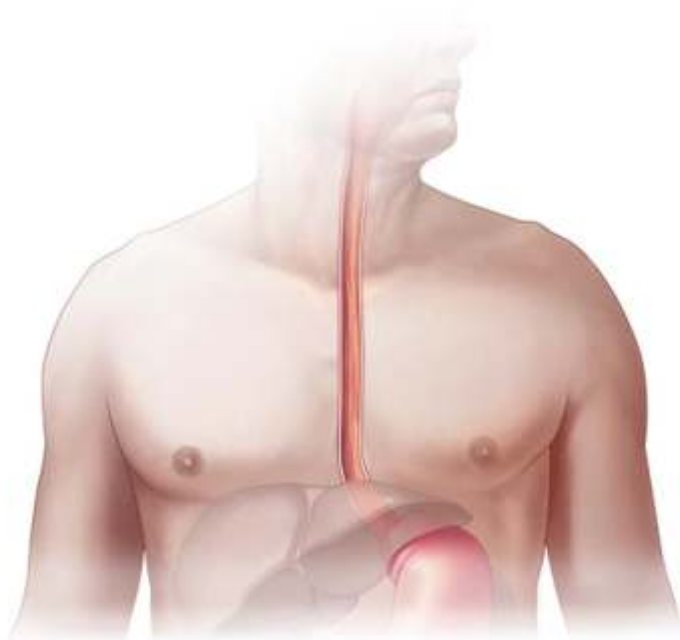


#informaçãodoente



CANCRO DO RETO



IPO

LISBOA

FRANCISCO GENTIL



**CENTRO DE
REFERÊNCIA**
PORTUGAL

O RETO

O reto é a parte final do tubo digestivo que continua o cólon (intestino grosso) e acaba no ânus. A função do reto é armazenar as fezes, absorvendo água, tornando-as mais consistentes.

CANCRO DO RETO

Existem diferentes tipos de cancro do reto. A maioria desenvolve-se a partir de células que revestem o reto: são os adenocarcinomas.

Alguns casos não podem ser completamente curados, mas é possível aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

TRATAMENTO

As opções terapêuticas para o cancro do reto dependem de vários fatores, mas podem incluir quimioterapia, radioterapia, cirurgia e técnicas endoscópicas.

O tratamento pode iniciar-se por cirurgia, quimioradioterapia ou radioterapia, consoante a localização e o estadió do tumor. Se este desaparecer com a radioterapia ou se todo o tecido invadido for removido durante a cirurgia, o tratamento pode ser curativo.

A cirurgia é efetuada através de uma incisão mediana (laparotomia) ou através de quatro pequenas incisões (laparoscopia) no abdómen.

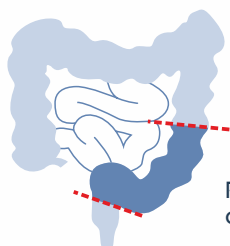
A cirurgia para remover a totalidade ou parte do reto é denominada de ressecção do reto.

Na ressecção anterior alta do reto é removido o cólon sigmóideo e a porção superior do reto.

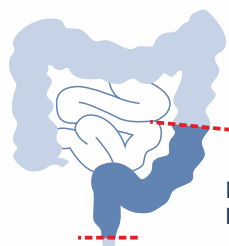
Na ressecção anterior baixa do reto é removido o cólon sigmóideo e a totalidade do reto.

Habitualmente, no final da ressecção, as porções restantes do intestino são novamente ligadas (anastomose).

Poderá também ser necessário realizar um estoma (orifício) para eliminação das fezes e dos gases. Pode ser uma ileostomia (se for no intestino delgado) ou uma colostomia (se for no cólon).



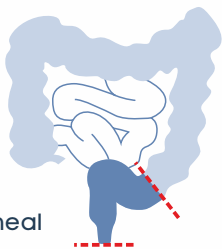
Ressecção anterior alta do reto



Ressecção anterior baixa do reto

O estoma pode ser temporário ou definitivo, mas será sempre acompanhado por profissionais da consulta de estomaterapia existente no IPO.

Nos casos em que o tumor é muito baixo (muito perto do canal anal ou no próprio canal anal) terá de ser realizada uma cirurgia chamada ressecção abdomino-perineal. Neste caso, o ânus é encerrado e faz-se um estoma definitivo.



Ressecção abdomino-perineal

Nalguns casos, devido à localização do tumor, poderá ser necessário remover parte da vagina e/ou do útero e ovários, no caso da mulher, ou a próstata, no homem.

Por vezes, a decisão sobre o tipo de cirurgia só pode ser tomada durante a operação.

O seu novo tubo digestivo terá um funcionamento parecido com o normal, mas poderá ter dejeções mais frequentes.

A alimentação deverá ser variada e adaptada à nova condição.

O período de internamento varia entre 4 e 7 dias, mas pode ser mais demorado. Quando o intestino demora a começar a funcionar, poderá ter de receber nutrição por uma veia até que possa comer e beber normalmente.



COMPLICAÇÕES

Como qualquer cirurgia, a colectomia comporta o risco de algumas complicações:

Pós-operatório imediato

- Íleus (trânsito intestinal lento ou parado)
- Hemorragia
- Infecções
- Deiscência da anastomose (fuga no local de ligação do tubo digestivo)
- Evisceração (abertura da sutura da parede abdominal)

Pós-operatório tardio

- Hérnia incisional abdominal, da colostomia ou perineal
- Disfunção urinária
- Disfunção sexual
- Disfunção intestinal


As infeções podem, geralmente, ser tratadas com antibióticos, mas algumas complicações podem necessitar de outra cirurgia.

PROGNÓSTICO

A sobrevivência dos doentes com cancro do reto depende do estadio em que a doença é diagnosticada e tratada.

Os números demonstram que a maioria dos doentes estão vivos passados cinco anos.

DÚVIDAS QUE QUERO ESCLARECER

Contactos:  217 229 800 - ext. 2068 | 926 515 584
 secretariado_gmp@ipolisboa.min-saude.pt



Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.
Rua Professor Lima Basto, 1099-023 Lisboa
Tel. 217 229 800
www.ipolisboa.min-saude.pt