

ARTIGO ORIGINAL

Perfil epidemiológico e evolução dos pacientes com câncer do colon e reto atendidos no Hospital Regional Alto Vale no ano de 2008. trends and epidemiological profile of patients with cancer of the colon and rectum assisted on Hospital Regional do Alto Vale/Santa Catarina state in 2008.

Augusto Fey¹, João Vilson Claudio Teixeira², Jair Volnei Carlos Teixeira³,
Fernando Bonetto Schinko⁴, André Marques Vieira⁵, Ivan Becker⁶

Resumo

O câncer colorretal é uma doença prevalente, com alta morbimortalidade quando diagnosticado tardiamente. Espera-se 52 novos casos desta patologia na região do Alto Vale para o ano de 2008. Acompanhamento dos pacientes durante o tratamento no HRAV no ano de 2008 e seguimento através de consultas ambulatoriais ou telefonemas. Os 44 pacientes deste estudo se distribuíram em 61% de mulheres e 39% de homens, com idade média de 61 anos. Os sinais e sintomas mais frequentes foram dor abdominal, emagrecimento e hematoquezia, correspondendo a 60% das queixas. No momento do diagnóstico os doentes se encontravam no estadiamento a seguir: DUKES A(2%), DUKES B(32%), DUKES C(41%) e DUKES D(25%). A média de internação foi de 8 dias. A mortalidade no período foi de 25%. O local mais frequentemente acometido foi o cólon esquerdo. O perfil dos pacientes foi do sexo feminino, com mais de 60 anos, com estadiamento avançado, conferindo elevada mortalidade.

Descritores:

1. Câncer colorretal;
2. Neoplasia colorretal;
3. Alto Vale do Itajaí.

Abstract

Colorectal cancer is a prevalent disease with high mortality when diagnosed late. It is hoped 52 new cases of this condition in the upper valley for the year 2008. Monitoring of patients during treatment in HRAV in the year 2008 and follow-through clinic visits or telephone calls. The 44 patients in this study were distributed in 61% of women and 39% men, mean age 61 years. The signs and symptoms were more frequent abdominal pain, weight loss and hematochezia, accounting for 60% of complaints. At diagnosis the patients were in the staging as follows: DUKES A (2%), Dukes B (32%), Dukes C (41%) and DUKES D (25%). The average hospital stay was 8 days. Mortality in the period was 25%. The most commonly affected site was the left colon. The profile of the patients were female, with more than 60 years, with advanced stage, giving a high mortality.

Keywords:

1. Colorectal Cancer;
2. Colorectal neoplasm;
3. Upper Valley of Itajaí.

1 Introdução

O câncer é uma doença grave, de desenvolvimento progressivo, que acomete os indivíduos em todas as faixas etárias e está associado a morbimortalidade elevada quando não diagnosticado e tratado precocemente^(1,2).

As estimativas de incidência mundial de câncer segundo a OMS são de mais de 10 milhões de casos novos/ano. No ano de 2005 ocorreram 7,5 milhões de mortes relacionadas ao câncer, um total de 13% do total de mor-

1. Mestre em cirurgia PUC-Pr, Doutorando em medicina PUC-Pr, Cirurgião Geral do HRAV.

2. Chefe do serviço de colo-proctologia do HRAV.

3. Coordenador da Residência Médica em Cirurgia Geral Do HRAV / UNIDAVI.

4. R2 de Cirurgia Geral HRAV/UNIDAVI.

5. Cirurgião Geral / HRAV

6. Colo-proctologista do HRAV.

tes no mundo, sendo que mais de 60% ocorrem em países em desenvolvimento e acredita-se que 1/3 poderia ser prevenido⁽³⁾.

O câncer colorretal aparece como o quarto em mortalidade segundo estatísticas mundiais, com números na ordem de 655 mil mortes/ano. No Brasil corresponde a 14,5% do total de mortes por câncer, atingindo uma proporção de 1 homem para 1,17 mulher, com estimativas de 26 mil novos casos no ano de 2008⁽³⁾.

Para Santa Catarina se espera 430 novos casos para o ano de 2008, numa taxa bruta de 26 novos casos para cada 100.000 habitantes. Espera-se para a região do Alto Vale 52 novos casos neste período⁽³⁾.

A incidência aumenta com a idade, sofrendo um grande incremento a partir dos 60 anos de idade, período que abriga 90% do total dos doentes⁽¹⁾.

O câncer colorretal apresenta um desenvolvimento relativamente lento, apresentando uma taxa de sobrevida em 5 anos de 80% nos estádios iniciais até 5% nos estádios mais avançados, sendo assim é o câncer com segunda maior taxa de prevalência no mundo, em torno de 1,2 milhões de casos^(2,3,4).

A localização dos tumores se dá de maneira distal, onde pelo menos 50% deles se encontram entre o reto e cólon sigmóide, conseqüentemente o cólon esquerdo comporta a maioria das apresentações desta neoplasia. A posição do tumor tem relação com os sinais e sintomas apresentados. O cólon esquerdo armazena fezes com densidade semi-sólida, o que favorece que se manifeste através de sangramento vivo nas fezes (hematoquezia), alteração do hábito intestinal (constipação) e sintomas obstrutivos em um período da doença mais precoce. De maneira semelhante, o câncer do reto apresenta hematoquezia e alteração do hábito intestinal, e também, devido a sua posição específica e relações anatômicas, com tenesmo (sensação de evacuação incompleta). No cólon direito as fezes possuem uma consistência menor e assim demoram mais a apresentar sintomas obstrutivos, mesmo com tumores de tamanho grande. Neste grupo as manifestações clínicas mais frequentes são a anemia inexplicada, sangue oculto nas fezes desconforto abdominal pouco definido e também massa abdominal palpável. Como as queixas deste último grupo são mais vagas, o seu diagnóstico também é dificultado e conseqüentemente se apresentam em estágio mais avançado da doença ao diagnóstico⁽⁴⁾.

A prevenção tem papel fundamental na diminuição da mortalidade pelo câncer, e se falando do câncer colorretal, isso tem ainda um peso maior, visto que é um câncer de caráter progressivo, de desenvolvimento lento, que demora pelo menos 5 anos para dar sintomas, e é precedido por lesões pré-malignas que oferecem a oportuni-

dade de diagnóstico precoce em uma fase que proporciona cura em mais de 90% dos pacientes com câncer em estágio inicial⁽⁴⁾.

O diagnóstico precoce é o ponto principal no tratamento e diminuição da mortalidade do câncer colorretal e é feito através de exames de triagem, que devem ser oferecidos a pacientes a partir dos 50 anos sem fatores de risco identificados ou 10 anos antes do diagnóstico em indivíduos com história familiar positiva^(5,6).

Existem vários métodos diagnósticos a disposição para se investigar o câncer colorretal: pesquisa de sangue oculto nas fezes, retossigmoidoscopia flexível, colonoscopia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, pet scan, ressonância nuclear magnética, colonoscopia virtual e enema opaco são os principais^(7,8).

Dos métodos diagnóstico listados acima, os mais usados são colonoscopia, exame "padrão ouro" pois permite a visualização do tumor, a coleta de material para biopsia bem como a retirada de pequenas lesões pré-malignas. A pesquisa de sangue oculto nas fezes é um exame barato e fácil execução, é muito sensível mas pouco específico, tem sua função como método de triagem inicial, mas não substitui a colonoscopia. Por fim a tomografia computadorizada é útil para o estadiamento da doença, na pesquisa de focos de metástase em sítios distantes⁽⁸⁾.

Estudos recomendam que indivíduos com moderado risco de desenvolver câncer colorretal realizem pelo menos um dos seguintes exames, a partir dos 50 anos, ou 10 anos antes do aparecimento de um caso em um parente próximo (pais, avós, irmãos, tios e primos em primeiro grau):^(2,5,7)

- a) exame de sangue oculto nas fezes uma vez por ano;
- b) sigmoidoscopia flexível a cada 5 anos;
- c) exame de sangue oculto nas fezes mais sigmoidoscopia flexível a cada 5 anos;
- d) enema opaco com duplo contraste a cada 5 anos;
- e) colonoscopia a cada 10 anos.

As principais estratégias de tratamento do câncer colorretal atualmente são cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Métodos utilizando anticorpos monoclonais estão em fase de pesquisa em vários centros no mundo com resultados promissores para o futuro⁽⁷⁾.

A associação de uma técnica apropriada em um tumor diagnosticado e estadiado precisamente conferem uma melhor chance de cura para o paciente portador do câncer colorretal. Considerando-se a técnica cirúrgica perfeita os pacientes apresentaram sobrevida conforme a Tabela 1⁽⁴⁾.

Tabela 1 - Relação com estadiamento e sobrevida dos pacientes com câncer colorretal.

ESTADIAMENTO DE DUKES	SOBREVIDA EM 5 ANOS
A	80 %
B	60 %
C	30 %
D	5 %

Fonte: Way LW, Doherty GM. Cirurgia: diagnóstico e tratamento. 11 ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2004, p. 604.

A quimioterapia tem espaço no tratamento do câncer colorretal como adjuvante da cirurgia, quando é usado após a cirurgia para garantir melhores resultados, ou como tratamento neoadjuvante, antes da cirurgia, com o objetivo de frear o avanço dos tumores avançados ou bloquear as metástases permitindo a chance de uma cirurgia curativa. O estágio III se beneficia claramente desta estratégia, nos estágios I e II não foi identificado benefício no uso de quimioterapia⁽⁴⁾.

Para o seguimento dos paciente em tratamento para o câncer colorretal o CEA (antígeno carcinoembrionário) é um marcador com alta sensibilidade mas baixa especificidade, portanto não serve como método diagnóstico, mas tem sua grande utilidade no acompanhamento dos pacientes no pós-operatório, onde nos casos positivos a normalização dos parâmetros indica que a cirurgia deve ter retirado todo o tumor e o paciente tem uma grande chance de ter sido curado, ao contrário, se os níveis não normalizam, leva a acreditar que a neoplasia ainda se encontra presente determinando risco ao paciente⁽²⁾.

A classificação mais usada atualmente para fazer o estadiamento do câncer colorretal é a TNM do American Joint Committee on Câncer (AJCC), que leva em conta o tamanho do tumor (T), o número de linfonodos acometidos (N) e a presença ou ausência de metástases à distância (M) conforme Tabela 2⁽⁹⁾.

Tabela 2 - Estadiamento do câncer colorretal.

STAGE	T	STAGE GROUPING		DUKES	MAC
		N	M		
0	Tis	N0	M0	-	-
I	T1	N0	M0	A	A
	T2	N0	M0	A	B1
	T3	N0	M0	B	B2
IIA	T4	N0	M0	B	B3
IIIA	T1-T2	N1	M0	C	C1
	T3-T4	N1	M0	C	C2/C3
IIIC	Qualquer T	N2	M0	C	C1/C2/C3
IV	Qualquer T	Qualquer N	M1	-	D

Fonte: American Joint Committee on Câncer (AJCC) 2006, cap 12

O Câncer colorretal é uma doença prevalente e com um elevado grau de morbimortalidade. Nossa região é composta de aproximadamente 200 mil pessoas, havendo necessidade de demonstrar as características demográficas desta patologia em nossa população bem como a maneira que se apresentam os doentes e se as estratégias de diagnóstico estão de acordo com a literatura corrente.

Objetivos: Determinar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos e operados por câncer colorretal no HRAV no ano de 2008.

Avaliar o estadiamento oncológico dos pacientes com diagnóstico de câncer de cólon atendidos no HRAV no

período da pesquisa.

Analisar a sobrevida pós-operatória de 10 meses dos pacientes desta pesquisa.

2 Método

Pesquisa descritiva de caráter documental e estatística, qualitativo e quantitativo, prospectivo e não-intervencionista.

Os pacientes com diagnóstico de câncer de cólon foram submetidos ao seguinte protocolo: Anamnese e exame físico, Colonoscopia, TC, Hemograma e CEA.

A admissão dos casos positivos ocorreu entre fevereiro a dezembro de 2008.

Todos os exames laboratoriais foram realizados pelo laboratório do HRAV. As tomografias foram realizadas no serviço de radiologia do HRAV. As colonoscopias foram realizadas na clínica SEDAVE pelo mesmo examinador. As cirurgias foram realizadas pela mesma equipe cirúrgica. O acompanhamento de todos os pacientes durante a internação foi realizada pelo mesmo pesquisador e o acompanhamento pós-operatório para avaliação de sobrevida foi realizado através de ligações telefônicas ou consultas ambulatoriais.

3 Resultados

3.1 Sexo

Foram encontrados 44 pacientes, que se distribuíram entre sexo da seguinte maneira: 17 homens e 27 mulheres, conforme tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição por sexo.

SEXO	PROPORÇÃO
Homens	17 (39%)
Mulheres	27 (61%)

Fonte: dados da pesquisa

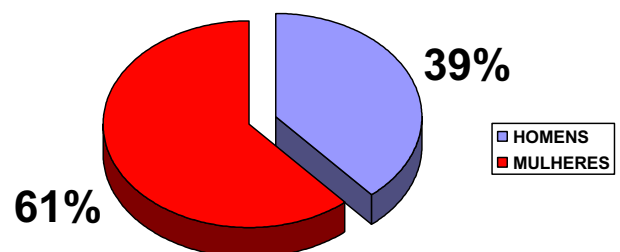


Gráfico 1 - Distribuição por sexo.
Fonte: desenvolvido pelo autor

3.2 Faixa Etária

A idade variou de 25 até 89 anos, média de 61 anos. (Tabela 4)

Tabela 4 - Média de idade distribuída por sexo

SEXO	IDADE MÉDIA (ANOS)
Homens	60
Mulheres	62

Fonte: dados da pesquisa

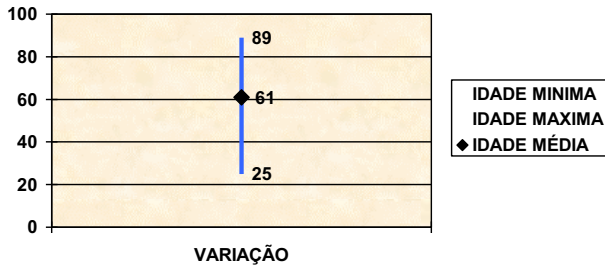


Gráfico 2 - Média de idade total dos pacientes
Fonte: desenvolvido pelo autor

3.3 Sinais e sintomas

Os sinais e sintomas mais frequentes na apresentação do câncer colorretal foram: dor abdominal, emagrecimento e hematoquezia. A frequência dos sinais e sintomas foi representada na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos sinais e sintomas

SINAIS E SINTOMAS	FREQUÊNCIA
Ascite	1
Tenesmo	2
Fraqueza	2
Achado diagnóstico	4
Alteração do hábito intestinal	5
Massa abdominal palpável	7
Abdome agudo obstrutivo	7
Heamtoquezia	11
Dor abdominal	18
Emagrecimento	18

Fonte: dados da pesquisa

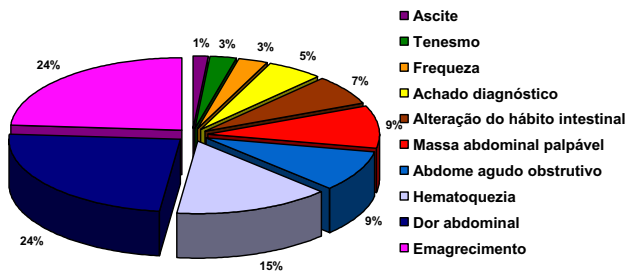


Gráfico 3 - Distribuição percentual dos sinais e sintomas
Fonte: desenvolvido pelo autor

Durante a apresentação dos sinais e sintomas, 21 pacientes se apresentaram com apenas 1 sintoma significativo, 12 com 2 sintomas, 7 com 3 sintomas e 4 sem sintoma algum da doença.

3.4 Estadiamento

O estadiamento do câncer colorretal dos nossos pacientes, pela classificação de DUKES, no momento do diagnóstico variou conforme a Tabela 6.

Tabela 6 - Estadiamento segundo DUKES

ESTADIAMENTO de DUKES	N
A	1 (2%)
B	14 (32%)
C	18 (41%)
D	11 (25%)

Fonte: dados da pesquisa

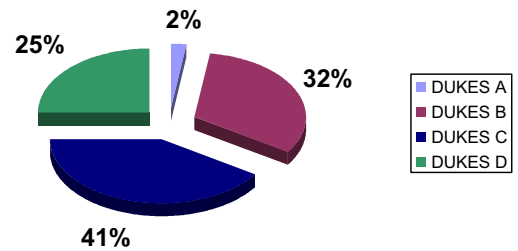


Gráfico 4 - Distribuição percentual do estadiamento segundo DUKES
Fonte: desenvolvido pelo autor

3.5 Período de internação

Os Pacientes ficaram internados por um período que variou de 2 a 27 dias, com média de 8 dias.

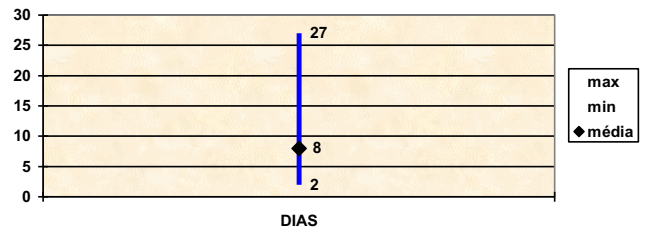


Gráfico 5 - Distribuição segundo o tempo de internação
Fonte: desenvolvido pelo autor

3.6 Sobrevida

Ao final da nossa pesquisa, no período de um ano, 11 pacientes evoluíram a óbito e 33 sobreviveram.

Tabela 7 - Distribuição segundo desfecho

DESCRICAÇÃO	TOTAL
Sobreviveram	33 (75%)
Óbito	11 (25%)
Total	44 (100%)

Fonte: dados da pesquisa

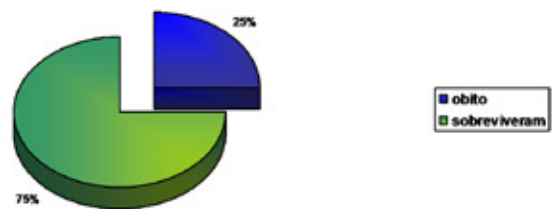


Gráfico 6 - Distribuição percentual segundo desfecho
Fonte: desenvolvido pelo autor

3.7 Topografia

O local de comprometimento do tumor no cólon se distribuiu conforme Tabela 8.

Tabela 8 - Local no cólon do aparecimento do tumor

LOCAL	N
Cólon direito	13 (30%)
Transverso	4 (9%)
Cólon esquerdo	19 (43%)
Reto	8 (18%)

Fonte: dados da pesquisa

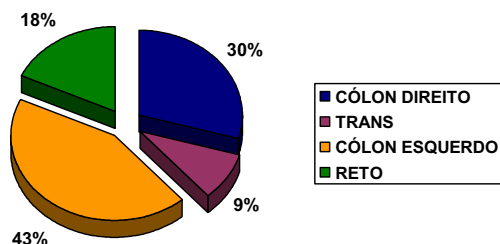


Gráfico 7 - Distribuição segundo o local de acometimento no cólon
Fonte: desenvolvido pelo autor

3.8 Histologia

Os tipos histológicos dos tumores encontrados foram quase na sua totalidade do tipo adenocarcinoma, apenas uma amostra mostrou tumor neuroendócrino do tipo carcinóide.

3.9 Marcadores Tumorais

Dos 44 pacientes atendidos com diagnóstico confirmado de câncer, apenas 8 (18%) apresentaram alteração no CEA (antígeno carcinoembrionário), com distribuição por estadiamento conforme a Tabela 9.

Tabela 9 - Pacientes com CEA alterado segundo o estadiamento

Estadiamento de DUKES	Pacientes com CEA alterado
A	0
B	3
C	0
D	5

Fonte: dados da pesquisa

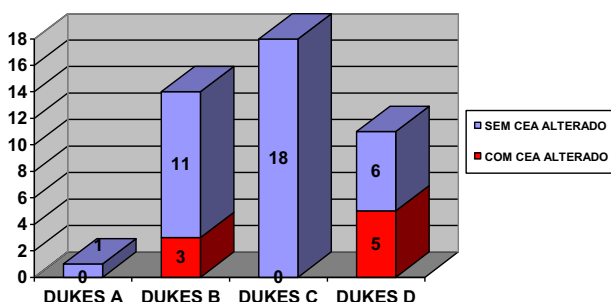


Gráfico 8 - Representação dos casos com CEA alterado
Fonte: desenvolvido pelo autor

4 Discussão

Durante essa pesquisa encontramos 44 novos casos de câncer colorretal, uma relação de 22/100 mil hab, representando valor semelhante ao da projeção do inca de 26/100 mil hab para o ano de 2008. A amostra era representada por uma maioria de mulheres, dados concordantes com as estatísticas nacionais⁽³⁾.

Os pacientes apresentaram uma idade média de 61 anos ao diagnóstico, dados condizentes com a literatura, pois há um aumento da incidência deste câncer com o aumentar da idade. Alguns deles desenvolveram este câncer em idade jovem, apresentações como essas são relativamente raras e têm um padrão mais agressivo. O aparecimento de câncer colorretal em idade jovem apresenta um risco de desenvolvimento do mesmo câncer aos seus parentes próximos, sendo portanto recomendado nessas situações que a investigação nesses indivíduos 10 anos antes do aparecimento do caso na família^(2,3,5,7).

O câncer colorretal é uma doença com desenvolvimento lento e portanto tem uma gama de sinais e sintomas que devem remeter a suspeita clínica dessa doença. Neste estudo os doentes apresentaram uma variada lista de sinais e sintomas, sendo os principais: dor abdominal, emagrecimento e hematoquezia representando mais de 60% das queixas. Dessa amostra ainda 9% se apresentaram com abdome agudo e outros 5% como achado diagnóstico, o que demonstra que essa patologia, mesmo tendo um padrão de crescimento lento, pode passar despercebida por vários anos até que demonstre algum sintoma, ou às vezes nenhum, quando o estadiamento do câncer já está avançado e com poucas possibilidades de cura^(3,4,7).

Uma parcela de 1/3 da amostra encontrava-se em estágio avançado de doença ao diagnóstico, DUKES C ou D, com sobrevida de 30% e 5% respectivamente em 5 anos, o que demonstra que a procura pelo diagnóstico do câncer colorretal está ocorrendo muito tarde, em um momento desfavorável para o paciente⁽⁹⁾.

O período de internação médio dos pacientes desta pesquisa foi de 8 dias. Nos estudos sobre o tema informações semelhantes podem ser encontradas, demonstrando que muitos desses procedimentos cirúrgicos podem ser programados/eletivos, não configurando uma ameaça imediata à vida dos pacientes. Deve-se levar em conta que a obstrução intestinal e a hemorragia digestiva baixa correspondem a sinais e sintomas que representam uma parcela considerável de apresentações iniciais da doença e que podem determinar maior gravidade ao quadro e um pior prognóstico ao paciente com consequente aumento do período de internação^(1,2,4).

No período de 1 ano constatamos que 25% dos doentes evoluíram a óbito, principalmente quando em estadia-

mento avançado. As principais referências sinalizam que a mortalidade aumenta na medida que o estadiamento piora⁽⁴⁾.

O local do intestino onde apareceu o tumor também pode ser relacionado aos sinais e sintomas. Nas publicações encontramos uma distribuição preferencialmente distal do aparecimento do câncer colorretal, havendo uma tendência para o aumento da incidência no comprometimento do cólon direito. Esse trabalho demonstrou resultados semelhantes com destaque para o câncer do cólon direito, que tem característica de determinar sinais e sintomas tardios e uma maior gravidade do quadro no momento do diagnóstico^(1,2,4).

Esse artigo constatou que apenas 8 pacientes com diagnóstico de câncer colorretal apresentavam elevação nos níveis de CEA, com estadiamento B e D, demonstrando que esse exame não representa uma boa estratégia para o diagnóstico, como encontrado nos trabalhos, devendo ser usado apenas para seguimento pos-operatório⁽²⁾.

5 Conclusão

Os pacientes atendidos e operados no ano de 2008 no HRAV com câncer colorretal são em sua maioria mulheres com idade acima de 60 anos.

No momento do diagnóstico apresentavam-se com doença avançada, determinando uma gravidade que reflete uma diminuição da sobrevida desses pacientes, onde observamos uma mortalidade de 25% no primeiro ano do diagnóstico.

6 Referências

1. Coelho JCU. Aparelho Digestivo: clínica e cirúrgica. Rio de Janeiro: Atheneu; 2006.
2. Sabiston, Tratado de Cirurgia. A base Biológica da prática cirúrgica moderna. 17 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
3. Incidência de Câncer no Brasil. Estimativa de câncer no Brasil 2008. [Acesso em 26 nov. 2009]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp>
4. Way LW, Doherty GM. Cirurgia: diagnóstico e tratamento. 11 ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2004.
5. Burt RW. Colon câncer screening. *Gastroenterology*, 2000; 119(3):837–853.
6. Lieberman D. Colorectal Cancer Screening in Primary Care. *Gastroenterology*, 2007;132(7): 2591-2594.
7. Hospital A. C. Camargo. Tipos de Câncer: Câncer Colorretal. [Acesso em 26 set. 2009]. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br/index.php?page=14&idTipoCancer=23>.

8. Cruz GMG. Coloproctologia: propedêutica geral. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.

9. American Joint Committe on Cancer (AJCC). CAP12. 2006