

## RETOCOLITE

C.G. Goligher

Algumas pessoas encontraram uma incidência de câncer na colite ulcerosa, embora essas estimativas variem muito, dependendo da série de casos, isto é, se se trata de colite total, a incidência é grande; se houver principalmente colite distal que afeta o reto do sigmóide, a incidência é muito menor.

O que faz as pessoas vulneráveis ao câncer na colite é a extensão da doença; as pessoas portadoras de colite total estão mais sujeitas ao câncer: os pacientes portadores de proctite e proctossigmoidite quase nunca têm câncer, mesmo que fiquem com a doença durante 10, 15 ou 20 anos. Depois, também a duração da doença é importante, por exemplo, um paciente que tenha colite total durante 10 anos, muito provavelmente terá câncer; também se acredita que quando a doença começa na infância, a predisposição é maior. Com certeza, se uma criança começa a ter colite com 10 anos de idade, ao chegar aos 25 anos e não for submetida a uma cirurgia, há um risco considerável de que após esses 15 anos de colite total, se desenvolva um carcinoma.

O Dr. Morson, do Hospital de St. Mark, afirma que a incidência não é tão elevada e talvez tenha sido pouca sorte de nossa parte, mas números provenientes da Suécia também representam uma incidência elevada.

Outro aspecto do carcinoma em colite é que este tende a ser de natureza maligna e os resultados não são muito bons.

Nestes casos o carcinoma é freqüentemente múltiplo, tenho um caso de quatro carcinomas, exatamente onde há um espessamento de fibras e freqüentemente, histologicamente, muito anaplásicos.

Devido ao fato de ser muito agressivo, foi difícil detectá-los clinicamente porque os sintomas do carcinoma são exatamente os mesmos da colite e é comum pensarmos: "Bem, este é mais um surto de colite", deixando o assunto de lado.

A minha experiência de carcinoma em colite se compõe de casos desfavoráveis: 12 eram inoperáveis, 24 provenientes de vários tipos de excisões, e dos 29 carcinomas encontrados, vários eram do tipo Duke C, C1, C2 e embora tenhamos feito várias operações e tenhamos tido sobrevividas de até cinco anos, os resultados tendem a ser desfavoráveis.

E este tipo de experiência levaram a mim e a vários colegas a aconselhar que pacientes portadores de colite total por períodos superiores a, digamos, 10 anos, se submetessem a uma proctocolectomia profilática. É fácil aconselhar a proctocolectomia profilática, mas quando sugerimos essa cirurgia a um paciente, este geralmente a recusa. Então embora falemos sobre isso freqüentemente com os nossos pacientes, poucos são os que estão dispostos a aceitá-la.

Cito aqui o caso de um paciente com vários ataques e o aconselhamos a fazer a operação, mas ele não queria ouvir falar desse assunto e eu o perdi de vista durante três anos, quando voltou, após ter estado sob cuidados clínicos. O clister opaco mostrou um estreitamento e nós suspeitamos da presença de carcinoma. Mais uma vez o aconselhamos a se submeter a uma cirurgia e, após alguma relutância, aceitou. A cirurgia demonstrou que além de várias metástases linfáticas, tinha outras no fígado. Apesar de termos removido o cólon, esse paciente foi a óbito cerca de um ano depois.

Então, isto serve para enfatizar como esses casos podem ser insidiosos. Entretanto, a proctocolectomia profilática nunca foi bem aceita e tornou-se até obsoleta recentemente, devido a um trabalho de Morson mostrando que é possível antecipar o diagnóstico do desenvolvimento do câncer na colite por meio de mudanças histológicas da mucosa intestinal, se fizermos biópsias — e este é o método que utilizamos agora: ao invés de aconselharmos ao paciente com proctocolite por um período de 10 anos, ou até menos, que se submeta a uma cirurgia, nós o mantemos sob supervisão, fazendo múltiplas biópsias a cada 12 meses. Isto quer dizer: duas biópsias do cólon direito por colonoscopia, duas ou três do transverso, duas ou três do colo esquerdo, uma ou duas do sigmóide, uma, duas ou três do reto e com esse tipo de supervisão podemos procurar qualquer sinal de displasia e permitimos que o paciente se vá por mais um ano; se houver alguma displasia presente, displasia severa, então repetimos a biópsia e se se confirmar a presença de displasia, então insistimos para que o paciente se submeta a uma cirurgia. Isto tem reduzido o número de casos a serem considerados para uma cirurgia profilática.

O Dr. Leonor Jones, do Hospital de St. Marks, realizou um excelente estudo usando a colonoscopia e a biópsia do reto para acompanhar os pacientes e em 229 casos encontrou displasia em apenas 13, dos quais sete se submeteram a uma proctocolectomia; dentre esses sete, quatro eram portadores de carcinoma, mas vejamos como eram favoráveis: três eram Duke A, um era Duke C. Dois eram portadores de displasia severa, e três não tinham sombra de displasia, o que resulta ser bastante confuso. Os outros seis que receberam um tratamento conservador, a repetição da biópsia não apresentou sinais de displasia em cinco. Por isso é que eu gosto de sugerir que quando se encontra displasia, deve-se repetir a biópsia, porque esta pode não ser uma característica permanente e assim há alguma incerteza sobre a displasia. Mas esse é o melhor método de que dispomos e é o procedimento que adotamos para cuidar de pacientes portadores de colite extensa. Conforme já mencionei, este é um item muito importante no acompanhamento de pacientes submetidos a uma colectomia e anastomose ileorretal, quando é muito mais fácil porque pode ser feita por intermédio do sigmoidoscópio.

Agora, se o Sr. Presidente me permitir, gostaria de tecer alguns comentários sobre alguns tópicos mencionados pelo Dr. Moreno, sobre o carcinoma do cólon, mais ou menos para enfatizar o que ele lhes disse.

O primeiro ponto que gostaria de mencionar é que existe um ditado na Inglaterra — talvez exista também em português — que a cirurgia da doença maligna é a anatomia do sistema linfático e isto é perfeitamente demonstrado no carcinoma do cólon, porque o formato da operação realizada para o carcinoma do intestino é amplamente determinado pelo que conhecemos sobre a extensão dos linfáticos extramurais e isto foi perfeitamente demonstrado pela ressecção feita pelo Dr. Moreno em seu filme.

Então, por que a remoção dos linfáticos é considerada desejável? Não importa se você quer ser super-radical ou apenas regularmente radical — isto é muito discutível — e não tenho conhecimento de dados bons baseado em estudos de acompanhamento e em exames patológicos de espécimens que confirmem que uma cirurgia super-radical realmente traga bons resultados, melhores do que uma cirurgia radical mais convencional. Como o Dr. Moreno também enfatizou, a disseminação local também é importante, a disseminação na serosa, e eu costumava pensar que quando a serosa apresentava crescimento, cobrindo o tumor, este era um sinal de mau prognóstico. Mas encontrei um acompanhamento indicando que vários desses pacientes apresentaram resultados bons. Não estou dizendo que os resultados são tão bons quanto aqueles que não têm envolvimento da serosa, mas freqüentemente podem ser curados e se houver algumas placas de crescimento no peritônio, fora do intestino mas próximo a ele, se for possível excisar essa área, pode-se ocasionalmente obter curas, então, nem sempre é preciso fugir de um tumor difícil.

Também, uma outra forma dos tumores se espalharem localmente é se espalhar através da serosa para os órgãos adjacentes, ou pelo menos podem produzir aderências nos órgãos adjacentes e os senhores não devem se intimidar diante da remoção de partes do intestino delgado, útero, ou outros órgãos que possam ter sido atingidos pelo crescimento, porque felizmente, quando se retira o espécimen, em vários casos não chegou a haver a invasão; mesmo quando houve invasão, pode-se obter curas que duram até cinco anos. Então sejam agressivos.

Outro item importante é a remoção dos ovários e sobre o que há muita coisa escrita. Será que se deve fazer uma ooforectomia bilateral como rotina, em todos os casos de câncer retal? Bem, se uma pessoa lê toda a literatura existente sobre o assunto, acaba confusa pois, para começar, descobre que não há diferença entre cólon e reto. Se você vai usar esta política, ela deve ser aplicada

tanto ao carcinoma de cólon quanto ao de reto. Pelo que li nessa literatura, eu diria que se vocês fizerem 100 ooforectomias bilaterais profiláticas de rotina, em casos de câncer do cólon-reto, em cerca de oito casos vocês encontrarão depósitos secundários nos ovários, sendo que, desses oito, cinco ou seis terão depósitos óbvios na superfície dos ovários e provavelmente não poderão curar nenhum deles, mas um ou dois terão metástases enterradas dentro dos ovários e ocasionalmente um deles poderá ser curado. Então, em 100 casos, os senhores poderão curar um por meio dessa ovariectomia bilateral. Não será nada melhor do que isso.

Outro ponto — o último, aliás — é que os senhores ficarão muito aliviados de saber é que uma coisa muito importante nessa expansão, não se esqueçam disso, é a disseminação pelo sangue, metástase visceral para outros órgãos como o fígado e pulmões, e eu reconheço, pelo meu trabalho e pelo de outros, que em cada 100 pacientes portadores de câncer do cólon e do reto e que vêm se submeter a uma laparotomia, em cerca de 25 existe metástase no fígado. Desses 25, cerca de 12 ou 15 terão a metástase na superfície do fígado, que se pode ver; alguns outros terão metástase no centro do fígado e que não será detectado durante a laparotomia, embora possa ser detectado por meio de *scanning* ou de ultra-sonografia, ou ainda, quando acontece desse paciente ir a óbito no período pós-operatório e é feito um exame, até 10 dias após a operação, então, os patologistas podem encontrar esses depósitos centrais que não foram detectados pelo cirurgião durante a operação.

Então, sabemos que 25% dos pacientes são portadores de metástase no fígado quando da operação. Naturalmente, essa metástase pode ser muito localizada, ser somente uma ou pode haver uma pequena aglutinação e nesses casos pode se fazer a remoção de uma parte do fígado e nós sabemos, através do trabalho de Atson, da Clínica Mayo, que essa cirurgia pode ser feita, com um baixo índice de mortalidade, talvez 5 ou 8% e 25% alcançam uma sobrevivência de até cinco anos. Então, os senhores não devem perder a esperança, embora esses casos constituam uma exceção pois esses depósitos no fígado em geral são vários e em várias partes; em outras palavras, o envolvimento do fígado corresponde a uma sentença de morte e que freqüentemente é retardada em um ano, durante o qual o paciente pode viver com certo conforto, caso tenha o seu intestino grosso removido, mas eventualmente morrerá disso.

Outro ponto também importante e que deve ser lembrado é que os senhores não poderão

melhorar os resultados de uma cirurgia radical do cólon-reto para mais de 75%, desde que tenhamos pacientes que já venham com depósitos no fígado. Então, temos que esperar que os pacientes nos cheguem às mãos antes disso. Eu sempre acreditei que isso era impossível, mas atualmente, com os relatórios de resultados de *screening* com o teste de *hemoccult*, parece possível que se possa pegar os pacientes em uma fase pré-sintomática, de crescimento do Duke A, e sem metástase no fígado.

Esta é, segundo a minha opinião, a grande esperança de uma melhoria real. Eu mencionei que 25% provavelmente tinham micro ou macrometástases, mas aí os senhores lêem sobre a micrometástase. Por micrometástase se entende pequenos núcleos de células que estão flutuando na corrente sanguínea e que talvez venham a se estabelecer no fígado. Não sei quantos existem, as pessoas falam em 20%, mas eu não sei, só sei que nada pode ser feito em termos cirúrgicos e que se espera um tratamento por meio da quimioterapia. Mas, o que é que a quimioterapia tem feito até agora? Esta não parece ser de grande utilidade e eu só li até agora um ou dois trabalhos em que a quimioterapia demonstrou ter sido de alguma utilidade: um foi um relatório de um cirurgião inglês que imaginou passar um cateter através de uma veia umbilical não obliterada para a veia porta, durante a operação, em pacientes cujos fígados davam a impressão de estarem totalmente limpos, e irrigou esses fígados com 5 FLU, durante uma semana e fez um controle de 100 casos com tratamento e 100 casos sem tratamento, com grande vantagem para os primeiros, mas de qualquer forma, os resultados não foram tão significativos e não sei se valerá a pena.

Outra tênue esperança foi fornecida por um grupo, nos Estados Unidos, chamado Gastrointestinal Tumor Study Group (Grupo de Estudos de Tumores Gastrointestinais), liderado pelo Dr. Shine, em Washington, que fizeram uma experiência com pacientes portadores de câncer no reto, em que foi feita incisão radical em todos os casos; em alguns casos, foi feita radioterapia no período pós-operatório e, em outras, a quimioterapia, além da operação radical; outro grupo recebeu radioterapia e quimioterapia e ficou constatado que os casos de recidiva eram menores nos grupos que tiveram quimioterapia e radioterapia. Mas essa experiência precisa ser seguida durante cinco anos e não sabemos se os resultados vão ser significativos ou não.

Senhor Presidente, espero que o senhor me perdoe por ter feito esses comentários sobre o câncer do cólon. Muito obrigado.