

JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Mestrado do médico Juvenal Ricardo Navarro Góes, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp em 8 de março de 1988.
Campinas 08 de março de 1988


Prof. Dr. Kaul Raposo de Medeiros

CARCINOMA COLORRETAL E COLONOSCOPIA PÓS-OPERATÓRIA - INFLUÊNCIA DE FATORES PROGNÓSTICOS E RACIONALIZAÇÃO DO ESQUEMA DE SEGUIMENTO.

TRABALHO APRESENTADO PARA CONCLUSÃO DO CURSO DE MESTRADO EM MEDICINA, ÁREA DE CLÍNICA CIRÚRGICA, PELO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP

1989

G553c

10528/BC

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

A Rita,
esposa, companheira e incentivadora.

Aos filhos, Giovana, José Ricardo e Renata,
razão final de todos os sacrifícios

A meus pais Antonia e Juvenal, de quem recebi exemplos de justiça,
honestidade e trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Luis Sérgio Leonardi, pelo incentivo constante para a carreira universitária e pelas sugestões apresentadas.

Ao Professor Doutor Raul Raposo de Medeiros, pelo estímulo e a confiança sempre demonstrada. Em especial, pela orientação desta tese.

Aos Doutores Marco Antonio de Oliveira Peres e Joaquim Murray Bustorff Silva pela colaboração em momentos importantes do desenvolvimento deste trabalho.

Aos demais colegas do Departamento de Cirurgia, na pessoa do Doutor João José Fagundes, colaborador, amigo e exemplo.

Ao Engenheiro Antonio Gonçalves Figueiredo Filho, pela elaboração do software de apoio desta casuística.

Ao Professor Doutor José de Carvalho e a Estaticista Eugenia Chaves Moraes Bastos pela orientação na análise estatística dos resultados desta tese.

Ao Professor Doutor Luciano de Souza Queiroz pelas sugestões e correções do texto em inglês.

À Sra. Renata Seixas Barbosa e o Sr. Jorge Ailton Cicala pelo árduo e eficiente trabalho na redação e processamento final do texto.

A todos os funcionários do Departamento de Cirurgia, do Ambulatório de Colo-Proctologia e em especial àqueles ligados à unidade de Colonoscopia.

"Três paixões, simples mas extraordinariamente poderosas, regeram minha vida: o anseio de amor, a busca de conhecimento e uma piedade imensa pelo sofrimento do gênero humano"

(Bertrand Russel)

ÍNDICE

1.- INTRODUÇÃO	1
1.1.- Considerações Gerais	2
1.2.- Dados de literatura	4
1.2.1.- Bases clínico-patológicas do carcinoma colorretal e o prognóstico	4
1.2.1.1.- Sexo	4
1.2.1.2.- Grupo etário	4
1.2.1.3.- Localização	5
1.2.1.4.- Morfologia do tumor	5
1.2.1.5.- Diferenciação histopatológica	5
1.2.1.6.- Disseminação tumoral e comprometimento ganglionar	6
1.2.1.7.- Obstrução e perfuração	6
1.2.2.- Considerações sobre os adenomas na profilaxia do carcinoma colorretal	6
1.2.2.1.- Adenoma como lesão pré-maligna	6
1.2.2.2.- Caráter recidivante dos adenomas	7
1.2.2.3.- Tamanho dos adenomas	7
1.2.2.4.- Multiplicidade dos adenomas	7
1.2.3.- Considerações sobre os carcinomas múltiplos sincrônico e metacrônico	8
1.2.4.- Considerações sobre a recidiva local do carcinoma colorretal	8
1.2.5.- Considerações sobre a endoscopia colorretal	9
1.2.5.1.- Histórico	9

1.2.5.2.- Considerações sobre a colonoscopia pós-operatória e a detecção de adenomas	10
1.2.5.3.- Considerações sobre a colonoscopia pós-operatória e os carcinomas sincrônico e metacrônico	10
1.2.5.4.- Considerações sobre a colonoscopia pós-operatória e o diagnóstico da recidiva local	11

2.- CASUÍSTICA E MÉTODOS 12

2.1.- Casuística 13

2.1.1.- Sexo e Grupo etário	13
2.1.2.- Grupo étnico	13
2.1.3.- Dados relativos aos tumores operados	14
2.1.3.1.- Distribuição dos pacientes conforme a localização do tumor	14
2.1.3.2.- Distribuição dos pacientes conforme o tamanho do tumor	14
2.1.3.3.- Distribuição dos pacientes conforme o tipo morfológico do tumor	14
2.1.3.4.- Distribuição dos pacientes conforme a ocorrência de tumor associado a outras lesões neoplásicas benignas ou malignas.	14
2.1.3.5.- Distribuição dos pacientes conforme a classificação do tumor quanto a diferenciação histopatológica	15
2.1.3.6.- Distribuição dos pacientes conforme a classificação do tumor quanto a disseminação transparietal e linfática	15

2.2.- Métodos 15

2.2.1.- Indicação do exame colonoscópico	15
2.2.2.- Preparo do cólon	16
2.2.3.- Sedação e analgesia	16
2.2.4.- Técnica	16
2.2.4.1.- Posição do paciente	16
2.2.4.2.- Técnica de inserção do aparelho	17
2.2.4.3.- Alcance dos exames	17

2.2.4.4.- Critérios para consideração de exame colonoscópico com resultado positivo	17
2.2.4.5.- Incidência de exames colonoscópicos com resultado positivo	17
2.2.4.6.- Observação da ocorrência de exames colonoscópicos com resultado positivo em função do tempo de pós-operatório	17
2.2.4.7.- Estudo dos fatores de influência na ocorrência de exames colonoscópicos com resultado positivo	18
2.2.4.8.- Equipamentos utilizados no presente trabalho	18
2.2.4.9.- Análise estatística	18
3.- RESULTADOS	20
3.1.- Exames colonoscópicos com resultado positivo	21
3.1.1.- Adenomas	21
3.1.2.- Carcinoma sincrônico metacrônico	21
3.1.3.- Recidiva local	21
3.2.- Exames colonoscópicos com resultado positivo em função do período de pós-operatório	22
3.2.1.- Adenomas	22
3.2.2.- Carcinoma metacrônico	22
3.2.3.- Recidiva local	22
3.2.4.- Total de resultados positivos	22
3.3.- Fatores prognósticos e ocorrência de exames colonoscópicos com resultado positivo	23
3.3.1.- Sexo	23
3.3.2.- Grupo etário	23
3.3.3.- Localização	24
3.3.4.- Tamanho	25
3.3.5.- Tipo morfológico	25
3.3.6.- Espécime cirúrgico com carcinoma associado a lesão neoplásica benigna ou maligna	26

3.3.7.- Diferenciação histopatológica	27
3.3.8.- Disseminação tumoral	28
4.- COMENTÁRIOS	30
4.1.- Exames colonoscópicos com resultado positivo	31
4.1.1.- Adenomas	32
4.1.2.- Carcinoma metacrônico	33
4.1.3.- Recidiva local	34
4.1.4.- Total de exames com resultado positivo	35
4.2.- Exames colonoscópicos com resultado positivo em função do período de pós-operatório	35
4.2.1.- Adenomas	35
4.2.2.- Carcinoma metacrônico	35
4.2.3.- Recidiva local	36
4.2.4.- Total de exames com resultado positivo	36
4.3.- Fatores prognósticos e ocorrência de exames colonoscópicos com resultado positivo	37
4.3.1.- Sexo	37
4.3.2.- Grupo etário	37
4.3.3.- Localização	37
4.3.4.- Tamanho	38
4.3.5.- Tipo morfológico	38
4.3.6.- Espécime cirúrgico com carcinoma associado a lesão neoplásica benigna ou maligna	39
4.3.7.- Diferenciação histopatológica	40
4.3.8.- Disseminação tumoral	40
5.- CONCLUSÕES	42

6.- RESUMO	44
7.- SUMMARY	47
8.- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
9.- TABELAS REFERENTES AO CAPÍTULO CASUÍSTICA E MÉTODOS	64
10.- TABELAS REFERENTES AO CAPÍTULO RESULTADOS	70
11.- FIGURAS REFERENTES AO CAPÍTULO RESULTADOS E COMENTÁRIOS	77
12.- RELAÇÃO GERAL DA CASUÍSTICA	85

1-INTRODUÇÃO

1.1- CONSIDERAÇÕES GERAIS

O carcinoma colorretal diagnosticado cada vez mais frequentemente, ocorre principalmente na parte ocidental do Hemisfério Norte e Oceania. Assim, na Grã Bretanha, em consequência do carcinoma colorretal, ocorrem cerca de 15.000 óbitos por ano, sendo inferior em frequência apenas ao carcinoma broncogênico (GOLIGHER, 1975; NICHOLLS, 1981). Nos Estados Unidos é o tipo mais comum de câncer visceral (49,1/100.000), superando até o carcinoma de pulmão (46,7/100.000) (SMART, 1986). Por outro lado, é relativamente raro na África, Ásia e nas regiões mais primitivas da América do Sul (NICHOLLS, 1981; SMART, 1986).

Quanto ao tratamento desta neoplasia, até o momento, o único meio efetivo de se conseguir a sua cura, é através cirurgia, uma vez que tanto a radioterapia quanto a quimioterapia e mesmo a imunoterapia não apresentam resultados satisfatórios.

O tratamento cirúrgico tem se baseado fundamentalmente na ressecção do segmento colorretal doente, procurando assegurar margens cirúrgicas seguras e removendo o maior número possível de tecido linfático de drenagem da área comprometida. Em algumas ocasiões, torna-se necessária a ampliação da ressecção de estruturas vizinhas atingidas pela neoplasia, ou então, praticando-se exérese de metástases à distância (fígado, pulmões, epíploo). A evolução dos conceitos sobre o comportamento dos tumores colorretais quanto à sua disseminação (local, linfática, hematogênica) tem norteado as técnicas de ressecção, principalmente em relação ao reto, uma vez que as lesões a esse nível apresentam uma maior possibilidade de comprometer estruturas vizinhas, quando comparadas a outros segmentos colorretais, e portanto, determinar recidiva local mais precoce.

Levando-se em conta as características dos carcinomas colorretais no tocante à possível etiologia, evolução, tipo de recidiva, multiplicidade e associação com adenomas, torna-se extremamente importante o seguimento tanto a curto como a longo prazo dos pacientes operados. Essa conduta tem a finalidade de detectar o mais precocemente possível o reaparecimento tumoral seja como recidiva, seja como tumor metacrônico e permitir com isso a realização de nova cirurgia ainda com finalidade curativa. Ainda permite, quanto aos adenomas, seu diagnóstico precoce, propiciando a sua remoção por via endoscópica, prevenindo o risco de transformação carcinomatosa.

Os tumores colorretais apresentam comportamento biológico variável e conseqüentemente evolução que será diferente de paciente para paciente. Certos determinantes dessas diferentes formas evolutivas são conhecidos. Sabe-se por exemplo, que um carcinoma restrito à camada mucosa e sem comprometer linfonodos, deverá apresentar melhor prognóstico do que outro que comprometa toda parede intestinal, além de gânglios regionais ou à distância; da mesma forma o carcinoma

histologicamente bem diferenciado, tem maior chance de longa sobrevivência comparativamente ao tipo indiferenciado. Outros fatores tem igualmente merecido a atenção dos pesquisadores: sexo e idade dos pacientes, características morfológicas do tumor, tempo de história da neoplasia, doenças associadas que interferem no estado imunológico e a concomitância de tumores com outras lesões colorretais (carcinomas múltiplos, adenomas, outros pólipos).

Diante disto, pode-se inferir a necessidade de um plano de seguimento pós-operatório desses pacientes que seja o mais abrangente possível, devendo englobar diferentes meios propedêuticos tais como: exames endoscópicos e radiológicos contrastados dos segmentos colorretais remanescentes, ultrassonografia e tomografia computadorizada abdominal e pélvica, estudo radiológico do tórax, exames laboratoriais (fosfatase alcalina, antígeno cárcino-embriônico) e cintilografia.

Entretanto, o que chama a atenção na análise da literatura é que, apesar dessa variabilidade evolutiva, os protocolos de seguimento pós-operatório são rígidos e uniformes para todos os pacientes de um mesmo serviço. Além disso, raramente obedecem a uma programação em função do estadiamento pré e pós-operatório com base em variáveis que correlacionem significativamente com a sobrevivência dos pacientes e também com os períodos que tem maior probabilidade de ocorrerem resultados positivos nos exames pós-operatórios. Como consequência desta análise, pacientes de bom prognóstico serão desnecessariamente submetidos ao mesmo número de exames que aqueles considerados de maior chance de reaparecimento tumoral. Acresça a essas considerações, o custo operacional, ocupação de vagas ambulatoriais e de recursos humanos, recusa do paciente em continuar o acompanhamento pós-operatório pelo desconforto e mesmo intolerância a alguns exames. A colonoscopia, como meio propedêutico pós-operatório, tornou-se exame indispensável devido à necessidade do exame total dos cólons, tanto no estudo de anastomoses como na busca de lesões sincrônicas e metacrônicas, benignas ou malignas, numa tentativa de se prolongar o tempo de sobrevivência dos pacientes. É porém, um exame nem sempre bem tolerado pelos pacientes e não raramente, o motivo principal para o abandono do seguimento. Torna-se, portanto, de grande importância a elaboração de critérios para que seu emprego seja racionalizado.

Assim, o presente trabalho tem as seguintes finalidades:

- 1a.- Estudar a incidência de resultados positivos (adenomas, carcinoma sincrônico, metacrônico e recidivado), e esta incidência em relação ao tempo de pós-operatório decorrido até a detecção.
- 2a.- Analisar a influência dos seguintes fatores no estabelecimento de prognóstico para ocorrência de exames colonoscópicos com resultado positivo no pós-operatório: sexo, grupo etário, localização dos tumores primitivos, seu tamanho, tipo morfológico, associação com lesões neoplásicas sincrônicas, diferenciação histopatológica e disseminação intraparietal e à distância.
- 3a.- Em função dos achados nos itens anteriores, tentar estabelecer normas para um seguimento colonoscópico mais racionalizado do carcinoma colorretal.

1.2. Dados da Literatura

1.2.1. Bases clínico-patológicas do carcinoma colorretal e o prognóstico.

Como salientado por BEAHRS e SANFELIPPO (1971), uma desejável abordagem aos pacientes portadores do carcinoma colorretal incluiria além do diagnóstico precoce e do tratamento cirúrgico adequado, um bem elaborado esquema de acompanhamento pós-operatório.

Para tanto, foi fundamental a evolução desde o início do século XX dos conhecimentos relativos à anatomia colorretal e também ao comportamento biológico do tumor e do hospedeiro.

Assim é que estudos relativos à anatomia linfática e das vias de disseminação linfática dos tumores colorretais (POIRIER e col, 1903; CLOGG, 1908; MILES, 1910; WESTHUES, 1930; DUKES, 1932; GABRIEL e col, 1935; OLIVEIRA, 1947); a disseminação intra e transparietal (HANDLEY, 1913; COLE, 1913; MONSARRAT & WILLIAMS, 1913; MILES, 1920; DUKES, 1932; DUKES, 1940) a diferenciação histopatológica (BRODERS, 1925; DUKES, 1940) e também os estudos relativos à invasão de veias pelo tumor (BROWN & WARREN, 1938; DUKES, 1940), propiciaram os fundamentos para os conceitos mais aceitos na atualidade.

Diversos parâmetros clínicos e patológicos vem desde então sendo estudados para se determinar suas influências no tipo de evolução que irão apresentar os pacientes no pós-operatório.

1.2.1.1. Sexo

METTLIN e col (1982), analisando dados da Comissão de Câncer do Colégio Americano de Cirurgiões (ACSCC) revelaram que pacientes do sexo feminino tem mostrado melhor sobrevida. Todavia, WOLMARK e col (1983) verificando dados do Projeto Nacional Auxiliar de Cirurgia da Mama e Intestino (NSABP), concluíram que não existia relação entre sexo e prognóstico para carcinoma colorretal. GARDNER e col (1987), em análise de 660 pacientes, também concluíram pela não correlação entre sexo e prognóstico para o carcinoma colorretal.

1.2.1.2. Grupo etário

Baseado ainda em informações do ACSCC, METTLIN e col (1982), consideraram o carcinoma de reto, apesar de menos frequente nos jovens (abaixo de 30 anos), como sendo de pior prognóstico do que nos mais idosos. MALCOLM e col (1981), estudando 297 pacientes submetidos a cirurgias curativas relataram também pior prognóstico para os pacientes mais jovens nos carcinomas de cólon e reto. WOLMARK e col (1983) estudando dados do NSABP e GARDNER e col (1987), não confirmaram essa impressão.

1.2.1.3. Localização

STEINBERG e col (1986) apresentando conclusões do Grupo de Estudo de Tumor Gastro-Intestinal (GITSG) a respeito dos indicadores de prognóstico para o câncer de cólon, não mostraram correlação com a localização do tumor desde o ceco até a junção reto-sigmóide. WOLMARK e col (1983) citando estudos do NSABP, em relação ao cólon, consideraram no entanto, o descendente como de melhor prognóstico e, em relação a todos os segmentos colorretais, o reto e reto-sigmóide como de pior prognóstico. MORSON e col (1963), ANDERSON (1974), MOOSSA e col (1975) e MALCOLM e col (1981) chegaram a resultados semelhantes, comparando pacientes com tumores retais intra e extra-peritoneais, concluindo pelo pior prognóstico destes.

1.2.1.4. Morfologia do tumor

O tamanho do tumor não parece influir na recidiva tumoral. McDERMOTT e col (1985) estudaram 1008 pacientes operados curativamente para o carcinoma colorretal e, concluíram não haver relação entre o tamanho do tumor e a recidiva local. Estas conclusões estão de acordo com achados de outros autores (ANDERSON, 1974; HAMILTON, 1986; GARDNER e col, 1987). MALCOLM e col (1981) consideraram, no entanto, que tumores menores de 4cm são de melhor prognóstico e BJERKESET e col (1987), estudando as características tumorais de 288 pacientes operados, concluíram que tumores menores de 2 cm associam-se mais frequentemente à aqueles classificados como tipo A de DUKES e, portanto, de melhor prognóstico.

Com relação ao grau de infiltração intra e transparietal dos tumores, observa-se um paralelo quanto ao prognóstico, uma vez que refletem o comportamento biológico do tumor e o grau de defesa imunológica do paciente. Assim, tumores ulcerados (endofíticos, infiltrativos) são de pior prognóstico do que os não ulcerados (exofíticos, vegetantes). Os tumores ainda restritos à parede intestinal são de melhor prognóstico do que os com comprometimento ganglionar regional e estes do que os com comprometimento à distância. O mesmo pode-se dizer quanto ao pior prognóstico quando existem êmbolos neoplásicos no interior das veias e linfáticos (ASTLER & COLLER, 1954; DUKES e col, 1958; ANDERSON, 1974; GOLIGHER, 1975; MONTESSORI & DONALD, 1978; MALCOLM e col, 1981; TALBOT e col, 1980; METTLIN e col, 1982; HAMILTON, 1986; MADSEN e CHRISTIANSEN, 1986; QUIRKE e col, 1986; BJERKESET e col, 1987, GARDNER e col, 1987).

1.2.1.5. Diferenciação histopatológica

Quanto a diferenciação histopatológica, os tumores pouco diferenciados apresentam pior prognóstico, com menor tempo de sobrevida do que os bem diferenciados (DUKES e col, 1958; MALCOLM e col, 1981; HAMILTON, 1986; BJERKESET e col, 1987). McDERMOTT e col, (1985) observaram que 34% dos pacientes com tumores pouco diferenciados ou indiferenciados, tiveram recidiva local e que apenas 17% e 18% dos portadores de lesões bem e moderadamente diferenciadas apresentaram tal evolução. METTLIN e col (1982), com dados do ACSCC, referem sobrevidas semelhantes para os bem e moderadamente diferenciados (57% e 54%), enquanto que os pouco diferenciados apresentaram sobrevida significativamente mais baixa (35%). ANDERSON (1974) contudo, considera que a diferenciação histopatológica afeta a sobrevida, porém menos

significativamente: 42%, 54% e 57% respectivamente nos tumores bem, moderadamente e indiferenciados.

1.2.1.6. Disseminação tumoral e comprometimento ganglionar

Com relação à disseminação tumoral, nota-se que lesões mais iniciais apresentam menor frequência de recidiva local, contrariamente às mais avançadas. MALCOLM e col (1981), na análise de 197 pacientes, observaram que as lesões classificadas como tipo A de DUKES (modificada por ASTLER & COLLER, 1954) recidivaram, no geral, em 13% dos pacientes; as lesões B1, 11%; as lesões B2 e B3, 37%; as lesões C1, 32% e as C2 e C3, 56%. Concluíram que as lesões mais iniciais (A e B1) tiveram menor chance de apresentarem recidiva local. Da mesma forma, McDERMOTT e col (1985) relataram 10% de recidiva local para lesões tipo A de DUKES, 15% para as tipo B e 32% para as tipo C. Outros autores têm também considerado o comprometimento ganglionar no carcinoma colorretal como indicativo de pior prognóstico (DUKES, 1932; GILCHRIST & DAVID, 1947; ANDERSON, 1974; PHILLIPS e col, 1984; GARDNER e col, 1987).

1.2.1.7. Obstrução e perfuração

A evolução do carcinoma colorretal para obstrução intestinal, tem sido associada por diversos autores como sendo de mau prognóstico (HADDAD e col, 1969; RAGLAND e col, 1971; WELCH & DONALDSON, 1974; GÓES & LEONARDI, 1986). STEINBERG e col (1986) analisando os dados do GITSG concluíram que a obstrução e a perfuração dos tumores colorretais estão associados a mau prognóstico, independente da localização, contrariamente ao observado por WOLMARK e col (1983) que estudando dados do NSABP concluíram ser a obstrução dos tumores do cólon direito, de pior prognóstico do que os do cólon esquerdo.

1.2.2. Considerações sobre os adenomas na profilaxia do carcinoma colorretal

1.2.2.1. Adenoma como lesão pré-maligna

Os primeiros trabalhos que estudaram o comportamento dos adenomas como lesão pré-maligna datam das décadas de 1920 e 1930, com relatos que indicavam relação dos adenomas com o carcinoma colorretal (DUKES, 1926; FITZGIBBON & RANKIN, 1931, BUIE & BRUST, 1935, SWINTON & WARREN, 1939) ou que contrariavam essa impressão (DAVID, 1934).

Nas décadas seguintes, um número cada vez maior de trabalhos, mostrou-se favorável ao conceito da seqüência adenoma-carcinoma (MAYO & SCHLICKE, 1942; SCARBOROUGH & KLEIN, 1948; DeMUTH e col, 1952; JUDD Jr. & CARLISLE, 1953; GRINNELL, 1958; RIDER e col, 1959; BUSSEY, 1970; POTET & SOULLARD, 1971; FENOGLIO & LANE, 1974; MORSON, 1974(a)(b); HEALD & BUSSEY, 1975; KOZUKA, 1975; KOZUKA e col, 1976; DAY & MORSON, 1978; LIPSHUTZ e col, 1979; FENOGLIO-PREISER, 1986; WEINSTEIN, 1986).

Desde então, acreditava-se que a detecção precoce e remoção dos pólipos adenomatosos reduziria a ocorrência do carcinoma colorretal (BUIE, 1949; JUDD Jr. & CARLISLE, 1953).

Vários outros conceitos, relativos aos adenomas, desenvolvidos desde a década de 20, ainda hoje são tidos como válidos, especialmente quanto ao caráter recidivante dos adenomas, tamanho das lesões, além de sua possível multiplicidade.

1.2.2.2. Caráter recidivante dos adenomas

JUDD Jr. & CARLISLE (1953) observaram que os pólipos recidivavam entre 10 meses e 13 anos após a ressecção transcolônica e mostraram também que quanto mais pólipos eram diagnosticados e tratados originariamente, mais provável era o encontro de pólipos na mesma região, em exames futuros. Levantaram também a hipótese de que, em certos pacientes, a mucosa colorretal apresentava elevado potencial para formação de novos pólipos e afirmavam então que a mucosa que fosse capaz de produzir pólipos era fadada a continuar essa tendência.

RIDER e col (1959) relataram 537 pacientes como portadores de pólipos diagnosticados através de retossigmoidoscopia ou exame radiológico, pertencentes a uma população de 9669 pacientes (5,5%). Após a remoção ou destruição dos pólipos e com o seguimento de 4 a 9 anos realizado em 372 desses pacientes, diagnosticaram novos pólipos em 153 deles (41%), isto é, bem acima dos 5,5% da população geral. Outros autores referem opiniões semelhantes (GILLESPIE e col, 1979; WEINSTEIN, 1986).

1.2.2.3. Tamanho dos adenomas

O tamanho dos adenomas guarda uma relação importante com a possibilidade de transformação maligna, sendo que pólipos maiores apresentam uma maior probabilidade de se malignarem, enquanto que adenomas menores de 1,0cm apresentam tal degeneração em proporções muito baixas (GRINNELL, 1958; MORSON, 1974(a)(b); LIPSHUTZ e col, 1979; ABRAMS, 1982; WEGENER e col, 1986).

SHINYA & WOLFF (1979) analisando 5736 adenomas menores de 1,0cm concluíram que 0,5% destes têm a chance de apresentar carcinoma invasivo; entre 1,0 e 2,0cm, essa possibilidade aumenta para 4,6% e naqueles maiores de 2,0cm, alcança a 10,8%. Por outro lado, ABRAMS (1982) refere respectivamente 0,5%, 6,9% e 10,0%, enquanto que MORSON (1974)(b) relata 1,3%, 9,5% e 4,6% e GILLESPIE e col (1979) referem 2,0%, 4,1% e 57%.

1.2.2.4. Multiplicidade dos adenomas

Quanto a multiplicidade dos adenomas, vários estudos têm mostrado a maior probabilidade que os pacientes portadores de vários pólipos tinham de recidivarem e de mais frequentemente desenvolverem o carcinoma no futuro ou a ele se associarem sincronicamente (MAYO & SCHLICKE, 1942; SCARBOROUGH & KLEIN, 1948; DeMUTH e col, 1952, RIDER e col, 1959; WELCH & HEDBERG, 1975; LIPSHUTZ e col, 1979; UNGER & WANEBO, 1983; LOTFI e col, 1986). WEGENER e col (1986), seguindo 282 pacientes submetidos a polipectomias endoscópicas, observaram que pacientes que tiveram múltiplos adenomas, apresentaram maior probabilidade de desenvolverem novos pólipos do que aqueles com apenas um. BUSSEY (1978) estudou 1846 pacientes com adenomas e notou que a associação com carcinoma ocorreu em 668 pacientes (36,2%) sendo que quando o adenoma era único, a associação ocorreu em 29,7% dos casos e quando era entre 6 e 48 adenomas, a frequência crescia até 80%. Outros autores referem opiniões semelhantes (GILLESPIE e col, 1979; WEINSTEIN, 1986).

1.2.3. Considerações sobre os carcinomas múltiplos sincrônico e metacrônico.

A possibilidade de desenvolvimento de carcinomas múltiplos de cólon e reto, vem sendo enfatizada desde 1932, após trabalho de revisão de WARREN & GATES (1932), mas foi CZERNY em 1880 (CUNLIFFE e col, 1984), quem primeiro descreveu esta eventualidade.

A incidência dos carcinomas sincrônicos e metacrônicos tem variado entre 0,6% e 10,0% (GINZBURG & DREILING, 1956; GRINNELL, 1958; ROSENTHAL & BARONOFSKY, 1960; PEABODY & SMITHWICK, 1961; POLK e col, 1965; GRUBER e col, 1970; TRAVIESO e col, 1972; HEALD & BUSSEY, 1975; LASSER, 1978; ALVES e col, 1986; KIEFER e col, 1986; WEBER e col, 1986; PRADO-KOBATA e col, 1988).

Os carcinomas múltiplos, sincrônicos ou metacrônicos, são mais frequentemente associados à presença de pólipos tanto em exames pré-operatórios como no espécime cirúrgico ressecado e também no seguimento pós-operatório. MORSON (1974)(b) analisando 3002 pacientes operados de carcinoma colorretal no St. Mark's Hospital de Londres, notou uma incidência de cerca de 20% de tumores sincrônicos, tanto benignos como malignos, e por isso chama a atenção para a necessidade de se examinar todo o cólon, na vigência de um tumor colorretal. Referiu ainda, que o risco de desenvolvimento do carcinoma metacrônico varia com a presença ou não de pólipos no espécime cirúrgico, sendo de cerca de 4% na ausência de pólipos e 10% quando estes são encontrados, afirmando ainda que o risco de desenvolvimento de um novo câncer aumenta com o número de pólipos adenomatosos existentes. Esta associação é também relatada na literatura por diversos autores (PEABODY & SMITHWICK, 1961, HEALD & BUSSEY, 1975; APPEL, 1976; LASSER, 1978; REILLY e col, 1982; ALVES e col, 1986; LARSON e col, 1986; KIEFER e col, 1986).

O tempo decorrido entre a cirurgia e o diagnóstico do carcinoma metacrônico pode ser longo e bastante variável. BUSSEY e col (1967) referem intervalo de tempo médio de 8,5 anos. MORSON (1974)(b) refere esse tempo variando entre dois e 31 anos, com média de 13,5 anos. KIEFER e col (1986) em análise retrospectiva de 1888 carcinomas colorretais observaram que os casos de carcinoma metacrônico (1,6%) apareceram dentro dos dois primeiros anos de pós-operatório em 40% dos casos e consideraram como o intervalo de tempo médio a esse diagnóstico, de 52,9% meses.

1.2.4. Considerações sobre a recidiva local do carcinoma colorretal

A recidiva local do carcinoma colorretal é uma intercorrência relativamente comum após cirurgias pretensamente curativas e o seu aparecimento tem sido mais frequentemente relatado nos dois primeiros anos de pós-operatório (WELCH & DONALDSON, 1978; POLK & SPRATT, 1983; McDERMOTT e col, 1985).

A incidência de recidiva local tem variado entre 7,1% e 39% (GOLIGHER e col, 1951; WRIGHT e col, 1969; WELCH & DONALDSON, 1978; COCHRANE e col, 1980; ASTE e col, 1982; NAVA & PAGANA, 1982; BUHLER e col, 1984; SCHIESSEL e col, 1986).

O aparecimento da recidiva local se dá frequentemente de fora para dentro, isto é, com o crescimento tumoral extra-colorretal, invadindo a mucosa secundariamente. Isto pode significar que

quando diagnosticada, já poderá corresponder a lesão localmente avançada, e portanto de péssimo prognóstico (MARKS, 1979; ASTE e col, 1982; AUFSES, 1983; BEART Jr. e col, 1986; WEBER e col, 1986).

A possibilidade de nova cirurgia, visando o tratamento da recidiva local, irá depender portanto da precocidade no diagnóstico da lesão e se possível ainda em fase não sintomática (WELCH & DONALDSON, 1978; UNGER & WANEBO, 1983; BUHLER e col, 1984; McDERMOTT e col, 1985; BEART Jr. e col, 1986; SCHIESSEL e col, 1986, WEBER e col, 1986).

1.2.5. Considerações sobre a Endoscopia Colorretal

1.2.5.1. Histórico

A evolução da endoscopia colorretal neste século foi motivada pela crescente preocupação tanto com a necessidade de detecção precoce da recidiva do carcinoma colorretal, dos carcinomas sincrônicos e metacrônicos, como também com sua profilaxia, considerando-se o potencial de transformação maligna dos adenomas. O desenvolvimento tecnológico até os aparelhos flexíveis de fibra óptica foi gerado pela necessidade de se estender esta ação até os segmentos proximais do cólon.

O emprego do exame endoscópico de cólon e reto se iniciou, porém, no século passado com a introdução da retossigmoidoscopia (CLARKE, 1969). A retossigmoidoscopia foi então, principalmente antes da introdução da colonoscopia, um dos mais importantes métodos propedêuticos de diagnóstico e seguimento pós-operatório do carcinoma colorretal e vários autores a empregaram largamente com estes propósitos (GRINNELL, 1958, RIDER e col. 1959; GILBERTSEN e col. 1965; POLK & SPRATT, 1971; GILBERTSEN, 1974; EKMAN e col, 1977; BEART Jr. e col. 1981).

Com a aceitação cada vez maior dos conceitos relativos aos adenomas como lesão pré-maligna e com a constatação de que o estudo do cólon, através do enema opaco, poderia revelar grande incidência de falhas, especialmente no diagnóstico de pólipos menores de 1,0cm (GRINNELL, 1958), além do fato de que o alcance do retossigmoidoscópio se limitava a no máximo 30cm distais do intestino grosso, fez com que diversos autores já na década de 1950, chamassem a atenção para a necessidade da visualização intra-operatória de todo o cólon através de colotomias múltiplas e coloscopias, para diagnóstico e remoção de pólipos (SCARBOROUGH & KLEIN, 1948; DeMUTH e col, 1952; GILCHRIST, 1953; JUDD Jr. & CARLISLE, 1953; DEDDISH & HERTZ, 1955; SWINTON, 1960). Este procedimento, no entanto, tinha como grande inconveniente ser um procedimento com mortalidade de 1% e elevada morbidade (48%) (DEDDISH & HERTZ, 1955; KLEINFELD & GUMP, 1960).

A concepção atual da fibroendoscopia gastrointestinal tem seus primórdios nos trabalhos de BAIRD (1927) e LAMM (1930) que demonstraram a transmissão de imagens através de fibras ópticas. O termo "fibroscópio" foi introduzido por HOPKINS & KAPANY em 1954 e HIRSCHOWITZ e col em 1957, apresentaram pela primeira vez o uso de um fibroscópio longo para exame de estômago e duodeno.

Seguindo-se à fibroendoscopia do tubo digestivo alto, apareceram as primeiras tentativas de sua utilização em cólon e reto. TURELL, em 1963, comunicou preliminarmente o uso do colonoscópio de fibra óptica, sem contudo mostrar seus resultados iniciais. No Japão, MATSUNAGA e col (1959) e

NIWA (1960) publicaram o emprego da fibroendoscopia em cólon e reto adaptado com uma câmara fotográfica semelhante à gastrocâmara.

TURELL & HALLER, 1964; KRATZER, 1964; TURELL, 1967; OVERHOLT, 1969; DEAN & SHERMAN, 1970 e OVERHOLT, 1971, apresentaram resultados tanto com relação à técnica da fibroendoscopia colorretal como de seus achados patológicos, ainda empregando aparelhos curtos, porém com alcance bem maior do que os aparelhos rígidos. No início da década de 1970, o emprego de aparelhos mais longos (160 cm, ou mais) já permitia o estudo do cólon ascendente, ceco e íleo terminal em cerca de 60% dos casos (WOLFF & SHINYA, 1971 e WOLFF e col, 1972) e, posteriormente, com o desenvolvimento da experiência, em cerca de 95% dos casos (WOLFF & SHINYA, 1974; WILLIAMS, 1981).

A importância desse exame total dos cólons, vem sendo frequentemente relatada na literatura mais recente (WOLFF & SHINYA, 1975; RHODES e col, 1977; CUTAIT, 1979; LIPSHUTZ e col, 1979; CUTAIT e col, 1981; NAVA & PAGANA, 1982; UNGER & WANEBO, 1983; GÓES e col, 1985; BALLORAIN e col, 1985; KIEFER e col, 1986; LARSON e col, 1986; SUGARBAKER, 1986; THORSON e col, 1986; WEBER e col, 1986; PRADO-KOBATA e col, 1988).

1.2.5.2. Considerações sobre colonoscopia pós-operatória e a detecção de adenomas.

Levando-se em conta o papel representado pelos adenomas como lesão pré-neoplásica, como evidenciado em itens anteriores, é que se vem justificando a utilização rotineira pós-operatória da colonoscopia no sentido da sua detecção precoce e possibilidade de tratamento endoscópico além da chance de se associarem aos carcinomas metacrônicos (WOLFF & SHINYA, 1974; LIPSHUTZ e col, 1979; CUTAIT e col, 1981; KRONBORG e col, 1983; GÓES e col, 1985; BRAZER, 1986; THORSON e col, 1986; WEBER e col, 1986; WEGENER e col, 1986; PRADO-KOBATA e col, 1988).

1.2.5.3. Considerações sobre colonoscopia e os carcinomas sincrônico e metacrônico.

Baseado nas considerações apresentadas no item 1.2.3., torna-se imperioso o exame colonoscópico de todos os segmentos colorretais remanescentes no pós-operatório do carcinoma colorretal.

Pacientes portadores de carcinoma colorretal, associado a pólipos adenomatosos no espécime ressecado, ou que o desenvolvam no pós-operatório, têm maior chance de apresentarem um novo tumor primário, merecendo por isso maior atenção no pós-operatório (GRINNELL, 1958; ROSENTHAL & BARONOFKY, 1960; PEABODY & SMITHWICK, 1961; POLK e col, 1965; BUSSEY e col, 1967; GRUBER e col, 1970; TRAVIESO e col, 1970; MORSON, 1974(a)(b); HEALD & BUSSEY, 1975; MUTO e col, 1975; CUNLIFFE e col, 1984; GÓES e col, 1985; ALVES e col, 1986; KIEFER e col, 1986).

Outro dado fundamental, é que o tempo de aparecimento das lesões metacrônicas pode variar de 6 meses a 31 anos (GRUBER e col, 1970; MORSON, 1974(a)(b); MUTO e col, 1975; WELCH & DONALDSON, 1978; KIEFER e col, 1986), advindo daí a necessidade de que o seguimento

pós-operatório com a colonoscopia se prolongue indefinidamente (REILLY e col, 1982; KIEFER e col, 1986; LARSON e col, 1986; LOTFI e col, 1986).

1.2.5.4. Considerações sobre a Colonoscopia pós-operatória e o diagnóstico da recidiva local.

O estudo das anastomoses na cirurgia para o câncer colorretal, através da colonoscopia tem também gerado controvérsias quanto à sua real eficácia no diagnóstico precoce da recidiva local.

MARKS, (1979) considera que o emprego da colonoscopia na inspeção de anastomoses para detecção de recidiva, não seria totalmente eficiente, uma vez que é mais frequentemente extramural e pode estar presente sem envolvimento da mucosa. BEART Jr. e cols (1981) e ASTE e cols (1982) chegam a conclusões semelhantes.

Outros autores, no entanto, manifestam pontos de vista diversos dos anteriormente referidos, no que diz respeito ao diagnóstico de recidivas a nível de anastomoses. WELCH & DONALDSON (1979), após estudarem 145 autópsias em pacientes que evoluíram para o óbito por carcinoma colorretal, chegam à conclusão que os exames endoscópicos periódicos nos dois primeiros anos de pós-operatório são muito importantes no sentido de se detectar e reoperar pacientes que venham a apresentar recidiva local do tumor. VASSILOPOULOS e col (1981), estudando 91 pacientes com carcinomas colorretais metastáticos ou recidivados, observaram 30 pacientes com recidivas em anastomoses. Uma das conclusões deste trabalho, é que o exame regular endoscópico das anastomoses é obrigatório. KRONBORG e col (1983) em 239 pacientes seguidos por três anos de pós-operatório, concluíram que cinco pacientes com recidiva local tiveram outra cirurgia radical enquanto isso não foi possível em nenhum dos 40 pacientes com recidiva diagnosticados por outro meio que não a colonoscopia e o enema opaco. BUHLER e col (1984) em estudo realizado em 188 pacientes observaram que 20 apresentaram recidiva local (10,6%), sendo o exame endoscópico de controle indicado em 11 por suspeita clínica de recidiva e nos nove restantes, como exames de rotina (pacientes assintomáticos). Verificaram que em seis dos nove pacientes assintomáticos a reoperação foi possível, contrariamente aos 11 sintomáticos. Além disso, cinco desses pacientes reoperados, ficaram assintomáticos por um período médio de 38 meses (12-72 meses), enquanto os não operados evoluíram para o óbito em média oito meses após a detecção. Os autores concluem que o melhor prognóstico está no diagnóstico precoce das recidivas, em fase ainda sem sintomas e para isso propõem um seguimento regular por endoscopia nos primeiros anos de pós-operatório.

2.CASUÍSTICA E MÉTODOS

2.1. CASUÍSTICA

Foram analisados no presente estudo, 130 pacientes portadores de carcinoma colorretal e que foram submetidos a um total de 227 exames colonoscópicos como parte do esquema de seguimento pós-operatório, no período de 1980-1988. Os pacientes foram operados pelo Grupo de Colo-Proctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo da FCM-UNICAMP ou em outros serviços, mas que foram encaminhados ao Grupo para seguimento pós-operatório.

Nesta casuística não foram incluídos os pacientes portadores de neoplasia do canal anal, ânus e região perianal; de carcinomas colorretais secundários à retocolite ulcerativa inespecífica e polipose familiar; de adenomas tubulares, túbulo-vilosos ou vilosos com atipias celulares focais; de neoplasias colorretais que não adenocarcinomas.

Pacientes que tiveram diagnóstico de carcinoma metacrônico ou recidivado ao nível da anastomose e que foram reoperados, passaram a ser considerados como casos novos, sendo o tempo de pós-operatório contado após a data da última cirurgia.

2.1.1. SEXO E GRUPO ETÁRIO

A idade dos pacientes, observada por ocasião do seu primeiro exame colonoscópico, variou entre 23 e 84 anos (média: 56,8) sendo que 51 (39,23%) eram do sexo masculino e 79 (60,77%) do feminino. (Tabela 01 e 02)

2.1.2. GRUPO ÉTNICO

Em relação ao grupo étnico, 118 pacientes (90,76%) eram brancos, nove (6,92%) eram negros e três (2,30%) eram amarelos. (Tabela 03)

2.1.3. DADOS RELATIVOS AOS TUMORES OPERADOS

2.1.3.1. Distribuição dos pacientes conforme a localização do tumor

Os pacientes foram catalogados segundo a localização dos tumores em três grupos: foram considerados como sendo do grupo I, quando localizados desde o ceco até transversal distal; do grupo II, quando localizados da flexura esplênica até o sigmóide distal e do grupo III, quando localizados desde a junção retossigmóide até reto inferior.

Pertenceram ao grupo I, 33 pacientes (25,38%), ao grupo II, 39 pacientes (30,00%) e ao grupo III, 58 pacientes (44,61%).(Tabela 04)

2.1.3.2. Distribuição dos pacientes conforme o tamanho do tumor.

O tamanho dos tumores foi obtido em informações contidas nos exames anátomo-patológicos. Essas medidas foram agrupadas da seguinte maneira: Grupo A, para os tumores de até 2 cm; Grupo B, para os tumores maiores de 2cm e menores ou iguais a 5cm; Grupo C, para os tumores maiores de 5cm e menores ou iguais a 8cm e Grupo D, para os tumores maiores de 8cm

Pertenciam ao grupo A, nove pacientes (10,11%); ao grupo B, 43 pacientes (48,31%); ao grupo C, 27 pacientes (30,33%); ao grupo D, 10 pacientes (11,23%). Em 41 (31,54%), não foi possível obter-se tal medição.(Tabela 05)

2.1.3.3. Distribuição dos pacientes conforme o tipo morfológico do tumor.

Em relação ao tipo morfológico, os tumores foram classificados em ulcerado subestenosantes, ulcerado estenosante e polipóide. Apresentavam tumores subestenosantes, 75 pacientes (71,42%); tumores estenosantes, 15 pacientes (14,28%) e tumores polipóides, 15 pacientes (14,28%). Faltaram esses dados para 25 pacientes(19,23%).(Tabela 06)

2.1.3.4. Distribuição dos pacientes conforme a ocorrência de tumor associado a outras lesões neoplásicas benignas ou malignas.

Baseado nas informações dos prontuários, os pacientes foram selecionados quanto a serem portadores de carcinomas associados a outras lesões neoplásicas benignas ou malignas. Eram portadores de lesões sincrônicas 15 pacientes (14,42%), sendo dois com carcinomas (1,92%) e 13 com adenomas (12,50%).(Tabela 07)

2.1.3.5. Distribuição dos pacientes, conforme a classificação do tumor quanto a diferenciação histopatológica.

Tomando por base a classificação de BRODERS (1925), os tumores foram catalogados quanto a diferenciação celular em bem diferenciados, moderadamente diferenciados e indiferenciados. Os pacientes que apresentaram mais de um carcinoma por ocasião do tratamento cirúrgico foram catalogados pela diferenciação histopatológica do tumor principal. Em 56 pacientes (56,00%) os tumores eram bem diferenciados; em 39 (39,00%), moderadamente diferenciados e em cinco (5,00%), indiferenciados.

Em 30 pacientes (30,00%), não foi possível obter-se este dado, por terem sido encaminhados ao serviço com informações incompletas.(Tabela 08)

2.1.3.6. Distribuição dos pacientes conforme a classificação do tumor quanto a disseminação transparietal e linfática.

Com relação à disseminação transparietal e linfática, segundo DUKES, (1932) os carcinomas foram classificados em tipo A, B, C1, e C2. Assim, 13 pacientes (13,13%) pertenciam ao tipo A, 58 (58,58%) ao tipo B, 24 (24,24%) ao tipo C1 e quatro (4,04%) ao tipo C2. Em 31 pacientes(23,84%) que foram encaminhados por outros serviços, não foram fornecidos estes dados.(Tabela 09)

2.2. MÉTODOS

2.2.1. INDICAÇÃO DO EXAME COLONOSCÓPICO

Os pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico do carcinoma colorretal foram, no pós-operatório, submetidos a exames colonoscópicos realizados em regime ambulatorial. Alguns pacientes tiveram a solicitação do exame baseada em manifestações clínicas compatíveis com recidiva tumoral, reaparecimento de lesões metacrônicas ou esclarecimento de resultados de outros exames subsidiários. Os retornos para os exames foram orientados da seguinte maneira:

- a - Pacientes com avaliação completa colorretal em exame radiológico e/ou colonoscópico no pré-operatório: exames colonoscópicos a partir do 6^o mês pós-operatório, repetindo-se após seis meses e depois anualmente.
- b - Pacientes com exame radiológico e/ou colonoscópico incompletos ou não realizados no pré-operatório: exames no 3^o, 6^o, 12^o mês de pós-operatório e depois anualmente.
- c - Pacientes que independentemente da avaliação pré-operatória apresentassem sintomas colorretais compatíveis com recidiva tumoral ou aparecimento de lesões metacrônicas, seriam imediatamente submetidos a exame colonoscópico.
- d - Apesar de previamente fixados os retornos, nem sempre foram realizados exatamente no mês indicado ou por sobrecarga na rotina do serviço de

colonoscopia ou porque os pacientes retornavam apenas quando convocados pelo Serviço Social.

2.2.2. PREPARO DO CÓLON

Os pacientes seguiram o seguinte esquema de preparo de cólon para serem submetidos ao exame colonoscópico:

- a - Na ante-véspera do dia do exame: dieta líquida, sem resíduos; ingestão de um copo de água (250ml) a cada hora das 8 até 18 horas (10 tomadas); às 12 horas desse dia, ingestão de dois comprimidos de bisacodil por via oral.
- b - Na véspera do dia do exame: dieta líquida sem resíduos; ingestão de um copo de água (250ml) a cada 30 minutos das 8 às 18 horas (20 tomadas); às 12 horas desse dia, quatro comprimidos de bisacodil por via oral.
- c - No dia do exame : paciente comparece ao local de exame, em jejum e recebe aplicação de clister glicerinado via retal, uma hora antes da realização da colonoscopia.

Os pacientes portadores de colostomia terminal (amputação de reto), foram submetidos ao mesmo esquema de preparo de cólon, excluindo-se, obviamente, a aplicação do clister glicerinado via retal.

Para os pacientes que apresentavam, por ocasião da indicação do exame, clínica ou estudo radiológico compatível com recidiva tumoral a nível da anastomose com conseqüente estenose, foram propostos esquemas mais brandos de preparação do cólon, com a preocupação principal de remoção de massa fecal sólida ou pastosa em cólon e/ou reto, distalmente à anastomose.

2.2.3. SEDAÇÃO E ANALGESIA

A sedação ou analgesia dos pacientes durante o procedimento foi efetuada apenas ocasionalmente, de acordo com a necessidade de cada caso.

2.2.4. TÉCNICA

2.2.4.1. Posição do paciente

Os pacientes foram posicionados em decúbito lateral esquerdo com o tronco obliquamente disposto em relação ao maior eixo da mesa de exame, coxas paralelamente colocadas e flexionadas em direção ao tronco e na perpendicular ao maior eixo da mesa. As pernas ficavam também paralelas, mas no mesmo sentido do maior eixo da mesa. Durante o exame, a posição podia variar para os decúbitos dorsal, ventral ou lateral direito, como medida auxiliar para a execução das diferentes manobras técnicas de penetração do aparelho.

2.2.4.2. Técnica de inserção do aparelho

Foi utilizada a técnica proposta por WILLIAMS (1981) com apenas um examinador, sem contudo utilizar monitorização fluoroscópica.

2.2.4.3. Alcance dos exames

Basicamente todos os exames foram propostos para serem totais, isto é, estudo de todos os segmentos colorretais remanescentes. Na eventualidade do paciente apresentar clínica e/ou estudo radiológico compatível com estenose ou subestenose mais distalmente, a proposição foi para exames parciais, objetivando pelo menos atingir a região afetada.

2.2.4.4. Critérios para consideração de exame colonoscópico com resultado positivo.

Foram considerados exames com resultado positivo aqueles que apresentassem como achado endoscópico e eventual confirmação anátomo-patológica posterior, as seguintes possibilidades diagnósticas:

- Adenomas
- Recidiva local
- Carcinoma sincrônico (carcinoma diagnosticado em segmentos colorretais remanescentes, fora da região da anastomose, com ocorrência até o 6o. mês pós-operatório).
- Carcinoma metacrônico (carcinoma diagnosticado em segmentos colorretais, fora da região da anastomose, com ocorrência após o 6º mês pós-operatório.)

2.2.4.5. Incidência de exames colonoscópicos com resultado positivo

Foi determinada a incidência de exames colonoscópicos pós-operatório com resultado positivo, para cada um dos tipos de diagnósticos possíveis (adenomas, carcinoma sincrônico, metacrônico e recidiva local) e para o total deles.

2.2.4.6. Observação da ocorrência de exames colonoscópicos com resultado positivo em função do tempo de pós-operatório.

No sentido de se determinar o período de maior ocorrência de exames com resultado positivo, os pacientes foram agrupados em três períodos de pós-operatório: até dois anos; mais de dois e menos que cinco anos; cinco anos ou mais. Foi feito o mesmo tipo de observação separadamente para cada uma das possibilidades de exames positivos.

2.2.4.7. Estudo dos fatores de influência na ocorrência de exames colonoscópicos com resultado positivo

Foram analisadas as influências de algumas características dos pacientes e dos tumores colorretais na ocorrência de resultado positivo nos exames colonoscópicos. Com relação aos pacientes, estudou-se sexo e grupo etário e, em relação aos tumores, foram avaliados localização, dimensões, morfologia, associação destes com outras lesões sincrônicas (carcinomas e adenomas) nos espécimes cirúrgicos, diferenciação histopatológica e disseminação intraparietal e a distância.

2.2.4.8. Equipamentos utilizados no presente trabalho:

- 1- Colonoscópios CF-LB3R e CF MB3R (Olympus)
- 2- Duplofibroscópio (Olympus)
- 3- Fonte de luz fria (Olympus)
- 4- Unidade eletro-cirúrgica (Olympus)
- 5- Câmera fotográfica OM-1 (Olympus)
- 6- Conjunto de pinças de biópsias, de fulguração, de polipectomia e de escovagem para citologia, todos da marca Olympus.

Não foram utilizados equipamentos de Raio-X para monitorização fluoroscópica dos procedimentos endoscópicos.

O arquivo de dados foi gravado em disquetes com programas especialmente desenvolvidos para o trabalho, em linguagem Dbase II e III plus tendo sido empregado microcomputadores Scopus (Nexus 2600) e SID 501, padrão PC (Personal Computer) e para processamento de texto foi utilizado microcomputador Itautec I-7000 Junior e SID 501, padrão PC.

2.2.4.9. Análise Estatística

A influência dos fatores prognósticos na ocorrência de resultados positivos foi analisada estatisticamente utilizando-se o teste Qui-quadrado, para obtenção de níveis de significância. Só foram realizados testes Qui-quadrado em tabelas que apresentaram, no máximo, uma cela com frequência menor que cinco. Para estas tabelas, o valor do Qui-quadrado foi considerado com fator de correção de continuidade. As tabelas que apresentaram duas ou mais celas com frequência menor que cinco não foram aplicadas ao teste Qui-quadrado, devido ao pequeno tamanho amostral.

Para a análise do tempo de pós-operatório decorrido até a detecção colonoscópica de resultados positivos foi empregado o programa KMSURV. Este programa foi desenvolvido como um instrumento para análise estatística de sobrevida, sendo de grande utilidade em estudos epidemiológicos, de evolução clínica e de levantamentos retrospectivos, como este trabalho. O KMSURV, utilizando o método de KAPLAN-MEIER(1958), permite estimar a função de sobrevida atuarial e compara a distribuição de

sobrevida para até seis categorias de uma única variável. Neste trabalho, foi estudada a distribuição do tempo de ocorrência de resultados positivos dos exames. O KMSURV utiliza três testes estatísticos: COX-MANTEL, WILCOXON (versão de PRESLOW) e LOG-RANK, sendo que nesta análise empregou-se apenas dois deles (COX-MANTEL e LOG-RANK). O programa fornece valores de P monocaudais e bicaudais para cada um dos resultados estatísticos fornecidos pelos testes. A distribuição é desenhada ao final do programa pela técnica empírica do "top-of-the-step". O programa foi desenvolvido em linguagem PASCAL e existe uma versão compilada destinada a microcomputador equipado com co-processador aritmético 8087, sendo que a configuração mínima necessária é a IBM-PC com 256 K de RAM.

3. RESULTADOS

3.1. Exames colonoscópicos com resultado positivo

Foram realizados 227 exames em 130 pacientes, sendo que 28 destes (21,53%) tiveram pelo menos um exame com resultado considerado positivo. O total de exames com resultado positivo foi de 33 que correspondeu a 14,53% dos exames. (Figura 4). Com relação ao tipo de resultado positivo, obteve-se os seguintes achados abaixo descritos.

3.1.1. Adenomas

Foram encontrados adenomas em 21 exames (9,25%) realizados em 16 pacientes (12,30%) sendo que três (2,30%) tiveram mais de um exame com esse achado.

3.1.2. Carcinomas sincrônico ou metacrônico

Em nenhum dos pacientes seguidos foi feito o diagnóstico de carcinoma sincrônico.

Carcinoma metacrônico foi detectado em três pacientes com uma incidência de 2,30%. Em dois deles (nº 111 e 122) os exames colonoscópicos foram indicados devido a presença de sintomas e no outro (nº 91) devido a elevação dos níveis séricos do antígeno carcino-embriônico, com o paciente ainda assintomático. Todos os pacientes foram reoperados e evoluem satisfatoriamente.

Todos os pacientes deste grupo foram submetidos a primeira cirurgia em outros serviços.

3.1.3. Recidiva local

Em nove pacientes foi possível diagnosticar recidiva ao nível da anastomose com uma incidência de 6,92%. Dos nove pacientes, apenas um deles (11,11%) (nº 16) era assintomático e foi examinado rotineiramente, sendo estabelecido o diagnóstico de tumor recidivado ao nível de anastomose, a 30 cm da borda anal, tendo o paciente sido submetido a nova cirurgia curativa. Nos demais pacientes, os exames foram indicados devido a sintomas compatíveis com recidiva tumoral. Três deles (33,33%) (nº 16, 36 e 112) foram reoperados, com um (nº 112) ainda vivo com mais de um ano de pós-operatório.

Outra característica desse grupo é que dos nove pacientes, cinco foram primariamente operados em outros serviços, sendo portanto desconhecidas as informações relativas ao ato operatório, como extensão de alça intestinal ressecada, princípios oncológicos observados, etc.

3.2. Exames colonoscópicos com resultado positivo em relação ao período de pós-operatório

3.2.1. Adenomas

A ocorrência de exames colonoscópicos com resultado positivo para adenomas, em função do período pós-operatório, foi a seguinte: até o 2º ano, 13 exames (5,72%), do 2º ao 5º ano, seis exames (2,64%) e depois do 5º ano, dois exames (0,88%)

Com este diagnóstico sendo estabelecido em primeiro exame no pós operatório, observou-se em 11 pacientes (84,61%) (no. 3, 12, 14, 25, 35, 48, 85, 87, 104, 107, 132) até o 2º ano, em quatro (3,07%) (no. 13, 20, 39, 68) entre o 2º e 5º ano, e em um paciente (0,76%) (no.5) após o 5o.ano.(Tabela 10, Figura 1)

Dois pacientes (1,53%) (nº 3 e 14) tiveram exames com achados de pólipos (adenomas e não-adenomas) em todos os seus retornos, sendo porém considerados positivos apenas os exames com diagnóstico de adenomas.

3.2.2. Carcinoma metacrônico

Foram diagnosticados carcinomas metacrônicos em exames colonoscópicos com a seguinte distribuição quanto ao tempo de pós-operatório: até o 2º ano, em dois pacientes (66,66%) (nº 91, 122), entre o 2º e 5º ano, nenhum deles, e após o 5º ano, em um paciente (33,33%) (nº 111).(Tabela 10, Figura 2)

3.2.3. Recidiva local

Os nove pacientes que evoluíram com recidiva local tiveram esses diagnósticos em exames colonoscópicos realizados nos seguintes períodos de pós-operatório: até o 2º ano, seis pacientes (66,66%) (nº 16, 23, 36, 88, 95, 131), entre o 2º e 5º ano, dois (22,22) (nº 56, 112) e depois do 5º ano, um paciente (11,11%) (nº 31).(Tabela 10, Figura 3)

Um dos pacientes com recidiva local (nº 31) que teve seu diagnóstico após o 5º ano de pós-operatório (144º mês) poderia ter sido interpretado como carcinoma metacrônico devido ao tempo decorrido. O diagnóstico final no entanto, se baseou no fato de tratar-se de neoplasia ao nível da anastomose e seu caráter de doença avançada localmente e à distância.

3.2.4 Total de resultados positivos

O total de pacientes com exames colonoscópicos com resultado positivo foi de 28 (21,53%) sendo que 19 (67,86%) diagnosticados nos primeiros dois anos de pós-operatório, seis (21,43%) entre o 2º e 5º anos e três (10,71) após o 5º ano.(Tabela 10, Figura 4)

3.3. Fatores prognósticos e ocorrência de exames colonoscópicos com resultado positivo

3.3.1. Sexo

Levando-se em conta o sexo dos pacientes como fator prognóstico, verificou-se os seguintes achados:

3.3.1.1. Adenomas

Dos 79 pacientes do sexo feminino, em 11 deles (13,92%) (no. 3, 5, 12, 20, 25, 68, 74, 85, 104, 107 e 132) e, em 51 do sexo masculino, em cinco (9,80%) (no. 13, 14, 35, 48 e 87), constatou-se adenomas em seus exames pós-operatórios.

3.3.1.2. Carcinoma metacrônico

O diagnóstico de carcinoma metacrônico foi verificado em três pacientes do sexo feminino (3,79%) (no.91, 111 e 122) e em nenhum do sexo masculino.

3.3.1.3. Recidiva local

Observou-se recidiva local em cinco pacientes do sexo feminino (6,32%) (no.16, 56, 88, 95 e 112) e em quatro do sexo masculino (7,84%) (no.23, 31, 36 e 131).

3.3.1.4 Total de resultados positivos

Dos 51 pacientes do sexo masculino, nove (17,64%) tiveram exames colonoscópicos com resultado positivo, enquanto que estes ocorreram em 19 (24,05%) dos 79 do sexo feminino.

Os achados positivos em função do sexo dos pacientes estão relacionados na Tabela 11.

3.3.2. Grupo etário

A distribuição dos exames com resultados positivos em função do grupo etário dos pacientes foi a seguinte:

3.3.2.1. Adenomas

Um dos 21 pacientes com idades entre 21 e 40 anos, apresentou exame com achado de adenoma (4,76%) (nº 35); quatro de 54 pacientes na faixa etária entre 41 e 60 anos (7,40%) (nº 14, 20, 85 e 104) e 11 de 55 pacientes com mais de 60 anos (20,00%) (nº 3, 5, 12, 20, 25, 68, 74, 85, 104, 107 e 132).

3.3.2.2. Carcinoma Metacrônico

Com relação a exames com diagnóstico de carcinoma metacrônico as faixas etárias incidentes foram: entre 21 e 40 anos, um paciente (4,76%) (nº 122); entre 41 e 60 anos, nenhum; com mais de 60 anos, dois pacientes (3,63%) (nº 91 e 111).

3.3.2.3. Recidiva Local

Exames positivos para recidiva local em função do grupo etário, foram assim distribuídos: entre 21 e 40 anos, dois pacientes (9,52%) (nº 88, 95); entre 41 e 60 anos, quatro pacientes (7,40%) (nº 16, 23, 56, 112); com mais de 60 anos, três pacientes (5,45%) (nº 31, 36, 131).

3.3.2.4 Total de resultados positivos

Quatro (19,04%) dos 21 pacientes do grupo etário entre 21 e 40 anos apresentaram resultado positivo em exames colonoscópicos, oito (14,81%) dos 54 com idades entre 41 e 60 anos e 16 (29,09%) daqueles com mais de 60 anos.

Os dados relativos ao grupo etário como prognóstico, constam da Tabela 12.

3.3.3. Localização dos Tumores

Trinta e três pacientes (25,38%) tiveram seus tumores localizados em ceco, cólon ascendente, flexura hepática e cólon transversal (Grupo I); em flexura esplênica, cólon descendente e sigmóide (Grupo II) em 39 (30,00%) e na junção retossigmóide e reto (Grupo III) em 58 (44,61%).

Os resultados positivos observados no pós-operatório, levando-se em conta a localização do tumor primitivo, foi a seguinte:

3.3.3.1. Adenomas

Foram detectados adenomas em exames de cinco pacientes (14,70%) (nº 5, 13, 48, 107 e 132) pertencentes ao Grupo I, oito pacientes (19,51%) (nº 12, 14, 20, 25, 35, 68, 87 e 104), do Grupo II (quatro em sigmóide, nº 12, 14, 25 e 68) e três pacientes (5,17%) (nº 3, 39, 85) do Grupo III. ($p < 0,07$).

3.3.3.2. Carcinoma metacrônico

Dos três pacientes que evoluíram com carcinoma metacrônico, dois (5,88%) pertenciam ao Grupo I (nº 91 e 111) e um (0,75%) ao Grupo III (nº 122).

3.3.3.3. Recidiva local

Não se diagnosticou recidiva local em nenhum dos pacientes que eram do Grupo I. Naqueles do Grupo II, sete pacientes (17,07%) (nº 16, 23, 31, 95, 112 e 131) tiveram este diagnóstico, sendo que em cinco (12,1%) ao nível do sigmóide (nº 16, 36, 95, 112, 131). Dois pacientes (3,44%) (nº 56 e 88) do Grupo III apresentaram recidiva local na evolução. ($p < 0,01$)

3.3.3.4 Total de resultados positivos

Dos pacientes que tiveram exames colonoscópicos com resultado positivo, sete (20,58%) eram do grupo I, 15 (36,58%) do grupo II e seis (10,34%) do grupo III. ($p < 0,01$).

A Tabela 13 relaciona os exames com resultados positivos conforme a localização do tumor primitivo.

3.3.4. Tamanho

Dos 89 pacientes (68,46%), com esta informação, foi possível selecionar nove pacientes (10,11%) com tumores medindo 2 cm ou menos (Grupo A), 43 pacientes (48,31%) com lesões maiores de 2 cm e menores ou iguais a 5 cm (Grupo B), 27 pacientes (30,33%), com medidas tumorais maiores de 5 cm e menores ou iguais a 8 cm (Grupo C) e 10 pacientes (11,23%), lesões maiores de 8 cm (Grupo D).

Com relação aos resultados positivos dos exames desses pacientes constatou-se o seguinte:

3.3.4.1. Adenomas

Adenomas foram observados em dois pacientes pertencentes ao grupo A (22,22%) (nº 3 e 25), em quatro do Grupo B (9,30%) (nº 13, 14, 39 e 85), em três do Grupo C (11,11%) (nº 87, 107, 132) e em um do grupo D (10,00%) (nº 5).

3.3.4.2. Carcinoma metacrônico

Não foram detectados carcinomas metacrônicos nos componentes dos grupo A, B e D. Apenas um (nº 91) dos três pacientes com este achado dispunha dessa informação, uma vez que foram primariamente operados em outros serviços, tendo sido classificado como Grupo C (3,70%).

3.3.4.3. Recidiva local

Pelas mesmas razões do item anterior, apenas quatro dos nove pacientes que evoluíram com recidiva tumoral ao nível da anastomose dispunham desse tipo de informação.

As recidivas foram diagnosticadas em um paciente (11,11%) (nº 131) do Grupo A, em dois (4,65%) (nº 56 e 88) do Grupo B e em um (3,70%) (nº 95) do Grupo C.

3.3.4.4. Total de resultados positivos

Dos 89 pacientes com informações quanto ao tamanho do tumor, 15 (16,85%) apresentaram exames colonoscópicos com resultado positivo: três (33,33%) dos nove do grupo A, seis (13,95%) dos 43 do grupo B, cinco (15,81%) dos 27 do grupo C e um (10,00%) dos 10 do grupo D.

Constam da Tabela 14 os dados relativos a incidência dos exames colonoscópicos com resultado positivo em função do tamanho dos tumores.

3.3.5. Tipo morfológico

Foi possível saber o tipo morfológico do tumor em laudos de exame anátomo-patológico de 105 pacientes (80,76%), sendo que 75 (73,33%) tinham neoplasias ulceradas e subestenotantes, em 15 (14,28%) eram estenosantes e em 15 (14,88%) eram polipóides. Há de se salientar que todos os 15

pacientes com neoplasias estenosantes, foram operados em caráter de urgência e com quadro de obstrução intestinal baixa.

Os resultados positivos detectados nos exames colonoscópicos realizados nestes pacientes foram:

3.3.5.1. Adenomas

Os adenomas foram encontrados em nove pacientes (12,00%) (nº 3, 5, 13, 14, 25, 48, 68, 87 e 107) com tumores ulcerados e subestenosantes, em um (6,66%) (nº 35) com neoplasia estenosante e, em três (20,00%) (nº 39, 85 e 132) com carcinomas polipóides.

3.3.5.2. Carcinoma metacrônico

Dos três pacientes com diagnóstico de carcinoma metacrônico, dois possuíam este tipo de dado, sendo que, um deles (1,33%) (nº 91) era portador de tumor ulcerado subestenosante e o outro (6,66%) (nº 122), de tumor polipóide.

3.3.5.3. Recidiva local

Seis dos nove pacientes com recidiva local, dispunham desse tipo de informação em seus prontuários. Três deles (4,00%) (nº 88, 112 e 131) possuíam tumores ulcerados e subestenosantes e em três (20,00%) (nº 31, 56 e 95) eram estenosantes. Nenhum dos pacientes com tumores polipóides evoluiu com recidiva local.

3.3.5.4. Total de resultados positivos

Dos 75 pacientes com tumores do tipo subestenosante, 13 (17,33%) tiveram exames colonoscópicos com resultado positivo assim como quatro (26,66%) dos 15 do tipo estenosante e quatro (26,66%) dos 15 com os polipóides.

Estão relacionados na Tabela 15 as incidências de resultados positivos quanto ao tipo morfológico dos tumores.

3.3.6. Espécime cirúrgico com carcinoma associado a lesão neoplásica benigna ou maligna

Eram portadores de lesões múltiplas 15 pacientes (11,50%), sendo que dois deles (1,53%) (nº 5 e 8) com carcinomas sincrônicos e 13 (10,00%) (nº 3, 12, 14, 35, 41, 57, 87, 89, 95, 97, 102, 107 e 122) com carcinomas associados a adenomas.

Para este grupo de pacientes, os resultados positivos nos exames colonoscópicos pós-operatórios foram os seguintes:

3.3.6.1. Adenomas

Os adenomas foram detectados em sete desses pacientes (46,66%) (nº 3, 5, 12, 14, 35, 87 e 107). ($p < 0,001$).

3.3.6.2. Carcinoma metacrônico

Com relação ao carcinoma metacrônico, apenas dois dos três pacientes que o tiveram, dispunham desta informação e um deles (6,66%) (nº 122) era portador de carcinoma associado a adenoma no espécime cirúrgico.

3.3.6.3. Recidiva local

Dos nove pacientes com recidiva local, cinco possuíam esta observação nos prontuários e destes, apenas um (6,66%) (nº 95) apresentou carcinoma associado a adenoma no espécime cirúrgico.

3.3.6.4. Total de resultados positivos

Nove (60,00%) dos 15 pacientes que tiveram tumor associado a lesão neoplásica sincrônica apresentaram exames colonoscópicos com resultado positivo enquanto que estes ocorreram em 12 (13,48%) dos 89 com lesão única. (p<0.001)

A relação dos exames com estes resultados encontram-se na Tabela 16.

3.3.7. Diferenciação histopatológica

Este tipo de informação foi possível conseguir-se nos laudos de exames anátomo-patológicos de 100 pacientes (76,92%).

Eram carcinomas bem diferenciados os tumores de 56 pacientes (56,00%), moderadamente diferenciados os de 39 pacientes (39%) e indiferenciados os de 5 pacientes (5%).

Nenhum dos cinco pacientes com carcinoma indiferenciados apresentou achados considerados resultados positivos, mesmo levando-se em conta que realizaram em conjunto, um total de oito exames colonoscópicos com tempo de pós-operatório de 7, 7, 19, 33, 60, 66 e 92 meses.

Os achados pós-operatórios em exames colonoscópicos foram os seguintes:

3.3.7.1. Adenomas

Foram diagnosticados adenomas em seis pacientes (10,71%) (nº 3, 13, 25, 85, 87 e 107) com tumores bem diferenciados, em cinco (12,82%) (nº 5, 12, 14, 39 e 132) com carcinomas moderadamente diferenciados e em nenhum dos pacientes com lesões indiferenciadas.

3.3.7.2. Carcinoma metacrônico

Um dos pacientes (1,78%) (nº 91) com carcinoma metacrônico possuía tumor primário bem diferenciado e outro (2,56%) (nº 122), tumor moderadamente diferenciado. O terceiro paciente com este achado não dispunha deste tipo de dado.

3.3.7.3. Recidiva local

Quanto à recidiva local, seis pacientes possuíam esta informação, sendo que quatro deles (7,14%) (nº 23, 88, 95 e 133) eram tumores bem diferenciados e dois (5,12%) (nº 56 e 112), moderadamente diferenciados.

3.3.7.4. Total de resultados positivos

Dos 56 pacientes com tumores bem diferenciados, 11 (19,64%) apresentaram exames colonoscópicos com resultado positivo, da mesma forma que oito (20,51%) dos 39 com neoplasias moderadamente diferenciadas e nenhum dos cinco com carcinomas indiferenciados.

Os dados relativos à diferenciação histopatológica dos tumores e sua influência como fator prognóstico para exames colonoscópicos com resultado positivo estão na Tabela 17.

3.3.8. Disseminação tumoral

Foi possível saber o tipo de disseminação tumoral de 99 pacientes (76,15%) da casuística.

Foram classificados como sendo tipo A de DUKES, os tumores de 13 pacientes (13,13%), tipo B, de 58 (58,58%), tipo C1, de 24 (24,24%) e tipo C2, de quatro (3,05%).

Dos quatro pacientes pertencentes ao tipo C2 de DUKES, apenas um (nº 11) realizou mais de um exame pós-operatório, todos normais. Os três restantes (nº 30, 57 e 92) tiveram apenas um retorno e evoluíram precocemente para o óbito por doença disseminada.

Constatou-se nos exames colonoscópicos pós-operatórios as seguintes ocorrências de resultados positivos:

3.3.8.1. Adenomas

Exames com achados de adenomas foram verificados em dois pacientes (15,38%) (nº 39 e 132) com tumores tipo A de DUKES, em seis (10,34%) (nº 3, 12, 13, 25, 85 e 87), do tipo B, em três (12,50%) (nº 5, 14 e 107), do tipo C1, e em nenhum daqueles do tipo C2.

3.3.8.2. Carcinoma metacrônico

Os dois pacientes (3,44%) (nº 91 e 122) que dispunham deste dado, eram portadores de tumores do tipo B de DUKES.

3.3.8.3. Recidiva local

Dos cinco pacientes com informações relativas ao tipo de disseminação tumoral, nenhum deles pertenciam ao tipo A de DUKES, três (5,17%) (nº 56, 95 e 131) eram do tipo B, dois (8,33%) (nº 88 e 112), do tipo C1, e nenhum do tipo C2.

3.3.8.4. Total de resultados positivos

Dos 99 pacientes que tiveram informações quanto à disseminação tumoral, 18 (18,18%) evoluíram com exames colonoscópicos com resultado positivo. Dois (15,38%) dos 13 do tipo A de DUKES, 11 (18,96%) dos 58 do tipo B, cinco (20,83%) dos 24 do tipo C1 e nenhum do tipo C2.

Os resultados positivos pós-operatórios para os exames colonoscópicos em função da disseminação tumoral, constam na Tabela 18.

4. COMENTÁRIOS

4.1. Exames colonoscópicos com resultado positivo.

O seguimento dos pacientes operados devido ao carcinoma colorretal vem assumindo grande importância e tem merecido cada vez mais atenção em todos os centros especializados, uma vez que o controle desta neoplasia dependerá da precocidade do diagnóstico de lesões sincrônicas, metacrônicas e da recidiva local e à distância (MORSON, 1974(a)(b), WOLFF & SHINYA, 1974; EKMAN e col, 1977; WELCH & DONALDSON, 1978; MARKS, 1979; WELCH & DONALDSON, 1979; BEART JR e col, 1981; VASSILOPOULOS e col, 1981; NAVA & PAGANA, 1982; KRONBORG e col, 1983; UNGER & WANEBO, 1983; BUHLER e col, 1984; BALLORAIN e col, 1985; GÓES e col, 1985; SCHIESSEL e col, 1986; WEBB e col, 1986; WEBER e col, 1986; PRADO-KOBATA e col, 1988).

A retossigmoidoscopia, apesar de indicada apenas no estudo de anastomoses baixas e dos segmentos remanescentes mais distais, foi importante principalmente no período anterior à colonoscopia no diagnóstico de tumores recidivados (GOLIGHER, 1975). BACON & BERKLEY (1959) recomendavam seu uso no pós-operatório, com a finalidade de diagnosticar precocemente a recidiva, ainda em fase de cirurgia curativa. Assim, estes autores relataram 36 pacientes nos quais foi possível nova cirurgia curativa, sendo que dentre eles, 15 sobreviveram de 5 a 16 anos.

Devido a necessidade de se examinar totalmente os cólons, tanto no estudo das anastomoses como também com o intuito de identificar lesões sincrônicas e metacrônicas, benignas ou malignas e, levando-se em conta as limitações do exame contrastado dos cólons para o diagnóstico de lesões menores de 1 cm e também por causa do pequeno alcance da retossigmoidoscopia, alguns autores propuseram nas décadas de 1940 e 1950, a realização de colotomias múltiplas e coloscopias (SCARBOROUGH & KLEIN, 1948; DeMUTH e col, 1952; GILCHRIST, 1953; JUDD JR & CARLISLE, 1953; DEDDISH & HERTZ, 1955; SWINTON, 1960). O exame endoscópico intra-operatório dos cólons acarretava, no entanto, mortalidade de 1% e morbidade de até 48%, o que fez com que o método passasse a ser indicado em casos selecionados e posteriormente abandonado (DEDDISH & HERTZ, 1955; KLEINFELD & GUMP, 1960).

O emprego da colonoscopia a partir da década de 60 veio solucionar este problema, sendo hoje, exame indispensável no seguimento desses pacientes, rotineira e indefinidamente, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico dos adenomas e carcinomas sincrônicos e metacrônicos (MATSUNAGA e col, 1959; NIWA, 1960; TURELL, 1963; KRATZER, 1964; TURELL 1967; OVERHOLT, 1969; OVERHOLT, 1971; WOLFF & SHINYA, 1971; WOLFF & SHINYA, 1972; WOLFF & SHINYA, 1974; WOLFF & SHINYA, 1975; WELCH & DONALDSON, 1978; CUTAIT, 1979; MARKS, 1979; WELCH

& DONALDSON, 1979; BEART JR e col, 1981; CUTAIT e col, 1981; VASSILOPOULOS e col, 1981; NAVA & PAGANA, 1982; KRONBORG e col, 1983; UNGER & WANEBO, 1983; BUHLER e col, 1984; GÓES e col, 1985; SCHIESSEL e col, 1986; WEBB e col, 1986; WEBBER e col, 1986; PRADO-KOBATA e col, 1988).

Contudo, com relação à recidiva local, o papel diagnóstico da endoscopia tem sido muito discutido. MARKS (1979), BEART JR e col (1981) e ASTE e col (1982), salientaram as limitações da colonoscopia quanto a sua capacidade em diagnosticar precocemente esta eventualidade, uma vez que o aparecimento de sinais endoscópicos de recidiva tumoral poderiam já significar doença avançada localmente. COCHRANE e col (1980) acreditavam ser o seguimento rotineiro desses pacientes bastante ineficaz na detecção de recidiva local. No seguimento de 406 pacientes operados, 58% daqueles com recidiva local realizaram exames endoscópicos devido a existência de sintomas e não como achado propedêutico em assintomáticos.

Outros autores, (WELCH & DONALDSON, 1978; WELCH & DONALDSON, 1979; VASSILOPOULOS e col, 1981; KRONBORG e col, 1983; BUHLER e col, 1984; SCHIESSEL e col, 1986), no entanto, chamaram a atenção para a necessidade da detecção precoce da recidiva tumoral local a fim de que o paciente tenha chance de uma nova cirurgia curativa, considerando fundamental o exame endoscópico rotineiro das anastomoses.

4.1.1. Adenomas

O adenoma, na classificação dos tumores colorretais adotada pela Organização Mundial de Saúde (MORSON e cols, 1976) é um pólipó catalogado como lesão neoplásica e, apesar do seu caráter benigno, apresenta ao lado da polipose familiar e da retocolite ulcerativa um bem definido potencial de transformação maligna (MORSON, 1974(a); MORSON, 1979).

A transformação de um adenoma em carcinoma, muito estudado desde a década de 1920, é aceita pela maioria dos autores (DUKES, 1926; FITZGIBBON & RANKIN, 1931; BUIE & BRUST, 1935; SWINTON & WARREN, 1939; GRINNELL, 1958; BUSSEY, 1970; POTET & SOULLARD, 1971; FENOGLIO & LANE, 1974; MORSON, 1974(a)(b); HEALD & BUSSEY, 1975; KOZUKA, 1975; KOZUKA e col, 1976; DAY & MORSON, 1978; LIPSHUTZ e col, 1979; FENOGLIO-PREISER, 1986; WEINSTEIN, 1986). Este conceito no entanto, não teve aceitação unânime desde o início, uma vez que alguns autores colocaram-se contrários à possibilidade desta transformação (DAVID, 1934; SPRATT e col, 1958) ou então admitindo este conceito apenas parcialmente, isto é, aceitando também a possibilidade do desenvolvimento de carcinoma na mucosa colorretal, sem a prévia existência de um adenoma (carcinoma "de novo") ou de um quadro inflamatório crônico progressivo (retocolite ulcerativa) (CASTLEMAN & KRISKSTEIN, 1962; MATSUO e col, 1986).

A detecção dos adenomas através da colonoscopia irá propiciar então, não apenas a possibilidade de que este achado se dê em fase bem precoce, como também permita a sua remoção endoscópica (WOLFF & SHINYA, 1974; WOLFF & SHINYA, 1975; LIPSHUTZ e col, 1979; CUTAIT e col, 1981; NAVA & PAGANA, 1982; LOTFI e cols, 1986; WEBB & DYESS, 1986). Neste seguimento, os adenomas foram diagnosticados em 16 pacientes (12,30%) sendo que três deles (2,30%) com mais de um exame com este achado, perfazendo um total de 21 exames (9,75%). NAVA & PAGANA, (1982)

seguindo 240 pacientes no pós-operatório do carcinoma colorretal, diagnosticaram adenomas em 51 deles (21,3%). LARSON e col, (1986) referem este achado em 29% no seguimento de 100 pacientes por quatro anos.

4.1.2. Carcinoma sincrônico e metacrônico

A ocorrência de lesões malignas sincrônicas e metacrônicas tem preocupado os pesquisadores desde o segundo quarto deste século, e motivou inclusive diversas proposições para diagnóstico e terapêutica, tais como as colotomias múltiplas e coloscopias intra-operatórias, além das ressecções colorretais alargadas (colectomias subtotais, colectomia esquerda associada à amputação do reto) (WARREN & GATES, 1932; SCARBOROUGH & KLEIN, 1948; DeMUTH e col, 1952; GILCHRIST, 1953; JUDD JR & CARLISLE, 1953; GINZBURG & DREILING, 1956; GRINNELL, 1958; ROSENTHAL & BARONOFSKY, 1960; GRUBER e col, 1970).

A introdução da colonoscopia e o estabelecimento da relação existente entre adenomas múltiplos ou carcinoma associado a adenomas, com o posterior aparecimento dos carcinomas sincrônicos e metacrônicos, possibilitaram um melhor controle para esses pacientes, considerando-se também que tais lesões são de melhor prognóstico do que os tumores recidivados (MORSON, 1974(b); HEALD & BUSSEY, 1975; APPEL, 1976; LASSER, 1978; REILLY e col, 1982; ALVES e col, 1986; LARSON e col, 1986; KIEFER e col, 1986).

Nesta série não se observou caso considerado como carcinoma sincrônico, isto é, ocorrendo até o 6º mês pós-operatório. Carcinoma metacrônico foi diagnosticado em três pacientes (2,30%) com os exames propostos para esclarecimento de sintomas em dois deles e em outro, devido a elevação dos níveis séricos do antígeno cárcino-embrionário. Esta incidência tem sido referida na literatura entre 0,6% e 10,0% (GINZBURG & DREILING, 1956; GRINNELL, 1958; ROSENTHAL & BARONOFSKY, 1960; PEABODY & SMITHWICK, 1961; POLK e col, 1965; GRUBER e col, 1970; TRAVIESO e col, 1972; HEALD & BUSSEY, 1975; LASSER, 1978; ALVES e col, 1986; WEBBER e cols, 1986; PRADO-KOBATA e col, 1988). MORSON (1974)(b), citando a série de 3002 pacientes do St. Mark's Hospital, refere a incidência de carcinoma metacrônico como sendo progressiva à medida que se prolonga o seguimento pós-operatório, atingindo cerca de 5% após 25 anos. REILLY e col (1982), em análise de 78 pacientes submetidos à colonoscopia em média 3,7 anos no pós-operatório, encontraram câncer metacrônico em 7,7% dos casos. CUNLIFFE e col (1984) no seguimento de 223 pacientes operados diagnosticaram carcinomas múltiplos em 24 pacientes (10,7%) com 18 considerados sincrônicos e seis metacrônicos (8,07 e 2,69%, respectivamente). KIEFER e cols (1986) em revisão de 1888 pacientes com câncer colorretal, diagnosticaram 37 carcinomas metacrônicos em 30 pacientes (1,6%), concluindo também que tais lesões se distribuíam igualmente por todos os segmentos cólicos, sugerindo então, a necessidade de exames totais dos cólons no pós-operatório.

Apesar da ocorrência de carcinomas sincrônicos e metacrônicos serem mais frequentemente relatados em pacientes que tiveram carcinomas associados a adenomas (PEABODY & SMITHWICK, 1961; MORSON, 1974(b); HEALD & BUSSEY, 1975; APPEL, 1976; LASSER, 1978; REILLY e col, 1982; ALVES e col, 1986; KIEFER e col, 1986; LARSON e col, 1986) pudemos constatar essa eventualidade em apenas um dos três pacientes desta casuística (33,33%), uma vez que foram operados primariamente em outros serviços e, em um, este dado não constava no encaminhamento ao serviço.

O bom prognóstico que tais tumores apresentam, conforme anteriormente relatado, foi também observado neste grupo de pacientes, uma vez que os três com este diagnóstico foram novamente submetidos a cirurgia curativa e evoluem assintomáticos.

4.1.3. Recidiva Local

A recidiva local do carcinoma colorretal, é uma intercorrência relativamente comum. A possibilidade de seu diagnóstico precoce através do exame endoscópico em pacientes ainda assintomáticos e, portanto, com chances de se submeterem a novos procedimentos com finalidade curativa, tem sido defendido por vários autores (BACON & BERKLEY, 1959; WOLFF & SHINYA, 1974; WELCH & DONALDSON, 1978; VASSILOPOULOS e col, 1981; KRONBORG e col, 1983; UNGER & WANEBO, 1983; BUHLER e col, 1984; McDERMOTT e col, 1985; BEART JR e col, 1986; WEBBER e col, 1986).

A incidência da recidiva local tem variado de 7,1% a 39% (WRIGHT e col, 1969; WELCH & DONALDSON, 1978; COCHRANE e col, 1980; ASTÉ e col, 1982; NAVA & PAGANA, 1982; BUHLER e col, 1984; SCHIESSEL e col, 1986). Nesta casuística, a recidiva local foi diagnosticada através da colonoscopia em nove pacientes (6,92%). Destes nove, três (33,33%) foram submetidos a nova cirurgia, estando um deles ainda vivo com mais de um ano de seguimento e sem sinais de recidiva tumoral. Quanto à indicação dos exames colonoscópicos, dos nove pacientes, apenas um era assintomático por ocasião da colonoscopia, salientando-se no entanto, que o paciente que ainda permanece vivo após a reoperação, era sintomático na época do diagnóstico. NAVA & PAGANA (1982) acompanhando 240 pacientes operados, observaram recidiva ao nível da anastomose em 17 pacientes (7,08%) sendo 11 com sintomas e seis assintomáticos. SCHIESSEL e col (1986) analisando 126 pacientes com recidiva local, verificaram que 50% deles eram assintomáticos por ocasião do diagnóstico. Dos 126 pacientes, 109 foram submetidos a nova cirurgia, sendo em 53 com finalidade curativa. Desses pacientes, 50% deles sobreviveram pelo menos 17 meses, com baixa taxa de mortalidade (4,6%).

Baseado na evidência de que a recidiva local se desenvolve em tecidos extra-retais atingindo secundariamente a anastomose, alguns autores têm visto com ceticismo a possibilidade deste diagnóstico através da colonoscopia, ainda com possibilidades de cura (MARKS, 1979; BEART JR e col, 1981; AUFSES, 1983).

A ocorrência mais comum da recidiva local referida na literatura, é no carcinoma de reto e sigmóide distal, por se tratar de estruturas mais fixas e mais próximas da parede pélvica, enquanto que nas lesões situadas em ceco, cólon ascendente, transversal e descendente, a tendência é para recidiva à distância (GOLIGHER e col, 1951; WRIGHT e col, 1969; WELCH & DONALDSON, 1979; MALCOLM e col, 1981; SCHIESSEL e col, 1986). A localização dos tumores dos nove pacientes desta casuística, que evoluíram com recidiva local foram as seguintes: dois tumores no cólon descendente (22,22%), dois no sigmóide (22,22%) e cinco no reto (55,55%), não tendo sido observado em nenhum dos que apresentavam tumores em ceco, cólon ascendente e transversal. Quatro pacientes (44,44%) foram primariamente submetidos a cirurgia em outros serviços, sendo um com tumor no cólon descendente, dois no sigmóide e um no reto superior, tendo sido constatada ressecção insuficiente em todos; o que justifica a incidência proporcionalmente elevada de casos com neoplasia acima da junção retossigmóide. Esta verificação sugere um maior rigor nos exames dessas anastomoses de pacientes procedentes de

serviços não especializados e, se constatada a insuficiência na extensão de alça ressecada, eventualmente propor-se nova laparotomia e praticar-se ressecção oncológica da área afetada.

4.1.4. Total de exames com resultado positivo

A análise dos resultados globais observados nesta série mostraram que 28 pacientes (21,53%) tiveram um total de 33 exames positivos (14,53%) enquanto que NAVA & PAGANA (1982) relataram 68 (22,36%) em 304 colonoscopias.

4.2. Exames colonoscópicos com resultado positivo em função do período de pós-operatório

4.2.1. Adenoma

O tempo necessário para o desenvolvimento de adenomas no pós-operatório do carcinoma colorretal é variável e, a frequência de seu diagnóstico, depende de fatores relacionados ao potencial da mucosa para desenvolvê-los. Assim, por exemplo, esta frequência será maior quando se tratar de paciente portador de carcinoma associado a lesões neoplásicas sincrônicas (MORSON, 1974(b); BUSSEY, 1978; KRONBORG e col, 1983; WEGENER e col, 1983); quando da ocorrência de exames repetidos com achado de adenomas (WEGENER e col, 1986); quando da verificação de múltiplos adenomas em alguns exames (LOTFI e col, 1986; WEGENER e col, 1986).

A análise da incidência de adenomas em função do período de pós-operatório observada nesta casuística, revela uma maior tendência para os dois primeiros anos (5,72%), seguido pelo período entre o 2º e 5º ano (2,64%) e além do 5º ano (0,76%) ($p < 0,01$) (Figura 5). A maioria dos pacientes com exame positivo para adenoma teve seu diagnóstico no primeiro retorno: 11 dos 13 pacientes do período de 0 a 2 anos, quatro dos seis entre o 2º e o 5º ano e um dos dois acima de 5 anos. Por outro lado, três pacientes (18,75%) tiveram mais de um retorno com adenomas, demonstrando o caráter recidivante dessa lesão. UNGER & WANEBO (1983) referem que 30 a 40% dos pacientes que tiveram adenomas ressecados poderão desenvolver uma lesão subsequente dentro de 5 anos, e o carcinoma aparecerá em um determinado número deles. WEGENER e cols (1986) em série de 282 pacientes com 731 pólipos colônicos (643 adenomas) observaram recidiva para adenomas em 45,9% dos pacientes, com tempo médio de detecção de 31 meses. MORSON (1974)(b), considerando as conclusões sobre o tempo decorrido para a transformação maligna do adenoma e seu caráter recidivante, sugere que o acompanhamento pós-operatório no tocante ao diagnóstico de adenomas possa ser feito a cada 3 anos, desde que o último exame tenha sido negativo.

4.2.2. Carcinoma metacrônico

O tempo de pós-operatório para o aparecimento de carcinoma metacrônico pode variar de 6 meses a 31 anos (ROSENTHAL & BARONOFKY, 1960; BUSSEY e col, 1967; GRUBER e col, 1970; MORSON, 1974(b); CUNLIFFE e col, 1984; KIEFER e cols, 1986). Neste trabalho, os carcinomas metacrônicos foram diagnosticados em exames colonoscópicos, nos dois primeiros anos de pós-operatório, em dois pacientes dos três que apresentaram este achado (66,66%) e em um, com mais de cinco anos (120 mês) (33,33%). BUSSEY e col (1967) referem intervalo de pós-operatório para esta

ocorrência, em média de 8,5 anos. GRUBER e col (1970) analisando retrospectivamente 412 pacientes com câncer colorretal, verificaram que a ocorrência de carcinoma metacrônico se deu entre 2 e 27 anos de pré-operatório, com tempo médio de 8 anos. MORSON (1974)(b) citando a série do St. Marks Hospital (3002 casos) relata este tempo variando entre 2 e 31 anos com média de 13,5 anos. KIEFER e cols (1986) em análise retrospectiva de 1888 pacientes com carcinoma colorretal, notaram que os casos de carcinoma metacrônico apareceram dentro dos dois primeiros anos de pós-operatório em 40% dos casos e consideraram como intervalo de tempo médio para este diagnóstico, de 52,9 meses.

A análise dos resultados verificados na presente casuística, de acordo com os da literatura, sugere que o tempo de aparecimento do carcinoma metacrônico pode ser longo, o que implica na manutenção de seguimento pós-operatório, regular e indefinidamente, para todos os pacientes, principalmente para aqueles com carcinomas primitivos associados a lesões sincrônicas. Vários autores têm apresentado a mesma sugestão quanto ao esquema de acompanhamento desses pacientes (GRINNELL, 1958; ROSENTHAL & BARONOFKY, 1960; PEABODY & SMITHWICK, 1961; POLK e col, 1965; BUSSEY e col, 1967; GRUBER e col, 1970; TRAVIESO e col, 1970; MORSON, 1974(a)(b); HEALD & BUSSEY, 1975; MUTO e col, 1975; WELCH & DONALDSON, 1978; WELCH & DONALDSON, 1979; REILLY e col, 1982; UNGER & WANEBO, 1983; CUNLIFFE e col, 1984; ALVES e col, 1986; KIEFER e col, 1986; LARSON e cols 1986; LOTFI e cols, 1986).

4.2.3. Recidiva Local

Como anteriormente relatado, a possibilidade de tratamento cirúrgico curativo para recidiva tumoral ao nível da anastomose, será tanto maior quanto mais precoce for o seu diagnóstico.

A recidiva local tem sido referida com mais frequência nos dois primeiros anos de pós-operatório e em consequência, a maioria dos autores tem recomendado maior rigor no acompanhamento dos pacientes nesse período (POLK & SPRATT, 1971; WELCH & DONALDSON, 1978; WELCH & DONALDSON, 1979; VASSILOPOULOS e col, 1981; KRONBORG e col, 1983; POLK & SPRATT, 1983; UNGER & WANEBO, 1983; BUHLER e col, 1984; McDERMOTT e col, 1985; BEART JR e col, 1986; SCHIESSEL e col, 1986; WEBER e cols, 1986). Esta maior ocorrência de recidiva local nos dois primeiros anos de pós-operatório, foi também verificada nesta série, uma vez que seis dos nove pacientes com este achado tiveram seu diagnóstico nesse período ($p < 0,02$). (Figura 6)

4.2.4. Total de exames com resultado positivo

Levando-se em conta o total de exames colonoscópicos com resultado positivo verificados em 28 pacientes desta casuística, em função do período de pós-operatório, também se observa uma maior incidência nos dois primeiros anos. (19 pacientes-67,86%) ($p < 0,001$). Outros autores têm igualmente referido o período de até dois anos de pós-operatório como o de maior incidência de exames colonoscópicos com resultado positivo. WELCH & DONALDSON, 1978; VASSILOPOULOS e col, 1981; KRONIBORG e col, 1984; UNGER & WANEBO, 1983; BUHLER e col, 1984; McDERMOTT e col, 1985; SCHIESSEL e col, 1986; WEBER e col, 1986). (Figura 7)

4.3. FATORES PROGNÓSTICOS E OCORRÊNCIA DE EXAMES COLONOSCÓPICOS COM RESULTADO POSITIVO

4.3.1. Sexo

Não há referência na literatura, do sexo como fator prognóstico de importância na determinação do tipo de evolução do carcinoma colorretal no pós-operatório (WOLMARK e col, 1983; GARDNER e col, 1987), apesar de que METTLIN e col (1982) analisando dados do ACSCC, apontaram pacientes do sexo feminino como de melhor taxa de sobrevivência. Nesta casuística também não se verificou predomínio de exames colonoscópicos, com resultado positivo, quanto ao sexo dos pacientes, tanto em relação aos adenomas, quanto ao carcinoma metacrônico e recidiva local, uma vez que as frequências observadas não apresentaram diferenças com significado estatístico.

4.3.2. Grupo etário

Também com relação ao grupo etário, sua relevância como fator prognóstico não é unanimemente aceita. METTLIN e cols (1982), baseando-se em dados do ACSCC com relação ao carcinoma do reto, tem indicado um pior prognóstico para os pacientes com idade inferior a 30 anos, observação esta em acordo com as relatadas por MALCOLM e col (1981). WOLMARK e col (1983), analisando relatos do NSABP e GARDNER e col (1987) não concluíram, contudo, ser o grupo etário fator prognóstico de importância no carcinoma colônico. Neste trabalho, as incidências de resultados positivos nos exames colonoscópicos nas várias faixas etárias, não mostraram diferenças estatisticamente significantes.

4.3.3. Localização

A ocorrência mais comum de recidiva local tem sido relatada nos pacientes que tiveram carcinoma de reto e sigmóide distal, por se tratar de estruturas mais fixas e mais próximas da parede pélvica, enquanto que nas lesões situadas no ceco, cólon ascendente, transverso e descendente, a tendência é para recidiva à distância (GOLIGHER e col, 1951; WRIGHT e col, 1969; WELCH & DONALDSON, 1979; MALCOLM e col, 1981; WOLMARK e col, 1983; SCHIESSEL e col, 1986). Considerando-se apenas sua distribuição nos diferentes segmentos colônicos, o sigmóide é mais comumente acometido, com frequências entre 35% e 45%, seguido pelo ceco e cólon ascendente (24,2% e 35%) (GOLIGHER, 1975; SMART, 1986). Outros estudos, no entanto, não evidenciaram diferenças quanto ao prognóstico dos tumores localizados desde o ceco até a junção retossigmóide (STEINBERG e cols, 1986).

No tocante aos tumores localizados no reto, o nível de localização em seus segmentos (superior, médio e inferior, ou ainda, intraperitônio e extraperitônio) tem sido considerado como fator prognóstico importante quanto à recidiva local. MORSON e cols (1963) em revisão da casuística do St. Marks Hospital, estudando os pacientes submetidos à amputação de reto, notaram que a recidiva local ocorreu em 14,5% dos casos com tumores no terço inferior e em 5% daqueles situados em níveis mais altos. MOOSSA e col (1975) relataram 32% de recidiva local para tumores retais abaixo da reflexão peritônio e apenas 4% para os intraperitoniais. ANDERSON (1974) em análise retrospectiva de 580 pacientes também concluiu pelo pior prognóstico dos tumores retais localizados abaixo da reflexão peritônio.

A localização dos tumores primitivos pode ser considerada fator prognóstico nesta série, uma vez que a maioria dos exames com resultados positivos (36,58%), apresentavam lesões desde flexura esplênica até sigmóide distal (grupo II), dado este que se mostrou estatisticamente significativo ($p < 0,01$). Levando em conta os tipos de resultados positivos, verifica-se que os tumores localizados desde a flexura esplênica até o terço distal do sigmóide (grupo II), apresentaram uma maior frequência de adenomas (19,51%) do que aqueles situados desde o ceco até o terço distal do cólon transversal (grupo I) e da junção reto-sigmóide ao terço inferior do reto (grupo III) ($p < 0,07$). Com relação à recidiva local, também houve uma maior incidência naqueles pacientes com tumores pertencentes ao grupo II, porém sem significado estatístico.

Estes resultados com relação aos adenomas, podem ser então considerados como discordantes daqueles observados na literatura, que aponta uma maior incidência nos pacientes com tumores em reto e sigmóide. Há de se considerar no entanto, que dos oito pacientes com este achado e pertencentes ao grupo II quanto a localização, quatro tinham o sigmóide como sede de suas neoplasias. A mesma ponderação pode ser feita com relação à recidiva local, uma vez que dos sete pacientes com este diagnóstico e pertencentes ao grupo II, cinco se localizavam mais distalmente, isto é, no sigmóide. Outro ponto muito importante, é que dos nove pacientes desta série com recidiva local, cinco foram submetidos à cirurgia em outros serviços, com prováveis ressecções insatisfatórias, o que induziu aos resultados observados.

Esta casuística não possibilitou conclusões quanto aos tumores de reto em seus diferentes níveis de localização, isto porque as neoplasias localizadas abaixo da reflexão peritoneal foram, na sua maioria tratadas com a amputação abdominoperineal do reto. Com isso, os exames colonoscópicos realizados nesses pacientes, através da colostomia, se prestou apenas para estudo dos segmentos colônicos remanescentes e não para o diagnóstico de recidiva local.

4.3.4. Tamanho

Alguns relatos de literatura não têm considerado o tamanho do tumor colorretal como fator prognóstico, no tocante à recidiva local (ANDERSON, 1974; McDERMOTT e col, 1985; HAMILTON, 1986; GARDNER e col, 1987). Outros, contudo, têm afirmado que lesões menores de 4 cm são de melhor prognóstico do que as maiores (MALCOLM e col, 1981). BJERKESET e col (1987) relataram, inclusive, uma maior ocorrência de lesões classificadas como tipo A de Dukes nos tumores pequenos (menores de 2 cm).

O tamanho dos tumores nesta casuística, não foi determinante para o tipo de evolução apresentada pelos pacientes no tocante a detecção colonoscópica de adenomas, carcinomas metacrônicos e recidiva local.

4.3.5. Tipo morfológico

Os adenocarcinomas correspondem à grande maioria dos tumores malignos colorretais e morfológicamente podem se manifestar das seguintes formas: polipóide (pediculado ou séssil), ulcerado, subestenotante ou estenosante. Todos esses tipos irão revelar diferentes graus de disseminação através da parede intestinal, no sentido radial, distal e circunferencial, ao nível da submucosa (DUKES, 1940;

ASTLER & COLLER, 1954; DUKES e col, 1958; GOLIGHER, 1975; MONTESSORI & DONALD, 1978; HAMILTON, 1986; MADSEN & CHRISTIANSEN, 1986; QUIRKE e col, 1986).

Pior prognóstico tem sido atribuído aos tumores ulcerados em relação aos polipóides, assim como os que já ultrapassaram os limites da parede intestinal, em relação àqueles localizados a nível parietal e também àqueles com êmbolos neoplásicos em veias e metástases ganglionares (ANDERSON, 1974; GOLIGHER, 1975; MONTESSORI & DONALD, 1978; TALBOT e col, 1980; METTLIN e col, 1982; HAMILTON, 1986; MADSEN & CHRISTIANSEN, 1986; QUIRKE e col, 1986; BJERKESET e col, 1987; GARDNER e col, 1987). Nesta casuística, o conhecimento do tipo do tumor colorretal foi importante como fator prognóstico, apenas em relação à recidiva local, tendo sido mais frequente para as lesões com caráter estenosante, do que para as subestenoses e polipóides, não tendo no entanto significado estatístico. Não se observou associação entre o tipo morfológico do tumor como fator prognóstico no que toca aos adenomas e carcinomas metacrônicos.

O pior prognóstico dos tumores estenosantes que evoluem para um quadro agudo de obstrução intestinal, tem sido frequentemente relatado (HADDAD e col, 1969; RAGLAND e col, 1971; WELCH & DONALDSON, 1974; GÓES & LEONARDI, 1986). O mesmo pode-se dizer quanto à boa evolução dos tumores polipóides, que na maioria das vezes estão relacionados a lesões mais iniciais (A e B1, na classificação de DUKES, modificada por ASTLER & COLLER, 1954) (MALCOLM e col, 1981). Nesta série, nenhum dos 15 pacientes com tumores primitivos polipóides evoluiu com recidiva local.

4.3.6. Espécime cirúrgico com carcinoma associado a lesão neoplásica benigna ou maligna

A incidência de adenomas nos exames colonoscópicos pós-operatório dos pacientes que tiveram lesões neoplásicas associadas ao carcinoma colorretal no espécime cirúrgico foi bastante elevada, uma vez que, dos 15 pacientes deste grupo, sete (46,66%) apresentaram este achado. É possível afirmar que estes pacientes têm uma maior probabilidade desta ocorrência, quando comparados àqueles com lesões únicas ($p < 0,001$), sendo portanto fator prognóstico importante no desenvolvimento de lesões metacrônicas.

Com relação aos carcinomas metacrônicos diagnosticados nesta casuística, dos três pacientes que os apresentavam, apenas um deles possuía a informação quanto a existência desta associação no espécime cirúrgico no seu encaminhamento ao serviço, sendo ele portador de carcinoma associado a adenomas múltiplos. Esta incidência, apesar de corresponder a um pequeno número de pacientes e se basear em informações incompletas, faz supor uma maior associação entre o carcinoma associado a lesões neoplásicas sincrônicas e o aparecimento do carcinoma metacrônico. Diversos autores tem demonstrado a importância desse tipo de associação no espécime cirúrgico, inclusive chamando a atenção para o caráter recidivante dos adenomas no cólon remanescente (MAYO & SCHLICKE, 1942; SCARBOROUGH & KLEIN, 1948; DeMUTH e col, 1952; GRINNELL, 1958; RIDER e col, 1959; ROSENTHAL & BARONOFKY, 1960; PEABODY, 1961; POLK e col, 1965; BUSSEY e col, 1967; GRUBER e col, 1970; TRAVIESO e col, 1970; MORSON, 1974(a)(b); HEALD & BUSSEY, 1975;

MUTO e col, 1975; WELCH & HEDBERG, 1975; GILLESPIE e col, 1979; LIPSHUTZ e col, 1979; UNGER & WANEBO, 1983; CUNLIFFE e col, 1984; ALVES e cols, 1986; KIEFER e col, 1986; LOTFI e col, 1986; WEINSTEIN, 1986). BUSSEY, (1978) em análise de 1846 pacientes com adenomas, notou que a associação com o carcinoma colorretal ocorreu em 668 pacientes (36,2%) sendo que quando o adenoma era único, a associação ocorreu em 29,7% dos casos e quando era entre 6 e 48 adenomas, a frequência crescia até 80%. EIDE (1986), estudando a presença de adenomas, único ou múltiplos, em espécimes cirúrgicos com carcinoma colorretal, em 164 pacientes, observou uma ocorrência de 35% dos casos, que foi 5,9 vezes mais frequente do que a esperada na população geral de pacientes autopsiados.

Com relação à recidiva local, este tipo de associação, contudo, não interferiu na sua incidência, nesta casuística.

4.3.7. Diferenciação histopatológica dos tumores

A diferenciação histopatológica dos tumores não se caracterizou nesta série como fator relevante no prognóstico quanto ao diagnóstico colonoscópico pós-operatório de resultados positivos. Há de se considerar no entanto, que apesar de vários autores (DUKES e col, 1958, METTLIN e cols, 1982; McDERMOTT e col, 1985; HAMILTON, 1986; BJERKESET e col, 1987) terem demonstrado um pior prognóstico para as neoplasias indiferenciadas, a discrepância entre o número de pacientes com tumores bem e moderadamente diferenciados (56 e 39) e os diferenciados (cinco) desta casuística não permitiu o estabelecimento de conclusões quanto a tal comparação. Sendo assim, foram analisados apenas os resultados entre os tumores bem e moderadamente diferenciados, observando-se a não existência de correlação com a detecção de adenomas, carcinomas metacrônico e recidiva local. Da mesma forma, METTLIN e col (1982), analisando dados do ACSCC, referiram prognósticos semelhantes para os tumores bem e moderadamente diferenciados (sobrevidas de 57% e 54% respectivamente). Resultados semelhantes (17% e 18% respectivamente) foram observados por McDERMOTT e col (1985).

4.3.8. Disseminação tumoral

Também com relação ao estadiamento dos tumores quanto a sua disseminação intraparietal e à distância, não se notou nesta série, correlação significativa com o aparecimento de resultados positivos nos exames colonoscópicos pós-operatórios. Vários autores, no entanto, têm relatado um pior prognóstico para as lesões mais avançadas quanto à sua disseminação, no que tange à recidiva tumoral local e à distância (DUKES, 1932; GILCHRIST & DAVID, 1938; ANDERSON, 1974; MALCOLM e col, 1981; PHILLIPS e col, 1984; GARDNER e col, 1987). Na análise da presente casuística, verifica-se também a maior tendência para recidiva local das lesões mais avançadas: zero, 5,17% e 8,33% respectivamente para os tumores tipo A, B e C1 da classificação de DUKES. Estas proporções, no entanto, não têm significado estatístico. Apesar do pior prognóstico esperado, os pacientes com lesões do tipo C2 não tiveram exames colonoscópicos com resultados positivos, inclusive quanto à recidiva local, uma vez que, além do pequeno número de pacientes (quatro) e do número de exames por eles realizado (seis), três deles evoluíram precocemente para o óbito, com doença disseminada. MALCOLM e col

(1981), acompanharam 197 pacientes submetidos a cirurgias curativas para o carcinoma colorretal, por pelo menos 5 anos e concluíram pelo melhor prognóstico apresentado pelos tumores mais iniciais (tipo A e B1 da classificação de DUKES, modificado por ATLER & COLLER, 1954). McDERMOTT e cols (1985), chegaram a conclusões semelhantes, observando que pacientes com lesões tipo A, evoluíram para recidiva local em 10% deles e os com tumores tipo B, em 15%.

5.CONCLUSÕES

A análise dos resultados desta casuística, permite as seguintes conclusões:

- 1 - A incidência de resultados positivos nesta série foi de 33 exames (14,53%) em 28 pacientes (21,53%) sendo que foram diagnosticados adenomas em 16 pacientes (12,30%), carcinoma metacrônico em três (2,30%) e recidiva local em nove (6,92%).
- 2 - A ocorrência de exames colonoscópicos com resultado positivo no pós-operatório do carcinoma colorretal em função do tempo de pós-operatório, mostrou uma maior incidência nos dois primeiros anos de acompanhamento, em relação aos adenomas e recidiva local.
- 3 - São fatores prognósticos importantes, com significado estatístico, a localização dos tumores primitivos nos cólons (para adenoma) e espécime cirúrgico com lesões neoplásicas sincrônicas (para o adenoma).
- 4 - Não foram considerados importantes, fatores prognósticos tais como: sexo, grupo etário, tamanho dos tumores e diferenciação histopatológica dos tumores bem e moderadamente diferenciados .
- 5 - Foram considerados importantes, mas sem significado estatístico, fatores como localização, (para recidiva local) tipo morfológico, (para recidiva local), espécime cirúrgico com lesões neoplásicas sincrônicas (para o carcinoma metacrônico) e disseminação tumoral (para recidiva local).
- 6 - Pacientes portadores de carcinoma colorretal operados curativamente, devem ser examinados com o colonoscópio, com maior rigor nos dois primeiros anos de pós-operatório, no mínimo uma vez por ano.
- 7 - Pacientes procedentes de serviços externos não especializados, devem ser vistos rigorosamente no máximo nos primeiros seis meses, uma vez que podem ter sido submetidos a ressecções insuficientes.
- 8 - Pacientes com neoplasias localizadas desde a flexura esplênica, até o terço distal do sigmóide, com tumores do tipo estenosante, espécime cirúrgico com tumor associado a outras lesões neoplásicas, podem ser de pior prognóstico e devem ser submetidos a colonoscopia após o 2º ano de pós-operatório, em retornos regulares no máximo de dois em dois anos, indefinidamente.
- 9 - Pacientes com neoplasias localizadas em ceco, cólon ascendente e transversal, com tumores do tipo polipóide, e com espécime cirúrgico com tumores sem associação com outras lesões neoplásicas são de melhor prognóstico e, a partir do 2º ano de pós-operatório, desde que com exames anteriores negativos, podem ser acompanhados a intervalos maiores de 2 anos, porém indefinidamente.

6-RESUMO

O seguimento pós-operatório dos pacientes que foram submetidos a cirurgia para o carcinoma colorretal tem se mostrado de grande importância no controle dessa doença.

Foram examinados 130 pacientes que realizaram um total de 227 exames colonoscópicos, com a idade variando entre 23 e 84 anos (M:56,8 anos), sendo 51 (39,23%) do sexo masculino e 79 (60,77%) do feminino. 118 pacientes (90,76%) eram da raça branca, nove (6,92%) da negra e três (2,30%) da amarela.

Com o objetivo de se analisar o papel desempenhado pela colonoscopia no acompanhamento desses pacientes, observou-se os períodos de pós-operatório com as respectivas incidências de resultados positivos (adenomas, carcinoma metacrônico, e recidiva local). Foi analisado também o papel de fatores prognósticos na evolução da doença, tais como sexo, grupo etário, localização, tamanho e tipo morfológico dos tumores, espécime cirúrgico com carcinoma associado a outra lesão neoplásica, diferenciação histopatológica (BRODERS) e disseminação dos tumores (DUKES). Baseado nesses dados procurou-se estabelecer um esquema racionalizado de seguimento colonoscópico.

Adenomas foram diagnosticados em 16 pacientes (12,30%), carcinoma metacrônico em três (2,30%) e recidiva local em nove (6,92%). Portanto, 28 pacientes (21,53%) tiveram um total de 33 exames (14,53%) com resultado positivo. Não foram observados casos de carcinoma sincrônico neste seguimento.

Resultados positivos ocorreram mais frequentemente nos dois primeiros anos de pós-operatório (19 pacientes - 67,86%) do que entre o 2o. e 5o. ano (seis pacientes - 21,43%) e após o 5o. ano (três pacientes - 10,71%).

Os seguintes fatores prognósticos apresentaram associação com exames colonoscópicos com resultados positivos: a) localização do tumor (desde a flexura esplênica até o terço distal do sigmóide > retossigmóide + reto > desde o ceco até o terço distal do cólon transverso) ($p < 0,001$); b) espécime cirúrgico com carcinoma associado a outra lesão neoplásica > lesão isolada. ($p < 0,001$).

Os seguintes fatores prognósticos não apresentaram associação com a ocorrência de exames colonoscópicos com resultado positivo: sexo, grupo etário, tamanho do tumor, diferenciação histopatológica (BRODERS) e disseminação tumoral (DUKES).

O tipo morfológico se relacionou com recidiva local, a presença de lesão neoplásica associada ao carcinoma no espécime cirúrgico, com a ocorrência de carcinoma metacrônico e a disseminação tumoral (DUKES), com a ocorrência de recidiva local. Estas três condições no entanto, não apresentaram significado estatístico.

7.SUMMARY

The postoperative follow-up of patients operated on for colorectal carcinoma has been of great importance for control of the disease.

In order to assess the role of colonoscopy in the follow-up, 130 patients underwent the procedure after varying periods of time, totalling 227 examinations. 51 patients (39,23%) were male and 79 (60,77%) were female, with age ranging 23-84 years (M:56,8 years). 118 patients (90,76%) were caucasians, nine (6,92%) black and three (2,30%) asiatics.

The importance of prognostic factors was also analysed: sex, age, location, size and macroscopic appearance of the tumor, association of another neoplastic lesion to carcinoma in the surgical specimen, grading (BRODERS) and staging (DUKES) of the tumor.

Positive results (adenomas, metachronous carcinoma or local recurrence) were found more frequently in the first two postoperative years (19 patients-67,86%). From two to five years there were six patients with positive examinations (21,43%) and three after five years (10,71%).

Adenomas were diagnosed in 16 patients (12,30%), methachronous carcinoma in three (2,30%) and local recurrence in nine (6,92%). Then, 28 patients (21,53%) showed 33 examinations (14,53%) with positive results. Synchronous carcinoma was not observed in this follow-up.

The following prognostic factors were found to have association to positive results : a) tumor location (from splenic flexure to distal third of sigmoid > recto-sigmoid + rectum > from cecum to distal third of transverse colon)($p < 0,001$); b) association of another neoplastic lesion to carcinoma in the surgical specimen > carcinoma alone ($p < 0,001$).

The following prognostic factors were not associated with positive results on colonoscopy: sex age, tumor size, grading (BRODERS) and staging (DUKES).

Macroscopic appearance of tumor was related to local recurrence, the association of another neoplastic lesion to carcinoma in the surgical specimen to the occurrence of the metachronous carcinoma and tumor staging (DUKES) to local recurrence. These three conditions were however, without statistical significance.

In conclusion: 1- the colonoscopic follow-up, must be done at least once a year in the first two years, for all patients; 2- patients with tumors localized from the splenic flexure to the distal third of the sigmoid and/or associated to another neoplastic lesion, must be examined after the second year, at least every two years, for life; 3- patients coming from another services without specialized staff must be examined early (six months, at most), because they

eventually had been submitted to insufficient resections; 4- patients with tumors localized from the cecum to the distal third of the transverse colon, and/or of the polypoid type and/or without association with neoplastic lesion, may be examined after the second year, in intervals larger than two years, but for life.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMS, J.S. - A second look at colonoscopy. Arch. Surg. 117:913-917, 1982
- ALVES, P.R.A.; SOUZA Jr, A.H.S.; CARDIM, E.S. & HABR-GAMA, A. - Synchronous tumors of colon - Colonoscopy Study. Dig. Dis. Sci. 31(10)(Suppl.):226-S, 1986.
- ANDERSON, W.A.D. - Stage classification and end results reporting for carcinoma of the colon and rectum. Cancer, 34:909-911, 1974.
- APPEL, M.F. - Preoperative and postoperative colonoscopy for colorectal carcinoma Dis Colon Rectum, 19:664-666, 1976
- ASTE, H.; GIACCHERO, A.; SECCO, G.B.; PUGLIESE, V.; & RIBOLI, E.B. - Il ruolo della colonoscopia nella diagnosi delle recidive neoplastiche in sede anastomatica. Min. Chir., 37:1507-1512, 1982
- ASTLER, V.B. & COLLER, F.A. - The prognostic significance of direct extension of carcinoma of the colon and rectum. Ann. Surg., 139:846-851, 1954
- AUFSES, A.H. - In: Discussion - UNGER, S.N. & WANEBO, H.J.
- BACON, H.E. & BERKLEY, J.L. - The rationale of re-resection for recurrent cancer of the colon and rectum. Dis. Colon Rectum, 2:549-554, 1959
- BAIRD, J.L. (1927) citado por SUGARBAKER, P.H. (1986) op.cit.
- BALLORAIN, X.; HADJADJE, J.; DALSTEIN, G.; SEMIN, A.M.; PARROT, B.; TELLAROLI, J.C.; PY, B.; WONNER, J.P. & CAIN, P. - Le suivi colonoscopique des cancers rectocoliques operes. Bilan de 64 examens. Ann. Gastroenterol. Hepatol. (Paris), 21:109-112, 1985.
- BEAHR, O.H. & SANFELIPPO, P.M. - Factor in prognosis of colon and rectal cancer. Cancer, 28:213-218, 1971.

- BEART Jr,R.W.; METZGER,P.P.; OCONNELL,M.J. & SCHUTT,A.J.. Postoperative screening of patients with carcinoma of the colon. Dis. Colon Rectum,24:585-589,1981
- BEART Jr,R.W.; MARTIN Jr J.K. & GUNDERSON,L.L. - Management of recurrent rectal cancer. Mayo Clin. Proc. 61:448-450,1986.
- BJERKESET,T.; MORILD,I; MORK,S. & SOREIDE,O. - Tumor characteristics in colorectal cancer and their relationship to treatment and prognosis. Dis. Colon Rectum,30:934-938,1987.
- BRAZER,S.R.; PANCOTTO,F.S.; LONG,T.T.; HARRELL,F.E. & PRYOR,D.B. - Accurate prediction of colonic neoplasia. Dig. Dis. Sci. 31:(10)(Suppl.):1354-S.
- BRODERS,A.C. The grading of carcinoma. Minn. Med. 8:726-730,1925.
- BROWN,C.E. & WARREN,S. - Citado por GOLIGHER,J.C. (1975) op.cit.
- BUHLER,H.; SEEFELD,U.; DEYHLE,P.; BUCHMANN,P.; METZGER,U.; & AMMANN,R. - Endoscopic follow-up after colorectal cancer surgery. Cancer,54:791-793,1984.
- BUJE,L.A. & BRUST,J.C.M. - (1931) citado por JUDD,E.S.JR. & CARLISLE,J.C. (1935) op.cit.
- BUJE,L.A. - Polypoid disease of the colon. Posgrad. Med. 5:177-183,1949.
- BUSSEY,H.J.R.; WALLACE,M.M. & MORSON,B.C. - Metachronous carcinoma of the large intestine and intestinal polyps. Proc. R. Soc. Med. 60:208-210,1967.
- BUSSEY,H.J.R. - The pathology of familial polyposis coli. PHD Thesis, University of London, London, England,1970.
- BUSSEY,H.J.R. - Multiple adenomas and carcinomas. Major Probl. Pathol. 10:72-80,1978.
- CASTLEMAN, B & KRIKSTEIN, H. - Do adenomatous polyps of the colon become malignant? N. Engl. J. Med. 267:469-475,1962.
- CLARKE,E.S. (1969) citado por WOLFF,W.I. & SHINYA,H. (1974) op.cit.

- CLOGG,H.S. - Some observations on carcinoma of the colon. Practitioner,72:525-544,1904.
- COCHRANE,J.P.S.; WILLIAMS,J.T.; FABER, R.G. & SLACK,W.W. - Value of outpatient follow-up after curative surgery for carcinoma of the large bowel. Brit. Med. J.,1 mar:593-595,1980.
- COLE,P.P. - The intramural spread of rectal carcinoma. Brit. Med. J.,1:431-433,1913.
- CUNLIFFE,W.J.; HASLETON,P.S.; TWEEDLE,D.E.F. & SCHOFIELD,P.F. - Incidence of synchronous and methacronous colorectal carcinoma. Brit. J. Surg.,71:941-943,1984.
- CUTAIT, R. - Colonoscopia: indicações e técnicas. In: Congresso Brasileiro de Proctologia, 29o., Belo Horizonte, 1979.
- CUTAIT, R.; CALACHE, J.E.;LOURENÇÃO,J.L.; BORGES,J.L.A.; MANZIONE, A.; KISS,D.R.;SILVA,J.H. & CUTAIT,D.E. - Polipectomia por colonoscopia: indicações, técnica e resultados. Rev. Ass.Med. Brasil.,27: 157-162, 1981.
- DAVID,V.C. - The pathology and treatment of bleeding polypoid tumors of the large bowel. Ann. Surg. 100:933-948,1934.
- DAY,D.W. & MORSON,B.C. - The adenoma-carcinoma sequence In: MORSON,B.C. (ed), The pathogenesis of colorectal cancer, W.B. Saunders Company, London, pg.58-71,1978.
- DEAN,A.C.B. & SHEARMAN,D.J.C.. Clinical evaluation of a new fiberoptic colonoscope. Lancet,1:550-552,1970.
- DEDDISH,M.R. & HERTZ,R.E.. Colotomy and coloscopy in the management of mucosal polyps and cancer of the colon. Am. J. Surg.,90:846-849,1955.
- DeMUTH Jr,W.E.; CHERNEY,P.J. & FITTS Jr,W.T.. Adenomatous polyps of the colon and rectum: a challenge in cancer prophylaxis. Surg. Gynecol. Obstet.,94:195-199,1952.
- DUKES,C.E. - Simple tumors of the large intestine and their relation to cancer. Brit. J. Surg.,13:720,1926.
- DUKES,C.E. - Classification of cancer of the rectum. J. Path. Bact.,35:323-332,1932.

- DUKES,C.E. - Cancer of the rectum: an analysis of 1000 cases. J.Path. Bact. 50:527-539,1940.
- DUKES,C.E. & BUSSEY,H.J.R. - The spread of rectal cancer and its effect on prognosis. Brit. J. Surg. 12:309-320,1958.
- EIDE,T.J. - Prevalence and morphological features of adenomas of the large intestine in individuals with and without colorectal carcinoma. Histopathology 10:111-118, 1986.
- EKMAN,C.A.; GUSTAVSON,J. & HENNING,A. - Value of a follow-up study of recurrent carcinoma of the colon and rectum. Surg. Gynecol. Obstet. 145:895-897,1977.
- FENOGLIO,C.M. & LANE,N. - The anatomical precursor of colorectal carcinoma. Cancer 34:819-823,1974.
- FENOGLIO-PREISER,C.M. - The relationship of polyps to colorectal carcinomas: a pathologists viewpoint. In: BEAHR,S.O.H.; HIGGIUS,G.A. & WEINSTEIN,J.J. - (ed), Colorectal Tumors. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, pg:87-98,1986.
- FITZGIBBON,G. & RANKIN,F.W. - Polyps of the large intestine. Surg. Gynecol. Obstet. 52:1136-1150,1931.
- GABRIEL,W.B. DUKES,C.E. & BUSSEY,H.J.R. - Lymphatic spread in cancer of the rectum. Brit. J. Surg. 23:395-400,1935.
- GARDNER,B.; FELDMAN,J.; SPIVAK,Y.; PANETTA,T.; FLEISCHER,J.; KASAMBLIDES,E. & HIGGINS,E. Investigations of factors influencing the prognosis of colon cancer. Am. J. Surg. 153:541-544,1987.
- GILBERTSEN,V.A.; KNATTERUD,G.L.; LOBER,P.H. & WANGENSTEEN,Q.H. Invasive carcinoma of the large intestine - preventable diseases? Surgery 57:363-365,1965.
- GILBERTSEN,V.A. - Proctosigmoidoscopy and polypectomy in reducing the incidence of rectal cancer. Cancer 34:936-939,1974.
- GILCHRIST,R.K. & DAVID,V.C. - A consideration of pathological factors influencing five survival in radical resection of the large bowel and rectum for carcinoma. Ann. Surg. 126:421-438,1947.

- GILCHRIST,R.K. - In: Discussion.JUDD,E.S. & CARLISLE,J.C. 1953.
- GILLESPIE,P.E.; CHAMBERS,T.J.; CHAN,K.W.; DORONZO,F.; MORSON,B.C. & WILLIAMS,C.B..
Colonic adenomas - A colonoscopy survey. Gut,20:240-245,1979.
- GINZBURG,L. & DREILING,D.A. - Successive independent (metachronous)carcinomas of colon. Ann. Surg.,143:117-120,1956.
- GÓES,J.R.N.; FAGUNDES,J.J.; PERES,M.A. & MEDEIROS,R.R. - Colonoscopia no seguimento do carcinoma colorretal. In: Seminário Brasileiro de Endoscopia Digestiva, 7,Guarapari-ES,1985.
- GÓES,J.R.N. & LEONARDI,L.S. - Obstrução intestinal pelo câncer colorretal. In: LEONARDI,L.S. (ed) - Cirurgia de Urgência do Aparelho Digestivo. Sarvier, São Paulo, pag.137-141,1986.
- GOLIGHER,J.C. - Incidence and pathology of carcinoma of the colon and rectum. In: GOLIGHER,J.C.. Surgery of the anus, rectum and colon,Third edition, Baillire Tindall, London, pg.481-518,1975.
- GOLIGHER,J.C.; DUKES,C.E. & BUSSEY,H.J. - Local recurrences after splincher-saving excisions for carcinoma of the rectum and rectosigmoid. Brit. J. Surg.,39:199-211,1951.
- GRINNELL,R.S. - The rationale of subtotal and total colectomy in the treatment of cancer and multiple polyps of the colon. Surg. Gynecol. Obstet.,106:288-292,1958.
- GRUBER,R.; SCHEIN,C.J.; GLIEDMAN,M.L. - The second colorectal cancer: a retrospective analysis of the value of extended colonic resection. Am. J. Surg.,119:652-654,1970.
- HADDAD,J.; LEONARDI,L.S.; SIMONSEN,O.; HABR-GAMA,A.; RAIA,A. - Obstrução intestinal por câncer dos cólons e reto (sistematização de conduta) Rev. Ass. Med. Brasil.,15:229-234,1969.
- HAMILTON,S.R. - Pathologic diagnosis of colorectal and anal malignancies: classification and prognostic fractures of pathologic findings. In: BEAHR,S.O.H.; HIGGINS,G.A.; WEINSTEIN,J.J. (ed) - Colorectal tumors. J. B. Lippincott Company, Philadelphia, pg.107-112,1986.
- HANDLEY,W.S. - citado por GOLIGHER,J.C. (1975) op.cit.

- HEALD,R.J. & BUSSEY,H.J.R. - Clinical experiercer at St. Mark's Hospital with multiple synchronous cancers of the colon and rectum. Dis Colon Rectum,18:6-10,1975.
- HIRSCHOWITZ,B.I.; PETERS,C.W.; CURTIS,L.E. - citado por SUGARBAKER,P.H. (1986), op.cit.
- HOPKINS,H.H. & KAPANY,N.S. - citado por SUGARBAKER,P.H. (1986), op.cit.
- JUDD Jr,E.S. & CARLISLE,J.C. - Polyps of the colon: late results of transcolonic removal. Arch. Surg.,67:353-362,1953.
- KAPLAN, E.L. & MEIER, P. - Non-parametric estimation from incomplete observation. Journal of the American Statistical Association,53:457-481,1958.
- KIEFER,P.J.; THORSON,A.G. & CHRISTIANSEN,M.A. - Metachronous colorectal cancer: time interval to presentantion of a metachronous cancer. Dis. Colon Rectum,29:378-382,1986.
- KLEINFELD,G. & GUMP,F.E. - Complications of colotomy and polipectomy. Surg. Gynecol. Obstet.,111:726-728,1960.
- KMSURV:Univariate survival data analysis in MS-DOS-BASED microcomputers.Campos Filho,N & Franco, E.L.Epidemiology and Biostatistics Unit,Ludwig Institute for Cancer Research, São Paulo, Brasil.
- KOZUKA,S. - Premalignancy of the mucosal polyp in the large intestine. Dis. Colon Rectum,18:483-493,1975.
- KOZUKA,S.; TAKI,T.; KUBOTA,K.& YOKOYAMA,Y. - Simultaneous transition of multiple polyps into carcinoma in the large intestine. Dis. Colon Rectum,19:655-659,1976.
- KRATZER,G.L. - Colonoscopy - current status. Dis. Colon Rectum,7:45-47,1964.
- KRONBORG,O.; HAGE,E. & DEICHGRAEBER,E. - The remaining colon after radical surgery for colorectal cancer: the first three years of a prospective study. Dis. Colon Rectum, 26:172-176,1983.
- LAMM,H. (1930) - citado por SUGARBAKER,P.H. (1986) op.cit.

- LARSON,G.M.; BOND,S.J.; SHALLCROSS,C.; MULLINS,R. & POLK,H.C. - Colonoscopy after curative resection of colorectal cancer. Arch. Surg.,121:535-540, 1986.
- LASSER,A. - Synchronous primary adenocarcinomas of the colon and rectum. Dis. Colon Rectum, 21:20-22,1978.
- LIPSHUTZ,G.R.; KATON,R.M.; MCCOOL,M.F.; MAYER,B.; SMITH,F.W.; DUFFY,T. & MELNIK,C.S. - Flexible sigmoidoscopy as a screening procedure of neoplasia of the colon. Surg. Gynecol. Obstet.,148:19-22,1979.
- LOTFI,A.M.; SPENCER,R.J.; ILSTRUP,D.M. & MELTON III,J. - Colorectal polyps and the risk of subsequent carcinoma. Mayo Clin. Proc.,61:337-343,1986.
- MADSEN,P.M. & CHRISTIANSEN,J - Distal intramural spread of rectal carcinomas. Dis. Colon Rectum,29:279-282, 1986
- MARKS,G. - Guidelines for use of flexible fiberoptic colonoscopy in management of patients with colorectal neoplasia. Dis. Colon Rectum, 22:302-305,1979.
- MATSUO, S.; ETO, T.; TSUCHIYA, R.; HARADA, N.; TSUNODA, T.; MIYAMOTO, T.; MATSUMOTO, T. & SEGAWA,T. - Morphological characteristics of early colorectal carcinoma. Dig. Dis. Sci., 31:227-S, 1986.
- MATSUNAGA,F.; TSUSHIMA,H. & KUBOTO,T. - Photography of the colon. Gastrointest. Endosc., 1:58-63,1959.
- MALCOLM,A.N.; PERENCEVICH,N.P.; OLSON,R.M.; HANLEY,J.A.; CHAFFEY,J.T. & WILSON,R.E. - Analysis of recurrence patterns following curative resection for carcinoma of the colon and rectum. Surg. Gynecol. Obstet., 152:131-136,1981.
- MAYO,C.W. & SCHLICKE,C.P. - Carcinoma of the colon and rectum. A study of metastasis and recurrence. Surg. Gynecol. Obstet.,74:83-91,1942
- McDERMOTT,F.T.; HUGHES,E.S.R.; PIHL,E. JOHNSON,W.R. & PRICE,A.B. - Local recurrence after potentially curative resection for rectal cancer in a series of 1008 patients. Brit. J. Surg.,72:34-37,1985.

- METTLIN,C.: NATARAJAN,N.; MITTELMAN,A. & SMART,C.R. - Management and survival of adenocarcinoma of the rectum in the United States: results of a national survey by the American College of Surgeons. Oncology,39:265-273,1982.
- MILES,W.E. - The radical abdomino-perineal operation for cancer of the rectum and of the pelvic colon. Brit. Med. J.,2:941-943,1910.
- MILES,W.E. - Discussion on the surgical treatment of cancer of the rectum. Brit. Med. Surg.,2:730-742, 1920
- MONSARRAT,K.W. & WILLIAMS,I.J. - Intramural extension in rectal cancer. Brit. J. Surg.,1:173-182,1913.
- MONTESSORI,G.A. & DONALD,J.C. - Invasion profile of colorectal carcinoma. Dis. Colon Rectum, 21:26-28,1978.
- MOOSSA,A.R.; REE,P.C.; MARKS,J.E.; LEVIN,B.; PLATZ,C.E. & SKINNER,D.B. - Factors influencing local recurrence after abdominoperineal resection for cancer of the rectum and rectosigmoid. Brit. J. Surg.,62:727-730,1975.
- MORSON, B.C.; VAUGHAN, E.G. & BUSSEY, H.J.R. - Pelvic recurrence after excision of rectum for carcinoma. Brit. Med. J., 2:13-18, 1963.
- MORSON,B.C. - Evolution of cancer of the colon and rectum. Cancer,34:845-849,1974(a).
- MORSON,B.C. - The polyp-cancer sequence in the large bowel. Proc. Roy. Soc. Med.,67:451-458,1974(b).
- MORSON, B.C. - Introduction. In: MORSON, B.C.(ed.), The pathogenesis of colorectal cancer. W.B. Saunders, Philadelphia, London, Toronto, 1978, pag.1-13.
- MORSON,B.C. - Prevention of colorectal cancer. Journal of the Royal Society of Medicine,72:83-85,1979.
- MUTO,T.; BUSSEY,H.J.R. MORSON,B.C. - The evolution of cancer of the colon and rectum. Cancer,36:2251-2270,1975

NAVA,H.R. & PAGANA,T.J. - Postoperative surveillance of colorectal carcinoma. Cancer,49:1043-1047,1982.

NICHOLLS,R.J. - Neoplasms - Introduction. In: THOMPSON,J.P.S.; NICHOLLS,R.J. & WILLIAMS,C.B. (ed). Colorectal Disease - William Henemann Medical Books Limited - London pg.231-232,1981.

NIWA,H. - On photography of the colon and phariux using gastrocamera. Gastrointest. Endosc. 2:77-80,1960.

OLIVEIRA,E.de - Observação sobre os linfáticos ano-retais. Tese de docência. Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro, 1947.

OVERHOLT,B.F. - Flexible fiberoptic sigmoidoscope. Cancer,19:81-85,1969.

OVERHOLT,B.F. - Flexible fiberoptic sigmoidoscopy Cancer,28:123-126,1971.

PEABODY,C.N. & SMITHWICK,R.H. - Pratical implications of multiple tumors of the colon and rectum. N. Engl. J. Med.,264:853-855,1961.

PHILLIPS,R.K.; HITTINGER,R.; BLESOVSKY,L.; FRY,J.S. & FIELDING,L.P. - Large bowel cancer: surgical pathology and its relationship to survival. Brit. J. Surg.,71:604-610,1984.

POIRIER,P.; CUNEO,B. & DELAMERE,G. - citado por GOLIGHER,J.C. (1975) op.cit.

POLK,H.C.; SPRATT,J.S. & BUTCHER,H.R. - Frequency of multiple primary malignant neoplasms associated with colorectal carcinoma. Am. J. Surg., 109:71-75,1965.

POLK,H.C. & SPRATT,J.S. - Recurrent colorectal carcinoma: detection, treatment and other considerations. Surgery, 69:9-23,1971.

POLK,H.C. & SPRATT,J.S. - Recurrent cancer of the colon. Surg. Clin. North Am.,63:151-160,1983.

POTET,F. & SOULLARD,J. (1971) - citado por MORSON,B.C. (1974) op.cit.

- PRADO-KOBATA, M.H.; BARONE, B.; KOBATA, C.M.; HERANI FILHO, B.G. & CHACON, J.P. - Cancer colo-retal operado. Seguimento endoscópico de 40 doentes. Rev. Bras. Colo-Proct. 8(Supl. No.1):26, 1988.
- QUIRKE, P.; DURDEY, P.; DIXON, M.F. & WILLIAMS, N.S. - Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection. Lancet, 2: 996-999, 1986.
- RAGLAND, J.J.; LONDE, A.M. & SPRATT, J.S. - Correlation of the prognosis of obstruction colorectal carcinoma with clinical and pathologic variables. Am J. Surg. 121:552-556, 1971.
- REILLY, J.C.; RUSIN, L.C. & THEUERKAUF, F.J. - Colonoscopy: its role in cancer of the colon and rectum. Dis Colon Rectum. 25:532-538, 1982.
- RHODES, J.B.; HOLMES, F.F. & CLARK, G.M. - Changing distribution of primary cancers in the large bowel. J.A.M.A. 238:1641-1643, 1977.
- RIDER, J.H.; KIRSNER, J.B.; MOELLER, H.C. & PALMER, W.L. - Polyps of the colon and rectum a four-year to nine-year follow-up study of five hundred thirty-seven patients. J.A.M.A. 170:633-638, 1959.
- ROSENTHAL, I. & BARONOFKY, I.D. - Prognostic and therapeutic implications of polyps in metachronous colic carcinoma. J.A.M.A. 172:31-41, 1960.
- SCARBOROUGH, R.A. & KLEIN, R.R. - Polypoid lesion of the colon and rectum. Am J. Surg. 76:723-727, 1948.
- SCHIESSEL, R.; WUNDERLICH, M. & HERBST, F. - Local recurrence of colorectal cancer: effect of early detection and aggressive surgery. Brit. J. Surg. 73:342-344, 1986.
- SHINYA, H. & WOLFF, W.I. - Morphology, anatomic distribution and cancer potential of colonic polyps: an analysis of 7000 polyps endoscopically removed. Ann. Surg. 190:679-683, 1979.
- SMART, C.R. - Cancer of the colon and rectum in the United States: the scope of the problem. In: BEAHR, O.H.; HIGGINS, G.A.; WEINSTEIN, J.J.(ed) - Colorectal Tumors. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, pg 3-7, 1986.

- SPRATT, J.S.; ACKERMAN, L.V. & MOYER, C.A. - Relationship of polyps of the colon to colonic cancer. Am. Surg. 148:682-696, 1958.
- STEINBERG, S.M.; BARKIN, J.S.; KAPLAN, R.S. & STABLEIN, D.M. - Prognostic indicators of colon tumors: the gastrointestinal tumors study group experience. Cancer, 57:1866-1870, 1986.
- SUGARBAKER, P.H. - Fiberoptic colonoscopy. In: BEAHR, O.H.; HIGGINS, G.A.; WEINSTEIN, J.J. (ed) - Colorectal Tumors, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, pg 123-138, 1986.
- SWINTON, N.W. - Colotomy and Coloscopy. Surg. Clin. North Am. 40:727-731, 1960.
- SWINTON, N.W. & WARREN, S. - Polyps of the colon and rectum and their relation to malignancy. J.A.M.A. 113:1927-1933, 1939
- TALBOT, I.C.; RITCHIE, S.; LEIGHTON, M.H.; HUGHES, A.O.; BUSSEY, H.J.R. & MORSON, B.C. - The clinical significance of invasion of veins by rectal cancer. Brit. J. Surg. 67:439-442, 1980.
- THORSON, A.G.; CHRISTENSEN, M.A. & DAVIS, S.J. - The role of colonoscopy in the assessment of patients with colorectal cancer. Dis. Colon Rectum 29:306-311, 1986.
- TRAVIESO, C.R.; KNOEPP, L.F. JR. & HANSEY, P.H. - Multiple adenocarcinomas of the colon and rectum. Dis. Colon Rectum 15:1-6, 1972.
- TURELL, R. - Fiberoptic coloscope and sigmoidoscope. Am. J. Surg. 105:133-136, 1963.
- TURELL, R. - Fiberoptic sigmoidoscopes Am. J. Surg. 113:305-307, 1967.
- TURELL, R. & HALLER, J.D. - A re-evaluation of the malignant potential of colorectal adenomas. Surg. Gynecol. Obstet. 119:867-887, 1964.
- UNGER, S.W. & WANEBO, H.J. - Colonoscopy: an essential monitoring technique after resection of colorectal cancer. Am. J. Surg. 145:71-76, 1983.
- VASSILOPOULOS, P.P.; LEDESMA, E.J.; YOON, J.M.; JUNG, O. & MITTELMAN, A. - Surgical treatment of metastatic colorectal adenocarcinoma. Dis. Colon Rectum 24:265-271, 1981.

- WARREN, S. & GATES, O. - Multiple primary malignant tumors: a survey of the literature and a statistical study. Am. J. Cancer, 16:1358-1414, 1932.
- WEBB, W.A. & DYESS, L. - Endoscopic criteria for malignancy in colon adenomas. Dis. Colon Rectum, 29:896-897, 1986.
- WEBER, C.A.; DEVENNEY, K.E.; PELLEGRINI, C.A. & WAY, L.W. - Routine colonoscopy in the management of colorectal carcinoma. Am. J. Surg., 152:87-92, 1986.
- WEGENER, M.; BORSCH, G. & SCHMIDT, G.; - Colorectal adenomas: distribution, incidence of malignant transformation and rate of recurrence. Dis. Colon Rectum, 29:383-387, 1986.
- WEINSTEIN, J.J. - The relationship of polyps to colorectal carcinomas: a surgeons viewpoint. In: BEAHR, O.H. & HIGGINS, G.A.; WEINSTEIN, J.J. (ed), Colorectal Tumors. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, pg 99-101, 1986.
- WELCH, J.P. & DONALDSON, G.A. - Management of severe obstruction of the large bowel due to malignant disease. Am. J. Surg., 127:492-499, 1974.
- WELCH, J.P. & DONALDSON, G.A. - Detection and treatment of recurrent cancer of the colon and rectum. Am. J. Surg., 135:505-511, 1978.
- WELCH, J.P. & DONALDSON, G.A. - The clinical correlation of an autopsy study of recurrent colorectal cancer. Ann. Surg., 189:496-502, 1979.
- WELCH, C.E. & HEDBERG, S.E. - Multiple polyposis and familial polyposis. In: WELCH, C.E. & HEDBERG, (ed) - Polypoid lesions of the gastrointestinal tract. W.B. Saunders Company, Philadelphia, pg 104-120, 1975.
- WESTHUES, H. - citado por GOLIGHER, J.C. (1975) op.cit.
- WILLIAMS, C.B. - Colonoscopy. In: THOMPSON, J.P.S.; NICHOLLS, R.J. & WILLIAMS, C.B. (ed) - Colorectal disease. William Heinemann Medical Books Limited, London, pg 31-38, 1981.
- WILLIAMS, A.R.; BALASSORIYA, B.A.W. & DAY, D.W. - Polyps and cancer of the large bowel: a necropsy study in Liverpool. Gut, 23:835-842, 1982.

WOLFF,W.I. & SHINYA,H. - Colonfiberoscopy. J.A.M.A.,217:1509-1512,1971.

WOLFF,W.I. & SHINYA,H. - Earlier diagnosis of cancer of the colon through colonic endoscopy (colonoscopy). Cancer. 34:912-931,1974.

WOLFF,W.I. & SHINYA,H. - Definitive treatment of malignant polyps of the colon. Ann. Surg., 182:516-525,1975.

WOLFF,W.I.; SHINYA,H.; GEFFEN,A. & OZAKTAY,S.Z. - Colonofiberoscopy. Am. J. Surg., 123:180-184,1972.

WOLFF,W.I.; SHINYA,H.; GEFFEN,A.; OZAKTAY,S. & DEBEER,R. - Comparison of colonoscopy and the contrast enema in five hundred patients with colorectal disease. Am. J. Surg., 129:181-186,1976.

WOLMARK,N.; WIEAND,H.S. & ROCKETTE,H.E. e outros investigadores do NSABP. - The prognostic significance of tumor location and bowel obstruction in DUKES,B. and C colorectal cancer. Ann. Surg., 198:743-750,1983.

WRIGHT,H.K.; THOMAS,W.H. & CLEVELAND,J.C. - The low recurrence rate of colonic carcinoma in ileocolic anastomoses. Surg. Gynecol. Obstet.,128:960-962,1969.

**9. TABELAS REFERENTES AO
CAPÍTULO CASUÍSTICA E
MÉTODOS**

**TABELA 01 - DISTRIBUIÇÃO DOS
PACIENTES CONFORME O
SEXO**

	NÚMERO DE PACIENTES	%
MASCULINO	51	39,23
FEMININO	79	60,77
TOTAL	130	100,00

**TABELA 02 - DISTRIBUIÇÃO DOS
PACIENTES CONFORME O
GRUPO ETÁRIO**

	NÚMERO DE PACIENTES	%
21-40	21	16,15
41-60	54	41,54
>60	55	42,31
TOTAL	130	100,00

**TABELA 03 - DISTRIBUIÇÃO DOS
PACIENTES CONFORME O
GRUPO ÉTNICO**

	NÚMERO DE PACIENTES	%
BRANCO	118	90,76
NEGRO	9	6,92
AMARELO	3	2,30
TOTAL	130	100,00

**TABELA 04 - DISTRIBUIÇÃO DOS
PACIENTES CONFORME
LOCALIZAÇÃO DO TUMOR**

	NÚMERO DE PACIENTES	%
GRUPO I	33	25,38
GRUPO II	39	30,00
GRUPO III	58	44,61
TOTAL	130	100,00

TABELA 05 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME O TAMANHO DO TUMOR

	NÚMERO DE PACIENTES	%
GRUPO A	9	10,11
GRUPO B	43	48,31
GRUPO C	27	30,33
GRUPO D	10	11,23
TOTAL	89	100,00
SEM DADOS	41(130)	(31,53)

TABELA 06 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME O TIPO MORFOLÓGICO DO TUMOR

	NÚMERO DE PACIENTES	%
ULCERADO SUBESTENOSANTE	75	71,42
ULCERADO ESTENOSANTE	15	14,28
POLIPÓIDE	15	14,28
TOTAL	105	100,00
SEM DADOS	25(130)	(19,23)

TABELA 07 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME A OCORRÊNCIA DE TUMOR ASSOCIADO A OUTRA LESÃO NEOPLÁSICA BENIGNA OU MALIGNA

	NÚMERO DE PACIENTES	%
SIM	15	14,42
NÃO	89	85,58
TOTAL	104	100,00
SEM DADOS	26(130)	(20,00)

TABELA 08 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DO TUMOR QUANTO A DIFERENCIAÇÃO HISTOPATOLÓGICA

	NÚMERO DE PACIENTES	%
BEM DIFERENCIADO	56	56,00
MODERADAMENTE DIFERENCIADO	39	39,00
INDIFERENCIADO	5	5,00
TOTAL	100	100,00
SEM DADOS	30(130)	(23,07)

TABELA 09 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DOS TUMORES QUANTO A DISSEMINAÇÃO TRANSPARIETAL E LINFÁTICA (DUKES)

	NÚMERO DE PACIENTES	%
TIPO A	13	13,13
TIPO B	58	58,58
TIPO C1	24	24,24
TIPO C2	4	4,04
TOTAL	99	100,00
SEM DADOS	31(130)	(23,84)

10. TABELAS REFERENTES AO CAPÍTULO RESULTADOS

TABELA 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM EXAMES COLONOSCÓPICOS COM RESULTADO POSITIVO EM FUNÇÃO DO PERÍODO DE PÓS-OPERATÓRIO (ANOS).

	ADENOMA		CARCINOMA METACRÔNICO		RECIDIVA LOCAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ATÉ 2	11	68,75	2	66,66	6	66,66	19	67,86
>2 ATÉ 5	4	25,00	0	0	2	22,22	6	21,43
> 5	1	6,25	1	33,33	1	11,11	3	10,71
TOTAL	16	100,00	3	100,00	9	100,00	28	100,00

TABELA 11 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM EXAMES COLONOSCÓPICOS COM RESULTADO POSITIVO CONFORME O SEXO

	NÚMERO DE PACIENTES	ADENOMA		CARCINOMA METACRÔNICO		RECIDIVA LOCAL		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MASCULINO	51	5	9,80	0	0	4	7,84	9	17,64
FEMININO	79	11	13,92	3	3,79	5	6,32	19	24,05
TOTAL	130	16	12,30	3	2,30	9	6,92	28	21,53

ADENOMA - ($X^2 = 0.180, 1GL, NS$)
 RECIDIVA LOCAL - ($X^2 = 0.000, 1GL, NS$)
 TOTAL - ($X^2 = 0.421, 1GL, NS$)

TABELA 12 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM EXAMES COLONOSCÓPICOS COM RESULTADO POSITIVO CONFORME O GRUPO ETÁRIO.

	NÚMERO DE PACIENTES	ADENOMA		CARCINOMA METACRÔNICO		RECIDIVA LOCAL		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
21 - 40	21	1	4,76	1	4,76	2	9,52	4	19,04
41 - 60	54	4	7,40	0	0	4	7,40	8	14,81
> 60	55	11	20,00	2	3,63	3	5,45	16	29,09
TOTAL	130	16	12,30	3	1,30	9	6,92	28	21,53

TOTAL - ($X^2 = 3.378, 2 G.L., NS$)

TABELA 13 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM EXAMES COLONOSCÓPICOS COM RESULTADO POSITIVO CONFORME A LOCALIZAÇÃO DO TUMOR

	NÚMERO DE PACIENTES	ADENOMA		CARCINOMA METACRÔNICO		RECIDIVA LOCAL		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo I : Ceco ascendente									
Flex hepática transverso	33	5	14,70	2	5,88	0	0	7	20,58
Grupo II : Flex Esp. Descendent.. Sismóide	39	8	19,51	0	0	7	17,07	15	36,58
Grupo III : Junção Reto Sigmóide e Reto	58	3	5,17	1	1,72	2	3,44	6	10,34
TOTAL	130	16	12,03	3	2,25	9	6,76	28	21,05

ADENOMA - ($X^2 = 5.416, 2 \text{ G.L.}, P < 0,07$)

TOTAL - ($X^2 = 10.912, 2 \text{ G.L.}, P < 0,01$)

TABELA 14 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM EXAMES COLONOSCÓPICOS COM RESULTADO POSITIVO CONFORME O TAMANHO DO TUMOR

	NÚMERO DE PACIENTES	ADENOMA		CARCINOMA METACRÔNICO		RECIDIVA LOCAL		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GRUPO A	9	2	22,22	0	0	1	11,11	3	33,33
GRUPO B	43	4	9,30	0	0	2	4,65	6	13,95
GRUPO C	27	3	11,11	1	3,70	1	3,70	5	18,51
GRUPO D	10	1	10,00	0	0	0	0	1	10,00
TOTAL	89	10	11,23	1	1,12	4	4,49	15	16,85

TABELA 15 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM EXAMES COLONOSCÓPICOS COM RESULTADO POSITIVO CONFORME O TIPO MORFOLÓGICO DO TUMOR

	NÚMERO DE PACIENTES	ADENOMA		CARCINOMA METACRÔNICO		RECIDIVA LOCAL		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SUB ESTENOSANTE	75	9	12,00	1	1,33	3	4,00	13	17,33
ESTENOSANTE	15	1	6,66	0	0	3	20,00	4	26,66
POLIPÓIDE	15	3	20,00	1	6,66	0	0	4	26,66
TOTAL	105	13	12,38	2	1,90	6	5,71	21	20,00

TABELA 16 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM EXAMES COLONOSCÓPICOS COM RESULTADO POSITIVO CONFORME A OCORRÊNCIA DE TUMOR ASSOCIADO A LESÃO NEOPLÁSICA SINCÔNICA.

	NÚMERO DE PACIENTES	ADENOMA		CARCINOMA METACRÔNICO		RECIDIVA LOCAL		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SIM	15	7	46,66	1	6,66	1	6,66	9	60,00
NÃO	89	6	6,74	1	1,12	5	5,61	12	13,48
TOTAL	104	13	12,5	2	1,92	6	5,76	21	20,19

ADENOMA - ($X^2 = 15.236$, 1 G.L., $P < 0,001$)
 RECIDIVA LOCAL - ($X^2 = 0.191$, 1 G.L., NS)
 TOTAL - ($X^2 = 14.470$, 1 G.L., $P < 0,001$)

TABELA 17 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM EXAMES COLONOSCÓPICOS COM RESULTADO POSITIVO CONFORME A DIFERENCIAÇÃO DO TUMOR

	NÚMERO DE PACIENTES	ADENOMA		CARCINOMA METACRÔNICO		RECIDIVA LOCAL		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BEM DIFERENCIADO	56	6	10,71	1	1,78	4	7,14	11	19,64
MODERADAMENTE DIFERENCIADO	39	5	12,82	1	2,56	2	5,12	8	20,51
INDIFERENCIADO	5	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	100	11	11,00	2	2,00	6	6,00	19	19,00

TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES COM EXAMES COLONOSCÓPICOS COM RESULTADO POSITIVO CONFORME A DISSEMINAÇÃO DO TUMOR (DUKES).

	NÚMERO DE PACIENTES	ADENOMA		CARCINOMA METACRÔNICO		RECIDIVA LOCAL		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TIPO A	13	2	15,38	0	0	0	0	2	15,38
TIPO B	58	6	10,34	2	3,44	3	5,17	11	18,96
TIPO C1	24	3	12,50	0	0	2	8,33	5	20,83
TIPO C2	4	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	99	11	11,11	2	2,02	5	5,05	18	18,18

11. FIGURAS REFERENTES AO CAPÍTULO RESULTADOS E COMENTÁRIOS

ADENOMA X TEMPO PÓS-OPERATÓRIO

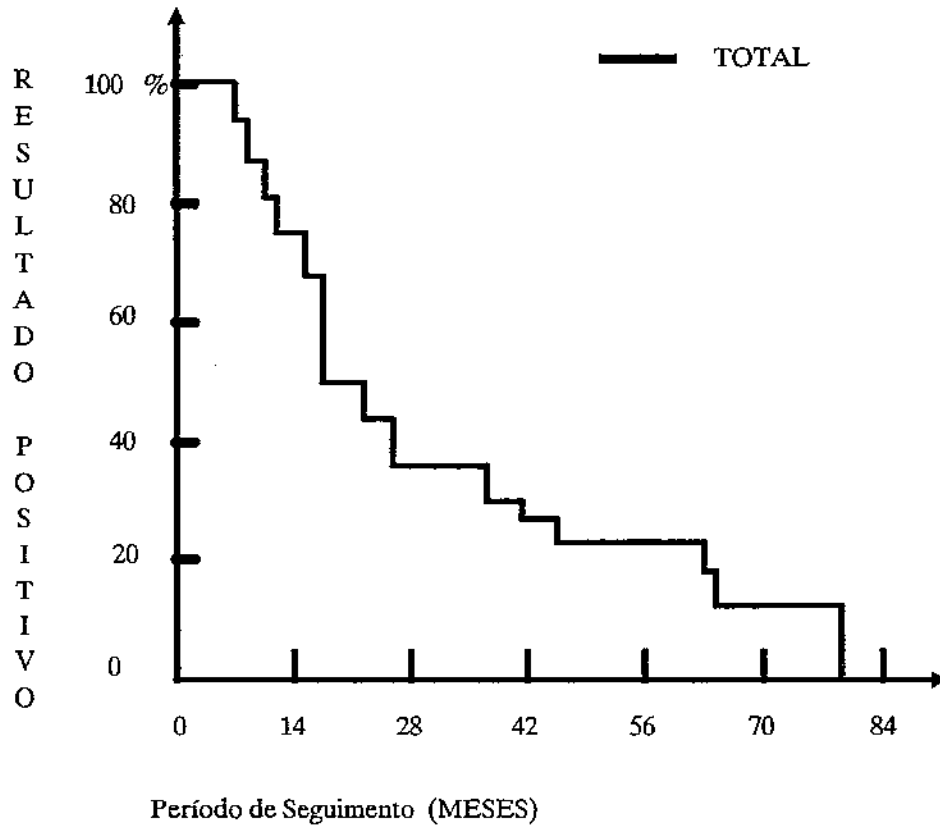


FIGURA 1 - Curva de distribuição dos pacientes com primeiro exame colonoscópico com resultado positivo para adenoma em função do tempo de pós-operatório

CARCINOMA METACRÔNICO X TEMPO PÓS-OPERATÓRIO

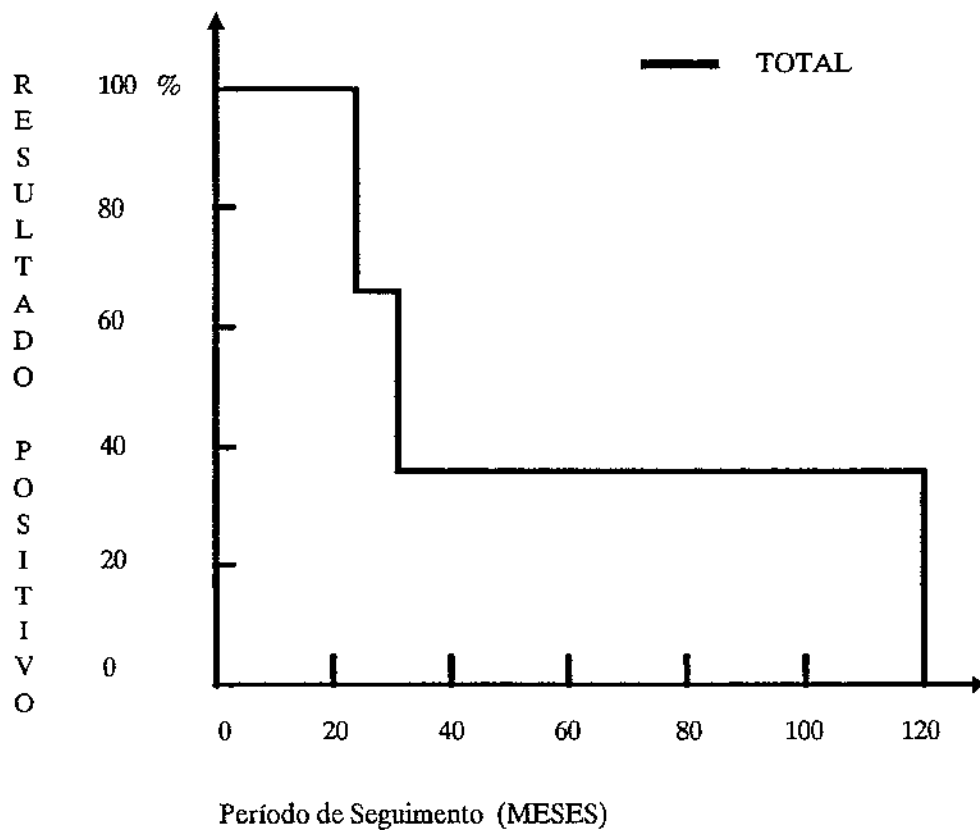


FIGURA 2 - Curva de distribuição dos pacientes com exame colonoscópico com resultado positivo para carcinoma metacrônico em função do tempo de pós-operatório

RECIDIVA LOCAL X TEMPO PÓS-OPERATÓRIO

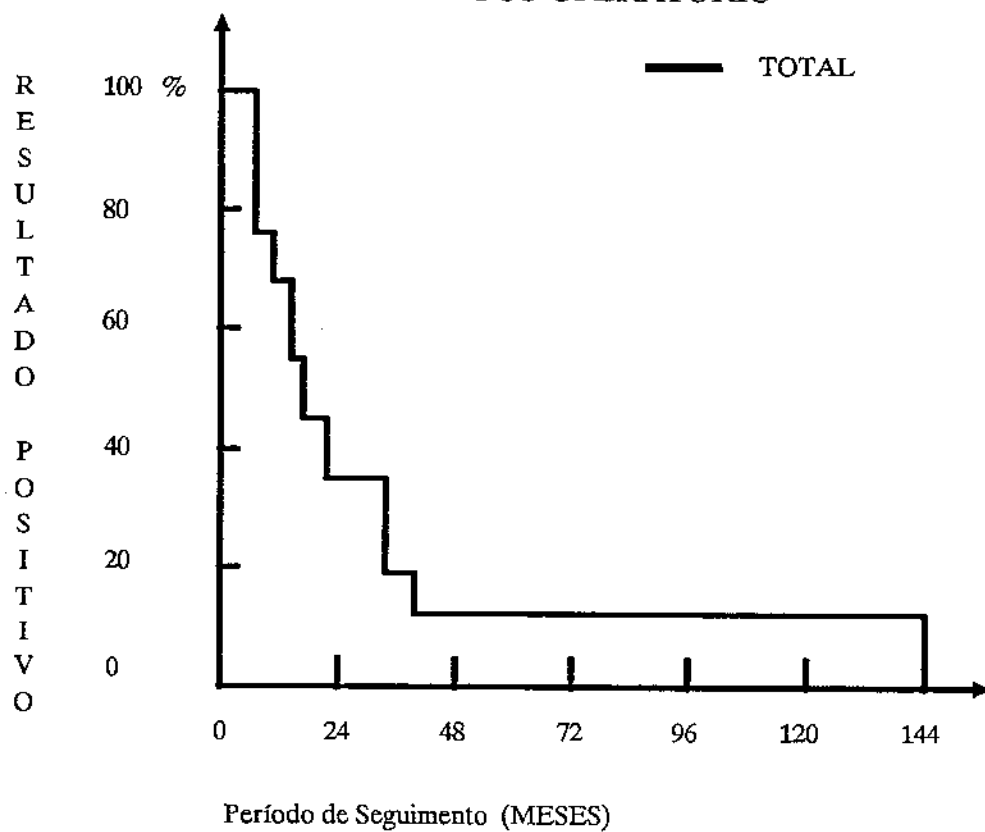


FIGURA 3 - Curva de distribuição dos pacientes conforme ocorrência de exame colonoscópio com resultado positivo para recidiva local, em função do tempo de pós-operatório

TOTAL DE RESULTADOS POSITIVOS

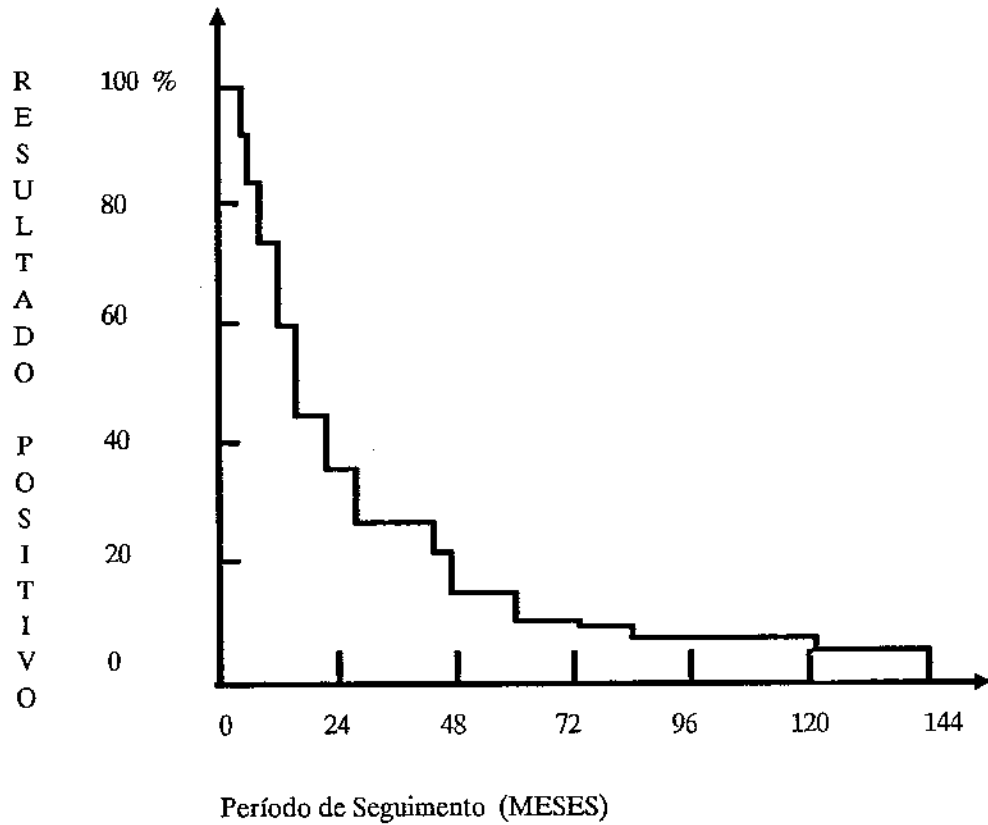


FIGURA 4 - Curva de distribuição dos pacientes com primeiro exame colonoscópico com total de resultados positivos (adenomas, carcinoma metacrônico e recidiva local) em função do tempo de pós-operatório.

ADENOMA X TEMPO DE PÓS-OPERATÓRIO

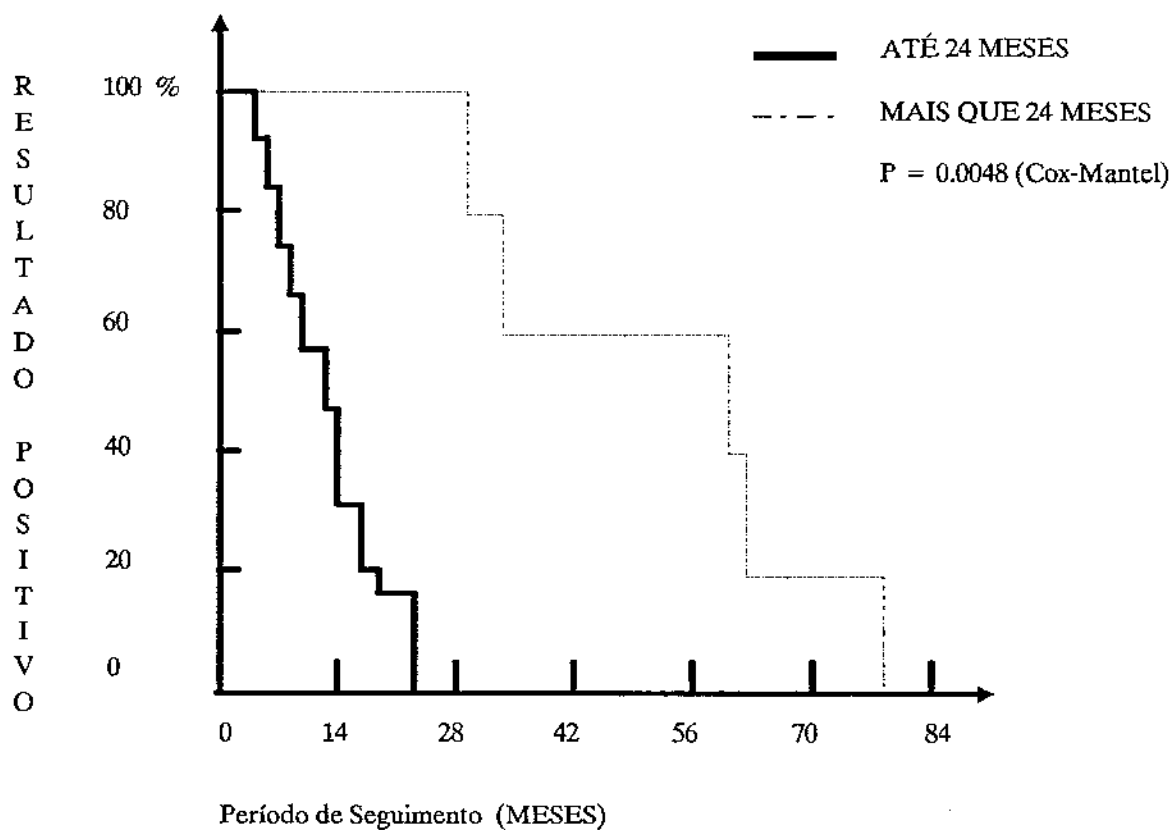


FIGURA 5 - Curva de distribuição dos pacientes com primeiro exame colonoscópico com resultado positivo para adenoma, em função do tempo de pós-operatório, comparando-se o período de até o 2º ano e após o 2º ano.

RECIDIVA LOCAL X TEMPO DE PÓS-OPERATÓRIO

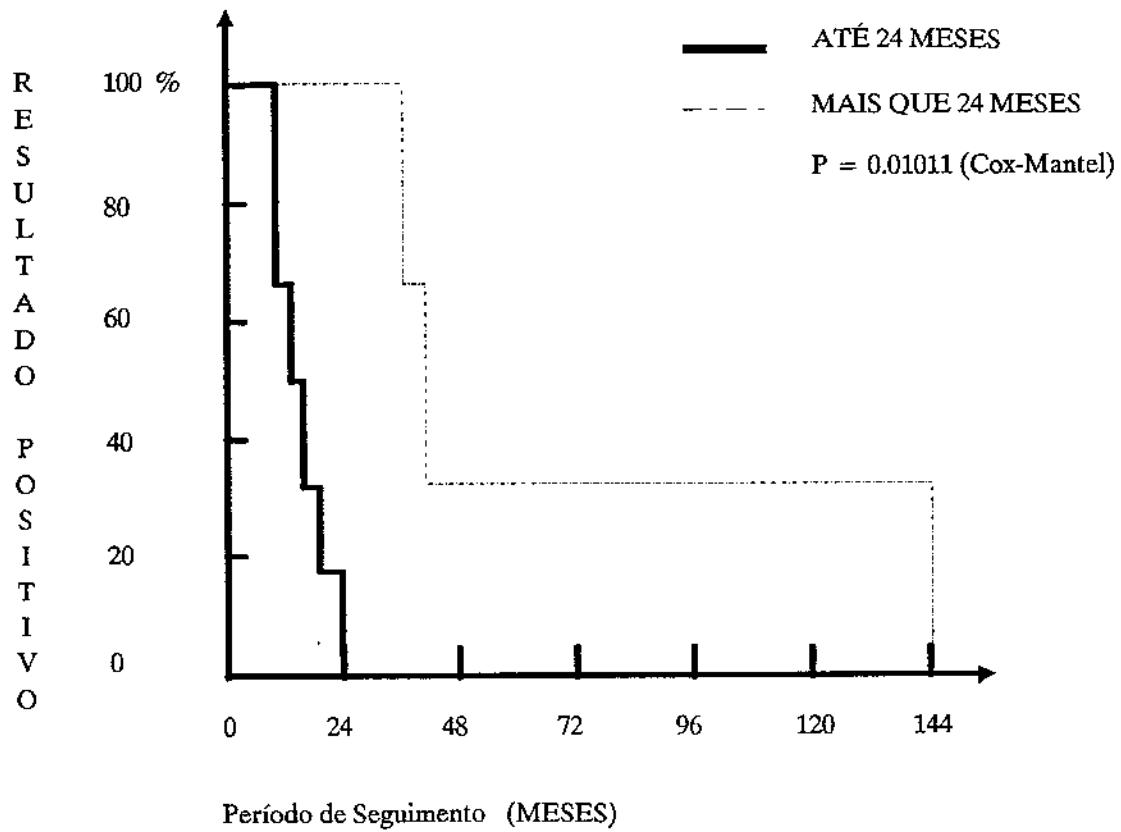


FIGURA 6- Curva de distribuição dos pacientes com resultado positivo para recidiva local, em função do tempo de pós-operatório, comparando-se com o período de até o 2º ano e após o 2º ano.

TOTAL DE RESULTADOS X TEMPO PÓS-OPERATÓRIO

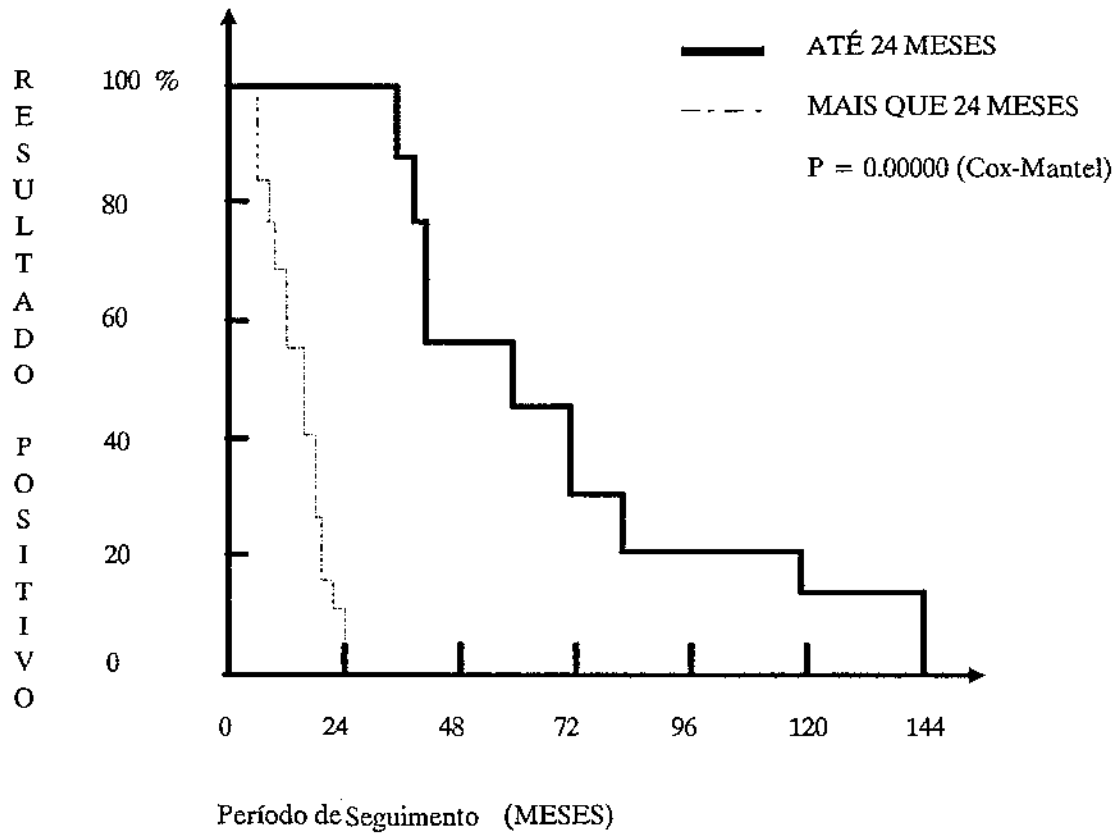


FIGURA 7 - Curva de distribuição dos pacientes com primeiro exame colonoscópico com total de resultados positivos (adenomas, carcinoma metacrônico e recidiva local) em função do tempo de pós-operatório, comparando-se com o período de até o 2º ano e após o 2º ano.

12. RELAÇÃO GERAL DA CASUÍSTICA

RELACAO GERAL DA CASUISTICA

N	RET	NOME	ID	S	RACA	TEMP	PO	LOCAL	TU	TIP.	MORF.	FECA	DIF.	HIST.	DUKES	RESULTADO
0001	01	Matias, M	25	M	B	2	1		2	3		2	9		9	4
0002	01	Queiroz, IR	58	F	B	36	3		9	1		2	1		2	4
0002	02	Queiroz, IR	58	F	B	74	3		9	1		2	1		2	4
0003	01	Camasao, EG	62	F	B	4	3		1	1		1	1		2	1
0003	02	Camasao, EG	51	F	B	8	3		1	1		1	1		2	4
0003	03	Camasao, EG	62	F	B	11	3		1	1		1	1		2	1
0003	04	Camasao, EG	63	F	B	18	3		1	1		1	1		2	4
0003	05	Camasao, EG	62	F	B	44	3		1	1		1	1		2	1
0003	06	Camasao, EG	62	F	B	57	3		1	1		1	1		2	1
0003	07	Camasao, EG	62	F	B	70	3		1	1		1	1		2	4
0004	01	Grana, JCC	31	M	B	24	3		3	1		2	2		2	5
0005	01	Ravagnani, E	68	F	B	15	2		3	1		1	2		3	4
0005	02	Ravagnani, E	68	F	B	22	2		4	1		1	2		3	4
0005	03	Ravagnani, E	68	F	B	48	2		4	1		1	2		3	4
0005	04	Ravagnani, E	68	F	B	79	2		4	1		1	2		3	1
0006	01	Fuzetti, V	54	M	B	6	1		9	9		9	9		9	4
0007	01	Fukuhara, S	60	M	A	7	3		9	9		9	3		9	4
0008	01	Palka, V	45	F	B	60	2		3	4		1	3		3	4
0008	02	Palka, V	45	F	B	92	2		3	4		1	3		3	4
0009	01	Oliveira, MJ	59	F	B	15	3		2	1		2	1		2	4
0009	02	Oliveira, MJ	59	F	B	26	3		2	1		2	1		2	4
0010	01	Pinha, E	69	M	B	6	3		3	1		2	2		2	5
0011	01	Batista, SAV	53	F	B	16	1		3	1		2	1		4	4
0011	02	Batista, SAV	53	F	B	53	1		3	3		2	1		4	4
0011	03	Batista, SAV	53	F	B	62	1		3	3		2	1		4	4
0012	01	Lima, JF	66	F	B	5	1		9	9		1	2		2	1
0013	01	Silva, BT	69	M	B	30	2		2	1		2	1		2	1
0014	01	Schildhauer, JD	50	M	B	16	1		2	1		1	2		3	1
0014	02	Schildhauer, JD	50	M	B	22	1		2	1		1	2		3	4
0014	03	Schildhauer, JD	50	M	B	34	1		2	1		1	2		3	4
0014	04	Schildhauer, JD	50	M	B	47	1		2	1		1	2		3	4
0014	05	Schildhauer, JD	50	M	B	60	1		2	1		1	2		3	4
0014	06	Schildhauer, JD	50	M	B	69	1		2	1		1	2		3	4

RELACAO GERAL DA CASUISTICA

N	RET	NOME	ID	S	RACA	TEMP	PO	LOCAL	TU	TIP.	MORF.	PECA	DIF.	HIST.	DUKES	RESULTADO
0014	07	Schildhauer, JD	50	M	B		79	1	B	1		1	2		3	1
0015	01	Magna, C	56	F	B		120	3	9	9		9	9		9	4
0015	02	Magna, C	56	F	B		144	3	9	9		9	9		9	4
0016	01	Jesus, BI	57	F	B		2	1	9	9		2	9		9	2
0017	01	Pereira, GF	57	F	B		72	1	9	9		9	9		2	4
0017	02	Pereira, GF	57	F	B		97	1	9	9		9	9		2	4
0017	03	Pereira, GF	57	F	B		111	1	9	9		9	9		2	4
0018	01	Pinto, MS	69	M	B		48	3	3	1		2	1		1	4
0018	02	Pinto, MS	69	M	B		64	3	3	1		2	1		1	4
0018	03	Pinto, MS	69	M	B		72	3	3	1		2	1		9	4
0019	01	Silva, MA	55	F	B		15	3	9	9		9	9		9	4
0019	02	Silva, MA	55	F	B		36	3	9	9		9	9		9	1
0020	01	Borcatto, MF	60	F	B		60	1	9	9		9	9		9	4
0021	01	Santos, GLS	50	F	B		3	3	2	1		2	1		2	4
0021	02	Santos, GLS	50	F	B		6	3	2	1		2	1		2	4
0021	03	Santos, GLS	50	F	B		32	3	2	1		2	1		2	4
0021	04	Santos, GLS	50	F	B		46	3	2	1		2	1		2	4
0021	05	Santos, GLS	50	F	B		64	3	2	1		2	1		2	4
0022	01	Lorenzato, E	80	F	B		3	2	4	4		2	1		2	4
0023	01	Galete, G	44	M	B		18	1	9	9		9	1		9	2
0024	01	Monteleone, H	70	M	B		24	3	3	1		2	1		3	4
0024	02	Monteleone, H	70	M	B		40	3	3	1		2	1		3	4
0024	03	Monteleone, H	70	M	B		54	3	3	1		2	1		3	4
0025	01	Stella, IA	81	F	B		6	1	1	1		2	1		2	1
0025	02	Stella, IA	81	F	B		21	1	1	1		2	1		2	4
0025	03	Stella, IA	81	F	B		57	1	1	1		2	1		2	4
0026	01	Barbutti, YM	62	F	B		132	3	9	3		2	9		9	4
0026	02	Barbutti, YM	62	F	B		156	3	9	3		2	9		9	4
0026	03	Barbutti, YM	62	F	B		180	3	9	3		2	9		9	4
0027	01	Faccioli, L	62	M	B		19	2	4	1		2	2		3	4
0027	02	Faccioli, L	62	M	B		36	2	4	1		2	2		3	4
0028	01	Corte, J	68	M	B		3	3	2	1		2	2		2	4
0028	02	Corte, J	68	M	B		16	3	2	1		2	2		2	4

RELACAO GERAL DA CASUISTICA

N	RET	NOME	ID	S	RACA	TEMP	PO	LOCAL	TU	TIP.	MORF.	PECA	DIF.	HIST.	DUKES	RESULTADO
0028	03	Corte, J	68	M	B	30	3		2	1		2	2		2	4
0028	04	Corte, J	68	M	B	56	3		2	1		2	1		2	4
0029	01	Felipe, LTA	51	F	B	3	2		2	3		2	1		2	4
0029	02	Felipe, LTA	51	F	B	8	2		2	3		2	1		2	4
0030	01	Faiva, W	63	M	B	9	3		2	1		2	2		4	4
0031	01	Vanucci, J	78	M	B	144	1		9	3		9	9		9	2
0031	04	Capovilla, J	67	M	B	45	1		2	1		2	2		2	4
0032	01	Pinton, A	58	M	B	8	3		2	1		2	1		2	4
0032	02	Pinton, A	58	M	B	20	3		2	1		2	1		2	4
0032	03	Pinton, A	58	M	B	33	3		2	1		2	1		2	4
0032	04	Pinton, A	58	M	B	52	3		2	1		2	1		2	4
0033	01	Capovilla, J	67	M	B	4	1		2	1		2	2		2	4
0033	02	Capovilla, J	67	M	B	23	1		2	1		2	2		2	4
0033	03	Capovilla, J	67	M	B	34	1		2	1		2	2		2	4
0035	01	Braga, PB	28	M	B	2	1		9	3		1	9		9	1
0036	01	Passos, AA	69	M	B	24	1		9	9		9	9		9	2
0037	01	Ventilli, IO	76	F	B	7	3		2	4		2	1		2	4
0037	02	Ventilli, IO	76	F	B	12	2		2	4		2	1		2	4
0037	03	Ventilli, IO	76	F	B	33	3		2	4		2	1		2	4
0038	01	Camargo, MLP	49	F	B	48	1		9	3		2	3		9	4
0038	02	Camargo, MLP	49	F	B	66	1		9	3		2	3		2	4
0039	01	Santos, AM	74	F	F	13	3		2	4		2	2		1	5
0039	02	Santos, AM	74	F	F	15	3		2	4		2	2		1	4
0039	03	Santos, AM	74	F	F	34	3		2	4		2	2		1	1
0040	01	Munhoz, ZF	57	F	B	3	2		2	1		2	1		2	4
0040	02	Munhoz, ZF	57	F	B	6	2		2	1		2	1		2	4
0040	03	Munhoz, ZF	57	F	B	15	2		2	1		2	1		2	4
0040	04	Munhoz, ZF	57	F	B	24	2		2	1		2	1		2	4
0040	05	Munhoz, ZF	57	F	B	36	2		2	1		2	1		2	4
0040	06	Munhoz, ZF	57	F	B	48	2		2	1		2	1		2	4
0041	01	Catharino, MCF	49	F	B	18	1		2	4		1	2		3	4
0042	01	Pereira, ER	43	F	B	180	3		3	1		2	1		1	4
0043	01	Freitas, MA	66	F	B	6	2		1	4		2	1		2	4

RELACAO GERAL DA CASUISTICA

N	RET	NOME	ID	S	RACA	TEMP	PO	LOCAL	TU	TIP.	MORF.	PECA	DIF.	HIST.	DUKES	RESULTADO
0043	02	Freitas, MA	66	F	B	19	3		1	4	R	1	R		R	4
0044	01	Rodrigues, MA	63	F	B	9	3		2	1	R	1	R		R	4
0044	02	Rodrigues, MA	63	F	B	47	3		2	1	R	1	R		R	4
0045	01	Cavassoni, MS	51	F	B	8	3		9	1	R	2	R		R	4
0046	01	Oliveira, JM	65	M	B	19	2		9	1	R	3	R		R	4
0046	02	Oliveira, JM	65	M	B	33	2		3	1	R	3	R		R	4
0047	01	Cintra, CS	56	M	B	58	3		9	9	R	9	R		R	4
0048	01	Trevisan, G	64	M	B	13	2		9	1	R	9	R		R	1
0049	01	Silva, MNN	43	F	B	8	2		9	9	R	9	R		R	4
0049	02	Silva, MNN	43	F	B	15	2		9	9	R	9	R		R	4
0049	03	Silva, MNN	50	F	B	32	2		9	9	R	9	R		R	4
0049	04	Silva, MNN	43	F	B	46	2		9	9	R	9	R		R	4
0050	01	Borella, ND	52	F	B	6	2		2	1	R	1	R		R	4
0050	02	Borella, ND	52	F	B	24	2		2	1	R	1	R		R	4
0050	03	Borella, ND	52	F	B	36	2		2	1	R	1	R		R	4
0050	04	Borella, ND	52	F	B	49	2		2	1	R	1	R		R	4
0051	01	Souza, MG	60	F	B	120	3		9	9	R	9	R		R	4
0052	01	Fuzatti, F	64	M	B	30	2		9	9	R	9	R		R	4
0053	01	Souza, PM	57	M	P	7	3		2	1	R	2	R		R	4
0054	01	Torres, AR	68	F	B	2	2		9	9	R	2	R		R	4
0055	01	Giantini, P	68	M	B	7	3		2	1	R	1	R		R	4
0055	02	Giantini, P	68	M	B	13	3		2	1	R	1	R		R	4
0056	01	Belizario, IL	50	F	B	16	3		2	3	R	2	R		R	4
0056	02	Belizario, IL	50	F	B	22	3		2	3	R	2	R		R	4
0056	03	Belizario, IL	50	F	B	35	3		2	3	R	2	R		R	2
0057	01	Santos, IRS	23	F	P	5	3		3	1	R	1	R		R	4
0058	01	Granziana, JB	83	M	B	6	3		3	1	R	1	R		R	5
0059	01	Venturin, RL	38	F	B	10	2		4	1	R	1	R		R	4
0059	02	Venturin, RL	38	F	B	22	2		4	1	R	1	R		R	4
0059	03	Venturin, RL	38	F	B	56	2		4	1	R	1	R		R	4
0060	01	Fuzetto, A	62	M	B	96	2		9	9	R	9	R		R	4
0061	01	Porte, JS	36	M	B	18	3		2	4	R	1	R		R	4
0062	01	Lima, C	77	F	B	4	3		3	1	R	1	R		R	4

RELACAO GERAL DA CASUISTICA

N	RET	NOME	ID	S	RACA	TEMP	PO	LOCAL	TU	TIP.	MORF.	PECA	DIF.	HIST.	DUKES	RESULTADO
0062	02	Lima, C	79	F	B	16	3		3	1		2	1		3	4
0062	03	Lima, C	77	F	B	30	3		3	1		2	1		3	4
0063	01	Gon alves, RL	27	F	B	1	3		2	4		2	2		1	4
0063	02	Gon alves, RL	27	F	B	6	3		2	4		2	2		1	4
0063	03	Goncalves, RL	27	F	B	20	3		9	4		2	2		1	4
0064	01	Louren o, MHO	40	F	B	23	1		9	9		9	9		9	4
0064	02	Lourenco, MHO	40	F	B	48	1		9	9		9	9		9	4
0066	01	Motta, M	65	M	B	90	3		9	1		9	9		9	4
0067	01	Pasqualine, DM	57	F	B	27	2		1	4		2	1		3	4
0068	01	Mello, TD	75	F	B	59	1		9	1		9	9		9	1
0068	02	Mello, TD	75	F	B	72	1		9	1		9	9		9	4
0069	01	Rodrigues, AS	60	M	B	13	3		9	1		2	2		9	4
0069	02	Rodrigues, AS	60	M	B	29	3		1	1		2	2		2	4
0070	01	Silva, JJ	70	M	F	7	3		4	1		2	1		1	5
0070	02	Silva, JJ	70	M	F	19	3		4	1		2	1		2	4
0071	01	Pelinson, E	30	M	B	6	2		4	1		2	1		2	4
0071	02	Pelinson, E	30	M	B	12	2		4	1		2	1		2	4
0071	03	Pelinson, E	30	M	B	24	2		4	1		2	1		2	5
0072	01	Azevedo, CS	30	F	F	8	3		2	1		2	2		2	4
0073	01	Silva, MAM	40	F	B	72	3		9	9		9	9		9	4
0074	01	Rosada, LF	73	F	B	6	2		4	1		2	1		2	4
0075	01	Berni, DF	68	F	B	6	1		3	1		2	1		2	4
0075	02	Berni, DF	68	F	B	18	1		3	1		2	1		2	4
0076	01	Fran a, MAS	59	F	B	11	3		9	9		9	9		1	4
0076	02	Franca, MAS	59	F	B	23	3		9	9		9	9		1	4
0077	01	Jolly, FJ	56	M	B	36	1		2	3		2	1		2	4
0078	01	Fuzetti, MA	27	F	B	4	1		3	3		2	2		2	4
0078	02	Fuzetti, MA	27	F	B	16	1		3	3		2	2		2	4
0079	01	Costa, MF	73	F	F	6	1		3	1		2	1		3	4
0079	02	Costa, MF	73	F	F	13	1		3	1		2	1		3	4
0080	01	Ramalho, RF	27	F	B	4	1		2	3		2	1		2	4
0080	02	Ramalho, RF	27	F	B	9	1		2	3		2	1		2	4
0081	01	Carvalho, DR	45	M	B	16	3		9	1		9	9		3	4

RELACAO GERAL DA CASUISTICA

N	RET	NOME	ID	S	RACA	TEMP	PO	LOCAL	TU	TIP.	MORF.	PECA	DIF.	HIST.	DUKES	RESULTADO
0082	01	Garcia, B	64	M	P	9	3		3	1		2	1		2	4
0083	01	Silva, SL	81	M	B	6	3		2	1		2	2		3	4
0084	01	Ladeira, MCA	63	F	B	5	3		2	1		2	2		2	4
0084	02	Ladeira, MCA	63	F	B	18	3		2	1		2	1		2	4
0085	01	Marcolino, TJ	49	F	B	18	3		2	4		2	1		2	1
0086	01	Galleti, A	48	M	B	10	3		2	1		2	1		3	4
0087	01	Fuzetti, J	71	M	B	10	1		3	1		1	1		2	1
0087	02	Fuzetti, J	71	M	B	18	1		3	1		1	1		2	1
0088	01	Santos, MMF	40	F	P	12	3		2	1		2	1		3	2
0089	01	Castro, CA	70	F	B	12	1		2	1		1	1		2	4
0089	02	Castro, CA	70	F	B	24	1		2	1		1	1		2	4
0089	03	Castro, CA	70	F	B	38	1		2	1		1	1		2	4
0089	04	Castro, CA	70	F	B	60	1		2	1		1	1		2	4
0090	01	Rodrigues, FC	55	M	B	3	3		3	1		2	1		2	4
0090	02	Rodrigues, FC	55	M	B	24	3		3	1		2	1		2	4
0091	01	Oolo, TLL	76	F	B	21	2		3	1		2	1		2	3
0092	01	Moraes, AB	59	F	B	8	2		9	9		9	9		4	5
0093	01	Moraes, AF	73	F	B	3	3		9	4		2	1		1	4
0095	01	Bertin, MSD	38	F	B	2	1		3	3		1	1		2	2
0096	01	Fujimoto, S	54	M	A	7	2		9	1		2	3		2	4
0097	01	Areas, JL	54	M	B	2	1		3	1		1	2		3	4
0098	01	Kamata, EKH	62	F	A	18	2		9	9		9	2		2	4
0099	01	Souza, ILF	31	F	B	5	3		2	1		2	1		2	4
0099	02	Souza, ILF	31	F	B	16	3		2	1		2	1		2	4
0100	01	Rossi, A	75	M	B	15	1		1	4		2	1		2	4
0100	02	Rossi, A	75	M	B	30	1		1	4		2	1		2	4
0101	01	Alface, VA	42	M	B	6	3		1	1		2	1		3	4
0102	01	Carpin, CM	36	F	B	6	2		2	1		1	2		3	4
0102	02	Carpin, CM	36	F	B	12	2		2	1		1	2		3	4
0103	01	Barbieri, AT	50	F	B	9	3		2	1		2	2		1	4
0104	01	Moreno, ER	57	F	B	24	1		9	9		9	9		9	1
0105	01	Trombeta, H	53	M	B	8	3		2	1		2	1		1	4
0105	02	Trombeta, H	53	M	B	18	3		2	1		2	1		1	4

RELACAO GERAL DA CASUISTICA

N	RET	NOME	ID	S	RACA	TEMP	PO	LOCAL	TU	TIP.	MORF.	PECA	DIF.	HIST.	DUKES	RESULTADO
0106	01	Fussi, MLG	47	F	B	6	1		2	4		2	2		3	4
0106	02	Fussi, MLG	47	F	B	18	1		2	4		2	2		3	4
0107	01	Miranda, SJV	72	F	B	3	2		3	1		1	1		3	1
0108	01	Cunha, DM	36	F	B	6	3		1	1		2	2		2	4
0109	01	Lima e Silva, A	68	F	B	3	1		3	1		2	1		3	4
0110	01	Fabiani, MSR	55	F	B	13	2		2	1		2	2		2	4
0111	01	Campos, LG	61	F	B	120	2		9	9		9	9		9	3
0112	01	Leite, CF	58	F	B	40	1		9	1		2	2		3	2
0113	01	Rebelatto, HR	59	F	B	8	2		4	1		2	2		2	4
0114	01	Concalves, CB	66	F	B	12	1		3	1		2	1		2	4
0115	01	Klaus, C	61	F	B	5	3		2	1		2	1		2	5
0116	01	Zepherino, MR	65	F	B	7	2		4	1		2	1		3	4
0117	01	Sobrinho, JR	57	M	B	12	3		2	1		2	1		1	4
0118	01	Paulino, ES	45	F	B	34	1		9	9		9	9		9	4
0119	01	Algizi, JB	55	M	B	18	1		3	1		2	1		2	4
0120	01	Santana, FV	65	M	B	4	3		2	1		2	2		2	4
0121	01	Maximo, JP	38	M	B	6	1		3	3		2	2		2	4
0122	01	Franco, MC	39	F	B	23	3		9	4		1	2		2	3
0123	01	Santos, JC	55	M	B	6	3		4	1		2	1		2	4
0124	01	Simel, J	58	M	B	23	3		3	1		2	2		2	4
0125	01	Souza, AC	63	F	B	10	2		4	3		2	9		9	4
0126	01	Souza, BF	69	F	B	6	2		9	9		9	9		9	4
0127	01	Silva, MLG	62	F	B	8	1		2	3		2	1		3	4
0128	01	Prado, R	54	F	B	2	3		2	1		2	2		3	4
0129	01	Alves, LN	36	M	B	17	2		2	3		2	2		2	4
0130	01	Poletti, RP	47	F	B	9	3		2	1		2	2		3	5
0131	01	Jesus, BI	57	F	B	8	1		1	1		2	9		9	4
0132	01	Passos, AA	69	M	B	8	1		1	1		2	1		2	2
0133	01	Campos, LG	61	F	B	13	2		3	4		2	2		1	1

*** Total ***

6599

ERRATA

- Página 22 , ítem 3.2.1. , 5ª linha - No lugar de "84,61%" , colocar "68,75%" .
- Página 22 , ítem 3.2.1. , 5ª linha - No lugar de "3,07%" , colocar "25,00%" .
- Página 22 , ítem 3.2.1. , 6ª linha - No lugar de "0,76%" , colocar "6,25%" .
- Página 22 , ítem 3.2.3. , 3ª linha - Falta o sinal "%" a seguir do número "22,22" .
- Página 22 , ítem 3.2.4. , 3ª linha - Falta o sinal "%" a seguir do número "10,71" .
- Página 24 , ítem 3.3.3.3., 4ª linha - Excluir "(p<0,01)" .
- Página 26 , ítem 3.3.5.3., 4ª linha - Excluir "(p=0,03)" .
- Página 35 , ítem 4.2.2. , 6ª linha - No lugar de "120 mês" , colocar "120º mês" .
- Página 84 - Na legenda da figura, a linha contínua se refere ao período acima de 24 meses e a linha interrompida ao período até 24 meses.

ERRATA

- Página 6 - As percentagens 42%, 54% e 57% correspondem respectivamente aos tumores indiferenciados, moderadamente e bem diferenciados.
- Página 8 - Não existe o sinal "1" entre o número "52,9" e a palavra "meses".
- Página 11- Ítem 1.2.5.4., 2º parágrafo, 3ª linha, em vez de "chegam" a palavra certa é "chegaram".
- Página 14- Ítem 2.1.3.3., 2ª linha, falta a letra "s" nas palavras "ulceração", "estenosante" e "polipóide".
- Página 17- Ítem 2.2.4.6., 2ª linha, falta a letra "s" na palavra "pós-operatório".
- Página 18- Ítem 2.2.4.9., no final do parágrafo, em vez de "amostral" o correto é "da amostra".
- Página 24- Ítem 3.3.3.1., 1ª linha, em vez de 14,70 é 15,15
 " " " , 2ª " , " 19,51 é 20,51
 " 3.3.3.2., 1ª " , " 5,88 é 6,06
 " 3.3.3.3., 2ª " , " 17,07 é 17,94
 " 3.3.3.3., 3ª " , " 12,1 é 12,82
 " 3.3.3.4., 1ª " , " 20,58 é 21,21
 " " , 2ª " , " 36,58 é 38,45
- Página 34- Ítem 4.1.3., 4º parágrafo, 7ª linha, em vez de "dois no sigmóide (22,22%)" é "cinco no sigmóide (55,55%)". Na mesma linha anterior em vez de "cinco no reto (55,55%)" é "dois no reto (22,22%)".
- Página 38- 1º parágrafo, 2ª linha, em vez de 36,58% é 38,45%.
 " , 6ª " , " 19,51% é 20,51%.
 2º " , 7ª " , " "cinco" colocar "quatro".
- Página 73- Os números e percentagens corrigidos na página 24, deverão ser também corrigidos na página 73, tabela 13.

- Observações - 1- Na relação geral da casuística, os tumores com localização correspondem aos pacientes do Grupo II; os de localização 2 aos do Grupo I ; os de localização 3, aos do Grupo III.
- 2- O 2º paciente que está com o número 0031, seu número correto é 0033.