

TRATAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL AVANÇADO

Mesa-Redonda realizada no 34^o Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, no Rio de Janeiro, 1984

Presidente: Pedro Henrique Saraiva Leão (CE)
Moderador: Daher Cutait (SP)
Secretário: João Altmayer Gonçalves (RS)*
Participantes: Nelmar de Araújo Andrade (MG)
Flávio Antonio Quilici (SP)
Raul Cutait (SP)
Angelita Habr-Gama
Ary Frauzino Pereira (RJ)**

Convidamos a todos os presentes para participarem da Mesa-Redonda sobre "Tratamento do Câncer Colorretal Avançado" tendo como Moderador, Dr. Daher Cutait; Secretário, Dr. João Altmayer Gonçalves; na ausência do Presidente, Dr. Pedro Henrique Saraiva Leão, nós assumimos a presidência dos trabalhos. Essa mesa-redonda terá: 1) Conceito de Câncer Colorretal Avançado. Critérios de Ressecabilidade, Dr. Nelmar de Araújo Andrade (MG); 2) Ressecções Paliativas e Tratamentos Complementares, Dr. Flávio Antonio Quilici (SP); 3) Diagnóstico e Conduta na Metástase Hepática, Dr. Raul Cutait (SP); 4) Conduta na Recidiva Pélvica e Perineal, Dra. Angelita Habr-Gama (SP); 5) Cirurgia Alargada: Indicações, Téc-

nicas e Resultados, Dr. Ary Frauzino Pereira (RJ). Eu passo a palavra ao Dr. Daher Cutait.

Daher Cutait: Eu quero agradecer ao convite honroso que me foi feito pela Sociedade Brasileira de Colo-Proctologia, através da sua diretoria, para moderar essa mesa-redonda sobre o Tratamento do Câncer Colorretal Avançado. É assunto de permanente atualidade, uma vez que toda hora nos deparamos com doentes que apresentam lesões avançadas locais ou metástases à distância, com possibilidade reduzida de cura definitiva, quaisquer que sejam as condutas seguidas, como as ressecções, o uso de radioterapia nas mais diferentes modalidades e dosagens, o uso da quimioterapia, sob as inúmeras formas e aplicações, indo desde a administração por via oral até as modernas bombas de infusão arterial no tratamento das metástases hepáticas.

É evidente que numa sessão como essa, não é possível abordar todos os aspectos do tratamento do câncer avançado. A Comissão Diretiva, mui sabiamente, selecionou alguns aspectos que ela considera relevantes e importantes para serem discutidos e convidou também destacadas figuras da colo-proctologia do Brasil para vir apresentar aqui a sua experiência e discutir os assuntos que lhes foram fixados ou determinados. Então, eu acho que nós estamos com uma equipe de cirurgiões e colo-proctologistas bastante experientes e fazem parte desta mesa o Dr. Nelmar de Araújo Andrade, que é assistente de clínica cirúrgica da Santa Casa de Belo Horizonte, chefia-

* Não compareceu à Mesa-Redonda, tendo assumido a presidência o Dr. João Altmayer Gonçalves

** Não compareceu, tendo comparecido em seu lugar o Dr. Jurandyr de Almeida Dias.

da pelo professor Célio Nogueira, e uma figura bastante importante da colo-proctologia de Minas Gerais, uma vez que chefia o Setor de colo-proctologia desse serviço e vai nos apresentar sua larga experiência, que somam quase duzentos casos tratados, muitos dos quais em estado de câncer avançado. O outro colega que faz parte desta mesa é o professor Flávio Antonio Quilici, uma das mais importantes figuras da Colo-Proctologia Nacional que vai nos falar sobre Ressecções Paliativas e Tratamentos Complementares e eu sei que ele também faz quimioterapia, então ele vai nos apresentar sua experiência sobre o assunto. O terceiro elemento desta mesa é o Dr. Raul Cutait, que é assistente de clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina, trabalha no Serviço de Colo-Proctologia e tem uma experiência também bastante razoável no que concerne ao Diagnóstico e sobretudo ao tratamento das Metástases Hepáticas. Além disso, nós teremos a participação ativa da professora Angelita Habr-Gama, nome sobremaneira conhecido e nem necessita de apresentação; no momento chefia o Serviço de Colo-Proctologia do Hospital das Clínicas em São Paulo, é uma figura conhecida nacional e internacionalmente e que vai nos dar a sua experiência na Conduta na Recidiva Pélvica e Perineal. Finalmente, nós teríamos aqui a presença do Dr. Ary Frauzino Pereira, que por motivos de força maior, não pôde comparecer, mas mandou um dos seus assistentes, Dr. Jurandyr de Almeida Dias, que vai apresentar a vastíssima experiência adquirida no Serviço do Dr. Ary Frauzino, sobre a Cirurgia Alargada. Embora ele não esteja presente, nós sempre gostamos de prestar uma homenagem ao Dr. Ary Frauzino, pelo que ele tem feito em relação a esses doentes que são desesperançosos, doentes com carcinomas avançados e nos quais ele executa cirurgias, às vezes, até excessivamente ampliadas. Eu costumo dizer sempre em público que o Dr. Ary Frauzino é um cirurgião meio louco, porque ele faz cirurgias que pouca gente faz. Ele é capaz de fazer hemicorporectomias para curar um doente que tem um câncer da pélvis. Mas isso mostra o seu enorme senso de responsabilidade e para ele eu sempre dirijo as minhas homenagens.

O nosso tempo é bastante limitado e eu vou dar a palavra em primeiro lugar ao Dr. Nelmar de Araújo Andrade, que vai falar sobre Conceito de Câncer Colorretal Avançado e Critérios de Ressecabilidade. Eu queria pedir a cada um dos participantes que limitassem a sua exposição, se possível, a doze minutos ou treze minutos no máximo, para que nós possamos ter algum tempo de sobra para discutir e também ouvir a opinião e

poder responder às opiniões dos colegas que estão aqui presentes participando desta reunião.

Nelmar de Araújo Andrade: Revendo a literatura, verificamos que não existe um conceito clássico, bem estabelecido, de câncer colorretal avançado. Então, conceituaríamos como câncer colorretal avançado, o tumor que ultrapassa a parede colorretal atingindo os tecidos pericólicos, órgãos ou estruturas adjacentes, linfonodos do mesocolo, provocando metástase à distância (**Figs. 1, 2 e 3**).

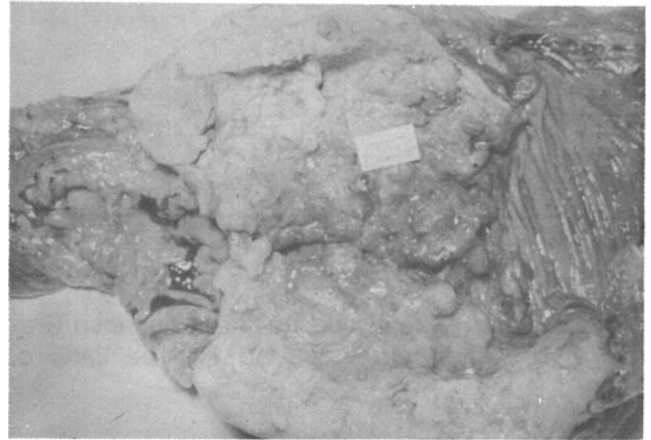


Fig. 1 – Volumoso tumor ultrapassando a parede cólica.

Este é um critério puramente anatômico e ao lado deste, colocaríamos um subgrupo que não se enquadra dentro dos princípios aqui estabelecidos, mas que pode ser classificado como câncer colorretal avançado devido a seu mau prognóstico. Seriam então aqueles tumores que se instalam em portadores de retocolite ulcerativa de longa duração, como sabemos de prognóstico muito ruim, e

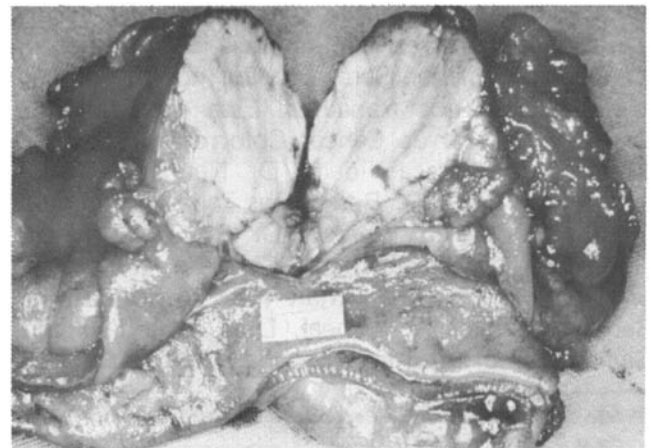


Fig. 2 – Tumor do sigmóide invadindo o mesocólon.

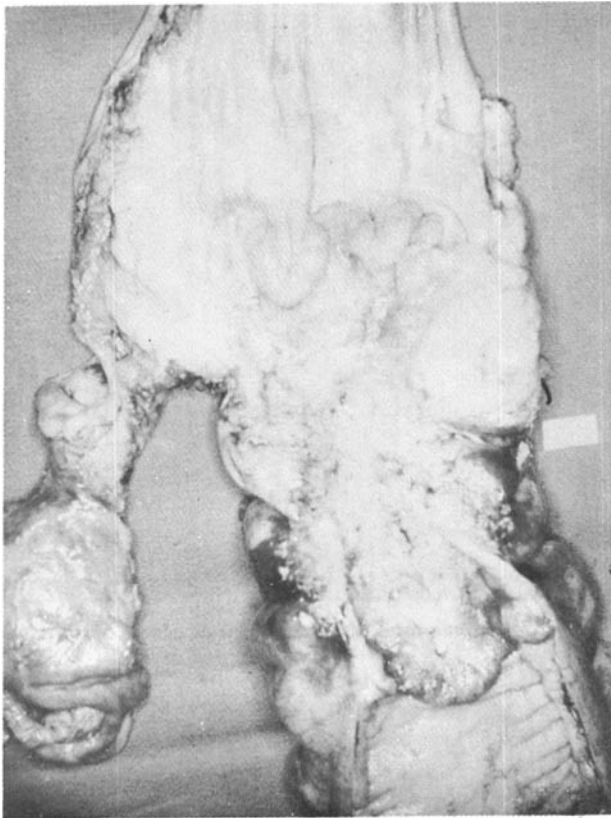


Fig. 3 – Tumor do reto invadindo a parede posterior da vagina e colo do útero.

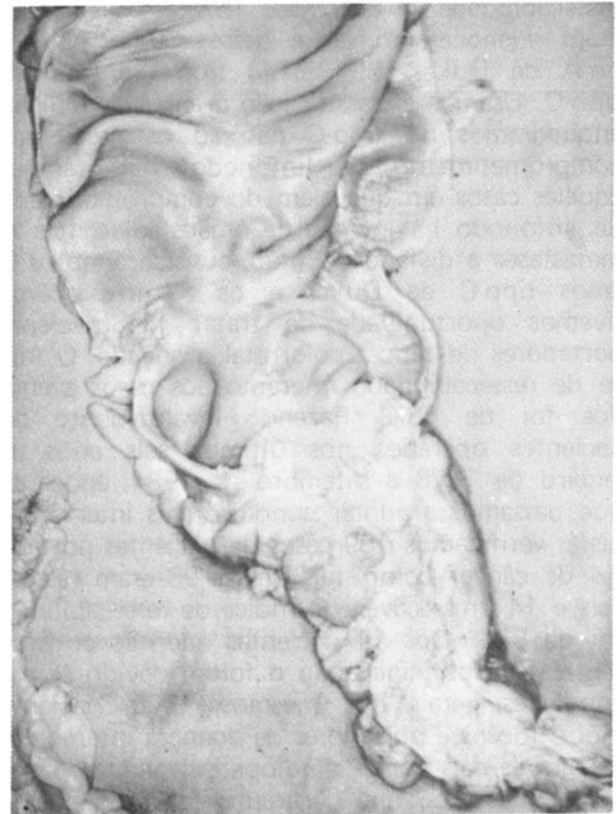


Fig. 4 – Tumor obstrutivo do sigmóide. Observar a grande dilatação da luz intestinal a montante da lesão.

os tumores obstrutivos, principalmente do cólon esquerdo, que também são de mau prognóstico. Nos casos de obstrução intestinal por câncer, mesmo que se consiga fazer uma cirurgia com finalidade curativa, a sobrevivência de cinco anos raramente ultrapassa 30%. Estas lesões não se enquadram nos critérios anteriores, mas comportam-se geralmente como tumores de mau prognóstico, que devem ser considerados e tratados como câncer avançado (**Fig. 4**).

Num levantamento efetuado de janeiro de 1966 a setembro de 1984, tivemos a oportunidade de tratar de 194 casos de pacientes com câncer colorretal. A incidência de metástase hepática nesse grupo foi 12,37% e 22 pacientes, 11,84%, foram operados em vigência de obstrução intestinal.

A medicina tem evoluído de maneira rápida e progressiva, de modo que conceitos estabelecidos numa determinada época, têm que ser revistos, reavaliados e modificados. Há 20 anos, a tendência no serviço onde trabalhamos era evitar ressecções alargadas quando o tumor era avançado. Procurava-se efetuar operações paliativas evitando-se as grandes ressecções, devido ao risco cirúrgico aumentado deste tipo de tratamento. Os

doentes portadores de tumores avançados estavam sujeitos a morbidade e mortalidade elevadas em relação ao pequeno benefício proporcionado por estas operações. Nesses casos optávamos por condutas menos agressivas, como derivações tipo colostomias, derivações internas etc. Portanto, os casos de carcinomatose peritoneal, invasão e congelamento pélvico, metástase a distância e invasão a órgãos, estruturas adjacentes eram considerados irremediáveis.

Atualmente, com o progresso da medicina, proporcionando um bom suporte pré e pós-operatório, equilíbrio hidroeletrólítico adequado e principalmente correção dos distúrbios nutricionais pudemos mudar radicalmente nossa conduta. De uma tendência conservadora passamos a uma conduta mais agressiva, mais intervencionista, recomendando a ressecção sempre que possível. Isso pode não ser benéfico ao doente, do ponto de vista de prognóstico, mas proporciona uma sobrevivência mais confortável, sem dor, diarreia e sangramento. Atualmente evitamos a ressecção somente quando há invasão e fixação do tumor à pélvis, e carcinomatose peritoneal.

Dos 194 doentes por nós tratados, 157 foram ressecáveis e 37 irremediáveis, com um índice de

ressecabilidade de 80%. Dos 157 ressecados, 98% eram adenocarcinomas e desses 19 (12,33%) tipo A de Dukes, 55 (35,7%) tipo B e 80 (52%) tipo C. Usamos a classificação original de Dukes e enquadrámos no tipo C não só os casos com comprometimento de linfonodo, mas também aqueles casos em que além do comprometimento de linfonodo há invasão de órgãos adjacentes ou metástases a distância. Então, considerando os 80 casos tipo C de Dukes e os 37 irresssecáveis, tivemos oportunidade de tratar 117 pacientes portadores de câncer colorretal avançado. O índice de ressecabilidade referente aos casos avançados foi de 68%. Fazendo levantamento dos pacientes operados nos últimos seis anos, de janeiro de 1978 a setembro de 1984, época em que passamos a adotar conduta mais intervencionista, verificamos 109 casos de pacientes portadores de câncer colorretal. Destes 95 eram ressecáveis e 14 irresssecáveis. O índice de ressecabilidade foi de 87%. Dos 14 pacientes que não puderam ser ressecados, cinco não o foram devido às más condições gerais dos mesmos. Eram pacientes muito idosos e portadores de doenças intercorrentes graves, tais como, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias etc., que contra-indicavam operações alargadas. Três doentes eram portadores de metástase hepática, três tinham a pélvis congelada e três carcinomatose peritoneal.

Nos casos de lesões obstrutivas do cólon esquerdo, sempre que possível, efetivamos a colectomia total ou subtotal, com anastomose ileorretal ou ileossigmoidiana em um tempo operatório no sentido de melhorar o prognóstico e evitar o risco cumulativo de operações sucessivas (**Fig. 5**).

As ressecções hepáticas parciais estão indicadas nos casos de metástase hepática única ou múltiplas situada em um dos lados hepáticos (**Fig. 6**).

Outro fator que contribuiu para o aumento da ressecabilidade do câncer colorretal avançado é o tratamento adjuvante, principalmente o tratamento radioterápico, especialmente nos casos de câncer de reto. Nestes casos a irradiação se limita à pélvis, diminuindo a possibilidade de lesões actínicas nos demais órgãos abdominais. A radioterapia pode ser empregada tanto no pré, como no pós-operatório, ou associada no pré e no pós-operatório.

A radioterapia pré-operatória proporciona a redução de tumores volumosos, facilitando sua ressecção e a diminuição do número de células neoplásicas disseminadas no campo operatório.

O tratamento radioterápico pós-operatório está indicado nos casos de lesões malignas avançadas do reto, que invadem estruturas vizinhas da

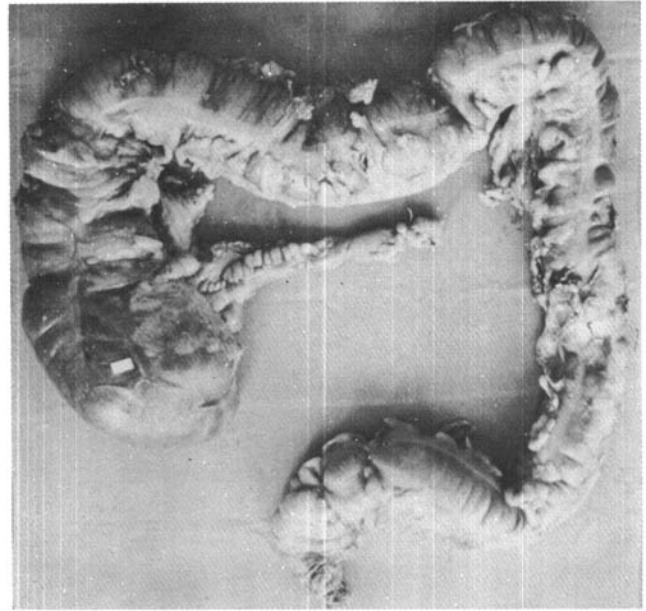


Fig. 5 – Colectomia total para tratamento de câncer obstrutivo do sigmóide.

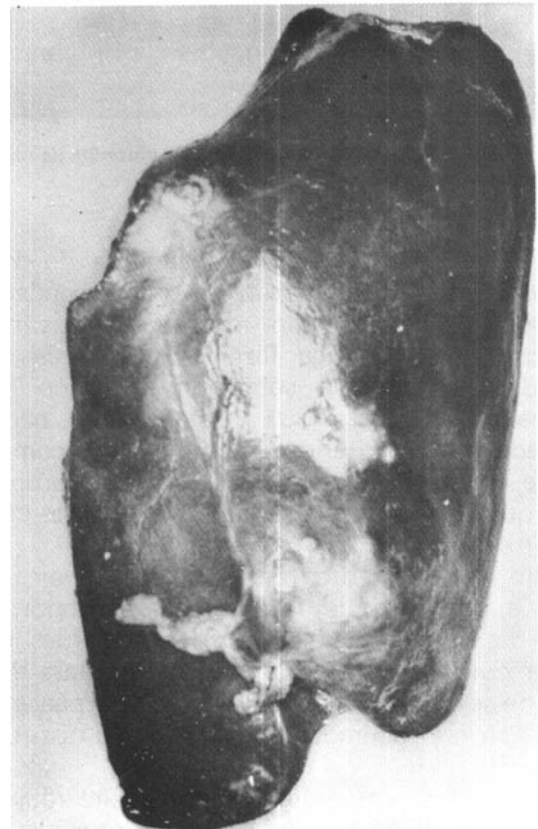


Fig. 6 – Hepatectomia esquerda. Metástases hepáticas de adenocarcinoma do cólon.

pélvis impedindo a completa ressecção do tumor. Nestas condições os tecidos neoplásicos remanescentes são marcados com clips metálicos e posteriormente irradiados. Os tumores retais volumosos submetidos a ressecção anterior paliativa e

anastomose colorretal com margem de segurança inadequada também podem se beneficiar com o tratamento radioterápico complementar, diminuindo a incidência de recidiva na linha de anastomose, prolongando a sobrevivência deste doente.

Nossa experiência com a radioterapia pós-operatória se limita a um pequeno número de casos com período curto de observação, o que impede uma avaliação mais objetiva deste método de tratamento complementar.

Até o momento não existem elementos comprobatórios que a quimioterapia antineoplásica possa contribuir para melhorar o índice de ressecabilidade no câncer colorretal avançado.

Eram estas as considerações que tínhamos a fazer a respeito do tema proposto e terminamos agradecendo à direção deste Congresso o honroso convite para participar desta mesa-redonda, ao lado de renomados colegas da proctologia brasileira.

Daher Cutait: Nós agradecemos ao Dr. Nelmar e damos a palavra ao Dr. Flávio Antonio Quilici, que vai falar sobre "Ressecções Paliativas e Tratamentos Complementares" e vou pedir novamente que se limitem ao tempo que foi estipulado.

Flávio Antonio Quilici: Agradeço em nome de minha Universidade, o honroso convite e o assunto que me cabe é o tratamento do câncer colorretal. Vem tendo uma modificação de filosofia, havendo um novo enfoque para esse tratamento, objetivando alcançar melhores resultados na sobrevivência desses pacientes. Hoje, faz-se um protocolo multidisciplinar do tratamento, o qual envolve o cirurgião, o quimioterapeuta, o radioterapeuta e o imunoterapeuta, não só no câncer colorretal avançado, mas fundamentalmente em todo o câncer colorretal.

Para abordar o assunto que me diz respeito "Ressecções Paliativas e Tratamentos Complementares", entrarei um pouco no assunto que o Dr. Nelmar já abordou, ou seja, as ressecções paliativas. É muito difícil, realmente, o cirurgião dizer quando é que a cirurgia é curativa e quando é que ela é paliativa. Ninguém aqui, eu acho, poderia afirmar, no momento em que acaba a cirurgia, ter certeza que realizou uma cirurgia curativa. A definição aceita de ressecção paliativa é aquela da exérese da lesão primária na presença de metastização, seja por continuidade ou por via linfática, ou por via sangüínea.

O tratamento coadjuvante tem a sua indicação dependendo da localização e da extensão do tumor primário, ou da localização de metastiza-

ção. Assim, posso dizer aos senhores, que esses tratamentos coadjuvantes podem ser orientados, a serem realizados ou de uma forma cruenta (pelo próprio cirurgião), ou de uma forma incruenta.

O cruento, é o assunto que já abordou o Prof. Nelmar, são as ressecções alargadas, que têm hoje nova filosofia, porque esses tumores avançados, a despeito de invadirem as estruturas adjacentes, podem apresentar características biológicas favoráveis em alguns casos, com histologia bem diferenciada, crescimento lento e metastização tardia melhorando o prognóstico quando da sua ressecção.

Em vista disto, realizo ressecções amplas como em tumores de reto com esvaziamento pélvico, englobando bexiga e ou próstata no homem, ou na mulher, retirando útero, vagina e anexos. Tumores colônicos invasivos que englobam íleo são retirados. Tumores extensos de colo direito são ressecados, mesmo quando têm invasão linfática importante. Mas acho que há um limite para essas ressecções e este limite, cada cirurgião deve fazê-lo. Na minha opinião, o limite para as ressecções alargadas está na metastização hepática, na invasão extensa de períneo, na metastização pulmonar que engloba grande parte do pulmão, e ou na metastização ósseo-craniana. Julgo que nesses casos, a agressão cirúrgica não irá aumentar a sobrevivência do paciente e provavelmente também não irá ajudá-lo na qualidade de vida, o que é muito mais importante. Nos casos em que a qualidade de vida não será realmente alterada com o ato cirúrgico agressivo e nem a sua sobrevivência, prefiro então não fazer a ressecção alargada.

Outras vezes, além das ressecções alargadas, podemos também realizar a retirada das metástases à distância, como exemplo, num tumor de Krukemberg, por invasão de um tumor primário de sigmóide, realizo a retirada dos ovários; na metástase única de fígado na qual posso realizar uma hepatectomia parcial; numa metástase única de pulmão, mesmo sendo extensa, posso indicar a lobectomia. Até mesmo na presença de metástase cerebral, tenho dois pacientes que apresentaram metástase única cerebral, e o neurocirurgião da Universidade optou pela ressecção dessa metástase com craniotomia e a sobrevivência destes pacientes, com qualidade de vida muito boa, foi de três anos.

A linfadenectomia é outra possibilidade do tratamento coadjuvante cruento no qual, durante a cirurgia, faz-se uma linfadenectomia acompanhando a artéria aorta e as mesentéricas.

E por fim a ligadura, durante o ato cirúrgico, da artéria hepática para diminuir a vascularização

do fígado com metastização e outras vezes da artéria retal superior quando há invasão tumoral da pelve, são métodos auxiliares de tratamento.

Mas são os métodos incruentos os que têm também muito auxiliado na sobrevida destes pacientes. São a radioterapia, a quimioterapia e a imunoterapia.

Na radioterapia, começo abordando a pré-operatória que é utilizada principalmente para os tumores de reto, local onde têm apresentado seu melhor resultado. É utilizada também para melhorar ou aumentar a ressecabilidade dos tumores do cólon. Nos tumores de reto, algumas técnicas já estão padronizadas, como a técnica do sanduíche com 500 reds na véspera da cirurgia e 4.500 reds no pós-operatório imediato, dependendo da classificação anatomopatológica do tumor ressecado. Ou com a realização de 5.000 reds e cirurgia de sessenta a noventa dias após, ou 4.000 reds associado à quimioterapia pré-operatória e cirurgia imediata.

Em trabalho recente, realizei a randomização de quarenta pacientes portadores de tumor de reto, em que vinte foram submetidos à radioterapia com 4.000 reds, com quimioterapia pré-operatória e cirurgia imediata e os outros 20 pacientes com radioterapia de 5.000 reds e a cirurgia sessenta dias após, mostrando que a evolução tumoral foi muito boa em ambos, quase não houve complicações pré-operatórias, mas as complicações intra-operatórias foram acentuadas no grupo dos 5.000 reds e muito menos acentuadas para os com 4.000 reds e quimioterapia.

Se estes 40 pacientes submetidos à radioterapia pré-operatória terão alteradas as possibilidades quanto à sua sobrevida, ainda não temos tempo suficiente para julgar, mas esperamos que haverá uma melhoria do prognóstico desses pacientes.

A radioterapia intra-operatória requer um custo operacional muito alto e não poderei abordar, porque no Brasil ainda não é realizada.

A pós-operatória é utilizada paliativamente, no tratamento do tumor residual, no tratamento da recidiva e também para a analgesia neoplásica.

A Quimioterapia, essa sim tem sido muito empregada. A pré-operatória, geralmente associada a radioterapia. A intra-operatória, podendo ser arterial, venosa, pélvica ou peritoneal, já foi muito utilizada, hoje nem tanto. É realizada durante o ato cirúrgico, colocando-se um cateter na artéria hepática, por exemplo, e com uma bomba de infusão, faz-se a quimioterapia intra-operatória diretamente no fígado, quando este apresenta metástases.

A quimioterapia pós-operatória, na minha opinião é a que talvez tenha possibilitado um melhor

prognóstico destes doentes. Os resultados que tenho obtido, porque utilizo de rotina a quimioterapia pós-operatória para os tumores B e C de Dukes, comparativamente com os outros autores que não fazem a quimioterapia e simplesmente fixam-se ao tratamento cirúrgico, é que a sobrevida tem sido alterada, isto é, aumenta-se a sobrevida dos pacientes submetidos à quimioterapia pós-operatória.

Para finalizar a Imunoterapia: a imunoterapia inespecífica que pode ser realizada com o BCG oral ou concentrado por escorificação, ou parenteral intradérmica e o levamisole oral. O que posso dizer aos senhores é que na imunoterapia inespecífica modifica, realmente, a imunidade desses pacientes, mas do ponto de vista da resposta individual desses pacientes ao tumor, é uma incógnita e não tenho certeza se realmente a imunoterapia inespecífica possa ajudar no seu prognóstico.

O futuro ficaria para a imunoterapia específica, que ainda é, na minha opinião, a esperança do tratamento do câncer colorretal, e provavelmente não mais chamaremos cirurgiões para essas mesas-redondas, mas sim imunoterapeutas. Com o isolamento, talvez, de uma macroglobulina da célula cancerosa, provocaremos uma reação antígeno-anticorpo e uma imunização efetiva dos pacientes aos tumores.

Para terminar, gostaria de deixar claro, que a despeito dos métodos coadjuvantes terem melhorado as condições de sobrevida destes pacientes, ainda o prognóstico do câncer colorretal é tanto mais favorável quanto mais precoce for o seu diagnóstico. Obrigado.

Daher Cutait: Muito obrigado ao Dr. Flávio pela bela apresentação.

Tem a palavra o Dr. Raul Cutait, que vai fazer alguns comentários sobre "Diagnóstico e Conduta na Metástase Hepática". Peço também ao Dr. Raul que se limite ao tempo.

Raul Cutait: O diagnóstico e tratamento das metástases hepáticas recebeu um grande impulso na última década, com o advento de novos métodos de imagens, que permitiram fazer o diagnóstico das metástases e em muitas vezes, inclusive, com precisão de localização. Com isso, a conduta em relação às metástases hepáticas pode ser facilmente alterada. Outro fator importante que aconteceu foi que nos últimos anos, várias experiências foram relatadas com ressecções hepáticas mais ampliadas e que demonstraram, ao contrário do que se pensava até o início da década de 70, que a mortalidade, a morbidade,

podem ser perfeitamente controláveis, e mais que os resultados dessas ressecções são relativamente promissores para o número considerável de pacientes. Então, nós procuraremos nos próximos 12 a 13 minutos mostrar o que tem acontecido em relação ao diagnóstico e ao tratamento das metástases hepáticas.

O diagnóstico pode ser feito, evidentemente, através de exame físico, tanto pela hepatomegalia ou pela presença de nodulações no parênquima hepático, pode ser feito em caráter intra-operatório, através da inspeção, da apalpação do fígado, salientando apenas que nódulos localizados dentro do lobo direito, mais próximo ao ligamento falsiforme, podem, muitas vezes, não ser palpáveis, pela própria espessura do parênquima hepático. Existem determinantes bioquímicos, que dão uma idéia da presença de metástases que são fosfatase alcalina e a gama G T. Esta é uma idéia indireta, uma vez que estão alteradas quando existe em geral alguma alteração da função hepática. Mas, especificamente, o que se pode dizer, é que existe um marcador biológico, por todos conhecidos, que é o antígeno carcinoembrionário, que embora não seja um marcador específico para câncer de cólon, permite sugerir a presença de metástases hepáticas em pacientes portadores de câncer. Em geral, os pacientes com metástases hepáticas têm o antígeno carcinoembrionário elevado. Lembro de um caso de uma paciente que teve o seu reto amputado por uma lesão baixa e que o CEA nunca chegou a baixar a níveis normais, pelo contrário, tendeu a se elevar progressivamente no correr de dois anos. Essa paciente foi investigada exaustivamente, sob o ponto de vista de tomografias, RX, mapeamentos ósseos, etc. e nunca se pôde encontrar nenhuma lesão. Foi-lhe indicada cirurgia de reavaliação, "second look", a qual ela recusou logo no início da elevação do CEA e surpreendentemente a elevação se manteve entre os níveis 15, chegando até a 20 praticamente. Nesse ponto, após dois anos, a paciente concordou em ser operada e no intra-operatório, com todos os exames negativos, foi encontrada uma lesão hepática e a hepatectomia realizada, o que resultou numa queda bastante acentuada do seu CEA, logo dez dias após essa ressecção hepática.

Mas o grande avanço de diagnóstico foi obtido principalmente com o aparecimento da ultra-sonografia e da tomografia computadorizada, e o uso de ressonância magnética que está sendo agora introduzida no mercado; não existe ainda uma grande experiência nos centros que estão usando esse método, mas a impressão que existe é que ele dá uma fidelidade para diagnóstico de imagens

equivalente à dos outros exames tipo tomografia. A cintilografia hepática, depois do advento da tomografia e da ultra-sonografia, praticamente deixou de ser empregada. Assim como a arteriografia hepática, que é um excelente método para diagnóstico de metástases, mas é mais invasivo e mais inconveniente para o paciente. Dessa maneira, o ultra-som tem prestígio, porque além de dar o diagnóstico da metástase, é um exame não muito caro, principalmente para o nosso meio, esse aspecto precisa ser bem compreendido. Porém, na nossa opinião a tomografia computadorizada permite uma avaliação mais rigorosa, embora em alguns trabalhos de literatura, os números de diagnóstico, de fidelidade de diagnóstico, tanto para tomografia, como para ultra-sonografia sejam mais ou menos equivalentes; e nós podemos diagnosticar lesões únicas ou lesões múltiplas.

Temos também a arteriografia, que permite a realização desse tipo de diagnóstico, que são imagens de vários nódulos pouco ligados. Lembrar que as metástases hepáticas são irrigadas principalmente pelo fígado.

O último exame, que é pouco utilizado para pesquisa de metástase em câncer colorretal, que é a laparoscopia.

Uma vez que foi feito o diagnóstico de metástase hepática, o que fazer com esses pacientes? Durante muito tempo, a conduta clássica foi abandonar os pacientes à sua própria história natural, isto é, deixar que a evolução ocorresse sem maiores interferências, uma vez que não era possível se oferecer grandes recursos terapêuticos. É importante diferenciar, nessa história natural, os pacientes que têm maior ou menor envolvimento do parênquima hepático. Então, aqueles que têm metástases disseminadas, têm uma sobrevida média de três meses, aqueles que têm múltiplas metástases, têm uma sobrevida média de dez meses e aqueles que apresentavam metástase solitária uma sobrevida média de dezesseis meses segundo o trabalho de Woods e colaboradores. Os resultados publicados em literaturas são mais ou menos semelhantes a esses.

Tendo em vista esse prognóstico bastante reservado dos portadores de metástase hepática, vários métodos terapêuticos foram desenvolvidos no correr dos anos e sem dúvida o único que oferece a possibilidade de cura para esses pacientes é o tratamento onde se faz a ressecção dos nódulos metastáticos. Pode-se fazer ressecções, desarterização hepática de várias maneiras, quimioterapia intravascular arterial e eventualmente até a radioterapia e muitos autores fazem uma mixagem desses métodos, associando-os de maneiras as mais variadas.

As indicações para as ressecções hepáticas hoje são limitadas aos pacientes que têm lesão única ou então que têm múltiplos nódulos localizados no mesmo lobo hepático. Existem alguns cirurgiões que na presença de uma grande metástase à direita, por exemplo, e encontrando um pequeno nódulo à esquerda, procedem a hepatectomia direita fazendo uma ressecção em cunha, uma ressecção menor na lesão do outro lobo. Essa é uma conduta perfeitamente aceitável e talvez dê uma chance, se não de cura, pelo menos de um tempo de sobrevida maior para esses pacientes. As ressecções são dirigidas de acordo com o tamanho e a localização das metástases. Então, metástases pequenas, localizadas superficialmente, são passíveis de tratamento por ressecções em cunha. Metástases localizadas em segmentos definidos que possam ser ressecados sem a ligadura prévia dos pedículos são passíveis de segmentectomias. E quando a localização e o tamanho não permitem que se faça uma ressecção mínima ampliada, então os pacientes são submetidos ao que se chama de hepatectomias, direita, direita ampliada, trisegmentectomia esquerda, esquerda ampliada. Então, existe a possibilidade técnica hoje de se fazer ressecções e o mais importante, que a mortalidade pós-operatória, que era alta até quinze anos atrás, hoje, é bastante controlável. Nas últimas grandes séries, publicadas nos últimos dois, três anos, a mortalidade intra-operatória ou pós-operatória imediata é em torno de 5%.

Também temos aqui uma coletânea de dez séries, publicadas de 1976 a 1984, onde 507 pacientes são avaliados. A sobrevida de cinco anos nesse grupo é de 27%, mas os dados são importantes, porque 55% desses pacientes sobrevivem três anos, algo que não conseguiriam sem a ressecção da metástase e 55% dos pacientes também sobreviveram dois anos dessas séries e com uma mortalidade, bastante aceitável, de 7,5% em todas as séries, variando de zero até 11%.

A ressecção hepática é um método, hoje, perfeitamente bem tolerado pelos pacientes, principalmente quando os grupos que a realizam têm maior vivência sobre o assunto e também é um tipo de tratamento que permite uma sobrevida mais adequada. A incisão preferida por nós é a subcostal bilateral e quando houver necessidade prolongando-se verticalmente até o apêndice xifóide e se necessário, inclusive abrir-se parcialmente o esterno.

A drenagem é importante para que se previna as complicações e nós fazemos ou com drenos tubulares múltiplos tipo "penrose" ou então com "portovac" tomando o cuidado de usar aqueles de maior calibre, de maior diâmetro.

As complicações mais importantes são: sangramento intra-operatório, maior em pacientes com ressecções mais ampliadas, a insuficiência hepática pode acontecer nesses pacientes eventualmente ou principalmente nos que fazem as cirurgias mais ampliadas, icterícia prolongada observada em alguns desses pacientes e uma complicação bastante perigosa que são os abscessos de loja hepática.

A nossa casuística inicial dos últimos dois anos e meio contém seis pacientes submetidos a ressecções, alguns deles apresentaram metástases na sua seqüência, mas outros continuam sem sinais de doença.

Muito obrigado e esses são os comentários que eu gostaria de tecer a respeito das ressecções hepáticas.

Daher Cutait: Muito obrigado ao Dr. Raul.

Temos o prazer agora de ouvir a Professora Angelita Habr-Gama, que vai falar sobre "Conduta na Recidiva Pélvica e Perineal". Eu também pediria à Professora Angelita que tentasse se controlar no horário, porque nós daqui a pouco temos que entregar a mesa para outro simpósio.

Angelita Habr-Gama: Queria aproveitar a ocasião para agradecer a oportunidade conferida para trocar idéia sobre assunto tão importante, e ao mesmo tempo tão desapontante em seus resultados.

Define-se como recidiva local a evidência de neoplasia na anastomose, próximo à anastomose, incisão abdominal, local do dreno ou no períneo (*Pollet, 1984*).

As recidivas loco-regionais após o tratamento do câncer do reto são altas. Em revisão de 11 das últimas referências publicadas na literatura e que inclui uma série de 2.193 casos, a ocorrência de recidiva regional foi de 26,9% comparada com o de 10,8% para as à distância. Cerca de 80% das recidivas ocorrem nos dois primeiros anos depois da operação.

Os índices de recidiva variam de acordo com uma série de fatores destacando-se: grau de diferenciação do tumor, estadiamento histopatológico, presença de complicações, experiência do cirurgião, tipo de operação, margens de ressecção. Naturalmente, dependendo do rigor no seguimento pós-operatório e nos métodos usados para a detecção, os resultados variam de cirurgião para cirurgião.

Quais as causas das recidivas? Como já foi mencionado há fatores inerentes ao tumor, ao hospedeiro e ao cirurgião. Como já foi mencionado pelos cirurgiões que me precederam, os

tumores menos avançados, com menor propagação intramural e linfática sem invasão de órgãos vizinhos, têm menores índices de recidivas. Os tumores tipo A de Dukes, por exemplo, apresentam índices de cerca de 5%, enquanto que nos tipo C, os índices chegam em algumas casuísticas até 50%. Entretanto, mesmo em tumores considerados ao ato cirúrgico como de bom prognóstico podem apresentar micrometástases não detectáveis, ou pode o cirurgião durante a manipulação disseminar células viáveis, que escamando do tumor, implantam-se em outros tecidos. Outras vezes, tumores que poderiam ser tratados de forma curativa são ressecados de maneira inadequada e as recidivas, na realidade, representam mais propriamente ressecções incompletas.

Discute-se, ainda, na literatura a superioridade da amputação do reto sobre as operações de conservação do ânus. Em revisões de casuísticas recentes e da observação de nossos próprios doentes os índices, tanto de sobrevida, como de recidivas locais são semelhantes quando ambas operações são bem indicadas e bem praticadas.

Quanto à margem de ressecção distal do tumor, também as opiniões divergem na literatura; trabalhos recentes e importantes, principalmente o de *Pollet e Nichols* (1983), têm dado ênfase para a obtenção de resultados independentes do tamanho da margem; entretanto, gostaria de chamar atenção que em minha experiência passei a observar alguns casos de recidiva após anastomose baixa feita com grampeador, seguramente porque o tamanho das margens não foi semelhante ao que sempre considerei necessário, e que voltei a adotar, e que consiste em um mínimo de 3 cm. Experiência semelhante é referida por *Tanak* (1982) que apresentou índice de 13% de recidiva com margem cirúrgica maior que 3 cm e de 33% com margem menor que 3 cm. É importante ressaltar que a dissecação do reto na pelve deve ser feita de maneira alargada, incluir todo o meso-reto e os ligamentos laterais — esta dissecação deve ser semelhante quer o cirurgião pratique amputação do reto, ressecção anterior ou operação de abaixamento do cólon.

Durante o ato cirúrgico as vísceras aderidas ou comprometidas devem ser ressecadas em bloco; linfadenectomia aórtica deve ser praticada salvo tratar-se de doente idoso, de alto risco ou muito obeso. Quanto à linfadenectomia pélvica os japoneses vêm advogando os benefícios obtidos conseguindo melhoras significantes quanto à sobrevida e recidivas locais.

Quanto ao diagnóstico das recidivas, leva-se em consideração a história clínica e exame físico, incluindo a endoscopia nas operações de conserva-

ção do ânus; a sonografia pélvica, intra-retal ou intra-vaginal; a tomografia computadorizada auxiliada ou não por punção com agulha. A dosagem do antígeno carcinoembrionário que é parâmetro de extrema importância na detecção de metástases à distância, tem valor limitado na detecção de metástases locais.

A história clínica, caracterizada por dor abdominal ou perineal, tenesmos, dificuldade para evacuar, sangramento, é fortemente sugestiva de ocorrência de recidiva e deve ser muito valorizada. A dor ocorre em cerca de 5 a 8% dos doentes com recidiva neoplásica, dependendo da idade, sexo, grupo cultural e racial. Deve-se diferenciar a dor que tem instalação precoce, da tardia. A precoce pode ser do tipo fantasma ou ser conseqüente à patologia actínica, ou tóxica por quimioterapia.

Apesar da sofisticação da metodologia moderna tem sido verificado na literatura que a detecção precoce da recidiva não influi no prognóstico do doente.

Quanto ao tratamento das recidivas pélvicas este tem como objetivos:

a) ressecção do tumor recidivado, quando isto for julgado possível após avaliação clínica e propedêutica.

b) alívio dos sintomas: oclusão, dor, tenesmo, hemorragia.

O tratamento cirúrgico pode consistir em ressecção do tumor de maneira local ou por meio de uma nova anastomose; por uma cirurgia de amputação de reto, de esvaziamento pélvico ou somente em uma colostomia. A escola japonesa vem praticando cirurgia alargada para tratamento das recidivas e que inclui ressecção do sacro, do íleo, ou mesmo hemicorporectomia. Entretanto, ainda não conseguimos aceitar esta conduta por considerarmos a qualidade de sobrevida como não aceitável, pois é nossa premissa que devemos tratar o doente e não o tumor.

Quando o tratamento cirúrgico, baseando-se em conhecimentos sobre a operação anterior ou no exame físico local e exames sonográficos ou tomográficos não tiver indicação, ou quando for impossível sua realização, a radioterapia tem indicação importante para o tratamento da dor e da hemorragia.

Quando a dor é persistente, em uma primeira fase, lança-se mão de analgésicos simples, como o pizotifeno, de antiinflamatórios como a indometacina, de antidepressivos tricíclicos como o triptanol ou tofranil, de fenotiazínicos como amplicitil, ou de analgésicos opiáceos mais potentes.

Quando estas medidas passam a ser ineficazes, passa-se para uma segunda fase, podendo-se fazer uso das seguintes medidas:

- 1) Opiáceos – via peridural toracolombar
- 2) Neurólise química das raízes sacrais
- 3) Rizotomia sacral (dores perineais)
- 4) Mielotomia lombossacral
- 5) Cordotomia cervical ou torácica
- 6) Talamotomia, hipotalamotomia
- 7) Estimulação elétrica intermitente transcutânea

nea

Os resultados do neurocirurgião Manoel J. Teixeira quanto ao tratamento da dor são os seguintes:

	Ótimo	Bom	Regular	Mau	Total
Rizotomia sacral	4	4	3	1	12
Cordotomia cervical unilateral	30	4	3	1	38
Cordotomia cervical bilateral	3	1	2	–	6
Mielotomia cervical	–	3	–	–	3
Total					59

Retenção urinária: 13
Incontinência urinária: 3

Minha experiência pessoal na abordagem das recidivas figura nas tabelas:

Tabela 1 – Amputação de reto – 305 casos

Tipo de tratamento	Nº recidivas
Ressecção local	2
Radioterapia	20
Cirurgia para dor	6
Analgesia	18
Total	46(15%)

Tabela 2 – Ressecção anterior – 210 casos

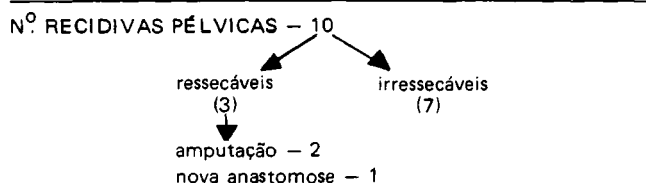
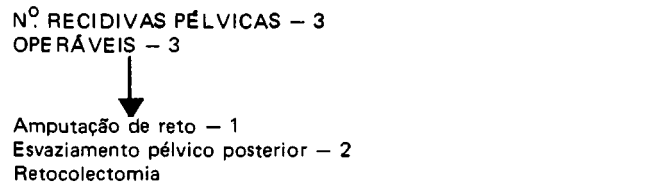


Tabela 3 – Retocollectomia abdominoanoal com anastomose colo-anal retardada – 120 casos



Daher Cutait: Eu queria agradecer à Dr^a Angelita Habr-Gama e pediria à assistência, àqueles que querem fazer alguma pergunta, que o façam por escrito e dirijam à mesa, por obséquio, para depois serem respondidas pelos participantes.

Para terminar a parte de relatórios tem a palavra o Dr. Jurandyr de Almeida Dias, que vai falar em nome do Dr. Ary Frauzino Pereira, que não pôde comparecer a esta sessão.

Jurandyr de Almeida Dias: Em primeiro lugar eu queria agradecer a oportunidade em nome do Dr. Ary Frauzino, que não pôde comparecer, por estar representando o Instituto Nacional de Câncer do Brasil na Conferência da Itália, o que foi uma coisa tratada de última hora na Organização Mundial da Saúde. De modo que eu procurarei mostrar aqui a experiência e mais ou menos a filosofia de tratamento do Instituto Nacional de Câncer.

Pelas características do Instituto Nacional de Câncer, ele sendo um centro regional, nós praticamente recebemos lá grande contingente de pacientes já tratados em outros hospitais e em estado dínico bastante avançado, e vamos inicialmente apresentar algo sobre câncer de reto em 101 casos, já naquela época levantados mostrava o nosso enfoque clássico, em termos da cirurgia como primeira opção de tratamento.

Nós sempre salientamos que a grande chance do paciente de ser curado é na primeira cirurgia e aí as indicações cirúrgicas são as cirurgias extensas, com aqueles princípios básicos da cirurgia oncológica de ressecção tridimensional, ligadura vascular e linfadectomia.

Apesar disso, nossa sobrevida, nos casos levantados foi de apenas 13,3%, mas isso não deve esmorecer, porque quando pensamos no tratamento de pacientes, não podemos julgar se o paciente está na faixa dos 70 ou dos 30%. Para ele, cada caso é 100%. Assim, cabe ao cirurgião o melhor tratamento possível para a cura daquele paciente.

Casos muito avançados, logicamente, nos obrigam apenas a ressecções paliativas, e nesses casos não teremos nenhuma possibilidade de ressecção e

nenhuma intenção de usar qualquer forma de terapêutica complementar. Às vezes, esses tumores não estão exuberantes, não chocam os olhos, mas estão escondidos pela parede abdominal, mas são tão exuberantes que invadem regionalmente a parede abdominal.

Como eu lhes disse, freqüentemente aparecem lesões manipuladas em outros hospitais e com recidivas logo-regionais. Isso não deve impedir o tratamento agressivo desses casos, que pode resultar em alguma melhoria em pós-operatório imediato.

Um grande fator dessas ressecções cutâneas foi o das cirurgias combinadas, multidisciplinares, com o uso de retalhos miocutâneos.

Falando sobre ressecções de câncer avançado, chamo a atenção aos casos de cólon direito, com invasão loco-regional. Tanto a parede quanto as estruturas do delgado, ureter e rim direito podem ser ressecados. Então, isso não é problema do ponto de vista de tratamento. Eu friso isso, porque de todas as modalidades de tratamento que se tenha esperança, ainda é a cirurgia o que dá melhor resultado. Não adianta nós ficarmos aqui fazendo conjecturas a respeito de tratamentos supostos ou de futuro, se a nossa realidade é a cirurgia. E pelo fato de recebermos pacientes já tratados em outros hospitais, já chegamos à firme conclusão de que aqueles pacientes que nos apresentam, geralmente com seis meses após uma laparotomia e considerados irressecáveis, são os melhores pacientes para serem tratados agressivamente. Por quê? Apesar de uma laparotomia, de um estadiamento cirúrgico, esses se apresentam com doença loco-regional. Mostrou o comportamento biológico do tumor.

As lesões de cólon esquerdo freqüentemente invadem o pâncreas e o baço e são ressecadas em bloco. Do lado esquerdo, geralmente quando há doença, eu friso bastante, é loco-regional, ela pode ser totalmente esvaziada. Nada impede que se retire o tumor em bloco. Eu quero chamar atenção que não cabe ao cirurgião começar a dissecar, fazer corte de congelações das aderências, para poder saber se essa aderência é neoplásica ou não. Do ponto de vista de cirurgia oncológica toda aderência ao tumor deve ser considerada como invasão direta. Então, a ressecção deve passar ao largo dessas aderências.

Freqüentemente o estômago está invadido e a ressecção deve ser planejada, se ela vai ser curativa ou paliativa. Se forem paliativas as ressecções devem ser em cunha apenas margeando a lesão para evitar as fístulas gastrocólicas, que são de prognóstico bastante ruim e levam a uma piora do estado geral do paciente por problemas

nutricionais bastante graves, como é fácil perceber.

Já na pélvis, a continência do arcabouço pélvico nos limita muito a ressecabilidade. Aqui, já no exame clínico, a presença de dor, irradiando-se para os membros, dor medial, já é um mau prognóstico. Nesses casos, nós tentamos com a radioterapia pré-operatória aumentar a ressecabilidade. Em alguns casos de pacientes que chegam ao hospital com colostomia, rotulados como irressecáveis, temos feito a radioterapia pré-operatória e conseguido a ressecção. No homem essa ressecção é mais trabalhosa e quando na parte do reto inferior, há invasão da loja prostática. Nós não julgamos conveniente fazer essa interação pélvica, a não ser em casos absolutamente selecionados. Seria preciso uma evolução caprichosa, apenas no sentido anterior, para ter um tumor passivo de ressecção pélvica com isenção pélvica no homem.

Na mulher, a ressecção anterior, sua relação com a vagina sempre nos leva a uma conduta de escolha dos vazamentos pélvicos anteriores, razão anatômica que possibilita uma ressecção bastante conveniente e adequada e oncológica perfeita, se é que nós podemos falar assim.

Em casos de tumor de reto é que o paciente freqüentemente nos dá uma pista da invasão no sistema urinário. Nunca é demais ressaltar que o exame clínico, a conversa com o paciente, pode nos dar a pista da invasão no sistema urinário, que pode ser demonstrada por uma cistografia. Nesses casos sempre existe uma história de pneumatúria ou fecalúria e é comprovado que toda vez que o cirurgião entra no campo já com o planejamento adequado, ele tem mais condições de executar melhor o seu tratamento.

Em alguns casos de disseminação, a ressecção da bexiga se faz necessária e sempre falando que por vezes não cabe ao cirurgião saber qual a margem. Tem que passar em tecido sadio. Se é passivo de ressecção completa, não se deve temer uma ressecção da bexiga. Na maioria dos casos, felizmente, a ressecção parcial de bexiga é o suficiente para retirar as aderências tumorais.

Uma fístula do ureter com a vagina leva a uma segunda intervenção com o reimplante do ureter. Então, às vezes, querendo economizar uma ressecção leva-se a uma complicação pós-operatória, que leva um manuseio muito maior do paciente e com riscos maiores. É preferível, nestes casos, já que se vai fazer uma opção de ressecção, fazê-la completamente. Não poupar o ureter, ressecar em área sadia e fazer o reimplante.

Um ureter bem vascularizado, implantado, é

melhor prognóstico do que um mau vascularizado.

Na cirurgia do câncer deve ser feita sempre a tentativa consciente de ressecção não intempestiva, não devemos nunca queimar uma etapa, sempre tendo que avaliar todos os pedículos, para que não façamos uma ressecção por obrigação, então, ligamos um pedículo e não podemos voltar atrás.

Chamamos a atenção que alguns casos apresentam invasão loco-regional do duodeno e do pâncreas. Neste caso, nós não julgamos conveniente a ressecção do duodeno, pancreatectomia, junto com uma colectomia direita. Embora outros façam, nossa experiência é que a morbidade é muito grande e não justifica o procedimento e em dois casos apresentamos que além da invasão loco-regional existe a fístula cutânea. Nesses casos fazemos a derivação gastroileal e ileocólica, desfuncionalizando a parte do tumor.

Nós queremos mostrar rapidamente um outro problema de ressecção de recidiva ao nível da colostomia por manuseio talvez inadequado, isso é muito difícil julgar, mas nesses casos o paciente não deve ser colectomizado. A ressecção extensa da parede junto com a alça e a transposição da colostomia deve ser um fator a ser pensado e executado.

Existem pacientes, às vezes, com grandes massas, seis meses após a confecção de uma colostomia em outros serviços, evoluindo com bom estado geral, o que deve encorajar o cirurgião para a indicação cirúrgica.

Concluindo, esses pacientes, cujo tumor tem um crescimento loco-regional, portanto a classificação D3, mais elaborada, esses devem encorajar ao cirurgião a fazer ressecções mais extensas, porque eles têm um bom prognóstico e o paciente, geralmente, tem um bom estado geral que permite essa realização.

Daher Cutait: Eu pergunto se alguém deseja fazer alguma pergunta para os expositores? Eu tenho uma série de perguntas, se não tiver ninguém que queira fazer perguntas por escrito, eu pediria que passasse o primeiro slide.

Eu fiz uma série de pequenas perguntas para serem respondidas pelos apresentadores dos temas, e a primeira é: Qual o seu conceito de câncer colorretal avançado? Os senhores viram que existe uma dúvida, e não quer dizer, porque estão tomados os gânglios da região, isso possa significar um câncer avançado; é aquele câncer que não pode ser extirpado cirurgicamente, aquele câncer que tem metástases à distância, esse é um câncer avançado. Então, eu queria fazer uma

pergunta ao Dr. Flávio.

Qual é o seu conceito de câncer avançado?

Flávio: Dr. Daher, nós começamos exatamente tentando abordar esse assunto. Realmente o conceito é muito difícil, o que é curativo e o que é paliativo, mas vamos dizer assim; do ponto de vista didático, para uma exposição desse tipo, nós preferimos definir como aquele câncer em que já há presença de metástases, sendo essas metástases ressecáveis ou não.

Daher: A segunda pergunta, por favor. Peço à Dr.^a Angelita que responda a essa pergunta. O valor da quimioterapia no câncer de vasos colorretais. Peço que diga se está contente com o tratamento ou se não está.

Angelita: Eu acho que a quimioterapia isolada na recidiva do câncer do reto não serve. Eu acho que ela tem valor quando associada no câncer do reto, o assunto de hoje é reto. A quimioterapia tem valor, quando associada à radioterapia para potencializar o efeito da radioterapia.

Daher: Na metástase hepática, a quimioterapia tem algum efeito?

Angelita: Bem, eu não tenho números, porque a nossa equipe de quimioterapeutas ainda não pode avaliar, a evolução é muito pequena, mas a impressão que nós temos é que a quimioterapia, seja isolada, seja associada a outros métodos para as metástases, por via sistêmica, ou por infusão, realmente melhora não só a sobrevida nas metástases hepáticas, como fundamentalmente melhora a qualidade de vida desses doentes.

Daher: Eu pergunto ao Dr. Raul, o que que ele acha das bombas de infusão no tratamento quimioterápico das metástases hepáticas? E qual o tipo de bomba que considera mais adequada?

Raul: O desenvolvimento das bombas ocorreu, baseado no conceito de que a quimioterapia intra-arterial, por permitir administrar uma dose maior de quimioterápico e de preferência aqueles que são metabolizados no próprio fígado, poderia favorecer uma melhor resposta das metástases à quimioterapia. Na verdade, o único estudo que foi publicado sobre quimioterapia intra-arterial comparado com quimioterapia intravenosa não mostra melhora de resultados, quando da quimioterapia intra-arterial em relação à quimioterapia endovenosa, mas a crítica a esse trabalho é que os números eram muito pequenos, e na verdade

nesses últimos anos cresceu o conceito de que a possibilidade de se poder fazer quimioterapia intra-arterial poderia melhorar a resposta ao tratamento. No entanto, não existem bons estudos realizados desde 1979, esse é um problema difícil, o que existe hoje são algumas séries de pacientes, recebendo quimioterapia ou por infusão contínua, através de bombas e ultimamente apareceu a bomba de infuseide, pode ser implantada no subcutâneo e que permite, através de uma injeção a cada duas ou três semanas encher-se o reservatório, para que o paciente receba a quimioterapia continuamente. Os resultados são ainda muito iniciais, não muito diferentes dos anteriores, não excepcionais em relação ao que se esperava inicialmente. Um outro obstáculo a esse tipo de bomba é que ela custa US\$ 4.000.

Daher: Eu queria fazer esta pergunta ao Dr. Nelmar. O Senhor usa de rotina a quimioterapia pós-operatória? Sim ou não?

Nelmar: Não.

Daher: Dr. Raul?

Raul: Não, só em doentes com metástases mensuráveis ou por tomografia. . .

Daher: Dr^a Angelita?

Angelita: Seletivamente.

Daher: E o Dr. Jurandy não usa?

Jurandy: Não.

Daher: Não tem fé na quimioterapia?

Jurandy: Só em casos selecionados. . . Acreditamos que a quimioterapia deve ser utilizada em aparelho digestivo apenas em grupos de estudos e efeito terapêutico, nós não temos utilizado.

Daher: Eu queria dar uma experiência pessoal pequeníssima, porque nós também não somos muito fãs da quimioterapia, mas nós temos que nos convencer, que de vez em quando uma involução das lesões metastáticas que nós podemos acompanhar, sobretudo através da tomografia nas lesões do fígado. Então, nós temos casos em que vimos metástases grandes, fizemos quimioterapia, depois tivemos que reoperar o doente por obstrução intestinal e ficamos surpresos em verificar que metástases grandes tinham desaparecido. Nós temos casos de pacientes que tinham indiscutivelmente metástases hepáticas e com quimioterapia, através de infusão arterial conseguiram também fazer desaparecer a sua metástase. Temos um caso que nós estamos acompanhando já há

uns dois ou três anos que tinha três metástases hepáticas e nós acompanhamos nitidamente na evolução tomográfica que aquelas metástases estão progressivamente desaparecendo e no último exame praticamente já não se via mais essas metástases e o doente passando muito bem.

Embora, no conceito mundial a quimioterapia não traga grandes benefícios para o doente, do ponto de vista de curabilidade, ela, em alguns casos, não sabemos por que, ela realmente traz algum benefício.

Jurandy: Nossa primeira experiência com câncer data de 1966 e acompanhamos alguns pacientes com biópsias seriadas, mas quando nós chamamos a atenção que são casos isolados, e quando nós tratamos com uma instituição que se propõe a tratar grandes números, esse tipo de acompanhamento não pode ser feito para todos os pacientes.

Daher: O valor do CEA na detecção de metástases e na indicação de operações de revisão. Então, eu perguntaria ao Dr. Nelmar se ele faz de rotina o CEA no pré e sobretudo no pós-operatório?

Nelmar: Não, nós não fazemos simplesmente pelo fato de que em Belo Horizonte até mais ou menos uns anos atrás não se fazia esse exame. Agora estão começando a fazer e talvez nós venhamos a fazê-lo.

Daher: O Dr. Flávio faz? Tem utilidade na indicação?

Flávio: Eu acho que tem utilidade importante e temos usado em todos os pacientes.

Daher: Dr. Raul Cutait, faz CEA?

Raul: De rotina, uma vez que a elevação do CEA é praticamente de lesão metastática.

Daher: A Professora Angelita?

Angelita: Idem.

Daher: Bom, eu queria dar o testemunho, porque eu creio que nós somos dos mais antigos que começaram a executar de rotina a dosagem do antígeno em pacientes portadores de câncer. Já estamos com uma experiência, que eu diria bastante elevada e a impressão que nós temos é que ela é geralmente de grande utilidade, se bem que não sejam absolutamente verídicos os resultados que nós observamos nesses controles, mas de um modo geral, ela nos tem dado informações

preciosas, nós temos doentes que nós efetuamos um aumento do antígeno e começamos a procurar lesões metastáticas e não encontramos. Estamos insistindo e usamos de todos os artifícios e todos nós sabemos que é muito difícil às vezes fazer o diagnóstico de metástase e no fim nós sempre acabamos descobrindo metástase. Só que nós damos assim muito valor e alguns doentes nossos já foram submetidos à operação de revisão, baseados nos achados da determinação desse antígeno.

Agora eu tenho mais uma pergunta, por favor. O valor da radioterapia eu acho que a Dr.^a Angelita já expôs bem e nós não vamos perder tempo, mas eu queria só talvez fazer uma pergunta para algum dos participantes, talvez para a própria professora Angelita, quais são os resultados com radioterapia pós-operatória, naqueles doentes que têm dor perineal, aqueles doentes que nós sabemos que têm metástase, que não têm praticamente outro recurso, a não ser essas coisas que estão aparecendo ultimamente de tratamento neurológico, eu me refiro à radioterapia. Você está contente com os resultados?

Angelita: Eu conversei com o Dr. Wladimir Nadali, que é o radioterapeuta que trabalha conosco. Eu queria apenas adicionar que para nós acreditarmos no quimioterapeuta e no radioterapeuta, nós precisamos ter sempre o mesmo quimioterapeuta e o mesmo radioterapeuta e o cirurgião estar sempre junto. Então, esse radioterapeuta trabalha conosco e nós estamos sempre juntos, e conversando com ele, ele acredita que a radioterapia como paliativo do tumor recidivado beneficia em relação à dor, em relação ao sangramento em 50% dos seus doentes grosseiramente. Os outros 50% dos nossos doentes para ele encaminhados caíram para tratamento neurológico da dor.

Daher: Muito obrigado. Vamos passar para outra pergunta, faz favor. Eu pergunto se é mais freqüente a recidiva na ressecção anterior, quando se usa a sutura de grampeamento, do que quando se faz a sutura manual, quer responder Dr. Flávio?

Flávio: Nós julgamos que por ser um método novo e que tem possibilidade de evitar-se a colostomia, os cirurgiões têm isso em todas as publicações, tem-se avançado naquela margem de segurança distal ao tumor, ou seja, nós já sabíamos e já mantínhamos sempre quatro a cinco centímetros como essa margem de segurança. Hoje se faz 2 cm ou 1 cm em alguns centros e é

isso que tem possibilitado as recidivas. Na nossa opinião, a despeito de que a anastomose mecânica é um avanço extraordinário para se evitar a colostomia, não deve entretanto ser alterada, do ponto de vista de tornar a cirurgia, que era oncológica, não mais oncológica para facilitar essas recidivas. A cirurgia deve permanecer com 4 cm e permanecer oncológica.

Daher: A Dr.^a Angelita já respondeu a essa pergunta na exposição, a recidiva não é por causa do grampeador, é por causa daquilo que o Flávio falou muito bem, é da indicação da cirurgia, nós estamos hoje, muitas vezes, desrespeitando aqueles princípios oncológicos básicos de cirurgia de radicalidade, em favor daquela preocupação que muita gente tem, aquela preocupação de fazer cirurgia sem colostomia, quer dizer, um indivíduo que tem um tumor que está situado a 3 a 5 cm do canal anal às vezes, então se faz uma cirurgia, uma ressecção com anastomose com grampeador, porque anastomose realmente é muito mais fácil de ser feita nas anastomoses baixas com instrumento do que manualmente. Então, eu creio que há um pouco de abuso na indicação da cirurgia de conservação da ressecção anterior, quando os casos eventualmente ou talvez merecessem a amputação como método de escolha. Nós não vamos discutir muito, porque infelizmente não temos tempo, isso seria motivo só para irmos para um simpósio, mas eu tenho alguma experiência também com câncer e o índice de recidiva, na nossa mão, é maior quando se faz a anastomose mecânica. Porque a anastomose manual, o cirurgião nem sempre faz quando ele tem que fazer lá embaixo no períneo, lá na escavação pélvica, nesses casos ele faz amputação, então nos casos que são submetidos à ressecção anterior com anastomose manual são casos mais vantajosos, do ponto de vista da execução técnica para o cirurgião.

Eu acho que o problema da dor, a Dr.^a Angelita já discutiu bem, nós temos que passar adiante, uma outra conduta nas metástases pulmonares. O senhor quer responder Dr. Raul?

Raul: Toda metástase pulmonar só é passível de ressecção, uma vez caracterizado o seu comportamento biológico, qual o crescimento, se não há doenças em outra parte e se é passível de resposta à quimioterapia.

Daher: Dr. Raul, o senhor acha que os resultados das ressecções dessas metástases à distância são mais ou menos satisfatórios com as ressecções

pulmonares ou com as ressecções hepáticas? Qual é o tipo de ressecção que dá melhor resultado? Assim em tese, uma experiência de literatura.

Raul: Metástases pulmonares isoladas são uma situação bem menos freqüente do que as metástases hepáticas. O crescimento das metástases pulmonares é um pouquinho mais lento e a literatura mostra que quando a metástase pulmonar é isolada, a sobrevida de cinco anos é em torno de 20%; quando são metástases múltiplas, também se consegue uma sobrevida de cinco anos em torno de uns 10 a 15% dos pacientes. Então, nos parece que quando existe as metástases pulmonares, como único foco de metástase, se for passivo, do ponto de vista técnico elas devem ser ressecadas.

Daher: Temos umas perguntas para terminar; uma para o Dr. Nelmar: Por que fazer colectomia total em caso de tumor de cólon esquerdo? Isso vai ser motivo de discussão, em um painel amanhã, então peço-lhe que responda bem rapidamente.

Nelmar: Eu faço por dois fatores: É procurar resolver o problema em um único tempo operatório, que melhora o problema de risco de complicações resultantes de cirurgias acumulativas, no caso de operações em dois, três tempos; e também fazendo a ressecção mais alargada, mais precoce, evitando o pior prognóstico para o doente.

Daher: Uma outra pergunta que podia ser respondida pelo Dr. Flávio. Qual a conduta ideal para tumor do ângulo hepático com invasão duodenal? Qual o seu resultado pessoal?

Flávio: Felizmente, nós temos vários casos de tumor de ângulo hepático, mas nenhum deles com infiltração tumoral para o duodeno. Então, todos esses casos que nós tivemos, foram ressecados. Eu acho que, de qualquer maneira se houvesse invasão para o duodeno, a duodenopancreatectomia, que seria necessária para a qualidade de vida, a morbidade e a mortalidade das cirurgias não são compensatórias para o paciente.

Daher: Dr. Jurandyr, o que o senhor faz quando o senhor encontra uma invasão do duodeno, que não pode ser ressecada localmente, quer dizer, com apenas um segmento, porque é por continuidade, o senhor faz as ressecções ampliadas do duodeno?

Jurandyr: Não, nós citamos dois casos, inclusive com fístula cutânea e não fizemos. Mas

fazemos derivação com exclusão, quando invade só a parede abdominal, fazemos ressecção loco-regional com "by passing".

Daher: Tem mais uma pergunta que é feita por um cirurgião de muita experiência, que é o Professor Reis, e que é dirigida ao Dr. Jurandyr. O índice de mortalidade e a sobrevida a curto prazo justificam a grande cirurgia ablativa?

Jurandyr: A indicação cirúrgica é uma coisa tática, não é uma obrigação, quer dizer, baseia-se na experiência do cirurgião, nas condições do doente, nas condições hospitalares e no resultado que cada um colhe, a sua experiência é só essa, que a literatura seja 20%, o que interessa é que a experiência dele mostre a ressecção compatível e não pode ser nunca a mortalidade muito grande.

Daher: Eu conheço o trabalho de seu serviço e eu sei que vocês são os pioneiros praticamente aqui no Brasil dessa cirurgia que eu chamava de louca, hoje eu não chamo de louca, porque hoje as condições de ressecção são um pouco melhores e nós estamos estudando melhor os casos da cirurgia. Eu acho que esse simpósio foi bastante interessante e eu queria antes de terminar, fazer um pequeno comentário; é que nessa sessão estamos tratando do tratamento do câncer avançado. Até vocês vêem todas as dificuldades que nós temos para conduzir o tratamento desses doentes e nós, que vivemos muito com esses doentes, ficamos profundamente penalizados de ver pacientes com esses carcinomas avançados e sem resposta alguma a quase todos os tratamentos que nós instituímos. E vemos que cada um desses doentes que tem uma lesão bastante avançada, mais ou menos tarde, vai passar por período de sofrimento físico e mental psicológico bastante importante; e isso nos deixa bastante penalizados. Nós, felizmente hoje, temos condições técnicas de fazer um tratamento melhor desses pacientes portadores de câncer. Nós temos, sobretudo, como foi dito, eu não vou dizer a cintilografia, nós temos a ultra-sonografia que tem dado uma contribuição bastante importante para o tratamento, e mais importante é a tomografia computadorizada. Tenho usado bastante a tomografia em doentes no pré-operatório e no pós-operatório e com isso temos conseguido detectar lesões passíveis de tratamento mais ou menos radical.

Nós vimos também a importância do antígeno carcinoembrionário. Tudo isso para mostrar que realmente nós estamos avançando um pouco nesse sentido, mas para terminar, o que eu considero

muito mais importante é aquilo que foi mencionado pela Dr^a Angelita, que nós vamos tratar de doentes com câncer avançado, quando nós estaremos em condições de tratar lesões em estágio muito menos avançado com a introdução de meios propedêuticos, que eu acho que são a revolução que passou a proctologia nesses últimos anos. Com o uso da colonoscopia, que tem permitido fazer diagnóstico de lesões precoces e lesões pré-cancerosas, como os pólipos, com as polipectomias e de lesões carcinomatosas pequenas, passíveis de tratamento, com índice de curabilidade muito grande. Então, o que nós temos que fazer, no momento, é procurar fazer diagnóstico mais precoce, para que nós tenhamos o menor número possível de doentes que se apresentam nessa fase de câncer avançado, que apresentam, como já disse, problemas muito

sérios do ponto de vista de evolução física e também psicológica.

Eu agradeço a participação de todos os componentes desta mesa e espero que os senhores tenham tido algum proveito do ensinamento que eles nos ofereceram, quero também agradecer ao Dr. João Gonçalves, que é o nosso secretário e quero dar para encerrar esta sessão a palavra para o nosso digno presidente, Professor Pedro Henrique Saraiva Leão, que vai encerrar a nossa mesa.

Pedro Henrique Saraiva Leão: Eu já havia comunicado ao professor Daher, que, em virtude de outro compromisso mais ou menos simultâneo na sala ao lado, eu chegaria atrasado e só me resta agradecer à Comissão Organizadora a inclusão do meu nome e parabenizar os panelistas e principalmente ao Dr. Daher Cutait, pela maneira com que conduziu esta sessão. Muito obrigado.