

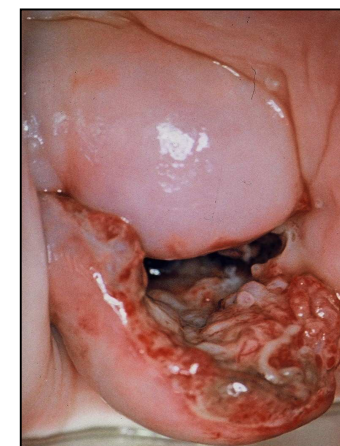
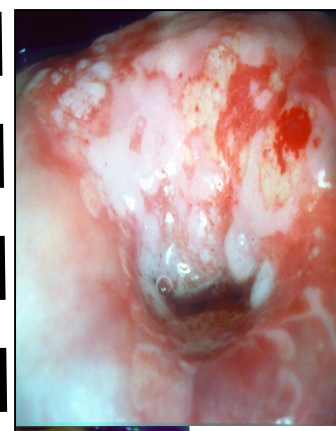
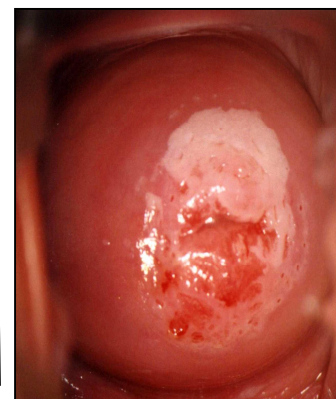
VII Encontro Nacional para o Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama

**Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer
do Colo do Útero
Atualização 2011**

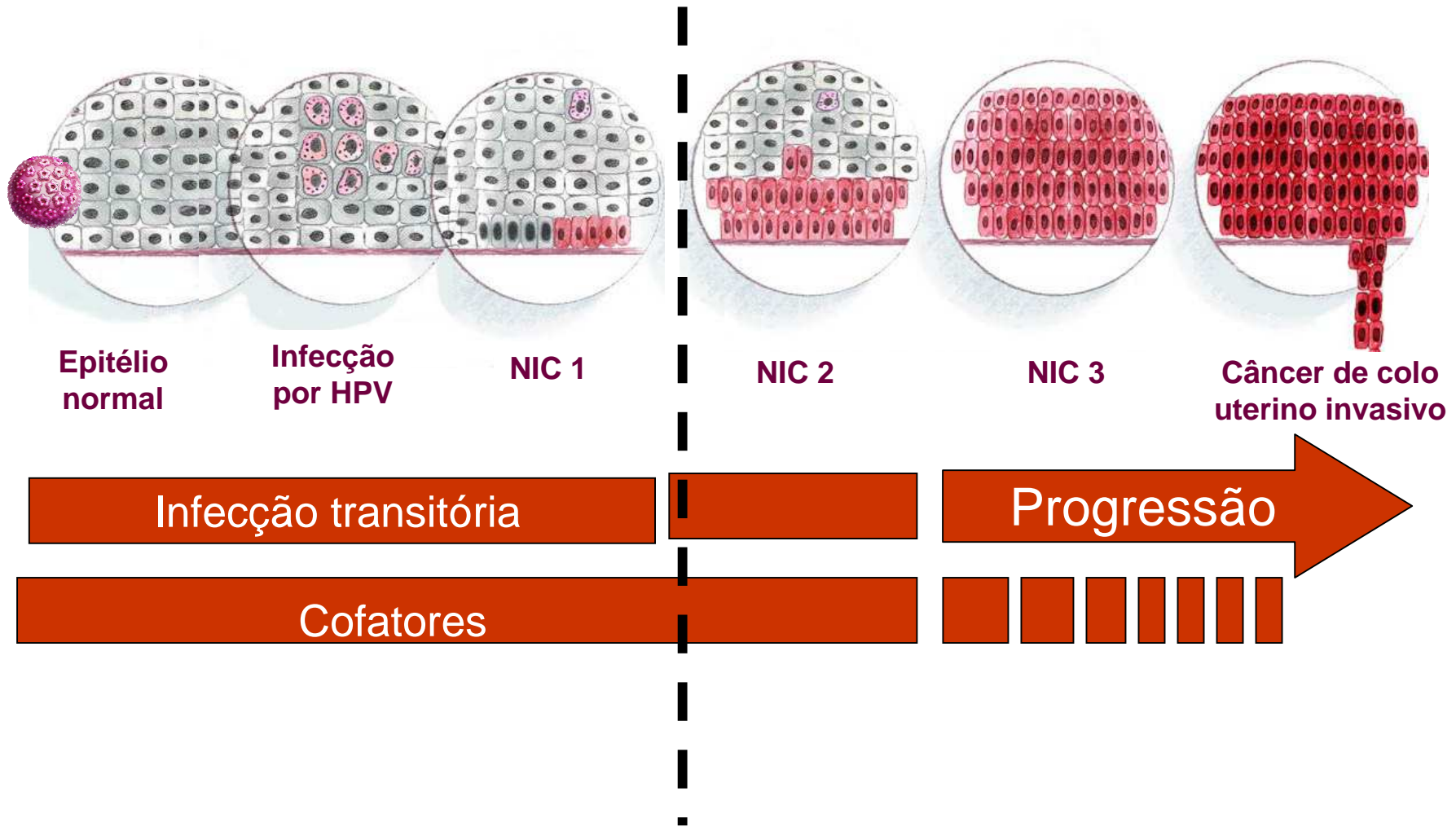
***Abordagem das lesões em mulheres até 20 anos**

Paula Maldonado
IG-UFRJ - ABPTGIC

Por ser de evolução lenta e apresentar **período longo de evolução** de sua forma inicial benigna á invasão, é CONSENSO MUNDIAL , que o Câncer de colo uterino **pode ser evitado através do diagnóstico precoce e do tratamento de suas lesões precursoras**



Da infecção ao câncer



População-alvo

Há vários fatos indicando que, direta ou indiretamente, o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos não tem impacto na redução da incidência e/ou mortalidade por câncer do colo do útero

IARC: rastreamento aos 25 anos de idade, e não aos 20 anos, perde-se apenas 1% de redução da incidência cumulativa do câncer do colo do útero 10.

Registro Hospitalar de Câncer da FOSP :2000 a 2009, de um total de 11.729 casos de carcinoma invasor (todos os estádios), 121 casos foram diagnosticados em mulheres com até 24 anos, o que correspondeu a 1,03% dos casos

UNICAMP de 807 casos, nove (1,12%) foram diagnosticados em mulheres com até 24 anos de idade, sendo que seis casos eram estágio I, ou seja, de bom prognóstico.

Estados Unidos, observou-se que apenas 1,1% dos casos de câncer invasor ocorreram em mulheres com até 24 anos de idade, em uma amostra de 10.846 casos de câncer invasor diagnosticados em 1998 e 2003

Além da baixa incidência de câncer em mulheres jovens, há evidências de que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos seja menos eficiente do que em mulheres mais maduras

- Estudos demonstram que o tratamento de lesões precursoras do câncer de colo em adolescentes e mulheres jovens está associado ao aumento de morbidade obstétrica e neonatal, como parto prematuro
- Justifica-se reduzir as intervenções no colo do útero em mulheres jovens tendo em vista que a grande maioria delas não tem prole definida.
- Importância do impacto psíquico que o diagnóstico de uma DST e precursora do câncer terá em adolescentes e adultas jovens na construção da auto-imagem e da sexualidade

* Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. *BMJ*. 2009; 339:b2968.

** Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevaidis E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2006; 367(9509):489-98.

• Atipias de significado indeterminado em células escamosas

- **Mulheres até 20 anos**
- Nos primeiros anos de atividade sexual a maior parte das alterações citopatológicas corresponde apenas ao efeito citopático da infecção pelo HPV, que apresenta freqüente remissão espontânea.
- Assim, não se justifica uma intensificação no rastreio de lesões precursoras ou câncer cervical neste momento
- A prevalência de infecção por HPV neste grupo é alta e o resultado positivo não indica maior risco de lesão pré-invasiva

[i] Fletcher AH, Wilkinson EJ, Knapik JA. Oncogenic human papillomavirus testing in an adolescent population with atypical squamous cells of undetermined significance. J Low Genit Tract Dis 2009; 13(1):28-32.

- [ii] ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetricians & Gynecologists number 99, Australian Government/National Health and Medical Research Council. 2005. Screening to Prevent Cervical Cancer.

Conduitas para mulheres com diagnóstico citopatológico de ASC-US.

- **Recomendação:** Se a mulher até 20 anos já estiver inserida no rastreio do câncer cervical e apresentar exame citopatológico com ASC-US, deverá ser mantida em acompanhamento citopatológico anual até a regressão das alterações por um período de até 2 anos ^(B).
 - Pode-se considerar regressão nos casos de duas citologias consecutivas negativas ^(A).
- Em caso de persistência após este período ou citologia com alterações mais relevantes, a mulher até 20 anos deverá ser encaminhada à colposcopia ^(B).
 - A utilização de teste de HPV nesta população é considerado inaceitável ^(D).

Células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau

ASC-H

- Existem evidências de maior probabilidade de regressão das lesões pré-invasivas nesta faixa etária *, o que indica a possibilidade de uma conduta mais conservadora.
- **Recomendações:** a conduta inicial, de encaminhamento para colposcopia, não deve ser diferente para esta faixa etária, mas achados negativos ou menores na colposcopia podem indicar seguimento citológico com intervalo de 12 meses (A).
- **Nos casos de achados colposcópicos maiores a adolescente pode ser submetida à biopsia e a conduta deve ser seguida de acordo com o resultado histopatológico** (A).

*
Moscicky AB. Management of adolescents with abnormal cytology and histology. Obstet Gynecol Clin North Am. 2008; 35(4):633-43.

Atipias de significado indeterminado em células glandulares

Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas ou em que não se pode excluir lesão intraepitelial de alto grau

- **Mulheres até 20 anos devem ser investigadas da mesma forma que as demais.**

Recomendações: pacientes com diagnóstico citológico de AGC devem ser encaminhadas para colposcopia ^(A). Na colposcopia deve ser realizada coleta de material para citologia do canal cervical ^(A)

*É recomendável a avaliação endometrial (com ultrassonografia e/ou estudo anatomo-patológico) em pacientes acima de 35 anos ^(A). Abaixo dessa idade, a investigação endometrial deverá ser realizada se presente sangramento uterino anormal ^(A).

- A investigação de patologia extra-uterina também estará indicada nos casos em que, persistente o diagnóstico de AGC, ao final da investigação não foi possível concluir pelo diagnóstico de doença do colo do útero, independente da idade
- Durante a colposcopia, se encontradas alterações, quaisquer que sejam, deve ser realizada a biópsia ^(A).
- Caso o exame histopatológico desta biópsia for compatível com adenocarcinoma in situ/invasor, seguir recomendações específicas ^(A).

No caso de diagnóstico de NIC II ou III, deve-se buscar excluir doença glandular, considerando o diagnóstico da citologia endocervical, colhida no momento da colposcopia, e outros exames solicitados para avaliação de endométrio ou outros órgãos pélvicos ^(A). Independente da presença de lesão colposcópica

Lesão intraepitelial de baixo grau

LSIL

- **Mulheres até 20 anos**
- Nesta faixa etária, existem evidências de maior incidência, maior probabilidade de regressão de LSIL e raridade de lesões invasivas, o que vem norteando recomendações de conduta mais conservadora
- Nesse grupo de pacientes foi observada regressão de LSIL em 60% dos casos num período de 12 meses e de até 90% em 3 anos. Tal fato, aliado a possíveis danos decorrentes da investigação e tratamento de lesões intraepiteliais, demonstra que devemos ser mais expectantes e menos invasivos

A alta prevalência de DNA- HPV em adolescentes exclui a utilização desse teste na prática clínica.

Cerca de 90% das infecções por HPV na adolescência são transitórias e o HPV não é mais detectado em até 2 anos. Recomendações internacionais têm sido modificadas no sentido de evitar tratamentos desnecessários

Lesão intraepitelial de baixo grau LSIL

- **Recomendação:**

mulheres até 20 anos, caso tenham sido submetidas ao exame citopatológico e apresentem alterações sugestivas de LSIL, deverão repetir o exame citopatológico a cada 12 meses, sendo referidas para colposcopia somente se houver persistência deste diagnóstico citopatológico por 24 meses ^(A).

- A qualquer momento, caso apresentem citologia com alterações mais graves, deverão ser encaminhadas à colposcopia ^(A).
- Frente ao diagnóstico histológico de NIC I em mulheres até 20 anos, o tratamento deve ser evitado e mantido o seguimento citológico anual até que completem os 21 anos. Neste momento, devem ser abordadas como as demais mulheres ^(A).
- Métodos excisionais não estão indicados antes dos 21 anos ^(D).

Lesão intraepitelial de alto grau HSIL

- Esta população apresenta elevada prevalência de infecção pelo HPV de alto e baixo risco e de LSIL e atipias de significado indeterminado, no entanto, mostra baixa incidência de HSIL.
- O carcinoma invasor, em geral é extremamente raro em mulheres com menos de 21 anos.
- Sabe-se que a maioria das infecções pelo HPV, assim como as NIC, se resolvem espontaneamente dentro de cerca de dois anos, sendo portanto, de reduzida significância clínica

Lesão intraepitelial de alto grau HSIL

- Apesar de ser considerada lesão de alto grau, a NIC II nas adolescentes comporta-se como **uma doença transitória**, com elevadas taxas de regressão em pacientes com menos de 20-24 anos e com mínimo potencial ontogênico.
- Estudos mostram que a história natural da NIC II nesta população está muito próxima daquela da NIC I. Moscicki relata que a história natural da NIC II em 12 meses de seguimento em adolescentes se compara àquela da NIC I, com 60% de regressão neste período
- . As diretrizes a seguir foram estabelecidas para minimizar os potenciais efeitos deletérios que o tratamento das lesões pré-invasivas (NIC II ou III) pode ocasionar sobre o futuro reprodutivo das mulheres em geral

▪ Lesão intraepitelial de alto grau HSIL

- **Recomendação:** encaminhar a mulher até 20 anos para colposcopia ^(A) em até três meses após o resultado.
- A repetição da citologia é inaceitável como conduta inicial ^(D). Ver e tratar também é inaceitável como uma regra geral nestas mulheres ^(D).
 - Na presença de alteração colposcopia maior, deve ser realizada a biópsia ^(A).
- Se a biópsia for negativa ou apresentar diagnóstico de menor gravidade, deve-se repetir a citologia em seis meses a contar do dia da realização da biópsia ^(B) e adotar conduta específica de acordo com esse novo laudo citopatológico.
- O exame da vagina, deve ser minucioso nesta situação ^(A).
- Se a biópsia mostrar NIC II/III, a paciente deverá ser seguida com citologia semestral por até 2 anos ^(A). Após este período, na persistência da lesão, poderá ser mantida em seguimento ou tratada de forma excisional ou destrutiva ^(A).
- No caso de colposcopia insatisfatória com biópsia mostrando NIC II/III estará indicada a conização ^(A).
- A paciente deverá retornar ao rastreamento trienal após 2 exames citopatológicos consecutivos e normais ^(A)

Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor

- **Recomendação:** encaminhar imediatamente à unidade secundária para colposcopia como conduta inicial ^(A).
- Quando a colposcopia não mostrar lesão ou presentes alterações não sugestivas de invasão, a conduta recomendada é a EZT (na colposcopia satisfatória) ou conização (na colposcopia insatisfatória) ^(A).
- **Caso presentes alterações sugestivas de invasão, uma ou mais biópsias devem ser realizadas** ^(A).
- Se o resultado de biópsia não confirmar carcinoma microinvasor ou francamente invasor, realizar a EZT (na colposcopia satisfatória) ou conização (na colposcopia insatisfatória) ^(A).

Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir micro-invasão ou carcinoma epidermóide invasor

- Nos casos de carcinoma microinvasor IA1 na peça do cone com margens livres, a paciente poderá ser considerada tratada ^(B). Se este diagnóstico for obtido em peça de EZT, um cone deverá ser realizado ^(B).
- Preferencialmente devem ser utilizadas técnicas de conização à frio ^(B). Após este diagnóstico, a paciente deverá ser seguida com citologia e colposcopia a cada 4 ou 6 meses nos dois primeiros anos e anual nos próximos 3 a 5 anos na unidade secundária ^(B). Realizar biopsia em caso de suspeita de recidiva ^(A).
- **Caso o resultado do exame de um destes espécimes excluir invasão, a paciente deve ser seguida conforme o diagnóstico obtido ^(A).**
- **Se o resultado do exame histopatológico da biopsia ou de espécime obtido pela EZT ou conização for de carcinoma invasor, a paciente deverá ser encaminhada para unidade terciária ^(A).**
- **Na presença de indícios clínicos de invasão, sem a possibilidade de biópsia ou conização para confirmação histopatológica, a paciente deverá ser encaminhada para unidade terciária ^(A).**

Adenocarcinoma in situ e invasor

- **Recomendações:** devem ser investigadas da mesma forma que as demais, encaminhar para colposcopia na atenção secundária ^(A)
 - Estas pacientes terão indicação de conização exceto se, à colposcopia, for observada alteração sugestiva de invasão. Nesta situação a biópsia deve ser realizada ^(A).
- **Caso o diagnóstico histopatológico confirme esta suspeita, encaminhar para atenção terciária.**
- Caso a biópsia seja negativa ou tenha outro diagnóstico que não de doença invasiva, a indicação de conização do colo uterino deve ser mantida ^(A)
- A escolha da técnica de conização deve considerar a necessidade de fornecer um espécime com margens adequadas para avaliação
- É recomendável a avaliação endometrial (com ultrassonografia e/ou estudo anatomo-patológico) em pacientes acima de 35 anos ^(A).
- Abaixo dessa idade, a investigação endometrial deverá ser realizada se presente sangramento uterino anormal

Adenocarcinoma in situ e invasor

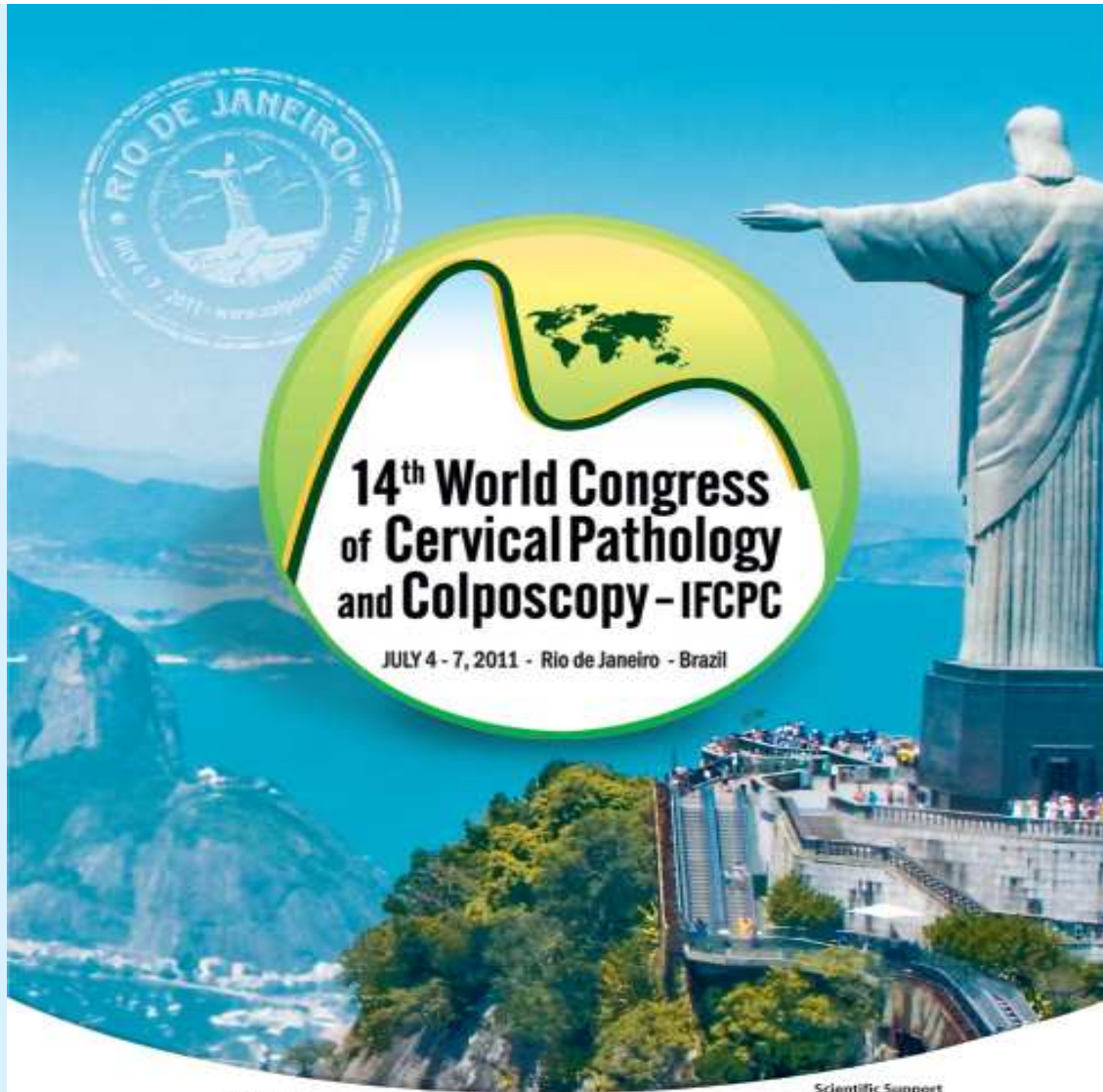
- O resultado de AIS no espécime de conização indica a histerectomia simples ^(A), exceto nas pacientes com prole incompleta ^(B).
- Na eventualidade de margens comprometidas na conização e com prole completa, um novo cone deverá ser realizado, sempre que possível, para excluir doença invasiva ^(A).
- **No diagnóstico de câncer, a mulher deve ser encaminhada para unidade terciária ^(A).**
- No seguimento após tratamento por conização uma nova citologia deve ser obtida em 6 meses ^(B) e, após 2 anos com exames semestrais normais, a paciente deve retornar ao rastreio trienal ^(B).
- Uma nova conização, ou histerectomia na impossibilidade de uma nova conização, estará indicada na evidência de lesão residual ^(A).

Recomendação

Mulheres jovens sexualmente ativas devem ser orientadas sobre anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e práticas de sexo seguro. Estas medidas podem ser implementadas sem a necessidade da inclusão no programa de rastreamento

- A incidência do câncer invasor do colo do útero em mulheres até 24 anos é muito baixa, a maioria dos casos é diagnosticada no estágio I e o rastreamento é menos eficiente para detectá-los.
 - Estes dados explicariam porque a antecipação do início do rastreamento dos 25 para 20 anos tem impacto muito limitado.
- O início mais precoce representaria um importante aumento de diagnósticos de lesões de baixo grau, que têm grande probabilidade de regressão e resultariam em um número significativo de colposcopias e procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários.

Ultima Recomendação



14th World Congress of Cervical Pathology and Colposcopy - IFCPC

JULY 4 - 7, 2011 - Rio de Janeiro - Brazil

Promotion



Associação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
www.colposcopy.org.br



International Federation
for Cervical Pathology
and Colposcopy
www.ifcpc.org

Scientific Support



Executive Secretariat



Official Travel Agency



Official Airline



www.colposcopy2011.com.br



**14th World Congress
of Cervical Pathology
and Colposcopy - IFCPC**

JULY 4 - 7, 2011 - Rio de Janeiro - Brazil

Nós aguardamos você de braços abertos

www.colposcopy2011.com.br