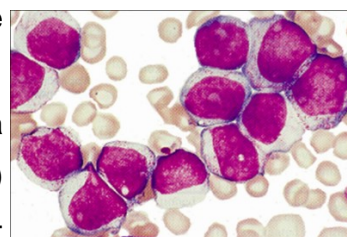


## TEMA DO MÊS: Leucemias

## APRESENTAÇÃO

Este novo número do Boletim do Registro Hospitalar de Câncer traz como tema principal as **Leucemias**.

A Leucemia é uma doença maligna que se caracteriza pela multiplicação excessiva de glóbulos brancos (leucócitos) jovens na medula óssea (local de formação das células sanguíneas), substituindo as células sanguíneas normais. Estes glóbu-



los brancos entram na circulação sanguínea antes de estarem completamente amadurecidos, quando ainda não têm condições de desempenhar sua função corretamente.

Fonte: [www.cardiologiapertutti.org](http://www.cardiologiapertutti.org)

No Brasil e em outros países, a Leucemia representa numericamente cerca de 2% de todos os tipos de câncer, sendo uma das poucas neoplasias que atingem não só adultos e idosos mas também menores de 14 anos. A Leucemia Linfóide Aguda, por exemplo, é o câncer de maior incidência em crianças, particularmente de 3 a 5 anos. Para o Estado de São Paulo, no ano de 2003, as Leucemias foram responsáveis por 3,4% das mortes por neoplasias, alcançando a 11ª colocação. Já no ano de 2004, foram responsáveis por 3,65% das internações por câncer, também para o Estado de São Paulo.

A análise a seguir apresentará alguns dados sobre estimativa de incidência das Leucemias no Estado de São Paulo, além de focar informações extraídas da base de dados estadual do Registro Hospitalar de Câncer sobre Leucemias.

## ESTIMATIVA DE INCIDÊNCIA:

O Instituto Nacional do Câncer - INCA estimou para 2006, no Estado de São Paulo, a ocorrência de 138.570 casos novos de câncer, sendo 70.340 para o sexo masculino e 68.230 para o feminino. Do total esperado, 2.570 casos (1,85%) seriam referentes às leucemias, sendo 1.410 (54,86%) no sexo masculino e 1.160 (45,14%) no sexo feminino.

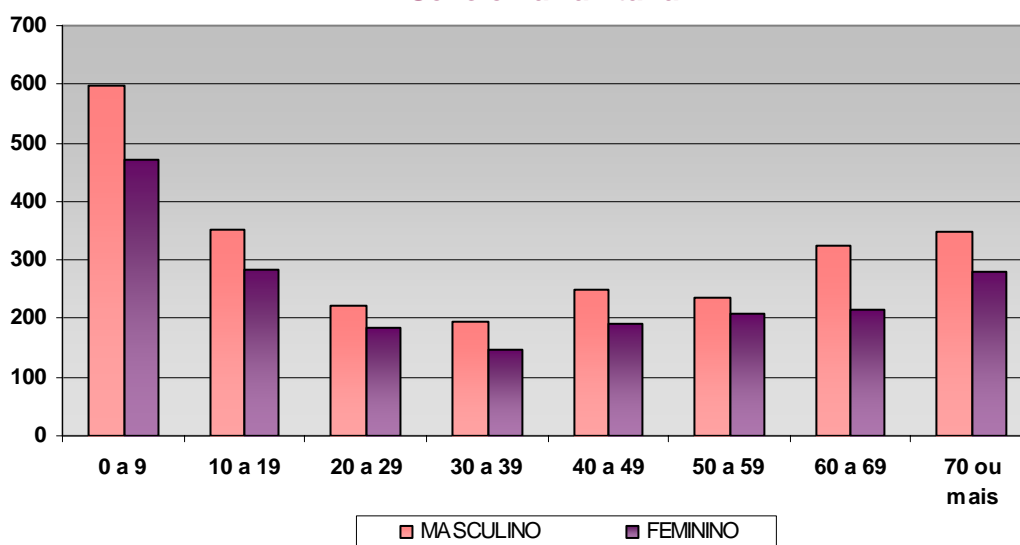
## BOLETIM DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

### DADOS DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER:

Após o envio do último banco de dados em dezembro de 2.005, a base de dados estadual do Registro Hospitalar de Câncer conta atualmente com 174.743 casos diagnosticados desde janeiro de 2.000. Destes, 4.504 tumores (**2,58%**) tiveram a **Leucemia** registrada como morfologia. A distribuição dos casos de Leucemia por sexo demonstrou predominância do **sexo masculino**, com 2.522 casos (**56%**), em relação ao **sexo feminino**, 1.982 casos (**44%**).

O gráfico 1 mostra a distribuição dos casos de leucemia segundo sexo e faixa etária.

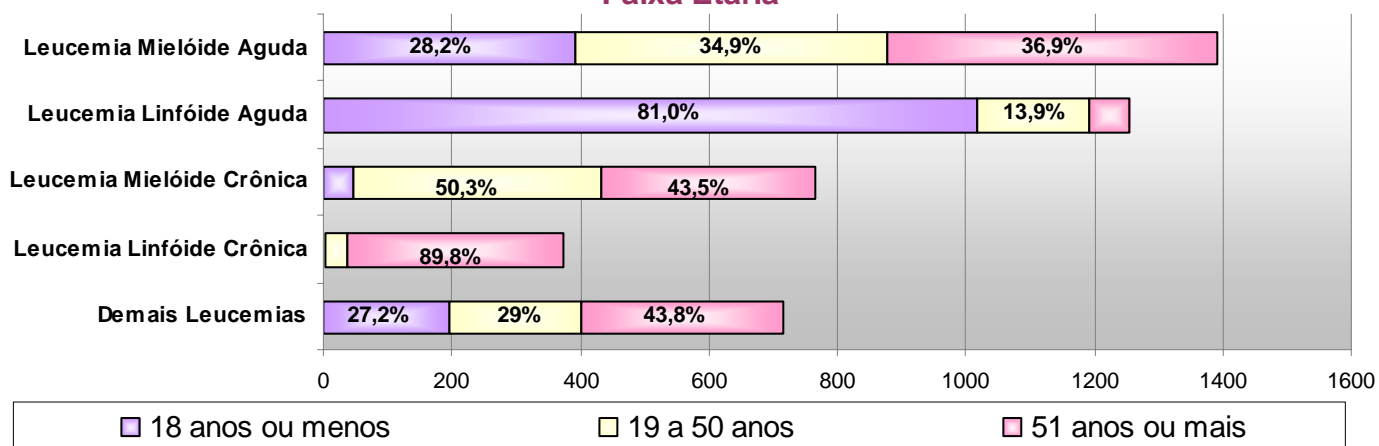
**Gráfico 1: Distribuição dos Casos de Leucemias, segundo Sexo e Faixa Etária**



Fonte: Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo/ FOSP, janeiro/ 2000 a dezembro/ 2005.

As **Leucemias** podem ser **agudas** ou **crônicas** e também distinguem-se conforme a **morfologia dos leucócitos afetados** (neutrófilos ou linfócitos, p.ex), gerando dois grandes grupos principais: as Leucemias **Mielóides** e as **Linfóides**. Observe a distribuição dos tipos de Leucemia registrados no RHC:

**Gráfico 2: Distribuição dos Casos de Leucemia, segundo Morfologia e Faixa Etária**



Fonte: Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo/ FOSP, janeiro/ 2000 a dezembro/ 2005.

## BOLETIM DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

A **Leucemia Mielóide Aguda - LMA** foi a morfologia mais freqüente (**30,9%**), seguida da **Leucemia Linfóide Aguda - LLA** (**27,9%**), da **Leucemia Mielóide Crônica - LMC** (**17%**) e da **Leucemia Linfóide Crônica - LLC** (**8,3%**).

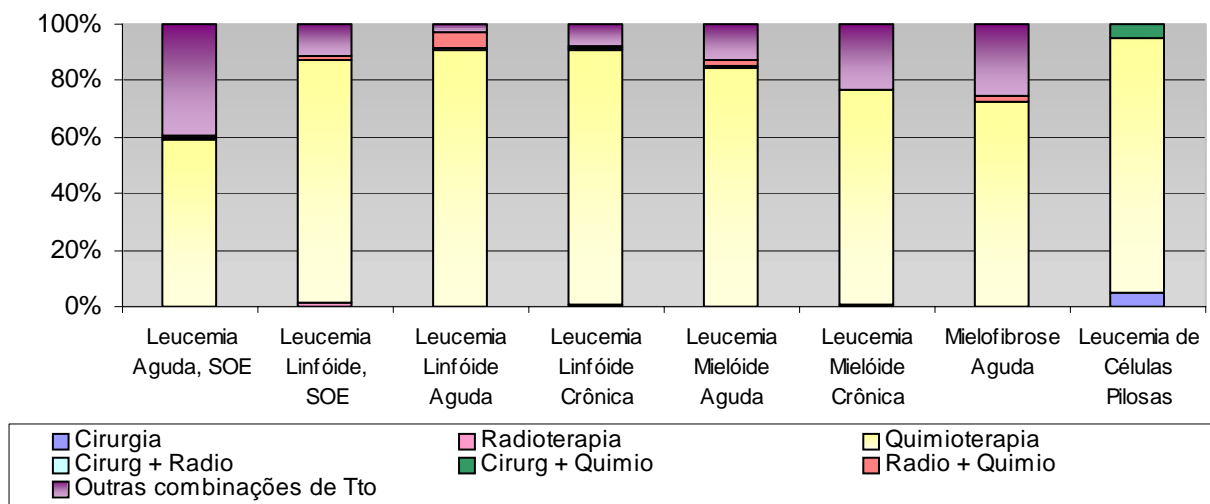
Como esperado pela literatura, a **LLA** foi mais freqüente na faixa etária de **18 anos ou menos** (**81%**) e a **LLC**, que normalmente atinge adultos com mais de 50 anos, teve **89,8%** de seus casos na faixa etária de **51 anos ou mais**. A **LMC** é rara em crianças, tendo atingido apenas **6,1%** na faixa etária de **18 anos ou menos**.

Os casos de leucemia apresentaram alto percentual de confirmação microscópica (95,6%). O estadiamento clínico dos tumores, baseado no TNM, não se aplica a este tipo de neoplasia.

A análise do tipo de tratamento realizado nos pacientes com Leucemia revela que a grande maioria dos pacientes foi tratado com **quimioterapia** isolada (**75,9%**), seguido por **outras combinações de tratamento** (**10,9%**) que inclui a realização do **transplante de medula óssea - TMO** em 155 casos, **3,4%** do total. De todas as morfologias, a que mais foi tratada com **TMO** isolada ou em combinação com outros tratamentos (principalmente com quimioterapia, que precede a TMO) foi a **LMC**, com **8%** (61) de seus casos tratados, o que é muito pouco pois a TMO é maior esperança de cura para os casos de LMC. A **radioterapia + quimioterapia** isoladas foram realizadas em **2,4%** dos casos e **9,7%** (435) não recebeu nenhum tratamento.

Veja a distribuição dos tratamentos para as morfologias mais freqüentes de Leucemia:

**Gráfico 3: Distribuição dos Tratamentos Realizados, segundo a Morfologia**

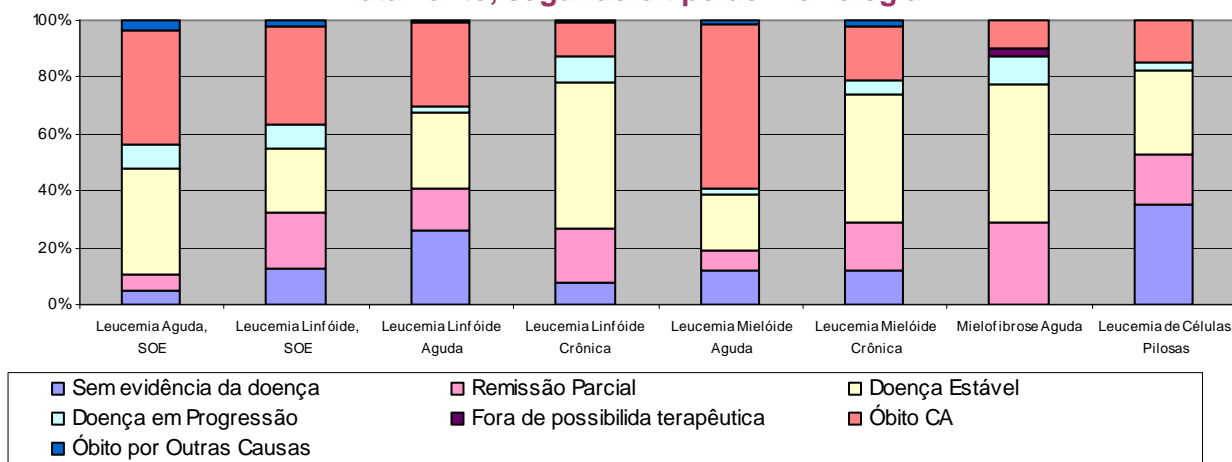


Fonte: Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo/ FOSP, janeiro/ 2000 a dezembro/ 2005.

Dentre os pacientes que concluíram o primeiro tratamento e que havia informação sobre o seu estado após o mesmo (**58,3%**), **37,2%** foi a **óbito por câncer**, **30,3%** apresentou **doença estável**, **14,8%** estava **sem evidência da doença**, **12,1%** em **remissão parcial**, **4,0%** com **doença em progressão**, **1,5%** foi a **óbito por outras causas** e **0,1%** estava **fora de possibilidade terapêutica**. No gráfico 4 observa-se as distribuições das situações dos pacientes após o primeiro tratamento, para cada morfologia.

## BOLETIM DO REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

Gráfico 4: Estado do Paciente com Leucemia após o Primeiro Tratamento, segundo o tipo de Morfologia



Fonte: Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo/ FOSP, janeiro/ 2000 a dezembro/ 2005.

## INFORMES GERAIS

Aproveitamos este boletim para darmos maiores explicações sobre a atualização do software SISRHC. Como já foi dito, recebemos a atualização da Classificação Internacional de Doenças em Oncologia (CID-O 3ª Edição), responsável pela padronização de topografias (localizações) e morfologias (tipos de células) de câncer. Recebemos também a atualização do TNM – Classificação de Tumores Malignos (6ª Edição), baseado na CID-O e responsável pelas classificações de extensão do tumor primário (T), ausência ou presença e extensão de metástase em linfonodos regionais (N) e ausência ou presença de metástase à distância (M), agrupando estas informações em “estádios” do tumor.

Para acompanhar as mudanças nessas classificações, houve necessidade de atualizar o SISRHC. Basicamente, fizemos alterações na lista de morfologias e nas associações de estágio clínico (T, N e M), para tumores assim classificáveis. Não houve mudanças em relação às topografias.

A FOSP enviou para cada RHC alguns exemplares de cada uma. A implantação oficial das novas classificações ficou estipulada para **1º de Janeiro de 2006**, ou seja, todos os casos com **diagnóstico** a partir desta data deverão ser, obrigatoriamente, enquadrados na nova classificação, tanto em relação às morfologias quanto ao TNM e estágio clínico. Como é sabido, a partir da data de diagnóstico, existe uma espera média de seis meses para a digitação do caso, havendo tempo suficiente para a implantação das novas classificações.

Nos colocamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas ou dificuldades.

**Próximo envio de dados:  
20/03/2006**