



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 16 • Março 2011

Abordagem Terapêutica dos Sarcomas Retroperitoneais – Experiência de 10 anos num Centro de Referência

Carlos Damas, Vítor Farricha, Nuno Abecasis, José Crespo Mendes de Almeida

Serviço de Cirurgia Geral – Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Lisboa

Os autores confirmam a originalidade do trabalho apresentado e submetem-no para apreciação pelo júri de melhores comunicações livres do XXX Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Cirurgia.

INTRODUÇÃO

Devido á sua localização os sarcomas retroperitoneais têm uma apresentação clínica inicial subtil sendo diagnosticados frequentemente quando já atingiram grandes dimensões. A proximidade de estruturas viscerais e vasculares condiciona a possibilidade de se obter margens de ressecção livres de tumor. O papel das terapêuticas complementares (quimioterapia e radioterapia) utilizadas pré operatoricamente ou a título adjuvante está por esclarecer. A importância de obter uma ressecção macro e microscopicamente completa do tumor para o controle local e sistémico da doença leva a que se proceda a ressecções viscerais e/ou vasculares em bloco.

OBJECTIVO

Avaliar os resultados da experiência recente de um Centro de Referência no tratamento desta patologia e determinar as variáveis que condicionam a sobrevida e taxa de recidiva local de modo a melhorar os resultados do tratamento.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise retrospectiva de 49 doentes consecutivos operados na nossa instituição entre Setembro de 1999

e Setembro de 2009, com o diagnóstico histológico de sarcoma retroperitoneal. Foram utilizados métodos de distribuição de frequências e determinação de médias e desvio padrão na descrição das variáveis discretas e contínuas, respectivamente, que caracterizam a amostra. A determinação de relação entre variáveis discretas fez-se com o método do Qui quadrado ou teste exacto de Fischer, como adequado. A análise de sobrevida foi feita segundo o método de Kaplan Meyer. A análise univariada dos factores com impacto na sobrevida global, recidiva local e metastização fez-se utilizando o teste de logrank e a análise multivariada com o método de Cox (forward stepwise e backward stepwise). Os cálculos estatísticos foram feitos com recurso ao software SPSS versão 16.0 para Windows.

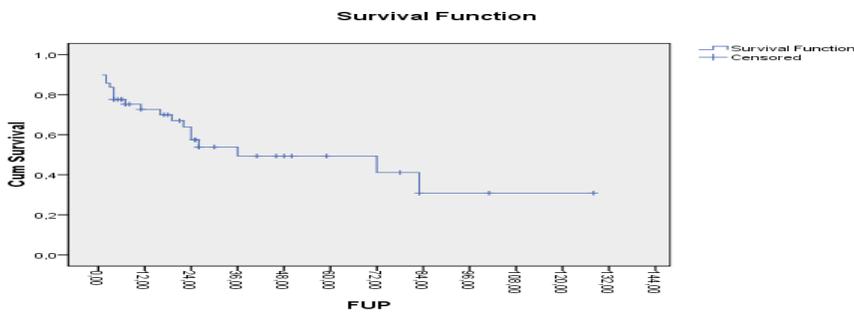
A caracterização da amostra de acordo com as variáveis estudadas é feita na Tabela 1 anexa.

RESULTADOS

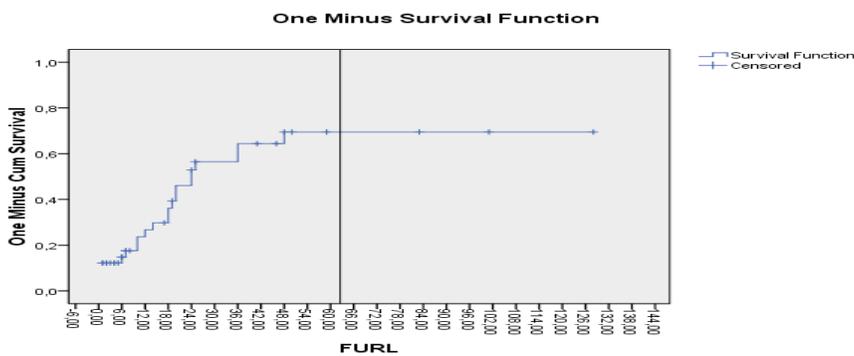
O número de casos operados por ano tem vindo a aumentar progressivamente de tal modo que 49% dos doentes foram operados nos últimos 3 anos. A taxa de morbilidade (38,8%) e mortalidade hospitalar (10,2%) reflectem a magnitude das cirurgias realizadas.



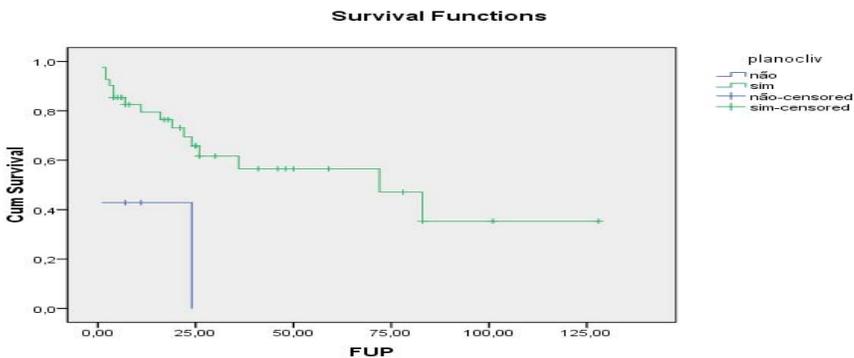
Sobrevivência Global



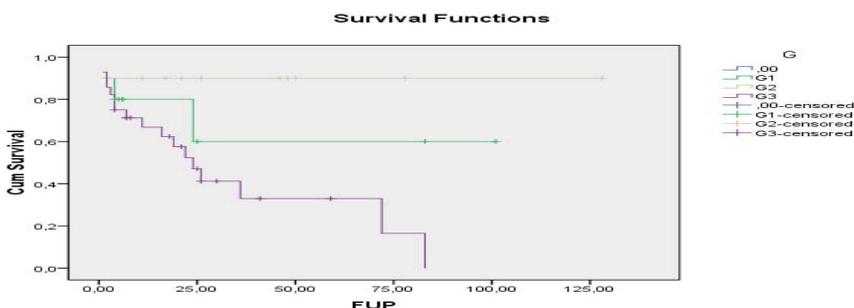
Taxa de recidiva local



Sobrevivência global / Plano de Clivagem vascular



Sobrevivência global / Grau de diferenciação tumoral



A sobrevida global da série teve uma mediana de 36 meses, sendo de 72,6% aos 12 meses, 69,9% aos 24 meses e 49,4% aos 36, 48 e 60 meses. A taxa de recidiva local foi de 23,7% aos 12 meses, 46,1% aos 24 meses, 64,4% aos 36 meses e 69,5% aos 48 e 60 meses, com uma mediana de 24 meses até ao aparecimento de recidiva local. A sobrevida livre de doença sistémica foi de 82,4% aos 12 meses e 74,9% aos 24, 36, 48 e 60 meses.

As variáveis significativamente relacionadas com uma ressecção R0 foram a existência de um plano de clivagem com a parede dos grandes vasos ($p= 0,03$) e o grau de diferenciação tumoral ($p= 0,002$). A localização do tumor, local da primeira cirurgia, cirurgião, ano, ressecção visceral, ressecção vascular, tipo histológico, quimioterapia e radioterapia pré operatórias não tiveram impacto na qualidade da ressecção.

A necessidade de ressecção visceral, o órgão ressecado e a necessidade de ressecção vascular não tiveram influência na taxa de morbilidade ou mortalidade hospitalar.

Na análise univariada dos factores com influência na sobrevida global o sexo ($p= 0,000$), a existência de plano de clivagem com a parede vascular ($p= 0,002$), o grau de diferenciação tumoral ($p= 0,001$), a radicalidade da ressecção ($p= 0,000$) e a metastização sistémica ($p=0,03$) foram estatisticamente significativas. A recidiva local, apesar de muito prevalente, não teve repercussão na sobrevida global da série ($p= 0,128$). Da análise multivariada resulta a existência de plano de clivagem com a parede vascular e



a ressecção R0 como variáveis independentes significativas.

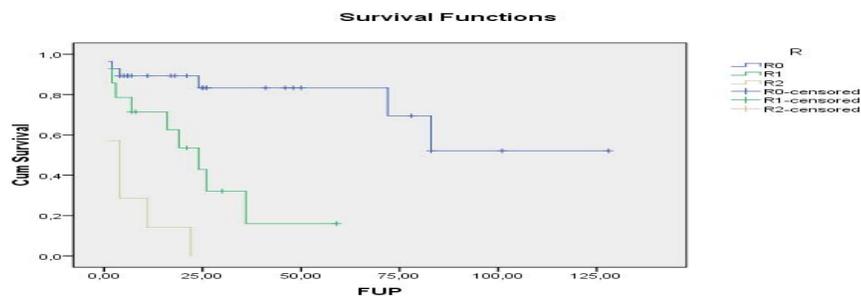
A taxa de recidiva local está relacionada em análise univariada com a existência de plano de clivagem com a parede vascular, o grau de diferenciação tumoral e a existência de metastização sistêmica. Em análise multivariada só a existência de plano de clivagem com a parede vascular resalta como variável independente com impacto na recidiva local. A radicalidade da ressecção não foi incluída nas variáveis estudadas por não ser independente da recidiva local.

A sobrevida livre de doença sistêmica está relacionada em análise univariada com o ano da cirurgia, a existência de plano de clivagem com a parede vascular e a radicalidade da ressecção. Não há relação estatisticamente significativa com a recidiva local ($p=0,089$). Em análise multivariada a existência de plano de clivagem com a parede vascular e a radicalidade da ressecção são variáveis independentes com significado na sobrevida livre de metastização sistêmica.

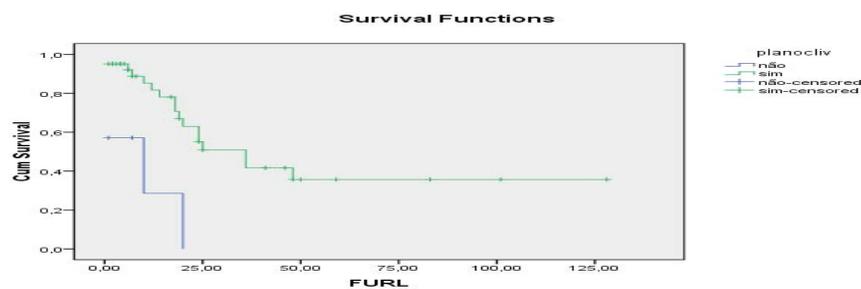
DISCUSSÃO

Os resultados da presente série de doentes operados no nosso Serviço a sarcomas retroperitoneais ombreia com as maiores e melhores séries publicadas na literatura internacional. Uma sobrevida global de 49,4% aos 5 anos constitui um progresso significativo em relação ao prognóstico desta doença no passado. Mantém-se no entanto uma taxa de recidiva local

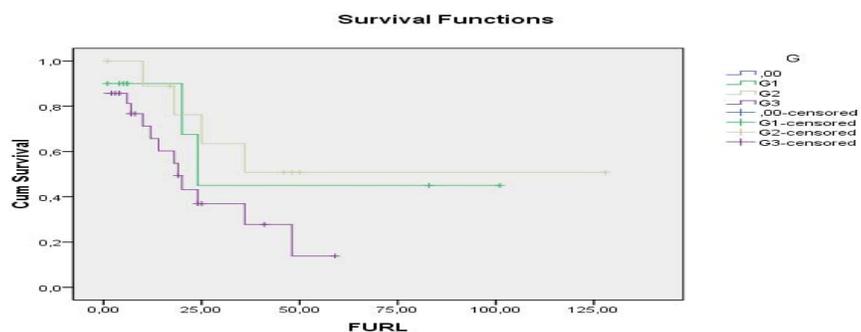
Sobrevivência global / R



Recidiva local / Plano de clivagem vascular



Recidiva local / G



elevada, também ela de acordo com o que está publicado internacionalmente. O tratamento destes doentes passa assim por sucessivas reintervenções no sentido de controlar a doença local. A metastização é um acontecimento relativamente raro e os doentes morrem geralmente por progressão local da doença. Curiosamente na nossa série, ao contrário do que está referido na literatura, o prognóstico dos doentes tratados primariamente no nosso Serviço e daqueles que nos foram referenciados após recidiva da doença inicialmente tratada noutros hospitais não diferiu.

Da análise dos factores implicados na sobrevida global e recidiva local da doença resalta a qualidade da ressecção e a existência de plano



Característica dos doentes	N49	% TOTAL
Idades (média)	56,42 (20 -81)	
Sexo		
M	22	44,9%
F	27	55,1%
Localização		
Tipo 1 Interaortocava	14	28,6%
Tipo 2 Cava	19	38,8%
Tipo 3 Aorta	8	16,3%
Tipo 4 Sem proximidade vascular	8	16,3%
Dimensões em cm ø (média)	24,67 (10-62)	
Histologia	Liposarcomas	23 46,9%
	Leiomiomas	12 24,5%
	Outros	14 28,6%
Primeira Cirurgia	N. Instituição	33 67,3%
	Fora	16 32,7%
Diferenciação		
G1	10	20,4%
G2	10	20,4%
G3	28	57,1%
Cirurgia		
R0	28	57,1%
R1-	14	28,6%
R2-	7	14,3%
Internamento média dias	17	
Morbilidade	19 doentes	38,8%
Mortalidade Hospitalar	5 doentes	10,2%
Ressecção de Órgãos	32 – (49)	65,3%
	23 nefrectomia	46,9%
	15 suprarenalectomia	30,6%
	9 colectomia	16,3%
	5 esplenectomia	10,2%
	4 pancreatectomia	8,2%
	3 colecistectomia	6,1%
	2 gastrectomia	4,1%
Relação com grandes vasos	41 com plano de clivagem	83,7%
	7 sem plano de clivagem	14,3%
Terapêuticas QT/RT	QT PRÉ – 7	14%
	RT PRÉ – 6	12%
	QT PÓS – 11	22%
	RT PÓS – 16	32%
Recidiva local	16	32%
Recidiva sistémica	4	8%
Intervalo livre de doença	25 meses	
Follow up	Média 30 meses (0 -128)	



de clivagem do tumor com os vasos retroperitoneais. Durante muito tempo a existência de invasão vascular pelo tumor foi considerado critério de irressecabilidade. Recentemente adoptou-se uma atitude mais agressiva em que sempre que possível se procede a ressecção e reconstrução das estruturas vasculares envolvidas. Também duma forma preliminar o facto de estas ressecções vasculares não terem impacto na sobrevivência dos doentes anima-nos a prosseguir esta estratégia. A necessidade de ressecar órgãos vizinhos para garantir margens negativas é a regra (65,3% dos casos).

A utilização de terapêuticas complementares pré ou pós operatórias não tem em relação aos sarcomas retroperitoneais a mesma demonstração de utilidade que existe em relação aos sarcomas dos membros e do tronco. O racional da utilização de radioterapia e/ou quimioterapia pré operatórias seria o de obter uma redução do volume tumoral e com isso facilitar a

obtenção de margens de ressecção cirúrgicas sem tumor. Infelizmente esta série, como a generalidade das outras publicadas, apesar da sua natureza retrospectiva e da utilização esporádica destes tratamentos, não sugere a sua eficácia.

CONCLUSÃO

A adopção de uma estratégia cirúrgica agressiva com ressecção de órgãos vizinhos e estruturas vasculares envolvidas tem permitido melhorar o prognóstico dos doentes com sarcomas retroperitoneais. A recidiva local persiste como a forma mais frequente de progressão da doença mas também em relação a ela é a cirurgia com os mesmos princípios do tratamento do tumor primário que permite melhores resultados no controle da doença.

BIBLIOGRAFIA

Gholami S, Jacobs CD, Kapp DS, Parast LM, Norton JA. Sarcoma. 2009 Article 605840 The value of surgery for retroperitoneal sarcoma.

Lewis JJ, Leung D, Woodruff JM, Brennan MF Retroperitoneal soft tissue sarcoma – Analysis of 500 patients treated and followed at a single institution. Ann Surg 228 (3) 355-365

Contacto

DR. CARLOS DAMAS
damascarlos@gmail.com

