



NOVIDADES NO RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO?

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin number 109, December 2009: cervical cytology screening. *Obstet Gynecol* 2009; 114: 1409-20. Disponível em: http://journals.lww.com/greenjournal/documents/PB109_Cervical_Cytology_Screening.pdf [acedido a 20/12/2009].

Introdução

O cancro do colo do útero é a segunda principal causa de cancro na mulher e a sua incidência diminuiu mais de 50% nos últimos 30 anos devido à generalização do seu rastreio. Na verdade, 50% das mulheres a quem é diagnosticado cancro do colo do útero nunca fizeram citologia do colo do útero, 10% não a faziam há mais de 5 anos e 30% dos novos diagnósticos estão associados a falsos negativos na citologia efectuada.

As novas recomendações do *American College of Obstetricians and Gynecologists*, publicadas em Novembro, basearam-se em estudos e meta-análises mais recentes (as suas recomendações anteriores datavam de 2003).

Recomendações Clínicas

As actuais recomendações afirmam haver evidência consistente (nível A) para iniciar o rastreio do cancro do colo do útero com a idade de 21 anos. De acordo com as recomendações anteriores não existia evidência suficiente para definir uma data de início do rastreio, devendo este começar entre dois a três anos após o início das relações sexuais. Os estudos apresentados suportam que antes desta idade o cancro invasivo é muito raro e a displasia é frequente (e frequentemente regride espontaneamente) e, logo, os efeitos adversos das citologias superam o seu benefício. São apontados como efeitos negativos a ansiedade associada a potenciais falsos positivos, o aumento da morbidade e aumento da probabilidade de futuro parto pré-termo (após tratamento excisional por displasia) e ainda o aumento dos custos.

Outra recomendação suportada por evidência de boa qualidade (nível A) diz respeito aos intervalos de rastreio: de dois em dois anos em mulheres entre os 21 e os 29 anos ou com risco aumentado de cancro do colo do útero (antecedentes de CIN 2 ou CIN 3, infecção por HIV ou em imunossupressão) e de três em três anos em mulheres com 30 anos ou mais, e que tenham tido três resultados citológicos negativos consecutivos. Aqui há também uma diferença em relação às anteriores reco-

mendações que propunham rastreio anual para o primeiro grupo e de dois em dois anos para o segundo grupo. Os estudos confirmam que não há vantagem em fazer um rastreio anual mas confirmam que nas mulheres mais novas um resultado negativo confere menos protecção do que nas com 30 anos ou mais.

A idade de interrupção do rastreio é também aqui definida, sendo entre os 65 e 70 anos, baseada em evidência ainda limitada (recomendação nível B), em mulheres que tenham tido 3 resultados negativos nas últimas citologias consecutivas e resultados sempre negativos nos últimos 10 anos. A recomendação anterior não definia idade limite, apesar de a *United States Preventive Task Force* a definir em 65 anos desde 2003 e a *American Cancer Society* em 70 anos desde 2002.

Mulheres hysterectomizadas por patologia benigna também não devem continuar o rastreio (recomendação nível A) ao contrário de mulheres que tenham história de CIN 2 ou CIN 3 (devem fazer rastreio anual durante 20 anos depois do tratamento) ou em que haja dúvida em relação à sua história citológica anterior ou tenham múltiplos parceiros sexuais, já que nestas não há evidência suficiente para recomendar a interrupção do rastreio. As recomendações sugerem a criação de modelos de risco individual para mulheres acima dos 65-70 anos para decidir se deverão ou não manter rastreio.

É também baseada em evidência consistente, a conclusão de que o método de rastreio por citologia em meio líquido ou por esfregaço é equivalente, tendo a citologia em meio líquido a desvantagem do preço e menor especificidade e a vantagem de permitir o teste de pesquisa do HPV, clamídea e gonorreia.

O teste de DNA do HPV combinado com a citologia recebe aqui também recomendação de nível A para mulheres com 30 anos ou mais.

Recomenda-se ainda que se mantenha a realização anual de exame ginecológico a todas estas mulheres, apesar de não se fazer citologia anual (recomendação grau C, baseada apenas em consensos).

Mantém-se a incerteza sobre o impacto da vacinação para algumas estirpes do HPV e estima-se que só



se terão resultados na incidência de cancro do colo do útero daqui a 15-20 anos devendo-se para já manter o rastreio da mesma forma nestas mulheres.

Conclusão

Existem importantes diferenças entre as recomendações anteriores do *American College of Obstetricians and Gynecologists* e estas de Novembro de 2009: o início do rastreio foi fixado nos 21 anos de idade e não antes, a frequência de rastreio diminuiu – de dois em dois anos até aos 29 anos e de três em três anos depois deste intervalo etário, após três resultados negativos – e a

interrupção do rastreio foi fixada entre os 65 e 70 anos. É necessário haver mais estudos em mulheres com idade superior a esta, no sentido de criar modelos de risco individual para determinar necessidade de manter rastreio em grupos de maior risco. Também é necessário estudar mulheres vacinadas para o HPV, para definir recomendações de rastreio para este grupo.

São ainda necessários estudos sobre o impacto da realização de exame ginecológico anual na melhoria da saúde reprodutiva e na redução da mortalidade por cancro do colo do útero.

Comentário

Em relação à prática americana, podemos notar que houve grandes mudanças nestas recomendações. Iniciar mais tarde e espaçar a frequência do rastreio será algo complicado de explicar aos pacientes americanos, habituados a um rastreio anual e de início na adolescência. Esta recomendação vai de encontro aos estudos e perspectivas mais actuais, que chamam a atenção para os eventuais malefícios do excesso de intervenções médicas e, num rastreio populacional, é essencial fazer, além de uma análise de custo-benefício, um balanço entre os riscos e os benefícios para a população-alvo.

Em Portugal é recomendado pelo Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 fazer o rastreio dos 25 aos 60 anos com um intervalo de três anos após dois exames anuais negativos. Constata-se desta forma que a evidência levou a prática americana a aproximar-se mais das idades e intervalos praticados em Portugal. Ainda assim, estas recomendações indicam uma idade de início mais precoce e interrupção mais tardia do que o recomendado pela Direcção-Geral da Saúde. A maioria das recomendações mundiais apontam para uma idade final de rastreio entre os 65-70 anos, mas mesmo nesta revisão de 2009 verifica-se que ainda não existe evidência suficiente para o suportar. Já a idade de início aos 21 anos foi apontada como sendo baseada em evidência consistente.

Temos que ter em atenção que estamos a falar de

rastreios populacionais e estes deveriam ser definidos de acordo com a sua população-alvo e, por isso, as recomendações portuguesas deveriam idealmente basear-se em estudos de custo-benefício para a população portuguesa. Até porque a idade das primeiras relações sexuais, o número de parceiros e até a prevalência de fumadoras influenciam a história natural deste cancro e estes factores podem ser significativamente diferentes nas mulheres portuguesas e nas incluídas nos estudos existentes. Além de caracterizar estes factores, seria importante estudar o impacto do rastreio que já é feito em Portugal, as lesões que são detectadas antes dos 25 e depois dos 60 anos e se os benefícios compensariam os riscos e os custos de fazer rastreio nessas idades e se as novas neoplasias foram diagnosticadas em mulheres sujeitas a rastreio ou não.

Esta revisão da literatura representa uma nova abordagem pois as recomendações americanas anteriores baseavam-se em estudos até 2003. E, além da chamada de atenção para a importância de não fazer exames em excesso, sublinhou-se a importância de estudar melhor as mulheres de 65 anos ou mais e a população vacinada para o HPV, para mais correctamente definir o seu rastreio. Mas temos de ter sempre sentido crítico ao adoptar recomendações baseadas em estudos de populações que não a nossa e, construtivamente, promover e apoiar a investigação com qualidade, no nosso país.

Inês Rosendo
CS de Eiras, Coimbra