

CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Rosendo I , Ribeiro E , Almada-Lobo F , Martins C

1. Grupo etário alvo

0-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-79	>80

2. Principais Recomendações

Recomenda-se o rastreio do cancro do colo do útero (CCU) por citologia cervical em mulheres que tenham iniciado a sua vida sexual e com colo uterino (Recomendação A)¹⁻³. O rastreio deverá ser aplicado 2 a 3 anos após o início da vida sexual, cada 3 anos após 2 citologias anuais consecutivas normais¹⁻³.

3. Recomendações para cada nível de risco¹⁻³

Grupo Alvo	Procedimento	Periodicidade	Nível evidência*
Sem risco Mulheres submetidas a histerectomia total por patologia benigna	Não necessitam de rastreio	–	VD ¹⁻³
Risco médio Mulheres com actividade sexual e com útero intacto	Citologia cervical	3 em 3 anos	III A ¹⁻¹²
Risco aumentado Mulheres com antecedentes de CCU, com infecção por HIV ou em imunossupressão	Citologia cervical	2 em 2 anos	VC ^{2,3}

*Nível de evidência: I – Evidência obtida a partir de uma revisão sistemática de todos os ensaios randomizados controlados; II – Evidência obtida a partir de pelo menos um ensaio randomizado controlado; III – Evidência obtida de um dos seguintes tipos de estudo: a) ensaios pseudo-randomizados controlados bem desenhados, b) estudos coorte ou estudos caso-controlado ou c) estudos comparativos com controlo histórico; IV – Evidência obtida de séries de casos; V – Opiniões de autoridades ou entidades respeitadas baseadas na experiência clínica, em estudos descritivos ou relatórios de peritos. Força da evidência: A – Existe evidência de boa qualidade que apoia a recomendação; B – Existe evidência de razoável qualidade que apoia a recomendação; C – Não existe evidência suficiente para recomendar ou não recomendar; D – Existe evidência de razoável qualidade contra a recomendação; E – Existe evidência de boa qualidade contra a recomendação.

Abordagem dos possíveis resultados da citologia cervical¹³⁻¹⁶:

	Adolescentes	Adultos
ASC-US	Repetir citologia passados 12 meses. Neste grupo etário a ocorrência de CCU é rara e a infecção transitória do HPV é muito frequente	Teste de DNA do HPV. Se teste positivo para os tipos de HPV de alto risco, efectua-se colposcopia.
ASC-H	Colposcopia e biopsia endocervical.	Colposcopia e biopsia endocervical.
LSIL	Repetir citologia passados 12 meses. Neste grupo etário a ocorrência de CCU é rara e a infecção transitória do HPV é muito frequente.	Colposcopia Na mulher pós-menopausa, o teste DNA do HPV pode evitar a realização de colposcopia. Se o teste for negativo, deve-se repetir a citologia passados 12 meses.
HSIL	Colposcopia com biopsia das lesões visíveis e curetagem endocervical.	
Alterações das células glandulares (atípicas, adenocarcinoma <i>in situ</i> ou adenocarcinoma)	Colposcopia / biopsia das lesões visíveis / curetagem endocervical.	

ASC-US: anomalias de células epiteliais pavimentosas de significado indeterminado. ASC-H: anomalias de células epiteliais pavimentosas não se podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau. LSIL: lesões intraepiteliais de baixo grau. HSIL: lesões intraepiteliais de alto grau.

Observações

Novas tecnologias como o teste de DNA do HPV e a citologia em meio líquido poderão vir a integrar, no futuro, este rastreio. Contudo, actualmente, não se dispõe de evidência suficiente para se poder recomendar o seu uso (Recomendação C)¹⁻³.

Em relação à idade de início do rastreio, a evidência aponta no sentido de este se iniciar 2 a 3 anos após o início da actividade sexual (Recomendação B)¹⁻³. No entanto, não se dispõe de evidência suficiente para se estabelecer a idade de início de um programa de rastreio populacional sistemático (Recomendação C)¹⁻³.

Em relação à idade de interrupção do rastreio, não se dispõe de evidência suficiente para se estabelecer uma idade limite. A interrupção deste rastreio deve ocorrer apenas após a obtenção de três citologias consecutivas satisfatórias e negativas nos últimos 10 anos (Recomendação C)¹⁻³.

4. Referências Portuguesas relevantes

4.1. Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (PNS)

O rastreio do cancro do colo do útero está contemplado, segundo o PNS, na política nacional de rastreios de cancro¹⁷. O PNS define as seguintes metas prioritárias para o cancro do colo do útero a atingir em 2010¹⁸:

Indicador	Situação actual	Projecção 2010	Meta para 2010
Taxa de rastreio	ND	–	60% da população- -alvo
Taxa de mortalidade padronizada por cancro do colo do útero antes dos 65 anos/100000 mulheres	3,5 ¹	3,1	2
Sobrevivência aos 5 anos	55,6	ND	68

1 - Referente a 2001.

Fonte: PNS

4.2. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO)

O PNPCDO recomenda a realização do rastreio do cancro do colo do útero por citologia cervical nas mulheres entre os 25 e os 60 anos, com um intervalo de rastreio de três anos, após dois exames anuais negativos^{19,20}.

4.3. Indicadores de desempenho para as Unidades de Saúde Familiar

Indicador: percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada²¹

Numerador(A): número de mulheres 25-64 anos com registo de colpocitologia nos últimos três anos.

Denominador(B): Todas as mulheres entre os 25-64 anos elegíveis para rastreio.

Fórmula: $(A/B) * 100$

5. Referências bibliográficas

- 1– United States Preventive Services Task Force. The guide to clinical preventive services. 2007. Disponível em URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd07/pocketgd07.pdf> [acedido em Julho de 2008]
- 2– The Royal Australian College of General Practitioners “Red Book” Taskforce. Guidelines for Preventive Activities in General Practice (6th edition). Victoria (Australia): The Royal Australian College of General Practitioners; 2005.
- 3– Sirovich BE, Feldman S, Goodman A. Screening for cervical cancer. UpToDate Online 16.1. Disponível em URL: <http://www.uptodateonline.com> [acedido em Junho 2008].
- 4– Clarke, EA, Anderson, TW. Does screening by “Pap” smears help prevent cervical cancer? A case-control study. *Lancet* 1979; 2:1.
- 5– Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. IARC Working Group on evaluation of cervical cancer screening programmes. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 293:659.
- 6– Johannesson, G, Geirsson, G, Day, N. The effect of mass screening in Iceland, 1965-74, on the incidence and mortality of cervical carcinoma. *Int J Cancer* 1978; 21:418.
- 7– Nieminen, P, Kallio, M, Hakama, M. The effect of mass screening on incidence and mortality of squamous and adenocarcinoma of cervix uteri. *Obstet Gynecol* 1995; 85:1017.

- 8 – Bergstrom, R, Sparen, P, Adami, HO. Trends in cancer of the cervix uteri in Sweden following cytological screening. *Br J Cancer* 1999; 81:159.
- 9 – Benedet, JL, Anderson, GH, Maticic, JP. A comprehensive program for cervical cancer detection and management. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:1254.
- 10 – Nygard, JF, Skare, GB, Thoresen, SO. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. *J Med Screen* 2002; 9:86.
- 11 – Taylor, R, Morrell, S, Mamoon, H, et al. Decline in cervical cancer incidence and mortality in New South Wales in relation to control activities (Australia). *Cancer Causes Control* 2006; 17:299.
- 12 – Aklimunnessa, K, Mori, M, Khan, MM, et al. Effectiveness of cervical cancer screening over cervical cancer mortality among Japanese women. *Jpn J Clin Oncol* 2006; 36:511.
- 13 – Goodman A, Holschneider CH. Management of atypical squamous cells (ASC-US and ASC-H) on cervical cytology. *UpToDate Online* 16.1. Disponível em URL: http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen_gyne/15833#18 [acedido em Junho 2008].
- 14 – Goodman A, Holschneider CH. Management of low grade squamous intraepithelial lesions on cervical cytology. *UpToDate Online* 16.1. Disponível em URL: http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen_gyne/32438 [acedido em Junho 2008].
- 15 – Goodman A, Holschneider CH. Management of high grade squamous intraepithelial lesions on cervical cytology. *UpToDate Online* 16.1. Disponível em URL: http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen_gyne/35396#10 [acedido em Junho 2008].
- 16 – Goodman A, Holschneider CH. Management of atypical and malignant glandular cells on cervical cytology. *UpToDate Online* 16.1. Disponível em URL: http://www.uptodateonline.com/online/content/topic.do?topicKey=gen_gyne/27430#14 [acedido em Junho 2008].
- 17 – Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Volume II – Orientações estratégicas. Lisboa, 2004.
- 18 – Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Volume I – Prioridades. Lisboa, 2004.
- 19 – Ministério da Saúde. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010
- 20 – Plano Oncológico Nacional 2001-2005. D.R. Iª Série- B nº 190, 17/8/2001, 5241-7.
- 21 – Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiar. Lisboa, 2006.

– Interna de Medicina Geral e Familiar, CS de Eiras; – Interna de Medicina Geral e Familiar, CS de Vila do Conde;
– Assistente de Medicina Geral e Familiar do CS de S. Mamede de Infesta; – Assistente de Medicina Geral e Familiar do CS,
Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto