

Editorial Científico
Scientific Editorial

JÚLIO SOARES LEITE

Professor Catedrático de Cirurgia
Presidente da Sociedade Portuguesa
de Coloproctologia

COMO MELHORAR OS RESULTADOS DO TRATAMENTO DO CANCRO DO RECTO?

(DISCURSO DE ABERTURA DO XVIII CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA)

É para mim uma grande honra ser Presidente deste Congresso em Coimbra, neste Hospital que é um dos centros de referência nacional nas doenças digestivas colo-rectais.

Esta Sociedade congrega médicos com particular dedicação à Coloproctologia, tendo neste ano 411 sócios, sendo cerca de dois terços cirurgiões e um terço gastroenterologistas. Surgiu por vontade expressa de um grupo de Médicos reunidos em 1988, merecendo destaque todos os seus Presidentes que saúdo vivamente, com reconhecimento pelo papel importante que tiveram na dinâmica desta sociedade: Mascarenhas Saraiva, Araújo Teixeira, Cruz Pinho, Francisco Castro Sousa, Tavarela Veloso, Henrique Bicha Castelo, José Manuel Romãozinho, António Carlos Saraiva e Antonino Camacho (Figura 1), merecendo um destaque especial aquele que é por todos nós considerado o Pai desta Sociedade o Dr. Amílcar Mascarenhas Saraiva.



1990 - A. Mascarenhas Saraiva

1992 - A. Araújo Teixeira

1994 - A. Cruz Pinho

1996 - F. Castro Sousa

1998 - F. Tavarela Veloso

2000 - H. Bicha Castelo

2002 - J. M. Romãozinho

2004 - A. Carlos Saraiva

2006 - Antonino Camacho

Figura 1 - A. Mascarenhas Saraiva na abertura do I Congresso Nacional de Coloproctologia.

Ao longo de 18 anos esta sociedade editou uma revista, promoveu a publicação de vários livros científicos e a realização de Congressos anuais e de múltiplas reuniões locais. Tem actualmente um site informativo na internet (www.coloprocto.org).

Grande parte dos membros das direcções sucessivas contactou ou trabalhou em Hospitais de excelência no tratamento das doenças colo-rectais, geralmente Hospitais Universitários, com horário integral e envolvimento no ensino e na investigação. Nos últimos 30 anos pouco mudou nos nossos Hospitais e não nos espanta que a nossa produção científica com impacto internacional seja muito escassa. Individualmente temos capacidade para realizar as mais avançadas técnicas endoscópicas ou cirúrgicas, mas falta-nos massa crítica associada à especialização e incapacidade para gerar evidências científicas fundamentadas numa prática médica organizada com adequada estruturação científica.

Neste Congresso inscreveram-se 260 colegas e foram apresentados 60 trabalhos científicos, factos que, contudo, confirmam a vitalidade da nossa Sociedade.

Proponho que nos interroguemos sobre qual deve ser a influência desta Sociedade na promoção da qualidade do tratamento das doenças colo-rectais, o seu objectivo estatutário essencial.

Tomemos como exemplo o **tratamento do cancro do recto**. Tem sido bem demonstrado que a qualidade da cirurgia do recto pode ser avaliada pelo patologista ao verificar se a ressecção foi macroscopicamente completa ou incompleta. Confirmamos, recentemente, a validade desta observação em casuística do Serviço em que trabalho⁽¹⁾. No grupo de doentes com o meso-recto incompleto o risco de recidiva local aos cinco anos foi 2,5 vezes mais elevado e foi menor a sobrevivência livre de doença aos cinco anos, sendo de 47% neste grupo contra 65% no grupo com meso-recto completo (Figuras 2a e 2b). Este estudo demonstra o que foi já evidenciado noutras séries: a qualidade da técnica cirúrgica da exérese do meso-recto reflecte-se nas taxas de recidiva tumoral local e à distância. Parece assim evidente que o cirurgião necessita de treino adequado para executar com qualidade a intervenção de que o paciente necessita. Mas onde pode adquirir e validar essa técnica com regularidade?

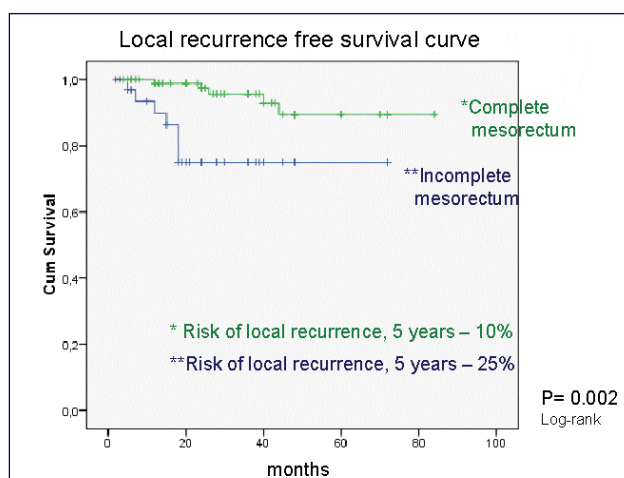


Figura 2a - Influência da qualidade da exérese do mesorecto na recidiva local.

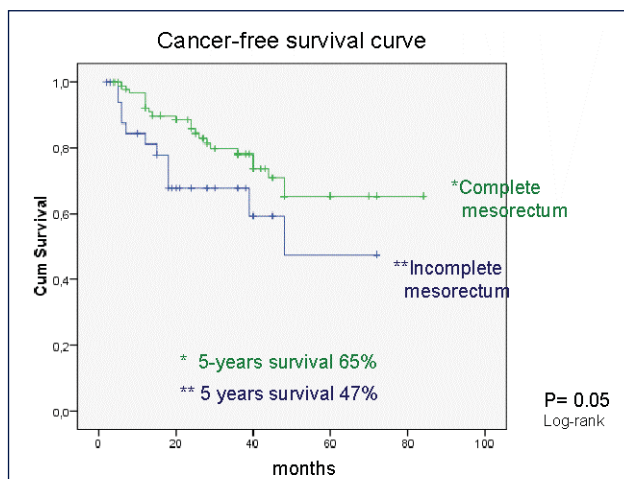


Figura 2b - Influência da qualidade da exérese do mesorecto na sobrevivência.

Quais deverão ser a nível nacional as recomendações para se melhorarem os resultados do tratamento desta afecção tão frequente?

Olhemos para a experiência de um dos países que encarou globalmente este problema. A Noruega organizou em 1993 o seu Registo de Cancro do Recto após a estandarização da técnica da exérese total do meso-recto. Nos estudos à escala nacional⁽²⁾, desde 1993 até 1999, verificou-se uma redução progressiva da taxa de recidiva local de 50% e também uma melhoria da sobrevivência (Figura 3).

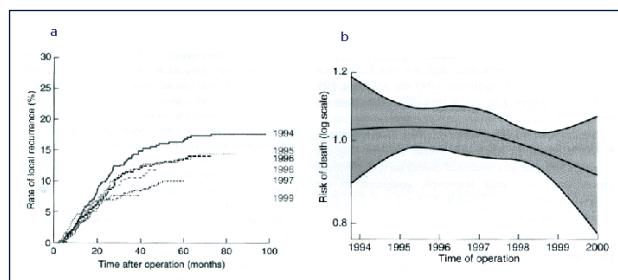


Figura 3 - Curvas de risco de recidiva local (a) e de mortalidade (b) por cancro do recto de 1993 a 1999 (Grupo do Cancro do Recto Norueguês). Adaptado de Wibe e col. 2006⁽²⁾

Além disso, em termos globais, os resultados foram melhores nos centros com volume de cirurgia superior a 30 casos por ano, do que nos centros de mais baixo volume⁽³⁾ (Figura 4). Houve algumas excepções com bons resultados em centros de baixo volume e que demonstram não ser apenas o volume mas também a especialização individual, factor determinante do sucesso da terapêutica cirúrgica.

Esta auditoria levou a que os hospitais com baixo volume decidiram progressivamente terminar a cirurgia rectal, e os programas de formação da Cirurgia Geral deixaram de incluir a necessidade de experiência em cirurgia do cancro do recto, posição actualmente seguida na maioria dos países do norte da Europa. Esta experiência reproduziu-se na Suécia e teremos todo o interesse em assistir à conferência do Dr. Mickael Machado sobre este tema.

Não temos em Portugal registo oncológico completo que inclua mortalidade, recidiva local ou sobrevivência no cancro do recto por hospital. Sem estes dados como será possível emitir recomendações?

A título de exemplo, os dados da ARS Centro revelaram que em 2007 foram operados por neoplasia rectal 481 doentes com a distribuição hospitalar apresentada na (Figura 5). Conhecendo-se a realidade da nossa organização hospitalar com divisão por Serviços e com múltiplos Cirurgiões envolvidos nestas cirurgias, bem como as recomendações actuais que resumi em artigo recente⁽⁴⁾, sugerindo-se, para a cirurgia do cancro do recto, um mínimo de 13 intervenções anuais por cirurgião, poderá concluir-se que um Hospital que pretenda tratar os seus doentes com cancro

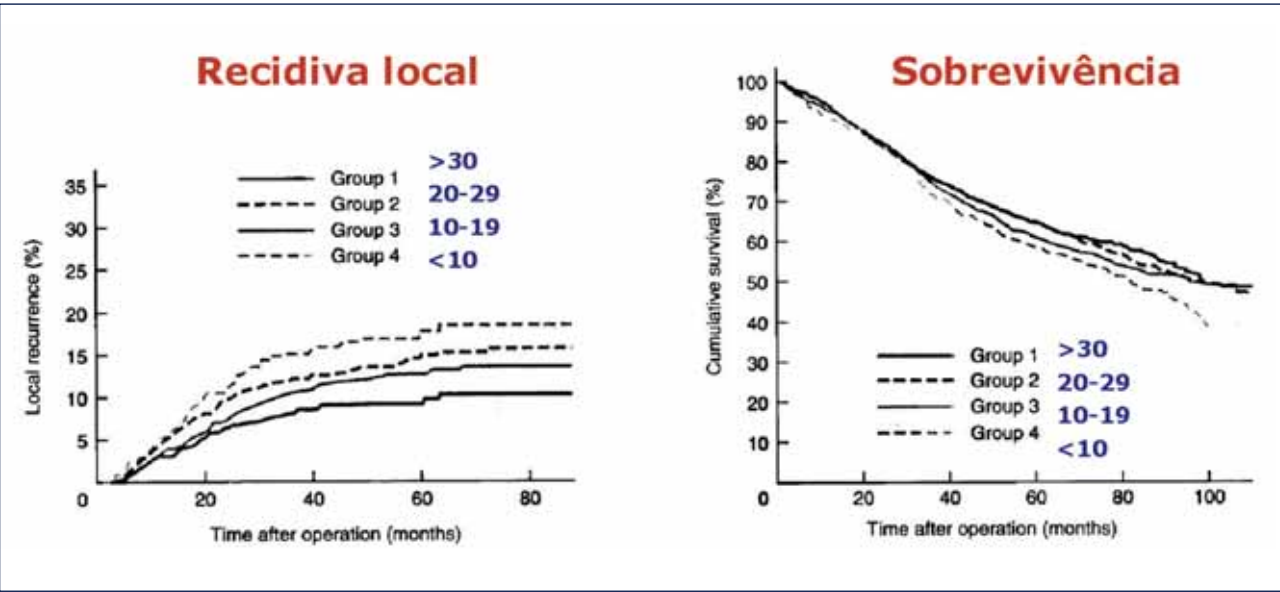


Figura 4 - Efeito do volume hospitalar na recidiva local e na sobrevivência (Grupo do Cancro do Recto Norueguês). Adaptado de Wibe e col. 2005⁽⁹⁾.

do recto, de acordo com as recomendações científicas actuais, deverá ter uma organização hospitalar com especialização no tratamento desta afecção. Na análise global dos resultados do tratamento do cancro do recto nos EUA⁽⁵⁾, correspondendo a 1000 hospitais e 41631 doentes operados com ressecção tumoral entre 1988 e 2003, verificou-se que a percentagem de cirurgia com conservação do esfíncter apenas atingiu 48% em 2003, não melhorando nos últimos anos. Sabe-se que nos Centros de referência em cirurgia colo-rectal a taxa de conservação do esfíncter situa-se entre os 70 e 90% e que os resultados globais dos EUA são piores que os dos países em que se recomenda a regionaliza-

ção, especialização e treino adequado na cirurgia do recto, de que são exemplo os resultados publicados recentemente pelo Registo de Cancro da Suécia⁽⁶⁾, com cerca da 25% de amputações abdómino-perineais, no conjunto de doentes operados entre 1995 e 2003. Estes exemplos sugerem qual deverá ser o papel desta Sociedade que, com os seus líderes de opinião, deverá emitir recomendações aos órgãos da tutela da saúde e aos hospitais, particularmente dos que têm responsabilidades acrescidas a nível do ensino e da investigação. Na realidade esta questão não foi esquecida no programa deste Congresso. Assim, deverão ser exigidos critérios de qualidade nos exames de estadiamento local e à distância dessa neoplasia, a opção terapêutica deverá ser tomada em reunião de decisão terapêutica multidisciplinar semanal, com a presença do cirurgião, oncologista médico, radiologista, radioterapeuta e anatomo-patologista, os cirurgiões deverão ter particular dedicação/especialização na cirurgia do recto e cada hospital deverá promover a avaliação dos resultados globais do tratamento efectuado nessa unidade, em termos de tipo de cirurgia, mortalidade, morbilidade, taxa de recidiva local e de sobrevivência à distância. Neste contexto, as ARS deverão recomendar que exista um Registo do Cancro do Recto Português e que o tratamento do cancro do recto seja efectuado nos hospitais que reúnem os critérios científicos das boas práticas médicas, medida de enorme interesse clínico, particularmente numa perspectiva de custo-efectividade. De facto, com custos reduzidos, e mais centrados na promoção de uma organização médico-hospitalar orientada para unidades especializadas, será possível prever um número anual significativo de mais vidas salvas e com melhor qualidade

Águeda	5
Aveiro	26
Castelo Branco	19
Covilhã	31
CHC Geral	32
Estarreja	1
Figueira	16
Guarda	22
HUC	94
IPO C	123
Leiria	36
Ovar	3
Viseu	73
Total	481

Figura 5 - Cancro do recto: Intervenções realizadas por Hospital em 2007 (ARS Centro).

de vida, tal como ficou demonstrado nas experiências dos Registos do Cancro do Recto Norueguês e Sueco. Queremos também destacar a importância do relacionamento e participação desta Sociedade e dos seus sócios com o Grupo de Estudos sobre DII, GEDII, de que é exemplo o excelente simpósio que decorreu durante a manhã, e também com a Sociedade Europeia de Coloproctologia (ESCP) e com a Associação Espanhola de Coloproctologia, estando programada para 2010 a 1ª Reunião Ibérica de Coloproctologia em Badajoz, reunião proposta há mais de um ano pelo Dr. José Luis Tristanco de Mérida. Poderei afirmar que as actuais e as próximas Direcções das duas Sociedades comungam de idênticos pontos de vista e que esperamos o acordo e participação de todos os sócios neste projecto ibérico.

A melhoria do tratamento dos doentes depende da análise rigorosa dos resultados do passado e de uma adequada programação do futuro. São indispensáveis estudos multicêntricos para se encontrar a melhor solução terapêutica para múltiplos problemas na patologia colo-rectal. Qual o melhor tratamento das hemorroidas, das fístulas perianais, da incontinência da doença inflamatória intestinal ou do cancro colo-rectal?

Os Centros de referência portugueses em cooperação com os espanhóis poderão encontrar maior eficácia na resposta terapêutica em várias das doenças colo-rectais que frequentemente atingem a nossa população. Em consonância com estes factos deve referir-se que também as maiores empresas comerciais nesta área têm uma direcção ibérica, com natural potencialidade para apoiarem a investigação conjunta e este projecto ibérico. Agradecemos a disponibilidade de todos os nossos convidados estrangeiros que sem hesitações vieram participar neste Congresso. Os nossos amigos espanhóis, os Drs. Eduardo Granero, Enrique Cazal, Emilio Hernández e José

Luis Tristanco, bem como o Prof. Phil Quirke de Leeds, o Dr. Mikael Machado de Estocolmo, o Dr. André D'Hoore da Bélgica e o Dr. Carlo Ratto de Roma. Agradeço também à indústria farmacêutica e às empresas que nesta fase de grandes dificuldades económicas não deixaram de apoiar este Congresso.

Finalmente gostaria dizer que não tive grandes dificuldades na organização deste Congresso porque a Comissão Organizadora trabalhou com grande motivação científica e em equipe, muito bem coordenada pelo Secretário Geral e com um Secretariado eficaz. Em nome da Comissão Organizadora agradeço uma vez mais a vossa presença nesta sessão bem como a de todos os participantes, esperando que seja uma reunião cientificamente rica e com agradável convívio social.

Bibliografia

1. Leite J, Martins S, Carvalho C, et al. Clinical significance of macroscopic completeness of mesorectal resection in rectal cancer. *Colorectal Dis.* 2008; 10 (Suppl. 2):5.
2. Wibe A, Carlsen E, Dahl O, et al. National quality assurance of rectal cancer treatment. *Colorectal Dis.* 2006; 8: 224-229.
3. Wibe A, Eriksen MT, Syse A, et al. Effect of hospital case-load on long-term outcome after standardization of rectal cancer surgery at a national level. *Br J Surg.* 2005; 92: 217-224.
4. Leite J. Controlo de qualidade em cirurgia colo-rectal. *Rev Port Cirurgia.* 2007; 2: 15-22.
5. Ricciardi R, Virnig BA, Madoff RD, et al. The status of radical proctectomy and sphincter-sparing surgery in the United States. *Dis Colon Rectum.* 2007; 50: 1119-1127.
6. Pahlman L, Bohe M, Cedermark B, et al. The swedish rectal cancer registry. *Br J Surg.* 2007; 94: 1285-1292.