



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
Departamento de Cirurgia e Anatomia

LIGIA AYRES DE SOUZA

Epidemiologia do Câncer de Estômago

RIBEIRÃO PRETO
2022

LIGIA AYRES DE SOUZA

Epidemiologia do Câncer de Estômago

Versão Original

Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre pelo Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRPUSP)

Orientador: Prof. Dr. Ajith Kumar Sankarankutty

RIBEIRÃO PRETO

2022

AUTORIZAÇÃO PARA REPRODUÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Ligia Ayres de

Epidemiologia do Câncer de Estômago / Ligia Ayres de Souza;
Orientador: Ajith Kumar Sankarankutty. Ribeirão Preto, 2022.
88p.: il.; 30cm

Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre pelo Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRPUSP)

Versão Original

1. Epidemiologia. 2. Neoplasia gástrica. 3. Análise de sobrevida.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: SOUZA, Ligia Ayres de

Título: **Epidemiologia do Câncer de Estômago**

Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre pelo Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRPUSP)

Data da Defesa: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Ajith Kumar Sankarankutty – Orientador e Presidente da Banca Examinadora

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este presente trabalho aos meus pais **Maria Aparecida** e **Aluízio**, responsáveis pela minha formação pessoal e profissional.

A minha irmã **Gabriela** e **Ana Carolina** que viveu cada momento dessa jornada, me apoiando integralmente.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que não mediram esforços e recursos para meus estudos, e minha família que sempre esteve ao meu lado me apoiando, em especial minha Avó **Aparecida** e minhas tias **Sandra** e **Maria Helena**.

As minhas amigas **Manuela** e **Leticia**, pelo apoio em todo processo da pesquisa.

Ao **Eduardo** e **Gabriela** pelos ensinamentos e colaboração com esse projeto.

Ao **Rennan**, pela paciência e incentivo para a conclusão desse projeto.

A **Marcia** e **Larissa** ao suporte e apoio.

Ao **Gabriel**, **Thaís** e **Dra. Clarissa** por me apoiar nessa trajetória.

Ao meu orientador **Prof. Dr. Ajith** por me acompanhar nessa jornada, acreditando no meu potencial, pelos ensinamentos e confiança depositados desde o início deste projeto, agradeço a disponibilidade e toda orientação que me prestou nesse período.

Ao **Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, em especial a **Juliana**, secretaria do programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica, pelas orientações, atenção e cordialidade.

A toda equipe da Cirurgia Digestiva, em especial **Prof. Dr. Sebastião**, **Dr. João Almiro** e **Dr. Gustavo**.

À **CAPES** – o presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código do financiamento 001.

RESUMO

Souza, L. A. **Epidemiologia do Câncer de Estômago** [Dissertação]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2022.

No Brasil, o tratamento para câncer gástrico é baseado principalmente nas diretrizes Norte Americanas e Europeus, porém a população Brasileira atendida no Sistema Único de Saúde pode apresentar características próprias que podem necessitar de adaptação dos protocolos importados de outras realidades socioculturais e econômicas. Por isso, torna-se essencial conhecer a epidemiologia dessa doença em nosso contexto. Este estudo tem a finalidade de analisar a epidemiologia dos pacientes submetidos a tratamento de câncer de estômago. Foi desenvolvido um estudo de coorte, retrospectivo, observacional, a fim de analisar os pacientes com diagnóstico de câncer de estômago, através do levantamento de dados do Registro Hospitalar de Câncer e dos prontuários, atendidos entre 2012 a 2017, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP). Dados coletados incluíram variáveis sociodemográficas, clínicas, anatomopatológicas e sobre o tratamento. As análises descritivas da distribuição das variáveis contínuas serão apresentadas através das medidas de tendência central (média, mediana e moda), medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação) e para as variáveis categóricas serão apresentadas as frequências absolutas e porcentagens. Na análise exploratória de sobrevida global será utilizado o método de Kaplan Meier, e o teste log-rank para comparar as funções de sobrevida, admitindo o nível de significância de 5%. O câncer de estômago com o tipo histológico de adenocarcinoma permanece considerável como uma das neoplasias malignas mais incidentes e de elevada mortalidade. A Sobrevida global encontrada nesse estudo para neoplasia de estômago que realizou o tratamento foi de 40% em um período de 60 meses, a população que realizou a cirurgia teve o estadiamento avançado III e IV em 39,5% dos pacientes, e na admissão desse paciente no serviço 18,7 % têm o diagnóstico de metástase, tendo um impacto na sobrevida. Isso pode refletir na dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce. Espera-se que esses dados sejam relevantes para o planejamento de medidas de saúde pública, visando uma seleção de ações a serem aplicadas para os pacientes com câncer de estômago.

Palavras chave: Epidemiologia. Neoplasia gástrica. Análise de sobrevida.

ABSTRACT

Souza, L. A. **Stomach Cancer Epidemiology** [Dissertation]. Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto; 2022.

In Brazil, treatment for gastric cancer is based mainly on North American and European guidelines, but the Brazilian population served by the Unified Health System may have its own characteristics that may require adaptation of protocols imported from other sociocultural and economic realities. Therefore, it is essential to know the epidemiology of this disease in our context. This study aims to analyze the epidemiology of patients undergoing treatment for stomach cancer. A cohort, retrospective, observational study was developed in order to analyze patients diagnosed with stomach cancer, through data collection from the Hospital Cancer Registry and medical records, attended between 2012 and 2017, at Hospital das Clínicas da Faculdade of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo (HCFMRP/USP). Collected data included sociodemographic, clinical, anatomopathological and treatment variables. Descriptive analysis of the distribution of continuous variables will be presented through measures of central tendency (mean, median and mode), measures of dispersion (standard deviation and coefficient of variation) and for categorical variables, absolute frequencies and percentages will be presented. In the exploratory analysis of overall survival, the Kaplan Meier method and the log-rank test will be used to compare survival functions, assuming a significance level of 5%. Stomach cancer with the histological type of adenocarcinoma remains considerable as one of the most incident and high mortality malignant neoplasms. The overall survival found in this study for stomach cancer that underwent the treatment was 40% in a period of 60 months, the population that underwent the surgery had advanced staging III and IV in 39.5% of the patients, and at the admission of this patient in the service 18.7% are diagnosed with metastasis, having an impact on survival. This may reflect the difficulty in accessing early diagnosis. It is expected that these data will be relevant for the planning of public health measures, aiming at a selection of actions to be applied to patients with stomach cancer.

Keywords: Epidemiology. Gastric cancer. Survival Analysis.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográfica da população com diagnóstico de câncer de estômago / Tipo histológico. Ribeirão Preto, 2022.....	34
Tabela 2 - Distribuição das características clínicas na população com diagnóstico de câncer de estômago (Adenocarcinoma). Ribeirão Preto, 2022.....	37
Tabela 3 - Distribuição dos tratamentos da população com diagnóstico de câncer de estômago (Adenocarcinoma). Ribeirão Preto, 2022.....	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Distribuição segundo o sexo na população do estudo.....	31
Figura 2-	Distribuição segundo a procedência na população do estudo.....	31
Figura 3-	Distribuição da procedência na população do estudo.....	32
Figura 4 -	Distribuição segundo a escolaridade na população do estudo.....	32
Figura 5 -	Distribuição dos pacientes segundo a idade na população do estudo.....	33
Figura 6 -	Distribuição do tipo histológico na população do estudo.....	35
Figura 7-	Distribuição segundo a idade dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	35
Figura 8 -	Distribuição do tipo de cirurgia na população do estudo acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	38
Figura 9 -	Estadiamento patológico dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	39
Figura 10	Situação do paciente dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	40
-		
Figura 11	Diagrama dos tratamentos dos pacientes dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	41
-		
Figura 12	Sobrevida global dos pacientes com câncer de estômago - Adenocarcinoma...	42
-		
Figura 13	Sobrevida segundo a faixa etária dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	43
-		
Figura 14	Sobrevida segundo o local do tumor dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	44
-		
Figura 15	Sobrevida segundo a metástase com estadiamento clínico dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	45
-		
Figura 16	Sobrevida segundo a classificação de Borrmann dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	46
-		
Figura 17	Sobrevida segundo o grau de diferenciação dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	47
-		
Figura 18	Sobrevida segundo ao tratamento de quimioterapia neoadjuvante dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	48
-		
Figura 19	Sobrevida segundo ao tratamento de quimioterapia adjuvante dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	49
-		
Figura 20	Sobrevida segundo a cirurgia dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	50
-		
Figura 21	Sobrevida segundo a ressecção dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	51
-		

Figura 22	Sobrevida global dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma que realizaram cirurgia.....	52
Figura 23	Sobrevida segundo a faixa etária dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma que realizaram cirurgia.....	53
Figura 24	Sobrevida segundo ao tratamento de neoadjuvância dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma que realizaram cirurgia.....	54
Figura 25	Sobrevida segundo ao tratamento de quimioterapia adjuvante dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma que realizaram cirurgia.....	55
Figura 26	Sobrevida pelo estadiamento patológico dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.....	56

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Epidemiologia do câncer gástrico no mundo	14
1.2 Epidemiologia câncer gástrico no Brasil	15
1.3 Fatores de riscos	16
1.4 Tratamento	16
1.5 Lacuna do conhecimento	18
2. OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos	21
3. METODOLOGIA.....	22
3.1 Tipo de pesquisa.....	23
3.2 Local e período da coleta de dados.....	23
3.3 População.....	23
3.4 Aspectos éticos	24
3.5 Monitoramento e segurança dos dados.....	24
3.6 Auditoria e monitoramento dos dados.....	24
3.7 Procedimentos para a coleta de dados	25
3.8 Análise estatística.....	27
4. RESULTADOS	29
4.1 Análise de sobrevida	41
4.2 Tratamento cirúrgico e sobrevida.....	49
5. DISCUSSÃO	57
6. CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS	66
ANEXO.....	72
APÊNDICES.....	76

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia do câncer gástrico no mundo

O câncer constitui um grave problema de saúde pública global, devido ao elevado número de casos e o alto investimento financeiro que é solicitado para equacionar as questões de diagnóstico e tratamento (SILVA et al, 2011).

A incidência de câncer estômago tem apresentado globalmente um decréscimo considerável, entretanto apesar da redução, a agressividade, e, conseqüentemente, o prognóstico permanecem inalterados (GIUST et al, 2016).

O câncer estômago é uma das principais causas de mortalidade por câncer no mundo. Estatísticas de 2018 mostraram que o câncer de estômago ocupava a terceira principal causa de morte por câncer, com uma taxa de 8,9%, permanecendo somente atrás do câncer de pulmão (19,7%) e câncer de mama (12,9%). A incidência representa o quinto tumor maligno mais frequente, uma prevalência de aproximadamente um milhão de casos no total (6,8%), atrás somente dos cânceres de pulmão, mama, colón/reto e próstata (FERLAY et al., 2013; BRAY et al., 2018). Estatísticas mais atuais mostram o câncer de estômago como a quarta principal causa de morte por câncer em todo o mundo, com a taxa de sobrevivência mediana inferior a 12 meses para o estágio avançado (ZHANG & ZHANG, 2017; MACHLOWSKA et al., 2020)

No entanto, as taxas de incidência em diferentes regiões geográficas são claramente variadas (ANG; FOCK, 2014). Cerca de 75% dos novos casos encontram-se em países em desenvolvimento, sendo que metade das ocorrências é nos países asiáticos, incluindo principalmente a China e Japão (FERLAY et al, 2013). China apresenta 47% dos casos novos de câncer de estômago em todo o mundo, enquanto os Estados Unidos apresentam uma das taxas mais baixas (LI et al, 2017; JEMAL et al., 2011; PETRYSZYN et al., 2020).

No Japão a taxa de sobrevivência em cinco anos é relativamente boa e atinge 90%. A alta taxa de sobrevivência no Japão provavelmente é alcançada pelo diagnóstico da doença em estágio inicial, através de rastreamento endoscópico permitindo ressecção tumoral precoce (SITARZ et al, 2018; FERLAY et al, 2013).

Nos Estados Unidos o número de novos casos de câncer de estômago diminuiu cerca de 1,5% ao ano nos últimos 10 anos. Segundo American Cancer Society (2022) é esperado cerca de 26.380 novos casos de câncer de estômago e

aproximadamente 11.090 pessoas morrerão por esse tipo de câncer, sendo responsável por cerca de 1.5% de todos novos casos de cânceres diagnosticados a cada ano.

A sobrevida em cinco anos, para o tumor maligno diagnosticado e tratado precocemente é de 67%, porém se desenvolver metástases a taxa de sobrevivência diminui para 31% (FERLAY et al, 2013).

1.2 Epidemiologia câncer gástrico no Brasil

No Brasil, a estimativa de casos novos diagnosticados para o câncer de estômago segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) é de 21.230 para cada ano do triênio 2020/2022, sendo 13.360 em homens e 7.870 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 12,81 novos casos a cada 100 mil homens e 7,34 para cada 100 mil mulheres. Quanto a mortalidade, em 2015 ocorreram 14.264 óbitos por câncer de estômago (BRASIL, 2017). Entre homens, é o quarto tipo mais incidente e o sexto entre as mulheres (INCA,2020).

Na região sudeste, o câncer de estômago em homens é o quarto mais frequente (6.100/100mil) e para mulheres é o sétimo mais frequente (3.290/100mil).

A previsão global para 2025 sugere que as taxas de incidência apresentarão decréscimos anuais, como já vem sendo observado nas últimas décadas. Ao mesmo tempo, tem aumentado com os anos, a probabilidade de sobrevida, atingindo 30% em cinco anos (HOWLADER et al., 2017; JEMAL et al., 2017; STEWART; WILD, 2014).

Segundo o INCA (2017), ocorreram 9.206 óbitos de câncer de estômago em homens e 5.107 óbitos em mulheres, esses valores corresponderam ao risco de 9,12/100 mil e de 4,93/100 mil, respectivamente.

Embora existam poucos dados disponíveis no Brasil, as tendências de incidência e mortalidade por câncer de estômago parecem estar em declínio, semelhante ao observado em outros países. No estado de São Paulo, que compreende quase 22% da população brasileira, há evidências de que a taxa de incidência específica por idade do câncer de estômago está caindo em todas as faixas etárias. (CORMEDI et al., 2018).

1.3 Fatores de riscos

Dados epidemiológicos sugerem que fatores ambientais e genéticos têm influências diretas na incidência do câncer. Os fatores de riscos mais aceitos são tabagismo, alcoolismo, dieta (consumo excessivo de sal e condimentos), infecção pelo vírus Epstein Barr e infecção por *Helicobacter pylori* e histórico familiar. O *H. pylori* é definido como uma das principais causas para o desenvolvimento do tumor, elevando até seis vezes o risco (TAHARA, 2014). Outro fator é a hereditariedade com herança autossômica dominante. Entre 30% a 50% apresentam mutação germinativa e inativação bialélica do gene CDH1 localizada no cromossomo 16q22.1, com consequente perda da expressão de E-caderina. O risco de carcinoma gástrico em pacientes com histórico familiar é cerca de três vezes maior do que entre indivíduos sem esse histórico (KARTZ et al, 2017; MACHLOWSKA et al., 2020).

Os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento do câncer de estômago variam de acordo com o tipo histológico do tumor, a grande maioria (aproximadamente 90%) dos cânceres gástricos são adenocarcinomas, podendo ser do tipo intestinal ou difuso. No entanto, há outros tipos de câncer decorrentes do estômago, incluindo linfomas de tecido linfóide associado à mucosa (MALT), originários de o tecido linfóide do estômago e os leiomiiossarcomas, que surgem dos músculos cercados a mucosa (KARIMI et al.2014). A importância histopatológica está em definir e dar suporte ao diagnóstico, tratamento e também ao prognóstico. (ZILBERSTEIN, 2013).

1.4 Tratamento

Os três tipos histológicos predominantes são os adenocarcinomas, que são responsáveis por 95% dos tumores, linfoma, responsável por 3% e o leiomiiossarcoma responsável por 2%. (MORAIS, 2020).

O tempo para o início do tratamento de câncer de acordo com a portaria nº 876, de 16 de março de 2013 do Ministério da Saúde, disposto no artigo 3º é de 60 dias fixado no art. 2º da lei nº 12.732 de 2012 para o primeiro tratamento cirúrgico, de quimioterapia ou radioterapia do paciente no SUS, contando a partir momento em que o diagnóstico é registrado no prontuário do paciente (BRASIL, 2013). Entre o tempo de busca do diagnóstico e o começo do tratamento, o ideal seria que levasse de seis a oito semanas no máximo. Contudo, o tempo que o paciente leva do início das manifestações dos sintomas até iniciar o tratamento é em média de 15 meses (VALLE et al., 2017).

O tratamento curativo para câncer de estômago consiste em ressecção tumoral e linfadenectomia (PISTERS; KELSEN; TEPPER, 2008). No entanto, estudos apontam que o tratamento cirúrgico exclusivo está associado a altas taxas de recorrência (YOO et al, 2000; JÁCOME; SANKARANKUTTY; SANTOS, 2015). Uma abordagem através da terapia multimodal demonstrou aumentar significativamente a sobrevivência, e pode ser oferecida sob a forma de tratamentos neoadjuvantes e/ou adjuvantes (JÁCOME; SANKARANKUTTY; SANTOS, 2015).

O estágio TNM (Classificação de Tumores Malignos) da União Internacional contra o Câncer/American Joint Committee on Cancer (UICC/AJCC) é o mais importante determinante do prognóstico após a cirurgia. Estudos relataram que também existem muitos outros fatores prognósticos que afetam a sobrevida, como invasão linfocelular, grau, tipo de ressecção e status de desempenho (YAPRAK et al., 2020)

Um estudo alemão, fase III multicêntrico, demonstrou a superioridade do tratamento perioperatório com quimioterapia. Foram randomizados 716 pacientes com adenocarcinoma gástrico ou de transição esôfago- gástrico ressecável, cujos tumores fossem maior ou igual T2 e/ou N+ para tratamento com FLOT (docetaxel, oxaliplatina, leucovorin e 5 FU) pré e pós-operatório ou ECF/ECX (epirrubicina, cisplatina e 5 FU) pré e pós-operatório. O grupo tratado com FLOT apresentou maior sobrevida global (50 meses versus 36 meses) e maior sobrevida livre de progressão (30 meses versus 18 meses), além da taxa de ressecção R0 (84% versus 77%). As taxas de complicações foram iguais em ambos os esquemas, porém os perfis de toxicidade diferiram. O FLOT apresentou mais neutropenia e complicações infecciosas grau 3/4, enquanto que os sintomas de náusea e vômito grau 3/4 foram mais frequentes com ECF/ECX (AL-BATRAN et al, 2017).

Embora hoje em dia tenha havido um progresso notável no tratamento do câncer gástrico, a gastrectomia com linfadenectomia regional ainda continua sendo o tratamento primário para a doença ressecável (YAPRAK et al., 2020).

Atualmente, a decisão do tratamento adjuvante é feita principalmente de acordo com o estágio TNM, performance status, comorbidades do paciente e toxicidades da quimioterapia e radioterapia adjuvantes. (YAPRAK et al., 2020).

O tratamento cirúrgico é a modalidade terapêutica com a possibilidade de uma cura para pacientes com câncer estômago e consiste em ressecção tumoral com largas margens e linfadenectomia. A linfadenectomia D2 é a dissecação nodal mais

indicada, e que está relacionada à menor taxa de recorrência loco-regional e menor taxa de mortalidade pelo tumor (JÁCOME; SANKARANKUTTY; SANTOS, 2015).

Um estudo de coorte retrospectivo, incluiu 216 pacientes submetidos à gastrectomia por adenocarcinoma gástrico no Serviço de Cirurgia Oncológica do Rio Grande do Sul. A média de idade dos pacientes foi de 61,84 anos. Quanto à localização, 79 (36,6%) no antro, 45 (20,8%) na cárdia, 70 (32,4%) no corpo. Em relação à diferenciação celular, 5 (2,3%) bem diferenciados, 71 (32,9%) moderadamente diferenciados, 133 (61,6%) pouco diferenciados e 7 (3,2%) eram indeterminados. O estadiamento clínico demonstrou 11 (5,1%) pacientes com estágio 0, com sobrevida de 100%; 23 (10,6%) no estágio I, com sobrevida de 82%; 55 pacientes (25,5%), com sobrevida de 60% no estágio II; 101 pacientes (46,7%), com sobrevida de 25% no estágio III e 26 pacientes (12%), com sobrevida de 15% no estágio IV. Em relação às complicações pós-operatórias, 52,3% dos pacientes não tiveram complicações e 7,9% (17 pacientes) foram a óbito no período pós-operatório. Os autores concluíram que a grande parte dos pacientes eram de estádios mais avançados, o que conferiu um pior prognóstico, refletindo a necessidade de uma revisão das políticas públicas para câncer de estômago do Brasil, visando aprimorar o diagnóstico e tratamento, potencialmente melhorando o prognóstico desses pacientes (LAPORTE et al, 2014).

O prognóstico favorável depende de um diagnóstico precoce, quando a doença se encontra em fase inicial de sua evolução, limitada à mucosa ou submucosa; porém, a identificação desses casos é dificultada pela ausência ou escassez de manifestações clínicas (HOFF, 2012).

1.5 Lacuna do conhecimento

Um levantamento realizado na Divisão de Cirurgia Digestiva do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) entre 2014 a 2016, constatou que 331 pacientes com diagnóstico de câncer de estômago foram atendidos no ambulatório da especialidade. Foi observado que, no momento do diagnóstico, a maioria dos pacientes estavam na faixa etária entre 50 a 69 anos (44,1%), o sexo masculino foi predominante (61,8%), apenas 49,2% completou o 1º grau (escolaridade) e o tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma (83,7%). No período de 60 meses a sobrevida global encontrada foi de 58,2%, e, em sua maioria, houve o predomínio do estadiamento avançado, que

pode refletir uma dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce, seja por gestão do serviço de saúde em relação ao agendamento de consultas e exames diagnósticos ou a demora do encaminhamento ao serviço de referência para confirmação do diagnóstico e tratamento.

O serviço possui um protocolo de tratamento que consta: paciente com diagnóstico em estadiamento I são tratados com cirurgia, o estadiamento II e III é realizado o tratamento de neoadjuvância e cirurgia, e o estadiamento IV o tratamento é paliativo.

Diante do exposto, foi possível observar a necessidade de detalhamento do estudo prévio, com a finalidade de analisar os perfis epidemiológico, patológico, terapêutico e de sobrevida. Esses dados podem ser relevantes para o planejamento das propostas de tratamento, visando uma seleção de ações a serem aplicadas para o câncer de estômago.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo é avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer de estômago atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCRP).

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste estudo: traçar o perfil demográfico e clínico dos pacientes, verificar os tratamentos oferecidos e avaliar a taxa de sobrevivência desses pacientes.

3. METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de coorte, retrospectivo e observacional, realizado a fim de analisar os perfis epidemiológico, patológico, terapêutico e de sobrevida de pacientes diagnosticados com câncer de estômago.

3.2 Local e período da coleta de dados

O presente estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP/USP- SP), através do levantamento de dados do Registro Hospitalar de Câncer e de prontuários dos pacientes atendidos no período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2017 (6 anos).

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP/USP- SP) está situado no interior de São Paulo e proporciona atenção à saúde para tratamentos de alta complexidade em nível ambulatorial e hospitalar de natureza clínica e/ ou cirúrgica. Vinculado administrativamente a Secretaria do Estado de São Paulo a FMRP-USP é referência para quatro Departamento Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (DRS) – Ribeirão Preto, Franca, Barretos e Araraquara, envolvendo aproximadamente 90 municípios com uma população estimada de 4 milhões de habitantes. No hospital estão contempladas múltiplas especialidades médicas, clínicas e cirúrgicas e atividades multiprofissionais em saúde, que dispõe de 877 leitos hospitalares, esses leitos correspondem a 51 % daqueles oferecidos pelo SUS para a população de Ribeirão Preto e a 32% do total ofertado em toda região da DRS XIII.

3.3 População

Para definir a população do estudo foi realizado um levantamento através do sistema hospitalar Registro hospitalar de câncer RHC e serviço de arquivamento médico e estatístico SAME de todos os pacientes portadores de câncer de estômago (CID10 – C16).

Os critérios de inclusão foram: todos os portadores de câncer de estômago (CID 10 – C16) atendidos Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP/USP- SP) no período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2017.

Os critérios de exclusão foram: pacientes com diagnóstico de outras neoplasias/ doenças, diagnóstico de câncer de estômago fora do período do estudo, doença sem biópsia, sem informação /sem prontuário, e atendidos e tratados no Hospital Estadual de Américo Brasiliense.

Foram incluídos no estudo um total de 500 prontuários de pacientes portadores de câncer de estômago do HCFMRP/USP.

3.4 Aspectos éticos

O presente estudo segue as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução CNS 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP, via Plataforma Brasil, apresentando o protocolo de aprovação CAAE 98290118.9.0000.5440.

Trata-se de levantamento de dados coletados nos Registros Hospitalares de Câncer e nos prontuários médicos físicos e eletrônicos no Serviço de Arquivo Médico (SAME/ HCFMRP). Considerando que não haverá nenhuma intervenção ou mesmo risco aos pacientes, assim como a inclusão de pacientes que foram ao óbito, foi dispensado o termo de consentimento livre e esclarecido. Ressaltamos que não houve desenvolvimento e/ou patenteamento de novo produto e o pesquisador não obterá lucros financeiros decorrentes destas pesquisas.

3.5 Monitoramento e segurança dos dados

Reiteramos o compromisso com a resolução 466/12 e suas complementares do CNS, assegurando o sigilo e a confidencialidade do paciente e que os dados obtidos serão utilizados somente para os fins propostos no estudo.

Notificamos que para assegurar o sigilo, os dados foram colhidos e, alimentados na base de dados da pesquisa REDCap. O acesso a base de dados REDCap é protegido por senha e disponível apenas para a equipe de pesquisa. Declaramos ainda não haver conflitos de interesse de qualquer natureza.

3.6 Auditoria e monitoramento dos dados

Um auditor independente foi nomeado pelo pesquisador responsável pelo presente estudo, para realizar o monitoramento. O mesmo, assegurou devido treinamento ao auditor para que a auditoria fosse conduzida adequadamente. Uma análise sistemática e independente dos documentos relacionados ao estudo

determinou que as atividades foram conduzidas e os dados registrados, analisados e relatados com precisão de acordo com o protocolo.

3.7 Procedimentos para a coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário contendo questões acerca da caracterização sociodemográfica, clínica, anatomopatológica e terapêutica (Apêndice X). Os elencados para este instrumento foram baseados nas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Estômago (CONITEC, 2017), no estudo de Nagem; Bicalho; Lourenço (2013) e as variáveis sociodemográficas foram definidas de acordo com o Manual de Registros Hospitalares de Câncer do INCA (INCA, 2010).

3.7.1 Os fatores socioeconômicos avaliados foram: idade do diagnóstico, definida a partir da data de nascimento constante no prontuário; procedência (cidade onde reside) e escolaridade.

3.7.2 Fatores clínicos / Terapêuticas

- Manifestações clínicas: Achado em exame de rotina, disfagia, dor, hemorragia digestiva alta, perda de peso, perfuração e outras manifestações, será considerado o registrado em prontuário médico e sistema de informação hospitalar (SIH).
- Patologias associadas: cardiopatia, diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão arterial, pneumopatia e outras comorbidades registradas no prontuário, incluindo o risco anestésico-cirúrgico - ASA (American Society of Anesthesiologists);
- Exame bioquímico: o resultado dos exames pré e pós terapia (Hb, Ht, albumina, ureia e creatinina)
- Data do diagnóstico: considera-se a data da confirmação anatomopatológica do tumor;
- Tipo histológico: exame anatomopatológicos registrados no sistema e prontuário pelo médico;
- Estadiamento clínico: registrado no prontuário médico durante a avaliação inicial;
- Estadiamento patológico: registrado no laudo anatomopatológico,
- HER 2: analisada através de imunohistoquímica ou imunofluorescência e registrado no prontuário.

-
- Local do tumor: registrada nos laudos de exame endoscópico (proximal, distal ou extenso);
 - Acometimento de linfonodos: registrado no laudo anatomopatológico;
 - Classificação de Borrmann: I-Lesão polipóide ou vegetante, bem delimitada, II- Lesão ulcerada, bem delimitada, de bordas elevadas, III- Lesão ulcerada, infiltrativa em parte ou em todas as suas bordas e IV- Lesão difusamente infiltrativa, não se notando limite entre o tumor e a mucosa normal;
 - Classificação de Lauren: tipo intestinal, difuso e misto;
 - Grau de diferenciação: Grau I- bem diferenciado, Grau II- moderadamente diferenciado, Grau III- pouco diferenciado, Grau IV- indiferenciado e grau de diferenciação não determinado;
 - Ocorrência de recidivas ou metástases (locais e datas): considera-se a partir de anotações médicas nos prontuários;
 - Tipo de cirurgia e via de acesso: considera-se o tipo de intervenção cirúrgica realizada no paciente e o acesso (aberto / laparoscopia) registrada no sistema eletrônico e/ou prontuário médico;
 - Ressecção: R0 – ressecção completa com margens negativas, R1 – ressecção macroscópica completa, margens positivas à microscopia, R2 – câncer macroscópico não-ressecado;
 - Complicações cirúrgica: considera complicação pós-operatória até 30 dias após procedimento, utilizando a classificação Clavien Dindo:
- **Grau I** - Qualquer desvio do curso pós-operatório ideal sem necessidade de tratamento farmacológico ou de intervenções cirúrgicas, endoscópicas e radiológicas;
 - Regimes terapêuticos permitidos são: drogas antieméticas, antipiréticos, analgésicos, diuréticos, eletrólitos e fisioterapia. Esta categoria também inclui feridas operatórias drenadas à beira do leito;
 - **Grau II** - Requer tratamento farmacológico com drogas diferentes daquelas permitidas para complicações grau I;
 - Transfusão sanguínea e nutrição parenteral total também estão incluídas;
 - **Grau III** - Exige intervenção cirúrgica, endoscópica ou intervenção radiológica
 - III a. Intervenção sem anestesia geral
 - III b. Intervenção sob anestesia geral

- **Grau IV** - Complicação com Risco de vida (incluindo SNC)
 - IV a. Disfunção de um só órgão (incluindo diálise)
 - IV b. Disfunção de múltiplos órgãos
- **Grau V** - Morte do Paciente
 - Escala de Karnofsky: que consiste em um sistema de escore que classifica os pacientes em uma escala de 0 a 100, onde 100 corresponde a uma saúde perfeita e 0 à morte. Identifica a capacidade funcional do paciente e permite definir condutas. Quanto menor a classificação, pior a expectativa de recuperação de enfermidades e retorno às atividades.
 - Duração de internação: considera o tempo de internação a data de admissão até a data da alta para pacientes que internaram para realizar cirurgia;
 - Tratamentos realizados para o câncer: refere-se ao conjunto de procedimentos que compõe o tratamento do paciente no hospital e complicações que podem ocorrer devido a terapia. Serão cadastrados em ordem cronológica e sequencial, todos os recursos de tratamento aplicados e a data de início e fim, especificamente para o tratamento do tumor;
 - Situação do paciente no tratamento: sem sinais de doença ativa, doença ativa, perdeu seguimento, óbito.
 - Data do óbito: data que consta no prontuário ou no Registro Hospitalar de Câncer, ou se o paciente estiver vivo a data da coleta dos dados registrados no prontuário do paciente. Os pacientes que perderam seguimento serão censurados na data da última consulta registrada nos prontuários.

3.8 Análise estatística

Os dados coletados foram avaliados através da plataforma RedCap, as análises descritivas da distribuição das variáveis contínuas foram apresentadas através das medidas de tendência central (média, mediana e moda), medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação) e para as variáveis categóricas foram apresentadas as frequências absolutas e porcentagens. Para isso foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22. O tempo de sobrevida foi calculado a partir da data do diagnóstico (biópsia ou cirurgia) constante no prontuário e/ou no sistema hospitalar, até a data do óbito ou final do acompanhamento, independente da causa específica do óbito. Os indivíduos tiveram seu tempo de sobrevivência contado a partir do diagnóstico, considerado como tempo

zero e o desfecho final de interesse, denominado como falha, correspondente ao óbito. Foram censurados os casos em que não foi possível identificar a condição vital, ou seja, não foram observados até a ocorrência da falha (CARVALHO et al, 2011; BUSTAMANTE-TEIXEIRA et al, 2002).

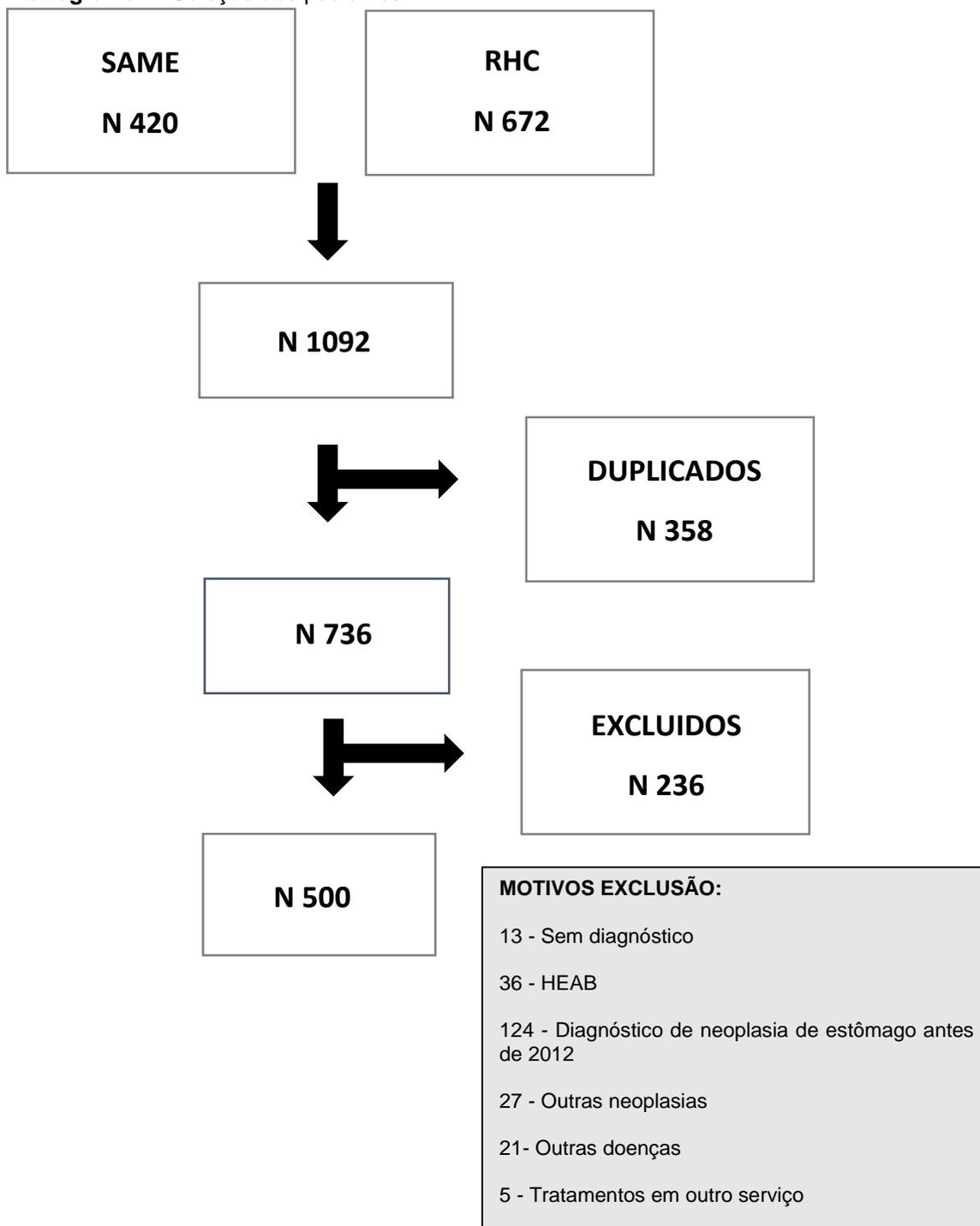
Na análise exploratória de sobrevida global foi utilizado o método de Kaplan-Meier e o teste de log-rank para comparar as funções de sobrevida, admitindo o nível de significância de 5%.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

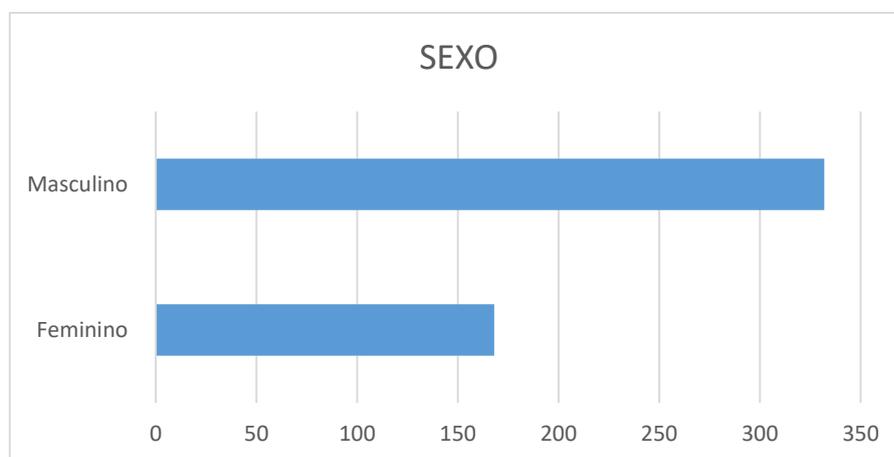
O presente estudo consiste em uma análise retrospectiva entre os anos de 2012 a 2017, com um total de 500 pacientes elegíveis para o estudo (Fluxograma 1).

Fluxograma 1- Seleção dos pacientes



Desta população 332 (66,4%) são do sexo masculino e 168 (33,6%) do sexo feminino (Figura 1).

Figura 1- Distribuição segundo o sexo na população do estudo.



Em relação a procedência, 86,2% pacientes são da região de Ribeirão Preto, sendo 162 (32,4%) procediam da cidade de Ribeirão Preto e 269 (53,8%) vieram das cidades que compreende o Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII, apenas 8 pacientes vieram de outros estados como Minas Gerais, Goiás, Alagoas e Mato Grosso do Sul (Figura 2 e 3).

Figura 2- Distribuição segundo a procedência na população do estudo.

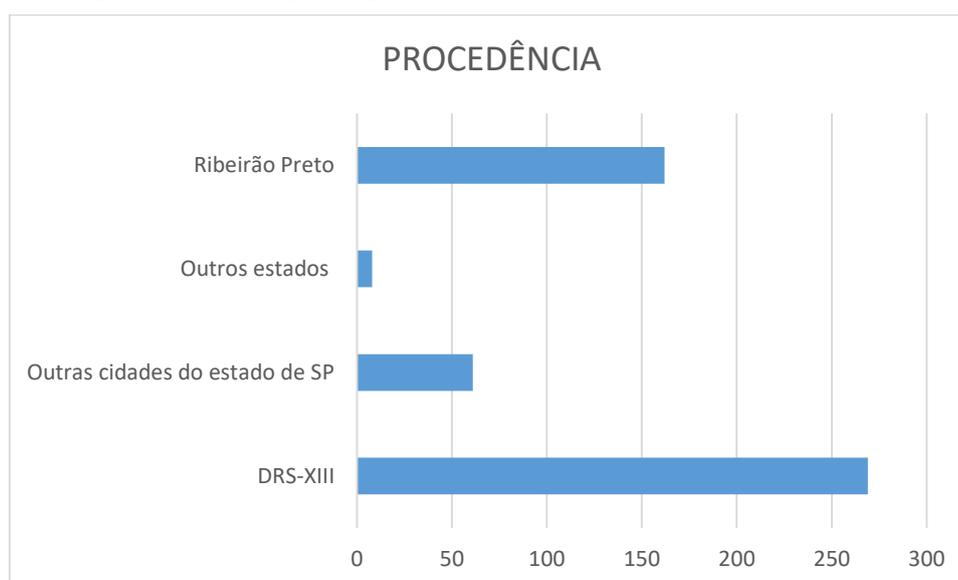
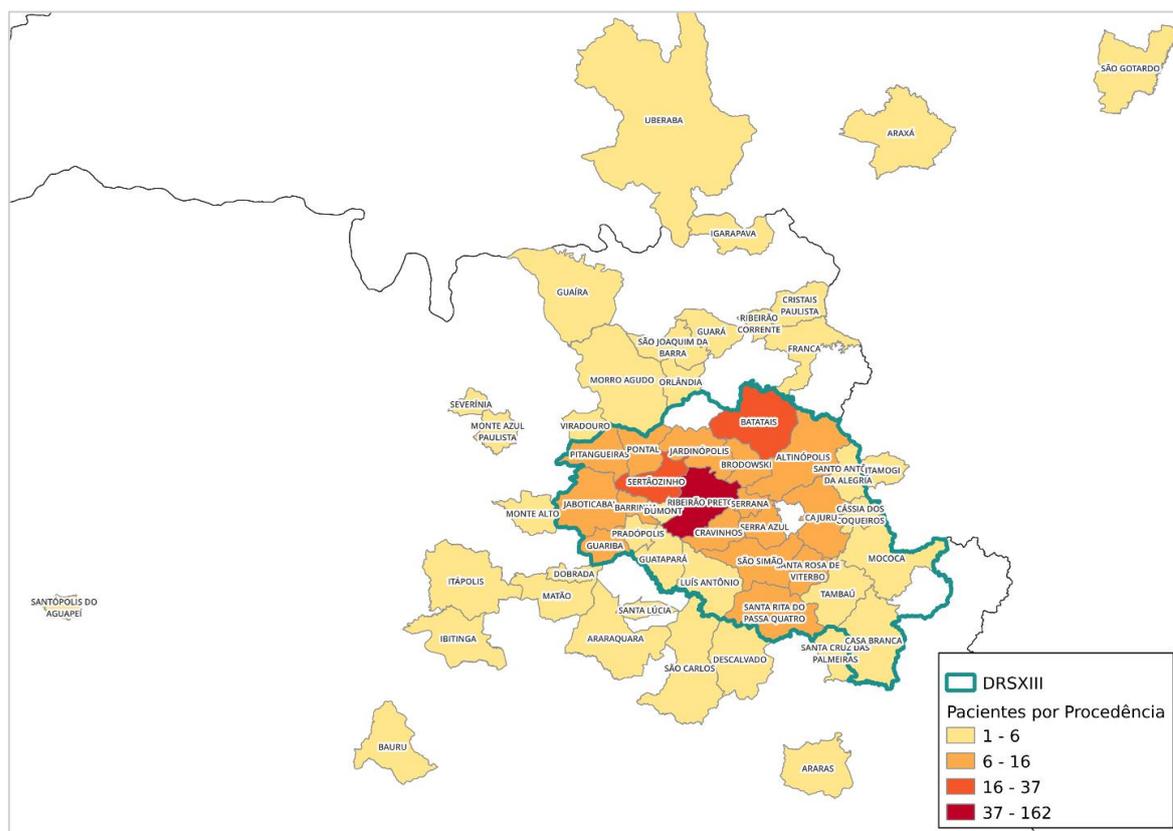
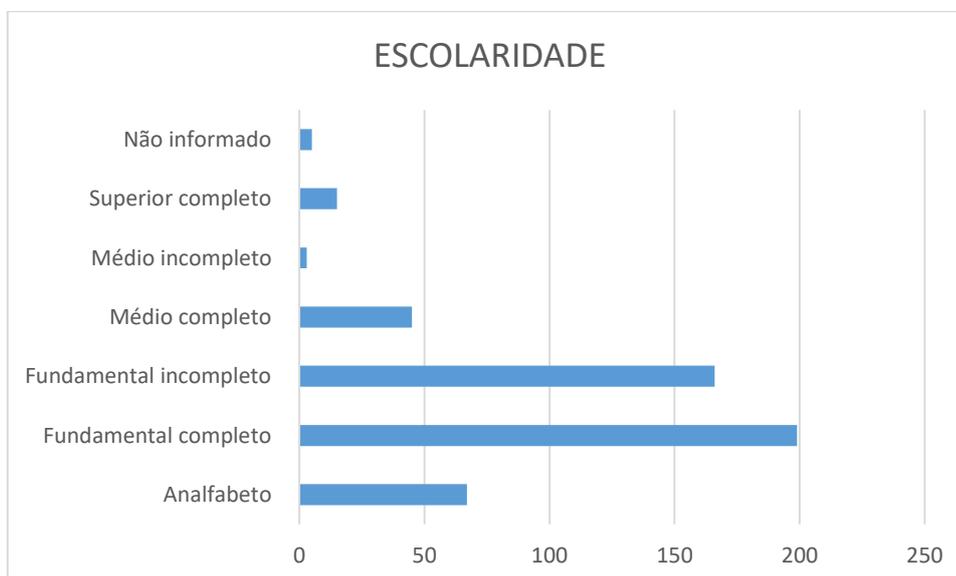


Figura 3- Distribuição da procedência na população do estudo

Referente a escolaridade, a grande maioria possui um nível baixo de educação, 13,4% da população é registrado como analfabeto, em 166 (33,2%) e 199 (39,8%) apresentaram o ensino fundamental incompleto e completo respectivamente (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição segundo a escolaridade na população do estudo.

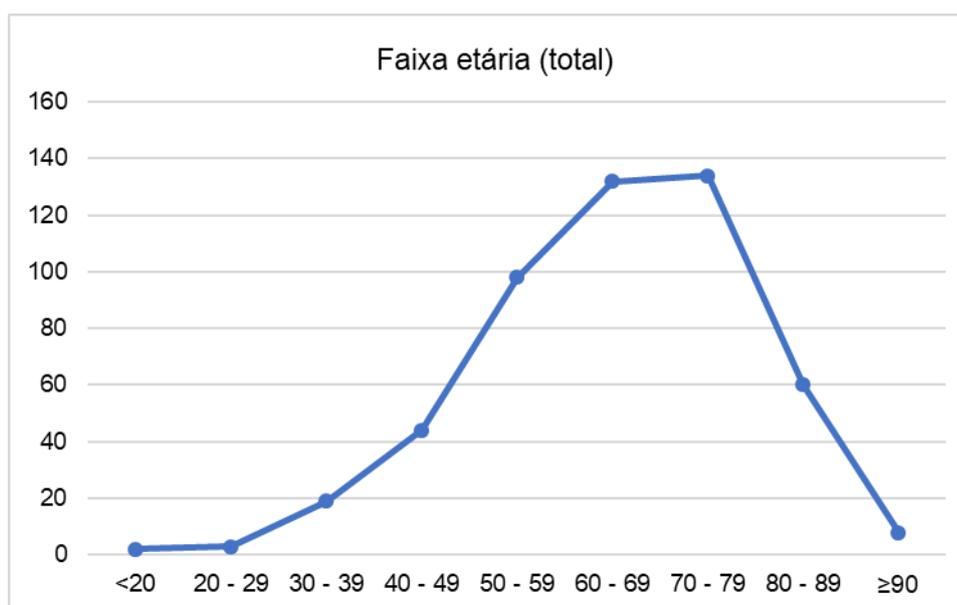
Durante a admissão do paciente no hospital 205 (41%) se encontrava sem diagnóstico e sem tratamento, 279 (55,8%) possuía o diagnóstico, porém chegaram sem o tratamento e 3,2 % foram admitidos com diagnóstico e tratamento prévio.

Referente as manifestações clínicas, dor, perda de peso, vômito, hemorragia digestiva alta (HDA) e disfagia (59%; 48,2%, 24%, 22,4% e 11,6%) respectivamente) foram as mais comuns encontradas nesta população.

Dentre as patologias associadas 45% dos pacientes eram acometidos por Hipertensão arterial (HAS), 13,4% tinham alguma cardiopatia, e 41,6% tinham outras doenças.

No momento do diagnóstico, a idade média foi de 64,9 anos (DP 13,9) com os extremos de idades de 17 anos e 99 anos (Figura 5).

Figura 5 - Distribuição dos pacientes segundo a idade



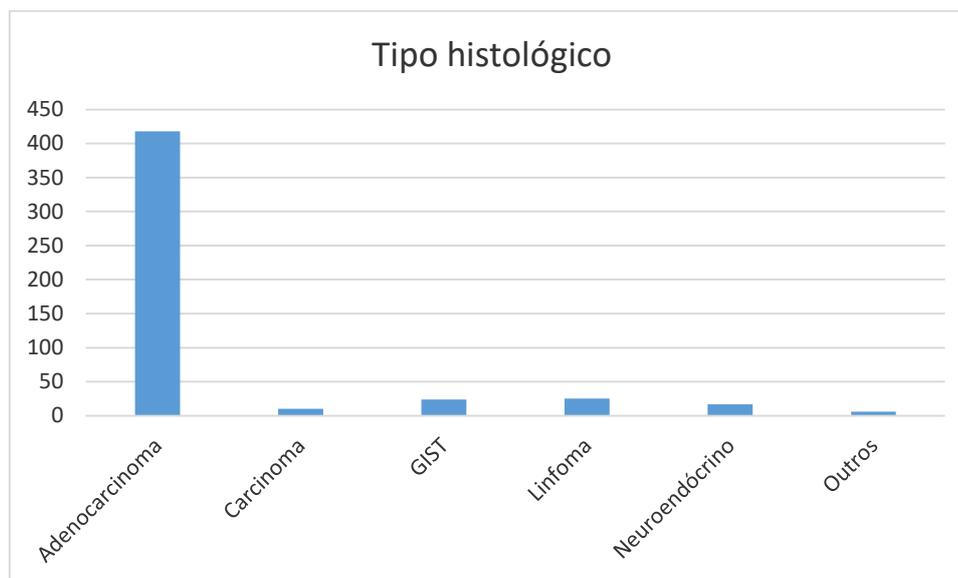
O tipo histológico mais comum nesta população foi adenocarcinoma 418 (83,6%), seguidos por linfoma, GIST e neuroendócrino (5%; 4,8%; 4,6% e 3,4% respectivamente) (Figura 6).

Entre os portadores de adenocarcinomas (69,6%), linfomas (64%) e carcinomas (80%), o sexo masculino foi predominante, diferente do GIST e neuroendócrino, onde predominou o sexo feminino (58,3% e 82,4% respectivamente). Outros tipos histológicos encontrados foram Carcinoma Espinocelular, Sarcoma Ewing e Sarcoma kaposi.

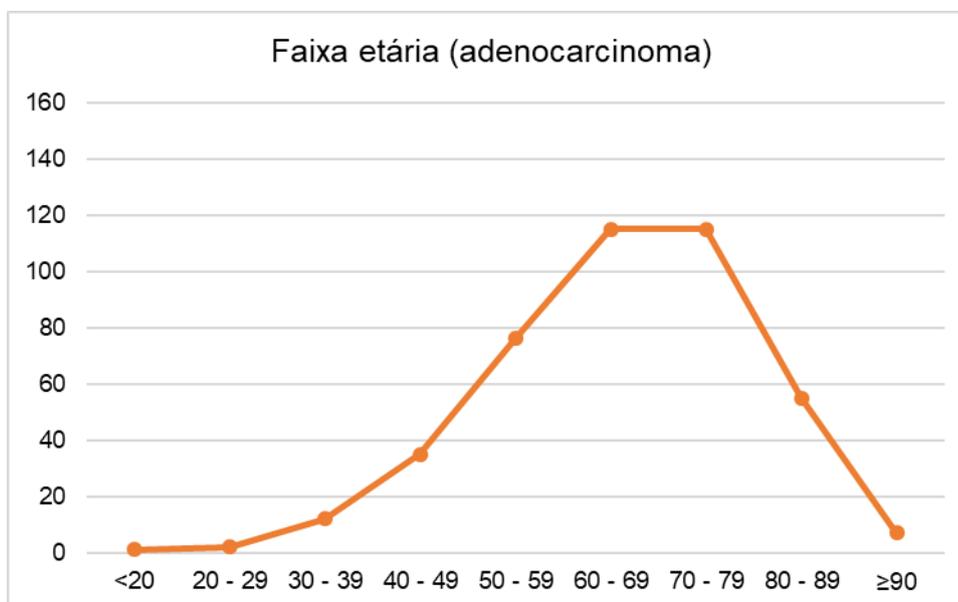
Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográfica da população com diagnóstico de câncer de estômago / Tipo histológico. Ribeirão Preto, 2022.

	Adenocarcinoma (N=418)	Carcinoma (N=10)	GIST (N=24)	Linfoma (N=25)	Neuroendócrino (N=17)	Outros (N=6)	Total (N=500)
Sexo							
Feminino	127 (30,4%)	2 (20,0%)	14 (58,3%)	9 (36,0%)	14 (82,4%)	2 (33,3%)	168 (33,6%)
Masculino	291 (69,6%)	8 (80,0%)	10 (41,7%)	16 (64,0%)	3 (17,6%)	4 (66,7%)	332 (66,4%)
Procedência							
DRS-XIII	230 (55,0%)	8 (80,0%)	8 (33,3%)	15 (60,0%)	7 (41,2%)	1 (16,7%)	269 (53,8%)
Outras cidades do estado de SP	48 (11,5%)	0 (0%)	4 (16,7%)	3 (12,0%)	5 (29,4%)	1 (16,7%)	61 (12,2%)
Outros estados	5 (1,2%)	0 (0%)	2 (8,3%)	1 (4,0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (1,6%)
Ribeirão Preto	135 (32,3%)	2 (20,0%)	10 (41,7%)	6 (24,0%)	5 (29,4%)	4 (66,7%)	162 (32,4%)
Escolaridade							
Analfabeto	64 (15,3%)	0 (0%)	1 (4,2%)	0 (0%)	2 (11,8%)	0 (0%)	67 (13,4%)
Fundamental Completo	165 (39,5%)	6 (60,0%)	12 (50,0%)	9 (36,0%)	6 (35,3%)	1 (16,7%)	199 (39,8%)
Fundamental Incompleto	143 (34,2%)	3 (30,0%)	7 (29,2%)	8 (32,0%)	3 (17,6%)	2 (33,3%)	166 (33,2%)
Médio Completo	30 (7,2%)	1 (10,0%)	3 (12,5%)	6 (24,0%)	4 (23,5%)	1 (16,7%)	45 (9,0%)
Médio Incompleto	2 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (16,7%)	3 (0,6%)
Superior Completo	9 (2,2%)	0 (0%)	1 (4,2%)	2 (8,0%)	2 (11,8%)	1 (16,7%)	15 (3,0%)
Não Informado	5 (1,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (1,0%)
Situação do paciente na admissão							
Com diagnóstico / com tratamento	15 (3,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,0%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (3,2%)
Com diagnóstico / sem tratamento	244 (58,4%)	5 (50,0%)	9 (37,5%)	8 (32,0%)	11 (64,7%)	2 (33,3%)	279 (55,8%)
Sem diagnóstico / sem tratamento	159 (38,0%)	5 (50,0%)	15 (62,5%)	16 (64,0%)	6 (35,3%)	4 (66,7%)	205 (41,0%)
Idade no diagnóstico							
Média (DP)	65,9 (13,4)	64,7 (18,5)	64,4 (12,3)	56,6 (16,0)	59,2 (10,9)	46,7 (21,4)	64,9 (13,9)

Fonte: banco de dados do estudo

Figura 6 - Distribuição do tipo histológico na população do estudo.

No momento do diagnóstico, a idade média foi de 65,9 anos (DP 13,4) com os extremos de idades de 17 anos e 99 anos, o que não se difere da idade geral dos pacientes (Figura 7).

Figura 7- Distribuição segundo a idade dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma

Referente ao tipo histológico Adenocarcinoma, a pesquisa de H. Pylori foi realizado em apenas 44,1% dos pacientes, e desses 119 (28,5%) foram positivos, sendo 56% não informado (Tabela 2).

Quanto ao local do tumor 37,6% dos pacientes tiveram o tumor localizado na região proximal do estômago (Tabela 2).

Em relação a classificação de Lauren, o tipo Intestinal (18,9%) foi o mais comum, seguido pelo tipo difuso (14,1%) e misto (2,4%), sendo que mais da metade da população 64,6 não foi informado O anel de sinete foi presente em (31,6%), e o HER 2 foi pesquisado apenas em 60 pacientes (14,4%) (Tabela 2).

Quanto a classificação de Borrmann, a lesão ulceroinfiltrante (37,3%) foi a mais comum, seguidas das infiltrante (16,5%), lesões ulceradas (15,8), e polipoide (2,4) (Tabela 2).

Referente ao grau de diferenciação, o G2 foi o mais presente, seguido do G3 e G1 (41,6%, 39% e 7,7% respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das características clínicas na população com diagnóstico de câncer de estômago (Adenocarcinoma). Ribeirão Preto, 2022.

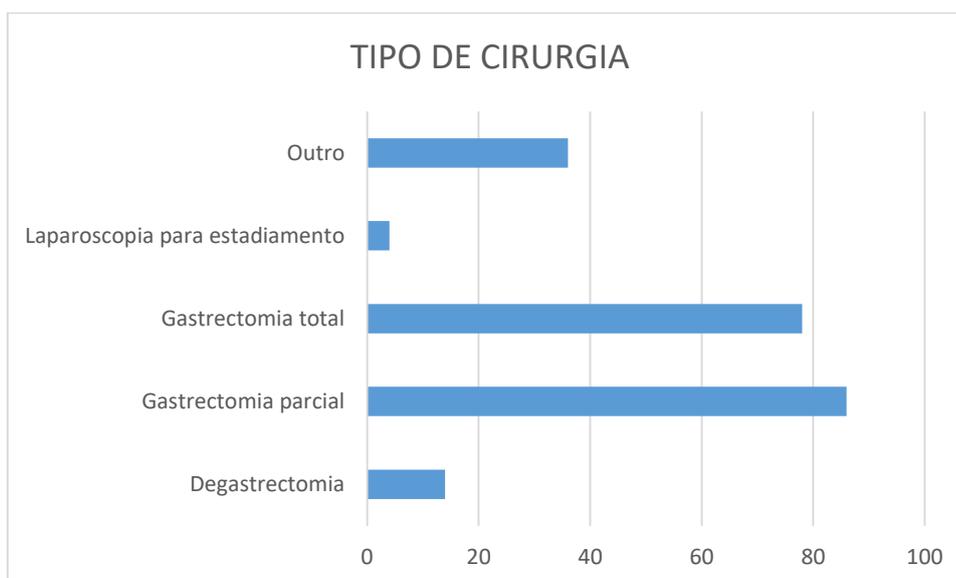
Variável	N %
H.pylori	
Negativo	119 (28,5%)
Positivo	65 (15,6%)
Não informado	234 (56%)
Local do tumor	
Distal	143 (34,2%)
Extenso	116 (27,8%)
Proximal	157 (37,6%)
Não informado	2 (0,5%)
Classificação Lauren	
Difuso	59 (14,1%)
Intestinal	79 (18,9%)
Misto	10 (2,4%)
Não informado	270 (64,6%)
Anel de Sinete	
Não	161 (38,5%)
Sim	132 (31,6%)
Não informado	125 (29,9%)
HER 2	
Sim	60 (14,4%)
Não pesquisado	270 (64,6%)
Não informado	88 (21,1%)
Classificação de Borrmann	
Infiltrante	69 (16,5%)
Polipoide	10 (2,4%)
Ulcerado	66 (15,8%)
Ulceroinfiltrante	156 (37,3%)
Não informado	117 (28,0%)
Grau de diferenciação	
G1	32 (7,7%)
G2	174 (41,6%)
G3	163 (39,0%)
G4	1 (0,2%)
Gx	1 (0,2%)
Não informado	47 (11,2%)

Fonte: banco de dados do estudo

Quanto a metástase 295 pacientes tiveram a disseminação da doença (70,6%), desses pacientes 18,7% (78) apresentaram essa condição (estadiamento clínico IV) na apresentação inicial, ao chegar no hospital.

Quanto ao tratamento 218 (52,2%) da população realizou cirurgia, na grande maioria considerada curativa (44%), enquanto o restante paliativo (5,7%) e diagnóstica (2,4%). As cirurgias realizadas foram gastrectomia parcial e gastrectomia total em 20,6% e 18,7% respectivamente (Figura 8).

Figura 8 - Distribuição do tipo de cirurgia na população do estudo acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.



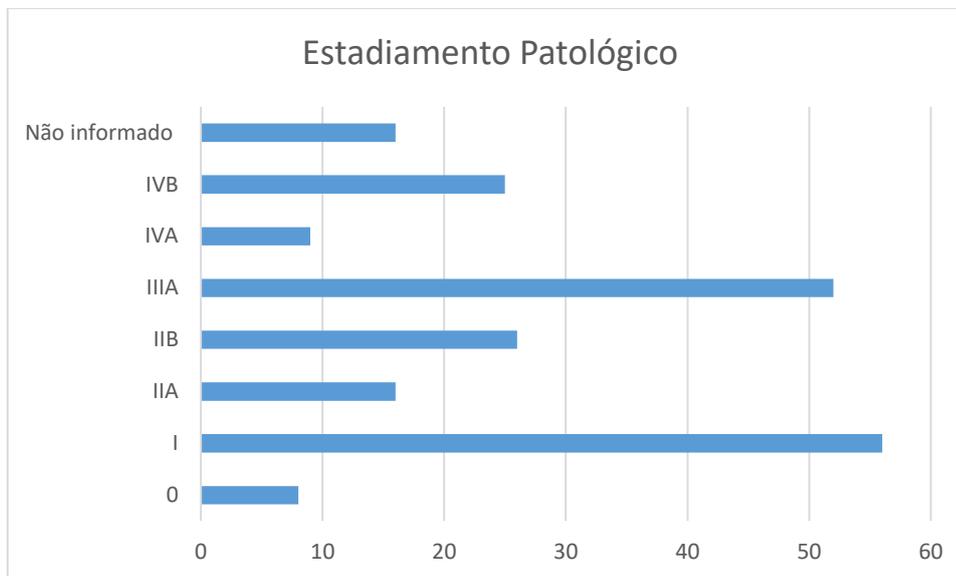
Quanto a reconstrução, o tipo Y Roux 136 (32,5%) foi a mais realizada, seguida da B II 37 (8,9%). A linfadenectomia mais realizada foi a DII em 21,3%. A mediana de linfonodos retirados foi de 14 (DP 10,3), e a via de acesso da cirurgia, em 197 (47,1%) foi a aberta. A laparoscopia foi realizada apenas em 3,1% dos pacientes. Sobre a ressecção, em sua maioria foi R0 em 144 pacientes (34,4%).

Sobre as complicações no pós-operatório, a maioria não tiveram complicações, porém 25 (11,5%) dos pacientes que realizaram cirurgia evoluíram a óbito < 30 dias (Grau V).

Quanto ao estadiamento patológico, 8 pacientes tiveram o estadiamento 0 (1,9%). Não foi encontrado neoplasia na peça cirúrgica desses pacientes.

A distribuição dos casos segundo o estadiamento foi: I (13,4%), IIA (3,8%), IIB (6,8%), IIIA (12,4%), IVA (2,2%), IVB (6%), não informado (3,8%) (Figura 9).

Figura 9 - Estadiamento patológico dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.



Em relação do tempo de internação para realizar a cirurgia, a mediana foi de 9 dias).

Quanto ao tratamento quimioterápico, 97 (23,2%) realizaram a neoadjuvância, sendo que 71 (17%) realizaram o tratamento de neoadjuvância completo e 26 (6,2%) incompleto. A mediana entre o diagnóstico e início do tratamento foi de 46 dias.

O tratamento adjuvante foi realizado em 104 (24,9%) pacientes, 65 (15,6%) realizaram tratamento completo e 32 (7,7%) realizaram o tratamento adjuvante incompleto.

O tempo do tratamento entre a neoadjuvante para cirurgia teve uma mediana de 108 dias e a mediana entre a cirurgia para tratamento adjuvante foi de 59 dias.

Para 35,8% (78) dos pacientes que realizaram a cirurgia e evoluíram para o tratamento paliativo, foi indicado Quimioterapia (22,9%), Radioterapia (3,2%), Gastrostomia/jejunostomia (3,2%), Prótese (2,3%).

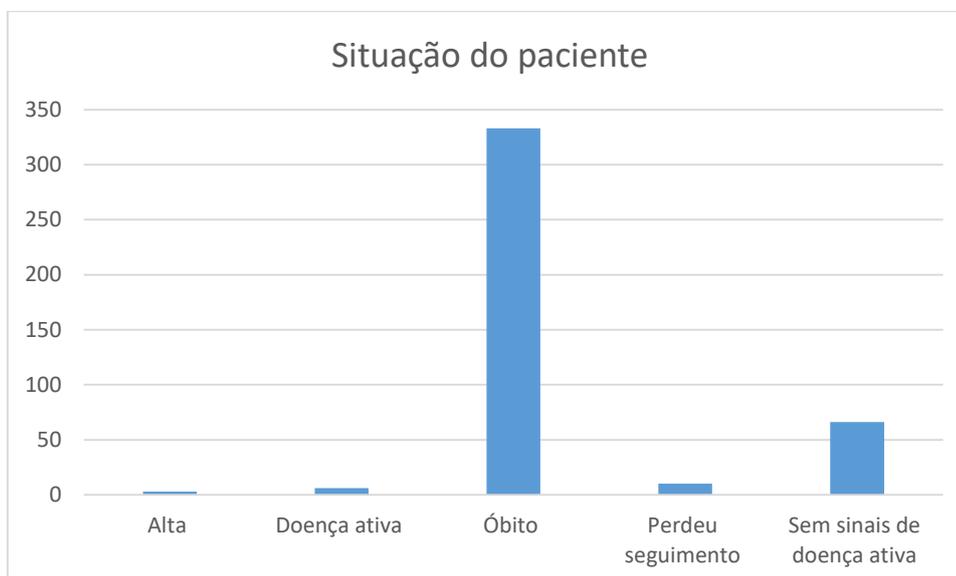
O tempo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento (quimioterapia, cirurgia ou paliativo teve uma mediana de 40,5 dias. Já o tempo de diagnóstico do paciente após entrada no hospital e início de tratamento teve uma mediana de 36,5 dias, e o tempo do paciente com diagnóstico realizado externo e início de tratamento obteve uma mediana de 60 dias.

O tempo para o tratamento entre a primeira consulta no hospital e início da neoadjuvância teve uma mediana de 38 dias.

Quanto aos tratamentos, 123 (29,4%) realizou cirurgia como tratamento primário, 93 (22,2%) realizou neoadjuvante, sendo que em 17 pacientes o diagnóstico foi confirmado com a cirurgia.

A distribuição quanto a situação dos pacientes com adenocarcinoma, no final do estudo, está a seguir: sem sinais de doença ativa (15,8%), óbito (79,7%), perdeu seguimento (2,4%), doença ativa (1,4%), alta (0,7%) (Figura 10).

Figura 10 - Situação do paciente dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.

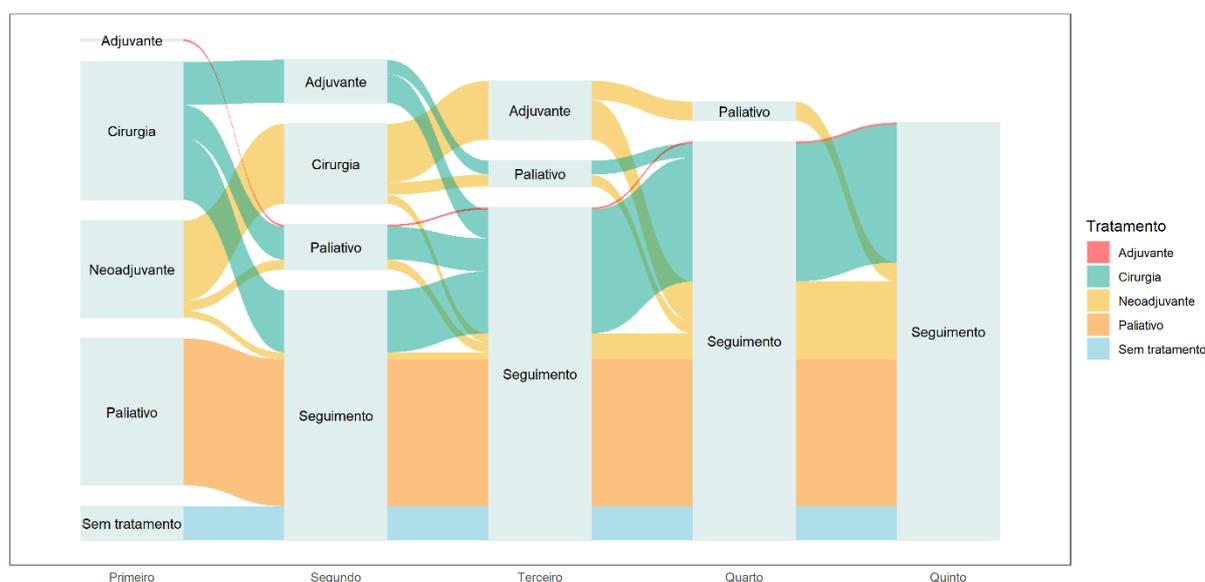


O fluxo apresenta o total dos pacientes que chegaram ao hospital com diagnóstico de câncer de estômago (adenocarcinoma) segundo o tratamento e acompanhamento da doença (Tabela 3) (Figura 11).

Tabela 3 – Distribuição dos tratamentos da população com diagnóstico de câncer de estômago (Adenocarcinoma). Ribeirão Preto, 2022.

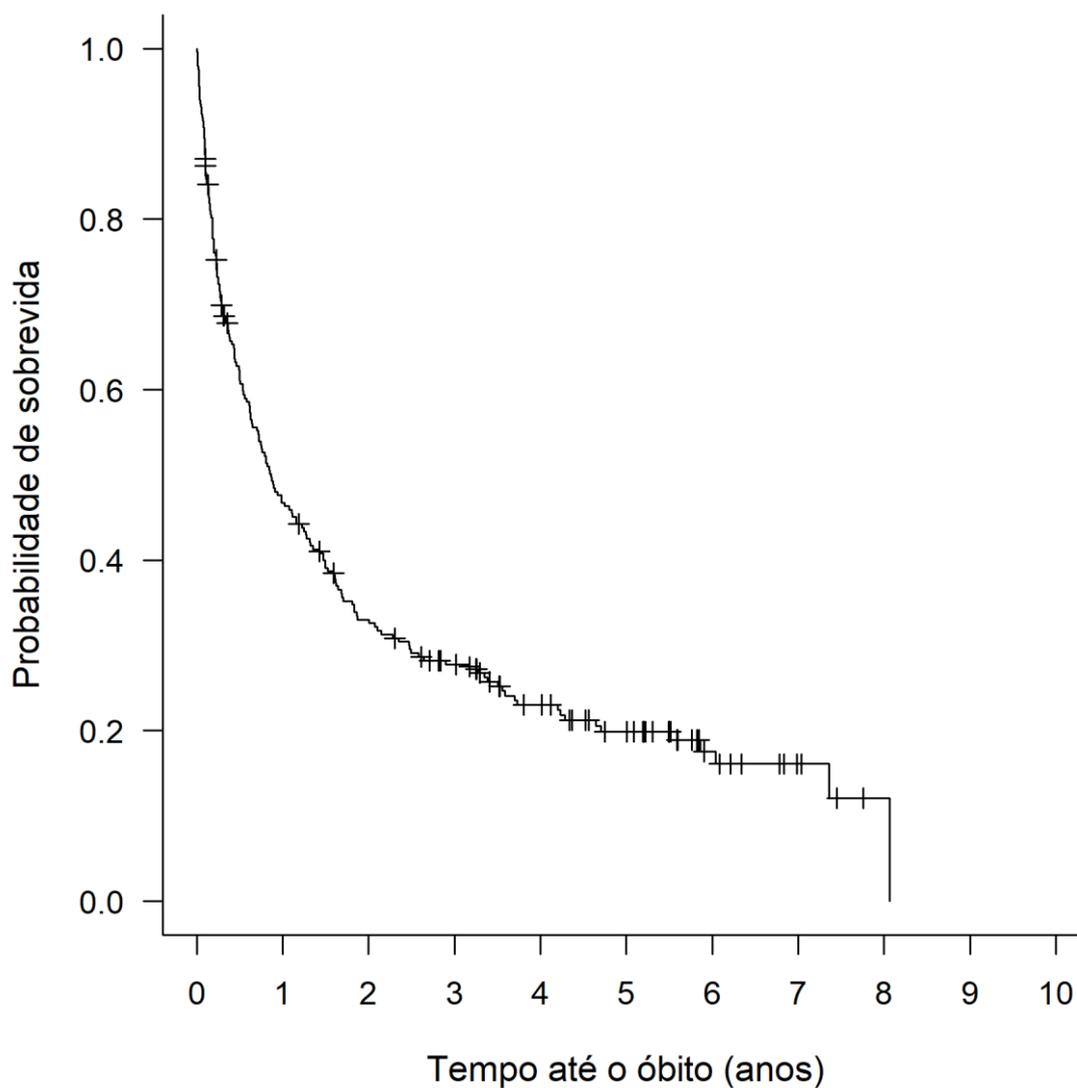
	n		n		n		n		n
Adjuvante	2	Paliativo	2	Seguimento	2	Seguimento	2	Seguimento	
Cirurgia	138	Adjuvante	43	Paliativo	14	Seguimento	14	Seguimento	
				Seguimento	29	Seguimento	29	Seguimento	
		Paliativo	33	Seguimento	33	Seguimento	33	Seguimento	
		Seguimento	62	Seguimento	62	Seguimento	62	Seguimento	
Neoadjuvante	97			Adjuvante	59	Paliativo	19	Seguimento	
						Seguimento	40	Seguimento	418
		Cirurgia	80	Paliativo	12	Seguimento	12	Seguimento	
				Seguimento	9	Seguimento	9	Seguimento	
		Paliativo	10	Seguimento	10	Seguimento	10	Seguimento	
		Seguimento	7	Seguimento	7	Seguimento	7	Seguimento	
Paliativo	147	Seguimento	147	Seguimento	147	Seguimento	147	Seguimento	
Sem tratamento	34	Seguimento	34	Seguimento	34	Seguimento	34	Seguimento	

Figura 11 - Diagrama dos tratamentos dos pacientes dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.



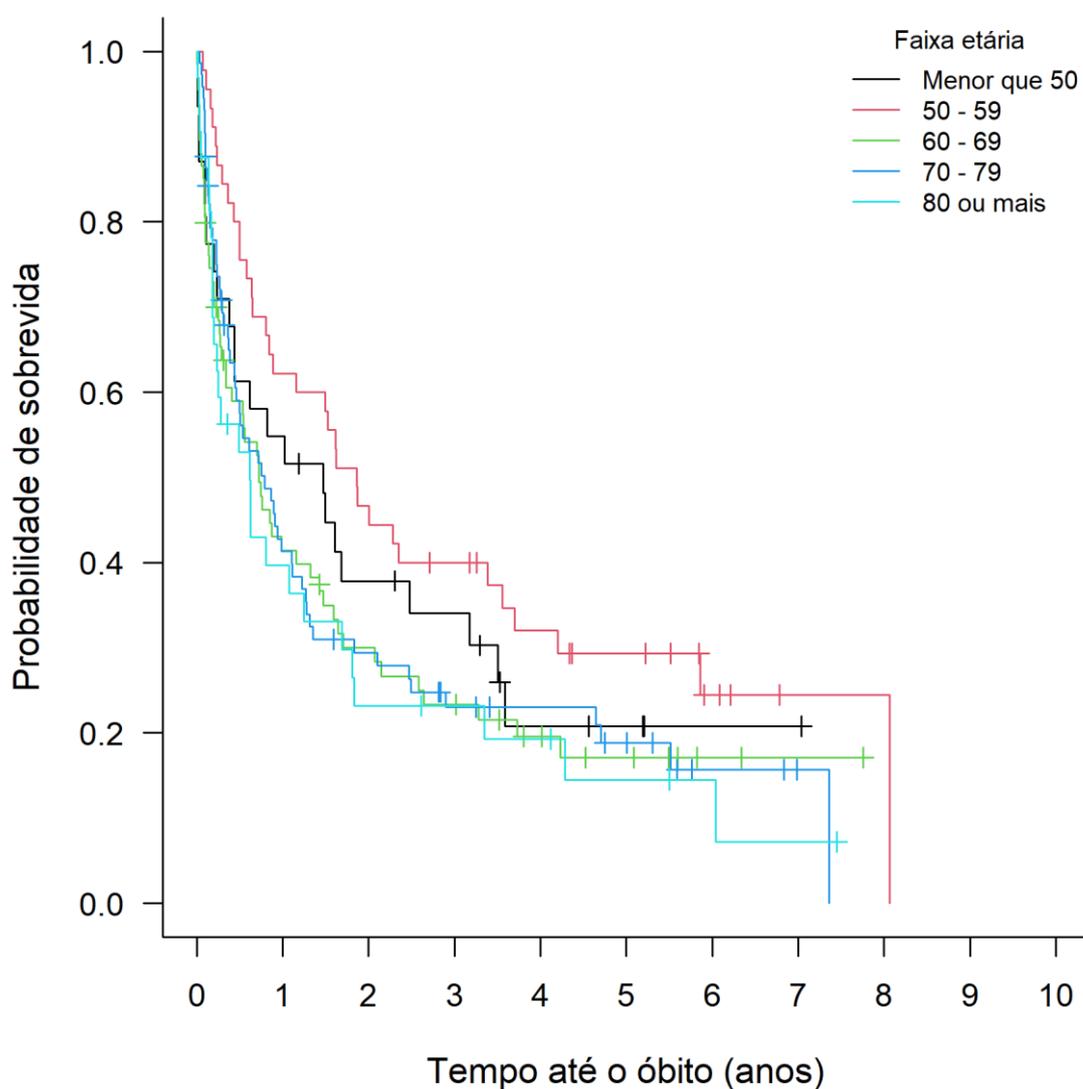
4.1 Análise de sobrevida

Para a análise de sobrevida global (adenocarcinoma), obteve em anos uma sobrevida média de 2,3 anos, no período de 1 ano a sobrevida foi de 47%, em 3 anos 28% e em 5 anos 20% (Figura 12).

Figura 12 – Sobrevida global dos pacientes com câncer de estômago - Adenocarcinoma.

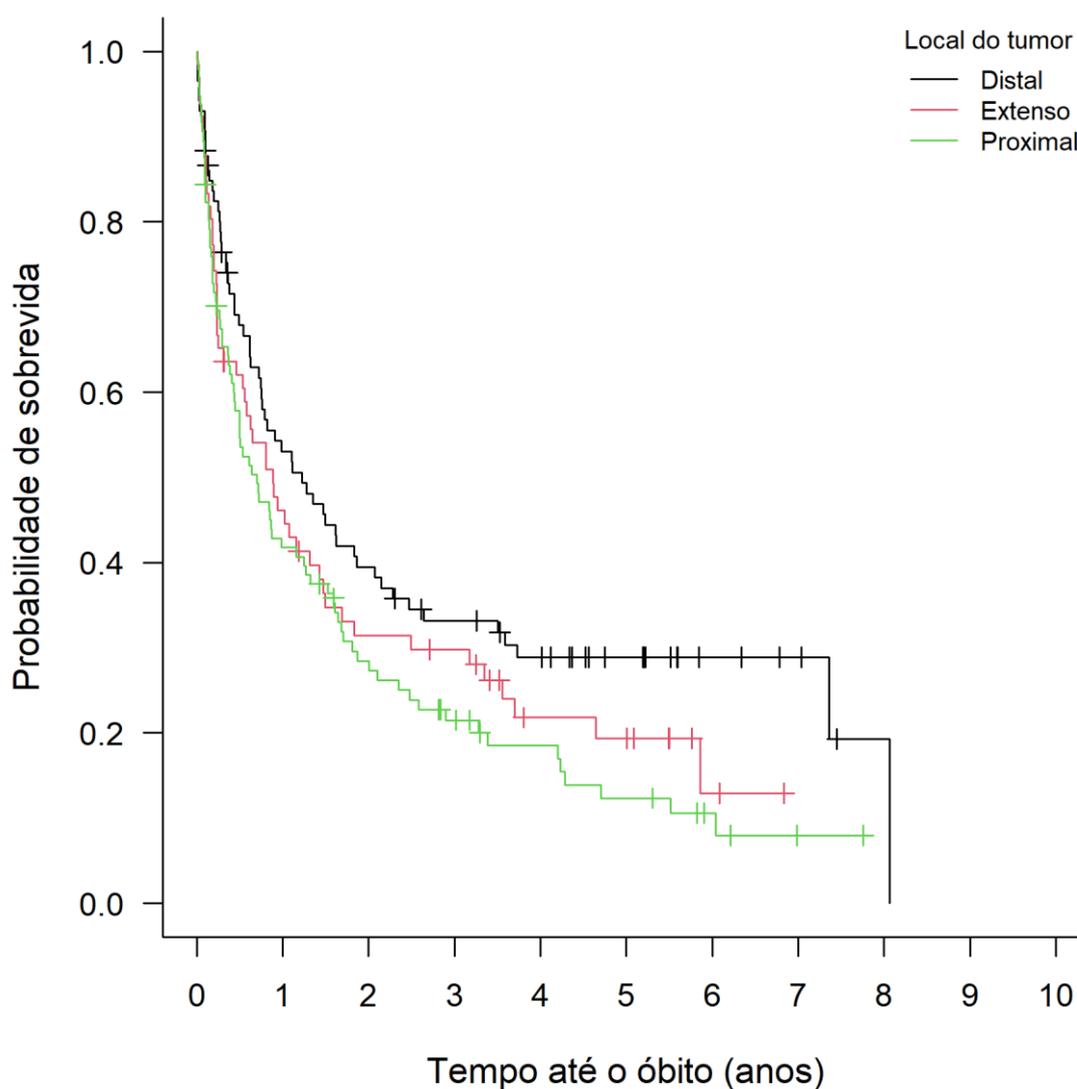
A sobrevida média de todos os pacientes do estudo com tipo histológico de adenocarcinoma com a faixa etária (em anos) menor que 50 anos foi de 2,5 anos, de 50 a 59 anos foi de 3,2 anos, de 60 a 69 anos foi de 2,1 anos, de 70 a 79 anos foi de 2 anos e acima de 80 anos, 1,7 anos (Figura 13).

Figura 13 - Sobrevida segundo a faixa etária dos pacientes acometidos com câncer de estômago-Adenocarcinoma.



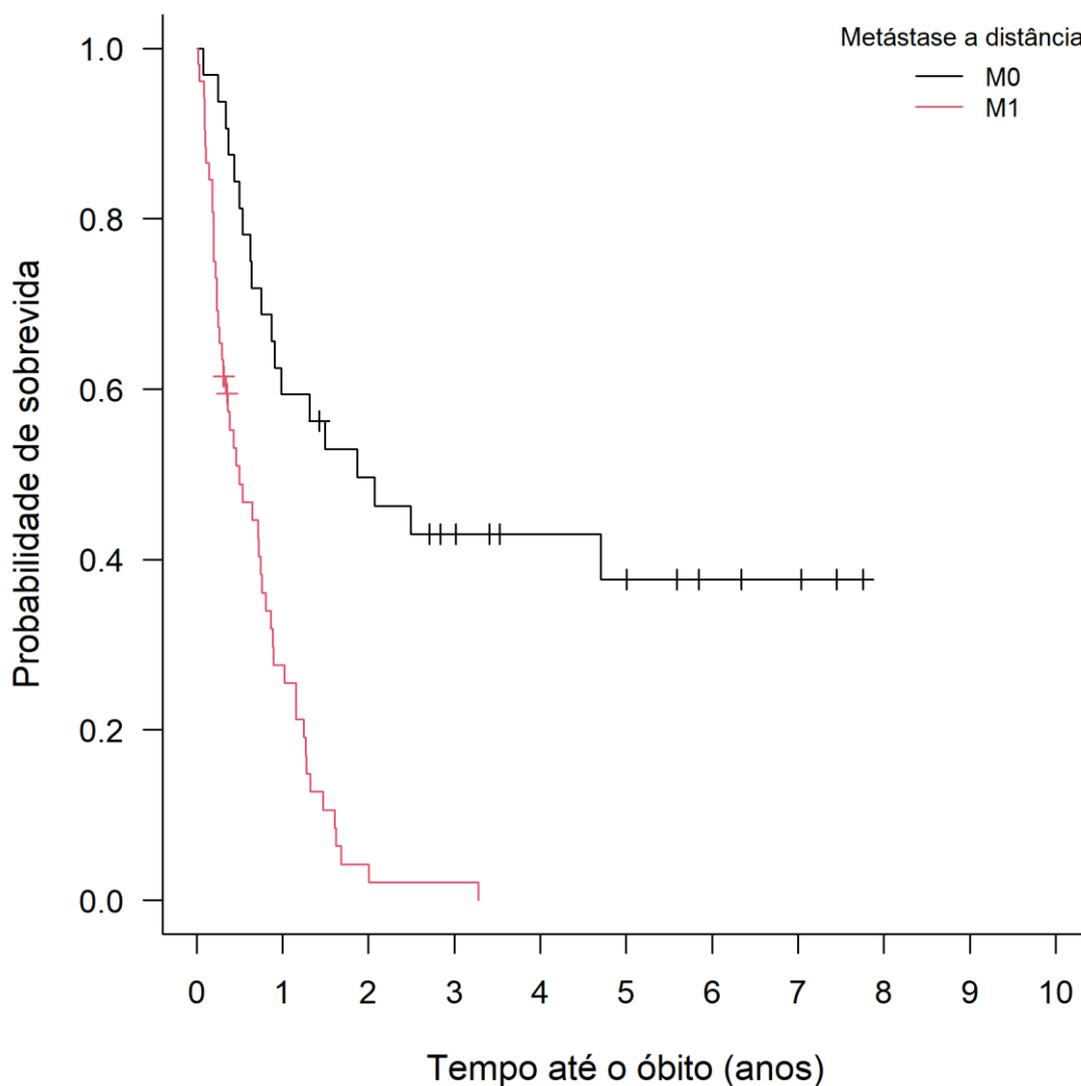
Quanto a sobrevida referente ao local do tumor, foi observado que quando o tumor esteve localizado na parte distal, os pacientes apresentavam uma melhor sobrevida, com média de 2,9 anos, já o tumor extenso apresentou uma sobrevida média de 2,2 anos e o proximal apresentou uma sobrevida média de apenas 1,8 anos (Figura 14).

Figura 14 - Sobrevida segundo o local do tumor dos pacientes acometidos com câncer de estômago-Adenocarcinoma.



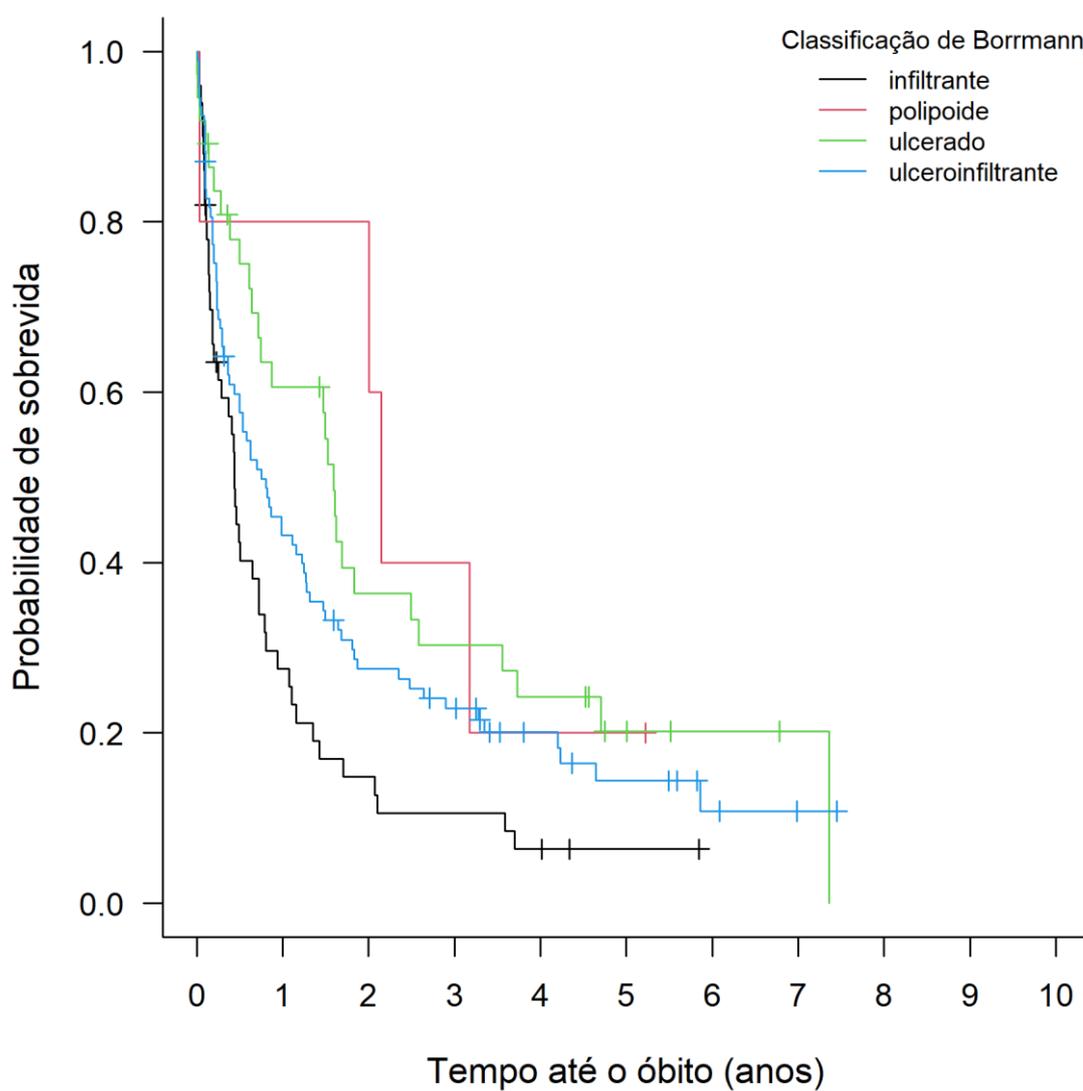
Na avaliação do TNM clínico em relação a metástase a distância (M0 e M1), a sobrevida foi consideravelmente inferior nos pacientes com metástase M1, sendo a média observada inferior a 1 ano de vida (0,7 anos), quando comparada a sobrevida dos pacientes que não apresentaram metástase (M0), com média de 3,7 anos (Figura 15).

Figura 15 - Sobrevida segundo a metástase com estadiamento clínico dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.



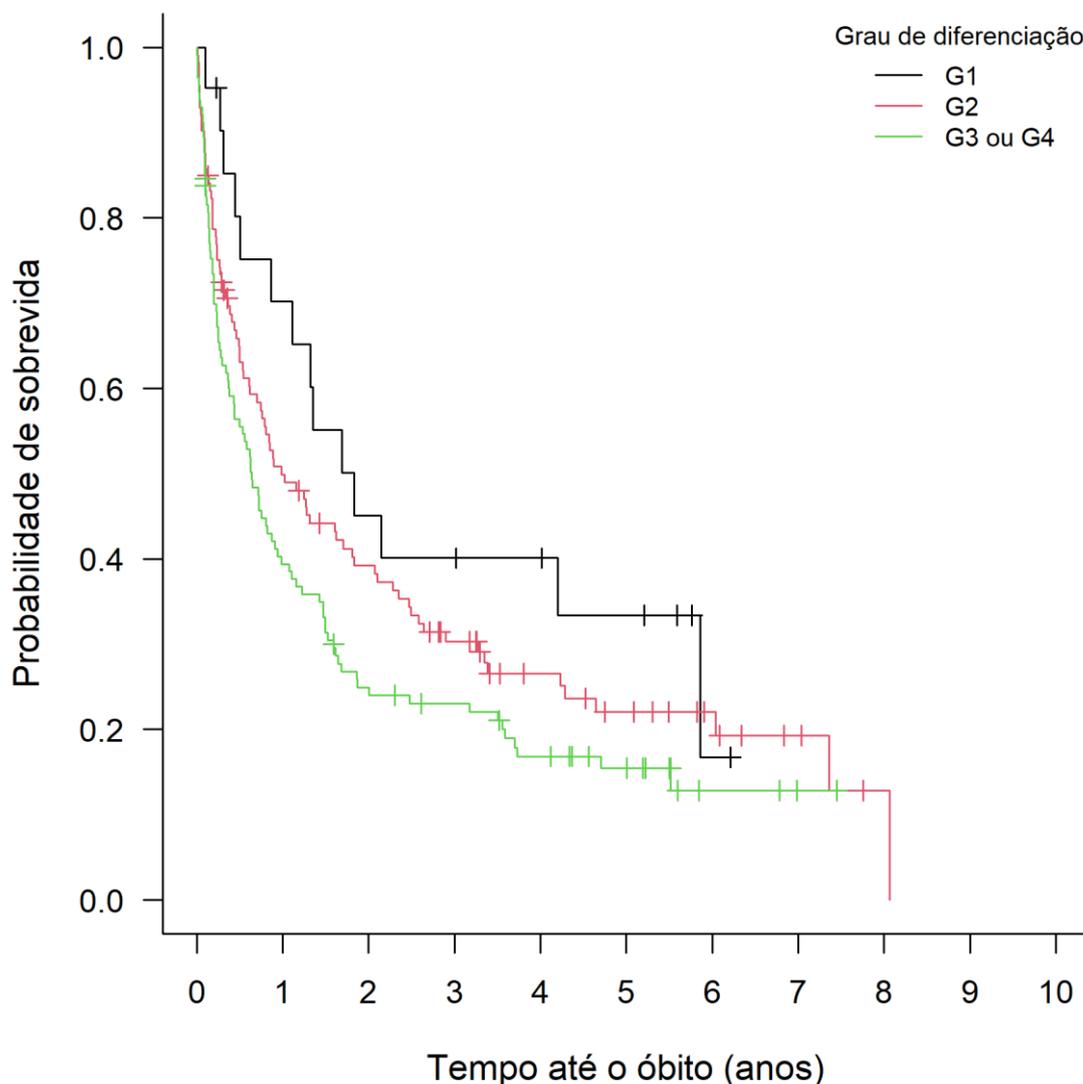
Referente a classificação de Borrmann em anos para pacientes com adenocarcinoma, o polipoide, ulcerado, ulceroinfiltrante e infiltrante respectivamente tiveram uma sobrevida média de 2,9 anos, 2,5 anos, 1,8 anos e 1,1 anos (Figura 16).

Figura 16 - Sobrevida segundo a classificação de Borrmann dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.



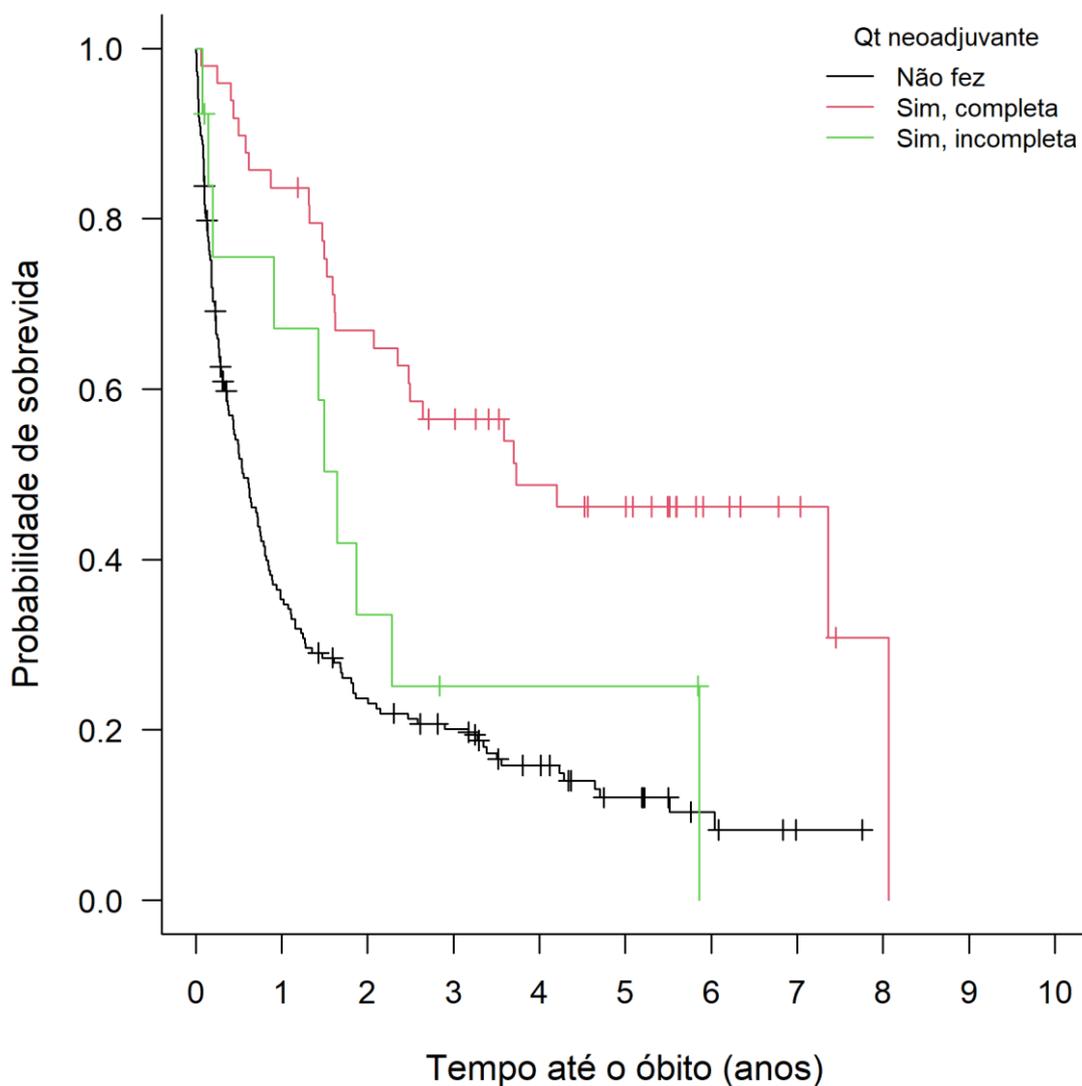
Quanto o grau de diferenciação a sobrevida em anos para G1 foi de 3,2 anos, G2 de 2,5 anos e G3 e G4 de 1,9 anos (Figura 17).

Figura 17 - Sobrevida segundo o grau de diferenciação dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.



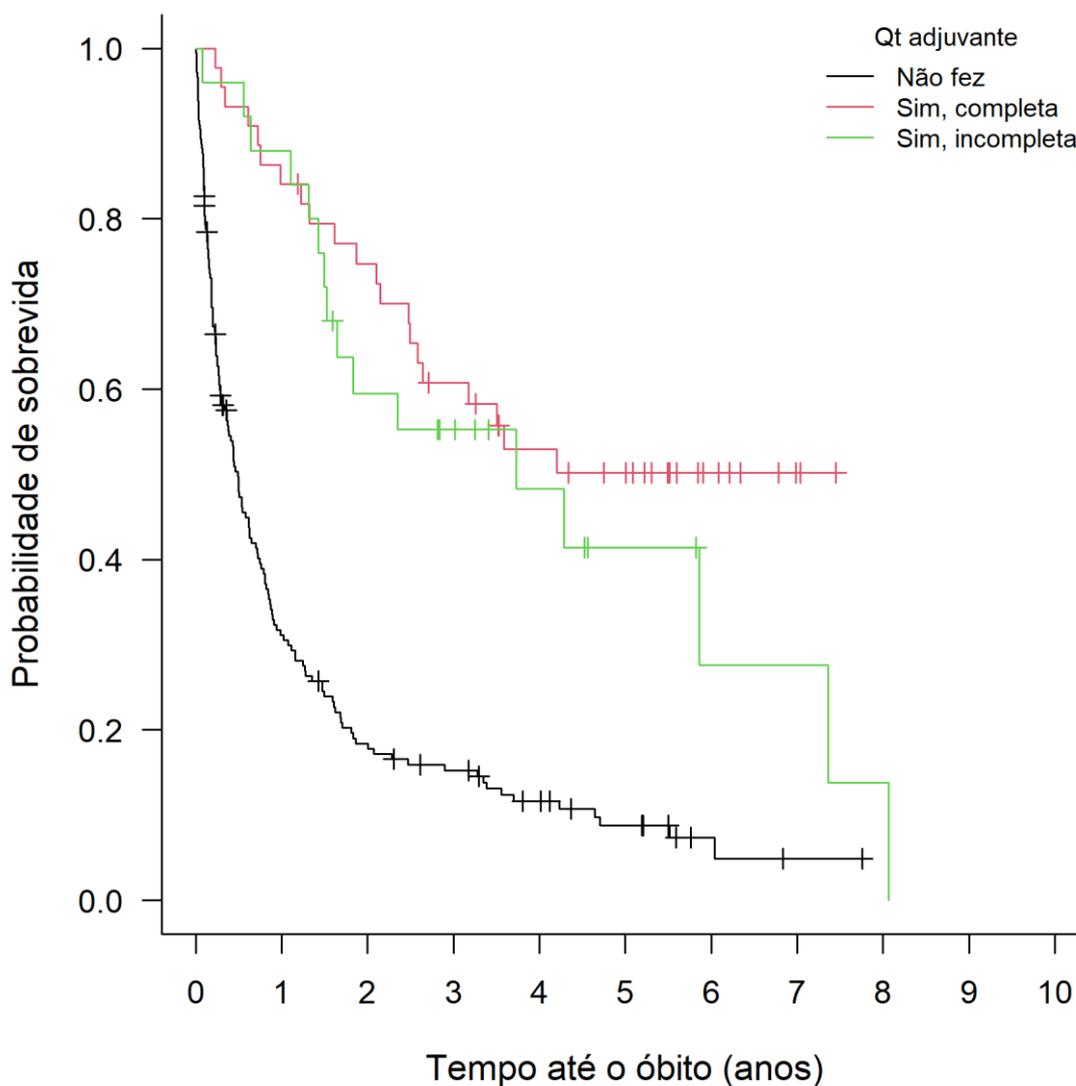
Quanto ao tratamento dos pacientes com adenocarcinoma e fizeram o tratamento de neoadjuvância completo, foi observado uma sobrevida de 84% em 1 ano e 46% em 5 anos, a sobrevida dos pacientes que realizaram o tratamento incompleto foi de 67% em 1 ano e 25% em 5 anos, já os pacientes que não realizaram a neoadjuvância em 1 ano a sobrevida foi de 32% e em 5 anos 12%, dentre os achados no estudo de não realizar ou ter o tratamento incompleto da neoadjuvância foram, toxicidade, estado nutricional, doença em estágios já avançados. (Figura 18).

Figura 18 - Sobrevida segundo ao tratamento de quimioterapia neoadjuvante dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.



Já o tratamento adjuvante, a sobrevida para os pacientes que realizou a adjuvância completa, incompleta e que não realizaram a adjuvância em 1 ano foram respectivamente 84%, 88% e 31 %, e em 5 anos foram de 50%, 41% e 8%, respectivamente (Figura 19).

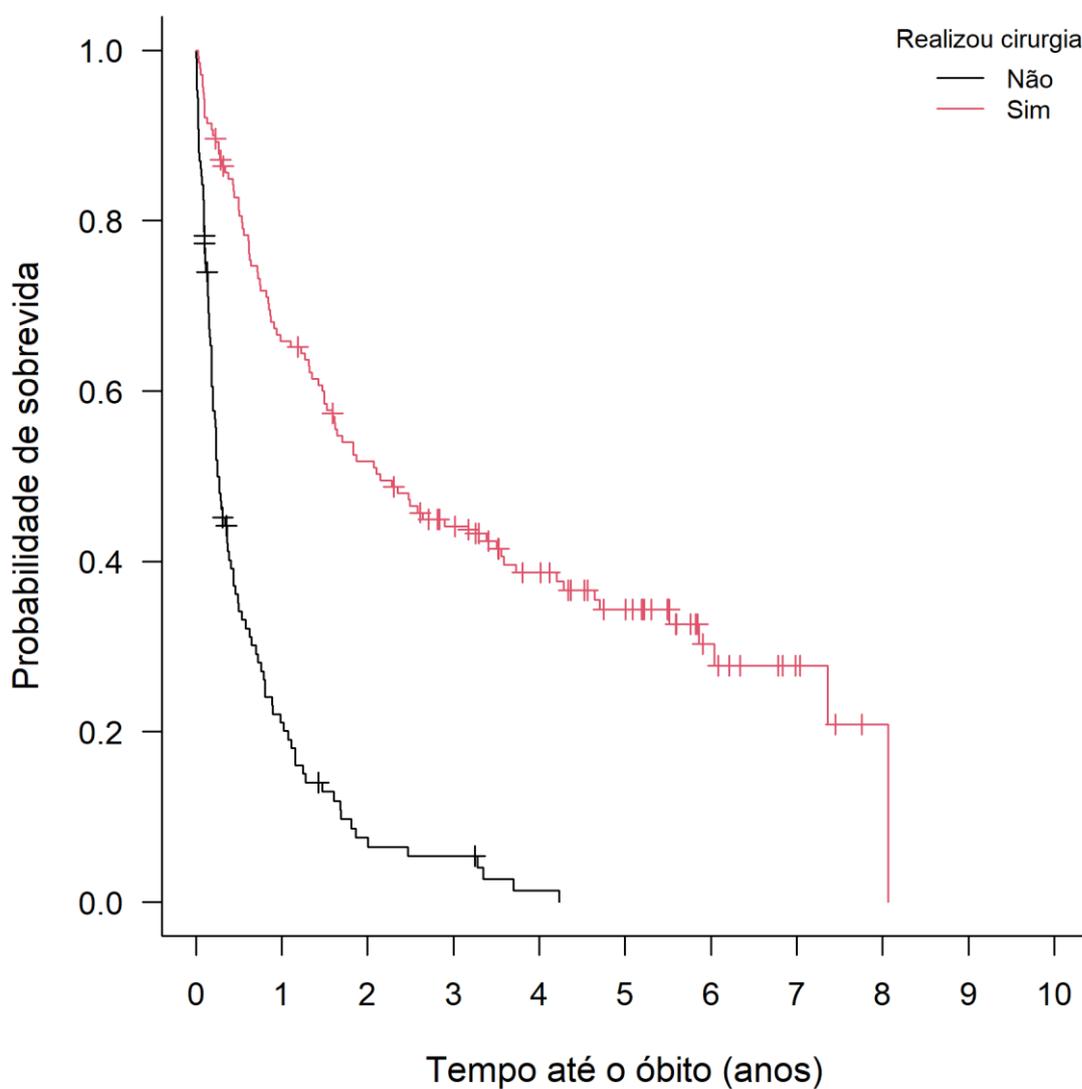
Figura 19 - Sobrevida segundo ao tratamento de quimioterapia adjuvante dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma.



4.2 Tratamento cirúrgico e sobrevida

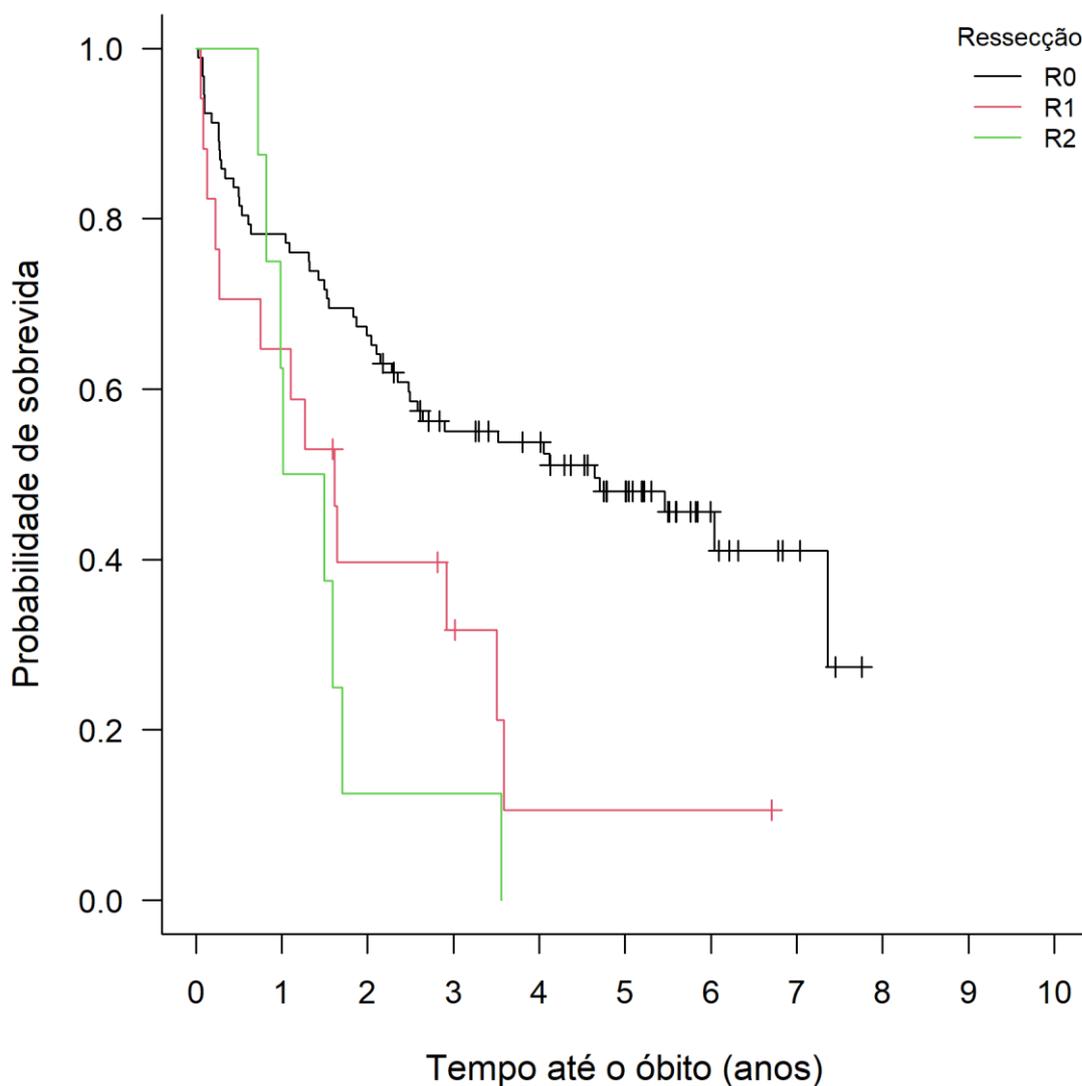
Para os pacientes que realizaram a cirurgia a sobrevida foi consideravelmente superior quando comparados com os que não realizaram cirurgia, sendo uma sobrevida média de 3,5 anos para os pacientes que realizaram cirurgia e para os que não realizaram a sobrevida foi de 6 meses. Em 1 ano a sobrevida para quem realizou a cirurgia corresponde a 66%, 3 anos 44% e em 5 anos 34% (Figura 20).

Figura 20 - Sobrevida segundo a cirurgia dos pacientes acometidos com câncer de estômago-Adenocarcinoma.



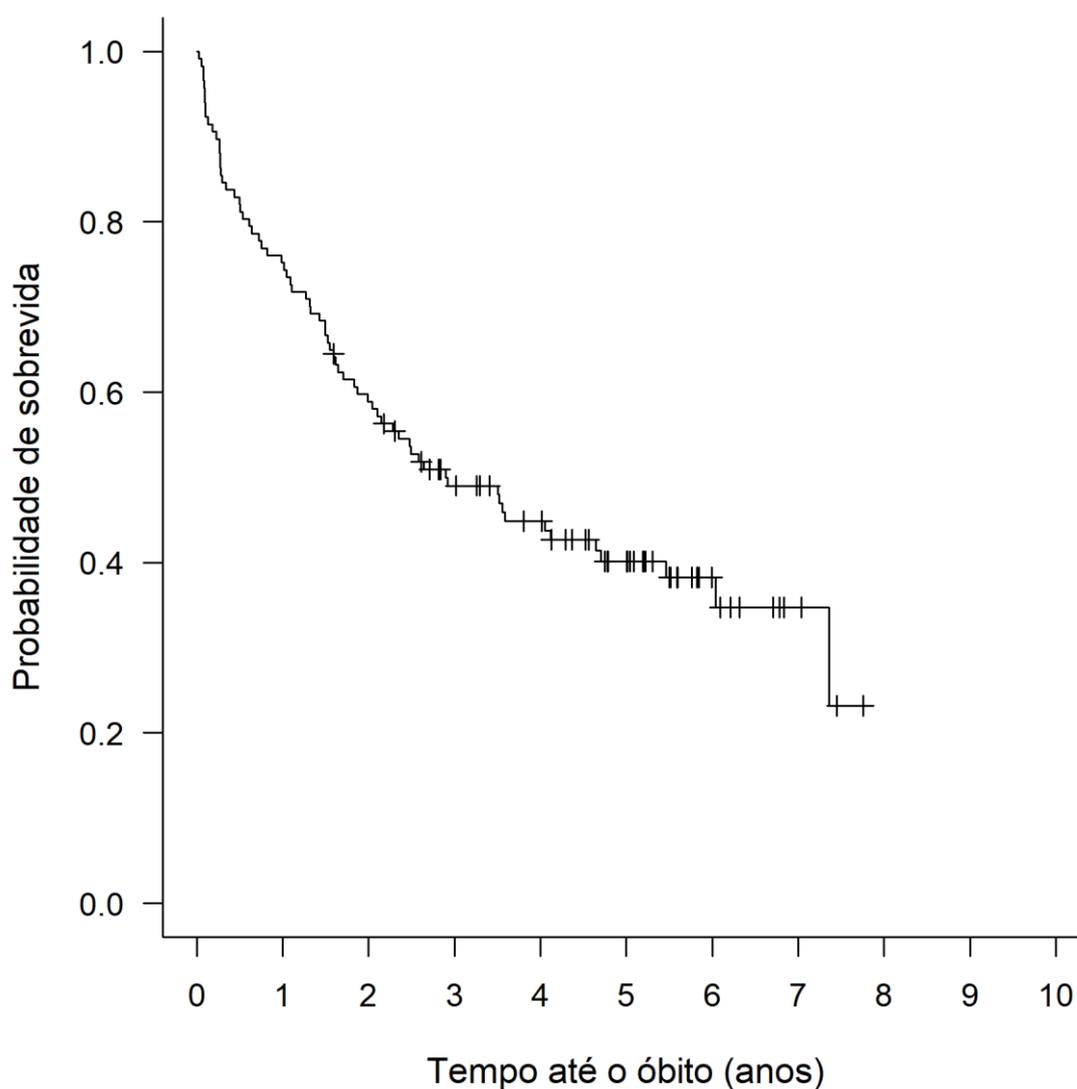
A ressecção R0 nos pacientes deste estudo teve uma sobrevida de 78% em 1 ano e 48% em 5 anos, uma sobrevivência superior quando comparados a ressecção R1 e R2 em 60 meses (Figura 21).

Figura 21 - Sobrevida segundo a ressecção dos pacientes acometidos com câncer de estômago-Adenocarcinoma.



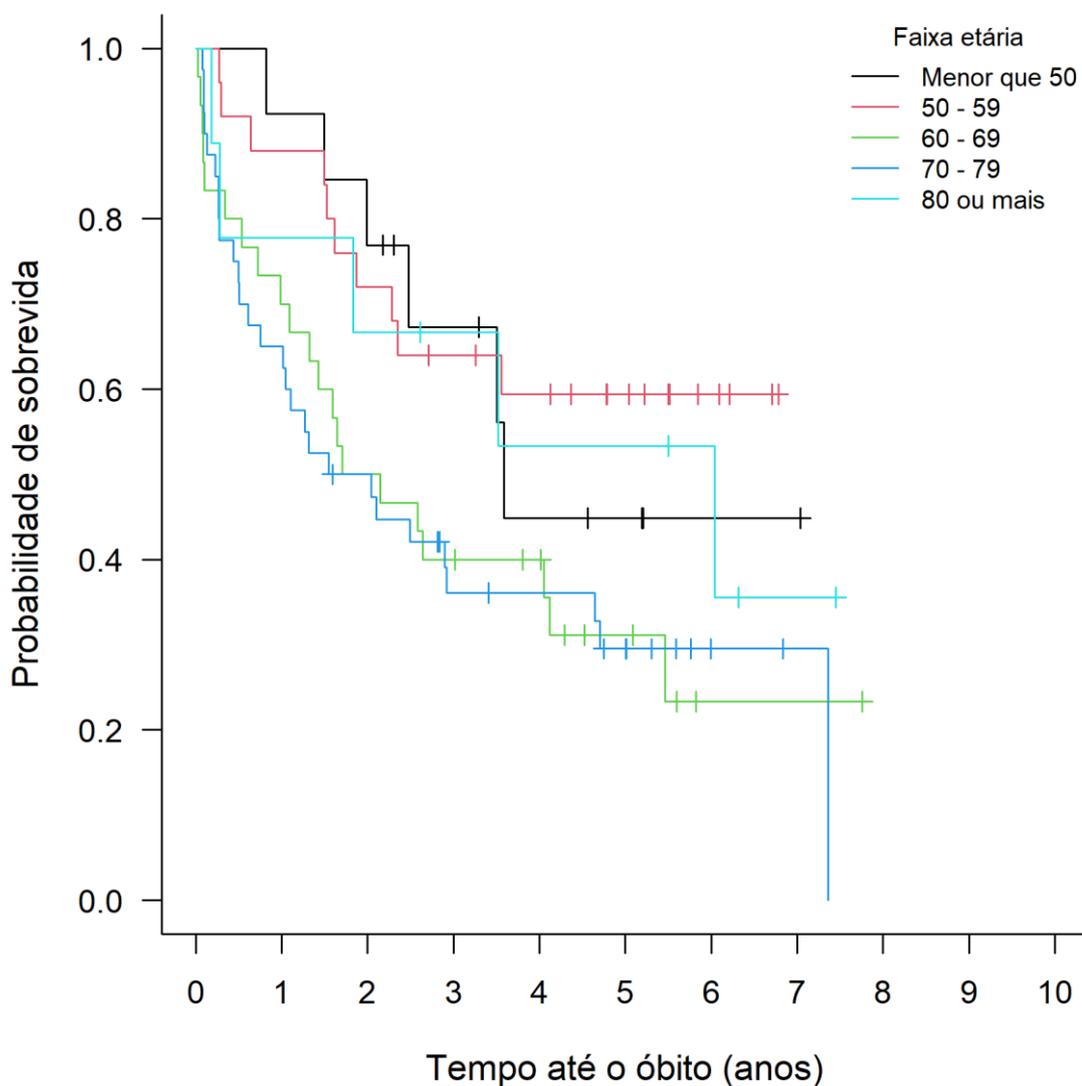
Para a análise de sobrevida global em pacientes com adenocarcinoma que realizaram a cirurgia, a sobrevida média foi de 3,8 anos, a probabilidade de sobrevida em 1 ano de 75%, em 3 anos 49% e em 5 anos 40% (Figura 22).

Figura 22 – Sobrevida global dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma que realizaram cirurgia



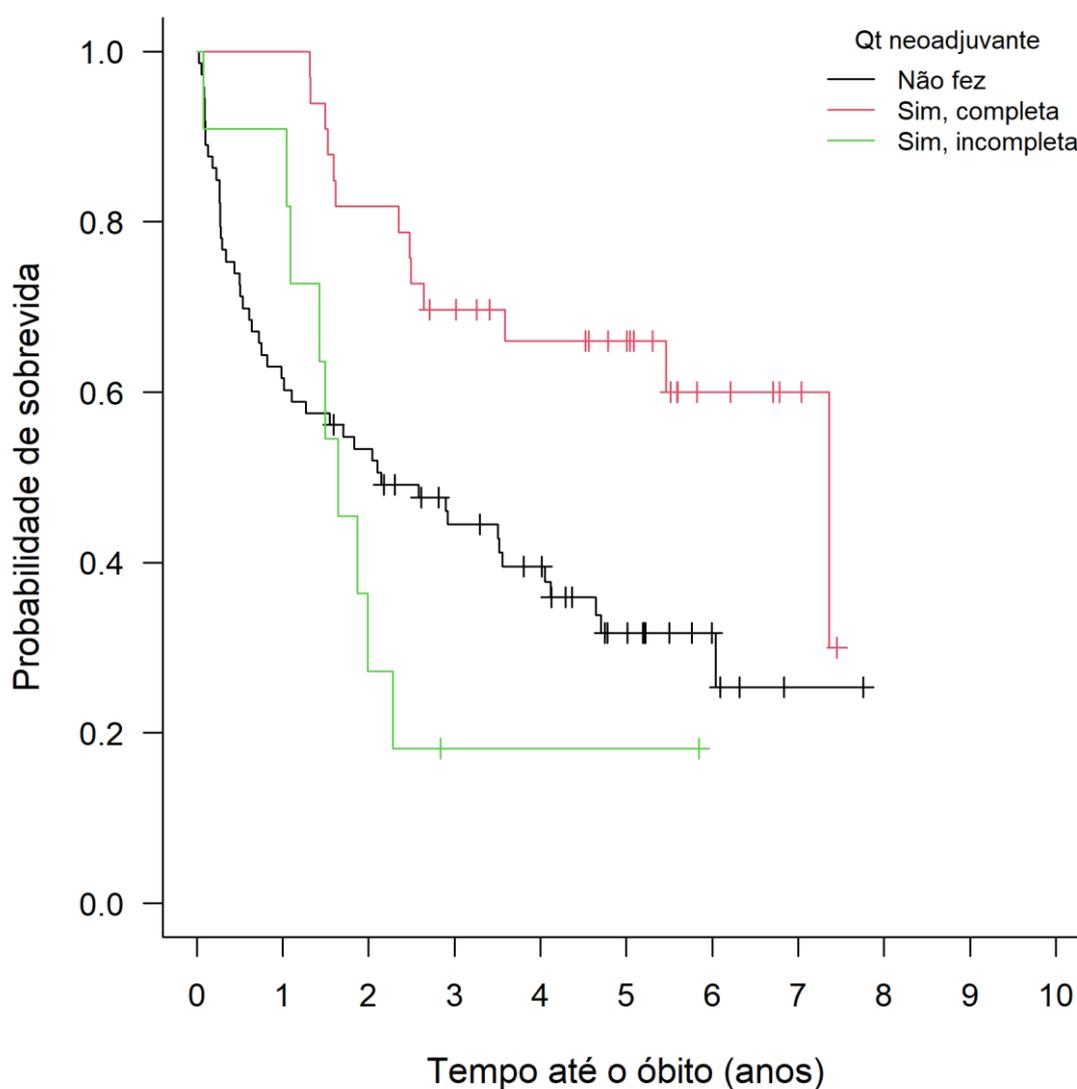
A sobrevida de todos pacientes do estudo com tipo histológico de adenocarcinoma que realizaram a cirurgia em anos, com a faixa etária menor que 50 anos foi de 4,8 anos, de 50 a 59 anos 5,2 anos, de 60 a 69 anos 3,2 anos, de 70 a 79 anos 3,1 anos, e acima de 80 anos 4,5 anos (Figura 23)

Figura 23 - Sobrevida segundo a faixa etária dos pacientes acometidos com câncer de estômago-Adenocarcinoma que realizaram cirurgia



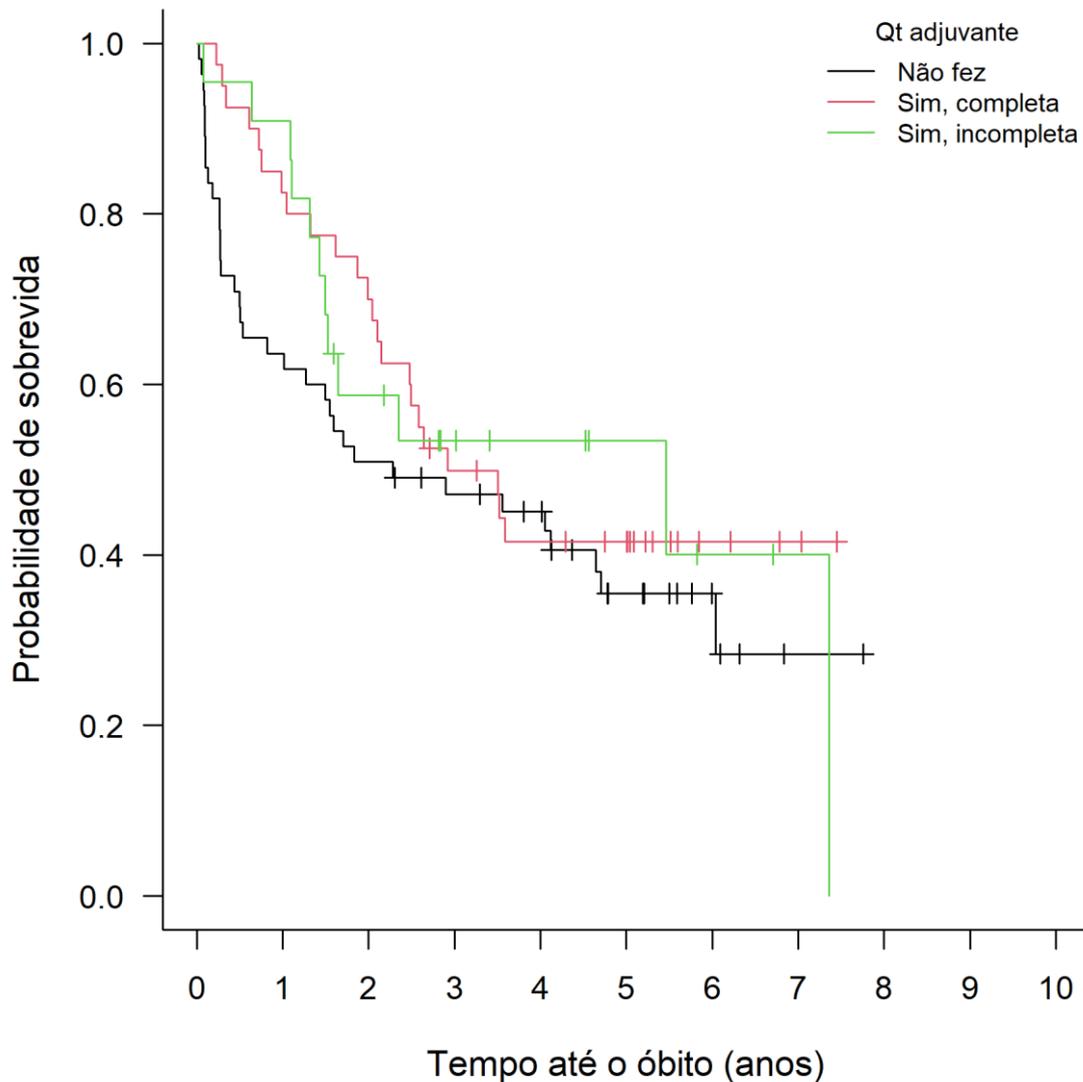
Quanto ao tratamento dos pacientes com adenocarcinoma que realizaram a cirurgia e fizeram tratamento de neoadjuvância completo, foi observado uma sobrevida de 100% em 1 ano e 66% em 5 anos, a sobrevida dos pacientes que realizaram o tratamento incompleto foi de 91% em 1 ano e 18 % em 5 anos, já os pacientes que não realizaram a neoadjuvância em 1 ano a sobrevida foi de 62 % e em 5 anos 32 % (Figura 24).

Figura 24 - Sobrevida segundo ao tratamento de neoadjuvância dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma que realizaram cirurgia



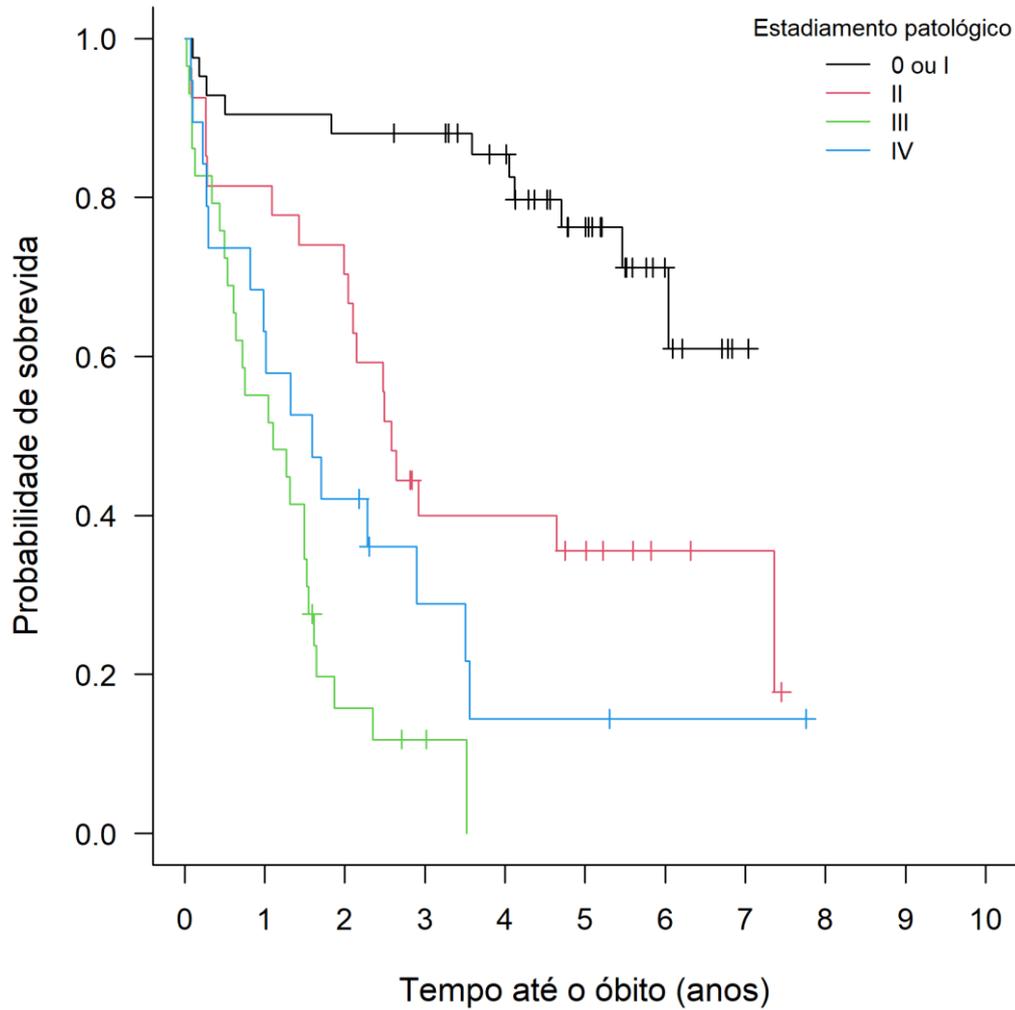
Em relação ao tratamento adjuvante, a sobrevida para os pacientes que realizou a adjuvância completa, incompleta e que não realizaram a adjuvância em 1 ano foram respectivamente 82%, 91% e 64 %, e em 5 anos foram de 42%, 53% e 35, respectivamente (Figura 25).

Figura 25 - Sobrevida segundo ao tratamento de quimioterapia adjuvante dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma que realizaram cirurgia



Quanto ao estadiamento, observa-se que a sobrevida é maior nos estágios iniciais, em 6 meses, 1 ano, 3 anos e 5 anos respectivamente a sobrevida e no estadiamento 0/I foi de 93%, 90%, 88%, 76%, no estadiamento II a sobrevida foi 81% em 6 meses e 1 ano, 40% em 3 anos e 36% em 5 anos. Já os estadiamentos III e IV apresentaram o pior prognóstico, sendo a sobrevida em 6 meses de 74% e 63%, em 1 ano de 55% e 63%, em 3 anos de 12% e 29% e em 5 anos não houve sobreviventes e 14%, respectivamente (Figura 26).

Figura 26 - Sobrevida pelo estadiamento patológico dos pacientes acometidos com câncer de estômago- Adenocarcinoma



5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo traçar o perfil demográfico e clínico dos pacientes diagnosticados com câncer de estômago, além verificar os tratamentos oferecidos e avaliar a taxa de sobrevivência desses pacientes atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

As taxas de incidência e mortalidade do câncer gástrico são divergentes em todo mundo, no entanto, estudos epidemiológicos demonstram uma redução das taxas de mortalidade devido ao notável e significativo progresso dos tratamentos (YAPRAK et al., 2020). Yalcin, em estudo de 2009, relatou maior incidência entre países do Oriente Médio, Smith et al., em estudo de 2020, citaram, ainda, Japão e Coreia como países de alta incidência, além de destacar regiões ao leste da Ásia, leste da Europa e América do Sul.

De acordo com estudo de Yaprak et al., em 2020, o câncer de estômago é encontrado com maior frequência em homens do que mulheres, corroborando com os resultados apresentados pelo presente estudo, que também demonstrou e indicou que a doença foi predominante no sexo masculino, acometendo cerca de duas vezes mais homens do que mulheres. A predominância dos casos do sexo masculino observada neste estudo é compatível com a história natural da doença e este padrão também é observado no restante do mundo (CREW E NEUGUT, 2006; ANG E FOCK, 2014; RAWLA E BARSOUK, 2019; JURADO-MUNOZ, et al., 2021 e HOYOS-VALDELAMAR et al., 2020)

A distribuição das taxas específicas por idade apresentou um comportamento semelhante para a incidência e mortalidade em ambos os sexos. Estudos brasileiros e internacionais relataram um aumento progressivo das taxas com a idade, atingindo o seu ápice entre 50 e 70 anos (YAPRAK et al., 2020; POONYAM et al., 2021), tais dados não corroboram com o presente estudo, uma vez que a taxa de mortalidade observada foi maior entre as idades de 60 e 79 anos.

Com relação à escolaridade, 73,7% dos pacientes com neoplasias do estômago possuíam ensino fundamental completo ou incompleto. Maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde foi demonstrado por estudo realizado na cidade de Botucatu, no estado de São Paulo (MOLINA et al., 2003). Dados similares referentes ao grau de escolaridade foram observados no presente estudo.

A incidência de tumores localizados na região proximal, de acordo com a literatura, apresentou aumento de acordo com o tempo no mundo ocidental, enquanto os tumores distais permaneceram predominantes no Japão (CATALANO et al., 2009). Yprak, em estudo de 2019, realizado em Istambul, apresentou como resultado a localização distal em 72% de sua amostra. Em contrapartida, a população do presente estudo, apresentou discreta predominância do tumor localizado em região proximal (37,6%), seguido da localização distal (34,2%) e extenso (27,8%).

O grau do tumor foi identificado como um fator inversamente proporcional para as taxas de sobrevivência dos pacientes diagnosticados com câncer de estômago, de acordo com dados apresentados por estudo realizado no Japão, em 2019 (KATAI et al., 2019). O presente estudo mostrou que o grau de diferenciação foi considerado um fator significativo para o prognóstico (sobrevida) dos pacientes em G3 e G4 pela regressão de Cox ($p=0,027$). Tais dados apresentados por este estudo epidemiológico mostram concordância com a literatura acerca das classificações relativas aos graus de diferenciação tumoral histopatológica.

O tipo histológico mais comum dos cânceres de estômago são os adenocarcinomas, ou seja, tumores derivados das células glandulares epiteliais secretoras, correspondendo a mais de 90% dos casos (MENDES et al., 2021; GONÇALVES et al., 2020; RAWLA E BARSOUK, 2019), o que corrobora com o presente estudo que apresentou em 83,6% dos casos o tipo histológico denominado adenocarcinoma.

Em relação ao tratamento e a especificidade é pertinente lembrar que a decisão baseia nas características tumorais e na condição física do paciente durante escolha do tratamento. No presente estudo houve uma predominância nos procedimentos cirúrgicos, com 52,1 % para neoplasia de estômago (adenocarcinoma). Observa-se que o estudo mostrou uma melhor sobrevida aos pacientes que realizaram a cirurgia no estadiamento 0 ou I e I com uma sobrevida média em anos respectivamente (6,1 e 3,8 anos).

A cirurgia continua sendo a principal modalidade terapêutica e o estágio TNM continua sendo o principal fator prognóstico e determinante das taxas de sobrevida dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico do câncer (CAMPOS et al., 2012).

Os tratamentos e a sobrevida dos pacientes com câncer de estômago estão diretamente relacionados ao estadiamento no momento do diagnóstico e início

adequado da terapêutica, considerando uma intervenção precoce e cumprimento políticas públicas para um início rápido de tratamento (FIGUEROA-GIRALT M, 2018).

A partir do diagnóstico, a conduta é definida de acordo com o estadiamento da doença, considerando o avanço do tumor primário, linfonodos acometidos e metástases. No caso do câncer gástrico, a classificação estágio 0 e I é indicada para apresentações iniciais e nos casos mais avançados variam de estágio II a IV. Essa classificação indicará as diferentes modalidades terapêuticas, como ressecção endoscópica, ressecção cirúrgica, e quimioterapia (JURADO-MUÑOZ et al., 2021; HOYOS-VALDELAMAR et al., 2020).

Costa, et al. (2015) demonstraram em um estudo realizado em São Paulo que a sobrevida média foi de 56 meses (4 anos e 68 meses) e em 5 anos a sobrevida global foi de 49,2%.

Neste estudo a sobrevida global em 5 anos para pacientes acometidos com adenocarcinoma gástrico foi de 20%, uma sobrevida média foi de aproximadamente 2 anos, já a sobrevida geral dos pacientes submetidos a cirurgia em média de anos foi de 3,8 e de 40% em 5 anos.

Segundo Mendes et al, 2021 a sobrevida geral do paciente submetido à cirurgia por câncer gástrico foi de 36,8% em cinco anos, a média de sobrevida foi de 2,4 anos. Após cinco anos do procedimento cirúrgico, a probabilidade de sobreviver foi equivalente a 36,8%. O paciente submetido à cirurgia por câncer gástrico sobreviveu em média 2 anos e 4 meses, sendo que a metade dos pacientes sobreviveram até 1 ano e 7 meses. Os dados do estudo de Mendes não apresentam uma discrepância com o presente estudo.

Quanto à sobrevida a partir do estadiamento, segundo o nível descritivo ($p < 0,0001$) do Teste Log-rank há fortes evidências estatísticas para sugerir que a diferença entre as taxas de sobrevida é estatisticamente significativa segundo o estadiamento.

O presente estudo mostrou uma sobrevida elevado no estadiamento 0 ou I e II em 1 ano (90% e 88% respectivamente, e a pior taxa de sobrevida em 5 anos foi estadiamento III sem nenhum sobrevivente, quando o estágio IV mostrou 14% de sobrevivência.

O estudo realizado em Belém , a sobrevida dos pacientes com estágio mais precoce (estádio IA, IB e IIA) girou em torno de 90% em cinco anos; nos estádios IIB, IIIA, IIIB e IIIC girou em torno de 25 a 55%; no entanto, com um quadro bastante

diferente no estágio IV, pois os pacientes não sobreviveram até os cinco anos abordados no estudo e cuja grande maioria (80% dos pacientes) evoluiu a óbito no primeiro ano após à cirurgia por câncer gástrico e 20% até o segundo ano após a cirurgia, retratando um prognóstico extremamente reservado (Mendes et al., 2021).

Este estudo mostrou que a mortalidade no estadiamento 0 ou I, II, III, IV respectivamente foram de 26%, 66%, 93% e 78%. O mesmo estudo de Mendes (2021), apontou que após cinco anos da data do procedimento cirúrgico, dos pacientes com estágio IIIA, dez evoluíram à óbito, dez abandonaram e um sobreviveu; dos pacientes com estágio IIIB, seis evoluíram à óbito, três abandonaram e dois sobreviveram; os com estágio IIIC, quatro evoluíram à óbito, um abandonou e um sobreviveu; e com estágio IV, 36 evoluíram à óbito e 14 abandonaram o tratamento. Ou seja, dos 135 pacientes do estudo, 88 estavam com estadiamento avançado, dentre os quais 56 evoluíram a óbito, 28 abandonaram o tratamento (provavelmente evoluíram à óbito logo em seguida) e 4 sobrevivem.

A maioria dos pacientes desde estudo que realizaram a cirurgia apresentava-se no estadiamento inicial 0 ou I (29,4 %), o que corrobora com o estudo de Belém em que a maioria dos pacientes que foi submetida a um procedimento cirúrgico encontrava-se em estadiamento avançado (65,2%).

Quanto a ressecção, ocorreu em 66,1% dos pacientes que realizaram a cirurgia com uma média de sobrevida de 4,3 anos e 55 % de sobrevivência em 3 anos, significativa pelo teste de Log- Rank ($p=0,001$). A linfadenectomia D2 ocorreu em 40,8%, com uma mediana de 14 linfonodos retirados.

Um estudo de Jácome et al. (2012) mostrou que todos os pacientes com neoplasia de estômago foram submetidos à ressecção R0 e linfadenectomia D2 e tratados apenas com cirurgia isolada, a sobrevida global em 3 anos foi de 61,7%.

A linfadenectomia D2 cumpre o AJCC Cancer Staging Manual, recomenda que um mínimo de 16 linfonodos seja examinado, resulta em taxas mais baixas de recorrência locoregional (MACDONALD et al., 2001) e, em última análise, melhora a sobrevida global (Schmidt, 2013).

A gastrectomia parcial foi o tipo de cirurgia mais recorrente nos pacientes com adenocarcinoma 39,4%, seguido da gastrectomia total em 35,8%, com resultados aproximados no tipo cirúrgico. Ensaio europeus não mostraram diferenças nas taxas de sobrevida global entre gastrectomia total e parcial, a partir de que a ressecção

obtenha uma margem segura e promovendo uma linfadenectomia corretamente realizada (GOUZI et al. 1989; ORDITURA et al., 2014).

Segundo Orditura et al. (2014) mesmo a cirurgia ser uma terapia curativa, a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante podem melhorar o resultado do câncer gástrico ressecável com dissecação linfonodal ampliada.

Este estudo indica que os pacientes que realizaram a quimioterapia neoadjuvante completa teve uma sobrevida média de 5,5 anos, sendo 66% de sobrevivência em 5 anos, quando comparados aos que não realizaram essa terapia a sobrevida em 5 anos cai para 32%. Segundo o estudo de Orditura et al. (2014) a quimioterapia neoadjuvante para câncer gástrico visa diminuir o estágio da doença, aumentar a taxa de ressecção curativa e erradicar micrometástases indetectáveis. Além disso, os pacientes pré-operatórios geralmente apresentam melhor desempenho e podem tolerar melhor os tratamentos.

Esta abordagem demonstrou obter redução do estágio do câncer gástrico, aumento de ressecções curativas e melhora da sobrevida livre de doença e global em estudos clínicos randomizados (CUNNINGHAM et al., 2006; BOIGE et al., 2007; SCHUHMACHER et al., 2010). Atualmente, todas as diretrizes recomendam essa abordagem para pacientes com câncer gástrico localmente avançado.

Já o tratamento de quimioterapia adjuvante apresentou uma média de 4,3 anos e 42% de sobrevida em 5 anos, para os pacientes que não realizou a adjuvância a sobrevida foi de apenas 35% em 5 anos.

Os autores Kim e colaboradores (2005) mostrou em seu estudo observacional que envolveu pacientes operados (neoplasia de estômago) exclusivamente com linfadenectomia D2 e a adjuvância como tratamento combinado, resultou em uma redução de 20% os riscos de recorrência e óbito.

Em relação aos pacientes que realizaram quimioterapia tiveram uma média de sobrevida de 2 anos e 2 meses, 6 meses superior à dos pacientes que não realizaram quimioterapia. Assim como, a mediana da sobrevida dos pacientes que realizaram quimioterapia foi de 1 ano e 4 meses a mais do que os pacientes que não realizaram quimioterapia (MENDES et al. 2021).

Uma meta-análise realizada pelo Paoletti et al. (2010) incluindo 3.838 pacientes de 17 ensaios diferentes de quimioterapia adjuvante, concluiu por um benefício modesto, mas estatisticamente significativo, com o uso de quimioterapia pós-

operatória adjuvante em relação à cirurgia sozinho. A sobrevida mediana estimada foi de 4,9 anos no grupo somente cirurgia e 7,8 anos no grupo de pacientes tratados.

Neste estudo mais da metade dos pacientes (56,7%) diagnosticados com câncer de estômago adenocarcinoma foram para tratamento paliativo.

A população desse estudo com estadiamento IV teve uma sobrevida média inferior a dois anos e 9% de sobrevivência em 5 anos, compreende a doença irresssecável em 47,8% dos pacientes.

No estudo de Orditura et al, 2014, metade dos pacientes com câncer gástrico ressecados recidivam localmente ou com metástases à distância, ou recebem o diagnóstico de câncer gástrico quando o tumor é disseminado; portanto, a sobrevida mediana raramente excede 12 meses e a sobrevida em 5 anos é inferior a 10%.

O presente estudo foi realizado com a base de dados apresentando limitações, que podem em maior ou menor grau, interferir nos resultados apresentados. Podemos citar, dentre as limitações, o preenchimento precário dos prontuários, baixa qualidade devido ao tempo, subnotificação e dados incompletos.

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

O câncer de estômago com o tipo histológico de adenocarcinoma permanece considerável como uma das neoplasias malignas mais incidentes e de elevada mortalidade, mesmo com avanços significativos em seu tratamento tenham evoluído ao longo das últimas décadas.

A partir da realização do presente estudo, foi possível analisar a relação entre o estadiamento, tratamento e sobrevida do paciente submetido à cirurgia por câncer de estômago. A Sobrevida global encontrada nesse estudo para neoplasia de estômago que realizou o tratamento foi de 40% em um período de 60 meses.

O estudo identificou que o serviço está conseguindo seguir o protocolo de tratamento realizado pela divisão de cirurgia de estômago e realizando o tratamento o mais breve possível a partir da entrada do paciente no hospital, a população que realizou a cirurgia teve o estadiamento avançado III e IV em 39,5% dos pacientes, e na admissão desse paciente no serviço 18,7 % têm o diagnóstico de metástase, tendo um impacto na sobrevida. Isso pode refletir na dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce.

Sendo assim, acredita-se que este estudo revela informações importantes sobre o câncer de estômago, a fim de favorecer mudança de estratégias institucionais e direcionar planejamentos que favoreça um tratamento mais prévio, assistência integral (desde medidas preventivas na atenção primária até ao tratamento na rede terciária, processos de regulação e habilitação dos serviços de cada especialidade).

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AL-BATRAN, S. E. et al. Perioperative chemotherapy with docetaxel, oxaliplatin, and fluorouracil/leucovorin (FLOT) versus epirubicin, cisplatin, and fluorouracil or capecitabine (ECF/ECX) for resectable gastric or gastroesophageal junction (GEJ) adenocarcinoma (FLOT4-AIO): A multicenter, randomized phase 3 trial. **Journal of clinical oncology**, v. 13, n. 9, September 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2017**. Atlanta: American Cancer Society. 2017

ANG, T. L.; FOCK, K. M. Clinical epidemiology of gastric cancer. **Singapore Med J**, v. 55, n. 12, p. 621–628, 2014.

BENNETT, S. (1983). Log-Logistic Regression Models for Survival Data. *Journal of the Royal Statistical Society. Series C (Applied Statistics)*, 32(2), 165–171. <https://doi.org/10.2307/2347295>

BOIGE, V.; PIGNON, J.; SAINT-AUBERT, B.; LASSER, P.; CONROY, T.; BOUCHE, O.; SEGOL, P.; BEDENNE, L.; ROUGIER, P.; YCHOU, M. Final results of a randomized trial comparing preoperative 5-fluorouracil (f) cisplatin (P) to surgery alone in adeno-carcinoma of stomach and lower esophagus (aSIE): FNLCC ACCORD 07-FFCD 9703 Trial. **J Clin Oncol**. 25: Abstract 4510; 2007.

BRAY F, FERLAY J, SOERJOMATARAM I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**. V. 68, p. 394–424, 2018.

BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T.; FAERSTEIN, E.; LATORRE, M. R. Técnicas de análise de sobrevivência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Jun 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000300008 &lng=en&nrm=iso> Acesso mar. 2018.

CAMPOS, E.C.R.; et al. Análise de fatores prognósticos no tratamento cirúrgico do câncer gástrico. **Rev. Med. Res**. v.4, n.2, p. 101-107, 2012.

CARVALHO, M.S. et al. Análise de sobrevivência: teoria e aplicação em saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CATALANO, V.; LABIANCA, R.; BERETTA, G.D.; GATTA, G.; DE BRAUD, F.; VAN CUTSEM, E. Gastric cancer. **Crit Rev Oncol Hematol**. v. 71, n.2, p. 127-164, 2009.

CREW, K.D.; NEUGUT, A.I. Epidemiology of gastric cancer. **World J Gastroenterol**. v.12, n.3, p.354-362, 2006.

CREW, K. D.; NEUGUT, A. I. Epidemiology of gastric cancer. **World Journal of Gastroenterology**, v. 12, n. 3, p. 354–362, 2006.

CUNNINGHAM, D.; ALLUM, W.H.; STENNING, S.P.; THOMPSON, J.N.; VAN DE VELDE, C.J.; NICOLSON, M.; SCARFFE, J.H.; LOFTS, F.J.; FALK, S.J.; IVESON, J.; SMITH, D.B.; LANGLEY, R.E.; VERMA, M.; WEEDEN, S.; CHUA, Y.J. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med* 2006; 355: 11-20 [PMID: 16822992]

DONGYUN YANG, A.H.; LENZ, C.; TOGAWA, K.; LENZ, F.; LURJE, G.; POHL, A.; WINDER, T.; NING, Y.; GROSHEN, S.; LENZ, H.J. Survival of metastatic gastric cancer: significance of age, sex and race/ethnicity. **J Gastrointest Oncol**. 2011;2(2):77–84.

SMYTH, E.C.; NILSSON, M.; GRABSCH, H.I. et al. Gastric cancer. **Lancet**. v.29, p. 635–48, 2020.

FERLAY, J.; ERVIK, M.; LAM, F.; COLOMBET, M.; MERY, L.; PIÑEROS, M.; ZNAOR, A.; SOERJOMATARAM, I.; BRAY, F. Global cancer Observatory: cancer today. Lyon: International agency for research on cancer. **Cancer Today**. 2018.

FERLAY J. et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. **Eur J Cancer**. v. 49, p. 1374-1403, 2013.

FIGUEROA-GIRALT, M.; CSENDES, A.; CZRRILLO, K.; DANILLA, S.; LANZARINI, E.; BRAGHETTO, I.; MUSLEH, M.; CORTÉS, S. Introduction of the new lymphoparietal index for gastric cancer patients. **ABCD Arq Bras Cir Dig**. v.32, n. 2:e1441, 2019.

GIUSTI, A. C. B. et al. Trends and predictions for gastric cancer mortality in Brazil. **World J Gastroenterol**, v. 22, n. 28, p. 6527–6538, 2016.

GOUZI, J.L.; HUGUIER, M.; FAGNIEZ, P.L.; LAUNOIS, B.; FLAMANT, Y.; LACAINE, F.; PAQUET, J.C.; HAY, JM. Total versus subtotal gastrectomy for adenocarcinoma of the gastric antrum. A French prospective controlled study. **Ann Surg**. v. 209, n.2, p.162-166, 1989.

HOFF, P.M.G. Tratado de oncologia. 1ª ed, São Paulo, editora Atheneu, 2012.

HOWLADER, N. et al. (Ed.). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014. Bethesda: **National Cancer Institute**, 2017

HOYOS-VALDELAMAR, J.C. et al. Caracterización del cáncer gástrico abordado por laparoscopia en un centro del caribe colombiano. *Revista Colombiana de Cirugía*, 2020; 35(4): 575-82.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estimativa 2018/2019: incidência de câncer no Brasil/ instituto Nacional de Câncer. Coordenação geral de ações estratégicas, coordenação de prevenção e vigilância. Rio de Janeiro.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Mortalidade- Disponível: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb> acesso em 14/05/2017 4. Acesso em mar. 2018.

JÁCOME, A. A.; SANKARANKUTTY, A. K.; DOS SANTOS, J. S. Adjuvant therapy for gastric cancer: What have we learned since INT0116? **World Journal of Gastroenterology**, v. 21, n. 13, p. 3850–3859, 2015.

JÁCOME, A.A.A, et al. Effect of adjuvant chemoradiotherapy on overall survival of gastric cancer patients with D2 lymphadenectomy. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*, v.8, n.28, 2012.

JEMAL, A. et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975–2014, Featuring Survival. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 109, n. 9, 2017.

JENABI, E.; SAATCHI, M.; KHAZAEI, S.; MANSORI, K.; AYUBI, E.; SOHEYLIZAD, M.; KHAZAEI, L.; NEMATOLLAH, S.; BEIGI, A.M. National distribution of stomach cancer incidence in Iran: a population-based study. **Adv Hum Biol**. v.9, n.1, p.89, 2019.

JURADO-MUÑOZ, P.A. et al. Resultados tempranos en pacientes con cáncer gástrico sometidos a gastrectomía laparoscópica con intención curativa. **Rev. Colomb. Cir.** v. 36, n. 1, p.74-82, 2021.

KARIMI, P. et al. Gastric Cancer: Descriptive Epidemiology, Risk Factors, Screening, and Prevention. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, v. 23, n. 5, p. 700–713, 2015.

KARTZ, A. et al. *Oncologia clínica- Terapia baseada em evidencias*. 3 ed., Centro de Oncologia do Hospital Sirio Libanês, 2017.

KATAI, H.; ISHIKAWA, T.; AKAZAWA, K.; ISOBE, Y.; MIYASHIRO, I.; ODA, I.; TSUJITANI, S.; ONO, H.; TANABE, S.; FUKAGAWA, T. Five-year survival analysis of surgically resected gastric cancer cases in Japan: a retrospective analysis of more than 100,000 patients from the nationwide registry of the Japanese gastric Cancer association (2001–2007). **Gastric Cancer**. v. 21 n.1, p.144–54, 2018.

KIM, S. et al. An observational study suggesting clinical benefit for adjuvant postoperative chemoradiation in a population of over 500 cases after gastric resection with D2 nodal dissection for adenocarcinoma of the stomach. **Int J Radiat Oncol Biol Phys**. v.63, n.5, p.1279 -1285, 2005.

LAPORTE, G. A. et al. Análise epidemiológica dos Adenocarcinomas Gástricos ressecados em um Serviço de Cirurgia Oncológica. **Revista da AMRIGS**, v. 58, n. 2, p. 121-125, 2014.

LEE, E.T. *Statistical Methods for Survival Data Analysis*. 2 ed., **New York: John Wiley and Sons**, 1992.

LI, M.X. et al. A new look of gastric cancer from epidemiology to clinical management. **Arch Dig Disord**, v. 1, n. 2, p. 1-4, 2017.

LUBSEN, J.; POOL, J.; VAN DER DOES, E. A practical device for the application of a diagnostic or prognostic function. **Meth. Inform. Med**. v.17, p.127-129; 1978.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; DE LUCA, L.A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce, precoce para as neoplasias, neoplasias malignas de mama, **Rev Assoc Med Bras**. v.49, n.2, p.185-90, 2003.

MACDONALD, J.S.; SMALLEY, S.R.; BENEDETTI, J.; HUNDAHL, S.A.; ESTES, N.C.; STEMMERMANN, G.N.; HALLER, D.G.; AJANI, J.A.; GUNDERSON, L.L.; JESSUP, J.M.; MARTENSON, J.A. Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. **N Engl J Med**; v.345, p.725-730, 2001.

MENDES, C. P.; VALEJ. M. M.; DO SILVAM, J. R. B.; SANTANAM. E. DE, & SIMORA. Relação entre estadiamento, tratamento e sobrevida de pacientes com câncer gástrico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v.13, n.7, p.e8073, 2021.

MOGHIMBEIGI, A.; TAPAK, L.; ROSHANAIEI, G.; MAHJUB, H. Survival analysis of gastric cancer patients with incomplete data. **J Gastric Cancer**. v.14, n.4, p. 259–65, 2014.

OLIVEIRA, M.A.P.; PARENTE, R.C.M. Estudos de coorte e caso controle na era da medicina baseada em evidências. **Brasilian Journal of videoendostopis surgery**. v.3, n.3, p. 115-125, 2010.

ORDITURA, M.; GALIZIA, G.; SFORZA, V.; GAMBARDELLA, V.; FABOZZI, A.; LATERZA, M.M.; ANDREOZZI, F.; VENTRIGLIA, J.; SAVASTANO, B.; MABILIA, A.; LIETO, E.; CIARDIELLO, F.; DE VITA, F. Treatment of gastric cancer. **World J Gastroenterol**. v. 20, n.7, p.1635-1649, 2014.

PAOLETTI, X.; OBA, K.; BURZYKOWSKI, T.; MICHIELS, S.; OHASHI, Y.; PIGNON, J.P.; ROUGIER, P.; SAKAMOTO, J.; SARGENT, D.; SASAKO, M.; VAN CUTSEM, E.; BUYSE, M. Benefit of adjuvant chemotherapy for resectable gastric cancer: a meta-analysis. **Jama**. v.303, p.1729-1737, 2010.

PISTERS, P.W.T. et al. Cancer of the Stomach. In: DeVita Jr VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, editors. **Cancer: Principles & Practice of Oncology**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 1043-1078, 2008.

PRASHANTH R., ADAM B. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. **Gastroenterology Rev**. v. 14, n.1, p.26–38, 2019.

POONYAM P, AUMPAN N, VILAICHONE RK. Prognostic factors for survival in patients with gastricadenocarcinoma, **cancer Reports**.v.4, p.130, 2021.

SCHMIDT, B.; LOOK-HONG, N.; MADUEKWE, U.N.; CHANG, K.; HONG, T.S.; KWAK, E.L.; LAUWERS, G.Y.; RATTNER, D.W.; MULLEN, J.T.; YOON, S.S. A gastrectomia não curativa para adenocarcinoma gástrico só deve ser realizada em pacientes altamente selecionados. **Ann Surg Oncol**. v. 20, p.3512-3518, 2013.

SCHUHMACHER, C.; GRETSCHEL, S.; LORDICK, F.; REICHARDT, P.; HOHENBERGER, W.; EISENBERGER, C.F.; HAAG, C.; MAUER, M.E.; HASAN, B.; WELCH, J.; OTT, K. et al. Neoadjuvant chemotherapy compared with surgery alone for locally advanced cancer of the stomach and cardia: European Organisation

for Research and Treatment of Cancer randomized trial 40954. **J Clin Oncol.** v. 28, p.5210-5218, 2010.

SILVA, G. A. E. et al, Tendências da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. **Revista de Saúde Pública**, v.45, p. 1009-1018, 2011.

SITARZ, R. et al. Gastric cancer: epidemiology, prevention, classification, and treatment. **Cancer Management and Research**, p. 239–248, 2018.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Ed.). World Cancer Report: 2014. **Lyon: IARC**, 2014.

SUN, F. et al. Increased survival rates in gastric cancer, with a narrowing gender gap and widening socioeconomic status gap : A period analysis from 1984 to 2013. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**, p. 1–10, 2017.

TAHARA, E. I.; PAULO, S. Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública Tendências da incidência e da mortalidade do câncer de estômago no município de São Paulo Tendências da incidência e da mortalidade do câncer de estômago no município de São Paulo. 2014.

ANG, T. L.; FOCK, K. M. Clinical epidemiology of gastric cancer. **Singapore Med J.** v. 55, n.12, p. 621-628, 2014.

YALCIN, S. Gastric cancer in Turkey-a bridge between west and East. **Gastrointest Cancer Res.** v.3, p.29–32, 2009.

YAPRAK, G.; TATAROGLU, D.; DOGAN, B.; PEKYUREK, M. Prognostic factors for survival in patients with gastric cancer: singlecentre experience. **North Clin Istanbul.** v.7, n. 2, p.146, 2020.

YOO, C.H. et al. Recurrence following curative resection for gastric carcinoma. **Br J Surg**, v. 87, p. 236-242, 2000.

ZAREA, K.; BEIRANVAND, S.; GHANBARI, S.; TUVESON, H. Incidence of gastrointestinal cancers in Iran: a systematic review. **Jundishapur J Chronic Dis Care.** v. 6, n. 1, p. e37224, 2017.

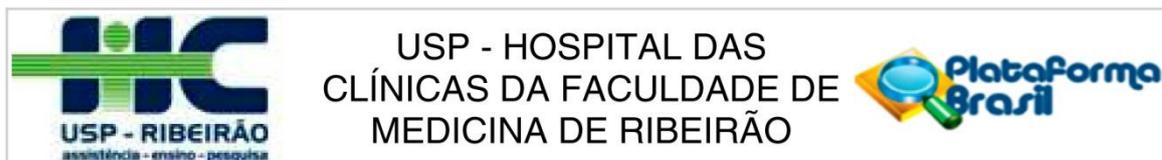
ZHANG, J.; ZHOU, Y.; JIANG, K.; SHEN, Z.; YE, Y.; WANG, S. Evaluation of the seventh AJCC TNM staging system for gastric cancer: a meta-analysis of cohort studies. **Tumour Biol.** v.35, p.8525–32, 2014.

ZHANG, X.F.; HUANG, C.M.; LU, H.S.; WU X.Y.; WANG, C.; GUANG, G.X.; ZHANG, J.Z.; ZHENG, C.H. Surgical treatment and prognosis of gastric cancer in 2613 patients. **World J Gastroenterol: WJG.** v.10, n.23, p.3405, 2004.

ZILBERSTEIN, B. et al. Consenso brasileiro sobre câncer gástrico: diretrizes para o câncer gástrico no Brasil. **ABCD, arq. bras. cir. Dig.** v.26, n.1, p.2-6. 2013.

ANEXO

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Epidemiologia do Câncer de Estômago no Brasil

Pesquisador: Ligia Ayres de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98290118.9.0000.5440

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.911.381

Apresentação do Projeto:

A incidência de câncer estômago tem apresentado globalmente um decréscimo considerável, entretanto apesar da redução, a agressividade, a malignidade e, conseqüentemente o prognóstico permanecem inalterados. Atualmente é uma das principais causas de mortalidade no mundo, ocupando a terceira principal causa de morte por câncer, a incidência representa o quinto tumor maligno mais frequente. Em contrapartida, tem aumentado a sobrevida, atingindo 30% em cinco anos. No Brasil, o tratamento para câncer gástrico é baseado principalmente nas diretrizes Norte Americanas e Europeus, porém a população Brasileira atendida no Sistema Único de Saúde pode apresentar características próprias que podem necessitar adaptação dos protocolos importados de outras realidades socioculturais e econômicas. Por isso, torna-se essencial conhecer a epidemiologia dessa doença em nosso contexto.

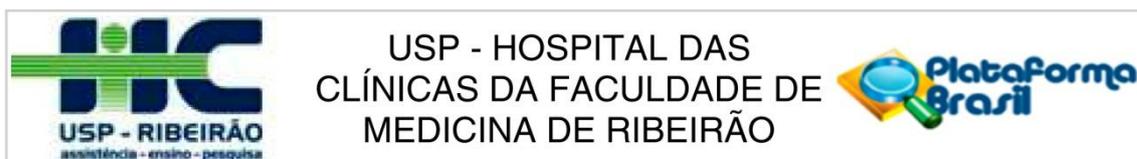
Objetivo da Pesquisa:

O objetivo deste estudo é traçar o perfil epidemiológico, avaliar a taxa de sobrevida e verificar os tratamentos oferecidos para os pacientes com câncer de estômago.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Trata-se de levantamento de dados coletados nos Registros Hospitalares de Câncer e nos prontuários médicos físicos e eletrônicos no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Considerando que não haverá nenhuma intervenção ou mesmo risco aos pacientes, assim como a inclusão de pacientes que foram ao óbito, solicitamos a dispensa do

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.911.381

termo de consentimento livre e esclarecido. Ressaltamos que não haverá desenvolvimento e/ou patenteamento de novo produto e o pesquisador não obterá lucros financeiros decorrentes destas pesquisas. Benefícios: Através do estudo e com um planejamento das propostas de tratamento, visa uma seleção de ações a serem aplicadas para o câncer de estômago.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizado um estudo de coorte, retrospectivo, observacional, a fim de analisar os pacientes com diagnóstico de câncer de estômago atendidos pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP), através do levantamento de prontuários no período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2017. Baseado no volume anual de paciente atendidos com este diagnóstico, acreditamos que teremos em torno de 650 pacientes para o estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos devidamente apresentados. Solicita a dispensa de aplicação do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Trata-se de levantamento de dados coletados nos Registros Hospitalares de Câncer e nos prontuários médicos físicos e eletrônicos no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa, assim como a solicitação de dispensa de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

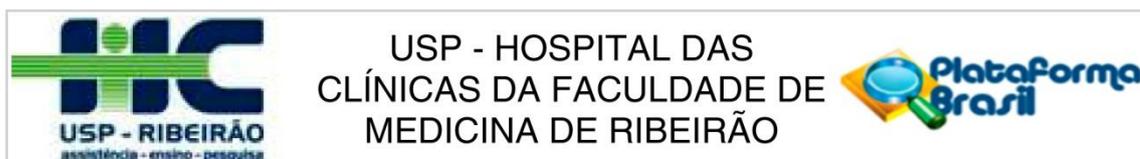
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br



Continuação do Parecer: 2.911.381

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1151169.pdf	12/09/2018 20:20:00		Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	12/09/2018 20:18:49	Ligia Ayres de Souza	Aceito
Outros	servicoarquivo.pdf	12/09/2018 20:15:35	Ligia Ayres de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	12/09/2018 20:08:41	Ligia Ayres de Souza	Aceito
Outros	upc.pdf	12/09/2018 20:00:50	Ligia Ayres de Souza	Aceito
Outros	acordo2.pdf	12/09/2018 19:45:38	Ligia Ayres de Souza	Aceito
Outros	acordo1.pdf	12/09/2018 19:45:13	Ligia Ayres de Souza	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	12/09/2018 19:44:39	Ligia Ayres de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatcle.pdf	12/09/2018 19:33:22	Ligia Ayres de Souza	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	12/09/2018 19:32:15	Ligia Ayres de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

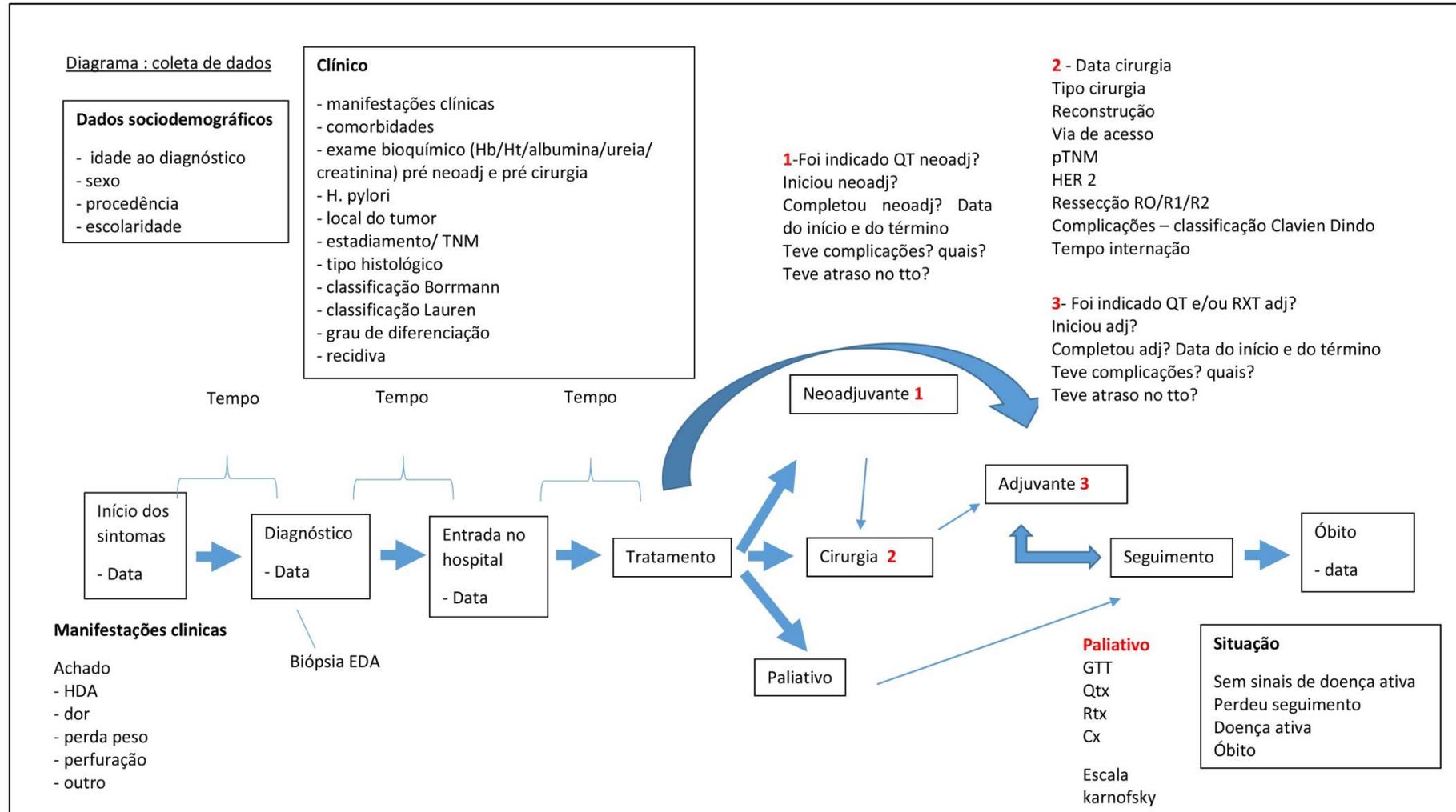
RIBEIRAO PRETO, 24 de Setembro de 2018

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
 (Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
 Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
 UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
 Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Coleta de Dados



APÊNDICE B – Formulário de Pesquisa

Sociodemográfico

Codigo ID

Registro

(Ex: 085216-C)

Nome

Sexo

- Masculino
 Feminino

Data de nascimento

(Ex: 17-12-1979)

Procedência

- Ribeirão Preto
 DRS-XIII
 Outras cidades do estado de SP
 Outros estados
 Não informado

Selecione o Estado

- Acre
 Alagoas
 Amapá
 Amazonas
 Bahia
 Ceará
 Distrito Federal
 Espírito Santo
 Goiás
 Maranhão
 Mato Grosso
 Mato Grosso do Sul
 Minas Gerais
 Paraná
 Paraíba
 Pará
 Pernambuco
 Piauí
 Rio de Janeiro
 Rio Grande do Norte
 Rio Grande do Sul
 Rondônia
 Roraima
 Santa Catarina
 Sergipe
 Tocantins

Cidade

(Ex: Altamira)

Escolaridade

- Analfabeto
 - Fundamental I Incompleto
 - Fundamental I Completo
 - Fundamental II Incompleto
 - Fundamental II Completo
 - Médio Incompleto
 - Médio Completo
 - Superior Incompleto
 - Superior Completo
 - Não Informado
-

Clínico

Código ID _____

Situação do paciente na admissão (diagnóstico tratado anteriormente em outro serviço)

- sem diagnóstico / sem tratamento
 com diagnóstico / sem tratamento
 com diagnóstico / com tratamento
 outros

Manifestações clínicas

- achado em exame rotina
 disfagia
 dor
 HDA
 perda de peso
 perfuração
 outro

Outra manifestação _____

Patologia(s) associada(s)

- cardiopatia
 DM
 Dislipidemia
 HAS
 pneumopatia
 outra

Outra(s) patologia(s) _____

Exame bioquímico

Pré tratamento neoadjuvante

Hb _____

(Ex: 1.5. Usar ponto "." como separador decimal)

Ht _____

Albumina _____

Creatinina _____

Pré operatório

Hb _____

Ht _____

Albumina	_____
Creatinina	_____
H. pylori	<input type="radio"/> positivo <input type="radio"/> negativo
Data do diagnóstico da doença	_____
Idade no diagnóstico	_____
Local do tumor	<input type="radio"/> proximal <input type="radio"/> distal <input type="radio"/> extenso
Estadiamento clínico	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> Não informado
TNM clínico - Tumor primário	<input type="radio"/> Tis <input type="radio"/> T1 <input type="radio"/> T2 <input type="radio"/> T3 <input type="radio"/> T4 <input type="radio"/> Tx <input type="radio"/> Não informado
TNM clínico - Linfonodos regionais	<input type="radio"/> N0 <input type="radio"/> Nx <input type="radio"/> Não informado
TNM clínico - Metástase a distância	<input type="radio"/> M0 <input type="radio"/> M1 <input type="radio"/> Mx <input type="radio"/> Não informado
Tipo histológico	<input type="radio"/> Adenocarcinoma <input type="radio"/> Linfoma <input type="radio"/> Leiomiossarcoma <input type="radio"/> GIST <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/> Não informado
Número de biópsia	_____ (Ex: 2)
Outro(s) tipo(s) histológico(s)	_____
Classificação Lauren	<input type="radio"/> Intestinal <input type="radio"/> Difuso <input type="radio"/> Não informado
Anel de Sinete	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
HER 2	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
Classificação de Borrmann	<input type="radio"/> polipoide <input type="radio"/> ulcerado <input type="radio"/> ulceroinfiltrante <input type="radio"/> infiltrante <input type="radio"/> Não informado
Grau de diferenciação	<input type="radio"/> Gx <input type="radio"/> G1 <input type="radio"/> G2 <input type="radio"/> G3 <input type="radio"/> G4
Recidiva	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não informado

Data da Recidiva

Metástase (local)

- Pulmão
- Hepático
- Peritônio
- Ósseo
- Sem metástase
- Outro(s)
- Não informado

Outro local - Metástase

Tratamento

Código ID _____

Data cirurgia _____

Cirurgia

curativa paliativa

Tipo de cirurgia

- Gastrectomia parcial
 Gastrectomia segmentar
 Gastrectomia total
 Degastrectomia
 Laparoscopia para estadiamento
 Outro

Outro tipo de cirurgia _____

Reconstrução

B I B II Y roux
 Outro

Outra reconstrução _____

Linfadenectomia

D I D II Outro

Outro Linfadenectomia _____

Nº linfonodos retirados _____

Nº linfonodos comprometidos _____

Via de acesso

aberto laparoscopia

Complicações cirúrgicas < = 30 dias:

Grau I- Qualquer desvio do curso pós-operatório ideal sem necessidade de tratamento farmacológico ou de intervenções cirúrgicas, endoscópicas, e radiológicas. Regimes terapêuticos permitidos são: drogas antieméticas, antipiréticos, analgésicos, diuréticos, eletrólitos, e fisioterapia. Esta categoria também inclui feridas operatórias drenadas à beira do leito.

Grau II- Requer tratamento farmacológico com drogas diferentes daquelas permitidas para complicações grau I; - Transfusão sanguínea e nutrição parenteral total também estão incluídas.

Grau III- Exige intervenção cirúrgica, endoscópica ou intervenção radiológica.

Grau IV- Complicação com Risco de vida (incluindo SNC); IV a. Disfunção de um só órgão (incluindo diálise); IV b. Disfunção de múltiplos órgãos.

Grau V- Morte do Paciente

Grau I Grau II Grau III Grau IV Grau V

ASA	<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V <input type="radio"/> VI
Estadiamento patológico	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIA <input type="radio"/> IIB <input type="radio"/> IIIA <input type="radio"/> IVA <input type="radio"/> IVB <input type="radio"/> Não informado
TNM patológico - Tumor primário	<input type="radio"/> Tis <input type="radio"/> T0 <input type="radio"/> T1 <input type="radio"/> T2 <input type="radio"/> T3 <input type="radio"/> T4 <input type="radio"/> Não informado
TNM patológico - Linfonodos regionais	<input type="radio"/> N0 <input type="radio"/> N1 <input type="radio"/> N2 <input type="radio"/> N3 <input type="radio"/> Não informado
TNM patológico - Metástase a distância	<input type="radio"/> M0 <input type="radio"/> M1 <input type="radio"/> Não informado
Data da internação para cirurgia	_____
Data da alta	_____
Tempo de internação em dias	_____
Quimioterapia neoadjuvante	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Data de início - neoadj	_____
Data de término - neoadj	_____
Tempo QT neoadjuvante em dias	_____
Quimioterápico neoadjuvante	<input type="radio"/> EXC (Epirrubicina + cisplatina + capecitabina (xeloda) 3c 21d <input type="radio"/> ECF (Epirubicina, cisplatina, 5-Fluorouracil) 3c 21d <input type="radio"/> FLOT <input type="radio"/> CDDP + 5 FU / XP <input type="radio"/> FOLFOX <input type="radio"/> XELOX <input type="radio"/> Outros
Outro(s) quimioterápico(s) neo	_____

Complicações QT neoadjuvante	<input type="checkbox"/> Anemia G1 <input type="checkbox"/> Anemia G2 <input type="checkbox"/> Anemia G4 <input type="checkbox"/> Diarreia G1 <input type="checkbox"/> Diarreia G2 <input type="checkbox"/> Diarreia G3 <input type="checkbox"/> Diarreia G4 <input type="checkbox"/> Neutropenia G1 <input type="checkbox"/> Neutropenia G2 <input type="checkbox"/> Neutropenia G3 <input type="checkbox"/> Neutropenia G4 <input type="checkbox"/> Plaquetopenia G1 <input type="checkbox"/> Plaquetopenia G2 <input type="checkbox"/> Plaquetopenia G3 <input type="checkbox"/> Plaquetopenia G4 <input type="checkbox"/> Vômito G1 <input type="checkbox"/> Vômito G2 <input type="checkbox"/> Vômito G3 <input type="checkbox"/> Vômito G4 <input type="checkbox"/> Outro
Gastrointestinais	<input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> diarreia
Outra(s) complicação na QT neoadjuvante	_____
Quimioterapia adjuvante	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Data de início - adj	_____
Data de término - adj	_____
Tempo QT adjuvante	_____
Quimioterápico adjuvante	<input type="radio"/> EXC (epirubicina + cisplatina + capecitabina (xeloda) 3c 21d <input type="radio"/> ECF (epirubicina, cisplatina, 5-fluorouracil) 3c 21d <input type="radio"/> Mc Donalds (5-Fluorouracil, Leucovorin, Radioterapia iniciando no D28, 5-Fluorouracil) <input type="radio"/> FLOT <input type="radio"/> CDDP + 5 FU / XP <input type="radio"/> FOLFOX <input type="radio"/> XELOX <input type="radio"/> Outros
Outro(s) quimioterápico adjuvante	_____

Complicações QT adjuvante	<input type="checkbox"/> Anemia G1 <input type="checkbox"/> Anemia G2 <input type="checkbox"/> Anemia G4 <input type="checkbox"/> Diarreia G1 <input type="checkbox"/> Diarreia G2 <input type="checkbox"/> Diarreia G3 <input type="checkbox"/> Diarreia G4 <input type="checkbox"/> Neutropenia G1 <input type="checkbox"/> Neutropenia G2 <input type="checkbox"/> Neutropenia G3 <input type="checkbox"/> Neutropenia G4 <input type="checkbox"/> Plaquetopenia G1 <input type="checkbox"/> Plaquetopenia G2 <input type="checkbox"/> Plaquetopenia G3 <input type="checkbox"/> Plaquetopenia G4 <input type="checkbox"/> Vômito G1 <input type="checkbox"/> Vômito G2 <input type="checkbox"/> Vômito G3 <input type="checkbox"/> Vômito G4 <input type="checkbox"/> Outro
Gastrointestinais	<input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> diarreia
Outra(s) complicação na QT adj	_____
Radioterapia adjuvante	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Data de início	_____
Data de término	_____
Tempo radioterapia adj em dias	_____
Tratamento paliativo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não informado
O que foi realizado?	<input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Prótese
Linha de tratamento 1	_____
Linha de tratamento 2	_____
Linha de tratamento 3	_____

Escala de Karnofsky para paciente paliativo:

* Utilizar a escala somente no momento que definir a palição *

100% - normal, sem queixas, sem sinais de doença

90% - capaz de atividade normal, poucos sinais ou sintomas de doença

80% - atividade normal com alguma dificuldade, alguns sinais e sintomas

70% - capaz de cuidar de si próprio, incapaz de atividade normal ou trabalho

60% - necessidade de alguma ajuda, capaz de cuidar da maioria das necessidades próprias

50% - frequentemente necessita de ajuda, necessita de atenção médica frequente

40% - incapaz, necessita de cuidado especial e ajuda

30% - gravemente incapaz, admissão hospitalar indicada mas sem risco de morte

20% - muito doente, necessidade de admissão imediata e medidas de suporte ou tratamento

10% - moribundo, rápida progressão para doença fatal

0% - morte

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Outros tratamentos

Razão por não realização do tratamento:

- recusa do tratamento
 - doença avançada - falta de condições clínicas
 - outras doenças associadas
 - abandono do tratamento
 - óbito
 - outra
 - sem informação
-

Situação Paciente

Page 1 of 1

Código ID

Data de entrada no Hospital

Data da última vez no Hospital

Tempo Hospital em meses

Situação do paciente

- sem sinais de doença ativa
- óbito
- perdeu seguimento
- doença ativa

Data do óbito
