

Câncer do colo do útero na gravidez

Cancer of the cervix in pregnancy

Neide Aparecida Tosato Boldrini¹, Kárin Kneipp Costa Rossi¹,
Thaissa de Oliveira Tinoco Sassine¹, Henrique Zacharias Borges Filho¹, Henrique Cruz Frizzera²

Descritores

Neoplasias de colo de útero;
Complicações neoplásicas da gravidez; Estadiamento de neoplasias

Keywords

Uterine cervical neoplasms;
Pregnancy complications neoplastic; Neoplasm staging

RESUMO

O câncer do colo do útero é o câncer mais comum na gravidez, com uma estimativa de 1 a 12 casos por 10.000 gestações. Com a melhora do rastreamento do câncer do colo do útero e uma tendência feminina de engravidar em idade mais avançada, observa-se que cerca de 43% das pacientes diagnosticadas com câncer do colo do útero têm menos de 45 anos e 20% a 28% são menores de 40 anos. O diagnóstico e o tratamento da doença na gravidez são difíceis e desafiadores, pois geram angústia para a gestante, sua família e os profissionais de saúde. Novos estudos destacam que a preservação da fertilidade e a qualidade de vida estão se tornando preocupações cada vez mais importantes de mulheres jovens com câncer e que os procedimentos cirúrgicos devem ser menos invasivos. O comitê de oncologia da FIGO revisou o sistema de estadiamento do câncer do colo do útero. Este artigo discute o diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero com base no estágio da doença, incluindo atenção a questões de fertilidade e qualidade de vida.

ABSTRACT

Cervical cancer is the most common cancer in pregnancy, with an estimated 1-12 cases per 10,000 pregnancies. With improved cervical cancer screening and a tendency to become pregnant at a later age, it is noted that about 43% of patients diagnosed with cervical cancer are younger than 45 and 20-28% are younger than 40 years. Diagnosis and treatment of the disease in pregnancy are difficult and challenging, as they create distress for pregnant women, their families and health professionals. New studies highlight that preserving fertility and quality of life are becoming increasingly important concerns for young women with cancer and that surgical procedures should be less invasive. The FIGO oncology committee reviewed the staging system for cervical cancer. This article discusses the diagnosis and treatment of cervical cancer based on the stage of the disease, including attention to issues of fertility and quality of life.

INTRODUÇÃO

O câncer associado à gravidez é definido como aquele diagnosticado durante a gestação ou até 12 meses de puerpério.⁽¹⁾ Em relação aos tumores ginecológicos, o câncer do colo do útero é o câncer mais comum na gravidez, com estimativa de 1 a 12 casos por 10.000 gestações.⁽²⁾ As estimativas brasileiras do câncer do colo do útero ainda são elevadas. Para os anos de 2018-2019 esperamos diagnosticar 16.370 casos novos.⁽²⁾ A incidência de tumores malignos em mulheres grávidas é muito rara, acometendo 0,05% a 0,1% das gestantes.^(1,3) Com a melhora do rastreamento do câncer do colo do útero e uma tendência feminina de engravidar em idade mais avançada, observa-se que cerca de 43% das pacientes diagnosticadas com câncer do colo do útero têm menos de 45 anos e 20% a 28% são menores de 40 anos, ou seja, coincidindo com os anos reprodutivos.⁽³⁾

Sua frequência poderá aumentar nos próximos anos em virtude da tendência secular do adiamento da maternidade, da menor paridade, da maior

1. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

2. Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse

nada a declarar.

Autor correspondente

Henrique Zacharias Borges Filho
Rua Constante Sodré, 1344/1102,
29055-420, Praia do Canto,
Vitória, ES, Brasil
hzacarias@unimeddvx.com.br

disponibilidade de métodos contraceptivos,⁽⁴⁾ da participação ativa da mulher no mercado de trabalho e das mudanças dos hábitos de vida da mulher moderna.^(4,5) O exame de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil, recomendado pelo Ministério da Saúde, é o citopatológico do colo do útero realizado em mulheres de 25 a 64 anos. Após dois exames consecutivos anuais normais, repete-se o rastreamento a cada três anos.⁽⁵⁾ O carcinoma de células escamosas é o subtipo mais comum, sendo praticamente evitável pela vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) e estratégias de rastreamento efetivas.^(6,7)

O colo do útero gravídico tem notável propensão a reagir a estímulos hormonais com modificação histológica. Essas mudanças ocorrem a partir de 16 semanas de gestação e desaparecem rapidamente após o parto. A cérvix pode dobrar ou quase triplicar de tamanho, e a zona de transformação torna-se exuberante devido à eversão da junção escamocolunar. O epitélio escamoso estratificado reage à presença de estrogênios, com aumento no metabolismo e síntese de DNA nas células da camada basal. A progesterona inibe a maturação celular e produz espessamento de todas as camadas de epitélio. As células podem ter aspecto bizarro e se assemelham a carcinoma em alguns casos. A incidência de decíduose pode ocorrer entre 10% e 34% de todas gestações. Às vezes, tem aspecto bizarro e simula a displasia, exigindo exame complementar para descartar neoplasia. O problema pode ser pior quando as células deciduais coexistem com uma neoplasia intraepitelial cervical (NIC).⁽⁸⁾ A colposcopia será útil para o diagnóstico diferencial. O colo do útero é responsável por manter a gravidez até o termo. Enquanto o colo do útero permanecer longo e firme e seu orifício interno estiver fechado, ele pode suportar o aumento do conteúdo do útero e a pressão. O câncer do colo do útero pode alterar a estrutura do colo, causando distocia durante o trabalho de parto. O amadurecimento inadequado do colo do útero pode resultar em parto prematuro, quando ele ocorre muito cedo, ou na gravidez pós-termo, quando ele progride muito devagar.^(7,8)

O diagnóstico e o tratamento da doença na gravidez são difíceis e desafiadores, pois geram angústia para a gestante, sua família e os profissionais de saúde. Existe um dilema entre a escolha da terapia ideal para a mãe portadora de câncer e o bem-estar fetal, e muitas vezes entre a doença terminal e a vida. As diretrizes para conduta baseiam-se principalmente em dados provenientes de pequenos estudos retrospectivos ou série de casos com seguimento limitado. Ao longo dos anos, está ocorrendo aumento no número de publicações científicas sobre o tema. O melhor gerenciamento terapêutico de mulheres grávidas com diagnóstico de câncer deve levar em consideração, além de fatores médicos, parâmetros éticos, psicológicos, religiosos e legais. Assim, a conduta nas mulheres grávidas com diagnóstico de câncer deve ser realizada em centros especializados e todos os casos devem ser discutidos em reuniões multidisciplina-

res compostas por diversos especialistas (oncologistas, obstetras, cirurgiões, pediatras, psicólogos).⁽⁹⁾

O tratamento das malignidades ginecológicas durante a gravidez deverá se espelhar no tratamento recomendado para as mulheres não grávidas, havendo equilíbrio entre a saúde materna e fetal, e deverá ser realizado somente após orientação da gestante e de seus familiares e a assinatura do consentimento informado. A gravidez na coexistência do câncer sempre deve ser considerada de alto risco, e o monitoramento fetal regular com ultrassom morfológico, bem como o Doppler da artéria umbilical, durante a gestação, são indicados. A preservação da fertilidade e a qualidade de vida estão se tornando preocupações cada vez mais importantes de mulheres jovens com câncer. Os procedimentos cirúrgicos devem ser menos invasivos e preservadores de fertilidade.⁽¹⁰⁾

Antes do tratamento de um câncer ginecológico, pode-se oferecer a estimulação hormonal e a colheita de oócitos ou criopreservação de tecido ovariano, porém esses procedimentos devem ser realizados sob óptica multidisciplinar.⁽¹¹⁾ O uso de esteroides durante a gravidez e surfactantes artificiais para recém-nascidos melhorou drasticamente o prognóstico para pré-termo. Com esses procedimentos, as unidades de terapia intensiva neonatal começaram a ter sucesso significativo com a maioria dos neonatos nascidos após 24 semanas de gestação.⁽¹²⁾

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de carcinoma cervical em mulheres grávidas é baseado em achados clínicos, inspeção do colo do útero, testes citológicos, colposcopia, exames de biópsia dirigida e de imagem. Na maioria dos casos, as pacientes são assintomáticas no momento do diagnóstico. Quando sintomáticas, podem ter fluxo vaginal amarelado, fétido ou hemorrágico, sangramento pós-coito e dor em hipogástrico. Em estágios mais avançados, as pacientes podem ter dor lombar, hematúria, alterações na micção e alterações do ritmo intestinal. O sintoma mais prevalente durante a gravidez é sangramento vaginal, que está presente em aproximadamente 50% dos casos.^(6,7,13)

No passado, recomendou-se que todas as mulheres grávidas fossem submetidas a exame de Papanicolaou no momento do início do pré-natal, em um esforço para aumentar a detecção. Ficou claro que tal rastreio oportunista, em uma população já bem selecionada, não é eficaz. De acordo com as diretrizes atuais, não há papel para rastreamento mais frequente do que a triagem anual. Não existem diferenças na incidência de alterações citopatológicas neoplásicas entre grávidas e não grávidas. Essas alterações podem alcançar 8%. Somente 1,2% das pacientes com exame de Papanicolaou anormal tem câncer cervical.^(5,13,14)

A interpretação do exame citopatológico durante a gravidez pode ser difícil devido a erosões, inflamações e presença de células deciduais, que podem ser confun-

didadas com atipia (a chamada reação de Arias-Stella). A escova endocervical deve ser contraindicada durante a gravidez. Geralmente, o exame tem a mesma importância que em pacientes não grávidas.⁽¹³⁾

As mulheres grávidas com esfregaços de Papanicolaou suspeitos devem ser encaminhadas para um serviço de colposcopia onde médicos experientes estão familiarizados com as alterações fisiológicas do colo do útero durante a gravidez. As características fundamentais do exame colposcópico não diferem entre as pacientes grávidas e não grávidas. Na gestação, a colposcopia com biópsia é caracterizada por sensibilidade de 73% a 95%. As lesões intraepiteliais de baixo grau (NIC 1) regredem em cerca de 60% dos casos e permanecem inalteradas em cerca de 30%. A progressão para lesões mais avançadas – neoplasia intraepitelial graus 2 e 3 (NIC 2/3) – é rara e ocorre em um máximo de 6% das pacientes. Em desordens de alto grau, como NIC 3, a porcentagem de regressão é baixa – cerca de 30% – e a progressão envolve aproximadamente 10% das pacientes.^(13,14)

As lesões precursoras do câncer cervical devem ser monitoradas durante a gravidez usando-se citologia e colposcopia realizadas a cada seis meses. As pacientes devem ser reavaliadas após 90 dias do parto. A biópsia durante a gestação é indicada apenas quando há suspeita colposcópica de progressão para doença invasiva, e o material da biópsia deve ser enviado ao laboratório de patologia para análise. A sensibilidade e a especificidade da biópsia são de 83,7% e 95,9%, respectivamente. Existe risco de sangramento em 1% a 3%, e complicações como parto prematuro e amniorrexe são raras. Se não houver evidência de invasão, nenhum tratamento deve ser implementado durante a gravidez e toda a terapia pode ser adiada até o nascimento.^(5,12,15)

Sendo diagnosticada lesão invasiva no colo do útero durante a gravidez, a conduta depende de diferentes fatores, incluindo o estágio da doença, a semana de gestação e o desejo da mulher de procriar. Assim, é necessário um plano de tratamento individualizado para cada paciente.⁽⁹⁾

O estadiamento do câncer da durante a gravidez segue a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO/2018), sendo semelhante ao das pacientes não grávidas. De acordo com a FIGO, o estadiamento no momento do diagnóstico mostra que 70% a 80% das mulheres grávidas com câncer cervical estão no estágio I, 11% a 20%, no estágio II, 3% a 8%, no estágio III e 0% a 3%, no estágio IV.⁽¹³⁻¹⁶⁾

A ressonância magnética passou a ocupar um lugar mais importante na avaliação dos tumores do colo do útero por fornecer visualização direta do tumor, avaliação do volume tumoral e extensão além do colo do útero, permitindo a identificação correta dos fatores importantes que influenciam o prognóstico e identificando as pacientes candidatas à cirurgia, ou seja, sem invasão parametrial e linfonodomegalia. Apresenta sensibilidade e especificidade maiores do que as da ultrassonografia e tomografia

computadorizada na investigação da invasão estromal e extensão parametrial, variando respectivamente de 77% a 85% e de 92% a 94%. Poderá ser realizada sem contraste. Em geral, as imagens pesadas em T2 dão melhor definição do carcinoma cervical, mas tumores pequenos são melhor evidenciados no estudo dinâmico com gadolínio, sendo identificados por sua impregnação precoce pelo contraste. Com a ressonância magnética, não há necessidade de procedimentos invasivos, tais como a cistoscopia e a retossigmoidoscopia. O exame PET-TC (tomografia computadorizada por emissão de pósitrons), que é usado para avaliar a extensão das lesões em carcinoma localmente avançado, está contraindicado na gravidez, devido à exposição a elevada dose de radiação ionizante e à maior absorção do radionuclídeo no fígado. Alguns fatores de mau prognóstico somente são identificados na avaliação histológica da lesão. Deverão ser avaliados a profundidade da lesão, o grau do tumor e a invasão linfática e vascular. Os subtipos histológicos mais frequentes são carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma e carcinoma escamoso-glandular, que têm prognóstico semelhante e devem ser tratados de forma semelhante. O estadiamento, incluindo o estado dos gânglios linfáticos regionais, deve ser devidamente realizado.^(15,16)

A linfadenectomia pélvica é um procedimento de diagnóstico válido no primeiro e segundo trimestre da gravidez em pacientes com câncer do colo do útero precoce. A avaliação histopatológica dos linfonodos continua a ser o padrão-ouro na avaliação de linfonodos regionais. O envolvimento dos gânglios linfáticos afeta decisões terapêuticas e pode mudar o curso da gravidez. A linfadenectomia laparoscópica é possível entre 13 e 22 semanas de gravidez. O teste de imunoistoquímica permite distinguir a doença das alterações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez. A detecção do nódulo sentinela não é recomendada em mulheres grávidas, embora alguns pesquisadores acreditem que esse procedimento é tecnicamente viável nesse grupo de pacientes. O tratamento ideal terá como base a análise dos seguintes fatores prognósticos: o tamanho do tumor, o comprometimento dos linfonodos retroperitoneais, a idade gestacional e o subtipo histológico. Revisões e metanálises internacionais na atualidade sustentam a preservação da gravidez e da fertilidade.⁽⁹⁻¹¹⁾

ESTADIAMENTO

FIGO – estadiamento do câncer do colo do útero (2018).

Descrição

I	O carcinoma é estritamente confinado ao colo do útero (a extensão ao corpo do útero deve ser desconsiderada).
IA	Carcinoma invasivo que pode ser diagnosticado apenas por microscopia, com profundidade máxima de invasão <5 mm.

IA1	Medida de invasão do estroma <3 mm em profundidade.
IA2	Medida de invasão do estroma ≥3 mm e <5 mm em profundidade.
IB	Carcinoma invasivo com invasão profunda mais profunda ≥5 mm (maior que o estágio IA), lesão limitada ao colo do útero.
IB1	Carcinoma invasivo ≥5 mm em profundidade de invasão estromal e <2 cm em maior dimensão.
IB2	Carcinoma invasivo ≥2 cm e <4 cm na maior dimensão.
IB3	Carcinoma invasivo ≥4 cm na maior dimensão.
II	O carcinoma invade além do útero, mas não se estendeu para o terço inferior da vagina ou para a parede pélvica. Envolvimento do IIA limitado aos dois terços superiores da vagina, sem envolvimento parametrial.
IIA1	Carcinoma invasivo <4 cm em maior dimensão.
IIA2	Carcinoma invasivo ≥4 cm em maior dimensão.
IIB	Com envolvimento parametrial, mas não até a parede pélvica.
III	O carcinoma envolve o terço inferior da vagina e/ou se estende até a parede pélvica e/ou causa hidronefrose ou não funcionamento do rim e/ou envolve pélvica e/ou para-aórtica.
IIIA	O carcinoma envolve o terço inferior da vagina, sem extensão para a parede pélvica.
IIIB	Extensão da parede pélvica e/ou hidronefrose ou rim não funcionante (a menos que seja conhecida por outra causa).
IIIC	Envolvimento da pelve e/ou gânglios linfáticos para-aórticos, independentemente do tamanho e extensão do tumor.
IIIC1	Apenas metástase linfonodal pélvica.
IIIC2	Para-aórtico metástase linfonodal.
IV	O carcinoma se estendeu além da pelve verdadeira ou envolveu (comprovada por biópsia) a mucosa da bexiga ou do reto. (edema bolhoso, como tal, não permite que um caso seja atribuído ao estágio IV).
IVA	Espalhe para os órgãos pélvicos adjacentes.
IVB	Espalhe para órgãos distantes.
<p>Em caso de dúvida, o escalonamento inferior deve ser atribuído. Exames de imagem e patologia podem ser utilizados, quando disponíveis, para complementar os achados clínicos em relação ao tamanho e à extensão do tumor, em todas as etapas. O envolvimento dos espaços vasculares/linfáticos não altera o estadiamento. A extensão lateral da lesão não é mais considerada. Adicionar a notação de i (imagens) e p (patologia) para indicar os achados que são usados para alocar o caso para o estágio IIIC. Exemplo: se a imagem indica comprometimento pélvico, metástase linfonodal, a alocação de estágio seria estágio IIIC1i, e se confirmada por achados patológicos, seria estágio IIIC1p. O tipo de imagem e a técnica de modalidade ou patologia usada devem sempre ser documentados.</p>	

Fonte: Bhatla et al., 2018.

TRATAMENTO

No passado, o aborto e a histerectomia radical ampliada foram o tratamento de escolha nos casos do câncer do colo do útero no primeiro e segundo trimestre da gravidez. Atualmente, o objetivo é manter a gravidez, particularmente em pacientes com a doença em estágio inicial, sem envolvimento linfonodal.⁽¹⁷⁾

Doença inicial^(9,18-22)

Na doença inicial, alguns autores recomendam conduta expectante, com colposcopia em intervalos de dois meses durante o período pré-natal e reavaliação seis semanas após o parto usando citologia e colposcopia, com nova biópsia após o parto.^(9,18)

A conização na gravidez não é isenta de risco de complicações graves da cirurgia, como sangramento (incluindo morte), aborto espontâneo, parto prematuro ou ruptura prematura de membranas. Esse risco aumenta com o avanço da gestação, portanto, se houver diagnóstico de lesões microinvasivas ou invasivas, a conização ou a excisão da zona de transformação do colo do útero por meio de um eletrodo diatérmico deve ser realizada no início da gravidez. Se as margens cirúrgicas após a conização estão livres de tumor, a paciente é considerada curada. O seguimento com citologia, colposcopia e possivelmente biópsia, se necessária, deverá ser realizado em intervalos durante o período do pré-natal e seis a oito semanas após o parto.^(9,18)

Se o diagnóstico for feito após a 24ª semana, a melhor abordagem seria aguardar a maturidade do pulmão fetal devido aos riscos de sangramento e trabalho pré-termo. Nessa fase, se não há metástases para os gânglios linfáticos, existem dois métodos de manejo possíveis: observação clínica, não havendo progressão, fazendo-se o adiamento do tratamento até a maturidade do feto ou para após o nascimento. Caso haja progressão, deverá ser realizado o tratamento cirúrgico do tumor cervical com preservação do útero e da gravidez.^(9,18)

No estágio clínico (EC) IA, a conduta expectante está associada a ótimo prognóstico. Na opção do tratamento cirúrgico para pacientes com estágio IA, a conização parece mais adequada por ter menor taxa de aborto e taxa de parto prematuro. Sabemos que a taxa de metástase parametrial é baixa, apoiando a tendência para realizar cirurgias ainda mais conservadoras, como uma conização simples, incluindo um procedimento excisional com cirurgia de alta frequência com eletrodo tipo agulha ou faca.^(9,18)

Nos ECs IA2 e IB1 de baixo risco, pode-se oferecer tratamento cirúrgico com preservação da fertilidade.^(9,18,19)

A avaliação laparoscópica do estado dos linfonodos é provavelmente o melhor critério para proceder nos estágios IB1, podendo ser realizada de forma segura durante a gravidez, apesar de risco ligeiramente aumentado de sangramento e outras complicações. No caso de gânglios linfáticos negativos, pacientes com tumores

menores que 2 cm podem ser submetidas a observação cuidadosa e implementação do tratamento após o nascimento. A maioria dos oncologistas sustenta que os tumores <2 cm são um dos principais requisitos, particularmente, para a conização e para garantir a remoção de todo o tumor. Conização simples ou radical deve ser considerada com linfadenectomia pélvica.^(9,18)

No estágio IB, até a 12ª semana de gestação podem-se indicar a histerectomia abdominal radical (tipo III de Rutledge-Piver) com o feto intraútero e linfadenectomia pélvica bilateral.^(9,18)

No EC IB1, após a 12ª semana de gestação pode-se oferecer o atraso do tratamento até a cesariana e após o nascimento realizam-se a histerectomia abdominal radical (tipo III de Rutledge-Piver) e linfadenectomia pélvica bilateral.^(9,18)

Para as pacientes grávidas com IB2, a linfadenectomia é o principal suporte do tratamento. A cirurgia radical pode ser realizada simultaneamente com a cesariana.^(9,18)

No Brasil, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (Inca) preconizam um tratamento mais intervencionista do câncer do colo do útero na gravidez a partir do estágio IB. A escolha deve ser feita individualmente, ponderando o risco de toxicidade pré-natal e o atraso do tratamento curativo. Em todas as etapas do diagnóstico e do tratamento da doença, é importante avaliar e tratar satisfatoriamente a dor e outros sintomas. Além disso, nas mulheres submetidas à radioterapia ou quimioterapia é necessário realizar periodicamente hemograma e provas de função renal e hepática para identificar e, se possível, evitar riscos de infecção. Muitas pacientes com câncer apresentam perda de sangue moderada a intensa e desnutrição crônica, que podem ser melhoradas com dieta saudável e administração de suplementos de ferro e ácido fólico. É importante também tratar a anemia, que pode diminuir a efetividade da radioterapia.⁽²⁰⁾

Doença avançada⁽²⁰⁻²²⁾

Na doença cervical localmente avançada, a conduta é controversa e deverá ser individualizada com base no tamanho tumoral, achados radiológicos, idade gestacional e o desejo da paciente. É tomada uma decisão sobre quimioterapia neoadjuvante ou radioterapia associada a quimioterapia. Em mulheres grávidas, a escolha desse método terapêutico implica a necessidade de terminar a gravidez antes da implementação da terapia. Em casos excepcionais, nos quais o aborto cirúrgico não é viável (por exemplo, devido à grande massa de tumor cervical), a radioterapia pode ser iniciada durante a gravidez. Isso resulta em aborto espontâneo dentro de três semanas.

A quimioterapia neoadjuvante sozinha e a manutenção da gravidez é uma alternativa ao tratamento combinado; nesses casos, o tratamento cirúrgico ou radioterapia associada a quimioterapia é implementado após o nascimento. Nos ECs IB2, II, III e IV, a quimioterapia neoadjuvante é a única possibilidade de preservar a

gravidez. A cisplatina pode ser administrada a cada sete dias na dose de 20 a 50 mg/m² ou a cada 21 dias na dose de 50 a 100 mg/m² (considerado o padrão para o tratamento na gravidez). Há também vários relatos sobre o uso alternativo de carboplatina, que pode ser uma opção para reduzir a nefrotoxicidade, especialmente em pacientes com história positiva de pré-eclâmpsia. A última dose de quimioterapia deve ser administrada três semanas antes da data prevista para o parto, a fim de evitar a toxicidade hematológica na mãe e no feto. A conduta deve ser baseada exclusivamente nas recomendações do obstetra. No entanto, algumas vezes a cesariana é a conduta preferida pelos médicos, uma vez que é possível determinar o exato momento do parto. A placenta deve sempre ser cuidadosamente avaliada.

Nos ECs II, III e IV, pode-se indicar radioterapia exclusiva. Nas gestações até 24 semanas, aguarda-se a decisão do casal para a interrupção da gestação ou continuidade da gestação até a viabilidade fetal. Nas gestações com feto viável, deve-se realizar a cesariana antes da radioterapia.

No EC IVB, faz-se o tratamento paliativo, com condutas individualizadas, tanto do ponto de vista do câncer como da gestação.

SEGUIMENTO^(9,10,15,18)

Depois de qualquer um desses tratamentos, é aconselhável que se consulte e examine a mulher a cada três meses durante no mínimo dois anos, período durante o qual a maioria dos casos de persistência ou recidiva da doença se manifesta ou é detectada. Além disso, é durante esse período que os efeitos colaterais do tratamento são mais agudos e necessitam de manejo. Durante as consultas de seguimento, é preciso fazer e documentar detalhadamente no prontuário da paciente o seguinte:

- Anamnese completa para descobrir e discutir todos os sintomas físicos da paciente;
- Avaliação da situação social, psicológica, emocional e econômica, além do impacto da doença e do tratamento sobre todos esses fatores;
- Exame completo, inclusive dos sistemas gerais e do abdômen, com palpação de linfonodos, em especial no pescoço e na região inguinal;
- Exame com espéculo e visualização do canal vaginal;
- Exames de imagens de rotina não são indicados. Apenas em circunstâncias especiais, como envolvendo linfonodos pélvicos, pode-se justificar o exame de imagem de abdômen para avaliar a possível progressão curável da doença;
- Esfregaço citológico anual da abóbada vaginal para as mulheres tratadas somente com cirurgia (o papel do teste para HPV nessa situação é desconhecido e não foi avaliado por ensaios

clínicos); se a paciente foi tratada com radioterapia (com ou sem quimioterapia), a citologia não agrega valor ao exame pós-tratamento;

- Exame vaginal e retal bimanual, com palpação para pesquisa de recidiva da doença na pelve;
- Outros exames são determinados pelos sintomas da paciente e pelos resultados clínicos, além da disponibilidade de recursos.

REFERÊNCIAS

1. Azim HA Jr, Metzger-Filho O, de Azambuja E, Loibl S, Focant F, Gresko E, et al. Pregnancy occurring during or following adjuvant trastuzumab in patients enrolled in the HERA trial (BIG 01-01). *Breast Cancer Res Treat.* 2012;133(1):387-91. doi: 10.1007/s10549-012-1996-6
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2018. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2014.
3. Azim HA Jr, Santoro L, Russell-Edu W, Pentheroudakis G, Pavlidis N, Peccatori FA. Prognosis of pregnancy-associated breast cancer: a meta-analysis of 30 studies. *Cancer Treat Rev.* 2012;38(7):834-42. doi: 10.1016/j.ctrv.2012.06.004
4. Salani R, Billingsley CC, Crafton SM. Cancer and pregnancy: an overview for obstetricians and gynecologists. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;211(1):7-14. doi: 10.1016/j.ajog.2013.12.002
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Inca; 2016.
6. Van Calsteren K, Vergote I, Amant F. Cervical neoplasia during pregnancy: diagnosis, management and prognosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19(4):611-30.
7. Amant F, Halaska MJ, Fumagalli M, Dahl Steffensen K, Lok C, Van Calsteren K, et al. Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines of a second international consensus meeting. *Int J Gynecol Cancer.* 2014;24(3):394-403. doi: 10.1097/IGC.0000000000000062.
8. Swiatkowska-Freund M, Preis K. Cervical elastography during pregnancy: clinical perspectives. *Int J Womens Health.* 2017;9:245-254. doi: 10.2147/IJWH.S106321
9. Zagouri F, Dimitrakakis C, Marinopoulos S, Tsigginou A, Dimopoulos MA. Cancer in pregnancy: disentangling treatment modalities. *ESMO Open.* 2016;1(3):e000016.
10. Skrzypczyk-Ostaszewicz A, Rubach M. Gynaecological cancers coexisting with pregnancy - a literature review. *Contemp Oncol (Pozn).* 2016;20(3):193-8. doi: 10.5114/wo.2016.61559
11. Mahajan N. Fertility preservation in female cancer patients: An overview. *J. Hum Reprod Sci.* 2015;8(1):3-13. doi: 10.4103/0974-1208.153119
12. DiBlasi RM, Richardson CP, Hansen T. Pulmonary physiology of the newborn. In: Gleason C, Devaskar S. *Avery's Diseases of the Newborn.* Philadelphia: Saunders; 2012. p. 598-611.
13. Gonçalves CV, Duarte G, Costa JSD, Marcolin AC, Bianchi MS, Dias D, et al. Diagnosis and treatment of cervical cancer during pregnancy. *Sao Paulo Med J.* 2009;127(6):359-65.
14. Hecking T, Abramian A, Domröse C, Engeln T, Thiesler T, Leutner C, et al. Individual management of cervical cancer in pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;293(5):931-9. doi: 10.1007/s00404-015-3980-y
15. Schilithz AOC, et al. Estimativa 2016. Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. 2015. p. 25-113.
16. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 Oct;143 Suppl 2:22-36. doi: 10.1002/ijgo.12611.
17. Arispe C, Pomares AI, De Santiago JD, Zapardiel I. Evolution of radical hysterectomy for cervical cancer along the last two decades: single institution experience. *Chin J Cancer Res.* 2016;28(2):215-20. doi: 10.21147/j.issn.1000-9604.2016.02.09
18. Waxman AG. ASCCP, moving forward. *J Low Genit Tract Dis.* 2012 Jul;16(3): 165-8. doi: 10.1097/LGT.0b013e318258bf72. PubMed PMID: 22820976.
19. Zhang Q, Li W, Kanis MJ, Qi G, Li M, Yang X, et al. Oncologic and obstetrical outcomes with fertility-sparing treatment of cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Oncotarget.* 2017;8(28):46580-46592. doi: 10.18632/oncotarget.16233
20. Instituto Nacional de Câncer (Inca)/MS. *Conduas.* Rev Bras Cancerol. 2000;46(4):351-4.
21. Cordeiro CN, Gemignani ML. Gynecologic malignancies in pregnancy: balancing fetal risks with oncologic safety. *Obstet Gynecol Surv.* 2017;72(3):184-193. doi: 10.1097/OGX.0000000000000407
22. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Controle integral do câncer do colo do útero. Guia de práticas essenciais.* Opas; 2016. p. 11-47.