

## 1 Introdução

- 1.1 O estudo CONCORD-2 estabelecerá a vigilância global em sobrevida do câncer. Este documento anexo ao protocolo principal oferece uma descrição detalhada dos dados que cada registro de câncer deve fornecer. Ele foi consideravelmente modificado em vista das discussões que ocorreram no encontro do Grupo de Trabalho CONCORD em Cork, na Irlanda, em 20-21 de setembro de 2012, onde participaram representantes de 48 países.
- 1.2 Os dados do estudo CONCORD serão enviados para o Grupo de Sobrevida do Câncer (*Cancer Survival Group*) na *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. Nós esperamos receber até 2.000 arquivos de dados – cada um dos 200 ou mais registros de câncer poderá fornecer até 10 arquivos de dados (um para cada tipo de câncer). **Para gerenciar estes arquivos de forma eficiente, nós precisamos impor regras estritas sobre a composição dos dados.** Este anexo estabelece as regras!
- 1.3 Primeiramente, nós definimos as 10 localizações anatômicas estudadas como "**sítios índices**" – estômago, cólon, reto, fígado, pulmão, mama (mulheres), colo de útero, ovário e próstata, mais leucemia.
- 1.4 Secundariamente, para simplificar, nós utilizaremos a palavra "**câncer**" para nos referir a todos os tumores malignos, primários e invasivos, incluindo as neoplasias hematológicas.
- 1.5 **Cânceres índices** são aqueles que:
  - ocorrem em um **sítio índice**
  - foram diagnosticados nas pessoas que são normalmente residentes do território coberto pelo registro
  - foram diagnosticados durante o período do calendário coberto pela submissão dos dados do registro
- 1.6 A maioria dos registros participantes fornecerão dados sobre os 10 **cânceres índices**, mas isso **não** é uma exigência para participar no estudo CONCORD. Alguns registros especializados somente reportam certos tipos de câncer (p.e. mama, colorretal, hematológicos, cânceres infantis). Alguns registros não têm dados de seguimento para pacientes com cada tipo de câncer que eles registram.
- 1.7 Nós focaremos na análise de sobrevida dos **cânceres índices** diagnosticados durante o período de **1º de janeiro de 1995 a 31 de dezembro de 2009**. Você está convidado a contribuir com quantos dados forem possíveis durante este período, mas não é um requerimento que você forneça dados de todo o período de 1995-2009. Alguns registros somente começaram a funcionar mais recentemente, após 1995.
- 1.8 No entanto, ao identificar os dados que você pretende enviar, você deve se assegurar que (a) os dados de incidência são considerados completos para os anos submetidos e (b) o seguimento de todos os pacientes para o seu estado vital é também considerado completo, pelo menos até 31 de dezembro do último ano de incidência, e de preferência um ano mais tarde. **Dados mais recentes são admissíveis** se seus dados estão completos em 2010 ou um ano mais tarde. Alguns exemplos:
  - Exemplo (1): dados de incidência entre 1995-2009, seguimento até 31 de dezembro de 2009
  - Exemplo (2): dados de incidência entre 1998-2007, seguimento até 31 de dezembro de 2008
  - Exemplo (3): dados de incidência entre 2000-2010, seguimento até 31 de dezembro de 2011
- 1.9 Alguns registros de câncer participantes cobrem a população inteira do país; outros registros cobrem parte do país (estado, província, região, etc.).

- 1.10 A análise de sobrevida focará nos adultos (definidos como idade entre 15-99 anos no momento do diagnóstico). Nós também examinaremos sobrevida em crianças com leucemia linfocítica aguda (0-14 anos).
- 1.11 Se seu registro coleta dados de tumores que são benignos (código de comportamento 0), incerto (1) ou *in situ* (2), como carcinoma *in situ* do colo de útero, por favor inclua os registros de **todas** as neoplasias diagnosticadas nos **sítios índices** quando submeter seus dados. Isso permitirá a comparação da intensidade da atividade diagnóstica entre os registros participantes (veja variável 22, comportamento, na Seção 3). Contudo, por favor observe que **a análise de sobrevida será restrita aos tumores primários invasivos (comportamento 3)**.
- 1.12 Durante o período de 1995-2009 a maioria dos registros mudou para a 3ª edição da Classificação Internacional das Doenças para a Oncologia (CID-O-3)<sup>1</sup> para codificar a topografia, a morfologia e o comportamento do tumor, ao invés de CID-9<sup>2</sup>, CID-10<sup>3</sup> ou CID-O-2<sup>4</sup>. No encontro do Grupo de Trabalho CONCORD em Cork, em setembro de 2012, foi acordado usar CID-O-3. Se seus dados não são codificados de acordo com CID-O-3, **por favor discuta isso conosco** antes de submeter seus dados.
- 1.13 Datas completas (dia, mês e ano) de nascimento, diagnóstico e óbito são importantes em análise internacional de sobrevida. A evidência e o racional disto são explicados em um artigo recente<sup>5</sup>. Isto também está disponível no [website do estudo CONCORD](#). Uma breve explicação pode ser encontrado na Seção 3 deste documento (variáveis 9-11, 12-14). Se você *não pode* enviar as datas completas de nascimento, diagnóstico e óbito, **por favor discuta isso conosco** antes de preparar os seus dados para submissão. Nós talvez sejamos capazes de ajudá-lo a obter aprovação ética, ou encontrar uma solução alternativa.
- 1.14 **Todos os arquivos de dados de câncer devem ter a mesma estrutura.** Os detalhes estão definidos para cada variável nas páginas que se seguem. Primeiro, por favor observe os pontos gerais abaixo, os quais são aplicáveis para a maioria das variáveis:
- Todos os arquivos de dados serão verificados para adesão ao protocolo. Este é o primeiro passo para o controle de qualidade. Tabelas de adesão ao protocolo serão enviadas a você poucos dias após a submissão dos dados. Arquivos de dados que não estiverem de acordo com o protocolo não poderão ser usados. Se você tiver dúvidas sobre como construir os seus arquivos de dados, **por favor discuta isso conosco** antes de enviá-los.
  - Cada registro de tumor **deve conter um valor para cada variável**, seja ela uma variável principal ou opcional (veja a página 4):
    - Se você *não coletar dados* para uma variável em particular, você deverá ainda assim incluir essa variável em cada registro do tumor, quer seja uma **variável principal** ou uma **variável opcional**. Não deixe a variável em branco. Por exemplo, se você não coletar dados em raça/etnicidade (variável 8), você deve atribuir o valor 99 para essa variável em cada registro de tumor (veja lista resumida na página 34).
    - Se *nenhum dado está disponível* para uma variável em um particular registro de tumor, você deverá ainda assim incluir essa variável, quer seja uma **variável principal** ou uma **variável opcional**. Atribua o valor 9, 99 ou 999, etc., dependendo de quantos dígitos são especificados para essa variável (veja a página 34). Por exemplo, se um registro de tumor não contém nenhum dado para a variável principal 'sexo', você deverá atribuir o valor 9 a essa variável em cada registro do tumor. Não atribua um valor imputado.
    - Se você *optar por não fornecer uma variável opcional*, você deverá ainda assim incluir esta variável em cada registro de tumor. Não deixe a variável em branco. Por exemplo, se você optar por não fornecer as variáveis opcionais 23-37 em estadiamento no diagnóstico, você deverá atribuir o valor 9, 99 ou 999 (etc.) a estas variáveis, dependendo de quantos dígitos são especificados para essa variável (veja a página 34).

- Se é rotina em seu registro substituir um valor ausente por um valor imputado (p.e. o mês do ano), e algumas das variáveis que você submeterá contiverem valores imputados, **por favor nos avise**: *nós iremos solicitar uma descrição* dos procedimentos de imputação.
- Se os registros de tumor do seu banco de dados incluem um código especial (“flag”) para indicar quando um valor ausente foi imputado, **por favor discuta isso conosco** antes de submeter seus dados. *Nós solicitaremos uma descrição* de como cada “flag” foi gerada.
- Se você modificou um sistema de codificação padrão (como CID-O-3) adicionando códigos especiais para uso local no seu registro, por favor **recodifique seus dados** para a forma padrão antes de submetê-los. Se você tiver qualquer dúvida sobre a conversão apropriada, **por favor, discuta isso conosco**.
- As variáveis de **estadiamento no diagnóstico** são opcionais, mas muitos registros que coletam esses dados solicitaram a análise de sobrevida por estadiamento. Dados sobre estadiamento são requisitados somente para os casos **diagnosticados em 2001 ou mais tarde**. Para os tumores diagnosticados durante o período de 1995-2000, então, as variáveis de estadiamento devem ser definidas como 9, 99, etc. (veja a página 34). Dados sobre estadiamento para o ano 2000 ou anos anteriores não serão incluídos no controle de qualidade ou nas análises de sobrevida.

## 2 Nomes das variáveis e descrições resumidas

2.1 A sequência de variáveis a serem usadas em cada registro é a seguinte:

### Variáveis principais

Nome	Descrições resumidas
VAR1	País
VAR2	Registro
VAR3	Código de pessoa
VAR4	Código do tumor
VAR5	IARC check flag *
VAR6	Sexo
VAR7	Região *
VAR8	Raça/etnicidade *
VAR9	Dia de nascimento
VAR10	Mês de nascimento
VAR11	Ano de nascimento
VAR12	Dia do diagnóstico
VAR13	Mês do diagnóstico
VAR14	Ano do diagnóstico
VAR15	Último estado vital conhecido
VAR16	Dia do último estado vital conhecido
VAR17	Mês do último estado vital conhecido
VAR18	Ano do último estado vital conhecido
VAR19	Base do diagnóstico
VAR20	CID-O-3 Topografia
VAR21	CID-O-3 Morfologia
VAR22	Comportamento

### Variáveis opcionais

Nome	Descrições resumidas
VAR23	SEER Summary Stage 2000
VAR24	T patológico
VAR25	N patológico
VAR26	M patológico
VAR27	T clínico
VAR28	N clínico
VAR29	M clínico
VAR30	T simplificado
VAR31	N simplificado
VAR32	M simplificado
VAR33	Estadiamento de Dukes
VAR34	Estadiamento FIGO
VAR35	Tamanho do tumor
VAR36	Nº de linfonodos examinados
VAR37	Nº de linfonodos envolvidos

\* Se seu registro não usa estas variáveis, veja parágrafo 1.14 na página 2.

2.2 Detalhes do conteúdo e codificação de cada variável estão descritos na Seção 3.

### 2.3 Siglas

AJCC	American Joint Committee on Cancer; Comitê Conjunto Americano de Câncer
DCO	Death-certificate-only registration (DCO); Casos somente por Declaração de Óbito (SDO)
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique; Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
IARC	International Agency for Research on Cancer (WHO); Agência Internacional para Pesquisa do Câncer (OMS)
ICCC	International Classification of Childhood Cancers; Classificação Internacional de Cânceres Infantis
ICD	International Classification of Diseases (WHO); Classificação Internacional de Doenças (OMS)
ICD-O	International Classification of Diseases for Oncology (WHO); Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (OMS)
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine; Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres
NAACCR	North American Association of Central Cancer Registries; Associação Norte-americana de Registros Centrais do Câncer
SEER	Surveillance, Epidemiology and End Results programme (US National Cancer Institute); Programa de Epidemiologia, Vigilância e Resultados Finais (Instituto Nacional do Câncer – EUA)
TNM	Tumour Nodes Metastasis (UICC); Tumores Nódulos Metástases (UICC)
UICC	Union for International Cancer Control; União Internacional para o Controle do Câncer

### 3 Descrição das variáveis

#### Variável 1 País

Variável numérica, quatro dígitos.

O valor para esta variável é atribuído centralmente (veja tabela abaixo). É composto por um código de um dígito para o continente, seguido pelo código de 3 dígitos da ONU para cada país. O código de 4 dígitos para o seu país na tabela abaixo *deve ser incluído em cada registro de tumor*.

Os nomes apresentados para cada país na tabela são, principalmente, os nomes associados ao código da ONU. Encurtamos alguns dos nomes por conveniência: não há qualquer significado político nisto.

<b>ÁFRICA</b>	<b>Leste da África</b>		<b>América do Norte</b>		<b>Norte da Europa</b>	
2404	Quênia		1124	Canadá	4208	Dinamarca
2480	Maurícia		1840	Estados Unidos da América	4233	Estônia
2638	Reunião				4246	Finlândia
2800	Uganda		<b>ÁSIA</b>	<b>Leste da Ásia</b>	4352	Islândia
2716	Zimbábue		3156	China	4372	Irlanda
	<b>Norte da África</b>		3344	China, Hong Kong SAR	4428	Látvia
2012	Algéria		3392	Japão	4440	Lituânia
2818	Egito		3410	Coréia	4578	Noruega
2434	Líbia		3158	Taiwan	4752	Suécia
2504	Marrocos			<b>Sul da Ásia</b>	4826	Reino Unido
2788	Tunísia		3356	Índia		<b>Sul da Europa</b>
	<b>Sul da África</b>		3364	Irã	4191	Croácia
2710	África do Sul		3586	Paquistão	4292	Gibraltar
	<b>Oeste da África</b>			<b>Sudeste da Ásia</b>	4380	Itália
2270	Gâmbia		3360	Indonésia	4470	Malta
2288	Gana		3458	Malásia	4620	Portugal
2466	Mali		3608	Filipinas	4705	Eslovênia
2566	Nigéria		3702	Singapura	4724	Espanha
			3764	Tailândia		<b>Oeste da Europa</b>
<b>AMÉRICAS</b>	<b>Caribe</b>			<b>Oeste da Ásia</b>	4040	Áustria
5192	Cuba		3196	Chipre	4056	Bélgica
5312	Guadalupe		3368	Iraque	4250	França
5474	Martinica		3376	Israel	4276	Alemanha
5630	Porto Rico		3400	Jordânia	4528	Holanda
	<b>América Central</b>		3414	Kuweit	4756	Suíça
5188	Costa Rica		3634	Catar		
5484	México		3792	Turquia	<b>OCEANIA</b>	<b>Austrália e Nova Zelândia</b>
	<b>América do Sul</b>				9036	Austrália
5032	Argentina	<b>EUROPA</b>	<b>Leste da Europa</b>		9554	Nova Zelândia
5076	Brasil		4100	Bulgária		<b>Melanésia</b>
5152	Chile		4203	República Checa	9540	Nova Caledônia
5170	Colômbia		4348	Hungria		<b>Micronésia</b>
5218	Equador		4616	Polônia	9316	Guam
5604	Peru		4642	Romênia		<b>Polinésia</b>
5858	Uruguai		4643	Rússia	9258	Polinésia Francesa
			4703	Eslováquia		

Se seu país não está presente na lista acima, por favor contacte-nos para aconselhamento.

Para referência, os códigos dos países podem ser encontrados no *website* das Organizações das Nações Unidas a seguir, acessado em 31 de outubro de 2012: <http://unstats.un.org/unsd/methods/m49/m49regin.htm>

## **Variável 2            Registro**

Variável numérica, um a três dígitos (intervalo 1-950).

Nós forneceremos o código para o seu registro antes que você prepare os seus dados. Este código deverá ser incluído como variável 2 em cada registro de tumor.

Junto com o código do país (variável 1), esta variável será usada para vincular o arquivo de dados com as tábuas de vida relevantes durante as análises de sobrevida.

### **Variável 3                    Código de pessoa**

Variável numérica, até 15 dígitos; **ou**  
Variável alfanumérica, até 15 caracteres.

Se o **código de pessoa** no seu registro é numérico, você não deve submeter 'zeros à esquerda', Por exemplo, se o **código de pessoa** tem nove dígitos, submeta-o como número de nove dígitos (p.e. 123456789), e não como 000000123456789 (15 caracteres).

Este é um código único utilizado no seu **registro de câncer** para se referir a cada paciente registrado com câncer.

O **código de pessoa** pode ser qualquer sequência única de caracteres, mas **não** o nome da pessoa, o número da carteira de identidade, o número do seguro social, ou qualquer outro número similarmente reconhecível. O **código de pessoa** deve ser incluído em cada registro de tumor, para permitir que você verifique o registro no caso de nós identificarmos possíveis erros durante o controle de qualidade.

O mesmo **código de pessoa** deverá ser incluído em qualquer outro registro de tumor apresentado para a mesma pessoa. Junto com o **código do tumor** (variável 4), esta variável permite uma identificação única para cada tumor incluído no estudo, com a intenção de controle de qualidade, mas sem comprometer a confidencialidade do paciente.

**Nota:** Alguns poucos registros de câncer não usam rotineiramente o **código de pessoa**. Esses registros terão que criar um código único para cada pessoa incluída nos seus arquivos de dados. O código será utilizado para identificar os pacientes com mais de um **câncer índice**. Isto também permitirá que o registro identifique todos os tumores para uma determinada pessoa no caso de nós identificarmos possíveis erros durante o controle de qualidade. Se você tiver qualquer dúvida sobre o procedimento apropriado, **por favor discuta isso conosco**.

#### **Variável 4                    Código do tumor**

Variável numérica, até dez dígitos; **ou**  
Variável alfanumérica, até dez caracteres

Se os códigos dos tumores em seu registro são numéricos, você não deve submeter 'zeros à esquerda'. Por exemplo, se o seu código de tumor tem seis dígitos, submeta-o como um número de seis dígitos (p.e. 123456), e não como 0000123456 (10 caracteres).

Este é o código usado pelo seu **registro de câncer** para se referir a cada tumor registrado. Junto com o **código de pessoa** (variável 3), esta variável permitirá que pessoas com mais de um **câncer índice** seja identificadas.

A principal análise de sobrevida incluirá todos os tumores primários, invasivos, em um **sítio índice**, para os pacientes diagnosticados durante o período de 1995-2009 (ou no período do calendário para o qual o seu registro fornecerá os dados – veja o parágrafo 1.8, na página 1).

Se o seu registro tiver submetido dados para todos os pacientes diagnosticados durante 1995-2009, um paciente com tumor primário invasivo de mama diagnosticado em 2000, seguido por um tumor primário invasivo de cólon diagnosticado em 2005, será conseqüentemente incluído na análise de sobrevida para cada um desses tumores.



## **Variável 5            IARC CHECK flag**

Variável numérica, um dígito.

Nós utilizaremos esta variável para evitar lhe pedir que você cheque os registros de tumor que talvez você já tenha checado e, se necessário, corrigido (códigos 2, 3 ou 4).

### **Código    Significado**

- 1 = Registro do tumor não foi checado com IARC CHECK
- 2 = Registro do tumor foi checado com IARC CHECK: sem erro(s) ou advertência(s)
- 3 = Registro do tumor foi checado com IARC CHECK: qualquer erro(s) ou advertência(s) foi (foram) corrigido(s)
- 4 = Registro do tumor foi checado com IARC CHECK: nenhuma modificação foi feita pois o registro confirmou que os dados originais estavam corretos
- 9 = Esta variável não será fornecida

Se você não fornecerá a variável IARC check flag, **por favor atribua o código 9 a esta variável** em cada registro de tumor.

**Variável 6            Sexo**

Variável numérica, um dígito.

**Código    Significado**

1 = Masculino

2 = Feminino

9 = Sexo é ambíguo ou sexo não é conhecido

***Por favor não exclua nenhum registro dos seus dados*** baseado nesta variável, mesmo se o sexo do paciente não é conhecido.

## Variável 7            Região

Variável numérica, até 5 dígitos.

Em alguns casos, poderá ser possível estimar a sobrevida por áreas geográficas dentro do território do seu registro. Por exemplo, se seu registro tem cobertura nacional, essas análises poderão ser de regiões (p.e. províncias, estados, etc.) dentro do seu país. Alternativamente, se seu registro cobre uma província ou estado, essas análises poderão ser de regiões menores (p.e. municípios) dentro do seu território.

As categorias das regiões geográficas serão diferentes para cada registro que fornecer esta variável.

Se você deseja obter essas análises,  *você deverá incluir um código geográfico adequado* em cada registro de tumor.

Você deverá também identificar para nós a região (província, estado, município, etc.) que corresponde a cada código geográfico.

Por exemplo, os municípios dentro de alguns estados norte-americanos são uma variável geográfica de interesse:

### **Código      Significado**

21001 = Kentucky, Adair

21003 = Kentucky, Allen

21005 = Kentucky, Anderson

21007 = Kentucky, Ballard

21009 = Kentucky, Barren

21011 = Kentucky, Bath

21... = Kentucky, ...

99999 = Região não conhecida ou você não fornecerá esta variável

**Nós também necessitaremos ser capazes de construir tábuas de vida para cada região geográfica (província, estado, etc.) para as quais você deseja obter estimativas de sobrevida separadamente (veja o Anexo 6: Tábuas de vida).**

Se você optar por **não** fornecer os dados por áreas separadas de território coberto pelo seu registro ("Região"), **por favor atribua o código 99999 a esta variável** em cada registro de tumor.

## Variável 8 Raça/etnicidade

Variável numérica, um ou dois dígitos.

Em alguns casos, deve ser possível estimar sobrevida separadamente para cada raça/etnicidade dentro de uma população. Registros de câncer em alguns países coletam informação sobre raça e/ou etnicidade (EUA), raça (Austrália, Israel e Singapura), etnicidade (Nova Zelândia, Reino Unido) ou nacionalidade (Dubai, Kuwait).

Em contraste, a maioria dos registros europeus **não** coletam dados sobre raça ou etnicidade. Em alguns países é ilegal fazê-lo.

As categorias para raça/etnicidade serão diferentes para cada registro que forneça esta variável.

Se você deseja obter essas análises, você deve incluir um código apropriado para raça/etnicidade em cada registro de tumor.

Você também deve identificar para nós a raça ou grupo étnico que corresponde a cada código.

O exemplo demonstrado abaixo é para os EUA:

### Código Significado

- 1 = Branco, Hispânico
- 2 = Branco, Não-Hispânico
- 3 = Branco, *status* Hispânico desconhecido
- 4 = Negro, Hispânico
- 5 = Negro, Não-Hispânico
- 6 = Negro, *status* Hispânico desconhecido
- 7 = Asiático ou das Ilhas do Pacífico, Hispânico
- 8 = Asiático ou das Ilhas do Pacífico, Não-hispânico
- 9 = Asiático ou das Ilhas do Pacífico, *status* Hispânico desconhecido
- 10 = Americano-indiano/Nativo do Alaska, Hispânico
- 11 = Americano-indiano/Nativo do Alaska, Não-hispânico
- 12 = Americano-indiano/Nativo do Alaska, *status* Hispânico desconhecido
- 13 = Outro, raça não-especificada ou desconhecida, Hispânico
- 14 = Outro, raça não-especificada ou desconhecida, Não-hispânico
- 15 = Outro, raça não-especificada ou desconhecida, *status* Hispânico desconhecido
- 99 = Dado desconhecido ou ausente, ou variável não fornecida

Outros grupos de raça/etnicidade poderão ser usados após discussão com o registro em questão, mas a extensão na qual as tábuas de vida robustas poderão ser construídas para cada raça ou grupo étnico, poderá limitar a extensão de tais análises.

**Se você quiser receber análises de sobrevida por raça ou etnicidade, nós teremos que construir tábuas de vida apropriadas para cada raça/etnicidade: veja Anexo 6 (Tábuas de vida).**

Se seu registro não coleta dados sobre a variável raça/etnicidade, ou você optar por não fornecê-la, **por favor atribua o código 99 a esta variável** em cada registro de tumor.

## Variáveis 9-11      Data de nascimento

Uma data de **nascimento** completa e acurada é importante porque ela é usada para calcular a idade exata no diagnóstico. Isto é utilizado para determinar o grupo de idade (no momento do diagnóstico) no qual os pacientes são designados para estimativas de sobrevida por idade-específica e, mais tarde, para sobrevida padronizada por idade. Esta data é também usada para calcular a data exata do óbito e, deste modo, selecionar a taxa de mortalidade apropriada, a partir da tábua de vida, para o cálculo da sobrevida esperada.

Alguns registros de câncer não registram a data completa de nascimento. A maioria dos registros o fazem, mas alguns registros podem encontrar problemas em fornecer essa informação a pesquisadores externos por uma série de razões legais, éticas ou regulatórias.

Uma breve explicação do porquê as datas completas são importantes pode ser encontrada no **protocolo principal**. Nós publicamos um artigo revisado pelos pares (*peer-reviewed*) que discute o argumento em detalhe, apoiado por evidência empírica<sup>5</sup>. O artigo demonstra as dificuldades que aparecem em controle de qualidade quando datas completas não podem ser obtidas e, mais importante, os vieses que surgem nas estimativas de sobrevida e comparações de sobrevida. As conclusões são baseadas em análises de sensibilidade com um grande conjunto de dados. O artigo pode ser acessado (com *login* e senha) no [website do estudo](#) CONCORD.

A preparação e análise dos dados serão feitos na *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (LSHTM). O *Cancer Survival Group* na LSHTM adquiriu aprovação tanto estatutária como legal de órgãos competentes no Reino Unido para receber e analisar os registros individuais de tumores com datas completas (dia, mês e ano) de nascimento, diagnóstico e óbito para o estudo CONCORD-2 (**Anexo 12.1: Aprovação estatutária; Anexo 12.2: Aprovação ética**).

### Variável 9      Dia de nascimento

Variável numérica, um ou dois dígitos.

1-31 = o dia de nascimento

99 = o dia de nascimento deste paciente não é conhecido

**Nota: por favor nos avise se o dia da data de nascimento não pode ser fornecida para *qualquer* um dos seus pacientes.**

**Nota: por favor veja os comentários abaixo** (variáveis 12-14) sobre a imputação dos dados.

### Variável 10      Mês de nascimento

Variável numérica, um ou dois dígitos.

1-12 = o mês de nascimento

99 = o mês de nascimento deste paciente não é conhecido

**Nota: por favor nos avise se o mês da data de nascimento não pode ser fornecido para *qualquer* um de seus pacientes.**

**Nota: por favor veja os comentários abaixo** (variáveis 12-14) sobre a imputação dos dados.

### Variável 11      Ano de nascimento

Variável numérica, quatro dígitos.

YYYY = o ano de nascimento, desde 1895 (pessoa diagnosticada em 1995 com idade de 99 anos) até ao presente

9999 = o ano de nascimento deste paciente não é conhecido

## Variáveis 12-14 Data do diagnóstico

A data do diagnóstico deve ser a data usada pelo registro para a incidência ou sobrevida do câncer.

Uma data completa e acurada do **diagnóstico** é importante porque é o ponto de partida para estimar a duração da sobrevida.

Alguns registros de câncer somente registram o mês e ano do diagnóstico. Outros registros somente começaram a registrar a data **completa** do diagnóstico em algum momento desde 1995.

Uma breve explicação do porquê as datas completas são importantes pode ser encontrada no **protocolo principal**. Nós publicamos um artigo revisado pelos pares (*peer-reviewed*) que esclarece o argumento em detalhe, apoiado por evidência empírica<sup>5</sup>. O artigo demonstra as dificuldades que aparecem em controle de qualidade quando datas completas não podem ser obtidas e, mais importante, os vieses que surgem na estimativa de sobrevida e comparações de sobrevida. As conclusões são baseadas em análises de sensibilidade com largo conjunto de dados. O artigo pode ser acessado (com *login* e senha) no [website do estudo](#) CONCORD.

Alguns registros rotineiramente capturam mais de uma possível data de diagnóstico (p.e. data da admissão, data da biópsia, data da cirurgia, etc.). Antes de você fornecer os seus dados para o estudo CONCORD,  **você deverá preencher o questionário do registro de câncer** sobre as práticas de codificação do seu registro (**Anexo 15**). Isto inclui informação sobre qualquer regra que você utiliza para selecionar a data do diagnóstico de duas ou mais possíveis datas.

**Nós gentilmente solicitamos que você não impute** os componentes ausentes de qualquer data enquanto você prepara os seus dados para submissão. Porém, se o dia e/ou o mês da data do diagnóstico para alguns tumores já tiverem sido imputados:

- § **Por favor nos forneça** a regra que você usou para imputar o dia e/ou mês de qualquer data.
- § Se você rotineiramente adiciona uma “flag” aos registros do tumores para mostrar quando o dia e/ou mês de qualquer data foi imputado, **por favor discuta isso conosco** antes de submeter os seus dados.

### Variável 12 Dia do diagnóstico

Variável numérica, um ou dois dígitos.

1-31 = o dia da data do diagnóstico

99 = o dia da data do diagnóstico deste paciente não é conhecido

**Nota: por favor nos avise se o dia da data do diagnóstico não pode ser fornecido para qualquer um de seus pacientes.**

### Variável 13 Mês do diagnóstico

Variável numérica, um ou dois dígitos.

1-12 = o mês da data do diagnóstico

99 = o mês da data do diagnóstico deste paciente não é conhecido

**Nota: por favor nos avise se o mês da data do diagnóstico não pode ser fornecido para qualquer um de seus pacientes.**

### Variável 14 Ano do diagnóstico

Variável numérica, quatro dígitos.

YYYY = o ano do diagnóstico, a partir de 1995

9999 = o ano do diagnóstico deste paciente não é conhecido

## Variável 15 Último estado vital conhecido

Variável numérica, um dígito.

Essa variável codifica o **último estado vital conhecido** do paciente até o momento em que ele é conhecido pelo **registro de câncer**. A data do **último estado vital conhecido** do paciente é registrada nas variáveis 16-18.

### Código Significado

- 1 = Vivo
- 2 = Morto
- 3 = Perda de seguimento
- 9 = Estado vital não conhecido

A informação sobre o estado vital é convencionalmente capturada usando o sistema de seguimento **'ativo'** ou seguimento **'passivo'**, o que nós discutiremos mais tarde. Alguns registros usam ambos. Antes de você submeter os dados para o estudo CONCORD, **você deverá preencher o questionário do registro de câncer (Anexo 15)** sobre as práticas de rotina do seu registro. Se você tiver qualquer dúvida sobre qual procedimento usar para o seguimento no seu registro, **por favor contacte-nos antes de preparar seus dados.**

### Seguimento 'ativo'

O seguimento ativo se refere à situação na qual o registro procura informação sobre o estado vital de cada paciente com câncer, ativa e periodicamente, p.e. através do médico do paciente, ou do hospital, ou mesmo através de visitas domiciliares.

Se seu registro usa este meio, então você deve usar o código "3" para os pacientes cujo estado vital (vivo ou morto) não pôde ser confirmado na última verificação do estado vital: estes pacientes são perdidos durante o seguimento. A última data *na qual eles estavam vivos* deve ser fornecida nas variáveis 16-18.

O código "3" deve ser usado para pacientes que emigraram, uma vez que eles também foram perdidos durante o seguimento: a data da emigração deve ser fornecida nas variáveis 16-18.

### Seguimento 'passivo'

O seguimento passivo se refere à situação na qual o registro rotineiramente recebe informação de uma ou mais fontes externas confiáveis sobre o estado de vital de *todos os pacientes registrados*. Essas fontes variam amplamente entre os registros, podendo incluir dados de previdência social, de seguro de saúde, ou sistemas de informações regional ou nacional das pessoas que morreram. As informações podem ser obtidas de várias formas, como o cruzamento eletrônico com o registro de banco de dados, a verificação manual do sistema de informação de mortalidade, ou o fornecimento de detalhes sobre todos os óbitos no registro do território analisado.

Os componentes chaves do seguimento passivo para a comparação internacional de sobrevida são:

- o registro utiliza esta abordagem para atualizar seus próprios dados para as análises de sobrevida local, e
- os procedimentos do registro identificam com segurança **todos os óbitos de pacientes registrados com câncer, não apenas aqueles nos quais o câncer é mencionado no certificado de óbito**, e
- o registro pode assumir com segurança que os pacientes registrados com câncer estão vivos, a menos que a informação sobre o óbito do paciente foi recebida de uma ou mais destas fontes.

Se seu registro usa seguimento passivo, os pacientes que *não são conhecidos como* mortos seriam normalmente considerados vivos na data mais recente do cruzamento de dados entre o registro e o sistema de informação sobre mortalidade, ou outros registros de estado vital. O estado vital desses pacientes seria codificado como "1" (vivo).

Porém, se alguns pacientes não podem ser rastreados por nenhum procedimento de seguimento passivo, o estado vital destes pacientes poderá continuar indeterminado: será então codificado como “9” (desconhecido). Esta impossibilidade de rastreamento pode acontecer, por exemplo, se houverem erros no nome dos pacientes, ou se estes são inexistentes nos sistemas utilizados para o seguimento.

Quando você submeter seus dados, *nós vamos lhe perguntar a última data na qual você realizou o cruzamento dos dados ou outro seguimento para determinar o estado vital dos seus pacientes.*



## Variáveis 16-18      Data do último estado vital conhecido do paciente

Essa é a data mais recente na qual o último estado vital do paciente (variável 15) é disponível.

Se o paciente está morto, a **data do último estado vital conhecido** deverá ser a data do óbito.

Se o paciente é *sabidamente* morto (variável 15 é codificada como “2”), mas a data da morte *não é conhecida*, a **data do último estado vital conhecido** deverá ser codificada como 99, 99, 9999 (veja página 34).

Se o paciente emigrou, a **data do último estado vital conhecido** deverá ser a data da emigração.

Se o paciente foi perdido durante o seguimento, a **data do último estado vital conhecido** deverá ser a data da perda de seguimento.

Se o paciente é considerado vivo, mas **não** emigrou nem foi perdido para o seguimento, a **data do último estado vital conhecido** deverá ser uma das seguintes:

- 31 de dezembro do último ano no qual o seguimento de todos os pacientes é considerado completo
- a data na qual o registro verificou pela última vez o estado vital do paciente, p.e. contato do paciente com seu médico ou visita domiciliar (para os registros que fazem seguimento ativo), ou cruzamento com o sistema de informação sobre mortalidade (veja página 15)
- a data de quando o registro extraiu os dados do seu banco de dados para esse estudo

### Variável 16      Dia do último estado vital conhecido

Variável numérica, um ou dois dígitos

- 1-31 = o dia da data do último estado vital conhecido
- 99 = o dia desta data não é conhecido

**Nota: por favor nos avise se o dia** do último estado vital conhecido não pode ser fornecido para **qualquer** um de seus pacientes.

**Nota: por favor veja os comentários prévios** (variáveis 12-14) sobre a *imputação das datas*.

### Variável 17      Mês do último estado vital conhecido

Variável numérica, um ou dois dígitos.

- 1-12 = o mês da data do último estado vital conhecido
- 99 = o mês desta data não é conhecido

**Nota: por favor nos avise se o mês** do último estado vital conhecido não pode ser fornecido para **qualquer** um dos seus pacientes.

**Nota: por favor veja comentários prévios** (variáveis 12-14) sobre a *imputação das datas*.

### Variável 18      Ano do último estado vital conhecido

Variável numérica, quatro dígitos.

- YYYY = o ano da data do último estado vital conhecido, a partir de 1995
- 9999 = o ano desta data não é conhecido

## Variável 19 Base do diagnóstico

Variável numérica, um dígito.

Esta variável indica o grau de certeza com que o diagnóstico de câncer foi estabelecido, no contexto específico de análise de sobrevida.

### Código Significado

#### *Não verificado microscopicamente*

- 1 = **Somente** diagnóstico clínico
- 2 = Investigação sem um diagnóstico tecidual (p.e. endoscopia sem biópsia, ou por imagem como raio-X [RX], ultrassom [US], tomografia computadorizada [TC] ou ressonância nuclear magnética [RNM])
- 3 = Diagnóstico clínico, sem outras especificações (i.e. não se sabe se o código “1” ou o “2” é aplicável).

#### *Verificado microscopicamente*

- 4 = Confirmado citologicamente (inclui lâmina de sangue periférico para leucemia)
- 5 = Confirmado histologicamente (inclui biópsia de medula óssea para leucemia)
- 6 = Verificado microscopicamente, sem outras especificações [i.e. não se sabe se o código “4” ou o “5” é aplicável).

#### *Evidência de câncer não inclui a data do diagnóstico*

- 7 = Somente por declaração de óbito (SDO) **[veja nota abaixo]**
- 8 = Somente por autópsia – neoplasia detectada somente na autópsia **[veja nota abaixo]**

#### *Nenhuma informação*

- 9 = Desconhecida

#### **Nota:**

Tumores registrados baseados **somente** em declaração de óbito (código 7) ou autópsia (código 8) são usualmente incluídos em estatísticas de *incidência* do câncer para o ano no qual eles são registrados.

Mas para casos detectados por autópsias e SDOs, a data verdadeira do diagnóstico e a duração de sobrevida são desconhecidas. Consequentemente, eles geralmente não podem ser incluídos em análise de *sobrevida*. Alguns registros de câncer nem registram os tumores detectados por autópsias ou SDOs.

No entanto, se o seu registro de câncer **realmente** registrou estes casos durante o período do calendário para o qual você submeterá os seus dados, então você deverá incluir os tumores detectados por autópsias ou SDOs, para possibilitar a comparação de controle de qualidade.

## Variável 20 Topografia CID-O-3

Variável alfanumérica, quatro caracteres.

O sítio do tumor (topografia) deve ser codificado de acordo com a terceira edição da Classificação Internacional de Doenças para a Oncologia (CID-O-3)<sup>3</sup>.

Por favor, forneça os 4 caracteres completos do código CID-O-3, mas **sem o ponto decimal (".")**. Assim, o câncer de fígado será C220 ou C221 e o câncer de próstata será C619. Com esta pequena modificação, o sítio anatômico dos cânceres índices serão codificados como:

Câncer de estômago: C160-C166; C168-C169

Câncer de cólon: C180-C189; C199

Câncer de reto: C209; C210-C212, C218  
**Nota:** inclui ânus e canal anal, C210-C218.

Câncer de fígado: C220-C221  
**Nota:** inclui ductos biliares intrahepáticos, C221.

Câncer de pulmão: C340-C343; C348-C349  
**Nota:** traquéia (CID-O-3 C339) não será incluída neste estudo.

Câncer de mama: C500-C506; C508-C509

Câncer de colo de útero: C530-C531; C538-C539

Câncer de ovário: C480-C482; C569; C570-C574; C577-C579  
**Nota:** inclui peritônio e retroperitônio, C480-C482, onde os cânceres de morfologia serosa de alto grau frequentemente se originam das trompas de Falópio, C570  
**Nota:** inclui outros e não especificados órgãos genitais femininos, C577-C579.

Câncer de próstata: C619

Leucemia: Você deve selecionar **leucemias** para o seu arquivo de dados **baseado no código morfológico (variável 21)**, e **não** baseado no código topográfico. Você pode usar **qualquer** código topográfico CID-O-3 válido, mas sem o ponto decimal ("."), como especificado acima.

## Variável 21            Morfologia CID-O-3

Variável numérica, quatro dígitos.

A morfologia do tumor deve ser codificada de acordo com a terceira edição do Classificação Internacional de Doenças para a Oncologia (CID-O-3)<sup>1</sup>.

**Para tumores classificados microscopicamente**, os códigos morfológicos CID-O-3 variam de 8000 a 9989.

**Para neoplasias hematológicas**, os códigos morfológicos CID-O-3 variam de 9590-9989.

O intervalo dos códigos morfológicos deve ser utilizado para selecionar todos os tipos de leucemia e outras neoplasias hematológicas, incluindo os linfomas. Este intervalo de códigos é o mesmo para crianças e adultos.

Leucemia é o único câncer **índice** para o qual você deve utilizar o código morfológico CID-O-3 para selecionar os casos para a submissão dos seus dados: todos os tumores registrados com os códigos morfológicos CID-O-3 no intervalo de 9590-9989 devem ser incluídos. Os outros **nove cânceres índices** devem ser selecionados baseados no código *topográfico* CID-O-3 (variável 20).

A seleção e o agrupamento das leucemias dos adultos para análises de sobrevida serão baseados nas categorias estabelecidas por consenso de hematologistas, patologistas e epidemiologistas do Grupo de Trabalho HAEMACARE<sup>6-8</sup>. O manual HAEMACARE para codificação e registro das neoplasias hematológicas existe em inglês e espanhol (disponível quando solicitado).

Leucemias infantis serão agrupadas diferentemente das leucemias dos adultos, baseadas na terceira revisão da Classificação Internacional dos Tumores Infantis,<sup>10</sup> (ICCC-3). Os grupos ICC-3 são baseados nos códigos morfológicos da CID-O-3.

**Para tumores sólidos sem verificação microscópica**, você deve utilizar:

9999    Isto significa a ausência de dados no estudo CONCORD; não é um código CID-O-3.

**Nota:** este código só é válido para os tumores sólidos, não leucemias. Leucemias são **definidas por sua morfologia**, então devem ter um código morfológico no intervalo de 9590-9989.

## Variável 22            Comportamento

Variável numérica, um dígito.

**As análises de sobrevida incluirão apenas neoplasias primárias, invasivas.** Entretanto, nós também reportaremos a *distribuição do comportamento tumoral* para cada câncer. Isto permitirá a comparação da intensidade da atividade diagnóstica entre as áreas contribuintes no estudo CONCORD, p.e. a proporção de mulheres com câncer de colo de útero que são registradas com carcinoma *in situ*.

Consequentemente, se seu registro coleta dados de tumores que são benignos (comportamento 0), ou comportamento incerto (1) ou *in situ* (2), como o carcinoma *in situ* de colo de útero, **por favor inclua todos os registros de neoplasias** (comportamento 0-3) diagnosticado em um **sítio índice** quando submeter os seus dados.

**Por favor não selecione tumores para inclusão nos seus bancos de dados baseados no comportamento do tumor.**

O comportamento do tumor deve ser codificado de acordo com a terceira edição da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O-3). A codificação para comportamento do tumor tem sido a mesma em todas as revisões do CID-O.

### **Código      Significado**

- 0 = Benigno
- 1 = Incerto se benigno ou maligno
- 2 = Carcinoma *in situ*
- 3 = Sítio primário, maligno

Os códigos de comportamento abaixo são incluídos no CID-O-3, mas eles não são geralmente utilizados pelos registros de câncer. Nós os demonstramos por completitude.

No entanto, se os seus dados **realmente** incluem os códigos de comportamento 6 e 9, **por favor não os codifique novamente** antes da submissão dos dados. Ao invés disto, por favor nos forneça a descrição sobre como os códigos são utilizados em seus dados.

### **Código      Significado**

- 6 = Maligno, sítio metastático
- 9 = Maligno, incerto se é o sítio primário ou metastático

A provisão dos dados de estadiamento no diagnóstico (variáveis 23-37) é *opcional*.

O “estadiamento do tumor” descreve a extensão de acometimento do câncer para além do tecido em que foi originado no momento do diagnóstico. É fator determinante de sobrevida (fator prognóstico). O conhecimento do estadiamento no diagnóstico dos pacientes com câncer é de importância crescente para a interpretação de comparações internacionais de sobrevida<sup>11-15</sup>. Quando possível, nós faremos análises de sobrevida em relação ao estadiamento no diagnóstico.

Entre os registros que coletam dados de estadiamento, informação de qualidade satisfatória é frequentemente disponível para a maioria dos **10 cânceres índices**, pelo menos nos anos mais recentes.

Se seu registro **não coleta nenhum dado em estadiamento do tumor**, você deverá atribuir os códigos 9, 99 ou 999 (etc.) para **todas** variáveis de estadiamento (variáveis 23-37) em cada registro do tumor (veja lista na página 34). Porém, **você deverá ter certeza que seus arquivos de dados atendem às especificações gerais**, sumarizadas na página 34 deste Anexo.

Se o seu registro **coleta dados em estadiamento**, mas você opta por **não** submeter os dados de uma ou mais variáveis de estadiamento, por favor atribua os códigos 9, 99, 999 (etc.) a essas variáveis, em cada registro de tumor, dependendo de quantos dígitos são especificados para essas variáveis (veja lista na página 34).

Se você **optar por submeter** os dados em estadiamento, por favor forneça esses dados **somente para os pacientes diagnosticados a partir de 1º de janeiro de 2001**. Para os pacientes diagnosticados antes de 2001, por favor atribua os códigos 9, 99, 999 (etc.) para **todas** as variáveis de estadiamento (variáveis 23-37) em cada registro de tumor, dependendo de quantos dígitos são especificados para essas variáveis (veja lista na página 34). Dados de estadiamento no diagnóstico para pacientes diagnosticados antes de 2011 não serão incluídos em controle de qualidade ou análises de sobrevida.

Muitos sistemas diferentes de codificação estão sendo usados para categorizar o estadiamento do tumor nos registros por todo o mundo<sup>16</sup>.

Nós tentaremos obter dados **ao menos de uma categorização amplamente utilizada em estadiamento no diagnóstico** para cada tumor (detalhes nas páginas 26-39), para permitir análises de sobrevida por estadiamento no diagnóstico:

<b>SEER Summary Stage 2000</b>	<b>Estadiamento FIGO (colo de útero, e ovário)</b>
<b>TNM (ambos patológico e clínico)</b>	<b>Tamanho do tumor</b>
<b>TNM simplificado</b>	<b>Nº de linfonodos examinados</b>
<b>Estadiamento de Dukes (cólon e reto)</b>	<b>Nº de linfonodos positivos para tumor</b>

Se você deseja fornecer dados em estadiamento no diagnóstico, mas os seus dados não estão codificados **nem** de acordo com o estadiamento TNM 7ª edição **nem** segundo uma outra classificação especificada nesta lista, **por favor contacte-nos antes de submeter os seus dados**.

Variável numérica, um dígito.

**SEER Summary Stage 2000** é um método simples de categorização de estadiamento desenvolvido pelo Programa de Epidemiologia, Vigilância e Resultados Finais (SEER), do Instituto Nacional do Câncer – EUA. A Associação Norte-americana dos Registros Centrais de Câncer usa o **SEER Summary Stage 2000**<sup>17</sup> (<http://seer.cancer.gov/tools/ssm/>). Nós utilizamos o texto da sua introdução aqui. Este método tem sido usado nos EUA e Canadá desde 1º de janeiro de 2001.

O “summary stage” é o modo mais simples de categorizar a extensão da disseminação do câncer para além do seu ponto de origem. “Summary stage” usa todas as informações disponíveis nos prontuários médicos; é a **combinação das evidências clínicas e patológicas mais precisas da extensão da doença**. Muitos registros de câncer de base populacional registram o “summary stage” para os seus casos registrados, porque as categorias de estadiamento são suficientemente amplas para permitir a medição do progresso no controle do câncer.

Nós esperamos que os registros norte-americanos forneçam o **SEER Summary Stage 2000** codificado diretamente para os casos diagnosticados entre 2001-2003, mas que para os casos diagnosticados em 2004 e posteriormente, forneçam os dados codificados a partir dos elementos do “Estágio Colaborativo” (<http://seer.cancer.gov/tools/collabstaging>). Se o seu registro planeja fornecer o **SEER Summary Stage 2000** codificado de qualquer outro modo, **nós solicitamos que você nos informe os procedimentos** que você usou. A comparabilidade destes sistemas de estadiamento ao longo do tempo pode ser encontrada na seguinte página web do SEER: [http://seer.cancer.gov/seerstat/Variáveis/seer/yr1973\\_2009/lrd\\_stage/index.html](http://seer.cancer.gov/seerstat/Variáveis/seer/yr1973_2009/lrd_stage/index.html)

A disseminação regional da doença é dividida em várias categorias, de acordo com o método de disseminação do câncer:

**Código      Significado**

- 0 = *In situ*
- 1 = **Somente** localizado
- 2 = Disseminação regional **somente** por extensão direta
- 3 = **Somente** linfonodos regionais envolvidos
- 4 = Disseminação regional por **ambos**, extensão direta e envolvimento de linfonodo
- 5 = Regional (sem outras especificações) – use este código se houver uma disseminação regional do câncer, **mas o meio desta propagação não é conhecido**
- 7 = Sítio(s) distante(s) ou linfonodo(s) está (estão) envolvido(s)
- 9 = Extensão do tumor ou metástases desconhecidos (não estadiado, desconhecido ou não especificado), **ou**  
este é um caso **somente por declaração de óbito, ou**  
este é um caso **somente por autópsia**

## Estadiamento TNM (variáveis 24-29)

Opcional

A classificação Tumor-Nódulos-Metástases (TNM) de estadiamento no diagnóstico usa uma combinação de evidência clínica e patológica, como o “SEER Summary Stage 2000”.

A classificação TNM é publicada pela União Internacional para o Controle do Câncer (UICC). Nós vamos utilizar a 7ª edição do manual TNM<sup>18</sup>. Este é idêntico à classificação publicada pelo Comitê Conjunto Americano de Câncer (AJCC) em 2009<sup>19</sup>. Se você tem dados de estadiamento que são codificado por edições mais antigas de TNM, **por favor contacte-nos antes de submeter os seus dados.**

Os três componentes do TNM são: tamanho do tumor (T), o estado dos linfonodos regionais, i.e. a extensão da invasão do linfonodo pelo tumor (N), e se há metástases (disseminação da doença a a um órgão ou órgãos distantes a partir do órgão de origem) (M).

Os dados de estadiamento TNM podem ser baseados em evidência patológica (“p”) ou evidência clínica (“c”).

### Variável 24 T patológico

Opcional

Variável numérica, um dígito.

Esta variável engloba informação sobre o tamanho físico do tumor.

Para os nove cânceres **índices** sólidos (i.e. excluindo leucemia), até 4 subcategorias (a, b, c, d) existem para cada uma das categorias do estadiamento pT1, pT2, pT3 e pT4. Essas subcategorias devem ser codificadas do mesmo modo como a da categoria mãe: por exemplo, pT1a deve ser codificada como “1”, do mesmo modo que pT1.

Para tumor de **colo de útero somente**, existem subcategorias adicionais: pT1a1, pT1a2, pT1b1 e pT1b2; estas devem ser codificadas como “1”, do mesmo modo que pT1. Similarmente, as subcategorias pT2a1 e pT2a2 devem ser codificadas como “2”, do mesmo modo que pT2.

Os seguintes códigos serão utilizados:

#### Código Significado

- 0 = pT0 – não há evidência histológica de tumor primário
- 1 = pT1 – o conteúdo desta categoria varia como o câncer (veja o manual TNM<sup>18</sup>)  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias pT1a, pT1b e pT1c, assim como para as subcategorias pT1a1, pT1a2, pT1b1 e pT1b2 (tumor de colo de útero somente)*
- 2 = pT2 – o conteúdo desta categoria varia como o câncer (veja o manual TNM<sup>18</sup>)  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias pT2a, pT2b e pT2c, assim como para as subcategorias pT2a1, pT2a2 (tumor de colo de útero somente)*
- 3 = pT3 – o conteúdo desta categoria varia como o câncer (veja o manual TNM<sup>18</sup>)  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias pT3a e pT3b*
- 4 = pT4 – tumor de qualquer tamanho, com extensão direta para órgãos adjacentes  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias pT4a, pT4b, pT4c e pT4d*
- 8 = "is" – carcinoma *in situ*
- 9 = pTX –desconhecido: tumor primário não pode ser examinado histologicamente



Variável numérica, um dígito.

Esta variável engloba a extensão do envolvimento de linfonodos regionais com o tumor.

Para tumores de estômago, cólon, reto e mama, existem algumas subcategorias de pN1, pN2 e pN3 (a, b, c). Essas devem ser codificadas do mesmo modo que a categoria mãe: por exemplo, pN2b deve ser codificada como "2", do mesmo modo que pN2.

Os seguintes códigos devem ser usados:

<b>Código</b>	<b>Significado</b>
---------------	--------------------

- |   |  |
|---|--|
| 0 | = pN0 – nenhum linfonodo regional envolvido com o tumor, histologicamente  |
| 1 | = pN1 – o conteúdo desta categoria varia como o câncer (veja o manual TNM <sup>18</sup> )<br><i>Para cólon, reto e mama, este código também deve ser usado para as subcategorias pN1a, pN1b e pN1c</i>   |
| 2 | = pN2 – o conteúdo desta categoria varia com o câncer (veja o manual TNM <sup>18</sup> )<br><i>Para cólon, reto e mama, este código também deve ser usado para as subcategorias pN2a, pN2b e pN2c</i>  |
| 3 | = pN3 – o conteúdo desta categoria varia com o câncer (veja o manual TNM <sup>18</sup> )<br><i>Para estômago, este código também deve ser usado para as subcategorias pN3a e pN3b</i><br><i>Para mama, este código também deve ser usado para as subcategorias pN3a, pN3b e pN3c</i> |
| 9 | = pNX – desconhecido: linfonodos regionais não podem ser acessados histologicamente  |

Variável numérica, um dígito.

Esta variável engloba informações sobre a presença ou ausência de metástases à distância.

Para tumores de cólon, reto e próstata, algumas subcategorias de pM1 existem (a, b, c). Essas devem ser codificadas como "1", do mesmo modo que para pM1.

Os seguintes códigos serão utilizados:

**Código**      **Significado**

- 1 = pM1 – metástases à distância foram confirmadas microscopicamente  
*Este código deve ser usado para as subcategorias pM1a, pM1b e pM1c*
- 9 = Desconhecido – este não é um código TNM (veja a nota abaixo). Deve ser usado quando nenhum dado estiver disponível no estado patológico M

**Nota:**

Os códigos pM0 e pMX **não são válidos** na 7ª edição TNM<sup>18</sup> (veja nota na variável 29).

**Variável 27-29      Estadiamento TNM clínico      Opcional**

Os dados clínicos em estadiamento de tumor podem estar disponíveis em exames clínicos, ou de imagem do tumor (raio-X [RX], tomografia computadorizada [TC], ressonância nuclear magnética [RNM], etc.).

Dados clínicos podem ser os únicos dados disponíveis para o estadiamento de tumor, se nenhum procedimento cirúrgico ou diagnóstico invasivo foi realizado.

Essas variáveis são opcionais. Se você optar por não fornecê-las, por favor atribua o código 9 a essas variáveis em cada registro de tumor.

**Variável 27      T clínico      Opcional**

Variável numérica, um dígito.

Esta variável engloba informação do tamanho físico do tumor.

Dados clínicos do componente T do estadiamento devem ser submetidas **apenas** se os dados patológicos (variável 24) **não** estiverem disponíveis.

Para os nove cânceres **índices** sólidos (i.e. excluindo leucemia), existem até 4 subcategorias (a, b, c, d) para cada uma das categorias de estadiamento cT1, cT2, cT3 e cT4. Essas subcategorias devem ser codificadas do mesmo que a categoria mãe: por exemplo, cT1a deve ser codificado como "1", do mesmo modo que cT1.

Para o câncer de **colo de útero somente**, existem subcategorias adicionais: cT1a1, cT1a2, cT1b1 e cT1b2; estas devem todas ser codificadas como "1" do mesmo modo que cT1. Similarmente, as subcategorias cT2a1 e cT2a2 devem ambas serem codificadas como "2", do mesmo modo que cT2.

Os seguintes códigos serão utilizados:

**Código      Significado**

- 0 = cT0 – nenhuma evidência de tumor primário
- 1 = cT1 – o conteúdo desta categoria varia como o câncer (veja o manual TNM<sup>18</sup>)  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias cT1a, cT1b e cT1c, assim como para as subcategorias cT1a1, cT1a2, cT1b1 e cT1b2 (tumor de colo de útero somente)*
- 2 = cT2 – o conteúdo desta categoria varia como o câncer (veja o manual TNM<sup>18</sup>)  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias cT2a, cT2b e cT2c, assim como para subcategorias cT2a1, cT2a2 (tumor de colo de útero somente)*
- 3 = cT3 – o conteúdo desta categoria varia como o câncer (veja o manual TNM<sup>18</sup>)  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias cT3a e cT3b*
- 4 = cT4 – tumor de qualquer tamanho, com extensão direta aos órgãos adjacentes  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias cT4a, cT4b, cT4c e cT4d*
- 8 = "is" – carcinoma *in situ*
- 9 = cTX – desconhecido: tumor primário não pode ser examinado

Variável numérica, um dígito.

Esta variável engloba informação sobre o envolvimento dos linfonodos regionais com o tumor.

Dados clínicos sobre o componente N do estadiamento devem ser submetidos **apenas** se os dados patológicos (variável 25) **não** estiverem disponíveis.

Para tumores de estômago, cólon, reto e mama, existem algumas subcategorias de cN1, cN2 e cN3 (a, b, c). Essas devem ser codificadas do mesmo modo que a categoria mãe: por exemplo, cN2b deve ser codificado como “2”, do mesmo modo que cN2.

Os seguintes códigos serão utilizados:

**Código**      **Significado**

- 0 = cN0 – nenhum linfonodo regional envolvido com tumor
- 1 = cN1 – o conteúdo desta categoria varia com o câncer (veja manual TNM<sup>18</sup>)  
*Para cólon, reto e mama, este código deve também ser usado para as subcategorias cN1a, cN1b e cN1c*
- 2 = cN2 – o conteúdo desta categoria varia com o câncer (veja manual TNM<sup>18</sup>)  
*Para cólon, reto e mama, este código deve também ser usado para as subcategorias cN2a, cN2b e cN2c*
- 3 = cN3 – o conteúdo desta categoria varia com o câncer (veja manual TNM<sup>18</sup>)  
*Para estômago, este código deve também ser usado para as subcategorias cN3a e cN3b*  
*Para mama, este código deve também ser usado para as subcategorias cN3a, cN3b e cN3c*
- 9 = cNX –desconhecido: nódulos regionais linfáticos não podem ser examinados

Variável numérica, um dígito.

Esta variável engloba informação sobre a presença ou ausência de metástases à distância.

Para tumores de cólon, reto e próstata, existem algumas subcategorias de cM1 (a, b, c). Essas subcategorias devem ser codificadas como “1”, do mesmo modo que para cM1.

Os seguintes códigos serão utilizados:

<b>Código</b>	<b>Significado</b>
0	= cM0 – Nenhuma metástase
1	= cM1 – Metástases

**Nota:**

Se o clínico não registrar a presença de metástases, **assume-se** dentro da 7ª edição do TNM que não existe nenhuma metástase (cM0): esses casos devem ser codificados como “0”.

O código “MX” foi usado em edições antigas do TNM para indicar que o estado metastático do tumor era desconhecido. Porém, a avaliação clínica de metástases pode ser baseada apenas no exame físico, então cMX não é mais considerado um código apropriado.

O código cMX **não é válido** na 7ª edição do TNM.

**Variáveis 30-32    TNM simplificado****Opcional**

O sistema TNM simplificado para codificação de estadiamento de tumor foi desenvolvido pela Rede Européia de Registros de Câncer<sup>20</sup> para registros de tumor nos quais os valores individuais de T e/ou N e/ou M não são explicitamente registrados. TNM simplificado é baseado na 6ª edição do TNM<sup>21</sup>.

Os dados do TNM simplificado são somente requisitados se não houver disponibilidade **nem** dos dados patológicos TNM (variáveis 24-26) **nem** dos dados clínicos TNM (variáveis 27-29)

Há uma correspondência direta com a classificação simplificada de estadiamento, que é frequentemente relatada pelos registros de câncer, na qual a extensão da doença é classificada como localizada, regional ou distante.

**Variável 30            T simplificado****Opcional**

Variável numérica, um dígito.

**Código    Significado**

- 1 = L – Doença localizada  
*Doença localizada significa:*  
T1 e T2 para tumores de estômago, cólon, reto, fígado, pulmão, colo de útero e próstata  
T1, T2 e T3 para câncer de mama  
T1 para câncer de ovário (nota: tumores de ovário T2 são considerados como **avançados**)
- 2 = A – Doença avançada  
*Doença avançada significa:*  
T3 e T4 para tumores de estômago, cólon, reto, fígado, pulmão, colo de útero e próstata  
T4 para mama (nota: tumores de mama T3 são considerados como **localizados**)  
T2 e T3 para ovário
- 9 = X – Não pode ser examinado: nenhuma informação sobre a categoria do tamanho do tumor

**Variável 31            N simplificado****Opcional**

Variável numérica, um dígito.

**Código    Significado**

- 1 = N0 – Nenhuma invasão de linfonodo regional pelo tumor
- 2 = N+ – Linfonodos regionais invadidos pelo tumor
- 9 = NX – Não pode ser examinado: nenhuma informação sobre estado dos linfonodos

**Variável 32            M simplificado****Opcional**

Variável numérica, um dígito.

Este código é baseado na melhor informação disponível – clínica, instrumental or patológica. Os sinais e achados clínicos são suficientes para justificar a classificação de um tumor como metastático (M+), mesmo sem confirmação *patológica* das lesões metastáticas.

**Código    Significado**

- 1 = M0 – Nenhuma metástase à distância
- 2 = M+ – Metástases à distância presentes
- 9 = MX – Não pode ser examinado: nenhuma informação sobre a presença de metástases

**Variável 33            Estadiamento de Dukes****Opcional**

Variável numérica, um dígito.

Esta variável é opcional. Se você optar por não fornecê-la, por favor atribua o código 9 a esta variável em cada registro de tumor.

O Estadiamento de Dukes<sup>22</sup> é uma classificação especializada em estadiamento de tumor para neoplasias de **cólon e reto somente**. Para **todos os outros cânceres índices**, por favor atribua o código 9 a esta variável em cada registro de tumor.

A classificação TNM é preferida porque é mais detalhada.

O Estadiamento de Dukes deve ser relatado **apenas** se os dados do estadiamento TNM (variáveis 24-29) não estiverem disponíveis.

O Estadiamento de Dukes foi modificado posteriormente<sup>23</sup> para incluir uma categoria para metástases (grupo D), e subcategorias para extensão direta nos grupos groups B e C. O Estadiamento de Dukes modificado não é mais recomendado para o uso clínico, mas ainda é amplamente utilizado.

**Código      Significado**

- 1 = Estadiamento de Dukes A (equivalente a T1N0M0 ou T2N0M0)
- 2 = Estadiamento de Dukes B (equivalente a T3N0M0 ou T4N0M0)
- 3 = Estadiamento de Dukes C (equivalente a T[qualquer] N1M0 ou T[qualquer] N2M0)
- 4 = Estadiamento de Dukes D (equivalente a T[qualquer] N[qualquer] M1)
- 9 = Estadiamento de Dukes ausente: não há informação sobre o Estadiamento de Dukes

Variável numérica, um dígito.

Esta variável é opcional. Se você optar por não fornecê-la, por favor atribua o código 9 a esta variável em cada registro de tumor.

O Estadiamento FIGO<sup>24</sup> é uma classificação especializada de estadiamento de tumor para neoplasias de **colo de útero**, de **ovário** e outros tumores ginecológicos. Para **todos os outros tumores índices**, por favor atribua o código 9 a esta variável para cada registro de tumor.

A classificação TNM é preferida porque é mais detalhada.

O Estadiamento FIGO deve ser usado **apenas** se os dados do estadiamento TNM (variáveis 24-29) não estiverem disponíveis.

O Estadiamento FIGO provê cinco grandes categorias:

Estadiamento 0	carcinoma <i>in situ</i> (comum em tumor de colo de útero)
Estadiamento I	confinado ao órgão de origem
Estadiamento II	invasão de tecidos ou órgãos adjacentes
Estadiamento III	disseminação para tecidos ou linfonodos distantes dentro da pélvis
Estadiamento IV	metástase(s) à distância

#### **Câncer de colo de útero (C530, C531, C538, C539)**

##### **Código Significado**

- 0 = Estadiamento FIGO 0 – carcinoma *in situ*
- 1 = Estadiamento FIGO I – Tumor confinado ao colo do útero (extensão ao corpo uterino deve ser descartada)  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias IA, IA1, IA2, IB, IB1 e IB2*
- 2 = Estadiamento FIGO II – Tumor invade além do útero, mas não o assoalho pélvico ou o terço inferior da vagina  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias IIA, IIA1, IIA2 e IIB*
- 3 = Estadiamento FIGO III – Tumor se estende ao assoalho pélvico ou ao terço inferior da vagina, ou causa hidronefrose  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias IIIA e IIIB*
- 4 = Estadiamento FIGO IVA – Tumor invade a mucosa da bexiga ou reto, ou se estende para além da pélvis verdadeira
- 5 = Estadiamento FIGO IVB – Metástases à distância
- 9 = Estadiamento FIGO desconhecido

#### **Câncer de ovário (C569) ou trompa de Falópio (C570)**

##### **Código Significado**

- 1 = Estadiamento FIGO I – Tumor limitado a um ou ambos os ovários\*  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias IA, IB e IC*
- 2 = Estadiamento FIGO II – Tumor envolve um ou ambos ovários\* com extensão pélvica  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias IIA, IIB e IIC*
- 3 = Estadiamento FIGO III – Tumor envolve um ou ambos ovários\* com confirmação microscópica confirmada de metástase peritoneal fora da pélvis, e/ou metástases para os linfonodos regionais  
*Este código deve também ser usado para as subcategorias IIIA, IIIB e IIIC*
- 4 = Estadiamento FIGO IV – Metástases à distância fora da cavidade peritoneal
- 9 = Estadiamento FIGO desconhecido

\* Para neoplasias das trompas de Falópio (C570), substitua "ovários" por "trompas de Falópio".



**Variável 35**      **Tamanho do tumor**

**Opcional**

Variável numérica, de um a três dígitos.

O **tamanho do tumor** (diâmetro máximo do tumor) deve ser relatado em **milímetros**, assim como em número integral.

Para **câncer de mama**, o tamanho do tumor deve ser baseado no exame histológico, se disponível.

Para **câncer de pulmão**, o tamanho do tumor pode estar disponível por imagem.

É difícil ser rigoroso sobre as dimensões físicas máximas do tumor. Nós iremos aceitar os valores na faixa de 1 - 300mm (1mm – 30cm). Por exemplo, um tumor com um diâmetro máximo de 35mm (3.5cm) deve ser codificado como “35”.

**Código**      **Significado**

- 1-300 = diâmetro máximo do tumor, **em milímetros**
- 999 = diâmetro máximo do tumor não é conhecido, **ou**  
diâmetro máximo do tumor não é aplicável (**leucemia**), **ou**  
esta variável não será fornecida

Zero não é uma dimensão de tumor válida. Se nenhum dado é disponível para um tumor sólido, por favor codifique esta variável como 999.

**Variável 36**      **Número de linfonodos examinados**

**Opcional**

Variável numérica, um ou dois dígitos.

Relate o exato **número de linfonodos examinados**, como descrito no exame patológico: intervalo válido de 0-98.

Esta variável deve ser codificada como 99 **em todos os registros de tumor** se:

- você optar por não fornecer esta variável, **ou**
- o arquivo de dados é para **leucemia**

Para os nove tumores **sólidos**, esta variável deve ser codificada como 99 se:

- nenhuma informação é disponível sobre o número de linfonodos examinados, **ou**
- nenhum exame patológico foi realizado

**Variável 37**      **Número de linfonodos envolvidos**

**Opcional**

Variável numérica, um ou dois dígitos.

Relate o exato **número de linfonodos envolvidos (linfonodos contendo células tumorais)**, como descrito no exame histológico: intervalo válido de 0-98.

Esta variável deve ser codificada como 99 **em todos os registros de tumor** se:

- você optar por não fornecer esta variável, **ou**
- o arquivo de dados é para **leucemia**

Para os nove **tumores sólidos**, esta variável deve ser codificada como 99 se:

- nenhuma informação é disponível sobre o número de linfonodos envolvidos, **ou**
- linfonodos *foram acometidos*, mas o *número* dos linfonodos envolvidos é desconhecido, **ou**
- nenhum exame patológico foi realizado

#### 4 Valores válidos para cada variável

Nome	Descrições resumidas	No. de dígitos ou caracteres	Valores válidos (ou intervalo de valores válidos)	Valor a utilizar se os dados válidos estão ausentes
VAR1	País	4	Veja lista na página 5	Não permitido
VAR2	Registro	1, 2 ou 3	Use valor proporcionado*	Não permitido
VAR3	Código de pessoa	até 15	Numérico ou alfanumérico	Não permitido
VAR4	Código do tumor	até 10	Numérico ou alfanumérico	Não permitido
VAR5	IARC CHECK flag <sup>1</sup>	1	1,2,3,4	9
VAR6	Sexo	1	1,2	9
VAR7	Região <sup>2</sup>	até 5	Numérico (veja página 11)	99999
VAR8	Raça / etnicidade <sup>2</sup>	1 ou 2	Numérico (veja página 12)	99
VAR9	Dia do nascimento	1 ou 2	1-31	99
VAR10	Mês do nascimento	1 ou 2	1-12	99
VAR11	Ano do diagnóstico	4	1895 - último ano	9999
VAR12	Dia do diagnóstico	1 ou 2	1-31	99
VAR13	Mês do diagnóstico	1 ou 2	1-12	99
VAR14	Ano do diagnóstico	4	1995 - último ano	9999
VAR15	Último estado vital conhecido	1	1,2,3	9
VAR16	Dia do último estado vital conhecido	1 ou 2	1-31	99
VAR17	Mês do último estado vital conhecido	1 ou 2	1-12	99
VAR18	Ano do último estado vital conhecido	4	1995 - último ano	9999
VAR19	Base do diagnóstico	1	1,2,3,4,5,6,7,8	9
VAR20	CIE-O-3 Topografia	4	Alfanumérico	Não permitido
VAR21	CIE-O-3 Morfologia	4	8000-9989	9999
VAR22	Comportamento	1	0,1,2,3,6,9	Não permitido
VAR23	SEER Summary Stage 2000	1	0,1,2,3,4,5,7	9
VAR24	T patológico	1	0,1,2,3,4,8	9
VAR25	N patológico	1	0,1,2,3	9
VAR26	M patológico	1	1	9
VAR27	T clínico	1	0,1,2,3,4,8	9
VAR28	N clínico	1	0,1,2,3	9
VAR29	M clínico	1	0,1	9
VAR30	T simplificado	1	1,2	9
VAR31	N simplificado	1	1,2	9
VAR32	M simplificado	1	1,2	9
VAR33	Estadiamento de Dukes <sup>3</sup>	1	1,2,3,4	9
VAR34	Estadiamento FIGO <sup>4</sup>	1	0,1,2,3,4,5	9
VAR35	Tamanho do tumor	1, 2 ou 3	1-300	999
VAR36	No. de linfonodos examinados	1 ou 2	0-98	99
VAR37	No. de linfonodos envolvidos	1 ou 2	0-98	99

\* O código a ser usado para esta variável será fornecido separadamente

<sup>1</sup> Opcional - se você não deseja fornecer esta variável, por favor complete-a com o número 9 em cada registro (veja coluna 9)

<sup>2</sup> Opcional - se você **deseja** fornecer esta variável, nós devemos concordar com os códigos válidos antecipadamente; se você **não deseja** fornecer esta variável, por favor complete-a com o número 99999 (VAR7) ou 99 (VAR8) (veja a última coluna)

<sup>3</sup> Valores válidos **somente** para câncer de cólon e reto; para outros cânceres, use o número 9 (veja a última coluna)

<sup>4</sup> Valores válidos **somente** para câncer de colo de útero e ovário; para outros cânceres, use o número 9 (veja a última coluna)

## 5 Referências

1. Fritz AG, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin LH, Parkin DM, Whelan SL, eds. *International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O)*. 3rd edn. Geneva: World Health Organisation; 2000
2. World Health Organisation. *International Classification of Diseases, 1975, 9th revision*. Geneva: WHO; 1977
3. World Health Organisation. *International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision*. Geneva: WHO; 1994
4. Percy C, Van Holten V, Muir CS, eds. *International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O), second edition*. Geneva: World Health Organisation; 1990
5. Woods LM, Rachet B, Ellis L, Coleman MP. Full dates (day, month, year) should be used in population-based survival studies. *Int J Cancer* 2012; **131**: E1120-E1124
6. Sant M, Allemani C, Tereanu C, De Angelis R, Capocaccia R, Visser O, Marcos-Gragera R, Maynadié M, Simonetti A, Lutz JM, Berrino F. Incidence of hematologic malignancies in Europe by morphologic subtype: results of the HAEMACARE project. *Blood* 2010; **116**: 3724-34
7. Marcos-Gragera R, Allemani C, Tereanu C, De Angelis R, Capocaccia R, Maynadié M, Luminari S, Ferretti S, Johannesen TB, Sankila R, Karjalainen-Lindsberg ML, Simonetti A, Martos MC, Raphael M, Giraldo P, Sant M. Survival of European patients diagnosed with lymphoid neoplasms in 2000-2002: results of the HAEMACARE project. *Haematologica* 2011; **96**: 720-8
8. Maynadié M, De Angelis R, Marcos-Gragera R, Visser O, Allemani C, Tereanu C, Capocaccia R, Giacomin A, Lutz JM, Martos MC, Sankila R, Johannesen TB, Simonetti A, Sant M. Survival of European patients diagnosed with myeloid malignancies: a HAEMACARE study [epub ahead of print]. *Haematologica* 2012
9. HAEMACARE Working Group. Manual for coding and reporting haematological malignancies. *Tumori* 2010; **96 (Appendix)**: 1-32
10. Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, third edition. *Cancer* 2005; **103**: 1457-67
11. Sant M, Allemani C, Capocaccia R, Hakulinen T, Aareleid T, Coebergh JWW, Coleman MP, Grosclaude PC, Martinez-Garcia C, Bell CMJ, Williams EMI, Berrino F, EURO CARE Working Group. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. *Int J Cancer* 2003; **106**: 416-22
12. Ciccolallo L, Capocaccia R, Coleman MP, Berrino F, Coebergh JWW, Damhuis RAM, Faivre J, Martinez-Garcia C, Møller H, Ponz de Leon M, Launoy G, Raverdy N, Williams EMI, Gatta G. Survival differences between European and US patients with colorectal cancer: role of stage at diagnosis and surgery. *Gut* 2005; **54**: 268-73
13. Sankaranarayanan R, Swaminathan R, Brenner H, Chen K, Chia KS, Chen JG, Law SCK, Ahn YO, Xiang YB, Yeole BB, Shin HR, Shanta V, Woo ZH, Martin N, Sumitsawan Y, Sriplung H, Barboza AO, Eser S, Nene BM, Suwanrungruang K, Jayalekshmi P, Dikshit R, Wabinga H, Esteban DB, Laudico A, Bhurgr Y, Bah E, Al-Hamdan N. Cancer survival in Africa, Asia, and Central America: a population-based study. *Lancet Oncol* 2010; **11**: 165-73
14. Maringe C, Walters S, Butler J, Coleman MP, Hacker N, Hanna L, Mosgaard BJ, Nordin A, Rosen B, Engholm G, Gjerstorff ML, Hatcher J, Johannesen TB, McGahan CE, Meechan D, Middleton R, Tracey E, Turner D, Richards MA, Rachet B, ICBP Module 1 Working Group. Stage at diagnosis and ovarian cancer survival: evidence from the International Cancer Benchmarking Partnership. *Gynec Oncol* 2012; **127**: 75-82
15. Allemani C, Sant M, Weir HK, Richardson LC, Baili P, Storm H, Siesling S, Torrella-Ramos A, Voogd AC, Aareleid T, Ardanaz E, Berrino F, Bielska-Lasota M, Bolick S, Cirilli C, Colonna M, Contiero P, Cress RD, Crocetti E, Fulton JP, Grosclaude P, Hakulinen T, Izarzugaza I, Malmström P, Peignaux K, Primic-Zakelj M, Rachtan J, Safaei Diba C, Sanchez M-J, Schymura MJ, Shen T, Traina A, Tryggvadóttir L, Tumino R, Velten M, Vercelli M, Wolf HJ, Woronoff A-S, Wu X, Coleman MP. Breast cancer survival in the US and Europe: a CONCORD high-resolution study [Epub ahead of print]. *Int J Cancer* 2012
16. Walters S, Maringe C, Butler J, Brierley JD, Rachet B, Coleman MP. Comparability of stage data in cancer registries in six countries: lessons from the International Cancer Benchmarking Partnership [Epub ahead of print]. *Int J Cancer* 2012
17. Young JL, Roffers SD, Ries LAG, Fritz AG, Hurlbut AA. *SEER Summary Staging Manual - 2000: Codes and Coding Instructions*. NIH Pub. No. 01-4969. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2001
18. Sobin LH, Gospodarowicz M, Wittekind C. *TNM Classification of Malignant Tumours*. 7th edn. New York: John Wiley & Sons; 2009
19. Edge SB, Byrd DR, Carducci MA, Compton CC, Fritz AG, Greene F, Trotti A, eds. *American Joint Committee on Cancer - cancer staging manual*. 7th edn. New York, NY: Springer; 2009
20. Berrino F, Brown C, Moller T, Sobin LH, Faivre J. *ENCR recommendations: condensed TNM for coding the extent of disease*. Lyon, European Network of Cancer Registries, 2002.
21. Sobin LH, Wittekind C, eds. *TNM Classification of Malignant Tumours*. 6th edn. New York: John Wiley & Sons; 2002
22. Dukes CE. The classification of cancer of the . *J Path Bacteriol* 1932; **35**: 323-32
23. Astler VB, Collier FA. The prognostic significance of direct extension of carcinoma of the and . *Ann Surg* 1954; **139**: 846-52
24. Benedet JL, Bender H, Jones H, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *Int J Gyn Obs* 2000; **70**: 209-62