

*DIRETRIZES DE TRATAMENTO DA DOENÇA DE HODGKIN NOS
ESTÁDIOS I E II, COM PROGNÓSTICO FAVORÁVEL*

Painel de Especialistas em Radioterapia – Grupo de Trabalho de Hodgkin: Peter M. Mauch, Médico¹; Joseph M. Connors, Médico²; Daniel E. Dosoretz, Médico³; David A. Pistenmaa, Médico⁴; Louis S. Constine, Médico⁵; Richard L. Deming, Médico⁶; Arthur J. Elman, Médico⁷; Richard T. Hoppe, Médico⁸; Leonard R. Prosnitz, Médico⁹; Harvey B. Wolkov, Médico¹⁰; Joachim Yahalom, Médico¹¹; Allen Chauvenet, Médico¹²; John H. Glick, Médico¹³; Steven Leibel, Médico¹⁴.

Resumo da Revisão da Literatura

Esta seção das diretrizes de tratamento do ACR para doença de Hodgkin discute o tratamento dos estádios I e II com prognóstico favorável. A radioterapia isolada, freqüentemente após uma laparotomia de estadiamento negativa, tem sido o principal ponto de apoio para tratamento de pacientes com estádios I e II da doença de Hodgkin com prognóstico favorável. Entretanto, nos últimos 10-15 anos, o número cada vez maior de informações sobre os efeitos tardios do tratamento levou a estudos projetados para manter o sucesso do tratamento e, ao mesmo tempo, reduzir as seqüelas tardias do mesmo. Muitos dos estudos incorporam regimes modificados de quimioterapia, bem como testam a redução da dose e do tamanho do campo de radioterapia.

Fatores Prognósticos

Foram identificados fatores prognósticos para os estádios I e II da doença de Hodgkin que predizem um risco mais alto de recorrência, uma menor taxa de sobrevida, ou ambos. Estes fatores ajudam a determinar estratégias iniciais de tratamento e ajudam no desenho de estudos clínicos. Muitos fatores predizem a recorrência após o tratamento com radioterapia isolada; poucos predizem recorrência após quimioterapia e radioterapia. Apenas a idade mais avançada no momento do diagnóstico tem sido consistentemente reportada como um fator adverso importante para a sobrevida, tanto após a radioterapia isolada, como após a combinação de radioterapia e quimioterapia.(1).

Análises multivariadas em estudos retrospectivos de laparotomia em pacientes nos estádios I e II identificaram dois fatores que, de forma independente, predizem um aumento no risco de recorrência após o tratamento com radioterapia isolada: grande adenopatia mediastinal ou grande carga tumoral e sintomas “B”, especialmente febres ou perda de peso (2-4). Estudos clínicos prospectivos randomizados da *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) e estudos de outras instituições ajudaram a desenvolver fatores prognósticos em pacientes estadiados clinicamente (sem laparotomia) (5-7). Estes estudos avaliaram pacientes tratados com radioterapia isolada, quimioterapia isolada ou radioterapia e quimioterapia combinadas. Fatores adversos para recorrência, nestes estudos, incluem sexo masculino, grande número de sítios envolvidos, idade avançada, alta taxa de hemossedimentação (VHS), histologia de celularidade mista, campo de radioterapia envolvido e grande adenopatia mediastinal.

O EORTC aperfeiçoou a definição de fatores prognósticos favoráveis e desfavoráveis para pacientes nos estádios I e II em estudos clínicos. Os critérios para prognósticos favoráveis ou muito favoráveis definidos nos estudos H7, H8 e H9 da EORTC incluem idade de 50 anos ou menos, nenhuma adenopatia mediastinal, VHS menor que 50 sem sintomas

¹Principal Autor/Presidente do Painel do Grupo de Trabalho de Hodgkin, Joint Center for Radiation Therapy, Boston, Mass; ²Co-Autor, British Columbia Cancer Agency, Vancouver, British Columbia, American Society of Clinical Oncology; ³Co-Autor, Radiation Therapy Regional Center, Cape Coral, Fla; ⁴Co-Autor, University of Texas, Southwestern Medical School, Dallas, Tex; ⁵Strong Memorial Hospital, Rochester, NY; ⁶Therapeutic Radiology Associates, Des Moines, Iowa; ⁷St. Luke’s Hospital, Kansas City, Mo; ⁸Stanford University, Stanford, Calif; ⁹Duke University Medical Center, Durham, NC; ¹⁰Radiation Oncology Center, Sacramento, Calif; ¹¹Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY; ¹²Wake Forest University Baptist Medical Center, Winston-Salem, NC, American Society of Clinical Oncology; ¹³Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, Pa, American Society of Clinical Oncology; ¹⁴Presidente do Painel de Radioterapia, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY.

O trabalho completo sobre os Critérios de Adequação do ACR (ACR Appropriateness Criteria™) está disponível, em inglês, no American College of Radiology (1891, Preston White Drive, Reston, VA, 20191-4397) em forma de livro, podendo, também, ser acessado no site da entidade www.acr.org e em português no site do CBR - Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem www.cbr.org.br. Os tópicos adicionais estarão disponíveis on-line assim que forem finalizados.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras seqüências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

“B” ou VHS menor que 30 com sintomas “B” e doença com envolvimento limitado a 1-3 regiões (5,8). Pacientes com características prognósticas favoráveis foram tratados, nestes estudos, com radioterapia e quimioterapia modificada ou com radioterapia isolada. Características prognósticas desfavoráveis foram definidas como qualquer uma das seguintes: grande adenopatia mediastinal; 4 ou mais sítios de envolvimento; sintomas “B” e VHS de mais de 30; VHS de mais de 50 sem sintomas “B”; ou idade de mais de 50 anos. Estudos clínicos para estes pacientes incluíram tanto a quimioterapia como a radioterapia. Fatores prognósticos similares foram definidos por outros autores (6,7,9). Para este critério de adequação, a doença de Hodgkin nos estádios I e II com prognóstico favorável é definida como ausência de sintomas “B”, sem grande envolvimento mediastinal e doença limitada a 1-3 regiões de envolvimento no mesmo lado do diafragma. A idade avançada, embora seja um mau fator prognóstico para a sobrevida, não está associada ao aumento do risco de recorrência e é considerada separadamente em exemplos clínicos específicos.

Risco de Envolvimento Abdominal Oculto

A possibilidade de envolvimento abdominal oculto, a despeito de um estadiamento radiológico negativo, deve ser levada em conta nas abordagens de tratamento para pacientes com doença de Hodgkin clinicamente estadiadas como I e II. Vinte a trinta por cento dos pacientes com doença de Hodgkin, clinicamente estadiados como IA e IIA e 35% dos pacientes estadiados como IB e IIB, têm envolvimento oculto esplênico ou linfonodal abdominal superior não detectado pela linfangiografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética ou cintilografia com gálio (10,11).

Estudos dos resultados de laparotomia de estadiamento demonstraram que fatores prognósticos selecionados podem prever o risco de envolvimento abdominal oculto em pacientes clinicamente estadiados como I e II (10-14). Homens e mulheres clinicamente estadiados IA com doença limitada a região superior do pescoço, pacientes clinicamente estadiados IA com histologia interfolicular e pacientes clinicamente estadiados IA com histologia de predominância linfocitária parecem ter um baixo risco de envolvimento abdominal oculto (4%-6%). O restante dos pacientes clinicamente estadiados IIA e todos os clinicamente estadiados IB-IIB mantêm um risco substancial de doença de Hodgkin no baço ou linfonodos abdominais (24%-36%) (10,11). O risco de envolvimento abdominal oculto deve ser levado em conta no diagnóstico e nas estratégias de tratamento para pacientes com doença de Hodgkin com prognóstico favorável em estágio inicial. Se a radioterapia isolada for preferida, talvez o manto isolado seja suficiente se o risco de envolvimento abdominal for de 5%, mas para pacientes com um risco de 20% a 25%, o manto isolado, após uma laparotomia e esplenectomia negativas ou irradiação esplênica e do manto paraórtico são as escolhas preferidas. Para radioterapia e quimioterapia combinadas, quando são usados campos envolvidos ou regionais, a quimioterapia proposta deve ser suficiente para erradicar o potencial envolvimento abdominal.

Primeiros Estudos Randomizados

Specht e colegas (15) relataram a influência do tamanho do campo de irradiação e, separadamente, o impacto da quimioterapia adjuvante sobre o resultado de longo prazo na doença de Hodgkin, em uma metanálise de 23 estudos randomizados envolvendo 3.888 pacientes. A doença de Hodgkin em estágio inicial, nestes estudos, foi definida como doença nos estádios I e II clinicamente ou por laparotomia, embora, em alguns casos, a doença no estágio III tenha sido incluída. Pacientes com sintomas “B” e pacientes com doença de Hodgkin torácica extensa também foram incluídos. Portanto, estes estudos incluíram pacientes tanto com prognósticos favoráveis como desfavoráveis da doença de Hodgkin nos estádios I e II. Os estudos randomizados foram divididos em dois grupos. Oito estudos compararam radioterapia mais extensa com radioterapia menos extensa e 13 estudos compararam quimioterapia multiagentes e radioterapia com radioterapia isolada (15). A maioria dos estudos usou quimioterapia MOPP (Mecloretamina, Vincristina, Prednisona e Procarbazona) ou uma variante da MOPP; hoje, este regime é raramente usado como tratamento inicial. Para cada paciente randomizado, dados incluindo idade, estágio, data de início, alocação de tratamento, data de recorrência e data e causa do óbito ou data de coleta da última vez que o paciente foi visto.

Nos oito estudos de radioterapia mais extensa versus menos extensa, em dez anos, o risco de recorrência foi de 43,4% para pacientes tratados com radioterapia menos extensa, comparados com 31,3% para aqueles tratados com radioterapia mais extensa ($p < 0.00001$). A despeito destas diferenças, as taxas atuariais de sobrevida de 10 anos foram de 77% para

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

ambos os grupos ($p>0,1$). Resultados similares foram vistos em análises de subgrupos por estágio no diagnóstico e por sexo. Por exemplo, para pacientes com doença de Hodgkin no estágio IA, o risco de recorrência foi de 36,3% com radioterapia menos extensa, comparado com 24,1% com radioterapia mais extensa ($p<0,05$).

Nos 13 estudos para quimioterapia com multiagentes e radioterapia versus radioterapia isolada, o risco de recorrência em 10 anos foi de 32,7% para pacientes tratados com radioterapia isolada e 15,8% para aqueles tratados com quimioterapia e radioterapia ($p<0,00001$). As taxas atuariais de sobrevida em 10 anos foram de 76,5% para pacientes tratados com radioterapia isolada e 79,4% para aqueles tratados com quimioterapia e radioterapia ($p>0,1$). Resultados similares foram vistos pela análise de subgrupo. Para doença de Hodgkin no estágio IA, o risco de recorrência foi de 20,4% para pacientes tratados com radioterapia isolada, comparados com 11% para aqueles tratados com quimioterapia e radioterapia.

Resultados de Longo Prazo do Tratamento para Doença de Hodgkin no Estádio Inicial

Muitos dos dados de seguimento de longo prazo (15 anos ou mais) para a doença de Hodgkin no estágio inicial vieram de pacientes estadiados por laparotomia, tratados apenas com radioterapia. Grandes estudos multinstitucionais demonstraram uma taxa atuarial de mais de 80% de sobrevida por 10-15 anos sem recorrência, e menos que 10% de mortalidade por doença de Hodgkin após irradiação de manto ou paraórtica em pacientes patologicamente estadiados IA-IIA (2,3,16). O tratamento da doença de Hodgkin no estágio inicial tornou-se tão bem sucedido que 15-20 anos após o tratamento, a taxa global de mortalidade por outras causas que não a doença de Hodgkin, parece exceder a taxa de morte por doença de Hodgkin (17-20). Considerando todas as causas de morte, os pacientes têm aproximadamente 1% de aumento de risco por ano nos primeiros 20 anos após a doença de Hodgkin. Óbitos pela doença de Hodgkin ocorrem, freqüentemente, nos primeiros 5-10 anos. As causas de óbito que não a doença de Hodgkin são mais comuns após 5-10 anos (20). A maior causa de mortalidade não relacionada à doença de Hodgkin são as neoplasias malignas secundárias. Embora existam muitos e diferentes fatores de risco, há uma boa evidência de que o desenvolvimento de um segundo câncer está correlacionado com a extensão do tratamento para a doença de Hodgkin, e a redução no tratamento parece correlacionar-se com uma redução na freqüência de segunda neoplasia.

Redução do Estadiamento e Tratamento: Estudos em Andamento e Concluídos

A preocupação crescente com as conseqüências em longo prazo, induziu muitos pesquisadores a reexaminar as abordagens agressivas desenvolvidas para o estadiamento e tratamento da doença de Hodgkin no estágio inicial nos anos 70 e 80. Muitos dos estudos em andamento e recentemente concluídos foram desenvolvidos para reduzir as complicações em longo prazo do tratamento, sem aumentar a mortalidade pela doença de Hodgkin. Estes incluem estudos que:

- (1) Avaliam a radioterapia isolada e estudam a redução da dose ou do tamanho do campo de radiação.
- (2) Avaliam o regime de combinação de radioterapia e quimioterapia e tentam identificar o número ideal de ciclos de quimioterapia, ou determinam o volume e a dose ideais de radiação, quando combinada à quimioterapia.
- (3) Avaliam o regime de quimioterapia isolada.

A maioria dos estudos listados abaixo tem um período de seguimento relativamente curto ou estão em andamento e não se espera que demonstrem diferenças nas taxas de sobrevida. As taxas de recorrência e a toxicidade aguda são os principais critérios para resultados adversos.

Estudos de Radioterapia Isolada, Avaliando a Dose de Radiação

O estudo multicêntrico realizado pelo *German Hodgkin's Study Group* é o único estudo randomizado concluído avaliando as doses oncolíticas para envolvimento subclínico pela doença de Hodgkin (21). Um total de 376 pacientes com doença de Hodgkin com prognóstico favorável, estadiados IA e IIB, por laparotomia foram inscritos. Apenas pacientes sem fatores de risco foram incluídos no estudo. Qualquer um dos seguintes fatores de risco era causa de exclusão: grande adenopatia mediastinal, envolvimento esplênico maciço, doença

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras conseqüências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

extralinfonodal, VHS de ≥ 30 com sintomas “B”, VHS ≥ 50 sem sintomas “B” ou 3 ou mais regiões de envolvimento. Os pacientes foram randomizados para receber ou radioterapia de campo estendido com dose de 40 Gy, ou radioterapia de campo estendido com dose de 30 Gy seguida por 10 Gy adicionais para as regiões de linfonodos envolvidos. As recorrências foram analisadas por um painel de 4 radioterapeutas quanto à técnica, volume de tratamento, tempo, dose de radioterapia e classificadas como recorrências dentro do campo, marginais ou fora do campo (21). Os resultados de sobrevida livre de insucesso do tratamento por 5 anos favoreceram o grupo de campo estendido com 30 Gy mais 10 Gy, sobre o grupo de campo estendido com 40 Gy (81% versus 70%, respectivamente, $p=0.026$). Os resultados de sobrevida de 5 anos também favoreceram o grupo de campo estendido com 30 Gy (98% versus 93%, respectivamente, $p=0,067$), embora as diferenças não fossem estatisticamente significantes. A dose de 30 Gy parece ser suficiente para tratar o envolvimento subclínico da doença de Hodgkin com radioterapia isolada.

Estudos de Radioterapia Isolada, Avaliando o Tamanho do Campo de Radioterapia: Irradiação do Manto e Paraórtica-esplênica (Estádios Clínicos I e II)

O *Princess Margaret Hospital* reportou 250 pacientes com doença de Hodgkin supradiaphragmática nos estádios clínicos I e II, tratados com radioterapia isolada. A taxa atuarial de sobrevida por 8 anos livre de recorrência foi de 71,6%, com um período médio de seguimento de 6,3 anos (6). Pacientes com doença de Hodgkin estádios clínicos I e II com características prognósticas favoráveis (idade <50 , VHS <40 e histologia de predominância linfocitária/esclerose nodular) tratados com irradiação no manto e paraórtica-esplênica tiveram somente 12,7% de risco atuarial de recorrência em 8 anos.

Irradiação Isolada de Manto (Estádios Clínicos IA-IIA)

O estudo randomizado H1 da EORTC de pacientes com estádios clínicos I e II para receber irradiação isolada de manto ou combinada com quimioterapia com vimblastina. Todos os pacientes nos estádios clínicos I e II foram registrados sem observação dos fatores prognósticos. Foram vistas menos recorrências nos pacientes que receberam irradiação de manto e quimioterapia com vimblastina. Entretanto, as taxas de recorrência foram altas em ambos os grupos (a taxa livre de recorrência foi de apenas 38% no grupo com irradiação isolada do manto e a taxa de sobrevida de 15 anos foi de apenas 58%), sugerindo que a irradiação isolada do manto não foi o tratamento adequado para pacientes não selecionados com doença de Hodgkin nos estádios clínicos I e II, e que a vimblastina foi apenas parcialmente eficaz para eliminar recorrências, muitas das quais ocorreram abaixo do diafragma (5,22). Os resultados em outros estudos retrospectivos de irradiação isolada do manto para pacientes não selecionados nos estádios clínicos I e II foram também decepcionantes. Na série de Toronto, a taxa de 10 anos livre de recorrência foi de apenas 54% (9). Estas altas taxas de recorrência em pacientes não selecionados devem-se parcialmente a que mais de 20% dos pacientes com estádios clínicos I e II apresentam envolvimento abdominal oculto e à falta de tratamento do abdome (com radioterapia ou quimioterapia). Quando a irradiação do manto foi restrita a pacientes no estágio clínico IA, as taxas de 10 a 15 anos livres de recorrência melhoraram para 58%-81% (23-25).

Qual é o tratamento apropriado para pacientes que, por critérios de prognóstico, têm um risco muito baixo ($<10\%$) de envolvimento abdominal? Um subgrupo muito favorável de pacientes foi definido pela EORTC (mulheres com menos de 40 anos de idade com estágio clínico IA, histologia de predominância linfocitária ou esclerose nodular e VHS < 50 mm) e tratadas com irradiação isolada do manto, sem uma laparotomia de estadiamento. No estudo H7VF, 40 pacientes foram tratados de acordo com este conceito, e uma remissão completa foi conseguida em 95%. Entretanto, 23% das pacientes tiveram recorrência, rendendo uma taxa livre de recorrência de 6 anos de 66%, uma taxa de sobrevida livre de recorrência de 73%, e taxas de sobrevida por causa específica e geral de 96% (26). As taxas de recorrência foram consideradas inaceitavelmente altas, neste subgrupo selecionado de pacientes no estágio IA, e este estudo foi encerrado.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Irradiação Isolada do Manto (Estádios Patológicos IA e IIA)

Para determinar o papel da irradiação abdominal profilática no estágio inicial da doença de Hodgkin, o estudo H5 da EORTC (1977-1982) comparou o uso de irradiação do manto e paraórtica-pedículo esplênico à irradiação isolada do manto, em pacientes com estágio inicial da doença de Hodgkin com prognóstico favorável (5,27). Este estudo incluiu somente pacientes com histologia de esclerose nodular ou predominância linfocitária, idade de 40 anos ou menos, estágio patológico I ou II com adenopatia mediastinal e uma VHS menor que 70. Não foram observadas diferenças nas taxas de sobrevida livre da doença ou de sobrevida global entre os dois grupos de tratamento. A probabilidade cumulativa de insucesso do tratamento em 9 anos foi de 31% para irradiação do manto e de 30% para irradiação do manto e paraórtica. As taxas de sobrevida global em 9 anos foram de 94% e 91%, respectivamente. Uma atualização deste estudo em 1997, com seguimento por 15 anos, ainda não mostra nenhuma diferença estatística entre os dois grupos de tratamento, seja quanto à probabilidade cumulativa de insucesso no tratamento ($p=0,62$) ou quanto à sobrevida global ($p=0,69$). Estes excelentes resultados com a irradiação isolada do manto, em pacientes estadiados por laparotomia foram corroborados em outros estudos retrospectivos (23-25,28).

Estudos Clínicos Randomizados nos Estádios I e II da Doença de Hodgkin com Prognóstico Favorável: Identificação da Combinação Ideal de Quimioterapia

Recentes estudos randomizados de terapia de modalidades combinadas são baseados na premissa de que esta abordagem resulta em uma alta taxa de período livre de recorrência no estágio inicial da doença de Hodgkin, e que a eficácia da quimioterapia e radioterapia combinadas pode ser mantida usando-se regimes de quimioterapia que contêm combinações de drogas menos tóxicas. Os estudos a seguir usam regimes de quimioterapia administrados por 4 ou 6 ciclos em combinação com radioterapia do campo envolvido ou manto, com a premissa de que as drogas que estão sendo testadas serão capazes de controlar a doença abdominal oculta em pacientes clinicamente estadiados sem irradiação do abdome superior e esplênica.

O estudo de *Stanford* com vimblastina, metotrexate, bleomicina e irradiação regional versus irradiação do manto e paraórtica-pedículo esplênico para pacientes nos estádios clínicos IA e IIA: VBM (vimblastina, bleomicina, metotrexate) foi testado, inicialmente, em um estudo randomizado de pacientes nos estádios patológicos IA, IIB e IIIA. O estudo comparou a irradiação linfonodal subtotal/linfonodal total com a irradiação do campo envolvido (44 Gy) seguida por VBM (29). A progressão livre da doença em 9 anos favoreceu a irradiação do campo envolvido e a VBM (98%) sobre a irradiação linfonodal subtotal/total ($p=0,01$). Não foram observadas diferenças na sobrevida global ($p=0,09$). Em um estudo de seguimento de *Stanford* (resultados relatados acima), pacientes nos estádios clínicos IA e IIA foram tratados ou com irradiação linfonodal subtotal (e irradiação esplênica) ou 2 ciclos de VBM, seguidos por irradiação regional (manto), seguida por 4 ciclos adicionais de VBM (com dose reduzida de bleomicina). Nenhuma diferença na progressão ou sobrevida livre da doença por 5 anos foi notada entre os dois grupos do estudo.

O estudo H7F da EORTC (1988-1992): EBVP II (epirrubicina, bleomicina, vimblastina e prednisona) e irradiação do campo envolvido ($n=168$) versus irradiação do manto e paraórtica-esplênica ($n=165$) para pacientes com prognóstico favorável nos estádios clínicos IA e IIA: O regime EBVP II da EORTC (epirrubicina, bleomicina, vimblastina e prednisona, 1 dose por ciclo), foi proposto como um regime potencialmente menos tóxico, mas similarmente eficaz comparado com o ABVD. No estudo H7F, pacientes com a doença com prognóstico favorável foram randomizados para 6 ciclos de EBVP combinados com irradiação do campo envolvido ou irradiação linfonodal subtotal e esplênica isolada. Em 6 anos, a taxa de sobrevida livre de evento foi significativamente mais alta para pacientes no grupo de terapia com quimioterapia e radioterapia combinadas do que para aqueles do grupo com radioterapia isolada (90% versus 81%, respectivamente, $p=0,019$); as taxas de sobrevida livre de recorrência mostraram resultados similares (92% versus 81%, respectivamente $p=0,004$). A taxa de sobrevida de 6 anos foi excelente em ambos os grupos de tratamento (98% versus 96%, respectivamente, $p=0,156$) (26,30).

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Estudos Clínicos Randomizados nos Estádios I e II da Doença de Hodgkin com Prognóstico Favorável: Estudos para Identificar o Número Ideal de Ciclos de Quimioterapia

Os estudos aqui mencionados usam combinação de quimioterapia e radioterapia com um número limitado de agentes quimioterápicos (isto é, 1-2) ou com menos que 4 ciclos de quimioterapia. Embora a meta principal destes estudos seja avaliar a eficácia de cursos curtos de quimioterapia, novos regimes também estão sendo testados, como o *Stanford V* e *VAPEC-B*. Com quimioterapia de curso curto há muito poucos dados sobre a eficácia dos diferentes regimes para controlar a doença de Hodgkin fora das regiões envolvidas como definidas por exame físico ou por avaliação radiográfica. Esta incerteza é refletida em alguns dos desenhos de estudos que usam irradiação linfonodal subtotal e esplênica preferencialmente à irradiação do campo envolvido ou do manto em combinação com quimioterapia.

O estudo HD7 do *German Hodgkin's Study Group (GHSG)* (1994-1998) reuniu 643 pacientes com doença de Hodgkin nos estádios clínicos IA e IIB com prognóstico favorável. O estudo randomizou pacientes para irradiação linfonodal subtotal e esplênica isolada ou para regime de dois cursos de ABVD (Adriamicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina) e radioterapia. Os primeiros 365 pacientes estão disponíveis para análise. Os dados são preliminares (fornecidos pelo Dr. Volker Diehl), mas uma vantagem limítrofe no tratamento livre de insucesso é observada nos pacientes que recebem ABVD 2 vezes e irradiação linfonodal subtotal e esplênica (96%) comparados com aqueles tratados apenas com irradiação linfonodal subtotal e esplênica (87%, $p=0,05$).

O estudo HD10 do *German Hodgkin's Study Group* (aberto em 1998) randomiza pacientes para 4 grupos: 2 ciclos de ABVD seguidos por radioterapia do campo envolvido com 30 Gy; 2 ciclos de ABVD seguidos por radioterapia do campo envolvido com 20 Gy; 4 ciclos de ABVD seguidos por radioterapia de campo envolvido com 30 Gy; e 4 ciclos de ABVD seguidos por radioterapia de campo envolvido com 20 Gy. Este estudo deve ajudar a determinar o número de ciclos de ABVD necessários para controlar doença de Hodgkin oculta no abdome e para impedir a recorrência da doença de Hodgkin em sítios aparentemente não envolvidos, adjacentes a doença de Hodgkin conhecida. A dose ideal de radiação necessária, quando combinada com quimioterapia limitada, também está sendo testada.

Estudo piloto de *Manchester* e estudo BNLI: quimioterapia VAPEC-B por 4 semanas e irradiação do campo envolvido versus irradiação do manto isolada: Relatórios preliminares do estudo piloto de Manchester usando o regime relativamente breve de VAPEC-B por 4 semanas (doxorubicina, ciclofosfamida, etoposide, vincristina, bleomicina, prednisolona) na doença de Hodgkin em estágio inicial fornecem dados da experiência para o estudo BNLI em andamento. No estudo de Manchester, 111 pacientes nos estádios clínicos IA e IIA sem massa mediastinal foram randomizados desde 1989 para receber apenas uma radioterapia limitada ou VAPEC-B seguida por irradiação localizada apenas nas regiões envolvidas. Com um período médio de seguimento de 3,3 anos, houve apenas 2 recorrências no grupo de VAPEC-B mais irradiação local. A taxa de sobrevivida livre de progressão em 3 anos é de 91% para aqueles que receberam combinação de VAPEC-B e radioterapia (31). O estudo BNLI atual tem um desenho similar; entretanto, o grupo de radioterapia isolada inclui irradiação completa do manto, preferencialmente a um campo mais imitado.

O estudo SWOG/CALGB de 3 ciclos de doxorubicina adjuvante e vimblastina mais irradiação linfonodal subtotal e esplênica versus irradiação linfonodal subtotal e esplênica isolada em pacientes com a doença de Hodgkin nos estádios clínicos IA e IIA: este estudo está em andamento. A partir de junho de 1998, 284 pacientes foram inscritos no estudo (*Dr. Todd Wasserman*, junho/1998, atualização do CALGB). Cinquenta e quatro pacientes estão inelegíveis por violações do protocolo. Oitenta pacientes no grupo de irradiação linfonodal subtotal e esplênica e 82 pacientes no grupo com doxorubicina/vimblastina e radioterapia foram avaliados quanto à toxicidade em curto prazo. Houve um óbito por pneumonite entre pacientes do grupo de radioterapia isolada.

O estudo H8F da EORTC (1993-1998): 3 ciclos de MOPP/ABV híbrido e irradiação do campo envolvido versus irradiação do manto e paraórtica-esplênica para pacientes nos estádios clínicos IA e IIA com prognóstico favorável: O estudo, iniciado em 1993, responderia se 3 ciclos de quimioterapia padrão são suficientes para controle da doença de Hodgkin subclínica em pacientes com prognósticos favoráveis nos estádios clínicos IA e IIA.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Estudo *Stanford V* modificado para estágio inicial da doença de Hodgkin com prognóstico favorável: O *Stanford V* é um regime relativamente curto, mas intensivo, de quimioterapia administrado por 12 semanas a pacientes com doença nos estádios I e II com mau prognóstico (32). Uma modificação deste estudo foi aberta para pacientes nos estádios clínicos IA e IIA com prognóstico favorável, usando o regime *Stanford V* por 8 semanas e irradiação do campo envolvido modificado para sítios de envolvimento inicial (identificados radiologicamente como aumentos linfonodais de 1,5 cm ou maiores). O regime de quimioterapia inclui mecloretamina, doxorubicina, vimblastina, prednisona, vincristina, bleomicina e VP-16. Este regime avalia a capacidade da quimioterapia breve, porém intensa, de controlar a doença de Hodgkin fora dos sítios de envolvimento inicial, nos pacientes nos estádios clínicos I e II com prognóstico favorável.

Estudos Clínicos Randomizados na Doença de Hodgkin nos Estádios I e II com Prognóstico Favorável: Estudos de Quimioterapia Isolada versus Radioterapia Isolada

Dois estudos randomizados foram idealizados para comparar a radioterapia isolada com a quimioterapia com MOPP isolada em pacientes estadiados por laparotomia. Ambos os estudos têm períodos médios de seguimento de 7,5 a 8 anos. Embora ambos os estudos estejam atualmente superados pelo uso do regime de MOPP e a necessidade de laparotomia de estadiamento, os resultados destes estudos fornecem informações valiosas para o desenho de futuros protocolos.

O estudo do NCI foi inicialmente projetado para incluir pacientes com doença de Hodgkin com prognóstico intermediário. Embora o estudo incluísse pacientes com doença no estágio patológico IIA com prognóstico favorável, os pacientes mais favoráveis, com doença de Hodgkin no estágio patológico IA em sítios periféricos, não foram incluídos e foram tratados com radioterapia isolada, e os pacientes com prognóstico desfavorável (sintomas “B”, grande adenopatia mediastinal e doença limitada ao estágio III) foram incluídos neste estudo (33). Os pacientes foram randomizados para 6 meses de quimioterapia com MOPP isolada ou irradiação linfonodal subtotal isolada. Depois que os pesquisadores reconheceram que os pacientes com envolvimento mediastinal massivo e doença no estágio patológico IIIA não eram os candidatos ideais à radioterapia isolada, os critérios de randomização foram mudados enquanto o estudo estava em andamento. Não foi observada nenhuma diferença na sobrevida global livre da doença em 10 anos.

O estudo prospectivo randomizado italiano consiste em pacientes com doença de Hodgkin nos estádios patológicos IA e IIA, randomizados para receber ou 6 meses de MOPP isolada ou irradiação linfonodal subtotal isolada (34). Não houve nenhuma diferença no período livre de progressão. Entretanto, a taxa de sobrevida foi significativamente mais alta em pacientes tratados com radioterapia isolada (93%) do que naqueles tratados com quimioterapia isolada (56%). A diferença na sobrevida foi atribuída à incapacidade de salvar pacientes com recorrência após a quimioterapia com MOPP. Estes resultados são similares aos resultados insatisfatórios da ABVD de salvamento em pacientes que tiveram recorrência após MOPP para doença de Hodgkin avançada. Tanto o estudo italiano como o do NCI demonstraram maiores toxicidades agudas em pacientes que receberam quimioterapia com MOPP. No estudo de Longo (33), mais de 50% dos pacientes tratados com MOPP tiveram, pelo menos, uma internação hospitalar devida a febre e neutropenia.

O estudo HD6 NCIC CTG é uma modificação dos estudos italianos e do NCI com a randomização dos pacientes clinicamente estadiados, preferencialmente aos patologicamente estadiados, e o uso de ABVD como regime de quimioterapia. Pacientes com prognóstico favorável (histologia de esclerose nodular ou predominância linfocitária, idade menor do que 40 anos, VHS menor que 50, 1 a 3 sítios de envolvimento) são randomizados para irradiação linfonodal subtotal e irradiação esplênica versus 4 ciclos de ABVD isolada. Este estudo testará a eficácia de 4 ciclos de ABVD isolada na doença de Hodgkin em estágio inicial e prognóstico favorável. O estudo está aberto para obtenção de resultados.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Estudos Clínicos na Doença de Hodgkin nos Estádios I e II com Prognóstico Favorável: Estudos de Quimioterapia Isolada versus Terapia com Modalidades Combinadas

Em 1977, os grupos cooperativos GATLA/GLATHEM iniciaram um estudo randomizado de quimioterapia com CVPP isolada, por 6 ciclos, (ciclofosfamida 600 mg/m² e vimblastina 6mg/m² no dia 1; e procarbazona 100 mg/m² e prednisona 40 mg nos dias 1-14) versus CVPP mais radioterapia consistindo em 30 Gy para áreas envolvidas para pacientes com doença nos estádios clínicos I e II. Em geral, a taxa de sobrevida por 7 anos livre da doença foi de 71% para quimioterapia e radioterapia comparada com 62% para quimioterapia isolada (p=0,01); as taxas de sobrevida foram de 89% e 81%, respectivamente (p=0,3). Em pacientes com doença de Hodgkin nos estádios clínicos I e II com prognóstico favorável (menos de 45 anos de idade, menos de 3 áreas de nódulos linfáticos envolvidas e sem massa patológica), nenhuma diferença foi observada nas taxas atuariais de sobrevida livre de doença (77% versus 70%) ou sobrevida global (92% versus 91%), respectivamente, para CVPP e irradiação de campo envolvido versus CVPP isolada. Quase 50% dos pacientes tinham menos do que 16 anos de idade, neste estudo.

Em um estudo GATLA subsequente, pacientes com prognóstico favorável (ver comunicação para definição de prognóstico favorável) onde CVPP randomizado para 3 ciclos versus 6 ciclos. Em 5 anos, as taxas de sobrevida livre de eventos (89% versus 84%) e sobrevida geral (91% versus 92%) foram reduzidas para 3 versus 6 ciclos, respectivamente (p=ns). Este estudo também listou uma alta percentagem de pacientes pediátricos.

O estudo H9F da EORTC, que está em andamento, para pacientes nos estádios clínicos I e II com prognóstico favorável, compara 6 ciclos de regime com EBVP II isolado com o mesmo regime com doses diferentes de irradiação do campo envolvido. Pacientes que alcançam uma remissão completa após a quimioterapia são randomizados para irradiação do campo envolvido com 36 Gy versus irradiação do campo envolvido com 20 Gy versus nenhuma radioterapia. Este estudo foi desenhado para avaliar o papel da irradiação do campo envolvido na doença de Hodgkin em estágio inicial com prognóstico favorável e para avaliar potenciais diferenças na dose de radiação administrada.

Estudo do *Memorial Sloan Kettering Cancer Center*: Este estudo randomizou pacientes com estágio clínico I-IIIa que alcançaram uma remissão completa após 6 ciclos de ABVD ou com irradiação de manto (35 Gy) ou nenhum tratamento adicional. Embora os pacientes com grandes adenopatias mediastinais e linfonodos maiores que 10 cm não sejam elegíveis, os pacientes nos estádios clínicos IIB e IIIA estão incluídos: portanto, este estudo não é restrito à doença de Hodgkin no estágio inicial com prognóstico favorável. Este estudo arrolou 120 de um total planejado de 200 pacientes.

Resumo

Os serviços de saúde padronizados atualmente oferecem muitas opções de tratamento para pacientes nos estádios iniciais da doença de Hodgkin com prognóstico favorável. Estas incluem o uso de irradiação isolada do manto para pacientes selecionados com estadiamento por laparotomia negativo, irradiação do manto-paraórtica e esplênica sem estadiamento por laparotomia e combinação de quimioterapia com radioterapia, freqüentemente com um número modificado de ciclos de quimioterapia e alguma modificação nos tamanhos dos campos e nas doses de radiação. Modificações razoáveis da quimioterapia fora do estudo incluem administrar ABVD por 4 ciclos. Modificações razoáveis da radioterapia fora do estudo incluem doses de 36-40 Gy nos campos envolvidos quando combinada com 4-6 ciclos de quimioterapia e irradiação do manto (para apresentações supradiafragmáticas) com doses de 25-30 Gy seguida por um "boost" de 36-40 Gy quando combinada com 4 ciclos de quimioterapia.

Os estudos clínicos atuais estão avaliando o uso de combinações alternativas de quimioterapia, cursos reduzidos de quimioterapia, quimioterapia com campos menores ou doses mais baixas de radiação e quimioterapia sem radioterapia. Felizmente, o óbito por doença de Hodgkin em pacientes no estágio inicial com prognóstico favorável é incomum e a mortalidade por outras causas que não a doença de Hodgkin ocorre muitos anos depois. Entretanto, isto significa

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

que a sobrevida não é um parâmetro útil para avaliar resultados nos estádios iniciais da doença de Hodgkin. Os estudos atuais devem ser julgados pelas taxas de período livre da primeira recorrência, morbidade aguda e por novos critérios, tais como qualidade de vida e, talvez pela eficácia em termos de custos. Os objetivos do estudo de obter a taxa mais alta possível de período livre da primeira recorrência pode não proporcionar o tratamento ideal, uma vez que os dados de longo prazo (10-20 anos) estão disponíveis. A mortalidade relacionada ao tratamento pode exceder a mortalidade pela doença de Hodgkin, nos pacientes no estágio inicial e com prognóstico favorável, como resultado desta estratégia.

Não obstante a crescente disponibilidade de diretrizes para tratamento da doença de Hodgkin, é preciso manter um espaço para a individualização do tratamento. Com diferentes opções de tratamento, algumas das quais podem resultar em um maior risco de recorrência como ganho de um tratamento inicial menos tóxico (sem qualquer diferença na sobrevida de longo prazo), as preferências dos pacientes precisam ser avaliadas. Além disso, o tratamento deve ser individualizado quando uma abordagem de tratamento em particular pode evitar um alto risco de uma complicação tardia grave, mesmo quando esta complicação pode não influenciar a sobrevida global (isto é, evitar tratamento de pacientes femininas jovens com grandes campos de irradiação para reduzir o risco de um câncer de mama posterior).

Exceções Previstas

Nenhuma.

Informação de Revisão

Esta diretriz foi originalmente desenvolvida em 1999. Todos os tópicos dos Critérios de Adequação são revistos anualmente e, sendo necessário, são atualizados.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras conseqüências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Doença de Hodgkin Estádios I e II com Prognóstico Favorável

Variante 1: Mulher de 18 anos com doença de Hodgkin esclerose nodular, estágio clínico IA, com envolvimento cervical médio direito.

Tratamento	Índice de adequação	Comentários
QT & RT do campo envolvido	8	
RT de manto-paraórtica e esplênica isolada	6	
QT isolada	4	
RT do manto isolada	2	
RT do campo envolvido isolada	2	
RT do manto-paraórtica e hilo esplênico isolada, após laparotomia negativa	2	
QT & RT do manto	2	
<i>Tipo de QT</i>		
ABVD	8	
EBVP (1 dose/mês)	6	Alto risco de insucesso em pacientes com estádios clínicos I e II e de prognóstico ruim.
VBM	4	
MOPP	2	
<i>Duração da QT</i>		
4 meses	8	Após RT do campo envolvido.
2 meses	7	Somente irradiação de campo estendido.
6 meses	4	Requerido para EBVP.
<i>Dose de RT</i>		
30-35 Gy	8	
25-30 Gy	6	
>35 Gy	6	Somente para resposta pobre ou doença residual.
20-25 Gy	4	
<20 Gy	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Doença de Hodgkin Estádios I e II com Prognóstico Favorável

Variante 2: Mulher de 35 anos com doença de Hodgkin esclerose nodular, estágio clínico IA, com envolvimento cervical médio esquerdo.

<i>Tratamento</i>	<i>Índice de adequação</i>	<i>Comentários</i>
RT do manto-paraórtica e esplênica	8	As taxas estimadas de recorrência após RT isolada para doença de Hodgkin estádios I e II de prognóstico favorável varia de 18%-30%. As taxas estimadas de recorrência após combinação de QT e RT do campo envolvido são de aproximadamente 10%-15%. Contudo, nenhuma diferença na sobrevida global tem sido demonstrada, por isso a RT isolada pode ser indicada em doença limitada para reduzir a morbidade aguda. Em algumas circunstâncias onde o risco de envolvimento abdominal é baixo (5%), manto isolado é um tratamento alternativo.
QT e RT do campo envolvido	8	
QT isolada	4	
RT de manto isolada	2	
RT campo envolvido isolada	2	
RT de manto-paraórtica e hilo esplênico isolada, após laparotomia negativa	2	
QT e RT do manto	2	
<i>Tipo de QT</i>		
ABVD	8	
EBVP (1 dose/mês)	6	Alto risco de recidiva em pacientes com estadiamentos clínicos I e II de prognóstico ruim.
VBM	4	
MOPP	2	
<i>Duração da QT</i>		
4 meses	8	Após RT de campo envolvido.
2 meses	7	Somente com RT do campo estendido.
6 meses	4	Requerido para EBVP.
<i>Dose de RT</i>		
30-35 Gy	8	
25-30 Gy	6	
>35 Gy	6	Somente para resposta pobre ou doença residual.
20-25 Gy	4	
<20 Gy	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Doença de Hodgkin Estádios I e II com Prognóstico Favorável

Variante 3: Mulher de 65 anos com doença de Hodgkin esclerose nodular estágio clínico IA, com envolvimento axilar direito.

<i>Tratamento</i>	<i>Índice de adequação</i>	<i>Comentários</i>
QT e RT do campo envolvido	8	
RT de manto isolada	4	
RT de manto-paraórtica e esplênica isolada	4	Oferecida se há contra-indicação ao tratamento padrão.
QT isolada	2	
RT do campo envolvido isolada	2	
RT de manto-paraórtica e pedículo esplênico isolada, após laparotomia negativa	2	
QT e RT manto	2	
<i>Tipo de QT:</i>		
ABVD	8	
EBVP (1 dose/mês)	6	Alto risco de recidiva em pacientes com estadiamentos clínicos I e II de prognóstico ruim.
VBM	4	
MOPP	2	
<i>Duração da QT</i>		
4 meses	8	Após RT de campo envolvido.
2 meses	4	Somente com RT linfonodal subtotal.
6 meses	4	Requerida para EBVP.
<i>Dose de RT</i>		
30-35 Gy	8	
>35 Gy	8	Somente para resposta pobre ou doença residual.
25-30 Gy	6	
20-25 Gy	4	
<20 Gy	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Doença de Hodgkin Estádios I e II com Prognóstico Favorável

Variante 4: Homem de 25 anos com doença de Hodgkin celularidade mista, estágio clínico IA, com envolvimento axilar esquerdo.

<i>Tratamento</i>	<i>Índice de adequação</i>	<i>Comentários</i>
QT & RT do campo envolvido	8	
QT & RT de manto	6	
RT de manto-paraórtica e pedículo esplênico isolada, após laparotomia negativa	6	
QT isolada	4	
RT de manto-paraórtica e esplênica isolada	4	
RT do campo envolvido isolada	2	
RT de manto isolada	2	
<i>Tipo de QT:</i>		
ABVD	8	
EBVP (1 dose/mês)	6	Alto risco de recidiva em pacientes com estadiamentos clínicos I e II de prognóstico ruim.
VBM	4	
MOPP	2	
<i>Duração da QT</i>		
4 meses	8	Após RT de campo envolvido.
2 meses	7	Somente com RT linfonodal subtotal.
6 meses	4	Requerida para EBVP.
<i>Dose de RT</i>		
30-35 Gy	8	
25-30 Gy	6	
>35 Gy	6	Somente para resposta pobre ou doença residual.
20-25 Gy	4	
<20 Gy	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i></p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras conseqüências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Doença de Hodgkin Estádios I e II com Prognóstico Favorável

Variante 5: Homem de 30 anos com doença de Hodgkin depleção linfocítica, estágio clínico IA, com envolvimento cervical superior direito.

<i>Tratamento</i>	<i>Índice de adequação</i>	<i>Comentários</i>
RT do campo envolvido isolada	6	Minimamente poderia ser conveniente.
RT de manto isolada	4	
RT de manto-paraórtica e pedículo esplênico isolada, após laparotomia negativa	2	
RT de manto-paraórtica e esplênica isolada	2	
QT e RT de manto	2	
QT isolada	2	
QT e RT do campo envolvido	Sem consenso	Esta abordagem é investigativa.
<i>Tipo de QT:</i>		
ABVD	4	
VBM	2	
EBVP (1 dose/mês)	2	Alto risco de recidiva em pacientes com estadiamentos clínicos I e II de prognóstico ruim.
MOPP	2	
<i>Duração da QT</i>		
4 meses	4	Após RT do campo envolvido.
2 meses	2	Somente com RT do campo estendido.
6 meses	2	
<i>Dose de RT</i>		
30-35 Gy	8	
25-30 Gy	6	
>35 Gy	6	Somente para resposta pobre ou doença residual.
20-25 Gy	2	
<20 Gy	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i></p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Doença de Hodgkin Estádios I e II com Prognóstico Favorável

Variante 6: Mulher de 23 anos com doença de Hodgkin esclerose nodular, estágio clínico IA, com envolvimento ingüinofemoral esquerdo. Ela eventualmente gostaria de engravidar.

<i>Tratamento</i>	<i>Índice de adequação</i>	<i>Comentários</i>
QT e RT do campo envolvido	8	
RT "Y" invertido	6	
RT "Y" invertido e esplênica isolada	6	
RT inguinal/femoral/pélvica isolada	4	
QT isolada	2	
RT do campo envolvido isolada	2	
QT e RT de manto	2	
<i>Tipo de QT:</i>		
ABVD	8	
VBM	4	
EBVP (1 dose/mês)	4	Alto risco de recidiva em pacientes com estadiamentos clínicos I e II de prognóstico ruim.
MOPP	2	
<i>Duração da QT</i>		
4 meses	8	Após RT do campo envolvido.
6 meses	4	Requerida para EBVP.
2 meses	2	Somente com RT do campo estendido.
<i>Dose de RT</i>		
25-30 Gy	8	
30-35 Gy	8	
>35 Gy	6	Somente para resposta pobre ou doença residual.
20-25 Gy	4	
<20 Gy	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras conseqüências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Doença de Hodgkin Estádios I e II com Prognóstico Favorável

Variante 7: Mulher de 31 anos com doença de Hodgkin esclerose nodular, estágio clínico IIA, com envolvimento supraclavicular direito, mediastinal (7 cm no maior diâmetro) e hilo pulmonar direito.

Tratamento	Índice de adequação	Comentários
QT e RT do campo envolvido	8	
QT e RT de manto	6	
RT de manto-paraórtica e pedículo esplênico isolada, após laparotomia negativa	6	
RT de manto-paraórtica e esplênica isolada	6	
QT isolada	2	
RT do campo envolvido isolada	2	
RT de manto isolada	2	
<i>Tipo de QT:</i>		
ABVD	8	
EBVP (1 dose/mês)	6	Alto risco de recidiva em pacientes com estadiamentos clínicos I e II de prognóstico ruim.
VBM	4	
MOPP	2	
<i>Duração da QT</i>		
4 meses	8	Após RT do campo envolvido.
6 meses	6	Requerida para EBVP.
2 meses	2	Somente com RT do campo estendido.
<i>Dose de RT</i>		
30-35 Gy	8	
25-30 Gy	6	Somente para resposta pobre ou doença residual.
>35 Gy	6	
20-25 Gy	4	
<20 Gy	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Doença de Hodgkin Estádios I e II com Prognóstico Favorável

Variante 8: Homem de 25 anos com doença de Hodgkin esclerose nodular, estágio clínico IIA, com envolvimento supraclavicular direito, mediastinal (5 cm de extensão) e linfonodal cardiofrênico direito.

<i>Tratamento</i>	<i>Índice de adequação</i>	<i>Comentários</i>
QT e RT do campo envolvido	8	
QT e RT de manto	6	
RT de manto-paraórtica e esplênica isolada	4	
RT de manto-paraórtica e pedículo esplênico isolada, após laparotomia negativa	4	
RT do campo envolvido isolada	2	
RT de manto isolada	2	
QT isolada	2	
<i>Tipo de QT:</i>		
ABVD	8	
VBM	4	
EBVP (1 dose/mês)	4	Alto risco de recidiva em pacientes com estadiamentos clínicos I e II de prognóstico ruim.
MOPP	2	
<i>Duração da QT</i>		
4 meses	8	Após RT do campo envolvido.
6 meses	6	Requerida para EBVP.
2 meses	2	Somente com RT do campo estendido.
<i>Dose de RT</i>		
25-30 Gy	8	
30-35 Gy	8	
>35 Gy	6	Somente para resposta pobre ou doença residual.
20-25 Gy	4	
<20 Gy	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras conseqüências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Doença de Hodgkin Estádios I e II com Prognóstico Favorável

Variante 9: Mulher de 28 anos com doença de Hodgkin esclerose nodular, estágio clínico IA, com envolvimento mediastinal superior de 5 cm.

Tratamento	Índice de adequação	Comentários
QT e RT do campo envolvido	8	
RT de manto isolada	6	Paciente teria um risco baixo de envolvimento abdominal. A taxa estimada de recidiva com esse tratamento é 18%-30%, comparada com 10%-15% com QT e RT do campo envolvido. Em geral, não há diferenças de sobrevida entre estas 2 modalidades. Manto isolado é a melhor opção devido à menor toxicidade do tratamento.
RT de manto-paraórtica e esplênica isolada	6	
QT e RT de manto	6	
QT isolada	2	
RT do campo envolvido isolada	2	
RT de manto-paraórtica e pedículo esplênico isolada, após laparotomia negativa	2	
<i>Tipo de QT:</i>		
ABVD	8	
VBM	6	
EBVP (1 dose/mês)	6	Alto risco de recidiva em pacientes com estadiamentos clínicos I e II de prognóstico ruim.
MOPP	2	
<i>Duração da QT</i>		
4 meses	8	Após RT do campo envolvido.
6 meses	6	Requerida para EBVP.
2 meses	2	Somente com RT do campo estendido.
<i>Dose de RT</i>		
25-30 Gy	8	
30-35 Gy	8	
>35 Gy	6	Somente para resposta pobre ou doença residual.
20-25 Gy	4	
<20 Gy	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i></p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Referências

1. Mauch PM. Controversies in the management of patients with early stage Hodgkin's blood 1994; 83(2):318-329.
2. Hoppe RT, Coleman CN, Cox RS, Rosenberg SA, Kaplan HS. The management of stage I and II Hodgkin's disease with irradiation alone or combined modality therapy: the Stanford experience. Blood 1982; 59(3):455-465.
3. Mauch P, Tarbell N, Weinstein H, et al. Stage IA and IIA supradiaphragmatic Hodgkin's Disease: prognostic factors in surgically staged patients treated with mantle and paraaortic J Clin Oncol 1988; 6:1576-1583.
4. Specht L, Nordentoft AM, Cold S, Clausen NT, Nissen NI. Tumor burden as the most important prognostic factor in early stage Hodgkin's disease: relations to other prognostic factors and implications for choice of Tratamento. Cancer 1988; 61:1719-1727.
5. Tubiana M, Henry-Amar M, Carde P, et al. Toward comprehensive management tailored to prognostic factors of patients with clinical stages I and II in Hodgkin's disease—the EORTC Lymphoma Group controlled clinical trials: 1964-1987. Blood 1989; 73(1):47-56.
6. Gospodarowicz MK, Sutcliffe SB, Clark RM, et al. Analysis of supradiaphragmatic clinical stage I and II Hodgkin's disease treated with radiation alone. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1992; 22:859-865.
7. Pavlovsky S, Maschio M, Santarelli MT, et al. Randomized trial of chemotherapy versus chemotherapy plus radiotherapy for stage I and II Hodgkin's J Natl Cancer Instit 1988; 80:1466-1473.
8. Cosset JM, Henry-Amar M, Meerwaldt JH, et al. The EORTC trials for limited stage Hodgkin's Eur J Cancer 1992; 11:1847-1850.
9. Sutcliffe SB, Gospodarowicz MK, Bergsagel DE, et al. Prognostic groups for management of localized Hodgkin's J Clin Oncol 1985; 3(3):393-401.
10. Leibenhaut MH, Hoppe RT, Efron B, Halpern J, Nelsen T, Rosenberg SA. Prognostic indicators of laparotomy findings in clinical stage I and II supradiaphragmatic Hodgkin's J Clin Oncol 1989; 7:81-91.
11. Mauch P, Larson D, Osteen R, et al. Prognostic factors for positive surgical staging in patients with Hodgkin's J Clin Oncol 1990; 8(2):257-265.
12. Brada M, Easton DF, Horwich A, Peckham MJ. Clinical presentation as a predictor of laparotomy findings in supradiaphragmatic stage I and II Hodgkin's Radiother Oncol 1986; 5:15-22.
13. Rutherford CJ, Desforjes JF, Davies B, Barnett AI. The decision to perform staging laparotomy in symptomatic Hodgkin's Br J Haematol 1980; 44:347-358.
14. Aragon de la Cruz G, Cardenas H, Otero J, et al. Individual risk of abdominal disease in patients with stages I and II supradiaphragmatic Hodgkin's Cancer 1989; 63:1799-1803.
15. Specht L, Gray RG, Clarke MJ, Peto R. Influence of more extensive radiotherapy and adjuvant chemotherapy on long-term outcome of early-stage Hodgkin's disease: a meta-analysis of 23 randomized trials involving 3,888 patients. J Clin Oncol 1998; 16:830-843.
16. Farah R, Ultmann J, Griem M, et al. Extended mantle radiation therapy for pathologic stage I and II Hodgkin's J Clin Oncol 1988; 6:1047-1052.
17. Cosset JM, Henry-Amar M, Meerwaldt JH. Long-term toxicity of early stages of Hodgkin's disease therapy: the EORTC experience. Ann Oncol 1991; 2:77-82.
18. Hancock SL, Hoppe RT, Horning SJ, Rosenberg SA. Intercurrent death after Hodgkin disease therapy in radiotherapy and adjuvant MOPP trials. Ann Intern Med 1988; 109:183-189.
19. Henry-Amar M, Hayat M, Meerwaldt JH, et al. Causes of death after therapy for early stage Hodgkin's disease entered on EORTC protocols. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1990; 19:1155-1157.
20. Mauch PM, Kalish LA, Marcus KC, et al. Long-term survival in Hodgkin's disease: relative impact of mortality, second tumors, infection, and cardiovascular Cancer J Sci Am 1995; 1:33-42.
21. Duhmke E, Diehl V, Loeffler M, et al. Randomized trial with early-stage Hodgkin's disease testing 30 Gy vs. 40 Gy extended field radiotherapy alone. Int J Rad Oncol Biol Phys 1996; 36(2):305-310.
22. Tubiana M, Henry-Amar M, Hayat M, et al. The EORTC Tratamento of early stages of Hodgkin's disease: the role of radiotherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1984; 10: 197-210.
23. Ganesan TS, Wrigley PFM, Murray PA, et al. Radiotherapy for stage I Hodgkin's disease: 20 years experience at St Bartholomew's Hospital. Br J Cancer 1990; 62:314-318.
24. Mandelli F, Anselmo AP, Cartoni C, Cimino G, Enrici RM, Biagini C. Evaluation of therapeutic modalities in the control of Hodgkin's Int J Radiat Oncol Biol Phys 1986; 12:1617-1620.
25. Wirth A, Byram D, Chao M, et al. Long term results of mantle irradiation (MRT) alone in 261 patients with clinical stage I AND II supradiaphragmatic Hodgkin's Int J Rad Oncol Biol Phys 1997; 39(2):174.
26. Noordijk EM, Carde P, Hagenbeek A, et al. Combination of radiotherapy and chemotherapy is advisable in all patients with clinical stage I AND II Hodgkin's Six-year results of the EORTC-GPMC controlled clinical trials 'H7-VF,' 'H7-F' and 'H7-U'. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1997; 39:173.
27. Carde P, Burgers JMV, Henry-Amar M, et al. Clinical stages I and II Hodgkin's disease: a specifically tailored therapy according to prognostic factors. J Clin Oncol 1988; 6(2):239-252.
28. Mauch PM, Canellos GP, Shulman LN, et al. Mantle irradiation alone for selected patients with laparotomy-staged IA to IIA Hodgkin's disease: preliminary results of a prospective trial. J Clin Oncol 1995; 13(4):947-952.
29. Horning SJ, Hoppe RT, Hancock SL, Rosenberg SA. Vinblastine, Bleomycin, and Methotrexate: an effective adjuvant in favorable Hodgkin's J Clin Oncol 1988; 6(12):1822-1831.
30. Carde P, Noordijk EM, Hagenbeek A, et al. Superiority of EBVP chemotherapy in combination with involved field irradiation (EBVP/IF) over subtotal nodal irradiation (STNI) in favorable clinical stage (CS) I and II Hodgkin's disease: the EORTC-GPMC H7F randomized trial. Proc Amer Soc Clin Oncol 1997; 16:13a.
31. Radford JA, Cowen RA, Ryder WDJ, et al. Four weeks of neo-adjuvant chemotherapy significantly reduces

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

- the progression rate in patients treated with limited field radiotherapy for clinical stage (CS) IA/IIA Hodgkin's disease: results of a randomised pilot study. *Ann Oncol* 1996; 7: 21.
32. Bartlett NL, Rosenberg SA, Hoppe RT, Hancock SL, Horning SJ. Brief chemotherapy, Stanford V, and adjuvant radiotherapy for bulky or advanced-stage Hodgkin's disease: a preliminary report. *J Clin Oncol* 1995; 13: 1080-1088.
 33. Longo DL, Glatstein E, Duffey PL, et al. Radiation therapy versus combination chemotherapy in the Treatment of early-stage Hodgkin's disease: seven-year results of a prospective randomized trial. *J Clin Oncol* 1991; 9(6): 906-917.
 34. Biti GP, Cimino G, Carloni C, et al. Extended-field radiotherapy is superior to MOPP chemotherapy for the Treatment of pathologic stage I and IIA Hodgkin's disease: eight-year update of an Italian prospective randomized study. *J Clin Oncol* 1992; 10(3):378-382.
 35. Pavlovsky S, Schwartzman E, Lastiri F, et al. Randomized trial of CVPP for three versus six cycles in favorable-prognosis and CVPP versus AOPE plus radiotherapy in intermediate-prognosis untreated Hodgkin's J Clin Oncol 1997; 15(7):2652-2658.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.