

Informe SUS-ONCO

Ano IV n.º 36 - Março/Abril | 2020

Informamos que foi publicada a **Portaria Conjunta da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde n.º 7, de 13 de abril de 2020**, que aprova, atualizando, as **Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas de Tumor Cerebral no Adulto**. Importante ressaltar que essas Diretrizes trazem informações mais detalhadas. A seguir, descrevem-se alguns aspectos técnicos que se mostram fundamentais por ocasião da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (Apac) e da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Ficam excluídos da abrangência dessas Diretrizes os casos de:

- tumor com elementos embrionários (meduloepitelioma, tumor neuroectodérmico primitivo, meduloblastoma, neuroblastoma, retinoblastoma e ependimoma);
- tumor da região selar (adenoma hipofisário, carcinoma hipofisário e craniofaringioma);
- tumor de origem linfo-hematopoiética (linfomas, plasmocitoma e sarcoma granulocítico);
- tumor de células germinativas (germinoma, carcinoma embrionário, tumor do seio endodérmico, coriocarcinoma, teratoma e tumores germinativos mistos);
- tumor de meninge (meningioma, sarcomas e tumores melanocíticos);
- tumores dos nervos cranianos e espinhais (neurofibroma, neurinoma e schwannoma maligno);
- metástases cerebrais.

Embora se proceda à biópsia para o diagnóstico histopatológico nos tumores cerebrais, as lesões de tronco cerebral são uma exceção, dado o potencial de complicações relacionado ao procedimento. Nesse sentido, o diagnóstico se ancora, iminentemente, no exame de ressonância magnética, sendo ela o guia da conduta terapêutica. Sendo assim, a biópsia estereotáxica pode ser indicada, considerando os critérios clínicos e a avaliação dos riscos e benefícios para o paciente.

Radioterapia adjuvante de gliomas de baixo grau

Recomenda-se a radioterapia adjuvante, imediatamente após a cirurgia, nos pacientes com glioma de baixo grau operados com as seguintes características:

- idade maior que 40 anos;
- doença recorrente ou em progressão;
- tumores com diâmetro maior que 6 cm;
- persistência ou progressão de sintomas ou sinais neurológicos;
- lesões que crescem na região da linha média.

Radioterapia adjuvante concomitante à quimioterapia – gliomas de baixo grau

As evidências científicas disponíveis **não demonstram benefício** para a radioterapia em uso concomitante à quimioterapia no tratamento adjuvante de adultos com glioma de baixo grau. Dessa forma, não se recomenda radioterapia adjuvante concomitante à quimioterapia em gliomas graus I e II.

Radioterapia nas recidivas de gliomas de baixo grau

Apesar do prognóstico reservado em caso de lesões recidivadas, quando uma nova ressecção cirúrgica não pode ser procedida, a radioterapia com técnicas que permitem uma melhor localização das lesões e elevadas doses de radiação por fração, como a radiocirurgia (dose única) ou a radioterapia estereotáxica fracionada, pode ser utilizada quando disponível. Contudo tais casos devem ser avaliados para conduta individualizada de acordo com os riscos de nova aplicação de radioterapia e os benefícios que essa conduta trará ao paciente.

Quimioterapia de gliomas de baixo grau

Os pacientes selecionados para terapia pós-operatória imediata devem receber radiação e quimioterapia sequencial.

Radioterapia adjuvante de gliomas de alto grau

Entre as principais condutas adjuvantes à cirurgia em pacientes com gliomas de alto grau, a radioterapia é comprovadamente a mais eficaz.

Radioterapia de gliomas de alto grau não ressecados

Assim como em casos de glioma de baixo grau, pacientes com lesões de alto grau não ressecadas em razão da localização da lesão em áreas eloquentes ou pacientes com sintomas progressivos devem ter seu tratamento discutido individualmente, considerando-se os fatores prognósticos para definir a finalidade curativa ou paliativa da radioterapia. Dessa forma, procede-se à escolha da técnica e dose da radioterapia e sua combinação, ou não, com a quimioterapia. Cuidados paliativos devem ser considerados para os pacientes sintomáticos que acumulam fatores prognósticos desfavoráveis.

Quimioterapia de glioma de alto grau

Vários são os antineoplásicos utilizados na quimioterapia do tumor cerebral. Estudos demonstraram que a quimioterapia com temozolamida concomitante à radioterapia e adjuvante à radioterapia foi superior em termos de eficácia quando comparada à radioterapia isolada, ou seja, sem placebo ou outro esquema quimioterápico.

Glioma de alto grau após a recidiva

No caso de recidiva de glioma de alto grau, se indicado tratamento, pode ser realizada nova ressecção cirúrgica. Quando essa não for possível, a radioterapia com técnicas de radiocirurgia (fração única) ou radioterapia estereotáxica fracionada podem ser utilizadas. Esquemas de quimioterapia de segunda linha podem ser indicados. Muitas vezes, cuidados paliativos exclusivos representam uma opção melhor para pacientes em tais condições.

Gliomas de tronco cerebral em adultos

Os gliomas de tronco cerebral são classificados em difusamente infiltrativo, focal, exofítico e glioma tectal.

Exceto as lesões focais exofíticas de localização posterior com protrusão para o quarto ventrículo, as demais lesões não são operáveis, sendo a radioterapia a principal modalidade terapêutica.

A radioterapia representa a principal modalidade terapêutica para os gliomas de tronco cerebral. O diagnóstico histopatológico ou as características clínicas e radiológicas podem auxiliar no momento ideal para o início da radioterapia, que deve ser imediata em lesões com características desfavoráveis.

Gliomas do trato óptico

Glioma do trato óptico ocorre no trajeto dos nervos óticos. A biópsia para o diagnóstico histopatológico usualmente não é realizada, sendo o diagnóstico feito com base nos achados clínicos e de imagem.

Tipicamente, os casos de glioma do trato ótico são mantidos com observação, sendo tratados quando as lesões são progressivas ou sintomáticas. A radioterapia, apesar de oferecer um bom controle local, deve ser postergada o máximo possível em razão de sua toxicidade local aguda e tardia, que leva à perda da acuidade visual, vasculopatias e disfunções endócrinas. A radioterapia normalmente é indicada em lesões progressivas ou refratárias, a despeito do tratamento com quimioterapia, ou então em lesões com extensão intracraniana.

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada a Saúde. **Portaria conjunta nº 7, de 13 de abril de 2020.** Aprova as Diretrizes diagnósticas e terapêuticas de tumor cerebral no adulto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/16/DDT-Tumor-Cerebral-em-Adulto-16.04.2020.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.