

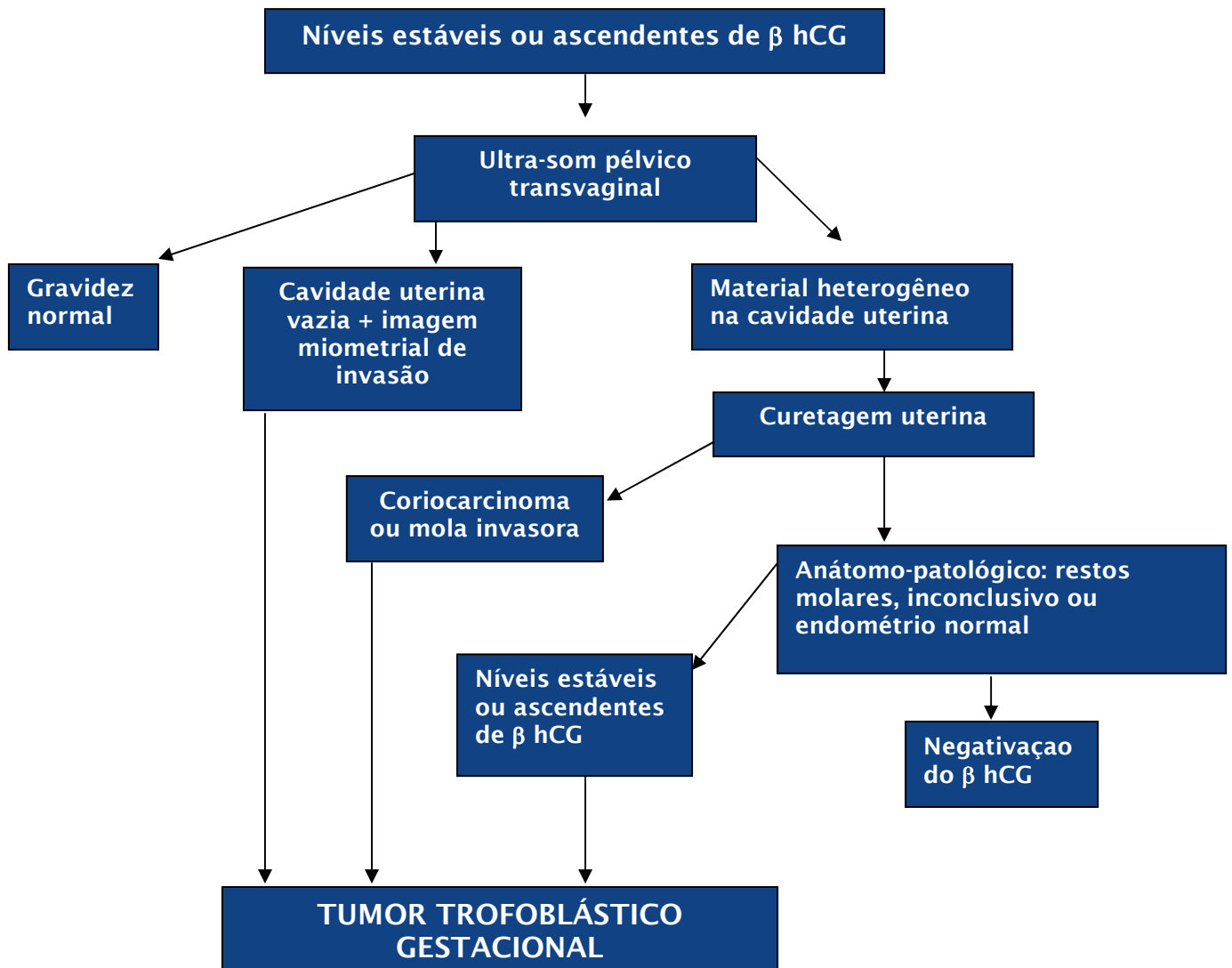


**ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA**

Diretrizes Assistenciais

ACOMPANHAMENTO DE DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Versão eletrônica atualizada em
março/2012



Estadiamento:

Essa avaliação poderá ser realizada pelo exame ginecológico, além de radiografia de tórax, ultra-som de abdome total e tomografia computadorizada cerebral.

Estadiamento preconizado pelo *National Institutes of Health (NIH)*:

Classificação clínica para portadoras de doença trofoblástica gestacional maligna:

- I. Doença trofoblástica gestacional não metastática:
Nenhuma evidência de metástase.

II. Doença trofoblástica gestacional metastática:

A. Bom prognóstico - Nenhum fator de alto-risco: hCG plasmático < 40.000 mUI/ml; duração da doença, antes da quimioterapia, menor que quatro meses; ausência de metástase cerebral ou hepática

B. Mau prognóstico – qualquer fator de alto-risco: hCG plasmático > 40.000 mUI/ml; duração da doença maior que quatro meses; metástase hepática ou cerebral; antecedente de gravidez de termo; quimioterapia prévia.

Quimioterapia

Utilizamos os seguintes esquemas terapêuticos:

1. NTG não-metastático, metastático de baixo risco:

- metotrexato 0,4 mg/kg/dia, IM, durante cinco dias.
- intervalo de dez dias.
- actinomicina D , 8 a 12 mcg/kg/dia, IV, durante cinco dias.

Séries alternadamente até obter negatificação do beta hCG, que é dosado no primeiro dia da série. Considera-se resposta satisfatória quando há queda de 20% entre os títulos de hCG.

2. NTG alto risco - EMA-CO:

Primeiro dia:

etoposida - 100 mg/m² IV em 30 minutos.

metotrexato - 100 mg/m² IV 200 mg/m² IV em 1.000 mL de solução glicosada a 5% em 12 horas

actinomicina D 0,5 mg IV

Segundo dia:

etoposida 100 mg/m² IV em 30 minutos

actinomicina D 0,5 mg IV

ácido folínico 15 mg IM ou VO a cada 12 horas, por quatro doses, iniciando 24 após o início do metotrexato.

Intervalo.

Oitavo dia:

ciclofosfamida 600 mg/m² IV

vincristina 1,0 mg/m²

Repetem-se as séries alternadamente até negatificação do BhCG. Considera-se remissão completa após 24 meses de □hCG indetectável.

A presença de metástases no sistema nervoso central coloca a paciente em grupo de muito alto risco de falha de tratamento. Irradiação cerebral (3000 cGy em frações de 200 cGy) é frequentemente utilizada com o início da quimioterapia.

Durante a irradiação das metástases cerebrais, a infusão de metotrexato no protocolo EMA-CO deverá ser aumentada em 1 g/m^2 , e 30 mg de ácido folínico é dado a cada 12 horas por três dias, iniciando-se 32 horas após o início do metotrexato. Como alternativa para a irradiação cerebral, o grupo do CHARING CROSS HOSPITAL, Londres, tem recomendado metotrexato intratecal e altas doses de metotrexato no protocolo EMA - CO: 86% de suas pacientes com metástases cerebrais tiveram completa remissão com esse regime somente.

A maioria das pacientes com metástases hepáticas tem doença extensa quando se apresentam para o tratamento e essa é a primeira razão para falha. O risco de sangramento hepático volumoso, especialmente durante o primeiro ciclo de quimioterapia, é elevado. Alguns autores recomendam irradiação hepática com 2.000 cGy em duas semanas, combinada com quimioterapia sistêmica para reduzir mortalidade e morbidade. Outros preferem a oclusão seletiva da artéria uterina. Em casos refratários a este esquema, podem-se utilizar cisplatina e bleomicina com cura da maioria das pacientes.

Controle clínico e laboratorial rigoroso é obrigatório, pela alta toxicidade hematológica e renal dessas drogas. Novas tecnologias, como uso de fatores estimulantes de colônias de leucócitos e transplante de medula óssea, poderão ter importante papel nas pacientes que desenvolverem resistência à droga, pois permitem o uso de agentes mais potentes.

Controle de toxidade

Interromper a quimioterapia se a paciente manifestar efeito colateral evidenciado por estomatite, plaquetopenia inferior a $100.000/\text{mm}^3$, leucopenia abaixo de $2.500/\text{mm}^3$, uréia maior que 50 mg/dL e AST maior que 50 U/L.

Bibliografia:

1. Doença trofoblástica gestacional. Sun SY, Camano L, Hisaba WJ. In Atualização Terapêutica 2007. 23ª.edição 1126-1222. Editora Artes Médicas São Paulo.