

ESTADIAMENTO DO CÂNCER

O câncer é um grupo diversificado de doenças caracterizadas pela proliferação celular descontrolada, pela variabilidade genética, pela invasão local e pela metástase.

O prognóstico e os benefícios em potencial do tratamento variam muito de caso a caso, por isso, um sistema de classificação é necessário para identificar grupos de casos que tenham similaridades entre si em seu comportamento clínico. A classificação de doenças pode parecer algo afastado da prática clínica, mas ela está na verdade no centro da medicina científica baseada em evidências.

Somente quando um problema clínico específico for reconhecido e definido é que podemos começar a acumular informações sobre o que é necessário para responder as dúvidas fundamentais que médicos e pacientes enfrentam na prática diária como: o que vai acontecer se a doença não for tratada; que tratamento pode ajudar para a cura, ou aumento ou melhora da qualidade de vida.

Quando classificamos os pacientes de câncer com base na extensão da doença estamos “estadiando o tumor”. Esse estadiamento contribui para a criação e a disseminação de conhecimentos sobre o câncer, para orientar o tratamento de cada paciente e ajudar na gestão de programas de controle do câncer.

O estadiamento é um sistema de medição onde certos atributos do tumor são codificados e transformados em variáveis hierarquizadas e tem de ser válidas, confiáveis e práticas.

Válidas: Criam grupos que exigem controles semelhantes ou grupos de casos que têm evoluções semelhantes e têm de refletir as conclusões clínicas que identifiquem subgrupos importantes. Um sistema válido deve ser abrangente, capaz de refletir toda a ampla série de possíveis apresentações de cada tipo de câncer. Para manter sua validade ao longo do tempo, o sistema também precisa ser flexível o suficiente para permitir sua adaptação a mudanças importantes na prática ou no conhecimento médico.

Confiáveis: Garantem, na maioria das vezes, que casos idênticos sejam sempre colocados na mesma categoria. A confiabilidade do sistema também será aumentada por um conjunto claro de regras sobre como e quando ele deve ser aplicado. Para permitir comparação ao longo do tempo, o sistema de avaliação clínica não deve ser submetido a alterações frequentes.

Práticas: Adequadas para o uso diário em uma ampla variedade de cenários clínicos. Para isto acontecer, o sistema deve ser simples em seu conceito e baseado em princípios comuns que sejam aplicáveis para todas as localizações. O sistema e as regras para seu uso devem ser acessíveis, disponíveis em todas as línguas mais importantes, tanto na forma impressa quanto na eletrônica, e a documentação necessária não deve ser cara.

A aceitação generalizada será mais fácil se o sistema for válido, confiável e prático, mas também é necessária uma infraestrutura administrativa sólida para mantê-lo sob contínua observação e revisá-lo sempre que for necessário.

O estadiamento do câncer tem um papel central na prática científica da oncologia. O sistema TNM é uma ferramenta sofisticada para classificar o câncer, que oferece uma ligação vital entre a pesquisa e a prática médica, uma vez que é adequada para a maioria dos cânceres.

Os médicos que atendem pacientes com câncer devem registrar, de rotina, o estágio da doença no histórico médico de seus pacientes, usando o sistema **TNM** como padrão.

A CLASSIFICAÇÃO TNM DO CÂNCER

A classificação TNM dos tumores malignos é um sistema de estadiamento anatômico que preenche a maioria dos critérios descritos anteriormente. Sempre que possível, as alterações do TNM são feitas com a criação de novos subgrupos dentro da estrutura existente, preservando, assim, a comparação ao longo do tempo. O sistema baseia-se na avaliação de três componentes:

T – a extensão do tumor primário

N – a ausência ou presença e a extensão de metástases em linfonodos regionais

M – a ausência ou presença de metástases distantes

Depois de designadas as categorias T, N e M, os casos podem ser reunidos em grupo de estágio. Existem na verdade duas classificações TNM importantes descritas para cada local. A primeira é a classificação clínica baseada em evidências obtidas a partir do exame físico, exames de imagem, endoscopia, biópsia, exploração cirúrgica e de qualquer outro exame pré-tratamento que for relevante para aquela localização específica.

Essa classificação é usada para tomar decisões iniciais quanto ao tratamento e oferece informações sobre o prognóstico, devendo também ser utilizada para comparação de evolução entre estratégias de tratamentos.

A segunda classificação é a patológica, denominada pTNM, que se baseia nas evidências obtidas antes do tratamento, complementadas ou modificadas pelas evidências adicionais com a cirurgia ou com o exame anatomopatológico. O estadiamento patológico contribui para que entendamos o quanto o estágio clínico reflete a verdadeira extensão anatômica do câncer, podendo ser útil na avaliação de novas técnicas de diagnósticos.

ESTADIAMENTO DO CÂNCER: X, Y e Z

O banco de dados da Fosp possui atualmente **307.684** casos registrados, dos quais 66.189 (21,5%) casos de neoplasias malignas não foram ou não puderam ser estadiados. Usa-se o código “**X**” para o estadiamento de tumores que **não podem ser avaliados pelo TNM**, por exemplo, os casos de tumores operados ou já tratados. Usa-se o código “**Y**” para tumores em que **não se aplica a classificação TNM**; são os tumores não sólidos (por exemplo, as leucemias). Usa-se o código “**Z**” para tumores **não avaliados** pelo profissional responsável ou **sem informação** sobre estadiamento anotado no prontuário.

Os gráficos a seguir mostram a distribuição dos casos X,Y e Z, segundo faixa etária e sexo.

Gráfico 1: Distribuição de casos X,Y e Z, segundo faixa etária e sexo masculino.
 Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo - Fosp, janeiro/2000 a março/2009.

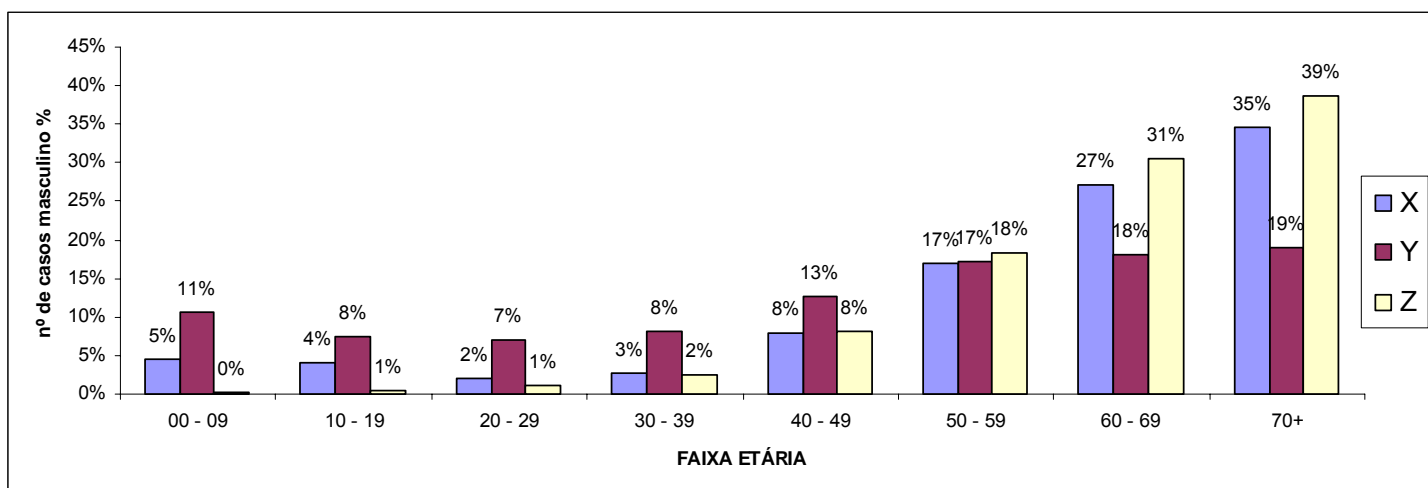
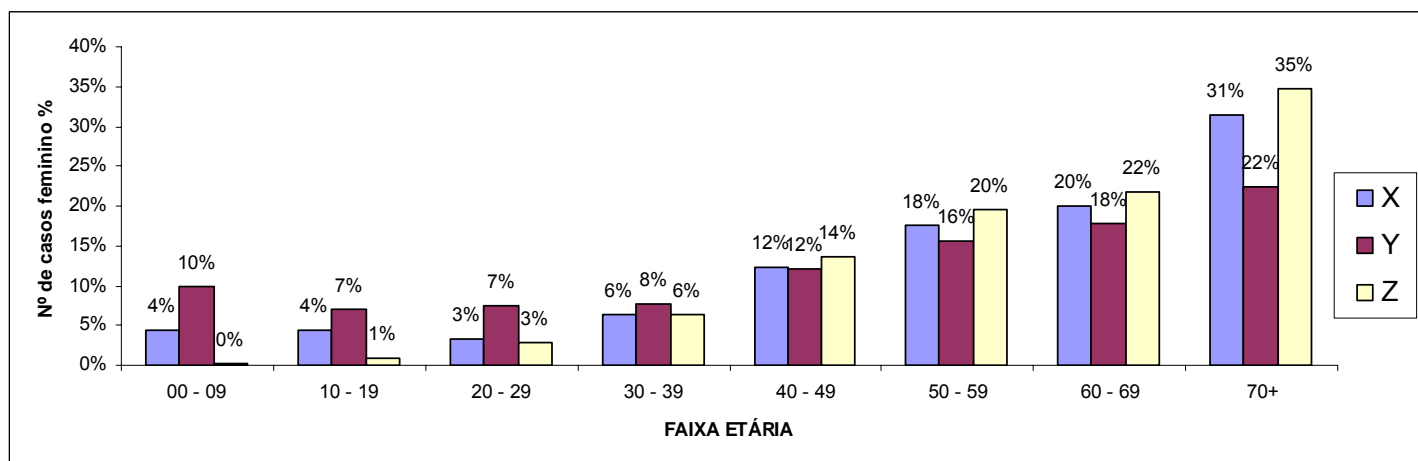


Gráfico 2: Distribuição de casos X,Y e Z, segundo faixa etária e sexo feminino.
 Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo - Fosp, janeiro/2000 a março/2009.



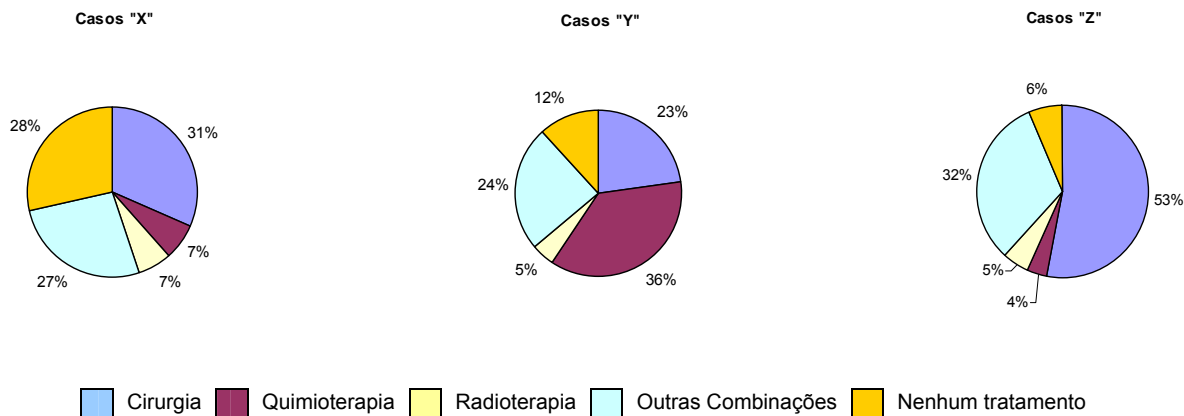
As morfologias mais frequentes dos 10.374 classificados como “X” foram as seguintes: 2.547 (24,6%) Adenocarcinoma, SOE ; 1.787 (17,2%) Carcinoma Escamocelular, SOE e 1.023 (9,9%) Carcinoma Basocelular, SOE.

Dos 43.683 casos classificados como “Y”: 2.960 (6,8%) Linfoma Maligno Não-Hodking, SOE; 2.884 (6,6%) Neoplasia Maligna; 2.418 (5,5%) Carcinoma Basocelular, SOE; 2.352 (5,4%) Leucemia Mielóide, SOE; 2.349 (5,4%) Carcinoma Escamocelular, SOE; 2.027 (4,6%) Mieloma Múltiplo; 1.694 (3,9%) Linfoma Maligno de Células Grandes B Difuso, SOE; 1.481 (3,4%) Glioblastoma, SOE; 1.414 (3,2%) Leucemia Linfoblástica Aguda, SOE; 1.222 (2,8%) Leucemia Mielóide Crônica, SOE e 1.134 (2,6%) Carcinoma, SOE.

Dos 12.132 casos classificados como “Z”: 2.430 (20%) Carcinoma Escamocelular, SOE; 2.320 (19,1%) Adenocarcinoma, SOE; 1.861 (15,1%) Carcinoma Basocelular, SOE e 1.232 (10,2%) Carcinoma de Células Acinosas.

Dos 66.189 casos classificados como X, Y ou Z, 249 (0,4%) não foram analisados por terem sido notificados como *sem informação de tratamento*. Dos 65.940 pacientes com informações de tratamento, 30% fizeram cirurgia exclusiva e 26% quimioterapia exclusiva. O gráfico 3 mostra o tipo de tratamento mais utilizado em cada grupo de casos.

Gráfico 3: Distribuição dos casos X,Y,Z segundo tratamento recebido.
Registro Hospitalar de Câncer do Estado de São Paulo - Fosp, janeiro/2000 a março/2009.



INFORMES GERAIS

- ▶ As **atualizações** do SISRHC estão disponíveis no site da Fosp (www.fosp.saude.sp.gov.br).
Salientamos a importância de se verificar a última versão que está sendo usada pela sua instituição. Qualquer dúvida entre em contato conosco.
- ▶ A data de envio do banco de dados à Fosp está marcada para **10/06/2009**.
- ▶ Já começamos a planejar o **V Encontro dos Registros Hospitalares de Câncer do Estado de São Paulo**. Para tanto, gostaríamos de contar com a colaboração de todos mandando sugestões para os temas a serem abordados na ocasião. Contamos com vocês!!