

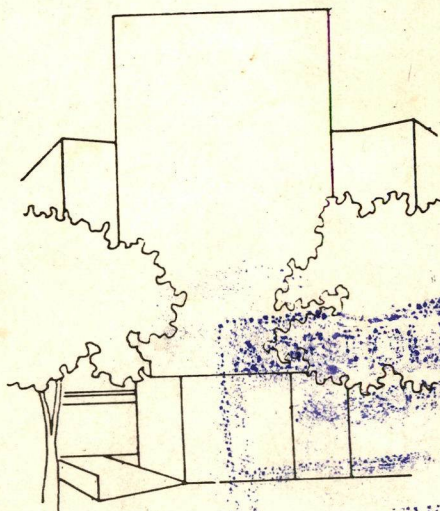
HOSPITAL DE ONCOLOGIA — INAMPS

**MATERIAL DE CONSULTA  
PODE SER XEROCADO  
NÃO PODE SAIR DA  
BIBLIOTECA**



# CONDUTAS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

## DOENÇA DE HODGKIN



1987

F  
5.99446  
3823c  
1978  
MOTEC

Ministério da Previdência e Assistência Social / MPAS  
S / Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**Ministro de Estado — Dr. Raphael de Almeida Magalhães**

**INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA  
MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

**Presidente — Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro**

**SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO RIO DE JANEIRO**

**Superintendente — Dr. João Carlos Serra**

**SECRETARIA REGIONAL DE PLANEJAMENTO  
DO RIO DE JANEIRO**

**Secretário — Dr. Francisco Barbosa Neto**

**SECRETARIA REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO  
DO RIO DE JANEIRO**

**Secretário — Dr. Aldo Herculano Backx**

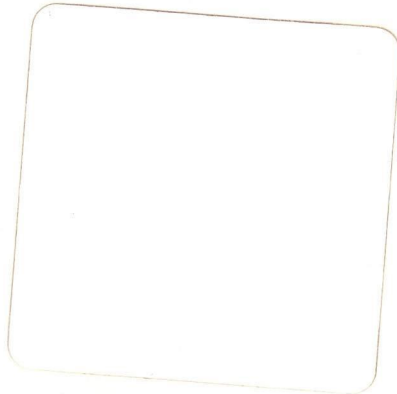
**SECRETARIA REGIONAL DE MEDICINA SOCIAL  
DO RIO DE JANEIRO**

**Secretária — Dra. Ana Tereza da Silva Pereira**

F  
616.99446  
B223C  
1987



**DOENÇA  
DE  
HODGKIN (DH)**



423

<b>INCA - BIBLIOTECA</b>
MEMÓRIA TÉCNICA
Nº REGISTRO. 201/10
EM 25/08/2010

# HOSPITAL DE ONCOLOGIA

## DIREÇÃO

**Diretor**

**Dr. Harley Leal Schettini**

**Assistente Técnico**

**Dr. Ernani Francisco de Sena Sampaio**

**Assistente Administrativo**

**Gloria Aparecida Lemos de Souza**

**Secretária**

**Deise Miriam Palmeirim Corrêa**

**Chefe de Seção de Expediente**

**Diana Maria Batista Rigueira**

**Setor de Engenharia**

\* **Dr. José Duval Cordeiro Sobrinho**

## **CEAP (Centro de Aperfeiçoamento)**

**Diretor**

**Dr. Osório Barbosa Pereira**

**Vice-Diretor**

**Marcos Antonio Lima Poloni**

\* **Responsável pelo Setor**

## DIVISÃO MÉDICO-ASSISTENCIAL

Diretor — Dr. Horácio de Azevedo Pereira

## SERVIÇO DE CLÍNICAS MÉDICO-CIRÚRGICAS

Chefia — Dr. José Sigiliano Gomes Filho

### MASTOLOGIA

- \* Dr. João Luiz Campos Soares
- Dr. Murilo de Castro Monte
- Dr. Marcos Wajnberg
- Dr. Ney Duque Estrada
- Dr. Érico Lustosa Ferreira
- Dra. Vanna Carneiro da Cunha Oliveira
- Dr. Luiz Antonio Lopes Silveira
- Dr. Ilson Montezano
- Dr. Marcos Oliveira Dias

### CABEÇA E PESCOÇO

- \* Dr. Emilson de Queiroz Freitas
- Dr. José Carlos Ferreira Dutra
- Dr. João Cabas Neto
- Dr. Francisco Jadir de Souza Campos
- Dr. Jorge Pinho Filho

### CLÍNICA DE ONCOLOGIA — QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

- Chefia Dr. Firmino de Azevedo Gomes Filho
- Dra. Marcia Campos Garcia
  - Dra. Lury Tanabe
  - Dra. Magda Cortes Rodrigues Rezende
  - Dra. Vera Lucia Iabrudi Suevo
  - Dr. Claudio Chu
  - Dr. Luiz Eduardo Atalécio Araujo
  - † Dr. Alvaro Alberto Saraiva Pontes

## TÓRAX

- \* Dr. Osório Barbosa Pereira
- Dr. Adilson Raymundo
- Dr. Selmo Ávila Rondon

## ENDOSCOPIA

- \* Dr. Selmo Ávila Rondon

\* Responsável pelo Setor

## UROLOGIA

- \* Dr. Humberto Fernandes de Matos
- Dr. Raimundo Damião Nunes Cordeiro

## PSIQUIATRIA

- \* Dra. Maria do Carmo Tavares de Mélo

## PSICOLOGIA

- \* Dra. Sueli da Silva Tavares

## ANESTESIOLOGIA

- \* Dr. Marcial de Avila
- Dr. Laudino Carneiro Neto
- Dr. José Jorge Soares Neto
- Dr. Wagner Ribeiro da Silva
- Dra. Aurea Maria Nogueira de Carvalho
- Dr. Orestes Paulo de Oliveira Filho
- Dra. Marlene dos Santos Christani
- Dra. Maria Adelaide S. Werneck
- Dr. Marco Aurelio M. de Barros Fonseca
- Dr. Bruno Zolini

## GINECOLOGIA

- \* Dr. Carlos Alberto Olivero Varillas
- Dra. Euridice Maria de Almeida Figueiredo
- Dr. Celso Werneck Ribeiro
- Dr. Abrahão Gandelman



Dr. José Carlos Gurgel  
Dr. Bernardo Lino Silva Souza  
Dra. Aurenice Cristina da Silveira Leda  
Dra. Ilva dos Santos Ribeiro

## CLÍNICA DE CIRURGIA DE ONCOLOGIA

Chefia Dr. Alfredo Henrique Rodrigues Guarischi  
Dr. Aguilmar Malvezzi  
Dr. Eduardo Linhares Riello de Mello  
Dr. Eduardo Johnson Buarque  
Dr. Ernani de Assumpção Freitas  
Dra. Regina Lucia Oliveira de Medeiros  
Dra. Solange Maria Diniz Bizzo

\* Responsável pelo Setor

## UNIDADE DE PACIENTES EXTERNOS

Chefia Dra. Marina Lang Dias Rego

## PREVENTIVO GINECOLÓGICO

\* Dra. Regina Maria da Costa

## TRIAGEM E EMERGÊNCIA

Plantonistas: Dr. Adilson Cortines Laxe  
Dr. Armando Rodrigo D'Aboin Inglez  
Dr. Albuçacis de Castro Pereira  
Dr. Carlos Roberto Carvalho Cordeiro  
Dr. Evaldo de Abreu  
Dr. Giorgio Mario Frapiccini  
Dr. Homero Khury Punaro Barata  
Dr. Ilson Montezano  
Dr. Jorge Gomes de Carvalho  
Dr. José Francisco Neto Rezende  
Dr. Luiz Galileu Spoladore  
Dr. Luiz Otavio Olivatto  
Dr. Marco Antonio Moraes do Carmo  
Dr. Osório Pereira Filho  
Dr. Paulo Cesar Sanches Rodrigues  
Dr. Pedro Telesforo da Cunha Teixeira

Dra. Regina Lúcia Oliveira de Medeiros  
Dr. Waldir da Cunha Gonçalves

## SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Chefia Dra. Regina Maria da Costa

### PATOLOGIA CLÍNICA

Chefia Dr. Paulo de Souza Muniz

### ANATOMIA PATOLÓGICA

Chefia Dr. Jorge Henrique Gomes de Mattos

### RADIOTERAPIA

Chefia Dr. Marcos Antonio Lima Poloni

\* Responsável pelo Setor

### RADIODIAGNÓSTICO

Chefia Dr. Demétrio da Silva Pinto  
Dr. Marcos de Sá Rego Costa  
Dra. Carolina Maria de Azevedo

### CITOPATOLOGIA

\* Dra. Maria Lucia Guedes Pereira Montenegro  
Dra. Heloisa Helena Beltrão Montezano  
Dra. Marina Lang Dias Rego  
Dra. Gilma Carvalho de Barros Moreira  
Dra. Marúcia Peregrino Iglesias Cavalcanti  
Dra. Nadia Aparecida de Barros Montagna  
Dra. Elinda Maria Martins Ferreira  
Dra. Lia Patricia Menasce

### SERVIÇOS TÉCNICOS AUXILIARES

Chefia Dr. Ernani de Assumpção Freitas

### DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

Chefia Dra. Zelma Alexandre Maluf

## FARMÁCIA

Chefia Dr. Istenio Velasco  
Dr. Paulo Regis Martins Ferreira

## SERVIÇO SOCIAL MÉDICO

Chefia Lecyr Amaro Pinheiro  
Gesly de Almeida Martins Migliora  
Ingrid Alves Pereira  
Maria Emília Melo da Silva  
Maria Lúcia Oliveira da Costa  
Nadia Schimansky  
Célia da Silva Ulisses de Carvalho  
Marilda Correia Martin  
Wanda Maria Machado da Silva Franciss

## NUTRIÇÃO

Chefia Calissa Rosa Sartorato  
Alice Botelho Ferreira  
Dília Augusta de Mello  
Maria Odete Gomes da Costa  
João da Silva Almeida  
Maria Regina Soares Pinto Vidal  
Maria Luiza Lengruber Ferreira

\* Responsável pelo Setor

**SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

Chefia Severina Tworkowska Passos

**SEÇÃO DE EXPEDIENTE**

Chefia Maria Helena de Oliveira

**SEÇÃO DE CENTRO CIRÚRGICO**

Chefia Janisete Rosa dos Santos

**SEÇÃO DE CENTRO DE MATERIAL**

Chefia Maria da Conceição Firmino

**SEÇÃO DE PACIENTES EXTERNOS**

Chefia Sebastiana Miranda de Oliveira

**SEÇÃO DE TERAPIA INTENSIVA**

Chefia Miracy de Andrade Machado

**UNIDADES DE INTERNAÇÃO**

Chefias Maria do Socorro Lima

Luiz Carlos Dias Vasquez

Ana Maria Galvão Raymundo

Nilton Dias Guimarães

**SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO**

Chefia Lucy Bezerra de Souza

**SEÇÃO DE ORÇAMENTO**

Chefia Aldo Gomes de Sá

**SEÇÃO DE PESSOAL**

Chefia Luiz Claudio Pires

**SEÇÃO DE MATERIAL**

Chefia Sergio Rocha Leitão

**SEÇÃO DE MANUTENÇÃO E REPAROS**

Chefia Antonio Santos

**SEÇÃO DE COMUNICAÇÃO, DIVULGAÇÃO E  
TRANSPORTE**

Chefia Cármina Alves Andrade

**SEÇÃO DE ZELADORIA**

Chefia Helenio Dias Rodrigues

**SEÇÃO DE ROUPARIA E LAVANDERIA**

Chefia Hely Geraldo Mageste

**SEÇÃO DE APURAÇÃO DE CUSTOS**

Chefia Sueli de Souza Tubarão

Álvaro Alberto Saraiva Pontes

Ele nos deixou há pouco mas sua presença ficou definitivamente marcada em cada dependência deste Hospital que ele honrou com o seu trabalho desde a sua fundação. Este manual foi idealizado por ele. Esta última revisão também foi por ele conduzida. Dedicamos esta página à sua memória. Dentro de cada um de nós ficou uma outra que jamais preencheremos.

## APRESENTAÇÃO

Este manual é parte de um conjunto de rotinas diagnósticas e terapêuticas criado no Hospital de Oncologia para orientação de residentes, estagiários e demais interessados. Através dele você terá um contato sucinto e objetivo com as práticas vigentes em Cancerologia.

A presente edição foi revista e atualizada por sua equipe médica, em conjunto, cumprindo o compromisso estabelecido por ocasião de sua criação em 1980.

Harley Leal Schettini  
DIRETOR

## INTRODUÇÃO

Os recentes avanços na compreensão do comportamento biológico da Doença de Hodgkin, o desenvolvimento de novos procedimentos diagnósticos e a terapia agressiva — quer pelas irradiações como por citostáticos, permitem atualmente a cura de mais de 50% dos pacientes e prolongam a sobrevida, mesmo nos estádios avançados. Para estabelecer o programa terapêutico é, no entanto, importante que se firme o diagnóstico histológico e que se proceda a completa avaliação da extensão da doença.

### ROTINA PARA DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

2. ANAMNESE — geral e dirigida aos dados relativos à doença, com registro do início, localização e evolução. Inquérito especial para os sintomas sistêmicos, denominados constitucionais: febre, sudorese noturna, emagrecimento (perda ponderal de mais de 10% nos últimos 6 meses), prurido e sensibilidade à bebida alcoólica.

3. HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA — Investigar passado de mononucleose infecciosa, arranhadura de gato, uso de hidantoína e manuseio com serragem.

4. HISTÓRIA FAMILIAR — Antecedentes de mononucleose, linfomas e outras neoplasias.

5. EXAME FÍSICO — Determinar a “Capacidade Funcional” (PS - Performance Status), segundo a escala de Zubrod ou Karnofski (anexo 1). No exame da pele, pesquisar infiltrados cutâneos de cor violácea (mais comuns no linfoma não Hodgkin), rash cutâneo, escoriações do ato de coçar e eritrodermia como síndrome paraneoplásica. Atenção especial para os linfonodos, fígado, baço e sensibilidade dolorosa (que pode traduzir doença óssea). Qualquer aumento de linfonodos deve ser registrado e mensurado (importante para estadiamento e como parâmetro de resposta). Pesquisar presença de linfonodos epitrocleanos (comprometimento incomum na Doença de Hodgkin).



## 6. DIAGNÓSTICO

6.1 EXAME HISTOPATOLÓGICO — Será sempre firmado por biópsia. O material deve ser analisado e classificado segundo os critérios de Butler e Lukes modificado e adotado no Simpósio de Rye em 1965 (Tab. 1)

---

Tab. I — CLASSIFICAÇÃO HISTOPATOLÓGICA DA DH

---

Predominância Linfocitária  
Esclerose Nodular  
Celularidade Mista  
Depleção Linfocitária

---

A escolha do linfonodo a ser biopsiado recairá sobre o clinicamente mais suspeito de comprometimento, dando-se preferência aos localizados nas regiões supraclaviculares, com ressecção completa e mínimo traumatismo. Os linfonodos inguinais e axilares, bem como os de drenagem de infecções dentárias ou amigdalíneas deverão ser, sempre que possível, evitados para biópsia. O IMPRINT será obrigatório em todo material de biópsia.

O paciente com DH encaminhado por outra instituição, será reavaliado para confirmação diagnóstica. Ao se realizar a triagem serão solicitadas lâminas para revisão e quando não for possível obtê-las, deverá ser realizada nova biópsia.

## 6.2 EXAMES COMPLEMENTARES

6.2.1 SOLICITADOS NA PRIMEIRA CONSULTA — Hemo-grama completo, contagem de plaquetas, contagem de reticulócitos, VHS, glicose, uréia, creatinina, ácido úrico, fosfatase alcalina, transaminases, LDH, proteínas totais e frações, cálcio, fósforo, ceruloplasmina, cobre sérico, EAS da urina, exame parasitológico de fezes, estudo radiológico do tórax em PA e perfil, ultrasonografia abdominal — antes da LAG, mielograma e biópsia óssea e, sempre que possível, tomografia computadorizada.

6.2.2 OPCIONAIS — Teste de Coombs, eletroforese de proteínas, cintilografia óssea, urografia excretora; estudo radiológico ósseo dirigido para as áreas de sensibilidade dolorosa e para as áreas de hiperfixação à cintilografia; mielograma deverá ser realizado quando houver suspeita de alguma intercorrência (depleção medular etc.)

### 6.2.3 ESPECIAIS:

LINFOANGIOGRAFIA BIPODAL (LAG) — Todo paciente deverá se submeter à LAG, exceto:

#### CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS

- RT prévia em linfonodos ilíacos ou para-aórticos (doses maiores que 2.000 rads);
- Doença pulmonar aguda ou crônica grave;
- RT pulmonar prévia;

- RT sobre o mediastino;
- SHUNT direito esquerdo intracardiaco;
- Tromboflebite de membros inferiores;

#### CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS

- Massas volumosas inguino-abdominais;
- Insuficiência venosa dos membros inferiores;
- Estádio IV (SUSPEITO).

#### SEM INDICAÇÃO

- Comprometimento cervical alto exclusivo;
- Estádio IV (CONFIRMADO).

OBS.: Deverá ser aguardado o intervalo máximo de 48 horas entre a LAG e a realização da laparotomia, a fim de se permitir avaliação per-operatória dos linfonodos contrastados.

### EXAMES PARA AVALIAÇÃO DO COMPROMETIMENTO DO MEDIASTINO, HILO e PARÊNQUIMA PULMONAR

- Tomografia pulmonar — será realizada quando houver:
  - anormalidades duvidosas na radiografia simples;
  - massa volumosa mediastínica que borra a região hilar e altera a imagem radiológica do parênquima pulmonar.
- Quando houver comprometimento isolado do mediastino, observar a seguinte rotina:
  - broncoscopia com biópsia, na evidência de comprometimento intrabrônquico;
  - mediastinoscopia
  - biópsia do ângulo venoso direito (quando não for possível realizar a mediastinoscopia);
  - mediastinostomia ou toracotomia com biópsia a céu aberto a critério do cirurgião.

## LAPAROSCOPIA — a laparoscopia com BIÓPSIA HEPÁTICA está indicada:

- nas contra-indicações de ordem clínica para a laparotomia;
- nos casos com suspeita de lesão hepática à ultrassonografia ou TC, associadas ou não à alterações das provas enzimáticas de função hepática e/ou hepatomegalia.
- nos estádios CSI ou CSIIA infradiafragmáticos. (A laparotomia não será executada nestes estádios, visto que este procedimento não acrescentará dados histopatológicos precisos sobre o baço, uma vez que os cortes realizados apresentam espessura mínima de 1 cm, podendo as lesões menores passarem incólumes).

## LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Foi introduzida a partir dos trabalhos de Kaplan, em 1972, para avaliar o grau de confiabilidade da linfografia. Com o desenvolvimento dos meios auxiliares de diagnóstico, a extensão da doença abdominal a cada dia é melhor avaliada, restando como principal finalidade deste exame o diagnóstico do comprometimento do baço, devendo ser usada no entanto, apenas quando a modificação de ESTADIAMENTO implicar em mudança da CONDUTA TERAPÊUTICA.

### — INDICAÇÕES:

- nos estádios clínicos (CS) I<sub>A</sub> e II<sub>A</sub>, supradiafragmáticos, inclusive “bulky disease” (exceto bulky disease de mediastino), exceto quando houver apenas comprometimento de cadeias cervicais altas, pré-auriculares e supraclavicular direita.
- no estágio clínico CSIII<sub>sA</sub>, quando não há ou não foi possível confirmar doença em cadeia para-aórtica abdominal, para confirmar o comprometimento isolado do baço;
- nos casos com indicação de radioterapia pélvica, quando há necessidade de preservar a função ovariana.

— NÃO ESTÁ INDICADA:

- condições clínicas desfavoráveis à cirurgia;
- idade inferior a 7 anos e superior a 70 anos. (Nos pacientes abaixo de 7 anos, devido ao risco de infecção por microorganismos encapsulados, visto que o baço é responsável pela produção de opsoninas, intimamente ligadas à defesa contra estes.  
Nos pacientes acima de 70 anos, devido à outras patologias geralmente associadas que aumentam o risco cirúrgico.  
Além do mais, deve-se lembrar que o “pool” de linfócitos T encontra-se no baço, estando estes, intimamente ligados à imunidade celular ou retardada);
- presença de sintomas constitucionais (febre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , sudorese noturna e perda ponderal acima de 10% nos últimos 6 meses);
- presença de doença maciça no mediastino (bulky disease). (Pela necessidade de se iniciar tratamento precocemente);
- tipo histológico depleção linfocitária. (Devido ao mau prognóstico);
- nos estádios CSIA ou CSIIA com comprometimento de cadeias cervicais altas, pré-auriculares e supraclavicular direita;
- nos estádios CSIII<sub>A</sub> com comprometimento de cadeia para-aórtica abdominal;
- nos estádios CSII; com “bulky disease”;
- nos estádios IV confirmados;
- nos casos em que houver comprometimento da cadeia para-aórtica abdominal, visulaizada pela linfoangiografia.

7. ESTADIAMENTO — O estadiamento é baseado no diagnóstico histopatológico da biópsia inicial, na história clínica, no exame físico, nos exames laboratoriais, radiográficos e ultrassonográficos, e SEMPRE que possível baseado nos dados obtidos pelo estudo histopatológico do material colhido pela biópsia óssea, durante a laparotomia ou laparoscopia e/ou biópsias adicionais de linfonodos ou de outros tecidos.

Define-se como o estágio clínico (CS — Clinical Stage) quando não se realiza nenhum procedimento invasivo, ou quando a biópsia de material colhido durante a laparoscopia não mostrar evidência de doença.

Por outro lado, o estágio patológico (PS — Pathologic Stage) é definido quando a biópsia de material colhido durante a laparoscopia evidenciar comprometimento neoplásico ou quando o paciente é submetido à laparotomia (havendo ou não confirmação histopatológica da doença).

O estadiamento basear-se-á na Classificação Ann Arbor.

---

Tab. II — ESTADIAMENTO DA DH — ANN ARBOR (1971)

---

I — Envolvimento de uma região linfonodal ÚNICA (I) ou de um órgão ou local extralinfático ÚNICO (I<sub>E</sub>).

---

II — Envolvimento de 2 ou mais regiões linfonodais do mesmo lado do diafragma (II) ou envolvimento por continuidade de um órgão ou região extralinfática e uma ou mais regiões linfonodais do mesmo lado do diafragma (II<sub>E</sub>).

---

III — Envolvimento de regiões linfonodais em ambos os lados do diafragma (III), que podem também ser acompanhados pelo comprometimento por continuidade do baço (III<sub>S</sub>) ou de um órgão ou região extralinfáticos (III) ou por ambos (III<sub>SE</sub>).

---

IV — Envolvimento difuso ou disseminado de um ou mais órgãos ou tecidos extralinfáticos, com ou sem envolvimento linfonodal associado.

---

Serão ainda classificados em sub-estádios A ou B conforme a ausência ou a presença de sintomas sistêmicos respectivamente:

A — ausência de sintomas sistêmicos

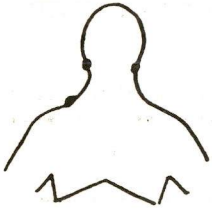
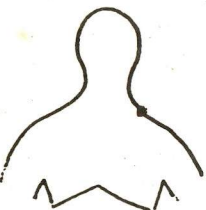
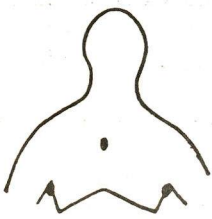
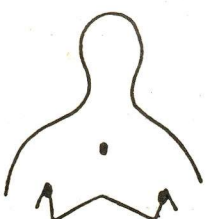
B — febre (acima de 38°C e/ou sudorese noturna e/ou perda ponderal acima de 10% nos últimos 6 meses, afastadas outras causas)



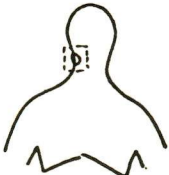
OBS.: Todo estágio clínico IV deverá ser confirmado com biópsia.

Deverão ser realizadas tantas biópsias quantas forem necessárias para qualquer estadiamento.

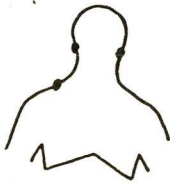
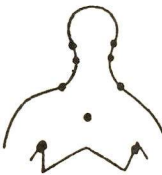
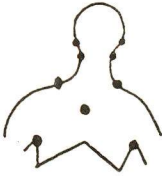
## 8. TRATAMENTO


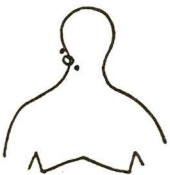

### 8.1 DE ACORDO COM OS ESTADIOS



ESTADIO	DESCRIÇÃO	TRATAMENTO
<p>ESTADIO CSI<sub>A</sub></p> 	<p>limitado a uma região cervical alta ou pré-auricular ou à região supraclavicular direita</p>	<p>RADIOTERAPIA — MANTO (inclusão obrigatória do anel de Waldeyer)</p>
<p>ESTADIO PSI<sub>A</sub></p> 	<p>limitado à região supraclavicular esquerda</p>	<p>RADIOTERAPIA — MANTO + CADEIA PARA-AÓRTICA</p>
<p>ESTADIO PSI<sub>A</sub></p> 	<p>limitado a uma região axilar ou ao mediastino</p> <p>tipo histológico</p> <p>PL ou EN</p>	<p>RADIOTERAPIA — MANTO</p>
<p>ESTADIO PSI<sub>A</sub></p> 	<p>limitado a uma região axilar ou ao mediastino</p> <p>tipo histológico</p> <p>CM</p>	<p>RADIOTERAPIA — MANTO + CADEIA PARA-AÓRTICA</p>

ESTÁDIO	DESCRIÇÃO	TRATAMENTO
<p data-bbox="160 265 334 309">ESTÁDIO CSI<sub>A</sub></p> 	<p data-bbox="449 265 750 335">limitado a uma região inguinal ou a uma região inguino-cervical</p>	<p data-bbox="774 256 1081 326">RADIOTERAPIA EM Y INVERTIDO + ÁREA ESPLÊNICA</p>
<p data-bbox="160 699 334 743">ESTÁDIO PSI<sub>A</sub></p> 	<p data-bbox="449 708 750 751">limitado à região para-aórtica abdominal</p>	<p data-bbox="774 708 1051 751">RADIOTERAPIA NODAL TOTAL</p> <p data-bbox="912 786 954 803">TNI</p>
<p data-bbox="148 1168 400 1229">ESTÁDIO CSI<sub>EA</sub> ou PSI<sub>EA</sub></p> 	<p data-bbox="449 1159 750 1237">limitado a um órgão extra-linfático acima do diafragma (p.e. - parótida)</p>	<p data-bbox="774 1159 1087 1281">RADIOTERAPIA — MANTO + RADIOTERAPIA SOBRE O ÓRGÃO AFETADO</p>



ESTÁDIO	DESCRIÇÃO	TRATAMENTO
<p data-bbox="166 286 351 326">ESTÁDIO CSII<sub>A</sub></p> 	<p data-bbox="443 286 748 361">limitado às regiões cervicais alta e/ou pré-auriculares e/ou região supraclavicular D</p>	<p data-bbox="772 286 1086 395">RADIOTERAPIA — MANTO (com inclusão obrigatória do anel de Waldeyer)</p>
<p data-bbox="174 708 355 748">ESTÁDIO PSII<sub>A</sub></p> 	<p data-bbox="447 725 748 777">Limitado às regiões supra-diafragmáticas</p> <p data-bbox="544 841 652 868">PL ou EN</p>	<p data-bbox="772 720 1073 746">RADIOTERAPIA — MANTO</p>
<p data-bbox="170 1171 351 1211">ESTÁDIO PSII<sub>A</sub></p> 	<p data-bbox="439 1171 740 1223">Limitado às regiões supra-diafragmáticas</p> <p data-bbox="520 1288 659 1314">ON ou DL ou</p> <p data-bbox="439 1380 740 1432">quando houver mais de duas regiões comprometidas</p>	<p data-bbox="764 1171 1073 1310">RADIOTERAPIA — MANTO + CADEIA PARA-AÓRTICA</p>

ESTADIO	DESCRIÇÃO	TRATAMENTO
<p>ESTADIO CSII<sub>A</sub></p> 	<p>limitado às regiões infradiafragmáticas para-aórtico baixo</p> <p>para-aórtico alto</p>	<p>RADIOTERAPIA NODAL TOTAL - TNI Y INVERTIDO</p>
<p>ESTADIO CSII<sub>EA</sub> ou PSII<sub>EA</sub> SUPRADIAFRAGMÁTICO</p>	<p>comprometimento de um órgão extra-linfático + uma ou mais regiões linfonodais acima do diafragma linfonodo tributário linfonodo não tributário</p>	<p>RADIOTERAPIA - MANTO + RADIOTERAPIA SOBRE A REGIÃO DO ÓRGÃO AFETADO QUIMIOTERAPIA - MOPP/ABVD - 6 cursos + RADIOTERAPIA SOBRE A REGIÃO DO ÓRGÃO AFETADO</p>
<p>p. e. ESTADIO CSII<sub>EA</sub></p> 	<p>comprometimento da parótida + uma ou mais regiões linfonodais tributárias</p>	<p>RADIOTERAPIA - MANTO + RADIOTERAPIA SOBRE A PARÓTIDA</p>
<p>p. e. ESTADIO PSII<sub>EA</sub></p> 	<p>comprometimento da parótida + uma ou mais regiões linfonodais tributárias ou não.</p>	<p>QUIMIOTERAPIA - MOPP/ABVD - 6 cursos + RADIOTERAPIA SOBRE A PARÓTIDA</p>
<p>ESTADIO PSI<sub>EA</sub> ou ESTADIO PSII<sub>EA</sub> INFRADIAFRAGMÁTICO</p>	<p>Comprometimento de um órgão extra-linfático abdominal com ou sem acometimento de regiões linfonodais</p>	<p>QUIMIOTERAPIA - MOPP/ABVD - 6 cursos</p>

ESTÁDIO	DESCRIÇÃO	TRATAMENTO
<p><b>ESTÁDIO PSIII<sub>SA</sub></b></p> 	<p>acometimento de linfonodos em ambos os lados do diafragma + comprometimento do baço (com menos de 5 nódulos macroscópicos) + ausência de comprometimento de linfonodo para-aórtico abdominal</p>	<p><b>RADIOTERAPIA NODAL TOTAL</b></p> <p>TNI</p>
<p><b>ESTÁDIO III</b></p> 	<p>comprometimento de linfonodo supra e infradiafragmático</p>	<p><b>QUIMIOTERAPIA — MOPP/ABVD — 6 cursos</b></p>
<p><b>ESTÁDIO IV</b></p>	<p>comprometimento de linfonodo supra e infradiafragmático e órgãos extranodais (p.ex.: fígado, pulmão, medula óssea)</p>	<p><b>QUIMIOTERAPIA — MOPP/ABVD — 6 cursos</b></p>

OBS.: O comprometimento de linfonodos do hilo esplênico ou mesentério visto durante a laparoscopia para estadiamento da doença infradiafragmática (CSI<sub>A</sub> ou CSII<sub>A</sub>) e confirmado histopatologicamente, será considerado, para fins terapêuticos, como doença sistêmica e tratado com quimioterapia.

## 8.2 DOENÇA MACIÇA (“Bulky Disease”)

- Considera-se doença maciça lesões acima de 9 (nove) cm de diâmetro.
- Nos estádios CSI<sub>A</sub> ou CSII<sub>A</sub> deve-se proceder o estadiamento com laparotomia caso esteja indicado. Nos estádios CSI ou CSII<sub>A</sub> (casos em que a laparotomia não está indicada) e nos estádios PSI<sub>A</sub> ou PSII<sub>A</sub>, o tratamento deverá ser iniciado

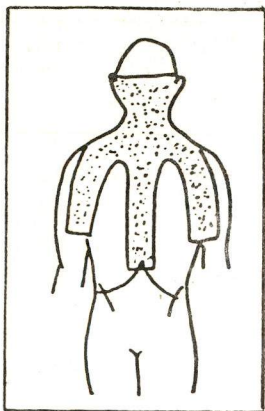


Fig. 1

A radioterapia em MANTO (com inclusão obrigatória do anel de Waldeyer) compreende a irradiação de todas as cadeias de linfonodos supradiafragmáticas (Fig. 1).

A radioterapia em MANTO e CADEIA PARA-AÓRTICA abdominal compreende a irradiação de linfonodos supradiafragmáticos (sem inclusão do anel de Waldeyer) num primeiro tempo; posteriormente, irradia-se as cadeias infradiafragmáticas com exceção das ilíacas, inguinais e inguinocrurais (Fig. 2).

A radioterapia em Y invertido e área esplênica compreende, além da irradiação de todas as cadeias infradiafragmáticas, a inclusão do baço (Fig. 3).

A radioterapia nodal total realiza-se, inicialmente, nas cadeias infradiafragmáticas com inclusão da área esplênica, caso o baço não tenha sido retirado, seguindo-se a irradiação das cadeias supradiafragmáticas. Nos esplenectomizados, irradia-se o hilo esplênico (Fig. 4).

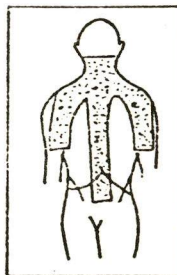


Fig. 2

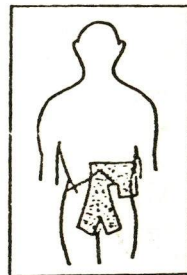


Fig. 3

### OBSERVAÇÕES:

1 — A dose estabelecida pelo Serviço de Radioterapia é de 3000 rads para as regiões supra e infradiafragmáticas.

2 — Devido aos efeitos colaterais da radioterapia, o intervalo entre o tratamento das duas regiões é de mais ou menos 4 semanas.

3 — Caso se observe doença residual após a realização da radioterapia, pode-se complementar a terapêutica com irradiação localizada de 500 a 1500 rads.

QUIMIOTERAPIA — Em todos os casos em que estiver indicada QT iniciaremos com o esquema MOPP/ABVD (Tab. III).

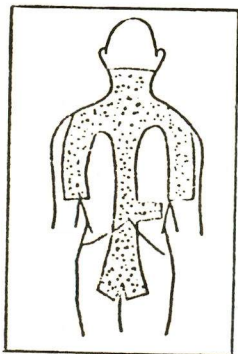


Fig. 4

com QUIMIOTERAPIA (dois ou três cursos) com objetivo de reduzir a massa a dimensões que permitam sua esterilização pela RADIOTERAPIA (habitualmente resposta 50%), que deverá ser realizada de acordo com a programação referente a cada estágio. Nas situações em que após 3 (três) cursos de QT, a redução do tumor ainda for insuficiente para indicação de RT, deverão ser completados os 3 (três) cursos restantes (com o objetivo de levar à remissão completa ou à doença mínima), para posteriormente se realizar RT apenas na área “bulky”

- Nos estádios III e IV serão realizados 6 (seis) cursos de QT, seguidos de RT somente na área “bulky”, já que nos estádios avançados da doença com massa volumosa, dificilmente conseguir-se-á a remissão completa com dois ou três cursos.
- “Bulky disease” no mediastino — Quando houver massa no mediastino ocupando 2/3 do diâmetro transversal da caixa torácica, e o estadiamento clínico for I ou II, com ou sem sintomas constitucionais, o tratamento iniciar-se-á com QUIMIOTERAPIA (2-3 cursos). Havendo remissão completa ou diminuição suficiente que não implique em irradiação do parênquima pulmonar, o tratamento será complementado com RT-MANTO e, posteriormente, conclui-se o tratamento quimioterápico (4-3 cursos).

Quando não houver RC ou RP, a quimioterapia prosseguirá até completar 6 (seis) cursos e, posteriormente, RADIOTERAPIA somente na região ocupada pela massa.

Nos estádios III e IV associado à massa do mediastino, o tratamento iniciar-se-á com QUIMIOTERAPIA até completar 6 (seis) cursos, seguido da RADIOTERAPIA na área da massa.

### 8.3 MODALIDADES DE TRATAMENTO

RADIOTERAPIA — A radioterapia tem por finalidade a RC, associada ou não à quimioterapia. Para isto, a dose de irradiação preconizada varia de 3000 a 4500 rads, num intervalo de tempo de 4 a 6 semanas respectivamente.

---

### Tab. III — ESQUEMA MOP / ABVD

---

M — MUSTARDA NITROGENADA (HN <sub>2</sub> )	— 6 mg/m <sup>2</sup>	— IV	— D1 e D 8
O — ONCOVIN	(VCR) — 1,4 mg/m <sup>2</sup>	— IV	— D1 e D 8
P — PROCARBAZINA	(PCB) — 100 mg/m <sup>2</sup>	— VO	— D1 ao D14
P — PREDNISONA	(PDN) — 40 mg/m <sup>2</sup>	— VO	— D1 ao D14

---

### INTERVALO DE 14 DIAS

---

A — ADRIAMICINA	(ADM) — 25 mg/m <sup>2</sup>	— IV	— D1 e D15
B — BLEOMICINA	(BLM) — 10 mg/m <sup>2</sup>	— IV	— D1 e D15
V — VIMBLASTINA	(VLB) — 6 mg/m <sup>2</sup>	— IV	— D1 e D15
D — DACARBAZINA	(DTIC) — 375 mg/m <sup>2</sup>	— IV	— D1 e D15

---

### INTERVALO DE 14 DIAS e, APÓS NOVO MOPP

---

BONADONNA G. & SANTORO A.

Cancer Treat. Rep. 1982, 66, 881

N. Engl. J. Med. 1982, 306, 880

BONADONNA G.

Cancer Res. 1982, 42, 4309

Naqueles pacientes em que houver contra-indicação ao uso do esquema ABVD, será realizado esquema MOPP (Tab. IV)

---

### Tab. IV — ESQUEMA MOPP

---

M — MUSTARDA NITROGENADA (HN <sub>2</sub> )	— 6 mg/m <sup>2</sup>	— IV	— D1 e D 8
O — ONCOVIN	(VCR) — 1,4 mg/m <sup>2</sup>	— IV	— D1 e D 8
P — PROCARBAZINA	(PCB) — 100 mg/m <sup>2</sup>	— VO	— D1 ao D14
P — PREDNISONA	(PDN) — 40 mg/m <sup>2</sup>	— VO	— D1 ao D14

---

### REPETIR O ESQUEMA DE 28/28 DIAS

---

De VITA V. T. et al.

Ann. Int. Med. 1970, 73, 881-895

Ao contrário do preconizado por De Vita, a prednisona será mantida em todos os cursos e, contra-indicada, nos previamente submetidos a TNI com esplenectomia e no decurso da irradiação do mediastino.

Quando houver contra-indicação ao uso de mostarda nitrogenada ( $\text{HN}_2$ ), será realizado esquema C-MOPP (Tab. V).

Tab. V — ESQUEMA C - M O P P (COPP)

C — CICLOFOSFAMIDA	(CTX) — 600	mg/m <sup>2</sup>	— IV	— D1 e D 8
O — ONCOVIN	(VCR) — 1,4	mg/m <sup>2</sup>	— IV	— D1 e D 8
P — PROCARBAZINA	(PCB) — 100	mg/m <sup>2</sup>	— VO	— D1 ao D14
P — PREDNISONA	(PDN) — 40	mg/m <sup>2</sup>	— VO	— D1 ao D14

### REPETIR O ESQUEMA DE 21/21 DIAS

**TOXICIDADE** — Preconiza-se usar a tabela de toxicidade, padronizada em nosso serviço.

Em presença de granulocitopenia ( $< 500$  granulócitos/mm<sup>3</sup>) e na vigência de sinais de infecção, colher amostras para culturas, providenciar isolamento, iniciar cefalotina + aminoglicosídeo + carbenicilina e notificar a Comissão de Infecção. Quando possível, transfundir o paciente com concentrado de granulócitos. Quando houver sintomas, na vigência de anemia, com hematócrito inferior a 30%, transfundir o paciente com concentrado de hemácias, e, em presença de trombocitopenia inferior a 40.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>, realizar transfusão de concentrado de plaquetas.

Nos casos de toxicidade neurológica leve (grau I), as doses de vincristina serão reajustadas em 50%.

## 9. URGÊNCIAS NA DOENÇA DE HODGKIN

### 9.1 SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR

— Sem diagnóstico histopatológico de Doença de Hodgkin, mas com clínica de neoplasia:

- Realizar **MEDIASTINOSCOPIA** com biópsia para estabelecer o diagnóstico histopatológico (**IMPRINT + CONGELAÇÃO**);
- Estadiar clinicamente, evitando procedimentos que retardem demasiadamente o início do tratamento. Deverão ser realizadas tantas biópsias quantas forem necessárias para melhor avaliação;
- Em todos os estágios clínicos o tratamento será iniciado com **QUIMIOTERAPIA** — esquema **MOPP/ABVD**;
- Nos estádios **CSI<sub>A</sub>** e **CSII<sub>A</sub>** associado à grande massa mediastínica, o tratamento será idêntico ao realizado na massa mediastinal sem síndrome de veia cava superior.

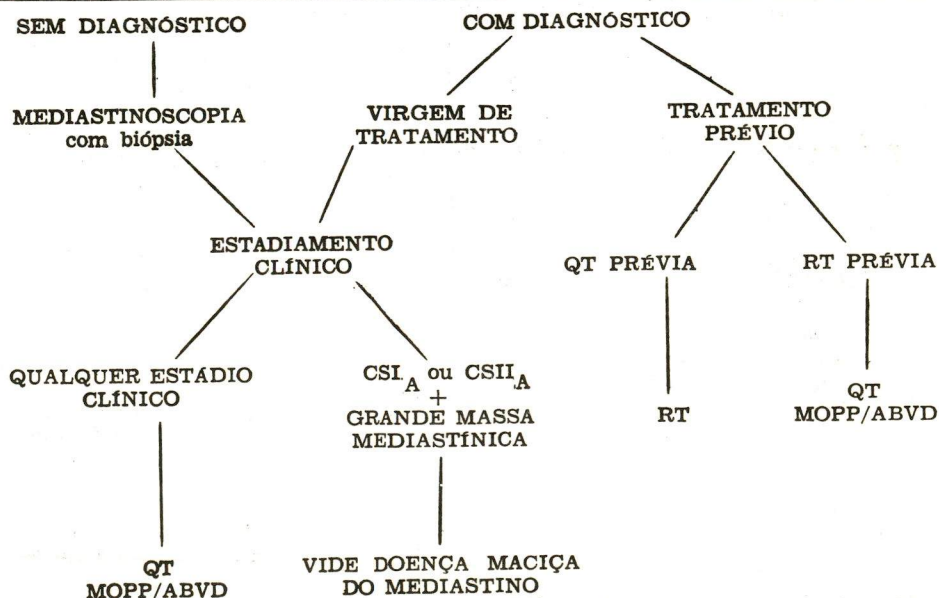
— Com diagnóstico histopatológico de Doença de Hodgkin:

- Nos casos não tratados, iniciar como descrito acima;
- Nos já tratados com QT, fazer **RADIOTERAPIA**;
- Naqueles casos anteriormente tratados com RT, iniciar QT com esquema **MOPP/ABVD**.

---

## SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR

---





## 9.2 SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR

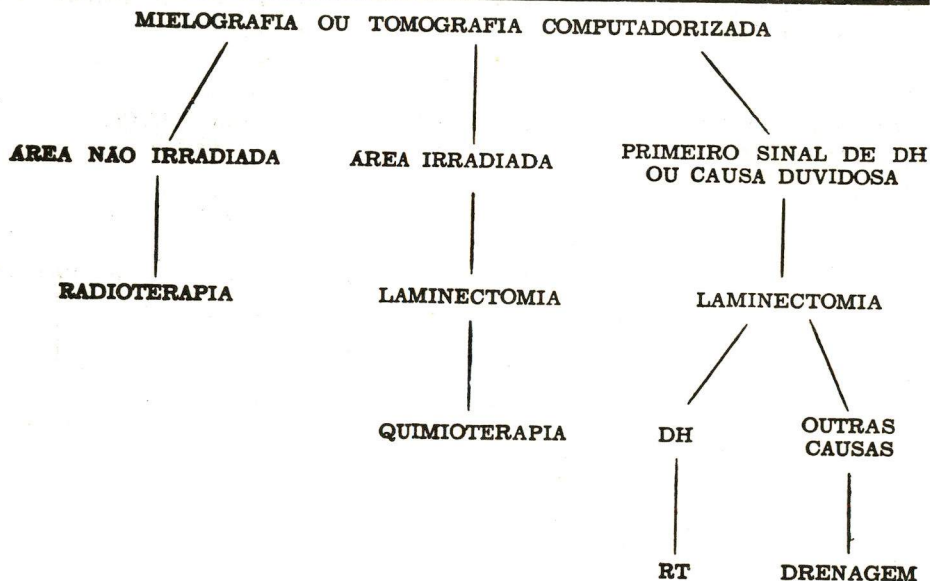
— Procedimentos:

- O início do tratamento deverá obrigatoriamente ocorrer nas primeiras horas após o desenvolvimento do quadro, com a utilização de CORTICÓIDE sistêmico;
- SEMPRE que possível, realizar MIELOGRAFIA e/ou TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, no sentido de determinar precisamente o local da compressão;
- O tratamento inicial de escolha é a RADIOTERAPIA;
- A descompressão por laminectomia está indicada nos seguintes casos:
  - a) quando a compressão ocorre em área previamente irradiada, desde que realizada dentro das primeiras 24 hs após instalação do quadro. Neste caso, após a laminectomia realiza-se quimioterapia;
  - b) quando a compressão é o primeiro sinal da doença, mas não se tem diagnóstico e, portanto, a causa da compressão é duvidosa (abscesso epidural, hematoma epidural), realiza-se a laminectomia, e em seguida a radioterapia.

---

### SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR

---



## 10. INTERCORRÊNCIAS IMPORTANTES

- a — Obstrução do trato urinário bilateral;
- b — Herpes Zoster;
- c — Tuberculose;
- d — Icterícia obstrutiva.

## 11. CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DE RESPOSTA AOS TRATAMENTOS

- Remissão Completa (RC) — desaparecimento de todas as manifestações clínicas com duração avaliada em meses (n);
- Remissão Parcial (RP) — redução maior que 50% do tumor, sem aumento de outro ou aparecimento de novas lesões, com duração avaliada em meses (n);
- Doença Estabilizada (DE) — diminuição do tumor menor que 50%, ou ausência de evidência de progressão por um período de pelo menos 8 (oito) semanas. A duração da doença estabilizada é marcada do início da terapêutica até a evidência de progressão;
- Doença Progressiva (DP) — aumento maior que 25% do tumor, com presença ou não de novas lesões;
- Recidiva — a partir da remissão completa, caracterizada pelo aparecimento de novas lesões ou reaparecimento das originais. A partir da remissão parcial, a recidiva é caracterizada pelo aparecimento de novos tumores ou aumento maior que 50% das lesões iniciais;
- Óbito.

## 12. CONTROLE DOS PACIENTES QUE ATINGIRAM RC

- No estágio CSI<sub>A</sub> — CERVICAL ALTO — controle bimensal com hemograma, VHS, cobre sérico, quando possível, fosfatase alcalina e DHL durante 1 (um) ano. Posteriormente o controle será efetuado a cada 6 (seis) meses;
- Nos demais estádios, controle mensal (com os mesmos exames) durante 1 (um) ano, bimensal por mais 1 (um) ano e, após, a cada 6 (seis) meses;

OBS.: As vacinas com vírus vivos estão contra-indicadas na DH.

### 13. CONDUTA NA RECIDIVA

- Com sintomas constitucionais — reiniciar a QT com MOPP/ABVD. Caso haja resistência, empregar esquemas alternativos descritos adiante. RT localizada poderá ser usada eventualmente.
  
- Sem sintomas constitucionais —
  - a) Tratado previamente com QT - seguir rotina citada acima;
  - b) Tratado previamente com RT - o tratamento será iniciado conforme cada curso em particular (levar à RAP)
  
- Recidiva local — em área previamente tratada registrando-se a dose de RT no tumor.
  
- Recidiva regional — em área não tratada, entretanto, no mesmo lado do diafragma em que a doença foi irradiada.
  
- Recidiva trans-diafragmática — tendo sido irradiado um dos lados do diafragma.
  
- Recidiva extra-linfática — doença em órgão ou região extra-linfática.

### 14. RESISTÊNCIA AO TRATAMENTO

Considera-se que há resistência ao esquema MOPP/ABVD quando após 2 (dois) cursos, a doença mostra-se estacionária ou em progressão.

Quando após 6 (seis) cursos de MOPP/ABVD permanecer doença residual mínima, deve-se realizar pelo menos mais 2 (dois) cursos. A partir de então, não havendo resposta, mudar o esquema ou utilizar a RT localizada (Tab. VI e VII).

Para os pacientes já tratados pelo MOPP e para os resistentes será utilizado o esquema ABVD (Tab. VI).

---

Tab. VI — ESQUEMA A B V D

---

A — ADRIAMICINA	(ADM)	—	25 mg/m <sup>2</sup>	—	IV	—	D1 e D15
B — BLEOMICINA	(BLM)	—	10 mg/m <sup>2</sup>	—	IV	—	D1 e D15
V — VIMBLASTINA	(VLB)	—	6 mg/m <sup>2</sup>	—	IV	—	D1 e D15
D — DACARBAZINA	(DTIC)	—	375 mg/m <sup>2</sup>	—	IV	—	D1 e D15

---

REPETIR DE 28/28 DIAS

---

BONADONNA G. et al

Cancer 36:252-259, 1975

Cancer Treat. Rep. 61, 769-777, 1977

Para os resistentes ao MOPP/ABVD ou ao MOPP ou ABVD isolado, será indicado o esquema VBVP (Tab. VII).

---

Tab. VII — ESQUEMA V B C P

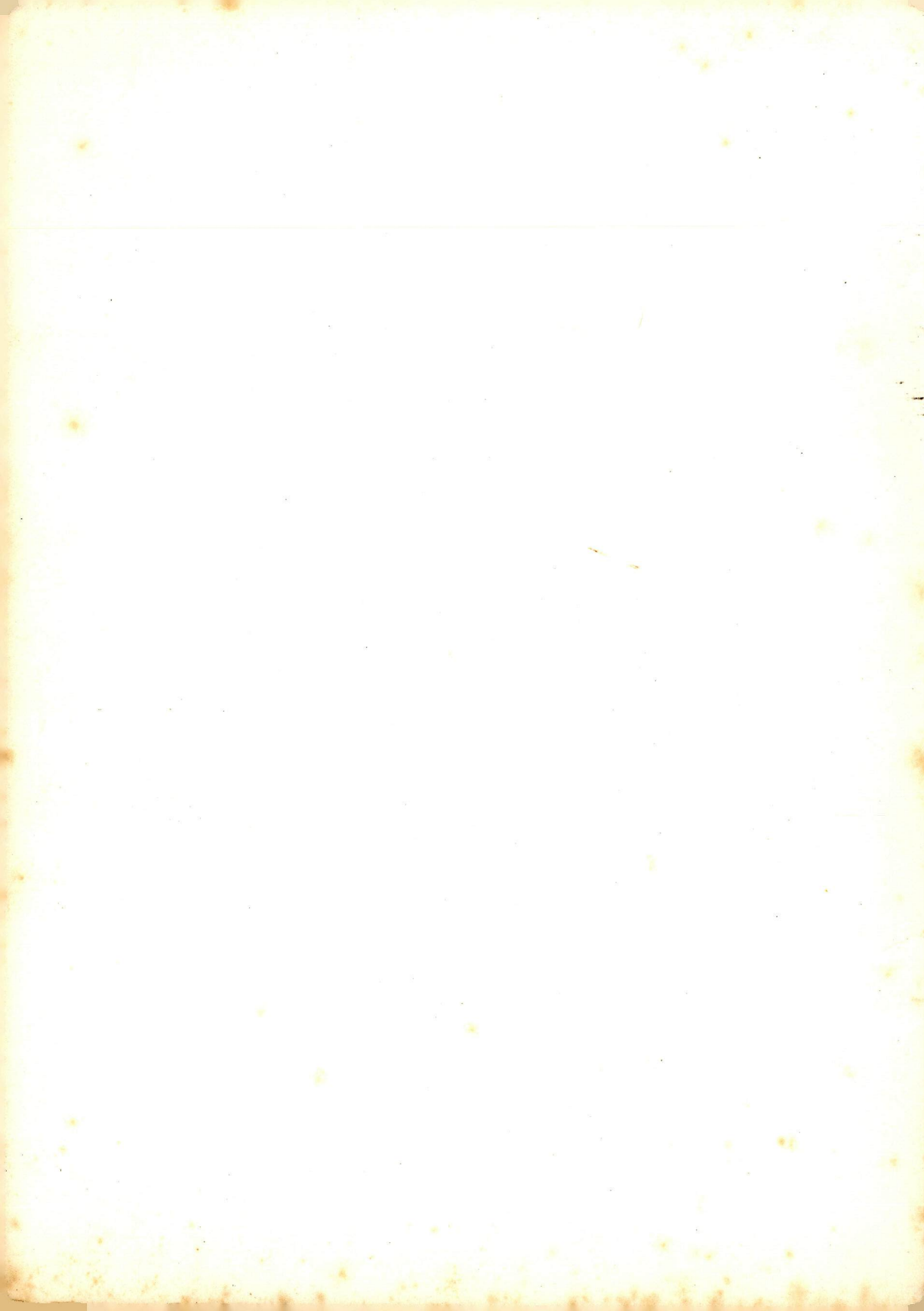
---

V — VEPESIDE	(VP-16)	—	120 mg/m <sup>2</sup>	—	IV	—	D1 a D 3
B — BLEOMICINA	(BLM)	—	10 mg/m <sup>2</sup>	—	IV	—	D1
C — LOMUSTINE	(CCNU)	—	30 mg/m <sup>2</sup>	—	VO	—	D1
D — PREDNISONA	(PDN)	—	60 mg/m <sup>2</sup>	—	VO	—	D1 a D 5

---

SARAIVA A.A.P.

Hospital de Oncologia (INAMPS)



610  
E  
ME