

CANCERUL DE RECT RECIDIVAT

C. Pleșca¹, C. Dragomir², Silvia Tighiliu¹

¹ Spitalul Județean de Urgență Botoșani

² Clinica a III-a Chirurgie, Spitalul Clinic Universitar „Sf. Spiridon” Iași

RECURRENT RECTAL CANCER (Abstract): The work has as scope to analyze the recurrence of the neoplazic disease after operated rectal cancer, the study including a lot of 246 patients operated between 1995 and 2005. 129 abdominoperineal resections, 88 anterior resections, 29 Hartmann operations were performed. In the series herein, 61 patients presented recurrences, out of which 35 local recurrences, 19 at distance and 7 mixed. The ratio of the local recurrence was of: 13.20% for the lot of patients with abdominoperineal resection, 14.80% for the ones with anterior rectal resections and 17.25% at the patients with Hartmann operations. The evolution of the recurrences after years does not emphasize a statistic discrimination by this criterion (Cramer indicator, $V=0.643$, $p\text{-value}=0.323$ in the case of abdominoperineal resections, Cramer indicator, $V=0.573$, $p\text{-value}=0.381$ for anterior resections and Cramer indicator, $V=0.837$, $p\text{-value}=0.342$ for Hartmann operations). It is to be noticed that if one is to monitor the patients with rectal resections in the period between 2000-2005, one can observe a much lower local recurrence ratio – 4.84% (only 3 local recurrences out of 62 cases). The ratio decrease can be explained by the fact that total mesorectal excision was constantly performed. The usage of the preoperative radiotherapy determines major decrease of the recurrence ratio (10.80%), comparable against adjuvant treatment. As a conclusion, the importance of complex, sequential treatment is emphasized (preoperative radiotherapy – rectal resection through abdomen-perineum/abdomen with total mesorectal excision) for decreasing the recurrence of the disease both local and at distance.

KEY WORDS: RECTAL CANCER, RECURRENT DISEASE, PREOPERATIVE RADIOTHERAPY, RECTAL RESECTION, TOTAL MESORECTAL EXCISION

Correspondență: Dr. Constantin Pleșca; e-mail: costybt@yahoo.com *

INTRODUCERE

Cancerul colorectal reprezintă una dintre cele mai frecvente localizări ale bolii neoplazice, constituind a doua cauză de deces prin neoplasm. Din totalul bolnavilor cu neoplasm colorectal, 45% prezintă localizare a bolii la nivelul joncțiunii recto-sigmoidiene și la nivelul rectului [1].

Prezentul studiu are ca obiectiv urmărirea în dinamică a recurenței bolii atât locală, cât și la distanță. Termenul de recidivă definește recurența bolii neoplazice, care inițial a fost localizată la nivel rectal.

Recidivele locale sunt reprezentate de recurențele limitate la rect, pelvis sau organele adiacente; ele pot fi anastomotice sau în patul fostei tumori și limfonodulare pelvine. Recidivele locale apar în 18-20% din cazuri, în primele 18 luni postoperator; trialurile randomizate semnalează o variație considerabilă a procentajelor recurențelor funcție de diferite centre.

Recidivele locale sunt favorizate de mai mulți factori: vârsta avansată a pacienților; stadiul avansat al tumorii; neoplasme cu celule nediferențiate; cancere de rect complicate (ocluzie, perforație); gestul chirurgical și tehnica chirurgicală privind manipularea tumorală intempestivă; dehiscența anastomotică.

Recurențele la distanță pot fi peritoneale, parietale sau metastaze în organe situate la distanță. Ele sunt identificate în 3% până la 32% din cazuri în intervalul de 5 ani după rezecție rectală cu viză curativă [2].

* received date: 7.05.2007
accepted date: 7.06.2007

MATERIAL ȘI METODĂ

În perioada 1995-2005 în Clinica a III-a Chirurgie Iași, au fost urmăriți în dinamică un număr de 246 de pacienți ce au suferit una din următoarele intervenții chirurgicale: amputație abdomino-perineală, rezecție anterioară de rect, operație Hartmann. Datele din dosarele medicale ale pacienților au fost incluse într-o bază de date MS Access și prelucrate în MS Excel. Pacienții au fost dificil de urmărit datorită schimbării domiciliului și neprezentării acestora la controalele regulate solicitate de Clinica de Oncologie și de Clinica de chirurgie.

REZULTATE

Din datele obținute, se constată că doar 24,8% (n=61) au fost diagnosticate ulterior cu recidivă locală sau/și la distanță; recidivele locale reprezintă 14,20% dintr-un total de 246 de bolnavi (57,40% din totalul recidivelor), în timp ce recurența bolii atât locale, cât și la distanță este de 2,80% (11,50% din totalul recidivelor) (Tabelul I).

Tabelul I
Repartiția pacienților după recidive

Localizare recidivă	Cazuri	Procent din nr. total de cazuri (246)	Procent din nr. de recidive (61)
Locală	35	14,2%	57,4%
La distanță	19	7,7%	31,1%
Locală și la distanță	7	2,8%	11,5%
Total	61	24,8%	100%

Datele din coloana a treia sunt raportate la numărul total pacienți, deci 14,2% dintre pacienți au o recidivă locală, 7,7% una la distanță, 2,8% prezintă atât recurențe locale, cât și la distanță. Datele din coloana a patra sunt raportate la numărul de recidive: 57,4% din totalul recidivelor sunt locale, 31,1% sunt la distanță, iar restul sunt mixte.

Tabelul II
Repartiția pacienților în funcție de recidivă și stadializare

Localizare		Stadializare	
		Dukes C	Dukes D
Locală	Cazuri	24	9
	% din recidive	72,70%	27,30%
	% din stadiu	17,52%	15%
La distanță	Cazuri		19
	% din recidive		100,00%
	% din stadiu		31,67%
Locală și la distanță	Cazuri		7
	% din recidive		100%
	% din stadiu		11,67%
Total	Cazuri	24	35
	% din recidive	40,70%	59,30%
	% din stadiu	17,52%	58,33%

Repartiția cazurilor după stadiu și localizarea recidivei a arătat că au existat recidive numai în stadiile Dukes C și D (Tabelul II). Pentru recidivele locale, 72,70% din cazuri au fost în stadiul Dukes C (17,52% din totalul bolnavilor cu Dukes C), iar 27,30% au fost în stadiul Dukes D (15% din pacienții cu stadiul Dukes D). Situația se modifică radical atât pentru recidivele situate la distanță, cât și pentru grupul mixt, toate cazurile apărând în stadiul Dukes D (31,67%, respectiv 11,67% din totalul bolnavilor cu Dukes D).

Se remarcă că doar pentru 59 dintre pacienții cu recidive s-a înregistrat stadiul, cei 2 pacienți lipsă având recidivă locală.

Analiza recidivelor în funcție de tipul intervenției chirurgicale primare

Amputație de rect

Amputația abdomino-perineală a fost asociată cu o rată de recidivă locală de 6,92% pentru toți pacienții operați, indiferent de stadiu. Pentru stadiul Dukes C rata recidivei locale a fost de 10,95%, iar în stadiul Dukes D de 5%. Dacă se raportează recidivele locale (17 cazuri) numai la lotul de bolnavi ce au suferit amputație de rect (129 de pacienți) se obține o rată a recidivei locale de 13,20%. Prelucrarea statistică nu relevă o diferență după ani (indicele Cramer, $V=0,643$, $p=0,323$), deși indicele V este suficient de apropiat de 1 (Fig. 1).

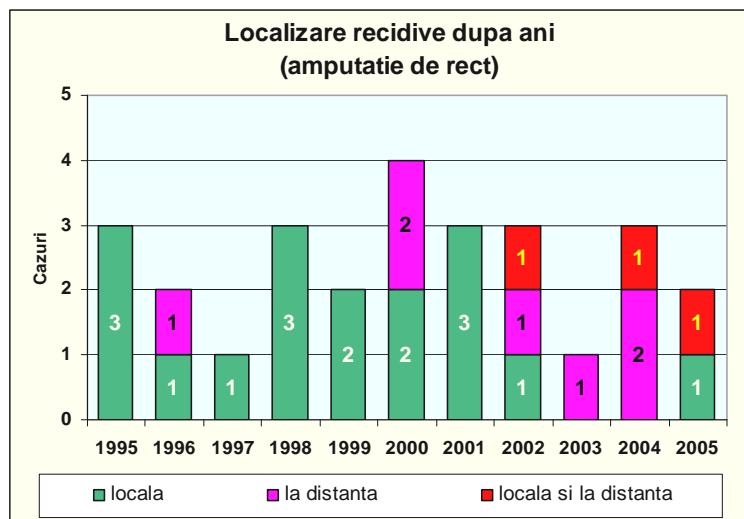


Fig. 1 Distribuția recidivelor după amputația de rect în funcție de anul operației inițiale

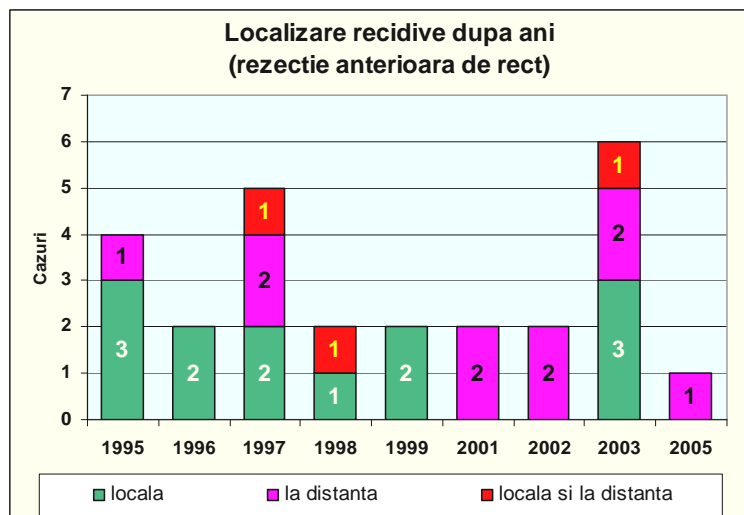


Fig. 2 Distribuția recidivelor după rezecția anterioară de rect, în funcție de anul operației inițiale

Rezecția anterioară de rect

A fost corelată cu o rată a recidivei locale de 5,30% indiferent de stadializare. Raportarea recidivelor locale (13 cazuri) numai la pacienții cu rezecție anterioară de rect (88 de cazuri) rezultă o rată a recidivei locale de 14,80%. Deși nu se constată o diferență statistică după ani (indicele Cramer, $V=0,573$, $p=0,381$), este de remarcant scăderea ratei recidivei locale la 4,84% (numai 3 recidive locale la un număr de 62 de cazuri) în perioada 2000-2005, prin utilizarea frecventă a radioterapiei preoperatorii și prin efectuarea constantă a exciziei totale a mezorectului.

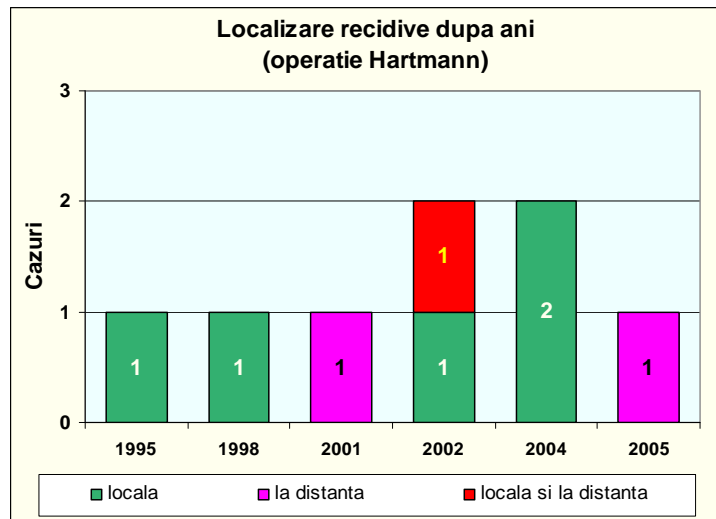


Fig. 3 Distribuția recidivelor după operația Hartmann, în funcție de anul operației inițiale

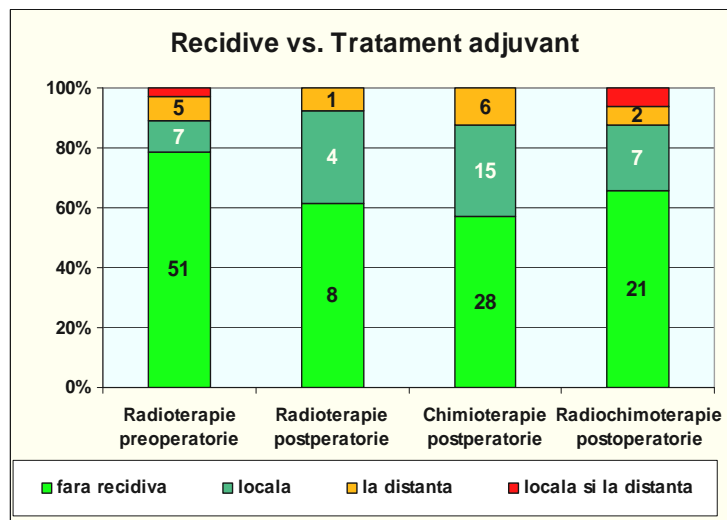


Fig. 4 Distribuția cazurilor cu recidivă locală sau/și la distanță în funcție de tratamentul adjuvant

Operație Hartmann

Pentru operația Hartmann rata recidivei locale este de 17,25%, raportată la un număr de 29 de bolnavi. Această rată crescută este explicată prin aceea că acest tip de intervenție a fost efectuată, în principal, pentru cancerul de rect complicat (ocluziv, perforat). Analiza statistică nu relevă o diferență în funcție de anul intervenției (indice Cramer, $V=0,837$, $p=0,342$), deși indicele V este suficient de apropiat de 1 (Fig. 3).

Tratamentul adjuvant

Urmărirea recidivelor funcție de tratamentul adjuvant radio- și/sau chimioterapic a fost realizată în Fig. 4. Se observă că procentajul celor fără recidive este maxim în cazul radioterapiei preoperatorii (78,5%).

Tratamentul recidivei

Tratamentul pentru tumora recidivată a fost: numai tratament chirurgical 21,32%; tratament chirurgical asociat radioterapiei și/sau chimioterapiei, în 39,5%; numai radioterapie și/sau chimioterapie la 34,42% din cazuri.

Un număr de 3 pacienți (4,76%) nu au urmat niciun tratament. Astfel, 95,24% din bolnavii cu recidive au urmat tratament, chirurgical sau/și adjuvant.

DISCUȚII

Chirurgia cancerului rectal, supusă în ultimii unor importante clarificări în ceea ce privește tratamentul multimodal, continuă să ridice discuții legate de diagnosticul precoce, aplicarea unor protocoale terapeutice cu referire în special la radioterapia și/sau chimioterapia preoperatorie, îmbunătățirea tehnicilor de rezecție, cu precădere excizia totală a mezorectului, problema tratamentului local și a exerezelor pelvine lărgite în cancerule avansate [3].

În trecut cancerule rectale distale au fost tratate prin amputație abdomino-perineală, dar în ultimul timp tactica operatorie a fost modificată efectuându-se rezecție anterioară de rect ce nu necesită o stomie permanentă. Vechiul concept că limita de rezecție trebuie să fie la cel puțin 5 cm de marginea macroscopică a tumorii a fost discreditat. Numai dacă tumora este slab diferențiată, rezecția se va efectua la 2 cm de marginea macroscopică a tumorii, întrucât rareori diseminarea intramurală se extinde pe câțiva milimetri, iar diseminarea limfatică este rară [4,5]. Această modificare de abordare, fără a compromite principiile oncologice, a fost realizată și în Clinica a III-a Chirurgie, numărul amputațiilor de rect fiind în scădere în intervalul 2000-2005.

Excizia totală a mezorectului constituie la ora actuală tehnica de referință pentru cancerul de rect, singura în măsură să asigure margini radiare de rezecție și să scadă semnificativ procentul de recidive locale la mai puțin de 10% [6-9]. Urmărirea ratei recidivelor locale în ultimii 5 ani, în cazul rezecțiilor de rect a relevat o scădere a acestora la 4,84%. Incidența crescută a fistulelor anastomotice după rezecții de rect cu excizie totală a mezorectului, până la 19% după unii autori [9], este determinată de devascularizația bontului rectal; de aceea a fost efectuată o stomă temporară (cel mai frecvent ileostomie de protecție) pentru a reduce rata morbidității prin dezunire de anastomoză.

Multiple trialuri randomizate efectuate în ultimii ani au evidențiat că radioterapia preoperatorie poate reduce rata recidivei locale de la 27% la 11% și îmbunătățește supraviețuirea pe termen îndelungat de la 48% la 58% [10]. Studiul efectuat pe acest lot relevă că procentajul celor fără recidive este maxim în cazul radioterapiei preoperatorii (78,5%); numărul de pacienți cu recidive locale este de asemenea, mai mic procentual (10,8%) .a pacienții la care s-a efectuat radioterapie preoperatorie.

CONCLUZII

În prezent, tratamentul cancerului rectal este multimodal și secvențial (radioterapie preoperatorie – tratament chirurgical – tratament oncologic postoperator).

Tratamentul chirurgical rămâne principala metodă terapeutică și singura cu viză curativă; el constă în rezecția rectului tumoral pe cale abdominală sau abdomino-perineală cu excizia totală a mezorectului.

Utilizarea radioterapiei preoperatorii în combinație cu tehnicile chirurgicale descrise mai sus, determină o scădere importantă a ratei recidivei locale.

Intervențiile chirurgicale efectuate în urgență (operații Hartmann) sunt asociate cu cea mai crescută rată a recidivelor.

BIBLIOGRAFIE

1. Lawes D, Boulos PB. Advances in management of rectal cancer. *J R Soc Med.* 2002; 95(12):587-90.
2. Andronescu PD. Tumorile rectale benigne și maligne. In: angelescu N, editor. *Tratat de patologie chirurgicală*, vol. II. București: Editura Medicală; 2003. p. 1722-1726.
3. Vâlcea ID, Vasile I, Pașalega M, Calotă F. Cancerul de rect - probleme de diagnostic și de tratament. *Chirurgia.* 2006; 101(1): 25-30.
4. Pollett WG, Nicholls RJ. The relationship between the extent of distal clearance and survival and local recurrence rates after curative anterior resection for carcinoma of the rectum. *Ann Surg.* 1983; 198(2): 159-163.
5. Williams NS, Dixon MF, Johnston D. Reappraisal of the 5 centimetre rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intramural spread and of patients' survival. *Br J Surg.* 1983; 70(3): 150-154.
6. De Calan L, Bourlier P. Therapeutic choices for cancer of the rectum: discussion and update of the consensus conference. *J Chir (Paris).* 1998; 135(2): 51-56.
7. Kapiteijn E, Marijnen CAM, Nagtegaal ID, Putter H, Steup WH, Wiggers T. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for respectable cancer. *N Engl J Med.* 2001; 345: 638-645.
8. ennan TV, Lipshutz GS, Gibbs VC, Norton JA. Total mezenteric excision in the treatment of rectal carcinoma. *Surg Oncol.* 2002; 10(4): 171-176.
9. Hainsworth PJ, Egan MJ, Cunliffe WJ. Evaluation of a policy of total mesorectal excision for rectal and rectosigmoid cancers. *Br J Surg.* 1997; 84(5): 652-656.
10. Improved survival with preoperative radiotherapy in resectable rectal cancer. Swedish Rectal Cancer Trial. *N Engl J Med.* 1997; 336(14): 980-987.