

NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL CERVICAL - NIC

Cervical Intraepithelial Neoplasia - Cin

O câncer do colo do útero é uma doença crônica que pode ocorrer a partir de mudanças intra-epiteliais e que podem, no período médio de 5 a 6 anos, se transformar em processo invasor. Assim, a forma mais eficaz de controlar esse tipo de tumor é diagnosticar e tratar as lesões precursoras (neoplasias intra-epiteliais), e as lesões tumorais invasoras em seus estágios iniciais, quando a cura é possível em praticamente 100% dos casos.

As lesões cervicais precursoras apresentam-se em graus evolutivos, do ponto de vista cito-histopatológico, sendo classificadas (Bethesda, 1988) como neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) de grau I (lesão de baixo grau), II e III (lesões de alto grau).

O câncer do colo uterino invasor, em cerca de 90% dos casos, evolui a partir da NIC, mas nem toda NIC progride para um processo invasor. Todas as NIC devem ser consideradas lesões significativas e como tal devem ser tratadas. O método de escolha para o tratamento varia de acordo com o grau da NIC e com a experiência do ginecologista em executá-lo.

O Ministério da Saúde, por intermédio do INCA, seu órgão técnico e coordenador das ações nacionais de prevenção e controle do câncer, e em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, desenvolve, desde 1997, o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. Este Programa estabelece as normas e recomendações básicas de prevenção, detecção, diagnóstico e tratamento do câncer do colo uterino, para todo o Brasil.

1. Exames de Avaliação

- Ginecológico
- Citopatológico
- Colposcópico

A mulher com resultado de exame citopatológico sugestivo de NIC II e III, proveniente

da rede municipal ou estadual de saúde do Rio de Janeiro, cujos exames, na maioria das vezes são procedidos no SITEC - Sistema Integrado Tecnológico em Citopatologia (do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital do Câncer I do INCA) que é encaminhada e triada no Hospital do Câncer II, é matriculada com abertura de prontuário e marcada para colposcopia.

Se a colposcopia for satisfatória e negativa para NIC, orienta-se a repetição do exame citopatológico após 6 meses, no mesmo local do primeiro atendimento, antes do Hospital do Câncer II do INCA.

Considerando-se que 75% dos casos de NIC I (LSIL - *Low Squamous Intra-epithelial Lesion*, isto é, lesão de baixo grau) não são confirmados no segundo exame, mesmo sem que tenham sido tratados, orienta-se para tratar a infecção, a infestação ou a atrofia, se porventura existirem, e manter o controle citopatológico e colposcópico, nos ambulatórios de ginecologia de Posto ou Centro de Saúde ou de Hospital Geral.

No INCA, as seguintes condutas são seguidas:

- Exame citopatológico de NIC I que persiste por mais de um ano e está associado a colposcopia sugestiva de NIC I: indicar CAF (cirurgia de alta frequência).
- Exame citopatológico sugestivo de NIC I, mas colposcopia negativa: manter a mulher sob controle citopatológico e colposcópico semestral.
- Dois controles citopatológicos e colposcópicos semestrais normais: passando-se ao exame citopatológico anual.
- Dois controles citopatológicos anuais consecutivos normais: passando-se ao exame colposcópico tri-anual.

1.1. Exames de confirmação diagnóstica

Constatadas alterações colposcópicas sugestivas de NIC, a CAF é realizada, de

imediate e ambulatorialmente (método “Ver e Tratar”), na maioria das mulheres. Porém, nos casos de contra-indicações ou impossibilidade técnica para a execução da CAF, outras técnicas diagnóstico-terapêuticas são também utilizáveis, conforme o caso (ver o item 3 - Tratamento).

1.2. Extensão da doença

É dada pelo exame anatomopatológico da peça operatória (cone, segmento, fatia ou fragmento), que classifica o grau da lesão e o seu nível de invasão, bases da decisão terapêutica do caso.

2. Tratamento (NIC II e NIC III - lesões de alto grau)

Considerando-se a alta demanda e a relação benefício/custo, a maioria das pacientes é tratada ambulatorialmente por CAF, embora no INCA se utilizem, também, todos os meios de conização conhecidos no momento para tais casos: com bisturi frio, eletrodo-agulha e laser.

No momento, 80% das pacientes com lesões de alto grau (HSIL - *High Squamous Intra-epithelial Lesions*) são tratados ambulatorialmente, e os 20% restantes, operados, sob anestesia, em centro cirúrgico, considerando-se, principalmente, o risco de sangramento, a ansiedade da mulher, as dificuldades técnicas e as indicações clínicas.

2.1. Cirurgia de alta frequência (CAF) / *Loop electrical-surgical excision procedure* (LEEP)

- Lesão ectocervical.
- Lesão ectocervical e endocervical, desde que a sua extensão no canal cervical não ultrapasse 1cm.

2.2. Conização com eletrodo- agulha

- Lesão ectocervical e endocervical com extensão no canal cervical > 1cm.
- Lesão exclusivamente endocervical.

2.3. Conização cirúrgica

É indicada nos casos de mulheres com

contra-indicações orgânicas ou psíquicas para a CAF ambulatorial, podendo ser feita por:

- Conização a Scott ou a Sturmdorf (técnicas cirúrgicas com uso de bisturi frio).
OU
- Conização a LASER (*Light Amplification Stimulated Emission Radiation*)

Nota: Em caso de exame citopatológico sugestivo de adenocarcinoma *in situ*, dar preferência a conização cirúrgica, que permite a avaliação de todo o canal e a remoção de todo colo uterino.

2.4. Re-CAF ou Reconização

Indicadas nas seguintes situações, dependendo de existir, ou não, colo remanescente suficiente para a apreensão pela alça de CAF:

- NIC persistente, diagnosticada pelo exame citopatológico, após 6 meses do primeiro tratamento (CAF ou conização);
- margem cirúrgica acometida, associada a estenose de canal pós-operatória (coleta endocervical prejudicada); ou
- recorrência da NIC.

2.5. Traquelectomia

É indicada na persistência da lesão, ao exame citopatológico, após quaisquer das formas de tratamento anteriormente descritas, desde que a mulher esteja em pós-menopausa ou, em não estando, já considere a sua prole completa e não queira mais engravidar.

2.6. Histerectomia por via abdominal (tipo I de Rutledge & Piver) ou histerectomia vaginal

São técnicas cirúrgicas indicadas após conização cirúrgica, com ou sem exérese do terço superior da vagina, nos casos de pacientes :

- Sem condições para o seguimento; ou
- Com condições anatômicas desfavoráveis (vagina estenosada e colo atrofico), que impossibilitam o tratamento por CAF, conização ou traquelectomia.

2.7. Situação Especial - NIC em colo após histerectomia sub- total

Em pacientes com NIC diagnosticada no colo remanescente, após histerectomia sub-

total, o tratamento é feito conforme já descrito no item 3 e seus sub-itens, ressaltando-se que a técnica a ser selecionada depende do volume do coto do colo ser suficiente, ou não, para a apreensão pela alça de CAF.

3. Exames de Acompanhamento

Exame citopatológico - realizado 6 meses após o procedimento cirúrgico.

Não existe consenso quanto a reconização após a CAF cuja peça apresenta margens acometidas. Acreditam os defensores da conduta expectante que, após a CAF, ocorre a fulguração das bordas e que a autodefesa orgânica faz desaparecer a NIC residual.

Os casos com margens livres de neoplasia são seguidos no Hospital do Câncer II do INCA, sendo realizado o primeiro exame citopatológico de controle passados 6 meses do ato operatório. Se este exame for negativo para NIC, a paciente será encaminhada ao Posto ou Centro de Saúde ou Hospital de origem.

Já os casos com margem acometida e com exame citopatológico positivo para NIC após 6 meses do ato operatório, indica-se a re-CAF ou a reconização, conforme o sub-item 3.4. Exames citopatológicos de controle semestrais são feitos durante um ano, após o que se decide sobre a continuidade do seguimento ou o reencaminhamento para o Posto ou Centro de Saúde ou Hospital de origem.