



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

Protocolo de Conduta da Assistência Médico-
Hospitalar – Endométrio

Versão eletrônica atualizada em
Novembro – 2008

Protocolo de Conduta da Assistência Médico-Hospitalar

Objetivos:

- manuseio das doenças de forma rápida e efetiva
- diminuição da morbidade e mortalidade dos pacientes
- melhora da qualidade de vida e a diminuição dos custos

A intenção deste protocolo é de encorajar a uniformização de alguns serviços de saúde prestados. Embora pretenda melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços não é uma garantia absoluta sobre os resultados. O protocolo constitui apenas um guia de condutas, cabendo ao médico responsável as decisões finais sobre o manuseio de seus pacientes. Deve conter os requisitos mínimos aceitos para o manejo dos pacientes.

I. Este protocolo envolve: radioterapia no tratamento do câncer de endométrio (CID C54).

II. Tempo de Tratamento hospitalar previsto: 07 semanas.

III. Introdução

Estima-se 40880 casos novos de câncer de endométrio nos EUA em 2005.

O prognóstico, de acordo com estatísticas norte-americanas é de 95,8% de sobrevida em 5 anos para doença localizada, 67,0% para doença loco-regional e 25,6% para doença à distância.

IV. Critérios de inclusão:

Será considerado elegível o paciente que apresentar TODOS os seguintes critérios de inclusão:

- ser portador de neoplasia maligna primária de endométrio com confirmação histológica;
- estágio clínico I a III (AJCC);
- tratamento cirúrgico oncológico de endométrio prévio.

V. Critérios de exclusão: (contra-indicações absolutas)

Será considerado inelegível o paciente que apresentar UM OU MAIS dos seguintes critérios de exclusão:

- senilidade e/ou falta de compreensão dos procedimentos;
- impossibilidade de adesão ao tratamento;
- recusa ao tratamento;
- radioterapia local prévia;
- colagenose em atividade.

VI. Confirmação do diagnóstico clínico:

- história clínica;
- exame físico: (geral e dirigido)
- exames complementares:
 - *Anátomo patológico de endométrio operado, com especificação do “status” linfonodal, espessura de acometimento da parede uterina e grau histológico;
 - *TC ou USG de abdômen;
 - *Radiografia de tórax;
 - *Exames laboratoriais;
 - *Exames desejáveis: CA 125, dosagem de receptores hormonais – progesterógenos e cistoscopia e retossigmoidoscopia em caso de tumores avançados.

VII. Plano Terapêutico:

VII. A. Tratamento adjuvante curativo

- Radioterapia externa:

GTV: = corpo uterino;

CTV: = corpo uterino, útero, inserção parametrial no útero distante 2 cm da linha média (Ponto A) e drenagem linfonodal pélvica;

PTV: = CTV + margens

Dose-dia: 180 a 200cGy

Dose-fração para a braquiterapia: 500 a 600cGy calculados a 5 mm da superfície do aplicador (vide ICRU 38) para braquiterapia de alta taxa de dose em 03 a 04 frações aplicadas a intervalos semanais.

Doses totais:

4500cGy para radioterapia pélvica associada a 03 a 04 frações de 500 a 600cGy

Doses máximas em órgãos de risco:

Reto:

≤55%: ≥ 47Gy

≤40%: ≥ 65Gy

≤25%: ≥ 70Gy

≤10%: ≥ 75Gy

D_{máx}: 82Gy

Intestino delgado:

≤100%: ≥ 40Gy

≤66%: ≥ 45Gy

≤33%: ≥ 50Gy

Dmax: 60Gy

Cabeça femoral:
Dmáx: 50Gy

Posicionamento e imobilização:
- decúbito dorsal;
- utilização de imobilizador individual.

Técnica de irradiação: 04 campos convencionais.

Obs.: campo anterior (e posterior) com os limites caudal sob os forames obturadores, cranial na transição das vértebras lombares L4-L5 (ou L5-S1), laterais a 1,5-2cm externamente à pequena pelve;

campos laterais simétricos com limites cranial e caudal coincidentes com o anterior; anterior na sínfise púbica e posterior a nível da transição das vértebras sacrais S2-S3;

irradiação com IMRT poderá ser utilizada como forma de redução de toxicidade local e intestinal

VIII. Critérios de suspensão temporária do tratamento:

- qualquer toxicidade grau III ou superior (RTOG).

IX. Critérios de interrupção do tratamento:

- progressão de doença;
- toxicidade grau 4 (RTOG) persistente, sem recuperação com suspensão temporária do tratamento e/ou terapêutica habitual;
- perda de peso maior que 20% do peso habitual.

X. Instruções específicas por ocasião da alta:

Tipo	Instruções
Dieta	De acordo com protocolo específico da nutrição.
Atividade Física	Normal, dentro de suas capacidades.
Curativos/Incisões	Não.
Medicamentos	Medicações conforme clinicamente indicado. Anti-eméticos: Dimenidrato 100 mg VO 8/8hs, Metoclopramida 10 mg VO 8/8hs, Ondansetron 8mg VO 1 a 2 hs antes da aplicação e de 12/12 hs. Antidiarréicos em casos refratários ao controle dietético: Atropina 0,025 mg e Difenoxilato 2,5mg (Lomotil compr.) até TID ou Loperamida 2mg (Imosec compr.) até TID. Tópicos para pele: creme hidratante. Retite actínica: ácido 5 - amino-salicílico



	250mg (Asalit supositório) BID no 1º dia de tratamento e após MID por curto período (5 dias). Pode-se repetir o tratamento em pulsos.
Exames controle	Radiografia de tórax e exames laboratoriais (hemograma completo, urina I se sintomas) a cada retorno. TC de tórax-abdômen quando clinicamente indicado, bem como US hepático. CA 125 desejável. Colpocitologia oncótica a cada retorno e/ou teste de Schiller e/ou colposcopia.
Materiais especiais	Nenhum.
Educação (sinais, sintomas, equipamentos, etc.)	Orientações sobre ducha vaginal no primeiro mês, manutenção da atividade sexual para evitar estenose vaginal, uso de lubrificante vaginal do tipo K-Y gel.
Reavaliação/Emergência	Reavaliações no 1o mês após o tratamento; a cada 3 meses no primeiro ano; a cada 4 meses no segundo ano; a cada 6 meses nos anos subseqüentes.

XI. Abreviaturas explicativas usadas:

GTV: gross tumor volume;
CTV: clinical target volume;
PTV: planning target volume;
RTOG: Radiation Therapy Oncology Group;
AJCC: American Joint Committee on Cancer;
RM: ressonância nuclear magnética;
TC: tomografia computadorizada;
USG: ultrassonografia.

XII. Tabelas e anexos:

MORBIDADE AGUDA - RTOG*

Órgão - tecido	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4
Pele	Eritema folicular fraco ou apagado, epilação, descamação seca, diminuição se	Eritema brando ou claro, descamação úmida em placas, edema	“Descamação úmida confluyente, além das dobras da pele ou edema em	Ulceração, hemorragia ou necrose.



	sudorese.	moderado.	casca de laranja”	
Membrana Mucosa	Eritema puntiforme, pode haver dor branda sem a necessidade de analgésicos.	Mucosite em placas que pode produzir uma secreção sero-sanguinolenta inflamatória. Pode haver dor moderada necessitando de analgésicos.	Mucosite fibrinosa confluenta. Pode incluir dor intensa, necessitando de narcóticos.	Ulceração, hemorragia ou necrose.
Gastrointestinal Superior	Anorexia com menos de 5% de perda de peso. Náuseas não necessitando de antieméticos. Desconforto abdominal não necessitando de drogas parassimpáticas ou analgésicos.	Anorexia com menos de 15% de perda de peso. Náuseas ou vômitos necessitando de antieméticos. Dor abdominal necessitando de analgésicos.	Anorexia com mais de 15% de perda de peso ou necessitando de sonda nasogástrica ou de suporte parenteral. Dor abdominal intensa ou distensão (radiografias demonstrando distensão de alças intestinais). Hematêmese ou melena.	Obstrução aguda ou sub-aguda do íleo e dor abdominal intensa. Perfuração intestinal ou sangramento requerendo transfusão.
Gastrointestinal Inferior	Aumento da frequência ou modificação do hábito intestinal não necessitando de medicação. Sem desconforto retal.	Diarréia necessitando de drogas parassimpáticas. Descamação de mucosa ou dor retal e abdominal.	Diarréia requerendo suporte parenteral. Mucosite grave ou sangramento necessitando de fraudas.	Obstrução aguda ou sub-aguda, fístula ou perfuração. Sangramento requerendo transfusão. Dor abdominal ou tenesmos necessitando de sonda nasogástrica.



Genitourinário	Freqüência urinária ou nictúria duas vezes maior que o habitual. Urgência miccional não necessitando de medicação.	Freqüência urinária ou nictúria menos freqüente do que a cada hora. Disúria ou espasmo de bexiga necessitando de analgésico tópico (p ex. Pyridium).	Freqüência urinária ou nictúria a cada hora ou mais freqüente. Disúria, dor pélvica ou espasmo de bexiga necessitando o uso de narcóticos regularmente. Hematúria macroscópica, com ou sem coágulos.	Hematúria requerendo transfusão. Obstrução aguda de bexiga. Ulceração ou necrose.
Hematológico	11 > Hb > 9,5 4000 > Gb > 3000 1900 > fagócitos > 1500 100.000 > plaquetas > 75.000	9,5 > Hb > 7,5 3000 > Gb > 2000 1500 > fagócitos > 1000 75.000 > plaquetas > 50.000	7,5 > Hb > 5 2000 > Gb > 1000 1000 > fagócitos > 500 50.000 > plaquetas > 25.000	Hb < 5 Gb < 1000 fagócitos < 500 plaquetas < 25.000 *Grau 0: Sem mudança / ausência de toxicidade.

MORBIDADE TARDIA / SEQÜELAS - RTOG / EORT*

Órgão/tecido	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4
Pele	Leve atrofia, mudança de pigmentação ou alguma perda de cabelo.	Atrofia, teleangectasi a moderada ou perda total de cabelo.	Atrofia e teleangectasi a acentuadas.	Ulceração.
Tecido Subcutâneo	Leve fibrose e perda de gordura subcutânea.	Fibrose acentuada mas assintomática. Leve contratura no campo com diminuição linear menos	Fibrose intensa e perda de tecido subcutâneo. Contratura no campo igual ou superior a 10%.	Necrose.



		de 10%.		
Membrana Mucosa	Leve atrofia e secura.	Atrofia moderada e teleangectasia. Pouco mucos.	Atrofia com secura completa. Teleangectasia grave.	Ulceração.
Intestinal	Diarréia branda ou cólicas leves. Até 5 evacuações ao dia. Descarga retal ou sangramento leves.	Diarréia moderada e cólicas. Evacuações mais de 5 vezes ao dia. Excessivo mucos retal ou sangramento intermitente.	Obstrução e sangramento requerendo cirurgia.	Necrose, perfuração ou fístula..
Bexiga	Atrofia epitelial leve, teleangectasia branda ou hematúria microscópica leve e rara.	Frequência urinária moderada, teleangectasia generalizada ou hematúria microscópica intermitente.	Frequência urinária elevada ou disúria. Teleangectasia generalizada. Hematúria freqüente ou redução da capacidade vesical (< 150 cc)	Necrose ou bexiga contraída secundária (< 100 cc). Cistite hemorrágica severa)

*Grau 0: Sem mudança ou ausência de toxicidade; Grau 5: Óbito diretamente relacionado ao efeito tardio da radiação.

XIII. Data da realização do protocolo: 11/2006

Data da próxima revisão:

XIV. Equipe responsável pela elaboração

Nomes	Profissão / Especialidade
Michael Jenwei Chen	Médico / Radioterapia