

Cirurgia no câncer de cólon em pacientes operados de emergência

Colon cancer surgery in patients operated on an emergency basis

RODRIGO FELIPE RAMOS, TCBC-RJ¹; LUCAS CARVALHO SANTOS DOS-REIS²; BEATRIZ ESTEVES BORGETH TEIXEIRA²; IGOR MAROSO ANDRADE²; JAQUELINE SUELEN SULZBACH²; RICARDO ARY LEAL, TCBC-RJ¹.

R E S U M O

Objetivos: estudar o perfil epidemiológico de pacientes com câncer colorretal operados em caráter de urgência no Hospital Federal de Bonsucesso. **Métodos:** estudo retrospectivo de pacientes operados entre janeiro de 1999 e dezembro de 2012. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, sexo, dados clínicos, estadiamento TMN, localização do tumor, sobrevida e tipos de cirurgia. **Resultados:** foram avaliados 130 pacientes no período do estudo. O quadro clínico mais observado foi a obstrução intestinal, em 78% dos casos. Perfuração intestinal foi a indicação cirúrgica em 15%. A maior parte (39%) dos pacientes apresentava estadiamento TNM avançado da doença, contra 27% em estágio inicial. Houve 39 óbitos (30%) documentados no período. A localização mais comum da doença foi no cólon sigmoide (51%), seguido do cólon ascendente (16%). A intenção curativa foi realizada na maioria dos casos, sendo o tratamento adjuvante realizado em 40% dos pacientes. Metástases à distância foram encontradas em 42% dos pacientes e 10% apresentaram recidiva documentada da doença. A sobrevida livre de doença em dois e cinco anos foi de 69% e 41% respectivamente. **Conclusão:** houve alta mortalidade e baixa sobrevida em pacientes com câncer colorretal operados de urgência.

Descritores: Neoplasias Colorretais. Obstrução Intestinal. Perfuração Intestinal. Cirurgia Colorretal. Emergências.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) configura-se como o terceiro tipo de câncer mais comum entre os homens e o segundo entre as mulheres¹. Costuma ter bom prognóstico quando diagnosticado em estágios iniciais, com mortalidade global de 8,5%¹. Nos pacientes operados de forma eletiva, a mortalidade e a morbidade são relativamente baixas, porém naqueles operados em situação de emergência, há aumento significativo destas taxas assim como redução na sobrevida em cinco anos²⁻⁴.

A apresentação clínica mais comum em pacientes com CCR admitidos em situação de emergência é a obstrução, seguido pela perfuração do cólon⁵. Estima-se que cerca de 10 a 19% dos pacientes com CCR irão apresentar obstrução em algum momento da evolução natural da doença⁶. Esta condição se apresenta como um fator de risco para um pior prognóstico, com mortalidade no pós-operatório imediato entre 15 a 30% quando comparada com pacientes operados de forma eletiva (1% a 5%)⁷. Este fato se explica não somente pela deterioração do estado clínico destes pacientes pela condição de

emergência obstrutiva, mas também pelo estágio avançado do tumor de cólon encontrado nestas situações⁶. A perfuração pode ocorrer em 3% a 8% dos casos⁸ e, apesar de ser uma condição mais grave e de apresentar maior morbimortalidade pós-operatória do que a obstrução colônica⁵, as taxas de sobrevida em relação ao CCR são semelhantes em ambas as situações⁹.

A técnica cirúrgica mais utilizada em doentes com CCR operados de urgência é a cirurgia de Hartmann, por ser uma técnica segura, especialmente em pacientes com risco cirúrgico elevado⁹. Entretanto, esta técnica acarreta diversos problemas tanto de ordem psicossocial quanto de cuidados relacionados à colostomia. Outra questão é a necessidade de outro procedimento cirúrgico para a reconstrução do trânsito intestinal, o qual também apresenta morbidade considerável¹⁰.

Apesar de ser um tipo de câncer com prognóstico relativamente bom, sobretudo pela história natural desta neoplasia, a mortalidade global deste tipo de tumor permanece alta no Brasil¹¹, em especial naqueles pacientes operados em caráter de urgência⁸. Isto reflete a falha nas políticas de rastreamento do CCR, com o diagnósti-

1 - Hospital Federal de Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2 - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

co feito, com frequência, em estágios avançados, já com complicações como a obstrução e a perfuração.

O intuito deste trabalho é demonstrar a realidade de um Hospital de referência e contribuir tanto do ponto de vista epidemiológico quanto na promoção de protocolos de rastreamento do CCR.

MÉTODOS

Estudo observacional, retrospectivo e descritivo realizado entre janeiro de 1999 e dezembro de 2012 na II Clínica Cirúrgica do Hospital Federal de Bonsucesso, utilizando os prontuários como fonte de dados. Somente os pacientes com o diagnóstico de CCR operados em caráter de urgência foram incluídos no estudo. Pacientes operados por obstrução ou perfuração do cólon por outras doenças ou por tumores não confirmados por exame anatomopatológico foram excluídos. Também foram excluídos pacientes com tumores de reto médio e baixo, devido às diferentes modalidades de tratamento em relação ao tumor de cólon e reto alto.

As variáveis analisadas foram idade, sexo, dados clínicos, localização do tumor, tipo de cirurgia, se curativa ou paliativa, estadiamento TNM, tratamento adjuvante, presença de metástases, recidiva, e tipo de reconstrução intestinal. Os desfechos principais foram óbito e sobrevida livre de doença em dois e cinco anos. Todos os dados foram coletados e inseridos em ficha de coleta de dados específica e em planilhas MS Excel® e posteriormente analisados com o software Bioestat®. As variáveis quantitativas foram analisadas como média \pm desvio padrão e as variáveis qualitativas foram descritas como frequência e porcentagem.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso (parecer consubstanciado número 1.183.590).

RESULTADOS

Foram avaliados 130 pacientes no período do estudo, 55% do sexo feminino e 45% do sexo masculino. A média de idade foi de 59,5 anos. O quadro clínico mais observado na admissão foi a obstrução intestinal (78%), seguido de dor (72%) e emagrecimento (41%). Anemia

(25%), perfuração (15%), sangramento (11%), fístula (2%) e intussuscepção (1%) também foram observados (Figura 1). Quanto ao estadiamento TNM, 3% apresentavam estágio I, 13% estágio IIA, 3% estágio IIB, 11% estágio IIIB, 6% estágio IIIC e 22% estágio IV (Figura 2). Em 42% dos casos não foi possível estabelecer o estadiamento adequado. Mais da metade (51%) dos tumores se localizavam no cólon sigmoide, 16% no cólon ascendente, 10% no cólon descendente, 9% no cólon transversal, 8% no ceco e 6% no reto (Figura 3).

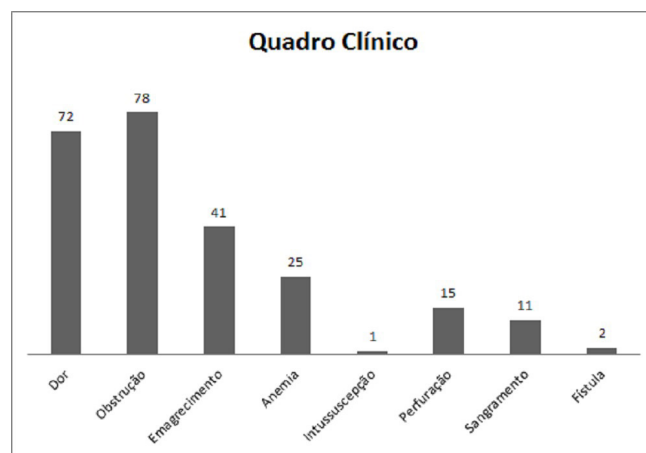


Figura 1. Apresentação clínica na admissão.

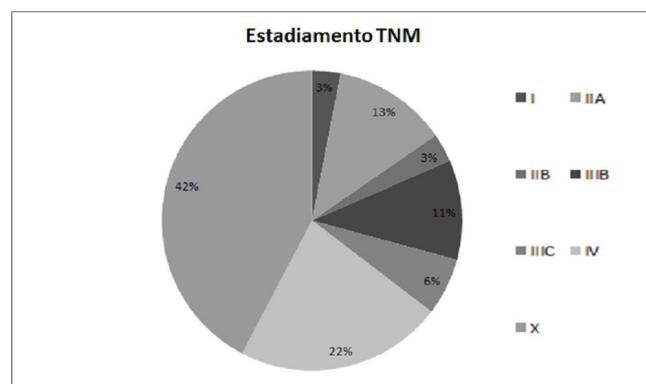


Figura 2. Estadiamento TNM.

A cirurgia teve intenção curativa em 52% dos casos, enquanto que em 37% dos casos foi apenas paliativa. Em 11% não foi possível determinar a intenção de tratamento, se curativo ou paliativo. A retossigmoidectomia foi a cirurgia mais realizada (39%), seguida da hemicolectomia direita (29%), da hemicolectomia esquerda (14%), da colostomia derivativa (8%), da colectomia total (4%), da

transversectomia (3%) e da ileostomia derivativa (3%) (Figura 4). Quanto ao método escolhido para reconstrução/manutenção do trânsito intestinal, o estoma terminal foi o preferido, com 34% seguido da anastomose primária simples (26%), da fístula mucosa (16%), do estoma derivativo (10%) e da anastomose primária com estoma de proteção (7%). Em 7% dos casos não foi realizado nenhum procedimento que necessitasse ou fosse possível a reconstrução ou manutenção do trânsito intestinal (Figura 5). O tratamento adjuvante foi realizado em 40% dos casos. Em 25% não foi realizada nenhuma adjuvância e em 35% não foi possível obter informações quanto a este tipo de tratamento.

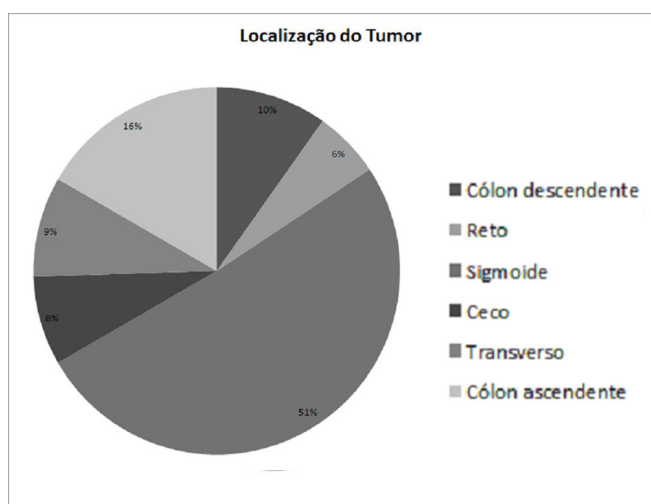


Figura 3. Localização do tumor.

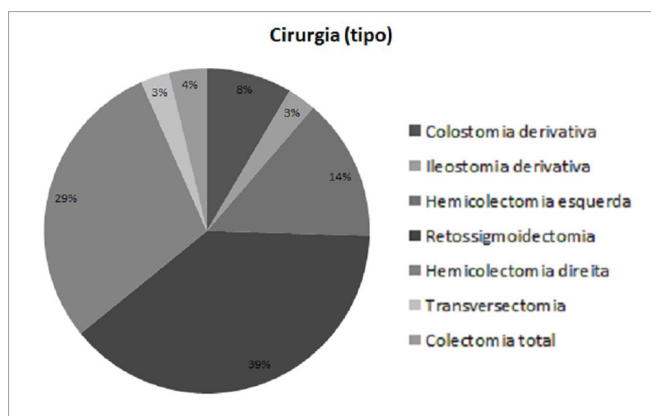


Figura 4. Tipos de procedimentos.

Vinte e seis óbitos (20% da amostra total), todos relacionados diretamente ao CCR, foram documentados neste estudo durante o seguimento pós-operatório. Ocorreram treze óbitos por motivos não relacionados diretamente

com o CCR no período pós-operatório, ainda durante a internação hospitalar, totalizando 39 óbitos (30% do total). Não foi possível documentar óbitos por motivos não relacionados ao CCR no seguimento pós-operatório ambulatorial. Houve recidiva documentada da doença em 10% dos pacientes, enquanto que em 29% dos casos não foi possível documentar a recorrência da doença. Em 42% dos pacientes foi documentada a presença de metástase à distância, seja no momento do diagnóstico do tumor colorretal ou durante o seguimento destes pacientes. O sítio mais comum de metástases à distância foi o fígado (20%), seguido do peritônio (11%), útero e anexos (4%), parede abdominal (2%) e pulmão (1%). Outros sítios com menos de 1% de frequência totalizaram 4% das metástases, enquanto que em 21% dos casos não foi possível determinar a presença ou não de metástases à distância. A sobrevida livre de doença em dois anos foi possível de ser analisada em 72 pacientes e foi de 69%. Já a sobrevida livre de doença em cinco anos foi de 41%.

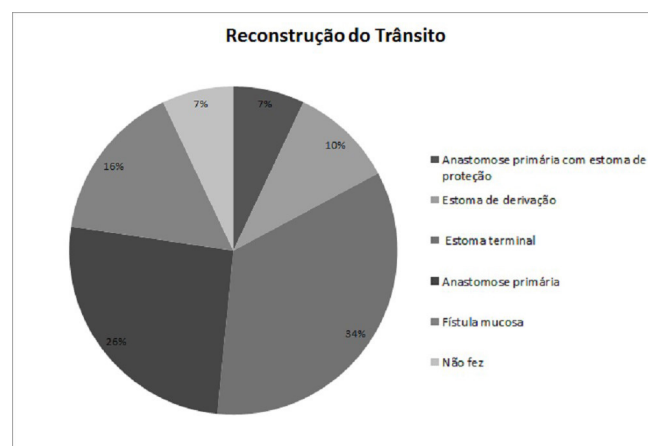


Figura 5. Tipos de reconstrução intestinal.

DISCUSSÃO

A estimativa para o ano de 2016 é de 16.660 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e de 17.620 em mulheres, no Brasil¹¹. Por sua alta incidência em nosso meio, o CCR é um dos três tumores malignos que tem políticas de rastreamento preconizadas pelo Ministério da Saúde, junto com o de mama e colo de útero. Apesar disto, o rastreamento do câncer de cólon não é feito rotineiramente pela falta de acesso aos serviços de saúde pela população em geral. Alguns estudos

já demonstraram a relação entre a eficácia das políticas de rastreamento com o estadiamento do tumor colorretal no momento do diagnóstico, e consequentemente o impacto nas complicações, como obstrução, perfuração e mortalidade^{12,13}.

De acordo com a literatura, de 7% a 40% dos CCR serão submetidos à cirurgia de urgência, principalmente por obstrução ou perfuração¹⁴. A mortalidade é alta nestes pacientes, variando de 16% a 38%¹⁴, sendo de duas a quatro vezes maior que nas cirurgias eletivas¹⁵. Porém há controvérsias nestes dados, pois a maioria destes estudos não define o grau de obstrução, se parcial ou total, refletindo na discrepância da percentagem da mortalidade nos diversos artigos. A alta mortalidade em cirurgias realizadas em caráter de urgência é multifatorial⁶. Uma análise multivariada revelou como fatores de risco independentes para mortalidade, além do caráter de urgência das cirurgias, estágio avançado do CCR, idade maior que 70 anos, presença de comorbidades importantes, presença de sepse e transfusão de sangue no período perioperatório⁵. Entretanto, dentre estes fatores, sem dúvida o que possui maior impacto na mortalidade é o estadiamento da doença. Biondo *et al.*¹⁶ observaram que em pacientes submetidos à cirurgia eletiva com intenção curativa, cerca de 13% apresentavam estágio I, 58% estágio II e 29% estágio III. Já os submetidos à cirurgia de urgência, 5% apresentavam estágio I, 44% estágio II e 51% estágio III. Nos pacientes com estágio II, não houve diferença estatisticamente significativa na sobrevida entre pacientes operados eletivamente e de urgência. Já nos pacientes com estágio III, houve maior mortalidade nos pacientes operados de urgência. Em nosso estudo a mortalidade perioperatória foi de 10% (13 pacientes). Em concordância com dados da literatura, acreditamos que esta alta mortalidade esteja mais relacionada com o estadiamento avançado da doença do que pelas condições clínicas relacionadas à urgência da cirurgia, visto que todos apresentavam doença avançada (estádio III ou IV). No seguimento pós-operatório houve 26 óbitos (20%) relacionados com o CCR, com sobrevida em dois anos de 69% e de 17% em cinco anos. Estes resultados, entretanto, devem ser vistos com bastante cautela devido à grande perda de seguimento dos pacientes, inerentes a estudos desta natureza e pela pequena amostra dos que completaram os períodos de seguimento. Da mesma

forma, houve perda de acesso aos pacientes que faleceram por outros motivos que não o CCR, visto que muitos procuram outras unidades de atendimento médico que não o Ambulatório de Cirurgia Oncológica ou o setor de Emergência do nosso hospital. Outro estudo com maior tempo de seguimento talvez possa trazer melhor evidência científica acerca destas variáveis.

Quanto ao tratamento, a ressecção, com fins curativos ou paliativos, foi a opção mais adotada (89%). Naqueles pacientes em que foi realizado estoma derivativo (11%), o motivo foi irressecabilidade do tumor ou falta de condições clínicas para a ressecção. A realização de um estoma derivativo temporário, para posterior ressecção do tumor como rotina (cirurgia em dois tempos) não é adotada em nosso serviço, assim como não é recomendada pela maior parte dos autores na literatura. Quando o tumor é ressecado no primeiro momento, há menor mortalidade pós-operatória, menor tempo de internação hospitalar e maior sobrevida livre de doença em cinco anos, demonstrando que o principal fator relacionado à recidiva tumoral é a adoção dos princípios básicos oncológicos, e não a situação de emergência em si, quando comparado com a cirurgia em dois tempos¹⁷.

Enquanto nos tumores de cólon direito a anastomose primária foi o procedimento de reconstrução do trânsito intestinal preferido, nos tumores do cólon esquerdo e reto alto o procedimento de Hartmann foi o mais adotado. De fato, é bem estabelecido na literatura que a anastomose primária ileo-transverso é segura, mesmo em condições de peritonite fecal¹⁸, com baixas taxas de deiscência, que variam entre 0,5% a 4,6%¹⁹. Já nos tumores do cólon esquerdo, ainda existe certa controvérsia sobre o melhor procedimento cirúrgico a ser adotado. Se por um lado é senso comum que, em pacientes críticos ou em vigência de peritonite fecal generalizada, a cirurgia de Hartmann seja o procedimento de escolha, o mesmo não acontece em pacientes estáveis e de baixo risco. Alguns autores²⁰ advogam que, nestes pacientes, a anastomose primária com ou sem estoma de proteção, é o procedimento de escolha, tendo em vista a necessidade de uma segunda cirurgia para reconstrução do trânsito e de que cerca de 40 a 60% dos pacientes não terão a possibilidade de realizá-la, por diversos motivos, afetando assim a qualidade de vida^{21,22}. Outros, entretanto, compartilham a ideia de que a cirurgia de Hartmann é a mais segura em

cirurgias de emergência no CCR, pois além de proporcionar ressecções R0, não possui o potencial de deiscência anastomótica⁹.

Assim como um terceiro grupo de autores²³, acreditamos que a ressecção com anastomose primária e a cirurgia de Hartmann não são procedimentos que competem entre si, mas duas propostas que devem ser utilizadas conforme a situação clínica. Entendemos que, em nosso meio, onde grande parte destas cirurgias é realizada por cirurgiões ainda em formação e em locais com poucos recursos, a cirurgia de Hartmann deve ser a opção na grande maioria dos casos, ficando a ressecção com anastomose primária restrita a situações muito específicas.

A colocação de próteses endoscópicas trans-tumorais como medida de palição ou desobstrução colônica temporária, tem a vantagem de ser um procedimento menos mórbido que a cirurgia de Hartmann ou a colostomia derivativa^{6,16}, mas não dispomos de tais recursos em nosso Serviço.

Nosso estudo permitiu verificar que a mortalidade em pacientes com CCR operados em caráter de urgência é ainda bastante alta, com a doença se apresentando em estágios avançados. Estes dados refletem falhas nas políticas de rastreamento do CCR, que possibilitariam diagnóstico e tratamento precoces desta doença.

ABSTRACT

Objective: to study the epidemiological profile of patients with colorectal cancer operated on an emergency basis at the Bonsucesso Federal Hospital. **Methods:** this is a retrospective study of patients operated between January 1999 and December 2012. We analyzed the following variables: age, gender, clinical data, TMN staging, tumor location, survival and types of surgery. **Results:** we evaluated 130 patients in the study period. The most frequent clinical picture was intestinal obstruction, in 78% of cases. Intestinal perforation was the surgical indication in 15%. The majority (39%) of the patients had advanced TNM staging, compared with 27% in the initial stage. There were 39 deaths (30%) documented in the period. The most common tumor site was the sigmoid colon (51%), followed by the ascending colon (16%). The curative intent was performed in most cases, with adjuvant treatment being performed in 40% of the patients. Distant metastases were found in 42% of the patients and 10% had documented disease recurrence. Disease-free survival at two and five years was 69% and 41%, respectively. **Conclusion:** there was a high mortality rate and a low survival rate in colorectal cancer patients operated on urgently.

Keywords: Colorectal Neoplasms. Intestinal Obstruction. Intestinal Perforation. Colorectal Surgery. Emergencies.

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-86.
2. Sjo OH, Larsen S, Lunde OC, Nesbakken A. Short term outcome after emergency and elective surgery for colon cancer. *Colorectal Dis*. 2009;11(7):733-9.
3. Alves A, Panis Y, Mathieu P, Mantion G, Kwiatkowski F, Slim K; Association Française de Chirurgie. Postoperative mortality and morbidity in French patients undergoing colorectal surgery: results of a prospective multicenter study. *Arch Surg*. 2005;140(3):278-83.
4. McArdle CS, Hole DJ. Emergency presentation of colorectal cancer is associated with poor 5-year survival. *Br J Surg*. 2004;91(5):605-9.
5. Alvarez JA, Baldonado RF, Bear IG, Truán N, Pire G, Alvarez P. Presentation, treatment, and multivariate analysis of risk factors for obstructive and perforative colorectal carcinoma. *Am J Surg*. 2005;190(3):376-82.
6. Gainant A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction. *J Visc Surg*. 2012;149(1):e3-e10.
7. Rault A, Collet D, Sa Cunha A, Larroude D, Ndobó'epoy F, Masson B. [Surgical management of obstructed colonic cancer]. *Ann Chir*. 2005;130(5):331-5. French.
8. Santos AC, Martins LLT, Brasil AMS, Pinto AS, Neto SG, Oliveira EC. Emergency surgery for complicated colorectal cancer in central Brazil. *J Coloproctol*. (Rio J.) 2014;34(2):104-8.
9. Charbonnet P, Gervaz P, Andres A, Bucher P, Konrad B, Morel P. Results of emergency Hartmann's operation for obstructive or perforated left-sided colorectal cancer. *World J Surg Oncol*. 2008;6:90.
10. Banerjee S, Leather AJ, Rennie JA, Samano M, Gonzalez JG, Papagrigoriadis S. Feasibility and morbidity of

- reversal of Hartmann's. *Colorectal Dis.* 2005;7(5):454-9.
11. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2016 [citado em 2016 Out 27]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
 12. Mastalier B, Tihon C, Ghiță B, Botezatu C, Deaconescu V, Mandisodza P, et al. Surgical treatment of colon cancer: Colentina surgical clinic experience. *J Med Life.* 2012;5(3):348-53.
 13. Altobelli E, D'Aloisio F, Angeletti PM. Colorectal cancer screening in countries of European Council outside of the EU-28. *World J Gastroenterol.* 2016;22(20):4946-57.
 14. Chen HS, Sheen-Chen SM. Obstruction and perforation in colorectal adenocarcinoma: an analysis of prognosis and current trends. *Surgery.* 2000;127(4):370-6.
 15. Kelley WE Jr, Brown PW, Lawrence W Jr, Terz JJ. Penetrating, obstructing, and perforating carcinoma of the colon and rectum. *Arch Surg.* 1981;116(4):381-4.
 16. Biondo S, Martí-Ragué J, Kreisler E, Parés D, Martín A, Navarro M, et al. A prospective study of outcomes of emergency and elective surgeries for complicated colonic cancer. *Am J Surg.* 2005;189(4):377-83.
 17. Cuffy M, Abir F, Audisio RA, Longo WE. Colorectal cancer presenting as surgical emergencies. *Surg Oncol.* 2004;13(2-3):149-57.
 18. Bokey EL, Chapuis PH, Fung C, Hughes WJ, Koorey SG, Brewer D, et al. Postoperative morbidity and mortality following resection of the colon and rectum for cancer. *Dis Colon Rectum.* 1995;38(5):480-6.
 19. Trompetas V. Emergency management of malignant acute left-sided colonic obstruction. *Ann R Coll Surg Engl.* 2008;90(3):181-6.
 20. Villar JM, Martinez AP, Villegas MT, Muffak K, Mansilla A, Garrote D, et al. Surgical options for malignant left-sided colonic obstruction. *Surg Today.* 2005;35(4):275-81.
 21. Zorcolo L, Covotta L, Carlomagno N, Bartolo DC. Safety of primary anastomosis in emergency colorectal surgery. *Colorectal Dis.* 2003;5(3):262-9.
 22. Durán Giménez-Rico H, Abril Vega C, Herreros Rodríguez J, Concejo Cútolí P, Paseiro Crespo G, Sabater Maroto C, et al. Hartmann's procedure for obstructive carcinoma of the left colon and rectum: a comparative study with one-stage surgery. *Clin Transl Oncol.* 2005;7(7):306-13.
 23. Armbruster C, Kriwanek S, Roka R. [Spontaneous perforation of the large intestine. Resection with primary anastomosis or staged (Hartmann) procedure?]. *Chirurg.* 2001;72(8):910-3. German.
- Recebido em: 07/04/2017
Aceito para publicação em: 08/06/2017
Conflito de interesse: nenhum.
Fonte de financiamento: nenhuma.
- Endereço para correspondência:**
Rodrigo Felipe Ramos
E-mail: rofelippe@terra.com.br / rfelippe76@gmail.com