

A Unidade Multidisciplinar

A Unidade funcional está focada no diagnóstico, estadiamento e tratamento de doença oncológica do cólon e reto. Está reconhecida como Centro de Referência para o tratamento do Cancro do Reto. É composta por diferentes profissionais de elevada diferenciação e de vários serviços das unidades hospitalares de Faro e Portimão, nomeadamente serviços de Cirurgia, Gastrenterologia, Radioncologia, Radiologia, Anatomia Patológica, Anestesia, Nutrição e Enfermagem; estes serviços estão centrados no melhor cuidado e tratamento da sua doença.

Principais passos do processo

Na primeira consulta é efetuada uma avaliação clínica completa e serão programados exames complementares para confirmação e avaliação da extensão da doença.

Após realizados os exames, será efetuada uma Conferência de Decisão Terapêutica, multidisciplinar, após a qual será proposto um tratamento.

O tratamento poderá ser complexo e moroso, envolvendo vários tipos de terapias (cirurgia, quimioterapia, radioterapia) realizados de forma sequencial.



SECRETARIADO
ana.pimenta@chalgarve.min-saude.pt
jlcardoso@chua.min-saude.pt

UNIDADE DE PORTIMÃO
Unidade de Cirurgia Colorretal
Consulta externa – Piso 0
Telefone: 966 479 494
Mail:
sec.dec.terapeutica@chalgarve.min-saude.pt

UNIDADE DE FARO
Consulta de Doença Oncológica Digestiva
Serviço de Gastrenterologia – Piso 1
Telefone: 967 290 621
Mail:
secdod@chalgarve.min-saude.pt

Profissionais de Referência:



UNIDADE MULTIDISCIPLINAR DOENÇA ONCOLÓGICA COLORRETAL

Centro de Referência

Guia de Acolhimento



A missão do Grupo multidisciplinar passa por oferecer ao Utente e Família cuidados

*HUMANIZADOS
ADEQUADOS
EFICIENTES*

O que é o Reto?

O Reto é a extremidade distal do tubo digestivo, localizado após o cólon sigmoide e antes do ânus. Tem um comprimento de cerca de 15 cm e tem como função principal servir de reservatório para as fezes.

O Cancro do Reto é frequente?

Em conjunto com a neoplasia do cólon, constituem a primeira neoplasia maligna mais frequente em ambos os sexos, com uma taxa de incidência global de 70,3/100.000 habitantes. A maioria dos casos surge entre os 50 e 80 anos, sendo muito rara abaixo dos 40 anos (habitualmente associada a cancro colo-retal hereditário).

Foi-me diagnosticado um Cancro do Reto, e agora?

Após o diagnóstico de neoplasia do reto, deve ser encaminhado para uma equipa multidisciplinar com experiência no tratamento desta patologia, onde irá concluir o estudo e ser-lhe proposta uma estratégia terapêutica.

Como é feito o estadiamento?

O estadiamento da neoplasia é definido pela classificação TNM. O T define o grau de profundidade tumoral, o N a presença de metastização ganglionar, e o M a presença de metastização à distância. Assim, na neoplasia do reto tornam-se indispensáveis a tomografia computadorizada toraco-abdominal (TAC) para estadiamento à distância (Definir M) e a ressonância magnética pélvica (RM) e/ou a ecoendoscopia para estadiamento loco-regional.

No estadio I e II a doença está localizada no reto, no estadio III existe disseminação ganglionar e no estadio IV existe já presença de doença à distância (geralmente fígado e pulmão).

Em que consiste o tratamento cirúrgico?

O tratamento cirúrgico tem como objetivo a remoção do tumor. Dependendo do estadiamento clínico e da sua localização dispomos de várias opções cirúrgicas.

A excisão trans-anal por cirurgia minimamente invasiva (TAMIS) permite a remoção do tumor sem necessidade de abertura da cavidade abdominal e sem necessidade de realização de anastomose (união de 2 partes do intestino).

Ressecção anterior do reto (RAR) – consiste na remoção de parte ou todo o reto com necessidade de anastomose (união do cólon com o reto ou o ânus).

Ressecção abdomino-perineal – Consiste na remoção de todo o reto e do ânus (envolvendo os músculos esfínterianos). Nesta situação o doente fica com uma colostomia (exteriorização do cólon na parede abdominal).

Como é realizada a intervenção cirúrgica?

A cirurgia pode ser realizada por abordagem convencional ou por via laparoscópica (cirurgia minimamente invasiva). A cirurgia laparoscópica sendo menos invasiva, permitirá uma recuperação pós-operatória mais rápida.

A cirurgia tem complicações?

Como todos os procedimentos cirúrgicos também estas técnicas apresentam complicações. Para além das inerentes a qualquer intervenção cirúrgica, é necessário ter em conta a possibilidade de disfunção génito-urinária, sexual ou incontinência.

Quais são as principais complicações que podem ocorrer?

As complicações podem-se dividir em precoces (ocorrem geralmente durante o internamento) e em tardias (ocorrem após meses da cirurgia).

No primeiro grupo (precoces) as complicações mais frequentes surgem devido a lesão de estruturas (orgãos) que se encontram diretamente ou indiretamente ligadas ao reto (intestino, ureter, bexiga, artérias, veias e nervos); deiscência da anastomose (complicação mais temida que pode levar a uma infeção grave, peritonite).

No segundo grupo (tardias), menos frequentes, incluem-se as oclusões intestinais e as hérnias incisionais.

Se for preciso estoma será definitivo?

A utilização de estoma definitivo só é utilizada na ressecção abdomino-perineal, uma vez que o tumor ao invadir os músculos responsáveis pela continência dos esfínteres anais não permite a realização de uma cirurgia em que se preserve o ânus e ao mesmo tempo garanta a intenção curativa do procedimento.

Nos restantes casos o recurso a ileostomia é transitório e tem como objetivo a proteção de eventuais complicações de infeção que podem surgir com a deiscência da anastomose. O seu encerramento pode ser efetuado antes ou depois de concluir a quimioterapia.

E depois da cirurgia?

Após a cirurgia, será novamente discutida em reunião multidisciplinar o seu caso clínico. Dependendo do resultado da peça operatória, será proposto a avaliação por Oncologia para tratamento por quimioterapia. Nos restantes casos o seu seguimento irá ser efetuado na consulta de Cirurgia.

Durante o período de seguimento (que dura 5 anos) irá realizar exames (análises, colonoscopia e TAC) para detetar o mais precocemente as recidivas caso estas surjam.

Como saber qual o melhor tratamento para mim?

Depois de realizados os exames solicitados, é feita uma avaliação multidisciplinar com vários profissionais com experiência na abordagem desta patologia. Nesta consulta (não presencial) estão presentes as seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Gastrenterologia, Oncologia, Radiologia, Radioterapia. Da análise conjunta sairá uma proposta de tratamento que será explicada ao doente.

Em que consiste o tratamento?

A proposta do tratamento tem em vista dois pontos chave: a intenção curativa ou a intenção paliativa (em que o objetivo é proporcionar a maior qualidade de vida possível)

A cirurgia é a única opção?

Não, em apenas alguns doentes está indicada apenas a intervenção cirúrgica.

Que outras opções de tratamento temos?

As outras opções de tratamento são a Quimioterapia e a Radioterapia em conjunto ou isoladas. Quando realizadas antes da intervenção cirúrgica denominam-se terapêutica neoadjuvante.

Existe possibilidade do tumor desaparecer?

Sim. Cerca de 50 a 60% dos doentes submetidos a TNA apresentam um *downtaging* tumoral (diminuição do tamanho), e aproximadamente 20% apresentam uma resposta clínica completa (ausência do tumor). Nesta condições a vigilância *Watch and Wait* pode ser uma alternativa viável a discutir com