

Sugestões de manejo para pacientes com câncer ginecológico e patologias cervicais pré-invasivas durante a pandemia de COVID-19

I. Considerações gerais

Este documento não pretende ser uma diretriz de tratamento nem um consenso, uma vez que a metodologia utilizada não permite que ele seja classificado como nenhum dos anteriores. O objetivo deste trabalho é fornecer ao médico elementos de julgamento baseados na literatura médica internacional, orientar o manejo do ambulatório, bem como o tratamento de patologias cervicais e, principalmente, o manejo cirúrgico de pacientes com câncer ginecológico durante a contingência da ordem mundial, produzida por COVID-19.

É necessário racionalizar os recursos cirúrgicos, tendo em vista a limitação que ocorre tanto na disponibilidade de salas cirúrgicas quanto no número de leitos disponíveis para hospitalizar pacientes no pós-operatório. Além disso, as unidades de terapia intensiva potencialmente serão ocupadas por pacientes com necessidade de ventilação mecânica como consequência da infecção pelo coronavírus SARS-2.

É importante diminuir o risco de contágio de maneira bidirecional, para o corpo médico - com o uso adequado dos elementos de proteção individual recomendados para cada área e de acordo com as políticas de cada instituição - e para os pacientes, minimizando o risco de adquirir a infecção por COVID-19, naqueles que podem, do ponto de vista oncológico, aguardar o tratamento cirúrgico e naqueles que não justificam uma exposição (patologias pré-invasivas, baixo risco e / ou bom prognóstico ou por aqueles que podem receber tratamento médico alternativo ou antes do tratamento padrão recomendado).

Nesse período, é de extrema importância discutir o manejo dos pacientes, sempre que possível, em reuniões multidisciplinares, com a participação das diferentes áreas que se articulam com a especialidade, sendo as mais importantes: Cirurgia, Oncologia Clínica, Radioterapia, Patologia e Radiologia.

O tratamento cirúrgico dos pacientes, ou seu adiamento, será derivado de uma discussão aberta e transparente entre os atores envolvidos nas decisões: tratamento médico, especialidades relacionadas, representantes institucionais e, claro, o paciente.

A determinação de levar um paciente com câncer ginecológico para a sala de cirurgia estará sujeita às regulamentações nacionais e institucionais atuais, bem como a cada fase da pandemia e, é claro, à disponibilidade de recursos. Necessidade de testar todos os pacientes em busca de coronavírus SARS-2 (disponibilidade de PCR e / ou testes rápidos), determinações sobre a natureza urgente da cirurgia, disponibilidade de equipamento de proteção individual (EPI) adequado para o pessoal da sala de operações, etc.

É de vital importância, na boa relação médico-paciente, esclarecer o diagnóstico oncológico e seu prognóstico, bem como o risco de variabilidade neste último, de acordo com as mudanças e ajustes no tratamento e fase da epidemia. Recomenda-se considerar no consentimento informado o risco de adquirir a infecção por COVID19 - por estar em um centro hospitalar - e, principalmente em caso de necessidade de tratamento cirúrgico.

Os membros da Associação Colombiana de Oncologistas Ginecológicos (ACGO), bem como os Drs. Eduardo Guerrero (Radioterapeuta) e Marc Pierre (Oncologista Clínico) participam da preparação deste documento.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica traduziu e adaptou o texto para aplicação no Brasil.

O documento final, que será divulgado após a pesquisa, será assinado pela Associação Colombiana de Oncologistas Ginecológicos, Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica e Instituto Nacional do Câncer da Colômbia.

***Obrigatorio**

1. Dirección de correo electrónico *

2. Data da resposta *

Ejemplo: 7 de enero de 2019

Características sociodemográficas

3. Idade *

Marca solo un óvalo.

Menor de 35

35-44

45-54

55-64

> 65

4. Sexo *

Marca solo un óvalo.

Feminino

Masculino

II.Considerações específicas

O novo coronavírus é altamente contagioso. Taxas de transmissão de SARS-CoV-2 re com um ambiente hospitalar de até 41% foram descritas (1). De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil), o país está atualmente sob medidas de isolamento social, forçando a população a ficar em casa para conter o surto. O mesmo se acontece com diferentes graus de intensidade do isolamento em outros países da America Latina.

Esse comportamento reduz o risco de infecção para pacientes, funcionários e prestadores, mas também para outras pessoas em contato com eles. (2) O desafio para o oncologista nesse cenário é continuar fazendo um diagnóstico precoce de patologias neoplásicas em sua fase inicial e como uma doença recorrente. Por outro lado, o fraco desempenho dos testes diagnósticos de rotina e a importância de direcionar os sintomas para uma busca direcionada à recidiva tumoral foram previamente estabelecidos (3).

Sob essa premissa, a teleconsulta é uma ferramenta eficiente para a triagem de pacientes que necessitam de uma avaliação presencial, reduzindo a exposição desnecessária de pacientes com câncer a um ambiente hospitalar. Um diálogo aberto com pacientes e / ou familiares é essencial, esclarecendo que a adoção dessa modalidade responde a um esforço para reduzir o risco durante a pandemia. Nesta modalidade, devem-se considerar tanto as videoconferências, chamadas telefônicas ou comunicações por email devidamente registradas. Como ato médico, deve-se registrá-las no prontuário médico conforme determinação do Conselho Federal de Medicina do Brasil.

Referências

1. Xiao Y, Tan C, Duan J, Wu A, Li C. An Effective Model for the Outpatient Management of COVID-19. Infect Control Hosp Epidemiol. 2020; 1-4
2. Pathoulas JT, Stoff BK, Lee KC, Farah RS. Ethical Outpatient Dermatology Care During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic [published online ahead of print, 2020 Mar 26]. J Am Acad Dermatol. 2020;S0190-9622(20)30467-9.
3. Salani R, Khanna N, Frimer M, Bristow RE, Chen LM. An update on post-treatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncology (SGO) recommendations. Gynecol Oncol. 2017;146(1):3–10. doi:10.1016/j.ygyno.2017.03.022

5. 1. Você considera que pacientes com alta suspeita de neoplasia ginecológica (massa anexial) ou com diagnóstico histológico confirmado de câncer ginecológico devem ser avaliadas pela primeira vez pessoalmente? *

Marca solo un óvalo.

- Concordo
 Não concordo

6. 2. Você considera que as pacientes em pós-operatória de câncer ginecológico, para orientação sobre o resultado da anatomia patológica, devem ser avaliadas *

Marca solo un óvalo.

- Concordo
 Não concordo

7. 3. Considera que as pacientes diagnosticados com neoplasia ginecológica no acompanhamento pós-tratamento devem ser contatados por teleconsulta, perguntados sobre sintomas que possam suspeitar de doença recorrente e, se houver, chama-los para consulta presencial com o exame físico a fim de descartar recaídas tumor? *

Marca solo un óvalo.

- Concordo
 Não concordo

8. 4. Considera que as pacientes com diagnóstico de câncer ginecológico no seguimento pós-tratamento devem ser contatadas por teleconsulta, indagar sobre sintomas que possam levar à suspeita de doença recorrente e, se não os apresentar, citá-los nos três meses seguintes após o controle da pandemia, continuar o monitoramento institucional? *

Marca solo un óvalo.

- Concordo
 Não concordo

9. 5. Você acha que a teleconsulta deve ser realizada pelo oncologista-ginecologista das instituições? *

Marca solo un óvalo.

- Concordo
 Não concordo

10. 5.1 Em caso de desacordo, qual pessoal de saúde que você sugere para realizar esse processo?

11. 6. Se você considera que a paciente deve ser avaliada pessoalmente, sugere que a triagem seja feita por teleconsulta em busca de um caso suspeito de Covid-19, de acordo com os critérios epidemiológicos atuais? *

Marca solo un óvalo.

- Concordo
- Não concordo

B.
Patologia
cervical
pré-
invasiva

A American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) publicou em 2020 diretrizes específicas para o tratamento da patologia cervical.(4) A luz da atual pandemia do COVID-19 e em locais onde todas as visitas não essenciais ao consultório médico e procedimentos eletivos foram suspensos, a ASCCP gerou recomendações para a abordagem da patologia pré-invasiva cervical (5). Não há diretrizes específicas sobre o tipo de conização a ser realizada. Em qualquer uma das técnicas (eletrocirurgia, conização a frio), sugere-se o uso de elementos de proteção individual para prevenção de contágio por coronavírus (COVID-19). Essas recomendações não devem ser consideradas diretrizes definitivas e reconhecem que algumas pessoas com testes de detecção anormais para câncer do colo do útero e os achados histológicos exigirão uma revisão caso a caso (5).

Uma vez controlado o surto de COVID-19, os pacientes devem ser tratados novamente de acordo com os padrões da ASCCP Colposcopy(4)

Referências

4. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. J Low Genit Tract Dis. 2020 Apr;24(2):102-131. doi: 10.1097/LGT.0000000000000525.

5. ASCCP Interim Guidance for Timing of Diagnostic and Treatment Procedures for Patients with Abnormal Cervical Screening Tests. Disponível online. <https://www.asccp.org/covid-19>. Acesso el 30 de marzo de 2020

12. 7. As pacientes que apresentam citologia cervicovaginal com lesões de baixo grau com ou sem teste de DNA-HPV (+) podem ser adiados para avaliação colposcópica por pelo menos 6 meses? *

Marca solo un óvalo.

- Concordo
- Não concordo

13. 8. Pacientes que apresentam citologia cervicovaginal com lesão epitelial de alto grau com ou sem teste de DNA-HPV (+) podem ser adiados para avaliação colposcópica em 3 meses? *

Marca solo un óvalo.

- Concordo
 Não concordo

14. 9. Pacientes que apresentam biópsia com NIC II-III ou adenocarcinoma in situ, sem suspeita de infiltração, podem demorar no tratamento da excisão por 3 meses? *

Marca solo un óvalo.

- Concordo
 Não concordo

15. 10. Pacientes que apresentam uma biópsia com lesão de alto grau e suspeita de microinvasão na colposcopia podem adiar o tratamento excisional por um período máximo de um mês? *

Marca solo un óvalo.

- Concordo
 Não concordo

16. 11. Pacientes que apresentam indicação para conização diagnóstica (falta de correlação entre citologia - colposcopia-biópsia, curetagem endocervical positiva), poderiam atrasar o tratamento por excisão por 3 meses? *

Marca solo un óvalo.

- Concordo
 Não concordo

C. Câncer do colo do útero

Nestes momentos de contingência, algumas alternativas foram consideradas no manejo de pacientes com neoplasia cervical.

17. 12. Você concorda em oferecer tratamento primário com radioterapia (+ quimioterapia concomitante) a um paciente na pós-menopausa (> 50 anos) com câncer cervical em estágio inicial, com lesão visível ou pós-conização com margens positivas, que normalmente seria candidato ao tratamento cirúrgico (6) *

Referência: 6. NCCN Guidelines: Radiation can be an option for medically inoperable patients or those who refuse surgery. Lancet. 1997;350(9077):535.

Marca solo un óvalo.

- Concordo
- Não concordo

18. 13. Você concorda em oferecer a um paciente com câncer de colo pós-conização com margens negativas ou com diagnóstico de biópsia sem doença cervical visível, sem desejo de preservar a fertilidade, sem suspeita de envolvimento linfonodal por imagem, adiar tratamento definitivo mínimo por 3 meses (7,8) *

Referências 7. Ramirez PT, Pareja R, Rendón GJ et al. Management of low-risk early-stage cervical cancer: should conization, simple trachelectomy, or simple hysterectomy replace radical surgery as the new standard of care? Gynecol Oncol. 2014 Jan;132(1):254-9 / 8. Halaska MJ, Uzan C, Han SN, et al. Characteristics of patients with cervical cancer during pregnancy: a multicenter matched cohort study. An initiative from the International Network on Cancer, Infertility and Pregnancy. Int J Gynecol Cancer. 2019 Mar 20

Marca solo un óvalo.

- Concordo
- Não concordo

19. 14. Você concorda em NÃO realizar estadiamento cirúrgico laparoscópico de pacientes com câncer de colo localmente avançado, antes do tratamento com quimioterapia e radioterapia? (9) *

Referência: 9. Pedro T Ramirez, Rene Pareja, Ane Gerda Z Eriksson, Michael Frumovitz. International Gynecologic Cancer Society 2019 meeting summary. Int J Gynecol Cancer 2020;30:167.

Marca solo un óvalo.

- Concordo
 Não concordo

20. 15. Você concorda em NÃO agendar cirurgia para pacientes com recorrência central do câncer do colo do útero, com mais de 6 meses de período livre de doença, candidatos a exenteração e, em vez disso, consulte a oncologia clínica para tratamento quimioterápico. ? (10) *

Referência: 10. Tewari KS, Sill MW, Long HJ 3rd, et al. Improved survival with bevacizumab in advanced cervical cancer. N Engl J Med. 2014 Feb 20;370(8):734-43.

Marca solo un óvalo.

- Concordo
 Não concordo

D.
Câncer
de
ovário.

Dada essa patologia que vemos todos os dias em proporções maiores, especialmente casos avançados, na qual é importante trabalhar em equipe com diagnóstico por imagem, patologia, oncologia clínica e cirurgia oncológica, devemos ter a consideração especial de que devemos agilizar a abordagem inicial, recorrendo à confirmação do diagnóstico de pré-tratamento com base na citologia e não na histologia usando cirurgia laparoscópica (padrão de atendimento hoje).

21. 16. Em pacientes com aparente câncer epitelial do ovário avançado, com ascite e carcinomatose, com elevação de Ca 125, com patologia demonstrada por citologia ou por biópsia com agulha de corte, é preferível fazer QT neoadjuvante com carbo / Taxol por 3-4 ciclos e, em seguida, cirurgia de intervalo, de acordo com a evolução clínica e de imagem (11) *

Referência: 11. Vergote I, Coens C, Nankivell M, et al, on behalf of EORTC; MRC CHORUS study investigators. Neoadjuvant chemotherapy versus debulking surgery in advanced tubo-ovarian cancers: pooled analysis of individual patient data from the EORTC 55971 and CHORUS trials. Lancet Oncol. 2018 Dec;19(12):1680-1687.2.

Marca solo un óvalo.

- Concordo
- Não concordo

22. 17. Em pacientes sensíveis à platina com recorrência atual de mais de um local, recomenda-se quimioterapia à base de platina (com ou sem bevacizumabe), em vez de cito-redução secundária. (12) *

Referência: 12. Coleman RL, Spirtos NM, Enserro D, et al. Secondary Surgical Cytoreduction for Recurrent Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2019 Nov 14;381(20):1929-1939

Marca solo un óvalo.

- Concordo
- Não concordo

23. 18. Pacientes com massas pélvicas e suspeita de câncer de ovário serão triadas pelo oncologista ginecológico. Aquelas com risco significativo de malignidade, com base em critérios e imagens clínicas e marcador disponível, determinado por um ginecologista oncologista, serão submetidos à cirurgia com congelação (de acordo com a disponibilidade do serviço). Os demais serão derivados para tratamento por ginecologia e obstetrícia (13,14) *

Referências: 13. Timmerman D, Van Calster B, Testa A, et al. Predicting the risk of malignancy in adnexal masses based on the Simple Rules from the International Ovarian Tumor Analysis group. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Apr;214(4):424-437. doi: 10.1016/j.ajog.2016.01.007. Epub 2016 Jan 19/ 14. Andreotti RF, Timmerman D, Strachowski LM, et al. O-RADS US Risk Stratification and Management System: A Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee. *Radiology.* 2020 Jan;294(1):168-185

Marca solo un óvalo.

Concordo

Não concordo

O pilar fundamental do tratamento do câncer endometrial é o cirúrgico, com estadiamento completo (linfadenectomia pélvica e para-aórtica) sendo amplamente utilizado na América Latina, o que não deixa de ter grandes complicações (15-17) e há grande controvérsia quanto ao seu papel terapêutico.(18-24) O que está claro é que o estadiamento linfonodal confere informações prognósticas e, portanto, determina a adjuvância. Na última década, a implementação do linfonodo sentinela progrediu (detecção de 86%, sensibilidade de 97,2% e VPN de 99,6%), sem prejuízo prognóstico (29) e, de fato, é recomendada como alternativa válida e menos mórbida pela orientação do NCCN. (25) No entanto, a sua aplicabilidade requer uma série de condições técnicas e uma curva de aprendizado, por isso não é tão difundida no território nacional. De qualquer forma, quando não é possível conhecer o estadiamento linfonodal (estadiamento incompleto), o NCCN também apóia a definição do tratamento adjuvante de acordo com os critérios histopatológicos da histerectomia, idade e imagem como alternativa ao re-estadiamento cirúrgico(25).

As pacientes com melhor prognóstico da doença incluem aqueles com tumores endometrioides EC I da FIGO sem evidência de infiltração miometrial. É por isso que pacientes jovens que atendem a esses critérios podem receber tratamento médico hormonal para preservar a fertilidade com taxas de regressão que variam de 72 a 76% (26). Em pacientes de alto risco cirúrgico, a terapia hormonal é uma opção (quando não há contra-indicações) com taxas de efetividade semelhantes (27,28) e, embora a radioterapia seja preferida, implica assistência quase diária para a administração do tratamento. Embora as alternativas hormonais sejam variadas, uma das preferidas inclui o dispositivo intra-uterino do levonorgestrel, devido aos seus efeitos sistêmicos mais baixos.

No câncer endometrial em estágio avançado (III) após tratamento cirúrgico, a NCCN recomenda quimioterapia adjuvante e radioterapia seqüencial (25). O benefício adjuvante do tratamento citotóxico multiagente foi evidenciado em um ensaio clínico randomizado - GOG 122 (29), e posteriormente verificou-se que a adição de radioterapia nesses estágios também teve impacto na sobrevida global (30).

Em casos de doenças recorrentes, diferentes linhas de manejo são recomendadas. Com algumas exceções, a maioria se enquadra na categoria de pacientes paliativos, onde um dos principais objetivos do tratamento é melhorar a qualidade de vida. A terapia hormonal é uma alternativa para pacientes sem sintomas agudos graves, com taxas de resposta entre 23 e 63% (31)

Referências:

15. Todo Y, Sakuragi N. Systematic lymphadenectomy in endometrial cancer. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. Wiley/Blackwell (10.1111); 2013 Feb 1 [cited 2018 Apr 6];39(2):471–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1447-0756.2012.02062.x>
16. Todo Y, Yamamoto R, Minobe S, Suzuki Y, Takeshi U, Nakatani M, et al. Risk factors for postoperative lower-extremity lymphedema in endometrial cancer survivors who had treatment including lymphadenectomy. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2010 Oct [cited 2018 Apr 6];119(1):60–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20638109>
17. Abu-Rustum NR, Alektiar K, Iasonos A, Lev G, Sonoda Y, Aghajanian C, et al. The incidence of symptomatic lower-extremity lymphedema following treatment of uterine corpus malignancies: A 12-year experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Gynecol Oncol* [Internet]. 2006 Nov [cited 2018 Apr 6];103(2):714–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16740298>
18. ASTEC study group, Kitchener H, Swart AMC, Qian Q, Amos C, Parmar MKB. Efficacy of systematic pelvic lymphadenectomy in endometrial cancer (MRC ASTEC trial): a randomised study. *Lancet* [Internet]. 2009 Jan 10 [cited 2018 Apr 6];373(9658):125–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19070889>
19. Panici PB, Basile S, Maneschi F, Lissoni AA, Signorelli M, Scambia G, et al. Systematic Pelvic Lymphadenectomy vs No Lymphadenectomy in Early Stage Endometrial Carcinoma: Randomized Clinical Trial. *JNCI J Natl Cancer Inst* [Internet].

E. Câncer endometrial

- 2008 Dec 3 [cited 2018 Apr 6];100(23):1707–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19033573>
20. Todo Y, Kato H, Kaneuchi M, Watari H, Takeda M, Sakuragi N. Survival effect of para-aortic lymphadenectomy in endometrial cancer (SEPAL study): a retrospective cohort analysis. *Lancet* (London, England) [Internet]. Elsevier; 2010 Apr 3 [cited 2018 Apr 7];375(9721):1165–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20188410>
21. Tong S-Y, Lee J-M, Lee J-K, Kim JW, Cho C-H, Kim S-M, et al. Efficacy of Para-Aortic Lymphadenectomy in Early-Stage Endometrioid Uterine Corpus Cancer. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 2011 May 7 [cited 2018 Apr 7];18(5):1425–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21136177>
22. Eggemann H, Ignatov T, Kaiser K, Burger E, Costa SD, Ignatov A. Survival advantage of lymphadenectomy in endometrial cancer. *J Cancer Res Clin Oncol* [Internet]. 2016 May 8 [cited 2018 Apr 7];142(5):1051–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26746654>
23. Frost JA, Webster KE, Bryant A, Morrison J. Lymphadenectomy for the management of endometrial cancer. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Oct 2 [cited 2018 Apr 7];10:CD007585. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28968482>
24. Guo W, Cai J, Li M, Wang H, Shen Y. Survival benefits of pelvic lymphadenectomy versus pelvic and para-aortic lymphadenectomy in patients with endometrial cancer. *Medicine* (Baltimore) [Internet]. 2018 Jan [cited 2018 Apr 7];97(1):e0123. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29111111>
25. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Uterine Neoplasms Version 1.2020 – March 06,2020.
26. Fan Z, Li H, Hu R, et al. Fertility-Preserving Treatment in Young Women with Grade 1 Presumed Stage IA Endometrial Adenocarcinoma: A Meta-Analysis. *Int J Gynecol Cancer*. 2018 Feb;28(2):385-393.
27. Baker, W. D., Pierce, S. R., Mills, A. M., Gehrig, P. A., & Duska, L. R. Nonoperative management of atypical endometrial hyperplasia and grade 1 endometrial cancer with the levonorgestrel intrauterine device in medically ill post-menopausal women. *Gynecologic Oncology*, 146(1), 34–38 (2017).
28. Baker J, Obermair A, Gebski V, et al. Efficacy of oral or intrauterine device-delivered progestin in patients with complex endometrial hyperplasia with atypia or early endometrial adenocarcinoma: a meta-analysis and systematic review of the literature. *Gynecol Oncol*. 2012 Apr;125(1):263-70.
29. Randall, M. E., Filiaci, V. L., Muss, H., Spirto, N. M., Mannel, R. S., Fowler, J., ... Benda, J. A. (2006). Randomized Phase III Trial of Whole-Abdominal Irradiation Versus Doxorubicin and Cisplatin Chemotherapy in Advanced Endometrial Carcinoma: A Gynecologic Oncology Group Study. *Journal of Clinical Oncology*, 24(1), 36–44.
30. Brown, A. P., Gaffney, D. K., Dodson, M. K., Soisson, A. P., Belnap, T. W., Alleman, K., & Sause, W. T. (2013). Survival Analysis of Endometrial Cancer Patients with Positive Lymph Nodes. *International Journal of Gynecological Cancer*, 23(5), 861–868.
31. Jerzak KJ, Duska L, MacKay HJ. Endocrine therapy in endometrial cancer: An old dog with new tricks. *Gynecologic Oncology* 153 (2019) 175–183

24. 19. Você concorda que todos os pacientes com suposto estágio inicial de câncer endometrial recebem tratamento inicial exclusivo com HTA + SOB com ou sem linfonodo sentinela (de acordo com a disponibilidade) e definir adjuvancia com fatores histopatológicos uterinos? *

Marca solo un óvalo.

- Concordo
- Não concordo

25. 20. Você concorda, durante a pandemia, em adiar a histerectomia em anexo em pacientes com câncer de endométrio endometriode FIGO 1 sem infiltração miometrial demonstrada por RM, oferecendo-lhes tratamento hormonal temporário com DIU de levonorgestrel (quando o recurso está disponível)) ou terapia hormonal oral? *

Marca solo un óvalo.

- Concordo
- Não concordo

26. 21.Você concorda que pacientes com câncer endometrial em estágio avançado (III) submetidos a tratamento cirúrgico recebem tratamento adjuvante sequencial inicialmente com radioterapia e posteriormente com quimioterapia. Mas atrasar a quimioterapia durante a epidemia para tumores grau 1 e 2? *

Marca solo un óvalo.

- Concordo.
- Não concordo.

27. 22. Você consideraria apropriado oferecer manejo hormonal em pacientes paliativos com recidiva por câncer endometriode EC I e II da FIGO sem sintomas agudos, enquanto o tratamento com quimioterapia ou radioterapia (conforme apropriado) pode ser iniciado após o controle da pandemia? *

Marca solo un óvalo.

Concordo

Não concordo

Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios