

JOÃO JOSÉ FAGUNDES

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada pelo médico João José Fagundes.

Campinas, 28 de Novembro de 1986.


Prof. Dr. Raul Raposo de Medeiros.

RESULTADO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DO TERÇO
MÉDIO DO RETO PELA RETOCOLECTOMIA ABDOMINO
PERINEAL COM ANASTOMOSE RETARDADA.

TRABALHO APRESENTADO PARA CON
CLUSÃO DO CURSO DE MESTRADO
EM MEDICINA, ÁREA DE CLÍNICA
CIRÚRGICA, PELO CURSO DE PÓS-
GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE
CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSI-
DADE ESTADUAL DE CAMPINAS
- UNICAMP.

- 1986 -

A G R A D E C I M E N T O S

Ao Professor Doutor Luiz Sérgio Leonardi, criador de uma Escola Cirúrgica e de condições que permitem a apresentação de trabalhos como este;

Ao Professor Doutor Raul Raposo de Medeiros , pela cessão de sua casuística e orientação desta tese;

Aos Professores Doutores Mario Mantovani, Nelson Ary Brandalise e José Carlos Pareja, pela leitura do texto, estímulo e sugestões apresentadas;

Aos demais colegas do Departamento de Cirurgia, dentre eles os Doutores Juvenal Ricardo Navarro Gões e Marco Antonio O. Peres, pelo estímulo e amizades constantes;

A Professora Rosali Pagano, pela correção do português;

Ao Senhor Erasmo Gomes Carrasco e Senhoritas Marinez Juliani Frascarelli e Maria Lúcia Ide, pelo imenso trabalho e dedicação na preparação do texto.

Í N D I C E

1.	INTRODUÇÃO-----	1
1.1.	Bases para indicação da cirurgia com conserva ção do aparelho esfincteriano-----	3
1.1.1.	Invasão intra mural distal-----	4
1.1.2.	Invasão extra mural distal-----	5
1.1.3.	Diferenciação celular-----	6
1.1.4.	Tamanho do tumor-----	7
1.1.5.	Morbidade e mortalidade-----	8
1.1.6.	Recidiva pélvica-----	8
1.1.7.	Sobrevida-----	8
1.1.8.	Resultados funcionais-----	9
1.1.9.	Qualidade de vida-----	10
1.2.	OPÇÕES TÉCNICAS PARA A CONSERVAÇÃO DOS ESFÍNCTERES NA CIRURGIA DO CÂNCER DO TERÇO MÉDIO DO RETO-----	13
1.2.1.	Grampeadores-----	13
1.2.2.	Ressecções abdomino-sacrais -----	14
1.2.3.	Ressecção abdomino trans-anal com anastomose imediata-----	15
1.2.4.	Ressecção abdomino trans-anal com anastomose retardada-----	16
1.2.5.	Ressecção abdominoperineal com anastomose imediata-----	17
1.2.6.	Ressecção abdominoperineal com anastomose retardada-----	18
1.3.	OBJETIVOS-----	21

2. CASUÍSTICA E MÉTODO -----	22
2.1. CASUÍSTICA-----	23
2.1.1. Grupo etário e sexo-----	23
2.1.2. Grupo étnico-----	24
2.1.3. Patologias associadas-----	24
2.1.4. Altura dos tumores-----	24
2.1.5. Radioterapia pré-operatória-----	25
2.1.6. Classificação de DUKES-----	25
2.2. MÉTODO-----	26
2.2.1. Avaliação pré-operatória-----	26
2.2.2. Preparo do colo-----	26
2.2.3. Ato cirúrgico-----	27
2.2.4. Técnica operatória-----	28
2.2.4.1. Tempo abdominal-----	28
2.2.4.2. Tempo perineal-----	29
2.2.4.3. Término da cirurgia. Drenagem-----	29
2.2.4.4. Variante técnica para tumores volumosos----	30
2.2.5. Antibioticoterapia-----	30
2.2.6. Segundo tempo operatório-----	31
2.2.7. Acompanhamento-----	31
3. RESULTADOS-----	32
3.1. Catêteres e drenos-----	33
3.2. Complicações gerais-----	34
3.3. Complicações locais precoces-----	34
3.4. Complicações locais tardias-----	35
3.5. Tempo de hospitalização-----	35
3.6. Mortalidade-----	36

3.7. Recidiva neoplásica-----	36
3.8. Sobrevida de três anos-----	37
3.9. Sobrevida de cinco anos-----	38
3.10. Sobrevida de 10 anos-----	39
3.11. Seguimento obtido-----	39
3.12. Radioterapia prévia e sobrevida de três anos-----	40
3.13. Radioterapia prévia e sobrevida de cinco anos-----	40
3.14. Radioterapia prévia e sobrevida de 10 anos-----	41
3.15. Radioterapia prévia e complicações locais pós-operato <u>r</u> rias-----	41
3.16. Radioterapia prévia e sobrevida de três anos com os doentes sendo pareados pela classificação de DUKES-----	42
3.16.1. Radioterapia prévia e sobrevida de três anos para o grupo A da classificação de DUKES-----	42
3.16.2. Radioterapia prévia e sobrevida de três anos para o grupo B da classificação de DUKES-----	42
3.16.3. Radioterapia prévia e sobrevida de três anos para o grupo C ₁ da classificação de DUKES-----	43
3.17. Radioterapia prévia e sobrevida de cinco anos com os doentes sendo pareados pela classificação de DUKES-----	44
3.17.1. Radioterapia prévia e sobrevida de cinco anos para o grupo A da classificação de DUKES-----	44
3.17.2. Radioterapia prévia e sobrevida de cinco anos para o grupo B da classificação de DUKES-----	45
3.17.3. Radioterapia prévia e sobrevida de cinco anos para o grupo C ₁ da classificação de DUKES-----	46
3.18. Radioterapia prévia e sobrevida de 10 anos com os do <u>e</u> n <u>t</u> tes sendo pareados pela classificação de DUKES-----	46

3.18.1. Radioterapia prévia e sobrevida de 10 anos para o grupo A da classificação de DUKES-----	46
3.18.2. Radioterapia prévia e sobrevida de 10 anos para o grupo B da classificação de DUKES-----	46
3.18.3. Radioterapia prévia e sobrevida de 10 anos para o grupo C ₁ da classificação de DUKES-----	47
4. DISCUSSÃO-----	48
4.1. Considerações gerais-----	49
4.2. Seguimento obtido-----	53
4.3. Idade-----	53
4.4. Altura dos tumores-----	54
4.5. Radioterapia prévia-----	55
4.6. Estadiamento-----	55
4.7. Preparo do colo-----	56
4.8. Complicações intra-operatórias-----	56
4.9. Drenagem pélvica-----	56
4.10. Complicações gerais-----	57
4.10.1. Complicações respiratórias-----	57
4.10.2. Complicações cardíacas-----	58
4.10.3. Complicações renais-----	58
4.10.4. Retenção urinária-----	59
4.10.5. Infecção urinária-----	59
4.11. Complicações locais precoces-----	60
4.11.1. Supuração da ferida operatória-----	60
4.11.2. Necrose do colo abaixado-----	60
4.11.3. Supuração pré-sacral-----	63
4.11.4. Reversão do coto ano retal-----	65
4.11.5. Complicações com o coto evertido-----	66

4.12. Segundo tempo operat6rio-----	66
4.13. Complica66es com a anastomose-----	67
4.13.1. Prolapso-----	67
4.13.2. F6stulas-----	68
4.14. Per6odo de hospitaliza66o-----	70
4.15. Mortalidade-----	71
4.16. Complica66es locais tardias-----	73
4.17. Recidiva p6lvica-----	74
4.18. Contin6ncia fecal-----	76
4.19. Fun66o sexual-----	79
4.20. Sobrevida-----	80
4.20.1. Sobrevida de tr6s anos-----	80
4.20.2. Sobrevida de cinco anos-----	82
4.20.3. Sobrevida de 10 anos-----	83
4.21. Sobrevida e estadiamento-----	84
4.21.1. Estadiamento e sobrevida de tr6s anos-----	85
4.21.1.1. Grupo A da classifica66o de DUKES-----	85
4.21.1.2. Grupo B da classifica66o de DUKES-----	86
4.21.1.3. Grupo C ₁ da classifica66o de DUKES-----	87
4.21.2. Estadiamento e sobrevida de cinco anos-----	87
4.21.2.1. Grupo A da classifica66o de DUKES-----	88
4.21.2.2. Grupo B da classifica66o de DUKES-----	89
4.21.2.3. Grupo C ₁ da classifica66o de DUKES-----	89
4.21.3. Estadiamento e sobrevida de 10 anos-----	90
4.21.3.1. Grupo A da classifica66o de DUKES-----	91
4.21.3.2. Grupo B da classifica66o de DUKES-----	91
4.21.3.3. Grupo C ₁ da classifica66o de DUKES-----	92

4.22. Radioterapia previamente à cirurgia-----	93
4.22.1. Radioterapia prévia e complicações locais-----	93
4.22.2. Radioterapia prévia e sobrevida de três anos-----	94
4.22.3. Radioterapia prévia e sobrevida de cinco anos-----	95
4.22.4. Radioterapia prévia e sobrevida de 10 anos-----	96
4.23. Radioterapia prévia e sobrevida com os doentes sendo pareados pela classificação de DUKES-----	97
4.23.1. Radioterapia prévia e sobrevida de três anos com os doentes sendo pareados pela classifi- cação de DUKES-----	97
4.23.1.1. Radioterapia prévia e sobrevida de três anos para o grupo A da classifi- cação de DUKES-----	97
4.23.1.2. Radioterapia prévia e sobrevida de três anos para o grupo B da classifi- cação de DUKES-----	98
4.23.1.3. Radioterapia prévia e sobrevida de três anos para o grupo C ₁ da classifi- cação de DUKES-----	99
4.23.2. Radioterapia prévia e sobrevida de cinco anos com os doentes sendo pareados pela classifi- cação de DUKES-----	100
4.23.2.1. Radioterapia prévia e sobrevida de cinco anos para o grupo A da classifi- cação de DUKES-----	100
4.23.2.2. Radioterapia prévia e sobrevida de cinco anos para o grupo B da classifi- cação de DUKES-----	101

4.23.2.3. Radioterapia prévia e sobrevida de cinco anos para o grupo C ₁ da classifi cação de DUKES-----	102
4.23.3. Radioterapia prévia e sobrevida de 10 anos com os doentes sendo pareados pela classifi cação de DUKES-----	103
4.23.3.1. Radioterapia prévia e sobrevida de 10 anos para o grupo A da classifi cação de DUKES-----	103
4.23.3.2. Radioterapia prévia e sobrevida de 10 anos para o grupo B da classifi cação de DUKES-----	103
4.23.3.3. Radioterapia prévia e sobrevida de 10 anos para o grupo C ₁ da classifi cação de DUKES-----	104
4.24. Comentários finais sobre a radioterapia pré-operatória no câncer do reto-----	106
5. CONCLUSÕES-----	110
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	112
7. FIGURAS REFERENTES AO CAPÍTULO CASUÍSTICA E MÉTODO-----	147
8. TABELAS REFERENTES AO CAPÍTULO CASUÍSTICA E MÉTODO-----	162
9. TABELAS REFERENTES AO CAPÍTULO RESULTADOS-----	170
10. QUADROS E TABELAS REFERENTES AO CAPÍTULO DISCUSSÃO-----	193
11. TABELA GERAL-----	210

1. INTRODUÇÃO

A conservação do aparelho esfínteriano anal na cirurgia do câncer do reto vem sendo motivo de investigação para os cirurgiões desde longa data. Antes da sistematização de MILES (1908 e 1910) da via abdominoperineal para a amputação do reto e logo após a proposição de KRASKE (1885) da via sacral para o mesmo fim, HOCHENEGG (1888) descreveu técnica de ressecção e reconstrução por via sacro endo-anal.

A sistematização de MILES facilitou em muito a cirurgia dos tumores retais e os resultados satisfatórios verificados com o emprego dessa técnica desviaram a atenção dos cirurgiões das técnicas conservadoras. O assunto voltou a ser preocupação daqueles que se dedicam à cirurgia colo-retal nas últimas décadas, sendo que dispomos atualmente de algumas boas alternativas técnicas para a preservação dos esfínteres anais para o tratamento do câncer do terço médio do reto, que serão adiante especificadas.

1.1. BASES PARA INDICAÇÃO DE CIRURGIA COM CONSERVAÇÃO DO APARELHO ESFINCTERIANO

A introdução de técnicas capazes de preservar os esfíncteres anais na cirurgia do câncer do terço médio do reto tem possibilitado um progressivo decréscimo na feitura da amputação abdominoperineal (NICHOLLS, 1983; BUCKSPAN & SAWYERS, 1985; CAPUANO & WALTERS, 1985; GOLIGHER, 1985 e KENNEDY e col., 1985). Contudo, permanecem dúvidas quanto ao tratamento dos tumores dessa localização, se seriam tão radicalmente tratados pelas cirurgias de conservação esfinteriana, quanto pela amputação abdominoperineal do reto. Esses pontos discutíveis incluem a infiltração distal, intra e extra mural, grau de diferenciação celular, tamanho do tumor, morbidade pós-operatória, mortalidade precoce, recidiva pélvica, sobrevida tardia, qualidade de vida, função de continência, função vesical e função sexual. Estes itens, pela sua importância, serão analisados detalhadamente.

1.1.1. INVASÃO INTRA-MURAL DISTAL

Em relação à invasão intra-mural microscópica distal, MILES (1920) já a considerou rara. QUER e col. (1953) descreveram um caso (1,12%), em um total de 89 peças cirúrgicas. GRINELL (1954), estudando 76 pacientes, encontrou invasão intra-mural distal em nove (11,84%), sendo que em seis (7,89%) era menor que seis milímetros. PENFOLD (1974) relatou 3% de invasão microscópica distal em 546 pacientes estudados. BENNET (1976) referiu que os tumores bem e moderadamente diferenciados ultrapassam em apenas 1% das vezes a distância de dois centímetros além da margem do tumor. Para os anaplásicos essa frequência foi de 5 a 6%. SEGALL e col. (1981) e WILLIAMS e col. (1983) consideraram que os tumores que invadem microscopicamente além de um centímetro distalmente representam 10% dos casos e tendem a ser quase sempre indiferenciados e do grupo C da classificação de DUKES, já em si de mau prognóstico. POLLETE & NICHOLLS (1983) não tiveram resultados piores quando a margem de ressecção foi menor que dois centímetros, quanto à recidiva pélvica e sobrevida tardia. Não encontraram em revisão da literatura nenhum caso com invasão intramural de um centímetro e meio com sobrevida de cinco anos, mesmo quando submetidos à amputação abdominoperineal do reto. WILLIAMS e col. (1983) relataram que graus de invasão dessa ordem levam mais precocemente ao óbito por metástases disseminadas do que por recidiva local. WILLIAMS (1984), em revisão de literatura,

concluiu ser a disseminação microscópica intramural distal rara e, quando ocorre, poucas vezes é maior que um centímetro; esse limite, quando ultrapassado, quase sempre corresponde a tumor de tipo C ou D da classificação de DUKES . KENNEDY e col. (1985), igualmente em revisão da literatura, concluíram que invasões microscópicas intramurais além de um centímetro e meio abaixo do limite macroscópico do tumor são raras e se associam com lesões de péssimo prognóstico, independente do tipo de cirurgia empregada.

COPELAND e col. (1968), MORSON e col. (1976), WILSON & BEHARS (1976), POLLET & NICHOLS (1983) e WILLIAMS e col. (1983) estudaram a sobrevida tardia e recidiva pélvica em pacientes submetidos à ressecção anterior do reto, em relação à margem de segurança distal, não encontrando diferença estatística quando ela foi maior ou menor que cinco centímetros. Resultados semelhantes foram observados por DEDDISH & STEARNS (1961), quando a margem distal foi maior ou menor que quatro centímetros e por LASSON e col. (1984), quando a margem distal foi maior ou menor que dois centímetros. HOJO (1986) não encontrou diferença estatística quanto à recidiva pélvica, ao comparar limite distal de dois e de quatro centímetros.

1.1.2. INVASÃO EXTRA MURAL DISTAL

A extensão extra mural distal parece também não ser importante em diversos estudos. DUKES (1943), em

1.500 peças de amputação abdominoperineal do reto, encontrou gânglios distais ao limite macroscópico do tumor, até seis milímetros, em 4,5% das vezes, sendo que em 2%, representados por estadios avançados, havia gânglios a dois centímetros ou mais. GLOVER & WAUGH (1946) encontraram um caso de extensão a mais de um centímetro e meio em 100 pacientes. GOLIGHER e col. (1951), dissecando 11.500 espécimes obtidos em cirurgia de amputação abdominoperineal, encontraram 98 (6,5%) com invasão linfática abaixo do limite inferior macroscópico do tumor; desses, em 68 (4,5%) os gânglios estavam no máximo a seis milímetros, enquanto nos restantes 30 (2%) o envolvimento chegava a dois ou mais centímetros, quando se tratava de neoplasias avançadas. GRINELL (1966) encontrou gânglios além de um centímetro e meio distalmente em apenas cinco (1,6%) de 309 doentes estudados. WILLIAMS e col. (1983) encontraram disseminação linfática distal em três (6%) de 50 casos submetidos à amputação abdominoperineal, os quais pertenciam ao grupo C da classificação de DUKES, eram pouco diferenciados e a disseminação não ultrapassava dois centímetros abaixo do tumor.

1.1.3. DIFERENCIAÇÃO CELULAR

O grau de diferenciação celular dos tumores do terço médio do reto, em biópsias pré-operatórias, tem servido para que seja adotada cirurgia radical em

linhagens pouco diferenciadas e cirurgias de conservação esfincteriana, para aqueles de diferenciação mais favorável (GOLIGHER, 1951 e 1984). McDERMOTT e col. (1982), THOMAS e col. (1983) e KILLINGBACK (1985) referiram elevado porcentual de disparidade entre biópsia pré-operatória e espécime ressecado quanto à celularidade e concluíram que a biópsia não deve influir na conduta cirúrgica adotada. ELLIOT e col. (1982) não encontraram diferença na sobrevida de pacientes portadores de tumores pouco diferenciados do terço médio do reto, quando submetidos à cirurgia radical ou conservadora. McDERMOTT e col. (1982) relataram a mesma sobrevida de cinco e 10 anos quando os doentes são pareados pela diferenciação celular do tumor. LASSON e col. (1984), quando parearam os diversos graus de diferenciação celular e analisaram os resultados, concluíram não haver diferença - significativa quanto à sobrevida e recidiva local entre ressecção anterior e amputação abdominoperineal.

1.1.4. TAMANHO DO TUMOR

O tamanho do tumor, embora tenha servido para indicar amputação do reto nas chamadas lesões avançadas para WILLIAMS e col. (1966), HURST e col. (1982), ANDERSBERG e col. (1983), GOLIGHER (1984), REID e col. (1984) e HOJO (1986), não constituiu fator de diferença na sobrevida encontrada entre cirurgias radical e conservadora nas observações de McDERMOTT e col. (1982), LASSON e col. (1984) e

KENNEDY e col. (1985).

1.1.5. MORBIDADE E MORTALIDADE

A morbidade e mortalidade operatórias não foram maiores quando do emprego de técnicas conservadoras em relação às amputativas para DEDDISH & STEARNS (1961) , BACON (1971), SLANETZ e col. (1972), NICHOLLS e col. (1979), JONES & THOMSON (1982), McDERMOTT e col. (1982) e WILLIAMS & JOHNSTON (1984).

1.1.6. RECIDIVA PÉLVICA

Os estudos sobre recidiva pélvica também e quipararam as técnicas conservadoras e radicais nas observações de DEDDISH & STEARNS (1961), BACON (1971), SLANETZ e col. (1972), PATEL e col. (1977), STRAUSS e col. (1978) , JONES & THOMSON (1982), LOCALIO e col. (1983), NICHOLLS e col. (1983) e WILLIAMS & JOHNSTON (1984).

1.1.7. SOBREVIDA

A sobrevida tardia também não colocou em van tagem a amputação do reto sobre as técnicas de preservação esfinteriana

conforme relataram MAYO e col. (1958), DEDDISH & STEARNS (1961), MORSON e col. (1963), WILLIAMS e col. (1966) , SLANETZ e col. (1972), PATEL e col. (1977), LOCALIO e col. (1978), STRAUSS e col. (1978), NICHOLLS e col. (1979) , JONES & THOMSON (1982), McDERMOTT e col. (1982), PARKS & PERCY (1982), WILLIAMS & JOHNSTON (1983), BERARD e col . (1983), PHEILSe col. (1983), LASSON e col. (1984), BUCKSPAN & SAWYERS (1985) e MORGUTTI e col. (1985). BACON (1971), com sua experiência pessoal de 1673 casos de câncer do retossigmóide, reto e canal anal, concluiu que as cirurgias de abaixamento e ressecção anterior baixa não conferem pior sobrevida que a amputação abdominoperineal aos cinco, 10 e 15 anos de seguimento para os tumores do terço médio do reto.

1.1.8. RESULTADOS FUNCIONAIS

Em relação à função ano-retal, pensou - se por muitos anos que ela fosse insatisfatória com ano-retos preservados menores do que seis a oito centímetros (GOLIGHER, 1951a e GOLIGHER e col., 1965), acreditando-se então que os receptores para sensação, continência e defecação estavam contidos na parede retal (GOLIGHER & HUGHES, 1951) . SCHARLI & KIESWETTER (1970) foram os primeiros a colocar em dúvida este conceito, ao observarem crianças, sem reto e esfínteres, após anastomose do colo à pele perineal , apresentando boa continência, provavelmente por função da

musculatura elevadora do ânus, principalmente o músculo pubo-retal. Estudos fisiológicos em adultos (LANE & PARKS, 1977 e SUSUKI e col. 1980) demonstraram preservação dos reflexos da continência, mesmo após excisão completa do reto e anastomose colo-anal. Assim, a literatura demonstra que praticamente em todos os pacientes em que foi realizada anastomose mecânica baixa (GOLIGHER, 1979a e 1979b; HEALD, 1980 e CADE e col., 1981), combinação de automática e manual (WILLIAMS & JOHNSTON, 1983), manual trans-anal (PARKS & PERCY, 1982), trans-sacral - (LOCALIO e col. 1978), endo-anal com anastomose retardada (BACON, 1971 e HABR-GAMA e col. 1985), a continência foi normal para fezes sólidas e poucos apresentaram dificuldade para retenção de fezes líquidas. A disfunção inicial geralmente não constituiu problema, existindo mesmo um período de adaptação que pode ir até 24 meses, em média seis, quando praticamente se normaliza a defecação (IWAI e col. 1983; WILLIAMS, 1984 e HABR-GAMA e col. 1985).

1.1.9. QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida tem sido estudada em pacientes submetidos à cirurgia para câncer do reto. Consideráveis problemas sociais e psicológicos foram atribuídos à presença de colostomia (PHILLIPS, 1971 e WILLIAMS & JOHNSTON, 1983). BACON (1971), com sua experiência de mais de 1.200 cirurgias de preservação esfinteriana e

cerca de 700 amputações abdominoperineais, relatou melhor qualidade de vida nas primeiras, ressaltando retorno mais precoce ao trabalho. DEVLIN e col. (1971) compararam pa cientes submetidos à amputação abdominoperineal e cirurgia restauradora, encontrando poucos problemas nos últimos e significantes repercussões nos primeiros quanto à atividade profissional, familiar, social, dieta e comportamento - psíquico e sexual. WILLIAMS & JOHNSTON (1983), com melhor metodologia, confirmaram os resultados de DEVLIN e col. (1971), ao parearem altura do tumor, idade e sexo.

Ainda em relação à qualidade de vida, têm-se estudado as lesões dos nervos autônomicos pélvicos - quanto à atividade sexual e de micção. Dados comparativos são difíceis de ser interpretados, uma vez que comparam grupos díspares de doentes, além de geralmente pertencerem a faixas etárias elevadas; quase não existem estudos pros pectivos, além de os dados em relação à potência sexual serem basicamente subjetivos. O local de lesão dos nervos erigentes tem sido amplamente discutido, situando-se para ASHLEY & ANSON (1946) e WATSON & WILLIAMS (1952) na fâscia de WALDEYER, sendo cortados pelo cirurgião que faz o tem po perineal, especialmente se a incisão for muito poste rior. Tal explicação não é aceita por GOLIGHER (1984) . GOLIGHER (1951c), em 95 pacientes seguidos tardiamente , com menos de 60 anos de idade e que eram sexualmente ativos antes da cirurgia, relatou que dois terços mantinham a po tência e que metade desses não ejaculavam; embora houvesse maior incidência de impotência entre os submetidos à amputação abdominoperineal, a diferença não foi significativa

quando comparada com cirurgias conservadoras. WEINSTEIN & ROBERTS (1977), ao estudarem 44 pacientes, concluíram que a potência sexual mantinha-se quando eram preservados seis centímetros do reto e que a impotência era a regra nas amputações abdominoperineais para câncer. FAZIO (1979), em estudo prospectivo com pequeno número de doentes, não verificou diferença significativa entre os dois tipos de operações. WILLIAMS & SLACK (1980) relacionaram incidência de distúrbios sexuais à quantidade de nervos encontrada na peça cirúrgica, além de levarem em conta outros fatores, como porte da cirurgia, anestésicos, depressão psíquica e desnutrição.

Medidas objetivas da desnervação poderiam ser obtidas pelo estudo da função vesical. No entanto, faltam estudos comparativos nesse particular entre os dois modos de operação, especialmente randomizados e prospectivos. A incidência de desnervação vesical varia na dependência dos critérios quantitativos avaliados. Após amputação abdominoperineal, ela foi de 25% para RANKIN (1969), 50% para EICKEMBERG e col. (1976) e 50% para FOWLER e col. (1978). Para cirurgias conservadoras dos esfíncteres, em estudos retrospectivos, o mesmo parâmetro foi de 9% para WILLIAMS e col. (1980) e de 15% para KIRKEGAARD e col. (1981). NEAL e col. (1981), em estudo prospectivo, igualmente para cirurgias conservadoras para tumores localizados entre sete e 11 centímetros, encontraram 15% de disfunção vesical, sendo maior essa porcentagem quanto mais baixo estivesse o tumor.

Para KIRKEGAARD e col. (1981) e NEAL e col. (1982), a incidência de desnervação parassimpática pélvica foi maior após amputação abdominoperineal do que para cirurgias de ressecção anterior do reto, fato não confirmado por KINN & OHMAN (1986).

WILLIAMS (1984) concluiu que os dados comparativos da literatura em relação à desnervação pélvica são difíceis de ser interpretados, porém existem razões para se crer em idênticos resultados entre amputação abdominoperineal e cirurgias conservadoras, desde que essas realmente removam a quantidade de tecido oncológicamente desejável, com dissecação completa pelo menos posteriormente - até o plano dos elevadores, evitando-se o chamado efeito cone de dissecação (HEALD e col., 1982; ANDERSBERGER e col., 1983; OHMAN & SVENBERG, 1983; REID e col., 1984 e KUX & FUCHSJAGER, 1985).

1.2. OPÇÕES TÉCNICAS PARA A CONSERVAÇÃO DOS ESFÍNCTERES NA CIRURGIA DO CÂNCER DO TERÇO MÉDIO DO RETO

1.2.1. GRAMPEADORES

A opção preferida pela maioria dos cirurgiões, atualmente, é a ressecção por via anterior e a anastomose feita manualmente, quando possível, ou então mecanicamente, por grampeadores circulares por via combinada abdominal

e trans-anal. O número de publicações é grande e os resultados são em geral satisfatórios. (HEALD, 1980 e CADE e col., 1981).

1.2.2. RESSECÇÕES ABDOMINO-SACRAIS

Algumas técnicas mesmo não se tornando de uso geral, são praticadas no âmbito de alguns grupos e mostram resultados plenamente satisfatórios. Dentre elas as ressecções abdomino-sacrais foram realizadas principalmente por PANNET (1935), FINNSTERER (1941) e GOETZE (1944). Mais recentemente, esse tipo de abordagem foi retomado por DONALDSON e col. (1966), LOCALIO & STAHL (1969), LOCALIO & BARON (1973), LOCALIO & ENG (1975 e LOCALIO e col.(1978). Seu maior entusiasta é, sem dúvida, LOCALIO, que realiza anastomose por via sacral a quatro centímetros da borda anal, com deiscências anastomóticas clinicamente perceptíveis, de 12%, e raramente empregando colostomia de proteção (LOCALIO e col., 1978). Apesar de tudo, o método não ganhou popularidade em razão da dificuldade de mudar o decúbito do paciente durante a cirurgia ou então de operá-lo em decúbito lateral, além do desconforto da ferida sacral, dos difíceis cuidados locais com uma eventual fístula posterior e principalmente pelo advento, na mesma época, dos grampeadores automáticos, que em muito simplificaram a cirurgia do reto.

MASON (1972 e 1976) empregou variante da técnica anterior, não ressecando o coxix e seccionando o

músculo elevador do ânus e os esfíncteres , expondo as sim o reto inferior para feitura da anastomose. Igualmente, e pelos mesmos motivos anteriores, não se tornou mais difundida. ALGÖWER e col. (1982) e LAZORTHES e col. (1986) também empregaram essa via.

1.2.3. RESSECÇÃO ABDOMINO TRANS-ANAL COM ANASTOMOSE IMEDIA TA

PARKS (1972) utilizou abordagem combinada abdominal e trans-anal para a restauração do trânsito por anastomose colo-anal. A técnica foi empregada por LANE & PARKS (1977), RUDD (1979), KEIGHLEY & MATHESON (1980) , KILLINGBACK (1981), PARKS & PERCY (1982), FAGUNDES e col. (1983), MEDEIROS e col. (1983a), GEMSENJAGER e col. (1984), GOLIGHER (1984) e MEDEIROS e col. (1985). LAZORTHES e col. (1985) e PARC e col. (1985) usaram a técnica com o emprego de reservatório côli co em J. relatando obter melhores resultados funcionais. O método tam bém não se difundiu o bastante, em razão da necessidade de co lostomia de proteção, dificuldade da dissecação trans- anal e principalmente em razão da possibilidade da feitura de anastomoses mecânicas.

1.2.4. RESSECÇÃO ABDÔMINO TRANS-ANAL COM ANASTOMOSE RETARDADA

As chamadas retocolecctomias abdômino endo-anais tiveram seu desenvolvimento após a descrição por VILLARD & RICARD (1925) de técnica de ressecção interesfincteriana com amputação parcial dos músculos elevadores do ânus. O colo era abaixado através do esfínter externo e suturado primariamente à pele perineal. Surgiram após as variantes tipo BABCOCK (1932 e 1939), BACON (1945, 1956 e 1971) e BLACK (1948 e 1952), todas com anastomose retardada e de uso comum até passado recente (MANN, 1972) . A variante empregada em nosso meio, com variações e também com anastomose retardada, foi utilizada para o megacolo chagásico por MENDONÇA (1960), RAIA (1960), SIMONSEN e col. (1960), RAIA (1970) e HABR-GAMA (1971). Para o tratamento do câncer foi empregada por MANDACHE e col. (1959) e no nosso meio por SIMONSEN (1968), HABR-GAMA (1972) e HABR-GAMA e col. (1985). Basicamente, toda a musculatura esfínteriana é preservada e retira-se a mucosa acima da linha pectínea. O colo fica exteriorizado de quatro a cinco centímetros, sendo o segundo tempo realizado de 15 a 20 dias após (HABR-GAMA e col., 1985).

1.2.5. RESSECÇÃO ABDOMINOPERINEAL COM ANASTOMOSE IMEDIATA

A retocollectomia abdominoperineal com anastomose imediata foi primeiramente realizada em três pacientes portadores de câncer, por WEIR (1901), seguindo proposição de MAUNSELL (1892). Após retirada do reto por via anterior, o coto ano-retal, de extensão de seis a sete centímetros, era evertido para o períneo, sendo o longo segmento colônico remanescente abaixado através dele. A anastomose era feita externamente pelo períneo, como já descrita por HOCHENEGG (1888), para a ressecção por via sacral; após realizada, a anastomose era reintroduzida na pelve, de imediato.

Com algumas variações, a técnica anterior foi utilizada para o megacolo chagásico por CORREA NETO (1940), para a doença de HIRSCHPRUNG, por SWENSON & BILL (1948) e SWENSON (1950 e 1957) e para o câncer do reto, por LLOYD-DAVIES (1950) e VALDONI (1961). Para RAIA & HADDAD (1974), o nome correto da técnica seria "CORREA NETO-SWENSON".

Em nosso meio, para o tratamento do megacolo chagásico, ela ainda teve relatos de RAIA & CAMPOS (1948), CUTAIT, (1953), RAIA (1955), RAIA & CAMPOS (1955), RAIA (1960), HADDAD e col. (1961), CORREA NETO e col. (1962), SANTOS & CARRIL (1964), CUTAIT e col. (1965), RAIA (1970), CARRIL e col. (1973) e CUTAIT e col. (1985).

1.2.6. RESSECÇÃO ABDOMINOPERINEAL COM ANASTOMOSE COLORRETAL RETARDADA

Pelo elevado índice de deiscência anastomótica que apresentava (CUTAIT e col. 1965; RAIA & HADDAD, 1974 e CUTAIT e col., 1985), a técnica de anastomose e redução imediata para a pelve passou a ser substituída pela anastomose retardada. A cicatrização se faz pela aposição da serosa do colo abaixado e a muscular do reto evertido. A anastomose e sua redução são realizadas em um segundo tempo operatório, 10 a 15 dias após.

BLACK (1948), após o tempo abdominal, praticava eversão do reto, seccionando-o de três a quatro centímetros acima da linha pectínea. A seguir, abaixava o colo, geralmente sigmóide, através do reto evertido, fixando-o à pele perineal, não se preocupando em fixar o reto à alça abaixada. Entende-se por seus relatos, que às vezes o coto ano-retal permanecia exteriorizado e, em outras, ocorria redução espontânea, ocorrendo a cicatrização sem maiores problemas, pois a extremidade do colo permanecia exteriorizada. O segundo tempo era realizado cerca de 15 dias após, pela eletrocauterização do colo em excesso. Em suma, ocorria cicatrização e anastomose natural entre a extremidade de corte do reto, em posição de eversão, e a serosa do colo abaixado (NUNES, 1981).

TOUPET (1950) praticou o mesmo tipo de técnica, descrevendo casuística de 10 doentes em que abaixou o colo transversal através do coto ano-retal evertido e

fixado ao períneo. O segundo tempo consistia da secção do excesso de colo, sendo dados pontos totais de reforço com fio de categute cromado na anastomose natural, após o que reduzia o conjunto ano-retocólico para a pelve.

CUTAIT passou a utilizar, a partir de 1959 (CUTAIT e col. 1969), anastomose retardada, onde o segundo tempo é realizado por aproximação entre as mucosas retal e colônica, após cuidadosa dissecação de ambas; eram dados pontos separados com fio de algodão, após o que era realizada a redução. Apresentou os primeiros relatos a partir de 1960, no tratamento principalmente do megacolo, além do câncer (CUTAIT, 1960 e CUTAIT & FIGLIOLINI, 1961).

Técnica semelhante, mas com algumas diferenças foi empregada por TURNBULL JR. & CUTHBERTSON (1961). O colo era envolvido por uma gase dobrada longitudinalmente, a qual era grampeada ao próprio colo por meio de agafes. A finalidade era obter-se uma espécie de "rolha" que não revertisse através do reto para o abdome. No segundo tempo operatório, 10 a 15 dias depois, a anastomose era reforçada por pontos totais com fio de categute cromado (TURNBULL JR. 1966 e 1968). Além do mais, TURNBULL JR. seccionava o reto a um centímetro da linha pectínea, enquanto CUTAIT o fazia a três centímetros (CUTAIT, 1977). Outra diferença fundamental é que o grupo de TURNBULL JR. passou a adotar colostomia sistemática em todas suas operações a partir de 1962 (KIRWAN e col., 1978).

A técnica passou a ser conhecida na literatura pelo nome de CUTAIT-TURNBULL, embora nossa preferência

seja chamá-la técnica de CUTAIT, devido às diferenças já salientadas. Ora com uma ou outra denominação, foi usada para o câncer por CUTAIT & FIGLIOLINI (1961), TURNBULL JR. & CUTHBERTSON (1961), HUGHES e col. (1962), GOLIGHER e col. (1965), KENNEDY e col. (1970), CUTAIT e col. (1974), CUTAIT (1975), CUTAIT (1977), CUTAIT e col. (1978), KIRWAN e col. (1978), HUGHES e col. (1980), MEDEIROS e col. (1981), MEDEIROS e col. (1983b), MEDEIROS e col. (1984), CUTAIT e col. (1985) e KALIL e col. (1985).

Para o megacolo congênito a referida técnica foi empregada por TURNBULL JR. & CUTHBERTSON (1961), GOLIGHER e col. (1965), DELANNOY (1965), TURNBULL JR. (1966), CUTAIT e col. (1974), CUTAIT (1975) e CUTAIT e col. (1978).

Para o megacolo adquirido foi a técnica empregada por CUTAIT (1960), CUTAIT & FIGLIOLINI (1961, 1962a e 1962b), CUTAIT, (1965), CUTAIT e col. (1965), ZA VALETA e col. (1967), LUNA e col. (1969), CUTAIT (1970), SPERANZINI e col. (1973), BRENNER (1974), CUTAIT e col. (1974), RAIA & HADDAD (1974), CUTAIT (1975), BRENNER e col. (1978), CUTAIT e col. (1978), CUTAIT e col. (1985) e KALIL e col. (1985).

1.3. OBJETIVOS

O objetivo do presente trabalho é o de apresentar a experiência do grupo de Colo-Proctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, com a técnica de CUTAIT, na proposição de que seja método alternativo válido e de lugar assegurado, entre outros, para o tratamento do câncer do terço médio do reto. Para isto serão analisados os resultados precoces e tardios, dos pacientes operados de 1971 a 1985 com essa técnica.

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1. CASUÍSTICA

A presente casuística compõe-se de 45 doentes, portadores de adenocarcinoma do terço médio do reto, operados pelos cirurgiões do Grupo de Colo Proctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da UNICAMP, no período de março de 1971 a março de 1985, seguidos no pós-operatório de um mês a 13 anos. O seguimento médio foi de 46,71 meses.

2.1.1. GRUPO ETÁRIO E SEXO

A idade dos pacientes variou de 27 a 70 anos (tabela 2.1.). A faixa etária mais representativa foi a 6ª década (48,88%). A média foi de 51,7 anos. Vinte pacientes (44,44%) eram do sexo masculino (casos números 1, 4, 5, 7, 12, 15, 17, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 39 e 42) e 25 (55,56%) do feminino (tabela 2.2.).

2.1.2. GRUPO ÉTNICO

Em relação ao grupo étnico, 27 pacientes (60%) eram brancos (casos números 2, 3, 6, 8, 10, 13, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 27, 28, 30, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44 e 45), sete negros (15,56%) (casos números 1, 4, 7, 11, 12, 18 e 34) e 11 mestiços (24,44 %) (casos números 5, 9, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 29, 31 e 32). (tabela 2.3.).

2.1.3. PATOLOGIAS ASSOCIADAS

Patologias associadas estavam presentes em 12 pacientes (26,22%), sendo doença pulmonar obstrutiva crônica em três (6,67%) (casos números 3, 9 e 17), hipertensão arterial em quatro (8,99%) (casos números 7, 13, 24 e 41), doença pulmonar obstrutiva crônica e cardiopatia isquêmica em um (2,22%) (caso número 6) e diabetes melito em dois (4,44%) (casos números 30 e 33) (tabela 2.4.).

2.1.4. ALTURA DOS TUMORES

A altura dos tumores, dada pela medida em centímetros, à retossigmoidoscopia, entre a margem anal e

o limite macroscópico inferior da neoplasia, variou de sete a 12 centímetros, sendo a média de 9,7. (tabela 2.5.).

2.1.5. RADIOTERAPIA PRÉ-OPERATÓRIA

Radioterapia pré-operatória, na dose fracionada de 4000 rads, foi realizada em 26 doentes (57,78%) (casos números 3, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 20, 23, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 44 e 45) ; estes foram operados de 30 a 45 dias após a última sessão radioterápica. (tabela 2.7.).

2.1.6. CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

O agrupamento dos doentes segundo a classificação de DUKES (GABRIEL e col., 1935 e DUKES, 1940) , mostrou classe A em oito (17,77%) (casos números 5, 8 , 13, 16, 21, 31, 38 e 45), B em 27 (60%) (casos números 1, 2, 3, 6, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 26 , 27, 28, 30, 32, 33, 35, 40, 41, 42, 43 e 44) e C₁ nos 10 restantes (22,22%) (casos números 4, 7, 10, 18, 24, 29 , 34, 36, 37 e 39) . (tabela 2.6.).

2.2. MÉTODO

2.2.1. AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Em todos os pacientes foram realizados exames pré-operatórios básicos como hemograma, protoparasitológico de fezes, urina tipo I, eletroforese de proteínas, uréia, creatinina, glicemia de jejum e eletrocardiograma.

A disseminação neoplásica foi avaliada no pré-operatório pela radiografia do tórax, urografia excretora e fosfatase alcalina, acrescentando-se a ecografia abdominal e pélvica a partir de 1978. Em nenhum caso foi detectada presença de metástase ou comprometimento ureteral.

2.2.2. PREPARO DO COLO

Todos os pacientes tiveram preparo pré-operatório do colo. Até março de 1981, o preparo era feito basicamente pela administração de clisteres glicerizados

de 1000 ml, duas a três vezes ao dia, durante três dias, em associação com laxativos do tipo bisacodil. O sulfato de neomicina era empregado na dose de um grama a cada seis horas por via oral, iniciando-se 48 horas antes da cirurgia. A dieta era líquida e sem resíduos.

A partir daquela data, o preparo foi alterado. A limpeza foi feita pela ingestão de manitol a 10%, em volume de 2000 a 3000 ml por dia, durante três dias. O sulfato de neomicina foi mantido no mesmo esquema. Cefalotina, na dose de um grama, e 500 mg de metronidazol passaram a ser administrados por via venosa, quatro horas antes do início da cirurgia, durante a mesma e quatro horas após seu término, como antibioticoterapia profilática.

2.2.3. ATO CIRÚRGICO

Sondagem vesical e nasogástrica foi empregada em todos os pacientes. A anestesia empregada foi sempre a geral.

A posição dos pacientes foi a de litotomia exagerada, com coxim sob as nádegas de tal forma que o orifício anal ficasse a 10 centímetros da borda da mesa cirúrgica.

2.2.4. TÉCNICA OPERATÓRIA

A técnica operatória foi como a descrita por CUTAIT & FIGLIOLINI (1961).

2.2.4.1. TEMPO ABDOMINAL

A incisão utilizada foi a paramediana esquerda e para retal interna.

Após dissecação da goteira parietocólica - esquerda e liberação do ângulo esplênico do colo, a veia mesentérica inferior foi ligada o mais alto possível em todos os pacientes. A artéria mesentérica inferior foi ligada logo abaixo da emergência da artéria cólica esquerda em 39 pacientes e na sua origem nos seis restantes (casos números 2, 26, 37, 39, 41 e 43).

A seguir era completada a liberação do colo esquerdo, praticando-se ligadura da arcada vascular no limite entre ele e o colo sigmóide. A essa mesma altura era realizada ligadura oclusiva do colo, com fio de algodão número zero, ou cadarço.

A dissecação do reto, como em operações de amputação foi feita até o plano da musculatura elevadora do ânus, trabalhando-se o mais lateral e posteriormente possível.

2.2.4.2. TEMPO PERINEAL

O tempo perineal era iniciado logo após lavagem da ampola retal com solução fisiológica. A seguir era introduzido pelo ânus um obturador de retossigmoidoscópio, até o reto proximal, sendo o mesmo fixado à parede retal por uma ligadura com fio de algodão número zero, por via abdominal. A tração do mandril promove a eversão do reto e a exteriorização do sigmóide distal. A essa altura a parede retal era tracionada por pinças de ALLIS e seccionada acima da linha pectínea a uma distância capaz de conferir adequada margem de segurança; na presente casuística, ela variou de dois a quatro centímetros.

A seguir o colo era tracionado para o períneo até o limite da ligadura anteriormente feita, no limite entre o descendente e o sigmóide, e seccionado três centímetros abaixo da borda do coto ano-retal evertido. O segmento abaixado era fixado ao segmento evertido por quatro pontos cardeais, seromusculares no colo e totais na borda retal, com fio de algodão número 10. Os fios laterais eram utilizados para fixação à pele perineal, fixação essa retirada dois a três dias após.

2.2.4.3. TÉRMINO DA CIRURGIA. DRENAGEM

Procedeu-se à peritonização das áreas

dissecadas. A cavidade pélvica era drenada por sonda de FOLEY número 24 provida de duas vias e pela qual se procedia à lavagem contínua com soro fisiológico, 2000 ml a cada 24 horas, servindo a outra via para aspiração contínua.

2.2.4.4. VARIANTE TÉCNICA PARA TUMORES VOLUMOSOS

Para tumores volumosos, devido à dificuldade de passagem dos mesmos pelo ânus, procedeu-se à variação técnica descrita por CUTAIT (1969 e 1977). A peça operatória era retirado por via anterior após secção proximal do colo, no limite pré-estabelecido, e do reto, abaixo do tumor. O tempo perineal consistia na eversão do coto retal após preensão e tração das suas bordas com pinça de ALLIS; a seguir o colo era abaixado e fixado como anteriormente referido. O coto exteriorizado era cuidadosamente protegido com gaze vaselinada.

Os diversos tempos operatórios estão esquematizados nas figuras 2.1.a 2.14, constantes do anexo 1.

2.2.5. ANTIBIOTICOTERAPIA

A antibioticoterapia anteriormente a 1981 prosseguia durante uma semana, empregando - se antibióticos de largo espectro (ampicilina ou cefalotina). Após 1981, com o emprego da antibioticoterapia profilática por

via parenteral, ela só era continuada quando havia complicação séptica.

2.2.6. SEGUNDO TEMPO OPERATÓRIO

O segundo tempo operatório foi realizado entre o 10º e 15º dia pós-operatório, empregando-se bloqueio anestésico peridural, com o paciente em posição ginecológica e sem necessidade de preparo do colo. Realizou-se a secção transversal da seromuscular do colo, ao nível, ou pouco abaixo da borda retal evertida. A seguir, a mucosa colônica era dissecada e seccionada meio centímetro abaixo. Essa manobra permite a aproximação da mucosa colônica à mucosa retal, sem tensão. São ambas suturadas com pontos separados de fios de catagute cromado 00 ou algodão número 40, após o que a anastomose colo-retal era reduzida digitalmente para a cavidade pélvica.

2.2.7. ACOMPANHAMENTO

Após a alta e até três meses, o paciente era visto semanalmente, quando era realizado toque retal. Se houvesse alguma evidência de estenose era feita calibragem com velas de HEGAR. Depois o paciente era visto aos seis, nove e doze meses. Daí em diante era visto semestralmente.

3. RESULTADOS

3.1. CATÉTERES E DRENOS

Os pacientes, no pós-operatório, permaneceram com sonda nasogástrica por período variável de três a cinco dias; apenas um, caso número sete, permaneceu sondado durante oito dias, em virtude de reoperação por necrose da alça abaixada. Dieta por via oral era introduzida após retirada a sonda.

A sondagem vesical foi interrompida por volta do sétimo dia pós-operatório em 44 pacientes, sendo que o da observação número sete foi o que mais tempo permaneceu sondado, 12 dias, em razão da reoperação.

A lavagem pélvica contínua permanecia até refluir líquido claro, de dois a quatro dias, após o que era suspensa e a sonda retirada.

3.2. COMPLICAÇÕES GERAIS

Complicações gerais ocorreram em 11 pacientes (24,44%), sendo representadas por infecção urinária em cinco (11,11%) (casos números 13, 22, 34, 39 e 42), infecção respiratória em três (6,67%) (casos números 3, 17 e 31), broncopneumonia em um (2,22%) (caso número 9), infecção respiratória e insuficiência cardíaca em um (2,22%) (caso número 6) e insuficiência renal aguda em outro (2,22%) (caso número 29) (tabela 3.1.). Todos evoluíram bem com tratamento clínico.

3.3. COMPLICAÇÕES LOCAIS PRECOSES

Complicações locais precoces ocorreram em cinco pacientes (11,11%), representadas por supuração da ferida operatória em três (6,67%) (casos números 10, 16 e 32), necrose da alça abaixada em um (2,22%) (caso número 7) e necrose parcial do coto ano-retal evertido em outro (2,22%) (caso número 43) (tabela 3.2.). Houve necessidade de reoperação - do paciente da observação número sete, o qual apresentou necrose da alça abaixada no quarto dia pós-operatório. Foi conseguido maior segmento de colo por meio da ligadura dos vasos cólicos esquerdos. Por via perineal o colo foi tracionado sendo fixado ao coto retal em nível acima da necrose. A evolução foi satisfatória. Os outros pacientes evoluíram bem com as medidas conservadoras.

Outros dois pacientes (4,44%) (casos números 26 e 37) apresentaram dificuldade para redução da anastomose, a qual só foi conseguida após uma semana do segundo tempo operatório. O último paciente (2,22%) evoluiu para estenose.

3.4. COMPLICAÇÕES LOCAIS TARDIAS

Complicações locais tardias ocorreram em seis pacientes (13,34%), todas representadas por estenose cicatricial da anastomose colo-retal (casos números 3, 12, 22, 33, 37 e 38) (tabela 3.3.). Todos evoluíram bem com dilatações seriadas realizadas ambulatorialmente.

3.5. TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO

O período de hospitalização variou de 14 a 32 dias, média de 18,77 (tabela 3.4.), sendo que 57% dos pacientes tiveram alta antes de 18 dias. O paciente que demandou maior tempo de internação (observação número 7), 32 dias, foi o único que necessitou reoperação, por ter apresentado necrose da alça abaixada.

3.6. MORTALIDADE

Não ocorreu óbito hospitalar na presente casuística.

3.7. RECIDIVA NEOPLÁSICA

Recidiva neoplásica ocorreu em 11 pacientes (24,44%), sendo pélvica em três (6,67%) e sob forma de carcinomatose generalizada em outros oito (17,77%) (tabela 3.5.). Todos foram a óbito poucos meses após a recidiva. Os doentes que apresentaram recidiva pélvica foram: o de número um, pertencente ao grupo B de DUKES e que faleceu 66 meses após a cirurgia, o de número quatro, grupo C₁ de DUKES com 11 meses de sobrevida e o de número 15, grupo B de DUKES, com 50 meses de sobrevida. Os pacientes que apresentaram recidiva e óbito por carcinomatose generalizada foram: o de número sete, pertencente ao grupo C₁ de DUKES, com 38 meses de sobrevida, o de número 10, grupo C₁ com 12 meses de sobrevida, o de número 11 grupo B, com 39 meses, o de número 24, grupo C₁ com 24 meses, o de número 25, grupo B, com 37 meses, o de número 26, grupo B, com 68 meses, o de número 34, grupo C₁, com 37 meses e o de número 37, grupo C₁ que apresentou 55 meses de sobrevida (tabela 3.6.).

3.8. SOBREVIDA DE TRÊS ANOS

Para a análise da sobrevida de três anos, foram tomados os 39 pacientes operados de três anos para trás.

Desse total de 39, 27 doentes (69,24%) (casos números 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 23, 25, 26, 28, 30, 31, 33, 34, 35, 37 e 39) ultrapassaram os 36 meses de sobrevida, três (7,69%) (casos números 4, 10 e 24) foram a óbito em decorrência de recidiva e de nove outros (23,07%) (casos números 18, 19, 20, 22, 27, 29, 32, 36 e 38, não se teve seguimento completo de três anos (tabela 3.7.)). Do mesmo total, sete (17,95%) (casos números 5, 8, 13, 16, 21, 31 e 38) pertenciam ao grupo A de DUKES, sendo que seis (85,71%) estavam vivos ao final de 36 meses, enquanto outro (14,29%) (caso número 38) não teve seguimento completo. Dos pertencentes ao grupo B de DUKES, em número de 22 pacientes (56,41%), 17 (77,27%) sobreviveram a três anos, enquanto que de cinco (22,73%) (casos números 19, 20, 22, 27 e 32) não se conseguiu seguimento por inteiro. Do mesmo total de 39, 10 (25,64%) pertenciam ao grupo C₁, dos quais quatro (40%) (casos números 7, 34, 37 e 38) sobreviveram além de 36 meses, três (30%) (casos números 4, 10 e 24) faleceram antes e de três (30%) (casos números 18, 19 e 36) não se obteve seguimento completo de 36 meses. (tabela 3.7.)).

3.9. SOBREVIDA DE CINCO ANOS

Para o estudo da sobrevida de cinco anos foram considerados apenas os doentes operados há mais de 60 meses, em total de 35 (77,77%); desses, 14 (40%), sobreviveram (casos números 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 23, 26 e 33), oito (22,86%) morreram (casos números 4, 7, 10, 11, 15, 24, 25 e 34) e 13 (37,14%) (casos números 14, 18, 19, 20, 21, 22, 27, 28, 29, 30, 31, 32 e 35) não tiveram seguimento que completasse os cinco anos. Do mesmo total de 35, seis (17,15%) eram do grupo A de DUKES, enquanto 22 (62,85%) e sete (20%), eram dos grupos B e C₁ respectivamente. Dos seis pacientes pertencentes ao grupo A da classificação de DUKES, quatro (66,67%) (casos números 5, 8, 13 e 16), sobreviveram aos cinco anos, enquanto não se conseguiu seguimento completo dos outros dois (33,33%) (casos números 21 e 31). Dos 22 do grupo B, 10 (45,45%) (casos números 1, 2, 3, 6, 9, 12, 17, 23, 26 e 33) ultrapassaram 60 meses de sobrevida, três (13,63%) (casos números 11, 15 e 26) foram a óbito e em nove (49,91%) (casos números 14, 19, 20, 22, 27, 30, 32, 35 e 37) não se obteve seguimento por inteiro. Dos sete pacientes do grupo C₁ da classificação de DUKES, nenhum sobreviveu cinco anos; cinco (71,42%) morreram antes (casos números 4, 7, 10, 24 e 34) e dois (28,58%), perderam-se de seguimento (casos números 18 e 19) (tabela 3.8.).

3.10. SOBREVIDA DE 10 ANOS

Para análise da sobrevida de 10 anos, foram tomados os 10 doentes operados de 120 meses para trás. Do total de 10, dois (20%) (casos números 5 e 8) eram do grupo A da classificação de DUKES, cinco do grupo B (50%) e três (30%) do grupo C₁ (casos números 4, 7 e 10). Dos dois pertencentes ao grupo A, ambos sobreviveram 10 anos. Dos cinco do grupo B, três (60%) tiveram mais de 10 anos de sobrevida (casos números 2, 6 e 9), um (20%) (caso número 1) foi a óbito em decorrência de recidiva neoplásica após 66 meses e outro (20%) (caso número 3) teve seguimento até 97 meses, perdendo-se após. Dos três do grupo C₁, nenhum chegou a 10 anos de sobrevida, falecendo com 11,38 e 12 meses, respectivamente, após a cirurgia. (tabela 3.9.).

As sobrevidas de três, cinco e 10 anos estão sumarizadas à tabela 3.10.

3.11. SEGUIMENTO OBTIDO

O seguimento médio conseguido para os pacientes operados há mais de 10 anos foi de 87,60 meses; para os operados há mais de cinco anos, 54,02 meses; para os operados há mais de três anos, 51,33% meses. O seguimento médio de toda a casuística foi de 46,71 meses.

3.12. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE TRÊS ANOS

A relação entre radioterapia prévia e sobrevida aos três, cinco e 10 anos, também pode ser feita. Dos 39 pacientes operados há mais de três anos, 21 (53,84%) foram irradiados, dos quais 15 (71,42%) (casos números 3, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 23, 30, 31, 33, 34 e 39) sobreviveram mais de 36 meses e seis (28,59%) (casos números 20, 27, 29, 32, 36 e 38) não completaram seguimento. Dos 18 não irradiados, 12 (66,66%) (casos números 1, 2, 6, 9, 15, 16, 21, 25, 26, 28, 35 e 37) sobreviveram aos três anos, enquanto de três (16,67%) (casos números 4, 10 e 24) não foi possível o seguimento completo e sendo que os restantes três (casos números 4, 10 e 24) faleceram. (tabela 3.11.).

3.13. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE CINCO ANOS

Em relação à radioterapia prévia e sobrevida de cinco anos, foram tomados os 35 pacientes operados há mais de 60 meses; destes; 18 (51,42%) foram irradiados, dos quais oito (44,45%) (casos números 3, 5, 8, 12, 13, 17, 23 e 33) ultrapassaram 60 meses de sobrevida; três (16,67%) foram a ôbito antes (casos números 7, 11 e 34) e sete (38,88%) (casos números 14, 20, 27, 29, 30, 31 e 32) não tiveram seguimento completo possível. Dos 17 não irradiados (48,58%), seis (35,29%) estavam vivos ao final de cinco anos (casos números 1, 2, 6, 9, 16 e 26), cinco (29,42%) foram a ôbito

(casos números 4, 10, 15, 24 e 25) e seis (35,29%) foram perdidos (casos números 18, 19, 21, 22, 28 e 35) (tabela 3.12.).

3.14. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE 10 ANOS

Quanto ao relacionamento entre radioterapia prévia e sobrevida de 10 anos, foram estudados os 10 pacientes operados de 10 anos para mais. Destes, quatro (40%) foram irradiados, dos quais dois (50%) sobreviveram (casos números 5 e 8), um (25%) foi a óbito (caso número 7) e outro desapareceu (caso número 3). Dos seis (60%) não irradiados, três (50%) sobreviveram aos 120 meses (casos números 2, 6 e 9) e os restantes três (50%) (casos números 1, 4 e 10) foram a óbito antes. (tabela 3.13).

3.15. RADIOTERAPIA PRÉ-OPERATÓRIA E COMPLICAÇÕES LOCAIS PÓS-OPERATÓRIAS.

Nesta casuística não foram verificadas complicações locais precoces atribuíveis à radioterapia prévia. Para provável relacionamento entre complicações locais tardias e radioterapia prévia, foram tomados os 36 doentes seguidos no mínimo por 12 meses. Desses, 20 (55,55%) submeteram-se a radioterapia prévia (casos números 3, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 23, 30, 31, 33, 34, 38, 39, 40, 41, 44 e 45). Desses, quatro (20%) apresentaram estenose parcial das suas anastomoses (casos números 3, 12, 33 e 38).

Não se verificou nenhuma fístula.

Os pacientes não irradiados e seguidos no mínimo por um ano foram em número de 16 (44,45%) (casos números 1, 2, 6, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 35, 37 e 43). Desse total, dois (12,5%) evoluíram tardiamente para estenose (casos números 22 e 37).

3.16. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIVÊNCIA DE TRÊS ANOS, COM OS DOENTES SENDO PAREADOS PELA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

3.16.1. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIVÊNCIA DE TRÊS ANOS PARA O GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

O grupo A foi representado por sete pacientes (15,56%) na presente casuística; desses, cinco (71,43%) foram irradiados (casos números 5, 8, 13, 31 e 38) e dois (28,57%) não (casos números 16 e 21). Seis pacientes ultrapassaram os 36 meses de seguimento, sendo que o caso número 38 (20%), irradiado, não completou o seguimento. Todos foram operados há pelo menos três anos atrás. (tabela 3.14.).

3.16.2. RADIOTERAPIA E SOBREVIVÊNCIA DE TRÊS ANOS PARA O GRUPO B DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES.

Para esta correlação foram tomados 22

pacientes (48,88%) pertencentes ao grupo B, operados no mínimo há 36 meses. Daquele total, 11 (50%) foram irradiados, dos quais oito (72,72%) sobreviveram ao período considerado (casos números 3, 11, 12, 14, 17, 23, 30 e 33); os três restantes (27,28%) não tiveram acompanhamento integral (casos números 20, 27 e 32) (tabela 3.15.).

Dos restantes 11 pacientes (50%) que não receberam radioterapia prévia, nove (81,81%) sobreviveram (casos números 1, 2, 6, 9, 15, 25, 26, 28 e 35), enquanto os outros dois (18,19%) não puderam ser seguidos (casos números 19 e 22) (tabela 3.15.).

Não ocorreram óbitos entre os pacientes - efetivamente seguidos por três anos.

3.16.3. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIVÊNCIA DE TRÊS ANOS PARA O GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Para essa análise foram considerados os 10 doentes (22,22%) pertencentes ao grupo C₁ da classificação de DUKES, operados no mínimo há 36 meses. Do total, cinco (50%) receberam radioterapia prévia; destes, três pacientes (60%) sobreviveram (casos números 7, 34 e 39) e dois (40%) perderam-se do seguimento (casos números 29 e 36) (tabela 3.16.).

Os outros cinco pacientes (50%) não foram irradiados, sendo que um deles (20%) sobreviveu (caso

número 37), três (60%) faleceram (casos números 4, 10 e 24) e o último (20%) não completou o seguimento (caso número 18) (tabela 3.16.).

3.17. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE CINCO ANOS, COM OS DOENTES SENDO PAREADOS PELA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

3.17.1. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE CINCO ANOS PARA O GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Os pacientes do grupo A operados há no mínimo 60 meses, em número de seis (13,34%), foram relacionados para análise.

Dos seis pacientes, quatro (66,67%) foram irradiados, dos quais três (75%) sobreviveram (casos números 5, 8 e 13) enquanto um (25%) foi seguido até 40 meses (caso número 31) (tabela 3.17.).

Dos dois não irradiados (33,33%), um paciente (50%) sobreviveu (caso número 16) e outro perdeu-se (caso número 21) (tabela 3.17.).

3.17.2. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE CINCO ANOS PARA O GRUPO B DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Pacientes operados no mínimo há 60 meses e pertencentes ao grupo B da classificação de DUKES, em número de 22 (48,88%), foram relacionados para essa análise. Desse total, 11 (50%) foram irradiados, dos quais cinco (45,45%) sobreviveram (casos números 3, 12, 17, 23 e 33), outro (9,1%) faleceu (caso número 11) e dos restantes cinco (45,45%) não se pôde conseguir evolução de cinco anos (casos números 14, 20, 27, 30 e 32) (tabela 3.18.).

Outros 11 pacientes (50%) não foram irradiados, sendo que cinco deles (45,45%) ultrapassaram os 60 meses (casos números 1, 2, 6, 9 e 21), dois (18,19%) foram a óbito antes (casos números 15 e 25), enquanto os restantes quatro (36,36%) não completaram o seguimento (casos números 19, 22, 28 e 35) (tabela 3.18.).

3.17.3. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE CINCO ANOS PARA O GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Na presente casuística existem sete doentes (15,56%) pertencentes ao grupo C₁, operados no mínimo há cinco anos. Daqueles, três (42,86%) foram irradiados, sendo que dois (66,67%) morreram antes de 60 meses (casos números 7 e 34) e outro (33,33%) não completou aquele tempo

de seguimento (caso número 30) (tabela 3.19.).

Ainda, dos sete pacientes, quatro não foram irradiados, dos quais três (75%) foram a óbito (casos números 4, 12 e 24) e outro (25%) não teve seguimento completo (caso número 20) (tabela 3.19).

3.18. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIVÊNCIA DE 10 ANOS, COM OS DOENTES SENDO PAREADOS PELA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES.

3.18.1. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIVÊNCIA DE 10 ANOS PARA O GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Dentre os pacientes operados no mínimo há 120 meses, apenas dois (4,44%) pertenciam ao grupo A (casos números 5 e 8); ambos foram previamente irradiados e estavam vivos ao final daquele tempo (tabela 3.20.).

3.18.2. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIVÊNCIA DE 10 ANOS PARA O GRUPO B DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

O presente material contém cinco pacientes (11,11%) pertencentes ao grupo B da classificação de DUKES e que foram operados no mínimo há 120 meses. Apenas um deles (20%) foi irradiado (caso número 3), tendo sido

seguido por 97 meses, após o que não mais retornou (tabela 3.21.).

Dos pacientes não irradiados, em número de quatro (80%), três deles (75%), sobreviveram (casos números 2, 6 e 9) enquanto outro (25%) faleceu com 66 meses de seguimento (caso número 1) (tabela 3.21.).

3.18.3. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIVÊNCIA DE 10 ANOS PARA O GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Apenas três doentes (6,67%) do grupo C₁ foram operados no mínimo há 120 meses. Desses, um (33,33%) foi irradiado (caso número 7), falecendo após 38 meses da cirurgia. Outros dois (66,67%) não foram irradiados (casos números 4 e 10), falecendo com 11 e 12 meses de seguimento (tabela 3.22.).

Não foi realizado qualquer procedimento estatístico em relação à radioterapia prévia e sobrevivência, pois os pacientes, ao serem pareados pela classificação de DUKES, tornam pequena cada categoria, especialmente aos cinco e dez anos de seguimento. Ressalte-se que as três recidivas pélvicas ocorreram em pacientes não irradiados.

4. DISCUSSÃO

4.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Nos últimos anos, tem-se observado importante alteração de atitude dos cirurgiões no tratamento do câncer do terço médio do reto, em favor de procedimentos de conservação esfinteriana (GOLIGHER, 1984; WILLIAMS, 1984 e GOLIGHER, 1985). A atual tendência em tornar a amputação abdominoperineal do reto em cirurgia praticamente de exceção, deve-se principalmente a razões de natureza histopatológica e resultados tardios verificados, além do advento de novas técnicas para se conservar o aparelho esfinteriano. Dentre as primeiras razões, PELFOLD (1974) e MORSON e col. (1976) mostraram de forma conclusiva que margens distais de segurança em torno de dois centímetros levam aos mesmos resultados tardios que os clássicos limites de quatro centímetros ou mais. Os avanços técnicos que possibilitaram colocar em prática esses conhecimentos, permitindo a feitura de anastomoses muito baixas, foram principalmente a ressecção abdômino-trans-anal seguida de anastomose colo-anal e colostomia de proteção, divulgada por PARKS (1972), a ressecção abdomino-sacral, modernamente revivida e preconizada por LOCALIO e col. (1983), havendo ainda a modificação de

MASON (1972), de abordagem posterior trans-esfinctérica , a ressecção anterior baixa com feitura de anastomose grampeada , método utilizado a partir de 1975 (FAIN e col.) e contando com grande número de publicações. Além dessas opções é praticada, especialmente em nosso meio, a ressecção abdômino-trans-anal seguida de abaixamento do colo através dos esfínteres , realizando-se anastomose colo- anal retardada, sendo a colostomia perineal amputada em um segundo tempo operatório, 15 a 20 dias após (SIMONSEN, 1968; HABR-GAMA, 1971 e HABR-GAMA e col. 1985).

Nosso interesse maior prende-se às chamadas ressecções abdominoperineais, sendo o colo abaixado através do coto ano-retal evertido, obtendo-se assim anastomose colo-retal retardada, descrita por CUTAIT & FIGLIOLINI (1961), que é complementada e recolocada na pelve em um segundo tempo operatório.

Os resultados imediatos dessas operações de conservação esfinteriana são bastante favoráveis, mostrando deiscência anastomótica em torno de 14% (BEART JR . & KELLY, 1981; THIEDE e col., 1981 e GOLIGHER, 1984 e 1985) e mortalidade entre 3 e 4% (KEIGHLEY & MATHESON, 1980 ; PARKS & PERCY, 1982; GOLIGHER, 1984; WILLIAMS, 1984 e GOLIGHER, 1985). As fístulas são raras nos abaixamentos . Os resultados funcionais mostram que mesmo com anastomoses colo-anais a função defecatória e a de continência são satisfatórias, embora possa haver um período de semanas ou meses para adaptação (BENNETT e col. 1972; BENNETT e col., 1973; IWAI e col., 1983; WILLIAMS, 1984 e HABR-GAMA e col., 1985).

Em relação aos resultados tardios, a sobrevida de cinco anos foi dada como semelhante por VAUGH e TURNER (1958) para carcinomas do terço médio, ao compararem de forma não randomizada amputação abdominoperineal e ressecção abdômino-trans-anal. NICHOLLS e col. (1979) chegaram a resultados semelhantes. O resultado comparativo de sobrevida não pode ser dado como definitivo, uma vez que o maior número de pacientes submetidos às cirurgias conservadoras ainda é recente, aguardando seguimento mais prolongado. Não bastasse esse fato, séries randomizadas, que certamente diminuiriam as dúvidas, tornam-se improváveis de serem realizadas quando fatores como a idade, tamanho e localização do tumor, diferenciação celular, tipo de pelve, invasão local, obesidade e opinião do doente em desejar ou não colostomia irão quase sempre influenciar a atitude cirúrgica, influenciando também, e muito, o treinamento do cirurgião.

Aspecto de extrema importância é a taxa de recidiva local após procedimento de conservação esfinteriana, assunto ainda sem definição. A recorrência pélvica após amputação abdominoperineal varia amplamente, de 10 a 31% (STEARNS JR. & BINKLEY, 1953; GILBERTSEN, 1960, MORSON e col. 1963 e PILIPSHEN e col. 1984), na dependência dos métodos de investigação utilizados, inclusive necrópsia e reoperações. Os resultados após as cirurgias conservadoras ora são melhores, ora piores que os anteriores. Estudos randomizados tornam-se também impraticáveis, uma vez que o câncer do terço médio tem sido tratado de forma menos agressiva e os do terço inferior do reto, pela

amputação abdominoperineal. É sabido que quanto mais baixa a localização do tumor, maior a probabilidade de recorrência local (MORSON e col., 1963). Um aspecto técnico importante é de que nas cirurgias conservadoras a dissecção do tecido peri-retal deve ser ampla e bem abaixo do tumor, em forma de cilindro e não de cone. A adequada resseccão do meso-reto foi invocada por HEALD e col. (1982) para explicar a sua taxa de 1,8% de recidiva local, tida como extremamente baixa. Margens de segurança de dois centímetros não tem sido de importância na probabilidade de recidiva (GOLIGHER, 1985). O quadro 4.1 (Anexo 4) traz alguns resultados recentes com técnicas de preservação esfínteriana , uma vez que faltam dados estatísticos confiáveis de comparação entre elas e a amputação abdominoperineal.

A retocoliectomia abdominoperineal, com anastomose retardada, objeto deste estudo, vem sendo usada principalmente no tratamento do megacolo e do câncer. No quadro 4.2. (Anexo 4) estão relacionadas as principais publicações, sua proveniência e patologias tratadas. Com excessão dos trabalhos de Cleveland, as casuísticas mais recentes englo**ba**m as anteriores, de acordo com o local onde foram reali**za**das; isto posto, somam-se pouco mais de 1250 doentes submetidos a técnica.

Certamente cada uma das técnicas em uso tem vantagens e desvantagens, citando-se entre as últimas o risco de fístulas em anastomoses baixas mecanicamente realizada, o custo elevado dos aparelhos grampeadores, a necessidade de colostomia de proteção para as anastomoses

colo-anais, o inconveniente das feridas sacrais e dificuldades no manuseio de suas fístulas e a continência sofrível nos abaixamentos do passado. Esses fatos é que levaram a apresentar a presente casuística, composta de 45 pacientes, operados de março de 1971 a março de 1985 e analisar se seus resultados ainda a indicam como alternativa técnica para a cirurgia do câncer do terço médio do reto.

4.2. SEGUIMENTO OBTIDO

Do presente material, 39 pacientes (86,66%) , foram operados há mais de três anos, conseguindo-se seguimento de 36 meses em 30 deles (79,92%). Os pacientes operados há mais de 60 meses, considerados para o seguimento de cinco anos, foram em número de 35 (77,77%), dos quais conseguiu-se seguir 22 (66,86%). Igualmente, 10 (22,22%) foram operados há mais de 10 anos; destes, obteve-se o seguimento integral de nove (90%). Trata-se de seguimento inferior aos relatados por GOLIGHER e col. (1965) e KENNEDY e col. (1970) que conseguiram acompanhamento superior a 90% em cinco anos.

4.3. IDADE

A idade dos pacientes variou de 28 a 70 anos, média de 51,7. Doentes entre 51 e 60 anos perfazem

48,88% da casuística; apenas três pacientes (6,67%) tinham mais de 60 anos. Nota-se uma tendência na literatura em evitar cirurgias de abaixamento em pacientes muito idosos. KENNEDY e col. (1970), em casuística de 158 pacientes, relataram 59 deles (37,34%) com idade superior a 65 anos, tendo operado um paciente com 88 anos. KIRWAN e col. (1978) apresentaram 38,1% dos seus pacientes com 60 ou mais anos de idade; 8,3% deles tinham mais de 70. Constitui norma que as cirurgias de abaixamento em pacientes acima de 60 anos são devem ser realizadas após criteriosa avaliação do tônus esfinteriano e das condições circulatórias do território esplâncnico.

4.4. ALTURA DOS TUMORES

A altura dos tumores variou de sete a 12 centímetros, sendo a média de 9,7. Trinta e quatro pacientes (75,56%) tinham seus tumores localizados entre sete e 10 centímetros. Essas distâncias enquadram-se dentro das definições de terço médio do reto para todos os autores.

4.5. RADIOTERAPIA PRÉVIA

Radioterapia prévia foi realizada em 26 doentes (57,78%), sendo os mesmos operados de 30 a 45 dias após a última sessão radioterápica. Em nenhum dos trabalhos consultados empregou-se radioterapia prévia à operação de CUTAIT-TURNBULL. Os resultados serão discutidos posteriormente.

4.6. ESTADIAMENTO

O estadiamento pós-operatório pela classificação de DUKES (GABRIEL e col., 1935 e DUKES, 1940), classificou oito pacientes no grupo A (17,78%), 27 (60%) no grupo B e os restantes 10 (22,22%) como C₁. É uma distribuição que se assemelha as apresentadas na maioria dos relatos (MORSON e col., 1963).

4.7. PREPARO DO COLO

Os dois tipos de preparo do colo aqui utilizados não constituem objeto desta discussão, além de o número de casos ser pequeno e relativamente poucas as complicações sépticas verificadas, não permitindo adequado tratamento estatístico.

4.8. COMPLICAÇÕES INTRA-OPERATÓRIAS

Não ocorreram acidentes intra-operatórios - nesta casuística. Utilizando a mesma técnica e operando pacientes com megacolo, CUTAIT e col. (1965) relataram dois casos de hemorragias pré-sacrais graves, uma delas fatal . BRENNER (1974), também em pacientes com megacolo, relatou - um caso resolvido por compressão prolongada. De qualquer forma, constitui risco igual em todas as técnicas, não havendo motivo para se crer que sua incidência seja maior naquela aqui apresentada.

4.9. DRENAGEM PÉLVICA

A lavagem contínua da cavidade pélvica era interrompida assim que refluía líquido claro pela via de

saída, o que ocorreu entre o segundo e o quarto dia pós-operatório, método e resultado semelhante ao apresentado por CUTAIT e col. (1965) em cirurgia para megacolo.

4.10. COMPLICAÇÕES GERAIS

Complicações de ordem geral ocorreram em 11 pacientes desta casuística, representando 24,44% do total. GOLIGHER e col. (1965), KENNEDY e col. (1970) e KIRWAN e col. (1978) apresentaram complicações gerais da ordem de 27,5%, 46,8% e 17,8%, respectivamente, que serão analisadas a seguir.

4.10.1. COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS

Complicações respiratórias foram diagnosticadas em cinco doentes (11,11%) desta série e representadas por infecção respiratória em quatro (8,89%) e broncopneumonia em outro (2,22%). Todos evoluíram de forma satisfatória, com antibióticos apropriados. As complicações respiratórias foram relatadas na literatura por HUGHES e col. (1962), que assinalaram um óbito por embolia pulmonar, GOLIGHER e col. (1965) que tiveram em seus 40 casos quatro infecções respiratórias e dois óbitos por embolia pulmonar, KIRWAN e col. (1978), que relataram duas embolias pulmonares em um total de 78 doentes, sendo uma fatal.

4.10.2. COMPLICAÇÕES CARDÍACAS

Insuficiência cardíaca ocorreu em um paciente (2,22%) desta série, o qual também apresentou infecção respiratória. Tratava-se de paciente com 68 anos e portador de pneumopatia crônica obstrutiva e cardiopatia isquêmica. Evoluiu satisfatoriamente com o tratamento clínico. Complicações cardíacas foram referidas por GOLIGHER e col. (1965) em 7,5%, KENNEDY e col. (1970), que tiveram dois óbitos por infarto do miocárdio e outro por insuficiência cardíaca, KIRWAN e col. (1978), com um infarto do miocárdio.

4.10.3. COMPLICAÇÕES RENAIIS

Insuficiência renal aguda de causa hipovo-
lêmica ocorreu em um paciente (2,22%) que evoluiu de forma satisfatória com medidas conservadoras. BRENNER (1974) relatou um óbito pela mesma causa.

4.10.4. RETENÇÃO URINÁRIA

A sonda vesical foi retirada na maioria dos pacientes por volta do sétimo dia pós-operatório, não se tendo registrado nenhum caso de retenção urinária importante. Um paciente (2,22%) (caso número 7) permaneceu sondado 12 dias, em razão de haver sido reoperado. GOLIGHER e col. (1965) também não verificaram retenção urinária em sua série; KENNEDY e col. (1970) tiveram três casos (1,9%); KIRWAN e col. (1978) relataram que 10% dos pacientes do sexo masculino necessitaram de ressecção trans-uretral da próstata por desenvolverem retenção urinária severa. BRENNER (1974) mostrou 29 casos (20%) da mesma complicação, sendo que na maioria dos pacientes retira a sonda já com 72 horas. A sondagem vesical é procedimento de rotina nas cirurgias de abaixamento, devido à disfunção vesical que ocorre pela ampla desnervação pélvica, por um período em torno de sete dias.

4.10.5. INFECÇÃO URINÁRIA

Ainda dentro das complicações gerais, cinco pacientes (11,11%) apresentaram infecção urinária secundária à sondagem vesical. Todos evoluíram bem com antibioticoterapia. Essa complicação foi referida por GOLIGHER e col. (1965) como sendo de 7,5% e KIRWAN e col. (1978) como de 13,09%. BRENNER, em seu trabalho para megacolo, observou a complicação em 7,58% das vezes.

4.11. COMPLICAÇÕES LOCAIS PRECOSES

4.11.1. SUPURAÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA

Complicações locais precoces ocorreram em cinco (11,11%) dos pacientes. A mais comum delas foi a supuração da ferida operatória, observada em três doentes (6,67%) que evoluíram satisfatoriamente após drenagem e cuidados locais. KENNEDY e col. (1970) referiram 3,79% dessa complicação enquanto BRENNER (1974) referiu - presença de hematoma da ferida operatória em cinco pacientes com formação de abscesso em quatro deles (2,75%).

4.11.2. NECROSE DO COLO ABAIXADO

Ainda como complicação local, um paciente (2,22%) (caso número 7) apresentou a mais grave intercorrência das cirurgias de abaixamento, representada pela necrose do colo abaixado. O diagnóstico de certeza foi feito no quarto dia pós-operatório, sendo o paciente reoperado para novo abaixamento, terminando por evoluir bem. A complicação já foi referida por CUTAIT e FIGLIOLINI (1961) em um paciente (2,5%), o qual terminou evoluindo para óbito. GOLIGHER e col. (1965) relataram a complicação em nove (22,5%) de seus pacientes, indo um deles a óbito. CUTAIT (1970) em material de megacolo e câncer referiu cinco

casos (2,15%), com um óbito (0,43%), provavelmente o mesmo da série de 1961 (CUTAIT & FIGLIOLINI, 1961). KENNEDY e col. (1970) referiram três casos (1,89%), todos com evolução fatal. KIRWAN e col. (1978) relacionaram um caso - (1,19%) de necrose em paciente anteriormente submetido a cirurgia de enxerto da aorta abdominal com artéria mesentérica inferior previamente ligada. GOLIGHER (1984) apresentou sua casuística ampliada para 50 casos, com os mesmos nove episódios de necrose do colo abaixado já referidos em 1965 (GOLIGHER e col. 1965) e representando agora 18%. Seus pacientes foram tratados por amputação abdominoperineal do reto, assim que feito o diagnóstico da complicação, tendo ocorrido um óbito (2%). BRENNER (1974) - relatou seis casos (4,3%) de necrose do colo abaixado ; três deles foram reoperados com sucesso por novo abaixamento; em outros dois houve nova necrose e óbito após a operação de reabaixamento, e em outro, optou por colostomia terminal, não ocorrendo óbito.

Necrose parcial do colo abaixado, apenas da sua porção externa, também tem sido referida na literatura. GOLIGHER e col. (1965) referiram dois casos (5%) e KENNEDY e col. (1970) quatro casos (2,53%). HABR-GAMA - (1972) relatou dois casos (4%) de um total de 50 pacientes com câncer, operados pela retossigmoidectomia abdômino-anal. BRENNER (1974) referiu quatro casos (2,7%) de um total de 145 portadores de megacolo, sendo que três deles evoluíram para estenose tardia e em outro realizou - colostomia preventiva. BLACK & BOTHAM (1958) a relataram em 14,9% de seus casos de abaixamento à maneira de BLACK. Pode ser considerada observação comum a necrose distal de

um a dois centímetros do colo exteriorizado, a qual não tem maiores consequências.

A causa da necrose do colo abaixado vem merecendo algum destaque pela literatura. Assim é que GOLIGHER e col. (1965) sugeriram relação, inclusive estatística, entre colo mal preparado e necrose por provável compressão do meso de uma alça já com hipertensão intraluminar, pelos esfíncteres anais. Realizaram inclusive seis colostomias de proteção, em sua série de 40 casos. Refere ainda que observaram necrose de alças abaixadas com pulso arterial nítido e viram tornar-se viáveis alças de irrigação duvidosa. TURNBULL JR., descrevendo a técnica em 1966, preconizava o emprego de colostomia de proteção; o mesmo grupo, em seu trabalho final de 1978 (KIRWAN e col.), referiu ter realizado colostomia de proteção em todos os seus 84 pacientes, com vistas a diminuir o desconforto da colostomia perineal e para minimizar a morbidade de eventuais fístulas anastomóticas. HUGHES e col. (1980), analisando 403 casos, consideraram que o aparecimento de necrose do colo é fato pouco predizível, sendo muito graves suas complicações sépticas as quais poderiam ser diminuídas por uma transversostomia de proteção, recomendando-a sistematicamente. Não relatam nesse último trabalho, que aborda operações de abaixamento, o seu porcentual de necrose. BLACK (1952) dilatava fortemente os esfíncteres anais, na expectativa da prevenção da necrose por pressão. No entanto, a quase totalidade dos autores, entre eles CUTAIT e col. (1965) e KIRWAN e col. (1978), admitiram que a necrose é puramente consequência de uma arcada marginal mal

selecionada para o abaixamento, experiência também do grupo de Colo-Proctologia da UNICAMP, vivida em razoável número de operações para megacolo chagásico (MEDEIROS e col. 1970; MEDEIROS e col., 1980 e MEDEIROS e col. 1983c). O abaixamento do sigmóide não foi recomendado por KENNEDY e col. (1970) e KIRWAN e col. (1978), preferindo sistematicamente o colo descendente. TOUPET (1950) preferia abaixar o colo transversal, ligando os vasos cólicos médios.

A necrose do colo abaixado tem sido descrita em outros tipos de abaixamento para câncer. GOLIGHER (1951b) em cinco abaixamentos à maneira de BACON e em 18 à MAUNSELL-WEIR, não teve nenhum caso de necrose; BACON (1956) referiu 1% da complicação, em um total de 604 doentes operados; BLACK & BOTHAM (1958), 3,5% de 114 doentes; WAUGH & TURNER (1958), 13% de 268 cirurgias, mas com gravidade em apenas dois casos (0,74%); KRATZER (1967) relatou um caso (1,25%) em 80 doentes, com o paciente indo a óbito.

O percentual de necrose da presente casuística pode ser considerado como aceitável.

4.11.3. SUPURAÇÃO PRÉ-SACRAL

Não foi observada essa complicação nesta casuística.

A supuração do espaço pré-sacral tem sido

relatada como de variável gravidade nas cirurgias de abaixamento do colo, sendo explicada pela contaminação de sangue residual na cavidade pélvica, lesão vaginal ou da via urinária ou secundária à necrose colônica. CUTAIT & FIGLIOLINI (1961) relataram esse tipo de complicação em três pacientes (7,5%) portadores de megacolo. TURNBULL JR. & CUTHBERTSON (1961) descreveram cinco casos (13,51%), GOLIGHER e col. (1965), 10 (25%), KENNEDY e col. (1970), 27 outros (17,08%), com um óbito (3,7%), e KIRWAN e col. (1978) mais seis casos (7,14%). HUGHES e col. (1980), aumentando sua casuística em relação a 1970 (KENNEDY e col.) para 403 casos, embora sem referir o montante, relataram que a supuração pélvica foi responsável por 11 de seus 24 óbitos (45,84%). CUTAIT e col. (1985) relacionaram 34 supurações pélvicas (6,8%) no seu material de megacolo e câncer.

BRENNER (1974) também relatou um óbito - por essa complicação. CUTAIT e col. (1985) descreveram - como de pouca importância as supurações pélvicas referidas, sendo que a drenagem cirúrgica das mesmas poucas vezes é necessária.

A forma de drenagem pélvica varia de grupo para grupo; TURNBULL JR. & CUTHBERTSON drenavam a pelve com drenos de PENROSE até 1961, para depois instalarem drenos com aspiração (KIRWAN e col., 1978). CUTAIT e col. (1965) passaram a utilizar irrigação - aspiração contínuas do espaço pré-sacral. GOLIGHER e col. (1965) drenavam para o períneo. GOLIGHER (1984) passou a utilizar dreno - provido de aspiração. A forma de tratamento da cavidade

pélvica nesta casuística, foi por irrigação-aspiração , com soro fisiológico, através de sonda de FOLEY de grosso calibre, método também preconizado por FAZIO (1978) . BRENNER (1974) utilizou dreno de PENROSE exteriorizado pelo abdome. SPERANZINI e col. (1973) apresentaram relato da técnica, para megacolo, sem drenagem do espaço prē - sacro. BLACK & BOTHAM (1957), com o abaixamento ã maneira de BLACK, relataram expressiva diminuição das infecções - prē-sacrais pela aspiração contínua.

Um fato importante na ocorrência de supuração do espaço prē-sacral constitui-se na prática de abaixar a alça e novamente trazê-la para o abdome, para maior liberação do meso. A alça sõ deve ser abaixada uma única e definitiva vez, com comprimento certo para o estabelecimento da colostomia perineal, sem contaminar em demasia o trajeto pélvico do abaixamento.

!!

4.11.4. REVERSÃO DO COTO ANO-RETAL

Em nenhuma vez foi verificado esse fato nesta casuística.

A reversão do coto ano-retal é tida como uma das complicações da técnica; assim é que GARRIZ e col. (1965), CUTAIT (1970) e BRENNER (1974) a referiram em respectivamente um, dois e dois casos em material sobretudo de megacolo do adulto. BRENNER (1974) a explicou como consequência de insuficiente liberação do reto ou por excessiva tração do colo abaixado, o que o faz retornar ã

cavidade abdominal, tracionando consigo o reto evertido e transformando a técnica em operação de BLACK. Parece ser complicação que não traz maiores consequências.

4.11.5. COMPLICAÇÕES COM O COTO EVERTIDO

As complicações com o coto ano-retal evertido são bastante raras. BRENNER (1974) relatou um caso - de formação de abcesso entre as duas vísceras evertidas . Na presente casuística, observou-se um caso (2,22%) de necrose parcial do reto evertido (caso número 43), no seu centímetro distal, sem comprometimento da evolução posterior, além de atrasar o segundo tempo operatório em uma semana. Trata-se de complicação pouco comum, dada a boa vascularização do reto distal.

4.12. SEGUNDO TEMPO OPERATÓRIO

O segundo tempo operatório foi realizado na maioria dos doentes entre o nono e o 15º dia pós-operatório. Os casos números 6, 7, 9, 23, 29, 32 e 43, por terem apresentado complicações locais ou sistêmicas, tiveram retardado aquele período para respectivamente 17, 21, 21, 18, 21, 19 e 21 dias. BRENNER (1974) referiu entre oito e 26 dias como o tempo decorrido para ressecção do

coto. Na presente casuística, a ressecção do coto ano-retal foi sempre realizada sob bloqueio peridural. CUTAIT & FIGLIOLILNI (1961), BRENNER (1974) e CUTAIT e col. (1985) dispensaram anestesia para a realização do segundo tempo operatório.

4.13. COMPLICAÇÕES COM A ANASTOMOSE

4.13.1. PROLAPSO

Complicações precoces à feitura da anastomose, como o prolapso da mesma, também são descritas. Na presente casuística, essa complicação foi verificada em duas ocasiões (4,44%), em que a anastomose levou uma semana para retrair-se por completo; um dos pacientes evoluiu para estenose tardia.

GOLIGHER e col. (1965) descreveram alguns casos em que a redução da anastomose ocorreu de sete a 10 dias após a realização do segundo tempo operatório, explicando a complicação em termos de excesso de coto ano-retal deixado e consequente formação de esporão. KENNEDY e col. (1970) relataram 11 casos (6,96%) de prolapsos anastomóticos. KIRWAN e col. (1978) descreveram um caso (1,12%) de não redução da anastomose, tendo que reoperar o paciente para ressecção do excesso de coto ano-retocólico deixado, que a seu ver foi a causa da complicação.

4.13.2. FÍSTULAS

Não se verificou nenhuma complicação desse tipo no material aqui apresentado.

Fístulas retovaginais foram relatadas como complicações da técnica. HUGHES e col. (1962) apresentaram quatro delas (13,33%), GOLIGHER e col. (1965) outras três (7,5%), enquanto KENNEDY e col. (1970) elevaram o nūmero dessa complicação no grupo de Melbourne para seis casos (3,79%). A complicação é explicada em termos de lesão da parede vaginal durante o tempo abdominal nas manobras de dissecação do reto, ou formação de abscesso que comunicaria por drenagem espontânea reto e vagina, ou ainda por tração excessiva do reto mal liberado anteriormente, rasgando a parede posterior da vagina durante as manobras de exteriorização (HUGHES e col. 1962 e GOLIGHER e col. 1965).

BRENNER (1974), trabalhando com megacolo, relatou dois casos (1,37%) de fístulas tardias entre o reto e a uretra, três e quatro meses após, sendo obrigado a realizar transversostomia e nova cirurgia de abaixamento - em ambos. Explicou a complicação como secundária a provāvel fístula anastomótica tardia que haja drenado para a via urinária.

As deiscências da anastomose são incomuns com a técnica de CUTAIT-TURNBULL. No entanto, elas eram bastante comuns quando a cirurgia era realizada em um sō

tempo, com feitura da anastomose imediata, em porcentagens de 27,8 para CUTAIT (1953), 9,3 para LEE JR. (1955) , 1,0 para SWENSON (1957), 7,24 para EHREMPREISS (1961) , 5,5 para TURNBULL JR. & CUTHBERTSON (1961), 42,4 para HADDAD e col. (1961), 31,5 para CUTAIT e col. (1965) , 33,7 para RAIA (1970), 15,3. para SAN FILIPO e col. (1972), 4,87 para WEITZMANN e col. (1972) e 31,9 para CUTAIT e col. (1985), sendo que essas casuísticas compõem-se principalmente de câncer e megacolo da criança e do adulto . Com a adoção da técnica de anastomose retardada, foram descritos um caso (2,5%) por CUTAIT & FIGLIOLINI (1961) - em megacolo, um caso (3,33%) por HUGHES e col. (1962) , dois casos (1,26%) por KENNEDY e col. (1970), diminuindo a incidência no grupo australiano e 11 casos (2,2%) por CUTAIT e col. (1985), trabalhando basicamente com megacolo e câncer. Ocorreu fechamento espontâneo no caso de HUGHES e col. (1962); a fístula exteriorizava-se na região suprapúbica. Os autores questionaram se a fístula - foi realmente da anastomose ou de uma perfuração inadvertida do colo abaixado. A nova fístula descrita em 1970 (KENNEDY e col., 1970) necessitou de colostomia para o seu fechamento. CUTAIT e col. (1985) referiram benignidade das fístulas apresentadas, sendo que nenhum caso necessitou de colostomia, sempre ocorrendo o fechamento espontâneo.

Fístulas colo-retoperineais foram descritas como complicações da técnica aqui empregada. CUTAIT e col. (1985) referiram que algumas das suas deiscências anastomóticas evoluíram para exteriorização perineal, com cura espontânea das mesmas. BRENNER (1974), em megacolo,

referiu que de duas fístulas anastomóticas (1,38%) que teve com a técnica, uma evoluiu para exteriorização perineal. Ambas foram tratadas com colostomias. Este mesmo autor referiu um total de quatro fístulas (2,75%) com exteriorização perineal; uma foi devida à reversão do coto ano-retocôlico, outra à necrose parcial do colo abaixado, outra à formação de abcesso do fundo de saco retal, além da referida secundária à deiscência anastomótica. Considerou ainda como difícil a solução dessa complicação, tendo realizado colostomia em um paciente, colostomia e fistulectomia em dois e fistulectomia no último.

Na retocoliectomia abdominoperineal com anastomose imediata, HADDAD e col. (1961) referiram 24 fístulas colo-retoperineais, totalizando 15,18% de sua casuística. CUTAIT e col. (1985) relataram que essa complicação - pós anastomose imediata é de difícil tratamento, necessitando colostomia e que em alguns de seus casos ela não - mais pôde ser fechada, pela não cicatrização da fístula.

4.14. PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO

O tempo médio de hospitalização foi de 18,77 dias na presente casuística, variando de 14 a 32 . A maioria, 38 pacientes (80,01%), teve alta até o 20º dia pós-operatório. O paciente que requereu maior período de internação, 32 dias (caso número 7) foi o que apresentou - necrose da alça rebaixada, necessitando reoperação. Foi o

Único caso que necessitou reintervenção nesta série . GOLIGHER e col. (1985) citaram 55 dias como período mê dio de internação na sua série de 40 doentes; tiveram elevado porcentual de necrose da alça abaixada, 22,5%, sendo esses pacientes tratados por cirurgia de amputação abdomi-noperineal de urgência, o que explica o prolongado perío-do de internação. BRENNER (1974), ainda com megacolo, te ve média de internação para os seus pacientes de 37,2 dias , variando o período de 16 a 102.

4.15. MORTALIDADE

A mortalidade que segue à operação de CUTAIT-TURNBULL é difícil de ser entendida na literatura , em razão da não definição do tempo pós-operatório que deva ser considerado. GOLIGHER e col. (1985), por exemplo, con sideraram a mortalidade hospitalar, enquanto HUGHES e col. (1980) consideraram que a mortalidade devida à cirurgia de ve englobar dois meses de pós-operatório. Na presente ca suística não ocorreu nenhum óbito.

CUTAIT & FIGLIOLINI (1961) verificaram um óbito (2,5%) em portador de megacolo, em sua casuística de 40 doentes. Tratava-se de paciente que apresentou necrose do colo abaixado, tendo sido submetido a novo abaixamento; veio a falecer em virtude de sépsis pélvica prolongada . HUGHES e col. (1962) referiram um óbito (3,33%) em 30 doentes, devido à embolia pulmonar. GOLIGHER e col. (1965)

relataram cinco óbitos (12,5%) em 40 casos, sendo dois (5%) devido a embolia pulmonar, um (2,5%) devido a peritonite - por perfuração não explicada do delgado, um (2,5%) por em bolização da artéria femoral e um (2,5%) por coma hipoglicêmico, em doente que havia sido submetido a novo abaixamento após ter apresentado necrose do colo abaixado; portanto , apenas um (2,5%), foi devido à técnica propriamente dita . KENNEDY e col. (1970) publicaram sete óbitos (4,5%) em 158 pacientes operados, sendo três (1,89%) secundários à necrose da alça abaixada e quatro (2,53%) devido à complicações cardio-respiratórias. KIRWAN e col. (1978) relataram um óbito (1,19%) em 84 doentes, devido a embolia pulmonar. HUGHES e col. (1980), fechando a casuística de seu grupo, totalizaram 23 óbitos (5,5%) em 403 pacientes; destes, 11 (2,72%) deveram-se a supurações intraperitoneais , principalmente pélvica; oito (1,98%) seguiram-se a complicações cardiopulmonares, um (0,24%) a acidente vascular cerebral e três (0,74%) a debilidade e escaras por acamamento - prolongado; portanto, as complicações sépticas e cardiocirculatórias, responderam pela quase totalidade dos óbitos . CUTAIT e col. (1985), em casuística de 499 casos de megacolo e câncer, relataram 11 óbitos (2,2%).

CUTAIT e col. (1965), em 150 casos de megacolos operados, apresentaram três óbitos (2%); um deles (0,66%) por enterocolite pseudo membranosa, outro por complicações sépticas após novo abaixamento por necrose e o último por hemorragia de veia pré-sacral. BRENNER (1974) , em 145 pacientes portadores de megacolo, referiu oito óbitos (5,52%). Em cinco deles (3,44%), o óbito não se deveu

ã técnica propriamente dita, tendo sido por embolia pulmonar em dois (1,37%), insuficiência renal aguda em um (0,68%), infecção renal e respiratória em outro e colangite supurativa no último. Dos três pacientes (2,06%) que faleceram em decorrência da técnica, dois (1,37%) morreram por peritonite secundária à necrose do colo abaixado e outro (0,68%) por supuração pélvica.

4.16. COMPLICAÇÕES LOCAIS TARDIAS

Complicações locais tardias são principalmente representadas pela estenose cicatricial da anastomose colo-retal. Assim é que foi verificada a presença de estenose em seis pacientes (13,34%) desta casuística. Todos evoluíram satisfatoriamente com dilatação instrumental repetida. Estenoses discretas foram frequentes nesta experiência, constituindo o toque retal semanal rotina no primeiro mes pós-operatório, opinião também de GOLIGHER e col. (1965) e HABR-GAMA (1972), esta com abaixamento endoanal.

GOLIGHER e col. (1965) relataram a complicação em seis pacientes (15%). Em três (7,5%) a estenose foi bastante intensa, a ponto de exigir dilatação sob anestesia. KENNEDY e col. (1970) relataram 28 estenoses - (17,72%) em seus 145 pacientes; em dois deles (1,26%) houve necessidade de colostomia até que se obtivesse calibre satisfatório por dilatações repetidas. CUTAIT e col. (1985), ao apresentarem sua casuística global com a técnica

de anastomose retardada, relataram nove casos (1,8%) de um total de 499 cirurgias, tendo empregado apenas dilatação digital para sua correção. KALIL e col. (1985) tiveram um caso de estenose (7,14%) em 14 doentes operados.

BRENNER (1974), em sua experiência de megacolo, teve seis casos de estenose (9,37%), sendo que cinco seguiram-se a complicações pós-operatórias, como reversão do coto retocólico em dois, necrose parcial do colo abaixado em dois e fístula colo-retoperineal em outro. Em quatro optou pela dilatação digital e em dois pela retotomia interna, sendo esta repetida uma vez.

4.17. RECIDIVA PÉLVICA

No seguimento dos pacientes desta casuística foram diagnosticados três casos (6,67%) de recidivas pélvicas isoladas, casos números 1, 4 e 15, pertencentes aos grupos B, C₁ e B da classificação de DUKES. O óbito nos três casos ocorreu em curto prazo após o diagnóstico, respectivamente aos 66, 11 e 50 meses de seguimento, por dor e caquexia, tendo-se empregado radioterapia pélvica como medida antiálgica. Em nenhum dos três casos foi empregada radioterapia prévia a cirurgia.

Os três casos de recidiva pélvica aqui relatados dizem respeito ao total da casuística de 45 doentes, representando 6,5% dela. No entanto, se não levados em

conta oito pacientes que tiveram seguimento inferior a 12 meses, tem-se um grupo de 37 pacientes com acompanhamento de no mínimo um ano (inclusive aquele que faleceu de recidiva aos 11 meses) e que se prestariam melhor ao juízo da recidiva pélvica neste trabalho. Desta feita, as três recidivas representariam 8,1%, porcentagem que melhor se aproxima das de outras casuísticas para o câncer de mesma localização. Não existe relato de radioterapia prévia em outras casuísticas que empregaram a mesma técnica.

Outros dois pacientes (4,44%) (casos números 26 e 37) apresentaram recidiva pélvica associada à carcinomatose generalizada, indo a óbito após 68 e 55 meses pós-operatórios, respectivamente. Pertenciam aos grupos - B e C₁ da classificação de DUKES.

A recidiva pélvica do câncer do reto constitui ponto de grande interesse e de incidência, ao que parece, semelhante entre cirurgias radicais ou conservadoras para o tratamento do carcinoma do terço médio do reto (WAUGH & TURNER, 1958; NICHOLLS e col., 1979 e McDERMOTT e col., 1982). Utilizando a técnica de CUTAIT-TURNBULL, KENNEDY e col. (1970) tiveram 11 recidivas pélvicas (9%), sendo duas na anastomose. HARDY e col. (1971), revendo o material do grupo de Melbourne, não encontraram nenhum caso de recidiva da neoplasia na linha anastomótica em 210 casos de operações de abaixamento; HEALD e col. (1982) explicaram este fato em bases da ampla ressecção do mesoreto, até o plano dos elevadores. KIRWAN e col. (1978) relataram cinco recidivas pélvicas (10,63%) em 47 doentes

escolhidos para seguimento de cinco anos. Desses, quatro eram do grupo C e um do grupo B.

4.18. CONTINÊNCIA FECAL

Na presente casuística não se alcançou números exatos a serem apresentados quanto aos resultados funcionais. No entanto, o contacto com os doentes segui dos permite inferir que não ocorreu caso de incontinência total. Praticamente houve estabilização da função até um ano, após o que a grande maioria dos doentes não apresenta va problemas; escapes ocasionais em alguns, principalmente noturnos, não chegaram a constituir problema. No entanto, as primeiras semanas caracterizam-se pela incontinência e pseudodiarreia, até que o esporão anastomótico colo-retal vã evanesendo, tornando ampla e flexível aquela região.

A análise dos resultados funcionais da operação de CUTAIT-TURNBULL, quanto ao aspecto da continência das fezes, vem merecendo algum destaque na literatura . CUTAIT & FIGLIOLINI (1961) referiram incontinências transitórias nos pacientes operados de megacolo, com evolução final satisfatória. HUGHES e col. (1962) fizeram comentário semelhante.

GOLIGHER e col. (1965) analisaram 28 pacientes quanto à continência, avaliados de seis a 18 meses após a cirurgia. Quanto à continência para gases, encon-traram que sete (25%) a tinham perfeita, dois (7%) eram

ocasionalmente incontinentes e 19 (68%) eram totalmente incontinentes. Em relação ao controle das fezes, 11 (39%) o tinham perfeito, nove (32%) apresentavam incontinência ocasional, enquanto oito (29%) eram incontinentes por completo. E, ainda, oito (29%) não usavam forro perineal, cinco (18%) o usavam ocasionalmente e 15 (53%) o usavam constantemente. Do total, 15 (53%) apresentavam algum grau de restrição social ou profissional. Não obstante esses números, 19 (68%) declaravam-se satisfeitos com o resultado, cinco (18%) mostravam alguma reserva e quatro (14%) estavam insatisfeitos; destes últimos, dois (7%) foram reoperados para feitura de colostomia. Os mesmos autores ainda relacionavam as maiores falhas na continência com retos deixados menores do que sete centímetros; consideravam mesmo, naquela ocasião, que quando o reto remanescente não pudesse ser suficientemente longo, era preferível a amputação - abdominoperineal. KENNEDY e col. (1970), em um grupo de 79 pacientes, seguidos até dois anos, encontraram 23 (29%) com função de continência normal, 39 (48%) com função razoavelmente normal e 17 (23%) com mau resultado funcional. Embora 36 pacientes (45%) apresentassem algum escape perineal, na metade deles era de mínima intensidade. Após cuidadosa avaliação de cada caso, consideraram que 39 pacientes (49%) apresentavam função aceitável, a despeito de algumas imperfeições. Esse último grupo, somado ao de continência normal, praticamente fez alcançar 77% de resultados tidos como satisfatórios pelos autores. Um paciente (1,2%) teve estabelecida colostomia definitiva pelo mau resultado alcançado. Consideraram ainda que os doentes

evoluem por longo período de adaptação, até dois ou mais anos, estabilizando-se, em média, aos seis meses. Consideraram que a técnica teria validade duvidosa em pacientes - de mau prognóstico, se contada a sobrevida em meses, em razão da falta de tempo útil para obter-se a principal finalidade, continência anal. BENNETT e col. (1972), estudando dois anos após o material apresentado por KENNEDY e col. (1970), reavaliaram 20 pacientes tidos como maus resultados quanto à continência fecal; 10 deles melhoraram e sete puderam ser considerados como normais. BENNETT (1976), referindo-se ao material de Melbourne, considerava que 90% dos pacientes com esfíncteres funcionais ganharam condição aceitável de continência; lembra que o resultado foi conseguido às custas de 4% de mortalidade e 6% de probabilidade de risco da necessidade de colostomia, por causa de má função ou supuração pélvica persistente. A condição de equilíbrio quanto à continência foi obtida geralmente depois de três meses, atrasando-se freqüentemente até seis meses, e às vezes por dois e até três anos. KIRWAN e col. (1978), para análise da continência, estudaram 39 pacientes que sobreviveram mais de um ano pós-operatório. Empregaram classificação inspirada na de VISICK para análise de resultados da cirurgia da úlcera péptica (VISICK, 1948), classificando 10 pacientes (25,6%) como grau I (tidos como perfeitamente continentes), 14 (35,9%) como grau II (enemas ocasionais ou dificuldade em reter gases), 15 (38,5%) como grau III (uso de drogas constipantes ou enemas diários ou uso de forros ou escapes menores ocasionais), nenhum grau IV (frequentes perdas maiores) e nenhum grau V

(necessidade de colostomia). CUTAIT e col. (1985) consideraram a continência anal como satisfatória após poucas semanas, embora em alguns pacientes demore a ser atingida.

BRENNER (1974), empregando a técnica para megacolo, obteve 78,12% de resultados considerados perfeitos, 14,05% de perdas ocasionais noturnas e 4,69% de incontinência para gases e fezes líquidas. Em 1,59% ocorreu incontinência completa.

Ainda quanto à continência, alguns autores no passado alcançaram expressivos índices de bons resultados com técnicas que levaram seus nomes, da ordem de 100 % para BACON (1956), 99% para BACON (1971) e 92% para BLACK e BOTHAM (1958), resultados não conseguidos por outros cirurgias (BENNET, 1976).

4.19. FUNÇÃO SEXUAL

A função sexual não vem merecendo estudos significativos com a realização da técnica de CUTAIT-TURNBULL em câncer. Igualmente, não há dados precisos nesta casuística; a população não é jovem, o interrogatório deveria ser minucioso e incluir o cônjuge, além do interesse de cair um pouco em razão de estar-se tratando de câncer. KIRWAN e col. (1978) escolheram 27 pacientes para análise da função sexual. Destes, 14 (51,8%) foram considerados como tendo atividade normal, seis (22,2%) tinham algum

prejuízo e dois (7,5%) sérias alterações. Em cinco pacientes (18,5%) ocorreu impotência completa. CUTAIT e col . (1985) consideraram que distúrbios sexuais são raros em patologias benígnas e freqüentes em câncer. O seguimento dos pacientes desta casuística traz impressão semelhante.

BRENNER (1974) seguindo 41 homens operados por megacolo, relatou função sexual normal em 38 deles - (88,37%); um paciente (2,32%) já era anteriormente impotente, dois (4,65%) referiram impotência pós-operatória, sendo que um deles apresentou fístula reto uretral e foi submetido a dois abaixamentos. Em dois casos houve perda da ejaculação com conservação da potência.

4.20. SOBREVIDA

Na presente casuística, foram separados - doentes operados há mais de três, cinco e 10. anos, com finalidade de estudo de sobrevivida.

4.20.1. SOBREVIDA DE TRÊS ANOS

Os operados há mais de três anos totalizaram 39 pacientes (86,66%) dos quais 27 (69,24%) sobreviveram aos 36 meses. Dos 39, três (7,69%) sabidamente foram

a óbito e nove (23,07%) foram perdidos de seguimento - (tabela 3.7.). Em se analisando apenas os pacientes efetivamente seguidos, são eles em número de 30, tendo 27 deles sobrevivido três anos, atingindo-se porcentagem de 90%, enquanto três (10%) foram a óbito (tabela 4.1.). Os óbitos foram sempre em decorrência de recidiva neoplásica.

Nenhum dos trabalhos publicados com a técnica de CUTAIT-TURNBULL discute a sobrevida de três anos - Para termo de comparação, são lembradas publicações com outras técnicas. Assim é que os resultados obtidos com o material do St.Mark's Hospital mostraram sobrevida média - de três anos, para o câncer do reto, muito próximas de 70% nos relatos de BUSSEY (1963), LOCKHART-MUMMERY e col.(1976) e PARKS & PERCY (1982). McDERMOTT e col. (1981), McDERMOTT e col. (1982), WILLIAMS & JOHNSTON (1984) verificaram resultados semelhantes.

A discrepância entre os presentes resultados e os acima citados poderia ser explicada, em termos de diferença geográfica e cronológica, o alto índice de evasão dos pacientes desta casuística praticamente um quarto deles , além do fato da casuística de PARKS & PERCY (1982) englobar um substancial número de pacientes com tumores de localização mais baixa que os desta casuística. Das publicações citadas acima, apenas as três últimas englobam unicamente a localização de terço médio.

4.20.2. SOBREVIDA DE CINCO ANOS

Para o estudo da sobrevida de cinco anos , foram considerados 35 doentes (77,77%) operados há mais de 60 meses. Destes, 14 (40%) encontravam-se vivos, oito (22,86%) faleceram e 13 (34,14%) não tiveram seguimento completo (tabela 3.8.). Se as porcentagens acima fossem calculadas apenas em função dos pacientes efetivamente seguidos por cinco anos, em número de 22 (48,88%), a sobrevida de 60 meses seria de 63,63% (14 pacientes) e a mortalidade de 36,37% (tabela 4.2.). Todos os óbitos deveram-se à recidiva neoplásica.

Poucos trabalhos relatam a sobrevida em cinco anos para o câncer do terço médio do reto tratado pela técnica de CUTAIT-TURNBULL. Entre esses, KENNEDY e col. (1970), analisando os doentes operados por HUGHES , estudaram 28 pacientes que puderam ser seguidos por cinco anos, verificando sobrevida de 60% deles. HUGHES (1976) , seguindo 162 pacientes por cinco anos, relacionou 102 sobreviventes (63%). KIRWAN e col. (1978) tiveram 47 pacientes para seguimento, sendo que 30 deles (63,8%) sobreviveram. McDERMOTT e col. (1982) verificaram 62% de sobrevida no material de Melbourne.

Os resultados acima praticamente equivalem aos desta casuística.

A sobrevida de cinco anos, a título de comparação, para os pacientes operados de câncer do reto foi

de 57,5% para BUSSEY (1963) e 49% para GRAGE (1976). O mesmo parâmetro, apenas para a localização do terço médio, variou de 51,6% para WAUGH e col. (1955), empregando amputação abdominoperineal, 52,3% para BACON (1956), com cirurgia de abaixamento, 53% para BLACK & BOTHAM (1958), também com abaixamento, 53% para MAYO e col. (1958), com ressecção anterior baixa, 52,5% para WAUGH & TURNER (1958), abaixamento, 55,8% para BUSSEY e col. (1960), amputação abdominoperineal, 72% para MANN (1972), com abaixamento à maneira de BACON e 58,3% para LOCALIO e col. (1978), com ressecção abdomino-sacral.

4.20.3. SOBREVIDA DE 10 ANOS

Para a sobrevida de 10 anos foram considerados os pacientes operados há mais de 120 meses, em número de 10 (22,22%). Destes, cinco (50%) sobreviveram, quatro (40%) morreram e um (10%) perdeu-se do seguimento com 97 meses de acompanhamento (tabela 3.9.). Novamente, pela análise apenas daqueles realmente acompanhados por 10 anos, em número de nove (20% do total de 45), a sobrevida seria 55,56% (cinco em nove) e a mortalidade de 44,44% (tabela 4.3.).

Nenhum dos trabalhos consultados analisa a sobrevida de 10 anos dos pacientes tratados pela técnica de CUTAIT-TURNBULL. Apenas McDERMOTT e col. (1982), analisando o material de HUGHES, estudaram em conjunto ressecção anterior e técnica de CUTAIT-TURNBULL, verificando 59% de sobrevida aos 10 anos.

A título comparativo, a sobrevida em 10 anos para pacientes operados de câncer do reto foi de 51,4% para BUSSEY (1963), no St.Mark's Hospital. Apenas para a localização de terço médio ela foi de 60% para McDERMOTT e col. (1982), empregando técnicas de preservação esfinteriana e de 59%, quando utilizou amputação abdominoperineal.

Os resultados acima praticamente se equivalem aos deste trabalho, respeitada sua pequena amostragem.

A sobrevida dos pacientes efetivamente seguidos por três, cinco e 10 anos está resumida na tabela 4.4. e no gráfico 4.1.

4.21. SOBREVIDA E ESTADIAMENTO

A apreciação entre sobrevida e classificação de DUKES também pode ser feita neste material aos três, cinco e 10 anos de evolução.

4.21.1. ESTADIAMENTO E SOBREVIDA DE TRÊS ANOS

4.21.1.1. GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Dos 39 pacientes analisados quanto à sobrevida de três anos, sete deles (17,95%), eram do grupo A, 22 (56,41%) do grupo B e 10 do grupo C₁ (25,64%). Dos sete do grupo A, seis (87,71%) sobreviveram e um (14,29%) - perdeu-se de seguimento (tabela 3.7.). Se a sobrevida for contada em termos dos doentes efetivamente seguidos por três anos, ela seria de 100% para o grupo A (tabela 4.1.).

A sobrevida de três anos não foi discutida em nenhum dos trabalhos em que foi utilizada a técnica de CUTAIT-TURNBULL. Em publicações em que foram empregadas - outras técnicas, a sobrevida em 36 meses aproximou-se bastante de 100% para os pacientes pertencentes ao grupo A da classificação de DUKES (DUKES, 1957; BUSSEY, 1963 ; CORMAN e col. 1973; LOCKHART-MUMMERY e col. 1976 e McDERMOTT e col., 1982). Os resultados desta casuística - portanto, equivalem-se aos da literatura, devendo-se no entanto realçar que as últimas publicações englobam tumores também dos outros terços do reto.

4.21.1.2. GRUPO B DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Dos 22 pacientes do grupo B, analisados quanto ao seguimento de três anos, 17 deles (77,27%) sobreviveram e cinco (22,73%) não tiveram seguimento completo - (tabela 3.7.). O índice de sobrevida aos três anos alcançaria 100% se fosse referido aos pacientes seguidos por completo (tabela 4.1.).

Para sobrevida de três anos dos pacientes - pertencentes ao grupo B da classificação de DUKES, são válidos os mesmos comentários em relação ao grupo A, isto é, faltam relatos em relação à técnica de CUTAIT-TURNBULL. BUSSEY (1963), avaliando diversas técnicas em relação a câncer do reto, verificou sobrevida de aproximadamente 85% para os pacientes pertencentes ao grupo B, em três anos. McDERMOTT e col. (1982) e WILLIAMS & JOHNSTON (1984) chegaram a resultados semelhantes em relação à localização do terço médio.

A diferença verificada entre os resultados desta casuística e os da literatura consultada, além do parâmetro geográfico de comparação, poderia ser outra vez explicada pela relativamente alta taxa de seguimentos incompletos no presente trabalho (22,73%).

4.21.1.3. GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Dos 10 pacientes pertencentes ao grupo C₁ da classificação de DUKES, quatro (40%) sobreviveram, três foram a óbito (30%) e três não completaram seguimento de 60 meses (tabela 3.7.). A sobrevida de três anos seria de 57,14% e a mortalidade de 48,86%, se excluídos os pacientes perdidos de seguimento (tabela 4.1.).

Novamente, faltam relatos da sobrevida de três anos nas publicações onde foi utilizada a técnica de CUTAIT-TURNBULL. Para o grupo C₁ da classificação de DUKES, BUSSEY (1963) verificou sobrevida de 50%, para todas as localizações no reto. McDERMOTT e col. (1982) e WILLIAMS & JOHNSTON (1984), apenas com tumores do terço médio, verificaram sobrevida de aproximadamente 60% em três anos. Pode-se considerar esses resultados como semelhantes aos da presente casuística, dentro das limitações já salientadas.

4.21.2. ESTADIAMENTO E SOBREVIDA DE CINCO ANOS

Em relação à classificação de DUKES e sobrevida de cinco anos, foram considerados os mesmos 35 doentes (77,77%) operados há mais de 60 meses. Daqueles, seis (17,15%) eram pertencentes ao grupo A, 22 (62,85%) do grupo B e sete (20%) ao grupo C₁ (tabela 3.8.).

4.21.2.1. GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Dos seis pacientes pertencentes ao grupo A da classificação de DUKES, quatro (66,67%) sobreviveram - aos cinco anos e dois perderam-se de seguimento (33,33%) (tabela 3.8.) . A se considerar apenas os efetivamente se guidos, não ocorreu óbito nesse grupo. (tabela 4.2.).

A sobrevida de cinco anos para o grupo A da classificação de DUKES pode ser considerada como muito satisfatória. Empregando a técnica de CUTAIT-TURNBULL , KENNEDY e col. (1970) obtiveram sobrevida dos seus dois doentes do grupo A, enquanto KIRWAN e col. (1978) também - verificaram sobrevida dos nove pacientes seguidos.

BUSSEY (1963) com diversas técnicas para - câncer de todos os seguimentos do reto, obteve 98% de so brevida para o grupo A aos cinco anos. WILLIAMS & JOHNSTON (1984) verificaram 81% de sobrevida para os pacientes do grupo A com tumores apenas do terço médio, igualmente com várias técnicas.

Ainda com sobrevida superior a 90%, podem ser lembrados os relatos de DUKES (1957), CORMAN e col. (1973) e LOCKHART-MUMMERY e col. (1976).

Em relação aos resultados acima, podem ser considerados como satisfatórios os resultados da presente casuística.

Dos 22 pacientes do grupo B, 10 (45,45%) estavam vivos após 60 meses, três (13,63%) faleceram e nove (40,92%) não completaram o tempo de seguimento (tabela 3.8.). Dos 13 doentes de evolução realmente sabida, a sobrevida em cinco anos alcançaria, para o grupo B de DUKES, 76,92% (10 pacientes em 13) e a mortalidade 23,08% (três pacientes em 13) (tabela 4.2.).

Com a utilização da técnica de CUTAIT-TURNBULL, KENNEDY e col. (1970) seguiram 16 pacientes do grupo B por cinco anos, dos quais 13 (81,2%) sobreviveram. Igualmente, KIRWAN e col. (1978) acompanharam 21 pacientes, dos quais 12 (57%) sobreviveram.

Empregando técnicas diversas, para pacientes do grupo B, portadores de câncer do reto, a sobrevida em cinco anos foi de 77,5% para DUKES (1957) e de 80% para BUSSEY (1963).

Apenas para o terço médio, o mesmo parâmetro foi de aproximadamente 73% para McDERMOTT e col. (1982) e de 77% para WILLIAMS & JOHNSTON (1984).

Os resultados da presente casuística praticamente se equivalem aos acima.

4.21.2.3. GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Para a sobrevida de cinco anos do grupo C₁ da classificação de DUKES, dos sete doentes considerados , nenhum sabidamente sobreviveu; cinco foram a óbito (71,42%)

e dois (28,58%) não completaram o seguimento pretendido - (tabela 3.8.). Em não se considerando os extraviados, a mortalidade de cinco anos para o grupo C₁ foi de 100% . (tabela 4.2.).

KENNEDY e col. (1970) referiram 17 pacientes pertencentes ao grupo C, tratados pela técnica de CUTAIT-TURNBULL, sendo que nove deles (53%) sobreviveram - cinco anos. KIRWAN e col. (1978), da mesma forma, verificaram duas sobrevidas (20%) em 10 pacientes seguidos.

Para o câncer de todas as localizações do reto, com várias técnicas, a sobrevida de cinco anos para o grupo C foi de 31,8% para DUKES (1957). BUSSEY (1963), CORMAN e col. (1973) e LOCKHART-MUMMERY e col. (1976) verificaram resultados semelhantes para o grupo C.

Apenas em relação à localização de terço - médio, para o grupo C a sobrevida foi de aproximadamente 40% para McDERMOTT e col. (1982).

A diferença entre esses resultados e os desta casuística poderia ser explicada pela pequena amostragem da última, além de caracterização não uniforme na definição de grupo C.

4.21.3. ESTADIAMENTO E SOBREVIDA DE 10 ANOS

Para relacionamento da sobrevida de 10 anos e classificação de DUKES, foram analisados Os 10 doentes -

operados há mais de 120 meses. Destes, dois (20%) eram do grupo A, cinco (50%) do grupo B e três (30%) do grupo C₁ (tabela 3.9.).

4.21.3.1. GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Dos dois doentes pertencentes ao grupo A , seguidos por 10 anos, ambos sobreviveram (tabelas 3.9. e 4.3.).

Nenhum dos trabalhos onde foi empregada a técnica de CUTAIT-TURNBULL relata estudo de sobrevida em 10 anos. Para o câncer de todas as localizações do reto , os pacientes pertencentes ao grupo A ainda têm sobrevida - próxima de 100% aos 10 anos (BUSSEY, 1963). O pequeno número de casos desta casuística não permite nenhum tipo de comparação.

4.21.3.2. GRUPO B DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Dos cinco agrupados como B de DUKES, três (60%) sobreviveram aos 10 anos, um (20%) morreu e outro foi acompanhado até 97 meses, desaparecendo após esse tempo (tabela 3.9.). A sobrevida apenas dos doentes que tiveram acompanhamento completo chegaria a 75%, enquanto a mortalidade seria de 25% (tabela 4.3.).

Para a sobrevida dos pacientes do grupo B aos 10 anos, são válidos os mesmos comentários relativos ao grupo A. É lembrado o índice alcançado por BUSSEY (1963), próximo a 72% empregando diversas técnicas.

4.21.3.3. GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Em relação ao grupo C₁ e acompanhamento de 10 anos, dos três pacientes seguidos, todos foram a óbito (tabelas 3.9. e 4.3.).

Os mesmos comentários em relação aos grupos A e B quanto à sobrevida de 10 anos são válidos para o grupo C₁.

BUSSEY (1963) relatou índice de sobrevida em 10 anos de aproximadamente 35% para o câncer do reto, enquanto WILLIAMS & JOHNSTON (1984) verificaram resultados semelhantes para a localização do terço médio.

O pequeno tamanho da presente amostra não permite análise comparativa.

A sobrevida aos três, cinco e 10 anos dos pacientes efetivamente seguidos nesta casuística pode ser apreciada na tabela 4.4. e no gráfico 4.1.

4.22. RADIOTERAPIA PREVIAMENTE À CIRURGIA

Radioterapia prévia foi empregada em 26 doentes (57,77%), seguindo-se a cirurgia a seis semanas após a última sessão radioterápica. Para a análise de prováveis influências na sobrevida, foram considerados os mesmos doentes operados há mais de três, cinco e 10 anos. Para estudo de provável maior número de estenoses pós-operatórias, foram selecionados pacientes observados no mínimo durante 12 meses.

4.22.1. RADIOTERAPIA PRÉVIA E COMPLICAÇÕES LOCAIS

Para tal análise foram estudados 36 pacientes, seguidos no mínimo por 12 meses. Desses, 20 (55,55%) foram irradiados, dos quais quatro (20%) desenvolveram estenoses tardias de suas anastomoses. Dos 16 não irradiados, dois (12,5%) evoluíram tardiamente para estenose.

Ao que parece, a radioterapia pré-operatória não aumenta o número de complicações locais nas cirurgias do cancer do reto. Assim é que não ocorreram mais estenoses ou fístulas, quer do ponto de vista experimental (MEESE e col., 1986) ou clínico (PORTER & NICHOLLS, 1985). DUNCAN (1985) inclusive verificou índice de fístulas significativamente menor em pacientes irradiados.

Em relação aos resultados desta casuística, não ocorreu nenhuma fístula nos pacientes irradiados; o número de doentes envolvidos não é grande para uma adequada - comparação e deduções conclusivas não devem ser tomadas.

4.22.2. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIVÊNCIA DE TRÊS ANOS

Em relação à radioterapia prévia e sobrevivência de três anos, foram estudados os 39 pacientes (86,66%) - operados há pelos menos 36 meses, dos quais 21 (53,85%) foram submetidos à radioterapia. Os restantes 18, não irradiados, correspondem a 46,15% dos 39 pacientes seguidos por três anos.

Dos 21 pacientes irradiados, 15 (71,42%) sobreviveram aos 36 meses, enquanto seis (28,58%) perderam-se do acompanhamento, não havendo óbitos, ao que se saiba (tabela 3.11.). Em se considerando apenas os 15 pacientes - realmente seguidos, a sobrevivência seria de 100% em três anos, para os pacientes previamente irradiados (tabela 4.5. e gráfico 4.1.).

Dos 18 pacientes não irradiados, 12 (66,66%) estavam vivos ao cabo de 36 meses, três (16,67%) foram a óbito, enquanto outros três não tiveram acompanhamento integral (tabela 3.11.).

Novamente, em não se considerando os pacientes extraviados, dos 15 efetivamente seguidos, 12 (80%) sobreviveram e três (20%) morreram (tabela 4.5. e gráfico 4.1.).

A diferença de sobrevida entre os dois grupos, favorável aos doentes irradiados, não pode ser tirada como conclusão; ao primeiro grupo pertenciam, a mais, três pacientes da classe A de DUKES, havendo ainda um maior número de evasões. A distribuição entre grupos B e C₁ foi idêntica.

4.22.3. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE CINCO ANOS

Para o relacionamento entre radioterapia prévia e sobrevida de cinco anos, foram analisados os 35 pacientes (77,77%) operados há pelo menos 60 meses, do total de 45 que compõem esta casuística. Dos 35 considerados, 18 (51,42%) foram submetidos à radioterapia prévia enquanto 17 (48,58%) não o foram (tabela 3.12).

Dos 18 pacientes irradiados, oito (44,45%) sobreviveram aos cinco anos, três foram a óbito (16,67%), enquanto que nos outros sete (38,88%) não se conseguiu acompanhamento total (tabela 3.12). Uma vez não considerados os doentes extraviados, dos 11 efetivamente seguidos por cinco anos, oito (72,73%) sobreviveram, enquanto a mortalidade seria de 27,27% (três pacientes) (tabela 4.6 e gráfico 4.1).

Dos 35 doentes operados há cinco ou mais anos, 17 (48,58%) não receberam radioterapia prévia à cirurgia. Destes, seis (35,29%) sobreviveram aos cinco anos, cinco (29,42%) faleceram durante aquele período e

outros seis (35,29%) perderam-se do acompanhamento (tabela 3.12). Não considerados os pacientes com seguimento incompleto, do total de 11 efetivamente seguidos, seis (54,55%) sobreviveram e cinco morreram (45,45%) (tabela 4.6. e gráfico 4.1.).

Apesar do resultado favorável ao grupo irradiado, o tamanho da amostragem não permite conclusão definitiva.

4.22.4. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIVÊNCIA DE 10 ANOS

Para correlação entre radioterapia prévia à cirurgia e sobrevivência de 10 anos, foram relacionados 10 pacientes operados há 120 ou mais meses e que representam 22,22% do total da presente casuística. Daqueles 10, quatro (40%) foram irradiados, sendo que dois (50%) sobreviveram, um (25%) foi a óbito e outro perdeu-se para o acompanhamento após 97 meses (tabela 3.13).

Considerados apenas os três casos irradiados e efetivamente seguidos por 10 anos, a sobrevivência seria de 66,67% (dois pacientes) e a mortalidade de 33,33% (um paciente) (tabela 4.7. e gráfico 4.1.).

Do total de 10 pacientes operados há 10 ou mais anos, seis (60%) não receberam radioterapia prévia. Destes, três (50%) sobreviveram e outros três foram a óbito, havendo portanto seguimento completo de todos (tabela 3.13 e gráfico 4.1.).

Pode-se notar que a sobrevida foi maior - nos pacientes irradiados, especialmente quando considerados apenas os casos de evolução sabida; no entanto, a amostra não é grande e nem uniforme, por incluir dois pacientes do grupo A entre os quatro irradiados e nenhum entre os outros.

4.23. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA COM OS DOENTES SENDO PAREADOS PELA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

4.23.1. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE TRÊS ANOS COM OS DOENTES SENDO PAREADOS PELA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

4.23.1.1. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE TRÊS ANOS - PARA O GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Dos sete pacientes pertencentes ao grupo A, cinco (71,43%) receberam radioterapia prévia, enquanto outros dois (28,57%) não. Um paciente irradiado (20%) não completou seguimento, enquanto não irradiados sobreviveram (tabela 3.14.).

Como não ocorreu nenhum óbito neste grupo, nenhuma conclusão pode ser tirada, desde que excluído o caso extraviado (tabela 4.8.). O grupo A já tem em si bom

prognóstico e mesmo dispensa radioterapia prévia se se pudesse antever seu diagnóstico.

4.23.1.2. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE TRÊS ANOS PA RA O GRUPO B DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Para tal análise foram tomados os 22 pa-
cientes pertencentes ao grupo B, operados há pelo menos -
três anos. Daquele total, 11 pacientes (50%) foram irradia
dos, dos quais oito (72,72%) sobreviveram e três (27,28 %)
foram dados como de acompanhamento incompleto.

Outros 11 pacientes (50%) não receberam ra-
dioterapia prévia, sendo que nove deles (81,81%) sobrevi-
veram e em dois (18,19%) não se obteve acompanhamento in
tegral (tabela 3.15.).

Pode-se observar pelos dados anteriores -
que não ocorreu óbito para o grupo B aos 36 meses de acom-
panhamento, em não se considerando os cinco pacientes desa
parecidos. Dessa forma a radioterapia prévia não resultou
no aumento da sobrevida para o grupo B, respeitado o pe
queno tamanho da amostragem. Na tabela 4.9. estão expres
sos os resultados com exclusão dos pacientes com segui-men-
to incompleto.

4.23.1.3. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE TRÊS ANOS PARA O GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Para esse tipo de análise foram relacionados os 10 pacientes pertencentes ao grupo C₁ da classificação de DUKES, operados no mínimo há três anos. Do total de 10, cinco (50%) foram irradiados. Destes, três (60%) sobreviveram e dois (40%) não tiveram seguimento completo (tabela 3.16.).

Os outros cinco pacientes (50%) desse grupo não foram irradiados; destes, um (20%) sobreviveu, três (60%) morreram e outro não completou o seguimento desejado (tabela 3.16.).

Analizando-se agora o grupo C₁, com exclusão dos pacientes com acompanhamento incompleto, teríamos que dos três irradiados e efetivamente seguidos, todos sobreviveram; dos quatro não irradiados e seguidos por 36 meses, um sobreviveu (25%) e três (75%) faleceram (tabela 4.10). Esses últimos números aumentam a diferença em favor da radioterapia prévia neste grupo, novamente com as limitações impostas pelo pequeno tamanho da amostragem, não se permitindo conclusões definitivas.

4.23.2. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE CINCO ANOS COM OS DOENTES SENDO PAREADOS PELA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

4.23.2.1. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE CINCO ANOS PARA O GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Para essa análise foram tomados os seis pacientes operados há mais de cinco anos que pertenciam - ao grupo A da classificação de DUKES.

Do total de seis, quatro foram irradiados (66,67%), sendo que três deles (75%) sobreviveram e outro não terminou o tempo de seguimento (tabela 3.17.).

Outros dois pacientes (33,33%) não foram submetidos à radioterapia prévia. Um deles sabidamente - sobreviveu e o outro perdeu-se (tabela 3.17.)

Não ocorreu óbito nos pacientes do grupo A seguidos por cinco anos; valem as mesmas considerações anteriores de que a radioterapia prévia não irá mudar o prognóstico desses pacientes. Excluídos os doentes de seguimento incompleto, a sobrevida foi de 100% (tabela 4.11.).

4.23.2.2. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE CINCO ANOS PARA O GRUPO B DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Os pacientes operados de cinco anos para mais e pertencentes ao grupo B da classificação de DUKES foram relacionados para correlação entre radioterapia prévia à cirurgia e sobrevida de 60 meses. Do total de 22, 11 (50%) foram irradiados, sendo que cinco deles (45,45%) sobreviveram, um (9,1%) evoluiu para óbito e em cinco outros (45,45%) não houve seguimento completo (tabela 3.18.).

Dos 11 pacientes não irradiados, cinco deles (45,45%) alcançaram sobrevida, dois (18,19%) faleceram e os restantes quatro (36,36%) não tiveram o período completo de acompanhamento (tabela 3.18.).

Quando considerados apenas os pacientes efetivamente seguidos por cinco anos, em número de 13, dos seis irradiados (46,15%), cinco sobreviveram (83,33%) e um faleceu (16,67%). Dos sete (53,85%) não irradiados, cinco sobreviveram (71,43%) e dois foram a óbito (28,75%) (tabela 4.12.).

Embora haja melhor resultado para os pacientes irradiados, não deve ser esquecido o pequeno tamanho da amostra e a expressiva porcentagem de doentes que não completaram seguimento de cinco anos, fatos que por si impedem a tomada de conclusão definitiva.

4.23.2.3. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE CINCO ANOS PARA O GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

A presente casuística contém sete doentes - do grupo C₁ da classificação de DUKES que se prestam a referida análise.

Dos sete, três (42,86%) foram irradiados , sendo que dois deles (66,67%) morreram e um (33,33%) desapareceu (tabela 3.19).

Ainda do total de sete, quatro (57,14%) não foram submetidos à radioterapia, sendo que três (75%) foram a óbito e um (25%) não completou seguimento (tabela 3.19).

Em não se considerando os pacientes perdidos de seguimento, restam cinco efetivamente controlados - por cinco anos. Deles, dois (40%) foram irradiados, ambos indo a óbito antes de 60 meses. Dos três (60%) não irradiados, igualmente todos foram a óbito (tabela 4.13).

Não bastasse o pequeno tamanho da amostra - gem, não ocorreu sobrevida neste grupo. Nenhuma conclusão pode ser extraída.

4.23.3. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE 10 ANOS COM OS DOENTES SENDO PAREADOS PELA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

4.23.3.1. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE 10 ANOS PARA O GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Apenas dois pacientes do grupo A foram operados e seguidos por 10 anos; ambos foram submetidos à radioterapia prévia e sobreviveram aquele período, não havendo portanto, nenhum tipo de conclusão a ser tirada (tabela 3.20.).

4.23.3.2. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE 10 ANOS PARA O GRUPO B DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

Para tal análise foram relacionados os cinco doentes pertencentes ao grupo B da classificação de DUKES e operados há mais de 10 anos. Do total de cinco, apenas um (20%) foi irradiado e perdeu-se do seguimento após 97 meses de acompanhamento (tabela 3.21.).

Outros quatro (80%) não foram irradiados, dos quais três (75%) sobreviveram e outro (25%) foi a óbito (tabela 3.21.). Na tabela 4.14. estão expressos os seguimentos dos doentes com exclusão daquele de acompanhamento incompleto.

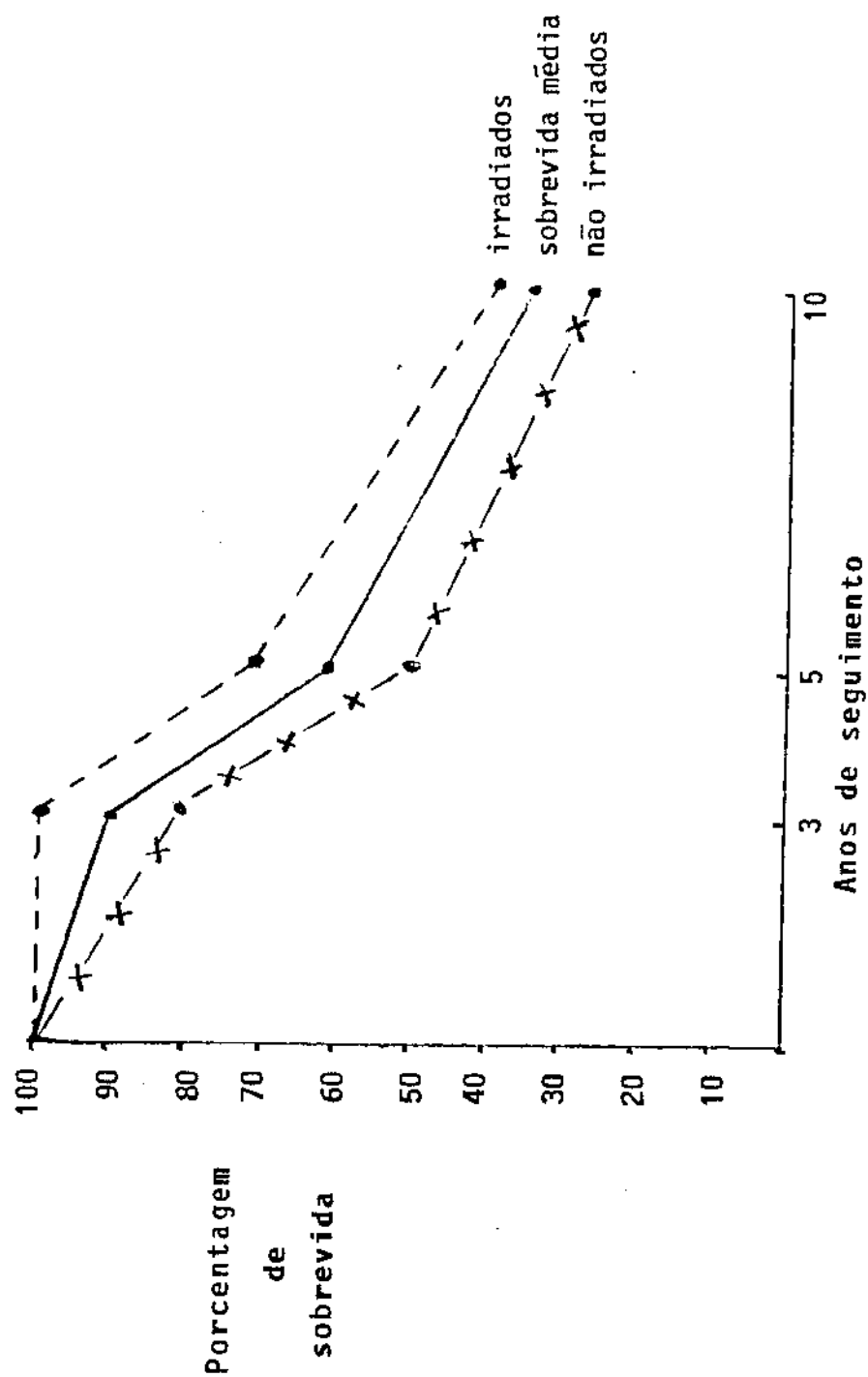
O tamanho da amostra não permite qualquer comparação entre os dois grupos.

4.23.3.3. RADIOTERAPIA PRÉVIA E SOBREVIDA DE 10 ANOS PARA O GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES.

Para a correlação acima, foram relacionados os três doentes do grupo C₁ da classificação de DUKES operados há no mínimo 10 anos. Daqueles, um (33,33%) submeteu-se à radioterapia prévia e os outros dois (66,67%) não. Todos os pacientes foram a óbito no período considerado, não se permitindo novamente nenhum tipo de conclusão - (tabela 3.22.).

O gráfico 4.1. expressa a curva de sobrevivência das populações irradiada e não irradiada da presente casuística, servindo de termo de comparação a sobrevivência média aos três, cinco e 10 anos de seguimento. As curvas referem-se aos doentes efetivamente seguidos, com exclusão daqueles de acompanhamento incompleto.

GRÁFICO 4.1.1. - DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES EFETIVAMENTE SEGUIDOS, CONFORME SOBREVIDA E RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, AOS 36, 60 e 120 MESES DE SEGUIMENTO



4.24 . COMENTÁRIOS FINAIS SOBRE A RADIOTERAPIA PRÉ-OPERATÓRIA NO CÂNCER DO RETO

Inicialmente, não constitui objetivo principal deste trabalho concluir sobre a validade da radioterapia pré-operatória. O seu emprego constitui uma busca de melhora dos resultados alcançados com o tratamento do câncer do reto, os quais mantêm-se praticamente inalterados há muitos anos. Embora existam atualmente diversas publicações com resultados da radioterapia prévia, poucas há que sejam controladas e com inclusão de um braço não irradiado. Alguns trabalhos, por procurarem ser randomizados e prospectivos, além do tamanho de suas amostragens, serão aqui discutidos.

A primeira série controlada e randomizada acerca de radioterapia pré-operatória adjuvante ao tratamento do câncer do reto teve início em 1960 no Memorial Hospital (STEARNS JR. e col., 1974). Empregou-se 2000 rads em 10 frações em um total de 790 doentes, 347 dos quais randomizados e outros 443 que haviam sido tratados, anteriormente, da mesma forma. O estudo não mostrou diferença de sobrevida aos cinco anos para os grupos irradiado e controle. Tampouco houve benefício para a sub-população representada pelo grupo C de DUKES, contrariamente à publicação anterior da mesma instituição (STEARNS JR. e col., 1959) que mostrava aparente aumento de sobrevida para aquele grupo, quando irradiado.

O VASAG (Veterans Administration Surgical Adjuvant Group) iniciou estudo semelhante ao acima, em 1964, relatando resultados iniciais em 700 pacientes - (ROSWIT e col., 1975), onde ocorreu maior sobrevida de cinco anos para os pacientes do grupo C, de DUKES, que foram irradiados. Posterior análise da mesma pesquisa - não mostrou nenhum benefício da radioterapia pré-operatória (HIGGINS JR., 1979).

Pela mesma época, outra série randomizada foi conduzida em Toronto, com 125 doentes, não mostrando maior sobrevida de cinco anos para o grupo irradiado. Por outro lado, ocorreu significativo aumento do mesmo parâmetro para os pacientes irradiados do grupo C de DUKES; 34% de 22 doentes irradiados sobreviveram, contra 18% de 16 outros não irradiados (RIDER e col., 1977). Esses números podem ser considerados pequenos para tal tipo de estudo. Utilizou-se dose única de 500 rads.

O MRC (Medical Research Council), da Grã-Bretanha, iniciou série randomizada em 1975, totalizando 824 pacientes de 17 centros e comparando três braços de pesquisa; um deles com dose única de 500 rads, outro com 2000 rads em 10 frações e outro, controle, apenas cirurgia. Não se demonstrou diferença na sobrevida de cinco anos entre as três séries. Tampouco o grupo C beneficiou-se da radioterapia prévia. As taxas de pacientes livres de recidiva local e metástases aos cinco anos foi similar nos três grupos. (FIRST REPORT OF AN MRC WORKING PARTY, 1982 e SECOND REPORT OF AN MRC WORKING PARTY, 1984).

PORTER & NICHOLLS (1985) analisaram 446 pacientes do Rectal Cancer Group, da Inglaterra, os quais foram submetidos a três sessões radioterápicas pré-operatórias de 500 rads. Seus resultados iniciais não mostraram menor incidência de gânglios acometidos no grupo irradiado ou alteração na distribuição da classificação de DUKES.

Pela análise das séries acima, com utilização de doses baixas, praticamente não ocorreu aumento da sobrevida para os doentes irradiados. Existem em curso séries utilizando maiores doses radioterápicas, entre 4000 a 5000 rads pré-operatórios, cujos resultados iniciais parecem aumentar a sobrevida de cinco anos (CUMMINGS, 1985), não se tratando ainda de estudo concluído.

Os resultados da presente casuística relativo à sobrevida de três, cinco e 10 anos são favoráveis à radioterapia prévia (gráfico 4.1.). Torna-se difícil a comparação com outras publicações, devido principalmente às diferentes doses utilizadas e o pequeno número de pacientes no presente material, além de não ter sido estudo controlado. Simplesmente, pode ter havido maior urgência em operar maiores tumores e encaminhar casos mais favoráveis à radioterapia.

O assunto radioterapia prévia é atual e controverso e novas técnicas bem controladas abordando outros esquemas e dosagens são aguardadas. Uma conclusão da maior parte dos trabalhos é que ela não aumenta o índice de complicações locais pós-operatórias (THIRD REPORT

OF AN MRC WORKING PARTY, 1984; DUNCAN, 1985 e PORTER & NICHOLLS, 1985) ou gerais pós-operatórias (THIRD REPORT OF AN MRC WORKING PARTY, 1984; CUMMINGS, 1985 e DUNCAN, 1985). Faz excessão o relato de PORTER & NICHOLLS (1985), onde existe maior índice de complicações cardiovasculares e trombo-embólicas nos doentes irradiados.

Outro benefício esperado da radioterapia prévia, baseado em maior ação biológica da irradiação sobre tumores avançados (KNYSH e col., 1983), é de que poderia haver maior índice de ressecabilidade, preservação de esfínteres e aumento da sobrevida para pacientes portadores de tumores fixos ou parcialmente fixos, especialmente quando submetidos a altas doses radioterápicas. Os resultados da série de KNYSH e col. (1983) e do MRC (THIRD REPORT OF AN MRC WORKING PARTY, (1984) e de MARKS & MOHIUDDIN, (1986) sugerem realidade às proposições acima.

O presente trabalho não se presta a essas conclusões, embora a experiência vivida com esta casuística e com o câncer do reto em geral, sugere que o tumor irradiado é mais facilmente operado, além de um maior número de esfínteres poupados.

5. CONCLUSÕES

A retocollectomia abdominoperineal com anastomose retardada à maneira de CUTAIT, mostrou-se de validade no tratamento dos pacientes desta casuística em razão de:

1. As complicações intra operatórias foram mínimas;

2. Os resultados imediatos, no que se refere à complicações sépticas foram plenamente satisfatórios, além de não ocorrer fístula anastomótica;

3. Ocorreu um único caso de necrose do colo abaixado em 45 doentes;

4. Complicações tardias do tipo estenose anastomótica ocorreu em pequeno número de doentes, sendo tratada de maneira conservadora;

5. Os resultados funcionais foram satisfatórios;

6. A sobrevida, especialmente aos três e aos cinco anos, além do índice de recidiva pélvica, foram plenamente aceitáveis e superponíveis aos de outros métodos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLGÖWER, M.; DURIG, M. & HOCHSTETTER, A.V., - The parasacral sphincter-sppliting approach to the rectum. World J.Surg., 6:539-541, 1982.

ANDERSBERG, B.; EMBLAB, R. & STODAHN, R. - Reccurent rectal carcinoma after anterior resection and rectal stapling . Brit.J.Surg., 70:1-4, 1983.

ASHLEY, F.L. & ANSON, B.J. - Pelvic autonomic nerves in male. Surg.Gynec.Obstet., 82:598-608, 1946.

BABCOCK, W.W. - Experiences with resection of the colon and the elimination of colostomy. Amer.J.Surg., 46:186-203 , 1939.

BABCOCK, W.W. - The operative treatment of carcinoma of the rectosigmoid with methods for the elimination of colostomy. Surg.Gynec.Obstet., 55:627-632, 1932.

- BACON, H.E. - Abdominoperineal proctosigmoidectomy with sphincter preservation. Five-year and ten-year survival after "pullthrough" operation for cancer of the rectum. J.A.M.A., 160: 628-634, 1956.
- BACON, H.E. - Evolution of sphincter muscle preservation and re-establishment of continuity in the operative treatment of rectal and sigmoidal cancer. Surg.Gynec. Obstet., 81:113-127, 1945.
- BACON, H.E. - Present status of the pull-through sphincter preserving procedure. Cancer, 28:196-203, 1971.
- BEART JR., R.W. & KELLY, K.A. - Randomized prospective - evaluation of the EEA stapler for colo-rectal anastomoses. Amer.J.Surg., 141:143-147, 1981.
- BENNETT, R.C. - The place of pull through operation in the treatment of carcinoma of the rectum. Dis.Colon Rectum, 19:420-424, 1976.
- BENNETT, R.C.; HUGHES, E.S.R. & CUTHBERTSON, A.M. - Long term review of function following pullthrough operations of the rectum. Brit.J.Surg., 59:723-725, 1972.
- BENNETT, R.C.; KENNEDY, J.T. & BULLS, J. - The physiologic status of the anorectum after pull-through operations. Surg.Gynec.Obstet., 136:907-913, 1973.

BÉRARD, P.; LABROSSE, H.; MILAN, J.J. & GUILLEMIN, G. - La résection antérieure pour cancer du tiers moyen du rectum, toujours possible, est-elle souhaitable? Bull.Cancer (Paris), 70:308-314, 1983.

BLACK, B.M. - Combined abdominoendorectal resection: surgical procedure preserving continuity of bowel, for management of certain types of carcinoma of midrectum and upper part of rectum. Proc.Staff Meet.Mayo Clin., 23:545-554, 1948.

BLACK, B.M. - Combined abdominoendorectal resection: technical aspects and indications. A.M.A. Arch.Surg., 65:406-416 , 1952.

BLACK, B.M. & BOTHAM, R.J. - Combined abdominoendorectal - resection. A critical reappraisal based on 91 cases. Surg. Clin. N.Amer., 37:989-997, 1957.

BLACK, B.M. & BOTHAM, R.J. - Combined abdominoendorectal - resection for lesions of the mid and upper parts of the rectum. A.M.A. Arch.Surg., 76:688-696, 1958.

BOKEY, E.L.; CHAPUIS, P.H.; HUGHES, W.J.; KOOREY, S.G. & DUNN, D. - Local recurrence following anterior resection for carcinoma of the rectum with a stapled anastomosis . Acta Chir.Scand., 150:683-686, 1985.

BRENNER, S. - Retocollectomia abdominoperineal com anastomose retardada no tratamento do megacólon do adulto. Tese de Docência Livre, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1974.

BRENNER, S.; SOUZA, F.J.; CORTES, A.E.C. & ARTIGAS, G.V. - Results in 220 patients with acquired megacolon treated by the abdominoperineal retossigmoidectomy with delayed anastomosis. In: Congresso Mundial do Colégio Internacional de Cirurgia Digestiva, 59, São Paulo, 1978.

BUCKSPAN, R.J. & SAWYERS, J.L. - Changes in surgical approach to rectal cancer. Am.Surg., 51:21-25, 1985.

BUSSEY, H.J.R. - The long term results of surgical treatment of cancer the rectum. Proc.R.Soc.Med., 56:494-496, 1963.

BUSSEY, H.J.R.; DUKES, C.E. & LOCKHART-MUMMERY, H.E. - Results of the surgical treatment of rectal cancer. In: DUKES , C.E. (ed)-Cancer of the rectum. Livingston, Edinburgo, pg. 267, 1960.

CADE, D.; GALLAGHER, P.; SCHOFIELD, P.F. & TURNER, L. -Complications of anterior resection using the EEA stapling device. Brit.J.Surg., 68:339-340, 1981.

CAPUANO, U. & WALTERS, D. - Low anterior resection vs. abdominoperineal resection. A community hospital experience. Connec. Medic., 49:8-9, 1985.

- CARRIL, C.F.; GUIMARÃES, A.S.; APRILI, F. & OKANO, N. -
Tratamento cirúrgico do megacolo chagásico. Análise do
material do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Me-
dicina de Ribeirão Preto. In:Congresso Brasileiro de Cirur-
gia, 139, Rio de Janeiro, 1973.
- COPELAND, E.M.; MILLER, L.D. & JONES, R.S. - Prognostic -
factors in carcinoma of the colon and rectum. Amer. J.
Surg., 116:875-881, 1968.
- CORMAN, M.L.; SWINTON, N.W.; O'KEEFE, D.D. & VEIDENHEIMER,
M.C. - Colorectal carcinoma at the Lahey Clinic 1962 to
1966. Amer.J.Surg., 125:424-428, 1973.
- CORREA NETO, A. - Um caso de megacolon curado pela amputa-
ção perineal intraesfincteriana do reto. Rev.Med.S.Pau-
lo, 24:29-39, 1940.
- CORREA NETO, A.; HADDAD, J.; AZEVEDO, A.V. & RAIA, A.A. -
Ethiology, pathogenesis ant treatment of acquired megacolon.
Surg.Gynec.Obstet., 114:602-608, 1962.
- CUMMINGS, B.J. - Radiation therapy and rectal carcinoma :
The Princess Margareth Hospital experience. Brit.J.Surg.,
72 (supl.):64-66, 1985.
- CUTAIT, D.E. - Cancer anorrectocolonico. In:Congresso Latinoa-
mericano de Proctologia, 69, Buenos Aires, 1975.

CUTAIT, D.E. - Endo-anal abdominoperineal pull-through - resection with colorectal anastomosis. In: TODD, I.P. (Ed). Operative surgery of colon, rectum and anus . Butterworths, Londres, pg. 168-177, 1977.

CUTAIT, D.E. - Nova técnica de retossigmoidectomia abdominoperineal sem colostomia. In: Congresso Latino Americano, 1º ; Congresso Internacional, 2º e Congresso Brasileiro de Proctologia, 10º, São Paulo, 1960.

CUTAIT, D.E. - Prevention of pelvic complications in pull-through operations for cancer and benign lesions. Proc. R.Soc.Med., 63(supl.): 121-128, 1970.

CUTAIT, D.E. - Technic of rectosigmoidectomy for megacolon: report of 425 resections. Dis.Colon Rectum, 8:107-114, 1965.

CUTAIT, D.E. - Tratamento do megasigma pela retossigmoidectomia. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1953.

CUTAIT, D.E.; CUTAIT, R.; IOSHIMOTO, M.; SILVA, J.H. & MANZIONE, A. - Abdominoperineal endoanal pull-through resection. A comparative study between immediate and delayed colorectal anastomosis. Dis.Colon Rectum, 28 : 294-299, 1985.

CUTAIT, D.E. & FIGLIOLINI, F.J. - A new method of colorectal anastomosis in abdominoperineal resection. Dis .Colon Rectum ,4:335-342, 1961.

CUTAIT, D.E. & FIGLIOLINI, F.J. - Cirurgia conservadora no câncer do reto. Nova técnica de anastomose colo-retal - nas retocoliectomias abdominoperineais. Rev.Ass.Med.Brasil, 8:91- 98 , 1962 a.

CUTAIT, D.E. & FIGLIOLINI, F.J. - Megacolon adquirido: nova técnica da anastomose colo-retal na retossigmoidectomia abdominoperineal. Rev.Paul.Med., 60:447-460, 1962 b.

CUTAIT, D.E.; FIGLIOLINI, F.J.; BRANCO, P.D.; ALTENFELDER, P.; SPERANZINI, M.B.; CAMPOS, S.M.; FERREIRA, E.A.B. ; BIROLINI, D.; FUJIMURA, I.; OLIVEIRA, M.R. & BASTOS , E.S. - Experiência com o tratamento do megacolon adquirido pela retossigmoidectomia e descrição da técnica da anastomose colo-retal retardada. Rev.Ass.Med.Brasil , 11: 429-435, 1965.

CUTAIT, D.E.; FIGLIOLINI, F.J.; IOSHIMOTO, M.; SILVA, J.H.; WARDE, P.J.; CUTAIT, R.; MANZIONE, A. & RAIA, A.A. - Abdominoperineal pull-through resection with colorectal anastomosis.In:Congresso Mundial do Colégio Internacional de Cirurgia Digestiva, 59, São Paulo, 1978.

CUTAIT, D.E.; FIGLIOLINI, F.J.; MANZIONE, A.; SILVA, J.H. & IOSHIMOTO, M. - Câncer dos colons e do reto: conduta cirúrgica. In: BASTOS, E.S. (ed) - Rumos modernos da cirurgia. Fundo Editorial Prociencx, São Paulo, pg 637-652, 1969.

CUTAIT, D.E.; MANZIONE, A.; SILVA, J.H.; IOSHIMOTO, I. & OGAWA, P. - Abaixamento abdominoperineal do colon com anastomose colo-retal retardada; seu emprego em patologia cônica. In: Congresso Brasileiro de Proctologia, 25º, Guarujá, 1974.

DEDDISH, M.R. & STEARNS, M.W. - Anterior resection for carcinoma of the rectum and rectosigmoid area. Ann. Surg., 154:961-966, 1961.

DELANNOY, F. - Traitement chirurgical du megarectum. Arch. Mal. App. Dig., 54:137-142, 1965.

DEVLIN, H.B.; PLANT, J.A. & GRIFFIN, M. - Aftermath of surgery for anorectal cancer. Brit. Med. J., 3:413-418, 1971.

DONALDSON, G.A.; RODKEY, G.V. & BEHRINGER, G.E. - Resection of the rectum with anal preservation. Surg. Gynec. Obstet., 123:571-580, 1966.

DUKES, C.E. - Cancer of the rectum: an analysis of 1000 cases. J. Path. Bact., 50:527-539, 1940.

- DUKES, C.E. - Discussion on major surgery in carcinoma of the rectum with or without colostomy, excluding the anal canal and including the rectosigmoid. Proc.R.Soc. Med., 50:1031-1039, 1957.
- DUKES, C.E. - The surgical pathology of rectal cancer . Proc.R.Soc.Med., 37:131-144, 1943.
- DUNCAN, W. - Adjuvant radiotherapy in rectal cancer. The MRC trials. Brit.J.Surg. 72(supl.):59-62, 1985.
- EHREMPREISS, T. - Long term results of rectosigmoidectomy for Hirschprung's disease with a note on Duhamel's operation. Surgery, 49:701-707, 1961.
- EICKEMBERG, H.V.; AMIN, N.; KLOMPUS, W. & LICK, R.S.S. - Urologic complications following abdomino perineal - excision of the rectum. J.Urol., 115:180-182, 1976-
- ELLIOT, M.S.; TODD, I.P. & NICHOLLS, R.J. - Radical restorative surgery for poorly differentiated carcinoma of the mid-rectum. Brit.J.Surg., 69:273-274, 1982.
- FAGUNDES, J.J.; MEDEIROS, R.R.; MANTOVANI, M.; CURI, J.C.M. & NISHIDA, R.Y. - Experiência inicial com o uso de colec_otomia mais proctomucosectomia com reconstrução colo-anal em tumor de reto. In:Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, 339., Campinas, 1983.

- FAIN, S.N.; PATIN, S. & MORGANSTERN, L. - Use of mechanical apparatus in low colo-rectal anastomosis. Arch.Surg., , 110:1079-1082, 1975.
- FAZIO, V.W. - Citado por WILLIAMS, J.T. & SLACK, W.W. (1980), op.cit.
- FAZIO, V.W. - Sump suction and irrigation of the presacral space. Dis.Colon Rectum, 21:401-405, 1978.
- FINNSTERER, H. - Zur chirurgischen Behandlung des Rektumkarzinoms. Arch.Klin.Chir., 202:15-24, 1941.
- FIRST REPORT OF AN MRC WORKING PARTY. A trial of pre-operative radiotherapy in the management of operable rectal cancer. Brit.J.Surg., 69:513-519, 1982.
- FOWLER, J.W.; BREMNER, D.N. & MOFFAT, L.E. - The incidence and consequences of damage to the parasympathetic nerve supply to the bladder after abdominoperineal resection of the rectum for carcinoma. Brit.J.Urol., 50:95-98, 1978.
- GABRIEL, W.B.; DUKES, C. & BUSSEY, H.J.R. - Lymphatic spread in cancer of the rectum. Brit.J.Surg., 23:395-400, 1935.
- GARRIZ, R.A.; STESCOBISH, D. & MIHURA, M.R. - Consideraciones sobre el tratamiento del megacolon con la técnica Swenson-Cutait. Prensa Med.Arg., 52:2063-2064, 1965.

- GEMSENJAGER, E.; MARTINA, B. & MEIER, A.L. - Vollständige Rektumentfernung mit Kontinenz-erhaltung bei Rektumkarzinom. Schweiz.Med.Wschr., 114:754-759, 1984.
- GILBERTSEN, V.A. - Adenocarcinoma of the rectum. Incidence of recurrent tumor following present day operation performed for cure. Ann.Surg., 151:340-348, 1960.
- GLOVER, R.P. & WAUGH, J.M. - The retrograde lymphatic spread of carcinoma of the "rectosigmoid region". Surg.Gynec. Obstet., 82:434-438, 1946.
- GOETZE, O. - Die abdominosakrale Resektion des Mastdarms mit Wiederherstellung der natürlichen Kontinenz. Arch.Klin. Chir., 206:293-298, 1944.
- GOLIGHER, J.C. - Functional results after sphincter saving resections of the rectum. Ann.R.Col.Surg.Engl., 8:421 - 439, 1951 a.
- GOLIGHER, J.C. - Neoplasms: surgical treatment. Cur.Opin. Gastroenterol., 1:41-50, 1985.
- GOLIGHER, J.C. - Recent trends in the practice of sphincter saving excision for rectal cancer. Ann.R.Col.Surg.Engl., 61:169-176, 1979 a.
- GOLIGHER, J.C. - Resection with restoration of continuity in the treatment of carcinoma of the rectum and rectosigmoid. Postgrad.Med.J., 27:568-579, 1951b.

GOLIGHER, J.C. - Sexual function after excision of the rectum.
Proc.R.Soc.Med., 44:824-827, 1951 c.

GOLIGHER, J.C. - Treatment of carcinoma of the rectum. In:
GOLIGHER, J.C. - Surgery of the anus, rectum and colon.
Bailliere Tindall, Londres, 5ª edição, pg. 590-779, 1984.

GOLIGHER, J.C. - Use of circular stapling gun with peranal
insertion of anorectal purse string for construction of
very low colorectal or colo-anal anastomoses. Brit.J.Surg.,
66:501-504, 1979b.

GOLIGHER, J.C.; DUKES, C.E. & BUSSEY, H.J.R. - Local recurrence
ces after sphincter saving excisions for carcinoma of the
rectum and rectosigmoid. Brit.J.Surg., 39:199-211, 1951.

GOLIGHER, J.C.; DUTHIE, H.L.; De DOMBALL, F.T. & WATTS, J.M.
- The pull through abdomino anal excision for carcinoma of
the middle third of the rectum: a comparison with low anterior
resection. Brit.J.Surg., 52:323-335, 1965.

GOLIGHER, J.C. & HUGHES, E.S.R. - Sensibility of the rectum
and colon: its role in the mechanism of anal continence.
Lancet, 1:543-548, 1951.

GRAGE, T.B. - Pre-operative radiation in rectal surgery. In:
VARCO, A.L. & DELANEY, W.B. (ed) - Controversy in surgery.
Saunders., Philadelphia, pg. 417-433, 1976.

- GRINELL, R.S. - Distal intramural spread of carcinoma of the rectum and rectosigmoid. Surg.Gynec.Obstet., 99 : 421-429, 1954.
- GRINELL, R.S. - Lymphatic block with atypical and retrograde lymphatic metastases and spread in carcinoma of the colon and rectum. Ann.Surg., 163:272-280, 1966.
- HABR-GAMA, A. - Indicações e resultados da retocoliectomia abdomino-endoanal no tratamento do câncer do reto. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972.
- HABR-GAMA, A. - Resultados da retocoliectomia abdomino-endoanal. In:Congresso Brasileiro de Proctologia, 21º, Salvador, 1971.
- HABR-GAMA, A.; SIMONSEN, O.; RODRIGUES, J.J.G.; SOUZA JR., A.H. & PINOTTI, H.W. - Abdomino-endoanal rectocoliectomy with delayed colo-anal anastomosis for treatment of rectal carcinoma. Brit.J.Surg., 72 (Supl.): 121-122 , 1985.
- HADDAD, J.; RAIA, A.A.; SIMONSEN, O. & CORREA NETO, A. - Complicações da retossigmoidectomia abdominoperineal no tratamento do megacolon adquirido. Rev.Paul.Med., 59:1-8, 1961.

HARDY, K.J.; CUTHBERTSON, A.M. & HUGHES, E.S.R. - Suture-line neoplastic recurrence following large bowel resection. Aust.N.Z.J.Surg., 41:44-46, 1971.

HEALD, R.J. - Citado por GOLIGHER, J.C. (1985), op.cit.

HEALD, R.J. - Towards fewer colostomies - the impact of circular stapling devices on the surgery of rectal cancer in a district hospital. Brit.J.Surg., 60:198 - 200, 1980.

HEALD, R.J.; HUSBAND, E.M. & RYALL, R.D. - The mesorectum in rectal cancer - the clue to pelvic recurrence? Brit. J.Surg., 69:613-616, 1982.

HIGGINS JR., G.A. - Adjuvant radiation therapy in colon cancer. Int.Adv.Surg.Oncol., 2:1-24, 1979.

HOCHENEGG, J. - Citado por NUNES (1981), op.cit.

HOJO, K. - Anastomotic recurrence after sphincter-saving resection for rectal cancer. Length of distal clearance. Dis.Colon Rectum, 29:11-14, 1986.

HUGHES, E.S.R. - Long term study of large bowel cancer. Med.J.Aust., 2:365-368, 1976.

- HUGHES, E.S.R.; CUTHBERTSON, A.M. & CARDEN, A.B.G. - Pull-through operations for carcinoma of the rectum. Med.J. Aust., 8:907-909, 1962.
- HUGHES, E.S.R.; McDERMOTT, F.T.; MASTERTON, J.P.; CUNNINGHAM, G.E. & POLGLASE, A.L. - Operative mortality following - excision of the rectum. Brit.J.Surg., 67:49-51, 1980.
- HURST, P.A.; PROUT, W.G.; KELLY, J.M.; BANNISTER, J.J. & WALKER, R.T. - Local recurrence after low anterior resection using the staple gun. Brit.J.Surg., 69:275-276, 1982.
- IWAI, N.; HASHIMOTO, K.; KANEDA, H.; KOJIMA, O.; NISHIOKA, B. & MAJIMA, S. - Anal sphincter function and rectal - reservoir after sphincter saving operations for carcinoma of the rectum. Japan. J.Surg., 13:420-425, 1983.
- JONES, P.F. & THOMSON, H.J. - Long term results of a consistent policy of sphincter preservation in the treatment of carcinoma of the rectum. Brit.J.Surg., 69:564-568, 1982.
- KALIL, M.; SCHWANS, F. & PAULO, D.S. - Ret colectomias abdomino perineais com abaixamento endo-anal do colon pela técnica de Cutait. In: Congresso Brasileiro de Proctologia, 35º, São Paulo, 1985.
- KEIGHLEY, M.R.B. & MATHESON, D. - Functional results of rectal excision and endoanal anastomosis. Brit.J.Surg., 67:757-761, 1980.

- KENNEDY, H.L.; LANGEVIN, J.M.; GOLDBERG, S.M.; CHRISTENSON, C.E. & ROTHENBERGER, D.A. - Recurrence following stapled colo proctostomy for carcinomas of the mid portion of the rectum. Surg.Gynec.Obstet., 160:513-516, 1985.
- KENNEDY, J.T.; MCOMISH, D.; BENNET, R.C.; HUGHES, E.S.R. & CUTHBERTSON, A.M. - Abdomino-anal pull-through resection of the rectum. Brit.J.Surg., 57:589-596, 1970.
- KILLINGBACK, M. - Citado por GOLIGHER, J.C. (1985), op.cit.
- KILLINGBACK, M. - Indication for local excision of rectal cancer. Brit.J.Surg. (Supl.), 72:54-56, 1985.
- KINN, A.C. & OHMAN, U. - Bladder and sexual function after surgery for rectal cancer. Dis.Colon Rectum , 29:43-48, 1980.
- KIRKEGAARD, P.; HJORTRUP, A. & SANDERS, S. - Bladder disfunction after low anterior resection for mid-rectal - cancer. Amer.J.Surg., 141:266-268, 1981.
- KIRWAN, W.D.; TURNBULL JR, R.B.; FAZIO, V.W. & WEAKLEY , F.L. - Pull through operation with delayed anastomosis for rectal cancer. Brit.J.Surg., 65:695-698, 1978.
- KNYSH, V.I.; ALIEV, B.M. & BARSEKOV, I.A. - Combination treatment of rectal cancer using two variants of pre - operative concentrated gamma ray therapy. Med.Rad. , 28:12-17, 1983.

KRASKE, P. citado por NUNES (1981), op.cit.

KRATZER, G.L. - The pull through operation. Dis .Colon - Rectum, 10:112-117, 1967.

KUX, M. & FUCHSJAGER, N, - Einzeitige anteriore Resektion mit manueller Naht als Regeloperation des cranialen - und mittleren Rectumdrittels. Lang.Arch.Chir., 363 : 283-295, 1985.

LANE, R.H.S. & PARKS, A.G. - Function of the anal sphincters following colo-anal anastomosis. Brit.J.Surg., 64:596-599, 1977.

LASSON, A.L.L.; EKELUND, G.R. & LINDSTROM, C.G. - Recurrence risks after stapled anastomosis for rectal carcinoma. Acta.Chir . Scand., 150:85-89, 1984.

LAZORTHES, F.; FAGES, P. & CHIOTASSO, P. - Construction of a rectal pouch after colo-anal anastomosis. Brit.J.Surg. 72 (Supl.): 129, 1985.

LAZORTHES, F.; FAGES, P.; CHIOTASSO, P. & BUGAT, R. - Synchro nous abdomino trans-sphincter resection of low rectal cancer: a new technique for direct colo-anal anastomosis. Brit.J. Surg., 73:573-575, 1986.

LEE JR., C.M. - Megacolon with particular reference to Hirschprung's disease. Surgery, 37:762-777, 1955.

LEFF, E.I.; SHAVER, J.O.; HOEXTER, B.; LABOW, S.; MOSESON, M.D.; GOLDSTEIN, S.D.; RUBIN, R.J.; EISENSTAT, T.E. & SALVATI, E.P. - Anastomotic recurrences after low anterior resection. Stapled vs hand-sewn. Dis .Colon Rectum, 28:164-167, 1985.

LLOYD-DAVIES, O.V. - Discussion on conservative resection in carcinoma of the rectum. Proc.R.Soc.Med., 43:706 - 709, 1950.

LOCALIO, S.A. & BARON, B. - Abdomino trans-sacral resection and anastomosis for mid rectal cancer. Am.Surg., 178 : 540-546, 1973.

LOCALIO, S.A. & ENG, K. - Malignant tumors of the rectum. Cur.Probl.Surg., 12:1-48, 1975.

LOCALIO, S.A.; ENG, K. & COPPA, G.F. - Abdominosacral - resection for midrectal cancer: a fifteen-year experience. Ann.Surg., 198:320-324, 1983.

LOCALIO, S.A.; ENG, K.; GOUGH, T.H. & RANSON, J.H.C. - Abdomino-sacral resection for carcinoma of the mid rectum: ten years experience. Ann.Surg., 188, 475-480, 1978.

- LOCALIO, S.A. & STAHL, W.M. - Simultaneous abdomino-transa
cral resection and anastomosis for mid rectal cancer .
Amer.J.Surg., 117:282-287, 1969.
- LOCKHART-MUMMERY, H.E.; RITCHIE, J.K. & HAWLEY, P.R. -The
results of surgical treatment for carcinoma of the
rectum at St.Mark's Hospital from 1948-1972. Brit.J .
Surg., 63:673-677, 1976.
- LOMBARDI, M.; TROIANI, R.; PINCIONI, F.; FIALDINI, G. ;
DELL' AMICO, P.; ISOPPI, E.; VINCI-GUERRA, G.; AMBROGI,
M. & SICARI, A. - La resezione anteriore meccanica bassa
nel trattamento delle neoplasie del retto medio e
superiore. Min.Chir., 40:107-108, 1985.
- LUKE, M.; KIRKEGAARD, P.; LENDORF, A. & CHRISTIANSEN, J.-
Pelvic recurrence rate after abdomino-perineal resection
and low anterior resection for rectal cancer before and
after introduction of the technique. World J.
Surg., 7:616-619, 1983.
- LUNA, C.A.F.; BÖ, A.S. & LUIGI, A. - El megacolon del
adulto-nuestra experiencia. Prensa Med.Arg., 56:950-953,
1969.
- MANDACHE, F.; PRODESCO, V. & CONSTANTINESCU, S. - Anastomo
se colo-anal sans suture. Presse.Med., 66:1583-1584 ,
1959.

MANN, C. - Results of "pull-through operations of carcinoma of the rectum. Proc.R.Soc.Med., 65:48, 1972.

MARI, C.; LIBONI, A.; SCALCO, G.B.; De ANNA, D.; MASCOLI , F.; GUERRERA, C.; RUBBINI, M. & DONINI, I. - La resezione anteriore bassa com anastomosi meccanica latero- terminale nel trattamento chirurgico del cancro del retto. Min . Chir., 39:1009-1013, 1984.

MARKS, G. & MOHIUDDIN, M. - Sphincter preservation for cancer of distal 6 cm of rectum utilizing full dose preoperative - radiation therapy. Digest.Dis.Sci., 31 (Supl.):361 , 1986.

MASON, A.Y. - Selective surgery for carcinoma of the rectum. Aust.N.Z.J.Surg., 46:322-325, 1976.

MASON, A.Y. - Techniques for very low anastomosis. Proc.R . Soc.Med., 65:46-48, 1972.

MAUNSELL, H.W. - Citado por WEIR (1901), op.cit.

MAYO, C.W.; LABERGE, M.Y. & HARDY, M.W. - Five year survival after anterior resection for carcinoma of the rectum and rectosigmoid. Surg.Gynec.Obstet., 106:695-698, 1958.

McDERMOTT, F.T.; HUGHES, E.S.R.; PIHL, E.; MILNE, B.J. & PRICE, A.B. - Comparative results of surgical management of single carcinoma of the colon and rectum: a series of 1939 patients managed by one surgeon. Br.J. Surg., 68:850-855, 1981.

McDERMOTT, F.; HUGHES, E.S.R.; PIHL, E.; MILNE, B.J. & PRICE, A. - Long term results of restorative and total excision for carcinoma of the middle third of the rectum. Surg.Gynec.Obstet., 154:833-837, 1982.

MEDEIROS, R.R.; FAGUNDES, J.J. & GOES, J.R.N. - Experiência com o uso da colectomia mais proctomucosectomia - com reconstrução colo-anal em tumor do reto. In: Congresso de Cirurgia do Centro-Oeste Brasileiro, 59., Seminário sobre Residência Médica em Cirurgia, 19, Brasília, 1983a.

MEDEIROS, R.R.; FAGUNDES, J.J.; GOES, J.R.N. & PERES, M. A.O. - Câncer colo-retal. Análise de 249 pacientes. In: Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, 349, Rio de Janeiro, 1984.

MEDEIROS, R.R.; FAGUNDES, J.J.; LEONARDI, L.S.; MANTOVANI, M.; RODRIGUES, A.A.M. & OLIVIERI JR., C. - Câncer do reto - análise de 30 casos operados com técnica de abaixamento com anastomose colo-retal retardada à maneira de Cutait. In: Congresso de Cirurgia do Centro-Oeste - Brasileiro, 59, Brasília, 1983 b.

MEDEIROS, R.R.; FAGUNDES, J.J.; LEONARDI, L.S.; RODRIGUES, M.A.M. & CURI, J.C.M. - Resultados da operação de DUHAMEL para o tratamento do megacolo chagásico. Apresentação de 204 casos. In: Congresso Brasileiro de Colo - Proctologia, 33º, Campinas., 1983.

MEDEIROS, R.R.; GOES, J.R.N. & PERES, M.A.O. - Anastomose colo-anal pela técnica de PARKS. Experiência em 10 casos. In: Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, 35º, São Paulo, 1985.

MEDEIROS, R.R.; PIRES, A.M.; FAGUNDES, J.J.; CALEJAS NETO, F. - Análise de 30 casos de câncer do reto alto operados com técnica de abaixamento à maneira de CUTAIT - (anastomose colo-retal retardada). In: Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, 31º, São Paulo, 1981.

MEDEIROS, R.R.; REIS NETO, J.A.; LEONARDI, L.S.; FAGUNDES, J.J.; PIRES, A.M.; ANDREOLLO, N.A. & ACCORRONI, M.E. - Estudo comparativo do megacolo adquirido com as técnicas de DUHAMEL e DUHAMEL-HADDAD. In: Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, 29º, Belo Horizonte, 1979.

MEDEIROS, R.R.; REIS NETO, J.A.; LEONARDI, L.S.; PIRES, A.M. & ACCORRONI, M.E. - Estudo comparativo entre as técnicas de DUHAMEL e DUHAMEL-HADDAD na cirurgia do megacolo adquirido. Rev. Paul. Med., 96:61-65, 1980.

- MEESE, D.L.; BUBRICK, M.P.; PAULSON, G.L.; FEENEY, D.A. ;
JOHNSTON, G.R.; STROM, R.L. & HITCHCOCK, C.R. - Safety
of low anterior resection in the presence of chronic -
radiation changes in dogs. Dis.Colon Rectum , 29:22-26,
1986.
- MENDONÇA, L.E.R. - Retossigmoidectomia abdomino-transanal
com conservação do esfínceteres no tratamento do mega-
colon. In: Congresso Latino.Americano, 1º , Interna -
cional, 2º, e Brasileiro de Proctologia, 1º, São Paulo, 1960.
- MILES, W.E. - A method of performing abdomino-perineal ex-
cision for carcinoma of the rectum and of the terminal
portion of the pelvic colon. Lancet, 2:1812-1813, 1908.
- MILES, W.E. - Discussion on the surgical treatment of cancer
of the rectum. Brit.Med.J., 2:730-742, 1920.
- MILES, W.E. - The radical abdomino-perineal operation for
cancer of the rectum and of the pelvic colon. Brit.Med.J.,
2:941-943, 1910.
- MORGUTTI, L.; TURRA, G.; SANTANGELO, A.; MANGIAROTTI, S.;
DI GUGLIELMO, A.; BERTAZZONI, G. & BELLINZONI, P. -
Osservazioni sul trattamento del cancro del reto. Min.
Chir., 40:91-97, 1985.
- MORSON, B.C.; VAUGHAN, E.G. & BUSSEY, H.J.R. - Pelvic -
recurrence after excision of rectum for carcinoma. Brit.
Med.J., 2:13-18, 1963.

- MORSON, P.M.; CARMEN, M.L.; COLLAR, J.A. & VEIDENHEIMER, M.C. - Anterior resection for adenocarcinoma. Lahey Clinic experience for adenocarcinoma. Amer.J.Surg., 131:434-443, 1976.
- NEAL, D.E.; WILLIAMS, N.S. & JOHNSTON, D. - The long term effects of proctectomy on bladder function in patients with inflammatory bowel disease. Brit.J.Surg., 69 : 349-352, 1982.
- NEAL, D.E.; WILLIAMS, N.S. & JOHNSTON, D. - A prospective study of bladder function before and after sphincter - saving resections for low carcinoma of the rectum . Brit.J.Urol., 53:558-564, 1981.
- NICHOLLS, R.J. - Rectal cancer: anterior resection with - per and colo-anal anastomosis. The results in 76 patients treated by Sir Alan Parks, Bull.Cancer (Paris) 70:304-307, 1983.
- NICHOLLS, R.J.; RITCHIE, J.K.; WADSWORTH, J. & PARKS, A.G. - Total excision or restorative resection for carcinoma of middle third of the rectum. Brit.J.Surg., 66:625-627, 1979.
- NUNES, W. - Tumores malignos. In: Nunes, W. Doenças do re to e ânus. Editora Manole, São Paulo, pg. 279-388 , 1981.

- OATES, G.D. - Citado por GOLIGHER, J.C. (1985), op.cit.
- OHMAN, U. & SVENBERG, T. - EEA stapler for mid-rectum carcinoma. Dis. Colon Rectum, 26:775-774, 1983.
- PAHLMAN, L. & GLIMELIUS, B. Local recurrences after surgical treatment for rectal cancer. Acta.Chir.Scand., 150:331-335, 1984.
- PANNETT, C.A. - Resection of the rectum with restoration of continuity. Lancet, 2:423-425, 1935.
- PARC, R.; FRILEUX, P.; TIRET, E. & LOYGUE, J. - Resection and colo-anal anastomosis with colic reservoir for rectal carcinoma. Brit.J.Surg., 72 (Supl.): 129, 1985.
- PARKS, A.G. - Transanal techniques in low rectal anastomosis. Proc.R. Soc.Med., 65:975-976, 1972.
- PARKS, A.G. & PERCY, J.P. - Resection and sutured colo-anal anastomosis for rectal carcinoma. Brit.J.Surg., 69:301-304, 1982.
- PATEL, S.C.; TOVEE, E.B. & LANGER, P. - Twenty-five years of experience with radical surgical treatment of carcinoma of the extraperitoneal rectum. Surgery, 82:460-465, 1977.
- PENFOLD, J.C.B. - A comparison of restorative resection of carcinomas of the middle third of the rectum with abdominoperineal resection. Aust.N.Z.J.Surg., 44:354-356, 1974.

- PHEILS, M.T.; CHAPUIS, P.H.; NEWLAND, R.C. & COLQUHOUN, K.
Local recurrence following curative resection for carcinoma of the rectum. Dis.Colon Rectum, 26:98-102, 1983.
- PHILLIPS, W.P. - Follow up study of patients with colostomies. Amer.J.Surg., 122:27-32, 1971.
- PILIPSHEN, S.I.; HEILWELL, M.; QUAN, S.H.Q.; STERNBERG, S.S. & ENKER, W.E. - Patterns of pelvic recurrence - following definitive resection of rectal cancer .
Cancer, 53:1354-1362, 1984.
- POLLETT, W.G. & NICHOLLS, R.J. - The relationship between the extent of distal clearance and survival and local recurrence rates after curative anterior resection on for carcinoma of rectum. Ann. Surg., 70:159-163, 1983.
- PORTER, N.H. & NICHOLLS, R.J. - Pre-operative radiotherapy in operable rectal cancer: interim report of a trial carried out by the Rectal Cancer Group. Brit.J. Surg., 72 (Supl.): 62-64, 1985.
- QUER, E.A.; DAHLIN, D.C. & MAYO, C.W. - Retrograde intramural spread of carcinoma of the rectum and rectosigmoid: a microscopic study. Surg.Gynec.Obstet., 96:24-30, 1953.
- RAIA, A.A. - Estado atual de la cirugia del megacolon.
Prensa Med.Arg., 57:1395-1400, 1970.

- RAIA, A.A. - Pathogenesis and treatment of acquired megacolon. Surg.Gynec.Obstet., 101:69-79, 1955.
- RAIA, A.A. - Tratamento cirúrgico do megacolon adquirido. In: Congresso Latino Americano, 1º, Internacional, 2º, e Brasileiro de Proctologia, 10º, São Paulo, 1960.
- RAIA, A.A. & CAMPOS, O.M. - A evolução do emprego das colectomias no tratamento cirúrgico do megacolon. Rev. Paul.Med., 47:29-38, 1955.
- RAIA, A.A. & CAMPOS, O.M. - Tratamento do megacolon. Estudo do "follow-up" de várias técnicas adotadas. Rev. Med.Cir., 8:33-37, 1948.
- RAIA, A.A. & HADDAD, J. - Megacolo. In: ZERBINI, E.J. (Ed) - Clínica Cirúrgica Alípio Correa Neto. Sarvier S.A., São Paulo, 3ª edição, 5:51-83, 1974.
- RANKIN, J.T. - Urological complications of rectal surgery. Brit.J.Urol., 41:655-659, 1969.
- REID, J.D.S.;ROBBINS, R.E. & ATKINSON, K.G. - Pelvic recurrence after anterior resection and EEA stapling anastomosis for potentially curable carcinoma of the rectum. Amer.J.Surg., 147:629-632, 1984.
- RIDER, W.D.; PALMER, J.A.; MAHONEY, L.J. & ROBERTSON, C.T. Preoperative irradiation in operable cancer of the rectum. Report of the Toronto trial. Can.J.Surg., 20:335-338, 1977.

- ROSWIT, B.; HIGGINS JR., G.A. & KEEHN, R.J. - Pre-operative irradiation for carcinoma of the rectum and recto-sigmoid colon: report of a National Veterans Administrations ran domised study. Cancer, 35:1597-1602, 1975.
- RUDD, W.W. - The transanal anastomosis: a sphincter saving operation with improved continence. Dis.Colon Rectum , 22:102-105, 1979.
- SAN FILIPPO, J.A.; ALLEN, J.E. & JEWETT, T.C. - Definitive surgical management of Hirschprung's disease. Arch.Surg., 105:245-248, 1972.
- SANTOS, R.F. & CARRIL, C.F. - Acquired megacolon in Chag s's disease. Dis.Colon Rectum , 7:353-364, 1964.
- SCHARLI, A.F. & KIESWETTER, W.B. - Defaecation and continence: some new concepts. Dis.Colon Rectum , 13:81-107, 1970.
- SECOND REPORT OF AN MRC WORKING PARTY. The evaluation of low dose pre-operative x-ray therapy in the management of operable rectal cancer: results of a randomly controlled trial. Brit.J.Surg., 71:21-25, 1984.
- SEGALL, M.M.; GOLDBERG, S.M.; NIVATVONGS, S.; BALCOS, E.G.; NEMER, F.D.; SCHOTTLER, J.L.; CHRISTENSON, C.E. & ROTHENBERGER, D.A. - Abdominoperineal resection for recurrent cancer following anterior resection. Dis.Colon Rectum , 24:80-84, 1981.

- SIMONSEN, O. - Câncer do reto. In: CORREA-NETO, A. (Ed.) - Clínica Cirúrgica. Sarvier, São Paulo, 2ª ed., 5:150 - 166, 1968.
- SIMONSEN, O.; HABR-GAMA, A. & GAZAL, P. - Retossigmoidectomia endo-anal com ressecção da mucosa retal. Rev. Paul. Med., 57:116-118, 1960.
- SLANETZ, C.A.; HERTER, F.P. & GRINNELL, R.S. - Anterior resection versus abdominoperineal resection for cancer of the rectum and retosigmoid. Amer.J.Surg., 123:110-117, 1972.
- SPERANZINI, M.B.; BARTOLOMUCCI, A.C.; HASHIMOTO, T. & ROCHA, A.R. - Retossigmoidectomia abdominoperineal (tipo Cutait) sem drenagem do espaço pelvineorectal no tratamento do megacolon chagásico. In: Congresso Brasileiro de Cirurgia, 39 e Latino Americano de Cirurgia, 19, Rio de Janeiro, 1973.
- STEARNS JR, M.W. & BINKLEY, G.E. - The influence of location on prognosis in operable rectal cancer. Surg.Gynec.Obstet., 96:368-372, 1953.
- STEARNS JR., M.J., WEDDISH, M.R. & QUAN, S.H. - Pre-operative roentgen therapy for cancer of the rectum. Surg.Gynec. Obstet., 109:225-229, 1959.

- STEARNS JR., M.J.; WEDDISH, M.R.; QUAN, S.H. & LEAMING , R.H. - Pre-operative roentgen therapy for cancer of the rectum and recto-sigmoid. Surg.Gynec.Obstet., 138: 584-586, 1974.
- STRAUSS, R.J.; FRIEDMAN, M.; PLATT, N. & WISE, I. - Surgical treatment of rectal carcinoma: results of anterior resection vs. abdomino perineal resection at a community hospital. Dis.Colon Rectum , 21:269-276, 1978.
- SUZUKI, H.; MOTSUMOTO, K.; AMUNO, J.; FUJIOKA, M. & HONZUMI, M. - Ano-rectal pressure and rectal compliance after low anterior resection. Brit.J.Surg., 67:655-657, 1980.
- SWENSON, O. - A new surgical treatment for Hirschprung's disease. Surgery, 28:371-383, 1950.
- SWENSON, O. - Follow-up on 200 patients treated for Hirschprung's disease during a 10 year period. Ann . Surg., 146:706-714, 1957.
- SWENSON, O. & BILL JR., A.H. - Resection of rectum and retosigmoid with preservation of the sphincter for - benign spastic lesion producing megacolon. An experimental study. Surgery, 24:212-220, 1948.
- THIEDE, A.; JOSTARNDT, L. & TROIDL, H. - Der Wert der zirkulären maschinellen Colon und Rectumanastomose (EEA): eine prospektive Studie an 91 Patienten. Chirurg., 52:30-35, 1981.

THIRD REPORT OF AN MRC WORKING PARTY. Clinico - Pathological features of prognostic significance in operable rectal cancer in 17 centres in the UK. Brit.J.Cancer, 50:435 - 442, 1984.

THOMAS, G.D.H.; DIXON, M.F.; SMEETON, N.C. & WILLIAMS, N.S. -Observer variations in the histological grading of rectal carcinoma. J.Clin.Pathol., 36:385-391, 1983.

TOUPET, A. - Techniques de resection du rectum abdomino-transanale par retournement sans anus préalable avec - abaissement systématique du colon transverse. J.Chir., 66:37-55, 1950.

TURNBULL JR., R.B. - Pull-through resection of the rectum, with delayed anastomosis, for cancer or Hirschprung's disease. Surgery, 59:498-502, 1966.

TURNBULL JR., R.B. - Reseccion del recto com descenso e anastomosis diferida, en cancer o enfermedad de Hirschprung's. In: COOPER, P. (Ed.). El oficio de la cirugia. Lopes Libreros Editores, Buenos Aires, 2:723-726, 1968.

TURNBULL JR., R.B. & CUTHBERTSON, A.M. - Abdominorectal - pull-through resection for cancer and for Hirschprung's disease. Cleve. Clin.Q., 28:109-115, 1961.

- VALDONI, P. - Resection for carcinoma of the rectum and the colon. West.J.Surg.Obst.Gynec., 69:367-370, 1961.
- VILLARD, E. & RICARD, A. - L'Extirpation abdomino-transanale du rectum. Lyon Chir., 52:129-160, 1925.
- VISICK, A.M. - Review of 505 operations for peptic ulceration. Lancet, 1:551-555, 1948.
- WATSON, P.C. & WILLIAMS, D.I. - The urological complications of excision of the rectum. Brit.J.Surg., 40:19-28, 1952.
- WAUGH, J.M.; BLOCK, M.A. & GAGE, R.P. - Three and 5-year survivals following combined abdominoperineal resection with sphincter preservation and anterior resection for carcinoma of the rectum and lower part of the sigmoid colon. Ann. Surg., 142:752-757, 1955.
- WAUGH, J.M. & TURNER, J.C. - A study of 268 patients with carcinoma of mid rectum treated by abdominoperineal resection with sphincter preservation. Surg.Gynec.Obstet. 106:777-783, 1958-
- WEINSTEIN, M. & ROBERTS, M. - Sexual potency following surgery for rectal cancer - a follow-up of 44 patients. Ann.Surg., 185:295-300, 1977.
- WEIR, R.F. - An improved method of treating high-seated cancers of the rectum. J.A.M.A., 37:801-803, 1901.

- WEITZMANN, J.J.; HANSON, B.A. & BRENNAM, L.P. - Management of Hirschprung's disease with the Swenson procedure. J.Ped.Surg., 7:157-162, 1972.
- WILLIAMS, J.T. & SLACK, W.W. - A prospective study of sexual function after major colorectal surgery. Brit.J.Surg., 67:772-774, 1980.
- WILLIAMS, N.S. - The rationale for preservation of the anal sphincter in patients with low rectal cancer. Brit.J.Surg. 71:575-581, 1984.
- WILLIAMS, N.S.; DIXON, M.F. & JOHNSTON, D. - Re-appraisal of the 5 cm rule of distal excision for carcinoma of the rectum: a study of distal intra mural spread and of patients survival. Brit.J.Surg., 70:150-154, 1983.
- WILLIAMS, N.S. & JOHNSTON, D. - Survival and recurrence after sphincter saving resection and abdominoperineal resection for carcinoma of the middle third of the rectum. Brit.J.Surg., 71:278-283, 1984.
- WILLIAMS, N.S. & JOHNSTON, D. - The quality of life after rectal excision for low rectal cancer. Brit.J.Surg., 70:460-462, 1983.
- WILLIAMS, N.S.; PRICE, R. & JOHNSTON, D. - The long term effect of sphincter preserving operation for rectal carcinoma on function of the anal sphincter in man. Brit.J.Surg., 67:203-208, 1980.
- WILLIAMS, R.D.; YURKO, A.A.; KERR, G. & ZOLLINGER, R.M. - Comparison of anterior and abdominoperineal resection for low pelvic colon and rectal carcinoma. Amer.J.Surg. , 11:114-119, 1966.

WILSON, S.M. & BEHARS, O.H. - The curatice treatment of carcinoma of the sigmoid, rectosigmoid and rectum. Ann. Surg., 183:556-565, 1976.

ZAVALETA, D.E.; HEINDEREICH, A. & SIDERAKIS, L.: - Tratamiento quirúrgico del megacolon adquirido. Prensa. Med.Arg. , 54:21-23, 1967.

A N E X O 1

FIGURAS REFERENTES AO CAPÍTULO 2

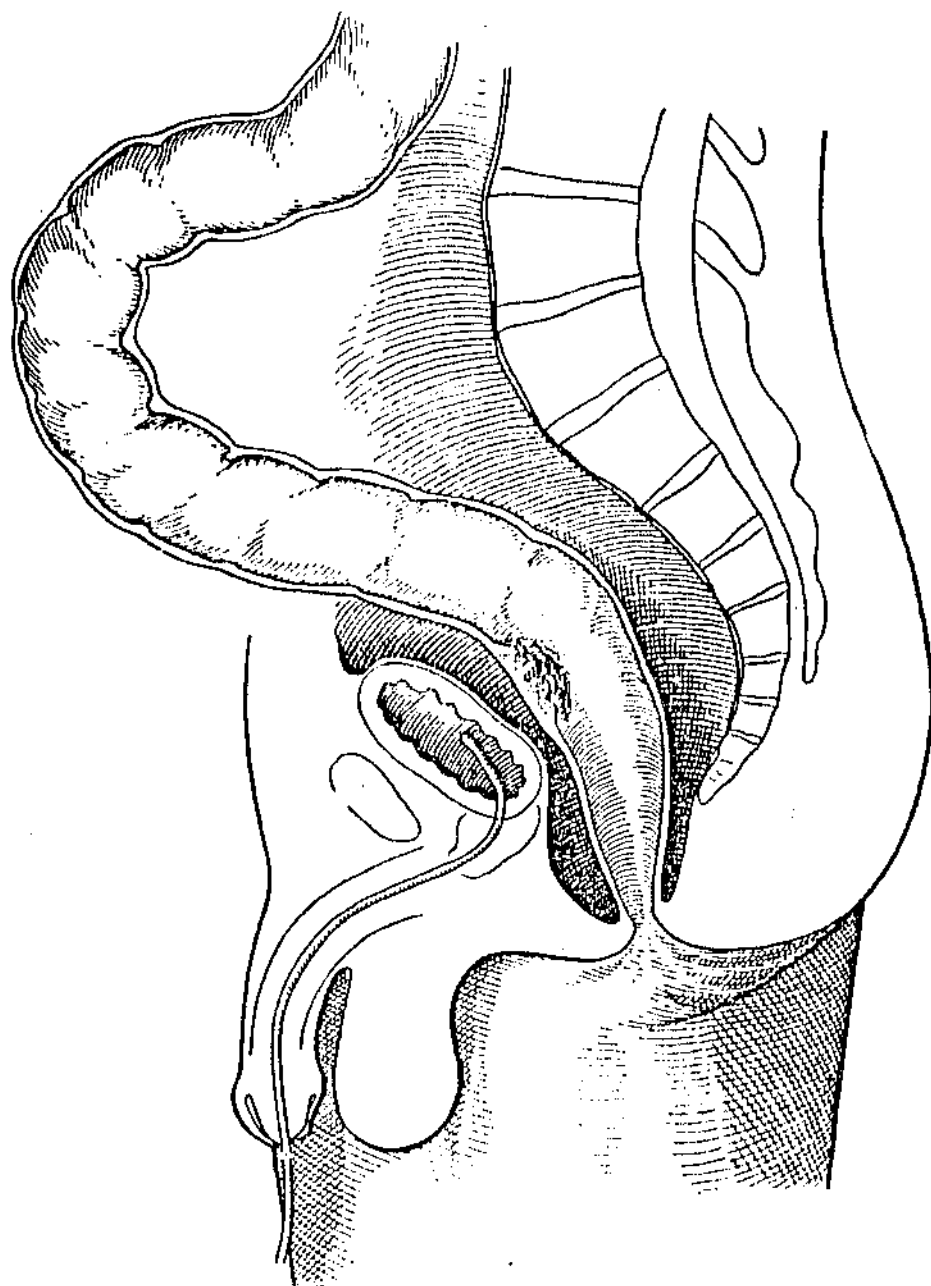


FIGURA 2.1. - Dissecção e mobilização colo e do reto até o plano dos elevadores (reproduzido de CUTAIT e col., 1969).

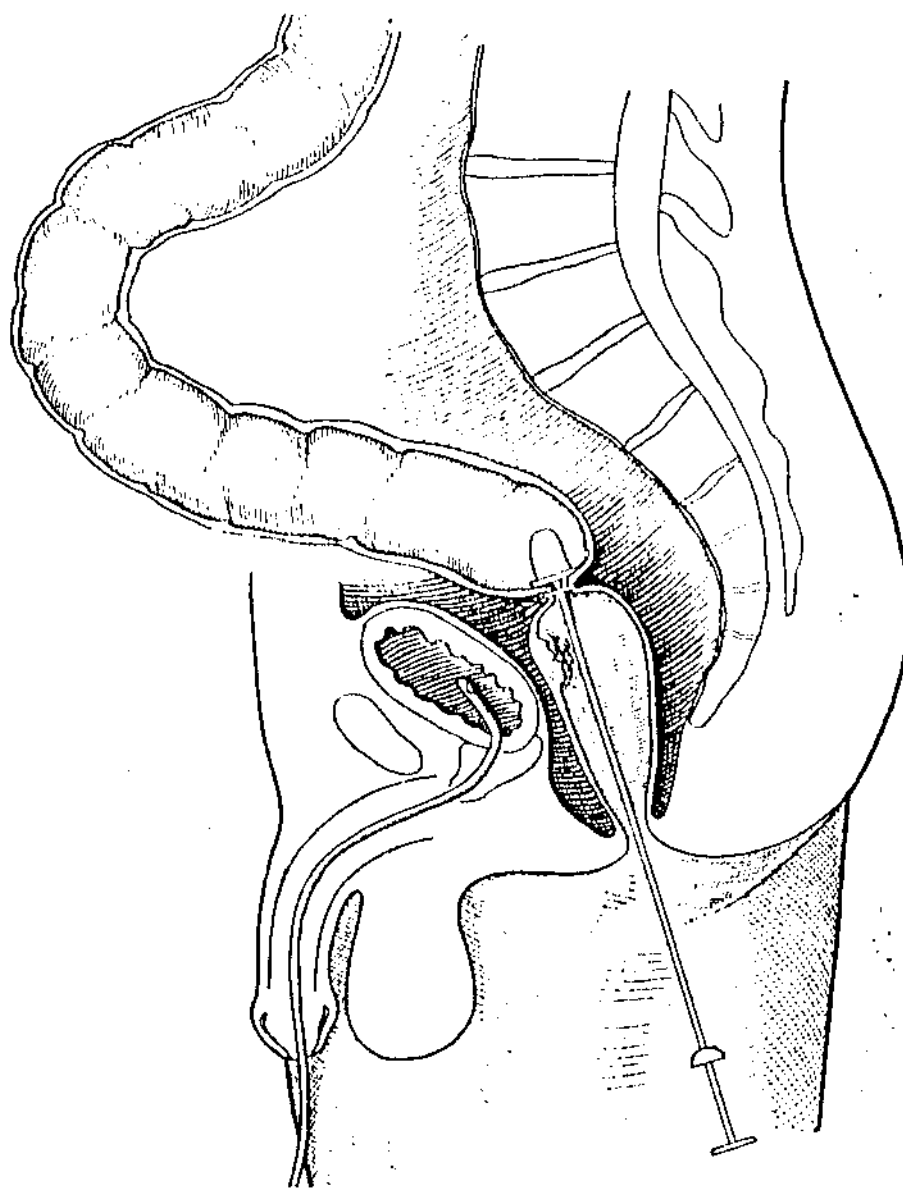


FIGURA 2.2. - Mandril de retossigmoidoscópio introduzido até acima da neoplasia e fixação do mesmo à parede retal por ligadura oclusiva (reproduzido de CUTAIT e col., 1969).

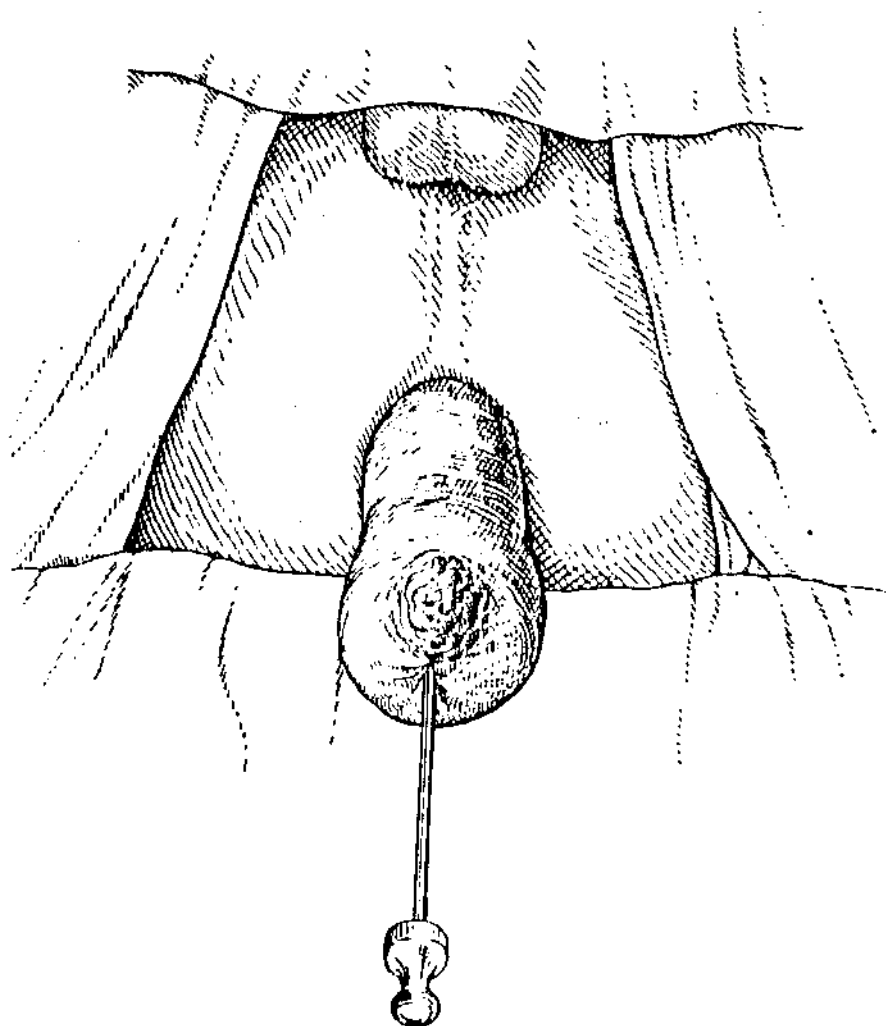


FIGURA 2.3. - Eversão do reto e exteriorização do tumor pela tração do mandril (reproduzido de CUTAIT e col., 1969).

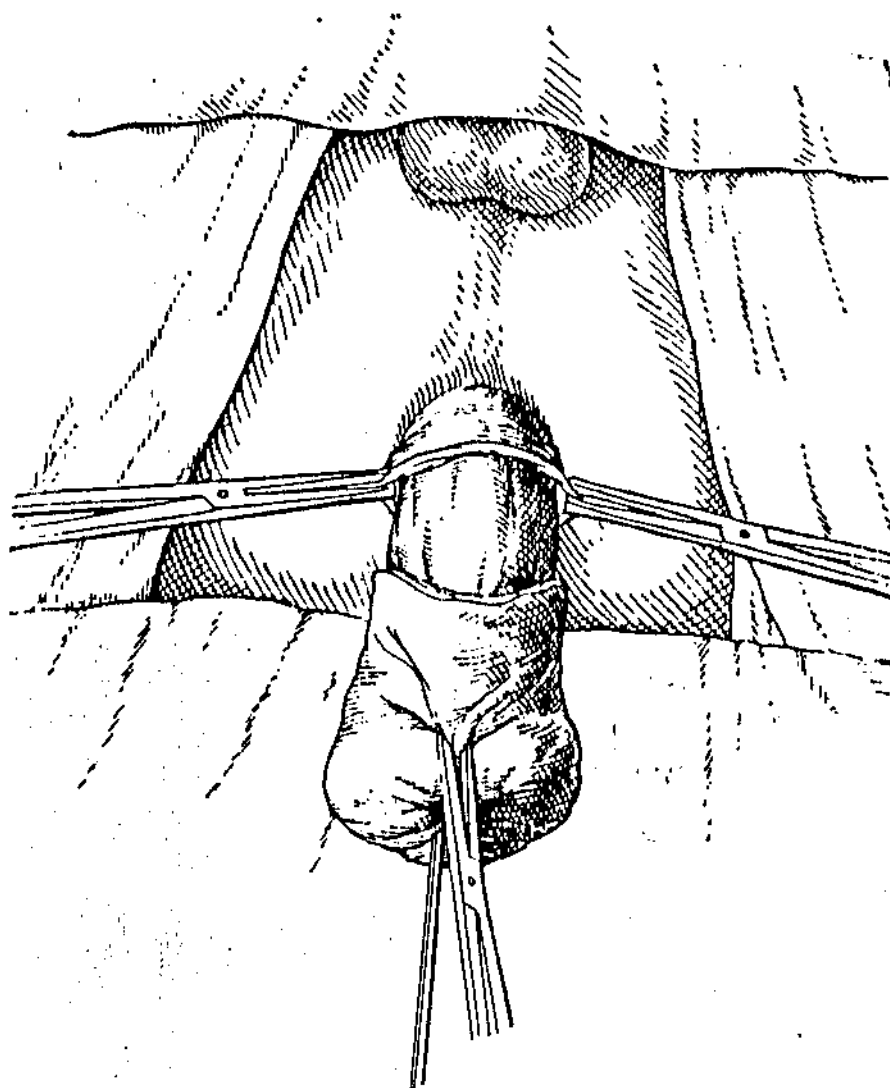


FIGURA 2.4. - Parede do reto evertido seccionada, aparecendo a su perfície serosa do colo abaixado (reproduzido de CUTAIT e col., 1969).

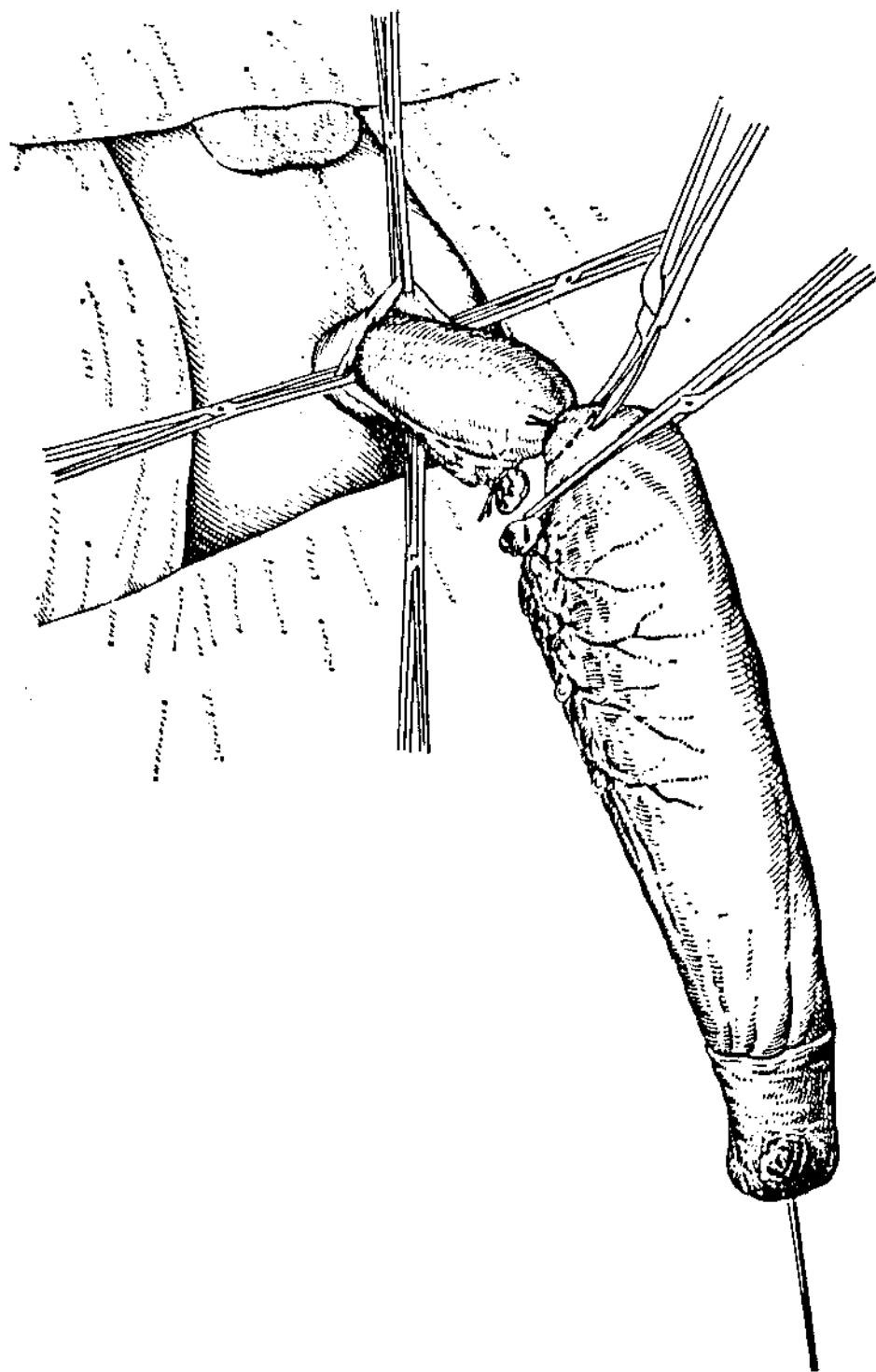


FIGURA 2.5. - Abaixamento do colo através do coto ano-retocólico evertido. Secção do colo (reproduzido de CUTAIT e col., 1969).

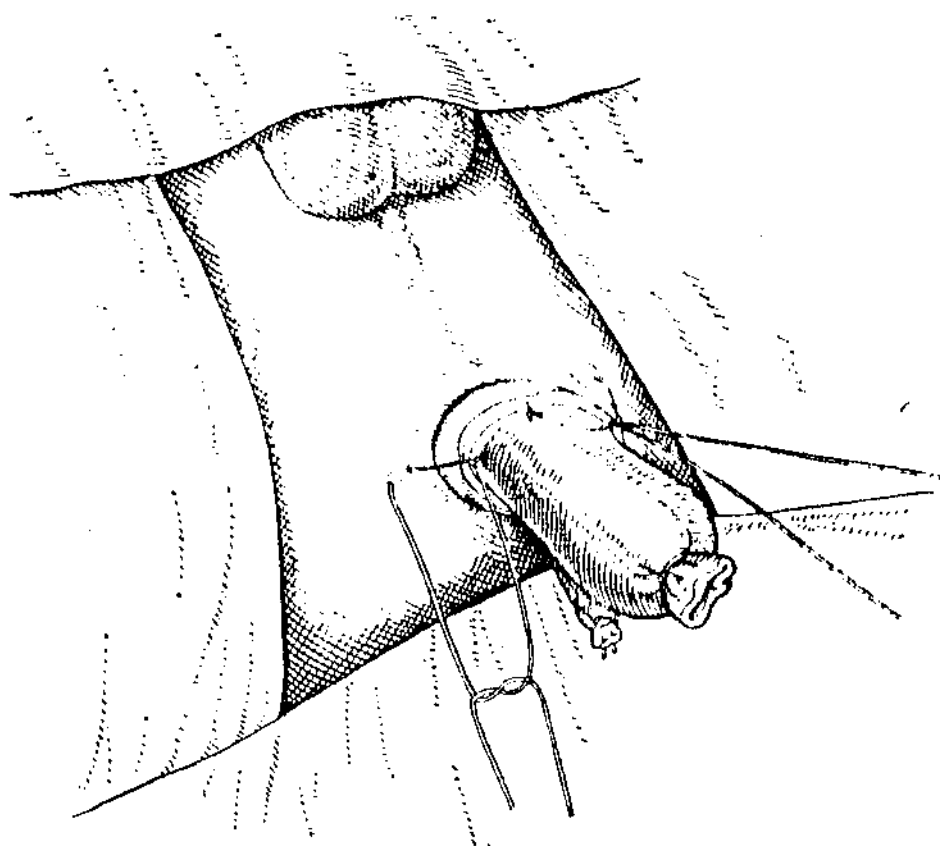


FIGURA 2.6. - Fixação do colo abaixado ao reto evertido com quatro pontos cardeais. Fixação dos pontos laterais à pele perineal (reproduzido de CUTAIT e col., 1969).

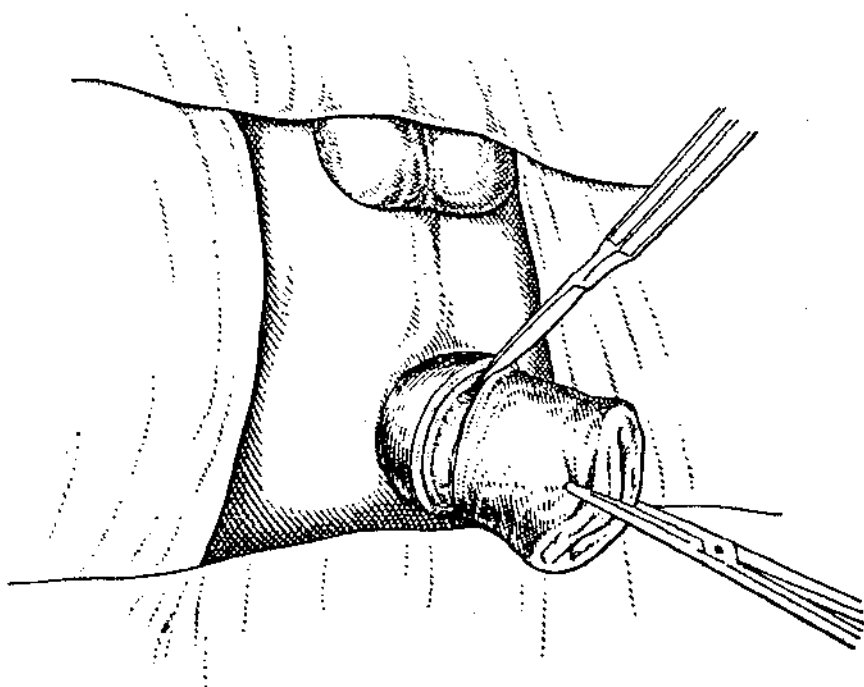


FIGURA 2.7. - Secção da parede colônica ao nível da borda retal, até o plano da mucosa. Esta é dissecada distalmente em meio centímetro (reproduzido de CUTAIT e col., 1969).

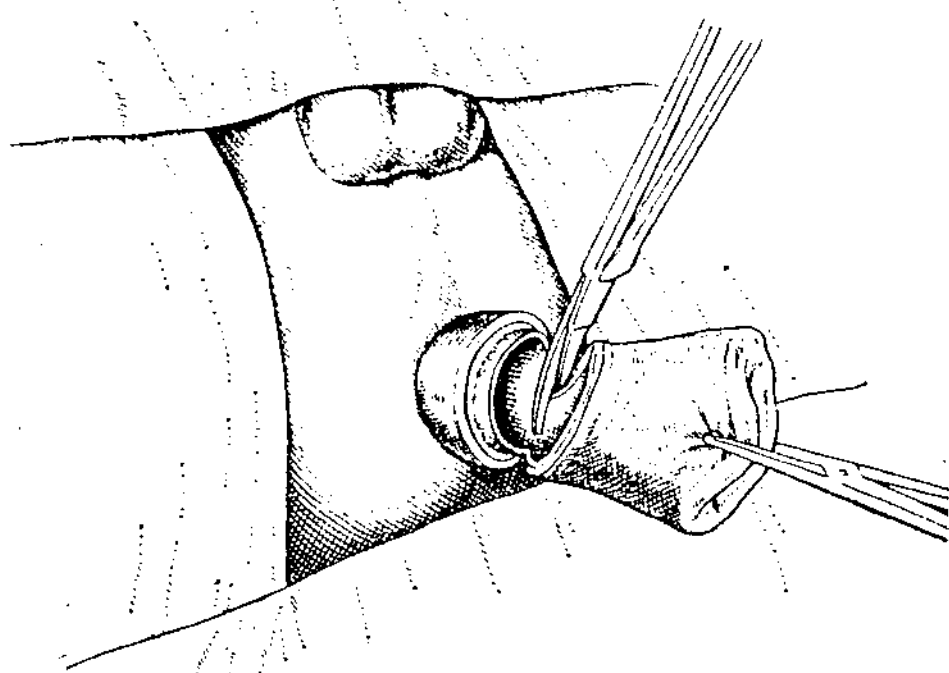


FIGURA 2.8. - Secção da mucosa na extremidade distal da disseção (reproduzida de CUTAIT e col., 1969).

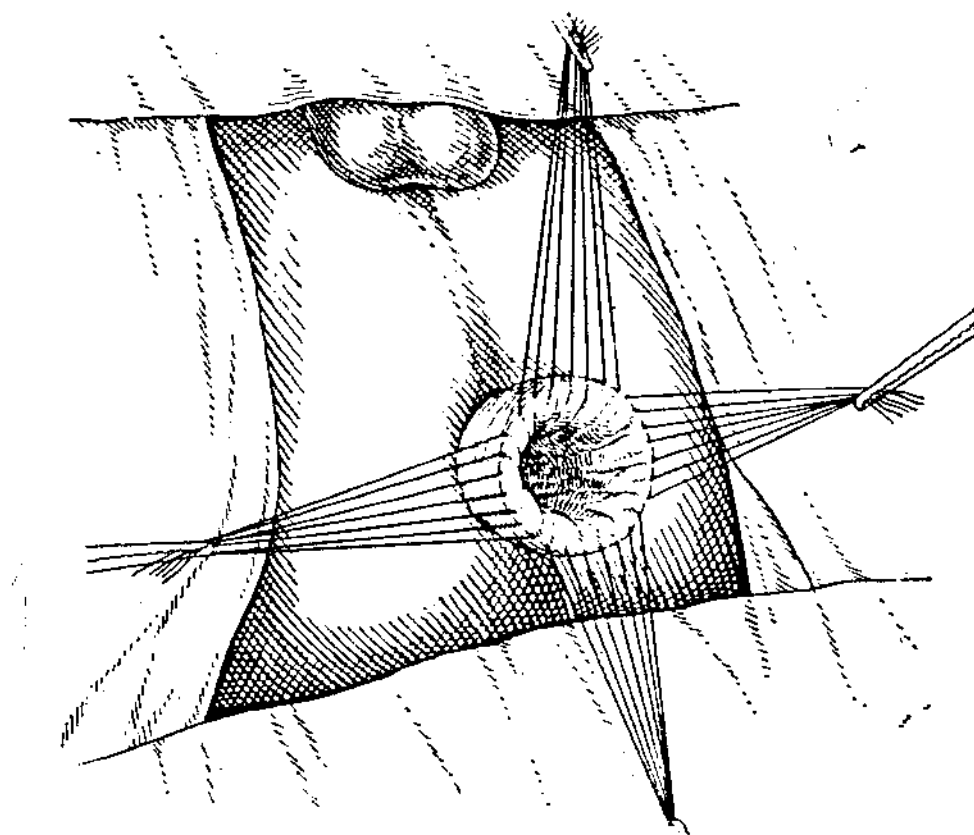


FIGURA 2.9. - Sutura de aproximação entre as mucosas colônica e retal (reproduzida de CUTAIT e col., 1969).

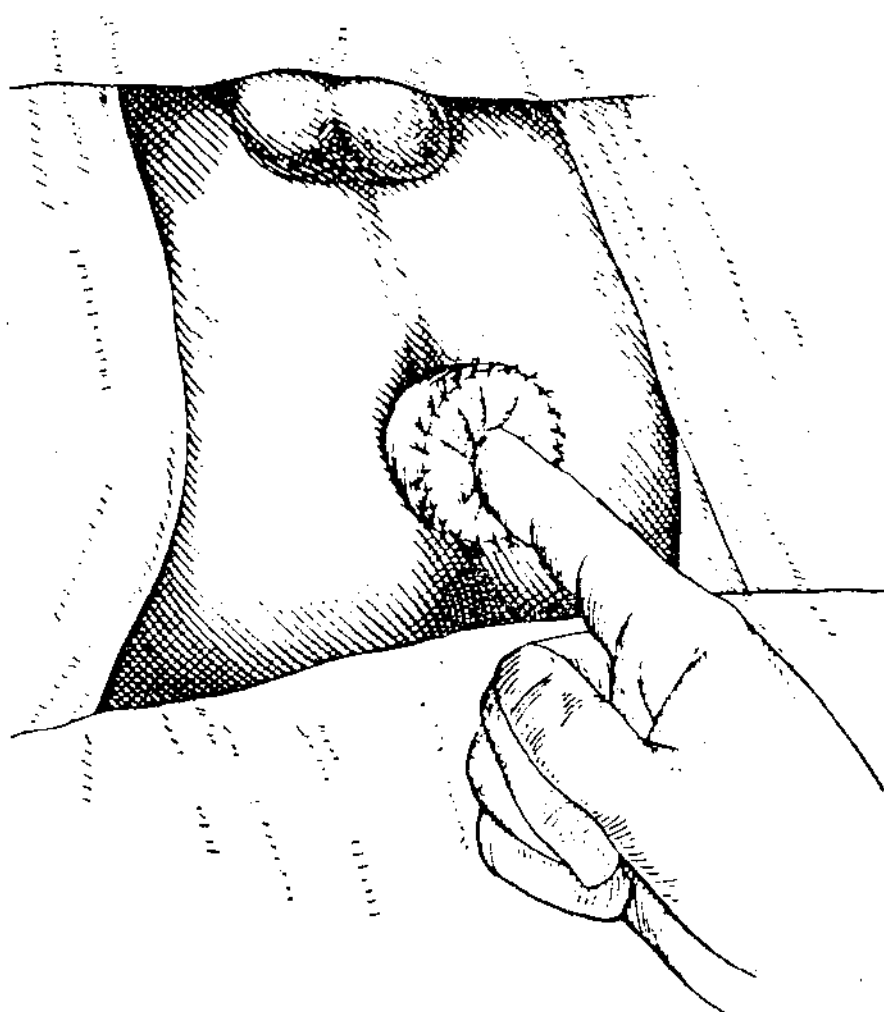


FIGURA 2.10. - Redução da anastomose (reprodução de CUTAIT e col., 1969).

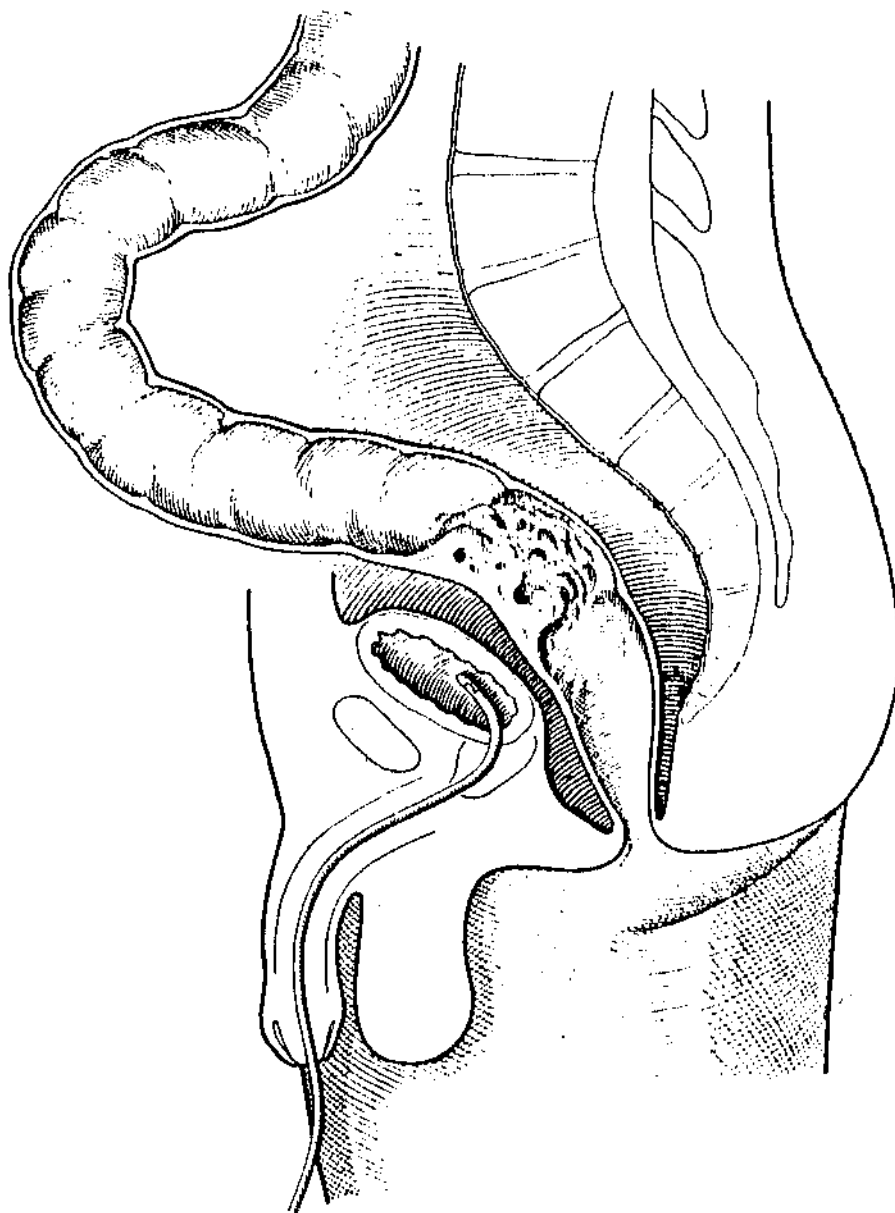


FIGURA 2.11. - Tumor volumoso. Impossibilidade de eversão da parede retal (reproduzido de CUTAIT e col., 1969)

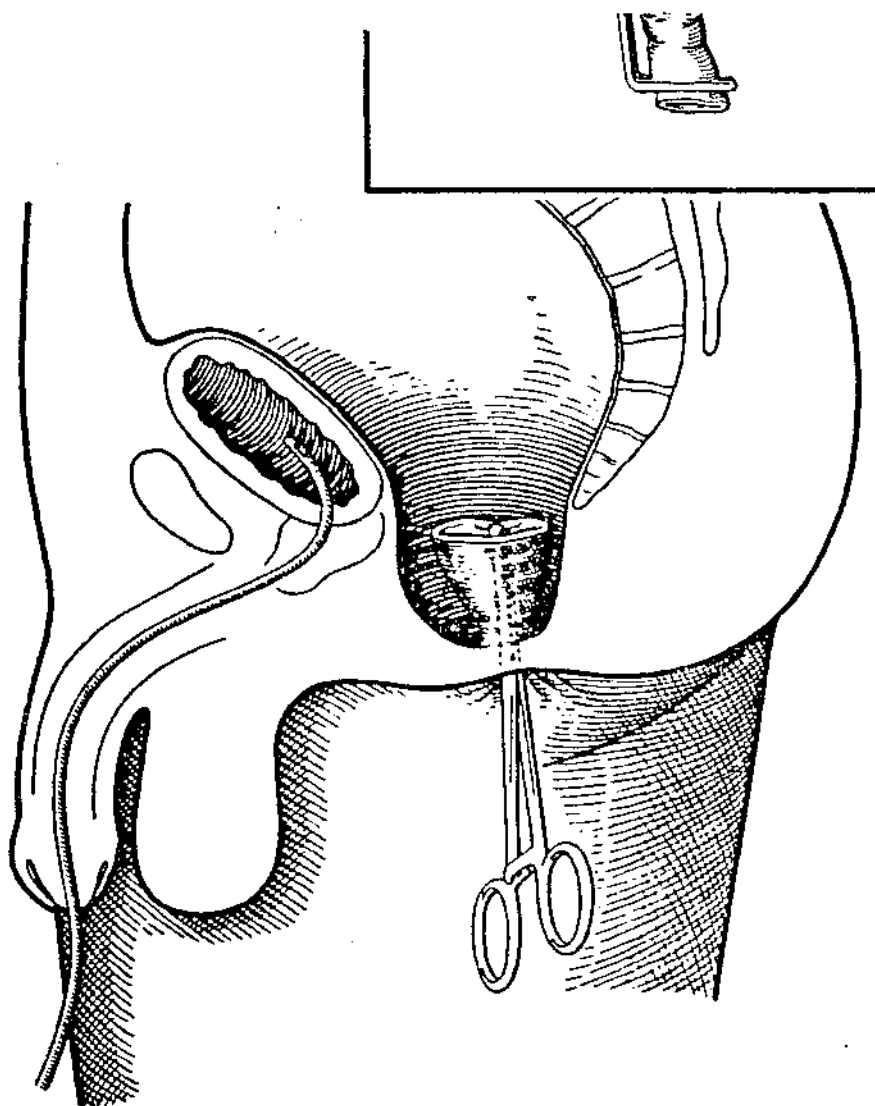


FIGURA 2.12. - Tumor volumoso. Ressecção anterior da peça operatória e apreensão da borda retal para eversão do coto (reproduzido de CUTAIT e col., 1969).

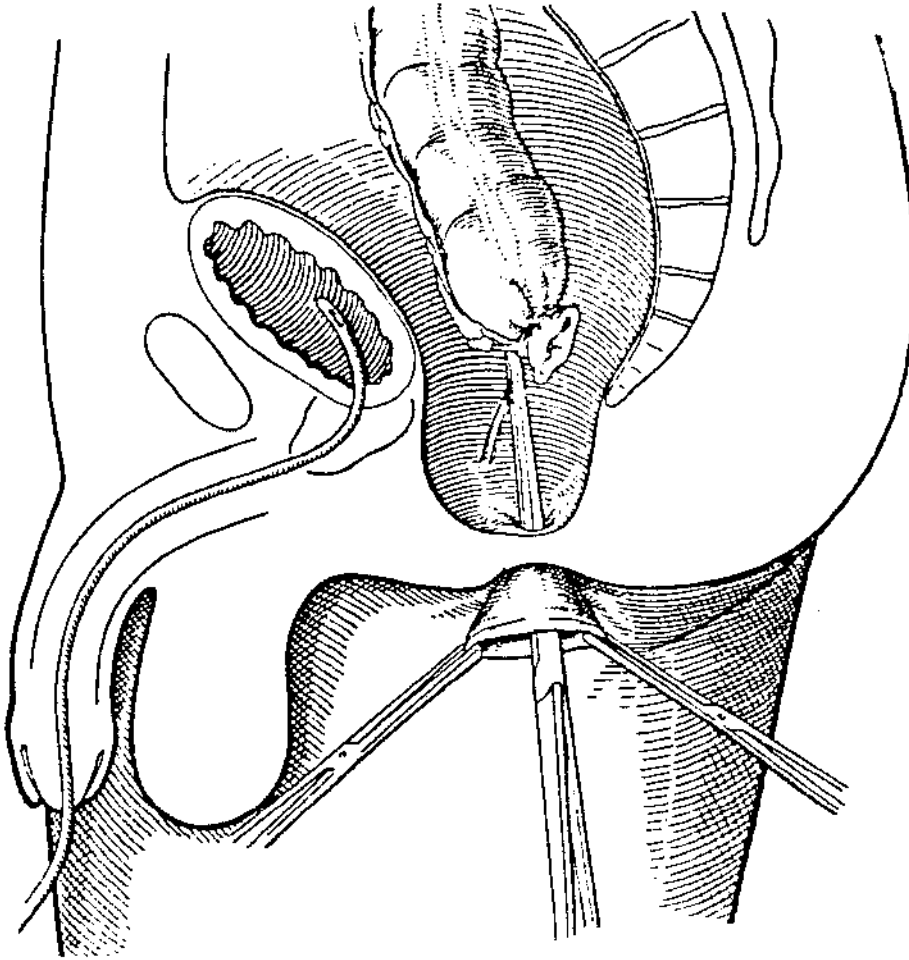


FIGURA 2.13. - Após eversão do reto o colo é tracionado para abaixamento (reproduzido de CUTAIT e col., 1969).

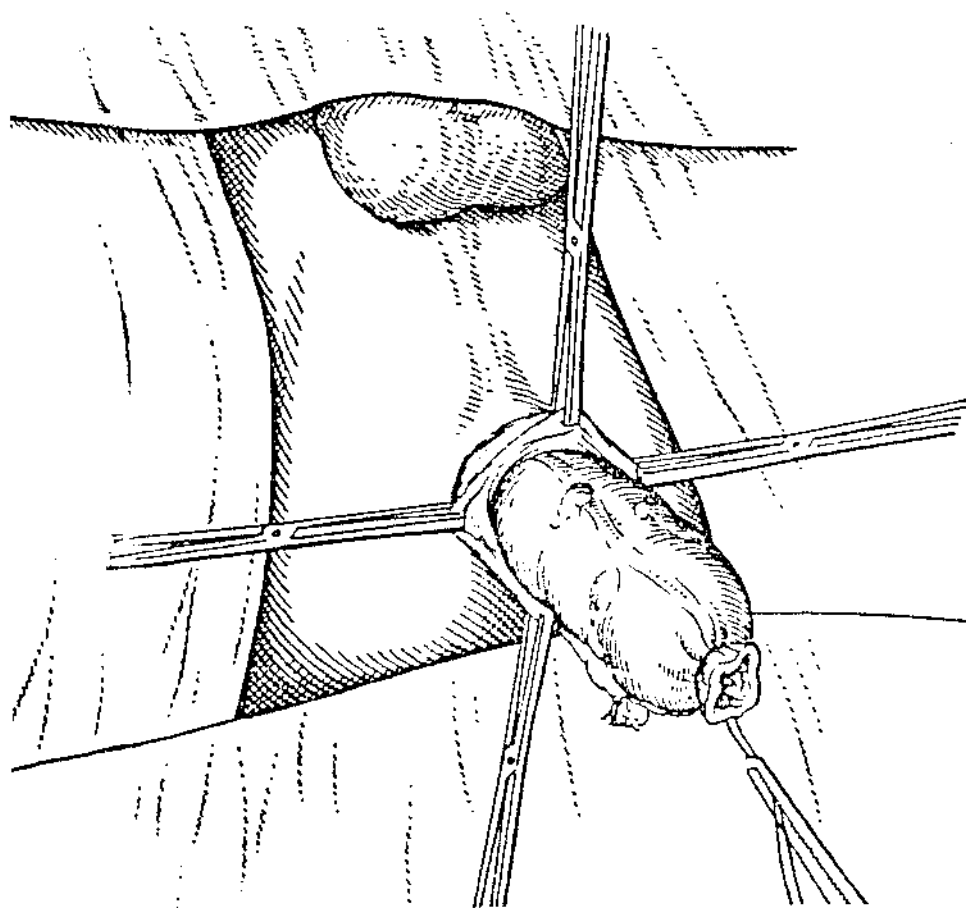


FIGURA 2.14. - Colo abaixado e em posição (reproduzido de CUTAIT e col., 1969).

ANEXO 2

TABELAS REFERENTES AO CAPÍTULO 2
- CASUÍSTICA E MÉTODO -

T A B E L A 2.1.

NÚMERO DE CASOS CONFORME A FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA EM ANOS	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
21 - 30	1	2,22
31 - 40	4	8,89
41 - 50	15	33,34
51 - 60	22	48,88
61 - 70	3	6,67
T O T A L	45	100.00

T A B E L A 2.2.

NÚMERO DE CASOS CONFORME O SEXO

SEXO	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
MASCULINO	20	44,44
FEMININO	25	55,56
T O T A L	45	100.00

TABELA 2.3.

NÚMERO DE CASOS CONFORME O GRUPO ÉTNICO

GRUPO ÉTNICO	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
BRANCO	27	60,00
NEGRO	7	15,56
MESTIÇO	11	24,44
T O T A L	45	100.00

T A B E L A 2.4.

NÚMERO DE CASOS CONFORME PATOLOGIAS ASSOCIADAS

PATOLOGIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	3	6,67
CARDIOPATIA ISQUÊMICA	2	4,44
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA + CARDIOPATIA ISQUÊMICA	1	2,22
DIABETE	2	4,44
HIPERTENSÃO ARTERIAL	4	8,89
T O T A L	12	26,66

T A B E L A 2.5.

NÚMERO DE CASOS CONFORME A DISTÂNCIA ENTRE O LIMITE INFERIOR DO TUMOR E A BORDA ANAL, MEDIDA À RETOSSIGMOIDOSCOPIA

DISTÂNCIA (CM)	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
7	2	4,44
8	8	17,78
9	9	20,00
10	15	33,34
11	2	4,44
12	9	20,00
T O T A L	45	100.00

T A B E L A 2.6.

NÚMERO DE CASOS CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

DUKES	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
A	8	17,77
B	27	60,00
C ₁	10	22,23
T O T A L	45	100.00

TABELA 2.7.

NÚMERO DE CASOS CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA

RADIOTERAPIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SIM	26	57,78
NÃO	19	42,22
T O T A L	45	100,00

A N E X O 3

TABELAS REFERENTES AO CAPÍTULO 3

- R E S U L T A D O S -

T A B E L A 3.1.

NÚMERO DE CASOS CONFORME COMPLICAÇÕES GERAIS

TIPO DE COMPLICAÇÃO	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
INFECCÃO RESPIRATÓRIA	3	6,67
INFECCÃO RESPIRATÓRIA + INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	1	2,22
BRONCOPNEUMONIA	1	2,22
INFECCÃO URINÁRIA	5	11,11
INSUFICIÊNCIA RENAL	1	2,22
T O T A L	11	24,44

T A B E L A 3.2.

NÚMERO DE CASOS CONFORME COMPLICAÇÕES LOCAIS PRECOSES

TIPO DE COMPLICAÇÃO	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SUPURAÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA	3	6,67
NECROSE DA ALÇA ABAIXADA	1	2,22
NECROSE PARCIAL DO COTO ANO-RETAL	1	2,22
T O T A L	5	11,11

T A B E L A 3.3.

NÚMERO DE CASOS CONFORME COMPLICAÇÕES LOCAIS TARDIAS

TIPO DE COMPLICAÇÃO	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
ESTENOSE CICATRICIAL	6	13,34
T O T A L	6	13,34

TABELA 3.4.

NÚMERO DE CASOS CONFORME TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO

Nº DE DIAS	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
14	2	4,44
15	3	6,67
16	7	15,56
17	5	11,11
18	9	20,00
19	6	13,34
20	4	8,89
21	2	4,44
23	3	6,67
25	2	4,44
26	1	2,22
32	1	2,22
T O T A L	45	100,00

T A B E L A 3.5.

NÚMERO DE CASOS CONFORME RECIDIVA NEOPLÁSICA

TEMPO DE RECIDIVA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
PÉLVICA	3	6,67
GENERALIZADA	8	17,17
T O T A L	11	24,44

T A B E L A 3.6.

NÚMERO DE CASOS CONFORME RECIDIVA NEOPLÁSICA, LOCAL DE APARECIMENTO, GRUPO DE DUKES E SOBREVIVÊNCIA

TIPO DE RECIDIVA	Nº DO CASO	DUKES	MESES DE SOBREVIVÊNCIA	PORCENTAGEM
PÉLVICA	1	B	66	
	4	C ₁	11	
	15	B	50	
T O T A L	3	-	-	6,67
GENERALIZADA	7	C ₁	38	
	10	C ₁	12	
	11	B	39	
	24	C ₁	24	
	25	B	37	
	26	B	68	
	34	C ₁	37	
	37	C ₁	55	
T O T A L	8	-	-	17,77

T A B E L A 3.7.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE TRÊS ANOS CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DE DUKES, NÚMERO DE VIVOS, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 36 MESES DE OBSERVAÇÃO

DUKES	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM
A	7	100,00	6	85,71	0	0	1	14,29
B	22	100,00	17	77,27	0	0	5	22,73
C ₁	10	100,00	4	40,00	3	30,00	3	30,00
T O T A L	39	100,00	27	69,24	3	7,69	9	23,07

T A B E L A 3.8.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE CINCO ANOS CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DE DUKES, NÚMERO DE VIVOS, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 60 MESES DE OBSERVAÇÃO

DUKES	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
A	6	100,00	4	66,67	0	0	2	33,33
B	22	100,00	10	45,45	3	13,63	9	40,92
C ₁	7	100,00	0	0	5	71,42	2	28,58
TOTAL	35	100,00	14	40,00	8	22,86	13	37,14

T A B E L A 3.9.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE 10 ANOS CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DE DUKES, NÚMERO DE VIVOS, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 120 MESES DE OBSERVAÇÃO

DUKES	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
A	2	100,00	2	100,00	0	0	0	0
B	5	100,00	3	60,00	1	20,00	1	20,00
C ₁	3	100,00	0	0	3	100,00	0	0
T O T A L	10	100,00	5	50,00	4	40,00	1	10,00

T A B E L A 3.10.

NÚMERO DE CASOS CONFORME SOBREVIDA DE TRES, CINCO E 10 ANOS, NÚMERO DE ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS

TEMPO DE SE- GUIMENTO (ANOS)	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM
3	39	100,00	27	69,24	3	7,69	9	23,07
5	35	100,00	14	40,00	8	22,86	13	37,14
10	10	100,00	5	50,00	4	40,00	1	10,00

T A B E L A 3.11.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE TRÊS ANOS CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 36 MESES DE OBSERVAÇÃO

			VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
RADIOTERAPIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SIM	21	100,00	15	71,42	0	0	6	28,58
NÃO	18	100,00	12	66,66	3	16,67	3	16,67
TOTAL	39	100,00	27	69,24	3	7,69	9	23,07

T A B E L A 3.12.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE 5 ANOS CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 60 MESES DE OBSERVAÇÃO

RADIOTERA- PIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM
SIM	18	100,00	8	44,45	3	16,67	7	38,88
NÃO	17	100,00	6	35,29	5	29,42	6	35,29
TOTAL	35	100,00	14	40,00	8	22,86	13	37,14

T A B E L A 3.13.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE 10 ANOS CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 120 MESES DE OBSERVAÇÃO

RADIOTERA- PIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM
SIM	4	100,00	2	50,00	1	25,00	1	25,00
NÃO	6	100,00	3	50,00	3	50,00	0	0
T O T A L	10	100,00	5	50,00	4	40,00	1	100,00

T A B E L A 3.14.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE TRES ANOS CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 36 MESES E PERTENCENTES AO GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES.

RADIOTERAPIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SIM	5	100,00	4	80,00	0	0	1	20,00
NÃO	2	100,00	2	100,00	0	0	0	0
TOTAL	7	100,00	6	85,71	0	0	1	14,29

TABELA 3.15

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE TRÊS ANOS CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 36 MESES E PERTENCENTES AO GRUPO B DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

RADIOTERAPIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SIM	11	100,00	8	72,72	0	0	3	27,28
NÃO	11	100,00	9	81,81	0	0	2	18,19
TOTAL	22	100,00	17	77,27	0	0	5	22,73

T A B E L A 3.16.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE TRÊS ANOS PERTENCENTES AO GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES, CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 36 MESES.

RADIOTERA- PIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM
SIM	5	100,00	3	60,00	0	0	2	40,00
NÃO	5	100,00	1	20,00	3	60,00	1	20,00
T O T A L	10	100,00	4	40,00	3	30,00	3	30,00

T A B E L A 3.17.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE CINCO ANOS PERTENCENTES AO GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES, CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 60 MESES.

RADIOTERA- PIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM
SIM	4	100,00	3	75,00	0	0	1	25,00
NÃO	2	100,00	1	50,00	0	0	1	50,00
T O T A L	6	100,00	4	66,67	0	0	2	33,33

T A B E L A 3.18.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE CINCO ANOS, PERTENCENTES AO GRUPO B DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES, CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 60 MESES.

RADIOTERA- PIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM
SIM	11	100,00	5	45,45	1	9,10	5	45,45
NÃO	11	100,00	5	45,45	2	18,19	4	36,36
T O T A L	22	100,00	10	45,45	3	13,64	9	40,91

T A B E L A 3.19.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE CINCO ANOS PERTENCENTES AO GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES, CONFORME SOBREVIDA, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 60 MESES.

RADIOTERAPIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SIM	3	100,00	0	0	2	66,67	1	33,33
NÃO	4	100,00	0	0	3	75,00	1	25,00
TOTAL	7	100,00	0	0	5	71,43	2	28,57

T A B E L A 3.20.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE 10 ANOS PERTENCENTES AO GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES, CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 120 MESES.

RADIOTERA- PIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM
SIM	2	100,00	2	100,00	0	0	0	0
NÃO	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2	100,00	0	0	0	0	0	0

T A B E L A 3.21.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE 10 ANOS PERTENCENTES AO GRUPO B DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES, CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIVÊNCIA, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 120 MESES.

RADIOTERAPIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SIM	1	100,00	0	0	0	0	1	100,00
NÃO	4	100,00	3	75,00	1	25,00	0	0
TOTAL	5	100,00	3	60,00	1	20,00	1	20,00

T A B E L A 3.22.

NÚMERO DE CASOS OPERADOS HÁ MAIS DE 10 ANOS PERTENCENTES AO GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES, CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA, ÓBITOS E SEGUIMENTOS INCOMPLETOS AOS 120 MESES.

RADIOTERAPIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS		SEGUIMENTOS INCOMPLETOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SIM	1	100,00	0	0	1	100,00	0	0
NÃO	2	100,00	0	0	2	100,00	0	0
TOTAL	3	100,00	0	0	3	100,00	0	0

A N E X O 4

QUADROS E TABELAS REFERENTES AO CAPÍTULO 4

- D I S C U S S Ã O -

QUADRO 4.1. - ÍNDICE DE RECIDIVAS PÉLVICAS RELACIONADAS À TÉCNICAS CIRÚRGICAS DE CONSERVAÇÃO DOS ESFÍNCTERES

A U T O R	A N O	TÉCNICA DE RECONSTRUÇÃO	PERÍODO DE SEGUIMENTO (ANOS)	Nº DE CASOS	Nº DE RECIDIVAS	PORCENTAGEM DE RECIDIVAS
KEIGHLEY & MATHESON	1980	ABDOMINO-ANAL	1 - 3	7	3	42,8
HURST E COL.	1982	GRAMPEAMENTO	0,5 - 2	34	11	32,3
PARKS & PERCY	1982	ABDOMINO-ANAL	1 - 5	73	6	8,2
ANDERSBERG E COL.	1983	GRAMPEAMENTO	NÃO REFERIDO	39	9	23,0
BERARD E COL.	1983	GRAMPEAMENTO	NÃO REFERIDO	49	14	28,5
LOCALIO E COL.	1983	ABDOMINO-SACRAL	MAIS DE CINCO	89	13	14,6
LUKE E COL.	1983	GRAMPEAMENTO	2,5 - 5	44	10	22,7
GOLIGHER	1984	ABDOMINO-SACRAL	2 - 5	18	2	11,1
LASSON E COL.	1984	GRAMPEAMENTO	0,5 - 3	48	8	16,6
MARI E COL.	1984	GRAMPEAMENTO	0,5	33	1	3,0
PAHLMAN & GRIMELIUS	1984	MANUAL	4 - 8	79	34	43,0
REID E COL.	1984	GRAMPEAMENTO	2 - 6	29	8	27,5
WILLIAMS & JOHNSTON	1984	MANUAL	10 - 14	71	8	11,2
BOKEY E COL.	1985	GRAMPEAMENTO	3 - 4	44	2	4,5
BUCKSPAN & SAWYERS	1985	GRAMPEAMENTO	1 - 5	8	0	0
HEALD	1985	GRAMPEAMENTO	1,5 - 6,5	110	2	1,8
HOJO	1985	DIVERSAS	2 - 21	273	30	10,9
KENNEDY E COL.	1985	GRAMPEAMENTO	2 - 6	63	23	36,5
LEFF E COL.	1985	GRAMPEAMENTO	3	70	8	11,4
LOMBARDI E COL.	1985	GRAMPEAMENTO	1,5 - 2	27	0	0
OATES	1985	GRAMPEAMENTO	0,5 - 4	60	4	6,6
OHMAN & SVÉNSBERG	1985	GRAMPEAMENTO	0,5 - 3,5	21	2	9,5

QUADRO 4.2. - PUBLICAÇÕES DO EMPREGO DA TÉCNICA DE CUTAIT-TURNBULL

AUTOR	ANO	PROCEDÊNCIA	PATOLÓGIA	Nº DE CASOS	TOTAL DE CASOS
CUTAIT & FIGLIOLINI	1961	SÃO PAULO	MEGACOLO CHAGÁSICO	40	45
			CA DO RETO ALTO	05	
CUTAIT & FIGLIOLINI	1961	SÃO PAULO	CA DO RETO ALTO	06	06
TURNBULL JR. & CUTHBERTSON	1961	CLEVELAND	CA DO RETO MÉDIO	23	37
			HIRSCHPRUNG	07	
			ÂNUS IMPERFURADO	03	
			ADENOMA VILOSO	02	
			RETICOLITE ULCERATIVA	01	
			FÍSTULA ACTÍNICA	01	
HUGHES E COL.	1962	MELBOURNE	CA DO RETO MÉDIO	29	30
			CA DO RETO ALTO	01	
CUTAIT E COL.	1965	SÃO PAULO	MEGACOLO CHAGÁSICO	150	150
GOLIGHER E COL.	1965	LEEDS	CA DO RETO MÉDIO	32	40
			ADENOMA VILOSO	05	
			FÍSTULA RETO PROSTÁTICA	01	
			FÍSTULA RETO VAGINAL	01	
			HIRSCHPRUNG	01	
CUTAIT	1970	SÃO PAULO	MEGACOLO CHAGÁSICO		232
			CA DO RETO		
KENNEDY E COL.	1970	MELBOURNE	CA DO RETO MÉDIO	146	158
			CA DO RETO ALTO	04	
			ADENOMA VILOSO	06	
			ADENOMA PAPILÍFERO	02	
BRENNER	1974	CURITIBA	MEGACOLO CHAGÁSICO	145	145
CUTAIT E COL.	1974	SÃO PAULO	MEGACOLO CHAGÁSICO		352
			HIRSCHPRUNG		
			CA RETOSSIGMOIDEO		
			ADENOMA VILOSO		
			RETICOLITE ULCERATIVA		
			ATRESIA RETAL		
CUTAIT	1975	SÃO PAULO	MEGACOLO CHAGÁSICO	307	343
			HIRSCHPRUNG	04	
			CA RETOSSIGMOIDEO	28	
			ADENOMA VILOSO	02	
			RETICOLITE ULCERATIVA	01	
			ATRESIA RETAL	01	
BRENNER E COL.	1978	CURITIBA	MEGACOLO CHAGÁSICO	220	220
CUTAIT E COL.	1978	SÃO PAULO	MEGACOLO CHAGÁSICO	362	409
			CA RETOSSIGMOIDEO	39	
			HIRSCHPRUNG	04	
			ADENOMA VILOSO	02	
			RETICOLITE ULCERATIVA	01	
			ATRESIA RETAL	01	
KIRWAN E COL.	1978	CLEVELAND	CA DO RETO MÉDIO	84	84
HUGHES E COL.	1980	MELBOURNE	CA DO RETO	403	403
MEDEIROS E COL.	1981	CAMPINAS	CA DO RETO MÉDIO	30	30
GOLIGHER	1984	LEEDS	CA DO RETO	50	50
CUTAIT E COL.	1985	SÃO PAULO	MEGACOLO		499
			CA DO RETO		
KALIL E COL.	1985	VITÓRIA	CA DO RETO	10	14
			MEGACOLO CHAGÁSICO	04	

T A B E L A 4.1.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR TRÊS ANOS, CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE DUKES, SOBREVIDA E ÓBITOS AOS 36 MESES DE SEGUIMENTO.

			VIVOS		ÓBITOS	
DUKES	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
A	6	100,00	6	100,00	0	0
B	17	100,00	17	100,00	0	0
C ₁	7	100,00	4	57,14	3	48,86
TOTAL	30	100,00	27	90,00	3	10,00

T A B E L A 4.2.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR CINCO ANOS, CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE DUKES, SOBREVIDA E ÓBITOS AOS 60 MESES DE SEGUIMENTO.

DUKES	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
A	4	100,00	4	100,00	0	0
B	13	100,00	10	76,92	3	23,08
C ₁	5	100,00	0	0	5	100,00
T O T A L	22	100,00	14	63,63	8	36,37

T A B E L A 4.3.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR 10 ANOS, CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE DUKES, SOBREVIDA E ÓBITOS AOS 120 MESES DE SEGUIMENTO.

DUKES	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	VIVOS		ÓBITOS	
			Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM
A	2	100,00	2	100,00	0	0
B	4	100,00	3	75,00	1	25,00
C ₁	3	100,00	0	0	3	100,00
T O T A L	9	100,00	5	55,56	4	44,44

T A B E L A 4.4.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR TRÊS, CINCO E 10 ANOS, CONFORME SOBREVIDA E ÓBITOS AOS 36, 60 E 120 MESES DE SEGUIMENTO.

TEMPO DE SEGUIMENTO (ANOS)	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
3	30	100,00	27	90,00	3	10,00
5	22	100,00	14	63,63	8	36,37
10	9	100,00	5	55,56	4	44,44

T A B E L A 4.5.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR TRÊS ANOS, CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA E ÓBITOS AOS 36 MESES DE SEGUIMENTO.

RADIOTERAPIA PREVIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SIM	15	100,00	15	100,00	0	0
NÃO	15	100,00	12	80,00	3	20,00
TOTAL	30	100,00	27	90,00	3	10,00

T A B E L A 4.6.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR CINCO ANOS, CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA E ÓBITOS AOS 60 MESES DE SEGUIMENTO.

RADIOTERAPIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SIM	11	100,00	8	72,73	3	27,27
NÃO	11	100,00	6	54,55	5	45,45
TOTAL	22	100,00	14	63,64	8	36,36

T A B E L A 4.7.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR 10 ANOS, CONFORME RADIOTERA-
PIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA E ÓBITOS AOS 120 MESES DE SEGUIMENTO.

			VIVOS		ÓBITOS	
RADIOTERA- PIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM
SIM	3	100,00	2	66,67	1	33,33
NÃO	6	100,00	3	50,00	3	50,00
T O T A L	9	100,00	5	55,56	4	44,44

TABELA 4.8.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR TRÊS ANOS, CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA E ÓBITOS AOS 60 MESES DE SEGUIMENTO E PERTENCENTES AO GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES

RADIOTERAPIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SIM	4	100,00	4	100,00	0	0
NÃO	2	100,00	2	100,00	0	0
TOTAL	6	100,00	6	100,00	0	0

T A B E L A 4.9.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR TRES ANOS, CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA E ÓBITOS AOS 36 MESES DE SEGUIMENTO E PERTENCENTES AO GRUPO B DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES.

RADIOTERAPIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SIM	8	100,00	8	100,00	0	0
NÃO	9	100,00	9	100,00	0	0
TOTAL	17	100,00	17	100,00	0	0

TABELA 4.10.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR TRÊS ANOS, CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIVÊNCIA E ÓBITOS AOS 36 MESES DE SEGUIMENTO E PERTENCENTES AO GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES.

RADIOTERAPIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SIM	3	100,00	3	100,00	0	0
NÃO	4	100,00	1	25,00	3	75,00
TOTAL	7	100,00	4	57,14	3	42,86

T A B E L A 4.11.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR CINCO ANOS, CONFORME RADIOTE-
RÁPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA E ÓBITOS AOS 60 MESES DE SEGUIMENTO E
PERTENCENTES AO GRUPO A DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES.

			VIVOS		ÓBITOS	
RADIOTERA- PIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CAAOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM
SIM	3	100,00	3	100,00	0	0
NÃO	1	100,00	1	100,00	0	0
TOTAL	4	100,00	4	100,00	0	0

T A B E L A 4.12.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR CINCO ANOS, CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIVÊNCIA E ÓBITOS AOS 60 MESES DE SEGUIMENTO E PERTENCENTES AO GRUPO B DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES.

RADIOTERAPIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	VIVOS		ÓBITOS	
			Nº DE CASOS	PORCENTAGEM	Nº DE CASOS	PORCENTAGEM
SIM	6	100,00	5	83,33	1	16,67
NÃO	7	100,00	5	71,43	2	28,57
TOTAL	13	100,00	10	76,92	3	23,08

T A B E L A 4.13.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR CINCO ANOS, CONFORME RADIOTE-
RAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA E ÓBITOS AOS 60 MESES DE SEGUIMENTO E
PERTENCENTES AO GRUPO C₁ DA CLASSIFICAÇÃO DE DUKES.

			VIVOS		ÓBITOS	
RADIOTERA- PIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM
SIM	2	100,00	0	0	2	100,00
NÃO	3	100,00	0	0	3	100,00
T O T A L	5	100,00	0	0	5	100,00

T A B E L A 4.14.

NÚMERO DE CASOS EFETIVAMENTE SEGUIDOS POR 10 ANOS, CONFORME RADIOTERAPIA PRÉVIA OU NÃO, SOBREVIDA E ÓBITOS AOS 120 MESES DE SEGUIMENTO.

			VIVOS		ÓBITOS	
RADIOTERA- PIA PRÉVIA	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM	Nº DE CASOS	PORCEN TAGEM
SIM	0	0	0	0	0	0
NÃO	4	100,00	3	75,00	1	25,00
T O T A L	4	100,00	3	75,00	1	25,00

Nº DA OBSER- VAÇÃO	IDADE (ANOS)	SEXO	GRUPO ETHNI- CO	PATOLO- GIA AS- SOCIA- DA	DATA DA CI- RUR- GIA	ALTU- RA DO TUMOR (CM)	RADIO- TERA- PIA PREVIA	DU- RES	COMPLI- CAÇÕES GERAIS	COMPLI- CAÇÕES LOCAIS	INTER- NAÇÃO (DIAS)	RECIDI- VA PÉL- VICA	DATA DO OBITO	CAUSA DO OBITO	TEMPO DE SE- GUIMEN- TO (MESES)
1	65	M	NEGRO		2/71	7	NÃO	B	-	-	16	SIM	8/76	DOR E CAQUE- XIA	66
2	56	F	BRANCO		8/72	10	NÃO	B	-	-	17	NÃO	-	-	163
3	62	F	BRANCO	DPOC *	3/74	12	SIM	B	INFECÇÃO RESPIRA- TÓRIA	ESTENOSE CICATRI- CIAL	20	NÃO	-	-	97
4	43	M	NEGRO		5/74	10	NÃO	C ₁	-	-	18	SIM	4/75	DOR E CAQUE- XIA	11
5	52	M	MESTIÇO		8/74	11	SIM	A	-	-	17	NÃO	-	-	126
6	68	F	BRANCO	DPOC * CARDIO- PATIA ISQUE- MICA	2/75	10	NÃO	B	INFECÇÃO RESPIRA- TÓRIA + ICC **	-	23	NÃO	-	-	122
7	49	M	NEGRO	HIPER- TENSÃO ARTE- RIAL	8/75	9	SIM	C ₁	-	NECROSE DA ALÇA ABAXIA- DA	32	NÃO	10/78	CARCINO- MATOSE	38
8	56	F	BRANCO		10/75	10	SIM	A	-	-	19	NÃO	-	-	120
9	54	F	MESTIÇO	DPOC*	1/76	8	NÃO	B	BRONCO- PNEUMO- NIA	-	20	NÃO	-	-	121
10	37	F	BRANCO		4/76	8	NÃO	C ₁	-	SUPURA- ÇÃO DA FERIDA OPERATO- RIA	26	NÃO	4/77	CARCINO- MATOSE	12
11	39	F	NEGRO	-	8/76	8	SIM	B	-	-	21	NÃO	11/79	CARCINO- MATOSE	39
12	60	M	NEGRO	-	9/76	9	SIM	B	-	ESTENOSE CICATRI- CIAL	19	NÃO	-	-	97
13	45	F	BRANCO	HIPERTEN- SÃO AR- TERIAL	10/76	12	SIM	A	INFECÇÃO URINÁRIA	-	18	NÃO	-	-	98
14	58	F	MESTIÇO	-	11/77	10	SIM	B	-	-	20	NÃO	-	-	46
15	60	M	BRANCO	-	5/78	12	NÃO	B	-	-	18	SIM	7/82	DOR E CA- QUEXIA	50
16	48	F	MESTIÇO	-	6/78	12	NÃO	A	-	SUPURA- ÇÃO DA FERIDA OPERATO- RIA	23	NÃO	-	-	68
17	54	M	BRANCO	DPOC*	6/78	10	SIM	B	INFECÇÃO RESPIRA- TÓRIA	-	21	NÃO	-	-	81
18	50	M	NEGRO	-	7/78	9	NÃO	C ₁	-	-	16	NÃO	-	-	2
19	49	F	MESTIÇO	-	7/78	10	NÃO	B	-	-	16	NÃO	-	-	3
20	53	M	BRANCO	CARDIOPA- TIA IS- QUEMICA	2/79	9	SIM	B	-	-	14	NÃO	-	-	1
21	50	F	MESTIÇO	-	3/79	8	NÃO	A	-	-	14	NÃO	-	-	36
22	50	M	BRANCO	-	7/79	12	NÃO	B	INFECÇÃO URINÁRIA	ESTENOSE CICATRI- CIAL	16	NÃO	-	-	19
23	54	F	MESTIÇO	-	10/79	10	SIM	B	-	-	17	NÃO	-	-	75
24	56	M	BRANCO	HIPERTEN- SÃO ARTE- RIAL	10/79	12	NÃO	C ₁	-	-	19	NÃO	10/81	CARCINO- MATOSE	24
25	42	F	BRANCO	-	12/79	9	NÃO	B	-	-	17	NÃO	1/83	CARCINO- MATOSE	68
26	28	M	MESTIÇO	-	12/79	8	NÃO	B	-	-	15	NÃO	8/85	CARCINO- MATOSE	68
27	54	F	BRANCO	-	1/80	9	SIM	B	-	-	19	NÃO	-	-	5
28	60	M	BRANCO	-	3/80	10	NÃO	B	-	-	18	NÃO	-	-	57
29	48	M	MESTIÇO	-	3/80	9	SIM	C ₁	INSUFICI- ÊNCIA RENAL	-	25	NÃO	-	-	3
30	53	M	BRANCO	DIABETE	4/80	8	SIM	B	-	-	18	NÃO	-	-	37
31	50	M	MESTIÇO	-	8/80	8	SIM	A	INFEC- ÇÃO RES- PIRATO- RIA	-	18	NÃO	-	-	40
32	59	M	MESTIÇO	-	9/80	9	SIM	B	-	SUPURA- ÇÃO DA FERIDA OPERATO- RIA	23	NÃO	-	-	4
33	49	F	BRANCO	DIABETE	12/80	10	SIM	B	-	ESTENOSE CICATRI- CIAL	20	NÃO	-	-	60
34	42	M	NEGRO	-	1/81	10	SIM	C ₁	INFECÇÃO URINÁRIA	-	17	NÃO	2/84	CARCINO- MATOSE	37
35	52	F	BRANCO	-	3/81	12	NÃO	B	-	-	18	NÃO	-	-	48
36	54	F	BRANCO	-	7/81	12	SIM	C ₁	-	-	16	NÃO	-	-	2
37	56	F	BRANCO	-	8/81	7	NÃO	C ₁	-	ESTENOSE CICATRI- CIAL	15	NÃO	3/86	CARCINO- MATOSE	55
38	46	F	BRANCO	CARDIO- PATIA IS- QUEMICA	4/82	11	SIM	A	-	ESTENOSE CICATRI- CIAL	15	NÃO	-	-	18
39	55	M	BRANCO	-	5/82	10	SIM	C ₁	INFECÇÃO URINÁRIA	-	19	NÃO	-	-	36
40	47	F	BRANCO	-	6/83	10	SIM	B	-	-	16	NÃO	-	-	23
41	53	F	BRANCO	HIPERTEN- SÃO AR- TERIAL	8/83	10	SIM	B	-	-	19	NÃO	-	-	20
42	52	M	BRANCO	-	4/83	12	SIM	B	INFECÇÃO URINÁRIA	-	18	NÃO	-	-	9
43	55	F	BRANCO	-	5/84	9	NÃO	B	-	NECROSE PARCIAL COTO EVER- TIDU	25	NÃO	-	-	24
44	44	F	BRANCO	-	12/84	8	SIM	B	-	-	16	NÃO	-	-	12
46	49	F	BRANCO	-	3/85	9	SIM	A	-	-	18	NÃO	-	-	12

* DPOC - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA