



A.C. Camargo Cancer Center

Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa

.....
Centro de Referência de Tumores Ginecológicos

câncer do colo do útero

Sumário

Introdução

Centro de Referência de Tumores Ginecológicos – câncer do colo do útero: o cuidado integrado e multidisciplinar desde a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do paciente..... 4

Entendendo seu diagnóstico 5

Câncer do colo do útero..... 5

Fatores de risco e prevenção..... 6

Processo de diagnóstico 7

Sinais e sintomas..... 7

Exames diagnósticos 8

Estadiamento..... 9

Entendendo seu tratamento 11

Compreendendo como é desenvolvido o plano de tratamento 12

Cirurgia de conização ou traquelectomia 13

Tratamento sistêmico 14

Quimioterapia 14

Radioterapia 15

Cartilha de direitos do paciente com câncer 16

Demais informações no site 16



Centro de Referência de Tumores Ginecológicos:

O cuidado integrado e multidisciplinar desde a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do paciente.

De acordo com as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (Inca), são esperados 16.370 casos novos de câncer do colo do útero em 2019, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a terceira posição no ranking nacional.

Combater o câncer é uma causa da humanidade. É a nossa causa. A integração de diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa do câncer é o modelo que adotamos no A.C. Camargo Cancer Center, assim como já é adotado nos principais *Cancer Centers* do mundo. Uma evolução do conceito de saúde em oncologia para aprofundar constantemente o combate à doença: o paciente é avaliado por um grupo multidisciplinar de especialistas em todas as etapas, desde o diagnóstico até a reabilitação.

Uma visão global e personalizada, porque cada paciente é único. Os atendimentos são segmentados de acordo com cada tipo de tumor. Assim, a paciente de Tumores Ginecológicos é atendida no Centro de Referência de Tumores Ginecológicos, consolidado por profissionais de cerca de 20 especialidades: cirurgião, anestesista, oncologista clínico, radioterapeuta, entre outros.

Como funciona: desde o primeiro contato, você é atendido por um especialista em câncer ginecológico. Se necessário, será direcionado para o Navegador, um profissional que vai orientá-lo e acompanhá-lo durante toda a sua jornada de cuidados.

O tratamento é definido em conjunto pela equipe multidisciplinar e considera todas as informações de cada paciente. É o tratamento pensado para você. Dependendo do caso, vai envolver várias equipes, como Fisioterapia, Nutrição, Psico-oncologia, Serviço Social, Cuidados Paliativos, Central da Dor, entre outras. Para a discussão de casos que fogem do padrão, temos os *Tumor Boards* - fóruns com especialistas de várias áreas que vão decidir a conduta terapêutica mais adequada.

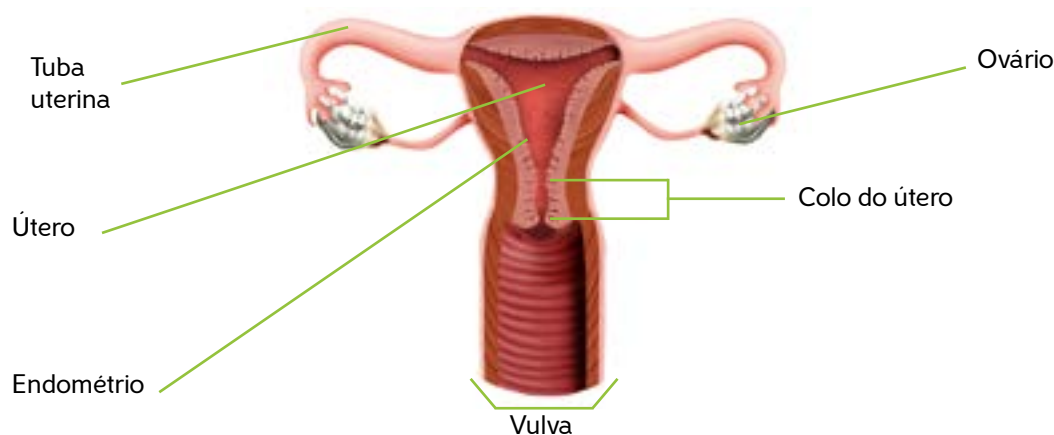
Todos os profissionais envolvidos no atendimento têm pleno conhecimento dos procedimentos a serem realizados. Essa visão do todo otimiza o custo do tratamento e também a vida do paciente, porque ele precisa vir menos vezes à unidade e a agenda é coordenada, de modo a agrupar as consultas e os exames. **Oferecemos o que você precisa com a melhor qualidade e no menor tempo.**

Parte da sua jornada será em um espaço acolhedor, a Unidade Pires da Mota, com iluminação natural, visual leve e agradável, pensado para humanizar o atendimento desde a recepção até os leitos. Uma experiência mais positiva: você vai poder fazer seus exames, confirmar diagnósticos e ter definido seu tratamento em um único lugar, fora do contexto hospitalar tradicional.

É a evolução no cuidado. Faz toda a diferença contar com um *Cancer Center*.

Entendendo seu diagnóstico

Os cânceres ginecológicos podem acometer vulva, vagina, colo do útero, corpo do útero (endométrio) e ovários.



O diagnóstico é baseado na história, no exame clínico e na análise anatomopatológica. Para avaliação completa, é necessário a realização de exames específicos, como ginecológicos, de sangue laboratoriais, ultrassonografia abdominal e pélvica, tomografias, ressonância magnética, PET-CT, colposcopia (exame do colo do útero), histeroscopia diagnóstica e videolaparoscopia, entre outros. A necessidade de cada um desses procedimentos e exames depende totalmente do quadro clínico e do tipo de tumor.

Câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero é uma doença que pode ser diagnosticada e tratada em seus estágios iniciais, além de ser evitada com uso de preservativo e, mais recentemente, com vacina. A incidência desse câncer vem caindo acentuadamente nos países ricos. Há uma década, a Austrália começou a vacinar suas crianças e já faz planos para a erradicação da doença. A principal causa do câncer do colo do útero é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), transmitido principalmente pelo contato sexual.

A incidência desse tipo de câncer é muito alta nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento e mais baixa nos países desenvolvidos, por causa do acesso regular a exames preventivos, como o Papanicolaou, que detecta a doença pré-câncer. Nos países pobres e em desenvolvimento, porém, a procura e o acesso ao exame ainda são problemáticos, o que explica a alta incidência da doença.

O útero tem duas partes: o colo, a região mais baixa e estreita do útero, que liga à vagina, e o corpo, onde se desenvolvem os bebês. O câncer de colo do útero, também chamado câncer cervical, tem início no seu tecido de revestimento e se desenvolve lentamente, com algumas células normais que se tornam pré-cancerosas e, mais tarde, cancerosas. Essas alterações recebem o nome de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) e tendem a se desenvolver lentamente. Em algumas mulheres, elas desaparecem sem necessidade de tratamento, mas em outras o tratamento é necessário. Há dois tipos principais de câncer do colo do útero: os carcinomas de células escamosas, que representam entre 80% e 90% dos casos, e os adenocarcinomas, de 10% a 20% do total.



Fatores de risco e prevenção

Alguns fatores aumentam o risco de desenvolver câncer, mas isso não significa que você vai ter câncer do colo do útero.

Infecção por HPV: é o mais importante fator de risco. O HPV é uma família com cerca de 140 tipos de vírus, alguns causam verrugas genitais (condiloma) e outros câncer do colo do útero, os chamados HPVs de alto risco. Os HPVs são transmitidos sexualmente e o risco de infecção é maior em quem tem início precoce da vida sexual e mantém relações sexuais sem preservativo. Atualmente, não existe cura nem tratamento diretamente contra o HPV, mas, em geral, a infecção desaparece. O exame de papanicolau detecta alterações nas células provocadas pelo HPV e, embora não haja tratamento para a infecção, o crescimento celular anormal que o vírus ocasiona pode e deve ser tratado. Embora seja o mais importante fator de risco para o câncer do colo do útero, a maioria das mulheres infectadas não desenvolve a doença.

O exame, que pode detectar as lesões pré-cancerosas causadas pelo HPV, consiste na análise microscópica de células do colo do útero obtidas por meio de uma leve raspagem. Depois dos 21 anos, todas as mulheres devem fazer o papanicolau anualmente. A partir dos 30 anos, podem fazê-lo a cada três anos, junto com o teste de DNA de HPV, se negativo. Mulheres expostas ao HIV ou com problemas no sistema imunológico devem fazer o exame anualmente. Mulheres com 65 anos ou mais que tiveram três ou mais testes normais em sequência (e nenhum resultado anormal em

10 anos) podem parar de fazer. Mulheres submetidas à histerectomia total (retirada do útero e colo do útero) por outro motivo que não o câncer ou a lesão pré-cancerosa também podem parar de fazer o exame. As submetidas à histerectomia parcial devem continuar com os exames de rotina. A vacina contra HPV deve ser aplicada em meninas e meninos antes do início da vida sexual e atualmente está disponível na rede pública e privada. A recomendação é vacinar meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos em duas doses (0 e 6 meses), respeitando o intervalo mínimo de seis meses entre elas. Há ainda a recomendação para vacinação em pessoas portadoras de HIV/ Aids e indivíduos submetidos a transplantes de órgãos sólidos, de medula óssea e pacientes oncológicos, entre 9 e 26 anos de idade, sendo que nessa população o esquema vacinal consiste na administração de três doses (0, 2 e 6 meses). Há duas vacinas no mercado: uma é eficaz contra as versões 16 e 18 do vírus, que respondem por até 70% dos casos de câncer de útero; outra eficaz contra os tipos 16 e 18 e contra as variedades 6 e 11, sendo os dois últimos responsáveis por 80% dos casos de condiloma (verrugas genitais).

Infecção por HIV: o vírus da Aids diminui as defesas do organismo e reduz a capacidade dele de combater o vírus e o câncer em seus estágios iniciais.

Fumo: mulheres fumantes têm duas vezes mais risco de ter câncer do colo do útero do que aquelas que não fumam.

Processo de diagnóstico

A colposcopia permite examinar o colo do útero por meio de um aparelho chamado colposcópio, que se assemelha a um par de binóculos. Ele produz uma imagem ampliada, entre 10 a 40 vezes, que possibilita que o médico identifique lesões imperceptíveis a olho nu. O diagnóstico definitivo é feito por meio de biópsia, que é a retirada de uma amostra de tecido, que vai ser analisada ao microscópio para ver se nela há células cancerosas.

Sinais e sintomas

Em seus estágios iniciais, o câncer do colo do útero geralmente não apresenta sintomas, esses só aparecem nos casos mais avançados. Contudo, eles não significam necessariamente que a mulher tem câncer. Os sintomas, como os citados abaixo, podem indicar vários outros problemas, mas revelam que é preciso consultar um médico.

- Secreção, corrimento ou sangramento vaginal incomum.
- Sangramento leve, fora do período menstrual.
- Sangramento ou dor após a relação sexual ou exame ginecológico.

Exames diagnósticos

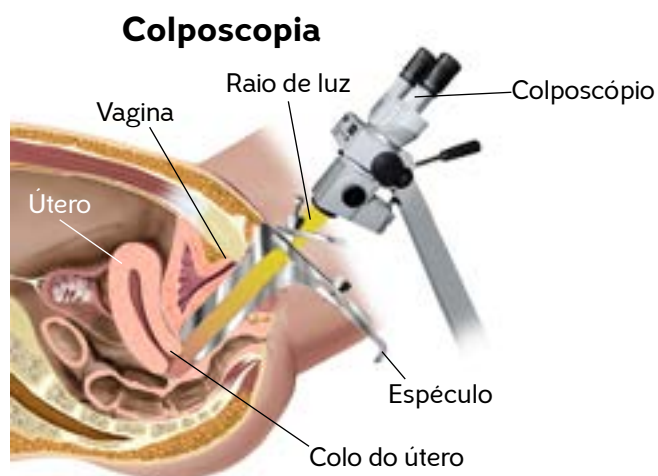
A história clínica do paciente, o exame físico e o resultado da colposcopia são utilizados para diagnósticos.

Com o colposcópio é possível examinar o trato genital inferior incluindo a vulva, a vagina, o epitélio do colo do útero e a parte do canal endocervical. É indicado realizar quando o colo está anormal ao exame, quando há queixa de sangramento após as relações sexuais ou presença de alterações ao exame de citologia (papanicolau).

O colposcópio é um aparelho com lentes de aumento, o que permite a colposcopista visualizar lesões não observadas a olho nu. Com a paciente em posição ginecológica, é colocado o espéculo vaginal, popularmente conhecido como bico de pato. Após a visualização do colo com o colposcópio uma primeira vez, o ácido acético é o primeiro líquido colocado sobre o colo do útero e na vagina para corar as células e permitir que o médico veja melhor onde as células anormais estão localizadas e o tamanho de todas as áreas anormais. Quando essa solução é utilizada, a paciente pode sentir uma sensação de queimação ou ardência leve.

O tamanho, tipo e localização de células anormais vão ajudar a determinar qual área ou áreas precisam ser biopsiadas. Essa informação vai ainda determinar quão grave é a anormalidade e também ajudar a determinar qual o tratamento. Quando monitorada e tratada precocemente, as áreas pré-cancerosas geralmente não evoluem para o câncer cervical. Anestesia não é normalmente usada antes da biópsia do colo uterino ou das paredes vaginais porque a biópsia provoca apenas um leve desconforto ou cólica para a maioria das mulheres. Mas o limiar de dor de cada pessoa pode variar. Converse com seu médico sobre isso.

Após essa visualização com ácido acético, em geral, é aplicado o lugol, substância à base de iodo, com a função de corar o colo do útero e as paredes vaginais para fornecer ainda mais informações. Pessoas com alergia a iodo devem informar ao médico para que essa parte do exame não seja realizada.



Estadiamento

Um sistema de classificação do câncer que estabelece a extensão da disseminação da doença. Para o câncer do colo do útero, é usado o estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que o classifica em estágios de 0 a IV.

Estágio I: carcinoma estritamente confinado ao colo uterino (não considerar extensão para o corpo uterino).

Estágio IA: carcinoma invasivo diagnosticado apenas por microscopia, com profundidade máxima de invasão $< 5 \text{ mm}^a$.

Estágio IA1: invasão estromal $< 3 \text{ mm}$ de profundidade a área invadida pelo câncer tem 3 mm de profundidade.

Estágio IA2: Invasão estromal $\geq 3 \text{ mm}$ e $< 5 \text{ mm}$ de profundidade.

Estágio IB: carcinoma invasivo com profundidade máxima de invasão $\geq 5 \text{ mm}$ (maior que no Estágio IA), lesão restrita ao colo uterinob.

Estágio IB1: carcinoma invasivo com profundidade de invasão estromal $\geq 5 \text{ mm}$, e $< 2 \text{ cm}$ em sua maior dimensão.

Estágio IB2: carcinoma invasivo $\geq 2 \text{ cm}$ e $< 4 \text{ cm}$ em sua maior dimensão.

Estágio IB3: carcinoma invasivo $\geq 4 \text{ cm}$ em sua maior dimensão.

Estágio II: Carcinoma invade além do útero, mas sem extensão ao terço inferior da vagina ou à parede da pelve.

Estágio IIA: acometimento limitado aos dois terços superiores da vagina, sem invasão de paramétrios.

Estágio IIA1: carcinoma invasivo com $< 4 \text{ cm}$ em sua maior dimensão.

Estágio IIA2: carcinoma invasivo com ≥ 4 cm em sua maior dimensão.

Estágio IIB: com invasão parametrial mas sem extensão à parede da pelve.

Estágio III: carcinoma acomete o terço inferior da vagina e/ou se estende à parede da pelve e/ou causa hidronefrose ou perda de função renal e/ou invade os linfonodos pélvicos e/ou para-aórticos.

Estágio IIIA: carcinoma acomete o terço inferior da vagina, mas sem extensão à parede pélvica.

Estágio IIIB: extensão à parede da pelve e/ou hidronefrose ou perda de função renal (exceto quando sabidamente decorrente de outras causas).

Estágio IIIC: invasão dos linfonodos pélvicos e/ou para-aórticos, independentemente do tamanho e extensão do tumor.

Estágio IIIC1: metástase somente em linfonodos pélvicos.

Estágio IIIC2: metástase em linfonodos para-aórticos.

Estágio IV: carcinoma estende-se além da pelve verdadeira ou envolve (com confirmação em biópsia) a mucosa da bexiga ou do reto. (Edema bolhoso, por si só, não permite que o caso seja classificado como Estágio IV).

Estágio IVA: disseminação para órgãos pélvicos adjacentes.

Estágio IVB: disseminação para outros órgãos à distância.

Entendendo seu tratamento

No cuidado do câncer, médicos de diferentes especialidades trabalham juntos para criar um plano de tratamento personalizado para cada paciente. As opções e recomendações dependem de vários fatores, incluindo o tipo de tumor, seu tamanho e a extensão de sua disseminação (classificado em diferentes estágios do câncer), idade e informações sobre os receptores hormonais e expressão da proteína do tumor. Além do câncer, o plano de cuidados incluirá também o tratamento de efeitos colaterais.

Antes do início do tratamento, é importante discutir os objetivos e os possíveis efeitos colaterais com o médico.

11

Pode fazer parte do plano de tratamento

- Cirurgia**
- Radioterapia**
- Quimioterapia**
- Terapia direcionada**
- Ensaio clínico**
- Cuidado paliativo**

Cada uma delas, sozinha ou combinada, pode ter como objetivo

- Retirar o câncer**
- Reduzir o crescimento do câncer**
- Reduzir o risco de disseminação do câncer para outras partes do corpo**
- Encolher o tumor para melhorar a operabilidade**
- Aliviar os sintomas**
- Gerenciar os efeitos colaterais**

Compreendendo como é desenvolvido o plano de tratamento

As opções de tratamento para o câncer do colo do útero dependem do estágio da doença. Basicamente, existem três opções: cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Muitas vezes, duas dessas abordagens podem ser usadas.

Há vários tipos de cirurgia, algumas envolvem apenas a lesão e outras compreendem a remoção do útero (histerectomia). Em alguns casos, ela pode ser feita por via minimamente invasiva, ou seja, robótica ou laparoscopia. A conização ou traquelectomia é a retirada de uma porção do colo do útero em forma de cone, usada como o único tratamento quando não há invasão dos tecidos.

12

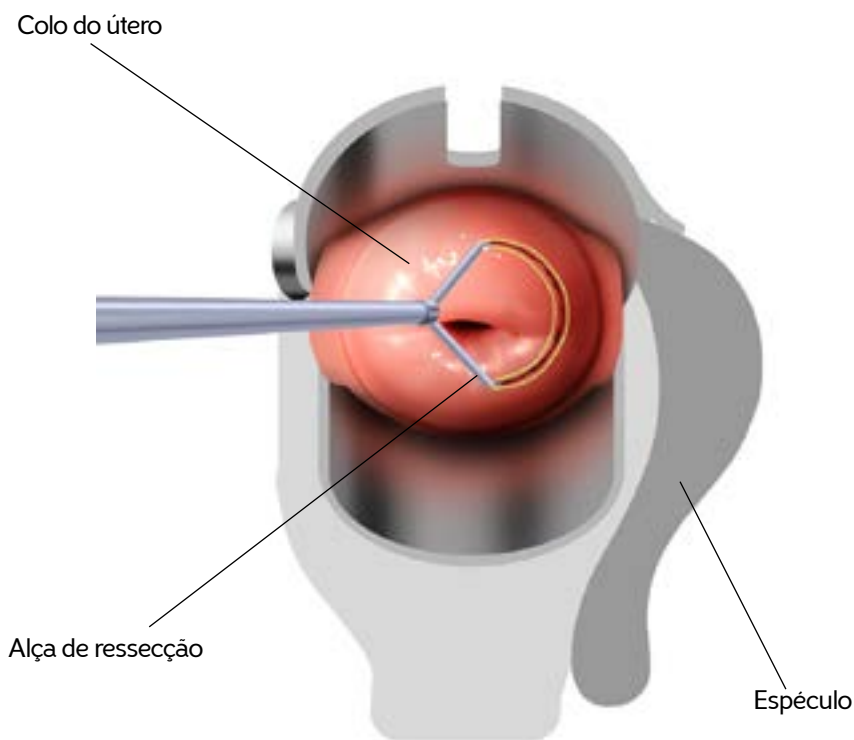
A histerectomia abdominal é a remoção do útero e do colo do útero por meio de incisão abdominal.

A salpingooforectomia bilateral envolve também a remoção de ovários e trompas. A histerectomia radical (histerectomia total ampliada ou operação de Wertheim-Meigs) consiste na retirada do útero com seus ligamentos (paramétrios) e da parte superior da vagina, além da remoção dos gânglios linfáticos pélvicos. Na exenteração pélvica, além da retirada do colo do útero, do útero e dos gânglios linfáticos, órgãos como bexiga e reto podem ser removidos.



Cirurgia de conização ou traquelectomia

A cirurgia de conização do colo do útero é bastante simples e rápida, durando aproximadamente 15 minutos. Ela pode ser feita via ambulatorial ou com sedação e tem objetivo de diagnóstico e em alguns casos de tumores muito iniciais de tratamento. A conização pode ser feita com uma alça de ressecção (CAF-cirurgia de alta frequência) e com um bisturi de lâmina fria. O melhor método é escolhido pelo seu médico.



Durante o exame, a mulher é colocada em posição ginecológica e o médico coloca o espécuro para observar o colo do útero. Depois, usando um pequeno laser ou um aparelho semelhante a um bisturi, o médico retira uma amostra de cerca de 2 cm, que será analisada em laboratório.

Tratamento sistêmico

O tratamento sistêmico pode utilizar a quimioterapia e terapia-alvo, explicadas nas seções abaixo.

Quimioterapia

A quimioterapia é uma modalidade de tratamento que utiliza medicamentos específicos para a destruição das células cancerosas. Como atuam em diversas etapas do metabolismo celular, as medicações alcançam as células malignas em qualquer parte do organismo, com o objetivo de diminuir ou parar a atividade do tumor.

A aplicação da quimioterapia é definida pelo médico oncologista e pode ser realizada durante a internação ou em ambulatório. O tratamento quimioterápico pode contar com um único medicamento ou com a combinação de vários deles (mistura de drogas e doses), por via intravenosa (na veia ou por cateteres) ou via oral (comprimidos ou cápsulas).

O tratamento pode ser indicado como terapia exclusiva, adjuvante ou neoadjuvante. A terapia exclusiva é quando o principal tratamento adotado para combater o câncer é o de quimioterapia. Adjuvante, é geralmente o tratamento complementar aplicado após o tratamento primário, como a cirurgia. E neoadjuvante é feito antes da cirurgia, utilizado para diminuir o tumor e a agressividade do procedimento.

Em todos os casos, o tratamento é acompanhado pelo médico oncologista, que avalia a eficácia da terapêutica adotada e decide, a partir dos resultados e das reações orgânicas apresentadas por cada paciente, a necessidade de adotar algum ajuste. Além da quimioterapia, existem outros medicamentos utilizados, como antagonistas hormonais, anticorpos monoclonais e algumas modalidades da chamada terapia-alvo dirigida.

Radioterapia

A radioterapia é um tratamento que utiliza a radiação para destruir ou impedir o crescimento das células de um tumor, controlar sangramentos e dores e reduzir tumores que estejam comprimindo outros órgãos. Durante as aplicações, você não conseguirá ver a radiação nem sentirá dor.

As doses de radiação e o tempo de aplicação são calculados de acordo com o tipo e o tamanho do tumor. Isso é feito de modo controlado para destruir as células doentes e preservar as saudáveis. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 70% dos pacientes com diagnóstico de câncer serão submetidos à radioterapia em alguma fase de seu tratamento.

O serviço de Radioterapia do A.C. Camargo Cancer Center – detentor do nível máximo de Acreditação pela Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), órgão das Nações Unidas (ONU) – atua de forma interdisciplinar e integrada com todos os outros serviços. É formado por médicos radioncologistas, físicos, dosimetristas e técnicos, além de contar com o apoio de outras equipes, como a Enfermagem e a Nutrição.

À disposição dos pacientes, está um completo parque tecnológico, que inclui aceleradores lineares de última geração e modernas técnicas de tratamento, como a Radioterapia Conformada ou Tridimensional (RT3D), Radioterapia Convencional (RT2D), Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT), Radioterapia Intraoperatória, Radiocirurgia ou Radioterapia Estereotáxica Fracionada (REF), Radiocirurgia (RCIR), Braquiterapia e Radioterapia Guiada por Imagem (IGRT).

A radioterapia tem papel adjuvante ou complementar à cirurgia, ou no caso de doença localmente avançada, tem intuito radical, ou seja, é a principal modalidade de tratamento. Muitas vezes, ela é empregada para reduzir o risco de recidiva local.

Cartilha de direitos do paciente com câncer

Para apoiar e auxiliar o paciente diagnosticado com câncer, elaboramos uma cartilha que reúne os direitos do paciente com câncer.

Essa foi a forma encontrada para demonstrar nossa preocupação também com algumas questões práticas, sociais e financeiras que afetam os pacientes. Essa compilação de legislações trata dos direitos das pessoas portadoras de câncer e/ou de doenças graves, sendo que o seu objetivo é facilitar o entendimento e auxiliar no processo de solicitação dos benefícios previstos em lei, que podem atenuar os impactos financeiros e sociais dos pacientes oncológicos.

Na cartilha dos Direitos do Paciente com Câncer, você encontra informações sobre:

- **Saque do FGTS;**
- **PIS;**
- **Compra de veículos adaptados ou especiais;**
- **Isenção de IPI, CMS e IPVA;**
- **Dispensa do rodízio de veículos;**
- **Transporte coletivo gratuito;**
- **Quitação de financiamento de imóvel;**
- **Compra de veículos adaptados ou especiais;**
- **Entre outros benefícios aos quais o paciente e sua família têm direito.**

Para consultar a cartilha, acesse
**[https://accamargo.org.br/pacientes-acompanhantes/
cartilha-dos-direitos-do-paciente-com-cancer](https://accamargo.org.br/pacientes-acompanhantes/cartilha-dos-direitos-do-paciente-com-cancer)**



A.C. Camargo Cancer Center

Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa

Central de Relacionamento:

11 2189-5000

Agendamento de consultas,
exames e informações.

Segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.

Sábado, das 8h às 14h.

centralderelacionamento@accamargo.org.br



www.accamargo.org.br

Dra. Raquel M. Bussolotti
Responsável Técnica
CRM - SP 77005