

## ANASTOMOSE ILEORRETAL NA PATOLOGIA CÓLICO-INFLAMATÓRIA

Indru Khubchandani<sup>1</sup>

Peço desculpas aos senhores por não poder me comunicar em português, mas vou tentar falar devagar para que os tradutores possam me acompanhar.

O primeiro slide\*, por favor. Ao ser confrontado com a escolha de uma operação no caso de uma doença intestinal inflamatória, a escolha do cirurgião deverá recair entre uma ileostomia com proctocolectomia, que foi a operação realizada durante muitos e muitos anos, com ileostomia com reservatório ou uma colectomia com anastomose ileorretal.

Este é apenas um diagrama de uma ileostomia, com a qual todos os senhores aqui presentes já estão bem familiarizados; naturalmente temos que incluir uma outra operação que parece estar muito em moda nos Estados Unidos e que todos estão fazendo, em quase todos os centros médicos. Nós ainda não aderimos a essa moda porque achamos ser nossa obrigação deixar passar um par de anos até podermos saber que lugar vai ocupar o reservatório com a ileostomia anal. Como diz o Snoopy, eu sou sentimental no que diz respeito ao meu ânus e ao meu sexo e, assim, prefiro apresentar a tese de que o reto deve ser preservado e vou apresentar-lhes evidências científicas de que o que estamos fazendo não é assim tão terrível.

Estou apresentando a conclusão logo no início. Este é um slide em espanhol para dizer-lhes qual vai ser a conclusão final e, em seguida, espero poder mostrar-lhes os motivos; estou certo de que vários dos senhores vão concordar comigo.

Todos os senhores conhecem as desvantagens da ileostomia e todos gostariam de evitar um estoma, sempre que possível, pelo trauma psicológico que acarreta; mesmo com aparelhagens sofisticadas, sempre surge algum elemento de disfunção sexual, além, naturalmente, do preço elevado dessa aparelhagem. A desvantagem da anastomose ileorretal é que estamos retendo um segmento doente, mas eu vou mostrar nas próximas séries de slides que a maior parte dos doentes que tiveram seu reto preservado estão andando de um lado para outro, carregando um reto inflamado, mas mesmo assim estão mais felizes.

A esses enfermos é dado o direito de escolher se preferem conservar seu reto doente ou se submeter a uma ileostomia. A maior objeção à manutenção do reto, naturalmente, é o risco da malignidade. Este vai ser o ponto mais importante da minha palestra de hoje, mas podemos dizer que

Conferência proferida durante o 33<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, de 4 a 7 de setembro de 1983, em Campinas, SP

1 Cirurgião do Centro Médico em Allestown, EUA.

\*Nota do Editor – Pedimos vênha aos leitores deste número por não apresentarmos diversos slides que são citados durante a exposição dos simposiastas no 33<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia.

apesar do risco, há conveniências em se salvar o reto. Se estivermos realizando uma anastomose, especialmente no caso de um intestino inflamado, então existem muitas chances de haver uma deiscência. Existe uma freqüência no movimento intestinal dessas pessoas com anastomose ileorretal e se você tiver que submetê-lo a uma proctectomia, então, sofrerão uma segunda operação de grande porte. Acreditamos que se possa fazer uma anastomose ileorretal em uma das quatro seguintes hipóteses: diminuir o risco de um carcinoma proporcional à área em questão, o que quer dizer, se realmente diminuirmos a área ao mínimo e — aí vem a segunda — acessível a inspeção e biópsia, então o risco está realmente sendo diminuído. Se tivermos um baixo índice de proctectomia conversiva, então, vamos ver como vamos converter o reto preservado em uma ileostomia convencional e ter uma qualidade de vida aceitável.

Em nossas séries, fizemos 29 anastomoses ileorretais primárias, preparamos realmente 34, dez estão esperando e já fomos contatados para mais seis, mas cinco morreram antes que pudéssemos operá-los. Realizamos uma ileostomia derivativa e a literatura sobre o assunto diz que alguns autores recomendam essa prática mais uma vez para a doença de Crohn particularmente nos casos de doenças perianais graves. Em três pacientes tivemos que remover o reto porque não pudemos controlá-lo e somente dois pacientes tiveram seus retos removidos devido a displasia, mas falarei sobre isso mais adiante.

Fizemos uma proctectomia removendo só a mucosa; foi um caso em que o paciente insistiu pois não queria ir para outro centro médico e talvez tenha sido a nossa habilidade cirúrgica nesta operação em particular, ou talvez tenha sido a motivação do paciente, mas tivemos que praticá-la. Fizemos somente duas proctoileostomias, porque sentimos que estávamos obtendo bons resultados com a anastomose ileorretal. A proporção dos pacientes é praticamente a mesma, 53% com doença de Crohn e 47% com retocolite ulcerativa.

Como eu disse anteriormente temos somente 12 proctocolectomias, de modo que realmente somos muito seletivos na remoção do reto.

Dr. Allet de Londres tem as maiores séries do mundo. Ele costumava realizar uma ileostomia contínua e após três semanas ele fazia uma radiografia para verificar a segurança da anastomose e então, fechava a ileostomia. Não fizemos ileostomias derivativas. Se achamos que o reto está doente, então, fazemos um estoma e voltamos outro dia para operar o paciente. Acho que como usamos sutura em plano único, com fio de aço

inoxidável, monofilamentado, Nº 5.0., nossa taxa de deiscência é baixa, devido ao tipo de material que usamos para uma anastomose intestinal.

A incidência da doença é um pouco mais elevada nas mulheres, como acontece na maior parte das doenças inflamatórias intestinais e as indicações para a cirurgia são mais ou menos as que todos fazem quando o seu gastroenterologista desiste e diz: "olhe, eu não posso mais controlar o paciente com essa diarreia intratável, dor no baixo ventre, perda de peso, infecção grave, obstrução, estenose, megacólon tóxico e sangramento. Suspeito de malignidade".

Até agora não tivemos casos de óbitos nas nossas séries com esta conduta. Em 3,1% (dois pacientes) tivemos deiscência anastomótica e as demais complicações são aquelas comuns às cirurgias abdominais de grande porte.

Eu espero que os senhores nunca tenham secção do ureter. Nós tivemos um. Ao escolher o procedimento, tratamos o reto intensivamente com esteróides tópicos. Algumas vezes, esse reto pode se curar em menos de um mês. Isto aconteceu com uma senhora que veio de uma casa geriátrica; ela não queria voltar com um estoma e por isso nós a fechamos, mas em um mês ela teve megacólon tóxico; mas, em média, necessitamos 7,2 meses para curar um reto.

Quando acompanhamos esses pacientes, 52 em 53, e notem que 24 haviam sido submetidos a uma ileostomia anteriormente e nós perguntamos se estavam satisfeitos com a operação, embora alguns tivessem cerca de oito movimentos intestinais por dia, um somente, na verdade, preferiu manter o reto. Assim, pudemos reduzir o número médio para 1,4.

Este é o ponto crucial do problema: qual é o risco de câncer quando se mantém o reto após uma anastomose ileorretal? Eu gostaria de sugerir que talvez esse risco tenha sido superestimado. Não quero dizer que houve erro por excesso de envolvimento emocional com o assunto, ou informações pouco científicas, apenas que a literatura ainda não é suficiente. Não posso negar que a longo prazo, a doença intestinal inflamatória traz riscos maiores para as pessoas que a possuem.

Entretanto, se os senhores virem algumas das maiores séries de anastomoses ileorretais, o Professor Hill viu, na Austrália, quando juntou esta série, em 1977, o follow-up de 81 pacientes, foi de 1 a 13 anos, câncer: 0. O follow-up acompanhado durante mais 15 anos, 37 pacientes — câncer: 1. E a anastomose (9) foi mais alta, talvez isto tenha diminuído o risco do câncer.

Farnell et al, da Mayo Clinic, acompanhou 143 pacientes num período de 5 a 17 anos — câncer:

O. Becker, que juntou as séries do Dr. Alles, de Londres — aqui, como os senhores sabem, há alguma controvérsia, sempre haverá controvérsia sobre as séries do Dr. Alles. Bem, Becker analisou de forma independente os números relativos a 374 pacientes, de 2 a 23 anos e quando acompanhou os pacientes durante 10 anos, os quais haviam se submetido a anastomose ileorretal, encontrou: câncer: 0. Acima de dez anos: 22.

As nossas séries têm 63 pacientes — é a menor de todas — mas temos 0 casos de câncer e nosso "follow-up" já é de 18 anos. Tivemos dois retos removidos devido a displasia e vou sugerir um protocolo que pode fazer com que a preservação do reto se torne mais segura. Este é o trabalho realizado inicialmente por Tin e Morsen, há muitos anos atrás, e já foi provado por vários outros autores de que se pode prever um carcinoma em doença intestinal inflamatória fazendo-se biópsias aleatórias em busca de displasia. Ainda mais, pode-se fazer uma biópsia intestinal e prever um carcinoma. Os senhores podem ver que 23 pacientes que tiveram carcinomas ressecados no cólon — revejamos o estudo anterior da biópsia — 100% deles eram portadores de displasia. Obviamente, é necessário que se tenha um patologista muito bom e interessado para poder ler essas biópsias, mas eu acredito que a displasia realmente ajude a se prever modificações pré-cancerígenas.

Em um grupo de estudos sobre normologia da displasia, há aproximadamente dois anos atrás, os patologistas de todo o mundo se reuniram e a recomendação do grupo foi de que se a classificação da biópsia foi negativa ou indefinida, então, continuar em intervalos normais nas pessoas portadoras de doenças intestinais inflamatórias. Isto não se aplica necessariamente a uma anastomose ileorretal, mas sempre é mais seguro. Se o resultado da biópsia é desconhecido ou provavelmente displásico, talvez o acompanhamento deva ser feito em intervalos menores. Se o resultado da biópsia acusar displasia positiva, então a colectomia deve ser considerada ou continuar um acompanhamento a intervalos pequenos; se for de alto grau, displasia severa, então, deve-se aconselhar a colectomia antes da transformação.

Assim, fizemos um projeto para lembrar a todos os nossos pacientes que se submeteram a anastomose ileorretal por doença inflamatória intestinal e fizemos com que fossem examinados por um clínico independente para avaliar qual era sua qualidade de vida. Fizemos revisões em todos, além de duas ou três biópsias retais, esta realizada por um pesquisador independente, e a biópsia foi avaliada por um patologista que se interessava particularmente por esse assunto. Isto foi feito no

nosso Centro Médico, em Allestown, e em seguida foi remetido para a Universidade de Michigan para a devida confirmação. O objetivo foi o de determinar a incidência e grau de gravidade da displasia e para estudar a natureza e a atividade da doença nesses pacientes e comparar a qualidade de vida dos pacientes submetidos a anastomose ileorretal com os submetidos a ileostomia. Chegamos a pensar em iniciar um estudo de âmbito nacional, se todo esse trabalho não apresentasse resultados conclusivos. Eis o que foi encontrado: dos 34 pacientes que conseguimos reunir, um era portador de carcinoma "in situ", isto é, 3,1% — e como eu disse, o período de acompanhamento vai de 1 a 18 anos. Outro paciente era portador de displasia grave, provada em biópsia subsequente e tivemos que remover estes dois retos. Em 12 pacientes, ou 3,5%, foi encontrada doença ativa e grave — isto é, histologicamente mas não clinicamente, embora sem displasia, e em outros 12 pacientes, foi encontrada doença moderada, também sem displasia. Como os senhores podem ver, somente oito pacientes de nossa série apresentam uma histologia normal.

Aqui, rapidamente, está o que o patologista reportou como displasia suave, isto é, displasia moderada e pertence ao paciente que tinha carcinoma in situ e do qual tivemos que remover o reto. Talvez os senhores possam ver o grau de modificações aqui e talvez não devêssemos ter deixado o reto, porque fizemos uma proctectomia da mucosa. Aqui, mais uma vez, os senhores podem ver a doença no reto. Creio que este reto talvez devesse ter sido removido. Reparem o pequeno segmento de reto que foi preservado. Nós preservamos 25 cm ou menos. A parte superior deste espécimen é um pequeno intestino. Não há correlação entre o aspecto a olho nu e no microscópio. Não se pode dizer somente olhando o reto, se alguém quer viver com ele ou não. Como podem ver, sete pacientes apresentam uma aparência normal a olho nu, mas no microscópio constatou-se que apresentavam uma moléstia fraca; por outro lado, seis pessoas tinham um aspecto grave, mas no microscópio constatou-se que a doença era fraca ou moderada.

Quanto ao número de movimentos intestinais, mais uma vez, não existe correlação entre a atividade histológica e o número desses movimentos. Assim, eu gostaria de sugerir aos senhores um protocolo de vigilância.

A não ser que haja doença grave na região perianal, com destruição do esfíncter, deve-se fazer uma tentativa de preservar o reto. Uma anastomose ileorretal é realizada, seguindo a colostomia, como um procedimento primário, se o reto

estiver relativamente saudável. A cada três meses deve ser feito um controle por meio de sigmoidoscopia, sendo que a linha básica da biópsia deve ser a detecção de qualquer displasia. Se o paciente for portador de doença inflamatória intestinal, com um histórico de menos de 10 anos, então, as biópsias deverão ser realizadas anualmente. Se o histórico for superior a 10 anos,

então as biópsias se repetirão a cada seis meses. Se as biópsias subseqüentes apresentarem sinais de displasia, deverão ser repetidas três meses depois. E se o resultado for positivo, então recomendamos uma excisão do reto. Faço um apelo final que é: se possível, preservem o reto.

Muito obrigado.