



VII CONGRESSO CATARINENSE DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

II Congresso Catarinense de Perinatologia

25 a 27 de junho de 2015 | Expoville | Joinville | SC

Alexandre de Lima Farah

Declaração de conflito de interesse

Não recebi qualquer forma de pagamento ou auxílio financeiro de entidade pública ou privada para pesquisa ou desenvolvimento de método diagnóstico ou terapêutico ou ainda, tenho qualquer relação comercial com a indústria farmacêutica

The background of the slide is a light gray gradient, decorated with numerous realistic water droplets of various sizes. Some droplets are large and prominent, while others are small and scattered. They are rendered with soft shadows and highlights, giving them a three-dimensional appearance.

O QUE MUDOU NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE ENDOMÉTRIO?

Dr. Alexandre de Lima Farah

Especialista em Histeroscopia e Laparoscopia pela FEBRASGO

IMPORTÂNCIA:

- É o câncer ginecológico mais comum nos países desenvolvidos.
- Mais comum após os 45 anos de idade.
- 68% dos casos a doença está confinado ao útero.
- Taxa de mortalidade de 1,7 a 2,4 por 100.000 mulheres.
- 96% é taxa de sobrevida em 5 anos.

Fatores de risco	Risco relativo
Idade entre 50-70 anos	1.4
Terapia estrogênica isolada	2-10
Tamoxifeno	2
Menarca precoce	-
Menopausa tardia	2
Nuliparidade	2
Anovulação crônica	3
Obesidade	2-4
Diabetes	2
Tumor secretor de estrogênio	-
Lynch syndrome	22-50%
Cowden syndrome	13-19%
História familiar	-

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- Sangramento uterino anormal: presente em 75 a 90%.
- Achado na citologia cervical:
 - ✓ Células adenocarcinomatosa.
 - ✓ Células glandulares atípicas.
 - ✓ Células endometriais (se sintomática + fator de risco: investigar)
- Achado anormal ao US.
- Exame físico: normal à alteração de volume uterino e redução da mobilidade.

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

- Pós-menopausa: qualquer sangramento deve ser investigado.
 - ✓ 3 a 20% câncer
 - ✓ 5 a 15% hiperplasias
- Dos 45 anos à menopausa: mudança no padrão de sangramento e também as amenorreias superiores a 6 meses (anovulação), devem ser investigadas.
- Abaixo de 45 anos: especialmente quando associado a fatores de risco, como: obesidade, anovulação crônica, Lynch (hereditary nonpolyposis colorectal cancer).

DIAGNÓSTICO

- B-HCG, hemograma e coagulograma.
- USTV: diagnóstico diferencial das patologias e avaliar espessura endometrial.
 - ✓ Pós-menopausa: 4mm (ACOG).
 - ✓ Pré-menopausa: não pode ser usado como parâmetro!
- Biópsia endometrial:
 - ✓ Ambulatorial.
 - ✓ Centro cirúrgico.

BIÓPSIA ENDOMETRIAL

Pipelle



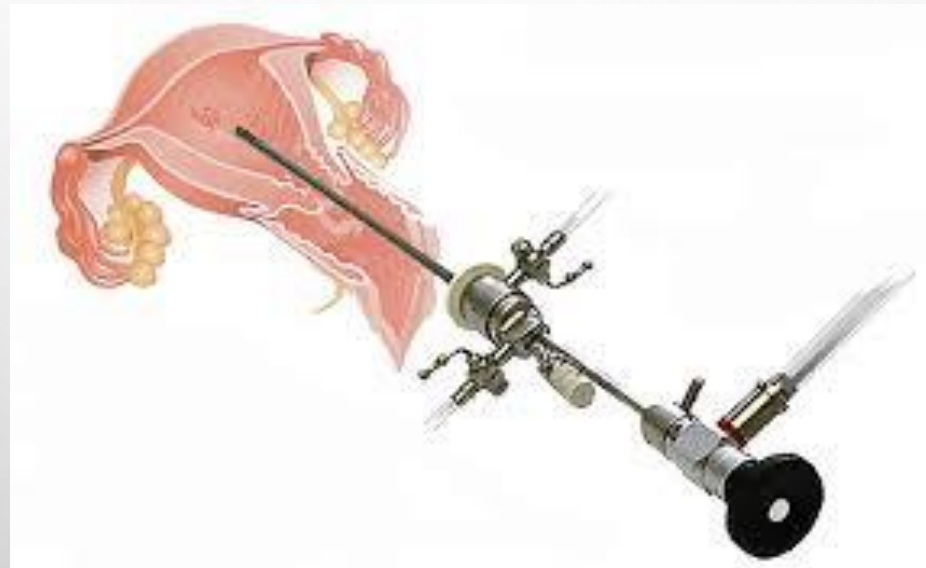
Endometrial brush



Endometrial aspirator

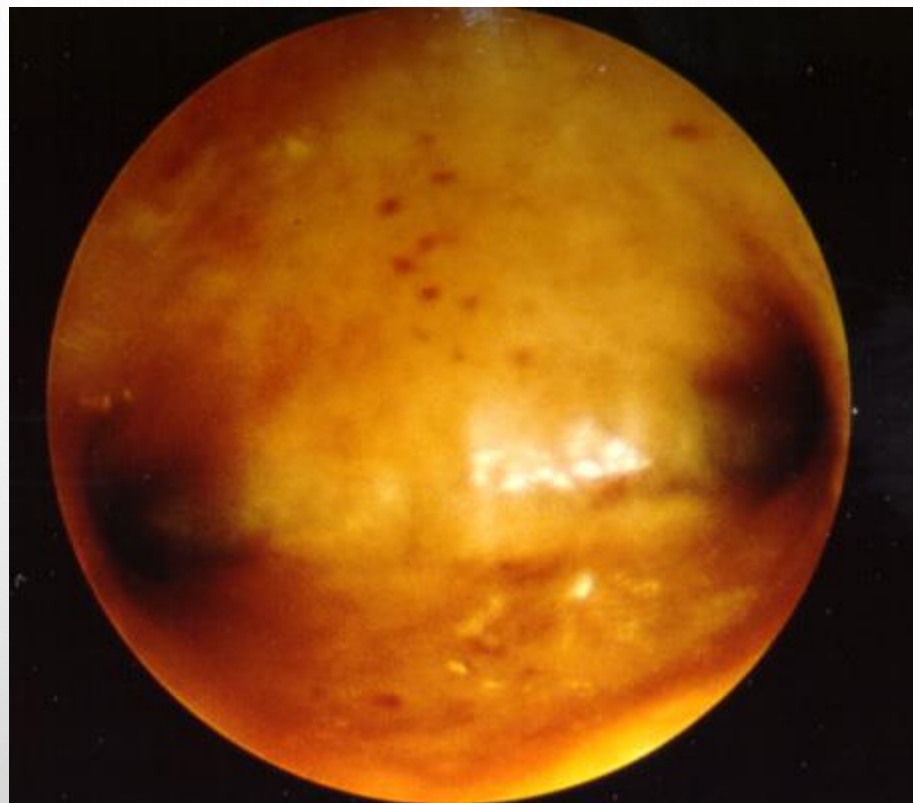


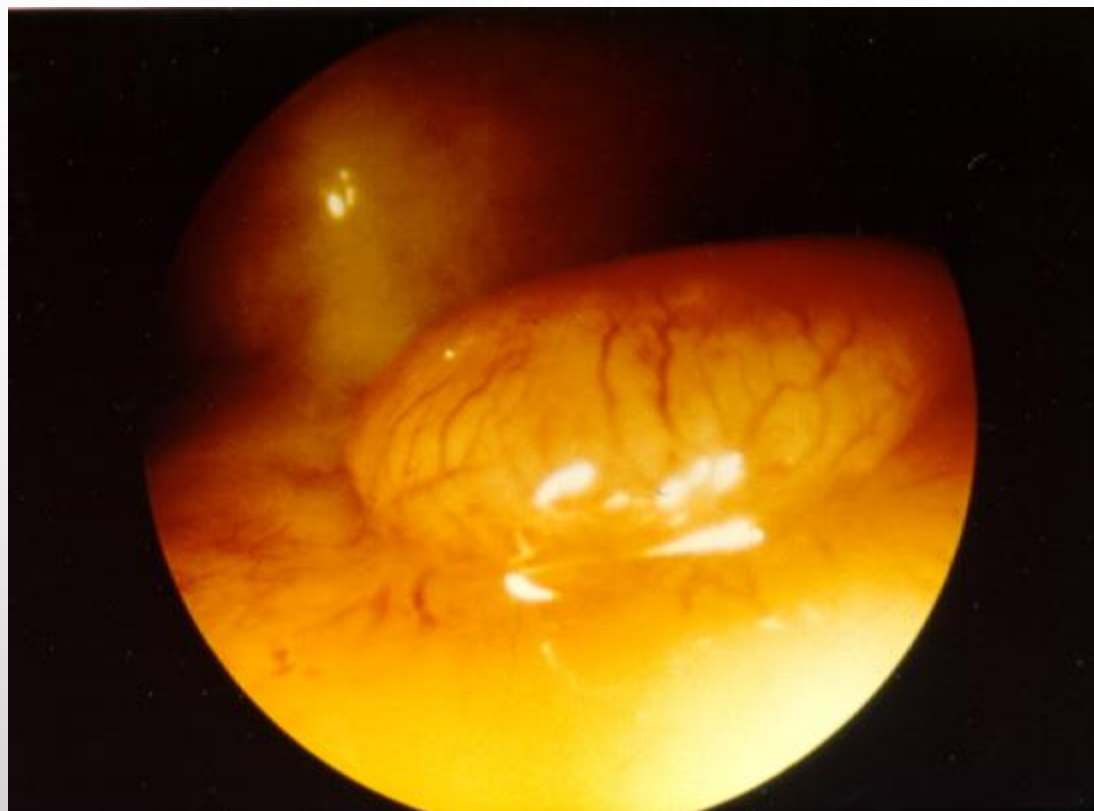
HISTEROSCOPIA

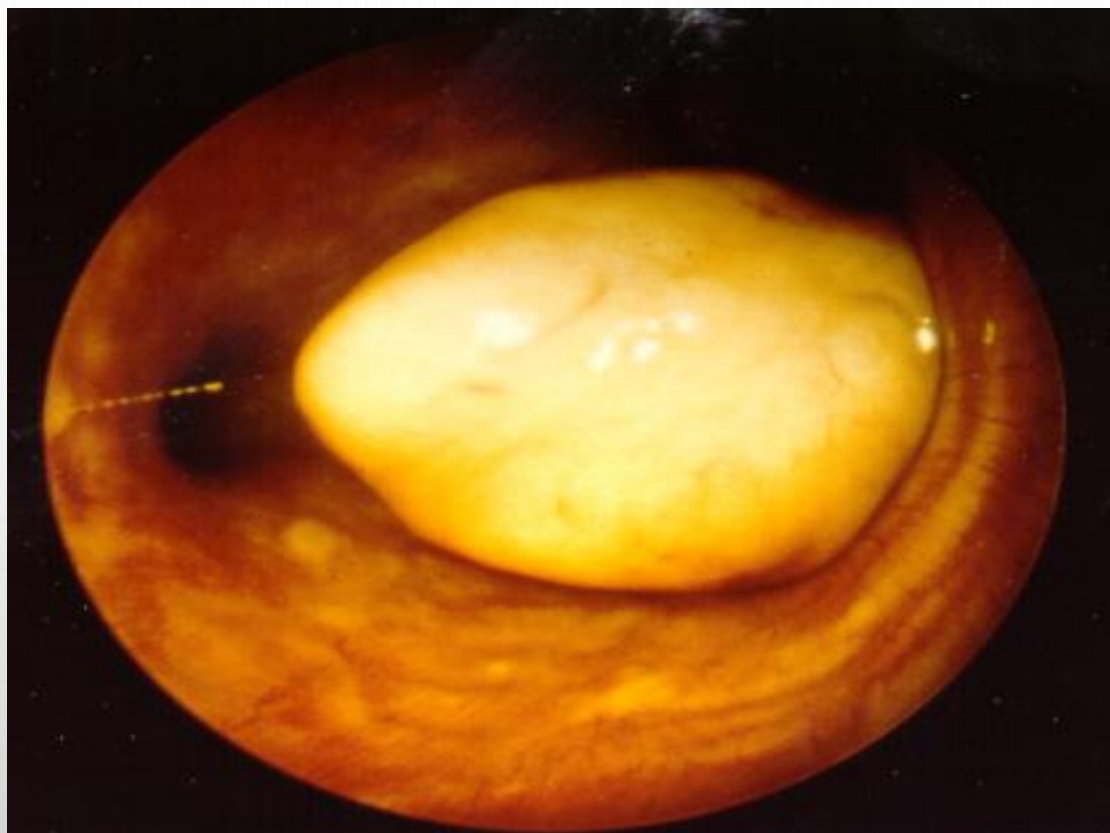


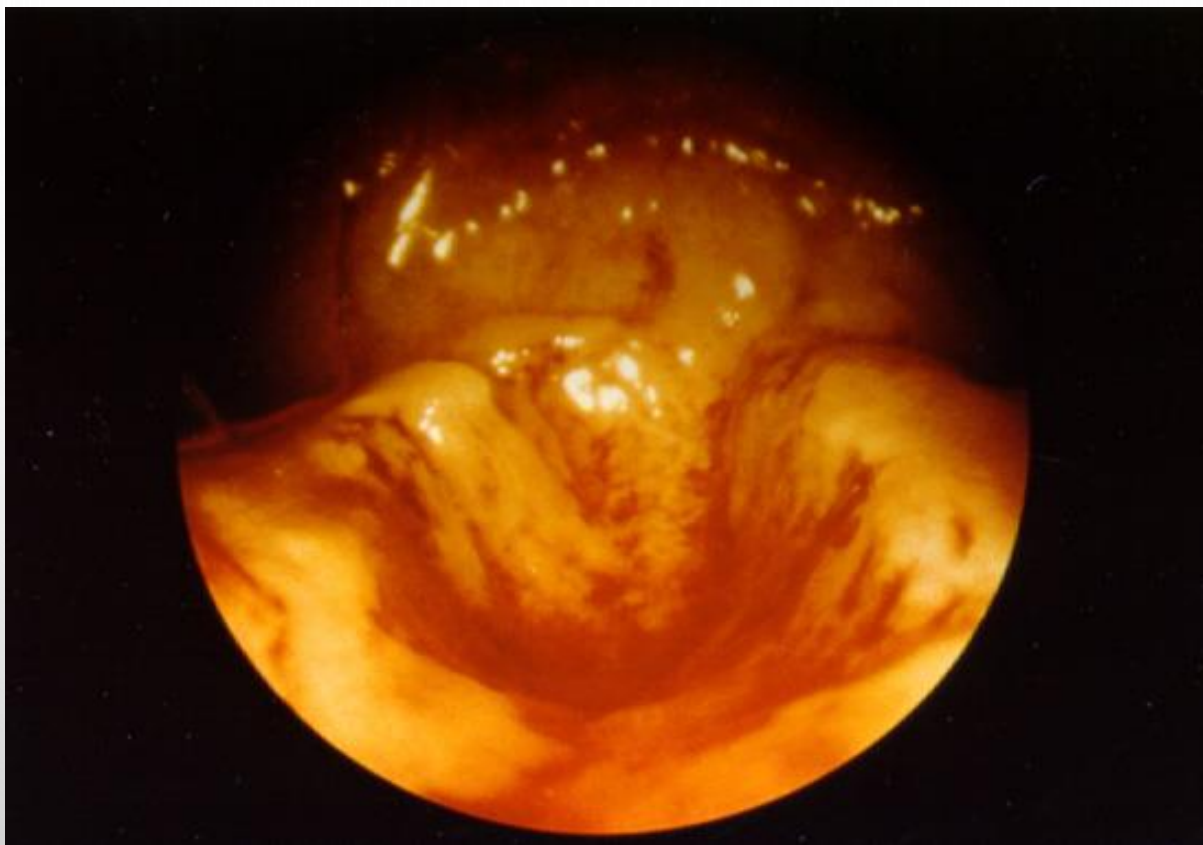
HISTEROSCOPIA

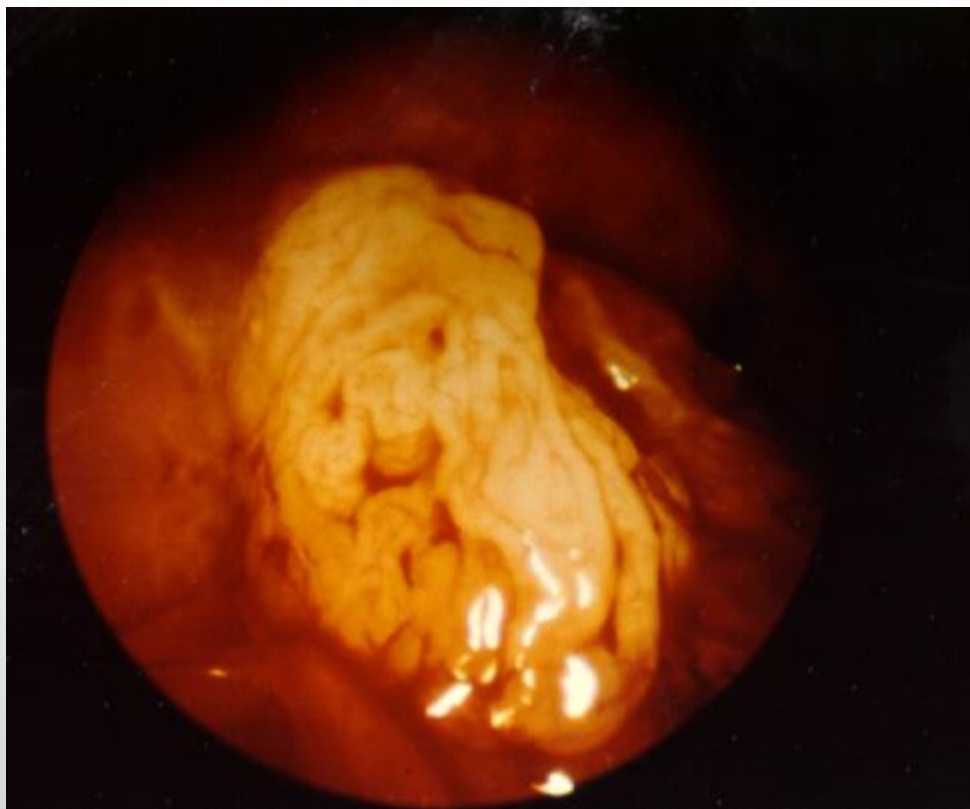
- Biópsia dirigida.
- Diagnóstico diferencial:
 - ✓ Pólipo
 - ✓ Mioma
 - ✓ Espessamento
 - ✓ Atrofia

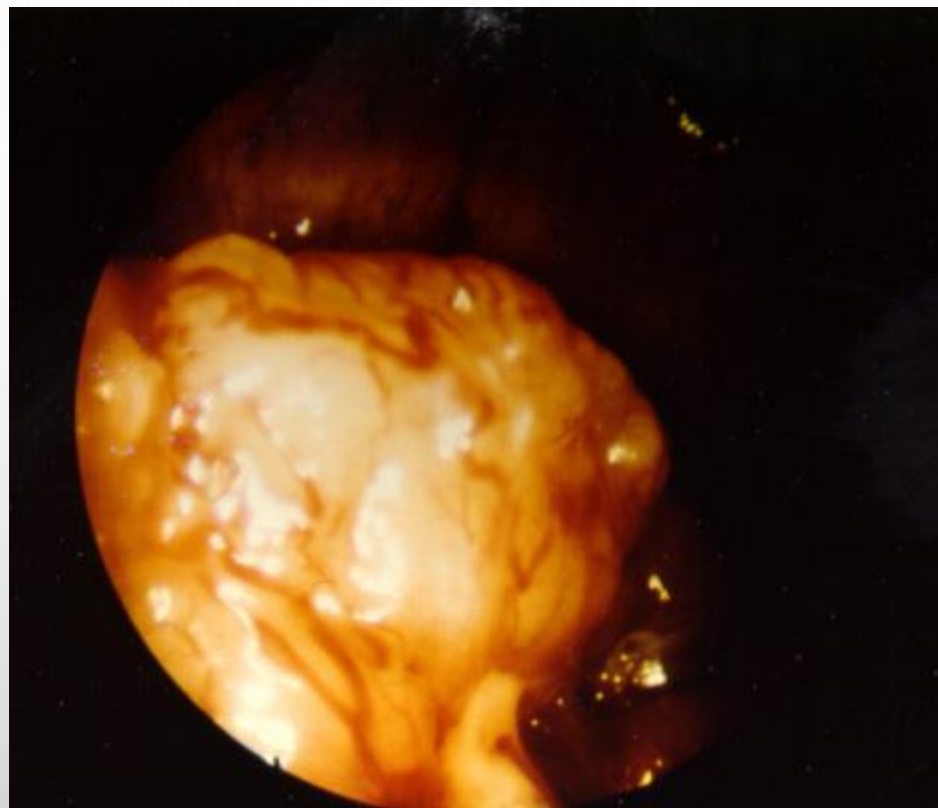


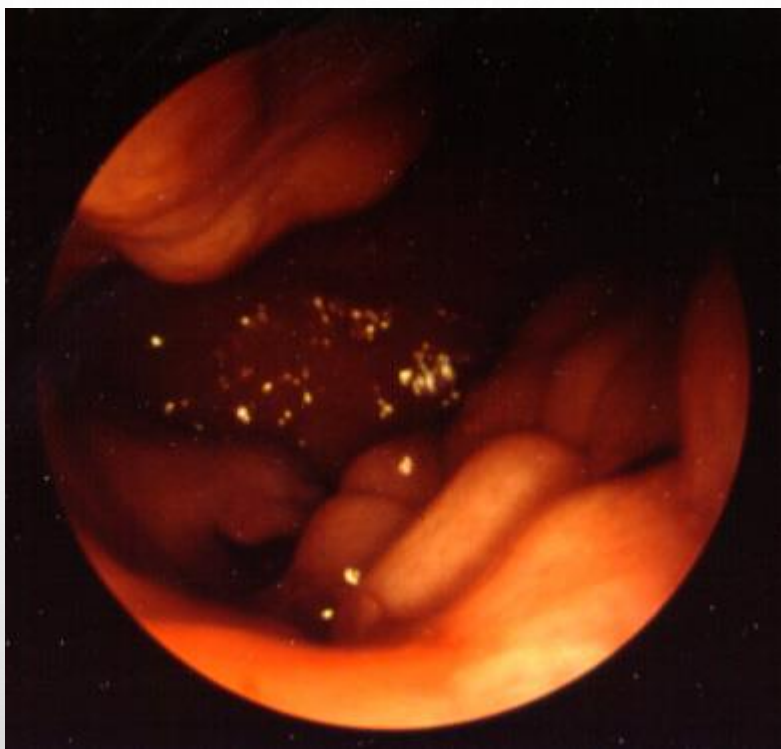












CURETAGEM

- Na vigência de sangramento intenso.
- Quando o material para análise histológica é insuficiente.
- Diagnóstico de Hiperplasia complexa com atipia.

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

- Classificação da OMS:
 - ✓ Padrão arquitetural do endométrio
 - Simples
 - Complexa
 - ✓ Presença ou não de atipia nuclear
 - Sem atipia
 - Com atipia

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Classificação OMS	Progressão para Câncer
Simples sem atipia	1%
Complexa sem atipia	3%
Simples com atipia	8%
Complexa com atipia	29%

LIMITAÇÕES

- Grande variabilidade inter-observador:
 - ✓ Presença de atipia nuclear, que é o mais importante indicador do potencial de malignidade, apresentou concordância de 38 a 47% (Zaino and cols, Cancer 2006; Kendall and cols, AJSP 1998).
- Amostra pequena:
 - ✓ 170 pacientes seguidas entre 1 e 27 anos (média 13), porém algumas pacientes fizeram algum procedimento entre a biópsia endometrial e a HTA (Kurman and cols, Cancer 1985).

HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

- Classificação Grupo Internacional de Patologistas 2000:
 - ✓ Hiperplasia endometrial
 - ✓ Neoplasia intra-epitelial do endométrio

CRÍTICA

- Não tem correlação direta com a classificação da OMS.
- É menos utilizada.
- Apesar de:
 - ✓ Ter melhor correlação inter-observador.
 - ✓ Ser melhor em prever a progressão para Câncer.

COEXISTÊNCIA DE HIPERPLASIA COMPLEXA COM ATÍPIA E CÂNCER

- Cerca de 37% nas pacientes submetidas a histerectomia (Rakha and cols, Am J Surg Pathol 2012).
- Em ambos os métodos há falha na detecção do Câncer, porém a curetagem é mais eficaz que a biópsia ambulatorial (Suh-Burgmann and cols, Obstet Gynecol 2008). 824pacientes
 - ✓ 1 amostra: 33% após curetagem X 47% após biópsia
 - ✓ 2 amostras: 16% após curetagem X 22% após biópsia

RASTREAMENTO

- Não fazer rastreamento de retina!
- Nas pacientes assintomáticas, o rastreamento de retina, NÃO é eficaz em reduzir a mortalidade.
- Não existe um teste de rastreamento com sensibilidade e especificidade suficiente.

RASTREAMENTO

- Lynch: rastreamento recomendado, já que o risco de câncer de endométrio é de 27-71%, contra 3% na população geral.
- Nos casos onde há recorrência do sangramento, mesmo com achados benignos, deve-se repetir a biópsia ou realizar curetagem.

RASTREAMENTO

- Usuárias de tamoxifeno, assintomáticas, não tem recomendação para rastreamento de rotina.
 - ✓ O limite endometrial ao USTV não está bem estabelecido.
 - ✓ Pólipos desenvolvem em 2 a 36%.
 - ✓ Risco de malignização é maior (Cohen. Gynecol Oncol 2004).
 - ✓ Biopsiar os casos sintomáticos.

RASTREAMENTO

- Na paciente na pré-menopausa, assintomática, o espessamento endometrial isoladamente, não indica a necessidade de biópsia (Breitkopf and cols, Obstet Gynecol 2004).

RASTREAMENTO

- Pós-menopausa com sangramento:
 - ✓ Endométrio maior de 4mm.
- Pós-menopausa sem sangramento:
 - ✓ Endométrio maior de 11mm: risco de Câncer é 6,7% (Smith-Bindman and cols, Ultrasound Obstet Gynecol 2004).
 - ✓ Endométrio maior de 3mm + fluído (Debby and cols, Maturitas 2006).

MENSAGEM

- Valorize a queixa de sangramento.
- Reconheça os fatores de risco.
- Não perca tempo.
- Meta: diagnóstico das hiperplasias.



OBRIGADO!

- afarah70@gmail.com
- 