

RECIDIVA LOCAL DO ADENOCARCINOMA RETAL. ESTUDO CLINICOPATOLÓGICO DO VALOR PROGNÓSTICO DA MARGEM CIRCUNFERENCIAL (LATERAL) DE RESSECÇÃO

JOSÉ REINAN RAMOS, TSBCP
SONIA BORGES
MAURO PINHO, TSPCP
SERGIO FIGUEIREDO
MÁRIO MÁRCIO LEAL

RAMOS JR, BORGES S, PINHO M, FIGUEIREDO S, LEAL MM - Recidiva local do adenocarcinoma retal. Estudo clinicopatológico do valor prognóstico da margem circunferencial (lateral) de ressecção. *Rev bras Colo-Proct*, 1992; 12(2):47-50.

RESUMO: Vinte pacientes operados com câncer de reto (14 RAP, 6 RAP) foram seguidos por um período médio de 26 meses. As 20 peças foram estudadas segundo as recomendações da UK Co-ordinating Committee on Cancer Research. A margem circunferencial (lateral) de cinco (25%) peças destes pacientes estava invadida. A recidiva local foi diagnosticada em quatro dos cinco (80%) pacientes com peças com MC-positivas e em somente um dos 15 (6,6%) com peças com MC-negativas ($p < 0,005$). Os autores concluem que a margem circunferencial (lateral) invadida por câncer após ressecção do reto é um fator de alto risco para o aparecimento de recidiva local (sensibilidade: 83,3%; especificidade: 93,75%; predictabilidade de um resultado positivo: 83,3%; predictabilidade de um resultado negativo: 93,75%; eficácia: 90,9%).

UNITERMOS: câncer de reto; margem de ressecção; recidiva local

Várias são as explicações (1-4) para justificar a ocorrência de recorrência local (pélvica) em percentual tão variado (3-50%) após ressecção de adenocarcinoma do reto. Uma explicação bastante aceitável para esta variação é a ressecção oncológica inadequada (margens distal e proximal) e principalmente quando não se remove todo o mesorreto (5).

Este estudo prospectivo tem o objetivo de avaliar o valor da margem circunferencial de ressecção na previsão

da recidiva local após ressecção de adenocarcinoma do reto.

PACIENTES E MÉTODOS

No período de julho/1989 a maio/1990, 20 pacientes portadores de adenocarcinoma de reto operados no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital do Andaraí-RJ foram submetidos a este estudo prospectivo. A idade dos pacien-

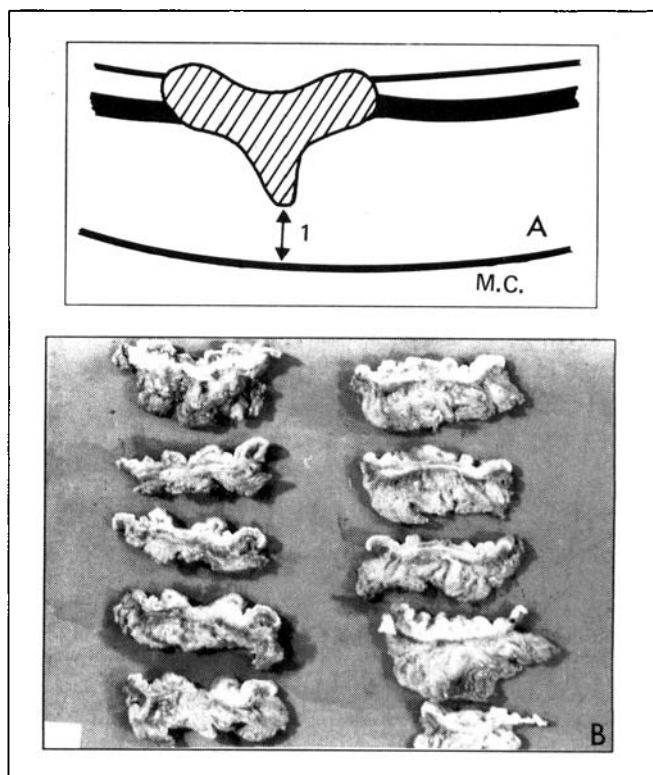


Fig. 1A - Diagrama demonstrando a medida (1) da margem circunferencial (MC) livre; B - Exame macroscópico dos cortes transversais seriados.

Serviço de Colo-Proctologia e de Anatomia Patológica do Hospital do Andaraí - RJ.

tes variou de 20 a 80 anos e 13 eram do sexo feminino. Seis pacientes foram submetidos a ressecção abdominoperineal do reto e 14 a ressecção anterior do reto. As operações foram classificadas pelos achados operatórios e exames complementares em: curativas, paliativas e incertas.

As peças operatórias foram submetidas a estudos histopatológicos e macroscópicos detalhados (cortes transversais seriados de 5-10 mm para avaliação da invasão tumoral circunferencial), seguindo recomendação da United Kingdom Co-Ordinating Committee on Cancer Research (UKCCRR) (6), Quirke e cols. (7) e Quirke e Dixon (8) (Figs. 1A e B, Figs. 2A e B).

Os pacientes foram seguidos por um período médio de 26 meses (24 a 34) e a recidiva local foi diagnosticada por exame clínico e biópsia ou exames complementares (ultra-sonografia e/ou tomografia computadorizada).

RESULTADOS

A margem circunferencial (lateral) de ressecção estava invadida por câncer (MC-positiva) em cinco das peças (25%), sendo duas invasões microscópicas e três macroscópicas (Fig. 3).

A correlação entre o tipo de operação, estágio do tumor (Dukes), o grau de diferenciação do tumor com a margem

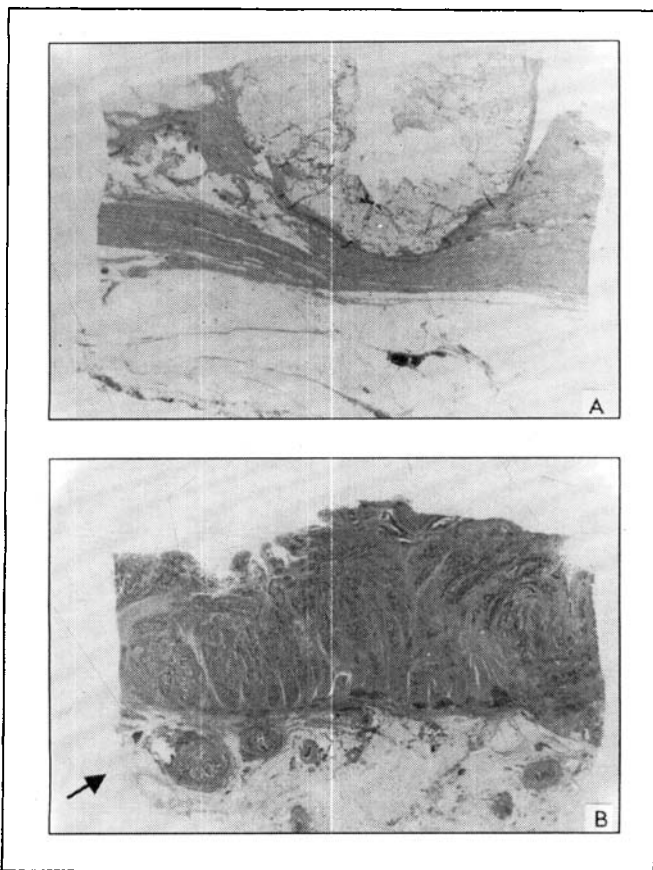


Fig. 2A - Corte transversal (microscopia) mostrando invasão tumoral da parede retal com MC-negativa. B - Corte transversal (microscopia) mostrando margem circunferencial invadida (positiva) (seta).

lateral positiva e a recidiva local é demonstrada na Figura 4.

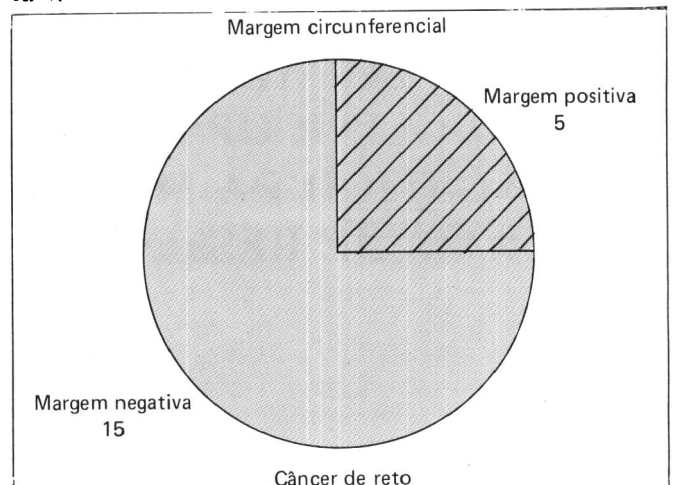


Fig. 3 - Incidência das MC-positiva e negativa nas 20 peças.

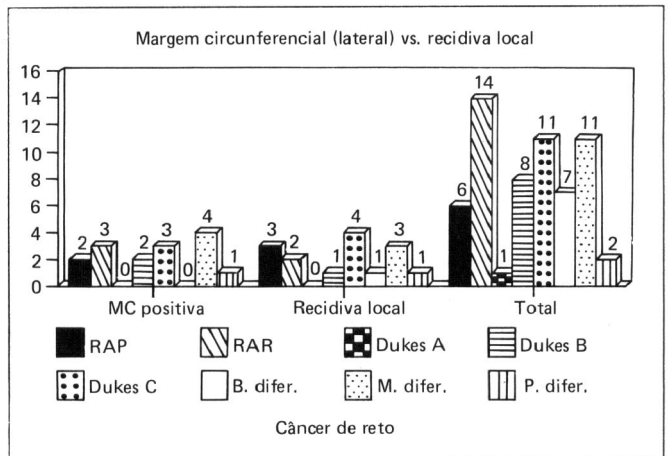


Fig. 4 - Correlação do tipo de operação, estágio do tumor, grau de diferenciação do tumor com MC-positiva e recidiva local

A medida da margem lateral livre de tumor variou de 0 a 25 mm e sua distribuição é representada na Figura 5.

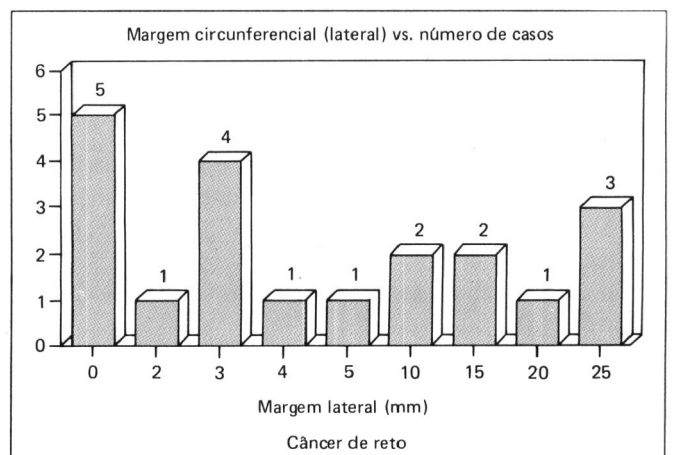


Fig. 5 - Medida da margem circunferencial livre em mm nas 20 peças

A Figura 6 mostra a ocorrência da MC-positiva e negativa e da recidiva local correlacionada a curabilidade das operações.

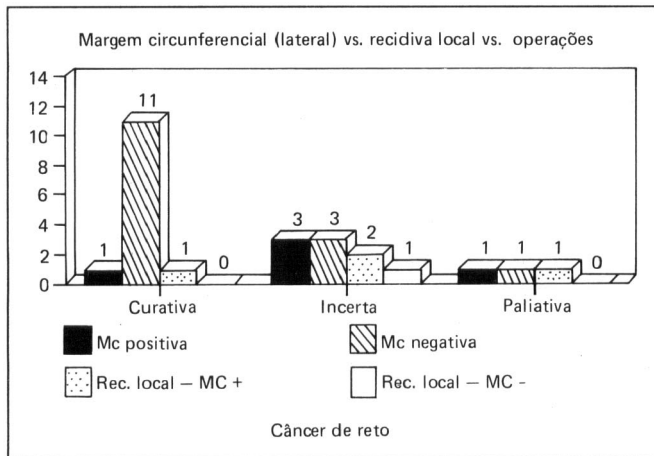


Fig. 6 - Correlação da curabilidade das operações com MC-positiva e negativa e recidiva local.

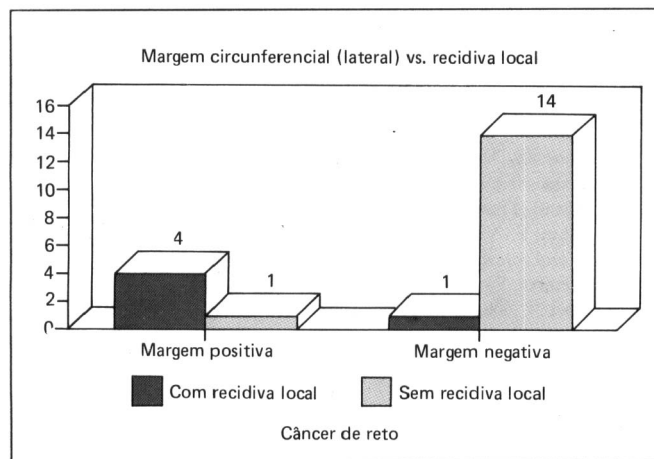


Fig. 7 - Incidência de recidiva local nos pacientes em que as peças operatórias tiveram MC-positiva e negativa.

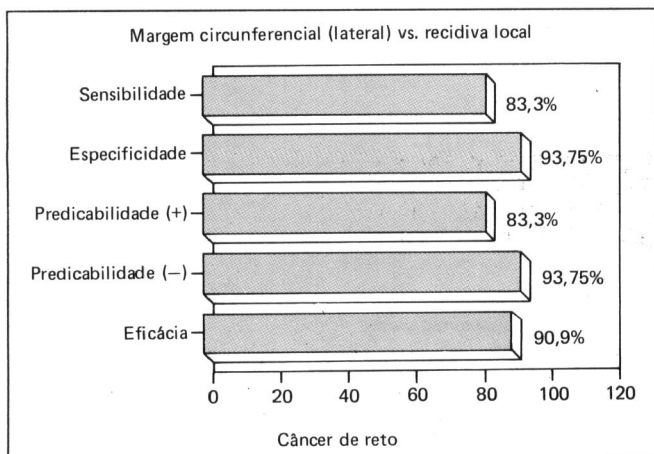


Fig. 8 - Eficácia da margem circunferencial de ressecção positiva em prever recidiva local.

Recorrência local foi diagnosticada em quatro dos cinco pacientes (80%) com MC-positiva e em um dos 15 (6,6%) dos pacientes com MC-negativa ($p < 0,005$, \bar{X}^2 test) (Fig. 7). A sensibilidade, especificidade, predictabilidade de um resultado positivo, predictabilidade de um resultado negativo e eficácia da MC-positiva de prever o aparecimento da recidiva local foram de 83%, 93%, 83%, 93% e 90%, respectivamente (Fig. 8). A taxa de recidiva local foi maior nos pacientes submetidos a ressecção abdominoperineal (3/6-50%) do que nos submetidos à ressecção anterior do reto (2/14-15%) ($p < 0,05$, \bar{X}^2 test).

DISCUSSÃO

A incidência da recidiva pélvica após ressecção de adenocarcinoma do reto é devida a vários fatores (multifatorial): margem de ressecções proximal e distal inadequadas, remoção incompleta do mesorreto, implante de células em áreas de ressecção e em linha de sutura, estágio do tumor, grau de diferenciação histológica, nível de penetração do tumor na parede retal, localização topográfica do tumor (extra ou intraperitoneal, terços superior, médio ou inferior), biologia molecular ou celular do tumor (1, 2, 9).

Recidiva pélvica é freqüente, embora às vezes difícil de diagnosticar e avaliar, apesar dos novos métodos diagnósticos (ultra-sonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética). Esta geralmente associada a baixa sobrevida de cinco anos (4%) (1).

Aproximadamente 60% das recidivas após ressecção de adenocarcinoma colorretal são locais (22% do total). A taxa de recorrência local após ressecção de adenocarcinoma do reto é similar tanto nas ressecções abdominoperineais como nas ressecções anteriores do reto (31% e 29%, respectivamente (3-4)), apesar de alguns autores apresentarem taxa de recidiva local bastante elevada (55%) (10). Por outro lado, outros autores apresentam baixa taxa de recorrência local (<15%) (11). Chama a atenção os excelentes resultados apresentados por Heald e Leicester (12): 0% de taxa de recidiva local após ressecção anterior baixa do reto por adenocarcinoma num seguimento de quatro anos. Este trabalho enfatiza a importância da ressecção completa do mesorreto.

A relação da margem distal de ressecção com a recidiva local está bem definida em vários trabalhos (13, 14). A margem clássica de 5 cm cedeu lugar a margens menores (2,5-3 cm), como mostra Williams e cols. (13) num estudo de 50 casos de câncer de reto submetidos a ressecção abdominoperineal (disseminação intramural - 0 cm = 76%; < 1 cm = 90%; > 1 cm = 10% e > 2 cm = 6%), enquanto Goligher e cols. (15), numa revisão de 1.500 peças de câncer de reto diagnosticaram 6,5% de metástase ganglionar distal ao tumor e somente 2% de disseminação retrógrada abaixo de 2 cm do tumor. Entretanto, Wolmark e Fisher (9) relataram diferença significativa com relação a recidiva local em margem menor que 2 cm (22%) e maior ou igual a 3 cm (12%).

As metástases ganglionares por câncer do reto são preferencialmente para os linfonodos que acompanham a artéria retal superior (60%) - mesorreto; já os linfonodos ilíacos internos (2,5%), das retais médias (5%) e das obturadoras (3%), são de menor incidência (16). Provavelmente devido a esta distribuição, não há consenso com relação ao aumento significativo da taxa de sobrevivência de cinco anos quando se realizam as linfadenectomias ilíacas (17-18). Entretanto, a remoção completa do mesorreto é fator primordial na baixa da recidiva local (3,6%) (11).

Apesar do tempo de seguimento destes pacientes não ser longo (média de 26 meses), no mínimo é adequado para avaliar recidiva precoce. A taxa de recidiva local encontrada neste trabalho foi significativamente maior ($p < 0,005$) nos pacientes com peças MC-positivas do que com MC-negativas. Entretanto, a diferença estatística foi pouco significativa entre as operações realizadas (RAP ou RAR) ($p < 0,5$).

A ocorrência de 80% de recidiva local precoce nos pacientes com margem circunferencial (lateral) positiva mostrada neste trabalho nos induz a correlacionar esta recorrência a ressecção cirúrgica incompleta ou inadequada. Devido à alta especificidade (93%) e predictabilidade de um resultado positivo (83%) da margem circunferencial positiva em prever o aparecimento de recidiva local, ela poderá ser utilizada como mais um indicador de tratamento complementar (radioterapia e quimioterapia). Nos casos de margem circunferencial menor que 1 mm (alto risco para recidiva local) esta conduta também deveria ser seguida.

RAMOS JR, BORGES S, PINHO M, FIGUEIREDO S, LEAL MM - Local recurrence of rectal adenocarcinoma: Clinicopathological study of the predictive value of the circumferential (lateral) resection margin.

SUMMARY: Twenty patients were operated on for rectal adenocarcinoma (14 RAR and 6 APR) and followed during 26 months. The histopathological examination of the resected specimens were made based on the recommendations of the UK Co-ordinating Committee on Cancer Research. Five of 20 (25%) specimens showed circumferential (lateral) resection margin involvement (CM-positive). There was local recurrence in four of five (80%) of the CM-positive and in one of 15 (6.6%) CM-negative ($p < 0.005$). The sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and accuracy were 83%, 93%, 83%, 93% and 91%, respectively.

KEY WORDS: rectal cancer; resection margin; local recurrence

REFERÊNCIAS

1. Yeatman TJ, Bland K. Sphincter-saving procedures for distal carcinoma of the rectum. *Ann Surg* 1989; 209: 1-18.
2. Philipshen SJ, Heiweil M, Quan SHQ. Patterns of pelvic recurrence following definitive resections of rectal cancer. *Cancer* 1983; 53: 1354-1362.
3. Cass AW, Million RR, Pfaff WW. Patterns of recurrence following surgery alone for adenocarcinoma of the colon and rectum. *Cancer* 1976; 37: 2861-2865.
4. Neville R, Fielding PL, Amendola C. Local tumor recurrence after curative resection for rectal cancer. A ten-hospital review. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 12-17.
5. Heald RJ, Ryall RDH. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1986; 1: 1479-1482.
6. Clinico-pathological staging booklet. UK Co-ordinating Committee on Cancer Research, 1989.
7. Quirke P, Durdey P, Dixon MF, Williams NS. Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection. Histopathological study of lateral tumor spread and surgical excision. *Lancet* 1986; ii: 996-999.
8. Quirke P, Dixon MF. The prediction of local recurrence in rectal adenocarcinoma by histopathological examination. *Int J Colorect Dis* 1988; 3: 127-131.
9. Wolmark N, Fisher B. An analysis of survival and treatment failure following abdominoperineal and sphincter-saving resection in Dukes' B and C rectal carcinoma. A report of this NSABP clinical trials. *Ann Surg* 1986; 204: 480-489.
10. Deddish MR, Sterns MW. Anterior resection for carcinoma of the rectum and rectosigmoid area. *Ann Surg* 1961; 154: 961-966.
11. Karanjia ND, Schache DJ, North WRS, Heald RJ. "Chose shave" in anterior resection. *Br J Surg* 1990; 77: 510-512.
12. Heald RJ, Leicester RJ. The low stapled anastomosis. *Br J Surg* 1981; 68: 333-337.
13. Williams NS, Dixon MF, Johnston D. Reappraisal of the 5 centimetres rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intramural spread and of patient survival. *Br J Surg* 1983; 70: 150-154.
14. Lazorthes F, Voigt JJ, Roques J, Chiotosso P, Chevreau P. Distal intramural spread of carcinoma of the rectum correlated with lymph nodal involvement. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 1: 45-48.
15. Goligher JC, Dukes CE, Bussey HJR. Local recurrences after sphincter saving excisions for carcinoma of the rectum and rectosigmoid. *Br J Surg* 1951; 39: 199.
16. Hojo K, Koyama Y, Moriya Y. Lymphatic spread and its prognostic value in patients with rectal cancer. *Am J Surg* 1982; 144: 350-354.
17. Glass RE, Ritchie JK, Thompson HR, Mann CV. The results of treatment of cancer of the rectum by radical resection and extended abdomino-iliac lymphadenectomy. *Br J Surg* 1985; 72: 599-601.
18. Enker WE, Philipshen SJ, Heiweil ML, Sterns MW, Hertz REL, Sternberg S. En bloc pelvic lymphadenectomy and sphincter preservation in the surgical management of rectal cancer. *Ann Surg* 1986; 293: 426-433.

Endereço para correspondência:
José Reinan Ramos
Rua Visconde Silva, 52 - 7º andar
22271-090 - Rio de Janeiro - RJ