

ROTINAS DE PATOLOGIA CERVICAL

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é o 2º mais incidente entre as mulheres no mundo e no Brasil, tornando-se um grave problema de saúde pública.

Os fatores de risco incluem as DSTs (fator relevante para o HPV), atividade sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, comportamento sexual de risco, tabagismo entre outros.

As lesões precursoras são rastreadas pela colpocitologia oncótica, evidenciadas pela colposcopia que possibilita biópsia e esta conduz ao diagnóstico definitivo e tratamento adequado.

Deste modo são de grande importância o diagnóstico precoce e o tratamento destas alterações precursoras (na maioria das vezes assintomáticas) e evitando, desta forma, a neoplasia invasora.

OBJETIVO

Padronizar os procedimentos do setor de Patologia Cervical da 28ª enfermagem da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, serviço do Professor Sílvio Silva Fernandes, quanto ao diagnóstico, tratamento e seguimento das lesões cervicais, vaginais e vulvares.

FUNCIONAMENTO DO AMBULATÓRIO

As pacientes virão encaminhadas a este serviço pela ginecologia geral, ambulatórios especializados ou referenciadas de postos de atendimento primário com citologias anormais ou lesões vulvo-vaginais à esclarecer. No dia do ambulatório é oferecido uma sala de espera orientada por psicóloga para trocas de experiências e minimização das ansiedades geradas pelo medo das doenças malignas.

Na admissão deverá constar:

- Anamnese
- Exame físico com especial atenção para a inspeção da vulva, da vagina e do colo uterino.

PATOLOGIA VULVAR

Inspeção da vulva e do ânus já que a neoplasia escamosa pode ser multicêntrica. Avaliação da lesão. Vulvosopia após impregnação de ácido acético a 5% por 1 a 2 minutos e biópsia dirigida se necessário.

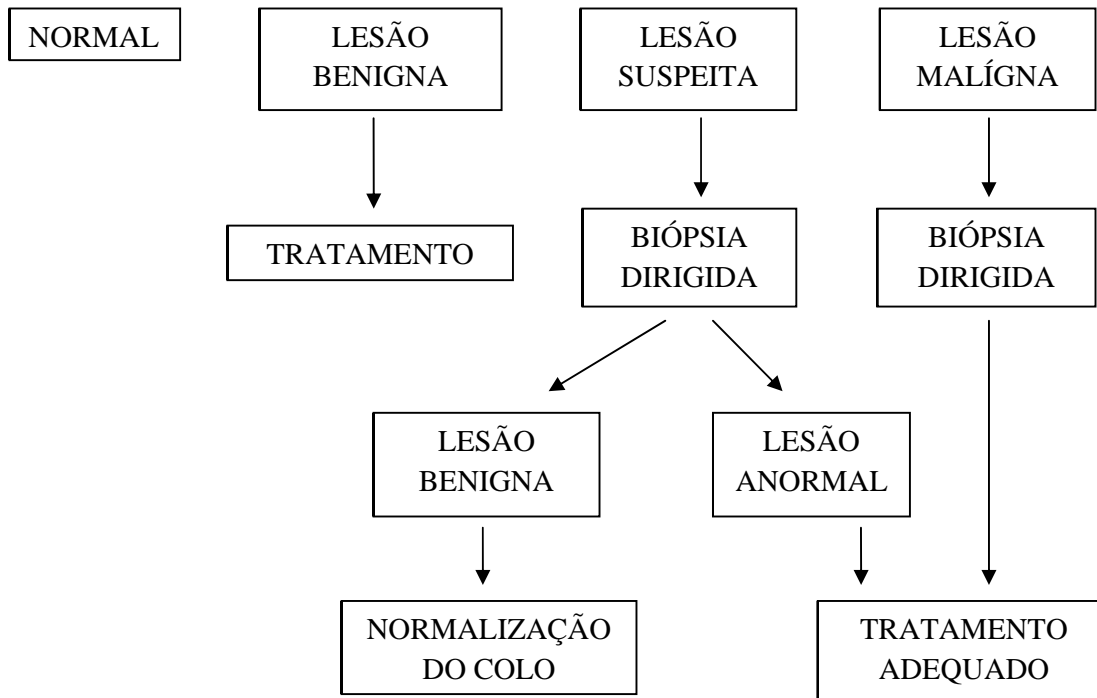
PATOLOGIA VAGINAL

Inspeção, colposcopia e biópsia se necessário.

PATOLOGIA CERVICAL

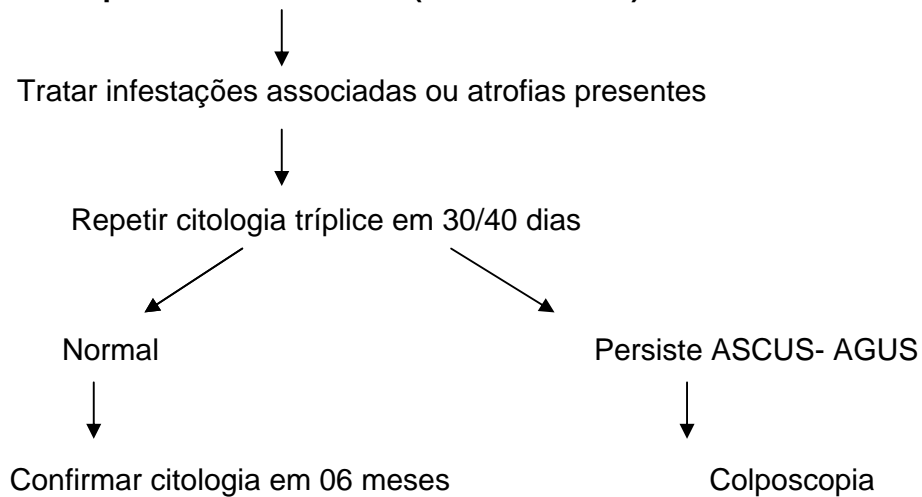
- Inspeção cuidadosa da cérvix.
- Colposcopia- o objetivo maior é localizar o sítio de células anormais para provável biópsia.
- Inspeção colposcópica com soro fisiológico. Filtro verde. Aplicação de ácido acético a 3%. Avaliação de fórnice vaginal, cérvix, principalmente JEC e canal cervical.
- Corar a cérvix com lugol (Teste de Schiller)
- Se nenhuma lesão for visualizada com colposcopia satisfatória, repetir a citologia.
- Se for identificada lesão, biopsiar na área de maior grau colposcópico.

COLPOSCOPIA

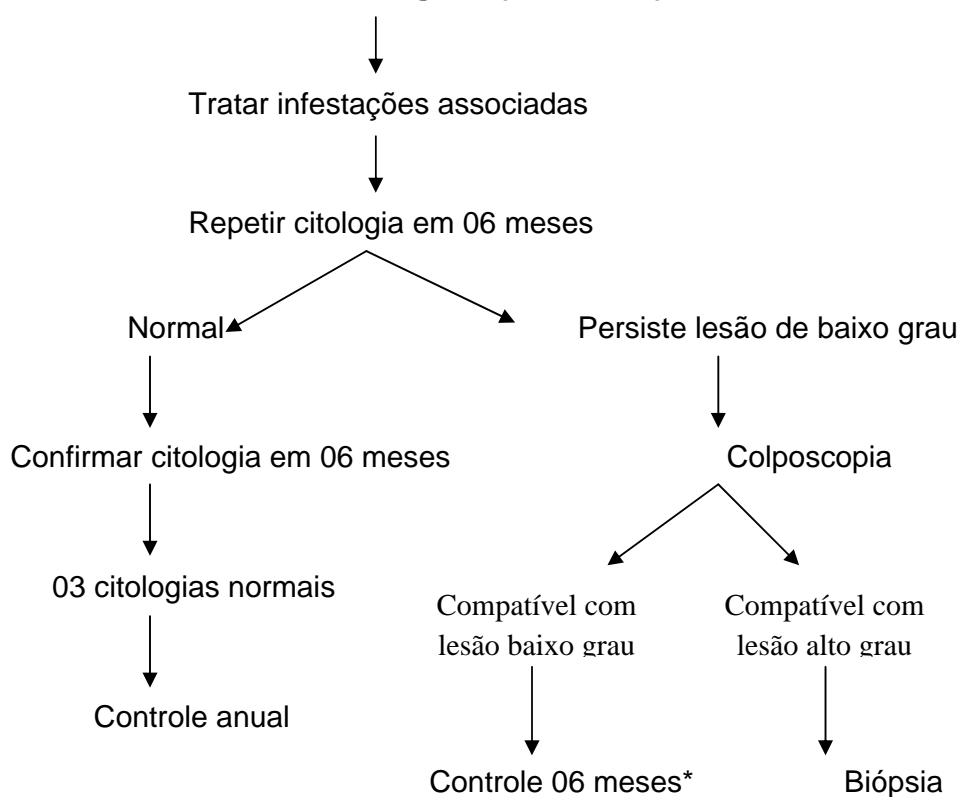


CONDUTAS NAS CITOLOGIAS

a. Atipias indeterminadas- (ASCUS/ AGUS)

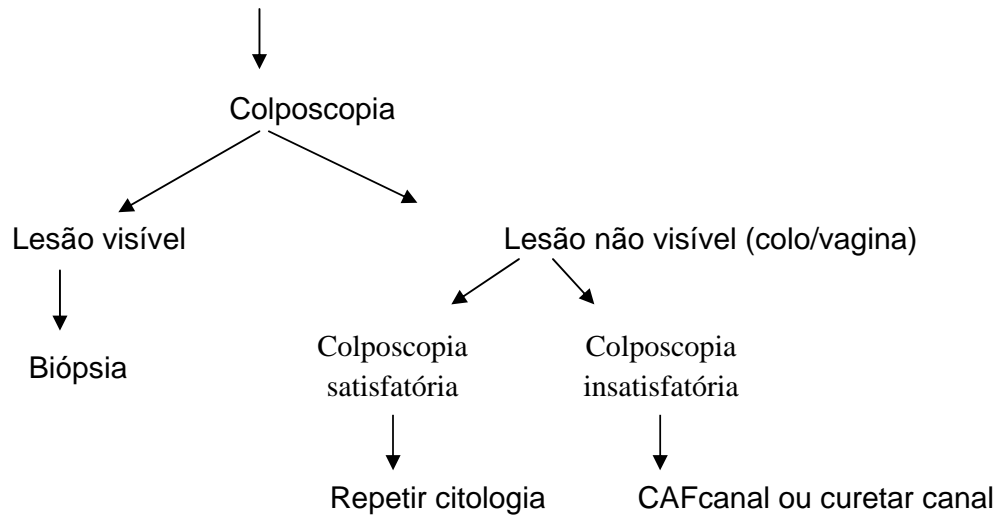


b. Lesão de baixo grau- (HPV, NIC1)



* Se persistência > que 01 ano → Estimular imunidade (biópsias múltiplas, pontos de TCA 90%, avaliar ressecção da lesão em idosas)

c. Lesão de alto grau- (NIC II/NIC III)



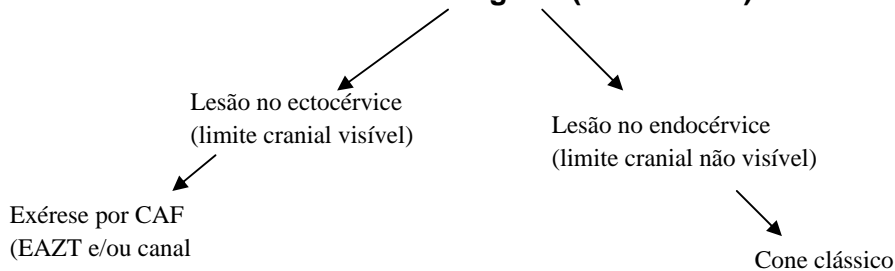
CONDUTAS NAS LESÕES CONFIRMADAS PELA BIÓPSIA

a. Lesão de Baixo grau (NIC I / HPV)



*Lesão identificada e persistente → avaliação individual (destruição por TCA 90% ou cautério ou exérese da lesão por CAF).

b. Lesão de alto grau (NICII/NICIII)



AVALIAÇÃO DAS MARGENS DO CONE

Margens livres → Colposcopia e citologia semestral

Margens comprometidas → Controle em 03 a 04 meses com colposcopia e citologia. Se normal, controles semestrais por 02 anos. Depois deste período, controle anual.

OBS: Se persistência ou retorno da lesão de alto grau, complementar segundo avaliação individual (RE-CAF, conização clássica ou HTA).