

Prevalência das indicações de ooforectomia no menacme

Prevalence of the indications of oophorectomy in reproductive period

Vanessa Akemi Minassaki¹, Caroline Esposito Garcia¹, José Mendes Aldrighi²

Resumo

Objetivo: Avaliar as indicações de ooforectomias realizadas no menacme no período de 2009 a 2013 na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP).

Métodos: Estudo observacional retrospectivo descritivo baseado nos resultados das análises anatomopatológicas de ovários de mulheres com idade entre 12 e 50 anos e que foram submetidas à ooforectomia no período de 2009 a 2013 na ISCMSP. Os dados foram obtidos a partir dos resultados das análises de ovário que constam no banco de dados do Departamento de Patologia da ISCMSP. **Resultados:** No presente estudo, foi evidenciada maior prevalência de ooforectomias realizadas em mulheres com idade superior a 31 anos. O cisto ovariano foi a principal indicação de realização de ooforectomia, seguida pelo teratoma, cistadenoma e endometriose, sendo o cisto ovariano e o cistadenoma mais prevalentes em mulheres com idade superior a 41 anos, a endometriose foi mais prevalente em mulheres acima de 31 anos e o teratoma prevaleceu em mulheres com idade entre 21 e 40 anos. **Conclusões:** Os dados obtidos vão ao encontro à literatura, sendo que as ooforectomias realizadas abrangeram principalmente mulheres com mais de 31 anos de idade e apresentaram como resultado anatomopatológico, em sua grande maioria, cistos ovarianos, endometriose ou algum tipo de tumor.

Descritores: Ovariectomia, Período fértil, Prevalência

Abstract

Objective: To evaluate the indication of oophorectomy made during reproductive period, from 2009 to 2013, in Irmandade da Santa Casa de São Paulo (ISCMSP). **Methods:**

1. Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – 6º ano do Curso de Medicina.

2. Professor Titular da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Trabalho realizado: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – Departamento de Obstetrícia e Ginecologia

Endereço para correspondência: Vanessa A. Minassaki. Rua Ana Cintra, 192, apto 34 – Campos Elíseos – 01201-060 – São Paulo, SP – Brasil. E-mail: vanessa.akemi@hotmail.com

Observational, retrospective and descriptive study based on the results of pathological analysis of ovaries from women aged between 12 and 50 years and who were submitted to oophorectomy in the period from 2009 to 2013. The information was obtained from the results of ovaries analysis contained in database of the Department of Pathology at ISCMSP. Results: This study showed higher prevalence of oophorectomy in women older than 31 years old. The ovarian cyst was the main indication of oophorectomy, followed by teratoma, cystadenoma and endometriosis. Ovarian cyst and cystadenoma were more prevalent in women over 41 years old, endometriosis was more prevalent in women over 31 years old and teratoma prevailed in women aged 21 to 40 years. Conclusion: Data obtained are in agreement with literature, once the oophorectomy covered mainly women over 31 years old and presented as pathological results mostly ovarian cyst, endometriosis and some kind of tumor.

Keywords: Ovariectomy, Fertile period, Prevalence

Introdução

Estudo realizado nos EUA indica que a ooforectomia unilateral ou bilateral é realizada em 68% das mulheres com mais de 40 anos no momento da histerectomia com o objetivo de reduzir o risco de desenvolvimento de câncer de ovário⁽¹⁾, uma vez que há dificuldade de realizar seu diagnóstico precoce, possui caráter agressivo e é a neoplasia ginecológica mais letal e a 8ª mais diagnosticada nas mulheres⁽²⁾. Sem um teste de rastreio confiável e com regimento inadequado de tratamento, o único meio que tem demonstrado eficiência em reduzir a incidência de câncer de ovário é a prevenção, cuja ooforectomia é a mais usualmente realizada durante a histerectomia por doença uterina benigna em mulheres no menacme ou na menopausa⁽³⁾.

Entre as indicações controversas de realização da ooforectomia, ainda está a ooforectomia bilateral de redução de risco realizada principalmente em duas situações: nas mulheres portadoras da Síndrome de Lynch e nas portadoras da Síndrome do câncer de mama e ovário hereditários. A síndrome de Lynch é caracterizada pela associação de neoplasias malignas

principalmente do ovário, cólon não polipóide e endométrio em mulheres jovens, de gerações distintas e de uma mesma família⁽⁴⁾. As portadoras da Síndrome de Lynch têm risco de 3 a 14% de desenvolver câncer do ovário comparado com 1,4% de risco da população geral⁽¹⁾. Os defensores do procedimento alegam que o aconselhamento genético para a realização da ooforectomia profilática, pode reduzir as mortes por carcinoma ovariano nas famílias síndrômicas⁽⁴⁾, sendo mais efetiva quando realizada nas mulheres no menacme⁽⁵⁾. As críticas incluem os argumentos de que essas mulheres têm menor risco de desenvolver câncer de ovário do que aquelas com mutação do gene BRCA e seu risco para câncer de mama é controverso⁽⁶⁾. Do mesmo modo que causa menopausa prematura desnecessária em 86-97% dos casos de síndrome de Lynch, apesar de as mulheres que desenvolvem câncer de ovário serem mais propensas a fazê-lo no menacme⁽⁵⁾.

A Síndrome do câncer de mama e de ovário hereditários é uma doença causada pela mutação no gene BRCA-1 e/ou BRCA-2 que leva ao risco de desenvolver câncer de mama de 50-85% e risco de desenvolver câncer de ovário de 13-46%, significativamente altos quando comparados com o risco de 1,4% em desenvolver câncer de ovário e de 10% em desenvolver câncer de mama da população geral⁽⁷⁾. Por este motivo, a ooforectomia bilateral de redução de risco em mulheres assintomáticas heterozigotas de famílias portadoras da mutação em questão tem sido realizada com indicação preferencial antes dos 35 anos de idade e sua eficácia tem sido comprovada por diversos estudos que estão cada vez caracterizando melhor o efeito protetor da ooforectomia bilateral profilática⁽⁴⁾. A explicação da restrição de idade é a de que o risco diminui em mulheres mais jovens devido à redução precoce da circulação de hormônios ovarianos após a remoção dos ovários⁽⁸⁾.

Todavia, a realização da ooforectomia bilateral de redução de risco é contestada por alguns autores que detectaram aumento da incidência da neoplasia de ovário apenas após os 60 anos de idade, havendo possibilidade de preservação da fertilidade. Além disso, há dados na literatura sobre a ocorrência de carcinomas peritoneais histologicamente idênticos aos carcinomas ovarianos após a ooforectomia, indicando que o risco de neoplasia ovariana continua mais alto nessas pacientes do que na população geral, mesmo após a realização da ooforectomia bilateral⁽⁴⁾.

Por fim, a modalidade com maior consenso de indicação é ooforectomia terapêutica, realizada por afecções próprias do ovário como em patologia ovariana em que o ovário não pode ser recuperado ou em que o tecido viável remanescente após tentativas de conservação é insuficiente; torção ovariana com necrose; abscesso tubo-ovariano não responsivo ao tratamento

com antibióticos; cirurgia definitiva para endometriose; metástases de neoplasias, principalmente de neoplasias gastrointestinais; e pseudo-hermafroditismo masculino (gonadectomia)⁽⁹⁾.

Materiais e Métodos

Estudo observacional retrospectivo descritivo baseado nos resultados das análises anatomopatológicas de ovários de mulheres com idade entre 12 e 50 anos de idade e que foram submetidas à ooforectomia no período de 2009 a 2013 na ISCMSP.

Os dados coletados a partir dos resultados das análises de ovário do banco de dados do Departamento de Patologia da ISCMSP foram organizados em tabelas para a padronização das informações. Foram selecionadas as pacientes que apresentavam todos os critérios de inclusão: pacientes com idade entre 12 e 50 anos, submetidas à ooforectomia na ISCMSP no período de 01/01/2009 a 31/12/2013. Foram excluídas as pacientes que apresentavam ao menos um dos critérios de exclusão: pacientes submetidas à biopsia de cisto ovariano ou biopsia incisional do ovário sem a necessidade de realização da ooforectomia.

Posteriormente foi realizado o cálculo de prevalências e construção da curva de distribuição das indicações pela idade no período de cinco anos.

Resultados

O presente estudo inclui um total de 233 análises de ovário provenientes de ooforectomias realizadas no período de 2009 a 2013 na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Observando a frequência de ooforectomias realizadas de acordo com as idades das pacientes analisadas, temos 16 (6,87%) casos realizados em mulheres com idade entre 12 a 20 anos, 58 (24,89%) casos entre 21 e 30 anos, 76 (32,62%) casos entre 31 e 40 anos e 83 (35,62%) casos entre 41 e 50 anos. O percentual da frequência de ooforectomia por idade pode ser observado no gráfico 1.

Com relação ao resultado das análises anatomopatológicas das ooforectomias realizadas, pôde ser observado que o cisto ovariano foi a principal indicação de ooforectomia com 50 (21,46%) casos, seguida pelo teratoma com 43 (19,74%) casos, cistadenoma com 26 (11,59%) casos e endometriose com 22 (9,44%) casos. No gráfico 2, estão explicitados os resultados percentuais das análises anatomopatológicas de ovários provenientes de ooforectomias realizadas no período do estudo.

Os dados relacionando os principais diagnósticos anatomopatológicos com a faixa etária das pacientes foram organizados na tabela 1 que evidencia a maior prevalência dos cistos e cistadenoma em mulheres acima de 41 anos de idade, enquanto a endometriose

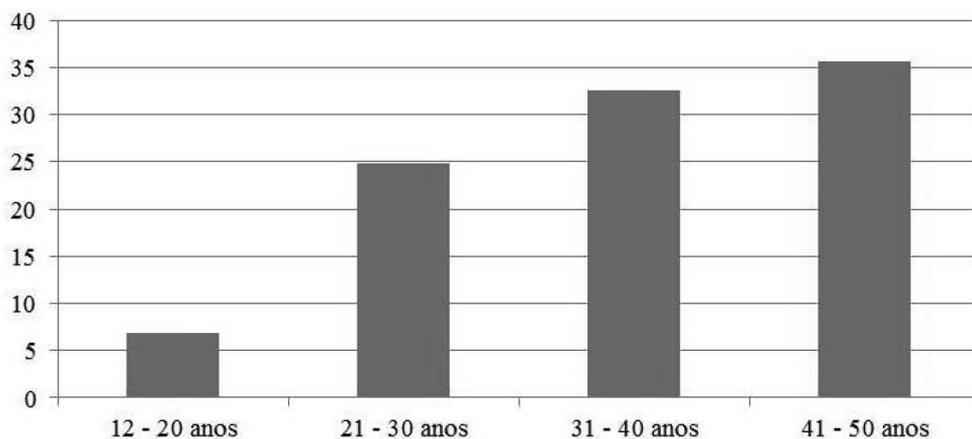


Gráfico 1 - Frequência de ooforectomias realizadas entre os anos de 2009 a 2013, de acordo com a idade das pacientes.

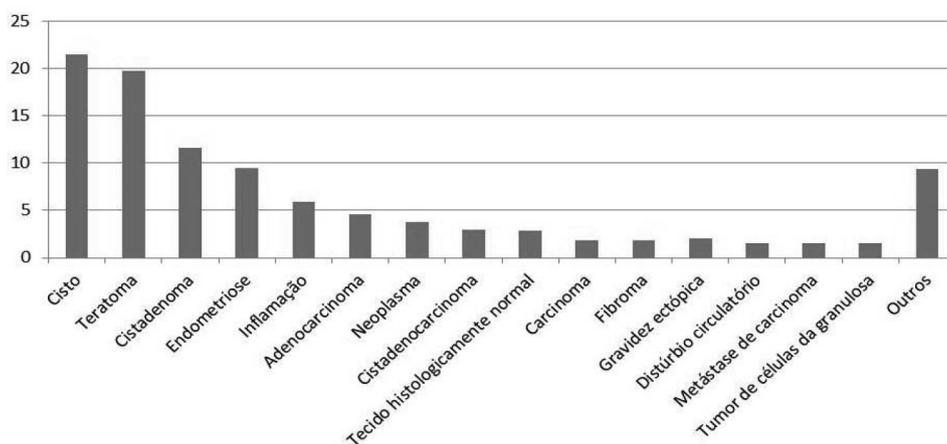


Gráfico 2 - Resultado das análises de anatomia patológica referente ao material das ooforectomias realizadas entre os anos de 2009 a 2013.

Tabela 1

Diagnóstico anatomopatológico em relação à idade

	12-20 anos		21-30 anos		31-40 anos		41-50 anos	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Cistos	2	4,00	13	26,00	12	24,00	23	46,00
Cistadenome	1	3,85	5	19,23	8	30,77	12	46,15
Endometriose	1	4,55	5	22,73	8	36,36	8	36,36
Teratoma	2	4,65	17	39,53	17	39,53	7	16,28

FA = Frequência absoluta; FR = Frequência relativa

acomete em sua maioria mulheres acima de 31 anos e o teratoma é responsável, em sua grande maioria, pela ooforectomia de mulheres entre 21 e 40 anos de idade.

Discussão

Apesar de ser uma prática de tema controverso, a

ooforectomia profilática durante uma histerectomia é uma prática comumente realizada nos EUA, em mulheres com idade a partir de 40 anos¹. Em nosso estudo, indo ao encontro com a literatura, notamos maior prevalência ooforectomias realizadas em mulheres com mais de 40 anos de idade, no entanto, observamos que a ooforectomia profilática não é uma prática

comumente realizada na Irmandade da Santa Casa de São Paulo, onde prevalece a indicação da ooforectomia devido a uma afecção própria do ovário, tendo o cisto ovariano como a principal indicação de ooforectomia, seguido pelo teratoma, cistadenoma e endometriose.

A literatura demonstra maior prevalência do tumor de células germinativas do ovário, onde o teratoma é o principal representante, em mulheres com idade entre 10 e 30 anos⁽¹⁰⁾, entretanto, no nosso estudo a prevalência deste tipo de tumor foi mais tardia, acometendo principalmente mulheres com idade entre 21 e 40 anos. Quanto aos cistos e cistadenomas, a literatura demonstra maior prevalência em mulheres no período reprodutivo⁽¹¹⁾. No nosso estudo os cistos e cistadenomas foram mais prevalentes no fim do período reprodutivo das pacientes, acometendo principalmente mulheres com mais de 41 anos de idade. A endometriose acomete 5 a 10% das mulheres no período reprodutivo⁽¹²⁾, prevalecendo principalmente em mulheres com idades entre 30 e 40 anos⁽¹³⁾. Nosso estudo obteve resultado semelhante à literatura, uma vez que observamos maior prevalência de ooforectomia realizada por endometriose em mulheres com mais de 30 anos de idade.

Conclusão

Os dados obtidos no presente estudo vão de encontro à literatura, uma vez que as ooforectomias realizadas entre os anos de 2009 e 2013 na ISCMSP atingiram principalmente mulheres em idade superior aos 31-40 anos de idade.

Foi demonstrado ainda que a principal indicação de ooforectomia na ISCMSP é a ooforectomia terapêutica, cujo principal acometimento ovariano é o cisto, seguido pelo teratoma, cistadenoma e endometriose.

Referências Bibliográficas

1. Reed SD, Goff B. Elective oophorectomy or ovarian conservation at the time of hysterectomy. Uptodate. [online]. This topic last updated: Oct 16, 2015. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/elective-oophorectomy-or-ovarian-conservation-at-the-time-of-hysterectomy>. [19 Oct 2015]
2. Lima RA, Ranninger RL, Veloso LSM, Marques GFM, Fagundes TC, Cândido EB, et al. Ooforectomia profilática: indicações atuais. *Femina*. 2009; 37:155-8.

3. Gross CP, Nicholson W, Powe NR. Factors affecting prophylactic oophorectomy in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*. 1999; 94:962-8.
4. Alvarenga M, Cotta AC, Dufloth RM, Schmitt FCL. Contribuição do patologista cirúrgico para o diagnóstico das síndromes do câncer hereditário e avaliação dos tratamentos cirúrgicos profiláticos. *J Bras Patol Med. Lab*. 2003; 39:167-77.
5. Lu KH, Schmeler KM. Endometrial and ovarian cancer screening and prevention in women with Lynch syndrome (hereditary nonpolyposis colorectal cancer). Uptodate. [online]. This topic last updated: Aug 26, 2015. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/endometrial-and-ovarian-cancer-screening-and-prevention-in-women-with-lynch-syndrome-hereditary-nonpolyposis-colorectal-cancer>. [19 Oct 2015].
6. Muto MG. Risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy in women at high risk of epithelial ovarian and fallopian tubal cancer. Uptodate. [online]. This topic last updated: Sep 17, 2015. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/risk-reducing-bilateral-salpingo-oophorectomy-in-women-at-high-risk-of-epithelial-ovarian-and-fallopian-tubal-cancer>. [Sep 23 2015]
7. Isaacs C, Peshkin BN. Management of hereditary breast and ovarian cancer syndrome and patients with BRCA mutations. Uptodate. [online]. This topic last updated: Jul 05, 2015. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-hereditary-breast-and-ovarian-cancer-syndrome-and-patients-with-brca-mutations>. [Sep 23 2015]
8. Schairer C, Persson I, Falkeborn M, Naessen T, Troisi R, Brinton LA. Breast cancer risk associated with gynecologic surgery and indications for such surgery. *Int J Cancer*. 1997; 70:150-4.
9. Valea FA, Mann WJ. Oophorectomy and ovarian cystectomy. Uptodate. [online]. This topic last updated: Jun 18, 2014. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/oophorectomy-and-ovarian-cystectomy>. [Sep 18 2015].
10. Gershenson DM. Ovarian germ cell tumors: Pathology, clinical manifestations, and diagnosis. Uptodate. [online]. This topic last updated: Feb 14, 2016. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/ovarian-germ-cell-tumors-pathology-clinical-manifestations-and-diagnosis?source=search_result&search=12.%09Ovarian+germ+cell+tumors%3A+Pathology&selecte dTitle=1~150 [Feb 15 2016]
11. Kamel RM. A massive ovarian mucinous cystadenoma: a case report. *Reprod Biol Endocrinol*. 2010; 8:24. [In Press].
12. Leyland N, Casper R, Laberge P, Singh SS, SOGC. Endometriosis: diagnosis and management. *J Obstet Gynaecol Can*. 2010; 32(7 Suppl 2):S1-32.
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Endometriosis. Frequently Asked Questions. FAQa013. Washington (DC): ACOG; 2012.

Trabalho recebido: 15/10/2015

Trabalho aprovado: 05/05/2016