

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 1/175

PROTOCOLOS DE CONDUTA

HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO

SERVIÇO DE ONCOLOGIA CLÍNICA

COLABORADORES:

DALVA GUEDES ARNAUD

Oncologista Clínica

Residência pelo INCA - Instituto Nacional de Câncer

EMÍLIO CARLOS ARRUDA LACERDA

Oncologista Clínico

Residência pela UNIFESP

IGOR LEMOS DUARTE

Oncologista Clínico

Residência pelo Hospital das Clínicas da UNICAMP

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 2/175

LISIANE NÓBREGA

Oncologista Clínica

Residência pelo Hospital de Câncer de Barretos

THIAGO LINS ALMEIDA

Oncologista Clínico

Residência pelo Hospital das Clínicas FMUSP- RP

CHRISTIANE MARINHO

Oncologista Clínica

Residência pelo A. C, Camargo Cancer Center

BRUNO BRITO

Oncologista Clínico

Residência HC- UFPE

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 3/175

LAÍS MAGALHÃES

Oncologista Clínica

Residência pela Faculdade de Medicina do ABC

RAFAELA GUEDES

Oncologista Clínica

Residência pelo Hospital das Clínicas FMUSP- Ribeirão Preto

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 4/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	---------------

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este é o Manual de Protocolos do Hospital Napoleão Laureano que segue o melhor nível de Evidência Científica disponível no momento de sua elaboração. Parte dele, encontra em sua base as recomendações da Sociedade Brasileira de Oncologia para o Serviço Público

O Manual se presta a nortear a conduta de acolhimento, acompanhamento e tratamento antineoplásico em nosso serviço. Entretanto, como qualquer guia de conduta médico, não é inflexível, havendo, portanto, liberdade ao médico assistente para adaptações e ajustes que julgue eticamente necessários, devendo, entretanto, as exceções serem tratadas como tal

Casos que fujam ao usual devem ser objeto de discussão multidisciplinar e, a qualquer momento, o presente manual poderá ser objeto de revisão, dado a dinâmica do conhecimento científico e aquisição de novas tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 5/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	---------------

TUMORES GINECOLÓGICOS – (GINECOLOGIA)

1. OBJETIVO

Normatizar os tratamentos quimioterápicos disponíveis no Hospital Napoleão Laureano comprovadamente benéficos ao paciente conforme dados da literatura médica e prática clínica.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

- Internação Clínica
- Ambulatorial

3. TIPOS DE PROTOCOLOS

- Quimioterapia adjuvante: Realizada após um tratamento considerado definitivo, em geral cirúrgico ou, mais raramente, radioterápico, visando reduzir as chances de recidiva tumoral e obter maior controle da doença, prolongando a sobrevida do paciente. Sua indicação é baseada no estadiamento inicial do paciente, e varia de acordo com o câncer ginecológico em questão.

- Quimioterapia neoadjuvante: Quando a quimioterapia é realizada antes do tratamento definitivo. Além de ser útil para reduzir o tamanho do tumor e propiciar uma cirurgia menos extensa, ela também permite avaliar se o tumor é ou não sensível aos agentes quimioterápicos utilizados. Geralmente indicada em casos de tumores localmente avançados. Sua indicação é baseada no estadiamento inicial do paciente, e varia de acordo com o câncer ginecológico em questão.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 6/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	---------------

- Quimioterapia paliativa: Indicada no cenário de câncer metastático (estádio clínico IV) ou em casos de tumores irrecutíveis, sem resposta a outras modalidades de tratamento. Tem como objetivo reduzir o impacto de um câncer incurável na vida da paciente. Isso inclui reduzir ou estabilizar o tamanho do tumor e combatê-lo a ponto de aliviar sintomas como dor, dispnéia, tosse, emagrecimento. Desta forma, o paciente obtém melhor qualidade de vida, e geralmente, maior sobrevida.

4. DESCRIÇÃO DOS PROTOCOLOS

4.1 CÂNCER DE COLO UTERINO (Ginecologia)

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Exame pélvico, incluindo ginecológico e toque retal;
- Radiografia de tórax;
- Hemograma, função renal e função hepática;
- Ressonância magnética (RNM) de pelve com contraste sempre que disponível, a partir do estágio IB ou Tomografia de abdomen superior e pelve com contraste (A RNM oferece mais detalhes em termos de definição de estadiamento);
- Cistoscopia e Retossigmoidoscopia, se houver suspeita de infiltração de bexiga ou reto, respectivamente

TRATAMENTO

Estádio clínico IA1

- Traquelectomia via vaginal ou Conização para as que desejam manter a fertilidade

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 7/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	---------------

- Histerectomia total ou histerectomia radical

- Para mulheres sem condições cirúrgicas – Radioterapia externa e/ou braquiterapia isolada

Estádios clínicos IA2, IB1 e IB2

- Histerectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral ou pesquisa do LNS caso a técnica esteja disponível;

- Para pacientes não candidatas a cirurgia: Radioterapia Externa seguido de braquiterapia

- Estádios IA2 e IB1 com tumores <2 cm sem comprometimento linfonodal e que desejam manter a fertilidade, considerar conização (IA2) ou traquelectomia com pesquisa do LNS ou linfadenectomia pélvica

* Em casos de pacientes grávidas com tumores <2 cm e ausência de comprometimento clínico linfonodal, e período de gestação esteja no final do segundo trimestre ou no terceiro trimestre, pode-se atrasar o tratamento definitivo. Devem ser acompanhadas rigorosamente e, após o parto, iniciar o tratamento indicado.

Estádios clínicos IB3 e IIA

- Histerectomia total com linfadenectomia pélvica bilateral (em histologia não epidermóide) com ou sem linfadenectomia para-aórtica e tratamento adjuvante a depender da presença de critérios de risco intermediário ou alto.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 8/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	---------------

- Quimiorradioterapia definitiva: Radioterapia externa e braquiterapia associada
a:

- Cisplatina – 40 mg/m² EV Semanal (Iniciando no primeiro dia da Radioterapia Externa por 6 semanas), seguida de braquiterapia se houver condições anatômicas favoráveis.

Estádios patológicos IA2 e IB de risco baixo:

- OBSERVAÇÃO

Estádio patológico IB de risco intermediário

- Tratamento adjuvante com RT externa com ou sem braquiterapia

- Pacientes com tumores >IB1 de histologia adenocarcinoma ou carcinoma adenoescamoso, considerar RT externa com ou sem braquiterapia concomitante à quimioterapia com:

- Cisplatina – 40 mg/m² EV Semanal (Iniciando no primeiro da Radioterapia Externa por 6 semanas)

Estádios patológicos IB e IIA de risco alto e IIB

- Uma ou mais alterações: margens positivas ou coincidentes, linfonodos positivos, comprometimento microscópico dos paramétrios.

- Cisplatina – 40 mg/m² EV Semanal (Iniciando no primeiro da Radioterapia Externa por 6 semanas) +- Braquiterapia

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 9/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	---------------

- Em pacientes com contraindicação para Cisplatina:

- Carboplatina – AUC 2 EV Semanal (Iniciando no primeiro dia da Radioterapia Externa por 6 semanas)

- Pacientes que não apresentem condição clínica para o tratamento concomitante, uma outra opção seria tratamento sequencial com:

- Carboplatina – AUC 5 EV D1 + Paclitaxel – 175 mg/m² EV D1, a cada 3 semanas x 4 ciclos, seguidos de RT externa +- Braquiterapia

Estádios clínicos IIB, III e IVA

Cisplatina – 40 mg/m² EV, por 6 semanas (Iniciando no primeiro dia da Radioterapia Externa), seguida de braquiterapia

Estádios IVB ou Doença recidivada

- O tratamento pode ser feito com quimioterapia exclusiva ou combinada com radioterapia (para controle alérgico e de sangramento)

- Em pacientes com bom desempenho físico e ausência de comorbidades severas:

- Cisplatina* – 50 mg/m² EV D1 + Paclitaxel – 175 mg/m² EV D1 + Bevacizumabe – 15 mg/kg EV D1 A cada 21 dias

* Pacientes com contraindicação ao uso de Cisplatina poderá ser substituída por Carboplatina AUC 5 IV D1

- Nas pacientes que não podem receber platina:

- Topotecana – 0,75 mg/m² IV D1 a D3 A cada 21 dias

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 10/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Paclitaxel – 175 mg/m² IV D1 A cada 21 dias
- Bevacizumabe – 15 mg/kg IV D1 A cada 21 dias

- Outras alternativas de acordo com perfil de toxicidade e/ou comorbidades incluem:

- Cisplatina – 50 mg/m² IV 1 hora D1 + Vinorelbina – 30 mg/m² IV Semanal D1 e D8 a cada 21 dias
- Cisplatina – 50 mg/m² IV D1 + Gencitabina – 1000 mg/m² IV D1 e D8 a cada 21 dias
- Cisplatina – 50 mg/m² IV D1 + Topotecana – 0,75 mg/m² IV D1 a D3 a cada 21 dias

*Em pacientes com contraindicação à CISPLATINA, favorecemos o uso de CARBOPLATINA

Recidiva locorregional após tratamento com intuito curativo: Exenteração pélvica (Casos selecionados)

Recidiva para-aórtica (área não irradiada) após tratamento com intuito curativo: RT externa concomitante à Quimioterapia baseada em Cisplatina (40 mg/m² IV)

SEGUIMENTO

- Primeiro ano: - Avaliações clínicas a cada 4 meses

- Ressonância magnética de pelve após 12 meses nos casos que foram submetidos a cirurgia (HTA radical) e após 8 meses nos casos que receberam radioterapia e quimioterapia concomitantes, associadas a tomografias de tórax e abdômen superior (quando possível)

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 11/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Segundo e terceiro anos: - Avaliações clínicas a cada 6 meses
- Quarto ano: - Avaliações clínicas a cada 8 meses
- Após quinto ano: - Avaliações clínicas anuais

4.2 CÂNCER DE VAGINA

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Exame físico e ginecológico;
- Radiografia de tórax;
- Hemograma, função renal, fosfatase alcalina;
- Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética do abdome e pelve com contraste

TRATAMENTO

Estádios I e II

- Cirurgia exclusiva ou Radioterapia (especialmente para pacientes com tumor >2 cm ou lesão que envolva os terços médio a inferior da vagina)

Estádios III e IVA

- Radioterapia e braquiterapia com quimioterapia baseada em:

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 12/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Cisplatina – 40 mg/m² IV Semanal (Durante a radioterapia por 6 semanas)
OU
- Cisplatina – 50 mg/m² IV + 5-Fluorouracil – 1000 mg/m²/dia, em infusão contínua IV D1 a D4, iniciando nos D1 e D22 da Radioterapia

Estádios IVB (Somente aquelas sem comodidades graves e bom PS):

Primeira linha: Cisplatina – 50 mg/m² IV D1 a cada 21 dias

Adenocarcinoma de Vagina (Bulky)

- Quimioterapia neoadjuvante com:

- Cisplatina – 75 mg/m² IV + Paclitaxel – 175 mg/m² IV a cada 21 dias x 3 ciclos

Seguido de Histerectomia radical + Radioterapia para aquelas com fatores de risco detectados à cirurgia ou Radioterapia exclusiva para pacientes inoperáveis.

SEGUIMENTO

- Doença de risco baixo: Cada 6 meses nos primeiros 2 anos e depois anualmente
- Risco alto: Cada 3 meses nos primeiros 2 anos; 3 a 5 anos: cada 6 meses e depois anualmente
- Citologia cervical ou vaginal anualmente (detecção de outra neoplasia do trato genital inferior);
- TC do abdômen total deve ser solicitada apenas em caso de suspeita de recidiva

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 13/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

4.3 CÂNCER DE VULVA

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Exame pélvico (ginecológico e retal);
- Tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve ou Ressonância Nuclear Magnética (RNM);
- Radiografia de tórax;
- Hemograma, função hepática e renal;
- Lembrar da pesquisa de sorologias virais (HPV, HIV e Hepatites B e C)

TRATAMENTO

Estádio IA

- Ressecção local com margens cirúrgicas de ≥ 1 cm

Estádios IB e II

- Tratamento cirúrgico (Vulvectomy radical ou conservadora + dissecação dos linfonodos inguinfemoral bilateral (tumor > 4 cm ou multifocal)
- Linfonodos livres de comprometimento neoplásico (com mais de 12 linfonodos removidos) e as margens negativas: **SEGUIMENTO**
- Margem positiva ou exígua (< 8 mm): **RADIOTERAPIA LOCAL ADJUVANTE**

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 14/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Linfonodo comprometido e/ou com ≤ 12 linfonodos avaliados: RADIOTERAPIA ADJUVANTE PÉLVICA E INGUINAL

- Múltiplos linfonodos positivos: QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA CONCOMITANTE À RADIOTERAPIA

- Cisplatina – 40 mg/m² IV semanal, durante RT OU
- Cisplatina – 50 mg/m² IV + 5-Fluorouracil – 1.000 mg/m²/dia, em infusão contínua D1 a D4, iniciando nos D1 e D22 da RT

*Caso haja comorbidades relevantes e/ou o índice de desempenho seja baixo, considerar RT como modalidade única

Estádios III, IVA e IVB (linfonodos pélvicos somente)

- Pacientes com doença localmente avançada e linfonodos normais ao exame clínico ou de imagem: Quimiorradioterapia neoadjuvante. Em casos selecionados, seguir com Cirurgia (Vulvectomia associada a linfadenectomia inguinfemoral bilateral)

- As opções de quimioterapia são:

- Cisplatina – 50 mg/m² EV por 3 horas + 5-Fluorouracil – 1.000 mg/m²/dia, em IC, por 4 dias, iniciando nos D1 e D22 da Radioterapia OU
- Cisplatina – 40 mg/m² semanal EV durante Radioterapia

*Caso comorbidades relevantes e/ou índice de desempenho baixo, considerar Radioterapia como modalidade única.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 15/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Estádio IVB (excetuando-se envolvimento de linfonodos pélvicos somente)

- QUIMIOTERAPIA PALIATIVA: Não existe tratamento quimioterápico-padrão para carcinomas avançados. Geralmente são utilizados esquemas com Cisplatina e 5-FU, como descrito anteriormente ou esquemas semelhantes aos utilizados para o câncer de colo de útero, com Cisplatina e Paclitaxel.

Recidiva locorregional em área não irradiada: Radioquimioterapia ou Radioterapia isolada para as pacientes com comorbidades importantes

Recidiva locorregional em área previamente irradiada: Avaliação do Serviço de Cirurgia (Exenteração pélvica) OU

- QUIMIOTERAPIA PALIATIVA:

- Cisplatina – 50 mg/m² EV + 5-Fluorouracil – 1.000 mg/m² em IC por 4 dias
- Cisplatina – 35 mg/m² + Vinorelbina – 25 mg/m² EV D1 e D8 a cada 3/3 semanas
- Paclitaxel – 80 mg/m² EV D1, D8 e D15 4/4 semanas

SEGUIMENTO

- Estádios I e II: - Avaliação clínica (inspeção pélvica, linfonodos inguinais etc.) a cada 6 meses nos primeiros 2 anos. Após esse período, deverá ser realizada anualmente.

- Estádios III a IVA: - Avaliação clínica a cada 3 meses nos primeiros 2 anos, a cada 6 meses do terceiro ao quinto ano e anualmente após o quinto ano

- Idealmente, citologia cervical/vaginal anualmente

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 16/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

4.4 CÂNCER DE ENDOMÉTRIO

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Exame físico geral e pélvico (ginecológico e retal);
- Ultrassonografia transvaginal (USTV);
- Hemograma, função renal e hepática, CA 125;
- Tomografia computadorizada ou Ressonância magnética de abdome e pelve
- Rx de tórax pode substituir tomografia de tórax no caso de histologia favorável e estágio inicial
- Cistoscopia e retossigmoidoscopia na suspeita de invasão vesical ou colorretal
- * Aconselhamento genético para pacientes com história familiar de câncer de cólon e/ou endométrio ou diagnóstico em pacientes com idade <50 anos

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA DEFINIÇÃO DE TRATAMENTO ADJUVANTE

- Baixo: IA, grau 1 ou 2, sem ILV
- Intermediário: IB, grau 1 ou 2, sem ILV
- Intermediário alto: IA, grau 3, com ou sem ILV / IA ou IB, grau 1 ou 2, com ILV
- Alto: IB grau 3, com ou sem ILV / Estádios II e III sem doença residual / Histologia desfavorável em qualquer estágio (serosos, células claras, carcinomas indiferenciados ou carcinosarcomas)

- ILV = Invasão Linfovascular

TRATAMENTO

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 17/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Riscos baixo e intermediário

- Cirurgia (Histerectomia total + salpingo-ooforectomia bilateral). Considerar linfadenectomia pélvica e para-aórtica e braquiterapia pós operatória nas pacientes de risco intermediário.

- Pacientes com tumores <2 cm, <50% de invasão miometrial, graus 1 ou 2 podem ser poupadas de linfadenectomia.

Estádio patológico I de risco Intermediário Alto, risco Alto e estágio patológico II (não seroso-papilífero e não células claras)

- Cirurgia (Histerectomia total associada à salpingo- ooforectomia bilateral e estudo do lavado peritoneal com linfadenectomia pélvica/para-aórtica (opcional)

- Braquiterapia endovaginal (Risco intermediário alto) e RT externa (Risco Alto e Estádio II)

Estádios patológicos I e II seroso-papilíferos ou células claras

- Cirurgia (Histerectomia total associada à salpingo-ooforectomia bilateral com linfadenectomia pélvica/para-aórtica, omentectomia, biópsias do peritônio e lavado peritoneal)

- Quimioterapia Adjuvante:

- Carboplatina – AUC 5 EV D1 + Paclitaxel – 175 mg/m² EV D1 3/3 semanas x 4 - 6 ciclos, seguida de Braquiterapia endovaginal ou RT externa

- Pacientes com comorbidades relevantes – RT externa com ou sem braquiterapia

Estádio patológico III e IVA

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 18/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Quimioterapia:

- Carboplatina – AUC 5 EV D1 + Paclitaxel – 175 mg/m² EV D1 3/3 semanas x 6 ciclos OU
- Cisplatina – 50 mg/m² EV D1 + Doxorrubicina – 60 mg/m² EV D1 3/3 semanas x 8 ciclos (último ciclo só com CISPLATINA)

- RT externa adjuvante (Estádio IIIC)

- Pacientes idosas e/ou importantes comorbidades relevantes e/ou desempenho limitado: RT externa adjuvante e braquiterapia endovaginal

Estádio clínico IVA

- Cirurgia de citorredução ótima (sempre que factível) seguida de tratamento adjuvante (Ver esquemas para Estádio patológico III e IVA) ou RT externa e Braquiterapia endovaginal (nas pacientes sem condições cirúrgicas)

- Pacientes jovens e sem comorbidades, sem condições para citorredução inicial, indicamos quimioterapia neoadjuvante com:

- Carboplatina – AUC 5 EV D1 + Paclitaxel – 175 mg/m² EV D1 3/3 semanas por no máximo 6 a 8 ciclos, seguida de cirurgia

Estádio clínico IVB

- Pacientes com histologia endometrióide, grau histológico 1 ou 2 e oligossintomáticas e/ou doença indolente com receptores de progesterona presentes

- Hormonioterapia paliativa: Acetato de Megestrol – 160 mg VO/dia

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 19/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Pacientes com histologia não endometrióide, grau histológico 3, sintomas importantes, doença agressiva, receptores de progesterona ausentes e/ou progressão à linha hormonal:

- Quimioterapia Paliativa

- Carboplatina – AUC 6 EV D1 + Paclitaxel – 175 mg/m² EV D1 21/21 dias
- Cisplatina – 50 mg/m² IV D1 + Doxorrubicina – 45 mg/m² EV D1 21/21 dias
- Doxorrubicina – 60 mg/m² EV D1 21/21 dias (pacientes com contra-indicação a Platina)
- Ifosfamida – 1,2 g/m² (com Mesna) EV D1 ao D5 3/3 semanas
- Topotecana – 1,0 mg/m² EV D1 ao D5 EV 3/3 semanas ou 0,8 mg/m² EV D1 ao D5 4/4 semanas quando RT prévia

Doença recorrente local exclusiva

- RT de salvamento (casos selecionados)

- Quimioterapia (pacientes jovens e com índice de desempenho bom):

- Carboplatina – AUC 2 EV + Paclitaxel – 45 mg/m² IV Semanal concomitante à RT

- Cirurgia de Resgate (Recidivas vaginais isoladas em área irradiada, sem envolvimento de parede pélvica e retroperitônio)

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 20/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

4.5. CARCINOSSARCOMAS (Tumores mullerianos mistos malignos)

TRATAMENTO

Estádio I a III

- Cirurgia (Histerectomia total + salpingo-ooforectomia bilateral com linfadenectomia pélvica/para-aórtica, omentectomia, biópsias do peritônio e lavado peritoneal, seguidas de QT:

- Carboplatina – AUC 6 EV D1 + Paclitaxel – 175 mg/m² EV durante 3 h D1 3/3 semanas por 4 – 6 ciclos ou
- Cisplatina – 20 mg/m²/dia EV D1 ao D4 + Ifosfamida – 1.500 mg/m² EV D1 ao D4 (com mesna, 120 mg/m² EV, em infusão contínua por 4 dias) 3/3 semanas x 3 ciclos

Estádio clínico IA sem doença residual em produto de histerectomia –
Observação

Estádio IV - Quimioterapia:

- Carboplatina – AUC 6 + Paclitaxel – 175 mg/m² EV D1 a cada 3 semanas
- Ifosfamida - 1.500 mg/m² EV do D1 ao D5 a cada 3 semanas (com Mesna, 300 mg/m² pré, 4 e 8 h após Ifosfamida)

SEGUIMENTO

Carcinoma de endométrio de baixo risco ou risco intermediário

Consulta e exame físico:

- 1º. Ano: a cada 4 meses

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 21/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- 2º. e 3º. Anos: a cada 6 meses
- 4º Ano: a cada 8 meses
- 5º. Ano: anual
- 6º Ano: alta ambulatorial

Carcinoma de endométrio de alto risco

Consulta e exame físico:

- 1º. Ano: a cada 4 meses
- 2º. e 3º. Anos: a cada 6 meses
- 4. Ano: a cada 6 meses
- 5º. Ano: a cada 6 meses
- 6º. Ano: alta ambulatorial

Tomografia de tórax e abdômen total:

- 1º. Ano no 12º. Mês
- 2º. Ano no 24º. Mês

4.6 CÂNCER DE OVÁRIO – TUMORES EPITELIAIS

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Radiografia de tórax (ou tomografia computadorizada)
- Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética do abdome superior e pelve;
- US transvaginal, quando necessário;
- CA 125

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 22/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- CEA, Colonoscopia, Endoscopia Digestiva Alta (portadoras de Adenocarcinoma mucinoso);
- Hemograma, Função renal e hepática
- Punção de derrame pleural e citologia oncológica se houver derrame pleural

* Aconselhamento genético em toda paciente com carcinoma epitelial de ovário de alto grau não mucinoso (15% a 20% terão mutação germinativa em BRCA1 ou BRCA2)

TRATAMENTO

Estádio patológico I

- IA, grau 1 ou 2 e IB grau 1: CIRURGIA
- IA grau 3, IB grau 2 ou 3: QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE
- IC qualquer grau: QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE
- Carcinoma de Células Claras em todos os estádios: QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE
 - Carboplatina – AUC 5-6 EV D1 + Paclitaxel – 175 mg/m² EV D1 3/3 semanas x 6 ciclos
 - Carboplatina – AUC 2 IV + Paclitaxel – 60 mg/m² EV D1, D8 e D15 3/3 semanas x 6 ciclos
 - Carboplatina – AUC 6 EV 3/3 semanas (pacientes com comorbidades graves ou que não tolerem a poliquimioterapia)

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 23/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Estádios II a IV

- Pacientes que clinicamente tem volume baixo de doença: Cirurgia (Citorredução ótima, quando possível) seguido de quimioterapia:

- Carboplatina – AUC 5-6 EV D1 + Paclitaxel – 175 mg/m², EV D1 a cada 3 semanas x 6 ciclos OU
- Carboplatina – AUC 2 EV + Paclitaxel – 60 mg/m² EV D1, D8 e D15 a cada 3/3 semanas x 6 ciclos (Pacientes com condição geral mais limitante e/ou comorbidades) OU
- Carboplatina – AUC 6 EV durante 30 minutos x 6 a 9 ciclos (pacientes não candidatas a poliquimioterapia)

- Pacientes não passíveis de citorredução ótima inicial devido a alto volume de doença ou morbidade cirúrgica alta:

- Quimioterapia Neoadjuvante:

- Carboplatina – AUC 5-6 EV D1 + Paclitaxel – 175 mg/m² EV D1 a cada 3 semanas x 3 ciclos;
- Carboplatina – AUC 2 EV + Paclitaxel – 60 mg/m² EV nos D1, D8 e D15 a cada 3 semanas x 3 ciclos (Pacientes com condição geral mais limitante e/ou comorbidades);

- Seguir com Cirurgia de Citorredução

- Quimioterapia Adjuvante com o mesmo esquema acima (mais 3 ciclos), se paciente for respondedora

*Pacientes portadoras de mutação em gene BRCA1 ou BRCA2 (que tiverem acesso ao teste), com subtipos histológicos seroso de alto grau ou endometrióide, estádios III ou IV, devem receber Olaparibe, 300 mg VO 2x/dia, a ser iniciado

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 24/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

entre 4 a 8 semanas após o término da QT e mantido por 2 anos associado ou não a Bevacizumabe na dose de 15 mg/kg a cada 3 semanas por 15 meses, caso a paciente tenha realizado QT com Bevacizumabe.

- Pacientes submetidas a citorredução subótima devido ao volume e/ou localização da doença e/ou comorbidades relevantes:

- Carboplatina – AUC 5-6 EV D1 + Paclitaxel – 175 mg/m² EV D1 a cada 3 semanas x 6 ciclos
- Carboplatina – AUC 2 EV + Paclitaxel – 60 mg/m² EV nos D1, D8 e D15 a cada 3 semanas x 6 ciclos

*Caso não haja contraindicação ao uso de antiangiogênicos ou na ausência de mutação de BRCA1 ou 2 (nas pacientes que tiverem acesso ao teste), uma opção é associar Bevacizumabe, 15 mg/kg EV, a cada 3 semanas a partir do segundo ciclo seguido de Bevacizumabe de manutenção na dose de 15 mg/kg EV, a cada 3 semanas, em um total de 15 meses

TRATAMENTO DE RESGATE

Doença sensível a platina (intervalo do último tratamento à base de platina > 6 meses)

- Iniciar tratamento na recidiva clínica

- Em casos selecionados, discutir possibilidade de cirurgia de resgate, antes da quimioterapia

- Carboplatina – AUC 4 EV D1 + Gencitabina – 1.000 mg/m² nos D1 e D8 a cada 3 semanas OU

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 25/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Carboplatina – AUC 5 EV D1 + Paclitaxel – 175 mg/m² D1 a cada 3 semanas x 6 ciclos OU
*Considerar o uso de Bevacizumabe – 15 mg/kg à combinação de quimioterapia até progressão ou toxicidade
- Carboplatina – AUC 5-6 EV a cada 3 semanas por 6 ciclos nas pacientes com comorbidades significativas OU
- Olaparibe – 300 mg VO 2x/dia nas pacientes portadoras da mutação do BRCA que responderam ao tratamento baseado em platina até progressão de doença ou toxicidade limitante

Doença refratária ou resistente (intervalo do último tratamento à base de platina <= 6 meses):

Iniciar tratamento na recidiva clínica.

- Bevacizumabe – 10 mg/kg EV a cada 2 semanas ou 15 mg/kg EV a cada 3 semanas, associado a:
 - Paclitaxel semanal – 80 mg/m² EV ou
 - Topotecana – 4 mg/m² EV nos D1, D8 e D15 a cada 4 semanas ou
 - Topotecana – 1,25 mg/m² EV D1 ao D5 a cada 3/3 semanas

Pacientes com contraindicação ao uso do Bevacizumabe, iniciar monoterapia com as seguintes opções:

- Gencitabina – 1.000 mg/m² EV, 30 minutos nos D1, D8 e D15 a cada 4/4 semanas OU
- Vinorelbina – 25 mg/m² EV, semanalmente OU
- Topotecana – 1,25 mg/m² EV do D1 a D5 a cada 3/3 semanas OU

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 26/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Paclitaxel – 80 mg/m² EV D1, D8 e D15 a cada 4/4 semanas OU
- Etoposídeo – 30 a 50 mg/m²/dia VO D1 a D21 a cada 4/4 semanas OU
- Ifosfamida – 1,5 g/m² EV, do D1 ao D3 (com Mesna 750 mg/m² VO pré e 4 horas após Ifosfamida) a cada 3/3 semanas

- Em pacientes pouco sintomáticas, considerar hormonioterapia com tamoxifeno, inibidor de aromatase, ou fulvestranto 250 mg IM mensalmente.

- Em pacientes com baixa condição clínica, considerar quimioterapia metronômica com Ciclofosfamida oral - 50 mg/dia.

- Portadoras da mutação do BRCA, não expostas a iPARP previamente, utilizar olaparibe 300 mg VO 2x/dia

SEGUIMENTO

- Exame clínico a cada 3 meses nos primeiros 2 anos, a cada 6 meses nos 3 anos adicionais e, depois anualmente.

- CA 125 nas visitas médicas à critério do médico

- Exames de imagem (TC ou RNM) na suspeita de recorrência

4.7 CÂNCER DE OVÁRIO – TUMORES GERMINATIVOS

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Hemograma, creatinina, TGO, TGP, Bilirrubinas, Alfafetoproteína (AFP), Beta-hCG e DHL

- Rx de tórax ou Tomografia de tórax

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 27/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Tomografia computadorizada de abdome e pelve

TRATAMENTO

ESTÁDIOS PATOLÓGICOS I A IV

TRATAMENTO ADJUVANTE SISTÊMICO

- Disgerminoma em estágio IB-III, teratoma imaturo em estágio IAG2-IV e nos demais não disgerminoma, tumor de seio endodérmico, carcinoma embrionário e coriocarcinoma em estádios I a IV.

- Bleomicina – 30 U EV em bolus no D1, D8 e D15 +
- Cisplatina – 20 mg/m² EV D1 – D5 +
- Etoposídeo – 100 mg/m² EV D1 - D5
3/3 semanas x 3 ciclos (caso haja citorredução ótima) ou 4 ciclos, caso haja citorredução subótima

*Em caso de contraindicação a Cisplatina e/ou Bleomicina, uma opção é o uso de Carboplatina - 400 mg/m², no D1 e Etoposídeo – 120 mg/m² D1 ao D3 EV, a cada 4 semanas x 3 ciclos

DOENÇA PERSISTENTE OU RECORRENTE: QUIMIOTERAPIA

DOENÇA SENSÍVEL A PLATINA (Recorrência 4 semanas ou mais após o término da QT baseada em Cisplatina):

- ESQUEMA TIP a cada 3 semanas x 4 ciclos, com Suporte com G-CSF (fator estimulador de granulócito), que consiste em:

Paclitaxel - 250 mg/m² EV x 24 HORAS D1 +

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 28/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Ifosfamida - 1,2 g/m² EV por 4 horas do D2 – D6 +

Mesna – 400 mg/m², antes da infusão de IFOSFAMIDA e a cada 4 horas (total de 3 doses diárias), do D2 ao D6 +

Cisplatina – 20 mg/m² EV por 30 minutos D2 ao D6

OU

- ESQUEMA VeIP a cada 3 semanas x 4 ciclos, que consiste em:

Vimblastina - 0,1 mg/kg EV, D1-D2 +

Ifosfamida - 1,2 g/m² EV por 4 horas D1 - D5 +

Mesna 400 mg/m² antes da infusão de IFOSFAMIDA e 4 e 8 horas após a IFOSFAMIDA D1 – D5 +

Cisplatina - 20 mg/m² EV D1 – D5

DOENÇA RESISTENTE A PLATINA (recorrência em menos de 4 semanas após o término da quimioterapia)

- Gencitabina – 1.000 mg/m² EV D1, D8 e D15 + Paclitaxel – 100 mg/m² EV, em 1 hora D1, D8 e D15 a cada 4 semanas OU
- Gencitabina – 1000 mg/m² EV D1 e D8 + Oxaliplatina – 130 mg/m² EV D1 a cada 3 semanas

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 29/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

4.8 CÂNCER DE OVÁRIO – TUMORES DO CORDÃO SEXUAL (Tumores da Granulosa do tipo adulto, Tecoma, Tumor Estromal Esclerosante, Sertoli-Leydig)

TRATAMENTO

- TUMORES DA GRANULOSA TIPO ADULTO

Estádio I – baixo risco: Cirurgia

Estádio I – alto risco ou estágio maior que I: QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA ADJUVANTE

- ESQUEMA BEP modificado, a cada 21/21 dias por 3 ciclos (se ressecção completa) ou 4 ciclos, caso citorredução subótima, que consiste em:

Bleomicina – 20 U/m² (máximo de 30U) IV D1 +

Etoposídeo – 100 mg/m² EV D1 a D5 +

Cisplatina - 20 mg/m² EV D1 a D5

- ESQUEMA ALTERNATIVO: Paclitaxel – 175 mg/m² IV + Carboplatina – AUC 5-6 IV, a cada 3 semanas x 6 ciclos

RECIDIVA PÉLVICA OU INTRA-ABDOMINAL

- Cirurgia – Citorredução secundária (quando possível)

- Quimioterapia Sistêmica baseada em Platina (BEP modificado x 4 ciclos) – pacientes sem exposição prévia a platina

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 30/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Pacientes anteriormente tratadas com Cisplatina, sugerimos como esquema de resgate, taxanos (Paclitaxel – 175 mg/m² IV D1 a cada 21 dias, Docetaxel – 75 mg/m² IV a cada 21 dias), Alquilantes ou hormonioterapia com análogo de LHRH , inibidores de aromatase (anastrozol ou letrozol).

- Considerar radioterapia para doença localizada

RECIDIVA COM METÁSTASES À DISTÂNCIA: Quimioterapia sistêmica baseada em Platina (BEP, TIP – já exemplificados acima)

- Tecomas e fibromas do Ovário: Sem indicação de quimioterapia adjuvante
- Tumores de Sertoli-Leydig

Estádio I – baixo risco: Cirurgia. Não está indicada quimioterapia sistêmica adjuvante.

Estádio I – alto risco ou Estádio maior que I: Quimioterapia Sistêmica Adjuvante com esquema: BEP X 4 ciclos

RECIDIVA: Esquema BEP ou TIP

4.9 DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

I. ESTADIAMENTO E ÍNDICE PROGNÓSTICO DE ACORDO COM O AJCC

Estádio I: persistência de beta-hCG elevado e doença confinada ao útero

Estádio II: doença além do útero, mas limitada à pelve (ovário, tuba uterina, vagina, ligamentos)

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 31/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Estádio III: metástases pulmonares com ou sem envolvimento uterino, vaginal ou pélvico

Estádio IV: outros sítios de doença metastática (cérebro, fígado, rim, sistema gastrointestinal)

- MOLA HIDATIFORME: Sucção e curetagem (evacuação). Se a paciente completou a prole, pode ser realizada histerectomia.
- MOLA INVASIVA: Quimioterapia para pacientes que desejam manter a fertilidade. Cirurgia pode ser uma opção em pacientes com doença de baixo risco que não desejam prole ou para controle de sangramento.
- TUMOR TROFOBLÁSTICO DO SÍTIO PLACENTÁRIO E TUMOR TROFOBLÁSTICO EPITELIÓIDE
 - Histerectomia se a doença estiver localizada
 - Estádio I – Não está indicada quimioterapia adjuvante
 - Estádio II – IV – Poliquimioterapia com
- ESQUEMA EMA-EP, que consiste em:

Etoposídeo – 100 mg/m² IV D1 +

Metotrexato – 100 mg/m² IV bolus D1, seguido de 200 mg/m² IV por 12 horas +

Actinomicina D – 0,5 mg EV bolus D1 +

DL–Leucovorin – 15 mg IM ou VO (ou L-Leucovorin 7,5 mg EV) a cada 12 horas por 4 doses, começando 24 horas após o início da administração de Metotrexato +

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 32/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Etoposídeo – 100 mg/m² EV D8 + Cisplatina – 60 mg/m² EV por 12 horas D8 a cada 2 semanas

- NTG DE RISCO BAIXO

Estádios I e II-III com escore < 7

- Actinomicina D – 1,25 mg/m² EV D1 2/2 semanas ou
- Actinomicina D – 10 mcg/kg/dia (máx. 0,5 mg/dia) EV por 5 dias a cada 2 semanas ou
- Metotrexato – 1 mg/kg IM, nos D1, D3, D5 e D7 + DL-LEUCOVORIN – 0,1 mg/kg (ou L-LEUCOVORIN, 0,05 mg/kg) IM ou DL-LEUCOVORIN, 15 mg VO dose fixa, nos D2, D4, D6 e D8 a cada 2 semanas (Continuar por 3 ciclos após a normalização de beta hCG – QT de consolidação).

* Avaliar histerectomia se a prole estiver completa ou caso haja risco de não aderência ao tratamento.

* Em caso de falha em pacientes com NTG de risco baixo e nível de beta-hCG < 1.000 UI/ml, o tratamento deve ser substituído por droga não usada no primeiro momento (METOTREXATO ou ACTINOMICINA-D)

- NTG de RISCO ALTO

Estádios II ou III e escore \geq 7 ou todas as pacientes em estágio IV (exceto com envolvimento de Sistema Nervoso Central)

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 33/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- ESQUEMA QUIMIOTERÁPICO “EMA –CO” por 3 ciclos, até a normalização do BHCG, que consiste em:

Etoposídeo – 100 mg/m² EV D1 e D2 +

Metotrexato – 100 mg/m² EV bolus, seguido de 200 mg/m² EV por 12 h no D1 +
Actinomicina D – 0,5 mg EV nos D1 e D2 +

DL-Leucovorin - 15 mg EV ou VO (ou L-Leucovorin, 7,5 mg EV) a cada 12 h, por 4 doses, começando 24 h após a administração de Metotrexato +

Vincristina - 1 mg/m² (máximo 2 mg) EV no D8 + Ciclofosfamida – 600 mg/m² EV no D8, a cada 2 semanas

- NTG em estágio IV com envolvimento do SNC
- Poliquimioterapia com EMA- CO com doses altas de Metotrexato, A cada 2 semanas, continuar por 2 ou 3 ciclos após normalização do BHCG, que consiste em:

Etoposídeo – 100 mg/m² IV nos D1 e D2 +

Metotrexato – 1.000 mg/m² IV por 24 h D1 +

Actinomicina D – 0,5 mg EV bolus nos D1 e D2 +

DL-Leucovorin – 30 mg (ou L-Leucovorin, 15 mg) VO ou IM 12/12 horas x 3 dias, começando 32 horas após a administração do Metotrexato +

Ciclofosfamida – 600 mg/m² IV D8 +

Vincristina – 1 mg/m² (máximo 2 mg) IV D8

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 34/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

*Associar ao tratamento sistêmico Metotrexato intratecal na dose de 12 mg no D8 seguido de Leucovorin 15 mg VO por 2 doses, 24 a 36 horas após a administração de Metotrexato intratecal (O uso de terapia intratecal é controverso)

Metástases cerebrais com risco de sangramento ou com resposta radiológica incompleta à quimioterapia ou recorrência no SNC a radioterapia para o crânio deve ser discutida.

TERAPIAS DE RESGATE

PACIENTES RESISTENTES A METOTREXATO OU ACTINOMICINA-D

- EMA-CO (Conforme descrito para NTG de risco alto). Considerar histerectomia em pacientes com doença confinada ao útero e com prole completa

PACIENTES RESISTENTES A EMA-CO

- EMA-EP (Conforme descrito anteriormente) e continuar por 3 a 4 ciclos após normalização de beta-hCG

- Considerar histerectomia naquelas com doença confinada ao útero e com prole completa, bem como cirurgia de resgate nas mulheres com doença residual em sítio único metastático.

4.10 SARCOMAS UTERINOS

Sarcomas de baixo grau (Adenossarcoma, Sarcoma estromal endometrial e Leiomiossarcoma de características favoráveis)

Estadiamento patológico I: Seguimento clínico exclusivo

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 35/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Estádios patológicos II a IV: Radioterapia pélvica deve ser considerada e individualizada. Hormonioterapia com acetato de Megestrol 160 mg/dia deve ser discutido

Sarcomas de Alto Grau (Sarcoma Indiferenciado, Sarcoma de Estroma Endometrial e a maioria dos Leiomiossarcomas)

Estadiamentos patológicos I a IV (Pacientes com índice de desempenho bom, relativamente jovens, e estádios II a IV, a indicação de quimioterapia adjuvante deve ser discutida)

- Leiomiossarcomas:

- Docetaxel – 75 mg/m² EV D8 + Gencitabina – 800 - 900 mg/m² EV D1 e D8 3/3 semanas por 3 a 4 ciclos.

Sarcomas indiferenciados e Sarcomas de Estroma Endometrial de alto grau:

Quimioterapia adjuvante com o esquema:

- Ifosfamida – 1.800 mg/m² IV D1 a D5 + Mesna – 360 mg/m² EV pré, 4 e 8 h após Ifosfamida D1 a D5 + Epirrubina – 60 mg/m² EV nos D1 e D2 3/3 semanas x 4 ciclos

- Em caso de doença irressecável, considerar RT pélvica com ou sem quimioterapia

TRATAMENTO DA DOENÇA METASTÁTICA (EC IV) OU RECORRENTE

- LEIOMIOSSARCOMA

- Gencitabina – 900 mg/m² EV D1 e D8 + Docetaxel – 75 mg/m² EV no D8

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 36/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

A cada 3 semanas

- Em caso de comorbidades relevantes ou estado geral mais precário:

- Doxorrubicina – 75 mg/m² EV 3/3 semanas OU
 - Gencitabina – 1.000 mg/m² EV D1, D8 e D15 4/4 semanas
- *Em caso de radioterapia prévia considerar redução de dose (25% a 30%)

- SARCOMA ESTROMAL ENDOMETRIAL (SEE)

- HORMONIOTERAPIA (Acetato de Megestrol - 160 MG VO/DIA)

- SARCOMAS INDIFERENCIADOS E SARCOMA ESTROMAL ENDOMETRIAL REFRACTÁRIO A HORMÔNIO

- Ifosfamida – 1.800 mg/m² EV D1 ao D5 +
Mesna – 360 mg/m² EV pré, 4 horas e 8 horas após Ifosfamida +
Epirrubicina – 60 mg/m² EV D1 e D2, a cada 3 semanas
- Nas pacientes com comorbidade e/ou limitado índice de desempenho, considerar monoquimioterapia com:
- Doxorrubicina – 50 mg/m² EV a cada 3 semanas ou
- Ifosfamida – 1.500 mg/m² EV D1 – D5 a cada 3 semanas

ESQUEMA DE SEGUNDA LINHA

- Gencitabina – 900 mg/m² EV D1 e D8 + Docetaxel – 75 – 100 mg/m² EV D8 3/3 semanas

5. APROVAÇÃO

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 37/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

SITUAÇÃO	NOME	CARGO/FUNÇÃO	DATA	ASSINATURA
ELABORADO POR	Dra. Dalva Arnaud Dra. Rafaela Guedes	Oncologistas	26/02/202 1	
VALIDADO POR		Gerente Assistencial		
APROVADO POR		Diretor Técnico		

Obs.: Este documento não poderá contradizer o que já está descrito, estabelecido e/ou determinado, em outro documento existente.

6. HISTÓRICO DE REVISÕES

N/A

7. ANEXOS E DOCUMENTOS COMPLEMENTARES: N/A

8. REFERÊNCIAS

1. DIRETRIZES SBOC – GUIAS DE CONDUTA
2. MOC BRASIL – MANUAL DE ONCOLOGIA CLÍNICA DO BRASIL
3. MANUAL DE CONDUTAS EM ONCOLOGIA CLÍNICA – INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO (ICESP) 3ª. EDIÇÃO

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 38/175

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 39/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA – (MASTOLOGIA)

1. OBJETIVO

Normatizar os tratamentos quimioterápicos disponíveis no Hospital Napoleão Laureano comprovadamente benéficos ao paciente conforme dados da literatura médica e prática clínica.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

- Internação Clínica
- Ambulatorial

3. TIPOS DE PROTOCOLOS

- Quimioterapia / Hormonioterapia adjuvante: Realizada após um tratamento considerado definitivo, em geral cirúrgico, visando reduzir as chances de recidiva tumoral e obter maior controle da doença, prolongando a sobrevida do paciente.

- Quimioterapia / Hormonioterapia neoadjuvante: Quando é realizada antes do tratamento definitivo. Além de ser útil para reduzir o tamanho do tumor e propiciar uma cirurgia menos extensa, ela também permite avaliar se o

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 40/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

tumor é ou não sensível aos agentes quimioterápicos utilizados. Geralmente indicada em casos de tumores localmente avançados.

- Quimioterapia / Hormonioterapia paliativa: Indicada no cenário de câncer metastático (estádio clínico IV) ou em casos de tumores irresssecáveis, sem resposta a outras modalidades de tratamento. Tem como objetivo reduzir o impacto de um câncer incurável na vida da paciente. Isso inclui reduzir ou estabilizar o tamanho do tumor e combatê-lo a ponto de aliviar sintomas como dor, dispnéia, tosse, emagrecimento. Desta forma, o paciente obtém melhor qualidade de vida, e geralmente, maior sobrevida.

4. DESCRIÇÃO DOS PROTOCOLOS:

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Avaliação laboratorial para todos: hemograma, plaquetas, ureia, creatinina, função hepática, cálcio e fosfatase alcalina (direcionar se risco cardiopulmonar e endócrino)
- EC \leq II, solicitar imagens apenas se sintomas ou alterações laboratoriais presentes
- EC $>$ II, solicitar:
 - TC com contraste de tórax
 - TC com contraste ou RNM com contraste de abdome total
 - Cintilografia óssea de corpo total
 - RNM com contraste de crânio em caso de sintomas neurológicos ou cN3
 - Considerar biópsia do sítio metastático de novo

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 41/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- SITUAÇÕES ESPECIAIS:

- ❖ Mulheres jovens <40 anos idade:

- Dosar betahcg e CA125; avaliar preservação fertilidade; teste BRCA (aconselhar).
- Confirmar menacme pré quimioterapia (FSH LH Estradiol). Excluir uso de biotina.
- Avaliar necessidade EDA Colono (Krukemberg ; CDH1)

- ❖ Mulheres idosas >60 anos idade:

- G8 quest ; Frailty ; KPS/PPS ; ESAS ; Carlson ; ePrognosis ; CARG score ; qCP
- Densitometria óssea

- ❖ Para homens (independente da idade):

- Considerar alto risco genético ; avaliar necessidade EDA Colono ; teste BRCA ; dosar PSA, CA19-9 e CEA. Realizar aconselhamento familiar.

TRATAMENTO - DOENÇA NÃO METASTÁTICA

- SUBTIPO LUMINAL PURO (RH+ HER2-)

- São considerados resistentes à quimioterapia. O subtipo pleomórfico sempre requer quimioterapia. Se expressão inferior a 10%, considerar tratamento inicial como para triplo negativo.
- Favorecemos tratamento inicial com cirurgia, seguido de tratamento adjuvante.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 42/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Exceção para tumores >cT3 e >cN2: favorecemos quimio neoadjuvante. Nos casos borderlines e inoperáveis, pode-se preferir tratamento sistêmico neoadjuvante com terapia endócrina durante 6 meses, contudo sem expectativa de resposta patológica completa.

❖ PRÉ MENOPAUSA

- Risco Baixo
 - Tamoxifeno 20 mg diário, 5 anos.
 - Se trombofilia ou catarata: Goserrelina 10,8mg SC trimestral + Exemestano 25 mg VO diário, ambos 5 anos, com Ácido Zolendrônico 4mg EV semestral;
- Risco Intermediário
 - 4 ciclos TC (Docetaxel 75mg/m² + Ciclofosfamida 600mg/m² 21/21 dias)
 - Após a quimio: Goserrelina 10,8mg SC trimestral + (Tamoxifeno 20 mg ou Exemestano 25 mg) diário, 5 anos, com Ácido Zolendrônico 4mg EV semestral;
- Risco Alto
 - 4 ciclos Docetaxel 75mg/m² 21/21 dias, seguido de 4x Doxorrubicina 60mg/m² + Ciclofosfamida 600mg/m², ou
 - 6 ciclos Docetaxel 75mg/m² mais Ciclofosfamida 600mg/m² ambos 21/21 dias.
 - Após a quimio: Goserrelina 10,8mg SC trimestral + (Tamoxifeno 20 mg ou Exemestano 25 mg) diário, 5 anos, com Ácido Zolendrônico 4mg EV semestral;

❖ PÓS MENOPAUSA

- Risco Baixo

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 43/175

- Tamoxifeno 20 mg diário, 5 anos.
- Se trombofilia ou catarata: Anastrozol 1 mg VO diário ou Exemestano 25 mg VO diário, ambos 5 anos, com Ácido Zolendrônico 4mg EV semestral;
 - Risco Intermediário
- 4 ciclos de TC (Docetaxel 75mg/m² + Ciclofosfamida 600mg/m² 21/21 dias)
- Após a quimio: Anastrozol 1 mg VO diário OU Exemestano 25 mg VO diário, ambos 5 anos, com Ácido Zoledrônico 4 mg EV semestral

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 44/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Risco Alto

- 4 ciclos de Docetaxel 75mg/m² 21/21 dias, seguido de 4x Doxorubicina 60mg/m² + Ciclofosfamida 600mg/m², ou
- 6 ciclos de Docetaxel 75mg/m² + Ciclofosfamida 600mg/m² ambos 21/21 dias.
- Após a quimio: Anastrozol 1 mg VO diário ou Exemestano 25 mg VO diário, ambos 5 anos, com Ácido Zolendrônico 4mg EV semestral;

➤ SUBTIPO LUMINAL HER2 ENRIQUECIDO (RH+ HER2+)

- considerar tratamento prioritário para subtipo HER2. Assim que permitido, agregar tratamento para subtipo luminal.
- na contra-indicação para quimioterapia, favorecer tratamento anti-HER2 associado a terapia endócrina.

➤ SUBTIPO HER2 POSITIVO (HER2+ RH-):

❖ DOENÇA LOCALIZADA (cT≤2cm e cN0)

- Considerar cirurgia como primeiro tratamento, seguido de tratamento sistêmico adjuvante. Outra opção é iniciar tratamento sistêmico neoadjuvante e operar após término da quimio com taxanos:

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 45/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Esquema de tratamento TH: 12x Paclitaxel 80mg/m² 7/7 dias EV ou 4x Docetaxel 75mg/m² 21/21 dias EV + Trastuzumab 8mg/kg ataque seguido de 6mg/kg manutenção 21/21 dias EV (12 meses)*

- A RESPOSTA PATOLÓGICA define o tratamento adjuvante complementar:
- a) Se cT1cN0 seguido de pN0: manter protocolo adjuvância TH
 - b) Se cT1cN0 seguido de pN+: considerar adjuvância THP** 12 meses
 - c) Se cT1cN0 seguido de ypN+: adjuvância TDM1*** 14 meses ou HP 12 meses

* Opção favorecida para todos tratamentos adjuvantes: Trastuzumab 600mg SC dose fixa

** THP: Docetaxel + Trastuzumab + Pertuzumab 840mg D1 ataque, seguido de 420mg 21/21 dias EV 12x

***TMD1: Trastuzumab entansina 3,6mg/kg 21/21 dias EV 14x ciclos

❖ DOENÇA LOCALMENTE AVANÇADA (cT>2cm e/ou cN≥1)

- Sempre iniciar tratamento sistêmico com quimioterapia neoadjuvante:

- Esquema de tratamento: 6 ciclos TCHP 21/21 dias (Docetaxel 75mg/m² + Carboplatina AUC6 + Trastuzumab 8mg/kg ataque seguido de 6mg/kg manutenção EV + Pertuzumab 840mg D1 ataque, seguido de 420mg 21/21 dias)

- RESPOSTA PATOLÓGICA define o tratamento adjuvante complementar:

- a) Se cT≥2cm cN0 seguido de pCR ypT0ypN0: considerar adjuvância H 12 meses
- b) Se cTqq cN≥1 seguido de pCR ypT0ypN0: considerar adjuvância HP 12 meses
- c) Se cT≥2cm e/ou cN≥1 seguido de npCR ypTqq ypNqq (doença residual): considerar adjuvância TDM1 Trastuzumab entansina 3,6mg/kg

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 46/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

21/21 dias EV 14x

➤ SUBTIPO TRIPLO NEGATIVO (RH- HER2-)

❖ DOENÇA LOCALIZADA INICAL ($cT \leq 0,5\text{cm}$ $cN < 1$)

- Considerar cirurgia como primeiro tratamento. Não requer tratamento sistêmico neoadjuvante ou adjuvante.

❖ DOENÇA LOCALMENTE AVANÇADA ($cT \geq 1\text{cm}$ $cN \geq 1$)

- Sempre iniciar tratamento sistêmico com quimioterapia neoadjuvante:

- Esquema de tratamento: 4 ciclos Carboplatina AUC 5 + Docetaxel 75mg/m² ambos 21/21 dias ou Carboplatina AUC 2 + Paclitaxel 80mg/m² ambos 7/7 dias 12 semanas ou Carboplatina AUC 5 + Paclitaxel 175mg/m² a cada 21/21 dias, seguido de 4 ciclos de AC (Doxorrubicina 60 mg/m² + Ciclofosfamida 600 mg/m² 21/21 dias)

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 47/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

*Considerar intervalo dose densa para jovens e excelente desempenho (nestes casos, associar fator estimulador para crescimento de granulócitos, após cada ciclo dose densa)

*Se disponível, associar Pembrolizumab 200mg 21/21 dias EV na neoadjuvância e/ou adjuvância.

- A RESPOSTA PATOLÓGICA define o tratamento adjuvante complementar:

a) Se pCR ypT0ypN0: considerar adjuvância Pembrolizumab 200mg 21/21 dias EV 12 meses

b) Se npCR ypTqq ypNqq (doença residual): considerar adjuvância 8 ciclos Xeloda 2000mg/m² D1-14 21/21 dias (6 meses de duração)

TRATAMENTO - DOENÇA METASTÁTICA

- encaminhar todos os pacientes para avaliação e acompanhamento com comissão de cuidados paliativos e rede assistencial peridomiciliar

➤ SUBTIPO LUMINAL PURO (RH+ HER2-)

- PRÉ-MENOPAUSADA: favorecer supressão ovariana cirúrgica ou química (Goserrelina 10,8mg SC trimestral)

- APÓS SUPRESSÃO OVARIANA e NAS PÓS MENOPAUSADAS:

1. Primeira linha:

- inibidor de aromatase Anastrozol 1mg VO uso diário e contínuo associado com Fulvestranto 500mg IM mensal; ou
- inibidor de aromatase mais inibidor CDK4/6 Ribociclib ou

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 48/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- Abemaciclib ou Palbociclib; ou
- terapia endócrina isolado: Fulvestranto 500mg IM mensal

2. Segunda linha:

- manter supressão ovariana e associar nova terapia endócrina ou quimioterapia agente único: carboplatina AUC5 21/21 dias; gemcitabina 1000mg/m² 21/21 dias; paclitaxel 175 mg/m² 21/21 dias; capecitabina 2000 mg/m² D1-14 a cada 21/21 dias; ciclofosfamida 600 mg/m² 21/21 dias; docetaxel 75 mg/m² 21/21 dias; cisplatina 70 mg/m² 21/21 dias
- favorecer participação em protocolos de pesquisa clínica, quando elegíveis aos critérios de inclusão.

3. Terceira linha e linhas consecutivas:

- suporte paliativo exclusivo (considerando terapias antineoplásicas sistêmicas ineficazes e desempenho funcional).
- considerar outra terapia endócrina isolada (tamoxifeno, megestrol, fulvestranto, inibidor de aromatase) ou novo agente quimioterápico único para controle de sintomas: carboplatina AUC5 21/21 dias, gemcitabina 1000mg/m² 21/21 dias, paclitaxel 175 mg/m² 21/21 dias, capecitabina 2000 mg/m² D1-14 a cada 21/21 dias, ciclofosfamida 600 mg/m² 21/21 dias, docetaxel 75 mg/m² 21/21 dias, cisplatina 70 mg/m² 21/21 dias

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 49/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- favorecer participação em protocolos de pesquisa clínica, quando elegíveis aos critérios de inclusão.

➤ SUBTIPO LUMINAL HER2 ENRIQUECIDO (RH+ HER2+)

- considerar tratamento prioritário para subtipo HER2. Assim que permitido, agregar tratamento para subtipo luminal

➤ HER2-POSITIVO (HER2+ RH-) - SEMPRE EXCLUIR METÁSTASE EM SNC

1. Primeira linha:

- THP 6 ciclos (Docetaxel 75mg/m² + Trastuzumab 8mg/kg ataque seguido de 6mg/kg manutenção EV + Pertuzumab 840mg ataque, seguido de 420mg manutenção EV ambos 21/21 dias).
- Devido melhor posologia, considerar Trastuzumab 600mg SC dose fixa
- Na contraindicação para THP, favorecer TDM1 (abaixo)

2. Segunda linha:

- TDM1 Trastuzumab entansina 3,6mg/kg 21/21 dias EV 14x ciclos
- Se progressão cerebral, tratar metástases e manter primeira linha.
- Favorecer participação em protocolos de pesquisa clínica, quando elegíveis aos critérios de inclusão.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 50/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

3. Terceira linha e linhas consecutivas:

- suporte paliativo exclusivo (considerando terapias antineoplásicas sistêmicas ineficazes e desempenho funcional).
- Discutir agente quimioterápico único, associado com trastuzumab para controle de sintomas: carboplatina AUC5 21/21 dias, gemcitabina 1000mg/m² 21/21 dias, paclitaxel 175 mg/m² 21/21 dias, capecitabina 2000 mg/m² D1-14 a cada 21/21 dias, ciclofosfamida 600 mg/m² 21/21 dias, docetaxel 75 mg/m² 21/21 dias, cisplatina 70 mg/m² 21/21 dias
- Favorecer participação em protocolos de pesquisa clínica, quando elegíveis aos critérios de inclusão.

➤ TRIPLO NEGATIVO (RH- HER2-)

- Favorecer participação em protocolos de pesquisa clínica, quando elegíveis aos critérios de inclusão.

- PDL1 SP142 >1% = Atezolizumab mais Nab-Paclitaxel
- PDL1 SP142 <1% = combinado de quimioterapia: carboplatina AUC5 21/21 dias, gemcitabina 1000mg/m² 21/21 dias, paclitaxel 175 mg/m² 21/21 dias, capecitabina 2000 mg/m² D1-14 a cada 21/21 dias, ciclofosfamida 600 mg/m² 21/21 dias, docetaxel 75 mg/m² 21/21 dias, cisplatina 70 mg/m² 21/21 dias

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 51/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- BRCA GERMINATIVO MUTADO = olaparib 300mg 2x/dia
- BRCA GERMINATIVO NÃO MUTADO = combinado de quimioterapia: carboplatina AUC5 21/21 dias, gemcitabina 1000mg/m² 21/21 dias, paclitaxel 175 mg/m² 21/21 dias, capecitabina 2000 mg/m² D1-14 a cada 21/21 dias, ciclofosfamida 600 mg/m² 21/21 dias, docetaxel 75 mg/m² 21/21 dias, cisplatina 70 mg/m² 21/21 dias

➤ LUMINAL COM CRISE VISCERAL / RESISTÊNCIA À TERAPIA
ENDÓCRINA / RESISTÊNCIA À TERAPIA ANTI-HER

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 52/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

1. Primeira linha:

- paclitaxel isolado ou associar dois agentes quimioterápicos abaixo (vide segunda linha), excluindo drogas já utilizadas e contraindicadas (com ou sem bevacizumab 15mg/kg a cada 21/21 dias)

2. Segunda linha:

- Agente único: carboplatina AUC5 21/21 dias, gemcitabina 1000mg/m² 21/21 dias, paclitaxel 175 mg/m² 21/21 dias, capecitabina 2000 mg/m² D1-14 a cada 21/21 dias, ciclofosfamida 600 mg/m² 21/21 dias, docetaxel 75 mg/m² 21/21 dias, cisplatina 70 mg/m² 21/21 dias.
- Favorecer participação em protocolos de pesquisa clínica, quando elegíveis aos critérios de inclusão.

3. Terceira linha e linhas consecutivas:

- suporte paliativo exclusivo (considerando terapias antineoplásicas sistêmicas ineficazes e desempenho funcional).
- Discutir agente quimioterápico único para controle de sintomas.
- Favorecer participação em protocolos de pesquisa clínica, quando elegíveis aos critérios de inclusão.

SEGUIMENTO

- avaliações clínicas de 1-4x/ano como clinicamente apropriado por 5 anos; depois anualmente

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 53/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

- mamografia anual
- não é indicado imagem de rotina na mama reconstruída
- screening para metástase se presença de sinais e sintomas sugestivos de recidiva tumoral
- se uso de tamoxifeno: avaliação ginecológica anual se útero presente
- se uso de inibidor da aromatase: realizar densitometria óssea no baseline e periodicamente

5. APROVAÇÃO

SITUAÇÃO	NOME	CARGO/FUNÇÃO	DATA	ASSINATURA
ELABORADO POR	Dr Thiago Lins	Oncologista		
VALIDADO POR		Gerente Assistencial		
APROVADO POR		Diretor Técnico		

Obs.: Este documento não poderá contradizer o que já está descrito, estabelecido e/ou determinado, em outro documento existente.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 54/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

6. HISTÓRICO DE REVISÕES

N/A

7. ANEXOS E DOCUMENTOS COMPLEMENTARES: N/A

8. REFERÊNCIAS

4. GUIDELINE NCCN
5. DIRETRIZES SBOC – GUIAS DE CONDUTA
6. MOC BRASIL – MANUAL DE ONCOLOGIA CLÍNICA DO BRASIL
7. MANUAL DE CONDUTAS EM ONCOLOGIA CLÍNICA – INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO (ICESP) 3ª. EDIÇÃO

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 55/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Neoplasias de Testículo – (GENITURINÁRIO)

1. Objetivo

Adjuvante – diminuir o risco de recidiva tumoral

Paliativo – controle de sintomas, aumentar sobrevida, melhorar qualidade de vida.

2. Campo de utilização

Ambulatorial

Internação

3. Descrição de protocolos

Quimioterapia adjuvante tumores não seminomatosos

Estádio I

Fatores de risco: invasão vascular; carcinoma embrionário; invasão do cordão espermático; invasão escrotal;

Presença de apenas 1 fator de risco => linfadenectomia ou PEB adjuvante x 1 ciclo

Presença de 2 ou mais fatores de risco => PEB adjuvante x 1-2 ciclos ou EP 2 ciclos

Estadio IS: ausência de metástase à distância, linfonodo negativo, porém com marcadores elevados após a cirurgia. => PEB adjuvante x 3 ciclos ou EP x 4 ciclos.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 56/175

1ª Opção:

PEB – a cada 21 dias

Cisplatina 20 mg/m² D1-5

Etoposide 100 mg/m² D1-5

Bleomicina 30 UI D2, D9, D16

2ª opção

EP – a cada 21 dias

Etoposide 100mg/m² D1-5

Cisplatina 20mg/m² D1-5

Estádio IIA

Linfadenectomia : < 2cm ou < 5 linfonodos positivos => seguimento

Maior que 2cm ou > 5 linfonodos positivos => PEB x 2 ciclos

Estadio IIB – IIIC

Pronóstico bom: PEB X 3 ciclos ou EP x 4 ciclos

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 57/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Prognóstico intermediário/ruim: PEB X 4 ciclos ou VIP X 4 ciclos

VIP a cada 21 dias

Etoposide 75mg/m² D1-D5

Ifosfamida 1200mg/m² D1-D5

Cisplatina 20mg/m² D1-D5

Mesna 400mg/m² 15min antes na primeira dose da ifosfamida, e então 1200mg/m² por 5 dias

Filgrastim 300mcg por 5 dias

Baixo Risco

PEB x 3 Ciclos

EP x 4 Ciclos

Risco Intermediários

PEB x 4 Ciclos

Alto Risco

Baseado no valor do marcador tumoral colhido antes da quimioterapia e 4 semanas após .

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 58/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Queda satisfatória + 3. Ciclos de PEB

Queda não satisfatória

Paclitaxel – PEB – Oxaliplatina a cada 3 semanas x 2 Ciclos.

Seguido de Cisplatina – Ifosfamida e infusão contínua de Bleomicina associada a GCSF x 2 Ciclos ou TIP

4. Quimioterapia adjuvante: tumores seminomatosos

Estádio I

Fatores de risco: invasão da rede testis; tumor maior que 4cm

Sem fatores de risco: seguimento

Presença de 1 fator de risco: radioterapia ou Carboplatina AUC 7 dose única ou seguimento

Presença de 2 fatores de risco: radioterapia ou Carboplatina AUC 7

Estádio II

(Linfonodos menores que 2 cm)

IIA – Radioterapia tipo dog-leg ou

Quimioterapia PEP x 3 Ciclos ou EP x 4 Ciclos

Estádio IIB

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 59/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

(Linfonodos maiores que 2 cm)

Quimioterapia com PEB x 3 Ciclos ou
EP x 4 Ciclos.

Estádio III

Baixo Risco

PEB x 3 Ciclos ou
EP x 4 Ciclos.

Risco Intermediário

PEB x 4 Ciclos ou
TIP x 4 Ciclos.

5. Quimioterapia de segunda linha para tumor de Testículo

Quimioterapia com TIP

Paclitaxel 250mg/m² D1

Ifosfamida 1200mg/m² D1-5

Cisplatina 20mg/m² D1-5

Mesna 1200mg/m² D1-5

6. Aprovação

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 60/175

Situação

Nome

Cargo/função

Validado por

Aprovado por

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 61/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Neoplasias de Bexiga

1. Objetivo

Neoadjuvante - taxa de resposta, avaliação de sensibilidade tumoral ao tratamento, aumentar taxa de ressecção completa

Adjuvante – diminuir o risco de recidiva tumoral

Paliativo – controle de sintomas, aumentar sobrevida, melhorar qualidade de vida.

2. Capô de utilização

Ambulatorial

3. Descrição de protocolos

Quimioterapia adjuvante

Estádio 0 e 1

RTU endoscopia

Adjuvância: Indicar quando grau histológico 2 e 3, tumor recorrente, multifocal, carcinoma in situ.

1ª opção: BCG 40mg semanal; 2ª opção: Gencitabina intravesical 2g semanal

Ataque: 6 semanas

Manutenção: a cada 3 meses 3 semanas até completar 12 meses.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 62/175

Estádio II a III

4. Quimioterapia neoadjuvante

1ª opção: Cisplatina 70mg/m² D1 + Gencitabina 1000mg/m² D1,8,15 a cada 28 dias x 4 Ciclos

2ª opção: MVAC a cada 28 dias x 4 Ciclos

Metotrexate 30mg/m² D1, D15, D22

Vinblastina 3mg/m² D2,D15,D22

Doxorrubicina 30mg/m² D2

Cisplatina 70mg/m² D2

5. Quimioterapia paliativa

Estadio IV

1ª opção: Cisplatina 70mg/m² D1 + Gencitabina 1000mg/m² D1,8,15 a cada 28 dias x 4 Ciclos

2ª opção: MVAC x 4 Ciclos

6. Aprovação

Situação

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 63/175

Nome

Cargo/função

Validado por

Aprovado por

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 64/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Câncer Renal

1. Objetivo

Adjuvante – não há indicação

Paliativo – controle de sintomas, aumentar sobrevida, melhorar qualidade de vida.

2. Capô de utilização

Ambulatorial

3. Descrição de protocolos

Tratamento paliativo: terapia alvo

Estádio I, II e III

Não há indicação para tratamento adjuvante.

Estádio IV

Primeira linha: Uso de inibidor de tirosina quinase

1ª opção: Sunitinibe 50mg/dia 4 semanas com pausa de 2 semanas - SES

2ª opção: Pazopanibe 800mg/dia – SES

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 65/175

4. Aprovação

Situação

Nome

Cargo/função

Validado por

Aprovado por

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 66/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Câncer de Próstata

1. Objetivo

Tratamento definitivo curativo

Adjuvante – diminuir o risco de recidiva tumoral

Paliativo – controle de sintomas, aumentar sobrevida, melhorar qualidade de vida.

2. Campo de utilização

Ambulatorial

3. Descrição de protocolos

Tratamento definitivo curativo

Alto risco: Prostatectomia radical OU Radioterapia + hormonioterapia (análogo GNRH 18-36 meses)

Risco intermediário: Prostatectomia OU Radioterapia + hormonioterapia (análogo GNRH 6 meses + radioterapia)

****Classificação de risco**

Baixo risco: T1-T2a e Gleason 6 e PSA < 10

Risco intermediário: T2b, T2c e/ou Gleason 7, e/ou PSA 10-20

Risco Alto: T3, T4 e/ou Gleason 8-10 e/ou PSA > 20

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 67/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

*** Hormonioterapia

1ª opção: Gossereлина 10,8mg SC a cada 3 meses

2ª opção: Triptorelina 11,25mg IM a cada 3 meses

3ª opção: Leuprorelina 22,5 SC a cada 3 meses

Recorrência bioquímica após Prostatectomia

PSA \geq 0,2

Radioterapia + análogo GNRH por 6 meses

Recorrência bioquímica após radioterapia

Menor PSA + 2,0 mg/dl

Indicar análogo de GNRH a cada 3 meses

4. Tratamento quimioterápico paliativo doença castração sensível

Indicações:

Doença de Alto Volume (Quatro ou mais lesões em esqueleto axial completo menos uma lesão envolvendo outro sítio que não a coluna ou quadril e/ou envolvimento visceral/ Gleason 8-10, FA elevada, < 60 anos, ECOG 1 OU 2 por sintomas da doença, metástases ao diagnóstico.)

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 68/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

1ª opção: Orquiectomia (Cirúrgica) + Quimioterapia com Docetaxel 75 mg/ m² x 6 ciclos

5. Tratamento paliativo doença castração resistente

Se tiver usado antiandrogênico periférico suspender, se não surtir efeito

Hormonioterapia:

1ª opção: Abiraterona 1000mg/dia VO + prednisona 5mg 12/12h - SES

2ª opção: Bicalutamida 50mg/dia VO

Quimioterapia:

1ª opção: Docetaxel 75mg/m² EV a cada 3 semanas

2ª opção: Carboplatina AUC 5 + paclitaxel 175 mg/m² EV a cada 3 semanas

3ª opção: Ciclofosfamida Oral.

7. Tratamento de metástases ósseas cenário castração resistente

Ácido zolendrônico EV 4mg trimestral

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 69/175

5. Aprovação

Situação

Nome

Cargo/função

Validado por

Aprovado por

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 70/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Câncer de Pênis

1. Objetivo

Neoadjuvante - taxa de resposta, avaliação de sensibilidade tumoral ao tratamento, aumentar taxa de ressecção completa

Adjuvante – diminuir o risco de recidiva tumoral

Paliativo – controle de sintomas, aumentar sobrevida, melhorar qualidade de vida.

2. Campo de utilização

Ambulatorial

Internação

3. Descrição de protocolos

Quimioterapia adjuvante

Avaliar nos Estádio IIIa e IIIb (linfonodos regionais)

1ª opção: Gemzar 1250 mg / m² D1, D15 + Cisplatina 50 mg/ m² D1 a cada 4 semanas x 4 ciclos

2ª opção: TIP x 4 ciclos

Paclitaxel 250mg/m² D1

Ifosfamida 1200mg/m² D1-5

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 71/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Cisplatina 20mg/m² D1-5

Mesna 1200mg/m² D1-5

4. Quimioterapia neoadjuvante

Estádio IV (sem metástase à distância)

Quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia ou radioterapia.

1ª opção: TIP

2º opção: Cisplatina 50mg/m² D1 + Gemzar 1250mg/m² D1,D15 a cada 4 semanas

5. Quimioterapia paliativa

Com metástase à distância

1ª opção: Cisplatina 50mg/m² D1 + Gemzar 1250mg/m² D1,D15 a cada 4 semanas x 4-6 ciclos

2ª opção: TIP x 4 ciclos

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 72/175

6. Aprovação

Situação

Nome

Cargo/função

Validado por

Aprovado por

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 73/175

Melanoma cutâneo – (PELE)

1. OBJETIVO

Normatizar os tratamentos quimioterápicos disponíveis no Hospital Napoleão Laureano comprovadamente benéficos ao paciente conforme dados da literatura médica e prática clínica.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

- Internação Clínica
- Ambulatorial

3. TIPOS DE PROTOCOLOS

- Imunoterapia adjuvante: Realizada após um tratamento considerado definitivo, em geral cirúrgico, visando reduzir as chances de recidiva tumoral e obter maior controle da doença, prolongando a sobrevida do paciente.

- Quimioterapia / imunoterapia paliativa: Indicada no cenário de câncer metastático (estádio clínico IV) ou em casos de tumores não ressecáveis, sem resposta a outras modalidades de tratamento. Tem como objetivo reduzir o impacto de um câncer incurável na vida da paciente. Isso inclui reduzir ou estabilizar o tamanho do tumor e combatê-lo a ponto de aliviar sintomas. Desta forma, o paciente obtém melhor qualidade de vida, e geralmente, maior sobrevida.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 74/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

4. DESCRIÇÃO DOS PROTOCOLOS

4.1 Exames para estadiamento

Biópsia excisional e com margem de 1 a 3 mm.

Biópsia	Estadiamento clínico
0 = in situ	-Anamnese e Exame físico
IA = < 0.8 mm de espessura sem ulceração	-Exames de imagem e laboratoriais a critério clínico para avaliação de sinais e sintomas específicos.
IB (T1b) = < 0.8 mm de espessura com ulceração, ou 0.8 – 1 mm de espessura +/- ulceração	-Anamnese e Exame físico -Exames de imagem e laboratoriais a critério clínico para avaliação de sinais e sintomas específicos. Considerar pesquisa de linfonodo sentinela para biópsia.
IB (T2a) ou II= >1 mm de espessura, N0	-Anamnese e Exame físico -Exames de imagem e laboratoriais a critério clínico para avaliação de sinais e sintomas específicos. Pesquisa de linfonodo sentinela para biópsia.
IIIA (linfonodo sentinela positivo) Microsatelitose	-Anamnese e Exame físico. -Considerar imagens para estadiamento TC tórax/abdome /pelve com contraste. -TC do pescoço quando indicado clinicamente

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 75/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

IIIB/C/D (linfonodo sentinela -Anamnese e Exame físico .
positivo) -TC tórax/ abdome /pelve com contraste .
III (linfonodo positivo ao -TC do pescoço quando indicado clinicamente
exame clínico ou imagem)

4.2 Seguimento

Estadiamento	Seguimento
0 = in situ	Exame físico anual Exames de imagem e laboratoriais a critério clínico quando necessário avaliação de sinais e sintomas específicos
IA - IIA	Exame físico 6- 12 anos Exames de imagem e laboratoriais a critério clínico quando necessário avaliação de sinais e sintomas específicos
IIB – IV	Exame físico a cada 3-6 meses por 2 anos, a cada 3-12 meses por 3 anos, após anualmente. Exames de imagem podem ser indicados a qualquer momento para investigar sinais e sintomas. Exames de rotina :TC tórax/ abdome /pelve a cada 3 -12 meses por 2 anos, depois 6-12 meses por mais 3 anos – total de 5 anos de seguimento com imagem.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 76/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

4.3 Tratamento

1 Quimioterapia adjuvante (Estadiamento III- TNM 8ª edição)

	Regimes preferenciais	Útil em determinados casos
Metastático e avançado em primeira linha	<ul style="list-style-type: none">• Pembrolizumabe• Nivolumabe <p>Mutação BRAF V600</p> <ul style="list-style-type: none">• Dabrafenibe/ Trametinibe	<ul style="list-style-type: none">• Interferom alfa-2b

Nivolumabe 240 MG , IV, EM 30 MIM D1 -CICLO A CADA 14 DIAS DURANTE 1 ANO PARA ADJUVANCIA (SECRETARIA DE SAÚDE)

Pembrolizumabe 200 MG, IV EM 30 MIM CICLO A CADA 21 DIAS ATÉ TOXICIDADE INACEITÁVEL OU PROGRESSÃO DA DOENÇA (SECRETARIA DE SAÚDE)

Dabrafenibe/ Trametinibe (mutação V600 do BRAF) - CICLO DE 28 DIAS, POR 12

CICLOS. Dabrafenibe 150 MG, VO, 2 VEZES AO DIA (300 MG/ DIA), D1 AO D28.

Trametinibe 2 MG/ DIA , VO, D1 AO D28 (SECRETARIA DE SAÚDE)

Interferom alfa-2b

Fase de Indução : Ciclo Semanal , durante 4 semanas

Interferom alfa-2b 20 MILHÕES DE UNIDADES/ M2 , EM 20 MIM , DIARIAMENTE D1 AO D5

Fase de Manutenção : Ciclo semanal por 11 meses. ATÉ TOXICIDADE INACEITÁVEL OU PROGRESSÃO DA DOENÇA

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 77/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Interferom alfa-2b 10 MILHÕES DE UNIDADES/ M2 , SUBCUTÂNEO, 3 VEZES NA SEMANA

2 Quimioterapia paliativa (Estádio IV - TNM 8ª edição ou recidiva ou doença loco-regional avançada)

	Regimes preferenciais	Outras opções recomendadas	Útil em determinados casos
Metastático e avançado em primeira linha	<ul style="list-style-type: none"> • Pembrolizumabe • Nivolumabe • Nivolumabe/ Ipilimumabe <p>Mutação BRAF V600</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dabrafenibe/ Trametinibe • Vemurafenibe/ Cobimetinibe • Encorafenibe/binimetinibe • Vemurafenibe/ Cobimetinibe/atezolizumabe 	-Ipilimumabe	<ul style="list-style-type: none"> • Dacarbazina • Carboplatina/ Paclitaxel
Linhas subsequentes na terapia da doença avançada/metastática	<ul style="list-style-type: none"> • Pembrolizumabe • Nivolumabe • Nivolumabe/ Ipilimumabe <p>Mutação BRAF V600</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dabrafenibe/ Trametinibe • Vemurafenibe/ Cobimetinibe • Encorafenibe/binimetinibe 	-Ipilimumabe	<ul style="list-style-type: none"> • Dacarbazina • Carboplatina/ Paclitaxel

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 78/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Nivolumabe 240 MG , IV, EM 30 MIM D1 -CICLO A CADA 14 DIAS ATÉ TOXICIDADE INACEITÁVEL OU PROGRESSÃO DA DOENÇA (SECRETARIA DE SAÚDE)

Pembrolizumabe 200 MG, IV EM 30 MIM CICLO A CADA 21 DIAS ATÉ TOXICIDADE INACEITÁVEL OU PROGRESSÃO DA DOENÇA (SECRETARIA DE SAÚDE)

Nivolumabe+Ipilimumabe (SECRETARIA DE SAÚDE)

Nivolumabe 1MG/KG EM 30 MIM , NO D1

Ipilimumabe 3 MG/KG EM 90 MIM NO D1

- COMBINAÇÃO A CADA 21 DIAS , POR 4 CICLOS

-MANUTENÇÃO: Nivolumabe 240 MG , IV, EM 30 MIM D1 -CICLO A CADA 14 DIAS ATÉ TOXICIDADE INACEITÁVEL OU PROGRESSÃO DA DOENÇA

Dabrafenibe/ Trametinibe (mutação V600 do BRAF) - CICLO DE 28 DIAS, DIAS ATÉ TOXICIDADE INACEITÁVEL OU PROGRESSÃO DA DOENÇA. Dabrafenibe 150 MG, VO, 2 VEZES AO DIA (300 MG/ DIA), D1 AO D28. Trametinibe 2 MG/ DIA , VO, D1 AO D28. (SECRETARIA DE SAÚDE)

Vemurafenibe/ Cobimetinibe (mutação V600 do BRAF)- CICLO DE 28 DIAS, DIAS ATÉ TOXICIDADE INACEITÁVEL OU PROGRESSÃO DA DOENÇA. Vemurafenibe 960 MG, VO, 2 VEZES AO DIA (1920 MG/ DIA), NO D1 AO D28. Cobimetinibe 60 MG, VO, 1 X AO DIA, D1 AO D21 (SECRETARIA DE SAÚDE)

Encorafenibe/ Binimetinibe (mutação V600 do BRAF)- CICLO DE 28 DIAS, DIAS ATÉ TOXICIDADE INACEITÁVEL OU PROGRESSÃO DA DOENÇA. Encorafenibe 450 mg, VO, 1 vez ao dia, D1 ao D28. Binimetinibe 45 mg, VO, 12/12 h , D1 AO D28 (SECRETARIA DE SAÚDE)

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 79/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Vemurafenibe/ Cobimetinibe/ Atezolizumabe (mutação V600 do BRAF)- CICLO DE 28 DIAS, DIAS ATÉ TOXICIDADE INACEITÁVEL OU PROGRESSÃO DA DOENÇA. Vemurafenibe 960 MG, VO, 2 VEZES AO DIA (1920 MG/ DIA), NO D1 AO D28. Cobimetinibe 60 MG, VO, 1 X AO DIA, D1 AO D21. Atezolizumabe 840 mg ,IV, ciclo a cada 14 dias. (SECRETARIA DE SAÚDE)

Ipilimumabe 3mg/kg, IV, EM 90 MIM NO D1 . A CADA 21 DIAS POR 4 CICLOS (SECRETARIA DE SAÚDE)

Dacarbazina 850 – 1000 mg/m², IV, em 60 mim no D1. Ciclo a cada 21 dias até toxicidade inaceitável ou progressão da doença.

CARBOplatina+ Paclitaxel – Ciclo a cada 21 dias até toxicidade inaceitável ou progressão da doença.
CARBOplatina AUC =6, IV, em 60 mim, no D1
Paclitaxol 225 mg/ m², em 3h, no D1

MELANOMA UVEAL

Tratamento da doença com metastase a distância

- Considerar encaminhar este paciente para Pesquisa clínica.
- Outros regimes recomendados:

Imunoterapia :

Nivolumabe 240 MG , IV, EM 30 MIM D1 -CICLO A CADA 14 DIAS ATÉ TOXICIDADE INACEITÁVEL OU PROGRESSÃO DA DOENÇA (SECRETARIA DE SAÚDE)

Pembrolizumabe 200 MG, IV EM 30 MIM CICLO A CADA 21 DIAS ATÉ TOXICIDADE INACEITÁVEL OU PROGRESSÃO DA DOENÇA (SECRETARIA DE SAÚDE)

Nivolumabe+Ipilimumabe (SECRETARIA DE SAÚDE)

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 80/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Nivolumabe 1MG/KG EM 30 MIM , NO D1

Ipilimumabe 3 MG/KG EM 90 MIM NO D1

- COMBINAÇÃO A CADA 21 DIAS , POR 4 CICLOS

-MANUTENÇÃO: Nivolumabe 240 MG , IV, EM 30 MIM D1 -CICLO A CADA 14 DIAS ATÉ TOXICIDADE INACEITÁVEL OU PROGRESSÃO DA DOENÇA

Ipilimumabe 3mg/kg, IV, EM 90 MIM NO D1 . A CADA 21 DIAS POR 4 CICLOS (SECRETARIA DE SAÚDE)

Quimioterapia

Dacarbazina 850 – 1000 mg/m², IV, em 60 mim no D1. Ciclo a cada 21 dias até toxicidade inaceitável ou progressão da doença.

Temozolamida (paliativo) 200 mg/m²/dia, VO, D1 A D5, ciclo a cada 28 dias, até progressão ou toxicidade não aceitável (SECRETARIA DE SAÚDE)

Paclitaxel – Ciclo a cada 21 dias até toxicidade inaceitável ou progressão da doença.

Paclitaxol 225 mg/ m², em 3h, no D1

CARBOplatina+ Paclitaxel – Ciclo a cada 21 dias até toxicidade inaceitável ou progressão da doença.

CARBOplatina AUC =6, IV, em 60 mim, no D1

Paclitaxol 225 mg/ m², em 3h, no D1

Terapia alvo (mutação V600 do BRAF):

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 81/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Trametinibe 2 MG/ DIA , VO, D1 ao D28 – Ciclo a cada 28 dias, até toxicidade inaceitável ou progressão da doença. (SECRETARIA DE SAÚDE)

5. APROVAÇÃO

SITUAÇÃO	NOME	CARGO/FUNÇÃO	DATA	ASSINATURA
ELABORADO POR	Lais Beltrão	Oncologista		
VALIDADO POR		Gerente Assistencial		
APROVADO POR		Diretor Técnico		

Obs.: Este documento não poderá contradizer o que já está descrito, estabelecido e/ou determinado, em outro documento existente.

6. HISTÓRICO DE REVISÕES :N/A

7. ANEXOS E DOCUMENTOS COMPLEMENTARES: N/A

8. REFERÊNCIAS

1. GUIDELINE NCCN

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 82/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Sarcomas ósseos – (ORTOPEDIA)

1. OBJETIVO

Normatizar os tratamentos quimioterápicos disponíveis no Hospital Napoleão Laureano comprovadamente benéficos ao paciente conforme dados da literatura médica e prática clínica.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

- Internação Clínica
- Ambulatorial

3. TIPOS DE PROTOCOLOS

- Quimioterapia neoadjuvante: Quando a quimioterapia é realizada antes do tratamento definitivo. Além de ser útil para reduzir o tamanho do tumor e propiciar uma cirurgia menos extensa, ela também permite avaliar se o tumor é ou não sensível aos agentes quimioterápicos utilizados e reduz risco de metástase.

- Quimioterapia adjuvante: Realizada após um tratamento considerado definitivo, em geral cirúrgico, visando reduzir as chances de recidiva tumoral e obter maior controle da doença, prolongando a sobrevida do paciente.

- Quimioterapia paliativa: Indicada no cenário de câncer metastático (estádio clínico IV) ou em casos de tumores não ressecáveis, sem resposta a outras modalidades de tratamento. Tem como objetivo reduzir o impacto de um câncer incurável na vida da paciente. Isso inclui reduzir ou estabilizar o tamanho do tumor e combatê-lo a ponto de aliviar sintomas. Desta forma, o paciente obtém melhor qualidade de vida, e geralmente, maior sobrevida.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 83/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

4. DESCRIÇÃO DOS PROTOCOLOS

4.1 Exames para estadiamento

1. Osteosarcoma

- História e exame físico
- RNM com contraste +/- TC com contraste do sítio primário
- Biópsia da lesão
- TC do tórax
- Cintilografia óssea
- RNM ou TC com contraste de sítios de metástase no esqueleto
- LDH e fosfatase alcalina

2. Sarcoma de Ewing

- História e exame físico
- RNM com contraste +/- TC com contraste do sítio primário
 - Biópsia da lesão
- TC do tórax
- Cintilografia óssea
- Considerar biópsia de medula óssea e ou RNM da coluna e da pelve
- LDH

3. Condrosarcoma

- História e exame físico
- RNM com contraste +/- TC com contraste do sítio primário
- Biópsia da lesão
- TC do tórax
- Cintilografia óssea

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 84/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

4. Tumor de células gigantes

- História e exame físico
- TC com contraste do sítio primário +/- RNM com contraste
- Biópsia da lesão
- TC do tórax
- Biópsia para confirmar o diagnóstico
- Considerar Cintilografia óssea

4.2 Seguimento após tratamento dos tumores ósseos

Pacientes sem evidência de doença oncológica em atividade após conclusão de tratamento recomendado.

1. Osteosarcoma

Exame físico, RNM com contraste +/- TC com contraste do sítio primário, TC do tórax

Seguimento a cada 3 meses no 1º e 2º ano.

Seguimento a cada 4 meses no 3º ano.

Seguimento a cada 6 meses no 4º e 5º ano, e anualmente a partir do 5º ano.

Hemograma e outros exames laboratoriais conforme indicação clínica

Considerar cintilografia óssea

2. Sarcoma de Ewing

Exame físico, RNM com contraste +/- TC com contraste do sítio primário, TC do tórax

Seguimento a cada 3 meses no 1º e 2º ano

Seguimento a cada 4 meses no 3º ano

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 85/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Seguimento a cada 6 meses no 4º e 5º ano, e anualmente a partir do 5º ano

Hemograma e outros exames laboratoriais conforme indicação clínica

Considerar cintilografia óssea

3. Condrosarcoma

Lesão de baixo grau e intracompartimental

Exame físico, RNM com contraste +/- TC com contraste do sítio primário, TC do tórax

Seguimento a cada 6 meses no 1º e 2º ano

Seguimento a cada 12 meses a partir do 3º ano

Lesão de alto grau ou células claras ou extra compartimental

Exame físico, RNM com contraste +/- TC com contraste do sítio primário, conforme indicação clínica

TC do tórax a cada 6 meses por 5 anos, depois anualmente por no mínimo 10 anos

4. Tumor de células gigantes

Exame físico

Imagem do sítio cirúrgico quando indicado clinicamente (Radiografia, TC com contraste +/- RNM com contraste)

TC do tórax a cada 6 meses por 2 anos depois anualmente.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 86/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

4.3 Tratamento

1 Quimioterapia neo- adjuvante/ adjuvante (Estadiamento clínico: I/II/III- TNM 8ªedição)

Osteosarcoma

	Opções
Neoadjuvante/ Adjuvante	<ul style="list-style-type: none">• MAP• Cisplatina e Doxorubicina

Sarcoma de Ewing

Neoadjuvante/ Adjuvante	<ul style="list-style-type: none">• VAC/IE
-------------------------	--

MAP - Ciclo a cada 7 dias: CISplatina / DOXOrrubicina nas semanas 1, 6, 12, 17, Methotrexato/ Leucovorina nas semanas 4, 5, 9, 10, 15, 16, 20, 21, 24, 25, 28, 29, DOXOrrubicina nas semanas 22 e 26. Pausa na semana 11 para ressecção da lesão ou amputação de membro.

CISplatina 60 mg/ m², em 60 mim D1- D2.

DOXOrrubicina 37.5 mg/ m² IV em infusão contínua em 24h D1 e D2

Metotrexato 12 gramas/ m² (máximo de 20 gramas), IV em 4 h D1

Leucovorina 10 mg, IV em 15 mim no D2 iniciando 24 h após a infusão do metotrexato. Manter doses de 10 mg a cada 6 h por total de 8 doses.

CISplatina / DOXOrrubicina -Ciclo a cada 21 dias: 2 ciclos neoadjuvantes e 4 ciclos adjuvante (total de 6 ciclos)

CISplatina 100 mg/ m², IV, em 60 mim .D1

DOXOrrubicina 25 mg/ m², IV, em bolus. D1- D3

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 87/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

VAC/IE – Ciclo a cada 14 dias. Total de 14 a 17 ciclos

Neoadjuvante VAC: ciclos 1, 3 e 5 - IE: ciclos 2, 4 e 6.

Adjuvante VAC ciclos 7, 9, 11,13, 15, 17 - IE: ciclos 8, 10, 12, 14,16

VAC (VinCRISTina/ DOXOrubicina[ou DACTINomicina]/ Ciclofosfamida)

VinCRISTina 2 mg/ m² (dose máxima 2 mg) , IV, em 5 a 10 mim , D1

Ciclofosfamida 1200 mg/ m² ,IV, em 60 mim , D1

Mesna 240 mg/ m² , IV , em 15 mim, antes da ciclofosfamida. Depois 480 mg/ m² , VO na hora 2 e hora 6 do início da ciclofosfamida

DOXOrubicina 75 mg/ m², IV, bolus, D1 (DOXOrubicina deve ser substituída pela DACTINomicina quando a dose acumulativa de DOXOrubicina for igual a 450 mg/ m²)

DACTINomicina 1250 mcg/ m² , IV , Bolus , D1

IE (Ifosfamida/ Etoposídeo)

Ifosfamida 1800mg/ m², IV, em 3 h. D1, D2, D3, D4, e D5

Mesna 360 mg/ m², IV, em 15 mim, antes da Ifosfamida. Depois 720 mg/ m², VO na hora 2 e hora 6 do início da Ifosfamida D1, D2, D3, D4, e D5

Etoposídeo 100 mg/ m², IV, em 60 mim. D1, D2, D3, D4, e D5

2 Quimioterapia paliativa (Estadiamento clínico: IV- TNM 8ª edição, ou recidiva/persistência de doença)

Osteosarcoma

	Opções
Primeira linha	<ul style="list-style-type: none">• MAP• Cisplatina e Doxorubicina
Segunda linha (após falha na primeira linha ou metastático)	<ul style="list-style-type: none">• Ifosfamida +/- Etoposídeo• Ifosfamida + Carboplatina + Etoposídeo• Docetaxel + Gencitabina

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 88/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Condrosarcoma

Metastático e doença
disseminada

Convencional (Grau 1 – 3)

Opção do oncologista por esquemas usados para osteosarcoma ou Sarcoma de Ewing

Mesenquimal

Segue os regimes indicados para Sarcoma de Ewing

Não diferenciado

Segue regimes indicados para Osteosarcoma

Sarcoma de Ewing

	Opções
Primeira linha de tratamento para doença metastática na apresentação inicial	<ul style="list-style-type: none">• VAC/IE• VDC
Segunda linha (após falha na primeira linha ou metastático)	<ul style="list-style-type: none">• Ciclofosfamida+ Topotecano• Ifosfamida + Etoposídeo• Docetaxel + Gencitabina

MAP - Ciclo a cada 7 dias: CISplatina / DOXOrrubicina nas semanas 1, 6, 12, 17, Methotrexato/ Leucovorina nas semanas 4, 5, 9, 10, 15, 16, 20, 21, 24, 25, 28, 29, DOXOrrubicina nas semanas 22 e 26.

CISplatina 60 mg/ m², em 60 mim D1- D2.

DOXOrrubicina 37.5 mg/ m² IV em infusão contínua em 24h D1 e D2

Metotrexato 12 gramas/ m² (máximo de 20 gramas), IV em 4 h D1

Leucovorina 10 mg, IV em 15 mim no D2 iniciando 24 h após a infusão do metotrexato. Manter doses de 10 mg a cada 6 h por total de 8 doses.

CISplatina / DOXOrrubicina -Ciclo a cada 21 dias: total de 6 ciclos

CISplatina 100 mg/ m², IV, em 60 mim. D1

DOXOrrubicina 25 mg/ m², IV, em bolus. D1- D3

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 89/175

VAC/IE – Ciclo a cada 14 dias: total de 14 a 17 ciclos: VAC: ciclos 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17 - IE: ciclos 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16

VAC (VinCRISTina/ DOXOrubicina[ou DACTINomicina]/ Ciclofosfamida)

VinCRISTina 2 mg/ m² (dose máxima 2 mg) , IV, em 5 a 10 mim , D1

Ciclofosfamida 1200 mg/ m² , IV, em 60 mim , D1

Mesna 240 mg/ m² , IV , em 15 mim, antes da ciclofosfamida. Depois 480 mg/ m² , VO na hora 2 e hora 6 do início da ciclofosfamida

DOXOrubicina 75 mg/ m², IV, bolus, D1 (DOXOrubicina deve ser substituída pela DACTINomicina quando a dose acumulativa de DOXOrubicina for igual a 450 mg/ m²)

DACTINomicina 1250 mcg/ m² , IV , Bolus , D1

IE (Ifosfamida/ Etoposídeo)

Ifosfamida 1800mg/ m², IV, em 3 h. D1, D2, D3, D4, e D5

Mesna 360 mg/ m², IV, em 15 mim, antes da Ifosfamida. Depois 720 mg/ m², VO na hora 2 e hora 6 do início da Ifosfamida D1, D2, D3, D4, e D5

Etoposídeo 100 mg/ m², IV, em 60 mim. D1, D2, D3, D4, e D5

VDC (VinCRISTina/ DOXOrubicina[ou DACTINomicina/Ciclofosfamida)- Ciclo a cada 21 dias até progressão ou toxicidade limitante.

VinCRISTina 2 mg/ m² (dose máxima 2 mg) , IV, em 5 a 10 mim , D1

Ciclofosfamida 1200 mg/ m² , IV, em 60 mim , D1

Mesna 240 mg/ m² , IV , em 15 mim, antes da ciclofosfamida. Depois 480 mg/ m² , VO na hora 2 e hora 6 do início da ciclofosfamida

DOXOrubicina 75 mg/ m², IV, bolus, D1 (DOXOrubicina deve ser substituída pela DACTINomicina quando a dose acumulativa de DOXOrubicina for igual a 375 mg/ m²)

DACTINomicina 1250 mcg/ m² , IV , Bolus , D1

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 90/175

Ifosfamida/ Etoposídeo- Ciclo a cada 21 dias até progressão ou toxicidade limitante.

Ifosfamida 1800mg/ m², IV, em 3 h. D1, D2, D3, D4, e D5

Mesna 360 mg/ m², IV, em 15 mim, antes da Ifosfamida. Depois 720 mg/ m², VO na hora 2 e hora 6 do início da Ifosfamida D1, D2, D3, D4, e D5

Etoposídeo 100 mg/ m², IV, em 60 mim. D1, D2, D3, D4 e D5

Ifosfamida/Carboplatina /Etoposídeo- Ciclo a cada 21 dias por até 12 ciclos.

Ifosfamida 1800mg/ m²/dia, IV, em 3 h. D1, D2, D3, D4 e D5

Mesna 360 mg/ m², IV, em 15 mim, antes da Ifosfamida. Depois 720 mg/ m², VO na hora 2 e hora 6 do início da Ifosfamida D1, D2, D3, D4 e D5

Carboplatina 400 mg/m²/dia, em 60 mim. D1 e D2.

Etoposídeo 100 mg/ m²/dia, IV, em 60 mim. D1, D2, D3, D4 e D5

Ciclofosfamida+ Topotecano -Ciclo a cada 21 dias até progressão ou toxicidade limitante.

Ciclofosfamida 250 mg/ m² ,IV, em 30 mim , D1 a D5.

Topotecano 0,75 mg/ m² em 30 mim, D1 a D5

Gencitabina+DOCEtaxol -ciclo a cada 21 dias. Até resposta máxima, progressão de doença ou toxicidade limitante

Gencitabina 650 mg/ m² , IV, em 90 mim. D1 e D8

DOCEtaxol 75 – 100 mg/ m² , em 60 mim, D8

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 91/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

5. APROVAÇÃO

SITUAÇÃO	NOME	CARGO/FUNÇÃO	DATA	ASSINATURA
ELABORADO POR	Lais Beltrão	Oncologista		
VALIDADO POR		Gerente Assistencial		
APROVADO POR		Diretor Técnico		

Obs.: Este documento não poderá contradizer o que já está descrito, estabelecido e/ou determinado, em outro documento existente.

6. HISTÓRICO DE REVISÕES :N/A

7. ANEXOS E DOCUMENTOS COMPLEMENTARES: N/A

8. REFERÊNCIAS

1. GUIDELINE NCCN

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 92/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Sarcoma de Partes Moles

1. OBJETIVO

Normalizar os tratamentos quimioterápicos disponíveis no Hospital Napoleão Laureano comprovadamente benéficos ao paciente conforme dados da literatura médica e prática clínica.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

- Internação Clínica
- Ambulatorial

3. TIPOS DE PROTOCOLOS

- Quimioterapia neoadjuvante: Quando a quimioterapia é realizada antes do tratamento definitivo. Além de ser útil para reduzir o tamanho do tumor e propiciar uma cirurgia menos extensa, ela também permite avaliar se o tumor é ou não sensível aos agentes quimioterápicos utilizados e reduz risco de metástase.

- Quimioterapia adjuvante: Realizada após um tratamento considerado definitivo, em geral cirúrgico, visando reduzir as chances de recidiva tumoral e obter maior controle da doença, prolongando a sobrevida do paciente.

- Quimioterapia paliativa: Indicada no cenário de câncer metastático (estádio clínico IV) ou em casos de tumores não ressecáveis, sem resposta a outras modalidades de tratamento. Tem como objetivo reduzir o impacto de um câncer incurável na vida da paciente. Isso inclui reduzir ou estabilizar o tamanho do tumor e combatê-lo a ponto

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 93/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

de aliviar sintomas. Desta forma, o paciente obtém melhor qualidade de vida, e geralmente, maior sobrevida.

4. DESCRIÇÃO DOS PROTOCOLOS

4.1 Estadiamento do sarcoma de partes moles

1. Exames indicados para estadiamento inicial da lesão em Extremidades/ Tronco, Cabeça/pescoço:

- Imagem do tumor primário (RNM com e sem contraste +/- TC com contraste)
- Biópsia incisional da lesão
- Tomografia do tórax

2. Exames indicados para estadiamento inicial da lesão em retroperitônio/ intra-abdominal:

- Tomografias de tórax /abdome /pelve +/- RNM abdominal e pélvica
- Biópsia guiada por imagem se necessidade de tratamento pré-operatório ou suspeita de neoplasia diferente de sarcoma.

4.2 Seguimento após tratamento do sarcoma de partes moles

1. Lesão em Extremidades/ Tronco, Cabeça/pescoço:

Pacientes sem evidência de doença oncológica em atividade após conclusão de tratamento recomendado.

Avaliação clínica a cada 3 a 6 meses durante 2 a 3 anos, depois avaliação clínica a cada 6

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 94/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

meses pelos próximos 2 anos, após acompanhar anualmente.

São recomendadas para avaliação radiológica RNM com e sem contraste e/ou TC com e sem contraste.

Pacientes sem evidência radiológica de doença, imagem do sítio primário da lesão, tórax, e outros sítios com risco de metástase cada 3 – 6 meses por 2 – 3 anos por 2 anos, depois anualmente.

Observação: Pacientes com lesão radiológica já reconhecida deve realizar exames de imagem a cada 2- 3 meses.

2. Lesão em retroperitônio/ intra-abdominal:

Pacientes sem evidência de doença oncológica em atividade após conclusão de tratamento recomendado.

Avaliação clínica a cada 3 a 6 meses durante 2 a 3 anos , depois avaliação clínica a cada 6 meses pelos próximos 2 anos, após acompanhar anualmente.

São recomendadas para avaliação radiológica RNM com e sem contraste e/ou TC com e sem contraste.

Pacientes sem evidência radiológica de doença, imagem do sítio primário da lesão, tórax, e outros sítios com risco de metástase (conforme histologia) cada 3 – 6 meses por 2 – 3 anos por 2 anos, depois anualmente.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 95/175

Observação: Pacientes com lesão radiológica já reconhecida deve realizar exames de imagem a cada 2- 3 meses.

4.3 Tratamentos

1 Quimioterapia neo-adjuvante/ adjuvante

Sarcoma de partes moles com histologia não-específica, Rbdomiosarcoma pleomórfico, Sarcoma pleomórfico indiferenciado

Estadiamento II/III/ IV- TNM 8ª edição (tumores maiores que 5 cm com grau histopatológico G2 ou G3, em estágio II a IV sem metástase à distância)

	Regimes preferenciais	Outras opções recomendadas	Útil em determinados casos
Neoadjuvante / adjuvante	Regimes baseados em antraciclinas : <ul style="list-style-type: none">• AIM	Regimes baseados em antraciclinas: <ul style="list-style-type: none">• Doxorubicina+ dacarbazina• Doxorubicina Regimes baseados em gencitabina: <ul style="list-style-type: none">• Gencitabina +docetaxel	<ul style="list-style-type: none">• Ifosfamida

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 96/175

AIM: Mesna+DOXOrrubicina+Ifosfamida - Ciclo a cada 21 dias: 2 a 4 ciclos pré controle local, 2 a 4 ciclos pós controle local (total de 6 ciclos)

DOXOrrubicina 25 mg/ m² , IV, infusão contínua em 24 hs D1 a D3

Ifosfamida 2500 mg/ m² em 3 horas , D1 a D4

Mesna 500 mg/ m², IV, em 15 mim pré Ifosfamida. Mesna 1000 mg/ m², VO, na hora 2 e 6 após a administração das Ifosfamida.

DOXOrrubicina 60 -75 mg / m², IV, em Bolus, D1. Ciclo a cada 21 dias: 2 a 4 ciclos pré controle local, 2 a 4 ciclos pós controle local (total de 6 ciclos)

AD: DOXOrrubicina+Dacarbazina- Ciclo a cada 21 dias (total de 6 ciclos)

DOXOrrubicina 60 mg/ m² , IV, bolus, D1

Dacarbazina 750 mg/ m², IV, bolus, D1

Gencitabina+DOCEtaxol -ciclo a cada 21 dias (total de 6 ciclos)

Gencitabina 750 – 900 mg/ m² , IV, 10 mg/m²/mim. D1 e D8

DOCEtaxel 75 – 100 mg/ m² , em 60 mim, D8

Ifosfamida 1800 mg/ m², IV< em 3 horas, D1 a D5 + Mesna 360 mg, IV em 15 mim, antes da administração da Ifosfamida. Mesna 720 mg/ m², VO, na hora 2 e 6 após a administração da Ifosfamida D1 a D5 (total de 6 ciclos).

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 97/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Rabdomiossarcoma não- Pleomórfico, Sarcoma de Ewing em partes moles

Tumores com estadiamento I/II/III/IV não metastático devem receber quimioterapia neoadjuvante e adjuvante.

VAC/IE – ciclo a cada 21 dias, total de 14 a 17 ciclos, alternando

Neoadjuvante VAC: ciclos 1, 3 e 5 - IE: ciclos 2, 4 e 6.

Adjuvante VAC ciclos 7, 9, 11, 13, 15, 17 - IE: ciclos 8, 10, 12, 14, 16

VinCRISTina 2 mg/ m² (dose máxima 2 mg), IV, em 5 a 10 mim , D1

Ciclofosfamida 1200 mg/ m², IV, em 60 mim, D1

Mesna 240 mg/ m², IV, em 15 mim, antes da ciclofosfamida. Depois 480 mg/ m², VO na hora 2 e hora 6 do início da ciclofosfamida

DOXOrubicina 75 mg/ m², IV, bolus, D1 (DOXOrubicina deve ser substituída pela DACTINomicina quando a dose acumulativa de DOXOrubicina for igual a 450 mg/ m²)

DACTINomicina 1250 mcg/ m², IV, Bolus, D1

IE: Ifosfamida/ Etoposídeo

Ifosfamida 1800mg/ m², IV, em 3 h. D1, D2, D3, D4, e D5

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 98/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Mesna 360 mg/ m², IV, em 15 mim, antes da Ifosfamida. Depois 720 mg/ m², VO na hora 2 e hora 6 do início da Ifosfamida D1, D2, D3, D4, e D5

Etoposídeo 100 mg/ m², IV, em 60 mim. D1, D2, D3, D4, e D5

2 Quimioterapia paliativa (Estádio IV ou recidiva)

Sarcoma de partes moles com histologia não-específica , Rbdomiosarcoma pleomórfico, Sarcoma pleomórfico indiferenciado.

	Regimes preferenciais	Outras opções recomendadas
Metastático e avançado em primeira linha	Regimes baseados em antraciclinas : <ul style="list-style-type: none"> • Doxorrubicina • Doxorrubicina+dacarbazina • AIM 	Regimes baseados em gencitabina: <ul style="list-style-type: none"> • Gencitabina • Gencitabina +docetaxel • Gencitabina+ vinorelbine
Linhas subsequentes na terapia da doença avançada/ metastática	<ul style="list-style-type: none"> • Pazopanibe • Dacarbazina • Ifosfamida • Vinorelbine 	<ul style="list-style-type: none"> • Gencitabina • Gencitabina +docetaxel • Gencitabina+ vinorelbine

Angiossarcoma

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 99/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	-------------------

Regimes preferenciais

- Paclitaxel
- Regimes baseados em antraciclinas ou gencitabina, recomendados para Sarcoma de partes moles com histologia não-específica

Outras opções recomendadas

- Docetaxel
 - Vinorelbine
-

Rabdomiossarcoma não- Pleomórfico, Sarcoma de Ewing em partes moles

Regimes preferenciais

- VAC
- VAC/IE

Outras opções recomendadas

- Ifosfamida + Epirrubicina
 - Carboplatina + etoposídeo
 - Doxorubicina
 - Irinotecano
 - Vinorelbine
-

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 100/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

Tumor fibroso solitário/ hemangiopericitoma

Regimes preferenciais	Outras opções recomendadas
Sunitinibe Pazopanibe (Opções de tratamento pela SES)	Regimes baseados em antraciclinas ou gencitabina recomendados para Sarcoma de partes moles com histologia não-específica

Sarcoma alveolar de partes moles

Regimes preferenciais
Sunitinibe Pazopanibe (Opções de tratamento pela SES)

AIM: Mesna+DOXOrrubicina+Ifosfamida - Ciclo a cada 21 dias: (total de 6 ciclos)

DOXOrrubicina 25 mg/ m² , IV, infusão contínua em 24 hs D1 a D3

Ifosfamida 2500 mg/ m² em 3 horas , D1 a D4

Mesna 500 mg/ m², IV, em 15 mim pré Ifosfamida. Mesna 1000 mg/ m², VO, na hora 2 e 6 após a administração das Ifosfamida.

DOXOrrubicina 60 -75 mg / m², IV, em Bolus, D1. Ciclo a cada 21 dias: (total de 6 ciclos)

AD: DOXOrrubicina+Dacarbazina- Ciclo a cada 21 dias (total de 6 ciclos)

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 101/175

DOXOrubicina 60 mg/ m² , IV, bolus, D1

Dacarbazina 750 mg/ m², IV, bolus, D1

Gencitabina+DOCEtaxol -ciclo a cada 21 dias, até resposta máxima, progressão de doença ou toxicidade limitante

Gencitabina 750 – 900 mg/ m² , IV, 10 mg/m²/mim. D1 e D8

DOCEtaxel 75 – 100 mg/ m² , em 60 mim, D8

Gencitabina+Vinorelbine - ciclo a cada 21 dias, até resposta máxima, progressão de doença ou toxicidade limitante

Vinorelbine 25 mg / m² , IV, em 10 mim, D1 e D8

Gencitabina 800 mg/ m² , IV, em 90 mim . D1 e D8

VAC: VinCRISTina/ DOXOrubicina[ou DACTINomicina]/ Ciclofosfamida - Ciclo a cada 21 dias por 14 a 17 ciclos ou até toxicidade limitante.

VinCRISTina 1.5 mg/ m² (dose máxima 2 mg) , IV, em 5 a 10 mim , D1 ,D8 e D15

Ciclofosfamida 1200 mg/ m² ,IV, em 60 mim , D1

Mesna 240 mg/ m² , IV , em 15 mim, antes da ciclofosfamida. Depois 480 mg/ m² , VO na hora 2 e hora 6 do início da ciclofosfamida

DOXOrubicina 75 mg/ m², IV, bolus, D1. (DOXOrubicina deve ser substituída pela DACTINomicina quando a dose acumulativa de DOXOrubicina for igual a 375 mg/ m²)

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 102/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

DACTINomicina 1250 mcg/ m² , IV , Bolus , D1

VAC/IE – ciclo a cada 21 dias, total de 14 a 17 ciclos, alternando VAC :ciclos 1 ,3, 5, 7,9,11, 13, 15, 17 - IE ciclos 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, e 16

VinCRISTina 2 mg/ m² (dose máxima 2 mg) , IV, em 5 a 10 mim , D1

Ciclofosfamida 1200 mg/ m² ,IV, em 60 mim , D1

Mesna 240 mg/ m² , IV , em 15 mim, antes da ciclofosfamida. Depois 480 mg/ m² , VO na hora 2 e hora 6 do início da ciclofosfamida

DOXOrubicina 75 mg/ m², IV, bolus, D1 (DOXOrubicina deve ser substituída pela DACTINomicina quando a dose acumulativa de DOXOrubicina for igual a 375 mg/ m²)

DACTINomicina 1250 mcg/ m² , IV , Bolus , D1

IE: Ifosfamida/ Etoposídeo

Ifosfamida 1800mg/ m², IV, em 3 h. D1, D2, D3, D4, e D5

Mesna 360 mg/ m², IV, em 15 mim, antes da Ifosfamida. Depois 720 mg/ m², VO na hora 2 e hora 6 do início da Ifosfamida D1, D2, D3, D4, e D5

Etoposídeo 100 mg/ m², IV, em 60 mim. D1, D2, D3, D4, e D5

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 103/175

Epirrubicina + Ifosfamida – ciclo a cada 28 dias. Até resposta máxima ou progressão de doença ou toxicidade limitante.

Epirrubicina 25 mg / m², IV , no D1 , D2 , D3

Ifosfamida 1200mg/ m², IV, em 3 h. D1, D2, D3, D4, e D5

CARBOplatina/Etoposídeo – ciclo a cada 28 dias. Até resposta máxima ou progressão de doença ou toxicidade limitante.

CARBOplatina AUC= 5, IV em 30 mim, D1

Etoposídeo 120 mg/ m², IV, em 60 mim, D1 A D3

Irinotecano 600 mg/ m², IV, em 30 mim D1 a cada 21 dias. Até resposta máxima ou progressão de doença ou toxicidade limitante.

PACLitaxel 135 a 175 mg / m², IV, em 3 h, D1, a cada 21 dias. Até resposta máxima ou progressão de doença ou toxicidade limitante.

DOCEtaxel 25 mg/ m², IV, D1, D8, E D15, a cada 28 dias. Até resposta máxima ou progressão de doença ou toxicidade limitante.

VinORELBine 30 mg/ m², IV em 5 a 10 mim. D1, D8, D15, D22, D29, D36 seguido de 2 semanas de intervalo. Até resposta máxima ou progressão de doença ou toxicidade limitante.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 104/175

Ifosfamida 1800 mg/ m², IV< em 3 horas, D1 a D5 + Mesna 360 mg, IV em 15 mim, antes da administração da Ifosfamida. Mesna 720 mg/ m², VO, na hora 2 e 6 após a administração da Ifosfamida D1 a D5. Até resposta máxima ou progressão de doença ou toxicidade limitante.

Gencitabina 1000 mg/ m² , IV, em 30 mim , D1, D8, D15, D22, D29, D36 e D43 – Seguido de Gencitabina 1000 mg/ m² , IV, em 30 mim , D1, D8 e D15. Ciclos a cada 28 dias, até progressão ou toxicidade inaceitável

Dacarbazina 250 mg/m², IV em 30 mim no D1 a D4. Ciclo a cada 21 dias, até progressão ou toxicidade limitante para tumores irrecutíveis.

Pazopanibe 800 mg (4 cps de 200 mg), VO, D1 – D28 . Ciclo a cada 28 dias até progressão ou toxicidade limitante

Sunitinibe 37.5 mg, VO, D1 – D28. Ciclo a cada 28 dias até progressão ou toxicidade limitante

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 105/175

Sarcoma de kaposi

1ª linha:

DOXOrubicina lipossomal 20 mg/ m², IV, em bolus a ciclo 15 ou 21 dias, por 3 a 6 ciclos

Paclitaxel 100 mg/ m², IV, em 2h, ciclo a cada 15 ou 21 dias, por 3 a 6 ciclos

Linhas subsequentes:

Gencitabina 1000mg, IV em 30 mim, ciclo a cada 15 dias

VinORELBine 30 mg/ m², IV, em 5 a 10 mim, ciclo a cada 15 dias

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 106/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

5. APROVAÇÃO

SITUAÇÃO	NOME	CARGO/FUNÇÃO	DATA	ASSINATURA
ELABORADO POR	Lais Beltrão	Oncologista		
VALIDADO POR		Gerente Assistencial		
APROVADO POR		Diretor Técnico		

Obs.: Este documento não poderá contradizer o que já está descrito, estabelecido e/ou determinado, em outro documento existente.

6. HISTÓRICO DE REVISÕES :N/A

7. ANEXOS E DOCUMENTOS COMPLEMENTARES: N/A

8. REFERÊNCIAS

1. GUIDELINE NCCN

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 107/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

Neoplasia primária do Sistema Nervoso Central – (SISTEMA NERVOSO CENTRAL)

1. OBJETIVO

Normatizar os tratamentos quimioterápicos disponíveis no Hospital Napoleão Laureano comprovadamente benéficos ao paciente conforme dados da literatura médica e prática clínica.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO

- Internação Clínica
- Ambulatorial

3. TIPOS DE PROTOCOLOS

- Quimioterapia adjuvante: Realizada após um tratamento considerado definitivo, em geral cirúrgico, visando reduzir as chances de recidiva tumoral e obter maior controle da doença, prolongando a sobrevida do paciente.

- Quimioterapia paliativa: Indicada no cenário de câncer não ressecável ou recidiva após tratamento inicial. Tem como objetivo reduzir o impacto de um câncer incurável na vida da paciente. Isso inclui reduzir ou estabilizar o tamanho do tumor e combatê-lo a ponto de aliviar sintomas. Desta forma, o paciente obtém melhor qualidade de vida, e geralmente, maior sobrevida.

4. DESCRIÇÃO DOS PROTOCOLOS

4.1 Estadiamento dos Tumores Primários do Sistema Nervoso Central

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 108/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

1. Gliomas de baixo e alto grau
RNM do crânio com e sem contraste
2. Meduloblastoma
RNM do crânio e neuro-eixo
Análise do líquido (punção líquórica)
3. Ependimoma intra -cranial e medular no adulto
RNM do crânio e neuro-eixo

4.2 Seguimento dos Tumores Primários do Sistema Nervoso Central

Seguimento de pacientes que não apresentam doença oncológica em atividade após tratamento recomendado

1. Gliomas de baixo (grau I e II)
RNM do crânio com contraste a cada 3 – 6 meses por 5 anos e após manter RNM a cada 6 – 12 meses ou conforme sintomas neurológicos.
2. Gliomas de alto grau (grau III e IV)
RNM do crânio com contraste em 2 – 8 semanas após a radioterapia depois a cada 2 – 4 meses por 3 anos depois a cada 3- 6 meses por tempo indeterminado.
RNM do crânio com contraste conforme sintomas neurológicos.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 109/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

3. Meduloblastoma

RNM do crânio com contraste a cada 3 meses por 2 anos;

RNM do crânio com contraste a cada 6 – 12 meses por 5 a 10 anos e depois manter a cada 1 ou 2 anos ou quando indicado clinicamente por sintomas neurológicos

Para pacientes com doença prévia em medula, imagem do neuro- eixo deve ser realizada em conjunto com as imagens do crânio.

4. Ependimoma intra -cranial e medular no adulto

RNM do sítio tumoral (SNC ou medula) a cada 3-4 meses por 1 ano , a cada 4-6 meses por 2 anos, depois a cada 6-12 meses durante 5 a 10 anos.

RNM com contraste deve ser realizada em caso de sintomas neurológicos.

4.3 Tratamento sistêmico de Tumores Primários do Sistema Nervoso Central

1 Quimioterapia adjuvante

Glioma de baixo grau/ pilocítico e astrocitoma infiltrativo supratentorial/ oligodendroglioma/ Gliomas anaplásicos.

Radioterapia seguida de quimioterapia adjuvante com esquema PCV – ciclo a cada 6 semanas – total de 6 ciclos.

Lomustine , 110 mg/ m² , VO, D1 (comprimidos de 40 mg)

Procarbazina, 60 mg/ m² , VO, D8 a D21

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 110/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

VinCRISTina 1,5 mg / m² (dose máxima de 2 mg), IV em 5 a 10 mim, D8 e D29.

Gliomas de alto grau/ Glioblastoma/ astrocitomas e oligastrocitomas anaplásicos.(SES)

Temozolomida 75 mg/m²/dia, VO, D1 ao D42. Concomitante a radioterapia.

Seguido de Temozolamida adjuvante 200 mg/m²/dia, VO, D1 A D5, ciclo a cada 28 dias – total de 6 ciclos

**Opção de tratamento fornecida pela SES porém não papronizada para astrocitomas e oligastrocitomas anaplásicos.

Meduloblastoma no adulto

Opções:

CISplatina/VinCRISTine/Ciclofosfamida ciclo a cada 6 semanas, por 8 ciclos.

CISplatina 75 mg / m², IV em 60 mim no D1.

VinCRISTine 1,5 mg / m² (dose máxima de 2 mg), IV em 5 a 10 mim, D2, D8 e D15.

Ciclofosfamida 1000 mg / m², IV em 30 mim D22 e D 23.

CISplatina/VinCRISTine/Lomustine ciclo a cada 42 dias, total de 6 ciclos.

CISplatina 70 mg / m², IV em 60 mim no D1.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 111/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

VinCRISTine 1,5 mg / m² (dose máxima de 2 mg), IV em 5 a 10 min, D1, D8 e D15.

Lomustine 75 mg/ m², VO, D1. (comprimidos de 40 mg)

2 Quimioterapia paliativa (doença recorrente ou progressiva)

Glioma de baixo grau/ pilocítico e astrocitoma infiltrativo supratentorial/
oligodendroglioma

Opções:

- Radioterapia + PCV
- PCV
- Cisplatina + etoposídeo
- Carboplatina + etoposídeo

Gliomas Anaplásicos / Gliomas de alto grau/ Glioblastoma (SES)

Regime preferencial

- Temozolamida -

Em caso de falha do regime preferencial:

-PCV

Cisplatina + etoposídeo

- Carboplatina + etoposídeo

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 112/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

Ependimoma intra-cranial e medular no adulto

Opções

- Carboplatina+ etoposídeo
- Cisplatina + etoposídeo

Meduloblastoma no adulto

Opções

- Carboplatina+ etoposídeo + ciclofosfamida
- Carboplatina+ etoposídeo
- Cisplatina + etoposídeo

Temozolamida (paliativo) 200 mg/m²/dia, VO, D1 A D5, ciclo a cada 28 dias, até progressão ou toxicidade não aceitável.

CARBOplatina / Etoposídeo – ciclo a cada 28 dias, total de 8 ciclos ou até progressão ou toxicidade não aceitável.

CARBOplatina 100mg/m²/dia, IV em 30 mim, D1 A D3.

Etoposídeo 120 mg/m²/dia, em 60 mim, D1 A D3

CISplatina / Etoposídeo- ciclo a cada 28 dias, total de 8 ciclos ou até progressão ou toxicidade não aceitável.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 113/175

CISplatina 25 mg/m², em 60 mim, D1 A D3

Etoposídeo 100 mg/ m², em 60 mim, D1 A D3.

CARBOplatina / Etoposídeo/Ciclofosfamida- ciclo a cada 21 dias, total de 16 ciclos ou até progressão ou toxicidade não aceitável

CARBOplatina AUC 6,5, IV em 30 mim, D2.

Etoposídeo 120 mg/m²/dia, em 60 mim, D1 e D2

Ciclofosfamida 1200 mg / m², IV em 30 mim, no D1.

Mesna 240 mg/ m², IV, em 15 mim, antes da ciclofosfamida. Depois 480 mg/ m², VO na hora 2 e hora 6 do início da ciclofosfamida

PCV – ciclo a cada 6 semanas – total de 6 ciclos.

Lomustine , 110 mg/ m² , VO, D1 (comprimidos de 40 mg)

Procarbazina, 60 mg/ m² , VO, D8 a D21

VinCRISTine 1,5 mg / m² (dose máxima de 2 mg), IV em 5 a 10 mim, D8 e D29.

5. APROVAÇÃO

SITUAÇÃO	NOME	CARGO/FUNÇÃO	DATA	ASSINATURA
ELABORADO POR	Lais Beltrão	Oncologista		

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 114/175

VALIDADO POR		Gerente Assistencial		
APROVADO POR		Diretor Técnico		

Obs.: Este documento não poderá contradizer o que já está descrito, estabelecido e/ou determinado, em outro documento existente.

6. HISTÓRICO DE REVISÕES :N/A

7. ANEXOS E DOCUMENTOS COMPLEMENTARES: N/A

8. REFERÊNCIAS

1. GUIDELINE NCCN

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 115/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

NEOPLASIAS DO TRATO GASTROINTESTINAL (GASTROINTESTINAL)

OBJETIVO

Normatizar os tratamentos quimioterápicos disponíveis no Hospital Napoleão Laureano comprovadamente benéficos ao paciente conforme dados da literatura médica e prática clínica.

CAMPO DE APLICAÇÃO

- Internação Clínica
- Ambulatorial

TIPOS DE PROTOCOLOS

- Quimioterapia adjuvante: Realizada após um tratamento considerado definitivo, em geral cirúrgico ou, mais raramente, radioterápico, visando reduzir as chances de recidiva tumoral e obter maior controle da doença, prolongando a sobrevida do paciente. Sua indicação é baseada no estadiamento inicial do paciente, e varia de acordo com o câncer do trato gastrointestinal em questão.

- Quimioterapia neoadjuvante: Quando a quimioterapia é realizada antes do tratamento definitivo. Além de ser útil para reduzir o tamanho do tumor e propiciar uma cirurgia menos extensa, ela também permite avaliar se o tumor é ou não sensível aos agentes quimioterápicos utilizados. Geralmente indicada em casos de tumores localmente avançados. Sua indicação é baseada no estadiamento inicial do paciente, e varia de acordo com o câncer do trato gastrointestinal em questão.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 116/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

- Quimioterapia paliativa: Indicada no cenário de câncer metastático (estádio clínico IV) ou em casos de tumores irresssecáveis, sem resposta a outras modalidades de tratamento. Tem como objetivo reduzir o impacto de um câncer incurável na vida da paciente. Isso inclui reduzir ou estabilizar o tamanho do tumor e combatê-lo a ponto de aliviar sintomas como dor, dispnéia, tosse, emagrecimento. Desta forma, o paciente obtém melhor qualidade de vida, e geralmente, maior sobrevida.

DESCRIÇÃO DOS PROTOCOLOS

CÂNCER DE COLON

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Colonoscopia
- Função hepática TGO TGP
- DHL
- CEA
- Tomografias com contraste de Abdome e Pelve
- Ressonância magnética (RNM) de pelve com contraste sempre que disponível, e principalmente em pacientes com achados de esteatose hepática
- Considerar PET CT em situações em que o individuo tenha metástases e essas sejam potencialmente ressecáveis.

TRATAMENTO

ESTADIO I – sem indicação de quimioterapia adjuvante

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 117/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

ESTADIO II – QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE

Alto risco (T4, obstrução intestinal, histologia pouco diferenciado, anel de sinete, invasão angiolinfática ou perineural, menos de 12 linfonodos avaliados, sem instabilidade microssatélite):

MAYO CLINIC – 5FU - 425 MG/M2

LV - 20 MG/M2

D1 A D5

A CADA 28 DIAS POR 6 MESES

OU

QUASAR – 5FU - 370 MG/M2

LV 50 MG

SEMANAL POR 30 SEMANAS

OU

ROSWELL PARK - 5FU -500MG/M2

LV 250 MG/M2

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 118/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

SEMANAL POR 6 SEMANAS A CADA 8. REPETE POR 3

CICLOS

OU

CAPECITABINA 2000MG/M2 EM DUAS TOMADAS D1 AO D14 A CADA 3 SEMANAS POR 8 CICLOS

ESTADIO III – QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE

MFOLFOX-6 – Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba portátil elastomérica

OXALIPLATINA 85 MG/M2

LV 400 MG/M2

5FU 400 MG/M2 Bolus

5FU 2400 MG/M2 EM BOMBA DE INFUSÃO 46 HORAS

A CADA 14 DIAS POR 12 CICLOS

OU

XELOX – OXALIPLATINA 130MG/M2

CAPECITABINA 2000 MG/M2 POR 14 DIAS

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 119/175

A CADA 21 DIAS POR 8 CICLOS

OU

FLOX – OXALIPLATINA 85 MG/M2 SEMANAS 1, 3 E 5
LV 20 MG/M2 Bolus SEMANAS 1, 2, 3, 4, 5, 6
5-FU 500 MG/M2 Bolus SEMANAS 1, 2, 3, 4, 5, 6

A CADA 8 SEMANAS POR 3 CICLOS

ESTADIO IV – QUIMIOTERAPIA PALIATIVA DE PRIMEIRA LINHA

Tempo indeterminado

MFOLFOX-6 – Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba portátil elastomérica

OXALIPLATINA 85 MG/M2
LV 400 MG/M2
5FU 400 MG/M2 Bolus
5FU 2400 MG/M2 EM BOMBA DE INFUSÃO x 46 HORAS
A CADA 14 DIAS

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 120/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

OU

XELOX – OXALIPLATINA 130MG/M2
CAPECITABINA 2000 MG/M2 POR 14 DIAS
A CADA 21 DIAS

OU

FLOX – OXALIPLATINA 85 MG/M2 SEMANAS 1, 3 E 5
LV 20MG/M2 Bolus SEMANAS 1, 2, 3, 4, 5, 6
5-FU 500 MG/M2 Bolus SEMANAS 1, 2, 3, 4, 5, 6

ESTADIO IV – QUIMIOTERAPIA PALIATIVA DE SEGUNDA LINHA

Tempo indeterminado ou toxicidade limitante ou progressão de doença

FOLFIRI – Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba portátil elastomérica

IRINOTECANO 180 MG/M2

LV 400 MG/M2

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 121/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

5FU 400 MG/M² Bolus

5FU 2400 MG/M² EM BOMBA DE INFUSÃO x 46 HORAS

A CADA 14 DIAS

OU

XELIRI – IRINOTECANO 250 MG/M²

CAPECITABINA 2000 MG/M² POR 14 DIAS

A CADA 21 DIAS

OBS: Avaliar, junto à Secretaria de Saúde, em casos selecionados, uso de anticorpos (CETUXIMABE, PANITUNUMABE, BEVACIZUMABE), em associação aos esquemas propostos*

*CETUXIMABE, PANITUNUMABE – EXCLUSIVO PARA KRAS e NRAS SELVAGEM

- CETUXIMABE – 400 MG/M² ATAQUE, 250 MG/M² SEMANAL, SE TOLERAR 500 MG/M² A CADA 15 DIAS

- PANITUNUMABE – 6 MG/KG QUINZENAL

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 122/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

- BEVACIZUMABE – 5 MG/KG EV 2/2 SEMANAS. QUANDO FOR ADMINISTRADO COM O ESQUEMA XELOX, A DOSE DEVE SER DE 7,5 MG/KG, A CADA 3 SEMANAS – JÁ FAZ PARTE DE AÇÃO CIVIL PÚBLICA

SEGUIMENTO

- Primeiro ano: - Avaliações clínicas a cada 3 meses com exames de laboratoriais e CEA
 - Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses
 - Colonoscopia caso normal repetir a cada 3 anos.
- Segundo e terceiro anos: - Avaliações clínicas a cada 6 meses + Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses
- Quarto ano: - Avaliações clínicas a cada 8 meses
- Após quinto ano: - Avaliações clínicas anuais

CÂNCER DE RETO

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Colonoscopia
- Função hepática TGO TGP
- DHL
- CEA

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 123/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

- Tomografias com contraste de Abdome e Pelve
- Ressonância magnética (RNM) de pelve com contraste sempre que disponível, e principalmente em pacientes com achados de esteatose hepática
- Considerar PET CT em situações em que o individuo tenha metástases e essas sejam potencialmente ressecáveis.

TRATAMENTO

ESTADIO I – sem indicação de QT adjuvante

ESTADIOS II (T3N0) BAIXO RISCO (T3 Invasão 1 a 5 mm distando > 2mm da fascia e ausência de invasão linfovascular)

QUIMIOTERAPIA + RADIOTERAPIA

– 5FU 350 MG/M2

LV 20 MG/M2

D1 A D5 NA SEMANA 1 E SEMANA 5 JUNTO COM

RADIOTERAPIA

OU

CAPECITABINA – 1650 MG/M2/DIA DIVIDIDOS EM DUAS TOMADAS 5 DIAS POR SEMANA EM TODOS OS DIAS DE RDT.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 124/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

ESTÁDIOS II (T3N0) ALTO RISCO (T3c e T3d Invasão distando < 2mm da fascia e presença de invasão linfovascular)

QUIMIOTERAPIA + RADIOTERAPIA

XELOX – OXALIPLATINA 130MG/M2

CAPECITABINA 2000 MG/M2 VO POR 14 DIAS

CADA 21 DIAS POR 4 MESES

OU

MFOLFOX-6 – Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba portátil elastomérica

OXALIPLATINA 85 MG/M2

LV 400 MG/M2

5FU 400 MG/M2 Bolus

5FU 2400 MG/M2 EM BOMBA DE INFUSÃO x 46 HORAS

A CADA 14 DIAS POR 4 MESES

ESTÁDIO II (CT4N0) OU III (CT4N1-2)

QUIMIOTERAPIA + RADIOTERAPIA

XELOX – OXALIPLATINA 130MG/M2

CAPECITABINA 2000 MG/M2 VO POR 14 DIAS

CADA 21 DIAS POR 4 MESES

OU

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 125/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

MFOLFOX-6 – Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba portátil elastomérica

OXALIPLATINA 85 MG/M2

LV 400 MG/M2

5FU 400 MG/M2 Bolus

5FU 2400 MG/M2 EM BOMBA DE INFUSÃO x 46 HORAS

A CADA 14 DIAS POR 4 MESES

ESTÁDIO III (CT3N1-2)

QUIMIOTERAPIA + RADIOTERAPIA

XELOX – OXALIPLATINA 130MG/M2

CAPECITABINA 2000 MG/M2 VO POR 14 DIAS

CADA 21 DIAS POR 4 MESES

OU

MFOLFOX-6 – Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba portátil elastomérica

OXALIPLATINA 85 MG/M2

LV 400 MG/M2

5FU 400 MG/M2 Bolus

5FU 2400 MG/M2 EM BOMBA DE INFUSÃO x 46 HORAS

A CADA 14 DIAS POR 4 MESES

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 126/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

ESTADIOS II E III - QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE

MAYO CLINIC – 5FU 425 MG/M2

LV 20 MG/M2

D1 A D5

A CADA 28 DIAS POR 4 MESES. OBS (PROLONGAR POR 6 MESES,
SE RDT EXCLUSIVA NA NEOADJUVÂNCIA)

OU

QUASAR – 5FU 370 MG/M2

LV 50 MG

SEMANAL POR 4 MESES - OBS (PROLONGAR POR 6 MESES SE RDT
EXCLUSIVA NA NEOADJUVÂNCIA)

OU

MFOLFOX-6 – Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba
portátil elastomérica

OXALIPLATINA 85 MG/M2

LV 400 MG/M2

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 127/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

5FU 400 MG/M2 Bolus

5FU 2400 MG/M2 EM BOMBA DE INFUSÃO x 46 HORAS

A CADA 14 DIAS POR 6 MESES

OU

XELOX – OXALIPLATINA 130MG/M2

CAPECITABINA 2000 MG/M2 VO POR 14 DIAS

CADA 21 DIAS POR 4 MESES

OBS: OS ESQUEMAS CONTENDO OXALIPLATINA NA ADJUVÂNCIA DE RETO ESTÃO INDICADOS PARA EC III E/OU LINFONODOS POSITIVOS NO DIAGNÓSTICO INICIAL OU QUANDO DOENÇA INICIAL TEM BAIXA RESPOSTA AO TRATAMENTO PROPOSTO.

ESTADIO IV – QUIMIOTERAPIA PALIATIVA DE PRIMEIRA LINHA

Tempo indeterminado ou toxicidade limitante ou progressão de doença

MFOLFOX-6 – Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba portátil elastomérica

OXALIPLATINA 85 MG/M2

LV 400 MG/M2

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 128/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

5FU 400 MG/M2 Bolus

5FU 2400 MG/M2 EM BOMBA DE INFUSÃO x 46 HORAS

A CADA 14 DIAS

OU

XELOX – OXALIPLATINA 130 MG/M2

CAPECITABINA 2000 MG/M2 VO POR 14 DIAS

A CADA 21 DIAS

OU

FLOX – OXALIPLATINA 85 MG/M2 SEMANAS 1, 3 E 5

LV 20MG/M2 SEMANAS 1, 2, 3, 4, 5, 6

5-FU 500 MG/M2 SEMANAS 1, 2, 3, 4, 5, 6

ESTADIO IV – QUIMIOTERAPIA PALIATIVA DE SEGUNDA LINHA

Tempo indeterminado ou toxicidade limitante ou progressão de doença

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 129/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

FOLFIRI – Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba portátil elastomérica

IRINOTECANO 180 MG/M2

LV 400 MG/M2

5FU 400 MG/M2 Bolus

5FU 2400 MG/M2 EM BOMBA DE INFUSÃO x 46 HORAS

A CADA 14 DIAS

OU

XELIRI – IRINOTECANO 250 MG/M2

CAPECITABINA 2000 MG/M2 POR 14 DIAS

A CADA 21 DIAS

OBS: Avaliar, junto à Secretaria de Saúde, em casos selecionados, uso de anticorpos (CETUXIMABE, PANITUNUMABE, BEVACIZUMABE), em associação aos esquemas propostos

BEVACIZUMABE – 5 MG/KG EV 2/2 SEMANAS. QUANDO FOR ADMINISTRADO COM O ESQUEMA XELOX, A DOSE DEVE SER DE 7,5 MG/KG, A CADA 3 SEMANAS – JÁ FAZ PARTE DE AÇÃO CIVIL PÚBLICA

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 130/175

SEGUIMENTO

- Primeiro ano: - Avaliações clínicas a cada 3 meses com exames de laboratoriais e CEA
 - Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses
 - Colonoscopia no primeiro ano e caso normal repetir a cada 3 anos.
- Segundo e terceiro anos: - Avaliações clínicas a cada 6 meses + Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses
- Quarto ano: - Avaliações clínicas a cada 8 meses
- Após quinto ano: - Avaliações clínicas anuais

CANAL ANAL

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Exame pélvico (ginecológico (em mulheres) e retal);
- Tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve ou Ressonância Nuclear Magnética (RNM);
- Radiografia de tórax;
- Hemograma, função hepática e renal;
- PET CT em casos selecionados como lesões suspeitas em linfonodos e/ou fígado.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 131/175

TRATAMENTO

ESTADIO I - sem indicação de quimioterapia

ESTADIO II – III – RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA

AL-SARRAF MOD – CDDP 75 MG/M2

5-FU 750 MG/M2 D1 A D4

SEMANAS 1 E 5 DA RADIOTERAPIA

ESTADIO IV - QUIMIOTERAPIA PALIATIVA

Tempo indeterminado

AL-SARRAF MOD – CDDP 75 MG/M2

5-FU 750 MG/M2 D1 A D4

A CADA 28 DIAS

OU

CARBOPLATINA AUC 6

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 132/175

PACLITAXEL 175 MG/M2

A CADA 21 DIAS

OU

IRINOTECANO 350 MG/M2 A CADA 28 DIAS

SEGUIMENTO

- Avaliar inicialmente o indivíduo de 6 a 8 semanas após o término da radioquimioterapia;
- Depois, a cada 6 semanas, com toque retal e anoscopia até remissão completa;
- Depois, a cada 3 meses, por 2 anos;
- A cada 6 meses, nos 3 anos seguintes;
- A anualmente, após 5 anos.

CÂNCER DE ESTÔMAGO

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Exame físico geral
- EDA
- Hemograma, função renal e hepática

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 133/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

- Tomografia computadorizada Tórax ou Ressonância magnética de abdome e pelve

TRATAMENTO

ESTADIO I – sem indicação de quimioterapia

ESTADIO II A IV OPERADOS – QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE

Quimiorradioterapia conforme INT0116 CICLO 1 5FU 425 MG/M2

LV 20MG/M2

D1 A D5

CICLO 2 5FU 400 MG/M2

LV 20MG/M2

D1 A D4

CICLO 3 5FU 400 MG/M2

LV 20 MG/M2

D1 A D3

CICLOS 4 E 5 5FU 425 MG/M2

LV 20MG/M2

D1 A D5

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 134/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

CICLOS A CADA 28 DIAS POR 5 MESES

OU

XELOX – OXALIPLATINA 130 MG/M²

CAPECITABINA 2000 MG/M² VO POR 14 DIAS POR 8 CICLOS

ESTADIO II A IV NÃO-OPERADOS – QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba portátil elastomérica

EPIRRUBICINA 50MG/M²

CDDP 60 MG/M²

5FU 1000 MG/M² D1 A D4 EM BOMBA

A CADA 21 DIAS POR 3 CICLOS

OU

FLOT - DOCETAXEL 50MG MG/M² NO D1

5FU 2600 MG/M² EV EM 24H NO D1

LV 200 MG/M² EV NO D1

OXALIPLATINA 85 MG/M² EV NO D1

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 135/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

A CADA 14 DIAS POR 4 CICLOS (favorecemos o uso de GRANULOKINE por 5 dias após o término de cada ciclo)

*FAVORECEMOS A ADIÇÃO DE TRASTUZUMABE NOS PACIENTES COM HIPEREXPRESSÃO DE HER-2 (Encaminhar para Secretaria de Saúde)

ESTADIO II A IV OPERADOS E SUBMETIDOS À QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE - QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE

Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba portátil elastomérica

EPIRRUBICINA 50MG/M2

CDDP 60 MG/M2

5FU 1000 MG/M2 D1 A D4 EM BOMBA

A CADA 21 DIAS POR 3 CICLOS

OU

FLOT - DOCETAXEL 50 MGMG/M2 NO D1

5FU 2600 MG/M2 EV EM 24H NO D1

LV 200 MG/M2 EV NO D1

OXALIPLATINA 85 MG/M2 EV NO D1

A CADA 14 DIAS POR 4 CICLOS (favorecemos o uso de GRANULOKINE por 5 dias após o término de cada ciclo.)

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 136/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

ESTADIO IV – QUIMIOTERAPIA PALIATIVA

TEMPO INDETERMINADO

Checar os status do HER-2 (IHQ ou FISH), administrar Trastuzumabe, 8 mg/kg EV (Dose de ataque), seguido por 6 mg/kg a cada 21 dias, em combinação com regimes de QT baseados em platina e fluoropirimidinas.

CDDP 30 MG/M² D1 E D8

IRINOTECANO 60 MG/M² D1 E D8

A CADA 21 DIAS

OU

AL-SARRAF MOD – CDDP 75 MG/M²

5-FU 750 MG/M² D1 A D4

A CADA 28 DIAS

OU

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 137/175

PACLITAXEL 175 MG/M2

A CADA 21 DIAS

OU

XELOX – OXALIPLATINA 130MG/M2

CAPECITABINA 2000 MG/M2 POR 14 DIAS A CADA 21 DIAS

SEGUNDA LINHA

IRINOTECANO ISOLADO 150 MG/M2 A CADA 15 DIAS

OU

DOCETAXEL 60 MG/M2 ISOLADO A CADA 21 DIAS

OU

TAXOL 80 MG/M2 D1, D8 e D15 A CADA 28 DIAS

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 138/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

*RAMUCIRUMABE, 8 MG/KG A CADA 2 SEMANAS (SE DISPONÍVEL)
PREFERENCIALMENTE ASSOCIADO A PACLITAXEL, 80 MG/M2 NOS D1, D8 e D15

*NÃO EXISTE BENEFÍCIO EM MANTER O USO DE TERAPIA ANTI-HER-2 NA
SEGUNDA LINHA

*PACIENTES COM TUMORES PORTADORES DE ALTA INSTABILIDADE DE
MICROSSATÉLITE (MSI-H) E NAQUELES COM TUMOR PD-L1 POSITIVO E
EXPOSTOS A DUAS OU MAIS LINHAS DE TRATAMENTO, RECOMENDAMOS
MONOTERAPIA COM PEMBROLIZUMABE – 200 MG/M2 EV A CADA 3 SEMANAS
(ENCAMINHAR PARA SECRETARIA DE SAÚDE) – JUDICIALIZAÇÃO

SEGUIMENTO

Primeiro ano: - Avaliações clínicas a cada 3 meses com exames de laboratoriais e
EDA

- Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses

- Segundo e terceiro anos: - Avaliações clínicas a cada 6 meses + Tomografia ou
Ressonância de Abdome a cada 6 meses

- Quarto ano: - Avaliações clínicas a cada 8 meses

- Após quinto ano: - Avaliações clínicas anuais

4.5. CÂNCER DE ESÔFAGO

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 139/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Exame físico geral
- EDA
- Hemograma, função renal e hepática
- Tomografia computadorizada Tórax
- Ressonância magnética de abdome e pelve

TRATAMENTO

ESTADIO I A IVA

QUIMIORRADIOTERAPIA CONCOMITANTES

CARBOPLATINA AUC 2

PACLITAXEL 50MG/M2

SEMANAL POR 5 SEMANAS

OU

CDDP 75 MG/M2 D1 SEMANAS 1 E 5 DE RDT

5-FU 1000MG/M2/DIA INFUSÃO CONTÍNUA DO D1 AO D4 NAS SEMANAS 1 E 5 DE RDT

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 140/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

OU

FOLFOX- – Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba portátil elastomérica

OXALIPLATINA 85 MG/M²

LV 200 MG/M²

5FU 400 MG/M² Bolus

5FU 1600 MG/M² EM BOMBA DE INFUSÃO INICIANDO NO D1

A CADA 14 DIAS CONCOMITANTES A RADIOTERAPIA SEGUIDOS
DE 3 CICLOS PÓS TERMINO DA RDT

ESTADIO IV – QUIMIOTERAPIA PALIATIVA

TEMPO INDETERMINADO

CDDP 30 MG/M² D1 E D8

IRINOTECANO 60 MG/M² D1 E D8

A CADA 21 DIAS

OU

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 141/175

AL-SARRAF MOD – CDDP 75 MG/M2

5-FU 750 MG/M2 D1 A D4

A CADA 28 DIAS

OU

PACLITAXEL 175 MG/M2 A CADA 21 DIAS

SEGUIMENTO

Primeiro ano: - Avaliações clínicas a cada 3 meses com exames de laboratoriais e EDA

- Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses

- Segundo e terceiro anos: - Avaliações clínicas a cada 6 meses + Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses

- Quarto ano: - Avaliações clínicas a cada 8 meses

- Após quinto ano: - Avaliações clínicas anuais

CÂNCER DE PÂNCREAS

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Radiografia de tórax (ou tomografia computadorizada)

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 142/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

- Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética do abdome superior e pelve;
- CA 19-9
- CEA,
- Hemograma, Função renal e hepática

TRATAMENTO

TRATAMENTO CURATIVO – QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE

GENCITABINA 1000 MG/M² D1, D8, D15 A CADA 28 DIAS +

CAPECITABINA 1660 MG/M²/DIA EM DUAS TOMADAS DO D1 AO D21 A CADA 4 SEMANAS POR 24 SEMANAS

OU

5-FU 425 MG/M² D1 A D5

LV 20 MG/M² D1 A D5

A CADA 28 DIAS POR 6 CICLOS

OU

FOLFIRINOX (PACIENTES COM BOA PS)

OXALIPLATINA 85 MG/M² D1

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 143/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

IRINOTECANO 180 MG/M2 D1

LV 400 MG/M2

5FU 400 MG/M2 Bolus

5FU 2400 MG/M2 EM BOMBA DE INFUSÃO x 46 HORAS

A CADA 14 DIAS

TRATAMENTO PALIATIVO – QUIMIOTERAPIA PALIATIVA

Tempo indeterminado

GENCITABINA 1000 MG/M2 D1, D8, D15 A CADA 28 DIAS +

CAPECITABINA 1660MG/M2/DIA 12/12H POR 21 DIAS A CADA 4 SEMANAS

OU

FOLFIRINOX (PACIENTES COM BOA PS)

OXALIPLATINA 85 MG/M2

IRINOTECANO 180 MG/M2

LV 400 MG/M2

5FU 400 MG/M2 Bolus

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 144/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

5FU 2400 MG/M2 EM BOMBA DE INFUSÃO x 46 HORAS

A CADA 14 DIAS

OU

QUASAR – 5-FU 370 MG/M2

LV 50 MG

SEMANAL

SEGUIMENTO

Primeiro ano: - Avaliações clínicas a cada 3 meses com exames de laboratoriais CA 19-9 E CEA

- Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses

- Segundo e terceiro anos: - Avaliações clínicas a cada 6 meses + Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses

- Quarto ano: - Avaliações clínicas a cada 8 meses

- Após quinto ano: - Avaliações clínicas anuais

CÂNCER DE VIAS BILIARES

EXAMES PARA ESTADIAMENTO

- Radiografia de tórax (ou tomografia computadorizada)

- Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética do abdome superior e pelve;

- CA 19-9

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 145/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

- CEA,
- Hemograma, Função renal e hepática

TRATAMENTO

QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE

CAPECITABINA 2500 MG/M2 DIVIDIDOS EM DUAS TOMADAS D1 AO D14 A CADA 21 DIAS POR 8 CICLOS.

OBS.: CONSIDERAR ASSOCIAÇÃO DE RDT NOS PACIENTES COM MARGENS COMPROMETIDAS E LINFONODOS PRESENTES.

GENCITABINA 1000 MG/M2 D1 E D8

CDDP 25 MG/M2 D1 E D8

A CADA 21 DIAS POR 6 CICLOS

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA

TEMPO INDETERMINADO

GENCITABINA 1000 MG/M2 D1 E D8

CDDP 25 MG/M2 D1 E D8

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 146/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

A CADA 21 DIAS

OU

QUASAR – 5-FU 370 MG/M²

LV 50 MG

SEMANAL

OU

GENCITABINA 1000 MG/M² NO D1 +

OXALIPLATINA 100MG/M² NO D2 A CADA 2 SEMANAS

OU

GENCITABINA 1000MG/M² NO D1 E D8 +

CAPECITABINA 650MG/M² 2 X AO DIA DO D1 AO D14 A CADA 3 SEMANAS.

SEGUIMENTO

Primeiro ano: - Avaliações clínicas a cada 3 meses com exames de laboratoriais CA 19-9 E CEA

- Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses

- Segundo e terceiro anos: - Avaliações clínicas a cada 6 meses + Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 147/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

- Quarto ano: - Avaliações clínicas a cada 8 meses
- Após quinto ano: - Avaliações clínicas anuais

HEPATOCARCINOMA

EXAMES DE ESTADIAMENTO

Radiografia de tórax (ou tomografia computadorizada)

- Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética do abdome superior e pelve;
- Sorologia para hepatite B e C
- Alfafetoproteína (AFP)
- Hemograma, Função renal e hepática Fosfatase Alcalina, Cálcio Iônico.
- CA 19-9 para tumores mistos com componentes de Colangiocarcinoma.

TRATAMENTO

TRATAMENTO EM ESTADIOS INICIAIS:

- CIRURGIA/ RADIOABLAÇÃO/ TRANSPLANTE

TRATAMENTO EM ESTADIOS INTERMEDIÁRIOS:

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 148/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

- QUIMIOEMBOLIZAÇÃO

TRATAMENTO EM ESTÁDIOS AVANÇADOS:

(DOENÇA EXTRA-HEPÁTICA OU NÃO CANDIDATOS A TRATAMENTO CIRÚRGICO, TROMBOSE DE VEIA PORTA):

- 1ª. OPÇÃO: SORAFENIBE 400 MG VO 12/12 HORAS EM JEJUM (PACIENTES COM CHILD-PUGH A, ECOG 0 OU 1) - ENCAMINHAR PARA A SECRETARIA DE SAÚDE

- 2ª. OPÇÃO: MFOLFOX-6 – Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba portátil elastomérica

OXALIPLATINA 85 MG/M2

LV 400 MG/M2

5FU 400 MG/M2 Bolus

5FU 2400 MG/M2 EM BOMBA DE INFUSÃO x 46 HORAS

A CADA 14 DIAS

OU

XELOX – OXALIPLATINA 130 MG/M2

CAPECITABINA 2000 MG/M2 VO POR 14 DIAS

A CADA 21 DIAS

OU

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 149/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

GENCITABINA 1000 MG/M2 NO D1 +

OXALIPLATINA 130MG/M2 NO D2 A CADA 2 SEMANAS

PACIENTES CHILD-PUGH C: TRATAMENTO DE SUPORTE CLÍNICO EXCLUSIVO

SEGUIMENTO

Primeiro ano: - Avaliações clínicas a cada 3 meses com exames de laboratoriais CA 19-9 / CEA/ AFP

- Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses

- Segundo e terceiro anos: - Avaliações clínicas a cada 6 meses + Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses

- Quarto ano: - Avaliações clínicas a cada 8 meses

- Após quinto ano: - Avaliações clínicas anuais

TUMORES NEUROENDÓCRINOS

ESTADIAMENTO

- Cromogranina A

- Dosagem urinária do ácido 5 hidroxí- indolacético (5- HIAA)

- Radiografia de tórax (ou tomografia computadorizada)

- Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética do abdome superior e pelve;

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 150/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

- EDA e/ou Colonoscopia nos tumores do TGI

TRATAMENTO

TUMORES LOCALIZADOS RESSECÁVEIS

- CIRURGIA EXCLUSIVA

TUMORES IRRESSECÁVEIS

- OCTREOTIDE LAR (SANDOSTANTIN) 20/30 MG IM MENSAL

OBS – SANDOSTANTIM PARA TUMORES NEUROENDÓCRINOS DO TGI ENCOCONTRA-SE COMO ÚNICA OPÇÃO VIÁVEL DE TRATAMENTO.

PACIENTES COM TUMORES NEUROENDÓCRINOS PANCREÁTICOS E COM DOENÇA PREDOMINANTEMENTE EXTRA-HEPÁTICA

- OCTREOTIDE LAR (SANDOSTANTIN) 20/30 MG IM MENSAL

OUTRAS OPÇÕES

MFOLFOX-6 – Devido à dificuldade de internação para QT infusional, avaliar bomba portátil elastomérica

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 151/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

OXALIPLATINA 85 MG/M2

LV 400 MG/M2

5FU 400 MG/M2 Bolus

5FU 2400 MG/M2 EM BOMBA DE INFUSÃO x 46 HORAS

A CADA 14 DIAS

OU

XELOX – OXALIPLATINA 130 MG/M2

CAPECITABINA 2000 MG/M2 VO POR 14 DIAS

A CADA 21 DIAS

3 OPÇÃO – DACARBAZINA 1000MG/M2 A CADA 3 SEMANAS

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO POUCO DIFERENCIADO (PEQUENAS CÉLULAS
OU GRANDES CÉLULAS)

DOENÇA LOCALIZADA

CIRURGIA SEGUIDO DE QT ADJUVANTE- 4 A 6 CICLOS COM CISPLATINA, 25
MG/M² EV, DO D1 AO D3, E ETOPOSÍDEO, 100 MG/M² EV, DO D1 AO D3, REPETIDOS
A CADA 3 SEMANAS.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 152/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

DOENÇA AVANÇADA

CISPLATINA, 30 MG/M² EV, NOS D1 E D8 E IRINOTECANO, 60 MG/M² EV, EM 90 MIN, NOS D1 E D8, A CADA 21 DIAS

OU

CISPLATINA, 25 MG/M² EV, DO D1 AO D3 E ETOPOSÍDEO, 100 MG/M² EV, DO D1 AO D3, REPETIDOS A CADA 3 SEMANAS.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 153/175

SEGUIMENTO

Primeiro ano: - Avaliações clínicas a cada 3 meses com exames de laboratoriais CROMOGRANINA A E 5 HIAA URINÁRIO

- Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses

- Segundo e terceiro anos: - Avaliações clínicas a cada 6 meses + Tomografia ou Ressonância de Abdome a cada 6 meses

- Quarto ano: - Avaliações clínicas a cada 8 meses

- Após quinto ano: - Avaliações clínicas anuais

APROVAÇÃO

SITUAÇÃO	NOME	CARGO/FUNÇÃO	DATA	ASSINATURA
ELABORADO POR		Oncologistas	26/02/2021	
VALIDADO POR		Gerente Assistencial		
APROVADO POR		Diretor Técnico		

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 154/175

Obs.: Este documento não poderá contradizer o que já está descrito, estabelecido e/ou determinado, em outro documento existente.

9. HISTÓRICO DE REVISÕES

N/A

10. ANEXOS E DOCUMENTOS COMPLEMENTARES: N/A

11. REFERÊNCIAS

2. DIRETRIZES SBOC – GUIAS DE CONDUTA
3. MOC BRASIL – MANUAL DE ONCOLOGIA CLÍNICA DO BRASIL
4. MANUAL DE CONDUTAS EM ONCOLOGIA CLÍNICA – INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO (ICESP) 3ª. EDIÇÃO

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 155/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

Câncer de Pulmão – (PULMÃO)

1. Objetivo

Adjuvante – diminuir o risco de recidiva tumoral

Paliativo – controle de sintomas, aumentar sobrevida, melhorar qualidade de vida.

2. Campo de utilização

Ambulatorial

Internação

3. Descrição de protocolos

Estadiamento:

A estratégia de estadiamento a ser empregada pode variar de acordo com a disponibilidade das técnicas diagnósticas em cada centro, com intuito de melhor empregar os recursos de forma a obter informações necessárias fundamentais para direcionamento da conduta.

Dessa forma, recomenda-se a discussão multidisciplinar precoce na abordagem de todos os pacientes.

Seguem as especialidades envolvidas nesse planejamento: -Cirurgião Torácico - Oncologista Clínico - Radio-oncologista - Broncoscopista - Radiologista - Patologista -

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 156/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

Exames:

Obrigatório: Tomografia Computadorizada de Tórax, abdome, Pelve e Crânio. Cintilografia óssea se sintomas ósseos

Desejáveis: PET CT, RM do encéfalo

Patologia: Definição de subtipo Histológico.

Estudo Imuno- histoquímico se necessário. Análise molecular:
EGFR, ALK e PDL- 1

Tratamento

Tumores ressecados

Estádio IA e IB

- Apenas seguimento;
- Evidencias sugerem piora da sobrevida com uso de tratamento adjuvante.

Estádio IIA Considerar algum dos regimes de QT adjuvante abaixo para pacientes com lesões > 4cm : -

- CDDP + Vinorelbina; Cisplatina 50mg/m² EV D1 e D8
Vinorelbina 25mg/m² D1, D8, D15, D22 A cada 4 semanas, 4 ciclos
- CDDP + Pemetrexede (opção com menor índice de toxicidade para portadores de tumores não-escamosos) Cisplatina 75mg/m² EV D1 Pemetrexede 500mg/m² D1A cada 3 semanas, 4 ciclos
- Carboplatina + Paclitaxel (opção para pacientes com contraindicação à cisplatina) Carboplatina AUC 6 EV D1 Paclitaxel 200mg/m² EV D1 a cada 3 semans 4 ciclos

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 157/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

2.1.3 Estádios IIB-III A (pN0-1)

- Deverão ser submetidos a QT adjuvante conforme os esquemas sugeridos anteriormente para estágio IB

Tumores potencialmente ressecáveis Estádio III A (N0-2)

- Todos os casos devem ser discutidos de maneira multidisciplinar desde o início do diagnóstico, com avaliação formal pelos especialistas. Pacientes com tumores potencialmente ressecáveis podem receber tratamento neoadjuvante composto por 3 a 4 ciclos de QT com os mesmos esquemas descritos anteriormente para a adjuvância

Tumores Irressecáveis: Estádios III A irressecáveis, IIIB e IIIC

- Todos os casos devem ser discutidos de modo multidisciplinar para diagnóstico e estadiamento adequados
- O tratamento padrão para os casos irressecáveis é a QTRT definitiva
- São igualmente aceitáveis os esquemas abaixo:
 1. CDDP + Etoposídeo concomitante à RT (SWOG 9416) Cisplatina 50mg/m² EV D1, D8, D29 e D36 Etoposídeo 50mg/m² D1 a D5 e D29 a D33
 2. Carboplatina + Paclitaxel concomitante à RT. Este esquema tem eficácia comparável com o do SWOG 9416, mas com melhor perfil de toxicidade Carboplatina AUC 2 EV D1 Paclitaxel 45-50mg/m² EV D1
 3. CDDP + Pemetrexede concomitante à RT Opção somente para pacientes com tumores não

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 158/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

escamosos. Cisplatina 75mg/m² EV D1

Pemetrexede 500mg/m² D1

4. Carboplatina monoterapia concomitante à RT

Opção para pacientes idosos (> 70 anos).

Carboplatina 30mg/m² EV D1 a D5

- Pacientes elegíveis para tratamento definitivo com QTRT o fracionamento convencional deverá ser contemplado, com técnica de IMRT (preferencialmente).
- Pacientes inelegíveis ao tratamento definitivo com QTRT concomitantes, como por exemplo indivíduos idosos ou com PS comprometido, podem ser tratados com QT de indução seguida de RT isolada, apesar de uma revisão sistemática apontar um risco de morte em 5 anos 4,5% maior com a estratégia sequencial comparada ao tratamento concomitante.
- A RT isolada deve ser reservada apenas aos pacientes com as condições clínicas extremamente comprometidas e sem condição de tolerar qualquer estratégia de QT.
- O grande déficit de máquinas de RT existente no Brasil faz com que, frequentemente, exista um prolongado tempo de espera para se iniciar um tratamento radioterápico no sistema público. Assim, é aceitável realizar a QTRT precedida por 1 ou 2 ciclos de QT isolada (NE II/FR A), quando a QTRT concomitante não é factível

- Estadio IV/ Doença Recidivada

- Adenocarcinoma/ não epidermóide :

1. Carboplatina AUC 5 + paclitaxel 175 mg/ m² a cada 21 dias

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 159/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

2. Cisplatina 75mg/m² EV D1 Pemetrexede 500mg/m² D1
 3. Cisplatina 50mg/m² EV D1 e D8 Vinorelbina 25mg/m² D1, D8, D15, D22 A cada 4 semanas
 4. Cisplatina 75 mg/m² D1 + gencitabina 1000 mg/ m² D1, D8 a cada 21 dias
- Carcinoma Epidermóide:
 1. Cisplatina 75 mg/m² D1 + gencitabina 1000 mg/ m² D1, D8 a cada 21 dias
 2. Carboplatina AUC 5 + paclitaxel 175 mg/ m² a cada 21 dias
 3. Cisplatina 50mg/m² EV D1 e D8 Vinorelbina 25mg/m² D1, D8, D15, D22 A cada 4 semanas
 - Obs1: Os esquemas são mutuamente aceitáveis à escolha do oncologista
 - 2.5 Doença em progressão/ 2a linha de tratamento:
 - CEC:
 - Docetaxel 75mg/m² a cada 21 dias.
 - Opções: gencitabina monoterapia 1000 mg/m² D1, D8, d15 a cada 28 dias ; Vinorelbina monoterapia 25 mg/m² d1, D8, D15 a cada 28 dias, paclitaxel 175 mg/m² D1 a cada 21- 28 dias
 - Adenocarcinoma :
 1. pemetrexed 500 mg/m² a cada 21- 28 dias, monoterapia
 2. Opções (conforme uso prévio em 1a linha)gencitabina monoterapia 1000 mg/m² D1, D8, d15 a cada 28 dias ;

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 160/175

Vinorelbina monoterapia 25 mg/m² d1, D8, D15 a cada 28 dias, paclitaxel 175 mg/m² D1 a cada 21- 28 dias

- Situações especiais:
 - Mutação EGFR:
 1. Gefitinib 150 mg ao dia
 - Mutação ALK
 1. Não há incorporação de drogas anti ALK no âmbito do SUS.

Câncer de Pulmão Pequenas Células

Doença Limitada

- Etoposídeo: 100 mg/m² IV do D1 ao D3. Cisplatina: 80 mg/m² IV no D1. Repetir a cada 28 dias, no total de 4 ciclos, concomitantemente à radioterapia

Doença Extensa

- Etoposídeo: 100 mg/m² IV do D1 ao D3. Cisplatina: 80 mg/m² IV no D1.
- Cisplatina: 60 mg/m² IV no D1. Irinotecano: 60 mg/m² IV no D1, D8 a cada 21 dias
- Opção: Paclitaxel: 175 mg/m² IV em 3 horas. Carboplatina: AUC de 5, IV em 30 minutos. Repetir o ciclo a cada 3 semanas
-

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 161/175

- Aprovação

Situação

Nome

Cargo/função

Validado por

Aprovado por

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 162/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

Câncer de Cabeça e Pescoço (CABEÇA E POSCOÇO)

1. Objetivo

Adjuvante – diminuir o risco de recidiva tumoral

Paliativo – controle de sintomas, aumentar sobrevida, melhorar qualidade de vida.

2. Campo de utilização

Ambulatorial

Internação

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 163/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

3. Descrição de protocolos

1. Estadiamento do tumor primário quanto à localização

	T1	T2	T3	T4a	T4b
Cavidade oral	≤ 2 cm	> 2 cm, 4cm ≤	> 4 cm	Invasão musculatura profunda da língua, seio maxilar, pele	Invasão espaço mastigatório, lâminas pterigóideas, base do crânio, carótida interna
Orofaringe	≤ 2 cm	> 2 cm, 4cm ≤	> 4 cm	Invasão laringe, musculatura profunda da língua, m. pterigóideo medial palato duro, mandíbula	Invasão m. pterigóideo lateral, lâminas pterigóideas, nasofaringe (paredes laterais), base de crânio, carótida interna
Nasofaringe	Tumor restrito à nasofaringe	T2a: invasão orofaringe ou cavidade nasal sem extensão parafaríngea T2b: extensão parafaríngea	Invasão óssea ou de seios paranasais	Invasão do crânio, nervos cranianos, fossa infratemporal, hipofaringe, órbita, espaço mastigatório	

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 164/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

Hipofaringe	Tumor é restrito a uma área da hipofaringe e ≤ 2 cm	Tumor em mais de uma área da hipofaringe, ou já com extensão local, sem fixação hemilaringe > 2 cm, ≤ 4 cm	> 4 cm com fixação hemilaringe	Invasão cartilagem cricóide, cartilagem tireóide, hióide, glândula tireóide, esôfago partes moles do pescoço	Invasão do espaço pré-vertebral, mediastino ou envolvimento carotídeo
Laringe Supraglote	Tumor confinado a este subsítio, molidade normal CCVV	Invasão estruturas adjacentes ou da glote, sem fixação	Fixação CCVV ou extensão para pós-cricóide, paraglote, pré-epiglote ou erosão mínima da cartilagem tireóide	Invasão franca da cartilagem tireóide ou dos tecidos extra-laríngeos	Invasão do espaço pré-vertebral, mediastino ou envolvimento carotídeo

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 165/175
----------------	--	------------------	--------------------------------	---------------------------

Laringe Glote	Tumor restrito a uma (T1a) ou duas (T1b) CCVV, com mobilidade conservada	Extensão supra – ou sub-glótica ou alteração da mobilidade das CCVV	Tumor é confinado à laringe com fixação das CCVV ou invasão paraglótica ou erosão mínima da cartilagem tireóide	Invasão franca da cartilagem tireóide ou dos tecidos extra-laringeos	Invasão do espaço pré vertebral, mediastino ou envolvimento carotídeo
Laringe Subglote	Tumor é confinado à subglote com mobilidade normal das CCVV	Extensão para CCVV com mobilidade normal ou diminuída	Tumor é confinado à laringe , com fixação das CCVV	Invasão ou destruição da cartilagem tireóide	

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 166/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

Linfonodos cervicais:

N 0: ausência de comprometimento linfonodal

	N 1	N 2a	N 2b	N 2c	N 3
Cavidade oral, orofaringe, linfonodos	Linfonodo ipsilateral ≤ 3 cm	Linfonodo ipsilateral > 3 e ≤ 6 cm	Múltiplos linfonodos ipsilaterais, ≤ 6 cm	Linfonodos bilaterais, ≤ 6 cm	Linfonodos
Nasofaringe	Linfonodos unilaterais ou na linha média, ≤ 6 cm, acima da fossa supraclavicular	Linfonodos bilaterais, ≤ 6 cm, acima da fossa supraclavicular			N 3 ^a : linfonodos > 6 cm N 3b: acometimento da fossa supraclavicular

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 167/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

Tratamento

Estádios I, II, III, IVa: cirurgia (ressecção do tumor primário, esvaziamento cervical) seguida ou não de (químio-) radioterapia adjuvante (ver abaixo as indicações de quimiorradioterapia adjuvante).

Doença localmente avançada, irresssecável

Sítio primário: Cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, laringe

Estádio: IVb

Quimiorradioterapia concomitante: Adjuvante/neoadjuvante

Esquema:

Radioterapia radical 70 Gy sítio primário e 50 Gy em drenagens, divididos em 7 semanas, 2 Gy / Dia, 5 vezes / semana.

Quimioterapia:

- Cisplatina 100 mg/ m² IV dias 1, 22 e 43

Adelstein et al. J Clin Oncol 2003; 21(1): 92 – 98

Pignon et al. Lancet 2000; 355 (9208): 949 – 55

Pignon et al. Radiother Oncol 2009: 91: 4 -14

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 168/175

Em pacientes com performance status reduzido (ECOG – PS superior a 1) ou com disfunções orgânicas que contra-indiquem a quimioterapia, o emprego da radioterapia isolada é justificável.

Bourhis et al. Lancet 2006; 368: 843-854

Nos pacientes com grandes volumes tumorais e dificuldades para iniciar a radioterapia, o emprego de quimioterapia neoadjuvante é aceita

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 169/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

Esquema:

- Paclitaxel 175 mg / m² d 1
- Cisplatina 75 mg / m² d 1 Cada 3 semanas

Gibson Mk et al. J Clin Oncol 2005; 23 (15): 3562 – 3567

Observação 1: Em pacientes com status performance reduzido, é aceitável o uso de Cisplatina semanal, 30mg / m² IV no D1 concomitante à radioterapia.

Observação 2: A Carboplatina é uma alternativa à Cisplatina em pacientes com disfunção renal, embora aparentemente inferior em termos de eficácia.

Med Oncol 21:95, 2004

Observação 3: Em pacientes jovens, sem comorbidades relevantes e grande massa tumoral, é aceitável o uso do esquema DCF modificado: Cisplatina 75 mg/ m² IV no D1 + Docetaxel 75 mg/ m² IV D1 + 5-FU 750 mg/ m²/dia IV em 6 a 8hs (se infusor disponível, fazer em 24hs) do D1 a D5, preferencialmente com uso de Filgrastima 300 mcg /dia SC D5 ao D15 como profilaxia para neutropenia febril.

B. Quimiorradioterapia concomitante: Protocolo de preservação de órgão

Esquema:

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 170/175

Radioterapia radiocl 70 Gy sítio primário e 50 Gy em drenagens, divididos em 7 semanas, 2 Gy / dia, 5 vezes/ semana

Quimioterapia:

- Cisplatina 100 mg/ m² IV dias 1, 22 e 43

Forastiere et al. N Engl J Med 2003; 349: 2091-8

Observação 1: Em pacientes com status performance reduzido, é aceitável o uso de Cisplatina semanal, 30 mg/ m² IV no D1 concomitante à radioterapia.

Observação 2: A Carboplatina é uma alternativa à cisplatina em pacientes com disfunção renal, embora aparentemente inferior em termos de eficácia.

Med Oncol 21:95, 2004

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 171/175

Observação 3: Para pacientes selecionados com doença em estádios III e IV e contra-indicação ao uso de cisplatina por idade avançada e/ou comorbidades (como insuficiência renal), considerar o uso de Cetuximab 400 mg/ m² IV D1 (dose ataque), seguido de 250mg/ m² IV semanalmente, concomitante a radioterapia.

C. Doença metastática ou recidivada ou não passível de tratamento com intenção curativa:

Monoterapias:

- 1) Metrotexate 30 a 60mg/ m² IV semanalmente
- 2) Paclitaxel 175 mg/ m² IV a cada 3 semanas ou 80mg/ m² semanal
- 3) Vinorelbina 20 mg/ m² IV semanalmente
- 4) Cisplatina 30 mg/ m² IV em pacientes ainda não expostos à platinas

Poliquimioterapias:

- 1) 5- FU 1000 mg/ m²/ d D1- D4
- 2) Cisplatina 75 mg/ m² D1 Cada 3 semanas

Forastiere et al. J Clin Oncol 1992; 10 (8): 1245-1251

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 172/175

Observação 1: Os esquemas de poliquimioterapia não mostram benefícios em termos de sobrevida global em relação aos esquemas de monoterapia a despeito de maior toxicidade.

Observação 2: A adição de Cetuximabe ao esquema contendo Cisplatina e 5-FU mostrou aumento de sobrevida global quando comparado à QT isolada para pacientes com CA cabeça e pescoço metastático. Tal esquema foi associado ao maior número de eventos sépticos. Poderá ser utilizado em pacientes selecionados, com bom status performance, após discussão clínica com especialistas.

Observação 3: O uso de Cetuximabe isolado como tratamento para doença metastática não deverá ser utilizado pela falta de benefício clínico comprovado por estudos randomizados.

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 173/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

Câncer de Nasofaringe (Linfoepitelioma)

Estadio I. Ila: RT isolada

Tratamento da doença sem evidência de metástases à distância (IIb-IVB)
Quimiorradioterapia concomitante, seguida por quimioterapia adjuvante Radioterapia radical 70 Gy sítio primário e 50 Gy em drenagens, divididos em 7 semanas, 2 Gy/ dia, 5 vezes/ semana

Quimioterapia:

- Cisplatina 100 mg/ m² IV dias 1, 22 e 43

Quimioterapia adjuvante: X 3 ciclos de 28 dias

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 174/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

➤ Cisplatina 80 mg/ m² d1

☐ 5- FU 1000 mg/ m²/ dia d1-d4

Al Sarraf et al. J Clin Oncol 1998; 16:1310-1317

Doença metastática

1ª opção ciclos de 28 dias

➤ Cisplatina 80 mg/ m² d1

☐ 5-FU 1000 mg/ m²/ d d1- d4

2ª opção ciclos de 21 dias

➤ Cisplatina 80 mg/ m² d1

➤ Gemcitabina 1000 mg/ m² d1 e d8

Modificado de Yao et al. Head Neck



PROTOCOLO CLÍNICO

Código:	Elaborado em: Fevereiro/2021	Versão: 1	Revisado em: dd/mm/aaaa	Página: 175/175
---------	---------------------------------	-----------	-------------------------	--------------------

Aprovação

Situação

Nome

Cargo/função

Validado por

Aprovado por