

Câncer do ovário: registro do Hospital Pérola Byington

Ovarian cancer: Pérola Byington Hospital register

Carlos González Ferreyra¹, Anna Carolina Bordini¹, Milton Sakano², Roberto Euzébio dos Santos³, José Carlos Pascalicchio⁴, Luiz Carlos Teixeira², Luiz Henrique Gebrim⁵

Resumo

Este estudo teve por objetivo analisar a incidência, a distribuição etária, a extensão clínica, a frequência dos tipos histológicos e as modalidades terapêuticas iniciais em câncer do ovário de mulheres atendidas no Hospital Pérola Byington. Foi utilizado o Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e avaliado que 236 pacientes foram atendidas no período de 01/01/2000 a 31/12/2005. Esse resultado indica que o câncer de ovário ocupou 16,8% dentre os tumores ginecológicos. A maior incidência está situada na quarta e quinta décadas de vida, sendo a extensão clínica mais freqüente o EC III. A linhagem histológica mais comum foi representada pelos adenocarcinomas serosos e mucinosos (57,2% e 22,9% respectivamente). A modalidade terapêutica primária habitual foi a associação de cirurgia com a quimioterapia (56,8% dos casos).

Descritores: Neoplasias ovarianas, Incidência

Abstract

This study had the objective of analyze the incidence, age distribution, clinic extension, frequency of the histological kinds and the initial therapeutic modalities in cancer of the ovary of women attended in the Perola Byington Hospital. We utilized the Cancer Hospital Record (RHC) and 236 patients were

avaliated in the period of 01/01/2000 to 12/31/2005. The results showed that the incidence of the cancer of ovary between the gynecological tumors was of 16.8%, the fourth and fifth decades of life was more acometiment, the usual stage was the EC III and the common histological lineage was represented by the adenocarcinomas serous and mucinous (57.2% and 22.9% respectively). The initial therapeutic modality represented by the association of the surgery to the chemotherapy (56.8% of the cases).

Key words: Ovarian neoplasms, Incidence

Introdução

O câncer de ovário é considerado doença crônica por ter acometimento populacional numericamente estável no decurso dos anos (Fundação Onconcentro de São Paulo, 2005)¹. A incidência apresenta variações geográficas e étnicas; é aumentada nos países industrializados e em mulheres brancas e diminuída em negras, hispânicas e índias (Jemal et al, 2004)².

No Brasil, o câncer de ovário, conforme informe divulgado pelo INCA³ no ano de 2003, é a terceira neoplasia maligna ginecológica em frequência, excluindo-se mama. É responsável por cerca de 10% destes acometimentos (ordem classificatória geral acima da 11^a. colocação). Entretanto, na cidade de São Paulo, esta porcentagem é maior (20%), aproximando-se numericamente aos casos registrados para o câncer do corpo uterino (Fundação Onconcentro de São Paulo, 2005)¹. Nos EUA² é responsável por 30% dos acometimentos genitais femininos, ocupando a segunda colocação (ordem classificatória abaixo da doença maligna do corpo do útero e acima daquelas do colo do útero).

A incidência anual do câncer do ovário não consta dos recentes cálculos estimativos divulgados pelo INCA⁴. A cifra nacional referida acima – 10% em 2003 – nos faculta avaliar que, atualmente, o número de diagnósticos novos esteja próximo a 3.500 casos.

Em nosso país é neoplasia maligna rara em mulheres com menos de 40 anos de idade; apresenta aco-

¹Médico Estagiário em Oncologia do CRSM - Hospital Pérola Byington

²Médico Oncologista do CRSM - Hospital Pérola Byington

³Diretor de Divisão do CRSM - Hospital Pérola Byington

⁴Gerente Técnico de Oncologia Cirúrgica do CRSM - Hospital Pérola Byington

⁵Diretor Técnico de Departamento de Saúde do CRSM - Hospital Pérola Byington

Trabalho realizado: Centro de Referência da Saúde da Mulher (Hospital Pérola Byington)

Endereço para correspondência: Roberto Euzébio dos Santos. Rua Frederico Guarinon, 989, aptº 31 - Morumbi. CEP 05713/460 - São Paulo - fone (11)3231-2224

metimento maior nas quarta e quinta décadas de vida e progressivamente decrescente após (Fundação Oncocentro de São Paulo, 2005)¹. Os dados do SEER-EUA (National Cancer Institute)⁷, período de 2000 a 2003, registram a incidência maior aos 63 anos.

Tavassoli, DeVille, 2003⁴ relacionam a linhagem histológica epitelial como sendo a mais comum (90%), sendo seguidos pelas linhagens germinativas e dos cordões sexuais. O Registro de Patologia Tumoral do Brasil⁶, publicação de 1982, possui dados semelhantes.

Existe consenso na literatura relacionando o diagnóstico da neoplasia com estágios clínicos avançados^{2,4}.

A modalidade terapêutica inicial para o câncer do ovário inclui, habitualmente, o procedimento cirúrgico associado à quimioterapia^{2,4}.

Objetivo

Este estudo teve o objetivo de analisar a incidência, a distribuição etária, a frequência dos tipos histológicos, o estágio clínico inicial e as modalidades terapêuticas iniciais do câncer de ovário nas mulheres atendidas no Hospital Pérola Byington, período de 01/01/2000 a 31/12/2005, por intermédio do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

Material e métodos

O Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Pérola Byington confirmou que entre 4034 mulheres com câncer atendidas no Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM), no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2005, 236 (5,8%) eram portadoras de câncer de ovário.

As informações obtidas dessas pacientes foram analisadas retrospectivamente e forneceram os dados deste trabalho, relacionados à incidência, distribuição etária, linhagem histológica, extensão clínica ao diagnóstico e modalidades terapêuticas empregadas.

Resultados

No Hospital Pérola Byington, período de 01/01/2000 a 31/12/2005, foram atendidas 4034 mulheres portadoras de câncer. A distribuição pela topografia foi: mamas com 2629 mulheres, seguidas pelo colo de útero (859 casos), corpo do útero (246) e ovários (236) – Tabela 1.

Na Tabela 2, pode ser observada a distribuição do câncer de ovário entre os demais órgãos genitais femininos.

A apresentação etária das pacientes, expressada

em décadas, pode ser observada na Figura 1. Mostra a maior incidência situada na quarta e quinta décadas de vida, respectivamente com 56 e com 59 mulheres.

Tabela 1

Distribuição do número de casos e porcentagem segundo as topografias ginecológicas, incluído mama, de pacientes atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 2000-2005

TOPOGRAFIA	N	%
Mama	2629	65,2
Colo do Útero	859	21,3
Corpo do Útero	246	6,1
Ovário	236	5,9
Vulva	56	1,4
Vagina	8	0,2
Total	4034	100,0

Tabela 2

Distribuição do número de casos e porcentagem segundo as topografias ginecológicas, de pacientes atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 2000-2005

TOPOGRAFIA	N	%
Colo do Útero	859	61,1
Corpo do Útero	246	17,5
Ovário	236	16,8
Vulva	56	4,0
Vagina	8	0,6
Total	1405	100,0

Ovario - Faixas Etárias

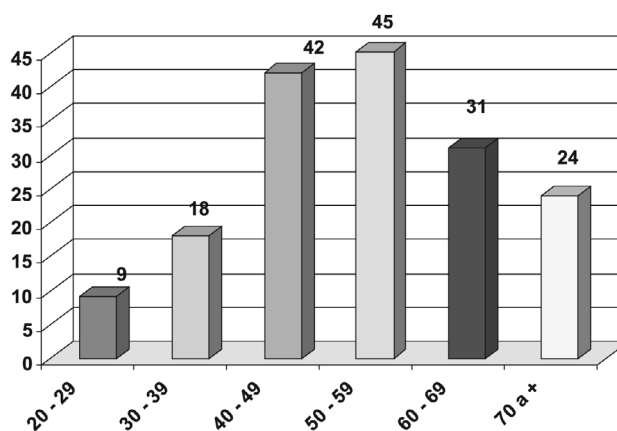


Figura 1 - Distribuição da faixa etária em décadas por número de casos e porcentagem de 236 pacientes portadoras de câncer do ovário, atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 2000-2005.

Os tipos e subtipos histológicos estão listados nas Tabelas 3 e 4, confirmando que a linhagem epitelial com o subtipo histológico seroso foi a principal apresentação.

Tabela 3

Distribuição dos tipos histológicos de 236 pacientes portadoras de câncer do ovário, atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 2000-2005

Tipos histológicos	N	%
Epitelial	205	86,9
Cordões sexuais	26	11,0
Germinativa	4	1,7
Sarcomas	1	0,4
Total	236	100,0

Tabela 4

Distribuição dos subtipos histológicos de 236 pacientes portadoras de câncer do ovário, atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 2000-2005

Subtipos histológicos	N	%
Cistoadenocarcinoma seroso	135	57,2
Cistoadenocarcinoma mucinoso	54	22,9
Endometrióide	12	5,1
Células claras	4	1,7
Tumores das células da granulosa	23	9,7
Tumores de células de Leydig	3	1,3
Tumores germinativos SOE	4	1,7
Sarcomas	1	0,4
Total	236	100,0

Na tabela 5, observa-se que a extensão clínica mais comum por ocasião do diagnóstico da doença foi o estágio clínico (EC) IIIC com 20,8%, seguido pelos EC IA (18,6%) e pelo IC (11,9%).

Quanto às modalidades terapêuticas a associação de cirurgia e quimioterapia foi a mais utilizada, em 56,8% dos casos, seguida pelo tratamento cirúrgico exclusivo (37,3%) (tabela 6).

Discussão

O câncer do ovário não é a neoplasia genital feminina mais freqüente no Brasil; em ordem de incidência ocupa a terceira colocação, abaixo de cérvix e corpo uterino. No entanto, o Ministério da Saúde registra^{3,6}, incidência nacional dentre os tumores ginecológicos de 3%, menor que a referida em nosso trabalho (5,9%). A maior incidência observada nas zonas industrializadas, 20% em São Paulo *versus* 10% no Brasil como um todo^{3,1}, sugere envolvimento do

Tabela 5

Distribuição da freqüência e porcentagem dos diversos estágios do câncer de ovário em pacientes atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 2000-2005

ESTÁGIO	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
IA	45	19,0
IB	9	3,8
IC	28	11,9
IIA	13	5,5
IIB	2	0,8
IIC	1	0,4
IIIA	8	3,4
IIIB	15	6,4
IIIC	49	20,8
IV	16	6,8
Código X*	50	21,2
Total	236	100,0

*Código X: tumor que não pode ser estagiado; utilizado para indicar pacientes operados fora do serviço e encaminhados com relatórios incompletos e em que não foi possível nova cirurgia.

Tabela 6

Distribuição das diversas modalidades terapêuticas e porcentagens a que foram submetidas as pacientes portadoras de câncer de ovário, atendidas no Hospital Pérola Byington no período de 2000-2005.

TRATAMENTO	Freqüência	%
Cirurgia	88	37,3
Cirurgia + Quimioterapia	134	56,8
Quimioterapia	14	5,9
Total	236	100,0

componente ambiental na carcinogênese destas neoplasias, não afastando sua relação com fatores reprodutivos e a associação com síndromes hereditárias ou familiares (5-10% dos casos).

Dentre todas as neoplasias ovarianas, as de origem epitelial foram as mais freqüentes, correspondendo a 205 mulheres (86,9%) do total de 236 casos diagnosticados no CRSM entre 2000 a 2005, em consonância com dados da literatura médica mundial.

Os tumores dos cordões sexuais/estroma corresponderam a 11% do total de 200 casos de câncer de ovário e os tumores de células da granulosa, 1,7%. Estes resultados, também semelhantes aos referidos na literatura^{2,5}, demonstram que esses tumores correspondem de 5 a 10% dos tumores malignos do ovário e aproximadamente, 80% dos tumores funcionantes da gônada. A incidência dos demais tumores malignos também foi igual a descrita mundialmente, salientando-se 7% de tumores metastáticos para os ovários.

Em relação à faixa etária das pacientes, a maior incidência foi verificada na quinta década de vida com queda após a sexta década. Este resultado difere do encontrado em literatura norte-americana²; pode ser explicado pela menor expectativa de vida das mulheres brasileiras, quando comparada com as mulheres dos EUA, que apresentam pico de incidência aos 75 anos de idade. O aumento da incidência dos casos de tumores epiteliais nas pacientes idosas é um fato preocupante, pois a maioria destes casos é de extensão clínica avançada. Este fato adicionado à idade é fator limitante de tratamentos cirúrgico e quimioterápico ideais.

Conclusão

Pelos dados encontrados concluiu-se que a incidência do câncer de ovário no Hospital Pérola Byington, em ordem classificatória dentre os tumores ginecológicos é percentualmente maior do que a verificada no restante do país (3% contra 5,9%), sendo que a frequência máxima ocorreu na quinta década de vida. A extensão clínica da neoplasia e a distribuição dos tipos histológicos ocorreram em forma semelhantes às descritas por outros autores nacionais e estrangeiros e a terapia habitual é representada pela associação da cirurgia com a quimioterapia antineoplásica.

Referências Bibliográficas

1. Fundação Onconcentro de São Paulo. Mortalidade por câncer no Estado de São Paulo: tendência temporal e características regionais (1987 a 2003). São Paulo: FOSP; 2005. 223p. (Cadernos FOSP, 4)
2. Jemal A, Tiwari RC, Murray T, Ghafoor A, Samuels A, Ward E, et al. Cancer statistics. [Review] CA Cancer J Clin 2004; 54:8-29.
3. INCA. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 2003. [on line] Brasília, D.F.; INCA; 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/> [20/02/2007]
4. INCA. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. [on line] Brasília, D.F.: INCA; 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativas/2006/versãofinal.pdf> [20/02/2007]
5. Tavassoli FA, DeVilee P. Pathology and genetics. Tumours of the breast and female genital organs. Lyon: IARC Press; 2003. [World Health Organization Classification of Tumours].
6. Brumini R, Torloni H, Gotlieb SLD, Henson DE, Souza JMP. Câncer no Brasil: dados histopatológicos 1976-1980. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Campanha Nacional de Combate ao Câncer; 1982. 433p.
7. National Cancer Institute. SEER Surveillance Epidemiology and End Results. Search Cancer Statistics Review, 1973-2003. [on line] Available from: http://seer.cancer.gov/cgi-bin/csr/1975_2003/search.pl [20/02/2007]

Data de recebimento: 05/04/2007

Data de Aprovação: 14/06/2007