

- 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

Ex. 2

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

42
—
nº 4

Revista Brasileira de Cancerologia

Órgão Oficial do Instituto Nacional de Câncer



FAF
Fundação Ary Frauzino
Para Pesquisa
e Controle do Câncer



17th International Cancer Congress **17º Congresso Mundial de Câncer**

23 a 29 de agosto de 1998
Rio de Janeiro

No período de 23 a 29 de agosto de 1998, o Rio de Janeiro estará sediando o 17º Congresso Mundial de Câncer da UICC, que acontecerá no Centro de Convenções do Riocentro.

Tendo como Presidente o Dr. Marcos Moraes, Diretor do Instituto Nacional de Câncer, o evento pretende reunir proeminentes especialistas nacionais e internacionais da área oncológica e setores correlatos, os quais terão a oportunidade de trocar experiências com profissionais de todo o mundo.

Em paralelo ao 17º Congresso será realizada uma exposição de equipamentos e serviços correlatos, ocupando uma área de, aproximadamente, 10.000 metros quadrados, entre estandes, serviços, praças de alimentação e lojas de conveniência.



SECRETARIA DO CONGRESSO
CONGRESSO DO BRASIL

Rua do Ouvidor, 60 grupo 414 Centro
Rio de Janeiro 20040-050 - RJ - Brasil
Tel.: (021) 224-6080 - FAX: (021) 231-1492

Revista Brasileira de Cancerologia

Direção Geral
Marcos Moraes

Editor Chefe
Luiz Eduardo Atalécio

Out/Nov/Dez - 1996

Volume 42 - nº 4

Ex-2



Editor Associado
Pedro Luiz Fernandes

Conselho Editorial

Ademar Lopes (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)
Eduardo Faerstein (RJ)
Ernani Saltz (RJ)
Eugenio Del Vigna Filho (BH)
Fani Job (RS)
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 (BH)
Joel Francisco Gonçalves (RJ)
José Carlos do Valle (RJ)
Luis Souhami (Canadá)
Luiz Paulo Kowalski (SP)

Marcelo Gurgel da Silva (CE)
Marcos F. Moraes (RJ)
Maria Gaby Rivero de Gutiérrez (SP)
Maria Izabel Sathier Pinel (RJ)
Mariângela Freitas Lavor (RJ)
Mario A. Eisenberg (USA)
Mario Brock (Alemanha)
Marise Souto Rebelo (RJ)
Matti Apro (Itália)
Milton Rabinowits (RJ)
Nestor Piva (SE)
Nils Gunnar Skare (PR)
Oswaldo Giannotti 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 Aguinaga (USA)
Vivian Rumjanek (RJ)

Filiado a
Associação Brasileira
de Editores Científicos
ABECC

203

**FAF**
Fundação Ary Frauzino
Para Pesquisa
e Controle do Câncer

Revisor
Carlos André Oighenstein (RJ)

Secretárias
Angelique Leal Molasso Campos
Pilar Schlaepfer Prado


INCA

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:

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

Av. Venezuela, 134 - bloco A - 9º andar

20081-310 - Rio de Janeiro - RJ

Tels.: (021) 253-1686 - 263-8565

Fax: (021) 263-8297

Internet e-mail: atalecio@venus.rdc.puc-rio.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 sejam transferidos à revista, desde que aceite para publicação. Os direitos de cópia (copyright) incluem os direitos exclusivos, para reproduzir e distribuir o artigo, incluindo separatas, reproduções fotográficas, microfilmagem ou qualquer outra reprodução de natureza similar. Nenhuma parte desta publicação pode ser produzida, 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 no Index Médico Latino-Americano - ISSN - 0034-7116.

Revista Brasileira de Cancerologia
© 1987 Instituto Nacional de Câncer

Projeto Gráfico
Imagemaker Programação Visual
Tel: (021) 233-7790

Produção
 **CIDADE - Editora Científica Ltda.**

Tels.: (021) 240-4728, 262-4764
Telefax: (021) 262-5462

Impressão e Acabamento

 **editora gráfica serrana ltda.**
Tels.: (0242) 42-0055



Editorial

Editorial

Câncer e Sobrevida

Cancer and Survival

Marcos F. Moraes

207

Artigos

Articles

**Tratamento do carcinoma diferenciado de tireóide com
cirurgia e radioiodo-131 complementar**

Treatment of differentiated carcinoma of thyroid gland with surgery
and adjuvant radioiodine-131

*José Ulisses Manzini Calegari,
Nely Queiroz Manzini Calegari, Lidia Vânia Duarte,
Márcia Robberta Acioly Araujo, Marcia Dalila Miziara,
Ênio de Freitas Gomes, Luiz Augusto Casulari R. da Motta,
Marluce Alves de Andrade*

209

Repensando na prevenção do câncer cérvico-uterino

Reviewing the approach to cervix cancer prevention

Regina Lúcia Mendonça Lopes

219

**Comentários sobre a segunda revisão da Classificação
Internacional de Doenças para Oncologia (CID-0/2) e o
capítulo II (neoplasias) da CID-10**

Comments on the second review of the International
Classification of Diseases for Oncology (ICD-0/2) and Chapter II
(neoplasms) of ICD-10

*Paulo Antonio de Paiva Rebelo, Marise Souto Rebelo,
Rosyane Garcês Moreira Lima*

227

205

**Tumor germinativo extra-gonadal e síndrome de Klinefelter -
Relato de caso**

Extragenital germ cell tumor and Klinefelter's syndrome -
Case report

*Mauro Zukin, Mário Alberto Dantas L. da Costa,
Maria Luisa M. Silva, João Francisco S. Alonso*

235

Atualização Científica

241

Informes

Reports

RBC - Novos Rumos

RBC - New Paths

Luiz Eduardo Atalécio, Pedro Luiz Fernandes

253

Registros de câncer - uma realidade

Cancer registries - a reality

Eduardo Barros Franco

254

Indicações da quimioterapia antineoplásica

Indication for antineoplastic chemotherapy

Maria Inez Pordeus Gadelha

256

**Qualidade no Serviço Público - Programa de gestão pela
qualidade total na área da saúde - Experiência dos
educadores para a qualidade no INCA**

Quality in the Public Service - Total quality management in
health area - Experience of educators for TQM at the
Brazilian National Cancer Institute/INCA

Fábio Cupertino Morínigo,

Lucília Reis Pinheiro

258

Normas para publicações

Instructions for authors

260

Câncer e Sobrevida

Cancer and Survival

Nos últimos anos, análises sobre programas de controle do câncer têm sido divulgadas tanto nos Estados Unidos como na Europa, com base em resultados finais.

Elas têm demonstrado que, a despeito de toda a incorporação tecnológica observada nas áreas do diagnóstico e da terapêutica, as taxas de mortalidade por neoplasias malignas são ascendentes, mesmo que estatisticamente corrigidas e ajustadas. Igualmente crescentes vêm sendo as taxas corrigidas e ajustadas de incidência do câncer, o que demonstra a necessidade de se controlar em os fatores de risco e de se desenvolver em programas efetivos de prevenção.

Porém, a análise uniformizada de cerca de 800.000 casos de 30 registros de 11 países da Europa, recentemente publicada, dá uma indicação clara da variação da sobrevida, de acordo com a idade dos pacientes e o tempo de diagnóstico do tumor, e orienta futuras análises sobre o significado que podem ter o tipo e subtipos histológicos e o estágio tumorais como fatores prognósticos; a influência que as condições assistenciais exercem sobre esses fatores; o impacto que pode ter a realidade dos velhos (que geralmente ficam fora dos protocolos clínicos) sobre a sobrevida; e a interferência que um período mais longo de seguimento pode dar sobre os resultados finais.

Passando-se agora a uma visão mais global do câncer, as localizações primárias dos tumores prevalentes variam de país para país, mas, no geral observa-se o seguinte: Nos países desenvolvidos, o câncer do colo uterino está sob controle, os cânceres de pênis e boca têm uma incidência mínima, o câncer de estômago encontra-se em curva descendente e os cânceres de mama, cólons e ovário apresentam-se em ascendência. Já os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento pagam em dobro o ônus da sua situação, que é a de persistência do câncer do colo uterino, boca e pênis como problemas de saúde pública e do aumento da incidência dos cânceres de estômago, mama, cólons e ovário.

Este ônus se reflete sobre dois aspectos básicos da assistência médico-hospitalar: a sobrevida e os tratamentos, ou seja, respectivamente, o benefício e o custo dos procedimentos.

Os dados disponíveis permitem avaliar como o alto percentual de casos avançados e a dependência tecnológica, de verificação corrente em países em desenvolvimento, influenciam os custos nesses países, cujo cidadão paga cem vezes mais do que um estadunidense para se tratar um caso de câncer, independentemente da localização primária do tumor (Tabela 1).

Quando se faz a correlação entre esse custo e o benefício que ele traz ao paciente, medida pelo custo por anos de vida ganhos (Tabela 2), verifica-se que o custo é variável não só com a idade do paciente ao diagnóstico, mas também com a localização primária do tumor, confirmando-se como o tipo e os subtipos histológicos, mais do que o estadiamento, influenciam o prognóstico de tumores responsivos ao tratamento antitumoral sistêmico e com o estadiamento é o ponto-chave do prognóstico de tumores de origem epitelial.

Tabela 1 - Custo por caso tratado (% per capita do PIB)

Localização do tumor	Custo relativo para a média dos EUA-1969/71	Custo por caso em país em desenvolvimento
Nasofaringe	0,76	79
Esôfago	1,11	115
Estômago	1,07	112
Cólon/reto	1,05	110
Fígado	1,13	118
Pulmão	1,22	127
Mama	0,65	67
Colo uterino	0,54	57
Leucemia	1,09	114
Média para todos os cânceres	1,00	104

Cromwell, 1969/71

Tabela 2 - Custo* por anos de vida ganhos de casos tratados** no nível terciário

Localização do tumor	Idade ao diagnóstico						10
	65	60	55	50	45	40	
Nasofaringe	176	78	50	37	29	24	
Esôfago	1.420	631	406	299	237	196	
Estômago	1.058	470	302	223	176	146	
Cólon/reto	154	68	44	32	26	21	
Fígado	2.110	938	603	444	352	291	
Pulmão	499	222	143	105	83	69	
Mama	30	15	10	8	6	5	
Colo uterino	23	11	8	6	5	5	
Leucemia							8

Barnum; Greenberg, 1989

*% per capita do PIB (números subestimados)

**Média de todos os estádios

Tomando-se o câncer de mama como objeto de comparação, para ilustrar a influência do estadiamento de tumores epiteliais sobre a sobrevida e os custos diretos do diagnóstico, estadiamento e tratamento (Tabela 3), pode-se ver como é necessário buscar-se o diagnóstico precoce, para que se aumente a relação entre o be-

preveni-los, detectá-los e curá-los, fica fácil demonstrar que controlar o tabagismo; usar a capacidade instalada do sistema de saúde para prevenir, detectar e tratar pacientes jovens com cânceres do colo uterino, mama e intestino em fase inicial, passível de cura; usar a capacidade instalada do sistema, no nível terciário, para tratar crianças

Tabela 3 - Relação entre o benefício e o custo direto do diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Brasil - 1995

Estágio da doença	% de sobrevida em 10 anos*	Custo direto em US\$**
0	100	324.70
I	90 - 95	6,213.78
II	50 - 70	7,417.18
III	20	8,383.03
IV	10	6,927.36

*Média de fontes internacionais.

**Sistema Único de Saúde/SUS - Ministério da Saúde - 1995

Média dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos padronizados aplicáveis Sem repetição dos procedimentos unitários previstos

nefício (sobrevida maior) e os custos dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos desses tumores.

Considerando-se os tumores que mais incidem e matam no Brasil e a capacidade da tecnologia atualmente disponível de poder

com leucemias e linfomas; e oferecer cuidados paliativos são as diretrizes que poderiam orientar uma política nacional de controle do câncer.

Marcos F. Moraes
Diretor do Instituto Nacional de Câncer

Tratamento do carcinoma diferenciado de tireóide com cirurgia e radioiodo-131 complementar

Treatment of differentiated carcinoma of thyroid gland with surgery and adjuvant Radioiodine-131

José Ulisses Manzini Calegari¹, Nely Queiroz Manzini Calegari², Lidia Vânia Duarte², Márcia Roberta Acioly Araujo², Márcia Dalila Mizziara², Ênio de Freitas Gomes³, Luis Augusto Casulari R. da Motta², Marluce Alves de Andrade⁴

Resumo

Objetivo: Avaliar os resultados do tratamento do câncer diferenciado da tireóide com cirurgia e radioiodo-131 complementar.

Material e métodos: Foram avaliados retrospectivamente 96 pacientes, no período 1978-1993, com idade média de $41,7 \pm 15$ anos (1 desvio-padrão), sendo 86 do sexo feminino, e tempo médio de seguimento de $5,3 \pm 4,4$ anos (1 desvio-padrão); dentre os pacientes, havia 50 casos de carcinoma papilífero (CP), 40 casos de carcinoma folicular (CF) e seis casos de células de Hurthle (CH). Os pacientes foram divididos em dois grupos: um, com 81 casos (47CP, 28CF e 6CH) que foram tratados por tireoidectomia e radioiodo complementar; o outro, com 15 casos (3CP e 12CF) tratados por tireoidectomia e radioiodo para metástases. Os casos foram também analisados por faixa etária, dividindo-se esta em pacientes com menos de 50 anos (72 casos) e os com mais de 50 anos (24 casos), tempo de sobrevida e patologias associadas.

Resultados: O Grupo A mostrou um óbito (1,21%) e três casos (3,65%) de metástases em progressão; o Grupo B, cinco óbitos (33,33%) e cinco casos (33,33%) de metástases em progressão. Para os pacientes abaixo de 50 anos, a mortalidade foi de 4,16% e as metástases em progressão corresponderam a 5,55%; para os acima de 50 anos, as taxas foram 12,5% e 16,66% respectivamente. A totalidade dos óbitos e a maior parte das metástases em progressão ocorreram até 10 anos de sobrevida. O bócio nodular autônomo esteve associado em sete dos casos (7,29%). A mortalidade global foi de 6,25% e as metástases em progressão corresponderam a 8,33%. Todos óbitos e a maior parte das metástases em progressão foram devidas ao câncer folicular.

Conclusões: 1. A tireoidectomia total e a ablação do tecido remanescente com radioiodo parece ser conduta que proporciona maior segurança. 2. Para pacientes com mais de 50 anos o tumor tem um comportamento mais agressivo. 3. A maior incidência de mortalidade e de metástases em progressão ocorreu até 10 anos de sobrevida. 4. O câncer folicular deve ser considerado como um fator prognóstico de risco. 5. A sua associação com bócio nodular autônomo é mais freqüente do que se supõe.

Palavras-chaves: câncer diferenciado de tireóide; tireoidectomia; radioiodo-131 complementar

Apresentado, em parte, no XIII Congresso Brasileiro de Cancerologia, Porto Alegre, setembro de 1994 e realizado na Fundação Hospitalar do Distrito Federal, Brasília, DF.

1Cancerologista e especialista em Medicina Nuclear; 2Endocrinologista; 3Especialista em Medicina Nuclear; 4Técnica em Radioisótopos.

Endereço para correspondência: AOS 06 - Bloco D - ap. 604 - 70660-060 - Brasília - DF.

Abstract

Aim: To analyse the results of differentiated thyroid cancer treatment by surgery and adjunctive radioiodine-131.

Material and methods: We analysed retrospectively 96 patients, from 1978 to 1993, with median age of 41.7 ± 15.0 years old ($SD = 1$), including 86 females and with median time follow-up of 5.3 ± 4.0 years ($SD = 1$); they corresponded to 50 cases of papillary carcinoma (PC), 40 cases of follicular carcinoma (FC) and six cases of Hurthle cells (HC). These cases were divided in two groups: A. 81 cases (47PC, 28FC and 6HC) treated by thyroidectomy and complementary radioiodine; B. 15 cases (3PC and 12FC) treated by thyroidectomy and radioiodine to metastases; the study groups were analysed by age: less than 50 years old (72 cases) and more than 50 years old (24 cases), survival time and associated diseases.

Results: Group A showed one death (1.21%) and three cases (3.65%) of metastases in progression; Group B, five deaths (33.33%) and five (33.33%) of metastases in progression. In patients less than 50 years old, mortality was 4.16% and metastases in progression = 5.55%; above 50 years old, the proportion were 12.5% and 16.66% respectively. All deaths and majority of distant metastases in progression occurred within 10 years of treatment. Nodular autonomous goitre was associated in seven cases (7.29%). General mortality and metastases in progression rates were 6.25% and 8.33% respectively, with all deaths and the most of distant metastases in progression being due to follicular carcinoma.

Conclusions: 1. Total thyroidectomy and ablation of residual thyroid tissue with radioiodine may yield the best results and be more safe. 2. Above 50 years of age the tumor has more aggressive evolution. 3. The highest incidence of mortality and distant progressive disease occurred within 10 years of treatment. 4. Follicular carcinoma must be considered as prognostic factor of risk. 5. The association with nodular autonomous goitre is more common than usually thought considered.

Key words: differentiated thyroid carcinoma; thyroidectomy; adjuvant radioiodine-131 treatment

Introdução

O câncer diferenciado de tireóide teve, e ainda tem, na cirurgia sua modalidade mais abrangente de tratamento, especialmente na ressecção do tumor primário e manifestações loco-regionais. Dentre os recursos complementares, a radioterapia foi sendo gradualmente abandonada pelos precários resultados proporcionados, tendo pouco emprego hodierno⁽¹⁾. Pouca expressão também evidencia a quimioterapia, que se comporta como elemento de alternativa limitada para aqueles indiferenciados (anaplásicos). A partir da década de 40, com a produção do radioiodo-131 em reatores atômicos, foi possível dispor de modalidade mais efetiva de tratamento complementar pelo seu acúmulo seletivo na célula tireoideana; preconizado inicialmente para o hipertireoidismo, logo a seguir teve indicação estendida para as neoplasias da tireóide⁽²⁾.

A estratégia de abordagem cirúrgica do tumor primário tem apresentado controvérsias ao longo dos anos, devido aos considerados fatores prognósticos. Tubiana⁽³⁾, em revisão datada de 1982, apontava: 1. idade: abaixo de 45 anos tem comportamento menos agressivo; 2. tipo histológico: o carcinoma papilífero com melhor evolução que o folicular; 3. tamanho inicial da lesão, sendo aquelas até 3 cm de diâmetro mais favoráveis; 4. invasão de cápsula ou vasos sanguíneos no estudo histológico, piorando o prognóstico; 5. presença ou não de metástases cervicais; 6. sexo: prognóstico um pouco mais reservado para o sexo masculino. Isto resultava em ressecção parcial ou total da tireóide quando só havia tumor detectável na glândula, com disseções radicais de cadeias ganglionares cervicais quando metastáticas.

O registro de diagnóstico mais precoce tem ocorrido nos últimos anos, de modo que na maior parte dos casos o tumor está limitado à glândula e com nódulos menores. A tendência atual é a totalização da tireoidectomia pelos motivos que Cady⁽⁴⁾ assinala: multifocalidade do Ca papilífero; necessidade de menor dose do I-131 para esterilizar tecido remanescente; facultar o uso da tireoglobulina como marcador tumoral; e a conversão do Ca papilífero em anaplásico nos casos que permanecem com doença residual de longa duração (cerca de 1% dos casos). Recentes informações mostram que, na reintervenção cirúrgica visando totalização da tireoidectomia, o Ca folicular tem evidenciado também multifocalidade, embora com menor proporção que o papilífero^(5,6). Esta constatação já havia sido efetuada por Rodrigues, em brilhante análise de 100 casos realizada na década de 60⁽⁷⁾. Ante o exposto, a tireoidectomia total parece ser a conduta mais segura na abordagem do tumor primário, independente do tipo histológico.

O presente material visa expor a experiência que se acumulou com o tratamento cirúrgico, radioiodo-131 complementar e terapia hormonal substitutiva em nossa instituição.

Material e métodos

Foram analisados, retrospectivamente, 96 pacientes tratados no período de 1978-1993, na Fundação Hospitalar do Distrito Federal, rede de hospitais e centros de saúde que atende cerca de 80% da demanda existente em Brasília. Destes pacientes, 86 são do sexo feminino e 12 do masculino, com idade média de $41,7 \pm 15$ anos (um desvio-padrão) e tempo médio de acompanhamento (preservação) = $5,3 \pm 4,4$ anos (um desvio-padrão). Corresponderam a 50 casos de carcinoma papilífero (CP), 40 de carcinoma folicular (CF) e seis células de Hurthle (CH). Foram divididos em dois grupos: A. tireoidectomia radioiodo complementar (T+RC) = 81 casos (47CP, 28CF, 6CH); B. tireoidectomia + radioiodo para metástases (T+RM) = 15 casos (3CP, 12CF); em ambos houve tratamento supressivo com hormônio tireoideano, mas nem sempre regular. A atividade do radioiodo (131-I) foi de 80-100mCi no grupo A (para esterilizar tecido remanescente no leito

tireoideano); de 150-200mCi para metástases pulmonares e 250-300mCi para metástases pulmonares e ósseas no Grupo B.

Também analisou-se a distribuição por faixa etária: casos com menos e mais de 50 anos.

Efetuuou-se distribuição por tempo de sobrevivida: 1. até cinco anos; 2. entre 5-10 anos; 3. entre 10-15 anos; 4. mais de 15 anos pós-tratamento.

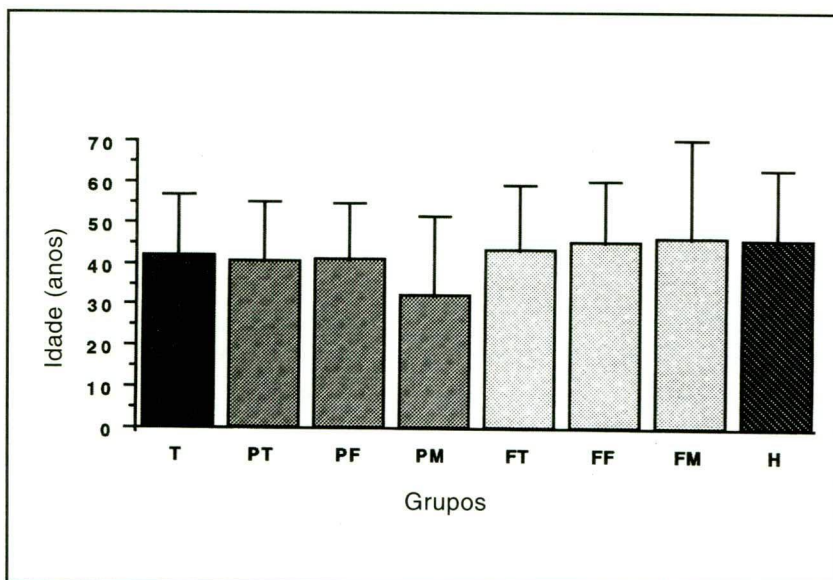
Foram discriminadas as doenças intercorrentes, bem como os resultados globais da presente casuística.

O tratamento estatístico foi realizado através da análise de variância, teste de Scheffer e qui-quadrado, conforme indicado.

Resultados

Conforme pode ser verificado na Figura 1, não houve diferença significativa nas médias das idades dos pacientes portadores de CP, CF e CH. Também não ocorreu diferença entre as médias das idades entre os sexos femininos e masculino nos portadores de CP e CF.

Figura 1 - Distribuição por idade de 96 pacientes com carcinoma de tireóide



Não houve diferença significativa entre as médias das idades de diferentes grupos de pacientes: T = total da casuística; PT = total dos papilíferos; PF = feminino papilífero; PM = masculino papilífero; FT = total dos foliculares; FF = feminino folicular; FM = masculino folicular; H = total Hürthler. Valores em média \pm desvio-padrão

O tempo médio de preservação da casuística foi de $5,3 \pm 4,4$ anos; nos portadores de CP foi de $4,8 \pm 4,0$ anos, no CF foi de $6,4 \pm 5,0$ anos e no CH de $2,2 \pm 0,8$ anos. Não houve diferença significativa entre os três tipos histológicos.

A Tabela 1, que contempla a distribuição dos casos por tipo de tratamento, mostra no Grupo A (82 casos) predominância do Ca papilífero em relação ao folicular, com um (1,21%) óbito atribuível ao câncer tireoideano (folicular) e três (3,65%) de metástases em progressão (um de papilífero e dois de folicular). O Grupo B (tireoidectomia + radioiodo para metástases), de pior prognóstico pelo estágio já avançado da doença, mostra predominância significativa do Ca folicular, resultando em cin-

co óbitos (33,3%) pelo Ca folicular e cinco casos (33,3%) com metástases em progressão (todos do folicular) e cinco (33,3%) com metástases controladas no total de 15 casos.

A análise por faixa etária (Tabela 2) mostra prevalência significativa dos casos abaixo de 50 anos (72 casos) em relação àqueles acima de 50 anos (24 casos), mas sem diferença na distribuição dos tipos histológicos nos dois grupos considerados. A ocorrência de óbitos devidos ao tumor mostra três casos (4,16%) e de metástases em progressão quatro casos (5,55%) abaixo de 50 anos, contra três óbitos (12,5%) e quatro casos de metástases em progressão (16,6%) naqueles acima de 50 anos, diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 1 - Distribuição dos 96 casos de câncer de tireóide de acordo com o tipo histológico, o tratamento instituído e a sua evolução

Câncer/evolução	Grupo A (T+RC)* (82 casos-100%)		Grupo B (T+RM)** (15 casos-100%)	
	Nº	%	Nº	%
Papilífero	47 #	57,3	3	20,0
Boa	43	91,5	-	
Metástase cervical controlada	2	4,2	-	
Metástases pulmonar + óssea progressivas	1	2,1	-	
controladas	-		3	100,0
Óbito	1 ***	2,1	-	
Folicular	28	34,1	12##	80,0
Boa	25	89,3	-	
Metástases pulmonar controlada	-		1	8,3
Metástases pulmonar + óssea progressivas	2	7,1	5	41,6
controladas	-		1	8,3
Óbito	1 ###	3,6	5 ###	41,6
Hürthle	6	7,3		
Boa	5	83,3	-	
Metástase cervical controlada	1	16,3	-	

(-) indica ausência de casos; *T+RC = tireoidectomia + radioiodo complementar; **T+RM = tireoidectomia + radioiodo para metástase; ***óbito por acidente vascular cerebral + hemorragia digestiva alta; # p < 0,01 em relação ao folicular; ## p < 0,01 em relação papilífero; ### p < 0,01 óbito folicular x papilífero

Tabela 2 - Relação entre a idade, menores ou maiores de 50 anos, dos 96 casos de câncer de tireóide e a sua evolução

Câncer/evolução	Abaixo de 50 anos (72 casos = 100%)		Acima de 50 anos (24 casos = 100%)	
	Nº	%	Nº	%
Papilífero	39	54,1	11	45,8
Boa	36	92,3	10	90,9
Metástase cervical controlada	1	2,5	1	9,1
Metástases pulmonar + óssea				
progressivas	1	2,5	-	-
controladas	-	-	-	-
Óbito	1 ***	2,5	-	-
Folicular	29	40,3	11	45,8
Boa	22	75,8	3	27,3
Metástase pulmonar controlada	1	3,4	1	9,1
Metástases pulmonar + óssea				
progressivas	3	10,3	4	36,3
controladas	-	-	-	-
Óbito	3 **	10,3	3	27,3
Hürthle	5	6,9	1	4,2
Boa	4	80,0	1	100,0
Metástase cervical controlada	1	20,0	-	-

(-)indica ausência de casos; * $p < 0,001$ em relação > 50 anos; ** $\alpha = 1,792$ NS; ***óbito por acidente vascular cerebral + hemorragia digestiva alta

Destas duas tabelas é possível apreciar que o controle efetivo de metástases ocorreu na totalidade dos casos do envolvimento ganglionar cervical (por exérese cirúrgica) e na maior parte do comprometimento pulmonar (tratado por radioiodo); todos casos com metástases em progressão corresponderam ao envolvimento ósseo e pulmonar.

A distribuição por tempo de acompanhamento (Tabela 3) relaciona 53 casos (55,12%) até cinco anos, 32 (33,33%) entre 5-10 anos, nove (9,37%) entre 10-15 anos e dois (2,08%) com mais de 15 anos pós-tratamento. Todos óbitos e a maior parte das metástases em progressão situou-se na faixa até 10 de sobrevivida, embora tenha se constatado posteriormente a ocorrência de metástases.

Dentre as doenças intercorrentes, alinhadas na Tabela 4, verificam-se dois casos (2,08%) de hipoparatiroidismo e dois (2,08%) de paralisia das cordas vocais de caráter transitório como seqüela da tireoidectomia to-

tal; um caso de aplasia de medula quando o somatório de dose de radioiodo ultrapassou em pouco 1,0Ci no período de 3,5 anos. Foram diagnosticados três outros tumores (um linfoma de Hodgkin e dois carcinomas de mama), constituindo 3,12% da amostragem, todos tratados com sucesso e associados ao Ca papilífero. O bócio nodular autônomo esteve presente em sete casos (7,30%), sendo quatro (4,16%) de bócio multinodular (dos quais dois tóxicos) e três (3,12%) de bócio uninodular (um dos quais tóxico).

Não foi possível curva estatística de regressão global pelos tempos variáveis de acompanhamento dos pacientes. Portanto, tomou-se em consideração o tempo médio de acompanhamento de 5,3 anos (Tabela 5), mostrando sobrevivida livre da doença em 82 (85,4%), com metástases em progressão oito (8,33%) e mortalidade global de seis casos (6,25%). Os óbitos e sete casos de metástases em progressão estão relacionados ao carcinoma folicular.

Tabela 3 - Tempo em anos de acompanhamento dos 96 casos

Câncer	Tempo (anos)		< 5		5-10		11-15		> 15	
	Número de casos		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Papilífero	30*		56,6		16	50,0	3	33,3	1	50,0
Boa	27		90,0		15	93,7	3	100,0	1	100,0
Metástase cervical controlada	2		6,6		-		-		-	100,0
Metástases pulmonar + óssea progressivas	1		3,3		-		-		-	
Óbito	-				1**	3,3	-		-	
Folicular	17		32,0		16	50,0	6	66,6	1	50,0
Boa	11		64,7		9	56,2	5	83,3	-	
Metást. pulmonares controlada	1		5,9		-		-		1	100,0
Metástases pulmonar + óssea progressivas	2		11,7		4	25,0	1	16,3	-	
Óbito	3		17,6		3	18,7	-		-	
Hürthle	6				-		-		-	
Boa	5		83,3		-		-		-	
Metástase cervical controlada	1		16,3		-		-		-	

(-)indica ausência de casos; * $p < 0,05$ papilífero < 5 anos \times > 5 anos; **óbito por acidente vascular cerebral + hemorragia digestiva alta

Tabela 4 - Doenças associadas ou decorrentes do tratamento dos 96 casos

A. Seqüelas cirúrgicas	2 hipoparatiroidismo
	2 paralisia de cordas vocais
B. Seqüelas do radioiodo	1 aplasia de medula (dose $> 1\text{Ci}$)
C. Tumores	1 linfoma de Hodgkin (Ca papilífero)
	2 carcinoma de mama (Ca papilífero)
D. Úlcera péptica gástrica	1 caso (Ca papilífero)
E. Bócio nodular autônomo	2 multinodular tóxico (Ca folicular)
	2 multinodular eutireóideo (Ca papilífero)
	1 uninodular tóxico (Ca folicular)
	2 uninodular eutireóideo (Ca folicular e papilífero)

Tabela 5 - Resultados finais em 5,2 anos de acompanhamento dos 96 casos

Boa evolução	82 casos (85,4%)
Metástases em progressão	8 casos (8,33%)
Óbitos	6 casos (6,25%)
Total	96 casos (100,0%)

Discussão

É difícil estabelecer comparações com outros estudos efetuados porque sua maior parte é de natureza retrospectiva; e aqueles de natureza prospectiva, baseados em protocolos, foram desenvolvidos geralmente para uma determinada instituição. Assim sendo, estes resultados devem ser tomados com devida cautela quando comparados com outros para efeitos de análise.

Cady⁽⁸⁾ desenvolveu um sistema prognóstico designado AMES (Age, Metástases, Extent, Size - do inglês) pelo qual, independente do tipo histológico, podem-se classificar os tumores tireoideanos diferenciados em de baixo e alto risco, correspondendo o primeiro a cerca de 89% dos casos com mortalidade em torno de 2%, e o segundo a 11% dos casos com mortalidade de 46%. O grupo de baixo risco inclui homens até 40 anos e mulheres até 50 anos, ausência de metástases distantes, sem invasão de cápsula ou vascular, com tamanho até 5 cm de diâmetro. Nesta perspectiva podemos considerar as Tabelas 1 e 2 que enfocam a presença de metástases e idade respectivamente, colocando como de baixo risco o Grupo A da Tabela 1 e os casos abaixo de 50 anos da Tabela 2, e como de alto risco o Grupo B da Tabela 1 e os casos acima de 50 anos da Tabela 2. Isto resulta em índices de mortalidade de 1,21% na Tabela 1 e 4,16% na Tabela 2 para o grupo de baixo risco; 33,3% na Tabela 1 e 12,5% na Tabela 2 para o de alto risco, considerando o tempo de acompanhamento = 5,3 anos contra o de 13 anos de Cady. Podem ser, portanto, tomados como tendências concordantes se lembramos que as diferenças devem ser atribuídas a vários fatores: menor tempo de acompanhamento destes dados; não contemplar todos fatores de risco propostos; supressão hormonal inadequada em parte dos casos desta amostragem. A propósito da supressão hormonal, todos autores são unânimes em considerá-la um aspecto relevante não só para obtenção de melhores resultados no decorrer dos anos, como proporcionar melhor qualidade de sobrevida pela reposição funcional do tecido tireoideano extirpado. Parcela significativa dos pacientes tratados em Brasília procede de outras regiões geográficas e é de baixo poder aquisitivo, resul-

tando em tratamento hormonal frequentemente irregular.

O grupo A da Tabela 1 é ilustrativo da conduta que adotamos: totalização da tireoidectomia cirúrgica e, em todos 81 casos, esterilização do tecido remanescente no leito tireoideano com 80-100 mCi de radioiodo. Ela visou eliminar a multifocalidade do Ca papilífero e, em menor escala do folicular; permitir o uso da tireoglobulina como marcador tumoral, proporcionar maior sensibilidade na detecção de metástases com I-131 e tratamento mais efetivo das mesmas com radioiodo. Sabe-se que o tecido remanescente compete com o metastático, comprometendo o resultado terapêutico⁽⁹⁾; consideramos, portanto, sua ablação definitiva de suma importância. Para evitar o desconforto que os pacientes acusam com a retirada do tratamento hormonal supressivo nas pesquisas de corpo inteiro com I-131 tem se preconizado o uso do tálio-201 ou isonitilas marcadas com Tc-99 m, que podem ser realizadas mantendo o tratamento hormonal; entretanto, os resultados estão aquém do I-131 por não disporem da especificidade⁽¹⁰⁾.

O tempo de sobrevida (discriminado na Tabela 3) permite verificar que a maior incidência de metástases e óbitos situa-se até 10 anos após tratamento da doença. Também evidencia a maior agressividade do Ca folicular, responsável por todos óbitos relacionados ao tumor e concorrendo com a maior parte das metástases em progressão. Contraria a opinião formulada por Cady⁽⁸⁾ de que o tipo histológico não deva ser fator prognóstico de risco. Nossa tendência é tomá-lo como fator de risco apreciável, consoante com publicações mais recentes⁽¹¹⁻¹³⁾ e os presentes resultados.

A totalização da tireoidectomia resultou em 2,08% de hipoparatiroidismo e paralisia de cordas vocais para cada uma, concordante com os registros de literatura quando conduzida por cirurgião experiente^(5, 6, 14). A fibrose pulmonar ocorre com doses elevadas do radioiodo, repetidas a curtos intervalos de tempo - menos de três meses⁽³⁾; nesta série não o foi por se utilizar intervalo mínimo de seis meses, habitualmente um ano. Por outro lado houve um caso de aplasia medu-

lar em paciente com múltiplas metástases ósseas e pulmonares, submetido a pouco mais de 1Ci de atividade cumulativa em 3,5 anos; sabe-se que, além de 800 mCi, esta possibilidade de seqüela é real⁽¹⁵⁾. Consideramos meras constatações os registros de dois casos de carcinoma mamário e um linfoma de Hodgkin; é oportuno lembrar, todavia, a ocorrência mais elevada de Ca tireoideano em pacientes irradiados visando o linfoma de Hodgkin⁽¹⁶⁾.

A associação de hipertireoidismo com câncer da tireóide parece ser mais freqüente do que se registrava antes⁽¹⁷⁾ e não parece influir no curso da doença com se supunha⁽¹⁸⁾; tem sido relacionada mais freqüentemente à doença de Graves. Nesta série encontramos três casos (3,06%) de bócio nodular tóxico, isto é, maior associação com hipertireoidismo da doença de Plumer. E sete casos (7,3%) de bócio nodular autônomo (quatro multinodular e três uninodular) quando habitualmente se suspeita de neoplasia tireoideana na presença de nódulo frio (não captante) à cintilografia. Esta constatação já tem sido assinalada em séries cirúrgicas com índices de 6%, 11,3% e 17,9%⁽¹⁹⁻²¹⁾ e, mais recentemente, em casuística clínica com índice de 25% levantada por Mazzaferri⁽²²⁾. Este aspecto muda o conceito anterior da baixa associação de carcinoma com nódulo quente da cintilografia tireoideana.

A sobrevida livre de doença encontrada é de 85,4% e a mortalidade de 6,25%, que deverá aumentar por parcela significativa de metástases em progressão (8,25%), com tempo de acompanhamento médio de 5,3 anos. Para situá-la, visto que diferentes casuísticas não podem ser efetivamente comparadas, Samaan registra mortalidade de 11% em 11 anos⁽¹⁾ e Akslen 11,2 em quatro anos⁽¹¹⁾.

A discussão ora conduzida permite estabelecer algumas conclusões:

1. são fatores de pior prognóstico a idade acima de 50 anos, a presença de metástases distantes e a natureza folicular do tumor;

2. a totalização da tireoidectomia é ablação do tecido remanescente com radioiodo parece ser conduta bastante segura porque resultou em baixa mortalidade (1,21%) nos tumores mais iniciais;

3. o tratamento hormonal supressivo mais efetivo possivelmente permitiria melhores resultados;

4. a associação com bócio nodular autônomo parece ser mais freqüente do que se considerava.

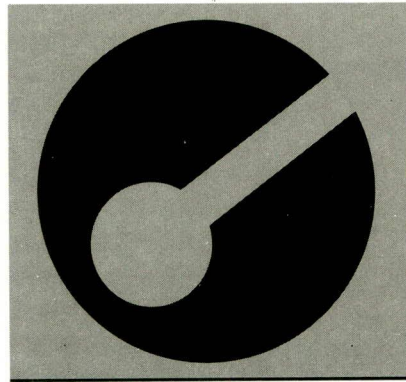
Referências Bibliográficas

1. Samaan, N.A.; Shultz, P.N.; Hickey, R.C.; Goefert, H.; Hayne, T.P. et al. - The results of various modalities of treatment of well differentiated carcinomas: A retrospective review of 1959 patients. *J Clin Endocrinol Metab*, 75: 714-720, 1992.
2. Becker, D.V. - Radioactive iodine (I-131) in the treatment of hyperthyroidism. In: Beckers C. editor. *Thyroid diseases*. Paris: Pergamon Press, 145-158, 1982.
3. Tubiana, M. - Thyroid Cancer. In: Beckers, C. editor. *Thyroid diseases*. Pergamon Press, 187-227, 1982.
4. Cady, B. - Neoplasms of the thyroid. In: Holland, J.F. et al. editors. *Cancer Medicine*. Philadelphia: Lea and Febiger, 1138-1146; 1993.
5. De Groot, L.J.; Kaplan, E.L. - Second operations for "completion" of thyroidectomy in the treatment of differentiated thyroid cancer. *Surgery*, 110: 936-939, 1991.
6. Levin, K.E.; Clark, A.H.; Duh, Q.Y.; Demeure, M.; Siperstein, A.E. - Reoperative thyroid surgery. *Surgery*, 111: 604-609, 1992.
7. Rodrigues, J. - Carcinoma da tireóide. Rio de Janeiro, 1969, tese de livre docência. Faculdade de Medicina da U.F.R.J.

8. Cady, B.; Rossi, R.L. - An expanded view of risk-group definition in differentiated thyroid carcinoma. *Surgery, 104*: 947-950, 1988.
9. Vassilopoulou-Sellin, R.; Klein, M.J.; Smith, T.H.; Samaan, N.A.; Frankenthaler, R.A. et al. - Pulmonary metastases in children and young adults with differentiated thyroid cancer. *Cancer, 71*: 1348-1552, 1993.
10. Dadparvar, S.; Krishna, L.; Brady, L.V.; Slixofski, W.J.; Brown, S.J. et al. - The role iodine-131 and thallium-201 imaging and serum thyroglobulin in the management of differentiated thyroid carcinoma. *Cancer, 71*: 3767-3773, 1993.
11. Akslen, L.A.; Haldorsen, T.; Thoresen, S.O.; Glatte, E. - Survival and causes of death in thyroid cancer: A population-based study of 2479 cases from Norway. *Cancer Res, 51*: 1234-1241, 1991.
12. Robbins, J.; Merino, M.J.; Boice, J.D. Jr.; Ron, E.; Ain, K.B. et al. - Thyroid cancer: a lethal endocrine neoplasm. *Ann Intern Med, 115*: 133-147, 1991.
13. Casara, D.; Rubello, D.; Saladini, G.; Masarotto, G.; Favera, A.; Girelli, M.E. Different features of pulmonary metastases in differentiated thyroid cancer: natural history and multivariate statistical analysis of prognostic variables. *J Nucl Med, 34*: 1626-1631, 1993.
14. Emerick, G.T.; Duh, Q.Y.; Siperstein, A.E.; Burrow, G.N.; Clark, O.H. - Diagnosis, treatment and outcome of follicular thyroid carcinoma. *Cancer, 72*: 3287-3295, 1993.
15. Bushnell, D.L.; Boles, M.A.; Kaufman, G.A.; Wadas, M.A.; Barnes, W.E. - Complications, sequela and dosimetry of iodine-131 therapy for thyroid carcinoma. *J Nucl Med 33*: 2214-2221, 1992.
16. Hancock, S.L.; Cox, R.S.; McDougall, I.I. - Thyroid diseases after treatment of Hodgkin disease. *N Engl J Med, 325*: 599-605, 1991.
17. Nicolau, W. - Tireotoxicose. In: Waschenberg, B.L. editor. *Tratado de Endocrinologia Clínica*. São Paulo: Livraria Roca, 330-403; 1992.
18. Hales, I.B.; McElduff, A.; Crummer, P.; Clifton-Bligh, P.; Delbride, L. et al. - Does Graves disease or thyrotoxicosis affect the prognosis of thyroid cancer? *J Nucl Endocrinol Metab, 75*: 886-889, 1992.
19. Smith, M.; McHenry, C.; Jarosa, H. et al. Carcinoma of the thyroid in patients with autonomous nodules. *Ann Surg, 54*(7): 488-492, 1988.
20. Croon, R.D.; thomas, C.G.; Reddick, R.L. et al. Autonomously functioning thyroid nodules in childhood and adolescence. *Surgery, 102*(6): 110-115, 1987.
21. Rosler, H.; Winpfheimer, C.; Ruchtil et al. Hyperthyroidism in patients with thyroid cancer. *Nucl Med, 23*(6): 293-297, 1984.
22. Mazzaferri, EL. - Management of a solitary thyroid nodule. *N Engl J Med, 328*: 553-558, 1993.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Sr. Marconio Luiz Alves de Lima pelo trabalho de confecção datilográfica e revisão do texto.



X

**Congresso Brasileiro
de
Oncologia Clínica**

São Paulo, SP

Hotel Meliá

14 a 16 de Agosto de 1997

Repensando na prevenção do câncer cérvico-uterino

Reviewing the approach to cervix cancer prevention

Regina Lúcia Mendonça Lopes¹

Resumo

O estudo tem como objetivo o *sentido* do comportamento do ser-mulher na realização do exame ginecológico para a prevenção do câncer cérvico-uterino. O interesse pelo tema originou-se da detecção do grande vazio entre os programas institucionais e a adesão feminina, o que foi por nós observado quando de nossa experiência como enfermeira de um ambulatório de ginecologia. Utiliza-se a fenomenologia como abordagem metodológica, seguindo-se a linha do pensamento filosófico de Martin Heidegger. A partir do significado atribuído ao exame pelas depoentes, pudemos apreender que a prevenção envolve a compreensão daquilo que pode vir a surgir como problema ginecológico e não apenas o câncer cérvico-uterino como doença grave e fatal. Assim, privilegiando a dimensão que valoriza o humano em nossas ações como enfermeiros, pudemos considerar que a compreensão do enfoque preventivo não tem sido trabalhada entre os profissionais e a clientela.

Palavras-chaves: câncer cérvico-uterino; exame de Papanicolaou; enfermagem em Saúde da mulher

Abstract

The object of this study is the meaning which determines the behavior of woman-being when having gynaecological exams done to prevent cervical-uterine cancer. Ours interest in this topic had its origins in ours work, as a nurse, at gynaecological outpatient unit, where we noticed the huge gap between institutional programs and their acceptance by women. As ours methodology, we referred to Heidegger's philosophy to analyse in a comprehensive way the collected testimonies. From the woman's perspective, prevention is not only about cervix-uterine disease as a serious and fatal possibility, but also about gynecologic problems and what may happen in the future. Therefore we as nurses must act with a humane dimension and realize that the focus on prevention has not been stressed enough among professionals and their patients.

Key words: cervix-uterine cancer; Pap smear; nursing and woman's health programs

Sinopse da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada "O avesso da prevenção do câncer cérvico-uterino: o ex-sistir feminino sob a ótica da enfermagem", defendida em 7 de março de 1996 - UFRJ. Orientadora: Ivis Emília de Oliveira Souza. Doutora em Enfermagem/UFRJ. Mestre em Enfermagem/UFRJ. Prof^ª Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Coordenadora do Curso de Mestrado - EEAN/UFRJ.

1Doutora em Enfermagem/UFRJ, Mestre em Educação/UEERJ, Livre-Docente em Enfermagem/UNI-RIO, Prof^ª Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

Endereço para correspondência: Rua Professor Lemos de Brito, 338 - casa 14 - Morro do Gavazza - Barra - 40140-090 - Salvador - BA.

Introdução

Na análise da situação saúde-doença no Brasil, modificações significativas se fazem notar. Devido, principalmente, aos avanços laboratoriais e farmacêuticos, o coeficiente de mortalidade por doenças infecto-parasitárias diminuiu, ao passo que o de mortalidade por câncer tem apresentado aumento gradativo.

O Instituto Nacional do Câncer⁽¹⁾ (INCA) (1992: 8) observou que na distribuição das neoplasias malignas, segundo a localização topográfica e o sexo, os cânceres mais frequentes foram os de: pele (18,7%); mama (15,6%); colo de útero (9,9%); boca (7,3%) e traquéia, brônquios ou pulmões (7,8%). Estes dados correspondem a 59,3% do total das neoplasias cadastradas nessa instituição entre 1986 e 1989.

O câncer cérvico-uterino assume posição importante, figurando, segundo o Instituto acima referido (1992: 8), como a segunda localização topográfica de mortalidade cadastrada entre as mulheres, no período de 1986 a 1989. No panorama apresentado, os índices de câncer cérvico-uterino atingem o percentual de 18,3 e inserem-se logo após ao de mama.

O câncer cérvico-uterino constitui-se em um sério problema de saúde pública em nosso país, apesar da tecnologia disponível para seu diagnóstico precoce, pois sua incidência tem demonstrado aumento importante em todas as camadas sociais e regiões geoeconômicas.

Segundo levantamentos estatísticos realizados pelo INCA, o câncer cérvico-uterino é a neoplasia mais freqüente entre as mulheres das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Em termos nacionais, o referido instituto prevê, para 1996, o surgimento de 20.110 novos casos.

Diante da gravidade dos fatos, a prevenção desse tipo de câncer tornou-se um imperativo para os governos de vários países, inclusive do Brasil, que, através de políticas sociais, implementam programas de assistência à saúde da mulher.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) tem, como objetivo, reduzir a morbimortalidade feminina por meio da garantia de melhores condições de saúde e do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços. Prioriza o desenvolvimento de quatro ações de saúde, dentre elas a assistência clínico-ginecológica, com ênfase na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino.

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde em 1987 e ressaltados por Ferrigno e Faria⁽²⁾ (1992: 31) estimam que apenas 7,7% da população receberam essa cobertura em programas governamentais. Tadde⁽³⁾ (1985: 189) afirma que apenas 10% das unidades públicas desenvolvem atividades de controle do câncer cérvico-uterino.

A prevenção do câncer cérvico-uterino baseia-se em rastreamento na população sintomática e assintomática, identificação das portadoras de lesões, diagnóstico dos graus dessas lesões e tratamento adequado. A colpocitologia, conhecida como teste de Papanicolaou, é o esfregaço ou raspado de células esfoliadas de secreções vaginais e cervicais. Tem, portanto, quando realizado precocemente e incorporado como rotina na vida adulta, eficácia na redução da incidência do câncer cérvico-uterino e da morbimortalidade das suas portadoras (Lopes e Souza⁽⁴⁾, 1995: 466).

A colpocitologia, como método de prevenção secundária e de diagnóstico, possibilita a descoberta do câncer cérvico-uterino em seus estágios iniciais, permitindo tratamento a baixo custo e elevado percentual de cura. É considerada como prevenção secundária, pois já existe uma determinada situação para a qual o serviço de saúde espera a demanda feminina. Nesse entendimento, a clientela passa a ser objeto e não sujeito de uma ação ativa ou de uma intervenção de quem está vivenciando aquele processo, como o que ocorre na prevenção primária.

Delimitação do problema

Esta investigação teve como situação problema a detecção do grande vazio entre os programas institucionais de prevenção do câncer cérvico-uterino e a adesão das mu-

lheres aos mesmos. Das nossas vivências como mulher em exame ginecológico e da nossa prática assistencial, como enfermeira em ambulatório de ginecologia, percebemos que, embora a oferta de serviços de saúde que desenvolviam tais programas fosse um fator facilitador no aumento da demanda espontânea, não representava a garantia da adesão feminina (Lopes⁽⁵⁾, 1996: 20-27).

Tendo como objeto de estudo, o *sentido* do comportamento do ser-mulher na realização do exame ginecológico, para a prevenção do câncer cérvico-uterino, optamos pela abordagem fenomenológica visando compreender o existir feminino no cotidiano da prevenção.

Os depoimentos foram coletados no Centro Luiza Gomes de Lemos (CLGL, instituição pública subordinada ao Ministério da Saúde e absorvida, há cerca de três anos pelo Instituto Nacional do Câncer, órgão de pesquisa que estabelece políticas de combate ao câncer através do Programa de Oncologia (Pro-Onco). O CLGL, denominado INCA III, localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, no bairro de Vila Izabel, é uma unidade de tratamento e de pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em 1994, com mulheres que buscaram a instituição espontaneamente e, que possuíam a vivência em exame ginecológico relacionada à prevenção. Vinte e oito depoentes responderam, numa entrevista não estruturada de modalidade fenomenológica (Carvalho⁽⁶⁾, 1991) a seguinte questão norteadora: *O que significa para você fazer o exame ginecológico para a prevenção do câncer de colo de útero?*

Referencial teórico-filosófico

Vários autores, dentre eles Bicudo⁽⁷⁾ (1983: 10) e Donzelli⁽⁸⁾ (1988: 44) consideram a fenomenologia um método apropriado aos estudos dos fenômenos humanos e sociais. Afirmam, ainda, que essa abordagem não configura substituição ou oposição ao pensamento objetivista e positivista das ciências exatas. Como uma proposta de compreensão do humano, é uma possibilidade de conhecimento, de saber paralelo ao científico.

Bicudo⁽⁷⁾ (1993: 11) declara que esta corrente filosófica, como uma forma radical de pensar, não se destina à tarefa de explicação dos fatos. Seu compromisso é o ir além do já demonstrado, buscando o fundante presente em todo o comportamento humano.

Assim sendo, a fenomenologia não procura as condições sobre as quais o juízo é verdade e, sim, o *sentido* que funda o comportamento do indivíduo quando ele ama, sente felicidade, adoece, vive..., e que é expresso através do discurso - mundo da linguagem, da totalidade das palavras, dos gestos, do silêncio, do tom da voz, da expressão fisionômica e do discurso escrito (Lopes et al.⁽⁹⁾, 1995: 50).

Questões significativas à existência humana, como o amor, a angústia, a liberdade, a desesperança, o medo e o próprio existir, dão-se no ser humano e merecem um olhar de natureza compreensiva.

A fenomenologia quer recuperar a ordem do acontecer dos fatos. O *phainomenon* é o acontecer e o acontecer é da instância da existência, pois existir é acontecer. O método fenomenológico, conseqüentemente, é essencialmente adequado a todo estudo do humano porque ele busca a essência deste ser que é a vivência.

Análise dos resultados

A análise compreensiva dos depoimentos, realizada a partir do significado atribuído ao exame pelas depoentes, foi norteadora pelo pensamento filosófico de Heidegger^{(10), (11)} (1993) expresso em *Ser e Tempo*.

Alemão de formação teológica e filosófica, Martin Heidegger (1889-1976), é considerado como um dos pensadores que mais agitou a filosofia contemporânea. Com estudos aprofundados e analisando o princípio da fenomenologia pela máxima husserliana - a volta às coisas mesmas -, teve como mérito repor no centro da reflexão filosófica a temática tradicional - o sentido do ser.

Em toda a vasta extensão da obra heideggeriana, o pensador tem a preocupação de dar designação a certos termos utilizados pela filosofia clássica. Por meio da hifenação, Hei-

degger chama a atenção para o fundante, possibilitando que o sentido da palavra se revele.

Ser e Tempo, sua mais imponente obra surgida em 1927, representa uma analítica existencial do ente humano, designado por *pre-sença*, *Dasein*, *ser-aí* desenvolvendo os momentos essenciais, isto é, os modos de ser do acontecer humano em sua cotidianidade. Assim, analisa a existência humana sob os três aspectos denominados por ele como: facticidade, transcendência e de-cadência.

Nessa linha de pensamento, a *pre-sença* é para Heidegger sempre em ser relacional que, como ser-com, mantém com as coisas uma relação de ocupação e com as demais *pre-senças* uma relação de preocupação, de cura, de solicitude.

Sendo a cotidianidade uma dimensão existencial, o homem tem como possibilidade mais própria, a de desviar-se de seu projeto essencial, mergulhando no anonimato, na inautenticidade, perdendo-se no impessoal, dando início, assim, a um processo de desumanização.

É uma produção que marcou a história da filosofia contemporânea, por sua originalidade e profundidade reflexivas, expressas pela natureza de seu pensar filosófico. A temática de interesse heideggeriano é o ser e, a partir dessa investigação, a Ontologia Hermenêutica se apresenta como um novo caminho para a fenomenologia, constituindo-se em possibilidade de pensar filosoficamente.

O pensamento heideggeriano foi o respaldo para a construção das unidades de significação. Estas representam o mundo das depoentes como espaço e tempo próprios e foi captado através da linguagem, da totalidade das palavras, do tom de voz, do silêncio e da expressão fisionômica.

As unidades se constituíram em: 1. busca de assistência de saúde representada pela figura do médico, que garante à mulher apoio e segurança; 2. expectativa de apresentar uma doença, negada muitas vezes, através de eufemismos, e que a espreita como indicativo

de morte; 3. vivência de expectativa, dor, vergonha, aceitação e tranquilidade; 4. vivência que referencia a experiência de outras mulheres; 5. vivência obrigatória e inerente à mulher e que demonstra responsabilidade para com sua saúde; 6. experiência vivenciada com o suporte de uma crença em um Ser Supremo; 7. vivência permeada pela sexualidade, com o resgate das lembranças da intimidade sexual, da gravidez e do parto; 8. vivência reveladora de relações profissionais que indicam poder mediante atitudes ambivalentes de atenção, de carinho e de rispidez.

Com o interesse na busca do *sentido*, o pensar heideggeriano foi o referencial para interpretar compreensivamente os modos de ser que fundam a experiência concreta do vivido das mulheres, quando da realização do exame ginecológico para a prevenção do câncer cérvico-uterino. A análise existencial apresentada em *Ser e Tempo* foi o suporte para o desvelamento do que constitui os comportamentos expressos nos depoimentos.

Partindo da estruturação das unidades de onde emergiram os aspectos ônticos, isto é, tudo o que é percebido de forma imediata, encaminhamos o nosso pensar para a ultrapassagem do verbalizado, na tentativa de desvelar o *sentido* velado nos depoimentos e, assim, apreender os aspectos ontológicos da *pre-sença* - o que possibilita as várias maneiras de algo tornar-se manifesto.

Submetendo as unidades de significação à leitura heideggeriana dos modos de ser da *pre-sença*, procedemos a hermenêutica, ou seja, a interpretação do *sentido*. Interpretar é, assim, recuperar a compreensão, é ultrapassar de maneira meditativa o não dito, o velado nos depoimentos e que representa o avesso do comportamento da mulher com relação a sua saúde ginecológica.

Assim, alguns conceitos expressos em *Ser e Tempo* foram utilizados na construção do *sentido*, a seguir apresentado:

- Vivenciar o exame ginecológico é para o ser-mulher pautar seu comportamento pela inautenticidade; é des-velar-se descompro-

missada com o ser mesmo da atividade assistencial de caráter preventivo.

- A situação do exame ginecológico propicia o des-velamento de ex-istir inautêntico como um modo de ser da mulher e do profissional, enquanto pre-senças co-ex-sistentes, e anuncia o processo de desumanização como possibilidade.

- O temor, como disposição imprópria, é um modo de ser da mulher **que**, na abertura no pre da pre-sença, tem no exame, a vivência da ameaça.

- A situação do exame ginecológico remete o ser-mulher a sua condição originária. Enquanto pre-sença temerosa, foge ao chamamento da possibilidade de não ser-mais-aí.

- Ser-mulher na realização do exame ginecológico para a prevenção do câncer cérvico-uterino é compreender a autenticidade como um modo de ser; é des-velar-se como cura.

Considerações finais

A fenomenologia, abordagem metodológica eleita para o desenvolvimento desta investigação, levou-nos a repensar o conceito de conhecimento e a olhar o outro, acolhendo-o, sem julgamentos, em suas percepções, sentimentos e atitudes. Desse modo, é que, nesse movimento de reflexão, propomos a fazer considerações acerca da temática prevenção do câncer cérvico-uterino na perspectiva do outro - *a mulher que se submete ao exame ginecológico de caráter preventivo*.

Nossas preocupações, oriundas de nossas experiências profissionais como enfermeira, bem como de vivências na realização do exame ginecológico para a prevenção do câncer cérvico-uterino, conduziram-nos, por muito tempo, para as causas do comportamento da mulher em relação aos programas preventivos.

No desenvolvimento da consulta de enfermagem, preocupadas em sensibilizar a clientela para a importância do exame ginecológico, orientávamos-nos de modo anteci-

patório quanto aos passos que envolviam o procedimento. No entanto, surpreendia-nos ao perceber que, durante o exame ginecológico, a mulher não verbalizava ao médico suas dificuldades, limitando-se a expressá-las através de sudorese, tremores, palidez...

Na cotidianidade presente na rotina ambulatorial, considerava evidentes a oferta de serviços e a baixa demanda; a rapidez do exame e a segurança que ele trazia à clientela, mas isso não nos levava à explicação do grande vazio entre os programas de prevenção do câncer cérvico-uterino e a adesão das mulheres aos mesmos.

Aproximando-nos da proposta da Fenomenologia, voltamos nosso olhar para *compreender* o grande vazio a partir dos sujeitos, as mulheres que, como *sentido*, têm, no exame, a vivência ambígua de vergonha, de ansiedade, de dor e de tranquilidade.

Retomando o significado do verbo *prevenir* como: dispor com antecipação; dispor de maneira que evite dano; realizar antecipadamente, pude compreender o grande vazio como um afastamento de propósitos entre a cliente e o profissional de saúde. Percebemos que, em relação a ambos envolvidos nessa atividade, não há a captação do pre da prevenção, como a compreensão do que pode vir. Assim, o exame não deve ser compreendido somente como preventivo do câncer cérvico-uterino, mas como um procedimento próprio à mulher e que possibilita, também, a detecção de outros problemas ginecológicos.

O profissional, advogando que o exame é indolor, de baixo custo, rápido, gratuito..., considera-se como obrigatoriedade e não compreende que a ação de prevenir não envolve somente a sua vontade. Nesse movimento, exerce a assistência preventiva de modo autoritário e sem compromisso com o seu ser mais próprio, no ser e no fazer profissional. Sentindo que cumpriu o seu papel ao fazer o exame e ao dar as orientações, estas imbuídas de crenças, preconceitos, concepções e pressupostos, coloca-se não como ser-com, estrutura fundamental

do ser-no-mundo, mas como ser-junto-a-mulher. A não compreensão do que pode vir determina, assim, que o profissional esteja junto do outro no modo de ser do impessoal.

Nesse movimento de incompreensão, o profissional tem, na comunicação, como alerta Heidegger, *a transposição de vivências, de opiniões e desejos* que pretende introjetar no interior do outro, engajando-se, assim, num processo de desumanização. Valorizando, sobremaneira, a necessidade indiscutível da colpocitologia, volta-se para a cliente como se essa fosse constituída somente de cérvix-uterino. Realiza o procedimento focalizando seu objeto de interesse como a continuidade do instrumental por ele utilizado. Absorvido pelo cotidiano, esquece-se de que a proposta preventiva do exame só interessa se situado no humano.

Com essa atitude, o profissional desconsidera a mulher como presença, poder ser, e a relação ocorre entre entes apenas fisicamente presentes, descaracterizando a consulta como possibilidade de encontro com o outro, em que cada um pode vir a ser ele mesmo.

Por sua vez, a mulher não tem compreensão do *pre do venir*, como uma antecipação positiva. Isto implica na dificuldade de considerar o exame como necessário. Assim, por não compreender o que pode vir, ela teme o procedimento e participa dessa atividade preventiva sem envolvimento, sem adesão existencial. O que pode vir não é só o câncer cérvico-uterino e, por essa não compreensão, a mulher vivencia o exame num movimento de fuga de seu ser mais próprio.

Desse modo, a partir do que emergiu do outro, ousamos considerar que, talvez, se a denominação do exame fosse voltada para a *prevenção de problemas ginecológicos*, ocorresse a compreensão do pre e a redução do temor ora existente, pela associação do procedimento ao câncer cérvico-uterino.

Esse entendimento permitiu-nos refletir sobre a campanha realizada pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer, que coloca na mulher a responsabilidade da realização periódica do exame preventivo. No panfleto distribuído à clientela, é afirmado:

O câncer do colo do útero pode ser evitado

... E SÓ DEPENDE DE VOCÊ

Pudemos apreender que a adesão existencial é possível quando a mulher, enquanto *sentido*, deixa-se ir ao encontro, criando um espaço de possibilidades, a partir da compreensão da situação da prevenção, do exame e dos problemas que podem advir. A compreensão é que garante a interpretação, o reconhecimento do exame como necessário, envolvendo a mulher, e, assim, possibilitando-a ser responsável por sua própria saúde e estar, existencialmente, participando do programa.

Assim, compreender o *ex-sistir* feminino no cotidiano da prevenção do câncer cérvico-uterino, objetivo deste estudo, conduziu-nos a considerar o ser-aí como projeto, não interpretando o *sentido* do ser-mulher como um plano de comportamento, mas, sim, como algo que se refere às possibilidades da presença.

Considerando a enfermagem como uma profissão de *gente que cuida de gente* (Horta⁽¹²⁾ 1979: 3) e a tendência dos profissionais de voltar sua atenção para o outro holística e compreensivamente, apropriamo-nos do pensamento de Capalbo⁽¹³⁾ (1994: 195) para defender a utilização da abordagem fenomenológica na prática do enfermeiro. Na visão da referida filósofa,

...uma das finalidades da enfermagem é justamente "cuidar do outro" que implica na coexistência e na participação; o oposto, portanto, de um tipo de "cuidar" que venha a ser manipulação e dominação do outro. Oposto ainda aos modos institucionais de rotinas e de tarefas a que a enfermagem se vê obrigada a desempenhar por tradição e hábito que mecanicamente. Oposto aos comportamentos de acomodação, de competição, de indiferença, de distanciamento, de apatia, de descrença, de passividade, de descompromisso, tantas vezes verificado na prática profissional...

O cuidar em enfermagem, baseado menos em rituais e em rotinas e mais voltado para estratégias flexíveis e centradas na pessoa, também é analisado, através da fenomenologia, por Kretlow⁽¹⁴⁾ (1990: 10). Na sua concepção, cuidar, além da competência técnica, envolve:

ouvir sem parcialidades ou idéias pré-concebidas, refletir, usar a lógica, e se necessário a intuição, ajudar nossos pacientes a imaginar possibilidades..., para ver além do aqui e agora da experiência...

O olhar compreensivo que essa abordagem possibilita não se refere a um mero conhecimento objetivo através da capacidade de sentir o que outrem experimenta. Diz respeito ao poder de captar as possibilidades que cada um é, no contexto do mundo em que cada presença existe e compartilha experiências.

Nesse sentido, reportando-nos à detecção do grande vazio entre os programas de prevenção do câncer cérvico-uterino e a adesão das mulheres, situação que originou a presente investigação, consideramos que a proposta assistencial de caráter preventivo que não observe a compreensão como modo de ser-no-mundo, não consegue alcançar o compromisso do outro, isto é, a essência do humano, a quem o cuidado profissional é destinado.

Referências Bibliográficas

1. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer. - Relatório. Rio de Janeiro 8-21, 1992. (mimeo).
2. Ferrigno, R.; Faria, L.C.O. - Prevenção de câncer cérvico-uterino. Perfil das mulheres com câncer invasor. Rio de Janeiro, *Revista Brasileira de Cancerologia* 38: 29-33, 1992.
3. Tadde, E. - Estratégias de integração de assistência à saúde da mulher. Ações de controle do câncer cérvico-uterino e de mama no Brasil: situação atual e estratégias para a expansão. Rio de Janeiro, *Revista Brasileira de Cancerologia* 31: 18-190, 1985.
4. Lopes, R.L.M.; Souza, I.E.O. - Prevenção do câncer cérvico-uterino: desafio para todos. Rio de Janeiro, *Femina* 23: 463, 1995.
5. Lopes, R.L.M. - O avesso da prevenção do câncer cérvico-uterino: o existir feminino sob a ótica da enfermagem. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.
6. Carvalho, A.S. - Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. 2ª ed. Rio de Janeiro: *Agir*, 93, 1991.
7. Bicudo, M.A.V. - Prefácio. In: Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação. Joel Martins e Maria Aparecida Viggiani Bicudo. São Paulo: Moraes, 7-16, 1983.
8. Donzelli, T.A. - Método fenomenológico e ciências humanas. In: Teorização do serviço social. Doc Alto Boa Vista. Rio de Janeiro: *Agir*, 44-49, 1988.
9. Lopes, R.L.M. et al. - A fenomenologia e a pesquisa em enfermagem. Rio de Janeiro, maio, *Revista Enfermagem UERJ*, 3(1): 49-52, 1995.
10. Heidegger, M. - Ser e Tempo. Parte I. 3ª ed. Petrópolis: (Coleção Pensamento Humano). *Vozes*, 325, 1993.
11. Heidegger, M. - Ser e Tempo. Parte II. 3ª ed. Petrópolis: (Coleção Pensamento Humano). *Vozes*, 262, 1993.
12. Horta, W.A. - Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.
13. Capalbo, C. - Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. Rio de Janeiro: *Revista Enfermagem UERJ*, 2: 192-197, 1994.
14. Kretlow, F. - A phenomenological view of illness. *The Australian Journal of Advanced Nursing*. Sidney, 7(2): 8-10, 1989/1990.

EVENTOS

1997

**Growth Factors and Cancer Joint
Meeting With Lome Cancer
Congress**

13 a 16 de fevereiro
Lome, Victoria, Austrália
Informações: American Association for
Cancer Research, Public Ledger Build-
ing, Suite 816, 150 South Independence
Mail West, Philadelphia, PA 19106-3483
Tel.: (00-1) 215-440-9300
Fax: (00-1) 215-440-9313

**Eight International Conference of
Human
Retrovirology: HTLV**

9 a 13 de junho
Rio de Janeiro, Brasil
Informações: JZ Promoções e Assessoria
de Congresso Ltda.
Rua Visconde de Irajá, 260/2º andar -
Botafogo
22271-020 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (021) 286-2846
Fax: (021) 537 - 9134

**II Convenção Latino-America da
European
School of Oncology**

12 a 14 de junho de 1997
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo - Brasil
Informações: Assessoria de Eventos
Tel./Fax: (011) 606-9428

**XIV Congresso Brasileiro de
Cancerologia -
Sociedade Brasileira de Cancerologia**

Setembro de 1997
Rio de Janeiro, RJ

1998

17th International Cancer Congress

23 a 29 de agosto de 1998
Rio de Janeiro - Brasil
Informações: Congresso do Brasil
Rua do Ouvidor, 60 grupo 414 - Centro
20040-050 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (021) 224-6080 -
Fax: (021) 231-1492

Comentários sobre a segunda revisão da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O/2) e o Capítulo II (neoplasias) da CID-10

Comments on the second revision of the International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O/2) and Chapter II (neoplasms) of ICD-10

Paulo Antonio de Paiva Rebelo¹, Marise Souto Rebelo², Rosyane Garcês Moreira Lima³

Resumo

Este estudo tem por objetivo fazer uma comparação entre a primeira e a segunda versões da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O) e da nona e décima revisões da Classificação Internacional de Doenças (CID) - das quais são respectivamente derivadas para identificar as principais mudanças efetuadas e apresentar comentários com vistas à adoção de procedimentos a serem observados, quando de suas utilizações.

Em relação às edições anteriores, a segunda versão da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O/2) e a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) apresentam mudanças no aspecto formal e no conteúdo, propiciando melhor especificação das doenças e problemas relacionados à saúde. Para utilizá-las em sua plenitude, torna-se necessário conhecer seu conteúdo e adaptar-se às modificações nelas introduzidas.

Palavras-chaves: CID; CID-O; classificação; estatística; codificação

Abstract

This study aims at making a comparison between the first and second versions of the International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) and of the ninth and tenth reviews of the ICD - from which it derives - to identify the main changes made and to present comments about the procedures to be followed at the time of their application.

In relation to the previous editions, the second revision of the ICD for Oncology (ICD-O/2) and the tenth revision of the ICD (ICD-10) present formal and content changes, allowing for a better specification of the diseases and health problems. In order to make thorough use of them, one must get acquainted with its contents as well as adapting to the modifications introduced in it.

Key words: ICD; ICD-O; classification; statistics; codification

1Médico do INCA/Hospital do Câncer/Registro Hospitalar de Câncer; 2Médica do INCA/Pro-Onco/Serviço de Epidemiologia; 3Técnica de Registros Médicos do INCA/Hospital do Câncer.

Endereço para correspondência: Rua Marques de Valença, 25/603 - Tijuca - Rio de Janeiro - 20550-030.

Introdução

A *Classificação Internacional de Doenças - CID* foi elaborada com a finalidade de ordenar os diagnósticos de doenças e outros problemas de saúde, proporcionando simplificação no arquivamento, na recuperação e na análise das informações codificadas.

A *CID* - que agora é denominada *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* - teve sua mais recente revisão aprovada pela Conferência Internacional para a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças, convocada pela Organização Mundial da Saúde e realizada em Genebra de 26 de setembro a 2 de outubro de 1989, da qual o Brasil foi um dos 43 membros e que teve o Dr. Ruy Laurenti - do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - como um dos vice-presidentes⁽¹⁾.

Sua utilização pelos profissionais e serviços de saúde já foi adotada em diversos países. A tradução para o português está pronta, e seu uso no Brasil foi autorizado pelo Ministério da Saúde a partir de 1º de janeiro de 1996, para codificação de mortalidade. A implantação para morbidade está prevista para janeiro de 1997, sendo que vários profissionais, por perceberem o benefício advindo da utilização da *CID-10* em relação à *CID-9*, adotaram as duas classificações, em paralelo, ou simplesmente optaram desde já pelas novas versões.

O núcleo da *CID-10* é composto por três volumes: o volume 1⁽¹⁾ contendo as principais classificações; o volume 2⁽²⁾ com o manual de instruções para a utilização da *CID*; e o volume 3 com o índice alfabético. A partir da classificação básica foram elaboradas classificações complementares para utilização pelas diferentes especialidades médicas, oferecendo uma maior riqueza de detalhes e possibilitando desta forma uma melhor especificação das doenças e problemas de saúde.

O volume 1 está dividido em capítulos e anexos. Cada capítulo é composto por agrupamentos de categorias. As categorias, por

sua vez, são apresentadas em códigos alfanuméricos de três dígitos, sendo o primeiro alfabético. Para maior detalhamento, a maioria das categorias são desmembradas em subcategorias (acrescentando-se um quarto dígito, ao conjunto de três dígitos correspondentes à categoria, dos quais está separado por um ponto).

A primeira parte da *CID-10* (que corresponde aos Capítulos de I a XIX), é dedicada aos códigos relacionados aos diagnósticos e ao estado de saúde dos indivíduos com problemas de saúde.

Na segunda parte (Capítulo XX e Capítulo XXI) estão classificados os aspectos relacionados a problemas de saúde (geralmente fora dos diagnósticos formais das atuais afecções); as classificações relacionadas com a assistência à saúde; a classificação de incapacidade; a de procedimentos médicos e cirúrgicos; e de motivos de consulta com provedores de serviços de saúde.

As neoplasias malignas estão classificadas, na *CID-10*, no Capítulo II, com os códigos identificados pelas letras C (C00 a C97) e D (D00 a D09).

Os códigos de C00-C75 correspondem às neoplasias malignas primárias de localização especificadas, exceto aquelas dos tecidos linfóides, hematopoéticos e tecidos afins (C81-C96).

De C76-C80 estão os códigos referentes às neoplasias malignas de localização mal definidas, secundárias ou não especificadas. O código C97 foi destinado às neoplasias malignas de localizações múltiplas independentes (primárias).

As neoplasias *in situ* são codificadas de D00 a D09; as benignas de D10 a D36 e aquelas de comportamento incerto ou desconhecido, de D37 a D48.

A Classificação Internacional de Doenças para Oncologia - CID-O

A *CID-O* é derivada da *CID-10*, sendo um sistema de códigos biaxial, composto por

dois códigos, um para designar a localização topográfica e outro para especificar a morfologia.

O código de topografia usa, para a maioria das neoplasias, as mesmas categorias de três caracteres e subcategorias de quatro caracteres usadas na *CID-10* para classificar as neoplasias malignas (categorias C00-C80).

Os códigos de C81 em diante não são utilizados pela *CID-O*, pois reúnem na *CID-10* em um mesmo código o diagnóstico topográfico e morfológico, enquanto na *CID-O*, a classificação do tumor é feita com a utilização dos dois códigos.

Na *CID-O/2* - por ser mais detalhada - foram utilizados códigos que haviam sido deixados vazios na *CID-10*, visando justamente, as ampliações e os futuros desmembramentos. O código C42, por exemplo, que estava vazio na *CID-10*, foi usado para classificar as Neoplasias Malignas do Sistema Hematopoiético e Retículoendotelial. Entretanto, na *CID-10* existem códigos não utilizados, cujo espaço foi mantido vazio na *CID-O*, prevenindo futuras ampliações e sua utilização pelas classificações complementares.

Os códigos de morfologia são precedidos pela letra maiúscula M, e possuem cinco dígitos: os quatro primeiros para identificação do tipo histológico, e o quinto, para o comportamento da neoplasia (/0 benigno D10-D36; /1 incerto se benigno ou maligno D-37-D48; /2 Carcinoma *in situ* D00-D09; /3 maligno, localização primária C00-C76 e C80-C97; /6 Maligno, localização metastática C77-C79 e 9 Maligno, incerto se a localização é primária ou metastática C00-C97).

Os Hospitais e Serviços de Oncologia, os registros de Câncer, os Serviços de Anatomia Patológica e os Profissionais que atuam nestes locais, deverão adotar, para classificar morbidade, a *Classificação Internacional de Doenças para Oncologia CID-O* por ser mais completa. Para mortalidade,

mesmo os serviços de oncologia, devem utilizar a *CID-10*.

Material e métodos

Procedeu-se à análise comparativa entre a primeira e segunda revisões da *Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-0 e CID-0/2)* e da *Classificação Internacional de Doenças (CID-9)*⁽³⁾ e a décima revisão da *Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)* das quais são derivadas.

Após a leitura dos respectivos manuais de instruções, foi feita correlação entre os capítulos das duas versões para possibilitar o estudo comparativo - já que houve mudanças na ordem de apresentação e no conteúdo dos capítulos.

Procedeu-se, a seguir, ao cotejamento categoria a categoria dentro dos capítulos correspondentes, identificando as inclusões, desmembramentos, aglutinações e mudança de localização das categorias e subcategorias.

Há nove meses foi adotado no Núcleo de Registro Hospitalar de Câncer do Hospital do Câncer, do Instituto Nacional do Câncer, a *CID-10* e a *CID-O/2* para codificação das neoplasias malignas, o que proporcionou através de sua utilização, um maior conhecimento da estrutura e o surgimento de dúvidas em relação à aplicação das classificações.

As dúvidas sobre a correta utilização da classificação, e a respeito da interpretação dos códigos existentes, foram questionadas junto ao Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português.

Principais diferenças da CID-10 em relação a CID-9

Como seria esperado, a *CID-10*⁽¹⁾ apresenta um aprimoramento em relação à *CID-9*⁽³⁾, com remanejamento na composição dos capítulos e na classificação dos grupos de doenças correlatas. Também foram feitas inclusões de novos agrupamentos, categorias e subcategorias (Quadro 1).

Quadro 1 - Inclusões, expansões e desmembramentos de categorias de três dígitos (topografia) na CID-10, em relação aos códigos da CID-9

CID-9	CID-10
141 - Língua	C01 - Base da língua C02 - Outras partes e de partes não especificadas da língua
142 - Glândulas salivares maiores	C07 - Glândula parótida C08 - Outras glândulas salivares maiores e as não especificadas
145 - Outras partes e de partes não especificadas da boca	C05 - Pálato C06 - Outras partes e de partes não especificadas da boca
146 - Orofaringe	C09 - Amígdala C10 - Orofaringe
148 - Hipofaringe	C12 - Seio piriforme C13 - Hipofaringe
154 - Reto, junção reto sigmoidé e ânus	C19 - Junção reto sigmoidé C20 - Reto C21 - Ânus e do canal anal
156 - Vesícula biliar e das vias biliares extra-hepáticas	C23 - Vesícula biliar C24 - Outras partes, e de partes não especificadas das vias biliares
160 - Fossas nasais, ouvido médio e seios acessórios	C30 - Cavidade nasal e do ouvido médio C31 - Seios da face
162 - Traquéia, dos brônquios e do pulmão	C33 - Traquéia C34 - Brônquios e dos pulmões
164 - Timo, do coração e do mediastino	C37 - Timo C38 - Coração, mediastino e pleura
170 - Ossos e das cartilagens articulares	C40 - Ossos e cartilagens articulares dos membros C41 - Ossos e das cartilagens articulares de outras localizações e de localizações não especificadas
	C45 - Mesotelioma C46 - Sarcoma de Kaposi
171 - Tecido conjuntivo e de outros tecidos moles	C47 - Nervos periféricos e do sistema nervoso autônomo C49 - Tecido conjuntivo e de outros tecidos moles
174 - Mama feminina 175 - Mama masculina	C50 - Neoplasia maligna da mama
183 - Ovário e outros anexos do útero	C56 - Ovário C57 - Outros órgãos genitais femininos e dos não especificados
184 - Outros órgãos genitais femininos e dos não especificados	C51 - Vulva C52 - Vagina
187 - Pênis e de outros órgãos genitais masculinos	C60 - Pênis C63 - Outros órgãos genitais masculinos e dos não especificados
189 - Rim, de outros órgãos urinários e de órgãos urinários não especificados	C64 - Rim, exceto pelve renal C65 - Pelve renal C66 - Ureteres C68 - Outros órgãos urinários e dos não especificados
192 - Outras partes e de partes não especificadas do sistema nervoso	C70 - Meninges C72 - Medula espinhal, dos nervos cranianos e de outras partes do sistema nervoso central
194 - Outras glândulas endócrinas e de estruturas correlatas.	C74 - Glândula supra-renal (glândula adrenal) C75 - Outras glândulas endócrinas e de estruturas relacionadas
199 - Localização Primária Desconhecida	C76 - Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas C80 - Neoplasia maligna, sem especificação de localização
200 - Linfossarcoma e reticulossarcoma 201 - Doença de Hodgkin 202 - Outros neoplasmas malignos dos tecidos linfóide e histiocitário	C81 - Doença de Hodgkin C82 - Linfoma não-Hodgkin, folicular (nodular) C83 - Linfoma não-Hodgkin difuso C84 - Linfomas de células T cutâneas e periféricas C85 - Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e de tipo não especificado
203 - Mieloma múltiplo e neoplasmas imunoproliferativos	C88 - Doenças imunoproliferativas malignas C90 - Mieloma múltiplo e neoplasias malignas de plasmócitos
	C97 - Localizações primárias múltiplas independentes

Na análise preliminar da *CID-10*, chama atenção, em relação à *CID-9*, o aspecto físico. A décima revisão é apresentada num volume de 1.250 páginas (volume 1). Outra diferença significativa no aspecto formal é a adoção na décima revisão do sistema de classificação composto por um conjunto de caracteres alfanumérico de 4 dígitos, no qual o primeiro é alfabético.

No conteúdo, houve a inclusão de novas nosologias (por exemplo SIDA/AIDS) ou o desdobramento de patologias antes englobadas num mesmo código (Defeitos da Coagulação - codificado pelo número 286 na *CID-9*, e que agora com a rubrica - Defeitos da Coagulação, Púrpura e Outras Afecções Hemorrágicas, está codificada como D65, D66, D67, D68 e D69 na *CID-10*).

Cada capítulo (num total de 21) é identificado na *CID-10* através de uma letra que aparece no primeiro carácter dos códigos das categorias. Cada letra está associada a um capítulo específico, excetuando-se as letras D e H.

As neoplasias malignas estão classificadas com os códigos iniciados com as letras C (C00 a C97) e D (D00 a D09). Sendo que a letra D, é usada tanto no Capítulo II, "Neoplasias", como no Capítulo III, "Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos e Alguns Transtornos que Comprometem o Sistema Imunitário". A letra H, é usada tanto no Capítulo VII, "Doenças dos Olhos e dos Anexos", como no Capítulo VIII, "Doenças do Ouvido e do Processo Mastóide".

Algumas observações em relação à utilização da CID-10

- A Conversão da *CID-9* para a *CID-10* é possível, contudo, não poderá ser feita pela simples substituição do primeiro algarismo por uma letra, pois não há correlação direta entre os códigos anteriormente usados e os atuais (houve desmembramentos, detalhamentos, inclusões e aglutinação de códigos).

- A ordem de apresentação das doenças segundo os sistemas orgânicos foi mudada. O capítulo referente a um determinado sistema poderá receber numeração diferente nas

duas classificações (as Doenças do Aparelho Circulatório que aparecem como Capítulo IX da *CID-10* eram o Capítulo VII na *CID-9*). Por outro lado, o Capítulo VI da *CID-9* - Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos - foi desmembrado na *CID-10*, no Capítulo VI - Doenças do Sistema Nervoso; VII - Doenças do Olho e Anexos; e VIII - Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide.

- Algumas doenças estão codificadas em capítulos diferentes daqueles referentes ao sistema orgânico ao qual pertencem. Por isso, no início de cada capítulo estão explicitadas as exclusões (no Capítulo X - Doenças do Aparelho Respiratório - não estão incluídas algumas doenças infecciosas e parasitárias (AOO-B99) ou neoplasias do aparelho respiratório (COO-D48), só para citar alguns exemplos).

- Independente do órgão acometido, as doenças infecciosas e parasitárias estão no Capítulo I; as neoplasias (tumores benignos e malignos) no Capítulo II; as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas no Capítulo IV; as complicações da gravidez, parto e puerpério estão incluídas no Capítulo XV; as afecções originadas no período perinatal no Capítulo XVI; as malformações congênitas, deformidades e anormalidades cromossômicas no Capítulo XVII; e as lesões traumáticas, intoxicações e algumas outras conseqüências de causas externas no capítulo XIX.

- Algumas categorias (representadas por três dígitos), não são subdivididas em subcategorias. Quando isto ocorre, recomenda-se usar a letra X para preencher a quarta posição (correspondente à subcategoria), de modo que os códigos tenham uma composição padrão para efeito de processamento de dados.

Principais mudanças no Capítulo II - neoplasias (C00-D48), da CID-10

Ao compararmos o capítulo referente às Neoplasia da *CID-10* em relação a *CID-9*, encontramos diferenças. O objetivo aqui é apenas ressaltar mudanças significativas e ao mesmo tempo despertar o interesse para um estudo mais minucioso a partir da leitura

ra do documento original, sem ter-se a pretensão de apontar todas as modificações.

O Capítulo II da *CID-10* destina-se à codificação das doenças neoplásicas, cuja classificação foi estabelecida tendo por base a localização topográfica do tumor. Para identificar o tipo histológico, existe uma classificação complementar - "Morfologia de Neoplasias" - incluída no final do volume 1.

Nos códigos, de C00 a C75 correspondem às neoplasias malignas primárias, de C76 a C80 são referentes às neoplasias malignas de localização mal definidas, secundárias ou não especificadas, de C81 a C96 às neoplasias dos tecidos linfóides, hematopoéticos e tecidos afins, e no código C97 as patologias malignas de localizações múltiplas independentes (primárias).

As neoplasias *in situ* são codificadas de D00 a D09; as benignas de D10 a D36 e aquelas de comportamento incerto ou desconhecido, de D37 a D48.

Quando, na *CID-O*, uma categoria de três caracteres não está subdividida, para preencher a quarta posição (para efeito de processamento de dados), usa-se a especificação .9 (sem outras especificação).

Diferentemente dos outros capítulos da *CID*, no Capítulo II a subcategoria .8 não é usada para indicar o termo "outro", quando isto é necessário, geralmente utiliza-se a subcategoria .7.

Para possibilitar uma melhor classificação, várias categorias foram subdivididas ou ampliadas, apresentando códigos específicos para as novas subcategorias.

Os tumores de mama feminina (174) e masculina (175) que na *CID-9* eram classificados em códigos independentes, foram agrupados num código único (C50).

Se uma neoplasia compromete dois ou mais locais contíguos dentro de uma determinada categoria de três algarismos, e cujo local de origem não possa ser determinado, deve ser codificada sob a subcategoria .8 (lesão invasiva), a menos que a combinação de lo-

calizações esteja especificamente classificada em outra parte (exemplo C02.2 - dois terços anteriores da língua, face ventral e freio lingual). O termo "invasivo" implica que os locais comprometidos são contíguos (próximo um do outro). Quando o local de origem é conhecido, mesmo que se estenda a estruturas vizinhas, não deve usar a subcategoria .8. Por exemplo, carcinoma do esôfago e do estômago deve ser classificado em C16.0 (cárdia). O carcinoma de ponta e da superfície ventral da língua será C02.8.

Os Tumores de Pele com mais de uma localização, sem que haja contigüidade anatômica (.8), na face por exemplo, devem ser classificados em C44.3 (pele de outras partes e de partes não especificadas da face). Os tumores de pele que acometem regiões anatômicas diferentes, como por exemplo face e tronco, devem ser registrados separadamente (C44.3 para face e C44.5 para tronco). Se a opção for usar um único código, deverá ser usado C44.9, já que a subcategoria .8 exige contigüidade anatômica.

Quando se tem uma lesão que acomete lábio, gengiva e cavidade oral, sem especificação do ponto de origem, deve ser codificado como C14.8 (lesão sobreposta do lábio, cavidade oral e faringe).

Se um tumor tem sua morfologia com áreas de diferenciação celular, deve-se codificá-lo pelo código numericamente mais alto (carcinoma ductal infiltrante com áreas de comedocarcinoma, devem ser codificados em M8501/3).

À semelhança da revisão anterior, alguns tipos morfológicos estão associados a codificações topográficas ou tipos de tecido. Como exemplo temos o timoma maligno (M8580/3), associado a C37 (neoplasia maligna do timo); o nefroblastoma (M8960/3) que por definição sempre surge no rim (C64), o carcinoma hepatocelular (M8170/3), com fígado (C22) e o mieloma múltiplo (M9632/3) associado a C42.1 (medula óssea).

Para as neoplasias de tecidos linfóide e hematopoético e de tecidos relacionados (M959-M998), são destinados os códigos de C81-C96 e D45-D47. Esses códigos do Ca-

pítulo II devem ser usados qualquer que seja o local declarado da neoplasia.

Foram incluídos códigos para:

- Mesotelioma (C45); Sarcoma de Kaposi (C46) e Localizações primárias múltiplas independentes (C97).

- Adenocarcinoma papilar intraductal com invasão - C50 (M8503/3) - aí incluído o Adenocarcinoma papilar e infiltrativo.

- Carcinoma intraductal e carcinoma lobular "in situ" - C50 (M8522/2).

- Carcinoma infiltrativo de ductos e lobular - C50 (M8522/3) que engloba o Carcinoma ductal infiltrativo e lobular "in situ", o Carcinoma lobular e ductal e o Carcinoma intraductal e lobular.

Procedeu-se o agrupamento num único código para a Doença de Paget e o Carcinoma intraductal da mama (M8543/3) e para o Carcinoma intracístico, SOE e Adenocarcinoma papilar intracístico (M8504/3).

Na Doença de Hodgkin (M965 - M966) foram feitas mudanças na ordem de apresentação dos códigos, e incluído código para Doença de Hodgkin, predominância Linfocítica, difusa (M9658/3) e predominância linfocítica, nodular (M9659/3). Idêntico procedimento foi adotado para Doença de Hodgkin, esclerose nodular, predominância linfocítica (M9665/3); celularidade mista (M9666/3); e depleção linfocítica (M9667/3).

Mieloma Múltiplo que na CID-O/1 era código 9730/3, agora foi codificado sob o número 9732/3 e amarrada ao código topográfico C42.1.

A subcategoria neoplasia maligna de corpo uterino exceto istmo (código 182.0 da CID-9) foi desmembrado na CID-10 em quatro subcategorias a saber: C54.1 - Endométrio; C54.2 - Miométrio; C54.3 - Fundo do útero e C54.9 - Corpo do útero, não especificado.

Para Localização Primária Desconhecida 199 da CID-9, utilizar-se-á o C80 da

CID-10. As Localizações Mal Definidas correspondem aos códigos C76 (Neoplasia maligna de outras localizações) e de localizações mal definidas); C77 (Neoplasia maligna secundária e não especificada dos gânglios linfáticos); C78 (Neoplasia maligna secundária dos órgãos respiratórios e digestivos) e C79 (Neoplasia maligna secundária de outras localizações).

Para os Tumores de Mama envolvendo mais que um quadrante, julgamos ser conveniente a utilização de C50.1 (porção central da mama).

Na CID-O/1 havia um código para os tumores clinicamente malignos sem comprovação histológica (9990/3) que foi suprimido na CID-O/2. Nesta situação o mais adequado é usar o código M8000/3 (neoplasia maligna).

Para a classificação da causa morte, mesmo os serviços de oncologia, devem utilizar a CID-10, pois na CID-O não há códigos específicos para esta finalidade, utilizando-se para Causa Imediata do Óbito Desconhecida, o código R99.X, e para Causa Básica do Óbito Desconhecida, o código R69.X.

Considerações finais

A utilização da CID-10 e da CID-O/2 pelos Hospitais e Serviços de Oncologia, Registros de Câncer e Profissionais de Saúde, corresponde a um desafio e uma evolução. Desafio pela descoberta do novo e evolução pelas melhorias introduzidas em relação à versão anterior.

De sua adoção, surgirão dúvidas que poderão propiciar uma oportunidade singular de intercâmbio entre os profissionais de saúde e em particular aqueles que atuam nos Serviços de Anatomia Patológica, Documentação e Registros de Câncer.

Para efeito de padronização e futura integração de dados, seria recomendável a adoção o mais precoce possível da CID-10 e CID-O/2 por todos aqueles envolvidos na geração de informações a respeito dos diagnósticos de câncer, já que a utilização da CID-10 para mortalidade foi autorizada pelo Ministério da Saúde a partir de 1º de janeiro

de 1996. A recomendação de seu uso para morbidade está prevista para janeiro de 1997, sendo que não há necessidade de autorização Ministerial, que apenas recomenda seu uso, não havendo portanto impedimento para seu uso imediato.

Referências Bibliográficas

1. Organização Mundial da Saúde. CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. Volume 1 - Manual de Instrução. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1.248 p. 1994.
2. Organização Mundial da Saúde. CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão. Volume 2 - Manual de Instrução. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 168 p. 1994.
3. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças - CID. Nona Revisão. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 168 p. 1980.
4. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças para Oncologia - CID-O. Primeira Edição. Organização Pan-Americana da Saúde - Publicação Científica Nº 345. Brasília, 98 p. 1978.
5. US Department of Health and Human Services. ICD-9 to ICD-10. Neoplasms. National Institute of Health. 128 p. July 1995.

Agradecimentos

Ao Dr. Ruy Laurenti do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; Dr. Luiz Augusto M. Fonseca, da Fundação Oncocentro de São Paulo; e Rejane Marques dos Santos, Sueli Maria Lassance Madeira e Ana Lúcia Menezes Alencar Matias, do Registro de Câncer do Hospital do Câncer do INCA.

Tumor germinativo extra-gonadal e síndrome de Klinefelter - Relato de caso

Extragonadal germ cell tumor and Klinefelter's syndrome - Case report

Mauro Zukin¹, João Francisco S. Alonso¹, Mário Alberto Dantas L. da Costa², Maria Luisa M. Silva³

Resumo

Muitos relatos vêm sugerindo a associação entre a síndrome de Klinefelter e o tumor germinativo.

Um risco elevado de tumor germinativo extragonadal (mediastinal) ocorre a partir da adolescência até 30 anos.

O autor apresenta o caso de um jovem de 19 anos de idade com sintomas respiratórios, massa torácica e características clínicas de síndrome de Klinefelter.

O cariótipo do sangue periférico foi de 47 XXY e o estudo da lesão torácica foi de teratoma imaturo.

O paciente foi tratado com quimioterapia combinada seguida de toracotomia, estando em remissão completa há seis anos após o diagnóstico.

Este estudo discute as características clínicas e laboratoriais dos pacientes com tumor germinativo extragonadal associado a síndrome de Klinefelter, e sua participação na gênese dos tumores de células germinativas.

Palavras-chaves: tumor germinativo extragonadal; síndrome de Klinefelter

Abstract

Many case reports have suggested an association between Klinefelter's syndrome and germ cell tumours. A considerably elevated risk of mediastinal germ cell tumours occurs in the period from early adolescence until the age of 30.

The author presents a case of a 19-year-old young man with respiratory symptoms, thoracic mass and phenotypic features of Klinefelter's syndrome.

The patient's peripheral blood karyotype was 47, XXY and the study of the thoracic mass concluded that it was an immature teratoma.

The patient was treated with combination chemotherapy followed by salvage surgery and remained in complete remission 6 years after diagnosis.

The clinical and laboratory aspects of the patients with extragonadal germ cell tumors associated with Klinefelter's syndrome are discussed. Also discussed is the participation of Klinefelter's syndrome in the development of germ cell malignancies.

Key words: extragonadal germ cell tumours; Klinefelter's syndrome

Trabalho realizado no Instituto Nacional de Câncer/INCA - Rio de Janeiro - RJ.

1Médico-Residente de Oncologia Clínica do Hospital do Câncer/INCA; 2Chefe do Serviço de Oncologia Clínica do Hospital do Câncer/INCA; 3Citopatologista do Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo) do Hospital do Câncer.

Endereço para correspondência: Praça da Cruz Vermelha 23/Oncologia Clínica - 20230-130 - Rio de Janeiro - RJ.

Introdução

O objetivo deste trabalho é apresentar e discutir a associação de duas doenças e o possível mecanismo de gênese tumoral.

O tumor germinativo origina-se predominantemente no testículo. Entretanto, 5-7% podem ser extragonadais, localizando-se na linha média, mediastino, glândula pineal e retroperitônio^(1, 2). No adulto, o mediastino é o sítio extragonadal mais freqüente para o desenvolvimento dos tumores germinativos⁽³⁾.

Os tumores germinativos extragonadais (TuGE) podem ser classificados em benignos (teratoma maduro) ou malignos, que são divididos em seminomatosos e não seminomatosos (carcinoma embrionário, teratoma maligno imaturo, tumor do seio endodérmico, coriocarcinoma e tumor misto)

A abordagem do TuGE não-seminomatoso é semelhante ao TuG (Tumor Germinativo) de testículo metastático. O tratamento com cisplatina apresenta boa resposta e a ressecção deve ser reservada para as lesões residuais com marcadores normais.

Recentemente, algumas associações biológicas com TuGE foram descritas, entre elas a síndrome de Klinefelter (SK)⁽⁴⁾. Em pacientes com TuGE mediastinal não seminomatoso a associação ocorre em 20% dos casos⁽⁵⁾ e o risco relativo é de 67 vezes a da população em geral⁽⁶⁾.

A SK é uma anormalidade cromossomial caracterizada por hipogonadismo (atrofia testicular), azoospermia (infertilidade) e níveis elevados de hormônio gonadotrófico em associação a um cromossoma X extra (XXY, XXXY).

A SK pode ter somente apresentação cariotípica (genotípica), e em alguns pacientes há o quadro clínico completo, manifestação fenotípica⁽⁷⁾ que raramente se manifesta antes da puberdade.

A idade mediana dos pacientes com SK que

desenvolvem o TuGE é de aproximadamente 18 anos, 10 anos a menos que a faixa etária mediana dos pacientes que desenvolvem TuGE na ausência da SK.

O TuG de testículo raramente está associado a SK, e a associação entre SK e TuGE parece ser específica.

Relato do caso

Um homem jovem de 19 anos, com queixa de dor torácica, tosse seca, emagrecimento moderado e adinamia. Apresentava distribuição feminina de pelos pubianos, ginecomastia e atrofia testicular. Foram realizadas radioterapia simples e tomografia computadorizada de tórax, que evidenciaram volumosa massa heterogênea com áreas de calcificação, localizada no mediastino anterior, sem planos de clivagem com grandes vasos ocupando todo o hemitórax esquerdo (Figura 1). Submetido à mediastinotomia com biópsia. O laudo histopatológico revelou ser um teratoma imaturo. As dosagens séricas dos marcadores tumorais resultaram em alfa-feto-proteína = 247 ng/ml (normal até 15 ng/ml) e fração beta da gonadotrofina coriônica normal. Iniciou-se quimioterapia (Qt) com VIP (Etoposide, Ifosfamida e Cisplatina), obtendo-se resposta parcial após o segundo ciclo e diminuição da alfa-feto-proteína para 18 ng/ml. Completaram-se quatro ciclos de Qt, cuja tolerância foi boa, observando-se toxicidade neurológica, gastrointestinal, medular e negatização dos marcadores tumorais. As radiografias simples e a tomografia computadorizada de tórax, realizadas após o quarto ciclo, evidenciavam lesão residual (resposta de 80%) (Figura 2). O paciente foi submetido à toracotomia e ressecção da lesão, cujo exame patológico revelou tratar-se de teratoma imaturo residual. Então, foram administrados mais dois ciclos de Qt com o mesmo esquema. A determinação do cariótipo do paciente foi conclusiva de síndrome de Klinefelter, 47XXY (Figura 3). Atualmente, o paciente está assintomático e encontra-se sem evidência de doença, seis anos após o diagnóstico.

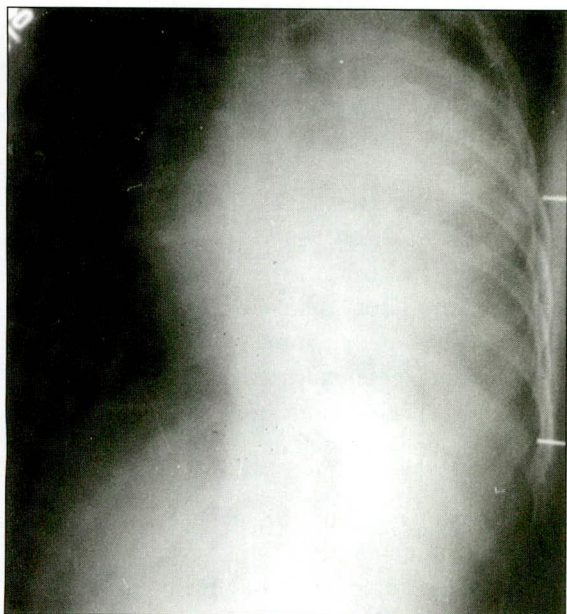


Figura 1 - Radiografia de tórax inicial, realizado no leito, devido a dispnéia, mostrando a massa mediastinal ocupando o hemitórax esquerdo.

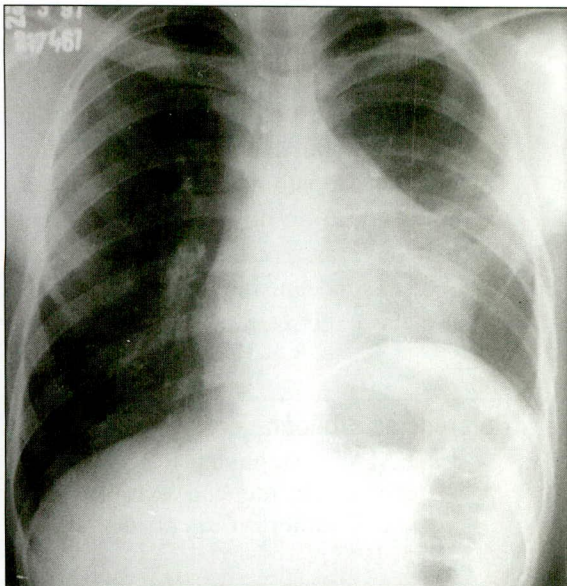


Figura 2 - Radiografia de tórax após o 4º ciclo de quimioterapia, evidenciando resposta em torno de 80%.

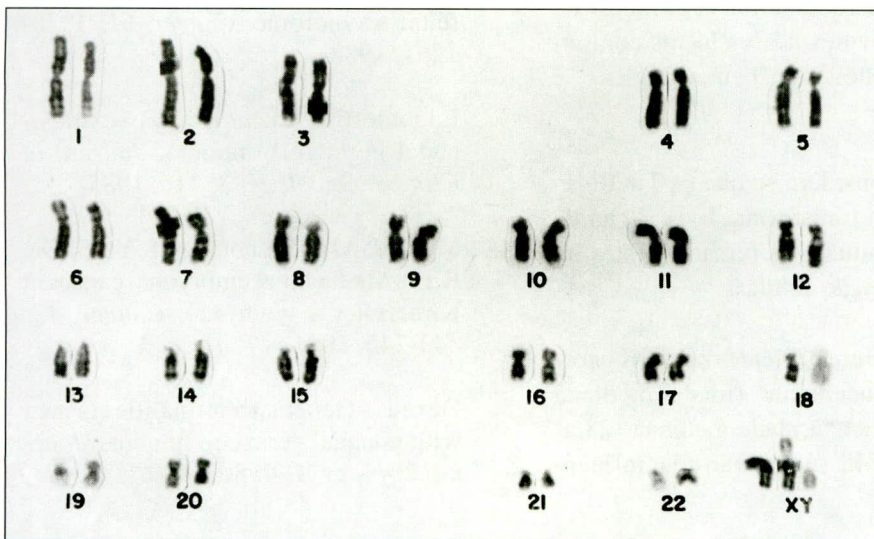


Figura 3 - Cariótipo do paciente, definido como 47XXY.

Discussão

A SK é uma entidade bem estudada de diferenciação sexual em pacientes homens, mas ainda permanece não diagnosticada em um número significativo de casos, principalmente quando longe de um centro que disponha de citogenética. Vários tipos de neoplasias foram relatadas em associação a SK, e o câncer de mama é o mais frequentemente associado, estimando-se em 20 vezes mais que o homem com cariótipo normal⁽⁷⁾.

Além do câncer de mama, várias neoplasias hematológicas foram relacionadas, acreditando-se que fatores microambientais influenciam a diferenciação da célula pluripotencial germinativa em uma neoplasia hematológica⁽⁸⁾. A SK está reconhecidamente associada a TuGE. Um considerável risco de TuGE ocorre no período da adolescência até os 30 anos. Os médicos devem estar atentos para sintomas respiratórios em adultos jovens com SK, devido ao risco elevado desta neoplasia, sendo importante a investigação apropriada para um tumor potencialmente curável.

Hasle e colaboradores avaliaram 696 pacientes com SK no registro citogenético dinamarquês. Um total de 39 malignidades foram diagnosticadas (risco relativo = 1,1) sendo quatro tumores mediastinais, todos TuGE (risco relativo = 67), não sendo observado neoplasias de mama e próstata⁽¹⁰⁾.

O caso ilustra bem esta última associação e os resultados esperados com o tratamento. Apesar de avançado, obteve-se excelente resposta terapêutica e, após seis anos do diagnóstico, o paciente está assintomático e sem evidência de doença.

A explicação à associação de tumor de célula germinativa e síndrome de Klinefelter ainda não foi determinada, mas, provavelmente, a alteração cromossômica seria o fator determinante, uma vez que muitos pacientes que desenvolvem TuGE apresentam defeitos nas células germinativas, história de infertilidade e a biópsia de testículo evidencia várias anormalidades⁽⁹⁾, sugerindo que um defeito congênito ou adquirido na célula germinativa contribui não só para um defeito na espermatogênese como para o desenvolvimento das neoplasias como o TuGE.

Através de um estudo citogenético Chaganti e colaboradores⁽¹⁰⁾ analisaram células tumorais de TuG e TuGE, concluindo que as alterações cromossômicas são as mesmas, sugerindo a mesma origem celular. As alterações hormonais associadas⁽¹¹⁾ a presença de um cromossoma sexual extra podem contribuir para o potencial de malignidade das células germinativas, apesar de não haver uma explicação para a localização ser exclusivamente extragonadal e histopatologia tipo não-seminomatoso.

Durante a embriogênese, ocorre a migração de células germinativas para o fígado, medula óssea e cérebro. Esta disseminação celular proporciona uma regulação de funções importantes nesses locais com informações genéticas, hematológicas e imunológicas⁽¹²⁾.

Atualmente, considera-se que os TuGE representam uma transformação maligna de elementos germinativos remanescentes no trajeto de migração celular.

O fato do TuGE em pacientes com SK ocorrer mais precocemente (idade mediana 18 a) em contraste à idade mediana (28 a) do TuGE sem SK, sugere não só a influên-

cia do cariótipo XXY no desenvolvimento deste tumor como também fala a favor de influências hormonais nas células germinativas que não migraram do saco embrionário para o testículo^(6, 13, 14).

O resgate cirúrgico nas lesões residuais de pacientes com marcadores normais após a qt é fundamental, uma vez que 30% dos casos apresentam tumor viável, e 50% destes casos apresentam sobrevida longa, beneficiada pela cirurgia de resgate⁽¹⁾.

Os pacientes com SK devem ser acompanhados atentamente, uma vez que o risco de TuGE é grande, principalmente no período da adolescência até os 30 anos, haja visto que esta é uma neoplasia com alto índice de resposta e potencialmente curável, justificando um tratamento quimioterápico, mesmo nos casos avançados.

Apesar dos relatos referirem a associação de TuGE/SK como doença rara, o estudo do seu modelo fisiopatológico pode desvendar um novo grupo de doença relacionada e elucidar dúvidas a respeito da gênese tumoral e seus mecanismos, e com isso melhorar a abordagem terapêutica dos casos.

Referências Bibliográficas

1. Lee, M.W.; Stephens, R.L. - Klinefelter's syndrome and extragonadal germ cell tumors. *Cancer*, 60: 1053-1055, 1987.
2. Arens, R.; Marcus, D.; Engelberg, S., et al. - Cerebral germinoma and Klinefelter's syndrome. *Cancer*, 61: 1228-1231, 1988.
3. Logothetis - Chemotherapy of extragonadal germ cell tumours. *Journal of Clinical Oncology*, 3: 316, 1985.
4. McNeil, M.M.; Leong, A.S.Y.; SaGe, R.E. - Mediastinal embryonal cancer in Klinefelter's syndrome. *Cancer*, 47: 343-345, 1981.
5. Dexeus - Genetic abnormalities in men with gonadal germ cell tumours. *Journal Urology*, 140: 80, 1989.

6. Hasle, H.; Mellempgaard, A.; Nielsen, J.; Hansen, J. - Cancer incidence in Klinefelter syndrome. *British Journal of Cancer*, 171: 416-420, 1995.
7. Nichols, C.R.; Heerema, N.A.; Palmer, C., et al. - Klinefelter's syndrome associated with mediastinal germ cell neoplasm. *Journal of Clinical Oncology*, 5: 1290-1294, 1987.
8. Landanyi, M.; Samaniego, F.; Reuter, V.E.; Motzer, R.J., et al. - Cytogenetic and immunohistochemical evidence for the germ cell origin of a subset of acute leukemias associated with mediastinal germ cell tumors. *Journal of the National Cancer Institute*, 82:221-227, 1990.
9. Carrol - Testicular failure in patients with extragonadal germ tumours. *Cancer*, 60: 108, 1987.
10. Chaganti, R.S.K.; Rodriguez, E.; Mathew, S. - Origin of adult male mediastinal germ cell tumours. *The Lancet*, 343: 1130-1132, 1994.
11. Sogge, M.R.; McDonald, S.D.; Cofold, P.B. - Dysgenetic germ cell in Klinefelter's syndrome. *The American Journal of Medicine*, 66: 515-518, 1979.
12. Friedman - The function of primordial germ cell in extragonadal tissues. *International Journal Andrology*, 10: 43, 1987.
13. Beasley, S.W.; Tiedemann; Howat, A., et al. - Precocious puberty, malignancy and Klinefelter's. *Medical and Pediatric Oncology*, 15: 277-280, 1987.
14. Loehrer, P.J.; Williams, S.D.; Einhorn, L.H. - Testicular cancer: The question continues. *Journal of The National Cancer Institute*, 180: 1373-1382, 1988.
15. Hasle, H. - Mediastinal germ cell tumour associated with Klinefelter syndrome. *European Journal Pediatric*, 151: 375-376, 1992.

Oportunidade de Bolsa no “Memorial Cancer Center” (USA)

Instituição Financiadora:

Brazilian Children's Committee
New York – EUA

Local de Realização do Treinamento:

Memorial Sloan-Kettering
Cancer Center

Público Alvo:

Profissionais Brasileiros da Área de Oncologia, atuantes em:
– Medicina (Cirurgia, Radiação, Radiologia)
– Serviço Social
– Enfermagem
– Administração
– Outras

Objetivos:

Auxiliar médicos e profissionais técnicos da área de Saúde, brasileiros, a obter treinamento de alto nível, nos EUA.

Requisitos:

- a) Os candidatos devem ter, pelo menos, 3 anos de treinamento em sua área de especialização.
- b) Devem demonstrar ter atingido excelente performance em seu campo de atuação.
- c) Devem já possuir oferta de emprego ou estar trabalhando no campo de especialização onde poderão aplicar ou demonstrar o aprendizado obtido no Memorial.

Duração:

03 (três) meses

Bolsa:

Brazilian Children's Fund
US\$ 10,000

Informações:

Os interessados deverão entrar em contato com:
Ivone Carvalho
Instituto Nacional de Câncer
Praça Cruz Vermelha, 23 – 3º andar
Gabinete – Rio de Janeiro – RJ
Tel: (021) 224-4074/224-4531
Fax: (021) 252-9598



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:

Pro-Onco/INCA/MS

Atualização Científica

Av. Venezulea 134, bloco A, 9º andar

20081-310 - Rio de Janeiro - RJ

Fone: (021) 263-8565/263-6568/253-1956

Fax: (021) 263-8297

Endereço para a remessa do material:

Nome completo:

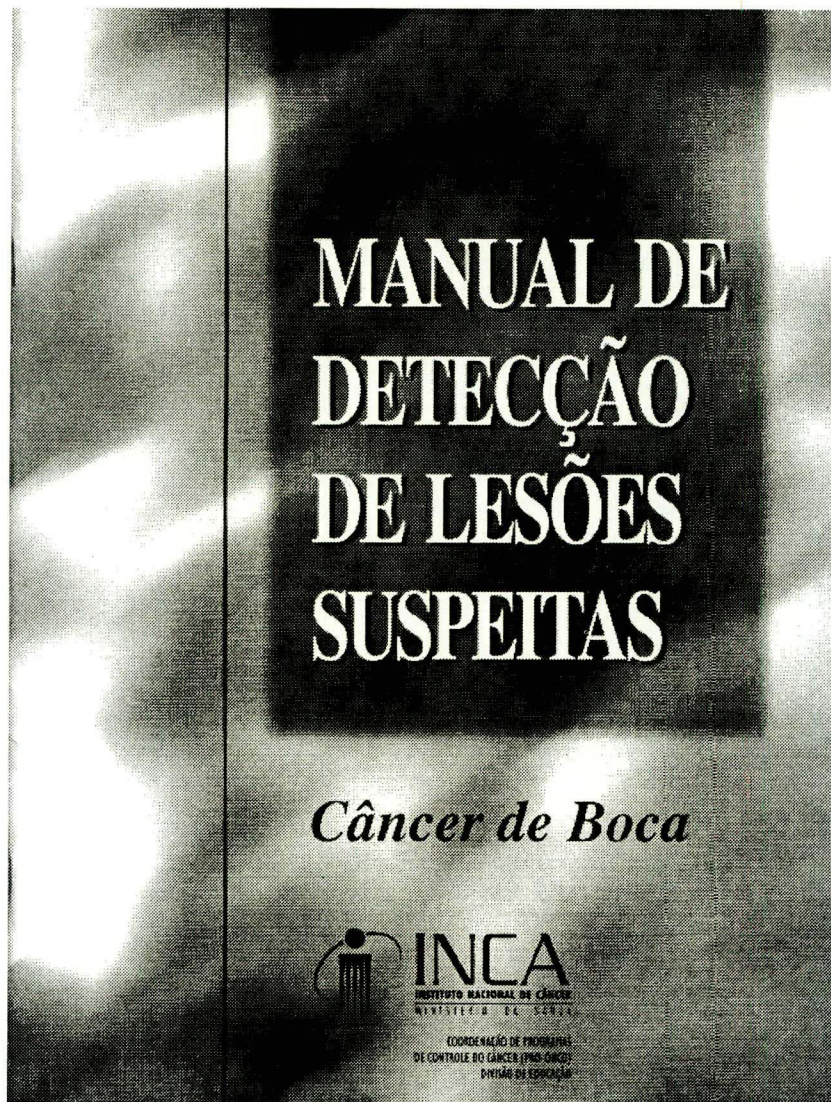
Endereço:

Número: Ap, sala, grupo etc:

CEP: Cidade: Estado:

Desejo receber separata dos artigos assinalados:

- | | | | | | | |
|--------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Trabalhos nº | <input type="checkbox"/> 12/01 | <input type="checkbox"/> 12/02 | <input type="checkbox"/> 12/03 | <input type="checkbox"/> 12/04 | <input type="checkbox"/> 12/05 | <input type="checkbox"/> 12/06 |
| | <input type="checkbox"/> 12/07 | <input type="checkbox"/> 12/08 | <input type="checkbox"/> 12/09 | <input type="checkbox"/> 12/10 | <input type="checkbox"/> 12/11 | <input type="checkbox"/> 12/12 |
| | <input type="checkbox"/> 12/13 | <input type="checkbox"/> 12/14 | <input type="checkbox"/> 12/15 | <input type="checkbox"/> 12/16 | <input type="checkbox"/> 12/17 | <input type="checkbox"/> 12/18 |
| | <input type="checkbox"/> 12/19 | <input type="checkbox"/> 12/20 | <input type="checkbox"/> 12/21 | | | |



O Instituto Nacional de Câncer acaba de Lançar o **Manual de Detecção de Lesões Suspeitas do Câncer de Boca**, uma publicação dirigida aos profissionais que, nos níveis primário e secundário do sistema de saúde, podem contribuir para a prevenção e o diagnóstico precoce deste tumor que também se constitui em um problema de saúde pública no Brasil.

Endereço para informações:
Instituto Nacional de Câncer

Coordenação de Programas de Controle de Câncer
Av. Venezuela nº 134BL. A - 9º andar
CEP 20081-310 Centro - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 55(021)263-8565 Fax. 55(021)263-8297
e-mail: evinca@omega.incc.br

**Stage I and II Hodgkin's disease in the pediatric population
Long-term follow-up of patients staged predominantly clinically**

Douglas B. Rock M.D., Kevin J. Murray, M.D., Christopher J. Schultz, M.D., Stephen J. Lauer, M.D. and J. Frank Wilson, M.D.

Between January 1, 1970, and December 31, 1990, 42 consecutive pediatric patients were treated at the Medical College of Wisconsin Affiliated Hospitals for early-stage Hodgkin's disease. Thirty patients were clinically staged. Twelve underwent staging laparotomy as a part of staging work-up. Thirty-one patients were treated with radiation therapy (RT) alone. Eleven were treated with combined chemotherapy and RT. For the entire group, overall survival at 5, 10, and 15 years was 98, 98 and 92%, respectively. Disease-free survival was 86, 86, and 79, respectively. There was no significant difference in overall survival or disease-free survival comparing clinically versus pathologically staged patients. There was a trend toward improved disease-free survival favoring pathologically staged patients; however, this difference did not reach statistical significance ($p = 0.07$). The long-term results of this series fail to show statistically significant superior disease-free or overall survival with surgical staging.

Wilms tumor

Daniel M. Green, M.D., Giulio J.D'Angio, M.D., J. Bruce Beckwith, M.D., Norman E. Breslow, PhD, Paul E. Grundy, M.D., Michael L. Ritchey, M.D., Patrick R.M. Thomas, M.D.

Introduction. Wilms tumor is the most common primary malignant renal tumor of childhood and is the paradigm for multimodal treatment of a pediatric malignant solid tumor. Developments in surgical techniques and postoperative care, recognition of the sensitivity of Wilms tumor to irradiation, and the availability of several active chemotherapeutic agents have led to a dramatic change in the prognosis for most patients with this once uniformly lethal malignancy. We will review the progress made in the diagnosis and management of children with Wilms tumor, emphasizing work completed since the last review of Wilms tumor in this journal¹. The late effects of treatment for childhood cancer have been reviewed in this journal² and elsewhere³ and will not be discussed in detail.

System delay in breast cancer in whites and blacks

Lee S. Caplan¹, Kathy J. Helzlsouer², Sam Shapiro³, Laurence S. Freedman⁴, Ralph J. Coates⁵ and Brenda K. Edwards⁶

Survival differences have been noted between black women and white women with breast cancer. It is hypothesized that a prolonged interval between initial medical consultation and establishment of a diagnosis (system delay), resulting in a more advanced stage of disease at diagnosis, might explain part of this survival difference. This study was performed to determine whether system delay differs between black and white breast cancer patients, and to examine predictors of delay in blacks and whites. The study population consisted of 996 female breast cancer patients from the National Cancer Institute's Black/White Cancer Survival Study, a cohort study carried out in 1985-1986 in the metropolitan areas of Atlanta, Georgia, New Orleans, Louisiana, and San Francisco/Oakland, California. The median system delay was slightly longer for blacks than for whites - 2.7 weeks versus 2.1 weeks - but this difference was not statistically significant. Having a palpable lump at diagnosis was associated with reduced system delay in both races, while use of a public clinic increased system delay for blacks. Older women were less likely to be subject to longer system delay than younger women, and this effect was somewhat more pronounced in whites. Survival differences between blacks and whites are probably not due to differences in system delay. However, many women had delays of at least 3 months. Given that younger age and the absence of a palpable lump were the factors most predictive of significant system delay, interventions should be targeted specifically toward reducing system delay in younger women who present without the classical painless lump.

Estimación de la heredabilidad en familias con alto riesgo de cáncer mamario

Y. Galán Alvarez, P. Lorenzo-Luaces Alvares, O. Castaño Cabrera y N. Ruisánchez Peón

A familial study of breast cancer was developed in families with breast cancer positive history. We agree with the multifactorial inheritance mode and with the relationship between age at onset and genetic transmission. We found an estimated of heredability by Falconer Method, it suggests that the women with affected mother have a higher breast cancer risk than the others.

Current and future trends in the multidisciplinary approach for high-risk breast cancer. The experience of the Milan Cancer Institute*

G. Bonadonna

Division of Medical Oncology, Department of Cancer Medicine, Istituto Nazionale Tumori, Milan, Italy

During the last 25 years the concept of distant micrometastases in subsets of patients with conventionally operable breast cancer has been successfully tested through prospective randomised trials involving the early use of systemic chemotherapy^{1,2}. Over the years, the consistency of therapeutic findings has given medical oncology a central role in the overall treatment strategy for breast cancer and has resulted in a profound revolution in the approach, management and evaluation of breast cancer.

This paper will review the most notable long-term results achieved through novel multidisciplinary approaches by the Milan Cancer Institute. It will also briefly outline possible future developments which attempt to improve distant disease control and to redefine what is the true adjuvant treatment.

The surgical management of primary invasive breast cancer

Michael P. Moore, MD, PhD, David W. Kinne, MD

Breast cancer accounts for about 17 percent of all female noncutaneous malignancies, and its is estimated that worldwide in 1994 more than 850,000 new cases of breast cancer were diagnosed and about 250,000 people died. In 1995 in the United States, it is estimated that 183,400 new cases of breast cancer will be diagnosed and 46,240 will die¹.

Although these numbers seem staggering, a positive trend toward earlier diagnosis of breast cancer has occurred. About 75 percent of newly diagnosed breast cancers in 1993 were stage I or II, and about two thirds of all breast cancer were node negative². Stage I and II cancers are by convention grouped together as early-stage breast cancer, while in situ cancers are grouped separately.

The treatment of operable primary breast cancer has also undergone a remarkable evolution in the past several decades. The standard operative procedure has changed from the radical mastectomy to the modified radical mastectomy, and the use of breast-conserving treatment is increasing. Radical mastectomy is no longer the only available option for potentially curative treatment of early-stage breast cancer.

Neglected aspects of false positive findings of mammography in breast cancer screening: analysis of false positive cases from the Stockholm trial

E. Lidbrink, J. Elfving, J. Frisell, E. Jonsson

Objectives: To examine the implications of false positive results of mammography in terms of the time lag from screening and complete mammography to the point when women with false positive results are declared free of cancer; the extra examinations, biopsies, and check ups required; and the cost of these extra procedures.

Design: Review of women with false positive results from the Stockholm mammography screening trial.

Setting: Department of Oncology, South Hospital, Stockholm.

Subjects: 352 and 150 women with false positive results of mammography from the first and second screening rounds of the Stockholm trial.

Main outcome measures: Extra examinations and investigations required and the cost of these procedures.

Results: The 352 women from the first screening round made 1112 visits to the physician and had 397 fine needle aspiration biopsies, 187 mammograms, and 90 surgical biopsies before being declared free of cancer. After six months 64% of the women (219/342) were declared cancer free. The 150 women in the second round made 427 visits to the physician and had 145 fine needle aspiration biopsies, 70 mammograms, and 28 surgical biopsies, and after six months 73% (107/147) were declared cancer free. The follow-up costs of the false positive screening results were Kr2.54 m (£250.000) in the first round and Kr0.85m (£84.000) in the second round. Women under 50 accounted for about 41% of these costs.

Conclusions: The examinations and investigations carried out after false positive mammography - specially in women under 50 - and the cost of these procedures are a neglected but substantial problem.

Treatment options

Brigitte Dréno

Treatment selection for melanoma depends mainly on the stage of the disease. The main treatment options include surgery with or without adjuvant medical therapy, radiotherapy, chemotherapy, hyperthermic isolated limb perfusion, and the newer biological therapies.

Relationship between 5-fluorouracil (5-FU) dose intensity and therapeutic response in patients with advanced colorectal cancer receiving infusional therapy containing 5-FU

Erick G. Gamellin, M.D.¹, Etienne M. Danquechin-Dorval, M.D.², Yvan F. Dumesnil, M.D.³, Phillippe J. Maillart, M.D.¹, M.J. Goudier, M.D.⁴, Pascal C. Burtin, M.D.⁵, Remy G. Delva, M.D.¹, Alain H. Lortholary, M.D.¹, Paul H. Gesta, M.D.⁶, Francis G. Larra, M.D.¹

Background: A phase II prospective trial was carried out to study the concept of 5-fluorouracil (5-FU) dose-intensity in patients with advanced colorectal cancer. Forty patients were treated with 5-FU plus leucovorin (LV), with individually increasing doses of 5-FU. A 5-FU pharmacokinetic follow-up was performed and a relationship was sought between its metabolism and its response to treatment, and between 5-FU's toxicity and patient survival.

Methods: 5-FU was administered weekly by 8 hour continuous infusion. The initial dose of 1000 mg/m² was individually increased every 3 weeks by 250 mg/m² steps, potentiated by 400 mg/m² LV. 5-FU plasma concentrations were determined weekly by liquid chromatography.

Results: Eighteen overall objective responses and 22 minor responses, stabilizations, or progressions (NR) were observed. 5-FU plasma levels were significantly higher in cases of complete or partial response, whatever the dose. They reached about 2000 µg/l as early as the second dose level (1250 mg/m²). Only seven patients who experienced NR reached equivalent levels after the fourth step (1750 mg/m²). High 5-FU plasma levels were predictive of an objective response and better survival (difference not significant). The acute toxicity, whatever the type, was correlated with 5-FU levels > 3000 µg/l and not with the dose.

Conclusions: This study shows the wide variability of 5-FU metabolism, whatever the dose, the clear relationship between 5-FU plasma levels, toxicity, and efficacy. This relationship points out the problem of the polymorphism of 5-FU metabolism, the usefulness of the therapeutic range determination and the usefulness of the individual 5-FU dose adaptation.

12/10 - Medical Clinics of North America Cancer Screening and Diagnosis, 80(1): 27-43, 1996

Colorectal cancer screening

Jeanne M. Ferrante, M.D.

Colorectal cancer is the second most common cause of death from cancer in the United States. It ranks third to lung and prostate cancers in men and third to lung and breast cancers in women. In 1995, it was predicted there would be 70,700 new cases with 27,200 deaths in men and 67,500 new cases with 28,100 deaths in women⁶³. A 50-year-old person has about a 1 in 20 chance of having colorectal cancer by the age of 80⁵². The 5-year survival rate for those with localized disease is 91%. Those with regional disease have a 5-year survival rate of 61%. In patients with distant disease, the survival rate decreases to only 7%⁶³. Morbidity from surgical resection, colostomies, chemotherapy, and radiotherapy can also be significant.

Cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides)

Allan L. Lorincz

Long before fungi were known to cause disease, Alibert in 1806 described a severe disorder in which large necrotic tumours resembling mushrooms presented on the skin. Because of that resemblance, he eventually named the disease mycosis fungoides. His student Bazin, in 1876, described the three clinical evolutionary phases of the disease, and in 1938, Sézary and Bouvrain¹ noted what later was recognised as an erythrodermic leukaemic variant called Sézary syndrome. Dermatologists considered the disease to be a specific cutaneous lymphoma but pathologists remained sceptical until about two decades ago when, after I had presented the problem to him, Rappaport, working with Thomas², showed that mycosis fungoides was a specific cutaneous lymphoma with distinctive extracutaneous histopathological features similar to those in the skin. Long and Mihm³ at about the same time came to a similar conclusion. After that mycosis fungoides became the focus of intense interest by oncologists and dermatologists^{4,6}. Cutaneous T-cell lymphoma (CTCL) is now the preferred name.

Although CTCL is diagnosed definitively in only about 1000 new cases annually in the USA, the diagnosis comes under consideration much more often. The usual slow evolution of skin lesions in the early phases can closely mimic many common benign chronic dermatoses. Patients and clinicians, therefore, often have to deal with years of uncertainty and repeated skin biopsies until the disease becomes clearly manifest through distinctive histopathological and clinical features.

Role of surgical resection in pelvic Ewing's sarcoma

By S.P. Scully, H.T. Temple, R.J. O'Keefe, M.T. Scarborough, H.J. Mankin, M.C. Gebhardt

Purpose: The improved survival in patients with Ewing's sarcoma over the past two decades has placed increased importance on achievement of local disease control. Ewing's sarcoma that arises in the pelvis has been recognized to have a worse prognosis than that in the appendicular skeleton, and the role of surgical resection in these cases remains controversial. The current study attempts to identify a benefit to surgical resection in these patients.

Methods: We retrospectively examined 39 patients who presented with Ewing's sarcoma in a pelvic location, all of whom were treated systemically with chemotherapy. Twenty patients received radiation only as a means of local control, and 19 underwent resection with or without radiation therapy. The patients were evaluated with end points of disease-free survival and overall survival for a minimum of 24 months and a mean of 58 months.

Results: There was an even distribution among patients who underwent surgical resection for local control as compared with those who received only radiation therapy with respect to age, site, date of treatment, and stage of disease. Despite uncontrolled biases including tumor size and response to chemotherapy that would be expected to favor patients who undergo resection, surgery in addition to or in substitution for radiation therapy did not result in a statistically significant increase in disease-free survival or overall survival. Local disease control was comparable between those who underwent resection and those who did not: three patients in each group developed a local recurrence.

Conclusion: Currently, morbidity of surgical resection should be weighed against the efficacy and secondary complications of radiation therapy in the decision-making process for local disease control. The issue of whether overall survival and local disease control is improved in patients who undergo surgical resection remains controversial and may require a prospective randomized trial to be answered definitively.

Late cardiotoxicity after treatment for a malignant bone tumor

A. Postma, M.D., M.T.E. Bink-Boelkens, M.D., G.C.M. Beaufort-Krol, M.D., R.A.M. Kengen, M.D., N.J. Elzenga, M.D., M.J.M. Schasfoort-van Leeuwen, R.N., H. Schraffordt Koops, M.D., W.A. Kamps, M.D.

Cardiac function was assessed in long-term survivors of malignant bone tumors who were treated according to Rosen's T₅ or T₁₀ protocol, both including doxorubicin. Thirty-one patients, ages 10-45 years (median age 17.8 years) were evaluated 2.3-14.1 years (median 8.9 years) following completion of treatment. Cumulative doses of doxorubicin were 225-550 mg/m² (median dose 360). The evaluation consisted of a history, physical examination, electrocardiogram (ECG), signal averaged ECG, 24-hour ambulatory ECG, echocardiography and radionuclide angiography. Eighteen of 31 (58%) patients showed cardiac toxicity, defined as having one or more of the following abnormalities: late potentials, complex ventricular arrhythmias, left ventricular dilatation, decreased shortening fraction, or decreased ejection fraction. The incidence of cardiac abnormalities increased with length of follow-up ($P \leq .05$). No correlation could be demonstrated between cumulative dose of doxorubicin and cardiac status, except for heart rate variability. When adjusted to body surface area, the left ventricular posterior wall thickness (LVPW index) was decreased in all patients. The incidence of doxorubicin-induced cardiotoxicity is high and increases with follow-up, irrespective of cumulative dose. Life-long cardiac follow-up in these patients is warranted. The results of our study suggest that heart rate variability and LVPW index could be sensitive indicators for cardiotoxicity.

Modified radical hysterectomy: morbidity and mortality

Javier F. Magrina, M.D.*¹, Martha A. Goodrich, M.D.,† Amy L. Weaver, M.S.,‡ Karl C. Podratz, M.D., PhD†

Among 375 patients who underwent a modified radical hysterectomy at the Mayo Clinic, the complication rate was 24%, and the operative mortality was 0.5%. When compared with radical hysterectomy, this procedure is associated with a lower overall incidence of complications, particularly those related to the urinary tract. ©1995 Academic Press, Inc.

In an attempt to secure optimal margins for surgical clearance in patients with various neoplastic pelvic processes, modified radical hysterectomies have been periodically performed at the Mayo Clinic. Only a limited number of reports within the medical literature address this surgical procedure¹⁻⁶. Usually, this operation is referred to in the context of discussions pertaining to the management of endometrial or cervical cancers. As expected, the indications for, efficacy of, and morbidity and mortality associated with this operation remain virtually undefined, reflecting the limited experience with this operation at any one medical institution. Therefore, it seemed appropriate to review our experience with this operation to determine the associated morbidity and mortality.

Electromagnetic field exposure and cancer: A review of epidemiologic evidence

Clark W. Heath Jr., M.D.

The idea that exposure to power frequency electric and magnetic fields (commonly termed "electromagnetic fields" or EMF) might contribute to human cancer causation has been under close study for nearly two decades. While various hypotheses have been advanced to suggest how such exposure might promote carcinogenesis, the evidence remains inconclusive. Data are of two kinds: (1) epidemiologic observations concerning the occurrence of childhood and adult cancers under different residential and occupational exposure conditions and (2) experimental studies seeking reproducible evidence of carcinogenic effects arising from EMF exposure in cells, tissues, and laboratory animals.

To date, no form of electromagnetic energy at frequency levels below those of ionizing radiation (x-rays) and ultraviolet radiation has been shown to cause cancer. Nonetheless, public interest has been widespread and continuous because of the ubiquitous presence of electric power in modern society and because of our reliance on technologies that generate higher frequencies of non-ionizing radiation (radio, television, microwaves). It is important, therefore, for societal as well as scientific reasons, to explore questions of biologic effect and possible human health impairment and, in particular, to test all reasonable hypotheses regarding potential carcinogenicity.

12/16 - *The New England Journal of Medicine*, 334(16): 1030-1038, 1996

Cancer of the uterine cervix

Stephen A. Cannistra, M.D., Jonathan M. Niloff, M.D.

Invasive cervical cancer is uncommon in the United States, with an incidence of 15,800 cases and 4800 deaths in 1995¹. This relatively low incidence is largely due to the effectiveness of screening programs that assess cervical cytology by Pap smear. On a global scale, however, cancer of the cervix is a major cause of death, specially in Third World countries, where such screening is often not routinely performed. Pap-smear screening is designed to detect precursor lesions in cervical epithelium, which may antedate the development of invasive cancer by several years. In contrast to other screening strategies, such as mammography, which improves survival by detecting malignant disease at an early stage, the Pap test is a central part of a strategy designed to prevent the development of invasive cancer.

Because cervical cancer is a potentially preventable disease, it is important to be aware of the risk factors, screening techniques, and available diagnostic options, with special attention to the management of preinvasive disease. This review concentrates on the pathogenesis and management of squamous-cell carcinoma of the cervix, which accounts for the majority of cases of cervical cancer in the United States.

Multicenter randomized trial comparing cisplatin-mitomycin-vinorelbine versus cisplatin-mitomycin-vindesine in advanced non-small cell lung cancer¹

M. Pérol^{*a}, J.C. Guérin^a, P. Thomas^b, R. Poirier^c, P. Carles^d, G. Robinet^e, J.P. Kleisbauer^b, D. Paillotin^f, A. Vergnenègre^g, P. Balmes^h, D. Touronⁱ, M. Grivaux^j, E. Pham^k, for the 'Groupe Français de Pneumo-Cancérologie'

The study was designed to evaluate the value of vinorelbine in a cisplatin-mitomycin-vinca alkaloid regimen for treatment of locally advanced or metastatic non-small cell lung cancer (NSCLC). A group of 227 patients with inoperable NSCLC in stage III (58%) or stage IV (42%) were included in this randomized multicenter trial comparing a reference regimen (VDS group, $n = 113$) cisplatin (120 mg/m² on day 1, day 29 and day 71), mitomycin (8 mg/m² on day 1, day 29 and day 71) and vindesine (3 mg/m²/week for 5 weeks and then every 2 weeks up to the 15th week) to a cisplatin-mitomycin-vinorelbine combination (VNB group, $n = 114$), with cisplatin and mitomycin at the same doses, and vinorelbine 25 mg/m²/week for 16 weeks. The objective response rate (evaluated at 17th week) was 17% in the VDS group and 25% in the VNB group ($P = 0.15$). Median survival was 33.4 weeks and 34.5 weeks in the VDS and VNB arms, respectively. Overall survival duration was not significantly different between the two arms (logrank test, $P = 0.20$) despite a trend to an increased survival in the VNB group. This essentially benefited the patients with stage III disease with a clear-cut-lengthening of median (45.9 vs. 33.4 weeks) and 1 year survival (44.6% vs. 26.2%, $P < 0.05$) in favor of the VNB group. Nevertheless, there was no significant difference in overall survival (logrank, $P = 0.13$). Survival duration of the patients with stage IV disease was comparable in the two arms (logrank test, $P = 0.90$). Grade 3 or 4 neutropenia was found in 61% and 87% of the VDS and VNB groups, respectively ($P < 0.01$). Grade 2-4 peripheral neuropathy was observed in 23% of the patients in the VDS group and in 6% of the patients in the VNB group ($P < 0.01$). Replacement of vindesine by vinorelbine in a cisplatin-mitomycin-vinca alkaloid chemotherapeutic regimen did not lead to a significant improvement in objective response rate or in duration of survival. There was a reduction in neurotoxicity at the expense of an increased hematologic toxicity. However, for patients with stage III disease there was an increase in 1 year survival with the vinorelbine combination.

Evaluation of reproductive capacity in germ cell tumor patients following treatment with cisplatin, etoposide, and bleomycin

William T. Stephenson, Shelly M. Poirier, Leslie Rubin, Lawrence H. Einhorn

Purpose: To evaluate the infertility rate in patients with germ cell tumors receiving chemotherapy with cisplatin, etoposide (VP-16), and bleomycin (PVP₁₆B).

Patients and methods: Thirty patients were evaluated. All patients had undergone chemotherapy with two to four cycles of PVP₁₆B. A single semen analysis was performed 24 to 78 months following initiation of chemotherapy. All 30 patients were continuously disease-free. Eight of these patients had also undergone nervesparing retroperitoneal lymph node dissection (RPLND).

Results: The median sperm concentration was 33.9×10^6 , with a median volume of 3.2 mL. The median total sperm count was 86.4×10^6 . Oligospermia ($< 40 \times 10^6$ total sperm count) was found in 13 patients (43%), including six (20%) who were azospermic. There was a high incidence of morphologically abnormal sperm, with only one patient having more than 50% normal spermatozoa. Only 13 patients (43%) had sperm motility greater than 50%. Five patients had positive semen antisperm immunoglobulin G (IgG). Eight patients fathered children, including three with documented oligospermia.

Conclusion: Patients with germ cell tumors successfully treated with PVP₁₆B chemotherapy are at substantial risk for persistent semen abnormalities. However, some patients with oligospermia will slowly recover and others are still capable of reproductive capacity despite continued oligospermia.

Follow-up prostate cancer treatments after radical prostatectomy: a population-based study

Grace L. Lu-Yao, Arnold L. Potosky, Peter C. Alberstsen, John H. Wasson, Michael J. Barry, John E. Wennberg*

Background: Radical prostatectomy is one of the most commonly used curative procedures for the treatment of localized prostate cancer. The probability that a patient will undergo additional cancer therapy after this procedure is largely unknown. *Purpose:* The objective was to determine the likelihood of additional cancer therapy after radical prostatectomy. *Methods:* Data for this study were derived from a linked dataset that combined information from the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program and Medicare hospital and physician claims. Records were included in this study if patients histories met the following criteria: (a) residing in Connecticut, Washington (Seattle - Puget Sound), or Georgia (Metropolitan Atlanta); (b) having been diagnosed with prostate cancer during the period from January 1, 1985, through December 31, 1991; (c) undergoing radical prostatectomy by December 31, 1992; and (d) having no evidence of other types of cancer. Patients were considered to have had additional cancer therapy if they had had radiation therapy, orchiectomy, and/or androgen-deprivation therapy by injection after radical prostatectomy. The interval between the initial treatment and any follow-up treatment was calculated from the date of radical prostatectomy to the 1st day of the follow-up cancer therapy. All presented probabilities are based on Kaplan-Meier estimates. *Results:* The study population consisted of 3494 Medicare patients, 3173 of whom underwent radical prostatectomy within 3 months of prostate cancer diagnosis. Although radical prostatectomy is often reserved for localized cancer, less than 60% (1934) of patients who records were included in this study had organ-confined disease, according to final surgical pathology. Overall, the 5-year cumulative incidence of having any additional cancer treatment after radical prostatectomy reached 34.9% (95% confidence interval [CI] = 31.5%-38.5%). For patients with pathologically organ-confined cancer, the 5-year cumulative incidence was 24.3% (95% CI = 20.0%-29.3%) overall and ranged from 15.6% (95% CI = 9.7%-24.5%) for well-differentiated cancer (Gleason-scores 2-4) to 41.5% (95% CI = 27.9%-58.4%) for poorly differentiated cancer (Gleason scores 8-10). The corresponding figures for pathologically regional cancer were 22.7% (95% CI = 12.0%-40.5%) and 68.1% (95% CI = 58.7%-77.1%). *Conclusion:* Further treatment of prostate cancer was done in about one third of patients who had had a radical prostatectomy with curative intent and in about one quarter of patients who were found to have organ-confined disease. *Implications:* Given the common requirement for follow-up cancer treatments after radical prostatectomy and the uncertainties about the effectiveness of the various follow-up treatment strategies, further investigation of these treatments is warranted.

Renal-cell carcinoma

Robert J. Motzer, M.D., Neil H. Bander, M.D., David M. Nanus, M.D.

Renal-cell carcinoma is characterized by a lack of early-warning signs (which results in a high proportion of patients with metastases), diverse clinical manifestations, and resistance to radiotherapy and chemotherapy and there is a potential role for immunomodulation in the inhibition of tumor growth. In this review we discuss recent developments in epidemiology, histologic classification, tumor biology, methods of diagnosis and staging, surgical techniques, and immunotherapy for patients with metastatic disease.

Morphology and classification of the myelodysplastic syndromes and their pathologic variants

Peter A. Kouides and John M. Bennett

Despite the suffix-dysplastic, the term myelodysplastic syndrome (MDS) is a clonal disorder of the hematopoietic stem cell interrelated with other clonal bone marrow disorders such as the acute leukemias and the myeloproliferative syndromes (Fig. 1). The various subtypes of the MDSs can be clinically "lumped" together as they have in common⁶⁴: (1) the clinical manifestation of bone marrow failure as well as a tendency to transform into an acute leukemic phase; and (2) the pathological manifestation of morphological abnormalities (termed "dysplasia") of the peripheral blood and bone marrow cells such as ringed sideroblasts, megaloblastic erythroid precursors, hypogranulation/hyposegmentation of the granulocytes and micromegakaryocytes⁶².

This description serves as a clinicopathological definition of MDS; the pathological manifestation reminds the reader that for lack of dependable, reproducible markers of clonality, the morphological abnormalities noted represent in part a working definition of the disorder. This clinical manifestation reminds the reader that this is a syndrome with a wide range of presentations, specifically of cytopenias that can range from an isolated anemia for 10 years to a rapidly evolving acute leukemia fatal within weeks. Thus, it is not surprising that this disease has defied proper classification over the years. Consequently, the medical literature is replete with many descriptive terms before the wide-spread use of the term MDS⁶⁴: herald state of leukemia, refractory anemia (RA), preleukemic anemia, preleukemic syndrome, preleukemia, refractory anemia with ringed sideroblasts (RARS), refractory normoblastic anemia, refractory anemia with excess myeloblasts (RAEB), smoldering acute leukemia, chronic erythemic myelosis, subacute myelomonocytic leukemia, hypoplastic acute myelogenous leukemia (AML), hematopoietic dysplasia, subacute myeloid leukemia.

12/22 - Ann Intern Med, 124: 212-222, 1996

252

Interferon- α 2b added to melphalan-prednisone for initial and maintenance therapy in multiple myeloma - A randomized, controlled trial

The Nordic Myeloma Study Group*

Objective: To evaluate the addition of low-dose interferon 2b standard melphalan-prednisone therapy in patients with multiple myeloma.

Design: Randomized, multicenter, phase III study.

Setting: 15 university hospitals and 92 county hospitals in Sweden, Norway, Denmark, Finland, and Iceland.

Patients: 583 patients with symptomatic multiple myeloma.

Intervention: All patients received melphalan-prednisone every 6 weeks. Melphalan-prednisone therapy was interrupted after at least 8 courses in responding patients who achieved a plateau phase, and it was reinstated at time of relapse. Patients randomly assigned to receive melphalan-prednisone and interferon also received interferon, 5 MU three times weekly, from the start of treatment through response, plateau phase, and relapse, until definitive failure of melphalan-prednisone occurred.

Measurements: Survival was the main outcome measure. Secondary measures were response rate, response and plateau phase duration, and toxicity. All analyses were done according to the principle of intention-to-treat.

Results: 45% of patients receiving melphalan-prednisone and 44% of patients receiving melphalan-prednisone and interferon achieved at least a partial response. Response duration and plateau phase duration were longer for patients receiving melphalan-prednisone and interferon than for patients receiving melphalan-prednisone alone ($P < 0.05$); the difference in median duration was 5 to 6 months. Toxicity was higher with melphalan-prednisone and interferon, and this led to premature discontinuation of interferon therapy in one third of patients and to a reduced overall dose intensity for melphalan. The median survival time was 29 months for patients receiving melphalan-prednisone and 32 months for patients receiving melphalan-prednisone and interferon. The risk ratio for death for patients receiving melphalan-prednisone compared with patients receiving melphalan-prednisone and interferon was 1.02 (95% Ci, 0.89 to 1.40).

Conclusions: Adding continuous low-dose interferon to standard melphalan-prednisone therapy does not improve response rate or survival. However, response duration and plateau phase duration are prolonged by maintenance therapy with interferon.

RBC - Novos Rumos *RBC - New Paths*

Durante todo o ano de 1996, a RBC procurou concentrar todos os seus esforços no alcance de um padrão de qualidade científica, literária e técnica. Para isto, nós, os Editores, trabalhamos arduamente e garantimos que todos os trabalhos enviados para publicação fossem avaliados de maneira confiável, experiente, objetiva e sem preconceito, e publicados dentro de um prazo razoável, a contar da submissão ao Conselho Editorial da Revista.

Mudamos o *layout* desta, buscando tornar a sua leitura mais agradável. Renovamos nosso Conselho Editorial, somando-lhe novos expoentes da Cancerologia brasileira e internacional e imprimimos maior agilidade à nossa secretaria. Com isto, obteve-se um melhor fluxo dos trabalhos, desde a sua entrada até o momento de sua publicação.

Também estabelecemos novos critérios de seleção de artigos e nos prendemos a novos e importantes objetivos, para que no ano de 1997 possamos estar prontos tanto para concorrer à inclusão da RBC no *Index Medicus* como para entrar definitivamente nas redes de comunicações e interligações da tecnologia da informação na área das Ciências e

Saúde, com nossa participação na *Internet*. Com isto, passaremos a ter uma maior divulgação da nossa Revista e a proporcionar aos nossos autores a certeza de que seus artigos atingirão um público muito maior.

Por tudo isso, enfatizamos, mais uma vez, a necessidade de que os artigos encaminhados para publicação na RBC contenham resumos em Português e em Inglês que espelhem com clareza todo o conteúdo do texto e que os artigos sigam rigorosamente as normas contidas em *Informações aos Colaboradores*.

Finalmente, com o objetivo de melhor conhecer os nossos leitores e para avaliar o nosso trabalho e desempenho, em breve estaremos enviando um questionário de pesquisa de opinião sobre a RBC. Sua resposta a este é imprescindível, para que possamos realizar mudanças nos objetivos e metas da RBC, caso assim fique indicado.

Luis Eduardo Atalecio
Pedro Luiz Fernandes
Editores

E-mail: atalecio@venus.rdc.puc-rio.br

Registros de câncer - uma realidade

Cancer registries - a reality

Os adventos, em larga escala, da tecnologia, urbanização e industrialização têm sido responsáveis por um grande e acelerado desenvolvimento, observado em alguns países, e por um crescimento que, infelizmente, traz conseqüências maléficas para o homem. Uma dessas conseqüências é o câncer, uma doença que vem atingindo, a cada ano, mais de 9 milhões de pessoas no mundo. Muito já tem sido enfatizado que isso se deve ao aumento da expectativa de vida dos seres humanos, devido, especialmente, à melhoria das condições de higiene e ao controle das doenças infecto-contagiosas, situações verificadas em grande parte do mundo, mesmo que de forma desigual.

No Brasil, o mesmo se tem verificado e cada vez mais se impõe a necessidade de políticas e programas de combate a doença, em todos os níveis de atuação e decisão.

Porém, política e programas só podem ser adequadamente elaborados, conduzidos e avaliados, se se conta com fontes fidedignas de dados. Afortunadamente, o conhecimento e a tecnologia desenvolvidos e disponíveis, em todo o mundo, para a geração, coleta, avaliação e divulgação de dados vitais têm, no que se refere ao câncer, uma sólida base histórica e conceitual, que estabelece o funcionamento de diversos Registros, a saber: o Registro de Câncer de Base Hospitalar (RHC) e o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP). Esses registros surgiram ao longo dos anos para suprir as deficiências de informações sobre o câncer baseadas apenas em dados de mortalidade, e o seu funcionamento é contínuo e exige a coleta sistemática de dados sobre a ocorrência (RCBP) e frequência relativa (RHC) da doença e o atendimento prestado ao doente (RHC).

O RHC é um sistema projetado para coletar, consolidar e analisar informações sobre os casos de câncer que são tratados em um determinado hospital. Os dados por ele coletados, analisados e divulgados podem ser utilizados em várias áreas, tais como a administrativa, de pesquisa, de educação e de análise de programas de prevenção e de tratamento do câncer.

Já o RCBP é um sistema projetado para coletar e analisar todos os casos de câncer que ocorrem em uma população definida. São coletados continuamente e sistematicamente os dados dos pacientes e das características clínicas e patológicas de sua doença, onde estejam eles disponíveis: serviços de prontuários médicos de hospitais públicos e privados, clínicas de atendimento externo, consultórios médicos, laboratórios e serviços de Patologia, laboratórios de Hematologia, laboratórios de Patologia Clínica, laboratórios de Medicina Nuclear, institutos médico-legais, cartórios de ofícios, seguros de saúde, programas de rastreamento, asilos de hospitais de longa permanência.

A grande importância de se dispor desses dados deriva do fato de o câncer estar incidindo progressivamente nas populações, sendo inclusive a segunda causa de morte por doença, em nosso país, representando, assim, um sério problema de saúde. Dessa forma, os dados dos registros permitem a análise da incidência e prevalência dos casos e da mortalidade pela doença, assim como do impacto que as políticas e programas de controle do câncer poderão ter sobre os seus coeficientes de incidência e mortalidade, permitindo, também, que melhorias e ajustes sejam procedidos, de acordo com a evolução e análise desses coeficientes.

É de grande valia dispor-se de informações corretas sobre a ocorrência de novos casos, para que se possa planejar e oferecer um melhor atendimento e assistência ao paciente. Somente um registro bem estruturado tornará isso possível.

A grande preocupação do Instituto Nacional de Câncer - INCA tem sido a de estimular cada vez mais a criação de novos registros de câncer, de modo que o Brasil possa contar também cada vez mais com dados confiáveis, de boa qualidade, para o desenvolvimento de políticas públicas.

Implantar um RCBP na Cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, está sendo um desafio, uma vez que a cidade é grande e possui uma população bastante diversificada. Para tanto, é necessário um trabalho conjunto e o

apoio de todos os colegas e autoridades, a fim de que possamos alcançar a meta a que nos propusemos, ultrapassando todas as barreiras que porventura surgirem. Dessa forma, demonstraremos que, com determinação, abnegação e espírito de coletividade, conseguiremos realizar o objetivo maior de se ter, no Brasil, mais um RCBP em funcionamento, que segue as normas e padrões internacionais.

Que isto sirva de estímulo a outras cidades que queiram implantar um RCBP e assim poderem avançar, em termos de planejamento e avaliação de políticas e programas de saúde.

Eduardo Barros Franco
e-mail: franco@venus.rdc.puc-rio.br

Indicações da quimioterapia antineoplásica

Indication for antineoplastic chemotherapy

O *CA CANCER JOURNAL FOR CLINICIANS* 1996: 46 publicou nas páginas 134 a 141 um artigo de Irwin H. Krakoff, intitulado *Systemic Treatment of Cancer*.

Neste, a influência da Quimioterapia sobre o câncer avançado é discutida em termos das suas finalidades, sendo apresentada uma tabela em que elas são relacionadas com os respectivos tumores para os quais se aplicam os conceitos de cura, palição, adjuvância, *neoadjuvância* e controle temporário de doença em atividade, com ou sem aumento da sobrevida.

As correlações são assim mostradas:

Cura

Neoplasia Trofoblástica Gestacional
Leucemia Linfoblástica Aguda
Doença de Hodgkin
Linfomas Não Hodgkin (em crianças)
Linfoma Difuso de Células Grandes
Linfoma de Burkitt
Tumores Testiculares

Cura - Quimioterapia adjuvante

Tumor de Wilms
Rabdomiossarcoma
Sarcoma Osteogênico

Controle temporário de doença (com aumento da sobrevida)

Câncer de Mama
Carcinoma de pulmão de células pequenas
Leucemia Mieloblástica Aguda

Linfomas não Hodgkin (indolentes)
Câncer de Próstata
Leucemia de Células Pilosas
Leucemia Granulocítica Crônica

Controle temporário de doença (com pouco aumento da sobrevida)

Mieloma Múltiplo
Câncer de Ovário
Câncer de Endométrio
Neuroblastoma
Câncer Colo-Retal
Câncer de Fígado

Palição (sem aumento da sobrevida)

Câncer de Pulmão de Células não Pequenas
Câncer da Cabeça e Pescoço
Câncer de Estômago
Câncer de Pâncreas
Câncer do Colo Uterino
Melanoma
Câncer da Córteix Supra-Renal
Sarcomas de Partes Moles

Quimioterapia adjuvante (preservação de órgãos)

Câncer de Mama
Câncer de Laringe
Câncer de Bexiga
Sarcoma Osteogênico
Sarcomas de Partes Moles
Câncer Anal
Câncer de Esôfago

Esta sistematização remete-nos a cinco considerações básicas: Primeira, o refor-

ço da importância do diagnóstico precoce do câncer, uma vez que o estadiamento guarda uma relação direta com o tratamento indicado e a sua finalidade; segunda, a duração da Quimioterapia, que igualmente guarda uma relação direta com a sua finalidade; terceira, a alternativa que os cuidados paliativos representam à Quimioterapia, quando esta se esgota em sua indicação e duração; quarta, as indicações da Radioterapia do câncer avançado, também de acordo com as suas finalidades; e, quinta, o impacto que

os quatro itens anteriores têm sobre a relação entre o benefício (medido pela finalidade) e os custos (medidos em termos individuais, sociais e financeiros) dos tratamentos oncológicos.

Intensificar a incorporação desses conceitos e basear a prática na aplicabilidade dos mesmos é um futuro que se adivinha para o Oncologista brasileiro.

Maria Inez Pordeus Gadelha -
Rio de Janeiro - RJ

Qualidade no Serviço Público - Programa de gestão pela qualidade total na área da saúde -

Experiência dos educadores para a qualidade no INCA

Quality in the Public Service - Total quality management in health area - Experience of educators for TQM at the Brazilian National Cancer Institute/INCA

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) inicia sua evolução histórica no Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal em 1937. Nas décadas seguintes procede-se seu caminhar complexo. Várias Divisões no Ministério da Saúde são responsáveis pelo Câncer, não havendo planejamento e controle sistemático. Em 1991, o Governo Federal define como competência do INCA assistir ao Ministro de Estado na formulação da política nacional do Câncer, prevenção e diagnóstico, entre outras atividades. O INCA passa a ter a estrutura organizacional de uma Administração Central, três Hospitais, Unidades de Pesquisa e Educação, Unidades de Prevenção e Atividades de Suporte, cujos coordenadores integram o Conselho Superior de Administração. Possui um Conselho Consultivo constituído pelos presidentes das Sociedades Médicas da área de Cancerologia e, pelos diretores dos principais hospitais de câncer do país. Conta com a Fundação "Ary Frauzino" (FAF) destinada ao apoio do INCA. Através do Hospital de Câncer, na Praça da Cruz Vermelha, o INCA já possuía experiência histórica de padrões de qualidade definidos por indicadores hospitalares, com posição de referência nacional e formação de especialistas na matéria.

Em janeiro de 1994, firma-se o contrato entre o Instituto Brasileiro de Qualidade Nuclear (IBQN) e o INCA/FAF para a implantação de Programa de Gestão pela Qualidade Total, financiada, em parte, pelo Banco Mundial através da FINEP, órgão do Ministério da Ciência e Tecnologia. O objetivo é dotar o INCA dos instrumentos necessários à Gestão pela Qualidade Total e à capacitação de seus funcionários, possibilitando torná-lo uma entidade multiplicadora da metodologia desenvolvida pelo IBQN, na área da saúde. Inicialmente o PGQT foi apresentado ao Conselho Superior de Administração em reunião de 8 horas.

No período de 8 a 21 de março/94, realizou-se levantamento de dados através de questionários aplicados a 523 funcionários, e realização de 88 entrevistas. Fez-se o diagnóstico da Instituição definindo-se pontos fortes e pontos fracos; elaborou-se documento para fornecer subsídios para o delineamento estratégico. Em abril/94 iniciou-se, em períodos de 40 horas, o treinamento de funcionários, em vários níveis de atuação, desde o gerencial, em Sistema de Gerência da Qualidade Total.

Realizou-se o treinamento de multiplicadores (educadores para a qualidade) com a tecnologia do IBQN o que possibilitou a criação de um Comitê de educadores para a Qualidade Total. Em “workshop” de 32 horas de Planejamento e Organização para a Qualidade, com a participação de 54 pessoas (Coordenadores, chefias e pessoas ligadas ao processo de implantação) realizou-se a definição da Missão do INCA - “Controle do Câncer” - e da Visão Estratégica: “Ser referência em Cancerologia reconhecido como centro de excelência pelos seus pares, interagindo com organizações afins e atuando nas áreas de informação, educação, ciência e tecnologia, prevenção e assistência, e, assim, contribuindo para o bem estar da sociedade, com plena satisfação de seus usuários e funcionários”.

Em setembro/94, os multiplicadores assumiram o treinamento na Instituição. Em períodos de 4 horas, realizaram reuniões de sensibilização nas várias Unidades, com distribuição do *Manual dos 10 Princípios da Qualidade*, elaborado para a realidade INCA. O IBQN continuou sua assessoria iniciando o treinamento em 5-S. O Comitê assumiu todo o treinamento. Realizou períodos de 20 horas para GQT; períodos de 16 horas para treinamento no uso das ferramentas para os Comitês Especiais e Comitês Operacionais. Passou-se a treinamento de 4 horas para excelência no atendimento; treinamento de 3 horas para 5-S. O IBQN continuou sua assessoria, em treinamento de 16 horas para Arquitetura Organizacional, e Desenvolvimento Gerencial para as chefias. Foi elaborada apostila para o curso SGQ/INCA a partir do original do IBQN (96 pag.) e criada a Cartilha sobre o programa 5-S. Foram reformulados os exercícios usados em sala de aula nos diversos cursos.

A Instituição possui 2700 funcionários. Foram submetidos a treinamento até dezembro/95: 1496 funcionários, totalizando 15.689 horas/ano/treinamento.

Índice treinamento/hora/ano/participante = 10,48.

Índice treinamento/hora/ano/INCA = 5,81.

Foram instituídos outros indicadores, através do entendimento das Ferramentas da Qualidade, além dos indicadores clássicos de produção e produtividade utilizados na área hospitalar (índice de infecção hospitalar, análise dos óbitos, tempo de permanência, índice de ocupação etc.).

Observa-se a organização do fluxo de pacientes cirúrgicos a partir da marcação prévia semanal garantindo seu atendimento; regularização da distribuição de roupa esterilizada no Centro Cirúrgico com economia dos custos e diminuição do “stress” das equipes; diminuição do tempo de espera para atendimento ambulatorial; diminuição de 30 para três dias o prazo de emissão de relatório médico; economia de recursos para manutenção e abastecimento dos veículos; satisfação no atendimento do almoxarifado. A melhoria é notada em múltiplos setores. Ainda há necessidade da intensificação da ação dos educadores para a qualidade buscando um melhor entendimento e aderência aos princípios da Qualidade Total bem como maior treinamento na utilização das Ferramentas da Qualidade no trabalho diário. No entanto, já se pode afirmar: *O Serviço Público, na área da saúde, é compatível com a Qualidade Total.*

Fábio Cupertino Moríngio
Chefe da Divisão da Imunogenética em
Transplantes/CPQ.
Comitê de Educação para Qualidade - INCA.
Lucília Reis Pinheiro
Secretária - Adjunta do PGQT
Comitê de Educação para Qualidade - INCA.
Trabalho apresentado no IX Congresso
Brasileiro de Produtividade - Setembro/96.

A *Revista Brasileira de Cancerologia - RBC* tem por finalidade publicar trabalhos que contribuam para conhecimento sobre a 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
Pro-Onco/INCA/MS
Av. Venezuela 134, bl. A, 9º andar
20081-310 - Rio de Janeiro - RJ

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 tipologia *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.

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

Página de rosto

Destas laudas 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 estar 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 shöeller, 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; 400 X).

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 (en-

tre 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 com várias recidivas ligadas a gestações. *Rev Bras Cancerol*, 1: 31-41, 1947.

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*, 60: 623-639, 1976.

Livros

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

Capítulo de livro

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

CONTINUING MEDICAL
EDUCATION APPROVED

2nd INTERNATIONAL CONFERENCE

on the ADJUVANT THERAPY OF MALIGNANT MELANOMA

14-15 MARCH 1997

at THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE

This meeting is held under the auspices
of the International Union Against
Cancer, the European Society for Medical
Oncology and Charing Cross Hospital
(Charing Cross and
Westminster Medical School)

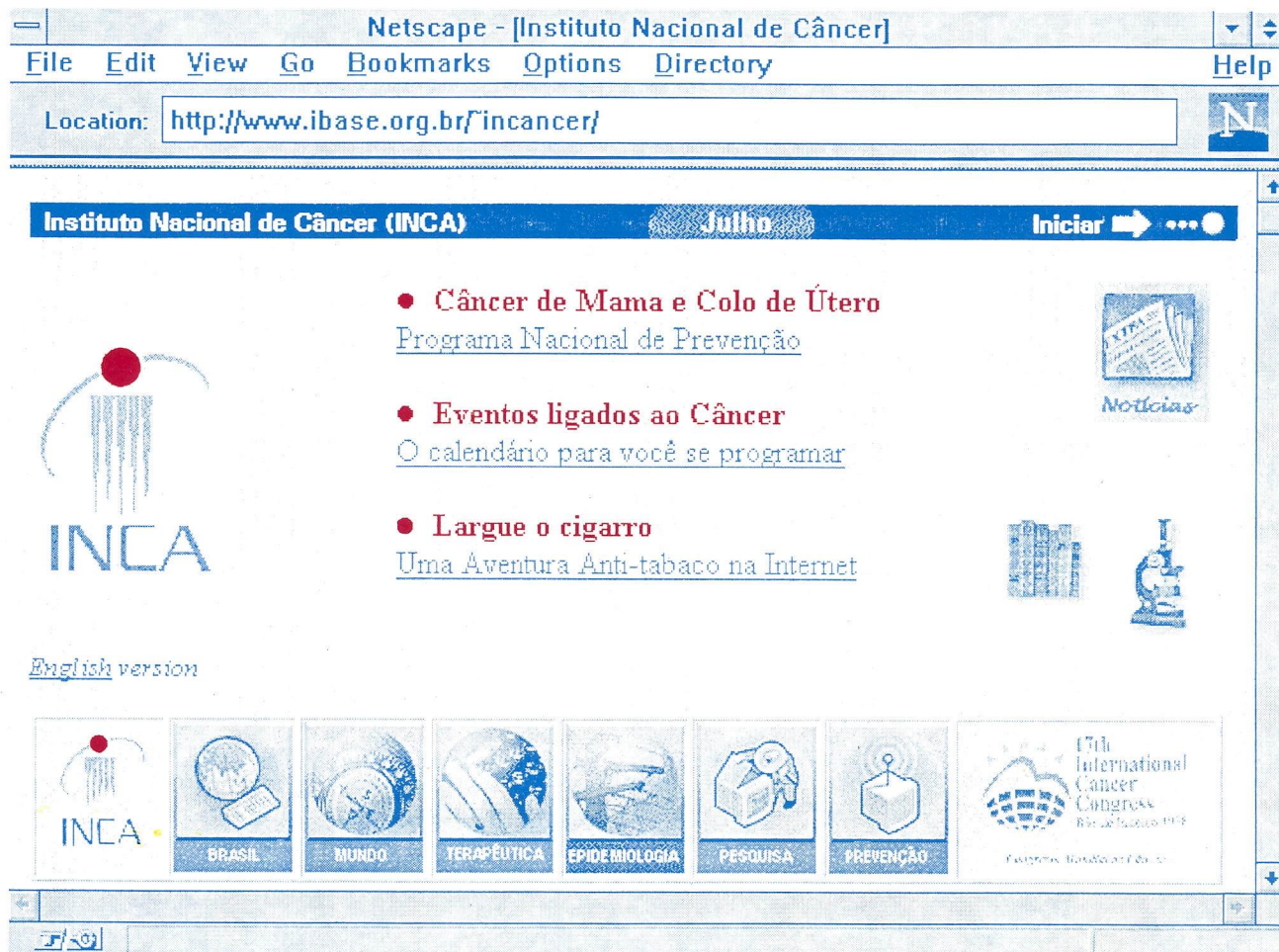


SECOND ANNOUNCEMENT
& CALL FOR ABSTRACTS

**Encontre o Instituto Nacional de Câncer na Internet!
Find the Brazilian National Cancer Institute
at the Internet**

Nosso endereço na Rede Mundial :
The INCA is on the World Wide Web at.:

<http://www.ibase.org.br/~incancer>



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

Instituto Nacional de Câncer
Praça da Cruz Vermelha, nº 23 - Centro
20230-130 Rio de Janeiro - RJ - BRASIL
Tel:55(021) 292-4110 - 263-8565
Fax:55(021) 252-9598 - 263-8297

