

MINISTÉRIO DA SAÚDE

TUMOR CEREBRAL NO ADULTO

PORTARIA CONJUNTA SCTIE/SAES/MS
Nº 7, DE 13 DE ABRIL DE 2020

DIAGNÓSTICO

A avaliação inicial compreende o exame físico e neurológico detalhados e exames de neuroimagem como tomografia computadorizada contrastada (TC), ressonância magnética (RM). O diagnóstico definitivo é firmado pelo estudo histopatológico. De acordo com o número de achados histopatológicos, os gliomas são classificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em:

Grau I:	Grau II:	Grau III:	Grau IV:
Lesões não infiltrativas, com baixo potencial proliferativo, sem atipias nucleares, mitoses, proliferação endotelial ou necrose	Lesões em geral infiltrativas, com atipias nucleares e baixo índice mitótico, sem proliferação endotelial ou necrose	Lesões infiltrativas, com dois critérios presentes, em geral atipias nucleares e alto índice mitótico;	Lesões infiltrativas, com três ou quatro critérios presentes.

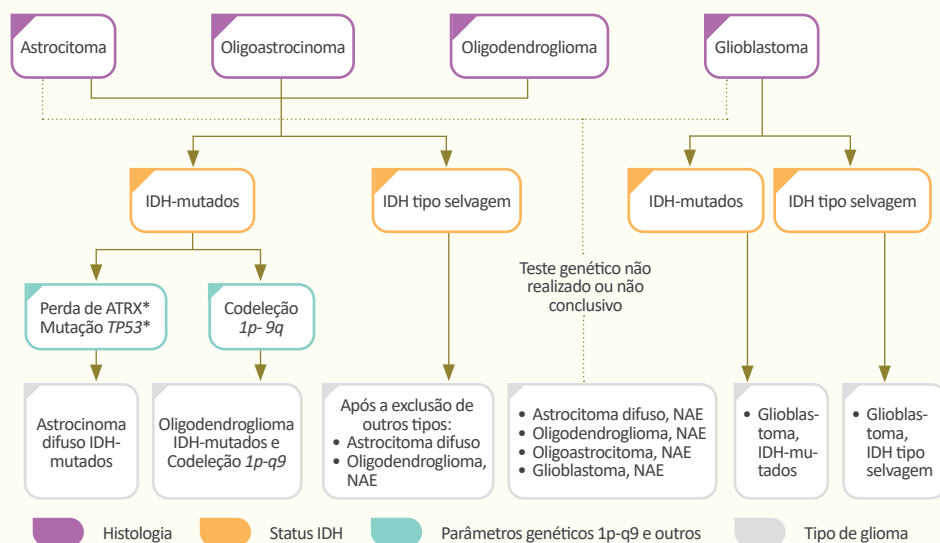
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA

A morfologia (M) das neoplasias correspondente aos gliomas malignos (/3) primários do cérebro (C71.-) encontra-se especificada ao final do Volume 1 da CID-10 (Recomenda-se consulta à página 7 da Portaria Conjunta Nº 7, de 13/04/2020).

CLASSIFICAÇÃO PATOLÓGICA SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

Com base na OMS, a classificação patológica dos gliomas cerebrais encontra-se na Figura 1 e no Quadro 1 que pode ser consultado na Portaria Conjunta Nº 7, de 13/04/2020.

Figura 1 – Classificação da Organização Mundial da Saúde de glioma difuso



* Característica, mas não necessária para o diagnóstico; IDH: fosfato-desidrogenase; ATRX: síndrome alfa talassemia/retardo mental ligada ao X; NAE: não anteriormente especificados.

INTRODUÇÃO

Os tumores cerebrais primários são um conjunto de neoplasias malignas originárias de células de sustentação do tecido nervoso (a glia). São tumores raros, correspondendo a 2% de todos os cânceres conhecidos. A sua evolução varia com a célula original e comportamento biológico tumoral, e alguns tipos mais agressivos ainda mantêm elevada mortalidade em adultos.

CID-10

- C71.0** Neoplasia maligna do cérebro, exceto lobos e ventrículos (neoplasia maligna supratentorial SOE)
- C71.1** Neoplasia maligna do lobo frontal
- C71.2** Neoplasia maligna do lobo temporal
- C71.3** Neoplasia maligna do lobo parietal
- C71.4** Neoplasia maligna do lobo occipital
- C71.5** Neoplasia maligna do ventrículo cerebral (exclui quarto ventrículo, C 71.7)
- C71.6** Neoplasia maligna do cerebelo
- C71.7** Neoplasia maligna do tronco cerebral (neoplasia maligna infratentorial SOE)
- C71.8** Neoplasia maligna do encéfalo com lesão invasiva (neoplasia maligna que comprometa dois ou mais locais contíguos dentro desta categoria de três algarismos, e cujo local de origem não possa ser determinado)
- C71.9** Neoplasia maligna do encéfalo, não especificado

TRATAMENTO

Os pacientes devem ser avaliados e o plano de tratamento determinado por uma equipe multidisciplinar especializada, incluindo neurocirurgião, oncologista clínico, radioterapeuta, patologista e neuroradiologista.

CUIDADOS GERAIS

Medicamentos utilizados nos cuidados clínicos gerais dos pacientes com gliomas:

CLASSE TERAPÊUTICA	EFEITOS COLATERAIS
Corticosteroides*	Efeitos tóxicos associados à exposição prolongada, como miopatia e fraqueza, linfopenia e risco de infecção, osteoporose e síndrome de Cushing. * Os níveis de glicose dos pacientes precisam ser monitorados
Antiepilépticos (São indicados em pacientes com convulsões)	Necessita-se cautela e vigilância com o uso de fenitoína durante a radioterapia, pelo risco de síndrome de Steven-Johnson. Igualmente, necessita-se vigilância com o uso de ácido valpróico por ele potencializar a fadiga e plaquetopenia, se em uso concomitante com a quimioterapia.
Anticoagulantes	Os pacientes com glioma apresentam risco aumentado de eventos tromboembólicos devido a um estado pró-trombótico induzido pelo próprio tumor, pela quimioterapia, pela imobilização e pelo uso de esteroides. A anticoagulação profilática não é recomendada, porém a investigação ativa faz-se necessária diante de suspeita de tromboembolismo e, se confirmado, este deverá ser tratado.

O tratamento dos gliomas é integrado em: **medicamentoso, radioterápico e cirúrgico** diferenciando-se quanto ao grau do tumor baixo (grau I e II) e alto grau (III e IV).

Gliomas graus I e II	Gliomas graus III e IV	Gliomas Especiais
Tratamento cirúrgico- tratamento de escolha para os casos de tumores primários do cérebro.		Gliomas de tronco cerebral em adultos
Radioterapia <ul style="list-style-type: none"> Radioterapia adjuvante de gliomas de baixo grau Radioterapia adjuvante concomitante à quimioterapia – Não recomendada Radioterapia exclusiva de gliomas de baixo grau Radioterapia nas recidivas de gliomas de baixo grau 	Radioterapia <ul style="list-style-type: none"> Radioterapia adjuvante de gliomas de baixo grau Radioterapia de gliomas de alto grau não ressecados 	A radioterapia representa a principal modalidade terapêutica para os gliomas de tronco cerebral, podendo levar a uma diminuição ou mesmo estabilização nas suas dimensões. Inexiste evidência de que a quimioterapia agregue benefícios quando associada à radioterapia.
Quimioterapia <p>Recomenda-se o uso da combinação de radioterapia 54 Gy em 30 frações associado a quimioterapia com PCV (6 ciclos (8 semanas cada ciclo) pós-radioterapia com procarbazina 60 mg/m², lomustina (CCNU) 110 mg/m² e vincristina 1,4 mg/m²).</p> <p>TMZ tem sido prescrita, mormente por seu perfil de segurança ou impossibilidade de uso do esquema PVC</p>	Quimioterapia <p>A TMZ é administrada diariamente (7 dias por semana) durante a radioterapia (concomitante) e, durante a fase de manutenção, durante 5 dias a cada 4 semanas por 6 meses, podendo este tempo ser estendido por 12 meses, de acordo com o protocolo institucional</p> <p>Glioma de alto grau após a recidiva nitrosureia (carmustina ou temozolomida), inclusive re-exposição a TMZ em dose protraída (50mg/m²), ou com lomustina ou irinotecano associada a bevacizumabe. Porém, muitos esquemas quimioterápicos são possíveis, em monoterapia ou em poliquimioterapia, utilizando carmustina, lomustina, irinotecano, temozolomida, bevacizumabe, procarbazina, carboplatina e vincristina.</p>	Gliomas do trato óptico <p>Glioma do trato óptico ocorre no trajeto dos nervos ópticos e frequentemente acomete crianças menores que 10 anos (75% dos casos). Cursa comumente com alteração da acuidade visual e protusão do globo ocular (proptose). O diagnóstico é feito com base nos achados clínicos e de imagem.</p> <p>A radioterapia normalmente é indicada em lesões progressivas ou refratárias.</p>

Recomenda-se consultar o item 6 da Portaria Conjunta Nº 7, de 13/04/2020 para maiores detalhes quanto ao tratamento para cada grau do tumor.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Idade ≥ 18 anos;

E

diagnóstico morfológico ou presuntivo de glioma.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Ficam excluídos da abrangência destas Diretrizes os casos de:

Tumor com elementos embrionários (meduloeptelioma, tumor neuroectodérmico primitivo, meduloblastoma, neuroblastoma, retinoblastoma e ependimoma);

tumor da região selar (adenoma hipofisário, carcinoma hipofisário e craniofaringioma);

tumor de origem linfo-hematopoética (linfomas, plasmocitoma e sarcoma granulocítico);

tumor de células germinativas (germinoma, carcinoma embrionário, tumor do seio endodérmico, coriocarcinoma, teratoma e tumores germinativos mistos);

tumores dos nervos cranianos e espinhais (neurofibroma, neurinoma e Schwannoma

E

metástase(s) cerebral(ais).

MONITORIZAÇÃO

EXAMES LABORATORIAIS PRÉVIOS À QUIMIOTERAPIA: hemograma, creatinina sérica, aminotransferases transaminases (ALT/TGP e AST/TGO), gama-glutamilttransferase (gamaGT) e glicemia.

EXAMES LABORATORIAIS DURANTE A RADIOQUIMIOTERAPIA: hemograma semanal.

EXAMES DE NEUROIMAGEM (TC/RM): pré-tratamento, 45-90 dias após a radioquimioterapia e ao término da quimioterapia pós-operatória.

CRITÉRIOS DE INTERRUPTÃO

A **radioterapia paliativa** deve ser suspensa na evidência clínico-neurológica progressão de doença.

A **quimioterapia** deve ser suspensa, temporária ou definitivamente, na ocorrência de:

Toxicidade clínica graus 3 e 4, conforme os parâmetros propostos pelo *National Cancer Institute* (EUA), de uso internacional

redução da capacidade funcional do doente para os níveis 3 ou 4 da escala de Zubrod

após seis ciclos de quimioterapia, nos doentes que recebem tratamento pós-operatório e não apresentam lesão residual;

a qualquer tempo, na evidência clínico-neurológica de progressão de doença

falta de adesão ao tratamento

manifestação voluntária do doente, após esclarecimento dos riscos envolvidos

REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Pacientes adultos com diagnóstico de neoplasia maligna cerebral devem ser preferencialmente atendidos em hospitais habilitados em oncologia com serviço de radioterapia e minimamente naqueles com suporte tecnológico suficiente para diagnosticar, tratar e acompanhar.

Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a qualquer medicamento e são aplicáveis às situações clínicas específicas para as quais terapias antineoplásicas medicamentosas são indicadas. Os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais termos abordados na DDT. A versão completa corresponde a PORTARIA CONJUNTA Nº 7, DE 13 DE ABRIL DE 2020 e pode ser acessada em <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Governo Federal