
RECIDIVA LOCAL APÓS RESSECÇÃO ANTERIOR DO RETO POR ADENOCARCINOMA

FRANCISCO LOPES PAULO, TSBCP
LUIZ FERNANDO PEDROSA FRAGA, ASBCP

LOPES PAULO F, FRAGA LFP - Recidiva local após ressecção anterior do reto por adenocarcinoma. *Rev bras Colo-Proct*, 1990; 10(2): 65-70

RESUMO: Os autores analisaram os dados provenientes de vinte e dois pacientes portadores de adenocarcinoma de reto, submetidos a ressecção anterior no Setor de Colo-Proctologia do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no período de julho de 1979 a julho de 1987. Destes, 12 eram do sexo masculino e 10 do feminino. A média de idade foi de 59 anos. A análise dos resultados mostrou que não havia correlação entre as taxas de recidiva local e os parâmetros anátomo-patológicos tais como: localização, tamanho e diferenciação histológica do tumor e classificação de Dukes. Houve correlação estatisticamente significativa entre a margem distal de segurança da ressecção e as taxas de recidiva local. Margens superiores a dois centímetros foram suficientes para prevenir a recidiva local por disseminação retrógrada intramural.

UNITERMOS: reto, ressecção anterior baixa, recidiva, adenocarcinoma

A ressecção abdomino-perineal do reto, criada por Miles, em 1908 (1), foi empregada no tratamento de tumores malignos desse órgão, independentemente de sua localização. Apesar de ser uma operação radical, é também mutilante, pois implica a remoção de todo o reto e canal anal e na criação de uma colostomia definitiva.

Trabalho realizado no Setor de Colo-Proctologia do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

Para contornar este problema, outras técnicas foram desenvolvidas para poupar o aparelho esfínteriano em tumores situados nos terços superior e médio do reto (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Dentre estas, a ressecção anterior do reto tornou-se a mais popular pela utilização da via abdominal, familiar à maioria dos cirurgiões, mesmo aqueles que não se dedicam a cirurgia coloretal.

Esta técnica implica a mobilização ampla do reto, seguida de ressecção do tumor e anastomose do colo com o reto extra-peritoneal (9, 10, 11). No entanto, desde a sua criação, a radicalidade dessa operação tem sido discutida, e várias características anátomo-patológicas do tumor têm sido implicadas a etiologia da recidiva local após a sua execução (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19).

Com o intuito de contribuir à precisão da indicação dessa operação, realizamos um estudo no qual fazemos uma análise crítica dos possíveis fatores anátomo-patológicos envolvidos na recidiva local após a ressecção anterior para tratamento dos adenocarcinomas situados na junção retosigmoideana e nos terços superior e médio do reto.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram analisados os dados provenientes de 22 pacientes portadores de adenocarcinoma, submetidos a ressecção anterior do reto no Setor de Colo-Proctologia do Departamento de Cirurgia Geral da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no período de julho de 1979 a julho de 1987. A média de idade foi de 59 anos, com mínimo de 24 e máximo de 84 anos (*Figura 1*), sendo 12 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. Foram incluídos apenas pacientes cujas operações foram considera-

das curativas, ou seja, não havia evidência de doença residual após a ressecção do tumor e eventuais metástases existentes.

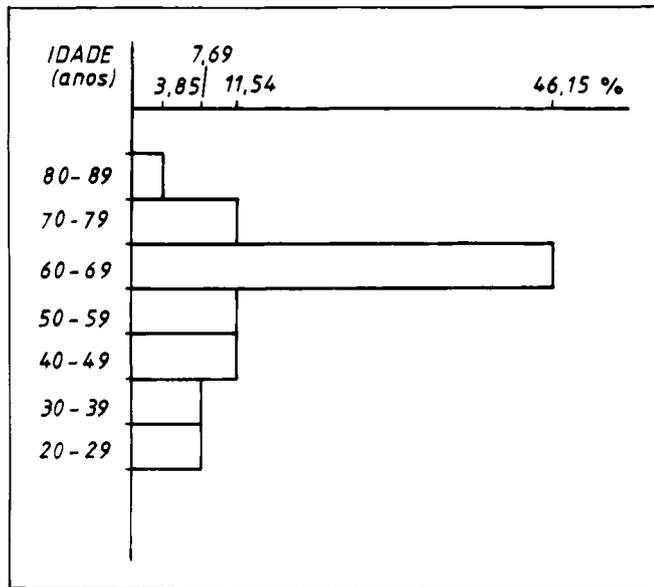


Fig. 1 - Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária.

Os dados obtidos foram utilizados para testar possíveis associações entre as taxas de recidiva local e dados anátomo-patológicos do tumor (localização, maior dimensão, classificação de Dukes (14, 15, 16), diferenciação histológica) e margem distal de segurança da ressecção. Para tanto foi empregado o Teste Exato de Fisher (20). A taxa de sobrevivência em cinco anos do grupo foi determinada pelo método atuarial (21).

RESULTADOS

Os tumores que apresentaram maior incidência foram os do terço superior do reto, vindo em seguida os do terço médio e os da junção reto-sigmoideana (Figura 2). Não encontramos associação estatisticamente significativa entre a localização dos tumores e as taxas de recidiva local ($p > 0,05$) (Tabela 1).

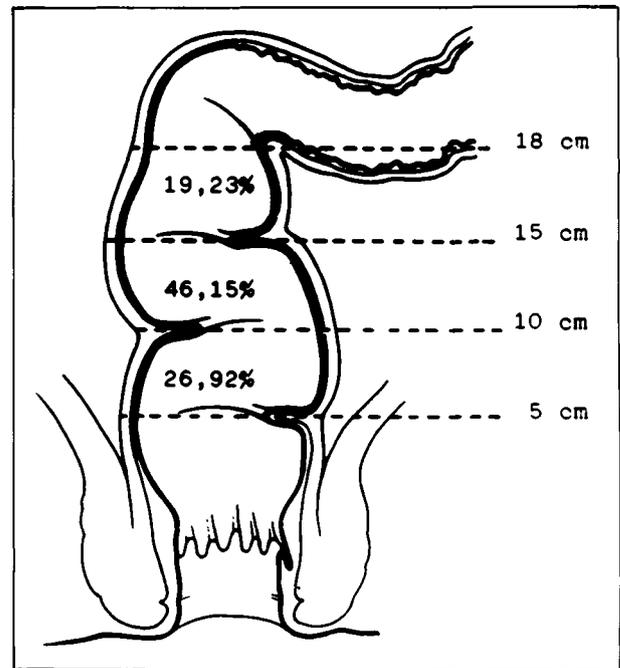


Fig. 2 - Distribuição dos tumores segundo a distância da margem anal.

Tabela 1 - Taxas de recidiva local de acordo com a distância entre a borda inferior dos tumores e a margem anal

Localização do tumor	Recidiva local				Total	
	Sim		Não		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
10 a 18 cm	3	15	11	55	14	70
5 a 10 cm	1	5	5	25	6	30
Total	4	20	16	80	20	100

Teste exato de Fisher $p > 0,05$

O diâmetro dos tumores foi em média $5 \pm 2,31$ cm, com mínimo de 1,5 cm e máximo de 10 cm. De acordo com essa medida, os tumores foram separados em dois grupos, um menor e outro maior que 6 cm. Não houve diferença estatisticamente significativa na ocorrência de recidiva local entre estes dois grupos ($p > 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Taxas de recidiva local de acordo com a maior dimensão dos tumores

Maior dimensão do tumor	Recidiva local				Total	
	Sim		Não			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
≤ 6 cm	3	17,65	9	52,94	12	70,59
> 6 cm	0	0	5	29,41	5	29,41
Total	3	17,65	14	82,35	17	100

Teste exato de Fisher $p > 0,05$

Tabela 3 - Taxas de recidiva local de acordo com a classificação de Dukes

Dukes	Recidiva local				Total	
	Sim		Não			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Cou D	2	9,09	13	59,09	15	68,18
A ou B	2	9,09	5	22,73	7	31,82
Total	4	18,18	18	81,82	22	100

Teste exato de Fisher $p > 0,05$

A maior parte dos tumores era do tipo B de Dukes, vindo em seguida em ordem decrescente os tipos C, D e A (Figura 3). De acordo com essa classificação, os pacientes foram divididos em dois grupos, um com tumores restritos à parede do reto e tecidos adjacentes (A e B de Dukes) e outro com doença metastática (C e D de Dukes). Não houve diferença estatisticamente significativa quanto às taxas de recidiva local nos dois grupos ($p > 0,05$) (Tabela 3).

A análise histopatológica revelou que os tumores bem diferenciados foram os mais frequentes, vindo em seguida os moderadamente diferenciados e os mucinosos (Figura 4). Quando comparamos as taxas de recidiva local dos pacientes portadores de tumores bem diferenciados com a dos que tinham neoplasias moderadamente diferenciadas ou do tipo mucinoso, não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) (Tabela 4).

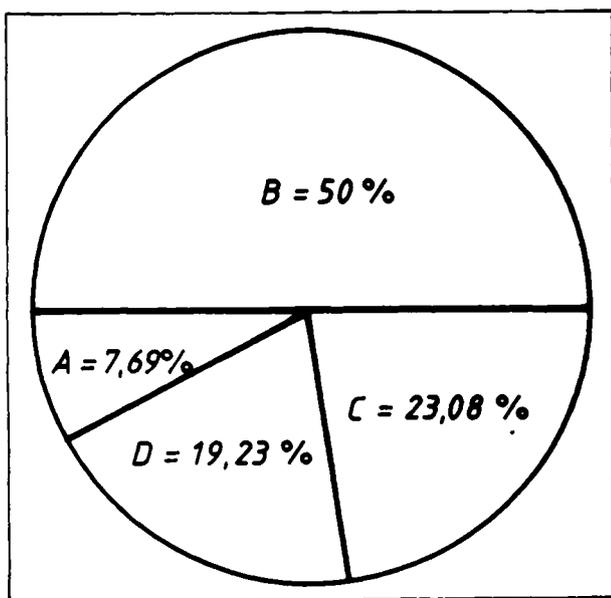


Fig. 3 - Distribuição dos tumores segundo a classificação de Dukes.

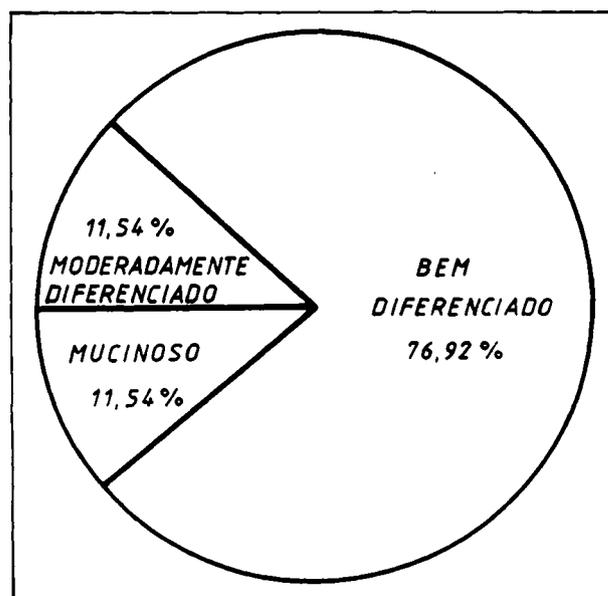


Fig. 4 - Distribuição dos tumores segundo o grau de diferenciação histológica.

Tabela 4 - Taxas de recidiva local de acordo com a diferenciação histológica dos tumores

Diferenciação tumoral	Recidiva local				Total	
	Sim		Não			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Bem diferenciado	3	13,64	15	68,18	18	81,82
Moderadamente diferenciado e mucinoso	1	4,55	3	13,64	4	18,18
Total	4	18,18	18	81,81	22	100

Teste exato de Fisher $p > 0,05$

A margem distal de segurança, ou seja, a distância entre a borda inferior do tumor e a linha de ressecção do reto, foi em média $2,83 \text{ cm} \pm 2,07 \text{ cm}$, com mínimo de 0,3 cm e máximo de 8 cm. Separamos os pacientes em dois grupos, um com margem de segurança menor ou igual a 2 cm e outro com margens superiores a 2 cm. Verificamos que não ocorreram recidivas locais neste último grupo de pacientes. Esta associação é estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Taxas de recidiva local de acordo com a margem de segurança distal

Margem de segurança	Recidiva local				Total	
	Sim		Não			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
$\leq 2 \text{ cm}$	0	0	10	62,50	10	62,50
$> 2 \text{ cm}$	4	25	2	12,50	6	37,50
Total	4	25	12	75	16	100

Teste exato de Fisher $p < 0,05$

A taxa de sobrevida de cinco anos do grupo foi de 38%. A mediana de sobrevida, ou seja, o intervalo de tempo pós-operatório em que 50% dos pacientes encontram-se vivos, situa-se entre três e quatro anos (Figura 5).

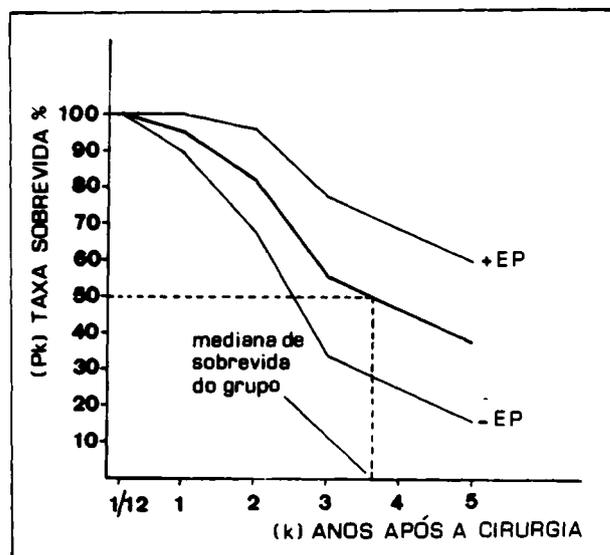


Fig. 5 - Curva de sobrevida dos pacientes em cinco anos. 'EP = Erro Padrão

DISCUSSÃO

Alguns autores relatam diferenças nas taxas de recidiva local entre tumores situados nos terços superior e inferior do reto (22, 23, 24). Entretanto, não encontramos na literatura consultada estudos comparativos entre as taxas de recidiva local de tumores situados nos terços médio e superior do reto e na junção reto-sigmoideana.

Hojo (25) encontrou maior incidência de recidiva local em tumores maiores que 6 cm, fato este que não foi comprovado em nosso estudo. Da mesma forma, embora vários trabalhos demonstrem a correlação da classificação de Dukes (26, 27, 28) com a sobrevida dos pacientes, a não correlação desses parâmetros com a recidiva local em nossos pacientes sugere que esta dependa mais da radicalidade da ressecção do que da disseminação do tumor, pois alguns pacientes vieram a falecer por doença metastática, sem evidências de recidiva local.

Deddish & Stearns (29) apresentaram dados que corroboram nossa observação de que a diferenciação histológica, segundo a classificação de Grinnell, não apresenta correlação com a recidiva local. Este fato porém é contestado por outros autores (22, 30).

Nosso estudo mostrou que a margem de segurança de dois centímetros foi suficiente para prevenir a recidiva local por disseminação retrógrada intra-mural. Este fato encontra apoio nos trabalhos de outros autores, que mostraram que essa disseminação só é extensa em caso de tumores avançados, nos quais ocorre inversão do fluxo de linfa (26, 31, 32, 33, 34, 35, 36).

CONCLUSÕES

1 - A localização e as características anatomo-patológicas do tumor não apresentaram correlação com a ocorrência de recidiva local.

2 - A margem de segurança distal tem correlação com as taxas de recidiva local, sendo que uma margem superior a dois centímetros é suficiente para prevenir a recidiva local por disseminação retrógrada intra-mural.

LOPES PAULO F, FRAGA LFP - Local recurrence after anterior resection for rectal adenocarcinoma.

SUMMARY: The authors analysed the data deriving from twenty two patients operated on at the Coloproctology Division of the General Surgery Department of the State University of Rio de Janeiro School of Medicine, between July 1979 and July 1987. There were 12 men and 10 women and the mean age was 59 years. The analysis of the results showed that there was no correlation between the local recurrence rates and the anatomicopathological parameters such as tumor site, tumor size, histological differentiation and Dukes classification. There was significant statistical correlation between the distal security margin of resection and the local recurrence rates. Margins longer than two centimeters were sufficient to avoid local recurrence due to intramural retrograde dissemination.

KEY WORDS: rectum, low anterior resection, recurrence, adenocarcinoma

REFERÊNCIAS

1. Miles WE. A method of performing abdominoperineal excision for carcinoma of the rectum and the terminal portion of the pelvic colon. *Lancet* 1908; 2: 1812-13.
2. Hartmann H. Nouveau procede d'ablation des cancers de la partie terminale du colon pelvien. *Trentième Congres de Chirurgie, Strasbourg* 1921; 411-414.
3. Dixon CF. Surgical removal of lesions occurring in the sigmoid and rectosigmoid. *Am J Surg* 1939; 46: 12-17.
4. Black BM, Walls JT. Combined abdominoendorectal resection: reappraisal of a pull-through procedure. *Surg Clin N Am* 1967; 47: 977-982.
5. Kirwan WO, Turnbull Jr RB, Fazio VW, Weakley FL. Pull-through operation with delayed anastomosis for rectal cancer. *Br J Surg* 1978; 65: 695-698.
6. Localio SA, Eng K, Couge TH, Ranson JH. Abdominosacral resection for carcinoma of the midrectum: ten years experience. *Ann Surg* 1978; 188: 475-480.
7. Cutait DE, Cutait R, Ioshimoto M, Silva JH, Manzione A. Abdominoperineal endoanal pull-through resection. *Dis Col Rect* 1985; 28: 294-299.
8. Localio SA, Eng K, Coppa GF. Anorectal, presacral and sacral tumors. 1.^a ed., Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1987.
9. Wilson SM, Beahrs OH. The curative treatment of carcinoma of the sigmoid, rectosigmoid and rectum. *Ann Surg* 1976; 183: 556-565.
10. Corman ML. Colon and rectal surgery. 1.^a ed., Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1984.
11. Beahrs OH, Higgins GA, Weinstein JJ. Colorectal tumors. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1986.
12. Graney MG, Irvin TT. Criteria for the selection of rectal cancers for local treatment: a clinicopathologic study of low rectal tumors. *Dis Col Rect* 1977; 20: 463-466.
13. Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. Essentials of anorectal surgery. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1980.
14. Dukes CE. The spread of cancer of the rectum. *Br J Surg* 1930; 17: 643-648.
15. Dukes CE. The classification of the cancer of the rectum. *J Pathol Bacteriol* 1932; 35: 323-332.
16. Dukes CE. The surgical pathology of rectal cancer. *Proc Roy Soc Med* 1944; 37: 131-144.
17. Busutil RW, Foglia RP, Longmire WP. Treatment of carcinoma of the sigmoid colon and upper rectum. *Arch Surg* 1977; 112: 920-923.
18. Slanetz CA, Herter FP, Grinnell RS. Anterior resection versus abdominoperineal resection for cancer of the rectum and rectosigmoid. *Am J Surg* 1972; 123: 110-117.
19. Grinnell RS. The grading and prognosis of carcinoma of the colon and rectum. *Ann Surg* 1939; 109: 500-533.
20. Matthews DE, Farewell VT. Using and understanding medical statistics. Basel, Karger, 1985.
21. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric estimation from incomplete observations. *J Am Stat Ass* 1958; 53: 281-284.
22. Morson BC, Vaughan EG, Bussey HJR. Pelvic recurrence after excision of rectum for carcinoma. *Br Med* 1963; 2: 13-18.
23. Moosa AR, Ree PC, Marks JE, Levin B, Platz CE, Skinner BB. Factors influencing local recurrence after abdominoperineal resection for cancer of the rectum and rectosigmoid. *Br J Surg* 1975; 62: 727-730.
24. Localio SA, Eng K, Coppa GF. Abdominosacral resection for midrectal cancer: a fifteen year experience. *Ann Surg* 1983; 189: 320-324.
25. Hojo K. Anastomotic recurrence after sphincter-saving resection for rectal cancer. Length of distal clearance of the bowel. *Dis Col Rect* 1986; 29: 11-14.
26. Gabriel WB, Dukes CE, Bussey HJR. Lymphatic spread in cancer of the rectum. *Br J Surg* 1935; 23: 395-413.
27. Dukes CE. Discussion on major surgery in carcinoma of the rectum with or without colostomy, excluding the anal canal and including the rectosigmoid. *Proc Roy Soc Med* 1957; 50: 1031-1035.
28. Whittaker M, Goligher JC. The prognosis after surgical treatment for carcinoma of the rectum. *Br J Surg* 1976; 63: 384-388.
29. Deddish MR, Stearns Jr MW. Anterior resection for carcinoma of the rectum and rectosigmoid area. *Ann Surg* 1961; 154: 691-696.

30. Godwin JD, Brown CC. Some prognostic factors in survival of patients with cancer of the colon and rectum. *J Chronic Dis* 1975; 28: 411-454.
31. Quer EA, Dahlin DC, Mayo CW. Retrograde intramural spread of carcinoma of the rectum and retosigmoid. *Surg Gynec Obstet* 1953; 96: 24-30.
32. Grinnell RS. Distal intramural spread of carcinoma of rectum and rectosigmoid. *Surg Gynec Obstet* 1954; 99: 421-430.
33. Grinnell RS. results of ligation of inferior mesenteric artery at the aorta in resections of carcinoma of the descending and sigmoid colon and rectum. *Surg Gynec Obstet* 1965; 120: 1031-1036.
34. Heald RJ, Husband EM, Ryall RDH. The mesorectum in rectal cancer surgery - the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg* 1982; 69: 613-616.
35. Pollett WG, Nicholls RJ. The relationship between the extent of distal clearance and survival and local recurrence rates after curative anterior resection for carcinoma of the rectum. *Ann Surg* 1983; 198: 159-163.
36. Willians NS, Dixon ME, Johnston D. Reappraisal of the 5 centimetre rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intramural spread and of patients survival. *Br J Surg* 1983; 70: 150-154.

Endereço para correspondência:
Prof. Francisco Lopes Paulo
Deptº de Cirurgia Geral
Setor de Colo-Proctologia
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Av. Prof. Manoel de Abreu, 48
20550 - Rio de Janeiro - RJ