



SOGIMIG
NÓS POR ELAS

Diretoria 2019-2021

Delzio Salgado Bicalho
Presidente

Ricardo Aureliano Diniz Veado
Vice-Presidente

Thelma de Figueiredo e Silva
Diretora Administrativa

Cassiano de Souza Moreira
Diretor-Adjunto

Clovis Antonio Bacha
Diretor Comercial e Financeiro

Ines Katerina Damasceno Cavallo Cruzeiro
Diretora Sociocultural

Marco Antonio Barreto de Melo
Diretor Científico

Inessa Beraldo de Andrade Bonomi
Diretora de Valorização e Defesa
Profissional

Marcio Alexandre Hipólito Rodrigues
Diretor de Relações Institucionais

Francisco Lirio Ramos Filho
Diretor de Ações Sociais

Eduardo Batista Cândido
Diretor de Ensino e Residência Médica

Gabriel Costa Osanan
Diretor de Marketing e Comunicação

Mucio Barata Diniz
Diretor de Tecnologia da Informação e
Mídias Sociais

Cláudia Lourdes Soares Laranjeira
Diretora das Vice-Presidências e Regionais

Conselho Consultivo

Alim Alves Demian

Angelica Lemos Debs Dinis

Cristiana Fonseca Beaumoud

João Pedro Junqueira Caetano.

João Tadeu Leite dos Reis

Juliana Coutinho Calcagno

Marcia Salvador Geo

Maria Paula Moraes Vasconcelos

Maria Tereza Maia Penido Rebello

Renata Murad Macedo

Conselho Consultivo Nato

Carlos Henrique Mascarenhas Silva

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Maria Ines de Miranda Lima

Marcelo Lopes Cançado

Victor Hugo de Melo



AV. JOÃO PINHEIRO, 161, SALA T09
CENTRO - BELO HORIZONTE/MG
31 3222-6599
WWW.SOGIMIG.ORG.BR
FACEBOOK.COM/SOGIMIG
INSTAGRAM.COM/SOGIMIG

Belo Horizonte, 7 de abril de 2020

Pandemia Covid-19: Orientações para o manejo de pacientes com câncer ginecológico

Eduardo Batista Cândido

Atualmente, tem-se observado uma crise mundial sem precedentes diante da crescente pandemia associada à infecção pelo novo coronavírus (Covid-19). Muitas estratégias têm sido traçadas para conter a disseminação desta doença, trazendo grande impacto sobre os numerosos profissionais de saúde que se unem para superar essa infecção trágica.

Vê-se também, neste novo cenário, uma preocupação pertinente, de médicos e pacientes, no manejo dos casos de câncer. Nesta situação especial, permanece necessário manter na ginecologia oncológica serviços médicos de alta qualidade e, ao mesmo tempo, garantir segurança não apenas das pacientes, mas também de seus familiares, da equipe médica e de todas as equipes responsáveis pelo cuidado ambulatorial e hospitalar.

Desta forma, estas recomendações baseadas em evidências, usando diretrizes estabelecidas, propõem estratégias para otimizar o atendimento de pacientes, oferecendo ao mesmo tempo, opções potenciais para aliviar a sobrecarga para o sistema de saúde quando os recursos têm sido direcionados para o atendimento direto dos casos afetados pelo coronavírus (Covid-19).

Esta proposta pretende ser uma ferramenta para orientação e, definitivamente, não tem a pretensão de alterar os padrões bem estabelecidos de boa prática em ginecologia oncológica. O objetivo é compartilhar opções na condução de pacientes diagnosticadas com câncer ginecológico durante esse período de crise global. Assim, deve-se reconhecer que, em muitos centros, o acesso à rotina de consultas e cirurgias pode estar completamente restrito. Faz-se crucial, nesse momento, explorar situações que reduzam o número de intervenções cirúrgicas associadas a um tempo operatório prolongado, que apresentem grande risco de perdas sanguíneas necessitando transfusão, ou que aumentem as chances de admissão em unidades de terapia intensiva (UTIs).



Consultas ambulatoriais

1. Restrição de consultas, mantendo-se apenas aquelas que se destinam a abordagem de novas pacientes, aos problemas oncológicos agudos ou aos casos de tratamento ativo da doença.
2. Limitar o número de médicos, profissionais de saúde e funcionários administrativos envolvidos na prestação de cuidados ambulatoriais, para minimizar exposição a todos os envolvidos.
3. Considerar restringir o número dos profissionais de saúde que sejam realmente fundamentais ao cuidado com o paciente. Assim, avaliar dispensar médicos residentes e estudantes de medicina no ambiente de atendimento ambulatorial.
4. Limitar os familiares acompanhantes a apenas um, quando considerado absolutamente necessário, como nas situações de limitações físicas e/ou psicológicas. Igualmente importante considerar que este acompanhante não tenha suspeita de infecção por Covid-19 ou não esteve em contato com alguém suspeito de exposição.
5. Adiar todo acompanhamento de rotina ou, se possível, e seguindo as normas vigentes, manter contato por telemedicina/web consultas, se os recursos permitirem, até que se considere seguro retornar aos procedimentos operacionais normais. Neste contexto, as pacientes precisam notificar a equipe de saúde quando do surgimento de qualquer novo problema, por telefone ou meios de comunicação disponíveis.
6. Considerar possibilidade de web consultas para questões importantes, a fim de permitir triagem adequada, mais segura e mais rápida.
7. Protelar qualquer tipo de intervenção que não seja absolutamente necessária, como exames de imagem de rotina ou dosagens de marcadores séricos em pacientes assintomáticas e sem evidência de doença, com base em avaliação mais recente.

Manejo de doenças

Câncer do Colo Uterino

1. Doença pré-invasora: De acordo com a Sociedade Americana de Colposcopia e Patologia Cervical (ASCCP), indivíduos com testes de rastreamento de câncer de colo uterino que apontem a presença lesões de baixo grau (L-SIL) podem ter adiamento das avaliações diagnósticas por 6 a 12 meses. Indivíduos com triagem cervical de alto grau (H-SIL) podem ter avaliação diagnóstica programada para os próximos 3 meses.

2. Câncer de Colo Uterino em estágio inicial: em um ambiente em que a cirurgia oncológica ainda é permitida, recomenda-se o prosseguimento do tratamento padrão. Entretanto, quando o acesso à cirurgia é limitado, essas etapas podem ser revistas. Desta forma, assegurar, por bons estudos de imagem, que a doença esteja localizada, como tomografia computadorizada, ressonância magnética ou PET-CT (se disponível) e, se houver estas prerrogativas de crise, considerar, pelo maior potencial de contaminação pelo Covid-19 (tempo cirúrgico prolongado ou possíveis complicações peri e pós-operatórias, com maior permanência hospitalar e consequente exposição), adiar procedimentos como traquelectomia radical ou histerectomia radical, por um período de 6 a 8 semanas ou até que se resolva a situação. No perfil microscópico de doença ou doença de baixo risco (<2 cm, histologia de baixo risco), considerar conização ou traquelectomia simples ± biópsia do linfonodo sentinela, se disponível e viável. Na condição de tumor visível, considerar possibilidade de quimioterapia neoadjuvante.

3. Doença localmente avançada: considerar o hipofracionamento em radioterapia (aumento dose por dia e reduzir o número de frações/dias) para reduzir a frequência em que o paciente precisa ir às consultas e tratamentos hospitalares. De acordo com a Sociedade Americana de Radioterapia, procedimentos de braquiterapia para pacientes com câncer do colo uterino não devem ser atrasados na ausência dos sintomas de Covid-19. Para pacientes em radioterapia, que necessitem consultas diárias, considerar alterar para visitas semanais presenciais em associação à telemedicina, a menos que seu exame físico seja necessário.

Câncer do endométrio

1. Pacientes de baixo risco: pacientes com doença bem diferenciada (G1) e com histologia de bom prognóstico, podem ser consideradas e alocadas para tratamento conservador com opções não cirúrgicas, incluindo terapia hormonal sistêmica ou dispositivos intrauterinos.

2. Pacientes de alto risco: em pacientes com doença de risco mais elevado (G2 ou G3 de diferenciação ou histologia de alto risco) deve ser considerada a histerectomia simples com salpingo-ooforectomia bilateral isoladamente com ou sem pesquisa de linfonodo sentinela, se disponível e possível, com tomada de decisão baseada em fatores de risco uterinos, no ato operatório. Assim também, há que se pesar para os e contras da abordagem laparoscópica (pneumoperitônio, intubação oro-traqueal...) em relação à laparotomia (maior permanência hospitalar, sangramento...) no contexto de Covid-19.

3. Doença avançada: Pacientes com doença avançada devem ser consideradas para biópsia endometrial a fim de confirmar o diagnóstico e prosseguir com a terapia sistêmica.

Câncer do ovário

1. Doença em fase inicial: Na suspeita de doença inicial, deve-se levar em consideração múltiplos fatores, como idade, histórico familiar de câncer de mama/ovário, exame físico, avaliação radiológica completa para se definirem as características morfo-estruturais tumorais (ultrassonografia pélvica com Doppler colorido,



ressonância magnética) e marcadores séricos, para avaliar o risco de malignidade da massa anexial e, conseqüentemente, definir a necessidade ou não de operar durante a pandemia.

2. Doença em fases avançadas: Em pacientes com doença em estágio avançado, deve-se considerar a realização de biópsia tecidual para confirmar o diagnóstico e prosseguir com a quimioterapia neoadjuvante até que essa crise seja resolvida e se considere cirurgia posteriormente.

3. Pacientes em quimioterapia: em pacientes que já iniciaram quimioterapia neoadjuvante, considerar estender o plano de tratamento para seis ciclos, ao invés de três, preterindo assim, a cirurgia de intervalo para a citorredução. No entanto, a decisão nesse cenário é altamente dependente da disponibilidade de recursos e acesso às operações na respectiva instituição, reconhecendo que ciclos adicionais de quimioterapia podem alterar a reserva da medula óssea e levar a uma maior suscetibilidade à infecção.

4. Pacientes com Tratamento Quimioterápico Concluso: Em situações de conclusão de quimioterapia adjuvante inicial com platina, considera-se não utilização de tratamento adicional. A terapia de manutenção pode exigir visitas repetidas para acompanhamento de toxicidade que pode trazer ônus adicional às pacientes, familiares e equipes de saúde pelo risco de maior exposição à infecção.

5. Traslado: Nas pacientes que viajam longas distâncias para tratamento, considerar a possibilidade de interação com oncologistas clínicos que atendam em suas respectivas localidades, para administração da terapia oncológica e acompanhamento presencial, associado à telemedicina, a fim de que se evitem viagens desnecessárias, principalmente por via aérea, e se aumentem ainda mais os riscos de exposição e infecção.

6. Doença recidivada: Pacientes com sinais de recidiva/progressão de doença, as decisões sobre o início de quimioterapia adicional devem ser baseadas no julgamento clínico e no potencial benefício com base nas informações disponíveis sobre os agentes a serem utilizados.

Gestão de cuidados paliativos e de suporte

1. É imperativo aos profissionais de saúde, familiares e cuidadores entenderem que, durante este período de crise, as mulheres diagnosticadas com câncer ginecológico permanecem com necessidades de manutenção das condições relacionadas à qualidade de vida, às metas de fim de vida, ao planejamento avançado dos cuidados, ao controle da dor e de outros sintomas.

2. A colaboração multidisciplinar deve ser implementada para fornecer “resposta rápida” e garantir que os cuidados de suporte sejam estabelecidos o mais rápido possível, aventando possibilidade de que sejam instituídos em local onde a paciente resida, a fim de proporcionar às pacientes cuidados abrangentes, e ao



mesmo tempo, aliviar a sobrecarga hospitalar destinando-se o maior número de leitos possível aos pacientes que necessitam de atenção médica aguda, relacionada ou não à doença do novo coronavírus.

3. O envolvimento da família é de extrema importância para as pacientes que requerem cuidados paliativos. Para esse fim, os centros são incentivados a implementar estratégias para educar as famílias sobre como fornecer a maioria ou todo arsenal para controle de sintomas e gerenciamento das necessidades físicas do paciente em casa.

À medida que as notícias sobre o coronavírus (Covid-19) se espalham por todo o mundo é inexorável o medo crescente entre nossa população, o que impacta obviamente os profissionais de saúde, que não estão apenas preocupados com seu próprio bem-estar e segurança, mas também com o de suas famílias. Nestes momentos de dificuldade, faz-se premente garantir que equipes de saúde em contato direto com os pacientes se utilizem de recursos seguros para expressar suas preocupações e abordar situações que limitem sua capacidade de oferecer o melhor cuidado a seus pacientes. Apoio e incentivo mútuo ao combate a esta grave pandemia é condição obrigatória.

Por fim, destaca-se que as recomendações aqui apresentadas têm caráter informativo e não se pretende, com isso, criar novos padrões de condução dos casos em ginecologia oncológica.

Está-se diante de uma crise mundial sem precedentes e por isso, estas orientações são de exceção e certamente não devem substituir as estratégias estabelecidas pelas autoridades nacionais/mundiais. Deve-se ajustá-las ao dinamismo da mudança nos diversos cenários estabelecidos por esta pandemia. Indubitavelmente, mantem-se o apoio irrestrito a todos os esforços contínuos na promoção do distanciamento social, higiene adequada e absoluto cumprimento das recomendações de agências como a Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil.

Instituições:

- Gynecologic Oncology, The University of Texas, MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas, USA.
- Obstetrics and Gynecology, Clinica Universidad de Navarra, MADRID, Spain
- Department of Gynecologic Oncology, Division of Cancer Medicine, The Norwegian Radium Hospital; Oslo University Hospital, Oslo, Norway.
- Woman and Child's Health Department, Università Cattolica del Sacro Cuore Facoltà di Medicina e Chirurgia, Roma, Roma, Italy.
- Medical Oncology, Clinica Universidad de Navarra, Madrid, Madrid, Spain.
- Radiation Oncology, The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Houston, Texas, USA.
- Gynecologic Oncology, Clinica ASTORGA, Medellin, Colombia.
- Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. [facs.org/covid-19/clinical-guidance/triage](https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/triage)
2. [cms.gov/files/document/31820-cms-adult-elective-surgery-and-procedures-recommendations.pdf](https://www.cms.gov/files/document/31820-cms-adult-elective-surgery-and-procedures-recommendations.pdf)
3. [facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case/gynecology](https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case/gynecology)
4. Shalowitz DI et al. Survival implications of time to surgical treatment of endometrial cancers. *Am J Obstet Gynecol* 2017;216(3):268 e1-68 e18.
5. Pergialiotis V et al. The impact of waiting intervals on survival outcomes of patients with endometrial cancer: A systematic review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;246:1-6.
6. Vergote et al. Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIc or IV ovarian cancer. *N Engl J Med* 2010;363(10):943-53.
7. Yu J, et al. SARS-CoV-2 Transmission in Patients with Cancer at a Tertiary Care Hospital in Wuhan, China. *JAMA Oncol.*2020;doi:10.1001/jamaoncol.2020.0980.
8. SGO. Surgical Considerations for Gynecologic Oncologists During the COVID-19 Pandemic Sean Dowdy, MD and Amanda Nickles Fader, MD
9. BMJ. Ramirez PT, et al. *Int J Gynecol Cancer* 2020;0:1–3. doi:10.1136/ijgc-2020-001419.