

Cancer in women in Portugal

Cancro na mulher em Portugal

Daniel Pereira da Silva*

O presente número da revista tem vários artigos sobre oncologia, o que não é comum.

Este facto levou-me a orientar este editorial, no sentido de refletirmos sobre o panorama nacional nesta área.

Se atentarmos na evolução do nosso país de 2001 a 2010, apenas uma década, quanto à incidência dos dez tipos de cancro mais frequentes na mulher, verificamos alterações muito importantes^{1,2}. O cancro da mama é o de maior incidência, seguido do cólon, tireoide, gástrico, corpo uterino, recto, pulmão-brônquios, linfoma não-Hodgkin, colo uterino e melanoma cutâneo.

Em 2010 o cancro da mama continuou a ser de longe o mais frequente – 31,1 % de todos os cancros, 6.541 novos casos, a que corresponde um aumento muito elevado: mais 1.967 casos que em 2001, ou seja, um aumento substancial de 43% nesse período. Verificou-se uma taxa de incidência padronizada à população europeia de 93,2/100.000^{1,2}. Devemos ter em consideração que houve melhoria no registo de novos casos, mas o aumento verificado reflete a melhor cobertura nacional do rastreio organizado e esporádico.

Outra alteração de relevo foi o aumento do número de casos de cancro do corpo uterino com um registo de 985 casos em 2010, a que corresponde um aumento de 224 novos casos ou seja mais 29,4%. Esta localização tumoral ultrapassou em frequência o cancro do colo do útero, passando a ser o 5º cancro mais frequente na mulher, ao passo que o colo do útero passou a ocupar o 9º lugar. Naturalmente que a melhoria da cobertura do rastreio do cancro do colo teve um papel fundamental no controlo desta neoplasia e o aumento da longevidade da nossa população justifica o aumento registado quanto aos tumores localizados ao endométrio. Para o efeito basta observar a taxa de incidência padronizada deste tumor e verificamos que passou de 11,4 para 12,4/100.000, verificando-se o aumento de apenas 1 ponto. Neste número temos um trabalho sobre como

avaliar o carcinoma do endométrio, no que respeita à infiltração no miométrio e metastização linfática³. A procura de meios menos invasivos para o estadiamento deste tumor (ecografia, ressonância magnética, gânglio sentinela e outros) tem sido sistemática. Discute-se, mesmo, o valor para a doente do estadiamento. Estamos longe de encontrar a necessária estabilização deste aspecto⁴. Temos também 2 artigos sobre colo do útero^{5,6}. O problema do adenocarcinoma do colo é de facto um grande desafio⁷. É o tumor que mais escapa à citologia e aos meios de diagnóstico precoce, e que tem tido uma crescente importância relativa. Este panorama tenderá a mudar radicalmente, na medida em que há uma faixa crescente da população feminina vacinada contra os HPV's mais prevalentes na sua génese e a mudança do teste de rastreio para a pesquisa do HPV de alto risco é altamente promissora para melhorarmos o seu controlo. Este aspecto vai também tornar muito menos relevante a questão colocada no artigo sobre a citologia do colo com padrão inflamatório⁸.

No que respeita ao cancro do ovário, nota-se um aumento de cerca de 12% no número de novos casos, ou seja, foram registados 433 em 2001 e 484 em 2010. Deixou de estar entre os 10 mais frequentes em 2010, porque outras localizações tumorais tiveram maior incidência. A taxa de incidência padronizada manteve-se relativamente estável: 7,0/100.000 em 2001 e 6,7 em 2010.

Se avaliarmos os outros tipos de cancro específicos da mulher, verificamos que em 2010, o número de casos foi muito baixo: vulva 177, vagina 45 e placenta 8 novos casos.

Se pensarmos na nossa organização assistencial e na casuística dos hospitais onde estas doentes foram e são tratadas, temos de convir que não estamos a fazer o melhor quando tratamos de forma desarticulada tumores relativamente raros. Devíamos fazê-lo em unidades com a necessária dimensão mínima, de modo a otimizar os resultados do tratamento multidisciplinar, onde assume particular importância a diferenciação da equipa cirúrgica⁹. Colocaria neste grupo os cancros do colo, ovário, vulva, vagina e placenta. Curiosamente temos

*Ginecologista Oncológico; Diretor da Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa; Presidente da Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia

nesta publicação a descrição de 2 casos muito raros de tumores da vulva^{10,11}, sempre muito interessantes.

Atendendo à profusão de casos de cancro da mama e ao aumento do carcinoma do endométrio, a oferta e diferenciação assistencial tem de aumentar nesta área com a criação de unidades vocacionadas nesse sentido. Importa aqui procurar a articulação entre especialidades e, por vezes, entre instituições, para garantir igualdade na acessibilidade às melhores práticas.

Deixando o âmbito estrito da nossa especialidade, alargando os nossos horizontes assistenciais numa perspectiva preventiva, que também nos cabe, temos de considerar que no *ranking* de 2010, o cancro do cólon foi o 2º em frequência, a tiroide o 3º, o gástrico o 4º, o recto o 6º, o do pulmão 7º e o melanoma cutâneo o 10º.

Estes elementos devem ser suficientes para nos interpelar, de modo a que orientemos a nossa prática preventiva e assistencial, no sentido de lhes dar respostas. Para as localizações fora do âmbito estrito da nossa especialidade – digestivo, tiroide, pulmão e pele – devemos estar alertas para os sinais clínicos e recomendações preventivas das várias localizações, de modo a indicar atempadamente estilos de vida mais saudáveis, a referenciação à outra especialidade ou a prescrição do exame complementar adequado à sua prevenção e ou diagnóstico precoce.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Registo Oncológico Nacional 2001, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil.
2. Registo Oncológico Nacional 2010, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil.

3. Santos F, Pires R, Henriques I, Águas F. Surgical Staging and Endometrial Carcinoma: Preoperative magnetic resonance or intra-operative pathological exam, how best to proceed? *Acta Obstet Ginecol Port* 2018; 1: 20-25.

4. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A, Ledermann J, Marth C, Nout R, Querleu D, Mirza MR, Sessa C. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2016; 27: 16-41.

5. Santos F, Pacheco MA, Morera JLE, Lagoa AA. Cervical Adenocarcinoma: A clinical Challenge. *Acta Obstet Ginecol Port* 2018; 1:8-13.

6. Borges JPC, Alves MC, Mesquita J, Almeida A, Pinheiro P. Carcinoma in situ of the cervix with superficial extension to the endometrium. *Acta Obstet Ginecol Port* 2018; 1:75-77.

7. Marth C, Landoni F, Mahner S, McCormack M, Gonzalez-Martin A, Colombo N; ESMO Guidelines Committee. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2017; 28 (suppl 4): iv72-iv83

8. Santos F, Pacheco A. Persistent inflammatory pap smears: There will be obligation to refer? *Acta Obstet Ginecol Port* 2018; 1:28-35.

9. Fung-Kee-Fung M, Kennedy EB, Biagi J, Colgan T, D'Souza D, Elit LM, Hunter A, Irish J, McLeod R, Rosen B. The optimal organization of gynecologic oncology services: a systematic review. *Curr Oncol* 2015; 22: 282-293.

10. Proença S, Lermann R, Martins A, Veríssimo C. Phyllodes Tumor of the Vulva - a rare diagnosis. *Acta Obstet Ginecol Port* 2018; 1:60-62.

11. Pardal C, Sousa N, Correia C, Monteiro C, Serrano P. Carcinoma of the Vulva in Young Women: a Diagnosis to be kept in Mind. *Acta Obstet Ginecol Port* 2018; 1:72-74.

ENDERECO PARA CORRESPONDÊNCIA

Daniel Pereira da Silva
E-mail: dpdasilva@sapo.pt