

Ministério da Saúde



COORDENAÇÃO DE ENSINO

Cirurgia Oncológica

MARCELA ARRUDA SABOIA NOGUEIRA DOS SANTOS

Projeto de pesquisa: Complicações cirúrgicas em cirurgia para tratamento de câncer de reto – uma revisão de casos em um centro de referência

Rio de Janeiro

2018

MARCELA ARRUDA SABOIA NOGUEIRA DOS SANTOS

Projeto de pesquisa: Complicações cirúrgicas em cirurgia para tratamento de câncer de reto – uma revisão de casos em um centro de referência

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Instituto Nacional de  
Câncer José Alencar Gomes da Silva  
como requisito parcial para a conclusão  
da especialização em Cirurgia Oncológica

Orientadora: Dra Cibele de Aquino Barbosa

Rio de Janeiro

2018

MARCELA ARRUDA SABOIA NOGUEIRA DOS SANTOS

Projeto de pesquisa: Complicações cirúrgicas em cirurgia para tratamento de câncer de reto – uma revisão de casos em um centro de referência

Avaliado e Aprovado por:

Dra Cibele de Aquino Barbosa

Ass. \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Rio de Janeiro

2018

## RESUMO

**Introdução:** O câncer colorretal é o 2º câncer mais comum em mulheres e 3º mais comum em homens. A base do tratamento é a cirurgia, portanto, é importante reduzir ao máximo as complicações cirúrgicas, e conseqüentemente a morbimortalidade. A radioterapia associada à quimioterapia neoadjuvante tem papel importante no tratamento, mas a radiação afeta os tecidos saudáveis, prejudicando cicatrização, podendo levar a maiores complicações pós operatórias. Considerando que as cirurgias para tratamento de câncer de reto são procedimentos muito frequentes no serviço de cirurgia abdominopélvica do INCA, representando aproximadamente um quarto dos procedimentos realizados no ano de 2017 - conforme as planilhas de morbimortalidade do serviço; é relevante analisar as complicações referentes à tais ressecções. **Objetivos:** Descrever as complicações das cirurgias para tratamento de câncer de reto, realizadas no Instituto Nacional de Câncer no período de março a setembro de 2015; classificar as complicações de acordo com a escala de Clavien-Dindo e correlacionar a gravidade das complicações com idade, comorbidades, acesso cirúrgico, realização de tratamento neoadjuvante e estadiamento histopatológico pós-operatório. **Materiais e Métodos:** O estudo será realizado no Instituto Nacional de Câncer, no serviço de cirurgia Abdômino-pélvica do Hospital do Câncer I. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA. Será realizado através do levantamento de dados de prontuário físico e eletrônico, com desenho tipo coorte retrospectiva. A análise será realizada utilizando como população os pacientes submetidos à cirurgia eletiva para o tratamento de câncer de reto no período de março a setembro de 2015, previamente estudados no projeto CAAE 40334314.7.0000.5274.

**Palavras-chave:** Neoplasias retais; Complicações Pós-Operatórias.

## Sumário

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	4
3. Materiais e métodos:.....	5
4. Bibliografia.....	6
5. Anexo I .....	7

## 1. Introdução

O câncer colorretal é o 2º câncer mais comum em mulheres e 3º mais comum em homens. Tem incidência estimada em 34.280 novos casos segundo os dados de estimativa para 2016 do INCA. A base do tratamento é a cirurgia, portanto, é importante reduzir ao máximo as complicações cirúrgicas, e consequentemente a morbimortalidade.

A despeito de ser uma doença passível de prevenção através de exame de rastreamento, como endoscopia digestiva baixa e pesquisa de sangue oculto nas fezes, a maior parte ainda tem diagnóstico tardio, chegando para tratamento com doença avançada. Para os tumores localmente avançados o tratamento pode envolver, além da cirurgia, quimioterapia e radioterapia.

A radioterapia associada à quimioterapia neoadjuvante tem papel importante em reduzir a recidiva local, aumentar o potencial de cirurgia curativa e reduzir necessidade de ressecção abdominoperineal. Para evitar fibrose excessiva devido à radioterapia, ideal é que a cirurgia seja feita de 4 a 6 semanas após o fim do tratamento radioterápico. Apesar dos avanços tecnológicos de programação e dos aparelhos de teleterapia, a radiação afeta os tecidos saudáveis, prejudicando cicatrização, podendo levar a maiores complicações pós-operatórias (HALLBÖÖK O, 2004).

As taxas de complicações de cirurgia colorretal para câncer variam de 18 a 38% (KIRCHHOFF P, 2010). O Programa para melhoria de qualidade do Colégio Americano de Cirurgiões, que coleta informações clínicas, fatores de risco e complicações pós-operatórias de mais de 500 hospitais americanos, relatou uma taxa de 27% de complicações após cirurgia colorretal (BOGDAN C. PAUN, SCOTT CASSIE, *et al.*, 2010). A partir de dados do programa, foi desenvolvida uma calculadora de risco de complicações cirúrgicas, tendo como fatores de risco, idade, comorbidades, estágio da doença, estado funcional, entre outros. Uma revisão sistemática com 24,845 pacientes teve frequência de 7% de infecção de ferida operatória, 11% de fístula anastomótica, 12% sepse pélvica, e 2 % de morte. (COHEN ME, 2009)

Complicação cirúrgica compreende qualquer evento que desvie do curso esperado de pós-operatório. Todo procedimento cirúrgico está sujeito a

complicações, que levam a maior uso de recursos, prolongam tempo de internação, aumento de gastos e podem comprometer a qualidade de vida.

Em uma tentativa de criar uma padronização na mensuração da gravidade das complicações cirúrgicas, Clavien et al. propuseram uma classificação em 1992, que ficou conhecida como a classificação de Clavien-Dindo (tabela 1). Esta classificação já teve duas atualizações, em 2004 e 2009 e utiliza a terapêutica necessária para tratamento como elemento responsável por estratificar os eventos adversos no pós-operatório.

Tabela 1

<b>Escala de Complicações de Clavien-Dindo</b>	
<b>Grau 1</b>	Qualquer desvio do curso pós-operatório normal, sem necessidade de tratamento farmacológico, cirúrgico, endoscópico ou intervenção radiológica. Regimes terapêuticos permitidos: antieméticos, antipiréticos, analgésicos, diuréticos, eletrólitos e fisioterapia. Infecção de ferida operatória drenadas à beira do leito.
<b>Grau 2</b>	Requer tratamento farmacológico com outras drogas que não são permitidas para complicações grau 1. Transfusões sanguíneas e nutrição parenteral total estão incluídas.
<b>Grau 3</b>	Requer intervenção cirúrgica, endoscópica ou de radiologia intervencionista.
<b>3a</b>	Intervenção sem anestesia geral.
<b>3b</b>	Intervenção sob anestesia geral.
<b>Grau 4</b>	Complicações com risco de vida que requerem internação em unidade de terapia intensiva ou semi-intensiva (incluindo complicações de SNC)
<b>4a</b>	Disfunção de um único órgão (incluindo diálise)
<b>4b</b>	Disfunção multiorgânica.
<b>Grau 5</b>	Óbito
<b>Sufixo d</b>	Se o paciente apresentar uma complicação na alta, o sufixo "d" para deficiência é adicionado ao respectivo grau de complicação. Esta denominação indica necessidade de um acompanhamento para avaliar completamente a complicação.

Quando se trata de neoplasia maligna, a complicação cirúrgica pode atrasar o início de tratamento adjuvante, afetando a sobrevida. Além das complicações inerentes a qualquer cirurgia, a ressecção do reto tem como possíveis complicações fístula anastomótica, devido a anastomoses muito baixas no oco pélvico, sendo em geral, anastomoses de alto risco; e lesão das estruturas do aparelho urogenital, devido à proximidade anatômica (ERIKSEN MT, 2005).

A lesão nervosa do plexo autonômico pode ser considerada sequela em cirurgias para tratamento de tumores volumosos maiores, nos quais a inervação não pode ser preservada, por invasão local.

Considerando que as cirurgias para tratamento de câncer de reto são procedimentos muito frequentes no serviço de cirurgia abdominopélvica do INCa, representando aproximadamente um quarto dos procedimentos realizados no ano

de 2017 - conforme as planilhas de morbimortalidade do serviço; é relevante analisar as complicações referentes à tais ressecções.



## **2. Objetivos**

### Objetivo Geral

Descrever as complicações das cirurgias para tratamento de câncer de reto, realizadas no Instituto Nacional de Câncer no período de março a setembro de 2015.

### Objetivos Específicos

1. Classificar as complicações de acordo com a escala de Clavien-Dindo,
2. Correlacionar a gravidade das complicações com idade, comorbidades, acesso cirúrgico, realização de tratamento neoadjuvante e estadiamento histopatológico pós-operatório.

### **3. Materiais e métodos:**

O estudo será realizado no Instituto Nacional de Câncer, no serviço de cirurgia Abdôminopélvica do Hospital do Câncer I. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA. Será realizado através do levantamento de dados de prontuário físico e eletrônico, com desenho tipo coorte retrospectiva. Os dados a serem colhidos serão listados em um questionário em anexo.

A análise será realizada utilizando como população os pacientes submetidos à cirurgia eletiva para o tratamento de câncer de reto no período de março a setembro de 2015, previamente estudados no projeto CAAE 40334314.7.0000.5274.

Constituem critérios de inclusão: idade entre 18-95 anos, tumores compreendidos abaixo de 15cm da margem anal, submetidos a cirurgia eletiva para tratamento de câncer de reto, com laudo histopatológico de adenocarcinoma.

São critérios de exclusão: pacientes que não tenham sido submetidos à ressecção do reto a despeito da marcação de cirurgia eletiva por quaisquer motivos, ausência de laudo histopatológico de adenocarcinoma de reto.

O estudo não trará benefícios diretos aos pacientes, sejam físicos ou psicológicos, assim como não influenciará no seu tratamento. O estudo tem como risco a perda da confidencialidade dos pacientes. O projeto será conduzido em concordância com as Boas Práticas Clínicas, a resolução 466/12 e complementares. Para preservar a identidade dos pacientes, os dados serão codificados e armazenados em planilha.

A análise de resultados será feita de forma descritiva, utilizando o software Excel.

#### 4. Bibliografia

BOGDAN C. PAUN, M. et al. Postoperative Complications Following Surgery for Rectal Cancer. **Annals of Surgery**, v. 5, n. 251, p. 807-818 , 2010.

CHEN K, C. G. C. B. W. M. X. X. C. W. X. Y. X. M. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer: A meta-analysis of classic randomized controlled trials and high-quality Nonrandomized Studies in the last 5 years. **Int J Surg.**, v. 39, p. 1-10, March 2017.

COHEN ME, B. K. K. C. H. B. Development of an American College of Surgeons National Surgery Quality Improvement Program: Morbidity and Mortality Risk Calculator for Colorectal Surgery Cohen. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 208, n. 6, p. 1009 - 1016, 2009.

ERIKSEN MT, W. A. N. J. H. J. W. J. Anastomotic leakage following routine mesorectal excision for rectal cancer in a national cohort of patients. **Colorectal Disease** , n. 7, p. 51-57, 2005.

HALLBÖÖK O, A. M. R. J. S. R. Risk factors for anastomotic leakage after anterior resection of the rectum. **Colorectal Disease**, v. 6, p. 462-469, 2004.

KIRCHHOFF P, C. P.-A. H. D. Complications in colorectal surgery: risk factors and preventive strategies. **Patient Safety in Surgery**, v. 4, p. 5, 2010.

## 5. Anexo I - Questionário

1. Sexo: ( ) feminino ( ) masculino
2. Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_
3. Comorbidades: ( ) sim ( ) não
4. Neoadjuvância: ( ) sim ( ) não
5. Acesso: ( ) laparoscópico ( ) convencional ( ) robótica
6. Tipo de cirurgia: ( ) RAR ( ) RAP
7. Tipo histológico adenocarcinoma? ( ) sim ( ) não
8. Estadiamento patológico ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV
9. Grau de regressão de Mandard: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) não informado
10. Complicação? ( ) sim ( ) não
11. Reoperação ( ) sim ( ) não
12. Tratamento da complicação: \_\_\_\_\_
13. Óbito devido à complicação: ( ) sim ( ) não
14. Tempo de internação: \_\_\_\_\_