

TUMORES RAROS: NEOPLASIAS TROFOBLÁSTICAS GESTACIONAIS (NTG)

APRESENTAÇÃO

Este trigésimo primeiro número do Boletim do Registro Hospitalar de Câncer está voltado para tumores de baixa incidência, considerados tumores raros, no caso, as Neoplasias Trofoblásticas Gestacionais (NTG), mostrando suas características gerais.

O banco de dados do RHC vem se desenvolvendo e adquirindo proporções cada vez maiores ao longo dos anos. Sendo este um dos maiores banco de dados de câncer do Brasil, permite o estudo de casos raros, como é o caso das NTG, cuja incidência é de 1 para 350 nascimentos no Brasil. Esta incidência é variável e maior entre grupos populacionais mais pobres, onde podem ocorrer 1 caso em 82 nascimentos, comparados com regiões industrializadas, onde ocorre 1 caso a cada 2500 nascimentos. O coriocarcinoma ocorre mais frequentemente após gestação molar (4% das molas degeneram em tumores trofoblásticos malignos) e muito mais raramente após abortamentos e partos.

INTRODUÇÃO

As Neoplasias Trofoblásticas Gestacionais constituem um grupo de doenças neoplásicas que derivam da placenta, que inclui a Mola Hidatiforme (forma benigna), o Coriocarcinoma, a Mola Hidatiforme Invasora e o Tumor de Sítio Placentário (formas malignas).

As Molas Hidatiformes, completa ou parciais, têm como sintoma principal o sangramento vaginal, respectivamente em 97 e 73% das vezes. Cistos ovarianos são comuns e associados ao aumento da gonadotrofina coriônica. A mola completa ainda pode estar associada a hipertireoidismo em 7% dos casos e embolia amniótica em 2%. As Molas Hidatiformes têm altos índices de remissão completa espontânea.

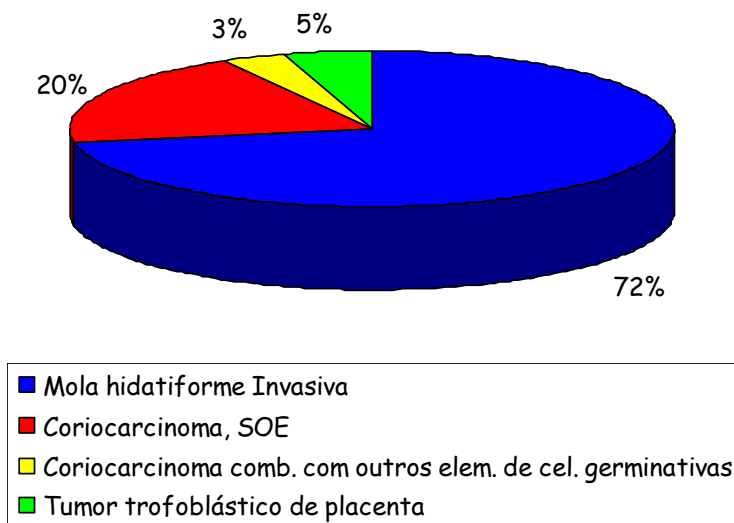
Atualmente o diagnóstico é habitualmente precoce, com o emprego da ultrassonografia transvaginal no início da gestação, e a resolução dos casos de gravidez anaembrionada (em que o desenvolvimento do embrião não acontece). O tratamento da Mola Hidatiforme é a curetagem uterina, e o seguimento deve ser feito por 1 ano, para a identificação de uma possível evolução para as formas malignas.

O sangramento costuma ser o principal sinal/sintoma e complicação, por conta da infiltração miometrial (mola invasora) ou da malignização (coriocarcinoma). De qualquer maneira, a quimioterapia, para neoplasias malignas, tornou-se o tratamento de escolha, induzindo remissão completa na imensa maioria dos casos de estadiamentos iniciais. O tratamento cirúrgico radical, a histerectomia, é utilizado nas formas graves ou mulheres que não querem mais filhos ou ainda após os 40 anos de idade (existem vários protocolos utilizados nos diversos serviços especializados). De toda a maneira o tratamento clínico pode preservar o útero em pacientes jovens.

O estadiamento da doença trofoblástica gestacional é feito com base no TNM, dentro dos parâmetros da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) em quatro graus: doença limitada ao útero; doença limitada à pelve; doença se estende aos pulmões (metástases pulmonares) e doença que se propaga a outras estruturas, além das mencionadas, principalmente cérebro e fígado. Além de estadiar a doença, estabelece-se o risco.

O banco de dados do RHC possui atualmente 217.417 casos de neoplasias malignas, dos quais 86 diagnosticados como NTG, ou seja, diagnóstico de neoplasia trofoblástica (códigos 9100/1 a 9105/3 da CID-O) e localização placentária (código C58.9 da CID-O). Mola Hidatiforme, SOE e Mola Hidatiforme parcial não aparecem no banco por serem benignas. Os casos de NTG estão distribuídos quanto à morfologia, faixa etária e estadiamento clínico nos gráficos abaixo.

Gráfico 1 - Distribuição das NTG segundo morfologia. RHC, jan/00 a dez/06.



Nota-se, no gráfico 1, que a maioria dos casos (72%) é de Mola Hidatiforme Invasiva, seguida, em importância, pelo coriocarcinoma (20%). Os demais casos têm diagnósticos menos específicos. Estes números são condizentes com a literatura, que ainda aponta que a proporção de casos de Mola Hidatiforme, SOE ou parcial, é sempre maior que as formas malignas.

Em relação às faixas etárias mais afetadas, o gráfico 2 mostra que a maioria dos casos ocorre na faixa etária de 20 a 29 anos (55,8%). Interessante notar que houve 3 casos de NTG em mulheres com mais 49 anos sendo que um deles foi na faixa etária de 60 a 69 anos.

Gráfico 2 - Distribuição das NTG segundo faixa etária. RHC, jan/00 a dez/06.

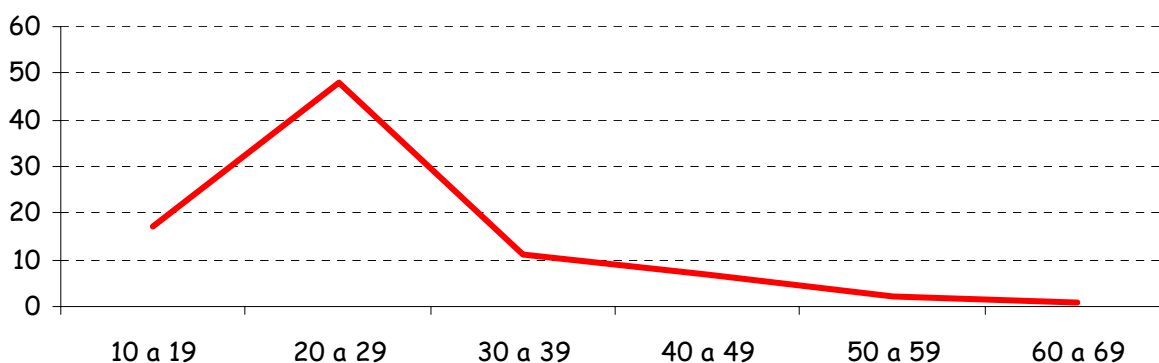
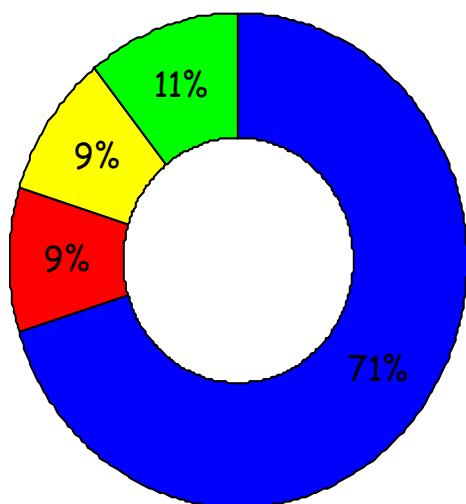


Gráfico 3 - Distribuição das NTG segundo estadiamento clínico. RHC, jan/00 a dez/06.



■ I ■ II ■ III ■ IV

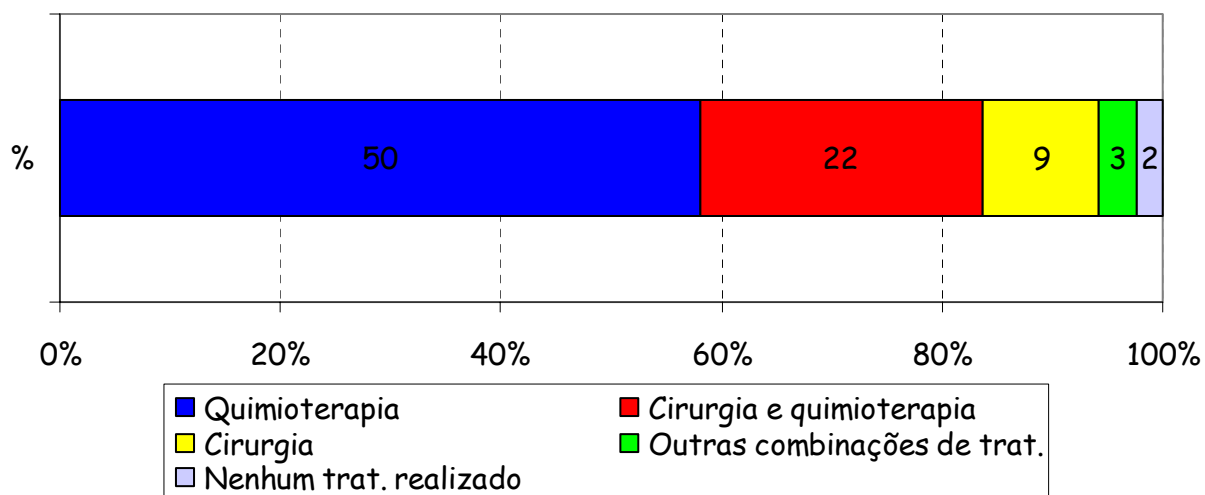
Dos casos que puderam ser estadiados (74 casos), a maioria foi do estágio I (70,3%), seguida, em ordem de importância, pelo estágio IV (10,8%) (Gráfico 3).

Do restante, em apenas 3 casos não cabia fazer o estadiamento, e nos quais a morfologia foi coriocarcinoma combinado com outras células germinativas. Novamente, como apontado pela literatura, os casos menos graves são mais frequentes.

Em relação a combinações de tratamento mais utilizadas, vê-se no gráfico 4 que a quimioterapia, como citado anteriormente, foi o tratamento mais usado (58,1%), seguido por associação de cirurgia e quimioterapia (25,6%).

A proporção das combinações de tratamento é parecida para todos os estádios. Uma curiosidade é que, nos casos onde não foi recomendado nenhum tratamento, a razão foi a remissão parcial da doença.

Gráfico 4 - Distribuição das NTG segundo tratamento. RHC, jan/00 a dez/06.



CORREÇÕES TOPOGRAFIA / MORFOLOGIA

Nos últimos boletins do RHC, tem sido explicado o trabalho de avaliação dos casos em relação à correção das associações entre topografia e morfologia, que foi feito inicialmente para neoplasias localizadas no fígado. Este processo foi expandido para todas as topografias.

Dando seguimento, enviaremos relação de casos duvidosos para reanálises de compatibilidade entre topografias e morfologias que estão surgindo em nosso levantamento. Estes casos deverão ser verificados, em relação à dúvida levantada pela FOSP, nos prontuários e com o médico coordenador do RHC local.

Para os próximos envios de banco, esperamos que estes casos sejam esclarecidos para que se possa ter uma maior qualidade, e que esses possíveis erros possam servir para a melhoria das regras de inclusão colocadas no próprio SISRHC.

Contamos, desde já, com a colaboração de todos!

NOVAS DATAS DE AVALIAÇÃO DO BANCO RHC

Como rotina, de seis em seis meses é feita uma avaliação da qualidade dos RHCs. Esta avaliação é feita ao final da entrega de bancos de dezembro e junho. Estas datas vão ser alteradas para março e setembro.

Também serão programadas visitas às instituições que não obtiverem a qualidade esperada na entrega de dados.

Além disso, este ano novo é o ano de realização do IV Encontro dos Registros Hospitalares do Estado de São Paulo, organizado pela FOSP e com data ainda a ser definida. Neste encontro, será apresentada uma nova versão do SISRHC, que apresentará mudanças em relação à capacidade do software, mas sem alterações na forma de preenchimento.

Contamos desde já com a presença de todos para o evento!!

*Data do próximo envio:
15/03/2007*