



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

Protocolo de Conduta da Assistência Médico-
Hospitalar - Reto

Versão eletrônica atualizada em
Novembro - 2008

Protocolo de Conduta da Assistência Médico-Hospitalar

Objetivos:

- manuseio das doenças de forma rápida e efetiva
- diminuição da morbidade e mortalidade dos pacientes
- melhora da qualidade de vida e a diminuição dos custos

A intenção deste protocolo é de encorajar a uniformização de alguns serviços de saúde prestados. Embora pretenda melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços não é uma garantia absoluta sobre os resultados. O protocolo constitui apenas um guia de condutas, cabendo ao médico responsável as decisões finais sobre o manuseio de seus pacientes. Deve conter os requisitos mínimos aceitos para o manejo dos pacientes.

I. Este protocolo envolve: radioterapia no tratamento do câncer de reto (CID C20).

II. Tempo de Tratamento hospitalar previsto: 06 semanas.

III. Introdução

Estima-se 40340 casos novos de câncer de reto nos EUA em 2005.

O prognóstico, de acordo com estatísticas norte-americanas é de 89,9% de sobrevida em 5 anos para doença localizada, 67,3% para doença loco-regional e 9,6% para doença à distância.

IV. Critérios de inclusão:

Será considerado elegível o paciente que apresentar TODOS os seguintes critérios de inclusão:

- ser portador de neoplasia maligna primária de reto com confirmação histológica;
- estágio clínico II a III (AJCC).

V. Critérios de exclusão: (contra-indicações absolutas)

Será considerado inelegível o paciente que apresentar UM OU MAIS dos seguintes critérios de exclusão:

- senilidade e/ou falta de compreensão dos procedimentos;
- impossibilidade de adesão ao tratamento;
- recusa ao tratamento;
- radioterapia pélvica prévia
- colagenose em atividade.

VI. Confirmação do diagnóstico clínico:

- história clínica;
- exame físico: (geral e dirigido)

- exames complementares:

*Colonoscopia;

*TC de tórax, abdômen e pelve;

*CEA;

*Exames desejáveis: USG transretal, RNM pélvica.

VII. Plano Terapêutico:

VII. A. Tratamento adjuvante curativo com quimioterapia concomitante

- Quimioterapia:

Condutas referentes à administração dos quimioterápicos encontram-se especificadas em separado.

- Radioterapia externa:

(1ª fase)

CTV: = leito tumoral + drenagem linfonodal

PTV: = CTV + margens

(2ª fase)

GTV: = leito tumoral

CTV: = GTV + margem

PTV: = CTV + margens

Dose-dia: 180cGy

Dose total:

(1ª fase): 4500cGy

(2ª fase): 540cGy

VII. B. Tratamento neoadjuvante curativo com quimioterapia concomitante

- Quimioterapia:

Condutas referentes à administração dos quimioterápicos encontram-se especificadas em separado.

- Radioterapia externa:

(1ª fase)

CTV: = leito tumoral + drenagem linfonodal

PTV: = CTV + margens

(2ª fase)

GTV: = leito tumoral

CTV: = GTV + margem

PTV: = CTV + margens

Dose-dia: 180cGy

Dose total:
(1ª fase): 4500cGy
(2ª fase): 900cGy

Doses máximas em órgãos de risco:
Bexiga:
≤55%: ≥ 47Gy
≤30%: ≥ 70Gy
Dmáx: 82Gy

Cabeça femoral:
Dmáx: 50Gy

Posicionamento e imobilização:
- decúbito dorsal;
- utilização de imobilizador individual.

Técnica de irradiação:
- Radioterapia Conformada Tri-dimensional ou Radioterapia de Feixe de Intensidade Modulada (IMRT).

VIII. Critérios de suspensão temporária do tratamento:

- qualquer toxicidade grau III ou superior (RTOG).

IX. Critérios de interrupção do tratamento:

- progressão de doença;
- toxicidade grau 4 (RTOG) persistente, sem recuperação com suspensão temporária do tratamento e/ou terapêutica habitual;
- perda de peso maior que 20% do peso habitual.

X. Instruções específicas por ocasião da alta:

Tipo	Instruções
Dieta	De acordo com protocolo específico da nutrição.
Atividade Física	Normal, dentro de sua capacidade.
Curativos/Incisões	Cuidados com cicatriz cirúrgica.
Medicamentos	Medicações conforme clinicamente indicado.
Exames controle	Colonoscopia a cada 3 - 6 meses; TC de tórax, abdômen e pelve a cada 3 - 6 meses. Dosagem de CEA a cada reavaliação
Materiais especiais	Nenhum.
Educação (sinais, sintomas, equipamentos, etc.)	Observar sintomas urinários e intestinais em geral.

Reavaliação/Emergência	Reavaliações no 1o mês após o tratamento; a cada 3 meses no primeiro ano; a cada 4 meses no segundo ano; a cada 6 meses nos anos subseqüentes.
------------------------	--

XI. Abreviaturas explicativas usadas:

GTV: gross tumor volume;
 CTV: clinical target volume;
 PTV: planning target volume;
 RTOG: Radiation Therapy Oncology Group;
 AJCC: American Joint Committee on Cancer;
 RM: ressonância nuclear magnética;
 TC: tomografia computadorizada;
 USG: ultrassonografia.

XII. Tabelas e anexos:

MORBIDADE AGUDA - RTOG*

Órgão - tecido	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4
Pele	Eritema folicular fraco ou apagado, epilação, descamação seca, diminuição se sudorese.	Eritema brando ou claro, descamação úmida em placas, edema moderado.	“Descamação úmida confluyente, além das dobras da pele ou edema em casca de laranja”	Ulceração, hemorragia ou necrose.
Gastrointestinal Inferior	Aumento da freqüência ou modificação do hábito intestinal não necessitando de medicação. Sem desconforto retal.	Diarréia necessitando de drogas parassimpáticas. Descamação de mucosa ou dor retal e abdominal.	Diarréia requerendo suporte parenteral. Mucosite grave ou sangramento necessitando de fraudas.	Obstrução aguda ou sub-aguda, fístula ou perfuração. Sangramento requerendo transfusão. Dor abdominal ou tenesmos necessitando de sonda nasogástrica.
Genitourinário	Freqüência urinária ou nictúria duas	Freqüência urinária ou nictúria	Freqüência urinária ou nictúria a	Hematúria requerendo transfusão.



	vezes maior que o habitual. Urgência miccional não necessitando de medicação.	menos freqüente do que a cada hora. Disúria ou espasmo de bexiga necessitando de analgésico tópico (p ex. Pyridium).	cada hora ou mais freqüente. Disúria, dor pélvica ou espasmo de bexiga necessitando o uso de narcóticos regularmente. Hematúria macroscópica , com ou sem coágulos.	Obstrução aguda de bexiga. Ulceração ou necrose.
Hematológico	11 > Hb > 9,5 4000 > Gb > 3000 1900 > fagócitos > 1500 100.000 > plaquetas > 75.000	9,5 > Hb > 7,5 3000 > Gb > 2000 1500 > fagócitos > 1000 75.000 > plaquetas > 50.000	7,5 > Hb > 5 2000 > Gb > 1000 1000 > fagócitos > 500 50.000 > plaquetas > 25.000	Hb < 5 Gb < 1000 fagócitos < 500 plaquetas < 25.000 *Grau 0: Sem mudança / ausência de toxicidade.

MORBIDADE TARDIA / SEQÜELAS - RTOG / EORT*

Órgão/tecido	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4
Pele	Leve atrofia, mudança de pigmentação ou alguma perda de cabelo.	Atrofia, teleangectasi a moderada ou perda total de cabelo.	Atrofia e teleangectasi a acentuadas.	Ulceração.
Tecido Subcutâneo	Leve fibrose e perda de gordura subcutânea.	Fibrose acentuada mas assintomática . Leve contratura no campo com diminuição linear menos de 10%.	Fibrose intensa e perda de tecido subcutâneo. Contratura no campo igual ou superior a 10%.	Necrose.
Intestinal	Diarréia branda ou	Diarréia moderada e	Obstrução e sangramento	Necrose, perfuração ou



	cólicas leves. Até 5 evacuações ao dia. Descarga retal ou sangramento leves.	cólicas. Evacuações mais de 5 vezes ao dia. Excessivo muco retal ou sangramento intermitente.	requerendo cirurgia.	fístula.
Bexiga	Atrofia epitelial leve, teleangectasi a branda ou hematúria microscópica leve e rara.	Frequência urinária moderada, teleangectasi a generalizada ou hematúria microscópica intermitente.	Frequência urinária elevada ou disúria. Teleangectasi a generalizada. Hematúria freqüente ou redução da capacidade vesical (< 150 cc)	Necrose ou bexiga contraída secundária (< 100 cc). Cistite hemorrágica severa)

*Grau 0: Sem mudança ou ausência de toxicidade; Grau 5: Óbito diretamente relacionado ao efeito tardio da radiação.

XIII. Data da realização do protocolo: 01/2007

Data da próxima revisão:

XIV. Equipe responsável pela elaboração

Nomes	Profissão / Especialidade
Michael Jenwei Chen	Médico / Radioterapia