

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO

BOLETIM DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

ANO 5 - Nº 25 - JULHO DE 2005

APRESENTAÇÃO

Neste número do Boletim do Registro Hospitalar de Câncer, o tema principal é o câncer de cólon e reto, um dos tumores mais freqüentes nos países desenvolvidos. No Brasil, está entre aqueles de maior incidência nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Uma dieta rica em frutas, verduras e cereais, com baixa ingestão de carnes vermelhas e bebidas alcoólicas, além da atividade física regular, são considerados fatores de proteção para o desenvolvimento de câncer de cólon e reto.

A análise terá como referência o ano de 2003, apresentando as estimativas de incidência, os dados de mortalidade e da base estadual do Registro Hospitalar de Câncer, traçando assim um perfil dessa doença no Estado de São Paulo.

NESTA EDIÇÃO

Apresentação	1
Estimativa de incidência	1
Dados de mortalidade	2
Dados do RHC	2
Informes	4

ESTIMATIVA DE INCIDÊNCIA

De acordo com estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2003, ocorreriam 147.410 casos novos de câncer, dos quais 79.660 entre as mulheres e 67.750 entre os homens, no Estado de São Paulo.

Do total estimado, 8.560 casos seriam de câncer de cólon e reto representando 5,8% do total de casos novos de câncer. No sexo feminino, cólon e reto estaria entre as três principais localizações primárias de neoplasia maligna, superada somente por mama e pele não melanoma. No sexo masculino, ocuparia a quinta posição, após pele não melanoma, próstata, estômago e traquéia/ brônquio/ pulmão.

DADOS DE MORTALIDADE

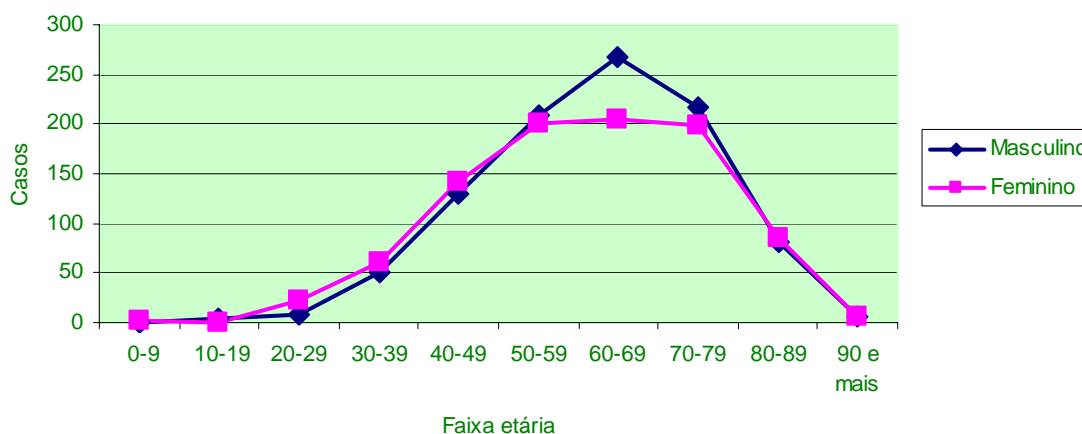
Em 2003, ocorreram 3.303 óbitos por câncer de cólon e reto, representando 8,8% do total de óbitos por câncer no Estado de São Paulo, segundo dados da Fundação SEADE. Foi a segunda causa básica de morte por câncer no sexo feminino, com 1.736 óbitos (10,2%) e a quarta causa básica, no sexo masculino, com 1.567 óbitos (7,6%).

DADOS DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

Considerando-se somente os casos diagnosticados em 2003, a base de dados estadual do Registro Hospitalar de Câncer totalizava 31.058 casos novos, até março de 2005. Destes, 1.898 tumores (6,1%) tinham como localização primária cólon e reto.

Na distribuição dos tumores segundo sexo, houve pequena predominância dos homens, 973 casos, em relação às mulheres, 925 casos. Quanto à idade, a distribuição entre os sexos foi muito semelhante, com exceção da faixa etária de 60 a 69 anos, na qual se destacou o número de casos no sexo masculino, como pode ser verificado no gráfico seguinte.

Gráfico 1: Distribuição das neoplasias malignas de cólon e reto segundo faixa etária e sexo. Estado de São Paulo, 2003



Fonte: RHC/FOSP

A maior parte desses casos (61%) chegou ao hospital responsável pelo tratamento, ainda sem diagnóstico, e apenas 39% já tinham diagnóstico.

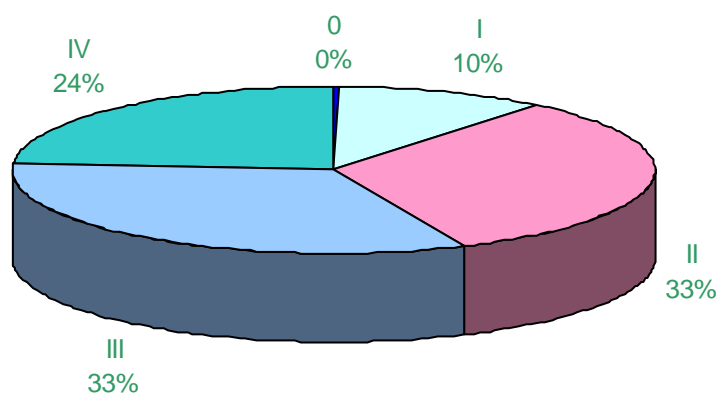
Houve confirmação microscópica em 97,5% dos casos, sendo que as morfologias mais frequentes foram Adenocarcinoma SOE (60,7%) e Adenocarcinoma Tubular (27,0%).

As modalidades de tratamento mais utilizadas foram: cirurgia (28,8%), cirurgia com quimioterapia (25,9%) e quimioterapia (10,4%).

O estadiamento clínico, ao definir a extensão anatômica da doença, permite o planejamento terapêutico e é um indicador de prognóstico do caso. Mesmo assim, em 7,3% dos tumores de câncer de cólon e reto, diagnosticados em 2003, não havia informação referente ao estadiamento.

Dos casos estadiados, mais da metade (57%) foram classificados em estádios III e IV, ou seja, em fases avançadas, tendo assim as possibilidades de sobrevivência reduzidas.

Gráfico 2: Distribuição das neoplasias malignas de cólon e reto segundo estadiamento clínico. Estado de São Paulo, 2003.



Fonte: RHC/FOSP

A taxa de letalidade relativa ao 1º ano de doença foi de 20%. Conforme o esperado, a mortalidade foi maior em estádios mais avançados.

Estadiamento	Taxa de Letalidade (%)
0	0
I	5,3
II	9,5
III	13,4
IV	47,5

Fonte: RHC/FOSP

INFORMES GERAIS

NOVAS EDIÇÕES DA CID-O E TNM

Foi publicada a terceira edição da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia CID-O 3, cujos trabalhos de tradução, adaptação e revisão do Português foram realizados por uma equipe técnica multi-institucional, com participação da FOSP.

Na CID-O 3 não há diferenças na seção de topografia, em relação à CID-O 2. As modificações ocorreram na seção de morfologia, principalmente de linfomas e leucemias.

Também foi publicada a sexta edição da Classificação dos Tumores Malignos -TNM, com novas regras de classificação e estadiamento dos tumores. A maior parte dos tumores permaneceu inalterada ou teve alterações mínimas, em relação à quinta edição. As principais modificações foram em tumores do fígado, trato biliar e pâncreas, mesotelioma pleural, tumores ósseos, melanoma maligno da pele, tumores oftálmicos e classificação dos linfonodos regionais nos tumores da mama.

A FOSP está iniciando o trabalho de adaptação do SISRHC às alterações da CID-O 3 e TNM 6ª edição. Apesar de ainda não haver um prazo estabelecido, já está definido que as novas edições da CID-O e TNM serão encaminhadas no momento de implantação da nova versão do SISRHC.

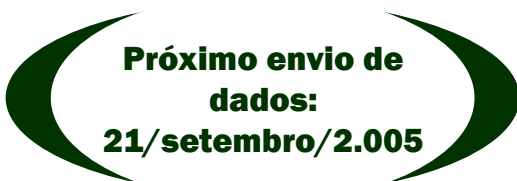
CRIPTOGRAFIA DOS DADOS

A partir da versão 2.06, distribuída no III Encontro de Registros Hospitalares de Câncer, os nomes de pacientes passam a ser criptografados (codificados) no momento de geração do banco de dados para a FOSP. Desta forma haverá mais segurança tanto na transferência dos dados da instituição quanto na utilização dos mesmos pela equipe da FOSP, preservando-se ainda mais o sigilo das informações.

ARQUIVO PARA A FOSP

Na remessa do banco de dados de junho/2005, ainda surgiram dúvidas a respeito de qual arquivo deve ser encaminhado à FOSP. Algumas instituições enviaram o backup por engano. No SISRHC, quando se pede em "Utilitários", para "Gerar disquete FOSP", é gerado o arquivo a ser enviado, que fica salvo em **C:\Disquete FOSP** com o seguinte nome:

Email_(código da instituição)_(data do envio).rhc .



**Próximo envio de
dados:
21/setembro/2.005**