

4 VIGILÂNCIA INTENSIVA DO CARCINOMA COLO-RECTAL APÓS TRATAMENTO DE INTENÇÃO CURATIVA

Vale Rodrigues R., Pereira da Silva J., Rosa I., Santos I., Pereira N., Soares C., Dias Pereira A.

Introdução: A vigilância intensiva pós-operatória do carcinoma colo-rectal (CCR) permite a deteção da recorrência em fase assintomática, aumentando o número de doentes que podem beneficiar de nova cirurgia. Implementámos um programa de vigilância dos doentes com CCR estádios II-III AJCC, operados com intenção curativa, com duração de 5 anos, com avaliação clínica, CEA, CA19,9, TC Toraco-Abdomino-Pélvica e colonoscopia.

Objetivos: Avaliar a taxa de cirurgia de intenção curativa (R0), a sobrevivência global (SG) e identificar características clínicas associadas à ressecabilidade/irressecabilidade da recidiva; avaliar a acuidade diagnóstica deste modelo de vigilância.

Métodos: Estudo de coorte, unicêntrico. Foram incluídos todos os doentes com CCR integrados em programa de vigilância entre 03/2008-01/2015, com pelo menos uma determinação de qualquer dos métodos e uma consulta de vigilância. Análise estatística em SPSS-20.

Resultados: Avaliámos 404 doentes; idade média: 65 ± 10 anos; 59,6% sexo masculino; localização: recto-50,7%, cólon-49,3%; classificação AJCC: estágio II-43,8%, estágio III-56,2%; Taxa de recidiva: 12,9% (n=52), a maioria detetada nos primeiros 3 anos (88,4%), por: elevação dos marcadores-46,2%, TC-40,4%, colonoscopia-9,6%; ocorreram 2 recidivas de intervalo (3,8%); local de recidiva: metastático-80,8%; loco-regional-19,2%; 27 doentes submetidos a cirurgia de intenção curativa, em 21 a cirurgia foi R0. Em análise de regressão logística, os fatores clínicos associados a recidiva irressecável foram: idade ≥ 70 anos ($p=0,022$) e local de CCR-cólon ($p=0,033$). Dos exames utilizados na deteção de recidiva apenas a elevação suspeita de CA19,9 se associou a recidiva irressecável ($p=0,024$). Tempo médio de *follow-up* após recidiva: 15 meses (1-49 meses). Sobrevida aos 2 anos após recidiva: 95,2% na recidiva passível de cirurgia R0 vs 59,9% na recidiva irressecável (Kaplan-Meier, Log-Rank, $p=0,016$). Taxa global de mortalidade específica por cancro: 2,2% (n=9). Este modelo de vigilância apresentou, globalmente, boa acuidade diagnóstica para a deteção de recidiva (AUC 0,885).

Conclusão: A utilidade do programa de vigilância fica demonstrada pelo número de doentes submetidos a cirurgia de intenção curativa (40,3%), com impacto na sobrevivência.

Grupo Multidisciplinar de CCR - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE