

HOSPITAL DE ONCOLOGIA - INAMPS

CONDUTAS DE DIAGNÓSTICO  
E TRATAMENTO

CÂNCER DO COLO UTERINO

1980



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

10414

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
Ministro de Estado - Jair de Oliveira Soares

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
Presidente - Harri Graeff

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO RIO DE JANEIRO  
Superintendente - Yassushi Yoneshigue

SECRETARIA REGIONAL DE PLANEJAMENTO DO RIO DE JANEIRO  
Secretário - Geraldo Fonseca

SECRETARIA REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DO RIO DE JANEIRO  
Secretário - Helio Pereira do Carmo

SECRETARIA REGIONAL DE MEDICINA SOCIAL DO RIO DE JANEIRO  
Secretário - Miguel Angelo D'Elia

# CÂNCER DO COLO UTERINO

|                          |         |
|--------------------------|---------|
| LOCAL BIBLIOTECA         |         |
| <input type="checkbox"/> | COMPRA  |
| <input type="checkbox"/> | DOAÇÃO  |
| <input type="checkbox"/> | PERMUTA |
|                          | CLASSE  |
|                          | Nº      |
|                          | Em:     |

F  
616.99414  
T3 823C  
ex. 2

432

CINCA. BIBLIOTECA

COMPRA

DOAÇÃO

PERMUTA

Cfº

N.º 275/84

Em:

ex-2

Este trabalho foi apresentado, discutido e aprovado em sessões do CONSELHO TÉCNICO-CONSULTIVO do HOSPITAL DE ONCOLOGIA.

RELATOR            Dr. Celso Werneck Ribeiro  
                          Chefe do Serviço de Clínicas  
                          Médico-Cirúrgicas

Participaram, ainda, as Chefias de Anatomia Patológica, Radioterapia e Radiodiagnóstico.

Colaboração Especial dos Drs. Osolando Judice Machado e Onofre Ferreira de Castro, respectivamente, dos Serviços Convenientes: Clínica de Radioterapia Osolando J. Machado Ltda e Riolab - Exames de Laboratório Ltda.

## S U M Á R I O

### INTRODUÇÃO

- 1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS
- 2 - GRUPOS DE ALTO RISCO
- 3 - CONDUTAS DE DIAGNÓSTICO
  - 3.1. Anamnese Convencional e Especializada
  - 3.2. Exame Ginecológico
  - 3.3. Colheita Citológica
  - 3.4. Colposcopia
  - 3.5. Teste de Schiller
  - 3.6. Biópsia
  - 3.7. Exame Proctológico Sumário
- 4 - NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL (Displasia e "Ca In Situ").
  - 4.1. Condutas de Tratamento
    - 4.1.1. Displasias
    - 4.1.2. Condutas do Tratamento do "Ca In Situ" do colo uterino
- 5 - CARCINOMA INVASOR
  - 5.1. Tipos Histológicos
  - 5.2. Estadiamento
  - 5.3. Tratamento
    - 5.3.1. Indicações do Tratamento conforme estadiamento
  - 5.4. Formas Especiais de Ca do Colo Uterino
- 6 - EXENTERAÇÕES PÉLVICAS
  - 6.1. Indicações
  - 6.2. Contra-indicações
- 7 - PALIAÇÃO
- 8 - QUIMIOTERAPIA

## APRESENTAÇÃO

O Manual que ora apresentamos, instituído para o Hospital de Oncologia - INAMPS, representa o roteiro das condutas seguidas na assistência aos pacientes portadores de câncer. Não obstante a larga experiência e numerosa casuística das diversas seções do Hospital, nem sempre se dispunha prontamente de uma orientação tanto quanto possível padronizada no tratamento dos diversos tipos de câncer. Isto ocorria por falta de normas escritas sobre o assunto. É indiscutível a utilidade de uma publicação reunindo as rotinas diagnósticas e terapêuticas, principalmente para instrução de estagiários e residentes e informação de todos que se interessem pelo conhecimento do que se faz neste Hospital especializado.

A fim de suprir esta carência a atual Direção do Hospital de Oncologia convocou a sua equipe médica para elaboração deste Manual que será revisto periodicamente e sempre atualizado de acordo com os progressos da medicina, em particular da Cancerologia.

José Carlos do Valle  
DIRETOR

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

DIREÇÃO

Diretor - Dr. José Carlos do Valle  
Assistente Técnico - Dr. Osório Pereira Filho  
Assistente Administrativo - Milson José Adriano

CENTRO DE ESTUDOS

Diretor - Dr. Osório Barbosa Pereira  
Vice-Diretor - Dr. Marcos Wajnberg  
Secretário - Dr. Paulo Pimenta Alves

CONSELHO TÉCNICO-CONSULTIVO

Dr. José Carlos do Valle - presidente  
Dr. Osório Pereira Filho - secretário  
Dr. Luiz de Oliveira Neves  
Dr. Celso Werneck Ribeiro  
Dr. Jurandir de Almeida Dias  
Dr. Ernani Francisco de Sena Sampaio  
Dra. Heloisa Helena Montezano  
Dr. Paulo Pimenta Alves  
Dr. Osório Barbosa Pereira



**DIVISÃO MÉDICO-ASSISTENCIAL**

Diretor - Dr. Luiz de Oliveira Neves  
Dra. Sandra Faulhaber

**SERVIÇO DE CLÍNICAS MÉDICO-CIRÚRGICAS**

Chefia - Dr. Celso Werneck Ribeiro

**MASTOLOGIA**

\*Dr. João Luiz Campos Soares  
Dr. José Sigiliano Gomes Filho  
Dr. Luiz Antonio Lopes Silveira  
Dr. Marcos Wajnberg  
Dr. Murilo de Castro Monte

**CABEÇA E PESCOÇO**

\*Dr. Emilson de Queiroz Freitas

**CLÍNICA DE ONCOLOGIA - QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA**

Chefia - Dr. Ernani Francisco de Sena Sampaio  
Dr. Álvaro Alberto Saraiva Pontes  
Dr. Firmino de Azevedo Gomes Filho  
Dra. Magda Cortes Rodrigues Rezende

**TÓRAX**

\*Dr. Harley Leal Schettini

**ENDOSCOPIA**

\*Dr. Selmo Ávila Rondon

\* Responsável pelo Setor

UROLOGIA

- \* Dr. Luiz Carlos de Oliveira  
Dr. Inon Cortes Gonçalves

PSIQUIATRIA

- \* Dra. Lucy Therezinha Monteiro Penna

ANESTESIOLOGIA

- \* Dr. Hélio Roberto Diniz Moura  
Dra. Áurea Maria Nogueira de Carvalho  
Dra. Clarice Thielen Froner  
Dra. Eliana Calixto  
Dr. Marcial de Ávila  
Dra. Marlene dos Santos Christani  
Dr. Marco Aurélio Monteiro de Barros Fonseca  
Dr. Orestes Paulo de Oliveira Filho

GINECOLOGIA

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

CLÍNICA DE CIRURGIA DE ONCOLOGIA

- Chefia - Dr. Jurandir de Almeida Dias  
Dr. Evaldo de Abreu  
Dra. Regina Lúcia de Medeiros Leite

UNIDADE DE PACIENTES EXTERNOS

- Chefia - Dr. Ney Duque Estrada

PREVENTIVO GINECOLÓGICO

- \* Dra. Regina Maria da Costa  
Dra. Ildenê Guimarães Loula  
Dra. Leda Parreiras González

TRIAGEM E EMERGÊNCIA

- Plantonistas: Dr. Adilson Cortines Laxe  
Dr. Armando Rodrigo D'Aboim Inglês  
Dr. Ilson Montezano  
Dra. Ivone de Souza Vilhena  
Dr. Paulo Cesar Sanches Rodrigues  
Dr. Paulo Maurício Soares Pereira  
Dr. Paschoal Martini Simões  
Dr. Pedro Telésforo da Cunha Teixeira  
Dr. Giorgio Mário Frapiccini  
Dr. José Francisco Neto Rezende  
Dr. Leopoldo R. Gurgel Valente  
Dra. Vanna Carneiro da Cunha de Oliveira  
Dra. Zelma Alexandre Maluf

SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Chefia - Dr. Paulo Pimenta Alves

PATOLOGIA CLÍNICA

Chefia - Dra. Regina Lúcia de Medeiros Leite

ANATOMIA PATOLÓGICA

Chefia - Dr. Duílio Barroso Beltrão

RADIOTERAPIA

Chefia - Dr. Marcos Antônio Lima Polônia  
Dr. José Luiz Affonso Fuser

RADIODIAGNÓSTICO

Chefia -- Dr. Marcos de Sá Rego Costa  
Dr. Thiers Rodrigues de Almeida

CITOPATOLOGIA

\* Dra. Heloisa Helena Beltrão Montezano  
Dra. Gilma Carvalho de Barros Moreira  
Dra. Marina Lang Dias Rego  
Dra. Maria Lucia Guedes P. Montenegro

SERVIÇOS TÉCNICOS AUXILIARES

Chefia - Dra. Heloisa Helena Beltrão Montezano

DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

Chefia - Dr. Osório Barbosa Pereira

FARMÁCIA

Chefia - Dr. Istênio Vellasco  
Dr. Paulo Régis Martins Ferreira

ENFERMAGEM

Chefia - Luisa Maria da Silva de Barcelos

UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Chefias - Maria do Carmo Tavares de Melo  
Leila Maria Gallo  
Severina T. Passos  
Marizete de Oliveira Santos  
Janisete Rosa dos Santos  
Maria do Socorro Lima

UNIDADES DE PACIENTES EXTERNOS - AMBULATÓRIOS

Chefia - Sebastiana Miranda de Oliveira

SERVIÇO SOCIAL

Chefia - Lecyr Amaro Pinheiro  
Gesy de Almeida Martins Migliora  
Aracy Assumpção Pereira  
Ingrid Alves Pereira  
Martha Montenegro  
Maria Emilia M da Silva  
Maria Nazareth de Mendonça Moraes  
Maria Lucia Oliveira da Costa  
Maria Teresa Campos de Andrade

NUTRIÇÃO

Chefia - Ivonildes Luiz Altino de Lima  
Alice Botelho Ferreira  
Dília Augusta de Mello  
Elzen Guedes de Paiva e Mello  
João da Silva Almeida  
Maria Odete Gomes da Costa  
Maria Regina Soares Pinto Vidal  
Vera Maria Brouck Pinto

SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO

Chefia - Luiz Claudio Pires

SEÇÃO DE ORÇAMENTO

Chefia - Alcêa Dinelli Paes Barreto

SEÇÃO DE PESSOAL

Chefia - Ely dos Santos Pereira

SEÇÃO DE MATERIAL

Chefia - Maria Rita Azevedo Souza Cardoso

SEÇÃO DE MANUTENÇÃO E REPAROS

Chefia - Antonio Santos

SEÇÃO DE COMUNICAÇÃO, DIVULGAÇÃO E TRANSPORTES

Chefia - Severino Inácio dos Santos

SEÇÃO DE ZALADORIA

Chefia - Luiz Carlos Cardoso

SEÇÃO DE ROUPARIA E LAVANDERIA

Chefia - Avenir Rocha Fagundes

SEÇÃO DE APURAÇÃO E CUSTOS

Chefia - José Araújo

\* Responsável pelo Setor

## INTRODUÇÃO

No presente Manual são descritas as condutas de diagnóstico e de tratamento utilizadas na assistência aos pacientes do Hospital de Oncologia.

O conjunto de ações que constituem a atenção a um paciente deve ser pesquisado e estudado para que se possam elaborar diretrizes, normas e padrões de execução dentro da mais racional e adequada operacjonalidade.

Assim devem ser definidas as condições suficientes, ótimas ou ideais de realização das tarefas de atendimento em seus diversos níveis de complexidade (primário, secundário e terciário) e de acordo com os objetivos de prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Ao se determinarem essas condições, devem ser considerados os fatores tempo, pessoal, material, tecnologia e adequação das ações para que o tratamento seja processado em tempo oportuno, com indicação adequada, execução correta e com recursos suficientes de pessoal, materiais e tecnológicos.

## 1- TEMPO

Diz respeito à oportunidade em que devem ser efetivadas as ações de saúde para prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Prevenção - As medidas de prevenção consistem em:

- evitar ou neutralizar os efeitos nocivos dos fatores conhecidos como cancerígenos; (oportunidade: sempre);
- divulgar conhecimentos sobre agentes cancerígenos e meios de evitá-los e sobre exames necessários para detecção do câncer; (oportunidade: aproveitar todas as chances de transmitir conhecimentos de educação em saúde);
- examinar periodicamente grupos de maior risco; (oportunidade: campanhas promocionais, programas de controle).

Detecção - As medidas de detecção consistem na utilização de exames que permitam flagrar a doença em fase inicial ainda totalmente assintomática e não suspeitada; (oportunidade: programa de controle). O tipo de câncer que melhor se presta à detecção é o câncer de colo uterino.

Diagnóstico - O diagnóstico acurado e preciso deve ser feito o mais rápido possível de modo a possibilitar um bom sucesso ao tratamento. Devem ser definidos para cada tipo de câncer, o tempo mínimo necessário e o tempo máximo tolerável para que se possa fazer o diagnóstico, considerados os exames essenciais.

Tratamento - O tratamento deve ser instalado imediatamente, tão logo se estabeleça o diagnóstico.

Nenhuma perda de tempo deve ser tolerada entre a 1.<sup>a</sup> consulta, a definição diagnóstica e o início do tratamento.

Tem-se dito e repetido que o tempo de espera de tratamento do paciente com câncer "deve ser contado em dias e nunca em meses".

É ponto pacífico e incontestado que o êxito do tratamento depende da sua oportunidade: quanto mais precoce o início do tratamento, melhor o resultado.

A assistência em tempo oportuno é da responsabilidade do médico e da instituição. De nada vale a uma instituição utilizar os mais sofisticados equipamentos tecnológicos, se as rotinas de operacionalidade não forem orientadas com vistas ao atendimento do paciente no tempo devido, ou seja, rápido início de tratamento, quando ainda haja chance de prognóstico o mais favorável possível. Tais rotinas dizem respeito às ações médicas, de enfermagem, de complementação diagnóstica ou terapêutica e de apoio administrativo.

Considerados o período necessário para realização dos exames diagnósticos indispensáveis, e as prioridades reconhecidas, deve ser estabelecido um prazo obrigatório, a partir da data da 1.<sup>a</sup> consulta, dentro do qual, o tratamento do paciente deve ser iniciado.

Qualquer infração desse prazo, ou qualquer ocorrência que denote perda de tempo em prejuízo do paciente, constitui negligência grave e é motivo para séria investigação de suas causas e adoção de medidas corretivas.

Para assegurar a observância das normas de atendimento em tempo oportuno, faz-se mister que a instituição seja dotada em sua organização de recursos técnicos e administrativos satisfatórios e possa contar com médicos capazes, interessados e dedicados, com atividades de apoio eficientes e com meios de promover o esclarecimento da clientela.

## 2- INDICAÇÃO ADEQUADA

Os procedimentos devem ser adequados aos objetivos diagnósticos e terapêuticos e suas indicações ou contra-indicações estão relacionadas com as características da doença e condições do doente.

Os objetivos propedêuticos investigam aspectos da doença com fins de detecção, confirmação diagnóstica, determinação de tipo histológico, estadiamento, avaliação de comportamento do tumor etc. ou avaliam condições do doente - Índices de alto risco, estado geral, funcional, nutricional, hematológico, patologia associada.

Os objetivos terapêuticos visam a tratamentos radicais de suporte, paliativos, complementares, higiênico-dietéticos, de casos especiais.

A capacidade de selecionar corretamente os procedimentos adequados é função da especialização técnico-científica do profissional de saúde, daí a necessidade de se definirem as qualificações indispensáveis para o pessoal envolvido nos programas de controle de câncer.

### 3- EXECUÇÃO CORRETA

A prática das ações de maneira correta depende de todo um complexo de fatores que determinam a funcionalidade da instituição.

Em primeiro lugar sobressai a qualificação de pessoal de todos os setores, incluídos os técnicos-científicos, administrativos e de apoio, considerando-se além dos aspectos de capacidade funcional os aspectos morais do indivíduo - caráter, responsabilidade, interesse, dedicação, etc.

A qualificação do pessoal também deve ser bem equacionada para que haja nº suficiente, capaz de atender à demanda.

As falhas atribuíveis ao pessoal podem depender de: despreparo técnico ou imperícia, decorrente de defeitos de ensino e aprendizagem; imprudência, omissão ou negligência, relacionadas com o caráter individual; realização forçada de ações em condições impróprias, decorrente da falta de recursos ou de má organização da instituição.

Todas essas distorções devem ser investigadas e minuciosamente analisadas com a finalidade de se superarem dificuldades e evitar a repetição do erro. A apuração das falhas não tem por objetivo descobrir um culpado passível de punição; o objetivo principal é descobrir as causas que motivaram a má qualidade de serviço e indicar medidas corretivas tomando-se em consideração as condições peculiares de cada situação: grau de desenvolvimento da região, capacidade administrativa e funcional da instituição, disponibilidade de pessoal, material e tecnologia etc.

Há que se ter cuidado na análise e julgamento da qualidade do serviço a fim de que algum pronunciamento indevido não traga consequências adversas ou possa criar indisposições e ferir suscetibilidades com resultados inconvenientes e indesejáveis.



#### 4- RECURSOS SUFICIENTES

Seria óbvio enfatizar que sem recursos suficientes nenhuma tarefa pode ser executada de modo satisfatório.

Definidas as condutas, um eficiente sistema de avaliação e controle deve ser implantado a fim de acompanhar sua execução e detectar falhas e corrigí-las em qualquer etapa do seu processamento (seja nos pas sos iniciais, intermediários ou finais) assegurando que todas as ações sejam efetivadas para se obter o efeito desejado em benefício do paciente.

Estas condutas serão revistas anualmente, ou em menor período se necessário, para reformulações que se fizerem mister, de acordo com os progressos técnico-científicos proveitosos à cancerologia.

## 1- CONSIDERAÇÕES GERAIS

A importância Médico-Social das neoplasias do colo do útero relaciona-se à incidência em uma idade de intensa atividade humana e social, durante a qual a mulher participa ativamente das atividades familiares. A elevada frequência, notadamente em áreas em desenvolvimento, corresponde a uma taxa de mortalidade anual de aproximadamente meio milhão de mulheres, a despeito da melhoria dos resultados terapêuticos.

O elevado percentual de mortalidade, diminui sensivelmente em países que implantaram e desenvolveram planos de controle.

Análises estatísticas provenientes desses países mostraram uma inversão na relação dos tumores invasivos e in-situ diagnosticados, sendo que, nas etapas iniciais da campanha, 2/3 correspondiam as formas mais avançadas, e, na sequência, esta proporção passou a corresponder aos estádios pré-invasivos, demonstrando a importância do "screening" citológico no rastreamento de lesões iniciais.

## 2 - GRUPO DE ALTO RISCO

Estudos epidemiológicos tem mostrado que certos fatores raciais, sócio-econômicos e culturais desempenham papel significativo no aumento da incidência da neoplasia.

Em face da complexidade da relação entre estes fatores e os potenciais portadores de neoplasias, torna-se difícil identificar os agentes indutores da carcinogênese, mas esta área de pesquisa parece oferecer possibilidades de prevenir a eclosão da neoplasia, uma vez que, dados epidemiológicos, têm correlações altamente sugestivas de alto risco.

O câncer cervical tem possibilidade de maior incidência em mulheres:

- de baixo nível sócio-econômico;
- casadas ou praticantes do coito sistemático em faixa etária baixa;
- promíscuas sexualmente;
- de raça negra;
- de raça branca não judia;
- com parceiro sexual não circuncisado;
- de pouca higiene;
- portadora de inflamações, lacerações ou outras lesões do colo uterino;
- com antecedentes venéreos;
- infectadas com herpes-vírus tipo 2.

Existem evidências crescentes de uma associação entre herpes-vírus II e o carcinoma da cérvice. Numerosas publicações assinalam, a ocorrência de herpes vírus 2 em mulheres com ca. invasivo do colo do útero, quando comparados a grupos controle.

Assim, enquanto 72% de mulheres negras com ca. cervical tinham anti-corpos para o vírus, o grupo controle assinalava 22%, demonstrando que algumas pacientes com câncer cervical não o possuíam, ao mesmo tempo em que eram identificados em não portadoras. Após expor durante quatro horas, células do ca. epidermóide humano ao herpes-vírus 2, Aueliam isolou um antígeno (AG-4), detectado no soro de pacientes portadores, através de testes de fixação de complemento, não identificável no soro das pacientes do grupo controle.

Estes anti-corpos específicos para o AG-4, desaparecem do soro das pacientes com boa resposta ao tratamento, possibilitando monitoragem. Parece haver ainda uma correlação progressivamente positiva entre os anti-corpos para o AG-4 e as displasias, o carcinoma in situ e o ca. invasor.

A evidência é altamente sugestiva, mas não conclusiva, de que a associação entre vírus e câncer possa ser etiológica.

Não está definido estatisticamente a importância das duchas vaginais sistemáticas, contraceptivos químicos ou abortos induzidos, como cârcino-indutores, mas sua ocorrência deve ser assinalada no prontuário.

### 3 - CONDUITAS DE DIAGNÓSTICO

#### Etapas do procedimento:

- 3.1 Anamnese convencional e especializada;
- 3.2 Exame ginecológico;
- 3.3 Colheita citológica.

#### Instruções:

- a- Recomendar as pacientes que se abstenham do coito, duchas ou medicação vaginal nas 24 horas que precedem o exame;
- b- Não usar lubrificante na luva;
- c- Molhar o espêculo com água morna para facilitar a introdução do instrumento;
- d- O excesso de muco do colo deve ser removido com algodão seco, antes da colheita vaginal;
- e- O esfregaço citológico deve ser colhido sempre, não importando a aparência normal da cérvice;
- f- A colheita citológica deve ser tríplice;
- g- Os esfregaços devem ser encaminhados ao laboratório de citologia, em fixador adequado, com informes clínicos completos.

#### Exame Bimanual:

(Toque)- assinalar no prontuário o tamanho, posição, contorno, mobilidade e consistência do útero. As regiões anexas devem ser também palpadas, com particular atenção às anormalidades ovarianas.

#### Indicações da Citologia:

O exame deve ser realizado anualmente:

- a- Em mulheres acima de 25 anos;
- b- Em mulheres de qualquer idade, com vida sexual ativa;
- c- Em mulheres de qualquer idade que apresentam sintomas de ginecopatia.

3.4 Colposcopia - permite uma visão aumentada, estereoscópica e iluminada da cérvice uterina, sendo extremamente útil em patologia cervical.

### Indicações da Colposcopia:

- a-Localizar lesões pré-carcinomas, e de cis;
- b-Esclarecer anormalidades citológicas;
- c-Diferenciar lesões macroscópicas da cérvice uterina;
- d-Esclarecer sinusorragia ou sangramento inter menstruais;
- e-Localizar área cervical a ser biopsiada;
- f-Orientar o tratamento local com eletrocirur gia ou criocirurgia;
- g-Como método de acompanhamento na vigência de outros tratamentos, em pacientes que recusem cirurgias, grávidas, faixa etária baixa, mau risco cirúrgico.

3.5 Teste de Schiller - Consiste em embrocção do colo uterino com so lução de lugol 1%.

### Interpretação da Prova:

- Iodo positiva - as células tomam coloração mar rom escuro;
- Iodo negativa - as células não se coram, perma necendo brancas ou amareladas;
- Iodo clara - as células se coram parcialmen te.

Após aplicação do corante, o epitélio toma a cor marrom escuro, as células inflamatórias cilíndricas, atróficas, co ram-se em marrom claro e as células displásicas e carcinomas não se coram.

A falta ou os matizes da coloração devem ser valorizados, pois o aparecimento de uma ou de outra têm significado prog nóstico em zonas displásicas.

### Indicações:

Detecção e localização de lesões colposcopicamente mudas.

### 3.6 Biópsias

Etapa das mais importantes, relaciona-se a conduta terapêutica, uma vez que não é lícito instituí-la fundamentada somente na colpo citologia ou colposcopia.

#### Tipos de biópsias:

|                  |   |  |
|------------------|---|--|
| Visão desarmada  | { | -com visualização da neoplasia (t. exofíticos);        |
|                  | } | -sem visualização da neoplasia (conização, amputação); |
| Sob visualização | { | -colposcopia exocervical                               |
|                  | } | -colposcopia endocervical                              |
| Às cegas         | { | -biópsias dos quatro quadrantes                        |
|                  | } | -curetagem endocervical                                |

#### Indicações:

- a- Confirmar diagnóstico de ca. cervical;
- b- Estudar lesão suspeita visualizada pela colposcopia ou rastreada pela citologia;
- c- Confirmar nos casos de cis; a inexistência de invasão cor tes seriados, semi seriados ou escalonados;
- d- Firmar diagnóstico diferencial nas lesões de tuberculose, endometriose, hemangioma e outras afecções cervicais.

### 3.7 Exame proctológico sumário.

#### 4 - NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL (DISPLASIAS E CA"IN SITU")

##### Conceito:

A definição de displasia permite uma certa amplitude dos critérios histológicos de diagnóstico, mas existe uma tendência no sentido de limitá-lo às lesões com alterações citológicas atípicas de caráter maligno, excluindo as atípicas benignas associadas com a inflamação e a metaplasia escamosa.

A extrema variação assinalada na regressão das displasias, é devida a diversidade dos critérios histológicos e a problemas de análise estatística.

Os parâmetros para distinguir as displasias do cis são mais uma convenção, do que uma diferença biológica.

Evidências adicionais fornecidas pela microscopia eletrônica, cultura de tecidos, timidina e microespectrometria de Feulgen, indicaram não existir diferença qualitativa entre displasia e cis.

Existe na atualidade uma aceitação crescente do conceito de que cis e displasia não são enfermidades distintas, mas representam diferentes estágios de uma contínua mudança do epitélio normal para carcinoma invasor.

O uso da designação neoplasia intra epitelial, abrangendo o espectro displasia-cis e mais realístico e evita a implicação de que displasia e cis são diferentes enfermidades, da mesma maneira que o uso de termos tais como: "leve, moderada" "acentuada", permite graduar a severidade da alteração Histológica.



#### 4.1-Condução de Tratamento

##### 4.1.1-Displasias

| <u>CITOLOGIA</u>           | <u>BIÓPSIA</u>              | <u>TRATAMENTO</u>  |
|----------------------------|-----------------------------|--|
| Displasia leve             | Não há indicação            | Erradicação da infecção vaginal ou cervical existente, seguido de controle citológico até a obtenção de esfregaços negativos sucessivos. |
| Displasia leve persistente | Displasia leve              | Eletro-cautério ou crio-cirurgia.  |
| Displasia leve persistente | Displasia moderada ou grave | Vide abaixo.   |
| Moderada                   | Negativa                    | Etiológico - Conização + Curetagem fracionada se persistirem os resultados citológicos; caso contrário - controle citológico periódico.  |
| Displasia moderada         | Displasia leve ou moderada  | Adotar a conduta acima; o procedimento subsequente dependerá do resultado dos cortes escalonados.  |
| Displasia moderada         | Ca invasivo                 | Vide tratamento ca. invasor  |
| Displasia grave            | Displasia leve              | Conização + Curetagem fracionada complementando em função do H.P.  |
| Ca. in situ                | Displasia grave             |  |
| Ca. invasor                | Ca. in situ                 |  |
| Displasia moderada         | Carcinoma invasor           | Vide tratamento ca. invasor  |
| Displasia grave            | " "                         |  |
| Ca. in situ                | " "                         |  |
| Ca. invasor                | " "                         |  |

OBS: A utilização de crio-cirurgia ou eletro-cautério deve restringir-se aos graus menos severos de displasia, excluindo-se a presença do ca. invasor, através de rigorosa rotina semiológica. Impõem-se igualmente cuidadoso e eficiente seguimento das pacientes.

#### 4.1.2 Conduta do Tratamento do Ca. In Situ do Colo Uterino

- Fundamentos:
- Avaliação individual dos casos:
    - Idade da paciente;
    - Desejo de procriar;
    - Condições psicológicas.
  
  - Interpretação das correlações entre a citologia, colposcopia e a biópsia, para o planejamento terapêutico, adequado.
  
  - Terapêutica:
    - Pacientes jovens (considerar fatores individuais);
    - Tratamento conservador - conização ou traquelectomia;
    - Tratamento definitivo - histerectomia total (indicação de execução, quando presente patologia associada confirmado o diagnóstico pela conização prévia; persistência de citologia positiva, post-conização.
  
  - Pacientes pré-menopausicas:
    - Tratamento conservador (desejo de procriar) conização ou traquelectomia;
    - Tratamento definitivo (família completa) histerectomia total, confirmado o diagnóstico pela conização prévia; persistência de citologia positiva, post-conização.

OBS: A crio-cirurgia vem sendo utilizada em algumas clínicas como protocolo; os dados de follow up, ainda inconclusivos, sugerem a eficiência deste tratamento. Este método depende, de uma sofisticada e apurada técnica de exame colposcópico, antes do tratamento, para excluir a presença de ca. invasor, devendo permanecer restrito aos centros que o utilizem em estudos randomizados. Nas pacientes em que a cirurgia está contra-indicada formalmente, a Radioterapia é o tratamento alternativo de escolha.

## 5 - CARCINOMA INVASOR

### 5.1 Tipos Histológicos

Classificação Histológica dos tumores malignos do colo uterino (Classificação Histológica Internacional dos Tumores, Organização Mundial de Saúde 1975).

#### A- Tumores Epiteliais

1-Carcinoma de células escamosas (Ca.epidermóide)

1.1-queratinizado

1.2-grandes células não queratinizado

1.3-pequenas células não queratinizado

2-Adenocarcinoma, tipo endo cervical

3-Adenocarcinoma endometriode

4-Adenocarcinoma das células claras (meso-nefróide)

5-Carcinoma adenocístico

6-Carcinoma adeno-escamoso

7-Ca. indiferenciado

#### B- Tumores não Epiteliais

1-Leiomiossarcoma

2-Rabdomiossarcoma Embrionário Sarcoma Embrionário (Sarcoma Botroide)

#### C- Tumor mulleriano mixto

#### D- Tumores secundários.

### Diagnóstico

Antes da instituição do tratamento é mandatório a confirmação histológica da lesão. O diagnóstico diferencial deve incluir cancros, tuberculose, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, condiloma acuminado e escaras actínicas.

Cumpra enfatizar que outras lesões histológicas podem co-existir com a neoplasia.

## 5.2-Estadiamento

### Exames Complementares:

Determinam com exatidão o grau de disseminação da neoplasia, sendo obrigatórios, independentes do estadiamento clínico.

- Urografia excretora;
- Cistoscopia - biópsia nos casos indicados;
- Exame protológico sumário e biópsia; eventualmente clister opaco;
- Exame radiológico do tórax e inventário ósseo da coluna e pelvis;

Outros exames podem ser necessários, na dependência dos estudos iniciais: Provas de função hepática, cintigrafia hepática, pielografia ascendente, trânsito intestinal e cintigrafia do esqueleto.

A linfografia vem assumindo importante papel no planejamento terapêutico do ca. do colo uterino, devendo quando disponível ser incluída na rotina do estadiamento, complementada pela biópsia percutânea transperitoneal dos linfonodos e tomografia computadorizada.

### Estadiamento Clínico - Colo do Útero (CID 180)

- Classificado - 1972. Confirmado - 1978.  
(Aprovado por CNC, DSK, FIGO, ICPR, JJC)

As definições das categorias T, correspondem aos diversos estádios aceitos pela FIGO, na condição de que o tumor primário seja a única manifestação da doença. Ambas estão incluídas para comparação.

### Regras para classificação:

É necessária a verificação histológica da doença. Todos os casos não confirmados deverão ser registrados separadamente.

Recomenda-se que o exame bi-manual sob anestesia seja realizado por mais de um examinador.

Recomenda-se a citologia por punção, quando houver linfonodos regionais palpáveis.

Os seguintes são requisitos mínimos para avaliação das categorias T, N e M.

Categoria T: Exame clínico, cistoscopia e radiografia, incluindo urografia.

Categoria N: Exame clínico e radiografia, incluindo urografia e linfografia, para avaliar os linfonodos justa-regionais.

Categoria M: Exame clínico e radiografia.

#### Localizações Anatômicas

Endocérvice (180.0)

Ectocérvice (180.1)

#### Linfonodos Regionais e Justa-regionais

Os linfonodos regionais são:

- os parametriaes
- o hipogástrico (obturador)
- ilíaco externo
- o ilíaco comum
- o pré-sacro

Os linfonodos justa-regionais são os para-aórticos.

| UICC<br>Categorias | FIGO<br>Estádios | COLO DO ÚTERO   |
|--------------------|------------------|---|
| Tis                | 0                | Carcinoma pré-invasivo (carcinoma "in situ").   |
| TO                 | -                | Sem evidência de tumor primário.  |
| TI                 | I                | Carcinoma limitado a <u>cérvic</u> e. Extensão ao corpo deverá ser desprezada.  |
| TIa                | Ia               | Carcinoma micro invasivo (casos que só podem ser diagnosticados histologicamente).  |
| TIb                | Ib               | Carcinoma invasivo, clinicamente.   |
| T2                 | II               | Carcinoma estendendo-se além da <u>cérvic</u> e porém não alcançando a parede <u>pélvica</u> e ou carcinoma envolvendo a vagina mas não o terço inferior.                               |
| T2a                | IIa              | Carcinoma que não infiltrou o paramétrio.   |
| T2b                | IIb              | Carcinoma que infiltrou o paramétrio.   |
| T3                 | III              | Carcinoma envolvendo o terço inferior da vagina e ou estendendo-se à parede <u>pélvica</u> (Não há espaço livre entre o tumor e a parede <u>pélvica</u> ).                              |
| T3a                | IIIa             | Carcinoma envolvendo o terço inferior da <u>vagina</u> .  |
| T3b                | IIIb             | Carcinoma estendendo-se à parede <u>pélvica</u> e ou hidronefrose, ou exclusão renal por estenose da ureter, causada pelo tumor.  |
| T4                 | IVa              | Carcinoma envolvendo a mucosa da bexiga ou reto e ou estendendo-se além da pelve verdadeira.  |
|                    |                  | NOTA: A presença de edema bolhoso não é evidência suficiente para classificar um tumor como T4. Aumento do <u>útero</u> somente, não constitui motivo para atribuir-se o tumor como T4. |
| MI                 | IVb              | Propagação para <u>órgãos</u> distantes.  |
| TX                 |                  | Impossibilidade de preenchimento dos <u>requisi</u> tos mínimos para avaliar o tumor primário.  |

- N - Linfonodos Regionais e Justa-Regionais.  
 NO - Sem evidência de envolvimento de linfonodo regional.  
 NI - Evidência de envolvimento de linfonodos regionais.  
 NOTA: As categorias N2 e N3 são aplicáveis.  
 N4 - Evidência de envolvimento dos linfonodos justa-regionais.  
 NX - Impossibilidade de preenchimento dos requisitos mínimos para avaliar os linfonodos regionais.  
 M - Metástases à distância.  
 MO - Sem evidência de metástases à distância.  
 MI - Evidência de metástases à distância.  
 MX - Impossibilidade de preenchimento dos requisitos mínimos para avaliar a presença de metástases à distância.

pTNM - Classificação Histológica Pós Cirúrgica

pT - Tumor Primário

As categorias pT correspondem às categorias T.

pN - Linfonodos Regionais

As categorias pN correspondem às categorias N.

pM - Metástases à distância

As categorias pM correspondem às categorias M.

Estadiamento em grupos

|         |      |             |            |    |
|---------|------|-------------|------------|----|
| Estádio | "0"  | T1s         |            |    |
| Estádio | Ia   | T1a         | NO         | MO |
| Estádio | Ib   | T1b         | NO         | MO |
| Estádio | IIa  | T2a         | NO         | MO |
| Estádio | IIb  | T2b         | NO         | MO |
| Estádio | IIIa | T3a         | NO         | MO |
| Estádio | IIIb | T1, T2, T3a | NI         | MO |
|         |      | T3b         | NO, NI     | MO |
| Estádio | IVa  | T4          | NO, NI     | MO |
|         |      | Qualquer T  | N4         | MO |
| Estádio | IVb  | Qualquer T  | Qualquer N | MI |

| UICC | COLO DO ÚTERO   | FIGO |
|------|---|------|
| Tis  | Carcinoma "in situ"   | 0    |
| T1   | Limitado à cervice  | I    |
| T1a  | Micro invasivo  | Ia   |
| T1b  | Invasivo  | Ib   |
| T2   | Extensão à vagina (menos terço inferior)<br>Paramétrio / menos parede pélvica | II   |
| T2a  | Vagina (menos terço inferior)   | IIa  |
| T2b  | Paramétrio  | IIb  |
| T3   | Extensão ao terço inferior da vagina<br>Paramétrio parede pélvica             | III  |
| T3a  | Vagina / terço inferior   | IIIa |
| T3b  | Paramétrio / parede pélvica   | IIIb |
| T4   | Extensão para bexiga / reto / além<br>pelve verdadeira                        |      |
| M1   | Órgão distante  |      |



### 5.3-Tratamento

Os dois métodos de tratamento reconhecidamente eficazes para o ca. cêrvico-uterino, a cirurgia e as irradiações progrediram de maneira sensível nos últimos anos.

A controvérsia acerca da melhor forma de tratamento, cirurgia ou irradiação, foi substituída por uma nova filosofia que procura estabelecer "o que é melhor para um determinado paciente".

A indicação de uma das formas de tratamento, não se resume em uma escolha, mas sim, em uma adequação de conduta a cada paciente.

Na formulação de conduta alguns fatores devem ser levados em consideração:

- A indicação do tratamento deve partir de uma equipe multi-disciplinar;
- O plano de tratamento deve ser individualizado;
- O método de tratamento escolhido pode ser influenciado pelas facilidades disponíveis na instituição, tais como o equipamento de irradiação e a experiência das equipes cirúrgicas.

Para obtenção de melhores índices de sobrevida, impõe-se uma série de medidas visando diminuir as influências, ligadas as características de cada Hospital, proporcionando à paciente uma terapia que lhe ofereça maiores oportunidades de cura.

OBS: Estudos randomizados, utilizando-se marcadores bio-químicos como o antígeno cárcino embriônico, a alfa feto-proteína e a gonadotrofina coriônica humana, evidenciaram elevações plasmáticas significativas em pacientes portadoras de ca. cervical. Especificamente, CEA mostrou-se elevado em adenocarcinoma da endo-cêrvix. A AFP elevou-se nos tumores cervicais de grandes células não queratinizadas e em contraste as concentrações de HCG foram mais altas em pacientes portadoras de carcinomas queratinizados da cêrvix. Os níveis plasmáticos dos antígenos, estão relacionados à diferenciação tumoral e ao estadiamento da neoplasia, retornando a níveis normais, 12 semanas após a terapêutica, permitindo aquilatar indiretamente a resposta ao tratamento e detectar precocemente as persistências ou recorrências tumorais.

5.3.1-Indicações do Tratamento conforme  
Estadiamento

Estádio Ia

a-Invasão precoce do estroma. De uma maneira geral, esta lesão é tratada como ca. invasivo. Nos casos em que a invasão é questionável ou tem apenas 1 a 2 mm em profundidade e não existe invasão linfática ou vascular, o tratamento é o mesmo sugerido para o ca in situ;

b-Ca. oculto - geralmente o tratamento é a histerectomia radical com dissecação bilateral dos linfonodos ou radioterapia;

c-Post-cirúrgico (conização) o manuseio é individualizado: cirurgia radical com linfadenectomia pélvica, ou radioterapia primária;

Estádio Ib

Histerectomia radical e linfadenectomia pélvica bilateral.

Radioterapia nas pacientes em que cirurgia é contra-indicada;

Estádio IIa

Idêntico ao tratamento Ib;

Estádio IIb

Radioterapia;

Estádio IIIa

Radioterapia;

Estádio IIIb

Radioterapia;

Estádio IV

a-Radioterapia primária. Esta terapêutica pode requerer derivação urinária e ou fecal;

b-A exenteração pélvica primária é indicada para aquelas pacientes com doença de localização central, com propagação para a bexiga, e condições que permitam a completa irradiação da doença.

NOTA: 1-A irradiação é o método de escolha para a maioria das pacientes portadoras de ca. do colo uterino, em função do grau de disseminação e das contra-indicações à cirurgia. Somente 30% das pacientes dos estadiamentos I e IIa são passíveis de tratamento cirúrgico radical.

2-Os tumores do estadiamento IIa, exofíticos serão submetidos a curieterapia prévia.

#### Tratamento Cirúrgico Radical

##### Indicação de rotina

Pacientes portadores de tumores malignos não epidermóides, até 55 anos de idade, não obesas, sem intercorrências clínicas que contraindiquem a cirurgia.

##### Indicações de execução

- Fibro-miomas sub-mucosas
- Gestação inviável
- Doença pélvica inflamatória
- Diverticulite da sigmóide
- Antecedentes de cirurgia pélvica
- Traumas locais recentes (cirurgia, perfuração uterina)
- Tumores volumosos obstruindo o canal vaginal
- Vagina atrófica, de forma cônica, inelástica
- Fobia pelas irradiações
- Tumores ovarianos
- Irradiação prévia
- Recorrência pós-irradiação

Prognóstico - Sofre a influência de diversos fatores:

- 1-Estádio clínico do tumor;
- 2-Variações anatômicas em um mesmo estágio (Barrel-Shaped cervix, extensão endometrial);
- 3-Características do tumor (exofítico, infiltrante, ulcerado);
- 4-Variações histológicas (pequenas células, células claras);
- 5-Estado geral do paciente, intercorrências clínicas (hipertensão, anemia, necrose tumoral, doença inflamatória pélvica, patologia cônica ou vesical, ileíte regional, diabete). A escolha do tratamento adequado dependerá do estado geral da paciente e da extensão do processo maligno.

## 5-4 Formas Especiais do câncer do colo

### Adenocarcinoma

Os adenocarcinomas constituem 5% dos carcinomas do colo uterino incidindo em uma faixa etária mais alta do que o câncer escamoso, mas paradoxalmente, os tumores incidentes em torno dos 20 anos são quase universalmente adenocarcinomas.

Dividem-se as opiniões acerca do tratamento radioterápico destes tumores, uma vez que é tido como pouco responsivo às irradiações. A revisão da literatura especializada atual, assinala esquemas de tratamento idênticos ao do ca. escamoso, adotado em nossa rotina.

### Carcinoma do Coto Restante

O tumor é diagnosticado em média, nos 2 primeiros anos após a histerectomia sub-total, sendo provavelmente contemporâneo à cirurgia.

As pacientes do estadiamento I e IIa serão tratadas cirurgicamente com a remoção do coto cervical e linfadenectomia pélvica.

A análise das séries submetidas a tratamento cirúrgico, demonstrou que aproximadamente 15% das pacientes necessitaram de exenterações para erradicar a doença. As lesões mais avançadas são tratadas pelas irradiações.

### Tratamento do Ca In Situ e Gestação

O diagnóstico levantado pela citologia deve ser confirmado pela conização, aguardando-se a 14a semana quando o índice de abortamento é menor, preservando-se a gestação. O seguimento citológico deve ser mensal.

NOTA: Quaisquer tipo de tratamento será precedido do consentimento expresso da paciente e de seu responsável.

O parto trans-vaginal deve ser desaconselhado, encetando-se o tratamento definitivo 8 semanas após o parto cesário.

A conização pode ser considerada como tratamento definitivo na dependência da idade e do desejo de procriar da paciente.

## Tratamento do Câncer Invasivo da Cérvix e Gestação

Pacientes com ca. do colo uterino associado à gestação devem sofrer o mesmo pré-tratamento que as pacientes não grávidas, evitando-se nas gestações viáveis, os procedimentos que possam produzir lesões actínicas no feto.

Os erros no estadiamento são frequentes em face do edema, embexão gravídica, lassidão dos ligamentos largos, dos tecidos paracervicais.

O estadiamento clínico da lesão é o mais importante fator de prognóstico.

O planejamento terapêutico é influenciado pelo estadiamento, viabilidade fetal relacionada à data do diagnóstico, a atitude da paciente e da família frente à doença e a influência da terapia no feto.

Nos estádios iniciais a sobrevida das pacientes tratadas pela cirurgia ou radioterapia são idênticos.

Pacientes com estadiamento Ib e IIa são melhor tratadas com histerectomia abdominal alargada e linfadenectomia pélvica. O diagnóstico firmado antes de 28 semanas deve ser seguido de imediato pela terapêutica definitiva. Geralmente torna-se desnecessário o esvaziamento uterino precedendo a histerectomia, que permite a conservação dos ovários. Mulheres com lesões mais avançadas ou não flegíveis para cirurgia serão tratadas pela irradiação externa que condiciona a morte do concepto. Não ocorrendo o abortamento espontâneo, deverá ser procedido o esvaziamento uterino.

Os casos de estádios IIb, III e IV são igualmente do âmbito da radioterapia, sendo que os raros pacientes que não abortam após a irradiação externa, devem ser submetidos à histerectomia radical modificada.

O desejo ou compulsão do médico de tratar de imediato o paciente quando da feitura do diagnóstico deve ser precedido da avaliação da maturidade fetal, e pode requerer uma espera até a 33a. semana da gestação, ou até a vigência de sinais de maturidade fetal. As lesões mais avançadas serão tratadas pela cesária, seguida de irradiação externa e radiumterapia.

Quando o carcinoma é diagnosticado no post-partum, o tratamento é iniciado imediatamente após o diagnóstico e a pesquisa das metástases.

### Carcinoma Micro Invasivo e Gestação

O ca. micro invasivo tornou-se de diagnóstico mais frequente durante a gestação, como consequência direta do maior emprego da citologia, e colposcopia rotineiramente no pré-natal. No entanto estes dois métodos, associados a biópsia focal são incapazes de determinar o grau de invasão indicando-se a conização e os cortes seriados para diagnóstico preciso.

A conduta do tratamento nas pacientes com invasão questionável e ou com a invasão até 3 mm de profundidade e ausência de comprometimento vascular ou linfático, é semelhante à do ca in situ.

Nos demais casos a indicação é individualizada para cada paciente, cirurgia ou irradiação, sendo a conduta idêntica à preconizada para o carcinoma invasor.

### Câncer Avançado Recorrente ou Persistente do Colo Uterino

A persistência ou recorrência do ca. do colo, são consequências das falhas do tratamento, ocorrendo na metade dos casos, a despeito dos progressos das técnicas de irradiação e da ampliação das indicações do tratamento cirúrgico.

O insucesso do tratamento incidem mais nos estádios avançados e como consequência o tratamento primário e na quase totalidade dos casos, radioterápico.

O diagnóstico precoce do ca. recorrente é importante, e o aparecimento de alterações na urografia, assimetrias ou nodulosidades uterinas e ou fenômenos âlgicos, devem ser cuidadosamente investigados.

A avaliação pré-tratamento incluirá biópsias tissulares, exames endoscópicos da bexiga e reto, colpocitologia, estudos radiológicos do tórax, esqueleto, intestinos, e rins. Eventualmente, linfografia, cinetigrafia óssea, renal, hepática e cerebral, ou biópsia percutânea-transperitoneal dos linfonodos para-aórticos.

No planejamento terapêutico torna-se imprescindível a avaliação e a seleção dos casos em que a palição é o único tratamento indicado, restringindo-se os tratamentos cirúrgicos ultra-radiciais as pacientes com possibilidades de cura.

As lesões potencialmente curáveis incluem a recorrência pélvica isolada, a metástase pulmonar única e as disseminações vaginais.

A grande maioria das indicações de tratamento pertence à cirurgia, uma vez que a radioterapia tem pouco a oferecer em termos de cura, à exceção de certas localizações peculiares da recorrência, ou sejam as vaginais inferiores e sub-uretrais.

A operação de Wertheim-Meigs mostra-se efetiva nos casos de recorrência pélvica central, embora a dissecação dos ureteres, bexiga e reto associem-se à altas incidências de complicações urinárias e intestinais.

A observação clínica das doentes com ca. cervical recorrente, demonstrou que 50% morrem com tumor confinado à pelvis, o que justifica o ataque cirúrgico, com ressecção em bloco das vísceras contendo o tumor.

A bexiga, reto, ureteres distais e a genitália são removidos, criando-se derivações gastro-intestinais e urinárias.

As exenterações constituem o tratamento de escolha para o ca. recorrente ou persistente da pelvis.

## 6 - EXENTERAÇÕES PÉLVICAS

### 6.1-Indicações

- Persistências tumorais post-irradiação;
- Fístulas vesico-vaginais ou reto-vaginais, actínicas ou neoplásicas;
- Invasão tumoral do reto ou bexiga;
- Recorrências tumorais após tratamento cirúrgico inadequado.

Os resultados finais das exenterações dependem de uma criteriosa seleção de pacientes, estudo pré-operatório completo, planejamento cirúrgico da ressecção e reconstrução, treinamento adequado e recursos físicos e humanos compatíveis com o porte da operação.

A mortalidade e morbidade cirúrgica dependem das condições encontradas em cada paciente: infecção secundária, reações teciduais actínicas e o estado do trato urinário.

### 6.2-Contra-indicações

- Metástases fora da pélvis;
- Edema e ou dor tipo ciática em ambas as pernas;
- Neurose;
- Inexistência de plano de separação entre a massa tumoral e a parede pélvica;
- Inadaptação psico-social da paciente, às derivações decorrentes do ato cirúrgico.

OBS: As exenterações pélvicas, completas ou parciais, são operações de difícil execução, e os cuidados post-operatórios implicam em um completo treinamento em cirurgia abdomino-pélvica. Os fatores que intervem obstando a execução mais frequente destas operações, são espírito de derrotismo expressado pela descrença na operação, o absentismo profissional, a falta de critérios para julgar os casos de bom prognóstico, e a tendência à procrastinação da indicação, reduzindo progressivamente as oportunidades do pacientes beneficiar-se com o tratamento.



## 7 - PALIAÇÃO

A terapêutica paliativa do ca. avançado, incurável, é indicada em situações específicas. As metástases ósseas incidem em 2% dos casos, sendo frequentemente dolorosas.

A irradiação mostra-se efetiva na redução das algias em 70% dos casos.

A dor pélvica profunda, secundária à compressão dos nervos pélvicos, é aliviada de uma maneira geral pelas combinações analgésicas. Entretanto, certas pacientes com dores severas, de caráter debilitante, serão beneficiadas somente pelos tratamentos neuro-cirúrgicos. A cordotomia per-cutânea, oferece imediata remissão das algias em 80% dos casos.

A presença de fístulas vesico-vaginais, requer operações de derivação, quando as condições da paciente forem compatíveis com o porte da cirurgia proposta.

Idênticos critérios são aplicáveis às compressões extrínsecas dos ureteres, sendo que danos renais mais extensos levam a indicação de nefrostomias ou nefrectomias.

As hemorragias vaginais incontroláveis, através tamponamento ou ligaduras dos vasos sangrantes, são debeláveis pela ligadura das artérias hipogástricas, preferencialmente com a técnica extra peritonal, de baixa morbidade, trazendo como benefício adicional, uma diminuição do ritmo de crescimento tumoral.

## 8 - QUIMIOTERAPIA

O uso da quimioterapia no ca. cervical é ainda limitado. Segundo estimativas do NCI, até 1978 somente 11% das pacientes receberam esta forma de tratamento, por recorrência, após radioterapia. Os agentes quimioterápicos geralmente usados, em número limitado de cursos, insuficientes para uma avaliação das respostas objetivas, as quais tem sido de curta duração, mais frequentes em metástases à distância, e parciais nas localizações pélvicas.

As remissões completas não foram ainda assinaladas na literatura.

Diversos fatores, intervêm dificultando a ação dos quimioterápicos sobre as recorrências tumorais, principalmente naquelas que tenham recebido tratamento cirúrgico radical e ou radioterapia:

- Diminuição da vascularização pélvica e conseqüente redução da perfusão de quimioterápicos;
- Congelamento da pélvis impossibilitando a determinação do grau de disseminação neoplásica e dificultando a avaliação da resposta.
- Obstrução ureteral, acarretando decréscimo da função renal e alterações da farmacocinética;
- Comprometimento da medula óssea, secundário à doença ou aos tratamentos prévios.

Diversos quimioterápicos têm atividade contra o ca. cervical, isoladamente ou em combinações, dependendo seu emprego de estudos avaliativos através de protocolos.

Em nossa Instituição estão em vigor diversos protocolos dessa natureza.

ESTE LIVRO DEVE SER DEVOLVIDO NA ÚLTIMA  
DATA CARIMBADA

05/05/86

06/05/86

13/5/86

22/4/87

7/5/87

3/4/89

13/6/89

9/5/90

14/3/2002

Brasil. Minist. da Prev. Ass.

AUTOR

Conduitas de diagnóstico e<sup>S.</sup>

TÍTULO

tratamento; câncer...

Devolver em

Nome e n.º de Inscrição do leitor

05/05/86

Jocera da Accima

06/05/86

Margarith S. Lima

22/4/87

Marco Antonio Rose

2/5/87

Marco Antonio Rose

3/4/89

Amália A. Nascimento  
substitua de Rose

15/6/87

Cecilia Ferrera de Silva

14/3/2002

Juan da Souza 6327

MOD. 4

F

616.99414/B823c

INCa.275/84 ex.2

BIBLIOTECA DO C. E. DO I. N. Ca.

Autor Brasil. Ministério da Pre-  
vidência. Assistência Social.

Título .Condução de diagnóstico  
e tratamento; câncer do colo  
uterino. F

Nº Chamada 616.99414./B823c

Nº Registro ...275/84... ex.2

Prove que sabe honrar os seus  
compromissos devolvendo com pon-  
tualidade este livro à Bibliot-  
ca do C. E. d

