Fluxo de assistência multiprofissional a pacientes com sarcoma de partes moles do Hospital de Clínicas da UNICAMP - **Doença localizada**



Fluxo de assistência multiprofissional a pacientes com sarcoma de partes moles do Hospital de Clínicas da UNICAMP - **Doença localizada após-cirurgia**



** Realização de anamnese, exame físico, exames de estadiamento, biópsia**

Ressonância nuclear magnética (RNM) para massa de tecido mole de extremidades, de tronco, cabeça e pescoço; tomografia computadorizada (TC) para massas retroperitoniais e viscerais; raio X (Rx) de tórax para avaliar presença ou ausência de metástases pulmonares

** Critérios para radioterapia adjuvante**

Pacientes com sarcomas de partes moles ressecados e nas seguintes situações:

* Margem comprometida com impossibilidade de reabordagem cirurgica;
* Margens livres, porém, de grau 3 pela classificação *French Federation of Cancer Centers Sarcoma Group* (FNLCC) e com ao menos um dos fatores: margem < 1cm; tumor > 5 cm e proximidade de órgãos vitais

** Critérios e tipo de quimioterapia adjuvante**

Pacients com sarcoma de partes moles que apresentem todos os critérios:

* grau 3 da FNLCC;
* tumor > 10 cm;
* tumor primário em extremidades ou tronco;
* idade < 65 anos;
* ECOG 0 ou 1 (esquema: doxorrubicina + ifosfamida)

**Esquema doxorrubicina e ifosfamida:**

Doxorrubicina 30mg/m2 D1 e D2 e ifosfamida 3,750 mg/m2 D1 e D2 e mesna 750 mg/m2 antes da ifosfamida e 4 e 8 horas após a ifosfamida a cada 21 dias por 4 ciclos.

** Critérios para radioterapia neoadjuvante**

Avaliação individual em casos de necessidade de citoredução tumoral para cirurgia conservadora e para lesões irresecáveis (que podem se tornar ressecáveis caso ocorra redução do volume tumoral).

** Critérios e escolha de quimioterapia neoadjuvante**

Necessidade de citoredução tumoral para cirurgia conservadora e casos de lesões irresecáveis (que podem se tornar ressecáveis caso ocorra redução do volume tumoral).

**Esquema doxorrubicina e ifosfamida:**

Doxorrubicina 75mg/m2 no D1 e a ifosfamida 1,8 g/m2 do D1 ao D5 e mesna 20% da dose da ifosfamida 4 e 8 horas antes da ifosfamida a cada 21 dias por
4 ciclos.

** Tratamento paliativo**

* Tratamento paliativo para sintomas
* Quimioterapia paliativa

** Exames para seguimento**

RNM do sítio primário e TC de tórax em todas as consultas, quando possível. Na impossibilidade desses exames, é aceitável avaliação clínica local do sítio primário e Rx de tórax regular.

Fluxo de assistência multiprofissional a pacientes com sarcoma de partes moles do Hospital de Clínicas da UNICAMP - **Doença avançada**



* **Radioterapia paliativa**
* Quando a cirurgia não é aceitável e para pacientes selecionados com tumores menores do que 5 cm;
* Controle de dor;
* Tumores com sangramento ativo;
* Compressão medular;
* Síndrome de veia cava superior.

 **Critérios e escolha de quimioterapia paliativa**

Para pacientes com boa performance clínica (ECOG 0 ou 1) e necessidade de resposta.

**Escolha de quimioterapia paliativa:**

* **Angiossarcoma:** paclitaxel 80mg/m2 D1/D8/D15 a cada 4 semanas ou gencitabina 1000 mg/m2/semana por três semanas a cada 4 semanas.
A escolha da quimioterapia deve se basear nas toxicidades e condição clínica do paciente e o tratamento deve ser feito até progressão de doença ou toxicidade limitante.
* **Leiomiossarcoma** devem receber doxorrubicina 75 mg/m2 no D1 associado com dacarbazina 400 mg/m2 D1 ao D3 a cada três semanas até progressão de doença ou toxicidade limitante.
* **Outras etiologias**: doxorrubicina 75 mg/m2 a cada 21 dias até atingir dose máxima (300mg/m2), progressão de doença ou toxicidade limitante. A associação de ifosfamida e mesna pode ser considerada nos casos em que houver necessidade de maior resposta, ou seja, pacientes com alto volume de doença, doença visceral e/ou sintomáticos.

** Critérios para seguimento vigiado**

Indivíduos assintomáticos sem necessidade de resposta.

** Critérios para cuidados paliativos exclusivos**

Condição Clínica Insatisfatória (ECOG 3 e 4).

** Seguimento\***

\*Os pacientes em quimioterapia devem ser avaliados antes de cada ciclo. Já os pacientes fora de tratamento sistêmico devem ser avaliados a cada 30 dias, sendo que os pacientes em cuidados paliativos exclusivos devem fazer acompanhamento conjunto com a equipe de cuidados paliativos.