

CANCRO GINECOLÓGICO

**PROTOCOLOS DE
DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA**

Comissão de Redacção de Protocolos

COORDENADORA	Dr. ^a Isabel Cabral
Ginecologia	Dr. ^a Maria Carmo Diniz Dr. ^a Ana F. Jorge
Radioterapia	Doutora Margarida Roldão Dr. ^a Filomena Santos
Oncologia Médica	Dr. ^a Vera Tomé Dr. ^a Fátima Vaz
Imagiologia	Dr. ^a Teresa Margarida Cunha
Anatomia Patológica	Doutora Ana Félix

Com o contributo de:



Consultoria em Tecnologias de Informação, Lda

Índice

Introdução	03
Carcinoma da Vulva	05
Preâmbulo	07
Diagnóstico	07
Estadiamento FIGO 1994	08
Tratamento	09
Esquema de Radioterapia	11
Esquema de Quimioterapia	11
Esquema de Quimiorradioterapia	12
Seguimento	12
Protocolo do Carcinoma da Vulva	13
Carcinoma da Vulva – <i>Guideline</i>	15
Carcinoma da Vagina	17
Preâmbulo	19
Diagnóstico	19
Estadiamento FIGO 1961	20
Tratamento	21
Esquema de Radioterapia	22
Seguimento	22
Protocolo do Carcinoma da Vagina	23
Carcinoma da Vagina - <i>Guideline</i>	25
Carcinoma do Colo do Útero	27
Preâmbulo	29
Diagnóstico	29
Estadiamento FIGO 1994	30
Tratamento	31
Esquema de Radioterapia	33
Esquema de Quimioterapia	34
Esquema de Quimiorradioterapia	34
Seguimento	34
Protocolo do Carcinoma do Colo do Útero	35
Carcinoma do Colo do Útero - <i>Guideline</i>	37
Carcinoma do Endométrio	39
Preâmbulo	41
Diagnóstico	41
Estadiamento FIGO	42
Estádios Cirúrgicos FIGO 1988	42
Estádios Clínicos FIGO 1971	43
Tratamento	43
1 – Protocolo Cirúrgico	43
2 – Tratamento Complementar	44
3 – Tratamento dos Estádios Clínicos	45
Esquema de Radioterapia	46

1 – Após estadiamento cirúrgico completo	46
2 – Após estadiamento cirúrgico incompleto	47
3 – Tratamento dos Estádios Clínicos	47
Esquema de Quimioterapia	47
Hormonoterapia	47
Seguimento	48
Protocolo do Carcinoma do Endométrio	49
Carcinoma do Endométrio - <i>Guideline</i>	51
Carcinoma da Trompa de Falópio	55
Preâmbulo	57
Diagnóstico	57
Estadiamento FIGO 1991	58
Tratamento	60
Esquema de Quimioterapia	61
Seguimento	61
Protocolo do Carcinoma da Trompa de Falópio	63
Carcinoma da Trompa de Falópio - <i>Guideline</i>	65
Carcinoma do Ovário	67
Preâmbulo	69
Diagnóstico	69
Estadiamento FIGO 1998	70
Tratamento	72
Esquema de Quimioterapia	73
Seguimento	73
Protocolo do Carcinoma da Vulva	75
Carcinoma da Vulva - <i>Guideline</i>	77
Adenda	79
Investigação Clínica de Gânglio Sentinela em Carcinoma da Vulva	81
Definições de tratamento – FIGO 2003	83
Referenciação da doente ao Serviço de Ginecologia do IPOFG-CROL, S.A.	89
Relatório Clínico de Alta	91
Anatomia Patológica	93
Referências bibliográficas	99

Introdução

O Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional Oncológico de Lisboa S.A acolhe anualmente cerca de mulheres portadoras de Cancro Ginecológico.

O Serviço de Ginecologia tem, desde a sua criação, fomentado a existência de um Grupo Multidisciplinar dos Tumores Ginecológicos que engloba não só os Ginecologistas como Oncologistas Médicos, Radioterapeutas Oncológicos, Anátomo-Patologistas, Imagiologistas e outros Especialistas com competência em Oncologia Ginecológica.

A Comissão de Protocolos de Diagnóstico e de Terapêutica é a emanção prática desta filosofia.

Assim, a revisão e actualização dos Protocolos elaborados por esta Comissão e agora publicados traduzem a metodologia usada no Serviço e baseiam-se nos protocolos de Instituições Oncológicas Internacionais de referência e na experiência acumulada na nossa Instituição, considerando a capacidade técnica e meios materiais existentes.

Pretendem, tanto quanto possível, uniformizar procedimentos e agilizar a colaboração com todas as Instituições que nos referenciam as suas doentes, tendo como fim último o tratamento correcto do Cancro Ginecológico, com um aproveitamento racional dos recursos humanos e técnicos.

Carcinoma da Vulva

Preâmbulo

O carcinoma da vulva é uma neoplasia relativamente rara representando 3 a 5% dos cancros ginecológicos e tem maior incidência na sétima década da vida.

O tipo histológico mais frequente é o carcinoma pavimento-celular (aproximadamente 90% dos casos).

A dimensão do tumor, a profundidade de invasão e a invasão dos espaços linfo-vasculares são os principais factores de risco para a metastização ganglionar, que é o factor de prognóstico isolado mais importante, resultando numa diminuição de 50% na sobrevivência destas doentes.

Diagnóstico

- Exame clínico e ginecológico – citologia cervical
- Diagnóstico histológico
- Exames laboratoriais de rotina
- Radiografia do tórax
- TAC abdomino-pélvica (a partir do Estádio II)
- Cistoscopia (quando indicado; eventual biópsia)
- Rectosigmoidoscopia (quando indicado; eventual biópsia)

Estadiamento FIGO 1994

Desde 1988 a FIGO substituiu o estadiamento clínico por um sistema de estadiamento cirúrgico modificado. Em 1994 recomendou também a sub-divisão do Estádio I.

- Estádio 0** Carcinoma *in situ*, intra-epitelial
- Estádio I** Carcinoma limitado à vulva e/ou ao períneo, ≤ 2 cm na maior dimensão; sem metástases ganglionares linfáticas
- I A** Invasão do estroma ≤ 1 mm
 - I B** Invasão do estroma > 1 mm
- Estádio II** Carcinoma limitado à vulva e/ou ao períneo > 2 cm na maior dimensão; sem metástases ganglionares linfáticas
- Estádio III** Carcinoma de qualquer dimensão com:
Invasão da uretra distal e/ou da vagina e/ou do ânus e/ou metástases ganglionares linfáticas regionais unilaterais
- Estádio IV** Carcinoma que invade a uretra proximal e/ou a mucosa da bexiga e/ou a mucosa do recto e/ou a parede (óssea) pélvica e/ou metástases ganglionares linfáticas regionais bilaterais e/ou com metástases à distância, incluindo as ganglionares linfáticas pélvicas
- IV A** Carcinoma que invade a uretra proximal e/ou a mucosa da bexiga e/ou a mucosa do recto e/ou a parede (óssea) pélvica e/ou metástases ganglionares linfáticas regionais bilaterais
 - IV B** Carcinoma com metástases a distância incluindo as ganglionares linfáticas pélvicas

Tratamento

A terapêutica *standard* deste tumor é a Cirurgia complementada por Radioterapia/Quimioterapia nos estádios avançados.

A técnica cirúrgica clássica de Tausing (1940) e Way (1948) – vulvectomia radical em bloco com linfadenectomia inguino-femoral e pélvica bilateral - embora tenha melhorado substancialmente a percentagem de sobrevivência das doentes, tem vindo a ser questionada nas últimas décadas, pela sua elevada morbilidade pós-operatória e inerente disfunção psico-sexual, inaceitável em mulheres jovens.

A adopção de uma atitude mais conservadora, embora radical (modificada), em que, mais importante do que a ablação total da vulva, são as margens cirúrgicas livres de tumor e a terapêutica multidisciplinar que permite a redução dos tumores avançados, adjacentes/invasivos dos esfínteres, tem obtido resultados sobreponíveis aos conseguidos com a cirurgia clássica.

- Estádio 0**
- a) Excisão local alargada / Laser
 - b) Vulvectomia simples - lesões múltiplas ou displasia associada

Estádio I

- IA** Excisão radical alargada com 8 mm de margem cirúrgica livre de tumor (em histologia)
- IB** Vulvectomia radical modificada com linfadenectomia inguino-femoral unilateral se o tumor for lateral*, bilateral se atinge ou ultrapassa a linha média

* Se gânglios metastáticos deve fazer-se a linfadenectomia contralateral

- Estádio II** Como o Estádio IB

- Estádio III**
- a) Se gânglios inguino-femorais inicialmente ressecáveis e não há invasão adjacente da uretra, vagina ou ânus - Vulvectomia radical modificada com linfadenectomia inguino-femoral bilateral
 - b) Se gânglios inguino-femorais inicialmente ressecáveis com invasão adjacente da uretra, vagina ou ânus - Linfadenectomia inguino-femoral bilateral seguida de quimiorradioterapia e vulvectomia radical modificada
 - c) Se gânglios inicialmente irressecáveis - Quimiorradioterapia seguida de vulvectomia radical modificada com linfadenectomia inguino-femoral bilateral

NOTA: As margens cirúrgicas de 8 mm em histologia requerem, na maioria dos casos, uma margem macroscópica intra-operatória de 2 cm.

- Estádio IV**
- IV A** a) Se gânglios inguino-femorais inicialmente ressecáveis - Linfadenectomia inguino-femoral bilateral seguida de quimiorradioterapia e vulvectomia radical modificada
 - b) Se gânglios inguino-femorais inicialmente irressecáveis - Quimiorradioterapia seguida de vulvectomia radical modificada com linfadenectomia inguino-femoral bilateral
 - c) Cirurgia exenterativa com vulvectomia radical modificada e linfadenectomia inguino-femoral bilateral
- a) Quimioterapia
 - IV B** b) Radioterapia externa - segundo a clínica

NOTA: A Radioterapia externa substitui a Quimio-Radioterapia e a Cirurgia quando estas não são exequíveis

Esquema de Radioterapia

- a) Radioterapia pré operatória
Radioterapia externa – 50Gy
- b) Radioterapia com Quimioterapia
Radioterapia externa – 45Gy
- c) Radioterapia pós operatória
 1. Margem cirúrgica com tecido tumoral ou < 8mm
Radioterapia externa – 45Gy
 2. Gânglios inguino-femorais metastáticos
Radioterapia externa – 50 a 65Gy - sobre a pelve e regiões inguinais, excepto se a metástase for num só gânglio linfático e se for inferior a 5 mm de maior dimensão; e não for documentada extensão neoplásica extra-ganglionar.
- d) Radioterapia
Radioterapia externa – 50 a 70Gy - sobre a vulva e regiões inguino-femorais e pélvica.

Esquema de Quimioterapia

- a) Cisplatina 100 mg/m² dia 1
5 FU 1000 mg/m² dias 1 a 5 em perfusão contínua 24 horas; ciclos de 21 / 21 dias.
- b) Mitomicina C – 12 mg/m² dia 1 *
5 FU 1000 – mg/m² dias 1 a 5 em perfusão contínua 24 horas; ciclos de 28 / 28 dias.

*Quando exista contraindicação para o uso da Cisplatina

Esquema de Quimiorradioterapia

Radioterapia externa sobre a vulva e as regiões inguino-femorais e pélvica e Quimioterapia a iniciar no primeiro dia de Radioterapia.

- a) Cisplatina 50 mg/m² ev dia 1 e repete na última semana
5 FU 1000 mg/m² dias 1 a 4, em perfusão contínua, 24 horas

- b) Mitomicina C – 12 mg/m² ev, dia 1 *
5 FU 1000 mg/m², dias 1 a 5, em perfusão contínua 24 horas, na 1ª e na última semana

*Quando exista contraindicação para o uso da cisplatina

Seguimento

1º e 2º anos:

Consulta de Ginecologia 3 / 3 meses

Citologia cervical anual

Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica.

3º ao 5º anos:

Consulta de Ginecologia 6 / 6 meses

Citologia cervical anual

Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica.

Após o 5º ano:

Alta com Relatório Clínico

PROTOCOLO DO CARCINOMA DA VULVA

ESTÁDIOS FIGO		TERAPÊUTICA
Est. 0	Carcinoma <i>in situ</i>, intra epitelial	Excisão local alargada/laser Vulvectomia simples
Est. I	Carcinoma limitado à vulva e/ou períneo, ≤ 2cm, sem metástases ganglionares linfáticas	Excisão radical alargada com 8mm de margem cirúrgica livre de tumor (em histologia) Vulvectomia radical modificada, com linfadenectomia inguino-femoral unilateral*se o tumor for lateral, bilateral se atingir ou ultrapassar a linha média * Se gânglios linfáticos metastáticos deve fazer-se a linfadenectomia contralateral
	IA Invasão do estroma ≤1 mm IB Invasão do estroma > 1 mm	
Est. II	Carcinoma limitado à vulva e/ou períneo, >2 cm, sem metástases ganglionares linfáticas	Trata-se como o estágio IB
Est. III	Carcinoma de qualquer dimensão com invasão adjacente da uretra distal e/ou da vagina e/ou do ânus e/ou com metástases ganglionares linfáticas regionais unilaterais	a) Se gânglios inguino-femorais ressecáveis e não há invasão adjacente da uretra, vagina ou ânus - Vulvectomia radical modificada com linfadenectomia inguino-femoral bilateral. b) Se gânglios inguino-femorais ressecáveis e invasão adjacente da uretra, vagina ou ânus – Linfadenectomia inguino-femoral bilateral seguida de quimiorradioterapia e vulvectomia radical modificada. c) Se gânglios irressecáveis - Quimiorradioterapia seguida de vulvectomia radical modificada com linfadenectomia inguino-femoral bilateral.
Est. IV	Carcinoma invadindo a uretra proximal e/ou a mucosa da bexiga e/ou a mucosa do recto e/ou a parede (óssea) pélvica e/ou metástases ganglionares linfáticas regionais bilaterais e/ou com metástases a distância, incluindo as ganglionares linfáticas pélvicas	a) Se gânglios inguino-femorais ressecáveis - Linfadenectomia inguino-femoral bilateral seguida de Quimiorradioterapia e vulvectomia radical modificada. b) Se gânglios irressecáveis - Quimiorradioterapia seguida de vulvectomia radical modificada com linfadenectomia inguino-femoral bilateral. c) Cirurgia exenterativa com vulvectomia radical modificada e linfadenectomia inguino-femoral bilateral. Quimioterapia Radioterapia externa – segundo a clínica
	IVA Carcinoma invadindo a uretra proximal e/ou a mucosa da bexiga e/ou a mucosa do recto e/ou a parede (óssea) pélvica e/ou metástases ganglionares linfáticas regionais bilaterais IVB Carcinoma com metástases a distância, incluindo as ganglionares linfáticas pélvicas	

NOTA: A Radioterapia Externa substitui a Quimiorradioterapia e a Cirurgia quando estas não são exequíveis

PROTOCOLO DO CARCINOMA DA VULVA

DIAGNÓSTICO	SEGUIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Exame clínico e ginecológico – citologia cervical • Diagnóstico histológico • Exames laboratoriais de rotina • RX do tórax • TAC abdomino- pélvica (a partir do estágio II) • Cistoscopia (quando indicado; eventual biópsia) • Rectosigmoidoscopia (quando indicado; eventual biópsia) 	<p>1º e 2º anos Consulta de Ginecologia de 3/3 meses Citologia cervical anual Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica</p> <p>3º ao 5º anos Consulta de Ginecologia de 6/6 meses Citologia cervical anual Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica</p> <p>Após o 5º ano Alta com relatório clínico</p>

REGRAS PARA A CLASSIFICAÇÃO DA FIGO – 1994

Só são classificados carcinoma da vulva os tumores primitivos da vulva

Devem excluir-se todos os tumores secundários genitais e extra-genitais

A extensão para a vagina deve classificar-se como carcinoma da vulva

Deve haver confirmação histológica do tumor

O estadiamento é cirúrgico, dependendo da peça operatória (vulva e gânglios linfáticos)

Os gânglios linfáticos regionais são os femorais e os inguinais

Carcinoma da Vagina

Preâmbulo

O carcinoma da vagina é uma entidade rara representando 1 a 2% dos tumores malignos ginecológicos, sendo necessária para o seu diagnóstico a exclusão de neoplasias primitivas de outros órgãos, nomeadamente colo uterino, vulva, endométrio, tubo digestivo e bexiga.

É mais frequente no 1/3 superior da parede posterior da vagina e o tipo histológico mais frequente é o carcinoma pavimento celular (80 a 90% dos casos).

O factor de prognóstico mais importante é o estágio clínico que reflecte a profundidade de invasão.

Os tumores não epiteliais têm um pior prognóstico, com uma alta incidência de recidiva local e metástases a distância.

A metastização linfática faz-se para os gânglios pélvicos, inguinais ou ambos, dependendo da localização do tumor.

Diagnóstico

- Exame clínico e ginecológico – citologia cervical, quando exequível
- Diagnóstico histológico
- Exames laboratoriais de rotina
- Radiografia do tórax
- TAC abdominal
- RM pélvica
- Cistoscopia (quando indicado; eventual biópsia)
- Rectosigmoidoscopia (quando indicado; eventual biópsia)

Estadiamento FIGO 1961

O estadiamento é clínico e segundo regras semelhantes às estabelecidas para o colo do útero.

- Estádio 0** Carcinoma *in situ*, intra-epitelial
- Estádio I** Tumor limitado à vagina
- Estádio II** Tumor invade os tecidos para-vaginais mas não a parede pélvica
- Estádio III** Tumor estende-se à parede pélvica
- Estádio IV** Tumor invade a mucosa do recto ou da bexiga e/ou estende-se para além da pelve e/ou metástases à distância
- IVA** Tumor invade a mucosa da bexiga e/ou do recto e/ou extensão para além da pelve
- IVB** Metástases à distância

Tratamento

A Radioterapia é o tratamento preferencial para a maioria dos carcinomas da vagina. Nos estádios precoces a Cirurgia e a Radioterapia são igualmente eficazes. Em doentes com neoplasia intra-epitelial localizada ou com carcinoma verrucoso a cirurgia é a terapêutica de escolha.

- Estádio 0**
- a) Excisão local / Laser
 - b) Braquiterapia - doentes com risco cirúrgico ou com lesões multifocais

- Estádio I**
- 1. Lesões de espessura tumoral \leq 5 mm**
- a) Excisão local alargada seguida de braquiterapia se margens cirúrgicas com tumor
 - b) Braquiterapia - doentes com risco cirúrgico ou com lesões multifocais

- 2. Lesões de espessura tumoral $>$ 5mm**
- a) Histerovaginectomia radical e linfadenectomia pélvica bilateral (lesões dos 2/3 superiores da vagina) seguida de Radioterapia externa se margens cirúrgicas com tumor ou metástases ganglionares linfáticas
 - b) Vulvovaginectomia radical e linfadenectomia inguino-femoral bilateral (lesões do 1/3 inferior da vagina) seguida de Radioterapia externa se margens cirúrgicas com tumor ou metástases ganglionares linfáticas.
 - c) Radioterapia externa seguida ou não de braquiterapia, dependendo da localização do tumor

Estádio II Radioterapia externa

Estádio III Radioterapia externa

Estádio IV

IVA

a) Radioterapia externa

IVB b) Cirurgia exenterativa

a) Quimioterapia – esquema aprovado para o tratamento do carcinoma do colo do útero

b) Radioterapia externa – segundo a clínica

Esquema de Radioterapia

a) Braquiterapia – 65 a 80Gy

b) Radioterapia externa – 50 a 70Gy

Seguimento

1º e 2º anos:

Consulta de Ginecologia de 3 / 3 meses

Citologia cervical de 6 / 6 meses

Exames laboratoriais de rotina de 3 / 3 meses (função renal)

TAC abdómino-pélvica anual

3º ao 5º anos:

Consulta de Ginecologia de 6 / 6 meses

Citologia cervical em cada consulta

Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica

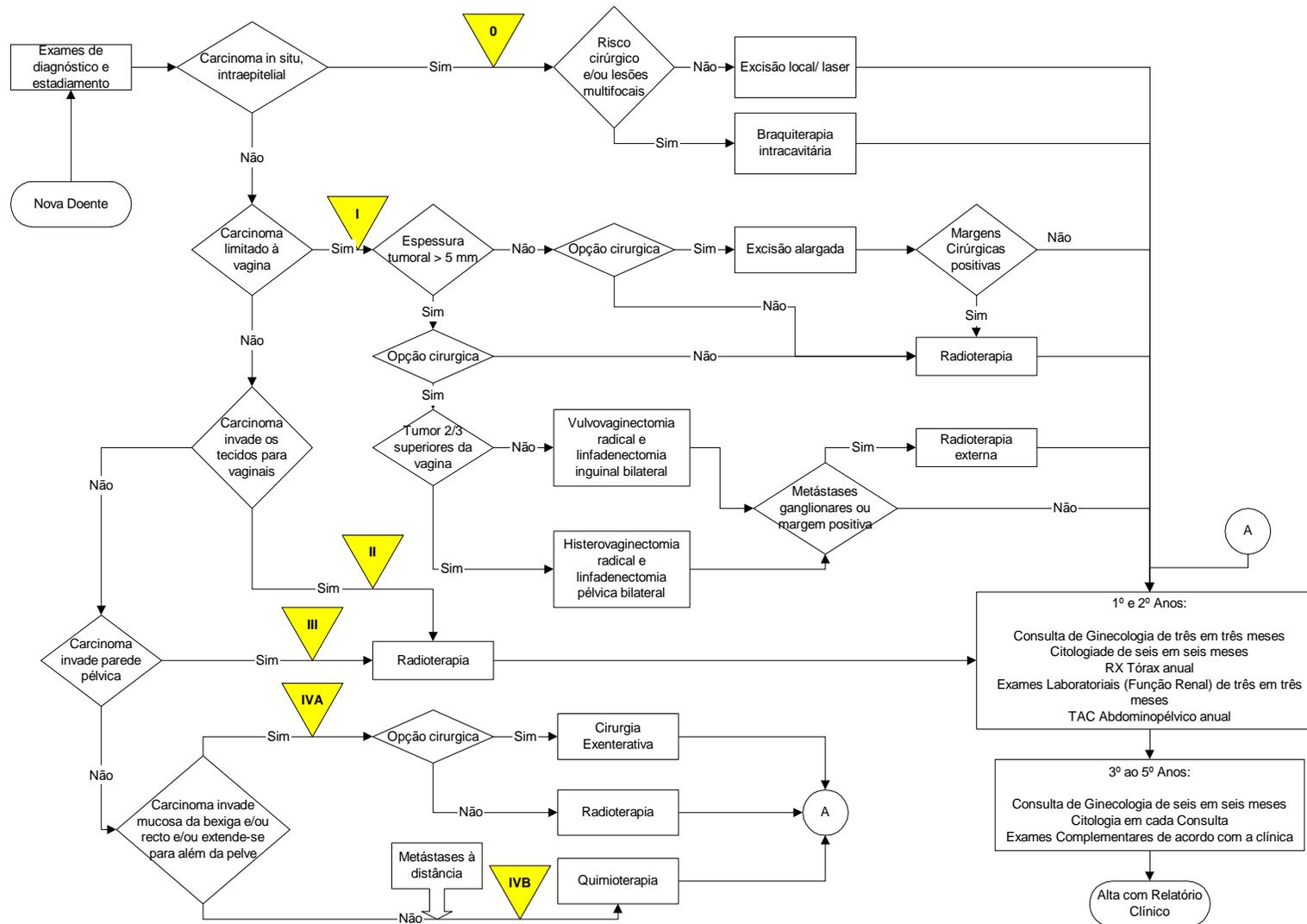
Após o 5º ano:

Alta com Relatório Clínico

PROTOCOLO DO CARCINOMA DA VAGINA

ESTÁDIO		TERAPÊUTICA
Est. 0	Carcinoma <i>in situ</i>, intra epitelial	Excisão local /laser Braquiterapia intra-cavitária em doentes com risco cirúrgico ou com lesões multifocais
Est. I	Carcinoma limitado à vagina	Excisão local alargada seguida de braquiterapia, se margem cirúrgica com tecido tumoral Braquiterapia Histerovaginetomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral (lesões dos 2/3 superiores da vagina)* Vulvovaginetomia radical com linfadenectomia inguino-femoral bilateral (lesões do 1/3 inferior da vagina)* Radioterapia externa seguida ou não de braquiterapia (dependente da localização do tumor). * Radioterapia externa se margem cirúrgica com tumor e/ou gânglios linfáticos positivos para células neoplásicas.
	<p>Espessura tumoral \leq 5mm</p> <p>Espessura tumoral > 5mm</p>	
Est. II	Carcinoma invade os tecidos para-vaginais, mas não a parede pélvica	Radioterapia externa.
Est. III	Carcinoma invade a parede pélvica	Trata-se como o estágio II
Est. IV	Carcinoma invadindo a mucosa da bexiga e/ou do recto e/ou com extensão para além da pelve e/ou com metástases à distância	Radioterapia externa Cirurgia exenterativa (em doentes seleccionadas) Quimioterapia - esquema aprovado para o colo do útero Radioterapia externa – segundo a clínica
	<p>IVA Carcinoma invadindo a mucosa da bexiga e/ou do recto e/ou com extensão para além da pelve</p> <p>IVB Carcinoma com metástases à distância</p>	

CARCINOMA DA VAGINA - GUIDELINE



Carcinoma do Colo do Útero

Colo do Útero

Preâmbulo

O carcinoma do colo do útero representa 6% dos tumores malignos ginecológicos.

Em Portugal é o tumor maligno ginecológico mais frequente. (excepto a mama)

O tipo histológico mais frequente é o carcinoma pavimento-celular. O adenocarcinoma tem aumentado a sua frequência relativa.

O seu prognóstico relaciona-se com a extensão tumoral (estádio e volume), o tipo histológico, o grau de diferenciação, a invasão dos espaços linfo-vasculares e a metastização ganglionar.

Diagnóstico

- Exame clínico e ginecológico- citologia cervical, quando exequível
- Diagnóstico histológico
- Exames laboratoriais de rotina
- Radiografia do tórax
- TAC abdominal
- RM pélvica
- Cistoscopia (quando indicado; eventual biópsia)
- Rectosigmoidoscopia (quando indicado; eventual biópsia)

Estadiamento FIGO 1994

O estadiamento do carcinoma do colo do útero é clínico. O estágio não deve ser mudado pelos achados subsequentes. Quando há dúvidas sobre qual o estágio em que um tumor deve classificar-se é mandatório atribuir o estágio mais precoce.

Os gânglios linfáticos regionais são os parametriaes, ilíacos e pré-sagrados.

Estádio 0 Carcinoma *in situ*, intra-epitelial

Estádio I Carcinoma limitado ao colo

IA Carcinoma pré clínico (só diagnóstico histológico)

IA₁ Invasão do estroma ≤ 3 mm em profundidade, e ≤ 7 mm em extensão

IA₂ Invasão do estroma > 3 mm e ≤ 5 mm em profundidade, e ≤ 7 mm em extensão

IB Carcinoma com dimensões superiores ao estágio IA

IB₁ Tumor ≤ 4 cm

IB₂ Tumor > 4 cm

Estádio II Carcinoma estende-se para além do colo mas não atinge a parede pélvica e/ou carcinoma invade a vagina mas não o 1/3 inferior

II A O carcinoma não infiltra o paramétrio

II B O carcinoma infiltra o paramétrio

Estádio III Carcinoma invade 1/3 inferior da vagina e/ou estende-se à parede pélvica

III A Carcinoma invade o 1/3 inferior da vagina

III B Carcinoma estende-se até à parede pélvica e/ou causa hidronefrose ou rim não funcionante

Estádio IV Carcinoma invade a mucosa da bexiga e/ou do recto e/ou estende-se para além da pelve

IV A O carcinoma invade a mucosa da bexiga e/ou do recto

IV B Metástases à distância

Tratamento

No carcinoma do colo do útero a decisão terapêutica é influenciada pelos factores de prognóstico da doença, pela capacidade técnica da Instituição, e pela preferência da doente.

Regra geral, nos tumores intraepiteliais e microinvasivos é efectuada cirurgia conservadora. Nos tumores invasivos precoces (estádios IB₁ e IIA <4cm) quer a cirurgia radical quer a radioterapia são terapêuticas adequadas e nos tumores mais volumosos e extensos (estádios I B₂ a IVA) a quimioradioterapia é o tratamento preferencial.

No tratamento por radioterapia deve associar-se, sempre que possível, radioterapia externa e braquiterapia intracavitária.

Estádio 0 a) Conização
b) Histerectomia total, abdominal ou vaginal

Estádio I

IA₁ Sem invasão dos espaços linfo-vasculares

a) Conização

A peça de conização não pode ter tecido

de neoplasia na margem cirúrgica nem colonização de glândulas endocervicais se se tratar de um carcinoma pavimento-celular

b) Histerectomia total extrafascial

IA₁ Com invasão dos espaços linfocvasculares

Histerectomia radical tipo II com linfadenectomia pélvica bilateral

IA₂ Histerectomia radical tipo II com linfadenectomia pélvica bilateral

Nota: Nos estádios 0 e IA está indicada braquiterapia intracavitária em doentes com contra indicação cirúrgica.

No adenocarcinoma *in situ* está indicada histerectomia total extra-fascial com anexectomia bilateral

No adenocarcinoma microinvasivo está indicada a histerectomia radical tipo II com anexectomia bilateral e linfadenectomia pélvica bilateral

IB₁ a) Histerectomia radical tipo III com linfadenectomia pélvica bilateral

b) Radioterapia externa seguida de braquiterapia (doentes sem condições cirúrgicas)

c) Radioterapia externa

IB₂ a) Quimioradioterapia (doentes sem gânglios linfáticos lombo-aórticos suspeitos imagiologicamente)

b) Radioterapia externa seguida de braquiterapia

Radioterapia externa

Estádio II

II A Tumor de dimensão **inferior a 4cm** de maior eixo

Tratar como o estágio IB₁

Tumor de dimensão **superior a 4cm** de maior eixo

Tratar como o estágio IB₂

- IIB**
- Quimiorradioterapia (doentes sem gânglios linfáticos lombo-aórticos suspeitos imagiologicamente)
 - Radioterapia externa seguida de braquiterapia
 - Radioterapia externa

Estádio III

III A e B a) Quimiorradioterapia (doentes sem gânglios linfáticos lombo-aórticos suspeitos imagiologicamente)

b) Radioterapia externa seguida de braquiterapia

c) Radioterapia externa

Estádio IV

IV A

a) Quimiorradioterapia (doentes sem gânglios linfáticos lombo-aórticos suspeitos imagiologicamente)

b) Radioterapia externa

IV B

c) Cirurgia exenterativa

a) Quimioterapia

b) Radioterapia externa – segundo a clínica

Esquema de Radioterapia

a) Radioterapia externa seguida de braquiterapia

Radioterapia externa – 40 a 60Gy

Braquiterapia – 30 a 50Gy

b) Radioterapia externa – 45 a 70Gy

c) Radioterapia pós-operatória se:

1. Gânglios pélvicos e/ou lombo-áorticos metastáticos

2. Infiltração dos paramétrios
3. Margem cirúrgica com tumor ou $\leq 5\text{mm}$
 - Radioterapia externa – 45 a 60Gy
 - Braquiterapia – 30 a 40Gy

Esquema de Quimioterapia

Cisplatina 50 mg/m² e.v. dia 1 e
Carboplatina AUC 6 e.v. dia 1, em ciclos de 21 / 21 dias

Esquema de Quimiorradioterapia

Cisplatina 40 mg/m²/dia e.v. a iniciar na 1ª semana de
Radioterapia x 6

Seguimento

1º e 2º anos:

Consulta de Ginecologia de 3 / 3 meses
Citologia de 6 / 6 meses
Radiografia do tórax anual
Exames laboratoriais de rotina de 3 / 3 meses (função renal)
TAC abdómino-pélvica anual

3º ao 5º anos:

Consulta de Ginecologia de 6 / 6 meses
Citologia em cada consulta
Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica.

Após o 5º ano:

Alta com Relatório Clínico

PROTOCOLO DO CARCINOMA DO COLO DO ÚTERO

ESTÁDIOS FIGO		TERAPÊUTICA
Est. I	Carcinoma limitado ao colo	<p>Sem invasão dos espaços linfovasculares: Conização (a peça cirúrgica não deve ter tecido de neoplasia na margem nem colonização das glândulas endocervicais se se tratar de um carcinoma pavimentocelular) Histerectomia total extrafascial abdominal ou vaginal</p> <p>Com invasão dos espaços linfovasculares: Histerectomia radical tipo II com linfadenectomia pélvica bilateral</p> <p>Histerectomia radical tipo II com linfadenectomia pélvica bilateral</p>
	IA Carcinoma pré clínico (só diagnóstico microscópico)	
	<p>IA1 Invasão do estroma ≤ 3 mm em profundidade e ≤ 7 mm em extensão</p> <p>IA2 Invasão do estroma > 3 mm ≤ 5 mm em profundidade e ≤ 7 mm em extensão</p>	
Est. II	IB Carcinoma com dimensões superiores ao est. IA	<p>Histerectomia radical tipo III com linfadenectomia pélvica bilateral Radioterapia externa seguida ou não de braquiterapia (doentes sem condições cirúrgicas)</p> <p>Quimiorradioterapia (sem gânglios lombo-aórticos suspeitos imagiologicamente) Radioterapia externa seguida ou não de braquiterapia</p>
	IB1 Tumor ≤ 4 cm	
	IB2 Tumor > 4 cm	
Est. III	Carcinoma estendendo-se para além do colo mas não atingindo a parede pélvica e/ou invadindo a vagina mas não o 1/3 inferior	<p>Tumor ≤ 4 cm - Tratamento como o estadio IB1 Tumor > 4 cm - Tratamento como o estadio IB2</p> <p>Quimiorradioterapia (sem gânglios lombo-aórticos suspeitos imagiologicamente) Radioterapia externa seguida ou não de braquiterapia</p>
	IIA Tumor não infiltra o paramétrio	
	IIIB Tumor infiltra o paramétrio	
Est. IIII	Carcinoma invadindo o 1/3 inferior da vagina e/ou estendendo-se à parede pélvica	<p>Quimiorradioterapia (sem gânglios lombo-aórticos suspeitos imagiologicamente) Radioterapia externa seguida ou não de braquiterapia</p> <p>Tratamento como o estadio IIIA</p>
	IIIA Tumor invade o 1/3 inferior da vagina	
	IIIB Tumor estende-se até à parede pélvica e/ou causa hidronefrose ou rim não funcionante	
Est. IV	Carcinoma invadindo a mucosa da bexiga e/ou do recto e/ou estendendo-se para além da pelve	<p>Quimiorradioterapia (sem gânglios lombo-aórticos suspeitos imagiologicamente) Radioterapia externa Cirurgia exenterativa</p> <p>Quimioterapia Radioterapia externa de acordo com a clínica</p>
	IVA Tumor invade a mucosa da bexiga ou recto	
	IVB Metástases a distância	

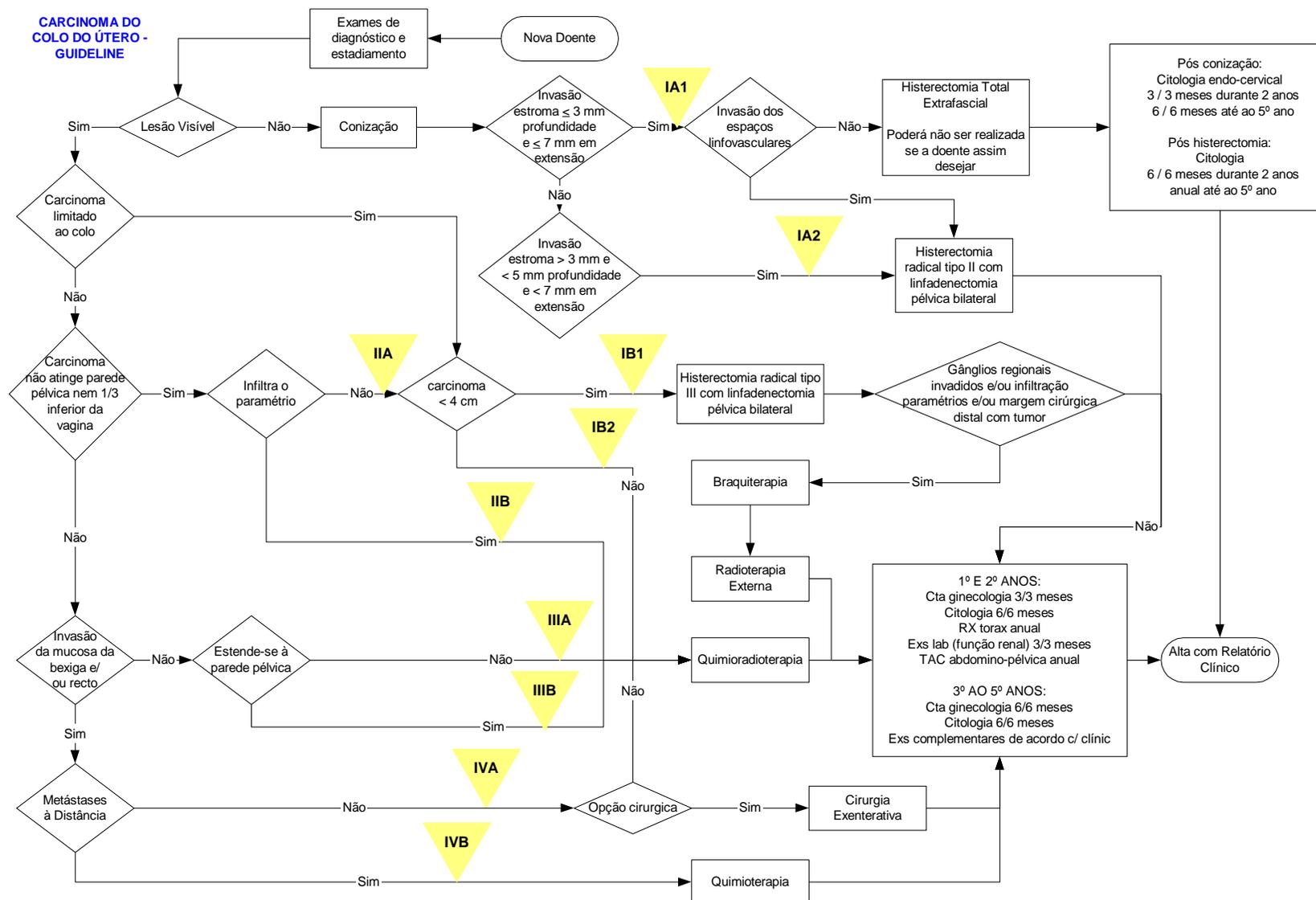
NOTAS

Nos estadios 0 e IA está indicada braquiterapia intra-cavitária em doentes com contra-indicação cirúrgica
 No adenocarcinoma in situ está indicada histerectomia total extrafascial com anexectomia bilateral; no microinvasivo histerectomia radical tipo II com anexectomia bilateral e linfadenectomia pélvica bilateral.
 No estadio IB1 a radioterapia pós-operatória está indicada quando há gânglios pélvicos e/ou lombo-aórticos metastáticos, invasão dos paramétrios e/ou margem cirúrgica com tumor ou ≤ 5 mm.

PROTOCOLO DO CARCINOMA DO COLO DO ÚTERO

DIAGNÓSTICO	ESTADIAMENTO PATOLÓGICO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exame clínico e ginecológico – citologia cervical se exequível ▪ Diagnóstico histológico ▪ Exames laboratoriais de rotina ▪ Radiografia do torax ▪ TAC abdominal ▪ RM pélvica ▪ Cistoscopia (quando indicado; eventual biópsia) ▪ Rectosigmoidoscopia (quando indicado; eventual biópsia) 	<p>Nos casos tratados cirúrgicamente os dados histológicos podem servir de base para registo mais correcto da extensão da doença mas não alteram o seu estadio clínico. Devem ser registados de acordo com a nomenclatura pTNM.</p>

REGRAS PARA CLASSIFICAÇÃO (FIGO 1994)	SEGUIMENTO
<p>O estadiamento baseia-se na avaliação clínica que deve ser cuidadosa e executada, de preferência, por um examinador experimentado e sob anestesia geral</p> <p>O estadio clínico não deve ser alterado pelos achados subsequentes</p> <p>Quando há dúvidas sobre qual o estadio em que determinado tumor deve classificar-se é mandatório escolher o estadio mais precoce</p> <p>Exames diagnósticos permitidos:</p> <p>Palpação - Inspeção – Colposcopia</p> <p>Curetagem endocervical - Conização/amputação do colo</p> <p>Histeroscopia - Cistoscopia – Proctoscopia</p> <p>Urografia- Radiografia do pulmão e esqueleto</p> <p>Só os carcinomas assim classificados devem ser registados</p> <p>Os achados dos exames opcionais:</p> <p>Linfografia - Ecografia - TAC – RM</p> <p>Laparoscopia</p> <p>Citologia aspirativa dos gânglios suspeitos só têm valor para planejar a terapêutica mas não podem alterar o estadiamento.</p> <p>Os gânglios regionais são os parametriaes, iliacos e pré-sagrados</p>	<p>1º e 2º anos: Consulta de Ginecologia 3/3 meses</p> <p>Citologia de 6/6 meses</p> <p>Radiografia do torax anual</p> <p>Exames laboratoriais de rotina 3/3 meses (função renal)</p> <p>TAC abdomino-pélvica anual</p> <p>3º ao 5º anos: Consulta de Ginecologia 6/6 meses</p> <p>Citologia em cada consulta</p> <p>Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica</p> <p>Após o 5º ano: Alta com Relatório Clínico</p>



Carcinoma do Endométrio

Endométrio

Preâmbulo

O adenocarcinoma do endométrio é o 2º tumor maligno do tracto ginecológico mais frequente na mulher portuguesa. O tipo histológico, o grau de diferenciação, a profundidade de invasão do miométrio, a invasão dos espaços linfo-vasculares e a metastização ganglionar são os principais factores de prognóstico.

Diagnóstico

- Exame clínico e ginecológico – citologia cervical
- Diagnóstico histológico
- Exames laboratoriais de rotina
- Radiografia do tórax
- TAC abdominal
- RM pélvica
- Cistoscopia (quando indicado; biópsia eventual)
- Rectosigmoidoscopia (quando indicado; biópsia eventual)

Estadiamento FIGO

Desde 1988 o estadiamento do adenocarcinoma do endométrio é cirúrgico.

A classificação clínica da FIGO 1971 utiliza-se, apenas, quando não se faz cirurgia de estadiamento.

Estádios Cirúrgicos FIGO 1988

Estádio I Tumor limitado ao corpo do útero

IA Tumor limitado ao endométrio

IB Invasão < a metade do miométrio

IC Invasão \geq a metade do miométrio

Estádio II Tumor invadindo o corpo e o colo

IIA Invasão glandular endocervical

IIB Invasão do estroma cervical

Estádio III Tumor invade a serosa do corpo uterino e/ou anexos e/ou citologia positiva para células neoplásicas e/ou metástases vaginais e/ou metástases nos gânglios linfáticos pélvicos e/ou lombo-aórticos.

IIIA Invasão da serosa e/ou anexos e/ou citologia peritoneal positiva

IIIB Metástases vaginais

IIIC Metástases ganglionares pélvicas e/ou lombo-aórticas

Estádio IV Tumor invade a bexiga e/ou recto e/ou metástases a distância

IVA Invasão da bexiga e/ou recto

IVB Metástases à distância incluindo metástases intra-abdominais e ganglionares inguinais

Estádios Clínicos FIGO 1971

Estádio I Tumor limitado ao corpo do útero

IA Cavidade uterina \leq 8 cm

IB Cavidade uterina $>$ a 8 cm

Estádio II Tumor propagado ao colo

Estádio III Tumor propagado para além do útero incluindo a vagina mas não ultrapassando a pelve

Estádio IV Tumor propagado para além da pelve e/ou envolvendo a bexiga e/ou recto e/ou metástases a distância

IVA Tumor propagado aos órgãos adjacentes (bexiga e/ou recto)

IVB Metástases à distância

Tratamento

A Cirurgia é o tratamento de escolha na maior parte dos tumores do endométrio.

1 - Protocolo Cirúrgico

1. Laparotomia exploradora com colheita de lavados peritoneais para citologia, exploração de toda a cavidade abdomino-pélvica e biópsias de todas as lesões suspeitas.
2. Histerectomia total com anexectomia bilateral
3. Exame intra-operatório do útero
4. Linfadenectomia selectiva pélvica e lombo-aórtica de acordo com:

- Invasão ≥ a metade exterior do miométrio
- Extensão ao istmo e/ou colo uterino
- Tipo histológico*
 - Carcinoma Seroso
 - Células claras
 - Pavimento-celular
 - Indiferenciado
- Grau de diferenciação 3

* Nos Carcinomas serosos e de células claras do endométrio o estadiamento intra-operatório deverá seguir o protocolo de estadiamento de neoplasias epiteliais do ovário.

2 - Tratamento complementar

2.1. - APÓS ESTADIAMENTO CIRÚRGICO COMPLETO:

Estádio IA qqG; IB G1; IB G2 e IC G1

- Não tem indicação para terapêutica adjuvante

Estádio IB G3; IC G2; IC G3; II e III qqG

- Braquiterapia e Radioterapia externa

Nota:

No **Estádio IIIA** por citologia peritoneal positiva para células neoplásicas, o tratamento adjuvante dependerá dos achados histológicos uterinos - pTNM

Estádio IVA qqG

- Radioterapia externa

Estádio IVB qqG

- Quimioterapia

- Hormonoterapia

- Radioterapia externa – segundo a clínica

2.2. - APÓS ESTADIAMENTO CIRÚRGICO INCOMPLETO

A terapêutica dependerá dos achados histológicos. A classificação é a TNM patológica da UICC.

pT1a G1 e G2 pT1b G1 e G2 NX MX

- Não tem indicação para terapêutica adjuvante

pT1a G3 NX MX

- Braquiterapia

pT1b G3 NX MX; pT1c qqG NX MX; pT2a,2b qqG NX MX; pT3a, 3b qqG NX Mx ; pTqg Gqq N1 MX

- Braquiterapia e Radioterapia externa

pT4 qqG Nx Mx

- Radioterapia externa

pTqg Gqq , NX , M1

- Quimioterapia
- Hormonoterapia
- Radioterapia externa – segundo a clínica

3 - Tratamento dos Estádios Clínicos

- a) Doentes com contra indicação médica para cirurgia ou que recusem tratamento cirúrgico

Qualquer Estádio excepto IVB

- Radioterapia externa

- b) Doentes em que a cirurgia de estadiamento não seja a indicada como tratamento inicial

Estádio II

- Histerectomia radical tipo III com anexectomia bilateral e linfadenectomia pélvica bilateral*.
- Radioterapia externa seguida ou não de histerectomia total extra-fascial com anexectomia bilateral
- Radioterapia externa

* Se margens cirúrgicas com tumor e/ou paramétrios invadidos e/ou gânglios metastáticos
Radioterapia externa e braquiterapia

Estádio III

- a) Radioterapia externa seguida de histerectomia total extra-fascial com anexectomia bilateral
- b) Radioterapia externa

Estádio IVA

- a) Radioterapia externa
- b) Cirurgia exenterativa

Estádio IVB

- a) Quimioterapia
- b) Hormonoterapia
- c) Radioterapia externa - segundo a clínica

Esquema de Radioterapia

1. Após estadiamento cirúrgico completo

Estádio IVA qqG

- Radioterapia externa (50 a 60Gy)

Estádios IBG3 ; ICG3 ; IIqqG e IIIqqG

- Braquiterapia (30 a 35Gy) e Radioterapia (45 a 60Gy)

Estádio IVA qqG

- Radioterapia Externa (50 a 60Gy)

Estádio IVB qqG

- Radioterapia externa – Segundo a clínica

2. Após estadiamento cirúrgico incompleto

pT1a G3 NX MX

- Braquiterapia (60Gy)

pT1b G3 NX MX; pT1c qqG NX MX; pT2a,2b qqG NX MX; pT3a,3b qqG NX MX; pqqT qqG N1 MX

- Braquiterapia (30 a 35Gy) e Radioterapia externa (45 a 60Gy)

pT4 qqG NX MX

- Radioterapia externa (50 a 60Gy)

pqqT NX MX

- Radioterapia externa - segundo a clínica

3. Tratamento dos Estádios Clínicos

- a) Radioterapia externa (50 a 70Gy)
- b) Radioterapia pré operatória (45 a 50Gy)
- c) Radioterapia pós-operatória - Braquiterapia (30 a 40Gy) e Radioterapia externa (50 a 70Gy)

Esquema de Quimioterapia

Ciclos de 21/21 dias

- a) Adriamicina $60\text{mg}/\text{m}^2$ e.v. /dia
- b) Cisplatina $60\text{mg}/\text{m}^2$ / dia 1

Nos carcinomas serosos e de células claras a partir do Estádio IC – considerar esquema de QT dos tumores do ovário

Hormonoterapia

- Acetato de Megestrol 160 mg oral / dia

Seguimento

Baixo Risco - Estádios IA qqG; IB G1 e G2; IC G1

1º ano

Consulta de Ginecologia de 6 / 6 meses
Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica

2º ao 5º anos

Consulta de Ginecologia anual
Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica

Após o 5º ano

Alta com Relatório Clínico

Alto Risco - Todos os outros Estádios

1º ano

Consulta de Ginecologia de 4 / 4 meses
Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica

2º e 3º anos

Consulta de Ginecologia 6 / 6 meses
Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica

4º e 5º anos

Consulta de Ginecologia anual
Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica

Após o 5º ano

Alta com Relatório Clínico

PROTOCOLO DO CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO

DIAGNÓSTICO	ESTÁDIOS CLÍNICOS – FIGO 1971	ESTÁDIOS CIRÚRGICOS – FIGO 1988
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exames Clínico e Ginecológico - citologia cervical ▪ Diagnóstico Histológico ▪ Exames laboratoriais de rotina ▪ CA 125 ▪ Radiografia do Tórax ▪ TAC abdominal ▪ RM pélvica ▪ Cistoscopia (quando indicado; biópsia eventual) ▪ Rectosigmoidoscopia (quando indicado; biópsia eventual) 	<p>EST I - T. limitado ao corpo do útero</p> <p>IA - cavidade uterina < 8 cm</p> <p>IB - cavidade uterina > 8 cm</p> <p>EST II - T. propagado ao colo sem ultrapassar o útero</p> <p>EST III - T. propagado para além do útero incluindo a vagina mas não ultrapassando a pelve</p> <p>EST IV - T. propagado para além da pelve e/ou envolvendo mucosa da bexiga e/ou do recto e/ou metástases à distância</p> <p>IVA - T. propagado aos órgãos adjacentes (bexiga e/ou recto)</p> <p>IVB - Metástases à distância</p>	<p>EST I - T. limitado ao corpo do útero</p> <p>IA - T. limitado ao endométrio</p> <p>IB - Invasão < metade do miométrio</p> <p>IC - Invasão ≥ metade do miométrio</p> <p>EST II - T. limitado ao corpo e ao colo</p> <p>IIA - Invasão glandular endocervical</p> <p>IIB - Invasão do estroma cervical</p> <p>EST III - T. estendendo-se para fora do útero mas não da pelve</p> <p>IIIA - Invasão da serosa e/ou anexos e/ou citologia peritoneal positiva</p> <p>IIIB - Metástases vaginais</p> <p>IIIC - Metástases ganglionares linfáticas pélvicas e/ou lombosacrais</p> <p>EST IV - T. invadindo mucosa da bexiga e/ou do recto e/ou metástases à distância</p> <p>IVA - Invasão da bexiga e / ou recto</p> <p>IVB - Metástases à distância incluindo intra-abdominais e ganglionares inguinais</p>
REGRAS PARA CLASSIFICAÇÃO – FIGO 1988		SEGUIMENTO
<p>Desde 1988 que o carcinoma do corpo do útero é classificado cirurgicamente porque os meios de diagnóstico usados para a classificação clínica já não se aplicam.</p> <p>A espessura do miométrio deve ser medida com a profundidade de invasão do tumor.</p> <p>O método clínico de estadiamento de 1971 deve aplicar-se ao pequeno número de doentes que iniciam o tratamento por Radioterapia.</p> <p>Deve haver confirmação histológica do tumor e do grau de diferenciação.</p>		<p>Baixo risco: IA G1,2 e3 IB G1 e2 e IC G1</p> <p>1º ano Consulta de Ginecologia de 6/6 meses Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica</p> <p>2º ao 5º anos Consulta de Ginecologia anual Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica</p> <p>Após o 5º ano Alta com Relatório Clínico</p> <p>Alto risco: Todos os outros estadios</p> <p>1º ano Consulta de Ginecologia de 4/4 meses Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica</p> <p>2º e 3º anos Consulta de Ginecologia de 6/6 meses Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica</p> <p>4º e 5º anos Consulta de Ginecologia anual Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica</p> <p>Após o 5º ano Alta com Relatório Clínico</p>

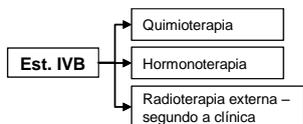
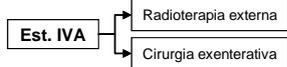
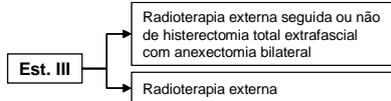
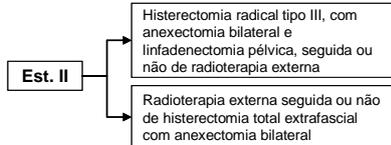
PROTOCOLO DO CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO

ESTÁDIOS CLÍNICOS FIGO 1971

- Contraindicação médica ou recusa de cirurgia



- Cirurgia de estadiamento não indicada como tratamento inicial



ESTÁDIOS CIRÚRGICOS FIGO 1988

REGRAS PARA ESTADIAMENTO*

Laparotomia exploradora:

- Colheita de lavados peritoneais para citologia
- Exploração de toda a cavidade abdomino-pélvica
- Biópsias de todas as lesões suspeitas

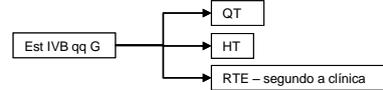
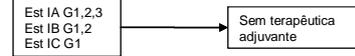
Histerectomia extra-fascial com anexectomia bilateral

Exame macroscópico do útero

Linfadenectomia selectiva pélvica e lombo-aórtica de acordo com:

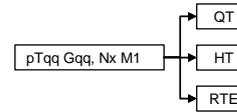
- Invasão ≥ a metade do miométrio
- Extensão ao istmo e/ou colo
- Tipo histológico:
 - c. células claras
 - c. pavimento-celular
 - c. indiferenciado
- Grau de diferenciação 3

* No carcinoma seroso o estadiamento intra-operatório deverá seguir o protocolo do ovário

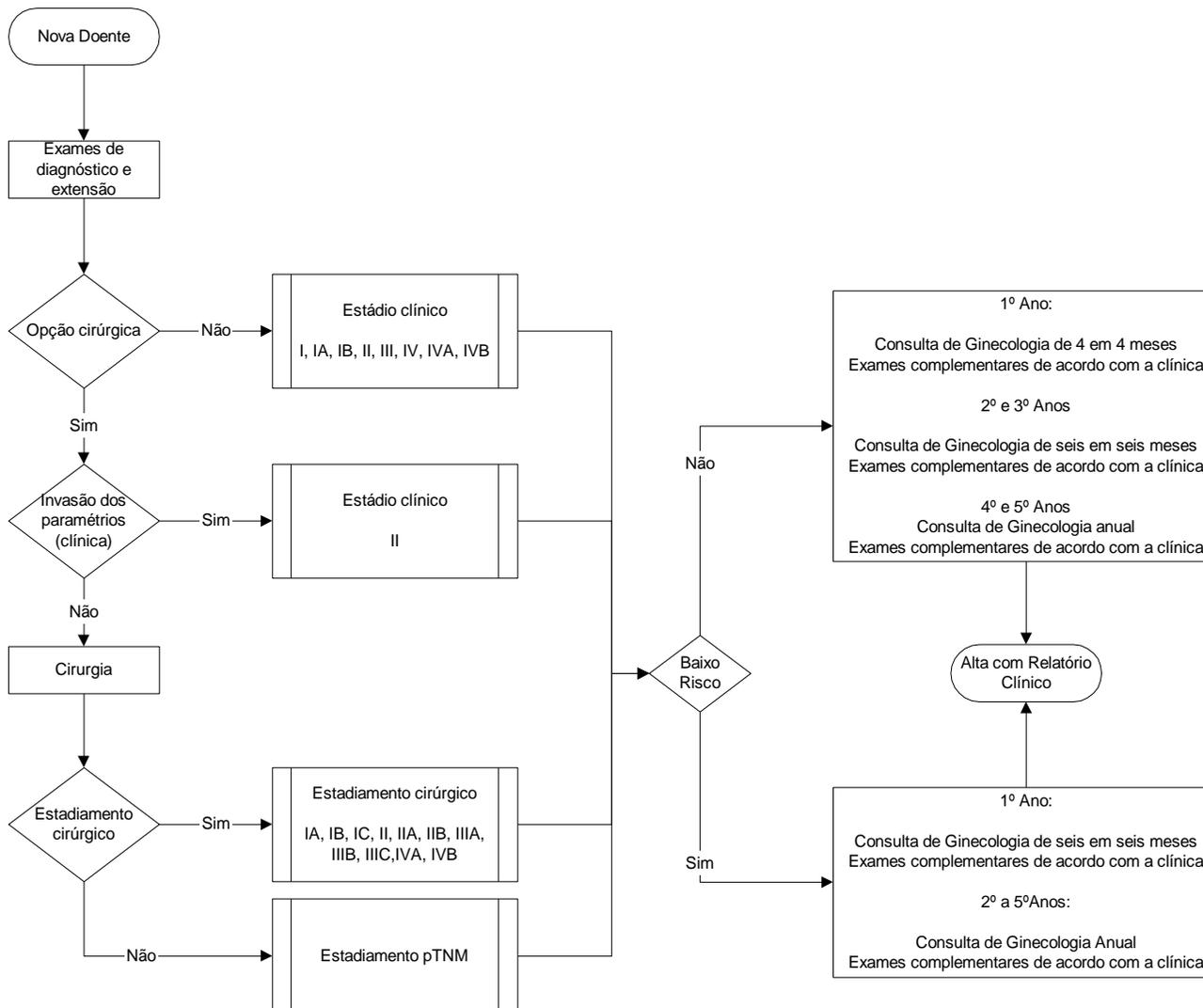


* No estadio IIIA por citologia peritoneal positiva para células neoplásicas, o tratamento adjuvante dependerá dos achados histológicos uterinos – pTNM
Nos carcinomas seroso e de células claras considerar QT a partir de Est. IC

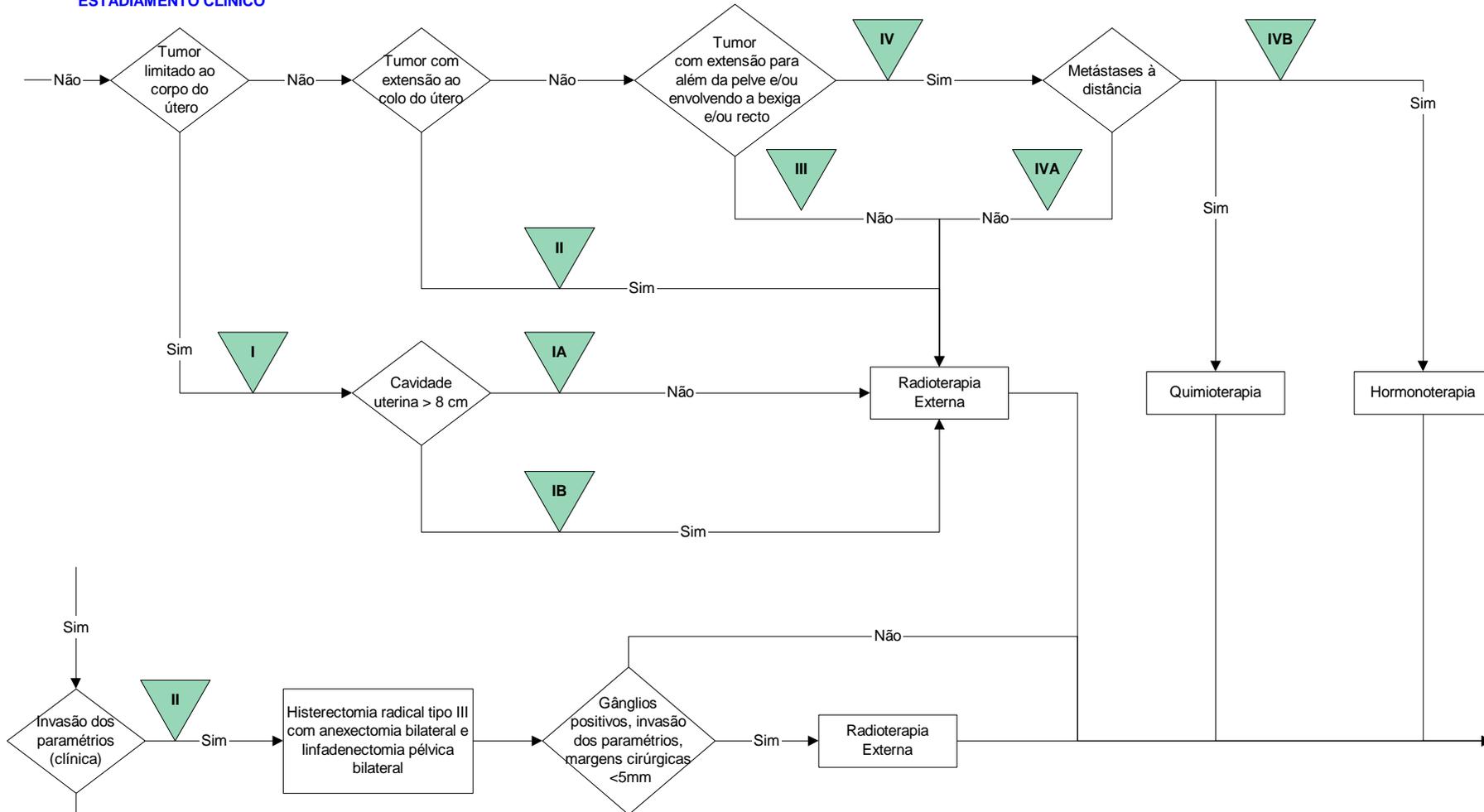
SISTEMA pTNM
CIRURGIA PRÉVIA SEM
ESTADIAMENTO COMPLETO



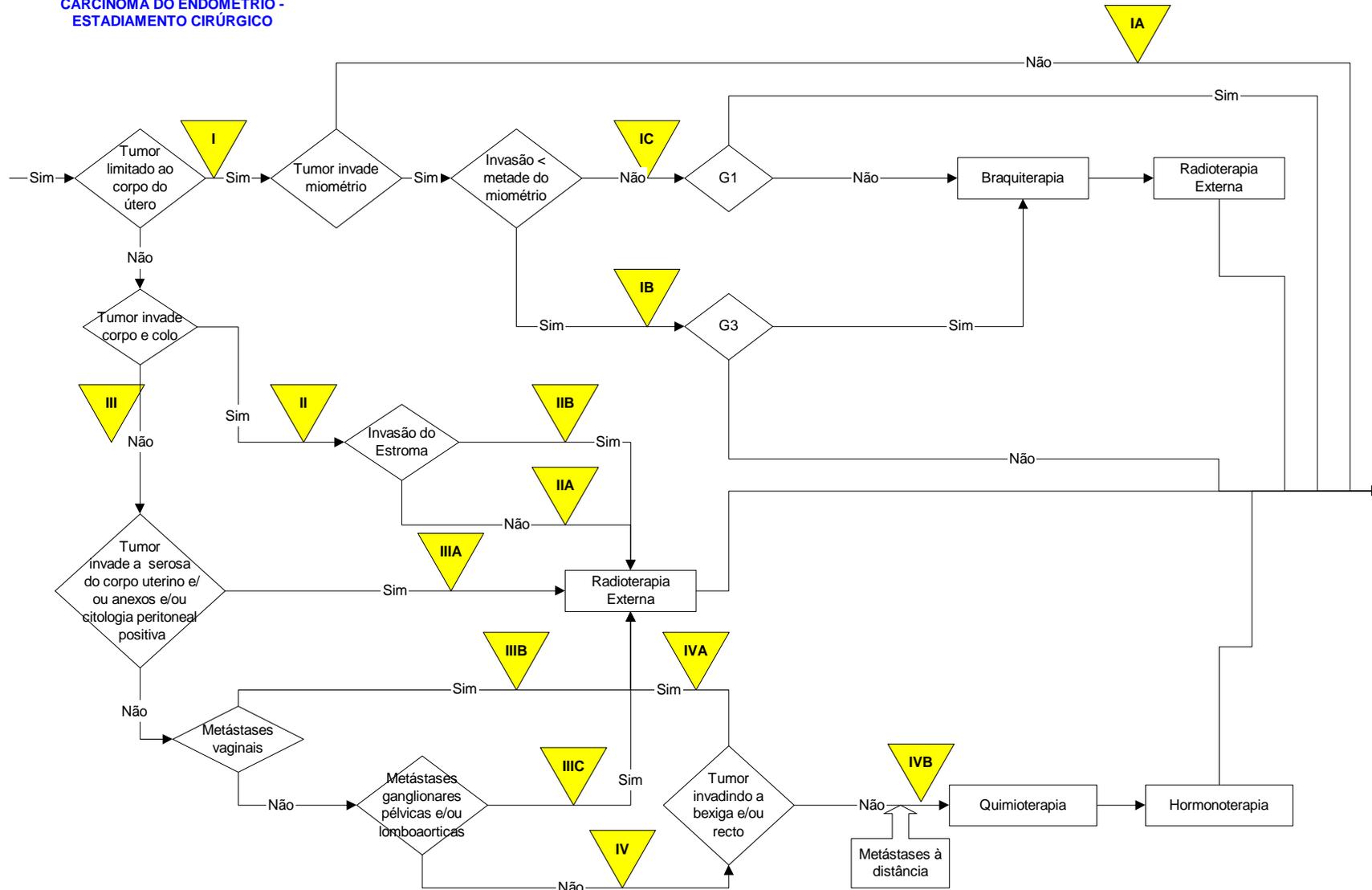
CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO - GUIDELINE GERAL



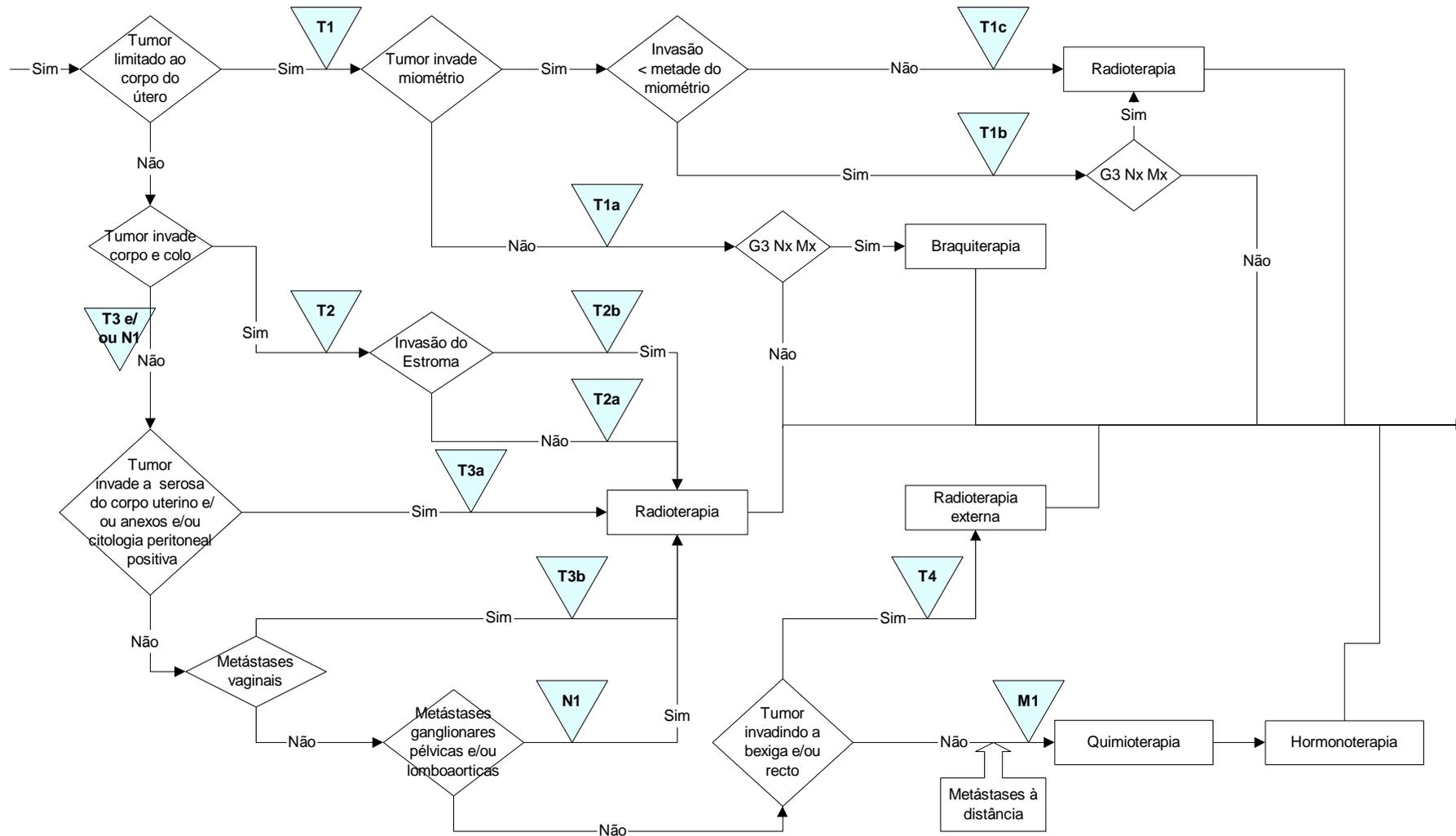
CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO - ESTADIAMENTO CLÍNICO



CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO - ESTADIAMENTO CIRÚRGICO



CARCINOMA DO ENDOMÉTRIO - ESTADIAMENTO pTNM



Carcinoma da Trompa de Falópio

Preâmbulo

Os tumores primitivos da trompa são raros.

O adenocarcinoma é o tipo de tumor maligno mais frequente; representa aproximadamente 0,3% de todos os cânceres ginecológicos.

É um tumor raramente diagnosticado pré-operatoriamente (3%).

Clinicamente é um tumor que pode evoluir assintomático (como o carcinoma do ovário) durante períodos variáveis de tempo, podendo associar-se à tríade leucorreia, dor e massa anexial. O sinal mais comum é a massa pélvica ou abdominal que geralmente se interpreta como carcinoma do ovário.

Nota: Estes protocolos terapêuticos referem-se exclusivamente às Neoplasias Malignas Epiteliais.

Diagnóstico

- Exame clínico e ginecológico - citologia cervical
- Exames laboratoriais de rotina
- CA 125
- Radiografia do tórax
- Ecografia pélvica e ginecológica endovaginal
- TAC abdomino-pélvica
- RM pélvica (se indicado)

Estadiamento - FIGO 1991

No carcinoma da Trompa de Falópio o estadiamento é cirúrgico excepto quando existem critérios imagiológicos de irresssecabilidade.

Porém, se o tumor parece limitado à trompa e/ou à pelve é essencial que a cirurgia inclua:

1. Colheita de lavados peritoneais para citologia
2. Exploração de toda a cavidade pélvica e abdominal
3. Biópsias:
 - do diafragma (se não for possível, substituídas por citologia de *grattage*)
 - de ambas as goteiras para-cólicas
 - do peritoneu pélvico
 - dos gânglios lombo-aórticos e pélvicos
 - do grande epiplon

Nota: a avaliação clínica e imagiológica pode alterar o estágio final tal como os achados cito/histológicos

Estádio 0 Carcinoma *in situ* (limitado à mucosa tubária)

Estádio I Carcinoma limitado às trompas de Falópio

- IA** Tumor limitado a uma trompa, com extensão para a submucosa e/ou muscular sem penetrar na superfície serosa; sem ascite
- IB** Tumor limitado às duas trompas com extensão para a submucosa e/ou muscular, sem penetrar na superfície serosa; sem ascite
- IC** Tumor do estágio IA ou IB com extensão através ou para a serosa tubária, ou com ascite positiva para células malignas ou lavados peritoneais positivos

Estádio II Tumor envolve uma ou as duas trompas de Falópio com extensão para a pelve

IIA Extensão e/ou metástases no útero e/ou ovários

IIB Extensão para os outros tecidos pélvicos

IIC Tumor do estágio IIA ou IIB com ascite positiva para células ou com lavados peritoneais positivos

Estádio III Tumor envolve uma ou as duas trompas de Falópio com implantes peritoneais fora da pelve e/ou gânglios retroperitoneais ou inguinais positivos.

Metástases hepáticas superficiais.

Tumor parece limitado à pelve mas com extensão ao intestino delgado ou ao grande epíplon comprovada histologicamente

IIIA Tumor macroscopicamente limitado à pelve, com gânglios negativos, mas implantes malignos microscópicos na superfície peritoneal confirmados histologicamente

IIIB Tumor envolve uma ou as duas trompas com implantes malignos na superfície peritoneal confirmados histologicamente não excedendo 2cm de diâmetro; gânglios negativos

IIIC Implantes abdominais > 2 cm de diâmetro e/ou gânglios retroperitoneais ou inguinais positivos

Estádio IV Tumor envolve uma ou ambas as trompas de Falópio com metástases a distância.

Derrame pleural com citologia positiva.

Metástases hepáticas parenquimatosas

Tratamento

Estádio I Laparotomia exploradora: estadiamento completo e histerectomia total com anexectomia bilateral e omentectomia seguida de:

- Quimioterapia adjuvante nos estadios IA G₃ e IB G₃; IC qqG; e no carcinoma de células claras.
- Considerar a anexectomia unilateral com estadiamento no Estádio IA G₁ em doentes jovens que querem conservar a fertilidade

Estádio II Laparotomia exploradora: estadiamento completo e histerectomia total, anexectomia bilateral e omentectomia (se exequíveis) ou cirurgia citoreductora seguidas de:

- Quimioterapia adjuvante

Estádios III e IV (selecção das doentes dependente dos critérios de irressecabilidade)

Tumores sem critérios imagiológicos de irressecabilidade

Laparotomia exploradora: cirurgia citoreductora com histerectomia total, anexectomia bilateral e omentectomia (quando exequíveis), ou cirurgia citoreductora seguidas de:

- Quimioterapia adjuvante

Tumores com critérios imagiológicos de irressecabilidade

- Quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia citoreductora.

Esquema de Quimioterapia

Indicações:

- Estádios IAG3; IBG3 e ICqG
- Estádios II; III e IV
- Carcinoma de células claras

Em 6 ciclos de 21 / 21 dias

- a) Carboplatina AUC 6 + Paclitaxel 175mg/m² em 3h
- b) Cisplatina 75mg/m² + Paclitaxel 135mg/m² em 24h

RECIDIVAS

É importante o intervalo livre de doença, se a doente já fez ou não Quimioterapia e se a recidiva é ou não localizada.

- Quimioterapia prévia < a 6 meses → Quimioterapia 2ª linha
- Quimioterapia prévia > a 6 meses → Quimioterapia 1ª linha até limite de toxicidade
- Quimioterapia prévia > a 1 ano, recidiva localizada → Cirurgia citoreductora e quimioterapia, se doença residual
- Quimioterapia prévia > a 1 ano, recidiva extensa → Quimioterapia 1ª linha até limite de toxicidade

Seguimento

Estádios I e II

1º e 2º anos:

- Consultas de Ginecologia / Oncologia Médica de 3 / 3 meses alternadamente
- Exames complementares de diagnóstico segundo a clínica
- CA 125 em cada consulta (se inicialmente elevado ou não determinado)

3º ao 5º anos:

Consultas de Ginecologia / Oncologia Médica de 6 / 6 meses alternadamente
Exames complementares de diagnóstico segundo a clínica
CA 125 em cada consulta (se inicialmente elevado ou não determinado)

Após o 5º ano

Alta com Relatório Clínico

Estádios III e IV:

Avaliação após 6 ciclos de QT

Consulta de Oncologia Médica
Consulta de Ginecologia
TAC abdomino-pélvica, se doença residual
Exames complementares de diagnóstico segundo a clínica
CA 125

Se remissão clínica completa

Consulta de Oncologia Médica 3 / 3 meses até 2 anos
Consulta de Ginecologia, quando necessário
Depois de 2 anos, consultas com o mesmo esquema dos estádios I e II (**sem alta da Instituição** ao fim de 5 anos)
Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica
CA 125 em cada consulta

Se remissão clínica parcial

Consulta de Oncologia Médica com periodicidade de acordo com a clínica
Terapêutica caso a caso
Consulta de Ginecologia, quando necessário

PROTOCOLO DO CARCINOMA DA TROMPA

ESTÁDIOS FIGO		TERAPÊUTICA
Est. I	Tumor limitado às trompas de Falópio	Laparotomia exploradora: estadiamento completo e hysterectomia total, anexectomia bilateral e omentectomia Quimioterapia adjuvante nos Est. IA G3, IB G3, IC e carcinoma de células claras. Considerar a anexectomia unilateral com estadiamento no Est. IA G1 em doentes jovens que querem conservar a fertilidade
	IA Tumor limitado a uma trompa, com extensão para a sub-mucosa e/ou muscular, sem penetrar na superfície serosa; sem ascite	
	IB Tumor limitado às duas trompas com extensão para a sub-mucosa e/ou muscular, sem penetrar na superfície serosa; sem ascite	
	IC Tumor quer do Est. IA ou IB com extensão através ou para a serosa tubárica ou com ascite positiva para células malignas ou lavados peritoneais positivos	
Est. II	Tumor envolvendo uma ou as duas trompas de Falópio com extensão para a pelve	Laparotomia exploradora: estadiamento completo e hysterectomia total, anexectomia bilateral, omentectomia (se exequíveis) ou cirurgia citoreductora seguidas de Quimioterapia adjuvante
	IIA Extensão e/ou metástases no útero e/ou ovários.	
	IIB Extensão para outros tecidos pélvicos.	
Est. III	Tumor envolvendo uma ou as duas trompas de Falópio com implantes peritoneais fora da pelve e/ou gânglios linfáticos retroperitoneais ou inguinais positivos; Metástases hepáticas superficiais;	Tumores sem critérios imagiológicos de irressecabilidade: Laparotomia exploradora: Cirurgia citoreductora com hysterectomia total, anexectomia bilateral e omentectomia (se exequíveis) ou cirurgia citoreductora seguidos de: Quimioterapia adjuvante Tumores com critérios imagiológicos de irressecabilidade: Quimioterapia neo – adjuvante seguida de cirurgia citoreductora
	Tumor parecendo limitado à pelve mas com extensão ao intestino delgado ou ao grande epilion comprovada histologicamente	
	IIIA Tumor macroscopicamente limitado à pelve, com gânglios linfáticos negativos, mas implantes malignos microscópicos nas superfície peritoneal abdominal confirmados histologicamente	
	IIIB Tumor envolvendo uma ou as duas trompas, com implantes malignos na superfície peritoneal abdominal, confirmados histologicamente, não excedendo 2cm de diâmetro; gânglios linfáticos negativos	
	IIIC Implantes abdominais > 2cm de diâmetro e/ou gânglios linfáticos retroperitoneais ou inguinais positivos	
Est. IV	Tumor envolvendo uma ou as duas trompas de Falópio com metástases à distância Derrame pleural com citologia positiva. Metástases hepáticas parenquimatosas	Como no Estadio III
Recidiva Quimioterapia prévia < 6 meses Quimioterapia prévia > 6 meses Quimioterapia prévia > 1 ano se recidiva localizada Quimioterapia prévia > 1 ano se recidiva extensa		Quimioterapia 2ª linha Quimioterapia 1ª linha até limite de toxicidade Cirurgia citoreductora e quimioterapia, se doença residual Quimioterapia 1ª linha até limite de toxicidade



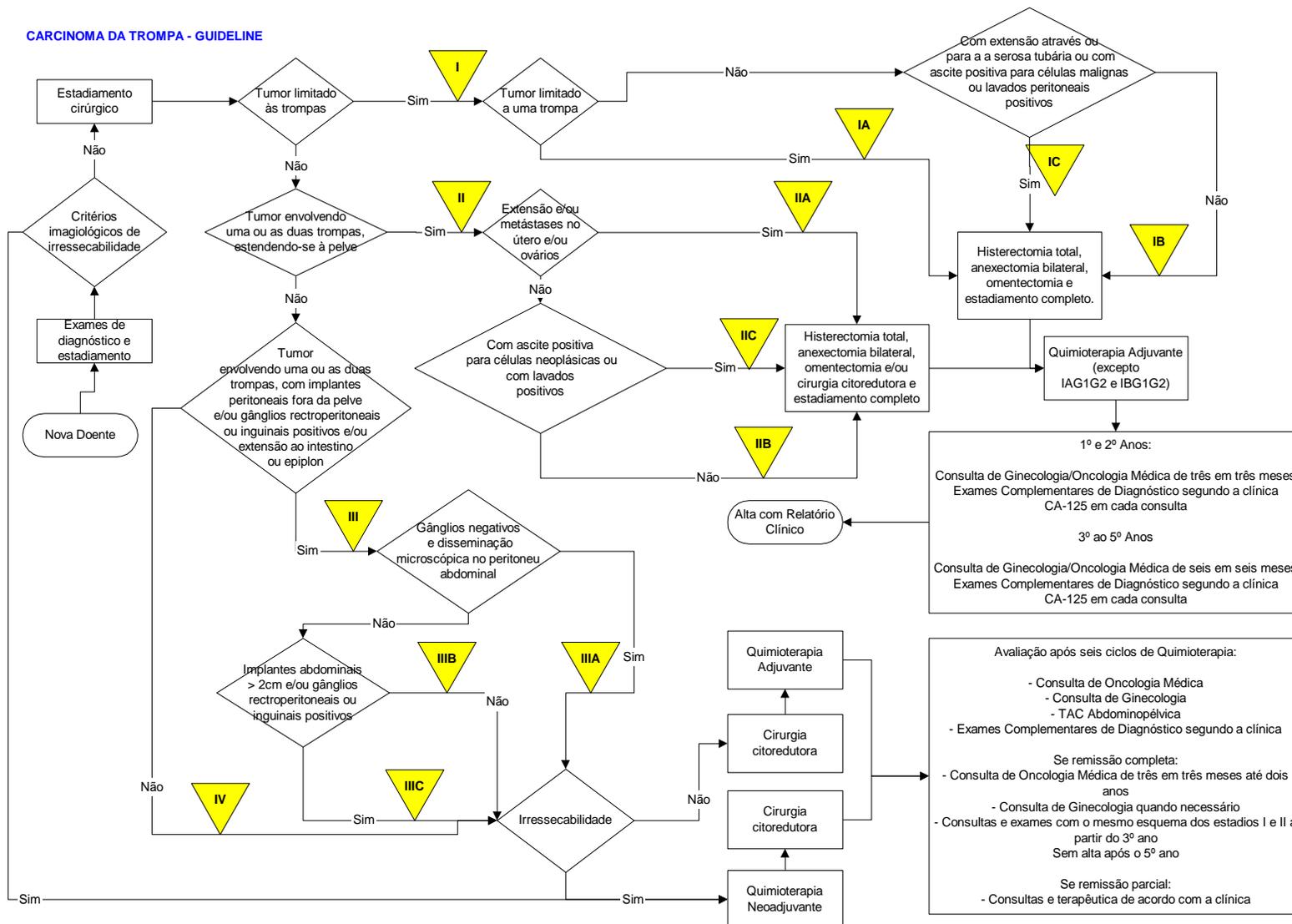
PROTOCOLO DO CARCINOMA DA TROMPA

DIAGNÓSTICO	SEGUIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Exame clínico e ginecológico – citologia cervical • Exames laboratoriais de rotina • CA 125 • Radiografia do torax ▪ Ecografia pélvica e endovaginal ▪ TAC abdomino-pélvica ▪ RM (quando indicado) 	EST I e II
	<p>1º e 2º ano Consultas de ginecologia / oncologia médica de 3 / 3 meses alternadamente Exames complementares de diagnóstico segundo a clínica CA 125 em cada consulta</p>
	<p>3º ao 5º ano Consulta de ginecologia / oncologia médica de 6 / 6 meses alternadamente Exames complementares de diagnóstico segundo a clínica CA 125 em cada consulta</p>
	<p>5º ano Alta com relatório clínico</p>
	<p>EST III e IV Avaliação após 6 ciclos de QT Consulta oncologia médica Consulta ginecologia TAC abdomino-pélvica, se doença residual Exames complementares de diagnóstico, se doença residual CA 125</p>
<p>SE REMISSÃO COMPLETA Consulta oncologia médica 3 / 3 meses, até 2 anos Consulta ginecologia, quando necessário Consultas com a mesma periodicidade que ESTs I e II, após 2 anos Exames complementares de diagnóstico segundo a clínica CA 125 em cada consulta Não tem alta da Instituição</p> <p>SE REMISSÃO PARCIAL Consulta de oncologia médica com periodicidade de acordo com a clínica Consulta de ginecologia quando necessário</p>	

REGRAS PARA CLASSIFICAÇÃO (FIGO 1991)

Estadiamento é cirúrgico. Deve haver confirmação histológica do tumor.
O estadio é determinado pelos achados operatórios antes da citoredução e pode ser modificado pelos dados, quer histopatológicos quer clínicos e imagiológicos
A base do estadiamento é a laparotomia exploradora com histerectomia total e anexectomia bilateral, colheita de líquido ascítico ou lavados peritoneais e biópsias de todos os locais suspeitos, nomeadamente:
Grande epiplon
Mesentério e goteiras paraoólicas
Fígado
Diafragma (escovado para citologia)
Linfadenectomia selectiva dos gânglios pélvicos e lombo-aórticos
Os achados histopatológicos e citológicos finais devem considerar-se para estadiar; os derrames pleurais devem ser aspirados para citologia

CARCINOMA DA TROMPA - GUIDELINE



Carcinoma do Ovário

Preâmbulo

A neoplasia do ovário é um dos tumores ginecológicos malignos mais frequentes e a 4ª causa de morte por cancro na mulher.

É um tumor diagnosticado a maior parte das vezes em estádios avançados com implantes no peritoneu e com invasão local da bexiga e intestino. A incidência de invasão ganglionar é comum nestes estádios – 50 a 75% – e a disseminação transdiafragmática para a pleura não é rara.

Os factores de prognóstico são: a idade, o estado geral, o tipo celular, o estadio, o grau de diferenciação, o volume tumoral e o volume tumoral residual após a 1ª cirurgia.

Para o carcinoma em estágio I os factores de prognóstico mais importantes são o grau de diferenciação, a presença de múltiplas aderências e a ascite volumosa

NOTA: Estes protocolos terapêuticos referem-se exclusivamente aos Carcinomas com origem no epitélio de superfície e estroma do ovário.

Diagnóstico

- Exame clínico e ginecológico e citologia cervical
- Exames laboratoriais de rotina
- CA 125
- Radiografia do tórax
- Ecografia pélvica e ginecológica endovaginal
- TAC abdomino-pélvica
- RM pélvica (se indicado)

Estadiamento – FIGO 1988

O carcinoma do ovário é estadiado cirurgicamente excepto quando existem critérios imagiológicos de irressecabilidade. Porém, se o tumor parece limitado aos ovários e/ou à pelve é essencial que a cirurgia inclua:

- Colheita de lavados peritoneais para citologia
- Exploração de toda a cavidade pélvica e abdominal
- Biópsias:
 - do diafragma (se não for possível, substituídas pela citologia por grattage)
 - de ambas as goteiras para-cólicas
 - do peritoneu pélvico
 - dos gânglios para-aórticos e pélvicos
 - do grande epiplon

Nota: A avaliação clínica e imagiológica pode alterar o estágio final tal como os achados cito / histológicos

Estádio I Carcinoma limitado aos ovários

- IA** Tumor limitado a um ovário; não há ascite; não há tumor na superfície externa; cápsula intacta
- IB** Tumor limitado aos dois ovários; não há ascite; não há tumor nas superfícies externas; cápsulas intactas
- IC** Tumor do estágio IA ou IB, mas com tumor na superfície de um ou dois ovários ou com rotura da cápsula; ou com ascite com células neoplásicas; ou com lavados peritoneais positivos

- Estádio II** Tumor envolve um ou os dois ovários com extensão à pelve
- IIA** Extensão e/ou metástases no útero e/ou nas trompas
 - IIB** Extensão a outros tecidos pélvicos
 - IIC** Tumor do estágio IIA ou IIB mas com tumor na superfície de um ou dos dois ovários; ou com rotura da cápsula; ou com ascite positiva para células neoplásicas; ou com lavados peritoneais positivos
- Estádio III** Tumor envolve um ou os dois ovários com implantes peritoneais fora da pelve e/ou gânglios retroperitoneais ou inguinais positivos.
- As metástases na superfície hepática correspondem a estágio III
- Tumor limitado à pelve mas com extensão comprovada histologicamente, ao intestino ou epiplon
- IIIA** Tumor macroscopicamente limitado à pelve com gânglios negativos mas com disseminação microscópica nas superfícies peritoneais confirmada histologicamente
 - IIIB** Tumor envolve um ou os dois ovários com implantes nas superfícies peritoneais confirmado histologicamente não excedendo 2 cm de diâmetro; gânglios negativos
 - IIIC** Implantes abdominais maiores que 2 cm de diâmetro e/ou gânglios retroperitoneais ou inguinais positivos
- Estádio IV** Tumor envolve um ou os dois ovários com metástases à distância; se há derrame pleural só com citologia positiva se poderá classificar no Estádio IV; metástases hepáticas parenquimatosas

Tratamento

Estádio I Laparotomia exploradora: estadiamento completo e histerectomia total com anexectomia bilateral e omentectomia seguida de:

- Quimioterapia adjuvante nos estádios IA e IBG₃ e ICqqG e no carcinoma de células claras.

Considerar a anexectomia unilateral com estadiamento completo no Est. IAG₁ em doentes jovens que querem conservar a fertilidade

Estádio II Laparotomia exploradora: estadiamento completo e histerectomia total, anexectomia bilateral e omentectomia (se exequíveis) ou cirurgia citoredutora seguidas de:

- Quimioterapia adjuvante

Estádios III e IV (selecção das doentes dependente dos critérios imagiológicos de irressecabilidade)

Tumores sem critérios imagiológicos de irressecabilidade

Laparotomia exploradora: cirurgia citoredutora com histerectomia total, anexectomia bilateral e omentectomia (quando exequíveis), ou cirurgia citoredutora seguidas de:

- Quimioterapia adjuvante

Tumores com critérios imagiológicos de irressecabilidade

- Quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia citoredutora.

Esquema de Quimioterapia

Indicações:

Estádios IAG3; IBG3 e ICqG
Estádios II, III e IV
Carcinoma de células claras

Em 6 ciclos de 21 / 21 dias

- a) Carboplatina AUC 6 + Paclitaxel 175mg/m² em 3h
- b) Cisplatina 75mg/m² + Paclitaxel 135mg/m² em 24h

RECIDIVAS

É importante o intervalo livre de doença, se a doente já fez ou não Quimioterapia e se a recidiva é ou não localizada.

- Quimioterapia prévia < a 6 meses → Quimioterapia 2ª linha
- Quimioterapia prévia > a 6 meses → Quimioterapia 1ª linha até limite de toxicidade
- Quimioterapia prévia > a 1 ano, recidiva localizada → Cirurgia citoreduzora e quimioterapia, se doença residual
- Quimioterapia prévia > a 1 ano, recidiva extensa → Quimioterapia 1ª linha até limite de toxicidade

Seguimento

Estádios I e II

1º e 2º anos:

Consultas de Ginecologia / Oncologia Médica de 3 / 3 meses alternadamente
Exames complementares de diagnóstico segundo a clínica
CA125 em cada consulta (se inicialmente elevado ou não determinado)

3º ao 5º anos

Consultas de Ginecologia/Oncologia Médica de 6 / 6 meses alternadamente
Exames complementares de diagnóstico, segundo a clínica
CA 125 em cada consulta (se inicialmente elevado ou não determinado)

Após o 5º ano

Alta com Relatório Clínico.

Estádios III e IV:

Avaliação após 6 ciclos de QT

Consulta de Oncologia Médica
Consulta de Ginecologia
TAC abdomino-pélvica, se doença residual
Exames complementares de diagnóstico segundo a clínica
CA 125

Se remissão clínica completa

Consulta de Oncologia Médica 3 / 3 meses até 2 anos
Consulta de Ginecologia quando necessário
Depois de 2 anos, consultas com o mesmo esquema dos estádios I e II, (**sem alta da Instituição** ao fim de 5 anos)
Exames complementares de diagnóstico de acordo com a clínica
CA 125 em cada consulta

Se remissão clínica parcial

Consulta de Oncologia Médica periodicidade de acordo com a clínica
Terapêutica caso a caso
Consulta de Ginecologia, quando necessário

PROTOCOLO DO CARCINOMA DO OVÁRIO

ESTÁDIOS FIGO		TERAPÊUTICA
Est. I	Tumor limitado aos ovários	Laparotomia exploradora: estadiamento completo e histerectomia total, anexectomia bilateral, omentectomia Quimioterapia adjuvante nos Ests IA G3, IB G3, IC e carcinoma de células claras NOTA: Considerar a anexectomia unilateral com estadiamento no Est IA G1 em doentes jovens que queiram conservar a fertilidade.
	IA Tumor limitado a um ovário; não há ascite; não há tumor na superfície externa; cápsula intacta.	
	IB Tumor limitado aos dois ovários; não há ascite; não há tumor na superfície externa; cápsula intacta.	
	IC Tumor quer Est IA ou IB, mas com tumor na superfície de um ou dos dois ovários, ou com rotura da cápsula, ou com ascite positiva para células neoplásicas, ou lavados peritoneais positivos	
Est. II	Tumor envolvendo um ou os dois ovários, estendendo-se à pelve:	Laparotomia exploradora: estadiamento completo e histerectomia total, anexectomia bilateral, omentectomia (se exequíveis) ou cirurgia citoredutora seguidas de: Quimioterapia adjuvante.
	IIA Extensão e/ou implantes no útero e/ou trompas; ascite negativa para células neoplásicas.	
	IIB Extensão a outros tecidos pélvicos; lavados ou ascite negativos para células neoplásicas.	
	IIIC Tumor quer Est IIA ou IIB, mas com tumor na superfície de um ou dos dois ovários, ou com rotura da(s) cápsula(s), ou com ascite e/ou lavados peritoneais positivos para células neoplásicas.	
Est. III	Tumor envolvendo um ou os dois ovários, com implantes peritoneais fora da pelve e/ou gânglios retro-peritoneais ou inguinais positivos; metástases hepáticas superficiais correspondem a Est III. Tumor limitado à pelve mas com extensão, histologicamente comprovada, ao intestino delgado ou epiplon	Tumores sem critérios imagiológicos de irressecabilidade Laparotomia exploradora: cirurgia citoredutora com histerectomia total anexectomia bilateral e omentectomia (se exequíveis) ou cirurgia citoredutora seguida de Quimioterapia adjuvante Tumores com critérios imagiológicos de irressecabilidade Quimioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia citoredutora
	IIIA Tumor macroscopicamente limitado à pelve, com gânglios negativos mas com disseminação microscópica nas superfícies peritoneais abdominais ou extensão ao intestino delgado ou mesentério, confirmada histologicamente.	
	IIIB Tumor envolvendo um ou os dois ovários, com implantes nas superfícies peritoneais abdominais, confirmados histologicamente, não excedendo 2cm de diâmetro. Os gânglios são negativos.	
	IIIC Implantes abdominais maiores que 2cm de diâmetro e/ou gânglios retroperitoneais ou inguinais positivos.	
Est. IV	Tumor envolvendo um ou os dois ovários, com metástases à distância; se há derrame pleural, só com citologia positiva se poderá classificar como Est IV; metástases hepáticas parenquimatosas	Como no Estadio III
	Recidiva Quimioterapia prévia < 6 meses Quimioterapia prévia > 6 meses Quimioterapia prévia > 1 ano se recidiva localizada Quimioterapia prévia > 1 ano se recidiva extensa	Quimioterapia de 2ª linha Quimioterapia de 1ª linha, até limite de toxicidade Cirurgia citoredutora e quimioterapia, se doença residual Quimioterapia de 1ª linha, até limite de toxicidade

PROTOCOLO DO CARCINOMA DO OVÁRIO

DIAGNÓSTICO	SEGUIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exame clínico e ginecológico – citologia cervical ▪ Exames laboratoriais de rotina ▪ CA 125 ▪ Radiografia do torax ▪ Ecografia pélvica e endovaginal ▪ TAC abdomino-pélvica ▪ RM (quando indicado) 	EST I e II
	<p>1º e 2º ano Consultas de ginecologia / oncologia médica de 3 / 3 meses alternadamente Exames complementares de diagnóstico segundo a clínica CA 125 em cada consulta</p> <p>3º ao 5º ano Consulta de ginecologia / oncologia médica de 6 / 6 meses alternadamente Exames complementares de diagnóstico segundo a clínica CA 125 em cada consulta</p> <p>5º ano Alta com Relatório Clínico</p>
	EST III e IV
	<p>Avaliação após 6 ciclos de QT Consulta de oncologia médica Consulta de ginecologia TAC abdomino-pélvica, se doença residual Exames complementares diagnóstico, se doença residual CA 125</p>
	SE REMISSÃO COMPLETA
	<p>Consulta de oncologia médica 3 / 3 meses, até 2 anos Consulta de ginecologia, quando necessário Consultas com a mesma periodicidade que ESTs I e II, após 2 anos Exames complementares de diagnóstico segundo a clínica CA 125 em cada consulta Não tem alta da Instituição</p> <p>SE REMISSÃO PARCIAL Consulta de oncologia médica com periodicidade de acordo com a clínica Consulta de ginecologia quando necessário</p>

REGRAS PARA CLASSIFICAÇÃO (FIGO 1988)

O estadiamento é cirúrgico. Deve haver confirmação histológica do tumor.

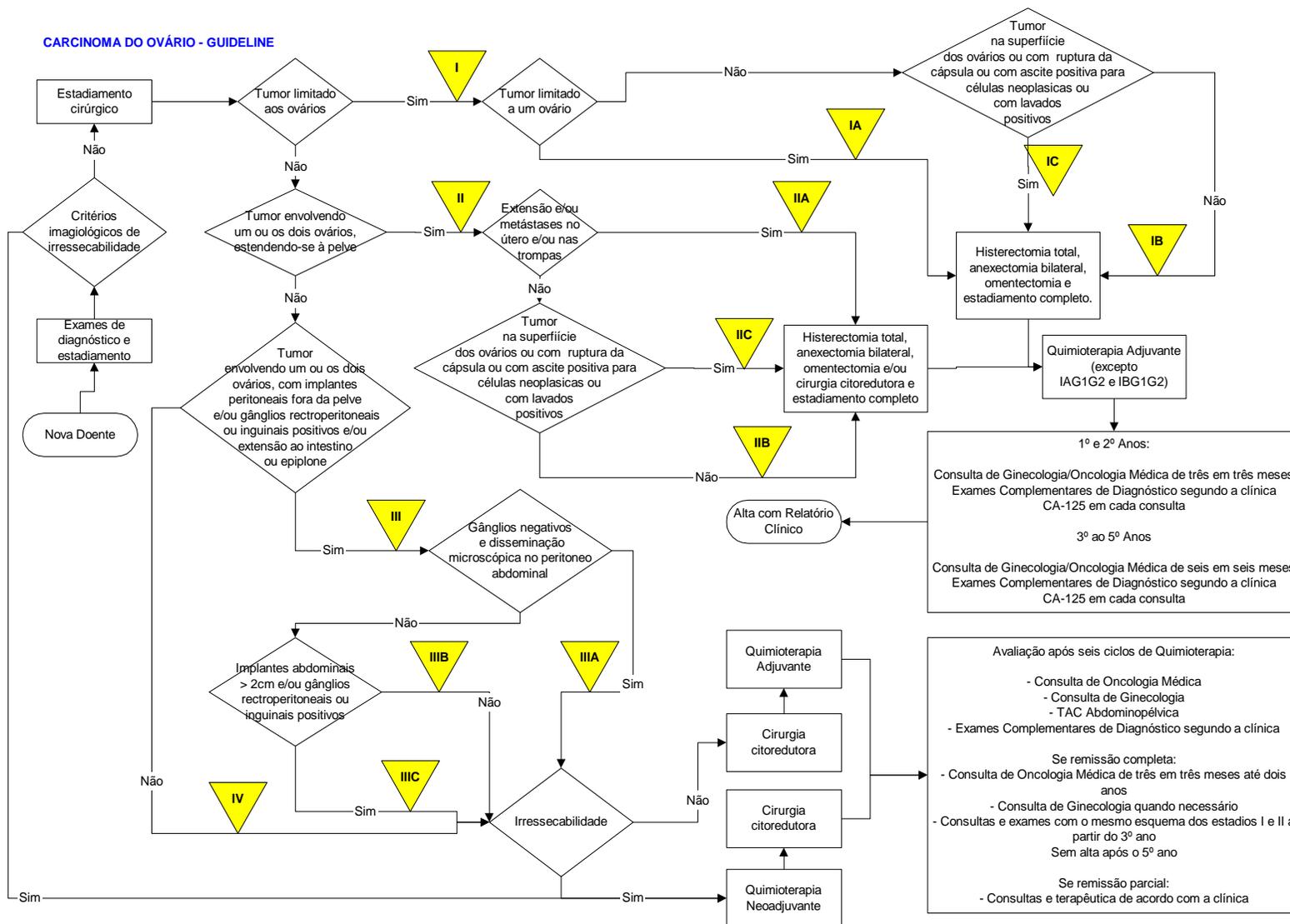
O estadio é determinado pelos achados operatórios antes da citorredução e pode ser modificado pelos dados, quer histopatológicos quer clínicos e imagiológicos

A base do estadiamento é a laparotomia exploradora com histerectomia total e anexectomia bilateral, coheita de líquido ascítico ou lavados peritoneais e biópsias de todos os locais suspeitos, nomeadamente:

Grande epíplon
Mesentério e goteiras paracólicas
Fígado
Diafragma (escovado para citologia)
Linfadenectomia selectiva dos gânglios pélvicos e lombo-aórticos

Os achados histopatológicos e citológicos finais devem considerar-se para estadiar; os derrames pleurais devem ser aspirados para citologia

CARCINOMA DO OVÁRIO - GUIDELINE



ADENDA

Projecto de investigação clínica

Está em curso, no Serviço de Ginecologia do IPOFG – CROL, SA um projecto de investigação clínica - *"Estudo prospectivo de fiabilidade de biópsia do gânglio sentinela como indicador de metastização ganglionar inguinal no carcinoma pavimento celular da vulva"*

Os critérios de inclusão são:

1. Diagnóstico de carcinoma pavimento celular da vulva confirmado por biópsia;
2. Estádio I e II (classificação FIGO, 1994)

Os critérios de exclusão são:

1. Doença vulvar multicêntrica;
2. Evidência clínica ou imagiológica de metastização ganglionar;
3. Radioterapia prévia;
4. Quimioterapia prévia;
5. Gravidez.

Após a excisão do gânglio sentinela a cirurgia prossegue segundo a técnica cirúrgica de protocolo – Vulvectomy radical modificada e linfadenectomia inguino-femoral uni ou bilateral.

O gânglio sentinela excisado é enviado em separado, para que seja feito o exame anátomo-patológico e o estudo imuno-histoquímico, de acordo com o protocolo em uso no Serviço de Anatomia Patológica.

Responsável: Dr^a. Ana Francisca Jorge

DEFINIÇÕES de TRATAMENTO - FIGO 2003

As opções terapêuticas devem obedecer a critérios sequenciais estabelecidos, pelo que consideramos oportuna a divulgação das normas da FIGO

VULVA

Cirurgia – Cirurgia como 1º tratamento e mais nenhum outro tratamento no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Radioterapia – Radioterapia externa e/ou braquiterapia como 1º tratamento e nenhum outro tratamento no prazo de 90 dias a partir da data do fim de tele/braquiterapia

Radioterapia com Cirurgia – Radioterapia externa e/ou braquiterapia como 1º tratamento e cirurgia no prazo de 60 dias do fim da tele/braquiterapia.

Quimioterapia neoadjuvante com Cirurgia – Dois a quatro ciclos de quimioterapia como 1º tratamento seguidos de cirurgia.

Cirurgia com Radioterapia adjuvante – Cirurgia como 1º tratamento seguido de radioterapia e/ou braquiterapia no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Cirurgia com Quimioterapia adjuvante – Cirurgia como 1º tratamento seguido de quimioterapia no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Quimio-Radioterapia – Radioterapia com quimioterapia (quer neoadjuvante, concomitante ou sequencial) administradas em conjunto ou pelo menos no prazo de 90 dias a partir do fim de qualquer das terapias.

Terapêutica Hormonal adjuvante – Cirurgia ou radioterapia ou quimioradioterapia como 1ª terapêutica seguida de terapêutica hormonal no prazo de 90 dias a partir do fim de qualquer das terapias.

Em todos os casos, pode administrar-se qualquer outro(s) tratamento(s), subsequentemente.

VAGINA

Cirurgia – Cirurgia como 1º tratamento e mais nenhum outro tratamento no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Radioterapia – Radioterapia externa e/ou braquiterapia como 1º tratamento e nenhum outro tratamento no prazo de 90 dias a partir da data do fim de tele/braquiterapia.

Radioterapia com Cirurgia – Radioterapia externa e/ou braquiterapia como 1º tratamento e seguida de cirurgia no prazo de 90 dias do fim da tele/braquiterapia (Quimioterapia pode ser associada no prazo de 120 dias a partir da data da cirurgia).

Quimioterapia neoadjuvante com Cirurgia – Quimioterapia como 1º tratamento seguido de cirurgia no prazo de 42 dias a partir do fim da quimioterapia.

Cirurgia com Radioterapia adjuvante – Cirurgia como 1º tratamento seguido de radioterapia no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia (Quimioterapia pode ser associada no prazo de 120 dias a partir da data da cirurgia).

Cirurgia com Quimioterapia adjuvante – Cirurgia como 1º tratamento seguido de quimioterapia no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Quimioradioterapia – Radioterapia com quimioterapia (quer neoadjuvante, concomitante ou sequencial) administrada em conjunto ou pelo menos no prazo de 90 dias a partir do fim de qualquer das terapias.

Quimioterapia – Quimioterapia como 1º tratamento e nenhum outro tratamento no prazo de 90 dias do fim da quimioterapia.

Em todos os casos excepto na terapêutica: Cirurgia e Quimioterapia adjuvante; e Quimioradioterapia, pode administrar-se qualquer outro(s) tratamento(s), subsequentemente.

COLO DO ÚTERO

Cirurgia – Cirurgia como 1º tratamento e mais nenhum outro tratamento no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Radioterapia – Radioterapia externa e/ou braquiterapia como 1º tratamento e nenhum outro tratamento no prazo de 90 dias a partir da data do fim de tele/braquiterapia.

Radioterapia com Cirurgia – Radioterapia externa e/ou braquiterapia como 1º tratamento e seguida de cirurgia no prazo de 90 dias do fim da tele/braquiterapia (Quimioterapia pode ser associada no prazo de 120 dias a partir da data da cirurgia).

Quimioterapia neoadjuvante com Cirurgia – Quimioterapia como 1º tratamento seguido de cirurgia no prazo de 42 dias a partir do fim da quimioterapia.

Cirurgia com Radioterapia adjuvante – Cirurgia como 1º tratamento seguido de radioterapia no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia (quimioterapia pode ser associada no prazo de 120 dias a partir da data da cirurgia).

Cirurgia com Quimioterapia adjuvante – Cirurgia como 1º tratamento seguido de quimioterapia no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Quimioradioterapia – Radioterapia com quimioterapia (quer neoadjuvante, concomitante ou sequencial) administrada em conjunto ou pelo menos no prazo de 90 dias a partir do fim de qualquer das terapias.

Quimioterapia – Quimioterapia como 1º tratamento e nenhum outro tratamento no prazo de 90 dias do fim da quimioterapia.

Em todos os casos excepto na terapêutica: Cirurgia e Quimioterapia adjuvante; e Quimioradioterapia, pode administrar-se qualquer outro(s) tratamento(s), subsequentemente a partir do fim de qualquer das terapias.

ENDOMÉTRIO

Cirurgia – Cirurgia como 1º tratamento e mais nenhum outro tratamento no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Radioterapia – Radioterapia externa e/ou braquiterapia como 1º tratamento e nenhum outro tratamento no prazo de 90 dias a partir da data do fim de tele/braquiterapia.

Radioterapia com Cirurgia – Radioterapia externa e/ou braquiterapia como 1º tratamento e seguida de cirurgia no prazo de 60 dias a partir do fim da tele/braquiterapia.

Cirurgia com Radioterapia adjuvante – Cirurgia como 1º tratamento seguido de radioterapia externa e/ou braquiterapia no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Cirurgia com Quimioterapia adjuvante – Cirurgia como 1º tratamento seguido de quimioterapia no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Terapêutica Hormonal adjuvante – Cirurgia ou radioterapia ou quimioradioterapia como 1ª terapêutica seguida de hormonoterapia no prazo de 90 dias a partir do fim de qualquer dos tratamentos.

Em todos os casos excepto na terapêutica: Cirurgia e Quimioterapia adjuvante, pode administrar-se qualquer outro(s) tratamento(s), subsquentemente a partir do fim de qualquer das terapias.

TROMPA DE FALÓPIO

Cirurgia – Cirurgia como 1º tratamento e mais nenhum outro tratamento.

Radioterapia – Radioterapia externa e/ou braquiterapia como 1º tratamento e nenhum outro tratamento no prazo de 180 dias a partir da data do fim de tele/braquiterapia.

Quimioterapia neoadjuvante com Cirurgia – Dois a quatro ciclos de quimioterapia como 1º tratamento seguidos de cirurgia no prazo de 42 dias a partir do fim da quimioterapia.

Cirurgia com Radioterapia adjuvante – Cirurgia como 1º tratamento seguido de radioterapia no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Cirurgia com Quimioterapia adjuvante – Cirurgia como 1º tratamento seguido de quimioterapia no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Em todos os casos pode administrar-se qualquer outro(s) tratamento(s), subsquentemente.

OVÁRIO

Cirurgia – Cirurgia como 1º tratamento e mais nenhum outro tratamento.

Radioterapia – Radioterapia externa e/ou braquiterapia como 1º tratamento e nenhum outro tratamento no prazo de 180 dias a partir da data do fim de tele/braquiterapia.

Quimioterapia neoadjuvante com cirurgia – Dois a quatro ciclos de quimioterapia como 1º tratamento seguidos de cirurgia no prazo de 42 dias a partir do fim da quimioterapia.

Cirurgia com Radioterapia adjuvante – Cirurgia como 1º tratamento seguido de radioterapia no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Cirurgia com Quimioterapia adjuvante – Cirurgia como 1º tratamento seguido de quimioterapia no prazo de 90 dias a partir da data da cirurgia.

Documentos que devem acompanhar a doente:

1. Resumo da história clínica e terapêuticas já efectuadas
2. Exames complementares de diagnóstico já efectuados (relatórios e imagens)
3. Exames anátomo-patológicos (lâminas histológicas e/ou blocos de parafina e cópia de relatório anátomo-patológico)

Se terapêutica cirúrgica:

- Relatório cirúrgico em que conste
 1. Tipo de cirurgia/técnica utilizada
 2. Achados intra-operatórios
 3. Avaliação de doença residual
- Diagnóstico
- Motivo do envio
Segunda opinião/Consulta
Terapêutica complementar

Tópicos que deverão constar no Relatório Clínico de alta

1. Data de inscrição na Instituição
2. Entidade/Médico _____ que enviou a doente
3. Diagnóstico definitivo
4. Estádio da doença à data do diagnóstico
5. Terapêutica(s) efectuada(s)
6. Relatório médico da evolução da doença
7. Conclusão do tratamento em _____
8. Cópia dos relatórios dos exames anátomo-patológicos (todos)
9. Cópia das análises laboratoriais à data da alta, relevantes para a situação clínica
10. Cópia dos relatórios imagiológicos (todos)
11. "Follow up" recomendado
12. Indicação de quem é o médico assistente na Instituição e o seu contacto para eventuais esclarecimentos adicionais ou se houver necessidade da paciente recorrer de novo à Instituição

Pedidos de Exames Anátomo-Patológicos

Deverão constar na **requisição** de pedido de exame anátomo-patológico das neoplasias ginecológicas os seguintes parâmetros:

1. Informação clínica relevante nomeadamente sobre exames anátomo-patológicos prévios
2. Localização da neoplasia
3. Tipo de intervenção cirúrgica efectuada
4. Achados intra-operatórios relevantes

Relatório anátomo-patológico

Deverão constar no relatório anátomo-patológico das neoplasias ginecológicas os seguintes parâmetros:

1. Tipo de intervenção cirúrgica
2. Descrição macroscópica (Designação de fragmentos)
3. Diagnóstico

TUMORES DA VULVA

Descrição macroscópica:

Diagnóstico:

Tipo Histológico (ver Classificação OMS)

Grau de diferenciação: (bem/moderado/pouco)

Crescimento: (infiltrativo / expansivo / presença de crescimento *pagetoide*)

Profundidade de invasão: mm (ver esquema)

Espessura do tumor invasivo mm. (ver esquema)

Invasão vascular (linfática/venosa): não/sim

Invasão neural (presente/ausente)

Margem cirúrgica: com/sem tumor;

Menor distância de mm da margem (cutânea, mucosa, uretral/vaginal)

Gânglios por locais: sem/com metástases (...../.....), extensão aos tecidos periganglionares.

Lesões associadas: (VIN / HPV / hiperplasia pavimentosa / liquen esclero-atrófico / outras).

pTNM:

TUMORES DA VAGINA

Descrição macroscópica:

Diagnóstico:

Tipo Histológico (ver Classificação OMS)

Grau de diferenciação: (bem/moderado/pouco)

Crescimento: (infiltrativo / expansivo / presença de crescimento *pagetoide*)

Profundidade de invasão: mm (ver esquema)

Invasão vascular (linfática / venosa): não/sim

Invasão neural (presente / ausente)

Margem cirúrgica: com / sem tumor;

Menor distância de mm da margem

Lesões associadas:

pTNM: pT..... Nx

TUMORES DO COLO UTERINO

Descrição macroscópica:

Diagnóstico:

Tipo Histológico (Classificação da OMS para os Tumores do Cérvix Uterino)

Grau de diferenciação:

Profundidade de invasão: mm (<3 mm/>3<5mm/>5mm)

Medida da extensão superficial do carcinoma: <7mm; >7mm

Envolvimento de glândulas endocervicais

Invasão vascular:

Invasão neural

Avaliação da margem cirúrgica endocervical: com/sem tumor/displasia (especificar distância mínima e graduar displasia)

Margem cirúrgica endocervical: com/sem tumor in situ/invasivo/displasia (graduar)

Lesões associadas: (HPV/lesão endocervical/outros)

Nº de gânglios isolados por território e presença de metástases

pTNM:

TUMORES DO ENDOMÉTRIO

Descrição macroscópica:

Diagnóstico:

Tipo histológico (ver classificação OMS)

Grau de diferenciação:

Invasão do miométrio: presente/ausente

Profundidade de invasão miometrial: (1/2 interior ou 1/2 exterior)

Invasão vascular:

Invasão da serosa uterina:

Distância mínima à serosa: mm

Extensão ao istmo:

Invasão do colo:

Tipo de extensão cervical (endocolo/estroma)

Margens de ressecção:

Citometria de fluxo:

Endométrio não tumoral

Trompa e ovários: (especificar lesões)

Lesões associadas: gânglios: sem/com metástases
(...../.....)

pTNM:

TUMORES DO OVÁRIO

Descrição macroscópica:

Diagnóstico:

Tipo Histológico (Classificação da OMS para os Tumores do Ovário)

Grau de diferenciação: (para as neoplasias do epitélio de superfície)

Cápsula: íntegra/invasão

Invasão vascular: não/sim

Lesões associadas: (discriminar).

Gânglios: sem/com metástases (.../...)

Trompa, útero e paramétrios: (ver outros protocolos)

pTNM:

Referências bibliográficas

Barakat RR, Bevers MW, Gershenson DM, Hoskins WJ (editors)
MD Anderson Cancer Center & Memorial Sloan Kettering
Cancer Center Handbook of Gynecologic Oncology
Martin Dunitz London 2000

Hoskins WJ, Perez CA, Young RC (editors)
"Principles and Practice of Gynecologic Oncology" 4th ed
Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2005

Wilkinson, EJ (College of American Pathologist)
"Protocol for the examination of specimens from patients
with carcinomas and malignant melanomas of the vagina. A
basis for checklist"
Arch Pathol Lab Med 2000, 124: 51-56

McGuire WP, Hoskins WJ, Brady MF, Kucera PR, Partridge EE,
Look KY, Clarke-Pearson DL, Davidson M.
"Cyclophosphamide and cisplatin compared with Paclitaxel
and cisplatin in patients with stage III and stage IV ovarian
cancer"
N Engl J Med 1996;334;1-6

Moore DH, Thomas GM, Montana GS, Saxer A, Gallup DG, Olt G
"Preoperative chemoradiation for advanced vulvar cancer: a
phase II study of the Gynecologic Oncology Group."
Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1998;42:79-85.

Pecorelli S (editor)
25th Annual Report on the Results of Treatment in
Gynecological Cancer
Int J Gynecol Obstet 2003: 83 supp 1

Piccart MJ, Bertelsen K, James K, Cassidy J, Mangioni C, Simonsen E, Stuart G, *et al*

“Randomized intergroup trial of cisplatin-paclitaxel versus cisplatin-cyclophosphamide in women with advanced epithelial ovarian cancer:three-year results.”

J Natl Cancer Inst. 2000;92:699-708.

Rose PG, Blessing JA, Gershenson DM, McGehee R.

“Paclitaxel and cisplatin as first-line therapy in recurrent or advanced squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study.”

J Clin Oncol. 1999;17:2676-80.

Scully RE, Hensen DE; Nilesen ML; Ruby SG (College of American Pathologists)

“Practice protocol for the examination of specimens from patients with ovarian tumors. A basis for checklist”

Arch Pathol Lab Med 1995, 119: 1012-1022

Scully RE, Hensen DE; Nilesen ML; Ruby SG (College of American Pathologists)

“Protocol for the examination of specimens from patients with carcinoma of the Fallopian Tube. A basis for checklist”

Arch Pathol Lab Med 1999, 123: 33-38

Scully RE, (College of American Pathologist)

“Protocol for the examination of specimens from patients with carcinomas of the vagina. A basis for checklist”

Arch Pathol Lab Med 1999, 123: 62-67

Silverberg SG (College of American Pathologist)

“Protocol for the examination of specimens from patients with carcinomas of the endometrium. A basis for checklist”

Arch Pathol Lab Med 1999, 123: 28-32

Sobin LH and Wittekind (editors)

TNM Classification of malignant tumours. International Union Against Cancer. 6th ed. Wiley-Liss, New York 2002

Tavassoli FA and Deville P (editors)
Tumours of the Breast and Female Genital Organs - Pathology
and Genetics
World Health Organization Classification of Tumours
IARC Press, Lyon 2003

Thigpen JT, Brady MF, Homesley HD, Malfetano J, DuBeshter
B, Burger RA, Liao S.
"Phase III trial of doxorubicin with or without cisplatin in
advanced endometrial carcinoma: a gynecologic oncology
group study."
J Clin Oncol. 2004 Oct 1;22:3902-8.

Zanotti KM, Belinson JL, Kennedy AW, Webster KD, Markman M
"The use of paclitaxel and platinum-based chemotherapy in
uterine papillary serous carcinoma."
Gynecol Oncol. 1999;74:272-7.

