

Relação entre idade, sexo, tratamento realizado e estágio da doença com a sobrevida em pacientes terminais com carcinoma epidermóide de laringe

Relationship between Age, Gender, Treatment, and Disease Stage and Survival in Terminal Patients with Squamous Cell Carcinoma of the Larynx

Gabriel Manfro¹, Fernando Luiz Dias², José Roberto Netto Soares³, Roberto Araújo Lima³, Tereza Reis⁴

Resumo

Introdução: A evolução dos pacientes com carcinoma epidermóide (CEC) de laringe, após o término do tratamento oncológico curativo, deve ser melhor entendida para possibilitar suporte mais adequado neste período da evolução da doença.

Objetivo: Avaliar o tempo de sobrevida e relacionar com fatores demográficos, clínicos e terapêuticos de pacientes portadores de CEC de laringe sem possibilidades de tratamento oncológico curativo. Determinar qual a maior causa de término de tratamento oncológico curativo em pacientes com CEC de laringe tratados no INCA e o sítio de metástases mais freqüente.

Método: Estudo retrospectivo de 93 pacientes terminais com CEC de laringe tratados no HC IV, entre 1992 e 2003. A sobrevida dos pacientes foi relacionada com a idade, sexo, tratamento realizado e estágio do paciente no momento do fim do tratamento oncológico curativo. Análise estatística realizada, considerando o valor de $p < 0,05$. Curva de sobrevida realizada pelo método de Kaplan-Meyer.

Resultados: A sobrevida média dos pacientes, após ser determinado o fim do tratamento curativo, foi de 3,51 meses, e a idade, sexo, tratamento realizado e o estágio da doença não estiveram relacionados com o tempo de sobrevida após o início dos cuidados paliativos. A maior causa de falência de tratamento foi a presença de doença loco-regional avançada. O sítio de metástase à distância mais freqüente foi o pulmão.

Conclusão: A sobrevida dos pacientes com CEC de laringe em cuidados paliativos foi bastante curta não chegando a 4 meses, sendo que nenhum fator estudado alterou este período. A causa mais freqüente de falência do tratamento foi a doença locoregional avançada. O pulmão foi o sítio de metástase mais frequentemente acometido.

Palavras-chave: Carcinoma epidermóide; Câncer de laringe; Cuidados paliativos; Sobrevida.

Trabalho realizado na Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço - HC I e Centro de Suporte Terapêutico - HC IV do Instituto Nacional de Câncer - INCA
¹ Médico residente da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS), Rio de Janeiro, Brasil.

² Chefe da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS), Rio de Janeiro, Brasil.

³ Titular de Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS), Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Cirurgiã Oncológica, Médica do Hospital do Câncer IV do Instituto Nacional de Câncer (INCA/MS), Rio de Janeiro, Brasil.

Endereço para correspondência: Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Hospital do Câncer I - 6º andar - Instituto Nacional de Câncer - INCA

Abstract

Background: The evolution of patients with laryngeal squamous cell carcinoma (SCC) after interruption of curative oncological treatment requires more in-depth understanding to facilitate more appropriate support during development of the disease. The objectives of this study were to evaluate survival and relate it to demographic, clinical, and therapeutic factors in patients with laryngeal SCC with no possibility of curative oncological treatment, and to determine the main cause for interrupting curative treatment in patients with laryngeal SCC at the Brazilian National Cancer Institute (INCA), as well as the most frequent metastasis sites.

Methods: This was a retrospective study of 93 patients with laryngeal cancer treated at the palliative care unit (HC IV) from 1992 to 2003. Survival of patients was related to age, gender, type of treatment, and stage at termination of curative oncological treatment. Statistical analyses used a p value of < 0.05. The survival curve used the Kaplan-Meyer method.

Results: Mean survival after interrupting curative treatment was 3.51 months. Age, gender, treatment, and disease stage were not related to survival after initiative palliative care. The main cause for treatment failure was advanced loco regional disease. The lungs were the most frequent site of distant metastases.

Conclusions: Survival of patients with laryngeal SCC under palliative care was less than 4 months, and no factor was identified with any impact on survival. The most frequent cause of treatment failure was advanced locoregional disease. The most frequent site of distant metastases was the lungs.

Key words: Squamous cell carcinoma; Laryngeal cancer; Palliative care; Survival.

INTRODUÇÃO

Conforme dados do Instituto Nacional de Câncer, do Ministério da Saúde, o câncer da laringe é o segundo mais freqüente do trato aerodigestivo superior, sendo responsável por 25% dos tumores malignos da cabeça e pescoço e 2% do total das neoplasias malignas. O tratamento desta doença gera mudanças importantes nas atividades diárias dos pacientes, causando conseqüências severas na qualidade de vida dos mesmos¹.

A evolução dos pacientes após ser determinado o fim das possibilidades de tratamento curativo do câncer de laringe ainda é pouco conhecida. Por isso, um maior entendimento do período terminal da doença oncológica proporcionará melhor assistência ao doente sem possibilidade de cura, com melhor controle dos sintomas apresentados durante os cuidados paliativos. Há grande dificuldade em saber qual o momento em que se inicia a abordagem paliativa em um doente oncológico, pois caso esta não ocorra de maneira adequada pode provocar danos psicológicos graves ao paciente e aos seus familiares.

A medicina paliativa é definida como o estudo e manejo de pacientes com doença avançada, ativa e progressiva, da qual o prognóstico é limitado e o foco dos cuidados é a qualidade de vida². A Organização Mundial de Saúde, em 1990, definiu como o cuidado ativo e total de pacientes cuja doença não é mais responsiva ao tratamento, é primordial ao controle da dor e outros sintomas importantes, problemas espirituais e psico-sociais.

Os objetivos deste estudo foram avaliar o tempo de sobrevida e relacionar com idade, sexo, tratamento realizado e estágio da doença em pacientes portadores de carcinoma epidermóide de laringe sem possibilidade de tratamento oncológico curativo e determinar qual a maior causa de término de tratamento oncológico curativo em pacientes com carcinoma epidermóide de laringe tratados no INCA e os sítios de metástases à distância mais freqüentes.

MÉTODO

Estudo retrospectivo através da análise de prontuários de 93 pacientes terminais (83 homens e 10 mulheres), com idade média de 60,1 anos (34 - 89 anos), portadores de carcinoma epidermóide de laringe tratados no Hospital do Câncer IV (HC IV) do Instituto Nacional de Câncer - INCA, Rio de Janeiro, Brasil, entre julho de 1992 e julho de 2003.

A sobrevida dos pacientes foi estudada e relacionada com a idade, sexo, tratamento realizado e estágio do paciente no momento da determinação do fim do tratamento oncológico curativo.

Quanto à idade, os pacientes foram divididos em dois grupos: grupo I formado por pacientes com idade menor que 60 anos e o grupo II por pacientes com idade maior ou igual a 60 anos.

Os pacientes tratados no HC IV foram submetidos previamente a cinco modalidades terapêuticas: 1) Cirurgia; 2) Radioterapia exclusiva; 3) Cirurgia e radioterapia; 4)

Cirurgia, radioterapia e quimioterapia; 5) Radioterapia e quimioterapia. Parte do grupo não foi submetida a nenhum tipo de tratamento curativo.

Para análise estatística, foi utilizado o programa Epi info 2002, sendo considerado o resultado significativo, estatisticamente, quando o valor de p foi menor que 0,05. A análise da curva de sobrevida foi realizada, utilizando-se o método de Kaplan-Meyer.

RESULTADOS

Foram estudados 93 pacientes, sendo dez mulheres e 83 homens, com idade média de 60,1 anos, variando entre 34 e 89 anos, e uma mediana de 59 anos.

Dos 93 pacientes, 82 (88,17%) foram submetidos à traqueostomia durante alguma fase do tratamento oncológico. Cinquenta e um (54,83%) tiveram suporte alimentar realizado por sonda naso-enteral, dois (2,15%)

através de esofagostomia, um (1,07%) com jejunostomia e 12 (12,90%) com gastrostomia. Quanto à faixa etária, 48 (51,61%) pacientes apresentavam idade menor que 60 anos e 45 (48,38%) apresentavam idade maior ou igual a 60 anos. O tempo de sobrevida foi de 3,7 e 3,3 meses respectivamente. Não houve diferença significativa na sobrevida dos pacientes entre esses dois grupos. ($p = 0,71$) (Tabela 1).

No que se refere ao sexo e à sobrevida dos pacientes, 83 (89,25%) eram do sexo masculino e apresentaram sobrevida de 2,9 meses. Apenas dez (10,75%) eram do sexo feminino e tiveram uma sobrevida de 8,2 meses. O sexo dos pacientes apresentou importância significativa na sobrevida ($p = 0,02$) (Tabela 1).

As modalidades de tratamento foram cinco: 1) Cirurgia; 2) Radioterapia exclusiva; 3) Cirurgia e radioterapia; 4) Cirurgia, radioterapia e quimioterapia; 5) Radioterapia e quimioterapia. A exceção ocorreu em

Tabela 1. Tempo de sobrevida dos pacientes conforme a idade, sexo e estágio da doença ao término do tratamento com intenções curativas.

Variável	Número de Pacientes	Tempo de Sobrevida (meses)
Idade		
< 60 anos	48 (51,6%)	3,70**
≥ 60 anos	45 (48,4%)	3,31**
Sexo		
masculino	83 (89,2%)	2,95*
feminino	10 (10,8%)	8,20*
Estágio da doença		
doença localmente avançada, N0, M0	37	3,7
doença linfonodal extensa, doença local controlada, M0	5	5,2
M+ pulmão com doença loco-regional controlada	7	1,7
M+ pulmão sem doença loco-regional controlada	5	3
M+ ossos com doença loco-regional controlada	5	1,6
M+ ossos sem doença loco-regional controlada	2	4
M+ fígado com doença loco-regional controlada	5	1
M+ fígado sem doença loco-regional controlada	1	1
M+ SNC com doença loco-regional controlada	1	1
M+ com doença loco-regional controlada	13	1,61
M+ sem doença loco-regional controlada	7	3,28
Doença loco-regional sem metástases à distância	73	3,8

Abreviações: N0: ausência de metástases regionais, M0: ausência de metástases à distância; M+: presença de metástases à distância; SNC: Sistema Nervoso Central.

* $p = 0,02$

** $p = 0,71$

Fonte: Serviço de arquivo médico HC IV/INCA/MS

18 pacientes que não foram submetidos a nenhuma forma de tratamento antes de serem encaminhados ao HC IV (Tabela 2).

Os pacientes que foram submetidos à cirurgia (quatro = 4,30%), radioterapia associada à quimioterapia (sete = 7,52%) e cirurgia associada à radioterapia adjuvante (30 = 32,25%) apresentaram maior tempo entre o término do tratamento com intenções curativas e o encaminhamento ao HC IV com 14, 17,5 e 13,6 meses, respectivamente. Este resultado apresentou significância estatística quando comparado ao grupo de pacientes submetidos à radioterapia

exclusiva (32 = 34,4%) que apresentou um tempo de 4,8 meses entre o término do tratamento com intenções curativas e o encaminhamento aos cuidados paliativos, mostrando que as três modalidades de tratamento anteriormente citadas ofereceram um melhor controle da doença. No entanto, o tipo de tratamento não apresentou diferença estatística, quando comparado com a sobrevida após o encaminhamento aos cuidados paliativos do Instituto Nacional de Câncer ($p = 0,71$) (Tabela 3).

Os pacientes submetidos à cirurgia apresentaram em média um mês de sobrevida após o encaminhamento aos

Tabela 2. Distribuição dos pacientes estudados conforme a idade, sexo, tratamento realizado, motivo do encaminhamento ao HC IV, sítio das metástases à distância e o tipo de cirurgia realizada.

Variável	Número de Pacientes
Idade	
< 60 anos	48 (51,6%)
≥ 60 anos	45 (48,4%)
Sexo	
masculino	83 (89,2%)
feminino	10 (10,8%)
Tratamento anterior ao encaminhamento ao HC IV	
radioterapia	32 (34,5%)
cirurgia + radioterapia	30 (32,3%)
virgem de tratamento	18 (19,3%)
radioterapia + quimioterapia	7 (7,5%)
cirurgia	4 (4,3%)
cirurgia + radioterapia + quimioterapia	2 (2,1%)
Motivo do encaminhamento ao HC IV	
doença localmente avançada	37 (39,8%)
doença locoregional avançada	31 (33,3%)
doença metastática à distância	13 (14,0%)
doença linfonodal avançada	5 (5,4%)
doença local e metastática à distância	4 (4,3%)
doença regional e à distância	2 (2,1%)
doença locoregional e à distância	1 (1,1%)
Sítio de metástase à distância	
pulmão	8 (40,0%)
ossos	4 (20,0%)
fígado	3 (15,0%)
ossos + pulmão	2 (10,0%)
ossos + fígado + pulmão	1 (5,0%)
pulmão + fígado	1 (5,0%)
sistema nervoso central + fígado	1 (5,0%)
Tipo de Cirurgia	
laringectomia total + esvaziamento cervical	22 (61,2%)
laringectomia total	7 (19,4%)
laringectomia parcial	3 (8,3%)
microcirurgia da laringe	3 (8,3%)
laringectomia <i>near-total</i> + esvaziamento cervical	1 (2,8%)

Fonte: Serviço de arquivo médico HC IV/INCA/MS

cuidados paliativos. Quando, além da cirurgia, eram submetidos à radio e quimioterapia adjuvante ou apenas radioterapia adjuvante, este tempo aumentou para 1,5 e 3,3 meses respectivamente. A maior sobrevida foi dos pacientes submetidos à radioterapia e quimioterapia com 6 meses de sobrevida após o início dos cuidados paliativos. Os pacientes virgens de tratamento apresentaram sobrevida de 3,3 meses. O tempo entre a matrícula no Instituto Nacional de Câncer e o encaminhamento ao HC IV foi diretamente dependente da modalidade terapêutica realizada (Figura 1 e Tabela 3).

O motivo pelo qual os pacientes tiveram como determinação o fim do tratamento curativo foi devido à doença localmente avançada (73 casos / 78,5% - 37 destes casos não apresentavam doença linfonodal ou à distância), doença linfonodal extensa (39 casos / 41,9%

- cinco pacientes com doença linfonodal isolada) e metástases à distância (20 casos / 21,5% - 13 pacientes com doença loco-regional controlada), sendo que em todos os casos não havia possibilidade de tratamento cirúrgico, radio ou quimioterápico efetivo (Tabela 2).

A sobrevida média dos pacientes, após a determinação do fim do tratamento oncológico curativo, foi de 3,51 meses, com 30% de sobrevida, 3 meses após o encaminhamento ao HC IV (Figura 2).

Os pacientes que apresentavam metástase à distância tiveram uma sobrevida média de 2,2 meses, número menor quando comparado aos 3,87 meses de sobrevida média dos pacientes sem metástases à distância, porém estes valores não apresentaram significância estatística ($p = 0,10$). O sítio mais freqüente de doença à distância foi o pulmão com oito casos (40%) dos 20 que

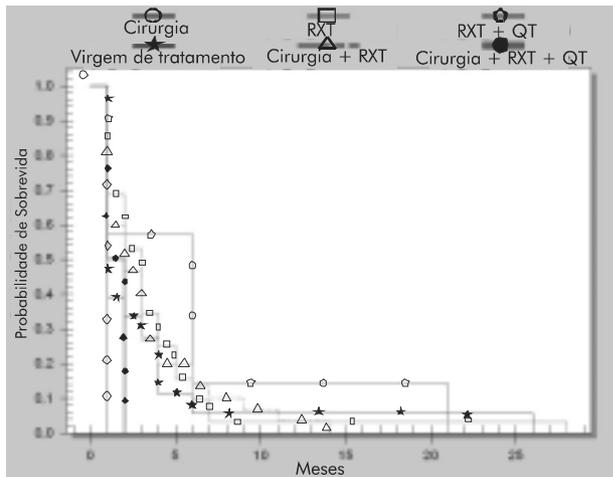


Figura 1. Curva de sobrevida, pelo método de Kaplan-Meier, dos pacientes terminais com carcinoma epidermóide de laringe, conforme o tratamento realizado antes do encaminhamento ao Hospital do Câncer IV (HC IV/INCA/MS)

RXT: Radioterapia; QT: quimioterapia

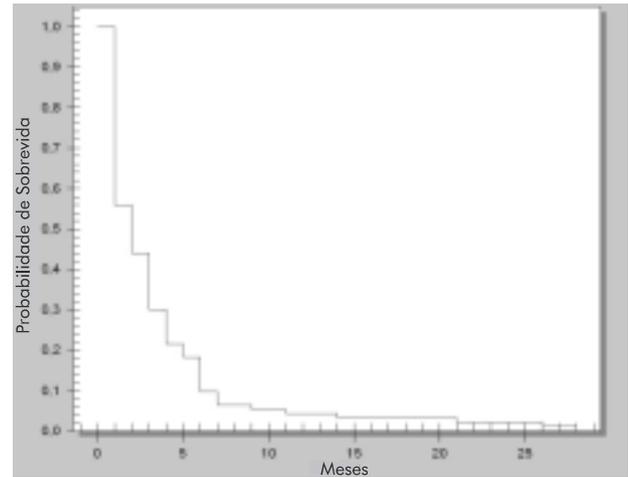


Figura 2. Curva de sobrevida, pelo método de Kaplan-Meier, dos pacientes portadores de carcinoma epidermóide de laringe encaminhados ao Hospital do Câncer IV (HC IV/INCA/MS).

Tabela 3. Sobrevida dos pacientes portadores de carcinoma epidermóide de laringe, conforme o tratamento realizado antes do encaminhamento ao Hospital do Câncer IV (HC IV/INCA/MS)

Tratamento realizado	Tempo entre o término do tratamento – HC IV (meses) *	Tempo entre matrícula INCA – HC IV (meses)**	Tempo entre matrícula HC IV – óbito (meses)***
Cirurgia	14	29	1
Radioterapia	4,8	9,3	3,7
Radioterapia + Quimioterapia	17,5	22,5	6
Virgem de Tratamento	-	5	3,3
Cirurgia + Radioterapia	13,6	25,8	3,3
Cirurgia + Radioterapia + Quimioterapia	1	12	1,5

* $p = 0,04$; Wilcoxon = 0,02

** $p = 0,00$; Wilcoxon = 0,00

*** $p = 0,71$; Wilcoxon = 0,31

Fonte: Serviço de arquivo médico HC IV/INCA/MS

desenvolveram metástases à distância, seguido do fígado com quatro casos (20%) e ossos com três casos (15%). Os outros cinco (25%) pacientes apresentaram metástases em mais de um sítio (Tabela 2).

A sobrevida dos pacientes terminais que apresentavam apenas doença loco-regional foi de 3,8 meses. Nos pacientes com metástases à distância sem doença loco-regional controlada, a sobrevida foi de 1,61 meses (Wilcoxon = 0,0083) (Tabela 1).

Dos 93 pacientes estudados, 36 (38,7%) foram submetidos à cirurgia, sendo que desses 36 pacientes, 26 (72,2%) apresentavam doença loco-regional no momento do encaminhamento ao HC IV, enquanto que 57 pacientes (61,3%) não foram submetidos a nenhum tratamento cirúrgico e 54 deles (94,7%) apresentavam doença loco-regional no momento do término do tratamento curativo, mostrando uma diferença significativa estatisticamente no controle loco-regional da doença ($p = 0,002$) (Tabela 4).

Tabela 4. Relação entre o controle da doença loco-regional com a realização de cirurgia durante o tratamento dos pacientes portadores de carcinoma epidermóide de laringe, antes de serem encaminhados ao Hospital do Câncer IV (HC IV/INCA/MS).

Cirurgia	Doença Loco-regional		
	Não	Sim	Total
Não	3	54	57
Sim	10	26	36
Total	13	80	93

$p = 0,002$ / Fisher = 0,003

Fonte: Serviço de arquivo médico HC IV/INCA/MS

DISCUSSÃO

A doença oncológica apresenta características próprias, quando comparada com outras entidades, por apresentar, geralmente, um curso terapêutico mais prolongado e, na maioria das vezes, ser acompanhada de maior morbi-mortalidade.

É importante salientar que o tratamento da doença oncológica não termina quando se esgotam as possibilidades de cura da doença, mas sim, neste momento, intensificam-se os cuidados mudando o foco principal para a palição.

Os cuidados paliativos não devem iniciar apenas quando se esgotam as possibilidades de cura, e sim fazer parte desde o início da abordagem da doença oncológica³, pois muitos aspectos da medicina paliativa podem ser aplicados associados às técnicas das terapias tradicionais.

O objetivo principal do tratamento paliativo é uma melhor qualidade de vida para os pacientes e familiares⁴,

sendo necessário para alcançá-lo trabalhar com uma equipe multidisciplinar⁵. Não é objetivo desta fase de tratamento aumentar a sobrevida dos pacientes, visto que nenhuma terapêutica realizada neste momento altera a evolução da doença.

O carcinoma epidermóide da laringe é um dos tumores mais freqüentes na cabeça e pescoço⁶, porém é pouco estudado a partir do período que este tipo de neoplasia se torna incurável. O conhecimento mais detalhado da fase terminal de pacientes portadores de CEC de laringe possibilitaria o esclarecimento de muitas dúvidas referentes a complicações e sintomas que surgem nesta fase da doença.

Dos 93 pacientes avaliados, 82 (88,2%) encontravam-se traqueostomizados. Apenas 11 pacientes (11,8%) apresentavam a via aérea superior íntegra. Cinquenta e cinco pacientes (59,1%) necessitaram de via alternativa para nutrição através de sonda naso-enteral, esofagostomia, jejunostomia ou gastrostomia.

Mais de 80% dos pacientes eram do sexo masculino, com uma média de idade de 60,1 anos. Estes dados mostram que o grupo desse estudo apresentava características semelhantes à população descrita em outros trabalhos sobre câncer da laringe^{7, 8}. O sexo masculino apresentou uma menor sobrevida após o encaminhamento ao HC IV (2,95 meses), quando comparado ao feminino (8,20 meses), sendo que das dez mulheres uma apresentava metástase à distância e regional, uma metástase regional, três mulheres com falência local e cinco com falência loco-regional.

Dos 93 pacientes, 36 (38,7%) foram submetidos a tratamento cirúrgico. Deste grupo, dez permaneceram com controle loco-regional, sendo encaminhados ao HC IV devido às metástases à distância, 57 pacientes (61,3%) não foram submetidos a nenhum tratamento cirúrgico, permanecendo apenas três pacientes com doença loco-regional controlada ($p = 0,002$).

O melhor controle regional ocorreu nos pacientes submetidos à cirurgia. Dos 36 pacientes operados, apenas oito (22,2%) apresentavam metástase regional no momento da falência do tratamento, ao contrário dos 57 pacientes não operados, em que 31 (54,4%) apresentavam comprometimento cervical pela doença ($p = 0,004$). No total, 39 pacientes apresentavam metástase linfática no momento do encaminhamento ao HC IV, e nesses pacientes a intensidade da dor era maior quando comparados aos pacientes com controle regional da doença. Trinta e seis (92,3%) pacientes que apresentavam doença linfonodal ao término do tratamento curativo evoluíram com dores de intensidade moderada ou intensa em algum momento do tratamento. No grupo de 54 pacientes que apresentava controle

regional da doença, 38 (70,4%) apresentaram dor moderada ou intensa. Quando comparados esses dois grupos, a falência de tratamento, devido à presença de doença regional, esteve relacionada com maior intensidade de dor durante os cuidados paliativos ($p = 0,019$).

Modalidades terapêuticas como a cirurgia, cirurgia associada à radioterapia e radioterapia associada à quimioterapia apresentaram um tempo maior entre o tratamento e o momento em que encerravam-se as possibilidades de cura dos pacientes ($p = 0,04$) quando comparadas com o tratamento radioterápico isolado. Forastiere et al, em 2003, mostraram menor tempo livre de doença em pacientes com CEC de laringe tratados com radioterapia exclusiva, em que 27 % dos pacientes alcançaram cinco anos livre de doença, contra 36% dos pacientes tratados com quimioterapia e radioterapia concomitantes ($p = 0,02$)⁹.

Neste estudo, não houve diferença estatística na análise da sobrevida dos pacientes, após o encaminhamento aos cuidados paliativos, comparado aos diferentes tipos de tratamentos realizados ($p = 0,71$), pois a partir deste momento todos os pacientes apresentaram doença avançada independente da forma em que a mesma foi abordada primariamente.

Os doentes que apresentavam doença metastática isolada tiveram uma sobrevida média menor (1,61 meses) quando comparados aos pacientes com doença à distância sem controle loco-regional que tiveram uma sobrevida de 3,8 meses. Isto, provavelmente, é devido ao fato do término das intenções curativas mais tardiamente nos pacientes com controle loco-regional da doença, sendo esses pacientes encaminhados aos cuidados paliativos apenas quando apresentassem sintomas da doença metastática ou quando esta fosse diagnosticada.

O sítio metastático mais comum foi o pulmão (12 casos), seguido dos ossos (sete casos) e fígado (seis casos). Em cinco casos, os pacientes apresentavam mais de uma metástase à distância. Esses sítios também foram os mais acometidos em pacientes com CEC da cavidade oral, laringe e orofaringe que apresentavam doença loco-regional controlada¹⁰.

De acordo com a literatura mundial, a média de sobrevida em pacientes com carcinoma epidermóide da cabeça e pescoço que desenvolvem doença metastática varia de 4 a 7 meses^{11, 12}.

Brenner, em 2000, estudou o prognóstico dos pacientes com CEC de laringe recidivado. A sobrevida em 2 anos foi de 75%, 57% e 33% quando a recidiva da doença era local, regional e à distância, respectivamente⁶. No nosso grupo de pacientes, a sobrevida após o encaminhamento ao CSTO chegou a

6 meses em 12% dos pacientes com falência local do tratamento, 20% dos pacientes com metástase regional e 8% dos pacientes com metástase à distância. Houve uma tendência de maior sobrevida nos pacientes com falência loco-regional quando comparados aos pacientes com falência à distância (Wilcoxon = 0,06).

O tempo médio de sobrevida dos pacientes com CEC de laringe encaminhados aos cuidados paliativos é semelhante à grande parte dos doentes oncológicos terminais¹³.

CONCLUSÕES

- A sobrevida média dos pacientes com carcinoma epidermóide de laringe considerados fora de possibilidades terapêuticas curativas foi de 3,51 meses.
- As mulheres apresentaram uma sobrevida mais longa (8,2 meses) quando comparadas com os homens (2,95 meses), após o encaminhamento ao Hospital do Câncer IV ($p = 0,02$).
- Não houve diferença estatística comparando a sobrevida dos pacientes após o encaminhamento ao HC IV e o tipo de tratamento com intenção curativa realizado ($p = 0,71$).
- A cirurgia possibilitou maior controle loco-regional do carcinoma epidermóide da laringe ($p = 0,002$).
- A maior causa de falha terapêutica é a presença de doença local avançada (79 casos), seguida da doença regional (39 casos) e da doença à distância (20 casos).
- O sítio de metástase à distância mais freqüentemente acometido foi o pulmão (12 casos), seguido dos ossos (7 casos) e fígado (6 casos).

Após o término do tratamento com intenções curativas em pacientes portadores de câncer da laringe do Instituto Nacional de Câncer, a sobrevida é bastante curta, não chegando a 4 meses, não importando qual o tipo de tratamento ao qual o doente foi submetido. No entanto, a maior causa de falência do tratamento curativo foi a presença de doença local e regional avançada, sítios estes que apresentaram melhor controle nos pacientes submetidos à cirurgia radical em algum momento do tratamento. Isto confirma os dados de que os casos tratados com cirurgia permaneceram mais tempo com a doença controlada até o encaminhamento aos cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meleca RJ, Dworkin JP, Kewson DT, Stachler RJ, Hill SL. Functional outcomes following nonsurgical treatment for advanced-stage laryngeal carcinoma. *Laryngoscope* 2003;113:720-8.
2. MacDonald N. Palliative care: the fourth phase of cancer

- prevention. *Cancer Detect Prev.* 1991;3:253-5.
3. Back AL, Curtis JR. When does primary care turn into palliative care? *West J Med.* 2001; 175:150-1.
 4. Dunn GP, Milch RA, Mosenthal AC, Lee KF, Eason AM, Huffman JL. Palliative care by the surgeon: how to do it. *J Am Coll Surg.* 2002;194(4): 509-37.
 5. Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Cuidados Paliativos Oncológicos: controle dos sintomas. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
 6. Brenner B, Marshak G, Sulkes A, Rakowsky E. Prognosis of patients with recurrent laryngeal carcinoma. *Head Neck.* 2001;23:531-5.
 7. Lassaleta L, Pallarés MG, Morera E, Bernáldez R, Gavilan J. T3 glottic câncer: oncologic results and prognostic factors. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;124:556-60.
 8. Ampil FL, Nathan CA, Caldito G, Lian TF, Aarstad RF, Krishnamsetty RM. Total laryngectomy and postoperative radiotherapy for T4 laryngeal cancer: A 14 year review. *Am J Otolaryngol.* 2004;25:88-93.
 9. Forastiere AA, Goepfert H, Maor M, Pajak TF, Weber R, Morrison W, et. al. Concurrent chemotherapy and radiotherapy for organ preservation in advanced laryngeal cancer. *N Engl J Med.* 2003;349:2091-8.
 10. León X, Quer M, Orús C, Venegas MP, López M. Distant metastases in head and neck cancer patients who achieved loco-regional control. *Head Neck.* 2000;22:680-6.
 11. Calhoun KH, Fulmer P, Weiss R, Hokanson JA. Distant metastases from head and neck squamous cell carcinomas. *Laryngoscope.* 1994;104:1199-205.
 12. Troell RJ, Terris DJ. Detection of metastases from head and neck cancers. *Laryngoscope.* 1995;105:247-50.
 13. Maltoni M, Amadori D. Prognosis in advanced cancer. *Hematol Oncol Clin N Am.* 2002;16:715-29.