

MODIFICAÇÃO DA TÉCNICA DE CIRURGIA COM ALÇA DE ALTA FREQUÊNCIA NO TRATAMENTO DAS LESÕES DE ALTO GRAU DO COLO UTERINO. Tavares MB , Edelweiss MI , Rivoire WA , Capp E . DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA . FAMED - UFRGS.

Fundamentação:As campanhas de prevenção do câncer de colo uterino têm a função de detectar neoplasias intraepiteliais (NICs), principalmente de graus II e III. Tratamento neste estágio tem, teoricamente, uma taxa de 100 % de cura (Cox, 1999). Contudo, o câncer de colo uterino ainda se destaca, como causa de morte, no Brasil (Ministério da Saúde, 1999). Existem grandes diferenças regionais entre os diversos estágios da doença, refletindo influência de fatores econômicos e sociais, campanhas de prevenção e tratamento de lesões pré-invasivas (Shoell, 1999). Adenocarcinoma invasivo da cérvix uterina tem aumentado de incidência, particularmente em mulheres jovens (Arends, Buckley e Wells, 1998). Dos procedimentos ambulatoriais para o tratamento de NIC II e III: cone a frio, crioterapia, laserterapia e LEEP (loop electrosurgical excision procedure) são os mais utilizados. Há controvérsias em relação a custo, segurança, facilidade de uso, complicações e potencial de permanência de células com grande carga viral (HPV - Human Papiloma Virus) (Mathevet, 1998; Mittchel, 1999, Suh-Burgmann e cols., 2000). Crioterapia e laserterapia são métodos destrutivos locais e não produzem peça para exame histopatológico. São caros e requerem maior treinamento, existindo ainda riscos para o médico de lesões oculares e queimaduras, no caso do laser (Cox, 1999).A conização com alça de alta frequência, que corresponde ao LEEP, foi introduzida no tratamento das neoplasias intraepiteliais de colo uterino de alto grau (II e III) há cerca de 7 anos, por Prendville (Duggan et al., 1999). Embora seja preconizado como procedimento de consultório, é preferível realizá-lo em sala cirúrgica, sendo uma alternativa rápida e segura à crioterapia e à laserterapia (Krebs et al., 1993). O tecido patológico é excisado e não destruído, permitindo, desta forma, exame histopatológico do mesmo, que indicará invasão ou não do estroma. Embora teoricamente o procedimento idealizado por Prendville deva fornecer uma peça única, semelhante ao cone obtido com a técnica tradicional, com bisturi a frio, na prática, frequentemente isto não ocorre. Fanning e Padratzik (2002) referem que o cone fornece uma peça com aproximadamente o dobro do diâmetro e comprimento em relação ao LEEP. Na impossibilidade de se usar uma alça suficientemente grande, para retirar toda lesão em um só bloco, quando ela é maior que 2 cm no diâmetro ântero-posterior, acaba-se fragmentando o pretendido cone em várias porções. Isto dificulta para o patologista o julgamento de comprometimento ou não das margens cirúrgicas. Artefatos térmicos podem também prejudicar a avaliação das margens. As dimensões exíguas do fundo vaginal, onde se localiza o colo uterino, é o fator limitante, levando-se em conta que a alça não pode tocar nas paredes vaginais, sob pena de ocasionar lesão de bexiga, reto e até ureter, em casos extremos (Jakus e cols., 2000).Objetivos:GeraisEstudar modificação da técnica de conização de colo uterino com alça de alta frequência que propicie fornecimento de peça cirúrgica com maiores dimensões para o exame histopatológico.Específicos- Fornecer peça cirúrgica que tenha menor risco de comprometimento de margens.- Quando margens livre, a maior distância possível entre a lesão e as mesmasCausística:Delineamento do estudoEnsaio clínico prospectivo, randomizado.População e amostraPacientes com diagnóstico de lesão de alto grau de colo uterino, atendidas no Setor de Oncologia Genital Feminina do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As pacientes serão distribuídas aleatoriamente entre grupo 1 (LEEP modificado) e grupo 2 (LEEP convencional).Baseado na literatura (Mathevet, 1994) estima-se que até 50 % das margens endocervical e ectocervical estarão comprometidas utilizando-se a técnica de LEEP convencional. Assim, utilizando uma importância clínica de 30 % entre os grupos 1 e 2 no percentual de margens comprometidas, foi calculado um número total de 45 pacientes para cada grupo. O poder estatístico utilizado desta amostra seria de 80 % e o nível de significância de 0,05.Contudo, como a estimativa do tamanho da amostra foi baseada na literatura, ao final de 10 casos em cada grupo o tamanho da amostra será confirmado.A conização fracionada, com alça de alta frequência, será realizada nas seguintes etapas:Grupo 1. Exposição do colo, com espéculo revestido por material isolante para eletricidade e cânula de conexão ao látex do aspirador.2. Escolha da alça adequada para o tamanho da lesão.3. Aplicação do teste de Schiller, para delimitação da lesão (quando ectocervical).4. Regulagem do aparelho de alta frequência para a posição de corte exclusivo, em 40 W (Valley-lab) ou 60 W (Birchart).5. Secção com alça de alta frequência das duas comissuras labiais do colo em 2 cm de profundidade, ou mais dependendo da necessidade.6. Passagem da alça horizontalmente no sentido da comissura labial esquerda para a comissura labial direita, interessando lábio anterior e o lado posterior do colo uterino.7. Hemostasia com eletrodo de bola.8. Tingimento das margens cirúrgicas, com tinta nanquim, das duas peças obtidas: hemi-colo anterior e hemi-colo posterior, para auxiliar na orientação do patologista. As margens correspondentes a secções, nas comissuras labiais, não devem ser coradas para não serem confundidas com margens comprometidas, na eventualidade de haver lesão presente nestes locais.Grupo 2As pacientes, após randomização serão submetidas à técnica de LEEP utilizada rotineiramente.1. Exposição do colo, com espéculo revestido por material isolante para eletricidade e cânula de conexão ao látex do aspirador.2. Escolha da alça adequada para o tamanho da lesão.3. Aplicação do teste de Schiller, para delimitação da lesão (quando ectocervical).4. Regulagem do aparelho de alta frequência para a posição de corte exclusivo, em 40 W (Valley-lab) ou 60 W (Birchart).5. Passagem da alça no sentido da comissura labial esquerda para a comissura labial direita, interessando lábio anterior e o lado posterior do colo uterino.6. Hemostasia com eletrodo de bola.Resultados:Até o momento, foram incluídas 50 pacientes (25 grupo I e 25 grupo II). A idade média foi 33, 6 ± 7, 42 e 30, 5 ± 8, 29 respectivamente. Todas as biópsias mostraram NIC II ou III. Apenas quatro pacientes do grupo I necessitaram levar pontos. Destas, uma tinha lesão em parede vaginal e necessitou intervenção imediata. No grupo I todas as peças tiveram margens livres e no grupo II uma paciente teve comprometimento de margens.Conclusões:O projeto ainda se encontra na fase de captação de pacientes e coleta de dados.