

LEIOMIOMA DE ÚTERO			
Portaria SCTIE/MS nº 11 – 31/10/2017			
Medicamento	GOSSERRELINA	LEUPRORRELINA	TRIPTORRELINA
CID 10	D25.0, D25.1, D25.2		
Apresentação	3,6mg e 10,8mg (seringa-preenchida)	3,75mg e 11,25mg (frasco-ampola)	3,75mg e 11,25mg (frasco-ampola)
Inclusão	<p><b>O tratamento do Leiomioma é cirúrgico, exceto nos casos explícitos de contra-indicação.</b></p> <p>Serão incluídas pacientes que apresentarem <b>todos</b> os critérios abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de mioma por exame de imagem (preferencialmente ultrassonografia), ou por laparoscopia realizada por qualquer razão;</li> <li>• Dor ou hemorragia como manifestação clínica;</li> <li>• Idade reprodutiva – mulheres pré-menopausicas; e</li> <li>• Contra-indicação para procedimento cirúrgico curativo.</li> </ul>		
Anexos Obrigatórios	<p><b>Relato médico</b> do diagnóstico clínico (dor ou hemorragia) e contra-indicação para procedimento cirúrgico curativo.</p> <p><b>Hemograma.</b></p> <p><b>Exame de imagem</b> (ultrassonografia ou laparoscopia).</p>		
Administração	3,6mg/mensalmente ou 10,8mg/trimestralmente.	3,75mg/mensalmente ou 11,25mg/trimestralmente	3,75mg/mensalmente ou 11,25mg/trimestralmente.
Prescrição Máxima Mensal	1 ampolas de 3,6mg por mês ou 1 ampola de 10,8 mg a cada 3 meses.	1 ampolas de 3,75mg por mês ou 1 ampola de 11,25mg a cada 3 meses.	1 ampolas de 3,75mg por mês ou 1 ampola de 11,25mg a cada 3 meses.
Monitoramento	Avaliação clínica periódica, ultrassonografia e hemograma a cada 3 meses.		
Exclusão	Osteoporose estabelecida ou alto risco para o seu desenvolvimento ou hipersensibilidade ou intolerância aos medicamentos.		
Tempo de Tratamento	<p>O tratamento com análogo do GnRH isoladamente não deve ultrapassar 6 meses, pelo risco de desenvolvimento de osteoporose. Seu uso em associação com add-back therapy pode ser mais prolongado, por período de até 1 ano.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pacientes com contra-indicação ao tratamento cirúrgico curativo devem ser Reavaliadas Centralmente a cada 6 meses: anexar justificativa médica.</b></li> <li>• <b>Pacientes usando análogo do GnRH em associação com add-back therapy devem ser Reavaliadas Centralmente a cada 1 ano: anexar justificativa médica e densitometria óssea.</b></li> </ul>		
Associações Permitidas	Não	Os medicamentos deste PCDT não podem ser associados entre si.	
Validade dos Exames	Hemograma: 3 meses; Ultrassonografia ou laparoscopia: 12 meses.		
Especialidade Médica	Novas Solicitações e Adequações	Ginecologista ou Obstetra	
	Renovações Sem Alterações	Ginecologista ou Obstetra	
<p><b>CID-10:</b></p> <p><b>D25.0</b> Leiomioma submucoso do útero</p> <p><b>D25.1</b> Leiomioma intramural do útero</p> <p><b>D25.2</b> Leiomioma subseroso do útero</p>			