

Diretrizes do Rastreamento do Câncer Cervical



Rosana Santos Almeida

Médica especialista em ginecologia e obstetrícia (Universidade Federal da Bahia) com título pela Febrasgo (TEGO:0019/1994)

Título de especialista em colposcopia pela Associação Brasileira de Genitoscopia e Patologia do Trato Genital Inferior

Email: rosanagineco78@gmail.com

ORCID: 0000-0001-8097-1074

Declaro não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras chaves: colo uterino, câncer, mulheres.

As taxas de mortalidade de mulheres no mundo por câncer de colo do útero vêm regredindo devido ao aprimoramento no rastreamento, diagnóstico e tratamento. No Brasil, como nos outros países em desenvolvimento, ocorre uma variação significativa dos números de casos do tumor entre as diferentes regiões devido às diferenças de acesso ao sistema de saúde.^{1,2}

Sabe-se que a presença do HPV (papilomavirus humanos) é fundamental para a evolução da neoplasia. As pesquisas avançaram até um consenso de que a pesquisa do vírus mediante teste de DNA, de forma sistemática em intervalos longos, consiste no rastreamento mais efetivo.^{3,4}

Somente nas redes privadas o rastreamento mediante citologia oncótica (INCA 2016) vem sendo associado ao teste HPV. 5 Em 2018 foi publicada uma recomendação para uso do teste -HPV para rastreamento no Brasil.⁶

Atualmente há uma discussão de aspectos importantes envolvidos na recomendação do manejo: risco individual ou em algoritmo baseados em resultados de testes. A abordagem baseada em risco considera que o diagnóstico de neoplasia

intraepitelial cervical 3 ou lesão mais grave (NIC3+) deve conduzir a prática, e não apenas a combinação dos resultados dos testes.

Conforme rastreamento de 2018, onde se utiliza o teste de HPV de alto risco para mulheres a partir de 25 anos, levando em conta as mudanças nas diretrizes internacionais e as atualizações no assunto, são possíveis as seguintes recomendações (Quadros 1 e 2):

QUADRO 1 - Genotipagem não disponível

Genotipagem não disponível ou quando os tipos de alto risco outros que não 16 e/ou 18 forem detectados

QUALQUER TIPO DE HPV

- ✓ Não detectado (-) → Realizar teste de DNA-HPV em 5 anos
- ✓ Detectado (+) → Colher citologia

CITOLOGIA

- Citologia Negativa → Teste de HPV em 1 ano
- ✓ Citologia Anormal: Colposcopia
- Citologia ASC-US/LSIL → Teste de HPV em 1 ano
- Citologia citologia HSIL → Colposcopia com avaliação do canal vaginal

COLPOSCOLPIA

- ✓ Colposcopia Anormal → Biópsia ou excisão

QUADRO 2 - Genotipagem disponível

Genotipagem disponível para HPV 16/18

HPV 16/18 detectados → Realizar colposcopia

- ✓ Colposcopia → Negativa -> Avaliar resultado da citologia

CITOLOGIA

- ✓ Citologia Negativa, ASC-US/LSIL → Citologia/colposcopia em 6 meses e Teste de HPV em um ano
- ✓ Citologia ASC-H ou HSIL+ (Avaliação da vagina e canal cervical) → Considerar excisão

COLPOSCOLPIA

- Colposcopia → Sugestiva de baixo grau → Biópsia
- Colposcopia → Sugestiva de alto grau → Biópsia ou excisão

Considerações:

Com uso do teste de HPV isolado para rastreamento de câncer cervical, a citologia será utilizada como teste de triagem para os casos de teste de HPV positivos.

O coteste não é recomendado para rastreamento primário (custo maior) e possui mesma efetividade que o teste HPV isolado.

A citologia reflexa, quando possível, evita perdas de seguimento, pois será realizada na mesma amostra após teste HPV positivo.

Um histórico prévio de teste de HPV positivo ou citologia HSIL+, recomenda-se encaminhar para a colposcopia mesmo se o resultado da citologia for negativo. Há risco elevado de infecção persistente.⁷⁻⁸

O rastreamento dever ser encerrado após 65 anos se o seguimento foi adequado nos últimos 10 anos; uma vez que após esta idade, a probabilidade de detecção de câncer de colo do útero é insignificante.⁹ Caso a mulher apresente um histórico de HSIL+, recomenda-se que o rastreamento seja continuado por até 25 anos ou até que a expectativa de vida seja alcançada.

Quanto às gestantes, qualquer método; as recomendações são as mesmas para não gestantes.⁵⁻¹⁰⁻¹¹ A taxa de progressão para lesões invasivas não aumenta durante a gravidez.⁵⁻⁷⁻¹⁰⁻¹¹ Biópsias somente são aceitáveis quando há suspeita de invasão. Na presença de atipias é sugerida avaliação trimestral durante a gravidez e 90 dias após o parto.

Mulheres com comprometimento imunológico apresentam maior risco de lesões precursoras.¹²⁻¹³ Status imunológico satisfatório e estável permitem abordagem mais conservadora desde que o seguimento correto seja garantido. O rastreamento deve iniciar a partir do primeiro ano após a primeira relação sexual, a cada 6-12 meses, com citologia para mulheres com menos de 25 anos e teste de HPV acima dessa idade.

Mulheres vacinadas: a recomendação de rastreamento é a mesma da não vacinadas, pois as taxas de cobertura vacinal ainda não atingiram níveis seguros para mudar as recomendações.

REFERÊNCIAS:

1. Vale DB, Sauvaget C, Muwonge R, Thuler LC, Basu P, Zeferino LC, et al. Level of human development is associated with cervical cancer stage at diagnosis. *J Obstet Gynaecol.* 2019;39(1):86-90. doi: 10.1080/01443615.2018.1463976
2. Vale DB, Sauvaget C, Muwonge R, Ferlay J, Zeferino LC, Murillo R, et al. Disparities in time trends of cervical cancer mortality rates in Brazil *Cancer Causes Control.* 2016;27(7):889-96. doi: 10.1007/s10552-016-0766-x
3. Ronco G, Dillner 1, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PL, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet.* 2014;383(9916) 524-32. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62218-7

4. Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PP, Mustafa RA, et al. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(8):CD008587.
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. Rio de Janeiro: Inca; 2016.
6. Zeferino LC, Bastos JB, Vale DB, Zanine RM, Melo YL, Primo WQ, et al. Guidelines for HPV-DNA testing for cervical cancer screening in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(6):360-8. doi: 10.1055/s- 0038-1657754
7. Australian Institute of Health and Welfare. National Cervical Screening Program: guidelines for the management of screen- detected abnormalities, screening in specific populations and investigation of abnormal vaginal bleeding [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 24]. Available from: <https://wiki.cancer.org.au/australia/ Guidelines:Cervical cancer/Screening>
8. Egemen D, Cheung LC, Chen X, Demarco M, Perkins RB, Kinney W, et al. Risk estimates supporting the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):132-43. doi: 10.1097/LGT.0000000000000529
9. Silver MI, Andrews J, Cooper CK, Gage JC, Gold MA, Khan MJ, et al. Risk of cervical intraepithelial neoplasia 2 or worse by cytology, human papillomavirus 16/18, and colposcopy impression: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2018;132(3):725-35. doi: 10.1097/AOG.0000000000002812
10. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2020;24(2):102-31. doi: 10.1097/ LGT 0000000000000525
11. Kyrgiou M, Arbyn M, Bergeron C, Bosch FX, Dillner J, Jit M, et al. Cervical screening: ESGO-EFC position paper of the European Society of Gynaecologic Oncology (ESGO) and the European Federation of Colposcopy (EFC). *Br J Cancer.* 2020;123(4):510-7. doi: 10.1038/s41416-020-0920-9
12. Castle PE, Kinney WK, Xue X, Cheung LC, Gage JC, Zhao FH, et al. Effect of several negative rounds of human papillomavirus and cytology co-testing on safety against cervical cancer: an observational cohort study. *Ann Intern Med.* 2018;168(1):20-9. doi: 10.7326/M17-1609
13. ter Haar-van Eck SA, Rischen-Vos J, Chadha-Ajwani S, Huikeshoven FJ. The incidence of cervical intraepithelial neoplasia among women with renal transplant in relation to cyclosporine. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995;102(1):58-61. doi: 10.1111/j.1471-0528.1995.tb 09027.x.