

Orientação terapêutica para o Carcinoma do Cólon (ressecções curativas) 1977 a 1982

(1) Fernando C. Gentil
(2) Ademar Lopes
(2) Arthur O. S. e Sá

(2) Emmanuel W. L. Lima
(2) Salim Zequi Garcia
(2) Silvio de F. Cavalcanti

1 — Entrarão neste estudo somente os pacientes com diagnóstico confirmado de carcinoma do cólon, clinicamente operáveis e tumor considerado ressecável com intenção curativa.

2 — No pré-operatório além dos exames de rotina todos os pacientes fazem avaliação imunológica através de testes cutâneos e dosagem do antígeno carcinoembrionário.

3 — Todos os pacientes são tratados cirurgicamente pelas colectomias clássicas e padronizadas para câncer.

4 — Quimioterapia transcirúrgica:

4.1 — 5 Fluorouracil na luz intestinal na dose de 30 mg/kg/peso sendo metade a montante do tumor e o restante a jusante do tumor.

4.2 — Trietileno-Fosfamida: 10 a 20 mg diluídos em 100 ml de soro fisiológico para irrigação do campo operatório, embebição de compressas e gazes a serem usadas.

4.3 — Mostarda Nitrogenada: 5 mg diluídos em 20 ml de soro fisiológico injetados na cavidade peritoneal através de uma sonda de nelaton, no final do fechamento do peritônio.

5 — Nas mulheres acima de 45 anos de idade sempre fazer ooforectomia bilateral, e quando abaixo dessa idade fazer ooforectomia do lado do tumor e ressecção em cunha do ovário oposto. Caso o exame histo-patológico por congelação mostre comprometimento neoplásico deste ovário, complementa-se a ooforectomia.

6 — Pós-operatório imediato:

Logo que haja condições clínicas e hematológicas fazer 5 Fluorouracil na dose de 10 mg/kg/peso, duas vezes antes da alta do paciente.

7 — Seguimento (Follow-up)

7.1 — Poliquimioterapia: Será feita mensalmente, durante 4 meses, iniciando-se um mês após a última dose da Qt do pós-operatório imediato com o seguinte esquema:

5 Fluorouracil — 10 mg/kg/peso
Ciclofosfamida — 10 mg/kg/peso
Metotrexate — 05 mg/kg/peso
Vincristina — 1 mg como dose total

7.2 — Precedendo a cada série da Qt. fazer avaliação clínica e hematológica do paciente. A dosagem dos quimioterápicos deverá ser ajustada ou mesmo suspensa, levando-se em consideração o estado geral e condições hematológicas.

7.3 — Imunoterapia: É feita com o BCG oral na dose de 500 a 1500 mg por semana, variando de acordo com o perfil imunológico, por tempo indeterminado, devendo ser suspensa durante uma semana a partir do dia que se faz cada série de Qt.

7.4 — Indicações para o "second look"

A — Todas as vezes que o paciente apresente sintomatologia abdominal sugestiva de recorrência da doença, a qual não melhora após a observação de um mês, a laparotomia deve ser imediata.

B — Quando o exame anátomo-patológico da peça mostrar linfonodos comprometidos ou classificação tumoral tipo Dukes C, a laparotomia é feita 6 meses após a primeira cirurgia, independente de sintomas.

C — Níveis elevados do antígeno carcinoembrionário.

7.5 — Orientação frente ao achado no "second look"

A — Não sendo encontrada doença em atividade o paciente prossegue com BCG por tempo indeterminado e revisões ambulatoriais.

B — Encontrando-se recidiva as seguintes orientações devem ser seguidas.

B.1 — Caso se faça remoção total, nova laparotomia 6 meses após ("3rd look")

B.2 — Caso não se faça remoção ou esta seja incompleta, coloca-se clips metálicos delimitando os campos para futura Rxt e prossegue-se com o esquema de poliquimioterápico, por tempo necessário e BCG por tempo indeterminado.

OBS.: Os esquemas de quimioterapia e imunoterapia constantes deste protocolo estão sendo avaliados.

1. Diretor do Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.

2. Titulares do Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.