

Recidiva Pélvica de Adenocarcinoma de Reto – Abordagem Cirúrgica

Local Recurrence of Rectal Cancer – Surgical Approach

RAQUEL FRANCO LEAL¹; MARIA DE LOURDES SETSUKO AYRIZONO²; JOÃO JOSÉ FAGUNDES²;
PRISCILLA DE SENE PORTEL OLIVEIRA³; SANDRO NUNES ÂNGELO⁴; CLÁUDIO SADDY RODRIGUES COY²;
JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES⁵

¹ Mestre em Cirurgia, Residência Médica em Coloproctologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); ² Professor Doutor, Grupo de Coloproctologia - DMAD – UNICAMP; ³ Residente de Cirurgia Geral – UNICAMP; ⁴ Pós-graduando em Cirurgia pela UNICAMP; ⁵ Professor Titular, Coordenador do Grupo de Coloproctologia, DMAD-UNICAMP - Campinas - São Paulo - Brasil.

LEAL RF; AYRIZONO MLS; FAGUNDES JJ; OLIVEIRA PSP; ÂNGELO SN; COY CSR; GÓES JRN. Recidiva Pélvica de Adenocarcinoma de Reto - Abordagem Cirúrgica. *Rev bras Coloproct*, 2008;28(1): 040-045.

RESUMO: A recidiva pélvica após ressecção cirúrgica do câncer do reto varia de 3% a 35% em cinco anos. A condição é de difícil manejo, sendo discutível o melhor tratamento. A radioterapia e quimioterapia podem ser utilizadas como métodos paliativos, e os melhores resultados podem ser conseguidos com a cirurgia radical. **Objetivo:** Avaliar os doentes que foram submetidos à cirurgia por recidiva pélvica no Hospital das Clínicas da Unicamp, pelo Grupo de Coloproctologia. **Casística e Métodos:** Entre 1999 e 2007, 26 doentes com recidiva pélvica após cirurgia para ressecção de câncer do reto foram avaliados. Dados clínicos, estadiamento oncológico, cirurgia realizada inicialmente, ressecabilidade cirúrgica da recidiva e seguimento foram analisados. **Resultados:** A cirurgia inicial mais comum foi a retossigmoidectomia com anastomose colorretal (46,1%). Cinco de 26 doentes apresentavam perfuração tumoral na primeira cirurgia. Linfonodos positivos foram encontrados em 53,8% dos casos, e 69,2% eram T3 ou T4. Com relação à abordagem da recidiva local, a principal cirurgia realizada foi amputação abdominoperineal do reto. A cirurgia foi considerada radical em 42,3% dos 26 doentes. A ressecção do tumor foi possível em 65,4%. O seguimento médio foi de 29,4 meses, com sobrevida global de 34,6%. **Conclusão:** Aproximadamente dois terços dos casos com recidiva local puderam ser submetidos à ressecção visando cura, com melhora na sobrevida. Esta abordagem cirúrgica deve ser encorajada em hospitais que possuem grupos multidisciplinares especializados, para a melhora da qualidade de vida de doentes selecionados.

Descritores: Adenocarcinoma retal; recidiva local; cirurgia pélvica.

INTRODUÇÃO

A recidiva pélvica do câncer do reto constitui grande desafio no seu tratamento, podendo cursar com altas taxas de morbimortalidade, envolvendo elevado custo econômico. A ressecção cirúrgica do segmento acometido com adenocarcinoma retal aliada à excisão total do mesorreto (ETM), além da neoadjuvância, tem sido preconizada para o tratamento desta afecção, com redução das taxas de recidiva local. (1,2,3,4,5,6)

No entanto, a recidiva pélvica após ressecção curativa do câncer retal, continua influenciando na sobrevida dos doentes, e constituindo importante causa de morbidade pós-operatória. Entre 3% a 35% dos doentes evoluirão com recidiva local. (3,5,6,7,8) Os fatores que estão implicados nas diferentes taxas de recidiva observadas na literatura, são aqueles relacionados à técnica operatória e à própria biologia do tumor. O estadiamento inicial da neoplasia é um dos fatores relacionados à biologia tumoral, sendo considerado o mais importante. (7) Outros, como margem cirúrgica, distân-

Trabalho realizado pelo Grupo de Coloproctologia, Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestório, (DMAD), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brasil.

Recebido em 19/10/2007

Aceito para publicação em 13/11/2007

cia do tumor em relação à linha pectínea, diferenciação celular, ocorrência de tumor perfurado, tratamento neoadjuvante e a experiência do cirurgião estão envolvidos com a recidiva local, e podem dificultar a comparação dos resultados.

Apesar de haver grande aceitação por parte dos cirurgiões para indicação de ressecção de metástases pulmonares ou hepáticas, o mesmo não ocorre para recidiva local do câncer do reto. No entanto, este procedimento é, na maioria dos casos, a única opção que pode alterar o prognóstico de maneira significativa dos doentes. (8,9,10)

A sobrevida em cinco anos nos casos de recidiva pélvica sem intervenção cirúrgica é menor que 5%, e o tempo médio de sobrevida é de sete meses. (11) A sobrevida com ressecção cirúrgica varia de 20 a 30% em cinco anos. (12,13) O tratamento com radioterapia e quimioterapia são métodos paliativos para os sintomas de dor pélvica, e o tempo médio de sobrevida é de 10 a 17 meses nestas situações. (11,14)

Aproximadamente 50% dos doentes com recidiva pélvica de adenocarcinoma retal apresentam o tumor apenas na pelve, sem evidência de metástases à distância, e são potenciais candidatos para a excisão cirúrgica. (15,16,17,18) O procedimento cirúrgico pode envolver exenteração pélvica total até sacrectomia, devendo ser realizado por equipe cirúrgica habilitada e em casos selecionados. (19,20,21)

O objetivo deste estudo foi analisar os casos de recidiva pélvica operadas pelo Grupo de Coloproctologia – Unicamp, destacando os aspectos clínicos, cirurgias realizadas e seguimento dos doentes.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Realizou-se estudo retrospectivo de 26 doentes operados de recidiva pélvica no período de 1999 a 2007, sendo 73,1% do sexo masculino, com média de idade de 51,8 (32 - 70) anos no momento da cirurgia. Destes, 10 eram provenientes de outros Serviços. Os outros 16 recidivaram a partir de um total de 241 doentes portadores de adenocarcinoma retal operados na Unicamp, onde de rotina, além da neoadjuvância, são feitas excisão total do mesorreto e linfadenectomia lateral em casos selecionados. Todos os tumores iniciais localizavam-se nos 10 cm distais do reto. Foram avaliados os dados epidemiológicos, tipo de ressecção na primeira cirurgia, diagnóstico anatomopatológico, tipo

de abordagem cirúrgica da recidiva pélvica e acompanhamento pós-operatório.

RESULTADOS

Foi realizada radioterapia antes da primeira cirurgia em todos os doentes operados neste Serviço e apenas em quatro vindo de outros. Quanto à quimioterapia pré-operatória, todos os doentes deste Serviço foram submetidos ao tratamento, enquanto a mesma foi realizada em três dos outros.

Em relação à cirurgia inicial, 12 doentes (46,1%) tinham sido submetidos à retossigmoidectomia e anastomose colorretal, 10 (38,5%) à amputação abdominoperineal do reto, dois (7,7%) à cirurgia de Hartmann, e outros dois (7,7%) à retocolectomia total com anastomose ileoanal (Figura 1).

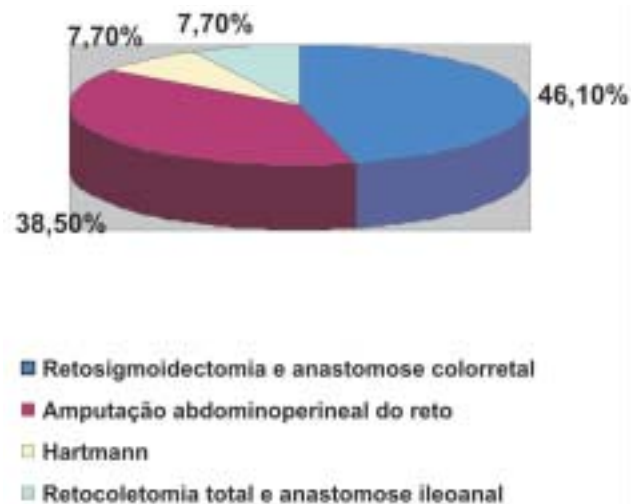


Figura 1 - Cirurgias realizadas inicialmente para abordagem do adenocarcinoma retal.

Ainda em relação à primeira cirurgia, em 21 doentes não havia sítio de fixação local, em quatro havia um sítio de fixação, e em outro, mais de um sítio de fixação. Em apenas um doente havia sido realizada linfadenectomia lateral na primeira cirurgia. Houve cinco casos de perfuração tumoral detectada no ato cirúrgico.

Em relação ao laudo anatomopatológico, linfonodos positivos (N1 ou N2) estavam presentes em 14 casos (53,8%), e margem cirúrgica comprometida em um outro. Todos eram adenocarcinomas, sendo 88,5% moderadamente diferenciados, 11,5% bem diferenciados. Quanto ao acometimento transmural do órgão, 69,2% eram T3 ou T4.

Foi possível ressecção em bloco do tumor em 17 casos (65%), sendo que a laparotomia foi não terapêutica nos demais (35%). As cirurgias de ressecção realizadas estão descritas na Tabela 1.

O tempo médio de seguimento, após a cirurgia devido à recidiva, foi de 29,4 (2 – 60) meses, sendo que a sobrevida global neste período foi de 34,6% (nove doentes), enquanto que a sobrevida livre de doença foi de 30,8% (oito doentes). A taxa de ressecabilidade nas cirurgias para recidiva pélvica foi de 65,4%.

Dois doentes, casos mais recentes da casuística, foram submetidos à tomografia com emissão de pósitrons (PET-CT), demonstrando hipercaptação pélvica pré-sacral, confirmando tratar-se de recidiva local de adenocarcinoma retal por meio do estudo anatomopatológico da peça cirúrgica (Figura 2).

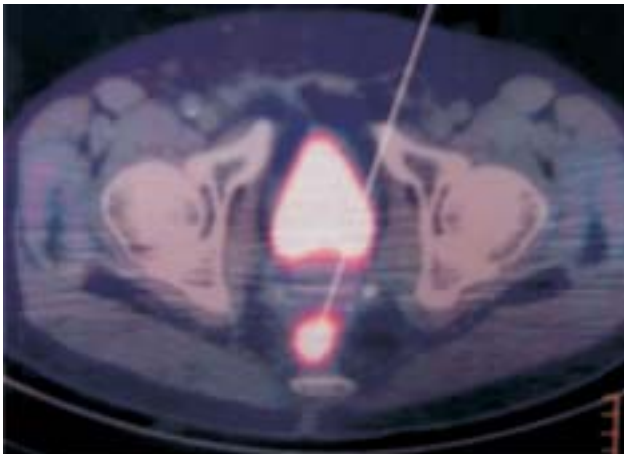


Figura 2 - Aspecto do PET-CT (corte transversal) de doente com recidiva pélvica de adenocarcinoma retal.

DISCUSSÃO

A taxa de recidiva pélvica local de adenocarcinoma retal tem reduzido de modo significa-

tivo com o emprego da radio e quimioterapia pré-operatórias e técnicas cirúrgicas como a excisão total do mesorreto.^(2,22) Entretanto, apesar do tratamento oncológico otimizado, uma proporção de doentes curarão com recidiva pélvica. Em 50% dos casos não haverá outro sítio da doença, além do tumor pélvico. Adicionado a este fato, além da radio e quimioterapia paliativas, existe apenas a ressecção cirúrgica como opção de cura da doença.^(7,14,15)

A sobrevida após a cirurgia para ressecção de recidiva pélvica foi de 34,6% em 29,4 meses de seguimento. Estes resultados foram semelhantes aos da literatura, na qual se pode encontrar taxas de sobrevida em cinco anos variando de 18 a 58%.^(14,19,22,23,24)

Verificou-se que 38,5% dos doentes vieram encaminhados de outros Serviços, uma vez que o estudo foi realizado em hospital terciário. Nota-se que a maioria dos casos apresentava estágio avançado na ocasião do tratamento do tumor inicial, sendo que 53,8% apresentavam metástases linfonodais, e 69,2% eram T3 ou T4 pelo estadiamento TNM. O doente que apresentava margem de ressecção cirúrgica microscópica distal comprometida na cirurgia inicial, havia sido encaminhado de outro Serviço na ocasião da recidiva. Esta era pélvica e não da anastomose, quando avaliado por colonoscopia. Apesar deste fato, o envolvimento da margem distal de ressecção está associado à recidiva local, sendo considerado a principal causa mencionada em algumas séries na literatura.^(25,26,27,28)

A taxa de ressecabilidade nas cirurgias para recidiva pélvica foi de 65,4%, próximo ao encontrado por Bedrosin e col.⁽²⁹⁾, que verificaram aproximadamente 60% de ressecabilidade nestes casos, e superior ao referido por Boyle e col.⁽⁷⁾, (36,8%).

A principal cirurgia realizada para abordagem da recidiva pélvica local foi a amputação

Tabela 1 - Tipos de ressecção cirúrgica para abordagem da recidiva pélvica.

Cirurgias realizadas	Doentes	%
Colectomia segmentar ou total e anastomose coloanal ou ileoanal	5	29,4
Amputação abdominoperineal do reto *	6	35,3
Exenteração pélvica	4	23,5
Cistoprostatectomia radical e exérese de vértebras sacrais e cóccix	1	5,9
Exérese de linfonodomegalia pélvica próximos aos vasos ílfacos	1	5,9
Total	17	100

* Retirada do cóccix em um doente.

abdominoperineal do reto (35,3%), sendo que em dois doentes houve necessidade de ressecção das duas últimas vértebras sacrais e cóccix, com boa evolução. A sacrectomia pode beneficiar doentes selecionados possibilitando a remoção completa do tumor.^(19,30,31,32) Melton e col.⁽¹⁹⁾ referiram recidiva em dois anos de 47%, e em cinco anos de 85% dos doentes, após ressecção da recidiva com a remoção de vértebras sacrais e cóccix. Em um destes pacientes, além da sacrectomia foi necessária realização de cistoprostatectomia.

Cirurgia radical foi realizada em 11 doentes (42,3%), sendo esta maior, quando comparada à casuística relatada por Hahnloser e col.⁽²¹⁾ de 304 doentes submetidos à ressecção de recidiva pélvica. Destes, apenas em nove realizou-se cirurgias mais ampliadas. Esta diferença pode ser devido ao fato de neste último grupo se ter disponível a radioterapia intra-operatória e braquiterapia. A vantagem teórica desta modalidade terapêutica seria o melhor direcionamento da radioterapia no tumor evitando-se, simultaneamente, o dano às estruturas vizinhas normais. A braquiterapia foi utilizada na Unicamp há 15 anos atrás, em uma pequena série de doentes com resultados insatisfatórios.

A dificuldade do diagnóstico da recidiva pélvica do adenocarcinoma do reto tem sido

minimizada pelo advento da tomografia com emissão de pósitrons (PET-CT). Apesar de não ser disponível a todos os doentes, naqueles em que foi empregada na suspeita de recidiva pélvica, houve benefício significativo, tendo sido realizada em dois doentes desta casuística. A diferenciação entre tecido fibrótico residual da primeira cirurgia e tecido tumoral, além de excluir doença extrapélvica, são os principais fatores diferenciais com relação ao uso do PET-CT.^(33,34,35,36) A tendência é a utilização rotineira nestes casos.

CONCLUSÃO

A cirurgia para ressecção de recidiva pélvica de adenocarcinoma retal deve ser encorajada em grandes centros com equipes treinadas para realização de cirurgias pélvicas radicais, como as exenterações ou sacrectomias, além de reconstruções urinárias quando necessárias. Constitui procedimento com morbimortalidade aceitável, sobrevida considerável, podendo melhorar a qualidade de vida dos doentes. O emprego do PET-CT nestes casos deve ser sempre que possível realizado, a fim de selecionar os doentes que poderão se beneficiar da ressecção cirúrgica da recidiva pélvica.

ABSTRACT: Local recurrence after rectal cancer resection varies between 3 to 35% in five years. The condition has difficult management, and little is known about the best treatment. Radiotherapy and chemotherapy can be used as paliative methods, and the best results are achieved with radical resection. Purpose: To evaluate patients submitted to surgery for pelvic recurrence by the Coloproctology Unit at Clinical Hospital of Unicamp. Methods and Patients: Between 1999 and 2007, 26 consecutive patients with locally recurrence after rectal cancer surgery were evaluated. According to clinical data, tumor stage at the first surgery, recurrence resectability and follow-up were analyzed. Results: The most common initial surgery was retossigmoidectomy with colorectal anastomosis (46,1%). Of the 26 patients, five had tumor perforation at the first surgery. Positive lymphnodes were found in 53,8% and 69,2% were classified as T3 or T4 staging. In relation to surgery for local recurrence, the principle was abdominoperineal amputation of the rectum. Radical surgery was performed in 42,3% of the cases. The resection of the tumor was possible in 65,4%. The mean follow-up period was 29,4 months, with an overall survival of 34,6%. Conclusion: Approximately two-thirds of patients with locally recurrent rectal cancer can be submitted for surgical resection, improving survival. This surgical intervention should be encouraged in hospitals with multidisciplinary teams to improve quality of life in selected patients.

Key words: Adenocarcinoma of the rectum; local recurrence; surgery.

REFERÊNCIAS

1. Wibe A, Rendedal PR, Svensson E, Norstein J, Eide TJ, Myrvold HE et al. Prognostic significance of the circumferencial resection margin following total mesorectal excision for rectal câncer. Br J Surg 2002;89(3):327-34.
2. Kapiteijn E, Marijnen CA, Nagtegaal ID, Putter H, Steup WH, Wiggers T et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. N Engl J Med 2001;345(9):638-46.

3. 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;2(8514):996-9.
4. MacFarlane JK, Ryall RD, Head RJ. Mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1993;341:457-60.
5. Maslekar S, Sharma A, MacDonald A, Gunn J, Monson JRT, Hartley JE. Mesorectal grades predict recurrences after curative resection for rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2007;50(2):168-175.
6. Rodel C, Grabenbauer GG, Matzel KE, Schick C, Fietkau R, Papadopoulos T et al. Extensive surgery after high-dose preoperative chemoradiotherapy for locally advanced recurrent rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2000;43:312-9.
7. Boyle KM, Sagar PM, Chalmers AG, Sebag-Montefiore D, Cairns A, Eardley I. Surgery for locally recurrent rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2005;48:929-937.
8. Suzuki K, Dozois RR, Devine RM, Nelson H, Weaver AL, Gunderson LL et al. Curative reoperations for locally recurrent rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1996;39:730-6.
9. Wanebo HJ, Antoniuk P, Koness RJ, Levy A, Vezeridis M, Cohen SI et al. Pelvic resection of recurrent rectal cancer: technical considerations and outcomes. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1438-48.
10. Lopez-Kostner F, Fazio VW, Vignali A, Rybicki LA, Lavery IC. Locally recurrent rectal cancer: predictors and success of salvage surgery. *Dis Colon Rectum* 2001;44:173-8.
11. Rao AR, Kagan AR, Chan PM, Gilbert HA, Nussbaum H, Hintz BL. Patterns of recurrence following curative resection alone for adenocarcinoma of the rectum and sigmoid colon. *Cancer* 1981;48:1492-1495.
12. Shoup M, Guillem JG, Alektiar KM, Liau K, Paty PB, Cohen AM et al. Predictors of survival in recurrent rectal cancer after resection and intraoperative radiotherapy. *Dis Colon Rectum* 2002;45:585-92.
13. Yamada K, Ishizawa T, Niwa K, Chuman Y, Akiba S, Aikou T. Patterns of pelvic invasion are prognostic in the treatment of locally recurrent rectal cancer. *Br J Surg* 2001;88:988-93.
14. Heriot AG, Tekkis PP, Darzi A, Mackay J. Surgery for local recurrence of rectal cancer. *Colorectal Disease* 2006;8:733-747.
15. McDermott FT, Hughes ES, Pihl E, Johnson WR, Price AB. Local recurrence after potentially curative resection for rectal cancer in a series of 1008 patients. *Br J Surg* 1985;72:34-7.
16. Sagar PM, Pemberton JH. Surgical Management of locally recurrent rectal cancer. *Br J Surg* 1996;83:293-304.
17. Wiggers T, de Vries MR, Veeze-Kuypers B. Surgery for local recurrence of rectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1996;39:323-8.
18. Welch JP, Donaldson GA. The clinical correlation of an autopsy study of recurrent colorectal cancer. *Ann Surg* 1979;189:496-502.
19. Melton GB, Paty PB, Boland PJ, Healey JH, Savatta SG, Casas-Ganem JE et al. Sacral resection for recurrent rectal cancer: analysis of morbidity and treatment results. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1099-1107.
20. Garcia-Aguilar J, Cromwell JW, Marra C, Lee SII, Madoff RD, Rothenberger DA. Treatment of locally recurrent rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2001;44:1743-8.
21. Hahnloser D, Nelson H, Gunderson LL, Hassan I, Haddock MG, O'Connell MJ et al. Curative potential of multimodality therapy for locally recurrent rectal cancer. *Ann Surg* 2003;237(4):502-8.
22. Palmer G, Martling A, Cedermark B, Holm T. A population-based study on the management and outcome in patients with locally recurrent rectal cancer. *Ann Surg Oncol* 2007;14(2):447-54.
23. Reerink O, Mulder NH, Botke G, Sluiter WJ, Szabó BG, Plukker JT et al. Treatment of locally recurrent rectal cancer, results and prognostic factors. *Eur J Surg Oncol* 2004;30(9):954-8.
24. Ghout L, Portier G, Kirzin S, Guimbaud R, Lazorthes F. Surgical treatment of recurrent locoregional rectal cancer. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31(1):55-67.
25. Nagtegaal ID, Marijnen CA, Kranenburg EK, Van De Velde CJ, van Krieken JH. Circunferencial margin involvement is still an important predictor of local recurrence in rectal carcinoma: not one millimeter but two millimeters is the limit. *Am J Surg Pathol* 2002;26:350-7.
26. Adam IJ, Mohamdee MO, Martin IG, Scott N, Finan PJ, Johnston D et al. Role of circunferencial margim involvement in the local recurrence of rectal cancer. *Lancet* 1994;344(8924):707-11.
27. Birbeck KF, Macklin CP, Tiffin NJ, Parsons W, Dixon MF, Mapstone NP et al. Rates of circunferencial resection margin involvement vary between surgeons and predict outcomes in rectal cancer surgery. *Ann Surg* 2002;235(4):449-57.
28. Haas-Kock DF, Baeten CG, Jager JJ, et al. Prognostic significance of radial margins of clearance in rectal cancer. *Br J Surg* 1996;83:781-5.
29. Bedrosian I, Giacco G, Pederson L, Rodriguez-Bigas MA, Feig B, Hunt KK et al. *Dis Colon Rectum* 2006;49(2):175-82.
30. Cohen AM, Minsky BD. Aggressive surgical management of locally advanced primary and recurrent rectal cancer. Current status and future directions. *Dis Colon Rectum* 1990;33:432-8.
31. Temple WJ, Ketcham AS. Sacral resection for control of pelvic tumors. *Am J Surg* 1992;163:370-4.
32. Zacherl J, Schiessel R, Windhager R, Herbst F, Karner-Hanusch J, Kotz R et al. Abdomino sacral resection of recurrent rectal cancer in the sacrum. *Dis Colon Rectum* 1999;42(8):1035-40.
33. Arulampalam TH, Costa DC, Loizidou M, Visvikis D, Ell PJ, Taylor I. Positron emission tomography and colorectal cancer. *Br J Surg* 2001;88:176-89.

34. Watson AJ, Lolohea S, Robertson GM, Frizelle FA. The role of positron emission tomography in the management of recurrent colorectal cancer: a review. *Dis Colon Rectum* 2007;50(1):102-114.
35. Dias AR, Nahas SC, Camargo EE, Nahas CS. Recent evidences of the use of 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography in the management of colorectal câncer. *J Surg Educ* 2007;64(2):114-119.
36. Schaefer O, Langer M. Detection of recurrent rectal cancer with CT, MRI and PET/CT. *Eur Radiol* 2007;17(8):2044-54.

Endereço para correspondência:

RAQUEL FRANCO LEAL
Rua Patativa, 170
Bonfim – CEP 13034-810
Campinas, São Paulo
Tel. -19-32844803
raquellal@mpc.com.br
rgoes@mpcnet.com.br