

CO-051 - TUMORES DO RECTO – A LOCALIZAÇÃO INTERESSA?

João Cortez-Pinto¹; Rita Barosa²; Rita Vale Rodrigues¹; Ricardo Nogueira¹; Joana Castela¹; Joana Moleiro¹; Isadora Rosa¹; Catarina Travancinha¹; Gonçalo Fernandez¹; Inês Marques¹; Isália Miguel¹; João Freire¹; João Pereira Da Silva¹; José Venâncio¹; Luís D'Orey¹; Luísa Mirones¹; Manuel Limbert¹; Paula Chaves¹; Paula Pereira¹; Ricardo Fonseca¹; Rita Barroca¹; Teresa Ferreira¹; Teresa Marques¹; António Dias Pereira¹

1 - IPOLFG, EPE; 2 - Hospital Garcia de Orta, EPE

Introdução e Objetivos

Tradicionalmente o tratamento do adenocarcinoma (ADC) do recto com intenção curativa é cirúrgico, com associação de quimio (Q) e radioterapia (RT) nos estádios >1. No entanto, o padrão de recidiva local e à distância é claramente distinto nos diferentes andares do recto. Com vista à optimização da terapêutica, reformulámos recentemente o nosso protocolo de abordagem, dependendo a estratégia terapêutica da localização (recto baixo, médio, alto) e subestádio do tumor – nos andares superiores, a QRT ficou reservada aos T4/N2/mfr(+).

Avaliação do impacto da mudança de estratégia terapêutica, na morbilidade, sobrevida global e sobrevida livre de doença do ADC do recto.

Material

Estudo coorte. Foram avaliados todos os doentes com ADC do recto avaliados em consulta multidisciplinar e submetidos a cirurgia entre 01/2012 e 02/2016 (*follow-up* mínimo de 12 meses).

Compararam-se morbilidade, taxas de recidiva e mortalidade antes (01/2012 a 7/2014) e depois (08/2014 a 02/2016) da implementação da nova estratégia. Análise estatística: Chi2, regressão logística.

Sumário dos Resultados

Avaliaram-se 313 doentes [63,1% homens, idade média ao diagnóstico 65,5 anos (26-89)], 108 abordados com a nova estratégia. Esta alteração diminuiu numericamente os doentes submetidos a QRT neoadjuvante (66,4% vs 72,1%; $p=0,281$) e RT neoadjuvante (11,2% vs 12,9%; $p=0,652$), e aumentou as cirurgias diretas (18,1% vs 12,9%; $p=0,212$).

O número de complicações pós-operatórias foi significativamente menor com a mudança de estratégia (22,1% vs 62%; $p < 0,001$), sem diferença significativa na mortalidade intra-hospitalar, deiscências de anastomose, re-intervenções não programadas ou número de colostomias definitivas. As taxas de recidivas globais (4,7% e 3,2%) e locorregionais (1,3% e 0,9%) e a mortalidade (6,35% e 7,01%) no primeiro ano de *follow-up* não foram significativamente diferentes.

Conclusões

O tratamento do ADC do recto, tendo em conta a localização, (baixo, médio, alto) e subestádio não comprometeu o prognóstico no primeiro ano e associou-se a menos complicações pós-operatórias, favorecendo a nova estratégia.