

## OPINIÃO PESSOAL

### RADIOTERAPIA – SUA EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE RETO E ÂNUS

Pedimos a opinião de seis colegas sobre este assunto, dois declinaram do convite por não ter experiência pessoal e dois, Raul Cutait e Carlos Brenner, não deram sua opinião até o encerramento da edição deste número.

*Paschoal Torres*

Chefe do Setor de Colo-Proctologia do Hospital de Clínicas da UERJ (Pedro Ernesto). Ex-Presidente da SBCP.

Nos pacientes admitidos no Setor de Colo-Proctologia do Hospital de Clínicas da UERJ a nossa conduta é assim resumida:

#### 1. Carcinomas do Reto

Rotineiramente não indicamos a radioterapia para os pacientes portadores de adenocarcinoma do reto, exceto nas contra-indicações cirúrgicas por problemas clínicos. Sempre optamos pelas cirurgias com preservação do mecanismo esfincte-

riano ou excepcionalmente pela ressecção abdômino-perineal.

Não somos adeptos da radioterapia pré-operatória, exceto nos casos de pacientes com neoplasias muito volumosas, com a finalidade de obter a regressão destas massas tumorais, conseqüentemente facilitando a cirurgia a ser programada.

#### 2. Carcinomas do Canal Anal

a) Nos carcinomas do canal anal localizados acima da linha denteada, invadindo o reto inferior, optamos pela ressecção abdômino-perineal, considerando-se que a rede linfática destes tumores processa-se através da cadeia ganglionar das hemorroidárias média e superior.

b) Os carcinomas do canal anal situados abaixo da linha denteada e com invasão da pele perianal constituem excelente indicação para radioterapia.

#### 3. Carcinomas da Margem Anal

Nos carcinomas da margem anal optamos pela radioterapia nas lesões extensas, que não possam ser tratadas por ressecção local.

## RADIOTERAPIA PRÉ-OPERATÓRIA EM CÂNCER DE RETO

### A propósito de 15 observações

*Luiz Fabiano Andrade de Moraes*

Professor Assistente da Cadeira de Cirurgia Gastroenterológica da UFF e ex-Assistente Estrangeiro da Universidade de Paris. Médico Proctologista do INAMPS-Niterói.

Apesar do evidente progresso das técnicas de cirurgia digestiva, os resultados obtidos no câncer de reto permanecem inalterados por dezenas de anos. Apenas em torno de 40% dos doentes operados nos mais diversos serviços atingiram uma sobrevida de cinco anos.

Ao se questionar o que se poderia esperar a mais de uma cirurgia já há tantos anos codificada, alguns cirurgiões introduziram a radioterapia no pré-operatório no câncer de reto com o objetivo de melhorar o seu prognóstico.

Estamos convencidos, entretanto, de que melhores resultados parecem possíveis se detectarmos estados menos avançados, através de uma educação do público, do incentivo de métodos mais práticos de investigação e despistagem, bem como a utilização de métodos adjuvantes à cirurgia.

Enfatizamos que o diagnóstico precoce deve sempre ser a meta, embora saibamos que ainda teremos por muito tempo a descoberta de tumores retais em fase avançada.

A quimioterapia, embora de aplicação fácil, ainda não nos deu uma comprovação de que ela, por si só, já tenha curado um câncer de reto.

As vantagens teóricas da radioterapia são mais convincentes. Os adenocarcinomas digestivos podem ser radiosensíveis, contrariamente a uma reputação adquirida e que às vezes reina no meio cirúrgico.

Desde 1930, os trabalhos de *Chaoul* na Alemanha e os de *Lamarque* na França mostram a curabilidade de pequenos tumores por radioterapia. Recentemente, numerosos trabalhos de *M<sup>me</sup> Parturier-Albot* de Paris e *Papillon* de Lion têm comprovado isso. A radioterapia nos grandes tumores de reto considerados inoperáveis tem dado bons resultados.

É uma lei da radiobiologia que a ação das irradiações ionizantes é mais eficaz quando o tumor não está privado de seus pedículos vasculares.

A radioterapia pré-operatória tem por finalidade:

- a) melhorar a taxa de ressecabilidade do tumor;
- b) diminuir as metástases regionais e distantes;
- c) reduzir a recidiva local;
- d) proporcionar uma maior sobrevida.

Com base no acima exposto, e após contatos pessoais com os Drs. Cl. Solassol e H. Joieux do grupo de luta contra o câncer de Montpellier, decidimos também fazer em nossos pacientes a irradiação pré-operatória.

Nosso primeiro estudo foi em um grupo de 15 pacientes não randomizados, que receberam a dose de 4.000 RHDS/T em 21 dias (18 sessões) por três campos pélvicos, associados para os tumores baixos a um campo perineal, segundo o protocolo do grupo de Montpellier.

Os tumores eram todos adenocarcinomas situados no baixo e médio reto. Excluímos todos os casos em que os tumores eram de reto alto ou junção retossigmoidiana, na eventualidade de se fazer uma ressecção anterior.

Nove pacientes eram do sexo masculino e seis do sexo feminino. As idades eram acima de 49 anos e inferior a 70.

Em todos os pacientes os tumores ocupavam mais da metade da extensão da circunferência (T<sub>3</sub>). Todos foram classificados como Dukes C.

Das complicações pré-operatórias, em dois casos tivemos epidermite leve, diarreia discreta em quatro deles.

Observamos que em todos eles houve uma parada de sangramento e uma diminuição considerável da massa tumoral.

A cirurgia, que de acordo com esse protocolo deve ser realizada imediatamente após o término das aplicações (do 1.º ao 4.º dia), não apresentou qualquer dificuldade. Não havia traves fibrosas, o edema era discreto e o sangramento nada além do habitual.

Em todos os casos deixamos a ferida perineal aberta, tamponada, cicatrizando por segunda intenção.

**Conclusão:** Em todos os nossos pacientes observamos uma destruição superficial do tumor, porém, a infiltração submucosa parece pouco afetada.

O câncer mucoso puro já foi curado pela irradiação pré-operatória, deixando lugar a uma ulceração inflamatória, sem células neoplásicas identificáveis e até mesmo em um de nossos pacientes houve total desaparecimento da lesão.

## RADIOTERAPIA EM CÂNCER RETAL

*Raul Cutait*

Professor Assistente do Dpto. de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A radioterapia tem sido empregada no câncer de reto em três situações: 1) como tratamento exclusivo; 2) com finalidade de palição ou 3) como método adjuvante para prevenir recidiva local. Como tratamento exclusivo, a radioterapia tem sido indicada em alguns serviços para tumores com até 3 a 5 cm de diâmetro, através de equipamentos que permitem a aplicação de 10.000 a 12.000 rads diretamente sobre o tumor. Para os tumores com até 3 cm de diâmetro os resultados de sobrevida são equivalentes aos observados com outros métodos de tratamento.

Como método paliativo, a radioterapia tem sido indicada nas doses de 6.000 até 7.000 rads, para os pacientes que apresentam recidiva perineal ou tumor residual após o tratamento cirúrgico do câncer retal. Mais do que aumentar o tempo de sobrevida desses pacientes, a radioterapia faz com que os pacientes experimentem alívio da dor local, ainda que temporariamente.

Como tratamento adjuvante, a radioterapia visa diminuir o número de recidivas locais nos pacientes operados de câncer de reto. Em várias séries, 20 a 70% dos pacientes com essa patologia apresentam recidivas local na sua evolução e em 8 a 36% dos pacientes essa é a única manifestação da doença metastática.

A radioterapia pode ser ministrada de maneira pré-operatória, pós-operatória, intra-operatória ou combinada. Do ponto de vista radiobiológico, a melhor forma de se administrar radioterapia a um paciente portador de câncer retal é em caráter pré-operatório, uma vez que nessas condições a irrigação dos tecidos está preservada, o que potencializa a eficácia da dose aplicada. Um outro aspecto a ser analisado é que a radioterapia pré-operatória pode aumentar o índice de ressecabilidade das lesões. A radioterapia pré-operatória tem como principais desvantagens: 1) não seleciona os pacientes, isto é, pacientes que não são de alto risco para recidiva local acabam recebendo este tipo de tratamento; 2) quando se aplica o esquema clássico de 4.000 a 5.000 rads em 4 a 5 semanas, retarda-se

consideravelmente a cirurgia. Já a radioterapia pós-operatória, que é empregada na dose de 5.000 a 6.000 rads, permite selecionar adequadamente os pacientes, não retarda o ato cirúrgico, mas, no entanto, é aplicada sobre tecidos cicatrizantes, o que diminui o seu potencial de ação. Além disso, alças intestinais fixadas na pequena escavação pélvica acabam recebendo altas doses de irradiação, o que facilita o aparecimento de enterites actínicas. A radioterapia intra-operatória tem sido experimentada em alguns centros para pacientes com lesão residual macro ou microscópica no leito tumoral a qual pode, então, ser tratada sem a presença de alças intestinais na região. Uma técnica que tem ganho simpatizantes nos últimos anos é a chamada técnica em sanduíche, onde 500 a 1.000 rads são administrados pré-operatoriamente e o restante quando indicado, no intra ou no pós-operatório.

No Serviço de Cirurgia Colo-retal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e em nossa clínica privada, tem sido indicada a radioterapia como método paliativo para os enfermos que, após tratamento cirúrgico do câncer de reto, apresentam lesão residual ou, na sua evolução, recidiva local. Nesses casos, as doses empregadas têm sido de 5.000 a 6.000 rads e, nos casos em que os pacientes queixam-se de dor, a melhora desse sintoma é obtida na grande maioria dos casos, embora por períodos variados, em média de 6 a 12 meses.

Como método adjuvante, estamos avaliando atualmente a eficácia de 2.500 rads aplicados pré-operatoriamente em 5 sessões diárias e consecutivas de 500 rads, sendo o paciente operado 2 a 3 dias após o término da radioterapia. Com esse esquema pretendemos esterilizar o leito tumoral, o que provavelmente é o que previne a recidiva local, sem o inconveniente de se protelar por várias semanas o tratamento cirúrgico. A experiência, ainda bem inicial, tem demonstrado que não existe maior dificuldade para o ato cirúrgico, além de se poder observar diminuição considerável do volume do tumor em alguns pacientes. Para pacientes com câncer retal submetidos à cirurgia com finalidade curativa e que apresentam lesões tipo Duke B<sub>2</sub> ou C, temos algumas vezes indicado a radioterapia pós-operatória apenas na área de localização prévia do tumor, na dose de 4.500 a 5.000 rads.