

Análise crítica do artigo:

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CANCER GINECOLÓGICO-
ENFOQUE GERIÁTRICO

Trabalho apresentado ao Departamento Materno-Infantil (Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia) do Centro de Ciências da Saúde, como parte das exigências do Concurso de Professor - Assistente.

Miriam Krieger Tavares da Cunha Melo

Florianópolis

1980

$$\begin{array}{r} PT = 8,5 \\ PD = 8,0 \\ PT = 9,5 \\ \hline 27,0 \end{array}$$

BANCA EXAMINADORA

média: 9,0

Professor Titular Walmor Zomer Garcia

Professor Adjunto Renato Henriques Ferreira da Costa

Professor Adjunto Hamilton Rogério Sanford de Vasconcellos

S U M Á R I O

- I - INTRODUÇÃO
- II - ANÁLISE CRÍTICA
 - 1. Título
 - 2. Introdução
 - 3. Pacientes e Métodos
 - 4. Resultados
 - 5. Discussão
 - 6. Resumo
 - 7. Referências Bibliográficas.
- III - COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES
- IV - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- V - ANEXO
(Reprodução xerográfica do trabalho analisado).

INTRODUÇÃO

Propusemo-nos a fazer a análise crítica do artigo: Aspectos Epidemiológicos Do Cancer Ginecológico - Enfoque Geriátrico, dos autores: OLIVIA LÚCIA NUNES COSTA, ITALO BARUFFI, JOAQUIM VAZ PARENTE, EDSON NUNES DE MORAIS, do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Este artigo encontra-se publicado no Jornal Brasileiro de Ginecologia, Volume 88, Número 4, páginas 139 a 147, de outubro de 1979.

O motivo de termos escolhido um trabalho sobre cancer genital é por se tratar de patologia ginecológica da mais alta frequência, considerada um problema de saúde pública, em vista da sua elevada morbidade e mortalidade.

Sabido é, que em todas as partes do mundo existem comissões que se propõem a estudar os carcinomas em todos os níveis, tanto epidemiológico, celular, de diagnóstico mais acurado, de tratamento mais adequado, e que apesar dos seus esforços não se conseguiu ainda estabelecer um denominador comum.

GIORDANO (apud DELLIVENNERI, 1979), assinala que "da observação sistemática das enfermidades e das características sócio-econômicas, pessoais e ambientais dos acometidos, é possível caracterizar grupamentos populacionais em que determinadas doenças ocorrem com maior frequência. Ao conjunto de pessoas que apresentam características similares às dos componentes desses aglomerados, podemos denominar de população suscetível a risco ou "alto risco" para essa entidade patológica".

A elaboração dos códigos de risco para os diversos carcinomas, tentando assim desvendar o que favorece e mantém a eclosão do cancer, é exatamente o avanço que se vem conseguindo.

No decorrer da nossa análise, tentamos também através de dados de literatura, acumular outros aspectos epidemiológicos, que no nosso entender, foram pouco utilizados, baseando-se numa crítica de cunho construtivo, respeitando os autores.

ANÁLISE CRÍTICA

Este estudo crítico analisa da forma seqüencial o trabalho dos autores.

TÍTULO

O título de um trabalho deve transmitir com clareza a proposição dos autores.

No decorrer da leitura percebemos que poucos são os aspectos epidemiológicos analisados, em uma casuística boa, e nos decepcionamos por não termos encontrado relação evidente entre o título e o conteúdo.

RESUMO

Trata-se de um resumo claro e conciso refletindo o estudo dos autores.

INTRODUÇÃO

Muito bem conceituada a epidemiologia e as observações de ACKERMANN que datam de 1962. Acrescentamos os comentários de DE LUCA, durante o simpósio: Estrogenioterapia e carcinogênese realizado em novembro de 1977 em Natal, referentes ao fato da menor preocupação que existia em relação ao carcinoma do endométrio.

Há 20 anos atrás, a proporção colo:corpo era de 10:1 e atualmente nos países com melhores condições sócio-econômicas, as evidências se equivalem.

RODRIGUES DE LIMA e col (1976, apud RODRIGUES DE LIMA, MIYADA, GRABERT, GUIDUGLI NETTO, FREITAS, MAGALHÃES & AL TENFELDER, 1979), verificaram a relação cancer de colo:cancer do corpo de 2,5:1.

KASER (1978), também assinala que o cancer do endométrio está se tornando ou já se tornou o cancer ginecológico mais frequente em países ocidentais.

LIMA (1971), também aponta a grande incidência do

carcinoma de mama nos Estados Unidos, país de alto nível sócio-econômico e conseqüentemente melhor educação sanitária, onde morrem diariamente 80 mulheres de cancer de mama.

A literatura sobre dados estatísticos da incidência dos carcinomas é vasta, assim como também após um longo período de experiência já se conseguiu estabelecer algumas formas de controle, o que se aplica principalmente para o cancer de colo uterino.

Quando os autores referem MELRO (1972), admitindo a biópsia de endométrio como método de maior exatidão no diagnóstico, queremos ressaltar que é consenso geral que ela se presta para avaliação hormonal do endométrio e não para a detecção de carcinoma do corpo uterino; situação em que está indicada a curetagem uterina fracionada.

No decorrer da análise verificamos que TEDESCO e col (1977) são citados por duas vezes sem nenhuma necessidade, e a primeira citação é incorreta por faltar a data.

SOUEN (1979), também assinala a maior incidência de tumores ovarianos malignos entre portadoras do grupo sanguíneo A, ao inverso do que ocorrem com o O.

Existe uma grande dificuldade de estatísticas em nosso País, serviços que trabalham independentemente de qualquer supervisão de órgão superior, pacientes que morrem de cancer genital sem terem tido assistência médica especializada, contribuindo para a deficiência de dados epidemiológicos em nosso meio.

Este aspecto é flagrante quando os autores se reportam aos dados fornecidos pelo Registro Nacional do Ministério da Saúde, no ano de 1975, referentes apenas à distribuição percentual dos tumores malignos do colo uterino, segundo as grandes regiões do Brasil.

Do acima exposto, sentimos que há urgência em se conscientizar a população para os exames periódicos, elaborar estudos epidemiológicos, oferecer condições ideais de tratamento e aprimorar tecnicamente o setor saúde.

PACIENTES E MÉTODOS

MARTINS (1976), fazendo um estudo das classificações adotadas e suas modificações sofridas, nos mostra que a classificação da FIGO data de 1971, e T.N.M se firmou a partir de 1966.

Anteriormente a estas datas havia divergências quanto ao emprego das classificações existentes pelo fato de serem imprecisas, vagas e subjetivas; porém, a mais comumente utilizada foi a proposta pela Liga das Nações.

Atualmente, a classificação da FIGO é aceita pela maioria dos autores para cancer do colo, corpo, ovário, trompa, vagina e vulva, permanecendo a classificação T.N.M para cancer de mama.

Como o período de estudo compreende de 1955 a 1978 achamos que os autores deveriam ter acrescentado tal observação.

RESULTADOS

Quanto a apresentação dos resultados não elaboramos sérias críticas exceto:

- De pouca importância e provável erro de impressão a convenção para geriátrico, na figura 3, deveria ser uma linha cheia.

- Não verificamos tabela referente ao tratamento dado aos casos de cancer da vagina, embora se destinou o parágrafo final da exposição para tal.

- Preocupou-nos a tabela 12 onde ao somarmos os casos, atingimos a cifra de 352, porém confrontando este dado com aquele apresentado na tabela 2, verificamos que ali a cifra é de 454.

- Quando são comentados alguns percentuais ora são apresentados exatos, ora aproximados. Exemplificamos ao se referirem, na tabela 2, ao estágio I do cancer do endométrio e ao estágio III do cancer da mama.

Não nos agrada esta duplicidade de apresentação de dados, servindo apenas para dificultar à primeira vista, a análise dos resultados.

Ressaltamos, também, que nas normas de apresentação de trabalhos quando são apresentados os resultados, estes deverão ser apenas sob a forma de tabelas ou figuras dispensando qualquer comentário de interpretação, devendo ser analisados e confrontados com outros autores, quando da discussão.

DISCUSSÃO

Achamos que os autores conseguiram considerado número de referências bibliográficas comprovando a maior incidência do cancer do colo uterino sobre as demais localizações, fato esse que veio de encontro à análise dos 1126 casos de cancer genital estudados.

É de difícil entendimento a prevalência do cancer de mama sobre o cancer de colo uterino ocorrido no Hospital Municipal de São Paulo, relatada por CAMARGO & SOUEN (1972). A própria forma de seleção de pacientes ou órgãos encaminhadores poderia vir a modificar dados estatísticos, como se pode questionar nesta situação.

É importante salientar que LIMA (1971), em levantamento estatístico feito no Hospital de Cancer de Pernambuco, para onde converge a maioria das pacientes portadoras ou suspeitas de cancer, verificou que os casos diagnosticados são na sua maioria incuráveis.

SALVATORE, SOUZA, BASTOS, SANNINI, PETTI & MARTORELLI (1978), referem que 60% das pacientes que procuram o ambulatório de mastologia apresentam neoplasias inoperáveis. Estes dados, somados aos do trabalho, onde se constata que 41% das pacientes, na época da admissão, apresentam tumores em estado avançado, refletem a triste realidade brasileira.

Pareceu-nos não poder considerar de valor a análise dos grupos sanguíneos e relacioná-los com determinadas localizações de carcinoma. Se os grupos O e A são os mais frequentes na

população em geral, acreditamos que estes devam incidir em maior percentual nos cânceres mais frequentes. Diríamos ainda que nesta análise não se pôde fazer qualquer comentário referente ao grupo sanguíneo no cancer do ovário, já que a casuística é reduzida e os resultados se equivalem.

Corretas e de grande interesse as distribuições feitas de acordo com a menopausa. DE LUCA (1977), refere que 76% das pacientes portadoras de cancer do endométrio já ultrapassaram a menopausa.

RODRIGUES DE LIMA e col (1979), verificaram que 70% das pacientes portadoras de cancer do endométrio estavam na faixa de 50 a 69 anos, e 14,3% abaixo desta faixa e 15,7% acima.

Em relação a faixa etária acrescentamos o trabalho de SALVATORE e col (1978), realizado em São Paulo, onde a população é altamente heterogênea, que o cancer da mama é preponderante entre 45 a 50 anos em 36,4% dos casos. Refere ainda que a incidência do cancer da mama aumenta com a idade, sendo a maioria diagnosticada na pré menopausa. Esta casuística também vai de encontro com aquela apresentada pelos autores.

Os demais dados referentes as faixas etárias nas diversas localizações dos carcinomas são concordantes com os encontrados na literatura.

Desconhecemos o fator limitante na indicação da cirurgia nas pacientes geriátricas portadoras de cancer da mama, pois como assinala PINOTTI (1979), a cirurgia radical ainda é a terapêutica local mais eficiente no tratamento do cancer da mama operável, independente da idade.

Analisando a terapêutica cirúrgica no carcinoma do colo, notamos que nas pacientes geriátricas a incidência de estadiamentos operáveis, isto é, I e II, totalizou 20 casos, e nos surpreendemos com o fato de que foram operadas 23 pacientes da aquele grupo, gerando confusão. Deduzimos que: ou foram submetidas à operação pacientes geriátricas de estado mais avançado ou algumas sem dados sobre o seu estadiamento. Para esta verificação comparamos as tabelas 13 e 11, portanto não podemos concordar com os autores quando dizem que houve predominância na terapêutica não cirúrgica em casos geriátricos.

Percebemos que no grupo das pacientes não geriátricas, os estadiamentos operáveis (I e II) totalizam 217 e apenas 184 foram submetidas à cirurgia. Isto demonstra que houve certa abstenção cirúrgica contrária à exposição dos autores.

Criou-se uma lacuna, talvez pelo fato de as tabelas incluírem casos sem estadiamento e sem constar o tipo de tratamento.

Não temos comentários a fazer sobre o tratamento das pacientes portadoras de carcinoma do endométrio, já que a grande maioria pertencia aos estádios iniciais e o tratamento aceito pela maioria dos autores é cirúrgico.

Concordamos com os aspectos analisados para o cancer do ovário e da vulva. Queremos apenas acrescentar que, BARUFFI (1978), chama a atenção para o fato da média da mortalidade operatória girar em torno de 4 a 5%, e que nas pacientes acima de 75 anos, esta cifra é bem mais elevada.

Do trabalho analisado, constaram poucos casos de cancer do ovário acima de 70 anos (5,8%), porém para o cancer da vulva, o índice foi mais elevado (24%). Justificamos, assim, a escolha do tratamento cirúrgico para o cancer da vulva em apenas 70% dos casos.

O carcinoma primitivo da vagina é raro; sendo contudo, mais frequente que das tubas.

SOUEN, TOJO, PONTES & SALVATORE (1978), relatam como idade média de 49,55, para carcinoma primitivo da vagina e a incidência é de 0,81% dos tumores malignos do aparelho genital feminino.

Pelo fato de as conclusões se encontrarem inseridas na discussão do trabalho, sentimos dificuldade em avaliá-las, gerando confusão. As conclusões devem ser claras e refletir a posição dos autores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Estão apresentadas conforme as exigências da Associação Brasileira de Normas Técnicas. Ressalva se faz, na dispensa

do uso da ordem numérica das referências, já que os autores são citados no texto, nominalmente.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Não é nossa pretensão tecermos longos comentários sobre o estado atual do cancer genital e nos limitaremos a alguma revisão da literatura.

CAMELO e col (1973), em análise retrospectiva da experiência de 25 anos sobre o carcinoma de colo uterino preocupa-se com a insuficiência de dados satisfatórios para esclarecer a situação epidemiológica no Brasil. E mostra ainda a inversão que ocorreu nos países desenvolvidos, onde se passou de 70% de lesões infiltrantes do colo uterino para a mesma proporção de lesões descobertas na fase "in situ" ou com infiltração inicial. É nesses países que tem sido elaborados cuidadosos estudos epidemiológicos.

É consenso da maioria dos autores que o cancer do colo uterino origina-se a partir da terceira mucosa, e que existe uma evolução das displasias para o carcinoma.

BARUFFI & PHILBERT (1978), salientam que as alterações histopatológicas nessa transição já começam a ser conhecidas, todavia, os fatores determinantes da invasão não estão esclarecidos. Possivelmente o potencial invasor da lesão sobrepuja as defesas imunológicas do organismo.

Analisaram-se vários fatores predisponentes e sabemos que tem importância: deficiência alimentar, início precoce da atividade sexual, multiparidade, higiene local, herpes virus hominis tipo II, níveis anormais de estrogênio, esmegma e outros.

Aponta-se a multicentricidade dos cânceres como uma possível manifestação local de doenças sistêmicas.

Um fato que consideramos importante é a raridade do cancer do colo nas pacientes tratadas por eletrocoagulação (SALVATORE, 1974).

Aspectos semelhantes ao do colo ocorrem para o corpo uterino conforme ficou demonstrado por RODRIGUES DE LIMA, MIYADA, GRABERT, FREITAS, SOUZA & GUIDUGLI NETTO (1979), em estudos retrospectivos e prospectivos, evidenciando que pólipos e hiperplasias antecedem e/ou coincidem com o carcinoma do endomêtrio.

Alguns fatores são incriminados pelo aumento do número de casos de carcinoma do endométrio. Os autores relatam: maior longevidade, melhores condições nutritivas, menor paridade, uso mais extensivo da contracepção hormonal na pré menopausa e abuso da estrogenioterapia na perimenopausa.

LAURITZEN, SMITH e col (apud KÄSER, 1978), comentam que não está provada ainda a interferência do emprego de estrogenios exógenos a longo prazo em mulheres em período pós meno - pausal na gênese do cancer do endométrio.

Correlacionando dados epidemiológicos com o aparecimento de cancer em determinados grupos de pessoas ou regiões geográficas distintas, chama atenção o artigo de SOUEN (1979) , ao assinalar a baixa incidência de cancer do ovário no Japão . Crescem as taxas nas descendentes japonesas imigradas para os Estados Unidos. Desconhece-se até que ponto os fatores alimentares ou ambientais interferem, parecendo porém existir um fator nutricional importante na gênese da moléstia.

LIMA FILHO (1975), chama a atenção para a incidência nas mulheres de raça branca, nível sócio-econômico mais elevado, dieta rica em gorduras, menstruações em quantidade profusa ou acompanhadas de dor, menopausa prematura, solteiras , inferteis, nulíparas.

SOUEN (1979), refere-se também a uma possível imuno depressão celular (linfócito T) que explicaria a maior frequência do tumor, 5 anos após a menopausa, quando ocorre natural de pressão imunológica.

É possível que haja também uma relação com os níveis elevados de F S H e L H, que ocorrem na adolescência e climatério.

Na epidemiologia do cancer do ovário ainda não

existem parâmetros suficientes que permitam agrupar as pacientes num grupo considerado realmente de alto risco.

RAMOS JUNIOR (1975), assinala a raridade do cancer da vulva e da vagina no nosso País, sendo a região nordeste a de maior frequência.

Também não se conseguiu estabelecer fatores epidemiológicos para o cancer da vagina.

Os relatos de HERBST & SCHULLY (1970), apud NUNES, (1977), responsabilizaram o estilbestrol na gênese do adenocarcinoma primitivo da vagina e colo em jovens, cujas mães utilizaram a droga como tratamento antiabortivo.

MARCUS (apud SOUEN, 1978), referem que pacientes portadoras de afecção maligna do colo e vulva são "alto risco" para carcinoma da vagina.

PIATO, BIANCHI, IWAMOTO & MÜLLER (apud DELLIVENNE RI, 1979), relatam a multicentricidade do cancer da vulva, pois há tendência da lesão se desenvolver em vários locais e admitem que a displasia é lesão precursora.

SOUEN & OKUMURA (apud PEIXOTO, 1978), chamam atenção para condições locais observadas modernamente, como o uso de materiais sintéticos proporcionando calor e umidade, os desodorantes íntimos, sabidamente nefastos, favorecendo a eclosão do carcinoma da vulva.

Ainda são insuficientes os conhecimentos atuais sobre a biologia dos tumores, sobre as relações tumor/hospedeiro pa recendo serem fundamentais ao entendimento da gênese, desenvolvimento e propagação da doença.

POLI (1978), preocupa-se com a multicentricidade ob servada também no cancer da mama e questiona se é uma doença prô pria do órgão que cresce e se dissemina, ou se seria uma manifestação local de um distúrbio sistêmico.

SIMÃO (1978), destaca a importância dada, durante o Congresso Mundial do Cancer no Japão em 1974, a prolactina e a substâncias como fenotiazida, clorpromazida e benzodiazepínicos (supressoras do P I F) na indução do cancer mamário. Este é um

assunto complexo e controverso, pois não conseguiu ser comprovado por radioimunoensaio.

SALVATORE e col (1978), apontam alguns aspectos interessantes como:

- Associação de lesões pré malignas do sistema genital e extragenital.

- Mulheres orientais excretam maiores quantidades de estriol reflexo de boa metabolização dos estrogênios coincidente com baixa frequência do cancer da mama.

- Mulheres jovens coforectomizadas apresentam menor incidência da neoplasia.

- Presença de receptores estrogênicos em 30% das pacientes com mamas displásicas ou carcinomatosas.

COSTA (1979), destaca a importância de vários casos de cancer da mama na mesma família.

Deste breve resumo sentimos a dificuldade, ainda nos dias atuais, que se encontra para contornar o cancer genital.

Apesar destes aspectos não terem sido abordados no trabalho que submetemos à análise crítica, outros foram de importância.

Chamou-nos mais uma vez a atenção para a atual realidade nacional, fazendo-se presente um grande número de casos avançados. Como se verificou para o estadiamento III no cancer da mama e II e III para o cancer do colo.

Se no trabalho tivesse sido analisado progressivamente a frequência dos estadiamentos desde 1955 a 1978, talvez já verificássemos uma diminuição dos casos mais avançados, uma vez que se tem dado ênfase às campanhas de prevenção.

Procuramos destacar os trabalhos de autores nacionais por estudarmos uma determinada região.

Os autores se omitiram quanto aos estadiamentos que tinham indicação cirúrgica, deixando essa interpretação por conta do leitor, limitando-se exclusivamente a idade.

Não se anotou qualquer fator clínico importante que impossibilitasse o tratamento cirúrgico.

Foram enfatizados aspectos importantes quanto a idade, localização, estadiamento clínico e conduta terapêutica, retrospectivamente, porém pouca contribuição foi dada em termos epidemiológicos.

Conclusões: 1º) O cancer trata-se de um problema de Saúde Pública, necessitando de medidas urgentes para o seu combate, e proporcionando diagnósticos mais precoces.

2º) Elaborar estudos prospectivos capazes de auxiliar o esclarecimento epidemiológico.

3º) Remeter ao Ministério da Saúde os dados das diferentes regiões do País, a fim de criar uma realidade nacional.

4º) Os autores situaram erroneamente no contexto epidemiológico o estadiamento clínico e conduta terapêutica

5º) Os autores evidenciaram o tratamento cirúrgico em função da idade e não do estadiamento clínico dos tumores.

6º) O título não reflete a proposição dos autores.

7º) O trabalho pouco acrescentou ao estudo do cancer genital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARUFFI, I. A cirurgia na paciente idosa. *Femina*, 6 (12):922, 1978.
- BARUFFI, I. & PHILBERT, P. M. P. Microcarcinoma do colo uterino. *Femina*, 6 (6):479, 1978.
- CAMELO, A. A. e col. Carcinoma do colo uterino. Experiência de 25 anos. *Gin. Bras.*, 5 (6):325, 1973.
- COSTA, V. J. Mamas de alto risco. *Femina*, 7 (11):842, 1979.
- DE LUCA, L. Epidemiologia do cancer do endométrio. Simpósio: Estrogenioterapia e carcinogênese. XI Reunião Anual da World Association for Gynecological Cancer Prevention, Natal, 1977.
- DELLIVENNERI, A. P. Temas de Ginecologia e Obstetrícia, pag 71 e pag 113, Manole, São Paulo, 1978.
- KASER, O. Cancer do Endométrio. *Gin. & Obst. Bras.* 1:19, 1978.
- LIMA FILHO, O. A. de. Diagnóstico precoce e prevenção do cancer do ovário. *MAINA*, 34 (3):465, 1975.
- LIMA, J. Q. Cancer da mama. *An. Nord. Gin. Obst.*, 4 (5):31, 1971.
- MARTINS, A. F. Aspectos médicos e sociais do cancer ginecológico no Brasil. *Femina*, 4 (8):507, 1976.
- NUNES, M. F. M. Carcinoma escamoso primitivo de vagina. Análise de 28 casos. Dissertação para Concurso de Mestrado, Rio de Janeiro, 1977.
- PEIXOTO, S. Bienal de Ginecologia e Obstetrícia, pag 113, Manole, São Paulo, 1978.
- PINOTTI, J. A. Patologia mamária e geriatria. *Femina*, 7(11):851, 1979.
- POLI, M. E. H. Tratamento curativo do cancer de mama. *Femina*, 6 (9):675, 1978.

- RAMOS JUNIOR, J. Aspectos Médicos e Sociais do Cancer no Brasil. *Femina*, 3 (10):606, 1975.
- RODRIGUES DE LIMA, G.; MIYADA, C. C.; GRABERT, H.; GUIDUGLI NETTO, J.; FREITAS, V.; MAGALHÃES, J. & ALTENFELDER, A. Contribuição ao estudo do carcinoma endometrial - Aspectos clínicos e terapêuticos. *Gin. & Obst. Bras.*, 2 (2):373, 1979.
- RODRIGUES DE LIMA, G.; MIYADA, C. C.; GRABERT, H.; FREITAS, V.; SOUZA, A. Z. & GUIDUGLI NETTO, J. Lesões precursoras do carcinoma endometrial - Incidência cronológica. *Jorn. Bras.Gin.* 87 (6):37, 1979.
- ROTSTEIN, S. Diagnóstico precoce do cancer mamário. *Gin. Bras.*, VIII (1):63, 1976.
- SALVATORE, C. A.; SOUZA, A. Z.; BASTOS, A. C.; SANNINI, L.; PETTI, D. A. & MARTORELLI FILHO, B. Carcinoma da mama. Estudo de 628 casos. *Gin. & Obst. Bras.*, 1:69, 1978.
- SALVATORE, C. A. Bases para o tratamento das displasias e do carcinoma pré invasivo do colo do útero. *Femina* 2 (11):655, 1974.
- SOUEN, J. S.; TOJO, S.; PONTES, A. C. & SALVATORE, C. A. Carcinoma primitivo da vagina. *Gin. & Obst. Bras.*, 1 (2):345, 1978.
- SOUEN, J. S. Fatores de risco no cancer de ovário. *Femina*, 7(10):778, 1979.

ANEXO



ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CÂNCER GINECOLÓGICO – ENFOQUE GERIÁTRICO

Epidemiological aspects of gynecologic cancer
– Geriatric survey

*Olivia Lúcia Nunes Costa¹
Italo Baruffi²
Joaquim Vaz Parente¹
Edson Nunes de Moraes¹*

UNITERMOS: geriatria; geriatria e câncer ginecológico; neoplasias ginecológicas

UNITERMS: geriatrics; geriatrics and gynecologic cancer; gynecologic neoplasms

JBGCA8/3 203

COSTA, O.L.N., BARUFFI, I., PARENTE, J.V. & MORAIS, E.N. de – Aspectos epidemiológicos do câncer ginecológico – Enfoque geriátrico.
J. Bras. Ginec., 88(4): 139-147, 1979.

RESUMO

Os autores analisam alguns aspectos epidemiológicos de 1.126 casos de câncer ginecológico, sendo pesquisados dados como idade, localização, estadiamento clínico, menopausa, grupo sanguíneo e a conduta terapêutica adotada em função da idade, considerando-se grupos de pacientes abaixo de 60 anos e com 60 ou mais anos de vida (pacientes geriátricas).

A idade foi fator limitante na indicação da terapêutica cirúrgica, principalmente no câncer do colo uterino e de maneira menos evidente nos casos de câncer de vulva e mama. Nos casos de localização ovariana e endometrial a conduta não diferiu quando se compararam os grupos geriátrico e não geriátrico.

Concluem os autores que, considerando-se grupos dentro de um mesmo estadiamento clínico, a idade pode ser fator limitante da indicação da cirurgia como terapêutica de eleição.

A epidemiologia enfoca a doença com suas causas e todas as condições que possam influir na sua ocorrência e evolução. Interessa a esta ciência as características ambientais, nos seus aspectos: geográfico, sócio-econômico e cultural, além de fatores genéticos das populações de onde provêm os indivíduos portadores das doenças em estudo.

O câncer representa hoje um desafio para a saúde e o bem-estar da humanidade, uma vez que é doença observada no mundo inteiro, com número crescente de casos novos. Tal elevação tem sido atribuída a vários fatores, dentre eles, o aumento da vida média da população em geral. Diferentemente das doenças de caráter infeccioso, que diminuem com as medidas de saúde pública, aqui temos um inevitável paradoxo: à medida que a saúde pública melhora, o câncer torna-se um problema mais evidente (Ackerman, 1962).

Equipes de pesquisadores, em todo o mundo, estão mobilizadas para a investigação deste problema que aflige a população mundial. A doença numa parte ou noutra existe, mutilando pessoas e sendo, mesmo, uma das principais causas de morte em nossos dias. A maior ocorrência de diferentes tipos de neoplasias malignas em diversas regiões do globo tem despertado a atenção de pesquisadores para a existência de fatores ambientais e genéticos, influenciando na gênese do câncer. Temos, por exemplo, os seguintes dados referentes à ocorrência do câncer ginecológico (Ackerman, 1962):

- baixa do câncer de mama no Japão e alta nos Estados Unidos;
- baixa do câncer de cérvix em Israel e alta no Japão;
- alta do câncer de endométrio em países escandinavos e baixa no Brasil.

Esses dados epidemiológicos são tão importantes quanto a pesquisa básica, em nível celular, para o esclarecimento da doença.

O câncer ginecológico compreende as neoplasias localizadas no colo e corpo uterinos, ovários, vulva, vagina e trompas. As neoplasias malignas da mama têm sido incluídas no grupo ginecológico por ser considerada aquela uma glândula do sistema reprodutor. Neste grupo de neoplasias predomina o câncer de mama em todo o mundo, com exceção do Japão. Segue em ocorrência o câncer de colo uteri-

Trabalho do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

- 1 Alunos dos Cursos de Pós-Graduação – Área Tocoginecologia – Bolsista da CAPES
 - 2 Professor-Titular
- Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

no. Nos países onde o sistema de prevenção ainda não funciona adequadamente predomina o câncer de colo uterino ou tem ocorrência equivalente ao de mama. Segue o câncer de ovário e endométrio. Em menor proporção são observados os de vulva, vagina e trompas.

A neoplasia maligna de mama raramente se desenvolve em mulheres de menos de 25 anos; mas, acima dos 30 anos a incidência aumenta rapidamente com o passar de cada década, para observar-se um declínio na incidência após os 60 anos (Ackerman, 1962). Em levantamento realizado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Oliveira e Baruffi (1977) mostraram que 32,9% dos casos de câncer de mama concentram-se na faixa etária de 45 a 54 anos. Estes autores destacam o diagnóstico tardio nos seus achados, constituindo os estádios II e III 61,7% dos casos. É o tumor diagnosticado tardiamente devido, talvez, ao despreparo das pacientes no sentido de realizar um auto-exame periódico e muitas vezes do próprio médico, que omite o exame de mama. Dados de Correa (1975) revelam que a maior ocorrência de câncer de mama é na pré-menopausa, tanto nos países que apresentam baixa incidência como naqueles em que a incidência é elevada. Achados semelhantes são referidos por Oliveira e Baruffi (1977).

A neoplasia maligna do colo uterino ocupa o primeiro lugar em frequência em relação às outras do trato genital feminino. A ocorrência destas neoplasias tende a diminuir nos países em que há esquemas de detecção de massa e a população, com melhor nível cultural, procura atendimento médico mais precocemente. O Brasil, cujas várias regiões apresentam características distintas do ponto de vista geográfico, cultural e sócio-econômico, bem ilustra a afirmação acima. De acordo com o Registro Nacional do Ministério da Saúde, no ano de 1975 (Tortoni e Brumini, 1978), a distribuição percentual dos tumores malignos do colo uterino, segundo as grandes regiões do Brasil é: Norte — 30,7%, Nordeste — 25,9%, Centro-Oeste — 22,7%, Sudeste — 12,5% e Sul — 10,7%.

Dados epidemiológicos levam a relacionar grupos sanguíneos com câncer de estômago (Jennings, 1956). Na área ginecológica foi relatado por Gupta (1968) que no Paquistão há predominância do câncer de colo uterino nas mulheres do grupo sanguíneo A, apesar de ser o grupo B o mais freqüente na população em geral. Tedesco e cols. descrevem a maior ocorrência do grupo sanguíneo A (50,0%) em câncer do ovário, numa população onde predomina o grupo O.

A maioria das estatísticas mostra um aumento na incidência global de adenocarcinoma de endométrio que se reflete particularmente na relação: freqüência de câncer de cérvix/freqüência de câncer de endométrio. Para explicar o aumento absoluto e relativo na freqüência do carcinoma de endométrio, Melro (1972) admite:

- aumento na vida média da mulher, fato que repercute na freqüência das neoplasias como a de endométrio, que se manifestam nas idades mais avançadas;
- maior exatidão no diagnóstico, graças ao emprego generoso da biópsia de endométrio;
- atenção crescente, nos últimos anos, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado das lesões benignas de colo;
- elevado número de pacientes submetendo-se à terapêutica estrogênica prolongada.

O carcinoma de endométrio manifesta-se predominantemente nas mulheres menopausadas. Para Truskell (1968) a idade média para a referida neoplasia é de 57,8 anos, e para Geisler (1968) é de 59,5 anos. É freqüentemente encontrado em nulíparas. O câncer de endométrio, por incidir em mulheres menopausadas e por ter como um dos principais sinais o sangramento genital, leva as pacientes a procurarem assistência médica mais precocemente, daí predominar o estágio clínico I nas séries de Sall e cols. (1970) e Shah e Green (1972).

A neoplasia maligna de ovário não é das mais freqüentes na área genital; contudo, é doença de alta morbidade, dado o diagnóstico em fases tardias. Em relação a grupo sanguíneo no material de Tedesco e cols. (1977), o grupo A foi o mais freqüentemente encontrado em tumores malignos de ovário.

O câncer da vulva é doença de mulher idosa. Aproximadamente 75% dos casos ocorrem em mulheres acima dos 50 anos (Borow, 1976).

O carcinoma de vagina representa 1 a 2% do câncer ginecológico. O tipo escamoso predomina nas pacientes idosas e o adenocarcinoma em adolescentes e jovens, embora se manifeste também em idosas. O adenocarcinoma tem sido associado ao uso de estilbestrol pelas mães (Herbest, 1970).

No tratamento do câncer ginecológico, como em qualquer neoplasia maligna, é de fundamental importância o diagnóstico precoce e as medidas terapêuticas adequadas. Se, por um lado, o reconhecimento precoce de sinais e sintomas da doença está na dependência do preparo do profissional médico, por outro lado a instituição da terapêutica, com as armas disponíveis, está limitada pela tolerância do organismo enfermo às mesmas. Os recursos terapêuticos disponíveis, além das medidas profiláticas e de caráter geral, são representados pela cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia. A cirurgia, quando indicada, requer da paciente condições gerais satisfatórias para suportar tal stress. Nas pacientes idosas o estado geral pode representar um fator limitante a esta terapêutica em favor de outras menos agressivas. Por sua vez, Baruffi (1978) advoga pela igualdade de indicação cirúrgica para pacientes geriátricas e não geriátricas desde que sejam observados cuidados básicos na avaliação clínica e cuidados pós-operatórios especiais. As medidas terapêuticas empregadas, mesmo quando eficazes, poderiam ter seu uso limitado por fatores inerentes ao próprio enfermo, como por exemplo a idade avançada que poderia ser considerada um fator limitante ao tratamento cirúrgico; da mesma forma, os estadiamentos clínicos mais avançados.

Considerando o exposto, propusemo-nos, na realização do presente trabalho, a estudar alguns aspectos epidemiológicos do câncer ginecológico em suas várias localizações, assim como a conduta terapêutica adotada em função da idade, considerando-se grupos de pacientes abaixo de 60 anos e com 60 ou mais anos de vida (pacientes geriátricas).

PACIENTES E MÉTODOS

Constou de 1126 casos de carcinomas invasores da mama, colo e corpo uterino, ovário, vulva e vagina, detectados pela Clínica Tocoginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, durante o período de 1955 a 1978, todos com comprovação anatomopatológica.

O estadiamento dos tumores foi realizado de acordo com a classificação estabelecida pela FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) em 1971 e T.N.M.

Neste trabalho foram analisadas as seguintes variáveis: localização, estadiamento clínico, grupo sanguíneo, menopausa, idade, terapêutica preferencial utilizada.

Foi considerada como paciente geriátrica aquela com idade igual ou superior a 60 anos, e menopausada aquela com amenorréia de mais de um ano.

RESULTADOS

Dos 1.126 casos de pacientes vistas no Serviço de Oncologia Tocoginecológica e Patologia Mamária deste Hospital, observou-se a ocorrência predominante do câncer do colo uterino, seguindo-se o de mama, ovário, endométrio, vulva e vagina, que se encontram distribuídos percentualmente na Tabela 1.

Quando foram distribuídos os casos de cada localização de acordo com o estadiamento clínico (Tabela 2), no câncer de mama houve um pico no estágio III, representado por 51,4% dos casos (Figura 1). No câncer de colo cerca de 69,0% dos casos estavam no estágio II e III (Figura 1). Em relação ao câncer de endométrio, o primeiro atendimento se deu, em 84% dos casos, no estágio I (Figura 1).

Na Tabela 2 pode ser observado, no câncer de ovário, que cerca de 50,0% dos casos foram diagnosticados com estadiamento avançado (III e IV). A maior parte do câncer de vulva foi diagnosticado nos estádios iniciais. Foram quatro os casos de câncer de vagina, sendo dois no estágio I, um no estágio II e um no estágio III.

Tabela 1
Frequência de localização do câncer ginecológico

Local	Nº de casos	%
Mama	454	40,3
Colo uterino	546	48,5
Endométrio	45	4,0
Ovário	52	4,6
Vulva	25	2,2
Vagina	4	0,4
Total	1.126	100,0

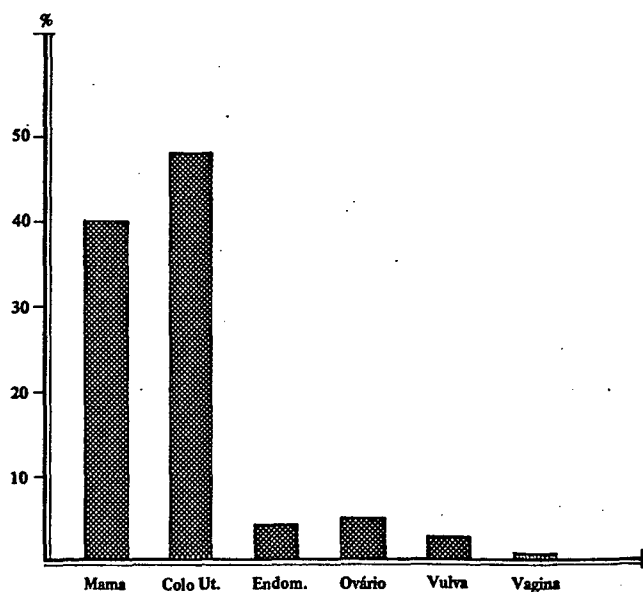


Fig. 1 - Distribuição do câncer ginecológico segundo a localização.

Considerando a neoplasia maligna em suas várias localizações, em relação ao grupo sangüíneo, obteve-se a seguinte distribuição: O - 45,7%, A - 36,4%, B - 12,9% e AB - 5% (Tabela 3).

Relacionando os casos de câncer ginecológico de diferentes localizações com a menopausa, observou-se que os casos de câncer da mama ocorreram, em sua maioria, em pacientes pré-menopausadas. No câncer do colo uterino, ovário e vagina a ocorrência é semelhante, tanto em pacientes pré-menopausadas como naquelas pós-menopausadas. Já no câncer de endométrio e vulva houve predominância na fase pós-menopausa (Tabela 4).

Quando se considerou o câncer ginecológico de acordo com suas várias localizações e a faixa etária de predominância das mesmas, observou-se que no câncer de mama cerca de 1/3 dos casos incidiu em pacientes com idade entre 41 e 50 anos. Ainda foi alta a ocorrência na faixa de 51 a 60 anos, sendo que abaixo dos 40 anos e acima dos 60 anos houve uma considerável diminuição (Tabela 5).

No câncer de colo uterino houve um aumento progressivo nos níveis de frequência a partir dos 30 até os 60 anos. Nesta larga faixa concentraram-se cerca de 80% dos casos (Tabela 6).

Em relação ao câncer de endométrio, a faixa etária que predominou foi a de 51 a 70 anos, onde se encontraram 75,0% dos casos diagnosticados no Serviço (Tabela 7).

Nos casos de câncer de ovário houve maior frequência na faixa etária de 51 a 60 anos (33,7%), seguindo-se a de 41 a 50 anos (23,1%). Os demais casos foram distribuídos homogeneamente desde idades inferiores a 20 anos e superiores a 70 anos (Tabela 8).

A quase totalidade (84,0%) dos casos de câncer de vulva ocorreu em pacientes com mais de 51 anos (Tabela 9).

Dos quatro casos de câncer de vagina, um deles ocorreu em criança de dois anos de idade e os demais em pacientes com idade superior a 41 anos.

Não foi diagnosticado câncer de trompa entre os demais na área ginecológica.

Quando a idade das pacientes foi enfocada, no sentido de grupá-las em geriátricas e não geriátricas, os seguintes dados foram observados: das portadoras de câncer ginecológico mais de 2/3 estavam na faixa não geriátrica, isto é, com menos de 60 anos de idade. Os dados obtidos segundo as diferentes localizações do câncer ginecológico levaram a resultados ligeiramente diferentes. O câncer de vulva ocorreu predominantemente em pacientes geriátricas. O de endométrio teve frequência semelhante nos dois grupos. Houve predominância do câncer de mama, colo e ovário na faixa não geriátrica e como estes foram os mais frequentes, concorreram para que houvesse uma concentração maior dos casos, em geral, no grupo não geriátrico (Tabela 10).

Tabela 2
Estadiamento clínico segundo a frequência da localização do tumor

Localização	Estádio I		Estádio II		Estádio III		Estádio IV		Total		Total Geral
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	C/est.	S/est.	
Mama	15	3,5	97	22,1	223	51,4	99	22,8	434	20	454
Colo uterino	96	18,1	170	32,1	194	36,5	71	13,4	531	15	546
Endométrio	31	83,8	2	5,4	2	5,4	2	5,4	37	8	45
Ovário	15	34,1	4	9,1	20	45,4	5	11,4	44	8	52
Vulva	7	31,8	11	50,0	4	18,2	-	-	22	3	25
Vagina	2	50,0	1	25,0	1	25,0	-	-	4	-	4
Total	166	15,9	285	26,6	444	41,4	117	16,5	1.072	54	1.126

Tabela 3
Frequência dos grupos sanguíneos segundo a localização

Tipo sanguíneo	A		B		AB		O		Total	Não Consta	Total Geral
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%			
Mama	44	33,8	20	15,4	6	4,6	60	46,1	130	324	454
Colo uterino	49	36,0	16	11,8	8	5,9	63	46,3	136	410	546
Endométrio	6	46,1	1	7,7	1	7,7	5	38,0	13	32	45
Ovário	9	45,0	2	10,0	—	—	9	45,0	20	32	52
Vulva	2	66,6	—	—	—	—	1	33,3	3	22	25
Vagina	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4
Total	110	36,4	39	12,9	15	5,0	138	45,7	302	824	1.126

Tabela 4
Frequência de câncer ginecológico de acordo com a menopausa

Localização do tumor	Menopausa		Pré-menopausa		Pós-menopausa		Total	Não Consta	Total Geral
	N.º	%	N.º	%	N.º	%			
Mama	268	60,4	176	39,6	444		10	454	
Colo uterino	262	51,7	244	48,2	506		40	546	
Endométrio	9	20,4	35	79,5	44		1	45	
Ovário	23	50,0	23	50,0	46		6	52	
Vulva	2	8,7	21	91,3	23		2	25	
Vagina	2	50,0	2	50,0	4		—	4	
Total	566	53,0	501	47,0	1.067		59	1.126	

Tabela 5
Frequência do câncer de mama segundo a faixa etária

Idade	N.º de casos	%
20-30	19	4,3
30-40	88	19,5
40-50	147	32,6
50-60	122	26,6
60-70	53	11,8
70-80	12	2,7
> 80	11	2,5
Subtotal	452	100,0
Não consta	2	—
Total	454	—

Tabela 6
Frequência do câncer de colo uterino segundo a faixa etária

Idade	N.º de casos	%
20-30	15	2,7
30-40	122	22,5
40-50	156	28,7
50-60	154	28,3
60-70	77	14,2
70-80	16	2,9
> 80	4	0,7
Subtotal	544	100,0
Não consta	2	—
Total	546	—

Tabela 7
Frequência do câncer de endométrio segundo a faixa etária

Idade	N.º de casos	%
30-40	1	2,2
40-50	6	13,3
50-60	15	33,3
60-70	19	42,2
70-80	4	8,9
Total	45	100,0

Quando os casos geriátricos e não geriátricos foram distribuídos por estadiamento clínico, observou-se no câncer de mama um maior número de casos no estágio III para os dois grupos (Tabela 11, Figura 2).

O câncer de colo uterino apresentou a maioria dos casos nos estádios II e III, com distribuição semelhante para os grupos geriátricos e não geriátricos (Tabela 11, Figura 3).

Tabela 8
Frequência do câncer de ovário segundo a faixa etária

Idade	N.º de casos	%
< 20	5	9,6
20-30	6	11,5
30-40	4	7,8
40-50	12	23,1
50-60	17	32,7
60-70	5	9,6
> 70	3	5,8
Total	25	100,0

52

Tabela 9
Frequência do câncer de vulva segundo a faixa etária

Idade	N.º de casos	%
40-50	4	16,0
50-60	5	20,0
60-70	10	40,0
70-80	6	24,0
Total	25	100,0

Tabela 10
Frequência de localização do câncer ginecológico de acordo com a idade

Sítio do tumor	Idade	Não geriátrico		Geriátrico		Total
		N.º	%	N.º	%	
Mama		368	81,1	86	18,9	454
Colo uterino		434	79,5	112	20,5	546
Endométrio		20	44,4	25	55,6	45
Ovário		43	82,7	9	17,3	52
Vulva		7	28,0	18	72,0	25
Vagina		2	50,0	2	50,0	4
Total		874	-	252	-	1.126



Tabela 11

Estadiamento clínico de acordo com a frequência de localização e a idade

Localização	Idade		Não geriátrico								Geriátrico															
	Estádio		Est. I		Est. II		Est. III		Est. IV		S/Est.		Total		Est. I		Est. II		Est. III		Est. IV		S/Est.		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Mama	14	3,9	79	23,3	184	52,0	77	21,7	14	14	368	1	1,2	19	23,5	39	48,1	22	27,2	5	5	86	6	6,9		
Colo uterino	78	18,5	139	33,0	150	35,6	64	12,8	13	13	434	19	17,4	33	30,3	43	39,4	15	13,8	3	3	112	3	2,7		
Endométrio	12	80,0	1	6,6	-	-	2	13,3	5	5	20	20	87,0	1	4,3	2	8,7	-	-	2	2	26	2	7,7		
Ovário	11	29,7	4	10,8	17	45,9	5	13,5	6	6	43	4	57,1	-	-	3	42,8	-	-	2	2	9	2	22,2		
Vulva	3	60,0	2	40,0	-	-	-	-	2	2	7	4	23,5	7	53,0	4	23,5	-	-	1	1	18	1	5,6		
Vagina	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	2	-	-		
Total	120	-	225	-	351	-	138	-	40	874	48	48	-	63	-	92	-	37	-	3	3	252	3	1,2		

O câncer de endométrio, cujo maior número de casos se encontrou no estágio I, mostrou a mesma distribuição para pacientes geriátricos e não geriátricos (Tabela 11).

No câncer de mama 90% dos casos não geriátricos foram tratados com cirurgia, como terapêutica de eleição. No grupo geriátrico um menor número de casos (76%) foi tratado com cirurgia e o restante com outros recursos terapêuticos (Tabela 12).

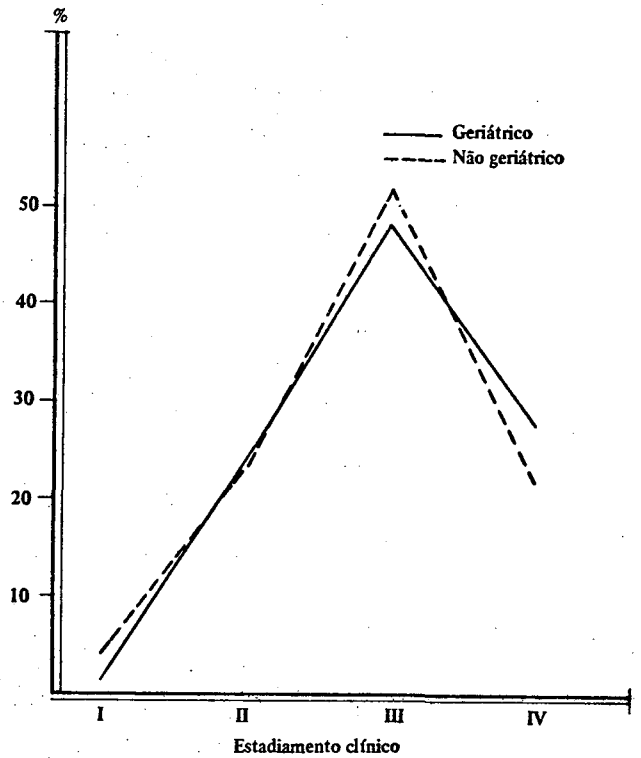


Fig. 2 - Distribuição do câncer de mama segundo o estadiamento clínico e idade.

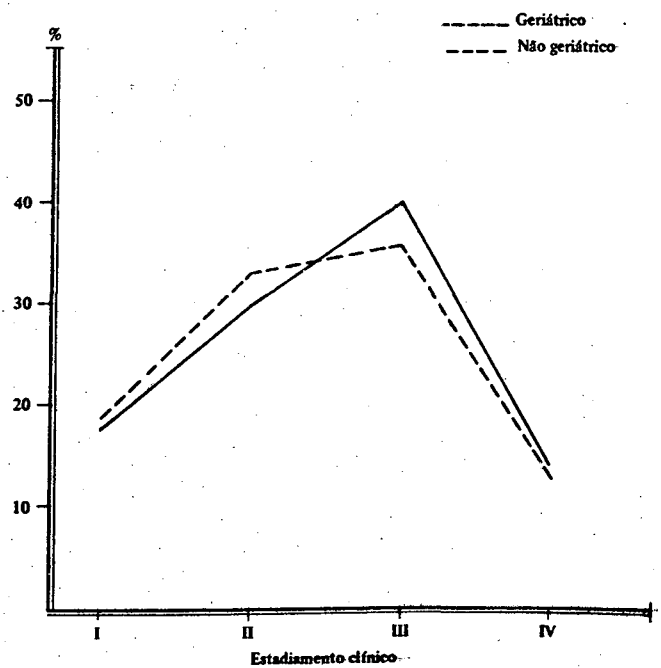


Fig. 3 - Distribuição do câncer de colo uterino segundo o estadiamento clínico e idade.

Tabela 12
Freqüência do câncer de mama
segundo a idade e terapêutica

Idade	Não geriátrico		Geriátrico	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Tratamento				
Cirúrgico	216	90,0	57	76,0
Combinado*	24	10,0	18	24,0
Subtotal	240	100,0	75	100,0
Não consta	26	9,8	11	12,8
Total	266	—	86	—

* Radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e/ou imunoterapia.

No câncer de colo uterino houve equivalência de escolha entre o tratamento cirúrgico e não cirúrgico, para pacientes não geriátricas. Já nos casos geriátricos houve preferência marcante pela terapêutica não cirúrgica, o que ocorreu em cerca de 78% dos casos (Tabela 13).

Em neoplasia maligna de endométrio a quase totalidade dos casos, tanto no grupo geriátrico como no não geriátrico, teve como terapêutica de eleição a cirurgia (Tabela 14).

Tabela 13
Freqüência do câncer de colo uterino
segundo a idade e terapêutica

Idade	Não geriátrico		Geriátrico	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Tratamento				
Cirúrgico	184	47,4	23	22,1
Combinado*	204	52,6	81	77,9
Subtotal	388	100,0	104	100,0
Não consta	46	—	8	—
Total	434	—	112	—

* Radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e/ou imunoterapia.

Tabela 14
Freqüência do câncer de endométrio
segundo a idade e terapêutica

Idade	Não geriátrico		Geriátrico	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Tratamento				
Cirúrgico	14	100,0	22	95,6
Combinado*	—	—	1	4,4
Subtotal	14	100,0	23	100,0
Não consta	6	—	2	—
Total	20	—	25	—

* Radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e/ou imunoterapia.

Quando a neoplasia localizava-se no ovário, a terapêutica escolhida foi a cirúrgica para ambos os grupos (Tabela 15).

No câncer de vulva, em pacientes não geriátricos, 100% dos casos foram tratados cirurgicamente. No grupo geriátrico, 70,0% teve tratamento cirúrgico de eleição (Tabela 16).

Dos quatro casos de câncer de vagina, apenas um deles teve tratamento cirúrgico, sendo os demais tratados com radioterapia e quimioterapia.

Tabela 15
Freqüência do câncer de ovário
segundo a idade e terapêutica

Idade	Não geriátrico		Geriátrico	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Tratamento				
Cirúrgico	34	94,4	7	100,0
Combinado*	2	5,6	0	—
Subtotal	36	100,0	7	100,0
Não consta	7	—	2	—
Total	43	—	9	—

* Radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e/ou imunoterapia.

Tabela 16
Freqüência do câncer de vulva
segundo a idade e terapêutica

Idade	Não geriátrico		Geriátrico	
	N.º de casos	%	N.º de casos	%
Tratamento				
Cirúrgico	6	100,0	12	70,6
Combinado*	—	—	5	29,4
Subtotal	6	100,0	17	100,0
Não consta	1	—	1	—
Total	7	—	18	—

* Radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e/ou imunoterapia.

DISCUSSÃO

Dos 1.126 casos incluídos neste trabalho, quando distribuídos por freqüência de localização, observou-se predominância do câncer de colo uterino sobre os demais. Segue-se o de mama, ovário, endométrio e vulva.

Dados semelhantes a estes são aqueles provindos de 27 hospitais filiados à Campanha Nacional de Combate ao Câncer, onde registrou-se uma freqüência de 60,5% de câncer do útero; 31,5% de câncer de mama; 2,8% de câncer de ovário e 5,8% em outras localizações (Camargo & Souen, 1972).

Relatos do Instituto Nacional do Câncer mostram a neoplasia maligna de colo uterino ocupando o primeiro lugar, com a freqüência de 29,9% (Scorzelli, 1965).

Dados do Serviço de Registro de Câncer de Pernambuco situam a neoplasia maligna de colo uterino entre os tumores malignos mais frequentes (Arruda, 1973). Em Salvador, Nunes (1973) relata também maior frequência de câncer de colo (46,5%) sobre os demais na área ginecológica. Entretanto no Hospital Municipal de São Paulo, o câncer de mama predomina sobre o de colo uterino (Camargo & Souen, 1972).

Os resultados observados neste trabalho, mostrando que o câncer de colo uterino predomina sobre todos os demais, são comparáveis àqueles acima referidos, exceto os de Camargo & Souen (1972).

Em relação ao estadiamento dos tumores na época de admissão ao hospital pode-se constatar que 41,0% das pacientes, de modo geral, procuram o atendimento médico num estágio avançado (III). Os resultados para o câncer de mama mostraram uma predominância do estágio III, sendo que os estágios II e IV apresentaram frequências semelhantes. Os dados referentes ao estágio III são concordantes com os de Oliveira e Baruffi (1977). Estes autores referem o estágio II com maior ocorrência que o estágio IV, fato não observado no presente material. Uma explicação possível seria baseada no fato de que os dados destes autores correspondem a período de atendimento mais recente, quando as pacientes, melhor orientadas, teriam procurado assistência médica mais precocemente.

Os resultados referentes aos grupos sangüíneos são de difícil comparação com outros da literatura mundial, não somente pela escassez de relatos sobre o assunto, mas também pela diferença de predominância de um tipo sangüíneo sobre outro, em diferentes regiões. Neste material o tipo sangüíneo mais freqüente foi o O com 45,7%, seguindo-se o A com 36,4%. Esta distribuição é semelhante àquela observada na população em geral e descrita por Cunha e cols. (1976), onde predomina o grupo sangüíneo O (46,5%) e o A representa 35,9% dos casos. O grupo sangüíneo predominante nas portadoras de câncer de mama e de colo uterino neste trabalho foi: O em 46,2% e, em seguida, o A com 34,9%. No câncer de ovário, apesar do pequeno número de casos, observou-se equivalência nos grupos sangüíneos A (45,0%) e O (45,0%). Este dado foge à distribuição na população geral, aproxima-se do resultado de Tedesco e cols. (1977), que descreve maior ocorrência do grupo A (50,0%) em pacientes com câncer de ovário.

Quando a distribuição foi feita de acordo com a menopausa, observou-se nas neoplasias malignas ginecológicas equivalência na fase pré e pós-menopausa. O câncer de mama, quando analisado isoladamente, revelou discreta predominância na pré-menopausa, o mesmo ocorrendo para o colo uterino. A neoplasia de endométrio e vulva têm marcada predominância na fase de pós-menopausa. Estas últimas observações são comparáveis às de Boronow (1976).

Quando considerou-se todos os casos de câncer ginecológico em relação à idade das pacientes, observou-se uma acentuada predominância no grupo não geriátrico. Este fato se deve provavelmente ao câncer localizado em mama e colo (88,8% da totalidade dos casos) cuja maior ocorrência é em pacientes antes dos 60 anos, o que concorreu para concentrar o grupo de câncer ginecológico na faixa não geriátrica.

Considerando o câncer de cada uma das localizações, nos grupos geriátrico e não geriátrico e de acordo com o estadiamento clínico, observou-se que no câncer de mama, colo e endométrio a distribuição de frequência, nos vários estágios, nas pacientes com menos de 60 anos, foi sobreponível à daquelas com 60 anos ou mais. Discrepância foi observada entre o grupo geriátrico e não geriátrico no câncer de ovário e vulva.

Numa análise pormenorizada das neoplasias de diferentes localizações, relacionadas com a faixa etária, observou-se uma maior frequência do câncer de mama na faixa de 41 a 50 anos (32,6%). Estes dados estão de acordo com aqueles referidos por Oliveira e Baruffi (1977).

No câncer de cérvix uterina, notou-se uma maior frequência entre 41 e 50 anos (28,7%) e entre 52 e 60 anos (28,3%), observação semelhante à de Alves (1978).

O maior número de casos de câncer de endométrio concentrou-se nas faixas etárias de 51 a 60 e 61 a 70 anos, observação concordante com os relatos de Boronow (1976).

O câncer de ovário foi mais freqüente nas pacientes de 51 a 60 anos de idade (32,7%), seguida daquelas entre 41 e 50 anos (23,1%). No material de Tedesco e cols. (1977), 27,3% dos casos foram diagnosticados em pacientes entre 40 e 49 anos e 27,2% dos casos entre 50 e 59 anos.

O câncer de vulva predominou em faixas etárias altas, em concordância com os relatos de Boronow (1976).

Finalmente, os poucos casos de câncer de vagina apresentaram a seguinte distribuição: um caso em paciente na 1ª década, um caso em paciente na 5ª década e dois em pacientes nas 6ª e 7ª décadas.

Quando se relacionou o câncer de mama com a idade e a terapêutica pôde-se observar que em 90,0% dos casos não geriátricos, a cirurgia foi o tratamento de eleição. No grupo geriátrico a cirurgia foi o tratamento escolhido em 76% dos casos. A distribuição de frequência dos estadiamentos clínicos é semelhante para o grupo geriátrico e não geriátrico. Este fato afasta a possibilidade de que pacientes mais idosas procuraram atendimento médico em fases mais avançadas da doença, o que justificaria uma eleição na terapêutica não cirúrgica. Desta forma admite-se que a idade da paciente foi um fator limitante ao emprego da cirurgia. Tal diferença na indicação, provavelmente não é maior, por ser a cirurgia superficial e de baixa morbidade.

No câncer de cérvix uterina houve acentuada predominância na terapêutica não cirúrgica em casos geriátricos, que têm uma distribuição de estadiamento semelhante ao grupo não geriátrico. Esta observação leva a admitir que a cirurgia realizada, pela sua alta morbidade, teve na idade das pacientes um fator limitante ao seu uso. Baruffi (1978) não aceita que a idade limite a indicação cirúrgica, desde que sejam utilizados recursos preventivos pré-operatórios, escolha apropriada do tipo de cirurgia e anestesia com equipes experientes, bem como cuidados pós-operatórios rigorosos. Para este autor o problema da cirurgia geriátrica é essencialmente de ordem técnica e muito menos de natureza técnica. A mortalidade operatória não é proibitiva. Intervenções de eleição, ainda que de alta cirurgia, principalmente de exérese, devem ser levadas a cabo com um risco aceitável.

Em câncer de endométrio o tratamento de escolha, na quase totalidade dos casos, foi o cirúrgico, tanto para o grupo geriátrico como para o não geriátrico. A razão deste fato é que a cirurgia indicada (pan-histerectomia) é de baixa morbidade por não ser tão radical como aquela empregada no tratamento do câncer do colo uterino (Werthein-Meigs). Por serem poupados os paramétrios e cadeias linfoganglionares pélvicas, a cirurgia é realizada em planos mais superficiais, diminuindo a chance de comprometimento de estruturas como os ureteres, responsáveis por 5 a 10% das complicações da cirurgia (Salvatore, 1974). A eficácia de uma cirurgia não radical, nestes casos, deve-se ao diagnóstico em fase precoce de instalação da doença, principalmente pelo sintoma de sangramento genital em menopausadas, o que as leva a buscar precoce de assistência médica.

O tratamento do câncer de ovário foi predominantemente cirúrgico para os grupos geriátricos e não geriátrico. Aqui não houve semelhança na frequência de estadiamento para os dois grupos e a indicação da cirurgia se deveu ao princípio de que no tratamento deste tipo de neoplasia, independentemente do estadiamento clínico, deve ser extirpado todo o tumor, ou a maior parte dele antes de serem instituídos terapêuticas coadjuvantes: radioterapia e quimioterapia. A indicação cirúrgica em todos os casos pode ser explicada pela equivalência dos riscos inerentes à própria neoplasia e àqueles decorrentes do ato cirúrgico, mesmo em pacientes idosas.

Com relação ao câncer de vulva, no grupo não geriátrico a terapêutica de eleição foi em 100% dos casos a cirurgia; ao contrário do grupo geriátrico, em que foi usada em apenas 70% dos casos. É provável que a idade das pacientes tenha limitado a indicação cirúrgica, em vista das complicações freqüentes em cirurgia radical de vulva, tais como necrose de retalhos, complicações vasculares (trombose, tromboflebite) etc. Por todos os fatores relacionados, a escolha recaiu, algumas vezes, na terapêutica não cirúrgica que, se não tão eficaz, é de menor morbidade.

SUMMARY

The authors analyse some epidemiological aspects in 1.126 cases of gynecologic cancer, surveying data such as age, localization, clinical stage, menopause, blood group and adopted therapeutic procedure according to age in groups of patients below and above 60 years of age (geriatric patients).

Age was a limiting factor for the indication of surgical therapeutics, chiefly for cancer of uterine cervix and in a less marked way for the cases of cancer of vulva and breast. For the cases of ovary and endometrial location the procedure has not differed when the geriatric and nongeriatric groups were compared.

The authors conclude that for groups with the same clinical stage age may be a limiting factor for the surgical indication as therapeutics of election.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACKERMAN, L.V. - Cancer research in Cancer. Ackerman, L.V. e Regato, J.A. - The C.V. Mosby Company 3ª edição, São Luiz (USA) 1962.
2. ALVES, O. - Aspectos epidemiológicos do câncer do colo uterino. Exame de qualificação apresentado ao Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da U.S.P., 1978.
3. ARRUDA, B.K.G. - Epidemiologia do câncer do colo do útero no Recife. Rev. Bras. Cancerol., 25(1): 85, 1973.
4. BARUFFI, I. - A cirurgia na paciente idosa. Femina, 6: 922, 1978.
5. BORONOW, R.C. - Ovarian cancer in gynecologic oncology. Wiley Biomedical Publication, New York, 1976.
6. CAMARGO, J.S. & SOUEN, J.S. - O câncer ginecológico no Hospital Municipal. Maternidade e Infância, 31(2): 37, 1972.
7. CORREA, P. - The epidemiology of cancer of the breast. Am. J. Clin. Path., 64: 720, 1975.
8. CUNHA, S.P., BAILÃO, L.A., SPANÓ NETO, F., YAZLLE, M.E.H.D., BELTRAN, G.A., MATHEUS, M., SILVA DE SÁ, M.F. & MARTINEZ, A.R. - Assistência pré-natal à gestante Rh negativo. J. Bras. Ginec., 81(4): 181, 1976.
9. GEISLER, H.E. & GIBBS, C.P. - Invasive carcinoma of the endometrium. Am. J. Obstet. Gynec., 102(4): 516, 1968.

10. GUPTA, P.J. - Indian med. Ass., 51: 69, 1968.
11. HERBEST, A.L. & SCULLY, R.E. - Adenocarcinoma of the vagina in adolescence, Cancer, 25: 745, 1970.
12. JENNINGS, D., BALME, R.H. & RIDARDSON, J.E. - Carcinoma of stomach in relation to ABO blood groups. Lancet, 2: 11, 1956.
13. MELRO, J.J. - Carcinoma de endométrio, in patologia del endométrio. Gonzales Melro. Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1972.
14. NUNES, F.C. - O câncer do colo uterino na cidade do Salvador. Arquivos de Oncologia, 14(1): 55, 1973.
15. OLIVEIRA, L.J. & BARUFFI, I. - Epidemiologia do câncer de mama. R. Med. Paraná, Curitiba, 37(2): 58, 1977.
16. SALL, S.B. & STONE, M.L. - Factors affecting survival of patients with endometrial carcinoma. Am. J. Obstet. Gynecol., 107: 116, 1970.
17. SALVATORE, C.A. - Histerectomia radical com linfadenectomia pélvica (Operação de Wertheim-Meigs), in Ginecologia Operatória. Editora Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, 1974.
18. SHAH, C.A. & GREEN, T.H. - Evaluation of current management of endometrial carcinoma. Obstet. Gynecol., 39: 500, 1972.
19. SCORZELLI Jr., A. - Epidemiologia do Câncer no Brasil. Rev. Bras. Cancerol. 21(29): 5, 1965.
20. TEDESCO, J.J. de A., BARUFFI, I. & SCOZZAFAVE, F. - Aspectos epidemiológicos dos tumores ovarianos. J. Bras. Ginec., 83(2): 77, 1977.
21. TORLONI, H. & BRUMINI, R. - Registro nacional de tumores em colaboração com 109 laboratórios de Anatomia Patológica. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, 1978.
22. TRUSKELL, I.D. & CONSTABLE, W.C. - Management of carcinoma of the corpus uteri. Am. J. Obstet. Gynec., 101(5): 689, 1968.

Recebido para publicação em 30/7/79

Aprovado para publicação em 21/8/79

Endereço do Autor:
 Dep. de Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria
 da Fac. Med. de Ribeirão Preto (USP)
 14100 - Ribeirão Preto - SP

**TCC
UFSC
TO
0153**

**N.Cham. TCC UFSC TO 0153
Autor: Melo, Miriam Krieg
Título: Aspectos epidemiológicos do canc**



972804901

Ac. 254288

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM