



XXXI Congresso de Iniciação Científica da Unicamp 2023

IMPACTOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

Palavras-Chave: covid-19, histeroscopia, câncer de endométrio

Autoras:

JÚLIA SIMIONI FREITAS - UNICAMP

Prof^a. Dr^a. DANIELA ANGERAME YELA GOMES (orientadora) - UNICAMP

INTRODUÇÃO

O câncer de endométrio é a neoplasia ginecológica de corpo de útero mais comum no Brasil. Seu principal sintoma é o sangramento uterino anormal (SUA) e o exame diagnóstico padrão-ouro para identificação das lesões uterinas é a histeroscopia. Ao considerar que o sangramento uterino anormal e excessivo é um sintoma extremamente incômodo e que o exame de histeroscopia diagnóstica é eficiente no diagnóstico de câncer de endométrio, percebe-se que esses são fatores que promovem diagnósticos precoces e, conseqüentemente, maiores taxas de sobrevida às mulheres afetadas [1].

Entretanto, devido à pandemia da COVID-19 iniciada em 2020, consultas eletivas e exames de rotina foram cancelados e muitas mulheres deixaram de buscar os serviços de saúde mesmo em vigência de sintomas incômodos devido ao medo de serem contaminadas pelo vírus Sars-CoV-2. Em função do afastamento das mulheres dos serviços de saúde, é possível que menos casos de câncer de endométrio tenham sido diagnosticados, ou o tenham sido, porém em estádios mais avançados, o que prejudicaria o diagnóstico precoce [2].

OBJETIVOS

Comparar a prevalência de exames de histeroscopia para diagnóstico de câncer de endométrio, a prevalência de diagnósticos de câncer de endométrio e o estadiamento do câncer de endométrio no momento do diagnóstico antes e durante a pandemia da COVID-19.

SUJEITOS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional retrospectivo com 700 mulheres que foram submetidas ao exame de histeroscopia em atendimento no Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (CAISM/UNICAMP - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher) durante dois anos antes da pandemia da COVID-19 (2018 e 2019) e dois anos durante a pandemia (2020 e 2021).

As variáveis analisadas nos prontuários foram: idade, Índice de Massa Corpórea (IMC), presença de hipertensão arterial, diabetes mellitus ou outras comorbidades, paridade, número de gestações e abortos, tabagismo, tempo de menopausa, presença de sangramento uterino anormal e sangramento pós-menopausa, raça/cor da pele, indicação do exame de histeroscopia, resultado da ultrassonografia transvaginal, uso de terapia de reposição hormonal e, em caso de diagnóstico de câncer, o estadiamento.

As mulheres incluídas no estudo foram identificadas por meio dos dados coletados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do CAISM, por meio do exame de histeroscopia realizado entre 2018 e 2021 durante acompanhamento médico no mesmo serviço.

De acordo com os critérios de inclusão (ter realizado a histeroscopia entre 2018 e 2021 no CAISM) e exclusão (ausência dos dados relacionados às variáveis do estudo), foram analisados 700 prontuários, dos quais 68 foram excluídos por se enquadrarem no critério de exclusão. São estes exames que foram interrompidos por quaisquer intercorrências que impedirem sua completa realização, de mulheres que foram contactadas por ainda estarem em acompanhamento no CAISM e optaram por não participar da pesquisa e que foram realizados apenas para remoção ou inserção de dispositivos intrauterinos.

Os dados foram coletados por meio de revisão dos prontuários médicos e registrados em ficha médica que inclui todas as variáveis do estudo. Esses dados foram inseridos e codificados em planilha no Microsoft Excel[®] utilizada para análise estatística.

ANÁLISE DE DADOS

Foi calculada a frequência, as médias e o desvio-padrão das variáveis contínuas. Será utilizado o Teste Exato de Fisher para comparar as variáveis qualitativas e o Teste T de Student e de Mann Whitney para comparar as variáveis contínuas. Valor P considerado significativo será <0.05 , para isso, está sendo utilizado o Statistical Analysis System-SAS versão 9.4.

RESULTADOS

Em 2018, foram realizados 173 histeroscopias diagnósticas, portanto a frequência de exames realizados em 2018 foi de 27.42% , em 2019 foram feitas 205 histeroscopias, totalizando uma frequência de 32.49%, já em 2020 foram feitos 114 histeroscopias, com frequência de 18.07% exames e em 2021 foram feitos 139 histeroscopias, com frequência de 22.03% exames. Com esses dados é possível perceber que a maioria dos exames foi realizada antes da pandemia da COVID-19 (2018 e 2019).

A média etária das mulheres cujos prontuários foram analisados foi de 54.47 ± 4.24 anos. Entre as 631 pacientes incluídas no estudo, aproximadamente 69.1% estavam na menopausa e a média do tempo de menopausa dessas mulheres foi de 12.96 ± 8.48 anos.

A frequência de sangramento uterino anormal foi de 64%, além disso, entre as 69.1% do total que estão na menopausa, 52.98% apresentavam sangramento pós-menopausa e 6.65% estavam realizando terapia de reposição hormonal.

A frequência de hipertensão arterial foi de 47.59%. A frequência de diabetes mellitus foi de 22.13%. A frequência de outras comorbidades foi de 54.3% e a frequência de tabagismo foi de 8,4%.

Quanto à raça/cor da pele das mulheres, as brancas corresponderam a 81.86%, portanto as negras (pretas e pardas) correspondem a 12.14%.

O exame de ultrassonografia transvaginal estava alterado em 82.1% das mulheres, nas demais o exame obteve achados de normalidade.

No que se refere à indicação do exame, 58.8% realizaram a histeroscopia devido à presença de sangramento uterino alterado, tanto em mulheres na menacme quanto em mulheres na menopausa. 26.94% realizaram o exame devido ao achado de espessamento endometrial na ultrassonografia transvaginal, 11.57% realizaram o exame por achado de pólipos na ultrassonografia transvaginal e 2.38% por achado de mioma uterino. O restante das mulheres (0,31%) realizou o exame para retirar ou inserir dispositivo intrauterino (DIU).

A frequência de exames normais foi de 35.34%, a frequência de diagnóstico de pólipos da mucosa endometrial foi de 47.7%, portanto se trata da maioria dos exames. Além disso, 7.92% dos exames obtiveram diagnóstico de mioma uterino.

Os achados malignos (hiperplasia, carcinoma e sarcomas) corresponderam a 8.87% do exames, dentre os quais 30.36% obtiveram diagnóstico de hiperplasia de endométrio, com ou sem atipias, 28.57% obtiveram diagnóstico de carcinoma endometriode estadio II, 17.86% de carcinoma endometriode estadio I, 12.5% de carcinoma endometriode grau II e 5.36% de carcinoma endometriode grau IV.

DISCUSSÃO

Através da análise da frequência de exames em cada ano analisado, foi possível notar uma redução da quantidade de histeroscopias diagnósticas realizadas no CAISM/UNICAMP durante a pandemia da COVID-19. Isso corrobora com a hipótese inicial de que seria realizado um número menor de histeroscopias para diagnóstico de câncer de endométrio durante a pandemia [3]. Exemplo disso foi o caso de uma mulher que realizou a histeroscopia em novembro de 2020, porém havia sido admitida no CAISM em fevereiro do mesmo ano com queixa de sangramento pós-menopausa, a demora de 9 meses para diagnóstico do carcinoma endometriode grau III da paciente pode ter contribuído para seu mal prognóstico, visto que a paciente veio a óbito em fevereiro de 2022 por complicações relacionadas ao câncer de endométrio.

No que se refere ao perfil etário dessas mulheres, a média e desvio-padrão de 54.47 ± 4.24 anos demonstra que a maior parte das mulheres que necessitam do exame de histeroscopia estão no período de perimenopausa ou menopausa, além de estar próxima à idade considerada fator de risco para a ocorrência de câncer de endométrio (maiores ou iguais a 60 anos de idade) [4].

Quanto ao perfil racial das mulheres, percebe-se clara predominância da realização de histeroscopias diagnósticas em mulheres brancas, o que pode sinalizar para uma maior prevalência das indicações do exame nessas mulheres (sangramento uterino anormal, espessamento endometrial, pólipos endometriais e miomas) ou para um acesso mais fácil dessas pacientes ao sistema de saúde.

A maioria dos casos de câncer de endométrio diagnosticados foram diagnosticados ainda na fase de hiperplasia da mucosa, que constitui uma forma pré-câncer. Além disso, o segundo tipo de câncer mais prevalente foi o carcinoma endometriode estadio I, portanto de melhor prognóstico, visto que nesse estadio ainda não houve invasão do estroma cervical e o tumor está confinado ao útero [5]. Com isso, percebe-se que não houve maior diagnóstico de câncer em estadio mais avançado nos anos incluídos na pesquisa, dado que o exame de histeroscopia é o padrão ouro para o diagnóstico [6] e a maioria (64%) das mulheres que realizaram o exame no CAISM entre 2018 e 2021 apresentavam sangramento uterino anormal, um sintoma incômodo que leva muitas mulheres a buscar os serviços de saúde [2].

CONCLUSÕES

A pandemia da COVID-19 pode ter contribuído para diminuição da quantidade de histeroscopias diagnósticas realizadas, com isso, pode ter ocorrido redução da capacidade de diagnosticar o câncer de endométrio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Bokhman J V. **Two pathogenetic types of endometrial carcinoma.** Gynecol Oncol. 1983;15(1):10–7
- [2] Suh-Burgmann EJ, Alavi M, Schmittziel J. **Endometrial Cancer Detection During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic.** Obstet Gynecol. 2020 Oct;136(4):842-843
- [3] Gawron AJ, Kaltenbach T, Dominitz JA. **The Impact of the Coronavirus Disease-19 Pandemic on Access to Endoscopy Procedures in the VA Healthcare System.** Gastroenterology. 2020 Oct;159(4):1216-1220.e1.
- [4] Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.** – Rio de Janeiro : INCA, 2019.
- [5] Ribeiro CM. **Avaliação da citologia peritoneal e do prognóstico de mulheres com câncer de endométrio tipo II diagnosticadas por histeroscopia,** 2020.
- [6] American College of Obstetricians and Gynecologists. **ACOG practice bulletin, clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, number 65, August 2005: management of endometrial cancer.** Obstet Gynecol. 2005 Aug;106(2):413-25