

Neoplasia do Recto



O que precisa saber ?

Contactos:

Núcleo de Portimão:

Sítio do Poço Seco, Portimão, 8500.

Tel.- 282 450 300.

E-mail: sec.dec.terapeutica@ch Algarve.min-saude.pt;

Telm: 966479494

O que é o Recto?

O Recto é a extremidade distal do tubo digestivo, localizado após o cólon sigmóide e antes do ânus.

Tem um comprimento de cerca de 15 cm e tem como função principal servir de reservatório para as fezes



O Cancro do recto é frequente?

Em conjunto com a neoplasia do cólon, constituem a segunda neoplasia maligna mais frequente em ambos os sexos, com uma taxa de incidência global de 70,3/100.000 habitantes. A maioria dos casos surge entre os 50 e 80 anos, sendo muito rara abaixo dos 40 anos (habitualmente associada a cancro colo-rectal hereditário).

Foi-me diagnosticado Cancro do recto e agora?

Após o diagnóstico de neoplasia do recto, deve ser encaminhado para uma equipa multidisciplinar com experiência no tratamento desta patologia, onde irá concluir o estudo e ser proposto uma estratégia terapêutica.

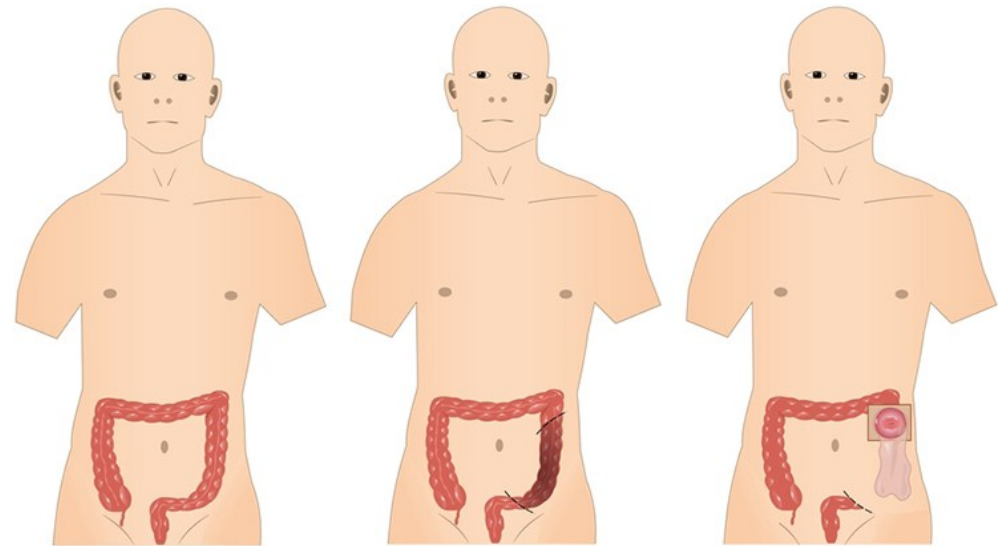
Como é feito o estadiamento?

O estadiamento da neoplasia é definido pela classificação TNM. O T define o grau de profundidade tumoral, o N a presença de metastização ganglionar, e o M a presença de metastização à distância. Assim, na neoplasia do recto tornam-se indispensáveis a tomografia computadorizada toraco-abdominal (TAC) para estadiamento à distância (Definir M) e a ressonância magnética pélvica (RM) e/ou a ecoendoscopia para estadiamento loco-regional.

No estadio I e II a doença está localizada ao recto, no estadio III existe disseminação ganglionar e no estadio IV existe já presença de doença à distância (geralmente fígado e pulmão)

Se for preciso estoma é definitivo?

A utilização de estoma definitivo só é utilizada na ressecção abdomino-perineal, uma vez que o tumor ao invadir os músculos responsáveis pela continência dos esfíncteres anais não permitem a realização de uma cirurgia em que se preserve o ânus e ao mesmo tempo garanta a intenção curativa do procedimento. Nos restantes casos o recurso a ileostomia é transitório e tem com objectivo a protecção de eventuais complicações de infecção que podem surgir com a deiscência da anastomose. O seu encerramento pode ser efectuado



E depois da cirurgia?

Após a cirurgia, será novamente discutida em reunião multidisciplinar o seu caso clínico. Dependendo do resultado da peça operatória, será proposto a avaliação por Oncologia para tratamento por quimioterapia. Nos restantes casos o seu seguimento irá ser efectuado na consulta de Cirurgia.

Durante o período de seguimento (que dura 5 anos) irá realizar exames (análises, colonoscopia e TAC) para detectar o mais precocemente as recidivas

Em que consiste o Tratamento cirúrgico?

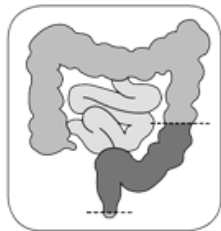
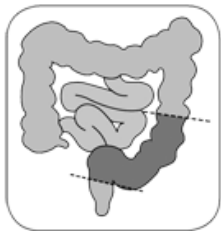
O Tratamento cirúrgico tem como objectivo remoção do tumor. Dependendo do estadiamento clínico e da sua localização dispomos de várias opções cirúrgicas.

A Excisão Trans-anal por cirurgia minimamente invasiva (TAMIS) permite a remoção do tumor sem necessidade de abertura da cavidade abdominal e sem necessidade de realização de anastomose (união de 2 partes do intestino)



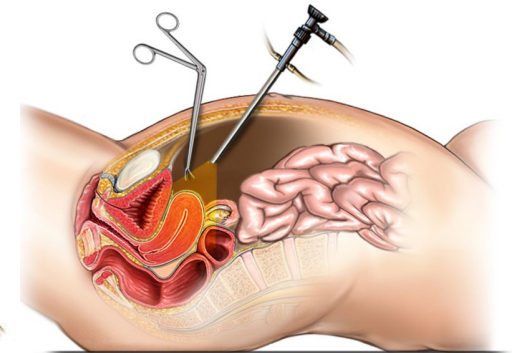
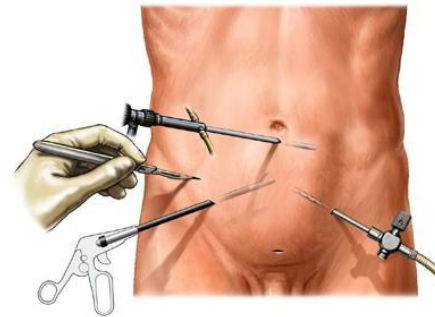
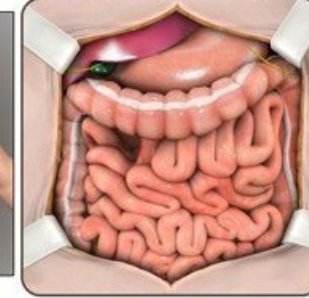
Ressecção anterior do recto (RAR) – consiste na remoção de parte ou todo o recto com necessidade de anastomose (união do cólon com o recto ou o ânus)

Ressecção abdomino-perineal – Consiste na remoção de todo o recto e do ânus (envolvendo os músculos esfinterianos). Nesta situação o doente fica com uma colostomia (exteriorização do cólon na parede abdominal)



Como é realizada a intervenção cirúrgica?

A cirurgia pode ser realizada por abordagem convencional ou por via laparoscópica (cirurgia minimamente invasiva). A cirurgia laparoscópica sendo menos invasiva, permitirá uma recuperação pós-operatória mais rápida.



A Cirurgia tem complicações?

Como todos os procedimentos cirúrgicos também estas técnicas apresentam complicações. Para além das inerentes a qualquer intervenção cirúrgica, é necessário ter em conta a possibilidade de disfunção génito-urinária, sexual ou incontinência.

Quais são as principais complicações que podem ocorrer?

As complicações podem-se dividir em precoces (ocorrem geralmente durante o internamento) e em tardias (ocorrem após meses da cirurgia).

No primeiro grupo (precoces) as complicações mais frequentes surgem devido a lesão de estruturas (orgãos) que se encontram directamente ou indirectamente ligadas ao recto (Intestino, ureter, bexiga, artérias, veias e nervos); deiscência da anastomose (complicação mais temida que pode levar a uma infecção grave, peritonite).

No segundo grupo (tardias), menos frequentes, incluem-se as oclusões intestinais e as hérnias incisionais.



Como Saber qual o melhor Tratamento para mim?

Depois de realizados os exames solicitados, é feita uma avaliação multidisciplinar com vários profissionais com experiência na abordagem desta patologia. Nesta consulta (não presencial) estão presentes as seguintes especialidades: Cirurgia, Gastrenterologia, Radiologia, Oncologia, Radioterapia. Da análise conjunta sairá uma proposta de tratamento que será explicada ao doente.

Em que consiste o Tratamento?

A proposta do tratamento tem em vista dois pontos chave: a intenção curativa ou a intenção paliativa (em que o objectivo é proporcionar a maior qualidade de vida possível)

A Cirurgia é a única opção?

Não, em apenas alguns doentes está indicada apenas a intervenção cirúrgica.

Que outras opções de Tratamento temos?

As outras opções de tratamento são a Quimioterapia e a Radioterapia em conjunto ou isoladas. Quando realizadas antes da intervenção cirúrgica denomina-se terapêutica neoadjuvante (TNA)

Existe Possibilidade do tumor desaparecer?

Sim. Cerca de 50 a 60% dos doentes submetidos a TNA apresentam um *downstaging* tumoral (diminuição do tamanho), e aproximadamente 20% apresentam uma resposta clinica completa (ausência do tumor). Nesta condições a vigilância Watch and Wait pode ser uma alternativa viável a discutir com a equipa que o segue.