



A.C. Camargo Cancer Center

Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa

.....
Centro de Referência de Tumores Ginecológicos

câncer de endométrio

Sumário

Introdução

Centro de Referência de Tumores Ginecológicos – câncer de endométrio: o cuidado integrado e multidisciplinar desde a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do paciente.....	4
Entendendo seu diagnóstico	5
Câncer de endométrio.....	5
Fatores de risco e prevenção.....	6
Processo de diagnóstico.....	6
<i>Sinais e sintomas</i>	7
<i>Exames diagnósticos</i>	7
<i>Tipos histológicos</i>	8
<i>Estadiamento</i>	8
Entendendo seu tratamento	11
Compreendendo como é desenvolvido o plano de tratamento.....	11
Cirurgia.....	12
<i>Cirurgia por videolaparoscopia</i>	12
<i>Cirurgia robótica</i>	13
Tratamento sistêmico.....	14
<i>Quimioterapia</i>	14
Radioterapia.....	15
Braquiterapia.....	16
Cartilha de direitos do paciente com câncer	17
Demais informações no site.....	17



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 6.600 casos novos de câncer do corpo do útero (endométrio) em 2019, com risco estimado de 6,22 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a sétima 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 irá 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 de útero, corpo do útero (endométrio) e ovários.

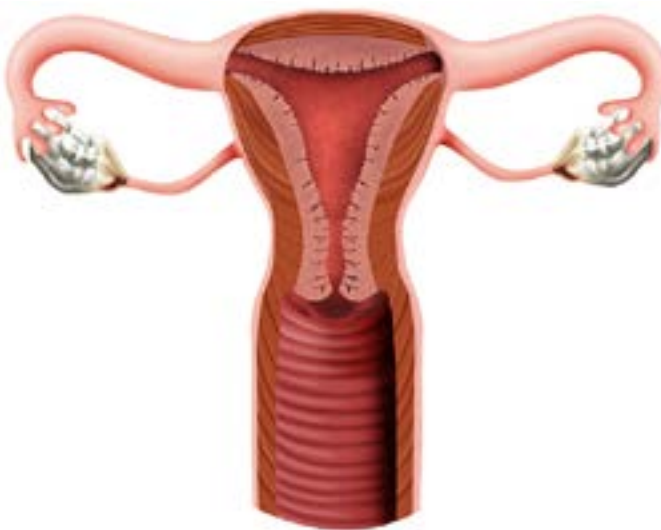
O diagnóstico é baseado na história, no exame clínico e na análise anatomopatológica. Para avaliação completa, é necessário a realização de exames específicos, como ginecológicos, de sangue laboratoriais, ultrassonografia abdominal e pélvica, tomografias, ressonância magnética, PET-CT, colposcopia (exame de colo de 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 de endométrio

Cerca de 95% das neoplasias malignas do corpo do útero têm origem no endométrio. O câncer de endométrio é a 7ª causa de câncer no mundo, sendo diagnosticados cerca de 200.000 novos casos por ano.

Usualmente acomete mulheres na pós-menopausa e com idade média de 60 anos. Cerca de 20% dos casos são diagnosticados em mulheres entre 40 e 50 anos.

O principal fator de risco para desenvolver o câncer de endométrio é a exposição contínua do endométrio ao hormônio estrogênio sem oposição da progesterona. A obesidade é importante fator de risco, tornando o câncer de endométrio uma das principais neoplasias relacionadas à obesidade.



Fatores de risco e prevenção

Alguns fatores aumentam o risco de desenvolver câncer, mas não significam que, necessariamente, a pessoa vai ter câncer de endométrio.

- **Idade:** geralmente ocorre em mulheres na pós-menopausa.
- **Estrogênio:** terapia de reposição hormonal, nunca ter tido filhos, menarca (primeira menstruação) precoce e menopausa tardia.
- **Hiperplasia atípica:** que é o espessamento do endométrio causado por exposição ao estrogênio, presente em mulheres que não ovulam todos os meses.
- **Síndrome do ovário policístico**
- **Obesidade**
- **Pressão alta**
- **Diabetes**
- **Câncer prévio:** câncer de mama e tratamento com tamoxifeno ou radioterapia na região pélvica.
- **Histórico familiar:** mulheres com síndrome de Lynch (um tipo de câncer de intestino hereditário) também correm maior risco de desenvolver câncer de endométrio.

Processo de diagnóstico

Para o diagnóstico de doenças relacionadas ao endométrio, é utilizado o método de ultrassom pélvico transvaginal, considerado a principal ferramenta de avaliação do endométrio, além do exame físico e sintomas que podem estar associados. Normalmente são solicitados pelo seu ginecologista em sua rotina ginecológica anual e, caso apresente alguma alteração, deve ser encaminhado para avaliação de um especialista.

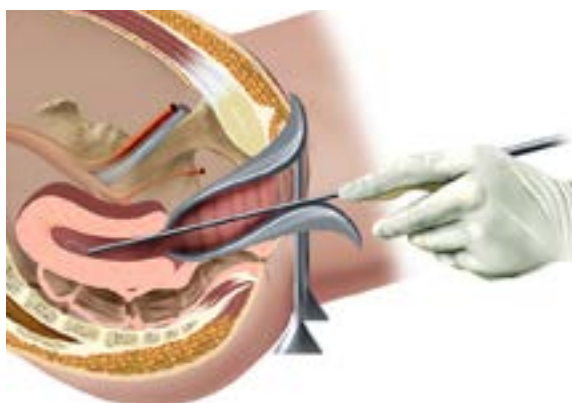
Sinais e sintomas

- **Sangramento anormal:** 90% das mulheres com câncer de endométrio têm sangramento vaginal anormal após a menopausa ou entre períodos menstruais. Entre 5% e 20% das mulheres na pós-menopausa com esse sintoma têm câncer de endométrio. Isso pode indicar uma série de outras doenças, mas é preciso consultar um especialista para saber a causa.
- **Dor na pelve**
- **Sentir uma massa nessa região**
- **Perda de peso inexplicável**

Exames diagnósticos

O principal método é a biópsia endometrial que pode ser realizada no consultório médico por meio de uma cureta de Pipelle/Novak ou sob anestesia no centro cirúrgico com histeroscopia/curetagem após a dilatação do canal endocervical.

Essas amostras são analisadas e o patologista informa se é câncer ou não. Se for, de que tipo de câncer se trata e seu grau. O grau, que vai de 1 a 3, indica a semelhança das células cancerosas com as células normais: quanto mais baixo o grau, menor o risco da mulher ter a doença avançada ou recidivas.



Também podem ser solicitados exames por imagens usados para verificar se o tumor se disseminou para outros órgãos, como o Raio-X de tórax, tomografia, ressonância magnética e tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT).

Tipos histológicos

O mais comum (80%) inclui a histologia endometriode e geralmente se origina de uma hiperplasia endometrial com atipia. Apresenta características menos agressivas e comumente expressam receptores de estrógeno e progesterona.

Outros tipos incluem variantes histológicas de alto grau e mais agressivas, como seroso e células claras.

Estadiamento

O estadiamento do câncer de endométrio é cirúrgico e, portanto, baseado nos achados anatomopatológicos da cirurgia. O procedimento a ser realizado para o estadiamento completo é: histerectomia total (retirada do corpo e colo uterino), salpingooforectomia bilateral (retirada dos ovários e trompas) e, em alguns casos, linfadenectomia (retirada de linfonodos) pélvica e retroperitoneal.

subtotal



total



radical



Com o resultado da cirurgia pode-se definir o estadiamento, que é uma forma de classificar a extensão do tumor e se ou quanto ele afetou os gânglios linfáticos ou outros órgãos. Para isso, é usada uma combinação de letras (T de tumor, N de nódulos ou gânglios linfáticos e M de metástase) e números de I (sem tumor, gânglios afetados ou metástase afetados) a IV, esse último indicando maior acometimento.

No caso do câncer de endométrio, o estadiamento usa também o estágio patológico, também chamado de estágio cirúrgico, que é determinado por meio da análise do tecido removido durante a cirurgia. O sistema usado atualmente para estadiamento desse tipo de câncer é o da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia).

Estágio I: T1, N0, M0 - o câncer está no corpo do útero e pode estar presente nas células glandulares do colo do útero, mas não no tecido conectivo (de sustentação) do colo do útero (T1). O tumor não atingiu os gânglios linfáticos próximos (N0) ou órgãos distantes (M0).

Estágio IA: T1a, N0, M0 - o câncer está no endométrio e pode estar em menos da metade da camada muscular do útero, o miométrio (T1a). O tumor não atingiu os gânglios linfáticos próximos (N0) ou órgãos distantes (M0).

Estágio IB: T1b, N0, M0 - o câncer avançou do endométrio para o miométrio e está em mais da metade da camada muscular, mas continua restrito ao corpo do útero (T1b). O tumor não atingiu os gânglios linfáticos próximos (N0) ou órgãos distantes (M0).

Estágio II: T2, N0, M0 - o câncer está crescendo em direção ao tecido conectivo de sustentação do colo do útero, chamado de estroma cervical. O câncer não se disseminou para fora do útero (T2). O tumor não atingiu os gânglios linfáticos próximos (N0) ou órgãos distantes (M0).

Estágio IIIA: T3a, N0, M0 - o câncer atingiu a superfície externa do útero, chamada de serosa, e/ou as trompas de Falópio ou os ovários (T3a). O tumor não atingiu os gânglios linfáticos próximos (N0) ou órgãos distantes (M0).

Estágio IIIB: T3b, N0, M0 - o câncer atingiu a vagina ou os tecidos ao redor do útero, o paramétrio (T3b). O tumor não atingiu os gânglios linfáticos próximos (N0) ou órgãos distantes (M0).

Estágio IIIC1: T1 a T3, N1, N1mi ou N1a, M0 - o câncer se desenvolve no corpo do útero, pode ter atingido alguns tecidos próximos, mas não atingiu o interior do reto ou da bexiga (T1 a T3). O câncer atingiu os gânglios linfáticos da pelve (N1, N1mi ou N1a), mas não os gânglios linfáticos em torno da aorta ou órgãos distantes (M0).

Estágio IIIC2: T1 a T3, N2, N2mi ou N2a, M0 - o câncer se desenvolve no corpo do útero, pode ter atingido alguns tecidos próximos, mas não atingiu o interior do reto ou da bexiga (T1 a T3). O câncer atingiu os gânglios linfáticos ao redor da aorta (N2, N2mi ou N2a), mas não órgãos distantes (M0).

Estágio IVA: T4, qualquer N, M0 - o câncer atingiu o revestimento interno (mucosa) do reto ou da bexiga (T4). Ele pode ou não ter atingido os gânglios linfáticos próximos (qualquer N), mas não atingiu órgãos distantes (M0).

Estágio IVB: Qualquer T, qualquer N, M1 - o câncer atingiu os gânglios linfáticos da virilha, o trato digestivo alto, o omento (camadas do peritônio que ligam os órgãos abdominais) ou órgãos distantes do útero, como fígado, pulmões ou ossos (M1). O tumor pode ter qualquer tamanho (qualquer T) e pode ou não ter atingido outros gânglios linfáticos (qualquer N).

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. A pesquisa de mutações em genes relacionados aos cânceres hereditários também poderá fazer parte dessa avaliação. 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.

Pode fazer parte do plano de tratamento

- Cirurgia**
- Radioterapia**
- Quimioterapia**
- Terapia hormonal**
- Terapia direcionada**
- Ensaio clínico**

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

A cirurgia é o tratamento padrão para o câncer de endométrio, consistindo em histerectomia (remoção do útero), geralmente acompanhada por retirada das trompas e dos ovários (salpingooforectomia bilateral) e dos gânglios linfáticos da pelve e retroperitônio. O procedimento pode ser feito com técnicas minimamente invasivas, como laparoscopia e cirurgia robótica, sendo considerado o padrão ouro do estadiamento do câncer de endométrio. Dependendo do tipo de câncer e de seu estadiamento, quimioterapia e radioterapia também podem ser usadas no tratamento.

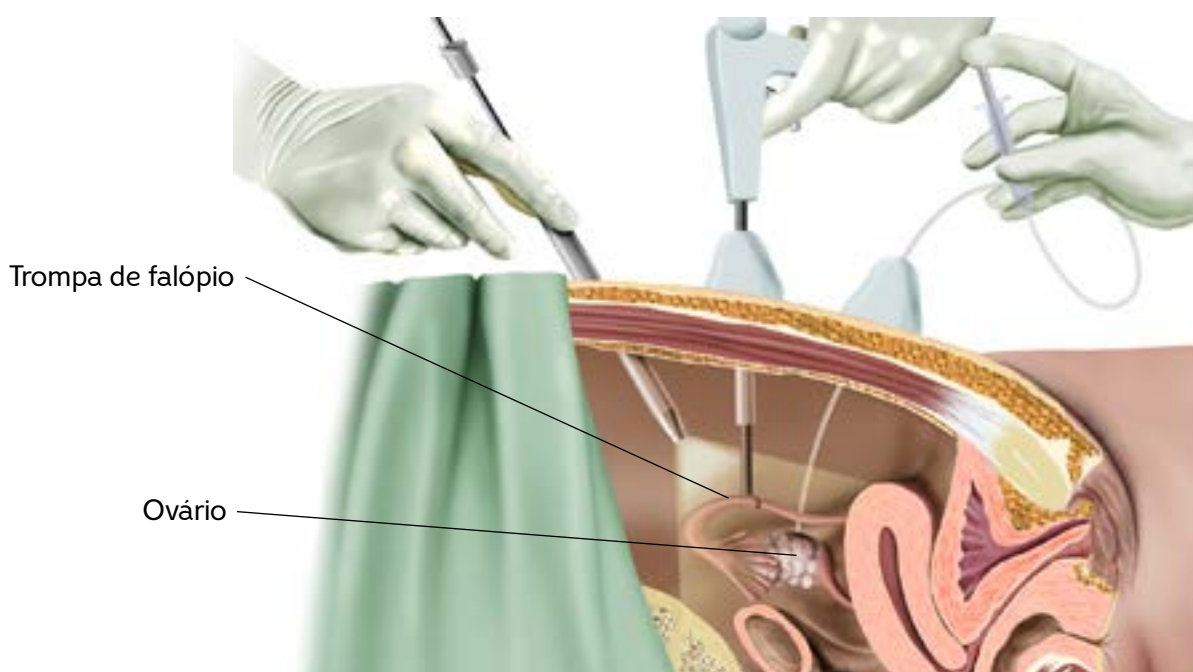
Cirurgia

A histerectomia total com salpingooforectomia bilateral é o tratamento fundamental do câncer de endométrio. Na última década, com o advento da cirurgia minimamente invasiva, podendo ser por videolaparoscopia ou cirurgia robótica, trouxe como principais benefícios a menor incidência de complicações e a recuperação pós-operatória mais rápida (menos dor, menor tempo de internação e retorno mais rápido ao trabalho).

Cirurgia por videolaparoscopia

A cirurgia de histerectomia minimamente invasiva é quando o médico no ato cirúrgico realiza de 3 a 6 furinhos na região, por onde entrará uma microcâmera com uma fonte de luz para observar o interior do organismo e os instrumentos necessários para cortar e remover o órgão ou alguma parte afetada, deixando cicatrizes muito pequenas com cerca de 1,5 cm. O médico conseguirá observar a área interna através de uma pequena câmera que entra no organismo e vai gerar a imagem no computador, sendo esse técnica conhecida por videolaparoscopia.

Assim, são retirados o útero e os ovários e enviados a análise da patologia para definição diagnóstica.



Cirurgia robótica

O robô cirúrgico é um dispositivo computadorizado controlado por médico cirurgião experiente que pode ser programado para auxiliar o posicionamento e manipulação de instrumentos cirúrgicos.

O equipamento é formado por um console que funciona como uma base de controle, na qual o cirurgião principal fica sentado manipulando os braços do robô remotamente.

A cirurgia robótica é normalmente indicada para procedimentos antes realizados apenas por videolaparoscopia. Desde a década de 1980, os robôs cirúrgicos foram desenvolvidos para vencer as limitações da laparoscopia, como a visualização 2D, a articulação incompleta de instrumentos e as limitações da posição dos cirurgiões.

O objetivo da cirurgia laparoscópica assistida por robô é ajudar os cirurgiões a melhorar a assistência, tornando o procedimento mais preciso, com menor perda de sangue, melhor recuperação e alta mais precoce.

Cirurgia laparoscópica assistida por robô tem todas as vantagens da cirurgia minimamente invasiva por videolaparoscopia, incluindo menor dor pós-operatória, incisões mínimas, menor tempo de internação, menor tempo de recuperação e retorno mais rápido ao trabalho, acrescentando ainda mais precisão e maior conforto para o cirurgião, aumentando a segurança da paciente.

Tratamento sistêmico

O tratamento sistêmico pode utilizar a quimioterapia, terapia-alvo ou a imunoterapia, 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).

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.

Um completo parque tecnológico está à disposição dos pacientes, incluindo 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 principalmente adjuvante (após a cirurgia) ou complementar à cirurgia. É empregada muitas vezes para reduzir o risco de recidiva local.

Braquiterapia

Técnica em que o material radioativo, na forma de sementes, fios ou placas, fica em contato direto com o tumor. A exemplo do que ocorre na radioterapia externa, para a realização de braquiterapia, é necessário fazer simulação prévia, por técnica convencional ou tridimensional. A escolha depende da avaliação individual de cada caso e do planejamento do tratamento.

A braquiterapia em cúpula vaginal (modalidade de radioterapia localizada) é adequada para evitar a recidiva local e tem menos morbidade que a radioterapia externa por não atingir outros órgãos.

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, ICMS 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