

Revista Brasileira de Cancerologia

ISSN 0034-7116

Vol. 39
Nº 4
Out/Dez
1993



Órgão Oficial das Sociedades Brasileiras de:
Cancerologia
Oncologia Clínica
Oncologia Pediátrica
Cirurgia Oncológica

NÃO PODE SAIR DA BIBLIOTECA



Ministério da Saúde
Instituto Nacional de Câncer (INCa)
Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco)

O CONTROLE DA DOR
EXIGE UM NOVO
PERFIL DE ANALGESIA.

DOR

Tramal[®]

cloridrato de tramadol

O NOVO PERFIL
DE ANALGESIA



- Eficaz ação analgésica para o efetivo controle da dor moderada a severa
- Rápido início da ação que se prolonga por até 8 horas
- Baixa incidência de efeitos colaterais
- **Comprovado por ampla experiência clínica:**
 - 14 anos de uso
 - 20 milhões de pacientes tratados
 - Utilizado em quase todos os países do mundo

Receituário
comum em duas vias.



GRUNENTHAL

Fabricado e comercializado
sob a licença de:
Grünenthal GmbH
Stolberg, Alemanha

FARMITALIA CARLO ERBA
GRUPPO ERBAMONT

Revista Brasileira de Cancerologia



Revista Brasileira de Cancerologia

EDITORES

Alfredo Guarischi
Evaldo de Abreu
Jorge Wanderley
Luiz Eduardo Atalécio

CONSELHO EDITORIAL

Ricardo Brentani (SP)
Vivian Rumjanek (RJ)
Eduardo Faerstein (RJ)
Marcelo Gurgel (CE)
Marcos Moraes (RJ)
Jayme Marsillac (RJ)
Jacob Kligerman (RJ)
Rui Haddad (RJ)
Renato Amaral (RS)
Haroldo Juaçaba (CE)
Luiz Carlos Zeferino (SP)
Nestor Piva (SE)
Onofre de Castro (RJ)
Maria Izabel S. Pinel (RJ)
Sérgio Faria (SP)
Paulo Novaes (SP)
Luis Souhami (Canadá)
Miguel Guizzardi (RJ)
Arthur Katz (SP)
Gilberto Schwartzmann (RS)
Ademar Lopes (SP)
Ernani Saltz (RJ)
José Carlos do Valle (RJ)
Juvenal Oliveira Filho (SP)
Sergio E. Allan (RJ)
Herbert Praxedes (RJ)
Silvia Brandalise (SP)
Sergio Petrilli (SP)
João Paulo Matushita (MG)
Waldir Pereira (RS)

SBOC: Sergio Lago (RS)
SBCO: Odilon Souza Filho (RJ)
RADIOTERAPIA: José Waldemar Petitto (SP)
SOBOPE: Vicente Odone Filho (SP)
Soc. Bras Patologia Cervical Uterina e Colposcopia: Waldemar Rivoire (RJ)

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Virginia Prado

SECRETÁRIA

Pilar Schiaepfer Prado

Ministério da Saúde
INCa - Pro-Onco

PROJETO GRÁFICO E PRODUÇÃO

 **CIDADE - Editora Científica Ltda.**

Rua México, 90 - 2º andar - sala 201
20031 - Rio de Janeiro - RJ
Tels.: 240-4578, 240-4728, 262-4764
Telefax: 262-5462

IMPRESSÃO E ACABAMENTO



editora gráfica serrana ltda.

Petrópolis - RJ - Tel.: (0242) 42-0055

Vol. 39

Nº 4

Ex. 1

Out./Dez. 1993

Sumário

- 183 Editorial
- 185 Quimioterapia primária com M-VAC no câncer localizado da bexiga: análise de sobrevivência após cinco anos
Miguel Srougi, Sérgio D. Simon
- 191 Analgesia peridural: experiência do ambulatório de dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Cibele Andrucio de Mattos Pimenta, Manoel Jacobson Teixeira, Claudio Ferreira Correa, Cristiane Lemos Fukuda
- 197 Potencialidade de um registro hospitalar de câncer como fonte de informação
Marise Souto Rebelo, Paulo Antonio de Paiva Rebelo
- 201 Distribución por etapas clínicas al diagnóstico del cáncer bucal en Cuba. 1982 - 1988
Armando Rodríguez Salvá, Leticia Fernández Garrote, Magali Carabaloso Hernández
- 205 Condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke-Loewenstein) com transformação maligna. Relato de caso
Afonso Celso Pinto Nazário, André Bernardo, Geraldo Rodrigues de Lima, Sérgio Mancini Nicolau, Vivian Schivartche
- 209 Adenoma da papila de Vater - Relato de caso
José Aldemir Teixeira Nunes Júnior, Patricia Gírio Matos, Marcondes Martins Santos Moura, Josemar Rodrigues Soares, Conceição de Maria Sá e Rêgo Vasconcelos, Raimundo Gerônimo da Silva
- 213 Carcinoma unicavitário do endométrio em útero bicornis unicoli. Diagnóstico por amostragem citológica seletiva das cavidades uterinas com o Abradul
Rui Luzzatto, Iolanda Batista Moreira, Newton Brücker, Lucio Luzzatto, Claudio Galeano Zetler
- 217 Um sistema de informação em câncer - Registro Nacional de Patologia Tumoral - RNPT
Alexandre Ferreira de Souza
- 221 Tumores metastáticos de ovário
Ernesto de Paula Guedes Neto, Gilberto de Napoli, Patricia Montegia, Jaqueline S. Rebhan, Paulo Ott Fontes
- 225 Atualidades brasileiras: indicação da acupuntura em pacientes com câncer avançado
Melânia Sidorah
- 227 Avanços em reabilitação: a utilização de prótese capilar como superação da alopecia provocada pela quimioterapia
- 233 Atualização Científica - Partes I e II

NÃO PODE SAIR DA BIBLIOTECA

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.: 253-1686 - 263-8565
Fax.: 263-8297

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 sumários 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

Editorial

Os editores da Revista Brasileira de Cancerologia vêm por meio deste editorial registrar a realização do 8º Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica, promovido pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) sob responsabilidade do Dr. Fernando Medina (Campinas/SP). O congresso ocorreu na cidade de São Paulo de 9 a 12 de outubro do ano em curso, e consistiu num dos mais importantes eventos da área de oncologia no nosso meio. O congresso se notabilizou pelo alto nível científico dos palestrantes, a atualização dos temas abordados, a pontualidade tanto do início como do término dos trabalhos, a organização geral e a tradicional hospitalidade paulista. Observou-se também a melhora da produção nacional no que se refere aos temas apresentados e à abordagem científica dos mesmos, o que reforça a idéia, que vem sendo aplicada desde alguns anos, de se desenvolver grupos cooperativos com várias instituições com a finalidade de se padronizar condutas terapêuticas, facilitar a troca de informações entre colegas e produzir a experiência nacional. Neste aspecto, foi surpreendente como se verificou, em várias mesas-redondas, por ocasião da apresentação dos trabalhos nacionais, as reclamações e o desalento dos colegas quanto à situação dos pacientes encaminhados para tratamento especializado. Estes, quase que invariavelmente, chegam com tumores em estágio avançado, o que limita as possibilidades terapêuticas e compromete os índices de cura. Tal fato, pensamos, não deveria causar surpresa, pois é consequência direta do atual modelo de saúde que foi implantado e desenvolvido no Brasil há mais de quatro décadas, com conhecimento e conivência da classe médica. Para revertermos esta situação, é necessário implantar e implementar várias medidas, tais como ensino da oncologia básica (como manter a saúde, fatores de risco para câncer, tumores que podem ser prevenidos e tumores que podem ser diagnosticados precocemente) nos cursos de graduação das escolas de medicina; melhor integração dos vários níveis do sistema de saúde para que os pacientes possam ter os seus problemas resolvidos ou, se for o caso, chegar mais rapidamente aos centros de tratamento, sejam hospitais de clínicas ou especializados em oncologia; e um esforço contínuo e persistente na educação comunitária. Todos estes passos dependem de nós, do esforço diário no nosso trabalho, para que esta situação que hoje estamos vivendo e que se arrasta por décadas possa ser modificada ao longo de cinco ou 10 anos. Se esperarmos que os governos resolvam a situação ou que a população leiga nos procure para os exames preventivos, quando ela não dispõe de nenhuma informação, com certeza estaremos, isso sim, assistindo aos mesmos trabalhos, aos mesmos resultados e às mesmas lamentações nesse período de tempo. Parabenizamos mais uma vez o Dr. Fernando Medina, que com grande dinamismo e bom-senso conduziu a SBOC neste último biênio, e damos as boas-vindas com votos de ótima gestão ao Dr. Sebastião Cabral Filho, presidente eleito para o período 93/95, na sua árdua mas fascinante missão de conduzir a oncologia clínica brasileira, agora também sob o prisma da qualidade da prática assistencial e do trabalho cooperativo, o que só concorrerá para a melhoria dos resultados obtidos.

Luiz Eduardo Atalécio
Editor

INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES

A *Revista Brasileira de Cancerologia - RBC* tem por finalidade publicar artigos que contribuam para conhecimento sobre a cancerologia e ciências afins. Publica também artigos nas seções Cartas, Informes, Publicações e Notícias, entre outras.

Serão fornecidas 15 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 em outro periódico. A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da revista e da decisão do seu corpo editorial. Os manuscritos não aceitos serão devolvidos ao autor. Os trabalhos aceitos e publicados passarão a ser propriedade da revista, sendo vedada tanto sua reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, assim como sua tradução para outros idiomas, sem prévia autorização do Conselho Editorial da *RBC*.

Os trabalhos aceitos para publicação poderão sofrer pequenas modificações redacionais, para sua perfeita adequação ao estilo editorial-gráfico da revista, 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
CEP 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 componente do trabalho deve iniciar nova lauda, sendo a sua ordem de apresentação a seguinte:

Página de rosto

Nesta lauda devem constar o título do trabalho, 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 e o outro em inglês, com, no máximo, 300 palavras. Cada um deles deve vir acompanhado de um máximo de 10 unitermos.

Texto propriamente dito

O texto dos artigos originais 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 artigos 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).

Referências

Estas devem ser enumeradas, consecutivamente, na ordem em que são citadas (entre colchetes) no texto. Os títulos dos periódicos deverão ser abreviados de acordo com o *Index Medicus*. Comunicações pessoais, trabalhos em andamento e inéditos 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 Comitê de 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*.

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

Hersh EM, Mavligil GM, Gutterman JU. Immunodeficiency in cancer and the importance of immune evaluation in the cancer patient. *Med Clin North Am* 1976; 60: 623-639.

Livros

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

Capítulo de livro

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiologic: mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457-472.

Quimioterapia primária com M-VAC no câncer localizado da bexiga: análise de sobrevida após cinco anos

MIGUEL SROUGI¹, SÉRGIO D. SIMON²

Trabalho da Divisão de Urologia, Hospital Beneficência Portuguesa e Departamento de Oncologia, Hospital Albert Einstein, São Paulo, SP.

Resumo

Quimioterapia neo-adjuvante com M-VAC tem sido empregada em câncer localizado de bexiga com o objetivo de eliminar micrometástases inaparentes e melhorar a sobrevida destes pacientes. Baseados em resultados preliminares favoráveis, os autores estabeleceram um protocolo de fase II onde quimioterapia (QT) primária com M-VAC foi administrada por três ou quatro ciclos a 36 pacientes com carcinoma de células transitórias (CCT) infiltrativo de bexiga. Nos casos com resposta completa (RC) à QT preservou-se a bexiga e naqueles com resposta parcial ou ausente (RP/RN) ou com recorrência posterior da neoplasia, procedeu-se à cistectomia de resgate. Trinta dos 36 pacientes completaram o protocolo e foram seguidos por pelo menos cinco anos (mediana = 78 meses). Globalmente, 15 deles ou 50% (intervalo de confiança de 95%, 32% a 68%) estavam vivos e livres de doença após cinco anos. Quando os pacientes foram estratificados de acordo com a resposta à QT, respectivamente 79% e 25% dos casos com RC e com RP/RN apresentavam-se vivos e livres de doença ($p = 0,0002$). De acordo com estes resultados, QT primária com M-VAC em CCT localizado de bexiga não parece aumentar a sobrevida global dos pacientes, quando comparada com as outras modalidades clássicas de tratamento. Esta estratégia terapêutica parece segregar casos de bom e mau prognóstico, com altos índices de sobrevida nos pacientes com RC à QT e evolução desfavorável naqueles com RP/RN, independente da remoção precoce da bexiga.

Unitermos: câncer de bexiga; quimioterapia com M-VAC

Introdução

Ainda que um número significativo de pacientes com câncer infiltrativo localizado de bexiga possa ser tratado eficientemente com cirurgia radical e/ou radioterapia, estes métodos apresentam importantes limitações. A agressão física e psicológica imposta pela remoção da bexiga, a necessidade de se efetuar a derivação do trato urinário após a realização de cistectomia radical e a morbidade pela radioterapia constituem alguns exemplos relacionados [1, 2]. Mais importante do que isto, cerca da metade dos casos tratados através de cistectomia ou radioterapia vão a óbito em decorrência da disseminação da doença, devido à presença de micrometástases não detectadas no diagnóstico [1, 2, 3]. Nestes casos, é provável que lesões metastáticas

microscópicas já estejam presentes desde o início e não são identificadas pelos métodos propedêuticos disponíveis [5, 6]. Com o decorrer do tempo, estas lesões se desenvolvem e levam os pacientes ao óbito.

Desta forma, tentativas de melhorar a sobrevida dos casos de câncer localizado de bexiga devem contemplar o uso de alguma forma de terapêutica sistêmica. Neste sentido, quimioterapia adjuvante ou neo-adjuvante foi utilizada em combinação com cistectomia ou radioterapia [7, 8]. Infelizmente, os resultados iniciais observados com esta estratégia não foram alentadores, com pouca ou nenhuma vantagem terapêutica no grupo tratado de forma combinada. Isto ocorreu, provavelmente, pela ausência de agentes ou combinações quimioterápicas eficientes em carcinomas de células transitórias (CCT) de bexiga.

¹Pós-Graduado em Urologia, Harvard Medical School, Boston, EUA, e Chefe da Divisão de Urologia, Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo; ²Pós-Graduado em Oncologia, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nova York, EUA, e Titular Departamento de Oncologia, Hospital Albert Einstein, São Paulo. Endereço para correspondência: Dr. Miguel Srougi, Rua Ministro Rocha Azevedo, 1388, 6º andar - 01410-002 - São Paulo - SP.

No início da década de 80, uma associação de quimioterapia que incluía methotrexate, vimblastina, adriamicina e cisplatinum (M-VAC) foi testada em pacientes com CCT avançado de bexiga e revelou altos índices de resposta, isto é, cerca de 70% de respostas objetivas, com um terço destas sob forma de remissão completa [9]. Estes resultados foram posteriormente confirmados por outros grupos [10-13].

Baseados nestes relatos preliminares, onde a utilização de M-VAC acompanhou-se de regressão completa, não apenas de metástases, mas também da lesão vesical primária, decidimos instituir em 1984 um estudo de fase II que consistiu no emprego de quimioterapia primária com M-VAC seguida de preservação vesical e vigilância clínica, em casos de câncer invasivo localizado de bexiga. Este estudo teve como objetivos explorar a possibilidade de se preservar a bexiga e avaliar o papel da quimioterapia sistêmica inicial com M-VAC no sentido de melhorar os índices de respostas e, talvez, a sobrevida destes pacientes. No presente trabalho apresentamos uma análise da sobrevida dos casos tratados, após cinco anos de seguimento mínimo.

Material e Método

Trinta e seis pacientes com CCT de bexiga, estádios T_2 - T-4a N_xM_0 foram incluídos no estudo entre 1984 e 1987. Trinta deles completaram o protocolo e foram seguidos por pelo menos cinco anos. Seis pacientes foram excluídos por terem recebido menos de três ciclos de quimioterapia (dois casos), por interrupção freqüente do tratamento devido à toxicidade do mesmo (três casos) e por seguimento clínico inadequado (um caso). A idade dos pacientes variou entre 32 e 75 anos (mediana de 59 anos) e a proporção homem: mulher foi de 26:4. Três pacientes tinham sido tratados com radioterapia local prévia e nenhum deles havia recebido quimioterapia sistêmica. Recidiva tumoral foi observada em um destes casos, 14 meses após resposta completa inicial e os dois outros evidenciaram persistência tumoral após a radioterapia. Todos os casos tinham função hepática e cardíaca normais, *clearance* de creatinina > 50 ml/min e estado de *performance* entre 80 e 100 (mediana de 90).

Após diagnóstico inicial, os pacientes foram estadiados através de cistoscopia com biópsia profunda da parede vesical, citologia urinária, exame pélvico bimanual, urografia excretora, ultra-som (25 casos) e/ou tomografia computadorizada (28 casos) abdominal e pélvica, e radiografia do tórax. Em seguida, foram tratados com três ou quatro ciclos de M-VAC, administrados de acordo com o esquema proposto por Stemberg e col. [9]: methotrexate 30 mg/m² EV no dia 1; vimblastina 3 mg/m² EV, adriamicina 30 mg/m² EV e cisplatinum 70 mg/m² EV no dia 2; vimblastina e methotrexate, nas mesmas doses, foram repetidas nos dias 15 e 22. Os

ciclos eram fornecidos a cada 28 dias quando o paciente não evidenciava efeitos sistêmicos ou comprometimento do estado geral pela quimioterapia e quando as contagens de leucócitos e plaquetas eram, respectivamente, superiores a 4.000 e 100.000/mm³. Cerca de 30 dias após o término da quimioterapia, a lesão vesical era reavaliada através de cistoscopia, de biópsias da área tumoral realizadas por cirurgia aberta (11 pacientes) ou ressecção transuretral (19 pacientes), de citologia urinária e de ultra-som ou tomografia computadorizada pélvica. Os casos de resposta completa à quimioterapia foram mantidos com a bexiga intacta e aqueles com persistência tumoral foram submetidos à cistectomia de resgate radical (12 pacientes) ou parcial (quatro pacientes).

Todos os casos incluídos no protocolo foram acompanhados periodicamente através de exames hematólogicos, ultra-som ou tomografia computadorizada de abdômen e radiografia de tórax. Ademais, nos casos de preservação vesical, realizou-se adicionalmente avaliação da bexiga através de exame citológico de urina e cistoscopia com biópsia local quando necessário. Estes exames, sempre que possível, foram repetidos a cada quatro meses nos dois primeiros anos e a cada seis meses depois disto. Durante o período de vigilância, recorrências vesicais superficiais da neoplasia foram tratadas através de ressecção transuretral e pacientes com recidivas infiltrativas foram submetidos à cistectomia radical de resgate.

A resposta inicial à quimioterapia foi definida como completa (RC) quando a citologia urinária era negativa e as biópsias indicavam ausência de neoplasia local. Respostas parciais (RP) ou negativas (RN), com persistência tumoral nas biópsias foram agrupadas (RP/RN) de modo a se comparar a evolução destes casos com aqueles que evidenciaram RC.

Os pacientes foram seguidos até o óbito ou por pelo menos cinco anos após o término da quimioterapia. O tempo de seguimento dos pacientes sobreviventes variou entre 66 e 92 meses, com mediana de 78 meses.

Resultados

Como mostra a Tabela 1, dos 30 casos que completaram o protocolo, 14 ou 47% apresentaram RC inicial à quimioterapia (Figuras 1 e 2). O seguimento a longo prazo dos mesmos mostrou que dois deles foram a óbito por doença metastática e 12 (86%) estavam vivos, incluindo um paciente com carcinoma *in situ* vesical recidivante. A sobrevida livre de doença após cinco anos nos casos de RC foi de 11/14 ou 79%. Dezesseis dos 30 pacientes (53%) apresentaram RP/RN à quimioterapia. Neste grupo, quatro (25%) permanecem vivos, 11 foram a óbito por doença metastática e um foi a óbito por doença não relacionada (câncer de pâncreas). A sobrevida livre de doença após cinco anos foi de 4/16 ou 25%.

Tabela 1. Sobrevida após cinco anos em função da resposta inicial à quimioterapia primária com M-VAC

Tipo de resposta	Nº casos	Causa do óbito		Sobrevida 5 anos global	Sobrevida de 5 anos livre de doença
		Câncer	Não-relacionada		
Resposta completa	14	2	0	12 (86%)#	11 (79%)*
Resposta parcial/negativa	16	11	1	4 (25%)	4 (25%)*
Total	30	13	1	16 (53%)	15 (50%)

* Estatisticamente significativa ($p = 0,002$, teste exato de Fisher)

1 paciente vivo com carcinoma *in situ* de bexiga.

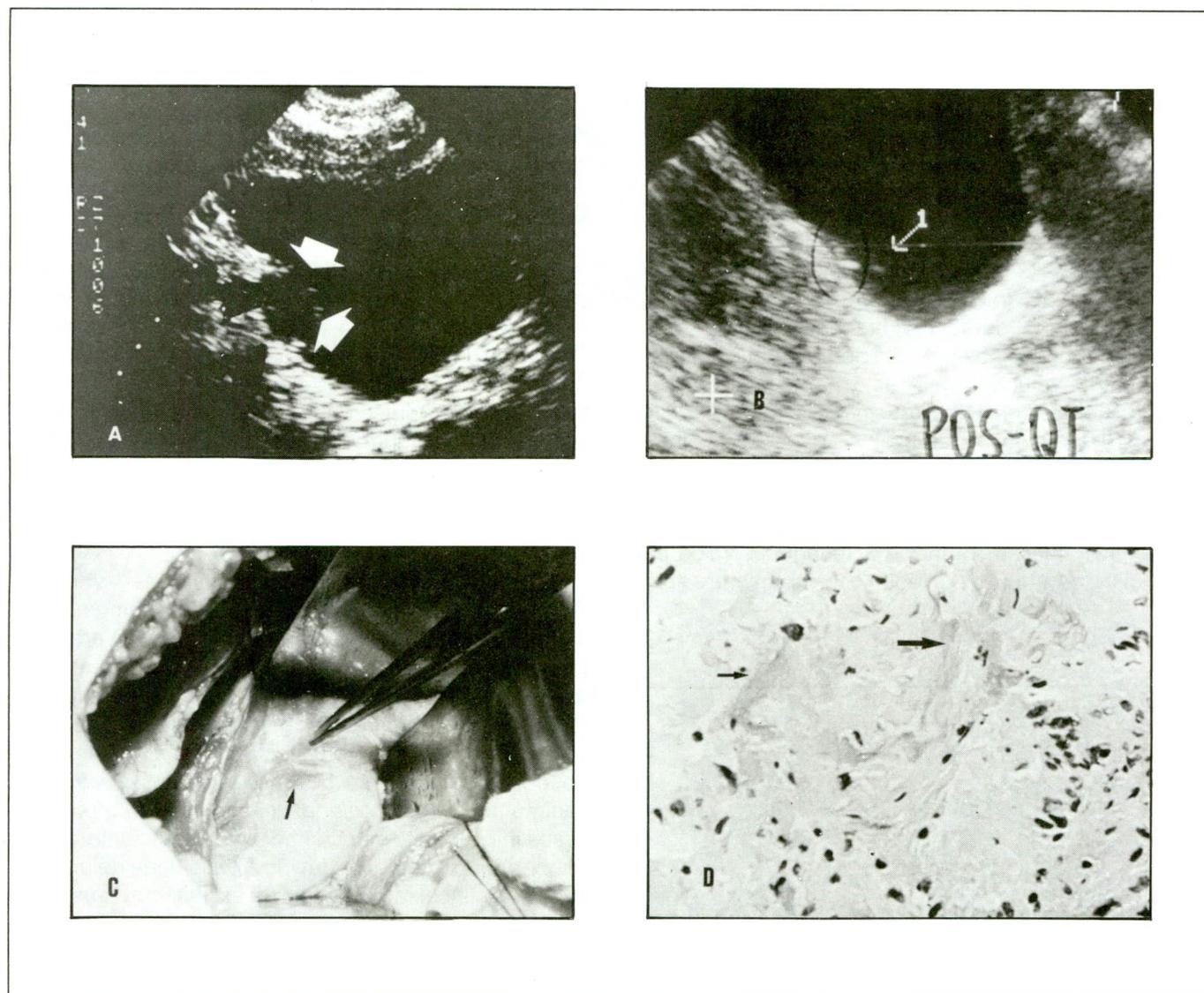


Figura 1 - Paciente com tumor infiltrativo de parede lateral direita da bexiga. A) Ultra-som inicial com lesão séssil. B) Ultra-som após a quimioterapia, evidenciando desaparecimento da neoplasia. C) Exploração cirúrgica pós-quimioterapia, notando-se área cicatrizada na região do tumor (seta). D) Aspecto histológico local, com feixes de fibrose (seta) substituindo prováveis zonas de necrose tumoral.

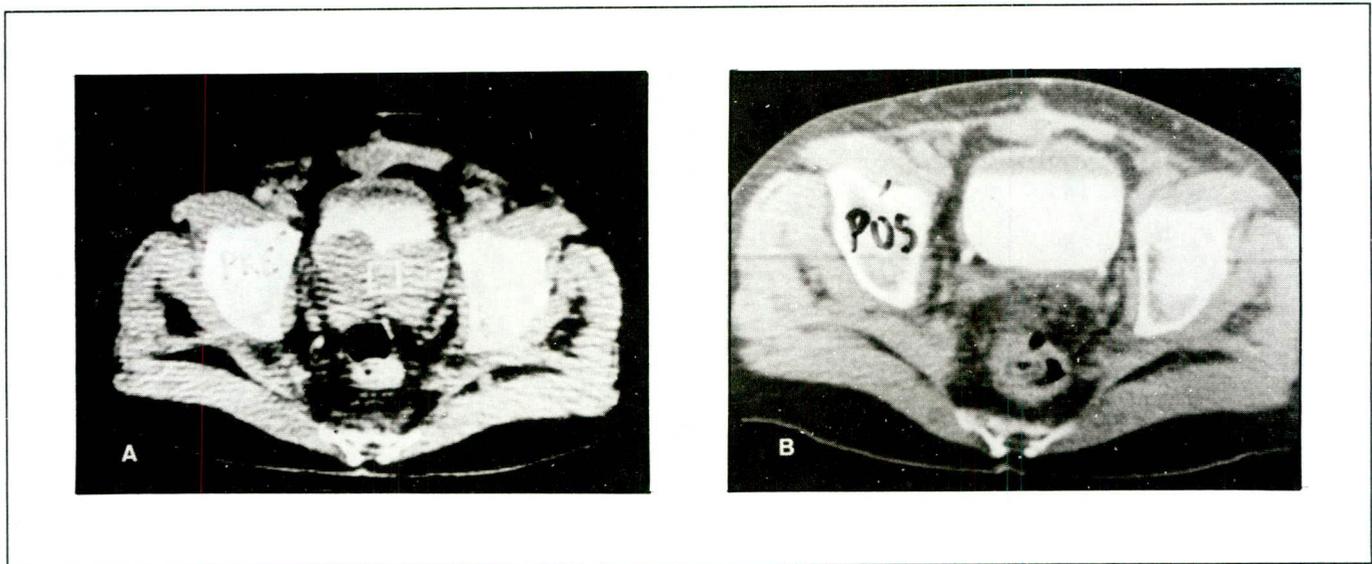


Figura 2 - Paciente com tumor sésil extenso comprometendo a parede posterior da bexiga. **A)** Tomografia antes da quimioterapia. **B)** Tomografia após 3 ciclos de M-VAC.

Quinze dos 30 pacientes ou 50% (intervalo de confiança de 95%, 32% a 68%) estavam vivos e livres de doença após cinco anos de seguimento. Comparando-se a evolução dos grupos com RC e RP/RN, a sobrevida livre de doença em cinco anos foi significativamente maior nos casos com RC à quimioterapia, respectivamente, 79% e 25% ($p = 0,002$, teste exato de Fisher).

A curva atuarial de sobrevida, considerando-se os óbitos por câncer de bexiga, está apresentada na Figura 3 e mostra evolução significativamente mais favorável nos pacientes com RC do que naqueles com RP/RN ($p = 0,0013$, teste do *log rank*).

Considerando-se o tempo de sobrevida dos pacientes que foram a óbito por câncer de bexiga, no grupo com RC, os dois óbitos ocorreram aos 36 e 60 meses (média = 48 meses, mediana = não atingida). No grupo com RP/RN, os 11 casos de óbito ocorreram entre sete

e 22 meses (média = 15 meses, mediana = 16 meses).

Discussão

Quimioterapia neo-adjuvante tem sido utilizada em câncer de bexiga com os objetivos de facilitar o tratamento da lesão primária, permitir a preservação vesical nos casos de RC à quimioterapia e aumentar a sobrevida dos pacientes através da destruição de micrometástases já existentes no momento inicial [5]. Diversos estudos empregando os esquemas M-VAC ou CMV (cisplatino, methotrexate e vimblastina) foram testados em diferentes centros, mas a eficiência e importância clínica desta estratégia ainda é desconhecida [5, 6, 14-17].

Em função dos resultados preliminares favoráveis com o emprego do esquema M-VAC, iniciamos o presente estudo no qual a quimioterapia primária era instituída logo após o diagnóstico e nenhum tratamento adicional era realizado nos casos de RC. Com isto, além de tentar melhorar a sobrevida destes pacientes, o presente protocolo visava evitar a cistectomia ou a radioterapia, poupando os pacientes dos inconvenientes destes procedimentos. O protocolo foi completado em 30 dos 36 casos inicialmente selecionados. Três pacientes interromperam o tratamento devido à toxicidade da quimioterapia. Esta baixa incidência de exclusão e a ausência de óbitos relacionados com o tratamento devem-se provavelmente à inclusão, no presente estudo, de casos cuidadosamente selecionados, com média de idade inferior aos referidos na literatura e melhor *performance* clínica [11, 12, 16, 18].

Os índices de sobrevida representam um dos principais problemas em câncer invasivo de bexiga, já que a

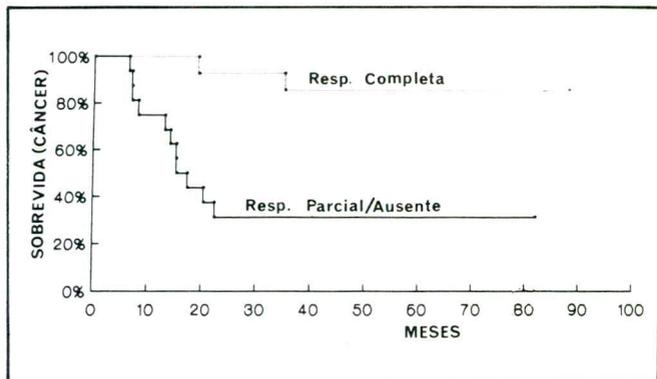


Figura 3 - Curva atuarial de sobrevida câncer-específica em pacientes estratificados de acordo com a resposta inicial à quimioterapia (análise estatística segundo o teste do *log rank*).

utilização dos esquemas tradicionais de tratamento, como a cistectomia ou radioterapia, acompanham-se de cura em cerca da metade dos pacientes [1-4]. Utilizando quimioterapia primária com M-VAC no presente estudo, observamos que a sobrevida câncer-específica e a sobrevida livre de doença após cinco anos foi, respectivamente, de 53% e 50%. Estes números são semelhantes aos observados em outras séries de casos tratados com M-VAC ou CMV neo-adjuvante, onde a sobrevida livre de doença oscilou entre 30% e 65% [12-14, 16, 18]. Convém notar que estes mesmos índices de sobrevida são observados após cistectomia radical ou radioterapia exclusiva [1-4], sugerindo que a quimioterapia primária ou neo-adjuvante tem valor limitado no sentido de aumentar a sobrevida de pacientes com CCT infiltrativo de bexiga. Esta possibilidade tem sido cogitada por outros autores [6, 14-17] e, portanto, somente com a realização de trabalhos prospectivos e randomizados, incluído número significativo de pacientes, poder-se-á esclarecer esta questão.

Embora a sobrevida global após quimioterapia primária ou neo-adjuvante não pareça ser superior àquela observada após cistectomia radical ou radioterapia, existe uma aparente diferença de comportamento quando os pacientes são estratificados de acordo com a resposta inicial à quimioterapia (Tabela 1 e Figura 3). Em nosso estudo, os resultados foram significativamente superiores nos casos de RC, comparativamente àqueles com RP/RN. Este achado provavelmente decorre da seleção de pacientes, com RC ocorrendo nos casos com neoplasias de comportamento biológico menos agressivo, já propensas a evoluir de forma mais favorável [17, 19]. Por outro lado, pacientes com RP/RN à quimioterapia seriam portadores de tumores mais agressivos e de pior prognóstico, com maiores chances de evoluir para óbito, mesmo após cistectomia radical imediata [6, 12, 17, 19, 20]. A diferença no tempo de sobrevida até o óbito em nossos pacientes (mediana não atingida nos casos de RC e igual a 16 meses naqueles com RP/RN) parece justificar esta hipótese.

Em resumo, o presente estudo sugere que a quimioterapia primária com M-VAC, seguida ou não de cistectomia de regaste, não melhora a sobrevida global de pacientes com câncer infiltrativo localizado da bexiga. Esta abordagem, contudo, parece separar os casos de melhor e pior prognóstico. Pacientes com RC à quimioterapia apresentam maiores chances de sobrevida prolongada e aqueles com RP/RN tendem a evoluir de forma precária, independente da remoção precoce da bexiga. Portanto, parece crítico que drogas ativas em câncer da bexiga sejam identificadas. Desta forma, novos esquemas quimioterápicos capazes de induzirem altos índices de respostas completas nesta doença poderão ser explorados em estudos randomizados, definindo de forma mais clara o papel da quimioterapia primária ou neo-adjuvante nesta população de pacientes.

Summary

Neo-adjuvant M-VAC chemotherapy has been utilized in locally invasive bladder cancer with the hope of destroying inapparent occult micrometastasis and improving patient survival. The authors set a phase II protocol where 3 or 4 cycles of primary M-VAC chemotherapy (QT) was given to 36 patients with invasive transitional cell carcinoma (TCC) of the bladder. Patients with complete response (CR) to QT had their bladder preserved and those with partial or no response (PR/NR) or late tumor recurrence were subjected to salvage cystectomy. Thirty of 36 patients completed the protocol and were followed for at least 5 years (median = 78 months). Overall, 15 of them or 50% (95% confidence interval, 32% to 68%) were alive and disease-free after 5 years. When the group was stratified according to QT response, 79% of CR and 25% of PR/NR cases were alive and disease-free ($p = 0,0002$). Considering this data, primary M-VAC in locally invasive TCC of the bladder does not seem to improve overall survival compared to standard therapeutic modalities. However, this approach seems to stratify cases with better and worse prognosis. Most of patients in the former group are alive and disease-free after 5 years and those in the late group usually have a poor outcome, even with earlier bladder removal.

Key words: bladder cancer; M-VAC chemotherapy

Referências bibliográficas

1. SOLOWAY M. Invasive bladder cancer: selection of primary treatment. *Sem Oncol* 1990; 17: 551-554.
2. PARSONS JT, MILLION RR. The role of radiation therapy alone or as an adjunct to surgery in bladder carcinoma. *Sem Oncol* 1990; 17: 566-572.
3. WHITMORE WF JR., BATATA MA, GHONEIM MA, GRABSTALD H, UNAL A. Radical cystectomy with or without prior irradiation in the treatment of bladder cancer. *J Urol* 1977; 118: 184-189.
4. MAMEGHAN H, FISCHER RJ, WATT WH. The management of invasive transitional cell carcinoma of the bladder. *Cancer* 1992; 60: 2771-2778.
5. SCHER H, KANTOFF PW. Chemotherapy for muscle-infiltrating bladder cancer. *Hemat Oncol Clin North Am* 1992; 6: 169-178.
6. FAIR WR, CHER H, HERR HW. Neoadjuvant chemotherapy for bladder cancer. The MSKCC experience. *Sem Urol* 1990; 8: 190-196.
7. SKINNER DG, LIESKOWSKY G, DANIELS JR. Adjuvant chemotherapy following cystectomy for deeply invasive bladder cancer: current status. *Urology* 1984; 24: 46-52.
8. RAGHAVAN D, SHIPLEY WU, GARNIK MB, RUSSEL PJ, RICHIE JP. Biology and management of bladder cancer. *New Engl J Med* 1990; 332: 1129-1138.
9. STERNBERG CN, YAGODA A, SCHER HI, WATSON RC, AHMED T, WEISELBERG L et al. Preliminary results of M-VAC (methotrexate, vinblastine, doxorubicin and cisplatin) for transitional cell carcinoma of urothelium. *J Urol* 1985; 133: 403-407.
10. MEYERS FJ, PALMER JM, FREIHAF, HARKER EG, SHORTLIFE LD, HANNIGAN J et al. The fate of the bladder in patients with metastatic bladder cancer treated with cisplatin, methotrexate and vinblastine: A Northern California Oncology Group Study. *J Urol* 1985; 134: 1118-1121.
11. IGAWA M, OHKUCHI T, UEKI T, UEDA M, OKADA K, USUI T. Usefulness and limitations of methotrexate, vinblastine, doxorubicin and cisplatin for the treatment of advanced urothelial cancer. *J Urol* 1990; 144: 662-665.

12. PROUT GR, SHIPLEY WV, KAUFMAN DS, GRIFFIN PP, HENEY NM. Interval report of a phase I-II study utilizing multiple modalities in treatment of invasive bladder cancer. A bladder-sparing trial. *Urol Clin North Am* 1991; 18: 547-554.
13. WAJSMAN Z, MARINO R, PARSONS J, OBLON D, McCARLEY D. Bladder cancer. *Sem Urol* 1990; 8: 210-215.
14. DeKERNION JB, ABI-AAD A, FIGLIN R, STENZL A. Long term results of preoperative M-VAC regimen in locally advanced transitional cell carcinoma of the bladder. *J Urol* 1992; 147: 447-A.
15. RAGHAVAN D, PEARSON B, TYNAN A, WATT WH, WINS RD, ROCHFORD M et al. Pre-emptive (neoadjuvant) chemotherapy for invasive bladder cancer: a decade of experience. *Sem Urol* 1990; 8: 285-290.
16. SEIDMAN AD, SCHER HI, HERR H, VLAMIS V, SHER D, FAIR WR et al. Survival analysis: neoadjuvant methotrexate, vinblastine, adriamycin & cisplatin (M-VAC) chemotherapy in muscle-invasive bladder cancer. *J Urol* 1992; 147: 444-A.
17. SPLINTER T, DENIS L. Restaging procedures, criteria of response, and relationship between pathological response and survival. *Sem Oncol* 1990; 17: 606-612.
18. SCHER HI, HERR H, STERNBERG C, FAIR WR, BOSL G, MORESE M et al. Neoadjuvant chemotherapy for invasive bladder cancer. Experience with M-VAC regimen. *Br J Urol* 1989; 64: 250-256.
19. TANNOCK IF. End points of clinical trials in invasive bladder cancer. *Sem Urol* 1990; 8: 619-627.
20. HERR HW, WHITMORE WF Jr., MORSE MJ, SOGANI PC, RUSO P, FAIR WR. Neo-adjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: the evolving role of surgery. *J Urol* 1990; 144: 1083-1088.

Analgesia peridural: experiência do ambulatório de dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

CIBELE ANDRUCIOLI DE MATTOS PIMENTA¹, MANOEL JACOBSON TEIXEIRA², CLÁUDIO FERREIRA CORREA³, CRISTIANE LEMOS FUKUDA⁴

Resumo

A administração no compartimento peridural de agentes analgésicos para controlar a dor crônica, principalmente de origem oncológica, é um método bastante difundido. Estudos que avaliem riscos e benefícios desta terapia em nosso meio são necessários. Os autores apresentam o programa educativo desenvolvido junto a um grupo de doentes e familiares que utilizaram este tratamento em nível domiciliar e o resultado do estudo prospectivo de 27 casos tratados por esta técnica, visando a avaliação da eficácia, efeitos colaterais e complicações do método.

Unitermos: analgesia peridural; dor crônica, ações educativas

Introdução

A analgesia proporcionada pela administração peridural de fármacos para o controle da dor, principalmente de origem oncológica, foi desenvolvida no final da década de 70 [3]. Está indicada nos casos em que não é possível controle da dor com medicações por via sistêmica ou quando estas apresentarem efeitos colaterais dependentes da dosagem e da via de administração. Este método permite que doses menores dos fármacos sejam administradas, resultando em menor número e em menor intensidade de efeitos adversos e em melhor adequação funcional dos doentes. Pode ser empregado em regime domiciliar, o que o torna de baixo custo operacional.

Para a operacionalização desta terapia, pacientes e familiares devem ser bem orientados quanto: ao tratamento a que se submetem, ao preparo e método de infusão da solução analgésica nos dispositivos; ao reconhecimento, prevenção e conduta quanto ao aparecimento de possíveis complicações e quanto às ações frente aos efeitos colaterais dos agentes administrados.

A partir da experiência em um ambulatório de dor, elaborou-se este relato cujos objetivos foram:

- apresentar o programa educativo desenvolvido junto a pacientes e/ou familiares em esquema de analgesia peridural domiciliar;
- divulgar os resultados da eficácia, efeitos colaterais e complicações do método.

Casuística

Durante o ano de 1992 estudou-se uma amostra de 27 doentes (17 com dor associada a doença oncológica e 10 com dor crônica de origem não-neoplásica). A média de idade do grupo dos pacientes oncológicos foi de 51 anos (nove mulheres e oito homens). Carcinoma de útero [6] seguido de carcinoma de cólon [2] e de pulmão [2] foram os diagnósticos mais freqüentes. A média de idade dos portadores de dor crônica de origem não-neoplásica foi 45 anos (quatro mulheres e seis homens). Os diagnósticos mais freqüentes foram distrofia simpático-reflexa [2] e dor isquêmica. Todos os pacientes haviam recebido anteriormente analgésicos por via oral sem efeito satisfatório, sendo que 16 (59,25%) receberam narcóticos fracos (codeína), por não haver no serviço outros agentes morfínicos por via oral.

A solução analgésica utilizada consistiu de sulfato de morfina adicionado a um frasco de lidocaína a 1%, na concentração de 1 mg/ml. Todos os pacientes mantiveram o esquema analgésico por via oral, que consistiu no uso de analgésicos e antiinflamatórios, antidepressivos tricíclicos e clorpromazina.

Compuseram a amostra os pacientes que freqüentaram assiduamente o ambulatório, o que permitiu adequada coleta de dados. Vinte e cinco doentes utilizaram cateteres exteriorizados e seis bombas de infusão ou câmaras.

¹Enfermeira. Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP; ²Neurocirurgião. Professor Doutor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Responsável pelo Ambulatório de Dor; ³Neurocirurgião. Responsável pelo Setor de Dor Oncológica do Ambulatório de Dor do Hospital das Clínicas da FM-USP; ⁴Aluna de Graduação da Escola de Enfermagem da USP.

Métodos

O trabalho consistiu de duas etapas: etapa educativa e de avaliação dos resultados do tratamento.

A - Etapa educativa:

Visando preparar pacientes e familiares de um ambulatório de dor para o tratamento domiciliar da dor com cateteres epidurais, elaborou-se um programa educativo que constou de:

- explanação individual com o paciente ou familiares sobre a terapêutica, modo e local de colocação do cateter peridural, mecanismo de alívio da dor, possíveis efeitos colaterais e atuação frente a eles;
- demonstração da técnica de infusão da solução analgésica, utilizando-se um boneco como modelo;
- treinamento do paciente e/ou familiar quanto à técnica de infusão da solução analgésica no cateter;
- fornecimento ao paciente e à família de um manual ilustrado [12] contendo todas as informações transmitidas verbalmente e a descrição passo a passo das técnicas de preparo e infusão da solução analgésica, cuidados locais com o cateter e manejo dos efeitos colaterais.

Após o programa instrucional, os pacientes e/ou familiares foram avaliados utilizando-se uma lista seqüencial impressa dos passos para verificação da técnica de preparo e infusão da solução analgésica. Foi também avaliado o grau de instrução e de conhecimento dos doentes ou seus familiares sobre complicações possíveis, efeitos colaterais e como atuar nestas situações.

Este programa foi aplicado sistematicamente, durante dois meses, em cerca de 56% da população que neste período estava sendo tratada [13].

B - Etapa de avaliação da eficácia, efeitos colaterais e complicações da terapia:

Todos os pacientes foram avaliados em relação à analgesia obtida, aparecimento de efeitos colaterais ou complicações do método. Os dados foram registrados em uma ficha especialmente elaborada para este seguimento. A partir da mensuração da dor feita por todos os doentes utilizando-se uma escala de 0 a 10, onde zero é ausência de dor e 10 a dor máxima suportável, compôs-se o critério de classificação do alívio obtido:

- muito bom: alívio > 70%
- bom: alívio > 50 a 70%
- regular: alívio > 20 a 50%
- insuficiente: alívio < 20%

Resultados

O alívio obtido nos pacientes oncológicos foi muito bom em 29% dos casos, bom em 24%, regular em 24% e insuficiente nos restantes 24%. Nos doentes não-on-

cológicos, o alívio obtido foi muito bom em 30% dos pacientes, bom em 20% dos casos, regular em 10% dos doentes e insuficiente nos 40% restantes.

Dos 25 doentes tratados com sistemas externalizados (cateter peridural para curta permanência), o período médio de tratamento foi de 44 dias (variando entre 10 e 117 dias). Dos seis que fizeram uso de sistemas totalmente implantados (tipo *porth-a-cath* ou bombas), o período médio de tratamento foi de 89 dias (variando entre 20 e 240 dias). Quatro pacientes utilizaram inicialmente sistemas externalizados e em seguida sistemas implantados.

Foram utilizados 43 cateteres, perfazendo uma média de 1,7 cateter por paciente. A duração média do cateter externalizado foi de 25,48 dias e as razões para troca foram: perda (38,88%), secreção na pele (27,77%), refluxo de sangue (11,11%), vazamento ou quebra (11,11%), obstrução (5,55%) e aspiração de LCR (5,55%). Dos 43 cateteres utilizados, foi possível o resultado da cultura da extremidade implantada em nove. Em oito (88,88%) houve crescimento bacteriano. Os microorganismos encontrados foram *S.epidermidis* [5], *Enterobacter* [1], *E.coli* [1], *P.mirabilis* [1].

Discussão

À medida que aumenta a sobrevivência de doentes portadores de doenças crônicas, sofisticam-se os métodos terapêuticos e procura-se realizar tratamentos em regime domiciliar com a finalidade de minimizar os custos operacionais. Os pacientes e familiares necessitam, portanto, cada vez mais assumir a responsabilidade de executar e prestar cuidados para os quais não estão preparados. O conhecimento da biologia da doença, das possibilidades, limitações, riscos e sobre cuidados que os doentes e seus circundantes devem ter são fundamentais para que haja sucesso e aderência ao tratamento, principalmente quando há necessidade de manipulação de elementos implantados no organismo.

Dor é uma queixa comum nas afecções crônicas, principalmente nas oncológicas e degenerativas. Apesar dos avanços registrados nos últimos anos quanto ao uso de fármacos antiinflamatórios não hormonais e hormonais, narcóticos, psicotrópicos, anticonvulsivantes, métodos de medicina física, psicoterapia, entre outros, em muitas situações as tentativas para controlar a dor são infrutíferas. Nestas eventualidades, interrupção das vias sensitivas ou a estimulação das vias supressoras de dor através de eletroestimulação ou da administração de fármacos no sistema nervoso central (SNC) estão indicadas. Procedimentos ablativos, entretanto, apresentam maior risco que os que suprimem artificialmente a atividade das vias nociceptivas. Dentre estes, a infusão de fármacos analgésicos no SNC através de dispositivos implantados é um dos mais utilizados.

O uso de cateteres para a administração de fármacos no compartimento peridural ou subaracnóideo é bastante difundido em nosso meio. O método é eficaz e aparentemente muito seguro, conforme relatos de trabalhos internacionais [9, 15, 16]. Consiste da infusão, através de um cateter implantado no espaço peridural da região dorsal ou lombar de agentes como a morfina e seus derivados, calcitonina, clonidina e somatostatina. Tais fármacos, do espaço peridural difundem-se através da dura-máter para o líquido céfalo-raquidiano (LCR) e ligam-se aos receptores existentes na substância cinzenta da medula espinal, produzindo analgesia sem bloqueio motor. A morfina e seus derivados (meperidina, tramadol, buprenorfina e fentanila) são os mais utilizados. O período de analgesia varia entre seis e 24 horas, podendo em alguns casos perdurar por muitos dias. A dose ideal é aquela que, sendo a menor possível, controla a dor com o menor número de efeitos adversos. Deve ser ajustada periodicamente, de acordo com o alívio obtido e com o aparecimento de efeitos colaterais.

Há dois sistemas destinados à administração de analgésicos no compartimento peridural ou subaracnóideo: sistemas exteriorizados (parcialmente implantados) e sistemas totalmente implantados. Nos sistemas parcialmente implantados, uma extremidade do cateter é locada no espaço peridural e outra é externalizada por contra-abertura para permitir a injeção das soluções analgésicas (Figura 1). Os sistemas implantados consistem de um cateter locado no espaço peridural ou do LCR que é acoplado a uma câmara tipo porth-a-cath ou a bombas. Quando se utilizam as câmaras, a injeção é feita através de punções percutâneas dos reservatórios, sempre que houver necessidade (Figura 2). As bombas possuem reservatórios de grande capacidade, que são carregadas com os agentes analgésicos a longos intervalos de tempo. A injeção dos fármacos é realizada pelos doentes através da compressão dos dispositivos presentes na superfície das bombas mecânicas (Figura 3) ou automaticamente em casos das bombas a gás ou bombas eletrônicas programáveis (Figura 4).

Infecções, problemas mecânicos e efeitos colaterais da medicação analgésica são complicações observadas com estes métodos [10, 11]. As infecções podem decorrer da contaminação dos sistemas durante sua implantação, administração de soluções analgésicas contaminadas, migração de agentes patogênicos através de capilaridade quando são empregados cateteres externalizados ou por assentamento de bactérias sobre o material implantado durante episódios de bacteremia. As complicações resultantes das falhas mecânicas dos sistemas, tais como migração do cateter para o compartimento subaracnóideo, perdas, dobras e quebras são minimizadas quando se emprega equipamentos especialmente confeccionados para permanecerem implantados por longos intervalos de tempo [4, 7, 16]. Dentre os efeitos colaterais relacionados aos agentes

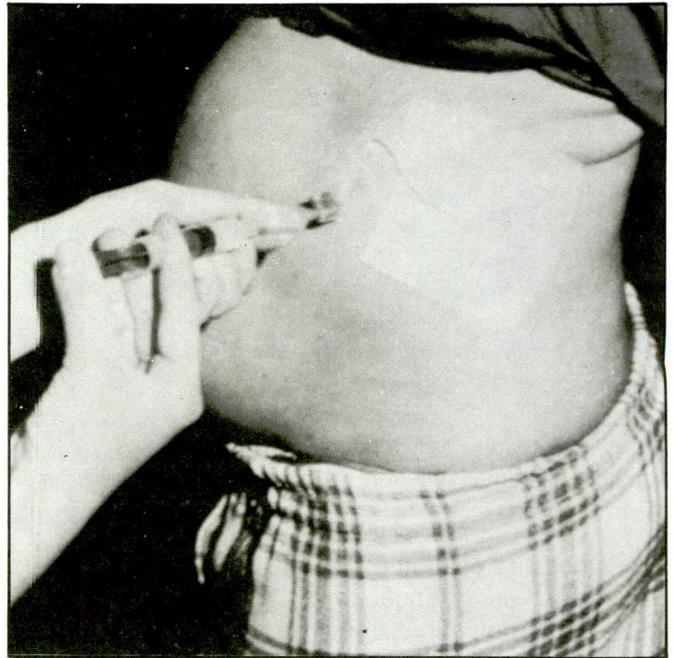


Figura 1. Sistema externalizado. Cateter peridural.



Figura 2. Sistema implantado tipo port.

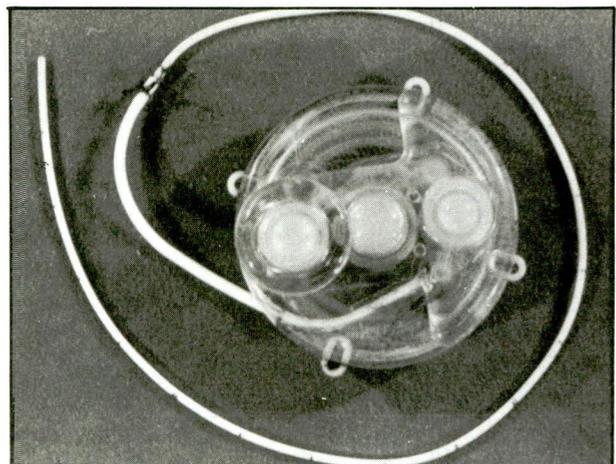


Figura 3. Sistema implantado. Bomba mecânica Cordis.

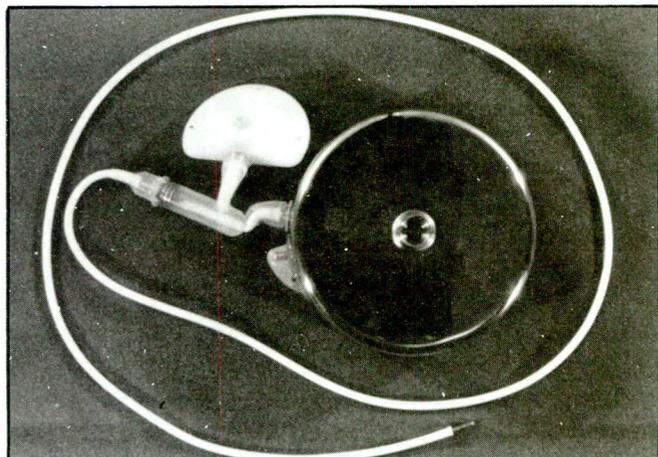


Figura 4. Sistema implantado. Bomba eletrônica Medtronic.

morfínicos são descritos: depressão respiratória, náuseas e vômitos, retenção urinária, prurido, diminuição da motilidade intestinal, tremores, sonolência e alucinações [8].

Para minimizar a possibilidade destas complicações, julgamos que os doentes e as pessoas envolvidas na assistência aos que dele fazem uso sejam instruídos quanto aos riscos e benefícios proporcionados pelo método. Disto resulta haver necessidade nas clínicas de dor da implantação de programas educativos para orientação quanto ao tratamento. Os resultados obtidos por este estudo demonstraram que o programa executado permite aos doentes e familiares adequado aprendizado da técnica de infusão dos fármacos nos cateteres peridurais. Os erros mais freqüentemente observados, ou seja, contaminação da seringa e agulha e aspiração de volume inadequado da solução analgésica podem ser minimizados, reforçando-se o treinamento daqueles que manipulam os sistemas utilizados. Notou-se, também, que indivíduos com escolaridade inferior a quatro anos apresentaram índice de erros significativamente maior que os demais, o que motivou a necessidade de maior empenho na execução do programa instrucional nestas eventualidades. Em relação ao grau de conhecimento sobre os efeitos colaterais, complicações possíveis e atuação frente a elas, os avaliados demonstraram ter retido adequado nível de informação. O fornecimento ao doente do manual descritivo do método pareceu permitir reforço das informações transmitidas verbalmente.

O alívio obtido foi muito bom em 29% dos pacientes, bom em 24%, regular em 24% e insuficiente nos 24% restantes dos casos de doença oncológica. Nossos resultados assemelham-se aos de outros autores [4, 6, 7]. Nos casos de dor não oncológica, o alívio obtido foi muito bom em 30% dos casos, bom em 20% dos doentes, regular em 10% dos doentes e insuficiente nos 40% restantes. Estes dados diferem de outro estudo [4] onde se encontrou alívio de bom a razoável em 95% dos pa-

cientes não oncológicos que utilizaram esta terapia. No entanto, a natureza da afecção álgica e os critérios de aferição de resultados diferem dos do presente relato.

Quanto às complicações, observamos: perda em 38,88% dos casos, presença de secreção na pele em 27,77% dos doentes, refluxo de sangue em 11,11% dos cateteres, vazamento, quebra e obstrução em 16,66% e aspiração de LCR em 5,55%. Há registro de 44% de complicações relacionadas a perdas e quebras dos cateteres [7]. Remoções inadvertidas, dobras e quebras dos cateteres podem advir de manipulação inadequada do equipamento durante as trocas de curativo, movimentação brusca dos doentes e uso de cateteres excessivamente longos. O emprego de cateteres específicos para longa permanência (tipo Du Pen®) podem minimizar esta ocorrência. A migração do cateter para o compartimento intravascular ou espaço subaracnóideo é também possível do que resulta a necessidade da reavaliação de seu conteúdo através da aspiração antes de nova infusão, vistos os riscos de superdosagem. A reação tegumentar no local de exteriorização do cateter foi observada em quase 1/3 dos casos. O cateter era fixado à pele com fio de sutura, o que pode ter constituído fator irritante adicional. Não foram colhidas amostras da secreção para cultura em todos os casos, não sendo possível avaliar se estavam ou não contaminadas. Pelo fato de não se dispor de curativos transparentes e impermeáveis, os pacientes foram obrigados a efetuar trocas mais freqüentes, o que expunha o local a maior manipulação. A possibilidade de infecção do SNC é, sem dúvida, uma grande preocupação quando se cateteriza o espaço peridural. Observamos ocorrência de contaminação dos cateteres em 88,8% da nove amostras avaliadas. Cumpre ressaltar que as culturas foram qualitativas e não quantitativas, o que permite verificar que houve colonização, mas não necessariamente infecção dos sistemas. O emprego do método inadequado de coleta pode ter contribuído para a elevada freqüência deste achado. Em nenhum doente ocorreu síndrome clínica característica de afecção infecciosa. Em estudo ainda a ser publicado, onde se avaliou a eficácia dos filtros bacterianos de 0,22, em uso comercial (Abbott®), verificou-se alta capacidade de retenção de microorganismos após 30 infusões com soluções altamente contaminadas. Isto sugere que o uso de filtros nos cateteres pode minimizar o risco de infecções. Assim, possivelmente a contaminação da ponta ocorreu no momento de passagem do cateter ou no momento de coleta das amostras para a cultura e não por outras causas. As taxas de contaminação da ponta do cateter observadas por outros autores foram de 5% [16], 8,8% [4] e 25% [7].

Os efeitos colaterais relacionados com a medicação foram: náusea/vômito (45%), sonolência (29%), prurido (22%), alucinações (22%), obstipação (20%) e retenção urinária (16%). Em 13% dos doentes não ocor-

reram efeitos colaterais. Cabe ressaltar que os efeitos colaterais foram leves, não sendo necessário intervir terapêuticamente na maioria das vezes. Em 6% dos pacientes houve necessidade da suspensão da terapia devido às náuseas e vômitos. As medicações antieméticas de uso sistêmico mais freqüentes utilizadas em nosso meio são a metoclopramida, a domperidona, os fenotiazínicos (clorpromazina) e as butirofenonas (haloperidol). Em casos rebeldes à farmacoterapia sistêmica, a administração de um neuroléptico (droperidol) junto com a solução analgésica minimiza este desconforto. Todas as vezes que os pacientes apresentaram alucinações foi necessária redução das doses, resultando em remissão dos efeitos indesejáveis. A sonolência, prurido, obstipação e retenção urinária podem ser controlados com a redução da dose ou com uso de anfetaminas, anti-histamínicos, laxantes e colinérgicos, respectivamente.

Talvez possa ter contribuído para a ocorrência do elevado número de efeitos colaterais em nossa casuística o fato de os pacientes estarem bem orientados quanto a eles e à indagação sistemática, a cada retorno, quanto à possibilidade destes desconfortos. A boa orientação dos pacientes e a busca de sinais de complicações e de efeitos indesejáveis por parte dos profissionais caracterizam respeito e responsabilidade, essenciais na prestação de cuidados à saúde dos indivíduos.

A progressão do consumo de sulfato de morfina foi constante. A dosagem diária inicial média foi de 5,5 mg, evoluindo para 8,76 mg no primeiro mês, 12,6 mg no segundo mês e 18,0 mg no terceiro mês. Nos pacientes não oncológicos a dose inicial foi de 3,33 mg e no primeiro mês 5,57 mg.

Possivelmente, a necessidade de doses crescentes deve-se, em parte, ao fenômeno de tolerância, universalmente descrito quando se utilizam drogas que competem com neurotransmissores. A progressão da doença nos pacientes oncológicos também pode ser causa de necessidade de elevação da dose terapêutica.

A média diária de 5,5 mg de morfina utilizada por nossos doentes foi aquém da utilizada por outros autores que a empregaram em doses variando entre 22 mg e 90 mg ao dia [5, 14, 16]. Esta diferença talvez justifique, em alguns casos, o resultado insatisfatório observado.

Quando indagados a respeito de sua percepção sobre o tratamento, 10 pacientes (40%) referiram que o cateter externalizado atrapalhava-os no desempenho das atividades da vida diária como dormir, virar na cama e banhar-se, entre outras. Os receios que possuíam foram: tracionar/retirar acidentalmente o cateter (24%) e medo de infecção (20%). O significado simbólico do cateter para alguns doentes foi de: "ficar prisioneiro, sentir-se preso" e/ou "portar um corpo estranho".

Em situações em que se prevê a continuidade do tratamento por longos intervalos de tempo, os sistemas

sepultados totalmente no tecido celular subcutâneo parecem ser mais adequados, pois são mais duráveis, protegem contra infecções e associam-se a menor número de complicações. Além de apresentarem menor incidência de complicações, o custo da recolocação dos cateteres e de sua manutenção favorece a decisão quanto ao uso de sistemas implantáveis com perspectivas de sobrevida prolongada.

Conclusão

A sistematização de informações que dêem suporte para que pacientes e familiares participem de seu tratamento de maneira segura e consciente deve ser considerada critério mínimo de qualidade quando são instituídas terapias domiciliares. Esta medida é fundamental, principalmente quando o doente e sua família assumem o papel de provedores de cuidados. O desenvolvimento de um programa educativo para pacientes com dor crônica, em tratamento ambulatorial com sistemas de analgesia epidural, mostrou-se adequado para a maioria dos pacientes.

Estudo prospectivo envolvendo 27 doentes mostrou que a utilização da via epidural é um recurso a mais no tratamento de dores intensas que não respondem aos analgésicos por via oral. No entanto, diversas complicações e efeitos indesejáveis advêm desta terapêutica. Assim, os profissionais que atuam com estes pacientes devem ter em mente que o alívio da dor pode ser obtido às custas de alguns riscos.

Summary

Peridural infusion of analgesic agents is a very popular method for pain control, mainly oncologic patients. However, the evaluation of the advantages and risks of this method in our country is necessary. The authors present an educative program for patients and relatives involved in the control of pain by peridural infusion of narcotics in an out patients regimen and the results of treatment of 27 cases so treated. The data about the efficiency and complications of the method is exhaustively examined.

Key words: chronic pain; peridural blocks, education

Referências bibliográficas

1. ARNOLD C. Intraspinal analgesia: A new route for an old drug. *J Neurosci Nurs* 1989; 21(1): 30-2.
2. BAGGERLY J. Epidural catheters for pain management: The nurse's role. *J Neurosci Nurs* 1986; 18(5): 291-95.
3. BROMAGE PR. Clinical aspects of intrathecal and epidural opiates. In: *Adv Pain Res Ther*. v. 9 Raven Press 1985: 733-48.
4. ERIKSEN J, ENDERSEN HB. Pain treatment on long-term basics using extradernal opiates. In: *Adv Pain Res Ther*, v. 9. Raven Press 1985: 749-52.
5. HANSBERRY JL et al. Managing chronic pain with a permanent epidural catheter. *Nursing* 1990; 20(10): 53-55.
6. HASSENBUCH SJ et al. Constant infusion of morphine for

- intractable cancer pain and implanted pump. *J Neurosurg* 1990; 73: 405-409.
7. HOGAN Q et al. Epidural opiates and local anesthetics for the management of cancer pain. *Pain* 1991; 46(3): 271-79.
 8. JAFFE JH, MARTIN WR. Analgésicos e antagonistas opióides. In: Goodman & Gilman. *As bases farmacológicas da terapêutica*, 7ª ed. R.J., Guanabara, 1987; 3: 321-47.
 9. LEIB RA, HURTIG JB. Epidural and intrathecal narcotics for pain management. *Heart & Lung* 1985; 14: 164-71.
 10. PAICE JA. Intraspinal drug therapy. *Nurs Clin North Am* 1991; 26(2): 477-89.
 11. PAICE JA. New delivery systems in pain management. *Nurs Clin North Am* 1987; 22(3): 715-25.
 12. PIMENTA CAM, CORREA C, NOBREGA MC, TEIXEIRA MJ. Utilização de cateteres e reservatório para infusão de analgésicos no sistema nervoso central. Manual de orientação para pacientes. Abbott-Laboratório do Brasil, 1993.
 13. PIMENTA CAM, ARAÚJO TL, LIMA ES, TEIXEIRA MJ. Analgesia domiciliar com cateter peridural: Ensinando o paciente o autocuidado. Encontro Internacional: Pesquisa em Enfermagem: uma questão de Saúde. In: Programa, 1992; 22: 62.
 14. PLUMMER JL et al. Long-term spinal administration of morphine in cancer and non-cancer pain: a retrospective study. *Pain* 1991; 44: 315-20.
 15. ROSEN HF, CALIO MM. An epidural analgesia program: Balancing risks and benefits. *Crit Care Nurse* 1990; 10(8): 32-41.
 16. WILLIAMS ER et al. Chronic cancer pain management with Du Pen epidural catheter. *Cancer Nurs* 1990; 13(3): 176-82.

Potencialidade de um registro hospitalar de câncer como fonte de informação

MARISE SOUTO REBELO¹, PAULO ANTONIO DE PAIVA REBELO²

MS - Instituto Nacional de Câncer - Hospital do Câncer.

Resumo

Os registros hospitalares de câncer são implantados nos hospitais e serviços de oncologia com o objetivo de coletar de forma sistemática informações a respeito do diagnóstico, tratamento e evolução dos pacientes portadores de neoplasia maligna atendidos na instituição. Os registros hospitalares de câncer depois de alguns anos de funcionamento, passam a dispor de importante acervo, constituído por um número significativo de dados, que poderão ser utilizados como subsídio ao processo de tomada de decisão gerencial; ao planejamento institucional; à avaliação da assistência médico-hospitalar; e à elaboração de trabalhos científicos. Os autores demonstram a possibilidade de uso dos dados do registro de câncer por vários grupamentos profissionais do hospital e consideram relevante que os hospitais de câncer e os serviços especializados no atendimento ao paciente portador de patologia neoplásica maligna disponham de registros hospitalares. Que seja apoiada a continuidade operacional dos registros já existentes e que recebam incentivo aqueles em implantação ou ainda em projetos.

I - Introdução

A necessidade de dispor de informações a respeito da ocorrência de doenças tem levado, principalmente ao longo dos últimos anos, à implantação de registros gerais de mortalidade e específicos para determinadas patologias.

As patologias malignas merecem abordagem diferenciada, porque são de alta prevalência, consomem grande volume de recursos financeiros e/ou por representarem importante ônus social.

São bastante conhecidos pelos profissionais de saúde os registros de mortalidade e de SIDA/AIDS ligados às secretarias estaduais de saúde e, em nível hospitalar, os arquivos nosológicos.

Os registros populacionais de câncer surgiram para atender à demanda de um conjunto de informações sistematizadas sobre a incidência de câncer, sendo o primeiro deles implantado em Hamburgo, na Alemanha, em 1927, seguido dos de Saskatchewan no Canadá, em 1932, e do de Connecticut nos Estados Unidos, em 1935 [1]. No Brasil, o primeiro foi em Recife - PE (1967), vindo depois os de São Paulo (1969), Fortaleza (1971), Porto Alegre (1973) e mais recentemente os de Goiânia (1986) e Belém (1987) [2].

Em 1983 foi implantado o primeiro Registro Hospitalar de Câncer do Brasil, no Instituto Nacional de Câncer,

no Rio de Janeiro, tendo sido depois implantado outros registros em São Paulo, Goiânia [3], Salvador e Belém, e no momento estão sendo implantados registros em vários hospitais do país.

Os registros hospitalares dão cobertura à clientela atendida por um determinado hospital, sendo por isso mais restritos em abrangência se comparados aos registros de base populacional; entretanto, possuem uma massa de dados mais rica em detalhes. São portanto os registros hospitalares de Câncer fontes sistematizadas de coleta de informações a respeito do diagnóstico, tratamento e evolução dos pacientes portadores de neoplasias malignas, e que depois de alguns anos de funcionamento passam a dispor de importante acervo constituído por um número significativo de dados, que poderão ser utilizados para várias finalidades no âmbito hospitalar, em especial fornecendo indicadores da qualidade da assistência médica prestada [4].

Assim sendo, é da maior importância um planejamento criterioso no momento da implantação do registro para assegurar: uma adequada escolha do elenco de informações a serem cadastradas; uma coleta continuada, sistematizada e criteriosa das informações a respeito da assistência prestada ao paciente, baseada na consulta ao prontuário médico; disponibilidade de pessoal capacitado; e a disponibilidade de recursos ágeis de resgate destas informações. Com isto teremos assegu-

¹Médica, Chefe do Serviço de Registro de Base Hospitalar do Instituto Nacional de Câncer-INCa - Rio de Janeiro; ²Médico do Serviço de Documentação e Estatística do Instituto Nacional de Câncer-INCa - Rio de Janeiro.

rado ao registro hospitalar de câncer, um relevante papel no contexto hospitalar.

Portanto, nunca é demais o tempo gasto no planejamento para implantação de um novo registro, que deverá sempre ser constituído a partir de experiências similares do país e do exterior [1, 3, 5-8], sendo o Manual "Cancer Registry and its Technichs" do IARC [4] um importante documento de suporte à implantação de registros.

Os profissionais de saúde que atuam na instituição, devem ser conscientizados da importância de registrar no prontuário toda informação relevante sobre o atendimento ao paciente, e não apenas os laudos de procedimentos diagnósticos. Também as observações pessoais com relação ao paciente, a resposta ao tratamento, hipóteses diagnósticas ainda não confirmadas e plano de tratamento estabelecidos pela equipe de saúde devem constar do prontuário médico. Isto, por si só, levará certamente a uma melhoria na qualidade das informações contidas no prontuário hospitalar.

A direção do hospital deve estar consciente da importância do registro para a instituição, e saber da necessidade de um período inicial de latência até que os primeiros dados e relatórios possam estar disponíveis.

Cada funcionário que atua no registro será motivado sobre a potencialidade do seu trabalho, para que não esmoreça frente ao trabalho repetitivo do seu dia-a-dia, cujos resultados só aparecerão a médio prazo. Caso contrário, certamente surgirão momentos em que terá a desagradável sensação de inutilidade.

Como o registro não é uma atividade fim do hospital, poderá em diversas ocasiões ser ameaçado de descontinuidade, devendo a equipe do registro dispor de sólida argumentação técnica para superar estas dificuldades cíclicas, em especial a cada mudança em nível gerencial.

Mas, certamente, com a passar do tempo, na medida em que a equipe do registro for competente para dar resposta às indagações de alguns profissionais que "descobrem" o registro, estarão conseguindo importantes aliados que se encarregarão de divulgar o registro para a comunidade do hospital, garantindo assim sua continuidade operacional através do reconhecimento de sua importância, pela equipe de saúde e administração.

Os registros hospitalares de câncer tiveram uma grande aceitação e desenvolvimento nos últimos anos devido ao fato de câncer ser uma doença crônica, de longo curso, e alta morbidade, exigindo freqüentes visitas e internações hospitalares, gerando portanto um número grande de informações de difícil monitoração.

Nas últimas décadas, importante mudança ocorreu no padrão de mortalidade do Brasil, com uma redução da proporção de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias (de 45% em 1930, para 11% em 1980), e um aumento percentual no número de óbitos devidos a doenças cardiovasculares, ao câncer e a causas externas [9]. Por outro lado, a distribuição dos cânceres por to-

pografia é diferente nas várias regiões do país, e tem ao longo deste período mostrado substituição de alguns tumores de "regiões subdesenvolvidas" por tumores de "regiões desenvolvidas", tais como os tumores de mama e pulmão [10].

O câncer, as doenças cardiovasculares e as causas externas, responsáveis por 54% dos óbitos em 1980, segundo estimativas do Banco Mundial, serão responsáveis por 74% dos óbitos no ano 2020 [9].

As doenças crônico-degenerativa em conjunto com a SIDA, serão os grandes problemas de saúde pública do país nas próximas décadas. Por isso, a necessidade de informações sobre estas doenças assume papel relevante, merecendo destaque os registros de câncer que fornecem informações para vigilância e controle da doença e da assistência prestada [3, 6].

O termo potencialidade é aqui empregado de uma maneira muito apropriada, posto que se não houver competência para divulgar os dados do registro e transformá-lo num importante parceiro da direção, dos planejadores e da equipe de saúde, ele não passará de promessa.

Para efeitos eminentemente didáticos, as potencialidades do registro estão a seguir segmentadas por grandes áreas de atuação:

Subsídio ao processo de tomada de decisão

Os registros hospitalares de câncer devem desempenhar um importante papel no contexto do sistema de informações do hospital.

Além dos dados relacionados ao diagnóstico e tratamento do paciente, contém as informações sobre a evolução do paciente e da sua doença, sendo indicadores da qualidade da assistência prestada pela instituição.

Ao lado das informações de produção e custos, as informações de registro (qualidade) constituem o tripé sobre o qual deverá ser constituído o sistema institucional de informações hospitalares.

A partir das informações disponíveis no registro, uma série de cruzamentos de dados pode ser elaborada, gerando importantes indicadores de grande utilidade para planejar e administrar.

Nossos hospitais, particularmente os públicos, são gerenciados com uma visão de curto prazo e seus dirigentes freqüentemente estão mergulhados na administração de crises - sendo a principal a falta de recursos financeiros - ou na solução de problemas do dia-a-dia, não sobrando muito tempo para o planejamento de longo prazo.

Por outro lado, a crescente incorporação de novas, sofisticadas e caras tecnologias tem exigido recursos financeiros cada vez maiores [9], criatividade e competência gerencial para manter em funcionamento as instituições de câncer, que têm se caracterizado no univer-

so hospitalar como centros de excelência em meio a um sistema de saúde em crise.

Como pode o registro de câncer colaborar com a direção do hospital?

Sem dúvida, existem vários exemplos desta parceria, dos quais selecionamos alguns para demonstrar como esta cooperação é possível e enriquecedora, não tendo a pretensão de esgotar aqui todas as possibilidades.

O conhecimento da demanda dos pacientes que chegam ao hospital e suas características pode ser de fundamental importância para definir políticas e direcionar rotinas e mudanças.

A) Se houver um número muito grande de pacientes chegando ao hospital sem diagnóstico ou com patologia benigna, poderá justificar a adoção de ações integradas junto à rede primária de assistência, restrição às matrículas e melhoria na triagem inicial dos pacientes, para centralizar a utilização dos recursos intra-hospitais na atenção ao paciente com câncer.

Por outro lado, se ocorrer um aumento ou redução no número de pacientes com diagnóstico de câncer, poderão ser implementadas modificações na capacidade instalada, seja de recursos físicos ou humanos para adequação à nova demanda.

B) Quando os pacientes chegam ao hospital com doença em estágio avançado, é recomendada a adoção de medidas com o objetivo de levar a população a procurar os serviços de saúde para diagnóstico precoce e que os hospitais de apoio colaborem absorvendo pacientes com doença terminal, liberando leitos preciosos para a atenção de pacientes com possibilidades reais de tratamento.

C) O conhecimento dos recursos auxiliares de diagnóstico e planejamento terapêutico utilizados e as principais modalidades de tratamento empregados poderá ajudar na distribuição de recursos e investimentos normalmente escassos.

Subsídio ao planejamento institucional

A administração hospitalar, principalmente na rede pública, onde a permanência dos diretores está condicionada à conjuntura política e à manutenção de superiores hierárquicos nos seus cargos, não valoriza o planejamento estratégico plurianual, tendo planos de trabalho condicionados a um horizonte não superior a dois anos.

Entretanto, administradores com visão mais ampla e as equipes técnicas da área de planejamento da instituição encontrarão nas séries históricas do registro de câncer importante manancial de informações capazes de evidenciar tendências, consolidar novos recursos como métodos diagnósticos e terapêuticos ou revelar a redução na utilização de procedimentos anteriormente consagrados.

O perfil da clientela também poderá ser conhecido através dos dados do registro de câncer.

Abaixo estão relacionados alguns exemplos desta utilização de informações coletadas pelo registro:

a) o conhecimento da frequência e composição histórica das topografias tumorais mais frequentes, direcionará as programações de capacitação de pessoal, realização de obras e instalação de equipamentos;

b) a consolidação de novos métodos diagnósticos justificará a necessidade de aumento da capacidade instalada destes métodos e o sucateamento de outros anteriormente utilizados;

c) a informação sobre a demanda leva à adoção de política de integração com a rede básica de atendimento, à divulgação de procedimentos de diagnóstico precoce e à idealização de campanhas de massa;

d) na realização da programação orçamentária também merecem destaque os dados das séries históricas, assim como quando da distribuição dos recursos destinados às diversas áreas;

e) os programas educacionais devem ser elaborados segundo a clientela. Assim sendo, o conhecimento da escolaridade, faixa etária e residência poderão direcionar à escolha do meio e veículo de comunicação mais adequados.

Subsídio à assistência médico-assistencial

O registro de câncer é um importante aliado do médico na avaliação qualitativa da assistência prestada, na identificação de casos tratados na instituição e na separação de grupos uniformes de pacientes.

Mais uma vez, o conhecimento da demanda, seja pela participação de sua especialidade no contexto do hospital, seja pelas características de sexo, faixa etária, topografia e estadiamento dos pacientes, auxilia sobre o modo na programação da assistência médica a ser oferecida.

A) A avaliação da qualidade da assistência médica prestada aos pacientes na instituição hospitalar pode ser feita através dos dados de seguimento do paciente, onde são avaliados o estado clínico do paciente e a evolução da neoplasia.

B) Novos esquemas terapêuticos ou a incorporação de novos procedimentos de diagnóstico e terapêutica também poderão ser avaliados pelo registro através de um cruzamento com os dados de seguimento.

C) O conhecimento do estágio da doença, quando o paciente chega ao hospital, deve nortear a necessidade de capacitação de pessoal e de instalação de novos recursos, e a integração com outros serviços congêneres e/ou hospitais de apoio.

D) O estudo da demanda de pacientes pode direcionar os programas médico-assistenciais da instituição.

Subsídio à pesquisa clínica e à elaboração de trabalhos científicos

Instituições médicas de bom padrão técnico sempre dispõem de uma produção científica através de seu corpo de profissionais e dos residentes em treinamento.

Estes são, sem dúvida, os maiores clientes e beneficiados pela implantação dos registros de câncer.

Estudos realizados sobre tipos específicos de câncer possibilitaram a associação da ocorrência desta patologia com sexo, faixa etária, fatores genéticos, estilo de vida, padrão alimentar e fatores ambientais [11].

Através do cruzamento das várias informações que compõem o elenco de dados da ficha cadastral do registro de câncer, podemos selecionar grupos uniformes de pacientes cuja análise da documentação médica contida nos prontuários médico-hospitalares serão a matéria-prima para a elaboração de trabalhos científicos, publicações ou elaboração de teses e monografias.

A) Através da pesquisa aos dados do registro poderão ser identificados casos de patologias com prevalência muito baixa na população.

B) A utilização de determinados recursos de diagnóstico e terapêutica por uma clínica específica ou por patologia.

C) A evolução de pacientes com determinado diagnóstico que foram submetidos a uma modalidade específica de tratamento ou fazem parte de algum protocolo terapêutico.

D) Quais recursos terapêuticos foram utilizados segundo o estadiamento da doença do paciente.

Conclusões

Os registros hospitalares de câncer assumem no contexto hospitalar importante papel de apoio ao processo de tomada de decisão gerencial, ao planejamento institucional, à avaliação da assistência médico-hospitalar e à elaboração de trabalhos científicos.

Portanto, é relevante que os hospitais de câncer e os serviços especializados no atendimento ao paciente portador de patologia neoplásica maligna e afecções correlatas disponham de registros hospitalares. Que seja apoiada a continuidade operacional dos registros já existentes e que recebam incentivo aqueles em implantação ou ainda acalentados em projetos.

Ao profissional que trabalha diretamente no registro às respectivas comissões assessoras corresponde a missão de utilizar ao máximo a potencialidade do registro de câncer e transformá-lo em realidade concreta através de relatórios e publicações, garantindo assim o retorno do investimento maciço de horas de trabalho e recursos institucionais na implantação e manutenção do registro.

Os dados do registro facilitam muito a elaboração de trabalhos científicos e o conhecimento detalhado da assistência prestada, assegurando a aderência do profissional de saúde, que deixa de ver a necessidade de fazer anotações no prontuário médico como mais um ato cartorial e burocrático, e passa a identificar no registro o celeiro potencial onde guarda a sua produção, para utilização no futuro, com a certeza de que está fazendo um investimento com retorno garantido.

A utilização de fichas padronizadas e de codificações-padrão possibilita as comparações e estudos multiinstitucionais.

Sem dúvida alguma, os registros hospitalares de câncer, que têm no país uma curta porém consistente trajetória, iniciada em 1983, já têm condição de demonstrar sua força e preencher uma lacuna de informação no âmbito das instituições de câncer, com um importante papel a ser desempenhado.

Porém, de todas, a mais importante contribuição é aquela sobre a qualidade da assistência médica prestada e a evolução do paciente, possível através dos dados de seguimento longitudinal de pacientes com diagnóstico de patologia maligna, já que os registros hospitalares, além de possuírem um elenco de informações mais abrangentes que os registros populacionais, possibilitam a realização de estudos a respeito da eficácia da assistência médica prestada ao paciente na instituição, através da análise dos dados de seguimento temporal dos pacientes.

Referências bibliográficas

1. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER - Manual básico para la elaboración de un registro de tumores hospitalario. Gerona-España.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER - Câncer no Brasil - Dados dos Registros de Base Populacional. Rio de Janeiro 1991.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER. Manual de procedimentos do Registro Hospitalar de Câncer do INCa. Rio de Janeiro. (Edição revisada), 1991.
4. IARC - Internacional Agency for Research on Cancer - Publicação Científica nº 21. Câncer Registration and its Techniques. Lyon, 1978.
5. IARC - Internacional Agency for Research on Cancer - Publicação Científica nº 66. The Role of Registry in Câncer Control. Lyon, 1985.
6. IARC - Internacional Agency for Research on Cancer - Publicação Científica nº 95. Câncer Registration Principles and Methods. Lyon, 1991.
7. REBELO PAP et al. Registro hospitalar de câncer: manual de instruções. DNDCC, Ministério da Saúde, 1987.
8. ZEFERINO LC, COELHO FRG. Registro Hospitalar de Câncer. Acta Oncológica Brasileira. Vol. 12, nº 2, agosto, 1992: 68-72.
9. WORLD BANK. Brazil: The new challenge of adult health. (A world bank country study). Washington, DC. 1991: 134p.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Câncer no Brasil - A magnitude do problema - Medidas de controle. Rio de Janeiro, 1990.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE/UFRJ - Controle do câncer - Uma proposta de integração ensino-escola. Rio de Janeiro, 1990.

Distribución por etapas clínicas al diagnóstico del cáncer bucal en Cuba - 1982 - 1988

ARMANDO RODRÍGUEZ SALVÁ¹, LETICIA FERNÁNDEZ GARROTE², MAGALI CARABALLOSO HERNÁNDEZ³

Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología

Resúmen

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo sobre el comportamiento en el tiempo de la distribución de casos por etapas clínicas al diagnóstico, según lo reportado al Registro Nacional de Cáncer durante los años 1982 al 1988. Se detecta que anterior a la puesta en vigor oficial del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal (1986), ninguna provincia lograba diagnosticar el 50% de los casos en etapa clínica 0 y I. Posterior a la introducción del Programa se observó un aumento en todas las provincias (excepto en Ciudad Habana y Santiago de Cuba) del porcentaje de casos detectados en etapas clínicas iniciales, lo que permitirá aumentar los índices de curabilidad del cáncer del complejo bucal, aunque aún se mantiene elevado el número de casos reportados sin etapa clínica.

Unitérminos: *cáncer bucal, diagnóstico temprano; evaluación de programas; screening, registro de cáncer*

Introducción

En la actualidad el cáncer constituye un verdadero problema social para toda la humanidad, por la alta morbilidad y mortalidad que presenta [1]. A partir de la tercera década del presente siglo, el cáncer se ha situado entre las cinco primeras causas de muerte en el mundo; esto lo confirma el fallecimiento anual de más de cinco millones de personas a causa de tumores malignos [2].

El comportamiento histórico del cáncer en Cuba tiene patrones semejantes a los del resto del mundo, con crecimiento anual de la mortalidad y la morbilidad [3]. Desde 1958, ha constituido la segunda causa de muerte en ambos sexos, diagnosticándose cada año entre 15 y 20.000 nuevos casos [4].

Estudios realizados del comportamiento de la incidencia y mortalidad de los tumores malignos permiten conocer que el cáncer bucofaríngeo es un problema de salud importante en los países subdesarrollados [5, 6].

Las estadísticas actuales indican que el cáncer podría curarse en más del 50% de los casos si se diagnostica en sus etapas iniciales y si se trata rápida y adecuadamente. Ahora bien, para lograr ese objetivo es nece-

sario organizar vastos programas y aplicar en ellos todas las técnicas posibles de detección, diagnóstico y tratamiento [7].

El impacto que ha tenido la introducción de programas de este tipo en diferentes países es evidente, ya que se detecta un gran número de pacientes con cáncer en estadios clínicos iniciales, lo que ha permitido aumentar la supervivencia de estos [8-11].

El Comité de Expertos de la OMS para la detección precoz del cáncer [12] plantea que para evaluar la eficacia de un programa importa considerar no sólo su influencia sobre la mortalidad, sino también otras repercusiones indirectas, como por ejemplo la distribución de casos según la fase de la enfermedad. Puede considerarse que un programa es útil si origina una considerable "desviación a la izquierda" en la distribución de las fases clínicas de la enfermedad, es decir un aumento en la proporción de lesiones incipientes y una disminución de las lesiones avanzadas.

En el año 1986 se oficializó en Cuba un Programa Nacional de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) [13], que se fundamenta en el examen sistemático de los pacientes que acuden a las consultas estomatológicas. En 1964 se inició en el país un registro permanente, de

¹Especialista de I grado en Epidemiología. Especialista de I grado en Administración de Salud. Investigador Aspirante. Grupo del Registro Nacional de Cáncer. INOR; ²Candidata a Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II grado en Bioestadística. Investigador Titular. Profesora Asistente. Vice-directora de Investigaciones del INOR; ³Especialista de II grado en Epidemiología. Profesora Auxiliar. Jefa del Departamento de Higiene y Epidemiología en la Facultad de Salud Pública de la Habana. Endereço para correspondência: Armando J. Rodríguez Salvá - Registro Nacional de Cáncer - Instituto Nacional de Oncología, 29 y F. Vedado. CP 10 400 - La Habana - Cuba - Fax 537 - 328480 - Telex 512662 HONCOLCU.

alcance nacional, de los diagnósticos de cáncer, denominado Registro Nacional de Cáncer (RNC) [14], el cual debe recibir la información de todos los casos de cáncer, incluidos los que se notifican por el programa. Entre los objetivos del Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer en Cuba [15], se encuentra aumentar la proporción de diagnósticos de cáncer de la boca al 50% en estadíos O y I. Anterior al inicio del PDCB en Cuba, el 55% de los casos reportados de cáncer bucal al RNC, fueron diagnosticados en etapas III/IV, por lo que consideramos es importante conocer el comportamiento en el tiempo de la distribución de casos por etapas clínicas al diagnóstico, según el RNC en los años 1982 al 1988.

Material y Método

Se realizó un estudio epidemiológico de carácter descriptivo. El universo estuvo constituido por todos los casos reportados al RNC en Cuba, durante los años 1982 al 1988.

Las variables que se tomaron en cuenta para el análisis de la información fueron las siguientes:

- Etapa clínica de la lesión, según aparece en el modelo "Reporte de caso de cáncer", desechándose los pacientes en que la etapa clínica de la lesión se ignoraba.
- Años de estudio.
- Provincia de residencia.

Para este análisis se dispuso de la información de las tablas de salida del RNC en las que aparecen agrupados como cáncer bucal sólo los códigos del 140 al 145 de la CIE-O [16] por etapa clínica en los años definidos en nuestro estudio. Por este motivo no se analiza la localización de la orofaringe (Cod. 146). Los datos fueron procesados manualmente.

Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para el análisis de los datos.

Resultados

Durante el período comprendido entre los años 1982 al 1988 se notificaron al RNC en Cuba más de 4.000 nuevos casos de cáncer bucal, de los cuales sólo fueron estadiados en las diferentes etapas clínicas el 48,9% [17].

Al analizar los casos de cáncer bucal según etapa clínica para Cuba (Figura 1), se observó una tendencia ascendente en el diagnóstico de las etapas O y I, 22,8% en 1982 y 49,5% en 1988 (según datos provisionales). Este aumento fue mayor a partir de 1986 en que comenzó oficialmente el Programa de Detección Precoz, anteriormente se había observado un incremento paulatino, ya que este programa estuvo en etapa de prueba desde agosto de 1982, en todos los servicios de atención primaria de estomatología del país.

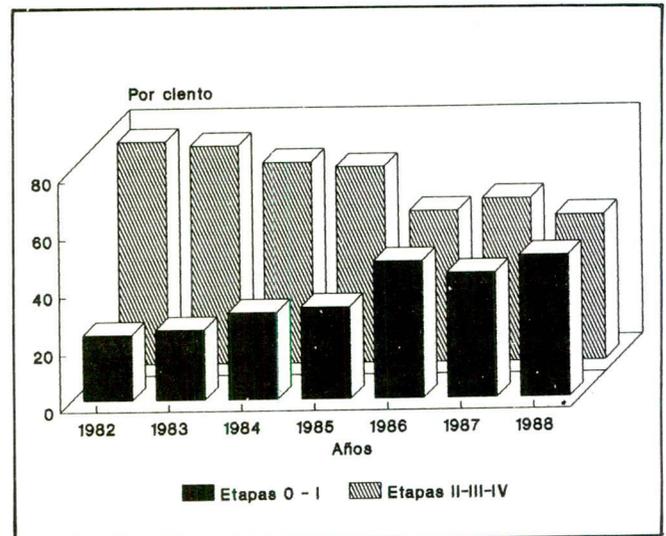


Figura 1 - Distribución de casos de cáncer bucal según estadíos clínicos al diagnóstico. Años 1982 - 1988. Fuente: Registro Nacional de Cáncer de Cuba. Datos provisionales.

Nuestros resultados antes del programa son inferiores a los encontrados por Moore y colaboradores [18] en el estudio de una región de Estados Unidos donde no existe Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal. Este autor refiere que el 36,7% de los pacientes fue diagnosticado en estadio I y el resto en estadíos II, III y IV. Sin embargo, coinciden con los de Elwood y Gallagher [19] que reporta en una región de Canadá, que tampoco posee Programa de Detección Precoz, que sólo el 26% de los pacientes con cáncer de la cavidad bucal notificados entre enero de 1977 a enero de 1980 estaban clasificados como etapa I, mientras que como etapa II, III y IV se encontraba el 74% restante.

La explicación a las diferencias entre los resultados anteriores puede ser debido a factores tales como: la preparación y pericia de los profesionales, la educación sanitaria recibida por la población, las posibilidades de atención en los servicios médicos y estomatológicos, así como la edad, el sexo y el medio social de los pacientes estudiados.

Al analizar cada una de las provincias (Tabla 1) se observa que entre los años 1982 a 1985, que se corresponde con el período anterior a la puesta en vigor oficial del PDCB, ninguna provincia lograba diagnosticar el 50% de los casos en etapa clínica O y I. Sólo Pinar del Río (43,2%) y Matanzas (41,4%) alcanzaron un por ciento aceptable de casos en esas etapas. La Isla de la Juventud no se tuvo en cuenta para este análisis debido a la poca cantidad de casos notificados.

Posterior a la introducción oficial del programa se observó un aumento de todas las provincias (excepto en Ciudad Habana y Santiago de Cuba), del porcentaje de casos detectados en etapas clínicas iniciales.

Tabla no. 1. Distribución de casos de cáncer bucal según estadios clínicos al diagnóstico y provincias. Años 1982 - 1988.

Provincias	Años 1982 - 1985 Estadios clínicos				Años 1986 - 1988* Estadios clínicos			
	0 - I		II - III - IV		0 - I		II - III - IV	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pinar del Río	16	43,2	21	56,8	57	81,4	13	18,6
La Habana	22	36,7	38	63,3	31	52,5	28	47,5
Ciudad Habana	90	31,3	198	68,7	41	30,4	94	69,6
Matanzas	36	41,4	51	58,6	35	56,5	27	43,5
Villa Clara	10	10,5	85	89,5	46	48,4	49	51,6
Cienfuegos	18	27,3	48	72,7	29	43,9	37	56,1
Sancti Spíritus	2	3,7	52	96,3	68	73,1	25	28,9
Ciego de Avila	4	25,0	12	75,0	38	64,4	21	35,6
Camagüey	8	22,9	27	77,1	48	53,3	42	46,7
Las Tunas	7	25,9	20	74,1	19	43,2	25	56,8
Holguín	10	22,2	35	77,8	15	38,5	24	61,5
Granma	9	15,8	48	84,2	22	28,2	56	71,8
Santiago de Cuba	23	30,7	52	69,3	18	19,8	73	80,2
Guantánamo	4	11,8	30	88,2	18	34,6	34	65,4
Isla de la Juv.	4	80,0	1	20,0	1	100,0	0	0,0

Fuente: Registro Nacional de Cáncer de Cuba.

Nota: Al calcular los porcentajes no se tuvieron en cuenta los que tienen estadio clínico ignorado.

* Datos provisionales.

Los mejores resultados se reportaron en: Pinar del Río (81,4%), Sancti Spíritus (73,1%), Ciego de Avila (64,4%), Matanzas (56,5%), Camagüey (53,3%) y La Habana (52,5%).

Las provincias de Pinar del Río y Matanzas que fueron las que detectaron un mayor por ciento de casos en etapas clínicas precoces en el período anterior al programa, continuaron incrementando la detección del cáncer bucal en etapas tempranas. Mientras las provincias de Sancti Spíritus y Villa Clara que eran las de peores resultados, se colocan dentro del grupo de avanzada.

Las provincias orientales (excepto Las Tunas) y Ciudad Habana, fueron las que presentaron la menor proporción de casos en etapas 0 y I, estando por debajo del 40%.

Discusión

La implantación del PDCB ha permitido el diagnóstico de un mayor por ciento de casos en etapas 0 y I, lo que permitirá aumentar los índices de curabilidad del cáncer del complejo bucal [8, 20]. Es indudable que si son debidamente identificados y tratados, los pacientes con ciertos tipos de cáncer pueden tener una expectativa de vida comparable a la de un sujeto normal de la misma edad, del mismo sexo y del mismo medio social [9]. Esto puede ser posible organizando programas de diagnóstico precoz.

A partir del comienzo del PDCB se nota una tendencia ascendente en el diagnóstico de los casos en etapas 0 y I, en todas las provincias, excepto Ciudad Habana y

Santiago de Cuba, aunque se mantiene elevado el número de casos reportados sin etapa clínica.

La situación en Ciudad Habana es sumamente preocupante, ya que en ella se encuentra la quinta parte de la población del país.

Según los resultados presentados en este trabajo, recomendamos mantener el control sistemático del programa en las diferentes provincias del país, enfatizando en Ciudad Habana y las provincias orientales.

Agradecimientos: Los autores agradecen al personal del Registro Nacional de Cáncer la colaboración en las diversas fases del estudio.

Summary

A descriptive epidemiologic study was conducted to know the behaviour over the time of the stage distribution of oral cancer cases, using data from the National Cancer Registry of Cuba in the time-period from 1982 to 1988. Not even a province achieved 50% of cases in stages 0 and I before the implementation of the National Program to Early Diagnosis of Oral Cancer (1986). After this date, an increasing of the percentage of cases in the earliest stages was observed in the whole country (except Havana City and Santiago de Cuba). Although a high percentage of cases continue being reported without staging, the increment of number of cases in the earliest stages will permit to increase the curability indexes of the oral cavity.

Key words: oral cancer, screening; cancer registries; cancer program evaluation, early diagnosis

Referencias bibliográficas

1. MARINELLO VZ. Nociones y reflexiones sobre el cáncer. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica, 1983.
2. PETERSON B. Estadística y epidemiología de las enfermedades oncológicas. Moscú: Editorial MIR, 1982.
3. CUBA. Ministerio de Salud Pública. Plan de Salud 1970 - 1980. La Habana: Instituto del Libro, 1970.
4. COMITÉ ESTATAL DE ESTADÍSTICAS. Compendio de cifras de mortalidad general, infantil y perinatal. Período 1960 - 1980. República de Cuba, 1983.
5. OPS. Cáncer y estilo de vida. Temas de actualidad. Bol of Sanit Panam 1988; 105(2): 201-203.
6. WHO. Control of oral cancer in developing countries. A WHO Meeting. Bull WHO 1984; 62(6): 817-830.
7. EDDY DM. Screening for cancer. Theory, analysis and design. Englewood Clifs. N.Y. Prentice Hall, 1980.
8. SANTANA GARAY JC, MIRANDA TARRAGO J, RODRIGUEZ SANCHEZ M. Importancia de un programa de detección del cáncer de la boca. Rev Cub Estom 1983; 20(2): 93-103.
9. LOBOS N, CANALES ML. Sistema de atención para el diagnóstico precoz y control del cáncer de boca en Chile, mediante la estrategia del autoexamen. Odontol - Chil 1989; 37(2): 280-287.
10. BÁNÓCZY J, RIGÓ O. Prevalence study of oral precancerous lesions within a complet screening system in Hungagy. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19: 265-267.
11. SPEIGHT PM, ZAKRZEWSKA J, DOWNER MC. Screening for oral cancer and precancer. Oral Oncol Eur J Cancer 1992; 28B(1): 45-48.
12. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Detección precoz del cáncer. Serie de Informes Técnicos No. 422. Ginebra, 1969.
13. MINSAP. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1986.
14. MINSAP. Asesoría Nacional de Oncología. Registro Nacional del Cáncer. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 1967.
15. CUBA. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Reucción de la Mortalidad por Cáncer. 1988.
16. CIE - O. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Publicación Científica No. 345. OPS/OMS, 1977.
17. REGISTRO NACIONAL DE CÁNCER. Registros computadorizados de Incidencia y Defunciones. INOR. 1982 - 1888.
18. MOORE C, FLYNN MB, GREENBERG RA. Evaluation of size in prognosis of oral cancer. Cancer 1986; 58(1): 158-162.
19. ELWOOD JM, GALLAGHER RP. Factors influencing early diagnosis of cancer of the oral cavity. Can Med Assoc J 1985; 133(7): 651-656.
20. FEDELE DJ, JONES JA, NIESSEN LC. Oral cancer screening in the elderly. J Am Geriatr Soc 1991; 39(9): 920-925.

Condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke-Loewenstein) com transformação maligna. Relato de caso

AFONSO CELSO PINTO NAZÁRIO¹, ANDRÉ BERNARDO², GERALDO RODRIGUES DE LIMA³, SÉRGIO MANCINI NICOLAU⁴, VIVIAN SCHIVARTCHE⁵

Trabalho realizado na Disciplina de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina

Resumo

O condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke-Loewenstein) apresenta comportamento clínico destrutivo, embora histologicamente benigno, de início. Descreve-se caso de localização vulvar e ano-retal com transformação maligna para carcinoma espinocelular invasivo. A paciente foi tratada com radioterapia pré-operatória seguida de excisão local ampla, com evolução favorável. Os autores fazem revisão pormenorizada desta rara entidade e comentam sobre as possibilidades terapêuticas.

Unitermos: condiloma acuminado gigante; tumor de Buschke-Loewenstein; transformação maligna; carcinoma espinocelular

Introdução

O condiloma acuminado gigante foi descrito por Buschke e Loewenstein como uma variedade especial de condiloma acuminado, de localização peniana, com comportamento clínico destrutivo, embora benigno, do ponto de vista histológico [1]. Posteriormente, outras topografias menos freqüentes, como a ano-retal, oral, vulvar, cervical, entre outras, foram observadas, e alguns casos com transformação histológica maligna foram relatadas [2, 3].

As cepas 6 e 11 do papilomavírus humano estão envolvidas na gênese do condiloma gigante ou tumor de Buschke-Loewenstein [1, 4]. É provável que a lesão represente uma fase intermediária entre o condiloma acuminado simples e o carcinoma espinocelular invasivo [1, 5].

Relato do caso

S.S., 29 anos, branca, solteira, procurou o Ambulatório da Disciplina de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina em novembro de 1990, queixando-se de aparecimento de várias verrugas em região genital e anal. Referira que há seis anos havia apresentado lesões semelhantes na vulva, que foram tratadas com cauterização, com permanência, desde então, de lesão úni-

ca em região perianal. No tocante aos antecedentes sexuais, seu primeiro coito deu-se aos 13 anos e referia múltiplos parceiros.

Ao exame ginecológico notou-se grande lesão vegetante perianal, abrangendo a hemicircunferência esquerda. Suas bordas eram sobrelevadas, a consistência endurecida e a sensibilidade bastante dolorosa. Inúmeras outras lesões verrucosas e espiculadas eram identificadas em todo o bordo anal, região periuretral, vulva e períneo (Figura 1).



Figura 1 - Condiloma acuminado gigante em região ano-retal e vulvar. Aspecto clínico.

¹Professor Adjunto Doutor; ²Residente; ³Professor Titular e Chefe da Disciplina; ⁴Professor Assistente; ⁵Monitora. Endereço para correspondência: Afonso Celso Pinto Nazário f Rua Henrique Martins, 483 - Jardim Paulista - 04504-000 - São Paulo - SP.

Ao toque retal, o esfíncter externo mostrava-se enrijecido e a anuscopia demonstrou lesões verrucosas em mucosa anal, que se iniciavam na linha pectínea às duas e três horas e se dirigiam à borda anal, na hemircunferência à esquerda. Outra lesão isolada foi encontrada às nove horas. Não havia comprometimento clínico dos linfonodos regionais.

A hipótese diagnóstica foi de condiloma gigante (Buschke-Loewenstein), com provável malignização, sendo então feitas biópsias múltiplas.

O estudo histopatológico revelou um espectro de alterações bastante variado, desde áreas de condiloma acuminado, displasia acentuada e carcinoma *in situ*, até carcinoma espinocelular invasivo franco em vulva, reto e canal anal (Figura 2).

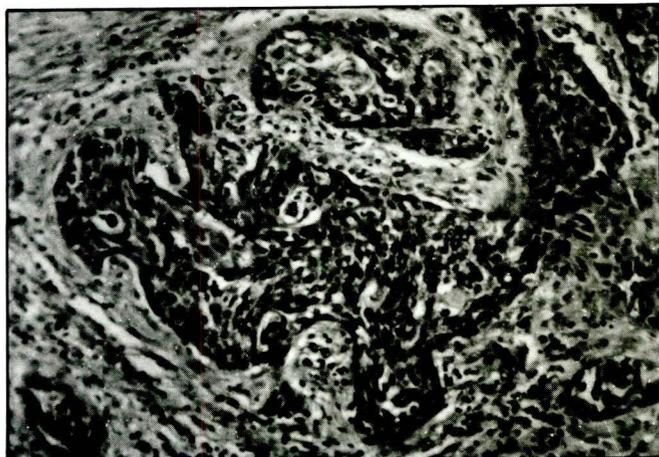


Figura 2 - Área de transformação maligna em condiloma acuminado gigante. Aspecto microscópico.

Foi realizada radioterapia externa, com dose de 35 Gy, obtendo-se regressão parcial das lesões. Procedeu-se, então, à amputação abdominoperíneo-retal pela técnica de Milles, ressecando-se em bloco a região perineal, os terços médio e distal do sigmóide, o reto, o canal anal e o ânus. A reconstrução da região perineal e vulvar foi feita através de retalho músculo-cutâneo do reto abdominal e com auxílio de tela de Maarlex.

Durante a inspeção da cavidade peritoneal foram constatados sinais de anexite pregressa e lesões verrucosas em sacro, configurando osteomielite. A reconstrução do trânsito intestinal foi conseguida por sigmoidostomia, exteriorizada em flanco esquerdo. O estudo anatomopatológico da peça operatória confirmou os achados descritos anteriormente e as margens cirúrgicas estavam livres de doença.

Discussão

O condiloma gigante caracteriza-se clinicamente por lesão vegetante, volumosa, com aspecto de "couve-flor" e propensão à formação de ulcerações, abscessos e fis-

tulas, as quais drenam material purulento e com queratina [1, 2]. Assim, apresenta crescimento exo e endofítico, invadindo os tecidos adjacentes, como a bexiga, uretra, reto, cavidade peritoneal, períneo, fossa ísquio-retal, coxa e sacro [2, 3]. Em algumas pacientes, as recidivas sucessivas podem levar à septicemia e óbito [3, 6].

Este comportamento biológico agressivo, semelhante às neoplasias malignas, contrasta, entretanto, com as alterações histopatológicas encontradas. Não se observam, de início, atipias nucleares, pleomorfismo celular ou anaplasia. A tendência à recorrência é grande, e na evolução pode haver transformação para o carcinoma espinocelular [1, 3].

A transformação maligna do condiloma gigante parece ser mais freqüente em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida ou naquelas portadoras desta afecção em sua forma subclínica (soro-positiva) [1].

A confirmação diagnóstica anatomopatológica, feita através de biópsias múltiplas, é fundamental no sentido de afastar a possibilidade de carcinoma espinocelular.

O tumor de Buschke-Loewenstein não responde aos agentes terapêuticos habitualmente empregados no condiloma simples, como a podofilina, o ácido tricloroacético, o 5-fluoruracil ou a eletrocoagulação [2, 3]. A podofilina, além de pouco eficaz, pode causar alterações nucleares intensas, dificultando a interpretação morfológica [2, 3].

A crio e laserterapias parecem ser eficazes e a quimioterapia local com bleomicina ou a imunoterapia com interferon revelaram-se alternativas terapêuticas [3]. A radioterapia, por sua vez, deve ser utilizada com cautela [2]. No caso em questão, a regressão do tumor pelo tratamento actínico foi parcial, sendo necessária a complementação cirúrgica para o controle local.

O tratamento de eleição, desta forma, é o cirúrgico, preconizando-se a ressecção ampla das lesões com margem de segurança, reservando-se a amputação abdominoperíneo para quando houver infiltração retal extensa ou do músculo esfíncter externo do ânus [2, 3], como realizado no caso descrito.

Summary

The giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumour) is characterized by clinical malignancy in the face of histologic benignity. A case of a giant acuminate condyloma of vulvar and anorectal localization is described, with malignant transformation for invasive squamous cell carcinoma. The patient was treated by preoperative irradiation and extensive local resection with favorable results. The authors made a review of etiopathogenic and anatomopathologic factors and the therapeutic possibilities of this exceptional entity.

Key words: giant condyloma acuminatum; Buschke-Loewenstein tumour; malignant transformation; squamous carcinoma

Referências bibliográficas

1. CREASMAN C, HAAS PA, FOX Jr.TA, BALAZS M. Malignant transformation of anorectal giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumour). *Dis Col Rect* 1989; 32: 481.
2. CERDÁN FJ, MARTÍN J, DE LA MORENA MT, FURIÓ V, RUIZ DE LEÓN A, BALIBREA JL. Condiloma acuminado anorrectal gigante (Tumor de Buschke-Loewenstein). *Rev Esp Enf Ap Digest* 1987; 71: 525.
3. GRITSCH HA, RANDAZZO RF, LESTER JL, DEKERNION JB. Invasive giant condyloma acuminata: a case report. *J Urol* 1989; 141: 950.
4. WELLS M, ROBERTSON S, LEWIS F, DIXON MF. Squamous carcinoma arising in a giant peri-anal condyloma associated with human papillomavirus types 6 and 11. *Histopathology* 1988; 12: 319.
5. BOGOMOLETZ WV, POTET F, MOLAS G. Condyloma acuminata, giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumour) and verrucous squamous carcinoma of the perianal and anorectal region: a continuous precancerous spectrum? *Histopathology* 1985; 9: 1155.
6. BALAZS M. Buschke-Loewenstein tumour. A histopatologic and ultrastructural study of six cases. *Virchows Arch A* 1986; 410: 83.

INCa Educação

Instituto Nacional de Câncer

Rio de Janeiro, ano 3, outubro de 1993

ADERÊNCIA DAS ESCOLAS DE ENFERMAGEM À PROPOSTA DO ENSINO DA CANCEROLOGIA NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO

As deficiências verificadas no ensino e na assistência de Enfermagem requerem um posicionamento das escolas e dos serviços, no sentido de investirem na formação de recursos humanos, a fim de capacitá-los para atuar nos diversos níveis da Oncologia: prevenção e diagnóstico do câncer e tratamento e reabilitação dos pacientes.

Com referência ao ensino da Cancerologia, passados 12 meses de encaminhado a todas as escolas de Enfermagem do Brasil o documento **Proposta do Ensino da Cancerologia nos Cursos de Graduação em Enfermagem**, o Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, através do seu Núcleo de Enfermagem em Oncologia, elaborou um questionário que visava acompanhar a aderência das escolas de Enfermagem ao documento final e ao ensino da Oncologia.

O estudo desenvolvido com o intuito de analisar os dados relativos a esta pesquisa é aqui resumido.

Dos 101 questionários enviados, 30 (29,7%) foram devolvidos: 17 (56,7%) de escolas da Região Sudeste e 7 (23,3%), da Região Sul. O quadro mostra a distribuição dos questionários enviados e devolvidos por cada região.

QUESTIONÁRIOS ENVIADOS/RESPONDIDOS DISTRIBUÍDOS POR REGIÃO

REGIÃO	QUEST. ENVIADOS	QUEST. RESPONDIDOS
SUL	22	7
SUDESTE	47	17
CENTRO-OESTE	5	2
NORDESTE	22	3
NORTE	5	1
TOTAL	101	30

Noventa por cento das instituições que devolveram o questionário informaram ter recebido a Proposta e 86,7% afirmaram que os docentes tiveram acesso à mesma. A sua divulgação entre o corpo docente se deu principalmente através de reunião convocada para leitura do documento e, em segundo lugar, de exposição em quadro de aviso.

Já 80,0% das 30 escolas afirmaram que o corpo docente demonstrou interesse pelo documento através das seguintes iniciativas: formação de grupos de estudos, seleção de campos de estágio que ofereçam experiências práticas para o aluno, elaboração de recursos didático-pedagógicos com vistas ao ensino da Cancerologia, seleção bibliográfica pertinente, capacitação dos docentes e organização de cursos de extensão na área.

As estratégias mais citadas para a implantação do conteúdo programático incluído na Proposta foram o entrosamento entre as áreas que compõem a Enfermagem (médico-cirúrgica, materno-infantil e saúde pública), tanto no ensino teórico como no prático; e, a partir do contato com o paciente oncológico no Hospital de estágio, a aplicação das ações de Enfermagem indicadas. Foram citados também estudos de caso em grupo e prevenção do câncer ginecológico no âmbito da comunidade.

Metade da amostra aqui apresentada, alegou dificuldade na implementação das estratégias, principalmente pela falta de docentes especializados, carência de bibliografia específica e de material áudio-visual, carga horária insuficiente e dificuldade no desenvolvimento das atividades assistenciais, em virtude da falta de campo de estágio.

Vale ressaltar que será encaminhado novamente o questionário às escolas que não responderam, buscando detectar os motivos pelos quais não o fizeram e contar com maior número de informações sobre a aderência ao documento.

A partir da análise dos dados antes apresentados, o Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina julgou por bem promover um seminário interno, para o qual convidou os seus professores e os enfermeiros atuantes na área da Oncologia lotados no hospital-escola. Neste seminário, serão discutidos todos esses aspectos relacionados com o ensino da Cancerologia na graduação em Enfermagem e a maneira pela qual a sua implantação pode ser mais facilmente viabilizada.

Espera-se que o presente INCa Educação ofereça subsídios para se discutir e avaliar a implantação do ensino nas escolas de Enfermagem brasileiras, de modo que se possa incrementá-lo em número e em qualidade.

Adenoma da papila de Vater - Relato de caso

JOSÉ ALDEMIR TEIXEIRA NUNES JÚNIOR¹, PATRÍCIA GÍRIO MATOS², MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA³, JOSEMAR RODRIGUES SOARES⁴, CONCEIÇÃO DE MARIA SÁ E RÊGO VASCONCELOS⁵, RAIMUNDO GERÔNIMO DA SILVA⁶

Trabalho realizado no Hospital São Marcos

Resumo

O adenoma da papila de Vater é uma lesão pré-maligna rara, com poucos casos descritos na literatura médica. O seu tratamento é controverso, podendo ser feito por excisão local conservadora ou endoscópica, ou duodenopancreatectomia radical. Os autores apresentam um caso de adenoma da papila de Vater, sendo que esta lesão foi um achado endoscópico incidental em um paciente portador de adenocarcinoma gástrico. A lesão foi tratada por excisão cirúrgica local e papiloesfincteroplastia associada a gastrectomia subtotal alargada para tratamento da lesão gástrica.

Unitermos: neoplasia duodenal; tumor gástrico

Introdução

Os tumores do intestino delgado são entidade extremamente rara, não obstante sua grande área de superfície mucosa e elevado *turnover* celular, sediando apenas 3% a 6% de todos os tumores do trato gastrointestinal [1]. Podem ser benignos ou malignos e originam-se de qualquer célula do intestino delgado. Entre os benignos, os adenomas respondem por 25% dos casos, assim distribuídos: 20% no duodeno, 30% no jejunum e 50% no íleo. No duodeno, 70% localizam-se na terceira e quarta porções, com tamanhos variando de 4 mm a 8,5 cm [1].

O adenoma da papila de Vater (APV), que é considerado uma lesão pré-maligna rara, teve uma taxa de ocorrência de 0,04% a 0,62% em série de autópsias e há apenas cerca de 100 casos reportados na literatura de língua inglesa até 1989 [2]. Acharmos oportuna a publicação deste caso pela sua raridade e pela concomitância com adenocarcinoma gástrico.

Relato do caso

Identificação: L.R.S., 58 anos, sexo masculino, branco, carpinteiro, piauiense.

Queixa principal: dor abdominal.

História da doença atual: há aproximadamente quatro anos vem apresentando pirose e epigastria relacionadas à ingestão de alimentos gordurosos e farináceos, inicialmente em caráter intermitente. Durante esse período fez uso irregular de Cimetidina e antiácidos com alívio temporário da sintomatologia. Nos últimos oito meses apresentou emagrecimento (aproximadamente 8 kg), anorexia e acentuação do quadro anterior. Há cerca de um mês houve piora do quadro doloroso, quando procurou serviço médico local.

Exame físico: estado geral comprometido, fácies atípica, emagrecido, afebril, eufórico, normotenso, acianótico, anictérico, normocorado. Ausculta cardiopulmonar normal. Abdome escavado, sem visceromegalias ou massas palpáveis.

Exames complementares: hemograma, glicemia, uréia, creatinina e provas de função hepática normais. Sumário de urina, radiografia de tórax, ECG e ultrassonografia abdominal normais. A endoscopia digestiva alta revelou uma lesão ulcerada, irregular, de formato bizarro, bordos pouco nítidos, rasa, com fundo irregular, ocupando o antro e infiltrando as suas paredes, não se conseguindo distendê-lo. Presença de lesão vegetante e

¹Acadêmico do 6º ano de Medicina da Fundação Universidade Federal do Piauí; ²Acadêmica do 6º ano de Medicina da Fundação Universidade Federal do Piauí; ³Cirurgião Oncológico do Hospital São Marcos, Membro Associado do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - PI; ⁴Cirurgião Geral do Hospital São Marcos; ⁵Gastroenterologista pela Universidade de São Paulo, Endoscopista pela SOBED, Endoscopista do INAMPS - PI; ⁶Professor Adjunto de Patologia do Departamento de Medicina Especializada da Fundação Universidade Federal do Piauí, Patologista do Hospital São Marcos. Endereço para correspondência: Rua Olavo Bilac, 2300 - Centro - 64001-280 - Teresina - PI

ulcerada na segunda porção do duodeno. O histopatológico das lesões revelou: 1 - adenocarcinoma gástrico moderadamente diferenciado; 2 - adenoma viloso do duodeno com displasia moderada. O paciente foi submetido a gastrectomia subtotal alargada (aproximadamente 80% do órgão) e exérese dos gânglios linfáticos paracárdicos direito e esquerdo, dos gânglios linfáticos da pequena e grande curvatura, os supra e infrapilóricos e os da cadeia da artéria gástrica esquerda com reconstituição do trânsito à Bilroth II e ressecção local do tumor da papila com papiloesfincteroplastia através do coto duodenal.

A descrição anatomopatológica dos espécimes cirúrgicos conclui: 1 - lesão de antro gástrico, ulcerada, com paredes espessadas e rígidas, com 5 cm de extensão - adenocarcinoma gástrico moderadamente diferenciado com invasão da camada muscular e margens de ressecção livres de 8 cm na porção superior e 3,5 cm na porção inferior; 2 - lesão pediculada da papila duodenal, avermelhada, com cerca de 3,0 x 1,5 cm de extensão nos seus maiores diâmetros - adenoma viloso de papila duodenal, limitado à mucosa e com margens de ressecção livres de 4 mm.

O paciente teve uma boa evolução pós-operatória e encontra-se assintomático e sem evidências clínicas de recidiva da doença após oito meses de acompanhamento.

Discussão

O caso ora apresentado é de um paciente de meia-idade com queixas dispépticas de evolução longa, que nos últimos meses apresentou piora, principalmente da dor, acrescidas de sintomas constitucionais, anorexia e perda de peso. Observa-se que não há nem dados da história, do exame físico ou ultrassonográficos que surgiram embaraço de drenagem da via biliar principal, uma manifestação comum do APV, uma vez sintomático, com a dilatação da via biliar comum ocorrendo em até 70% dos pacientes [2].

A história natural do APV não é bem conhecida. Habitualmente é silencioso e, quando sintomáticos, manifestam-se por sintomas hemorrágicos (48%), obstrutivos (37%) e dor (5%). A manifestação hemorrágica comumente se exterioriza como anemia ferropriva [3]. Desse modo, nos parece que as queixas do paciente são justificadas pela lesão gástrica e que o APV foi um achado endoscópico incidental, não contribuindo para a clínica do paciente, sendo portanto uma lesão assintomática.

O potencial maligno desta lesão é reportado em 35-55%, sendo mais comum nos adenomas vilosos e grandes [1]. O APV é uma lesão pré-maligna de manejo controverso. Há consenso de que estas lesões devam ser ressecadas, divergindo as opiniões em relação ao modo de abordagem, alguns recomendando a duodenopan-

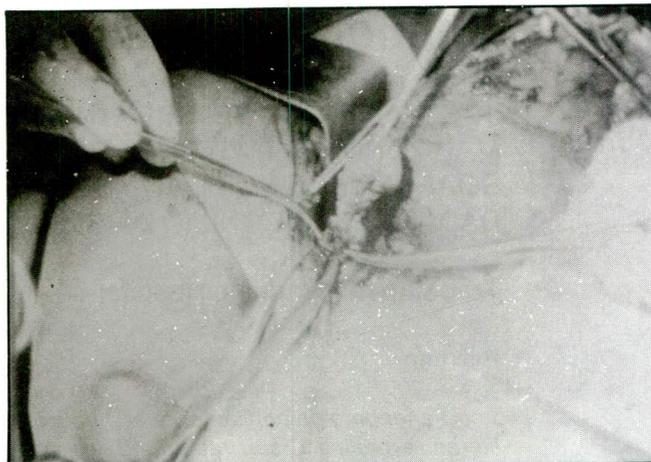


Figura 1 - Imagem transoperatória através do coto duodenal mostrando o APV sob tração, com secção parcial, onde se evidencia a luz do colédoco terminal.

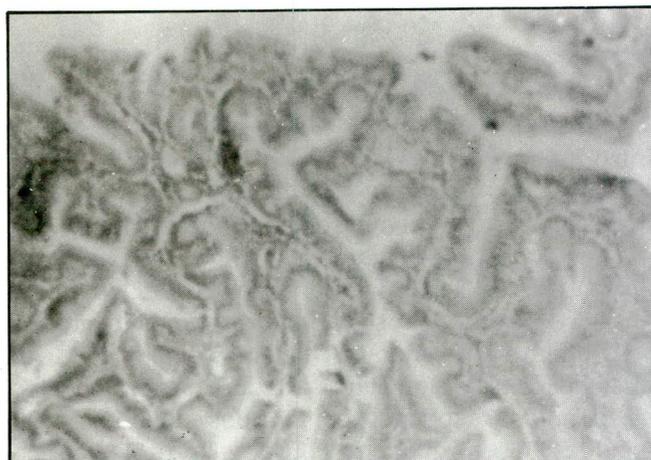


Figura 2 - Microscopia óptica do APV - presença de formações glandulares proliferadas, formada por células epiteliais típicas, com estroma com infiltrado inflamatório crônico.

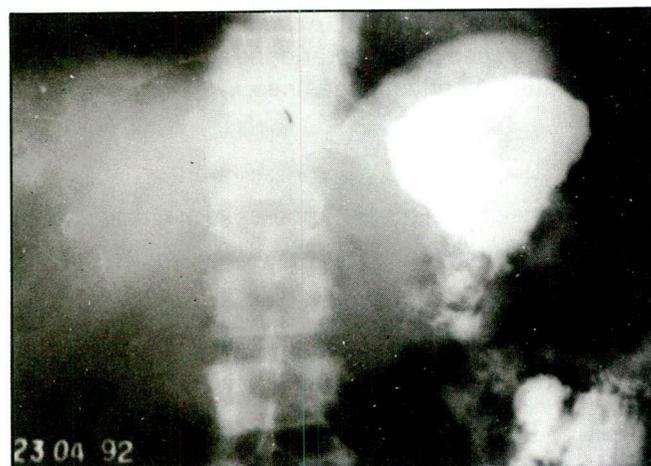


Figura 3 - Seriografia de controle pós-operatória.

createctomia radical apenas para os casos comprovados de displasia severa e adenoma maligno [4-8]; para os outros casos, a ressecção local cirúrgica ou endoscópica seria a mais apropriada [2, 9].

A ressecção cirúrgica local atinge a camada submucosa, sendo, portanto, um tratamento eficaz. A esfincterotomia endoscópica é um método seguro e efetivo de descomprimir a árvore biliar, embora às vezes não possa fazer uma ressecção radical envolvendo a submucosa, necessitando de fulgurações endoscópicas repetidas [2]. A decisão de fazer uma excisão local conservadora cirurgicamente ou por via endoscópica, ou uma duodenopancreatectomia mais radical é baseada na acurácia histológica e na possibilidade de obtenção de uma adequada margem de ressecção [6]. Os pacientes que se submetem à ressecção local devem ser observados periodicamente por duodenoscopia e tomografia computadorizada [2].

Summary

The Vater papilla adenoma is a rare premalign lesion, with a few cases described in the medical literature. Its management is controversial and can be conservative or endoscopic local surgical excision, or radical duodenopancreatectomy. The authors present a case of Vater papilla adenoma, a lesion that was an incidental endoscopic finding in a patient with a gastric adenocarcinoma. The lesion was treated by local

surgical excision and papillasphincteroplasty associated to enlarged subtotal gastrectomy for the treatment of the gastric lesion.

Key words: *duodenal neoplasm; gastric tumor*

Referências bibliográficas

1. TOWNSEND CMJ, THOMPSON JC. Small intestine. In: SCHWARTZ SI, Principles of Surgery. 5 ed. Rochester: McGraw Hill, 1988: 1203-06.
2. SHEMESHE, NASS S, CZERNIAKA. Endoscopic sphincterotomy and endoscopic fulguration in the management of adenoma of the papilla of Vater. *Surg Ginecol Obstet* 1989; 5: 445-448.
3. MAYER RJ. Tumors of the large and small intestine. In: Harrison TR, Principles of Internal Medicine. Rochester: McGraw Hill, 1991: 1289-94.
4. EVANS PR, OLIVER DJ, WATERS SA et al. Villous adenomas of the duodenum and an unusual variant. *Aust N Z J Surg* 1990; 11: 887-892.
5. FAROUK M, NIOTIS M, BRANUM GD et al. Indications for and the technique of local resection of tumors of the papilla of Vater. *Arch Surg* 1991; 5: 650-652.
6. GRAY G, BROWDER W. Villous tumor of the ampulla of Vater: local resection versus pancreatoduodenectomy. *South Med J* 1989; 7: 917-920.
7. HIGASSHIWAMA H, FUKU H, SATO H et al. An early cancer in adenoma of the papilla of Vater. *Gan no Rinsho* 1990; 14: 2480-2480.
8. PONCHON T, BERGER F, CHAVAILLON A et al. Contribution of endoscopy to diagnosis and treatment of tumors of the ampulla of Vater. *Cancer* 1989; 1: 161-167.
9. SHARP KW, BRANDES JL. Local resection of tumors of the ampulla of Vater. *Am Surg* 1990; 4: 214-217.

INCa Educação

Instituto Nacional de Câncer

Rio de Janeiro, ano 3, outubro de 1993

A EDUCAÇÃO COMO TEMA DO PROGRAMA DE CONGRESSOS DE ONCOLOGIA

De 30 de agosto a 03 de setembro de 1993, realizaram-se em Buenos Aires, sob os auspícios da Associação Argentina de Oncologia Clínica, Sociedades de Oncologia da América Latina, Espanha e Portugal, e Comitê de Educação e Pesquisa em Oncologia da América Latina e do Caribe, os "Congresos Oncológicos en Argentina". Incluíram-se o XI Congresso Argentino de Oncologia Clínica, as XI Jornadas Rioplatenses de Oncologia Clínica, o IV Congresso Íbero-Americano de Oncologia e o I Encontro Sobre Educação e Pesquisa em Oncologia da América Latina e do Caribe.

Especial atenção foi dada à educação em Oncologia. As escolas médicas argentinas se fizeram representar por seus Decanos, que, após assistirem à apresentação e discussão em mesa redonda de professores e autoridades representativas de vários países, inclusive o seu, formaram uma outra mesa redonda com o objetivo de discutir-se a implantação e implementação do ensino da Oncologia na República Argentina. Considerações filosóficas sobre o perfil do profissional a ser formado e do professor que deve ensinar, como se deve proceder ao ensino da Oncologia na graduação médica, que conteúdo deve ser incluído e em que profundidade deve ser ensinado, e como proceder-se à educação em Oncologia, nos vários níveis de atuação e nas várias especialidades médicas, foram os principais temas discutidos.

Institucionalmente, o Brasil esteve representado pelo Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, pela Sociedade Brasileira de Cancerologia, pela Fundação Oncocentro de São Paulo e pelo Instituto Nacional de Câncer. Os representantes destas instituições participaram de atividades relacionadas com a educação em Oncologia e com o controle do câncer: No Encontro Latino-Americano de Oncologia, foram apresentados os temas "Integração Docente-Assistencial na Área do Câncer nas Escolas Médicas Brasileiras" e "As Associações Médicas de Oncologia - Sua Ação na América Latina"; na Mesa Redonda "Ensino da Cancerologia na Graduação", o tema "Ensino na Graduação no Brasil"; na Mesa Redonda "Controle do Câncer", o tema "O Controle do Câncer no

Brasil"; e, na Mesa Redonda "Oncologia Íbero-Americana", o tema "Integração Entre o Brasil e Portugal na Área da Oncologia". Em sessões de temas livres, foram apresentados os trabalhos intitulados "O Ensino da Oncologia nas Escolas Médicas Brasileiras: Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço", "O Programa de Educação em Cancerologia nas Escolas Médicas Brasileiras", "O Ensino da Cancerologia nos Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil" e "Integração Interinstitucional, Uma Prática Necessária Para o Controle do Câncer". Já na seção de "posters", foram expostos os trabalhos "Assistência Multiprofissional ao Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica Oncológica", "Prevenção e Controle do Câncer no Brasil - Ações do Pro-Onco" e "Câncer e Meio-Ambiente. Tabaco-Agrotóxicos-Radiação-Dieta".

Já no 8º Congresso Brasileiro de Oncologia Clínica, realizado de 09 a 12 do mês em curso, na Cidade de São Paulo, buscou-se apresentar o tema "Educação em Oncologia" de modo que os participantes se informassem sobre o que tem sido desenvolvido no Brasil, em termos da educação na graduação em Medicina, na graduação em Enfermagem, na qualificação e atualização dos profissionais em serviço e na chamada educação comunitária.

A partir da experiência vivida nesses dois congressos, pode-se inferir que os profissionais especialistas das diversas áreas que compõem a Oncologia devem ser sensibilizados, motivados e qualificados para atuarem na educação, especialmente se se considera que eles, muitas vezes simultaneamente, trabalham em hospitais gerais (educação profissional), são professores do 3º Grau (ensino na graduação) e exercem liderança entre os habitantes da cidade em que vivem e exercem as suas funções (educação comunitária). São eles, portanto, agentes naturais de ações educativas que podem modificar a realidade brasileira, que se vem prolongando década após década, e favorecer a adoção de atitudes que são essenciais para alcançar-se o controle do câncer no Brasil.

No Tratamento do Câncer de Mama.



TAMOXIFENO 10mg FARMITALIA

Uma nova opção para o seu receituário.

INFORMAÇÕES PARA RECEITUÁRIO

COMPOSIÇÃO

Cada comprimido contém: Citrato de tamoxifeno.... 15,2mg (equivalente a 10mg de tamoxifeno). Excipientes q.s. (Amido de Milho, Lactose, Polivinilpirrolidona, Glicolato de Amido e Sódio, Estearato de Magnésio).

INDICAÇÕES

TAMOXIFENO é indicado no tratamento paliativo do câncer avançado da mama.

CONTRA-INDICAÇÕES

Gravidez; hipersensibilidade conhecida ao tamoxifeno.

PRECAUÇÕES

TAMOXIFENO deve ser usado cautelosamente em pacientes

com leucopenia e trombocitopenia preexistentes. Apesar de observações ocasionais de leucopenia e trombocitopenia durante o tratamento com TAMOXIFENO, não há certeza de que tais efeitos sejam devidos à droga. Há relatos eventuais de diminuição transitória da contagem de plaquetas (com taxas de 50.000—100.000/mm³; raramente menos) em pacientes com câncer de mama sob tratamento com TAMOXIFENO. Não foi registrada qualquer tendência à hemorragia, retornando ao normal a taxa de plaquetas, mesmo com a continuação do tratamento.

POSOLOGIA E MODO DE USAR

Iniciar o tratamento com um comprimido duas vezes ao dia. Caso não ocorra resposta satisfatória dentro de um mês, aumentar a dose para dois comprimidos duas vezes ao dia.

APRESENTAÇÃO

Caixas com 30 comprimidos.

FARMITALIA CARLO ERBA

O CONTROLE DA DOR
EXIGE UM NOVO
PERFIL DE ANALGESIA.

DOR

Tramal[®]
cloridrato de tramadol

O NOVO PERFIL
DE ANALGESIA



- Eficaz ação analgésica para o efetivo controle da dor moderada a severa
- Rápido início da ação que se prolonga por até 8 horas
- Baixa incidência de efeitos colaterais
- **Comprovado por ampla experiência clínica:**
 - 14 anos de uso
 - 20 milhões de pacientes tratados
 - Utilizado em quase todos os países do mundo

Receituário
comum em duas vias.



GRÜNENTHAL

Fabricado e comercializado
sob a licença de:
Grünenthal GmbH
Stolberg, Alemanha

FARMITALIA CARLO ERBA
GRUPO ERBAMONT

CITARABINA PRONTA PARA USO

Alexan®



* *Facilidade de manipulação pelo pessoal de enfermagem.*

* *Perfeitamente adequada para mono e poliquimioterapia.*

* *Pode ser administrado por via IV, IM, SC e intratecal.*

MAIS UM PRODUTO COM A TRADIÇÃO E QUALIDADE.

 FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT

A flexibilidade posológica de Farmorubicina dá um novo sentido ao tratamento quimioterápico.

A necessidade de personalizar o tratamento quimioterápico dá preferência ao uso de um agente citostático dotado da necessária flexibilidade posológica, quer isoladamente ou nas combinações quimioterápicas.

A Farmorubicina possui a necessária flexibilidade posológica para que se possa explorar a eficácia de diferentes esquemas de doses.

- A Farmorubicina, como agente isolado no tratamento do câncer de mama avançado, obteve índices de eficácia constantes com doses crescentes de 60 a 90 mg/m², permitindo que todas as pacientes completassem o tratamento, apesar do uso anterior de irradiação ou de outra quimioterapia.⁽¹¹⁾

Farmorubicina como agente único no tratamento do câncer de mama avançado

Tipos de pacientes	Irradiação prévia	100%
	Quimioterapia ou tratamento hormonal anteriores	65%
	Aumento progressivo da dose de 60-90 mg/m ²	100%
	Dose cumulativa de 1000mg/m ²	52%
Resultados	Índice de respostas	38,5%
Tolerabilidade (nº total de cursos)	Leucopenia grau 3	4%
	Náuseas, vômitos grau 3	11%
Cardiotoxicidade (pacientes)	ICC acima de 1000 mg/m ²	4%

A Farmorubicina permite atingir os maiores índices de eficácia

Na terapia de combinação para linfomas não-Hodgkin, o esquema CEOP proporcionou:⁽⁴⁰⁾

- Índice muito elevado de RC
- Ausência de efeitos tóxicos importantes
- Possibilidade de melhorar o índice de RC através de aumentos progressivos na dose de Farmorubicina

Epirubicina 30-60 mg/m ²	RC 55% RP 34%	89%* índice de resposta global
Combinações contendo Epirubicina 75 mg/m ²	RC 77% RP 7,5%	84,5% índice de resposta global

FARMORUBICINA®

As credenciais da Farmorubicina atestam a sua eficácia não apenas como substituto da doxorubicina, mas também como melhor alternativa entre outros agentes, quer isoladamente ou como componente de combinações quimioterápicas.

FARMITALIA CARLO ERBA

Carcinoma unicavitário do endométrio em útero bicornis unicoli. Diagnóstico por amostragem citológica seletiva das cavidades uterinas com o Abradul

RUI LUZZATTO, IOLANDA BATISTA MOREIRA, NEWTON BRÜCKER, LUCIO LUZZATTO, CLAUDIO GALEANO ZETLER

Trabalho realizado no Instituto de Patologia de Porto Alegre.

Resumo

Os autores descrevem um caso de adenocarcinoma do endométrio ocorrendo em uma das cavidades uterinas de uma paciente portadora de útero bicornis unicoli. Este é o primeiro relato na literatura médica de um diagnóstico citológico por amostragem seletiva do endométrio neste tipo de malformação. É enfatizada a importância do exame citológico da mucosa endometrial com o uso do Abradul para o diagnóstico do câncer do endométrio e de suas lesões precursoras.

Unitermos: útero bicornis unicoli; câncer do endométrio; Abradul

O desenvolvimento anormal do útero ocorre em 1% a 2% das mulheres e é relacionado a uma fusão incompleta dos ductos müllerianos durante o período embrionário [1].

As mulheres com malformações uterinas frequentemente apresentam deficiências na função reprodutiva com história de abortos habituais [1]. O diagnóstico destas malformações pode ser obtido com a histerossalpingografia ou com a ultrassonografia pélvica, sendo esta realizada com o uso de transdutor vaginal [2, 3]. Adenocarcinomas em úteros anormalmente desenvolvidos constituem uma ocorrência extremamente rara [4, 5].

Neste trabalho é relatado um caso no qual o diagnóstico deste tipo de patologia foi realizado em esfregaços citológicos do endométrio colhidos com o dispositivo de Abradul (Schering AG-Berlim), sendo revisada a literatura sobre o assunto.

Relato do caso

A paciente de 70 anos apresentou sangramento uterino previamente à consulta ginecológica.

O exame especular revelou vagina única e colo uterino exibindo dois orifícios cervicais externos. A ultrassonografia mostrou um útero bicornis unicoli. A histerometria do cavum direito apresentou 8 cm e do esquerdo 6 cm. Foi realizada a amostragem citológica

seletiva do endométrio com o dispositivo de Abradul. Com o material obtido foram feitos três esfregaços de cada cavidade uterina, corados e processados pelo método de Papanicolaou. O exame dos preparados citológicos da cavidade direita revelou células agrupadas ou isoladas com anisocitose, hipercromatismo nuclear, cromatina granular grosseira e nucléolos proeminentes (Figura 1). As lâminas contendo os esfregaços citológicos da cavidade uterina esquerda mostraram células endometriais típicas, geralmente agrupadas em lençóis celulares, mas sem evidência de alterações neoplásicas (Figura 2). O laudo citopatológico foi relatado como "positivo para células malignas do tipo adenocarcinoma em cavidade direita de útero bicornis unicoli. Esfregaços de cavidade esquerda negativos para células malignas".

Uma histerectomia total com anexectomia bilateral revelou um útero bicornis unicoli com aumento volumétrico do corno uterino direito (Figura 3). O exame histológico confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma diferenciado do endométrio, ao nível do cavum direito (Figura 4).

Cortes histológicos do cavum esquerdo mostraram uma mucosa endometrial atrofica (Figura 5). O pós-operatório não apresentou complicações e a paciente teve alta hospitalar encontrando-se presentemente assintomática e sem evidência de doença residual ou metastática.

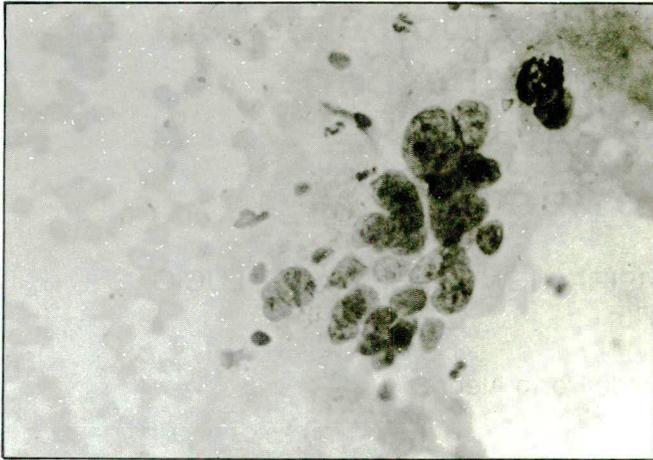


Figura 1 - Células com anisonucleose marcada, nucléolos proeminentes, cromatina granular e uma mitose provenientes da cavidade direita, compatíveis com adenocarcinoma. Papanicolaou 450x.

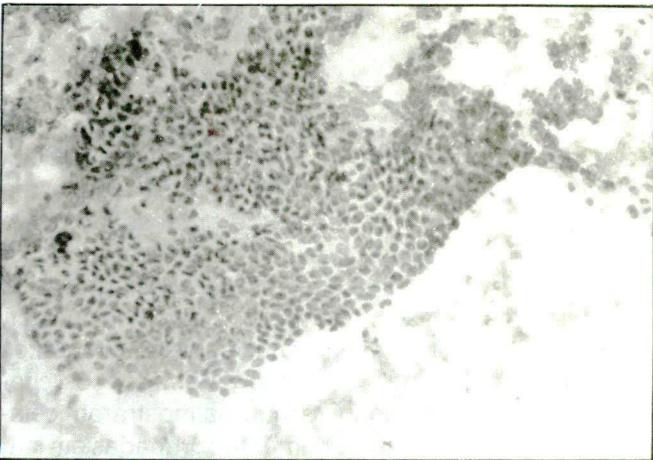


Figura 2 - Lençóis de células endometriais de aspecto normal obtidas na amostragem citológica da cavidade uterina esquerda. Papanicolaou 160x.

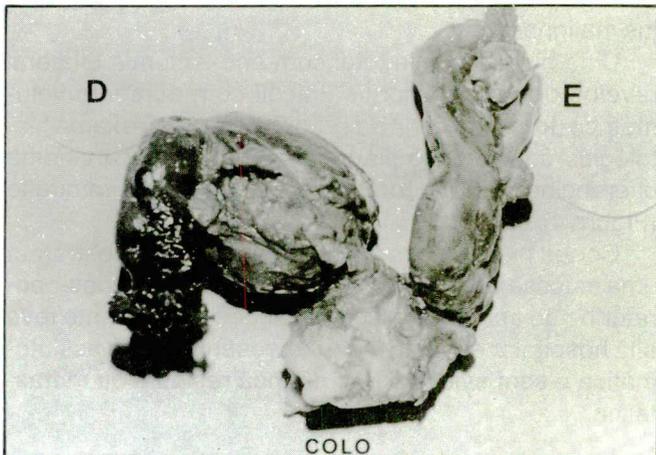


Figura 3 - Espécime de histerectomia exibindo corno uterino direito com aumento de volume em relação ao esquerdo. A porção inferior do espécime mostra o colo uterino único.

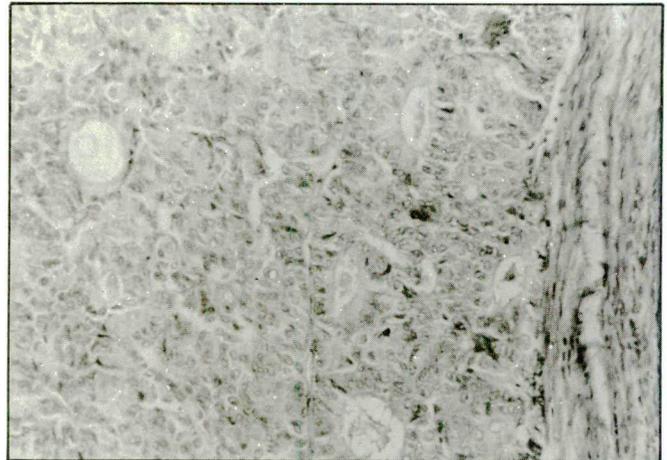


Figura 4 - Elementos glandulares neoplásicos com escasso estroma interveniente e tecido do miométrio representadas por fibras musculares lisas paralelas e nesta foto dispostas verticalmente à direita. H.E. 160x.

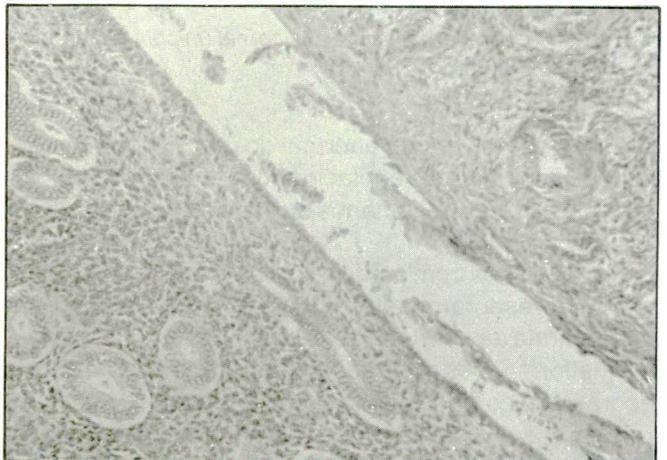


Figura 5 - Endométrio atrófico ao nível da cavidade esquerda do útero bicornis unicoli. H.E. 160x.

Discussão

Em alguns países industrializados, o adenocarcinoma do endométrio se constitui na neoplasia mais freqüente do trato genital feminino. No Brasil, o câncer do colo uterino ainda representa o tumor maligno mais freqüente da genitália feminina.

O carcinoma do endométrio revela características clínicas e epidemiológicas que indicam uma associação importante com o estrógeno [6]. Alguns estudos sugerem a possibilidade da existência de dois tipos desta neoplasia quanto à sua etiopatogenia. Um tipo de carcinoma estrógeno-dependente tende a ocorrer em pacientes mais jovens e perimenopáusicas. O outro, não relacionado à estimulação estrogênica ocorre em pacientes idosas pós-menopáusicas [7].

Entre os fatores de risco encontrados com maior freqüência, clinicamente, estão a hipertensão, obesidade

e o diabetes *mellitus*. A associação de adenocarcinoma com áreas de hiperplasia endometrial geralmente apresenta um prognóstico favorável, enquanto que os tumores endometriais presentes lado a lado com áreas de mucosa uterina atrófica indicam uma evolução mais agressiva [8, 9, 10]. No caso aqui estudado, a cavidade uterina direita exibiu uma substituição completa da mucosa pela lesão neoplásica, enquanto a cavidade esquerda mostrou um endométrio atrófico. O comprometimento de apenas uma das cavidades uterinas em útero bicornis é relatado por Herzog e cols. [11]. A presença destes quadros distintos numa mesma paciente demonstra que os fatores oncogênicos determinantes da transformação neoplásica encontraram na mucosa das duas cavidades ambientes distintos para sua ação. Do ponto de vista etiopatogênico, este caso e o previamente relatado sugerem que a sensibilidade da mucosa endometrial aos promotores das alterações malignas varia em diferentes áreas da mesma.

A ação destes promotores pode estar condicionada a receptores específicos presentes em algumas células e ausentes ou reduzidos em outras.

Deve ser ressaltada também a importância do exame citológico da cavidade uterina para o diagnóstico do câncer do endométrio. No caso aqui relatado, a amostragem citológica seletiva permitiu concluir que apenas uma das cavidades exibiu alterações neoplásicas. Johnson e cols. [12] relatam a amostragem seletiva de vilosidades coriais em um útero bicornis bicolí por via transabdominal, entretanto este procedimento depende da monitorização ultrassonográfica.

O uso do dispositivo Abradul é simples, não demanda anestesia ou controle ecográfico e é realizado em ambientes extra-hospitalares como consultórios médicos, clínicas ou ambulatórios. A sua utilização como rotina na citologia endometrial peri e pós-menopáusia possibilita o diagnóstico de lesões do endométrio, quando estas ainda são assintomáticas. Isso permite uma terapêutica menos agressiva, com redução da morbidade e mortalidade para as pacientes.

Summary

The authors report a case of unicavitary endometrial adenocarcinoma occurring in a patient with uterus bicornis unicolí. This is the first report in the literature of a cytologic diagnosis of endometrial cancer in this type of malformation. It is emphasized the importance of the cytological screening of the endometrial mucosa for the diagnosis of endometrial adenocarcinoma and its precursors.

Key words: *uterus bicornis unicolí; endometrial cancer; abradul*

Referências bibliográficas

1. NICHOLAS SP. Outcome of pregnancy in women with uterine malformation. *Int Gynecol Obstet* 1991; 35(3): 215-9.
2. FUNCKA, FENDEL H. Ultrasonic diagnosis of congenital uterine abnormality. *Z Geburtshilfe Perinatol* 1988; 192(2): 77-82.
3. CHERVENIASHKI S, NOLBANSKI BA, NOLLANSKI B. The characteristics of the X-Ray image of the uterus bicornis. *Akush Ginekol Sofiia* 1990; 29(3): 45-47.
4. TSUKAHARA Y, FUKAMATSU Y, TOMITA K, SHIOZAWA T, IINUMA H, FUKUTA T. Endometrial carcinoma arising from a double uterus. *Gynecol Obstet Invest* 1990; 29(4): 311-312.
5. THOMAS AG, DELIGDISCH L, GOLDSTEIN M. Endometrial carcinoma within uterus didelphys. *MT Sinai J Med* 1988; 55(5): 411-413.
6. NIMA K, YOKOYMA Y, FURUI T. Changes of silver stained nucleolar organizer regions in mouse endometrial carcinogenesis induced by N-methyl-N-nitrosourea and 17 beta-oestradiol. *Virchows Arch A. Pathol Anat Histopathol* 1992; 421(5): 387-91.
7. BOKHMAN JV. Two pathogenetic types of endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1983; 15: 10-14.
8. Smith M, McCARTNEY AJ. Ocult, high-risk endometrial cancer. *Gynecol Oncol*, 1985; 22: 154-157.
9. BECKNER ME, MORI T, SILVERBERG SG. Endometrial carcinoma: Nontumor factor in prognosis. *Int J Gynecol Pathol* 1985; 4: 131-139.
10. GRAY LA, CHRISTOPHERSON WM, HOOVER RN. Estrogens and endometrial carcinoma. *Obstet Gynecol* 1977; 49: 385-391.
11. HERZOG TJ, FRY R, HUSSEINZADEH N. Adenocarcinoma in a single horn of a bicornuate uterus. A case report. *J Reprod Med* 1991; 36(8): 619-621.
12. JOHNSON JM, ELIAS S, SIMPSON JL, EMERSON D, THARAPAL A. Transabdominal chorionic vilus sampling in a patient with a bicornuate uterus. *Am J Perinatol* 1989; 6(3): 292-295.

Realização

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE
AO CÂNCER EM GOIÁS
Sistema de Prevenção
Instituto de Ensino e Pesquisa



1º CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER

13 a 16 de abril de 1994
Castro's Park Hotel, Papillon Hotel e Plaza Inn Suitotel
Goiânia - GO

INFORMAÇÕES

Rua 26, 157 — Ed. Rio Madeira — 2º andar
Fone: (062) 224-4543 — Fax: (062) 224-4745
74075-090 — Goiânia — GO

Um sistema de informação em câncer - Registro Nacional de Patologia Tumoral - RNPT

ALEXANDRE FERREIRA DE SOUSA¹

Introdução

Duzentos mil novos casos de câncer no Brasil, sendo 50% fatais, é a projeção para este ano da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica.

Com o aumento da expectativa de vida, a industrialização, a urbanização e as mudanças de hábitos de vida vêm contribuindo no Brasil para um aumento do risco de desenvolvimento de câncer, segundo os dados epidemiológicos disponíveis. O crescente número de casos diagnosticados a cada ano no Brasil, faz com que o câncer se apresente como um problema de saúde pública, e cabe ao Ministério da Saúde desenvolver ações de controle da doença.

Nesse sentido, a informação em câncer é uma atividade chave. Os dados estatísticos revelam a extensão real do problema e contribuem com subsídios para o planejamento das ações de prevenção e combate à doença.

Na opinião de Edmur Flávio Pastorello, ex-diretor da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas e ex-superintendente da Campanha Nacional de Combate ao Câncer do Ministério da Saúde, a tarefa de combater a doença como um problema de saúde pública exige, de início, o conhecimento do câncer com suas variações nas diferentes regiões de um país e do mundo. "Sem esse trabalho básico de investigação epidemiológica (epidemiologia descritiva), nada se pode fazer conscientemente." A instituição de um sistema de informação estatística representa um dos elementos fundamentais para a realização de programas eficientes no controle das doenças segundo os oncologistas.

Estrutura do sistema

A necessidade urgente de estabelecer um sistema nacional de informação em câncer, na tentativa de delinear o quadro epidemiológico da patologia tumoral no Brasil fez com que o Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, criasse em 1975 um programa que lançou as bases do Registro Nacional de Patologia Tumoral - RNPT. Várias

ações de trabalho começaram a ser desenvolvidas para a realização do Programa do Registro Nacional de Patologia Tumoral (RNPT), hoje ligado à Coordenação de Programas de Controle de Câncer/Pro-Onco, do Instituto Nacional de Câncer/INCa no Ministério da Saúde.

Um trabalho cuidadoso e abrangente desenvolvido em todo o território nacional, com treinamento de pessoal médico e paramédico sobre a metodologia a ser utilizada na coleta e notificação dos dados do RNPT, fez com que este constituísse uma importante fonte de informação sobre frequência relativa de tumores malignos na população brasileira.

Um sistema de informações não pode ser improvisado e, por isso, o RNPT vem sendo aperfeiçoado na sua sistemática de coleta de dados, processamento e difusão das informações recebidas. Desde 1990, um banco de dados está proporcionando maior flexibilidade e agilidade no manuseio das informações. Trata-se de uma fonte de subsídios importantes para médicos e demais profissionais interessados na área de câncer.

O programa de estruturação do sistema de informação em câncer apresentou como primeiro resultado a publicação intitulada *Registro Nacional de Tumores*, lançada pelo Ministério da Saúde em 1978, de autoria de Humberto Torloni e Rodolfo Brumini. Nela colaboraram 109 laboratórios de anatomia patológica de todo o país, fonte dos 43.625 diagnósticos histopatológicos de câncer, informados no ano de 1975.

Posteriormente, em 1982, o mesmo programa do Ministério da Saúde publicou o livro *Câncer no Brasil - 1976-1980*, com editoria de Rodolfo Brumini e a colaboração de 279 dos 306 laboratórios cadastrados, que enviaram ao RNPT o total de 369.767 diagnósticos histopatológicos de câncer. A divulgação desses casos teve grande repercussão nacional e internacional, e a publicação passou a ter ampla utilização pelos setores científicos e de gerenciamento como fonte de informação estatística em oncologia. Desde a sua publicação, os dados do RNPT têm sido freqüentemente citado e servido como diretrizes de outros estudos epidemiológicos de natureza mais específica, com o objetivo de obter indicadores mais fiéis da situação do câncer no Brasil.

¹Registro Nacional de Patologia Tumoral. Endereço para correspondência: Pro-Onco/INCa/MS - Av. Venezuela, 134 - bloco A - 9º andar, 20081-310 - Rio de Janeiro - RJ

Após a publicação dos dados relativos ao quinquênio 1976-80, o RNPT passou por uma fase de desativação, provocando uma descontinuidade do registro de câncer no Brasil.

Em 1986, a Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, sob a direção de Geniberto Paiva Campos, decidiu manter o RNPT como um setor estável do Ministério da Saúde, iniciando-se então o processo de reestruturação do programa, tendo à frente o médico patologista Roberto Alfonso Arcuri. Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde e o da Previdência e Assistência Social, através da Campanha Nacional de Combate ao Câncer - CNCC e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, respectivamente, desenvolviam, a partir de um protocolo de cooperação e mútua colaboração, o Programa de Oncologia - Pro-Onco, com o objetivo de sistematizar as ações nacionais de controle de câncer. Desse modo, o RNPT passou a integrar o Pro-Onco, tornando-se hoje um dos serviços da Divisão de Informação em Câncer.

Em 1987, a coordenadoria do RNPT promoveu a atualização e publicação do *Catálogo de Participante* mediante cadastramento dos laboratórios de anatomia patológica. Em seguida foi feito o levantamento dos diagnósticos de câncer de 1981 a 1985. O levantamento foi concluído em 1989 e publicado em 1991. Para realizar o levantamento, através da coleta das fichas de notificação de câncer em todo o país, o Ministério da Saúde treinou e mobilizou pessoal habilitado. Este terceiro livro, intitulado *Registro Nacional de Patologia Tumoral - Diagnósticos de Câncer - Brasil, 1981-85* contém a descrição e análise de 564.673 diagnósticos histopatológicos, hematocitológicos e citopatológicos de câncer, levantados por 442 laboratórios de patologia em todo o país.

Após esta publicação, foi feita uma reavaliação da metodologia de trabalho desenvolvida no RNPT, e foi decidido que os dados coletados e analisados não seriam mais quinquenais, e sim anuais devido à maior facilidade de se trabalhar com um período de tempo menor e de poder agilizar a coleta e divulgação destes dados. Com essa nova proposta de se criar um banco de dados, ficou decidido que as informações coletadas seriam a partir do ano de 1990. Porém, alguns laboratórios já haviam enviado os dados referentes aos anos de 1986 a 1989. Com relação a esses dados, decidiu-se que eles seriam processados e enviados aos laboratórios de origem, em forma de relatórios estatísticos consolidados, fato este já ocorrido, e que mais tarde seriam feitas publicações (informes) com esses dados.

Por outro lado, o RNPT já está realizando a coleta de dados a partir de 1991 e 1992.

Principais atividades do RNPT

Além de fornecer informações sobre a natureza e extensão do câncer no Brasil e fundamentar-se no re-

conhecimento de que um registro de câncer é um dos elementos fundamentais na definição de diretrizes e normas para o desenvolvimento de programas eficientes de prevenção e controle de câncer, o RNPT desenvolve outras atividades importantes, como:

Divulgação da CID-O - Ampla divulgação da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O), que é uma classificação tanto pela sua representatividade quanto pela sua abrangência visando a uniformização da nomenclatura dos diagnósticos de câncer.

Informes científicos - Divulgação dos dados coletados através da produção e distribuição de informes que enfocam estudos científicos de patologias específicas.

Autocontrole - Autocontrole no estabelecimento, com base nos dados coletados, de estudos de autocontrole de qualidade nos laboratórios cadastrados que manifestam interesse nesse sentido.

Consultoria - Oferta de um sistema de consultoria em diagnósticos, disponível em caráter permanente para todo o território nacional.

Controle de qualidade - Uma aplicação importante do programa do RNPT é o de possibilitar controle de qualidade em anatomia patológica. Mediante a informação no registro de histopatologia, é possível estabelecer padrões diagnósticos baseados no cruzamento de determinadas patologias com fatores tais como idade, localização anatômica e sexo. Esses padrões existentes para determinado laboratório podem ser comparados com padrões estabelecidos para outros laboratórios, regiões ou para todo o país. As diferenças que existem entre padrões para um dado laboratório e a sua região podem ser usadas não só para avaliar discrepâncias nos diagnósticos, mas também quantificar a precisão e a concordância entre diferentes laboratórios. Isto estabelece uma base para o controle de qualidade.

Pesquisa em câncer - O programa do RNPT pode ser usado para identificar uma grande quantidade e variedade de casos selecionados, que não poderiam ser obtidos numa só instituição, para estudo histológico, citológico e hematológico.

Educação - O programa pode identificar laboratórios com grandes coleções de casos interessantes e raros, que podem ser utilizados para material de ensino ou para revisão. Estes casos podem também ser revisados para apurar a precisão diagnóstica ou para detectar possíveis fatores causais, tais como carcinógenos ambientais ou virais. Este material histológico poderá ser utilizado por instituições de ensino, em nível nacional ou internacional. Laboratórios que oferecem uma grande variedade de material e experiência, unidos a altos padrões diagnósticos, podem ser identificados como centros de referência para treinamento e pós-graduação.

Desenvolvimento de atividades diagnósticas - Os patologistas ou laboratórios podem utilizar a informação do programa do RNPT também para justificar o de-

envolvimento de facilidades diagnósticas na pesquisa voltada para a solução de problemas específicos.

Participação constante - O RNPT é o resultado de um trabalho coletivo que depende da iniciativa e colaboração de patologistas, citopatologistas e hematologistas, tanto para suprir o banco de dados como para apresentar sugestões sobre sua utilização e sobre os métodos adotados pelo RNPT.

Quanto maior o número de laboratórios participantes do programa, maior será o número de diagnósticos de câncer notificados e mais próximo da nossa realidade estará o RNPT. É importante ressaltar que as informações de cada laboratório são sigilosas e individuais, não sendo permitido o acesso a elas por pessoas não autorizadas.

Os dados do RNPT representam a freqüência relativa dos diversos tumores malignos e são indicadores úteis da situação do câncer no país, mas não servem de base para cálculo de taxas de incidência de câncer.

Metodologia do banco de dados - RNPT

Para obter uma eficiente coleta de dados, o RNPT cadastra, independente do seu caráter público ou privado, todos os laboratórios de anatomia patológica, citopatologia e serviços de diagnósticos hematológicos existentes no país e interessados em participar do registro. Neste cadastramento, cada laboratório recebe seu código de inscrição, o que corresponde a região, estado e número de participante.

Cumpridas as etapas de cadastramento, é enviado ao laboratório material necessário para a notificação dos diagnósticos realizados por ele. Este material consiste das fichas de notificação de diagnósticos de câncer, com o nome e código do laboratório impressos, em número suficiente, previsto pelo próprio laboratório, para a coleta de dados produzidos no período de um ano. O laboratório também recebe um exemplar da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia - CID-O, que deve ser utilizado para codificar todos os casos em suas topografias e morfologias.

Devem ser notificados todos os casos de tumor maligno primário e as displasias de colo uterino. Os diagnósticos dados a partir de metástases somente são enviados quando constituem a única informação sobre o caso existente no laboratório e não for possível identificar a localização do tumor primário.

Os casos de revisão de lâmina feita no laboratório não serão coletados, pois estes casos já possuem um diagnóstico feito em outro laboratório e evitam, assim, a duplicidade de casos.

Os métodos de diagnósticos aceitos são histopatológicos (biópsias, peça cirúrgica ou necrópsia), citopatológico ou hematológico.

Os diagnósticos citopatológicos e hematopatológicos são incorporados ao registro com o objetivo de aumen-

tar a cobertura de diagnósticos de câncer realizados, devido à sua aceitação e ao reconhecimento de que eles já apresentam precisão e acuidade suficientes para o estabelecimento do diagnóstico definitivo de câncer, principalmente a partir do material colhido de medula óssea, pulmão, próstata, mama e estômago. Os diagnósticos citopatológicos de câncer de colo de útero não são coletados porque não representam, na maioria dos casos, o diagnóstico definitivo, e porque existe a rotina estabelecida de se confirmarem os resultados citopatológicos de câncer de colo de útero com o exame histopatológico. Evita-se, assim, a duplicação de casos relativos a esta localização primária de câncer.

Para cada diagnóstico de tumor maligno primário é necessário o preenchimento de uma ficha de notificação. Na ocorrência de diagnósticos de tumores malignos primários múltiplos, em um mesmo paciente, com topografias e morfologias diferentes, preenche-se uma ficha de notificação para cada diagnóstico.

O preenchimento das fichas de notificação é feito à proporção que são dados os diagnósticos ou no início do ano subsequente. O envio das fichas de notificação é feito no decorrer do primeiro semestre do ano seguinte aos dos diagnósticos realizados.

O patologista responsável pelo laboratório indica uma pessoa capacitada para selecionar os casos e transcrevê-los para as fichas de notificação. As fichas de notificação de diagnósticos de câncer são posteriormente enviadas ao RNPT.

No RNPT, antes de serem processadas, as fichas são submetidas a um rigoroso controle individual, para a avaliação do preenchimento dos campos. Em caso de preenchimento incorreto ou incompatibilidade de diagnósticos que não possa ser solucionado pelo patologista do RNPT, são mandadas cópias destas fichas aos laboratórios de origem para a complementação ou correção dos dados. Quando os campos de CID-O são recebidos em branco, as fichas são codificadas pela equipe do registro. Após este controle, as fichas são digitadas.

O programa de computação do RNPT contém um módulo de críticas dos dados digitados que impede a ocorrência de erros de topografia que não são compatíveis com uma determinada morfologia, sexo ou idade, visando melhorar a qualidade dos dados enviados e digitados.

Após as digitações das fichas de um determinado laboratório, é tirada uma listagem, impressa em ordem alfabética, e descartados os casos duplos. Consideram-se casos duplos aqueles relativos ao mesmo paciente, conferidos através do nome do mesmo e que apresentam o mesmo diagnóstico de tumor primário e mesmo tipo histológico. Um paciente com dois ou mais diagnósticos diferentes de tumor primário será considerado como dois ou mais casos, mantendo-se portanto as fichas correspondentes. Após a digitação de todas as fichas, são elaborados os relatórios consolidados que são en-

viados aos laboratórios de origem. Relatórios, tabelas e gráficos estão disponíveis a qualquer hora para consulta dos patologistas ou de qualquer profissional interessado. Dentro da proporção atual do RNPT, estão planejadas publicações periódicas.

Patologistas, o RNPT nada mais é do que a divulgação do seu trabalho no combate ao câncer. Sem sua participação não poderemos manter esta fonte importante de informação, que é o Registro Nacional de Patologia Tumoral.

Referências bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. INCa/Pro-Onco. Registro Nacional de Patologia Tumoral - Diagnósticos de Câncer - 1981/85. Rio de Janeiro. Imprensa Naval, 1992; 325: 11.
2. O Problema do câncer no Brasil. Ministério da Saúde. 1ª edição. Rio de Janeiro. Imprensa Naval 1992; 43: 11.
3. BRUMINI R. (ed.) Cancer no Brasil: Dados histopatológicos - Cancer in Brazil: Histopatologic data 1976-80. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, Campanha Nacional de Combate ao Câncer, 1982: 480.

Tumores metastáticos de ovário

ERNESTO DE PAULA GUEDES NETO¹, GILBERTO DE NAPOLI¹, PATRÍCIA MONTEGIA², JAQUELINE S. REBHahn², PAULO OTT FONTES³

Introdução

Os tumores secundários do ovário têm uma incidência extremamente variada segundo a literatura, de acordo com o tipo de estudo realizado, baseado em peças cirúrgicas ou em autópsias. Eles representam de 6% a 27,8% dos tumores malignos do ovário [6]. Entretanto, a sua importância está no diagnóstico diferencial entre tumor primário e metastático, pois é fundamental o diagnóstico correto para o planejamento da terapia proposta.

O trato gastrointestinal (TGI) e a mama são os sítios de tumores primários mais freqüentes com metástases ovarianas. Separadamente, a mama é responsável por 31% dos casos [6].

Os tumores do TGI com metástase para o ovário são muitas vezes confundidos com tumores de Krukenberg. Este epônimo presente na literatura há mais de um século, ainda hoje produz dúvidas sobre o seu comportamento.

O presente estudo se propõe apresentar os resultados e a revisão de 35 casos de tumores secundários de ovário.

Material e Métodos

De 1982 a 1992, 41 casos de metástases em ovário foram registrados no Departamento de Patologia da Fundação Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA). Foram excluídos seis casos, por dados incompletos nos prontuários médicos.

Todas as lâminas e prontuários dos casos selecionados foram revisados, e somente as lesões confirmadas como metástases verdadeiras foram incluídas no presente estudo. Seis casos de metástases por carcinoma de mama, achados acidentalmente durante a ooforectomia terapêutica, foram incluídos no estudo, mesmo quando as pacientes não apresentavam lesões clinicamente aparentes.

Resultados

Dos 35 casos estudados, observou-se a seguinte freqüência para os sítios primários: mama, 11 casos (31%); TGI, 11 casos (31%); trato genital feminino (TGF), 8 casos (23%) e 5 casos (15%), outros tumores (Tabela 1).

Tabela 1 - Metástases ovarianas registradas no Departamento de Patologia da FFFCMPA (1982-1992).

Sítio primário	N	%
Mama	11	31%
Trato gastrointestinal	11	31%
Trato genital feminino	8	23%
Outros	5	15%
Tireóide (1)		
Rim (1)		
Melanoma (1)		
Indefinidos (2)		
Total	35	100%

A idade média das pacientes com metástases em ovário foi de 47,3 anos, com uma variação de 32 anos (Krukenberg) a 74 anos.

Dos 11 casos de neoplasias de mama com metástases em ovários, seis casos (55%) foram diagnosticados por ooforectomias terapêuticas, quatro (36%) devidos às manifestações clínicas das metástases e um caso (9%) submetido a ooforectomia unilateral devido a massa sólida ovariana. Neste caso, o diagnóstico do tumor primário ocorreu após o diagnóstico da metástase.

Todas as 11 pacientes eram pré-menopáusicas, com idade média de 42,8 anos.

Em 55% dos casos, as metástases das neoplasias de mama foram unilaterais.

O procedimento mais comum para as metástases de carcinoma de mama em ovário foi a ooforectomia bila-

¹Pós-Graduandos do Curso de Pós-Graduação da FFFCMPA-ISCMPA; ²Doutorandas do Departamento de Cirurgia da ISCMPA; ³Professor do Curso de Pós-Graduação da FFFCMPA-ISCMPA. Endereço para correspondência: Dr. Ernesto de Paula Guedes Neto - Rua Luciana de Abreu, 323, conj. 501 - Porto Alegre - RS - CEP 90570-060.

teral (82%), seguido da ooforectomia unilateral, um (4%) e pan-histerectomia, um (4%).

O estômago foi o segundo sítio mais comum de tumor primário: oito casos (23%). É o principal órgão do TGI a metastatizar para o ovário (73%), seguido pelo cólon em 27% dos casos (Tabela 2). Sete casos foram identificados como tumores de Krukenberg e todos apresentavam metástases bilaterais.

Tabela 2 - Metástases ovarianas de origem no TGI.

Sítio primário	N	%
Estômago	8	73
Cólon	3	27
Total	11	100

Os sinais e sintomas mais freqüentes das metástases encontradas nos casos de tumores primários do TGI foram: massa palpável, 64%, e anemia em 45% dos casos.

O TGF foi responsável por oito (23%) metástases ovarianas. O endométrio foi o sítio mais freqüente dentre os tumores de origem genital: seis (75%), seguido da cérvix (dois - 25%). Em todos os casos de tumores de endométrio, o diagnóstico das metástases se fez simultâneo ao tratamento da neoplasia primária. A pan-histerectomia com ooforectomia bilateral (PHOB) foi o tratamento cirúrgico dos seis casos de carcinoma de endométrio. Nos dois casos de neoplasias de colo uterino, o tipo histológico foi carcinoma epidermóide e do endométrio adenocarcinoma.

Somente duas pacientes deste grupo estavam na pré-menopausa, as demais seis (75%) eram pós-menopáusicas.

Os outros tumores primários com metástases para ovário foram: tireóide, rim e melanoma. E dois casos de tumores de origem desconhecida.

O tipo de carcinoma mais comum foi o adenocarcinoma: 28 (80%) (Tabela 3).

Em 22 casos, o grau histológico foi identificado. Os tumores pouco diferenciados foram os que mais apresentaram metástases: 12 (54%), seguidos dos moderadamente diferenciados, cinco (23%) e bem diferenciados, cinco (23%).

Discussão

O diagnóstico diferencial entre tumor metastático e primário é um desafio para os mais experientes cirurgiões e patologistas. Na grande parcela dos casos, as lesões metastáticas são fenômenos secundários da doença disseminada, entretanto existem situações em que as metástases podem ser confundidas com os tu-

Tabela 3 - Tipos de tumores com metástases ovarianas.

Tipo histológico	N	%
Adenocarcinoma	28	80
Mama	9	
Endométrio	6	
TGI	12	
Rim	1	
Epidermóide	2	5,7
Colo uterino	2	
Melanoma	1	2,9
Anaplásico	3	8,5
Tireóide	1	
Mama	2	
Indefinido	1	2,9
Total	35	100

moreis primários de ovário [1]. Esta é uma situação incomum, que pode ocorrer quando a metástase se manifesta clinicamente, precedendo a própria neoplasia primária. Na literatura encontramos relatos de tumores primários de mama, TGI precedidos pelas suas metástases ovarianas [2, 3].

O famoso epônimo tumor de Krukenberg é um exemplo deste problema, desde a sua primeira descrição, em 1896, a partir de cinco casos que a princípio acreditava-se originários do ovário e foram denominadas *fibrosarcoma ovarii muco-cellulares carcinomatoides*. Em 1902, Schlangenhauer reconheceu esta neoplasia como metástases epiteliais e não tumores primários. Entretanto, o epônimo permanece presente na literatura e define os tumores metastáticos do ovário, cujo sítio da neoplasia primária é o TGI. E com características bastante peculiares, tais como: a bilateralidade em 60 a 80% dos casos e a característica histológica marcante com a presença de células em anel de sinete, produtoras de muco distribuídas em um estroma hiperplásico [3].

A freqüência dos tumores metastáticos de ovário corresponde a 6% dos tumores metastáticos [2]. O TGI, as mamas e o TGF são os sítios primários mais comuns das neoplasias, na seguinte freqüência, segundo a literatura: 47%, 31% e 18%, respectivamente [4].

Estes valores se modificam conforme o estudo analisado. Maurice Webb [4] em trabalho publicado na *Obstetrics and Gynecology* de 1974 referiu que Sicard, em estudo realizado, encontrou 28,4% de metástases em ovários de casos tratados de carcinoma de mama. Este índice, segundo Fox [2], em trabalho baseado em autópsias, pode chegar a 37%, sendo que em 60% os ovários apresentavam aspecto macroscópico normal. Em um outro estudo baseado em pacientes submetidas a ooforectomia terapêutica por carcinoma de mama, Mazur [1] identificou a presença de micrometástases em 43 dos 46 casos de carcinoma de mama com metástas-

ses para ovário. A bilateralidade pode ocorrer em 70% destes casos [5].

No estudo realizado identificou-se 11 casos de metástases ovarianas por neoplasia primária de mama, correspondendo a 31% dos casos estudados. Se compararmos à literatura em geral, os índices encontrados estão muito próximos.

O TGI é o principal sítio das neoplasias primárias com metástases no ovário. Os tumores de cólon e estômago são os mais freqüentes: 29% e 8% respectivamente [1]. Num estudo realizado por Mazur [1] em 10 casos não foram identificados os sítios primários, sendo que em seis pacientes identificaram carcinomatose peritoneal e células em anel de sinete. Isto levou Mazur a acreditar que o TGI seria o provável sítio primário. As metástases do TGI foram as que mais se assemelharam ao tumor primário de ovário: 49% [3]. Algumas metástases também podem se manifestar como os tumores carcinóides, produzindo alterações hormonais. Este fenômeno ocorre principalmente nas metástases ovarianas de tumores gástricos e colônicos [2].

No presente estudo observou-se que 31% das metástases em ovário possuíam como sítio primário os tumores do TGI. Dentre as neoplasias do TGI, o estômago foi responsável por 72% dos casos e o cólon por 27%. Os dados obtidos não se aproximam dos relatados na literatura, porém devemos considerar a necessidade de um estudo mais aprofundado para comparar os resultados.

O TGF é responsável por 18% dos casos de tumores metastáticos de ovário [1]. O corpo uterino e a cérvix, incluindo o endométrio, ocorrem em 60% dos casos dos tumores com metástases em ovário de origem genital [1, 5].

No estudo realizado, o TGF foi responsável por 21% das metástases de ovário. O índice observado aproxima-se dos relatados na literatura. O endométrio foi o sítio primário em 75% e a cérvix em dois casos.

A idade média das pacientes com tumores secundários de ovário varia segundo a literatura entre a quarta e a quinta década de vida, o que corresponde à idade média das pacientes do presente estudo 47,3 anos [6].

O tipo histológico mais comum dentre as metástases no ovário é o adenocarcinoma (91,9%), seguido do epidermóide 2,5% e os demais tipos (5,6%). Nestes incluem-se os sarcomas, melanomas e outros [1, 4, 7, 8].

Observamos a seguinte freqüência para os tipos histológicos: adenocarcinoma (80%), epidermóide (5,7%), melanoma (2,9%), anaplásico (8,5%) e indefinidos (2,9%).

Os tumores pouco diferenciados foram os que mais metastatizaram para o ovário: 54%.

A disseminação metastática da maioria dos tumores gastrointestinais e genitais provavelmente se faz através da extensão direta da doença. Porém, os tumores

mamários provavelmente utilizam as vias linfáticas e hemáticas para depositar seus embôlos metastáticos no fértil parênquima ovariano. Em certos casos torna-se difícil comprovar a disseminação intraperitoneal dos tumores do TGI para o ovário, pois podemos encontrar na literatura relatos de tumores gástricos sem envolvimento da serosa com depósitos secundários no ovário, inclusive a presença de tumores metastáticos ovarianos sem a identificação do sítio primário [4].

O intervalo de tempo entre o diagnóstico do tumor primário de mama e a metástase de ovário varia conforme o motivo pelo qual o ovário foi examinado, isto é: quando na terapia do carcinoma de mama inclui-se a ooforectomia bilateral terapêutica, cerca de 1/3 das metástases serão encontradas no intervalo de um ano; quando a proposta terapêutica prevê a ooforectomia somente nos casos clinicamente comprovados, este índice diminui para 10%. Em 60% das pacientes, as metástases se tornarão evidentes no intervalo de um à oito anos e nas 30% restantes após os nove anos do diagnóstico do tumor primário [6, 7].

Em contraste, o diagnóstico de metástases no ovário de tumores primitivos do TGI e TGF em geral é precoce. O próprio procedimento cirúrgico para o tratamento da neoplasia primária exige a inspeção dos ovários durante o intervento. Desta forma, o diagnóstico das metástases dos tumores do TGI e TGF ocorre simultaneamente ao tumor primário em 60% e 83% dos casos, respectivamente [2].

No estudo observamos que 55% das metástases das neoplasias de mama foram diagnosticadas por ooforectomia terapêutica. Em 45% dos casos as ooforectomias foram realizadas por manifestações clínicas das metástases. Nos tumores do TGF, a pan-histerectomia com ooforectomia bilateral foi o procedimento cirúrgico de eleição. O diagnóstico simultâneo da metástase e o tumor primário ocorreu em 85% dos casos. Nos tumores do TGI e nas metástases, o diagnóstico foi simultâneo em 18% dos casos. As metástases do TGI foram diagnosticadas antes da neoplasia primária em 36% dos casos. Se compararmos os índices observados pelo presente estudo à literatura, podemos afirmar que se encontram bastante próximos.

A presença de metástase ovariana é de péssimo prognóstico. Em outras palavras, significa doença disseminada.

Os fatores que interferem na sobrevida das pacientes são:

- A. Localização da neoplasia primária;
- B. Tipo histológico da lesão primária;
- C. Estado menstrual;
- D. Tipo de tratamento realizado.

As pacientes nas quais o sítio do tumor primário é o TGF, apresentam um índice de sobrevida em cinco anos melhor do que os demais sítios primários, cerca de 34%. Esta situação provavelmente está relacionada à terapia

cirúrgica imposta aos tumores ginecológicos, ou seja, à PHOB [4].

Os tumores graus I e II apresentam o índice de mortalidade significativamente menor do que os de grau III [4].

Em geral, as pacientes pós-menopáusicas apresentam uma sobrevida de cinco anos maior do que as pré-menopausadas, independente do sítio primário [4].

A presença de metástase no ovário é um sinal de mau prognóstico para a sobrevida em cinco anos. Em geral, a doença encontra-se em um estágio avançado. Baseados neste aspecto, muitos autores consideram que os intervenções cirúrgicas mínimos são os de eleição para estas pacientes [1]. Entretanto, a probabilidade de sobrevida de cinco anos é 12% melhor, quando associam-se ao tratamento cirúrgico radical a quimioterapia e a radioterapia [4].

Embora a importância clínica das metástases em ovário pareçam não representar muito, visto a sua pouca frequência, devemos considerar que o diagnóstico diferencial correto entre tumor primário e metastático é fundamental não somente para o estadiamento clínico da doença, mas principalmente para a adequada proposta terapêutica.

E mesmo tratando-se de tumor secundário de ovário, não podemos desconsiderar que a terapia radical, ou seja, a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia associadas são os únicos meios de oferecermos uma melhor qualidade e tempo de sobrevida para estas pacientes.

Summary

A retrospective study of 35 ovarian secondary tumor's cases was done. Ovarian tumors due to metastases correspond to 6% of all malignant ovarian tumors. A correct diagnoses between primary and secondary tumor of the ovary is extremely important. In our serie the two mains primaries tumors sites were gastrointestinal tract with 31% and breast with 31% of the cases. Adenocarcinoma was the common tumor type (80%) of the metastases to the ovary.

Key words: *metastases to the ovary; ovarian secondary tumor; krukemberg tumor*

Referências bibliográficas

1. MAZUR M, HSUEH S, GERSSEL D. Metastases to the female genital tract. *Cancer* 1984; 53: 1978-1984.
2. YOUNG R, CAREY R, ROBBOY S. Breast carcinoma masquerading as primary ovarian neoplasm. *Cancer* 1981; 48: 210-212.
3. FOX H, LANGLEY F. Tumors of the ovary. Year Book Medical Publishers, 1976.
4. WEBB J, BECKER D, MUSSEY E. Cancer metastatic to the ovary. Factors influencing survival. *Obstetrics and Gynecology* 1975; 45(4): 391-396.
5. WOODRUFF J. Metastatic ovarian tumors. *Amer J Obst Gynec* 1970; 107(2): 202-209.
6. GAGNON Y, TETSU B. Ovarian metastases of breast carcinoma. *Cancer* 1989; 64: 892-898.
7. LEE Y, HORT J. Significance of ovarian metastases in therapeutic oophorectomy for advanced breast carcinoma. *Cancer* 1971; 27(6): 1374-1378.
8. GREGER J, WOOD D, DAS GRUPTA T. Metastatic cancer from an undetermined primary site. *Journal of Surgical Oncology* 1983; 23: 73-76.

Atualidades brasileiras: indicação da acupuntura em pacientes com câncer avançado

MELÂNIA SIDORAK¹

Trabalho realizado no Setor de Suporte Terapêutico Oncológico - STO do Hospital de Oncologia/Instituto Nacional de Câncer.

A acupuntura é um método terapêutico difundido atualmente em quase todo o mundo e já poderia estar sendo mais explorado e utilizado na prática médica diária. Em parte, a sua pouca utilização se deve à dificuldade de entendimento dos seus mecanismos de ação e à inflexibilidade da metodologia ocidental de pesquisa, que dificulta o estabelecimento da acupuntura como método terapêutico de eficácia cientificamente comprovada, especialmente em áreas como a Oncologia. Nos últimos anos, porém, tem se verificado uma crescente aplicação e aceitação da ação da acupuntura no controle da dor, inclusive a dor crônica, como o é a que se associa ao câncer.

Foi com esta indicação que se iniciou o uso da acupuntura nos pacientes do Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico (STO) do Hospital de Oncologia/Instituto Nacional de Câncer, todos considerados fora de possibilidades terapêuticas oncológicas, o que classifica o presente relato como o de fase I de pesquisa.

Dois critérios foram utilizados para a inclusão no tratamento pela acupuntura: a presença de síndrome dolorosa e uma expectativa de vida acima de três meses e com potencial de uma vida de relação social e familiar. A queixa de dor se relacionava, na maioria dos casos, à presença de metástases ósseas, compressão de órgãos, edema de extremidades, radioterapia pélvica, ascite e carcinomatose cutânea.

Logo se verificou que, além da dor, outros aspectos do paciente e da doença apresentavam melhora progressiva, à proporção que as aplicações se sucediam: a depressão, a capacidade funcional, o edema linfático, os derrames serosos, a dispnéia, a carcinomatose cutânea.

Do ponto de vista da avaliação médica, observou-se que os casos de edema linfático de membros superiores apresentam uma melhora considerável, sempre maior que a verificada nos membros inferiores, certa-

mente devido ao componente postural do edema destes últimos. Não só se obtém redução do edema e analgesia, mas também uma considerável recuperação funcional do membro afetado, cuja pele volta a apresentar cor, textura e pregueamento quase normais, principalmente se o edema não for muito intenso e de evolução muito longa. A Figura 1 (A, B, C) busca ilustrar o grau de recuperação funcional obtido, mesmo em caso de grave edema braquial.

Por conta da diminuição do volume da ascite, melhora-se o desconforto abdominal e a dispnéia, o que também concorre para uma melhora da disposição e do estado geral dos pacientes. Observa-se também melhora da dispnéia provocada por disfunção respiratória primária. Vários pacientes referiram alívio completo da dor pélvica associada com fibrose pós-radioterapia. Observou-se que, à medida que o tratamento com acupuntura evoluía, o paciente referia que a sua necessidade de analgésicos diminuía, tanto em quantidade quanto em qualidade. Já os casos de carcinomatose cutânea mostram uma quase normalização da cor da pele, neovascularização e redução ou estabilidade das lesões, que voltam a crescer, se cessada ou interrompida a acupuntura. Nos casos de tumores da cabeça e pescoço, pode-se observar redução do edema peritumoral, com conseqüentes diminuição de sialorréia e de síndromes compressivas e dolorosas, e retorno da deglutição de alimentos líquidos e pastosos, da mobilidade facial e da fonação. Redução do volume tumoral, alívio da dor e diminuição do endurecimento também são obtidos em casos de linfadenomegalia e hepatomegalia.

Aliado ao alívio da queixa principal, os pacientes costumam apresentar ganho significativo na qualidade da sua vida, diminuição importante dos sintomas depressivos e redução progressiva da tomada de analgésicos, à proporção que o tratamento de acupuntura evolui - todos mantendo-se por um período de tempo

¹Presidente da Sociedade Médica de Acupuntura do Rio de Janeiro/Médica-Voluntária do Serviço de Suporte Terapêutico Oncológico-STO do Hospital de Oncologia - Instituto Nacional de Câncer - Endereço para correspondência: Av. N. S. de Copacabana, 540 - Cj 1102 - CEP 22020-000 - Rio de Janeiro - RJ

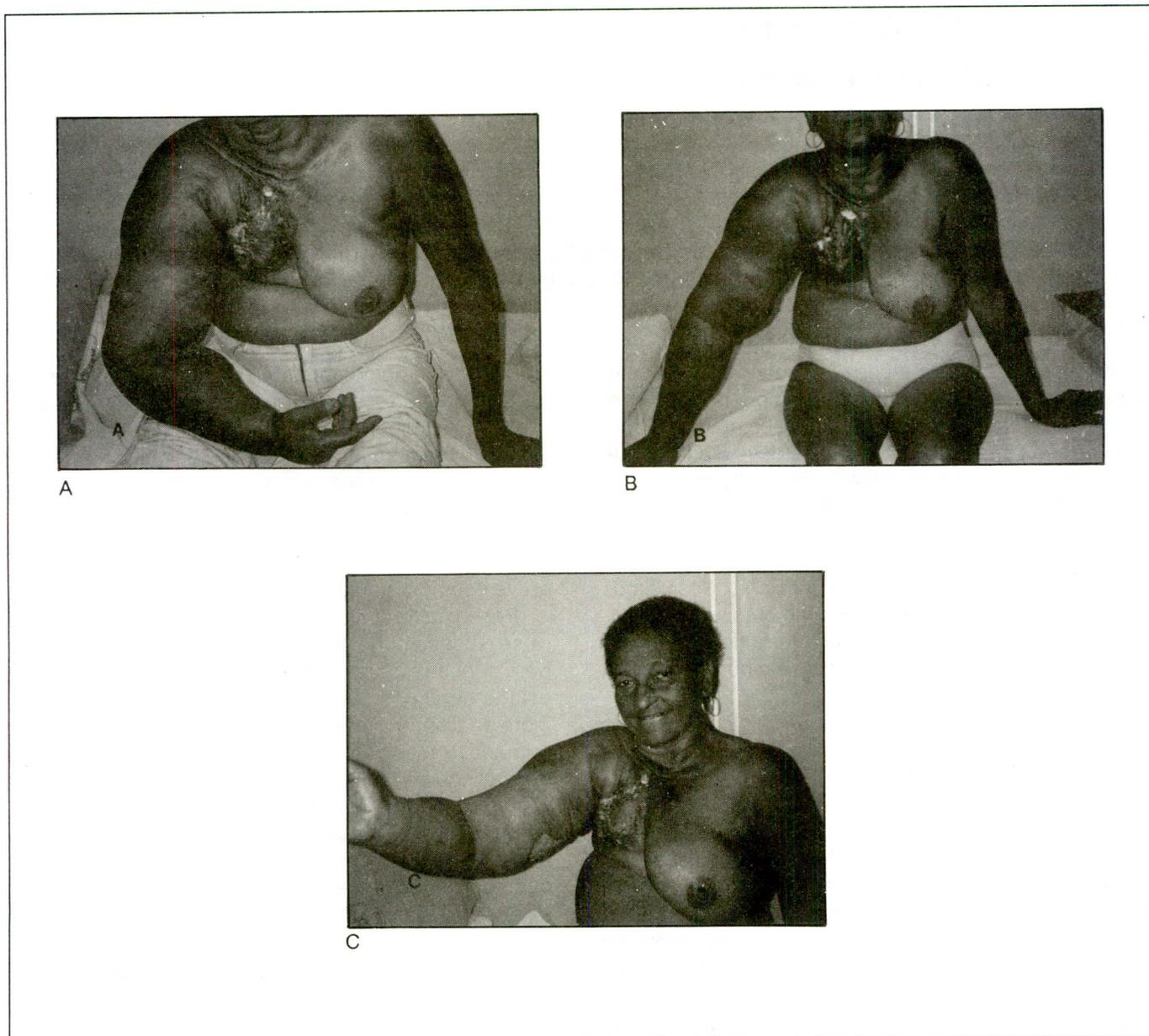


Figura 1.

suficiente para oferecer aos pacientes uma condição estável do seu quadro clínico.

A aplicação da acupuntura em mulheres mastectomizadas, que apresentam edema braquial e que se encontram em bom estado geral e sem evidência de doença em atividade, também se relaciona com perda ponderal e maior controle da glicemia, se elas são obesas e diabéticas, respectivamente.

Além de coadjuvante do tratamento da dor, o papel da acupuntura pode estender-se a outros aspectos dos cuidados paliativos aplicáveis aos pacientes com câncer, devendo-se estabelecer melhor as suas indicações e limitações e avaliar a sua eficácia no controle de iatrogenias provocadas em pessoas que se submetem a tratamentos de neoplasias malignas.

Summary

It is reported the experience of the author with acupuncture in advanced cancer patients. In addition to analgesia (a well known, disseminated, and established phenomenon related to acupuncture), results were observed on lymphedema, skin involvement, peritoneal carcinomatosis, respiratory distress, muscular movements, adenomegaly, hepatomegaly, and oral functions. It was also noticed an improvement of depression and performance status levels. Two parameters are followed to include a patient in acupuncture program: pain syndrome presence and a survival over 3 months. Regarding future, it will be necessary to determinate the acupuncture role in management of other patient problems, including those presented in free-disease patients, as it is postmastectomy lymphedema.

Avanços em reabilitação: a utilização de prótese capilar como superação da alopecia provocada pela quimioterapia

Introdução

Pesquisas realizadas ao longo de 10 anos, coordenadas por Renata Cardoso e em colaboração com médicos, assistentes sociais e psicólogos, têm permitido desenvolver-se, em Bauru-SP, um trabalho de reabilitação física e psíquica de pacientes, utilizando-se técnicas de reposição capilar e de maquiagem. A atuação voluntária e o atendimento (filantrópico ou privado) a mais de 5.000 pacientes provenientes de 700 municípios e oriundos de vários hospitais, especialmente o Hospital "Amaral Carvalho" de Jaú - SP, têm, por sua vez, demonstrado que a revitalização da aparência das pessoas pode ser decisiva para a manutenção da sua autoestima e de uma convivência social agradável, conforme já amplamente sabido pelos que labutam na área da Oncologia.

O atendimento é prestado a qualquer pessoa que apresente perda capilar, causada por acidentes, quimioterapia, radioterapia ou causas orgânicas e hereditárias. Especial atenção é dada às mulheres que se submetem à quimioterapia (Figura 1). Um trabalho é desenvolvido conjuntamente com o Departamento de Psicologia do Hospital "Amaral Carvalho", desde agosto de 1988, e tem se estendido a outros hospitais especializados e Prefeituras Municipais localizados no Oeste do Estado de São Paulo. As pessoas e instituições que dispõem de recursos arcam com os custos da assistência, porém ninguém deixa de ser atendido e de ter a sua prótese por falta de recursos, já que a filantropia é também componente importante e prioritário do trabalho.

Como o Hospital "Amaral de Carvalho" é um hospital especializado no trabalho do câncer e, portanto, demanda o maior número de pacientes com alopecia iatrogênica, nas suas dependências se instalou recentemente um núcleo, para o qual o grupo de trabalho de Bauru se desloca e, conjuntamente com as assistentes sociais e psicólogas do próprio Hospital, presta o atendimento *in loco* às mulheres que são encaminhadas para receberem a assistência específica. Isto tem facilitado um maior entrosamento entre os componentes da equipe que trata, cuida e reabilita as pacientes, além de estar permitindo que a reabilitação se inicie *antes* que as

mesmas apresentem alopecia evidente ou total. Gestões estão sendo feitas com a Prefeitura Municipal de Bauru para que um núcleo semelhante seja implantado no COPC, o centro de prevenção de câncer da cidade.

A prótese capilar é confeccionada com cabelos naturais, daí permitir uma maior ventilação e melhor higiene do couro cabeludo e a arrumação dos cabelos, já que eles podem ser lavados e secados. E, como a prótese é fixa, a pessoa pode levar a vida normalmente, inclusive exercitar-se e praticar esportes.

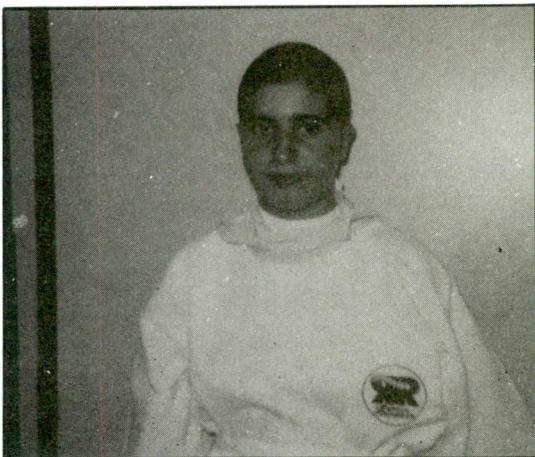
Indubitavelmente, o encaminhamento dos pacientes antes de que seja realizada a radioterapia craniana ou a quimioterapia permite que a equipe de reabilitação possa atuar preventivamente e produzir próteses mais adequadas e mais semelhantes aos cabelos das pessoas, em termos de cor, volume, corte, textura, brilho, sinais individuais etc. Vale ressaltar que o grupo busca reabilitar integralmente os pacientes, ou seja, física e psicologicamente, daí também trabalhar com próteses mamárias.

O trabalho desenvolvido em Bauru e Jaú oferece a oportunidade de que os pacientes, sejam crianças (Figura 2), adultos ou velhos (Figura 3), jamais se privem dos cabelos e da sua aparência. O encaminhamento precoce dos pacientes ao núcleo, ainda na fase de planejamento terapêutico, não só permite a confecção de uma prótese mais compatível com os cabelos originais do paciente, como também a sua aplicação prévia à queda dos mesmos. Um caminho inverso é seguido à proporção que, após algum tempo de terminado o tratamento, os cabelos do paciente voltam a crescer, sendo os cabelos originais e a prótese progressivamente compatibilizados, até que esta possa ser definitivamente dispensada. O maior sucesso de todo o trabalho desenvolvido radica-se nestes dois aspectos, visto que o paciente jamais se exporá sem cabelos aos olhos dos outros, inclusive os seus familiares, o que só lhe trará tranquilidade, confiança e bem-estar.

Extrapolando mais ainda as conseqüências benéficas da reabilitação, pode-se pesquisar se os pacientes mostram menos resistência em continuar o tratamento e perdem parte do preconceito e do medo que geralmente se associam à radio e quimioterapia.



Antes

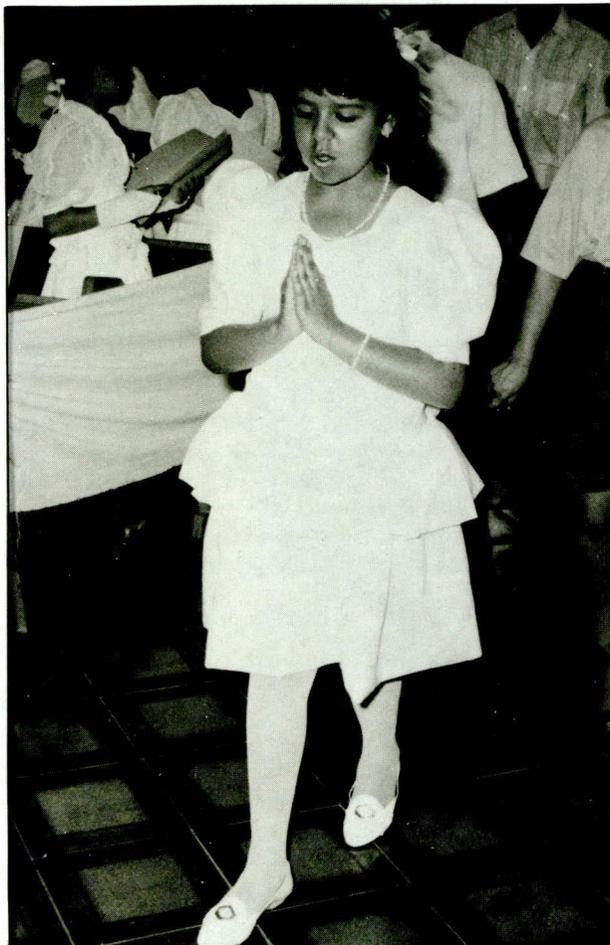


Após



Depois

Figura 1



Antes



Após



Depois

Figura 2



Antes



Após



Depois

Figura 3

A colocação de uma prótese capilar em um paciente que se submeteu à radioterapia craniana ou à quimioterapia, ou que ainda se encontra sob quimioterapia, deve seguir critérios bem estabelecidos. Uma avaliação psicológica deverá identificar as necessidades e expectativas da pessoa e o esteticista deverá determinar, juntamente com o paciente, qual a aparência que mais combina com a auto-imagem e o desejo deste. Busca-se manter a aparência que o mesmo tinha antes da queda dos cabelos - daí a importância do encaminhamento do paciente *antes* de iniciar-se a radioterapia craniana ou a quimioterapia, sem o que o esteticista apenas contará com fotografias para criar uma prótese que se aproxime o mais possível da aparência original, não se considerando que ele não pode avaliar adequadamente outros aspectos importantes para a feitura da prótese, tais como as características físicas dos cabelos originais da pessoa.

A abordagem que integra a assistência estética capilar e facial à orientação psicológica, desenvolvida por Renata Cardoso, encontra-se bem documentada e tem

demonstrado resultados positivos. Além da colocação da prótese capilar, estimula-se as mulheres a ampliar os seus cuidados. Incentiva-se que elas intensifiquem ou voltem a ter os cuidados com o seu rosto e o seu corpo, utilizem a maquiagem como forma de realçar a "velha" imagem e voltem a gostar de si mesmas e de viver.

Summary

This report shows as hair rehabilitation has been developed in West of São Paulo, Brazil, by a group of professionals involved with hair, body and beauty care. Hair rehabilitation is mainly indicated to women who underwent to chemotherapy. They are submitted to psychological and physical evaluation, before hair prosthesis is performed, and they are also stimulated to take care of their body and face. Hair prosthesis is fixed, made with human hair, and can be washed and arranged. It is applied before hair-loss and taken out after hair is sufficiently grown to discontinued its use. By that way, women, men and children have not show themselves hair-less, during and after chemotherapy or cranial radiotherapy.

ATITUDES PROPOSTAS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

(Associação Médica Européia - Tabaco ou Saúde)

Como médico ou profissional de saúde:

1. estou ciente dos malefícios do tabaco
 - para o fumante
 - para os que vivem com o fumante
 - para a sociedade em geral
2. sei que o tabaco é uma droga que causa dependência psicológica e farmacológica
3. estou preparado para apoiar aqueles fumantes que desejam parar de fumar
 - encorajando-os a suspender o vício
 - oferecendo tratamento e acompanhamento
 - ajudando-os psicologicamente durante o período mais difícil do abandono do vício
4. quero desencorajar meus pacientes a ingressarem no tabagismo
 - não fumando e sendo dessa forma um modelo para eles
 - proibindo o fumo na sala de espera do consultório
 - aconselhando minha família a não fumar
 - participando na educação para saúde, principalmente entre os jovens
 - promovendo o não fumar nos meus contatos sociais
5. reconheço que tenho uma grande responsabilidade com meus pacientes e com o público em geral.



Atualização Científica I/II

Responsáveis:

Parte I: Emília Rebelo Lopes e Tânia Cavalcanti

Parte II: 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. Venezuela 134, bloco A, 9º andar
20081-310 - Rio de Janeiro - RJ
Fones: (021) 263-8565, (021) 263-6568, (021) 253-1686
Fax: (021) 263-8297

Endereço para a remessa do material:

Nome completo:
Endereço:
Número: Apt., sala, grupo, etc.:
Cidade: Estado: CEP:

Desejo receber separata dos artigos assinalados abaixo:

Parte I:

() 01 () 02 () 03 () 04 () 05
() 06 () 07 () 08 () 09 () 10

Parte II:

() 03/01 () 03/02 () 03/03 () 03/04 () 03/05 () 03/06
() 03/07 () 03/08 () 03/09 () 03/10 () 04/01

Atualização Científica - Parte I

RESUMOS

1 - Petty TL, Nett LM. A medical approach to nicotine addiction treatment. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 1993; 60(3): 254-258.

UMA ABORDAGEM CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA A NICOTINA

O uso do tabaco no país constitui a principal forma de dependência química. Em 1990, 25,5% dos americanos fumavam tabaco. Muitos fumantes são viciados e pelo menos 70% deles gostariam de se livrar do vício, provavelmente porque reconhecem o fumo como um grande malefício para a saúde.

A suspensão do vício do tabaco não é um evento, mas um processo. Psicólogos vêm estudando as fases deste vício há anos ("pré-contemplação, contemplação, ação, recaída"). Apesar destes estudos esclarecerem consideravelmente a natureza do ato de fumar e da sua dependência, poucas informações práticas são dadas sobre a forma de se conseguir fazer com que os fumantes parem de fumar.

Através de testes clínicos controlados, foi demonstrada a eficácia de vários agentes farmacológicos para a suspensão do vício de fumar junto com um grupo de modificações de comportamento. Parece provável que estas modificações sejam, pelo menos, tão importantes quanto as estratégias ou outros métodos usados como coadjuvantes na interrupção deste vício. Contudo, estes estudos, apesar de positivos, podem não ser relevantes para a realidade da prática privada, onde muita gente procura auxílio para abandonar o vício.

A maioria dos pacientes consegue se livrar deste vício sozinhos, porém os fumantes viciados necessitam de uma abordagem coordenada que inclui assistência médica. Baseados nas nossas recentes tentativas para desenvolver tal abordagem, nós propomos um modelo clínico para interrupção do vício de fumar com o objetivo de ser aplicado nos cuidados primários do consultório médico.

2 - Nyström L, Rutqvist LE, Wall S et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *The Lancet* 1993; 341(8851): 973-978.

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA COM MAMOGRAFIA: UMA REVISÃO DE ESTUDOS RANDOMIZADOS NA SUÉCIA

Apesar dos resultados encorajadores resultantes de estudos de rastreamento, a eficácia da mamografia para a redução da mortalidade continua um tanto controversa. Foram feitos cinco estudos na Suécia. Esta revisão, baseada em 282.777 mulheres acompanhadas durante 5-13 anos em estudos randomizados desenvolvidos em Malmö, Kopparberg, Östergötland, Stockholm e Gothenburg, revela uma redução significativa de 24% (intervalo de confiança de 13% a 34%) para a mortalidade entre as mulheres convidadas para o rastreamento com mamografia quando comparada com aquelas não convidadas.

Com o objetivo de evitar o risco potencial de erros na classificação diferencial, as causas de morte foram avaliadas por um comitê final independente, após um estudo cego de revisão de todos os casos de óbito por câncer de mama. A redução da mortalidade foi similar, independente do critério final usado para a avaliação: câncer de mama como causa de óbito ou câncer de mama presente por ocasião do óbito. Foi observada uma consistente redução no risco em todos os estudos de rastreamento, embora o ponto de estimativa do risco relativo para todas as idades tenha apresentado uma variação não significativa entre 0,68 a 0,84. A mortalidade cumulativa para câncer de mama desde a época da randomização foi estimada em 1,3 para 1.000, num período de seis anos no grupo convidado, comparada com 1,6 no grupo-controle. Os números correspondentes ao período de nove anos são de 2,6 e 3,3 e ao período de 12 anos são de 3,9 e 5,1.

A maior redução de mortalidade por câncer de mama (29%) foi observada entre mulheres cuja faixa etária variou de 50-69 anos na randomização. Mulheres na faixa etária entre 40-49 anos não apresentaram redução significativa: 13%. Neste grupo mais jovem, a mortalidade cumulativa por câncer de mama foi similar para o grupo convidado e grupo-controle durante os oito primeiros anos de acompanhamento. Depois de oito anos observou-se uma diferença favorável ao grupo convidado. Não foi detectada evidência de qualquer efeito negativo do rastreamento quanto à mortalidade por câncer de mama nas várias faixas etárias. O rastreamento entre mulheres na faixa de 70-74 anos parece ter apresentado apenas um impacto marginal.

3 - Tucker MA, Fraser MC, Goldstein AM et al. Risk of melanoma and other cancers in melanoma - Prone families. The Journal of Investigative Dermatology 1993; 100(3): 3505-3555.

RISCO DE MELANOMA E OUTROS TIPOS DE CÂNCER EM FAMÍLIAS SUSCETÍVEIS AO MELANOMA

Nós avaliamos o risco de desenvolver melanoma durante algum tempo em membros de 23 famílias suscetíveis a este tipo de câncer. Quarenta e sete melanomas surgiram prospectivamente, todos em membros de famílias com nevus displásicos. Os melanomas que surgiram durante o período de avaliação apresentaram-se com espessura acentuadamente mais fina do que aqueles diagnosticados antes ou no início do estudo.

O risco cumulativo para o desenvolvimento de melanoma em torno dos 50 anos entre pessoas com nevus displásicos foi de 48,9% mais ou menos 4,2%. De forma global, o risco relativo para o desenvolvimento de melanoma durante o estudo entre os membros das famílias com história progressiva de melanoma foi 229 (95% de intervalo de confiança 110-422). O risco para desenvolvimento de melanoma foi 85 vezes maior (95% de intervalo de confiança 41-156) entre os membros de famílias com nevus displásicos e também diminuiu progressivamente neste grupo. Não foi observada uma maior incidência de outros tipos de câncer além do melanoma. Esta maior vigilância nas famílias de alto risco contribuiu para que o melanoma fosse detectado mais precocemente, o que poderia resultar numa diminuição progressiva na taxa de mortalidade.

4 - Castellsagué X, Thompson WD, Dubrow R. Intra-uterine contraception and the risk of endometrial cancer. Int J Cancer 1993; 54(6): 911-916.

CONTRACEPÇÃO INTRA-UTERINA E O RISCO PARA CÂNCER DO ENDOMÉTRIO

Apesar da crescente popularidade dos dispositivos contraceptivos intra-uterinos (DIUs) em todo o mundo, os seus efeitos potenciais a longo prazo relacionados ao risco de desenvolver câncer do endométrio têm sido pouco estudados. Este trabalho aborda a relação entre contracepção intra-uterina e câncer de endométrio, através de uma análise epidemiológica de dados provenientes de um grande estudo multicêntrico de câncer de endométrio, de base populacional e de caso-controle. Fizeram parte do estudo 437 mulheres, de 20 a 54 anos de idade, com diagnóstico de câncer epitelial do endométrio histologicamente confirmado, apuradas de seis registros de câncer de base populacional nos Estados Unidos. Serviram de controle 3.200 mulheres selecionadas ao acaso, e provenientes de populações destas áreas. O risco relativo ajustado da idade e paridade (RR) para a associação entre câncer de endométrio e o uso do DIU foi de 0,51 (95% de intervalo de confiança - IC -, 0,3-0,8) entre as mulheres que faziam uso contínuo deste dispositivo. Apesar do efeito protetor do DIU ter aumentado com a duração do seu uso, a relação dose-resposta entre as usuárias não foi estatisticamente demonstrável. A associação não variou significativamente com a idade na ocasião do primeiro ou último uso do DIU, ou com o intervalo de tempo entre o primeiro ou último uso deste. Os anos de educação modificaram significativamente o efeito da contracepção intra-uterina. Este método de contracepção pareceu ter um grande efeito protetor para mulheres com pelo menos 13 anos de educação (RR = 0,29, 95% IC, 0,15-0,6). Este estudo sugere que a contracepção intra-uterina exerça um efeito protetor através de mudanças estruturais e bioquímicas locais no endométrio, as quais podem alterar a sensibilidade e as respostas deste tecido ao estrogênio e progesterona circulantes.

5 - Hatch MC, Chen CJ, Levin B et al. Urinary aflatoxin levels, hepatitis-B virus infection and hepatocellular carcinoma in Taiwan. *Int J Cancer* 1993; 54(6): 931-934.

NÍVEIS DE AFLATOXINA URINÁRIA, INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE-B E CARCINOMA HEPATOCELULAR NA TAILÂNDIA

Através de métodos de imunoensaio urinário para medir metabólitos da aflatoxina, examinamos as associações entre a exposição à aflatoxina, infecção crônica com o vírus da hepatite B (VHB) e taxas de mortalidade por carcinoma hepatocelular (CHC), numa pesquisa de grupo representativo na qual foram incluídas 250 pessoas residentes em oito áreas da Tailândia, onde se observa uma variação de quatro vezes mais na taxa de mortalidade ajustada por CHC. Para determinar o estado de portador do VHB e a excreção de aflatoxina nas pessoas estudadas, foram usadas amostras de sangue colhidas em jejum e toda a urina noturna. Enquanto a prevalência de portadores do vírus da hepatite B apresentou uma variabilidade moderada, observou-se uma variação de 500 vezes nos níveis de aflatoxina urinária. Os níveis médios dos metabólitos da aflatoxina em logaritmos mostraram-se similares tanto em homens como em mulheres e tanto nos portadores do VHB como nos não portadores. Nas oito áreas do estudo, a mortalidade por CHC foi correlacionada positivamente, tanto com a prevalência de portador do VHB da área como com os níveis de aflatoxina. A análise primária foi contudo conduzida em nível individual. O nível de aflatoxina de cada pessoa foi considerado como uma resposta variável em um padrão de regressão múltipla, e a taxa de CHC por sexo na área foi incluída como um preditor juntamente com o estado de portador individual, com a idade e sexo; o consumo de álcool e o tabagismo foram também considerados. Nestas análises foi novamente observada uma associação significativa entre o marcador de exposição à aflatoxina e a taxa de mortalidade por CHC. Em mulheres, a inclinação da linha de regressão mostrou-se um pouco mais declive nas portadoras do VHB, porém este padrão não foi observado em homens e os testes formais aplicados não evidenciaram uma interação estatisticamente significativa. Nossos achados são consistentes com a hipótese de que a aflatoxina desempenha um papel independente para o carcinoma hepatocelular na Tailândia.

6 - Gadelha MIP, Minian A, Gouveia F^o JJ, Aguinaga S. Prevenção do câncer - Importância do aconselhamento médico. *JBM* 1992; 63(2): 134-142.

A prevenção do câncer inclui ações desenvolvidas em vários níveis da atuação médica. Elas vão desde aquelas relacionadas à promoção da saúde (prevenção primária) até aquelas relacionadas com a reabilitação dos pacientes (prevenção quaternária), incluindo os níveis intermediários que fazem o controle das lesões pré-malignas e o diagnóstico precoce (prevenção secundária) e o tratamento das lesões malignas (prevenção terciária).

A partir desta definição de prevenção, os profissionais, mesmo atuando no nível terciário do sistema de saúde, podem exercer ações preventivas e, com isto, contribuir para a redução do número de casos de câncer, através da prevenção primária, ou para o aumento das taxas de cura e de sobrevida, proporcionadas pelo tratamento, ou para a melhoria da qualidade de vida dos doentes - ambos relacionados com o diagnóstico precoce do câncer.

O presente trabalho visa demonstrar o papel do aconselhamento médico na prevenção do câncer, no que se refere ao tabagismo, radiações, agentes biológicos, medicamentos, fatores de reprodução humana, substâncias químicas e dieta. Para tanto, correlaciona o fator de risco e os tumores mais freqüentemente a ele relacionados com as ações de prevenção aconselhadas.

Ao final, é analisado o impacto epidemiológico de técnicas específicas de detecção do câncer.

7 - Kritchevsky D, Dietary Guidelines. The rationale for intervention. *Cancer* 1993; 72(3) Suppl.: 1011-1014.

ORIENTAÇÕES ALIMENTARES. UMA ANÁLISE RACIONAL PARA INTERVENÇÃO

As recomendações encontradas na maioria dos manuais de orientações dietéticas incluem controle do peso, consumo de uma alimentação variada incluindo frutas, vegetais e fibras, e redução de ingestão de gorduras. De acordo com as revisões sobre as influências dos componentes alimentares na carcinogênese, a melhor recomendação dietética parece ser moderação e variedade.

8 - Averette HE, Steren A, Nguyen HN. Screening in gynecologic cancers. *Cancer* 1993; 72(3) Suppl: 1043-1048.

RASTREAMENTO DE CÂNCER GINECOLÓGICO

As neoplasias ginecológicas correspondem a aproximadamente 13% dos casos de câncer em mulheres. Os cânceres de ovário e de útero situam-se entre as cinco causas mais comuns de morte por câncer em mulheres, sendo ultrapassados em incidência apenas por cânceres de mama, cólon e pulmão. A melhora na sobrevida observada em pacientes com cânceres genitais resulta principalmente do diagnóstico precoce e não dos avanços terapêuticos. Até mesmo os cânceres para os quais existem rastreamento efetivo e tratamento satisfatório são vistos mais freqüentemente que o esperado. É de extrema importância que os profissionais que lidam com a saúde da mulher sejam informados sobre todas as técnicas de rastreamento de câncer, e capacitados a identificar as pacientes de risco para câncer ginecológico. A obrigação do profissional de saúde de estar atento aos sinais e sintomas de câncer deve ser combinada com a responsabilidade da paciente com a própria saúde. O exame ginecológico regular, o teste de Papanicolau (Pap) e o relato imediato de qualquer sinal ou sintoma não usual são fundamentais e não devem ser desconsiderados pelas pacientes. Ações de educação voltadas para pacientes e profissionais de saúde podem influenciar positivamente a sobrevida. O exame de Papanicolau para câncer cérvico-uterino permanece um procedimento de rastreamento universalmente aceito. Algumas novas técnicas vêm sendo investigadas como métodos potenciais de rastreamento: pesquisa de DNA de papilomavírus humano, cervicografia, conização eletrocirúrgica, ultra-sonografia transvaginal, doppler de fluxo de cor, coleta de material de endométrio, medida sérica do antígeno CA 125. Apesar de serem necessários mais estudos prospectivos para estabelecer o valor destes recursos diagnósticos, são poucas as dúvidas de que as informações prognósticas obtidas através destes métodos terão influência sobre os cuidados de saúde em um futuro próximo.

9 - Strickland PT, Rosenthal FS, Nethercott JR et al. Relationship of ultraviolet B dose and nonmelanoma skin cancer: the Maryland watermen study. *Cancer Bull* 1993; 45(3): 200-204.

RELAÇÃO ENTRE DOSE DE RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA B E CÂNCER DE PELE NÃO MELANOCÍTICO: ESTUDO DESENVOLVIDO ENTRE PESCADORES DE MARYLAND

Um estudo recente avaliou a relação entre a exposição à radiação solar ultravioleta B e câncer de pele não melanocítico em pescadores de Maryland. Esta pesquisa de prevalência em grupo representativo identificou casos de carcinoma de célula escamosa, carcinoma de célula basal e queratose actínica entre 808 pescadores brancos, do sexo masculino, com idade maior ou igual a 30 anos e que trabalhavam na baía de Chesapeake. A exposição à radiação ultravioleta B anual e durante toda a vida foi calculada para cada participante do estudo, combinando a história ocupacional detalhada com medidas de exposição laboratorial e de campo. Foram identificados um total de 47 carcinomas de células escamosas em 35 sujeitos, 60 carcinomas basocelulares em 33 sujeitos e 344 queratoses actínicas em 202 sujeitos. A prevalência aumentou com a idade, e a prevalência de carcinoma de células escamosas mostrou uma associação com a média anual de exposição à radiação ultravioleta B, o que não foi observado com os casos de queratose actínica nem com os de carcinoma de célula basal.

10 - Sullivan MT, Williams CT, Fang EP. Human T-lymphotropic virus (HTLV) types I and II infection in sexual contacts and family members of blood donors who are seropositive for HTVL type I or II. *Transfusion* 1993; 33(7): 585-590.

INFECÇÃO POR VÍRUS LINFOTRÓPICO T HUMANO (HTLV) TIPO I E II EM CONTATOS SEXUAIS E MEMBROS DA FAMÍLIA DE DOADORES DE SANGUE SOROPOSITIVOS PARA HTLV TIPO I OU II

Foram realizadas entrevistas e testes laboratoriais em 168 contatos referidos por antigos doadores de sangue identificados como soropositivos para anticorpo contra vírus linfotrópico T humano tipo I (HTLV-I) ou tipo II (HTLV-II). Trinta e dois (28%) dos 114 contatos heterossexuais de doadores soropositivos, incluindo 12 mulheres e 20 homens, apresentaram positividade para o anticorpo. Nenhum dos 40 descendentes (exceto um homem adulto que relatou contato sexual em Porto Rico) nem 14 outros parentes não matrimoniais foram soropositivos. Trinta e um dos contatos soropositivos apresentaram positividade ou para HTLV-I (52%) ou parra HTLV-II (48%). A avaliação de casais mostrou que a duração média de relacionamento sexual foi significativamente maior ($p = 0,03$) naqueles em que ambos os parceiros estavam infectados do que nos casais que apresentavam incompatibilidades conjugais. A análise dos dados da história de risco de 22 casais infectados mostrou que em três casos os fatores de risco (ascendência japonesa ou contato sexual com viciado em droga injetável) puderam ser identificados em mulheres, porém não em seus parceiros masculinos. Entre os casais nos quais o homem apresentava uma maior história de risco, os fatores de risco foram ou uma história transfusional, exposição sexual ou nascimento em áreas endêmicas, ou uso de drogas injetáveis. As estratégias de aconselhamento para os indivíduos com infecção pelo HTLV-I ou HTLV-II deveriam levar em consideração a soroprevalência relativamente alta nos seus parceiros, bem como se direcionar ao potencial da transmissão sexual em ambas as direções (homem-mulher e mulher-homem).

Atualização Científica - Parte II

RESUMOS

03/01 - Jacek Fijuth, Jean-Jacques Maazeron, Cécile Le Péchoux, Pascal Piedbois, Michel Martin, Elias Haddad, Elie Calitchi, Bernard Pierquin and Jean-Paul Le Bourgeois. Second Head and Neck Cancers Following Radiation Therapy of T1 and T2 Cancers of the Oral Cavity and Oropharynx. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 1992; 24: 59-64.

Nós avaliamos os riscos de um segundo tumor primário em cabeça e pescoço de 600 pacientes, com cânceres da cavidade oral e orofaringe T1 e T2, tratados com radioterapia (RT), entre janeiro de 1970 e março de 1987, no hospital Henri Mondor. Deste grupo de pacientes, 74 (12,5%) fizeram somente irradiação externa, 243 (40,5%) foram tratados com RT e iridium 192 e 282 (47%) com iridium 192. Encontramos 115 (19%) pacientes com segundo tumor primário dentro de um período que ia de três a 183 meses após início do tratamento (média: 32 meses), incluindo aqui 69 (11,5%) pacientes com segundos tumores na região da cabeça e pescoço. Observamos um aumento constante do risco atuarial para desenvolver câncer da cabeça e pescoço de 2,7% por ano de observação. Uma análise univariável mostrou que idade, sexo, estágio e forma de tratamento inicial não tinham influência no risco de segundo primário que somente era visto naqueles pacientes com carcinoma de palato mole ($p < 0,05$). Já na análise multivariável, o único grupo de pacientes que apresentou uma incidência maior de segundo primário foi o grupo tratado com iridium 192 ($p = 0,0076$). Os pacientes que tiveram câncer de palato mole foram os que apresentaram maior probabilidade de desenvolver outras neoplasias na área da cabeça e do pescoço ($p = 0,059$). Para aqueles que tiveram segundos tumores em cabeça e pescoço, o tratamento escolhido foi cirurgia e/ou re-irradiação em 67% dos casos. Os melhores resultados apresentados foram os do grupo tratado com iridium 192 do que os submetidos a radioterapia externa (79% v 53%, $p = 0,02$). A sobrevida global em dois e cinco anos, depois do diagnóstico do segundo primário, foi de 32% e 10%, respectivamente.

03/02 - Pierre Morel, Brigitte Dupriez, Bernard Gosselin, Pierre Fenau, Marie-Hélène Estienne, Thierry Facon, Jean-Pierre Jouet and Francis Bauters. Role of early splenectomy in malignant lymphomas with prominent splenic involvement primary lymphomasa of the spleen. A study of 59 cases. *Cancer* 1993; 71: 207-215.

Analisamos, de forma retrospectiva, 59 pacientes acometidos de linfoma não-Hodgkin (LNH) com grande comprometimento do baço. Destes, 43 tinham LNH de baixo grau de malignidade e 16 tinham grau intermediário ou alto. Dos 59 pacientes, 40 foram submetidos a esplenectomia com quatro óbitos no pós-operatório e 10 pacientes não receberam nenhuma terapia complementar. O tratamento foi com químico ou radioterápico em 29 pacientes esplenectomizados e em 16 não esplenectomizados. A sobrevida atuarial foi de 108 meses nos casos operados e de 24 meses nos não tratados pela cirurgia ($p = 0,0001$). Os 40 pacientes submetidos a esplenectomia que apresentaram uma contagem normal de plaquetas e níveis de hemoglobina iguais ou superiores a 110 g/l, no pós-operatório, tiveram longa sobrevida. Estes resultados mostram que citopenias são freqüentes em pacientes com linfomas não-Hodgkin e comprometimento esplênico difuso, mas esta condição clínica pode ser revertida, em 82% dos casos, com a esplenectomia.

03/03 - Daniel Dosoretz, Michael Katin, Peter Blitzter, James Rubenstein, Sharon Salenius, Mohammad Rashid, Razak Dosani, George Mestas, Alan Siegel, Tejvir Chadha, Thongadi Chandrasah, Stephen Hannan, Saligrama Bhat and Michael Metke. Radiation therapy in the management of medically inoperable carcinoma of the lung : results and implications for future treatment strategies. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 1992; 24: 3-9.

O tratamento de escolha para pacientes com câncer de pulmão não *oat-cell* é cirúrgico. Para aqueles que não são operáveis ou que recusam a cirurgia, a radioterapia constitui uma opção aceitável. Nós revimos os prontuários de 152 pacientes, com neoplasia pulmonar inoperável, tratados em nossa instituição entre os anos de 1982 e 1990, excluindo pacientes com doença metastática, adenopatia no mediastino ou tumores irrissecáveis. O intervalo livre de doença e a sobrevida global atuarial em dois e cinco anos foram de 31% e 15%, 40% e 10%, respectivamente. Para os pacientes com tumores estadiados como T1, o intervalo livre de doença em dois anos foi de 55% *versus* 20% para T2 e 25% para T3 ($p = 0,0006$). Dentre os pacientes que tiveram doença recidivada (66%), 70% foi local e 45% a distância. Também aqui aqueles com tumores T2 e T3 tiveram maior probabilidade de recidiva e metástase do que aqueles com T1. Os melhores resultados obtidos foram nos casos T1 tratados com doses de irradiação iguais ou superiores a 65 Gy. Nós concluímos que radioterapia radical (dose igual ou superior a 65 Gy) pode ser um tratamento eficaz para pacientes com neoplasia pulmonar de pequeno tamanho.

03/04 - Bruce Gordon, Dennis Weisenburger, Phyllis Warkentin, James Anderson, Warren Sanger, Martin Bast, David Gnarr, Julie Vose, Phillip Bierman, James Armitage and Peter Coccia. Peripheral T-cell lymphoma in childhood and adolescence. A clinicopathologic study of 22 patients. *Cancer* 1993; 71: 257-263.

O linfoma de célula T periférico (LNH-T), embora bastante comum nos adultos, é relativamente raro na infância, com poucos relatos na literatura. Os autores mostram sua experiência no tratamento de 22 pacientes pediátricos com LNH-T numa faixa etária compreendida entre 18 meses e 20 anos. Destes pacientes, nove não tinham diagnóstico feito e 13 foram encaminhados com recidiva, sendo que os estádios eram: 1 e 2 (45%), 3 (41%) e 4 (14%). Os pacientes com estágio 4 eram mais jovens que os com estádios um e dois (2,5 *versus* 14,8 anos, $p = 0,04$) e 12 tinham doença extranodal, quando do diagnóstico, sendo a pele o local mais comprometido. O diagnóstico histopatológico inicial foi de linfoma difuso de grandes células em 10 casos, linfoma difuso de grandes células anaplásicas em cinco casos e linfoma difuso misto em sete casos. Vinte dos 21 pacientes tiveram o teste do antígeno CD-30 (Ki-1 e Ber-H2) positivos. O intervalo livre de doença foi maior para o grupo com mais de 12 anos do que para os mais jovens (20 *versus* 12 meses, $p = 0,005$). No que se refere à sobrevida global, seis pacientes permanecem em remissão completa e 13 foram submetidos a transplante de medula óssea. Destes, seis estão em sua segunda remissão completa com duração média de 18 meses. Dos 22 pacientes, seis foram a óbito (sobrevida média > 60 meses). Concluem os autores que um tratamento agressivo, incluindo até transplante de medula óssea nas recidivas, pode prolongar o intervalo livre de doença de muitas crianças com LNH-T.

03/05 - Manfred Stommel, Charles Given and Barbara Given. The cost of cancer home care to families. *Cancer* 1993; 71: 1867-1874.

A maioria das pesquisas sobre custo em oncologia tem por objetivo avaliar o que se gasta com o tratamento médico clássico. Quando consideramos os gastos domiciliares com os pacientes, estes ficam restritos aos custos diretos e, entre os custos indiretos, considera-se apenas a perda do salário do doente. Entretanto, o componente mais importante dos custos indiretos que é o cuidado da família com o paciente, não está incluído no gasto total do custo domiciliar do doente com câncer. Nesta pesquisa procuramos calcular o custo familiar considerando o tempo gasto em cuidados com o doente e quanto isto representa em dinheiro. Para tanto verificamos o quanto se deixou de trabalhar e o que isto representou de perda salarial ou quanto tempo foi gasto nos cuidados domiciliares de 192 pacientes e seus familiares na área sul de Michigan. Quando incluímos o trabalho familiar nos cálculos de custo, a média, no período de três meses (\$ 4563,00), não foi muito menor do que os gastos necessários para manter uma enfermeira domiciliar. O que parece ter influenciado neste custo não tinha relação direta com o tipo de câncer, tipo de tratamento ou tempo decorrente desde o diagnóstico, mas com a capacidade funcional do paciente e a adaptação familiar a esta nova realidade. Concluem os autores que o custo com pacientes externos pode ser aceitável do ponto de vista econômico, uma vez que o custo familiar é subestimado.

03/06 - Faith Kung, Charles Pratt, Roger Vega, Norman Jaffe, Douglas Strother, Molly Schwenn, Ruprecht Nitschke, Alan Homans, C. Tate Holbrook, Barry Golembe, Mark Bernstein and Jeffrey Krischer. Ifosfamide/etoposide combination in the treatment of recurrent malignant solid tumors of childhood. A Pediatric Oncology Group Phase 2 Study. *Cancer* 1993; 71: 1898-1903.

O prognóstico de crianças com neoplasia maligna sólida recidivada ou resistente ao tratamento é ruim, sendo necessárias novas condutas terapêuticas para estes pacientes. Entre agosto de 1987 e novembro de 1990, 311 crianças com tumores sólidos recidivados ou resistentes foram tratadas pelos pesquisadores do Pediatric Oncology Group, com infusão venosa de ifosfamida 2,0 g/m² e VP-16, 100 mg/m² mais mesma, três vezes ao dia. Os ciclos eram repetidos a cada 14 ou 21 dias até se obter o máximo de resposta. Dos 311 pacientes elegíveis, 294 foram considerados avaliáveis, sendo que destes, 74% tinham doença metastática e tratamento prévio. O índice de resposta (completa e parcial) foi de 30% e a resposta global de 39,5%. A toxicidade encontrada foi renal, hepática (leve), neurológica e medular, sendo que 68% tiveram contagem de neutrófilos abaixo de 500/mm³. Concluem os autores que o esquema ifosfamida/VP-16 foi eficaz para tratar crianças com tumores sólidos recidivados, apesar da expressiva toxicidade medular mas com baixa incidência de infecção (3,6%) e o fator de proteção mesna mostrou-se capaz de prevenir o desenvolvimento da hematúria.

03/07 - Mauro Arcicasa, Giovanni Franchin, Gabriella Bassignano, Giovanna Sartor, Annalisa Drigo, Roberto Bortolus, Mario Roncadin, Antonio De Paoli and Mauro Trov. Hyperthermia in clinical practice: preliminary results and current problems in the treatment of 21 patients.

Entre fevereiro de 1988 e fevereiro de 1991, 21 pacientes foram submetidos a tratamento com hipertermia superficial e radioterapia. Destes, 19 já tinham sido tratados e o tipo de tumor mais comum foi o câncer de mama. O tratamento consistiu de 26 ciclos de hipertermia e radioterapia com: quatro respostas completas (15,4%), 17 respostas parciais (65,4%), uma resposta mínima (3,8%), três doenças estáveis (11,6%) e uma progressão de doença (3,8%). A duração média da resposta para aqueles que responderam foi de sete meses (média 1-16) e para aqueles que não responderam, quatro meses (média 2,5-4). A toxicidade observada foi reversível e constituiu-se de epitelite. Em nossa experiência, a associação da radioterapia com a hipertermia foi eficaz, embora problemas relacionados com o planejamento terapêutico necessitem melhor estudo.

03/08 - Janne Koern, Claes Tropé and Vera Abeler. A retrospective study of 370 borderline tumors of the ovary treated at the Norwegian Radium Hospital from 1970 to 1982. A review of clinicopathologic features and treatment modalities. Cancer 1993; 71: 1810-1820.

Entre 1970 e 1982, a seção de ginecologia do Norwegian Radium Hospital tratou 370 mulheres com tumores *borderline* do ovário e agora apresentaremos uma análise retrospectiva dos achados clínicos e patológicos, tratamento e características da sobrevida. Os tipos histológicos encontrados foram: tumores mucinosos (178 pacientes), serosos (174 pacientes) e 18 pacientes apresentaram outras formas. De acordo com classificação da FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia), tínhamos 311 pacientes com estágio 1, 20 com estágio 2, e 39 com estágio 3. A maior parte das pacientes já tinha sido submetida a tratamento prévio que consistiu de histerectomia abdominal total com anexectomia bilateral e omentectomia em 287 casos e ressecções menos extensas em 77 casos. Somente seis pacientes tinham tumor residual após cirurgia. A avaliação dos fatores de prognóstico, pelo método de Cox, quanto à sobrevida e ao óbito por doença mostrou que o estágio ($p < 0,0001$), o tipo histológico ($p = 0,0144$) e a idade ($p = 0,0115$) foram determinantes para uma longa sobrevida. Por outro lado, os tratamentos adjuvantes feitos não mostraram nenhum benefício. Concluem os autores que estágio, tipo histológico e idade têm importância prognóstica e que as mulheres com neoplasia ovariana tipo serosa ou mucinosa *borderline* estágio 1A pode ser tratadas com cirurgias mais econômicas.

03/09 - Rabia Mir, James Anderson, James Strauchen, Nis Nissen, Robert Cooper, Sameer Rafla, George Canellos, Clara Bloomfield, Arlan Gottlieb, Bruce Peterson, Maurice Barcos and the Cancer and Leukemia Group B. Hodgkin disease in patients 60 years of age or older. Histologic and clinical features of advanced-stage disease. Cancer 1993; 71: 1857-1866.

Este artigo tem por objetivo rever 171 pacientes portadores de doença de Hodgkin estádios 3 e 4, com idade igual ou superior a 60 anos que foram tratados com quatro esquemas terapêuticos diferentes de 1969 a 1988. Foi feita uma correlação entre o tipo histológico, os locais comprometidos e a sobrevida. Dos 171 pacientes, o diagnóstico foi confirmado em 114 (66,7%), sendo que em 52 casos (30,4%) tratava-se de linfomas não-Hodgkin. A sobrevida média dos pacientes com linfomas não-Hodgkin estádios 3 e 4 não foi diferente nos quatro tipos de tratamento a que foram submetidos (1,5 *versus* 1,3 anos, respectivamente, com $p = 0,28$). Também não houve diferença significativa entre a sobrevida dos pacientes com doença de Hodgkin quando comparados com os 19 parâmetros histológicos específicos ou com sistema proposto, pelo British National Lymphoma Investigation. No último programa terapêutico proposto a sobrevida em cinco anos destes pacientes com idade igual ou superior a 60 anos foi menor do que a de pacientes na faixa etária de 40-59 anos e naqueles com até 40 anos (31% *versus* 63% *versus* 79%, respectivamente, $p < 0,0001$). Pacientes com doença de Hodgkin que entraram nos dois mais recentes estudos terapêuticos tinham baixa incidência de comprometimento cutâneo e nodal (cervical, ilíaco, inguinal e femoral) do que os pacientes com linfoma não-Hodgkin diagnosticados erradamente como portadores de doença de Hodgkin. Além disto, pacientes com estádios 3 e 4 de linfoma não-Hodgkin com mais de 60 anos tiveram poucas adenopatias cervicais e mediastinais e maior incidência de comprometimento do tubo digestivo do que os pacientes mais jovens. Concluem os autores que os pacientes com mais de 60 anos portadores de doença de Hodgkin e linfomas não-Hodgkin estádios 3 e 4 apresentam diferenças quanto aos locais de comprometimento da doença, mas têm a mesma sobrevida quando tratados com terapêuticas indicadas para doença de Hodgkin.

03/10 - Ingrid Valdez, Andy Wolff, Jane Atkinson, Alice Macynski and Philip Fox. Use of pilocarpine during head and neck radiation therapy to reduce xerostomia and salivary dysfunction. *Cancer* 1993; 71: 1848-1851.

Radioterapia na região da cabeça e do pescoço costuma determinar alterações temporárias na função das glândulas salivares. Este estudo tem por objetivo saber se o uso da pilocarpina durante a irradiação pode reduzir a severidade da xerostomia e da alteração salivar. Um total de nove pacientes que iniciaram radioterapia na cabeça, no pescoço ou que iriam fazer manto participaram deste estudo randomizado com placebo. Estes pacientes tomaram 5 mg de pilocarpina ou placebo a cada 66 horas durante três meses, começando um dia antes da irradiação. O grupo tratado com pilocarpina teve uma frequência menor de complicações orais do que o grupo tratado com placebo. Embora o fluxo de saliva tenha diminuído em todos os pacientes, no grupo tratado foi menor do que no grupo placebo e não houve nenhum efeito sobre a glândula irradiada. Estes resultados sugerem que a estimulação pela pilocarpina reduz os sintomas orais provocados pela radioterapia quando se irradia glândula salivar.

04/01 - Karen Antman. Chemotherapy of advanced sarcomas of bone and soft tissue. *Seminars in Oncology* 1992; 19 (nº 6, suppl. 12): 13-22.

Este artigo tem por objetivo fazer uma revisão do tratamento dos sarcomas ósseos e de partes moles avançados. As drogas isoladas mais úteis no tratamento dos osteossarcomas são adriamicina (resposta global de 21%), metotrexate (30% a 40%), cisplatina (25%) e ifosfamida (28%). A conduta atual nos sarcomas de Ewing consiste em fazer quimioterapia, com adriamicina, vincristina e ciclofosfamida ou ifosfamida, antes ou associada a radioterapia no osso comprometido. Nos sarcomas de partes moles, a adriamicina é a droga isolada mais eficaz com resposta global em torno de 15% a 35%, enquanto que a dacarbazina atinge apenas 16%. A ifosfamida tem atividade já documentada naqueles pacientes com sarcomas que não responderam aos esquemas com adriamicina. Atualmente, esquemas combinando adriamicina, dacarbazina e ifosfamida têm os melhores índices de resposta para sarcoma de partes moles. A adriamicina e a dacarbazina devem ser administradas em infusão contínua para reduzir a náusea, vômito e o risco da cardiotoxicidade, enquanto que a ifosfamida deve ser dada em infusão contínua ou em doses fracionadas para tornar a toxicidade urotelial menos intensa.

**Cada recorde
é um marco
na evolução**



Cicladol[®]

β -CICLODEXTRINA PIROXICAM

**Alívio da dor e da
inflamação em tempo recorde
com melhor tolerabilidade**

**Dose
única
diária**

- ◆ Supera na rapidez da ação
- ◆ Supera na tolerabilidade
- ◆ Supera nos resultados clínicos

Apresentações: embalagens com 5 e 10 comprimidos
e embalagens com 5 supositórios.



Para maiores informações,
consulte a Divisão Médica

FARMITALIA CARLO ERBA

GRUPO ERBAMONT

A flexibilidade posológica de Farmorubicina dá um novo sentido ao tratamento quimioterápico.

A necessidade de personalizar o tratamento quimioterápico dá preferência ao uso de um agente citostático dotado da necessária flexibilidade posológica, quer isoladamente ou nas combinações quimioterápicas.

A Farmorubicina possui a necessária flexibilidade posológica para que se possa explorar a eficácia de diferentes esquemas de doses.

- A Farmorubicina, como agente isolado no tratamento do câncer de mama avançado, obteve índices de eficácia constantes com doses crescentes de 60 a 90 mg/m², permitindo que todas as pacientes completassem o tratamento, apesar do uso anterior de irradiação ou de outra quimioterapia.⁽¹¹⁾

Farmorubicina como agente único no tratamento do câncer de mama avançado

Tipos de pacientes	Irradiação prévia	100%
	Quimioterapia ou tratamento hormonal anteriores	65%
	Aumento progressivo da dose de 60-90 mg/m ²	100%
	Dose cumulativa de 1000mg/m ²	52%
Resultados	Índice de respostas	38,5%
Tolerabilidade (nº total de cursos)	Leucopenia grau 3	4%
	Náuseas, vômitos grau 3	11%
Cardiotoxicidade (pacientes)	ICC acima de 1000 mg/m ²	4%

A Farmorubicina permite atingir os maiores índices de eficácia

Na terapia de combinação para linfomas não-Hodgkin, o esquema CEOP proporcionou:⁽⁴⁰⁾

- Índice muito elevado de RC
- Ausência de efeitos tóxicos importantes
- Possibilidade de melhorar o índice de RC através de aumentos progressivos na dose de Farmorubicina

Epirubicina 30-60 mg/m ²	RC 55%	RP 34%	89%*	índice de resposta global
Combinações contendo Epirubicina 75 mg/m ²	RC 77%	RP 7,5%	84,5%	índice de resposta global

FARMORUBICINA®

As credenciais da Farmorubicina atestam a sua eficácia não apenas como substituto da doxorubicina, mas também como melhor alternativa entre outros agentes, quer isoladamente ou como componente de combinações quimioterápicas.

FARMITALIA CARLO ERBA