

Perspectivas e Vantagens da Videocirurgia no Tratamento do Câncer Colorretal

Perspectives and advantages of videosurgery in the Treatment of colorectal Cancer

Fábio Guilherme C. M. de Campos

Disciplina de Coloproctologia do Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil

RESUMO

O papel da videocirurgia no manuseio do câncer colo-retal ainda permanece como tema de intenso debate, suscitando preocupações quanto à sua adequação aos princípios oncológicos, ao desenvolvimento de recidivas parietais precoces e aos resultados pós seguimento tardio. No tratamento paliativo de tumores avançados, as características de um procedimento minimamente invasivo tornam a laparoscopia a via de acesso preferencial, possibilitando a complementação do estadiamento pré-operatório e permitindo a realização de derivações e ressecções intestinais associadas a melhor evolução pós-operatória. Por outro lado, a seleção de pacientes candidatos a ressecções potencialmente curativas é necessária, devendo-se considerar características clínicas individuais, o estadiamento e a localização tumoral. Hoje se reconhece que a evolução oncológica a curto prazo não é comprometida, tendo-se reportado taxas de sobrevida e recidiva precoces similares às da cirurgia convencional. A recidiva tumoral em portais representa uma conseqüência infeliz da curva de aprendizado e/ou doença avançada, assumindo menor proporção quando há treinamento adequado e habilidade técnica. Devido à escassez de relatos concernentes à sobrevida a longo prazo estimada por estudos prospectivos randomizados, a indicação de técnicas laparoscópicas com finalidades curativas deve ser feita com base em critérios rígidos de seleção dos pacientes, elaborados por cirurgiões com grande experiência em videolaparoscopia e coloproctologia. Neste contexto, acredito que as melhores indicações reúnem os tumores pequenos do cólon sigmóide, reto superior e reto baixo sem sinais de invasão local.

Palavras-chave: LAPAROSCOPIA/cirurgia; COLECTOMIA; ESTADIAMENTO; CÂNCER COLORRETAL/cirurgia.

CAMPOS F.G.C.M. Perspectivas e Vantagens da Videocirurgia no Tratamento do Câncer Colorretal. Rev bras videocir 2004;2(1):39-42.

Desde o começo da década de 90, demonstraram-se várias vantagens associadas à videolaparoscopia (VL), especialmente no tratamento de doenças colorretais benignas. Entretanto, o tratamento do câncer colo-retal (CCR) ainda desencadeia debates acalorados, especialmente quando se cogita a perspectiva de tratamento com finalidades curativas. Nesta circunstância, questiona-se a possibilidade de violação de princípios oncológicos e a ocorrência de metástases em portais e na parede abdominal.

Num primeiro momento, os argumentos contrários criaram um cenário de ceticismo que limitou as indicações do acesso laparoscópico, determinando a seleção prévia de pacientes. Embora a instituição de critérios de seletividade baseados na experiência do cirurgião sejam desejáveis para reduzir a morbimortalidade e obter bons resultados oncológicos^{1, 2, 3}, abre-se a possibilidade de criar vários desvios na interpretação correta dos resultados obtidos (*bias*).

A idade do paciente não deve ser considerada uma contra-indicação formal, devendo-se apenas levar em consideração se as condições cardio-respiratórias gerais do paciente são compatíveis com a manutenção de pneumoperitônio prolongado⁴.

Em portadores de CCR, a seleção de pacientes candidatos à videocirurgia deve excluir pacientes com tumores associados a aneurismas de aorta, hérnias incisionais, cirurgias prévias múltiplas, grandes obesos e aqueles em condições clínicas emergenciais (como obstrução intestinal)⁵. Neste último caso, constituem exceção os doentes em que a finalidade do tratamento for realizar uma derivação intestinal⁴.

Outra contra-indicação relativa é representada por pacientes com massas tumorais grandes, com ou sem evidência de invasão local^{3, 6}, uma vez que, nessas circunstâncias, a via laparoscópica não é a ideal para verificar de maneira apropriada a ressecabilidade, além de requerer a confecção de grande incisão para retirada da peça⁷.

Quanto à localização, carcinomas do cólon direito, do retossigmóide e reto distal determinam ressecções laparoscópicas mais fáceis⁸. Por outro lado, sabe-se que existem maiores dificuldades técnicas nas ressecções de tumores no cólon transversal ou reto médio, por motivos óbvios. Ainda hoje, a secção do reto baixo (ao nível do assoalho pélvico) é uma das maiores limitações na dissecação pélvica, pela inexistência de grampeadores angulados de tamanho adequado para fazer esta secção neste nível e pela dificuldade em garantir margem distal adequada na ressecção retal (pela ausência de palpação táctil).

Assim, a realização de ressecção anterior baixa deve ser restrita apenas a cirurgias com grande experiência, tendo em vista o risco de se realizar operação de amputação de reto em paciente em que seja possível conservar a musculatura esfinteriana.

Em pacientes com tumores do ceco e cólon direito, geralmente volumosos, a necessidade de uma incisão auxiliar de maior tamanho para retirada da peça eventualmente pode limitar as vantagens da laparoscopia, não tendo aceitação plena.

Por outro lado, cada vez mais se reconhece que a amputação abdomino-perineal do reto (APR) constitui uma das melhores técnicas para serem executadas por videocirurgia. É considerada uma operação verdadeiramente laparoscópica, não requer incisão auxiliar para retirada da peça e provê acesso minimamente invasivo em pacientes que serão portadores de uma colostomia terminal definitiva^{7, 9}.

Apesar das restrições citadas, a VL oferece perspectivas bastante atraentes, como o estadiamento laparoscópico e ultrassonográfico de lesões avançadas, assim como o manuseio paliativo de pacientes com CCR incurável¹⁰. Nessa situação, o acesso laparoscópico oferece as vantagens de permitir a completa inspeção da cavidade, facilita a realização de ressecções limitadas ou derivações intestinais e a inserção de cateteres arteriais para infusão regional de drogas quimioterápicas¹¹.

Além disso, as técnicas laparoscópicas estão associadas a menor morbidade e rápida recuperação,

provendo palição efetiva em pacientes com expectativa de vida limitada e grande risco de complicações relacionadas às condições nutricionais e reservas funcionais comprometidas pela doença.

Quanto aos resultados oncológicos, séries não controladas e registros de operações laparoscópicas com baixo nível de evidência não detectaram comprometimento da evolução oncológica imediata e dos padrões de recidiva tumoral, incluindo os riscos de implantes tumorais em peritônio e em portais. Muitos desses relatos incluem séries de pacientes selecionados não submetidos a randomização^{12, 13}.

No início da década de 90, relatos sobre a ocorrência de metástases incisionais e nos locais de introdução dos trocartes limitaram a indicação de ressecções laparoscópicas. Subseqüentemente, numerosos estudos mostraram que a disseminação parietal é um fenômeno complexo e multifatorial, com incidência oscilando entre 1 e 2%, inclusive no Brasil^{14, 15}.

Fatores, como estadiamento avançado da doença, experiência do cirurgião e técnica cirúrgica inadequada, têm sido incriminados como determinantes de recidiva parietal¹¹, reconhecendo-se que a freqüência desta complicação não difere de maneira significativa da observada em cirurgia aberta¹⁶.

Diversos trabalhos atestaram a adequação da ressecção oncológica com base na avaliação do espécime cirúrgico (linfonodos, margens e tamanho da peça). Entretanto, a revisão da literatura recente ressalta a escassez de dados relativos à análise das margens laterais das peças cirúrgicas e de estudos com seguimento prolongado^{17, 18}.

Os poucos trabalhos randomizados publicados até o momento são geralmente constituídos por casuísticas pequenas e seguimento curto. Apesar disso, reportaram vantagens precoces relacionadas a dor, função pulmonar e sobrevida em pacientes no estágio III, que ainda carecem de confirmação definitiva^{6, 19}.

A longo prazo, somam-se benefícios adicionais como menor incidência de obstrução por aderências, menor incidência de hérnias incisionais e melhores resultados em decorrência da menor imunossupressão no momento do tratamento.

Dessa maneira, embora não tenham sido reportados efeitos deletérios em termos de recidiva e sobrevida, respostas mais conclusivas para estas

questões só virão após a publicação de estudos randomizados de fase III que comparem os resultados tardios das ressecções laparoscópicas e convencionais.

Quero crer que, uma vez obedecidas as premissas de treinamento técnico e critérios adequados de seletividade, as operações laparoscópicas colorretais podem ser executadas sem comprometimento dos princípios oncológicos. Assim, o emprego da videolaparoscopia no tratamento do CCR torna-se uma ótima alternativa à disposição de cirurgões experientes em pacientes selecionados.

ABSTRACT

The role of video surgery in the management of colorectal cancer (CRC) still raises discussion regarding its adaptation to oncologic principles, the development of early parietal recurrence and the results after long-term follow-up. The features of a minimally invasive procedure in the treatment of advanced tumors turn laparoscopy the preferred approach, as it provides supplementary staging and allows intestinal deviation and resection with better postoperative outcome. On the other hand, the selection of patients for potentially curative resections must consider individual clinical features, staging and tumor localization. Today it is well recognized that the early oncologic evolution is not compromised, as the reported survival and recurrence rates have been similar to those observed after conventional surgery. Portal recurrence represents an unfortunate consequence of the learning curve or advanced disease, and prevention is achieved through proper training and technical skills. Due to the few prospective and randomized series reporting long-term follow-up, the indication of laparoscopic techniques with curative purposes should be based on rigid selection criteria, preferably made by experienced surgeons. In this context, the best indications comprise the small tumors in the sigmoid colon, upper and distal rectum, without evidence of local invasion.

Key words: LAPAROSCOPY/surgery; COLECTOMY; STAGING; COLORECTAL CANCER/surgery.

Referências Bibliográficas

- Campos FG. Análise dos riscos associados à idade avançada e obesidade em cirurgia laparoscópica colo-retal. *Rev bras Coloproct* 2002;22:289-93.
- Marusch F, Gastinger I, Schneider C, Scheidbach H, Konradt J, Bruch HP, Kohler L, Barlehner E, Kockerling F; Laparoscopic Colorectal Surgery Study Group (LCSSG). Importance of conversion for results obtained with laparoscopic colorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 2001;44(2):207-14.
- Pandini LC, Gonçalves CA. Cirurgia laparoscópica colorretal. Análise de 82 casos. *Rev bras Coloproct* 1996;16:112-116.
- Campos FG; Habr-Gama A; Sousa Jr AHS; Araújo SEA. Aspectos técnicos e vantagens da realização de estomias por vídeo-laparoscopia. *Rev bras Coloproct* 1998;18(1): 61-65.
- Hartley JE, Monson JR. The role of laparoscopy in the multimodality treatment of colorectal cancer. *Surg Clin North Am* 2002;82(5):1019-33.
- Milsom JW, Bohm B, Hammerhofer KA, Fazio V, Steiger E, Elson P. A prospective, randomized trial comparing laparoscopic versus conventional techniques in colorectal cancer surgery: a preliminary report. *J Am Coll Surg* 1998;187(1):46-54.
- Church JM, Gibbs P, Chao MW, Tjandra JJ. Optimizing the outcome for patients with rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2003;46(3):389-402.
- Senninger N, Bruwer M. Colorectal carcinoma. Minimally invasive surgery under quality aspects-limitations. *Zentralbl Chir* 2001;126(4):289-94.
- Campos FG. Complications and conversions in laparoscopic colorectal surgery: results of a multicenter Brazilian trial. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003;13(3):173-9.
- Scheidbach H, Schneider C, Huegel O, Barlehner E, Konradt K, Wittekind C, Kockerling F. Laparoscopic sigmoid resection for cancer: curative resection and preliminary medium-term results. *Dis Colon Rectum* 2002;45(12):1641-7.
- Milsom JW, Kim SH. Laparoscopic versus open surgery for colorectal cancer. *World J Surg* 1997;21(7):702-5.
- Senagore AJ, Erwin-Toth P. Care of the laparoscopic colectomy patient. *Adv Skin Wound Care* 2002;15(6):277-83.
- Campos FG. Tratamento do câncer colo-retal - Seleção dos pacientes, estadiamento e recidiva parietal em vídeo-cirurgia. *Rev Bras Coloproct* 2003;23(2):120-127.
- Campos FG, Sousa Jr AHS, Habr-Gama A *et al*. Cirurgia Laparoscópica Colo-Retal. Resultados do Inquérito Nacional Brasileiro - 2001. *Rev bras Coloproct* 2001;21:135-143.
- Silecchia G, Perrotta N, Giraudo G, Salval M, Parini U, Feliciotti F, Lezoche E, Morino M, Melotti G, Carlini M, Rosato P, Basso N. Abdominal wall recurrences after colorectal resection for cancer: results of the Italian registry of laparoscopic colorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 2002;45(9):1172-7.
- Ries LA, Eisner MP, Kosary CL *et al*, eds. SEER cancer statistics review, 1973-1999. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2002. Disponível em URL: http://www.seer.cancer.gov/csr/1973_1999.
- Campos FG. Avaliação Oncológica das Técnicas Laparoscópicas no Tratamento do câncer colo-retal: resultados de estudos comparativos e de séries com seguimento prolongado. *Rev Bras Coloproct* 2003;23(3):217-224.
- Lujan HJ, Plasencia G, Jacobs M, Viamonte M 3rd, Hartmann RF. Long-term survival after laparoscopic colon resection for cancer: complete five-year follow-up. *Dis Colon Rectum* 2002;45(4):491-501.
- Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Pique JM, Delgado S, Campo E, Bordas JM, Taura P, Grande L, Fuster J, Pacheco JL *et al*. Short-term outcome analysis of a randomized study

- comparing laparoscopic vs open colectomy for colon cancer. Surg Endosc. 1995;9(10):1101-5.
20. Bergamaschi R, Arnaud JP. Immediately recognizable benefits and drawbacks after laparoscopic colon
21. Lumley J, Stitz R, Stevenson A, Fielding G, Luck A. Laparoscopic colorectal surgery for cancer: intermediate to long-term outcomes. Dis Colon Rectum 2002;45(7):867-72.

Recebido em 15/03/2004
Aceito para publicação em 19/03/2004

**PERSPECTIVAS E VANTAGENS DA
VIDEOCIRURGIA NO
TRATAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL**

Fábio Guilherme C. M. de Campos

Doutor pela FMUSP, Titular das Sociedades Brasileiras de Coloproctologia e Videocirurgia, Secretário da Sobracil-SP.

Endereço para Correspondência

FÁBIO GUILHERME C. M. CAMPOS
Rua Padre João Manuel, 222, Cerqueira César
São Paulo - SP, Brasil
Fone: (011) 3064-7010
Fax: (011) 3081-1443
e-mail: fgmcampos@terra.com.br