

ESTUDO RETROSPECTIVO DE PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER COLORRETAL ATENDIDOS NA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU NO PERÍODO DE 2000-2003

ROGÉRIO SAAD-HOSSNE - ASBCP
RENÊ GAMBERINI PRADO - FSBCP
ALEXANDRE BAKONYI NETO - TSBCP
PAULA SIAN LOPES
SAMMY MENDES DO NASCIMENTO
CAMILA REBOUÇAS VALENÇA DOS SANTOS
EDUARDO MARCUCCI PRACUCHO
FERNANDO RODRIGO PEREIRA CHAVES
ENRICO SALOMÃO IORIATTI
JULIANA MENDES SIQUEIRA

SAAD-HOSSNE R, PRADO RG, BAKONYI NETO A, LOPES PS, NASCIMENTO SM, SANTOS CRV, PRACUCHO EM, CHAVES FRP, IORIATTI ES, SIQUEIRA JM. Estudo retrospectivo de pacientes portadores de câncer colorretal atendidos na Faculdade de Medicina de Botucatu no período de 2000-2003. *Rev bras Coloproct*, 2005;25(1):31-37.

RESUMO: O câncer colorretal é uma das neoplasias mais freqüentes na população adulta mundial. Dentre as neoplasias do trato gastrointestinal é a segunda em prevalência e mortalidade. Em nosso meio a grande maioria dos pacientes procura atendimento nas fases mais avançadas da doença. **MÉTODO** - Foram avaliados retrospectivamente 80 prontuários de pacientes com câncer colorretal atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, no período de 2000 A 2003. **RESULTADOS** - Observamos que o câncer colorretal incide prevalentemente em indivíduos na 5ª e 6ª décadas de vida, com maior incidência em homens do que em mulheres. Quanto à distribuição, a maioria dos tumores localiza-se nos segmentos distais do colón, isto é, sigmóide e reto (71%). Os principais sintomas observados foram: perda de peso, sangramento, alteração do habito intestinal e anemia. A taxa de complicação observada foi de 10%, sendo as deiscências e a trombose venosa profunda as principais. A maioria dos pacientes apresentava estadiamento avançado pelo sistema TNM e pela classificação de Dukes. **CONCLUSÃO** - Em nosso meio o câncer colorretal tem uma alta prevalência, com localização preferencial pelos segmentos distais do colón, sendo a maioria diagnosticada nas fases avançadas, reforçando a necessidade do diagnostico precoce e campanhas de prevenção.

Unitermos: câncer colorretal, incidência , epidemiologia

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal é uma das neoplasias mais freqüentes na população adulta mundial; dentre as neoplasias do trato gastrointestinal é a segunda em prevalência e mortalidade. Levantamentos norte-

americanos revelam que aproximadamente 150.000 novos casos são diagnosticados a cada ano e no Brasil aproxima-se de 20.000¹⁻²

A porcentagem de diagnóstico na fase precoce ainda é muito baixa, o que implica no aumento do número de diagnósticos nas fases mais avançadas, comprometendo assim o prognóstico.

Em nosso meio a situação não é muito diferente e a grande maioria dos pacientes procura atendimento nas fases mais avançadas, seja por medo, pudor ou ignorância. Observa-se também que em algumas

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Recebido em 03/08/2004

Aceito para publicação em 01/09/2004

situações o diagnóstico inicial por parte dos médicos é equivocado, o que contribui também para o baixo número de diagnósticos precoces.

O objetivo do trabalho foi avaliar retrospectivamente os casos de câncer colorretal atendidos pela disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Botucatu no período de 2000 a 2003, buscando identificar os aspectos epidemiológicos e fatores de risco, analisar o tratamento oferecido e suas complicações.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram avaliados retrospectivamente os prontuários dos pacientes com câncer colorretal atendidos pela disciplina de Gastroenterologia Cirúrgica neste período.

Os prontuários foram revistos, com posterior preenchimento da ficha relativa ao protocolo, em que

Tabela 1 – Distribuição segundo o sexo (frequência relativa) e idade (média)

Feminino	32	40%
Masculino	48	60%
Idade media	59 anos (25 a 84)	

Tabela 2 – Distribuição segundo a procedência (frequência relativa).

Demais Regiões	71%
Região de Botucatu	29%

foram estudados os dados epidemiológicos, história, exame físico, laboratorial, aspectos cirúrgicos e tratamento adjuvante. Os dados foram avaliados através da frequência relativa.

O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição.

RESULTADOS

Foram analisados 80 prontuários dos pacientes que foram submetidos a procedimento cirúrgico no período de 2000 a 2003. Nas Tabelas de 1 a 4 e nos Gráficos de 1 a 8, apresentamos os resultados referentes à distribuição por sexo, idade, localização, procedência, principais sintomas, aspectos epidemiológicos, tipo de cirurgia realizada, complicações, estadiamento e classificação anatomo-patológica.

Tabela 3 – Distribuição segundo as principais complicações (frequência relativa).

Deiscência	TVP
10%	10%

Tabela 4 – Distribuição segundo o grau de diferenciação (frequência relativa).

Pouco / Moderadamente	Diferenciado
59%	41%

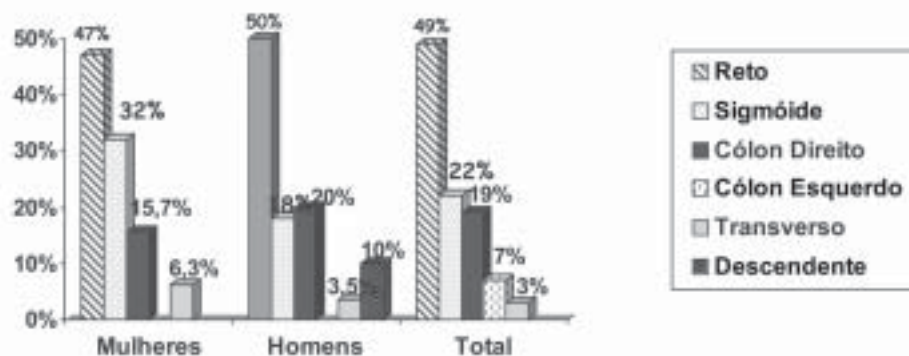


Gráfico 1 – Distribuição segundo a localização e o sexo do paciente (frequência relativa)

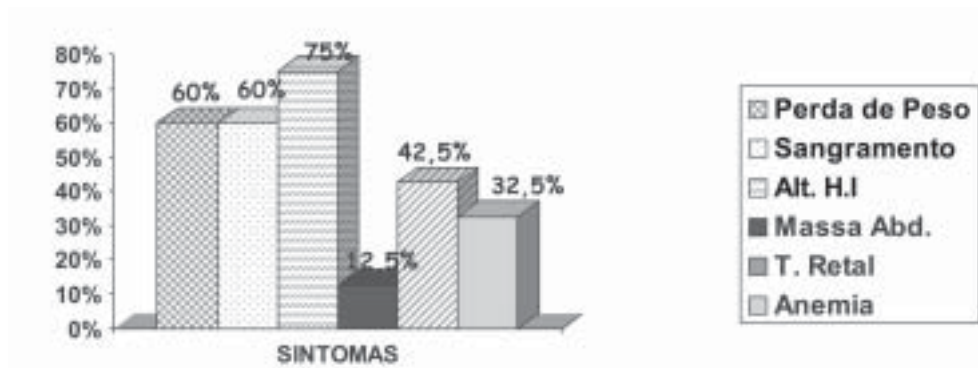


Gráfico 2 – Distribuição segundo os principais sintomas (frequência relativa)

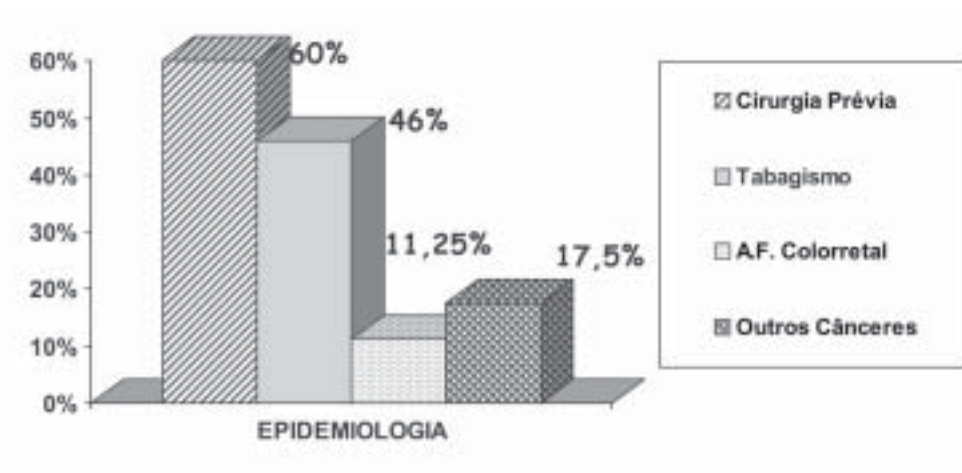


Gráfico 3 – Distribuição segundo os principais aspectos epidemiológicos (frequência relativa)

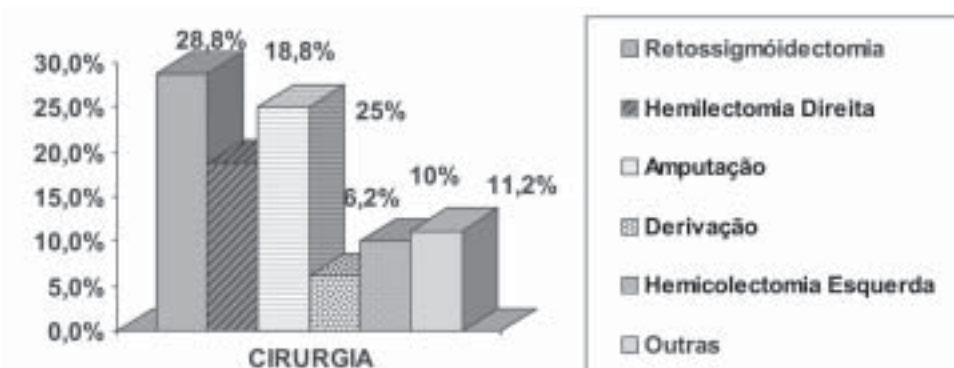


Gráfico 4 – Distribuição segundo o tipo de cirurgia realizada (frequência relativa)

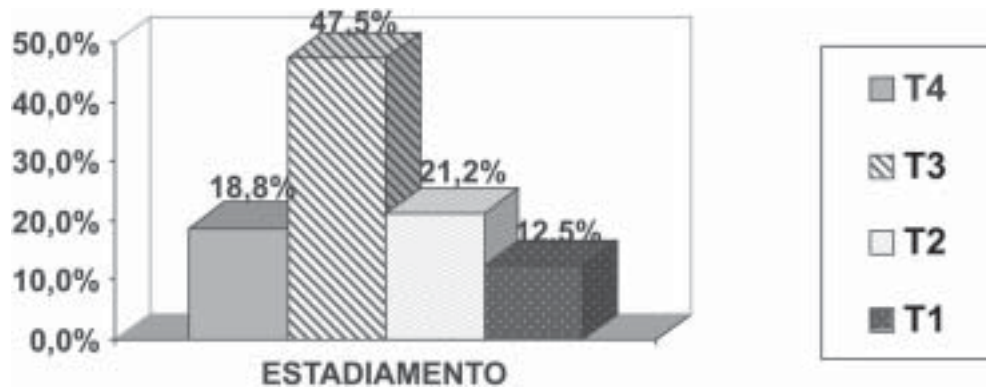


Gráfico 5 – Distribuição segundo o estadiamento e a UICC (frequência relativa)

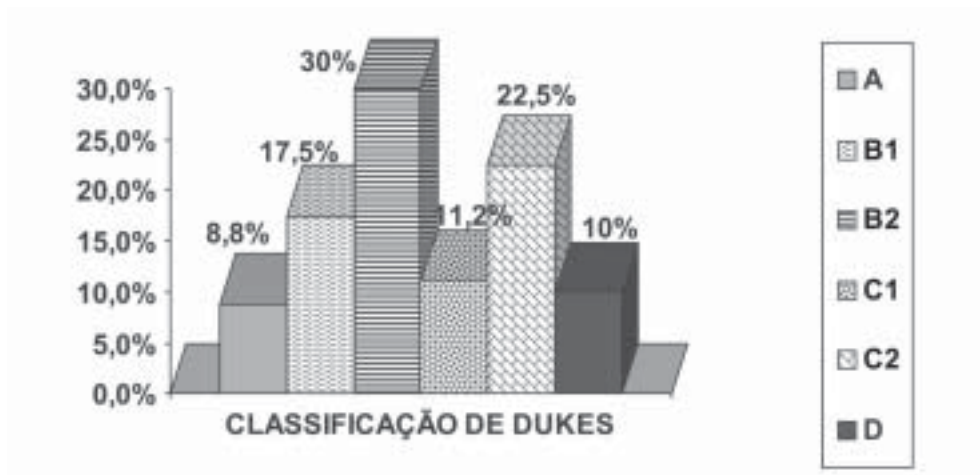


Gráfico 6 – Distribuição segundo a Classificação de Dukes Astler-Cooler (frequência relativa)

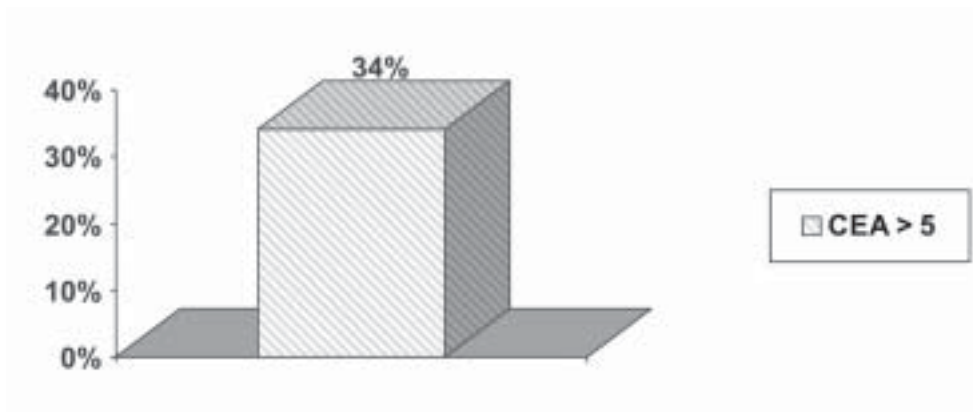


Gráfico 7 – Porcentagem de pacientes portadores de câncer colorretal com níveis de CEA acima do normal

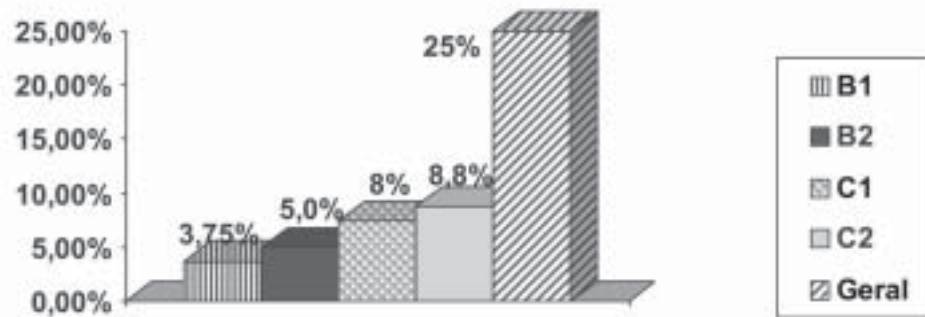


Gráfico 8 – Porcentagem da taxa de recidiva geral e de acordo com o estadiamento

DISCUSSÃO

Analisando a tabela 1 e o gráfico 1, podemos observar que o câncer colorretal incide prevalentemente em indivíduos na 4ª e 5ª décadas de vida, com maior incidência em homens do que em mulheres. Quanto à distribuição, a maioria dos tumores localiza-se nos segmentos distais do cólon (sigmóide e reto 71%). Estes resultados estão de acordo com o observado na literatura^{1-8,16}.

A maior parte dos pacientes (79%) tem origem em cidades fora da região de Botucatu, o que demonstra que a Faculdade de Medicina é um centro regional de tratamento para pacientes portadores de câncer, pois a grande parte destes pacientes é encaminhada ao nosso serviço (Tabela 2)

Os principais sintomas observados foram perda de peso, sangramento, alteração do hábito intestinal e anemia (Gráfico 2); isto decorre provavelmente do diagnóstico ainda ocorrer em fases mais avançadas da doença, reforçando assim a importância do diagnóstico precoce. Desta forma, uma melhor formação acadêmica dos nossos alunos tem sido buscada no sentido de reforçar a importância do diagnóstico precoce do câncer colorretal.

Observamos um dado interessante: 60% dos pacientes apresentava algum tipo de cirurgia prévia, das quais a principal foi apendicectomia (17%) e colecistectomia (10%). Esta relação já foi suscitada por alguns autores^{16,18,20} e, neste sentido, novos estudos necessitam ser realizados para uma maior elucidação.

Quanto à associação com tabagismo, praticamente metade dos pacientes apresentava história

de tabagismo (gráfico 3), reforçando a necessidade de uma maior intensificação nas campanhas de prevenção. A associação com história familiar prévia de câncer colorretal esteve presente em 11% dos pacientes, valores estes também encontrados na literatura^{1-8,16}, enquanto que a associação com outros tipos de cânceres foi de 17%.

As principais cirurgias realizadas foram retossigmoidectomia, amputação de reto e hemicolectomia direita (gráfico 4), fato este esperado, tendo em vista a distribuição, localização das neoplasias e o melhor tipo de cirurgia indicada^{9-15,17}.

A taxa de complicações (tabela 3) revela que a maior parte delas é decorrente de fatores de risco para este tipo de cirurgia, ou seja, as deiscências e a trombose venosa profunda^{19,21}.

A maioria dos pacientes apresentava estadiamento avançado, tanto pelo sistema TNM (gráfico 5) como pela classificação de Dukes (gráfico 6), o que reflete o retardo do diagnóstico na maioria dos pacientes, comprometendo desta forma o prognóstico. Evento contrário tem sido observado nos países onde a preocupação com o diagnóstico precoce, campanhas de prevenção e conscientização da população é mais intensa²²

Com relação à diferenciação, 59% dos tumores eram pouco ou moderadamente diferenciados (tabela 4). Cerca de um terço dos pacientes apresentava elevação dos níveis de CEA, por ocasião do diagnóstico (gráfico 7); estes valores vêm ao encontro das afirmações de que este antígeno não tem valor diagnóstico, sendo útil para prognóstico e acompanhamento.

As taxas de recidiva geral encontram-se elevadas (gráfico 8), o que provavelmente decorre do fato de o diagnóstico ser feito nas fases mais avançadas.

CONCLUSÕES

Podemos concluir desta forma que em nosso meio o câncer colorretal tem uma alta prevalência,

sobretudo em pacientes do sexo masculino, acima da quinta década de vida, com localização preferencial pelos segmentos distais do colón. A maioria dos tumores, por ocasião do diagnóstico, encontrava-se em fases mais avançadas, reforçando a necessidade do diagnóstico precoce, campanhas de prevenção e uma melhor formação dos médicos.

SUMMARY: The most frequent tumors in the adult world population are colon and rectal cancers and the second ones in incidence and mortality on the gastrointestinal tube. The majority of the patients usually has been treated with advanced disease in our country.

Methods: Eighty patients (n=80) patients with colon and rectal cancers have been retrospectively evaluated between 2000 to 2003 in Clinics Hospital of Botucatu.

Results: The colon and rectal cancers are more frequent in the 5th and 6th decades of life, with higher incidence in males when compared to females. The majority of the tumors is located in the sigmoid colon and rectum (71%). The symptoms presented were weight and blood loss, anemia and altered intestinal function. Anastomose rupture and venous thrombosis were the most important complications, with an overall incidence of 10%. The TNM and Dukes classifications showed advanced disease in the majority of the patients.

Conclusions: We concluded that the colon and rectum cancer is highly prevalent in our country, preferentially located distally on the colon and diagnosed in advanced stages, suggesting that early diagnosis and prevention should be necessary.

Key words: colorectal cancer; incidence

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 2000. **CA Cancer J Clin.** 2000;50:7-33.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações sobre mortalidade, 1997. Brasília, 2001. [acesso em 2001 Fev 16]. Disponível em: url: <http://www.datasus.gov.br>
3. Howe H, Wingo PA, Thul M, et al. Annual report to the nation on the status of cancer (1973 through 1998), featuring cancers with increasing trends. **J Natl Cancer Inst.** 2001;93:824-842.
4. Boring CC, Squires TS, Health Jr CW. Cancer statistics for African Americans. **CA Cancer J Clin.** 1992;42:7-17 [published correction appears in *CA Cancer J Clin.* 1992;42:125].
5. Bach PB, Schrag D, Brawley OW, Galaznik A, Yakren S, Begg CB. Survival of blacks and whites after a cancer diagnosis. **JAMA.** 2002;287:2106-2113.
6. Dignam JJ, Colangelo L, Tian W, et al. Outcomes among African-Americans and Caucasians in colon cancer adjuvant therapy trials: findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project. **J Natl Cancer Inst.** 1999;91:1933-1940.
7. Dominitz JA, Samsa GP, Landsman P, Provenzale D. Race, treatment, and survival among colorectal carcinoma patients in an equal-access medical system. **Cancer.** 1998;82:2312-2320.
8. Kaufman JS, Cooper RS, McGee DL. Socioeconomic status and health in blacks and whites: the problem of residual confounding and the resiliency of race. **Epidemiology.** 1997;8:621-628.
9. Sprangers MA, Taal BG, Aaronson NK, te Velde A. Quality of life in colorectal cancer: stoma vs nonstoma patients. **Dis Colon Rectum.** 1995;38:361-369.
10. Simons AJ, Ker R, Groshen S, et al. Variations in treatment of rectal cancer: the influence of hospital type and caseload. **Dis Colon Rectum.** 1997;40:641-646.
11. Read TE, Myerson RJ, Fleshman JW, et al. Surgeon specialty is associated with outcome in rectal cancer treatment. **Dis Colon Rectum.** 2002;45:904-914.
12. Martling A, Cedermark B, Johansson H, Rutqvist LE, Holm T. The surgeon as a prognostic factor after the introduction of total mesorectal excision in the treatment of rectal cancer. **Br J Surg.** 2002;89:1008-1013.
13. Porter GA, Soskolne CL, Yakimets WW, Newman SC. Surgeon-related factors and outcome in rectal cancer [see comments]. **Ann Surg.** 1998;227:157-167.
14. Paszat LF, Brundage MD, Groome PA, Schulze K, Mackillop WJ. A population-based study of rectal cancer: permanent

- colostomy as an outcome. **Int J Radiat Oncol Biol Phys.** 1999;45:1185-1191.
15. Not Available. Adjuvant radiotherapy for rectal cancer: a systematic overview of 8,507 patients from 22 randomised trials. **Lancet.** 2001;358:1291-1304.
 16. Not Available. Surveillance, Epidemiology, and End Results. About SEER. National Cancer Institute, Bethesda, Md. Available at: <http://seer.cancer.gov>. Accessed June 12, 2002.
 17. Cooper GS, Virnig B, Klabunde CN, Schussler N, Freeman J, Warren JL. Use of SEER-Medicare data for measuring cancer surgery. **Med Care.** 2002;40(suppl 8):43-48.
 18. Wingo PA, Ries LA, Rosenberg HM, Miller DS, Edwards BK. Cancer incidence and mortality, 1973-1995: a report card for the US. **Cancer.** 1998;82:1197-1207.
 19. Bear RW, Steele Jr GD, Menck HR, Chmiel JS, Ocwieja KE, Winchester DP. Management and survival of patients with adenocarcinoma of the colon and rectum: a national survey of the Commission on Cancer. **J Am Coll Surg.** 1995;181:225-236.
 20. Cooper GS, Yuan Z, Landefeld CS, Rimm AA. Surgery for colorectal cancer: race-related differences in rates and survival among Medicare beneficiaries. **Am J Public Health.** 1996;86:582-586.
 21. Nelson H, Petrelli N, Carlin A, et al. Guidelines 2000 for colon and rectal cancer surgery. **J Natl Cancer Inst.** 2001;93:583-596.
 22. Cheng X, Chen VW, Steele B, et al. Subsite-specific incidence rate and stage of disease in colorectal cancer by race, gender, and age group in the United States, 1992-1997. **Cancer.** 2001;92:2547-2554.

Endereço para correspondência:

ROGÉRIO SAAD HOSSNE

Departamento de Cirurgia e Ortopedia

Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

18618-970 - Distrito de Rubião Júnior-Botucatu-SP

E-mail: saad@fmb.unesp.br