

# TRATAMENTO NEOADJUVANTE NO CANCRO DO RECTO: A RESPOSTA SERÁ A MESMA NOS DOENTES IDOSOS?

Gago, T<sup>1,2</sup>; Simão, I<sup>2</sup>; Marreiros, A<sup>2</sup>; Roseira, J<sup>1</sup>; Cunha, AC<sup>1</sup>; Campelo, P<sup>1</sup>; Caldeira, P<sup>1,2</sup>; Guerreiro, H<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Centro Hospitalar Universitário do Algarve; <sup>2</sup>Universidade do Algarve

## INTRODUÇÃO

A incidência do cancro rectal aumenta com a idade, com uma mediana de diagnóstico de cerca de 70 anos na maioria dos países europeus. O tratamento de eleição na neoplasia do recto localmente avançada envolve terapia neoadjuvante, seguida de ressecção cirúrgica com excisão total do mesorrecto. Os estudos relacionados com resultados desta abordagem, especificamente na população mais idosa, são limitados. Pretende-se determinar se existem diferenças entre faixas etárias na resposta tumoral histológica do adenocarcinoma do recto em paciente submetidos a terapia neoadjuvante, seguida de cirurgia.

## MATERIAL/MÉTODOS

Análise retrospectiva dos doentes com adenocarcinoma do recto, que receberam radioquimioterapia (RQT) seguida de cirurgia curativa entre março/2012 e Outubro/2017. Dividiu-se a amostra em 2 grupos: ≤70 e >70 anos e analisaram-se dados demográficos, características do tumor e a resposta destes 2 grupos relativamente à regressão tumoral histopatológica, ao *downstaging* tumoral e à resposta patológica completa. A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS v24.

## RESULTADOS

Foram incluídos 89 doentes, 74,2% com idade ≤70anos e 25,8% com idade >70 anos (gráfico nº 1). A maioria dos doentes era do género masculino, 59,1% entre os doentes com ≤70anos e 65,2% entre os que tinham > 70 anos, p=0,60 (gráfico nº2).

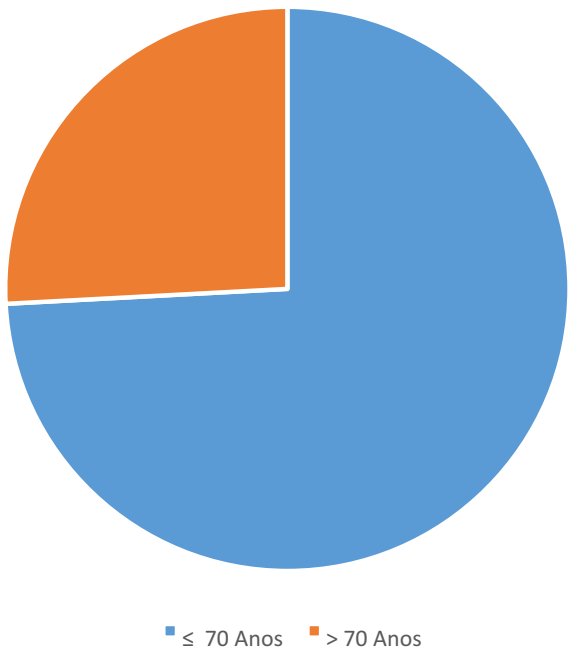


Gráfico nº1: divisão dos doentes em 2 grupos consoante a faixa etária.

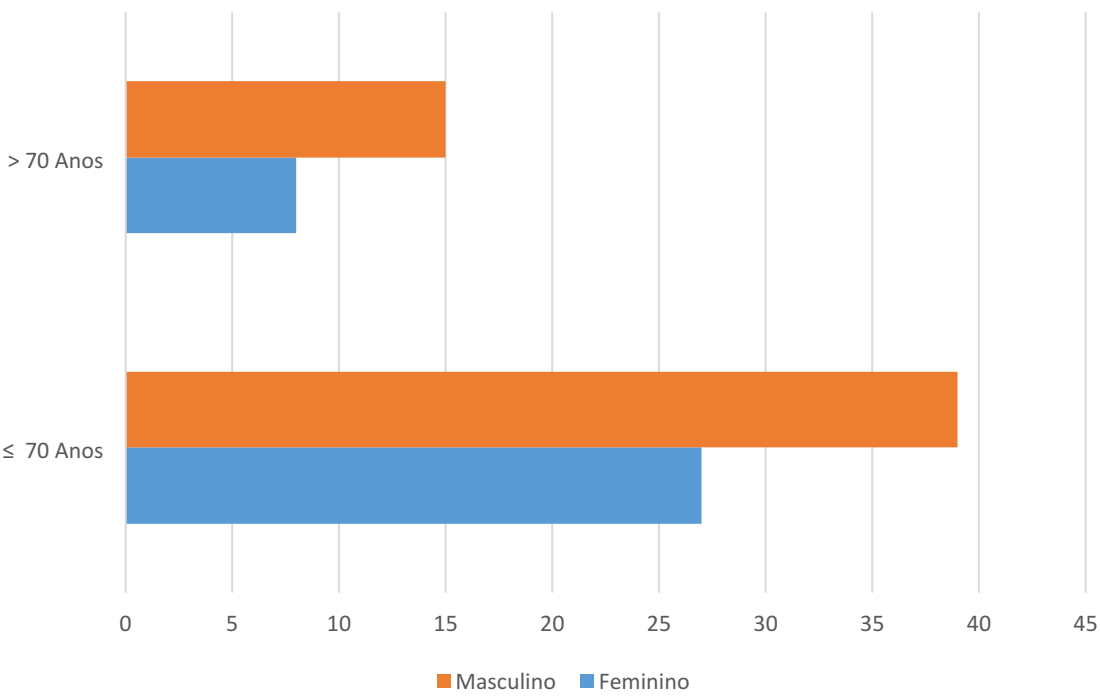


Gráfico nº2: distribuição dos doentes por género nos 2 grupos analisados.

O tumor situava-se maioritariamente no recto baixo (≤70 anos: 42,4% vs >70 anos: 47,8%; p=0,89 – gráfico nº 3), tinha < 5 cm de extensão (≤70 anos: 56,1% vs > 70 anos: 60,9%; p=0,74 – gráfico nº 4) e era bem diferenciado (≤70 anos: 86,4% vs >70 anos: 82,6%, p=0,55 – gráfico nº5). Os doentes tinham mais frequentemente *performance status* 0 (≤70 anos: 84,8% vs >70 anos: 65,2% - gráfico nº 6), embora esse *performance status* tivesse uma associação estatisticamente significativa entre os doentes com ≤ 70 anos (OR 4,67; 95%IC 1,11-19,56; p=0,035).

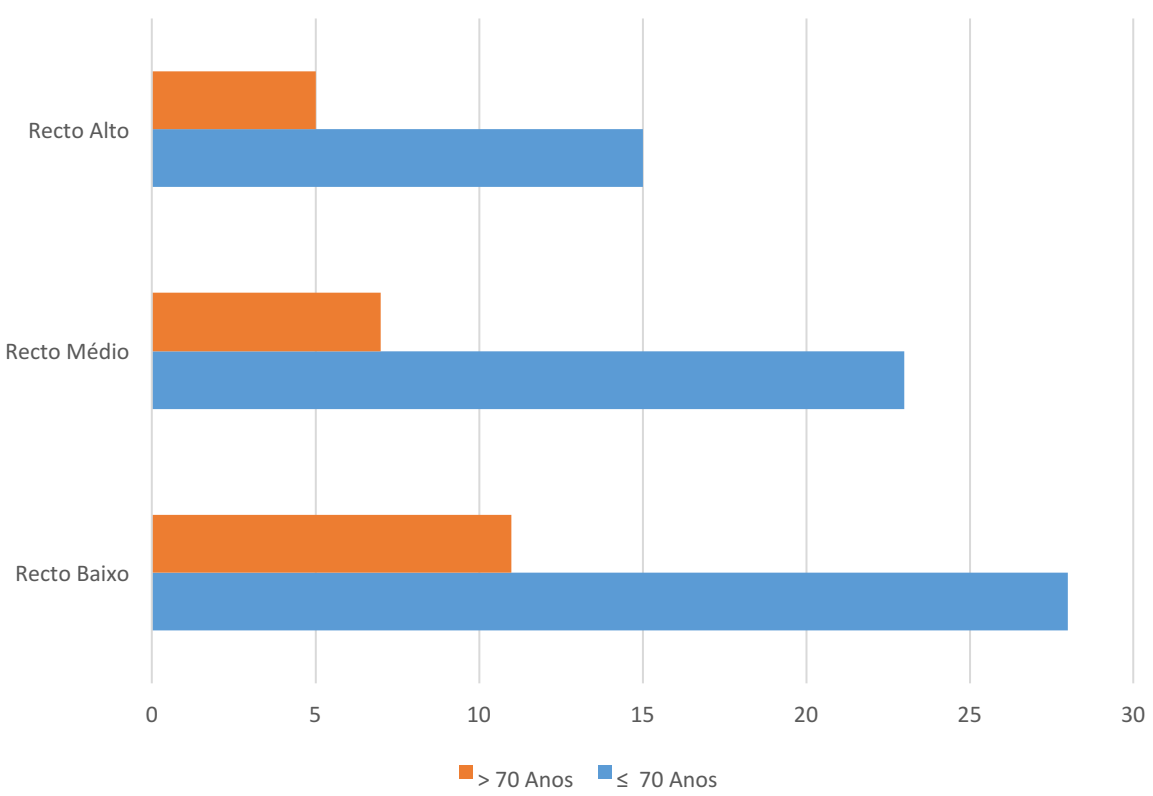


Gráfico nº3: distribuição dos doentes por localização do tumor nos 2 grupos analisados.

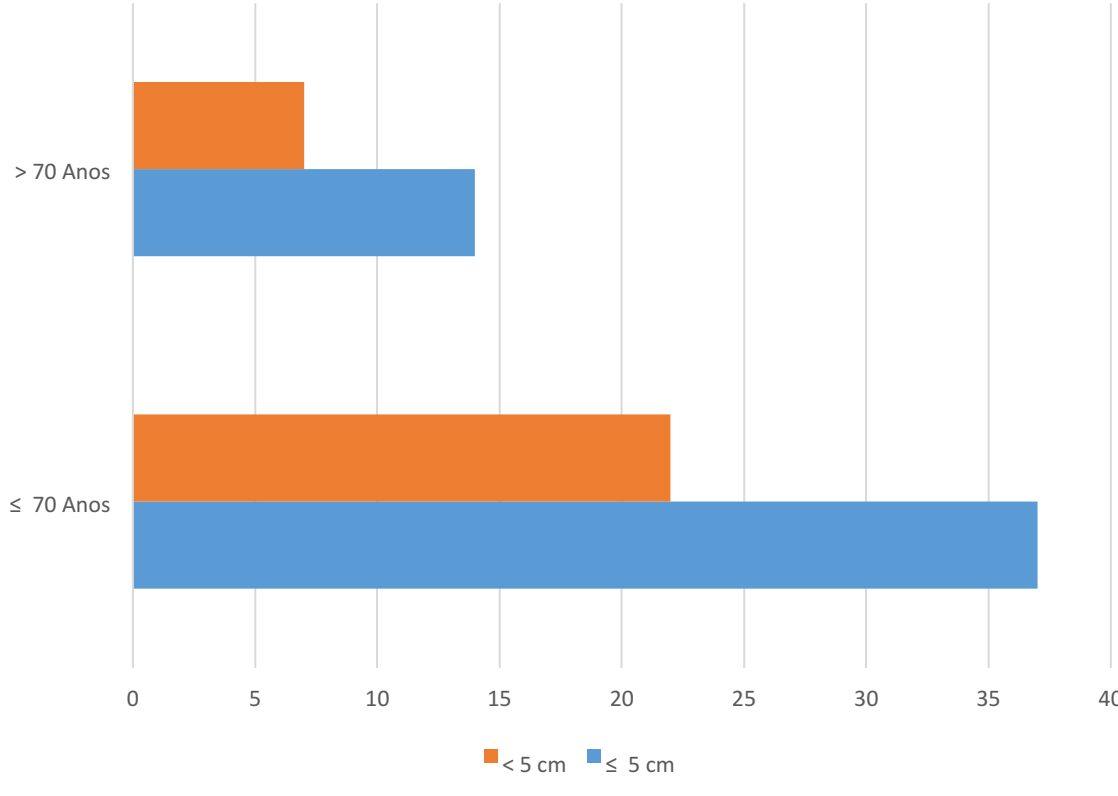


Gráfico nº4: distribuição dos doentes por extensão do tumor nos 2 grupos analisados.

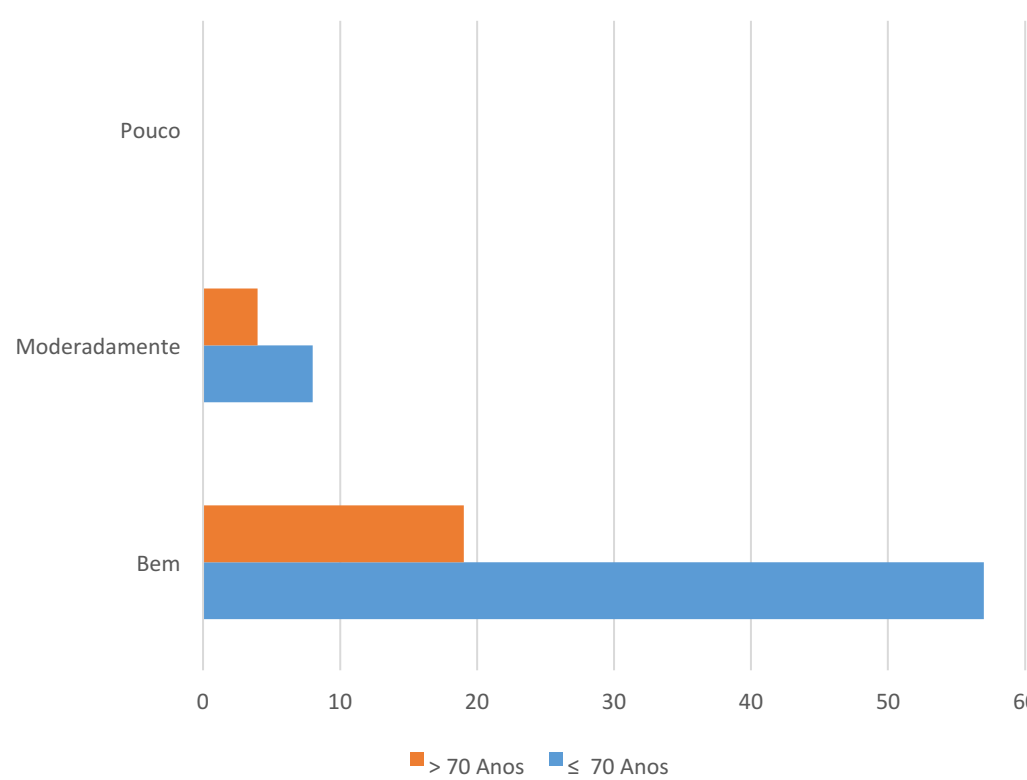


Gráfico nº5: distribuição dos doentes por grau de diferenciação do tumor nos 2 grupos analisados.

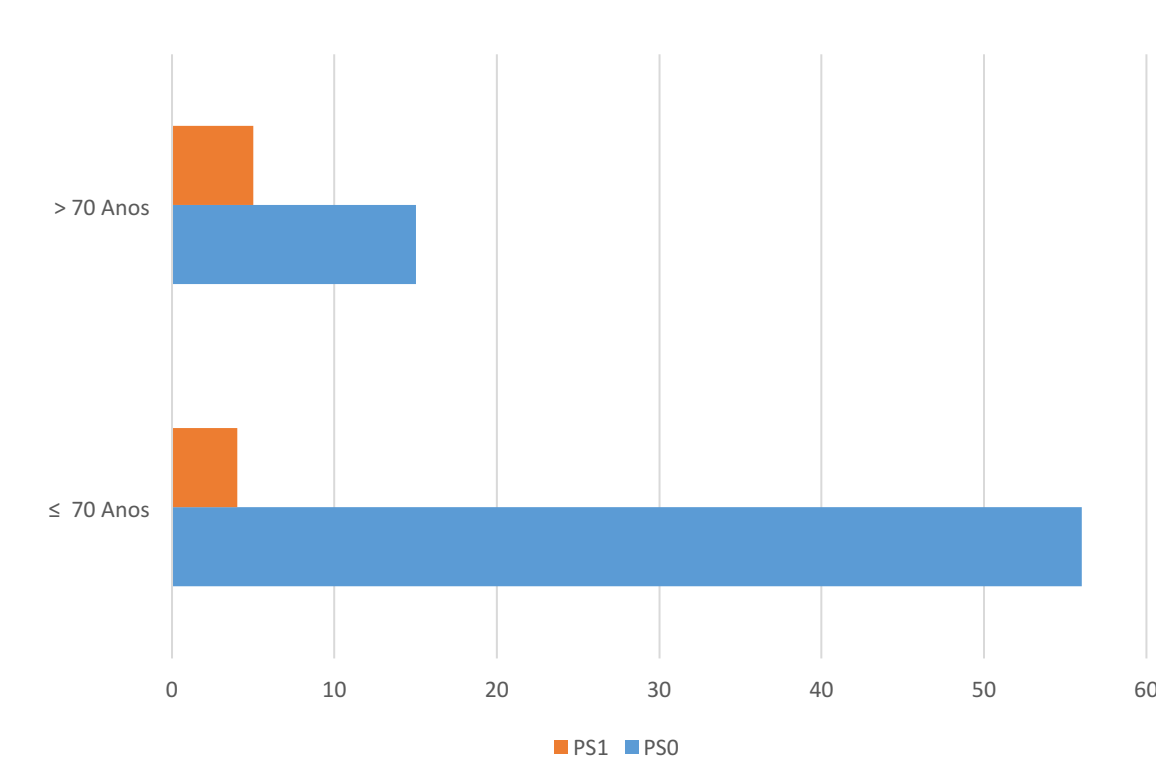


Gráfico nº6: distribuição dos doentes por *performance status* nos 2 grupos analisados.

A maioria (58,4%) dos doentes foram submetidos a cirurgia entre as 6-10 semanas após a quimiorradioterapia (gráfico nº7). Verificou-se boa resposta ao tratamento neoadjuvante em 41,6% dos pacientes (gráfico nº8), *downstaging* tumoral em 83,1% (gráfico nº9) e resposta patológica completa em 23,6% dos casos (gráfico nº10).

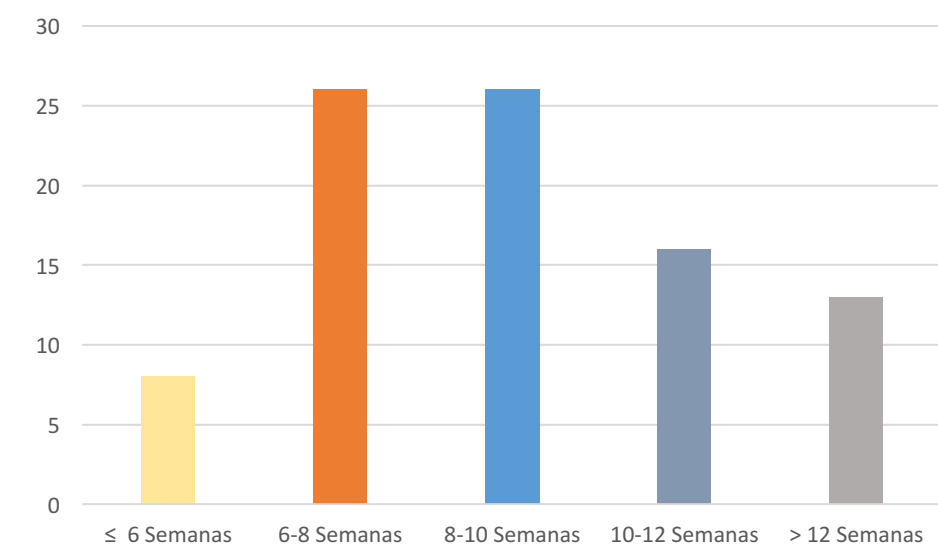


Gráfico nº7: Tempo desde a RQT até à cirurgia (em semanas).

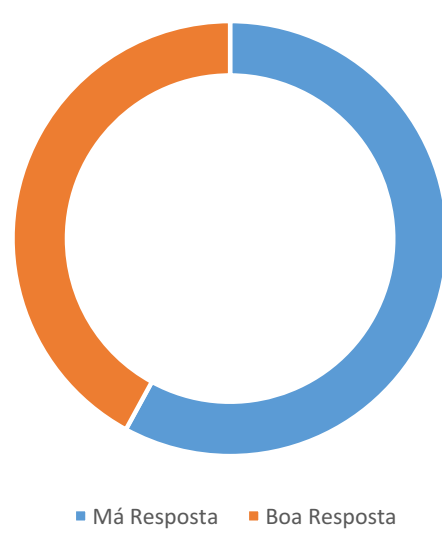


Gráfico nº8: Regressão tumoral histopatológica.

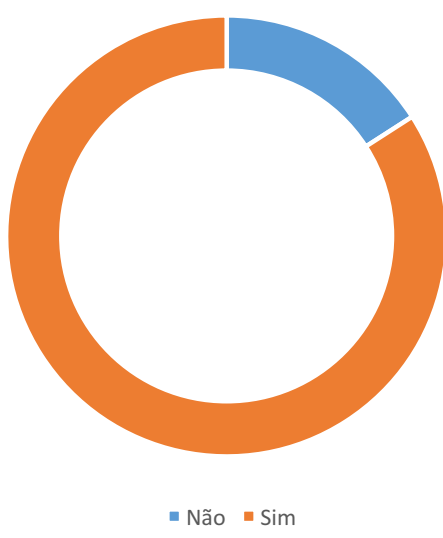


Gráfico nº9: Ocorrência de *downstaging* tumoral.

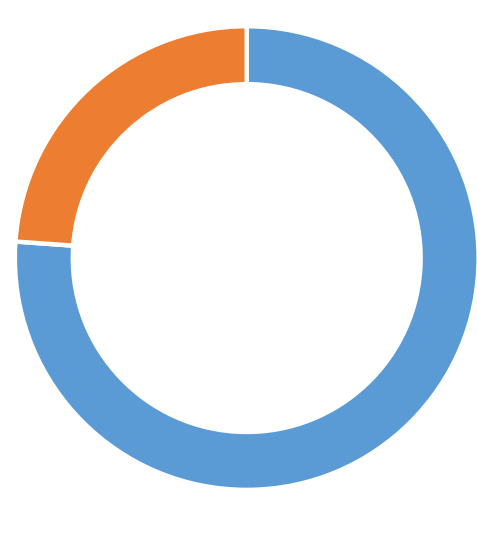


Gráfico nº10: Resposta patológica completa.

Não se verificou associação estatística significativa entre os 2 grupos analisados e a regressão histopatológica (OR 1,06; 95% IC 0,39-2,83; p=0,901); o *downstaging* tumoral (OR2,22; 95% IC 0,45-10,81; p=0,32) ou a resposta patológica completa (OR 1,27; 95% IC 0,42-3,83; p=0,66).

## CONCLUSÕES

Os doentes com >70 anos, que recebem tratamento neoadjuvante seguido de cirurgia curativa, parecem apresentar respostas clinico-patológicas semelhantes à população mais jovem. Desta forma a elegibilidade dos doentes para tratamento neoadjuvante, seguida de cirurgia, não deverá ser baseado apenas no factor idade.

## REFERÊNCIAS

1- Glynne-Jones R, Wyrwicz L, Tiet E et al. Rectal Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up [Internet]. Annals of Oncology. 2017 [cited 2017 Dec 6]. p. 22–40. 2 - Casalt-Lopes, J; Nobre-Góis, I; Teixeira T et al. Radioterapia neoadjuvante no carcinoma do recto: resposta à terapêutica e sua toxicidade [Internet]. Vol. 35, Revista Portuguesa de Cirurgia. 2015 [cited 2017 Nov 30]. p. 23–32.