

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2012
112 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

NÚMERO: 015/2012

DATA: 19/12/2012

ASSUNTO: Seguimento das Doentes Tratadas por Cancro Invasivo do Colo do Útero

PALAVRAS-CHAVE: Cancro do Colo do Útero

PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

I – NORMA

1. Todas as mulheres submetidas a tratamento por cancro invasivo do colo do útero devem ter seguimento regular com o objetivo de identificar e controlar potenciais complicações dos tratamentos, diagnosticar eventuais persistências tumorais, recidivas loco-regionais ou metástases à distância. (*Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I*)
2. O seguimento deve decorrer nas instituições de referência oncológica durante pelo menos 5 anos. A partir do 6º ano, desde que não haja evidência de recidiva loco-regional ou metástases, pode ser realizado noutra instituição. São exceção a esta norma as doentes oriundas países estrangeiros com quem Portugal tem acordos de colaboração, que devem ser seguidas no seu país de origem. (*Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I*)
3. No 1º ano após o tratamento a doente deve fazer consulta quadrimestral e citologia anual (*Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I*).
4. No 2º ano após o tratamento a doente deve fazer consulta semestral e citologia anual (*Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I*).
5. Nos 3º, 4º e 5º anos após o tratamento a doente deve fazer consulta e citologia anuais (*Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I*).
6. No 6º ano e seguintes após tratamento a doente deve fazer consulta médica anual (*Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I*).
7. Outros exames complementares de diagnóstico, requisitar em função da sintomatologia e do exame clínico (*Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I*).
8. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se em Anexo.
9. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

10. A atual versão da presente Norma poderá ser atualizada de acordo com os comentários recebidos durante a discussão pública.

II – CRITÉRIOS

- A. A vigilância de rotina permite uma avaliação dos tratamentos e suas consequências, e oferece suporte psicológico à doente e família.
- B. A recidiva ocorre em cerca de 75% dos casos nos 2 primeiros anos e é pouco frequente a partir do 4º ano.
- C. Nas doentes hysterectomizadas a citologia da cúpula vaginal é anormal em 75% dos casos de recidiva a esse nível.
- D. Só a recidiva única ou pélvica central tem possibilidades de cura, situação que, na maior parte dos casos, é diagnosticada pelo exame clínico e citologia.
- E. Cerca de 70% das recidivas na cúpula vaginal são diagnosticadas em doentes assintomáticas, mas a maioria das recidivas fora da pélvis são detetadas em doentes sintomáticas.
- F. A consulta implica, nos cinco primeiros anos, um inquérito sintomático exaustivo e o exame clínico com pesquisa de adenomegalias supra-claviculares e inguinais, exame ginecológico e toque rectal.
- G. Os exames complementares de diagnóstico (SCC, TAC, RM ou PET-TC) realizados a intervalos regulares não beneficiam as doentes, pelo que apenas devem ser efetuados em função da sintomatologia e exame clínico. A realização da PET está justificada na doente com recidiva pélvica central ou com presumível metástase única e com eventual indicação cirúrgica.
- H. Toda a suspeita de recidiva deverá, sempre que possível, ter uma confirmação histológica.

III – AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- D. A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- E. A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
 - i. % de mulheres com consulta médica anual ao 5 ano após diagnóstico.

- (i) Numerador: Número de mulheres com diagnóstico de cancro invasivo do colo do útero (X75) em (n-5) anos, com consulta médica em (n).
- (ii) Denominador: Número de mulheres com diagnóstico de cancro invasivo do colo do útero (X75) em (n-5) anos.
- ii. % de mulheres com diagnóstico de cancro invasivo do colo do útero em (n-2) anos, com 2 ou mais consultas realizadas, com citologia anual registada em (n), no processo clínico.
 - (i) Numerador : Número de mulheres com diagnóstico de cancro invasivo do colo do útero em (n-2) anos, com 2 ou mais consultas realizadas, com citologia anual em (n).
 - (ii) Denominador: Número de mulheres com diagnóstico de cancro invasivo do colo do útero em (n-2) anos.

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- A. O seguimento das doentes tratadas por carcinoma invasivo do colo do útero é fundamentalmente clínico.
- B. A realização de MCD de rotina no seguimento das doentes com cancro do colo do útero não contribui significativamente para a melhoria do intervalo livre de doença e da sobrevivência global.
- C. A realização de MCD em função do exame clínico e sintomatologia da doente contribui para a deteção da recidiva e respetivo tratamento.

V – APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- B. Carlos Manuel Domingues Freire de Oliveira (coordenação científica), Daniel Pereira da Silva (coordenação executiva), Ana Francisca Machado Jorge, Fernando Luís da Cruz Fernandes Mota, Filomena Imaculada Adriana Nogueira Trindade dos Santos, José Paulo Ribas Guimarães dos Santos, Luísa Margarida Coelho Teixeira de Carvalho Guedes Pinto, Maria Deolinda Paulino Sousa Pereira, Paulo Alexandre Afonso Figueiredo Cortes, Teresa Margarida Rodrigues Roque Proença e Cunha.
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- D. Foi ouvido o Diretor do Programa Nacional para Doenças Oncológicas.
- E. Durante o período de discussão pública só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio, disponível no site desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

- F. Os contributos recebidos das sociedades científicas e sociedade civil em geral, sobre o conteúdo da presente Norma, serão analisados pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas, criada por Despacho n.º 12422/2011 de 20 de setembro e atualizado por Despacho n.º 7584/2012 de 1 de junho.

BIBLIOGRAFIA / REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

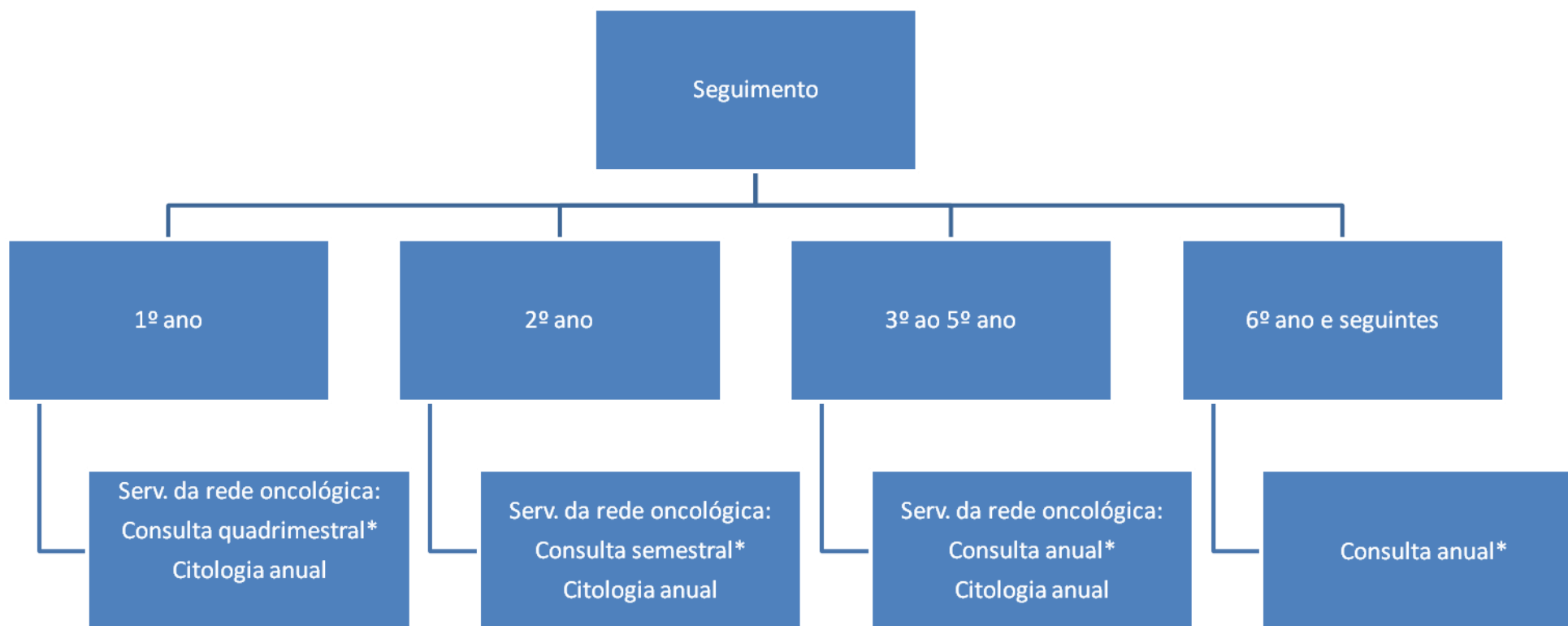
1. Beriwal S, Gan GN, Heron DE et al. Early clinical outcome with concurrent chemotherapy and extended-field, intensity-modulated radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007;68:166-171.
2. Chen N-J, Okuda H, Sekiba K. Recurrent carcinoma of the vagina following Okabayashi's radical hysterectomy for cervical cancer. *Gynecol Oncol* 1985;20:10-16.
3. Chung HH, Kim S-K, Kim TH et al. Clinical impact of FDG-PET imaging in post-therapy surveillance of uterine cervical cancer: from diagnosis to prognosis. *Gynecol Oncol* 2006; 103:165-170.
4. Chung HH, Jo H, Kang WJ, et al. Clinical impact of integrated PET/CT on the management of suspected cervical cancer recurrence. *Gynecol Oncol*. 2007; 104:529-534.
5. Consenso sobre Cancro Ginecológico da Sociedade Portuguesa de Ginecologia. www.spginecologia.pt, Out.2010.
6. Duyn A, van Eijkeran M, Kenter G, Zwinderman K, Ansink A. Recurrent cervical cancer: detection and prognosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:759-763.
7. Elit L, Fyles AW, Devries MC, Oliver TK, Fung-Kee-Fung M, Gynecology Cancer Disease Site Group. Follow-up for women after treatment for cervical cancer: a systematic review. *Gynecol Oncol* 2009; 114: 528-535.
8. Haie-Meder C, Morice P, Castiglione M on behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2010; 21 (Supplement 5): v37-v40.
9. Havrilesky LJ, Wong TZ, Secord AA, Berchuck A, Clarke-Pearson DL, Jones EL. The role of PET scanning in the detection of recurrent cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2003;90:186-190.
10. Krebs HB, Helmkamp BF, Seven B-U, Poliakoff SR, Nadji M, Averette HE. Recurrent cancer of the cervix following radical hysterectomy and pelvic node dissection. *Obstet Gynecol* 1982;59:422-427.
11. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology™. Cervical Cancer. v 1.2012. Available at: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical.pdf.
12. Neville T. Hacker and Michael Friedlander. Cervical Cancer. *Gynecological Oncology*, Fifth Ed., 2011.
13. Sakurai H, Suzuki Y, Nonaka T et al. FDG-PET in the detection of recurrence of uterine cervical carcinoma following radiation therapy - tumor volume and FDG uptake value. *Gynecol Oncol* 2006;100:601-607.
14. Shiromizu K, Kasamatsu T, Takahashi M, Kikuchi A, Yoshinari T, Matsuzawa M. A clinicopathological study of postoperative pulmonary metastases of uterine cervical carcinomas. *J Obstet Gynaecol Res* 1999;25:245-249.
15. Thomas GM, Dembo AJ, Black B, Bean HA, Beale FA, Pringle JR. Concurrent radiation and chemotherapy for carcinoma of the cervix recurrent after radical surgery. *Gynecol Oncol* 1987;27: 254-260.
16. Zola P, Fuso L, Mazzola S et al. Could follow-up different modalities play a role in asymptomatic cervical cancer relapses diagnosis? An Italian multicenter retrospective analysis. *Gynecol Oncol* 2007, 107(1 Suppl 1) : 150-154.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

Anexo I: Algoritmo clínico/árvore de decisão



* MCD em função do exame clínico e sintomatologia.