

Tratamento do câncer colorretal em idosos extremos: relato de caso e revisão da literatura

Treatment of colorectal cancer in extremely elderly: case report and literature review

LEONARDO MACIEL DA FONSECA¹; BERNARDO HANAN¹; AUGUSTO MOTTA NEIVA¹;
RODRIGO GOMES DA SILVA²

¹ Residentes de Coloproctologia do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. ² Coordenador do Grupo de Coloproctologia e Intestino Delgado do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da UFMG; Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

FONSECA LMD; HANAN B; NEIVA AM; SILVA RGD. Tratamento do câncer colorretal em idosos extremos: relato de caso e revisão da literatura. *Rev bras Coloproct*, 2011;30(4): 444-449.

RESUMO: Com o envelhecimento da população brasileira, cada vez mais o cirurgião colorretal se defrontará com pacientes chamados de idosos extremos, com idade superior a 75 ou 85 anos e apresentando diagnóstico de câncer colorretal (CaCR). A conduta é controversa diante desses casos. Este trabalho relata a abordagem de uma paciente de 97 anos com diagnóstico de adenocarcinoma de reto alto e faz uma revisão da literatura sobre o assunto. Esta paciente foi submetida à retossigmoidectomia paliativa vídeo-assistida, com incisão suprapúbica transversa para confecção da anastomose colorretal primária e retirada do espécime cirúrgico. Foi incluída no programa de reabilitação multimodal pós-operatória (*fast-track*) para cirurgia colorretal, apresentou boa evolução e recebeu alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório. O estudo anatomopatológico da peça mostrou tratar-se de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, invasor até a muscular própria e metastático em 2 de 12 linfonodos dissecados. De acordo com a literatura, em pacientes selecionados com mais de 75 anos, a cirurgia colorretal eletiva para CaCR pode ser realizada com taxa de morbimortalidade semelhante àquela de pacientes jovens, obtendo-se sobrevida geral e livre de doença favoráveis. Comorbidades não definem isoladamente o prognóstico e nem contraindicam o procedimento.

Descritores: Neoplasia colorretal; Saúde dos idosos; Cirurgia colorretal; Análise de sobrevida; Mortalidade.

INTRODUÇÃO

A população brasileira encontra-se em franco processo de envelhecimento. No ano 2000, as pessoas com 65 anos ou mais representavam 5% do contingente populacional, e a estimativa é que, em 2050, este grupo corresponda a aproximadamente 18%¹. Associado a esse fato, sabe-se que a incidência e a mortali-

dade do câncer colorretal (CaCR) aumenta progressivamente com o avançar da idade². Estima-se que, em um futuro próximo, mais de 38% dos pacientes com CaCR tenham mais de 75 anos³.

Diante desse quadro, o cirurgião colorretal se defrontará cada vez mais com pacientes chamados de idosos extremos, com idade superior a 75 ou 85 anos, com diagnóstico de CaCR.

Trabalho realizado no Grupo de Coloproctologia e Intestino Delgado do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) Belo Horizonte (MG), Brasil.

Recebido em 04/08/2008

Aceito para publicação em 18/10/2008

A abordagem desses pacientes é difícil e controversa. Muitos médicos fazem vários questionamentos sobre como abordá-los, gerando dúvidas quanto à realização de operação em indivíduos muito idosos, ou se resta apenas a confecção de uma ostomia à montante da neoplasia.

Baseado na literatura atual, este trabalho objetivou relatar a abordagem de uma paciente de 97 anos com diagnóstico de adenocarcinoma de reto alto e fazer uma revisão da literatura sobre a melhor conduta para estes doentes.

RELATO DE CASO

Paciente de 97 anos, sexo feminino, com história de hematoquezia e perda de peso há três meses. Apresentava hábito intestinal constipado, com piora nesse período, associado à dor abdominal em cólica. Ao exame físico, notava-se massa palpável em fossa ilíaca esquerda.

Paciente era hipertensa controlada e fazia uso de captopril e hidroclorotizida. Não apresentava cirurgias abdominais prévias ou outras comorbidades.

Realizou uma colonoscopia que diagnosticou uma lesão vegetante e estenosante em reto alto, impedindo a progressão do aparelho. A biópsia mostrou tratar-se de um adenocarcinoma colônico. No estadiamento pré-operatório, a tomografia de abdome mostrava espessamento do cólon sigmoide, sem sinais de doença à distância. A radiografia de tórax não identificou sinais de metástases pulmonares. O valor do antígeno carcinoembrinário (CEA) era de 3,9 ng/mL. Demais exames laboratoriais encontravam-se normais.

Optou-se por realizar uma retossigmoidectomia paliativa vídeo-assistida, com incisão suprapúbica de transversa (incisão de Maylard modificada) para confecção da anastomose colorretal primária e retirada da peça cirúrgica. Não foi realizada ostomia protetora (Figuras 1 e 2).

A paciente permaneceu no pós-operatório imediato no centro de tratamento intensivo (CTI) e, no primeiro dia de pós-operatório (DPO), já se encontrava na enfermaria. Foi incluída no programa de reabilitação multimodal pós-operatória (*fast-track*) para cirurgia colorretal adotado no nosso serviço. No 1º DPO já recebeu dieta via oral, estímulo para deambulação e analgesia vigorosa (Figuras 3 e 4). Recebeu alta no 3º

DPO, sendo mantido contato telefônico até o 7º DPO. Evoluiu sem intercorrências.

O estudo anatomopatológico da peça mostrou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, invasor até a muscular própria, metastático em 2 de 12 linfonodos dissecados (pT2pN1M0).



Figura 1 - Aspecto do abdome após cirurgia laparoscópica.

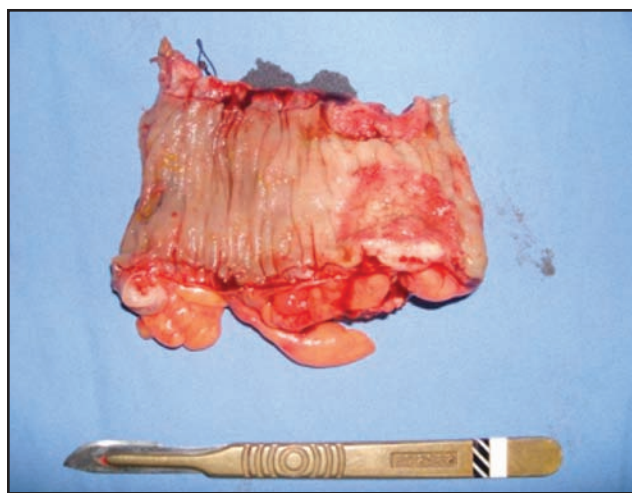


Figura 2 - Peça cirúrgica.

REVISÃO DA LITERATURA

O melhor tratamento para o CaCR é a ressecção. Pacientes extremamente idosos não têm sido frequentemente operados devido ao temor de submetê-los ao



Figura 3 - Primeira dia pós-operatório – iniciada dieta via oral.



Figura 4 - Primeira dia pós-operatório – estímulo à deambulação.

trauma anestésico-cirúrgico, em razão de uma possível curta expectativa de vida. Há relatos que demonstram resultados desfavoráveis em grandes cirurgias para estes pacientes quando comparados aos mais jovens⁴. Outros estudos mais antigos condenaram a intervenção para CaCR em idosos devido a resultados ruins em curto e longo prazo, sendo reportadas taxas de morbidade entre 31 e 55% e de mortalidade entre 2 e 16%⁵. Contudo, avanços nas técnicas anestésicas e cirúrgicas, bem como nos cuidados pré e pós-operatórios, vêm mudando esse cenário, o que permite melhores resultados e a realização de cirurgias mais amplas em pacientes idosos selecionados.

Apesar de os pacientes idosos apresentarem mais comorbidades, não se pode negar-lhes a cirurgia baseando-se exclusivamente na idade cronológica. Takeuchi et al.⁶ definiram retrospectivamente os fatores de risco para complicações em paciente idosos com CaCR operados. Um total de 114 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para CaCR foram divididos em dois grupos, o primeiro com 93 indivíduos (81,6%) e idade entre 75 a 84 anos, e o segundo com 21 (18,5%) e idade superior a 85 anos. As complicações pulmonares e mortalidade foram significativamente mais frequentes

no segundo grupo ($p=0,0019$, $p=0,0477$). Contudo, não houve diferenças entre os grupos em relação à permanência hospitalar e sobrevida em cinco anos. O índice de complicações pós-operatórias foi maior no grupo mais jovem, mas sem significância estatística. Por fim, os autores concluíram que os principais fatores de risco para pacientes extremamente idosos são as complicações pulmonares, diretamente relacionadas à função pulmonar alterada e a baixos níveis de albumina. Outro estudo indicou os seguintes fatores associados à sobrevida ruim em pacientes idosos operados com CaCR: idade avançada, cirurgia de emergência, tumor pouco diferenciado, estágio avançado da doença, albumina e proteínas totais pré-operatórias baixas, baixo nível de hemoglobina pré-operatório e doença recorrente⁷. Alguns desses fatores foram confirmados por outros autores, que ainda acrescentam o número de comorbidades pré-operatórias e o valor do índice da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA)^{8,9}.

Uma justificativa adotada para não operar pacientes muito idosos é a alegação da baixa expectativa de vida. Puig-La Calle et al.⁵ demonstraram que pacientes com mais de 75 anos operados devido ao câncer de reto realmente apresentam uma sobrevida geral

em cinco anos significativamente menor em comparação aos mais jovens (51 *versus* 66%; $p=0,02$), contudo a sobrevida livre de doença em cinco anos não difere entre os dois grupos (69 *versus* 71%; $p=0,75$). Esta semelhança se mantém quando os diversos estágios da doença são comparados isoladamente e quando pacientes idosos e jovens que receberam quimioterapia adjuvante são comparados. Outros trabalhos demonstram resultados semelhantes (Tabela 1).

Outro temor relatado é a abordagem laparoscópica. Já se sabe que a cirurgia colorretal laparoscópica para o tratamento de neoplasias está associada à melhor resposta imunológica e inflamatória, recuperação pós-operatória precoce, incidências similares de recorrência e sobrevida comparáveis à cirurgia aberta¹⁰⁻¹⁵. Embora a idade avançada não seja uma contraindicação para abordagem laparoscópica, muitos cirurgiões relutam em utilizar este método devido à falta de trabalhos específicos e ao temor em relação à utilização do pneumoperitônio. Frasson et al.¹⁶, em um estudo que comparou os benefícios da cirurgia laparoscópica e a cirurgia convencional para tratamento do CaCR, randomizaram 535 pacientes entre estes dois tipos de tratamento e avaliaram os resultados dos dois métodos até o 30º DPO, comparando, em cada grupo, pacientes com mais e menos de 70 anos. Embora o grupo de idosos tenha apresentado valores significativamente maiores do índice ASA em relação aos jovens ($p=0,0001$) em ambos os grupos, os pacientes idosos no grupo aberto apresentaram maior morbidade (37,5 *versus* 23,9%; $p=0,02$) e maior tempo de internação hospitalar (13 *versus* 10,6; $p=0,007$) em comparação aos jovens. Em relação ao grupo laparoscópico, a taxa de morbidade (20,2 *versus* 15,1%) e permanência hospitalar (9,5 *versus* 9,1%) foi semelhante entre idosos e jovens. Considerando apenas o grupo de idosos, a abordagem laparoscópica diminuiu os índices de morbidade (20,2 *versus* 37,5%; $p=0,01$) e permanência hospitalar (9,5 *versus* 13%; $p=0,001$) em relação à abordagem convencional. No grupo de pacientes com menos de 70 anos, as vantagens da abordagem laparoscópica em relação à morbidade do procedimento (15,1 *versus* 23,9%; $p=0,06$) e permanência hospitalar (9,1 *versus* 10,6%; $p=0,004$) foram menos pronunciadas.

Delgado et al.¹⁷, em estudo semelhante, demonstraram que a cirurgia para CaCR vídeo-assistida é

Tabela 1 - Estudos demonstrando resultados do tratamento para CaCR em pacientes idosos extremos

Referência	Tipo de câncer	N / Idade (anos)	Permanência hospitalar (dias)	Morbidade	Mortalidade (até 30º DPO)	Sobrevida geral em 5 anos	Sobrevida livre de doença em 5 anos	Seguimento médio (meses)
3	Cólon e reto	> 75 (142; 27,5%) < 75	NA	59 / 41,5%*	7 / 4,9%	37%	55 %	25
5	Reto	(375; 72,5%) >75 (157) <75 (174)	12 10,5 ($p=0,003$)	145 / 38,7%* 53 (34%)* 63 (36%)*	6 / 1,6% $p < 0,05$ 2 / 1,3%* 1 / 0,6%*	63% $p < 0,05$ 66% 51%	69% $p < 0,05$ 69%* 71%*	33,9 48
7	Cólon e reto	> 70 / 398	15	NA	8%	$p=0,02$ 45,8%	NA	NA
9	Reto	>75 (133) <75 (479)	10* 10*	36,8%* 30,1%*	3 / 2,3%* 4 / 0,8%*	47,7% 70,1%	67,5%* 75,4%*	45,1
10	Reto	>75 (59) <75 (147)	NA NA	20 / 34%* 39 / 27%*	1 / 1,7%* 0/0%*	$p < 0,001$ 43% 65%	60%* 70%*	61,2
11	Cólon e reto	> 80 / 65 < 80 / 239	NA NA	32 / 46,4% 53 / 22,6%	7 / 10,1%* 9 / 3,8%*	$p=0,01$ 59%* 60%*	NA NA	12
								21

NA: não avaliado; *: não significativo; DPO: dia pós-operatório.

particularmente indicada para pacientes com mais de 70 anos, em relação aos de idade inferior. Neste primeiro grupo, os autores demonstraram que a abordagem minimamente invasiva traz uma morbidade significativamente menor em relação à cirurgia aberta, e em ambas as faixas etárias a cirurgia laparoscópica permitiu um menor tempo de íleo pós-operatório, aceitação mais precoce da dieta oral e menor permanência hospitalar.

Também já se sabe que programas de reabilitação pós-operatória acelerada multimodal aceleram a recuperação e diminuem as taxas de complicações em pacientes submetidos a ressecções colorretais eletivas¹⁸. Estes benefícios também foram comprovados em idosos com mais de 70 anos submetidos a ressecções colônicas eletivas, demonstrando que este tipo de reabilitação pós-operatória não apenas é viável, mas também reduz as taxas de complicações e permanência hospitalar¹⁹.

A indicação da terapia quimioterápica adjuvante também deve ser baseada na avaliação da idade biológica e nos fatores de risco do paciente. Trabalhos de-

monstram benefícios semelhantes em pacientes idosos comparando com os jovens em relação ao tratamento com quimioterápico^{20,21}.

CONCLUSÕES

De acordo com a literatura, em pacientes selecionados com mais de 75 anos, a cirurgia colorretal eletiva para CaCR pode ser realizada com morbimortalidade semelhante à reportada para pacientes jovens, com sobrevidas geral e livre de doença favoráveis. Comorbidades isoladas não definem o prognóstico e nem contraindicam o procedimento; contudo, um bom preparo pré-operatório, uma boa técnica cirúrgica e anestésica, associadas a cuidados pós-operatórios adequados, possibilitam bons resultados. A cirurgia laparoscópica e a reabilitação pós-operatória acelerada multimodal não são viáveis, como favorecem estes pacientes. Por fim, a cirurgia ainda é a única maneira de curar o CaCR, e a indicação para tratamento quimioterápico é semelhante à indicação de pacientes mais jovens.

ABSTRACT: Because the elderly population in Brasil is rapidly increasing, the colorectal surgeon will always manage extremely old patients, aged 75 or 85 years or older, with the diagnosis of colorectal cancer. The management of such cases is controversial. This paper reports the treatment of a 97-year-old patient with diagnosis of rectum adenocarcinoma, and presents a literature review on the best approach for old-age patients with colorectal cancer. The patient underwent a palliative laparoscopic resection and colorectal anastomosis, as the specimen was resected through supra-pubic transverse incision. She was included in the fast-track rehabilitation program for colorectal surgery and had good recovery, being discharged in good clinical conditions on the third postoperative day. Pathologic examination of surgical specimen showed a rectum adenocarcinoma with invasion of the muscularis propria and metastasis in 2 of 12 dissected lymph nodes. According to the literature, in selected individuals older than 75 years, elective colorectal surgery for primary colorectal cancer can be performed with morbidity and mortality rates comparable to those of younger individuals, achieving favorable disease-free and overall long-term survival. Prognosis or contraindications to the procedure are not defined by isolate comorbidities.

Key words: Colorectal neoplasms; health of the elderly; Colorectal surgery; Survival analysis; Mortality.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira JC, Albuquerque FRPC, Lins IB. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2004. Rio de Janeiro, IBGE; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
3. Schiffmann L, Özcan S, Schwarz F, Lange J. Colorectal cancer in the elderly — surgical treatment and long-term survival. *Int J Colorectal Dis* 2008;23(6):601-10.
4. Marx GF, Mateo CV, Orkin LR. Computer analysis of postanesthetic deaths. *Anesthesiology* 1973;39(1):54-8.
5. Puig-La Calle Jr J, Quayle J, Thaler HT, Shi W, Paty PB, Quan SHQ, et al. Favorable short-term and long-term outcome after elective radical rectal cancer resection in patients 75 years of age or older. *Dis Colon Rectum* 2000;43(12):1704-09.
6. Takeuchi K, Tsuzuki Y, Ando T, Sekihara M, Hara T, Kori T, et al. Should Patients Over 85 Years Old Be Operated on for Colorectal Cancer? *J Clin Gastroenterol* 2004;38(5):408-13.
7. Basdanis G, Papadopoulos VN, Michalopoulos A, Fahantidis E, Apostolidis S, Berovalis P, et al. Colorectal cancer in patients over 70 years of age: determinants of outcome. *Tech Coloproctol* 2004;8 Suppl 1:S112-5.
8. Sunouchi K, Namiki K, Mori M, Shimizu T, Tadokoro M. How should patients 80 years of age or older with colorectal carcinoma be treated? Long-term and short-term outcome

- and postoperative cytokine levels. *Dis Colon Rectum* 2000;43(2):233-41.
9. Law WL, Choi HK, Ho JWC, Lee YM, Seto CL. Outcomes of Surgery for Mid and Distal Rectal Cancer in the Elderly. *World J Surg* 2006;30(4):598-604.
 10. Liang JT, Shieh MJ, Chen CN, Cheng YM, Chang KJ, Wang SM. Prospective evaluation of laparoscopy-assisted colectomy versus laparotomy with resection for management of complex polyps of the sigmoid colon. *World J Surg* 2002;26(3):377-83.
 11. Braga M, Vignali A, Gianotti L, Zuliani W, Radaelli G, Guarini P, et al. Laparoscopic versus open colorectal surgery. A randomized trial on short-term outcome. *Ann Surg* 2002;236(6):759-67.
 12. Abraham NS, Young JM, Solomon MJ. Meta-analysis of short-term outcomes after laparoscopic resection for colorectal cancer. *Br J Surg* 2004;91(9):1111-24.
 13. Leung KL, Kwok SP, Lam SC, Lee JF, Yiu RY, Ng SS, et al. Laparoscopic resection of rectosigmoid carcinoma: prospective randomised trial. *Lancet* 2004;363(9416):1187-92.
 14. Nelson H, Sargent DJ, Wieand HS, Fleshman J, Anvari M, Stryker SJ, et al. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Engl J Med* 2004;350:2050-9.
 15. Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Delgado S, Castells A, Taurá P, Pique J, et al. Laparoscopic assisted colectomy vs. open colectomy for treatment of non metastatic colon cancer: a randomized trial. *Lancet* 2002;359(9325):2224-9.
 16. Frasson M, Braga M, Vignali A, Zuliani W, Di Carlo V. Benefits of Laparoscopic Colorectal Resection Are More Pronounced in Elderly Patients. *Dis Colon Rectum* 2008;51(3):296-300.
 17. Delgado S, Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Balagué C, Pera M, Momblán D, et al. Could age be an indication for laparoscopic colectomy in colorectal cancer? *Surg Endosc* 2000;14(1):22-6.
 18. Basse L, Hjort Jakobsen D, Billesbølle P, Werner M, Kehlet H, et al. A clinical pathway to accelerate recovery after colonic resection. *Ann Surg* 2000;232(1):51-7.
 19. Scharfenberg M, Raue W, Junghans T, Schwenk W. "Fast-track" rehabilitation after colonic surgery in elderly patients—is it feasible? *Int J Colorectal Dis* 2007;22(12):1469-74.
 20. Negut A, Matasar M, Wang X, McBride R, Jacobson JS, Tsai WY, et al. Duration of Adjuvant Chemotherapy for Colon Cancer and Survival Among the Elderly. *J Clin Oncol* 2006;24(15):2368-75.
 21. Jessup JM, Stewart A, Greene FL, Minsky BD. Adjuvant chemotherapy for stage III colon cancer: Implications of race/ethnicity, age, and differentiation. *JAMA* 2005;294(21):2703-11.

Endereço para correspondência:

Rodrigo Gomes da Silva
Instituto Alfa de Gastroenterologia, Hospital das Clínicas da UFMG
Avenida Alfredo Balena, 110, 2º andar
CEP 30130-100 – Belo Horizonte (MG), Brasil
Fax: (31) 3241-4950
E-mail: rodrigogsilva@uol.com.br