

## RISCOS ASSOCIADOS

- Risco de anestesia geral;
- Risco de **infecção** (local cirúrgico, respiratória, urinária ou outra);
- Risco de **hemorragia** durante a cirurgia ou no pós-operatório;
- Risco de **deiscência da anastomose** (falha na cicatrização da ligação entre as extremidades do intestino);
- **Hérnias** da parede abdominal.

No caso de deiscência da anastomose, pode ser necessário realizar uma nova intervenção cirúrgica, podendo haver necessidade de desmontar a anastomose (ligação) e realizar um estoma de forma transitória ou definitiva.

No caso de cirurgia do reto alto poderão ocorrer os seguintes

- Risco de **disfunção urinária e sexual**.
- Risco de **disfunção da função ano-rectal**, podendo haver aumento do número de dejeções, urgência defecatória (correr para a casa de banho) e perda de gases e/ou fezes sem controlo

## INTERVEÇÕES ALTERNATIVAS

De momento não existem tratamentos alternativos para o encerramento de ileostomia para além da cirurgia proposta.

## RISCOS DE NÃO TRATAMENTO

Se o doente optar por não aceitar a cirurgia proposta, a doença oncológica irá continuar a progredir, podendo provocar:

- emagrecimento;
- degradação do seu estado geral; - dor;
- hemorragia digestiva;
- oclusão intestinal.

Nesta circunstância, pode perder-se a oportunidade para se poder realizar uma cirurgia curativa, ficando então como opção medidas paliativas, que podem incluir ou não a radioterapia e/ou a quimioterapia.

## Centro de Referência de Tratamento de Cancro do Reto

Qualquer que seja a decisão do doente, a equipa cirúrgica irá apoiar e delinear com o doente um plano de cuidados e se necessário encaminha-lo para as especialidades que melhor possam cuidar dele a cada momento.

Na consulta de Cirurgia, o doente terá sempre oportunidade de obter informação médica, esclarecer dúvidas e colocar questões que considere necessário para melhor compreensão do presente Folheto. Poderá também, se assim entender pedir uma segunda opinião.



Serviço de Cirurgia Geral - Piso 3

Tel: 960 44 74 61

214 34 83 10

[crcr@hff.min-saude.pt](mailto:crcr@hff.min-saude.pt)

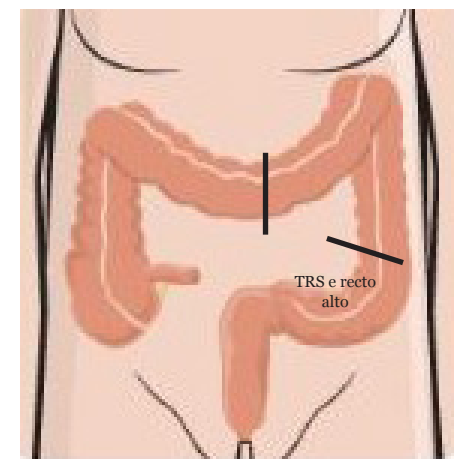
Consentimento informado, esclarecido e livre para  
Cancro da Transição Reco-Sigmóide e Reto Alto  
De acordo com a norma n.º 015/2013 da Direção Geral da Saúde

DL.0397/E.CIRGER/Versão 01/10-02-2021/ Apoio ao Consentimento Informado para  
Cirurgia de Cancro da Transição Reto-Sigmóide e Reto Alto  
H.F.F/U.C.I. Mod. 17 - Cirurgia/fevereiro 2021

## APOIO AO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE CANCRO DA TRANSIÇÃO RETO-SIGMÓIDE E RETO ALTO

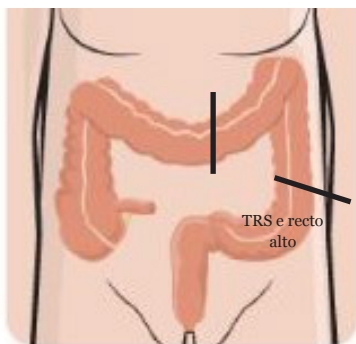
INFORMAÇÃO PARA O UTENTE E FAMÍLIA  
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL



## CANCRO COLO-RETAL (CCR) - TRANSIÇÃO RETO-SIGMÓIDEIA (TRS) E RETO ALTO

O **reto** é a parte final do tubo digestivo, que tem como função armazenar as fezes. Na maioria dos casos o cancro do reto é um adenocarcinoma.



### ESTADIAMENTO

Os cancros da transição reto-sigmóide e do reto alto podem apresentar-se em várias fases da sua evolução (estádios). Para determinar esse estágio, é necessário realizar exames como **Tomografia Computorizada** (TAC) e **Ressonância magnética** (RM).

- Estádio I, II: doença localizada ao reto;
- Estádio III: presença de metástases ganglionares;
- Estádio IV: presença de metástases para outros órgãos como o fígado ou o pulmão.

### OPÇÕES TERAPÊUTICAS

A seleção da terapêutica a seguir depende da localização do tumor, dimensões, presença ou não de metástases e estado geral do doente.

Habitualmente a opção de tratamento é a cirurgia logo de início.

Em alguns casos, poderá ser realizada

radioterapia ou quimio-radioterapia, seguida de cirurgia.

Em qualquer dos casos poderá ser necessária a realização de quimioterapia após a cirurgia.

Em todos os casos é realizada uma consulta sem doente multidisciplinar, com decisão terapêutica individualizada após ponderação de todos os factores.

### CIRURGIA

A cirurgia visa, em regra, realizar uma ressecção cirúrgica do reto e o seu território de drenagem linfática (gânglios linfáticos localizados junto ao tumor). Poderá ser realizada laparoscopia (“técnica dos furinhos”) ou por laparotomia (uma incisão/corte no centro do abdómen/ barriga).

#### Procedimento cirúrgico a realizar

Ressecção Anterior do Reto alto - Remove-se o colon sigmóide e parte superior do reto, criando uma ligação do cólon ao reto baixo.

Excepcionalmente, poderá ser necessário realizar:

Ressecção Anterior do Reto com excisão total do mesorreto - Remove-se todo o reto, criando uma ligação do cólon ao canal anal. Neste caso é necessária a realização de um estoma de proteção.

### ANASTOMOSE

Após remover o reto, é necessário restabelecer a continuidade do trânsito intestinal (fazer a ligação das extremidades saudáveis do intestino), através de uma ligação chamada anastomose. A cicatrização da anastomose demora cerca de 3 a 5 dias.

### ESTOMA DE DERIVAÇÃO

Em alguns casos, poderá ser necessário criar uma ligação entre o intestino e a parede do abdómen, designada de estoma (saco na pele para evacuar as fezes). Este estoma de proteção (“saco”) será posteriormente encerrado, habitualmente pelo menos 6 meses após a cirurgia (período variável).

### RECUPERAÇÃO DEPOIS DA CIRURGIA

O Centro de Referência tem uma Consulta ERAS de preparação para a cirurgia, com protocolos de tratamento que são seguidos antes, durante e após a cirurgia, para melhorar a experiência dos doentes neste período e para reduzir as complicações pós operatórias.

Após a cirurgia o doente ficará internado entre 3 a 4 dias, sendo que a evolução pós-operatória é dependente do estado geral prévio de cada um e da capacidade de reabilitação.

A cirurgia por via laparoscópica tem habitualmente um tempo de recuperação menor.



#### Benefícios

A cirurgia é a única abordagem curativa. Permite remover o tumor, resolver os sintomas e prevenir eventuais complicações decorrentes da evolução da doença oncológica.