



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº1478 /2019

Vitória, 19 de setembro de 2019

Processo nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal de Cariacica- ES, requeridas por este Juizado, sobre o procedimento: **exame PET-CT.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o requerente, 68 anos, possui quadro de inflamação aguda comprometendo a parede do intestino grosso, associado a área de hemorragia e necrose. Realizou tomografia onde foram observadas alterações pós cirurgias colônicas, com colostomias em ambos os flancos, espessamento parietal irregular do reto proximal/sigmoide, estendendo-se por cerca de 6,5cm promovendo obliteração de grande parte de sua luz associado a pequenos linfonodos e calcificações puntiformes no fígado. Foi submetido a avaliação médica onde foi indicada PET-CT. Apesar de buscar pelo tratamento junto ao SUS, **não obteve êxito, e por isso recorre à via judicial**
2. Às fls. 09, receituário em papel timbrado da Prefeitura Municipal de Viana, carimbado pela Dra. Sabrina, CRM 10754, solicitando PET-CT, com urgência, pois paciente é portador de neoplasia de reto com possível metástase pulmonar e hepática e necessita de exame para avaliar indicação de tratamento cirúrgico. Ainda



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

observa que receberam negativa da SESA por não preencher critérios do Ministério da Saúde.

3. Às fls. 10 e 11, laudo de Tomografia Computadorizada do Abdome Total realizada em 16/07/2019 mostrando alterações pós cirúrgicas colônicas, com colostomias em ambos os flancos, espessamento parietal irregular do reto proximal/sigmoide, estendendo-se por cerca de 6,5cm promovendo obliteração de grande parte de sua luz associado a pequenos linfonodos locorregionais, fígado sem lesões focais evidentes calcificação puntiforme no segmento VII hepático, sinais de laparotomia mediana com importante diástase dos músculos reto abdominais na região periumbilical. Cistos simples em ambos os rins. Diverticulose colônica sem sinais inflamatórios.
4. Às fls. 12, laudo de Tomografia Computadorizada do tórax realizada em 16/07/2019, com análise comparativa ao exame anterior de 09/05/19, onde permanecem inalterados os três nódulos pulmonares de contornos irregulares/espiculados, alguns com cavitação central, agrupados, e confluentes, localizados no segmento basal lateral do lobo inferior esquerdo, esses nódulos circundam e reduzem a amplitude de brônquios e bronquíolos adjacentes, destacando-se micronódulos centrolobulares adjacentes, também inalterados. Granulomas calcificados de aspecto residual esparsos por ambos os pulmões, bandas atelectásicas nas bases pulmonares, linfonodos calcificados de aspecto residual no hilo pulmonar esquerdo.
5. Às fls 13, laudo anatomopatológico do dia 18/09/2018 de mesocólon obtido por ressecção cirúrgica evidenciando inflamação aguda focal e histiocitose sinusal discreta.
6. Às fls 15 laudo anatomopatológico do dia 18/09/2018 de omento maior obtido por ressecção cirúrgica, apresentando inflamação aguda focal.
7. Às fls 16 encontra-se encaminhamento para o cardiologista realizado pelo Dr. Gabriel, CRM 13285, oncologista cirúrgico, sem data, em papel timbrado do Hospital



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

Evangélico, solicitando risco cirúrgico devido a proposta de realização e de retossigmoidectomia e correção de hérnia incisional

8. Às fls. 18 consta Guia de consulta com anestesista com data de emissão de 02/09/2019.
9. Às fls 19 encontra-se encaminhamento para a anestesiologia realizado pelo Dr. Gabriel Osain, CRM 13285, oncologista cirúrgico, sem data, em papel timbrado do Hospital Evangélico, solicitando avaliação pré anestésica devido a proposta de realização e de retossigmoidectomia e correção de hérnia incisional.

DA PATOLOGIA

1. O **câncer de cólon e reto** abrange tumores malignos do intestino grosso. Tanto homens como mulheres são igualmente afetados, sendo uma doença tratável e frequentemente curável quando localizada no intestino (sem extensão para outros órgãos) por ocasião do diagnóstico. A recorrência após o tratamento cirúrgico é um relevante evento clínico no curso da doença, constituindo-se nestes casos, em geral, na causa primária de morte. Acredita-se que a maioria dos tumores colorretais origine-se de pólipos adenomatosos. Tais pólipos são neoplasias benignas do trato gastrointestinal, mas podem sofrer malignização com o tempo. O tipo histopatológico mais comum é o adenocarcinoma; outros tipos são neoplasias malignas raras, perfazendo 2% a 5% dos tumores colorretais, e requerem condutas terapêuticas específicas. Dependendo da arquitetura glandular, pleomorfismo celular e padrão da secreção de muco, o adenocarcinoma pode ser categorizado em três graus de diferenciação: bem diferenciado (grau I), moderadamente diferenciado (grau II) e mal diferenciado (grau III).
2. O diagnóstico de câncer de cólon é estabelecido pelo exame histopatológico de espécime tumoral obtido através da colonoscopia ou do exame de peça cirúrgica. A colonoscopia é o método preferencial de diagnóstico por permitir o exame de todo o



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

intestino grosso e a remoção ou biópsia de pólipos que possam estar localizados fora da área de ressecção da lesão principal, oferecendo vantagem sobre a colonografia por tomografia. O diagnóstico da doença por exame radiológico contrastado do cólon (enema opaco) deve ser reservado para quando não houver acesso à colonoscopia ou quando existir contraindicação médica para esse exame. A investigação de possíveis metástases intra-abdominais e pélvicas deve ser feita alternativamente por meio de exame ultrassonográfico, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, a critério médico. A investigação de metástases pulmonares deve ser efetuada por meio de radiografia simples de tórax ou tomografia computadorizada, também a critério médico.

3. O exame de tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) é útil na investigação de doença metastática à distância em doentes de alto risco com tumor potencialmente ressecável, em particular nos casos de metástase hepática isolada. A indicação do Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde PET-CT deve ser feita para detecção de metástase de câncer colorretal, exclusivamente hepática e potencialmente ressecável.

DO TRATAMENTO

1. O tratamento padrão para o câncer de cólon localizado envolve a ressecção cirúrgica por via aberta do tumor primário e linfonodos regionais. A cirurgia por via laparoscópica em casos selecionados enseja a mesma taxa de sucesso terapêutico que a cirurgia por via convencional, havendo benefícios (redução mediana de 1 dia na permanência hospitalar e menor uso de analgésicos) e riscos associados ao procedimento (necessidade de conversão para cirurgia aberta em 1 a cada 5 casos). A dissecação linfonodal seletiva baseada na retirada de linfonodo sentinela, para doentes clinicamente sem envolvimento nodal, confere informação prognóstica adicional[11], mas a ausência de protocolos validados externamente e o curto tempo de seguimento



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

de doentes cujo tratamento cirúrgico foi individualizado pelos achados do método limitam a aplicação clínica desta técnica – assim, tal procedimento deve ser restrito a protocolos clínicos experimentais. A ressecção cirúrgica padrão deve visar margem distal livre de infiltração neoplásica, quando houver na peça operatória um limite de ressecção superior a 1,5 a 2,0 cm, com ressecção de no mínimo 15 linfonodos. A realização concomitante da ooforectomia pode ser reservada apenas para doentes menopausadas. Havendo suspeita de comprometimento de órgãos ou estruturas vizinhas à lesão, deve-se visar à ressecção completa em monobloco. O tratamento cirúrgico pode ainda ser indicado com intenção curativa para casos selecionados de doentes com metástase hepática ou pulmonar ressecável, ou com finalidade paliativa, sempre na dependência das condições do doente e da reserva funcional do órgão acometido.

2. A quimioterapia adjuvante está indicada para doentes com câncer colorretal no estágio III e, excepcionalmente, no estágio II, a critério médico. Empregam-se esquemas terapêuticos, quimioterápicos, baseados em fluoropirimidina (5-fluorouracila ou capecitabina – para casos em estágio II), associada ou não a oxaliplatina (para casos em estágio III). Não se encontra definido o papel da quimioterapia contendo bevacizumabe ou cetuximabe no tratamento adjuvante do câncer de cólon. O início do tratamento adjuvante deve ocorrer entre 4 e 6 semanas após a cirurgia, havendo evidência de que o ganho em termos de sobrevida reduz-se 14% a cada 4 semanas de atraso, havendo porém algum benefício para tratamentos iniciados até 12 semanas após o tratamento cirúrgico. A quimioterapia prévia (pré-operatória) está indicada para doentes com câncer de reto no estágio II ou III, associada à radioterapia. Empregam-se esquemas terapêuticos baseados em fluoropirimidina. Não se encontra definido o papel da quimioterapia contendo oxaliplatina, irinotecano, bevacizumabe ou cetuximabe na quimioterapia prévia do câncer de reto. A quimioterapia paliativa está indicada para doentes com câncer colorretal recidivado inoperável ou com doença no estágio IV ao diagnóstico, a critério médico. Empregam-se esquemas terapêuticos baseados em fluoropirimidina,



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

associada ou não a oxaliplatina, irinotecano, mitomicina C, bevacizumabe, cetuximabe ou panitumumabe, observando-se características clínicas do doente e condutas adotadas no hospital. Em doentes com metástases hepáticas ressecáveis (número limitado de lesões, localização intrahepática, ausência de envolvimento vascular, ausência ou mínima doença metastática extra-hepática, reserva funcional hepática adequada), a ressecção completa da doença hepática pode resultar em taxas de sobrevida em 5 anos de 25% a 40%.

DO PLEITO

1. **PET-CT ou PET-SCAN:** a Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET), utilizando-se a fluorodesoxiglicose marcada com flúor-18 (18F-FDG), foi introduzida como método de imagem *in vivo* da atividade metabólica de vários sistemas no corpo humano. Desde então, as informações adquiridas com o método promoveram um inegável avanço principalmente na oncologia. As células malignas, em sua grande maioria, apresentam alto metabolismo glicolítico comparado aos tecidos vizinhos normais. Esta diferença no consumo de glicose favoreceu sua detecção pela 18F-FDG PET. Assim, notou-se uma mudança no paradigma de avaliação dos tumores, historicamente avaliados o meio do 18F-FDG PET.
2. Além de ser uma das mais modernas e eficazes técnicas de diagnóstico por imagem, seu custo-benefício pode ser também ressaltado quando evita processos invasivos, como biópsias, eliminando assim os riscos inerentes a estes procedimentos.
3. Com o uso de um marcador (flúor 18), o PET-CT permite detectar com precisão novos focos de tumores, bem como verificar a regressão do câncer após sessões de quimioterapia e, diante dos resultados, planejar a sequência do tratamento.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, o Requerente foi submetido a laparotomia exploradora, a causa e a data exata não foi exposta, infere-se que tenha ocorrido em 2018. E em julho de 2019 realizou Tomografia mostrando lesão de reto/sigmoide com características tumorais à tomografia, além de Tomografia de tórax mostrando lesões pulmonares também com características suspeitas de malignidade.
2. Entretanto, devemos relatar que nos anexos, não há informações sobre as condições clínicas do paciente, evolução ou relato de biópsia da tumoração (se foi realizada em procedimento anterior ou não). Além disso devemos enfatizar que na Tomografia realizada em 16/07/2019 o fígado encontra-se de morfologia, contornos e dimensões normais, sem lesões focais evidentes, apenas calcificação puntiforme residual no segmento VII hepático, sem dilatações de vias biliares. Portanto sem evidências de lesões metastáticas hepáticas. Porém com lesões suspeitas de metástase em pulmão.
3. Recomendação da CONITEC – Ministério da Saúde – Portaria Nº 8, de 14 de abril de 2014, que torna pública a decisão de incorporar o PET-CT na detecção de metástase de câncer colorretal, exclusivamente hepática e potencialmente ressecável no Sistema Único de Saúde – SUS. (grifo nosso)
4. De acordo com Sociedade Brasileira de Biologia, Medicina Nuclear e Imagem Molecular (SBBMN) e a Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC), PET-CT, em pacientes com carcinoma colorretal, tem indicação adequada (classe IA) nas seguintes situações:
 - Avaliação de ressecabilidade de metástases (Classe IA)
 - Na detecção de recidivas diante de achados radiológicos inconclusivos, mesmo sem CEA aumentado (em tumores não secretores) (Classe IA)



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

5. De acordo com o PARECER TÉCNICO Nº 37/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018 sobre cobertura de PET-CT Oncológico pela ANS, a indicação para câncer colo retal é:
- Cobertura obrigatória de PET-CT Oncológico para pacientes portadores de câncer colo-retal, quando pelo menos um dos seguintes critérios for preenchido:
 - a. câncer recidivado potencialmente ressecável;
 - b. CEA elevado sem evidência de lesão por métodos de imagem convencional;
 - c. recidivas com achados radiológicos inconclusivos com ou sem CEA aumentado.
6. Em síntese, este NAT entende que o exame solicitado pode ser útil para a conduta médica a ser definida no caso do autor, ressalvando que um laudo médico detalhando as circunstâncias envolvendo a evolução da paciente, informando resultado de biópsia da neoplasia apresentada, resultado de exames (entre eles o CEA) e justificativa para solicitação deste exame para o caso em tela, daria mais suporte técnico para a disponibilização pelo SUS.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

REFERÊNCIA

Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde PORTARIA Nº 958, DE 26 DE SETEMBRO DE 2014. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cólon e Reto.