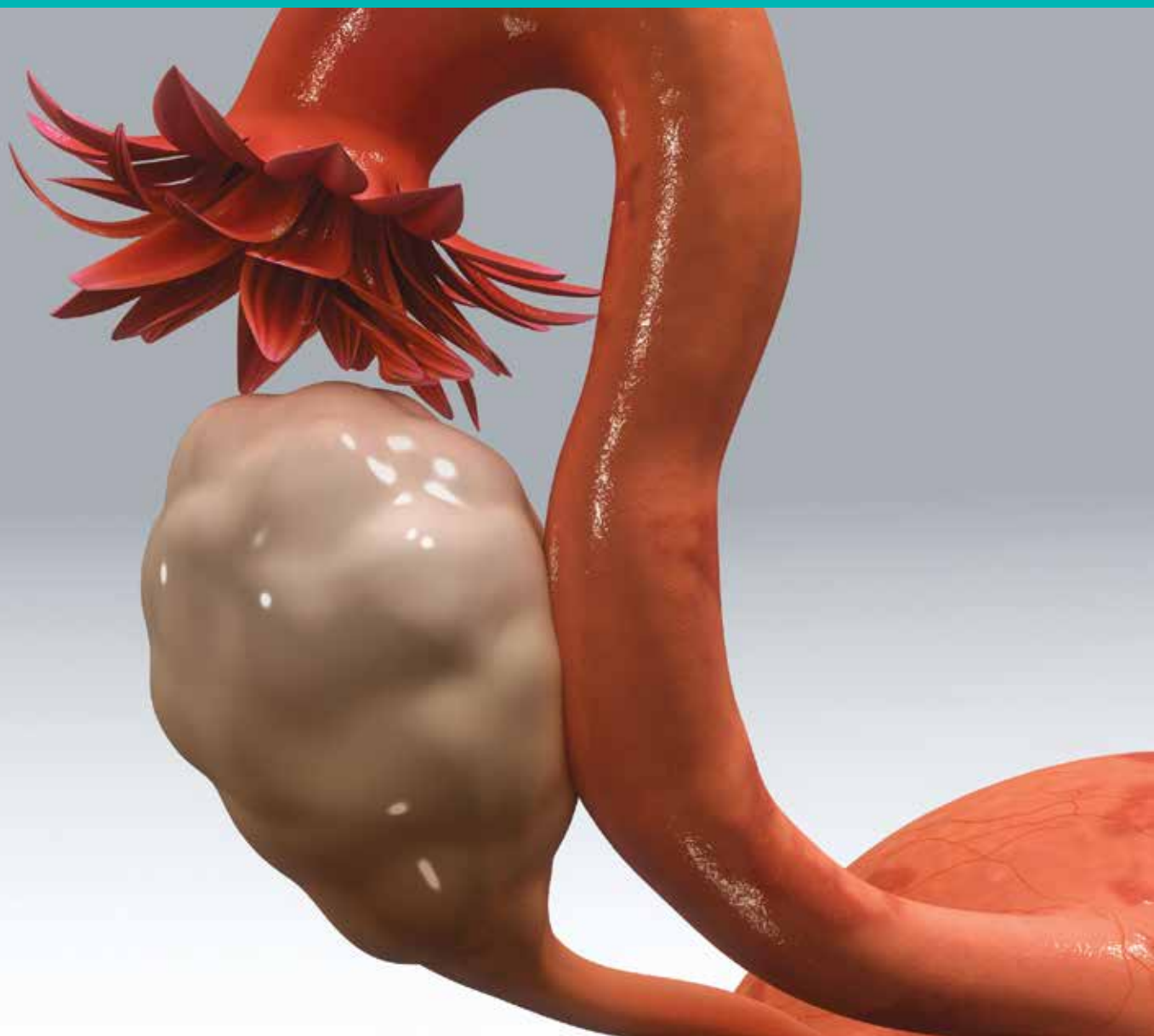




eva

Grupo Brasileiro
de Tumores
Ginecológicos

LINHA DE CUIDADOS EM CÂNCER DE OVÁRIO



Dra. Andréa Paiva Gadêlha Guimarães
Dr. Henrique Alkalay Helber
Dra. Larissa Müller Gomes
Dr. Renato Moretti Marques

Março 2025

ÍNDICE

Introdução	01
Câncer de ovário e sua linha de cuidados	02
Pilares do tratamento do câncer de ovário	03
Especialidades envolvidas	04
Jornada da paciente	07
Prevenção	08
Sinais e sintomas	09
Investigação diagnóstica	10
Avaliação pré-operatória: exames de imagem e estadiamento	12
Marcadores séricos em câncer epitelial de ovário	14
A importância do material anatomopatológico	16
Informações para cirurgiões e patologistas	18
Biomarcadores em câncer de ovário	19
Implicação genética no câncer de ovário	20
O que são os genes BRCA1 e BRCA2?	22
Distribuição genética no câncer de ovário	23
Como saber se existe alguma mutação?	24
O que é HRD e como pode ser identificada?	28
Estadiamento	30
Prognóstico	32
Prognóstico e sobrevida na era pré-iPARP	34
Pilares do tratamento primário de câncer de ovário	36
Discussão multidisciplinar em centros de referências no tratamento do câncer de ovário	38
Preparo da paciente: orientações nutricionais e cuidados pós-operatórios	40
Abordagem cirúrgica no câncer de ovário	42
Estádios iniciais (I e II)	43
Princípios cirúrgicos na abordagem da suspeita ou do câncer de ovário inicial	45
Laparotomia exploratória	46
Etapas da citorredução primária	48
Técnica de citorredução	50
Técnicas cirúrgicas: doença inicial I e II	52
Informações para cirurgiões e patologistas (cuidados com amostra tumoral)	54
Citorredução primária	55
Monitoramento da recuperação: parâmetros clínicos e laboratoriais	56
Complicações pós-operatórias	57
Cuidados pós-operatórios: priorizando a recuperação	58
Reabilitação e suporte multidisciplinar: a jornada da recuperação	60
Critérios para definição do tratamento sistêmico adjuvante após o tratamento cirúrgico nos estádios iniciais	61
Tratamento inicial estágio clínico I	62
Tratamento inicial estágio clínico II	63
Critérios para definição do tratamento sistêmico adjuvante após o tratamento cirúrgico nos estádios avançados	64
Estádios avançados III e IV	65
Qual a importância de conhecer o status de BRCA germinativo e HRD na doença avançada para o tratamento?	66
Quando o inibidor da PARP é recomendado em câncer de ovário?	67
Score de Kelim	68
Tratamento inicial estádios III e IV	70
Tratamento de manutenção	71
Tratamento da doença recidivada: acompanhamento a longo prazo e detecção precoce de recidivas	74
Tratamento da doença recidivada	76
Conceito de sensibilidade à quimioterapia baseada em platina	77
Pilares do tratamento da doença recidivada do câncer de ovário	78
Citorredução secundária	80
Fluxogramas de tratamento sistêmico da doença recidivada	82
Tratamento da doença recidivada platino-sensível	83
Tratamento da doença recidivada platino-resistente	84
Regimes de terapia sistêmica	85
Seguimento	86

1- INTRODUÇÃO

O câncer de ovário é uma das neoplasias mais desafiadoras no cuidado oncológico, exigindo atenção multidisciplinar e um manejo que começa muito antes do diagnóstico definitivo.

Profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na identificação precoce, no encaminhamento adequado e apoio à paciente durante toda a jornada de tratamento.

Este manual foi criado pensando em você, que está na linha de frente do cuidado. Nele, reunimos orientações práticas e objetivas sobre os principais aspectos da abordagem ao câncer de ovário desde os primeiros passos, como realização de biópsia e manejo do material, até os avanços da cirurgia, benefícios da quimioterapia e o papel dos tratamentos de manutenção.

Nosso objetivo é capacitar e fortalecer seu trabalho com informações claras e baseadas em evidências. Mais do que apresentar conteúdos técnicos, queremos destacar a importância de um cuidado centrado no paciente, com uma comunicação eficaz e sensível, que faz toda a diferença na experiência e nos resultados de quem enfrenta essa jornada.

Esperamos que este material seja um guia valioso e inspire você a continuar fazendo a diferença na vida das suas pacientes.

Bem-vindos a esta troca de conhecimento!

2- CÂNCER DE OVÁRIO E SUA LINHA DE CUIDADOS

O tratamento do câncer de ovário segue uma linha de cuidados que envolve prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Cada uma destas fases apresenta cuidados específicos, mas a junção destas que está relacionada a melhores desfechos.

3- PILARES DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE OVÁRIO



PREVENÇÃO

Engloba manter hábitos saudáveis de vida, como uma dieta balanceada, exercícios físicos, além da realização de exames regulares. Porém, até o momento não temos um método de rastreio eficaz em câncer de ovário.

DIAGNÓSTICO

Realização de exames laboratoriais e por imagem para determinar o estadiamento, ou seja, qual o tamanho do seu câncer e se ele se espalhou. Existem 4 estágios.



REABILITAÇÃO

Faz parte do tratamento a manutenção da qualidade de vida incluindo uma equipe multiprofissional formada por: nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, enfermeiros, educadores físicos, entre outros.

TRATAMENTO

O tratamento do câncer de ovário envolve cirurgia, quimioterapia e terapia de manutenção. A escolha é personalizada conforme cada característica da doença e da paciente.



4- ESPECIALIDADES ENVOLVIDAS

A jornada de cuidado do câncer de ovário, para ser mais eficaz e com melhor desfecho, necessita de uma abordagem multiprofissional, com diferentes olhares e nos diversos momentos, para melhores resultados finais, tanto em termos de tratamento quanto em preservação da qualidade de vida!

1- CIRURGIÃO ONCOLÓGICO / GINECOLOGISTA-ONCOLOGISTA:

Médico especializado e treinado no diagnóstico e na cirurgia do câncer ginecológico.

2- ONCOLOGISTA CLÍNICO:

Médico especialista no tratamento do câncer por meio de medicações como quimioterapia ou drogas-alvo.

3- RADIO-ONCOLOGISTA:

Médico especialista em tratar o câncer com radioterapia.

4- RADIOLOGISTA:

Médico responsável pela análise dos exames de imagem e, mesmo em algumas situações, por biópsias guiadas por imagem.

5- PATOLOGISTA:

Médico que analisa o material da biópsia ou da cirurgia e fornece o diagnóstico definitivo e as características específicas do tumor, que irão direcionar o tratamento.

6- EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:

Inclui ainda: enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, assistentes sociais, psicólogos, médicos geneticistas, paliativistas.



5- JORNADA DA PACIENTE





6- PREVENÇÃO

O câncer de ovário representa o câncer ginecológico de maior mortalidade.

Infelizmente ainda não existe um método eficaz de rastreio para diagnóstico precoce.

Cerca de 70% deles são diagnosticados em estádios avançados III ou IV.

7- SINAIS E SINTOMAS

Estádios iniciais podem não apresentar sintomas, o que dificulta o diagnóstico. Por este motivo, muitas vezes as pacientes recebem o diagnóstico em estádios mais avançados.

Apesar de muito inespecíficos, podemos citar alguns dos sintomas mais comuns:

- **DESCONFORTO ABDOMINAL OU PÉLVICO**
- **PLENITUDE PÓS-PRANDIAL**
- **NECESSIDADE MAIS URGENTE OU FREQUENTE DE URINAR E/OU CONSTIPAÇÃO**
- **SANGRAMENTO VAGINAL ANORMAL**
- **AUMENTO DO VOLUME ABDOMINAL**

8- INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

Esta fase consiste na busca baseada nos sinais e sintomas por fazer o diagnóstico definitivo, realização de anamnese adequada e completa, exame físico geral e ginecológico, exames de imagem, exames séricos e diagnóstico anatomopatológico, seja por amostragem guiada por imagem, ou abordagem cirúrgica.



9- AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA: EXAMES DE IMAGEM E ESTADIAMENTO

EXAMES DE IMAGEM

A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) são essenciais para:

- 1- Avaliar extensão do tumor.
- 2- Identificar metástases e determinar o grau de suspeição radiológica da doença.
- 3- Melhor definição das características anatômicas e extensão intra e extra-abdominal.
- 4- Possibilidade de ressecção cirúrgica da doença.

ESTADIAMENTO DA DOENÇA

1. Estadiamento é crucial para a escolha do tratamento adequado.
2. Definir o estágio da doença.
3. Definir prognóstico da paciente.



10- MARCADORES SÉRICOS EM CÂNCER EPITELIAL DE OVÁRIO

→ O QUE SÃO MARCADORES SÉRICOS?

São moléculas ou proteínas encontradas no sangue, de forma normal ou anormal e que podem estar relacionadas ao diagnóstico de algumas doenças como câncer.

→ QUAL O MARCADOR SÉRICO MAIS USADO EM CÂNCER DE OVÁRIO?

Marcador CA-125.

→ QUAL A RELEVÂNCIA?

Monitorar a resposta ao tratamento e prever o risco de recorrência.

Não serve como método de rastreio isolado na população geral.

01

CA-125: O CA-125 é um marcador tumoral frequentemente elevado no câncer de ovário, mas também pode ser encontrado em outras condições.

02

HE4: O HE4 é um biomarcador mais específico para o câncer de ovário, útil para o diagnóstico precoce e monitoramento da doença, mas pouco usado na prática diária.

03

CEA: O CEA, ou antígeno carcinoembrionário, pode ser usado para monitorar a resposta ao tratamento e o risco de recorrência, em casos específicos.

04

OUTROS: Outros biomarcadores, como CA19-9 e CA72-4 também podem ser utilizados em certos casos.

11- A IMPORTÂNCIA DO MATERIAL ANATOMOPATOLÓGICO

O material da biópsia, ou peça cirúrgica, é fundamental para diagnóstico definitivo e definição do tratamento. Neste saberemos se trata-se de carcinoma de alto ou baixo grau de ovário, a histologia, características imunohistoquímicas e moleculares.



12- INFORMAÇÕES PARA CIRURGIÕES E PATOLOGISTAS



01

TAMANHO DA AMOSTRA

Tamanho adequado para avaliação do patologista.



02

MELHOR MOMENTO PARA A COLETA

Pré-Tratamento: diagnóstico inicial.



03

TRANSPORTE RÁPIDO

Evitar atrasos.



04

TIPO DE AMOSTRA

Tecido: para mutações somáticas
Sangue: testes germinativos.



05

ARMAZENAMENTO DA AMOSTRA

Refrigeração - evitar degradação -
todo o material embebido em formol
tamponado.

13- BIOMARCADORES EM CÂNCER DE OVÁRIO

→ O QUE SÃO BIOMARCADORES?

São moléculas ou proteínas encontradas em fluidos ou tecidos, de forma normal ou anormal, que podem estar relacionadas ao diagnóstico de algumas doenças como câncer e ainda serem preditivos de resposta a um tratamento específico. No câncer de ovário estes podem ser avaliados por imunohistoquímica e através de análise molecular no material tumoral e/ou sangue.

→ QUAIS OS BIOMARCADORES MAIS USADOS EM CÂNCER DE OVÁRIO?

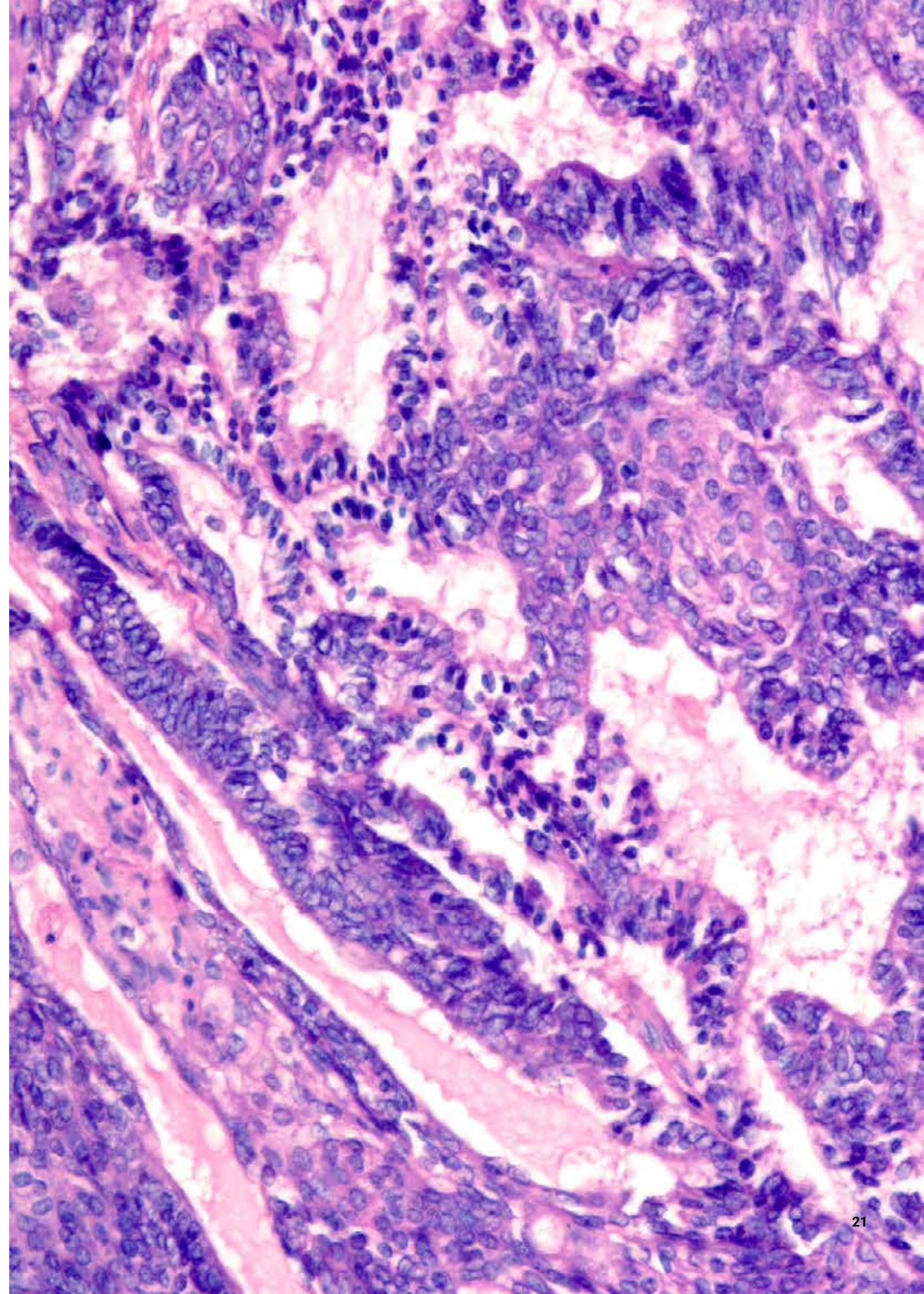
Mutação dos genes BRCA1e 2, HRD
(deficiência de recombinação homóloga).

→ QUAL A RELEVÂNCIA?

Podem ajudar a prever melhor resposta a um tratamento específico e identificar pacientes com melhor prognóstico.

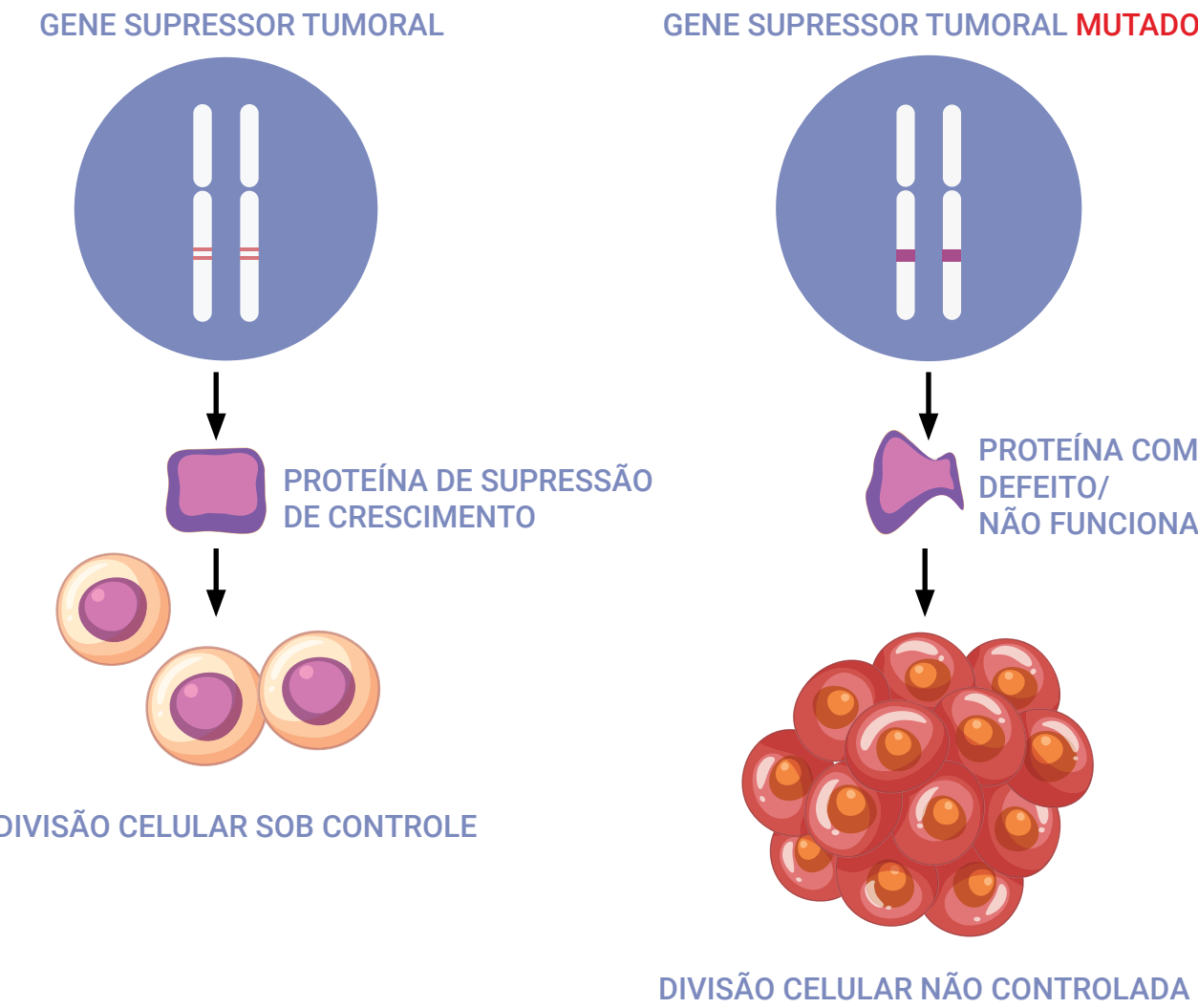
14- IMPLICAÇÃO GENÉTICA NO CÂNCER DE OVÁRIO

- O fator de risco mais importante para câncer de ovário está relacionado à presença de alterações em genes que compõe nosso DNA.
- Pelo menos 20 a 25% dos casos acontecem por tais alterações genéticas.
- Estas podem ser somáticas ou germinativas.
- Os principais genes relacionados ao câncer de ovário são o BRCA 1 e 2, quando mutados. Por isso é recomendado que qualquer paciente diagnosticada com câncer de ovário epitelial (o mais comum) seja submetida a testes genéticos.

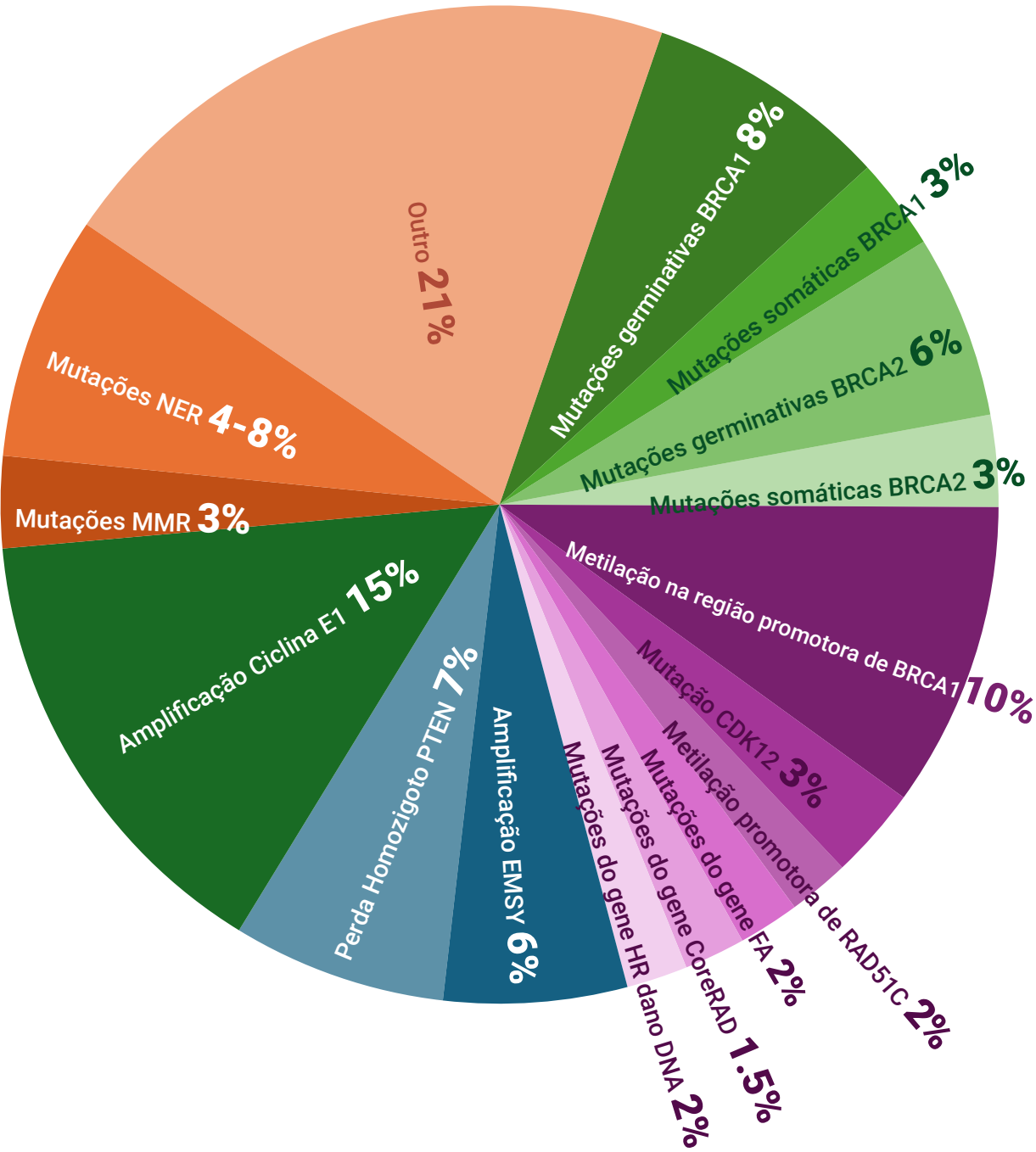


15- O QUE SÃO OS GENES BRCA1 E BRCA2?

São genes que sintetizam as proteínas denominadas supressoras tumorais, que normalmente controlam a divisão celular. Cerca de 25% das pacientes com câncer de ovário apresentam mutações nesses genes.



16- DISTRIBUIÇÃO GENÉTICA NO CÂNCER DE OVÁRIO



17- COMO SABER SE EXISTE ALGUMA MUTAÇÃO?

1- TESTE GERMINATIVO

OBJETIVO:

Detectar mutações que estão presentes em todas as células do organismo e que foram transmitidas aos descendentes.

FINALIDADE:

Definição terapêutica e aconselhamento familiar.

MATERIAL AVALIADO:

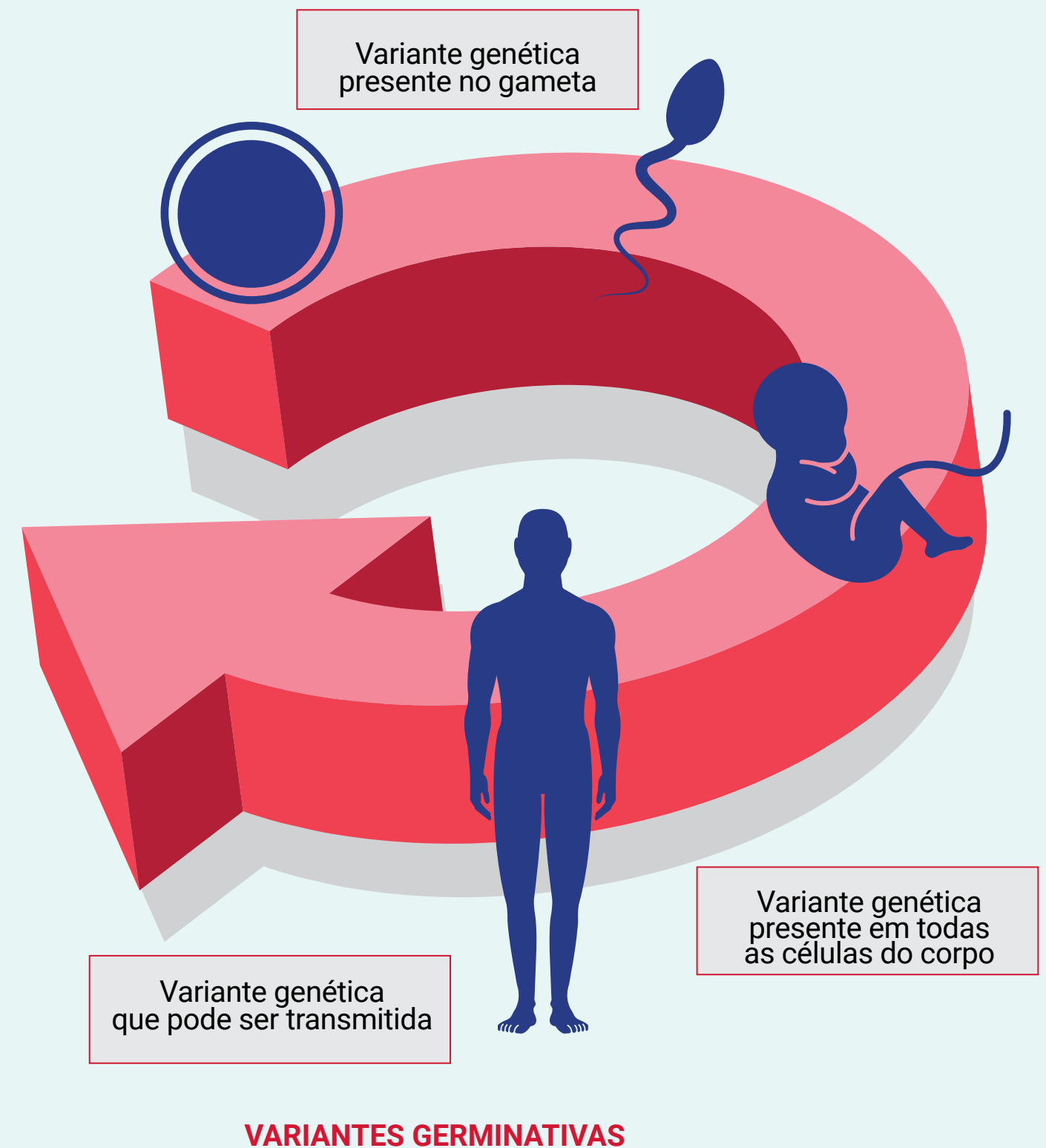
Sangue ou raspado de mucosa da boca.

MOMENTO:

Preferencialmente ao diagnóstico, mas deve ser realizado em qualquer momento desde o diagnóstico.

EXEMPLO:

Pesquisa de mutação nos genes BRCA1 e BRCA2.



17.1- COMO SABER SE EXISTE ALGUMA MUTAÇÃO?

2- TESTE SOMÁTICO

OBJETIVO:

Detectar mutações no DNA adquiridas ao longo da vida e que estão presentes apenas no tumor.

MATERIAL AVALIADO:

Amostra do tumor.

MOMENTO:

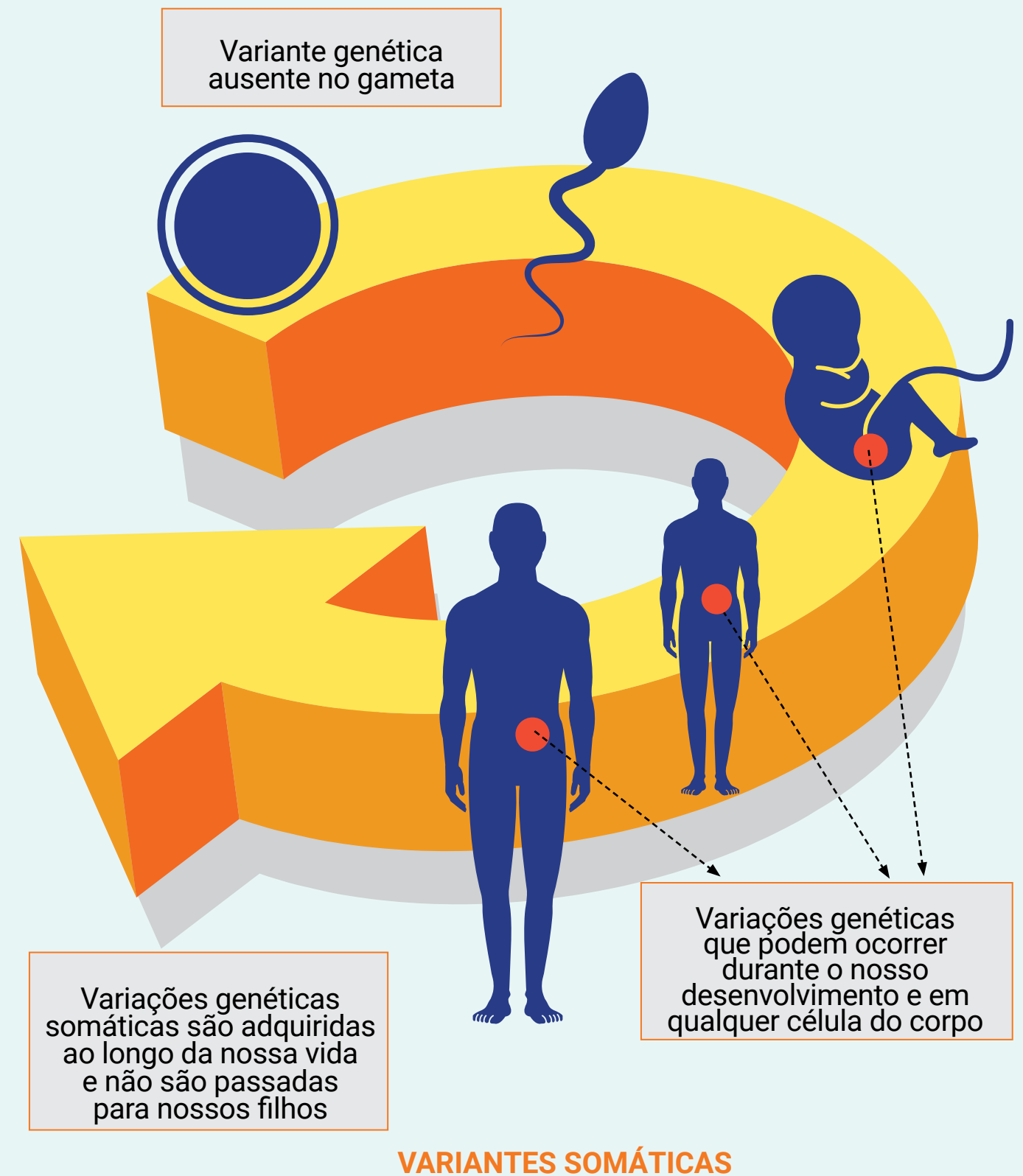
Preferencialmente ao diagnóstico, mas em qualquer momento desde o diagnóstico.

FINALIDADE:

Identificar possível alvo terapêutico que pode beneficiar a paciente com o uso de inibidores de PARP isolado ou combinado com antiangiogênico.

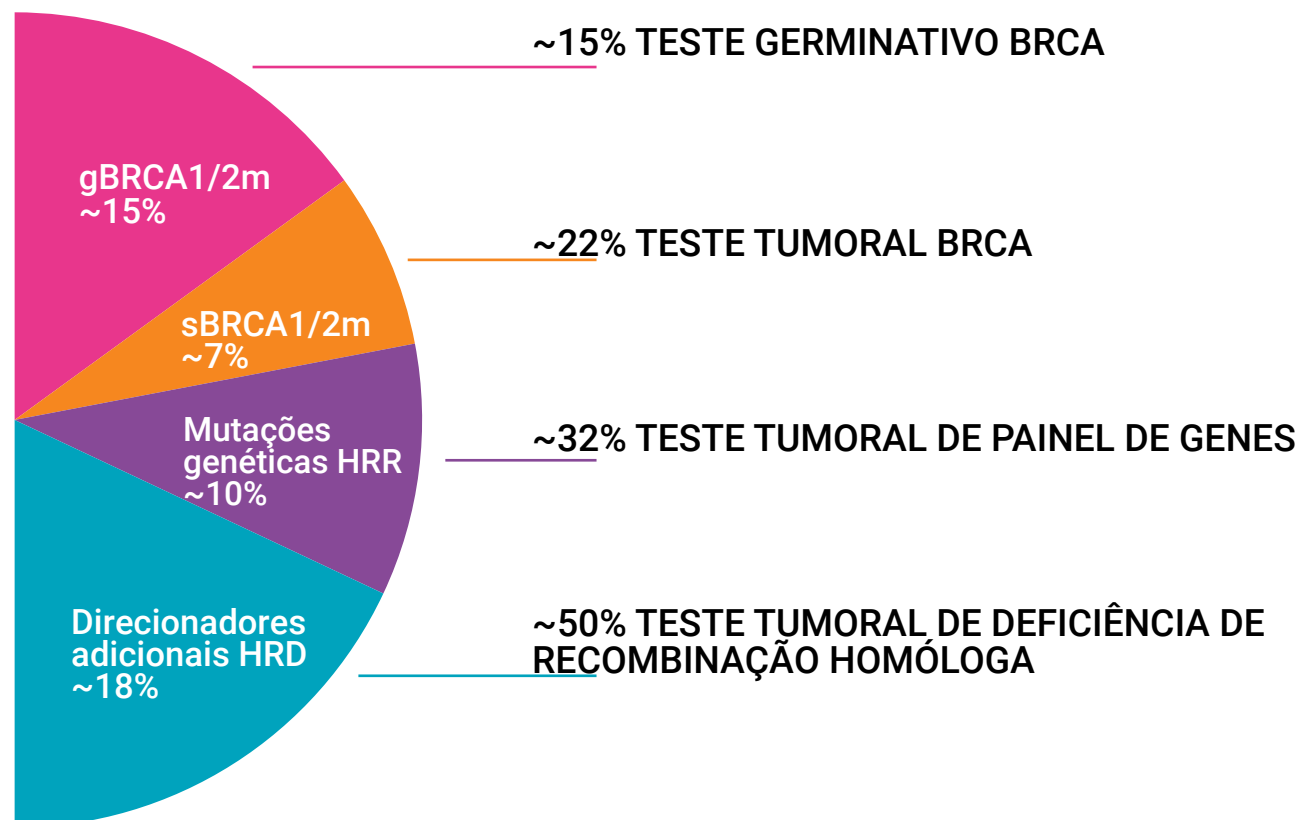
EXEMPLO:

HRD (Deficiência de reparo homólogo)/BRCA somático.



18- O QUE É HRD (REPARO POR RECOMBINAÇÃO HOMÓLOGA) E COMO PODE SER IDENTIFICADO?

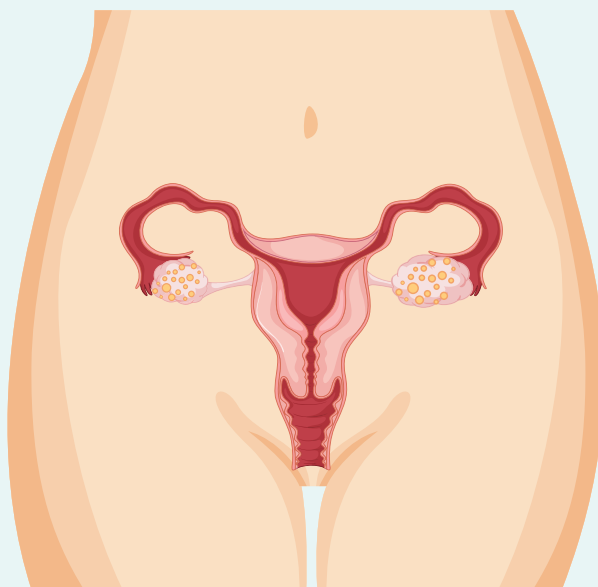
A deficiência da via de reparo homólogo, conhecida como HRD (do inglês *homologous recombination deficiency*), ocorre apenas no tumor e não em todas as células do corpo como as mutações germinativas. Esta é encontrada através de testes que analisam o DNA procurando por alterações, chamadas instabilidades genômicas, que indiquem a incapacidade de corrigir os danos causados ao DNA ao longo da vida. Pacientes com mutações de BRCA 1 e 2 também são consideradas com deficiência da via de recombinação homóloga. Estas alterações estão presentes em 50% das pacientes com câncer epitelial de ovário.



19- ESTADIAMENTO

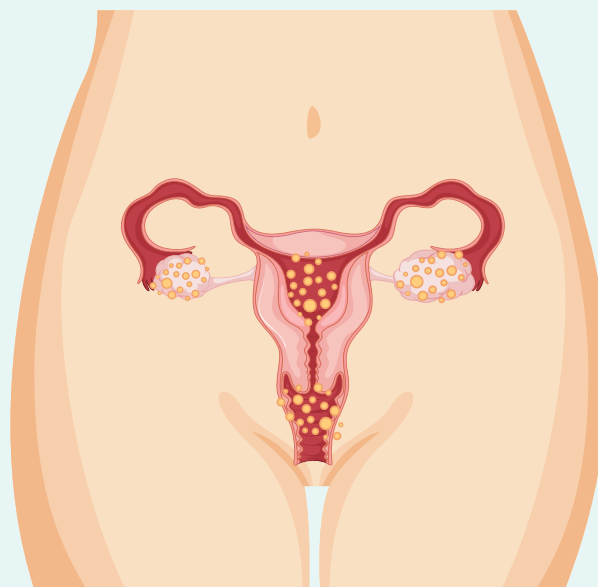
O estadiamento do câncer de ovário é cirúrgico. Na abordagem cirúrgica é definido o estadiamento do câncer de ovário e o grau de extensão de doença.

Estádio I



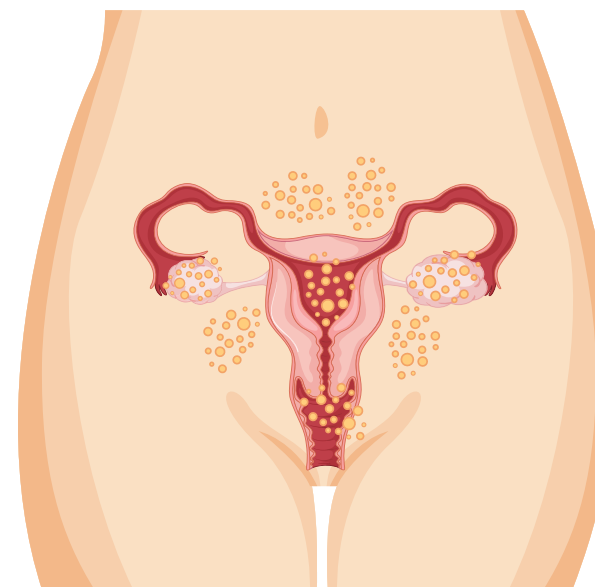
O câncer está confinado a um ou ambos os ovários

Estádio II



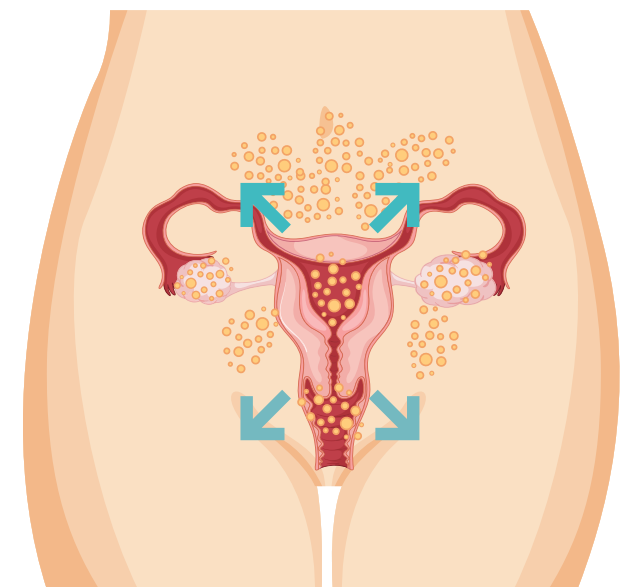
O câncer se espalha na região pélvica

Estádio III



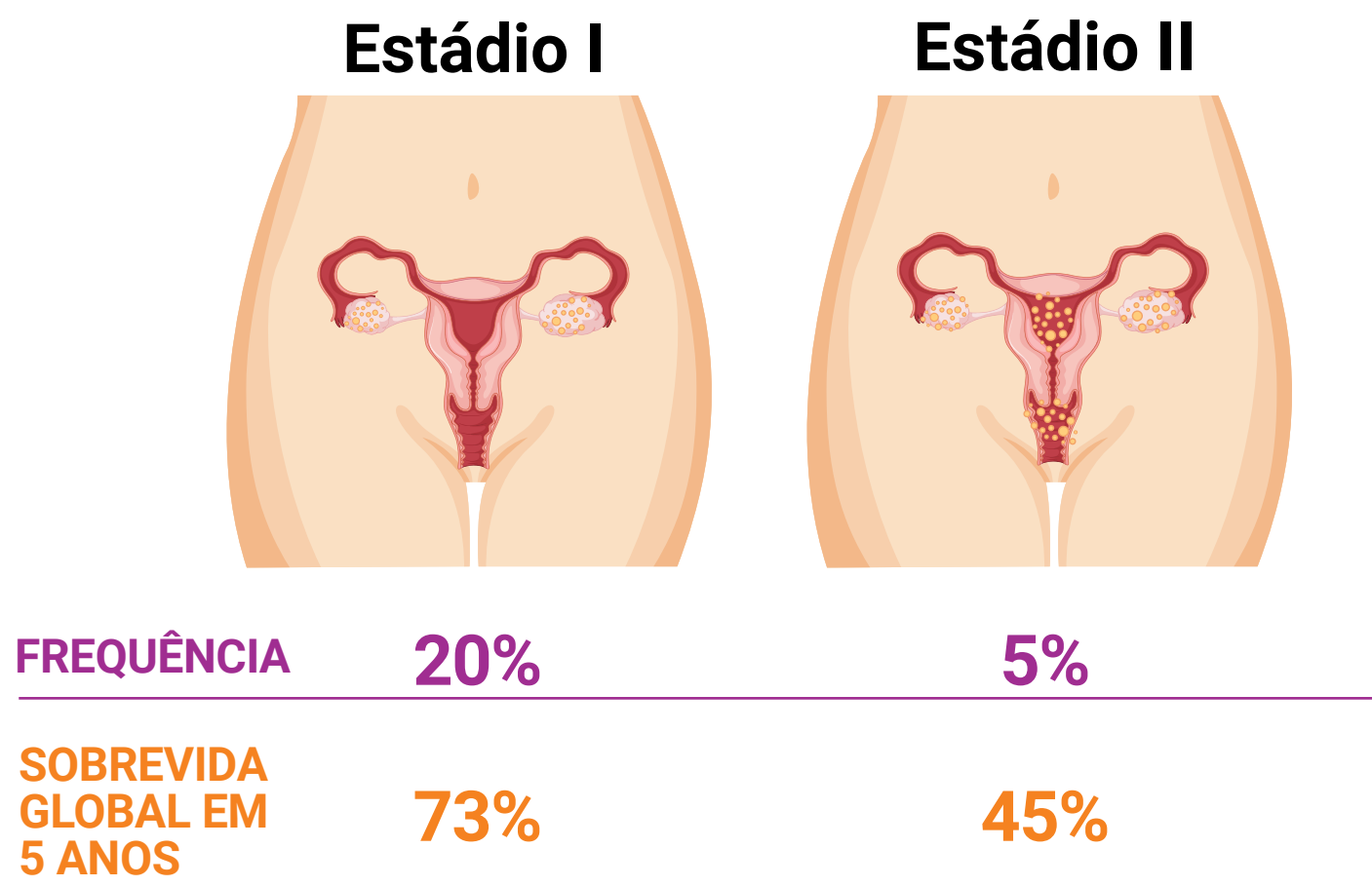
O câncer se espalha para outras partes do corpo dentro do abdômen

Estádio IV



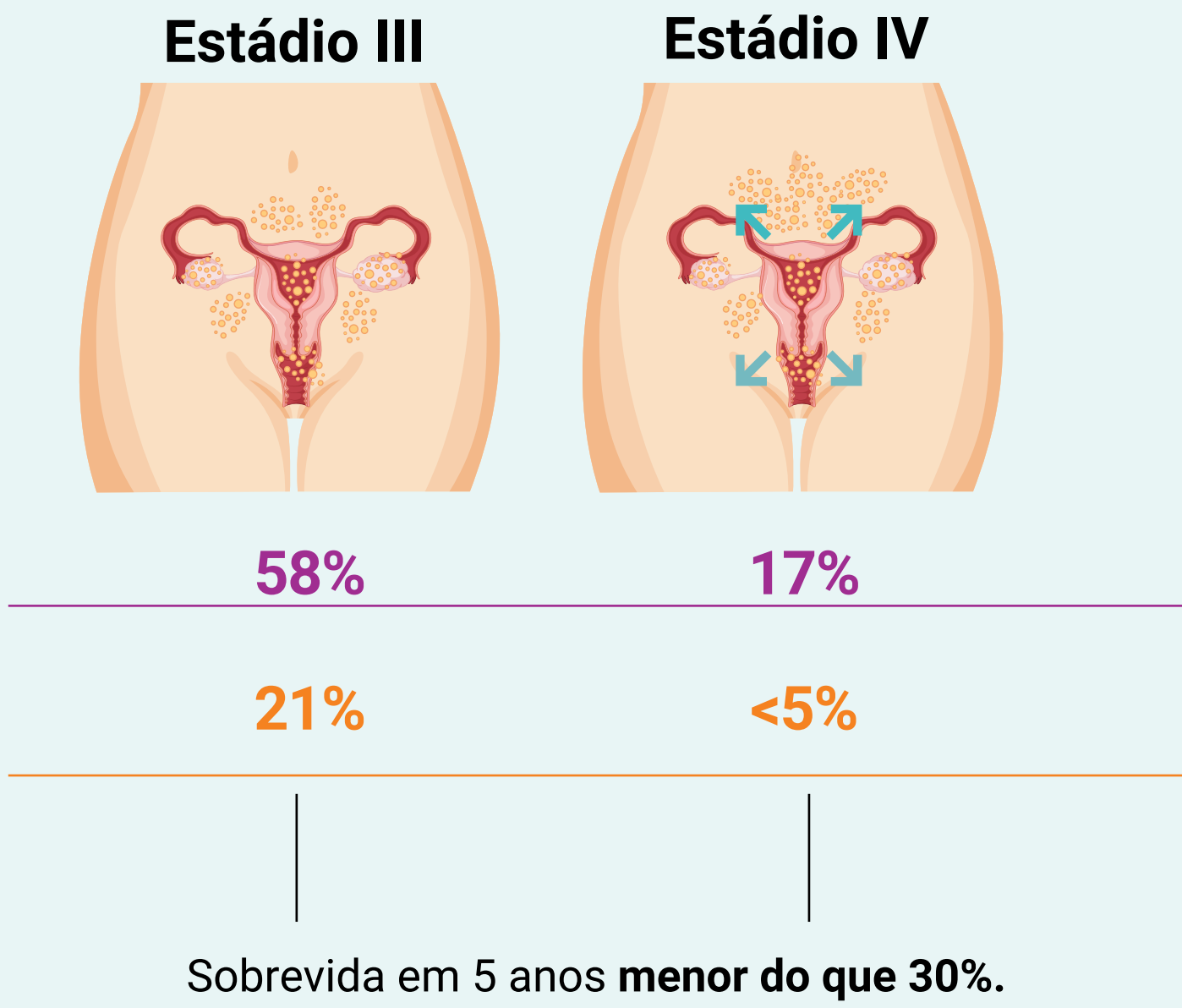
O câncer se espalha para outras partes do corpo além do abdômen

20- PROGNÓSTICO



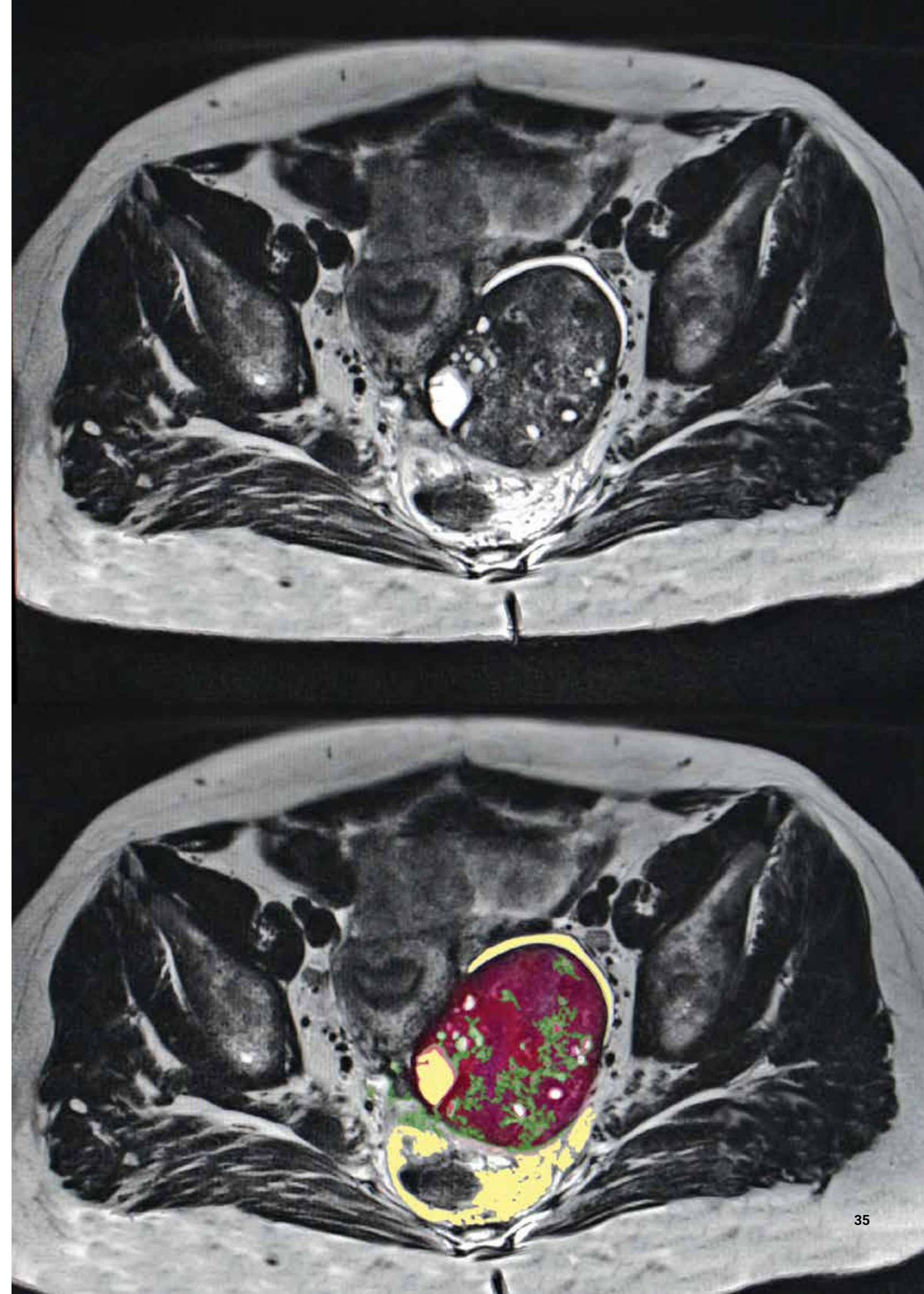
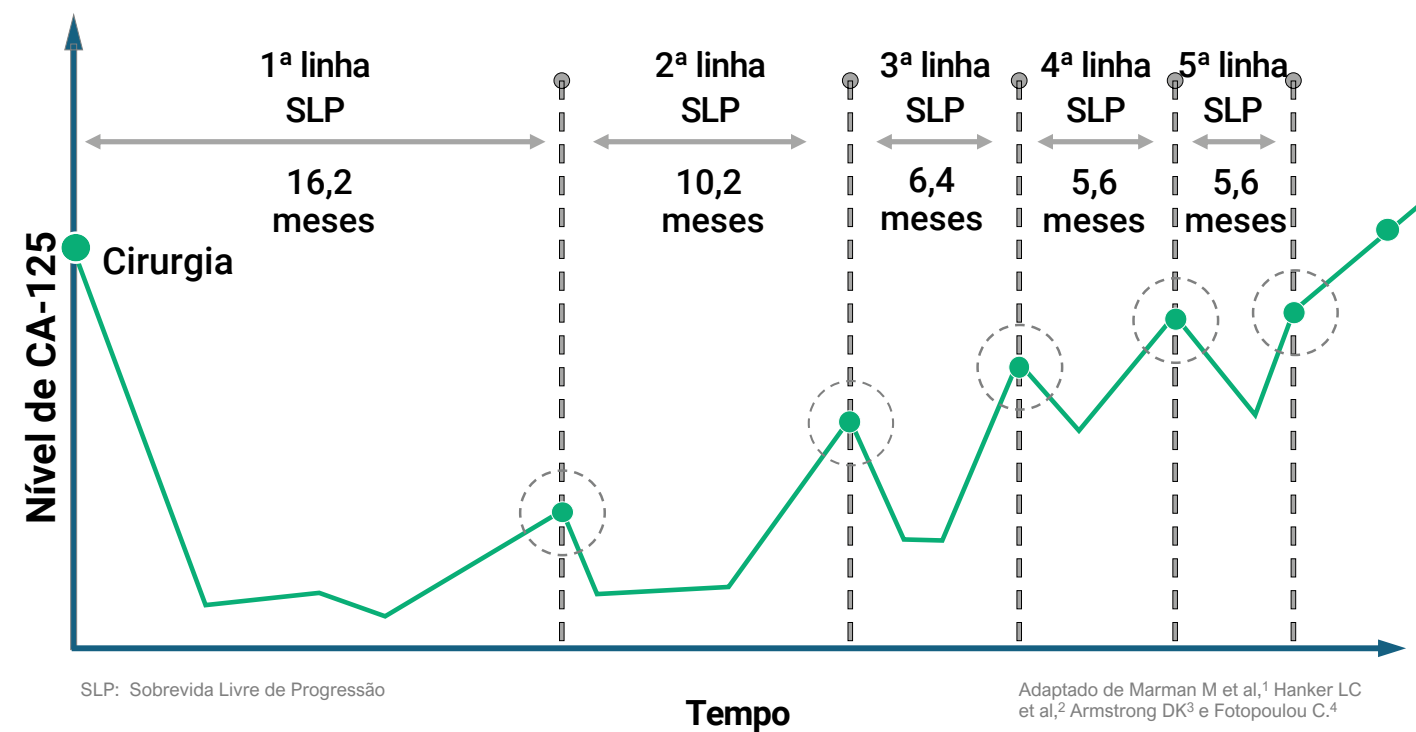
Em mais de 70% dos casos, o diagnóstico é feito nos estádios **III e IV**.

Devido a falta de screening efetivo e a ausência de sintoma/sinais de alerta característicos, normalmente é diagnosticado em **3/4 dos casos como estágio da FIGO III e IV**.

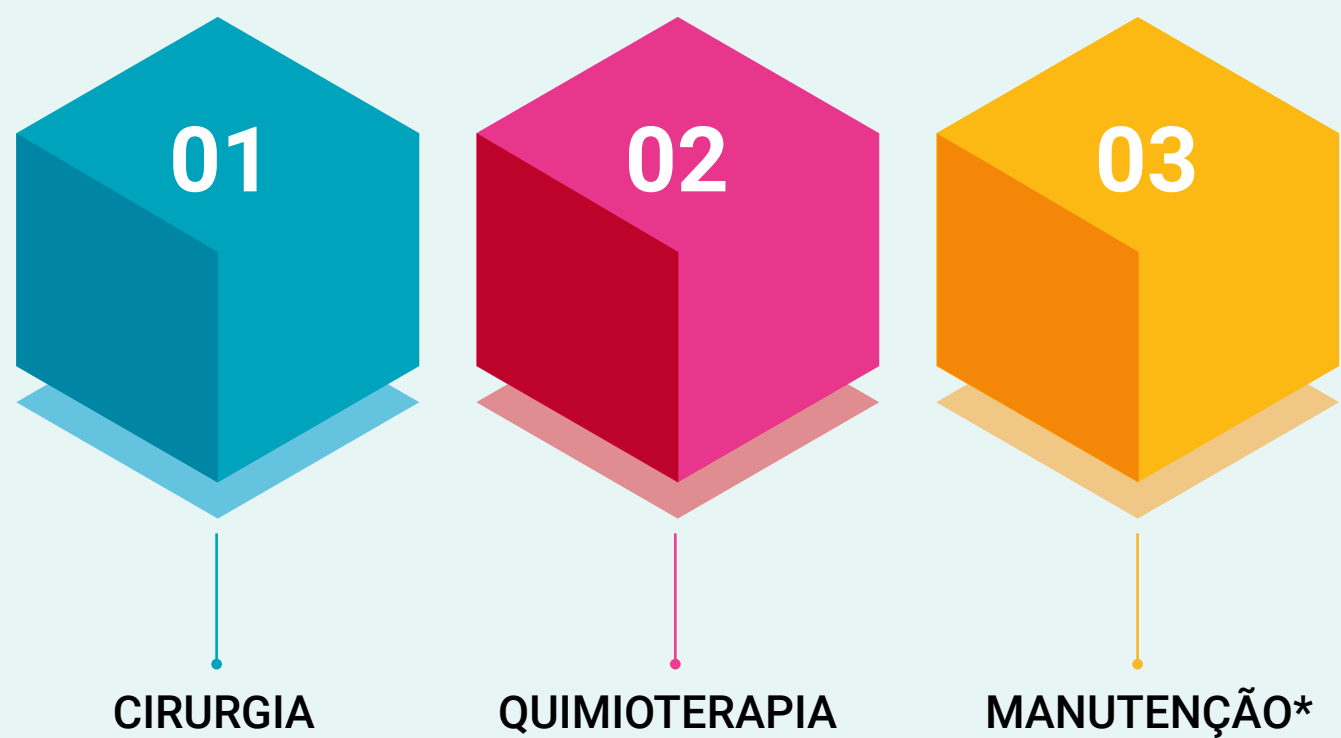


21- PROGNÓSTICO E SOBREVIVÊNCIA NA ERA PRÉ-IPARP

O câncer de ovário avançado é caracterizado por múltiplas recidivas, com remissões cada vez mais curtas.



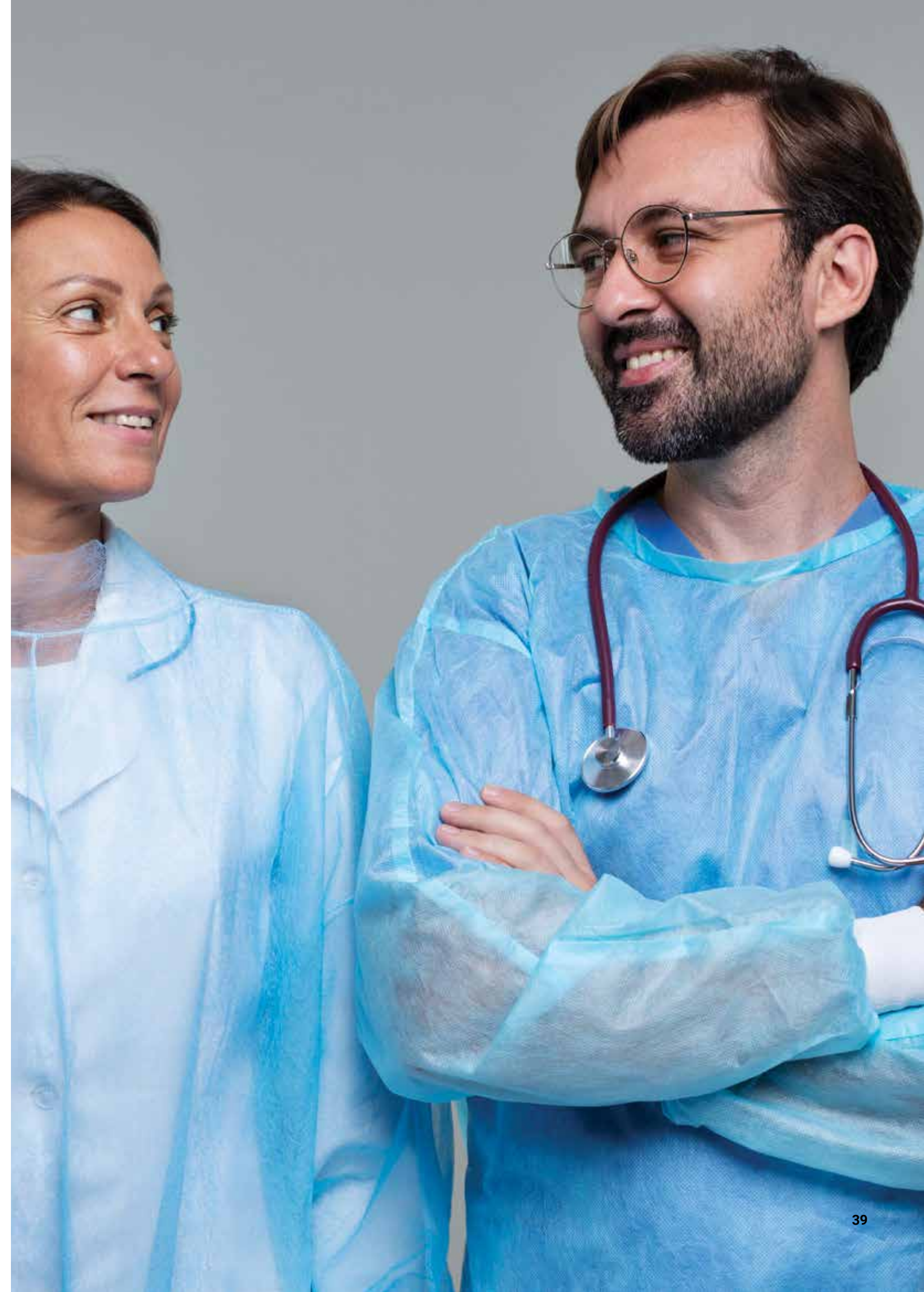
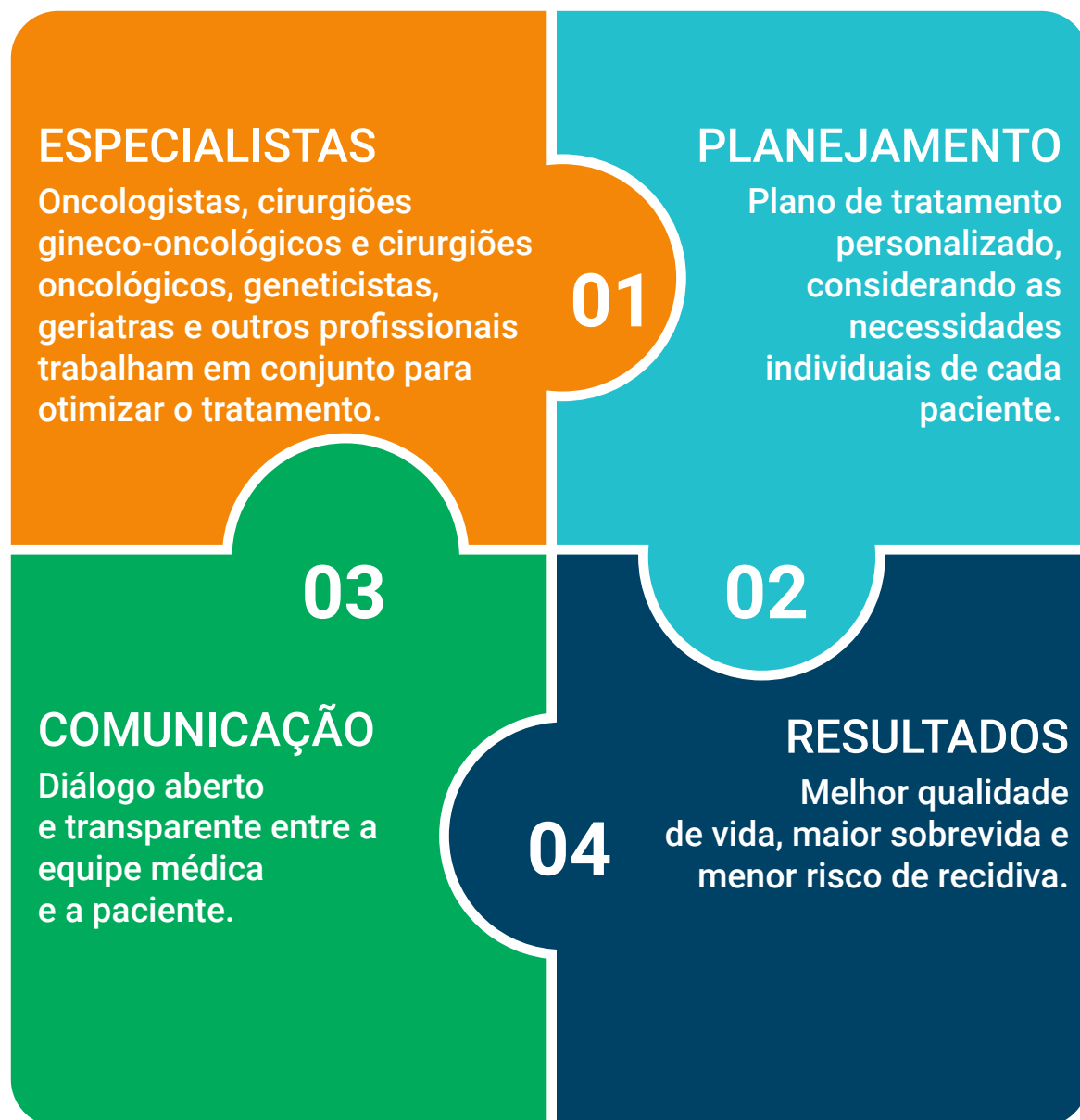
22- PILARES DO TRATAMENTO PRIMÁRIO DO CÂNCER DE OVÁRIO



*Se doença avançada (estádios III e IV).



23- DISCUSSÃO MULTIDISCIPLINAR EM CENTROS DE REFERÊNCIAS NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE OVÁRIO



24- PREPARO DA PACIENTE: ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS E CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

01

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS

Recomendar dieta rica em proteínas e baixa em gordura, para otimizar a cicatrização e fortalecer o sistema imunológico.

02

HIDRATAÇÃO

Incentivar a ingestão de líquidos, como água e sucos naturais, para evitar desidratação e auxiliar na recuperação.

03

CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS

Orientar sobre repouso, uso de medicamentos para controlar a dor e prevenção de infecções.

04

RETORNO AO MÉDICO

Agendar consulta de acompanhamento com o médico para monitorar a recuperação da paciente e avaliar possíveis complicações.



25- ABORDAGEM CIRÚRGICA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE OVÁRIO

DOENÇA SUSPEITA INICIAL

A cirurgia é fundamental para a remoção do tumor primário, permitindo:

1. Diagnóstico histológico.
2. Em muitos casos, o estadiamento preciso.

DOENÇA AVANÇADA

Cirurgia citorrredutora, quando realizada com sucesso, está associada a:

1. Melhor sobrevida.
2. Menor risco de recorrência.

26- ESTÁDIOS INICIAIS (I E II)

ESTÁDIO I

- A cirurgia é o tratamento principal para o câncer de ovário em estágio I.
- A cirurgia pode incluir a remoção dos ovários, trompas e útero.
- A quimioterapia pode ser recomendada em alguns casos para reduzir o risco de recorrência.

ESTÁDIO II

- O tratamento do câncer de ovário em estágio II geralmente inclui uma cirurgia mais extensa.
- A cirurgia pode incluir a remoção dos ovários, trompas, útero, linfonodos e outros órgãos.
- A quimioterapia é frequentemente recomendada após a cirurgia.



27- PRINCÍPIOS CIRÚRGICOS NA ABORDAGEM DA SUSPEITA OU DO CÂNCER DE OVÁRIO INICIAL

→ **Cirurgia**

A laparotomia com incisão longitudinal é o padrão, mas a laparoscopia é preferida para diagnóstico dos casos suspeitos visando menos danos e recuperação mais rápida.

→ **Remoção Completa do Tumor**

A remoção completa do tumor, incluindo ovário e trompa, é indicada preferencialmente sem ruptura. O diagnóstico pode ser dado por exame intra-operatório de congelação.

→ **Estadiamento Completo**

Após o diagnóstico, procede-se ao estadiamento cirúrgico com histerectomia com anexectomia bilateral, omentectomia e linfadenectomia pélvica e retroperitoneal e citologia oncótica do líquido peritoneal.

28- LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA

→ **LAPAROTOMIA:**

Uma incisão longitudinal mediana ampla é feita no abdômen para acessar todos os quadrantes.

→ **INSPEÇÃO VISUAL:**

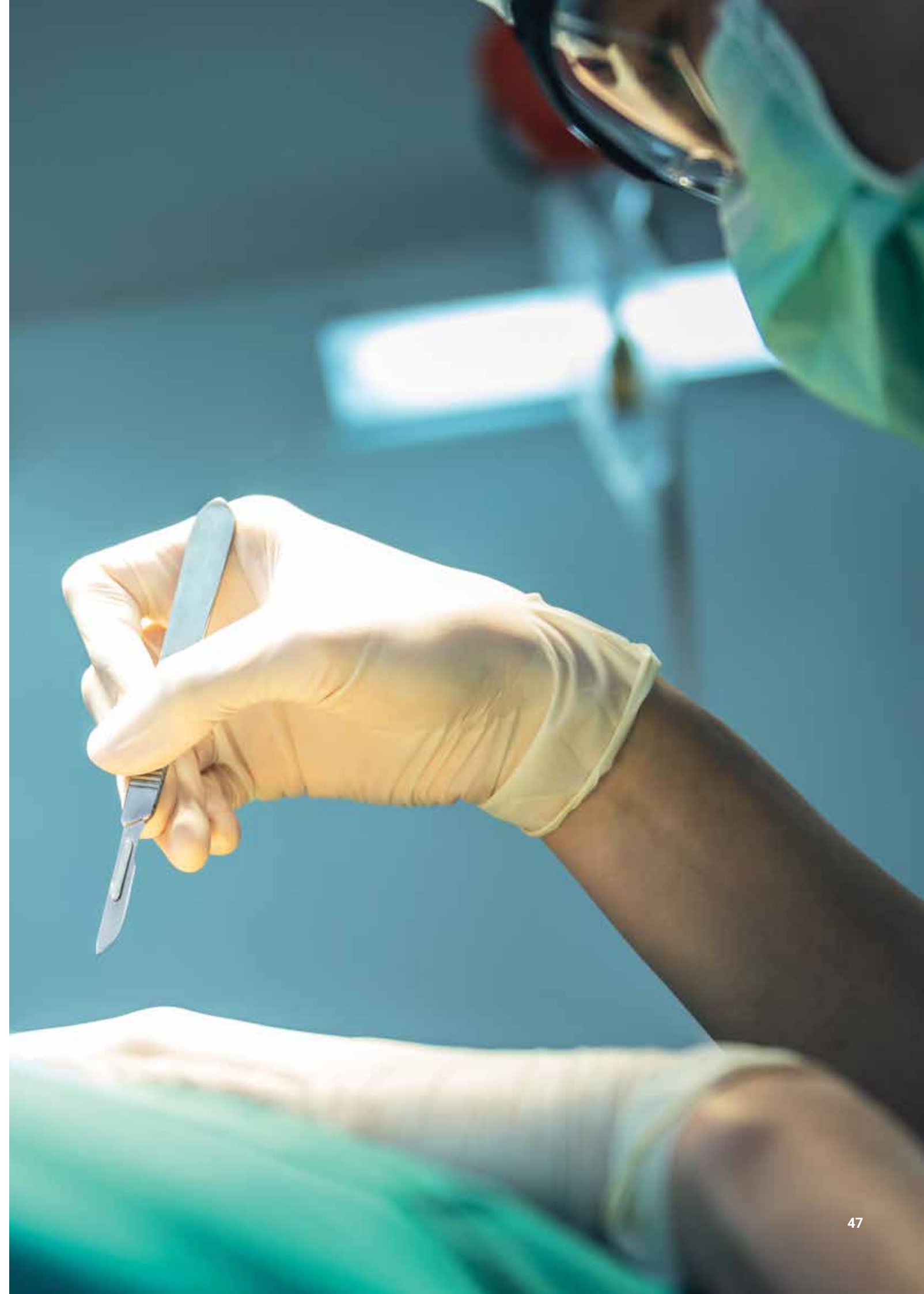
Os órgãos pélvicos são cuidadosamente examinados para avaliar o tamanho, localização, extensão do tumor e avaliação de ressecabilidade.

→ **BIÓPSIA:**

Amostras de tecido são retiradas para análise microscópica, confirmando o diagnóstico e o estágio do câncer.

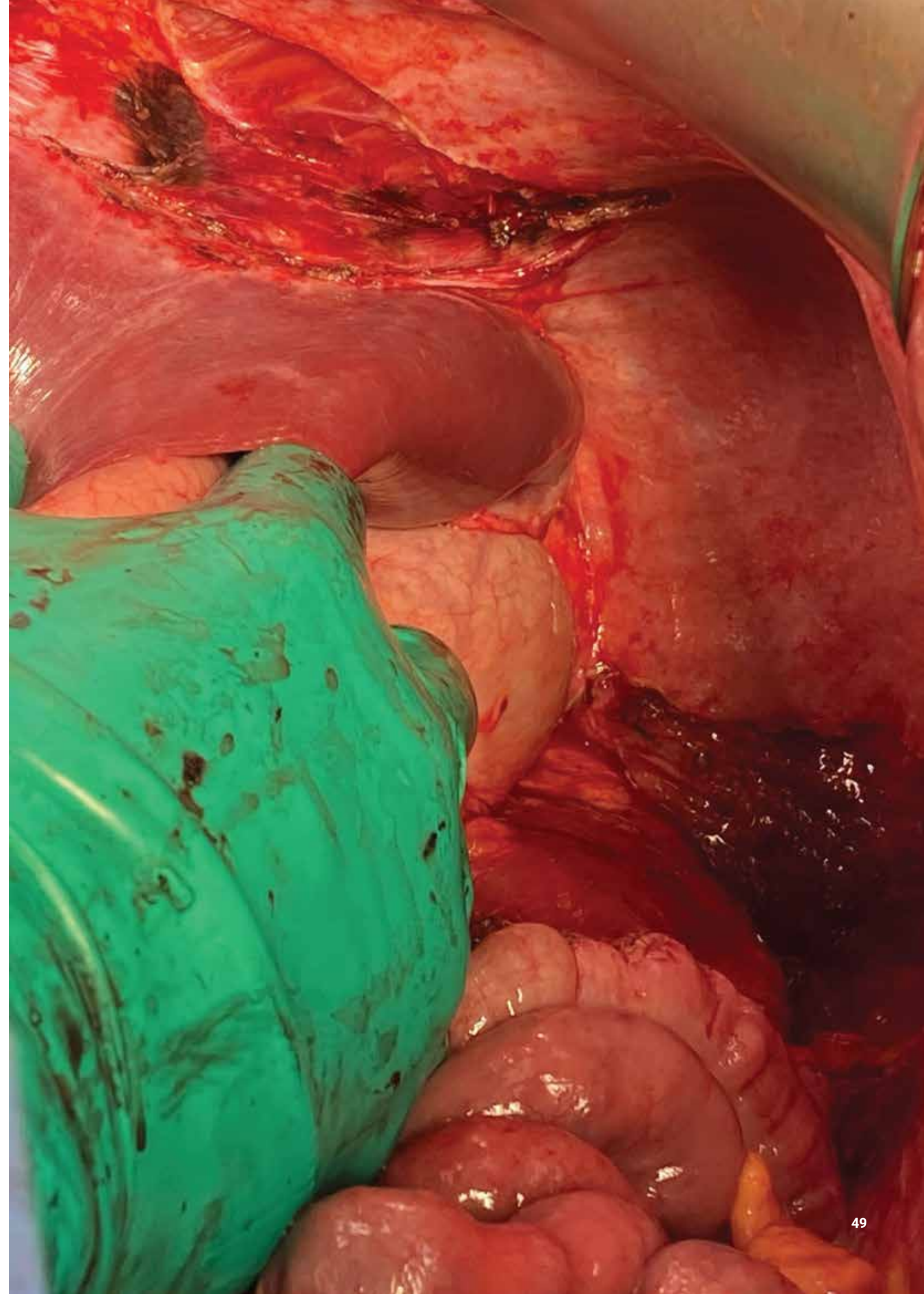
→ **CITORREDUÇÃO:**

Consiste na remoção, se possível completa macroscopicamente durante a laparotomia.



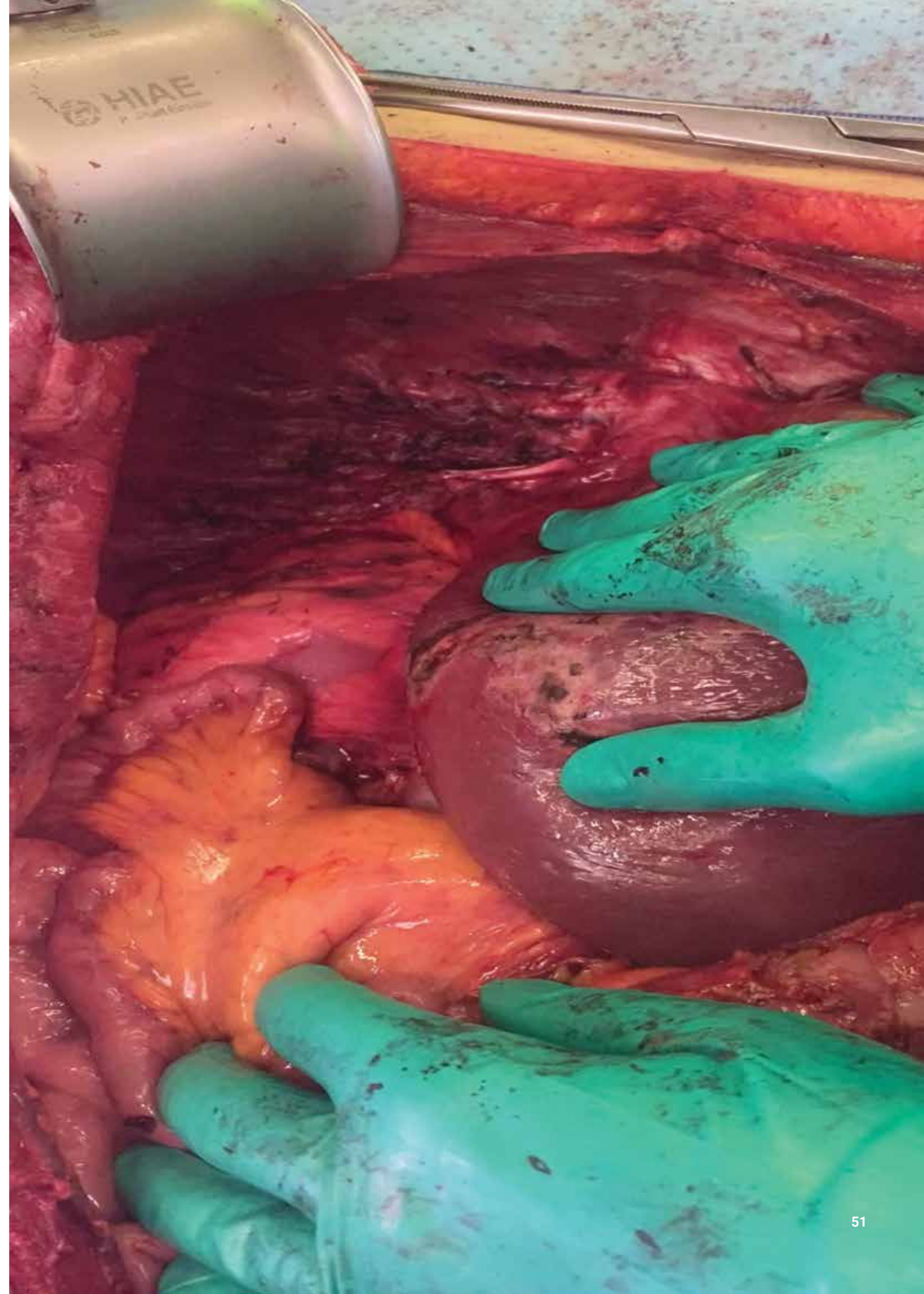
29- ETAPAS DA CITORREDUÇÃO PRIMÁRIA

- CHECAR INDICAÇÃO
- PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO CLÍNICO E TCLE
- POSICIONAMENTO E ANESTESIA
- MONITORAÇÃO INVASIVA E AQUECIMENTO
- RESERVA DE SANGUE, UTI
- CIÊNCIA E PREPARO PARA ESTOMIAS
- CIÊNCIA DOS POSSÍVEIS INSUCESSOS
- INSTRUMENTAIS E EQUIPE



30- TÉCNICA DE CITORREDUÇÃO

- ABERTURA XIFO-PÚBICA
- INVENTÁRIO DA CAVIDADE
- ESTIMAR PCI - ÍNDICE DE CARCINOMATOSE PERITONEAL (LAPAROSCOPIA PRÉVIA/IMAGEM)
- DESPERITONIZAÇÃO EM MONOBLOCO OU COM ACESSO À CAVIDADE
- MOBILIZAÇÃO HEPÁTICA
- DESPERITONIZAÇÃO DO ESPAÇO DE MORRISSON E CÚPULAS DIAFRAGMÁTICAS
- OMENTECTOMIA SUPRA E INFRACÓLICA - COM OU SEM ESPLENECTOMIA
- REVISÃO DO MESENTÉRIO E ALÇAS
- ACESSO À Pelve



31- TÉCNICAS CIRÚRGICAS: DOENÇA INICIAL I E II

Estadiamento cirúrgico:

Objetivo: Avaliar a presença ou não de metástases nas superfícies peritoneais e auxiliar no estadiamento da doença.

o que inclui?

1- Lavado peritoneal, omentectomia e biópsias peritoneais.

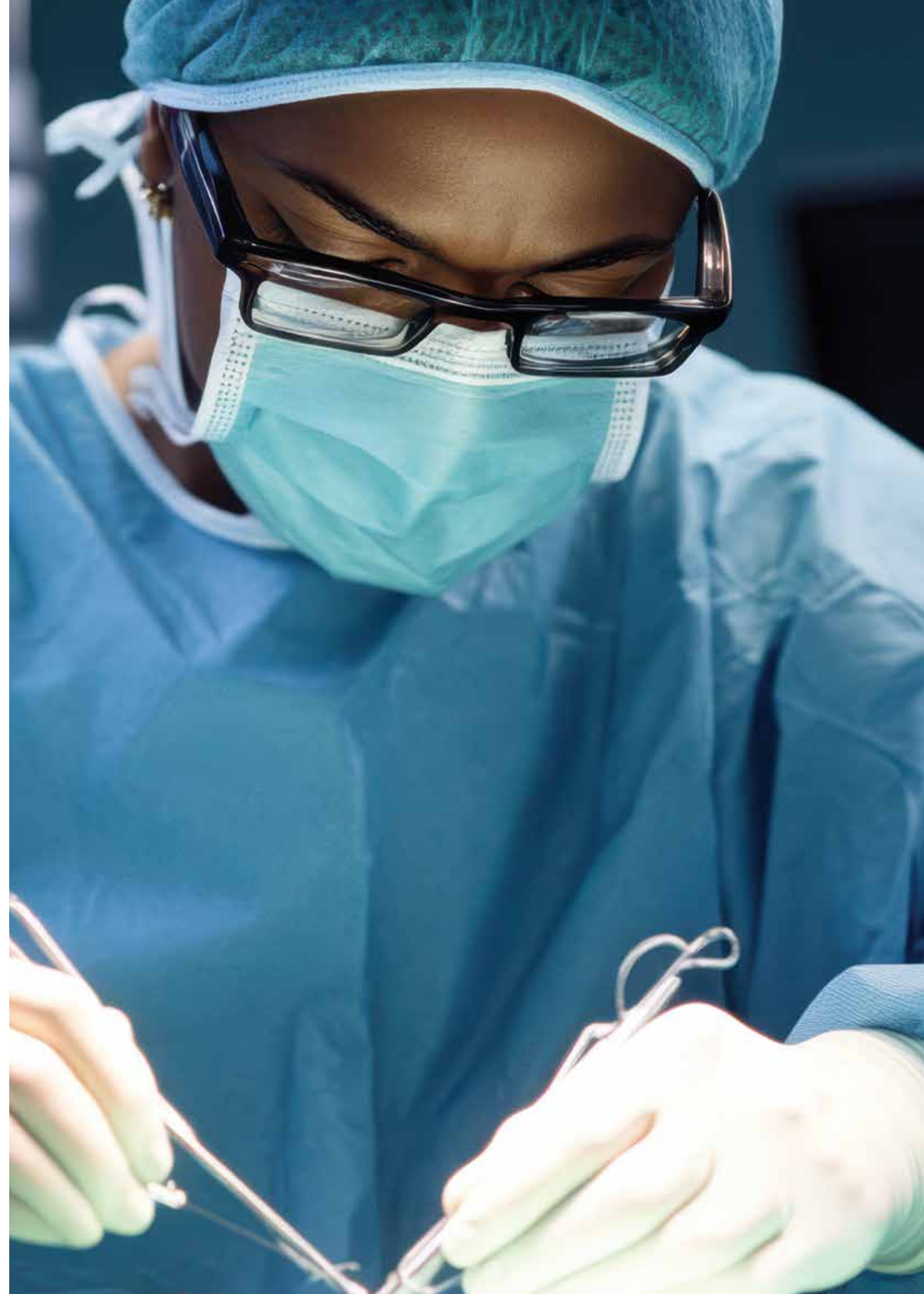
Objetivo: Avaliar a presença ou não de metástases nas superfícies peritoneais e auxiliar no estadiamento da doença.

2- Linfadenectomia

Objetivo: Remover os linfonodos pélvicos e retroperitoneais até os vasos renais, para avaliar a presença ou não de metástases e auxiliar no estadiamento da doença.

3- Histerectomia e anexectomia

Objetivo: Avaliar a extensão tumoral locorregional e a coexistência de doença no ovário contra-lateral e no útero.



32- INFORMAÇÕES PARA CIRURGIÕES E PATOLOGISTAS (CUIDADOS COM A AMOSTRA TUMORAL)

TAMANHO DA AMOSTRA

Quantidade suficiente para análise do patologista.

TIPO DA AMOSTRA

Tecido: para mutações somáticas.
Sangue: testes germinativos.

MELHOR MOMENTO PARA A COLETA

PRÉ-TRATAMENTO: Diagnóstico inicial.

ARMAZENAMENTO DA AMOSTRA

Refrigeração - evitar degradação -
todo o material embebido em formol tamponado..

TRANSPORTE RÁPIDO

Evitar atrasos.

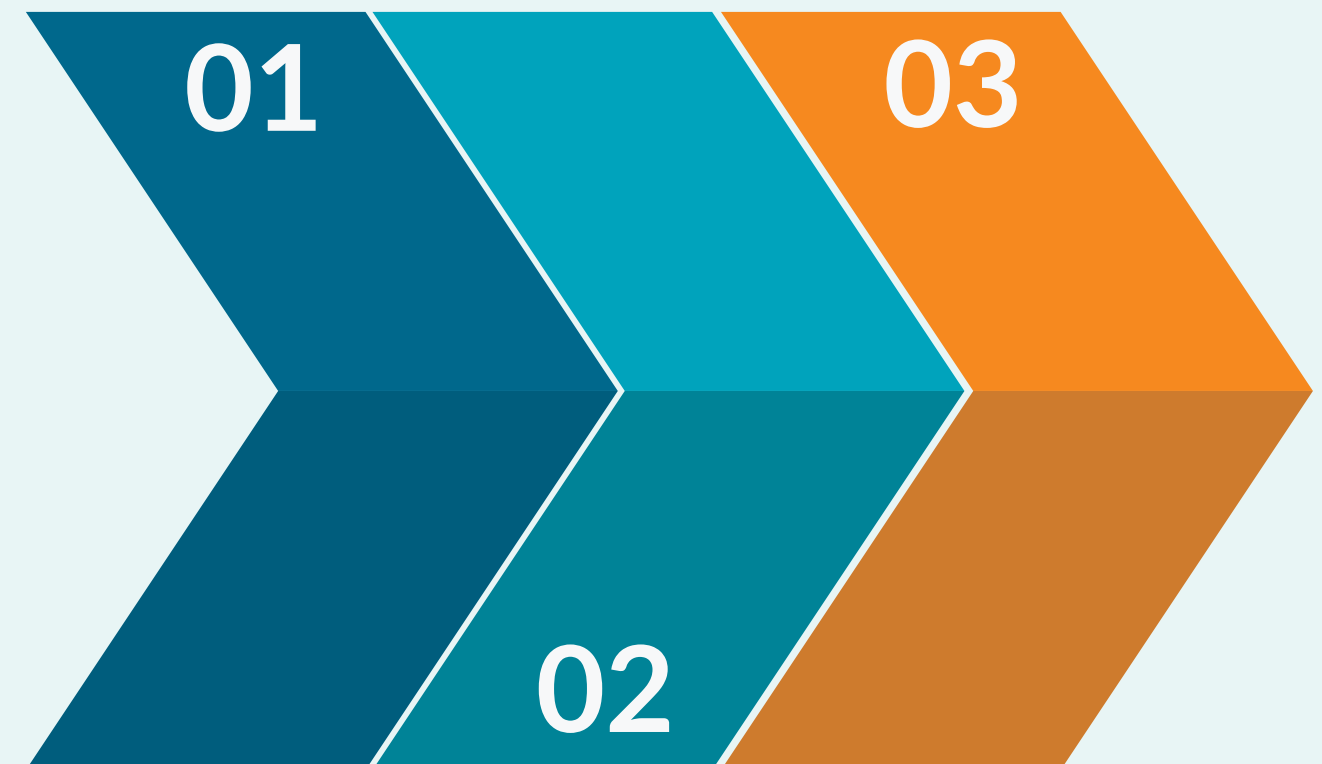
33- CITORREDUÇÃO PRIMÁRIA

REMOÇÃO MÁXIMA DO TUMOR

O objetivo é remoção completa do tumor, incluindo os ovários, trompas, útero e, por vezes, segmentos intestinais e superfícies peritoneais, desde o diafragma até a pelve.

CIRURGIA RECONSTRUTIVA

Objetiva-se a não derivação intestinal, sempre que possível.



AVALIAÇÃO DA RESSECABILIDADE

Estabelece-se a extensão da doença e as prováveis morbidades envolvidas para a citorredução completa.

34- MONITORAMENTO DA RECUPERAÇÃO: PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS



SINAIS VITAIS

Monitorar cuidadosamente a temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória para identificar qualquer anormalidade.

EXAMES LABORATORIAIS

Realizar exames de sangue periódicos, como hemograma completo, coagulograma bioquímico e marcadores tumorais, para avaliar a recuperação da paciente e detectar possíveis complicações.

AVALIAÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

Observar a presença de sinais de infecção, como vermelhidão, inchaço, dor e drenagem, e monitorar a cicatrização da ferida.

35- COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

INFECÇÃO

Como em qualquer cirurgia, existe o risco de infecção, que pode exigir tratamento com antibióticos.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) E TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Uma porcentagem significativa das pacientes com câncer de ovário experimentam eventos trombóticos que podem levar ao óbito. Assim, devem ser utilizados recursos para profilaxia de TVP.

HEMORRAGIA

Embora rara, a hemorragia pós-operatória pode ocorrer e exigir transfusão de sangue.

FÍSTULA

Fístulas intestinais ou urinárias anastomóticas ou por trauma podem ocorrer.

36- CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS:

01- CONTROLE DA DOR

Administrar analgésicos adequados, como opióides ou anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), para gerenciar a dor pós-operatória.

Monitorar cuidadosamente a resposta da paciente ao tratamento e ajustar a medicação conforme necessário.

02- MOBILIZAÇÃO PRECOCE

Incentivar a mobilização precoce, com auxílio de fisioterapia, para prevenir trombose venosa profunda (TVP) e promover a recuperação muscular.

A fisioterapia também ajuda na reabilitação respiratória, prevenindo complicações pulmonares.

03-ANTIBIOTICOTERAPIA

Administrar antibioticoterapia profilática para prevenir infecções pós-operatórias.

Escolher o antibiótico ideal, considerando a flora bacteriana local e a sensibilidade da paciente.

Monitorar cuidadosamente a resposta ao tratamento e ajustar a medicação conforme necessário.



37- REABILITAÇÃO E SUPORTE MULTIDISCIPLINAR: A JORNADA DE RECUPERAÇÃO

FISIOTERAPIA:

Auxilia na recuperação da força muscular, amplitude de movimento e coordenação, promovendo a mobilidade e a independência da paciente.

PSICOLOGIA:

Oferece suporte emocional e manejo do estresse, contribuindo para o bem-estar psicológico da paciente durante o tratamento e recuperação.

QUALIDADE DE VIDA:

Tratamentos medicamentosos minimizando os efeitos deletérios da menopausa, risco de fraturas, sintomas climatéricos, disfunções sexuais, hormonais, intestinais e urinárias.

ASSISTÊNCIA SOCIAL:

Fornece apoio prático e emocional, auxiliando a paciente a lidar com as demandas sociais e financeiras, garantindo acesso a recursos e serviços essenciais.

38- CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DO TRATAMENTO SISTÊMICO ADJUVANTE APÓS O TRATAMENTO CIRÚRGICO NOS ESTÁDIOS INICIAIS

→ 01- EXTENSÃO DA CIRURGIA :
CITORREDUÇÃO COMPLETA OU
NÃO

→ 02- HISTOLOGIA

→ 03- GRAU HISTOLÓGICO

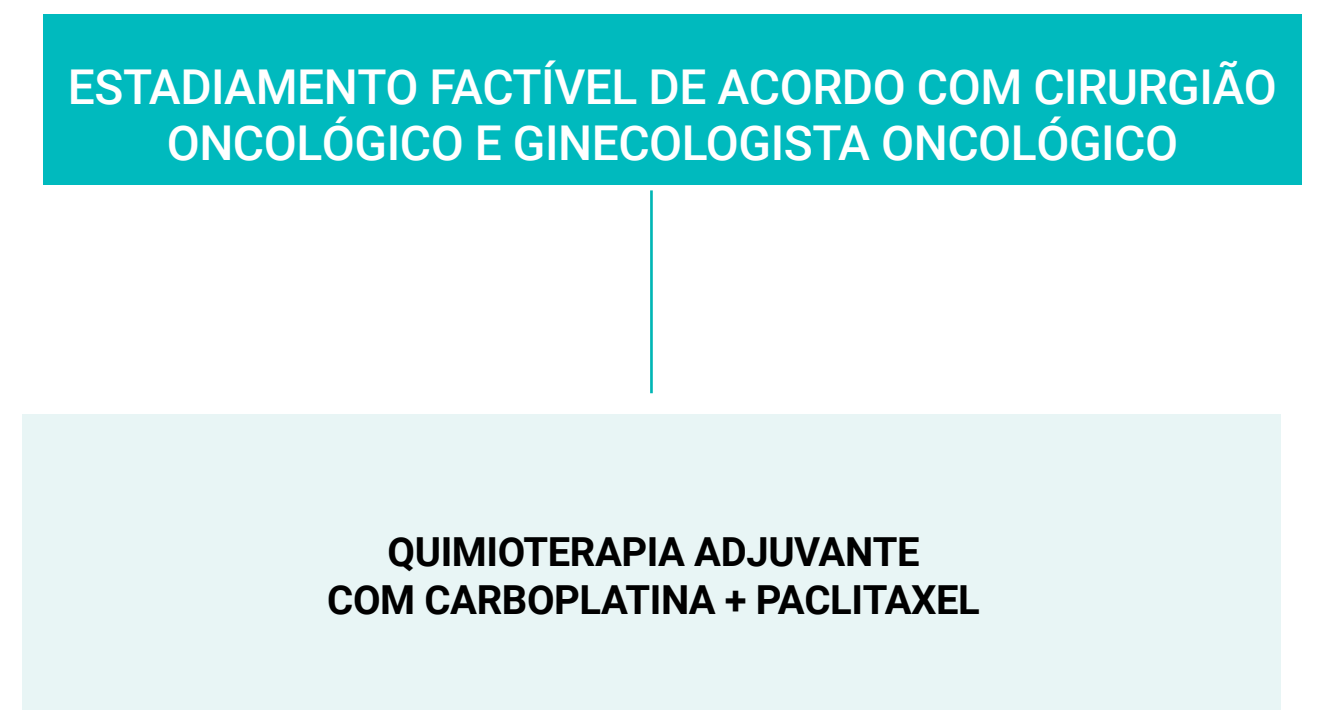
→ 04- ESTÁDIO

* (Citorredução completa: ausência de doença residual tumoral macroscópica) e estadiamento adequado

39- TRATAMENTO INICIAL ESTÁDIO CLÍNICO I



40- TRATAMENTO INICIAL ESTÁDIO CLÍNICO II



41- CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO DO TRATAMENTO SISTÊMICO ADJUVANTE APÓS O TRATAMENTO CIRÚRGICO NOS ESTÁDIOS AVANÇADOS

→ 01- EXTENSÃO DA CIRURGIA: CITORREDUÇÃO COMPLETA OU NÃO

→ 02- HISTOLOGIA

→ 03- GRAU HISTOLÓGICO

→ 04- ESTÁDIO

→ 05- QUIMIOSENSIBILIDADE À PLATINA (CA 125 E SCORE DE KELIM)

42- ESTÁDIOS AVANÇADOS: III E IV

ESTÁDIO III

-O tratamento normalmente envolve uma cirurgia mais extensa, com o objetivo de remover o máximo possível do tumor.

-A quimioterapia é frequentemente administrada após ou antes da cirurgia.

ESTÁDIO IV

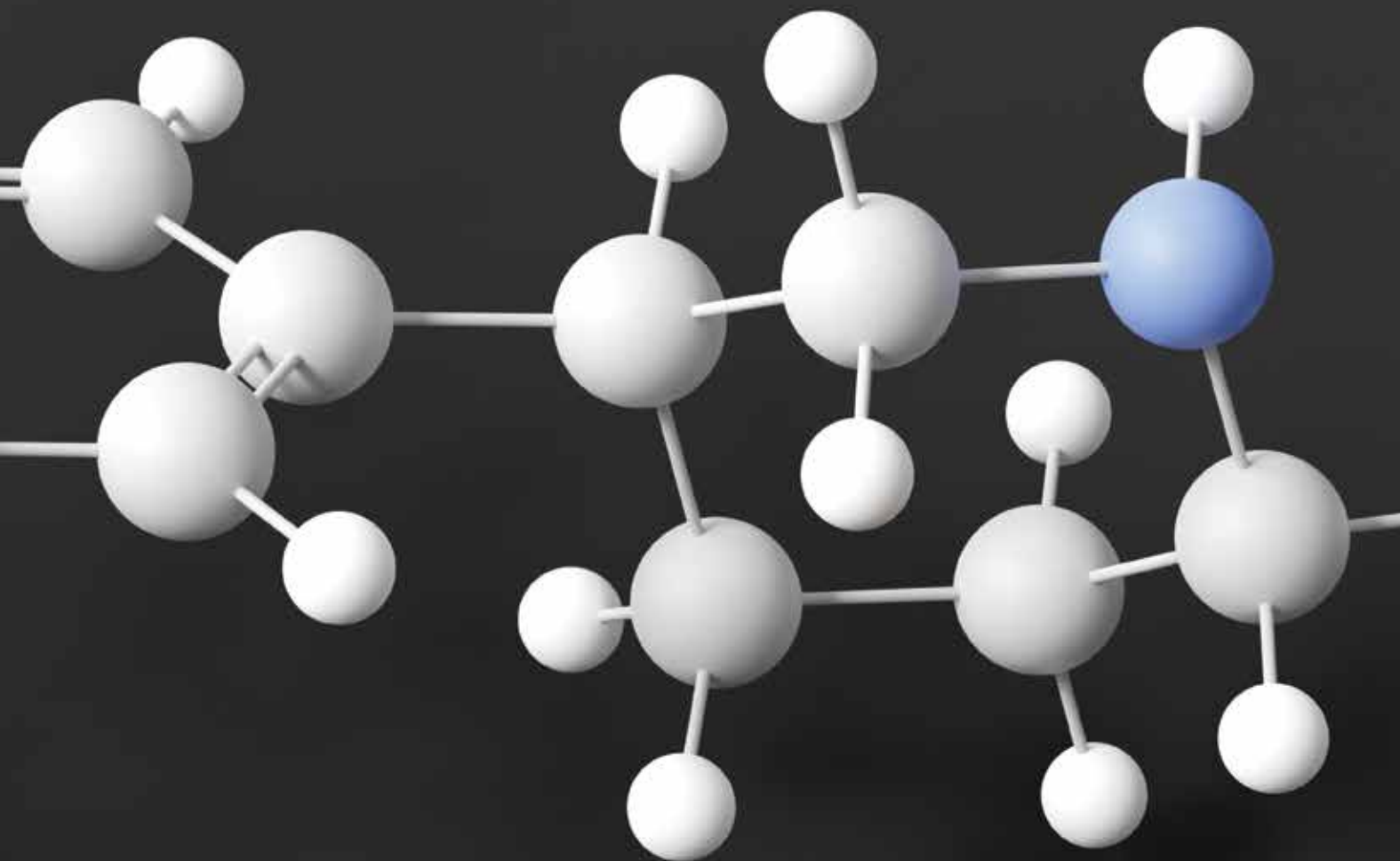
-O câncer de ovário em estágio IV geralmente é tratado com uma combinação de cirurgia e quimioterapia.

-A cirurgia pode ser realizada para remover o máximo possível do tumor.

-A quimioterapia é frequentemente administrada após ou antes da cirurgia.

43- QUAL A IMPORTÂNCIA DE CONHECER STATUS DE BRCA GERMINATIVO E HRD NA DOENÇA AVANÇADA PARA O TRATAMENTO?

Proporcionar o uso de inibidores da PARP.



44- QUANDO O INIBIDOR DA PARP É RECOMENDADO EM CÂNCER DE OVÁRIO?

- O tratamento com inibidores da PARP é indicado nas pacientes com câncer de ovário epitelial avançado, nas histologias serosas ou endometrióide, de alto grau, estádios III ou IV.
- Indicado como tratamento de manutenção após cirurgia e quimioterapia, na doença recém diagnosticada ou na recidiva platino-sensível.
- As principais medicações da classe são: Niraparibe e Olaparibe.
- São drogas ativas que mudaram o cenário do câncer epitelial de ovário com mutação germinativa ou somática do gene BRCA ou presença de HRD.

-Bula do medicamento Niraparibe. Disponível em: <https://br.gsk.com/media/6875/zejula.pdf>

-Bula do medicamento Olaparibe. Disponível em: <https://www.astrazeneca.com.br/bula-olaparibe>

45- SCORE DE KELIM

Parâmetro cinético (Constante K da taxa de eliminação do CA125 e mede a sensibilidade à quimioterapia).

Pode ser facilmente calculado em ferramentas on-line onde serão inseridos dados de 3 avaliações subsequentes de CA-125 em um intervalo de 100 dias de tratamento sistêmico.

Quanto maior o Score de KELIM, maior a quimiossensibilidade tumoral.

SCORE DE KELIM ≥ 1 :
Quimiossensibilidade tumoral primária elevada.

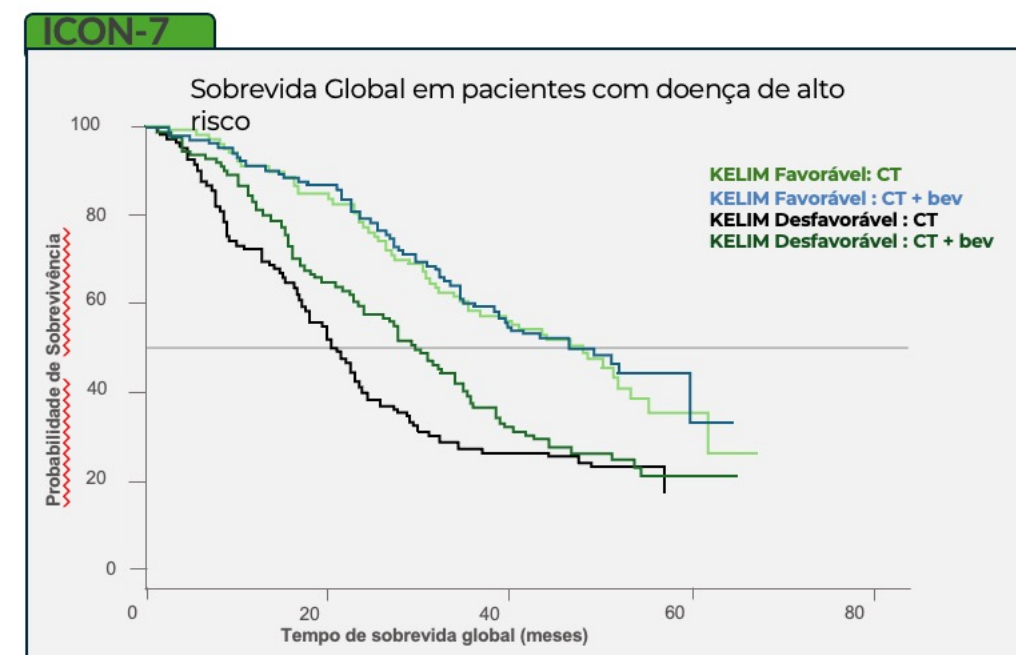
→ **PACIENTE TEM MELHOR PROGNÓSTICO**

SCORE DE KELIM < 1 :
Baixa quimiossensibilidade tumoral primária.

→ **PACIENTE TEM PIOR PROGNÓSTICO**

SCORE DE KELIM

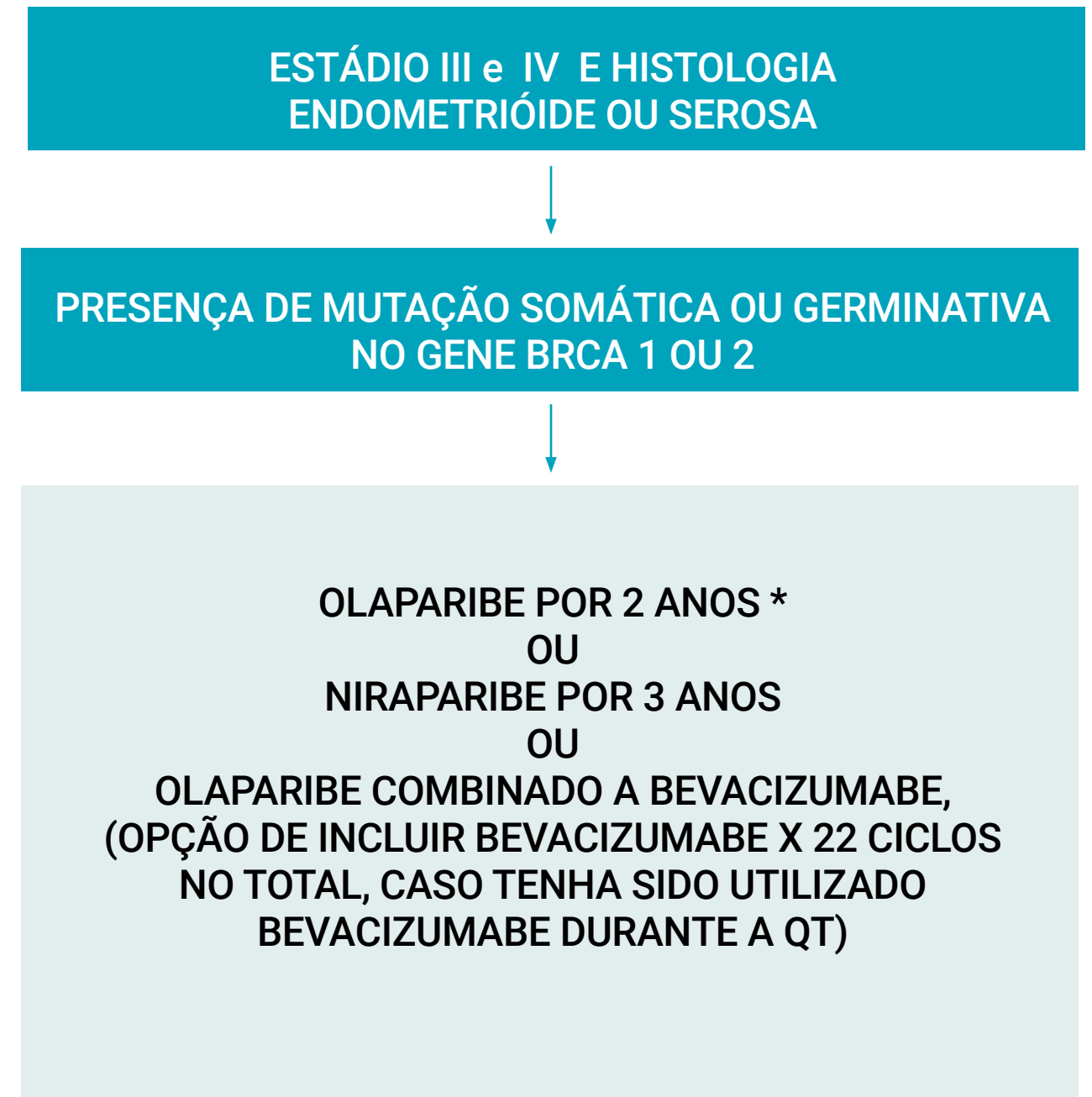
Análises retrospectivas dos estudos ICON-7 e GOG-0218 mostraram que as pacientes de alto risco foram as que obtiveram maior benefício da adição de Bevacizumabe na quimioterapia primária. As pacientes que obtiveram um Score de KELIM desfavorável (<1), portanto com menor quimiossensibilidade primária, também se beneficiaram dessa estratégia.



46- TRATAMENTO INICIAL ESTÁDIO III OU IV



47- TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO



* Uso do Bevacizumabe: adicionar principalmente no caso de resposta pobre a quimioterapia (score de Kellin > 1 e/ou citorredução incompleta e/ou HRD positivo).

48- TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO

**ESTÁDIO III e IV
SEM MUTAÇÃO NO GENE BRCA**

**PRESENÇA DE
DEFICIÊNCIA DE RECOMBINAÇÃO
HOMÓLOGA (HRD)**

SIM

**- NIRAPARIBE X 3 ANOS
OU
OLAPARIBE X 2 ANOS + BEVACIZUMABE X 22 CICLOS
NO TOTAL (OPÇÃO POSSÍVEL SE BEVACIZUMABE
UTILIZADO DURANTE A QUIMIOTERAPIA)
OU
OBSERVAÇÃO**

**ESTÁDIO III e IV
SEM MUTAÇÃO NO GENE BRCA**

**DEFICIÊNCIA DE RECOMBINAÇÃO
HOMÓLOGA (HRD)**

NÃO

**- NIRAPARIBE POR 3 ANOS (AVALIAR KELIM SCORE
E CRS, SE REALIZADA NEOADJUVÂNCIA)
OU
- BEVACIZUMABE X 22 CICLOS NO TOTAL
(OPÇÃO POSSÍVEL SE BEVACIZUMABE UTILIZADO
DURANTE A QUIMIOTERAPIA)
OU
OBSERVAÇÃO**

Site para cálculo do KELIM score: <https://www.biomarker-kinetics.org/CA-125-neo>

49- TRATAMENTO DA DOENÇA RECIDIVADA: ACOMPANHAMENTO A LONGO PRAZO E DETECÇÃO PRECOCE DE RECIDIVAS

CONSULTAS REGULARES

Agendar consultas de acompanhamento periódicas, com frequência variável de acordo com o risco de recidiva, em geral a cada 03 meses.

MARCADORES TUMORAIS

Monitorar os níveis de marcadores tumorais, como CA-125, para detectar alterações que possam indicar recidiva em cada consulta.



EXAMES DE IMAGEM

Realizar exames de imagem como TC, RM ou ultrassonografia, para monitorar a presença de recidivas.



50- TRATAMENTO DA DOENÇA RECIDIVADA

Algumas pacientes mesmo submetidas ao tratamento padrão de cirurgia, quimioterapia e/ou terapia de manutenção, apresentam recidivas.

Estas habitualmente ocorrem nos primeiros 02 anos após o tratamento inicial. A escolha do tratamento na doença recidivada depende de:

- EXTENSÃO DA RECIDIVA
- LOCAL DA RECIDIVA
- PRESENÇA OU NÃO DE SINTOMAS
- INTERVALO LIVRE DE QUIMIOTERAPIA BASEADA EM PLATINA
- TOXICIDADE RELACIONADA AO TRATAMENTO ANTERIOR
- COMORBIDADES
- PERFORMANCE CLÍNICO
- STATUS DA MUTAÇÃO BRCA 1 e BRCA 2
- ACESSO A NOVAS DROGAS

51- CONCEITO DE SENSIBILIDADE À QUIMIOTERAPIA BASEADA EM PLATINA



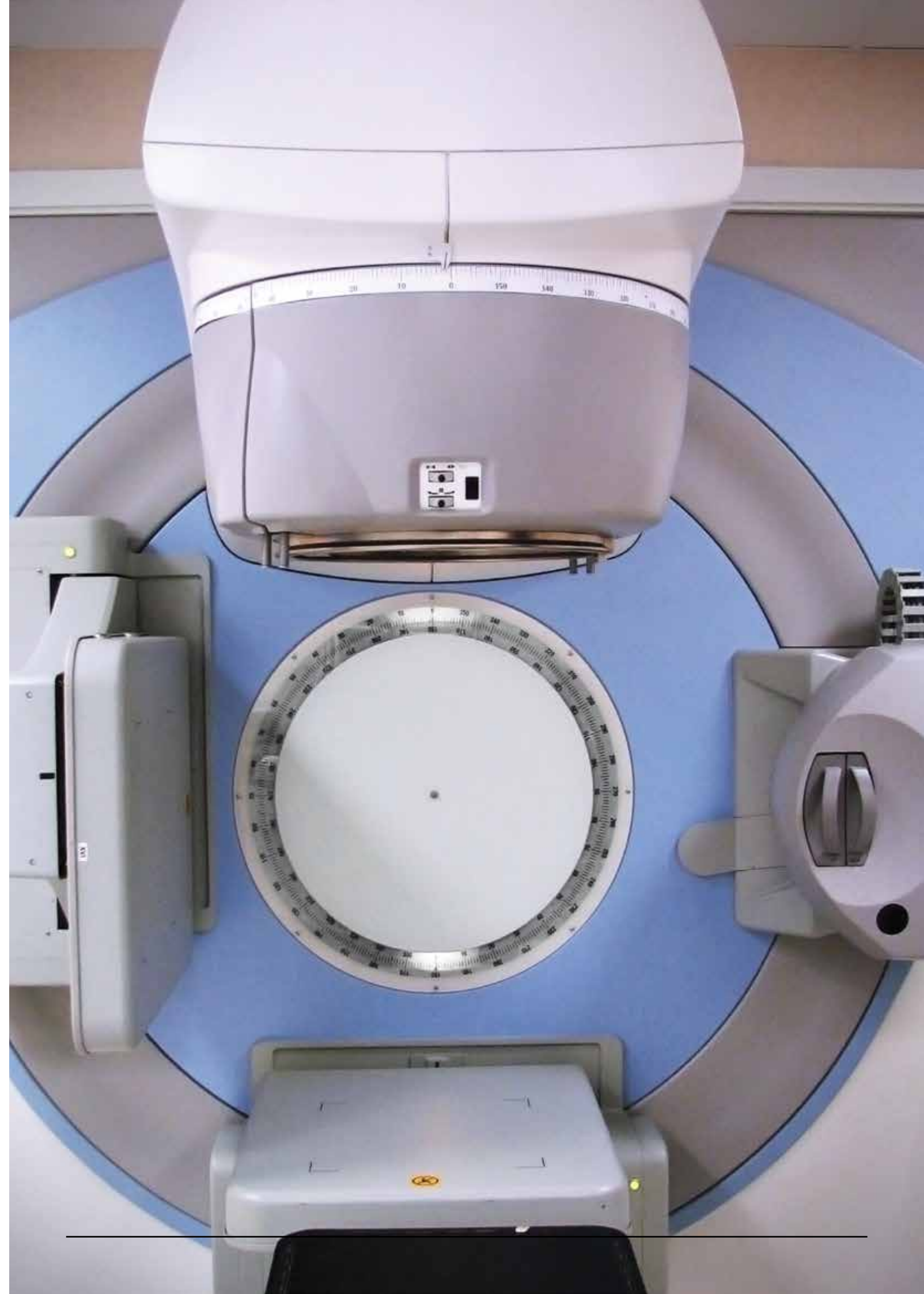
52- PILARES DO TRATAMENTO DA DOENÇA RECIDIVADA DO CÂNCER DE OVÁRIO

01 CIRURGIA (citorredução secundária)

02 QUIMIOTERAPIA

03 MANUTENÇÃO

04 RADIOTERAPIA



53- CITORREDUÇÃO SECUNDÁRIA

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO:

O sucesso dessa cirurgia depende de uma avaliação cuidadosa, incluindo:

- Tempo decorrido desde o último tratamento.
- Local e volume da recidiva-sistêmica ou abdominal apenas.
- Outros critérios como: estado de saúde geral da paciente e resposta à terapias anteriores.

Em geral, pacientes com doença confinada ao abdômen, intervalos livres de platina longos (mais de 6 meses), e sem grande disseminação, são as candidatas mais apropriadas.

PROCEDIMENTO:

Mesmos critérios utilizados para a citorredução primária.



ESCOLHA DA CANDIDATA

Pacientes tratadas com cirurgia completa e quimioterapia platino-sensíveis com recorrência pontual após 6 meses.



OBJETIVO

Citorredução completa com morbidade aceitável.

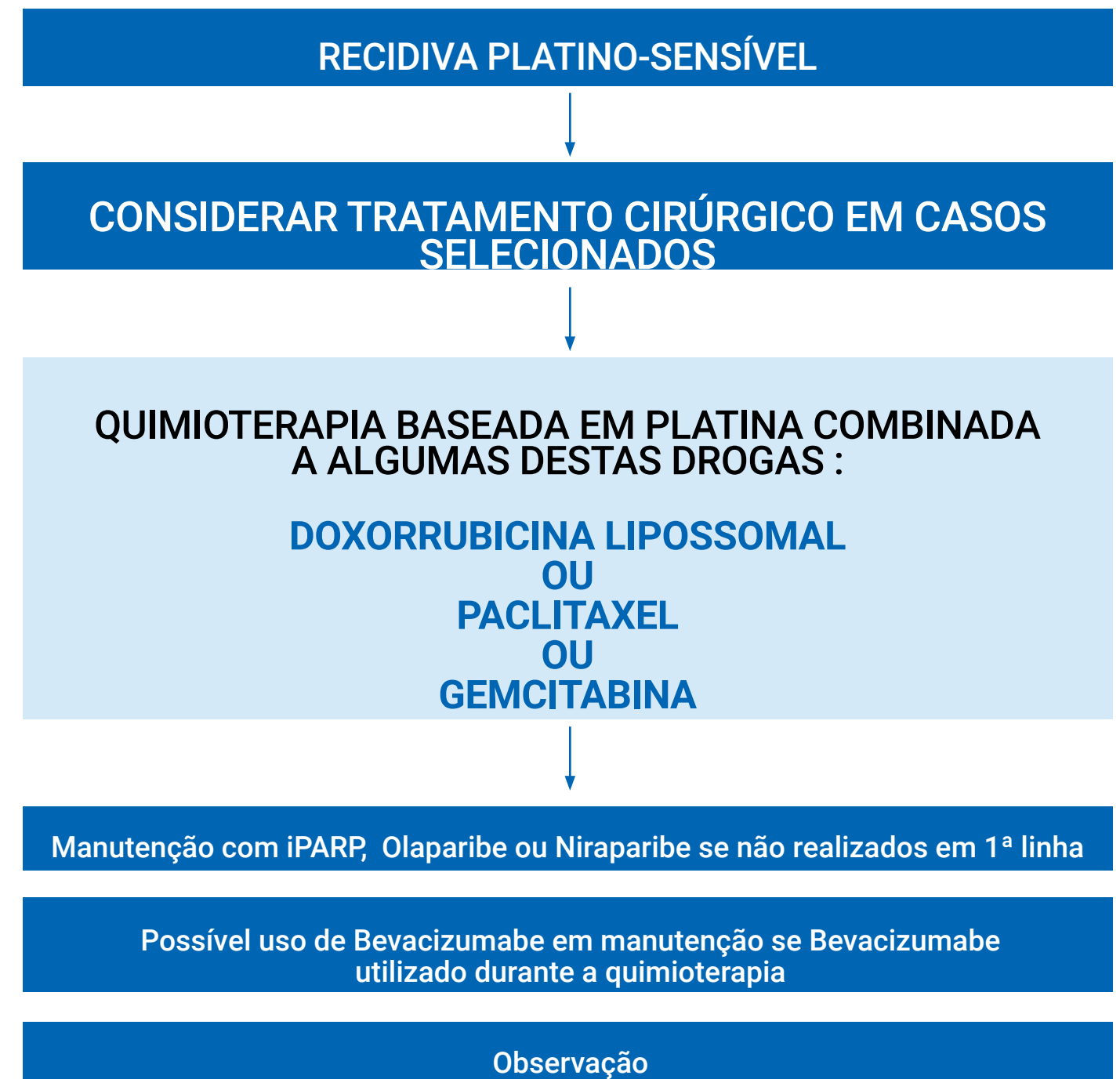


PROCEDIMENTO

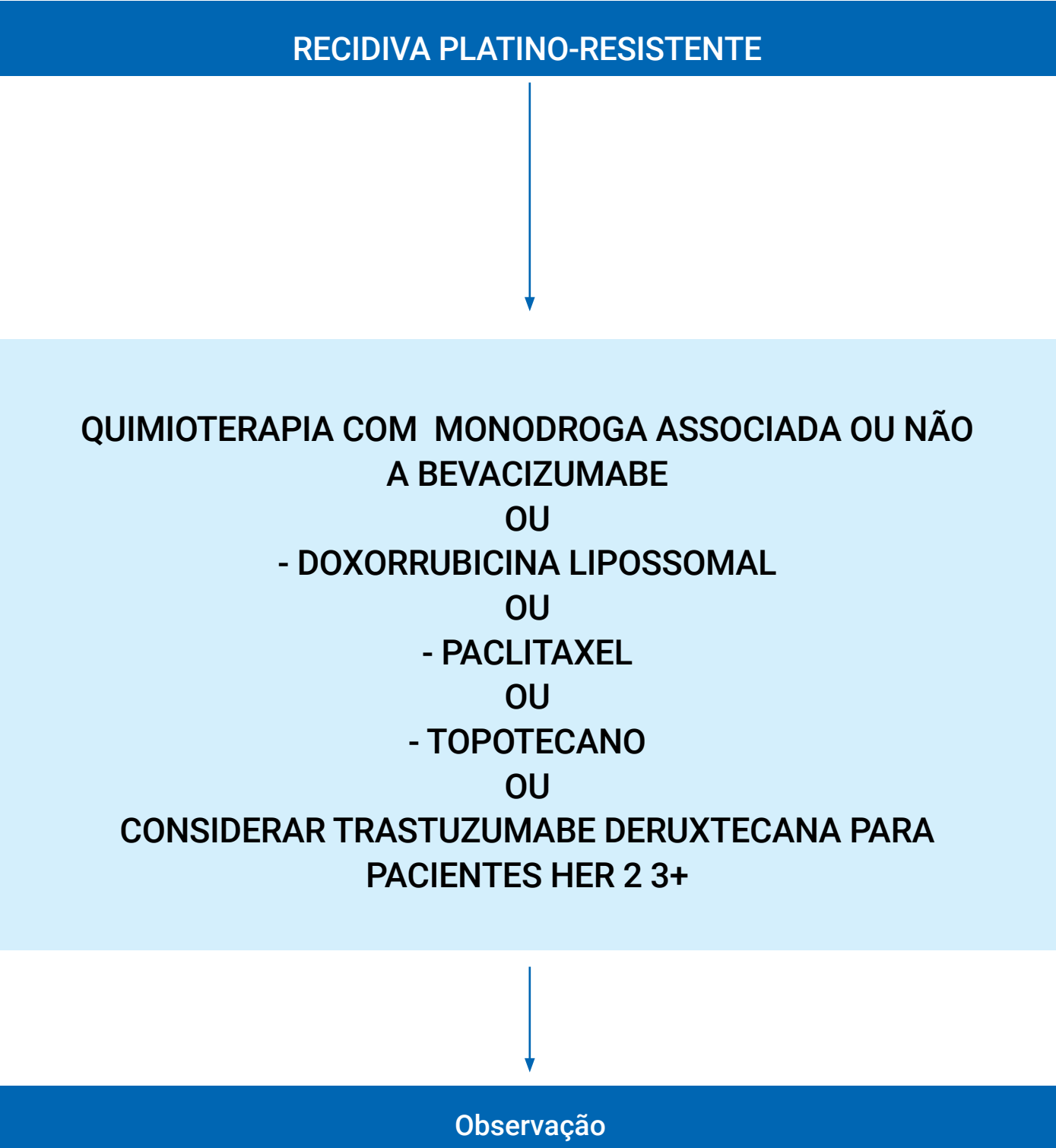
Mesmos critérios utilizados para a citorredução primária.

FLUXOGRAMAS DE TRATAMENTO SISTÊMICO DA DOENÇA RECIDIVADA

54- TRATAMENTO DA DOENÇA



55- TRATAMENTO DA DOENÇA



56- REGIMES DE TERAPIA SISTÊMICA

Carboplatina AUC 5-6 + Paclitaxel 175mg/m² EV a cada 3 semanas
Carboplatina AUC 5-6 + Paclitaxel 175mg/m² + Bevacizumabe 15mg/kg EV a cada 3 semanas
Carboplatina AUC 2 + Paclitaxel 60mg/m² no D1, D8 e D15 EV a cada 3 semanas
Carboplatina AUC 5 + Doxorrubicina lipossomal 30mg/m² EV a cada 4 semanas
Carboplatina AUC 4 no D1 + Gemcitabina 1000mg/m² no D1 e D8 + Bevacizumabe 15mg/kg no D1 EV a cada 3 semanas
Topotecano 1,25mg/m² do D1 ao D5 EV a cada 3 semanas ± Bevacizumabe 10mg/kg EV a cada 2 semanas ou 15mg/kg a cada 3 semanas
Paclitaxel 175mg/m² EV a cada 3 semanas ± Bevacizumabe 10mg/kg EV a cada 2 semanas ou 15mg/kg a cada 3 semanas
Gemcitabina 1000mg/m² no D1, D8 e D15 EV a cada 4 semanas
Olaparibe 300mg VO 12/12h contínuo
Niraparibe 200mg 1x/dia (padrão) / 300mg 1x/dia contínuo se ≥77Kg e Plaquetas ≥ 150.000
Trastuzumabe-Deruxetecana (T-DXd dose 5.4 mg/kg a cada 03 semanas), até progressão de doença ou toxicidade limitante

57- SEGUIMENTO

AS CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO PARA CÂNCER DE OVÁRIO GERALMENTE SÃO AGENDADAS:

- A cada 3 a 4 meses durante os primeiros 2 a 3 anos após o término do tratamento inicial.
- A cada 4 a 6 meses durante os próximos 3 anos.
- Após 05 anos do término do tratamento,



A criação desta “Linha de Cuidados” teve como objetivo reforçar a importância do olhar multidisciplinar no cuidado à paciente com câncer de ovário, para assim melhorar sua sobrevida e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manley, S. et al. BRCA1 and BRCA2 mutations in ovarian cancer. *Journal of Ovarian Research* (2023)
2. Casey S. Huo et al. Genetic predisposition to ovarian cancer: role of BRCA1, BRCA2, and other genes. *The Lancet Oncology* (2022)
3. Gillet, J. P., et al. Homologous Recombination Deficiency in Ovarian Cancer: From Mechanism to Therapy. *Nature Reviews Cancer* (2023)
4. Ledermann, J. A., et al. Homologous Recombination Deficiency and PARP Inhibition in Ovarian Cancer: Emerging Role in Clinical Practice. *European Journal of Cancer* (2022)
5. Markman M, Bookman MA. Second-line treatment of ovarian cancer. *Oncologist*. 2000;5(1):26-35.
6. Hancer LC, Loibl S, Burchardi N; AGO and GINECO study group. The impact of second to sixth line therapy on survival of relapsed ovarian cancer after primary taxane/platinum-based therapy. *Ann Oncol*. 2012 Oct;23(10):2605-2612.
7. Armstrong DK. Relapsed ovarian cancer: challenges and management strategies for a chronic disease. *Oncologist*. 2002;7 Suppl 5:20-8.
8. Fotopoulou C. Limitations to the use of carboplatin-based therapy in advanced ovarian cancer. *EJC Suppl*. 2014 Dec;12(2):13-6.
9. J. E. Vergote, R. L. Harter, T. J. du Bois. Cytoreductive Surgery in Ovarian Cancer: The Importance of Complete Cytoreduction. *The Lancet Oncology* (2015)
10. Wright JD. Failure to rescue as a source of variation in hospital mortality for ovarian cancer. *J Clin Oncol*, 2012
11. S. P. Winter, D. J. McGuire. Adjuvant Chemotherapy in Ovarian Cancer: Role in Early-Stage Disease. *Journal of Clinical Oncology* (2017)
12. D. B. Perren, L. M. du Bois, M. S. Kohn. Early-Stage Ovarian Cancer: The Role of Adjuvant Chemotherapy. *Gynecologic Oncology* (2015)
13. L. C. Sutton, P. A. F. L. J. A. Meier. Adjuvant Chemotherapy for Advanced Ovarian Cancer: A Meta-Analysis of the Effect on Survival. *Gynecologic Oncology* (2017)
14. A. J. Van Driel. Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy in Ovarian Cancer. *New England Journal of Medicine* (2018)
15. Gonzalez Martin. Niraparib in patients with newly diagnosed ovarian cancer. *New England Journal of Medicine* (2019)
16. Kathleen Moore. Olaparib for Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. *New England Journal of Medicine* (2018)
17. Ray-Coquard. Olaparib and Bevacizumab as Maintenance Therapy in Ovarian Cancer. *New England Journal of Medicine* (2019)
18. Timothy J. Perren. A Phase 3 Trial of Bevacizumab in Ovarian Cancer. *New England Journal of Medicine* (2011)
19. Robert A. Burger. Incorporation of Bevacizumab in the Primary Treatment of Ovarian Cancer. *New England Journal of Medicine* (2011)
20. Harter, P., et al. (2021). “Surgery for Recurrent Ovarian Cancer: The DESKTOP III Trial.” *Journal of Clinical Oncology*.
21. Du Bois, A., et al. (2020). “Randomized Controlled Trial of Secondary Cytoreductive Surgery in Recurrent Ovarian Cancer.” *New England Journal of Medicine*.
22. Pfisterer J., Gemcitabine plus carboplatin compared with carboplatin in patients with platinum-sensitive recurrent ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2016
23. Aghajanian C. OCEANS: A randomized, double-blind, diagnosed advanced ovarian cancer. *N Engl J Med* 2019.
24. Mirza MR. Niraparib maintenance therapy in platinum-sensitive, recurrent ovarian cancer. *N Engl J Med* 2016
25. Pujade-Lauraine E. Pegylated liposomal doxorubicin and carboplatin compared with paclitaxel and carboplatin for patients with platinum-sensitive ovarian cancer in late relapse. *J Clin Oncol* 2010.
25. Pujade-Lauraine E. Pegylated liposomal doxorubicin and carboplatin compared with paclitaxel and carboplatin for patients with platinum-sensitive ovarian cancer in late relapse. *J Clin Oncol* 2010.
26. Adrian Vanderstichele. Randomized phase II CLIO study on olaparib monotherapy versus chemotherapy in platinum-resistant ovarian cancer. *JCO* 37, 5507-5507(2019).
27. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2024). Ovarian Cancer, Including Fallopian Tube Cancer and Primary Peritoneal Cancer (Version 1.2024).
28. Funda Meric-Bernstam . Efficacy and Safety of Trastuzumab Deruxtecan in Patients With HER2-Expressing Solid Tumors: Primary Results From the DESTINY-PanTumor02 Phase II Trial. *J Clin Oncol*. 2024 Jan 1;42(1):47-58.



REALIZAÇÃO



PATROCÍNIO

