

EX. 2

ISSN 0034-7116

Abr/Mai/Jun - 1999

- Sociedade Brasileira de Cancerologia
- Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
- Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica
- Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica
- Setor de Radioterapia - Colégio Brasileiro de Radiologia



INCA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenação de Programas
de Controle de Câncer (Pro-Onco)

45
—
nº 2

Revista Brasileira de Cancerologia

Órgão Oficial do Instituto Nacional de Câncer

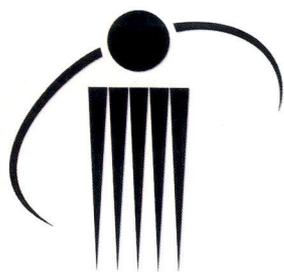


FAF
Fundação Ary Frauzino
Para Pesquisa
e Controle do Câncer

visit **our** site

visit **nosso** site
NA INTERNET NA INTERNET NA INTERNET NA

Instituto Nacional
de Câncer



INCA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
MINISTÉRIO DA SAÚDE

<http://www.inca.org.br>

Para maiores informações, contate o:
For more information, please contact:

Instituto Nacional de Câncer

Praça da Cruz Vermelha, nº 23 – Centro
CEP 202230-130 – Rio de Janeiro-RJ – Brasil
Tel.:55(021) 217-4110/263-8565
Fax:55(021) 242-2420/516-3459



Revista Brasileira de Cancerologia

Direção Geral
Jacob Klígerman

Editor Chefe
Luiz Eduardo Atalécio

Editor Executivo
Pedro Luiz Fernandes

ISSN 0034-7116

Abr/Mai/Jun - 1999

Volume 45 - nº2

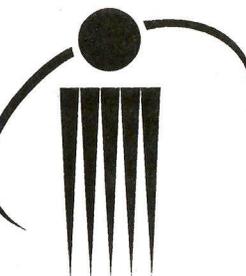


Conselho Editorial

Ademar Lopez (SP)
Alfredo Guarischi (RJ)
Antonio G. Nascimento (USA)
Antonio Sergio Petrilli (SP)
Artur Katz (SP)
Beatriz de Camargo (SP)
Benedito Valdecir de Oliveira (PR)
Cesar G. Victora (RS)
Edjane Faria de Amorim (RJ)
Eduardo Faerstein (RJ)
Ernani Saltz (RJ)
Gilberto Schwartzmann (RS)
Haroldo Juaçaba (CE)
Heloisa de Andrade Carvalho (SP)
Herbert Praxedes (RJ)
James Freitas Fleck (RS)
Jayme Marsillac (RJ)
João Paulo K. Matushita (MG)
Joel Francisco Gonçalves (RJ)
José Carlos do Valle (RJ)
Juvenal Antunes Filho (RJ)
Luis Souhami (Canadá)

Luiz Paulo Kowalski (SP)
Marcelo Gurgel da Silva (CE)
Marcos F. Moraes (RJ)
Maria Gaby Rivéro de Gutiérrez (SP)
Maria Isabel Sathler Pinel (RJ)
Mario A. Eisenberger (USA)
Marise Souto Rebelo (RJ)
Matti Aapro (Itália)
Milton Rabinowists (RJ)
Nestor Piva (SE)
Nils Gunnar Skare (PR)
Oswaldo Gionnotti Filho (SP)
Paulo Eduardo R. dos Santos Novaes (SP)
Regina Moreira Ferreira (RJ)
Renato Luiz Amaral (RS)
Ricardo Pasquini (PR)
Ricardo Renzo Brentani (SP)
Sergio Edgar Allan (RJ)
Sergio Luiz Farias (SP)
Silvia Regina Brandalise (SP)
Stella Aguinagua (USA)
Vivian Rumjanek (RJ)

Filiada a
Associação Brasileira
de Editores Científicos



INCA

Revisor
Carlos André Oighenstein

Secretária
Pilar Schlaepfer Prado

A Revista Brasileira de Cancerologia (ISSN 0034-7116) é uma publicação do Instituto Nacional de Câncer/Pro-Onco/Ministério da Saúde.

É editado um volume anual dividido em quatro números.

Impresso no Brasil.

Endereço editorial:

Revista Brasileira de Cancerologia
Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica
Instituto Nacional do Câncer
Rua do Rezende, 128 - Centro
20231-092 - Rio de Janeiro - RJ
Tels.: (021) 242-1122 ramal 2396
Fax.: (021) 221-7983
Internet: <http://www.inca.org.br/rbc/index.html>
E-mail.: rbc@inca.org.br

Informações sobre o direito de cópia (copyright). É condição, para efeitos da publicação, que os manuscritos enviados a esta revista sejam inéditos e destinados exclusivamente a ela. Ao enviar o manuscrito, os autores concordam em que os direitos de cópia (copyright) incluem os direitos exclusivos para produzir e distribuir o artigo, incluindo separatas, reproduções fotográficas, microfilmagens ou qualquer outra reprodução de natureza similar. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou arquivada em sistema recuperável ou de transmissão em qualquer outra forma, sem permissão por escrito do possuidor dos direitos de cópia (copyright).

Outras revistas científicas e as publicações de sumário podem reproduzir os resumos dos artigos publicados sem autorização prévia.

Os autores são os responsáveis exclusivos pelas opiniões expressas nos trabalhos assinados. A menção de companhias ou empresas específicas ou de certos produtos manufaturados não implica sua recomendação ou endosso pelos editores.

A Revista Brasileira de Cancerologia (Rev. Bras. Cancerol.) está indexada ao LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) periodicidade trimestral e distribuição gratuita - ISSN - 0034-7116.

Revista Brasileira de Cancerologia

©1987 Instituto Nacional de Câncer.

Projeto Gráfico:

Imagemaker Programação Visual

Tel.: (021) 233-7790

Produção, Impressão e Acabamento:

G U A N A P Á

Gráfica, Editora e Papeis Ltda.

Av. Roma, 207 - Bonsucesso

21041-060 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 590-1849

Fax : (21) 590-1936



Editorial

Editorial

Câncer e qualidade de vida

Cancer and Quality of Life

Jacob Kligerman

5

Artigos

Articles

Células con inclusiones disqueratoticas en muestras de cervix uterinos

Cells with dyskeratotic inclusions in smears from cervix uteri by human papilomavirus

Luiz Alberto Palaoro

Marcelo Szulc

Juan Carlos Giogrande

Patricia Bariandaran

9

Compreendendo a necessidade do paciente com câncer de receber orientações para a cirurgia: implicações da visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro

Understanding the need of cancer patients to receive information about the surgery: implications of the nursing pre-operative assessment (*)

Horácio Frederico Garcia

15

3

Estudos bibliográficos sobre publicações relativas a aspectos psicossociais do câncer infantil, no período de 1980 a 1997

Bibliographical studies on Brazilian publications on psychosocial aspects childhood cancer, from 1980 to 1997

Gisele Machado da Silva Moreira

Elizabeth Ranaer Martins do Valle

27

Metástase de adenocarcinoma de esôfago em linfonodo comprometido por linfoma não-Hodgkin

Esophageal adenocarcinoma metastatic to lymphonode compromised by non-Hodgkin lymphoma

Julio Valter Vedovato

Caroline Dalla Lasta Frigeri

Rinaldo Danesi Pinto

Janoário Athanázio Souza

Gérson Junqueira Júnior

Geraldo Geyer

37

Carcinoma de parótida e mama concomitantes: Relato de Caso

Parotid carcinoma concomitant with breast carcinoma: Case report

Maria da Graça Caminha Vidal

Marcelo Moreno

Luciano Jacomine Castilhos

Fabiana Cezar Ceolin

43

Neoplasia endócrina múltipla tipo 2B - Relato de três casos e revisão de literatura

Multiple endocrine neoplasm type 2B - Report of three cases and review of the literature

Cícero de A. Urban

Beatriz G. Sluminsky

Linei A. B. Dellê

Antonio M. Cury

José G. R. Carvalho

Calixto A. Hakim Neto

47

Informes

Reports

Endereço da RBC

54

Eventos

Events

55

Atualização Científica

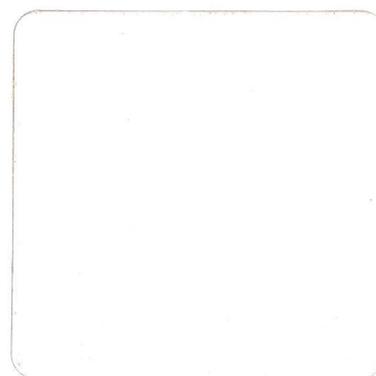
Abstracts

61

Normas para publicação

Publishing Instructions

83



4

Câncer e Qualidade de Vida

Cancer and Quality of Life

Tradicionalmente, a eficácia terapêutica é avaliada, em pesquisa oncológica, por parâmetros biomédicos, como diminuição do tumor, intervalo livre de doença e toxicidade. Mas os resultados do tratamento do câncer precisam também ser medidos em termos do que ele traz de limitações físicas e psicológicas ao paciente. Daí, a necessidade de se estabelecer o impacto da doença, e do seu tratamento, sobre a qualidade de vida do doente.

Desde que se reconheceu essa necessidade, sobrevida e qualidade de vida passaram a ser os dois principais objetivos do tratamento do câncer.

Na análise dos dados de um estudo, a qualidade de vida pode ser vista sob dois ângulos: um em que ela tem menor peso do que a sobrevida; e outro, pelo qual dois paradigmas (nos quais se assenta a autonomia do paciente) devem ser objetivamente expressos, para que possam ser medidos: a idéia popular do que é bom e as medidas do bem-estar individual.

A preocupação com as essas medidas tem levado à validação de índices de qualidade de vida, com base na

avaliação do estado físico geral, capacidade funcional (para o trabalho e atividades domésticas), interação social (no ambiente de trabalho e no familiar), função cognitiva (concentração e memória) e estado emocional (ansiedade e depressão).

Os critérios podem ser escolhidos de acordo com o grupo de doentes sob avaliação. Por exemplo, em casos de câncer da cabeça e pescoço, esses critérios podem ser a alimentação, a comunicação, a dor e a emoção, cada um deles medidos a partir de vários subitens analisados.

Porém, profissionais da saúde, pesquisadores, administradores e doentes têm confundido o conceito de “qualidade de vida”. Não se trata de uma “sensação de bem-estar”, mas sim da “qualidade do estado de saúde”, que pode ser diferentemente definida e percebida, por pacientes em uma mesma situação biomédica.

Por outro lado, quando várias opções terapêuticas se apresentam, o princípio bioético da autonomia requer que o paciente seja informado dos efeitos colaterais possíveis, permitindo-se

que ele mesmo possa estabelecer os seus parâmetros de qualidade de vida associados a esses efeitos. Isto traz conseqüências para a avaliação da qualidade de vida nos estudos terapêuticos, razão por que se precisa dispor de índices que permitam comparar a qualidade de vida associada a cada uma dessas várias opções.

Sobrevida e qualidade de vida podem divergir, entre dois tratamentos. Um tratamento pode ser melhor do que outro, em termos de sobrevida, mas não de qualidade de vida, e vice-versa, precisando serem essas duas variáveis analisadas como um resultado único. Daí, a proposição da expectativa de vida “ajustada à qualidade de vida”, como um parâmetro objetivo, mensurável.

Os indicadores de qualidade de vida também importam para as decisões em saúde pública, como alocação de recursos e registro de novos medicamentos e equipamentos. Inclusive, porque a utilização da literatura como justificativa para a incorporação de novos tratamentos sofre restrições, em função de:

- 1) divulgação de resultados parciais;
- 2) com exceção dos estudos de meta-análise, a maioria dos autores não utilizam métodos sistemáticos de levantar, estabelecer e sintetizar dados de revisão;
- 3) a rapidez com que propostas terapêuticas surgem; e,
- 4) a falta de divulgação disseminada de resultados terapêuticos inconclusivos ou negativos.

O conceito de qualidade de vida

também tem sido utilizado para justificar indicações terapêuticas paliativas de resultados questionáveis, quando deveria ser incorporado à prática oncológica para apoiar decisões médicas e estabelecer a validade dos tratamentos aplicados. O estabelecimento de índices de qualidade de vida também apoiaria políticas públicas, visto que “qualidade de vida” passaria a ser o numerador de uma relação benefício/custo, que o administrador usaria a mais como indicador de saúde e base de decisão justa e equânime.

Qualidade de vida e custos têm sido geralmente considerados juntos no contexto de estudos clínicos, e alguns tipos de avaliação econômica podem usar determinadas medidas de qualidade de vida para se estabelecer a relação benefício/custo de um tratamento.

Por seu lado, para se incluir a avaliação de custos em um estudo, há de se perguntar:

- 1) Se o estudo trata de tema com repercussão econômica; e,
- 2) se os resultados do estudo basearão decisões de médicos, pacientes, compradores, provedores e administradores.

Em estudos experimentais, a inclusão da avaliação de resultados, em termos de qualidade de vida, aumenta a informação sobre a evolução da doença e a toxicidade dos tratamentos. A qualidade de vida pode se constituir em um fator prognóstico; e, se há necessidade de se estabelecer a relação entre o benefício e o custo do tratamento pesquisado, com o objetivo de se determinar o seu valor social frente a outras prioridades da assistência médico-sanitária, ela pode também se constituir em um indicador de saúde.

Urge, assim, que busquemos determinar, entre os doentes brasileiros, quais os critérios de qualidade de vida que eles julgam relevantes, e encontrar índices que nos permitam aplicar tratamentos oncológicos de forma cada vez mais responsável e alinhada com a sua expectativa e o princípio bioético da autonomia.

O Instituto Nacional de Câncer já vem buscando aplicar esses conceitos e, a par da criação do seu Conselho de Bioética, está determinando o impac-

to que a radioterapia paliativa traz para os pacientes com câncer da cabeça e pescoço. Os resultados, à luz de medidas indicativas de qualidade de vida, serão brevemente divulgados.

Jacob Kligerman
Diretor Geral do Instituto Nacional
de Câncer, do Ministério da Saúde
*General-Director of the Brazilian
National Cancer Institute*
e-mail: kligerman@inca.org.br

Bibliografia Consultada

1. BRAMWELL, VHC; WILLIAMS, CJ. Do authors of review articles use systematic methods to identify, assess and synthesize information? *Annals of Oncology*, 1997, 8: 1185-1195.
2. CASALI, P; LICITRA, L; COSTANTINI, M; SANTORO, A; VITERBORI, P; BAJETTA, E; BRUZZI, P. Quality of life assessment and clinical decision-making. *Annals of Oncology*, 1997, 8: 1207-1211.
3. FITZPATRICK R; DAVIES, L. Health economics and quality of life in cancer trials: report based on a UKCCCR workshop. *British Journal of Cancer*, 1998, 77(10): 1543-1548.
4. KURTZ, ME; KURTZ, JC; STOMMEL, M; GIVEN, CW; GIVEN, B. Loss of Physical Functioning Among Geriatric Cancer Patients: Relationships to Cancer Site, Treatment, Comorbidity and Age. *European Journal of Cancer*, 1997, 33(14): 2352-2358.
5. McLACHLAN, SA; DEVINS, GM; GOODWIN, PJ. Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) as a Measure of Psychosocial Function in Breast Cancer Patients. *European Journal of Cancer*, 1998, 34(4): 510-517.
6. SMITH, TJ. Role of Granulocyte- and Granulocyte-Macrophage Colony-Stimulating Factors in Clinical Practice: Balancing Clinical and Economics Concerns. In: American Society of Clinical Oncology 1999 Educational Book. Atlanta. Asco, 1999. 275-280.
7. TERREL, JE; NANAVATI, KA; ESCLAMADO, RM; BISHOP, JK; BRADFORD, CR; WOLF, GT. Head and Neck Cancer-Specific Quality of Life. Instrument Validation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1997, 123: 1125-1132.

Revista Brasileira de Cancerologia

Novo Endereço Editorial:

**Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica
Rua do Rezende, 128 - Centro
20231-092 Rio de Janeiro - RJ - BRASIL**

Telefones:

Tel.: (021) 242.1122 - ramal 2396

**FAX: (021) 221.7983 (direto)
(021) 242.1122 - ramal 2404**

Email: rbc@inca.org.br



Cells with dyskeratotic inclusions in smears from cervix uteri infected by human papillomavirus

Celulas con inclusiones disqueratoticas en muestras de cervix uterinos infectados por virus de papiloma humano

Luis Alberto Palaoro, PhD; Marcelo Szulc, PhD; Juan Carlos Giogrande, MD; Patricia Bariandaran, CT

Summary

An additional feature has been reported in cervical smears from patients with human papillomavirus (HPV) infection: the "cell inside another cell", that shows inclusion bodies in addition to a nuclear smudging (cell with dyskeratotic inclusions: CDI).

We observed smears from 129 patients with diagnosis of HPV infection of the cervix uteri, stained by Papanicolaou technique. Koilocytes were observed in 48,8% of the patients, and CDI in 30,2% of them.

CDI was presented by 19,3% of the patients.

The CDI could not be related to a special type of HPV, therefore it is not a parameter for estimation of the oncogenic risk. Further studies are needed to clarify if CDI could be other indirect feature suggestive of HPV infection.

Keywords: cell with dyskeratotic inclusions; koilocytes; cervical condyloma

Introduction

The cytologic patterns of condyloma of the cervix uteri have been extensively described in the literature ⁽¹⁻³⁾.

infection by HPV, but the squamous cells of the uterine cervix can develop other changes by the cytopathic action of the virus.

The koilocyte is the pathognomonic cell of the

The cytoplasm stain irregularly, either

Division of Cytology-Cancer Detection Center, Department of Preventive Medicine, Municipality of Lanús.
Laboratory of Cytology, Department of Clinical Biochemistry, Clinical Hospital, UBA.
Buenos Aires, Argentina.

Address for letters: Dr. Luis Alberto Palaoro, PhD - Avda. Forest 1318 4° B (1427) Buenos Aires - Argentina

amphophilic or orangeophilic, nuclei are often double, sometimes multiple, with chromatin smudged or pyknotic (indirect signs of the infection by HPV).

Another cell usually seen in the smears is the dyskeratocyte. This small cell has a dense cytoplasm stained with the orange of the Papanicolaou technique, and a nucleus often pyknotic or pre-pyknotic.

In the last years, an additional feature has been described in the HPV infection: the "cell inside another cell" ⁽⁴⁾. These peculiar cells show inclusion bodies (dyskeratocytes) in their cytoplasm, in addition to the nuclear changes characteristic of HPV action.

The purpose of the present paper is to establish the value of the CDI in the smears from cervix uteri of patients infected by HPV.

Materials and Methods

Smears from cervix uteri were obtained from 129 patients with diagnosis of HPV infection established by cervical biopsies ⁽⁵⁾. The smears were stained with the Papanicolaou technique, and the following cytological features were recorded:

- a) Koilocytosis;
- b) Indirect signs of HPV infection: smudged or pyknotic chromatin, irregular stain of cytoplasm, binucleation, multinucleation, dyskeratosis, karyorrhexis;
- c) Cells with inclusion bodies in their cytoplasm and nuclear smudging (CDI).
In situ hybridization was carried out in cervical biopsies. For HPV typing, the specific DNA probes were used: a) Low risk: 6,1; b) Moderate risk: 31,33,35; c) High risk: 16,18 (ENZO Pathogene).

The specimens were hybridized for 10 minutes on a 95°C heating block, and for 30 minutes on a 37° C heating block. Specific hybridization between the HPV DNA probes and DNA in the specimens was determined by the detection of biotin (incubation with streptavidin-biotinylated horseradish peroxidase complex 37° C, 15 minutes; post-incubation with 3-amine-9 ethylcarbazole with hydrogen peroxide 37° C, 15 minutes) ⁽⁶⁾

Papanicolaou smears from the group with CDI were processed by in situ hybridization. After

removal of the coverslips in xylene, the specimens were destained (1% HCl in 70% Ethyl alcohol) and treated with Proteinase K in PBS for 5 minutes, washed with NaCl / EDTA pH 7,2 and covered with Hydrogen peroxide (0,05%) in Methyl alcohol for 10 minutes at 37° C. A mixture of biotinylated HPV DNA probes from 6/11, 16/18 and 31/33/35 types (each one: 25 ul) were added.

The smears were covered with coverslips and placed on a 95°C heating block for 5 minutes. Then, they were incubated at 37°C for 3 hours. After washing with NaCl / EDTA, the slides were treated with buffered NaCl and formamide for 10 minutes. They were rinsed with NaCl / EDTA and incubated with streptavidin-biotinylated horseradish peroxidase complex at 37° C for 15 minutes. The detection was performed using Hydrogen peroxide in acetate buffer plus 2% 3-amine-9 Ethyl carbazole in solvent (37° C, 15 minutes).

The development of a red nuclear staining identified the presence of HPV DNA from at least one of the probes used ⁽⁷⁾.

Results

30,2% of the smears showed CDI (Figure 1). Typical koilocytes were seen in 48,8% out of the cases. Most of the smears presented indirect signs of HPV infection (96,9%) (Table 1).

Table 1 - Cytological features of the cervix

Koilocytes		Smears CDI		Indirect signs of HPV infection	
n	%	n	%	n	%
63	48,8	39	30,2	135	96,9

In 18 biopsies from patients with CDI in their cytological smears, dyskeratotic inclusions were observed in the upper layers (Figure 2). CDI was accompanying koilocytes in 14 patients. 49 smears did not show CDI, but these groups showed typical koilocytes. The presence of CDI without koilocytes was certified in 25 out of the cases (Table 2).

Table 2 - Relation between koilocytes and CDI

Smears koilocytes (without CDI)		Smears showing CDI (without koilocytes)		Smears showing CDI + koilocytes	
n	%	n	%	n	%
49	37,9	25	19,3	14	10,8

The three groups of HPV types were identified by in situ hybridization in the cervical biopsies (Figure 3).

A few cases were negative to the probes used (Table 3).

The sub-group of 25 cervical biopsies taken from women which only presented CDI in their cervical smears showed all the spectrum of viral types, with the exception of two specimens negative for the probes used (Table 4).

Table 3 - HPV types in cervical biopsies by in situ hybridization

Probes: HPV types	Number of positive specimens
6, 11	75
31, 33, 35	20
16, 18	26
No HPV *	8

* Negative specimens for the probes used

Table 4 - HPV types in a sub-group of biopsies with CDI in the cytological smears (in situ hybridization)

Probes: HPV types	Number of positive specimens
6, 11	11
31, 33, 35	5
16, 18	7
No HPV *	2

* Negative specimens for the probes used

68% out of the Papanicolaou-stained cervical smears showed positive cells for the cocktail of probes for HPV used; 7 cases exhibited the red nuclear staining in the CDI (Figure 4) (Table 5).

Table 5 - In situ hybridization of Papanicolau-stained cytologic smears from patients with CDI (N=25)

Positive Smears #						Negative Smears	
Positive in CDI and no-CDI		Positive in CDI (only)		Positive in no-CDI			
n	%	n	%	n	%	n	%
7	28	0	0	10	40	8	32

Positive for the HPV DNA cocktail.

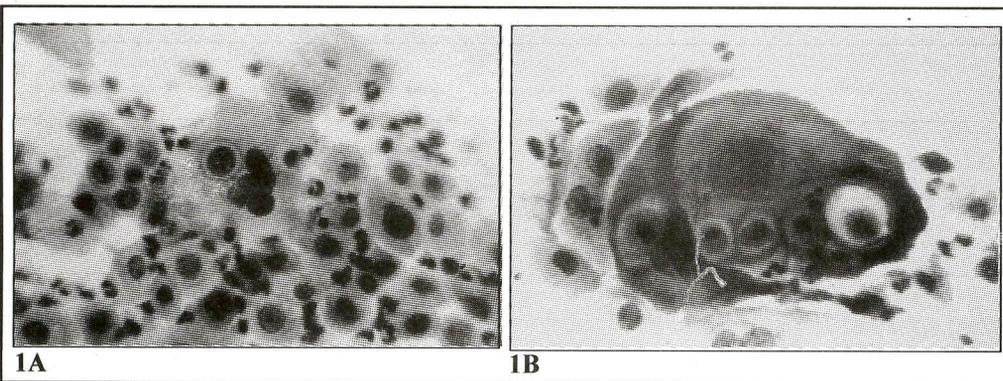


Figure 1: Cells with dyskeratotic inclusions in cervical smears: (A) Multinucleated cell with one dyskeratotic inclusion. (B) Big cell with several dyskeratotic inclusions. (Papanicolaou stain x 500)

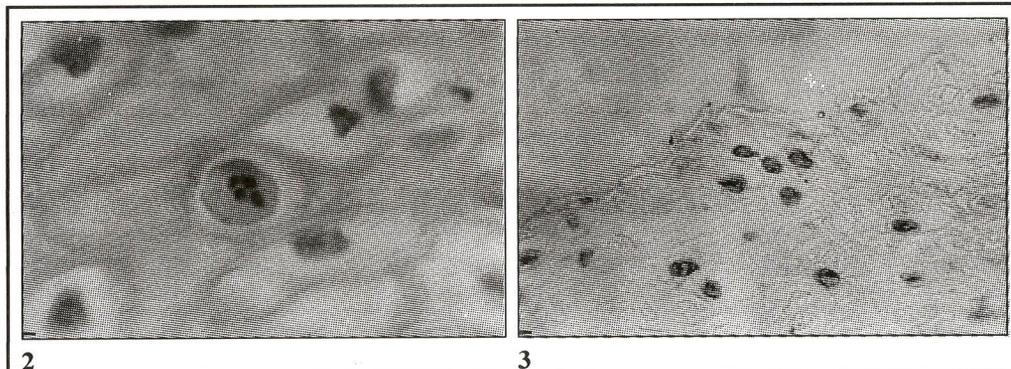


Figure 2: Dyskeratotic inclusions in the upper layers of cervical epithelium infected by human papillomavirus (H&E X 500)

Figure 3: In situ hybridization of cervical condyloma. HPV-positive nuclei (6/11) within superficial epithelial cells (X 500)

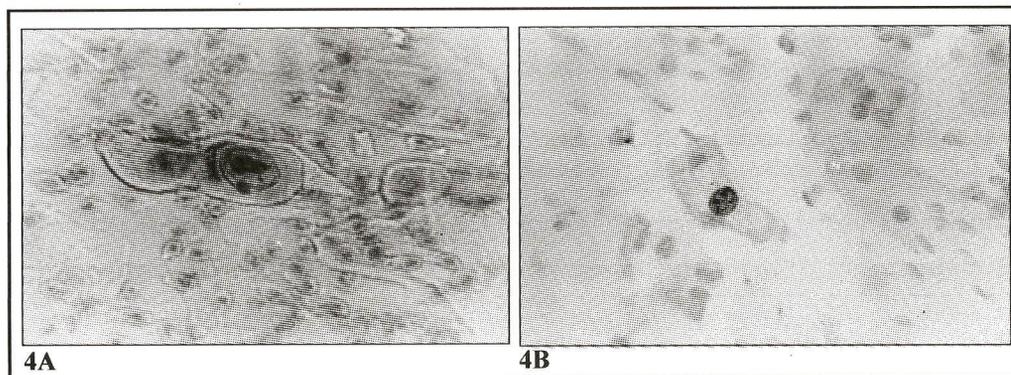


Figure 4: CERVICAL SMEARS: (A) CDI showing a positive nuclear reaction to the HPV DNA cocktail by in situ hybridization. (B) No-CDI showing viral DNA by in situ hybridization (X 500)

Discussion

The concourse of Folic acid and HPV infection in the etiopathogenesis of the “cell within a cell” has been suggested⁽⁸⁾

The deficiency of Folic acid leads to a nuclear-cytoplasmic asynchrony, that produces macrocytosis and multinucleation, and this alteration has been designed as abortive cellular division⁽⁹⁾. However, our group of patients had no antecedent of megaloblastic anemia that could justify the deficiency of Folic acid.

Some authors have pointed out inclusion bodies in squamous epithelial biopsies. These bodies can be related to a process of cell's death, like in treatments by cytostatic drugs (apoptosis)⁽¹⁰⁾

In the present paper, the dyskeratotic cells or the dense round bodies seen inside another cells could be a consequence of the damage by HPV infection. It could be related to an apoptotic mechanism, since one of the steps of this phenomenon is the development of cellular keratinizant fragments with picnotic nuclei (phase 3 of apoptosis)^(11,12)

The elevated content of cytokeratines in the “cell within the cells” was detected by electron microscopy, as electron-dense masses composed of intermediate filaments of approximately 10 nm diameter⁽¹³⁾

This paper attempts to establish the value of the CDI for the cytodiagnosis of HPV infection in cervical smears.

The pathognomonic cell of HPV, the koilocyte, was observed in 63 cases (48,8%), while the CDI were observed in 39 cases (30,2%).

37,9% of the patients had koilocytes without CDI, and 10,8% had both cellular types in the same smear.

Although the percentage of CDI is less than that of koilocytes, 19,3% of the smears only showed CDI. In these cases, this peculiar alteration, together with the other indirect signs of viral infection, were the clue to the diagnosis of HPV. The presence of HPV DNA in 93,8% out of the biopsies detected by in situ hybridization, confirmed the viral etiology of the lesions

studied. It can not be ruled out the presence of HPV DNA in the negative smears using this method, since it can be due to viral types other than the probes used, or to a low number of HPV DNA copies.

Although the sensitivity of in situ hybridization (2,5-12 copies per cell)⁽¹⁴⁾ is lower than the technique of PCR, we have preferred the use of the former because this method can distinguish between latent and subclinical HPV infection⁽¹⁵⁾

The group of 25 biopsies from patients who only showed CDI (without koilocytes) in their cervical smears, presented all the spectrum of HPV types (low, moderate and high oncogenic risk), indicating that the presence of CDI can not be related to any special type of virus. The

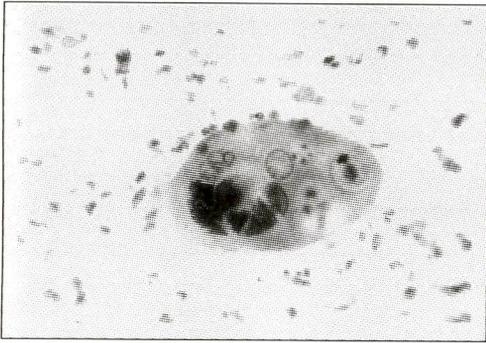


Figure 5: Cell displaying nuclear atypies and dyskeratotic inclusion. It was detected HPV 16/18 by in situ hybridization. (Papanicolaou stain X 500)

morphological findings, in general, do not provide accuracy for distinguishing among viral types⁽¹⁶⁾. Only when marked atypies are associated with HPV, we can think of the possibility of a high risk viral type, as in the case showed in the Figure 5.

When in situ hybridization was carried out in cells (Papanicolaou smears) from patients who only showed CDI, the number of positive cases, for HPV DNA was smaller than those of the respective biopsies (68% versus 96%); of them, 7 cases presented viral DNA in their CDI. The lack of signal for viral sequences could be due to a low number of HPV DNA copies, to the origin of exfoliated cells (grade of epithelial differentiation) or to a low sensitivity of in situ hybridization in cytologic smears⁽⁷⁾.

By now, there is not a clear explanation for the presence of dyskeratotic cells in the interior of other epithelial cells, but having in mind the morphological features of apoptosis: cell shrinkage, loss of cell-to-cell contacts, aggregation of the chromatin into dense masses under the nuclear membrane and the possibility of phagocytosis by neighboring cells, is possible to relate CDI with apoptosis. Experiences in course are trying to confirm the existence of programmed cell death using in situ end-labeling of DNA⁽¹⁷⁾.

We conclude that the presence of CDI in cervical smears has not yet a clear significance, and further studies, specially concerning their origin, are needed to clarify if they could be other indirect parameter suggestive of HPV infection.

References

1. MEISELS A, FORTIN R. Condylomatous lesions of the cervix and vagina I: Cytologic patterns. *Acta Cytol*, 1976, 20: 506-509.
2. MEISELS A, ROY M, FORTIER M, MORIN C. Condylomatous lesions of the cervix: Morphologic and colposcopic diagnosis. *Am J Diagn Gynecol Obstet*, 1979, 1: 109-116.
3. MEISELS A, ROY M, FORTIER MET AL. Human papillomavirus infection of the cervix: the atypical condyloma. *Acta Cytol*, 1981, 25: 7-16.
4. DE BORGES RJ, MIRALLES EP. Aspectos morfológicos y epidemiológicos de las llamadas "Atipias koilocíticas". *Rev Obstet Ginecol Venez*, 1982, 42: 1-5.
5. MEISELS A, FORTIN R, ROY M. Condylomatous lesions of the cervix II: Cytologic, colposcopic and histopathologic study. *Acta Cytol* 21: 379-390, 1977
6. CRUM CP, NAGAI N, LEVINE RU, SILVERSTEIN S. In situ hybridization analysis of the HPV 16 DNA sequences in early cervical neoplasia. *Am J Pathol*, 1986, 123: 174-182.
7. GHIRARDINI C, GHINOSI P, RAISI O, PORTOLANI M. Human papillomavirus DNA detection in Papanicolaou-stained cervical smears with a nonradioactive, in situ hybridization assay. *Acta Cytol*, 1992, 36: 183-188.
8. LUZZATTO R, RECKTENVALD M LAMAS PORTUGAL JP. Multinucleation and abortive cellular division in human papillomavirus infection. *Acta Cytol*, 1990, 2: 286-287.
9. VAN NIEKERK WA. Cervical cytological abnormalities caused by folic acid

- deficiency. *Acta Cytol*, 1966, 10: 67-73.
10. EL-LABBAN NG, OSORIO HERRERA E. Apoptotic bodies and abnormally dividing epithelial cells in squamous cell carcinoma. *Histopathology*, 1986 10: 921-931.
 11. ARENDS MJ, HARRISON DJ. Apoptosis: Molecular aspects and pathological perspective. In: John Crocker De , *Molecular Biology in Histopathology*. Baffins Lane, Chichester, West Sussex, England, 1994, 151-170.
 12. ARENS MJ, WYLLIE AH. Apoptosis: Mechanisms and roles in pathology. *Int Rev Exp Pathol*, 1991, 32: 223-254.
 13. DE BRGES RJ, GARCÍA TAMAYO J, ZAITZMAN M. Cytologic and ultrastructural findings of a peculiar alteration in cervical cells from patients with human papillomavirus infections. *Acta Cytol* 1989, 3: 314-318.
 14. HERRINGTON CS, GRAHAM AK, MC GEE JO'D. Interphase Cytonetics III: Enhanced sensitivity and flexibility of digoxigenin labelled probes for in situ hybridization. *J Clin Pathol* , 1991, 44: 33-38.
 15. HERRINGTON CS. Human Papillomaviruses (HPV) in gynaecological cytology: from molecular biology to clinical testing. *Cytopathology*, 1995, 6: 176-189, 1995
 16. TAKANA H, CHUA K-L, LINDH E, HJERPE A. Patients with various types of human papillomavirus: covariation and diagnostic relevance of cytological findings in Papanicolaou smears. *Cytopathology*, 1993, 4: 273-283.
 17. WIJSMAN JH, JONKER RR, KEIJZER R et al. A new method to detect apoptosis in paraffin sections: insitu end-labeling of fragmented DNA. *J Histochem Cytochem* , 1993, 41: 7-12, 1993

Compreendendo a necessidade do paciente com câncer de receber orientações para a cirurgia: Implicações da visita pré-operatória pelo enfermeiro ¹

Understanding the need of cancer patients to receive information about the surgery: implications of the nursing pre-operative assessment ¹

15

Horacio Frederico Garcia ²

RESUMO

O presente estudo foi realizado na Unidade Hospitalar I do Instituto Nacional de Câncer do Brasil, com o objetivo de analisar quais as expectativas dos pacientes com câncer em relação às orientações pré-operatórias.

Para compreender melhor o objeto de estudo, foi utilizada uma abordagem quanti-qualitativa, que proporcionou meios de aumentar nosso conhecimento sobre o fenômeno da cirurgia na vida do paciente com câncer.

Entre as principais implicações para a assistência de enfermagem destaca-se: a busca da verdade e a necessidade de maior integração do paciente com a equipe cirúrgica.

Segundo os pacientes entrevistados, a assistência de enfermagem no período pré-operatório merece maior destaque, já que um maior conhecimento sobre a cirurgia e o ambiente físico e humano do centro cirúrgico, pode ser oferecido durante a realização da visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem oncológica; enfermagem em centro cirúrgico; orientações pré-operatória; assistência de enfermagem.

¹ Extraído da Monografia de Conclusão do Curso de Residência em Enfermagem Oncológica como Requisito do Instituto Nacional de Câncer, para obtenção do Título de Especialista em Enfermagem Oncológica.

² Enfermeiro. Ex-residente de Enfermagem Oncológica do Instituto Nacional de Câncer. Enfermeiro do Centro de Tratamento Intensivo do Hospital do Câncer – INCa

Endereço para correspondência: Rua Djalma Ulrich, 110 Apto. 613. Copacabana. Rio de Janeiro – RJ. CEP: 22.071.020. Tel. (021) 523.2678. E-mail: goriot@ruralrj.com.br

SUMMARY

The present study was conducted at the Hospital Unit I of the National Cancer Institute of Brazil to investigate the expectations of cancer patients with respect to the preoperative orientation.

A quantitative and qualitative approach was used, providing us the means to improve our knowledge about the impact of the surgery in the life of cancer patient.

Among the main implications of the results for nursing care, there are the search for truth and the need of higher integration between the patient and the surgical team professionals.

According to the patients, the preoperative nursing care should be emphasized, as a better knowledge about the surgery and the human and physical environment of the surgical center may be offered during the realization of the preoperative nursing visit.

KEY WORDS: *Oncology nursing; Operating room nursing; Preoperative orientations; Nursing care.*

Introdução

Desde o início da história do câncer a cirurgia esteve presente como uma das principais formas de tratamento.

O surgimento de um ambiente específico para realização de cirurgias e assim o conjunto de transformações tecnológicas trouxeram a necessidade de uma enfermagem especializada, que atendesse à complexidade do centro cirúrgico e às necessidades dos pacientes que se submetiam aos procedimentos cirúrgicos.

Dentro desse contexto, destacam-se inúmeros trabalhos de pesquisa mostrando que a visita pré-operatória de enfermagem é um meio que o enfermeiro do centro cirúrgico tem para estabelecer um relacionamento terapêutico com o paciente, ampliando assim, o papel deste profissional dentro da equipe cirúrgica.

Em relação ao paciente que está sendo internado na Unidade Hospitalar I do Instituto Nacional de Câncer, o enfermeiro inicia o seu contato com o mesmo através da consulta de enfermagem, que é realizada também por enfermeiros residentes em enfermagem oncológica. É nesse momento que se estabelece a identificação dos diagnósticos de enfermagem. A consulta de enfermagem é realizada antes do paciente ser encaminhado para a enfermaria, ou seja, momentos antes de sua internação.

Ao iniciarmos nossas atividades na unidade de centro cirúrgico, durante o período de residência, assistimos pacientes que eram admitidos referindo não haver recebido qualquer tipo de orientação pré-operatória.

Observamos ainda que as atividades dos enfermeiros da instituição onde realizamos este

estudo não eram sistematizadas, e os profissionais se encontravam sobrecarregados de atividades burocráticas e administrativas.

A doença lembra ao homem sua falibilidade, a perspectiva de que a morte pode estar perto, e que o ser humano é finito fisicamente. Dentre elas, o câncer ainda hoje é a doença mais temida, e também uma das que tem maior índice de mortalidade.

Como principais determinantes sociais do câncer no Brasil, podemos destacar: o aumento na expectativa de vida, industrialização e urbanização e avanço tecnológico no setor da saúde.⁽⁹⁾ As taxas de incidência variam de acordo com as regiões do Brasil. Observa-se, por exemplo, que nas regiões sul e sudeste há maior incidência global de tumores, um perfil bastante semelhante aos países desenvolvidos.⁽⁹⁾

Um diagnóstico de câncer gera profunda tensão emocional e implica em ameaça de evolução prolongada, dolorosa e provável morte. Devido à evolução da doença e à natureza de seu tratamento, o câncer gera frequentemente, também, uma sobrecarga econômica, tanto para o paciente como para a sua família.⁽⁶⁾

O tratamento do câncer para o paciente poderá ser tão doloroso e agressivo como a própria doença, portanto, o tratamento também é um fator gerador de estresse, pois muitas vezes é longo e dividido em várias etapas, como por exemplo: radioterapia, quimioterapia, imunoterapia, transplante de medula óssea e cirurgia.

A enfermagem oncológica é uma área de

atuação que cobre todas as especialidades de enfermagem e que lida com todas as faixas etárias. O enfermeiro oncologista deve estar capacitado a apoiar o paciente e sua família ao longo de uma ampla gama de alterações físicas, emocionais, sociais, culturais e espirituais.⁽¹⁰⁾

A Sociedade Internacional de Enfermagem Oncológica⁽⁵⁷⁾, ressalta que as principais atribuições dos enfermeiros oncologistas são:

§ Reforçar a idéia de que o câncer é uma doença crônica com exacerbações agudas, ao invés de um quadro unicamente sinônimo de morte ou sofrimento;

§ Avaliar o próprio nível de conhecimento em relação à fisiopatologia da doença;

§ Utilizar práticas e resultados de pesquisas atuais para prestar assistência ao paciente com câncer e seus familiares;

§ Identificar indivíduos com alto risco para o desenvolvimento de câncer;

§ Avaliar as necessidades de aprendizado, desejos e capacidades do indivíduo com câncer;

§ Conhecer as redes de apoio social acessíveis ao paciente;

§ Planejar cuidados adequados com o paciente e sua família;

§ Identificar a força de vontade e as limitações do paciente;

§ Elaborar com o paciente os cuidados a curto e a longo prazos;

§ Reavaliar e reorientar a assistência após avaliação.

As atribuições acima citadas nos fazem lembrar que a assistência especializada ao paciente com câncer envolve muitas atividades.

Cabe ainda lembrar que, hoje, com o desenvolvimento da farmacologia, anestesia e técnicas operatórias, a cirurgia atinge a maioria de seus objetivos. Para que o tratamento cirúrgico se torne mais humano, o paciente necessita ser melhor preparado emocionalmente.

Entre os fatores prognósticos da cirurgia oncológicas destacam-se fatores dependentes do

tumor, do paciente e da equipe de saúde. Na área da cirurgia oncológica, o enfermeiro utiliza conhecimentos de todas as áreas e terá de lidar com as conseqüências da perda da solução de continuidade, tecidos, vasos, nervos, dos efeitos dos analgésicos e anestésicos, da perda e reposição de sangue e fluidos, bem como entubações e drenagens.⁽⁶⁾ O enfermeiro oncologista e o enfermeiro do centro cirúrgico deverão compartilhar alguns conhecimentos quando a cirurgia é oncológica, pois muitos pacientes, em algum momento de seu tratamento, serão submetidos a algum tipo de intervenção cirúrgica; nesse momento orientação e preparo emocional são fundamentais.

A realização da visita pré-operatória pelo enfermeiro do centro cirúrgico é uma conduta independente, onde, através do contato direto com o paciente, inicia-se um relacionamento terapêutico que auxilia o preparo emocional do paciente. Neste momento o enfermeiro irá obter dados para um planejamento de assistência individualizado e centralizado nas necessidades do paciente.

A visita pré-operatória caracteriza uma atuação expressiva do enfermeiro, que é entendida por apoio emocional, presença e atenção, tão característicos na arte de cuidar em enfermagem, introduzida e profissionalizada por Florence Nightingale. Com essa atitude evitamos que o cuidar torne-se totalmente mecanizado, fragmentado, considerando que o cuidado além de constituir uma ação, é um valor, um comportamento, uma filosofia, uma arte e como tal, ciência.^(52,53)

A visita pré-operatória do enfermeiro é o melhor meio que o enfermeiro do centro cirúrgico dispõe para coletar informações a respeito do paciente a ser operado, e para identificar suas necessidades, tornando assim, a assistência de enfermagem perioperatória efetiva, humanizada e individualizada. (3, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 40, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64)

Em 1987 a AORN – Association Operative Room Nurse^(1,2), divulgou os padrões mínimos de assistência de enfermagem perioperatória. Para se atender ao padrão I, é necessária a aplicação do processo de enfermagem através da visita pré-operatória, e este padrão é: “o paciente demonstra conhecimento quanto às respostas fisiológicas e psicológicas do ato cirúrgico”.

Baseados nas informações acima e na realidade encontrada durante a realização da residência de enfermagem oncológica, realizamos este estudo com os seguintes objetivos:

1. Determinar quais eram as informações recebidas pelos pacientes no período pré-operatório, e quais os profissionais que as forneciam;
2. Descrever as sensações experimentadas pelos pacientes;
3. Analisar as expectativas dos pacientes com câncer em relação à possibilidade da realização da visita pré-operatória.

MATERIAL E MÉTODOS

Para realizar este estudo foi utilizada uma abordagem quanti-qualitativa, visando analisar de uma forma mais ampla o fenômeno da cirurgia na vida do paciente com câncer, utilizando as definições de COOK & REICHARDT⁽¹⁸⁾ e POLIT & HUNGLER.⁽⁴⁴⁾

O instrumento de coleta de dados foi elaborado com base nas questões norteadoras e objetivos deste estudo. Os dados contidos neste instrumento foram divididos em dados gerais de identificação do paciente, de seu procedimento anestésico cirúrgico, e questões abertas destinadas a respostas durante a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas após serem consultados os prontuários para inclusão na amostra. Após isso o autor se apresentava e explicava quais os objetivos deste estudo, deixando então aos pacientes a decisão sobre sua participação ou não no estudo. Em havendo o consentimento por escrito do mesmo, coletávamos os dados utilizando o instrumento elaborado para tal fim.

Para inclusão dos pacientes neste estudo, seguiu-se o seguinte critério:

- pacientes submetidos à cirurgia na Unidade Hospitalar I do Instituto Nacional de Câncer, e que no momento da entrevista se encontravam no segundo dia do pós-operatório e internados na unidade de origem, durante o período de 01 de setembro à 13 de outubro de 1.995.

Entre os critérios para exclusão dos pacientes da amostragem deste estudo estão:

1. Pacientes que se submeteram a cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia mastológica, cirurgia plástica reconstrutora;
2. Pacientes internados no centro de tratamento intensivo;
3. Pacientes pediátricos; e
4. Pacientes que já tivessem sido submetidos a outras intervenções cirúrgicas.

As entrevistas e posterior registro dos dados coletados foram realizados pelo próprio autor do estudo. Após a realização da entrevista, era realizada uma análise preliminar da mesma a fim de se avaliar os dados coletados. Dos 65 pacientes abordados, 55 concordaram em participar das entrevistas, que tiveram duração entre 20 e 45 minutos.

As entrevistas foram gravadas e para análise dos dados, os resultados quantitativos foram agrupados em forma de tabelas com dados brutos e percentuais, e na análise dos dados qualitativos utilizamos categorias que foram estabelecidas após leitura exaustiva dos depoimentos.

Os dados encontrados foram analisados de acordo com dois principais referenciais teóricos, a saber: o modelo conceitual interativo de ORLANDO⁽⁴¹⁾, e a pesquisa de mestrado em enfermagem realizado com paciente cirúrgicos por RODRIGUES.⁽⁴⁶⁾

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 55 pacientes (65 foram abordados e convidados a participar e 10 recusaram participação). Em relação ao sexo, 63,6% da amostra pertenciam ao sexo feminino e 36,4% ao sexo masculino. A maioria das pessoas estava situado na faixa etária entre 50 e 59 anos (30,9%), seguidos de 18,3% situados na faixa etária entre 40 e 49 anos.

Após análise do prontuário do paciente como fonte de informação, observou-se que houve predominância da anestesia geral em 74,5% dos pacientes, seguidos de 16,4% de anestésias raquidianas.

Em relação à visita pré-anestésica 61,8% dos prontuários relatavam sua realização e, 38,2% dos prontuários não apresenta tal relato.

Dos pacientes entrevistados que receberam

visita pré-anestésica, 47,2% receberam diazepam 10mg como medicação pré-anestésica, seguidos de 3,6% dos pacientes que receberam bromazepam 3mg e 11,0% dos pacientes que não receberam medicação pré anestésica.

Os benzodiazepínicos são drogas de amplo uso em anestesia, e especificamente o diazepam é considerado de ação prolongada, pois durante sua biotransformação dá origem ao oxazepam, que é outro benzodiazepínico. Possui ação sedativa, ansiolítica, miorelaxante, porém tem pouca ação amnésica⁽³⁹⁾, fato que possibilitou, durante a realização deste estudo, a chance dos pacientes relatarem o máximo de suas percepções no período pré-operatório.

Os pacientes foram questionados sobre se haviam recebido orientações quanto à cirurgia; os resultados podem ser observados na tabela nº 01.

Tabela 01: Distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a resposta sobre orientação para a cirurgia.

Orientação para cirurgia	n	%
Sim	49	89,0
Não	06	11,0
Total	55	100

A nossa preocupação principal é a orientação que o paciente recebe em relação à que ele desejaria receber durante o pré-operatório. Quando questionados sobre se estavam orientados sobre a cirurgia que iria ser realizada, a grande maioria (89,0%) respondeu que sim.

Em relação ao conteúdo da orientação, notamos que na maior parte das vezes foi superficial e pouco esclarecedora. Como por exemplo, um paciente nos disse que havia recebido orientação que *“a cirurgia era muito grande”* (depoimento nº 20, paciente submetida à laparotomia exploradora por adenocarcinoma de pâncreas). Outro paciente relatou: *“o doutor me explicou que eu teria que tirar tudo por baixo”* (depoimento nº 28, paciente submetida à histerectomia radical + anexectomia + omentectomia por adenocarcinoma seroso de ovário).

RODRIGUES⁽⁴⁶⁾ ressalta que as orientações deveriam ser completas. Não se trata apenas de falar o nome da cirurgia e sim de explicar cada passo, ou seja, do que, por que, quando, por quem, como, onde e as consequências, a fim de

que o paciente possa estar ciente de seu tratamento e, colaborar na sua recuperação.

Na tabela nº 02, observamos que 89,0% dos pacientes referiram ser orientados por médicos.

Tabela 02: Distribuição dos pacientes entrevistados e que receberam orientações para a cirurgia, de acordo com o profissional que forneceu as informações.

Profissional	n	%
Médico	49	89,0
Enfermeiro	0	0
Outros	0	0
Total	49	89,0

Obs.: esta tabela é uma análise do item SIM da Tabela 1

A pouca participação do enfermeiro tem sido encontrada em outros trabalhos, entre eles o de RODRIGUES⁽⁴⁶⁾, que na realização de sua pesquisa em hospitais na cidade de Londrina – PR, encontrou 96,81% dos pacientes orientados por médicos e apenas 1,06% dos pacientes orientados por enfermeiros.

O centro cirúrgico é considerado como uma das unidades mais complexas do hospital, tendo em vista a especificidade de atendimento nele realizados, bem como a constante presença do estresse e a possibilidade de riscos à saúde a que estão sujeitos os pacientes submetidos às intervenções cirúrgicas.⁽³⁷⁾

Nota-se pela tabela nº 03 que a grande maioria dos paciente (85,5%), não recebeu orientações sobre o centro cirúrgico, e que apenas uma pequena parte da amostra do estudo (14,5%) recebeu algum tipo de informação sobre o centro cirúrgico, sala operatória e sala de recuperação anestésica.

Tabela 03: Distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a resposta sobre a orientação sobre o centro cirúrgico, sala operatória e recuperação pós-anestésica.

Tipo de Orientação	n	%
Centro cirúrgico, sala operatória e recuperação pós-anestésica	01	1,8
Sala operatória	06	10,9
Recuperação pós-anestésica	01	1,8
Não recebeu orientações	47	85,5
Total	55	100

Em estudo realizado por COSTA⁽¹⁹⁾, intitulado “A orientação pré-operatória do paciente através de vídeo sobre o ambiente físico e humano do centro cirúrgico”, concluiu-se que 100% dos pacientes gostou de assistir o vídeo, e desses, 52% referiu tranquilidade emocional após ver o vídeo.

Na tabela nº 04 podemos notar que o enfermeiro também teve pouca participação na orientação sobre o centro cirúrgico, aparecendo apenas em 1,8% das respostas. Novamente aqui os profissionais médicos aparecem em 7,3% das respostas pelo cirurgião e 5,4% pelo anestesiológista.

Tabela 04: Distribuição dos pacientes entrevistados e que referiram haver recebido orientações sobre o centro cirúrgico, sala operatória e recuperação anestésica, de acordo com o profissional que forneceu as informações.

Profissional	n	%
Enfermeiro	01	1,8
Médico	04	7,3
Anestesiológista	03	5,4
Total	08	14,5

Obs.: Esta tabela é uma análise dos itens CENTRO CIRÚRGICO, SALA OPERATÓRIA e RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA, da Tabela 3

A função de educação do enfermeiro tem sido enfatizada, conforme podemos constatar no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Brasil, aprovado pela resolução COFEN⁽¹⁷⁾ – 160/93 de 12 de março de 1993. No artigo 26, podemos constatar que é dever do enfermeiro prestar informações adequadas aos clientes e seus familiares à respeito da assistência de enfermagem, possíveis benefícios e riscos e consequência do que possam ocorrer.

Durante a leitura dos depoimentos notamos que as informações recebidas não traduzem a realidade do ambiente da unidade de centro cirúrgico, e na maioria das vezes não esclarecem as dúvidas dos pacientes. Há que se considerar que muitas informações eram destinadas aos atos anestésicos. Outras vezes, as informações não traduziam de maneira alguma a natureza peculiar daquele ambiente, como por exemplo: “que lá dentro eu teria que ficar sentado para receber anestesia nas costas” (depoimento nº 01), “explicou que a sala era diferente e que eu logo iria dormir, e que quando acordasse já

estaria quase no quarto” (depoimento nº 18).

Na tabela nº 05A, observamos que 56,4% dos pacientes entrevistados não reconheceram qualquer profissional ao chegar no centro cirúrgico, e tentamos explorar com o paciente qual o sentimento vivido naquela situação.

Tabela 05A: Distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a resposta se havia reconhecido alguém ao chegar no centro cirúrgico.

Reconheceu alguém ?	n	%
Sim	24	43,6
Não	31	56,4
Total	55	100

Na tabela nº 05B, destes 43,6% que reconheceram alguém, na unidade de centro cirúrgico, apenas 1,8% identificaram o enfermeiro e o cirurgião e o enfermeiro.

Tabela 05B: Distribuição dos pacientes entrevistados e que referiram reconhecer alguém na unidade de centro cirúrgico, sobre quem o mesmo havia reconhecido

Tipo de Orientação	n	%
Enfermeiro	01	1,8
Cirurgião	11	20,0
Anestesiológista	02	3,6
Cirurgião+Anestesiológista	08	14,6
Cirurgião+Enfermeiro	01	1,8
Pacientes da mesma enfermaria	01	1,8

Obs.: Esta tabela é uma análise do item SIM da tabela 05A

Vários aspectos foram citados, e a sensação de solidão fez parte das observações, como por exemplo: “me senti só e adandonado, pensei que eu ia morrer, pois eu nunca precisei de hospital” (depoimento nº 44), “nervosa, um estado que o senhor nem imagina” (depoimento nº 02), “muito nervoso, minha perna não parava de pular de medo” (depoimento nº34).

Na tabela nº 06 notamos que 78,1% dos pacientes entrevistados referem que gostariam de ter recebido orientações sobre o ambiente físico e humano do centro cirúrgico antes da

realização da intervenção proposta.

Tabela 06: Distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a resposta se gostariam de ter recebido orientações antes da cirurgia a respeito do centro cirúrgico, sala operatória e recuperação pós-anestésica.

Gostaria de receber informações sobre o centro cirúrgico	n	%
Sim	43	78,1
Não	12	21,9
Total	55	100

Ao analisarmos os depoimentos, observamos quatro aspectos ressaltados pelos pacientes quando se referiam às orientações que gostariam de receber no período pré-operatório, sendo esses aspectos: **aspectos físicos do ambiente do centro cirúrgico, aspectos emocionais do paciente na unidade de centro cirúrgico, aspectos religiosos do paciente na unidade de centro cirúrgico e trabalho da equipe cirúrgica.**

Não podemos partir do pressuposto de que, por serem diferentes o ambiente hospitalar e o centro cirúrgico, causam sempre uma reação desagradável aos pacientes que ali estão para ser submetidos a algum tipo de procedimento. Devemos levar em consideração que cada pessoa reage de maneira diferente frente ao mesmo estímulo ou situação.

Aspectos físicos do ambiente do centro cirúrgico

Através dos depoimentos dos pacientes, notamos que alguns pacientes esperavam que durante a orientação pré-operatória fossem abordados detalhes específicos do ambiente da sala de cirurgia, já que o desconhecimento representou para eles um fator gerador de estresse, como por exemplo: *“o que me deixou impressionado foi a quantidade de material sobre a mesa, porque o médico me falou que a cirurgia era pequena e simples aí eu fiquei preocupado”* (depoimento nº 54).

A qualidade da informação foi também referida como importante pelos pacientes entrevistados, a busca e necessidade da verdade fazem parte de suas preocupações e, segundo os entrevistados, este fato deveria ser valorizado. *“acho que tudo deveria ser explicado para o paciente antes da cirurgia...”* (depoimento nº

54); *“no meu caso foi bom, porque a cirurgia que realizaram foi menor do que falaram, mas mesmo assim eu me senti enganada, pois não me falaram sobre essa possibilidade, então eu fiquei estressada à toa. A doença já não é fácil e você ser tratado com indiferença é pior do que a doença...”* (depoimento nº 15).

Aspectos emocionais do paciente na unidade de centro cirúrgico

Na análise dos depoimentos podemos notar aspectos emocionais envolvidos na necessidade de orientações, pois o câncer e a cirurgia são considerados como situação de crise, em que esta influencia e catalisa as reações desencadeadas por aquele.⁽²⁷⁾ Podemos verificar este sentimento nos pacientes, como nos exemplos a seguir: *“porque a explicação acalmaria a pessoa, pois a pessoa está muito assustada naquele lugar”* (depoimento nº 03); *“porque quem não conhece o local ficaria até mais animado com a cirurgia, pois uma pessoa que tem disposição para falar e explicar é muito bom para o paciente e a gente ficaria tranquilo com certeza...”* (depoimento nº 14).

Os pacientes depositam suas vidas em nossas mãos e confiam que tudo de melhor será feito por eles, por isso precisamos refletir sobre a nossa prática clínica diária, e nos perguntarmos se somos merecedores dessa confiança. Será que não deveríamos valorizar mais as expectativas de nossos pacientes?

Deve ser lembrado que a integração do paciente cirúrgico ao ambiente, assim como com a equipe cirúrgica, são critérios essenciais para que se realize um trabalho com o paciente e não para o paciente.

A maioria dos profissionais de saúde não valoriza a integração do paciente. Essa atitude implicaria em maiores diálogos, e assim como os pacientes, os profissionais possuem a sensação de impotência reafirmada frente a certos casos e, finalmente, frente a possibilidade de finitude.⁽⁶⁰⁾

O diagnóstico de câncer foi um fato relatado pelos pacientes como fator de preocupação no momento de sua cirurgia, como podemos notar no exemplo: *“você não imagina como essa doença mexe com a cabeça da gente, fiquei mais sensível e assustado, a gente sempre acha que tudo pode piorar a sua situação, que tudo vai de agredir mais ainda...”* (depoimento nº 23).

É necessário que se tente compreender as reações emocionais dos pacientes sob nossos cuidados. As reações humanas dos pacientes no ambiente que pode causar-lhes problemas são geralmente baseadas na compreensão inadequada ou mesmo incorreta de uma dada experiência.⁽⁴¹⁾ Preocupados com este assunto, enfermeiros de centro cirúrgico realizaram vários estudos sobre a interação com o paciente. Em estudo realizado com pacientes portadores de câncer, YOUNT & EDGELL & JAKOVEC⁽⁶³⁾ afirmam que a maior necessidade desses pacientes é a necessidade de integração social. Também alertaram que o enfermeiro de centro cirúrgico tem grande destaque na promoção desta integração do paciente no período trans-operatório ressaltando que essa interação deveria ser iniciado no período pré-operatório e ser estendido até o período pós-operatório.

Aspectos religiosos do paciente na unidade de centro cirúrgico

Durante as entrevistas, podemos notar referências à religião como um ponto importante a ser considerado na assistência recebida, como notamos a seguir: *“acho bom ser orientado, principalmente com o apoio de Deus, vocês ajudariam muito mais a gente”* (depoimento nº 18), *“porque você se sente melhor, mas antes de tudo temos Deus para ajudar...”* (depoimento nº 40).

Vários pesquisadores se referem à religião e a espiritualidade, entre eles JERKINS & PARGAMENT⁽³⁰⁾, que estudaram de que forma a religião e a espiritualidade ajudam as pessoas a conviver com o câncer. Estes autores afirmam que a religião e a espiritualidade estão na maioria das experiências do paciente com câncer, e afirmam que os profissionais deveriam fazer esforços para que a religiosidade do paciente fosse respeitada e estimulada na prática clínica.

Tem sido parte dos códigos de ética de enfermeiros prestar assistência aos pacientes sem preconceitos de etnia, credo, religião, de sexo ou de orientação sexual. O enfermeiro, dentro de sua atuação, não deve tentar converter os pacientes na aceitação de seus próprios valores espirituais. Faz parte do cuidado básico de enfermagem respeitar os anseios espirituais do paciente. Pensamos que durante a realização da visita pré-operatória de enfermagem ao paciente com câncer, o enfermeiro deveria levar em consideração a satisfação da necessidade

religiosa dos pacientes, principalmente se esta for manifestada pelos mesmos.⁽²⁹⁾

Trabalho da equipe cirúrgica

O trabalho com o paciente oncológico deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, a fim de que sejam supridas todas as necessidades do paciente em relação ao enfrentamento da realidade.

A atuação da equipe profissional foi mencionada pelos pacientes como um aspecto relevante: *“acho que a assistência foi boa mas não custaria nada mais um pouco de conversa...”* (depoimento nº 15), *“eu gostaria de conhecer alguém da enfermagem de lá de dentro, pois eles são sempre mais atenciosos e eu não sabia o nome de ninguém ...”* (depoimento nº 07).

A interação com a equipe foi outro aspecto destacado pelos pacientes entrevistados neste estudo. Consideramos que a valorização desta interação está alicerçada na maior participação do paciente em seu plano terapêutico e colaboração do mesmo na sala operatória: *“também acho que deveriam avisar que não se pode falar... toda a vez que eu falava as pessoas mandavam esperar e até chegaram a falar para que eu não falasse ali dentro...”* (depoimento nº 03).

O paciente deveria ser estimulado a participar de seu plano terapêutico e a visita pré-operatória de enfermagem tem a propriedade de favorecer o relacionamento e integração do paciente com câncer que se submeterá à cirurgia.

Com a atuação dos enfermeiros nos cuidados aos pacientes com câncer, acreditamos que muito brevemente será possível colocar em prática a afirmação de MARX & SECAF⁽³⁶⁾, que referem como ideal a situação onde os hospitais pudessem divulgar seus serviços da seguinte forma: *“vencemos em tecnologia e o pessoal de enfermagem é numericamente adequado. Utilize nossos serviços, pois, você paciente, será atendido por enfermeiros competentes”*.

Para que cheguemos a isso é necessário que a população em geral e principalmente os pacientes reconheçam o enfermeiro como o principal interessado na sua integração com a equipe de saúde. Tal atitude ajudaria a eliminar o isolamento social que o câncer ainda provoca nas pessoas. Observamos que, muitas vezes, esse isolamento, ainda é proporcionado pelos próprios profissionais de saúde.

Nós, enfermeiros, especialistas ou não, devemos fazer o possível para cada vez menos fazer valer a afirmativa do escritor Charles Dickens de que “*a alma humana é uma mulher grávida e solitária, que morre no parto*”.

CONCLUSÕES

Embora o tema já tenha sido discutido sob diversos enfoques, por diversos pesquisadores em diferentes momentos, neste estudo deu-se ênfase às expectativas que os pacientes possuem em relação às orientações pré-operatórias.

Após a análise dos dados coletados, podemos concluir que:

1. A assistência de enfermagem no período perioperatório na instituição onde se realizou este estudo é realizada de maneira assistemática, como descrito abaixo:

· 89,0% dos pacientes referiu ser orientado apenas por médicos (tabela 02);

· 85,5% dos pacientes referiu não haver recebido orientações sobre o ambiente físico e humano da unidade de centro cirúrgico (tabela 03); e

· 56,4% dos pacientes não reconheceu ninguém ao ser admitido na unidade de centro cirúrgico (tabela 05A).

2. Não há participação significativa dos enfermeiros na assistência pré-operatória, pois na amostra deste estudo:

· nenhum dos pacientes entrevistados

identificou o enfermeiro como provedor de orientação para a cirurgia (tabela 02);

· apenas 1,8% dos pacientes referenciou o enfermeiro como provedor de orientações sobre o ambiente físico e humano da unidade de centro cirúrgico (tabela 04); e

· apenas 1,8% dos pacientes entrevistados referiu haver reconhecido o enfermeiro na sua admissão na unidade de centro cirúrgico (tabela 05B).

3. Os pacientes entrevistados valorizaram as orientações pré-operatórias, a respeito não só da cirurgia, mas também do ambiente físico e humano da unidade de centro cirúrgico, principalmente se estas informações estiverem baseadas na verdade e na maior integração com a equipe cirúrgica;

4. Entre os aspectos colocados pelos pacientes como relevantes para orientação no período pré-operatório destacam-se: instrumentos e aparelhos utilizados na sala operatória, procedimentos de enfermagem realizados na sala operatória, procedimentos realizados na indução anestésica, uniforme privativo do centro cirúrgico, apoio emocional na sala operatória, transporte para o centro cirúrgico, apoio religioso, e abordagem mais humanizada pela equipe cirúrgica;

5. O ambiente desconhecido da unidade de centro cirúrgico, causou nos pacientes deste estudo, reações emocionais como: solidão, nervosismo, e necessidade de apoio emocional por parte da equipe que o assiste.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSES. Standard for administrative and clinical practice in the operating room. *AORN Journal*, 1968, 8: 8-82.
2. ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSES. Standards and recommends practice for perioperative nursing. *AORN Journal*, 1987, 1: 1-5.
3. AVELAR, M.C.Q.; JOUCLAS, V.M.G. Centro cirúrgico: sistema sócio-técnico-estruturado. 1989, 12. (mimeografado)
4. AVELAR, M.C.Q.; PELLIZZETTI, N.; GRAZIANO, K.U. Padrões mínimos de assistência de enfermagem perioperatória. In: Anais do III Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Estado de São Paulo. Rib. Preto, 1989, 271-287.
5. BAFFI, S.H. O paciente cirúrgico e seus direitos: uma reflexão para o enfermeiro. In: Anais do I Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico. São Paulo, 1994, 113-118.
6. BELAND, J.L.; PASSOS, J.Y. Enfermagem do paciente com problemas com regulação da proliferação e maturação de células. In: Beland, J.L.; Passos, J.Y., Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais. São Paulo: EDUSP, 1979, 33-89.
7. BIANCHI, E.R.F. Fatores de risco relacionado a todo paciente cirúrgico: estresse. In: LACERDA, R.A. (coord). Buscando compreender a infecção no paciente cirúrgico. São Paulo: Atheneu.

- 1992, 44 – 45.
8. BIANCHI, E.R.F.; CASTELLANOS, B.E.P. Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro do centro cirúrgico: resenha da literatura estrangeira. *Rev.Paul. Enf.*, 1983, 3: 161-166.
 9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. PRO-ONCO. O problema do câncer no Brasil. 3.ed.revisado e atualizado. Rio de Janeiro: INCa/PRO-ONCO, 1995, 43.
 10. BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1990, 1812.
 11. CASTELLANOS, B.E.P. Aplicação do processo de enfermagem ao cuidado do paciente na unidade de centro cirúrgico. *Rev.Esc.Enf.USP*, 1978, 12: 170-186.
 12. CASTELLANOS, B.E.P.; BIANCHI, E.R.F. Visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: marcos referenciais para o seu ensino no curso de graduação em enfermagem. *Rev. Paul. Enferm*, 1984, 4: 10-14.
 13. CASTELLANOS, B.E.P.; JOUCLAS, V.M.G. Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. *Rev.Esc.Enf.USP*, 1990, 4: 359-370.
 14. CASTELLANOS, B.E.P.; JOUCLAS, V.M.G.; GATTO, M.A.F. Assistência de enfermagem no transoperatório. *Enfoque*, 1985, 14: 7-11.
 15. CASTELLANOS, B.E.P.; MANDELBAUM, M.H.S. Uma proposta para discussão: o papel do enfermeiro na unidade de centro cirúrgico. *Rev.Paul.Enferm*, 1985, 5: 15-20.
 16. CASTELLANOS, B.E.P.; SALZANO, S.D.T.; JOUCLAS, V.M.G. Planejamento do cuidado de enfermagem durante o período transoperatório: ensino do estudante de enfermagem. *Rev.Esc.Enf.USP*, 1978, 12: 150-153.
 17. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de ética dos profissionais de enfermagem. COREn-PR, 1993, 10.
 18. COOK, R.D.; REICHARDT, C.S. Qualitative and quantitative methods in evolution research. Beverly-Hill: Sage Publication, 1979, 44.
 19. COSTA, D.R. A orientação pré-operatória do paciente através de vídeo sobre o ambiente físico e humano do centro cirúrgico. Monografia (especialização). Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1994, 53.
 20. COSTA, Z.S.; LEITE, J.L.; SOBREIRA, N.R. A importância da orientação de enfermagem no pré-operatório de pacientes com afecções cardíacas. *Enfoque*, 1978, 9: 4-8.
 21. DUMAS, R.G.; LEONARD, R.G. The effect of nursing on the incidence of post-operative vomiting. *Nurs.Res*, 1963, 12: 12-15.
 22. EDWARDS, B.J. How to talk with patient before and after surgery. *AORN Journal*, 1971, 14: 45-48.
 23. ESCUDEIRO, E.L. Implantação da visita pré-operatória pelo enfermeiro de centro cirúrgico. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 1988, 71.
 24. FERRAZ, E.R. Focalizando o paciente no centro cirúrgico. *Rev. Esc.Enf.USP*, 1978, 12: 167-179.
 25. FERRAZ, E.R. O paciente cirúrgico: suas expectativas e opiniões quanto ao cuidado de enfermagem no período transoperatório. *Rev.Bras. Enferm*, 1982, 35: 48-59.
 26. FONTES, M.C.; ALMEIDA, M.S.; CARVALHO, D.D. O trauma cirúrgico: importância da orientação pré-operatória. *Rev.Bras. Enferm*, 33: 194-200, 1980.
 27. HALLDÓRSDÓTTIR, S. ; HARMIN, E. Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*, 1996, 19: 29-36.
 28. HAYASHI, E.L.O.; et all. Visita pré-operatória do centro cirúrgico: teste piloto para implantação. *Hospital, Administração e Saúde*, 11: 18-21, 1987.
 29. HENDERSON, V. Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989, 69.
 30. JERKINS, R.A.; PARGAMENT, K.I. Religion and spirituality as resources for coping cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13: 51-74, 1995.
 31. JOUCLAS, V.M.G.; SALZANO, S.D.T. Planejamento de uma ficha pré-operatória de enfermagem. *Rev.Esc.Enf.USP*, 15: 5-16, 1981.
 32. KEMMER, L.F.; GARANHANI, M.C. Proposta de um treinamento para enfermeiros de centro cirúrgico. *Enfoque*, 1989, 17: 4-6.
 33. KNEEDLER, J.A.; et all. Reconceptualizing, redefining perioperative nursing. *AORN Journal*, 1992, 56: 688-694.
 34. LEWIS, J.A. Differentiated nursing practice: a proposed model for perioperative practice. *AORN Journal*, 1993, 57: 682-691.

- 35.LINDERMAM, C.A. Study effects of preoperative visits. *AORN Journal*, 1974, 19: 427-437.
- 36.MARX, L.C.; SECAF, V. Enfermeira: segurança para o paciente, investimento do hospital. *Rev. Paul. Enferm*, 1985, 5: 65-67.
- 37.MATOS FILHOS, S.A. Expectativas dos alunos de enfermagem médico-cirúrgica, frente ao estágio na unidade de centro cirúrgico. *Enfoque*, 1991, 9: 28-30.
- 38.NAKATANI, A.Y.K.; PEREIRA, M.S.; CARVALHO V.L. Orientação educativa no pré-operatório: abordagem sobre sua efetivação. In: Anais do 43. Congresso Brasileiro de Enfermagem. Curitiba, 1991, 1-20.
- 39.NOCITE, J.R. Anestesia venosa. In: Curso de Atualização da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo. São Paulo: Atheneu, 1990, 91-97.
- 40.OKINO, N.; GALVÃO, C.M.; ZAGO, M.M.F. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem no perioperatório. In: Anais do III Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Estado de São Paulo. Rib.Preto, 1989, 388-406.
- 41.ORLANDO, I.J. O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente. São Paulo: EDUSP, 1978, 110.
- 42.PANZA, A.M.M. Efeito da visita pré-operatória da enfermeira do centro cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório, no dia da cirurgia e no pós-operatório. Dissertação (mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1977, 75.
- 43.PEREZ, M.; et all. Proposta de um instrumento para o registro das ações de enfermagem perioperatória de um hospital privado. *Rev. Paul. Enferm*, Ed. Especial: 1991, 33-39.
- 44.POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3.ed. {Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, 391.
- 45.RIKER, D.D. Relação entre problemas sentidos por pacientes cirúrgicos e a assistência de enfermagem. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 1980, 175.
- 46.RODRIGUES, A.I. O paciente no sistema centro cirúrgico: um estudo sobre percepções e opiniões de pacientes em relação ao período transoperatório. Dissertação (mestrado) São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1979, 150.
- 47.RODRIGUES, A.I.; YOKOTA, O. A equipe cirúrgica e o paciente. 1979, 10. (mimeografado)
- 48.SALZANO, S.D.T. Os problemas dos pacientes detectados pelo enfermeiro durante a recepção no centro cirúrgico. *Rev.Paul.Enferm*, 1986, 6: 67-77.
- 49.SANTOS, J.M.C.S. Assistência de enfermagem ao paciente no transoperatório. *Rev. Baiana Enferm*, 2: 1986, 118-150.
- 50.SAWADA, N.O. A dimensão não verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória. *Rev. Paul. Enferm*. Ed. Especial: 1991, 42-47.
- 51.SILVA, A.A. A visita pré-operatória de enfermagem pelo enfermeiro do centro cirúrgico. *Rev.Esc.Enf. USP*, 1987, 21: 145-160.
- 52.SILVA, A.L. O saber nightigaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: Waldow, V.R.; Lopes, M.J.M.; Meyer, D.E. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 41-60.
- 53.SILVA, A.L. O processo de cuidar em enfermagem. In: Waldow, V.R.; Lopes, M.J.M.; Meyer, D.E. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 31-40.
- 54.SILVA, F.M.; POTENZA, M.M. Motivos que levam os enfermeiros de centro cirúrgico a não realizarem uma assistência de forma sistematizada. In: Anais do I Congresso Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico. São Paulo., 1994, 101-107.
- 55.SILVA, M.H.A.; RODRIGUES, A.; CEZARETTI, I.V.R. Enfermagem na unidade de centro de centro cirúrgico. São Paulo: EDUSP, 1982, 89.
- 56.SILVA, R.F.; SILVA, T.M. Implantação de uma sistemática de assistência de enfermagem no perioperatório: uma proposta preliminar. In: Anais da III Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Estado de São Paulo. Rib. Preto: 1989, 72-91.
- 57.SOCIEDADE INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA. Curso de Treinamento internacional: o manejo da náusea e vomito induzidos por quimioterapia e radioterapia. São Paulo: Glaxo do Brasil, 1991, 188.
- 58.SONOBÉ, H.M.; CANCHE, R.F. Comunicação escrita sobre orientação de enfermagem em situação pré-operatória. In:

- Anais da III Jornada de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Estado de São Paulo. Rib Preto, 1989, 363-369.
59. TAKEDA, L.R. Solidão e morte em hospitais. *Rev. Enf. Atual*, 1985, 3: 10-15.
60. TEIXEIRA, M.E.M. Relação terapêutica entre a equipe de enfermagem e pacientes submetidos à cirurgia de pequeno, médio e grande portes. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 1991, 80.
61. URSI, E.S.; MACUL, S.F. A atuação do enfermeiro de centro cirúrgico em visitas pré e pós-operatórias. *Enfoque*, 1986, 15: 4-6.
62. VALENTE, M.A.; IDE, C.D.C. Atuação do enfermeiro junto ao paciente cirúrgico na prevenção de complicações pulmonares. *Rev. Esc. USP*, 1982, 16: 265-274.
63. YOUNT, S.T.; EDGELL, S.I.; JAKOVECC, V. Preoperative teaching: a study of nurses perception. *AORN Journal*, 1990, 51: 572-579.
64. ZEN, O.P.; BRUSTCHER, S.M. Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia. *Enfoque*, 1985, 14: 4-6.

Estudos bibliográficos sobre publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer infantil, no período de 1980 à 1997.*

Bibliographical studies on Brazilian publications related to psychosocial aspects of childhood cancer, in the period from 1980 to 1997.

Gisele Machado da Silva Moreira¹; Elizabeth Ranaer Martins do Valle²

27

RESUMO

Este trabalho constitui-se de estudo de revisão bibliográfica de publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer infantil, no período de 1980 à 1997. Tem o objetivo de obter uma visão do que está sendo pesquisado e divulgado no Brasil, além da verificação de possíveis lacunas existentes na área e dos métodos de trabalho utilizados.

As fontes de dados foram as seguintes: periódicos nacionais, anais de encontros e simpósios da área, congressos brasileiros de enfermagem e psicologia e bases de dados informatizadas.

Trabalhos traduzidos ou publicados na forma de resumo foram excluídos deste estudo. A análise dos resultados está pautada nos referenciais da pesquisa qualitativa.

De modo geral, os estudos buscam compreender a experiência das pessoas envolvidas com o câncer infantil: criança, família e equipe hospitalar. As pesquisas revelam que a doença abrange várias faces (física, social, psicológica) e que o atendimento à criança deve ser global (físico/psicológico/ social).

PALAVRAS CHAVE: câncer; criança; estudos psicossociais brasileiros

¹Psicóloga, bolsista de aperfeiçoamento CNPq, ²Professora associada do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP e vice-presidente do Grupo de Apoio à Criança com Câncer – GACC

Local de realização do trabalho: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo (E.E.R.P.- USP). Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC)- Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP).

Endereço para correspondência: R. São Francisco de Assis, n° 74, apt° 31 - Ribeirão Preto- SP 14090- 550. Fone: (016) 627 8119 E- mail: dougi@zipmail.com.br

*Trabalho subvencionado pelo CNPq, processo n.° 121260/97-6.

Trabalho apresentado no "IV Congresso Brasileiro de Oncologia Pediátrica"- Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (SOBOPE), 1998.

SUMMARY

This is a bibliographical study on Brazilian publications related to psychosocial aspects of childhood cancer, from 1980 to 1997. The aim is to analyse the research developed in Brazil, besides the verification of the used methods and the possible existing gaps in the area.

The sources of data were the following ones: national periodicals, proceedings of meetings and symposia on the area, Brazilian congresses of nursing and psychology and computerized data bases. Pieces of work which were translated and/or published in the summary form were not considered in this study.

The analysis of the results is based on the references of the qualitative research. In general, the studies look for a comprehension of the experience of the people involved with childhood cancer: child, family, hospital staff.

The research reveal that the disease embraces several aspects (physical, social, psychological) and that the care to the child should be global (physical/ psychological/ social).

KEY WORDS: cancer; child; Brazilian psychological studies

Introdução

O câncer infantil vem progressivamente abandonando seu *status* de doença aguda e fatal. Devido aos avanços do tratamento antineoplásico a criança vivencia períodos de remissão e mesmo a cura da doença, o que lhe garante a perspectiva de desenvolvimento físico, social e emocional normais.

Todavia, a evolução de cada criança depende de suas próprias possibilidades, bem como das condições em que foi cuidada, seja pela família ou pela equipe hospitalar⁽⁵⁹⁾. É importante que a criança tenha espaços onde possa expressar suas vivências e atribuir-lhes sentido, além de compartilhar com seus pais e com a equipe hospitalar suas dúvidas e questionamentos, para que se sinta amparada e segura em relação à sua problemática⁽⁶¹⁾.

O câncer na criança suscita diferentes e traumáticas situações, que vão desde procedimentos físicos invasivos e dolorosos até os mais profundos questionamentos existenciais, e deve ser pensado de maneira global, envolvendo suas múltiplas faces, adoecimento do corpo físico, necessidade de suporte psicossocial à criança e à sua família, preparo técnico e emocional da equipe de saúde, dentre outras^(15, 10, 61).

Contudo, estudos apontam a existência de lacunas na literatura envolvendo a área psicossocial do câncer infantil em relação a outras áreas de estudo, como por exemplo as vivências de pacientes adultos portadores de

câncer. Muitas vezes também, a doença não é compreendida de forma integrada, com suas implicações físicas e emocionais, responsáveis por um atendimento eficiente e humano às suas vítimas⁽¹⁰⁾. A partir destas questões, nos propomos a realizar um estudo bibliográfico sobre as publicações brasileiras relacionadas a aspectos psicossociais do câncer infantil, no período de 1980 a 1997, a fim de possibilitar uma visão do que está sendo pesquisado no Brasil, além da verificação de possíveis lacunas existentes na área e dos métodos de trabalho utilizados.

Metodologia

Para a realização deste estudo utilizamos referenciais da pesquisa qualitativa^(62, 63). Os seguintes passos foram seguidos:

- Escolha do tema a ser pesquisado e delimitação dos objetivos.

- Localização das fontes de pesquisa: periódicos nacionais; anais de encontros e simpósios da área; congressos brasileiros de enfermagem e psicologia; catálogo de teses cadastradas no Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e as seguintes bases de dados informatizadas: LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências de Saúde); UNIBIBLI (base de dados contendo publicações da USP, INICAMP e UNESP); DEDALUS/ SIBI (conectados via internet contendo o acervo de obras da USP).

· Levantamento do material de interesse à pesquisa, localização dos estudos e leitura exploratória dos mesmos.

· Leitura atenta dos trabalhos encontrados para a obtenção de uma configuração geral .

· Releitura do material buscando apreender objetivos e temas tratados, bem como as convergências e as divergências entre os estudos.

· Organização dos dados em categorias ou áreas temáticas, o que possibilita uma síntese dos vários estudos dentro de cada área temática e uma configuração de como cada uma delas vem sendo tratada pela literatura.

· Síntese entre as várias temáticas a fim de se alcançar uma proposição a respeito dos estudos consultados.

O material de análise deste estudo está limitado a: livros, capítulos de livros, dissertações, teses, artigos e trabalhos publicados na íntegra em periódicos nacionais e anais de congressos, diretamente relacionados a aspectos psicossociais do câncer infantil. Temos consciência de que apesar dos esforços envidados para encontrar o maior número possível de trabalhos, houve perdas devido a material não indexado, não cadastrado, publicado resumidamente, dentre outros fatores.

Resultados

Foram encontrados 61 trabalhos que abordam aspectos psicossociais sobre o câncer infantil publicados na íntegra, dentre os quais encontram-se: 33 artigos, 8 trabalhos publicados em anais, 6 dissertações de mestrado, 6 teses de doutorado, 5 capítulos de livro e 3 livros. Para a facilidade do leitor as referências bibliográficas serão apresentadas segundo a numeração que consta da bibliografia. A análise destes estudos revelou as seguintes temáticas abordadas:

· **A criança frente ao câncer- uma doença com o estigma de doença fatal.**

· **Situações vivenciadas pela criança com câncer: diagnóstico, tratamento, cura, recaída/ morte.**

· **Situações vivenciadas pela família da criança com câncer: diagnóstico, tratamento, cura, recaída e morte.**

· **Situações vivenciadas pela equipe hospitalar- enfermeiros e médicos- frente ao câncer infantil.**

· **O atendimento à criança com câncer e a sua família.**

1- A criança frente ao câncer- uma doença com o estigma de doença fatal

Na cultura ocidental, os aspectos ameaçadores à vida desencadeados pelo câncer, tais como a dor, o sofrimento e a possibilidade de morte são extremamente angustiantes, o que torna a doença um tabu, sobretudo quando esta atinge uma criança, personificação da vida. Assim, os estudos incluídos nesta temática revelam o conflito gerado pelo câncer, metáfora da destruição, frente a seu diagnóstico na criança, símbolo de saúde ^{(1, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 25, 27, 30, 31, 36, 37, 38, 39, 42, 45, 46, 49, 51, 52, 53, 55, 59, 60, 61).}

Percebemos, pela análise destes estudos, a necessidade de se preparar técnica e humanisticamente os profissionais envolvidos com o câncer infantil, tais como médicos, enfermeiros e psicólogos, para que estes possam melhor orientar seus pacientes e respectivos familiares, abrindo a possibilidade de a doença e a perspectiva da morte serem fontes de crescimento e amadurecimento emocional, enriquecendo a existência de seus pacientes ^{(15, 17, 18, 61).}

2- Situações vivenciadas pela criança com câncer: diagnóstico, tratamento, cura, recaída e morte.

Os estudos que buscam compreender a experiência vivida pela criança com câncer revelam, com unanimidade, a abrangência e a complexidade das situações em que esta se vê envolvida, tais como: transformações em seu corpo e estado de saúde, mudanças de ordem prática e cotidiana, dores e efeitos colaterais causados pelo tratamento e ainda, alterações emocionais, afetivas, psicológicas e de relacionamento interpessoal ^{(10, 11, 12, 15, 16, 19, 26, 28, 30, 32, 33, 34, 43, 44, 48, 50, 53, 56, 58, 61).}

O contato com o mundo interno de crianças com câncer ou curadas da doença, através de histórias, desenhos e/ ou relatos ^(16, 19, 32, 61) revela situações que envolvem: relações afetivas, ameaças, expectativas diante de desejos, perdas, agressividade, morte, abandono, relações de poder, regressão afetiva, angústia, sentimentos de agressão e polaridade quanto ao mundo da

doença e o mundo dos elementos que fazem parte da vida da criança.

Diante de todas estas adversidades, o pequeno ser tem que ser forte para lutar e ter esperança para não desistir, buscando ajuda das pessoas ao seu redor ⁽⁴³⁾.

Ajudar à criança portadora de câncer pode ser simplesmente possibilitar que ela expresse seus sentimentos e seja informada sobre sua doença, pois, na maioria das vezes, a criança esclarecida revela-se capaz de se apropriar de seu tratamento assumindo uma postura ativa diante do mesmo ^(33, 61). Sabe-se hoje, que a desinformação e a falta de espaços de elaboração e apropriação da doença podem gerar temores, angústias, fantasias e culpa na criança, levando-a inclusive a recusar-se a aceitar o tratamento ⁽¹⁵⁾.

Para que a criança vítima de câncer tenha um prognóstico psicológico saudável por ocasião de sua cura - que envolve um processo de readaptação ao mundo livre da doença -, ela e sua família devem receber orientações psicológicas desde o momento do diagnóstico, enfatizando a manutenção das relações sociais normais e o planejamento para o futuro ⁽²⁸⁾.

3- Situações vivenciadas pela família da criança com câncer: diagnóstico, tratamento, cura, recaída e morte

Os estudos que tratam das vivências da família frente ao câncer infantil ^(1, 5, 11, 20, 27, 31, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 48, 51, 52, 53, 59, 60, 61) relatam que ela sucumbe diante da doença da criança, tendo seu cotidiano bruscamente alterado e sendo envolvida no mundo da doença de seu filho.

O diagnóstico do câncer infantil representa um impacto para os pais, levando-os a vivenciar uma série de reações e sentimentos, tais como: incredulidade, questionamento, reversão da realidade, depressão, hostilidade, raiva, inabilidade para lidar com questões cotidianas, cansaço e culpa. Eles geralmente questionam como seus filhos podem ser portadores de uma doença tão grave, quando sempre procuraram cuidar bem deles ^(5, 36, 38). O sofrimento dos pais está permeado pelo medo da morte de seu filho, medo este que se faz presente a partir do diagnóstico e se mantém, freqüentemente, até mesmo após a cura da doença.

Em meio a este turbilhão de sentimentos a família necessita desenvolver uma série de enfrentamentos de ordem prática e emocional,

e o tratamento é um deles ^(5, 37, 53, 61). Assim, os pais partem em busca de informação sobre o câncer, condições da criança e suas possibilidades de tratamento, de modo que o encontro com a realidade se dá primeiramente no plano racional, e só mais tarde, ocorre a aceitação emocional da doença ^(37, 61).

Ainda sob o choque ocasionado pelo diagnóstico e na tentativa de melhor organizar seu cotidiano diante deste fato inesperado, a família ainda precisa ajudar a criança, submetida a uma terapêutica agressiva, a reagir neste momento tão delicado de sua vida. Frente à fragilidade do filho, é comum os pais superprotegerem e serem demasiadamente permissivos com ele. Este tipo de comportamento costuma gerar uma criança egoísta, autoritária, que usa sua doença para conseguir o que deseja, exaurindo o ânimo dos pais ^(5, 31, 36).

Quando indagados a respeito de como é ter um filho portador de câncer, eles revelam que cuidar dos filhos doentes envolve uma série complexa de fatores, tais como dificuldade em falar sobre a doença com o filho, necessidade de obter esclarecimento sobre a doença, dúvida, temores e preocupações em relação ao tratamento, aflição e impotência diante do sofrimento da criança, um sentimento de estagnação na vida que gira em torno da doença da criança, dificuldade na convivência com os outros filhos e com outras pessoas, insegurança e medo diante da saúde da criança, ambivalência entre esperança e conformismo, busca de apoio na fé e aceitação da iminência da morte em casos em que há prolongamento e agravamento da doença ⁽⁵²⁾.

Contudo, a habilidade de cada família em lidar com as situações suscitadas pelo câncer infantil está ligada a elementos de fragilidade desta família, como por exemplo, estrutura afetiva e financeira, lutos e crises conjugais ^(53, 61).

Ser mãe/pai de uma criança com câncer envolve um compartilhar, um ser com o outro que caracterizam uma solicitude extrema, de maneira que a sistematização da assistência hospitalar a estas famílias proporciona-lhes a vivência de não se sentirem sozinhos em sua trajetória ⁽⁵²⁾.

4- Situações vivenciadas pela equipe hospitalar- enfermeiros e médicos- frente ao câncer infantil

Por ser uma doença prolongada, que requer a convivência por longos períodos entre a equipe, o paciente e a família, o câncer infantil acaba envolvendo a equipe hospitalar que o assiste.

Alguns estudos buscam compreender as experiências vividas pela equipe de oncologia infantil frente aos sintomas e as conseqüência do câncer na criança e em sua família ^(6, 13, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 39, 40, 41, 45, 46, 47, 53, 54, 57, 61).

Estes estudos revelam que o cuidar da criança com câncer é uma tarefa desgastante do ponto de vista emocional, delicada sob a ótica técnico-científica, mas capaz de gerar grande satisfação pessoal naqueles que a executam. Para a enfermagem, o câncer infantil pode ser descrito teórica e vivencialmente por meio das dificuldades geradas no confronto com a doença e com a criança doente, ou ainda como uma necessidade de transcender os limites da técnica da profissão e da própria condição humana. A enfermagem sente-se despreparada profissionalmente para lidar com a doença e lança mão de grande esforço pessoal para o cuidado à criança e sua família ⁽¹⁷⁾.

Aos olhos do enfermeiro a criança com câncer se apresenta como uma criança que conhece o seu problema; reage de forma semelhante a outras crianças doentes de câncer, mantendo porém a sua individualidade; no relacionamento com a mãe, mantém as mesmas relações que outras crianças hospitalizadas não portadoras de câncer; mantém um relacionamento insatisfatório com o enfermeiro; no relacionamento com outras crianças portadoras de câncer, mostra-se solidária; procura controlar seu tratamento e hospitalização ⁽⁶⁾.

No que tange ao relacionamento com a família da criança doente, o enfermeiro tem como principais dificuldades: obstáculos de comunicação, reações emocionais da família, envolvimento pessoal, impotência, despreparo pessoal e profissional ⁽²⁰⁾.

Para a equipe de enfermagem o apoio à criança se reveste de duas dimensões: a emocional e a racional ⁽²⁵⁾. Entretanto, esta equipe não se sente preparada técnica e humanamente para fornecer este tipo de apoio ⁽¹⁷⁾.

HOFFMAN ⁽⁴⁶⁾ relata que os médicos, mesmo tendo uma vivência próxima e cotidiana com a morte, não conseguem se familiarizar com ela, e o confronto com esta desperta-lhes sentimentos conflitantes de fracasso, culpa e

impotência. Especialmente no confronto com a criança com câncer, os médicos revelam dificuldades no momento do diagnóstico e chegada de um novo paciente.

A equipe deve buscar preparo para lidar com a criança com câncer e sua família para que haja um atendimento efetivo a ambas.

5- O atendimento à criança com câncer e à sua família

Os estudos que falam sobre o atendimento à criança com câncer e sua família demonstram uma compreensão global da doença, com suas implicações físicas, emocionais, psicológicas e sociais ^(2, 3, 4, 7, 9, 24, 29, 41, 53, 54, 61).

Atualmente, quando se diagnostica o câncer em uma criança, esta é vista como um ser em desenvolvimento passando por um período de saúde crítico, mas com possibilidades de sobrevivência e de desenvolvimento corporal, emocional e social normais. Assim a terapêutica do câncer objetiva a cura da doença com o mínimo de prejuízo, o que tem exigido a formação de equipes multidisciplinares para lidar com as exigências multidisciplinares impostas pela situação do câncer infantil, o que significa uma transformação no atendimento prestado a estas crianças e suas famílias.

São descritas propostas de atendimento a familiares de pacientes oncológicos, acompanhamento psicológico de crianças, grupos de apoio aos pais e às crianças com finalidades informativas e terapêuticas. Almeja-se esclarecer pais e filhos sobre o câncer e o seu tratamento numa tentativa de evitar sentimentos de culpa, dúvidas e fantasias. O trabalho realizado com as crianças, geralmente, objetiva aproximá-las de sua doença, dando-lhes espaço para elaboração, para exposição de seus questionamentos, dúvidas, medos e incertezas relacionados à doença e ao tratamento.

Estes “núcleos multidisciplinares” de atendimento ao câncer infantil, na maioria das vezes, são compostos por médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e enfermeiros, onde cada profissional é considerado especialmente importante para o atendimento à criança e sua família.

Como toda inovação, esta modificação no atendimento ao câncer infantil não está se dando de maneira fácil, exigindo dos profissionais a

ampliação dos espaços institucionais e a argumentação de suas idéias, com os respectivos respaldos teóricos .

Envolve ainda, a necessidade de a equipe de saúde estar atenta à complexidade de fatores que permeiam o câncer infantil e, a partir daí, se dispor a um trabalho multidisciplinar. Em muitos casos, este tipo de atendimento mais humanizado ainda é circunstancial, dependendo do interesse de profissionais pela questão, sem nenhuma garantia de continuidade na ausências destes ^(53, 61).

Estado atual da pesquisa psicossocial em câncer infantil no Brasil

A grande maioria dos estudos encontrados está pautada nos referenciais da pesquisa qualitativa e valoriza a compreensão das experiências vivenciadas pela criança com câncer, sua família e a equipe de saúde que dela cuida para a elaboração de um modo de atuação que seja eficiente junto ao câncer infantil. A elevada incidência de estudos qualitativos sugere que os pesquisadores vêem nesta abordagem um canal de acesso à subjetividade das pessoas que lidam com a doença, capaz de auxiliá- los na tarefa de compreender o “mundo” do câncer infantil.

Parece que, na realidade brasileira, a visão sobre a doença começa a adquirir um contorno mais humanizado e competente para o atendimento à criança doente e sua família, propiciando a elas uma passagem mais amena pela experiência do câncer, com a ampliação do atendimento ao campo psicológico e social, não se restringindo ao aspecto biológico da doença. Entretanto, este atendimento globalizado não é uma realidade presente em todos os serviços de atendimento ao câncer infantil do país. É o resultado da iniciativa de profissionais, que mobilizados pela problemática de seus pacientes e respectivos familiares, lançaram esforços pioneiros no Brasil, no sentido de garantir um atendimento que suprisse, se não todas, mas grande parte das “carências” das vítimas do câncer infantil, dentre elas as necessidades de apoio emocional e psicológico para facilitar a elaboração de sua situação e a reestruturação de seu mundo- vida.

Todos os estudos analisados relatam a presença marcante de fatores emocionais desencadeados pelo câncer infantil nas pessoas com ele envolvidas (crianças, pais, equipe de saúde). Além do que, estão permeados pela idéia de que o câncer infantil abrange várias faces:

biológica, social, emocional, psicológica, intimamente relacionadas entre si, com suas conotações de sofrimento, angústia, dor, medo e esperança. Compreendem que somente a assunção dessa multiplicidade de aspectos leva a um atendimento capaz de suprir as necessidades de suas vítimas (criança doente e sua família) que são: extirpação do câncer do corpo e da “alma” das crianças e o apoio psicológico que garanta a elaboração dos sentimentos e fantasias envolvidos na situação do adoecimento infantil, em uma perspectiva de acolhimento e compreensão.

Considerações

Nos anos 90 houve uma multiplicação de congressos e eventos similares sobre Psicologia Hospitalar e Psico- Oncologia, aumentando a quantidade de pesquisas e relatos de experiência na área psicossocial do câncer infantil, abordando vários temas (a criança doente, sua família, a equipe de saúde). Entretanto, a maioria desses trabalhos não está sendo publicada na íntegra, o que reduz a compreensão e a dimensão do que foi realizado. Vale ressaltar que as publicações garantem a “troca” entre os serviços de Oncologia Pediátrica espalhados pelo país possibilitando o intercâmbio acerca do que se tem pensado, estudado, construído e escrito na área.

Áreas temáticas de especial importância para a compreensão da doença e do “doente” como por exemplo: a recidiva, a escolaridade, os irmãos sadios, transplante de medula óssea, dentre outros, não estão sendo estudadas ou publicadas no Brasil. De maneira similar, trabalhos mais abrangente e sistematizados enfocando vários aspectos do câncer infantil, bem como a qualidade de vida das crianças doentes são escassos. O único trabalho desta natureza que consta deste estudo é o livro intitulado Câncer Infantil- Compreender e Agir ⁽⁶¹⁾.

Podemos constatar a existência, no país, de alguns “núcleos de excelência” no atendimento ao câncer infantil que compreendem a doença em sua globalidade e prestam um serviço voltado ao atendimento integral de suas vítimas, caracterizado pela atenção médica e psicológica à criança enferma e à sua família. Embora comum na Europa e nos Estados Unidos, este tipo de serviço ainda não é uma realidade presente em todos os centros de atendimento ao câncer infantil do Brasil, e para sua continuidade e expansão depende do esforço

de profissionais interessados pela temática, da abertura de espaços institucionais, de uma maior atenção governamental, dentre outros fatores.

O câncer infantil, por suas características, causa grande impacto emocional nas pessoas com ele envolvidas: a criança doente, sua família e o profissional que delas cuida. Portanto, faz-se ideal e necessária a presença de um trabalho

compartilhado, multi e interprofissional que forneça apoio à criança e sua família, e também, à própria equipe de saúde do serviço de oncologia infantil, por meio de discussões clínicas, técnicas e troca de vivências. Nesse contexto, o psicólogo deve favorecer o intercâmbio entre os profissionais, além de atuar junto à criança e à família.

Referências Bibliográficas

1. ANDERS, J.C. Estar-com os pais em seu vivenciar a doença do filho - uma Perspectiva fenomenológica. *Rev. bras. enfermagem*, 1991, 44 (2/3): 80-97.
2. ANTONELLI, C.B.G. Possibilidades atuais de cura da criança com câncer. *Rev. paul. Pediatr.*, 1998, 6 (22): 102-104.
3. ARAÚJO, T.C.C.F.; LINS, M.P.B.E.; ABREU, M.M.R.; RAMOS, V.S.C.; ALMEIDA, V.M.B. Manual de preparação psicológica da criança para o tratamento oncológico. *Anais do III Encontro e I Congresso Brasileiro de Psico-oncologia*, 1994, 153-155.
4. BARBOSA, J.A.; FERNANDES, M.Z.; SERAFI, E.S. Atuação do Psicólogo no Centro de Oncologia Infantil. *J. pediatr.*, 1991, 67 (9/ 10): 344- 347.
5. BESSA, L.C. De Lázari. Famílias de crianças com câncer. *Pediatria Atual*, 1997, 10 (1/2): 11-13.
6. BOEMER, M.R.; VALLE, E.R.M. O significado de cuidar de crianças com câncer. *Rev. bras. enfermagem*, 1988, 41 (1): 56-63.
7. CAMARGO, J.F.; YAZBEK, V.C.; OLIVEIRA FILHA, A.N. de. Vivências psicopedagógicas com a criança portadora de câncer e "sala de espera" como contexto de reflexão familiar. *Anais do III Encontro e I Congresso Brasileiro de Psico-oncologia*, 1994, 23-27.
8. CARVALHO, A.M.; CAPPARELLI, A.B.F.; GORAYEB, R. Análise das verbalizações de profissionais de saúde em grupos de apoio a pais de crianças com câncer. *J. pediatr.*, 1991, 67 (3 /4): 126-129.
9. CUNHA, M.C.; SANTOS, M.M.dos. Programa de acompanhamento ao paciente de oncologia pediátrica. *Rev Bras Cancerol*, 1990, 36 (1/4): 71-74.
10. DUPAS, G.; ÂNGELO, M. Buscando superar o sofrimento impulsionado pela esperança. *Acta oncol bras*, 1997, 17 (3): 99- 108.
11. EPELMAN, C. L. A verificação da compreensão da doença em pacientes pediátricos com câncer. *Pediatr. mod*, 1991, 27 (2): 123-128.
12. EPELMAN, C.L..A experiência vivida pela criança com câncer. *Pediatr. mod*, 1996, 32 (6): 659-660.
13. EUSTÉQUIO, M.S.; TSUKAMOTO, A.; VIEIRA, M.A. Atuação da equipe multiprofissional na unidade de oncologia pediátrica. *Pediatria (São Paulo)*, 1988, 10 (4): 179-180.
14. FENSTESEIFER, L.M.; BRATZ, M. Assistência de enfermagem em quimioterapia antineoplásica em pediatria. *Rev. cient. (Porto Alegre)*, 1985, 5 (2): 53-58.
15. FRANÇOSO, L.P.C.; VALLE, E.R.M. Câncer infantil: relato de um caso e sua compreensão. *Pediatr. mod*, 1992, 28 (3): 175-184.
16. FRANÇOSO, L.P.C.; VALLE, E.R.M. Histórias contadas por crianças curadas de câncer. *Acta Oncol Bras*, 1994, 14 (4): 167 -174.
17. FRANÇOSO, L.P.C. Enfermagem: Imagens e significados do câncer infantil. *Acta Oncol Bras*, 1996, 16 (4): 163-68.
18. FRANÇOSO, L.P.C. Reflexões sobre o preparo do enfermeiro na área de oncologia pediátrica. *Revista Latino Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto)*, 1996, 4 (3): 41- 48.
19. GRAMACHO, P.M. O processo de criação de estórias com crianças hospitalizadas. *Rev Bras Cancerol*, 1996, 42 (2):121-124.
20. HORTA, A.L. de M.; ARAÚJO, A.P.C.; APRILE, C.M.; ECHALAR, C.M.;

- PAREDES, F.N.; CAMINADA, S. Crianças com doença terminal: Reações da família, assistência prestada e dificuldades sentidas pelo enfermeiro de unidade pediátrica. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 1989, 23 (2): 27-37.
21. LAGE, D.V. Assistência de enfermagem à família da criança com câncer hospitalizada. *Anais do 2º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem%* Sibracen, 1990, 455-83,.
22. LIMA, R.A.G.de; ROCHA, S.M.M.; TONE, L.G. O câncer infantil: caracterização da população atendida em um hospital- escola como subsídio para a assistência de enfermagem. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 1993, 26 (4): 627- 635.
23. LIMA, R.A.G.; SCOCHI, C.G.S.; KMANDA, I.; ROCHA, S.M.M. Assistência à criança com câncer: alguns elementos para a análise do processo de trabalho. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 1996, 30 (1): 14- 24.
24. MACHADO, A.F.; LACERDA, C. R.; MARINHO, D. G. L.; SALGUEIRO, F.R.; SILVA, M.R.C.; BUTARELO, S. A integração do paciente com câncer na Realidade hospitalar como meio facilitador do tratamento. *Anais do III Encontro e I Congresso Brasileiro de Psico-oncologia*, 1994, 126-131.
25. MELLO, L.L.; VALLE, E.R.M. O apoio emocional oferecido pela equipe de enfermagem à criança portadora de câncer e à sua família. *Rev. bras. enfermagem*, 1995, 48 (1): 93- 102.
26. MENDONÇA, N. A criança com câncer: o seu direito à vida e ao viver. *Rev. méd. Bahia*, 1988, 29 (1):16- 18.
27. OLIVEIRA, V.L.; ZEN- MASCARENHAS, S.H. Relato de experiências de mães de crianças com câncer. *Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem*, 1996, 190-194.
28. PAINE, P.A.; ALVES, E.; TUBINO, P. Adaptação psicológica de crianças com câncer. *J. pediatr.*, 1984, 56 (6): 409-413.
29. SILVA, E.P.; CAVALCANTI, A.P. Avaliação de resultados no atendimento psicológico a crianças submetidas aos exames de mielograma e ou punção lombar. *Âmbito Hospitalar*, 1994, 5 (62): 23- 24.
30. TORRES, W. da C. O adolescente com câncer: o morrer. *Reunião Anual de Psicologia - Temas em Psicologia*, 1994, (2): 151- 157.
31. VALLE, E.R.M. Fragmentos do discurso da família da criança com câncer: no hospital, em casa, na escola. *Pediatr. mod*, 1990, 25 (1): 21-30.
32. VALLE, E.R.M.; FRANÇOSO, L.P.C. O tratamento do câncer infantil: visão de Crianças portadoras da doença - Análises de desenhos e relatos. *Acta Oncol Bras*, 1992, 12 (3): 102-107.
33. VALLE, E.R.M.; FRANÇOSO, L.P.C.. Depoimentos de crianças com câncer no curso de seu tratamento quimioterápico. *Revista de Psicologia Hospitalar*, 1992, 2 (1) : 27-34.
34. VALLE, E.R.M.; FRANÇOSO, L.P.C.. Quimioterapia em crianças. *Clín. pediátr.*, 1992, 16 (4): 40-52.
35. VALLE, E.R.M. Algumas facetas da relação família – criança com câncer. *Oncologia Atual*, 1993, 3 (2): 76-79.
36. VALLE, E.R.M. Algumas conseqüências psicossociais em crianças curadas de câncer- Visão dos pais. *J. pediatr.*, 1994, 70 (1): 21-27.
37. VALLE, E.R.M.. Assistência psicológica a família de crianças com câncer. *Anais do III Encontro e I Congresso Brasileiro de Psico- oncologia*, 1994, 27-32.
38. VALLE, E.R.M.; VENDRUSCOLO, J. A família da criança frente ao diagnóstico da doença - Encontros iniciais com a psicóloga. *Pediatr. mod*, 1996, 32 (7): 736-51.
39. VARGAS, R.C.R.; MEDEIROS, Z. O atendimento psicológico a familiares em Oncologia Pediátrica: um comentário inicial. *Rev Bras Cancerol*, 1984, 30 (4): 26-28.
40. VENDRUSCULO, J.; VALLE, E.R.M.; FRANÇOSO, L.P.C. Acompanhamento psicológico pré- cirúrgico em um caso de desarticulação de membro inferior. *Anais do III Encontro e I Congresso Brasileiro de Psico- Oncologia*, 1994, 96-101.
41. WUO, A.E.; BURNIER, L.O. O Clown no hospital. *Anais do III Encontro e I Congresso Brasileiro de Psico- Oncologia*, 1994, 101- 106.
42. ÂNGELO, M. *Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem*. São Paulo, 1997. Tese (Livre docência). Escola de Enfermagem- USP.

43. DUPAS, G. *Buscando superar o sofrimento impulsionado pela esperança- A experiência da criança com câncer.* São Paulo, 1997. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem- USP.
44. FLORES, R.J. *A utilidade do procedimento de Desenhos e Estórias na apreensão de conteúdos emocionais em crianças terminais hospitalizadas.* Campinas, 1984. Dissertação (Mestrado). PUC.
45. FRANÇOSO, L.P.C. *Enfermagem: Imagens e significados do câncer infantil.* Ribeirão Preto, 1993. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP.
46. HOFFMANN, L.M.A. *Os médicos e a morte na infância: a representação de um tema interdito.* Rio de Janeiro, 1991. Dissertação (Mestrado). Fundação Osvaldo Cruz.
47. LIMA, R.A.G. *Processo de trabalho da enfermagem na assistência à criança com câncer: análise das transformações, em um hospital- escola.* Ribeirão Preto, 1990. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP.
48. LOHR, S.S. *Uma análise de entrevistas com acompanhantes e de observação de crianças com leucemia numa tentativa de sua compreensão psicológica.* São Paulo, 1992. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo- USP.
49. OLIVEIRA, A.G.C. *Convivendo com a doença crônica da criança: a experiência da família.* São Paulo, 1994. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem- USP.
50. PERINA, E.M. *Estudo clínico das relações interpessoais da criança nas fases finais.* São Paulo, 1992. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo- USP.
51. PINHEIRO, M.T. *O ser mãe em seu viver com seu filho doente: uma perspectiva de desvelamento.* Rio de Janeiro, 1992. Dissertação (Mestrado). Universidade do Rio de Janeiro- Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.
52. VALLE, E.R.M. *Ser- no- mundo- com- o filho- portador- de- câncer: hermenêutica de discursos de pais.* São Paulo, 1988. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo- USP.
53. VALLE, E.R.M. *Câncer infantil e Psicologia Fenomenológica: Compreender e agir.* Ribeirão Preto, 1995. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP.
54. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência de Enfermagem em Oncologia.* In BRASIL, M.S. Secretaria Nacional de assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coord. de Programas de Controle do Câncer- Pro- onco. *Ações de Enfermagem para o controle do câncer.* Rio de Janeiro: Pro- onco, 1995.
55. CRUZ, M.; ROCHA, M.C.D.; SILVA, M.F.P.; CASTELLI, M. *Criança e doença fatal: assistência psicorreligiosa.* São Paulo: Savier, 1984.
56. EPELMAN, C.L. *A criança com câncer.* In: MOREIRA, C.C. *Pediatria com Psicologia.* São Paulo: Ed. Santos, 1994.
57. LIMA, R.A.G.de. *A enfermagem na assistência à criança com câncer.* Goiânia: AB, 1995.
58. PERINA, E.M. *Câncer infantil: a difícil trajetória.* In: CARVALHO, M.M.M.J. (Coord.). *Introdução à psicooncologia.* Campinas: Editorial Psy, 1994, 79-94.
59. VALLE, E.R.M. *Vivências da família da criança com câncer.* In: Carvalho, M.M.M.J. (Coord.). *Introdução à Psicooncologia.* Campinas: Editorial Psy, 1994, 219-242.
60. VALLE, E.R.M. *O discurso de pais de crianças com câncer.* In: CASSORLA, M.S.C.(Coord.). *Da morte: Estudos brasileiros.* Campinas: Papyrus, 1991, 181-193.
61. VALLE, E.R.M. *Câncer infantil: Compreender e agir.* Campinas: Editorial Psy, 1997.
62. GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa.* São Paulo: Atlas, 1989.
63. MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. *A pesquisa qualitativa em psicologia.* São Paulo: Moraes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

I Jornada de Cuidados Paliativos & Dor



Dia 25 - Abertura

Auditório Nobre Moacyr Santos Silva
Hospital do Câncer / INCA
Praça Cruz Vermelha, 23 - 8º andar
Centro - Rio de Janeiro

Dias 26 e 27

Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52
Botafogo - Rio de Janeiro

Organização:

Centro de Suporte Terapêutico Oncológico
Instituto Nacional de Câncer

Apoio:

Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico
Sociedade Brasileira para Estudo da Dor

Participação:

Associação Brasileira de Cuidados Paliativos

Informações e Inscrições:

Centro de Suporte Terapêutico Oncológico / CSTO
Rua Visconde de Santa Isabel, 274 - A
Vila Isabel - RJ - CEP.: 20570-120
Tel/Fax: (0xx21) 577-9553 (Patrícia)
E-mail: csto@inca.org.br
Home Page do INCA: www.inca.org.br

Apoio:



**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**



Metástase de Adenocarcinoma de Esôfago em Linfonodo Comprometido por Linfoma não-Hodgkin¹

Esophageal adenocarcinoma metastatic to lymphonode compromesed by non-hodgkin lymphoma

Julio Walter Vedovato², Caroline Dalla Lasta Frigeri³, Rinaldo Danesi Pinto⁴, Janoário Athanázio Souza⁴, Géerson Junqueira Júnior⁵, Geraldo Geyer⁶

RESUMO

Relata-se um caso de adenocarcinoma do terço distal do esôfago, que produziu metástases para um linfoma não-Hodgkin localizado em linfonodos na loja renal esquerda. O paciente era um homem de 66 anos, branco e tabagista há 40 anos; com história de disfagia progressiva de sólidos até líquidos há mais ou menos 5 meses e emagrecimento importante.

A biópsia por endoscopia digestiva alta definiu o diagnóstico de adenocarcinoma mucoprodutor. O linfoma foi um achado casual decorrente dos exames de estadiamento do câncer de esôfago. O diagnóstico foi através de punção biópsia do tumor por via percutânea, guiada por tomografia computadorizada.

Metástase de adenocarcinoma de esôfago linfoma não-Hodgkin é um achado raro, sendo difícil estabelecer uma associação entre estas duas neoplasias.

PALAVRAS-CHAVE: esôfago, neoplasias, adenocarcinoma, linfoma, não-Hodgkin, neoplasias linfóides.

SUMMARY

We report a case of adenocarcinoma at the inferior thirth segment of the esophagus, which produced metastases to a non-Hodgkin lymphoma in the peri renal lymphonodes. The patient was a 66 year-old man, white and had a smoking history of 40 years. He had a history of progressive dysphasia from solids to liquids over 5 months and significant weight loss.

²Acadêmico da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA); ³Acadêmica da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); ⁴Residente do Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre; ⁵Preceptor do Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre; ⁶Médico patologista professor das Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). ¹Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Endereço para correspondência: Julio Walter Vedovato - Rua dos Andradas, 711/1203A - Centro. Porto Alegre/RS CEP 90020-003

The upper endoscopy established a diagnosis of mucinoid adenocarcinoma. The lymphoma was a casual finding from the esophageal neoplasm staging investigation. It was done by percutaneous of the puncture biopsy of the tumor, guided by computerized tomography.

Metastasis of esophageal adenocarcinoma in a non-Hodgkin lymphoma is a rare case, being difficult to establish a relationship between these two neoplasms.

KEY WORDS: esophageal neoplasms, adenocarcinoma, linphoma, non-Hodgkin, lymphoid neoplasms.

Introdução

O adenocarcinoma de esôfago é uma neoplasia maligna do epitélio colunar (epitélio de Barret) decorrente de esofagite de refluxo, ou então, mais raramente, de ilhotas da mucosa gástrica ectópica ⁽¹⁾. Corresponde a aproximadamente 4% a 5% dos tumores malignos de esôfago ⁽²⁾. A taxa de sobrevida em 5 anos é menor que 15% ⁽²⁾⁽³⁾. Este índice baixo baseia-se no fato de que o diagnóstico é feito em fase avançada da doença, com comprometimento de até dois terços da luz do órgão e disfagia ⁽⁴⁾.

Morson e Belcher foram os primeiros a relatar, em 1952, adenocarcinoma localizado nas células cilíndricas do epitélio distal do

esôfago ⁽⁵⁾.

Já os linfomas não-Hodgkin são o maior grupo de neoplasias do sistema imune. Constituem um grupo heterogêneo de doenças malignas que tem em comum uma expansão clonal característica de linfócitos B ou T ⁽⁶⁾⁽⁷⁾. Ocorrem em qualquer idade, com frequência crescente em adultos, principalmente dos 20 aos 40 anos, sendo a neoplasia mais comum nesta faixa etária ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Os linfomas não-Hodgkin acometem mais freqüentemente o sexo masculino.

A associação entre estas duas neoplasias é pouco comum, constituindo um achado raro.

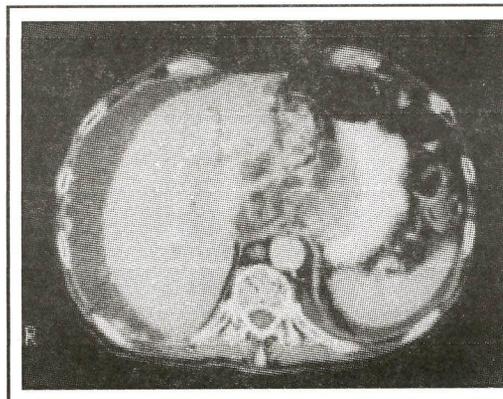


Figura 1: Tomografia computadorizada de tórax mostrando tumor em terço distal do esôfago.

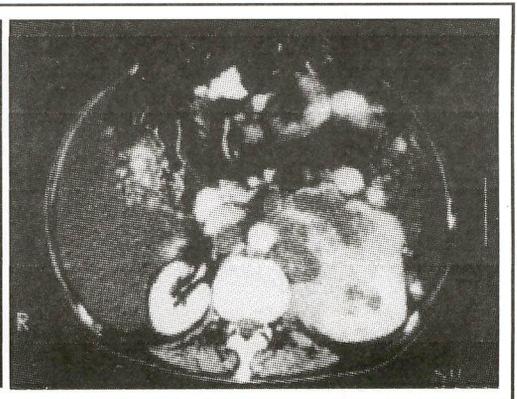


Figura 2: Tomografia computadorizada de abdome mostrando uma massa expansiva perirrenal.

Relato do caso

H.P., 66 anos, masculino, branco, agricultor, natural e procedente de Venâncio Aires/RS. História de disfagia progressiva desde sólidos até líquidos, com início há mais ou menos 5 meses. Emagrecimento importante de 15 Kg neste período. Tabagista há 40 anos.

Foi então internado e submetido à endoscopia digestiva alta, onde visualizou-se uma massa tumoral aos 30 cm da arcada dental superior (ADS), obstruindo a luz esofágica e permitindo a passagem do aparelho até os 35 cm. A biópsia

desta massa revelou um adenocarcinoma pouco diferenciado.

Foram realizados então exames de estadiamento. A ecografia abdominal total evidenciou uma volumosa lesão expansiva, de textura heterogênea e limites imprecisos, medindo aproximadamente 10,3 x 7,8 cm na loja renal esquerda, tratando-se de uma massa de linfonodos.

Havia ainda múltiplas linfadenomegalias

abdominais e retroperitoniais. A tomografia de tórax e abdome revelou, além de tumor no esôfago (fig. 1), ascite, múltiplas metástases peritoniais e presença de um grande processo expansivo, delimitado pela cápsula renal esquerda (fig. 2).

Foi então realizada uma punção biópsia

percutânea da massa renal, e o resultado evidenciou adenocarcinoma muco-produtor moderadamente diferenciado e linfoma não-Hodgkin de baixo grau (linfocítico bem diferenciado difuso), confirmado por estudo imunohistoquímico (figs. 3 e 4). O paciente foi a óbito antes de ser submetido ao tratamento das neoplasias.

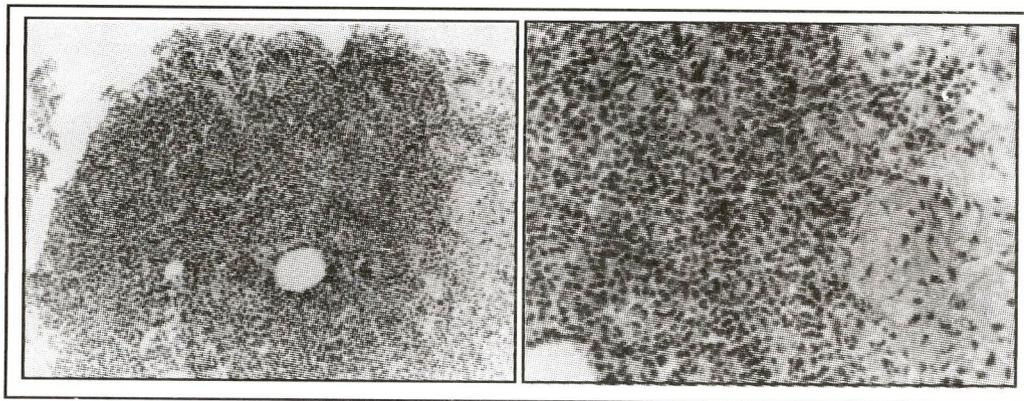


Figura 3: Fragmento de linfonodo peri-renal acometido por linfoma e metástase de adenocarcinoma mucinoso. HE x 100.

Figura 4: Fragmento de linfonodo peri-renal acometido por linfoma e metástase de adenocarcinoma mucinoso. HE x 400.

Discussão

Adenocarcinoma de esôfago é uma neoplasia cujo tratamento raramente é curativo, sendo assintomático nos estágios iniciais da doença.

Constitui de 4% a 5% das neoplasias de esôfago, sendo que a metaplasia do epitélio de Barret é sugestiva de lesão pré-maligna de adenocarcinoma ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁹⁾. Quanto à disseminação, ela ocorre por contiguidade, por via linfática ou então por via hematogênica ⁽¹⁾⁽¹⁰⁾.

A disseminação linfática é a mais freqüente, mesmo nas formas de invasão superficiais (intra-epitelial, muscular da mucosa e submucosa) devido à extensa drenagem linfática mediastinal que se comunica com as cadeias cervicais e abdominais, responsável pela invasão de linfonodos mediastinais, supraclaviculares e celíacos, em até 75% dos casos ⁽¹⁾.

As metástases para linfonodos tendem a não ser segmentares, podendo ocorrer metástases para quaisquer das cadeias linfáticas supra-citadas.

A disseminação hematogênica para o fígado, pulmões e ossos ocorre em estágios mais adiantados da doença ⁽¹⁾⁽¹¹⁾.

Clinicamente, os sinais e sintomas assemelham-se aos dos demais tumores de esôfago. Disfagia é o sintoma mais freqüente e também o mais importante, seguido de perda de peso, dor, regurgitação, vômitos e hematêmese decorrentes do quadro obstrutivo ⁽¹⁾⁽²⁾.

Já os linfomas não-Hodgkin de baixo grau podem ser classificados como linfomas indolentes, segundo o prognóstico. No caso era um linfoma linfocítico bem diferenciado difuso, também denominado leucemia linfocítica crônica (LLC), com até 95% dos casos originários de linfócitos B ⁽¹²⁾. Biópsias por punção são geralmente insuficientes para especificar o tipo histológico. A biópsia cirúrgica excisional de linfonodos com posterior análise por imunohistoquímica é recomendada sempre que possível ⁽¹³⁾.

Os pacientes são geralmente adultos idosos, e há envolvimento de medula óssea e sangue periférico quando do diagnóstico linfadenopatias generalizadas e hepatoesplenomegalia. Comprometimentos extranodais podem também ocorrer ⁽¹²⁾. O estadiamento é semelhante ao utilizado para a doença de Hodgkin ⁽¹⁴⁾. Febre, sudorese noturna,

anorexia, fadiga e perda de peso são os sintomas encontrados, também denominados sintomas, sintomas constitucionais ou B da LLC.

No período de duas décadas após o diagnóstico, os pacientes têm um risco significativo de apresentar um segundo tumor primário, especialmente de pulmão, cérebro, rim, próstata, melanoma, doença de Hodgkin e leucemia aguda ⁽¹⁵⁾. Metástases de adenocarcinoma em áreas comprometidas por linfomas não-Hodgkin são um achado raro. Presume-se que tenha ocorrido migração de células neoplásicas do esôfago por via linfática para linfonodos acometidos pelo linfoma, na região retroperitoneal da loja renal esquerda.

A conduta escolhida para o tratamento deste caso seria o manejo individual de cada uma dessas neoplasias. A biópsia excisional do linfonodo é necessária, para uma confirmação do tipo histológico do linfoma e programação da terapêutica a ser instituída.

A melhor conduta terapêutica nos casos de

adenocarcinoma de esôfago ainda é a ressecção total do tumor com boa margem de segurança. O tratamento em estágios mais avançados, como no caso apresentado, é paliativo, através de gastrostomia ou tunelização esofágica, sendo esta por via endoscópica ou cirúrgica, dependendo das condições clínicas do paciente ⁽⁹⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾. O adenocarcinoma de esôfago não responde à radioterapia e apresenta maus resultados com a quimioterapia ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

O tratamento dos linfomas não-Hodgkin indolentes varia de acordo com sua histologia e com as manifestações clínicas apresentadas pelo paciente, e consiste de quimioterapia, radioterapia ou ambas ⁽²¹⁾⁽²²⁾.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Dr. Roque Furian, patologista do Departamento de Patologia do Instituto de Pesquisas Cito-Oncológicas da FFFCMPA, pelo trabalho fotográfico das lâminas; e à Dr^a Laura Fogliato, médica hematologista, pela colaboração na escolha dos artigos referentes ao linfoma.

Referências Bibliográficas:

- ZILBERSTEIN, B.; PINOTTI, H.W.; CECCONELLO, I.; IBRAHIM, R.E. – Câncer de Esôfago. In: Pinotti HW, ed. Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo. Vol I. São Paulo: Atheneu, 1994, 415-26.
- KUMAGAI, Y.; MAKUUCHI, H. – Malignant esophageal tumors. In: Kumagai Y, Makuuchi H. Practical fiberoptic esophagoscopy. Tokyo: Ygaku-Shoin, 1987, 67-86.
- ROTH, J.A.; PUTMAN Jr, J.B.; RICH, T.A.; FORASTIERE, A.A. – Cancer of the esophagus. In: De Vita JR VT, Hellmans S, Rosenberg AS eds. Cancer: Principles and Practice of Oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, 1997, 980-1010.
- SAKAI, P. – Propedêutica das afecções do esôfago. In: Pinotti HW ed. Tratado de Clínica. Cirúrgica do Aparelho Digestivo. Vol I. São Paulo: Atheneu, 1994, 184-90.
- MORSON, B.C.; BELCHER, J.R. – Adenocarcinoma of the esophagus and ectopic gastric mucosa. *Bras J Cancer*, 1952, 6:127-30.
- PORTLOCK, C.S. – Os linfomas não-Hodgkin. In: Wingarden JB, Smith LH eds. Cecil – Tratado de Medicina Interna. 18^a ed. Vol I. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1990, 888-92.
- MATIS, L.A.; YOUNG, R.C.; LONGO, D.L. – Nodular lymphomas. Current concepts. *CRC Crit Rev Onco Hematol*, 1986, 5:171-76.
- FREEDMANN, A.S.; NADLER, L.M. – Non-Hodgkin's lymphomas. In: Holland JF et al. eds. Cancer Medicine. 3^a ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1993, 2028.
- LERUT, T.; COOSEMAN, W.; VAN RAENDONCK, D.; et al. – Surgical treatment of Barrett's carcinoma: Correlations between morphologic findings and prognosis. *J Thor Card Surg.*, 1994, 107(4):1059-66.
- TURNBULL, A.D.M.; GOODNER, D.T. – Primary adenocarcinoma of the esophagus. *Cancer*, 1970, 22:915-18.
- PISTOLESI, G.F.; LOVISATTI, L.; FLORIO, F.; STELLA, P.; SOREGAROLLI, A. – Radiological aspects of cancer of the esophagus. *Int Surg.*, 1984, 69:41-9.
- The Non-Hodgkin's Lymphoma Pathologic

- Classification Project: National Cancer Institute sponsored study of classifications of non-Hodgkin's lymphomas: summary and description of a working formulation for clinical usage. *Cancer*, 1982, 49(10):2112-35.
13. PINKUS, G.S. – Needle biopsy in malignant lymphoma. *J Clin Oncol*, 1996, 14(9):2415-16.
14. Non-Hodgkin's lymphoma. In: American Joint Committee of Cancer: Manual for Staging of Cancer. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992, 257-61.
15. TRAVIS, L.B.; CURTIS, R.E.; GLIMELIUS, B.; et al. – Second cancer among long-term survivors of non-Hodgkin's lymphoma. *J Nat Cancer Inst*, 1993, 85(23):1932-37.
16. BELSEY, R. – Palliative management of esophageal carcinoma. *Am J Surg*, 1980, 139:789-94.
17. CECCONELLO, I.; ZILBERSTEIN, B.; DOMENE, C.E.; MENICONI, M.W.; PINOTTI, H.W. – Tratamento Paliativo do Câncer do Esôfago. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 1989, Supl 5:17-20.
18. MALAFAIA, O. – Experiência de 15 anos com o tratamento paliativo do câncer esofágico através de tunelização esofágica. *Rev Col Bras Cir*, 1986, 13:21115.
19. HERSOVICK, A.; MARTZ, K.; AL-SARRAF, M; et al. – Combined chemotherapy and radiotherapy compared with radiotherapy alone in patients with cancer of the esophagus. *N Engl J Med*, 1992, 326(24):1593-98.
20. KELSEN, D.P.; BAINS, M.; BURT, M. – Neoadjuvant chemotherapy and surgery of cancer of the esophagus. *Semin Surg Oncol*, 1990, 6(5):268-73.
21. ARMITAGE, J.O. – Treatment of non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med*, 1993, 328(14):1023-30.
22. YOUNG, R.C.; LONGO, D.L.; GLATSTEIN, E.; et al. – The treatment of indolent lymphomas: watchful waiting V aggressive combined modality treatment. *Semin Hematol*, 1988, 25(2, Supl. 2):11-16.



13 e 14 de outubro de 1999

**Auditório Nobre Moacyr Santos Silva
- 8º andar - Hospital do Câncer
Centro - Rio de Janeiro - Brasil**



AERINCA

Rua do Rezende, 128 - Centro
CEP 20.231-092 - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (021) 242-1122 - R. 2406 ou 2412
Telefax: (021) 242-2310



Carcinoma de parótida e mama concomitantes: relato de caso

Parotid carcinoma concomitant with breast carcinoma: case report

Maria da Graça Caminha Vidal*; Marcelo Moreno**; Luciano Jacomine Castilhos***; Fabiana Cezar Ceolin****

RESUMO

O risco de desenvolvimento de câncer de mama em pacientes que apresentam carcinoma de glândula salivar é discutido desde 1968. Entretanto, não foi encontrado um fator causal comum responsável por esta associação.

Os autores relatam um caso de adenocarcinoma papilífero de parótida direita, em uma paciente de 85 anos que também apresentava sincronicamente um carcinoma ductal invasivo da mama ipsilateral à neoplasia da parótida. Clinicamente haviam dados para a malignidade em ambas as lesões. O diagnóstico foi confirmado por citologia da parótida e histologicamente por biópsia na mama. A proposta inicial foi de parotidectomia mais esvaziamento cervical unilateral modificado e mastectomia. A paciente recusou-se ao procedimento de mastectomia, apenas aceitou a proposta cirúrgica para a parótida. Foi realizado parotidectomia total mais esvaziamento cervical modificado, para avaliação radioterápica pós-operatória e uso de tamoxifen para a patologia mamária. Houve uma resposta satisfatória importante na neoplasia da mama, com conseqüente involução da mesma, mas houve recidiva do adenocarcinoma na região parotídea direita, um ano após a primeira cirurgia. Nesta ocasião, realizou-se a ressecção da recidiva com esvaziamento clássico e reconstrução com retalho delto peitoral porque havia comprometimento da pele.

Atualmente, após o último procedimento, a paciente vem em controle ambulatorial sem sinais de recidiva local.

Num estudo de 521 pacientes com carcinoma de glândula salivar estudados (154 homens e 367 mulheres), 8 apresentaram carcinoma de mama subseqüente (1 homem e 7 mulheres), mostrando um risco relativo de 1,3 ($p < 0,005$). Existem evidências do papel dos hormônios endógenos nos cânceres de glândula salivar e mama. Outros autores mencionam alterações cromossômicas para esta associação. Aspectos da discussão deste caso poderão questionar

*Especialista em Cirurgia Oncológica pela Sociedade Brasileira de Cancerologia e Médica responsável pelo Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) - Universidade Federal de Santa Maria - RS

**Médico Residente do Segundo ano de Cirurgia Geral no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre - RS.

***Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria - RS.

****Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria - RS.

Endereço para correspondência: Maria da Graça Vidal - Rua Antero Correa de Barros, 385 - 97010-120 Sta Maria - RS

dados para maior controle de ambas neoplasias em relação a diagnóstico e prognóstico das mesmas.

PALAVRAS-CHAVE: neoplasias de glândula salivar; neoplasia de mama

SUMMARY

The risk of development of breast cancer in patients that present salivary gland tumors has been discussed since 1968. However, it was not found a common causal factor, responsible for this association. The authors report a case of papillary parotid adenocarcinoma on the right side in an 85 year-old patient, who also had a concomitant ductal invasive breast carcinoma in the same side as the parotid neoplasm. Clinically, there was information of malignancy in both lesions, in the parotid and in the breast. The diagnosis was confirmed by cytology of the parotid tumor and histology (biopsy) of the breast cancer. The initial idea was to perform a parotidectomy plus modified unilateral cervical dissection and mastectomy for the breast cancer. The patient has refused to the mastectomy procedure. She has only accepted surgery of the parotid gland. Total parotidectomy plus modified cervical dissection were performed and postoperative radiotherapy and tamoxifen were used for the breast disease. There was a satisfactory response of the breast cancer, with consequent decrease of the disease. One year after the first surgery there was a recurrence of adenocarcinoma in the right parotid region. On this occasion, a new resection of tumors was performed. It was done a classic neck dissection and deltoyd-great myocutaneous flap reconstruction. It was necessary this kind of reconstruction because there was tumor in the skin. Presently, the patient been followed up at the outpatient clinic, without signs of local recurrence. The present case points at a possible relation to pre-existing factors that many exist, to justify the tumors, according to authors mentioned in the literature. In a salivary gland tumor study with 521 patients (154 men and 367 women), 8 patients presented concomitant breast cancer (1 men and 7 women), showing a relative risk of 1,3 ($p < 0,005$). There is evidence of the influence of endogenous hormones in salivary gland tumor and breast cancer as well as in other tumors. Other authors mention chromossomic alterations associated to this tumors .

KEY WORDS: Salivary gland neoplasms, breast neoplasms

INTRODUÇÃO

A associação entre carcinoma de glândula salivar (CGS) e carcinoma de mama (CM), foi primeiramente descrita em 1968⁽¹⁾, onde verificou-se que a probabilidade de uma paciente com CGS desenvolver também um CM era de 0,004%, indicando a existência de fatores causais comuns.

Desde então, esta associação vem despertando interesse em vários autores^(2,3,4,5,6,7,8). O presente relato refere-se a uma paciente com adenocarcinoma papilífero de parótida que apresentava sincronicamente um carcinoma ductal invasivo em glândula mamária ipsilateral.

RELATO DE CASO

Mulher branca de 85 anos, atendida no ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço do HUSM em outubro/94, com queixa de nódulo em região parotídea há 3 anos.

Referia que inicialmente o crescimento da lesão era lento e que há um mês havia aumentado rapidamente, sendo associado à otalgia reflexa

e dor local. Paralelamente, apresentava também lesão ulcerada em mama ipsilateral.

Clinicamente a lesão parotídea media 5 x 6 cm, era fixa aos planos adjacentes, de contornos definidos e dolorida à palpação. Havia sinais clínicos de paralisia do nervo facial à direita. A lesão mamária era ulcerada, media 3 cm de diâmetro e localizava-se em quadrante superior externo. Não havia linfadenopatia cervical ou axilar. Foi realizada punção aspirativa com agulha fina (PAAF) das lesões e a citologia mostrou adenocarcinoma na lesão parotídea, mas foi inconclusiva para a lesão mamária; esta foi submetida à biópsia incisional e à histologia, que revelaram um carcinoma ductal invasivo.

Frente a estes achados, formulou-se a hipótese diagnóstica de neoplasia mamária com metástase para a parótida. Para tratamento, foi indicada parotidectomia radical à direita com esvaziamento cervical modificado + mastectomia ipsilateral.

A paciente recusou ser submetida à mastectomia, sendo realizada somente a cirurgia cervical complementada com radioterapia pós-operatória e instilação de tamoxifeno.

O exame histopatológico da lesão salivar diagnosticou adenocarcinoma papilífero primário de parótida mostrando que tratava-se de duas neoplasias sincrônicas.

A paciente apresentou recidiva do tumor parotídeo um ano após o tratamento cirúrgico, que foi controlada com excisão e radioterapia. A lesão mamária regrediu totalmente. No momento, a paciente está em acompanhamento ambulatorial sem sinais de recidivas de ambas neoplasias.

DISCUSSÃO

Em 1968, alguns autores chamam a atenção para o fato de existir uma possível associação entre neoplasias malignas de glândulas salivar e mamária ⁽¹⁾.

Eles revisaram um grupo de 396 pacientes com CGS e verificaram que 7 delas desenvolveram CM, num período médio de 5 anos de evolução após o tratamento do tumor salivar (sendo que uma delas apresentou CM no momento do diagnóstico do CGS); e observaram que a chance de uma mulher com CGS em desenvolver CM subseqüentemente era de 0,004% ($p < 0,005$).

Apesar da probabilidade não ser muito expressiva, eles sugeriram a realização de novos estudos com um maior número de pacientes e com um follow-up rigoroso, para identificar possíveis fatores etiológicos comuns. Também defenderam a idéia de que todas as pacientes com CGS deveriam ser acompanhadas com exames periódicos das mamas afim de identificar precocemente o surgimento de um CM.

Alguns meses após a publicação, um novo autor sugeriu que a correlação entre as duas neoplasias nas 7 pacientes estudadas anteriormente se devia ao fato de que todas as pacientes tinham recebido tratamento complementar com radioterapia, identificando-a como fator causal do desenvolvimento do CM visto que todas as pacientes tinham desenvolvido a neoplasia mamária no mesmo lado da salivar (2).

Em 1969, um novo estudo com 297 mulheres com CGS encontrou 4 casos de CM (RR=1)

num período de dois anos de acompanhamento. Dos quatro casos, três desenvolveram CM contralateralmente ao CGS, não relacionando a radioterapia como fator codjuvante para o desenvolvimento da neoplasia mamária ⁽³⁾. Em 1972, um novo estudo acompanhou 349 pacientes e encontrou um risco relativo de 1,9 das pacientes com CGS em desenvolver CM, mas este achado não foi estatisticamente significativo ⁽⁴⁾. Cinco anos mais tarde, novos autores encontraram um risco relativo de 2,3 ($p < 0,005$) quando estudaram 453 pacientes ⁽⁵⁾. Em revisão mais recente, dos 521 pacientes com CGS estudados (154 homens e 367 mulheres), 8 apresentaram CM subseqüentemente (1 homem e 7 mulheres), mostrando um risco relativo de 1,3 ($p < 0,005$) ⁽⁶⁾.

Existem evidências de um papel dos hormônios endógenos nos cânceres de glândula salivar e mama, assim como outros tipos de neoplasias ^(7,9). Estrogênios são os hormônios mais comumente envolvidos ⁽⁷⁾ sendo o sexo feminino, o mais acometido pelas duas neoplasias ⁽⁸⁾. O mecanismo mais aceito é a alteração da suscetibilidade dos tecidos para a iniciação e promoção da iniciação do câncer. Em ratos, tumores de glândula salivar são induzidos por 7,12-dimetilaminoazobenzeno, sendo que a incidência aumenta se usada testosterona e diminui se usado estilbestrol ^(7,8). A produção e proliferação dos tumores salivares são realçados pela administração de fluorouracil e metotrexate. Tirectomia e deficiência de vitamina A podem aumentar a agressividade destes tumores ⁽⁸⁾.

Recentemente foi verificado, em estudo citogenético utilizando hibridização fluorescente *in situ*, que no CM pode ser encontrada a trissomia do cromossomo 8, que é uma anormalidade numérica cromossomal também vista freqüentemente no CGS e em outras neoplasias malignas ⁽⁹⁾. Todos estes achados não são suficientes para confirmar a predisposição de uma mulher com CGS em desenvolver CM subseqüentemente.

No entanto, enfatizamos a necessidade da realização de estudos mais abrangentes sobre o tema, utilizando amostras maiores e um follow-up criterioso, além de lançar mão de técnicas citogenéticas para identificar mecanismos imunológicos, endócrinos ou carcinogênicos mais precisos que possam explicar essa possível associação.

No entanto, concordamos em dar atenção especial na rotina do exame clínico das pacientes com CGS, para identificar alterações

mamárias precocemente. Isto deveria ser feito antes que a relação causal das duas doenças seja elucidada.

Referências Bibliográficas

1. BERG, J.W.; HUTTER, R.V.P.; FOOTE, F.W. - The unique association between salivary gland cancer and breast cancer. *JAMA*, 1968, 204(9):771-774.
2. STANDFAST, S.J. - Salivary gland cancer and breast cancer. *JAMA*, 1968, 205(8):125.
3. MOERTEL, C.G.; ELVEBACK, L.R. - The association between salivary gland cancer and breast cancer. *JAMA*, 1969, 210(2):306-308.
4. DUNN, J.E.Jr.; BRAGG, K.U.; SAUTTER, C. et al - Breast cancer risk following a major salivary gland carcinoma. *Cancer*, 1972, 29:1343.
5. PRIOR, P.; WATERHOUSE, J.A.H. - Second primary cancers in patients with tumours of the salivary glands. *Br.J.Cancer*, 1997, 36:362.
6. BIGGAR, R.J.; CURTIS, R.E.; HOFFMAN, D. A. - Second primary malignancies following salivary gland cancers. *Br.J.Cancer*, 1983, 47:383-386.
7. ARMSTRONG, B. - Endocrine factors in human carcinogenesis. *IARC Sci Publ*, 1982, 39:193-221.
8. TOOHILL R.J.; LEHMAN R.H.; GROSSMAN T.W. - Adenoid cystic carcinoma of the submaxillary gland. *Laryngoscope*, 1982, 92:497-501.
9. AFIFY, A. ; BLAND, K. I.; MARK, H. F. - Fluorescent in situ hybridization assessment of chromosome 8 copy number in breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 1996, 38(2):201-208.

Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2b - Relato de três casos e revisão de Literatura

Multiple endocrine neoplasm type 2b - Report of three cases and review of the literature

Cícero de A. Urban (1); Beatriz G. Sluminsky (2); Linei A. B. Dellê (3); Antonio M. Cury (4); José G. R. Carvalho (5); Calixto A. Hakim Neto (6).

RESUMO

Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2B (NEM-2B) é uma síndrome incomum, herdada de forma autossômica dominante e com penetrância variável.

Múltiplos órgãos são envolvidos, mas com uma tríade predominante de carcinoma medular de tireóide, feocromocitoma e ganglioneuromas do trato gastrointestinal. A maioria dos pacientes tem fácies característica, composta por eversão e alargamento dos lábios e eversão das pálpebras por neuromas mucosos.

Os autores relatam três casos de NEM-2B, sendo dois do sexo masculino, com idade média de 15,9 anos. A manifestação clínica inicial em todos os casos foi crescimento de massa cervical em topografia de tireóide e hábito marfanóide.

Foram submetidos a tireoidectomia total, com esvaziamento cervical bilateral por carcinoma medular de tireóide. Um paciente apresentou feocromocitoma quatro anos após o diagnóstico de tumor de tireóide, sendo submetido a laparotomia com excisão do tumor.

Um paciente evoluiu a óbito 2,5 anos após o diagnóstico e os outros dois encontram-se livres de doença, com uma média de acompanhamento ambulatorial de um ano, apesar do teste de calcitonina positivo em um dos casos.

PALAVRAS CHAVE: carcinoma medular de tireóide, feocromocitoma, neoplasia endócrina múltipla.

1 e 4. Médicos Residentes do Serviço de Oncologia Cirúrgica do Hospital Nossa Senhora das Graças.

2 e 3. Acadêmicas de Medicina e Estagiárias do Hospital Nossa Senhora das Graças.

5. Médico Nefrologista do Hospital Nossa Senhora das Graças e Professor da disciplina de Nefrologia da UFPR.

6. Médico Oncologista e Chefe do Serviço de Oncologia Cirúrgica do Hospital Nossa Senhora das Graças.

Serviço de Oncologia Cirúrgica do Hospital Nossa Senhora das Graças - Curitiba - Pr.

Endereço para correspondência: Cícero de Andrade Urban, MD. Oncoclínica: Rua Rosa Saporki, 320 - CEP 80410-030 - Mercês - Curitiba - Paraná. Tel (041) 335-3300.

SUMMARY

Multiple Endocrine Neoplasia type IIb (MEN-IIb) is an uncommon syndrome inherited in an autosomal dominant pattern, with 100% penetrance and variable expression.

This syndrome is marked by the presence of medullary thyroid carcinoma, pheochromocitoma, and diffuse ganglioneuromatosis of the gastrointestinal tract. Patients have a characteristic facies and marfanoid habitus. The authors report three cases of MEN-IIb, two of them are male, with 15,9 years on average.

The first clinical expression in all the cases was the growing cervical mass on the site of the thyroid place and marfanoid habitus. The patients underwent total thyroidectomy with bilateral neck dissection for medullary thyroid carcinoma.

One patient had pheochromocitoma four years after the diagnosis of the thyroid tumor, and underwent surgical treatment. One patient died 2,5 years after diagnosis, and the others are free of illness one year after diagnosis.

KEY WORDS: *medullary carcinoma of thyroid, pheochromocitoma, multiple endocrine neoplasia.*

INTRODUÇÃO

Três síndromes distintas de Neoplasia Endócrina Múltipla são conhecidas: tipo 1 ou Síndrome de Wermer, tipo 2 ou Síndrome de Sipple e tipo-2B ou 3, também conhecido como Síndrome dos Neuromas Mucosos Múltiplos⁽¹⁾. Todas elas são herdadas por padrão autossômico dominante com penetrância incompleta e expressão variável^(2,3).

A Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2B (NEM-2B) se caracteriza por feocromocitoma, carcinoma medular de tireóide, alterações da função gastrointestinal e um fenótipo típico. Sua incidência é baixa, sendo difícil detectar a síndrome em um estágio precoce^(3,4,5). Contudo, o diagnóstico precoce pode salvar estes pacientes, assim como o *screening* familiar permite detectar novos pacientes. O objetivo deste trabalho é apresentar os achados clínicos, anátomo-patológicos e evolutivos de três pacientes portadores de NEM-2B, com revisão de literatura, sendo que apenas sete casos foram previamente relatados na literatura latino-americana.

RELATOS DE CASOS

CASO 1: Paciente do sexo masculino, 18 anos, estudante, com história nódulo na região cervical anterior há quatro meses.

Ao exame físico apresentava-se com hábito marfanóide (longilíneo, aracnodactilia, lábios grossos e macroglossia), linfonodos palpáveis em região jugular alta bilateral (o maior medindo 2x1 cm, superfície lisa, não aderidos a profundidade, indolores e de consistência

elástica), além de nódulo palpável em lobo direito de tireóide, de 1,5 cm de diâmetro. A cintilografia revelou um nódulo hipocaptante.

A ecografia de tireóide mostrou aumento de lobo direito com áreas nodulares, sendo uma delas dominante (37x30x19 mm), nódulo calcificado em lobo esquerdo e gânglios cervicais posteriores ao polo inferior da tireóide e laterais à jugular, em terço superior.

A punção aspirativa de tireóide foi positiva para malignidade, condizente com carcinoma medular. Ecografia e tomografia abdominais foram normais. Dosagem de metanefrinas urinárias foi de 0,51 mg/g de creatinina e do ácido vanilmandélico 26,4 mg/dia de urina (valor normal de referência=<8mg/dia). Foi então submetido à tireoidectomia total com esvaziamento cervical bilateral.

O exame anátomo-patológico revelou carcinoma medular de tireóide multicêntrico acometendo os lobos direito e esquerdo, com invasão angio-linfática e metástases para linfonodos do grupo paratraqueal, jugular direito e paraesofageano bilateral (estádio pT2, pN2, pM0).

Evoluiu bem no pós-operatório, tendo alta com uso de L-tiroxina (100 mcg/dia). No 22º dia pós-operatório, o Teste de Estímulo de Calcitonina (TEC) (6) após administração de cálcio endovenoso apresentava: valor basal = 2.301.4 pg/ml, dez minutos = 4.756.0 pg/ml, vinte minutos = 2.152.7 pg/ml e trinta minutos

= 2.433.0 pg/ml. No 175º dia de pós-operatório o TEC apresentava-se com: valor basal = 220.0 pg/ml, dez minutos = 291.0 pg/ml, vinte minutos = 335 pg/ml e trinta minutos = 348 pg/ml.

Com um ano de acompanhamento, em exame de rotina, notaram-se dois nódulos em região carotídea bilateral, indolores, de 2 cm de diâmetro. Foi submetido a ressecção cervical profunda bilateral, mas o exame anátomo-patológico revelou linfonodos com ausência de neoplasia.

Encontra-se bem, com um ano e dois meses de seguimento após o diagnóstico, apesar da positividade do teste calcitonina (Figura 01).

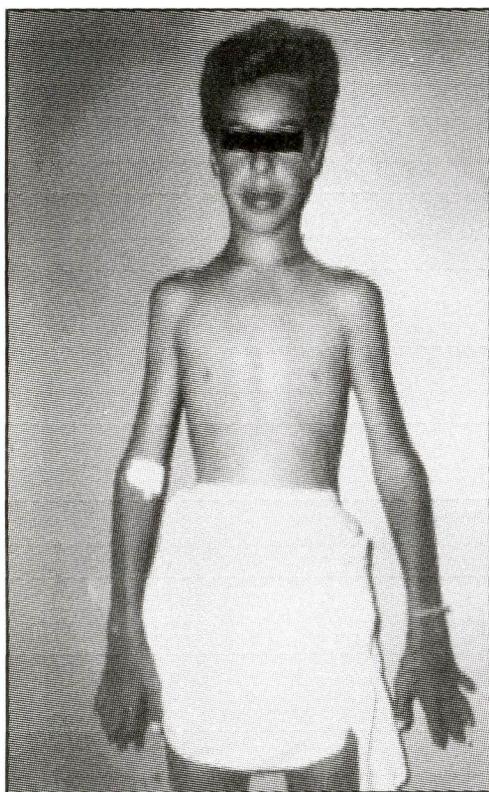


Figura 01 = Paciente do sexo masculino, com hábito marfanóide.

CASO 2: Paciente do sexo masculino, 14 anos, estudante, apresentando história de aumento de massa em região cervical anterior há três meses.

Ao exame físico presença de nódulo palpável de 2x2cm em região cervical anterior (topografia de tireóide), indolor, aderido à profundidade, com superfície irregular e consistência elástica, sem linfonodos palpáveis, além de lábio leporino, pálate em ogiva, neuromas em lábios e língua, hábito marfanóide, macroquelia e pé torto congênito à direita com desvio medial.

A cintilografia de tireóide mostrava múltiplos nódulos irregulares hipocaptantes bilateralmente.

A dosagem de ácido vanilmandélico era de 2,5 mg/24 horas. A biópsia aspirativa foi positiva para a malignidade. Foi submetido a tireoidectomia total com esvaziamento cervical bilateral, sendo laudo anatomo-patológico de carcinoma medular de tireóide.

Paciente evoluiu bem até quatro anos de seguimento, quando iniciou raros episódios de cefaléia (4/mês), sudorese ao se alimentar, palpitações, tremores durante exercícios, além de palidez (crises durando 2 minutos).

Ao exame físico continuava apresentando hábito marfanóide, pressão arterial de 110/62 mmHg (deitado) e 100/80 mmHg (sentado), freqüência cardíaca de 84 bpm, peso de 52,700 Kg e altura média de 1,79 metros. Fundoscopia foi normal e exame com lâmpada de fenda mostrou espessamento de nervos corneanos.

Os exames laboratoriais demonstravam: uréia sérica 32 mg/dl; creatina sérica 1,0mg/dl; glicemia 70 mg/dl; sódio sérico 142 mg/dl; potássio sérico 4,5 mg/dl; cálcio sérico 9,5 mg/dl fósforo sérico 4,5 mg/dl; volume globular 47,1%; hemoglobina 16,4 g/dl e ácido vanilmandélico de 13,5 mg/dia de urina (valor de referência=<8 mg/dia). Ecografia abdominal foi normal, porém estudo tomográfico demonstrou tumor de supra renal direita.

Foi submetido a adrenalectomia bilateral, por laparotomia xifo-pubiana, com laudo anatomo-patológico demonstrando feocromocitoma bilateral, com tumor à direita de 3,5x2,5x1,3 cm e à esquerda de 1x4x3 cm, além de hiperplasia medular difusa e nodular.

Evoluiu bem no pós-operatório, recebendo alta no décimo dia de internamento. Após seis meses, submeteu-se a cirurgia plástica por hipertrofia de lábio inferior, com boa recuperação.

Após dois anos, em exame de rotina, foram detectadas áreas nodulares em fígado, compatíveis com metástases, evoluindo para o óbito 2,5 anos após o diagnóstico.

CASO 3: Paciente do sexo feminino, 13 anos, estudante, com queixa de crescimento progressivo de tumor em região cervical anterior há oito meses e de linfonodomegalia

pré-auricular há um mês.

Ao exame físico notava-se um nódulo palpável em lobo esquerdo de tireóide, de 2,5x2cm, aderido a profundidade, com consistência pétreo, indolor e superfície nodular. Linfonodomegalia era palpável em região cervical bilateral (níveis II e III), o maior medindo 1,5x1cm, não aderidos a profundidade, indolores, superfície lisa e consistência pétreo; a paciente apresentava, ainda hábito marfanóide.

Realizou-se punção de tireóide, com resultado de carcinoma medular. Foi submetida à tireoidectomia total com esvaziamento cervical bilateral.

O exame anátomo-patológico revelou carcinoma medular de tireóide, variante clássica, com linfonodos do grupo jugular médio direito e pré-traqueal comprometidos.

Paciente evoluiu bem no pós-operatório, encontrando-se sem evidência de doença após oito meses de seguimento, em uso de L-tiroxina (100 mcg/dia) (Figura 02).

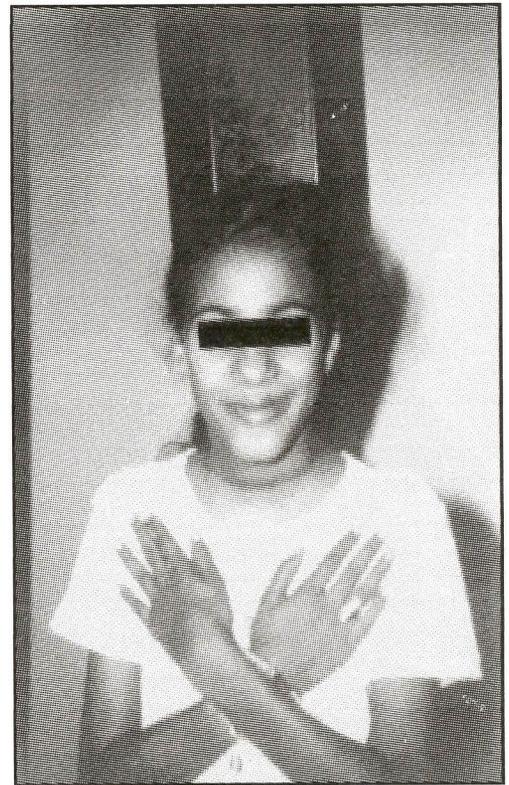


Figura 02 = Paciente do sexo feminino com hábito marfanóide.

COMENTÁRIOS

A Neoplasia Endócrina Múltipla consiste em uma predisposição familiar ao desenvolvimento de tumores em várias glândulas endócrinas, tanto metácronos quanto síncronos. A Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 1 (NEM-1) ou Síndrome de Wermer consiste na associação de transformação neoplásica das paratireóides, da hipófise e das células das ilhotas pancreáticas. Adenomas de adrenal e de tireóide também podem ocorrer.

Apresenta padrão de transmissão autossômico dominante com aproximadamente 100% de penetrância⁽¹⁾. A Neoplasia Endócrina Múltipla tipo 2 (NEM-2) é uma síndrome na qual a tireóide, as paratireóides e as adrenais são acometidas por hiperplasia ou tumor. É transmitida por padrão autossômico dominante, com penetrância incompleta e expressão variável^(2,4). Desta forma, homens e mulheres são igualmente afetados e nem todos os componentes da síndrome precisam necessariamente estar presentes⁽¹⁾.

Sipple, em 1961, foi o primeiro a ressaltar a relação entre carcinoma medular de tireóide (CMT) e feocromocitoma⁽⁷⁾. Relatos posteriores de Williams⁽⁸⁾ e Steiner⁽⁹⁾

conduziram à caracterização da NEM 2, composta por CMT, feocromocitoma bilateral e hiperparatireoidismo. Durante a década de 70, o reconhecimento de diversos traços extra-endócrinos entre um subgrupo de pacientes com NEM 2 possibilitou a distinção entre NEM-2A e NEM-2B. O termo NEM-2B (formalmente NEM 3) diz respeito a pacientes afetados por CMT e feocromocitoma, cujo fenótipo encontra-se alterado pela presença de hábito marfanóide, alterações musculoesqueléticas e neuromas mucosos^(1,10). As paratireóides raramente são envolvidas⁽¹¹⁾.

A entidade mais importante da tríade (CMT, feocromocitoma e neuromas mucosos), o CMT, está presente em 80%-100% dos pacientes com NEM-2B. É derivado das células C da tireóide e corresponde a aproximadamente 10% das neoplasias tireoideanas⁽¹²⁾. A apresentação clínica do CMT familiar (associado a NEM-2A/B ou isolado) é semelhante àquela no CMT esporádico, ou seja, um nódulo uni ou bilateral que, quando biopsiado, mostra alterações características de CMT. A confirmação do diagnóstico é realizada através da imunohistoquímica para calcitonina e antígeno carcino-embrionário. Quando associado com

NEM-2B, acredita-se que o CMT é mais agressivo do que nas formas esporádicas ou nas concomitantes a NEM-2A ^(10,13,14). Estudos recentes sugerem que o curso natural do CMT na NEM-2B é comparável ao encontrado na NEM-2A ^(14,15). A única diferença no prognóstico é a idade mais precoce em que ele se desenvolve no NEM-2B, ao redor da segunda década de vida ⁽¹⁵⁾. O tratamento preconizado para pacientes portadores de CMT é a tireoidectomia total com linfadenectomia cervical central, desde a veia inonimada até superiormente ao osso hióide, assim como entre as veias jugulares internas ⁽¹⁴⁾. A radioterapia não é indicada como tratamento adjuvante, contudo tem sido utilizada como tratamento paliativo em casos de dor decorrente de metástase óssea. A quimioterapia, por sua vez, tem indicação quando há ausência de resposta a outras medidas terapêuticas, e a combinação mais usada é a de adriamicina, cisplatina e etoposide ⁽¹⁶⁾. O feocromocitoma ocorre em 30%-50% dos pacientes com NEM-2B. A idade média do aparecimento é ao redor dos 32 anos, sendo que em 63% dos casos, surge depois do CMT ^(2,17). Desta forma, o feocromocitoma constitui-se em causa pouco freqüente de óbito nesses pacientes (cerca de 25% dos casos de NEM-2B), enquanto nos pacientes com NEM-2A ocorre em 74% dos casos ^(17,18,19). No caso 2 houve o aparecimento do feocromocitoma precocemente, aos 18 anos de idade, quatro anos após o diagnóstico do CMT.

Associado ao CMT e ao feocromocitoma, completando a apresentação clínica desta síndrome, estão as características fenotípicas patognomônicas do NEM-2B. Dentre estas características, as alterações musculoesqueléticas, conhecidas como síndrome "Marfan-like", são encontradas em até 95% dos pacientes. É representada por hábito astênico e diminuição da proporção entre o segmento superior e o inferior do corpo, aracnodactilia, palato alto e arqueado, envergadura aumentada dos braços, peito escavado, cifoescoliose, entre outros ^(1,3). Contudo, o deslocamento dos ligamentos do cristalino e as alterações cardiovasculares, encontradas na síndrome de Marfan, não estão presentes em pacientes NEM-2B ^(1,15). Além do hábito marfanóide, existem traços faciais característicos, que incluem alargamento e eversão dos lábios por nódulos amarelo-esbranquiçados, os quais podem aparecer nas mucosas bucais e gengivais. Estas lesões, chamadas de neuromas mucosos, consistem de entrelaçamentos não-encapsulados de fibras nervosas espessas,

envolvendo primeiramente os lábios e a língua, conforme descrito anteriormente. Podem acometer também narinas e laringe ^(20,21). Achados oculares são encontrados entre eles, nodularidade e eversão das pálpebras por neuromas da placa tarsal, diminuição da acuidade visual por nervos corneais espessados ⁽¹⁾. O envolvimento gastrointestinal é caracterizado por ganglioneuromatose dos plexos mioentéricos e submucosos do esôfago, estômago, intestino delgado e cólon, podendo ocasionalmente lesar o pâncreas, vesícula biliar e apêndice ^(20,21). Os sintomas mais comuns, referentes ao comprometimento do aparelho digestivo são: constipação crônica e diarreia crônica, os quais aparecem em idades precoces ^(13,20,21). Disfagia, vômitos e dor abdominal também têm sido relatados ⁽¹⁹⁾, assim como falhas no crescimento ^(1,20) e puberdade retardada ⁽¹⁵⁾. Em uma série de 16 pacientes, quinze apresentaram sintomas gastrointestinais. Tais sintomas estavam presentes ao nascimento ou logo após em dez pacientes, e apareceram antes da doença endócrina em 14 dos 16 pacientes ⁽²¹⁾. Portanto, os sintomas gastrointestinais são importantes no diagnóstico precoce desta síndrome. Nos três casos relatados não houve sintomas gastrointestinais.

O acompanhamento familiar para NEM 2 deve ser considerado em todos os casos de CMT, mesmo na doença esporádica, devido à penetrância incompleta do gene dessa síndrome com que a história familiar pode ser negativa ⁽¹⁾. Está indicada uma avaliação anual de todos os indivíduos de uma família com risco de desenvolverem NEM 2 ^(1,22,23). O acompanhamento genético, recentemente executado pela pesquisa do proto-oncogene RET, permite a identificação dos portadores da doença, com quase 100% de sensibilidade ^(1,24,25). A mutação responsável pela síndrome NEM-2B é caracterizada por uma simples substituição de trionina por metionina, no códon 918 exon 16 do proto-oncogene RET ^(24,25,26). Os pacientes portadores desta mutação devem ser submetidos à tireoidectomia profilática, pois aproximadamente 90% deles desenvolverão CMT ^(22,23). O exame bioquímico para CMT é realizado pelo teste de provocação da calcitonina com pentagastrina ou cálcio, o qual deve ser realizado já no primeiro ano de vida, quando o CMT é associado a NEM-2B (1). Dois resultados alterados deste teste, apontam para a necessidade de tireoidectomia. Por outro lado, o acompanhamento para feocromocitoma deve ser feito em todos os pacientes com diagnóstico de CMT, pois geralmente o acometimento da

medula adrenal é diagnosticado depois da doença tireoidiana⁽²⁵⁾. Tal controle é realizado pela análise da epinefrina e pela relação epinefrina/norepinefrina na urina e através da pesquisa de catecolaminas no plasma ou soro, os quais encontram-se aumentados^(1,25). Atualmente, os exames de imagem como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e especialmente a tomografia com Iodo 131 metaiodobenzilguanidina (cuja sensibilidade é aproximadamente 100%) têm-se mostrado também úteis no diagnóstico precoce de feocromocitoma⁽²⁷⁾.

O prognóstico destes pacientes é variável, sendo que os óbitos são devidos ao CMT metastático ou ao feocromocitoma. O índice de sobrevivência para todas as formas de CMT é de 75% em 5 anos e de 60% em 10 anos^(12,28), sendo que os principais fatores que influenciam no prognóstico são o estadió clínico da doença e a

ressecabilidade cirúrgica da lesão^(22,28). Outros fatores que se relacionam ao prognóstico do CMT, considerados favoráveis são: sexo feminino, faixa etária precoce e CMT não associado com NEM-2B. Desta forma, enfatiza-se a necessidade de acompanhamento familiar cuidadoso e precoce seguido de terapia adequada, a fim de se melhorar o prognóstico dos pacientes portadores desta síndrome. Dos três pacientes relatados, um evoluiu para o óbito em consequência do carcinoma de tireóide metastático para pulmão e fígado, enquanto dois encontram-se em acompanhamento ambulatorial, sem evidência de doença, e um tempo médio de um ano de seguimento, apesar do teste de calcitonina positivo no caso 1. No caso 3, o acompanhamento demonstrou alteração no teste da calcitonina no pai, mas o mesmo recusou o tratamento. Os outros casos não apresentavam resultados alterados do teste da calcitonina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RAUE, F.; FRANK-RAUE, K.; GRAUER, A.- Multiple endocrine neoplasia type 2: Clinical features and screening. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 1994, 23:137-156.
2. WHITE, M.P.; GOEL, K.M.; CONNOR, J.M.; et al.- Mucosal neuroma syndrome- a phenotype for malignancy. *Arch Dis Child*, 1985, 60:876-877.
3. WOHLK, N.; COTE, G.J.; EVANS, D.B.; et al.- Application of genetic screening information to the anagement of medullary thyroid carcinoma an multiple endocrine neoplasia type 2. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 1996, 25:1-25.
4. GOUDET, P.; ROGISSART, F.; PETIT, J.M.; et al.- Facteurs pronostiques de survie des cancers médullaires de la thyroide. *Ann Chir*, 1996, 50:23-29.
5. LEDGER, G.A.; KHOSLA, S.; LINDOR, N.M.; et al.- Genetic testing in the diagnosis and management of multiple endocrine neoplasia type II. *Ann Intern Med*, 1995, 122:118-124.
6. WELLS, S.A. Jr; BAYLIN, S.B.; GANN, D.S.; et al. - Medullary thyroid carcinoma: relationship of method of diagnosis to pathologic staging. *Ann Surg*, 1978, 188:377-383.
7. SIPPLE, J.H.- The association of pheocromocytoma wiyh carcinoma of the thyroid gland. *Am J Med*, 1961, 31:163-166.
8. WILLIAMS, E.D.- A review of 17cases of carcinoma of the thyroid and pheocromocytoma. *J Clin Pathol*, 1965, 18:288-292.
9. STEINER, A.L.; GOODMAN, A.D.; POWERS, S.R.- Study of a kindred with pheocromocytoma, medullarythyroid carcinoma, hyperparathyroidism and Cushing's disease: multiple endocrine neoplasia, type 2. *Medicine*, 1968, 47:371-408.
10. O'RIORDANI, D.S.; O'BRIEN, T.; CROTTY, T.B.; et al.- Multiple endocrine neoplasia type 2B: More than an endocrine disorder. *Surgery*, 1995, 118:936-942.
11. TROYE, L.; KARNAILLE, B.; KUIEVREUX, J.L.; et al. - Late outcome 302 consecutive patients with multiple gland enlargement in primary hyperparatyroidism treated by conservative surgery. *Word J Surg*, 1998, 22:526-529.
12. UTIGER, R.D. - Medullary thyroid carcinoma, genes and the prevention of cancer. *New Eng J Med*, 1994, 331:870-871.
13. NORTON, J.A.; FROOME, L.C.; FARRELL, R.E.; et al.- Multiple endocrine neoplasia type II B: The most aggressive form of medullary thyroid carcinoma. *Surg Clin North Am*, 1979, 59:109-118.

14. O'RIORDANI, D.S.; O'BRIEN, T.; WEAVER, A.L.; et al.- Medullary thyroid carcinoma in multiple endocrine neoplasia types 2A and 2B. *Surgery*, 1994, 116:1017-1023.
15. VASEN, H.F.A.; VAN DER FELTZ, M.; RAUE, F.; et al.- The natural course of multiple endocrine neoplasia type 1b: A study of 18 cases. *Arch Intern Med*, 1992, 152:1250-1252.
16. PONDER, B.A. - Medullary carcinoma of the thyroid. In: Peckhann M, Pinedo H, Veronesi U. *Oxford Textbook of Oncology*. New York: *Oxford Medical Publications*, 1995, 2110-2122.
17. MODIGLIANI, E.; VASEN, H.M.; RAUE, K.; et al.- Pheochromocytoma in multiple endocrine neoplasia type 2: European study. *J Intern Med*, 1995, 238:363-367.
18. LEE, J.E.; CURLEY, S.A.; GAGEL, R.F.; et al. - Cortical-sparing adrenalectomy for patients with bilateral pheochromocytoma. *Surgery*, 1996, 120:1064.
19. GAGNER, M.; BRETON, G.; PHARAND, D.; et al. - IS laparoscopic adrenalectomy indicated for pheochromocytomas? *Surgery*, 1996, 120:1076.
20. GRIFFITHS, A.M.; MACK, D.R.; BYARD, R.W.; et al.- Multiple endocrine neoplasia type 1b: An unusual cause of chronic constipation. *J Ped*, 1995, 116:285-288.
21. CARNEY, J.A.; GO, V.L.W.; SIZEMORE, G.W.; et al.- Alimentary tract ganglioneuromatosis: A major component of the syndrome of multiple endocrine neoplasia type 2b. *New Eng J Med*, 1976, 295:1287-1291.
22. CLARK, O.H. What's new in endocrine surgery. *J Am Coll Surg*, 1997, 184:126.
23. PACINI, F.; ROMEI, C.; MICCOLI, P.; et al.- Early treatment of hereditary medullary thyroid carcinoma after attribution of multiple endocrine neoplasia type 2 gene carrier status by screening for ret gene mutations. *Surgery*, 1995, 118:1031-1035.
24. DONIS-KELLER, H.- The ret proto-oncogene and cancer. *J Intern Med*, 1995, 238:319-25.
25. MULLIGAN, L.M.; MARSH, D.J.; ROBINSON, B.G.; et al.- Genotype-phenotype correlation in multiple endocrine neoplasia type 2: report of the international ret mutation consortium. *J Intern Med*, 1995, 238:343-346.
26. ANDERSON, R.J.; LYNCH, H.T.- Familial neuroendocrine tumors as a model of hereditary cancer. *Curr Opin Oncol*, 1997, 9:45-54.
27. VELCHIK, M.G.; ALAVI, A.; KRESSEL, H.Y.; et al.- Localization of pheochromocytoma: MIBG, CT and MRI correlation. *J Nucl Med*, 1989, 30:328-333.
28. SCOPSI, L.; SAMPIETRO, G.; BORACCHI, P.; et al.- Multivariate analysis of prognostic factors in sporadic medullary carcinoma of the thyroid: a retrospective study of 109 consecutive patients. *Cancer*, 1996, 78:2173-2183.

Revista Brasileira de Cancerologia

Visite o nosso site:

www.inca.org.br/rbc/index.html



1999

ABRIL

90th Annual Meeting of the American Association for Cancer Research

10 a 14 de abril
AACR, Philadelphia, PA, USA
Fax: +1 215 440 9313
e-mail: aacr@aacr.org

Câncer de Mama - Quando e Como Fazer a Reconstrução Mamaria

12 de abril
Centro de Estudos da Ass. Med. Hosp. Samaritano
Oncad – Grupo de Cirurgia Oncológica
Tel: (011) 3824-5161 São Paulo – SP

UICC - The Team Approach to Cancer Management - Antwerp, Belgium

15 a 18 de abril
For further meeting information, please contact:
Mr A. J. Tumbull, Executive Director
UICC, 3 rue Conseil Général, 1205 Geneva - Switzerland
Tel: (+41 22 809 18 11) - Fax: (+41 22 809 18 10)
E-mail: info@uicc.org - URL: <http://www.uicc.ch>

II Curso de Acessos Vasculares Para Quimioterapia

Hospital do Câncer A .C. Camargo
16 a 17 de abril
São Paulo – SP
Tel: (011) 242-5078
Fax: (011) 242-5098

2º Simpósio – A Enfermeira e o Controle da Dor na Criança

17 de abril
São Paulo – SP
Fax: (011) 3066-7546
e-mail: secolise@usp.br

3rd International Astic Cancer Congress

27 a 30 de abril
Seoul, Korea
Young-Jae Mok, M.D.
IGCC Secretariat
Dept. of Surgery, Guru Hospital
Korea University College of Med.
#80, Guru-Dong, Guru-Ku,
Seoul 152-703, Korea

MAIO

35th Conference of the American Society of Clinical Oncology

15 a 18 de maio
Atlanta – GA
USA
Fax: 1 312 644 8557

2nd World Conference for Cancer Organizations

19 a 23 de maio
Lee DeSandre, American Cancer Society,
Atlanta, GA, USA
Fax: +1 404 728 0133
e-mail: Idesandr@cancer.org

IV Congresso Brasileiro de Câncer Bucal

27 a 29 de maio
Hospital A.C. Camargo
São Paulo – SP
Tel: (011) 242-5078
Fax: (011) 242-5098
www.apcd.org.br

JUNHO

7th International Conference on Malignant Lymphoma

02 a 05 de junho
F. Cavalli, Ospedale San Giovanni,
Bellinzona, Switzerland
Fax: +41 91 820 90 44
e-mail: lymphcon@dial.eunet.ch

22º Congresso Brasileiro de Patologia

02 a 06 de junho
Curitiba – PR
Fax: (041) 335-6192

2º Curso de Atualização em Câncer Cutâneo

05 e 12 de junho
Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica
R. do Rezende, 128
Rio de Janeiro – RJ
Tel: (021) 242-1122
Fax: (021) 221-7983

Simpósio Internacional - Mastologia 1999

11 e 12 de junho
São Paulo – SP
Centro de Estudos Avançados em Ginecologia
Hospital das Clínicas
(011) 3069-6207 e 853-8825

III Simpósio Internacional do estudo e Tratamento da Dor

11 a 13 de junho
HC/FMUSP
São Paulo – SP
Tel/Fax: (011) 283-4689
e-mail: uniprom@unisys.com.br

Bases da Biologia Molecular Aplicada em Câncer

14 de junho
Ass. Med. Hosp. Samaritano
Oncad – Grupo de Cirurgia Oncológica
São Paulo – SP
Tel: (011) 3824-5161

1st Milan Breast Cancer Conference

17 a 19 de junho
ESO European School of Oncology
Viale Beatrice d'Este 37
20122 Milan, Italy

Curso de Enfermagem – Atualização em Oncologia

19 de junho
Ass. Med. Hosp. Samaritano
Oncad – Grupo de Cirurgia Oncológica
São Paulo – SP
Tel: (011) 3824-5161

I Curso de Cirurgia Torácica do INCA

25 e 26 de junho
Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica
R. do Rezende, 128
Rio de Janeiro – RJ
Tel: (021) 242-1122
Fax: (021) 221-7983

2nd International Consultation on Prostate Cancer and Impotence

26 de junho a 02 de julho
S. Khoury, Clinique Urologique, Hôpital de la Pitié
Paris, France
Fax: +33 1 42 17 71 22
e-mail: sprkhour@pratique.fr

JULHO

II Simpósio Internacional de Câncer Hepatobiliar

09 e 10 de julho
Instituto Nacional de Câncer
Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica
R. do Rezende, 128
Rio de Janeiro – RJ
Tel: (021) 242-1122
Fax: (021) 221-7983

III Congresso Brasileiro de Tumores Ósseos e de Partes Moles e I Simpósio Latino-Americano de Cirurgia Oncológica

15 a 17 de julho
Hosp. do Câncer A . C. Camargo
São Paulo – SP
Tel: (011) 242-5078
Fax: (011) 242-5098

XXV Curso Teórico e Prático de Coloscopia e Citopatologia do Trato Genital Inferior

19 a 23 de julho

EPM-GEGIN

Tel: (011) 565-7215/ 575-3628/ 548-2740

e-mail: jedetto@uol.com.br

AGOSTO

I Curso de Fisioterapia Aplicado à Oncologia

07 a 08 de agosto

Instituto Nacional de Câncer

Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica

R. do Rezende, 128

Rio de Janeiro – RJ

Tel: (021) 242-1122

Fax: (021) 221-7983

Câncer do Estômago Diagnóstico e Tratamento do Câncer Avançado

09 de agosto

Ass. Med. Hosp. Samaritano

Oncad – Grupo de Cirurgia Oncológica

São Paulo – SP

Tel: (011) 3824-5161

II Workshop de Mastologia

21 de agosto

Hosp. do Câncer A. C. Camargo

São Paulo – SP

Tel: (011) 242-5078

Fax: (011) 242-5098

Iº Congresso Luso-Brasileiro de Cancerologia

21 a 24 de agosto

Vitória - Espírito Santo

SBC – Secretaria Executiva

R. Pará, 197 – Pituba

41927-000 – Salvador – BA

Tel: 071 240-4868

Fax: 071 248-9134

e-mail: socancer@lognet.com.br

9th World Congress on Pain

22 a 27 de agosto

IASP Secr., Seattle,

WA, USA

Fax: +1 206 547 1703

e-mail: IASP @ locke.hs.washington.edu

II Congresso Gaúcho de Clínica Médica

26 a 29 de agosto

Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Regional do Rio Grande do Sul

Gramado – RS

Tel: (051) 338-4344/ 338-4761

e-mail: abevents@plug-in.com.br

SETEMBRO

Sixth International Congress on Hormones and Cancer

05 a 09 de setembro

Jerusalem - Israel

P.O Box 50006

Tel Aviv 61500, Israel Tel: +972 3 514

0000

Fax: +972 3 514 0077 or 517 5674 or 517

2484

e-mail: hormones@kenes.com

I Curso de Fisioterapia em Linfedema

11 e 12 de setembro

Instituto Nacional de Câncer

Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica

R. do Rezende, 128

Rio de Janeiro – RJ

Tel: (021) 242-1122

Fax: (021) 221-7983

Ecco 10 - The European Cancer Conference

12 a 16 de setembro

FECS Conf. Unit,

Brussels, Belgium

Fax: +32 2 775 02 00

e-mail: ECCO10@fecsb.be

31st Meeting of the International Society of Pediatric Oncology (SIOP) and Meeting of the American Society of Pediatric Hematology/Oncology (ASPHO)

14 a 18 de setembro
Imedx, DG's Hertogenbosch
Netherlands
Fax: +39 75 641 4766

23rd National Congress of Societa Italiana di Chirurgia Oncologica

16 a 18 de setembro
L. Moggi, Policlinico
Monteluce, Perugia, Italy
Fax: +39 75 572 2097

XIII Congressos Integrados Latino-Americanos de Cancerologia (CILAG)

20 a 24 de setembro
J. J. Marinello, Cuban
Oncology Society, Havana, Cuba
e-mail: inor@informed.sld.cu

Seeking Excellence in Breast Cancer Care: Best Practices in Diagnosis and Treatment

30 de setembro a 02 de outubro
The Johns Hopkins Medical Institutions
525 N. Wolfe Street
Baltimore, MD 21205
Maryland
Tel: 410 614 1978

OUTUBRO

3^o Simpósio Nacional de Cancerologia dos Ex-Residentes Médicos do INCA - AERINCA

13 a 14 de outubro
Auditório Nobre Moacyr Santos Silva
8^o andar – Instituto Nacional de Câncer
Rio de Janeiro – RJ
Tel: (021) 242-1122 ramal 2406 ou 2412
Fax: (021) 242-2310

Câncer de Próstata

18 de outubro
Ass. Med. Hosp. Samaritano
Oncad – Grupo de Cirurgia Oncológica
São Paulo – SP
Tel: (011) 3824-5161

II Simpósio Internacional de Mastologia e I Curso Avançado em Cirurgia de Mama

27 a 29 de outubro
Hospital de Clínicas
Porto Alegre - RS
Plenarium Org. Congressos
Fax: (051) 311-2578/ 311-9456

NOVEMBRO

XXVII Congresso Brasileiro de Urologia

14 a 18 de novembro
Riocentro – Rio de Janeiro – RJ
JZ Congressos
Tel: (021) 286-2846
Fax: (021) 537-9134
e-mail: br-uro99@jz.com.br
www.jz.com.br-uro99.htm

Curso Avançado de Oncologia Pediátrica

Publicação do Registro Hospitalar de Câncer Pediátrico
16 a 19 de novembro
Hospital A.C. Camargo
R. Prof. Antonio Prudente, 211
Tel p/ informações: (011) 242-5098

Jornada Científica Comemorativa 40 anos da 3^a Enfermaria da Sta. Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

22 e 23 de novembro
Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Tel: (021) 220-0660/ 220-1028

**26th Annual Scientific Meeting
Clinical Oncological Society of
Australia**

24 a 26 de novembro
Clinical Onc. Soc. of Australia
Sydney, Australia
Fax: +61 2 935 6451

DEZEMBRO

**15th Asia Pacific Cancer
Congress**

05 a 08 de dezembro
15th APCC Secretariat,
Cancer Inst., (W/A),
Madras, India
Fax: +91 44 491 2085

**XV Asia Pacific Cancer
Conference (APCC)**

12 a 15 de dezembro
Chennai (Madras), India
Cancer Institute (WIA) (Annexe)
18, Sardar Patel Road
Chennai – 600 036, India
Tel: 91 44 2350131/ 91 44 2350241
Fax: 91 44 4912086
e-mail: Canist@md2.vsnl.net.in

2000

FEVEREIRO

**Segundo Encuentro
Iberoamericano de revistas
Culturales**

7 A 9 de fevereiro
Casa de las Americas
Calle 3ra. Esq. G El Vedado
La Habana 4 CP 10400
Cuba
Tel: 552706 al 9
Fax: 334554/ 327272
e-mail: casa@artsoft.cult.cu

MAIO

1st Intercontinental of Pathology

01 a 06 de maio
Ilha da Madeira – Portugal

AGOSTO

**1st Interdisciplinary World
Congress on Spinal Surgery**

27 de agosto a 01 de setembro
Bundesalle 56
D-10715 Berlin – Alemanha
+49 30 8445 25 31
e-mail: neurochirurgie@medizin.fu-berlin.de

SETEMBRO

UICC Interim Council Meeting

05 a 07 de setembro
International Union Against
Cancer (UICC), Geneve, Switzerland
Fax: +41 22 809 18 10
e-mail: direction@uicc.ch

**UICC Conference on Cancer
Control Issues in the Year 2000**

08 a 09 de setembro
Dr. G. P. Murphy, Cancer
Res. Center, Northwest
Hosp. Pacific Northwest
Cancer Foundation
Seattle, WA, USA

**UICC Cancer Control
Assessment Meeting. Did the
year 2000 measure up?**

Seattle, Washington

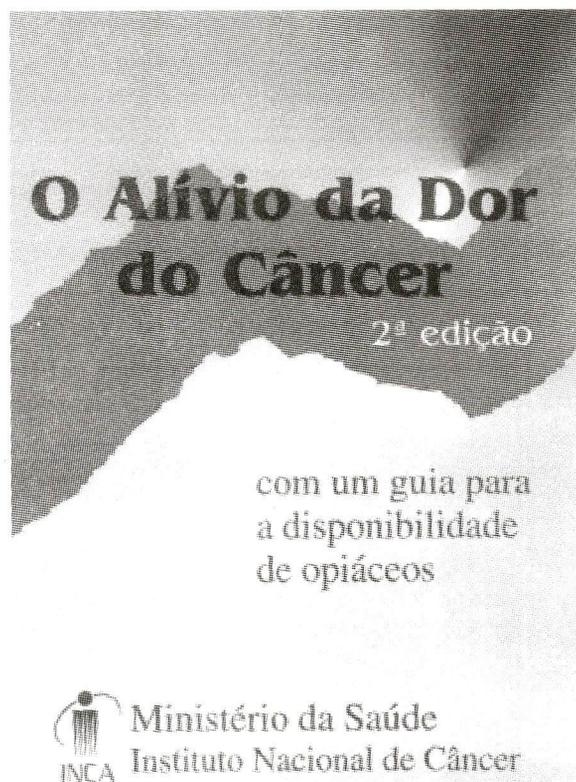
NOVEMBRO

**16º Congresso Brasileiro de
Citopatologia**

01 a 05 de novembro
Belo Horizonte – MG

**XV Congresso Brasileiro de
Cancerologia**

26 a 30 de novembro
Salvador - BA



O INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER lançou *O Alívio da Dor do Câncer*, tradução da segunda edição da obra da Organização Mundial de Saúde, editada em Inglês e publicada em 1996.

A primeira edição, de 1986, propôs o tratamento medicamentoso como a base para o controle da dor do câncer, método que passou a ser utilizado em muitos países e teve a sua eficácia largamente comprovada.

Esta nova edição incorpora muitos dos conhecimentos e práticas adquiridos nos dez anos de intervalo entre as duas edições, e inclui um guia que visa a facilitar a disponibilidade de opiáceos.

O Instituto Nacional de Câncer espera que *O Alívio da Dor do Câncer* contribua decisivamente para que os pacientes brasileiros também se beneficiem de uma adequada prescrição de analgésicos, somando-se aos que com esta já contam, em todo o mundo.

Para maiores informações, contate:
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
CSTO – Centro de Suporte Terapêutico Oncológico
R. Visconde de Santa Isabel, 274, A - Vila Isabel
20570-120 - Rio de Janeiro – RJ
Tel. e fax: (021) 577-9553
Email: csto@inca.org.br

Atualização Científica

Responsável
Luiz Eduardo Atalécio

Esta seção tem por objetivo divulgar os resumos dos mais recentes artigos publicados na literatura mundial a respeito da epidemiologia, prevenção, diagnóstico, estadiamento, tratamento e prognóstico do câncer. Caso o colega deseje receber separatas dos artigos referidos (máximo cinco) assinale suas opções com um X e envie para:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Coordenadoria de Ensino e Divulgação Científica

Rua do Rezende, 128 - Centro

20231-092- Rio de Janeiro - RJ

Fone: (021) 242-1122 (ramal 2396)

Fax: (021) 221-7983

E-mail: rbc@inca.org.br

Endereço para a remessa do material:

Nome completo:

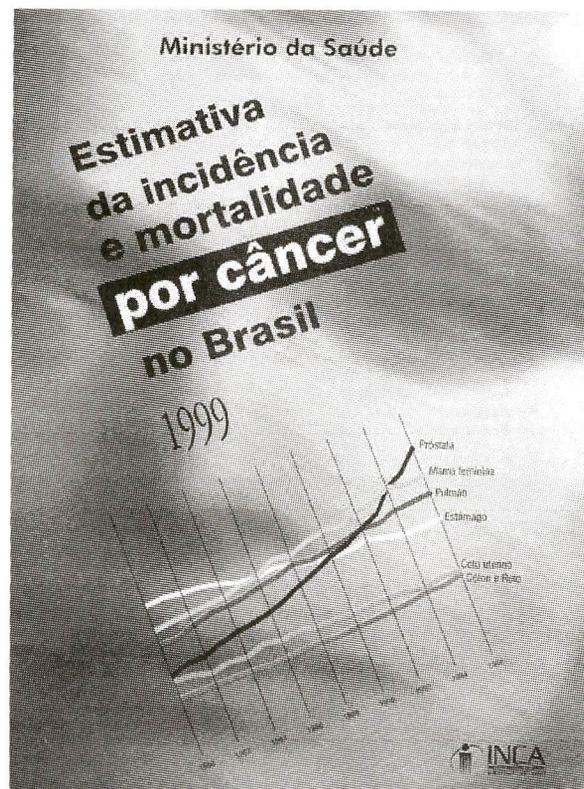
Endereço:

Número: Ap, sala, grupo etc:

CEP: Cidade: Estado:

Desejo receber separata dos artigos assinalados:

Trabalhos nº	<input type="checkbox"/> 27/01	<input type="checkbox"/> 27/02	<input type="checkbox"/> 27/03	<input type="checkbox"/> 27/04	<input type="checkbox"/> 27/05	<input type="checkbox"/> 26/06
	<input type="checkbox"/> 27/07	<input type="checkbox"/> 27/08	<input type="checkbox"/> 27/09	<input type="checkbox"/> 27/10	<input type="checkbox"/> 27/11	<input type="checkbox"/> 27/12
	<input type="checkbox"/> 27/13	<input type="checkbox"/> 27/14	<input type="checkbox"/> 27/15	<input type="checkbox"/> 27/16	<input type="checkbox"/> 27/17	<input type="checkbox"/> 27/18
	<input type="checkbox"/> 27/19	<input type="checkbox"/> 27/20	<input type="checkbox"/> 27/21	<input type="checkbox"/> 27/22	<input type="checkbox"/> 27/23	<input type="checkbox"/> 27/24
	<input type="checkbox"/> 27/25	<input type="checkbox"/> 27/26	<input type="checkbox"/> 27/27			



O Instituto Nacional de Câncer - INCA acaba de lançar a ***Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil - 1999***, que se destina a divulgar o número estimado de casos novos e dos óbitos por câncer que ocorrerão no país em 1999.

As fontes de dados utilizados nos cálculos foram as Estatísticas de Mortalidade do Brasil para os anos de 1980 a 1999, publicação do Ministério da Saúde também disponível na homepage/DATASUS/MS; os censos demográficos brasileiros de 1980, 1991 e a Recensagem Populacional de 1996 e as Estimativas Populacionais Para os Anos Inter-sensitórias divulgados pelo IBGE; e o Câncer no Brasil - Dados de Registros de Câncer de Base Populacional, volumes I e II, publicados pelo INCA em 1991 e 1995, com os dados atualizados e publicados dos Registros de Câncer Populacional em atividade no Brasil.

Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 1999

está disponível em forma de livreto e no home page do INCA:

<http://www.inca.org.br>

Para maiores informações, contate:
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância do Câncer
CONPREV

Rua dos Inválidos, 212 2º andar
20231 –020 Centro Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (021) 221 6652 Fax: (021)221 7006
Email: conprev@inca.org.br

Atualização Científica

27/01 – *Medical and Pediatric Oncology*, 31:506-511 (1998)

Subsequent Quality of Life for Children Irradiated for a Brain Tumor Before Age Four Years

Derek Jenkin, MB,^{1,2*} Cyril Danjoux, MD,^{1,2} and Clark Greenberg, MD¹

Background: We wanted to evaluate survival and functional morbidity following radiation treatment of brain tumors in children less than 4 years old.

Procedure: Outcome was evaluated for 222 children who were less than 4 years old when they were irradiated at University of Toronto Centres, 1958-1995. The status of the survivors with regard to focal neurological defects, vision, hearing, and education at last follow-up was recorded. In 23 adult survivors older than 21 years at last follow-up, information was obtained with regard to higher education, occupation, and living arrangements.

Results: The overall 10-year survival rate was 40%, not significantly different than the 45% for 776 4-16-years-olds with irradiated brain tumor treated at the same institutions. Forty-five percent of the survivors had no major focal neurological, visual, or hearing defects. There were no major differences in the frequencies of these criteria or of schooling between 0-2 and 2-4 year-olds. Among adult survivors, older than 21 at last follow-up, 26% successfully completed higher education, 31% were in full-time employment, and 37% had never been employed. For medulloblastoma the 5-year survivor rate was 61% for 30 children less than 3 years old and treated from 1975-1995. This compared favorably with recent reports of survival following primary chemotherapy with delayed or omitted radiation treatment.

Summary: Radiation treatment of child with a brain tumor was associated with cure in 1 of every 3 patients. Unfortunately, quality of life for many survivors was not good. Only 1 of every 3 adult survivors was able to have a normal life-style. This shortfall was the result of focal neurological defects, which were present from the time of first treatment, and of the long-term effects of radiation treatment.

Conclusions: The search for less toxic treatment remains appropriate, but is experimental and researchers must recognize that there may be a trade-off between morbidity and mortality.

Treatment of follicular lymphoma

Joseph M. Connors, MD, and Richard Klasa, MD

Follicular lymphoma is one of the most common neoplastic lymphoproliferative diseases encountered in the western world. Intensive scientific scrutiny has led to detailed understanding of the nature of the malignant cell and the specific genetic abnormalities, which are frequently encountered and likely to be etiologic. Clinical research focusing on the treatment of follicular lymphoma continues to reveal new insights into the natural history of the disease. Investigations reported during the past year have focused on a number of important issues with regard to the management of patients with the diseases.

Chemotherapy for ovarian cancer – a consensus statement on standard practice

M Adams¹, AH Calvert², J Carmichael³, PI Clark⁴, RE Coleman⁵, HM Earl⁶, CJ Gallagher⁷, TS Ganesan⁸, ME Gore⁹, JD Graham¹⁰, PG Harper¹¹, GC Jayson¹², SB Kaye¹³, JÁ Ledermann¹⁴, RJ Osborne¹⁵, TJ Perren¹⁶, CJ Poole¹⁷, JÁ Radford¹², GJS Rustin¹⁸, NL Slevin⁷, JF Smyth¹⁹, H Thomas²⁰ and PM Wilkinson¹²

¹Velindre Hospital, Cardiff; ²Newcastle General Hospital, Newcastle; ³City Hospital, Nottingham; ⁴Clatterbridge Centre for Oncology, Wirral; ⁵Weston Park Hospital, Sheffield, UK; ⁶Addenbrooke's Hospital, Cambridge; ⁷St Bartholomew's Hospital, London; ⁸Radcliffe Hospital, Oxford; ⁹Royal Marsden Hospital, London; ¹⁰Western General Hospital, Edinburgh; ¹¹Guy's Hospital, London; ¹²Christie Hospital, Manchester; ¹³Beatson Oncology Centre, Glasgow; ¹⁴University College Hospital, London; ¹⁵Poole General Hospital, Dorset; ¹⁶St James' University Hospital, Leeds; ¹⁷Queen Elizabeth Hospital, Birmingham; ¹⁸Mount Vernon Hospital, Middlesex; ¹⁹Bristol Royal Infirmary, Bristol; ²⁰Hammersmith Hospital, London

Background: The management of patients with ovarian cancer is a complex and evolving field. Optimal results from therapy are obtained when patients with ovarian cancer are treated by specialist multidisciplinary teams (Junor et al. 1994).

The earliest stages of ovarian cancer can be treated by surgery alone with excellent results. The majority of women with ovarian cancer have advanced disease at presentation and require chemotherapy as well as surgery to improve their quality of life and increase survival.

Addition of etoposide to CHOP chemotherapy in untreated patients with high-grade non-Hodgkin's lymphoma

F. Celsing,¹ S. Widell,¹ K. Merk,²⁺ P. Bernell,³ G. Grimfors,^{1 a} Hedlund,³ J. Liliemark,⁴ E. Svedmyr,⁴ E. Ösby¹ & M. Björkholm¹

¹Department of Hematology and Infectious Diseases, Karolinska Hospital; ²Department of Oncology, South Hospital Stockholm; ³Section of Hematology, Department of Medicine, Danderyd Hospital, Danderyd; ⁴Department of General Oncology, Karolinska Hospital, Stockholm; Sweden; ^adeceased

*See page 1217 for list of participating centers

Summary

Background: Second-and-third-generation chemotherapy protocols for the treatment of the aggressive non-Hodgkin's lymphomas (NHL) have considerable, and age-related, toxic effects. In addition, they not seem to prolong overall survival in comparison to standard CHOP chemotherapy. In phase II study we investigated the feasibility and efficacy of the addition of the etoposide to the conventional CHOP regimen.

Patients and methods: Toxicity and clinical efficacy were determined in 132 patients with previously untreated high-grade NHL. There were 51 patients in clinical stage I and II and 81 patients in stage III and IV, with a median age of 54 years (range 17-85). Patients received standard-dose CHOP plus etoposide 100 mg/m² i.v. on day and 200 mg/m² p.o. on days 2-3.

Results: The overall response rate was 84%, with 70% complete and 14% partial responses. The predicted tree- and five year survivals for the group as a whole were 60% and 53%, respectively, and the corresponding disease-free survivals for patients achieving complete remissions were 65% and 56%, respectively. Outcome was not different from that CHOP-treated patients in a recently completed Nordic study performed during the same time period. Myelosuppression (WHO grade 3-4), observed in 87% of patients and infectious complications (WHO grade 3-4) in 33%, dominated the toxicity profile of this regimen. Fifty-seven of 92 complete responders (62%) received 6-8 CHOP-E cycles with no reductions in planned dose intensity. LDH level higher than normal, extranodal sites = 2, stage III and IV at diagnosis were all indicators of a poor survival.

Conclusions: We conclude that CHOP-E treatment is effective in high-grade NHL. However, mainly due to severe myelosuppression frequent schedule modifications were required and the results are not obviously superior to those of conventional CHOP.

Key-words: chemotherapy, CHOP, etoposide, high-grade non-Hodgkin's lymphoma, risk factors.

Chemotherapy compared with autologous or allogeneic bone marrow transplantation in the management of acute myeloid leukemia in first remission

Peter A. Cassileth, M.D., David P. Harrington, Ph.D., Frederick R. Appelbaum, M.D., Hillard M. Lazarus, M.D., Jacob M. Rowe, M.D., Elisabeth Paietta, Ph.D., Cheryl Willman, M.D., David D. Hurd, M.D., John M. Bennett, M.D., Karl G. Blume, M.D., David R. Head, M.D., and Peter H. Wiernik, M.D.

Abstract

Background: In young adults with acute myeloid leukemia, intensive chemotherapy during the initial remission improves the long-term outcome, but the role of bone marrow transplantation is uncertain. We compared high-dose cytarabine with autologous or allogeneic marrow transplantation during the first remission of acute myeloid leukemia.

Methods: Previously untreated adolescents and adults 16 to 55 years of age who had acute myeloid leukemia received standard induction chemotherapy. After complete remission had been achieved, idarubicin (two days) and cytarabine (five days) were administered. Patients with histocompatible siblings were offered allogeneic marrow transplantation, whereas the remaining patients were randomly assigned to receive a single course of high-dose cytarabine or transplantation of autologous marrow treated with perfosfamide (4-hydroperoxycyclophosphamide). Oral busulfan and intravenous cyclophosphamide were used as preparative regimens for both allogeneic and autologous marrow transplantation. The end points were survival from the time of complete remission and disease-free survival.

Results: In an intention-to-treat analysis, we found no significant differences in disease-free survival among patients receiving high-dose chemotherapy, those undergoing allogeneic marrow transplantation, and those undergoing autologous marrow transplantation. The median follow-up was four years. Survival after complete remission was somewhat better after chemotherapy than after autologous marrow transplantation ($P=0.05$). There was a marginal advantage in terms of overall survival with chemotherapy as compared with allogeneic marrow transplantation ($P=0.04$).

Conclusions: A postinduction course of high-dose cytarabine can provide equivalent disease-free survival and somewhat better overall survival than autologous marrow transplantation in adults with acute myeloid leukemia.

A reduction in requirements for mastectomy in a randomized trial of neoadjuvant chemoendocrine therapy in primary breast cancer.

A. Makris, T. J. Powles, S.E. Ashley, J. Chang, T. Hickish, V.A. Tidy, A.G. Nash & H.T. Ford

Royal Marsden Hospital, Downs Road, Sutton, Surrey, UK

Summary

Background: A prospective randomized trial was undertaken to evaluate the role of neoadjuvant chemoendocrine therapy prior to surgery in primary operable breast cancer.

Patients and methods: Three hundred nine women (median age 56 years, range 27-70) with primary operable breast cancer confirmed on fine needle aspiration (FNA) cytology were recruited to this study. They were treated with a combination of mitoxantrone and methotrexate (+/- mitomycin-C) combined with tamoxifen (2MT). Patients received eight cycles of 2MT (four prior to surgery in the neoadjuvant group) and tamoxifen for five years with appropriate surgery and radiotherapy. The two groups were comparable for age, menopausal status, stage and surgical requirements.

Results: The clinical response rates to neoadjuvant therapy were as follows: 22% complete response (CR), 29% minimal residual disease (MRD), 33% partial response (PR), 15% no change (NC) and only two patients had clinical evidence of progressive disease. Surgical requirements were reduced from 31 patients (22%) of the adjuvant group having mastectomy to 14 (10%) in the neoadjuvant group ($P < 0.003$). At a median follow-up of 48 months (range 10-70 months) there is no statistically significant difference between the two groups in terms of local relapse, metastatic relapse or overall survival. Symptomatic and haematologic acute toxicity was low and similar for adjuvant and neoadjuvant therapy.

Conclusion: This randomized trial has shown a significant reduction in the surgical requirements for mastectomy, after treatment with neoadjuvant chemoendocrine therapy, with no deterioration in local or distal relapse.

Key words: breast cancer, chemotherapy, mastectomy, neoadjuvant, tamoxifen

ICON2: randomized trial of single-agent carboplatin against three-drug combination of CAP (cyclophosphamide, doxorubicin, and cisplatin) in women with ovarian cancer

The ICON Collaborators*

Summary

Background: A series of meta-analyses of randomized controlled trials raised the question of whether the three-drug combination of CAP (cyclophosphamide, doxorubicin, and cisplatin) was more or less effective than optimal-dose single-agent carboplatin for women with advanced ovarian cancer.

Methods: We carried out an international, multicentre, randomized trial to compare CAP with single-agent carboplatin in women with ovarian cancer requiring chemotherapy. 1526 patients were entered from 132 centres in nine countries. Analyses were by intention to treat.

Findings: 728 patients have died (368/766 allocated CAP vs 360/760 allocated carboplatin) and the survival curves show no evidence of a difference between CAP and carboplatin (hazard ratio 1.00 [95% CI 0.86-1.16]; $p=0.98$) The results indicate a median survival of 33 months and a 2-year survival of 60% for both groups. We found no evidence that CAP or carboplatin were more or less effective in different subgroups defined by age, stage, residual disease, differentiation, histology, and coordinating centre. CAP was substantially more toxic than carboplatin, causing more alopecia, leucopenia, and nausea. More thrombocytopenia occurred with carboplatin.

Interpretation: Single-agent carboplatin, with the dose calculated by the area-under-the-curve method, is a safe, effective, and appropriate standard of treatment for women with advanced ovarian cancer.

Tamoxifen in the Treatment of Breast Cancer

Alastair J.J. Wood, M.D., Editor
C. Kent Osborne, MD

Breast cancer is the most common cancer in women in the Western world. Because breast cancer is estrogen-dependent, reducing estrogen secretion by oophorectomy, hypophysectomy, or adrenalectomy can cause the cancer to regress. The need for these surgical procedures was reduced by the introduction of Tamoxifen, which acts as an antiestrogen by inhibiting the binding of estrogen to estrogen receptors. Tamoxifen was approved by the Food and drug Administration in 1977 for the treatment of women with advanced breast cancer and several years later for adjuvant treatment of primary breast cancer. ¹

Preliminary Report of the Asian-Oceania Clinical Oncology Association Randomized Trial Comparing Cisplatin and Epirubicin followed by Radiotherapy versus Radiotherapy Alone in the Treatment of Patients with Locoregionally Advanced Nasopharyngeal Carcinoma

Daniel T.T. Chua, M.B., Ch..B.¹; Jonathan S. T. Sham, M.D.¹; Damon Choy, M.B.B.S.¹; Virchan Lorvidhaya, M.D.²; Yupa Sumitsawan, M.D.²; SumitraThongprasert, M.D.³; Visoot Vootiprux, M.D.³; Arkom Cheirsilpa, M.D.⁴; Tahir Azhar, M.D.⁵; Ary H. Reksodiputro, M.D.⁶ and the Asian-Oceania Clinical Oncology Association Nasopharynx Cancer Study Group

Background: The aim of this trial was to compare the outcome achieved with neoadjuvant chemotherapy followed by radiotherapy to that achieved with radiotherapy alone for patients with locoregionally advanced undifferentiated or poorly differentiated nasopharyngeal carcinoma (NPC) meeting one of the following criteria: Ho's T3 disease, Ho's N2-N3 disease, or lymph node size ≥ 3 cm.

Methods: Between September 1989 and August 1993, 334 patients were enrolled in the study, with equal numbers of patients randomized to the neoadjuvant chemotherapy arm (CT arm) and the radiotherapy arm (RT arm). Neoadjuvant chemotherapy consisting of 2-3 cycles of cisplatin (60 mg/m² on Day 1) and epirubicin (110 mg/m² on Day 1) followed by radiotherapy was given to the CT arm. For radiotherapy, a dose of 66-74 gray (Gy) (median, 71 GY) was delivered to the primary tumor and 60-76 GY (median, 66 Gy) to the neck. Two hundred eight-six eligible patients completed the treatment and were evaluable for treatment response (134 in the CT arm, 152 in the RT arm). All patients were included in the survival analysis based on the intention to treat. The median follow-up was 30 months for the whole cohort and 41 months for the surviving patients.

Results: Analysis of the 334 patients based on the intention to treat showed no significant difference in relapse free survival (RFS) or overall survival (OS) between the 2 treatment arms (3-years RFS rate: 48% in the CT arm vs. 42% in the RT arm, $P = 0.45$; 3-year OS rate: 78% vs. 71%, $P = 0.57$). In an efficacy analysis based on only the 286 evaluable patients, a trend of improved RFS favoring the CT arm was observed (3-year RFS rate: 58% vs. 46%, $P = 0.053$), with again no significant difference in OS (3-year OS rate: 80% vs. 72%, $P = 0.21$). In the subgroup of 49 patients with bulky neck lymph nodes > 6 cm, improved RFS (3-year RFS rate: 63% vs. 28%, $P = 0.026$) and OS (3-year OS rate: 73% vs. 37%, $P = 0.057$) were observed, favoring the CT arm.

Conclusions: This multicenter randomized study did not demonstrate any benefit with the addition of cisplatin-epirubicin neoadjuvant chemotherapy for patients with locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma; therefore routine administration of neoadjuvant chemotherapy to this target group cannot be recommended. Although the overall incidence of recurrence was reduced with the addition of chemotherapy in the efficacy analysis, the overall survival was not affected. A more effective chemotherapy regimen, the selection of an appropriate target group, and the use of an alternative strategy for combining chemoradiotherapy should be explored in future trials. [See editorial on pages 2255-8, this issue.

Keywords: nasopharyngeal carcinoma, neoadjuvant chemotherapy, radiotherapy, relapse free survival, overall survival, recurrence, distant metastasis, cisplatin, epirubicin.

Surgery for gynecologic malignancies

Cynthia Bergman, MD, and Matthew Boente, MD

Surgery continues to play a primary role in the investigation and treatment of gynecologic neoplasia. Cold-knife conization is still preferable for diagnosis and treatment of more problematic preinvasive cervical lesions. Newer reconstructive techniques can improve quality of life in exenteration patients.

Efforts continue to reduce morbidity associated with vulvar surgery and groin node dissection. Accurate staging and maximum cytoreduction remain essential goals in primary surgery for ovarian cancers. The utility of secondary surgery for disease assessment or further treatment is controversial. Laparoscopy at present has a limited role in gynecologic oncology but may be useful for prophylactic oophorectomy in selected individuals.

Gliomas

I Cokgor¹, AH Friedman² and HS Friedman³

¹Department Of Medicine; ²Department of Surgery; and ³Department of Pediatrics, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina 27710, USA

Introduction

Central nervous system (CNS) tumors are the most common solid neoplasm of childhood and account for 20% of all malignancies in this age group. Gliomas constitute 40-60% of all childhood primary brain tumors [1]. Low-grade astrocytomas are the most common neoplasms of childhood glial tumors [2]. Astrocytomas are seen more frequently in the supratentorial compartment, although the cerebellar hemispheres are also a common site for astrocytoma [3]. High-grade gliomas also predominantly are in the supratentorial compartment, although brainstem gliomas are common malignancies arising in the infratentorial compartment. In this review we will discuss all histological types of pediatric gliomas including the different anatomical locations, treatment options and prognoses.

Screening for Prostate Cancer – More Questions than Answers

John B. W. Rietbergen and Fritz H. Schröder

From the Department of Urology, Erasmus University and Academic Hospital Rotterdam, The Netherlands

Correspondence to: Dr John B. W. Rietbergen, Department of Urology, Erasmus University and Academic Hospital Rotterdam, PO Box 2040, 3000 CA Rotterdam, The Netherlands. Fax: 31 10 463 5315

Whether prostate cancer screening should be applied to the male population or not, remains an extensively debated issue (1, 2). Reference can be made to the favorable results of breast cancer screening and the surprisingly unfavorable results of lung-cancer screening (3). Since 1993 the American Urological Association (AUA) and the American Cancer Society (ACS) have recommended annual prostate-specific antigen (PSA) testing and rectal examinations beginning at age 40 in men belonging to identifiable risk groups (4, 5). In most European countries, particularly in Northern Europe, routine application of screening procedures for prostate cancer is not accepted for a number of reasons: There is limited knowledge about the natural history of prostate cancer diagnosed at screening and the increasing gap between lifetime incidence and mortality suggests that there is a substantial risk of over-diagnosis and subsequent over-treatment. There is no reliable information on the effectiveness of treatment from randomized trials. The benefit of prostate cancer screening, in terms of reducing prostate-cancer-specific mortality, has not yet been shown. Adami and co-workers question whether even a randomized trial of screening for prostate cancer meets the ethical requirements (6). In this article the issues that fuel the prostate cancer screening debate are reviewed.

Is Chemotherapy Beneficial in the Treatment of Locoregionally Advanced Nasopharyngeal Carcinoma ?

James R. Wong, MD

Department of Radiation Oncology, Carol G. Simon Cancer Center, Morristown Memorial Hospital/Atlantic Health System, Morristown, New Jersey.

Nasopharyngeal carcinoma holds an important place in the debate regarding whether adjuvant chemotherapy is beneficial in the treatment of head and neck cancers. This is because 1) nasopharyngeal carcinoma is a very chemoresponsive tumor, and there are reports of long-standing complete responses for patients with distant metastasis who are given adequate chemotherapies;¹⁻³ 2) of all the squamous cell carcinomas of the head and neck, nasopharyngeal carcinoma has the highest incidence (30-40%) of distant metastasis;⁴ and 3) numerous retrospective or single-arm studies have reported excellent and promising results with the addition of chemotherapy in the treatment of nasopharyngeal carcinoma.⁵ Because the theoretic basis of neoadjuvant chemotherapy is to enhance locoregional control by tumor debulking or sensitizing the tumor to radiation and to decrease distant metastasis by treating occult micrometastasis, nasopharyngeal carcinoma appears to be the perfect head and neck malignancy for chemotherapy to display its potential, given the considerations just listed.

Controlled clinical trial of prophylactic cranial irradiation for patients with small-cell lung cancer in complete remission

Agnès Laplanche ^{a,*}, Isabelle Monnet ^b, Juan Antonio Santos-Miranda ^c, Etienne Bardet ^d, Cécile Le Péchoux ^e, Michèle Tarayre ^a, Rodrigo Arrigada ^{e,f}

Abstract

We conducted a randomized clinical trial on 211 patients with small-cell lung cancer in complete remission (CR). The aim of this trial was to evaluate the effect of prophylactic cranial irradiation (PCI) on overall survival. Eligible patients were randomly assigned to receive either PCI (100 patients) or no PCI (111 patients). Each centre was allowed to use its own PCI protocol as long as the total dose was within the range of 24-30 Gy and delivered in less than 3 weeks with fractions of 3 Gy or less. The mean follow-up is 5 years. The survival curves do not differ significantly (P=0,25) between the two groups. The 4-year overall survival rate (95% confidence interval) is 22% [15-32%] in the PCI group versus 16% [10-25%] in the control group. The relative risk of death in the PCI group compared to the control group is 0.84 (95% CI=[0.62-1.13]). The incidence of brain metastasis is lower in the PCI group, but the difference is not statistically significant (P=0.14). The 4-year cumulative rate of brain metastasis is 44% [32-57%] in the PCI group compared to 51% [38-63%] in the control group. In conclusion, in this study, which had to be closed prematurely, no significant difference was found in terms of the incidence of brain metastases nor in survival.

Keywords: Prophylactic cranial irradiation; Small-cell lung cancer; Controlled trial

Conformal Radiotherapy: A Clinical Review

G. Read

Royal Preston Hospital, Preston. UK

Introduction

The term conformal radiotherapy was coined by Shinji Takahashi. Between 1948 and 1963 he published a series of papers on the use of rotation radiography and in 1959 began to apply these principles to radiotherapy: rotation techniques as applied to radiography and radiotherapy of cancer' [1], described the use of moving geared diaphragms and tables to irradiate irregular volumes. He described three basic techniques, 'rotational body technique', 'column focus' and 'hollow-out technique', which could be used alone or in combination. By applying these techniques to a number of sites including the uterus, rectum, oesophagus, lung, head and neck, and pituitary he was able to demonstrate improvements in local control and reduced in toxicity. However, the evolution of a practical means of delivering conformal radiotherapy had to wait the development of microprocessor technology in the late 1980's [2] and hardware developments such as the multileaf collimator [3,4]. Further developments such as the three-dimensional (3-D) computed tomographic simulator [5], intensity modulated arcs [6] and tomotherapy [7] offer promise for the future.

Techniques for delivering conformal radiotherapy have been described previously. Other reviews have focused on the possible benefits [8,9]. This review seeks to consider the clinical rationale for conformal radiotherapy and evidence of benefit that has been observed so far. Stereotatic radiotherapy (radiosurgery) is not considered in this article. Where multiple papers have been published from a single institution, reference is given to the most recent only.

Possible mechanisms by which alcohol may influence the development of oral cancer – a review

AJ Wight, G.R. Ogden *

Unit of Oral Medicine and Oral Surgery, Dundee Dental Hospital and School, University of Dundee, U.K.

Abstract

Although pure ethanol has never been shown to be carcinogenic in laboratory experiments, alcoholic beverages are now recognized as being important aetiological factors in the development of oral cancer. Despite this, the exact mechanism by which alcohol may exert an influence upon the oral mucosa has received less attention. An overview of the association of alcohol and oral cancer, both in combination with tobacco and without, is provided and consideration given to some of the pathways by which alcohol exerts its effect upon the oral mucosa.

Keywords: Alcohol; Tobacco; Oral cancer, Oral mucosa

Colorectal cancer screening

John H. Bond, MD

Comprehensive evidence-based guidelines for screening and surveillance for colorectal cancer were published in 1997. Backed by compelling scientific data from recently completed controlled trials and case-control studies, these guidelines recommend annual fecal occult blood test screening plus periodic flexible sigmoidoscopy about every 5 years for asymptomatic, average-risk individuals over 50 years of age. Other screening studies published during the past year refine knowledge about how these screening tests detect early cancer and polyps and assess factors that influence compliance with screening recommendations. Preliminary reports suggest revolutionary new methods of screening that may become clinically feasible in the next millennium.

Issues in the treatment of Hodgkin's disease

Jürgen Wolf, MD, Andreas Engert, MD, and Volker Diehl, MD

The treatment of Hodgkin's disease is changing strikingly. In early stages of disease, extended field irradiation to date has been the standard treatment resulting in excellent cure rates. Due however to the recognition of the fatal long-term effects, especially the high rates of second solid tumors, extended field radiation therapy is now being abandoned by most study groups. Instead, mild chemotherapy for control of occult disease is combined with involved field irradiation. In intermediate stage Hodgkin's disease, where combined modality treatment already is the treatment of choice, extended field irradiation is substituted by involved field irradiation for the same reasons. In advanced stage Hodgkin's disease, eight cycles of standard polychemotherapy (plus additional radiotherapy for large tumor masses and residual lymphomas after chemotherapy) for decades has cured only about 50% of the patients. While until recently all modifications of the standard chemotherapy regimens could not change the poor outcome of advanced-stage patients, the development of new dose-intensified regimens now for the first time has significantly improved their prognosis. In patients with relapse of Hodgkin's disease after polychemotherapy, long-term survival after salvage chemotherapy is low. Numerous phase II studies suggest an improvement of their poor prognosis by high-dose chemotherapy followed by autologous bone marrow transplantation or peripheral-blood stem cell transplantation. There are still no results of prospective, randomized trials which convincingly demonstrate the benefit of this therapeutic approach, however.

Chemotherapy in advanced ovarian cancer: four systematic meta-analyses of individual patient data from 37 randomized trials

Advanced Ovarian Cancer Trialists' Group: K Aabo, M Adams, P Adnitt, DS Alberts, A Athanazziou, V Barley, DR Bell, U Bianchi, G Bolis, MF Brady, HS Brodovsky, H Bruckner, M Buyse, R Canetta, V Chylak, CJ Cohen, N Colombo, PF Conte, D Crowther, JH Edmonson, C Gennatas, E Gilbey, M Gore, D Guthrie, SB Kaye, AH Laing, F Landoni, RC Leonard, C Lewis, PY Liu, C Mangioni, S Marsoni, H Meerpohl, GA Omura, MKB Parmar, J Pater, S Pecorelli, M Presti, W Sauerbrei, DV Skarlos, RV Smalley, HJ Solomon, LA Stewart, JFG Sturgeon, MHN Tattersall, JT Wharton, WW tem Bokkel Huinink, M Tomirotti, W Torri, C Trope, MM Turbow, JB Vermorken, MJ Webb, DW Wilbur, CJ Williams, E Wiltshaw and BY Yeap

Summary

The purpose of this systematic study was to provide an up to date and reliable quantitative summary of the relative benefits of various types of chemotherapy (non-platinum vs platinum, single-agent vs combination and carboplatin vs cisplatin) in the treatment of advanced ovarian cancer. Also, to investigate whether well-defined patient subgroups benefit more or less from cisplatin – or carboplatin – based therapy. Meta-analyses were based on update individual patient data from all available randomized controlled trials (published and unpublished), including 37 trials, 5667 patients and 4664 deaths. The results suggest that platinum-based chemotherapy is better than non-platinum therapy, show a trend in favour of platinum combinations over single-agent platinum, and suggest that cisplatin and carboplatin are equally effective. There is no good evidence that cisplatin is more or less effective than carboplatin in any particular subgroup of patients.

Keywords: meta-analysis; systematic review; randomized controlled trials; advanced ovarian cancer; chemotherapy

Health care professionals and patients alike are becoming increasingly aware of the need to make medical decisions on the basis of up-to-date, objective and unbiased research (Chalmers and Haynes, 1994). The most reliable information results from randomized controlled trial (RCTs). Unfortunately, most RCTs, including those conducted in ovarian cancer, have been too small to demonstrate moderate treatment benefits with reliability, and many results have been inconclusive or contradictory. The Advanced Ovarian Cancer Trialists Group (AOCTG) recognized that the best means of synthesizing such randomized evidence is by systematic meta-analysis. In 1988, five meta analysis of chemotherapy in advanced ovarian cancer using update individual patient data were initiated. The first results were published in 1991 (AOCTG, 1991). The AOCTG recognized the importance of updating these results especially for the comparison of carboplatin and cisplatin, in which the data were relatively immature. The comparison of platinum analogues was considered of such clinical importance that further new investigations were initiated to identify whether any particular type of women tumour would benefit more from either cisplatin or carboplatin-based chemotherapy.

Is There a Standard Adjuvant Treatment for Rectal Cancer?

K.M. Tveit, B. Nordlinger and C. Penna, H.J. Schmoll

Pro: K.M. Tveit

Department of Oncology, Ullevaal University Hospital, 0407 Oslo, Norway

Background: One of the major controversies in oncology today, among oncologists as well as surgeons, is adjuvant treatment for rectal cancer. The current practice differs from Europe to the U.S.A., between institutions within the same country. The question of whether or not to give adjuvant treatment and what regimen should be used is extremely important, as rectal cancer is one of the most frequent cancer types [1]. Thus, an improvement of 5-year survival from, for example, 50 to 60%, corresponds to approximately 100 lives saved in a small country like Norway and approximately 5,000 lives saved in the U.S.A. In addition, successful treatment may reduce suffering from painful recurrences and the need for resource demanding palliative treatment. Establishing an optimal treatment for rectal cancer should, therefore, be a high priority in modern medicine.

I will focus an adjuvant treatment for resectable rectal cancer (Dukes' A, B and C) and will only briefly consider primarily unresectable locally advanced cases. The discussion of standard surgery has been defined. Surgeons have resected rectal cancer for cure for decades, and with large variations in results, in terms of local recurrence rate, survival and complications [2-3]. The surgical techniques employed differ, and it is well known that the experience of individual surgeons has a major impact on treatment results [2-5]. Recently, surgeons in many countries made an effort to standardize surgery. This change in surgical approach will also have a major impact on the question of a standard adjuvant treatment. So, what is standard adjuvant treatment today and what will be standard tomorrow?

What is standard? The introduction of a standard adjuvant treatment for rectal cancer (as with other standard treatment) should, in general, be based on available documentation from at least two or three high quality independent randomized trials (or a meta-analysis). Moreover, the benefit of the treatment should be clinically significant in terms of survival, recurrence rate or quality of life, the side-effects should be tolerable and the costs acceptable. On this background, I will discuss adjuvant treatment for rectal cancer.

Cladribine in the Treatment of Advanced Relapsed or Refractory Low and Intermediate Grade Non-Hodgkin's Lymphoma

Anil Tulpule, MD¹, Gary Schiller, MD², Laura A. Harvey-Buchanan, BSN¹, Myung Lee, RN², Byron M. Espina, AB¹, Aziz U. Khan, MD¹, William Boswell, MD¹, Bharat Nathwani, MD¹, Alexandra M. Levine, MD¹

¹University of Southern California Schools of Medicine, Radiology and Pathology, Los Angeles, California

²University of California School of Medicine, Los Angeles, California

Background: Cladribine (2-chlorodeoxyadenosine) is a purine nucleoside analog with cytotoxic against both resting and proliferating cells. Clinical studies with cladribine have reported antitumor activity against various hematologic malignancies.

Methods: The authors studied responses to cladribine among patients with low and intermediate grade non-Hodgkin's lymphoma that had been refractory to or relapsed after prior chemotherapy. Cladribine was given intravenously over 2 hours at a dose of 0.14 mg/kg daily for 5 consecutive days, repeated every 4 weeks.

Results: Twenty-eight patients (16 males, 12 females) with a median age of 58 years (range, 41-75 years) were accrued. Twenty-three patients had low grade and 5 had intermediate grade lymphoma. Stage IV disease was present in 22 (79%), and 17 (61%) had systemic B-symptoms. The majority (57%) had received 2 or more prior chemotherapy regimens (median, 2; range, 1-5); 6 had had prior fludarabine therapy. Major responses were documented in 32% (9 of 28 patients), with 4 complete remissions (CR) and 5 partial remissions (PR) after a median of 4 cycles (range, 1-9). One CR occurred in one patient intermediate grade diffuse large cell lymphoma, and three of six patients who had prior fludarabine therapy experienced CR or PR with cladribine. Severe hematologic toxicities included reversible neutropenia, protracted thrombocytopenia, and lymphopenia. Other reported adverse effects included mild-to-moderate fatigue, nausea, and diarrhea.

Conclusions: Cladribine is an active single agent in the treatment of patients with refractory or relapsed advanced stage indolent lymphoma, with major responses in one third of patients.

Selective use of PET scan in the preoperative staging of NSCLC

Cemal Asim Kutlu *, Ugo Pastorino, Michael Maisey, Peter Goldstraw
Department of Thoracic Surgery, Royal Brompton Hospital, Clinical PET Centre, Guy's
and St. Thomas Hospital, London, UK

Abstract

Positron emission tomography (PET) is a imaging technique which identifies abnormalities by utilising their metabolic properties rather than their anatomical density. In this study, we evaluated the place of PET scanning for the characterisation of additional abnormalities discovered on routine, preoperative CT evaluation of patients with proven NSCLC. A total of 21 patients underwent PET scanning using fluorodeoxyglucose (FDG). In these patients routine CT scans had found 26 concomitant lesions which were in lung, adrenal gland, liver, kidney, spleen and pleura. FDG uptake was positive at the primary site in all patients. FDG uptake in 13 of the concomitant lesions suggested malignancy. Malignancy was confirmed at all of these foci by histology in eight (six at thoracotomy, fine needle aspiration biopsy (FNAB) and open biopsy) and by clinical and radiological follow-up for 1-15 months in five. In 13 lesions, PET suggested benign disease. Histology reported no evidence of malignancy in five and the six foci followed on clinical and radiographic follow-up for 2-16 months had no evidence of malignancy. PET was falsely negative in only one site where malignancy was proven by thoracotomy. PET failed to detect the remaining lesion which was an unassociated primary kidney tumour in a patient with Li-Fraumeni syndrome. The accuracy of PET scanning in the assessment of those additional lesions found on CT evaluation of otherwise operable NSCLC was found to be 96% with a sensitivity of 93% and specificity of 100%. These results indicate that PET is useful to characterize additional lesions found on CT scan of patients with NSCLC.

Keywords: PET scan; Staging of lung cancer

Doxorubicin Cardiotoxicity in Children: Comparison of a Consecutive Divided Daily Dose Administration Schedule With Single Dose (Rapid) Infusion Administration

Michael S. Ewer, MD, MPH, ^{1*} Norman Jaffe, MD, DSC, ³ Hubert Ried, MD, ³
Hallie A. Zietz, RN, MSN, CPNP, ³ and Robert S. Benjamin, MD²

Background: Doxorubicin cardiotoxicity remains a serious problem in children with malignancy. The present study was undertaken to determine if the administration of consecutive divided daily doses of doxorubicin would significantly reduce the likelihood of cardiotoxicity in children compared with a single dose administration regimen.

Procedure: One hundred thirteen children (60 boys and 53 girls) received doxorubicin either by single dose infusion or by a consecutive divided daily dose schedule. The divided dose patients received one third of the total cycle dose over 20 minutes for 3 consecutive days. Patients treated according to a single dose schedule received the cycle dose as a 20-minute infusion. The mean doxorubicin dose was 341 mg/m². Patients were followed up for 4-180 months. There were 60 boys and 53 girls in the series.

Results: Fifteen patients developed cardiac dysfunction, eight of whom died of progressive cardiac failure. There was no significant difference in the incidence of cardiac dysfunction between the divided and single dose infusion groups. More girls than boys developed cardiac dysfunction and more girls died of progressive cardiac failure; this difference was not statistically significant. The median time to development of cardiac failure was 2 months.

Conclusions: The divided dose regimen did not alter the incidence of cardiotoxicity. Other schedules should therefore be investigated. Our data suggest that, at similar cumulative doses, girls are more likely to develop cardiac dysfunction than are boys. If the sex-related difference

Impact of Hospital Volume on Operative Mortality for Major Cancer Surgery

Colin B. Begg, PhD; Laura D. Cramer, ScM; William J. Hoskins, MD; Murray F. Brennan, MD

Context.- Hospitals that treat relatively high volume of patients for selected surgical oncology procedures report lower surgical in-hospital mortality rates than hospitals with a low volume of the procedures, but the reports do not take into account length of stay or adjust for case mix.

Objective.- To determine whether hospital volume was inversely associated with 30-day operative mortality, after adjusting for case mix.

Design and Setting.- Retrospective cohort study using the Surveillance, Epidemiology, and End results (SEER)-Medicare linked database in which the hypothesis was prospectively specified. Surgeons determined in advance the surgical oncology procedures for which the experience of treating a larger volume of patients was most likely to lead to the knowledge or technical expertise that might offset surgical fatalities.

Patients.- All 5013 patients in the SEER registry aged 65 years or older at cancer diagnosis who underwent pancreatectomy, esophagectomy, pneumonectomy, liver resection, or pelvic exenteration, using incident cancers of the pancreas, esophagus, lung, colon, and rectum, and various genitourinary cancers diagnosed between 1984 and 1993.

Main Outcome Measure.- Thirty-day mortality in relation to procedure volume, adjusted for comorbidity, patient age, and cancer stage.

Results.- Higher volume has linked with lower mortality for pancreatectomy ($P=.004$), esophagectomy ($P<.0001$), liver resection ($P=.04$), and pelvic exenteration ($P=.04$), but not for pneumonectomy ($p=.32$). The most striking results were for esophagectomy, for which the operative mortality rose to 17.3% in low-volume hospitals, compared with 3.4% in high-volume hospitals, and for pancreatectomy, for which the corresponding rates were 12.9% vs 5.8%. Adjustments for case mix and other patient factors did not change the finding that low volume was strongly associated with excess mortality.

Conclusions.- These data support the hypothesis that when complex surgical oncologic procedures are provided by surgical teams in hospitals with specialty expertise, mortality rates are lower.

The remission status before and the PCR status after high-dose therapy with peripheral blood stem cell support are prognostic factors for relapse-free survival in patients with follicular non-Hodgkin's lymphoma

M. Moos¹, R Schulz¹, S Martin¹, A Benner² and R Haas^{1,3}

It was the aim of our study to examine the clinical significance of t(14;18)-positive cells in samples from 47 patients with follicular non-Hodgkin's lymphoma (NHL) who underwent high-dose therapy with autologous peripheral blood stem cell (PBSC) transplantation. At the time of PBSC mobilization, 25 patients were in first remission, while 22 patients had a history of previous treatment failure. At the same time, 43 patients had polymerase chain reaction (PCR)-positive cells in samples from bone marrow (BM) and/or peripheral blood (PB). Independent of the remission status, high-dose cytarabine and mitoxantrone with granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF) support were administered for PBSC mobilization. Following high-dose conditioning therapy which consisted of cyclophosphamide (200 mg/kg) and hyperfractionated total body irradiation (TBI, 14.4 Gy) or BEAM (carmustine, etoposide, cytarabine, melphalan), 34 patients received PCR-positive and 13 patients received PCR-negative autografts. After a median follow-up time of 20 months (range; 6-50) post-transplantation, 33 patients were in remission, while 14 patients had relapsed after a median time of 14.5 months (range, 10-42). Using the Andersen-Gill proportional hazards regression model for the analysis of relapse-free survival, we found that PCR-positive findings in samples from BM and/or PB at any given time-point after transplantation were associated with an increased estimated hazard ratio of 4.5 in comparison with a PCR-negative finding (P=0.013). On the other hand, patients included while they were in first remission had a smaller estimated hazard ratio of 0.3 when compared with patients with a history of previous treatment failure (P=0.048). For the latter group of patients, this translates into a significantly smaller probability of relapse-free survival in comparison to patients who were in first remission at the time of PBSC-mobilization (P=0.012).

In conclusion, the remission status of the patients before autografting and the PCR status as assessed on the occasion of follow-up examinations are significant prognostic parameters for relapse-free survival in patients with follicular lymphoma undergoing high-dose therapy with PBSC autografting.

Keywords: blood stem cell transplantation; minimal disease; non-Hodgkin's lymphoma (NHL); polymerase chain reaction (PCR); t(14;18) translocation

Emerging treatments for epidemic (AIDS-related) Kaposi's sarcoma

Megan E. McGarvey, BA, Anil Tulpule, MD, Jie Cai, MD, Tong Zheng, DDS, Rizwan Masood, Ph.D., Byron Espina, AB, Naveen Arora, Ph.D., D. Lynne Smith, Ph.D., and Parkash S. Gill, MD

Kaposi's sarcoma (KS) is an opportunistic tumor that develops with increased frequency (100,000-fold) after HIV infection.

KS causes significant morbidity from mucocutaneous involvement and mortality from complications of visceral sites of disease such as the lungs, gastrointestinal tract, and the liver. Progressive unraveling of the KS pathogenesis has led to the development of novel therapeutic approaches. Newest therapies are first evaluated in patients with limited tumor burden.

These include: 1) inhibitors of angiogenesis such as vascular endothelial growth factor signaling inhibitor (SU 5416), and several other inhibitors of angiogenesis such as the dipeptide IM 862, TNP-470, Col-3, and thalidomide; 2) topical and systemic retinoids; 3) antiviral agents specific for Kaposi's sarcoma herpesvirus and human herpesvirus-8, or HIV; and 4) pregnancy-related factors. Patients with advanced disease such as widespread mucocutaneous disease, lymphedema, and visceral disease are treated most effectively with cytotoxic agents. The most active agents include liposomal anthracyclines, paclitaxel, vinca alkaloids, and bleomycin. The combination of liposomal anthracyclines and paclitaxel, with and without the most promising biologicals, should now be studied to further reduce the toxicity, and enhance the antitumor effects. Furthermore, identification of risk factors for KS should serve to explore prophylactic therapies.

Surgical management of the neck in squamous cell carcinoma of the floor of the mouth

A.Zupi*, L. Califano, G.M. Mangone, F. Longo, P. Piombino

Department of Maxillofacial Surgery, School of Medicine and Surgery, "Frederico II" University of Naples, Naples, Italy

Abstract

Nodal involvement in squamous cell carcinoma considerably lowers survival rates. Despite its importance, neck management has still not been adequately explored. The Authors have retrospectively reviewed the records of 112 cases. Unilateral N+ were treated with a homolateral therapeutic and a controlateral prophylactic neck dissection; bilateral N+ were treated with bilateral therapeutic neck dissection. On first observation the majority of cases (66.1%) were T1-2. N+ patients accounted for 45.5%. Among N- patients, 21.3% of occult nodal metastases were observed. The 5-year survival rate was 52.7%. With N+ lesions, a radical neck dissection should be performed; the dissection should be performed bilaterally. With N- lesions a prophylactic modified radical neck dissection is recommended in T2-4 lesions.

Keywords: Oral cancer; Floor of the mouth; Nodal metastases; Neck dissection.

Normas para publicação

A *Revista Brasileira de Cancerologia - RBC* tem por finalidade publicar trabalhos que contribuam para o conhecimento da Cancerologia e ciências afins. Serão aceitos trabalhos tais como artigos opinião, notas, debates, resenha, tese e informes.

Serão fornecidas cinco separatas de cada trabalho publicado na *RBC*, ao seu Autor responsável.

Os textos devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à *RBC*, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da *RBC* e da decisão do seu Conselho Editorial. Os manuscritos não aceitos serão devolvidos ao autor. Os trabalhos aceitos e publicados passarão a ser propriedade da *RBC* sendo vedada tanto sua reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, assim como sua tradução para outros idiomas, sem prévia autorização da *RBC*.

Os trabalhos aceitos para publicação poderão sofrer pequenas modificações redacionais, para sua perfeita adequação ao estilo editorial-gráfico da *RBC*, sem que, entretanto, nada de seu conteúdo técnico-científico seja alterado. No caso de o trabalho incluir tabelas e ilustrações previamente publicadas por outros autores e em outros veículos, é da responsabilidade do autor fornecer comprovante de autorização de reprodução, assinado pelos detentores do *copyright* dos mesmos.

Os trabalhos devem ser enviados, em duas vias (um original e uma cópia), para:

Revista Brasileira de Cancerologia
Coordenadoria de Ensino e
Divulgação Científica
Rua do Rezende, 128 - Centro
20231-092 - Rio de Janeiro - RJ - Bra-
sil

Tel.: (021) 242-1122 ramal 2396

Fax: (021) 221-7983

Email: rbc@inca.org.br

Os textos devem ser escritos em língua portuguesa, em inglês ou espanhol. Devem limitar-se a 15 páginas (laudas) datilografadas, em uma só face, em máquina com tipografia *standard*, com espaçamento duplo, em folha de papel tamanho ofício II, com margens

laterais uniformes, de forma que cada lauda tenha 30 linhas de 72 caracteres. Na datilografia, não é obrigatória uma margem direita rigorosa, podendo-se, mesmo, optar por não dividir as palavras em sílabas; porém, é fundamental não completar linhas com sinais gráficos alheios ao texto redigido, tais como: barras, aspas etc. As laudas devem ser numeradas consecutivamente, começando pela página de rosto, na sua extremidade superior direita.

Os textos também podem ser digitados no programa *Word* 6.0, espaço 2(dois), na fonte *Times News Roman* e tamanho 12. Os gráficos e tabelas devem ser configurados no programa *Word*. Tanto os textos quanto os gráficos e tabelas deverão ser encaminhados em disquetes 3½ com duas cópias impressas.

Cada parte componente do trabalho deve iniciar uma nova lauda, sendo a ordem de apresentação do mesmo a seguinte:

Página de rosto

Desta lauda devem constar o título do trabalho (na Língua original e em Inglês), o(s) nome(s) do(s) autor(es) e sua(s) qualificação(ões) profissional(is) e docente(s), além do local de realização do trabalho e seu endereço. Caso o trabalho tenha sido apresentado em reunião científica, isto deve ser indicado no rodapé da lauda; o mesmo se aplica a subvenções, com indicação do patrocinador e do número do processo.

Resumos

Devem ser apresentados dois resumos: um em Português, ou na Língua original em que o trabalho foi escrito, e o outro em Inglês. Cada resumo deve conter 15 a 20 linhas e vir acompanhado de um máximo de seis palavras-chaves e key words.

Texto propriamente dito

O texto dos trabalhos deverá ser dividido nos principais subtítulos: *Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão*. As subdivisões dessas seções deverão es-

tar bem claras, preferencialmente pelo uso de algarismos arábicos, de tal forma que a hierarquia entre os diversos subtítulos fique bem clara (p. ex.: 1., 1.1, 1.2.1 etc.). Outras modalidades de trabalhos deverão manter sua seqüência pertinente, de modo a conservar a hierarquia do texto.

Tabelas

Cada tabela deverá ser datilografada em lauda separada, numerada consecutivamente com algarismos arábicos e com um título que defina e identifique, sucintamente, seu conteúdo (p. ex.: Tabela 5. Alterações circadianas nas frações de colágeno em ossos e em cartilagens). Suas informações devem ser suficientemente claras e devem complementar - e não duplicar - o texto.

Ilustrações

São consideradas ilustrações todas as fotografias, radiografias, desenhos, esquemas, croquis, resultados de eletroencefalogramas etc., reprodução de documentos (fichas médicas, laudos de laboratório etc.), entre outros.

A fim de que sejam bem reproduzidas, as ilustrações devem ser originais (e não fotocópias). No caso de desenhos, esquemas etc., estes devem ser feitos sobre papel schöler, vegetal ou outro de uso técnico, traçados a nanquim preto; palavras, símbolos, algarismos etc., que componham as ilustrações, devem ser aplicados sobre papel vegetal, que recubra, de modo preciso, as mesmas ilustrações. No caso de fotografias, estas devem ser em preto-e-branco e sobre papel fosco, com pelo menos 12 x 9 cm. Radiografias, ultra-sonografias, fotografias e similares poderão receber uma máscara que indique a melhor área a ser reproduzida.

Cada ilustração deverá ser colada sobre uma lauda cujo rodapé contenha sua legenda, datilografada nos mesmos moldes dos títulos das tabelas (p. ex.: Figura 2. Úmero de quatro dias.) (PAS; 400X).

Fotos coloridas custarão aos autores o preço dos fotolitos (contato prévio com os editores).

Referências

Estas devem ser enumeradas, consecutivamente, na ordem em que são citadas (entre parênteses) no texto. Os títulos dos periódicos deverão ser abreviados de acordo com o *Index Medicus*. Comunicações pessoais, trabalhos em andamento e inéditos, etc. não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas, mas citados em notas de rodapé. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

A *RBC* segue as orientações para elaboração de referências bibliográficas do Committee of Journal Editors e publicadas sob o nome Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals [Annals of Internal Medicine 1982; 96 (part 1): 766-771] e sugere aos autores sua consulta em caso de dúvida. Seguem alguns exemplos:

Artigos de revista - listar todos os autores quando seis ou menos; se forem sete ou mais, listar somente os três primeiros e acrescentar *et al.*

KROEFF, M. - Câncer e gravidez. Sarcoma da parede abdominal em várias recidivas ligadas a gestações. *Rev. Bras. Cancerol.*, 1947, 1: 31-41.

HERSH, E.M.; MAVLIGIT, G.M.; GUTTERMAN, J.U. - Immunodeficiency in cancer and the importance of immune evaluation in the cancer patient. *Med. Clin. North Am.*, 1976, 60: 623-639.

Livros

ELSEN, H.N. - Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row, 1974, 406.

Capítulo de livro

WEINSTEIN, L.; SWARTZ, M.N. - Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr. Sodeman WA, eds. Pathologic physiologic: mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974, 457-472.

Publishing Instructions

The goal of the *Revista Brasileira de Cancerologia - RBC* ("Brazilian Journal of Oncology") is to publish manuscripts that may contribute to the knowledge of Cancer and related fields. There will be accepted papers, articles, opinions, thesis, etc.

There will be given five copies of each published manuscript to its main author.

The manuscripts must have never been published before, and should have been addressed only to RBC. It is not allowed for a manuscript to be forwarded simultaneously to another periodical. Publishing of the manuscripts will depend on the strict observance of RBC's regulations and by decision of its editorial board. Manuscripts that are not accepted will be returned to their authors. Manuscripts accepted and published will become property of RBC, and it is forbidden their publication in other periodicals or their translation to other languages without prior authorization by RBC.

Manuscripts accepted for publication may have their texts slightly modified to perfectly suit RBC's graphical and editorial style, without any alteration of the technical and scientific content. In the case of tables and illustrations previously published by other authors, in other publications, it is up to the author to provide proof of authorization for reproducing them, properly signed by copyright owners.

The manuscripts should be send in two copies to

Revista Brasileira de Cancerologia
Coordenadoria de Ensino e
Divulgação Científica
Rua do Rezende, 128 - Centro
20231-092 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (021) 242-1122 ramal 2396
Fax: (021) 221-7983
Email: rbc@inca.org.br

The texts should be written in Portuguese, English or Spanish. There is a limit of 15 typewritten pages on one side only. There should be a double space between the lines. The type of letter used should be standard, the paper should be A4 type, and the side margins should be aligned, so that each page contains 30 lines with 72 characters each. The right margin does not have to be strictly aligned, and one can choose not to divide words in syllables; one

must not complete a line with graphic signs that are not part of the text (bars, quotation marks, etc.) The pages should be numbered consecutively, beginning by the cover page, on the upper right side.

The texts can also be computer-written, using Word 6.0, space 2 between lines, using letter type Times New Roman, size 12. Texts and charts should be sent in diskettes 3.5, along with two printed copies. Each one of the different parts of the paper should begin in a new page, and the paper should be presented in the following order:

Cover Page

In this page, there should be the title of the paper (in its original language and in English), the name of the authors and their professional and academic titles, institution where the paper was done and address. If that paper had been presented in a scientific meeting this should be indicated in a footnote; the same goes in case of sponsorship.

Abstracts

Abstracts should be presented in their original language and in English. Each abstract should have from 15 to 20 lines and a maximum of six key words should be indicated.

Texts

The text should be divided in main subtitles: Introduction, Material and Methods, Results, and Discussion. These subdivisions should be very clear, and it is preferred that Arabic numbers are used, so that hierarchy among the different subtitles is well-established (e.g., 1, 1.1, 1.2; 1.2.1, etc.) Other types of papers should keep their proper sequence, so that hierarchy of the text is maintained.

Charts and Tables

Each table should be typed in a separated page, numbered consecutively using Arabic numbers, and a title that summarizes its content (e.g., Table 5. Circadian Alterations in Colagenous Fractions in Bones and Cartilage) Its information should be very clear and add to - and not repeat - the text.

Illustrations

All pictures, X-ray plates, drawings, diagrams, EEG results, etc., reproduction of documents (patient charts, lab results etc.), are considered

In case of drawings, etc., one must use a schöler type paper or other type of paper for technical use, and the drawings should be in black China ink; words, symbols, numbers, etc., that are part of the illustration should be placed on the paper in such a way that it matches accurately that illustration. In the case of pictures, they should be in black and white on a matte paper, with a minimum size of 12 cm X 9 cm. X-ray plates, ultra-sound plates, pictures etc., may receive a mask indicating the best area to be reproduced.

Each illustration should be placed in a page with the legend typed just like the titles of the charts (e.g., Figure 2. Four-day umerus) (PAS; 400X).

In case of colored pictures, the author will have to pay for the photolithography (previous arrangement with the editors is required).

References

They should be listed in the order they are mentioned (in parenthesis) in the text. The title of journal should be abbreviated according to the Index Medicus. Personal notes, under development or unpublished papers should not be included in the bibliography, but rather mentioned in footnotes.

The RBC follows the Committee of Journal Editors guidelines for bibliographical references, published under the title "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to

Biomedical Journals [Annals of Internal Medicine 1982; 96 9part 1): 766-771] and suggest authors to read it in case of questions. Below there are some examples:

Journal articles - list all authors when less than six; if seven or more list the first three and add et.al.

KROEFF,M.- Câncer e gravidez. Sarcoma de parede abdominal em várias recidivas ligadas a gestações. *Rev.Bras. Cancerol.*, 1947, 1: 31-41.

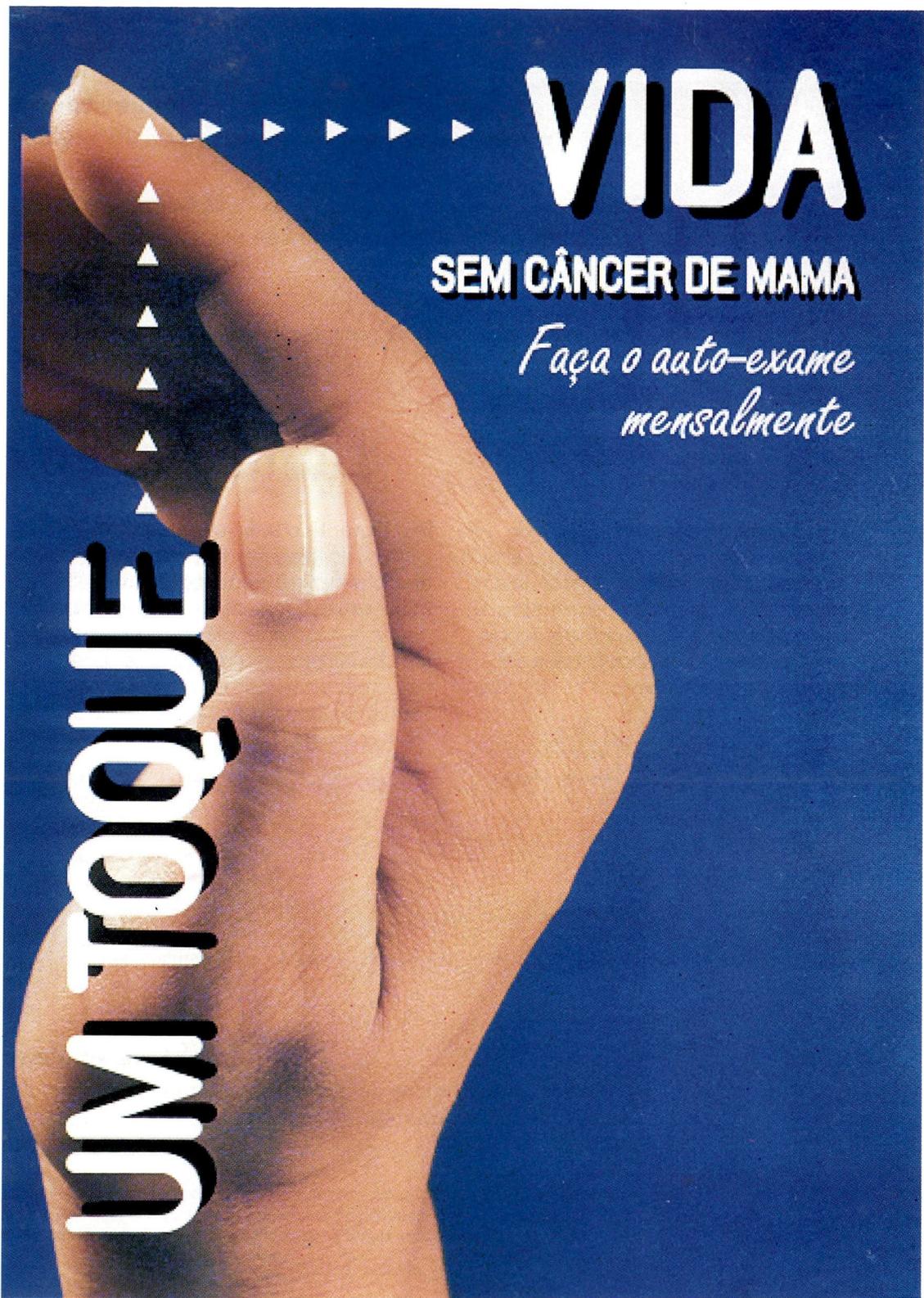
HERSH,E.M.; MAVLIGIT,G.M.; GUTTERMAN,J.U; Immunodeficiency in cancer and the importance of immune evaluation in the cancer patient. *Med. Clin. North Am.*, 1976, 60: 623-639.

Books

ELSEN,H.N. - Immunology: an introduction to molecular abd cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row, 1974, 406.

Chapter of a book

WEINSTEIN,L; SWARTZ,M.N. - Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman W.A. Jr. Sodeman W.A. Editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974, 457-472.



UM TOQUE

VIDA

SEM CÂNCER DE MAMA

*Faça o auto-exame
mensalmente*

