

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE OVÁRIO

Painel de Especialistas em Imagem Ginecologia: Marcela Böhm-Vélez, Médica¹; Ellen Mendelson, Médica²; Robert Bree, Médico³; Harris Finberg, Médico⁴; Elliot K. Fishman, Médico⁵; Hedvig Hricak, Médica, PhD⁶; Faye Laing, Médica⁷; David Sartoris, Médico⁸; Amy Thurmond, Médica⁹; Steven Goldstein, Médico¹⁰.

Resumo da Revisão da Literatura

O câncer de ovário é a causa mais freqüente de morte por doença maligna ginecológica nos Estados Unidos. Aproximadamente 27.700 novos casos são diagnosticados a cada ano, e 12.500 destas mulheres morrerão da doença. Nos Estados Unidos, uma mulher em 70 (1,4%) desenvolverá câncer de ovário durante sua vida, ao passo que uma em nove desenvolverá câncer de mama (9). Os sintomas usualmente não se tornam evidentes até que o tumor comprima ou invada estruturas adjacentes, com aparecimento de ascite ou até que a metástase torne-se clinicamente evidente. Como resultado, 70% das mulheres com câncer de ovário apresentam-se com doença avançada no momento do diagnóstico. Estas mulheres apresentarão uma taxa de sobrevida de 5 anos de 15%-20%, comparada com uma taxa de 90% nas pacientes que são diagnosticadas com doença no estágio I (9). Devido às significantes diferenças nas taxas de sobrevida entre os cânceres iniciais e avançados, tem-se buscado um método de rastreamento para detecção precoce do câncer ovariano. As evidências clínicas sugerem que a fase pré-clínica para o câncer de ovário pode ser de menos de dois anos. Este padrão rápido de crescimento implica em dificuldades para a detecção precoce de tumores ressecáveis.

As pacientes de maior risco incluem as de baixa paridade, pacientes com fertilidade reduzida e com gravidez tardia. A incidência da doença aumenta com a idade, de 20 por 100.000, em mulheres entre os 30 e 40 anos para 40 por 100.000 em mulheres entre os 50 e 75 anos. O maior fator de risco para o câncer ovariano é a história familiar, reportada em 7% das mulheres com a doença. Com uma história familiar de câncer ovariano, duas ou mais parentes de primeiro grau (mãe, irmãs, filha) têm mais de 50% de chance de desenvolver a doença. A síndrome do câncer "ovariano" hereditário inclui os cânceres de ovário, mama e/ou relacionados, tais como de endométrio e gastrintestinal (síndrome de Lynch II) em múltiplos gastrintestinal membros, de duas a quatro gerações. Estas mulheres apresentam a doença em uma idade precoce (45 a 52 anos) comparadas com os 59 anos do início da doença na população em geral. O risco de câncer ovariano é elevado entre as mulheres que reportam câncer de mama (1,5 vezes) e câncer colorretal (1,9 vezes) em parente de primeiro grau.

Mulheres com história familiar positiva e tendência familiar para câncer ovariano, por volta de 20 anos de idade, devem ser aconselhadas por um ginecologista, oncologista ou geneticista sobre o seu risco de desenvolver a doença e devem ser rigorosamente acompanhadas a partir dos 30 anos de idade. Estas mulheres são possíveis candidatas a cirurgia preventiva (ooforectomia profilática). Pacientes em idade reprodutiva podem ser aconselhadas quanto aos benefícios dos contraceptivos orais. Estudos demonstraram uma diminuição nos riscos de câncer ovariano (cerca de 50%) em pacientes que tomam contraceptivos orais. O efeito protetor aumenta com o uso prolongado.

Os atuais testes de rastreamento para detecção de câncer ovariano incluem exame físico, marcadores tumorais (isto é CA-125) e exames por imagem, tais como a ultra-som (US): transabdominal (USTA) e transvaginal (USTV) com Doppler colorido e power Doppler, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM). O exame físico pélvico, que pode detectar diversos distúrbios ginecológicos, não é sensível ou específico para detecção de câncer ovariano. Em geral, as doenças malignas ovarianas já estão disseminadas quando se tornam palpáveis.

¹Principal Autor, Diagnostic Imaging Center, Pittsburgh, Pa; ²Presidente do Painel, Western Pennsylvania Hospital, Pittsburgh, Pa; ³University of Missouri, Columbia, Mo; ⁴Phoenix Perinatal Associates, Phoenix, Ariz; ⁵The Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Md; ⁶Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY; ⁷Brigham and Women's Hospital, Boston, Mass; ⁸Thornton Hospital, La Jolla, Calif; ⁹Legacy Meridian Park Hospital, Tualatin, Ore; ¹⁰New York University Medical Center, New York, NY, American College of Obstetrics and Gynecology.

O trabalho completo sobre os Critérios de Adequação do ACR (ACR Appropriateness CriteriaTM) está disponível, em inglês, no American College of Radiology (1891, Preston White Drive, Reston, VA, 20191-4397) em forma de livro, podendo, também, ser acessado no site da entidade www.acr.org; e em português no site do CBR - Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem www.cbr.org.br. Os tópicos adicionais estarão disponíveis on-line assim que forem finalizados.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

O CA-125 é o determinante antigênico de uma glicoproteína expressada pelos tumores epiteliais ovarianos e outros tecidos de origem Mülleriana (10). Embora o CA-125 seja elevado (>35 U/ml) em mais de 80% das pacientes com câncer epitelial ovariano, ele é apenas 25% sensível para a doença em estágio inicial (9). Não é específico para o câncer ovariano porque pode estar elevado em outros estados malignos (cânceres pancreático, endocervical, nas trompas de falópio) e estados benignos tais como gravidez, endometriose, leiomiomas, doenças inflamatórias pélvicas, hepatite e cirrose. O CA-125 flutua durante o ciclo menstrual, e nas mulheres na pré-menopausa, mais de 90% das elevações de CA-125 são falsos-positivos para carcinoma ovariano. Portanto, o CA-125 isoladamente não tem sensibilidade suficientemente alta para ser recomendado como método de rastreamento de rotina para câncer ovariano. Entretanto, níveis de CA-125 excedendo 65 U/ml são preditivos de malignidade em 75% das mulheres na pós-menopausa com massas pélvicas. A principal utilização do CA-125 é durante o tratamento de pacientes com câncer de ovário confirmado. Outros marcadores tumorais, tais como NB/70K, um marcador para adenocarcinomas epiteliais mucinosos do ovário, podem aumentar a sensibilidade do marcador CA-125 quando usado conjuntamente.

Atualmente trabalhos confirmam que o US é o método mais preciso para distinguir entre ovários normais e anormais, especialmente na mulher pós-menopausada. O maior estudo para avaliação de câncer de ovário por USTA foi reportado por Campbell e colaboradores em 1989 (1). Mulheres na pré e pós-menopausa passaram por três exames USTA no período de um ano, achados 338 exames anormais, com cinco cânceres ovarianos primários e quatro cânceres ovarianos metastáticos, com especificidade geral de 97,7%. Dois dos cânceres primários foram achados no primeiro rastreamento e três um ano após o primeiro rastreamento. Uma em 50 mulheres com US anormal tiveram câncer ovariano, o que significa que, de 50 laparotomias, um caso de câncer ovariano primário seria encontrado, com nenhum câncer presente nas outras 49 mulheres. O estudo demonstrou a utilidade do USTA para detecção de anormalidades ovarianas, particularmente nas mulheres na pós-menopausa, e sua falta de especificidade devido à resolução subótima das características morfológicas dos ovários(1). Jacobs e colaboradores (7) rastream 22.000 mulheres assintomáticas na pós-menopausa, com uma combinação de CA-125 e USTA. Seu programa de rastreamento teve uma especificidade de 99,9%, com sensibilidade de 78,6% no acompanhamento de um ano e de 57,9% no acompanhamento de dois anos.

Por utilizar um transdutor de alta frequência mais próximo dos anexos, o exame transvaginal aumenta a resolução e melhora a capacidade de detectar anormalidade do ovário. Em mulheres na pós-menopausa, a USTV foi capaz de identificar ambos os ovários em 60% dos casos, e pelo menos um ovário em 81% dos casos (8). A maioria dos ovários não visualizados eram atroficos. Portanto, os dados sugerem que a não visualização do ovário na pós-menopausa, com USTV, confirma a ausência de anormalidade do mesmo. A USTV demonstrou que 17% dos ovários na pós-menopausa contêm cistos simples que são transitórios e freqüentemente benignos. A prevalência destes cistos anexiais ou atividade cística é independente da terapia de reposição hormonal. Examinando 1.300 pacientes assintomáticas com USTV, Van Nagell e colaboradores (4) identificaram dois cânceres ovarianos em estágio inicial, com CA-125 e exame físico normais (4).

Em uma tentativa de melhorar a especificidade, Bourne e colaboradores (3) avaliaram com USTV, mulheres com história familiar positiva de câncer de ovário (um parente de primeiro ou segundo grau). Três cânceres ovarianos primários em estágio I foram encontrados, compatível com uma taxa de falsos-positivos de 5,5%, valor preditivo positivo de 7,7%, e probabilidade de 1:13 (3). Karlan e seu grupo observaram que 32 cirurgias foram realizadas para diagnosticar câncer ovariano na população de baixo risco, comparadas com 17 cirurgias na população de alto risco (2).

Diversos autores mostraram que a combinação de USTV com Doppler colorido otimiza ainda mais a detecção do câncer ovariano em estágio inicial. Em uma população de alto risco, Weiner e colaboradores (6) notaram que a USTV tem uma especificidade de 97,5% na detecção do câncer ovariano e valor preditivo positivo de 25%, comparado com o exame por imagem de fluxo colorido, com uma especificidade de 99,9% e valor preditivo positivo de 60%. Os índices de pulsatilidade ou resistência (IP ou IR) indicam diminuição na resistência ao fluxo sanguíneo na vasculatura distal, identificado em lesões malignas, bem como em massas vasculares benignas. A neovascularização identificada nas massas malignas pode também ser vista na formação do corpo lúteo. Portanto, para evitar uma cirurgia desnecessária, mulheres na pré-menopausa devem passar pelo rastreamento por ultra-sonografia durante os primeiros doze dias do ciclo menstrual. Nas mulheres na pós-menopausa, vasos com índice de resistência baixo não são vistos em ovários

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

normais; quando presentes, eles são considerados anormais. A ausência de fluxo ou fluxo de alta impedância em um ovário pode potencialmente excluir uma doença maligna (6). Entretanto, características morfológicas continuam sendo o critério mais importante na diferenciação de ovários normais dos anormais.

A TC pélvica não é indicada para rastreamento por causa de sua incapacidade de mostrar lesões pequenas, pouca diferenciação dos tecidos moles da pelve, alto custo e necessidade de contraste. O custo da RM, associado a falta de resolução na pelve, impede o seu uso no rastreamento de pequenas anormalidades ovarianas.

Em 1996, o custo de um programa de rastreamento por US em pacientes com níveis anormais de CA-125 podia ser estimado em 6 vezes maior na população em geral, comparado para pacientes com história familiar de câncer ovariano. O custo do rastreamento para câncer ovariano é de, no mínimo, dez vezes o custo do rastreamento para câncer de mama (9).

Em mulheres na pós-menopausa, a avaliação cirúrgica por ser recomendada quando o volume ovariano está aumentado (> 8 cc) com CA-125 elevado, ou CA-125 normal com características ovarianas morfológicas anormais (isto é, massa complexa ou sólida). Se um cisto simples mede mais de 5 cm de diâmetro, ou menos de 5 cm com um CA-125 elevado, ou com fluxo de baixa impedância, ou ambos, uma intervenção cirúrgica pode ser considerada.

Devido à baixa prevalência da doença na população em geral, não existem dados estatisticamente significantes para mostrar que o rastreamento reduz a mortalidade. Seria necessário um teste de rastreamento com alta sensibilidade, caso contrário, o rastreamento de rotina para câncer ovariano não pode ser recomendado. São necessários resultados de um grande ensaio clínico comparando a mortalidade por câncer ovariano entre grupos rastreados e não rastreados.

Exceções Previstas

Nenhuma.

Informação de Revisão

Esta diretriz foi originalmente desenvolvida em 1996. Todos os tópicos dos Critérios de Adequação são revistos anualmente e, sendo necessário, são atualizados.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras conseqüências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Rastreamento Ovariano

Variante 1: Mulher na pré-menopausa: baixo risco.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
US transabdominal	2	
US transvaginal	2	
US com Doppler colorido	2	
US com Doppler espectral	2	Se houver fluxo colorido, a análise espectral quantificará o fluxo.
Tomografia computadorizada	2	
Ressonância magnética	2	
Avaliação ginecológica	8	Avaliação ginecológica não completamente dirigida para o diagnóstico de câncer ovariano, mas por outras razões.
CA-125	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Variante 2: Mulher na pré-menopausa: alto risco.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
US transvaginal	8	
US transabdominal	6	
US com Doppler colorido	6	
US com Doppler espectral	4	Se houver fluxo colorido a análise espectral quantificará o fluxo.
Tomografia computadorizada	2	
Ressonância magnética	2	
Avaliação ginecológica	8	Avaliação ginecológica não completamente dirigida para diagnóstico de câncer ovariano, mas por outras razões.
CA-125	6	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Rastreamento Ovariano

Variante 3: Mulher na pós-menopausa:baixo risco.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
US transabdominal	2	
US transvaginal	2	
US com Doppler colorido	2	
US com Doppler espectral	2	Se houver fluxo colorido, a análise espectral quantificará o fluxo.
Tomografia computadorizada	2	
Ressonância magnética	2	
Avaliação ginecológica	8	Avaliação ginecológica não completamente dirigida para o diagnóstico de câncer de ovário, mas por outras razões.
CA-125	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Variante 4: Mulher na pós-menopausa: alto risco.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
US transvaginal	8	
US com Doppler colorido	8	
US com Doppler espectral	6	Se houver fluxo colorido, a análise espectral quantificará o fluxo.
US transabdominal	6	
Tomografia computadorizada	2	
Ressonância magnética	2	
CA-125	8	
Avaliação ginecológica	8	Avaliação ginecológica não completamente dirigida para o diagnóstico de câncer ovariano, mas por outras razões.
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Rastreamento Ovariano

Variante 5: Mulher na pré-menopausa sem massa ao US: baixo risco.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
US com Doppler colorido	2	
US com Doppler espectral	2	Se houver fluxo colorido, a análise espectral quantificará o fluxo.
US de acompanhamento cada 3 meses	2	
US de acompanhamento cada 6 meses	2	
US de acompanhamento cada 12 meses	2	
US de acompanhamento cada 24 meses	2	
Tomografia computadorizada	2	
Ressonância magnética	2	
Avaliação ginecológica	8	Avaliação ginecológica não completamente dirigida para o diagnóstico de câncer ovariano, mas por outras razões.
CA-125	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Variante 6: Mulher na pré-menopausa sem massa ao US: alto risco.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
US com Doppler colorido	2	
US com Doppler espectral	2	Se houver fluxo colorido, a análise espectral quantificará o fluxo.
US de acompanhamento cada 12 meses	6	
US de acompanhamento cada 3 meses	2	
US de acompanhamento cada 6 meses	2	
US de acompanhamento cada 24 meses	2	
Tomografia computadorizada	2	
Ressonância magnética	2	
Avaliação ginecológica	8	Avaliação ginecológica não completamente dirigida para o diagnóstico de câncer ovariano, mas por outras razões.
CA-125	Sem consenso	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Rastreamento Ovariano

Variante 7: Mulher na pós-menopausa sem massa ao US: baixo risco.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
US com Doppler colorido	2	
US com Doppler espectral	2	Se houver fluxo colorido, a análise espectral quantificará o fluxo.
US de acompanhamento cada 3 meses	2	
US de acompanhamento cada 6 meses	2	
US de acompanhamento cada 12 meses	2	
US de acompanhamento cada 24 meses	2	
Tomografia computadorizada	2	
Ressonância magnética	2	
Avaliação ginecológica	8	Avaliação ginecológica não completamente dirigida para o diagnóstico de câncer ovariano, mas por outras razões.
CA-125	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Variante 8: Mulher na pós-menopausa sem massa ao US: alto risco.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
US com Doppler colorido	4	
US com Doppler espectral	4	Se houver fluxo colorido, a análise espectral quantificará o fluxo.
US de acompanhamento cada 3 meses	8	
US de acompanhamento cada 6 meses	2	
US de acompanhamento cada 12 meses	2	
US de acompanhamento cada 24 meses	2	
Tomografia computadorizada	2	
Ressonância magnética ²		
Avaliação ginecológica	8	Avaliação ginecológica não completamente dirigida para câncer ovariano, mas por outras razões.
CA-125	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Referências

1. Campbell S, et al. Transabdominal screening for early ovarian cancer. *BJM* 1989;299:1363-1367.
2. Sparks JM, et al. Ovarian cancer screening. *Obst & Gyn* 1991;77(5):787-792.
3. Bourne TH, et al. Ultrasound screening for familial ovarian cancer. *Gyn Oncol* 1991;43(2):92-97.
4. Van Nagell JR Jr., et al. Ovarian câncer screening in asymptomatic postmenopausal women by transvaginal sonography. *Câncer* 1991;68(3):458-462.
5. Karlan BY, Platt LD. The current status of ultrasound and color Doppler imaging in screening for ovarian cancer. *Gyn Oncol* 1994;55(3Pt2): S28-S33.
6. Weiner Z, et al. Screening for ovarian câncer in women with breast cancer with transvaginal sonography and color flow imaging. *J US Med* 1993;12(7):387-393.
7. Jacobs I, et al. Prevalence screening for ovarian cancer in postmenopausal women by CA 125 measurement and ultrasonography. *BMJ* 1993;306(688A):1030-1034.
8. Fleischer AC, et al. Transvaginal sonography of postmenopausal ovaries with pathologic correlation. *J US Med* 1990;9(11):637-644.
9. Taylor KJ, Schwartz PE. Screening for early ovarian cancer. *Radiology* 1994;192:1-10.
10. Levine D, et al. Simple adnexal cysts: the natural history of postmenopausal women. *Radiology* 1992;184:653-659.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras conseqüências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.