

ANDRÉA ANGELI KALAF MUSSI

**AVALIAÇÃO DAS INDICAÇÕES DA
CURETAGEM DA CAVIDADE UTERINA COMO
COMPLEMENTO
À CONIZAÇÃO DO COLO UTERINO**

ORIENTADOR: Prof. Dr. JESSÉ DE PAULA NEVES JORGE

1999

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

Mussi, Andréa Angeli Kalaf

M976av

Avaliação das indicações da curetagem da cavidade uterina como complemento à conização do colo uterino / Andréa Angeli Kalaf Mussi. Campinas, S.P.: [s.n.], 1999.

Orientador: Jessé de Paula Neves Jorge

Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Colo uterino - doenças - diagnóstico. 2. Útero - doenças - diagnóstico. 3. Endométrio - citologia. I Jessé de Paula Neves Jorge. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: ANDRÉA ANGELI KALAF MUSSI

Orientador: Prof. Dr. JESSÉ DE PAULA NEVES JORGE

Membros:

1.

2.

3.

Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 24/02/99

Dedico esta Tese ...

... ao meu querido marido Ricardo,
pelo seu incentivo, amor,
companheirismo e compreensão, a todo instante.

Ao meu filho Nicholas,
motivo de vida e alegria,
pela sua paciência e compreensão.

Aos meus pais, José Mário e Regina,
exemplos de união, companheirismo e trabalho;
pela confiança e estímulo que sempre me deram.

Aos meus irmãos, Marcelo e Juliana, e meus avós,
que de uma forma ou de outra sempre estiveram ao meu lado,
confiando e apoiando.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Jessé de Paula Neves Jorge, meu respeito e admiração pela orientação, incentivo e liberdade de criação.

Aos Profs. Drs. Zeferino, Bahamondes e Kazue, minha gratidão e admiração pelas ponderações e opiniões dadas a este trabalho, que só seviram para lapidá-lo e torná-lo melhor.

A todos os meus professores, que me ensinaram a arte de ser médica e que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui, meu profundo respeito, carinho e admiração.

Aos colegas do curso de Pós-Graduação, Torres, Jarbas, Júlio, Regina, Tadeu, Ana Elisa, Sara, Beatriz, Júnior e Gabriela, pela amizade, companheirismo e valiosas considerações durante o curso.

Aos meus colegas de trabalho, meu sincero agradecimento pela ajuda e compreensão no dia-a-dia.

Às amigas Sueli Chaves e Fernanda, meu agradecimento por tanto carinho, amizade e profissionalismo na elaboração e correção deste trabalho.

Aos amigos e funcionários da ASTEC, meu agradecimento por tão grande competência.

Aos amigos do SAME, pois sem a sua colaboração e presteza este trabalho não teria sido realizado.

Às minhas pacientes,
motivo maior da arte da medicina, pela infindável contribuição.

Meu sincero obrigado, reconhecimento e gratidão.

"Todos têm um propósito de vida...
um dom singular ou um talento único para dar aos outros.
E quando misturamos esse talento singular com benefício
aos outros, experimentamos o êxtase da exultação de nosso
próprio espírito entre todos, o supremo objetivo."

Deepak Chopra

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

%	Porcentagem
AGUS	Atipias de significado indeterminado nas células epiteliais glandulares
ASCUS	"células escamosas atípicas" de significado incerto
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Ca	Câncer
CIS	Carcinoma <i>in situ</i>
cm	Centímetro(s)
Co	Citologia Oncológica
CTG	Curetagem

EUA	Estados Unidos da América
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
Gr	Grupo
HPV	Papiloma Vírus Humano
IMC	Índice de Massa Corpórea
JEC	Junção Escamo-Colunar
kg	quilograma
n	Número
NIC	Neoplasia Intra-Epitelial Cervical
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

Resumo

Em todas as pacientes com indicação de conização do colo uterino por neoplasia intra-epitelial cervical grau III, carcinoma *in situ* e câncer microinvasivo tem-se realizado, em alguns serviços, a curetagem da cavidade uterina de forma rotineira, sem exceção, com o intuito de melhor caracterizar a patologia cervical e de triar as patologias primárias endometriais. O presente estudo teve o propósito de determinar qual seria o grupo de mulheres que se beneficiariam com o procedimento da curetagem da cavidade uterina associada à conização do colo uterino, mesmo ciente de que é um procedimento que envolve risco de complicações. Foi realizado um estudo retrospectivo, através da avaliação do prontuário médico de 386 mulheres que foram submetidas à conização do colo uterino e curetagem da cavidade uterina, atendidas e tratadas no Serviço de Patologia Cervical do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, no período de janeiro de 1992 a dezembro de 1995. Os dados foram submetidos à avaliação estatística através do Teste de Qui-Quadrado (com correção de Yates) para tabelas 2x2 ou Teste Exato de

Fisher. Foi utilizado o pacote estatístico Epi-info 97. Foi avaliada a associação entre os achados da histopatologia endometrial, primárias ou secundárias à patologia cervical, e as seguintes variáveis: idade, paridade, cor, dados pondero-estaturais, padrão menstrual na época da cirurgia, resultado da citologia oncológica, resultado da colposcopia, resultado anatomopatológico do material obtido por biópsia do colo uterino e resultado da histologia do cone. Também foi avaliado o risco de complicações atribuídas ao procedimento da curetagem da cavidade uterina. Observou-se uma associação entre a doença endometrial e mulheres com 40 anos ou mais, índice de massa corpórea maior que 30 e menopausadas. Não se pôde afastar ou confirmar a associação entre o grau da citologia oncológica e o comprometimento endometrial. O risco de complicações referente à curetagem, nesta população, foi de 11%, sendo a perfuração uterina a complicação mais freqüente (6%). Foi estatisticamente significativo o maior risco de perfuração uterina nas pacientes com quatro partos ou mais. Frente a estes resultados, concluiu-se que a curetagem da cavidade uterina, durante o procedimento de conização do colo uterino, deve ser realizada em todas as mulheres com 40 anos ou mais, com índice de massa corpórea maior que 30 e na menopausa. Frente a estes resultados, este é um trabalho que oferece subsídios a todos os profissionais da área para reavaliarem seus casos e, utilizando critérios baseados nas evidências descritas aqui, terem critérios para optar com relação a realização ou não da curetagem da cavidade uterina durante o procedimento da conização do colo uterino, com a criação de um protocolo de tratamento.

Sumário

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

RESUMO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	16
2.1. Objetivo Geral	16
2.2. Objetivos Específicos.....	16
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	18
3.1. Delineamento do estudo	18
3.2. Tamanho Amostral.....	18
3.3. Critérios e procedimentos para seleção dos sujeitos	18
3.4. Critérios de Inclusão	19
3.5. Critérios de Exclusão	19
3.6. Variáveis e Conceitos	20
3.7. Coleta de Dados	26
3.8. Instrumento de Coleta de Dados	27
3.9. Processamento de dados	27
3.10. Análise de dados	27
3.11. Aspectos Éticos.....	27
4. RESULTADOS	29
4.1. Prevalência das alterações histopatológicas endometriais em relação à propedêutica da neoplasia cervical.....	29
4.2. Associação entre características demográficas, antropométricas e menstruais das mulheres e prevalência das lesões endometriais.	34
4.3. Prevalência das complicações da curetagem da cavidade uterina e sua relação com algumas variáveis.....	41
5. DISCUSSÃO.....	47
6. CONCLUSÕES.....	59
7. SUMMARY.....	61
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
9. BIBLIOGRAFIA DE NORMATIZAÇÕES	70
10. ANEXOS	71

1. Introdução

O câncer do colo uterino é a segunda neoplasia mais comum nas mulheres dos países em desenvolvimento, onde os programas de triagem com coleta de citologia oncológica (CO) cervical nem sempre são realizadas rotineiramente (SILVERBERG, BORING, SQUIRES, 1990).

Pode-se observar uma alta incidência nos países latino-americanos, em populações de classes sociais menos favorecidas, com início precoce da atividade sexual, maior número de parceiros, número elevado de filhos, tabagistas e imunossuprimidas (doenças renais crônicas, portadoras de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, entre outras). Atinge mulheres na quinta e sexta décadas (idade média de 54 anos), o que não se observa nas neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC), cuja idade média é de 40 anos, podendo ter um período de latência longo (BARRON & RICHART, 1968; ABRÃO & MARQUES, 1995; CANNISTRA & NILOFF, 1996).

Muitos estudos estão direcionados a descobrir o fator causal do câncer do colo uterino e tem-se chegado a uma forte relação com a infecção pelo vírus

Papiloma Humano (HPV), principalmente com os sorotipos 16, 18, 31, 33, 35, 45 e 56.

A infecção pelo HPV tem uma alta prevalência em nosso meio (FOCCHI & MARTINS, 1995) e em recente estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) observou-se que aproximadamente um terço das colegiais estava contaminada (CANNISTRA & NILOFF, 1996).

Autores têm demonstrado o potencial oncogênico do HPV. Acredita-se que uma das formas desta manifestação é através do processo de fagocitose do HPV durante o desenvolvimento da metaplasia celular, que normalmente ocorre na zona de transformação do epitélio do colo uterino. Durante o processo de fagocitose celular, partículas de HPV seriam englobadas ao genoma celular e se multiplicariam juntamente com as células do epitélio do colo. Proteínas virais, principalmente E6 e E7, exerceriam uma inibição de proteínas celulares com ação supressora tumoral, principalmente P53 e RB, propiciando, desta forma, o aparecimento das NICs. (CANNISTRA & NILOFF, 1996).

Sabe-se que o câncer do colo uterino se origina na junção escamo-colunar (JEC) e que existe um lapso de tempo entre as ditas lesões precursoras e o câncer invasor, conforme já comentado. Tratando estas lesões precursoras impede-se a evolução para uma neoplasia invasora e a mortalidade pelo tumor.

Muitos estudos prospectivos têm tentado demonstrar a probabilidade de progressão da neoplasia intra-epitelial de primeiro grau (NIC I) para segundo ou terceiro grau (NIC II e NIC III), e câncer invasivo e o tempo que requer esta progressão, mas os resultados são ainda conflitantes. Na verdade, o que se tem certeza é que qualquer grau de NIC tem potencial para progressão para o câncer invasivo sendo que quanto mais grave é a NIC maior é a probabilidade de progressão, principalmente se o sorotipo do HPV infectante for o 16 e 18. (FOX, 1967; HALL & WALTON, 1968; COPPELSON & REID, 1979; FOCCHI & MARTINS, 1995; CANNISTRA & NILOFF, 1996).

O diagnóstico das lesões precursoras do câncer do colo uterino pode ser feito através da citologia cervical, colposcopia, biópsia e conização seguida da curetagem do canal cervical.

A coleta da citologia oncológica é considerada uma boa triagem para detecção das NICs e prevenção da evolução para o câncer invasivo, ao contrário dos programas de triagem do câncer de mama, por exemplo, que buscam o diagnóstico de lesões já malignas mas em estádios cada vez mais iniciais.

A citologia é obtida através da coleta de um raspado cervical, do fundo de saco e canal cervical e classificada de acordo com os critérios de Papanicolaou e de Richart que levam em consideração: 1) atipia nuclear; 2) número de células atípicas e 3) distribuição do padrão de células discarióticas e

malignas. Assim sendo, as citologias de Papanicolaou alteradas subdividem-se em classes III, IV e V. Na classe III encontram-se as células provenientes de lesões correspondentes a NIC I, II, III pela histologia (Richart). No esfregaço definiu-se como NIC I o achado de células discarióticas em pequena quantidade com leves atipias nucleares limitadas principalmente nas células escamosas basais; NIC II como o achado de um número maior de células discarióticas com moderada atipia nuclear e NIC III como o achado de um número elevado de células discarióticas com atipias nucleares severas, principalmente nas células escamosas intermediárias e superficiais. (HALL & WALTON, 1968).

A classificação ditada pelo Sistema de Bethesda (NACIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP, 1989) reconhece duas categorias de citologias anormais que sugerem a presença de NIC.

A primeira categoria é denominada de “Lesão Intra-epitelial Escamosa de Baixo Grau” de malignidade, que engloba as NICs I e as alterações provocadas pela infecção pelo HPV, com ou sem associação com NIC I. Geralmente são lesões que têm uma maior taxa de resolução espontânea.

A segunda categoria é denominada de “Lesão Intra-epitelial Escamosa de Alto Grau” de malignidade, que engloba os achados de NIC II e III. Geralmente são lesões com uma alta taxa de progressão para câncer invasor.

Ainda na classificação pelo Sistema de Bethesda (NACIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP, 1989) existe um grupo de lesões denominadas como

“Células Escamosas Atípicas“ de significado incerto (ASCUS). O significado desta categoria é duvidoso, mas geralmente em suas biópsias encontra-se a presença de NIC de algum grau.

A citologia oncológica classe IV de Papanicolaou corresponde ao encontro de células provenientes de lesões de carcinoma *in situ* (CIS), que se caracteriza pela presença de algumas células malignas junto com os achados de NIC III, as classificações de Richart e Sistema de Bethesda. (NACIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP, 1989) Muitos autores atualmente não diferenciam a citologia oncológica classe IV da citologia classe III NIC III.

A citologia oncológica classe V de Papanicolaou caracteriza-se pelo encontro de células provenientes de lesões de carcinomas microinvasivo e invasivo. A que corresponde ao carcinoma microinvasivo caracteriza-se pela presença de numerosas células neoplásicas, células escamosas com queratose atípica e nucléolos junto com os achados do CIS. A citologia oncológica classe V, que corresponde ao câncer invasivo, caracteriza-se pela presença de numerosas células malignas permeadas com material necrótico (ALVARENGA,1995).

Resultados falsos-negativos da CO podem ocorrer principalmente em mulheres na pós-menopausa e coletas mal realizadas do material. O uso da escova para coleta, quando não se visualiza a junção escamo-colunar e a zona de transição, tem diminuído o número de falsos-negativos na CO (CANNISTRA

& NILOFF, 1996; INTERNATIONAL ACADEMY OF CYTOLOGY TASK FORCE SUMMARY, 1997).

Outro exame importante é a colposcopia, que localiza imagens que correspondem a alterações histológicas suspeitas do epitélio cervical. Tem-se como imagens suspeitas o epitélio acetobranco (tênue ou espesso), tipo de margens da lesão (regular, irregular, retificada entre outras), tipo de vascularização (pontilhados, mosaico, vasos atípicos), leucoplasia (espessa ou tênue) e orifícios glandulares (espessados ou não) (INTERNATIONAL ACADEMY OF CYTOLOGY TASK FORCE SUMMARY, 1997).

As alterações colposcópicas orientam na realização de biópsias, que determinam o diagnóstico histológico. Com a avaliação dos resultados desses exames (citologia, colposcopia e biópsia) obtêm-se as indicações da conização do colo uterino para continuação da propeidêutica ou, até mesmo, para tratamento em determinados casos. Em alguns serviços faz parte do procedimento de investigação a realização da curetagem do canal cervical e da cavidade uterina.

A primeira conização do colo uterino foi descrita na literatura americana em 1861 e desde essa data tem sido usada para diagnóstico e tratamento na neoplasia cervical (RUBIN & BATTISTINI, 1986). Têm-se atualmente como critérios para indicação da conização do colo uterino as presenças, pela citologia oncológica e biópsia, de NIC III / CIS, Ca microinvasivo ou suspeita de

invasão, discordância entre o resultado da Co e da biópsia, lesão que penetra o canal endocervical e que não pode ser vista na sua totalidade, citologia oncológica alterada (classe III, IV e V) com colposcopia negativa ou insatisfatória e NIC II extenso (NELSON, AVERETTE, RICHART, 1975; KILLACKEY, JONES, LEWIS, 1986; NEVES-JORGE, DERCHAIN, GALLANI, 1987; TSENG et al., 1997).

As indicações de curetagem, tanto do canal endocervical como da cavidade uterina, são pouco definidas na literatura. Têm sido realizadas, ainda hoje, por muitos serviços, de forma rotineira, durante o procedimento do cone. Os autores justificam tal conduta alegando que a mesma traz subsídios propedêuticos na avaliação dessas pacientes do ponto de vista da patologia cervical, principalmente nos casos de adenocarcinoma e de atipias de significado indeterminado nas células epiteliais glandulares (AGUS) e auxiliando no diagnóstico de possíveis patologias endometriais. (CHERKIS et al., 1986; KOBAK et al., 1995; MONK et al., 1996).

Para alguns autores essa rotina da curetagem da cavidade uterina é incerta, pois não vêem grandes subsídios diagnósticos para a doença de base. A incidência de doenças endometriais é baixa nesse grupo de pacientes, uma vez que a maioria é jovem e existe uma incidência de complicações, mesmo baixa, atribuída ao procedimento (HELMKAMP et al., 1983; RUBIN & BATTISTINI, 1986; NEVES-JORGE et al., 1987; VACHER-LAVENU, 1996).

O prognóstico da paciente com câncer invasor do colo uterino depende de vários fatores e dentre eles a invasão para a cavidade endometrial. Acredita-se que a presença da invasão endometrial aumenta a incidência de metástase à distância e diminui a sobrevida global em cada estágio em relação às pacientes que não apresentam tal situação (PEREZ et al., 1981).

Isso era considerado tão importante que fazia parte do critério de estadiamento inicial do câncer do colo uterino da Liga das Nações, que considerava como estágio II os tumores confinados ao colo uterino com extensão para endométrio. Essa consideração foi posteriormente afastada pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (PEREZ et al., 1981).

Após a decisão da FIGO muito se discutiu a respeito e alguns autores reenfatizaram a questão da invasão endometrial, que voltou a fazer parte das considerações sobre prognóstico do câncer invasor do colo uterino, mas ainda existe muita discussão sobre o assunto (PEREZ et al., 1981; GRIMARD et al., 1988).

Quando existe um envolvimento endometrial pelo carcinoma epidermóide do colo uterino é geralmente por invasão direta do miométrio (contigüidade) ou por metástase linfática. A invasão por contigüidade é raramente observada, mas a despeito da freqüência, quando ocorre, geralmente há um envolvimento glandular cervical extenso (HELMKAMP et al., 1983).

O mecanismo da expansão por continuidade do carcinoma *in situ* do colo uterino é objeto de controvérsias na literatura. Alguns acreditam que a neoplasia cervical prolifera e se estende para transformar células normais em malignas, numa direção vertical. Outros são a favor de um processo de disseminação horizontal em que as células neoplásicas mecanicamente se deslocam e, eventualmente, colocam epitélio escamo-colunar benigno (FERENCZY, RICHART, OKAGAKI, 1971; PEREZ et al., 1981; HELMKAMP et al., 1983).

Alguns serviços, de acordo com dados de literatura, estipularam como critérios para indicação da curetagem da cavidade a presença de sangramentos anormais, história pregressa de hiperplasia endometrial, pacientes na peri e pós-menopausa, suspeita de adenocarcinoma de colo uterino, presença de atipias glandulares na citologia e suspeita de carcinoma invasivo do colo uterino, mas essa posição não chega a ser consenso em todos os serviços (NEVES-JORGE et al., 1987).

Por exemplo, um trabalho realizado no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Spaare Hospital, na Holanda, mostrou que os achados histológicos da curetagem da cavidade uterina não tiveram valor na predição da presença ou ausência de patologias intra-uterinas na população na pré-menopausa com sangramento uterino anormal (EMANUEL, WAMSTEKER, LAMMES, 1997).

Com relação à curetagem endocervical sabe-se que é um procedimento importante na previsão de invasão no colo residual dos cones que revelaram NIC III (LUBICZ, 1984; KOBAK et al., 1995).

Em 1991, o Ministério da Saúde brasileiro publicou uma estatística onde o câncer de endométrio ocupa, no país, o quinto lugar dos tumores primários que incidem nas mulheres, perfazendo um caso de câncer de endométrio para 7,4 casos de câncer de colo uterino.

Esse aumento do número de casos de câncer de endométrio decorre, em primeiro lugar, dos programas de triagem do câncer de colo uterino que acabam diagnosticando precocemente o câncer endometrial e, em segundo lugar, do aumento da expectativa de vida das mulheres, uma vez que é uma doença da pós-menopausa, em sua maioria (SMITH & MCCARTNEY, 1985; LUDWIG, 1995).

O câncer de endométrio tem sua incidência elevada em mulheres acima dos 50 anos de idade, brancas, nulíparas e com associação com algumas entidades clínicas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes tipos I e II, tumores funcionantes do ovário e insuficiência hepática.

Outros fatores de risco importantes para câncer de endométrio são a obesidade (que aumenta em três vezes o risco em pacientes com 13,5kg de sobrepeso, segundo alguns autores), alterações menstruais do tipo espaniomenorréia, menarca precoce (aumenta o risco em 1,6 vezes se antes

dos 12 anos), menopausa tardia (aumenta o risco em 2,4 vezes se acima dos 52 anos) e uso de estrógenos exógenos sem antagonização com a progesterona (LUDWIG, 1995).

Não se pode deixar de comentar que há os tumores endometriais de origem mesenquimal, que perfazem menos de 5% dos casos e ocorrem preferencialmente em mulheres jovens, abaixo de 40 anos (GALLUP & STOCK, 1984; WHITOKER, LEE, BENSON, 1986; LUDWIG, 1995).

A classificação das lesões precursoras do Ca de endométrio varia de acordo com os vários autores, mas uma das mais aceitas é a da Organização Mundial da Saúde. Então, desta forma, há a hiperplasia glandular simples/cística, hiperplasia adenomatosa e hiperplasia glandular atípica, a qual muitos autores consideram como o carcinoma *in situ* do endométrio (JONES & JONES, 1983; CHRISTOPHERSON & GRAY, 1985).

A classificação mais atual das lesões proliferativas endometriais não-invasivas, é a de DISAIA & CREASMAN (1997). Consideram que existem as hiperplasias simples e complexas típicas e as hiperplasias simples e complexas atípicas, que, por sua vez, podem ter uma evolução para o câncer do endométrio.

Para o diagnóstico das lesões precursoras do câncer de endométrio e do câncer do endométrio propriamente dito, há métodos de imagem e

citoistológicos (NORRIS, TAVASSOLI, KURMAN, 1988; KON, SCHREIBER, OBERLANDER, 1994; RESALLA, 1995).

Dentre os métodos de imagem pode-se citar a ecografia pélvica, tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Dentre os métodos citológicos há a citologia oncológica, mas com uma sensibilidade de 40% a 75% e uma especificidade de 24,6% para a detecção do câncer de endométrio (BACELAR et al., 1995; BOURNE et al., 1997).

Para o diagnóstico histológico pode-se utilizar alguns dos métodos largamente descritos na literatura. Há tempos a curetagem uterina de prova tem sido realizada como método de diagnóstico seguro e de certeza das lesões endometriais.

Entretanto, algumas falhas têm sido encontradas como a inadequação do material endometrial colhido para o diagnóstico (6% a 23%), a menor acurácia no diagnóstico quando o procedimento não é realizado com a técnica adequada e a não-possibilidade de efetuar o procedimento por dificuldade técnica (LIDOR et al., 1986; BEM-YEHUDA, KIM, LEUCHTER, 1998).

Além disso, é um procedimento que necessita de serviço de anestesia, com gastos e riscos (perfuração uterina (6-13/1.000 mulheres), infecção (3-5/1.000 mulheres) e hemorragia (4/1.000 mulheres) (GRIMES, 1982).

Estima-se que os custos relacionados com o procedimento da curetagem da cavidade uterina, chegam a 720 dólares por paciente nos EUA

(GRIMES, 1982) e que a não-realização da mesma, durante a conização do colo uterino, levaria a uma economia de 118 dólares por paciente (RUBIN & BATTISTINI, 1986).

A tendência atual é de desenvolver outros métodos diagnósticos que sejam de baixo risco de complicação, economicamente satisfatórios e que possam ser realizados ambulatorialmente.

Nos EUA são realizados aproximadamente 210.000 curetagens de prova anuais para diagnóstico de sangramento pós-menopausa ou rastreamento para câncer de endométrio. Estima-se que a substituição de tal método por um procedimento ambulatorial de baixo custo possa levar a uma redução de 70% nos gastos, com uma economia de 283 milhões de dólares (RUBIN & BATTISTINI, 1986).

Tem-se usado, em alguns serviços, o aspirador de Vabra, curetas de Novak, cânula de Karman e a histeroscopia como opções para o diagnóstico de doenças endometriais.

Uma das vantagens da histeroscopia sobre a curetagem de prova é com relação à visualização da cavidade uterina, que permite realizar uma biópsia direcionada da suposta lesão, além de ser um procedimento que pode ser realizado em ambulatório e, portanto, economicamente mais viável. Nos países em desenvolvimento, a histeroscopia ainda é um método caro e não está à disposição de todos.

Quando se comparam a curetagem uterina e a histeroscopia, em relação a quantidade de material obtido para avaliação histológica, a curetagem leva vantagem. A curetagem uterina é um procedimento simples de ser realizado e mais confortável para a paciente em termos de dor, uma vez que é realizada sob anestesia, mas também tem uma taxa de complicações, que apesar de pequena é de relevância (CRAVELLO et al., 1996).

As complicações relacionadas com o procedimento da curetagem da cavidade uterina são a perfuração uterina, sinéquias uterinas, hemorragias, estenose do colo uterino, falso trajeto, infecção e hematometra. (VARAKLIS & STUBBLEFIELD, 1995).

A complicação mais freqüente é a perfuração uterina, que acontece principalmente em casos de pacientes com útero retrovertido e/ou de consistência amolecida. Geralmente são de boa evolução, sem necessidade de procedimento cirúrgico complementar (LEIBNER, 1995; LINDELL & FLAM, 1995).

Apesar de menos freqüentes, as sinéquias uterinas (Síndrome de Asherman), oferecem uma morbidade maior, com 43% dos casos evoluindo para infertilidade e 62% para alterações menstruais. Além disso, uma gravidez posterior tem maior risco de parto prematuro, placenta prévia e placenta acreta (MARCH, 1995; SCHENKER, 1996). As demais complicações são mais raras.

Há poucos dados na literatura em relação à infecção pós-curetagem. O que existe é uma taxa de 0% a 1% de infecção pós-CTG que chega a ser

praticamente a mesma (0% a 2 %) em relação ao procedimento histeroscópico (AMIN-HANJANI & GOOD, 1995).

Apesar de existirem algumas publicações e muitos serviços já terem seus critérios próprios de indicação da curetagem da cavidade uterina durante o procedimento da conização do colo uterino, não há um consenso estabelecido. Assim, não existe informação suficiente na literatura para validar o benefício do procedimento em relação a fatores como idade, estado menstrual, antecedente menstrual, paridade, classe da citologia oncológica e biópsia.

Com isso faz-se clara a necessidade de determinar qual seria realmente o grupo de pacientes que teriam como benefício a associação da curetagem da cavidade uterina com a conização do colo uterino.

O presente estudo tem por finalidade, através do levantamento dos prontuários médicos das pacientes, avaliar, discutir e definir um protocolo de indicação de curetagem da cavidade uterina nos casos onde exista indicação de biópsia cônica do colo uterino, objetivando assim minimizar a morbimortalidade e os custos adicionais que o procedimento acarreta.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Identificar o grupo de mulheres que se beneficiariam com a curetagem uterina durante o procedimento da conização do colo uterino e avaliar as complicações da curetagem uterina nestes casos.

2.2. Objetivos Específicos

1. Verificar a associação de alterações histopatológicas endometriais com o resultado da citologia oncológica, colposcopia e biópsia do colo uterino.
2. Verificar a associação de comprometimento endometrial pela doença cervical com a idade, dados pondero-estaturais, paridade, cor e situação do ciclo menstrual na época da cirurgia.
3. Verificar a associação de doenças primárias endometriais com a idade, dados pondero-estaturais, paridade, cor e situação do ciclo menstrual na época da cirurgia.

4. Verificar a ocorrência de complicações da curetagem da cavidade uterina de acordo com a idade, dados pondero-estaturais, paridade e padrão menstrual das pacientes na época da cirurgia.
5. Verificar o padrão menstrual após o procedimento da curetagem uterina em relação às complicações ocorridas.

3. Casuística e Métodos

3.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo.

3.2. Tamanho Amostral

O tamanho amostral (n) calculado para uma proporção populacional (P) de mulheres com indicação de conização do colo uterino seguido de curetagem da cavidade uterina, para uma diferença de cinco pontos percentuais entre a proporção amostral de mulheres com alteração da histologia endometrial e a populacional, com um erro alfa de 0,05, foi de 320 pacientes. Nosso n foi de 386.

3.3. Critérios e procedimentos para seleção dos sujeitos

Este estudo foi realizado através da avaliação dos prontuários das mulheres atendidas e tratadas no Ambulatório de Patologia Cervical do Serviço de Oncologia Ginecológica do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

(CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), submetidas à conização do colo uterino e à curetagem da cavidade uterina no período de janeiro de 1992 a dezembro de 1995.

3.4. Critérios de Inclusão

Foram incluídas todas as pacientes com prontuários completos submetidas à propedêutica do colo uterino, ou seja, à coleta da CO, colposcopia e biópsia (quando possível) na primeira consulta no Ambulatório de Patologia Cervical do CAISM, e com indicação de conização do colo uterino segundo os seguintes critérios: presença na CO e biópsia de lesão compatível com NIC III/CIS, carcinoma microinvasivo ou suspeita de carcinoma invasivo; discordância entre o resultado da CO e da biópsia; lesão que penetra o canal endocervical e que não pode ser vista na sua totalidade, resultado da CO alterado com uma colposcopia considerada normal ou insatisfatória e imagem compatível com NIC II extensa.

A distribuição das pacientes, segundo os critérios de indicação do cone em relação ao seu resultado histopatológico, encontra-se exposta no ANEXO I.

3.5. Critérios de Exclusão

Pacientes que tiveram seguimento menor que um ano.

Foram excluídas 46 pacientes das 386 que não foram submetidas à curetagem uterina por terem ocorrido complicações antes de sua execução, mas as mesmas pacientes foram incluídas na avaliação das complicações do procedimento.

3.6. Variáveis e Conceitos

3.6.1. Variáveis Independentes

- ? **Idade da paciente**, expressa em anos completos na data da cirurgia.
- ? **Dados pondero-estaturais** sendo o peso expresso em quilogramas exatos, e a altura em centímetros exatos na data da cirurgia. Os valores decimais do peso e estatura foram aproximados da seguinte maneira: para decimais maiores ou iguais a quatro, os valores foram aproximados para o valor inteiro imediatamente mais baixo; os valores decimais maiores ou iguais a cinco foram aproximados para o valor absoluto imediatamente acima.
- ? **Paridade**, definida como o número de gestações levadas a termo.
- ? **Situação do ciclo menstrual na época da cirurgia**, definido como normal naquelas cujas menstruações ocorrem a cada 25 a 35 dias, com fluxo menstrual entre três a sete dias, com até quatro dias de fluxo mais intenso nas pacientes pré-menopausadas (até 55 anos) ou naquelas com ausência de fluxo menstrual, tendo sido considerada como idade mínima normal para menopausa 37 anos. Foram consideradas como anormal as que não se enquadravam na definição anterior e dentre elas tivemos polimenorréia (intervalo entre as

menstruações menor que 25 dias), hipermenorréia (fluxo menstrual superior a sete dias), hiperpolimenorréia, oligomenorréia (fluxo menstrual menor que três dias), espaniomenorréia (intervalo entre as menstruações superior a 35 dias) e “amenorréia” (ausência de menstruação por mais de um ano em pacientes com idade menor que 37 anos).

- ? **Cor das pacientes**, definida como branca e não branca.
- ? **Citologia oncológica**, definida como raspado do colo uterino e subdividida em classes de acordo com as classificações de Papanicolaou (1941), Richart e Sistema de Bethesda (NACIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP, 1989). Pela classificação de Papanicolaou, temos CO de grau I a V. Pela de Richart temos uma subdivisão da CO classe III em NIC I, II e III, sendo que está incluído na lesão NIC III a CO classe IV de Papanicolaou. Então temos como definição:
 - ? NIC I - presença de células descamadas binucleadas e provenientes das camadas intermediárias e superficiais do epitélio. Apresentam núcleos aumentados sem alteração substancial da relação núcleo-citoplasma e alterações na disposição da cromatina nuclear;
 - ? NIC II - presença de células anormais das camadas superficial, intermediária, parabasal e basal. Os núcleos estão aumentados de volume, são de forma e tamanho variados e hipercromáticos. Nas células profundas alteradas, ainda não se observam modificações nucleares tão evidentes e nem a relação núcleo-citoplasmática está totalmente alterada;
 - ? NIC III - presença de células pequenas, de origem basal ou parabasal, redondas ou ovaladas com evidentes sinais de conglomeração da

cromatina nuclear. A relação núcleo-citoplasmática está totalmente alterada a favor do núcleo;

- ? CO classe V - mesmas alterações do NIC III só que mais exuberantes e freqüentes em todo o esfregaço. Quando o esfregaço citológico contém células com características normais, com ou sem a presença de células inflamatórias, são considerados CO classe II e I, respectivamente. Pelo Sistema de Bethesda, que é a classificação que mais recentemente vem tendo sua utilização realizada na atualidade, há as lesões condizentes com as NICs divididas em lesão intra-epitelial escamosa de baixo e alto grau. As de baixo grau incluem as alterações compatíveis com NIC I e as celulares associadas à infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). As de alto grau englobam as atipias celulares condizentes com NIC II e III / CIS. Na classificação de Bethesda temos também os diagnósticos citológicos denominado ASCUS, que são atipias celulares inconclusivas das células escamosas (NACIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP, 1989).
- ? **Colposcopia** definida como um exame realizado no colo uterino após a coleta da CO, com um aparelho que tem a capacidade de ampliar a visão do colo uterino em até 40 vezes. O exame colposcópico envolve a avaliação do colo uterino, fundo de saco vaginal e vagina, utilizando o ácido acético a 2% e o lugol como substâncias que evidenciam as possíveis lesões. Na avaliação cervical deve-se examinar a ectocérvice, zona de transição, JEC e canal endocervical, sendo este último avaliado com auxílio de pinças especiais como a de Palmer. Considera-se uma colposcopia alterada quando se observam imagens de epitélio branco (lesão acetobranca que pode ser plana, micropapilar ou microcircunvolucional), vasos atípicos (são irregulares com trajetórias bruscas, que aparecem como vírgulas ou saca-rolhas,

tortuosos e com acentuada variação de calibre), mosaico (configuração semelhante ao desenho de ladrilhos, com campos brancos separados por filetes vermelhos), leucoplasia (epitélio branco, visível a olho nu antes da aplicação do ácido acético, com bordas nítidas), pontilhado (vermelho de bordas nítidas, sendo mais importante quanto mais estiver em alto relevo) e Zona iodo negativa (áreas que não se coram pelo iodo do teste de Schiller), sendo que todas as lesões descritas anteriormente apresentam esta característica). Quando não se conseguiu visualizar a lesão na sua totalidade, quando não se conseguiu avaliar toda a zona de transição ou a lesão estava dentro do canal cervical e não se pôde analisá-la de forma adequada, a colposcopia foi considerada insatisfatória. As que não se encaixaram nas definições anteriores foram consideradas normais.

- ? **Biópsia do colo uterino** definida como amostra histológica de uma parte de uma imagem suspeita à colposcopia, realizada sob a visão direta do colpocópio. O diagnóstico histológico da biópsia foi classificado como:
 - ? NIC I onde existe uma perda da polaridade restrita ao terço inferior do epitélio, as alterações nucleares são discretas e as mitoses podem estar presentes, porém são típicas e restritas ao terço basal;
 - ? NIC II onde a metade superior do epitélio mostra diferenciação e maturação, as alterações nucleares são mais marcadas e as mitoses, que podem ser atípicas, estão localizadas nos dois terços inferiores do epitélio;
 - ? NIC III / CIS onde a maturação pode estar totalmente ausente ou restrita ao terço superior do epitélio, as alterações nucleares são marcadas e estão em todo epitélio, assim como as mitoses são

numerosas, com muita atipia e ocupa toda a espessura do epitélio;

- ? Ca microinvasivo onde a morfologia celular é semelhante à da NIC III acrescida de uma reação do estroma e existe uma invasão da membrana basal até no máximo de 5mm de extensão e 7mm de profundidade;
- ? Ca invasivo onde a característica histológica é semelhante ao Ca microinvasor, sendo que a invasão ultrapassa os limites citados anteriormente. Os casos onde nenhuma alteração supracitada foi encontrada, foram consideradas como ausência de neoplasia no material estudado e quando não foi possível obter amostra da lesão, a biópsia não foi realizada.
- ? **Histologia do colo a partir do cone**, cujos achados foram classificados em lesão intra-epitelial de baixo grau, lesão intra-epitelial de alto grau, carcinoma microinvasivo, câncer invasivo ou ausência de neoplasia. A definição de cada tipo de lesão é semelhante à descrita anteriormente. Os casos de adenocarcinoma foram avaliados conjuntamente com os casos de carcinoma epidermóide.

3.6.2. Variáveis Dependentes

- ? **Complicações da curetagem de cavidade uterina:** perfuração da parede uterina, hemorragia, endometrite, hematometra e alterações do padrão do ciclo menstrual, decorrentes ou não de sinéquias.
- ? **Histopatologia** do material vindo da curetagem da cavidade uterina:
 - ? **Endométrio proliferativo** – o epitélio pós-menstrual delgado sofre ação estrogênica e vai aumentando sua espessura. O epitélio superficial se torna mais alto e cilíndrico, assim como as glândulas.

Não existe atividade secretora glandular.

- ? **Endométrio secretor** – começa a ação progestogênica no epitélio e com isso vai se intensificando a atividade secretora glandular, o estroma torna-se mais abundante e vascularizado .
- ? **Endométrio secretor tardio** – existe uma resposta secretora completa do endométrio, que se apresenta macio, aveludado e edemaciado.
- ? **Endométrio atrófico** – existe um revestimento rudimentar, composto apenas por células basais e algumas glândulas estreitas esparsas.
- ? **Endométrio sob ação de hormônios exógenos** – existe uma variação de acordo com o tipo de medicação usada. O mais comum é uma não concordância entre a atividade glandular e a atividade estromática (dissociação estromato-glandular)
- ? **Endométrio polipóide** – existem pequenas tumorações, na maior parte sésseis, que se projetam na cavidade endometrial e estão fixas no endométrio por um pedículo. Podem ser constituídas por endométrio funcional ou, mais comumente, hiperplásico.
- ? **Endométrio hiperplásico** – existe um aumento anormal do endométrio, tanto em volume quanto em espessura. Classificam-se em hiperplasia atípica ou típica, de acordo com a presença ou não de atipias celulares endometriais, respectivamente.
- ? **Endométrio neoplásico** – existem alterações celulares compatíveis com neoplasia, podendo ser de colo uterino (invasão endometrial pela neoplasia de colo uterino) ou primário do endométrio.
- ? **Material insuficiente** - houve alguns casos onde o material endometrial para análise foi insuficiente

- ? **Curetagem não realizada** em decorrência da complicação ($n = 46$).
- ? **Situação do ciclo menstrual pós-curetagem** da cavidade uterina definido em termos de melhor, mantido, pior e alterado (devido a procedimento cirúrgico decorrente da complicação ou devido a margem comprometida pela doença cervical). A classificação de melhor, pior, mantido e alterado foi em relação ao padrão menstrual anterior à época da cirurgia.

3.7. Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada pelo pesquisador a partir dos prontuários das pacientes que foram submetidas à curetagem de cavidade uterina durante o procedimento de conização do colo uterino, de acordo com os critérios de indicação cirúrgica do serviço.

Todas foram tratadas no Serviço de Oncologia Ginecológica (Ambulatório de Patologia Cervical) do CAISM e as informações do prontuário foram transcritas para uma ficha pré-codificada.

3.8. Instrumento de Coleta de Dados

O registro das informações necessárias foi realizado em ficha, que se encontra representada no ANEXO II.

3.9. Processamento de dados

Os dados foram introduzidos no sistema Word Excel e procedeu-se a uma verificação de consistência.

3.10. Análise de dados

Foram preparadas tabelas descritivas das variáveis estudadas. Realizou-se comparações através do Teste do Qui-Quadrado para tabelas 2x2 ou o Teste Exato de Fisher, quando necessário (BEIGUELMAN, 1991).

Foi utilizado o pacote estatístico Epi-info e colocado o valor do p somente nas tabelas onde houve significância estatística. O valor de p considerado significativo foi $< 0,005$.

3.11. Aspectos Éticos

Trata-se de um estudo retrospectivo com avaliação de prontuários, sem qualquer intervenção nas pacientes.

Com o intuito de assegurar o sigilo da fonte dos dados coletados os prontuários e fichas foram identificadas com um número e não contiveram qualquer informação que permitisse a identificação das pacientes (DECLARACION DE HELSINK, 1986).

Houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

4. Resultados

4.1. Prevalência das alterações histopatológicas endometriais em relação à propedêutica da neoplasia cervical

Pode-se observar na TABELA 1 que houve 8,9% de amostras endometriais alteradas, excluindo atrofia e uso de hormônio exógeno, sendo 3,7% de neoplasia de colo uterino e endométrio.

TABELA 1

FREQÜÊNCIA DOS RESULTADOS DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DO MATERIAL DA CAVIDADE UTERINA ENCONTRADOS APÓS A CURETAGEM EM 325 PACIENTES

Histologia Endometrial	n	%
Proliferativo	140	35,4
Secretor	115	43,0
Secretor Avançado	8	2,5
Atrófico	25	7,7
Padrão compatível com uso de Hormônio	8	2,5
Polipóide	3	1,0
Hiperplasia Típica	10	3,0
Hiperplasia Atípica	4	1,2
Câncer do colo	11	3,4
Câncer do Endométrio	1	0,3

Não houve casos com patologia endometrial entre as 20 mulheres com CO classe I e II ou lesão de baixo grau. Houve 3% de neoplasia e 1% de hiperplasia atípica entre os casos de CO com lesão de alto grau. Por outro lado, observou-se 11% de Ca de colo e endométrio e 2% de hiperplasia atípica entre as mulheres com CO classe V. Entretanto, não houve associação significativa entre os resultados da CO e os achados endometriais (TABELA 2).

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESULTADOS DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DO ENDOMÉTRIO EM RELAÇÃO AO RESULTADO DA COLPOCITOLOGIA ONCOLÓGICA REALIZADA NO AMBULATÓRIO DE PATOLOGIA CERVICAL EM 325 PACIENTES

Histologia Endometrial	Resultado da Citologia (%)			
	I e II	Lesão Baixo Gr	Lesão Alto Gr	V
NI/Benigno	100	100	96	87
Hiperplasia Atípica	0	0	1	2
Câncer	0	0	3	11
n	15	5	260	45

Não houve qualquer correlação entre os resultados da histologia endometrial e o da colposcopia. Pode-se observar uma maior proporção de neoplasia (9%) e hiperplasia atípica (4%) dentre as colposcopias consideradas insatisfatórias, o que corresponde, provavelmente, ao grupo de mulheres com um componente endocervical da lesão cervical. Desta mesma forma, encontra-se 4% de neoplasia no grupo que tem colposcopia considerada normal (TABELA 3).

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESULTADOS DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DO ENDOMÉTRIO EM RELAÇÃO AO RESULTADO DA COLPOSCOPIA EM 325 PACIENTES

Histologia Endometrial	Resultado da Colposcopia (%)		
	Alterada	Normal	Insatisfatória
NI/Benigno	97	96	87
Hiperplasia Atípica	1	0	4
Câncer	2	4	9
n	241	28	56

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre os resultados da biópsia do colo e a histologia do endométrio, mas se observou uma tendência à presença de câncer do colo uterino no endométrio nas mulheres com maior comprometimento na biópsia do colo. Mesmo assim houve 4% de casos de Ca de colo identificados na histologia do endométrio entre as 51 mulheres com biópsia de colo “sem neoplasia “. Não se pode deixar de ressaltar também que houve 33% (dois de seis casos) de neoplasia no material endometrial nos casos onde a biópsia veio como invasiva. Houve 70 casos onde a biópsia não foi realizada por diversos motivos e, dentre estes casos, obteve-se 6% de hiperplasia atípica e neoplasia (TABELA 4).

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESULTADOS DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DO ENDOMÉTRIO EM RELAÇÃO AO RESULTADO DOS EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DO COLO UTERINO OBTIDO ATRAVÉS DA BIÓPSIA EM 325 PACIENTES

Histologia Endometrial	Biópsia do Colo Uterino (%)				
	Ausência Neoplasia	Lesão de Baixo Gr	Lesão de Alto Gr	Microinvasivo	Não Real
NI/Benigno	96	100	96	91	94
Hiperplasia Atípica	0	0	1	0	3
Câncer	4	0	3	9	3
n	51	6	187	11	70

Observou-se que quanto mais grave foi o comprometimento do colo uterino, maior foi a incidência de comprometimento endometrial, sendo 48% de neoplasia a partir dos casos com resultado histopatológico de lesão de alto grau até invasivo e 6% de hiperplasia atípica nos casos de Ca microinvasivo. A isto se atribui que, de acordo com a história natural da evolução do câncer do colo uterino, as lesões mais severas reveladas pela citologia oncológica ocorrem em pacientes com idade mais avançada que coincide com a maior incidência de alterações primárias endometriais. Os 3% de neoplasia na amostra endometrial, encontrados quando não existia presença de neoplasia do colo uterino no resultado do cone, representam um caso onde a neoplasia era de origem primária endometrial (TABELA 5).

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESULTADOS DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DE ENDOMÉTRIO EM RELAÇÃO AO RESULTADO DO EXAME HISTOLÓGICO DO CONE DO COLO UTERINO EM 325 PACIENTES

Histologia Endometrial	Histologia do Cone (%)				
	Ausência Neoplasia	Lesão de Baixo Gr	Lesão de Alto Gr	Microinvasivo	Não Real
NI/Benigno	94	100	98	90	58
Hiperplasia Atípica	3	0	0	6	0
Câncer	3	0	2	4	42
n	38	23	205	47	12

4.2. Associação entre características demográficas, antropométricas e menstruais das mulheres e prevalência das lesões endometriais.

Houve associação estatisticamente significativa entre a idade das pacientes e a histologia endometrial. Pode-se observar uma grande maioria de alterações endometriais (11%) em mulheres com 40 anos ou mais, não se encontrando nenhum caso de hiperplasia atípica ou neoplasia endometrial nas mulheres abaixo de 40 anos. Houve a mesma proporção de casos de hiperplasias típicas e polipóides (que foram denominadas na tabela como benigno) em ambos os grupos etários (TABELA 6).

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESULTADOS DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DO ENDOMÉTRIO EM RELAÇÃO A IDADE EM 325 PACIENTES

Histologia Endometrial	Idade (anos) (%)	
	< 40	≥ 40
NI/Benigno	99	89
Hiperplasia Atípica / Ca Endometrial	0	3
Câncer do Colo	1	8
n	192	133

p < 0,01

Não houve associação estatisticamente significativa entre a cor das pacientes e o comprometimento endometrial, conforme o observado na TABELA 7.

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESULTADOS DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DO ENDOMÉTRIO EM RELAÇÃO A COR EM 325 PACIENTES

Histologia Endometrial	Cor (%)	
	Branca	Não-Branca
NI/Benigno	95	95
Hiperplasia Atípica	2	0
Câncer	3	5
n	263	62

Houve uma maior incidência de alterações endometriais nas mulheres com mais de quatro partos (8%), sendo que nenhuma alteração endometrial foi observada nas nulíparas. Atribui-se este fato à nossa população nulípara ser composta por mulheres ainda muito jovens, uma vez que estão em investigação da patologia cervical, fugindo da faixa etária de maior incidência para doenças endometriais (TABELA 8).

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESULTADOS DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DO ENDOMÉTRIO EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE PARTOS EM 325 PACIENTES

Histologia Endometrial	Número de Partos (%)		
	Nulíparas	1 a 3	≥ 4
NI/Benigno	100	97	92
Hiperplasia Atípica	0	1	2
Câncer	0	2	6
n	18	183	124

Houve associação estatisticamente significativa entre o peso e IMC com a presença de alterações endometriais. Pode-se observar que todos os casos de hiperplasia endometrial atípica e neoplasia endometrial estiveram presentes nas mulheres com mais de 64kg e com IMC maior ou igual a 30 (cinco casos). Houve quatro casos com dados antropométricos ignorados, sendo que dois destes estavam entre os com neoplasia de colo (TABELAS 9, 10 e 11).

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESULTADOS DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DO ENDOMÉTRIO EM RELAÇÃO AO PESO EM 321 PACIENTES

Histologia Endometrial	Peso* (kg) (%)		
	≤ 54	55 a 63	≥ 64
NI/Benigno	96	98	92
Hiperplasia Atípica	0	0	4
Câncer	4	2	4
n	113	107	101

* quatro casos cujos dados antropométricos são ignorados

p < 0,05 (Fisher) para hiperplasia atípica ou neoplasia, quando se avalia <= 63 vs >= 64kg

TABELA 10

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESULTADOS DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DO ENDOMÉTRIO EM RELAÇÃO A ALTURA EM 321 PACIENTES

Histologia Endometrial	Altura* (cm) (%)		
	≤ 1,53	1,54 a 1,59	≥ 1,60
NI/Benigno	93	94	99
Hiperplasia Atípica	1	3	0
Câncer	6	3	1
n	108	101	111

* quatro casos com a altura ignorada

TABELA 11

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESULTADOS DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DO ENDOMÉTRIO EM RELAÇÃO AO IMC EM 321 PACIENTES

Histologia Endometrial	IMC* (%)		
	≤ 25	25 > IMC ≤ 30	> 30
NI/Benigno	98	98	82
Hiperplasia Atípica	0	0	9
Câncer	2	2	9
n	195	83	43

*quatro casos com IMC ignorado

p = 0,0000 (Fisher) para hiperplasia atípica e neoplasia quando se avaliam as mulheres com IMC ≤ 30 vs > 30

Pode-se observar que todos os casos de neoplasia do colo, presentes no endométrio (11), ocorreram em mulheres que estavam com o padrão menstrual considerado normal no momento da cirurgia. O único caso de neoplasia primária endometrial ocorreu em uma paciente com padrão menstrual tipo hiperpolimenorréia no momento da cirurgia. Estes achados não foram estatisticamente significativos. Em relação às hiperplasias atípicas, a maioria ocorreu nas pacientes com padrão menstrual considerado normal no momento da cirurgia. (TABELA 12).

TABELA 12

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESULTADOS DE EXAMES
HISTOPATOLÓGICOS DO ENDOMÉTRIO EM RELAÇÃO AO PADRÃO MENSTRUAL
NA ÉPOCA DA CIRURGIA EM 323 PACIENTES**

Histologia Endometrial	Padrão Menstrual* (%)			
	Normal	Hiperpolimenor	Espanio/Oligo	Amenorréia
NI/Benigno	95	97	94	100
Hiperplasia Atípica	1	3**	0	0
Câncer	4	0	6	0
n	273	30	18	2

* 2 casos cujo padrão menstrual era ignorado

* 4 casos de amenorréia, sendo que em dois não houve material suficiente para análise

** Um caso de Ca de endométrio

Pode-se observar que a grande maioria dos casos de comprometimento endometrial, seja por hiperplasia atípica ou neoplasia primária ou secundária, encontra-se no grupo de mulheres na pós-menopausa, independentemente da idade. Estes achados são estatisticamente significativos (TABELA 13).

TABELA 13

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA PRESENÇA DE NEOPLASIA / HIPERPLASIA ATÍPICA NO RESULTADO DE EXAMES HISTOPATOLÓGICOS DO ENDOMÉTRIO EM RELAÇÃO AO PADRÃO MENSTRUAL TIPO MENOPAUSA EM 323 PACIENTES

Câncer / H. Atípica	Padrão Menstrual* (%)	
	Menopausa	Não-Menopausa
Sim	17	2
Não	83	98
n	66	257

P = 0,00002

* dois casos onde o padrão menstrual era ignorado

* três casos de menopausa precoce.

4.3. Prevalência das complicações da curetagem da cavidade uterina e sua relação com algumas variáveis

De 386 casos houve 12% de complicações relacionadas diretamente com o procedimento da curetagem da cavidade uterina, sendo a perfuração a complicação mais freqüente (6%), como observado na TABELA 14. Não houve casos com mais de uma complicação.

TABELA 14

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS À CURETAGEM DA CAVIDADE UTERINA EM 386 PACIENTES

Complicações	n	%
Perfuração uterina	23	6,0
Hematometra	10	2,6
Hemorragia	8	2,0
Endometrite	2	0,6
Alterações da Fertilidade	2	0,6
Perfuração Fundo de Saco	1	0,2
Ausente	340	88,0

Não houve diferença estatística dos tipos de complicações com a idade das pacientes. Deve-se apenas ressaltar que os dois casos de alterações da fertilidade ocorreram em mulheres abaixo de 40 anos, quando ainda se encontram em período reprodutivo (TABELA 15).

TABELA 15

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE COMPLICAÇÕES DA CURETAGEM DA CAVIDADE UTERINA EM RELAÇÃO À IDADE EM 386 PACIENTES

Complicações	Idade (anos) (%)	
	< 40	≥ 40
Perfuração uterina	5	7
Hematometra	3	2
Hemorragia	1	4
Endometrite	1	0
Alterações da Fertilidade	1	0
Perfuração Fundo de Saco	0	1
Ausente	89	86
n	224	162

Não houve associação estatisticamente significativa entre a cor das pacientes e a presença ou não de complicações (TABELA 16).

TABELA 16

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE COMPLICAÇÕES DA CURETAGEM DA CAVIDADE UTERINA EM RELAÇÃO A COR EM 386 PACIENTES

Complicações	Cor (%)	
	Branca	Não-Branca
Perfuração uterina	5	11
Hematometra	2	3
Hemorragia	2	1
Endometrite	1	0
Alterações da Fertilidade	0,5	1
Perfuração Fundo de Saco	0,5	0
Ausente	89	84
n	311	75

As complicações da curetagem da cavidade uterina ocorreram, na maioria das vezes, entre as mulheres que tinham tido um ou mais partos, exceto o hematometra que ocorreu em 5% das nulíparas (TABELA 17). Quando se avaliou somente os casos de perfuração uterina em relação à paridade,

pôde-se observar que o risco de perfuração uterina foi significativamente maior nas mulheres com quatro partos ou mais (TABELA 18).

TABELA 17

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE COMPLICAÇÕES DA CURETAGEM DA CAVIDADE UTERINA EM RELAÇÃO À PARIDADE EM 386 PACIENTES

Complicações	Paridade (%)		
	Nulípara	1 a 3	> 4
Perfuração uterina	0	3	11
Hematometra	5	3	2
Hemorragia	0	1	4
Endometrite	0	0,5	1
Alterações da Fertilidade	0	1	0
Perfuração Fundo de Saco	0	0	1
Ausente	95	92	81
n	22	209	155

TABELA 18

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA PRESENÇA DE PERFURAÇÃO UTERINA EM RELAÇÃO À PARIDADE EM 386 PACIENTES

Perfuração	Número de Partos (%)	
	≤ 3	>4
Sim	3	11
Não	97	89
n	225	155

p < 0,01

Não houve diferença estatisticamente significativa com a presença de complicações da cavidade uterina em relação ao IMC, conforme o demonstrado na TABELA 19.

TABELA 19
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS COMPLICAÇÕES DA CURETAGEM DA
CAVIDADE UTERINA EM RELAÇÃO AO IMC EM 381 PACIENTES

Complicações	IMC* (%)		
	≤ 25	25 > IMC < 30	≥ 30
Perfuração uterina	5	6	8
Hematometra	2	4	2
Hemorragia	2	2	0
Endometrite	1	0	0
Alterações da Fertilidade	1	0	0
Perfuração Fundo de Saco	0,5	0	0
Ausente	88	88	90
n	231	100	50

* 5 casos onde o IMC foi ignorado

Dos 85 casos que evoluíram para histerectomia, apenas dois foram decorrentes de complicação da curetagem (TABELA 20). Em 60% (seis de dez) dos casos das pacientes que tiveram como complicação o hematometra, o padrão menstrual piorou.

TABELA 20

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS TIPOS DE PADRÃO MENSTRUAL PÓS-CURETAGEM EM RELAÇÃO AO TIPO DE COMPLICAÇÃO EM 386 PACIENTES

Padrão Menstrual	Complicações						
	Hemorragia	Perf	Endom	Alt. Fert	Perf. FS	Hemat	Ausente
Mantido	75	70	50	50	0	20	71
Piorou	12,5	4	0	50	0	60	6
Melhorou	0	0	0	0	0	0	1
Histerectomia	12,5	26	50	0	100	20	22
n	8	23	2	2	1	10	340

5. Discussão

No Ambulatório de Patologia Cervical do CAISM, onde foi realizada a pesquisa, e em alguns outros que conhecemos, a curetagem da cavidade uterina durante a sessão cirúrgica da conização do colo uterino é rotina para todas as pacientes, enquanto em outros serviços ela nem sequer é cogitada. Estas condutas tão discordantes decorrem da ausência de evidências a favor ou contra a prática da curetagem da cavidade em tais casos.

Esta situação motivou-nos a avaliar o procedimento da curetagem da cavidade uterina na seqüência à conização do colo uterino e procurar estabelecer critérios para indicação de tal procedimento.

Os resultados deste trabalho contribuem para definir um grupo de mulheres que se beneficiam com o procedimento da curetagem da cavidade uterina, seja para elucidar o diagnóstico da patologia cervical, seja para triar doenças endometriais naquelas assintomáticas.

De acordo com os achados deste trabalho, está indicada a realização da curetagem da cavidade uterina, complementando o procedimento de conização

do colo uterino, em todas as mulheres com quarenta anos ou mais, obesas e que se encontram na menopausa.

Isto foi confirmado através da avaliação dos dados, onde pudemos observar que, na quase totalidade dos casos de alteração endometrial (14 dos 16 casos), seja por hiperplasia atípica ou neoplasia, as mulheres estavam no grupo acima de 40 anos, com peso maior que 64kg, com índice de massa corpórea acima de 30 e na menopausa (as que tiveram envolvimento endometrial pela neoplasia cervical). A única paciente com lesão primária endometrial apresentava ciclos hiperpolimenorréicos.

Em relação à citologia oncológica, pelos dados obtidos, não pudemos confirmar nem afastar sua relação com a presença de invasão endometrial pela neoplasia do colo uterino, apenas mostrar que existe uma forte relação entre citologia oncológica com lesão intra-epitelial de alto grau ou superior, e a presença de invasão endometrial pela neoplasia de colo. Se considerarmos as indicações da conização do colo uterino nestas pacientes, cinco foram por neoplasia intra-epitelial graus II e III na biópsia, cuja citologia oncológica correspondente era de lesão intra-epitelial de alto grau e sugestiva de invasor, seguido de quatro casos de colposcopia insatisfatória com citologia sugestiva de invasão. Consideramos que não nos foi possível chegar a uma conclusão significativa, por se tratar de um fenômeno de baixa prevalência.

Muito pouco se tem publicado na literatura em relação à realização da

curetagem uterina durante o procedimento da conização do colo uterino, em nossa opinião, por se tratar justamente de um fenômeno de baixa prevalência. Temos trabalhos relativamente antigos, que mostraram a possibilidade de progressão e metastatização das lesões de alto grau e invasoras do colo uterino para o endométrio, e a importância de se ter conhecimento disto para avaliar fatores prognósticos e definição de tratamento para lesão de alto grau e do câncer invasor do colo uterino (FERENCZY et al., 1971; HELMKAMP et al.; 1983; GRIMARD et al.; 1988).

Na verdade, o que aparece na literatura confirma nossos achados de que a presença de neoplasia do colo uterino no endométrio tem uma forte associação com graus avançados da CO, fato este que não é observado em relação ao resultado da colposcopia e biópsia do colo uterino. De acordo com nossos dados e dados da literatura, isto ocorre porque nem toda lesão do colo uterino pode ser vista na sua totalidade e/ou biopsiada para se obter critérios reais para indicação da curetagem (FERENCZY et al., 1971).

Quando avaliamos o resultado da histologia endometrial em relação ao resultado do cone, confirmamos a hipótese diagnóstica de que, quanto mais avançada a lesão, maior é a chance de comprometimento endometrial. Houve 14 casos, do total de 16, de comprometimento endometrial pela neoplasia ou hiperplasia endometrial atípica no resultado do cone com lesão de alto grau, microinvasivo ou invasivo.

Não podemos deixar de salientar que, das 12 pacientes com neoplasia no endométrio, somente uma era primária do endométrio, o que se explica pelo fato das pacientes terem o enfoque principal em relação à patologia cervical e a grande maioria delas ser jovem. Por outro lado, tivemos elevado número de hiperplasias endometriais, tanto típicas quanto atípicas, nas pacientes com mais de 40 anos. As hiperplasias típicas, por não serem consideradas lesões pré-neoplásicas, foram incluídas no grupo das pacientes sem neoplasia.

Podemos observar, mesmo sem ter obtido uma significância estatística, que nossas 11 mulheres com invasão endometrial pelo câncer do colo tinham em comum idade acima de 40 anos, eram brancas, multíparas, com antecedente menstrual normal, apresentavam citologia oncológica com lesão de alto grau ou suspeita de invasão e curetagem do canal com presença de câncer de colo uterino.

Através destes trabalhos já citados é que foi introduzido o conceito da necessidade de se ter uma avaliação endometrial mais adequada nas pacientes, que seriam submetidas ao cone do colo uterino. Assim, tornou-se rotina a curetagem da cavidade (FERENCZY et al., 1971; GRIMARD et al., 1988).

Encontramos apenas um trabalho, realizado em 1987 nesta Instituição, que propôs um critério de indicação para tal procedimento. Assim como o presente estudo, tinha como critérios para realização da curetagem da cavidade uterina nas pacientes com indicação de conização do colo uterino, a idade (peri e pós-menopausa) e o resultado da CO (lesão de alto grau para

cima). Esses autores não chegaram a avaliar a massa corpórea nem o estado menstrual da paciente no momento da cirurgia, mas também consideraram como indicação da curetagem da cavidade a presença de sangramentos anormais e história de hiperplasia endometrial progressa. Vale a pena ressaltar que dentro do grupo de CO com lesão de alto grau ou superior foram incluídas, tanto no nosso trabalho quanto no deles, os casos de suspeita de adenocarcinoma e invasão glandular (NEVES-JORGE et al., 1987).

O baixo valor da curetagem uterina na pré-menopausa em pacientes com sangramentos anormais, observado no estudo de NEVES-JORGE et al., (1987) coincide com achados recentes de outros autores como o de EMANUEL et al (1997).

A partir de 1987 houve, praticamente, até onde pudemos avaliar através do levantamento bibliográfico deste trabalho, uma ausência de publicações brasileiras e internacionais em relação a tal procedimento. Alguns serviços abandonaram por completo a realização da curetagem da cavidade uterina durante o procedimento da conização do colo uterino, talvez devido à baixa prevalência das doenças do colo no endométrio neste grupo de pacientes, a maioria delas ainda jovens, ou devido ao risco de complicações relativas ao procedimento, ou, ainda, devido à introdução de novas técnicas para realização do cone ambulatorialmente (GRIMES, 1982), as quais tornavam mais difícil, segundo esses autores, a obtenção de material de cavidade uterina para avaliação.

Justamente a maior parte das publicações passou a ser relacionada às novas técnicas de conização do colo uterino que foram desenvolvidas com o intuito de diminuir os custos e a morbidade do procedimento, que passou a ser realizado ambulatorialmente. (EMANUEL et al., 1997; BEM-YEHUDA et al., 1998).

Após a avaliação destes dados, temos condição de contra-argumentar e dizer que não se justifica o abandono indiscriminado de tal procedimento, mesmo que o cone seja realizado como conduta cirúrgica ambulatorial. Nos casos em que se cumprem as condições propostas neste trabalho, ou seja, nas mulheres acima de 40 anos, com IMC maior que 30 , menopausadas e com CO com lesão de alto grau ou mais, mesmo durante a conização em nível ambulatorial, uma amostra endometrial deve ser obtida, mesmo usando outras técnicas como a histeroscopia, o aspirador de Vabra, a cureta de Novak ou a cânula de Karman (MATSUURA et al., 1996; SACCUCCI et al., 1996).

Na literatura há trabalhos demonstrando resultados conflitantes em relação a capacidade diagnóstica destas técnicas supracitadas, em relação aos resultados obtidos com a curetagem da cavidade uterina (MATSUURA et al., 1996; BEM-YEHUDA et al., 1998). O maior problema com relação a esta nova técnica de conização do colo uterino é não ser acessível a todo serviço, seja pelo custo ou pela capacitação profissional. Já em relação à forma de obtenção de amostra de tecido endometrial em nível ambulatorial, é o inverso, ou seja, com baixo custo, fácil de realizar e quase isento de complicações.

A não-realização da amostragem endometrial no grupo de mulheres pré-determinado neste trabalho, tira-nos a possibilidade de diagnosticar e tratar precocemente as lesões endometriais e estadiar adequadamente a neoplasia do colo uterino, tendo um fator a mais para avaliar seu prognóstico e tratamento.

Em relação às patologias endometriais, a curetagem é uma boa opção de triagem e diagnóstico dessas lesões. Fatores de risco para complicações como idade, obesidade e paridade identificados em nosso estudo, estão de acordo com a literatura (READ, 1995; VACHER-LAVENU, 1996).

A taxa de complicações relacionada com a curetagem da cavidade uterina, na literatura, é menor que a observada neste estudo, que foi de 12%. Confirmamos, o que já se sabia na literatura, que a perfuração uterina é a complicação mais freqüente seguida de hematometra e hemorragia (Schenker, 1996). Na literatura há taxas de perfuração uterina de 0,17% em média, o que difere da encontrada neste trabalho, que foi de 6% (LINDELL & FLAM, 1995).

Um dos motivos de haver uma taxa de complicações maior que as da literatura é decorrente de estarmos num hospital universitário, onde tal procedimento é realizado por profissionais em aprendizado. Esta elevada taxa de complicações gerou um aumento nos custos, uma vez que na maioria das vezes foi necessário um prolongamento do tempo de internação e, em alguns casos, de um novo procedimento cirúrgico para resolver a complicação.

Apesar de ser uma complicação rara, as alterações da fertilidade são de uma alta morbidade e de difícil resolução, e em se tratando de mulheres, na sua maioria jovens, que estão sendo submetidas rotineiramente à curetagem, devemos nos preocupar. Na literatura temos 43% de infertilidade e 62% de alterações menstruais decorrentes de sinéquias uterinas pós-curetagem por aborto (SCHENKER, 1996), taxas essas que segundo este trabalho, podem ser transportadas para curetagem da cavidade uterina de uma maneira geral, uma vez que não existem dados na literatura relacionados somente à infertilidade pós-CTG e pós-cone do colo uterino.

Pudemos observar também que o padrão menstrual, excetuando as que foram submetidas à histerectomia total devido ao comprometimento pela doença cervical das margens, só se alterou quando a complicação foi hematometra. Estas alterações foram para ciclos espaniomenorréicos acompanhados de intensa dismenorréia e a explicação é devido a estenose do orifício interno do colo seja por trauma cirúrgico durante a dilatação do colo para CTG ou por lesão do orifício interno do colo durante a conização.

A resolução destas complicações envolvem um aumento dos custos, principalmente quando existe uma necessidade de tratamento cirúrgico.

O custo relacionado ao procedimento da curetagem da cavidade uterina, com ou sem complicação, não foi avaliado neste trabalho, por não ser o intuito primordial da pesquisa .

Como existe um risco atribuído ao procedimento da curetagem da cavidade uterina, não devemos realizá-la de forma rotineira em todas as pacientes com indicação de conização do colo uterino, uma vez que a relação risco-benefício pode não ser boa. Apesar das complicações do procedimento existirem, não devemos deixar de realizá-lo no grupo de mulheres que necessitam, pois a possibilidade de diagnosticar uma invasão endometrial pela doença cervical ou uma patologia primária endometrial, justifica a possibilidade de uma complicação. Quando avaliamos a taxa de complicações em relação à idade, paridade, estado menstrual e IMC, não notamos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos estudados.

A taxa de complicações da curetagem uterina nos faz parar e pensar que é alta para ser utilizada indiscriminadamente, mas se torna insignificante com o benefício que traz para as pacientes com indicação.

Um dado que vale a pena ressaltar e que vem concordar com a literatura, é uma maior incidência de perfuração nas pacientes multíparas, cujo motivo se deve a que geralmente têm úteros com volume maior e com uma consistência mais amolecida (LEIBNER, 1995).

Como a conização do colo uterino, independente da técnica cirúrgica utilizada, é um procedimento realizado com muita frequência, torna-se clara a importância do trabalho realizado, uma vez que com a definição do grupo de mulheres que realmente necessitam de tal procedimento diminuimos a

morbidade, a exposição ao risco de complicação, diagnosticamos mais corretamente a patologia cervical e triamos precocemente possíveis lesões endometriais. Para a instituição, proporciona a diminuição dos custos relacionados ao procedimento e que muitas vezes é acrescido dos custos decorrentes de uma complicação, indo de encontro às campanhas atuais de contenção de despesas e de uma melhor distribuição do dinheiro empregado na saúde (LEIBNER, 1995).

Até então há serviços que fazem a curetagem da cavidade uterina de rotina em todas as pacientes que são submetidas à conização uterina e outros não a fazem. É neste ponto justamente que vemos a importância e a novidade deste trabalho, uma vez , que pela primeira vez até onde sabemos, avaliou-se as mulheres submetidas à curetagem da cavidade uterina segundo algumas variáveis e criou-se um protocolo de indicação para tal procedimento.

O trabalho na literatura que mais se aproximou deste tinha uma casuística menor e deixou de avaliar algumas variáveis consideradas como importantes. (NEVES-JORGE et al., 1987).

Em vista disto, este é um trabalho que oferece subsídios a todos os profissionais da área para reavaliarem seus casos e utilizando critérios baseados nas evidências descritas aqui, com relação a realização ou não do procedimento, com a criação do protocolo, inclusive para pacientes com procedimento cirúrgico ambulatorial.

Temos consciência de que, em se tratando de um estudo onde também estamos triando doenças endometriais, algumas variáveis como hipertensão arterial sistêmica, diabetes tipo I e II e uso de esteróides deveriam ter sido avaliadas, uma vez que, de acordo com a literatura, são consideradas fatores de risco para doenças endometriais.

Por outro lado, estes dados não estavam suficientemente completos nos prontuários avaliados, mesmo sabendo que a hipertensão arterial e Diabetes Mellitus são fatores de risco para qualquer procedimento cirúrgico. A falta destes dados no prontuário se deve a que, nestas pacientes, o enfoque principal era a patologia cervical, por serem na sua maioria jovens e por não serem considerados fatores de risco para neoplasia cervical.

Também sentimos que, por ser uma patologia de baixa prevalência, faltou-nos casuística para podermos afirmar estatisticamente a relação entre algumas variáveis que seriam de importância na definição do grupo de mulheres que seriam beneficiadas com a curetagem da cavidade uterina durante a conização do colo uterino.

Frente a tudo que foi exposto e aos dados encontrados, realmente se justifica este estudo no intuito de estabelecer critérios para que a curetagem da cavidade seja realizada apenas quando necessária, visando a diminuir a morbidade e os custos relacionados ao procedimento e suas complicações.

A partir deste trabalho sentimos a necessidade de que novos estudos

multidisciplinares devam ser realizados para conseguirmos afastar um maior número de casos e podermos confirmar ou afastar tendências observadas em nosso trabalho. Também a avaliação endometrial das pacientes somente com lesões tipo adenocarcinoma ou atipias glandulares pode trazer acréscimo, uma vez que o comportamento deste tipo de doença parece ser completamente diferente dos carcinomas epidermóides e pouco sabemos do seu comportamento.

Pela sua característica retrospectiva, este trabalho não incluiu o uso prévio de hormônios esteróides como variável a ser considerada, apesar de ser a associação entre estes hormônios e patologia endometrial um assunto de grande atualidade. Por isto, seria recomendável realizar estudos prospectivos avaliando o uso crônico de esteróides, visando a estabelecer novos critérios de indicação da curetagem da cavidade uterina neste grupo de mulheres.

6. Conclusões

1. Não foi possível afastar ou confirmar que existe uma associação entre as lesões intra-epiteliais de alto grau diagnosticadas pela citologia com a presença de comprometimento endometrial pela doença cervical. Os resultados da colposcopia e da biópsia não tiveram relação com o comprometimento endometrial.
2. Verificamos que a doença endometrial esteve associada à doença cervical apenas em mulheres com idade acima de 40 anos, com IMC maior que 30 e menopausadas.
3. Verificamos que a doença primária endometrial ocorreu apenas nas mulheres com idade acima de 40 anos, com IMC maior que 30. Não foi verificada associação com padrão menstrual no momento da cirurgia.
4. Verificamos uma alta taxa de complicações, sendo a mais freqüente a perfuração uterina. Não houve associação das complicações com a idade,

dados pondero-estaturais e padrão menstrual no momento da cirurgia, exceto com relação à paridade, onde foi maior a incidência de perfuração uterina nas pacientes com quatro ou mais partos.

5. Verificamos que houve piora do padrão menstrual em 60% das vezes onde a complicação foi hematometra, e o padrão menstrual manteve-se o mesmo frente as outras complicações.

7. Summary

All patients with recommendation for cervical conization due to cervical intraepithelial neoplasia III / in-situ carcinoma and microinvasive cancer have undergone, in some services, a routine curettage of the uterine cavity. This procedure intends to better characterize cervical pathology and to perform a triage of the primary endometrial diseases. The present study aimed to determine which group of women would benefit with the curettage of the uterine cavity, even knowing that it is a procedure with risks of complications. This retrospective study was performed through the evaluation of the records of 386 women submitted to cervical conization and to uterine cavity curettage. All women were assisted and treated at the cervical pathology outpatient clinic of CAISM / UNICAMP, from January 1992 to December 1995. The statistical analysis was performed through Chi-square test for tables 2x2 or Fisher's exact test. The statistical package Epi-info 97 was utilized. The association between the findings of endometrial histopathology, primary or secondary to cervical pathology, and the following variables were associated: age, parity, color of the skin, ponderostatural data, menstrual pattern at the time of the surgery, oncotic

cytology result, colposcopy result, cervical biopsy result, and cone histology result. The risk of complications attributed to the uterine cavity curettage was also evaluated. An association between the endometrial disease and women 40 years old or older, with BMI higher than 30 and in menopause, was observed. The association between the grade of the oncotic cytology and the endometrial disease could not be confirmed neither unconfirmed. The risk of complications related to curettage in this population was rated at 11%, being uterine perforation the most frequent complication (6%). The highest risk of uterine perforation in the patients with four deliveries or more was statistically significant. Due to these results, it is concluded that the curettage of the uterine cavity during cervical conization, should be performed in all women aged 40 years old or older, with a BMI higher than 30 and in menopause. Therefore, this study offers subsidies to all professionals of this field to re-evaluate their cases by utilizing the criteria based in the evidences described here. That would provide the criteria to opt about the performance or not of the uterine cavity curettage during cervical conization, by developing a treatment protocol.

8. Referências Bibliográficas

ABRÃO, M.S. & MARQUES, J.A. - Etiopatogenia, diagnóstico e tratamento. In: ABRÃO, F.S. – **Tratado de oncologia genital e mamária**. São Paulo, Roca, 1995. p.335-43.

ALVARENGA, M. – Anatomia patológica e lesões precursoras. In: ABRÃO, F.S. – **Tratado de oncologia genital e mamária**. São Paulo, Roca, 1995. p.344-63.

AMIN-HANJANI, S. & GOOD, J.M. – Pyometra after endometrial resection and ablation. **Obstet. Gynecol.**, **85**:893-4, 1995.

BACELAR, A.C.; WILCOCK, D.; POWELL, M.; WORTHINGTON, B.S. – The value of MRI in the assesment of traumatic intra-uterine adhesions (Asherman's Syndrome). **Clin. Radiol.**, **50**:80-3, 1995.

BARRON, B.A & RICHART, R.M. - A statistical model of the natural history of cervical carcinoma based on a prospective study of 557 cases. **J. Natl. Cancer** , 1968.

BEIGUELMAN, B. - Curso prático de bioestatística. 2.ed. São Paulo, **Rev. Bras. Genética**, 1991.231p.

BEN-YEHUDA, O.M.; KIM, Y.B.; LEUCHTER, R.S. – Does hysteroscopy improve upon the sensitivity of dilatation and curettage in the diagnosis of endometrial hyperplasia or carcinoma? ***Gynecol. Oncol.***, **68**:4-7, 1998.

BOURNE, T.; HAMBERGER, L.; HAHLIN, M.; GRANBERG, S. – Ultrasound in gynecology: endometrium. ***Int. J. Gynecol. Obstet.***, **56**:115-7, 1997.

CANNISTRA, S.A. & NILOFF, J.M. – Cancer of the uterine cervix. ***New Engl. J. Med.***, **334**:1032-7, 1996.

CHERKIS, R.C.; PATTEN, S.F. Jr.; DICKINSON, J.C.; DEKANICH, A. S. – Significance of atypical endometrial cells detected by cervical cytology. ***Obstet. Gynecol.***, **69**:786-9, 1986.

CHRISTOPHERSON Jr, M. & GRAY, L.A. – Premalignant lesions of the endometrium hyperplasia and adenocarcinoma *in situ*. ***Gynecol. Oncol.***, **21**:531-5, 1985.

COPPELSON, M. & REID, B. - The pathogenesis of cervical intra epithelial neoplasia in The Colposcopist. American Society for Colposcopy and Cervical ***Pathology***, 1979.

CRAVELLO, L.; MONTGOLFIER, R.; D'ERCOLE, C.; BOUBLI, L.; BLANC, B. – Hysteroscopy surgery in postmenopausal women. ***Acta Obstet Gynecol Scand***, **75**:563-6, 1996.

DECLARACION DE HELSINKI: Recomendaciones para guiar a los medicos en la investigation biomedica em seres humanos. In Colegio Medico de Chile (A.G.). Etica medica, graphos, 1986.

- DISAIA, P.J. & CREASMAN, W.T. – Endometrial hyperplasia / estrogen therapy. In: DISAIA & CREASMAN, W.T. – **Clinical gynecologic oncology**. Missouri, Mosby-Year Book, 1997. p.107-33.
- EMANUEL,M.H.; WAMSTEKER,K.; LAMMES, F.B. - Is dilatation and curettage absolute for diagnosing intrauterine disorders in perimenopausal patients with persistent abnormal uterine bleeding? **Acta. Obstet. Gynecol. Scand.**, **76**:65-8, 1997.
- FERENCZY,A.; RICHART,R.M.; OKAGAKI,T. – Endometrial involvement by cervical carcinoma *in situ*. **Am. J. Obstet. Gynecol.**,**110**:590-2, 1971.
- FOCCHI, J. & MARTINS, N. V. – Neoplasia intra-epitelial cervical. In: ABRÃO, F.S. – **Tratado de oncologia genital e mamária**. São Paulo, Roca, 1995. p.257-68.
- FOX, C.H. - Biologic behavior of dysplasia and carcinoma *in situ*. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **99**:960-74, 1967.
- GALLUP,D.G. & STOCK,R.J. – Adenocarcinoma of endometrium in women 40 years of age or younger. **Obstet. Gynecol.**, **64**:417, 1984.
- GRIMES,D.A. – Diagnostic dilation and curettage: a reappraisal. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **142**:1-6, 1982.
- GRIMARD,L.; GENEST,P.; GIRARD,A.; PREFONTAINE,M.; DROUIN,P.; NAIR,R.C.; STAS,M. – Prognostic Significance of endometrial extension in carcinoma of the cervix. **Gynecol. Oncol.**, **31**:301-9, 1988.
- HALL, J.E. & WALTON,L. - Dysplasia of the cervix: a prospective study of 206 cases. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **100**:662,1968.

HELMKAMP,B.F.; DENSLOW, B.L.; BONFIGLIO,T.A.; BEECHAM, J.B. –
Cervical conization: when is uterine dilatation and curettage also
indicated? **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **146**:893-4, 1983.

INTERNATIONAL ACADEMY OF CYTOLOGY TASK FORCE SUMMARY –
Colposcopy, cervicography, speculoscopy and endoscopy. **Acta
Cytologica**, **42**:33-49, 1998.

JONES Jr, H.W. & JONES, G.S. – Hiperplasia do endométrio e pólipos
endometriais. In: JONES Jr, H.W. & JONES, G.S. - **Novak tratado de
ginecologia**. 9.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1983. p.316-28.

KILLACKEY,M.A.; JONES,W.B.; LEWIS Jr,J.L. – Diagnostic conization of the
cervix: review of 460 consecutive cases. **Obstet. Gynecol.**, **67**:766-8,
1986.

KOBAK, W.H.; ROMAN,L.D.; FELIX,J.C.; MUDERSPACH,L.I.; SCHLAERTH,
J.B.; MORROW,C.P. - The role of endocervical curettage at cervical
conization for high-grade dysplasia. **Obstet. Gynecol.**, **85**:197-201, 1995.

KON, L.G.; SCHREIBER, K.; OBERLANDER, S.G. – Detection of endometrial
cancer and hyperplasia in asymptomatic women. **Obstet. Gynecol.**, **6**:1-5,
1994.

LIDOR,A.B.; ISMAJOVICH,B.; CONFINO, E.; DAVID, M.P. – Histopathological
findings in 226 women with postmenopausal uterine bleeding. **Acta.
Obstet Gynecol. Scand.**, **65**:41-3, 1986.

LINDELL, G. & FLAM, F. – Management of uterine perforations in connection
with legal abortions. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, **74**:373-5, 1995.

- LEIBNER, E.C. – Delayed presentation of uterine perforation. *Ann Emerg. Med.*, **26**:643-6, 1995.
- LUBICZ, S. – Significance of one biopsy margins in the management of patient with cervical neoplasia. *J. Reprod. Med.*, **29**:179-81, 1984.
- LUDWIG, H. – Prognostic factors in endometrial cancer. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, **49**:S1-S7, 1995.
- MARCH, C.M. – Intrauterine adhesions. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, **22**:491-505, 1995.
- MATSUURA, Y.; KAWAGOE, T.; TOKI, N.; SUGIHARA, K.; KASHIMURA, M. - Early cervical neoplasia confirmed by conization: diagnostic accuracy of cytology, colposcopy and punch biopsy. *Acta. Cytol.*, **40**:241-6, 1996.
- MONK, A ; PUSHKIN, S.F.; NELSON, A L.; GUNNING, J.E. - Conservative management of options for patients with dysplasia involving endocervical margins of cervical cone biopsy specimens. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **174**: 1695-9, 1996.
- NACIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP: The 1988 Bethesda System for reporting cervical / vaginal cytological diagnoses. *JAMA*, **18**:931-4, 1989.
- NELSON, J.H.; AVERETTE, H.E.; RICHART, R.M. - Detection, diagnostic evaluation and treatment of dysplasia and early carcinoma of the cervix. *CA* **25**:134-51, 1975.
- NEVES-JORGE, J.P.; DERCHAIN, S.F.M.; GALLANI, N.R. - Considerações sobre a necessidade da curetagem uterina na propedêutica da neoplasia intra-epitelial cervical. 28a *J. Bras. Ginecol. Obstet.*, **TGL-021**, 1987.

- NORRIS, H.J.; TAVASSOLI, F.A., KURMAN, R.J. – Endometrial hyperplasia and carcinoma, diagnostic consideration. **Am. J. Surg. Pathol.**,**7**: 839-42, 1988.
- PEREZ, C.A.; CAMEL, H.M.; ASKIN, F.; BREAU, S. – Endometrial extension of carcinoma of the uterine cervix: a prognostic factor that may modify staging. **Cancer**, **48**:170-80, 1981.
- RESALLA, S. – Etiopatogenia, diagnóstico e estadiamento. In: ABRÃO, F.S. – **Tratado de oncologia genital e mamária**. São Paulo, Roca, 1995. p.269-81.
- READ, M.D. – Outpatient endometrial assessment. **Brit. J. Hosp. Med.**, **54**:150-3, 1995.
- RUBIN, S.C. & BATTISTINI, M. – Endometrial curettage at the time of cervical conization. **Obstet. Gynecol.**, **67**:663-4, 1986.
- SACCUCCI, P.; RIGON, G.; PROVENZA, C.; MASTRONE, M.; ARE, P.; PISANI, G.; BARTOLELLI, C. – Quadri isteroscopici nei sanguinamenti uterini in post-menopausa. **Minerva Ginecol**, **48**:401-4, 1996.
- SILVERBERG, E.; BORING, C.C.; SQUIRES, B.A. – Cancer statistics. **CA**, **90**:40, 1990.
- SMITH, M. & McCARTNEY, A. J. – Occult, high-risk endometrial cancer. **Gynecol. Oncol.**, **22**:154-161, 1985.
- SCHENKER, J.G. - Etiology of and therapeutic approach t synechia uteri. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, **65**:109-13, 1996.

TSENG, C.J.; HORNG, S.G.; SOONG, Y.K.; HSUEH, S.; HSIEH, C.H.; LIN, H.W. – Conservative conization for microinvasive carcinoma of the cervix. ***Am. J. Obstet. Gynecol***, **176**:1009-10, 1997.

WHITOKER, G.K.; LEE, R.B.; BENSON, W.L. – Carcinoma of endometrium in young women. ***Milit. Med.***, **151**:25-8, 1986.

VACHER-LAVENU, M.C. - Dysfunctional endometrial hemorrhage. Contribution of biopsy and curettage. ***Ann. Pathol.***, **16**:381-90, 1996.

VARAKLIS, K. & STUBBLEFIELD, P.G. – Evaluating the role of incidental diagnostic dilation and curettage in young women undergoing elective laparoscopic sterilization. ***J. Reprod. Med.***, **40**:415-7, 1995.

9. Bibliografia de Normatizações

1. HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. BIREME, São Paulo, 1991. 45p.
2. Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD - OF. CIR/PRPG/06/95 - Normas ABNT. 1995. 8p.

10. Anexos

ANEXO 1

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO RESULTADO HISTOLÓGICO DO CONE EM RELAÇÃO AOS CRITÉRIOS DE SUA INDICAÇÃO

Histol. cone	NIC III/micro na biopsia	Indicação Colpo insatisfatória	Do cone Discordância Co/biopsia	Lesão em canal	NIC II extenso
Aus. neopl	4	25	13	15	40
L. baixo G	5	9	3	10	13
L. alto G	66	54	68	64	47
Microinvas	22	9	8	8	0
Invasivo	3	3	8	3	0
TOTAL	182	76	74	39	15

n = 386

ANEXO 2

Nº de ordem:

1. Iniciais do nome: _____ 2. HC: _____
3. Idade: _____ anos 4. Cor: branca () preta () parda () amarela () ign ()
5. Peso: _____ g 6. Altura : _____ cm
7. Paridade: gesta _____ para _____ aborto _____
8. Antec. menstrual: () normal () polimen. () hipermenor. () espaniomenor.
() hiperpolimenor. () oligomenor. () amenorréia () ign
9. Co: () cl I () cl II () NIC I () NIC II () NIC III / CIS () cl IV
() cl V () cl III c/ atipias inconclusivas () cl III c/ alt endocervicais
() cl IV c/ sug de invas gl () cl V c/ sugest de adenoca
10. Biópsia: () NIC 1 () NIC 2 () NIC 3 () CIS () ausência de neopl
() Não realizada () microinvasivo () invasivo
11. Colposcopia: () alterada () normal () insatisfatória

12. Indicação do cone: NIC III / microinvasiva na biópsia

Discrepância entre co / biópsia

Colposc. Insatisfação com ou sem suspeita inv. endocer

Lesão penetrando canal

NIC II extenso

13. Histologia cone: NIC I NIC II NIC III / CIS micro inv.

inv. NIC III inv. gl. adeno CIS

14. Histologia endom: secret proliferativo secret. avançado

atrófico hiperplasia típica hiperplasia atípica

neoplasia uso horm exóg. não realizado

polipóide ausência material

15. Histologia canal: normal alterada não realizada ausência material

16. Complicação da ctg cavidade: hemorragia perfuração endometrite

hematometra Asherman outras

ausente

17. Padrão menstrual pós-ctg: mantido piorou melhorou cirurgia