

VOCÊ CONHECE AS DÚVIDAS, DILEMAS E AS CAUSAS DE ERRO EM COLPOSCOPIA?

ASSISTA O MÓDULO DE COLPOSCOPIA – TÉCNICAS E INDICAÇÕES DO I CURSO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

Palestrantes:

Dra. Isa Maria Mello – coordenadora de relações internacionais da Associação Brasileira de Genitoscopia

Dr. André Luis Ferreira Santos – responsável pelo serviço de genitoscopia, endoscopia ginecológica e pelo curso de ginecologia da Universidade de Taubaté

Dr. Júlio César Teixeira – médico assistente e coordenador do ambulatório de patologia genital do CAISM - Unicamp

TEMA: COLPOSCOPIA – TÉCNICAS E INDICAÇÕES

1. TÉCNICA E INDICAÇÕES

2. DÚVIDAS, DILEMAS E CAUSAS DE ERRO EM COLPOSCOPIA

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE METAPLASIA, LESÃO DE BAIXO E ALTO GRAU

TODOS OS SÓCIOS QUITES COM A ANUIDADE 2009 (VALOR R\$160,00) TEM ACESSO A MAIS DE 20 MÓDULOS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA GRATUITAMENTE, ASSOCIE JÁ PELO http://www.colposcopia.org.br/socio_cadastro.php

SE VOCÊ JÁ É SÓCIO – CADASTRE-SE NO

http://www.colposcopia.org.br/ficha_cadastral.php

HPV E ÂNUS: EPIDEMIOLOGIA E RASTREAMENTO

Neste interessante artigo de revisão, Dr. Palefsky e Dr. Rubin descrevem a epidemiologia da infecção anal pelo HPV, neoplasia intraepitelial anal (NIA) e câncer do ânus em homens e mulheres, além de orientações atuais para sua prevenção. A incidência do câncer anal na população está crescendo e os fatores de risco incluem: tabagismo, história de condiloma, sexo anal, imunossupressão (infecção pelo HIV ou uso de imunossupressores) e mulheres com história de câncer vulvar, neoplasia intraepitelial vulvar ou câncer de colo uterino. Em algumas populações, a prevalência da infecção pelo HPV anal em mulheres é maior que àquela da infecção cervical. Quanto à NIA, sua prevalência relatada é de 21-26% em mulheres HIV-positivas e 6-8% em HIV-negativas de alto risco. Destaque se dá ao esquema proposto de rastreamento com citologia anal nos grupos de risco:

- Na presença de citologia normal, recomenda-se repetição do exame em 6 meses nas HIV-positivas e 12 meses nas negativas.
- Na presença de qualquer alteração citológica, realiza-se a anoscopia. Para diagnóstico de NIA de baixo grau faz-se o seguimento em 6 meses ou tratamento (p.ex., destrutivo) na presença de condilomas ou lesões planas. Para diagnóstico de NIA de alto grau faz-se o tratamento apropriado (p.ex, laser) e no caso de câncer anal, encaminha-se para o oncologista.
- Se a anoscopia for normal e a citologia for ASC-US, repete-se os exames em 6 meses, se citologia for baixo grau ou ASC-H, repete-se

em 4-6 meses e se for alto grau, repete-se imediatamente.

Fonte: Palefsky JM; Rubin M. *The epidemiology of anal human papillomavirus and related neoplasia. Obstet Gynecol Clin N Am. 2009;36:187-200.*

QUAL A PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES PELO HPV E CARGA VIRAL EM MULHERES HIV-POSITIVAS INICIANDO TERAPIA ANTIRRETROVIRAL?

Na África do Sul, Moodley e colegas avaliaram 109 mulheres HIV-positivas com média etária de 31 anos que estavam iniciando terapia antirretroviral. Entre essas mulheres, a contagem média de CD4 foi de 125/mm³, 66,3% tiveram colpocitologia oncótica com resultado anormal, a prevalência de HPV de alto risco foi de 78,9% e a carga viral média de 181,1 RLU. Entre aquelas com colpocitologia alterada, os tipos de HPV mais frequentes foram 16, 51 e 58. A carga viral do HPV associou-se com chance aumentada de lesões de baixo e alto grau (*odds ratio* de 10,7 para carga viral ≤ 181,1 e de 33,8 para >181,1). Os autores destacam que as taxas elevadas de alterações citológicas e de prevalência de HPV encontradas nessa amostra são superiores a outros estudos publicados na literatura. Devido a esses resultados, comentam a importância de se estabelecer protocolos rigorosos de rastreamento para aumentar a captação de mulheres HIV-positivas que estão iniciando a terapia antirretroviral.

Fonte: Moodley JR et al. *Human papillomavirus prevalence, viral load and pre-cancerous lesions of the cervix in women initiating highly active antiretroviral therapy in South Africa: a cross-sectional study. BMC Cancer 2009;9:275.*

QUAIS AS TAXAS DE TRANSMISSÃO PERINATAL DO HPV?

Pesquisadores brasileiros encontraram taxa de transmissão perinatal do HPV em 24,5% de 63 gestantes e seus recém-nascidos. Onze recém-nascidos (22,4%) tiveram teste positivo para HPV. Em oito (16,3%) houve concordância do tipo de HPV entre mãe e filho. No final do 1º mês de vida, três crianças tornaram-se HPV-DNA positivas, enquanto duas permaneceram positivas desde o nascimento. No 6º mês, uma criança tornou-se HPV-DNA positiva entre o 1º e 6º mês de vida e houve concordância do tipo de HPV entre mãe e filho; seu teste foi negativo entre 6-12 meses de vida. Todas as crianças HPV-DNA positivas ao nascimento e no final no 1º mês de vida negativaram na idade de seis meses. Houve correlação positiva e significativa entre transmissão perinatal e imunodepressão materna (infecção pelo HIV). Não foi encontrada associação com outras variáveis, como idade, raça, nível de educação, tabagismo, situação conjugal, tipo de lesão pelo HPV, tipo de parto, idade gestacional no diagnóstico da infecção pelo HPV, tempo de ruptura de membranas, tempo de parto ou presença de lesão pelo HPV no momento do parto. Pelos achados encontrados, os autores comentam que a observação clínica da mãe e do recém-nascido deve ser mantida e que medidas educacionais para as formas de transmissão do HPV, além de estratégias efetivas de imunização devem ser estabelecidas.

Fonte: Rombaldi RL et al. *Perinatal transmission of human papillomavirus DNA. Virology Journal 2009;6:83.*

ÚLCERAS GENITAIS AGUDAS DE ORIGEM NÃO SEXUAL EM ADOLESCENTES – POSSÍVEIS DIAGNÓSTICOS

Este trabalho realizado em Paris em três hospitais universitários teve como objetivo descrever as características clínicas e microbiológicas de úlceras genitais agudas de origem não sexual em adolescentes. Treze meninas foram

avaliadas com média etária de 16,6 anos. Onze negaram contato sexual prévio. Febre ou sintomas gripais precederam as úlceras em 10 pacientes (77%), em média 3,8 dias antes. Úlceras bilaterais ocorreram também em 10 pacientes. O diagnóstico final foi infecção primária pelo vírus Epstein-Barr (EBV) em quatro pacientes (31%) e doença de Behçet em uma (8%). Entre as quatro pacientes com infecção pelo EBV, três tinham síndrome de mononucleose biológica (linfócitos atípicos hiperbasofílicos), três apresentavam hepatite citolítica e uma tinha história de erosões orais diagnosticadas como aftas. Entre as meninas sem infecção pelo EBV, uma tinha síndrome de mononucleose biológica, três apresentavam hepatite citolítica e oito tinham história de erosões orais diagnosticadas como aftas. Não foram identificados outros agentes infecciosos e o estudo histopatológico das úlceras no restante da amostra mostrou apenas infiltrado dérmico inflamatório linfocítico inespecífico. Apesar do número pequeno da amostra os autores destacam que a mononucleose infecciosa aguda deve fazer parte do diagnóstico diferencial das úlceras genitais agudas, principalmente na ausência de contexto de transmissão sexual ou história de aftose genital.

Fonte: Farhi D et al. Non-sexually related acute genital ulcers in 13 pubertal girls. A clinical and microbiological study. Arch Dermatol. 2009;145:38-45.

QUAL A RELAÇÃO DE INFECÇÕES UROGENITAIS E A OCORRÊNCIA DE VULVODÍNIA?

Para determinar se os antecedentes de infecção urogenital e sua frequência estão relacionados com o desenvolvimento de vulvodínia, estudo caso-controle foi realizado em 362 mulheres com média etária de 37 anos entre 2000 e 2005 por meio de entrevista com questionário. Após ajuste de variáveis (raça, idade da primeira relação sexual, frequência de relações sexuais e número de parceiros sexuais), estiveram associadas com risco aumentado (*odds ratio* [OR]) para vulvodínia: história de verrugas genitais (3.4), tricomoníase (5.7), vaginose bacteriana (3.7), infecção do trato urinário (2.0) e infecção fúngica (2.1). O número crescente de antecedentes de infecção aumentou o risco (OR de 1.3 para história de uma infecção, 2.6 para duas e 8.3 para três ou mais). Esses dados sugerem que diversas infecções urogenitais podem preceder o início da vulvodínia, com múltiplas ocorrências aumentando significativamente o risco. Os autores comentam que futuros estudos poderão esclarecer a imunofisiopatologia associada com infecção antes do desenvolvimento da vulvodínia e será importante determinar se essas infecções são capazes de desencadear resposta imunológica similar àquela observada em mulheres com vulvodínia.

Fonte: Nguyen RHN et al. Urogenital infections in relation to the occurrence of vulvodinia. J Reprod Med. 2009;54:385-92.

Atualize seus dados cadastrais pelo www.colposcopia.org.br

EVENTOS 2009

24/10 das 07h30 às 13h - CURSO de PATOLOGIA VULVAR

Capítulo de São Paulo

Local: Renaissance São Paulo Hotel – Alameda Santos 2233
Fone/FAX: (11) 3283-4121 com Elza / 5611-2702 com Nilza
E-mail: sbptgicsp@uol.com.br ou nsilvestri@uol.com.br
Home page: www.colposcopiasp.org.br

28/11 das 08:00 às 18:00 horas – CONTROVÉRSIAS EM PATOLOGIA

**DO TRATO GENITAL INFERIOR / ELEIÇÃO E POSSE DA NOVA
DIRETORIA**

Capítulo da Bahia

Local: ABM

Fone: (71) 3235-9491

E-mail: sbpcuc@terra.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 2009-2011 Dra. Paula Maldonado