

RESSECÇÃO DO MESO-RETO ESTÁ INDICADA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DO RETO

RENATO ARAÚJO BONARDI, TSBCP

BONARDI RA - Ressecção do meso-reto está indicada no tratamento cirúrgico do câncer do reto. *Rev bras Colo-Proct*, 1997; 17(2): 142

Enker WE, Thaler HT, Cranor ML, Polyak T. Total mesorectal excision in the operative treatment of carcinoma of the rectum. *J Am Coll Surg* 1995; 181: 335-346.

Abstrato

Muitos cirurgiões defendem a ressecção total do meso-reto para diminuir a recidiva local e aumentar a sobrevida dos pacientes com câncer do reto. No sentido de avaliar o sucesso deste procedimento, Enker e colaboradores analisaram a evolução da ressecção total do meso-reto em 246 pacientes consecutivos com câncer do reto Dukes B (T3N0M0) e C (T0N1-2M0). Os pacientes foram acompanhados a cada três ou seis meses nos últimos cinco anos. Os exames durante o acompanhamento incluíram: história detalhada e atualizada, exame físico, retossigmoidoscopia rígida; colonoscopia um ano após a ressecção e com intervalos de um a três anos a partir daí, e hemograma. Outros exames incluíram testes de função hepática, CEA a cada retorno, e Raio-X de tórax anualmente.

Dois dos 246 pacientes morreram no intra-operatório, com uma mortalidade operatória de 0,8%. O índice Kaplan-Meier de sobrevida de cinco anos para pacientes Dukes B e C foi de 74,2%. Para os pacientes estágio T3N0M0 o índice foi de 86,7%; para os pacientes com estágio T0N1-2M0, 64,0%, e para os pacientes com estágio T3N1-2M0, o índice foi de 68,0%. Dezoito pacientes (7,3%) tiveram recidivas pélvicas com ou sem metástases. O índice de recidiva pélvica para o estágio B 4% e para o estágio C 8,1% com ou sem metástases a distância, e de 3,0 e 5,8% respectivamente, na ausência de disseminação a distância. A invasão perineural e a doença N2 foram fatores de risco significativamente importantes para a recidiva pélvica. A radioterapia adjuvante não foi estatisticamente benéfica em prevenir recidivas locais.

COMENTÁRIOS

Este artigo de Enker e colaboradores enfatiza muito bem a importância da técnica cirúrgica para a ressecção dos tumores retais extraperitoneais, com especial atenção à ressec-

ção do meso-reto. Embora a sua incidência de recidivas locais é um pouco maior do que a relatada por Heald e col., e os dados são um pouco confusos com relação à aplicação seletiva de terapêutica adjuvante (radio e quimioterapia), a sobrevida de 74% em uma série grande e cuidadosamente acompanhada de pacientes de alto-risco para o desenvolvimento de recidiva local e metástase a distância, o trabalho se reveste de grande importância.

O treinamento cirúrgico no passado era de se conseguir sempre uma margem distal de segurança em torno de 2 cm, sem muita preocupação com relação às margens laterais. Nossa prática tem sido de procurar sempre a mobilização do reto como preconizada por Enker e col., Heald e col. e seccionar o meso-reto cerca de 4 cm distalmente ao tumor. Esta manobra favorece a preservação do suprimento sanguíneo do coto retal, diminuindo o risco de deiscência da anastomose. Os planos de dissecação preconizados por Enker e col. têm a vantagem de preservar a inervação autônoma da bexiga e próstata bem como evitar as lesões dos vasos pré-sacrais.

Tanto Enker como Heald puderam demonstrar de maneira convincente a necessidade da cirurgia adequada para o tratamento do câncer do reto, diminuindo o risco de recidivas locais e à distância. A sobrevida de 75% alcançada pelos autores deve servir de meta para todos os cirurgiões que tratam desta patologia. Esperamos que no futuro a capacidade profissional de realizar esta cirurgia seja reconhecida amplamente devido aos seus melhores resultados. Quem executa e como executa esta cirurgia realmente faz a diferença nos resultados habituais.

REFERÊNCIAS

1. Heald RJ, Ryall RDH. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1986; 1: 613-616.
2. McFarlane JK, Ryall RDH, Heald RJ. Mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1993; 341: 457-460.
3. NIH Consensus Conference. Adjuvant therapy for patients with colon and rectal. *JAMA* 1990; 264: 1444-1450.

Endereço para correspondência:

Renato A. Bonardi
Rua Olavo Bilac, 680
80440-040 - Curitiba - PR