

O SISTEMA T.N.M. DE CLASSIFICAÇÃO DOS TUMORES MALÍGNOS

INSTRUÇÕES PARA SUA APLICAÇÃO

UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER

I — INTRODUÇÃO

ANTECEDENTES

1.1 — Desde 1950 a U.I.C.C. tem dedicado particular interêsse ao estudo da classificação dos tumores malignos por estádios clínicos.

1.2 — Dêste problema se ocupou, em princípio, a Comissão de Nomenclatura e Estatística de Tumores, presidida pela Dra. Isabela H. Perry (1950-1954). A Comissão decidiu adotar como base de seu trabalho, sôbre a classificação por estádios clínicos, as definições gerais de extensão local de tumores malignos propostas pela Subcomissão do O.M.S. de Registros e Apresentação Estatística de Casos de Câncer.

1.3 — Em julho de 1953, a Comissão de Nomenclatura e Estatística de Tumores realizou uma reunião em Copenhague com o "Comitê de Agrupamento dos Estádios em Cancerologia e Apresentação de Resultados Terapêuticos do Câncer", do Congresso Internacional de Radiologia. Assim, chegou-se a um acôrdo sôbre esta técnica geral de

classificação por estádios clínicos dos cânceres da mama, do colo uterino e do faringe. A Comissão convidou a U.I.C.C. a continuar êste trabalho, visando a :

- a) chegar a outras conclusões sôbre os cânceres da mama, do colo uterino e do laringe;
- b) externar a técnica geral aos cânceres de outras localizações.

1.4 — A U.I.C.C. aceitou a incumbência e sua comissão de investigação, em 1954, nomeou um grupo especial, presidido pelo Dr. P. Denoix para prosseguir as investigações.

1.5 — Entre 1954 e 1958 êste grupo preparou propostas relativas aos princípios gerais que devem ser levados em conta para a classificação por estádios clínicos dos tumores malignos e sua aplicação, em particular, à mama e ao laringe. Estas propostas foram apresentadas aos especialistas de várias nações, a fim de que se obtivesse a opinião do maior número possível de técnicos.

PROCEDIMENTO

1.6 — É o seguinte o procedimento adequado à adoção da classificação T.N.M para uma determinada localização :

1.6.1 — Cada membro do grupo para a *Classificação dos Cânceres por Estádios Clínicos e seu Emprêgo Estatístico*, preparará um anteprojeto de definições de "T" (tumor primitivo) "N" (adenopatia regional) e "M" (metástases à distância). Êste anteprojeto (de caráter nacional) será estabelecido em combinação com os grupos nacionais apropriados.

1.6.2 — Todos os anteprojetos serão enviados ao Presidente da Comis-

são da U.I.C.C. que preparará um projeto de síntese que será distribuído entre os membros da Comissão da U.I.C.C., que o estudarão no âmbito nacional.

1.6.3 — A Comissão para Classificação dos Cânceres por Estádios Clínicos e seu Emprêgo Estatístico, em sessão plenária, adotará um texto revisado que, em seguida será publicado sob os auspícios da U.I.C.C. sendo o primeiro de caráter internacional. Esta classificação será posta em prova por 5 anos, findos os quais, e uma vez introduzidas as emendas que se considerem oportunas, a U.I.C.C. adotará um texto definitivo de classificação.

II — CONSIDERAÇÕES GERAIS

OBJETIVO DA CLASSIFICAÇÃO

2.1 — A descrição e a classificação clínicas, precisas, dos tumores malignos podem ter por objetivo :

- a) ajudar o clínico a fazer o tratamento;
- b) dar indicações sobre o prognóstico;
- c) facilitar a avaliação dos resultados dos tratamentos;
- d) permitir intercâmbio de informação entre os centros de tratamento;
- e) colaborar com as investigações relativas ao câncer humano.

2.2 — O objetivo principal de um acôrdo sobre o plano de classificação de

tumores malignos e sua descrição clínica, deve ser o estabelecimento de um sistema que permita a transmissão de experiência a outros investigadores. Êste sistema deve ser sensível, prático e passível de revisão ou adaptação, a fim de que se preste a diversas modificações; deve também poder adaptar-se à análise estatística e à tabulação mecanográfica.

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

2.3 — Entre os critérios usados para classificar os doentes que têm tumores malignos, podemos citar os seguintes : a localização anatômica e a invasão clínica da doença, descoberta no exame clínico; a duração dos sinto-

mas; o sexo e a idade do enfermo; o tipo histológico.

2.4 — Todos os critérios representam variáveis, que, como se sabe, têm influência sobre os resultados da doença. Esta Comissão estudou, principalmente, a classificação segundo o grau de invasão clínica. estágio, da enfermidade.

LIMITAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO POR ESTÁDIOS

2.5 — Historicamente, o costume de dividir os casos de câncer em grupos com base nos chamados “estádios”, prende-se ao fato de que as cifras brutas de sobrevivência ou de cura aparente eram mais elevadas nos casos em que a doença estava localizada, do que naqueles em que ela se estendia além do órgão de origem. Estes grupos eram erroneamente chamados estádios “precoces” e “tardios”, pressupondo uma espécie de progressão regular no tempo.

2.6 — Sem dúvida os chamados “estádios” da enfermidade no momento do diagnóstico ou do tratamento, podem ser o reflexo, não apenas do grau de crescimento ou extensão do neoplasma, mas, também, do tipo de tumor, da relação tumor-hospedeiro e do intervalo de tempo entre o 1.º sintoma lembrado pelo doente e o momento do diagnóstico e do tratamento. Não se pode determinar o prognóstico vital de um câncer pela “classificação por estádios” nem tampouco, pelo “grau de maligni-

dade”. Os cânceres do Estádio I não são necessariamente, cânceres incipientes ou curáveis.

2.7 — A adoção da “classificação por estádios”, dos casos de câncer, visa a divisão dos grupos de casos em subgrupos que permitam a análise comparativa e a avaliação do tratamento. No que foi aprovado, por exemplo em 1953, em Copenhague, diz-se que o objetivo mais importante da classificação era obter porcentagens comparáveis por estádios, a fim de avaliar os diferentes métodos de tratamento”. Sem dúvida, a possibilidade de dividir séries de casos em subgrupos similares, visando uma comparação, requer condições que provavelmente não se encontrarão nunca, pois é necessário :

- a) que os critérios de classificação em um subgrupo sejam tão bem definidos que não possa subsistir dúvida alguma e que nenhum outro fator seletivo seja utilizado no processo;
- b) que exista similaridade total, no grupo original, das características que não se tomam em conta (por exemplo: a possibilidade de metástases).

2.8 — Definição dos termos “estádios” e classificação por estádios.

É lamentável que esses termos pareçam indicar progressão regular ou inevitável da doença no tempo, fato que não acontece em muitos casos. Para evitar confusões, propôs-se que a palavra “estágio” seja definida como “a

extensão aparente da enfermidade”, quando se examina clinicamente o doente; “classificação por estágio” será “a divisão ou classificação dos casos de câncer em grupos ou categorias, com relação ao grau de invasão aparente da enfermidade e de acordo com um plano determinado”.

OBJETIVOS DA CLASSIFICAÇÃO POR ESTÁDIOS CLÍNICOS

2.9 — O principal objetivo da classificação, por estádios dos casos de câncer, é facilitar a descrição precisa e concisa da extensão aparente da doença, de modo que a mesma possa ser facilmente difundida e reproduzida. Como esta descrição é objetiva, o acordo sobre os termos a utilizar não depende de critério pessoal e deve ser de fácil obtenção.

2.10 — Outro objetivo desta classificação pode ser a reunião dos casos que apresentem certos fatores comuns em grupos de prognóstico semelhante ou que requeiram a mesma espécie de tratamento. Sem dúvida, toda a conclusão sobre o prognóstico ou o tratamento é, também, influenciada pela experiência clínica individual, e pelo equilíbrio entre a extensão da doença e a duração, a tendência biológica, a idade, o estado hormonal, a acessibilidade. Devido a pequenas diferenças no material biológico, uma determinada combinação de casos pode satisfazer a uma instituição e ser inadequada para outra; é difícil chegar-se a um acordo sobre as

combinações utilizáveis no plano internacional. No entanto, se se podem descrever, com precisão e de maneira concisa os diversos fatores relativos à extensão da enfermidade, poder-se-á estabelecer, sem maior esforço, uma combinação entre eles. Para as comunicações internacionais utilizar-se-ia o agrupamento acertado no plano internacional, enquanto que, para os estudos especializados, qualquer combinação pode ser válida.

CONDIÇÃO FUNDAMENTAL

2.11 — O trabalho imediato do clínico é estabelecer o prognóstico e o tratamento mais eficaz. Isto requer, entre outras coisas, uma definição objetiva da extensão da enfermidade segundo todos seus aspectos.

2.12 — Torna-se necessário insistir na descrição precisa e completa da localização primitiva do neoplasma, da adenopatia regional e das metástases à distância. Tal descrição serve de base a qualquer técnica de classificação ou agrupamento e pode ser utilizada em qualquer centro de tratamento. Esta classificação descritiva pode ampliar-se, se for necessário, com fins estatísticos e incluir qualquer outro fator que se considere relacionado com o prognóstico ou o tratamento.

2.13 — Não interessa propor uma classificação que possa vir a limitar a realização de uma observação contínua, e restringir a liberdade de apresentação e análise de dados, ou que seja difícil

de modificar. Necessita-se, essencialmente, é de um acôrdo sôbre a maneira de registrar, para cada localização, uma informação precisa sôbre o tumor, a fim

de tornar possível qualquer combinação ou fazer uma nova. As propostas da Comissão foram redigidas tendo-se em conta esta condição fundamental.

III — DESCRIÇÃO DA EXTENSÃO DA ENFERMIDADE

O SISTEMA T.N.M.

3.1 — A extensão da enfermidade é um complexo que se pode considerar formado dos três elementos :

- 1.º — O tumor primitivo, designado com a letra T.
- 2.º — A adenopatia regional, designada com a letra N.
- 3.º — As metástases à distância, designada com a letra M.

3.2 — Para cada um dêles, a descrição da extensão da enfermidade é, por si mesma, complexa. A descrição do tumor primitivo (T), por exemplo, obriga a levar em consideração diversos critérios de extensão local, cujo número varia com a localização (por exemplo: mama, pele, músculo ou parede torácica). Estas variações ou graus de extensão local, descritas o mais precisamente possível, podem ser designadas também, por números, ex. : T1, T2, etc. O mesmo sistema pode ser usado com relação às adenopatias regionais e às metástases.

3.3 — Êste sistema proporciona uma descrição precisa, uma identificação e uma chave de todos os componentes da extensão clínica da doença. Partindo-se dêstes elementos (T.N.M.) podemos pois, conceber uma classificação por estádios clínicos.

REGRAS GERAIS, COMUNS A TÔDAS AS LOCALIZAÇÕES DE CÂNCER

3.4 — O procedimento, aqui descrito, aplica-se aos casos não tratados anteriormente.

3.5 — Todos os casos examinados, classificam-se sem excessão, nas categorias T.N.M.

A classificação, dentro das categorias T.N.M. deve ser feita antes que se inicie qualquer tratamento e não é modificável. O método de exame utilizado compreende: exame clínico geral, exame por Raios X e exame com os instrumentos comuns de diagnóstico clínico.

Esta classificação não leva em conta os resultados de exames cirúrgicos.

É importante, sem dúvida, que se adotem disposições suplementares para indicar os resultados do exame anátomo-patológico e, para indicar os casos nos quais o diagnóstico clínico e a invasão dos gânglios tenham sido confirmados ou não por tal exame.

3.6 — A técnica proposta, aplicável a tôdas as localizações de câncer, consta de 3 tempos :

1.º — Identificação da extensão da doença, usando os 3 símbolos:

T — extensão local do tumor primitivo;

N — estado da adenopatia regional;

M — metástases à distância.

2.º — Atribuição a cada um destes 3 símbolos, das cifras que indicam os graus de extensão ou de invasão, por exemplo: T1, T2, etc.

3.º — Agrupamento dos fatores T N M em um pequeno grupo de estádios clínicos.

LOCALIZAÇÕES PRIMITIVAS (T)

3.7 — Os graus de extensão local são expressos por números: T1, T2, etc. O número destas categorias de "T" depende da localização, porém, em termos gerais, é de 4. Além disso, pode ser utilizada uma categoria T0, para indicar a não existência de evidência clínica do tumor ao nível da localização primitiva.

ADENOPATIA REGIONAL (N)

3.8 — A chave clínica da adenopatia regional e das metástases à distância expressam-se independentemente da localização primitiva. Os resultados concernentes à adenopatia expressam-se pelos números: (N1, N2,, etc.). O número destas categorias de "N" pode depender da localização. "N0" será utilizado para indicar que nenhum gânglio regional é palpável. "NX" poderá ser utilizado para indicar que gânglios não são acessíveis ao exame.

METÁSTASES À DISTÂNCIA (M)

3.9 — As metástases à distância são expressadas pela letra "M" e a ausência de metástases por "M0". Para algumas localizações, o uso de certo número de categoria de "M" (M1, M2, etc.) poderia ser útil.

AGRUPAMENTO POR ESTÁDIOS CLÍNICOS

3.10 — Esse sistema permite a combinação de diversos graus dos 3 componentes de invasão da enfermidade em certo número de grupos clínicos, admitidos em escala internacional. Ademais, o sistema tem a vantagem de permitir modificação internacional da classificação dos estádios de uma maneira precisa, reagrupando os símbolos T N M.

DADOS COMPLEMENTARES

3.11 — Além da descrição precisa da invasão da enfermidade pelo exame clínico, com inclusão de tumor primitivo (T), adenopatia regional (N) e metástase à distância (M), uma descrição estatístico-clínica extensa, de tumores malignos, pode incluir outros fatores cuja influência é evidente sobre o resultado da enfermidade, o que pode ser útil para estabelecer o prognóstico ou o tratamento; cabe citar, a esse respeito, a duração do sintoma, o tipo histológico, o tamanho do tumor, a idade do paciente.

INFORMAÇÃO SUPLEMENTAR

3.12 — Em relação aos dados anátomo-patológicos é necessário assinalar os seguintes pontos :

a) os resultados do exame anátomo-patológico da adenopatia podem ser indicados, acrescentando-se os símbolos + (exame histológico positivo), ou — (exame histológico negativo), às diversas categorias de "N" por exemplo, N1 +, N1 —, etc.

b) o tipo histológico do tumor pode ser estabelecido com vistas a pos-

sível tabulação, de preferência de acordo com a nomenclatura ilustrada dos tumores da U.I.C.C. (Springer Verlag, Heidelberg, 1965).

3.13 — Em 1962, a U.I.C.C. reafirmou que as diversas categorias de T, N e M, decididas clinicamente, *não devem ser modificadas em função dos resultados que puderem ser obtidos no exame histológico* da peça operatória e, em particular, dos gânglios, senão que tais informações devam ser utilizadas em uma classificação suplementar.

O SISTEMA T.N.M.

APLICAÇÃO DA REGRAS GERAIS AOS TUMORES MALÍGNOS DA MAMA

NOMENCLATURA ANATÔMICA E CLASSIFICAÇÃO

4.1 — O número 170 é o número do código do câncer da mama na Classificação Internacional das Doenças (1955).

4.2 — O Comité propôs as divisões anatômicas da mama, seguintes :

170.1 — Metade interna

170.2 — Metade externa

170.3 — Sub-areolar

170.4 — Outras

170.5 — Não definidas

CATEGORIA T.N.M. DOS TUMORES MALÍGNOS DA MAMA

T — Tumor primário

T1 — Tumor de 2 cm ou menos, na sua maior dimensão.

— Ausência de fixação à pele, exceto nos casos de moléstia de Paget limitada ao mamilo.

— Ausência de retração do mamilo.

— Ausência de fixação ao músculo peitoral.

— Ausência de fixação à parede torácica.

T2 — Tumor maior que 2 cm, porém menor que 5 cm na sua maior dimensão, ou fixação (ou retração) incompleta à pele, ou retração do mamilo (nos tumores sub-areolares), ou moléstia de Paget estendendo-se além do mamilo.

— Ausência de fixação ao músculo peitoral.

— Ausência de fixação à parede torácica.

T3 — Tumor maior que 5 cm, porém menor que 10 cm na sua maior dimensão, ou fixação completa à pele (infiltração ou ulceração), ou presença de “peau d’orange” na área tumoral, ou fixação ao músculo peitoral (incompleta ou completa), ou ausência de fixação à parede torácica.

Nota: A fixação ao músculo peitoral incompleta se verifica quando a contração desse músculo limita a mobilidade do tumor. A fixação ao músculo peitoral completa está presente quando a contração do músculo peitoral abole a mobilidade do tumor.

T4 — Tumor de mais de 10 cm na sua maior dimensão, ou invasão da pele ou “peau d’orange” ampla do tumor ou “fixação à parede torácica.

Nota: A parede torácica inclui as costelas, os músculos intercostais e o denteado anterior: não inclui o músculo peitoral.

N — *Adenopatia regional*

N0 — Ausência de adenopatia axilar homolateral.

N1 — Adenopatia axilar homolateral, gânglios palpáveis, mas móveis.

N2 — Adenopatia axilar homolateral, gânglios fixados uns aos outros ou outras estruturas.

N3 — Adenopatia homolateral supraclavicular ou infraclavicular móvel ou fixa, ou edema de braço.

Nota: O edema de braço pode ser causado por obstrução linfática; em tais circunstâncias os gânglios linfáticos podem não ser palpáveis.

M — *Metástases distantes*

M0 — Ausência de metástases distantes.

M — Metástases distantes, incluindo invasão extensa da pele da mama, invasão dos gânglios controlaterais ou mama controlateral, e todos os casos em que há evidência clínica ou raiológica de metástases nos pulmões, cavidade pleural, esqueleto, fígado etc.

ESTÁDIOS CLÍNICOS

4.4 — A seguinte classificação por estádios clínicos é proposta:

Estádio I

— Tumor de 5 cm ou menos (T1, ou T2).

— Ausência de fixação à pele (T1) ou fixação incompleta (T2).

— O mamilo pode estar retraído (T2) ou moléstia de Paget pode estar presente (T1 ou T2).

- Ausência de fixação ao músculo peitoral (T1 ou T2).
- Ausência de fixação à parede torácica.
- Ausência de adenopatia axilar homolateral (N0).
- Ausência de metástases distantes (M0).

Estádio II

- Tumor de 5 cm ou menos (T1 ou T2).
- Ausência de fixação à pele (T1) ou fixação incompleta (T2).
- O mamilo pode estar retraído (T2) ou a moléstia de Paget pode estar presente (T1 ou T2).
- Ausência de fixação ao músculo peitoral (T1 ou T2).
- Ausência de fixação à parede torácica.
- Adenopatia axilar homolateral móvel (N1).
- Ausência de metástases distantes (M0).

Estádio III

- Tumor de mais de 5 cm de diâmetro (T3 ou T4).
- ou fixação à pele completa (T3) ou invasão ampla da pele do tumor (T4)
- ou presença de "peau d'orange" na área tumoral (T3) ou além do tumor (T4)
- ou fixação ao músculo peitoral incompleta (T3)
- ou fixação à parede torácica (T4)
- ou adenopatia axilar homolateral fixa (N2)

- ou edema de braço (N3)
- ou adenopatia supraclavicular ou infraclavicular homolateral móvel ou fixa (N3)
- ou ausência de metástases distantes (M0).

Estádio IV

- Metástases distantes presentes, (M) independentemente da condição do tumor primário e dos nódulos linfáticos regionais.

ESTADIAMENTO

4.5 — Êsses quatro estadiamentos são, por conseguinte, designados pelos símbolos do sistema T.N.M., da seguinte maneira :

Estádio I

- T1 N0 M0
- T2 N0 M0

Estádio II

- T1 N1 M0
- T2 N1 M0

Estádio III

- T1 N2 ou N3 M0
- T2 N2 ou N3 M0
- T3 N0, N1, N2 ou N3 M0
- T4 N0, N1, N2 ou N3 M0

Estádio IV

- Qualquer combinação dos símbolos T e N, inclusive M.

O SISTEMA T.N.M.

APLICADO AOS TUMORES MALÍGNOS DA PELE

- T — *Tumor* radamente (localizações múltiplas).
- T1 — Tumor de 1 cm ou menos em sua maior dimensão.
— Ausência de invasão das estruturas subjacentes.
- T2 — Tumor maior do que 1 cm, mas não maior do que 2 cm em sua maior dimensão.
— Ausência de invasão das estruturas subjacentes.
- T3 — Tumor maior do que 2 cm, mas não maior do que 5 cm em sua maior dimensão.
- T4 — Tumor maior do que 5 cm em sua maior dimensão,
— ou tumor invadindo os ossos.
- Nota:* Essas categorias são usadas para tumores até em número de três. Os casos com mais de três tumores são apresentados separadamente.
- N — *Adenopatia regional*
- N0 — Ausência de adenopatia.
- N1 — Adenopatia móvel homolateral.
- N2 — Adenopatia móvel bilateral ou controlateral.
- N3 — Adenopatia fixa.
- M — *Metástases distantes*
- M0 — Ausência de metástases distantes.
- M — Presença de metástases distantes.
- Nota:* Como há muitos tipos diferentes de tumores da pele, é importante que os achados histológicos dos diferentes tipos de tumores sejam apresentados separadamente.

O SISTEMA T.N.M.

APLICADO AOS TUMORES MALÍGNOS DO LÁBIO

- T — *Tumor* — Ausência de invasão das estruturas subjacentes.
- T1 — Tumor de 1 cm ou menos em sua maior dimensão.
— Ausência de invasão das estruturas subjacentes.
- T2 — Tumor maior do que 1 cm, mas não maior do que 2 cm em sua maior dimensão.
- T3 — Tumor maior do que 2 cm, mas não maior do que 5 cm em sua maior dimensão,
— ou invasão das estruturas subjacentes com exceção dos ossos.
- T4 — Tumor maior do que 5 cm, em sua maior dimensão,
— ou tumor invadindo ossos.

- N — *Adenopatia regional*
 N0 — Ausência de adenopatia.
 N1 — Adenopatia móvel homolateral.
 N2 — Adenopatia móvel bilateral ou controlateral.
 N3 — Adenopatia fixa.
 M — *Metástases distantes*
 M0 — Ausência de metástases distantes.

- M — Presença de metástases distantes.

ESTADOS CLÍNICOS

— O Comitê não propôs, no momento e antes de um acôrdo quanto às categorias T.N.M., qualquer estadiamento clínico de tumores malignos dos lábios.

O SISTEMA T.N.M.

APLICADO AOS TUMORES MALÍGNOS DA CAVIDADE ORAL

- T — *Tumor*
 T1 — Tumor de 1 cm ou menos em sua maior dimensão, limitada a uma região e não afetando a mobilidade.
 T2 — Tumor maior do que 1 cm, mas não maior do que 2 cm em sua maior dimensão.
 T3 — Tumor maior do que 2 cm, mas não maior do que 4 cm em sua maior dimensão,
 — ou invadindo mais do que uma região,
 — ou invadindo músculos subjacentes com limitação da mobilidade.
 T4 — Tumor maior do que 4 cm em sua maior dimensão,
- ou invadindo mais de uma região,
 — ou invadindo órgãos ou ossos vizinhos.
- N — *Adenopatia regional*
 N0 — Ausência de adenopatia.
 N1 — Adenopatia móvel homolateral.
 N2 — Adenopatia móvel bilateral ou controlateral.
 N3 — Adenopatia fixa.
 M — *Metástases distantes*
 M0 — Ausência de metástases distantes.
 M — Presença de metástases distantes.

O SISTEMA T.N.M.

APLICADO AOS TUMORES DO LARINGE

Regiões

Localizações anatômicas

Supra glótica

Face posterior da epiglote, com exclusão da borda da mesma e da prega aritenoepiglótica (zona marginal)

Glótica

Aritenóides
 Faixas ventriculares
 Cavidades ventriculares
 Cordas vocais
 Comissura anterior
 Comissura posterior
 Subglótica

T — TUMOR PRIMITIVO

T¹ — Tumor limitado a uma localização anatômica no interior do laringe

Supraglótica

Tumor limitado à superfície laríngea da epiglote ou à prega aritenoepiglótica ou aritenoidea ou a uma faixa ventricular.

Glótica

Tumor limitado a uma corda vocal, com mobilidade normal da corda.

Subglótica

Tumor limitado à região subglótica, com exclusão da inferior de uma corda vocal.

T² — Tumor limitado a uma região anatômica no interior do laringe

Tumor que invade a epiglote e se estende à cavidade ventricular ou às faixas.

Tumor que invade as duas cordas com mobilidade normal das mesmas, ou tumor de uma ou de ambas as cordas, com fixação das mesmas.

Tumor que se estende aos dois lados da região subglótica, com exclusão da face das cordas.

T³ — Tumor que se estende a altura da região anatômica, porém limitado ao laringe

Tumor da epiglote e dos ventrículos ou das faixas ventriculares, ou que se estende às cordas.

Tumor que se estende desde as cordas, seja à região subglótica, seja à região supraglótica (faixas ventriculares, por exemplo).

Tumor que invade a região subglótica e se estende às cordas.

T⁴ — Tumor que se estende além do laringe

Tumor como em T¹, T² ou T³, porém com uma extensão direta ao seio piriforme, à região posterocórdea, à valécula e à base da língua.

Tumor como em T¹, T² ou T³, porém com extensão direta e através da cartilagem à pele, ao seio piriforme e às regiões posterocórdeas.

Tumor como em T¹, T² ou T³, porém com uma extensão direta à traquéia, à pele ou às regiões posterocórdeas.

- N — *Adenopatia regional*
- N0 — Não há adenopatia palpável
- N1 — Adenopatia homolateral móvel
- N2 — Adenopatia bilateral e contralateral móvel
- N3 — Adenopatia fixa, quer seja homo ou bilateral
- M — *Metástases à distância*
- M0 — Nenhum sinal clínico de metástase à distância
- M — Metástases à distância

OROFARINGE

- T1 — Tumor com menos de 3 cm de diâmetro.
- T2 — Tumor de 3 a 5 cm de diâmetro, com propagação mínima às estruturas adjacentes.
- T3 — Tumor com mais de 5 cm de diâmetro, com moderada propagação às estruturas adjacentes.
- T4 — Tumor primário extenso.
- N0 — Sem evidência de metástase ganglionar.
- N1 — Metástase ganglionar clinicamente evidente com menos de 3 cm de diâmetro.
- N2 — Metástase ganglionar única com mais de 3 cm de diâmetro, ou múltiplas metástases ganglionares homolaterais.
- N3 — Metástase ganglionar grande, fixa ou metástases bilaterais.

O SISTEMA T.N.M.

APLICADO AO TUMOR DA MUCOSA BUCAL

Localização anatômica :

- a) região da comissura labial, com menos de 2 cm²;
- b) atrás da comissura labial (face interna da bochecha);
- c) região retromolar;
- d) sulcos bucais das gengivas:
 - anterior (gengivolabial superior ou inferior)
 - lateral (superior ou inferior) pode definir-se também em função dos dentes vizinhos).

Tumor primitivo :

Esta classificação compreende unicamente os carcinomas.

- T1 — Tumor de 2 cm em sua maior dimensão, estritamente superficial ou exóftico.
- T2 — Tumor de 2 cm em sua maior dimensão, com infiltração mínima em profundidade.
- T3 — Tumor de mais de 2 cm em sua maior dimensão, ou tumor com infiltração profunda, quaisquer que sejam suas dimensões.

T4 — Tumor que invade qualquer outra estrutura anatômica, seja muscular ou óssea e que se estenda a mais de uma região vizinha.

Adenopatia regional :

N0 — Não há adenopatia perceptível.

N1 — Adenopatia homolateral móvel.

N2 — Adenopatia bilateral ou contralateral móvel.

N3 — Adenopatia fixa, seja homolateral ou bilateral.

M — *Metástases à distância :*

M0 — Nenhum sinal clínico de metástases à distância.

M — Metástases à distância.

O SISTEMA T.N.M.

APLICADO AO CARCINOMA DO OVÁRIO

(ainda não ratificado pela União Internacional Contra o Câncer)

Estádio I

Tumor adstrito aos ovários

Estádio Ia — Tumor adstrito a *um* ovário

Estádio Ib — Tumor adstrito aos *dois* ovários

Estádio II

Tumor comprometendo um ou os dois ovários, com extensão à pelvis

Estádio IIa — Extensão com metástases para o útero e ou trompas (exclusivamente)

Estádio IIb — Extensão a outros tecidos da pelve

Estádio III

Tumor comprometendo um, ou ambos os ovários com extensa disseminação intraperitoneal de metástases, até a metade superior do abdomen (o epíplon, o intestino delgado e seus mesentérios).

Estádio IV

Tumor comprometendo um ou ambos os ovários, com metástases à distância, fora da cavidade peritoneal.

Categoria especial :

Casos inexplorados, suspeitos de carcinoma do ovário (não foi feita exploração cirúrgica ou terapêutica).

Nota : A presença de ascite não influencia o estadiamento.