

# PRESERVAÇÃO DO APARELHO ESFINCTERIANO NO TRATAMENTO DO CÂNCER NO RETO - NECESSÁRIA OU DESEJÁVEL?

ANGELITA HABR-GAMA, TSB<sup>CP</sup><sup>1</sup>

UNITERMOS: *câncer no reto; preservação esfinteriana*

Constitui assunto de crescente interesse da maioria dos cirurgiões do aparelho digestivo a realização de técnicas radicais de ressecção do reto com preservação esfinteriana para tratamento do câncer nesta localização. Proporção cada vez maior de doentes com tumor no reto vem sendo submetida às operações de conservação esfinteriana, reduzindo-se sensivelmente o número de portadores de colostomia definitiva (24, 44, 45). Apesar disso a resposta para a pergunta "A preservação de esfínteres na operação de câncer no reto: necessária ou desejável?" permanece controversa, merecendo ainda discussão.

Sob o ponto de vista histórico, as técnicas de preservação esfinteriana precederam a de amputação para o tratamento do câncer do reto (1, 2, 25, 41). Estas técnicas foram, porém, substituídas pela amputação de Miles (26) de acordo com os seus altos índices de morbidade, mortalidade e de recidiva decorrentes de fatores de ordem técnica só há alguns anos superados. No último quarto de século, entretanto, o melhor conhecimento da histopatologia do câncer do reto, ao lado do progresso no desenvolvimento e uso de novos antibióticos, nas técnicas de preparo intestinal, dos novos materiais de sutura e, sobretudo, a introdução dos "staplers" cirúrgicos, facilitando a confecção de anastomoses colorretais baixas, contribuíram para reviver o entusiasmo pelas operações de preservação esfinteriana. Apesar do ceticismo inicial quanto à eficiência da radicalidade oncológica, acumularam-se casuísticas extensas na literatura, demonstrando que os resultados quanto à sobrevida e recidivas locais podem ser semelhantes para operações radicais que conservam ou não os esfínteres anais desde que sejam obedecidos critérios

rigorosos de seleção dos doentes e de correta execução de técnica operatória (5, 9, 15, 17, 20, 22, 27, 38, 43, 45, 46, 48).

A preservação de esfínteres no câncer situado na parte alta do reto é considerada, na atualidade, uma necessidade incontestável, sendo realizada de maneira sistemática em todos os centros médicos, salvo condições oncológicas ou técnicas especiais. As controvérsias persistem, entretanto, quanto à sua indicação para os tumores do terço médio e, sobretudo, para os tumores do terço distal do reto, locais em que a amputação do reto foi, durante muitas décadas, a operação mais praticada.

A preferência para a amputação do reto fundamentou-se no reconhecimento da possibilidade de disseminação linfática dos tumores do reto situados abaixo da reflexão peritoneal nas três direções: cranial, lateral e distal. Entretanto, os conceitos emitidos inicialmente por Cole (7), e depois confirmados por outros autores (4, 6, 33-35) de que a propagação do câncer colorretal é feita predominantemente no sentido radial, contribuíram para uma mudança progressiva na atitude dos cirurgiões. A demonstração de que a propagação intramural distal maior que 10 mm é rara, à exceção dos tumores muito indiferenciados, infiltrativos quando a disseminação pode ser em extensão maior que 30 mm (6), tornou bem claro que também nos tumores do terço médio do reto a desejável conservação esfinteriana pode ser uma escolha técnica oncológica possível e correta. Os trabalhos de ordem clínica apresentados na literatura, mostrando não haver correlação entre a extensão da margem distal de ressecção e a incidência de recidivas locais (30, 31, 47, 48), também reforçam a validade deste conceito. Entretanto, para os tumores situados no terço distal do reto, salvo se forem superficiais, móveis e não infiltrantes do canal anal, não existem bases histopatológicas ou resultados de literatura com número suficiente de doentes e seguimento adequado que justifiquem ainda a realização de operações de preservação esfinteriana.

Muitas das críticas contrárias às operações de preser-

<sup>1</sup>Professor Associado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diretora do Serviço de Cirurgia do Cólon, Reto e Ânus do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

vação esfinteriana para o câncer do reto dizem respeito ao maior risco de recidivas locais e aos resultados funcionais obtidos quanto à continência fecal.

Para que os índices de recidiva local sejam reduzidos, pelo menos para resultados comparáveis aos observados com as operações de amputação do reto, além da correta seleção dos doentes, torna-se de importância fundamental a qualidade com que a operação é realizada. Observa-se que as recidivas locais raramente iniciam-se a partir da parede do reto, parecendo sua incidência estar diretamente relacionada à invasão local do tumor, ao seu envolvimento ganglionar, bem como à altura do tumor no reto, provando que, quanto mais baixo, maior o índice de recidivas. As numerosas conexões linfáticas, a delgadez das fâscias entre o reto, próstata e vagina, a continuidade com os músculos elevadores do ânus e com os vasos retais médios e linfáticos externos são fatores anatômicos de riscos bem definidos para recidivas locais (4, 13, 19, 39). Estes conhecimentos reforçam a importância da necessidade da ressecção ampla do reto em lateralidade com a retirada de todo o tecido perirretal até os músculos elevadores do ânus, conseguindo-se a radicalidade pela inclusão do "meso-reto" na ressecção. Nestes tecidos existem, com frequência, depósitos microscópicos de tumor que resultam da sua propagação radial e que passam despercebidos ao cirurgião e muitas vezes também ao patologista e que podem ser a causa principal das recidivas locais (9, 16, 17, 34).

Esses cuidados, aliados à correta manipulação intra-operatória para evitar-se disseminação de células tumorais (18, 40), devem ser seguidos de maneira sistemática, tanto na amputação do reto, como nas operações de preservação esfinteriana. Já foi demonstrado que a incidência de recidiva local após amputação do reto pode variar de menos de 5 a mais de 20% de acordo com o cirurgião que realiza a operação (30).

Apesar da evolução dos conhecimentos sobre a histopatologia do câncer no reto, e dos progressos verificados na técnica operatória, é importante lembrar que os índices de recidiva local são elevados, variando entre os diferentes autores, podendo alcançar índices de até 30%, tanto para as operações de amputação como para as de preservação esfinteriana (18, 36, 37, 42). Da mesma maneira, os índices de sobrevida de 5 anos obtidos hoje não diferem dos referidos há 20 anos, seguramente porque ainda grande parte dos tumores no reto pertence ao estágio C de Dukes, e cerca de 30% têm metástases ocultas quando operados (11). Estes fatos enfatizam a necessidade de serem reconsiderados provavelmente os protocolos de tratamento de quimio, imuno e radioterapia, independentemente do tipo de técnica operatória, se com ou sem preservação esfinteriana. Será talvez apenas o perfeito entrosamento entre doente, cirurgião, patologista e oncologista que poderá determinar melhora significativa nos índices e na qualidade de sobrevida.

Além da questão da recidiva local, as operações de pre-

servação esfinteriana sofreram, durante muitos anos, críticas devido aos maus resultados quanto à continência anal. Com as operações de ressecção anterior e anastomose colorretal baixa realizadas manualmente ou com os aparelhos de sutura mecânica, os resultados da continência fecal apresentados na literatura têm sido uniformemente bons, exceção feita em doentes muito idosos ou com alguma alteração esfinteriana. Entretanto, em relação às técnicas com anastomose coloanal sua aceitação foi muito lenta, pois era vigente o conceito de que a manutenção do todo ou de parte do reto era indispensável para a recuperação da continência fecal (12). Investigações posteriores demonstraram, entretanto, que os receptores sensíveis ao estímulo para a defecção podem estar presentes também nas estruturas laterais da pelve e não só na parede retal (29, 32). Explicam-se, assim, os resultados satisfatórios obtidos por muitos cirurgiões com a ressecção completa do reto e anastomose coloanal, que contribuíram para a aceitação e a utilização cada vez mais ampla desta técnica (3, 10, 14, 21, 23, 28).

Nosso interesse pessoal pelas operações radicais com conservação esfinteriana é antigo e em especial com a retossigmoidectomia com anastomose coloanal do tipo retardada (14). Em revisão de 150 doentes operados a partir de 1961 e examinados um ano depois desta operação, 30% sentiram-se perfeitos, 66% apresentaram falhas esporádicas na continência para fezes líquidas ou fizeram uso ocasional de enemas e apenas 4% dos mesmos permaneceram incontinentes, porém adaptados, de modo a recusarem ser submetidos a colostomia definitiva. Estes resultados, semelhantes a alguns outros publicados na literatura, nos permitem concluir que a conservação esfinteriana com a reconstituição do trânsito por anastomose coloanal não traz a desvantagem da incontinência, desde que a operação seja propriamente executada e que os resultados sejam avaliados, decorridos alguns anos.

À luz dos conhecimentos atuais consideramos as operações de conservação esfinteriana a melhor opção para tratamento da grande maioria dos tumores situados no reto, fazendo exceção apenas aos situados no terço distal, ou aqueles localmente avançados. Entretanto, todo doente com tumor no reto de qualquer localização deverá ser alertado da eventual feitura de uma colostomia definitiva. Razões de ordem oncológica ou mesmo dificuldades técnicas poderão contra-indicar ou impedir a preservação esfinteriana, que, como bem observam D'Allaines e cols. (8), por mais atrativa que seja, deve ser considerada como uma possibilidade feliz e jamais como uma obrigatoriedade.

#### REFERÊNCIAS

1. Aldrick-Blake LB. Abdomino-endoanal excision of the rectum by a new method. *Brit Med J* 1903; 2: 1586-588.
2. Archibald E. Operative treatment of cancer of the rectum. *J Amer Med Ass* 1908; 50: 573-79.

3. Bacon HE. Anus, Rectum, Sigmoid Colon. 3rd ed. Philadelphia: JB Lippincott 1949, vol. 2.
4. Black WA, Waugh JM. The intramural extension of carcinoma of the descending colon, sigmoid and rectosigmoid. *Surg Gynecol Obstet* 1948; 87: 457.
5. Buckspan RJ, Sawyers JL. Changes in surgical approach to rectal cancer. *The American Surgeon* 1985; 51: 21-25.
6. Christiansen J. Place of abdominoperineal excision in rectal cancer. *J Roy Soc Med* 1988; 81: 143-45.
7. Cole PP. The intramural spread of rectal carcinoma. *Brit Med J* 1913; 1: 431-33.
8. D'Allaines F, Dubost CH, Renault P. La chirurgie conservatrice dans le traitement du cancer du rectum. *Sem Hôp Paris* 1950; 26: 1735-38.
9. Enker WE, Laffer UT, Block GE. Enhanced survival of patients with colon and rectal cancer is based upon wide anatomic resection. *Ann Surg* 1979; 190: 350-69.
10. Enker WE, Stearns Jr. MW, Janov AJ. Peranal coloanal anastomosis following low anterior resection for rectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 576-81.
11. Finlay IG, McArdle CS. Effect of occult hepatic metastases on survival after curative resection for colorectal carcinoma. *Gastroenterology* 1983; 85: 596-9.
12. Gaston EA. Physiological basis for preservation of fecal continence after resection of rectum. *J Amer Med Ass* 1951; 146: 1486-89.
13. Goligher JC, Lee PWR, Macfie J et al. Experience with the Russian model 249 suture gun anastomosis of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1979; 149: 517-24.
14. Habr-Gama A. Indicações e resultados da retocolectomia abdomino-anoanal no tratamento do câncer do reto. Tese de Docência Livre. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1972.
15. Heald RJ. Towards fewer colostomies - The impact of circular stapling devices on the surgery of rectal cancer in a district hospital. *Br J Surg* 1980; 60: 198-200.
16. Heald RJ, Husband EM, Rydall RDM. The mesorectum in rectal cancer - The clue to pelvic recurrence. *Br J Surg* 1982; 69: 613-6.
17. Heald RJ, Ryall RDH. Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1986; 1: 1479-82.
18. Jeekel J. Can radical surgery improve survival in colorectal cancer? *World J Surg* 1987; 11: 412-17.
19. Keiichi HMD. Anastomotic recurrence after sphincter-saving resection for rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 11-14.
20. Kennedy HL, Langevin JM, Goldberg SM. Recurrence following stapled colo-proctostomy for carcinomas of the mid portion of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 160: 513-6.
21. Khubchandani I, Karamchandani M, Sheets JA, Stasik JJ, Rosen L, Riether RD. The Bacon pull-through procedure. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 540-44.
22. Kirwan WO, Turnbull RB Jr., Fazio VW, Weakley FL. Pullthrough operation with delayed anastomosis for rectal cancer. *Br J Surg* 1978; 65: 695-8.
23. Lane RHS, Parks AG. Function of the anal sphincters following coloanal anastomosis. *Br J Surg* 1977; 64: 596-99.
24. Luke M, Kirkgaard P, Lendorf A, Christiansen J. Pelvic recurrence after abdomino-perineal resection and low anterior resection for rectal cancer before and after introduction of the stapling technique. *World J Surg* 1983; 7: 616-9.
25. Maunsell HW. A new method of excising the two upper portions of the rectum and the lower segment of the sigmoid flexure of the colon. *Lancet* 1982; 2: 473-6.
26. Miles WE. A method of performing abdomino-perineal excision for carcinoma of the rectum and of the terminal portion of the pelvic colon. *Lancet* 1908; 2: 1812-13.
27. Nicholls RJ, Ritchie JK, Wadsworth J et al. Total excision or restorative resection for carcinoma of the middle third of the rectum. *Br J Surg* 1989; 66: 625-7.
28. Parks AG. Transanal technique in low rectal anastomosis. *Proc R Soc Med* 1972; 65: 975-6.
29. Parks AG, Porter NH, Melzak J. Experimental study of the reflex mechanism controlling the muscles of the pelvic floor. *Dis Colon Rectum* 1962; 5: 407-414.
30. Phillips RKS, Hittinger R, Blesovsky L, Fry JS, Fielding LP. Local recurrence following curative surgery for large bowel cancer: The overall picture. *Br J Surg* 1984; 71: 12-16.
31. Pollett WG, Nichols 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.
32. Porter NH. A physiological study of the pelvic floor in rectal prolapse. *Ann Roy Coll Surg* 1962; 31: 379-85.
33. Quer EA, Dahlin DC, Mayo CW. Retrograde intramural spread of carcinoma of the rectum and rectosigmoid. *Surg Gynecol Obstet* 1953; 96: 24.
34. Quirke P, Durdey P, Dixon MF, Williams NS. Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection: histopathological study of lateral tumours spread and surgical excision. *Lancet* 1986; ii: 996-8.
35. Quirke P, Dixon MF. The prediction of local recurrence in rectal adenocarcinoma by histopathological examination. *Int J Colorectal Dis* 1988; 3: 127-31.
36. Rich T, Gunderson LL, Lew R, Galdibini JJ, Cohen AM, Donaldson G. Patterns of recurrence of rectal cancer after potentially curative surgery. *Cancer* 1983; 52: 1317.
37. Rosen L, Veidenheimer MC, Collier JA, Corman ML. Mortality, morbidity and patterns of recurrence after abdominoperineal resection for cancer of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 202-8.
38. Slanetz CA, Herter FP, Grinnell RS. Anterior resection versus abdominoperineal resection for cancer of the rectum and rectosigmoid. *Am J Surg* 1972; 123: 110-6.
39. Terranova O, Celi D, Martella B, Battocchio F. Local recurrence of rectal cancer: Anterior resection versus abdomino-perineal resection. *Int Surg* 1988; 73: 111-13.
40. Turnbull RB Jr., Cuthbertson A. Abdominorectal pullthrough resection for cancer and for Hirschsprung's disease: delayed posterior colorectal anastomosis. *Cleve Clin Q* 1961; 28: 109-15.
41. Weir RF. An improved method of treating high seated cancers of the rectum. *J Amer Med Ass* 1901; 37: 801-803.
42. Williams NS. The rationale for preservation of the anal sphincter in patients with low rectal cancer. *Br J Surg* 1984; 71: 575-81.
43. Williams NS. Changing patterns in the treatment of rectal cancer. *Br J Surg* 1989; 76(1): 5-6.
44. Williams NS, Price R, Johnston D. The long term effect of sphincter preserving operations for rectal carcinoma on function of the anal sphincter in man. *Br J Surg* 1980; 67: 203-8.
45. Williams NS, Johnston D. Survival and recurrence after sphincter saving resection and abdominoperineal resection for carcinoma of the middle third of the rectum. *Br J Surg* 1984; 71: 278-82.
46. Williams NS, Durdey P, Johnston D. The outcome following sphincter-saving resection for low rectal cancer. *Br J Surg* 1985; 72: 595-8.
47. Wilson SM, Beahrs OH. The curative treatment of carcinoma of the sigmoid, rectosigmoid and rectum. *Ann Surg* 1976; 183: 556-65.
48. Wolmark N, Fisher B. An analysis of survival and treatment failure following abdominoperineal and sphincter-saving resection in Dukes' B and C rectal carcinoma. *Ann Surg* 1986; 204(4): 480-87.

**Endereço para correspondência:**

Angelita Habr-Gama  
Rua Tucumã, 401, apt. 71  
01455 - São Paulo - SP