

# **EXAUSTIVIDADE DO ESTADIAMENTO CLÍNICO DO CÂNCER DE ESÔFAGO EM UM REGISTRO DE CÂNCER BASE POPULACIONAL**

Diego Rodrigues Mendonça e SILVA; Maria Paula CURADO; José Carlos de OLIVEIRA; Anderson Gomes de OLIVEIRA; Edesio MARTINS.

Mestrado em Ciências da Saúde, Programa Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil.  
email: [di\\_rms@hotmail.com](mailto:di_rms@hotmail.com)

Palavras-chave: neoplasias esofágicas, estadiamento de neoplasias.

Órgão financiador: FAPEG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás

## **Introdução**

O câncer de esôfago é a oitava neoplasia de maior incidência no mundo e corresponde a sexta causa de óbito entre todas as neoplasias (GLOBOCAN, 2008). É um tumor, em geral, diagnosticado em fase avançada devido a falta de sintomas em seu estágio inicial, diminuindo assim as chances de cura (THULER, 2006). O melhor método diagnóstico é a endoscopia digestiva, assim como a radiologia contrastada. O estadiamento completo demanda exames complementares como tomografia computadorizada do abdômen e ressonância magnética (VIEIRA, 2002). O estadiamento clínico (EC) é um fator prognóstico importante quando estabelecido o diagnóstico e essencial na escolha do tratamento (GOSPODAROWICZ, 2004; STEIN, 2001; LAYKE, 2006).

Os registros de câncer de base populacional (RCBP) tem como rotina a coleta de variáveis básicas que são relativas ao paciente e ao tumor (CURADO, 2009). Entretanto, a informação sobre estadiamento é uma variável recomendada a ser coletada pelos registros de câncer, mas poucos registros no mundo estão hábeis a coletar esta informação (CANCELA, 2010). A inserção do EC como variável de rotina no banco de dados de um RCBP pode evidenciar a qualidade de diagnóstico e possibilidade do planejamento de ações para o diagnóstico precoce e redução da mortalidade (CANCELA, 2010). No RCBP de Goiânia é recomendado a coleta do EC caso esteja disponível, no entanto, não é uma variável obrigatória. Selecionamos o câncer de esôfago por tratar-se de uma neoplasia rara e cujo estadiamento é

essencial no planejamento terapêutico. Desta forma faremos uma avaliação do desempenho do RCBP na coleta das variáveis obrigatórias e estadiamento clínico em um período de 20 anos.

## **Pacientes e métodos**

Foram analisados todos os casos de câncer de esôfago identificados no RCBP Goiânia no período de 1988 a 2008. Avaliou-se a exaustividade para as variáveis básicas: data de nascimento, idade, endereço, topografia por gênero. Para o tumor foram analisadas base diagnóstica, extensão da doença e morfologia. Os casos de câncer de esôfago foram classificados em estadiados e não-estadiados. Quanto a exaustividade classificamos o preenchimento das variáveis em completos e incompletos.

Todas as variáveis foram analisadas por gênero para os 20 anos (1988-2008). Posteriormente, os casos (1988-2007) foram agrupados em 4 quinquênios: 1988-1992, 1993-1997, 1998-2002 e 2003-2007 por gênero. Os quinquênios foram analisados em dois períodos: 1988-1992/1993-1997 e 1998-2002/2003-2007

Os casos registrados com dados do TNM (UICC, TNM, 2009) foram agrupados de acordo com o estadiamento clínico em EC I/II (precoce) e III/IV (avançado). Os casos estadiados foram analisados quanto ao gênero, grupos etários (<55 e >55 anos) e extensão da doença.

Para análise estatística utilizou-se o SPSS® for Windows version 15.0, o teste do qui-quadrado, força do risco foi calculada por meio da OR com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

## **Resultados**

Em Goiânia no período de 1988-2008 foram notificados 827 casos de câncer de esôfago, destes 635 (76,8%) masculinos e 192 (23,2%) femininos na proporção de 3:1. Observamos que 53% dos casos de câncer de esôfago provêm de uma única fonte de informação que é o Hospital de Câncer de Goiânia-Goiás.

A exaustividade das variáveis básicas: data nascimento, endereço, topografia, estadiamento, base diagnóstica, extensão da doença e morfologia histológica não apresentou mudança em relação ao gênero no período de 20 anos para o câncer de esôfago.

Houve melhora significativa no preenchimento da variável endereço no último período para o sexo masculino ( $p=0,010$ ), enquanto que para o sexo feminino a melhora ocorreu no primeiro período ( $p=0,029$ ). Informações sobre a topografia do tumor em relação a sua origem anatômica e estadiamento clínico não houve melhora no período examinado para ambos os sexos.

Informações sobre a base diagnóstica melhorou significativamente para ambos os sexos ( $p=0,006$  masculino e  $p=0,047$  feminino) na primeira década de coleta havendo redução de casos baseados no atestado de óbito.

Dados sobre extensão da doença melhorou para o sexo masculino no primeiro período, e para ambos os sexos no último período. A extensão da doença localizada e metastática aumentou para mulheres no quinquênio (2003-2008). A falta de dados sobre extensão da doença não mudou no período sendo em torno de 35%. Houve melhora na informação morfológica em ambos os sexos, com aumento no diagnóstico de carcinoma espinocelular, enquanto que o Adenocarcinoma permaneceu estável.

A variável EC foi preenchida em 5,0% (42/857 casos) dos casos, 32 casos masculinos e 10 femininos. O EC III/IV foi de 52% (22/42) masculino e 12% (5/42) feminino. A distribuição do estadiamento por faixa etária não foi associada a idade nem ao sexo.

Comparando-se o estadiamento e extensão da doença para o sexo feminino dos 10 casos estadiados, 5 casos tinham EC I/II concordando com a extensão da doença em 100% (5/5), enquanto que no EC III/IV 60% dos casos (3/5) foram codificados como localizados embora fossem regional. No sexo masculino houveram 10 casos estadiados como EC I/II, em que 30% (3/10) foram classificados como doença avançada, enquanto que dos 22 casos de EC III/IV, 41% (11/22) foram classificados como localizados quanto a extensão da doença.

Em relação a ambos os sexos houve concordância em 73% dos casos iniciais e erro em 33,3%, enquanto que o estágio avançado houve concordância em 51,8%.

## **Discussão e Conclusões**

A avaliação da exaustividade das variáveis básicas e uma variável qualitativa como o estadiamento clínico dada é indicador de qualidade da informação gerada pelo registro. Entretanto os resultados demonstraram que uma variável

qualitativa, tal como o EC só foi notificada em 5% dos casos, considerando uma neoplasia maligna como o câncer de esôfago, que apresenta alta letalidade e cujo EC é fundamental na escolha terapêutica. Segundo a literatura a maioria dos casos de câncer de esôfago são diagnosticados em estágio regional ou avançados (DIETZ, 1998; FRENKEN, 2001) talvez essa seja a razão para a falta de informação de casos estadiados levam o paciente a ter somente cuidados paliativos.

A informação do EC melhorou significativamente para o sexo masculino na última década. Durante o período houve uma melhoria na abrangência da extensão da doença significativa para o sexo masculino, para as mulheres a melhoria foi no período mais recente. Houve concordância no estágio inicial EC de 73% e extensão da doença, mas para o estágio avançado a concordância foi menor de 51,8%.

A limitação do registro em coletar a informação do TNM deve-se a vários fatores dentre eles a habilidade do registrador em coletar esta informação; dificuldade de acesso ao prontuário médico com os dados, a falta de estadiamento pelo médico assistente e finalmente o fato de que a informação de estadiamento não é uma variável obrigatória a ser coletada pelos registros. Informação do estágio da doença é uma base para as políticas de saúde e controle do câncer.

### **Referências bibliográficas**

Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN, 2008, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase, n. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer: 2010. Available from <http://globocan.iarc.fr>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

Thuler FP, Forones, NM, Ferrari Ap. Neoplasia avançada de esôfago – diagnóstico ainda muito tardio. Arquivo Gastroenterologia 2006, 43(3):206-211.

Vieira OM, Chaves CP, Manso JEF, Eulálio JMR. Clínica Cirúrgica: fundamentos teóricos e práticos. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 193-8.

Gospodarowicz MK, Miller D, Groome PA, Greene FL, Logan PA, Sobin LH. The process for continuous improvement of the TNM Classification. Cancer 2004, 100(1) : 1-5.

Stein HJ, Brucher BI, Sendler A. Esophageal cancer : Patient evaluation and pre-treatment staging. *Surg. Oncol.* 2001, 10(3) : 103-11.

Layke JC., Lopez, PP. Esophageal Cancer : A Review and Update. *American Family Physician* 2006, 73(12) :2187-94.

Curado MP. Techniques of registration. In: Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, et al., eds. *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX.* Lyon: IARC, 2009: 73–101.

Cancela CC, Chapuis F, Curado MP. Abstracting stage in population-based cancer registries: The example of oral cavity and oropharynx cancers. *Cancer Epidemiology* 2010 May; 34:501-506.

UICC. *TNM classification of malignant tumours, 7th ed.*, Geneva: Wiley-Liss, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Manual de rotinas e procedimentos para registros de câncer de base populacional.* - Rio de Janeiro: INCA, 2006.

Dietz J., Pardo SH, Furtado CD, Harzheim E, Furtado AD. Fatores de risco relacionados ao câncer de esôfago no Rio Grande do Sul. *Revista Associação Médica Brasileira* 1998, 44(4):269-72.

Frenken M. Best palliation in esophageal cancer : surgery, stenting, radiation, or what? *Dis. Esophagus* 2001, 14:120-3.