

Rotina do Departamento de Ginecologia do Hospital A.C. Camargo – Fundação Antônio Prudente

FAUZER SIMÃO ABRÃO¹, ALFREDO F. C. JALES²,
AYRTON DE ANDRÉA FILHO², ELME FERREIRA DE A. GARCIA², FRANCISCO MARZIONA²,
JOSÉ FERNANDES NAVARRO², MOSES ZITRON²

INTRODUÇÃO

O câncer ginecológico sempre constituiu um flagelo na Oncologia feminina. Sua incidência predomina principalmente em regiões desprovidas de recursos sócio-econômico-culturais, representando o maior índice de mortalidade nas mulheres. No Norte, Nordeste e Centro-Oeste brasileiros, ele condiciona altos danos à população feminina. No Sudeste e Sul, com campanhas encetadas em maior intensidade, consegue-se detectar maior número de lesões precursoras de câncer do colo do útero, assim como patologias diversas na esfera ginecológica.

Há 30 anos, o Departamento de Ginecologia do Hospital A. C. Camargo da Fundação Antônio Prudente propõe-se a tratar o câncer ginecológico. Desde 1970 foram intensificadas campanhas na tentativa de detectar e erradicar esta nefasta moléstia. Gradativamente, temos surpreendido maior número de lesões precursoras, principalmente do carcinoma do colo do útero, apesar de nosso Departamento receber diuturnamente casos avançados desta localização topográfica e de outras do trato genital.

O escopo da presente publicação é divulgar o roteiro de informações que dizem respeito ao protocolo vigente aplicado à anamnese, diagnóstico clínico, propedêutica armada, assim como à terapêutica multidisciplinar do câncer ginecológico no Departamento de Ginecologia do Hospital A. C. Camargo.

ROTEIRO DE ANAMNESE EM GINECOLOGIA

1. Queixa e duração

2. HPMA

Corrimento: tipo, cor, odor, contínuo ou não.

Sangramento: cor, contínuo ou não, espontâneo, aos esforços, sinusorragia, fatores de melhora ou piora.

Dor abdominal: intensidade, tipo (cólica, etc.), frequência, irradiação.

Prurido vulvar: tempo, tratamentos anteriores, fatores de melhora ou piora, sangramento vulvar.

Tumor vulvar: tempo, sensibilidade, sangramento, tamanho, cor.

Ferida vulvar: características, tamanho, limites, aspecto, cor.

Sintomas urinários: disúria, polaciúria, hematúria, perda urinária, retenção, outros.

Sintomas gastrointestinais: náuseas, vômitos, hábitos intestinais, puxo, tenesmo, sangramento, perda de fezes pela vagina, outros.

Outros: hirsutismo, acne, estrias, variação de peso, secreção mamilar.

Tratamentos anteriores: radioterapia, cauterizações, curetagens, hormônios, outros.

3. Antecedentes ginecológicos

Menarca, última menstruação, ciclos menstruais (características), menopausa, atividade sexual: frequência e variação de parceiros — idade do 1º coito.

4. Hábitos higiênicos

Duchas higiênicas, absorventes, uso de desodorante, talco, toalete perineal.

5. Antecedentes obstétricos

Número de gestações, partos e abortos, tipo de anti-concepção e tempo de uso.

6. Antecedentes familiares

Diabetes, hipertensão, obesidade, etc.

Exame físico geral

Aspecto geral, fascies, nutrição, atitude, pele, mucosa. Todos os outros aparelhos são examinados de per si.

Abdome: inspeção, palpação (superficial, profunda), fígado, baço, massas tumorais.

Sistema linfático: gânglios inguinocrurais e de fossas supraclaviculares.

1. Diretor.

2. Titular.

Exame ginecológico — loco-regional

Inspeção:

Vulva: integridade anatômica das formações vulvo-perineais, pilificação, secreção. a) Lesões: localização, aspecto, superfície, bordas. b) Palpação: propagação às estruturas vizinhas da lesão, tamanho.

Exame especular:

Vagina: cor, rugosidades, secreções, lesões, outros.
Colo do útero: situação, tamanho, superfície, orifício externo, características. a) Lesões: caracterizá-las como na vulva: colheita de material para citologia oncótica. b) Histerometria: penetração (Chrobak, Clark), secreção, irregularidade cavitária.

Toque vaginal:

Vagina: amplitude, tônus vaginal, lesões (características).

Colo do útero: consistência, volume, mobilidade, características.

Toque bimanual: corpo do útero, posição, tamanho, consistência, superfície, mobilidade, sensibilidade. Anexos: quando palpáveis, caracterizá-los quanto à posição, tamanho, consistência, superfície, mobilidade, sensibilidade.

Toque retal:

Tonicidade, amplitude retal.

Mucosa retal: mobilidade, superfície, lesões (solução de continuidade, vegetações).

Paramétrios: sensibilidade, consistência; fixação; superfície: lisa, nodular; mobilidade, encurtamento.

CARCINOMA DO COLO DO ÚTERO

Estadiamento (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia — FIGO — 1971).

Estádio 0 — Carcinoma "in situ", carcinoma intraepitelial.

Estádio I — Carcinoma estritamente localizado na cérvix (extensão a corpo é desprezada).

Estádio Ia — Carcinoma microinvasivo (invasão do estroma até 5mm, a partir da membrana basal).

Estádio Ib — Carcinoma invasivo confinado à cérvix, histologicamente comprovado [acrescentar OCC (carcinoma oculto) quando não for detectado no exame clínico,

co, mas diagnosticado por biópsia ampla, ou conização ou amputação do colo].

Estádio II — Carcinoma estendendo-se além da cérvix, mas não atingindo a parede pélvica. O carcinoma envolve a vagina, mas não até seu terço inferior.

Estádio IIa — Envolvimento não evidente de paramétrio.

Estádio IIb — Envolvimento parametrial evidente.

Estádio III — Carcinoma estendendo-se à parede pélvica. Ao toque retal, não há espaço livre de câncer entre o tumor e a parede pélvica. O tumor envolve o terço inferior da vagina. Todos os casos com uronefrose ou exclusão renal.

Estádio IIIa — Não há extensão à parede pélvica.

Estádio IIIb — Extensão à parede pélvica e/ou uronefrose ou exclusão renal.

Estádio IV — O carcinoma estende-se além da pélvis verdadeira; ou, clinicamente, envolve a mucosa da bexiga ou reto. O edema bolhoso não permite classificar o caso no estágio IV.

Estádio IVa — O tumor estende-se aos órgãos adjacentes.

Estádio IVb — Extensão a órgãos distantes.

Carcinoma "in situ" do colo uterino

Exames subsidiários — Citologia oncótica, colposcopia, teste de Schüller, biópsia dirigida, radiografia de tórax (frente e perfil), hematológico completo, uréia e creatinina sérica e urina I.

Teste de Schüller: após limpeza prévia do colo uterino com ácido acético a 2%, banha-se o colo com solução de lugol. As áreas não coradas pelo iodo devido a carência de glicogênio são as suspeitas e designadas de iodo-negativo ou Schüller positivo.

Terapêutica — Amputação cônica do colo uterino.

Observação — Histerectomia total com retirada do terço superior da vagina quando houver patologia ginecológica orgânica não maligna associada e/ou quando a situação anatômica do colo e/ou vagina não permitir boa atuação cirúrgica.

Carcinoma microinvasor do colo uterino

Exames subsidiários — Os mesmos do carcinoma "in situ".

Terapêutica — Após a conização e estudo histopatológico da peça com cortes semi-seriados:

a) Sem comprometimento vascular e/ou linfático e ausência de linguetas confluentes em um mesmo tempo laparotomia exploradora com pesquisa de linfonodos.

com congelação de pelo menos um gânglio. (Obs.: se o gânglio for paraórtico alto e, na congelação, positivo para tumor, considerar moléstia sistêmica). Se positivos = Wertheim-Meigs (histerectomia total + linfadenectomia pélvica bilateral + retirada de 1/3 superior da vagina. Se negativos = histerectomia alargada*. Obs.: Excepcionalmente, amputação cônica quando a paciente for jovem e com desejo de prole.

b) Com comprometimento vascular e/ou linfático e/ou com duas linguetas confluentes em um mesmo campo = Wertheim-Meigs. Obs.: Radioterapia exclusiva nos casos inoperáveis.

Crêterios de inoperabilidade — Obesidade, insuficiência renal crônica, doenças cardiovasculares e pulmonares graves, hepatopatia, idade avançada (aproximadamente 60 anos).

Carcinoma invasor

Exames subsidiários — Os mesmos do carcinoma "in situ" mais urografia excretora, radiografia de tórax (frente e perfil), cistoscopia e retossigmoidoscopia + ultra-sonografia abdominal e pélvica.

Procedimentos ocasionais — Conização, amputação cônica diagnóstica.

Terapêutica — Ib) Wertheim-Meigs nas lesões vegetantes até 5cm a partir do colo; além desse limite, far-se-á radioterapia prévia. IIa) Wertheim-Meigs quando a infiltração vaginal não ultrapassar os fôrnices. Obs.: Radioterapia prévia quando a infiltração vaginal tomar todo o terço superior da vagina, em pelo menos uma de suas paredes. Radioterapia exclusiva nos casos inoperáveis. IIb) Radioterapia prévia com Wertheim-Meigs posterior. Radioterapia exclusiva nos casos inoperáveis. III) Radioterapia exclusiva. IV) Radioterapia exclusiva. Obs.: 1. Esvaziamento pélvico nos E. C. IVa quando os paramétrios não estiverem infiltrados até a parede pélvica. 2. Nos adenocarcinomas, a conduta é a mesma dos outros tipos histológicos, conforme estadiamento clínico. Sendo que, nos E. C. III e IV, sempre que possível realizar histerectomia com salpingooforectomia bilateral após a radioterapia, devido à baixa radiosensibilidade deste tipo de tumor.

* Histerectomia alargada: histerectomia com anexectomia bilateral e retirada do terço superior da vagina e de porção parametrial (nas jovens, conservar um ovário).

Carcinoma do colo uterino

O procedimento é semelhante ao do câncer do colo de útero.

Carcinoma do colo de útero e gravidez

Carcinoma "in situ" — Aguardar o parto, podendo este ser por via baixa, e, após o parto, amputação cônica do colo uterino.

Carcinoma invasor — Deverá sempre ser respeitada a vontade da paciente. 1º trimestre: tratamento adequado conforme o estadiamento clínico, semelhante ao câncer de colo de útero sem gravidez, não levando em conta a gravidez. 2º trimestre: cada caso será avaliado de per si. 3º trimestre: aguarda-se a viabilidade fetal e depois o tratamento adequado imediatamente após o parto, conforme estadiamento clínico, semelhante ao câncer de colo uterino sem gravidez.

Quimioterapia do câncer do colo uterino

Utiliza-se quimioterapia nos casos onde há metástases à distância sem atividade tumoral loco-regional, visto que, nas recidivas locais pós-radioterapia, a quimioterapia possui poucos resultados.

Nota — Nas metástases isoladas, com tumor primário controlado, far-se-á radioterapia quando não houver indicação cirúrgica.

Esquema quimioterápico

Cisplatina (*Platistine*, *Platiran*) 75mg/m² EV, 1º dia. Bleomicina (*Blenoxane*) 10mg/m² EV, 1º ao 5º dia. Ciclos de 28 dias de intervalo.

Laqueadura das artérias hipogástricas

A laqueadura das artérias hipogástricas é indicada na presença de hemorragia uterina por tumor, que colocam em risco a vida da paciente, quando os meios clínicos forem insuficientes para controle da mesma.

Derivações urinárias e intestinais

As derivações urinárias e/ou intestinais são praticadas quando as condições da paciente forem compatíveis com o porte da cirurgia proposta.

Tipos de derivações:

- Ureteroileocistoplastia.
- Ureteroileostomia cutânea (Bricker).

- Ureteroenterostomia cutânea (colostomia úmida).
- Ureterostomia cutânea.

CÂNCER DO ENDOMETRIO

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria, em 1971, criou, baseada em três parâmetros de virulência tumoral, tamanho do útero, envolvimento cervical e grau de diferenciação histológica, a seguinte classificação:

Estádio 0 — Carcinoma "in situ" (achados histológicos suspeitos de malignidade — casos de estágio 0 não são incluídos em nenhuma estatística terapêutica).

Estádio I — Carcinoma confinado ao corpo: a) a extensão da cavidade uterina é menor ou igual a 8cm; b) a extensão da cavidade uterina é maior que 8cm. Histologicamente, serão subgrupados em: G1) tumor bem diferenciado histologicamente; G2) tumor moderadamente diferenciado histologicamente; G3) tumor pouco diferenciado histologicamente.

Estádio II — O carcinoma envolve o corpo e a cérvix, mas não se estende fora do útero.

Estádio III — O carcinoma estende-se fora do útero, mas não fora da pelve verdadeira.

Estádio IV — O carcinoma estende-se fora da pelve verdadeira, com evidência de envolver a mucosa da bexiga ou reto. O edema bolhoso não permite classificar o caso em estágio IV.

Estádio IVa — O tumor estende-se aos órgãos adjacentes.

Estádio IVb — Extensão aos órgãos distantes.

Exames subsidiários: colpocitologia oncótica, colposcopia, curetagem de prova fracionada, ultra-sonografia abdominal e pélvica. (Atenção — Curetagem fracionada: primeiro do endocérnix, sem dilatar o colo, com cureta delicada, e depois do corpo, com grande cuidado para não misturar o material. Tal peculiaridade é que proporcionará a distinção entre estágio I e estágio II). Urina I + sedimento quantitativo. Glicemia. Uréia, Creatinina. Radiografia de tórax (frente e perfil).

Terapêutica — Carcinoma "in situ": histerectomia total com salpingooforectomia bilateral, com retirada do terço superior da vagina. EC Ia G1: histerectomia total com salpingooforectomia bilateral, com retirada do terço superior da vagina. Quando houver invasão miometrial far-se-á radioterapia posterior. EC Ia G2 e G3 e Ib G1, G2 e G3: radioterapia prévia e histerectomia total com salpingooforectomia bilateral, com retirada do terço superior da vagina. EC II: radioterapia prévia a histerectomia total com salpingooforectomia bilateral com retirada do terço superior da vagina. EC III: radioterapia e posterior hormonioterapia e/ou quimioterapia. Nota: Sempre

que possível, fazer histerectomia total com salpingooforectomia bilateral, com retirada do terço superior da vagina, após radioterapia. EC IVa: radioterapia e posterior hormonioterapia e/ou quimioterapia; EC IVb: hormonioterapia e/ou quimioterapia.

Hormonioterapia — Medroxiprogesterona 500mg (Farlutal AD) 6 dias por semana, 2 semanas seguidas. A seguir, terças e sextas-feiras, por tempo indeterminado.

Seguimento — O mesmo do colo uterino invasivo, mais ultra-sonografia pélvica, abdominal.

CÂNCER DA VULVA

Estadiamento — Na vulva, adotamos como estadiamento o grupamento TNM: T1) tumor confinado à vulva até 2cm na maior dimensão; T2) tumor confinado à vulva com mais de 2cm de diâmetro; T3) tumor de qualquer tamanho com extensão à uretra e/ou vagina e/ou períneo e/ou ânus; T4) tumor de qualquer tamanho infiltrando a mucosa da bexiga e/ou reto, incluindo a parte superior da mucosa uretral e/ou fixo ao osso. N0) linfonodos não palpáveis; N1) linfonodos palpáveis em uma ou ambas as regiões inguinais, não aumentados, móveis (não suspeitos clinicamente de tumor); N2) linfonodos palpáveis em uma ou ambas as regiões inguinais, aumentados, firmes e móveis (cl clinicamente suspeitos de tumor); N3) linfonodos fixos ou ulcerados; M) metástases à distância; M0) nenhuma metástase clínica; M1a) linfonodos pélvicos profundos palpáveis; M1b) outras metástases à distância.

Grupamentos de estádios clínicos (correspondência com TNM)

Estádio I — T1 N0 M0; T1 N1 M0.

Estádio II — T2 N0 M0; T2 N1 M0; T2 N1 M0.

Estádio III — T3 N0 M0; T3 N1 M0; T3 N2 M0; T1 N2 M0; T2 N2 M0.

Estádio IV — T1 N3 M0; T2 N3 M0; T3 N3 M0; T4 N3 M0; T4 N0 M0; T4 N1 M0; T4 N2 M0.

Todas as outras condições contendo M1a ou M1b.

Teste de Richard Collins (azul de toluidina) — Passa-se azul de toluidina a 1% em toda região vulvar e espera-se de 1 a 3 minutos. Em seguida, pincela-se toda região com ácido acético a 2%. As áreas suspeitas não se descoram, pois o azul de toluidina é corante nuclear e se liga ao DNA.

Terapêutica — Microcarcinoma, EC I, II e III: vulvectomy supra-radical (vulvectomy com retirada do monte de Vênus e esvaziamento inguinoliliaco bilateral). Nota: quando o tumor infiltrar uretra e/ou vagina, fazemos retirada do meato uretral e/ou terço inferior da vagi-

na. EC IV com metástases à distância: quimioterapia exclusiva. Carcinoma "in situ": vulvectomy total simples com retirada do monte de vênus.

A quimioterapia utiliza as seguintes drogas: bleomicina (*Blenoxane*): 15mg IM semanal até 300mg de dose total; 5 fluoracil: 600mg/m² EV, 1º dia; methotrexate: 15mg/m² IM, 1º dia; repetindo-se a cada 3 semanas, num total de 7 ciclos.

CÂNCER DE VAGINA

Estadiamento — (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia — FIGO — 1971).

Estádio 0 — Carcinoma "in situ", carcinoma intraepitelial.

Estádio I — O carcinoma é limitado à parede vaginal.

Estádio II — O carcinoma envolve o tecido subvaginal, mas não se estende à parede pélvica.

Estádio III — O carcinoma estende-se além da pelve verdadeira ou envolve a mucosa da bexiga ou reto. O edema bolhoso não permite classificar o caso no estágio IV.

Estádio IVa — Extensão do tumor aos órgãos adjacentes.

Estádio IVb — Extensão do tumor aos órgãos distantes.

Exames subsidiários — Colpocitologia oncológica, hemograma, urina I + sedimento quantitativo, uréia e creatinina, glicemia, radiografia (frente e perfil) e urografia excretora, ECG.

Terapêutica — Carcinoma "in situ": colpectomia parcial. EC I: terço superior e médio: Wertheim-Meigs com colpectomia total. Nota — Quando houver comprometimento uretral e/ou vesical, fazemos esvaziamento pélvico anterior com linfadenectomia e Bricker**. Terço inferior da vagina: Wertheim-Meigs com colpectomia e com vulvectomy radical***. Nota — Quando houver comprometimento vesical, fazemos esvaziamento pélvico anterior com linfadenectomia e com vulvectomy radical e Bricker. EC II: semelhante ao EC I. EC III e IV: radioterapia e posterior quimioterapia.

Seguimento — O mesmo do colo uterino invasivo.

** Bricker: ureteroileostomia cutânea.

*** Vulvectomy radical: vulvectomy com retirada do monte de vênus e esvaziamento inguinofemoral bilateral.

CÂNCER DO OVÁRIO

Estadiamento — (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia — FIGO — 1971). — Baseado nos achados do exame clínico e da exploração cirúrgica.

Estádio I — Tumor limitado aos ovários.

Estádio Ia — Tumor limitado a um ovário; sem ascite: 1) cápsula não rota; 2) cápsula rota. (Obs.: considerar cápsula rota quando houver papilas na superfície).

Estádio Ib — Tumor limitado a ambos os ovários, sem ascite: 1) cápsula não rota; 2) cápsula rota.

Estádio Ic — Tumor limitado a um ou ambos os ovários; ascite presente, com células malignas no líquido: 1) cápsula não rota; 2) cápsula rota.

Estádio II — Tumor envolvendo um ou ambos os ovários, com extensão à pelvis.

Estádio IIa — Extensão e/ou metástases ao útero e/ou trompa e/ou outro ovário.

Estádio IIb — Extensão outros tecidos pélvicos.

Estádio III — Tumor envolvendo um ou ambos os ovários, com metástases peritoneais pélvicas e/ou abdominais com ou sem envolvimento de órgãos pélvicos e/ou abdominais, com exceção do fígado.

Estádio IV — Tumor envolvendo um ou ambos os ovários, com metástases à distância (inclui fígado, desde que a infiltração não se limite apenas ao comprometimento da cápsula de Glisson, mas sim ao parênquima hepático).

Categoria especial — Casos inexplorados nos quais se admite carcinoma do ovário.

É recomendado que o estadiamento clínico do câncer do ovário seja auxiliado pelo exame clínico de curetagem, exames radiológicos dos pulmões, assim como o achado de laparoscopia e laparotomia. Obs.: se na abertura da cavidade abdominal não se observar implantes tumorais peritoneais, gânglios paraórticos comprometidos e nem infiltração hepática, mas houver rompimento do tumor na cavidade, mesmo que o estadiamento clínico-cirúrgico seja I, ele automaticamente passa para EC III.

Exames subsidiários — Colposcopia e colpocitologia oncológica, hemograma, urina I e sedimento quantitativo, uréia, glicemia, radiografia simples de abdome, urografia excretora, radiografia de esôfago, estômago, duodeno, enema opaco, ultra-sonografia pélvica e abdominal, citologia oncológica do líquido ascítico, creatinina. Alfa-fetoproteína, antígeno carcinoembrionário e hormônios: FSH, LH, DHEA, prolactina, estrógeno, progesterona e HCG subunidade beta.

Terapêutica — EC I: histerectomia total + salpingooforectomia bilateral + biópsias múltiplas**** e colheita de líquido ascítico ou lavado cavitário ($\pm 100\text{ml}$ de soro fisiológico). Dez dias após a cirurgia, monoquimioterapia com melphalan (*Alkeran*), na dose de $0,6\text{mg/kg}$, com dose total fracionada em 10 dias, e repetir a cada 30 dias por 10 ciclos, quando se realizará o 2nd look. EC II: histerectomia total + salpingooforectomia bilateral + biópsias múltiplas e colheita de líquido ascítico ou lavado cavitário ($\pm 100\text{ml}$ de soro fisiológico). Dez dias após a cirurgia, poliquimioterapia com cisplatino, adriamicina e enduxan, nas doses de 50mg/m^2 , 50mg/m^2 e 750mg/m^2 , respectivamente, com ciclos repetidos a cada 28 dias, por 6 ciclos, quando então fazemos *second look* e, havendo ausência de atividade tumoral, realiza-se mais ciclos de poliquimioterapia de reforço. EC III e IV: semelhante ao EC II. Nota — Retirar a maior quantidade de massa tumoral sem aumentar as complicações clínico-cirúrgicas.

Adendo:

1. Laparoscopia será realizada sempre que possível.
2. Nos tumores da linhagem germinativa, faz-se o mesmo procedimento anterior, sendo que: a) Disgerminoma: após a cirurgia aguarda-se o anatomopatológico e caso seja: 1) puro: radioterapia, se havia aderência do tumor a estruturas vizinhas. Se o tumor não adería a nenhuma estrutura, faz-se somente observação clínica da doente com controle trimestral, com exame clínico, ultra-sonografia pélvica e abdominal, CEA e alfafetoproteína. 2) misto: quimioterapia com o esquema VAB VI: 1º dia: actinomicina D (*Bioact D*), 1.000ug/m^2 EV; ciclofosfamida (*Enduxan*), 600mg/m^2 EV; bleomicina (*Blenoxane*), 30mg/m^2 EV; vimblastina (*Velban*), 4mg/m^2 EV; bleomicina (*Blenoxane*), 20mg/m^2 EV em infusão contínua por 6 horas; 2º e 3º dias: bleomicina (*Blenoxane*), 20mg/m^2 EV, em infusão contínua por 6 horas; 4º dia: cisplatina (*Platistine*, *Platiran*), 120mg/m^2 EV, em infusão contínua por 6 horas. 3 ciclos com intervalo de 21 dias.
3. Nas pacientes jovens com tumor da célula da granulosa ou da teca localizados em um ovário e sem evidência de tumor no ovário contralateral, faz-se salpingooforectomia no ovário tumoral e somente biópsia em cunha do ovário contralateral clinicamente normal, com congelamento e biópsias múltiplas; caso o resultado anatomopatológico seja positivo, proceder à salpingooforectomia contralateral mais histerectomia e advertir a paciente para a

necessidade de complementação cirúrgica após definir a prole, se o ovário contralateral for negativo para neoplasia.

Seguimento — Semelhante ao colo do útero. Pedir radiografia frente e perfil, ultra-sonografia pélvica e abdominal, CEA, HCG subunidade beta e hormônios, nos casos de tumores endócrinos funcionantes.

MOLESTIA TROFOBlastica Gestacional

São considerados para o esquema terapêutico os casos de moléstia trofoblástica persistente, nódulo trofoblástico e coriocarcinoma.

A avaliação das pacientes segue a seguinte orientação: dosagem de HCG, em urina de 24 horas; hemograma completo e contagem de plaquetas; dosagem de bilirrubinas e transaminases; dosagem de uréia e creatinina; radiografia de tórax (frente e perfil); arteriografia pélvica (quando necessário); ultra-sonografia pélvica; tomografia computadorizada cerebral (quando necessário).

Tratamento — Cirurgia, radioterapia, quimioterapia.

Cirurgia: as pacientes serão submetidas à cirurgia (histerectomia total com conservação anexial) nas seguintes circunstâncias: hemorragias incoercíveis; perfurações uterinas; moléstias não metastáticas com prole definida; intolerância ou refratariedade à quimioterapia; grandes massas pelvianas; infecção rebelde; cirurgias parciais (exêreses).

Radioterapia: a radioterapia utiliza-se nos casos de metástases hepáticas ou cerebrais e varia de 2.000 a 3.000 rads, na dose de 200 rads diários.

Quimioterapia da moléstia trofoblástica gestacional: principais drogas utilizadas e doses: I) methotrexate, 15mg IM , 1º ao 5º dias; II) actinomicina D (*Bioact D*), $8\text{a } 12\text{mg/kg EV}$, do 1º ao 5º dias; III) vimblastina (*Velban*), $0,06\text{mg/kg}$ peso EV, do 1º ao 2º dias; IV) clorambucil (*Leukeran*), $0,2\text{ a } 0,3\text{mg/kg}$ pelo VO, do 1º ao 5º dias; *Leucovorin*, 1 ampola IM, 6, 12 e 18 horas após cada aplicação de methotrexate.

Utiliza-se o esquema poliquimioterápico, com o uso das 3 primeiras drogas, sendo que a de nº III, *Velban*, é alternada a cada ciclo com a droga de nº IV (*Leukeran*).

Faz-se uma pausa de 2 semanas e repete-se o esquema, controlando-se a crase sanguínea, devendo haver um mínimo de 10g de hemoglobina, 4.000 leucócitos e 150.000 plaquetas para se iniciar cada ciclo de quimioterapia.

1. Quando os parâmetros clínicos e laboratoriais negativarem-se, faz-se 3 séries de reforço de quimioterapia (vide folhas anteriores).

**** Biópsias múltiplas: compreendem biópsias de fundo de saco de Douglas; goteiras parietocólicas direita e esquerda; gânglios ilíacos; gânglios paraórticos; gânglios mesentéricos; biópsias do lobo direito e esquerdo do fígado, diafragma e apendicectomia.

2. O seguimento da moléstia trofoblástica gestacional maligna é realizado pela dosagem das gonadotrofinas coriônicas subunidade beta, pelo radioimunoensaio.

3. Durante o primeiro ano de seguimento da moléstia, iniciado logo após a última série de reforço de quimioterapia, este parâmetro será dosado quinzenalmente nos dois primeiros meses e, a seguir, mensalmente, por 2 vezes, e posteriormente bimensalmente, por 1 ano. A partir do segundo ano, por dois anos, o HCG subunidade beta será dosado a cada 3 meses.

No caso de haver metástases pulmonares, deverá ser realizada, durante o tratamento, radiografia de tórax (frente e perfil) antes de cada série de quimioterapia, sendo necessária a planigrafia pulmonar, quando a radiogra-

fia simples de tórax não mais mostrar metástases, para a confirmação da ausência de atividade tumoral no pulmão.

O seguimento destes casos incluirá, além da dosagem sérica de HCG subunidade beta, na forma acima descrita, a feitura de radiografia de tórax (frente e perfil) a cada 3 meses durante o primeiro ano e, semestralmente, até completar 3 anos.

Em todos os casos, um exame clínico deverá ser realizado mensalmente no primeiro ano e trimestralmente, nos dois anos seguintes, além de se evitar nova gravidez durante esse período de 3 anos de seguimento com o uso de anovulatórios de alta dosagem (*Anfertil, Noraciclina*, etc.).

A ultra-sonografia pélvica e abdominal é realizada a cada 3 meses, nos 3 anos de seguimento.