

#julhoverde

Comissão Seguridade Social e Família
Câmara dos Deputados
Câncer de Cabeça e Pescoço

Prof. Dr. Marco Aurélio Vamondes Kulcsar

1º Secretário da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Chefe de Clínica- Cirurgia de Cabeça e Pescoço- ICESP



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO



INSTITUTO DO
CÂNCER
DO ESTADO DE
SÃO PAULO
OCTAVIO FRANK DE SOUZA

Cânceres de Cabeça e Pescoço são comuns com alta taxa de mortalidade



C&P: Cabeça e Pescoço

*Inclui cavidade oral, laringe, nasofaringe, outras faringes

1. Ferlay J, et al. Int J Cancer 2010;127:2893–2917

2. GLOBOCAN 2008 v2.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>

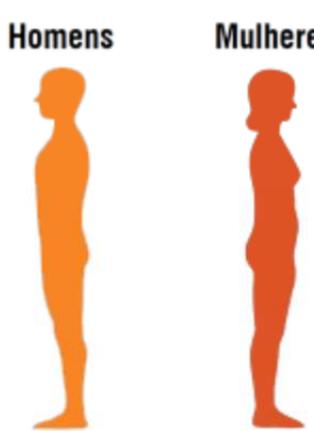
Accessado em 24 de maio de 2013

Câncer de Cabeça e Pescoço

3º no sexo masculino- INCA -2019

#julhoverde

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2018 por sexo, exceto pele não melanoma* (FIGURA 1)

Localização primária	Casos	%			Localização primária	Casos	%
Próstata	68.220	31,7%	 <p>Homens Mulheres</p>	Mama Feminina	59.700	29,5%	
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%		Cólon e Reto	18.980	9,4%	
Cólon e Reto	17.380	8,1%		Colo do Útero	16.370	8,1%	
Estômago	13.540	6,3%		Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.530	6,2%	
Cavidade Oral	11.200	5,2%		Glândula Tireoide	8.040	4,0%	
Esôfago	8.240	3,8%		Estômago	7.750	3,8%	
Bexiga	6.690	3,1%		Corpo do Útero	6.600	3,3%	
Laringe	6.390	3,0%		Ovário	6.150	3,0%	
Leucemias	5.940	2,8%		Sistema Nervoso Central	5.510	2,7%	
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%		Leucemias	4.860	2,4%	

* Números arredondados para múltiplos de 10

TUMOR DE CABEÇA E PESCOÇO: Visão Global

1

Características:

- Cânceres de cabeça e pescoço
- Origem no epitélio celular escamoso

2

Epidemiologia:

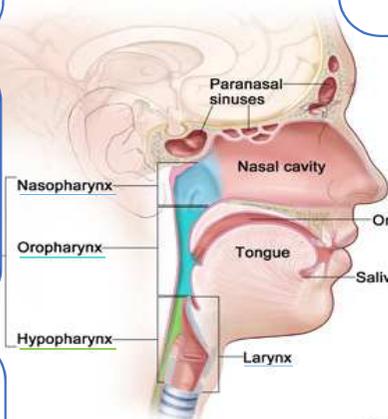
- 5% dos casos de cânceres novos são de cabeça e pescoço
- >90% dele são CEC

3

Classificação:

- Basedado no tamanho/localização do tumor, envolvimento nodal e metástase

Head and Neck Cancer Regions



Patogênese/fatores de risco:

- Patogênese envolve mudanças genéticas múltiplas
- Múltiplos fatores de risco: tabaco, álcool e papillomavírus humano (HPV)

4

Prognóstico e objetivos do tratamento:

- Depende do local e estadio da doença
- 50–60% em estadio da doença III–IVB morrerão dentro 5 anos

5

Estratégias de tratamento:

- Cirurgia, radioterapia (RT), quimioterapia (QT) e terapia alvo (anticorpo monoclonal) imuno
- Estratégia depende do local e estadio

6

Câncer da Boca

#jullroverde

- 405,000 novos casos por ano no mundo
- 90% carcinoma de células escamosas
- 4% de todos os tumores malignos



Câncer de Boca e suas apresentações



Lip



Buccal mucosa



Hard palate



Tongue (lateral)



Tongue (dorsum)



Tongue (ventral)



Floor of mouth



Upper gum



Retromolar Trigone

Classificação **TNM/2018** e estadio do CEC-CP

#jullroverde

- **Classificação dos tumores malignos (TNM)** - As metástases nodais na classificação do CEC-CP são importantes para determinar prognóstico e tratamento
- Constitui a base do estadio da doença
- Qualquer metástase no pescoço irá classificar a doença como avançado (exceto em certos tipos de câncer de nasofaringe e tireóide)
- Nota: valores M referem-se a **metástases distantes**

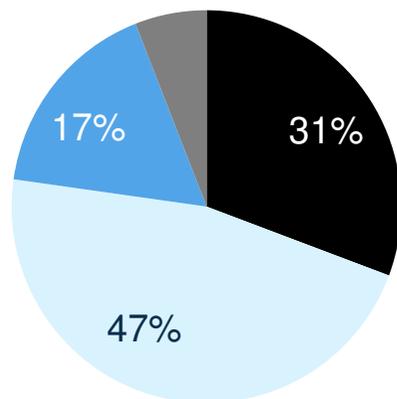
	Estadio	T	N	M
	0	Tis	N0	M0
Estadio inicial	I	T1	N0	M0
	II	T2	N0	M0
Avançado Locoregional	III	T3	N0	M0
	III	T1-3	N1	M0
	IVA	T4a	N0-1	M0
	IVA	T1-4a	N2	M0
	IVA	T4b	Any N	M0
	IVB	Any	N3	M0
Metastático	IVC	Any	Any	M1

Tis: carcinoma *in situ*

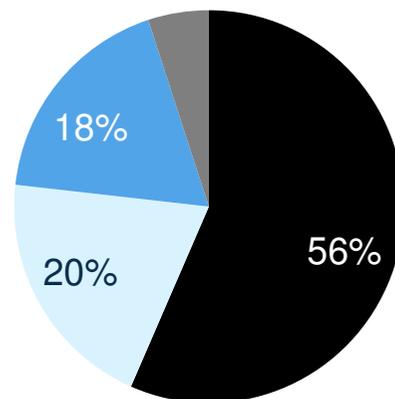
Sharma AK, Kies MS. In: Deschler DG and Day, T, editors. TNM staging of head and neck cancer and neck dissection classification. 3rd Edition. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation, Inc.; 2008

CEC-CP: Estadio do diagnóstico

Cavidade oral e faringe:
estadio do diagnóstico¹



Laringe:
estadio do diagnóstico¹



- Doença localizada
- Doença **regionalizada**
- Doença/metastática distante
- Não conhecido

Doença localmente avançada (Estádios III, IVA e IVB) corresponde a mais de 50% de todos os casos²

1. http://seer.cancer.gov/csr/1975_2010/, based on November 2012 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2013. Acessado em 21 de maio de 2013

2. Seiwert TY, Cohen EEW. Br J Cancer 2005;92:1341-1348

CCP: Prognóstico por estadio

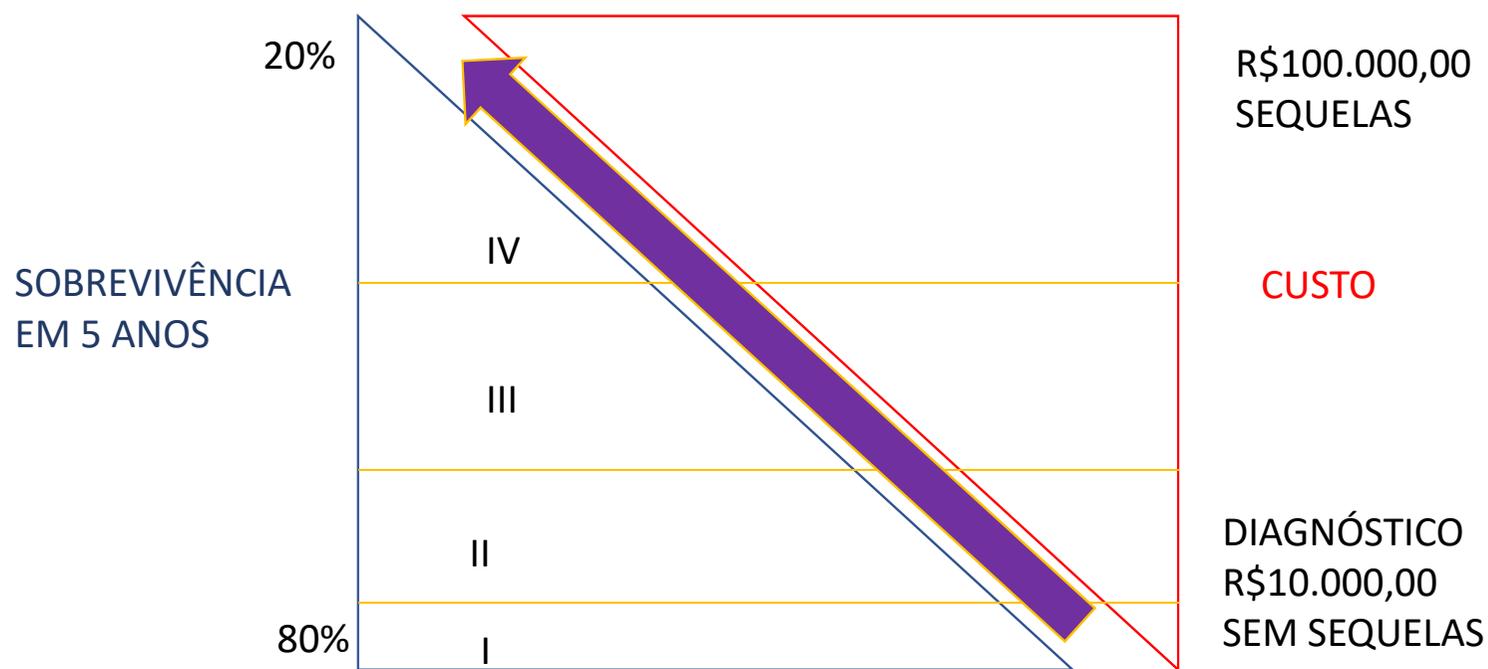
#jullroverde

CCP	Estadio	Prognóstico
Estadio inicial	I-II	60–90% sobrevida livre da doença ¹
Localmente avançado – potencialmente ressecável	III-IVB	40–50% 5 anos SG ¹
Localmente avançado – irressecável	III-IVB	10–40% 5 anos SG ¹
Metastático recidivado	IVC	Sobrevida mediana 6–9 meses ²

Prognóstico depende do estadio da doença e da ressecabilidade^{1,2}

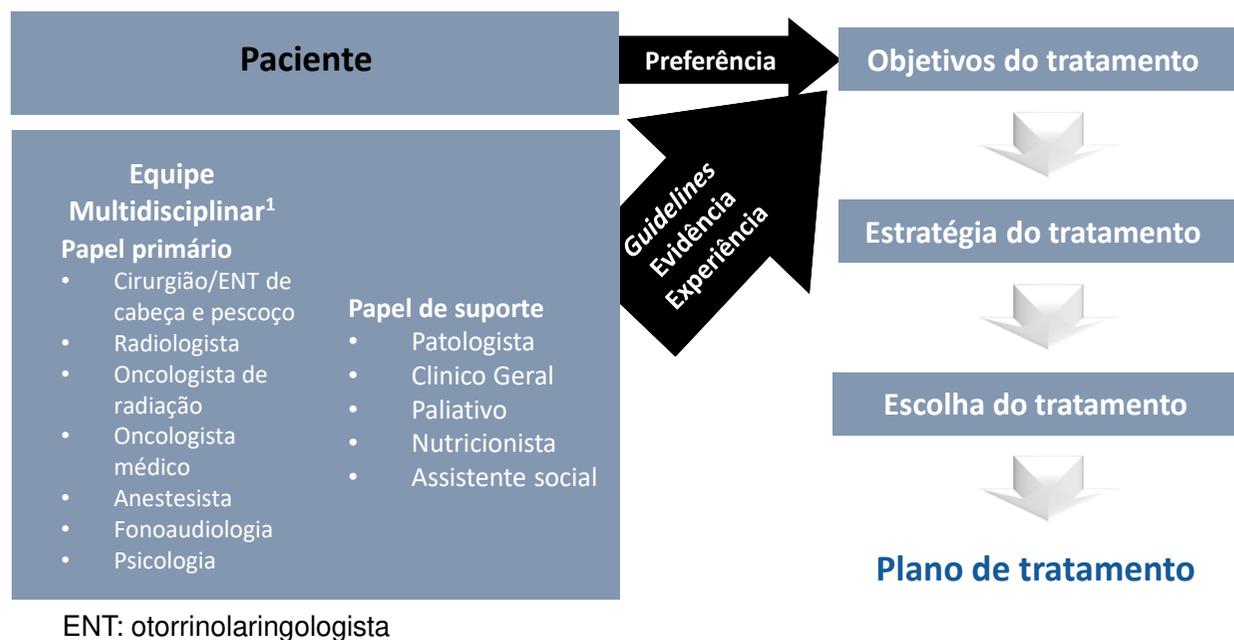
1. Ko C, Citrin D. Oral Dis 2009;15:121–132
2. Argiris A, et al. Cancer 2004;101:2222–2229

CENÁRIO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO



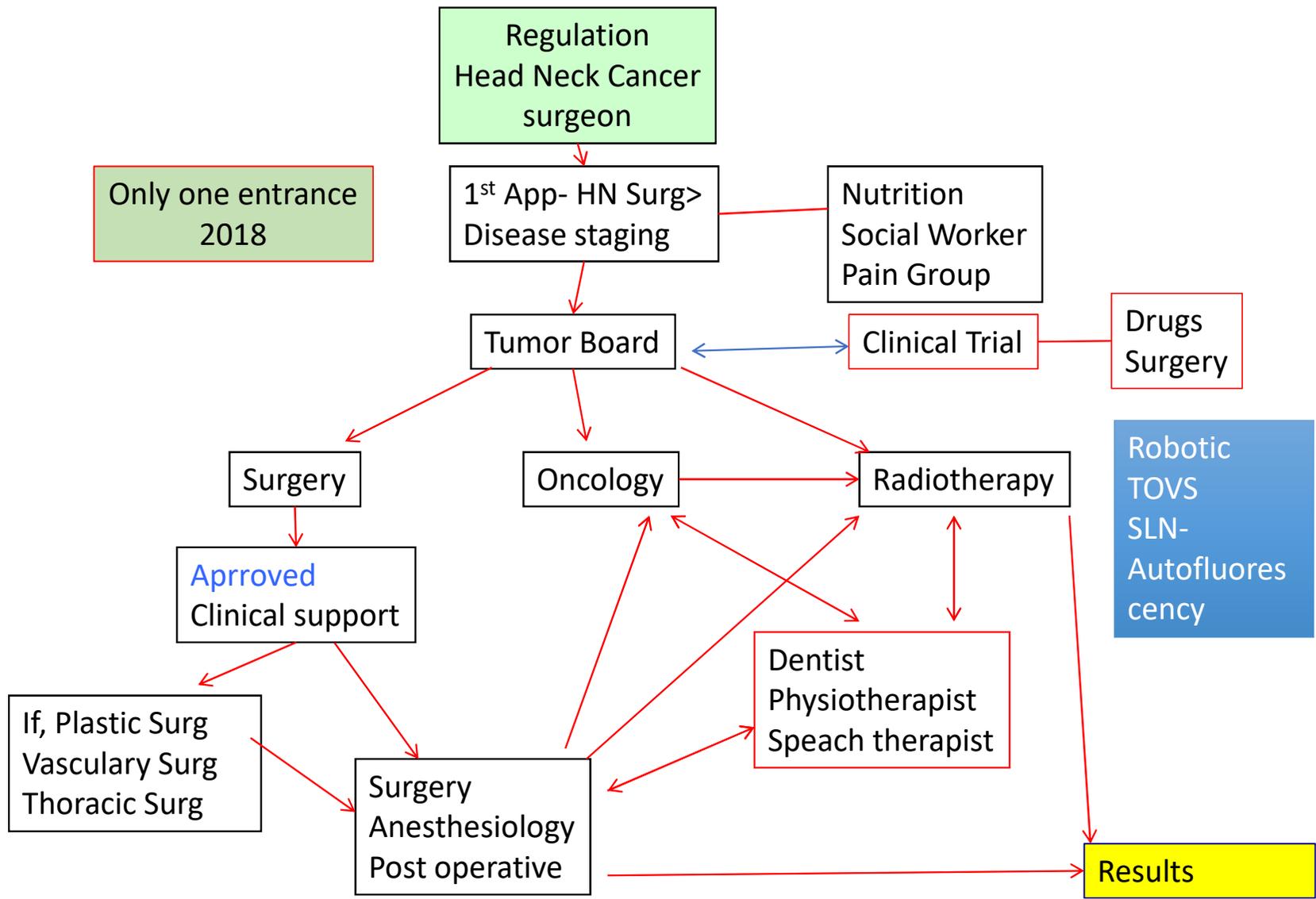
UPTODATE 2018

Planejamento do tratamento: Equipe multidisciplinar objetiva a melhor qualidade da sobrevida (QdV) para os pacientes individualmente



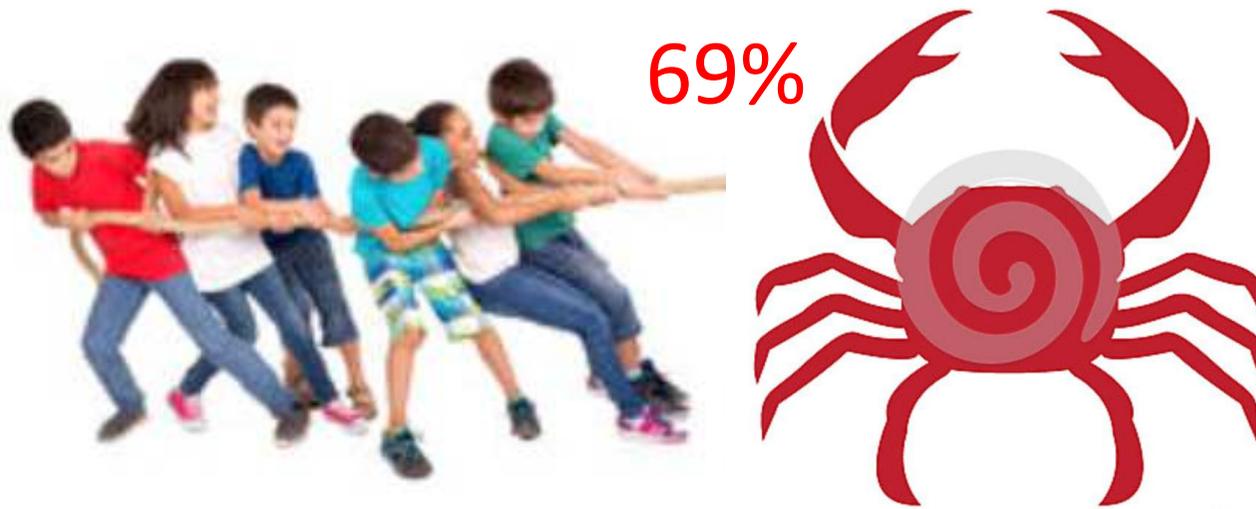
Em alguns países, essa abordagem multidisciplinar é levada em consideração quando em centros de tratamento certificados²

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Head and Neck Cancers VI 2012
2. <http://www.onkozert.de/kopf-hals-tumor-zentren.htm>. Acessado em 20 de maio de 2013



#jullioverde

Abordagem Multidisciplinar

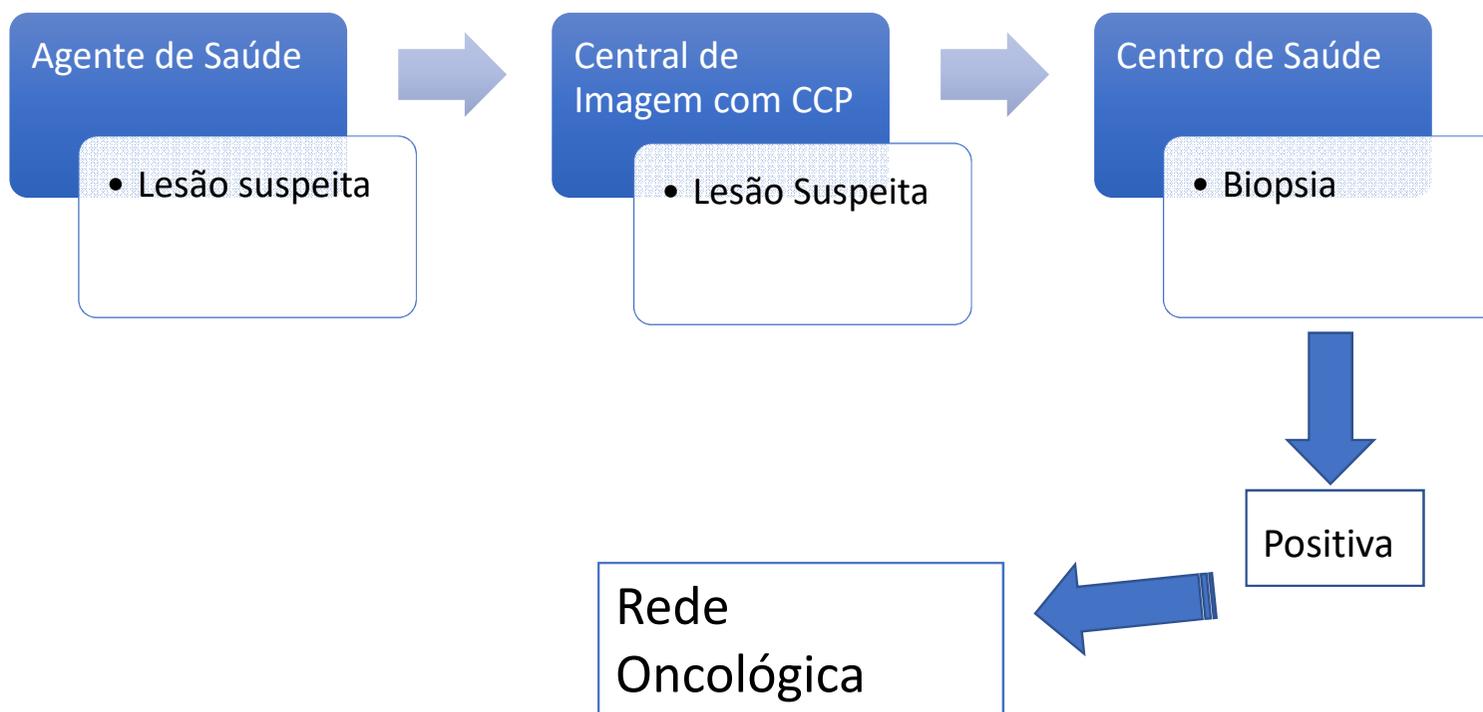


[Corry J, Peters LJ, Rischin D. Impact of center size and experience on outcomes in head and neck cancer. J Clin Oncol 2015; 33:138.](#)

[Wuthrick EJ, Zhang Q, Machtay M, et al. Institutional clinical trial accrual volume and survival of patients with head and neck cancer. J Clin Oncol 2015; 33:156.](#)

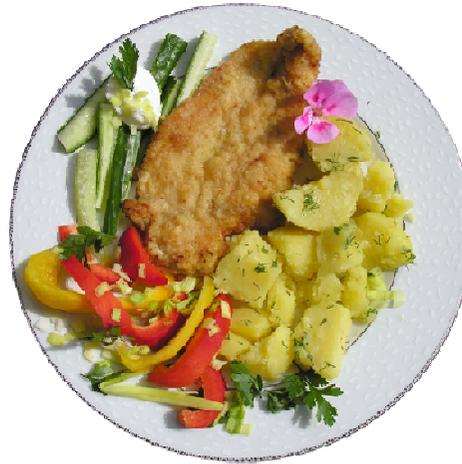
Diagnóstico Precoce

Projeto PRONOM- ICESP



Prevenção

- Dieta
- Não fumar
- Não beber



#julkovende

