Prognóstico em dois anos do câncer glótico

Prognosis in 2 years of glottic cancer

RESUMO

Introdução: Realizamos um estudo transversal retrospectivo, no qual analisamos pacientes com câncer glótico. **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo fazer um perfil oncoepidemiológico desses pacientes, bem como comparar a sobrevida em dois anos do grupo holandês com a nossa. **Materiais e métodos:** A nossa amostra foi composta de 12 pacientes, todos do sexo masculino, com média de idade na primeira consulta de 52,08 anos. Com o software OncologIQ®, fizemos uma estimativa de sobrevida. **Resultados:** O estádio IV representou 50% dos pacientes, seguido pelo estádio II, com 25%. Apenas 8,33% dos pacientes pertenciam ao estádio I. De acordo com o T-stage, T2 e T4 aparecem com 33,33% dos pacientes enquanto T1 com 8,33%. Este estudo expressou uma sobrevida em dois anos de 100% aos pacientes, classificados nos estádios I, II e III, enquanto o estádio IV demonstrou sobrevida de 66,7%. A sobrevida estimada em dois anos foi respectivamente de 87,8% e 77,6% para os estádios I e II. O estádio III teve uma sobrevida estimada de 72,7%, ao passo que para o estádio IV a sobrevida em dois anos estimada foi de 47,3%. A média geral da sobrevida em 2 anos, independente do estadiamento, foi de 91,66%. **Conclusão:** Concluiu-se que a sobrevida em dois anos foi superior aos dados da literatura no aspecto geral e específico por estádio.

UNITERMOS: Prognóstico, Câncer, Laringe, Glote.

ABSTRACT

Introduction: *We performed a cross-sectional study reviewing the medical records of patients with glottic cancer.* ***Objetive:*** *The aim of this study was to obtain an oncoepidemiological profile of our patients and compare their two-year survival rate with the Dutch Group.* ***Patients and methods:*** *Twelve patients were included in the study. All of them were male and their mean age at the first visit was 52.08 years. To estimate the survival rate we used the software OncologIQ®.* ***Results:*** *Fifty per cent of the patients were on stage IV, 25% were on stage II and 8.33% were on stage I. According to T-Stage, 33.33% were on T2 and T4 and 8.33 were on T1. Two-year survival rate was 100% in patients on stage I, II and III. This rate was 66.7% in patients on stage IV. The evaluation of the two-year survival rate through OncologIQ® software was 87.8% and 77.6% for stages I e II respectively. This rate was 72.7% for patients on stage III and 47.3% for patients on stage IV. Independently of the stage, the two-year survival rate for this sample was 91.66%.* ***Conclusion:*** *The two-year survival rate of this sample was longer than the data published, regarding to the general features and stage. The OncologIQ® software is a useful tool to estimate the two-year survival rate in patients with glottic cancer.*

KEYWORDS: *Prognosis, Cancer, Larynx, Glottic.*

GERALDO PEREIRA JOTZ – Doutor em Medicina (Área de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço) pela UNIFESP-EPM. Pós-Doutor na área de Otorrinolaringologia pela Universidade de Pittsburgh – USA. Professor Adjunto Doutor da disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Curso de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Complexo Hospitalar Ulbra. Professor Adjunto e Chefe do Departamento de Ciências Morfológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
RODRIGO DAMAZZINI – Especialista em Cirurgia Geral.
MARCELO DEBONI – Especialista (Cirurgia Geral)
MARCUS VINICIUS DREHER – Especializando. Médico Residente de Cirurgia Geral da Ulbra.
JULIANE DIAS – Especializanda. Médica Residente de Cirurgia Geral da Ulbra.
LUCIANO BASTOS MOREIRA – Doutor em Clínica Cirúrgica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professor Titular de Cirurgia do Curso de Medicina da ULBRA. Chefe do Serviço de Cirurgia Geral do Complexo Hospitalar Ulbra.
CLAUDIO GALLEANO ZETTLER – Doutor em Patologia pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. Professor Adjunto de Patologia do Curso de Medicina da ULBRA.

Universidade Luterana do Brasil – Curso de Medicina.

✉ Endereço para correspondência:
Geraldo Pereira Jotz
Rua Dom Pedro II, 891 conj. 604
90550-142 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3337-6566
jotz.voz@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A laringe é a víscera da fonação, projetada para a produção vocal, além das funções esfincteriana e respiratória. A cavidade laríngea é limitada pelo ádito laríngeo, superiormente, e pela borda inferior da cartilagem cricóide, inferiormente, sendo dividida em três regiões: supraglótica, glótica (incluindo as pregas vocais) e subglótica. Sua drenagem linfática é mais abundante na região supraglótica, drenando normalmente para a cadeia linfonodal júgulo-carotídea (níveis II, III e IV), e praticamente inexistente na região glótica (1) (Figura 1).

O *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* divide os pontos de malignidade na cabeça e pescoço em seis grupos: lábio e cavidade oral, cavidade nasal e seios paranasais, faringe, laringe, glândulas salivares maiores e tireóide (2).

O câncer de laringe é um dos tumores mais comuns na região da cabeça e pescoço, representando cerca de 25% dos tumores malignos que acometem essa área. Aproximadamente 2/3

Recebido: 24/2/2007 – Aprovado: 22/2/2008

06-077-prognóstico_em_dois_anos_do.PMD 4 4/4/2008, 14:39

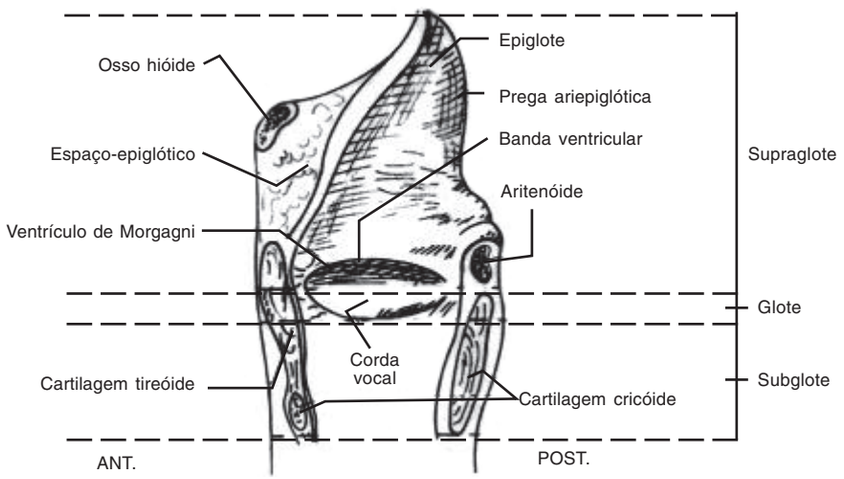


Figura 1 – Laringe e regiões anatômicas. Corte sagital.

Fonte: KOWALSKI, L. P. Afecções Cirúrgicas de Cabeça e Pescoço. Colégio Brasileiro de Cirurgiões, volume 7, cap. 31, 2005. Editora Atheneu. São Paulo.

desses tumores surgem na glote e 1/3 acomete a laringe supraglótica (3).

O câncer da laringe é responsável por uma incidência de cerca de 136.000 novos casos e de 73.500 mortes por ano no mundo, representando aproximadamente 2,7% de todos os casos de câncer e 2,2% dos óbitos por câncer. O predomínio do sexo masculino ocorre em uma relação de 7:1, considerada a maior diferença em comparação com qualquer outro sítio anatômico do corpo humano (4).

A doença predomina em pacientes com idade entre 50 e 70 anos, embora alguns casos sejam diagnosticados em indivíduos na 5ª década de vida. Em um estudo de casos e controles realizado na região metropolitana de São Paulo, entre janeiro de 1999 e dezembro de 2001, foi constatado que 63% dos tumores malignos da laringe ocorreram em indivíduos entre 50 e 70 anos (5).

O câncer da laringe era raramente diagnosticado antes de 1860, ano no qual Garcia desenvolveu o laringoscópio (5). As neoplasias de laringe mais freqüentemente descritas são os carcinomas epidermóides ou de células escamosas, variando em relação ao grau de diferenciação histológica (6).

Existe uma série de fatores de risco associados com o desenvolvimento de neoplasia maligna das vias aerodigestivas superiores, estando, entre eles, a ingestão excessiva de álcool, o hábito de fumar, o déficit de vitaminas C e E, refluxo gastroesofágico, doenças virais, fatores genéticos, entre outros. Quando a ingestão excessiva de álcool é associada ao fumo, o risco aumenta principalmente para o câncer supraglótico. Outro fator também relacionado ao desenvolvimento neoplásico é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) (7). A conjugação de fatores do hospedeiro com fatores externos, associados ao tempo de exposição a estes, é condição na gênese dos tumores malignos que acometem a laringe (8).

Quando se discute a sobrevida dos pacientes com câncer glótico, torna-se necessária uma correlação com o seu estadiamento (Tabela 1). O diagnóstico precoce dessa lesão irá determinar o seu fator prognóstico (9).

O prognóstico dos casos de lesões iniciais que não se disseminaram para linfonodos cervicais é de 75% a 95% de sobrevida em 5 anos, dependendo da região anatômica e do grau de infiltração.

Quando da ocorrência de recidiva tumoral em pacientes tratados por câncer da laringe, esta geralmente ocorre nos primeiros 2 anos pós-tratamento, período no qual o paciente pode vir a desenvolver um segundo tumor primário (10).

Na Tabela 2, a partir de dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), observamos a sobrevida ao longo de 5 anos, de pacientes portadores de tumor glótico, tratados através de cirurgia ou radioterapia (1).

A comorbidade tem sido um elemento essencial para a avaliação do prognóstico (11). Doenças coexistentes quando do diagnóstico da neoplasia podem apresentar forte impacto na sobrevida do paciente e nas opções de tratamento. Em algumas comorbidades como as doenças cardíacas, a tuberculose avançada e a doença hepática são consideradas severas e influenciam no prognóstico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (12).

Assim, este estudo tem como objetivo avaliar a sobrevida em dois anos de pacientes portadores de carcinoma glótico, descrevendo as comorbidades envolvidas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal e retrospectivo, no qual foram revisados cerca de 900 prontuários médicos de pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), em um período compreendido entre 1º de janeiro de 2000 e 31 de dezembro de 2003. Dessa população, 12 pacientes eram portadores de carcinoma glótico de laringe.

Um protocolo (Anexo A) foi realizado, o qual reunia as seguintes informações: nome, idade, sexo, procedência, telefone, data da primeira consulta, fatores de risco associados (tabagismo e etilismo), sítio primário do tumor, data do diagnóstico clínico, estadiamento patológico (pós-operatório), classificação do paciente de acordo com suas comorbidades conforme tabela de Kaplan-Feinstein modificada (ACE-27), data da última consulta junto ao serviço e se o paciente ainda se encontra vivo ou não (após contato com todos os pacientes ou familiares por telefone).

06-077-prognóstico_em_dois_anos_do.PMD 5 4/4/2008, 14:39

Tabela 1 – TNM Carcinoma glótico

Carcinoma glótico de laringe		Estadiamento clínico
T1	Tumor limitado à(s) corda(s) vocais(s), podendo estender-se à comissura anterior com mobilidade normal.	I: T1 N0M0 II: T2 N0M0 III: T3 N0M0 ou T1-3N1M0 IVa: T4aN0-2M0 ou T1-3N2M0 IVb: T4b qualquer N M0 ou qualquer T N3M0, IVc: qualquer T, qualquer NM1
T1a	Tumor limitado a uma corda vocal.	
T1b	Tumor envolvendo ambas cordas vocais.	
T2	Tumor estende-se à supraglote e/ou sobglote e/ou diminui a mobilidade da corda vocal.	
T3	Tumor confinado à laringe com corda vocal fixa.	
T4a	Tumor invadindo cartilagem tireóide e/ou com direcionamento extra-laríngeo.	
T4b	Tumor invadindo espaço pré-vertebral, artéria carótida ou estruturas mediastinais.	
Nx	Linfonodos não podem ser avaliados.	
N0	Ausência de metástase em linfonodos cervicais.	
N1	Metástase em 1 linfonodo ipsilateral = ou < 3 cm.	
N2a	Metástases em 1 linfonodo ipsilateral cervical > 3 cm mas não > 6 cm.	
N2b	Metástases em múltiplos linfonodos ipsilaterais cervicais, não > do que 6 cm.	
N2c	Metástases em linfonodos cervicais contralaterais ou bilaterais, não > do que 6 cm.	
N3	Metástase em qualquer linfonodo > que 6 cm.	
Mx	Metástase a distância não pode ser avaliada.	
M0	Ausência de metástase a distância.	
M1	Presença de metástase a distância.	

Fonte: CARVALHO, M. B. Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia. Volume 2, cap.69, 874, 2001. Editora Atheneu. São Paulo.

Tabela 2 – Tumor glótico – Sobrevida em 5 anos (%)

Estádio	Cirurgia	Radioterapia
I	90	80
II	80	60
III	50	50
IV	20-40	20

Revista Brasileira de Cancerologia, 2001, 47(4): 371.

A tabela de Kaplan-Feinstein modificada (ACE 27 – *Adult Comorbidity Evaluation 27*) é um índice composto por 27 itens que avalia as comorbidades em pacientes com câncer (Anexo B). A graduação dessas comorbidades é dividida em 3 grupos: grau 1 (leve), grau 2 (moderado) e grau 3 (severo). Caso algum paciente apresente mais de um grau de comorbidade, prevalecerá o de maior escore. Se um paciente referir duas ou mais comorbidades moderadas, este será classificado como de grau severo (11).

Quanto à seleção, foram considerados aptos a participar do estudo somente os pacientes com neoplasia maligna de laringe glótica que foram submetidos a tratamento cirúrgico, onde a lesão foi totalmente erradicada (laringectomia parcial ou total), associado ao esvaziamento cervical nos casos em que havia indicação. Foram excluídos os pacientes que não preencheram qualquer um dos itens acima descritos.

O termo "sobrevida em 2 anos" foi definido como um período de dois anos após o tratamento cirúrgico em que o paciente permaneceu vivo. Os pacientes não foram privados de tratamento complementar como quimioterapia e/ou radioterapia, de acordo com as devidas indicações.

Após a apuração e estudo dos dados, os mesmos foram analisados pelo *software* OncologiQ®. Esse programa foi elaborado por um grupo de pesquisadores da Universidade de Leiden, na Holanda, entitulado *Dutch Group*, com a finalidade de estimar a sobrevida em 2 e 5 anos de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, de acordo com algumas variáveis, entre elas idade, sítio do tumor, classificação TNM e escore ACE-27. Esse programa foi desenvolvido a partir de um banco de dados com uma amostra de 1.396 pacientes oncológicos, durante o período entre 1989 e 1998.

Ao inserir os dados da nossa amostra no programa, este calcula a estimativa da sobrevida de cada paciente individualmente e da amostra como um todo, a partir das informações armazenadas no seu banco de dados. Maiores detalhes sobre esse programa podem ser encontrados no www.oncologiq.com.

Assim, foi realizada uma descrição do prognóstico deste grupo de pacientes com câncer glótico, com especial atenção para os fatores comórbidos que apresentam real influência na sobrevida.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e Animais da Universidade Luterana do Brasil sob o nº 2006 –309H.

06-077-prognóstico_em_dois_anos_do.PMD 6 4/4/2008, 14:39

RESULTADOS

Foram avaliados 12 pacientes com câncer de laringe na região glótica (n=12), dos quais todos eram do sexo masculino. A idade média dos pacientes no momento da primeira consulta foi de 55,1 anos.

Quanto aos principais fatores de risco, evidenciou-se que todos os pacientes eram tabagistas e, destes, 11 pacientes (91,6%) também eram etilistas.

Ao avaliarmos as comorbidades associadas, descritas pela tabela de Kaplan-Feinstein (ACE-27), observamos que, dos 12 pacientes, 7 eram portadores de comorbidades grau 1, sendo 6 desses portadores de hipertensão arterial sistêmica controlada e 1 com insuficiência respiratória leve.

Com relação ao estadiamento dos pacientes, prevaleceu o estádio IV, com 6 pacientes (50%), seguido pelo estádio II, com 3 (25%) pacientes. Apenas 1 paciente (8,33%) pertencia ao estádio I (Figura 2).

De acordo com o T-*stage*, os grupos T2 e T4 aparecem como os mais prevalentes, cada um com 4 pacientes (33,33%), seguido do grupo T3, com 3 pacientes (25%). O T-*stage* T1 surge apenas com 1 paciente (8,33%) (Figura 3).

Conforme a literatura mundial, a sobrevida é apresentada conforme o estadiamento oncológico. Este estudo demonstrou uma sobrevida em dois anos de 100% dos pacientes presentes nos estádios I, II e III. O estádio IV evidenciou uma sobrevida em dois anos de 66,67%. Quando esses mesmos pacientes são avaliados pelo programa OncologIQ®, a sobrevida estimada em dois anos foi, respectivamente, de 87,82% e 77,55% para os estádios I e II. O estádio III teve uma sobrevida estimada de 72,72%, ao passo que para o estádio IV a sobrevida em dois anos estimada foi de 47,25% (Figura 4).

A média geral da sobrevida em 2 anos, independente do estadiamento, foi de 91,66%, enquanto a média geral estimada pelo programa OncologIQ® foi de 71,33%.

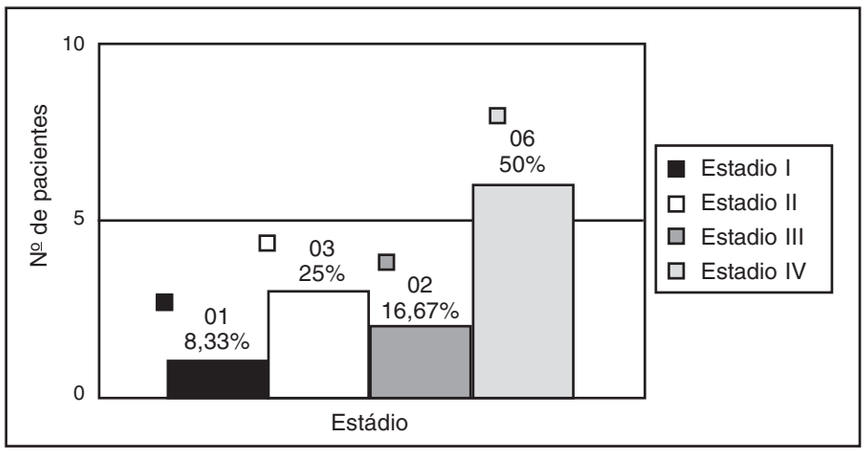


Figura 2 – Distribuição por estadiamento.
Distribuição por estádio de I a IV.

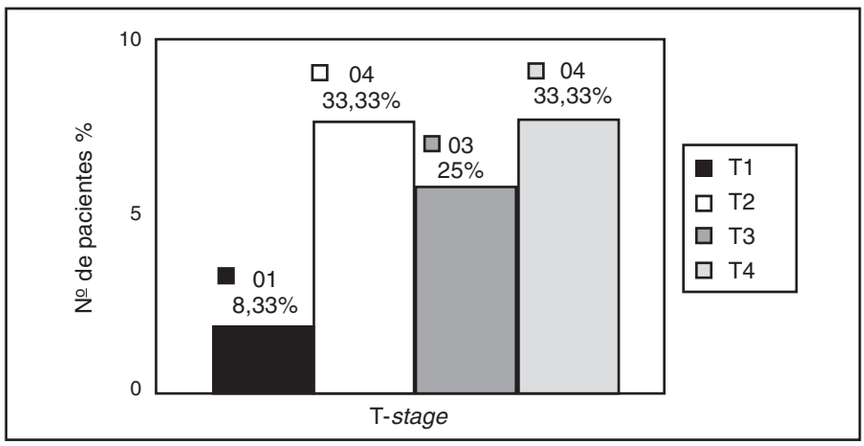


Figura 3 – Distribuição por T-*stage*.
Com relação ao TNM, avalia-se neste gráfico de T1 a T4.

DISCUSSÃO

Os carcinomas glóticos de laringe geralmente são identificados em uma etapa precoce, pois a disfonia é um sintoma encontrado em uma fase inicial de tumores localizados nas pregas vocais. Raramente ocorrem metástases neste tipo de tumor, pois a drenagem linfática na região glótica é muito pobre. A disfagia, a odinofagia e a otalgia reflexa aparecem de modo mais freqüente nas lesões supraglóticas, pois as estruturas deste subsítio entram em contato mais direto com o bolo alimentar. A dispnéia e a cornagem são características de lesões extensas que obstruem a via aérea ou que provocam paralisia da corda vocal por invasão local. Contudo, em lesões pequenas da região subglótica, a dispnéia e a cornagem podem ser os primeiros sintomas (13).

Alguns fatores de risco para o câncer de laringe têm sido melhor estudados nos últimos anos, como a infecção pelo HPV, que ocorre em cerca de 15% dos casos. O refluxo gastroesofágico pode provocar lesões inflamatórias na laringe e também vem sendo incluído como fator de risco para neoplasias nessa região. A exposição a substâncias carcinogênicas, como o asbesto, também está descrita na literatura como fator de risco ocupacional (14).

06-077-prognóstico_em_dois_anos_do.PMD 7 4/4/2008, 14:39

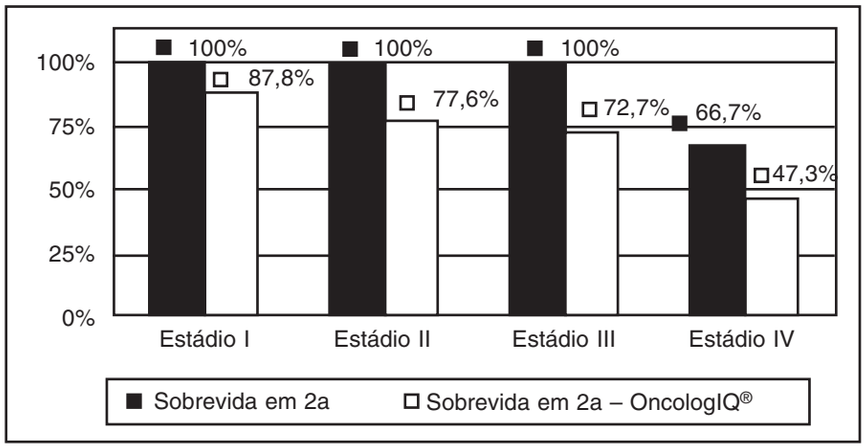


Figura 4 – Sobrevida em 2 anos.

Avaliou-se a sobrevida em 2 anos dos nossos pacientes, comparando-os com a sobrevida estimada pelo OncologIQ®.

Conforme dados estatísticos publicados no Reino Unido em 2002, pacientes com câncer de laringe apresentavam uma idade média de 60 anos no momento do diagnóstico, com uma variação entre 55 e 74 anos (15). Em 2001, a idade média do diagnóstico do câncer glótico no Município de São Paulo foi de 59,7 anos (16). A literatura nos fornece uma idade média global mundial de 62,5 anos (17). Em nosso estudo, evidenciamos uma média de idade de 55,1 anos ao diagnóstico, com uma variação entre 50 e 64 anos.

Em relação ao tabagismo, todos os pacientes apresentavam esse fator de risco. Cerca de 90% desses também eram etilistas. Sabemos que o alcoolismo, de uma forma diretamente proporcional à intensidade, apresenta real impacto no prognóstico do paciente com câncer da laringe, como podemos evidenciar pelo protocolo ACE-27 (11, 12).

Quanto à predileção por indivíduos do sexo masculino, esta pode ser explicada pelo hábito de fumar, o que coincide com a literatura (18). Neste estudo, evidenciamos que todos os participantes eram do sexo masculino. Em um trabalho descrito por Oliveira et al., o predomínio de indivíduos do sexo masculino (60 homens e 12 mulheres) foi estatisticamente significativo, sendo que 49 destes eram tabagistas e 8 não referiram o hábito de fumar, percebendo-se nítida associação do sexo e do tabagismo no câncer glótico (16).

Nossa pesquisa comparou o índice de sobrevida real em 2 anos com o índice de sobrevida simulado ou estimado pelo programa OncologIQ®.

Quando se correlaciona cada estágio com a sua respectiva sobrevida em 2 anos, nosso estudo demonstra uma taxa de 100% para os estádios I, II e III e de 66,7% para o estádio IV, resultando em uma sobrevida média de 91,66%. Quando os nossos dados são analisados pelo programa OncologIQ®, os valores de sobrevida estimados em dois anos, encontrados para os estádios I, II, III e IV são de 87,82%, 77,55%, 72,72% e 47,25%, respectivamente, definindo uma sobrevida média de 71,33%. Entretanto, não podemos afirmar que a nossa sobrevida foi maior, considerando o pequeno tamanho da amostra e a ausência de significância estatística. O fato de não apresentarmos comorbidades importantes no grupo estudado certamente contribuiu para esse resultado. Com um grupo mais expressivo de pacientes, com certeza apresentaremos dados de comorbidades de graus variados, fazendo com que a taxa de sobrevida se modifique.

Em um centro de pesquisa alemão, com respeito à sobrevida em dois anos, os dados encontrados foram de 91% para o estádio I, 83% para o estádio II, 71% para o estádio III e 59% para o estádio IV (Collins et al., 2005) (19). Achados descritos na literatura relatam sobrevida em três anos de 91% e 82% para os tumores estádio I e II. Já em relação à sobrevida em 5 anos, demonstram-se índices de 79% para estádios precoces (I e II) e 31% para estádio avançado (estádios III e IV) (20, 21). Quando avaliamos a sobrevida, o estadiamento da doença no ato do diagnóstico e as comorbidades presentes naquele paciente têm modificações no escore do prognóstico. Com relação a esse estudo (Collins et al., 2005) (19), consideramos apenas a percentagem de prognóstico, sem correlacionarmos as comorbidades, pois este não foi incluído no programa OncologiQ®.

O fato de termos tido um melhor desempenho em todos os níveis de estadiamento, em relação a outros estudos da literatura, muito provavelmente decorre do baixo índice de comorbidades, que, quando presentes, eram de grau I (leve), e do baixo número de pacientes, pois sabemos que, no estádio IV, por exemplo, certamente o tratamento empregado nos pacientes europeus de uma forma geral e do *Dutch Group,* em particular, é com aparelhos de última geração no que tange à radioterapia e, muitas vezes, aplicado precocemente em concomitância com a quimioterapia (quando indicado), o que não é uma rotina em nosso país, principalmente na maior parte dos serviços que atendem pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS). Certamente, ampliaremos esta amostragem, para que se avalie melhor a sobrevida dos pacientes e das comorbidades associadas.

CONCLUSÃO

Ao compararmos as comorbidades presentes em nossos pacientes com as descritas no programa OncologIQ® (ACE-27), observamos que nossos pacientes eram portadores de comorbidades classificadas em grau 0 e 1, entre elas hipertensão controlada e insuficiência respiratória leve.

06-077-prognóstico_em_dois_anos_do.PMD 8 4/4/2008, 14:39

A sobrevida em dois anos dos pacientes avaliados neste estudo foi superior à descrita na literatura, tanto no aspecto geral como no estadiamento, o que deve estar relacionado à pequena amostra estudada, sem atingir significância estatística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Cancer – INCA. Rev Bras de Cancerol, v. 47, n. 4, p. 361-376, 2001.
2. Moore KL. Anatomia Orientada para a Clinica. 3. ed., Editora Guanabara Koogan S. A., Rio de Janeiro, pág 764-5.
3. Townsend CM. et al. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice, 17 ed., USA, Elsevier Inc., Copyright © 2004.
4. Dias FL, Kligerman J, Cervantes O, Tavares MR, Carvalho MB, Freitas EQ. Projeto e Diretrizes – Diagnóstico e Tratamento do CANCER de Laringe. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, 2001.
5. Wunsch VF. Epidemiologia do Cancer de Laringe no Brasil – Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. Sao Paulo Med. J. v.122 n.5; 2004.
6. Kowalski LP. Afecções Cirúrgicas de Cabeça e Pescoço. Colégio Brasileiro de Cirurgiões, volume 7, capitulo 31, ano 2005. Editora Atheneu. São Paulo.
7. Cummings CW. Otolaryngology: Head & Neck Surgery, 4.ed., Mosby Inc., Copyright © 2005.
8. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Cancer – INCA, Falando Sobre Cancer da Boca. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
9. Carvalho MB. Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia. Editora Atheneu, São Paulo, 2001, 874.
10. Kaplan MJ. Glottic carcinoma: the roles of surgery and irradiation. *Cancer* 1984; 53: 2641.
11. Piccirillo JF et al. Prognostic Importance of Comorbity in a Hospital Based Cancer Registry. *JAMA,* v. 291, p. 2441-2447, 2004.
12. Piccirillo JF et al. Clinical Symptoms and Comorbidity: Significance for the Prognostic Classification of Cancer. *American Cancer Society,* v. 77, p. 834-842, 1996.
13. Brandão L, Ferraz A. Cirurgia de Cabeça e Pescoço Vols. 1 e 2. São Paulo, SP. 1989. Ed. Rocca.
14. Gillison ML, Koch WM, Capone RB. Evidence for casual association between humam papillomavirus and a subset of head and neck cancer. J Natl Cancer Inst 2000; 92: 709-20.
15. Cancer Research UK. Glottic Cancer – Incidence of Larynx Cancer, UK 2002. Disponível em: http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/oral/survival/. Acesso em: 18/11/2006.
16. Oliveira JC et al., *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, Set 2001, vol.67, no.5, p.689-693.
17. Schottenfeld D, Fraumeni JF. Jr. – *Cancer Epidemiology and Prevention*. Second edition Oxford University Press, 1996, 168-91.
18. Session RB, Harrison LB, O'Malley BB. – Early cancer of the Larynx. In Harrison LB, Sessions Rb, Hong WK. – *Head and neck cancer a multidisciplinary approach.* Philadelphia, PA.: Lippincott-Raven Publishers, 481-509, 1999.
19. COllins R. et al. Effective health care: management of head and neck cancers. *Qual Saf Health Care, v. 14, p. 144-148, 2005. Disponível em:* http://qshc.bmj.com/cgi/content/full/14/2/144#R6. Acesso em: 20/10/2006.
20. Keum KC, Kim GE, Suh CO, Role of definitive radiation therapy for larynx preservation in patients with advanced laryngeal cancer. *J Otolarngol*, 28, 245-251,1999.
21. Catarruza MS, Maissonneuve P, Boyle P. Epidemiology of Laryngeal Cancer Oral Oncology. *Eur J Cancer*, *32b:*293-305, 1996.

06-077-prognóstico_em_dois_anos_do.PMD 9 4/4/2008, 14:39

ANEXO A – Protocolo de Pesquisa de Câncer Glótico de Laringe

SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

PESQUISA DE FATORES PROGNÓSTICOS – ONCOLOGIQ

Nome: _____ Reg. Hospital:_____Data da 1ª cons.: ___/___/___

Fone: (_____)_____ Procedente (cidade):_____

Fator de risco: Álcool Fumo Chimarrão

Refluxo gastroesofágico Outro:_____

Sitio do tumor	Sexo	Idade	TNM (pós-operatório)
Lábios	Masculino	_____ anos	T___ (1, 2, 3 ou 4)
Cavidade oral	Feminino		N___ (0, 1, 2 ou 3)
Nasofaringe			M___ (0 ou 1)
Orofaringe			
Hipofaringe			
Laringe – Glote			
Laringe – Supraglote			
Laringe – Subglote			
Tireóide			
Outros:_____			

Sobrevida: Data do diagnóstico clínico: ____/____/_____

Última visita ao Serviço: ____/_____/_____

Vivo em:____/____/____ Morreu em: ____/____/_____ (Ligar para a família para responder)

ACE – 27 (Comorbidades)

0 – Nenhuma

1 – Leve

2 – Moderada

3 – Severa

Desconhecido

Tumor primário

Sim

Não

06-077-prognóstico_em_dois_anos_do.PMD 10 4/4/2008, 14:39

ANEXO B – Tabela de Kaplan-Feinstein Modificada ACE 27 (Adult *Comorbidity Evaluation 27*)

Co-Agente	Grau 3 – Severo	Grau 2 – Moderado	Grau 1 – Leve
Hipertensão	Papiledema severo	PD 1115-129 mmhg; sedentarismo	PD 90-140 mmhg sem
Cardíaca	Encefalopatia; PD 130 mmhg ou maior nos últimos 6 meses; ICC; IAM; arritmias significantes; *Angina pectoris*	Cardiovascular ou efeitos sintomáticos, como cefaléia, vertigem, epistaxe, ICC há mais de 6 meses atrás	Efeitos 2º ou sintomas; IAM há mais de 6 mês ECG com evidência de doença coronariana
Cerebral ou psíquica	Estado comatoso / suicídio iminente / recente queda	Queda tardia com resíduos; ataque isquêmico transitório-AIT; epilepsia recente	AIT no passado; epilepsia tardia
Respiratório	Insuf. pulmonar grave; mal asmático	Insuf. pulmonar moderada; pneumonia recente; DPOC	Insuf. Pulmonar leve; TBC recente; Mal Asmático Recorrente
Renal	Uremia; anemia 2ª a descompensação renal; edema; HAS	Azotema; creat. > 3,0 mg%; sind. nefrotica; Inf. renal recorrente	Proteinúria; inf. urinária baixa; calculo renal
Hepático	Falência hepática – ascite; varizes de esôfago Bilirrubina > 3 mg%	Aranhas vasculares; eritema palmar; hepatomegalia	Doença hepática diagnosticada por biópsia
Gastrointestinal	Sangramento recente controlado com 6 ou mais unidades de sangue	Sangramento moderado que requer transfusão de menos que 6 unidades; pancreatite aguda recente; síndrome de má absorção	Pequenos sinais de sangramento, não requerendo transfusão; episódio sintomático de colelitíase; pancreatite crônica; úlcera péptica
Lesões vasculares periféricas	XXXXXXXXXXXXXX	Amputação recente por gangrena de extremidade	Amputação tardia claudicação
Malignidades	Não controladas	Controladas; sarcoma de Kaposi	XXXXXXXXXX
Locomotor	Acamado	Moderadamente inválido; confinado a casa, *home-care*	Com limitação de atividade
Alcoolismo	Severamente descompensado	Moderadamente descompensado; episódios de *delirium-tremens*; hospitalização recorrente associada ao álcool; gastrite; pancreatite; caquexia; anemia	Levemente descompensado; intoxicação aguda
Miscelâneos	Doença do colágeno sistêmica descompensada; *lupus*...	Doença do colágeno sistêmica compensada	Epistaxe recorrente que requer transfusão; infecção ativa crônica inespecífica

06-077-prognóstico_em_dois_anos_do.PMD 11 4/4/2008, 14:39