

RISCO A LONGO PRAZO DE CÂNCER INVASIVO APÓS TRATAMENTO DE NIC 3

Pesquisadores suecos realizaram estudo coorte prospectivo, de base populacional envolvendo 132.493 mulheres tratadas por neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) grau 3 durante 1958 a 2002, com o objetivo de avaliar o risco a longo prazo de câncer invasivo de colo ou vagina. Os autores encontraram risco aumentado de câncer cervical nessas mulheres com razão de incidência de 2,34 quando comparado com a população feminina geral. A razão de incidência padronizada (RIP) para desenvolver carcinoma escamocelular (presente em 85% das mulheres) foi levemente maior (2,49) que aquela para todos os cânceres cervicais. Já o risco de desenvolver adenocarcinoma ou carcinoma adenoescamoso (presente em 15% das mulheres) também foi maior (RIP de 1,62), particularmente aumentado nas mulheres tratadas na década de 1990. O risco aumentado de câncer cervical mostrou tendência decrescente com o tempo desde o diagnóstico para as mulheres tratadas após 1970, mas o risco ainda estava aumentado após 25 anos (RIP de 2,16 até 15 anos e de 1,50 até 25 anos após o tratamento). Na comparação por décadas, o risco de desenvolver câncer cervical invasivo foi quase duas vezes maior entre 1991-2000 comparado com 1958-1970. Encontrou-se também o efeito da idade, com aumento acentuado no risco para as mulheres com mais de 50 anos de idade. Para o câncer de vagina, a razão de incidência foi de 6,82, mas este índice diminuiu para 2,65 após 25 anos do tratamento da NIC 3. Os autores destacam a influência das diferentes modalidades terapêuticas desde a década de 1990 e enfatizam o seguimento regular das mulheres após tratamento da NIC 3 por pelo menos 25 anos, independente da idade.

Fonte: Strander et al. Long term risk of invasive cancer after treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade 3: population based cohort study. BMJ. 2007;335:1077. published online 24 Oct 2007. doi:10.1136/bmj.39363.471806.BE.

QUAL O PAPEL DA CURETAGEM ENDOCERVICAL MOSTRANDO NIC 3 EM PREDIZER CARCINOMA CERVICAL INVASIVO?

As mulheres com diagnóstico de NIC 3 na curetagem endocervical realizada no momento da exérese da zona de transformação por cirurgia de alta frequência (CAF) possuem risco maior de NIC residual ou carcinoma microinvasivo, ou de desenvolver carcinoma invasivo no futuro. Este foi o achado de estudo realizado por Dr. Temkin e colegas da Universidade de Nova Iorque em mulheres submetidas a conização a frio após o resultado de curetagem endocervical com NIC 3 no momento da CAF. Das 146 mulheres identificadas, 133 (91,1%) tiveram NIC residual e 23 (15,8%) tiveram carcinoma cervical invasivo. Outros achados que indicaram maior probabilidade de abrigar ou desenvolver carcinoma cervical foram NIC 3 residual e margens ectocervical e endocervical comprometidas por NIC. Devido a esses achados, os autores concluem que a presença de NIC na curetagem endocervical no momento da CAF merece continuar a investigação para se definir a origem da anormalidade e fornecer à paciente diagnóstico e tratamento apropriados.

Fonte: Temkin et al. *Dysplastic endocervical curettings: a predictor of cervical squamous cell carcinoma. Am J Obstet Gynecol. 2007;196:469.e1-469.e4.*

EXISTE DIFERENÇA NA EFICÁCIA ENTRE ITRACONAZOL E FLUCONAZOL PARA O TRATAMENTO DA CANDIDÍASE GENITAL?

Metanálise de seis estudos clínicos randomizados mostrou que a eficácia e a segurança do itraconazol e fluconazol oral no tratamento da candidíase vaginal/ vulvovaginal aguda não complicada são semelhantes. A análise agrupada dos dados de 1092 mulheres não gestantes com candidíase confirmada por microscopia e/ou cultura de secreção vaginal mostrou que não houve diferença entre os dois tratamentos em relação a: melhora e cura clínica na primeira e segunda visitas (*odds ratio* [OR] de 0,94 e 1,09, respectivamente); cura micológica na primeira e segunda visitas (OR 0,73 e 0,71, respectivamente); interrupções do tratamento devido a eventos adversos (OR de 0,72); e eventos adversos relacionados ao sistema digestivo e nervoso (OR de 1,84 e 1,07, respectivamente). Apesar de ter sido notada diferença em relação aos achados combinados de cura clínica e microbiológica em favor do fluconazol, a significância desse resultado é incerta, já que o resultado foi baseado na análise de dados disponíveis em somente três estudos clínicos randomizados.

Fonte: Pitsouni et al. *Itraconazole vs fluconazole for the treatment of uncomplicated acute vaginal and vulvovaginal candidiasis in nonpregnant women: a metaanalysis of randomized controlled trials. Am J Obstet Gynecol. 2008;198:153-60.*

QUAL O SIGNIFICADO DA ASSOCIAÇÃO CITOLOGIA ASC-US/BAIXO GRAU, NIC 3 HISTOLÓGICO E TESTE PARA HPV DE ALTO RISCO NEGATIVO?

O objetivo deste estudo foi de avaliar as mulheres com NIC 3 diagnosticadas durante o período de 2 anos do estudo ALTS (*Atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS) and low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) Triage Study*) que tinham teste para HPV de alto risco negativo no momento da inclusão. Os resultados mostraram que os casos de NIC 3 HPV-negativo (n=33) foram menos prováveis de ter um segundo diagnóstico de NIC 3 comparados aos casos de NIC 3 HPV-positivo (n=588) (24% versus 56%, respectivamente). A revisão desses casos de NIC 3 HPV-negativo (5,3% de todos os casos) mostrou que: 1,9% era devido a casos incidentes (novos); 0,8% era por tipos de HPV que raramente causam câncer, mas podem causar NIC 3; 1,3% era por histologia falso-positiva, classificada incorretamente como NIC 3; e 1,3% era por resultados de teste de HPV de alto risco falso-negativo. Dr. Castle e colegas observam que a ocorrência de NIC 3 HPV-negativo é rara, mas que o número relativamente pequeno de casos incidentes causados por infecção recentemente adquirida é corretamente diagnosticado durante o seguimento recomendado das citologias ASC-US/baixo grau. Além disso, os resultados confirmam a utilidade clínica do teste de HPV no seguimento das mulheres encaminhadas inicialmente por citologia ASC-US/baixo grau e que não apresentam NIC à colposcopia.

Fonte: Castle et al. *An analysis of high-risk human papillomavirus DNA-negative cervical precancers in the ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS). Obstet Gynecol. 2008;111:847-56.*

BUSCA DE MÉDICOS QUALIFICADOS EM PTGI e COLPOSCOPIA

Campanha de valorização dos médicos qualificados pela ABG junto aos meios de mídia – disponibilize seus dados na busca de médicos

qualificados

1. Acessar a home page www.colposcopia.org.br , clicar no menu lateral sócio
2. Se você não tem senha, clique em Crie sua senha de acesso ao conteúdo restrito
3. Depois de criar sua senha, clique em Cadastro de profissionais para "Busca de médicos"
4. Os seguintes campos estão disponíveis para consulta: nome do médico, endereço, telefone e tipo de atendimento (apenas diagnóstico ou consulta, diagnóstico e tratamento). Esta divisão permite que profissionais que trabalhem exclusivamente em laboratórios de diagnóstico também possam divulgar seus serviços. No item diagnóstico existem os seguintes campos: colposcopia, vulvosocopia, peniscopia, anoscopia de magnificação, coleta de citologia, captura híbrida/PCR, biópsia). **O selo de qualidade também aparece em destaque para os médicos que o possuem.**

EVENTOS 2008

20 a 22 de novembro - III CURSO DE COLPOSCOPIA E PATOLOGIA DO COLO UTERINO, VAGINA E VULVA - PORTO ALEGRE/RS

Local: Teatro da AMRIGS - Porto Alegre/RS Inscrições: secretaria da AMRIGS com Aline (51) 3014 2025 E-mail: relacoesassociativas@amrigs.com.br

21 e 22 de novembro de 2008 - I COLPOVIX- VITÓRIA/ES

Local: Centro Integrado de Atenção à Saúde. Av. Leitão da Silva, nº 2311 - Itararé. Informações: (27) 3227-4468 - (SOGOES)

29 de novembro - CURSO TEÓRICO DE COLPOSCOPIA E VULVOSCOPIA - SALVADOR/BA

Informações: Capítulo da Bahia com Neide (71) 3235-9491
E-mail: sbpcuc@terra.com.br

01 a 05 de dezembro - XX CONGRESSO BRASILEIRO DE CITOPATOLOGIA - SÃO PAULO/SP

Informações: contato@citopatologia2008.com.br
Home Page: <http://www.citopatologia2008.com.br>

Visite-nos no www.colposcopia.org.br

Mande sugestões através do [FALE CONOSCO](mailto:FALE_CONOSCO) ou secretariaabg@uol.com.br, sua opinião é muito importante para nós.

Editoras Médicas Responsáveis:

Dra. Cíntia Irene Parellada e Dra. Ana Carolina Chuery
Gestão 2006-2008 Dr. Nelson Valente Martins