinomaren % 88,4 (61 kasu) sartu ziren analisian.

Bestalde, 88 In Situ kontrol eta 89 inbasio-kontrol identifikatu ziren, baina 79 (% 89,8) In Situk eta 53 (% 66,3) inbasibok bakarrik parte hartu zuten (1. taula).

Ikerketatik kanpo utzitako kartzinomak (75 urte baino gehiago edukitzeagatik edo adenokartzinoma eta ez kartzinoma epidermoidea izateagatik) ere kontutan hartuz, zerbixeko inbasio-minbiziaren tasa (100.000 emakumeko) hauxe zen: 2,58 Araban, 3,64 Gipuzkoan eta 7,31 Bizkaian. Tasa hauek munduko biztanlegoaren adinera egokituta daude.

2. taulan ikerketako hiru parteetan (elkarrizketa, odol-lagina eta zitologia) erakusten da ehuneko zenbat partaidek parte hartu zuten. Guztira, 272 emakume eta 189 gizonezko zeuden. Portzentaiak nahikoa onak dira talde guztietan, baina gizon "inbasiboek" (kasu nahiz kontrol-bikoteek) beste partaideek baino sarriago ematen zieten ezetza odol-lagin eta zitologia uretralari.

Kolonbia eta Espainiako datuekin konparatuz (3. taula) Eusko Komunitate Autonomoko partizipazioa hobea da.

Ezaugarri sozio-demografikoak eta arrisku-faktore batzuen prebalentzia inbasio-kartzinoma eta In Situ kontrolen artean.

4. taulan ikusten denez, In Situ kontrolen batezbesteko adina 36,4 urtekoa zen eta inbasiboena 52,6 urtekoa. Emakumezko-kontrol gehienak ezkonduta zeuden, baina inbasiboen arteko % 15,1 alargun ziren.

Familiaren hileroko soldata nahikoa ezberdina da kontrol-talde bietan; % 74,3 In Situk eta % 42,3 inbasibok bakarrik irabazten zuen 90.000 pezeta baino gehiago hilero.

Bi emakume alfabetatugabe zeuden kontrol-taldeetan, In Situ bat eta inbasibo bat; % 3,8 In Situk eta % 7,6 inbasibok ez zuen inolako ikasketarik; % 41,4 In Situk eta % 17,0 inbasibok batxilergoa edo maila handiagoko ikasketak zituen.

In Situ kartzinona zuten emakumeen % 41,8k eta inbasiboen % 75,5ek ez zuen inoiz tabakorik erre.

Ez zegoen diferentzia handirik batezbesteko haurdunaldi-kopuruan (2,3 In Situ-etan eta 2,8 inbasiboetan), baina banaketa ezberdina da bi taldeetan: % 20,8 inbasibok eta % 6,3 In Situk bakarrik izan dituzte 5 haurdunaldi baino gehiago.

Lehen haurdunaldia izandako adina pixka bat gazteagoa zen In Situ taldean (24,4 urte). Talde honetako emakumeek lehenago hasi zituzten jaiotzaurreko kontrolak.

Inbasio-kontrol batek bakarrik ez zuen inoiz sexu-harreman osorik izan. Sexu-harreman osoak gazteago zirela izan zituzten In Situ taldeko kontrolek. Hasierako batezbesteko adina 21,7 urtekoa zen In Situetan eta 24,6 urtekoa inbasiboetan.

Emakume monogamo gehiago zeuden talde inbasiboan (% 94,3); orokorrean, emakumen inbasio-kontrolek kide sexual gutxiago zuten. % 5,8k bakarrik zuen bi eta bost bitarteko kide-kopurua. In Situ taldean % 19,2 kontrolek bi eta bost bitarteko kide zituzten eta % 2,6k bost baino gehiago.

Emakume ziren kontroletan inor ez zen inoiz prostituzioan ibili.

In Situ taldeko kontrolek beste taldetakoek baino zitologia gehiago zituzten eta gazteagoak ziren lehen zitologia egin zietenean.

In Situ kontrolek besteek baino maizago hartzen zituzten ahotiko antisorgailuak, % 52,6 In Situk eta % 19,6 inbasibok noiz edo noiz hartu zituztelarik. Barrera-antisorgailuak ere gehiago erabiltzen ziren In Situ taldean. Preserbagailua % 46,2 In Situk eta % 21,6 inbasibok erabili zuten inoiz.

% 4,0 In Situ eta % 2,3 inbasio-kontrol bakarrik ziren positibo GPBren testean. GAT, FTA eta VDRL frogen positibitatea ugariagoa zen In Situ taldean. Ia % 100 ziren positibo HSB eta ZMBren aurka eta asko (% 30 baino gehiago) HSB-2ren aurka.

Gizonezko ziren kontrolek (emakumezko kontrolen bikoteek) 40,2 eta 52,9 urte zuten batezbeste (In Situ eta inbasio-taldeetan hurrenez hurren).

Erretzaile asko zegoen bi taldeetan; % 21,5 In Situk eta % 19,4 inbasibok bakarrik ez zuten inoiz erre.

% 80,0 In Situ eta % 88,9 gizon "inbasibo" monogamo ziren; sexu-harremanetako kideen kopurua antzekoa zen bi taldeetan; % 30ek bost kide sexual baino gehiago izan zituen eta % 12k 20 kide sexual baino gehiago.

Gizonezko "In Situ" nahiz "inbasiboen" erdiak emagalduekin izan zuen inoiz harremanik. Gizon bakoitzak batezbeste, emagalduekin, 8,8 (In Situ kasuetan) eta 6,5 (inbasio-kasuetan) harreman sexual izan zituen.

HSB-1 eta ZMBren aurkako positibitate asko zegoen bi taldeetako gizonen artean: % 39 positibo ziren HSB-2ren aurka eta % 13 klamidien aurka.

% 3,7 inbasibo bakarrik eta In Situ bat ere ez ziren GPBren aurka positibo izan.

Inbasio-kartzinomaren eta In Situ kartzinomaren arrisku erlatiboak (OR), aukeratutako arrisku-faktore batzuentzat.

5. eta 6. tauletan zerbixeko kartzinomaren arrisku erlatibo sinple batzuk, haien % 95eko konfidantza-tarteak eta esangura (p) erakusten dira.

Sexu-harremanetan hasi zenean emakumeak zuen adina garrantzizkoa da minbiziaren garapenean; inbasio-kartzinoman batez ere. Lehen koitoa 20 urte baino lehen izan duten emakumeentzat kartzinomarako arriskua 2,8 bider handiagoa da; konfidantza-tartea eta p adierazgarriak dira. Lau adin-talde eginez gero, sexu-harremanak zenbat eta gazteago hasi, hainbat eta arrisku handiagoa dagoela ikusten da (joerako p = 0,03).

Kide sexual bat baino gehiago duten emakumeek inbasio-kartzinomarako 6,6 bider eta In Situ-rako 2,4 bider arrisku gehiago dute.

Antzeko zerbait ikusten da gizonak sexu-harremanerako bost kide baino gehiago dituenean; gizon horien emakumeentzat inbasio-kartzinomarako arriskua 7,5 bider eta In Situ-rako 4,6 bider handiagoa da. Gizonak sexu-harremanetarako zenbat eta kide gehiago izan, hainbat eta handiagoa da emakumearen arriskua (joerako $p = 0,07$).

Emagalduekin harremanak izan dituzten gizonen emazteek ere arrisku handiagoa dute.

Ahotikako antisorgailuak inoiz hartu izateak gure ikerketan ez du zerbixeko minbiziarekin zerikusirik.

Emakumeak tabakoa erretzea ere ez da garantzizkoa. Gizonak erretzea, ostera, emaztearen arriskuarekin loturik dago. Inoiz erre duen gizon baten emazteak inbasio-minbizirako 7,0 bider eta In Situ-rako 4,5 bider arrisku handiagoa du.

Arriskurik handiena inplikatzen duen faktore bakarra GPBren aurkako positibitatea da.

Faktore sozio-kultural batzuk ere kartzinoma honen arriskuarekin loturik daude: egoera zibila (arrisku txikiagoa ezkonduentzat), familiaren hileroko diru-sarrerak eta egindako ikasketak.

Zerbixeko inbasio-kartzinomaren eta In Situ-aren arrisku erlatibo egokituak (ORa), aukeratutako arrisku-faktore batzuentzat.

Logikoa da lehen erakutsi ditugun faktoreak bata bestearekin asoziaturik daudela eta haien efektua bakoitza bere aldetik baloratzea beharrezkoa dela pentsatzea.

7. eta 8. tauletan agertzen diren faktoreen arrisku erlatiboak, egokituta daude (bakoitza beste guztiekiko).

Emakume "inbasibo" guztiak kontutan hartuz (n = 92), honako hauek dira arrisku-faktore garrantzitsuenak: GPBren aurkako positibitatea, emakumearen sexu-harremanetarako kide-kopurua eta familiaren hileroko diru-sarrerak.

Ezkontidea duten emakume "inbasiboak" bakarrik kontsideratuz (n=51), GPBren aurkako positibitatea, emakumearen sexu-harremanetarako kide-kopurua, gizonaren kide sexualen kopurua eta tabakoarekiko gizonaren statusa dira arrisku-faktore nagusiak.

In Situ taldean berriz, eta bikote guztiak (n = 70) kontutan hartuz, GPBren aurkako positibitatea eta emakumearen kide sexualen kopurua dira faktore inportanteenak.

Ezkontidea duten bikoteak (n = 47) bakarrik analizatuz, faktore hauek dira garrantzizkoenak: emakumearen sexu-harremanerako kide-kopurua, gizonaren sexu-harremanerako kide-kopurua eta gizonaren tabako-zaletasuna.

1. taula.– Zerbixeko minbiziaren ikerketako partaideak E.K.A.ko hiru lurraldeetan. E.K.A. 1986-88

STATUSA	TALDEA	LURRALDEA	IDENTIFIKATUAK.n	% IKERKETAN
KASUAK	IN SITU			
		ARABA	6	(88,3)
		GIPUZKOA	43	(88,3)
		BIZKAIA	43	(83,7)
		E.K.A.	92	(85,9)
	INBASIBOAK			
		ARABA	5	(80,0)
		GIPUZKOA	18	(88,9)
		BIZKAIA	46	(89,1)
		E.K.A.	69	(88,4)
KONTROLAK	IN SITU			
		ARABA	5	(100,0)
		GIPUZKOA	38	(100,0)
		BIZKAIA	45	(80,0)
		E.K.A.	88	(89,8)
	INBASIBOAK			
		ARABA	12	(25,0)
		GIPUZKOA	24	(62,5)
		BIZKAIA	44	(79,5)
		E.K.A.	80	(66,3)

2. taula.– Zerbixeko minbiziaren ikerketa. E.K.A. 1986-1988. partaideen (%) kopurua, statusa (kasu/kontrol), taldea (In Situ/Inbasiboa) eta sexuaren arabera.

	KASUAK			KONTROLAK		
	IN SITU	INBASIBOA	DENETARA	IN SITU	INBASIBOA	DENETARA
EMAKUMEAK						
Galdeketa	(85,9)	(88,4)	(87,0)	(89,8)	(66,3)	(78,6)
Zitologia	(93,7)	(85,2)	(90,0)	(96,2)	(81,1)	(90,2)
Sueroa	(98,7)	(93,4)	(96,4)	(97,5)	(86,8)	(93,2)
GIZONAK						
Galdeketa	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Zitologia	(96,6)	(76,7)	(89,8)	(93,8)	(75,0)	(88,1)
Sueroa	(94,8)	(76,7)	(88,6)	(95,4)	(88,9)	(93,1)

3. taula.– Zerbixeko minbiziaren ikerketa. E.K.A. Espainia eta Kolonbiako partaideen (%) kopurura. 1986-1988

	KASUAK			KONTROLAK		
	Galdeketa	Zitologia	Sueroa	Galdeketa	Zitologia	Sueroa
EMAKUMEAK	N	(%)	(%)	N	(%)	(%)
E.K.A.	140	(90,0)	(96,4)	168	(90,2)	(93,2)
ESPAINIA	468	(77,5)	(90,8)	657	(76,7)	(86,0)
KOLONBIA	456	(69,7)	(79,5)	614	(94,6)	(91,5)
GIZONAK						
E.K.A	88	(89,8)	(88,6)	101	(88,1)	(93,1)
ESPAINIA	313	(77,6)	(85,3)	323	(96,6)	(88,9)
KOLONBIA	219	(72,5)	(79,5)	253	(75,9)	(78,7)

4. taula.– Zerbixeko minbiziaren ikerketa. Arrisku-faktore batzuen prebalentzia In Situ eta inbasiboa kontrolen artean. E.K.A. 1986-88

ARRISKU-FAKTOREA	IN SITU	INBASIBOA
EMAKUMEAK		
KOPURUA	(79)	(53)
ADINA		
Batezbestekoa	36,4	52,6
EGOERA ZIBILA		
Ezkonduta	84,8	77,4
Elkartuta	6,3	0,0
Ezkongabea	5,1	7,5
Alarguna	1,3	15,1
Dibortziatua	2,5	0,0
HILEROKO SARRERAK		
<50.000 pta.	6,4	15,4
50.000–90.000 pta.	19,2	42,3
90.000–150.000 pta.	47,4	38.5
>150.000 pta.	26,9	3,8
ANALFABETISMOA		
Irakurtzen badaki	98,7	94,3
IKASKETAK		
Bat ere ez	3,8	7,6
Primarioak	53,8	75,4
Batxilergoa	14,1	11,3
Teknikoak	10,3	3,8
Unibertsitatea	17,0	1,9
TABAKOA		
Ez du erretzen	41,8	75,5
Erretzen du	35,4	15,1
Erretzaile-ohia	5,1	3,8
Noizbehinkakoa	8,9	5,7
Noizbehinkako ohia	8,9	0,0
Paketeak egunero	0,5	0,7
HAURDUNALDIAK		
Batezbestekoa	2,3	2,8
Bat ere ez	13,9	9,4
1–2 haurdunaldi	48,1	49,1
3–4 haurdunaldi	31,6	20,8
5 eta gehiago	6,3	20,8

SEXU-HARREMAN OSOAK		
Inoiz ez	100,0	98,4
LEHEN KOITOKO ADINA		
Batezbestekoa (urteak)	21,7	24,6
14–15 urte	3,8	0,0
16–17 urte	7,7	3,9
18–19 urte	14,1	11,5
20–21 urte	30,8	7,7
22–23 urte	20,5	17,3
24 edo gehiago	23,1	59,6
EZKONTIDEAK		
Bat edo gutxiago	87,2	94,3
Bi kide	11,5	5,7
Hiru kide	0,0	0,0
Lau kide	1,3	0,0
SEXU-HARREMAERAKO KIDEAK		
Kide bakar bat	78,2	94,2
2–5 kide	19,2	5,8
6–10 kide	1,3	0,0
11–50 kide	1,3	0,0
PROSTITUZIOA		
Inoiz bai	0,0	0,0
LEHEN ZITOLOGIAREN ADINA		
25 u. baino lehenago	22,1	5,9
25–34 urte	50,6	17,6
35–44 urte	20,8	35,3
≥45 urte	6,5	41,2
ZITOLOGIAREN KOPURUA		
Bat bakarrik	24,7	35,3
2–5 Pap	59,7	52,9
6–10 Pap	14,3	5,9
10 baino gehiago	1,3	5,9
AHOTIKAKO ANTISORGAILUAK		
Inoiz bai	52,6	19,6
DIAFRAGMA		
Inoiz bai	7,8	0,0
PRESERBAGAILUA		
Inoiz bai	46,2	21,6

LAGIN BIOLOGIKOAK (+)		
GAT (Gonokozia)	10,5	0,0
FTA (Gonokozia)	1,3	0,0
VDRLA (Sifilisa)	1,3	0,0
HBS (B-Hepatitisa)	0,0	0,0
GIB (HIES)	2,6	0,0
KLAM (Klamidiak)	13,3	15,5
HASB–1 (Herpes 1)	94,8	97,8
HASB–2 (Herpes 2)	31,2	37,0
ZMB (Zitomegalobirusa)	89,6	97,8
ZITOLOGIA (BIRAPAP)		
Positiboak	4,0	2,3
GIZONAK		
KOPURUA	(65)	(36)
ADINA		
Batezbestekoa	40,2	52,9
TABAKOA		
Ez du erretzen	21,5	19,4
Erretzen du	58,5	50,0
Erretzaile-ohia	13,9	27,8
Noizbehinkakoa	3,1	0,0
Noizbehinkako ohia	3,1	2,8
Paketeak egunero	0,8	0,8
EZKONTIDEAK		
Bat edo gutxiago	80,0	88,9
Bi kide	12,3	5,6
Hiru kide	4,6	0,0
Lau kide	3,1	5,6
SEXU-HARREMANERAKO KIDEAK		
Kide bakar bat	32,8	25,0
2–5 kide	37,5	44,4
6–10 kide	9,4	2,8
11–20 kide	7,8	16,7
21–50 kide	9,4	8,3
51 edo gehiago	3,2	2,8

EMAGALDUEKIN HARREMANAK		
Inoiz ere ez	49,2	50,0
Behin bakarrik	18,5	5,6
2–5 emagaldu	12,3	19,4
26–20 emagaldu	10,8	19,5
21 eta gehiago	9,2	5,6
Batezbestekoa	8,8	6,5
LAGIN BIOLOGIKOAK (+)		
GAT (Gonokozia)	3,3	15,6
FTA (Gonokozia)	1,6	0,0
VDRLA (Sifilisa)	0,0	0,0
BHS (B-Hepatitisa)	1,6	3,1
GIB (HIES)	0,0	0,0
KLAM (Klamidiak)	13,3	12,5
HASB–1 (Herpes 1)	98,4	93,8
HASB–2 (Herpes 2)	38,7	37,5
ZMB (Zitomegalobirusa)	85,5	87,5
ZITOLOGIA (BIRAPAP)		
Positiboak	0,0	3,7

5. taula.– Zerbixeko kartzinoma inbasiboaren arrisku erlatiboak (OR) aukeratutako arrisku-faktore batzuentzat. E.KA. 1986-88.

ARRISKU-FAKTOREA	(OR) ARRISKU ERLATIBOA	KONFIDANTZA--TARTEA (% 95 KT)	ESANGURA
SEXU-HAR. HASIERA-ADINA			
Lehen koitoa			
(=20 /≥21)	2,8	(1,1 , 7,0)	0,03
(≤18 />22)	2,3		0,03
(19–20/>22)	5,8		
(21–22/>22)	2,4		
(>22/>22)	1,0		
EMAKUMEAREN EZKONTZ KIDEAK			
Kide-kopurua			
(≥2 / ≤1)	4,5	(1,3 , 15,5)	0,02
EMAKUMEAREN SEXU-HARR. KIDEAK			
Kide-kopurua			
(≥2 / ≤1)	6,6	(2,0 , 21,5)	0,002
GIZONAREN EZKONTZ KIDEAK			
Kide-kopurua			
(≥2 / 1	2,4	(0,6 , 9,3)	E.A.
GIZONAREN SEXU-HARR. KIDEAK			
Kide-kopurua			
(≥6 / ≤5)	7,5	(2,6 , 21,6)	0,000
(≥11 / 1)	6,8		0,07
(2–10 / 1)	3,4		
(1 / 1)	1,0		
EMAGALDUEKIN HARREMANAK			
Emagalduak			
(≥6 / ≤5)	3,2	(1,1 , 9,1)	0,03
AHOTIKO ANTISORGAILUAK			
Inoiz bai			
(bai / ez)	1,3	(0,5 , 3,1)	E.A.
TABAKOA EMAKUMEAK			
Inoiz bai			
(inoiz / ez)	1,4	(0,6 , 3,2)	E.A.

TABAKOA GIZONAK			
Inoiz bai (inoiz / ez)	7,0	(1,0 , 48,0)	0,05
FAKTORE SOZIOKULTURALAK			
Ikasketak (≤10 urte /+)	1,9	(0,6 , 5,6)	E.A.
Egoera zibila (beste / ezk.)	2,4	(1,1 , 5,4)	0,04
GPB (BIRAPAP)			
Emakume positibo (+ / –)	42,0	(10,0 , 176,6)	0,000

6. taula.– Zerbixeko In Situ kartzinomaren arrisku erlatiboak (OR) aukeratutako arrisku-faktore batzuentzat. E.K.A. 1986-88.

ARRISKU-FAKTOREA	(OR) ARRISKU ERLATIBOA	KONFIDANTZA-TARTEA (% 95 KT)	ESANGURA
SEXU-HAR. HASIERA-ADINA			
Lehen koitoa (≤17 /≥18)	0,7	(0,21 , 2,3)	E.A.
EMAKUMEAREN SEXU-HARR. KIDEAK			
Kide-kopurua (≥2 / ≤1)	2,4	(1,1 , 5,3)	0,03
GIZONAREN SEXU-HARR. KIDEAK			
Kide-kopurua (≥6 / ≤5)	4,6	(1,8 , 12,0)	0,000
AHOTIKAKO ANTISORGAILUAK			
Inoiz bai (bai / ez)	1,8	(0,8 , 3,9)	E.A.
TABAKOA EMAKUMEAK			
Inoiz bai (inoiz / ez)	1,3	(0,6 , 2,7)	E.A.
TABAKOA GIZONAK			
Inoiz bai (inoiz / ez)	4,5	(1,0 , 20,7)	0,05
FAKTORE SOZIOKULTURALAK			
Ikasketak (≤10 urte /+)	1,3	(0,6 , 2,5)	E.A.
Egoera zibila (beste / ezk.)	3,7	(1,5 , 9,0)	0,005
Hileroko sarrerak (< / >50.000)	2,0	(0,6 , 6,6)	E.A.
GPB (BIRAPAP)			
Emakume positiboak (+ / –)	30,0	(4,1 , 217,96)	0,000

7. taula.– Zerbixeko kartzinoma inbasiboaren arrisku erlatibo egokituak (ORa) aukeratutako arrisku-faktore batzuentzat. E.K.A. 1986-88

1) KASU ETA KONTROL INBASIBO GUZTIAK (n = 92)

ARRISKU-FAKTOREA	A. ERLATIBO EGOKITUAK (ORa)	KONFIDANTZA-TARTEA (% 95 KT)
BIRAPAP (GPB) Positiboak (+ / –)	56,5	(5,9 , 542,3)
EMAKUMEAREN SEXU-HARR. KIDEAK Kide-kopurua (≥2 / ≤1)	8,3	(1,0 , 68,6)
SEXU.HAR. HASIERA-ADINA Lehen koitoa (≤17 / ≥18)	0,4	(0,0 , 5,7)
TABAKOA, EMAKUMEA Inoiz erretzaile (bai / ez)	1,0	(0,3 , 3,5)
HILEROKO SARRERAK Pta. hilero (</> 50.000)	3,2	(1,2 , 12,7)

2) EZKONTIDEA DUTENEN KASU ETA KONTROL INBASIBOAK (N = 51)

ARRISKU-FAKTOREA	A. ERLATIBO EGOKITUAK (ORa)	KONFIDANTZA-TARTEA (% 95 KT)
BIRAPAP (GPB) Positiboak (+ / –)	&	( )
EMAKUMEAREN SEXU-HARR. KIDEAK Kide-kopurua (≥2 / ≤1)	14.9	(3,0 , 37,7)
GIZONAREN SEXU-HARR. KIDEAK Kide-kopurua (≤6 / ≥5)	16,4	(5,0 , 54,6)
TABAKOA, EMAKUMEA Inoiz erretzaile (bai / ez)	2,5	(0,3 , 3,5)
TABAKOA, GIZONA Inoiz erretzaile (bai / ez)	4023,9	( )
HILEROKO SARRERAK Pta. hilero (</> 50.000)	0,9	(0,3 , 3,0)

8. taula.– Zerbixeko kartzinoma In Situ-aren arrisku erlatibo egokituak (ORa) aukeratutako arrisku-faktore batzuentzat. E.K.A. 1986-88

1) IN SITU KASU ETA KONTROL GUZTIAK (n = 79)

ARRISKU-FAKTOREA	A. ERLATIBO EGOKITUAK (ORa)	KONFIDANTZA-TARTEA (% 95 KT)
BIRAPAP (GPB)		
Positiboak		
(+ / –)	30,8	(3,8 , 248,7)
EMAKUMEAREN SEXU-HARR.KIDEAK		
Kide-kopurua		
(≥2 / ≤1)	1,8	(0,6 , 5,2)
SEXU-HAR. HASIERA-ADINA		
Lehen koitoa		
(≤17 / ≥18)	0,4	(0,1 , 2,5)
EGOERA ZIBILA		
Ezkonduta ala ez		
(Beste / ezk.)	2,5	(0,8 , 7,8)

2) EZKONTIDEA DUTENEN IN SITU KASU ETA KONTROLAK (N = 47)

ARRISKU-FAKTOREA	A. ERLATIBO EGOKITUAK (ORa)	KONFIDANTZA-TARTEA (% 95 KT)
EMAKUMEAREN SEXU-HARR.KIDEAK		
Kide-kopurua		
(≥2 / ≤1)	19,7	(1,5 , 261,9)
GIZONEN SEXU-HARR.KIDEAK		
Kide-kopurua		
(≤6 / ≥5)	6,1	(1,4 , 27,2)
TABAKOA, EMAKUMEA		
Inoiz erretzaile		
(bai / ez)	0,9	(0,2 , 3,4)
TABAKOA, GIZONA		
Inoiz erretzaile		
(bai / ez)	25,2	(1,8 , 362,9)
SEXU-HAR. HASIERA-ADINA		
Lehen koitoa		
(≤17 / ≥18)	0,0	(0,0 , 1,8)