

RISCO DE CÂNCER DE RETO EM PACIENTES COM SÍNDROME DE CÂNCER COLORRETAL NÃO POLIPÓIDE APÓS A COLECTOMIA ABDOMINAL

RENATO ARAÚJO BONARDI, TSBCP

BONARDI RA - Risco de câncer de reto em pacientes com síndrome de câncer colorretal não polipóide após a colectomia abdominal. *Rev Bras Colo-Proct*, 1998; 18(1): 42-43

Rodrigues-Bigas MA, Vasen HFA, Pekka-Mecklin J, Myrholm T, Rozen P, Bertario L, Järvinen HJ, Jass JR, Kunitomo K, Nomizu T, Driscoll DL. International collaborative group on HNPCC. Rectal cancer risk in hereditary nonpolyposis colorectal cancer after abdominal colectomy. *Ann Surg* 1997; 225(2): 202-207.

Abstrato

O tratamento de escolha para os pacientes com síndrome de câncer colorretal hereditário não-polipóide (HNPCC) é a colectomia total abdominal com íleo-retos anastomose. O risco do desenvolvimento do câncer de reto nestes pacientes submetidos a cirurgia é ainda desconhecido. No sentido de ajudar a definir este risco o Grupo Internacional Colaborativo em Síndrome do Câncer Colorretal não Polipóide (ICG-HNPCC) realizou um estudo retrospectivo em pacientes submetidos a este tipo de tratamento cirúrgico.

Os membros do "ICG-HNPCC" identificaram os pacientes supostamente portadores do "HNPCC" submetidos a colectomia total abdominal com íleo-retos anastomose. Os critérios para inclusão foram os seguintes: 1. Pelo menos três parentes com câncer colorretal, 2. Dois deles parentes de primeiro grau (foram excluídos os pacientes portadores de Polipose Adenomatosa Familiar), 3. Duas gerações consecutivas, 4. Um dos pacientes com o diagnóstico do Ca colorretal com idade abaixo dos 50 anos. Setenta e um pacientes completaram todos os critérios. As variáveis incluíram sexo; idade na época da cirurgia; estadiamento TNM; estadiamento de Dukes do carcinoma primário; presença de adenomas; e seguimento após o tratamento cirúrgico.

Oito (11%) dos 71 pacientes desenvolveram câncer retal com uma média de 158 meses após o procedimento cirúrgico inicial. Destes oito pacientes, quatro desenvolveram adenomas na mucosa retal antes do diagnóstico de câncer do reto e um daqueles oito desenvolveu Ca e adenomas do reto simultaneamente. Na época do diagnóstico, seis pacientes estavam sob vigilância

constante. Em termos de risco do desenvolvimento do câncer de reto, as únicas variáveis significantes foram a idade na época da cirurgia e se o paciente estava ou não sob vigilância. Os investigadores estimaram que o risco de desenvolver câncer retal foi de 3% para cada três anos após a colectomia total abdominal com IRA, durante os primeiros 12 anos. A verdadeira incidência de câncer do reto em pacientes com "HNPCC" é ainda desconhecida, mas este estudo mostrou que existe um risco definido do desenvolvimento desta neoplasia após a colectomia total abdominal. A vigilância deste paciente após a colectomia total abdominal deve ser constante. Sugerem os autores que outros estudos com quimioterapia devem ser realizados.

COMENTÁRIO

Os critérios de Amsterdam para o diagnóstico das famílias com "HNPCC" incluem três ou mais parentes com câncer colorretal. Este padrão inclui o paciente, um parente de primeiro grau em relação ao outro; duas gerações com câncer colorretal; e um paciente com carcinoma com idade abaixo dos 50 anos. Os carcinomas são geralmente proximais à flexura esplênica do cólon, e com frequência precedidos por adenomas. Como consequência dos tumores proximais, a colonoscopia é o método de escolha para a vigilância destes pacientes.

Uma função importante da informação retrospectiva é identificar os achados de análise mais objetivas em estudos prospectivos com grupos controles. Este trabalho enfatiza a necessidade de exames endoscópicos frequentes nos pacientes de alto risco.

Alguns aspectos do estudo devem ser analisados. Dos 63 questionários enviados, somente 19 foram respondidos. Dos 94 pacientes que completaram os questionários, 23 (24%) foram excluídos por não atingirem os critérios necessários ao estudo. Este aspecto mostra a dificuldade de extrapolar resultados do estudo de pequenos grupos de pacientes e com questionários difíceis de responder e interpretar.

Os dados foram obtidos de cirurgiões de diferentes partes do mundo, refletindo práticas cirúrgicas diversas, e seguimentos diferentes. Estas diferenças tendem a confundir a interpretação dos questionários heterogêneos. Por exemplo, não

sabemos qual a frequência com que os exames endoscópicos foram realizados nos 71 pacientes incluídos na análise final. Há necessidade de uma informação bem clara com relação ao tipo e frequência de exames endoscópicos nos pacientes de alto risco para o câncer retal, nem tampouco o número das biópsias realizadas são conhecidas. A vigilância em outros pacientes de alto risco, como naqueles com retocolite ulcerativa inespecífica, confirma a importância do número e localização das biópsias realizadas nos exames endoscópicos.

A utilização de terapia adjuvante pós-operatória pode retardar a ocorrência de adenomas residuais, ou tumores metácrônicos. Infelizmente não existem dados de terapia adjuvante nestes pacientes.

Finalmente devemos observar o que foi recentemente publicado pela "American Gastroenterological Association"⁽²⁾. Em indivíduos com uma história familiar de câncer colorretal em vários parentes próximos e com idade em torno dos 50 anos, é recomendado que os parentes recebam aconselhamento e

investigação genética para o diagnóstico de "HNPCC". A orientação sugere ainda que os indivíduos considerados de alto risco sejam submetidos a colonoscopia a cada um ou dois anos, começando com a idade de 20 a 30 anos, e anualmente após os 40 anos.

Em resumo, a incidência de câncer retal após a colectomia total abdominal nos pacientes com "HNPCC" é suficiente para justificar a necessidade de vigilância endoscópica agressiva. O tipo e a frequência desta vigilância aguarda investigações futuras com estudos prospectivos e grupos controles.

REFERÊNCIAS

1. Macrae FA, Bhathal PS. Colonoscopy and biopsy. *Clinical Gastroenterology* 1997; 11: 65-82.
2. Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, et al. Colorectal cancer screening: Clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology* 1997; 112: 594-642.